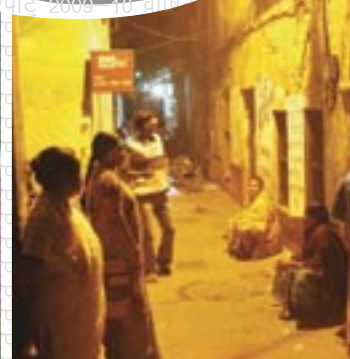


# एड्स नियंत्रण विभाग स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

## वार्षिक रिपोर्ट 2009-10







सत्यमेव जयते

**एड्स नियंत्रण विभाग**  
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

वार्षिक रिपोर्ट  
2009-10



राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन  
एड्स नियंत्रण विभाग  
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय  
भारत सरकार  
<http://www.nacoonline.org>



# विषय सूची

परिदृश्य	i
अध्याय 1 परिचय	1
अध्याय 2 एचआईवी/एड्स की वर्तमान स्थिति	4
अध्याय 3 लक्षित हस्तक्षेप	7
अध्याय 4 संपर्क कार्यकर्ता योजना	17
अध्याय 5 यौन संचारित संक्रमण/प्रजनन मार्ग संक्रमणों का प्रबंधन	22
अध्याय 6 सूचना, शिक्षा और संचार	27
अध्याय 7 कंडोम प्रोत्साहन	33
अध्याय 8 रक्त सुरक्षा	38
अध्याय 9 प्रयोगशाला सेवाएं	43
अध्याय 10 मूलभूत सेवाएँ	47
अध्याय 11 देखभाल, सहयोग एवं उपचार	53
अध्याय 12 पूर्वोत्तर राज्यों में गतिविधियां	63
अध्याय 13 सामरिक सूचना प्रबन्धन	71
अध्याय 14 क्षमता निर्माण	92
अध्याय 15 परिणाम रूपरेखा दस्तावेज	94
अध्याय 16 प्रशासन	95
अध्याय 17 अधिप्राप्ति	97
अध्याय 18 वित्तीय प्रबंधन	98
अध्याय 19 एनएसीपी-III की मध्यावधि समीक्षा	100
संलग्नक	103





# परिदृश्य

भारत में एचआईवी महामारी पर उपलब्ध प्रमाण राष्ट्रीय स्तर पर एक स्थिर रूझान दर्शाते हैं। अंतरिम अनुमानों के अनुसार वर्ष 2008 में भारत में एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (पीएलएचए) की संख्या 22.7 लाख थी। वयस्क आबादी में एचआईवी प्रसार 0.29 प्रतिशत था। यह महामारी उच्च जोखिम समूह में केंद्रित है और इसके फैलाव की प्रकृति विविधतापूर्ण है। असुरक्षित व्यावसायिक सेक्स, पुरुषों के बीच असुरक्षित यौन संबंध और इंजेक्शन से ड्रग्स लेने वाले व्यक्ति भारत में एचआईवी महामारी के प्राथमिक वाहक हैं। सामने आए 87 प्रतिशत एचआईवी संचरण के मामलों के लिए विषमलैंगिक यौन संबंध जिम्मेदार हैं।

**राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी)**, भारत में 1992 में शुरू किया गया जो एचआईवी/एड्स की रोकथाम और नियंत्रण के लिए व्यापक कार्यक्रम है। जटिल एचआईवी महामारी के बारे में बेहतर समझ से भारत में एनएसीपी नीतियों की रूपरेखा और दृष्टिकोण में महत्वपूर्ण परिवर्तन किए जा सके हैं। अब कार्यक्रम का जोर केवल जागरूकता बढ़ाने की बजाय व्यवहार परिवर्तन, राष्ट्रीय प्रतिक्रिया की बजाय विकेंद्रित प्रतिक्रिया और एनजीओ एवं पीएलएचए नेटवर्क की अधिकतम भागीदारी पर है।

एनएसीपी के तीसरे चरण (2007-2012) का लक्ष्य पांच साल की अवधि के दौरान भारत में महामारी को रोकना और इसके रूझान को पलटना है। इसने रोकथाम प्रयासों को सर्वोच्च प्राथमिकता दी है। इसी दौरान चार सूत्री रणनीति के तहत रोकथाम को देखभाल, सहायता और उपचार के साथ एकीकृत करने की कोशिश भी की जा रही है:

1. उच्च जोखिम समूह और सामान्य जनसंख्या में नए संक्रमण को रोकना (अ) उच्च जोखिम समूहों तक पूरी तरह लक्षित हस्तक्षेपों के द्वारा और (ब) सामान्य जनसंख्या में बड़े पैमाने पर हस्तक्षेप के माध्यम से।
2. अधिक से अधिक संख्या में पीएलएचए को देखभाल, सहायता और उपचार उपलब्ध करवाना।
3. जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार कार्यक्रमों के लिए मूलभूत ढांचा, प्रणाली और मानव संसाधन को मजबूत करना।
4. देशव्यापी सामरिक सूचना प्रबंधन प्रणाली को मजबूत करना।

## उपलब्धियां:

उच्च जोखिम समूह जनसंख्या के लिए लक्षित हस्तक्षेप: लक्षित हस्तक्षेप का मूल तत्व यह है कि उच्च जोखिम वाले व्यक्ति संक्रमण को संचारित न करें। अपने आपको सुरक्षित रखने का फैसला लेने की अपर्याप्त क्षमता, यौन संबंधों से संचारित होने वाले संक्रमण और बार-बार एचआईवी के संपर्क में आने से यह जनसंख्या एचआईवी संक्रमण को ग्रहण एवम् संचारित करने के लिए अधिक जोखिम में हैं। विभिन्न राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के तहत 1290 लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाएं चल रही हैं और 225 का प्रबंधन सहभागियों के हाथ में है। यह परियोजनाएं 53 प्रतिशत महिला यौनकर्मी, 74 प्रतिशत इंजेक्शन के जरिये ड्रग्स लेने वाले लोगों और 78 प्रतिशत पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों और ट्रांसजेंडर आबादी को रोकथाम और देखभाल सेवाएं उपलब्ध करवा रही हैं। हर 10 टीआई पर एक परियोजना अधिकारी तैनात करके टीआई की निगरानी भी मजबूत की गई है। 17 राज्यों में अधिक जोखिम वाली आबादी (एचआरजी) और प्रवासियों का मानचित्रण पूरा कर लिया गया है, तथा चार राज्यों में चल रहा है। आंकड़ों की वैधता की जांच मुंबई स्थित अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान ने की। प्रवासियों की रणनीति में बदलाव करते हुए इसे स्रोत जिलों के साथ जोड़ा जा रहा है।

**लिंक वर्कर योजना:** यह समुदाय आधारित हस्तक्षेप ग्रामीण समुदाय की एचआईवी रोकथाम और देखभाल संबंधी आवश्यकताओं और विशेषतः उच्च जोखिम जनसंख्या और अन्य जोखिम व्यवहार वाले समूहों को सम्बोधित करता है। यह योजना 9 मुख्य एजेंसियों के माध्यम से 18 राज्यों के 126 चिह्नित जिलों में से हरेक के 100 चयनित गांवों में चल रही है।

**रक्त सुरक्षा:** 1,103 ब्लड बैंकों के नेटवर्क के साथ सुरक्षित रक्त तक पहुंच सुनिश्चित की गई है। इसमें 130 रक्त पृथक्करण इकाइयां और 10 आदर्श ब्लड बैंक भी शामिल हैं। वर्ष 2009-10 के दौरान 69.8 लाख यूनिट रक्त एकत्रित करने के लक्ष्य के तहत 31 जनवरी, 2010 तक 60.1 लाख यूनिट रक्त एकत्रित किया जा चुका था। सार्वजनिक और धर्मार्थ क्षेत्र के ब्लड बैंकों में फिलहाल 74.1 प्रतिशत रक्त स्वैच्छिक रक्तदान के माध्यम से एकत्रित किया जाता है।

**एकीकृत सलाह और जांच केंद्र:** दिसंबर, 2009 तक 5,135 आईसीटीसी के साथ सलाह और जांच सेवाओं में बड़े पैमाने पर वृद्धि की गई है। 2009-10 के दौरान 113 'स्टैंड एलोन आईसीटीसी' और 608 आईसीटीसी चौबीस घंटे खुले रहने वाले प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में स्थापित किए गए। दिसंबर, 2009 तक आईसीटीसी में 60.8 लाख सामान्य ग्राहकों और 44 लाख गर्भवती महिलाओं को परामर्श प्रदान किया और उनकी जांच की गई। 15,089 गर्भवती महिलाएँ पॉजीटिव मिलीं जिनमें से 9,398 (62.28 प्रतिशत) मां-बच्चे के जोड़े को नेविरेपीन प्रोफिलैक्सिस दी गई, ताकि मां से बच्चे में एचआईवी का संचरण रोका जा सके। 37,196 मरीज एचआईवी-टीबी दोनों से संक्रमित पाए गए।

**यौन संचारित संक्रमण क्लीनिक:** एड्स नियंत्रण विभाग जिला और अध्यापन अस्पतालों पर नामित 916 एसटीआई/आरटीआई क्लीनिकों, लक्षित हस्तक्षेपों में 1,290 एसटीआई क्लीनिकों, उच्च जोखिम जनसंख्या में समुदाय आधारित एसटीआई सेवाएं देने के लिए 5,744 पसंदीदा निजी प्रदाताओं, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत 22,370 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र और 7 क्षेत्रीय एसटीआई प्रशिक्षण, रेफरेंस और शोध केंद्रों को समर्थन प्रदान करता है। 2009-10 के दौरान मरीजों में एसटीआई/आरटीआई के एक करोड़ एपिसोड का प्रबंधन करने के लक्ष्य के तहत 31 जनवरी 2010 तक 68.2 लाख एपिसोड का प्रबंधन किया जा चुका था। निजी क्षेत्र की सहभागिता और आरसीएच-II के साथ प्रभावी एकीकरण के माध्यम से एसटीआई सेवाओं का विस्तार किया जा रहा है।

**सूचना, शिक्षा और संचार:** नाको की संचार रणनीति का लक्ष्य प्रभावी व्यवहार परिवर्तन है जिससे एचआईवी की रोकथाम के लिए सशक्त और अनुकूल माहौल बनाया जा सके। इसका मुख्य लक्ष्य कलंक और भेदभाव को कम करने और सेवाओं के प्रोत्साहन पर है। साथ ही उन महिलाओं और युवाओं पर विशेष ध्यान दिया जाता है जिन्हें एचआईवी संक्रमण का अधिक खतरा है।

वर्ष 2009-10 के दौरान जनसंचार माध्यमों के द्वारा नियमित तौर पर सूचना, शिक्षा और संचार (आईसीसी) अभियान संचालित किए गए। आउटडोर गतिविधियां, मिड-मीडिया और अंतरव्यैक्तिक संचार ने इन अभियानों का साथ दिया। नाको ने स्वैच्छिक रक्तदान, आईसीटीसी और कन्डोम प्रोत्साहन, एचआईवी-टीबी और पीपीटीसीटी पर अभियान चलाए। मणिपुर, मिजोरम और नागालैंड के युवाओं को लक्ष्य बनाकर संगीत और खेलों के माध्यम से पूर्वोत्तर क्षेत्र में मल्टी मीडिया अभियान चलाए गये। कॉलेजों के 7,677 रेड रिबन क्लबों ने हमउम्र समूहों के बीच एचआईवी रोकथाम के संदेश को बढ़ावा दिया। सकारात्मक जीवन को प्रोत्साहन

द देने और जिंदगी की गुणवत्ता सुधारने के लिए नाको के समर्थन से पीएलएचए नेटवर्क द्वारा 208 ड्राप इन सेन्टर चलाए जा रहे हैं।

रेड रिबन एक्सप्रेस एचआईवी/एड्स के खिलाफ दुनिया का सबसे बड़ा जन आंदोलन है। इसके दूसरे चरण में माननीय अध्यक्ष, यूपीए और अध्यक्ष, राजीव गांधी फाउंडेशन श्रीमती सोनिया गांधी ने 1 दिसंबर, 2009 को इस ट्रेन को हरी झंडी दिखाकर रवाना किया। इस बार राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भी इस अभियान में शामिल है। अपनी एक साल लंबी यात्रा के दौरान यह ट्रेन 22 राज्यों के 152 स्टेशनों पर रुकेगी। स्टेशनों पर एचआईवी जांच, एसटीआई उपचार और सामान्य स्वास्थ्य जांच की सुविधाएं भी उपलब्ध करवाई जा रही हैं। आईसीसी प्रदर्शनी वाहन और लोक कलाकार ग्रामीण इलाकों तक संदेश पहुंचा रहे हैं। यह परियोजना राज्यों और जिलों में राजनीतिक नेतृत्व को सफलतापूर्वक जुटा रही है और पंचायती राज संस्थानों के सदस्यों की भागीदारी भी सुनिश्चित करा रही है।

जनजातीय कार्ययोजना को अंतिम रूप देकर 'ए' और 'बी' श्रेणी जिलों में 44 एकीकृत जनजातीय विकास क्षेत्रों में यह परियोजना शुरू कर दी गयी है और 21 और क्षेत्रों में शुरू की जा रही है। 2009-10 के दौरान 15 राज्यों में करीब 1 लाख स्वयं सहायता समूहों को एचआईवी/एड्स के मुद्दे पर प्रशिक्षित किया जा रहा है।

**कन्डोम प्रोत्साहन:** एचआईवी संचरण को रोकने के लिए कन्डोम सबसे प्रभावी तरीका है। 2009-10 के दौरान कन्डोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम सफलतापूर्वक 294 जिलों तक बढ़ाया गया। कार्यक्रम के तहत सेवाएं प्रदान कर रहे 4.64 लाख आउटलेट जनवरी, 2010 तक 23.4 करोड़ कन्डोम वितरित कर चुके थे।

**एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों का इलाज:** यह कार्यक्रम अवसरवादी संक्रमणों की रोकथाम और उपचार, एंटी रेट्रोवायरल थेरेपी, मानसिक और सामाजिक सहायता, घर-आधारित देखभाल और संक्रमण के प्रभाव को कम करने के लिए पीएलएचए को व्यापक प्रबंधन उपलब्ध करवाता है। पीएलएचए के लिए निःशुल्क एआरटी कार्यक्रम 239 केंद्रों तक बढ़ाया गया है। जनवरी 2010 में 3,00,743 मरीजों को निःशुल्क एआरटी उपलब्ध करवाई जा रही थी। इनमें 18,889 बच्चे भी शामिल हैं। पीएलएचए को घर के पास ही एआरटी उपलब्ध करवाने के लिए 300 संपर्क एआरटी केंद्र भी काम कर रहे हैं। 'स्मार्ट कार्ड' लागू करने की नाको की परियोजना चल रही है। यह कार्ड एक पोर्टेबल मेडिकल रिकार्ड की तरह काम करेगा, जिससे आंकड़े संग्रहित करने और उनका विश्लेषण करने में आसानी होगी।



जनवरी 2009 में द्वितीय श्रेणी एआरटी की शुरुआत के बाद से फिलहाल 10 सेन्टर आफ एक्सलेंस के माध्यम से 970 मरीजों को द्वितीय श्रेणी एआरटी उपलब्ध करवाई जा रही है। जांच के दौरान मरीजों को भर्ती करने और अनुपालन परामर्श मजबूत करने के लिए जनवरी 2010 तक 287 सामुदायिक देखभाल केंद्र काम कर रहे थे। एनएसीपी-III में 350 सामुदायिक देखभाल केंद्रों का लक्ष्य रखा गया है। बच्चों खासकर 18 महीने से छोटे नवजातों में एड्स/एचआईवी से निपटना एक बड़ी वैश्विक चुनौती है। प्रमाणों से पता चलता है कि नवजातों के लिए शीघ्र एचआईवी की पहचान और एआरटी महत्वपूर्ण हैं, और पता चलने के तुरंत बाद जीवन के पहले 12 सप्ताह के दौरान ही एचआईवी संक्रमित बच्चे के लिए एआरटी शुरू करके काफी जिंदगियां बचाई जा सकती हैं। यह कार्यक्रम 1 मार्च 2010 से 760 आईसीटीसी और 180 एआरटी केंद्रों पर शुरू किया गया।

**प्रयोगशाला सेवाएं:** सीडी4 टेस्टिंग के लिए प्रयोगशालाओं की क्षमता 209 सीडी4 मशीनों के साथ मजबूत की गई है। एक्सटरनल क्वालिटी एसेसमेंट स्कीम (EQAS) के माध्यम से एचआईवी की टेस्टिंग और किट परीक्षण में गुणवत्ता को सुनिश्चित किया जाता है। 117 राज्य रेफरेंस प्रयोगशालाओं का मूल्यांकन भी किया गया है।

**सामरिक सूचना प्रबंधन:** कम्प्यूटरीकृत सूचना प्रबंधन प्रणाली के जरिये रिपोर्टों की तात्कालिकता और व्यापकता में सुधार आया है। सामरिक सूचना प्रबंधन प्रणाली पर अभी काम चल रहा है और इसके मई, 2010 तक काम शुरू करने की संभावना है।

8 जनवरी, 2010 को नाको आचारनीति समिति और आरएंडडी पर तकनीकी संसाधन समूह की संयुक्त बैठक में 'एचआईवी/एड्स में शोध के लिए राष्ट्रीय आचारनीति मार्गदर्शिका' को समीक्षा के बाद अंतिम रूप दिया गया। नाको के बैनर तले 35 संस्थान 'एचआईवी/एड्स शोध के लिए भारतीय संस्थानों के नेटवर्क' के सदस्य हैं। युवा वैज्ञानिकों में ऑपरेशनल शोध की क्षमता निर्मित करने के लिए नवंबर, 2009 में दो कार्यशालाएं आयोजित की गईं। मार्च, 2010 में नाको रिसर्च फेलोशिप प्रदान करने के लिए 13 युवा वैज्ञानिकों के नामों की सिफारिश की गई।

एचआईवी सेन्टिनल सर्वेलेन्स 2008-09, अगस्त, 2009 में पूरा हुआ था। छह राज्यों में बिहेविअरल सर्वेलेन्स सर्वे किया गया जिसके निष्कर्षों की समीक्षा और समेकन नाको द्वारा गठित एक कार्यदल ने की। डाटा ट्रांज़ुलेशन के जरिये जिला/उप-जिला स्तर पर जुलाई से नवंबर, 2009 तक सात राज्यों के 182 जिलों में एचआईवी महामारी की

रूपरेखा जानी गई। दूसरे चरण में (जनवरी-मई, 2010) 20 राज्यों के 369 जिलों तक पहुंचा गया। डेटा ट्रांज़ुलेशन से मिली जानकारियों के आधार पर जिलों की प्राथमिकताएं फिर से तय करने पर विशेषज्ञों का एक समूह काम कर रहा है। चरणबद्ध प्रक्रिया में इन्टीग्रेटेड बायोलोजिकल एन्ड बिहेविअरल सर्वेलेन्स शुरू करने की योजना भी तैयार की जा रही है।

**वित्त:** वित्त वर्ष 2009-10 के लिए 980.15 करोड़ रुपये के संशोधित आकलन के लक्ष्य के तहत 890.77 करोड़ रुपये (90.88 प्रतिशत) (15 मार्च, 2010 के अनुसार) खर्च किए गए। संसाधन जुटाने और निधि उपयोग के प्रभावी प्रबंधन की व्यवस्था के लिए नाको और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों, दोनों ही के स्तर पर विशेष प्रयास किए गए। राज्य एड्स नियंत्रण समितियां, एनजीओ और पेरिफरल इकाइयों में कम्प्यूटरीकृत परियोजना वित्तीय प्रबंधन प्रणाली संसाधन प्रयोग पर निगाह रखती है। राज्य एड्स नियंत्रण समितियों की 2010-11 के लिए वार्षिक कार्ययोजनाओं की प्रक्रिया फरवरी और मार्च, 2010 में चल रही है।

**एनएसीपी-III की मध्यावधि समीक्षा:** मध्यावधि समीक्षा (एमटीआर) मिशन के दल ने 16 नवंबर-3 दिसंबर, 2009 के दौरान एनएसीपी-III की आधी अवधि पूरी होने तक अमल में लाई गई रणनीतियों, योजनाओं, संसाधनों और गतिविधियों का व्यापक मूल्यांकन किया। मूल्यांकन कार्य में विश्व बैंक, डीएफआईडी और अन्य विकास सहभागियों के प्रतिनिधि भी शामिल थे। रणनीतियों की प्रभावशीलता और उनका असर, तय लक्ष्यों की तुलना में प्रगति और वे क्षेत्र जिन्हें योजना के बीच में सुधारने की जरूरत है, इन पर एमटीआर को सूचित करने के लिए कई अध्ययन किए गए। मिशन इस निष्कर्ष पर पहुंचा कि एनएसीपी-III के विकास लक्ष्य पहुंच के अंदर हैं, क्योंकि कुछ लक्ष्य हासिल हो चुके हैं तो कुछ में कार्यक्रम लक्ष्यों से आगे निकल गया है। प्रसवपूर्व क्लिनिकों पर आने वाली महिलाओं, यौन संचारित संक्रमण के रोगी, महिला यौनकर्मी और पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों के बीच प्रसार कम हो रहा है। बीमारी का मौजूदा बोझ और अधिकांश नए संक्रमण 5-15 प्रतिशत जिलों तक ही सीमित रह गए हैं। एआरटी सेवा, आईसीटीसी को बड़े पैमाने पर बढ़ाने और एचआईवी/एड्स के साथ जीने वाले लोगों की पहचान में भी प्रभावी सफलता मिली है। लक्षित हस्तक्षेप बड़े पैमाने पर बढ़े और कन्डोम वितरण भी बढ़ा है। उच्च एचआईवी प्रसार और एचआईवी की अधिक संभावना वाले क्षेत्रों में गुणवत्ता पर ज्यादा ध्यान देने की जरूरत महसूस की गई। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के साथ मिलकर भी काम शुरू हो चुका है, जबकि आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन और प्रयोगशाला सेवाओं में और प्रगति वांछित है।

हालांकि समग्र रूप से प्रगति हासिल की गई है, एनएसीपी-III के उद्देश्य हासिल करने के लिए एड्स नियंत्रण विभाग

सभी भागीदारों के साथ प्रभावी प्रमाण-आधारित रणनीतियां विकसित करने और लागू करने के लिए प्रतिबद्ध है।



दिनांक : 22 मार्च, 2010  
नई दिल्ली

**के. चंद्रमौली**  
सचिव, एड्स नियंत्रण विभाग  
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय  
और महानिदेशक,  
राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन

## अध्याय 1



## परिचय

जनसंख्या की दृष्टि से दुनिया का दूसरा सबसे बड़ा देश, भारत एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की संख्या के आधार पर दुनिया में तीसरे स्थान पर है। वर्ष 2008-09 के अंतरिम आकलन के अनुसार भारत में 22.7 लाख लोग एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे हैं। देश में एचआईवी/एड्स के प्रसार की दर 0.29 प्रतिशत (2008-09) है और सबसे अधिक संक्रमण विषमलैंगिक संबंधों से होते हैं। हालांकि पूर्वोत्तर क्षेत्र में नशीली दवाओं के लिए प्रयोग होने वाले इंजेक्शन इस महामारी के प्रसार का प्रमुख कारण हैं।

एचआईवी/एड्स की चुनौती पर भारत की शुरुआती प्रतिक्रिया भारतीय चिकित्सीय अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) द्वारा एक टास्क फोर्स और स्वास्थ्य मंत्रालय के सचिव की अध्यक्षता में राष्ट्रीय एड्स समिति के गठन के रूप में हुई। 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 आईईसी अभियान, सर्वलैंग प्रणाली की स्थापना और सुरक्षित रक्त की आपूर्ति में मदद की।

1992 में सरकार ने 8.4 करोड़ अमरीकी डालर के आईडीए क्रेडिट के साथ पहला राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी-I) शुरू किया और इस संक्रमण से निपटने की अपनी प्रतिबद्धता प्रदर्शित की। एनएसीपी-II] एचआईवी 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 (NACB) गठित किया गया और परियोजना को लागू करने के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको) स्थापित किया गया।

नवंबर 1999 में दूसरा राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी-II) शुरू किया गया, जिसके लिए विश्व बैंक की तरफ से 19.1 करोड़ अमरीकी डालर की ऋण सहायता प्राप्त हुई। एचआईवी/एड्स के रुझानों और तमिलनाडु एवं अन्य कुछ राज्यों से प्राप्त हुए अनुभवों के आधार पर इस बार पर सिर्फ जागरूकता फैलाने की बजाय व्यवहार परिवर्तन पर ध्यान केंद्रित किया गया। साथ ही राज्य स्तर पर क्रियान्वयन के लिए कार्यक्रम विकेंद्रीकृत किया गया और गैर

सरकारी संगठनों (एनजीओ) की अधिक से अधिक भागीदारी पर भी ध्यान दिया गया। नीतिगत और रणनीतिक बदलाव एनएसीपी-II के दो प्रमुख उद्देश्यों में परिलक्षित थे:

- भारत में एचआईवी संक्रमण का प्रसार कम करना।
- एचआईवी/एड्स से मुकाबला करने की भारत की क्षमता में दीर्घकालिक आधार पर वृद्धि करना।

एनएसीपी-II के दौरान की गई नीतिगत पहलों में राष्ट्रीय एड्स रोकथाम और नियंत्रण नीति (2002), राष्ट्रीय रक्त नीति, एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की अधिक भागीदारी के लिए जीपा रणनीति, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, किशोरावस्था शिक्षा कार्यक्रम, एंटी रेट्रोवायरल उपचार (एआरटी), एचआईवी/एड्स को मुख्यधारा में लाने के लिए अंतर्मंत्रालय समूह का गठन और माननीय प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में एड्स पर राष्ट्रीय परिषद की स्थापना शामिल हैं।

### राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम - तीसरा चरण

पांच वर्ष की अवधि में भारत में इस महामारी को रोकना और इसका रुझान पलटना राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के तीसरे चरण (2007-2012) के लक्ष्य हैं। लक्ष्य प्राप्त करने के लिये एक चार सूत्री रणनीति बनाई गई है:

- उच्च जोखिम वाले समूहों का लक्षित हस्तक्षेपों (टीआई) के द्वारा पूर्ण कवरेज कर संक्रमण रोकना, और सामान्य जनसंख्या में हस्तक्षेपों को बढ़ाना।
- एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (पीएलएचए) को ज्यादा से ज्यादा देखभाल, सहायता और उपचार मुहैया करवाना। पीएलएचए के मौलिक अधिकारों और उनकी सक्रिय भागीदारी पर ध्यान केंद्रित करते हुए मानव अधिकार और नैतिकता के मुद्दों को संबोधित करना।
- जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार के लिए बुनियादी ढांचा और मानव संसाधन मजबूत बनाना।
- महामारी को चिह्नित करने और संक्रमण के इलाकों की पहचान में मदद के लिए राष्ट्रव्यापी सामरिक सूचना प्रबंधन प्रणाली मजबूत करना।

इस कार्यक्रम का समग्र उद्देश्य पहले साल के दौरान उच्च व्याप्ति राज्यों में एचआईवी/एड्स के नए मामलों में 60 प्रतिशत कमी लाना था ताकि महामारी की दिशा पलटी जा सके, और जोखिम वाले राज्यों में 40 प्रतिशत तक की कमी लाना था ताकि महामारी को स्थिर रखा जा सके।

### एनएसीपी-III के लिए मार्गदर्शक सिद्धांत

एनएसीपी-III के लक्ष्य, उद्देश्य और रणनीति निम्नलिखित मार्गदर्शक सिद्धांतों से प्रतिबिंबित होते हैं:

- तीन सिद्धांतों का एकीकृत सिद्धांत – एक अनुकूल कार्य की रूपरेखा, एक राष्ट्रीय एचआईवी/एड्स समन्वयक

प्राधिकरण और एक अनुकूल राष्ट्रीय निगरानी और मूल्यांकन प्रणाली।

- रोकथाम और राहत रणनीतियों में निष्पक्षता पर प्रासंगिक संकेतकों द्वारा नजर रखी जाएगी जैसे कि आयु और लिंग को ध्यान में रखकर सेवाएं पाने वाले लोगों का प्रतिशत।
- पीएलएचए के अधिकारों का सम्मान करना, क्योंकि रोकथाम और नियंत्रण के प्रयासों में यह सबसे सकारात्मक योगदान देता है।
- सामाजिक स्वामित्व और सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देने के लिए एनएसीपी-III की योजना और क्रियान्वयन में नागरिक समाज का प्रतिनिधित्व और भागीदारी आवश्यक है।
- ऐसा अनुकूल माहौल तैयार करना, जिसमें एचआईवी से संक्रमित और प्रभावित लोग गरिमापूर्ण जीवन व्यतीत कर सकें। यह सभी हस्तक्षेपों का आधार है।
- एचआईवी रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार सेवाएं सभी को प्राप्त कराने का प्रावधान।
- क्रियान्वयन तंत्र को अधिक उत्तरदायी, सक्रिय एवं गतिशील बनाने के लिए, नाको और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के मानव संसाधन विकास की नीति योग्यता, क्षमता, प्रतिबद्धता और निरंतरता पर आधारित है।

रणनीति और कार्यक्रम हस्तक्षेप प्रमाणों पर आधारित और परिणामोन्मुखी हों, जिनमें नवाचार और लचीलेपन की गुंजाइश भी हो। विशिष्ट स्थानीय संदर्भों को प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

### कार्यक्रम प्राथमिकताएं और महत्वपूर्ण क्षेत्र

एनएसीपी-III, एनएसीपी-I और II से हासिल सबक और अनुभवों पर आधारित, और उनकी ताकत पर निर्मित है। उसके अनुसार ही इसकी प्राथमिकताएं और महत्वपूर्ण क्षेत्र तय किए गए हैं जो कि इस प्रकार हैं:

- यह ध्यान में रखते हुए कि देश की 99 प्रतिशत आबादी संक्रमण से बची हुई है, एनएसीपी-III ने रोकथाम के प्रयासों को अपनी प्राथमिकताओं में सबसे ऊपर रखा है, साथ ही यह रोकथाम को देखभाल, सहायता और उपचार के साथ एकीकृत करना चाहता है।
- वे लोग जिन्हें एचआईवी से सबसे ज्यादा खतरा है, उन्हें हस्तक्षेप कार्यक्रम में सर्वोच्च प्राथमिकता दी जाएगी। इनमें यौनकर्मी, एमएसएम और आईडीयू शामिल हैं। हस्तक्षेप कार्यक्रमों में दूसरी उच्च प्राथमिकता लंबी दूरी तय करने वाले ट्रक ड्राइवरों, कैदियों, प्रवासियों (शरणार्थियों सहित) और अनाथ बच्चों को दी गयी है।
- सामान्य जनसंख्या में वे लोग जिन्हें रोकथाम सेवाओं जैसे एसटीआई के उपचार, स्वैच्छिक सलाह और जांच, और कंडोम की अत्यधिक आवश्यकता है, वे प्राथमिकता की पंक्ति में अगले हैं।



- एनएसीपी-III सुनिश्चित करता है कि सभी व्यक्तियों जिन्हें उपचार की जरूरत है, प्रोफिलैक्सिस और अवसरवादी संक्रमण का प्रबंधन उनके लिए उपलब्ध होगा। जिन लोगों को एआरटी की जरूरत होगी उन्हें फर्स्ट लाइन की एआरवी दवाएं सुनिश्चित की जाएंगी।
- माता-पिता से बच्चे को एचआईवी संक्रमण की रोकथाम (पीपीटीसीटी) संबंधी सेवाओं को सभी के लिए उपलब्ध कराया गया है। संक्रमित बच्चों को बाल चिकित्सा एआरटी का प्रावधान सुनिश्चित किया गया है।
- एनएसीपी-III एचआईवी से संक्रमित और प्रभावित लोगों, खासकर बच्चों की जरूरतें पूरा करने के लिए प्रतिबद्ध है। यह बाल संरक्षण व कल्याण में शामिल क्षेत्रों और एजेंसियों के माध्यम से किया जाएगा। एचआईवी का प्रभाव कम करने में उन कल्याण एजेंसियों से सहायता ली गई है, जो आय सृजन के अवसर, पोषण के लिए सहायता और अन्य कल्याण सेवाओं में लगी हुई है।
- मानसिक-सामाजिक सहायता, आउटरीच सेवाएं, रेफरल और प्रशामक देखभाल आदि उपलब्ध कराने के लिए

एनएसीपी-III में सामुदायिक देखभाल केंद्र का प्रावधान भी है।

- सामाजिक-आर्थिक निर्धारक जो किसी व्यक्ति को अति संवेदनशील बनाते हैं, एचआईवी का जोखिम भी ज्यादा कर देते हैं। एनएसीपी-III जोखिम कम करने के लिए महिला समूहों, युवा समूहों, व्यापार संघों आदि की गतिविधियों में एचआईवी रोकथाम को एकीकृत करने के लिए उनके साथ काम करता है।

बहु-क्षेत्रीय प्रतिक्रिया को मजबूत करने और सभी को कार्यक्रम में शामिल करने के लिए एचआईवी मुख्यधारा में लाना और भागीदारी को बढ़ाना महत्वपूर्ण हैं। निजी क्षेत्र, नागरिक समाज संगठन, एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों के नेटवर्क और सरकारी विभाग, इन सबकी रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार में महत्वपूर्ण भूमिका है। कार्यक्रम के उद्देश्य प्राप्त करने में विकास सहभागियों के तकनीकी और वित्तीय संसाधनों से लाभ मिलता है। वित्त वर्ष 2009-10 के लिए एड्स नियंत्रण विभाग के परिणामी बजट में सूचीबद्ध भौतिक लक्ष्यों की उपलब्धि की प्रगति तालिका 1.1 में दी गयी है।

क्रमांक	सूचक	लक्ष्य 2009.10	उपलब्धियां (फरवरी 2010 तक)
1	नये 'कोर ग्रुप' लक्षित समूहों का गठन	122	72
2	नये 'ब्रिज पॉपुलेशन' लक्षित समूहों का गठन	47	31
3	नये एस टी आई मामलों का व्यवस्थापन	100 लाख	68.2 लाख*
4	नए ब्लड कंपोनेट सेपरेशन यूनिट की स्थापना	40	28
5	नये जिला स्तरीय ब्लड बैंक	8	4
6	एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की रेट्रोवायरल चिकित्सा	2,50,000	3,00,743 (जनवरी 2010 में)
7	एंटी रेट्रोवायरल उपचार केंद्र (31 मार्च 2010 तक)	200	239*
8	सामुदायिक देखभाल केंद्र (31 मार्च 2010 तक)	261	287*
9	नये एकीकृत सलाह और जांच केंद्र	176	113
10	आईसीटीसी पर माताओं को सलाह और जांच	70.15 लाख	48.18 लाख*
11	आईसीटीसी पर लोगों को सलाह और जांच	85.19 लाख	66.41 लाख*

\*जनवरी 2010 तक

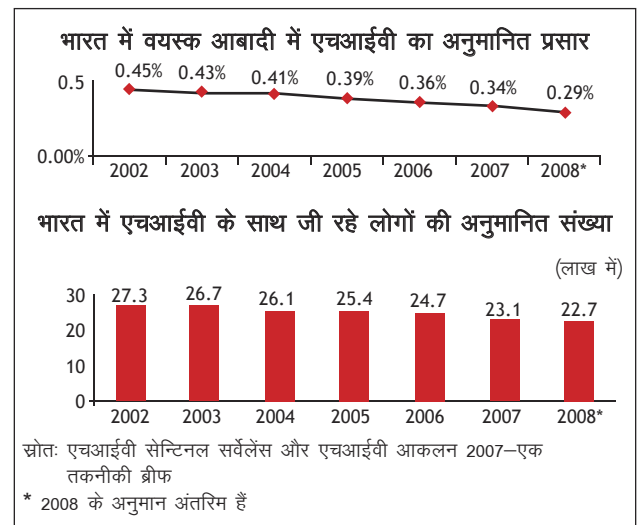


# एचआईवी/एड्स की वर्तमान स्थिति

**भारत में स्थिर एचआईवी महामारी:** वैश्विक तुलनात्मक तरीकों से किये गये एचआईवी आकलन और स्वतंत्र प्रभाव आकलन अध्ययन के निष्कर्ष दिखाते हैं कि राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम 2007–2012 महामारी को रोकने और इसका रुझान उलटने के अपने लक्ष्य की तरफ निरंतर बढ़ रहा है। एचआईवी के प्रसार पर उपलब्ध प्रमाण और भविष्य के सांख्यिकीय अनुमान भारत में राष्ट्रीय स्तर पर एचआईवी महामारी में स्थिरता के संकेत देते हैं। अंतरिम अनुमानों के अनुसार वयस्क आबादी में 0.29 प्रतिशत अनुमानित एचआईवी प्रसार के साथ वर्ष 2008 के अंत तक भारत में 22.7 लाख लोग एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे थे (चित्र 2.1)। उच्च प्रसार वाले राज्यों में भी घटते रुझान दर्ज किए गए जो कि निरंतर चल रहे हस्तक्षेप कार्यक्रमों के संभावित असर की तरफ इशारा करता है। और तो और 15–24 वर्ष की आयु समूह की गर्भवती महिलाओं में एचआईवी का प्रसार, जो कि आम जनता में एचआईवी का प्रसार बताता है, घट रहा है।

**संचरण के रास्ते:** सभी राज्यों से मिले एड्स के करीब 2.5 लाख मामलों और सलाह और जांच केंद्रों पर सामने आए

चित्र 2.1: भारत में एचआईवी के स्थिर रुझान, 2002–2008



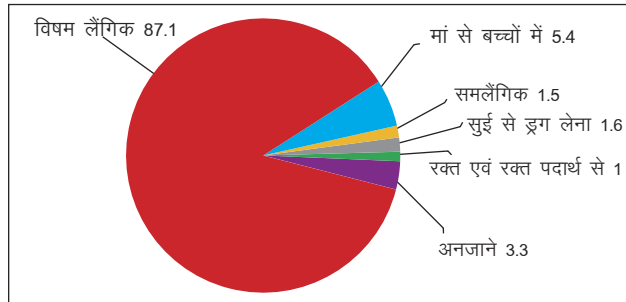
एचआईवी के करीब 3 लाख मामलों से प्राप्त जानकारी यही दर्शाती है कि देश में अभी भी 87.1 प्रतिशत एचआईवी संक्रमण विषमलैंगिक यौन संबंधों के रास्ते संचारित होता है। जबकि 5.1 प्रतिशत मामलों में अभिभावकों से बच्चों में संक्रमण होता है। वहीं ड्रग्स लेने के लिए एक ही सुई का इस्तेमाल करने



से 1.6 प्रतिशत, पुरुष के पुरुष के साथ शारीरिक संबंध से 1.5 प्रतिशत और संक्रमित रक्त एवं रक्त उत्पाद के कारण एक प्रतिशत मामलों में संक्रमण होता है।

**भारत में एचआईवी महामारी के प्राथमिक वाहक:** पैसों की एवज में असुरक्षित यौन संबंध/वाणिज्यिक महिला यौनकर्मी,

चित्र 2.2: एचआईवी के संचरण के रास्ते, भारत, 2009-10 (फरवरी 2010)



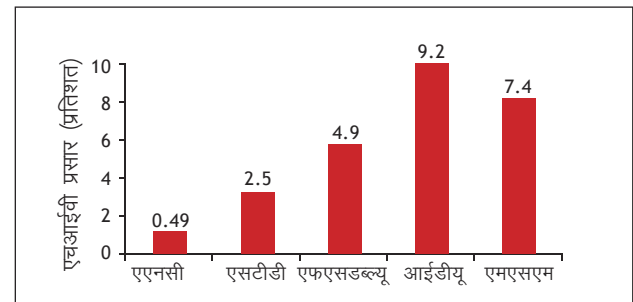
पुरुषों के बीच असुरक्षित गुदा यौन संबंध और ड्रग्स के लिए इंजेक्शनका इस्तेमाल रहे हैं। एक आकलन के अनुसार भारत में उच्च जोखिम के साथ 12.6 लाख महिला यौन कार्यकर्ता, पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले 3.5 लाख पुरुष और ड्रग्स के लिए इंजेक्शन का इस्तेमाल करने वाले 1.9 लाख लोग हैं। हालांकि यौनकर्मी वयस्क स्त्री आबादी का 0.5 प्रतिशत ही हैं, लेकिन संक्रमित महिलाओं का 7 प्रतिशत यही हैं। भारत में यौन कार्य लगातार एचआईवी संक्रमण का सबसे महत्वपूर्ण स्रोत बने हुए हैं। इसके ग्राहकों की संख्या बहुत बड़ी है, जो कि यौन कार्यकर्ताओं से संक्रमित होते हैं। वर्ष 2006 में हुए राष्ट्रीय बिहेवियरल सेंटेनल सर्वे के अनुसार, सर्वेक्षण से पहले उस साल के दौरान 2.4 प्रतिशत वयस्क पुरुष अर्थात् करीब 73.5 लाख वयस्क पुरुष वाणिज्यिक यौन कार्यकर्ताओं के पास जा चुके थे। यौनकर्मी के ग्राहक भारत में एचआईवी महामारी के अकेले ही सबसे शक्तिशाली वाहक बल हैं और वे देश के सबसे ज्यादा संक्रमित समूह का निर्माण भी करते हैं। ये पुरुष इसके बाद अपनी पत्नियों को भी संक्रमित कर देते हैं। इस प्रकार समाज में कम जोखिम वाली कई महिलाएं भी प्रभावित होती हैं। लंबी यात्राएं करने वाले ट्रक ड्राइवर और अकेले प्रवासी पुरुष यौनकर्मियों के ग्राहकों का एक बहुत बड़ा हिस्सा हैं।

**सकेंद्रित महामारी:** वर्ष 2008-09 में विभिन्न जनसंख्या समूहों के बीच समग्र एचआईवी प्रसार भारत में सकेंद्रित महामारी की तस्वीर पेश कर रहा है। उच्च जोखिम समूहों - आईडीयू (9.2 प्रतिशत), एमएसएम (7.3 प्रतिशत), एफएसडब्ल्यू (4.9 प्रतिशत) और एसटीडी क्लिनिक में गये व्यक्तियों (2.5 प्रतिशत) में उच्च प्रसार है, जबकि एएनसी क्लिनिक में जाने वालों में प्रसार दर काफी कम (0.49 प्रतिशत) रही।

**विषम फैलाव:** भारत में एचआईवी महामारी का फैलाव विषम है। कुछ राज्यों, जिलों और खंडों में दूसरों की तुलना में

उच्च प्रसार स्तर दिखता है (चित्र 2.4)। राज्य के स्तर पर उच्च प्रसार वाले छह राज्यों पर ही एचआईवी का 60 प्रतिशत बोझ है। आंध्र प्रदेश और नागालैंड में औसत एचआईवी प्रसार एक प्रतिशत है। इन दोनों राज्यों के अलावा अन्य राज्यों में एएनसी क्लिनिकों में जाने वाले लोगों में एक प्रतिशत से कम प्रसार मिला है। आईडीयू के बीच

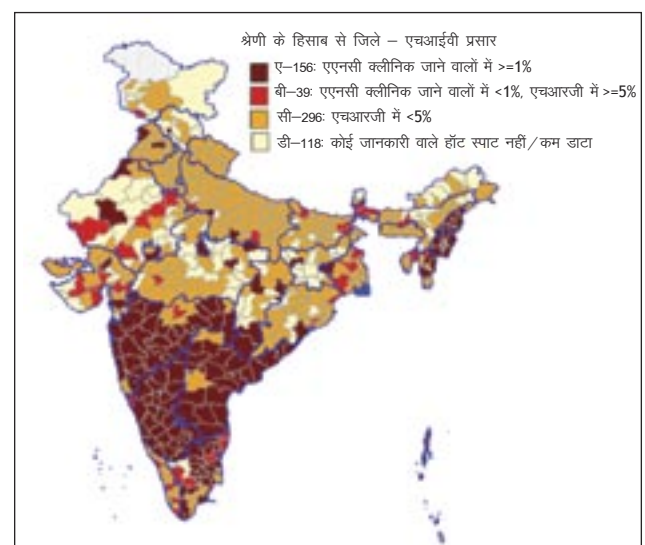
चित्र 2.3: विभिन्न जनसंख्या समूहों के बीच एचआईवी प्रसार, 2008-09 (अंतरिम)



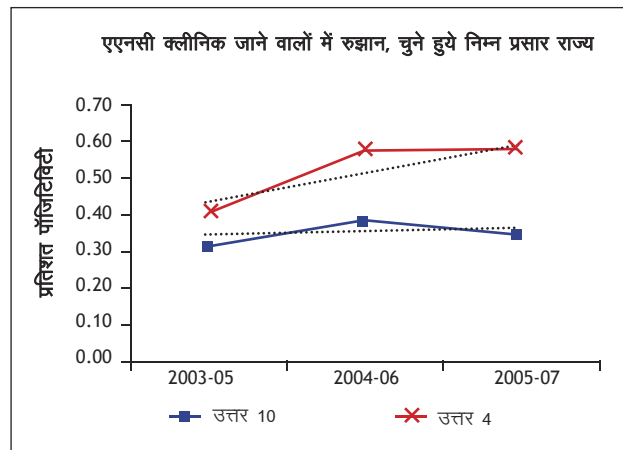
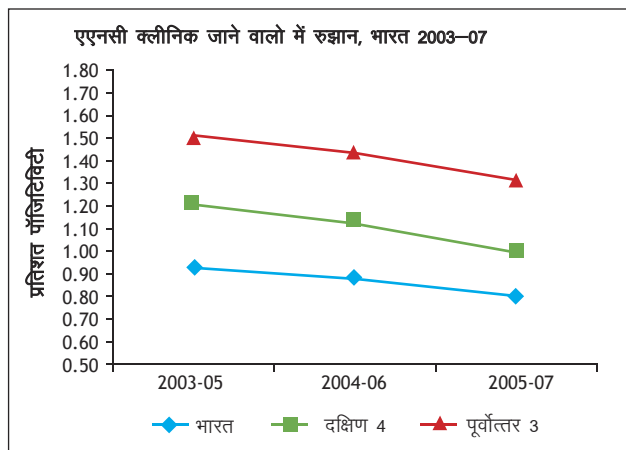
चंडीगढ़, पंजाब, दिल्ली, मुंबई और मणिपुर में एचआईवी प्रसार का उच्च स्तर दिखा। वहीं आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र और मणिपुर में एमएसएम और एफएसडब्ल्यू में उच्च एचआईवी प्रसार देखने को मिला। इसी प्रकार 195 जिलों ('ए' और 'बी' श्रेणी जिले) को एचआईवी के उच्च स्तर के साथ चिह्नित किया गया है और हस्तक्षेप कार्यक्रमों में उन्हें प्राथमिकता दी जाती है।

**विभिन्न जनसंख्या समूहों में एचआईवी के स्वरूप:** संपूर्ण भारत में और उच्च प्रसार वाले राज्यों में प्रसवपूर्व क्लिनिकों (एएनसी) पर जाने वालों के बीच एचआईवी प्रसार में कमी देखने को मिली। हालांकि कम और मध्यम प्रसार वाले कुछ राज्यों जैसे गुजरात, राजस्थान, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश, बिहार और पश्चिम बंगाल में प्रसवपूर्व क्लिनिकों पर जाने वालों में एचआईवी प्रसार का बढ़ता हुआ रुझान दिखा। वर्ष

चित्र 2.4 एचआईवी का विषम फैलाव दर्शाते हुए जिलों की श्रेणियों के साथ भारत का मानचित्र



चित्र 2.5: एएनसी क्लीनिकों के बीच रुझान



2008-09 के दौरान 108 जिलों (134 साइट) में एएनसी क्लीनिकों पर जाने वालों में एचआईवी प्रसार एक प्रतिशत अथवा इससे ज्यादा मिला। इनमें से करीब एक तिहाई (34 जिले) कम प्रसार वाले राज्यों में हैं।

वर्ष 2008-09 के दौरान 87 जिलों (105 साइट) में उच्च जोखिम समूहों में 5 प्रतिशत या इससे ज्यादा एचआईवी प्रसार दिखा, वहीं 30 जिलों में 15 प्रतिशत या इससे ज्यादा एचआईवी प्रसार देखने को मिला। यौन कार्यकर्ताओं की बात करें तो दक्षिण भारतीय राज्यों में गिरावट दर्ज की गई जो कि हस्तक्षेप के संभावित प्रभाव की तरफ इशारा करता है, वहीं पूर्वोत्तर राज्यों में बढ़ोतरी का रुझान महामारी की दोहरी प्रकृति दिखाता है। वर्ष 2008-09 के दौरान 55 जिलों में महिला यौनकर्मियों के बीच एचआईवी प्रसार 5 प्रतिशत से भी ज्यादा दिखा।

भारत के पूर्वोत्तर राज्यों में इंजेक्शन के जरिये ड्रग्स लेने की आदत एचआईवी महामारी का सबसे मुख्य कारण है। इंजेक्शन से ड्रग्स लेने वाले लगभग 25 प्रतिशत लोग पूर्वोत्तर राज्यों में रहते हैं। हालांकि मणिपुर, नागालैंड और चेन्नई में इंजेक्शन से ड्रग्स लेने वालों में एचआईवी प्रसार के रुझानों में गिरावट दर्ज की गई जो कि हस्तक्षेप के संभावित प्रभाव की तरफ इशारा करता है, जबकि पंजाब,

चंडीगढ़, मेघालय, मिजोरम, उत्तरी बंगाल, मुंबई, केरल और दिल्ली में निरंतर वृद्धि दर्ज की गई। वर्ष 2008-09 के दौरान 20 जिलों में आईडीयू के बीच एचआईवी प्रसार 5 प्रतिशत या इससे ज्यादा देखने को मिला।

भारत में, उच्च प्रसार वाले राज्यों के साथ-साथ दिल्ली, गुजरात और पश्चिम बंगाल में भी पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों के बीच एचआईवी के उच्च प्रसार के क्षेत्र चिह्नित किए गए। वर्ष 2008-09 के दौरान 28 जिलों में एमएसएम के बीच एचआईवी प्रसार 5 प्रतिशत या इससे ज्यादा दिखा।

इस प्रकार भारत में संचरण के रास्तों और भौगोलिक फैलाव दोनों ही लिहाज से इस महामारी की प्रकृति विषम है। जिन स्थानों पर एचआईवी सामने से नजर आता था और जहां पहले ही हस्तक्षेप शुरू कर दिया गया था, वहां हस्तक्षेप का संभावित प्रभाव देखा जा सकता है, जबकि अन्य राज्यों में वृद्धि के रुझान भी दर्ज किए गए हैं। उच्च प्रसार वाले राज्यों में यौनकर्मियों के माध्यम से महामारी का फैलाव नियंत्रित करने में मिली सफलता को बरकरार रखने की जरूरत है। आईडीयू और एमएसएम के बीच उच्च प्रसार के क्षेत्र भी दर्ज किए गए, जिन पर कार्रवाई करने की जरूरत है।



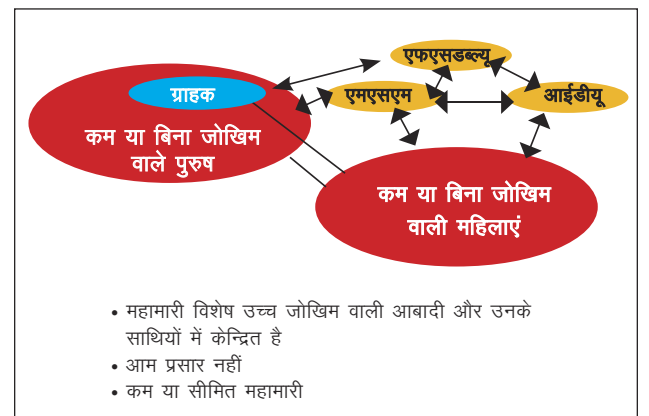
## लक्षित हस्तक्षेप

भारत में असुरक्षित यौन संबंध और ड्रग्स लेने के लिए संक्रमित और असंक्रमित व्यक्तियों द्वारा एक ही सुई का इस्तेमाल एचआईवी प्रसार के वाहक हैं। एचआईवी संक्रमण प्राप्त करने अथवा प्रसारित करने का जोखिम हर किसी का समान नहीं होता। यह ऐसे समूहों अथवा व्यक्तियों के नेटवर्क में फैलता है जो ज्यादा लोगों के साथ यौन संबंध रखने अथवा ड्रग्स के लिए दूसरों के इस्तेमाल किए इंजेक्शन का प्रयोग करने के कारण जोखिम के उच्च स्तर पर होते हैं। इन उच्च जोखिम समूहों (एचआरजी) में शामिल हैं:

- महिला यौनकर्मी (एफएसडब्ल्यू)
- पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुष (एमएसएम), और ट्रांसजेंडर (टीजी)
- इंजेक्शन से ड्रग्स लेने वाले (आईडीयू)
- और ब्रिज पॉपुलेशन (प्रवासी और ट्रक ड्राइवर)

इन उच्च जोखिम समूहों से एचआईवी का संचरण प्रायः उनके यौन साथियों के माध्यम से ही होता है, जिनमें कि 'आम' आबादी में कम जोखिम वाले यौन सहभागी होते हैं। उदाहरण के लिए, एक यौनकर्मी के ग्राहक की पत्नी अथवा कोई अन्य यौन सहभागी हो सकता है; जिसे कि अपने उच्च जोखिम वाले

चित्र 3.1: अलग-अलग जनसंख्या के बीच एचआईवी संचरण का नमूना



यौन सहभागी से एचआईवी प्राप्त होने का खतरा है। वे व्यक्ति जिनके उच्च जोखिम समूहों के अलावा अन्य यौन सहभागी भी होते हैं, उन्हें 'ब्रिज पॉपुलेशन' कहा जाता है, क्योंकि वे उच्च जोखिम समूह से सामान्य आबादी तक संचरण के लिए ब्रिज का काम करते हैं। (चित्र 3.1) उच्च जोखिम समूह सदस्यों के ब्रिज पॉपुलेशन के सदस्यों में से कई के साथ यौन संबंध हो सकते हैं, जिनका सामान्य जनसंख्या में कम से कम एक

यौन सहभागी तो होगा ही। एचआईवी प्रसार के इस स्वरूप को देखते हुए, एचआरजी सदस्यों का एचआईवी प्रसार न्यूनतम रखना और उनसे ब्रिज पॉपुलेशन में संचरण कम करना ही रोकथाम का सबसे प्रभावी और कुशल लक्ष्य है। इसलिए एचआरजी और ब्रिज पॉपुलेशन (जिसमें कि प्रवासी और ट्रक ड्राइवर शामिल हैं) में लक्षित हस्तक्षेप की जरूरत है।

### एनएसीपी-III में लक्षित हस्तक्षेप

लक्ष्यों और उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए एनएसीपी-III का ध्यान प्राथमिक रूप से वर्ष 2012 तक भारत में एचआईवी प्रसार रोकना और इसके रुझानों को उलटने पर है। इस कार्यक्रम की योजना प्राथमिक रोकथाम सेवाओं के साथ 80 प्रतिशत उच्च जोखिम समूहों को कवर करने की है। इसमें शामिल हैं:

- यौन संचारित संक्रमणों का उपचार
- कन्डोम का प्रावधान
- व्यवहार परिवर्तन संचार
- सामुदायिक सहभागिता और भागीदारी के साथ एक अनुकूल माहौल तैयार करना
- देखभाल और सहायता सेवाओं से संपर्क

एनएसीपी-III में दो महत्वपूर्ण ढांचागत हस्तक्षेप जोड़े गए हैं:

- टीआई के लिए अनुकूल माहौल को मजबूती प्रदान करना, और
- सामुदायिक संगठन और स्वामित्व

एनएसीपी-III का लक्ष्य उच्च जोखिम समूहों (एचआरजी) के लिए लक्षित हस्तक्षेप को बढ़ाना – वास्तविक संख्या (कवरेज, लक्षित हस्तक्षेपों की संख्या) और हस्तक्षेप की गुणवत्ता दोनों के लिहाज से।

### लक्षित हस्तक्षेप के घटक:

व्यवहार परिवर्तन संचार के तहत उन एकल और समूह प्रथाओं/व्यवहार को समझना और इसका आकलन किया जाता है, जिनसे कि एचआईवी का जोखिम हो सकता है। इसका उद्देश्य संचरण के जोखिम को कम करने के लिए साथी द्वारा सलाह, परामर्शदाता द्वारा सलाह और अनुकूल वातावरण बनाने के लिये कार्यनीति/गतिविधियां बनाना है। आउटरीच कार्यकर्ता एक-एक के साथ सत्र और सामूहिक सत्रों के जरिये गतिविधियों को समुदाय तक ले जाते हैं। व्यवहार में परिवर्तन लाने के लिये समूह विशेष के लिए सूचना, शिक्षा और संचार सामग्री बनायी जाती है।

### एसटीआई सेवाओं से अभिगम:

यौन संचारित रोग (सूचक और बिना लक्षण वाले) एचआईवी संचरण के जोखिम को बढ़ा देते हैं। यह उच्च जोखिम समूहों में काफी अधिक है, इसलिये एसटीआई सेवाएं तीन अलग-अलग तरीकों से दी जाती हैं – परियोजना के तहत

क्लीनिक, आउटरीच क्लीनिक और एचआरजी टीआई और ब्रिज पॉपुलेशन के लिये प्राइवेट या सार्वजनिक सुविधा में रेफरल क्लीनिक।

### सुरक्षित जीवन शैली को सुनिश्चित करने के लिये उपयोगी वस्तुओं का प्रावधान:

टीआई कार्यक्रम आसान पहुंच, उपलब्धता और स्वीकार्यता के साथ सुरक्षित व्यवहार सुनिश्चित करता है। उपयोगी वस्तुएं (केवल चिकनाई युक्त पुरुष लैटेक्स कन्डोम) आउटरीच समूहों और सामाजिक विपणन द्वारा पहुंचाई जाती है। सामाजिक विपणन दो तरह से होता है। टीआई के तहत सीधा बजट प्रावधान और सामाजिक विपणन एजेन्सियों को नियुक्त करके।

*महिला यौनकर्मी टीआई के लिये:* चिकनाई युक्त पुरुष लैटेक्स कन्डोम और महिला कन्डोम (केवल कुछ प्रायोगिक हस्तक्षेपों में) मुफ्त वितरण और सामाजिक विपणन आउटलेट के जरिये उपलब्ध करवाये जाते हैं।

*एमएसएम टीआई के लिए:* मुफ्त वितरण के जरिये चिकनाई युक्त पुरुष लैटेक्स कन्डोम और लुब्रिकेन्ट के छोटे पैकेट उपलब्ध करवाये जाते हैं।

*आईडीयू टीई के लिये:* सुई, सीरिज और ओएसटी दवाईयां मुफ्त वितरण के जरिये उपलब्ध करायी जाती है।

*प्रवासी और ट्रक ड्राइवर टीआई के लिये:* सामाजिक विपणन के तहत प्रावधान।

कन्डोम वेन्डिंग मशीन और मुफ्त उपलब्ध कन्डोम के अलावा कन्डोम डिब्बा सामरिक जगहों पर रखे गये हैं, ताकि ग्राहकों को सुविधापूर्वक कन्डोम मिल सके।

*संरचनात्मक हस्तक्षेप द्वारा अनुकूल वातावरण बनाना:* एनएसीपी उन प्रभावी संरचनाओं की पहचान करता है जो संसाधनों के नियंत्रण पर असर डालती है ताकि सुरक्षित व्यवहार और प्रथाओं को बनाये रखा जा सके। इसमें एचआरजी की क्षमता विकास का प्रावधान है जिससे कि अनुकूल वातावरण बनाया जा सके और कलंक और भेदभाव के संबोधन के लिये आवश्यक संसाधनों पर नियंत्रण किया जा सके।

**समुदाय, संगठन और स्वामित्व निर्माण:** एनएसीपी के अंतर्गत समुदाय आधारित संगठनों (सीबीओ) को उनकी क्षमता का विकास करके और समुदाय के हित के लिए स्वामित्व देकर कार्यक्रम प्रबन्धन में जोड़ा जाता है।

### देखभाल और सहायता कार्यक्रम के लिंकेज:

देखभाल और सहायता कार्यक्रम (आईसीटीसी, एआरटी,



सामुदायिक देखभाल केन्द्र, आरएनटीसीपी कार्यक्रम और डिटोक्स केन्द्र), से संपर्क मजबूत करने का मतलब जोखिम को कम करना है। एनएसीपी-III परिप्रेक्ष्य और संवेदनशीलता के लिये परामर्शदाताओं और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की क्षमता विकसित करता है।

### सुई-सिरिज विनिमय कार्यक्रम:

टीआई लागू करने वाले गैर सरकारी संगठन, आईडीयू में एचआईवी को रोकने के लिये और इन तक पहुँचने के लिये हाल-फिलहाल आईडीयू की आदत छोड़ चुके लोगों का प्रयोग करते हैं। ये समूह निम्न सेवायें प्रदान करते हैं:— परामर्श, एचआईवी जाँच सेवाओं से लिंकेज, एसटीआई उपचार, आईडीयू के घाव का प्रबन्धन और सुई सिरिज विनिमय कार्यक्रम (एनएसईपी)। इस कार्यक्रम के अंतर्गत सुई द्वारा एचआईवी के संक्रमण को रोकने के लिये आईडीयू को पुरानी और उपयोग हो चुकी सुई और सिरिज के बदले नई सुई उपलब्ध करायी जाती है। आईडीयू तक पहुँचने में और इनमें एचआईवी प्रसार को रोकने में एनएसईपी एक प्रभावी तरीका साबित हुआ है।

**आईडीयू के लिये ओएसटी हस्तक्षेप कार्यक्रम:** एनएसीपी-III के अंतर्गत, ओपायड सबस्टिट्यूशन थेरेपी (ओएसटी) नामक हस्तक्षेप आरंभ किया गया है। यह चिकित्सा हस्तक्षेप आईडीयू को सुई द्वारा नशा लेने से रोकता है। यह एक डॉक्टर द्वारा शुरू और नर्स द्वारा दिया जाता है। एक स्वतंत्र निकाय, स्वास्थ्य प्रदाताओं के लिये राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच) के प्रत्यायन के पश्चात् राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा 51 ओएसटी केन्द्रों का अनुबंध किया जा चुका है।

### एनएसीपी-III के तहत कवर किए जाने वाले एचआरजी की संख्या का अनुमान

एनएसीपी-III की योजना बनाने के मकसद से, उच्च जोखिम समूहों की संख्या जानने के लिए देश में उपलब्ध प्राथमिक आंकड़ों का विश्लेषण करने हेतु एक विशेषज्ञ समूह गठित किया गया। विशेषज्ञ समूह द्वारा वर्ष 2006 में सौंपी गई रिपोर्ट

चित्र 3.2: आईडीयू हस्तक्षेप स्थान पर क्लीनिक सेवाओं का एक चित्र



के अनुसार देशभर में उच्च जोखिम जनसंख्या समूह में करीब 18 लाख और ब्रिज पॉपुलेशन में करीब 110 लाख लोग होने का अनुमान है। समूह अनुसार विवरण इस प्रकार है:

तालिका 3.1: भारत में एचआरजी और ब्रिज पॉपुलेशन का आकलन (2006)

समूह	जनसंख्या का आकलन
<b>मुख्य उच्च जोखिम समूह</b>	
एफएसडब्ल्यू	12.63 लाख
एमएसएम	3.51 लाख
आईडीयू	1.86 लाख
<b>ब्रिज पॉपुलेशन</b>	
प्रवासी	80 लाख
ट्रक ड्राइवर	30 लाख

इसके अतिरिक्त, नाको ने उच्च जोखिम आबादी का मानचित्रण किया, जो देश के 17 राज्यों के लिए वर्ष 2008 में शुरू हुआ। यह काम नाको ने इस मकसद के लिए नियुक्त एजेंसियों के माध्यम से किया। मसौदा रिपोर्ट प्राप्त होने के बाद मुंबई स्थित आईआईपीएस (अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान) को सभी 17 राज्यों (बिहार और उत्तर प्रदेश सहित – अनुदानदाताओं द्वारा राशि दी गई) में मानचित्रण आंकड़ों का सत्यापन संचालित करने के लिए नामित किया गया। अंतिम रिपोर्ट अक्टूबर, 2009 में उपलब्ध हुई। आकलनों के साथ-साथ मानचित्रण रिपोर्टों ने इन पर भी सूचना उपलब्ध करवाई:

- मानचित्रित जिलों में ध्यान देने योग्य स्थान
- जिले/राज्य में एचआरजी के बीच जोखिम के कारक
- आसपास के क्षेत्र में सेवा प्रदाता

### राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा गैरसरकारी संस्थाओं की अधिप्राप्ति

राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा गैरसरकारी संस्थाओं द्वारा लक्षित हस्तक्षेपों के क्रियान्वयन के लिए नाको ने एक व्यापक प्रणाली विकसित की। इसके लिए निम्न कदम उठाए गए।

- विभागीय वृत्तपत्रों और वेबसाइट में खुले स्वरूप के विज्ञापन और प्रस्ताव या निवेदनों को आमंत्रित करना।
- तकनीकी सलाहकार समिति द्वारा निवेदनों को चुनना। समिति में टीआई पॉईंट व्यक्ति, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के अधिप्राप्ति अधिकारी, राज्य तकनीकी सहायता यूनिट से एक अधिकारी और कार्यकारी समिति से एक एनजीओ प्रतिनिधि भाग लेते हैं। संस्था ने कार्यान्वित टीआई के लिये आवश्यक जानकारी जैसे पंजीकरण कानून, ऑडिट किये गये बहीखाते, संस्थाओं के वार्षिक प्रतिवेदन पूरे किये या नहीं यह जाँचने के लिये छानबीन होती है।

चित्र 3.3: उपग्रह संवादात्मक सत्र जो समाज के सदस्यों की कार्यक्रमों में उपस्थिति दर्शाते हैं।



- सभी चुनी हुई संस्थाओं का सम्मिलित मूल्यांकन समिति (जेएटी) द्वारा दौरा किया जाता है। इस समिति में, राज्य एड्स नियंत्रण समिति के एक तकनीकी अधिकारी, एक बाहरी तकनीकी सलाहकार और एक वित्त सलाहकार होते हैं। एनजीओ के रिकार्ड का जेएटी परीक्षण करती है, संचालक परिषद/ट्रस्टीज के साथ चर्चा करती है और कार्यक्षेत्र का दौरा करती है। नाको द्वारा बनाई गयी सूची का एनजीओ के मूल्यांकन दर्ज करने के लिये जेएटी के दौरे के दरमियान उपयोग किया जाता है। शासन प्रणाली, कर्मचारी और संस्था की नीति, कार्ययोजना का अनुभव, वित्त प्रबंधन, संस्था की अधिप्राप्ति पद्धति, एनजीओ द्वारा योजना बनाना और निगरानी, समाज के साथ एनजीओ के संबंध इन विषयों पर मूल्यांकन किया जाता है।
- जेएटी के दिये गये अंको के आधार पर, टीएसी द्वारा निवेदक संस्थाओं का: 'सबसे पसंदीदा', 'दिये जाने योग्य' और 'अस्वीकृत' इन विभागों में वर्गीकरण किया जाता है।

### हस्तक्षेपों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए सहायता तंत्र

एनएसीपी-III के शुरूआती दो साल में ध्यान खासतौर पर इस बात पर था कि राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा अनुबंध राशि जारी करने और मूल्यांकन की प्रणालियों का अनुसरण किया जाए। पिछले एक साल के दौरान टीआई पर अमल 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: एचआरजी का पंजीकरण और उनकी निगरानी, सेवाओं के प्रावधान और रेफरल प्रणाली पर आंकड़े संग्रहित करने के लिए नाको ने क्षेत्र विशेष के विशेषज्ञों की मदद से टूल विकसित किए। एक प्रारूप से दूसरे तक सूचना का तार्किक प्रवाह और नव विकसित सामरिक सूचना प्रबंधन प्रणाली से अंतिम फीड के साथ कुल 17 प्रारूप

विकसित और मानकीकृत किए गए हैं। नव नियुक्त जिला परियोजना अधिकारी, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में प्रमुख व्यक्तियों और तकनीकी सहायता इकाइयों (टीएसयू) को इनके बारे में जानकारी देने के लिए क्षेत्रीय स्तर पर प्रशिक्षण कार्यक्रम भी संचालित किए गए।

- टीआई के लिए गुणवत्तापूर्ण मार्गदर्शिका विकसित करना: मानकीकृत प्रक्रिया का अनुसरण सुनिश्चित करने के लिए एक मार्गदर्शिका विकसित की गई है, जिसमें बताया गया है कि पहुंच क्षेत्र से टीआई पर रिपोर्टिंग स्तर तक आंकड़ों का प्रवाह कैसे रहेगा और कम्प्यूटरीकृत सूचना प्रबंधन प्रणाली (सीएमआईएस) तक कैसे प्रवाहित होगा। इसके अतिरिक्त, सूचना की तथ्यपरकता जांचने का तरीका, तात्कालिकता और आंकड़े संग्रहित करने में जुटे कर्मचारियों की भूमिका और जिम्मेदारियां भी इस मार्गदर्शिका में कवर की गई हैं।
- टीआई से मिली सीएमआईएस रिपोर्ट पर नाको मासिक तौर पर नजर रखता है, और कितने टीआई रिपोर्ट भेज

तालिका 3.2 टीआई खंड द्वारा देशभर में संचालित प्रशिक्षण गतिविधियां

प्रशिक्षण के क्षेत्र	प्रतिभागियों की श्रेणी	कुल संख्या
सूचना प्रबंधन प्रणाली (एमआईएस) टूल	टीआई कर्मचारी	12,160
टीआई निगरानी	परियोजना अधिकारी	91
कार्यक्रम प्रबंधन	टीआई के कार्यक्रम प्रबंधक	1,197
आउटरीच प्रबंधन	आउटरीच कार्यकर्ता	958
परामर्श और जोखिम न्यूनीकरण	परामर्शदाता	852
सहकर्मि शिक्षा	सहकर्मि शिक्षक	5,612
वित्तीय प्रबंधन	लेखाकार	1,048

रहे हैं इस बारे में राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को नियमित सूचना प्रदान की जाती है। राज्य एड्स नियंत्रण समितियों सीएमआईएस से संग्रहित आंकड़ों की जांच करने और टीआई को फीडबैक प्रदान करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।

- सीएमआईएस संकेतक परिवर्तित किए जा चुके हैं और वे अब एसआईएमएस में समाहित हैं, जो कि स्थापित होगा। यह संकेतक एक समय और नियमित रूप से एचआरजी के लिए कवरेज को पकड़ते हैं। कवरेज और उपलब्ध सेवाओं की गुणवत्ता पर आंकड़ें प्राप्त करने में एसआईएमएस का संचालन काफी मददगार रहेगा।
- राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में स्थापित टीआई इकाइयों से अपेक्षा की जाती है कि वे उन्हें मासिक आधार पर



रिपोर्ट करें। यह रिपोर्टें हार्ड अथवा सॉफ्ट कॉपी स्वरूप में समितियों के मूल्यांकन अधिकारी के पास भेजी जाती हैं, वह इन्हें सीएमआईएस में दर्ज करता है, जो अपलोड करने के लिए नाको के पास भेज दी जाती है। यह देखने में आया है कि सीएमआईएस को रिपोर्ट करने वाली इकाइयों की संख्या बढ़ती जा रही है। पिछले छह महीने के दौरान यह सुनिश्चित करने पर ही विशेष ध्यान रहा कि टीआई सीएमआईएस संकेतकों पर रिपोर्ट करें। इसके परिणामस्वरूप रिपोर्ट करने वाली इकाइयों की संख्या बढ़ गई, जो दर्शाता है कि टीआई में सेवाएं समझने में निरंतर सुधार हुआ है।

- टीआई की दैनिक आधार पर निगरानी और पर्यवेक्षण के लिए जिला आधारित परियोजना अधिकारी (पीओ) की नियुक्ति के रूप में अगला कदम उठाया जाएगा।

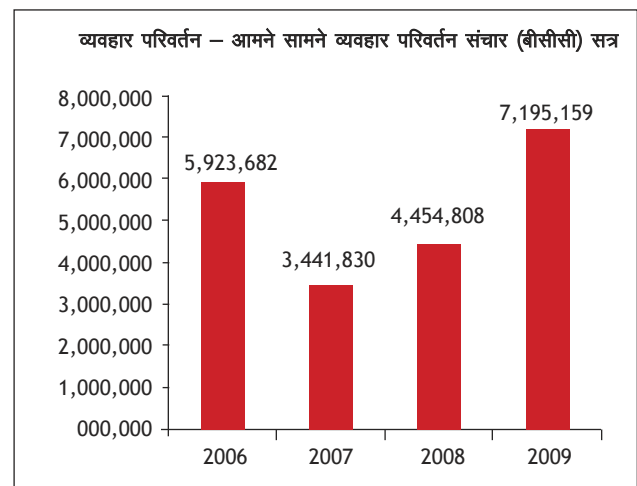
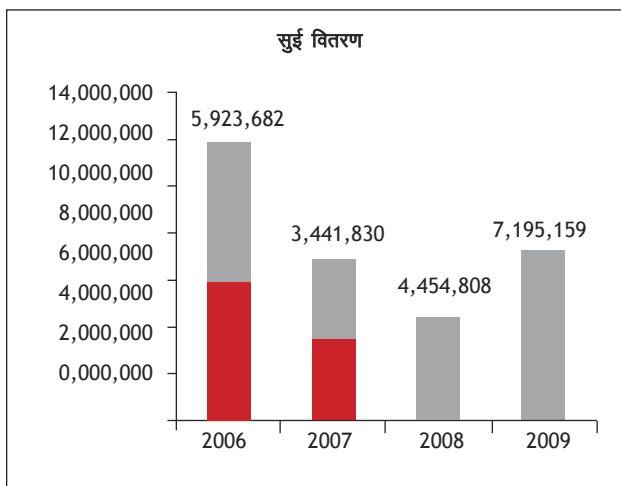
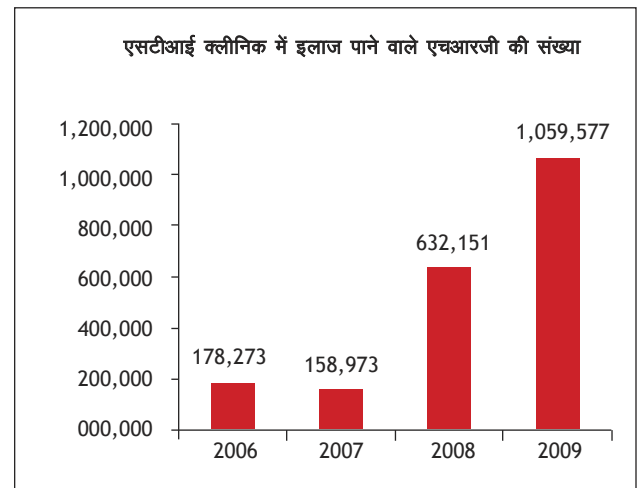
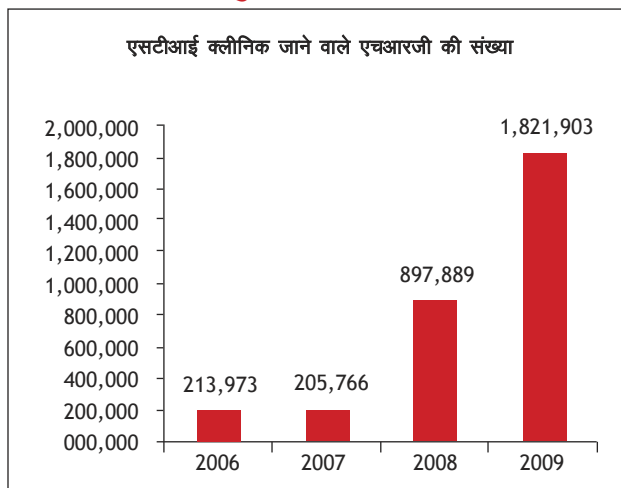
**मानव संसाधन और क्षमता निर्माण:** राज्य एड्स नियंत्रण समिति और नाको की क्षमता विकसित करना एनएसीपी-III का मुख्य ध्यान है। सभी स्तरों पर कार्यक्रम लागू करने में सहायता देने के लिए नाको के 14 अधिकारी और राज्य एड्स नियंत्रण समिति के 48 अधिकारियों को विशेषज्ञों के साथ एचआईवी/एड्स और टीआई के विभिन्न पहलुओं पर प्रशिक्षित किया गया। इसके अतिरिक्त, एनजीओ और

सीबीओ सहभागियों को तकनीकी सहायता उपलब्ध करवाने के लिए नाको और 20 राज्यों में टीएसयू स्थापित किए गए हैं। टीआई की गुणवत्ता और प्रबंधन संबंधी पहलुओं की देखभाल के लिए हर राज्य में एक व्यक्ति होता है।

**टीआई के लिए क्षमता निर्माण गतिविधियां:** टीआई को प्रभावशाली तरीके से लागू करने की दिशा में टीआई कर्मचारियों को प्रशिक्षित करना भी एक महत्वपूर्ण कदम है। इसके परिणाम स्वरूप, शुरुआती दौर में राज्य आधारित मास्टर प्रशिक्षकों का काडर विकसित करने पर ध्यान केंद्रित किया गया। हालांकि, टीआई के विस्तार के साथ प्रशिक्षण को संस्थागत करना भी जरूरी है। गुणवत्ता सुधारने और जमीनी स्तर पर टीआई को बढ़ाने के लिए टीएसयू और राज्य प्रशिक्षण और संसाधन केंद्र (एसटीआरसी) स्थापित किए गए हैं।

**राज्य प्रशिक्षण और संसाधन केंद्र (एसटीआरसी):** एसटीआरसी की रूपरेखा टीआई परियोजना कर्मचारियों को प्रशिक्षण उपलब्ध करवाने और उनकी क्षमताएं विकसित करने के लिए तैयार की गई है, ताकि हस्तक्षेप की गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सके। 14 एसटीआरसी स्थापित किए जा चुके हैं और सात की स्थापना की जा रही है। सहभागी संगठनों

चित्र 3.4: टीआई के मुख्य प्रदर्शन



चित्र 3.4: मुख्य लक्षित जनसंख्या द्वारा आंध्र प्रदेश में निकाली गई जागरूकता रैली



की क्षमताएं विकसित करने के लिए वे राज्यों और टीएसयू के साथ करीबी से काम करते हैं। एसटीआरसी हरेक राज्य में सीखने अथवा बेहतर अभ्यास साइट विकसित करने के लिए एनजीओ और सीबीओ के साथ भी काम करते हैं। नाको ने बाहरी विशेषज्ञों की मदद से एसटीआरसी का मूल्यांकन करवाया। 13 एसटीआरसी का मूल्यांकन किया गया। संतोषजनक प्रदर्शन के चलते इनमें से 9 की अवधि बढ़ा दी गई। मूल्यांकन रिपोर्ट की अनुशंसाओं के आधार पर स्थानीय संसाधन और राज्य स्तर पर सीखने की साइट विकसित करने के लिए दिशा निर्देश दिये गये और इनके कार्य में संशोधन किया गया।

वर्ष 2009-10 के दौरान टीआई खंड द्वारा देशभर में संचालित प्रशिक्षण गतिविधियां तालिका 3.2 में दर्शाई गई हैं।

**तकनीकी सहायता इकाई (टीएसयू):** हस्तक्षेपों में जमीनी दौरा कर टीआई कार्यक्रम के प्रमुख पहलुओं पर तकनीकी सहायता उपलब्ध करवाने के लिए एक राष्ट्रीय तकनीकी सहायता इकाई (एनटीएसयू) और राज्य टीएसयू स्थापित किए गए हैं। टीएसयू संबंधित राज्य में राज्य एड्स नियंत्रण समिति के साथ मिलकर टीआई की निगरानी करते हैं। वे एनएसीपी-III के दिशा निर्देशों का अनुसरण करते हैं और

सहभागी संगठनों के साथ इसे लागू करते हैं। टीएसयू राज्य में टीआई की रूपरेखा तैयार करने, योजना बनाने, अमल करने और इसकी निगरानी में सहायता करते हैं और राज्य एड्स नियंत्रण समिति को प्रबंधन एवं तकनीकी सहायता उपलब्ध करवाते हैं।

**सहायक पर्यवेक्षण और निगरानी:** निगरानी और मूल्यांकन टीआई के अभिन्न हिस्से के तौर पर है, ताकि परियोजना की प्रगति देखी जा सके और इसके प्रभाव एवं कुशलता पर सूचना प्राप्त की जा सके। इस प्रकार अब टीआई के संरक्षक के तौर पर एक क्षेत्रीय ढांचा है। पर्यवेक्षण को सुधारने और टीआई की गुणवत्तापूर्ण निगरानी सुनिश्चित करने के लिए हरेक टीएसयू और गैर-टीएसयू राज्य में 1 पीओ: 10 टीआई के अनुपात में कार्यक्रम अधिकारी (पीओ) नियुक्त किए गए।

कुल उपलब्ध 123 स्थानों में से 101 पीओ नियुक्त किए जा चुके हैं। इनमें से 91 को अगस्त, सितंबर और दिसंबर 2009 के दौरान पांच बैचों में प्रशिक्षित भी किया जा चुका है। सितंबर से नवंबर, 2009 तक पीओ 1,066 सहायक यात्राएं पूरी कर चुके थे, ताकि एचआरजी की लाइन लिस्टिंग को ढर्रे पर लाया जा सके और पहुंच सेवाएं मजबूत की जा सकें। अक्टूबर-दिसंबर, 2009 की तिमाही के लिए 15 टीएसयू के 75 पीओ टीआई के 582 गुणात्मक आकलन कर चुके थे और एचआरजी जनसंख्या को गुणवत्तापूर्ण सेवाएं उपलब्ध करवाने के लिए रोडमैप भी तैयार कर चुके थे।

**वार्षिक मूल्यांकन और किये गये कार्य:** यह सुनिश्चित करने के लिए कि एनजीओ संख्यात्मक और गुणात्मक रूप से अपना लक्ष्य पूरा करें, उनसे अपेक्षित कार्य अनुबंध के हिस्से होते हैं। अपेक्षित कार्यों का निर्धारण परियोजना की अवधि से होता है और अब ये वार्षिक समीक्षाओं और निगरानी के लिए एक केन्द्र बिंदु हैं।

टीआई की प्रगति की जांच, इसे मजबूत करने के लिए कमियां पता करना और आगे की सहायता के लिए एक

तालिका 3.4: जनसंख्या के अनुसार टीआई परियोजनाओं का वितरण और उनकी कवरेज

हस्तक्षेप का प्रकार	जनसंख्या का आकलन	कार्य क्षेत्र व्याप्ति (%)	टीआई की संख्या (जनवरी 2010)
एफएसडब्ल्यू	1,263,000	6,74,000 (53.1)	437
एमएसएम	3,51,000	2,75,000 (78)	132
आईडीयू	1,86,000	1,38,000 (74)	230
कोर समग्र*	—	—	220
प्रवासी	84,00,000	18,00,000 (21.4)	204
ट्रक ड्राइवर	24,00,000	16,00,000 (66.6)	67
<b>कुल</b>			<b>1,290</b>

\*कोर समग्र टीआई एफएसडब्ल्यू, आईडीयू और एमएसएम का मिश्रण अथवा एफएसडब्ल्यू के साथ एमएसएम अथवा एफएसडब्ल्यू के साथ आईडीयू, अथवा एमएसएम के साथ आईडीयू।

तालिका 3.4: ट्रक चालकों के मानचित्रण आंकड़ों का वर्गीकरण

टीएसएल की श्रेणी	परिभाषा (एक महीने में अद्वितीय ट्रक चालकों की संख्या)	मानचित्रण परिणाम	
		टीएसएल की संख्या	टिप्पणी
उच्च	>30,000	22	70 प्रतिशत आंध्र प्रदेश, उत्तर प्रदेश और मुंबई में हैं
मध्यम	10,000 – 30,000	37	प्रमुख राज्य: गोआ, पंजाब, राजस्थान
निम्न	<10,000	64	

अंतर्निहित तंत्र द्वारा एनजीओ टीआई का स्वतंत्र वार्षिक मूल्यांकन किया जाता है। एकरूपता सुनिश्चित करने के लिए एक मानक मूल्यांकन औजार और मैनुअल है। इसका इस्तेमाल प्रशिक्षित बाह्य परामर्शदाताओं द्वारा किया जाता है। हरेक मूल्यांकन टीम के मुखिया को नाको सीधे तौर पर देशभर के विभिन्न क्षेत्रीय प्रशिक्षण केंद्रों पर प्रशिक्षण देता है।

मूल्यांकन की अनुशंसाओं के आधार पर ही एनजीओ के साथ अनुबंध बढ़ाया जाता है। वर्ष 2009-10 के दौरान 1,058 टीआई मूल्यांकित किए गए, जिनमें से 65 को अयोग्य करार दे दिया गया। पहले एक अनुबंध की अवधि 12 महीने थी, हालांकि एनएसीपी-III की मध्यावधि समीक्षा की अनुशंसाओं के आधार पर राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण बोर्ड ने 23 दिसम्बर 2009 को हुई बैठक यह फैसला किया कि अब से यह 21वें अथवा 22वें महीने में किए जाने वाले द्विवार्षिक मूल्यांकन के साथ ही होगा

सभी राज्यों में समुदाय आधारित संगठनों का मूल्यांकन हो चुका है और 50 की रिपोर्ट भी मिल चुकी है। 50 में से दो को निलंबित कर दिया गया है, 33 को सीबीओ टीआई के तौर पर जारी रखने की सिफारिश की गई है और शेष 15 की एनजीओ के तौर पर सिफारिश की गई है।

टीआई और सीबीओ की मूल्यांकन रिपोर्टों का विश्लेषण कर संबंधित फीडबैक दे दिया गया है। प्रतिपुष्टि दे दी गई है। टीआई में कमियों की पहचान करने और उन्हें खत्म करने की योजना बनाने के लिए राज्यों में मूल्यांकन टीम के प्रमुख और राज्य एड्स नियंत्रण समिति टीआई अधिकारियों के साथ संक्षिप्त वृत्तान्त की कवायद की गई। टीआई के मुख्य प्रदर्शन चित्र 3.3 में दर्शाए गए हैं

**जिन तक न पहुंच गया हो उन तक पहुंचना:** नाको के संरक्षण में राज्य एड्स नियंत्रण समिति 1,290 टीआई परियोजनाएं लागू कर रही हैं। वर्ष 2009-10 के लिए अन्य 161 टीआई की योजना भी बनाई गई थी। जनसंख्या के अनुसार टीआई परियोजनाओं का वितरण और उनकी कवरेज तालिका 3.4 में दिखाई गई है

नाको समर्थित टीआई के अलावा यूएसएड और बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन (बीएमजीएफ) सहित अनुदानदाताओं

ने देश में करीब 200 एचआरजी टीआई लागू किए हैं। वे छह उच्च प्रसार वाले राज्यों (आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मणिपुर, नागालैंड और तमिलनाडु) में काम करते हैं, जहां यूएसएड प्रवासियों के साथ हस्तक्षेप को सहायता प्रदान करता है, वहीं बीएमजीएफ ट्रक ड्राइवरों और यौन कार्यकर्ताओं के पुरुष ग्राहकों को सहायता प्रदान करती है।

बीएमजीएफ परिवर्तित योजना के अंग के तौर पर 17 टीआई राज्य एड्स नियंत्रण समिति में उनके स्थान (आंध्र प्रदेश, मुंबई, कर्नाटक और तमिलनाडू में) के अनुसार स्थानांतरित किए गए हैं। इसके परिणाम स्वरूप, दानदाता सहभागियों द्वारा अब 225 टीआई लागू किए जा रहे हैं। इस परिवर्तन योजना के अनुसार, उच्च जोखिम जनसंख्या का 10 प्रतिशत तो स्थानांतरित किया जा चुका है, 20 प्रतिशत 2011 में स्थानांतरित कर दिया जाएगा, जबकि शेष 70 प्रतिशत जनसंख्या वर्ष 2012 में एनएसीपी-III समाप्त होने तक स्थानांतरित कर दी जाएगी। टीआई में कार्यक्रमों के स्तर का आकलन करने के लिए स्थानांतरण से पहले परामर्शदाताओं के बाहरी समूहों ने इनका मूल्यांकन किया था। इसने भविष्य की निगरानी के लिए भी एक आधार रेखा उपलब्ध करवा दी। दानदाताओं द्वारा वित्तपोषित टीआई अब लागत के बारे में नाको द्वारा तय दिशा-निर्देशों का पालन करेंगे।

**उच्च जोखिम समूहों और प्रवासियों का मानचित्रण**

एचआरजी और ब्रिज पॉपुलेशन का पर्याप्त कवरेज सुनिश्चित करने की खातिर प्रमाण आधारित रणनीति के लिए नाको ने

चित्र 3.6: अगम तक पहुंच – ट्रक चालकों में हस्तक्षेप के स्थान पर नुककड़ नाटक प्रस्तुत करते परियोजना कर्मचारी



चित्र 3.7: ट्रक चालकों में हस्तक्षेप के स्थान पर अंतर्व्यक्ति संचार का सत्र



देश के सभी बड़े राज्यों में मानचित्रण संचालित करवाया। इसमें प्रशिक्षित एचआरजी परामर्शदाताओं की सक्रिय भागीदारी रही।

17 राज्यों के मानचित्रण का काम बाहरी एजेंसियों ने पूरा किया और मुंबई स्थित अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान ने आंकड़ों की वैधता जांची। चार अन्य राज्यों में मानचित्रण का काम चल रहा है। यह आंकड़े संबंधित राज्यों के लिए अगले वर्ष के योजना पैमाने के लिए उपलब्ध हैं।

जुलाई-अगस्त, 2008 के दौरान ट्रांसशिपमेंट स्थानों (टीएसएल) और बंदरगाहों पर भी ट्रक ड्राइवर्स के मानचित्रण की कवायद की गई। 122 टीएसएल और 6 बंदरगाहों पर मानचित्रण कार्य संचालित किया। इसमें सामने आए तथ्य इस प्रकार हैं:

मानचित्रित 122 टीएसएल को ट्रक ड्राइवर्स की विशेषता के आधार पर उच्च, मध्यम और निम्न प्राथमिकता टीएसएल में वर्गीकृत किया गया है। नाको के साथ विचार-विमर्श के बाद छह बंदरगाहों (विशाखापट्टनम, न्यू मंगलोर, पारादीप, मोरमुगाओ, तूतीकोरिन और कोचिन) चुने गये। अनुमानित तौर पर हर महीने 1,32,391 विशेष ट्रक ड्राइवर इन बंदरगाहों में प्रवेश करते हैं। विशाखापट्टनम में सबसे ज्यादा हर महीने 47,376 ट्रक ड्राइवर आते हैं और इसके बाद तूतीकोरिन में हर महीने लगभग 22,535 ट्रक ड्राइवर पहुंचते हैं।

**टीआई के लागत दिशानिर्देशों में संशोधन:** बजट में एकरूपता हासिल करने के लिए नाको ने टीआई के लागत दिशानिर्देशों में संशोधन किया है। इन लागत दिशानिर्देशों की रूपरेखा एनएसीपी-III की रणनीति के अनुसार फिर से तैयार की गई है और यह लक्षित जनसंख्या की 400, 600, 800 और इससे ज्यादा संख्या के लिए है। कई परिवर्तन किए गए हैं, जैसे कि 800 से अधिक जनसंख्या के टीआई के लिए निगरानी और मूल्यांकन अधिकारी का प्रावधान, सहकर्मियों शिक्षकों के लिए एचआरजी को

चित्र 3.8: ट्रक चालकों की परियोजना में क्लिनिक सेवा



एंटीरेट्रोवायरल थेरेपी (एआरटी) के लिए लाने के लिए टीआई संयुक्त प्रोत्साहन का कार्यालय और ड्रॉप-इन केंद्र और हरेक कार्यक्रम कर्मचारी के वेतन में बदलाव के साथ यात्रा का प्रावधान।

**एसटीआई प्रशिक्षण:** भारत भर में एसटीआई प्रबंधन का पसंदीदा निजी प्रदाता (पीपीपी) मॉडल लागू कर दिया गया है। टीआई को मजबूत करने के लिए सभी कार्यक्रम प्रबंधकों को इस मॉडल का प्रशिक्षण दिया जा रहा है (नाको के यौन संचारित संक्रमण खंड की मदद से)। सभी स्थानीय एसटीआई देखभाल प्रदाताओं को मास्टर प्रशिक्षकों द्वारा टीआई में प्रशिक्षित किया जाता है।

**कन्डोम की उपलब्धता सुनिश्चित करना:** सभी टीआई में कन्डोम की उपलब्धता और उस तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए नाको ने इसके सामाजिक विपणन के लिए सहायता इकाई स्थापित की है। चौबीसों घंटे कन्डोम की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए टीआई नाको के साथ करीब से काम कर रहे हैं। कन्डोम के लिए तकनीकी सहायता समूह हर राज्य में रखे कन्डोम प्रबंधकों के साथ काम कर रहा है।

**प्रवासी हस्तक्षेप:** बिहेविअरल सर्वेलेन्स सर्वे (बीएसएस)-2008 संकेत करता है कि पलायन का प्रभाव उत्तर प्रदेश, बिहार और उड़ीसा एवं पश्चिमी बंगाल के कुछ जिलों में एचआईवी प्रसार में योगदान के रूप में आ रहा है। चूंकि स्रोत और गंतव्य दोनों ही जिलों में मजबूत और केंद्रित हस्तक्षेप की जरूरत है, नाको ने उच्च जोखिम व्यवहार को लक्ष्य बनाकर एक हस्तक्षेप की रूपरेखा तैयार करने की योजना बनाई है। प्रवासी हस्तक्षेप लौटने वाले प्रवासियों, उनकी पत्नियों और आईसीडीएस, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) और एचआईवी संबंधी स्वास्थ्य देखभाल की मौजूदा जरूरतों को जोड़ते हुए स्रोत पर संभावितों की अछूती जरूरतों को देखेगा। गंतव्य पर प्रबंधन ढांचा, श्रमिकों के अनौपचारिक नेटवर्क, ठेकेदारों को आकर्षित करके हस्तक्षेप को सघन भी किया जाएगा।

तालिका 3.5: राज्य और प्रकार के अनुसार लक्षित हस्तक्षेपों का वितरण (जैसा कि जनवरी 2010 को था)

राज्य/केंद्र शासित प्रदेश	लक्षित हस्तक्षेप एनजीओ की संख्या						
	एफएसडब्ल्यू	एमएसएम	आईडीयू	प्रवासी	ट्रक ड्राइवर	कोर समग्र	कुल
अहमदाबाद*	2	2	1	9			14
आंध्र प्रदेश	31	9	5	15	7	3	70
अरुणाचल प्रदेश	6	0	3	6	0	6	21
असम	36	4	9	6	3		58
बिहार	7		5			13	25
छत्तीसगढ़	13	0	1	6		3	23
गोवा	6	3	2	5	2	1	19
गुजरात	16	14	2	14	6	42	94
हरियाणा	10	2	3	9		7	31
हिमाचल प्रदेश	6	0	1	7	0	7	21
झारखंड	24	3	2		2		31
कर्नाटक	15	8	2	6	1	2	34
केरल	19	14	8	3	1	8	53
मध्य प्रदेश	24	8	5	2		26	65
महाराष्ट्र	24	1	2	14	4	0	45
मणिपुर	5	2	42	3	2	0	54
मेघालय	4		3	1	1		9
मिजोरम	2	1	24	7	7	0	41
मुंबई	13	6	3	17	2		41
नागालैंड		2	28	1	1	7	39
उड़ीसा	15	4	7	15	2	24	67
पंजाब	6	0	11	3	2	9	31
राजस्थान	29	3	3	9	5	6	55
सिक्किम	2		2	2			6
तमिलनाडु	21	15	7	6	4		53
त्रिपुरा	6	0	1	9	0	2	18
उत्तर प्रदेश	14	8	16	6	3	45	92
उत्तराखंड	9	1	4	4		6	24
जम्मू और कश्मीर	4	1	1				6
पश्चिम बंगाल	32	4	11	7	9		63
अंडमान और निकोबार द्वीप समूह							
चंडीगढ़	4	2	2	4	0	1	13
दादर और नागर हवेली				2	1		3
दमन और दीव				2	1		3
दिल्ली	35	15	14	3	1		68
लक्षद्वीप							
पुद्दुचेरी						1	1
	437	132	230	204	67	220	1,290

\* नगर निगम



वर्तमान में, 32 राज्यों में एड्स नियंत्रण समिति द्वारा वित्त पोषित 206 प्रवासी हस्तक्षेप 19.26 लाख प्रवासियों के साथ काम कर रहे हैं। इसमें उद्योग, कृषि और परिवहन क्षेत्र प्रमुखता से शामिल हैं। इसके अलावा, महाराष्ट्र और तमिलनाडु में यूएसएड द्वारा वित्त पोषित 26 हस्तक्षेप हैं।

**ट्रक चालक हस्तक्षेप:** फिलहाल, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा 45 ट्रक चालक हस्तक्षेपों का प्रबंधन किया जा रहा है और 15 का प्रबंधन आवाहन द्वारा वित्त पोषित टीसीआई फाउंडेशन के हाथ में है। एसटीआई स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, जोखिम न्यूनीकरण परामर्श, और कन्डोम उपलब्ध करवाने के लिए यह हस्तक्षेप 14.2 लाख लोगों को लक्ष्य बना रहे हैं। इसके अलावा, 51 ऐसे स्थान हैं, जहां पर जोखिम को कम करने के लिए कन्डोम सामाजिक विपणन पहल लागू की गई है, क्योंकि या तो इन क्षेत्रों में काफी बंदी आबादी नहीं है, या हस्तक्षेप से संपर्क बहुत सीमित है।

सभी 60 स्थानों पर ट्रक चालकों के तकनीकी सहायता समूह हस्तक्षेप की गुणवत्ता पर निगरानी रखते हैं और

सहायता प्रदान करते हैं। हस्तक्षेप का प्रभाव अधिकतम करने के लिए व्यवहार परिवर्तन संचार (बीसीसी) सामग्री, प्रशिक्षण किट और सूक्ष्म योजना में हर स्थान की जरूरतों के अनुसार संशोधन किया गया है।

**आईडीयू और ओएसटी हस्तक्षेप:** एक स्वतंत्र निकाय, स्वास्थ्य प्रदाताओं के लिए राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच) से प्रत्यायन के बाद 51 ओएसटी केंद्रों को अनुबंधित किया गया। ओएसटी को लागू करने के लिए यह प्रत्यायित केंद्र संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण समिति द्वारा अनुबंधित किए जाते हैं।

**आईडीयू प्रशिक्षण मापदंड विकसित किए गये:** आईडीयू टीआई के लिए कचरा निवारण के लिए मार्गदर्शिका छपवाकर सभी राज्यों में वितरित की गई है। इस विषय पर एक फिल्म भी व्यापक तौर पर उपलब्ध करवाई गई है। हानि न्यूनीकरण प्रशिक्षण मॉड्यूल भी विकसित किए गए हैं और इसके आधार पर शीघ्र ही प्रशिक्षण देना भी शुरू किया जाएगा।





## संपर्क कार्यकर्ता योजना

ग्रामीण क्षेत्रों में उच्च जोखिम समूहों तक एचआईवी संबंधी पर्याप्त सुविधाएं पहुंचाने के लिए एनएसीपी-III के तहत संपर्क कार्यकर्ता योजना (लिंग वर्कर स्कीम) शुरू की गई थी। एचएसएस 2007 के अनुसार यह आकलन है कि भारत में 57 प्रतिशत एचआईवी पॉजीटिव व्यक्ति ग्रामीण क्षेत्रों में रहते हैं। इससे शहर आधारित रोकथाम कार्यक्रमों के विस्तार के बावजूद अछूते रहे सीमांत समूहों तक पहुंचने के लिए एक गहन ग्रामीण आधारित हस्तक्षेप की आवश्यकता महसूस हुई।

महामारी रोकने और इसका रुझान उलटने का एनएसीपी-III का लक्ष्य हासिल करने के लिए संपर्क कार्यकर्ता योजना देश के 187 उच्च जोखिम जिलों के ग्रामीण क्षेत्रों के लिए तैयार की गई थी। इस लघु अवधि योजना का उद्देश्य महामारी से लड़ने के लिए ग्रामीण समुदाय को क्षमता प्रदान करना और उन्हें एचआईवी संबंधी जानकारी मुहैया करवाना था। फिलहाल, जीएफएटीएम, यूएनडीपी, यूनीसेफ और यूएसएआईडी की सहायता से 126 जिलों में इस योजना पर अमल हो रहा है। जीएफएटीएम राउंड 7 की सहायता से यह योजना अन्य 61 जिलों में विस्तारित करने

का प्रस्ताव है। जिन राज्यों में संपर्क कार्यकर्ता योजना लागू हुई है उनकी विस्तृत सूची तालिका 4.1 में है।

### योजना के उद्देश्य

संपर्क कार्यकर्ता योजना का उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों में एचआईवी रोकथाम, देखभाल और सहायता जरूरतों की जटिल

चित्र 4.1: एक क्षेत्र कार्यकर्ता द्वारा समूह चर्चा



तालिका 4.1: एलएसडब्ल्यू स्थानों का भौगोलिक वितरण

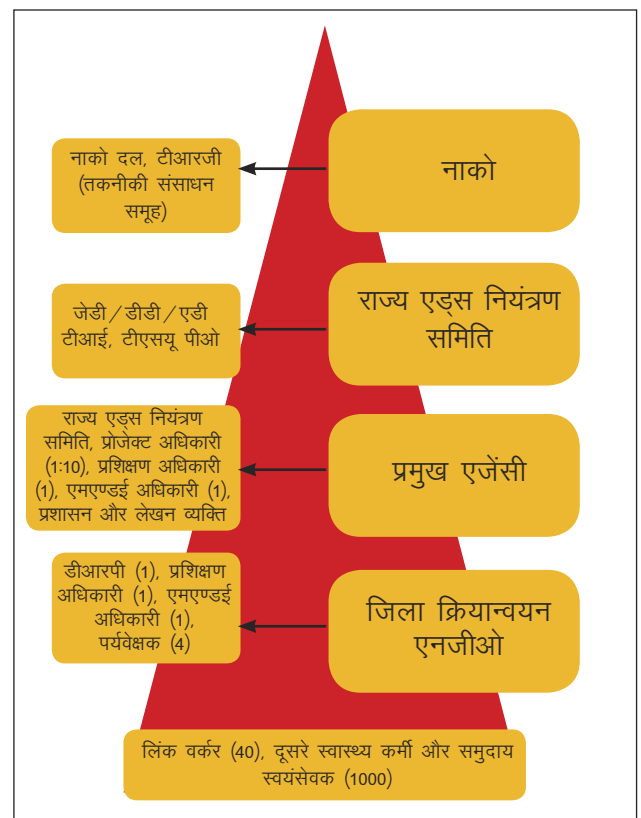
राज्य	विकास साझेदार					कुल
	यूएसएआईडी	यूएनडीपी	यूनीसेफ	जीएफएटीएम		
				प्रथम वर्ष	द्वितीय वर्ष	
आंध्र प्रदेश			3	3	0	6
बिहार		5	3	0	0	8
छत्तीसगढ़		3		0	0	3
गोआ				1	0	1
गुजरात			2	4	0	6
कर्नाटक	16		4	2	6	28
केरल				1	0	1
मध्य प्रदेश				4	0	4
महाराष्ट्र			5	4	14	23
मणिपुर				2	0	2
मिजोरम				1	0	1
नागालैंड				1	0	1
उड़ीसा		6	1			7
राजस्थान		6	1	0	0	7
तमिलनाडु			1	4	10	15
त्रिपुरा				1	0	1
उत्तर प्रदेश		5	3	0	0	8
पश्चिम बंगाल			2	2	0	4
<b>कुल</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>126</b>

आवश्यकताएं निम्नलिखित के माध्यम से पूरी करना है:

- ग्राम स्तरीय अधीक्षकों के कार्यदल, संपर्क कार्यकर्ता और स्वयंसेवियों की पहचान और एचआईवी/एड्स, लिंग, यौनता, एसटीआई के मुद्दों पर प्रशिक्षण देना और सबसे ऊपर दुर्गम खासकर उच्च जोखिम वाले व्यक्तियों, युवाओं और महिलाओं सहित अति जोखिम उप जनसंख्या को जुटाने के लिए प्रशिक्षित करना।
- एचआरजी और जोखिम जनसंख्या को एसटीआई, आईसीटीसी, एआरटी के लिए जन स्वास्थ्य सेवाओं से जोड़ना और तब उनका फॉलो-अप वापस समुदायों में लेकर जाना (एचआरजी का संतृप्त कवरेज)।
- एचआईवी/एड्स से लड़ने के लिए समुदाय में स्वयंसेवा की भावना उत्पन्न करना और स्वास्थ्य मूल्य पैदा करना इस रणनीति का दूसरा आधार है।
- युवाओं के बीच परामर्श, जांच और व्यवहार परिवर्तन जैसे मुद्दों को देखना।
- कलंक और भेदभाव जैसे मुद्दों को संभालना।

लागू करने की संरचना (चित्र 4.2): यह योजना नाको/राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा चिह्नित मुख्य एजेंसियों के माध्यम से लागू की जाती है। क्षेत्र गतिविधियों के लिए

चित्र 4.2: संपर्क कार्यकर्ता योजना लागू करने की संरचना



जिला स्तर पर एनजीओ की पहचान और उनकी सहायता के लिए यह एजेंसियां ही जिम्मेदार हैं। संपर्क कार्यकर्ता योजना चिह्नित जिलों में 100 अत्यधिक जोखिम गांवों में लागू की गई है। इनका चयन एचआरजी ग्रामीण मानचित्रण से प्राप्त आकलनों के आधार पर किया गया है।

**लागू करने की प्रक्रिया:** इस योजना में किसी समुदाय के एचआईवी/एड्स से जुड़े मुद्दे हल करने की जरूरत पहचानने के लिए उस समुदाय की भागीदारी की परिकल्पना की गई है।

**उच्च जोखिम और जोखिम जनसंख्या के आकार का आकलन:** जिन जिलों में हस्तक्षेप किया जाना था, वहां 100 अति जोखिम गांवों की पहचान के लिए व्यापक ग्रामीण मानचित्रण के साथ यह योजना लागू की गई है। स्थितिजन्य आवश्यकता आकलन (एसएनए) के तरीके से, क्षेत्र कार्यकर्ता गांव की रूपरेखा समझते हैं और प्रमुख हितधारकों को चिह्नित कर उन्हें निर्णय लेने की प्रक्रिया में शामिल करते हैं।

इस दृष्टिकोण के साथ एचआरजी और ग्रामीण माहौल में जोखिम जनसंख्या की पहचान की जाती है। जीएफएटीएम, यूएनडीपी और यूनीसेफ के मानचित्रण के अनुसार संपर्क कार्यकर्ता योजना के तहत लक्षित जनसंख्या का आकलन निम्नलिखित है:

- एचआरजी जनसंख्या: 1,78,973
- जोखिम जनसंख्या: 31,08,626
- पीएलएचए: 42,316

समुदाय नेटवर्क और स्थान के आधार पर योजना के लिए सेवा प्रतिपादन बिंदु स्थापित किए जाते हैं। साथ ही, मानचित्रण और अन्य सर्वेक्षणों के दौरान सक्रिय सामुदायिक सदस्यों को संभावित संपर्क कार्यकर्ताओं और स्वयंसेवकों के तौर पर चिह्नित किया जाता है। यह संपर्क कार्यकर्ता अन्य

चित्र 4.3: निर्णय लेने की प्रक्रिया में समुदाय को शामिल करना



स्वास्थ्य/सरकारी कार्यकर्ताओं/क्षेत्र कार्यकर्ताओं के साथ मिलकर समुदाय के साथ संबंध निर्माण की गतिविधियां संचालित करते हैं।

**मानव संसाधन और क्षमता निर्माण:** संपर्क कार्यकर्ता योजना लागू करने के लिए जीएफएटीएम के तहत नौ, यूएनडीपी के तहत तीन एजेंसियां चिह्नित की गई हैं। संपर्क कार्यकर्ता योजना के पहले चरण (08-10) के तहत सभी पद जिला स्तर पर ही भरे गए (डीआरपी-2, एमएंडई अधिकारी-1, अधीक्षक-4 और संपर्क कार्यकर्ता-40)।

मुख्य और जिला एनजीओ के परियोजना स्टाफ के अतिरिक्त इस योजना में क्षेत्र स्टाफ और स्वयंसेवकों की क्षमता विकसित करने पर विशेष ध्यान दिया गया है। संचालन दिशा-निर्देशों के तहत क्षेत्र और जिला स्टाफ के लिए चार मॉड्यूलर प्रशिक्षण तैयार किए गए हैं। श्रेणी के आधार पर हरेक मॉड्यूलर प्रशिक्षण 6 से 7 दिन के लिए होता है।

**जिला स्तर:** इस तारीख पर 150 जिला संसाधन व्यक्ति, 361 अधीक्षक और 53 एमएंडई अधिकारी जिला स्तर पर इस योजना को लागू कर रहे थे। जिला स्टाफ को मुख्य एजेंसी प्रशिक्षण उपलब्ध करवाएगी।

**क्षेत्र स्तर:** ग्रामीण युवाओं के लिए आयोजित कार्यशाला आधारित प्रशिक्षण में संपर्क कार्यकर्ता चिह्नित किए जाते हैं। इस कार्यशाला के दौरान एचआईवी/एड्स एवं संपर्क कार्यकर्ता योजना के प्रति अभिमुखीकरण मुहैया करवाया जाता है। कार्यशाला के अंत में अति सक्रिय प्रतिभागियों का डाटाबेस तैयार किया जाता है, जो कि अपने गांव/समुदाय का प्रतिनिधित्व करने में सक्षम हैं। इस डाटाबेस में से धीरे-धीरे चिह्नित गांवों में संपर्क कार्यकर्ता नियुक्त किए जाते हैं। गांवों में 2,647 संपर्क कार्यकर्ताओं का कार्यबल है।

चित्र 4.4: सर्वेक्षण की प्रक्रिया में समुदाय को शामिल करना





गांवों में प्रवेश के वक्त की गतिविधियों के दौरान प्रमुख हितधारक, युवा समूह, एसएचजी सदस्य और गांव के अन्य सक्रिय सदस्यों को चिह्नित कर स्वयंसेवी के तौर पर शामिल किया जाता है। इसके आगे प्रशिक्षण अधिकारी और अन्य टीम सदस्यों द्वारा एचआईवी/एड्स के प्रति स्वयंसेवियों का अभिमुखीकरण किया जाता है। बराबर के शिक्षा प्रदाता के साथ-साथ यह स्वयंसेवी रेड रिबन क्लब, कन्डोम डिपो की स्थापना और समुदाय जुटाने में भी महत्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं। फिलहाल क्षेत्र में 33,305 कार्यकर्ता हैं, जिन्हें एचआईवी से संबंधित जानकारी प्रदान की गई है और जो योजना की समय सीमा और गुंजाइश के परे योजना को टिकाऊ बनाएंगे।

### सेवा प्रतिपादन

कार्यक्षेत्र व्याप्ति और पहुंच:शुरुआती संबंध निर्माण और मानचित्रण के बाद, संपर्क कार्यकर्ता और जिला स्टाफ एचआईवी संबंधी जानकारीयों और सेवाओं के साथ एचआरजी और जोखिम जनसंख्या तक पहुंचना शुरू करते हैं। फिलहाल कार्यक्षेत्र व्याप्ति निम्नलिखित है:

तालिका 4.2: वर्ष 2009-10 के दौरान दिसंबर 2009 तक संपर्क कार्यकर्ता योजना के तहत कवर की गई जनसंख्या

श्रेणी	कार्यक्षेत्र व्याप्ति
एचआरजी जनसंख्या	34,781
ब्रिज पॉपुलेशन सहित	5,06,471
पीएलएचए	6,663

**आईसीटीसी सेवाएं:** मध्य मीडिया और एक-एक व्यक्ति को परामर्श देने के माध्यम से लक्षित जनसंख्या अर्थात् एचआरजी, लंबी अवधि/मौसमी प्रवासियों और ट्रक चालकों की पत्नियों, अकुशल श्रमिकों और युवाओं को एचआईवी/एड्स के प्रति जोखिम पर जानकारी उपलब्ध करवाई जाती है। बराबरी के स्तर अर्थात् पुरुष और महिला संपर्क कार्यकर्ताओं और स्वयंसेवियों के माध्यम से परामर्श के बाद आईसीटीसी केंद्रों पर रेफर किया जाता है। कुल आईसीटीसी रेफरल 88,054 हैं, जिनमें से 42,833 की दिसंबर 2009 तक एचआईवी के लिये जांच की गई है।

**एसटीआई सेवाएं:** संपर्क कार्यकर्ता योजना के तहत यह सुनिश्चित करना एक प्रमुख सेवा संकेतक है कि एचआरजी और एसटीआई लक्षणों के साथ जोखिम जनसंख्या योग्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से सेवाएं ले रहे हैं। जिला और क्षेत्र टीम नियमित रूप से जिला अस्पताल और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में रेफर करती रहती हैं। साथ ही रेफर किए गए लोगों को नियमित फॉलो-अप भी उपलब्ध करवाया जाता है। कुछ मामलों में क्षेत्र टीम रेफर किए गए व्यक्ति के साथ जाती है। एसटीआई की रिपोर्ट के मुद्दों को संभालने के लिए स्वास्थ्य शिविरों की रणनीति भी जिला एनजीओ

के तहत ही रहती है। 2009-10 के दौरान एसटीआई सेवा संदर्भों की संख्या 18,048 है, जिसमें से 9,768 मरीजों को जाँचा/उपचारित किया गया।

**समुदाय स्तर पर गतिविधियां:** इस योजना का उद्देश्य एचआईवी/एड्स को समझने और उसके खिलाफ लड़ाई में ग्रामीण युवाओं को शामिल कर रोकथाम कार्यक्रम को टिकाऊ बनाना है। गांवों के युवा पुरुषों और औरतों को साथ लेने के लिए रेड रिबन क्लब स्थापित किए गए हैं। हमउम्रों के समूहों में एचआईवी/एड्स की जानकारी देने के साथ-साथ इन रेड रिबन क्लबों का उद्देश्य यौनता, परिवार नियोजन, एसटीआई और सशक्तिकरण जैसे मुद्दों पर चर्चा और इन्हें सुलझाने के लिए अनुकूल माहौल विकसित करना भी है। जिला एनजीओ रेड रिबन क्लब के साथ मिलकर विभिन्न नवाचारी गतिविधियों जैसे: खेल मुकाबले, प्रतिभा प्रदर्शन उदाहरण के तौर पर स्थानीय चित्रकारी इत्यादि का आयोजन करता है। आज की तारीख में योजना के तहत 1,553 रेड रिबल क्लब हैं।

इसके अलावा, दृश्यता बढ़ाने और अन्य स्वास्थ्य/सरकारी कार्यक्रमों के साथ योजना के अभिसरण को प्रोत्साहित करने के लिए हर गांव, जहां संपर्क कार्यकर्ता योजना काम कर रही है, में सूचना केंद्र स्थापित किए जा रहे हैं। चित्र 4.6 में यह सूचना केंद्र एक दीवार से लेकर पुस्तकालय तक हो सकते हैं। दीवार पर जहां सभी सूचनाएं चिपका दी जाती हैं, वहीं पुस्तकालय में विभिन्न सरकारी कार्यक्रमों पर विस्तृत जानकारी उपलब्ध रहती है। जिला टीम की मदद से स्थानीय स्वयंसेवी अथवा रेड रिबन क्लब के सदस्य इन सूचना केंद्रों को चलाते हैं। ग्रामीण स्तर पर ऐसे 1,951 केंद्र हैं।

साथ ही इस योजना का उद्देश्य गांव आधारित कन्डोम डिपो के माध्यम से कन्डोम की उपलब्धता और उस तक पहुंच सुनिश्चित करना भी है। यह कन्डोम डिपो स्थानीय किराने की दुकान, स्वयंसेवकों/संपर्क कार्यकर्ताओं के घर, और

चित्र 4.5: रेड रिबन क्लब के सदस्यों द्वारा की जा रही गतिविधि



चित्र 4.6: ग्रामीण सूचना केंद्र



अन्य आसानी से पहुंचने लायक स्थानों पर स्थापित किए जाते हैं। संपर्क कार्यकर्ता अपनी यात्रा के दौरान भी मुफ्त में कन्डोम वितरित करते हैं। इस प्रणाली को और मजबूत करने के लिए कन्डोम के सामाजिक विपणन को प्रोत्साहन देने के लिए सहयोग की प्रक्रिया जारी है। 31 दिसंबर 2009 तक कन्डोम डिपो की संख्या 6,222 थी।

**मिड-मीडिया गतिविधियां:** संपर्क कार्यकर्ता योजना के तहत मिड-मीडिया गतिविधियां घटक समुदाय में प्रवेश करने और गांवों में संपर्क कार्यकर्ताओं की स्वीकृति सुनिश्चित करने के लिए एक प्रमुख रणनीति है। मिड-मीडिया गतिविधियां आयोजित करने के लिए स्थानीय लोक समूहों, युवा समूहों

चित्र 4.7: लोगों तक मिड-मीडिया अभियान द्वारा पहुंचना



(आरआरसी सहित), स्थानीय कलाकारों और सांस्कृतिक सैनिकों को शामिल किया जाता है। चित्र 4.7 में यह समूह योजना की विषयगत आवश्यकताओं के अनुसार प्रदर्शन करते हैं। स्वास्थ्य शिविरों में भागीदारी बढ़ाने के लिए उनके साथ भी मिड-मीडिया गतिविधियां आयोजित की जाती हैं।

मिड-मीडिया गतिविधियों के माध्यम से कलंक और भेदभाव, स्वास्थ्य, महिला सशक्तिकरण के मुद्दे भी उठाए जाते हैं।

**वित्तीय आवंटन:** एक जिले में यह योजना लागू करने के लिए वार्षिक इकाई लागत 33.8 लाख रुपये और प्रमुख एजेंसी की वार्षिक लागत 20.7 लाख रुपये है।



## यौन संचारित संक्रमण/प्रजनन मार्ग संक्रमणों का प्रबंधन

यौन संचारित संक्रमण (एसटीआई)/प्रजनन मार्ग के संक्रमण (आरटीआई) सेवाओं के प्रावधान का उद्देश्य, एनएसीपी-III और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच-II) के तहत एचआईवी संचरण की रोकथाम करना और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा देना है। कम से कम प्रयोगशाला परीक्षण

करके वर्धित सहलाक्षणिक प्रकरण प्रबंधन (ईएससीएम), एनएसीपी-III के तहत एसटीआई/आरटीआई प्रबंधन की आधारशिला है।

देश में प्रति वर्ष एसटीआई/आरटीआई के लगभग 3 करोड़ मामले सामने आते हैं। गुणवत्ता सेवा के साथ प्रति वर्ष

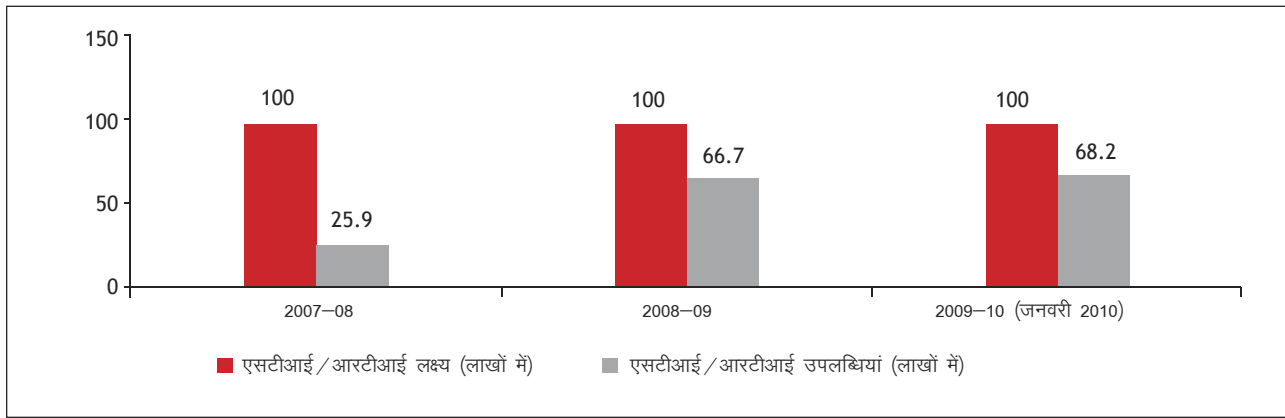
तालिका 5.1: एसटीआई/आरटीआई मामलों का वर्ष-वार लक्ष्य बनाम उपलब्धि

	2007-08	2008-09	2009-10 (10 जनवरी तक)
एसटीआई/आरटीआई मामलों की संख्या का भौतिक लक्ष्य	100 लाख	100 लाख	100 लाख
लक्ष्य की उपलब्धि	25.9 लाख	66.7 लाख	68.2 लाख
प्रतिशत	25.9%	66.7%	68.2%

\* वित्तीय वर्ष 2007-08 का एनआरएचएम डाटा उपलब्ध नहीं है



चित्र 5.1: एसटीआई/आरटीआई मामलों का वर्ष-वार लक्ष्य बनाम उपलब्धि



\* वित्तीय वर्ष 2007-08 का कोई एनआरएचएम डाटा उपलब्ध नहीं है

1.5 करोड़ मामलों तक पहुंचना एनएसीपी-III का लक्ष्य है। जनवरी 2010 तक एनएसीपी-III के भौतिक लक्ष्य और उसकी उपलब्धियों का ब्योरा तालिका 5.1 में दिया गया है।

### एनएसीपी-III के तहत एसटीआई/आरटीआई सेवाओं की प्रगति

#### सार्वजनिक क्षेत्र में सेवा के प्रावधान का विस्तार

एनएसीपी-III का उद्देश्य, प्रत्येक जिले में कम से कम एक नाको समर्थित क्लीनिक बनाने के साथ-साथ, निर्दिष्ट एसटीआई/आरटीआई क्लीनिकों के द्वारा जिला स्तर और उससे ऊपर सभी सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं को मजबूत बनाना है। राज्य स्तर पर कार्यक्रम के कार्यान्वयन की निगरानी करने और उसमें मदद करने के लिए विभिन्न राज्य एड्स नियंत्रण समितियों एसएसीएस में 37 उप निदेशक और सहायक निदेशक (एसटीआई) नियुक्त हैं।

- वर्तमान में, नाको 916 निर्दिष्ट एसटीआई/आरटीआई क्लीनिकों को चला रहा है जो वर्धित सहलाक्षणिक प्रकरण प्रबंधन पर आधारित एसटीआई/आरटीआई सेवाएँ प्रदान कर रहे हैं।
- नाको ने 7 क्षेत्रीय एसटीआई प्रशिक्षण, संदर्भ और अनुसंधान केन्द्रों को सुदृढ़ किया है। केंद्र की भूमिका एसटीआई/आरटीआई मामलों हेतु वैज्ञानिकी निदान,

सहलाक्षणिक निदान का सत्यापन, गोनोकोक्की में औषध प्रतिरोध की निगरानी और उपदंश ईक्यूएस का कार्यान्वयन करना है। ये केंद्र हेतु वैज्ञानिकी निदान जारी रखने के लिए विभिन्न राज्य संदर्भ प्रयोगशालाओं को प्रशिक्षण प्रदान करते हैं। सफदरजंग अस्पताल देश के शीर्ष केन्द्र के रूप में कार्य करता है।

#### निर्दिष्ट एसटीआई क्लीनिकों के मूलभूत ढांचे का सुदृढ़ीकरण

परामर्श और परीक्षा के लिए दृश्य-श्रव्य गोपनीयता सुनिश्चित करके निर्दिष्ट एसटीआई/आरटीआई क्लीनिकों के मूलभूत ढांचे और सुविधाओं को सुदृढ़ किया गया है। डाटा प्रबन्धन के लिए प्रत्येक क्लीनिक को एक कम्प्यूटर दिया गया है।

#### निर्दिष्ट एसटीआई चिकित्सालय में सलाहकारों की नियुक्ति

एसटीआई/आरटीआई रोगियों का परामर्श, सेवा के एक अभिन्न हिस्सा है। एसटीआई/आरटीआई रोगियों के परामर्श और उनमें व्यवहार परिवर्तन को सुदृढ़ करने के लिए इन निर्दिष्ट क्लीनिकों में से प्रत्येक क्लीनिक में एक-एक परामर्शदाता की सुविधा प्रदान की जाती है। दिसंबर 2009 तक 776 परामर्शदाताओं को नियुक्त किया जा चुका

चित्र 5.2. निर्दिष्ट एसटीआई/आरटीआई चिकित्सालय का दृश्य

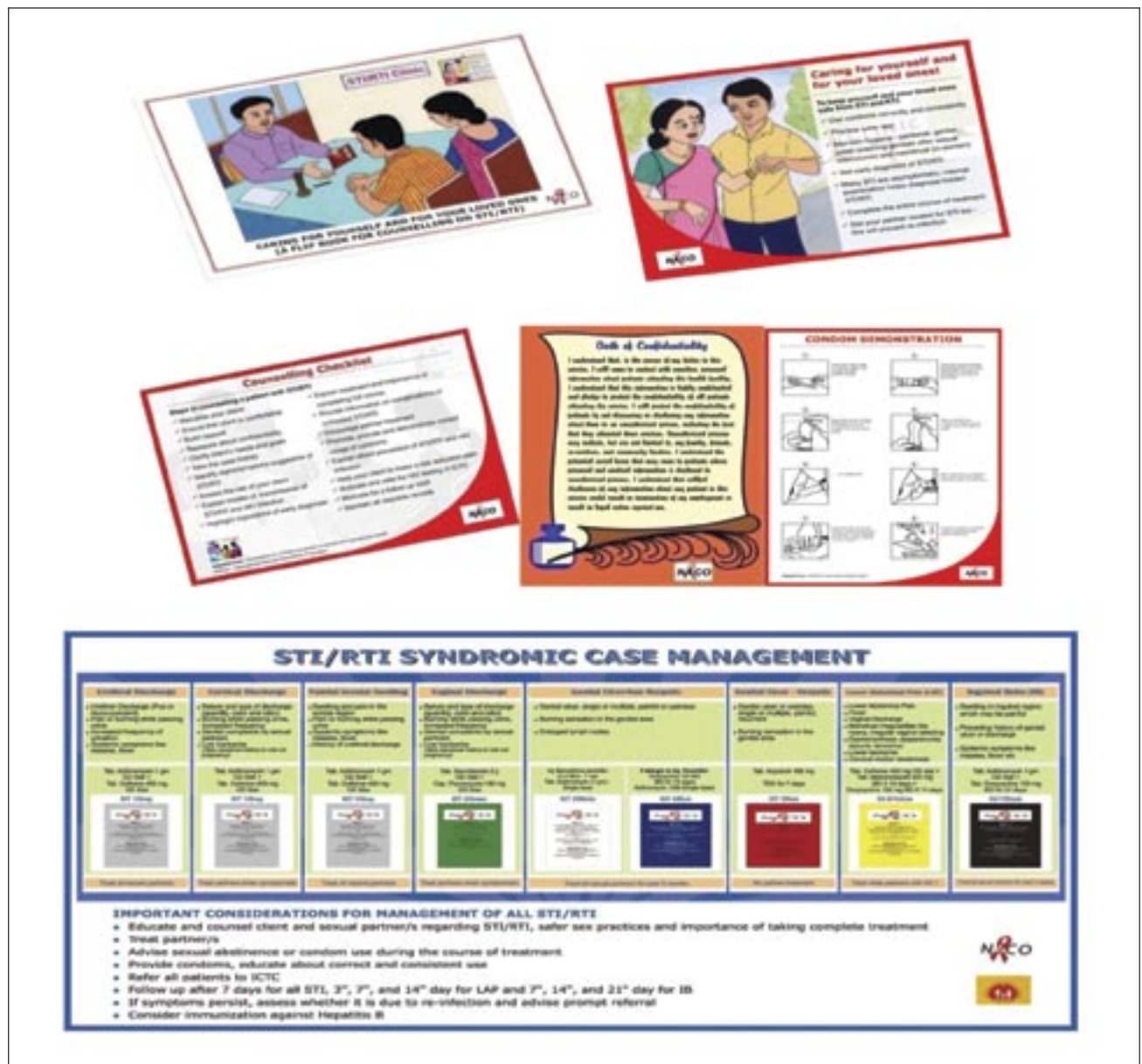


था। नाको द्वारा पोस्टर, पिलप किताब और परामर्श पर एक फिल्म सहित, प्रशिक्षण सामग्री, पाठ्यक्रम और कार्य सहायता का विकास किया गया है (चित्र 5.3)। दिसम्बर 2009 के प्रथम सप्ताह में टाटा इंस्टीट्यूट ऑफ सोशल साइंसेज (टीआईएसएस) मुंबई में एक प्रशिक्षक कार्यशाला का आयोजन किया गया था। एसटीआई परामर्शदाताओं का प्रशिक्षण शुरू हो चुका है और 18 संस्थानों में इसे प्रदान किया जा रहा है।

**एसटीआई/आरटीआई सेवा पर एसटीआई क्लिनिकों की ब्राण्डिंग और राष्ट्रीय संचार रणनीति (चित्र 5.4):** नाको ने एसटीआई/आरटीआई सेवाओं को "सुरक्षा चिकित्सालय" के रूप में ब्राण्ड किया है और इन सेवाओं की मांग पैदा करने के लिए एक संचार रणनीति विकसित की है।

**एसटीआई/आरटीआई सेवा प्रदाताओं के लिए क्षमता निर्माण प्रशिक्षण (कौशल निर्माण):** नाको ने 2007-08 के दौरान सभी राज्यों में 45 राष्ट्रीय और 587 राज्य संसाधन प्रशिक्षकों के एक वर्ग को प्रशिक्षित किया। सभी प्रशिक्षकों को वयस्क शिक्षण विधियों का अनुसरण करते हुए एक ही प्रशिक्षण सामग्री का उपयोग करके प्रशिक्षित किया गया। बदले में राज्य संसाधन प्रशिक्षकों ने सार्वजनिक क्षेत्र में एसटीआई/आरटीआई क्लिनिक कर्मचारियों के प्रशिक्षण की व्यवस्था की एवं राज्य और क्षेत्रीय संसाधन प्रशिक्षकों ने 2008-09 में कुल 2,224 व्यक्तियों को और 2009-10 में 6,315 व्यक्तियों को प्रशिक्षित किया है। विवरण नीचे दिए गए हैं। जानकारी तालिका 5.2 में दी गई है।

चित्र 5.3: एसटीआई/आरटीआई कार्य सहायता (पिलप चार्ट और पोस्टर)



चित्र 5.4: एसटीआई/आरटीआई ब्राण्ड लोगो



नाको द्वारा प्रशिक्षित राज्य और क्षेत्रीय संसाधन प्रशिक्षकों को शामिल करके, एक सामान्य पाठ्यक्रम का प्रयोग करके एनआरएचएम स्वास्थ्य सुविधाओं में काम कर रहे डॉक्टरों को भी प्रशिक्षण दिया जा रहा है। (आकृति 5.5)

इसके अलावा, कर्मचारियों के विभिन्न संवर्गों के लिए एसटीआई/आरटीआई संबंधित प्रशिक्षण के लिए प्रत्येक राज्य में प्रशिक्षण संस्थानों को निर्धारित किया गया है।

**एनआरएचएम के साथ सहयोग:** एसटीआई/आरटीआई के इलाज का भौतिक लक्ष्य, नाको द्वारा निर्दिष्ट क्लीनिकों तथा एनएचआरएम द्वारा उप जिला स्वास्थ्य केन्द्रों में बांटा गया है। उच्चतम स्तर अभिसरण को राष्ट्रीय स्तर पर एक संयुक्त

चित्र 5.5: चालू प्रशिक्षण सत्र



चित्र 5.5: एसटीआई/आरटीआई रंगीन कोडित औषधि किट

**MRCO Syndromic STI/RTI Color Coded Kits**



कार्य दल के गठन के माध्यम से सुदृढ़ किया गया है। एसटीआई/आरटीआई सेवाओं के लिए चिकित्सा अधिकारियों और परा-चिकित्सीय कर्मचारियों के लिए राष्ट्रीय तकनीकी दिशा-निर्देशों और प्रशिक्षण मॉड्यूलों को संयुक्त रूप से विकसित किया गया है। नाको ने निर्दिष्ट क्लीनिकों और उप-जिला स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए एसटीआई/आरटीआई रंग कोडित औषधि किट की संयुक्त अधिप्राप्ति का काम

तालिका 5.2 स्वास्थ्य सुरक्षा प्रदानकर्ता के प्रशिक्षण की स्थिति

	2008-09	2009-10 (फरवरी 2010 तक)
एसटीआई क्लीनिक के डॉक्टर	1,172	1,518
एसटीआई क्लीनिक के परा-चिकित्सीय कर्मचारी	852	831
पसंदीदा निजी प्रदाता	—	3,535
एसटीआई परामर्शदाता	200	431
<b>कुल</b>	<b>2,224</b>	<b>6,315</b>

भी पूरा कर लिया है। सभी राज्य अब उप जिला स्तर पर एसटीआई/आरटीआई सेवाओं को प्रदान करने के लिए तालमेल को मजबूत बना रहे हैं। एक संयुक्त प्रशिक्षण योजना विकसित की जा रही है जिसमें राज्य, क्षेत्रीय और जिला स्तरों के प्रशिक्षित, प्रशिक्षकों द्वारा सभी सेवा स्थलों पर चिकित्सीय और परा-चिकित्सीय कर्मचारियों को गुणवत्ता प्रशिक्षण प्रदान की जायेगी। निर्दिष्ट और उप जिला स्वास्थ्य केन्द्रों से प्राप्त एसटीआई/आरटीआई आधारित डाटा का नाको में मिलान किया जा रहा है और समय-समय पर उन पर निगरानी रखी जा रही है।

**पहले से पैक की हुई एसटीआई/आरटीआई रंग कोडित किट:** पहले से पैक की गई रंग कोडित एसटीआई/आरटीआई किटों को सभी निर्दिष्ट एसटीआई/आरटीआई क्लीनिकों





में मुफ्त आपूर्ति के लिए मुहैया करवाया गया है। एसटीआई/आरटीआई औषधि किट के लिए नाको ने डीसीजीआई (भारत का औषधि नियंत्रण जनरल) से अनुमति प्राप्त की। इन किटों की अधिप्राप्ति केन्द्रीय स्तर पर की जा रही है और उन्हें सभी राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को भेजा जा रहा है। 2008 – 09 तक कुल 20 लाख औषधि किट और 2009 – 10 में नाको और एनआरएचएम के लिए अब तक 90 लाख किटों की अधिप्राप्ति की जा चुकी है।

### सार्वजनिक निजी भागीदारी:

#### टीआई परियोजनाओं के अंतर्गत उच्च जोखिम वाली जनसंख्या के लिए एसटीआई/आरटीआई सेवा प्रदान करने का पसंदीदा निजी प्रदाता (पीपीपी) योजना

उच्च जोखिम समूह (एचआरजी) जनसंख्या के लिए एसटीआई/आरटीआई सेवाओं के एक मानकीकृत पैकेज का प्रावधान, लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाओं का एक महत्वपूर्ण घटक है। एचआरजी अपने लाक्षणिक एसटीआई शिकायतों, त्रैमासिक चिकित्सा जांच, बिना लक्षण वाले मामलों में उपचार और द्विवार्षिक उपदंश स्क्रीनिंग के लिए एक मुफ्त सलाह और उपचार प्राप्त करते हैं। सेवा उपयोग में सुधार लाने के लिए एचआरजी पसंदीदा प्रदाताओं को चयनित किया गया है। पसंदीदा निजी प्रदाता (पीपीपी) योजना को वित्तीय वर्ष 2009–10 में शुरू किया गया है। इस योजना के अंतर्गत सभी एचआरजी मुफ्त एसटीआई/आरटीआई उपचार प्राप्त करते हैं और प्रदाता प्रति परामर्श के लिए 50 रूपए का एक टोकन शुल्क प्राप्त करते हैं।

पीपीपी दृष्टिकोण पर राज्य एड्स नियंत्रण समितियां, तकनीकी सहायता इकाई (टीएसयू), राज्य प्रशिक्षण एवं संसाधन केंद्र (एसटीआरसी) और टीआई एनजीओ को प्रशिक्षित करने के लिए सभी राज्यों में जून से सितम्बर 2009 तक दो दिवसीय कार्यशालाओं की एक श्रृंखला का आयोजन किया गया। 1,184 टीआई एनजीओ ने भाग लिया और कुल 3,037 प्रतिभागियों को प्रशिक्षित किया गया। कार्यशाला निविष्टियों के आधार पर 5,744 पीपीपी को सेवाओं के वितरण के लिए निर्धारित किया गया है, जिनमें से अधिकांश को सहलाक्षणिक प्रकरण प्रबंधन के एक मानकीकृत पाठ्यक्रम का उपयोग करके प्रशिक्षित किया गया है। आवश्यक एसटीआई/आरटीआई दवाएं भी इन प्रदाताओं को उपलब्ध करवाई गई हैं, और उन्हें डाटा संग्रहण उपकरण भी प्रदान किए गए हैं। सेवा वितरण का कार्य केरल, चंडीगढ़, गुजरात, पश्चिम बंगाल, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र, हरियाणा, गोवा और दिल्ली राज्यों में शुरू हो गया है।

**एसटीआई/आरटीआई कार्यक्रम की मध्यावधि समीक्षा (एमटीआर):** एसटीआई/आरटीआई सेवाओं की मध्यावधि समीक्षा अगस्त से अक्टूबर के दौरान की गई जिसका उद्देश्य था, एसटीआई/आरटीआई विस्तार पर विभिन्न जनसंख्या समूहों के बारे में सबूत इकट्ठा करना, लक्ष्य निर्धारण और योजनाओं की नीति निर्धारण के लिए संक्रमण में आने वाले परिवर्तनों का दस्तावेज बनाना और अगले कार्यकारी संशोधन प्रश्नों को समाविष्ट करना।

प्रक्रिया में 2000 के बाद से प्रकाशित और अप्रकाशित लेखन आधारित समीक्षाएं, 6 राज्यों में टीआई-एसटीआई सेवाओं के कार्यान्वयन की समीक्षा के लिए क्षेत्र के दौरे और 2005/06 तक की गई कंप्यूटरीकृत निगरानी और सूचना प्रणाली (सीएमआईएस) का विश्लेषण शामिल था।

मुख्य अवलोकनों में शामिल हैं।

- इस कार्यक्रम के द्वारा निर्धारित लक्ष्य एक ही रहता है।
- एचआरजी जनसंख्या में एसटीआई/आरटीआई मामलों का उच्च प्रसार।
- प्रसव पूर्व क्लीनिकों में जाने वाली महिलाओं में उपदंश में गिरावट।
- कुछ भौगोलिक क्षेत्रों में उच्चतर एसटीआई प्रसार है।
- सेफालोस्पोरिन सूजाक के इलाज में अभी भी प्रभावी हैं।
- अधिकांश क्लीनिक कर्मचारियों को सहलाक्षणिक प्रकरण प्रबंधन में प्रशिक्षित किया गया है।

एमटीआर ने निम्नलिखित सिफारिशों की पेशकश की:

- एचआरजी को एसटीआई सेवा प्रदान करने के लिए टीआई की क्षमता का निर्माण
- सहायक पर्यवेक्षण के लिए प्रणाली की स्थापना
- एनसी और एसटीआई क्लीनिकों/एचआरजी में 100: उपदंश स्क्रीनिंग के कार्यान्वयन का सुदृढीकरण
- एसटीआई का सेंटिनल सर्वेलेंस और एसटीआई क्षेत्रीय संसाधन केन्द्रों की ऑपरेशनल रिसर्च के लिए क्षमता का विकास किया जाये, प्रयोगशालाएं सुदृढ की जायें और एसटीआई दवाई प्रतिरोध की निगरानी की जाये।

नाको एनएसीपी-III के अगले ढाई वर्षों के दौरान एसटीआई/आरटीआई कार्यक्रम के कार्यान्वयन में इन सिफारिशों को शामिल करेगा।



## सूचना, शिक्षा और संचार

सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी), एनएसीपी-III के सभी कार्यक्रम घटकों का आवश्यक अंग है। एनएसीपी-III के दौरान आईईसी रणनीति में महत्वपूर्ण परिवर्तन किया गया और एचआईवी/एड्स पर मात्र जागरूकता बढ़ाने तक सीमित न रखकर इसके अन्तर्गत व्यवहार परिवर्तन पर जोर दिया गया है। एनएसीपी-III में संचार रणनीति की प्रमुख प्राथमिकताएं निम्न हैं:

- उच्च जोखिम समूहों और ब्रिज पॉपुलेशन सहित जोखिम के आधार पर जनसंख्या के एक अंश में व्यवहार परिवर्तन को प्रेरित करना।
- असुरक्षित और आम जनता, विशेष रूप से युवाओं और महिलाओं के बीच व्यवहार परिवर्तन की आवश्यकता और जोखिम के बारे में जागरूकता के स्तर को बढ़ाना।
- एचआईवी/एड्स से संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं की मांग पैदा करना और उसके उपयोग को बढ़ाना।
- एचआईवी संबंधित रोकथाम, देखभाल और सहायता की गतिविधियों को बढ़ावा देने के लिए एक अनुकूल माहौल तैयार करना और व्यक्ति, समुदाय एवं संस्थागत स्तर पर कलंक और भेदभाव को कम करना।

आउटडोर और मिड-मीडिया के अर्न्तगत होर्डिंग, बस पैनलों, सूचना स्थलों, लोक नाटकों और आईईसी प्रदर्शनी वैन के माध्यम से संदेश प्रसारित किए जाते हैं। अन्तर्व्यक्तिक संचार के तहत स्वयं सहायता समूहों, आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं, एएनएम, आशा, पंचायती राज संस्थाओं के सदस्यों, सरकारी अधिकारियों, एनजीओ/सीबीओ और कॉर्पोरेट क्षेत्र के लोगों को प्रशिक्षण दिया जाता है। इसके लिए लोक संचार माध्यमों अर्थात् टीवी, रेडियो और प्रिंट पर नियमित अभियानों का आयोजन किया जाता है।

### रेड रिबन एक्सप्रेस परियोजना

रेड रिबन एक्सप्रेस (आरआरई) परियोजना (2007-08) के पहले चरण की सफलता के बाद नाको ने विश्व एड्स दिवस, 1 दिसम्बर 2009 को परियोजना के दूसरे चरण का शुभारंभ किया। खास तौर पर तैयार 8 कोच वाली प्रदर्शनी ट्रेन माननीय अध्यक्ष, संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन (यूपीए) और अध्यक्ष, राजीव गांधी फाउंडेशन, श्रीमती सोनिया गांधी ने दिल्ली सफदरगंज स्टेशन से हरी झंडी दिखाकर रवाना की। एक वर्ष की लम्बी यात्रा के दौरान यह 22 राज्यों से गुजरेगी जिसमें 152 स्टेशनों पर यह रुकेगी।

चित्र 6.1: रेड रिबन एक्सप्रेस की रवानगी (बाएं) और ट्रेन के अंदर का दृश्य (दाएं)



परियोजना में इस बार, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भी नाको के साथ शामिल है। एचआईवी/एड्स से संबंधित तीन प्रदर्शनी कोचों के अलावा, चौथे प्रदर्शनी कोच में एनआरएचएम की तरफ से एच1एन1, तपेदिक, मलेरिया, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं, सामान्य स्वास्थ्य और स्वच्छता से संबंधित संदेश दिए गये हैं। एक कोच परामर्श के लिए है और एक अन्य कोच जिला स्तर पर पंचायती राज संस्थानों के सदस्यों, स्वयं सहायता समूहों, सरकारी अधिकारियों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, युवा संगठनों, शिक्षकों, रक्षा और पुलिस कर्मियों इत्यादि को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए है।

परियोजना के दूसरे चरण के दौरान स्टेशनों पर एचआईवी जांच, एसटीआई का उपचार और सामान्य स्वास्थ्य जांच

चित्र 6.2: रेड रिबन एक्सप्रेस में आईसी संदेश सुनती हुई श्रीमती सोनिया गांधी



सेवाएं भी उपलब्ध करवाई जा रही हैं। कई स्टेशनों पर चलित स्वास्थ्य इकाइयां भी तैनात की गई हैं। ग्रामीण इलाकों और खासकर रेलवे स्टेशन तक पहुंचने में असमर्थ लोगों तक संदेश पहुंचाने के लिए आईसी प्रदर्शनी वाहन और लोक कलाकारों के दल भी तैनात किए गए हैं।

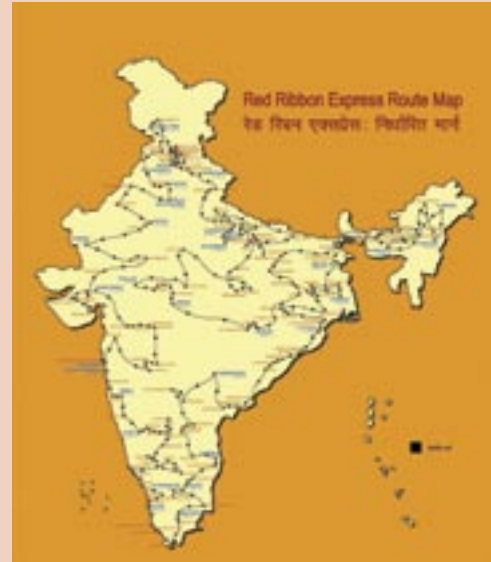
एक निगरानी एजेंसी के माध्यम से परियोजना के दैनिक कवरेज की निगरानी की जाती है। परियोजना के प्रभाव का आकलन एक बाहरी एजेंसी के माध्यम से किया जा रहा है।

आरआरई का जबरदस्त स्वागत हुआ है, जिसका प्रमाण इस बात से मिलता है कि हजारों लोग ट्रेन हॉल्ट स्टेशनों पर प्रतिदिन ट्रेन प्रदर्शनी देखने के लिए आते हैं। इसके अलावा मंत्रियों, सांसदों, और विधायकों सहित राजनैतिक नेताओं ने स्थानीय स्तर पर ट्रेन में लोगों को जुटाकर और हॉल्ट स्टेशनों पर समारोहों में भाग लेकर सक्रिय रूप से इस परियोजना में सहयोग दिया है।

**उत्तर-पूर्व में मल्टीमीडिया अभियान:** मणिपुर, नागालैंड और मिजोरम राज्य में एचआईवी पर युवाओं को शिक्षित करने और सुरक्षित व्यावहारिक कार्य-प्रणालियों को बढ़ावा देने के उद्देश्य से विशेष मल्टीमीडिया अभियानों का आयोजन किया गया। अभियान का उद्देश्य संगीत समारोहों और फुटबॉल टूर्नामेंटों के माध्यम से एचआईवी संदेशों के विकास और प्रसार कार्य में युवाओं को शामिल करना था जो पूर्वोत्तर में बहुत लोकप्रिय हैं। अभियानों का लक्ष्य नशीली दवाओं के प्रयोग और असुरक्षित यौन संबंध के जोखिम के बारे में बताना, एचआईवी/एड्स से जुड़े कलंक एवं भेदभाव को कम करना और एचआईवी संबंधित सेवाओं को बढ़ावा देना था। जिला स्तरों पर आयोजित संगीत प्रतियोगिताओं और फुटबॉल टूर्नामेंटों के बाद राज्य स्तर पर फाइनल कार्यक्रम आयोजित किए गए।



रेड रिबन एक्सप्रेस (आरआरई), एचआईवी/एड्स पर दुनिया का सबसे बड़ा जन अभियान है। दूसरे चरण में ट्रेन एक वर्ष की लम्बी यात्रा के दौरान 22 राज्यों से गुजरेगी जहां वह 152 स्टेशनों पर रुकेगी। आरआरई के माध्यम से नाको पूरे देश में छोटे-छोटे शहरों और गाँवों में रहने वाले लोगों तक एचआईवी/एड्स की रोकथाम, देखभाल, सहयोग और उपचार के संदेश लेकर पहुंच रहा है ताकि एचआईवी/एड्स के मुद्दे को लेकर फैली चुप्पी को तोड़ा जा सके। एक ऐसे माहौल को तैयार करने का भी उद्देश्य है जो एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के प्रति कलंक और भेदभाव से मुक्त हो, ताकि वे बिना किसी भय और पक्षपात के सेवाओं का लाभ उठा सकें और एक गरिमापूर्ण जीवन जी सकें। यह परियोजना एचआईवी की रोकथाम से निपटने की स्थानीय क्षमता को बढ़ाने के अलावा एक शक्तिशाली 'एडवोकेसी टूल' साबित हुआ है।



तालिका 6.1: आरआरई –II का कवरेज (11 मार्च 2010 तक)

राज्य	तिथि	हॉल्ट स्टेशन	पड़ाव के दिन	पहुँचे हुए लोगों की संख्या (लाख में)	प्रशिक्षण पाने वाले लोग	परामर्श पाने वाले लोग	एचआईवी परीक्षण
दिल्ली	01.12.2009	8	17	1.29	3665	2409	1000
राजस्थान	02.12.2009 से 19.12.2009						
गुजरात	20.12.2009 से 03.01.2010	6	13	6.03	3810	2317	1453
महाराष्ट्र	04.01.2010 से 01.02.2010	13	26	1.27	5680	9027	4153
कर्नाटक	02.02.2010 से 22.02.2010	11	19	1.80	5741	3658	3183
केरल	23.02.2010 से 11.03.2010	9	17	1.42	3559	2173	855
<b>कुल</b>		<b>47</b>	<b>92</b>	<b>11.81</b>	<b>22,455</b>	<b>19,584</b>	<b>10,644</b>

धार्मिक संगठनों को भी इस अभियान में शामिल किया गया। जिला, ब्लॉक और ग्राम स्तर पर युवा क्लबों के प्रशिक्षण के माध्यम से स्कूल में नहीं पढ़ रहे युवाओं तक पहुँचने के लिए एक विशेष प्रयास किया गया। सुरक्षित व्यवहार के संदेशों को खुद युवाओं द्वारा विकसित और प्रसारित किया गया। युवा आदर्शों के रूप में प्रतिष्ठित संगीत प्रतियोगिताओं के विजेता अब अपने-अपने जिलों में ग्राम/ब्लॉक स्तर पर

रोड शो के माध्यम से एचआईवी/एड्स के संदेशों को जन-समुदाय तक पहुंचाने का कार्य कर रहे हैं।

**रेडियो कार्यक्रम:** हिन्दी में 3 रेडियो कार्यक्रमों – “बबली बोली” “5 डाउन मोहब्बत एक्सप्रेस” और “कितने दूर, कितने पास” को नाको द्वारा शुरू किया गया जिसमें क्रमशः ग्रामीण महिलाओं, ग्रामीण युवाओं और शहरी प्रवासियों को लक्ष्य

चित्र 6.2: रेड रिबन आइडल चुनने के लिए मणिपुर में आयोजित रॉक बैंड प्रतियोगिता



किया गया। कार्यक्रमों को छः महीनों तक सितम्बर 2009 से मार्च 2010 तक प्रसारित किया गया। प्रत्येक एपिसोड की अवधि आधा घंटा थी और हर सप्ताह प्रत्येक कार्यक्रम के दो एपिसोड प्रसारित किए गए। उत्तर प्रदेश, बिहार, राजस्थान, मध्य प्रदेश और दिल्ली राज्यों में, 21 संवेदनशील जिलों में से प्रत्येक में 100 रेडियो श्रोता क्लबों के माध्यम से इन कार्यक्रमों को लोगों से जोड़ा गया। इससे न केवल कार्यक्रमों के श्रोता ही बढ़े, बल्कि इन क्लब के सदस्यों के माध्यम से जन-समुदायों में संदेशों के अग्रगामी प्रसार में भी सहायता मिली। राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियां भी अपनी-अपनी भाषाओं में एचआईवी/एड्स पर आधारित रेडियो कार्यक्रमों का निर्माण और प्रसारण करते हैं।

**टेलीविजन कार्यक्रम:** टेली-धारावाहिक "क्योंकि जीना इसी का नाम है" में नाको ने 40 कड़ियां प्रायोजित की। इस धारावाहिक का प्रसारण दूरदर्शन पर प्राइम टाइम पर, सप्ताह में तीन बार किया गया था। कार्यक्रम के मूल्यांकन के अनुसार, एचआईवी संदेश की स्मृति (रिकॉल) बहुत अच्छी थी। दिसंबर-जनवरी 2009-2010 के महीने में,

बिहार, छत्तीसगढ़, मध्य प्रदेश, झारखंड, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, असम और उड़ीसा राज्यों में दूरदर्शन के क्षेत्रीय नेटवर्क के माध्यम से कल्याणी स्वास्थ्य पत्रिका का प्रसारण किया गया था जिनमें एचआईवी/एड्स पर विशेष एपिसोड शामिल किए गये। इसके अलावा, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों ने भी दूरदर्शन के क्षेत्रीय नेटवर्कों पर फोन-इन तथा पैनल चर्चा का आयोजन किया।

**विषयगत अभियान (थीमेटिक केम्पेन):** नाको ने रोकथाम के संदेशों के प्रसार के लिए टेलीविजन और रेडियो अभियानों की एक श्रृंखला चलायी। इनमें स्वैच्छिक रक्तदान को बढ़ावा देने के अभियानों पर तीन चरण, परामर्श और एचआईवी की जांच पर दो चरण, कंडोम के प्रयोग को बढ़ावा देने पर दो चरण, तथा पीपीटीसीटी और एचआईवी एवं टीबी के संबंधों पर एक एक चरण शामिल थे। अभियान को महत्वपूर्ण दिनों के साथ जोड़ा गया (जैसे राष्ट्रीय स्वैच्छिक रक्तदान दिवस के अवसर पर स्वैच्छिक रक्तदान पर अभियान आरम्भ किया गया)। राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा राष्ट्रीय स्तर पर नाको द्वारा जारी किए गये अभियानों को जमीनी स्तर पर अन्तर्वैयक्तिक संचार गतिविधियों के साथ जोड़ने के लिए एक अभियान कैलेंडर विकसित किया गया।

**विशेष कार्यक्रम:** राज्य एड्स नियंत्रण समितियों ने विश्व एड्स दिवस, विश्व रक्त दाता दिवस, राष्ट्रीय स्वैच्छिक रक्त दान दिवस, अंतर्राष्ट्रीय महिला दिवस, मादक पदार्थ सेवन और अवैध व्यापार के विरुद्ध अंतर्राष्ट्रीय दिवस और राष्ट्रीय युवा दिवस के अवसरों पर एचआईवी/एड्स की रोकथाम, देखभाल, सहायता एवं उपचार के संदेश लोगों तक पहुँचाने के लिए विशेष कार्यक्रम आयोजित किए।

**आउटडोर और मिड-मीडिया:** राज्य एड्स नियंत्रण समितियों ने आईसीटी प्रदर्शनी वाहन, लोक मंडलियों और कंडोम प्रदर्शन स्थलों के माध्यम से ग्रामीण क्षेत्रों में संदेश पहुँचाए। जिन राज्यों से रेड रिबन एक्सप्रेस गुजरी, वहां इन गतिविधियों को आरआरई परियोजना के साथ जोड़ा गया। इसके अतिरिक्त एचआईवी और एड्स के बारे में जानकारी का प्रसार करने के लिए राज्यों द्वारा पट-विज्ञापन (होर्डिंग्स), बस पैनल, खोखे और जानकारी पैनल स्थापित किये गए।

**अन्तर्वैयक्तिक संचार के लिए सामग्रियां:** नाको तथा राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा आईसीटीसी, एआरटी, एसटीआई सेवाओं पर फिलप चार्ट मुद्रित किये गये। राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा सामान्य सूचना पुस्तिकाएं, विवरणिकाएं (ब्रोशर), फोल्डर्स और लघु फिल्में भी निर्मित की गईं और इन्हें सेवा केंद्रों, मेलों, प्रदर्शनियों रेड रिबन एक्सप्रेस और आईसीटी वाहनों के माध्यम से लोगों तक पहुंचाया गया। विशेष रूप से उच्च जोखिम समूहों को लक्ष्य करते हुए सामग्रियों का विकास किया गया।

**एसटीआई क्लीनिक की ब्रांडिंग:** एसटीआई क्लीनिकों की ब्रांडिंग "सुरक्षा क्लिनिक" के रूप में की जा रही है ताकि दृश्यता को बढ़ाया जा सके तथा सुरक्षा और रोकथाम के मूल्यों को, विशेष रूप से युवाओं और महिलाओं में, प्रोन्नत किया जा सके।

**किशोरावस्था शिक्षा कार्यक्रम:** किशोरावस्था शिक्षा कार्यक्रम किशोरों में जीवन कौशल निर्माण करने तथा किशोरों को नकारात्मक साथियों के दबाव का सामना करने, सकारात्मक व्यवहार का विकास करने, यौन स्वास्थ्य में सुधार करने और एचआईवी संक्रमण को रोकने में सहायता करने के लिए एक महत्वपूर्ण हस्तक्षेप है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत, कक्षा नौ और ग्यारह के शैक्षणिक सत्र के दौरान सोलह (16) घंटे शिक्षण का प्रावधान है।

2009-10 के दौरान, 47,000 स्कूलों में यह कार्यक्रम चलाया गया। कुछ राज्यों में 'टूल किट' के विरोध को लेकर कार्यक्रम बन्द कर दिया गया था। नाको ने नया 'टूल किट' विकसित किया जिसे राज्य लागू करने की प्रक्रिया में है।

**कॉलेजों में रेड रिबन क्लब:** एचआईवी रोकथाम पर सहकर्मि संदेश हेतु सहकर्मि को प्रोत्साहित करने के लिए तथा एचआईवी/एड्स पर भ्रांतियां दूर करने के लिए कॉलेजों में रेड रिबन क्लब (आरआरसी) गठित किए गये हैं। अब तक 6,000 आरआरसी के गठन के लक्ष्य की तुलना में 2009-2010 के दौरान देश भर में 7,677 आरआरसी कार्य कर रहे हैं।

**एक बहु क्षेत्रीय प्रतिक्रिया के लिए एचआईवी को मुख्य धारा में लाना:** एचआईवी/एड्स के विरुद्ध एक सशक्त बहुक्षेत्रीय प्रतिक्रिया को मजबूत करने के लिए 2005 में भारत के प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में एड्स पर राष्ट्रीय परिषद (एनसीए) का गठन किया गया। इसके बाद 25 राज्यों/संघ शासित प्रदेशों में राज्य एड्स परिषदों का गठन किया जा चुका है। इनका उद्देश्य एचआईवी/एड्स के मुद्दों को सरकार के मंत्रालयों/विभागों, कॉर्पोरेट क्षेत्र और नागरिक समाज के संगठनों की नीतियों और कार्यक्रमों के साथ मुख्यधारा में लाना है ताकि एचआईवी/एड्स के विरुद्ध यह लड़ाई हर एक व्यक्ति/संस्था की लड़ाई बन सके।

मुख्यधारा में लाने के प्रयासों के रूप में विभिन्न मंत्रालयों/विभागों, कॉर्पोरेट क्षेत्र और गैर सरकारी संगठनों/सीबीओ से 2 लाख से ज्यादा लोगों को एचआईवी/एड्स के मुद्दों पर प्रशिक्षित किया गया है। उल्लेखनीय पहलों में से कुछ नीचे वर्णित हैं:

**जनजातीय कार्य योजना:** एनएसीपी-III के अन्तर्गत जनजातीय आबादी प्राथमिकता समूहों में से एक है क्योंकि इनमें जागरूकता कम है और दूरदराज के स्थानों में रहने

और स्वास्थ्य सेवाओं की अपर्याप्त सुलभता के कारण उन्हें बहुत सी चुनौतियों का सामना करना पड़ता है। इस प्रकार, एनएसीपी III की अनुशंसाओं के अनुरूप, राज्यों में जनजातीय कल्याण विभागों के साथ मिल कर काम करने के लिए एक विशेष रणनीति विकसित की गई है। कुल 192 एकीकृत जनजातीय विकास परियोजनाओं (आइटीडीपी) में से, 65 'ए' और 'बी' श्रेणी के जिलों में हैं जिन्हें हस्तक्षेप के प्रथम चरण में शामिल किए जाने की योजना है। जनजातीय कार्य योजना के लिए प्रक्रिया-सम्बन्धी दिशा निर्देशों को अंतिम रूप दिया जा चुका है।

जनजातीय कार्य योजना पहले ही नौ राज्यों आंध्र प्रदेश, गुजरात, तमिलनाडु, पश्चिम बंगाल, कर्नाटक, छत्तीसगढ़, उड़ीसा, राजस्थान और मणिपुर के 44 'ए' और 'बी' श्रेणी के जिलों के 47 आइटीडीपी क्षेत्रों में शुरू की जा चुकी है। इनके अतिरिक्त, जनजातीय कार्य योजना को असम, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र और त्रिपुरा के 16 'ए' और 'बी' श्रेणी के जिलों के 21 और आइटीडीपी क्षेत्रों में लागू किया जा रहा है।

**स्वयं सहायता समूहों का प्रशिक्षण:** एचआईवी के बारे में जानकारी बढ़ाने, कलंक और भेदभाव को मिटाने तथा ग्रामीण महिलाओं को स्वयं की रक्षा के लिए सशक्त बनाने हेतु एक तीन चरणों वाली व्यवस्थित प्रक्रिया के माध्यम से एचआईवी/एड्स के मुद्दों पर प्रशिक्षित किया जा रहा है। यह कार्यक्रम राज्य ग्रामीण विकास संस्थानों एवं एनजीओ द्वारा लागू किया जा रहा है। राष्ट्रीय स्तर पर मास्टर प्रशिक्षकों के तीन प्रशिक्षण किये जा चुके हैं। ये मास्टर प्रशिक्षक इस प्रक्रिया को आगे पंद्रह राज्यों और 80 जिलों में ले गए हैं, जो अंततः एक लाख से अधिक महिलाओं तक पहुँचेंगे।

**कलंक और भेदभाव:** एचआईवी और एड्स के प्रभाव को कम करने के लिए कलंक और भेदभाव के मुद्दे को संबोधित करना महत्वपूर्ण है। कलंक और भेदभाव के मुद्दे को संबोधित करने के लिए नाको द्वारा 7 राज्यों में 13 प्रायोगिक परियोजनाएं शुरू की गयीं। लक्ष्य समुदायों में अधिकांश पीएलएचए और एचआईवी के लिए अधिक जोखिम वाले समुदाय जैसे कि पुरुषों से सैक्स संबंध रखने वाले पुरुष, महिला यौनकर्मि और इन्जेक्शन से नशा लेने वाले शामिल हैं। इसके अलावा युवा, धार्मिक नेता, शिक्षक, शिक्षण संस्थाएं, स्वयं सहायता समूह और नागरिक समाज के संगठन भी इन परियोजनाओं का लक्ष्य है।

**एचआईवी/एड्स एवं श्रम जगत पर राष्ट्रीय नीति:** एचआईवी/एड्स को मुख्य धारा में लाने के लिए श्रमजगत सबसे उपयुक्त मंच है क्योंकि 90 प्रतिशत से अधिक एचआईवी संक्रमण उत्पादक आयु वर्ग में पाए गये हैं। इस दृष्टिकोण से, भारत सरकार ने "एचआईवी/एड्स एवं श्रम जगत पर

राष्ट्रीय नीति" को अपनाया है जिसको नाको के सहयोग से श्रम एवं रोजगार मंत्रालय ने बनाया। यह नीति मोटे तौर पर अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन (आईएलओ) द्वारा निर्धारित आचार संहिता पर आधारित है। इसका उद्देश्य कार्यस्थलों पर एचआईवी संक्रमित लोगों से भेदभाव को कम करना है। यह नीति संगठित और असंगठित दोनों क्षेत्रों के लिए मान्य है और एचआईवी/एड्स के बारे में कार्यस्थल पर जागरूकता फैलाने, इसके प्रसार को रोकने, सहयोग एवं देखभाल की पहल को प्रोत्साहित करती है। नीति का लक्ष्य है – श्रमिकों और उनके परिवारों के बीच एचआईवी संक्रमण के प्रसार को रोकना, संक्रमित लोगों के अधिकार को संरक्षित करना तथा उन्हें देखभाल, सहायता और उपचार सुविधाएं उपलब्ध कराना।

**एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (पीएलएचए) की सहभागिता (जीपा):** एचआईवी/एड्स की रोकथाम, देखभाल, सहयोग और उपचार, इससे जुड़े कलंक और भेदभाव को कम करने के लिए एनएसीपी-श्रमिकों में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की सहभागिता को

बढ़ाने को उच्च प्राथमिकता दी गई है। इसके अर्न्तगत विभिन्न क्षेत्रीय कार्यशालाओं की श्रृंखला के पश्चात् एक राष्ट्रीय सलाहकार कार्यशाला का आयोजन किया गया जिसमें एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की सहभागिता (जीपा) नीति बनाने के लिए प्रमुख सहभागियों, एचआईवी पॉजिटिव लोगों के नेटवर्क, अनुदान देने वाली एजेंसियों, सक्रिय प्रतिभागियों और अन्य प्रतिनिधियों ने भाग लिया। कार्यशालाओं तथा विभिन्न सहभागियों के योगदान के परिणामों के आधार पर जीपा नीति को अंतिम रूप दिया जा रहा है।

**ड्रॉप इन सेन्टर:** नाको के सहयोग से देश के मुख्य रूप से 'ए' तथा 'बी' श्रेणी के जिलों में एचआईवी संक्रमित लोगों को मनोवैज्ञानिक एवं सामाजिक सहयोग देने के लिए ड्रॉप इन सेन्टर (डीआईसी) बनाए गए हैं। वर्तमान में देश में जिला स्तरीय नेटवर्क तथा एनजीओ के द्वारा 208 डीआईसी चलाये जा रहे हैं। जो एचआईवी संक्रमित लोगों को एक मंच उपलब्ध करता हैं। यहां उन्हें पोषण, दवाइयों के अनुपालन और कानूनी मामलों पर परामर्श भी दिया जाता है।



## अध्याय 7



## कंडोम प्रोत्साहन

यद्यपि भारत में कंडोम का प्रयोग राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के अंतर्गत अनचाहे गर्भधारणों की रोकथाम के लिए 1960 के दशक से प्रोत्साहित किया जा रहा है, इसके प्रोत्साहन पर एचआईवी फैलने के बाद बहुत जोर दिया गया। एचआईवी संक्रमण में से लगभग 87 प्रतिशत संक्रमण असुरक्षित यौन संबंध की वजह से फैलता है। इसलिए एचआईवी/एड्स के संक्रमण की रोकथाम के लिए, कंडोम के बारे में जागरूकता एवं इस्तेमाल में वृद्धि लाने के लिए, नाको के द्वारा महत्वपूर्ण प्रयत्न किये गये हैं।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी)-I तथा II के अन्तर्गत कठिन प्रयासों से, कंडोम की उपलब्धता और एचआईवी/एड्स की रोकथाम में कंडोम के उपयोग की जानकारी में वृद्धि के संदर्भ में महत्वपूर्ण उपलब्धियां हासिल की गई हैं। किन्तु, इसके उपयोग पर महत्वपूर्ण प्रभाव नहीं हुआ। एसटीआई/एचआईवी संक्रमण की रोकथाम में कंडोम की महत्वपूर्ण भूमिका को देखते हुए, एड्स नियंत्रण विभाग के सामने महामारी को नियंत्रित करने के लिए कठिन चुनौती है।

चित्र 7.1: अंतर्राष्ट्रीय व्यापार मेला, नई दिल्ली में स्टाल, नवम्बर 2009





कंडोम के उपयोग में प्रोत्साहन को ध्यान में रखते हुए, एनएसीपी-III के अन्तर्गत एक कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम बनाया गया, जिसकी अभिकल्पना, क्रियान्वयन तथा निगरानी राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर विशेषज्ञों को लेकर गठित तकनीकी सहायता समूह (टीएसजी) द्वारा की जाती है।

इस कार्यक्रम के अन्तर्गत अधिक जोर दिए जाने वाले क्षेत्र हैं—उच्च एचआईवी प्रसार और/अथवा परिवार नियोजन की उच्च आवश्यकता की विशेषता वाले जिलों में कवरेज को संतृप्त करने के लिए सामाजिक विपणन कार्यक्रम का विस्तार करना तथा उच्च जोखिम, मध्यवर्ती तथा आम जनता के बीच कंडोम की मांग में वृद्धि करना। यह कंडोम की मुफ्त आपूर्ति में अपव्यय को न्यूनतम करने और इसे सर्वाधिक जोखिम भरे समूहों तक पहुँचाने की ओर भी कार्य करता है।

कार्यक्रम के वांछित व्यावहारिक परिणाम हैं—पुरुषों में गैर नियमित यौन साझेदारों के साथ या यौनकर्मियों के साथ संबंध बनाने की स्थिति में कंडोम का उपयोग बढ़ाना और विवाहित युगुलों में अनचाहा गर्भ ना होने के लिए इसका इस्तेमाल बढ़ाना।

सामाजिक विपणन कार्यक्रम के आपूर्ति उद्देश्य होंगे:

- 2012 तक सामाजिक विपणन कंडोम के खुदरा उठाव को 2 अरब तक बढ़ाना।
- 2012 तक कंडोम आउटलेट की संख्या को 30 लाख तक बढ़ाना।
- कंडोम उपलब्धता को किसी भी स्थान से 15 मिनट चलने की दूरी के भीतर उपलब्ध कराने के लिए कंडोम की पहुंच बढ़ाना।

### नाको लक्षित कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम

चरण-1 (2008-2009) में कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम सफलतापूर्वक 194 जिलों में क्रियान्वित किया

जा चुका है तथा चरण-2 (2009-2010) के अन्तर्गत इसे 294 जिलों तक बढ़ा दिया गया है। उपलब्धियां और प्रगति चित्र 7.2 में दी गयी है। इसके अतिरिक्त, कंडोम की सुलभता बढ़ाने अथवा महिला लक्ष्य समूह को सशक्त करने के लिए नवीन पहल जैसे कि कंडोम वेंडिंग मशीन (सीवीएम) कार्यक्रम तथा स्त्री कंडोम (एफसी) कार्यक्रम भी आरम्भ किए गए हैं।

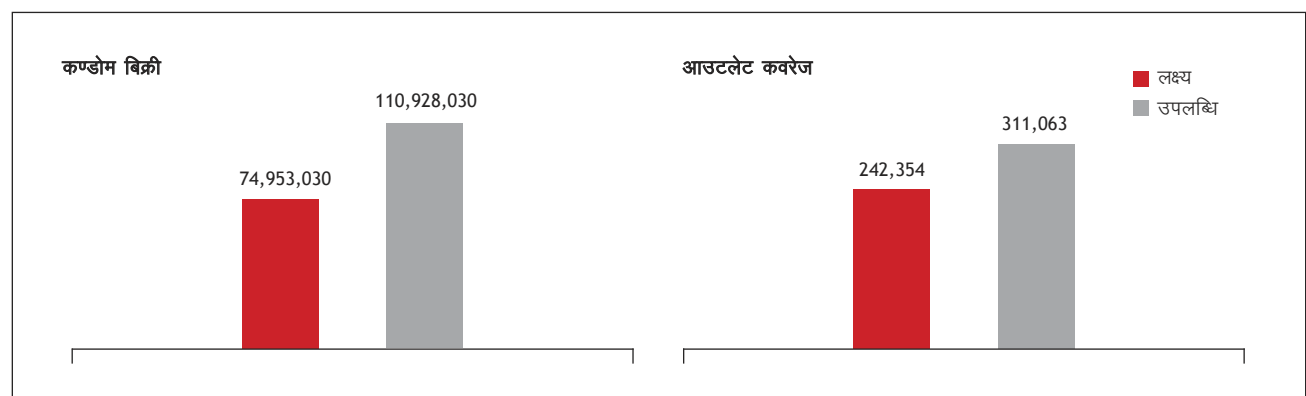
कार्यक्रम का चरण-1 (2008-2009) 15 राज्यों में उच्च एचआईवी प्रसार, उच्च प्रजनन या दोनों प्राथमिकता वाले 194 जिलों का कवरेज करने हेतु क्रियान्वित किया गया था। इस कार्यक्रम का मुख्य उद्देश्य था उन क्षेत्रों, जिनमें कि एचआईवी/एड्स का आम प्रसार है, के कवरेज को कंडोम के साथ संतृप्त करना।

विभिन्न बिक्री और वितरण की गतिविधियों के माध्यम से 7,49,53,030 कंडोम की बिक्री का लक्ष्य और 2,42,354 आउटलेट को आवृत्त करने के लिए कुल चार सामाजिक विपणन संगठनों के साथ अनुबन्ध किया गया था। लक्ष्य समूहों में कंडोम का उपयोग बढ़ाने के लिए मांग उत्पन्न करने की गतिविधियां भी आयोजित की गई थी। उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों, जैसे कि टीआई साइटों और ट्रक ड्राइवरों के हस्तक्षेप क्षेत्र जो इस कार्यक्रम के जिलों के दायरे में थे, पर प्रभावी कवरेज के लिए विशेष ध्यान दिया गया।

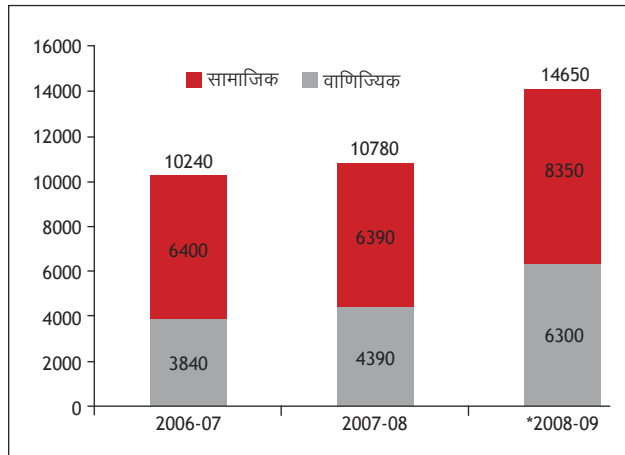
आसान पहुंच सुनिश्चित करना कार्यक्रम का उद्देश्य था। कुल उपलब्धियों में से 72 प्रतिशत आउटलेट अपारम्परिक थे जिन्होंने सुदूरवर्ती क्षेत्रों में कंडोम की आसान पहुंच की सुविधा दी।

कंडोम खुदरा उठाव रुझान जो कि तीसरी पार्टी द्वारा अनुमानित किए गए हैं भी बहुत उत्साहजनक पाए गए थे। बाजार कंडोम की मांग जो कुछ वर्षों से रुक गई थी उसमें उठाव शुरू हो गया है। (चित्र 7.3)

चित्र 7.2: कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम चरण-1 (2008-09) में आउटलेट कवरेज से कंडोम की बिक्री के लक्ष्य और उपलब्धियां



चित्र 7.3: सामाजिक और व्यापारिक क्षेत्र में चार सालों में फुटकर खपत



संख्या लाख में

स्रोत: एसी नेलसन ओआरजी-मार्ग रिटेल ऑफटेक रिपोर्ट

लक्षित कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम चरण-2 में कार्यक्रम को भारत के 25 राज्यों में 294 उच्च एचआईवी व्यापकता, उच्च प्रजनन वाले जिलों का कवरेज करने के लिए आगे बढ़ाया गया। और अधिक सामाजिक विपणन संगठनों (एसएमओ) को आमंत्रित किया गया तथा वर्तमान में छह एसएमओ अप्रैल 2009 से आगे कार्यक्रम का प्रभावी ढंग से क्रियान्वयन कर रहे हैं। इस कार्यक्रम में लगभग 900 एसएमओ फील्ड स्टाफ, 700 वितरक तथा 1,200 स्टॉकिस्ट बिक्री व्यक्ति शामिल हैं।

वर्तमान चरण के लिए कार्यक्रम के लक्ष्य है 30,69,34,061 कंडोम की बिक्री को प्राप्त करना और 5,20,879 आउटलेट पर कंडोम कवरेज सुनिश्चित करना। ग्रामीण इलाकों में कंडोम की खपत बढ़ाने तथा आसान पहुँच सुनिश्चित करने के लिए दीर्घकालिक अपारम्परिक आउटलेट के सृजन पर अतिरिक्त जोर डाला गया है। जनवरी 2010 तक कार्यान्वयन एजेंसियों ने 23,39,42,462 कंडोम की द्वितीयक बिक्री (वार्षिक लक्ष्य का 76 प्रतिशत) प्राप्त कर लिया है और 4,64,421 दुकानों को सेवा देने में समर्थ रही हैं (कवरेज के वार्षिक लक्ष्य का 89 प्रतिशत)।

कार्यक्रम का केन्द्र बिन्दु सभी उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों को संतृप्त करना था, जैसे कि ट्रक ड्राइवरों के पड़ाव और टीआई क्षेत्र, जो कि इस तथ्य से स्पष्ट है कि जनवरी 2010 तक इन उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों के आसपास स्थित दुकानों में लगभग 360 लाख कंडोम बेचे गए।

सभी परिस्थितियों में कंडोम की आसान पहुँच 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 करा कर कार्यक्रम आगे बढ़ चुका है। जनवरी 2010 तक कुल 10,000 से अधिक ऐसी आउटलेट खोल दी गई हैं।

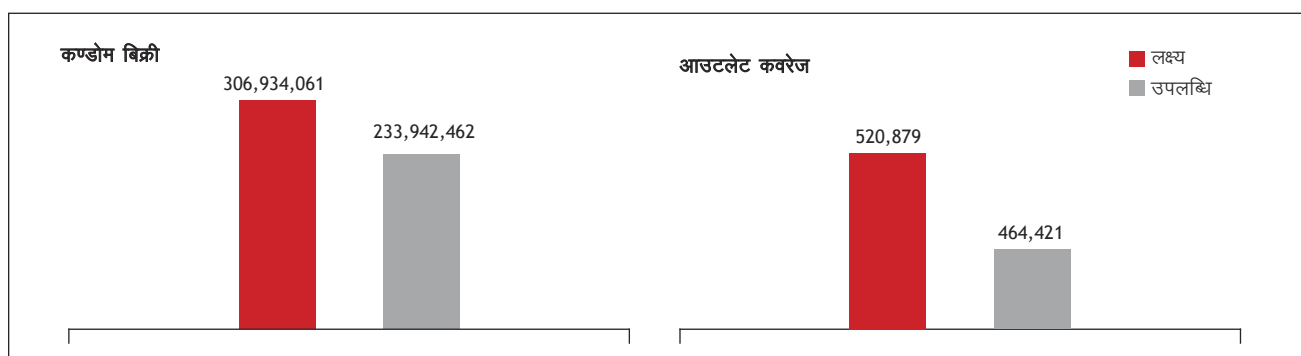
मांग उत्पादन गतिविधियों के संदर्भ में, लगभग 1,90,487 कार्यक्रम आयोजित किये जा चुके हैं और 2010 जनवरी तक 4,51,30,625 लक्ष्य जनसंख्या तक पहुँच चुके हैं।

नाको के सामाजिक विपणन कार्यक्रम का अन्य प्रमुख उद्देश्य है जोखिम वाले लोगों को उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए कंडोम की निःशुल्क आपूर्ति को सही स्तर पर रखना और निःशुल्क कंडोम आपूर्ति के अपव्यय को न्यूनतम करना।

इससे वास्तव में यह सुनिश्चित होगा कि सब्सिडी के उच्चतम स्तर के साथ निःशुल्क कंडोम, न्यूनतम अपव्यय के साथ गरीबों में सबसे गरीब तक पहुँचेगा। 2011 तक, यह अनुमान है कि निःशुल्क कंडोम देश में विपणन किए गए कंडोम का केवल 30 प्रतिशत ही होंगे।

इस दिशा में, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों पर तैनात टीएसजी राज्य कंडोम मैनेजर निःशुल्क कंडोम के लिए वार्षिक मांग के आकलन की प्रक्रिया में शामिल होते हैं, वर्तमान में वे 2010-11 की अवधि के लिए कंडोम मांग अनुमान में शामिल हैं। इसके अलावा, टीएसजी दल भी विभिन्न राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में उचित भंडारण सुविधाओं को सुनिश्चित करता है।

चित्र 7.4: कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम चरण (2009-10) में आउटलेट कवरेज से कंडोम की बिक्री के लक्ष्य और उपलब्धियां



### चित्र 7.5: गैर पारंपरिक सामाजिक कंडोम विपणन आउटलेट



तकनीकी सहायता समूह भी कुशल आपूर्ति और मुफ्त कंडोम की निगरानी के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन को प्रचालन-तंत्र (लोजिस्टिक्स) प्रबंधन और निगरानी उपकरण के वैज्ञानिक दृष्टिकोण के अनुप्रयोग के माध्यम से सहायता प्रदान करता है।

### कंडोम की पहुँच बढ़ाने के लिए अन्य नये कार्यक्रम

**कंडोम वेंडिंग मशीन (सीवीएसएस) कार्यक्रम:** दुकान पर जाने और कंडोम के लिए पूछने की उपभोक्ता की शर्मिंदगी को कम करने के लिए तथा कंडोम तक चौबीसों घंटे पहुँच को सुनिश्चित करने के लिए, नाको ने कंडोम वेंडिंग मशीनों के कार्यक्रम चरण-2 की पहल की जिसे चार बड़े महानगरों और उत्तर प्रदेश के कुछ बड़े नगरों में कार्यान्वित किया गया। चरण-2 में, लगभग 9,000 कंडोम वेंडिंग मशीनों को रणनीतिकरूप से उच्च जोखिम गतिविधि क्षेत्रों के पास स्थापित किया गया है ताकि कंडोम किसी व्यक्ति के पास जाये बिना प्राप्त किया जा सके। लगभग छह लाख कंडोम दिल्ली, मुंबई, चेन्नई, कोलकाता, कानपुर, लखनऊ और उत्तर प्रदेश के कुछ और नगरों में रखी 8,770 सीवीएम से बेचे जा चुके हैं।

### महिला कंडोम (एफसी) बढ़ाने (स्केल अप) कार्यक्रम

नाको सामाजिक विपणन संगठन से वित्त पोषण के साथ एचएलएफपीपीटी चार राज्यों आंध्र प्रदेश, तमिलनाडु, पश्चिम बंगाल और महाराष्ट्र में एफसी कार्यक्रम लागू कर रहा है। यह 100 प्रतिशत टीआई कवरेज सुनिश्चित करते हुए लगभग दो लाख एफएसडब्ल्यू तक पहुँच गया है। यह कार्यक्रम महिला कंडोम का उपयोग बढ़ाने के लिए क्षमता निर्माण, प्रशिक्षण और बीसीसी गतिविधियों पर केंद्रित है। इसके अतिरिक्त, यूएनएफपीए से धन के साथ, पीएसआई भी राजस्थान, बिहार, झारखंड और उड़ीसा में एफसी बढ़ाने के कार्यक्रम लागू कर रहा है। जनवरी 2010 लगभग छह लाख स्त्री कंडोम बेचे जा चुके हैं।

**संचार क्रियाएं:** नाको के साथ अनुबंधित सामाजिक विपणन संगठन भी संचार गतिविधियों का आयोजन कर रहे हैं, जैसे कि उनके संबंधित राज्यों में उपभोक्ताओं के बीच मिड-मीडिया, रोड शो, और कंडोम के लिए मांग उत्पन्न करने तथा खुदरा व्यापारियों को कंडोम के संग्रहण के लिए प्रेरित कर आपूर्ति पक्ष को सशक्त करने के लिए खुदरा विक्रेताओं और आपूर्तिकर्ताओं के बीच प्रचार की गतिविधियां। आपूर्ति पक्ष पर, खुदरा विक्रेताओं और स्टॉकिस्ट के साथ कंडोम आपूर्ति तथा वितरण श्रृंखलाओं से संबंधित उनके मुद्दों और चिन्ताओं को समझने के लिए चर्चा होती है।

**कंडोम सामान्यीकरण:** अतीत में, जनसंचार माध्यमों ने व्यावसायिक यौन संबंध के साथ कंडोम को सम्बद्ध करके इसे गैर कानूनी संबंधों से जुड़ी नकारात्मक छवि दे दी। इसने कंडोम के साथ कलंक को जोड़ दिया और एचआईवी प्रसार के उच्च स्थानों में यह परिवार नियोजन के लिए एक स्वीकार्य गर्भनिरोधक के रूप में नहीं देखा गया।

विभिन्न मिड-मीडिया मांग उत्पादन गतिविधियां कार्यक्रम के अन्तर्गत आयोजित की जाती हैं जो कि एक दुकान से कंडोम क्रय करने की उपभोक्ता की शर्मिंदगी को कम करने और अपने मित्रों और साथियों के बीच कंडोम ले जाने तथा इसके बारे में बात करने में सुविधा दिलाने की और लक्षित हैं। इसे स्थिर माध्यमों द्वारा समर्थित किया गया है, जैसे डेनलर, स्टॉकर्स, पोस्टर, दीवार पेंटिंग, इत्यादि।

इसके अतिरिक्त, जमीनी गतिविधियों को सहायता देने तथा कंडोम की बिक्री और एचआईवी/एड्स, एसटीआई और अवांछित गर्भ की रोकथाम में उपयोग को बढ़ावा देने के लिए बड़े पैमाने पर मास मीडिया अभियान भी चलाया गया।

### अनुसंधान और मूल्यांकन गतिविधियां:

कार्यक्रम रणनीतियों में सुधार लाने के लिए नियमित अंतराल पर विभिन्न अनुसंधान और निगरानी गतिविधियों के साथ कार्यक्रम की सहायता की गई है।

- आंतरिक निगरानी के अंश के रूप में, वितरण श्रृंखला में निःशुल्क कंडोम की आपूर्ति का सतत प्रवाह सुनिश्चित करने के लिए राज्य एड्स नियंत्रण इकाइयों से टीआई के गैर सरकारी संगठनों और टीआई गैर सरकारी संगठनों से लक्षित जनसंख्या को उपलब्ध द्वितीयक आंकड़ों के अनुसार निःशुल्क कंडोम की आपूर्ति पर नियमित नजर रखी जाती है।
- आँकड़ों की विसंगति की पहचान करने के लिए एसएमओ बिक्री और कवरेज प्रतिवेदनों की भी साप्ताहिक और मासिक आधार पर निगरानी की जाती है, तथा राज्य विपणन प्रबंधक (एसएमएम) के टीएसजी दल से प्राप्त रिपोर्टों का गुणात्मक विश्लेषण भी विभिन्न राज्यों में किया जाता है। यह कम प्रदर्शन वाले क्षेत्रों की पहचान

चित्र 7.6: कर्नाटक में बीसीसी गतिविधियां



चित्र 7.7: एस.जी.टी., दिल्ली में कंडोम उपयोग प्रदर्शन



करने में जहाँ अतिरिक्त ध्यान देने की आवश्यकता है, कार्यक्रम दल की सहायता करता है।

- एसएमओ द्वारा प्रतिवेदित बिक्री और कवरेज आँकड़ों की आगे, एसएमओ के कार्य-निष्पादन का आकलन करने के लिए एक बाह्य अनुसंधान एजेंसी द्वारा पुष्टि की जाती है, आँकड़ों की गुणवत्ता से संबंधित परिणाम

और प्रतिक्रियाओं को एसएमओ के साथ बांटा जाता है और सुधारात्मक कार्रवाई की जाती है।

- कार्यक्रम कार्यान्वयन के लिए मुद्दों की पहचान करने और प्रासंगिक अंतर्दृष्टि और निर्देश प्रदान करने के लिए कंडोम प्रोत्साहन के उपयुक्त अध्ययन भी किए जा चुके हैं।





## रक्त सुरक्षा

एनएसीपी-III के अन्तर्गत रक्त सुरक्षा कार्यक्रम का उद्देश्य देश के दूरदराज के क्षेत्रों में कम से कम समय में सु-समन्वित राष्ट्रीय रक्ताधान सेवा द्वारा गुणवत्ता वाले रक्त एवं रक्त पदार्थों का प्रावधान सुनिश्चित करना है। इसका विशिष्ट उद्देश्य रक्ताधान से सम्बद्ध एचआईवी संचरण की 0.5 प्रतिशत तक कमी सुनिश्चित करना है।

इसे एक चार सूत्री रणनीति के माध्यम से प्राप्त करने का निम्नलिखित प्रस्ताव है:

- दाता भर्ती एवं अवरोधन में चरणबद्ध वृद्धि के माध्यम से रक्त आपूर्ति का एक मुख्य स्रोत गठित कर नियमित (पुनरावृत्ति) स्वैच्छिक गैर-वैतनिक रक्त दाता सुनिश्चित करना।
- दूरदराज के क्षेत्रों में रक्त की उपलब्धता के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में रक्त भंडारण केन्द्रों की स्थापना कर ग्रामीण क्षेत्रों में खून की उपलब्धता सुनिश्चित करना।
- नैदानकों के मध्य रक्त, रक्त के घटकों तथा रक्त उत्पादों के उचित उपयोग को बढ़ावा देना।

- सुनियोजित प्रशिक्षण कार्यक्रम के माध्यम से रक्ताधान सेवा में शामिल विभिन्न श्रेणी के स्टाफ/कर्मचारियों की क्षमता निर्माण करना।

### वर्तमान परिदृश्य

जरूरतमंद लोगों के लिए सुरक्षित रक्त पहुँचाना इस कार्यक्रम का प्राथमिक उत्तरदायित्व है। वर्तमान में, यह 130 रक्त संघटक पृथक्करण इकाइयों (बीसीएसयू) और 10 आदर्श रक्त बैंकों सहित, 1,103 रक्त बैंकों के नेटवर्क से समर्थित 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 पहुँच की आवश्यकता के बारे में अभिज्ञता वृद्धि के अलावा, नाको ने उपकरणों, परीक्षण किट और अभिकर्मकों के क्रय में भी सहायता दी है और सरकारी रक्त बैंकों के आवर्ती व्यय तथा ऐसे रक्त बैंक जो स्वैच्छिक/धर्मार्थ संगठनों द्वारा चलाए जा रहे हैं, उनका आधुनिकीकरण किया। अभी भी देश में 31 जिले ऐसे हैं जिनमें



सुरक्षित रक्त की आपूर्ति हेतु कोई सुविधा नहीं है, और इन जिलों में आवश्यक संसाधनों की व्यवस्था की गई है।

रक्त संग्रह हेतु 69.8 लाख यूनिट की तुलना में, 31 जनवरी 2010 तक 60.1 लाख यूनिट का संग्रह किया गया था। सार्वजनिक और धर्मार्थ क्षेत्र के रक्त बैंकों में, वर्तमान में 74.1: रक्त संग्रह स्वैच्छिक दान के माध्यम से किया गया।

नैदानिकों के मध्य रक्त के उचित नैदानिक उपयोग के अनुशीलन में डेंगू महामारी और रक्त के तर्कसंगत उपयोग पर नैदानिकों के प्रशिक्षण के कारण निश्चितरूप से वृद्धि हुई है। 2007-08 में बीसीएसयू द्वारा तैयार रक्त संघटकों का प्रतिशत 20 था, जो 2009-10 में (जनवरी 2010 तक) 41.1 प्रतिशत बढ़ गया। मार्च 2010 के अंत तक इसकी 50 प्रतिशत तक और वृद्धि हेतु नाको प्रयासरत हैं।

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 हैं। जबकि राष्ट्रीय रक्ताधान परिषद सभी रक्त और संबंधित क्षेत्रों से संबंधित सभी मुद्दों पर नीतिगत दिशा प्रदान करता है, इसके निर्णय राज्य रक्ताधान परिषद द्वारा कार्यान्वित किए जाते हैं।

## संग्रहण

### स्वैच्छिक रक्त दान कार्यक्रम

सम्पूर्ण विश्व में यह मान्यता है कि नियमित (पुनरावृत्ति) 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 दिशानिर्देश (ऑपरेशनल गाइडलाइन्स ऑन वालेंटरी ब्लड डोनेशन)' के अनुसार गतिविधियों 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 61.7 प्रतिशत और 2009-10 में (जनवरी 2010 तक) यह एनएसीपी-III के 90 प्रतिशत लक्ष्य की तुलना में 74.1 प्रतिशत पर पहुंच चुका है। जनता में स्वैच्छिक रक्तदान अभिज्ञता की आवश्यकता को बढ़ावा देने के लिए रेड क्रॉस और विभिन्न रक्त दाता संगठनों के सहयोग से कई गतिविधियां आरम्भ की गई हैं। इसके अलावा, इन संगठनों के साथ सहयोग के माध्यम से, देश में रक्तसंग्रह में वृद्धि करने के लिए नियमित रूप से स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों और अन्य गतिविधियों का आयोजन किया जाता है।

## चित्र 8.1: सुरक्षित रक्त पर संदेश



पश्चिम बंगाल, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, गुजरात, त्रिपुरा, मिजोरम, चंडीगढ़ और हिमाचल प्रदेश के राज्यों ने राष्ट्रीय लक्ष्य >75 प्रतिशत को पार कर लिया है और स्वैच्छिक रक्त दान में अच्छे प्रदर्शनकारी राज्य हैं। असम, बिहार, छत्तीसगढ़, दिल्ली, हरियाणा, झारखंड, मणिपुर, मेघालय, पंजाब और उत्तर प्रदेश के राज्य स्वैच्छिक रक्त संग्रह प्रदर्शन में कमजोर रहे हैं, उनका स्वैच्छिक रक्त संग्रह वांछित लक्ष्य से बहुत कम है। इन राज्यों में दान आवर्धन के लिए विभिन्न हितधारकों, जैसे कि भारतीय रेड क्रॉस सोसाइटी, नेहरू युवा केन्द्र संगठन (एनवाईकेएस), राष्ट्रीय स्काउट्स सेवा (एनएसएस) राष्ट्रीय कैडेट कोर (एनसीसी) और सरकार-गैरसरकारी संगठन, की सहभागिता के माध्यम से सुनिश्चित कदम उठाए जा रहे हैं।

**रक्त बैंकों के आधुनिकीकरण के लिए योजना:** रक्त बैंकों के आधुनिकीकरण के लिए 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 लागू है।

**जिला स्तरीय रक्त बैंक:** एनएसीपी-I तथा II के दौरान, देश के सभी जिलों, (नवगठित जिलों को छोड़ कर), को आधुनिकीकरण हेतु इस योजना के अन्तर्गत लिया गया था।

एनएसीपी-III में, 39 नवगठित जिलों की पहचान की जा चुकी है जिनमें रक्त बैंक नहीं है। नाको ने इन जिलों में एक रक्त बैंक स्थापित करने के लिए संबंधित राज्य स्वास्थ्य विभाग के साथ पहल की है। 10 रक्त बैंकों को संचालित कर दिया गया है, 2 अनुज्ञप्ति की प्रतीक्षा में हैं, और 4 जिलों में भवन निर्माण पूर्ण हो चुका है तथा अनुज्ञप्ति के लिए आवश्यकताओं को पूरा किया जा रहा है।

20 जिलों में अभी तक एक रक्त बैंक के लिए एक भवन का निर्माण आरम्भ नहीं हुआ है और शेष 3 जिलों में एक भवन निर्माणाधीन है। नाको द्वारा संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को जब तक इन जिलों में नए रक्त बैंक संचालित नहीं हो जाते तब तक रक्त संग्रहण केंद्र स्थापित करने के निर्देश दिए जा चुके हैं।

**रक्त संघटक पृथक्करण इकाइयां:** रक्त के तर्कसंगत उपयोग को बढ़ावा देने के लिए, एनएसीपी-1 तथा II के दौरान, 85 बीसीएसयू स्थापित किया गया है। सार्वजनिक क्षेत्र में मेडिकल कालेजों से जुड़े तृतीयक देखभाल अस्पतालों में संघटक पृथक्करण सुविधाएं स्थापित करने का प्रस्ताव किया गया है।

40 बीसीएसयू के लिए आवश्यक उपकरणों की प्राप्ति की पहल 2008-2009 में की गई थी और सम्पूर्ण वितरण कार्यक्रम और स्थापना पूर्ण हो चुकी है। 27 रक्त बैंकों को संघटक तैयार करने वाली इकाइयों के रूप में परिचालन करने की अनुज्ञप्ति प्राप्त हो चुकी है। शेष 11 रक्त बैंकों ने अनुज्ञप्ति के लिए आवेदन किया है तथा वे अपने अपने राज्य औषध प्राधिकरण के साथ सहकार (लाइजिंग) कर रहे हैं।

### आदर्श (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 केंद्रों के रूप में कार्य करने की अपेक्षा की जाती है।

एनएसीपी-III का लक्ष्य शेष राज्यों/केन्द्र शासित प्रदेशों में मौजूदा 22 रक्त बैंकों का आदर्श रक्त बैंकों में उन्नयन है, जिसके लिए राज्य की राजधानी को प्राथमिकता दी जाएगी। रक्त बैंकों की पहचान राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा की जा चुकी है और राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण बोर्ड से अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया है। इन आदर्श रक्त बैंक को स्थापित करने में सन्दर्भ की दृष्टि से संबंधित राज्य सरकार और नाको के मध्य एक समझौता ज्ञापन हस्ताक्षर किया जा चुका है। नाको द्वारा इन बैंकों को आदर्श रक्त बैंकों में उन्नयन के लिए उपलब्ध सुविधाओं का पूर्व-ऑकलन करने के लिए निरीक्षण करने हेतु तकनीकी विशेषज्ञों का एक दल भेजा जा चुका है।

2009-10 में 16 रक्त बैंकों का सभी बुनियादी ढांचा सुविधाओं का, मानव शक्ति के साथ आदर्श रक्त बैंकों में उन्नयन किया जा चुका है और रक्त संघटकों की तैयारी के लिए पहले अनुज्ञप्ति मिल चुकी है। नाको ने इन 16 रक्त

बैंकों के लिए निर्धारित आवश्यक उपकरणों की खरीद शुरू कर दी है। शेष रक्त बैंकों का उन्नयन 2010-11 में शुरू किया जाएगा।

### वितरण

**रक्त संग्रहण केन्द्र:** एफआरयू (प्रथम रेफरल इकाई) में सुरक्षित और गुणवत्ता वाला रक्त उपलब्ध करने के लिए (जहां एक पूर्ण रक्त बैंक सुसंगत नहीं है), सरकार ने रक्त भंडारण इकाइयों की स्थापना की पहल की है। एनआरएचएम (राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) 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। उपभोग्य सामग्रियों की खरीद के लिए, जांच किए हुए रक्त की एक नियमित आधार पर आपूर्ति के लिए केंद्रों को निकटतम क्षेत्रीय रक्ताधान केन्द्र (आरबीटीसी) के साथ जोड़ने के लिए, तथा भंडारण केन्द्रों से जुड़े कर्मचारियों के प्रशिक्षण के लिए नाको रुपए 10,000 की वार्षिक आवर्ती अनुदान प्रदान करना है।

एनएसीपी-III के दौरान पहचान की गई एफआरयू में 3,222 रक्त भंडारण केंद्र स्थापित करने का प्रस्ताव किया गया है। 2009-10 के अन्त तक 512 भंडारण इकाइयों के संचालन का लक्ष्य निर्धारित किया गया था, जिसमें से जनवरी 2010 तक 440 संचालित कर दी गई थी।

रक्त परिवहन वैन: सम्बन्धित आरबीटीसी से रक्त भंडारण केन्द्र (बीएससी) तक रक्त का परिवहन एक उचित शीत श्रंखला अनुरक्षण (कोल्ड चेन मॉनिटिंग) 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। 2009-10 के दौरान 250 रक्त परिवहन वैन और 1000 रक्त परिवहन बॉक्स (4 रक्त परिवहन बॉक्स और 1 रक्त परिवहन वैन को एक यूनिट माना जाता है) की खरीद शुरू की गई। बॉक्स के साथ वैन का वितरण 2010 मार्च से शुरू होगा।

### क्षमता निर्माण

**रक्त सुरक्षा प्रशिक्षण कार्यक्रम:** रक्त सुरक्षा सेवा के हर पहलू के लिए शिक्षा एवं प्रशिक्षण आवश्यक है। राष्ट्रीय रक्त सेवा की आपूर्ति की सुरक्षा में बहुत से खतरनाक कारकों में, आंशिकरूप से, अपर्याप्त प्रशिक्षण को भी जिम्मेदार ठहराया जा सकता 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 मध्य रक्ताधान प्रशिक्षण में अंतः 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, नैदानिकों, दाता अभिप्रेरकों तथा राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के योजना अधिकारियों को शामिल किया गया है, देश भर में 17 प्रशिक्षण केन्द्रों को चिन्हित किया गया है। 2009-10 के दौरान 2010 जनवरी तक 994 चिकित्सा अधिकारियों, 1,833 प्रयोगशाला तकनीशियनों, 587 नर्सों और 186 परामर्शदाताओं को प्रशिक्षण दिया गया।

### 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 दिखाए गया है।

तालिका 8.1: विभिन्न श्रेणियों के रक्त बैंकों में किए गए पर्यवेक्षी दौरे

ब्लड बैंक का प्रकार	लाइसेंसों की संख्या	प्रभावों की संख्या
नाको से सहायता प्राप्त	1,103	711
अन्य रक्त बैंक धर्मार्थ क्षेत्र.	197	कुछ नहीं
निजी चिकित्सालय	714	कुछ नहीं
निजी वाणिज्यिक	648	600

**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 तीन सदस्यों का है, जिसमें राज्य एड्स नियंत्रण समिति का संयुक्त निदेशक (रक्त सुरक्षा), राज्य रक्ताधान परिषद

(एसबीटीसी) का निदेशक, रक्ताधान चिकित्सा क्षेत्र से नामित दो विशेषज्ञ शामिल हैं। दल अपने राज्य में रक्त बैंकों का, 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 करेगा। 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 करेंगे।

इन रक्त बैंकों के 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 स्थानांतरण
- 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

इन मुद्दों को राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के स्तर पर परियोजना निदेशक एवं संयुक्त निदेशक (रक्त सुरक्षा) के साथ उठाया गया है

### नई पहल

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

देश में रक्त आधान सेवाओं के सुधार के लिए, उत्कृष्टता के केन्द्रों के रूप में नई दिल्ली, मुंबई, कोलकाता और चेन्नई के शहरों में चार मेट्रो रक्त बैंकों की स्थापना का प्रस्ताव अनुमोदित किया गया है। ये बैंक स्टेट ऑफ आर्ट सुविधाओं के साथ 100: स्वैच्छिक रक्त दान, 100: रक्त संघटक तैयारी, और वार्षिक रक्त की 100,000 इकाइयों से अधिक की प्रसंस्करण क्षमता से युक्त होंगे। दिल्ली, महाराष्ट्र, पश्चिम बंगाल और तमिलनाडु के राज्य की सरकारों ने, इन केन्द्रों के निर्माण के लिए भूमि की पहचान कर ली है। इन स्थलों के लिए डिजाइन डीपीआर कंसल्टेंट्स की पहचान कर ली गई है और काम की पहल कर दी गई है।

**प्लाज्मा पृथक्करण (फ्रेक्शनेशन) केंद्र: एनएसीपी-III** के अन्तर्गत 1,50,000 लीटर से अधिक प्रसंस्करण क्षमता वाला एक प्लाज्मा पृथक्करण (परेक्सोनेशन) केंद्र, जो देश की मांग को पूरा कर सकता है, का प्रस्ताव किया गया है। देश में अतिरिक्त प्लाज्मा की एक बड़ी मात्रा फोक दी जाती है, क्योंकि देश में सार्वजनिक क्षेत्र में ऐसा कोई केंद्र नहीं है।

वर्तमान में मरीजों की मांग को पूरा करने के लिए प्लाज्मा उत्पादों को विदेश से आयात किया जा रहा 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। डीपीआर

(विस्तृत परियोजना रिपोर्ट) को अंतिम रूप देने तथा केंद्र के लिए प्रौद्योगिकी अपनाने के लिए एक कार्यदल गठित किया गया है। कार्यदल द्वारा 'क्रोमैटोग्राफी के साथ कोह' (Cohn with Chromatography) अपनाने की अनुशंसा की गई है।





## प्रयोगशाला सेवाएं

किट मूल्यांकन द्वारा गुणवत्ता आश्वस्त करना, बाह्य गुणवत्ता आंकलन योजना द्वारा एचआईवी परीक्षण सेवाओं का मूल्यांकन करना एवं सीडी4 कोशिका परीक्षण जैसी गतिविधियों को एनएसीपी-III में मुख्य रूप से संबोधित किया गया है। नाको ने कार्यक्रम में किए जा रहे एचआईवी परीक्षणों की गुणवत्ता के मानक सुनिश्चित करने के लिए वर्ष 2000 में "राष्ट्रीय वाह्य गुणवत्ता आंकलन योजना" (एनईक्यूएस) की शुरुआत की। एनईक्यूएस के उद्देश्य हैं:

- 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 परिपाटियों के उच्च मानकों को बढ़ावा देना
- मानक अभिकर्मकों/कार्य पद्धति तथा प्रशिक्षित कर्मचारियों को प्रोत्साहित करना
- कार्यनिष्पादन में सुधार को प्रेरित करना
- भावी परीक्षण की विश्वसनीयता प्रभावित करना
- आम त्रुटि की पहचान करना

- जानकारी के आदान-प्रदान को सुगम बनाना
- आधिकारिक श्रेय का समर्थन करना

विभिन्न गतिविधियां जैसे: अभ्यास, रिपोर्ट और बैठकों के माध्यम से शिक्षित करना, एचआईवी के परीक्षण में लगी हुई विभिन्न (प्रयोगशालाओं) के कार्यनिष्पादन को आंकलन इत्यादि 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 गयी। टीआरजी की पहली बैठक प्रयोगशाला के 12 विशेषज्ञों के साथ जून 2007 में आयोजित की गयी जिसमें कार्यक्रम के लिए गुणवत्ता के जटिल क्षेत्रों और प्रयोगशाला से संगत मुद्दों पर विचार-विमर्श किया गया। तदन्तर, जनवरी 2008 में वायरल लोड प्लेटफॉर्म पर विचार करने के लिए तथा फरवरी 2008 में 4 प्रयोगशालाओं

के लिए अतिरिक्त अनुदान, किट मूल्यांकन पैनल की तैयारी हेतु, प्रयोगशालाओं के मुद्दों एवं प्रयोगशाला तकनीशियन के लिए योग्यता में संशोधन हेतु समूह की बैठक हुई।

- सभी एसआरएल (117) के लिए प्रयोगशाला तकनीशियन के प्रशिक्षण की गुणवत्ता पर ध्यान देने तथा प्रशिक्षण संस्थानों के विस्तार के लिए दिसम्बर 2008 में विशेषज्ञ समूह द्वारा मानक प्रशिक्षण मॉड्यूल पर फिर से गौर किया गया। कार्यक्रम को तैयार किया गया तथा जनवरी 2009 में एनआईएमएचएएनएस (निम्हान्स) बंगलौर में प्रशिक्षण में प्रयोगिक तौर पर शुरू किया गया। क्षेत्रीय कार्यशालाओं के पूर्ण होने के बाद जून 2009 में इसे पूर्णरूप से कार्यान्वित कर दिया गया। सभी एसआरएल की पहचान प्रशिक्षण संस्थानों के रूप में की गयी तथा अधिकतम नियत घटक हस्तांतरित करने वाले 10-15 तकनीशियनों के बैच हेतु 5 दिनों का प्रशिक्षण शुरू किया। चालू वित्त वर्ष में सभी तकनीशियन सार्वभौमिक रूप से इस प्रशिक्षण में भाग लेंगे। मॉड्यूल सहित प्रशिक्षण योजना को सभी राज्य एड्स नियंत्रण समिति तथा एसआरएल में परिचालित कर दिया गया है।
- देशभर में (फर. 2009 से मई 2009 तक) चार एनआरएल में क्षेत्रीय प्रशिक्षण कार्यशालाएं आयोजित की गयीं। इन कार्यशालाओं का उद्देश्य एसआरएल को आवश्यक गुणवत्ता प्रणाली, भूमिका तथा दायित्व, ईक्यूएस, वित्तीय रूपरेखा, प्रशिक्षण मॉड्यूल तथा वर्ष 2009-10 के लिए आईसीटीसी तकनीशियनों हेतु प्रशिक्षण कार्यक्रम हेतु बताना था।
  - राष्ट्रीय एड्स अनुसंधान संस्थान (नारी), पुणे (पश्चिमी अंचल): 28 एसआरएल, 2 एनआरएल, 7 राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के अधिकारी जिनमें महाराष्ट्र, गुजरात, मध्य प्रदेश, मुंबई, गोवा हैं और नाको ने भाग लिया।
  - जैव राष्ट्रीय संस्थान, नोएडा (उत्तरी अंचल): सीडीसी के तकनीकी विशेषज्ञ, उत्तरी अंचल के राज्य दिल्ली, राजस्थान, पंजाब, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, उत्तर प्रदेश, चंडीगढ़, उत्तराखंड, जम्मू एवं काश्मीर से 28 एसआरएल ने भाग लिया।
  - मानसिक स्वास्थ्य और न्यूरोबोयोलोजी संस्थान (निम्हान्स), बंगलौर (दक्षिणी अंचल): तमिलनाडु एवं चेन्नई, आंध्र प्रदेश, केरल, कर्नाटक, लक्षद्वीप, पांडुचेरी से 38 एसआरएल, 5 एनआरएल और 7 एसएसी अधिकारी, सीडीसी तथा नाको ने भाग लिया।
  - राष्ट्रीय हैजा एवं आंत्र रोग संस्थान (एनआईसीडी), कोलकता (पूर्वी अंचल): पश्चिमी बंगाल, उत्तर पूर्वीय राज्य, उड़ीसा, झारखंड और छत्तीसगढ़ से 25 एसआरएल, 3 एनआरएल, 13 एसएसी अधिकारी, नाको एवं सीडीसी ने भाग लिया।

- एकीकृत परिक्षण और परामर्श केन्द्र प्रशिक्षण: 2008 में 3,922 प्रयोगशाला के तकनीशियनों को प्रशिक्षित किया गया तथा 2009 में 1396 तकनीशियनों को प्रशिक्षित किया गया।

### सीडी4 परीक्षण

इस समय कार्यरत 239 एआरटी केन्द्रों में 209 सीडी4 मशीन लगी हुई हैं। नाको ने 2008 में 67 (पारटेक) सीडी4 मशीनें तथा 2009 में 60 (फेक्स काउंट) सीडी4 मशीनें प्राप्त की थीं। 209 सीडी4 मशीनों में से 105 फेक्स काउंट मशीनें, 28 फेक्स केलीबर मशीन, 67 पारटेक मशीन तथा 5 गुआवा मशीन हैं। 2007-08 में किए गए सीडी4 परीक्षणों की संख्या 3,93,039 तथा 2008-09 में 6,58,143 तथा 2009-10 फरवरी तक 6.5 लाख परीक्षण किए गये हैं।

एआरटी केन्द्रों में प्रयोगशाला तकनीशियन के प्रशिक्षण को सुव्यवस्थित करने के लिए 2009 में सीडी4 प्रशिक्षण संस्थानों की पहचान की गयी थी। सीडी4 मशीनों के तकनीशियनों तथा प्रभारियों के लिए मई और जून 2009 में प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण (टीओटी) आयोजित किया गया। केलीबर मशीनों के लिए 4 संस्थानों (तांबरम, एसटीएम कोलकता, एनएआरआई, पीजीआई चंडीगढ़), काउंट मशीनों के लिए 5 संस्थानों (विशाखापटनम, नारी, एमएएमसी, आरआईएमएस, सीएमसी) तथा पारटेक मशीनों के लिए 6 संस्थानों (सूरत, त्रिची, काकीनाडा, दावनगेरी, लखनऊ, मिदनापुर) की क्षेत्रीय क्षमता बढ़ाने का प्रस्ताव है। संस्थानों को प्रशिक्षित कर दिया गया है तथा वे आगे प्रशिक्षण दे रहे हैं। एआरटी केन्द्रों के सभी तकनीशियनों को मार्च 2010 तक इन संस्थानों में फिर से प्रशिक्षित किया जाएगा। संबंधित निर्माता तथा तकनीकी विशेषज्ञता एवं इसके लिए प्रशिक्षक उपलब्ध कराने वाले नारी, पुणे के साथ विचार-विमर्श करके प्रशिक्षण योजना तैयार कर ली गयी है। 5 दिवसीय प्रशिक्षकों के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम क्षेत्रीय स्तर पर आयोजित किया गया तथा क्षेत्रीय प्रशिक्षण (3 दिवसीय) जारी है।

**सीडी4 ईक्यूएस:** नाको ने विलंटन प्रतिष्ठान के समर्थन से 2005 में भारतीय सीडी4 परीक्षण प्रयोगशालाओं के लिए राष्ट्रीय सीडी4 ईक्यूएस के विकास को शुरू करने का निश्चय किया था। राष्ट्रीय सीडी4 आकलन दिशानिर्देश 2005 में तैयार किए गए थे। एनएआरआई (नारी, पुणे) ईक्यूएस करने के लिए शीर्ष प्रयोगशाला के रूप में कार्य करती है। सीडी4 ईक्यूएस प्रदाता के रूप में क्वासी, कनाडा की पहचान की गयी थी। क्वासी का पहला दौर फरवरी 2005 में हुआ तथा इसमें 24 प्रतिभागी थे। क्वासी पैनल 2005, 2006 एवं 2009 प्रत्येक में दो दौरों में तथा 2007 एवं 2008 प्रत्येक में तीन दौरों में वितरित किए गए थे। अक्टूबर 2009 दौर के लिए 135 केन्द्र पहले ही नामांकित

हो चुके हैं। सितम्बर 2009 में 4 क्षेत्रीय केन्द्रों के लिए नारी में तकनीक स्थानांतरण कार्यशाला आयोजित की गयी थी। निकट भविष्य के लिए क्वासी विस्तारित साइट पर नमूने भेजना जारी रखेगा। 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 जाएगा।

**गुणवत्ता आश्वासन:** कार्यक्रम ने क्षेत्रीय कार्यशालाओं में गुणवत्ता की कार्यप्रणालियों तथा ईक्यूएएस के दस्तावेजीकरण पर जोर दिया है। एमएंड ई प्रभाग के परामर्श से रिपोर्ट करने का प्रारूप तैयार किया गया है जिसे अंतिम रूप दिया जाएगा।

**आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण प्रक्रियाएं:** कार्यक्रम सही रिकॉर्ड 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 उद्धृत किया जाएगा।

### बाह्य गुणवत्ता आकलन योजना (ईक्यूएएस)

1. एनईक्यूएएस ने प्रयोगशालाओं को 4 स्तरों में श्रेणीबद्ध किया है।
  - क) प्रयोगशाला (प्रथम स्तर) – राष्ट्रीय एड्स शोध संस्थान, पुणे
  - ख) भारत भर में स्थित 13 राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाएं क्रमशः इ क्यू ए एस (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)।
  - ग) राज्य स्तर पर 117 राज्य संदर्भ प्रयोगशालाएं (एसआरएल) (तृतीय स्तर)
  - घ) जिला स्तर अर्थात् सभी वीसीटीसी 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 एपैक्स प्रयोगशाला को 23.40 लाख रु. अनुदान प्रति वर्ष दिया

जाता है। अन्य 12 एनआरएल को 6 लाख रु. प्रति वर्ष प्रति एनआरएल एवं प्रत्येक एसआरएल को प्रति वर्ष 1.5 लाख रु. का अनुदान दिया गया है।

प्रत्येक एनआरएल को निर्दिष्ट राज्य आवंटित किए गए हैं जोकि इसके द्वारा मॉनीटर किए जाते हैं और बदले में प्रत्येक एनआरएल के एसआरएल हैं जिनको प्रशिक्षण देना और पर्यवेक्षण करना इसकी जिम्मेदारी है। बदले में प्रत्येक एसआरएल के आईसीटीसी और रक्त बैंक हैं जिनको यह मॉनीटर करता है। वर्ष 2009-10 के लिए ईक्यूएएस कैलेंडर तैयार कर लिया गया है तथा संबंधित प्रयोगशालाओं के साथ इसकी साझेदारी की गयी है।

उपरोक्त वित्तीय सहायता के अलावा, एनआईसीडी, दिल्ली, एनआईसीडी कोलकता तथा निम्हान्स, बंगलौर की पहचान पैनल की तैयारी करने तथा शीर्ष प्रयोगशाला सहित किट के गुणवत्ता आकलन के लिए की गयी है। इन्हें उपरोक्त गतिविधियों को लिए एनआरएल अनुदान के अलावा 9 लाख रु. का अतिरिक्त फंड दिया गया है। उपरोक्त प्रयोगशालाएं किट मूल्यांकन के लिए नाको द्वारा बनाए गए संघ का हिस्सा हैं।

**मानकों का मूल्यांकन:** मूल्यांकन के लिए सीडीसी और डब्ल्यूएचओ के साथ एक टूल विकसित किया गया था जिसे नाको तथा राष्ट्रीय विशेषज्ञों की टीम से जांच के बाद दस्तावेज में बदला गया। इसका संदर्भ प्रयोगशालाओं का मूल्यांकन करने के लिए प्रयोग किया गया था तथा यह 50 प्रश्नों की जाँच सूची पर आधारित था जोकि प्रणाली की गुणवत्ता के 12 जरूरी तत्वों को संबोधित करता है। भारतीय विशेषज्ञों सहित सीडीसी एवं डब्ल्यूएचओ द्वारा एनआरएल के मूल्यांकन से 2 प्रयोगशालाओं ने एनएबीएल प्रमाणन के लिए आवेदन किया है। आगामी 2 महीनों में 2 और प्रयोगशालाओं द्वारा आवेदन करने का प्रस्ताव है तथा अन्य इसके लिए तैयारी कर रही हैं और आगामी वर्ष में एनएबीएल के प्रमाणन के लिए आवेदन करेंगी। स्वयं के मूल्यांकन के लिए एसआरएल के साथ टूल की साझेदारी की गयी है तथा प्रमाणन को लक्ष्य के रूप में देखने के लिए बाह्य विशेषज्ञों द्वारा लीड समय का आकलन किया जाना है।

कार्यक्रम के उपयुक्त संशोधन करने के बाद सभी 117 एसआरएल के मूल्यांकन के लिए प्रयुक्त जाँच सूची सीडीसी/डब्ल्यूएचओ/सीएफ द्वारा तैयार की गयी तथा जिसके आधार पर स्तर 2 की जाँच सूची तैयार की गयी। इस 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 पूर्ण हो गया है तथा स्कोर का प्रयोग गुणवत्ता प्रणालियों के सुधार के लिए किया जा रहा है।



**द्वितीय स्तर के एआरटी –2008 के समर्थन के लिए वायरल लोड परीक्षण शुरू करना:** प्रथम स्तरीय पूर्ववायरल प्रतिरोधी चिकित्सा विफल होने पर रोगियों की वायरल लोड (वीएल) जाँच करायी जाती है। नाको ने जनवरी 2008 से 10 महीनों के लिए 2 केन्द्रों पर वीएल परीक्षण प्रायोगिक तौर पर शुरू किया। इस समय 10 द्वितीय स्तर के केन्द्रों पर द्वितीय स्तर के उपचार के लिए संक्रमित होने वाले अनुमानित 3000 रोगियों के लिए चिकित्सीय निर्णय लेने में सहयोग करने के लिए 7 वायरल लोड प्रयोगशालाएँ हैं। वायरल लोड परीक्षण के लिए मौजूदा सज्जित प्रयोगशालाओं की पहचान कर ली गयी थी तथा राष्ट्रीय कार्यक्रम में भागीदारी के लिए प्रयोगशालाओं की सहमति ले ली गयी थी। वायरल लोड प्रयोगशाला अनुभव प्रशिक्षण दिसम्बर 2007 में बैंकाक में किया गया था।

### **राष्ट्रीय पूर्व नवजात/18 माह से कम के बच्चों का रोगनिदान शुरू करना**

एचआईवी-1 डीएनए पीसीआर परीक्षण का प्रयोग करके नवजात और बच्चों का रोगनिदान शुरू करने का प्रस्ताव है। एचआईवी डीएनए पीसीआर परीक्षण द्वारा राष्ट्रीय पूर्व नवजात रोगनिदान (ईआईडी) की शुरुआत के लिए शुष्क रक्त स्पॉट (डीबीएस) तथा संपूर्ण रक्त (डब्लूबी) के नमूनों का संग्रह, संचयन, लाना-ले जाना और पैकेजिंग पर प्रशिक्षण जून से सितम्बर 2009 में पूर्ण हुआ था। प्रशिक्षण सामग्री नाको द्वारा तैयार की गयी थी। क्लिंटन प्रतिष्ठान के साथ नाको ने 767 एकीकृत सलाह और जांच केन्द्र और 181 एआरटी केन्द्रों अर्थात् 26 राज्यों के लगभग 3,000 डॉक्टरों, नर्सों, और प्रयोगशाला के तकनीशियनों को प्रशिक्षित किया। नाको ने एक व्यापक सैम्पल ट्रांसपोर्ट

नेटवर्क डिजायन किया जोकि 949 नमूना 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 2010 तक इसे 2 राज्यों में प्रचालित कर दिया गया है।

### **‘अपवाद’ की रिपोर्ट करने तथा जाँच करने के लिए प्रणालियों का विकास**

पैनल के परिणामों की रिपोर्ट करने की प्रणाली विकसित की गयी है जहाँ एसआरएल सुधारात्मक कार्यवाही के लिए परीक्षण करने वाले केन्द्र के 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 जहाँ 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 जहाँ किट का बैच कम अनुकूलतम स्तर पर कार्य करते हुए पाया जाता है, आईसीटीसी का प्रभारी मामले की जाँच पड़ताल करता है तथा विस्तृत रिपोर्ट तैयार करता 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 जाँच के बाद यदि आवश्यक हुआ तो बैच रद्द कर दिया जाता है और यदि आवश्यक हुआ तो केन्द्रीय स्तर पर विस्तृत जाँच की जाती है।





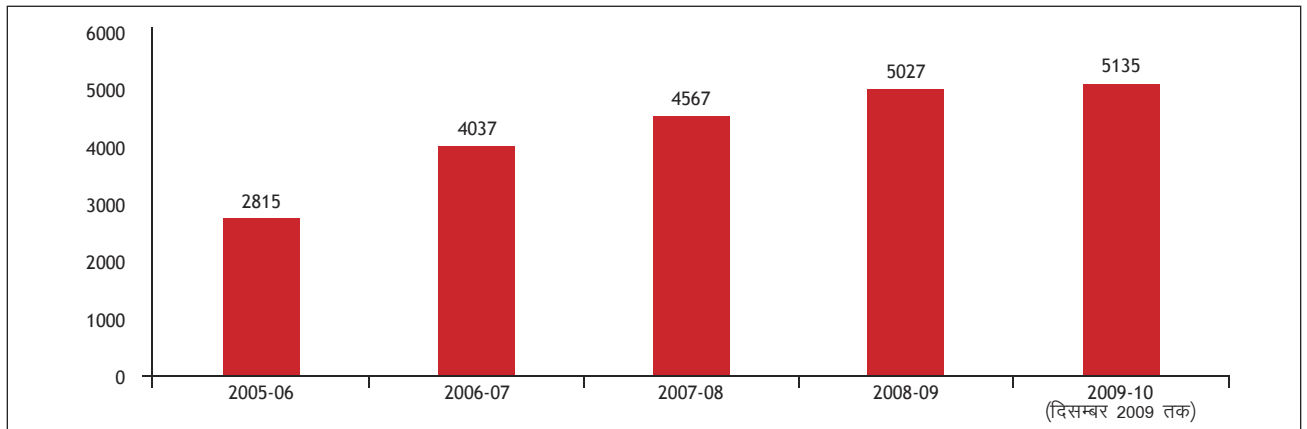
## मूलभूत सेवाएँ

### एकीकृत सलाह और जांच केन्द्र

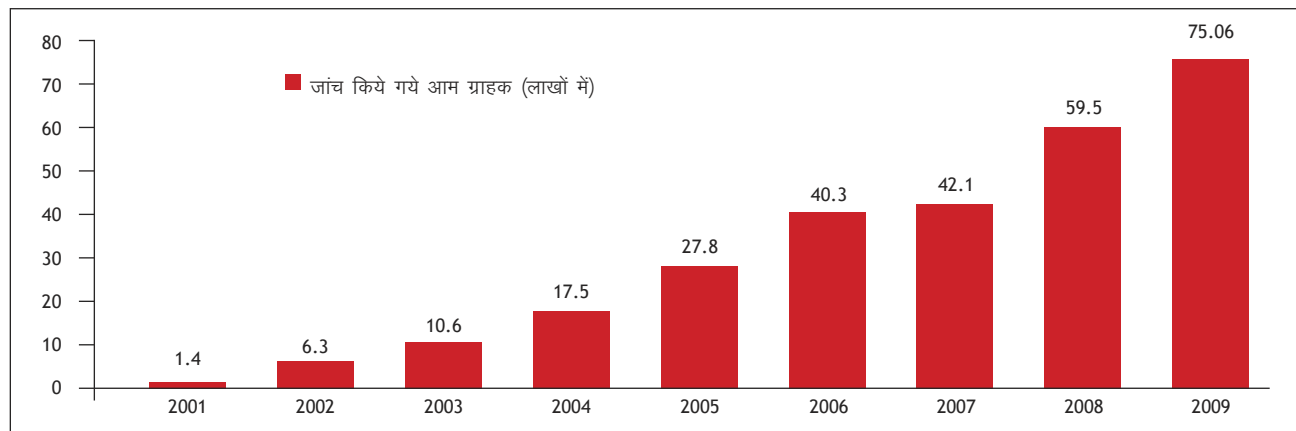
एकीकृत सलाह और जांच केन्द्र (आईसीटीसी) वह स्थान है जहाँ किसी व्यक्ति को उसकी इच्छा या चिकित्सा प्रदाता की सलाह पर परामर्श दिया जाता है और एचआईवी के लिए परीक्षण किया जाता है। कार्यक्रम के अंतर्गत प्रदत्त रोग निवारण, देखभाल और उपचार सेवाओं से युक्त आईसीटीसी अक्सर नागरिकों का पहला सम्पर्क बिन्दू होते हैं। 2004 में,

एचआईवी/एड्स के साथ जीवन बिता रहे लोगों के लिए एआरटी सेवाओं की शुरुआत ने देश में परामर्श और परीक्षण सेवाओं को प्रमुख बढ़ावा दिया। इसके परिणाम स्वरूप, आईसीटीसी की संख्या के साथ-साथ इन केन्द्रों में परामर्श लेने वाले और परीक्षण कराने वाले व्यक्तियों की संख्या पिछले पाँच वर्षों में उल्लेखनीय रूप से बढ़ी है जोकि आकृति 10.1 एवं 10.2 में दर्शाई गयी है।

आकृति 10.1: पिछले 5 वर्षों में आईसीटीसी की बढ़ोत्तरी



**आकृति 10.2: आईसीटीसी में परीक्षण कराने वाले ग्राहकों की संख्या में बढ़ोत्तरी**



**2009-10 में उपलब्धियाँ**

**स्टैंड अलोन आईसीटीसी:** स्टैंड अलोन आईसीटीसी पूर्णरूपेण परामर्शदाता एवं लैब टैक्निशियन (एलटी) विशेष रूप से एचआईवी परामर्श एवं परीक्षण के लिए है तथा बड़े कार्य केन्द्र जैसे जिला अस्पताल, नागरिक अस्पताल एवं सीएचसी सहित स्वास्थ्य सुविधाओं में स्थापित हैं। 2009-10 में, 172 के लक्ष्य की तुलना में, दिसम्बर 2009 तक कुल 113 स्टैंड अलोन आईसीटीसी देश भर में स्थापित किए गए हैं। पश्चिमी बंगाल और जम्मू एवं कश्मीर को छोड़कर सभी राज्यों ने लक्ष्य प्राप्त कर लिया है। राज्यवार ब्यौरा तालिका 10.1 में दिया गया है:

**24x7 पीएचसी तथा निजी अस्पतालों में एकीकृत आईसीटीसी सुविधा की स्थापना**

आईसीटीसी स्थापित करने के लिए 'सुविधा एकीकृत मॉडल' किफायती है जिसमें मौजूदा स्टाफ जैसे नर्स/एएनएम तथा एलटी अपने अन्य कार्यों के अलावा एचआईवी परामर्श एवं परीक्षण करते हैं। मॉडल की सफलता राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य निगम (एनआरएचएम) के साथ घनिष्ठ सहयोग

पर निर्भर करती है। इस मॉडल के तहत 24x7 पीएचसी में आईसीटीसी स्थापित करने का वार्षिक लक्ष्य (2009-10) 2,183 था जिसमें से दिसम्बर 2009 तक 608 स्थापित हो चुके हैं। जबकि, कुछ राज्यों जैसे महाराष्ट्र (257), तमिलनाडु (200), आंध्र प्रदेश (56), गुजरात (67), झारखंड (34), पंजाब (27) और हिमाचल प्रदेश (27), ने 24x7 पीएचसी में आईसीटीसी स्थापित करने में उल्लेखनीय प्रगति की है; कुछ राज्य जैसे बिहार, छत्तीसगढ़, गोवा, हरियाणा, मेघालय, मिजोरम, मणीपुर, नागालैंड, उड़ीसा, पांडिचेरी, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखंड और पश्चिमी बंगाल में इस मॉडल के तहत अभी आईसीटीसी स्थापित किए जाने हैं। 24x7 पीएचसी के अलावा, चालू वर्ष में 'सुविधा एकीकृत मॉडल' के तहत निश्चित मापदंडों को पूरा करने वाले निजी व गैर लाभ अर्जक अस्पतालों में भी 144 आईसीटीसी स्थापित किए गए हैं।

**सामान्य ग्राहकों का परीक्षण:** दिसंबर 2009 तक आईसीटीसी में 88.2 लाख के वार्षिक लक्ष्य की तुलना में 60.8 लाख (69 प्रतिशत) सामान्य ग्राहकों को परामर्श देकर परीक्षण किया गया। इन परीक्षणों में, तीन निर्दिष्ट परीक्षण के बाद 2,17,050 की पहचान एचआईवी पॉजिटिव के रूप में हुई थी और उन्हें एआरटी केन्द्रों के लिए संदर्भित कर दिया गया। इन परीक्षणों में, एचआरजी, टीबी और एसटीआई मरीजों को वरीयता दी गयी थी। चालू वर्ष के दौरान, कुल 5,15,759 एचआरजी, 3,52,793 टीबी मरीज, और 2,36,596 एसटीआई मरीजों को एचआईवी परामर्श देकर परीक्षण किया गया।

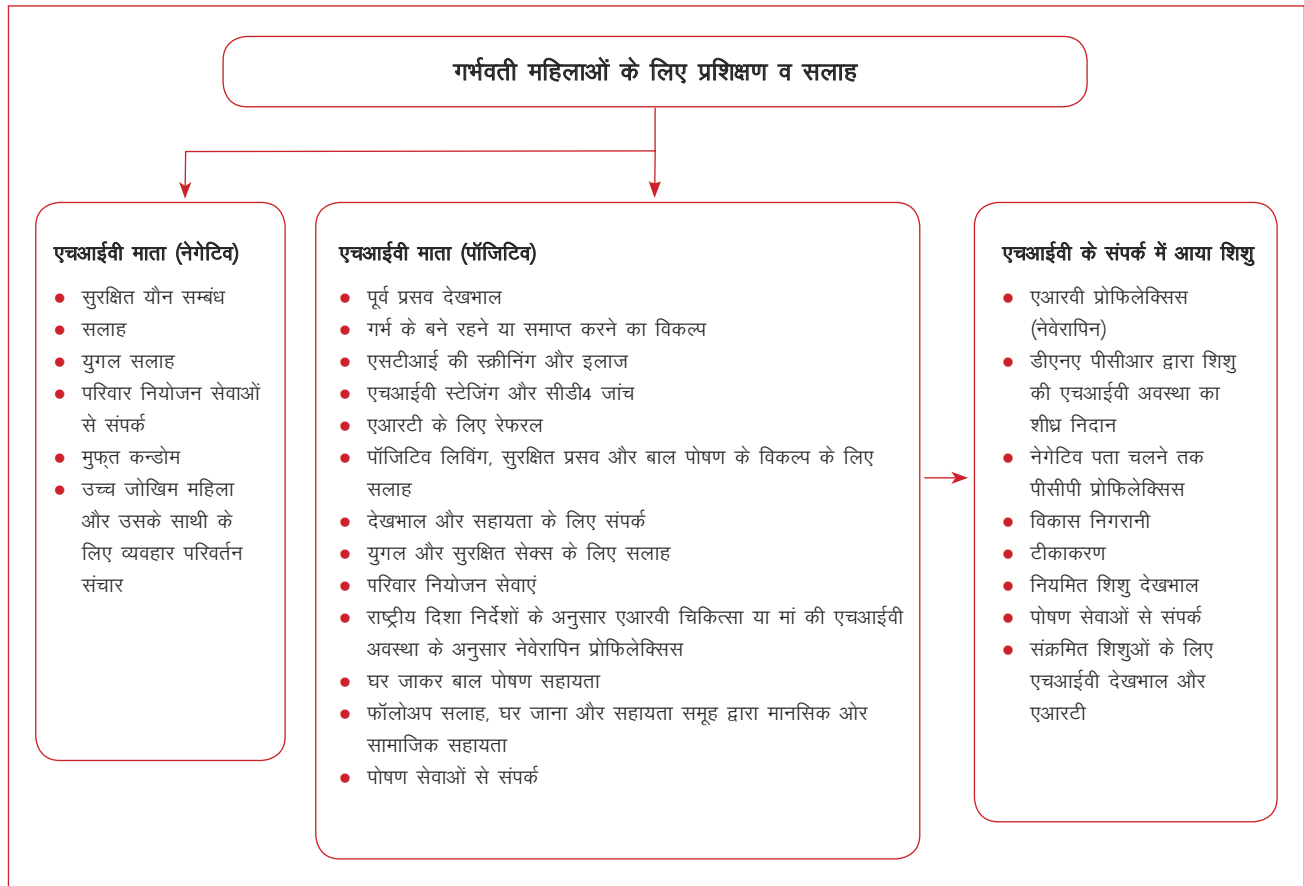
**नयी पहल**

- अधिक जोखिम वाली जनसंख्या द्वारा सुविधाओं का प्रयोग बढ़ाने के लिए टीआई परियोजनाओं के साथ आईसीटीसी के संपर्क मजबूत किए जा रहे हैं। आईसीटीसी के परामर्शदाता एचआईवी की परामर्श और परीक्षण सेवाओं के लिए इन समूहों के बीच मांग पैदा करने के लिए नियमित रूप से शनिवार को अपराह्न में हॉटस्पॉट में जाकर आडटरीच कार्य करेंगे।

तालिका 10.1: स्टैंड अलोन आईसीटीसी के प्रतिष्ठानों का राज्यवार ब्यौरा

राज्य का नाम	लक्ष्य	उपलब्धि
चंडीगढ़	1	1
हिमाचल प्रदेश	3	3
हरियाणा	3	3
जम्मू एवं कश्मीर	5	0
केरल	30	30
झारखंड	10	10
मिजोरम	1	0
त्रिपुरा	5	5
पश्चिमी बंगाल	114	61
<b>योग</b>	<b>172</b>	<b>113</b>

चित्र 10.3: पीपीटीसीटी कार्यक्रम के प्रमुख घटक



- मुख्य ग्रामों की पहचान तथा जिला आईसीटीसी पर्यवेक्षक द्वारा किए जा रहे एचआईवी परीक्षण के लिए सामान्य जनसंख्या की लामबंदी।
- परामर्श की गुणवत्ता सुधारने के लिए रहस्यमयी ग्राहकों और निर्गमन साक्षात्कार की शुरुआत की जाएगी।

**माता-पिता से बच्चों को संक्रमण की रोकथाम:** एचआईवी कार्यक्रम के माता-पिता से बच्चों को संक्रमण की रोकथाम (पीपीटीसीटी) में गर्भवती महिलाओं के साथ परामर्श और परीक्षण, गर्भवती महिलाओं में एचआईवी संक्रमित महिलाओं का पता लगाना तथा मां से बच्चे में एचआईवी के संचरण को रोकने के लिए, एचआईवी पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं को और उनके नवजात शिशुओं को प्रोफिलेक्टिक नेवेरापिन लगाना शामिल है। कार्यक्रम के प्रमुख घटकों को चित्र 10.3 में दर्शाया गया है।

यह कार्यक्रम वर्ष 2001 में देश के 11 केंद्रों में छह उच्च व्याप्ति राज्यों में एक व्यवहार्यता अध्ययन के बाद शुरू किया गया था, और उसके बाद इसने तेजी से प्रगति की है। पिछले 5 वर्षों में इस कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं द्वारा सेवाओं के उपयोग में उल्लेखनीय सुधार हुआ है, विशेष रूप से 6 उच्च प्रसार राज्यों आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मणिपुर, नागालैंड और तमिलनाडु में ग्लोबल फंड के आर्थिक समर्थन द्वारा।

चित्र 10.4 आईसीटीसी में गर्भवती महिलाओं के लिये परामर्श



देश में पीपीटीसीटी कार्यक्रम के विस्तार में प्रमुख मील के पत्थर निम्नलिखित हैं:

- 2001-02: 11 उत्कृष्टता केंद्रों में व्यवहार्यता अध्ययन का अनुसरण करते हुये पीपीटीसीटी कार्यक्रम शुरू किया गया है।
- 2004-05: कार्यक्रम की नीतियों पर ध्यान दिया गया है। ग्लोबल फंड दौर 2 की परियोजना की मंजूरी ने छह उच्च व्याप्ति राज्यों की पीपीटीसीटी सेवाओं को अधिक बढ़ावा दिया है।

- 2006-07: आईसीटीसी की स्थापना के लिए वीसीटीसी और पीपीटीसीटी का विलय किया गया जो सेवाओं का विस्तार करने में मदद करेगा, एचआईवी पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं का सीडी4 काउन्ट शुरू किया गया।
- 2007-08: प्रदाता पहल जांच और परामर्श प्रसव मामलों के लिए शुरू की गई। 'ए' और 'बी' श्रेणी के जिलों में एनआरएचएम के सहयोग से एचआईवी परामर्श और जांच की शुरुआत कर दी गई।
- 2009-10: स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं जैसे एएनएम के माध्यम से समुदाय आधारित एचआईवी जांच तथा डीएनए पीसीआर का उच्च मात्रा में प्रयोग करके पूर्व शिशु निदान किया गया।

गर्भवती महिलाओं को परामर्श और उनकी जाँच में उल्लेखनीय सुधार हुआ है और एचआईवी ग्रसित गर्भवती महिलाओं का पता लगाने और उन्हें प्रोफिलैक्सिस सेवाएं प्रदान करने संबंधी आंकड़ों को चित्र 10.5 और 10.6 में दर्शाया गया है।

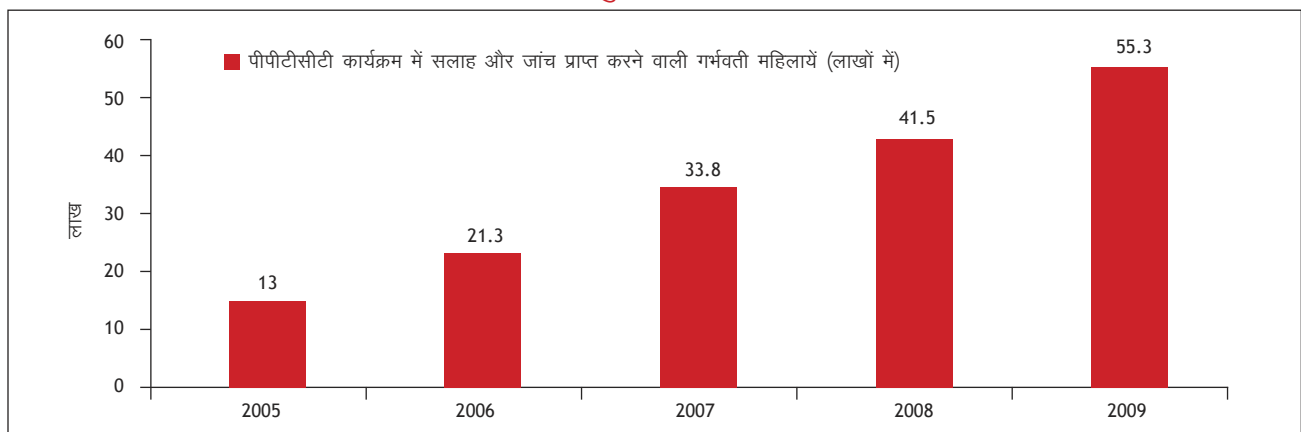
**2009-10 में उपलब्धियां:** अप्रैल और दिसंबर 2009-10 के बीच, 63 लाख के वार्षिक लक्ष्य में से 44 लाख (69

प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं का पीपीटीसीटी कार्यक्रम के तहत एचआईवी के लिए परीक्षण किया गया है। जिनका परीक्षण किया गया उन में से 15,089 को एचआईवी संक्रमित पाया गया। एचआईवी पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं में से 9,398 (62.28 प्रतिशत) माँ से बच्चे में एचआईवी के संचरण को रोकने के लिये माँ बच्चो के जोड़ो को नेविरापीन प्रोफिलैक्सिस दिया गया।

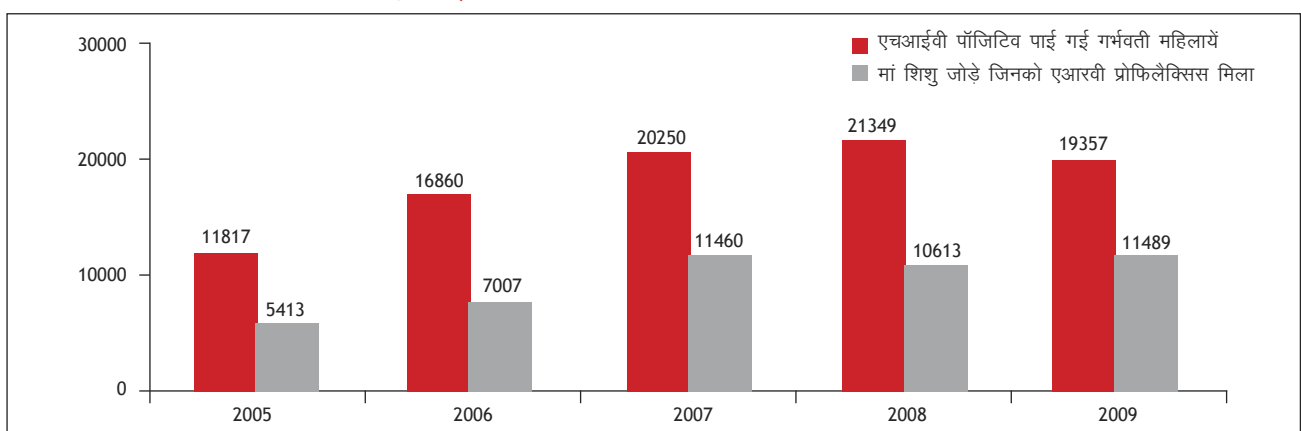
**नई पहल:** इस कार्यक्रम के अंतर्गत उल्लेखनीय उपलब्धियों के बावजूद, यहाँ एक लंबा रास्ता तय करना बाकी है। वर्ष 2009 में 270 लाख रुपए की अनुमानित वार्षिक गर्भाधारणों में से केवल 20 प्रतिशत को परामर्श दिया गया और एचआईवी के लिए उनका परीक्षण किया गया। इसके अलावा, 65,000 एचआईवी पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं के वार्षिक लोड में से सिर्फ 30 प्रतिशत को ही उस वर्ष में पहचाना गया। इसका उद्देश्य देश में हर गर्भवती महिला को एचआईवी परीक्षण उपलब्ध कराना है, ताकि सभी एचआईवी पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं की पहचान कर माँ से बच्चे को एचआईवी के संचरण को खत्म किया जा सके। इस लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित नई पहल की योजनाएं बनाई गई हैं:

- गर्भवती महिलाओं में एचआईवी संक्रमित मामलों की पहचान करने के लिए सामुदायिक स्तर पर एएनएम

चित्र 10.5: पीपीटीसीटी के तहत गर्भवती महिलाओं के सुधार में तेजी



चित्र 10.6: प्रोफिलैक्सिस से ग्रसित एचआईवी पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं की पहचान और कवरेज





द्वारा एचआईवी जांच का आयोजन किया जाता है। इसके अन्तर्गत ऐसी महिलाओं की पहचान की जाती है जो प्रसवपूर्व जांच के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोग नहीं करती हैं। यह उन राज्यों के लिये बहुत लाभकारी है जहाँ संस्थागत प्रसव की दर कम है।

- उच्च व्यापित जिलों में एनआरएचएम के सहयोग से मुश्किल इलाकों में स्थित जनसंख्या तक पहुँचने में सुधार के लिए आईसीटीसी सेवाओं 'सुविधा एकीकृत मॉडल' के अंतर्गत 24x7 पीएचसी में विस्तार।
- डायरेक्ट वाक इन/आपातकालीन लेबर रूम मामले में उपयोगकर्ता अनुकूल होल ब्लड फिंगर प्रिक टेस्टिंग का उपयोग।
- एनआरएचएम के साथ अधिक अभिसरण और प्रोत्साहन पर आधारित योजनाओं के माध्यम से पीपीटीसीटी सेवाओं के लिए आशा की भागीदारी बढ़ाना।

**एचआईवी, टीबी सहयोगात्मक क्रियाएँ:** सक्रिय टीबी रोग एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों के बीच सबसे आम अवसरवादी संक्रमण है। एक उच्च एचआईवी पॉजिटिव दर (5 प्रतिशत) भी नये टीबी रोगियों के बीच देखी गई है। फलस्वरूप, एचआईवी और टीबी का दोहरा बोझ प्रत्येक रोग के हानिकारक प्रभावों को बढ़ता है। इस बढ़े हुये बोझ के लिये आरएनटीसीपी और एनएसीपी दोनों के समन्वय और दोनों के द्वारा एक समन्वित प्रतिक्रिया की आवश्यकता है। इस प्रकार, आईसीटीसी में टीबी के संदिग्ध मरीजों की सिफारिश की प्रक्रिया, टीबी परीक्षण और टीबी के मरीजों में संदिग्ध एचआईवी ग्रसित व्यक्तियों का आईसीटीसी में रैफरल द्वारा संक्रमित टीबी रोगियों की पहचान शुरू की गई। एचआईवी संक्रमित टीबी रोगियों का संपर्क देखभाल और उपचार सेवाओं के साथ स्थापित करने पर भी साथ-साथ ध्यान केंद्रित किया गया। इन गतिविधियों का समग्र उद्देश्य रुग्णता और एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों में टीबी के कारण मृत्यु दर और टीबी के रोगियों में एचआईवी के प्रभाव को कम करना है।

महाराष्ट्र में एचआईवी-टीबी क्रॉस रेफरल प्रणाली के सफल प्रायोगिक परीक्षण के बाद वर्ष 2004 में, यह और छह उच्च व्यापित राज्यों में आरम्भ किया गया। क्रॉस रेफरल प्रणाली का बाद में वर्ष 2005-06 के दौरान अन्य 14 राज्यों में विस्तार किया गया। एचआईवी-टीबी की समस्या की भयावहता का अनुमान लगाने के लिए टीबी रोगियों में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों का सेन्टिनल सर्वेलेंस देश के 15 जिलों में 2007 में शुरू हुआ जिसने नये टीबी रोगियों के बीच 1-13 प्रतिशत की सीमा में एचआईवी प्रसार की दर को दर्शाया। सर्वेलेंस की पृष्ठभूमि और कार्यक्रम अनुभव, एचआईवी-टीबी सहयोगात्मक गतिविधियों के लिये एक राष्ट्रीय फ्रेमवर्क संयुक्त रूप से वर्ष 2007 में विकसित किया था, वर्ष 2008 और वर्ष 2009 के बाद के संशोधन के साथ। यह रूपरेखा कार्यक्रमों के सभी स्तरों पर नई गतिविधियों

और नई शुरुआत के लिये मार्गदर्शक सिद्धांत के रूप में काम करती है।

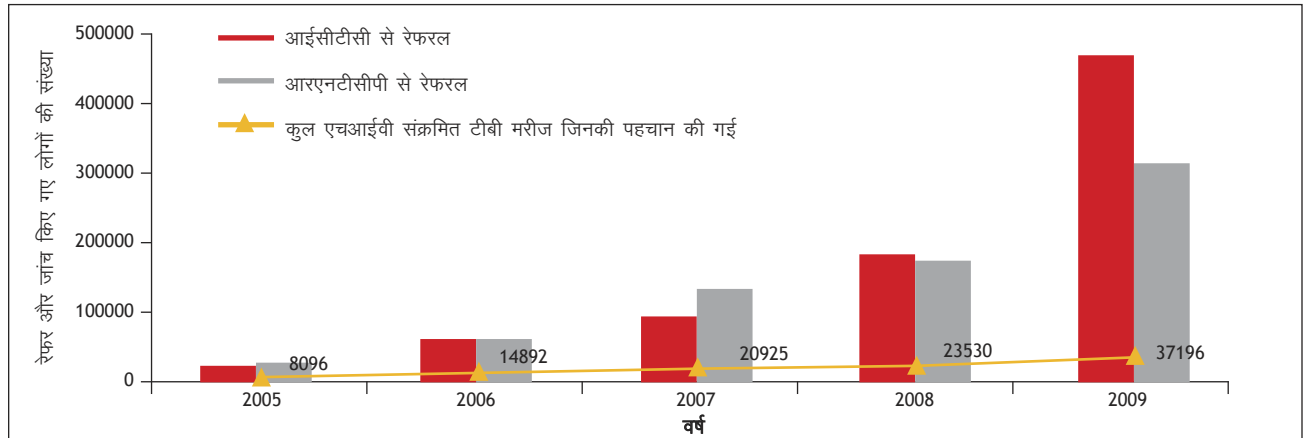
**एचआईवी-टीबी सहयोगात्मक क्रियाओं के गहन पैकेज:** टीबी के केवल उच्च जोखिम वाले व्यवहार के संदिग्ध मरीजों के परीक्षण की मौजूदा नीति के कारण, एचआईवी संक्रमित टीबी रोगियों की पहचान में सुधार नहीं हो रहा था। दूसरी ओर, टीबी रोगियों में उच्च एचआईवी दर से यह सुझाव सामने आया है कि अधिक से अधिक टीबी रोगियों का परीक्षण, एचआईवी से ग्रसित व्यक्तियों को पहचानने में मददगार होगा। इसलिए, सभी टीबी रोगियों को एचआईवी परीक्षण और परामर्श सेवाएं देने का निर्णय लिया गया। यह सेवा एचआईवी-टीबी सहयोगात्मक क्रियाओं के गहन पैकेज के तहत उपलब्ध कराई गई। इसमें पहचाने गये सभी एचआईवी संक्रमित टीबी रोगियों की देखभाल और सहयोग, टीबी के इलाज के लिए जोड़ना, अन्य ओआई और एआरटी और सभी एचआईवी-टीबी रोगियों की कोर्टीमोक्सजोल निवारक चिकित्सा (सीपीटी) के प्रावधान के साथ बढाई निगरानी विकेन्द्रीकृत दवा वितरण प्रणाली आरएनटीसीपी के माध्यम से प्रदान की जा गई। यह शुरुआत में 9 राज्यों, आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, गोवा, मणिपुर, नगालैंड, मिजोरम और पुडुचेरी में वर्ष 2008 में तैयार की गई। इस पैकेज की सफलता के कारण वर्ष 2009 में, दिल्ली और गुजरात में भी इसकी शुरुआत की गई। इस पैकेज के अंतर्गत 6 राज्यों असम, पश्चिम बंगाल, राजस्थान, उड़ीसा, केरल और पंजाब में गतिविधियाँ शुरू की गईं। यह इस पैकेज के अंतर्गत 2012 तक पूरे देश को सम्मिलित करने का प्रस्ताव है।

**स्केल-अप कार्यक्रम:** इन वर्षों के दौरान, क्रॉस रेफरल में उत्तरोत्तर सुधार हुआ है और एचआईवी संक्रमित टीबी रोगियों की लगातार बढ़ती संख्या का पता चला है। वर्ष 2005 में, 54,000 से अधिक लोग क्रॉस रेफर्ड और 10,000 से अधिक एचआईवी-टीबी सह संक्रमित रोगियों को पहचाना गया। यह वर्ष 2009 में आईसीटीसी और मनोनीत माइक्रोस्कोपी केन्द्र (डीएमसी) के बीच बढ़ कर 7,80,000 से अधिक लोगों तक पहुंच गई। टीबी रोगियों के एचआईवी परीक्षण में महत्वपूर्ण वृद्धि के कारण, इस अवधि के दौरान 27,900 से भी अधिक एचआईवी संक्रमित टीबी रोगियों की पहचान हुई है। क्रॉस रेफरल में वृद्धि का कारण मुख्यतः

तालिका 10.2: 2009-10 में उपलब्धियां (जनवरी 2010 तक)

टीबी के लिए परीक्षण आईसीटीसी ग्राहकों की संख्या आरएनटीसीपी नैदानिक सुविधा में	4,70,390
एचआईवी के लिये टीबी रोगियों के परीक्षण की संख्या एनएसीपी आईसीटीसी में	3,15,960
पहचाने गये कुल एचआईवी संक्रमित टीबी रोगी	37,196

चित्र 10.7: एचआईवी-टीबी स्केल-अप सहयोगात्मक गतिविधियां



तेज एचआईवी-टीबी सेवाओं के पैकेज को माना जाता है। विवरण चित्र 10.7 में प्रदान किया गया है। विस्तृत वर्णन चित्र 10.7 में उपलब्ध है।

**निरीक्षण:** तकनीकी सहायता और कार्यक्रम के निरीक्षण के लिए यहाँ एक राष्ट्रीय तकनीकी कार्य समूह (टीडब्ल्यूजी)

मौजूद है जिसमें नाको और केन्द्रीय टीबी प्रभाग के महत्वपूर्ण अधिकारी शामिल हैं। इसी तरह, कार्य समूह राज्य स्तर पर और समन्वय समितियाँ राज्य और जिला स्तरों पर भी नियमित रूप से एचआईवी-टीबी सहयोगी गतिविधियों के कार्यान्वयन के मुद्दों पर बैठकों का संचालन करती हैं। (तालिका 10.2)



## देखभाल, सहयोग एवं उपचार

व्यापक देखभाल, सहायता और एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों को उपचार के प्रावधान एनएसीपी-III के मुख्य उद्देश्यों में है। इसके लिए निम्न लक्ष्यों को मार्च 2012 तक प्राप्त करना निर्धारित किया गया है:

- 3,00,000 ब्यस्क और 40,000 बच्चों को 250 एआरटी केंद्रों के माध्यम से मुफ्त एआरटी उपलब्ध करवाना।
- एक उच्चस्तरीय दवा अनुपालन हासिल करना और कायम रखना और अनुवर्ती रोगियों की संख्या में कमी करना, ताकि दवाएँ लंबे समय लेने पर औषध प्रतिरोध उत्पन्न न हो।
- 350 सामुदायिक देखभाल केंद्रों (सीसीसी) द्वारा व्यापक देखभाल, समर्थन और उपचार उपलब्ध करवाना।

पहले ढाई साल में देखभाल, सहायता और उपचार सेवाओं की प्रगति (जुलाई 2007 से जनवरी 2010 तक) नीचे दी गई है:

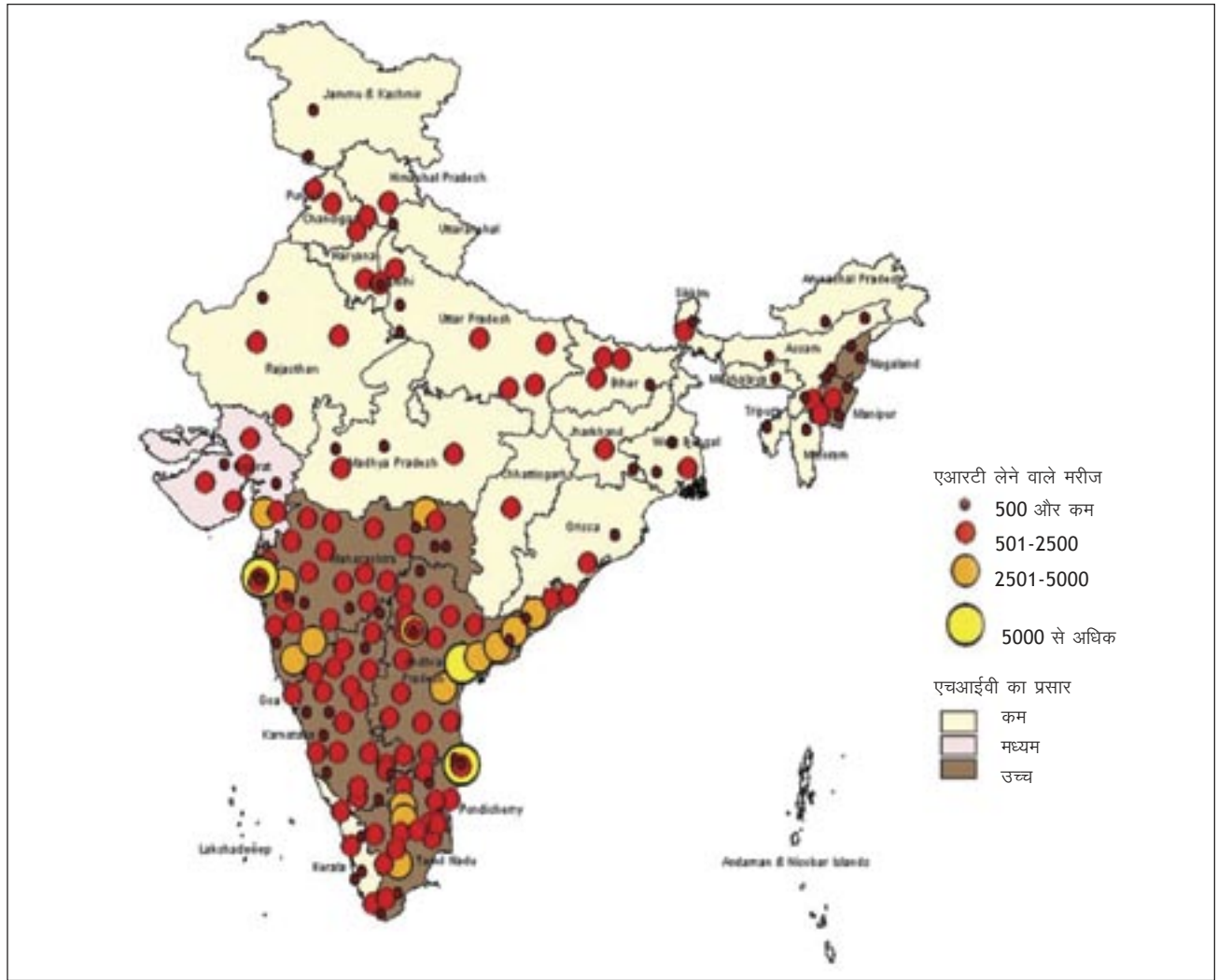
### देखभाल, सहयोग एवं उपचार (सीएसटी) के लिए बुनियादी विकास

एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों के लिए एंटीरिट्रोवाइरल थेरेपी (एआरटी) को छह उच्च व्यापक राज्यों

में स्थित आठ सरकारी अस्पतालों में 1 अप्रैल 2004 को शुरू किया गया, तब से यह कार्यक्रम निरन्तर आगे बढ़ता जा रहा है। 250 (मार्च 2012) के लक्ष्य की तुलना में वर्तमान में 239 एआरटी केंद्र (जनवरी 2010) कार्य कर रहे हैं। एआरटी की आवश्यकता तथा मांग पर आधारित केंद्रों की संख्या मार्च, 2010 तक लगभग 300 के आसपास होने की संभावना है। (चित्र 11.1)

मूलरूप से एनएसीपी-III के अंतर्गत लिंक एआरटी केंद्र नहीं थे। नाको के एक अध्ययन 'एआरटी केंद्रों का मूल्यांकन एचआईवी के साथ जी रहे लोगों (पीएलएचए) और प्रदाता परिप्रेक्ष्य', के बाद यह पता चला कि लोगों को जिन मुख्य बाधाओं का सामना करना पड़ा वह दूरी, यात्रा का समय और लागत हैं, अतः यह फैसला किया गया कि लाभार्थियों को सेवाएं वितरित करने के लिये उनके नजदीक में ही लिंक एआरटी केंद्र (एलएसी) स्थापित किये जाएँ। वर्तमान में, 300 लिंक एआरटी सेंटर (एलएसी) की स्थापना की गई है और उन्हें कार्यात्मक बनाया गया है। यह संख्या वर्ष मार्च 2010 तक 450 हो जाने की संभावना है।

चित्र 11.1: एआरटी सेवाएं पोलेराइज्ड रोग बर्धन के आधार पर



एनएसीपी-III के अंतर्गत उच्च स्तर के विशिष्ट-देखभाल और उपचार की व्यवस्था, प्रशिक्षण, सलाह और परिचालन अनुसंधान, उत्कृष्टता केन्द्रों (सेन्टर ऑफ एक्सेलेंस) की व्यवस्था सुनिश्चित की गई है। वर्तमान में 10 उत्कृष्टता केन्द्रों और 7 क्षेत्रीय बाल चिकित्सा एआरटी केन्द्रों को स्थापित किया गया है और उन्हें सुदृढ़ बनाया जा रहा है।

देखभाल, सहायता और उपचार सेवाओं (सीएसटी) सेवाओं के लिए एक व्यापक व्यवस्था उपलब्ध कराने के लिए, सामुदायिक देखभाल केन्द्रों (सीसीसी) को गैर-सरकारी

क्षेत्र में मानसिक और सामाजिक सहायता, दवा अनुपालन सुनिश्चित करना और घर पर ही देखभाल उपलब्ध कराना जैसे मुख्य उद्देश्यों के साथ स्थापित किया गया था। पीएलएचए जो समय पर एआरटी लेने से चूक गए हैं, उनकी सूची तैयार करना, उनको खोजना तथा खोई हुई अनुवर्ती (एलएफयू) का पता लगाना और अनुसूची के अनुसार एआरटी दवाएँ उपलब्ध कराना, यह सब भी उनके कामकाज में शामिल है। वर्तमान में एनएसीपी-III के 350 के लक्ष्य के तहत 287 सामुदायिक देखभाल केन्द्र कार्यरत हैं (तालिका 11.1)

तालिका 11.1: सीएसटी के लिए बुनियादी सुविधाएँ

सीएसटी के लिये सुविधाएँ	आधार-रेखा (मार्च 2007)	एनएसीपी-III लक्ष्य (मार्च 2012)	उपलब्धियाँ (जनवरी 2010)
एआरटी सेंटर	107	250	239
उत्कृष्टता के केन्द्र	0	10	10
क्षेत्रीय बाल चिकित्सा एआरटी केन्द्र	0	7	7
लिंग एआरटी केन्द्र	—	—	300
सामुदायिक देखभाल केन्द्र	122	350	287



## सेवाओं का प्रावधान

तालिका 11.2: सामुदायिक देखभाल केन्द्र

सेवायें/लाभान्वित	आधार रेखा (मार्च 2007)	एनएसीपी-III लक्ष्य (मार्च 2012)	उपलब्धि (जनवरी, 2010)
व्यस्क एआरटी के लिए पंजीकृत	1,85,953	—	8,29,678
व्यस्क कभी एआरटी शुरू किया	80,355	—	4,11,936
व्यस्क जीवित और एआरटी पर	59,673	3,00,000	2,76,137
बच्चों का एआरटी के लिये पंजीकरण	14,409	—	63,889
बच्चों ने कभी एआरटी शुरू किया	4,925	—	25,499
बच्चे जीवित और एआरटी पर	4107	40,000	18,763
अवसरवादी संक्रमण इलाज	7,099/वर्ष	3,00,000/वर्ष	3,04,369/वर्ष
निर्दिष्ट व्यक्तियों की द्वितीय लाइन एआरटी	0	—	2,750
जीवित व्यक्तियों और द्वितीय लाइन एआरटी	0	—	970

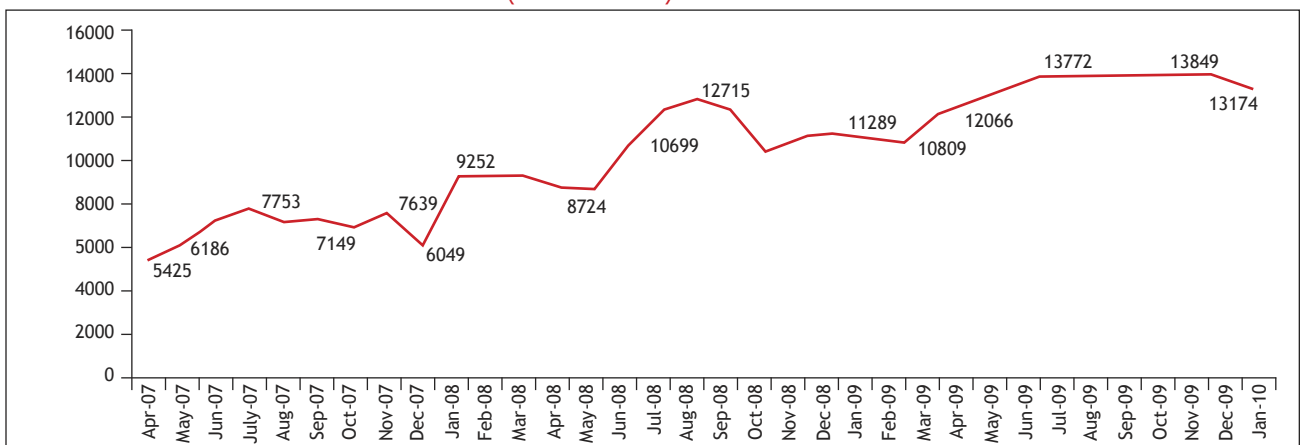
एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (पीएलएचए) की देखभाल, सहायता और इलाज के अंतर्गत दी जाने वाली मुख्य सेवाओं में निम्नलिखित शामिल हैं (तालिका 11.2)

- एआरटी केन्द्रों पर पीएलएचए के लिए पूर्व-पंजीकरण और एआरटी पूर्व सेवाएं;
- एआरटी की पात्रता का निर्धारण शारीरिक परीक्षण तथा सीडी4 गणना के आधार पर
- प्रथम श्रेणी एआरटी का प्रावधान सभी पात्र पीएलएचए और सीएलएचए के लिये
- दवा अनुपालन की समीक्षा द्वारा एआरटी का फालो-अप, नियमित रूप से एआरटी केन्द्र जाना और लगातार परीक्षा और सीडी4 की गणना (हर 6 महीने में)
- देखभाल, सहयोग और घर पर उपलब्ध सेवाएं
- अवसरवादी संक्रमण उपचार (चित्र 11.2) और
- पहली पंक्ति और दूसरी-पंक्ति एआरटी का प्रावधान उनके लिये जो दवा दुष्परिणाम और उपचार विफलता का अनुभव कर रहे हों।

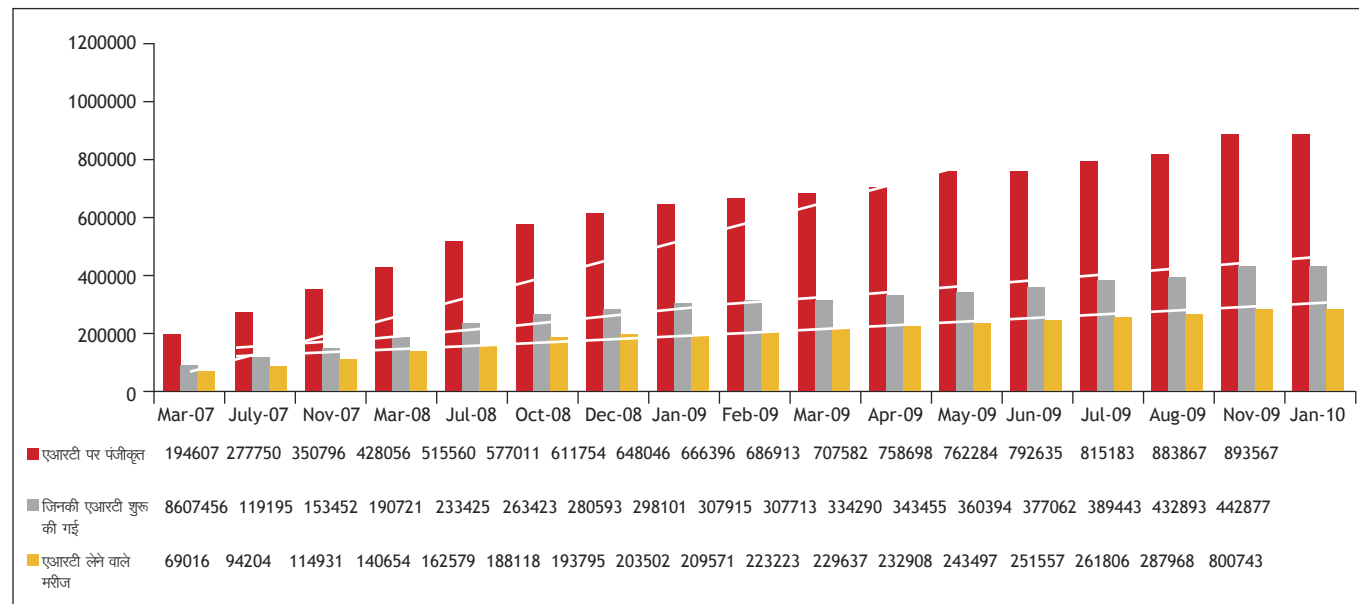
यहाँ एनएसीपी-III के तहत विकसित सुविधा के नेटवर्क के माध्यम से उपर्युक्त सेवाएं प्रदान करने में महत्वपूर्ण प्रगति हुई है। एनएसीपी-III के तहत निर्धारित अधिकांश लक्ष्य प्राप्त किये जा रहे हैं और कुछ के अधिक होने की संभावना है। वास्तव में, स्केलिंग-अप के कारण, ग्लोबल फंड (जीएफ) ने राउंड 4 के तहत जीएफ प्रोजेक्ट की अंतिम तिथि को छह महीने अग्रिम कर दिया और भारत को परिक्रामी निरंतरता चैनल (आरसीसी) के अंतर्गत अगले 6 वर्षों (अप्रैल 2010-मार्च 16) के लिये एक प्रस्ताव प्रस्तुत करने के लिए आमंत्रित किया। ग्लोबल फंड को प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया और जीएफ बोर्ड द्वारा मंजूरी दे दी गई है। निम्नलिखित अनुदान वार्ता चल रही है:

- एआरटी केन्द्रों की संख्या को बढ़ाना विशेष रूप से उच्च व्यापक जिलों और उन जिलों में जहाँ एचआईवी पॉजिटिव लोगों की संख्या अधिक थी
- आईसीटीसी/एआरटी/एचआईवी-टीबी सुविधाओं के बीच घनिष्ठ समन्वय

चित्र 11.2: अवसरवादी संक्रमणों के रुझान (जनवरी 2010)



चित्र 11.3 भारत में एआरटी स्केल-अप



- एआरटी केन्द्रों, सीसीसी और संक्रमित व्यक्तियों के नेटवर्क के बीच घनिष्ठ समन्वय
- नए नामांकन के अनुमानों, दवा खपत पैटर्न, बारीकी से निगरानी एवम् बेहतर प्रबंधन द्वारा एआरटी की निर्बाध आपूर्ति
- सेवाओं की अच्छी गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए मरीजों की संख्या के आधार पर मानव संसाधनों का प्रावधान
- निरन्तर दवा न लेने वाले एवम् बीच में ही इलाज छोड़ने वाले मरीजों को वापस ढूँढना व पुनः एआरटी से जोड़ना। लॉस टू फॉलोअप और छूटे हुए पीएलएचए का प्रशिक्षण और विफल मामलों को एआरटी वापस लाना
- सुविधाओं की निगरानी, विशेष रूप से पिछड़े हुये जिलों की, क्षेत्रीय समन्वयको, नाको और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों अधिकारियों द्वारा
- राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को निर्देश, अच्छी गुणवत्ता व्यापक सेवाओं के प्रावधान के लिए और राज्य स्तर पर एक शिकायत प्रणाली स्थापित करना
- मूल्यांकन अध्ययन और अनुसंधान संचालन सेवाओं के क्रियान्वयन में सुधार के लिए
- विकेंद्रित एआरटी, लिंक एआरटी केन्द्रों के माध्यम से
- उपलब्ध सेवाओं के उपयोग को बेहतर बनाने के लिए और एआरटी के लाभों के बारे में जन जागरूकता के लिये आईईसी गतिविधियाँ मल्टीमीडिया अभियान के माध्यम से

### सीएसटी के लिए क्षमता निर्माण

एआरटी कर्मियों और उत्कृष्टता केन्द्रों (सेन्टर ऑफ एक्सलेंस) के लिए प्रशिक्षण 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। एनएसीपी-III के तहत आयोजित विभिन्न प्रशिक्षण कार्यक्रमों को नीचे संक्षेप में दिया गया है:

- मेडिकल कालेजों के शिक्षकों का उन्मुखीकरण / जिला अस्पताल: 5 दिन
- चिकित्सा अधिकारियों का प्रशिक्षण (एसएमओ/एमओ): एआरटी केंद्र: 12 दिन
- सीसीसी के चिकित्सा अधिकारी का प्रशिक्षण/लिंक एआरटी केंद्र (एलएसी) 4 दिन
- परामर्शदाता का प्रशिक्षण: 12 दिन
- एआरटी केन्द्रों के डाटा प्रबंधकों का प्रशिक्षण: 3 दिन

**बालसहयोग:** यह योजना आन्ध्र प्रदेश सरकार ने सीएचआई, एफएचआई तथा सीएआई (केयर) के साथ मिलकर अप्रैल 2007 में प्रारंभ की, जो व्यापक एचआईवी/एड्स देखभाल, सहायता और उपचार सेवा सुविधा के द्वारा एचआईवी/एड्स से संक्रमित एवं प्रभावित बच्चों तथा उनके परिवारों के जीवन का दर्जा सुधारने का लक्ष्य रखती है। आंध्र प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति द्वारा 11 जिलों में लागू यह योजना शिक्षा, आरोग्य, पोषक आहार, मानसिक-सामाजिक और अन्न सुरक्षा सुनियोजित कराती है। लागू किए जाने के दूसरे वर्ष में, कार्यक्रम में रजिस्टर्ड बच्चों में 38 प्रतिशत एचआईवी टेस्ट की बढ़ोतरी हुई और 61 प्रतिशत योग्य बच्चों का टेस्ट किया गया। यह पहले वर्ष की तुलना में 23 प्रतिशत अधिक था। उसके साथ, 11 एआरटी केंद्रों में से 7 जो पुनर्निर्माण के लिए चुने गये, उनको, ढांचे में सुधार, बालकों के लिए सुयोग्य वातावरण, रोगियों की प्रतिक्रियाओं के लिए अलग जगह, बालकों के विषय में परामर्श तथा चिकित्सा सुरक्षा एसओपी का पालन, इत्यादि जानकारियों से पुनःसज्जित किया गया।

तालिका 11.3: राज्यों के अनुसार एआरटी केन्द्रों की संख्या और जनवरी 2010 में एआरटी पर जीवित रोगियों की संख्या

राज्य	एआरटी केन्द्रों की संख्या	कुल संख्या (वयस्क)	कुल संख्या (शिशु)	कुल योग
आन्ध्र प्रदेश	31	6,0328	3,304	63,832
अरुणाचल प्रदेश	1	26	0	26
आसाम	3	833	30	863
बिहार	4	4,970	232	5,202
चण्डीगढ़	1	1,474	150	1624
छत्तीसगढ़	2	1,345	129	1,474
दिल्ली	9	6,655	600	7,255
गोवा	1	908	61	969
गुजरात	9	12,765	669	13,678
हरियाणा	1	1,425	87	1,512
हिमाचल प्रदेश	2	708	85	793
जम्मू और कश्मीर	2	510	39	549
झारखंड	2	1,435	89	1,524
कर्नाटक	33	36,220	3,003	39,223
केरल	7	4,070	229	4,299
मध्य प्रदेश	4	3,267	221	3,488
महाराष्ट्र	43	65,409	5,102	70,511
मणीपुर	7	5,236	419	5,655
मेघालय	1	75	2	77
मिजोरम	1	635	52	687
नागालैंड	4	1,534	97	1,631
उड़िसा	4	1,997	81	2,078
पांडिचेरी	1	494	51	545
पंजाब	5	4,253	264	4,701
राजस्थान	5	6,113	404	6,517
सिक्किम	1	28	1	29
तमिलनाडु	36	36,947	2,439	39,586
त्रिपुरा	1	102	1	103
उत्तरप्रदेश	10	10,039	594	10,633
उत्तराखण्ड	1	531	53	584
पश्चिम बंगाल	7	5,375	275	5,652
नाको के एआरटी केन्द्रों की कुल संख्या	239	2,76,137	18,763	2,95,300
अन्य एआरटी केन्द्रों में रोगी				
अंतः क्षेत्रीय स्वास्थ्य क्षेत्रों में		2,458	21	2,479
जीएफएटीएम राउंड-2 केन्द्रों में		2423	66	2,489
एनजीओ क्षेत्र		435	39	475
<b>कुल योग</b>		<b>2,81,453</b>	<b>18,889</b>	<b>3,00,743</b>

- सीडी4 गिनती के लिए प्रयोगशाला तकनीशियनों का प्रशिक्षण: 2 दिन
- फार्मासिस्टों का प्रशिक्षण (प्रक्रिया के तहत): 3 दिन

निम्नलिखित संसथान डॉक्टरों के प्रशिक्षण के लिए मान्यता प्राप्त है।

1. मौलाना आजाद मेडिकल कॉलेज, दिल्ली
2. जे जे अस्पताल मुंबई
3. बीजेएमसी, अहमदाबाद
4. पीजीआईएमईआर, चंडीगढ़
5. गांधी अस्पताल, हैदराबाद
6. बोरिंग अस्पताल, बंगलौर
7. एसटीएम, कोलकाता
8. आरआईएमएस, इम्फाल
9. जीएचटीएम, ताम्बरम
10. इंस्टिट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेज, बीएचयू, वाराणसी
11. एमडीएम अस्पताल, जोधपुर
12. सीएमसी, वेल्लोर
13. सेंट जॉन्स मेडिकल कॉलेज, बंगलौर
14. सीएसएम चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ
15. नारी-बीजेएमसी संघ, पुणे
16. एनएससीबी मेडिकल कॉलेज, जबलपुर

### परिचालन निर्देशों और मॉड्यूल का विकास

विभिन्न केन्द्रों और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा प्रयोग करने के लिए निम्नलिखित दिशानिर्देश पुस्तिकाओं का विकास किया गया है। यह नाको वेबसाइट पर भी उपलब्ध हैं और इन्हें तकनीकी संसाधन समूह की सिफारिशों के साथ समय-समय पर संशोधित किया गया है।

- वयस्कों और किशोरों में एआरटी के लिए दिशानिर्देश— मार्च 2007, अद्यतन: अप्रैल 2009
- बच्चों में एआरटी के लिए दिशानिर्देश— नवम्बर 2006, अद्यतन सितम्बर 2009
- रोकथाम और आम अवसरवादी संक्रमण और वयस्कों और किशोरों के बीच उंसपहदंदबपमे के प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश — मार्च 2007
- एआरटी केंद्रों के लिए परिचालनात्मक दिशानिर्देश — मार्च 2007, (अद्यतन मई 2008, अगस्त 2009)
- लिंक एआरटी केन्द्रों के लिए परिचालनात्मक दिशानिर्देश—जून 2008
- सामुदायिक देखभाल केन्द्रों के लिए परिचालनात्मक दिशानिर्देश — अगस्त 2007
- पोस्ट एक्सपोजर प्रोफिलैक्सिस दिशानिर्देश — जनवरी 2009
- वयस्कों और किशोरों में दूसरी पंक्ति एआरटी तकनीकी दिशानिर्देश — नवम्बर 2008
- वैकल्पिक पहली पंक्ति एआरटी के लिए तकनीकी दिशानिर्देश — अक्तूबर 2009 (अद्यतन: जनवरी 2010)
- पूर्व शिशु निदान के लिए तकनीकी दिशानिर्देश: जनवरी 2010

- बच्चों में दूसरी पंक्ति एआरटी रोल-आउट के लिए तकनीकी दिशानिर्देश: अक्तूबर 2009
- प्रशिक्षण चिकित्सा अधिकारियों के लिए नियमावली मई 2007, (जून 2009 प्रक्रिया के तहत)
- विशेषज्ञों के लिए प्रशिक्षण नियमावली मई 2007, (जून 2009 संशोधन प्रक्रिया के तहत)
- लिंक एआरटी केन्द्रों के लिए परिचालनात्मक दिशानिर्देश
- लिंक एआरटी केंद्र डॉक्टरों के लिए प्रशिक्षण मॉड्यूल
- कैदियों के लिए एचआईवी देखभाल के लिए दिशानिर्देश: सितम्बर 09
- वायु जनित संक्रमण नियंत्रण के लिए दिशानिर्देश: सितम्बर 2009

### सीएसटी पर तकनीकी संसाधन समूह

तकनीकी संसाधन विशेषज्ञों (टीआरजी) के समूह का निम्नलिखित विषयों पर गठन किया गया:

- एआरटी पर प्रशिक्षण
- एचआईवी बाल चिकित्सा
- सामुदायिक देखभाल केन्द्र
- प्रयोगशाला सेवाएं

यह समूह प्रगति की समीक्षा करते हैं और मूल्यवान सुझाव और विभिन्न तकनीकी और परिचालन कार्यक्रम से संबंधित मुद्दों की सिफारिश करते हैं। इनकी बैठकें समय-समय पर स्पष्ट रूप से तैयार की कार्यसूची और मुद्दों के साथ चर्चा के लिए आयोजित की जाती हैं।

### आपूर्ति श्रृंखला एआरवी ड्रग्स के लिए प्रबंधन

दवा पालन के सबसे महत्वपूर्ण घटकों में से एक केन्द्रों को दवाओं की आपूर्ति में निरंतरता है। सभी एआरवी दवाओं के लिए निगरानी, सभी केन्द्रों पर मासिक खपत और भंडार पर आधारित होती है। दिशानिर्देशों के अनुसार, सभी एआरटी केंद्रों पर कम से कम 3 महीने की दवाओं का स्टॉक होना चाहिये। स्टॉक में कमी होने पर, दवाओं का री-लोकेशन किया जाता है यह सुनिश्चित करने के लिये कि दवाइयों की कमी तो नहीं है। एआरवी दवाओं और सीडी4 किटों की आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन, एक समर्पित आपूर्ति श्रृंखला टीम द्वारा किया जाता है जिसे नाको द्वारा नियुक्त किया जाता है।

### निगरानी, मूल्यांकन और अनुसंधान

#### निगरानी मानक प्रारूप

निगरानी और मूल्यांकन उपकरण और प्रारूप का एक सेट मानकीकृत रिकार्डिंग और विभिन्न केन्द्रों से रिपोर्टिंग के लिये बनाया गया है। एआरटी केन्द्रों से नाको को भेजी जाने वाली मासिक रिपोर्ट का स्वरूप संशोधित किया गया है। दूसरी पंक्ति और वैकल्पिक पहली पंक्ति पर मरीजों की



रिपोर्टिंग के लिए भी प्रारूप विकसित किया गया है। विभिन्न प्रारूप इस प्रकार हैं:

- प्री-एआरटी रजिस्टर
- एआरटी नामांकन रजिस्टर
- रोगी एआरटी रिकॉर्ड (वाइट कार्ड)
- रोगी आईडी कार्ड (ग्रीन बुक )
- औषध स्टॉक रजिस्टर
- औषधि वितरण रजिस्टर
- एआरटी केंद्रों से मासिक रिपोर्ट प्रारूप (अद्यतन 'अक्टूबर 2009)
- मासिक सीसीसी रिपोर्टिंग प्रारूप
- द्वितीय पंक्ति साप्ताहिक सारांश रिपोर्ट – नवम्बर 2008
- वैकल्पिक पहली पंक्ति साप्ताहिक सारांश रिपोर्ट जनवरी 2010
- वैकल्पिक पहली पंक्ति और दूसरी मासिक रिपोर्ट प्रारूप जनवरी 2010

### उच्च जोखिम वर्ग

मासिक एआरटी केंद्र रिपोर्टिंग प्रारूप में एचआरजी, सीडी4 और रोगियों की सामाजिक-आर्थिक स्थिति के बारे में अधिक जानकारी के लिये बदलाव किया गया है। दूसरी पंक्ति एआरटी और वैकल्पिक पहली पंक्ति एआरटी वाले रोगियों के लिये अलग रिपोर्टिंग प्रारूप विकसित किया गया है।

निगरानी और पर्यवेक्षण क्षेत्रीय समन्वयक द्वारा: नजदीकी निगरानी, सलाह और एआरटी केंद्रों 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। क्षेत्रीय समन्वयक अपने क्षेत्र के एआरटी केंद्र में कम से कम दो महीनों में एक बार अवश्य जाते हैं और नाको को नियमित रूप से साप्ताहिक और मासिक रिपोर्ट भेजते हैं। क्षेत्रीय समन्वयको की मासिक बैठक नाको में विभिन्न मुद्दों की समीक्षा के लिये आयोजित की जाती है। इसके अलावा, अधिकतर राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में सलाहकार (देखभाल, सहयोग और इलाज) नियुक्त किये जाते हैं। नाको और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के अधिकारी भी अपनी मासिक रिपोर्ट, क्षेत्रीय समन्वय को, आईएनपी+ ओर गैर सरकारी संगठनों की सूचना के आधार पर केंद्रों का दौरा करते हैं।

### सीएसटी की नियमित समीक्षा बैठक

राज्य के सभी सीएसटी अधिकारियों और सभी नाको क्षेत्रीय समन्वयक की समीक्षा बैठक नियमित रूप से आयोजित की जाती है। इन बैठकों के दौरान, राज्य अधिकारी उनके राज्य की सीएसटी से संबंधित गतिविधियों के बारे में आवश्यक सुधारात्मक कदमों की अद्यतन जानकारी देते हैं। इसके अलावा, एआरटी केंद्र सीसीसी समन्वय बैठकें भी आयोजित की जाती हैं ताकि नवस्थापित सीसीसी के शामिल होने में

मदद मिले और आईसीटीसी, सीसीसी, एआरटी केंद्र के बीच रेफरल प्रणाली की सुविधा विकसित हो सके।

मई 09-जुलाई 09 के दौरान नाको ने देश भर में 10 समन्वय बैठकें आयोजित की। यह बैठकें सीसीसी के परियोजना समन्वयको और एआरटी पर चिकित्सा अधिकारियों द्वारा आयोजित की जाती हैं। सीसीसी चला रहे गैर सरकारी संगठन के शासी बोर्ड के सदस्यों को भी इन बैठकों में भाग लेने को प्रोत्साहित किया गया है। इन बैठकों ने एआरटी केंद्र और सीसीसी से जुड़े स्थानीय मुद्दों पर बात करने के लिये एक अच्छा मंच प्रदान किया है।

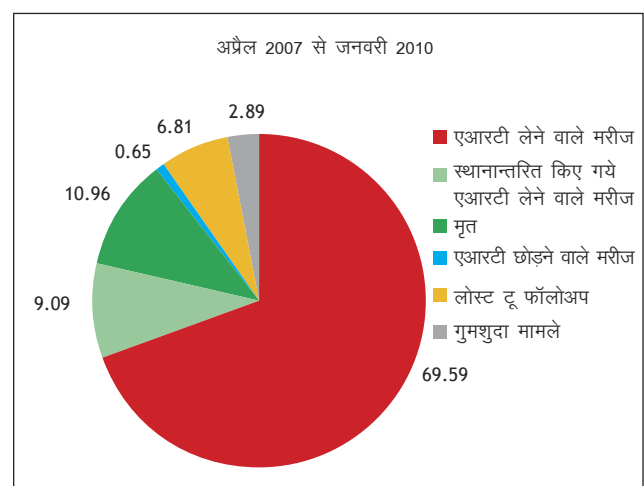
### रोगियों की खोई अनुवर्ती पर कार्यवाही।

नियमित रूप से दवा न लेने वाले मरीजों के संबंध में कार्यवाही की जानकारी एआरटी केंद्रों से मासिक रिपोर्ट के माध्यम से सीएमआईएस में अधिकृत कर ली जाती है इस जानकारी की बहुत बारीकी से निगरानी की जाती है और उच्च दर वाले एलएफयू का नाको के वरिष्ठ अधिकारियों द्वारा दौरा किया जाता है। वर्तमान में संचयी एलएफयू करीब 6.2 प्रतिशत रह गया है। एलएफयू रोगियों पर नजर रखने का कार्य सीसीसी के आउटरीच कार्यकर्ताओं द्वारा होता है, कुछ स्थानों में पीएलएचए नेटवर्क और आईसीटीसी के सलाहकारों के माध्यम से यह होता है।

स्मार्ट कार्ड सिस्टम: नाको 'स्मार्ट कार्ड' परियोजना को लागू करने की प्रक्रिया में है। यह कार्ड एक पोर्टेबल मेडिकल रिकार्ड के रूप में और आसान भंडारण और डाटा विश्लेषण के रूप में कार्य करेगा। स्मार्ट कार्ड योजना यह सुनिश्चित करेगी कि एआरटी केंद्रों में सभी चिकित्सा पूर्ण हैं।

एआरटी पर पीएलएचए का इलेक्ट्रॉनिक डाटा सुनिश्चित करने के लिये एवं डाटा प्रविष्टि की वर्तमान प्रणाली की गुणवत्ता में सुधार के साथ एक अभियान शुरू किया गया। इसका मकसद एआरटी केंद्र के स्टाफ में पूर्ण और सही

चित्र 11.4: पीएलएचए का एआरटी पर संचयी परिणाम



स्रोत: कंप्यूटरीकृत सूचना प्रबंधन तंत्र, एनएसीपी-III

रिकॉर्ड भरने के महत्व को समझाना है। एक पूर्ण एआरटी रिकार्ड वह है जिसमें सभी गलतियाँ और कमियाँ ठीक कर ली गयी हैं और सभी रजिस्टर/प्रारूप पूरी तरह से सुरक्षित और तैयार है।

एक सफल प्रायोगिक परियोजना के बाद, स्मार्ट कार्ड सिस्टम जीएफएटीएम राउंड 6 के तहत योजना बनाई गई है। (स्मार्ट कार्ड) प्रबंधन मैसर्स आईएलएण्डएफएस और मैसर्स एचसीएल द्वारा किया जा रहा है। इन्फोसिस सॉफ्टवेयर विकास एजेंसी है। यह व्यवस्था वर्ष 2010-11 से लागू होगी।

### मूल्यांकन और परिचालन अनुसंधान

एनएसीपी-III की पहली छमाही के दौरान किये गये विभिन्न सीएसटी से संबंधित अध्ययन नीचे दिये गये हैं:

#### पूर्ण हुए अध्ययन

1. भारत के एआरटी केंद्रों का मूल्यांकन ग्राहक और प्रबंधकों का दृष्टिकोण
2. भारतीय में एआरटी के लिये पंजीकृत हुए पीएलएचए के आधार रेखात्मक सीडी4 गणना
3. भारत के लिंक एआरटी केंद्रों का मूल्यांकन

#### जारी अध्ययन

1. प्रथम श्रेणी के एआरटी औषधि का प्रतिरोध
2. स्वस्थ वयस्क जनसंख्या की आधार-रेखात्मक सीडी4 गणना
3. एआरटी के लिए पंजीकरण पर असर डालने वाले घटक
4. एआरवी औषधि निष्ठा निर्धारक
5. औषधि प्रतिरोध के लिये समय से पहले सूचना देनेवाले संकेतक
6. भारत में स्थित सामुदायिक देखभाल केंद्रों का मूल्यांकन
7. एचआईवी केस रिपोर्टिंग पीएलएचए का कोहोर्ट विश्लेषण

#### नये अवसर

व्यस्कों और किशोरों के लिये द्वितीय श्रेणी एआरटी: प्राथमिक औषधि प्रतिरोधक स्तर अलग अलग देशों की जनसंख्या के अनुसार बदलते रहते हैं। आज हमें स्थिति में हमें प्रथम श्रेणी के एआरवी औषधियों के लिये एचआईवी के प्राथमिक प्रतिरोध की कोई भी ठोस जानकारी उपलब्ध नहीं है। परंतु अनुमान है कि 2-3 प्रतिशत मरीजों में प्रथम श्रेणी एआरटी के लिए प्रतिरोध उत्पन्न होता है। द्वितीयक प्रतिरोध के संदर्भ में वैश्विक अनुभव बताता है कि उपचार के 3 वर्षों के पश्चात, औषधि प्रतिरोध में प्रतिवर्ष 5 वर्ष के दर से विकास होता है। वर्तमान स्थिति में 3000 के करीब मरीजों को द्वितीय श्रेणी की एआरटी की जरूरत होने का अनुमान किया गया है।

कार्यक्रम के अंतर्गत होने वाले द्वितीय श्रेणी की औषधियों के प्रबन्ध से संबंधित महत्वपूर्ण विषय

- राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत द्वितीय श्रेणी एआरटी का मूल्य हर मरीज के लिये लगभग 35000/- रु. प्रतिवर्ष है।
- प्रथम श्रेणी में केवल 2 गोलियों की तुलना में द्वितीय श्रेणी के एआरटी नियमों में 7-9 गोलियाँ लेनी पडती हैं, इस प्रकार मरीज के दवा की नियमितता अनिवार्य हो जाती है।
- द्वितीय श्रेणी की औषधियों के प्रयोग से पहले स्वास्थ्यकर्ताओं के विशेष प्रशिक्षण की जरूरत होती है।
- प्रयोगशालाओं की वायरल लोड और औषधि प्रतिरोध परीक्षण के लिये विशेष रूप से संस्थागत मजबूती की जरूरत होती है।
- गलत चिकित्सा से प्रतिरोध उत्पन्न होने को कम करने के लिए निजी डाक्टरों द्वारा तर्कसंगत चिकित्सा करने के लिये नियंत्रक प्रक्रिया जरूरी है।

तीन साल पहले नाको ने द्वितीय श्रेणी की औषधियों के प्रचार की आवश्यकता और व्यवहार्यता पर किये गये राष्ट्रीय परामर्श के साथ रोल आउट की प्रक्रिया प्रारम्भ की। इस उपक्रम के पश्चात नाको में एआरटी पर टीआरजी का संगठन किया गया। यह समूह राष्ट्रीय कार्यक्रम में द्वितीय श्रेणी के प्रबन्ध से सम्बन्धित विभिन्न विषयों पर सलाह देता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ), विलंटन प्रतिष्ठान, सीडीसी और आई टेक, व्यक्तिगत डाक्टर, गैर सरकारी संस्थाएं और आईएनपी+ संस्थाओं ने विकास प्रक्रिया में भाग लिया था।

जनवरी 2008 में प्रारंभिक स्वरूप में द्वितीय श्रेणी की एआरटी देने का प्रारम्भ दो केंद्रों से हुआ था। इस प्रारंभिक प्रकल्प की समाप्ति के पश्चात् इसका जनवरी 2009 वर्ष में आठ नये केंद्रों में विस्तार किया गया। आज वर्तमान स्थिति में देश में द्वितीय श्रेणी एआरटी पर 970 मरीज हैं।

वर्तमान में द्वितीय श्रेणी एआरटी 10 सेन्टर ऑफ एक्सेलेंस केंद्रों तक सीमित की गई है।

दूसरी श्रेणी के प्रारंभ में और वैकल्पिक प्रथम श्रेणी के मरीजों की जाँच करने के लिये सभी 10 सेन्टर ऑफ एक्सेलेंस केंद्रों (सीओई) में राज्य एड्स क्लिनिकल विशेषज्ञों (एसएसीईपी) के दल का गठन किया गया है। निम्नलिखित संस्थाओं का इस दल में सहभागी है:

- सीओई/एआरटी केंद्र के नोडल अधिकारी
- एक और एआरटी विशेषज्ञ (नाको) द्वारा पैनल का संगठन, एक ही एआरटी केंद्र से ना होना श्रेयस्कर होगा।
- क्षेत्रीय समन्वयक/संयुक्त निदेशक (सीएसटी)/राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में सलाहकार (सीएसटी)

दी गई सूची के अतिरिक्त, निरीक्षण के लिये केंद्र स्तर से नियमित स्वरूप में परीक्षणकर्ता भी शामिल हैं। राष्ट्रीय एआरटी कार्यक्रम ट्युबरक्युलोसिस का भी संक्रमण होने वाले मरीजों के लिये फिलहाल झायडोवुडाइन+लैमिवुडाइन+नेवाय रेपिन/स्टैवुडाइन+लैमिवुडाइन+नेवायरपिन और एफावायररेंज के मिश्रण (एफडीसी) की निश्चित मात्रा प्रदान करती है। परंतु कुछ मरीजों को एनएनआरटीआई समूह की स्टैवुडाइन और झायडोवुडाइन इन दोनों औषधियों या समूह की नेवेरापिन और इफावायररेन्ज़ के दुष्परिणाम होते हैं। एचआईवी-2 के उपचार की समस्या, यह दूसरा मुद्दा है। एनएआरआई और अन्य स्रोतों के द्वारा प्राप्त हुई जानकारी के अनुसार भारत में एचआईवी-2 का प्रसार लगभग 3-5 प्रतिशत है। एचआईवी-2 बीमारी के मरीज नेवेरापिन या इफावायररेन्ज़ के अनुकूल नहीं पाते हैं। इस कारणवश एआरटी टीआरजी ने एचआईवी-2 के मरीजों के लिये प्रोटिज इनहेबिटर (पीआई) पर आधारित उपचार की सिफारिश की है।

एआरटी टीआरजी ने पहली श्रेणी के औषधियों के विकल्प के लिये निम्नलिखित उपचारों को मान्यता प्रदान की है और उनका सेन्टर ऑफ एक्सेलेंस केंद्रों (सीओई) में प्रचार किया है और उन्हें इन केंद्रों में उपलब्ध करवाया है।

शिशु में समय से पहले होने वाला निदान: बच्चों में, विशेष रूप से 18 महीने से कम आयु वाले शिशुओं में एचआईवी/एड्स का निदान विश्व स्तर की महत्वपूर्ण चुनौती है। तात्कालिक सबूतों ने यह प्रदर्शित किया है कि समय से पहले होने वाला एचआईवी निदान और एआरटी शिशु के लिये आवश्यक है और एचआईवी शिशुओं में आयु के पहले 12 हफ्तों में निदान होने के पश्चात् एआरटी के प्रारम्भ से बड़ी संख्या में जीवन बचाये जा सकते हैं। इस कार्यक्रम का प्रारम्भ 1 मार्च 2010 से 760 आईसीटीसी और 180 एआरटी केंद्रों में किया गया है।

इस कार्यक्रम के उद्देश्य इस प्रकार हैं:

- जीवन के पहले महीने में बीमारियों का विकास होने से पहले, एचआईवी पॉजिटिव शिशुओं का समय से पहले निदान करना।
- एचआईवी/एड्स के कारण बच्चों की मृत्यु के प्रमाण और अस्वस्थता को कम करना।
- जो शिशु एचआईवी से संक्रमित है उनमें समय से एआरटी प्रारम्भ करना।

ये उद्देश्य निम्नलिखित योजनाओं से प्राप्त किये जा सकते हैं:

- नवजात, शिशुओं में डीएनए पीसीआर जांच सुविधाओं का देखभाल, सहयोग और उपचार सेवाओं के साथ एकीकरण।
- सूखे रक्त बिंदू के द्वारा 18 महीने से कम आयु के शिशु के लिये सभी आईसीटीसी केंद्रों में डीएनए पीसीआर

जांच द्वारा और सभी एआरटी केंद्रों में संपूर्ण रक्त नमूनों द्वारा एचआईवी परीक्षण के लिये उपलब्धता और सुलभता प्रदान करना। इस प्रक्रिया को चरणात्मक तरीके से देशभर में बढ़ाया जाएगा।

- शिशु एचआईवी परीक्षण कलन विधि का सर्वत्र अनुसरण किया जाएगा और इसके सम्मान और नित्य अभिगम के लिये हर एक एचआईवी पॉजिटिव शिशु तक पहुंचाया जाएगा।
- एचआईवी संक्रमित शिशु की अस्वस्थता और मृत्यु को घटाने के लिये उचित समय पर हस्तक्षेप करने हेतु एचआईवी पॉजिटिव शिशु को संबंधित, सुरक्षित और उपचार सेवाओं से जोड़ना।

द्वितीय श्रेणी बाल चिकित्सा: प्रथम श्रेणी के उपचार प्रभावी होने पर भी कुछ प्रतिशत बच्चों में उपचार असरकारी न होने के सबूत मिले हैं। बच्चों में नेवेरापिन पर आधारित एआरटी के असफल साबित होने की ज्यादा जानकारी उपलब्ध नहीं है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के अनुमान के अनुसार प्रथम से द्वितीय श्रेणी एआरटी में स्थानांतरण करने का औसत दर वयस्क व्यक्तियों में प्रतिवर्ष 3 प्रतिशत है। युवकों और किशोरों के लिये द्वितीय श्रेणी के एंटीरेट्रोवायरल औषधियों को प्राधान्य देते हुए एक सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रस्ताव, (डब्ल्यूएचओ) कार्यरत संघ की सभा के प्रतिवेदन अनुसार (जेनेवा 2007) बच्चों के लिये भी यह समान दर से लागू होते हैं। स्थानांतरण के लिये (डब्ल्यूएचओ) के वर्तमान मार्गदर्शक, यह सूचित करते हैं कि बीमारी का विकास और सीडी<sub>4</sub> कोशिका की गणना में उपचार पूर्व आधार रेखा से कम होना या उच्चतम रेखा से 50 प्रतिशत घटना, यह उपचार के असफल होने के लक्षण हैं और यह एचआईवी दवाईयों के प्रतिरोध के उत्पन्न होने के कारण एचआईवी के समय से पहले प्रकट होने के परीक्षण के लिये संवेदनशील नहीं माने जायेंगे। द्वितीय श्रेणी के उपचारों के लिये तर्क योजनाएं बनाने के लिये दवाईयों के बेअसर होने की दर का यथार्थ अनुमान होना आवश्यक होता है। जब तक यह अनुमान उपलब्ध नहीं होते माना जा सकता है कि प्रथम से द्वितीय श्रेणी में लगभग 3 प्रतिशत लोग स्थानान्तरित हो जाते हैं और यह आगे की योजना बनाने में मददगार हो रहे हैं।

आरएनटीसीपी और एनएसीपी के बीच एक क्रमित सूची सुस्थापित की गयी है। यह एचआईवी-टीबी सह संक्रामित रोगियों की त्वरित जानकारी पाने और सही उपचार पद्धति को सुनिश्चित करता है। उसी के लिए, एआरटी केन्द्र स्थित चिकित्सा अधिकारियों के टीबी रोगनिदान तथा उपचार के प्रशिक्षण के लिए, सीटीडी और नाको स्थित एचआईवी-टीबी शाखा के साथ मिलकर मार्गदर्शक नियम बनाए गए हैं।

**हवा द्वारा फैलने वाले संक्रमण का नियंत्रण:** हवा द्वारा फैलने वाले रोगोत्पादक बूंद से भी छोटे (5 माइक्रो मीटर

से छोटे) होते हैं और लंबे समय तक हवा में तैरते रह सकते हैं। जब लोग अशुद्ध हवा में सांस लेते हैं, तब वे संक्रमित हो जाते हैं। इन स्थितियों के उदाहरण हैं: पल्मोनरी ट्यूबरकोलेसिस, खसरा, वेरिसेला (एसएआरएस) तथा स्वाइन फ्लू जो (एच1एन1) वाइरस से होता है। रोग प्रतिकारक शक्ति से समझौता करने वाले रोगी, जो फंगल स्पॉट, बैक्टीरिया वाइरस का अंतश्वासन करते हैं, उन लोगों को आरोग्यदायी वातावरण में हवा से फैलने वाले रोगोत्पादक मूलकों से ज्यादा खतरा होता है। हर साल हवा में फैलनेवाले रोगोत्पादक सूक्ष्मजीव जानलेवा संक्रमण उत्पन्न कर सकते हैं जिससे आरोग्य सेवा में ठोस कीमत चुकानी पड़ सकती है। आरोग्य सुविधाओं से हवा में फैलने वाले रोगोत्पादक मूलकों का नियंत्रण करना, प्रभावशाली आरोग्य सुरक्षा तथा प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष आरोग्य सुरक्षा के लिए आवश्यक है।

कैदियों के लिए एचआईवी संरक्षण: कारागार में रखे गए रोगियों को आरोग्य सुविधा का, बाहरी लोगों के समान अधिकार होता है। बहुत देशों में कैदी जनसंख्या में एचआईवी/एड्स एक गम्भीर खतरा है और कैदी, सार्वजनिक आरोग्य अधिकारी तथा राष्ट्रीय शासनकर्ताओं के लिए महत्वपूर्ण चुनौती है। भारत में 1,305 कारागार हैं (केंद्रीय कारागार-93, जिलास्तरीय कारागार-257, उप कारागार-850, आम कारागार-2, विशेष कारागार-28, स्त्रियों के कारागार-17, बोर्सतल इन्स्टीट्यूशन-13, किशोर कारागार तथा पागलों के कारागार-13) जिनकी आधिकारिक क्षमता 2,14,241 है।

यह भी पाया गया है कि कारागार की स्थिति एचआईवी के संक्रमण और आगे आने वाले एड्स और मृत्यु की परिस्थिति को बढ़ावा देती है। दिया जाने वाला पोषक आहार, साथियों से मिलने वाले अवसरवादी संक्रमण के लिए कारागार का वातावरण जिम्मेदार होता है। भीड़-भाड़

वाले और कम हवादार कक्ष कैदियों में टीबी की आशंका को बढ़ाता है। दक्षिण अफ्रीका में किये गये एक अध्ययन में यह पाया गया है कि कारागार में होने वाली मृत्यु में से 90-95 प्रतिशत एड्स संबंधित, प्राथमिक तौर पर टीबी के साथ होती है। इस तरह कारागार, हस्तक्षेप की आवश्यकता है जो अत्याधिक आशंका युक्त लोगों तक पहुंचने की एक संभावना प्रदान करता है, जो अन्यथा छूट सकती है। आरोग्य सुरक्षा, उपचार एवं शिक्षण गम्भीर पहलू समझे गये हैं।

गैर सरकारी विभाग में एआरटी केंद्र: यह समझा जाता है कि हर रोगी जिसे एआरटी की आवश्यकता है वह शासकीय स्वास्थ्य तंत्र का प्रयोग कर लेगा, आवश्यक नहीं/बहुत से लोग गैर-सरकारी/निजी विभाग, एनजीओ और दूसरी आरोग्य सुरक्षा सुविधा संस्था/कार्यालय, से भी उपचार लेने हैं। इसलिए, व्यवसायिक विभाग एवं एनजीओ का साथ लेकर सार्वजनिक और निजी हिस्सेदारी मजबूत बनाने की योजना बनाई गई है। इस दिशा में पहले से ही उठाए गए कदम कुछ इस प्रकार हैं:

- एचआईवी/एड्स पॉजिटिव व्यक्तियों की देखभाल, सहायता और उपचार प्रदान करने के लिए नाको, कोनफेडरेशन ऑफ इन्डियन इन्डस्ट्री (सीआईआई), आईबीटी, फिक्की और अन्य व्यावसायिक/विभाग हिस्सेदारी कर रहे हैं। एसीसी और बिल्ट, बजाज ऑटो लि0, एलएन्डटी, और गोदरेज के साथ एमओयू हस्ताक्षरित कर के एआरटी केंद्र बनाए गये हैं।
- नाको सेना, रेलवे, स्टील अथॉरिटी ऑफ इंडिया, परासैन्य बल तथा एनजीओ जैसे वाईआरजी केयर, फ्रीडम फाउन्डेशन, स्वामी विवेकानन्द यूथ मूवमेंट, निजी चिकित्सा महाविद्यालय आदि के साथ एआरटी सहायता कार्यक्रम के लिए हमेशा संवाद में रहता है।





## पूर्वोत्तर राज्यों में गतिविधियां

पूर्वोत्तर के राज्यों में, असुरक्षित यौन संबंध और नशीली दवाओं के इंजेक्शन द्वारा संचालित दोहरी एचआईवी महामारी अत्यधिक चिंता का विषय है। इसके अलावा, पूर्वोत्तर राज्यों में बहुत से नए क्षेत्र हैं जहां विशेष रूप से इंजेक्शन के द्वारा नशीली दवाओं का उपयोग करने वालों के बीच एचआईवी बढ़ रहा है। इस स्थिति में इन राज्यों में एचआईवी संक्रमण की रोकथाम और नियंत्रण की रणनीति मोटे तौर पर कार्यक्रम के अन्य घटकों के साथ-साथ इस उप-जनसंख्या में एचआईवी संक्रमण की रोकथाम पर केन्द्रित है।

### पूर्वोत्तर राज्यों में एचआईवी महामारी को चिन्हित करना (ट्रेकिंग)

देश के पूर्वोत्तर राज्यों में एचआईवी महामारी का कारण इंजेक्शन से नशा करने वालों (आईडीयू) द्वारा एचआईवी संक्रमित सीरिंज का उपयोग और यौन सम्पर्क है। पूर्वोत्तर राज्यों में आईडीयू और यौन कर्मियों से चालित यह दोहरी एचआईवी महामारी बनी हुई है।

एचआईवी सेन्टीनल सर्वेलेंस 2007 के अनुसार गर्भवती महिलाओं के बीच एचआईवी संक्रमण मणिपुर, नागालैंड और मिजोरम में क्रमशः 0.75 प्रतिशत, 0.60 प्रतिशत और 0.75 प्रतिशत था। हालांकि गत वर्षों में मणिपुर में आईडीयू के मध्य एचआईवी प्रसार में कमी आई है, किन्तु मणिपुर के चारों आईडीयू सेन्टीनल सर्वेलेंस स्थलों में अभी भी एचआईवी की व्याप्ति 10 प्रतिशत से अधिक है। इसके अतिरिक्त, नागालैंड और मिजोरम में यौनकर्मियों के बीच एचआईवी की व्याप्ति बढ़ती हुई प्रतीत होती है।

पूर्वोत्तर क्षेत्र के सभी राज्यों में, नाको ने विभिन्न जोखिम समूहों में एचआईवी महामारी की प्रगति को चिन्हित करने के लिए सेन्टीनल सर्वेलेंस स्थल स्थापित किए हैं। एचआईवी सेन्टीनल सर्वेलेंस 2008 के लिए प्रत्येक पूर्वोत्तर राज्य में सेन्टीनल सर्वेलेंस स्थलों का जोखिम समूह-वार वितरण तालिका 12.1 में दिया गया है।

तालिका 12.1: एचआईवी सेन्टीनल सर्वेलेस 2008 के लिए पूर्वोत्तर राज्यों में सेन्टीनल सर्वेलेस स्थलों का जोखिम समूह-वार वितरण

2008 के लिए पूर्वोत्तर राज्यों में सेन्टीनल सर्वेलेस स्थलों का जोखिम समूह-वार वितरण									
क्रमांक	राज्य	एसटीडी	एएनसी	एएनसी(आर)	एफएसडब्ल्यू	आईडीयू	एमएसएम	प्रवासी	कुल
1	अरुणाचल प्रदेश	7	6	0	3	2	0	0	18
2	असम	9	16	0	14	2	1	0	42
3	मणिपुर	2	10	4	3	4	1	0	24
4	मेघालय	3	1	6	0	0	0	0	10
5	मिजोरम	2	8	0	1	5	0	1	17
6	नागालैंड	1	11	8	1	8	0	0	29
7	सिक्किम	1	3	0	1	2	0	0	7
8	त्रिपुरा	7	2	0	0	1	0	0	10

तालिका 12.2: पूर्वोत्तर राज्यों में जिलों का वर्गीकरण (एचएसएस 2004-2006 पर आधारित)

क्रमांक	राज्य	ए	बी	सी	डी
1	अरुणाचल प्रदेश	1	0	6	9
2	असम	0	1	13	9
3	मणिपुर	9	0	0	0
4	मेघालय	2	1	5	0
5	मिजोरम	0	0	7	0
6	नागालैंड	10	0	0	1
7	सिक्किम	0	0	3	1
8	त्रिपुरा	0	1	2	1
	कुल	22	3	36	21

इन राज्यों में एचआईवी संक्रमण की निगरानी करने के लिए प्रत्येक वर्ष, नाको इन सेन्टीनल सर्वेलेस स्थलों में एचआईवी सेन्टीनल सर्वेलेस का वार्षिक दौर आयोजित करता है। एचआईवी सेन्टीनल सर्वेलेस 2008 सम्पन्न हो गया है और आँकड़ों के विश्लेषण का कार्य प्रगति पर है। आँकड़ों के विश्लेषण के बाद रिपोर्ट प्रकाशित की जाएगी।

### कार्यक्रम के घटक

पूर्वोत्तर राज्यों के 22 'ए' और 'बी' श्रेणी जिलों में 'जिला एड्स रोकथाम एवं नियंत्रण इकाई' (डीएपीसीयू) की स्थापना की गयी है।

तालिका 12.3 में पूर्वोत्तर राज्यों में एचआईवी/एड्स की रोकथाम एवं नियंत्रण हेतु काम करने वाली संस्थाओं की जानकारी दी गयी है।

उच्च जोखिम जनसंख्या के लिए प्रधान्य लक्षित हस्तक्षेप: उच्च जोखिम जनसंख्या के लिए प्रधान्य लक्षित हस्तक्षेप का उद्देश्य

लक्षित जनसंख्या की पहचान करना, परामर्श देना, कंडोम के प्रयोग को बढ़ावा देना, यौन संचारित संक्रमणों के उपचार प्रदान करना इत्यादि द्वारा उच्च जोखिम समूहों में एचआईवी प्रसार को कम करना है। यह कार्यक्रम घटक काफी हद तक गैर सरकारी संगठनों, समुदाय आधारित संगठनों तथा सार्वजनिक क्षेत्र के माध्यम से क्रियान्वित किया गया है।

### सामान्य जनसंख्या के बीच एचआईवी रोकथाम के लिए हस्तक्षेप

मुख्य गतिविधियां हैं: (ए) सूचना, शिक्षा, संचार और जागरूकता अभियान, (बी) स्वैच्छिक परीक्षण और परामर्श (सी) रक्त द्वारा प्रसार पर नियंत्रण।

### देखभाल, सहायता और उपचार

पूर्वोत्तर राज्यों में 18 एआरटी केंद्र कार्यान्वित हैं। इन केंद्रों का विवरण और उपचाराधीन मरीजों की संख्या तालिका 12.10 में दी गई है:

तालिका 12.3: पूर्वोत्तर क्षेत्रों में संस्थान

राज्य	अरुणाचल प्रदेश	असम	मणिपुर	मिजोरम	मेघालय	नागालैंड	त्रिपुरा	सिक्किम	मणिपुर (अन्य)	नागालैंड (ऑर्चिड)
एआरटी	1	3	6	1	1	4	1	1	1 (एमएसएफ द्वारा)	0
सीसीसी	0	3	6	2	0	5	2	0	1 (पीएफआई द्वारा)	0
संपर्क एआरटी	0	7	5	3	0	3	0	0	0	0
आईसीटीसी	41	83	54	25	9	45	14	12	0	0
एसटीआई	14	23	10	8	8	11	9	6	0	0
बीबी	13	31	3	10	6	8	6	2	0	0
टीआई-आईडीयू	3	8	42	24	3	29	1	2	6 (ऑर्चिड)	4
कवरेज (आईडीयू)	2,012	3,100	31,750	15,200	1,500	12,806	650		9,500	8,580
टीआई-एमएसएम	0	5	2	1	0	2	0	0	1 (ऑर्चिड)	1
कवरेज (एमएसएम)	0	1,500	1300	300	0	500	400 (मुख्य मिश्रित)	0	800	300
टीआई (एफएसडब्ल्यू)	6	36	6	2	4	0	6	2	0 (ऑर्चिड)	3
कवरेज (एफएसडब्ल्यू)	3,562	19,600	6,360	1,470	2,500	425	5,750		1,360	2,400
टीआई-मुख्य मिश्रित	6	0	0	7	0	6	2	0	9 (ऑर्चिड)	7
टीआई-प्रवासी	6	6	2	7	1	1	9	1	0	0
टीआई-ट्रक ड्राइवर	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
कुल टीआई	21	56	52	41	8	39	18		16 (ऑर्चिड)	15
जीवित और एआरटी पर (वयस्क) (नवंबर 2009)	26	789	5,103	551	72	4,164	93	32		
जीवित और एआरटी पर (बच्चे) (नवंबर 2009)	1	28	411	48	2	90	1	1		

तालिका 12.4: पूर्वोत्तर राज्यों में प्रधान्य लक्षित हस्तक्षेप

राज्य	लक्षित हस्तक्षेपों की संख्या	महिला यौन कर्मियों (एफएसडब्ल्यू) का कवरेज	पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों (एमएसएम) का कवरेज	नशे के लिए इंजेक्शन का उपयोग करने वालों का कवरेज	प्रवासियों का कवरेज
मणिपुर	54	5,000	600	20,300	5,000
नागालैंड	39	425	500	12,806	5,000
उच्च जोखिम राज्य					
असम	58	17,800	1,500	3,300	30,000
जोखिम वाले राज्य/संघ प्रशासित क्षेत्र					
अरुणाचल प्रदेश	21	3,562	शून्य	2,012	61,642
मेघालय	05	2,354	शून्य	2,473	शून्य
मिजोरम	41	1,270	308	14,900	46,000
सिक्किम	06	223	शून्य	374	1,730
त्रिपुरा	18	5,500	400	650	60,000
<b>कुल</b>			<b>3,308</b>		

### एचआईवी/एड्स के खिलाफ स्कोर बनाने का लक्ष्य

नाको ने फुटबॉल प्रतिस्पर्धा का प्रयोग मिजोरम के युवाओं तक एचआईवी/एड्स व नशीली दवाइयों पर संदेश देने के लिए किया। यह प्रतिस्पर्धा युवाओं तक पहुंचने का एक नवीन माध्यम बनी।

रेड रिबन इंटर विलेज फुटबॉल टूर्नामेंट में 212 टीमों ने भाग लिया। इन टीमों को चार समूहों में विभाजित किया गया जिसमें से प्रत्येक समूह में 53 टीम थीं। खेले गए मैचों की कुल संख्या 207 रहीं। सबसे अधिक महत्वपूर्ण विषय यह था कि पहली बार राज्य स्तरीय फुटबॉल मैचों को ग्राम परिषद् स्तर पर आयोजित किया गया था। मिजोरम राज्य में एचआईवी/एड्स के सामाजित उद्देश्य के लिए आयोजित किया जाने वाला यह अब तक का सबसे बड़ा फुटबॉल टूर्नामेंट था।



यह मैच जनवरी 2010 में शुरू हुए और 19 फरवरी 2010 को इनका समापन हुआ। प्रतियोगिता में भाग लेने वाले 4000 खिलाड़ियों ने जर्सी पहनी जिस पर एचआईवी/एड्स का संदेश **Healthy living to prevent HIV/AIDS** (एचआईवी/एड्स की रोकथाम के लिए स्वस्थ जीवन) लिखा हुआ था। उन्होंने एचआईवी/एड्स को रोकने के लिए काम करने की शपथ ली और खुशी-खुशी अपना एचआईवी परीक्षण भी करवाया और रक्त दान भी किया। फुटबॉल मैचों ने न केवल अत्यधिक राजनैतिक समर्थन प्राप्त किया बल्कि आम नागरिक समाज को भी इसमें शामिल कर लिया। इस फुटबॉल टूर्नामेंट ने एचआईवी/एड्स के मुद्दे पर एक सामूहिक स्वामित्व का निर्माण किया। क्वार्टर फाइनल के बाद 9 मैच खेले गए और प्रत्येक मैच के साथ एक बैनर प्रतियोगिता का भी आयोजन किया गया। इसके अलावा दर्शकों के लिए एचआईवी/एड्स पर एसएमएस प्रश्नोत्तरी प्रतियोगिता का आयोजन किया गया और प्रथम सटीक एसएमएस को एक इनाम मिला। सर्वश्रेष्ठ सहायक प्रशंसकों को भी इनाम दिए गए। यह कार्यक्रम मिजोरम राज्य एड्स नियंत्रण समिति, मिजोरम सरकार, मीडिया हाउस जोनेट केबल नेटवर्क और मिजोरम फुटबॉल एसोसिएशन (एमएफए) के साथ भागीदारी में यूएनओडीसी द्वारा कार्यान्वित किए गए। फाइनल मैच के दिन 10,000 से अधिक दर्शकों ने दोनों टीमों का उत्साह बढ़ाया और केबल टीवी पर इसका सीधा प्रसारण किया गया। इस मैच को एक लाख से अधिक दर्शकों ने देखा। जबकि इलेक्ट्रिक वेंग क्लब ने डिनर वेंग क्लब के खिलाफ 2-0 से प्रतियोगिता जीत ली। लेकिन सबसे ज्यादा महत्वपूर्ण बात यह थी कि सभी लोग एचआईवी/एड्स के खिलाफ स्कोर बनाने के लिए एक साथ प्रस्तुत थे।



तालिका 12.5: सूचनाएँ शिक्षा और संचार

राज्य	ड्राप इन केंद्रों की संख्या	लोक कलाकारों की प्रस्तुतियों की संख्या
उच्च प्रसार राज्य		
मणिपुर	4	10
नागालैंड	10	22
उच्च जोखिम राज्य		
असम	2	2
जोखिम वाले राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश		
अरुणाचल प्रदेश		16
मेघालय	1	11
मिजोरम	7	25
सिक्किम		16
त्रिपुरा		13
<b>कुल</b>	<b>24</b>	<b>115</b>

\*\* इन राज्यों में लोक कार्यक्रम अभी शुरू किए जाने हैं।

तालिका 12.6: एकीकृत सलाह और जांच केन्द्र (आईसीटीसी)

राज्य	स्टैंडअलोन आईसीटीसी की संख्या	चौबीस घंटे की पीएचसी में आईसीटीसी	पीपीपी में आईसीटीसी	जांचे गए सामान्य ग्राहकों की संख्या	एचआईवी संक्रमित लोगों की संख्या	जांची गई गर्भवती महिलाओं की संख्या	एचआईवी संक्रमित लोगों की संख्या
उच्च प्रसार राज्य							
मणिपुर	54	0	1	5,666	654	7,471	63
नागालैंड	65	0	0	16,783	566	5,543	52
उच्च जोखिम राज्य							
आसाम	83	13	4	17,148	310	39,430	35
जोखिम वाले राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश							
अरुणाचल प्रदेश	35	0	0	4,249	6	2,573	0
मेघालय	9	11	2	499	27	630	4
मिजोरम	25	27	7	8,315	188	4,906	34
सिक्किम	13	0	0	2,698	0	1,934	0
त्रिपुरा	9	0	0	2,248	0	1,254	0
<b>कुल</b>	<b>293</b>	<b>51</b>	<b>14</b>	<b>57,606</b>	<b>1,751</b>	<b>63,741</b>	<b>188</b>

तालिका 12.7: रक्त सुरक्षा

राज्य एडस नियंत्रण समिति	नाको समर्थित ब्लड बैंकों की संख्या	आदर्श ब्लड बैंक	रक्त घटक पृथक्करण इकाई के साथ आदर्श ब्लड बैंक	बड़े ब्लड बैंक	जिला स्तर के ब्लड बैंक	कुल रक्त संग्रहण (2009-10) (यूनिटों में) अप्रैल 2009 से अब तक	स्वैच्छिक रक्त संग्रहण का अनुपात	रक्तदाताओं में एचआईवी संक्रमण (2009-10)
उच्च प्रसार राज्य								
मणिपुर	3		1	1	1	5,947	13	0.2
नागालैंड	8			1	7	2,717	76.1	0.35
उच्च जोखिम राज्य								
आसाम	32	2	1	3	26	55,735	49.6	0.1
जोखिम वाले राज्य /केन्द्र शासित प्रदेश								
अरुणाचल प्रदेश	3			1	2	1,345	93	0.1
मेघालय	5		2	0	3	2,922	27	0.3
मिजोरम	8		1	1	6	9,641	80.5	0.3
सिक्किम	2			1	1	1,044	62.7	0.15
त्रिपुरा	6		1	2	3	6,328	91.9	0.13
<b>कुल</b>	<b>67</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>85,679</b>		

तालिका 12.8: एसटीआई-आरटीआई सेवाए

राज्य एड्स नियंत्रण समिति	नाको के रिकार्ड के अनुसार नामित एसटीआई क्लिनिकों की संख्या	नए प्रस्तावित क्लिनिकों की संख्या	नए स्थापित क्लिनिकों की संख्या	उपचार किए जाने वाले एसटीआई/आरटीआई एपिसोडस की संख्या – एसएसीएस लक्षित (टीआई समेत)	सीएमआईएस के अनुसार अगस्त, 2009 तक उपलब्धियां	कुल प्रशिक्षित कर्मचारी
उच्च प्रसार राज्य						
मणिपुर	10	0	0	8.694	212	0
नागालैंड	11	0	0	11.722	1.656	0
उच्च जोखिम राज्य						
आसाम	23	2	0	103.620	10.284	0
जोखिम वाले राज्य						
अरुणाचल प्रदेश	14	2	0	8.677	3.010	0
मेघालय	8	0	0	7.534	515	0
मिजोरम	8	0	0	5.952	1.696	30
सिक्किम	5	1	1	2.292	373	0
त्रिपुरा	6	3	0	10.639	4.573	0
<b>कुल</b>	<b>85</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1.59.130</b>	<b>22.319</b>	<b>30</b>

तालिका 12.9: जीएफएटीएम के सातवें चरण के तहत संपर्क कार्यकर्ता योजना

संपर्क कार्यकर्ता कार्यान्वयन योजना			कवरेज			कार्यक्रम संबंधी अपडेट	
राज्य एड्स नियंत्रण समिति	संपर्क कार्यकर्ता योजना के तहत कवर किए गए जिलों की संख्या	साल 2011 में कवर किए जाने वाले जिलों की संख्या	मानचित्रित जिले की कुल जनसंख्या (कवर की गई)	साल 2009 में खंडों की संख्या	2009 के दौरान कवर किए गए गांवों की संख्या	एक साल में भर्ती और प्रशिक्षित किए गए संपर्क कार्यकर्ताओं की कुल संख्या (वर्तमान साल)	जिला स्तर पर भर्ती और प्रशिक्षित किए गए मानव संसाधन की संख्या
उच्च प्रसार राज्य							
मणिपुर	2	7	2,37,723	11	240	80	100
नागालैंड	1	10	98,123	11	120	40	15
उच्च जोखिम राज्य							
आसाम		1					
जोखिम वाले राज्य							
अरुणाचल प्रदेश	.	.					
मेघालय	.	.					
मिजोरम	1	3	1,18,657	4	100	40	100
सिक्किम	1	1					
त्रिपुरा	1		4,03,310	7	120	40	98
<b>कुल</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>8,57,813</b>	<b>33</b>	<b>580</b>	<b>200</b>	<b>73</b>

तालिका 12.10: एआरटी केंद्रों का विवरण और मरीजों की संख्या

राज्य एड्स नियंत्रण समिति	एआरटी केंद्रों की संख्या	एआरटी ले रहे जीवित मरीजों की संख्या	संपर्क एआरटी केंद्रों की संख्या	सामुदायिक देखभाल केंद्रों की संख्या
उच्च प्रसार राज्य				
मणिपुर	6	5,284	6	6
नागालैंड	4	1,327	7	5
उच्च जोखिम राज्य				
आसाम	3	709	7	3
जोखिम वाले राज्य				
अरुणाचल प्रदेश	1	23	1	0
मेघालय	1	57		1
मिजोरम	1	536	3	2
सिक्किम	1	23		1
त्रिपुरा	1	493	1	2
<b>कुल</b>	<b>18</b>	<b>8,452</b>	<b>25</b>	<b>20</b>

तालिका 12.11: अगस्त 2009 तक राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत केन्द्रों की स्थिति

राज्य	एआरटी केंद्रों की संख्या	नाको समर्थित ब्लड बैंकों की संख्या	समुदायिक देखभाल केंद्रों की संख्या	एकीकृत परामर्श और जांच केंद्र	यौन संचारित संक्रमण क्लीनिकों की संख्या	लक्षित हस्तक्षेपों की संख्या	ड्राप इन केंद्रों की संख्या
उच्च प्रसार राज्य							
मणिपुर	6	3	6	54	10	54	4
नागालैंड	4	8	5	65	11	39	10
उच्च जोखिम राज्य							
आसाम	3	32	3	83	23	58	2
जोखिम वाले राज्य							
अरुणाचल प्रदेश	1	3	0	35	14	21	0
मेघालय	1	5	1	9	8	5	1
मिजोरम	1	8	2	25	8	41	7
सिक्किम	1	2	1	13	5	6	0
त्रिपुरा	1	6	2	9	6	18	0
<b>कुल</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>20</b>	<b>293</b>	<b>85</b>	<b>242</b>	<b>24</b>

संस्थागत सुदृढीकरणरू सभी पूर्वोत्तर राज्यों में राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को कार्यक्रम के घटकों के प्रभावशाली कार्यान्वयन के लिए पर्याप्त वित्तीय और मानव संसाधन प्रदान करके सुदृढ किया गया है। पूर्वोत्तर राज्यों के लिए गुवाहाटी में एक क्षेत्रीय इकाई का विकास किया गया है।

### वित्तीय विनियोजन

तालिका 12.12 में 2009-10 का राज्यों के अनुसार वित्तीय विनियोजन दिया है।

### पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय, गुवाहाटी

नाको का एक क्षेत्रीय कार्यालय असम के गुवाहाटी में स्थित

तालिका 12.12: 2009-10 के दौरान राज्यों में वित्तीय विनियोजन 2008.09

राज्य	वित्तीय विनियोजन (लाख में)
अरुणाचल प्रदेश	814.8
आसाम	1763.02
मणिपुर	2520.49
मेघालय	459.5
मिजोरम	1322.59
नागालैंड	1938.71
त्रिपुरा	695.2
सिक्किम	415.6

है। यह एकमात्र ऐसा पहला उप-कार्यालय है जो पूर्वोत्तर राज्यों के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम की प्रतिबद्धता का प्रदर्शन करता है। यह कार्यालय 2007 से क्षेत्र में एचआईवी महामारी के प्रति राज्यों की कार्रवाई को सुदृढ़ करने में लगा हुआ है।

इस कार्यालय में लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रमों की क्षमता निर्माण में जुटे 23 जिला स्तरीय कर्मचारियों के अलावा नाको, यूएन एजेंसियों, बीएमजीएफ और बीबीसी-वर्ल्ड सर्विस ट्रस्ट के 15 तकनीकी व्यक्तियों की टीम एक टीम लीडर के नेतृत्व में कार्यरत है।

यह कार्यालय आठ पूर्वोत्तर राज्यों में राज्य एड्स नियंत्रण समितियों और मुख्य हितधारकों की क्षमता बढ़ाने का काम करता है। इनमें निम्न शामिल हैं:

- उच्च प्रसार वाले 13 जिलों पर एक विशेष ध्यान देने के साथ गुणवत्ता कार्यक्रमों को प्रदान करने के लिए राज्य एड्स नियंत्रण समितियां और प्रमुख हितधारकों के प्रदर्शन में सुधार की व्यवस्था करना।
- राज्यों द्वारा राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम की गुणवत्ता प्रबंधन प्रक्रिया और बेहतर कार्यान्वयन को सुनिश्चित करके मौजूदा व्यवस्था को सुदृढ़ करना।
- अन्य दाता एजेंसियों के साथ भागीदारी में एक अनुकूल माहौल का निर्माण करना।

## राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को तकनीकी सहायता के प्रमुख क्षेत्र

- आठ पूर्वोत्तर राज्यों के लिए परियोजना के कार्यान्वयन की योजनाओं, एचआईवी की रोकथाम, उपचार, देखभाल के लिए वार्षिक कार्य योजनाओं के विकास की व्यवस्था करना।
- स्थानीय स्तर पर सामरिक तकनीकी सहायता प्रदान करके और भारत सरकार एवं नागरिक समाज के अन्य कार्यक्रमों के साथ निकट सहयोग की स्थापना करके वार्षिक कार्य योजना के कार्यान्वयन का समर्थन करना।
- जिला, राज्य और क्षेत्रीय स्तरों पर समन्वय तंत्र की स्थापना की व्यवस्था करना और सभी साधियों से प्राप्त होने वाले तकनीकी और वित्तीय संसाधनों के प्रभावशाली उपयोग को सुनिश्चित करना।
- क्षमता निर्माण: गुवाहाटी में स्थित नाको उप कार्यालय राज्यों की क्षमता निर्माण सुनिश्चित करने के लिए निर्दिष्ट संस्थानों और कार्यक्रम के घटकों और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के बीच समन्वय स्थापित करने में मुख्य भूमिका निभाता है। इन्हें प्रशिक्षण कार्यक्रम को सही समय पर सम्पन्न करवाने और उनकी गुणवत्ता पर नजर रखने का काम सौंपा गया है।
- उप-कार्यालय श्रेणी 'ए' और 'बी' जिलों में जिला एड्स रोकथाम एवं नियंत्रण इकाईयों के गठन की व्यवस्था कर रहा है।





## सामरिक सूचना प्रबन्धन

### 13.1 निगरानी एवं मूल्यांकन

एनएसीपी-III मानता है कि मजबूत सामरिक सूचना प्रबन्धन प्रणाली (एसआईएमएस-सिम्स), प्रमाणों के आधार पर प्रभावी प्रबंधन के लिए 'पूर्व चेतावनी तंत्र' की तरह काम करती है। एड्स नियंत्रण विभाग देश भर में निगरानी एवं मूल्यांकन (एम एण्ड ई) प्रणाली को मजबूत करने के लिए वचनबद्ध है जिससे डाटा संग्रहण, संकलन, विश्लेषण एवं उसके उपयोग को प्रभावशाली तरीके से संबोधित किया जा सके। इसमें संस्थागत तंत्रों तथा राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर की क्षमताओं को स्थापित और मजबूत करता सम्मिलित है।

उपलब्ध जानकारी का अधिकतम और प्रभावशाली उपयोग करना और प्रमाणों के आधार पर योजनाओं को कार्यान्वयित करने के लिए एनएसीपी-III ने सामरिक सूचना प्रबंधन इकाई स्थापित की है। इसे राष्ट्रीय स्तर पर स्थापित किया गया है तथा राज्य स्तर पर भी स्थापित किया जा रहा है। संक्रमण को खोज निकालने में, प्रतिक्रियाओं को प्रभावशाली बनाने के लिए तथा यह जानने के लिए कि नाको, राज्य एड्स नियंत्रण समितियां और सहभागी संगठन उद्देश्यों के लिए कितना प्रतिबद्ध हैं, सामरिक सूचना प्रबंधन इकाई एनएसीपी-III की सहायता करेगा।

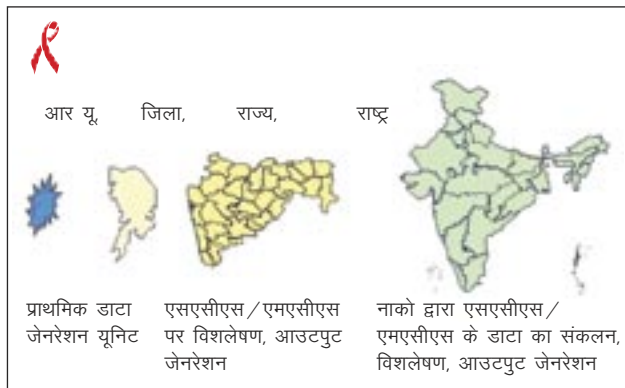
### एनएसीपी-III के लिये एकीकृत एम एंड ई योजना

एनएसीपी-III परियोजना कार्यान्वयन योजना के अन्तर्गत एमएण्ड ई के लिये एक वैचारिक ढाँचा स्थापित करने हेतु एक ठोस रणनीति बनाई गई है। एम एण्ड ई योजना के विकास के लिए सभी सहभागियों के साथ जीएफएटीएम (GFATM) के निदान उपकरणों द्वारा मूल्यांकन किया गया और एक व्यापक एमएण्ड ई योजना विकसित की गई। इस योजना ने आधारभूत नियमों, परिभाषाओं और परिचालन संबंधी प्रक्रियाओं का निर्धारण कर एक मजबूत एम एण्ड ई प्रणाली सुनिश्चित की जिससे कि भारत में एचआईवी महामारी की प्रगति और कार्यक्रम उपलब्धि की जानकारी हो सके। सामरिक सूचना प्रबंधन इकाई (SIMU) से संबंधित परिचालन संबंधी दिशानिर्देश और प्रमुख संकेतकों की एक हस्तपुस्तिका परिभाषाओं, संग्रह के स्रोत, आवृत्ति, उपयोग के स्तर, शक्तियों और सीमाओं के संबंध में विवरण देते हैं।

### बेहतर एमएण्डई के लिए प्रणाली को मजबूत बनाना

मानवशक्ति, बुनियादी सुविधाओं, हार्डवेयर और सॉफ्टवेयर तथा संपर्क सहित मौजूदा प्रणालियों का एक मूल्यांकन किया गया। भर्ती का बारीकी से निगरानी किया गया ताकि आवश्यक क्षमताओं वाले लोगों को सही स्थान मिल सके।

चित्र 13.1: एनएसीपी-III में डाटा संकलन प्रवाह



**सहायक पर्यवेक्षण सुनिश्चित** करने के लिये, तिमाही समीक्षा और एम एंड ई अधिकारियों के प्रशिक्षण की व्यवस्था शुरू की गई। रिपोर्टिंग की मात्रा और गुणवत्ता की समीक्षा की जाती है। स्थल पर निर्देश और दिशानिर्देश विकसित किये गए और उन्हें राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के पास भेजा गया।

**सूचना संबंधी आवश्यकताओं**, मौजूदा सूचना संबंधी स्रोतों और कार्यक्रम के प्रतिफलों में सुधार लाने के लिये बेहतर निगरानी हेतु खामियों की पहचान करने और प्रस्तावित योजना पर चर्चा करने के लिये प्रयुक्त होने वाले उपकरणों के मूल्यांकन के लिये घटक विशिष्ट परामर्श आयोजित किये जाते हैं।

**समयबद्धता और सीएमआईएस रिपोर्टिंग की संपूर्णता में सुधार करना:** सीएमआईएस रिपोर्टिंग की समयबद्धता और संपूर्णता में सुधार करने के लिये एक व्यवस्थित पद्धति आरम्भ की गई है। प्रमुख गैर-सूचना वाले राज्यों के दौरे के परिणामस्वरूप गैर-सूचना की समस्याओं में सुधार हुआ। इसने सीएमआईएस प्रशिक्षणों के साथ चल रहे सलाहकार सहायता के माध्यम से एक समान उपकरणों को सुदृढ़ करने में सहायता की। इसने सूचना देने में अत्यधिक सुधार किया।

**सामरिक योजना के विकास में सहायता करना:** साक्ष्य आधारित योजना कार्यक्रम के प्रभावकारी प्रतिफलों के लिए महत्वपूर्ण है। नये केन्द्रों की स्थापना करने या वार्षिक लक्ष्य तय करने और योजनाओं का विकास और समीक्षा करने के लिये कार्यक्रम संबंधी आंकड़ों का विस्तृत रूप से उपयोग किया गया। कार्य योजना के प्रदर्शन के आधार पर वार्षिक कार्य योजनाओं में वृद्धि करने का प्रस्ताव है।

**क्षमता निर्माण:** एम एंड ई को सुदृढ़ करना राष्ट्रीय एम एंड ई योजना में क्षमता निर्माण अन्तर्निहित है। तदनुसार एम एंड ई और कार्यक्रम के स्टाफ के लिए नियमित सत्र किए जाते हैं।

**एम एंड ई अधिकारियों का प्रशिक्षण:** अप्रैल 2009 में, सीएमसी वेल्लोर में एम एंड ई अधिकारियों और टीएसयू के दल प्रमुखों (सामरिक योजना) के लिये एसपीएसएस द्वारा जैव-सांख्यिकीय विधियों और विश्लेषण से संबंधित प्रशिक्षण आयोजित किया गया। अगस्त, 2009 के प्रथम सप्ताह में इसी तरह के प्रशिक्षण पूर्वोत्तर राज्यों और संघ शासित प्रदेशों के एम एंड ई अधिकारियों के लिये गुवाहाटी में आयोजित किये गये।

**एमईएसएसटी (MESST) कार्यशाला:** राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन ने ग्लोबल फंड के सुझाव पर यूएनएड्स (UNAIDS) के सहयोग से एम एंड ई प्रणाली को सुदृढ़ करने वाले उपकरणों का उपयोग करते हुये नई दिल्ली में 18-19 फरवरी, 2010 को राष्ट्रीय हितधारकों की दो दिनों की कार्यशाला का आयोजन किया। प्रमुख हितधारकों के उद्देश्य के निमित्त इस कार्यशाला ने एचआईवी के लिए राष्ट्रीय एम एंड ई प्रणाली पर चर्चा की गई।

कार्यशाला को निम्नलिखित उद्देश्य के साथ आयोजित किया गया:

तालिका 12.1: अप्रैल, 2009-जनवरी, 2010 के बीच आयोजित विभिन्न एम एंड ई प्रशिक्षण

प्रशिक्षण आयोजित किये गये	प्रशिक्षण का नाम	प्रतिभागियों की संख्या	प्रशिक्षण की तिथि एवं अवधि	स्थल
निगरानी और मूल्यांकन अधिकारी और टीएसयू के दल प्रमुख (सामरिक योजना)	एसपीएसएस के माध्यम से जैव-सांख्यिकीय विधियाँ और विश्लेषण	23	20-24 अप्रिल 2009	सीएमसी वेल्लोर
दिल्ली, गोआ, मध्य प्रदेश, हिमाचल प्रदेश और उड़ीसा के नव नियुक्त अनुश्रवण और मूल्यांकन अधिकारी	प्रवेश प्रशिक्षण	5	26-28 मई, 2009	नाको कार्यालय, नई दिल्ली
पूर्वोत्तर राज्यों और केन्द्र शासित प्रदेशों के अनुश्रवण और मूल्यांकन अधिकारी	एसपीएसएस के माध्यम से जैव-सांख्यिकीय विधियाँ और विश्लेषण	17	3-6 अगस्त, 2009	गुवाहाटी
पूर्वोत्तर राज्यों के अनुश्रवण और मूल्यांकन अधिकारी	सीएमआईएस के विघ्न निवारण संबंधी कार्यशाला	8	3-5 सितंबर, 2009	गुवाहाटी

- प्रतिभागियों/हितधारकों को एम एंड ई प्रणाली को सुदृढ़ करने वाले उपकरण के बारे में प्रशिक्षित करना।
- एचआईवी/एड्स कार्यक्रम की एम एंड ई योजना का मूल्यांकन करना, आंकड़ा प्रबंधन क्षमताओं और कार्यक्रम की सूचना प्रणाली का आकलन करना।
- तीन स्तरों (एम एंड ई योजना, आँकड़ा प्रबन्धन क्षमताओं और सूचना प्रणालियों) पर एम एंड ई की कमजोरियों और कमियों की चर्चा करने के लिये एक लागत प्रभावी कार्य योजना विकसित करना।

कार्यशाला में 65 प्रतिभागी थे जिनमें चयनित राज्य एड्स नियंत्रण समितियों (आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, दिल्ली और गुजरात) से राज्य एम एंड ई अधिकारी, प्रमुख प्राप्तकर्ताओं के प्रतिनिधि (पीआर) जीएफएटीएम के चुने हुए उप-प्राप्तकर्ताओं (एसआर) के प्रतिनिधि, विकास भागीदार, यूएन एजेन्सियां एवं राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के अधिकारी शामिल थे।

सामरिक सूचना प्रबंधन प्रणाली SIMS का विकासरू SIMS के विकास के लिए मेसर्स आइबिल्ट टेक्नोलोजीज (अब

वायम टेक्नोलोजीज लिमिटेड के नाम से जाना जाता है) को दिसंबर, 2008 में अनुबन्ध दिया गया। एजेंसी ने सभी कार्यक्रम विभागों से सलाह कर एक विस्तृत प्रणाली की आवश्यकता का अध्ययन किया और आंकड़ा निवेश उपकरण विकसित किया और प्रणालीगत आवश्यकता संबंधी निर्दिष्टीकरण (एसआरएस) और दस्तावेज की रूपरेखा राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन को समीक्षा के लिये प्रस्तुत की। प्रयोक्ता स्वीकृति परीक्षण नवंबर में और प्रायोगिक परीक्षण दिसंबर 2008 में पूरा कर लिया गया। आँकड़ा विश्लेषण और विभिन्न आँकड़ा स्रोतों/धर्मों से एकीकरण के लिये उपलब्ध केन्द्रीय सर्वर और परिष्कृत उपकरण के द्वारा वेब-आधारित अनुप्रयोग मई 2010 तक व्यवहार्य हो जायेंगे।

**राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन का वेबसाइट (www.nacoonline.org):** राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन ने अपनी वेबसाइट ( चित्र 13.2 ) का पुनर्निर्माण किया है। नयी वेबसाइट एक सामग्री प्रबंधन प्रणाली (सीएमएस) द्वारा संचालित है। सामरिक सूचना प्रबंधन विभाग नियमित आधार पर वेबसाइट की देख-रेख और नवीनीकरण कर रहा है।

तालिका 12.2: एनएसीपी-III (2009-10) के लिये डैशबोर्ड

क्रम सं.	सूचक	2012 तक एनएसीपी III के लिये लक्ष्य	अप्रैल-जून, 2009	जुलाई-सितंबर, 2009	अक्टूबर-दिसंबर, 2009
1	लक्षित हस्तक्षेप वाली मध्यवर्तन परियोजनाओं की संख्या (वर्ग द्वारा) - कुल	2,100	1,271	1,247	1,290
	क. एफ एस डब्ल्यू		439	424	437
	ख. एमएसएम		130	131	132
	ग. आईडीयू		219	220	230
	घ. ट्रक चालक		48	58	67
	ङ. प्रवासी		192	195	204
	च. महत्वपूर्ण संयोजन		243	219	220
2	पिछले महीने कंडोम के स्टॉक समाप्त होने की सूचना देने वाले टीआई (TI) की संख्या (%)	शून्य	50(3.9)	23(1.8)	12(1%)
3	क. परीक्षण किये गये आईसीटीसी (ICTC) ग्राहकों की संख्या (असंचयी)	2.2	29,99,002	3,234,884	34,82,079
	ख. परीक्षण के बाद सलाह प्राप्त करने वाले और परिणाम प्राप्त करने वाले आईसीटीसी (ICTC) ग्राहकों की संख्या		29,00,785	3,199,700	33,75,668
4	एचआईवी प्रभावित गर्भवती महिलाओं की संख्या (माँ और बच्चा) जो एआरटी (ART) रोगरोधक चिकित्सा (असंचयी) का पूर्ण कोर्स प्राप्त कर रही हैं।		2,578	3,193	3,514
5	स्वैच्छिक रक्तदाताओं द्वारा प्रदान किये गये रक्त इकाइयों का प्रतिशत	90	62	70	67.2
6	एआरटी (ART) केन्द्रों की संख्या	250	210	226	239



क्रम सं.	सूचक	2012 तक एनएसीपी III के लिये लक्ष्य	अप्रैल-जून, 2009	जुलाई-सितंबर, 2009	अक्टूबर-दिसंबर, 2009
7	एआरटी (कुल संचयी) प्राप्त करने वाले बड़े हुये एच आई वी संक्रमण वाले योग्य व्यक्तियों की संख्या	3,00,000	2,44,202	2,68,180	3,00,743
8	राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के निर्णायक निकाय में शामिल किये गये एचआरजी के प्रतिनिधियों वाले राज्य एड्स नियंत्रण समितियों का प्रतिशत	100	63(22/35)	97(34/35)	77(27/35)
9	कम से कम एक कार्यात्मक पीएलएचए नेटवर्क वाले जिलों का प्रतिशत	100	46 (289/625)	48(301/625)	50(315/630)
10	लक्ष्य से संबंधित संवितरित राशियों का प्रतिशत	100	40	40	44
11	स्वीकृत वित्तीय और प्रशासनिक प्रत्यायोजनों वाले राज्य एड्स नियंत्रण समितियों का प्रतिशत	100	88.5(31/35)	85.7(30/35)	85.7(30/35)
12	राज्यों का प्रतिशत जहाँ पिछली तिमाही में दाता सहभागिता फोरम की बैठक हुई	100	28.5(10/35)	31.4(11/35)	60(21/35)
13	राज्य एड्स नियंत्रण समितियों का प्रतिशत जहाँ एसएसीएस में जेडी (टीआई)/एडी (टीआई)/डीडी (टीआई) पद भरे गये	100	74(26/35)	86(30/35)	54(19/35)
14	राज्य एड्स नियंत्रण समितियों का प्रतिशत जहाँ परियोजना निदेशक एक वर्ष से से अधिक समय से प्रभारी है	100	62	86	72
15	कम से कम 80% सीएमआईएस (CMIS) सूचना वाले एसएएमएस का प्रतिशत	80	89	71	86.2
16	राज्य एड्स नियंत्रण समितियों का प्रतिशत जो राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन को नियमित रूप से डैशबोर्ड प्रस्तुत करता है	100	97.4	97.4	97.4
17	मूल वैधता अवधि में दिये गये अधि प्राप्ति के अनुबन्ध का प्रतिशत	100	88.8	88.8	88.8
18	तिमाही के दौरान जाँच किट के स्टॉक समाप्त होने से संबंधित आई सी टी सी (ICTC) के सूचना देने (प्रतिवेदन) की संख्या	शून्य	120(N=4,955)	130(N=4,955)	171(N=5,089)
19	तिमाही के दौरान औषधि के स्टॉक समाप्त होने के संबंध में एआरटीकेन्द्र के सूचना देने (प्रतिवेदन) की संख्या	शून्य	3	0	0
20	राज्य एड्स नियंत्रण समितियों का प्रतिशत जहाँ सूचना देने की तिमाही के दौरान शासी निकाय की बैठक हुई?	100	49(17/35)	88(31/35)	60(21/35)
21	स्थापित होने वाली जिला ईकाई (DAPCU) के साथ जिलों की संख्या	195	125	149	181

\*जनवरी 2010 में

225 टीआई दाता एजेंसी द्वारा समर्थित हैं



एड्स नियंत्रण विभाग के डिवीजनों के सहयोग के साथ कार्य कर यह वेबसाइट पर सामग्री का समय पर नवीनीकरण सुनिश्चित करता है और यह भी सुनिश्चित करता है कि अपलोड की गई सामग्री सही और प्रमाणिक हैं।

नाको, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों, अन्य शासकीय विभागों और साझेदारों के अलग प्रभागों के साथ संयोजन करके नियमित रूप से वेबसाइट नवीनीकरण सुनिश्चित किया जाता है।

वेबसाइट को एक ज्ञान केंद्र के रूप में विकसित करने, डैशबोर्ड और कुंजी प्रक्रिया संकेतकों, भौगोलिक सूचना प्रणाली सहित इसे और विशेषताएँ प्रदान करने के लिये प्रयास चल रहे हैं। इनमें पोर्टल सुविधा इंटरएक्टिव डाटा, संदेश संबंधी समाधान, दस्तावेज प्रबंधन सुविधा, बुलेटिन बोर्ड और चैटिंग सुविधा, प्रभावकारी फीडबैक और संचार शामिल हैं।

### 13.2 सर्वलेंस

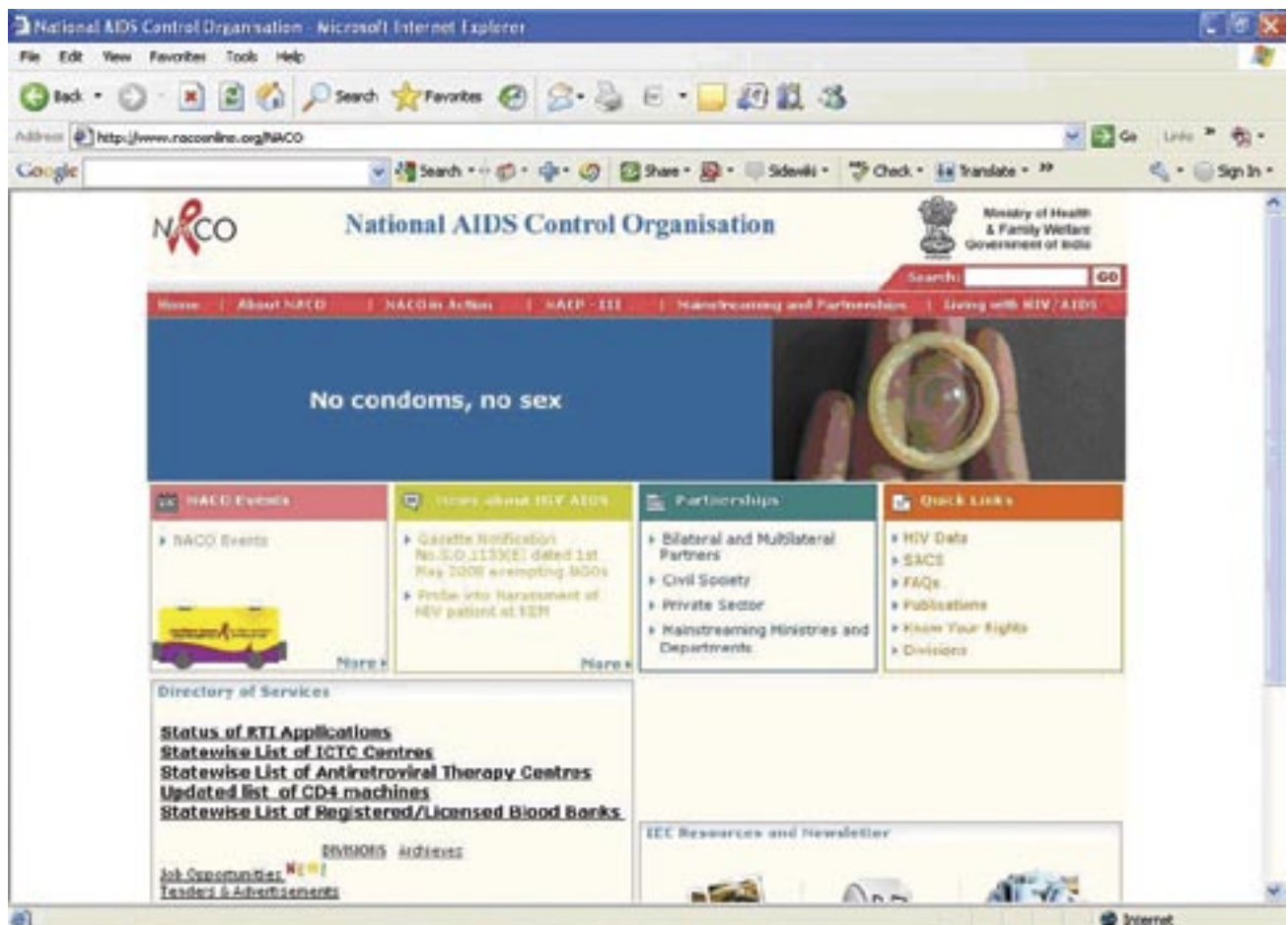
**भारत में एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस प्रणाली:** भारत में एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस प्रणाली दुनिया में सबसे बड़ी एचआईवी सर्वलेंस प्रणाली है। भारत में एचआईवी सर्वलेंस के ढाई दशक लंबे सफर में इस प्रणाली में कवरेज, प्रक्रियाओं और कार्यान्वित करने वाली संरचनाओं की दृष्टि से

उल्लेखनीय विकास हुआ है। इसमें अपनाई गई प्रभावशाली विस्तार और तात्कालिक रणनीतियाँ इसे दुनिया में सर्वश्रेष्ठ एचआईवी सर्वलेंस प्रणालियों में स्थान दिलाता है।

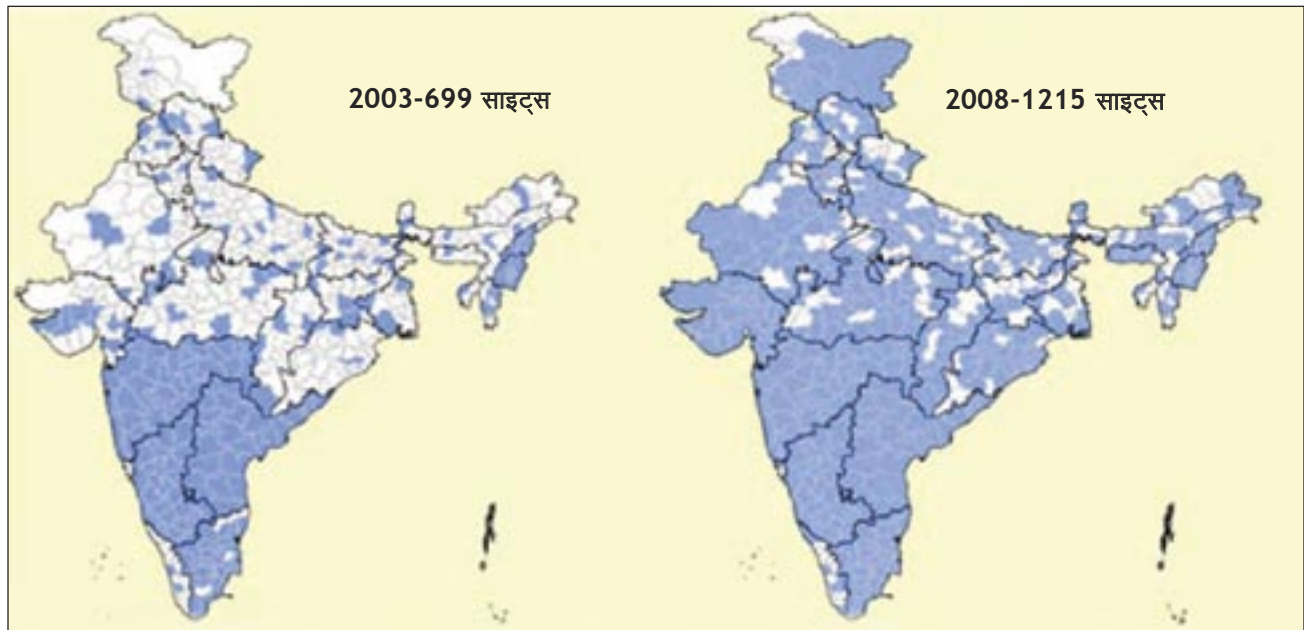
**सर्वलेंस स्थलों की बढ़ोत्तरी:** भारत में एचआईवी सर्वलेंस वर्ष 1985 से शुरू किया गया जब पहली बार आईसीएमआर ने रक्त दाताओं और यौन संक्रमित रोगों (एसटीडी) के मरीजों में सर्वलेंस संबंधी गतिविधि शुरू की। 1992 में नाको की स्थापना के बाद भारत में एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस की शुरुआत की गई जिसमें सेन्टेनल वाले स्थल शुरुआत में चुनिंदा शहरों तक ही सीमित रहे। 1998 में, नाको ने देश भर में वार्षिक एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस (HSS) को औपचारिक रूप प्रदान किया। सेन्टेनल स्थलों की संख्या 1998 में 180 से बढ़कर 2008 में 1,215 हो गई (चित्र 13.3)। HSS के तहत सर्वलेंस किये गये जनसंख्या समूह में प्रसवपूर्व क्लीनिकों (ANC) में जानी वाली गर्भवती महिलाएँ, यौन संचारित क्लीनिकों (STD) में जाने वाले मरीज, महिला सेक्स वर्कर (FSW), पुरुष के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुष (MSM), इंजेक्शन के द्वारा मादक द्रव्य लेने वाले व्यक्ति (IDU), उच्च जोखिम वाले प्रवासी एकल पुरुष प्रवासी और लंबी दूरी के ट्रक ड्राइवर शामिल हैं। (तालिका 13.3)।

**उद्देश्य:** एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस के लिए, विभिन्न लक्ष्य आबादी को शामिल करने हेतु देश भर में विशिष्ट स्थल

चित्र 13.2: NACO वेबसाइट का एक स्क्रीन शॉट



चित्र 13.3: एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस का व्यापक नेटवर्क



चयनित किये जाते हैं और एचआईवी परीक्षण के लिए एक निश्चित संख्या में नमूने एकत्रित किये जाते हैं। चूंकि प्रति वर्ष आंकड़ा एक ही चयनित स्थलों से एकत्रित किया जाता है, यह विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों और साथ ही साथ विभिन्न जनसंख्या समूहों में एचआईवी महामारी की प्रवृत्तियों को समझने में महत्वपूर्ण जानकारी उपलब्ध कराता है। आंकड़ों का उपयोग देश में एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों, एचआईवी के नए संक्रमण के मामलों, एड्स के कारण मृत्यु और एआरटी की जरूरतों के लिए किया जाता है।

एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस के उद्देश्य हैं:

- सामान्य आबादी और उच्च जोखिम वाले समूहों के बीच एचआईवी संक्रमण के स्तरों और रुझानों को समझना।
- एचआईवी संक्रमण के भौगोलिक प्रसार को समझना और एचआईवी महामारी के उभरते इलाकों की पहचान करना।
- कार्यक्रम के संसाधनों के प्राथमिकता निर्धारण और कार्यक्रम के प्रभाव के मूल्यांकन के लिये विभिन्न राज्यों और जिलों में कार्यक्रम की योजना बनाने के संबंध में जानकारी मुहैया कराना।
- एचआईवी की व्यापकता और देश में एचआईवी के बोझ, इसके अलावा, एचआईवी के नए मामलों, एड्स की वजह से मृत्यु और एआरटी की जरूरतों का मूल्यांकन करना।

### HSS की कार्य-पद्धति

तीन महीने की अवधि के लिए चयनित प्रहरी स्थलों में सालाना नमूना लिया जाता है। एएनसी और एसटीडी स्थलों पर अपनायी गई रणनीति के अन्तर्गत असंबंधित और अज्ञात

नमूने लिये जाते हैं और कुछ अतिरिक्त चरों को नमूने के साथ एकत्रित किया जाता है। प्रसवपूर्व क्लिनिकों में जाने वाली गर्भवती महिलाओं को सामान्य आबादी के लिए प्रतिनिधि के रूप में लिया जाता है। 15-49 वर्ष की महिलाओं में वे जो नामित प्रसवपूर्व स्थलों में जा रही हैं और शामिल किए जाने वाले मापदण्डों को पूरा करती हैं उन्हें इसमें शामिल किया जाता है। एएनसी क्लिनिक में नियमित परीक्षण के लिए एकत्र किए गए शिरापरक नमूनों के एक हिस्से को सभी व्यक्तिगत पहचानकर्ताओं को हटाकर एचआईवी के परीक्षण के लिए अलग किया जाता है। नमूने का आकार 400 तक पहुँचने तक या निगरानी अवधि के अंत तक, जो भी पहले हो, महिलाओं को भर्ती किया जाता है। एसटीडी स्थलों के मामले में नमूने को दो स्रोतों से संग्रह किया जाता है, एसटीडी क्लिनिक और उसी अस्पताल में स्थित प्रसूति एवं स्त्री रोग (OBG) क्लिनिक। 250 नमूनों के लिये यौन संचारित रोग (STD) क्लिनिक में व्यक्तियों से 150 नमूने और ओबीजी (OBG) क्लिनिक में व्यक्तियों से 100 नमूनों संग्रह किये जाते हैं। केवल एसटीडी के लगातार नये मामलों जिनका संलक्षणात्मक रूप से निदान किया जाता है (अर्थात जननांग के अल्सर, मूत्रमार्ग या ग्रीवा संबंधी स्राव और जननांग संबंधी मस्सा के मामले) लिये जाते हैं।

उच्च जोखिम समूह वाले व्यक्ति – आईडीयू, एफएसडब्ल्यू, एमएसएम, एकल पुरुष प्रवासी और ट्रक ड्राइवरदुके नमूने सेवा स्थलों पर लिये जाते हैं – उदाहरण के लिए नशा मुक्ति केन्द्र, ड्रॉप इन सेन्टर और एनजीओ क्लिनिक। 250 का नमूना आकार पहुँचने तक या सर्वेलेस अवधि की समाप्ति तक, जो भी पहले हो नमूने लिए जाते हैं। अपनाई गई रणनीति है सूचित सहमति द्वारा असंयोजित अज्ञात व्यक्ति। एचआरजी साइटों पर, मौजूदा दौर के दौरान नमूने के संग्रह के सूखे हुये रक्त के धब्बे (DBS) वाली विधि शुरू की

तालिका 13.3: भारत में सेन्टेनल स्थलों में वृद्धि (1998-2008)

साइट प्रकार	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008.09
एसटीडी	76	75	98	133	166	163	171	175	251	248	217
एएनसी	92	93	111	172	200	266	268	267	470	484	498
आईडीयू	5	6	10	10	13	18	24	30	51	52	61
एमएसएम	—	—	3	3	3	9	15	18	31	40	67
एफएसडब्ल्यू	1	1	2	2	2	32	42	83	138	137	194
एएनसी (ग्रामीण)	—	—	—	—	—	210	122	124	158	162	162
क्षय रोग	2	2	—	—	—	—	7	4	—	—	—
प्रवासी	—	—	—	—	—	—	—	1	6	3	8
हिजड़े	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1
ट्रक ड्राइवर	—	—	—	—	—	—	—	—	15	7	7
मछुआरे	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
अन्य	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
कुल	176	177	224	320	384	699	649	703	1122	1134	1215

गई है। एचआरजी स्थलों पर इस विधि को लागू करने में व्यवहार्यता के मामलों को समझने के लिये अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली द्वारा एक परिचालनात्मक व्यवहार्यता अध्ययन शुरू किया गया है। (तालिका 13.4)

### नमूने का परीक्षण और गुणवत्ता नियंत्रण

दो परीक्षण वाला प्रोटोकॉल निश्चयात्मकता निर्धारित करने के लिए अपनाया जाता है। एएनसी और एसटीडी स्थलों से प्राप्त नमूने की जाँच संबंधित राज्य में नामित परीक्षण प्रयोगशालाओं में की जाती है। प्रयोगशाला परीक्षण के लिए बाह्य गुणवत्ता आश्वासन योजना (EQAS) की एक एक सुपरिभाषित प्रणाली होती है। दस राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाएं EQAS के लिए नोडल प्रयोगशालाएं हैं जहां सभी पॉजिटिव नमूनों और सभी परीक्षण प्रयोगशालाओं से बिना क्रम के चयनित 5% नेगेटिव नमूनों की गुणवत्ता आश्वासन के लिए पुनः जाँच की जाती है। एच आर जी (HRG) स्थलों (साइटों) से प्राप्त डीबीएस (DBS) नमूनों का ग्यारह प्रयोगशालाओं में परीक्षण किया जाता है जो डीबीएस परीक्षण के लिए नामित और प्रशिक्षित होते हैं। एनएआरआई (NARI), पुणे डीबीएस नमूने के परीक्षण के लिए गुणवत्ता नियंत्रण प्रदान करता है।

**कार्यान्वित करने वाली संरचना:** सेन्टेनल सर्विलेंस लागू करने के लिए समन्वय, समर्थन और पर्यवेक्षण के माध्यम से राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली द्वारा राष्ट्रीय नोडल एजेंसी के रूप में और देश में सात क्षेत्रीय सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं द्वारा किया जाता है। इनमें स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान,

चंडीगढ़, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली, राष्ट्रीय एड्स अनुसंधान संस्थान, पुणे, राष्ट्रीय जानपदिक रोग विज्ञान संस्थान, चेन्नई, अखिल भारतीय स्वच्छता एवं जन स्वास्थ्य संस्थान, कोलकाता, राष्ट्रीय हैजा और आंत्र रोग संस्थान, कोलकाता और क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान संस्थान, इम्फाल शामिल हैं। इन के अलावा, हर राज्य में एक राज्य सर्विलेंस दल है, जिसमें सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ और सूक्ष्म जीव विज्ञानी शामिल होते हैं जो सेन्टेनल सर्विलेंस प्रणाली में शामिल कर्मियों के प्रशिक्षण की देखरेख करते हैं और साथ ही साथ पर्यवेक्षण और निगरानी भी करते हैं। राज्य स्तर पर आँकड़ा विश्लेषक की सहायता करने के लिये राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन ने राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में महामारी विज्ञानी को भी नियुक्त किया है। इसके अलावा, एनआईएचएफडब्ल्यू, नई दिल्ली केन्द्रीय सर्विलेंस टीम के दल के सदस्यों के रूप में कार्य करने वाले वरिष्ठ जन स्वास्थ्य विशेषज्ञों और सूक्ष्म जीव विज्ञानियों के समूह के माध्यम से पर्यवेक्षण करता है। (तालिका 13.4)।

**एचएसएस के अन्तर्गत प्रशिक्षण:** एचएसएस के अंतर्गत सभी प्रशिक्षण कार्यक्रम क्षेत्रीय संस्थानों और राज्य निगरानी दलों द्वारा संचालित किये जाते हैं। एचआईवी सेन्टेनल सर्विलेंस (HSS) में सूखे रक्त धब्बे (DBS) की विधि के कार्यान्वयन के लिये परिचालन संबंधी व्यवहार्यता अध्ययन ने यह संकेत दिया है कि डीबीएस तकनीक के सफल कार्यान्वयन के लिये प्रशिक्षण महत्वपूर्ण है। तदनुसार, HRG साइटों के लिए एक दो स्तरीय प्रशिक्षण योजना विकसित की गई। प्रशिक्षकों के लिये प्रथम स्तरीय प्रशिक्षण (TOT) सभी क्षेत्रीय संस्थानों (आरआई) में संचालित किया गया जहाँ आरआई दलों,

तालिका 13.4: एच आई वी सेन्टेनल सर्वलेंस की कार्य –प्रणाली

मद	सामान्य आबादी के बीच सर्वलेंस	उच्च जोखिम वाले समूहों (HRG) और ब्रिज पोपुलेशन के बीच सर्वलेंस	विशेष समूहों के बीच सर्वलेंस
जनसंख्या समूह	15–49 वर्षों के आयु-वर्ग में ANC क्लिनिक जाने वाली गर्भवती महिलाएँ	महिला यौन कर्मी, पुरुष के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुष, इंजेक्शन लगाकर मादक द्रव्य लेने वाले व्यक्ति, हिजड़े, प्रवासी व्यक्ति, 15–49 वर्षों के आयु-वर्ग के ट्रक ड्राइवर	एसटीडी (STD) क्लिनिक में जाने वाले 15–49 वर्षों के आयु-वर्ग के मरीज
नमूने का आकार	लगातार नमूना संग्रह द्वारा 400	सेवा स्थलों या उपनगरों में लगातार नमूना संग्रह द्वारा 250	लगातार नमूना संग्रह द्वारा 250
नमूना संग्रह की विधि	एएनसी क्लिनिकों में रक्त संग्रह की नियमित विधि (अन्तरुशिरापरक नमूने)	एच आर जी स्थलों (साइटों) पर सूखे रक्त के धस्बे वाली विधि (रक्त की बूँद ऊँगली में चुभा कर संग्रह किया गया)	एस टी डी क्लिनिकों में रक्त संग्रह की नियमित विधि (अन्तःशिरापरक नमूने)
परीक्षण रणनीति	अज्ञात असंयोजित व्यक्ति	अज्ञात असंयोजित व्यक्ति को सूचित सहमति द्वारा	अज्ञात असंयोजित व्यक्ति
परीक्षण प्रोटोकॉल	2-परीक्षण प्रोटोकॉल	2-परीक्षण प्रोटोकॉल	2-परीक्षण प्रोटोकॉल

राज्य निगरानी दलों और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के अधिकारियों को प्रशिक्षकों के रूप में प्रशिक्षित किया गया। एनएफएचएस-III दल से डीबीएस विधि के विशेषज्ञों को टीओटी के लिये मास्टर प्रशिक्षक के रूप में शामिल किया गया। उच्च जोखिम समूह के साइट के कर्मियों का द्वितीय स्तरीय प्रशिक्षण संबंधित क्षेत्रीय संस्थानों/राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में आयोजित किया गया। डीबीएस नमूनों के संग्रह के लिए हर एचआरजी स्थल पर प्रयोगशाला तकनीशियनों, नर्स/सलाहकार/डॉक्टरों की पहचान की गई। उपर्युक्त दोनों प्रशिक्षण तीन दिनों की अवधि के लिये थे जिसमें से डेढ़ दिन कौशल-निर्माण संबंधी व्यावहारिक क्षेत्र अभ्यास के लिये थे। एनएआरआई पुणे और डब्ल्यूएचओ के सहयोग से प्रशिक्षण पाठ्यक्रम, प्रशिक्षकों का मॉड्यूल और प्रशिक्षुओं का मॉड्यूल विकसित किया गया। टीओटी और एचआरजी साइट कर्मियों के लिए प्रशिक्षण दिसंबर 2008 और जनवरी 2009 के दौरान आयोजित किये गये। एचआरजी साइट कर्मियों के लिए एक दिन का प्रशिक्षण सभी राज्यों में मार्च-अप्रैल 2009 के दौरान आयोजित किया गया।

**खरीद और आपूर्ति:** परिचालनात्मक दिशा निर्देशों को संशोधित और मुद्रित किया गया और उन्हें सभी सेन्टेनल स्थलों, भाग लेने वाली संस्थानों और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को वितरित किया गया। केन्द्रीय खरीद (आयात) और डीबीएस विधि के लिए आवश्यक उपभोक्ता वस्तुओं की आपूर्ति को पूरा किया गया। विशेष नमूने वाले परिवहन बक्से को इंडिया पोस्ट और भारतीय पैकेजिंग संस्थान, दिल्ली के सहयोग से विकसित किया गया। सेन्टेनल स्थलों से नमूनों को ले जाने और डीबीएस नमूनों को परीक्षण प्रयोगशालाओं तक ले जाने के लिये स्पीड पोस्ट का सहारा लिया गया।

**पर्यवेक्षण और गुणवत्ता की समीक्षा:** एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस की अवधि के दौरान सहायक पर्यवेक्षण चार स्तर पर होता है। केन्द्रीय सर्वलेंस दल के सदस्य, क्षेत्रीय संस्थान दल, राज्य सर्वलेंस दल और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के अधिकारीगण। उन स्थलों पर जाकर प्रशिक्षण प्रदान किये जाते हैं जहाँ पर्यवेक्षण संबंधी भ्रमण के दौरान समस्याएँ देखी गईं। समस्या वाले स्थलों पर पुनः भ्रमण करने, सर्वलेंस प्रक्रिया की गुणवत्ता की समीक्षा करने और इन स्थलों से उत्पन्न होने वाले आँकड़ों को मान्यता देने के लिये विशेष दलों का भी गठन किया जाता है।

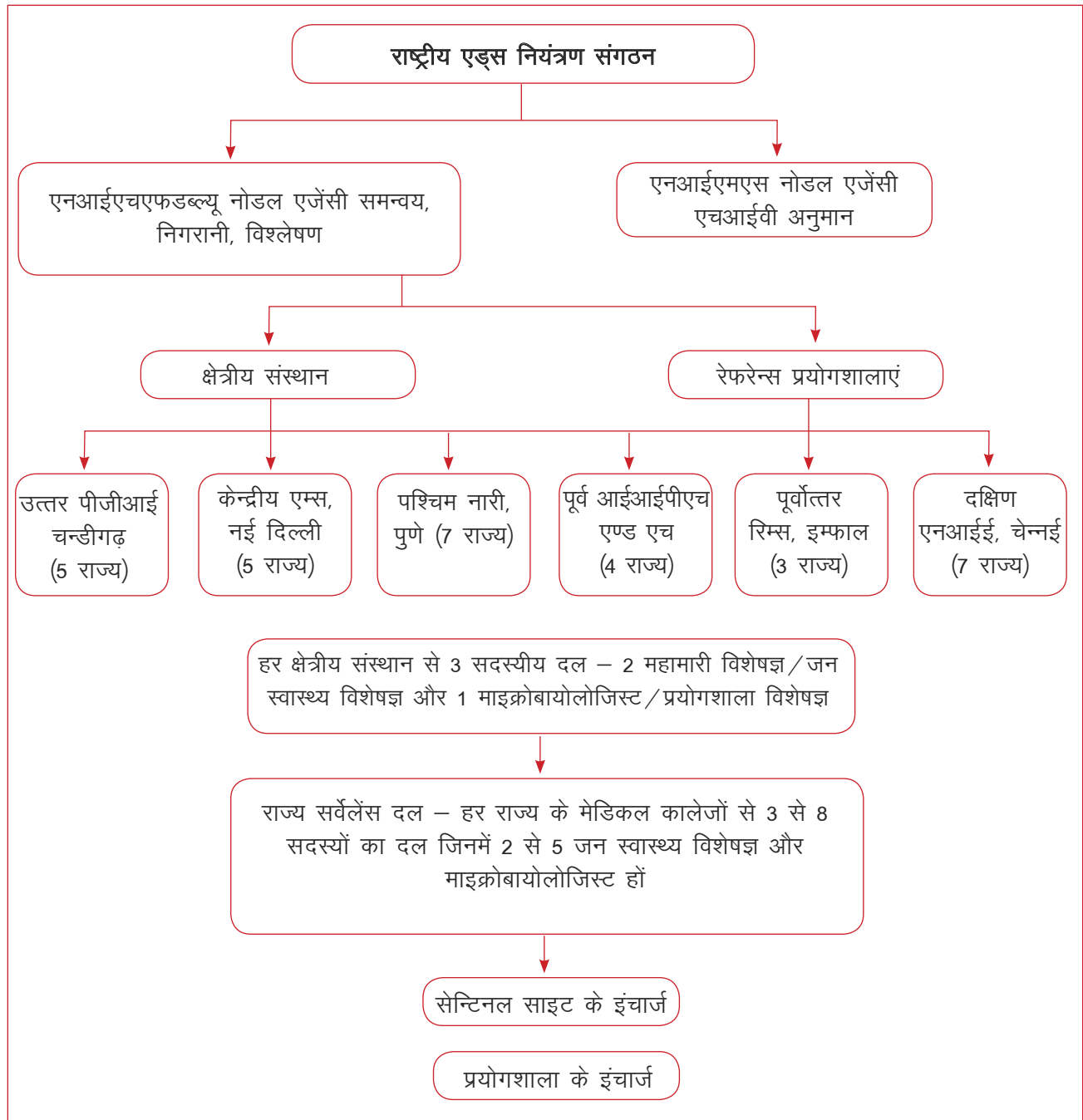
**आँकड़ा प्रविष्टि:** एनआईएचएफडब्ल्यू, नई दिल्ली द्वारा विकसित और देख-रेख किये गये वेब-आधारित प्रविष्टि प्रणाली के माध्यम से आँकड़ा प्रविष्टि की जाती है। राज्य एड्स नियंत्रण समितियों और क्षेत्रीय संस्थानों में दोहरी आँकड़ा प्रविष्टि की जाती है जिसके बाद आँकड़ा प्रविष्टि संबंधी किसी भी त्रुटियों से बचने के लिये और विश्लेषण के लिये और स्वच्छ आँकड़ा (डाटा) सुनिश्चित करने के लिये उसका मिलान किया जाता है। एनआईएचएफडब्ल्यू, नई दिल्ली में वेब-आधारित आँकड़ा प्रविष्टि पैकेज में आँकड़ा प्रविष्टि ऑपरेटर्स और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों एवं क्षेत्रीय संस्थानों में सर्वलेंस अधिकारियों के लिए विशेष प्रशिक्षण आयोजित किये जाते हैं। आँकड़ा प्रविष्टि प्रारूप केन्द्रीय रूप से मुद्रित किये जा चुके हैं और सभी राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को उनकी आपूर्ति की जा चुकी है।

### 2009-10 के दौरान एचएसएस गतिविधियां

पश्चिम बंगाल, असम, हरियाणा, कर्नाटक तमिलनाडू, और मणिपूर इन राज्यों में एएनसी सर्वलेंस के दौरान अनपेक्षित आँकड़ों की तहकीकात की गई। विशेषज्ञों के दल स्थापित



चित्र 13-4: सामरिक सूचना प्रबंधन



किये गये और एचआईवी व्यापकता के आँकड़ों की वैधता की जांच की गई।

29 राज्यों की 335 जगहों पर (तालिका 13.3) उच्च जोखम समूहों में एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस 15 अप्रैल 2009 से 15 जुलाई, 2009 के दौरान किया गया। तालिका में राज्यों के अनुसार जगहों की संख्या दी गयी है। 1000 लोगों जिनमें साइट-प्रमुख, प्रयोगशाला तकनीशियन और नर्स/सलाहकार शामिल हैं, को प्रशिक्षण दिया गया। नमूना संग्रह और परिवहन के हेतु सामग्री को जगहों पर उपलब्ध करवाया जाएगा। परीक्षण के लिये 40 केन्द्रीय दल सदस्य, 30 क्षेत्रीय संस्थाओं के सदस्य, 120 राज्य सर्वलेंस दलों के सदस्य और 45 राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के सदस्यों ने

निगरानी दौरे किए। एचआरजी सर्वलेंस के लिए सन् 2009 में 80,000 सूखे रक्त नमूने एकत्र किए गए। इन नमूनों की 11 प्रशिक्षित प्रयोगशालाओं में जाँच की गयी। एनएआरआई, पुणे ने डीबीएस नमूनों के लिए गुणवत्ता आश्वासन प्रदान किया। दोहरी आँकड़ा प्रविष्टि राज्य एड्स नियंत्रण इकाईयों और क्षेत्रीय संस्थानों में की गई। विश्व स्वास्थ्य संगठन भारत ने आँकड़ों के मिलान और अन्तिम रूप देने में मदद की।

**एचआईवी सेन्टेनल सर्वलेंस में सामरिक सुधार:** एनएसीपी-III के दौरान, सर्वलेंस प्रणाली में तकनीकी और साथ ही साथ परिचालात्मक रूप से सुधार लाने के लिये अनेक प्रयास किये जा रहे हैं। यह भी सुनिश्चित किया जा रहा है कि सर्वलेंस प्रणाली देश में एचआईवी महामारी की गतिशीलता संबंधी

आवश्यकताओं को पूरा कर सके। जबकि भर्ती संबंधी रणनीति में संशोधन करना और उच्च जोखिम वाले समूह के स्थलों पर नमूना संग्रह पद्धति में सुधार लाना तकनीकी मोर्चे पर प्रमुख सामरिक परिवर्तन हैं, एक प्रभावी और संरचित प्रशिक्षण कार्यक्रम की स्थापना पर ध्यान केन्द्रित करना और एक मजबूत निगरानी और पर्यवेक्षण प्रणाली को संस्थागत रूप देना परिचालात्मक मोर्चे पर महत्वपूर्ण सामरिक प्रयास हैं। समग्र रूप से, एनएसीपी-III के दौरान एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस कार्यक्रम में गुणवत्ता मुख्य केन्द्र बिन्दु रहा है।

HSS में 2008-09 के दौरान निम्नलिखित महत्वपूर्ण विकास हुए:

### सामरिक परिवर्तन

- क. उच्च जोखिम समूह सर्वेलेस पर अधिक ध्यान केन्द्रित करना – एचआरजी साइटों का प्रमुख विस्तार
- ख. एनसीपी सर्वेलेस के द्वारा ग्रामीण क्षेत्रों में और कम प्रसार वाले राज्यों में प्रवास के कारण महामारी फैलने के पैटर्न का पता लगाना – प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ग्रामीण समग्र एनसीपी साइटों को स्थापित करना
- ग. अप्रैल, 2008 में आयोजित भारत में एचआईवी सर्वेलेस पर तकनीकी परामर्श की सिफारिशों के अनुसार उच्च व्याप्ति वाले राज्यों में एसटीडी साइटों को छोड़ देना
- घ. परीक्षण की बेहतर गुणवत्ता और साथ ही साथ बारीकी से पर्यवेक्षण सुनिश्चित करने के लिए, एनसीपी और एसटीडी नमूनों के परीक्षण करने वाले प्रयोगशालाओं की संख्या कम करना और सिर्फ एलिसा (ELISA) सुविधा सहित प्रयोगशालाओं में ही परीक्षण करना।

### तकनीक और क्रियाविधि विज्ञान

- क. एचआरजी स्थलों पर समस्याओं पर नियंत्रण प्राप्त करने के लिये वहाँ पर नमूने संग्रह की सूखे रक्त धब्बे वाली विधि (DBS) शुरू गई।
- ख. नैतिक चिंताओं को दूर करने के लिये उच्च जोखिम समूह के साइटों पर सूचित अनुमति/सहमति की शुरुआती अस्वीकृतियों और उसके कारणों को दस्तावेजों में अंकित करने के लिये सूचित अनुमति/सहमति प्रपत्र (फॉर्म) और रजिस्टरों के मानक प्रारूप विकसित किए गए, सूचित अनुमति/सहमति प्रपत्रों को सभी स्थानीय भाषाओं में अनुवाद किया गया
- ग. गुजरात में एचआरजी स्थलों में लगातार नमूने प्राप्त करने की विधि के बजाय भर्ती के क्रम रहित नमूने प्राप्त करने वाली विधि शुरू की। अनुभव को मजबूत करने की आवश्यकता और सबक से सीखा गया।
- घ. साइटों को निगरानी में शामिल करने के पूर्व क्षेत्रीय संस्थानों द्वारा नए सेन्टेनल स्थलों का पूरी तरह से तकनीकी सत्यापन किया गया, बुरे प्रदर्शन करने वाले स्थलों को छोड़ दिया गया।
- ङ. कारणों को समझने और आवश्यक सुधार करने के लिए असामान्य निष्कर्षों में महामारी विज्ञान संबंधी जांच (प्रसार में अचानक वृद्धि या कमी) की गई।

कार्यान्वयन प्रणाली:

- क. एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस के लिए राष्ट्रीय कार्य योजना विकसित की गई।
- ख. पूर्वोत्तर राज्यों में एसएसएस को मजबूत करने के लिये दो नए क्षेत्रीय संस्थानों की स्थापना की गई।
- ग. निर्दिष्ट राज्यों में एचएसएस गतिविधियों के प्रभावी समन्वय के लिए क्षेत्रीय संस्थानों को अतिरिक्त मानव शक्ति उपलब्ध कराई गई।
- घ. राष्ट्रीय और क्षेत्रीय स्तरों पर पूर्व निगरानी योजना बैठकें और उत्तर निगरानी समीक्षा बैठकें आयोजित की गईं।
- ङ. एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस गतिविधियों के महत्व के प्रति जिला स्वास्थ्य अधिकारियों और संस्थानों के प्रमुखों को जिले में संवेदनशील बनाने के लिए/बेहतर प्रशासनिक माहौल बनाने की सुविधा के लिए कुछ राज्यों में बैठकें आयोजित की गईं।
- च. एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस के लिए तात्कालिक परिचालन संबंधी दिशानिर्देश
- छ. डीबीएस नमूने के परीक्षण के लिए मानक संचालन प्रक्रियाओं (SOP) एचआरजी के स्थलों और साथ ही साथ प्रशिक्षण संबंधी प्रयोगशाला में डीबीएस नमूना प्रबंधन के लिए स्पष्ट दिशा निर्देश विकसित किया गया।

### प्रशिक्षण

- क. टीओटी के साथ दो-स्तरीय प्रशिक्षण योजना जिसके बाद साइट कर्मियों का प्रशिक्षण होता है।
- ख. एक समान सत्र कार्यक्रम के साथ सभी राज्यों में प्रशिक्षण सारणी को मानकीकृत किया गया।
- ग. प्रस्तुतियों के रूप में प्रशिक्षण मॉड्यूल और सहजकर्ता मॉड्यूल विकसित किये गये ताकि सभी राज्यों में एक ही सामग्री वितरित किया जाये
- घ. डीबीएस नमूना प्रबंधन के संबंध में कठोर कौशल-आधारित प्रशिक्षण जिसमें एनएफएचएस – III के विशेषज्ञों को मास्टर प्रशिक्षक के रूप में शामिल किया गया व सूचित सहमति का प्रयोग करने में व्यावहारिक क्षेत्र अभ्यास और डीबीएस नमूना प्रबंधन को भी पहली बार शामिल किया गया।
- ङ. प्रशिक्षण पर निगरानी में सुधार लाया गया
- च. डीबीएस नमूना संग्रह में 350 प्रयोगशाला तकनीशियनों को और ग्यारह राष्ट्रीय प्रयोगशालाओं को डीबीएस नमूना परीक्षण में प्रशिक्षित किया गया

### खरीद (अधिप्राप्ति) और नमूना परिवहन

- क. एचआरजी साइटों में केंद्रीकृत खरीद (अधिप्राप्ति) और सर्वश्रेष्ठ गुणवत्ता वाली उपभोग्य सामग्रियों का आयात।
- ख. एचएसएस और नाको के लिए विकसित अनुकूलित फिल्टर पेपर कार्ड।
- ग. राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा एचएसएस के लिए प्राप्त किये जाने वाली उपभोग्य सामग्रियों के निर्दिष्टीकरण को मानकीकृत किया।

## सूखा रक्त स्थान (डीबीएस) विधि का सफल कार्यान्वयन

रक्त के नमूने संग्रह के सूखा रक्त स्थान विधि का एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस के अंतिम दौर के दौरान 335 उच्च जोखिम समूह स्थलों पर सफलतापूर्वक लागू किया गया। उपभोग्य वस्तुओं की एक समान गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिये अमेरिका से विशिष्ट उपभोग्य सामग्रियाँ जैसे कि प्रोटीन सेवर पत्र, स्व-त्यागने योग्य सुरक्षा नशतर, कम पारगम्य जिपलॉक बैग, जल शुष्कक पैक और सुखाने वाले आयात किये गये। प्रत्येक कार्ड पर नाको के लेबल के साथ प्रोटीन सेवर कार्ड विशेष एचआईवी प्रहरी निगरानी के लिए अनुकूलित किया गया। मानक संचालन प्रक्रिया, प्रशिक्षण नियमावली और इलेक्ट्रॉनिक रिपोर्टिंग प्रारूप विकसित किये गये। 350 प्रयोगशाला तकनीशियनों को प्रहरी स्थलों पर डीबीएस नमूना संग्रह और प्रबंधन में और डीबीएस नमूनों के परीक्षण में 11 राष्ट्रीय प्रयोगशालाओं में कठोर कौशल आधारित प्रशिक्षण प्रदान किये गये। परीक्षण की गुणवत्ता को सुनिश्चित करने के लिये EQAS कार्यप्रणाली को उपयुक्त स्थान पर रखा गया।

प्रहरी साइटों और साथ ही साथ परीक्षण प्रयोगशालाओं से डीबीएस विधि के संबंध में सकारात्मक प्रतिक्रिया प्राप्त की जाती है। इसने गैर सरकारी संगठन (NGO) साइटों से नमूने के संग्रह और प्रेषण में भेजने की सुविधा में सुधार किया है। इसने उच्च जोखिम समूह के व्यक्तियों को निगरानी में भाग लेने की इच्छा को भी बढ़ाया है। शिरापरक मार्ग से नमूना संग्रह की पद्धति से ऊँगली में चुभन विधि में बदलाव होने से इंजेक्शन के द्वारा मादक द्रव्य लेने वाले व्यक्तियों में अधिक बड़े पैमाने पर भागीदारी देखी गई। HRG साइटों से अवैध नमूनों की अनुपात में काफी कमी आई है।

### एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस में डीबीएस विधि के संभावित लाभ:

- उंगली चुभन के माध्यम से नमूना संग्रह – एक तरीका जिसे किसी व्यक्ति के द्वारा न्यूनतम प्रशिक्षण के साथ अभ्यास किया जा सकता है।
- नमूना प्रसंस्करण आसान बनाया गया – सुखाना और पैकिंग करना
- भंडारण और सीरम के अलगाव के लिए किसी उपकरण की आवश्यकता नहीं
- बिजली की आपूर्ति पर निर्भरता नहीं
- नमूने को एक उचित अवधि के लिए कमरे के तापमान पर रखा जा सकता है
- रिसाव/रक्त-अपघटन/ कवक विकास आदि की कोई समस्या नहीं
- सूखा रहने पर गैर संक्रामक। परा-दूषण का कोई मौका नहीं
- लेबल लगाने के काम में सुधार किया जा सकता है और गलत लेबल लगाने के कम अवसर
- जैव चिकित्सा अपशिष्ट की कम मात्रा का निर्माण – जैव सुरक्षा के अधिक सरल उपाय
- स्वयं के प्रयोग के छोड़ देने योग्य सुरक्षा नशतर के कारण सुई का कोई जोखिम नहीं
- नमूनों का परिवहन बहुत सामान्य, कम महंगा और सुरक्षित
- गुणवत्ता नियंत्रण/पुनःपरीक्षण/अन्य परीक्षणों के लिये पर्याप्त नमूना
- लंबे समय तक भंडारण आसान है। भंडारण के लिए काफी कम जगह आवश्यक है।
- उत्तरदाताओं, विशेष रूप से आईडीयू के बीच व्यापक स्वीकार्यता
- गुणवत्ता एवं निगरानी परिणामों की विश्वसनीयता बढ़ी

घ. सेन्टेनल साइटों से परीक्षण प्रयोगशालाओं के लिए शिरापरक नमूनों के परिवहन के लिए मानक नमूना परिवहन बक्से के इस्तेमाल को प्रोत्साहित किया।

ड. परिवहन के दौरान नमी और अत्यधिक तापमान से नमूनों की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिये इंडिया पोस्ट और भारतीय पैकेजिंग संस्थान के सहयोग से विशेष पूर्व – मुद्रित थर्मोकोल परत वाले परिवहन बक्से विकसित किये जाते हैं।

च. एचआरजी साइटों से डीबीएस नमूनों को इकट्ठा करने और उसके परिवहन के लिए स्पीड पोस्ट को नियुक्त किया गया।

### पर्यवेक्षण और निगरानी

क. एचएसएस गतिविधियों के पर्यवेक्षण के सभी चार स्तरों – केन्द्रीय दल, क्षेत्रीय संस्थानों, राज्य निगरानी दलों और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को सुदृढ़ किया।

ख. प्रत्येक राज्य में राज्य निगरानी दलों की क्षमता बढ़ा कर उन्हें मजबूत किया।

ग. राज्य एड्स नियंत्रण समितियों स्तर पर टी आई (TI) विभाग के अधिकारियों को शामिल किया।

घ. अंतिम दौर के दौरान प्रत्येक एचआरजी साइट का दौरा किया गया।

ड. प्रथम पंद्रह दिनों के दौरान प्रहरी स्थलों की पहली यात्रा पर जोर ताकि निगरानी के शुरुआती हिस्से में भूलों में सुधार किया जाए।

च. पर्यवेक्षण संबंधी यात्रा के लिये तात्कालिक और मानकीकृत रिपोर्टिंग प्रारूप।

छ. गुणवत्ता के वास्तविक समय अनुश्रवण और नमूने के कवरेज के लिये डीबीएस नमूने का परीक्षण करने वाली प्रयोगशालाओं में इलेक्ट्रॉनिक रिपोर्टिंग की शुरुआत।

ज. नमूनों की गुणवत्ता पर एचआरजी साइटों पर परीक्षण प्रयोगशालाओं से तत्काल प्रतिक्रिया।

## ऑकड़ा प्रबंधन

- क. महामारी विज्ञान संबंधी अतिरिक्त प्रश्नों के साथ सुधरा हुआ ऑकड़ा
- ख. राज्य एड्स नियंत्रण समितियों और क्षेत्रीय संस्थानों में दोहरी ऑकड़ा प्रविष्टि और उसके बाद ऑकड़ा प्रविष्टि में त्रुटियों को खत्म करने के लिए आंकड़ों के साथ मिलान करना

## बजट

- क. घरेलू बजटीय स्रोतों से राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को एचएसएस के लिए अलग से बजट।
- ख. एचएसएस में व्यय की बेहतर वित्तीय निगरानी की अनुमति प्रदान करने के लिये नाको के CPFMS में निगरानी घटक को शामिल करना।
- ग. धन के प्रभावी उपयोग के लिए सेन्टेलन स्थलों और परीक्षण प्रयोगशालाओं को वित्तीय सहायता में संशोधन।

## भारत में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों का आकलन

नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ ऑफ मेडिकल स्टैटिस्टिक्स, नयी दिल्ली भारत में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या का राष्ट्रीय स्तर पर आकलन करने वाली नोडल एजेंसी है। भारत में एचआईवी रोगियों की संख्या का आकलन पहली बार 1994 में 52 साइटों से जुटाए आंकड़ों के आधार पर किया गया था तभी से देश में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या का आकलन करने की प्रक्रिया व्यापक स्तर पर आरम्भ हुई। तब से वे सैम्पल जिनसे सेन्टेनल सर्वेलेस की व्यवस्था के जरिये आंकड़े जुटाए गये हैं, वास्तविक रूप से सामान्य जनसंख्या का प्रतिनिधित्व नहीं करते, सामान्य जनसंख्या के लिये आकलन तैयार करने के लिये कुछ खास अनुमानों का इस्तेमाल किया जाता है। वर्षों से, इन अनुमानों को आँकड़ों के अन्य उपलब्ध स्रोतों की मदद से धीरे-धीरे परिष्कृत किया गया है।

आँकड़ों के स्रोतों और इनके इस्तेमाल के तरीकों में महत्वपूर्ण सुधारों की वजह से वर्ष 2006 भारत में एचआईवी आकलन के इतिहास में एक मील का पत्थरसाबित हुआ है। इस अवधि में डब्ल्यूएचओ/यूएनएड्स वर्कबुक और स्पेक्ट्रम सोफ्टवेयर पैकेज का इस्तेमाल कर वैश्विक स्तर पर तुलनात्मक अनुमान प्राप्त किये गये, जिन्हे विशेषकर निम्न एवं स्पष्ट रूप से संक्रामक एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या का अनुमान लगाने के लिये डिजाइन किया गया था। यह राष्ट्रीय एवं अंतरराष्ट्रीय संस्थाओं और विशेषज्ञों के साथ लम्बी निरंतर चर्चा और सलाह का नतीजा था। 2007 में जारी संशोधित अनुमानों को एनएसीपी-III गतिविधियों की कार्ययोजना तैयार करने के लिये आधार बनाया गया।

2005 तक एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या का अनुमान आँकड़ों के केवल एक स्रोत-एचआईवी सेन्टेनल सर्वेलेस व्यवस्था द्वारा और कुछ अनुमानों का इस्तेमाल कर

प्राप्त किया गया। 2006 में, आँकड़ों के अनगिनत स्रोतों की उपलब्धता ने भारत में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या के अनुमानों को परिष्कृत करने और सुधारने की दृष्टि से प्रमाण-आधारित आँकड़ों और अतिरिक्त बहुमूल्य सुझावों के साथ इन अनुमानों को बदलने के अनेक कारण दिये। संशोधित एचआईवी अनुमानों की विश्वसनीयता अत्यन्त उच्चस्तरीय है क्योंकि इन्हें आँकड़ों के एक नहीं, बल्कि अनेक आधिकारिक स्रोतों से प्राप्त किया गया है:

- एक विस्तृत एवं उच्चस्तरीय सेन्टेनल सर्वेलेस व्यवस्था, जो देश के सभी जिलों को कवर करती है और 1,122 से अधिक सेन्टेनल सर्वेलेस स्थलों तक फैली है। इसका अर्थ है कि पिछली बार के मुकाबले 400 स्थलों की बढ़त, 1998 में नाको द्वारा शुरू किये गये 180 निगरानी स्थलों के मुकाबले आठ गुणा का इजाफा।
- नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे या एनएफएचएस-III जनसंख्या आधारित एक ऐसा सर्वेक्षण, जो 2005-06 में किया गया, जिसमें एचआईवी जांच के लिए 1,00,000 से अधिक लोगों का सैम्पल साइज लिया गया।
- राष्ट्रीय बिहेवियरल सर्वेलेस सर्वे और इंटीग्रेटेड बायोलॉजिकल एण्ड बिहेवियरल असेसमेंट सर्वे – इन अध्ययनों के केन्द्र में उच्चस्तरीय जोखिम वाले समूहों के साथ-साथ विभिन्न प्रदेशों की आम जनसंख्या थी।
- “एनएसीपी-III की कार्ययोजना के लिए विशेषज्ञ समूह की रिपोर्ट में आकार के अनुमान” से प्राप्त उच्चस्तरीय जोखिम वाले जनसंख्या समूह का अनुमानित आकार।

2005 तक एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या के अनुमान की सीमाएं इस प्रकार हैं:

- अनुमान का आधार केवल सेन्टेनल सर्वेलेस स्थलों से प्राप्त आंकड़े थे जो विशेषकर शहरी आबादी से सम्बंधित थे।
- अनुमानों को गर्भवती महिला से पुरुषों को और शहरी क्षेत्रों से ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों को होने वाले एचआईवी संक्रमणों के लिए इस्तेमाल किया गया था।
- इन अनुमानों को सत्यापित करने के लिए कोई भी प्रमाण-आधारित आंकड़ा उपलब्ध नहीं था।
- उच्चस्तरीय जोखिम वाले समूहों से प्राप्त आँकड़ों के अतिरिक्त एसटीडी क्लिनिकों से प्राप्त आँकड़ों का इस्तेमाल किया जाता था, जिनसे उच्चस्तरीय जोखिम वाले समूह के व्यक्तियों की गिनती दुबारा हो जाती थी, जिनके एचआईवी पोजिटिव होने की संभावना सबसे अधिक होती थी।
- अनुमानों को एक वर्कशीट का इस्तेमाल कर की गयी सीधी गणना के आधार पर तैयार कर दिया जाता था।

2006 में, नए प्रमाणों और उपलब्ध नयी संशोधित तकनीकों के आलोक में, एचआईवी अनुमान की प्रक्रिया में निम्नलिखित सुधार किये गए:

- दुबारा गिनती होने से बचने के लिए एसटीडी क्लिनिकों से प्राप्त आँकड़ों के इस्तेमाल को बंद कर दिया गया।
- मिक्सड इफेक्ट्स मोडलिंग का उपयोग कर स्पष्ट



सेन्टेनल सर्वेलेस आंकड़े प्राप्त करना, जिससे आंकड़ों में साईट के अन्दर और साईट के बाहर भिन्नता का पता चल सके।

- एएनसी सर्वेलेस स्थलों के साथ-साथ एनएफएचएस-III से जनसंख्या आधारित एचआईवी अनुमान के असंशोधित आंकड़े प्राप्त करना।
- महिला: पुरुष और शहरी: ग्रामीण की आनुपातिक गणना के लिए एनएफएचएस-III से प्रमाण-आधारित आंकड़े सहित परिवर्तित अनुमान प्राप्त करना।
- सैम्पलिंग की अशुद्धियों ठीक करने के लिए डब्ल्यूएचओ/यूएनएड्स द्वारा सुझाए गए वर्कबुक और कर्व फिटर का इस्तेमाल किया गया।
- बच्चों और 49 वर्ष से अधिक की उम्र वाले व्यक्तियों के लिए स्पेक्ट्रम पैकेज का इस्तेमाल किया गया।
- राज्य-आधारित एचआईवी अनुमान और एचआईवी संक्रमित कर्व तैयार किये गए।
- अनुमानों और प्रयासों के एक नये सेट के आधार पर 2002 से लेकर उपलब्ध आंकड़ों की "उल्टी-गिनती" की संशोधित प्रणाली का भी इस्तेमाल किया गया, जिससे कि एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की वर्तमान संख्या का प्रति वर्ष स्पष्ट तुलनात्मक अध्ययन किया जा सके।

नए मॉडल का इस्तेमाल कर पिछले वर्षों के उपलब्ध आंकड़ों की "उल्टी-गिनती" से हमें यह समझने में मदद मिलती है कि नए निम्न अनुमानों का अर्थ संक्रमणों की संख्या में तीव्रतासे हुई कमी नहीं है। बल्कि यह एचआईवी अनुमान की प्रक्रियामें केवल एक सुधार और परिष्कार को निर्देशित करता है।

2008-09 के लिए प्राप्त एचआईवी अनुमानों के दौरान, वर्कबुक के स्थान पर इस्टीमेशन प्रोजेक्शन पैकेज (ईपीपी), और इसके साथ-साथ यूएनएड्स द्वारा हाल ही में जारी स्पेक्ट्रम सोफ्टवेयर के नवीनतम रूप का इस्तेमाल किया गया।

## बिहेविअरल सर्वेलेस सर्वे (बीएसएस) 2009

### उद्देश्य

एनएसीपी-III के मध्यकालीन पुनरीक्षण के लिए किये गए अध्ययन के एक हिस्से के रूप में, नाको द्वारा विशिष्ट जोखिम समूहों के साथ-साथ आम जनसंख्या के अंतर्गत विभिन्न प्रकार की जानकारियों और व्यावहारिक सूचकों के लिए और एचआईवी/एड्स से सम्बंधित व्यावहारिक बदलावों को समझने के लिए किये गए प्रयासों के तहत 6 राज्यों में बिहेविअरल सर्वेलेस सर्वे (बीएसएस) कराये गये, जिनका विशिष्ट उद्देश्य था:

- एचआईवी/एड्स और इससे सम्बंधित क्षेत्रों में 2006 से, जब बीएसएस का आखिरी चक्र (राउंड) पूरा किया गया था, सामान्य, उच्चस्तरीय जोखिम वाले और मध्यवर्ती जनसंख्या के अंतर्गत प्रमुख जानकारियों एवं व्यावहारिक सूचकों में व्यापक बदलाव की गणना।

- व्यवधानों के संभावित प्रभावों को रेखांकित करना और समस्या के वर्तमान क्षेत्रों को चिन्हित करना, और
- व्यावहारिक जोखिमों का देश-व्यापी और क्षेत्र-स्तरीय तुलनात्मक अध्ययन में इस्तेमाल के लिए आंकड़ें उपलब्ध कराना।

**अध्ययन में शामिल किये गये राज्य :** यह सर्वेक्षण निम्नलिखित छः राज्यों में (शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्र, दोनों में) कराया गया था: आन्ध्र प्रदेश, कर्णाटक, मणिपुर, तमिलनाडु, महाराष्ट्र (छः क्षेत्रों के लिए क्षेत्र-आधारित अनुमान और 8 जिलों के लिए जिलावार अनुमान) और उत्तर प्रदेश (चार क्षेत्रों के लिए क्षेत्र-आधारित अनुमान)

### शामिल किये गए लक्ष्य समूह (टारगेट ग्रुप)

- **ब्रोथेल-आधारित एफएसडब्ल्यू** – इसमें 49 वर्ष तक की उम्र की उन महिलाओं को शामिल किया गया जिन्होंने ब्रोथेल में किये गए सर्वेक्षण के पहले पिछले एक महीने के अन्दर देह-व्यापार किया था।
- **गैर-ब्रोथेल आधारित एफएस डब्ल्यूए** – इसमें 49 वर्ष तक की उम्र की उन महिलाओं को शामिल किया गया जिन्होंने ब्रोथेलों के बाहर निर्धारित पहुँच स्थलों पर किये गए सर्वेक्षण के पहले पिछले एक महीने के अन्दर देह-व्यापार किया था।
- **ऐसे पुरुष, जिन्होंने पुरुषों के साथ सेक्स किया (एमएसएम):** 15 से 49 वर्ष की उम्र समूह के अंतर्गत आनेवाले पुरुष, जिन्होंने पिछले 6 महीनों के अन्दर पुरुषों के साथ सेक्स संबंध बनाए थे।
- **इन्जेक्शन द्वारा नशीली दवाएं लेनेवाले व्यक्ति (आईडीयू):** 15-49 वर्ष की उम्र समूह के अंतर्गत आनेवाले पुरुष, जिन्होंने पिछले 3 महीनों के अन्दर स्वास्थ्य संबंधी कारणों के अतिरिक्त इन्जेक्शन द्वारा किसी भी प्रकार की आदतन नशीली दवा का सेवन किया था। महिला आईडीयू का सर्वेक्षण पहली बार मणिपुर में किया गया था।
- **एकल पुरुष प्रवासी (एसएमएम):** 15 से 49 वर्ष के एकल पुरुष, जो रोजगार के लिए अपनी पत्नी या परिवार के बगैर "अपने सामान्य आवास से अलग स्थान" पर रहते हैं और अपने गृह शहर में कम से कम साल में एक बार आते हैं।
- **आम जनसंख्या (शहरी और ग्रामीण) में रहने वाले युवा:** 15 से 24 वर्ष के उम्र समूह में आनेवाले अविवाहित पुरुष एवं महिलाएं।
- **आम जनसंख्या (शहरी और ग्रामीण) में आनेवाले पुरुष एवं महिलाएं:** आम जनसंख्या के अंतर्गत 15 से 49 वर्ष के उम्र समूह में आने वाले पुरुष एवं महिलाएं।

विषयक क्षेत्र, जिनका सर्वेक्षण किया गया:

1. एचआईवी/ एड्स की जानकारी, संक्रमण के कारण और बचने के उपाय
2. कंडोम

3. कलंक और भेदभाव
4. एसटीआई
5. नशे के लिए इस्तेमाल की जाने वाली वस्तुएं
6. यौन कर्म और प्रवास
7. सेक्स संबंधी व्यवहार और कंडोम का इस्तेमाल
8. इन्जेक्शन लेने की आदतें और सूई की अदला-बदली की आदतें और तत्सम्बन्धी व्यवहार
9. एचआईवी/ एड्स संबंधी कार्यक्रमों की जानकारी
10. हस्तक्षेप के प्रति आचरण
11. जोखिम के प्रति आचरण और एचआईवी की जांच
12. सशक्तीकरण एवं सामाजिक जागरूकता

### अध्ययन का स्वरूप (डिजाइन) और सैम्पलिंग का तरीका तालिका 13.6 में दिया गया है

साधन और बताये अनुसार स्वीकृति

- नाको द्वारा कराये गए राष्ट्रीय बीएसएस (2001 एवं 2006) के दो चरणों के दौरान साधनों (औजारों) की जांच और इस्तेमाल के साथ-साथ बीएसएस 2009 के लिए तमिलनाडु एवं महाराष्ट्र में बीएसएस के विभिन्न चरणों का इस्तेमाल किया गया।
- कार्यक्रम की जानकारी के लिए हस्तक्षेप, सामाजिक जागरूकता और सशक्तिकरण के कुछ अतिरिक्त विषयों को इसमें जोड़ा गया।
- नाको एथिक्स कमिटी द्वारा सुझाए गए मानक टेम्पलेट पर आधारित स्वीकृति प्रपत्र तैयार कराये गए। 15-17 वर्ष की उम्र के उत्तरदाताओं के लिए माता-पिता/अभिभावक से उत्तरदाता की अनुमति और स्वीकृति प्राप्त की गयी।

### कार्यान्वयन की प्रक्रिया

बीएसएस 2009 को निम्नलिखित संस्थाओं द्वारा पूरा कराया गया। सम्बंधित राज्य एड्स नियंत्रण समितियों और सहयोगी साझेदार संस्थाओं के निरीक्षण दल (सुपरवाइजरी टीम) ने सैम्पल जुटाने के दौरान इन स्थानों का दौरा किया।

### परिणामों की समीक्षा और रिपोर्टों को अंतिम रूप देना

बीएसएस 2009 से प्राप्त परिणामों के दस्तावेजों को 27 अक्टूबर 2009 को नाको के कार्यालय में नाको के सचिव एवं

### तालिका 13.5: सहयोगी संस्थाओं सहित राज्यों का विवरण

राज्य	सहयोगी साझेदार संस्थाएं	शोध संस्था
तमिलनाडु	यूसएआईडी एवं एपीएसी	आईएमआरबी
आन्ध्र प्रदेश	बीएमजीएफ एवं पीएचएफआई	जीएफके मोड
कर्णाटक	बीएमजीएफ एवं पीएचएफआई	जीएफके मोड
महाराष्ट्र	यूसएआईडी एवं एवीआईआरटी	आईएमआरबी
उत्तर प्रदेश	यूसएआईडी एवं एफएचआई	जीएफके मोड
मणिपुर	यूएनएआईडीएस	सिग्मा

महानिदेशक की अध्यक्षता में आयोजित एमटीआर कार्यशाला में प्रस्तुत किया गया। उन्हीं के निर्देश पर डॉक्टर रजतशुभ्र अधिकारी, निदेशक (एमएंडई), एफएचआई, भारत की अध्यक्षता में एक तकनीकी समूह तैयार किया गया, जो बीएसएस 2009 के परिणामों का निरीक्षण कर रहा है और एनएसीपी-III के जारी मध्यकालीन पुनरीक्षण के लिए इसके सारांश को अंतिम रूप दे रहा है। तुलनात्मक आकलन प्राप्त करने के लिए सभी राज्यों में आंकड़ों की जांच के मानक तरीके अपनाए गए। सत्यापित आकलनों को प्राप्त करने के बाद, संस्थाओं ने रिपोर्ट के दस्तावेज प्रस्तुत किये। राष्ट्रीय स्तर पर उपयोग के लिए अंतिम रूप से तैयार रिपोर्ट का सारांश तैयार किया जा रहा है और इसे शीघ्र ही जारी कर दिया जाएगा।

### डाटा ट्रायंगुलेशन द्वारा जिला और उप-जिला स्तर पर एचआईवी/ एड्स की स्थिति का आकलन (फेज - I और II)

#### पृष्ठभूमि और आधार

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी-III) के तीसरे चरण के अंतर्गत, एचआईवी से रोकथाम, देखभाल और सहयोग संबंधी हस्तक्षेपों के लिए संसाधनों को मुख्यतः जिला स्तरीय वर्गीकरण के आधार पर ए, बी, सी और डी श्रेणी के हिसाब से बांटा जाता है। जिला स्तर पर किसी भी प्रकार के अन्य सम्बंधित आंकड़ों की अनुपस्थिति में जिलों का वर्गीकरण, 2004-2006 के दौरान प्रसवपूर्व जांच के लिए क्लीनिकों में जानेवालों और उच्चस्तरीय जोखिम समूहों की संख्या के आधार पर, एचआईवी सेन्टेलन सर्वेलेंस (एचएसएस) से प्राप्त आंकड़ों का इस्तेमाल कर किया गया। लेकिन अब एनएसीपी-III व्यापक स्तर पर कार्यक्रमों के साथ-साथ विभिन्न अध्ययनों एवं शोध परियोजनाओं के माध्यम से आंकड़े तैयार कर रहा है। एनएसीपी-III के ढाई वर्षों के दौरान देश के अन्दर अनेकों जिलों के लिए आंकड़ों के सेट बहुतायत में उपलब्ध हैं। उदाहरण के लिए, गर्भवती महिलाओं और गैर-गर्भवती महिलाओं में से जिला एवं उप-जिला स्तर पर एचआईवी रोगियों की वर्तमान संख्या के आंकड़े उपलब्ध हैं, जिन्हें एनएसीपी-III के दौरान व्यापक स्तर पर फैले अनेकानेक आईटीसी और पीपीटीसीटी केन्द्रों के जरिये प्राप्त किया गया। इसी प्रकार, देश भर में फैले एआरटी केन्द्रों से, पीएलएचए के आंकड़ें उपलब्ध कराये गए। शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों में एचआरजी की हालिया मैपिंग के अंतर्गत जिला एवं उप-जिला स्तर पर मौजूद विभिन्न जोखिम समूहों के आकार का आकलन किया गया। 6 उच्चस्तरीय संख्या वाले राज्यों के चुनिन्दा जिलों में समेकित जैविक और व्यावहारिक आकलनों ने भी विशिष्ट एचआरजी और मध्यवर्ती जनसंख्या समूह के अंतर्गत एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की मौजूदगी और व्यावहारिक जोखिम के कारकों के आधार पर अत्यंत उपयोगी आंकड़ें दिए।

तालिका 13.6: विभिन्न लक्ष्य समूहों के लिए सैम्पलिंग का तरीका

लक्ष्य समूह	सैम्पलिंग का तरीका
उच्च स्तरीय जोखिम वाले समूह	
एफएसडब्ल्यू – ब्रोथेल – आधारित	दूसरा चरण क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन
एफएसडब्ल्यू – गैर दृ ब्रोथेल आधारित	दूसरा चरण क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन
एमएसएम	दूसरा चरण क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन
आईडीयू	दूसरा चरण क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन
एमएसएम	दूसरा चरण क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन
आम जनसंख्या	
आम जनसंख्या –शहरी और ग्रामीण	3सरा चरण स्ट्रेटीफाइड क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन
युवा-शहरी और ग्रामीण	3सरा चरण स्ट्रेटीफाइड क्लस्टर सैम्पलिंग डिजायन

आंकड़ों की बहुतायत में उपलब्धता और जिला स्तर पर विकेंद्रित कार्ययोजना के इस सन्दर्भ में नाको ने जुलाई – नवम्बर 2009 के दौरान सात राज्यों (182 जिलों) में “डाटा ट्रायंगुलेशन द्वारा जिला और उप-जिला स्तर पर एचआईवी/ एड्स की स्थिति का आकलन” शीर्षक से एक कार्ययोजना तैयार की है। इसका उद्देश्य जिला स्तर पर बढ़ती एचआईवी/एड्स संक्रामक रोगियों की संख्या की पहचान करना है जिसके आधार पर रणनीतियों, कार्यक्रम के लक्ष्य और प्राथमिकताओं को अधिक प्रभावी बनाया जा सकता है। इस कार्ययोजना का उद्देश्य, राज्य एवं जिला कार्यक्रम प्रबंधकों और एमएंडई सदस्यों द्वारा आंकड़ों के विश्लेषण, आकलन और कार्यक्रमों की समीक्षा और योजनायें तैयार करने में उपयोग करना भी है। यह जिलों की प्राथमिकताओं को परिष्कृत करने के साथ-साथ नाको राज्य एड्स नियंत्रण समितियों की वार्षिक कार्ययोजनाओं में भी मदद करेगा।

फेज – I में उठाये गए कदम अत्यंत सफल रहे और इस अनुभव ने तकनीकों और संचालन संबंधी मुद्दों के सन्दर्भ में कुछ महत्वपूर्ण सीख/सुझाव भी दिए। हाल के कार्यक्रमों से मिले इन सीखों/सुझावों पर विचार करते हुए, नाको वर्तमान समय में 20 अन्य महत्वपूर्ण राज्यों (जनवरी – मई 2010) में इस कार्ययोजना के फेज-III पर कार्य कर रही है।

**उद्देश्य और संभावित परिणाम:** इस कार्ययोजना के लिए परिषद् का उद्देश्य एचआईवी/ एड्स के सन्दर्भ में उत्तरदायित्वों की प्रभावी योजना तैयार करने और इनके कार्यान्वयन के लिए जिला एवं उप-जिला स्तर पर संक्रमण की पहचान (संक्रमण की स्थिति और कार्यक्रम का प्रभाव) करना है।

**विशिष्ट उद्देश्य जिनमें शामिल है:**

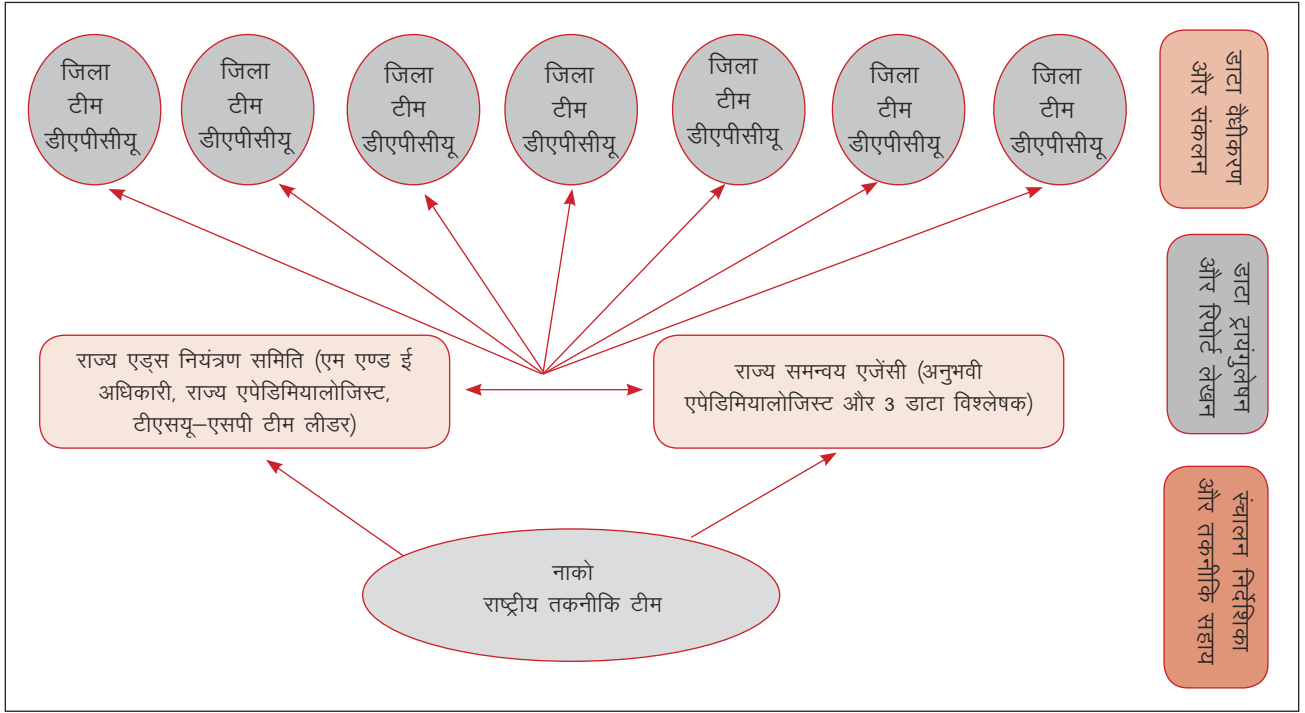
- कार्यक्रम में प्राथमिकता के आधार पर ध्यान देने के लिए जिलों और जिले के अन्दर प्रमुख क्षेत्रों की पहचान करना।

- सुनियोजित तरीके से संसाधनों और जानकारियों को जुटाना, जिससे कि जिले के अन्दर संक्रमण और उपचार के अंतर को समझा जा सके और जिला एवं राज्य स्तर पर प्रमाण-आधारित कार्य योजना तैयार की जा सके।
- आंकड़ों के विश्लेषण, आकलन और कार्ययोजना एवं कार्यक्रमों की समीक्षा के लिए जिला एवं राज्य स्तर के कार्यक्रम प्रबंधकों और एम एंड ई सदस्यों की कार्यक्षमता को बढ़ाना।

**संभावित परिणाम** प्रत्येक जिले के लिए एक संक्षिप्त रिपोर्ट है, जो जिले के अन्दर संक्रामक रोगियों की स्थिति और कार्यक्रम संबंधी उन महत्वपूर्ण प्रश्नों का उत्तर देता है जिनका सम्बन्ध जिले में एचआईवी/ एड्स से बचाव और इसके नियंत्रण से है। महत्वपूर्ण प्रश्न, जिनके उत्तर देने के प्रयास किये गए:

- किसी भी राज्य में, किन जिलों को प्राथमिकता देनी चाहिए?
  - विभिन्न जिलों में एचआईवी संक्रमित लोगों की संख्या का स्तर और इनका रुझान क्या है?
  - विभिन्न जिलों में विभिन्न परिस्थितियों के लिए कारण क्या हैं?
- किसी भी जिले में, कार्यक्रम का मुख्य केंद्रविन्दु और इसके संसाधनों और प्रयासों का उपयोग कहाँ हो?
  - एचआईवी संक्रमण के कारण क्या हैं?
  - ऐसे कौन से संदर्भित कारण हैं, जो एचआईवी संक्रमण को प्रभावित करते हैं?
- जिले के अन्दर एचआईवी पर कार्यक्रम का प्रभाव और प्रयासों में कमी क्या है?
  - बचाव एवं सुरक्षा और सहयोग, दोनों के सन्दर्भ में जिले के अन्दर कार्यक्रमों के प्रभाव की प्रकृति, स्तर, स्वरूप और विस्तार क्या है?
- सूचनाओं में किस प्रकार की कमी है जो जिले के अन्दर एचआईवी/ एड्स को रोकने और इनका नियंत्रण करने

चित्र 13.5: जिला स्तर पर एचआईवी/एड्स स्थिति आकलन के लिए क्रियान्वन संरचना



की प्रभावी सुनियोजित कार्ययोजना को सफल नहीं होने देती है?

जिला स्तर पर एचआईवी/एड्स स्थिति आकलन का महत्व

- कार्यक्रम की कार्ययोजना को परिष्कृत करने के लिए प्रमाण-आधारित आंकड़े देता है।
- जिलों की प्राथमिकता सूची तैयार करने के लिए एक मजबूत ढाँचे को विकसित करने में मदद करता है।
- विभिन्न स्रोतों से प्राप्त आंकड़ों का उपयोग कर जिला स्तरीय कार्ययोजना तैयार करने में सहायक होता है।
- प्रत्येक जिले में कार्यक्रम के प्रभाव और इसके प्रभाव में कमी का सारांश विकसित करता है।
- सूचनाओं में उन महत्वपूर्ण कमियों की पहचान करता है जिनसे सुनियोजित कार्ययोजना को प्रभावी रूप से अंजाम देने में दिक्कत होती है।
- प्रत्येक राज्य में कार्यक्रमों की मोनीटरिंग के लिए एक आधार तैयार करता है और भविष्य में उठाये जानेवाले कदमों के लिए दिशा देता है।

जिला स्तर पर संक्रामक रोगियों की पहचान की प्रक्रिया तालिका 13.7 और 13.8 में दी गई है।

### क्रियान्वयन संरचना और प्रक्रिया (13.5 और 13.6)

क) नाको ने जिला स्तर पर संक्रमण की पहचान हेतु सिद्धांतों, प्रक्रियाओं और साधनों की रूपरेखा तैयार करने के लिए एक तकनीकी कार्य समूह के साथ तकनीकी दिशानिर्देश विकसित किया है जिसे 10 और 11 जुलाई 2009 को पूरा किया गया, तकनीकी

दिशानिर्देशों को फेज-1 के बाद परिष्कृत और संशोधित किया गया था. राज्य स्तर पर कार्यशालाएं आयोजित करने के साथ-साथ फील्ड वर्क के लिए दिशानिर्देश और सामग्रियां तैयार की गयीं। कार्यकारी समूह ने प्रक्रिया के दौरान राज्य के दलों को तकनीकी सहयोग भी प्रदान किये।

- ख) प्रत्येक राज्य/दो राज्यों में, एक सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान को राज्स्तरीय सहयोगी संस्था (SCS) और एक प्रोफेसर/वरिष्ठ संक्रामक रोग विशेषज्ञ को नोडल व्यक्ति के रूप में इस परियोजना के लिये नामित किया गया। यह संस्था और राज्य एड्स नियंत्रण समितियां परियोजना को लागू करने के लिये प्राथमिक रूप से उत्तरदायी हैं। नोडल व्यक्ति डाटा संकलन, वैधता, समीक्षा, और रिपोर्ट लिखने हेतु पूरी तरह से उत्तरदायी है।
- घ) प्रत्येक राज्यस्तरीय सहयोगी संस्था के अंतर्गत संक्रामक रोग और सांख्यिकी की पृष्ठभूमि वाले तीन अनुभवी व्यक्तियों को नियुक्त किया गया, जो इस प्रोजेक्ट पर पूर्णकालिक तौर पर इसके पूरा होने तक कार्य करेंगे। सुनियोजित कार्ययोजना तैयार करने के लिए इन्हें राज्य के संक्रामक रोग विशेषज्ञ, टीएसयू टीएल, एआरटी क्षेत्रीय सहयोगी (रीजनल कोऑर्डिनेटर) और एसएसीएस से एम एंड ई अधिकारी का सहयोग दिया गया।
- छ) प्रत्येक जिले के लिए एक जिला स्तरीय दल तैयार किया गया जिसमें डीएपीसीयू कार्यक्रम प्रबंधक, डीएपीसीयू एम एंड ई अधिकारी, आईसीटीसी सुपरवाइजर, टीआई में स्थित एमएंडई अधिकारी, एआरटी शोध अधिकारी, जिला स्तरीय संक्रामक रोग विशेषज्ञ/ एनआरएचएम जिला परियोजना अधिकारी, जो भी उपलब्ध हो, शामिल हैं। जहां जिला स्तरीय कर्मचारी उपलब्ध नहीं



चित्र 13.6: जिला स्तर पर एचआईवी/एड्स स्थिति का आकलन



हैं, वहां राज्य के किसी मेडिकल कॉलेज या सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं से व्यक्तियों को चुना जा सकता है।

- ज) नाको, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों राज्य स्तरीय सहयोगी संस्थाओं और जिला स्तरीय दलों की भूमिकाएं और जिम्मेदारियां स्पष्ट रूप से तय कर दी गयीं।
- झ) तकनीकी दिशानिर्देशों और कार्ययोजना पर राज्य स्तरीय सहयोगी संस्थाओं और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को प्रशिक्षित करने के लिए पहली राष्ट्रीय कार्यशाला नाको में आयोजित की गयी। नाको स्तर पर उपलब्ध सभी आंकड़े एक साथ जुटाए गए और इन्हें राज्य स्तरीय दलों को दिया गया। राज्य स्तरीय दलों ने तब प्रत्येक जिले के लिए आंकड़ों की तालिका तैयार की और उन आंकड़ों को चिन्हित किया जिनमें सत्यापन या समायोजित करने की आवश्यकता है।
- ट) फील्ड वर्क और समायोजन के जरिये आंकड़ों के परिशोधन, आंकड़ों के सत्यापन की प्रक्रिया के अंतर्गत जिला स्तरीय दलों को प्रशिक्षित करने और समझाने के लिए एससीए द्वारा पहली राज्य स्तरीय कार्यशाला दो समूहों में आयोजित की गयी। पहली राज्य स्तरीय कार्यशाला के बाद, सभी जिला स्तरीय दलों ने आंकड़ों के सत्यापन और आंकड़ों में अंतर को दूर करने के लिए फील्ड वर्क कार्यक्रम आयोजित किये। इस फील्ड वर्क का निरीक्षण कार्य राज्य एड्स नियंत्रण समितियों, एससीए एवं राष्ट्रीय तकनीकी दल के सदस्यों ने किया।
- ड) इसके बाद, दूसरी राज्य स्तरीय कार्यशालाएं आयोजित की गयीं, जिसमें जिला स्तरीय दलों को उनके अपने जिले के लिए आंकड़ों के आकलन और इनसे उपयोगी जानकारी प्राप्त करने का प्रशिक्षण दिया गया। तब, एससीए ने प्रत्येक जिले में संक्रमित व्यक्तियों की संख्यां पर संक्षिप्त व्याख्यात्मक रिपोर्ट और राज्य स्तरीय सारांश भी तैयार किये।
- ण) इन्हें नाको में आयोजित दूसरी राष्ट्रीय कार्यशाला में प्रस्तुत किया गया और इनपर चर्चा की गयी। राज्य स्तरीय संस्थाओं द्वारा तैयार सारांशों पर प्रतिक्रिया देने के लिए विशेषज्ञों को आमंत्रित किया गया। इन सुझावों और टिप्पणियों पर विचार करने के बाद, संस्थाओं द्वारा जिला एवं राज्य स्तर पर तैयार की गयी अंतिम रिपोर्ट प्रस्तुत की गयी। सार्वजनिक तौर पर अंतिम रिपोर्ट जारी करने से पहले, वर्तमान में इनकी समीक्षा की जा रही है।

### जिला स्तर पर एचआईवी/एड्स स्थिति के आकलन से प्राप्त महत्वपूर्ण जानकारियाँ

- क) कार्यक्रम संबंधी निर्णय लेने के लिए आंकड़ों के परिशोधन, विश्लेषण और आंकड़ों के उपयोग हेतु तकरीबन 500 जिला स्तरीय अधिकारियों को प्रशिक्षित करना।
- ख) भविष्य में उपयोग के लिए प्रत्येक जिले के एचआईवी से सम्बंधित सभी आंकड़ों को एक स्थान पर सुनियोजित तरीके से समायोजित करना।
- ग) राज्य और विभिन्न जिलों में एचआईवी संक्रमित रोगियों

के लिए नियुक्त कार्यक्रम प्रबंधकों के बीच बेहतर समझ विकसित करना।

- घ) राज्य एड्स नियंत्रण समितियों हेतु वार्षिक कार्य योजना तैयार करने के लिए आंकड़ों का बेहतर उपयोग।
- ड) जिला स्तर पर कार्ययोजना विकसित करना।
- च) कार्यक्रमों संबंधी उपयोगों के लिए जिलों की पुनः प्राथमिकता तैयार करना।
- छ) प्राथमिकता को तालुका/प्रखंड स्तर पर, चिन्हित उच्च प्राथमिकता वाले तालुकाओं तक बढ़ाना।
- ज) जिला एवं राज्य स्तर पर सूचनाओं में कमी (अंतर) के कारणों का पता लगाना।

### जिलों की पुनः प्राथमिकता के लिए कार्यकारी समूह

नाको सचिव एवं महानिदेशक के दिशानिर्देशों के अनुसार, जिलों की पुनः प्राथमिकता के लिए एक कार्यकारी समूह तैयार किया गया, जो विश्व स्वास्थ्य संगठन भारत, के राष्ट्रीय कार्यक्रम अधिकारी, एनपीओ, डॉक्टर डीसीएस रेड्डी की अध्यक्षता में, निम्नलिखित सन्दर्भों के अंतर्गत बनाया गया:

- उन आंकड़ों की तालिकाओं, जिला स्तरीय रिपोर्टों और नतीजों का पुनरीक्षण, जो सात राज्यों में किये गए आंकड़ों के आकलन से प्राप्त हुए।
- आंकड़ों के आकलन से जिलों की प्राथमिकता सूची तैयार करने के लिए ढांचा विकसित करना।
- ढाँचे के आधार पर सात राज्यों के 182 जिलों को पुनः वर्गीकृत करना

विभिन्न स्रोतों से प्राप्त आंकड़ों और जिलों की पहचान के नतीजों के आधार पर कार्यकारी समूह ने जिलों की प्राथमिकता के लिए बैठकों की एक श्रृंखला आयोजित की और एक ढांचा विकसित किया। ढाँचे से सम्बंधित दस्तावेजों को नाको के महानिदेशक एवं अन्य वरिष्ठ अधिकारियों के सामने फरवरी 2010 में प्रस्तुत किया गया। समिति की अंतिम रिपोर्ट मार्च 2010 के अंत तक जमा की जायेगी।

### 12.3 मूल्यांकन एवं संकल्पनात्मक अनुसंधान

#### एचआईवी/एड्स शोध हेतु भारतीय संस्थानों का नेटवर्क (निहार)

भारत एक विशाल बहुप्रजातीय देश है। सीमित व्यवस्था के अंतर्गत किया गया कोई भी गवेषणात्मक शोध भारत की सही तस्वीर को नहीं दर्शा सकता। इसी प्रकार, किसी एक व्यवस्था में प्रभावी मध्यस्थता दूसरी व्यवस्था में कारगर नहीं हो सकती। अतः संबद्ध शोध क्षेत्र हेतु प्रोटोकॉल विकसित करने तथा नीति निर्धारित करने हेतु उचित निष्कर्ष निकालने के लिए बहु केन्द्रित अध्ययन आयोजित करने एवं राष्ट्रीय और/अथवा क्षेत्रीय स्तर पर कार्यक्रम प्रबंधन की आवश्यकता महसूस की गई।

नाको ने एचआईवी/एड्स के क्षेत्र में सक्रियात्मक, जानपदिक रोग वैज्ञानिक तथा जैव-चिकित्सीय शोध आयोजित करने

तालिका 13.7: फेज-I (जुलाई - नवम्बर 2009) में शामिल किये गए राज्य

राज्य	जिलों की संख्या	अनुदायी संस्था	राज्य स्तरीय सहयोगी संस्थाएं
तमिलनाडू	30	यूएसएआईडी	एपीएसी, चेन्नै
आन्ध्र प्रदेश	23	बीएमजीएफ	आईआईपीएच, हैदराबाद
कर्नाटक	29	बीएमजीएफ	एनआईएमएस, नई दिल्ली एवं आईएचएटी
महाराष्ट्र	35	बीएमजीएफ	टीआईएसएस, मुंबई एवं आईएचएटी
उत्तर प्रदेश	21	यूएसएआईडी	एआईआईएमएस, नई दिल्ली
पश्चिम बंगाल	19	एनएसीओ	एआईआईएच एंड पीएच, कोलकाता
गुजरात	25	एनएसीओ	एनआईएफएचडब्लू, नई दिल्ली
<b>योग</b>	<b>182</b>		

तालिका 13.8: फेज-II (जनवरी - मई 2010) में शामिल राज्य

राज्य	जिलों की संख्या	अनुदायी संस्था	राज्य स्तरीय सहयोगी संस्थाएं
असम	27	एनएसीओ	आरएमआरसी, डिब्रूगढ़
नागालैंड	11	एनएसीओ	
मेघालय	7	एनएसीओ	
मणिपुर	9	यूएनएआईडीएस	आरआईएमएस, इम्फाल
मिजोरम	8	यूएनएआईडीएस	
दिल्ली	9	एनएसीओ	वीएमएमसी, नई दिल्ली
हिमाचल प्रदेश	12	एनएसीओ	आईजीएमसी, शिमला
हरियाणा	21	एनएसीओ	पीजीआईएमएस, रोहतक
पंजाब	20	यूएनएआईडीएस	जीएमसी, चंडीगढ़
चंडीगढ़	1	यूएनएआईडीएस	
राजस्थान	33	यूएनएआईडीएस	एसआईएचएफडब्लू, जयपुर
उत्तर प्रदेश	50	यूएसएआईडी	सीएसएसएमयू (केजीएमसी), लखनऊ
उत्तराखंड	13	यूएसएआईडी	एआईआईएमएस, नई दिल्ली
बिहार	38	बीएमजीएफ	आरएमआरआईएमएस, पटना
झारखंड	24	बीएमजीएफ	एनआईएचएफडब्लू, नई दिल्ली
छत्तीसगढ़	12	यूएनएआईडीएस	एमजीएम मेडिकल कॉलेज, इंदौर
(चुनिन्दा जिले)	28	यूएनएआईडीएस	
मध्य प्रदेश	30	यूएनएआईडीएस	एससीबी मेडिकल कॉलेज
(चुनिन्दा जिले)	2	एनएसीओ	गोआ एसएसीएस
उड़ीसा	14	यूएसएआईडी	एमसीएचएसएस, श्री चित्र तिरुनाल इंस्टीट्यूट, थिरुवनंतपुरम
<b>योग</b>	<b>369 जिले</b>		

हेतु शोध संस्थाओं का एक राष्ट्रीय कंसोर्टियम स्थापित करने का फैसला किया। यह कंसोर्टियम विश्वविद्यालयों, आईसीएमआर, सीएसआईआर, डीएसटी, आईसीएसएसआर तथा दानकर्ता संगठनों सहित अन्य भागीदारों के साथ संबद्ध होगा तथा इसका नाम एच आई वी/एड्स शोध हेतु भारतीय संस्थानों का नेटवर्क (एन आई एच ए आर) रखा गया। यह उच्च स्तरीय, सहयोगात्मक बहुकेन्द्रित शोध करने हेतु संसाधन एवं विशेषज्ञ उपलब्ध कराएगा जिससे नीति पर साक्ष्य आधारित निर्णयन, प्रबंधन तथा मध्यस्थता के मूल्यांकन में सहायता प्राप्त होगी। 2009-10 के दौरान निहार (NIIHAR) के सदस्यों के रूप में 15 संस्थान इसके साथ जुड़े और कुल सदस्यता 42 हो गई।

### एम डी/एम.फिल/पीएचडी छात्रों के लिए नाको रिसर्च फैलोशिप योजना

अंतर्विषयी, बहुस्थली, क्रियात्मक, मध्यस्थता एवं संक्रियात्मक शोध सहित एचआईवी शोध करने हेतु तथा नीति एवं कार्यक्रमों को प्रभावित करने हेतु कम्प्युनिकेटिव शोध निष्कर्षों में कुशलता बढ़ाने के लिए और देश में युवा शोधकर्ताओं की क्षमता के निर्माण को सुनिश्चित करने के लिए नाको रिसर्च फैलोशिप प्रदान किए जाते हैं। शोध फैलोशिप युवा शोधकर्ताओं को अनुभवी विद्वानों तथा शोधार्थियों के अधीन निरंतर एम डी/एम.फिल/पीएचडी हेतु शोध करने का अवसर प्रदान करता है। इससे एचआईवी/एड्स के क्षेत्र में आवश्यकता आधारित गुणवत्तापूर्ण शोध की उन्हें प्रेरणा प्राप्त होती है।

कोई भी युवा वैज्ञानिक जिनकी उम्र आवेदन के समय 35 वर्ष से कम हो, जो आयु एवं शैक्षिक योग्यता के प्रस्तावित मानदंड पर खड़े उतरते हों, नाको को जैव-चिकित्सीय, जानपदिक रोग विज्ञान, व्यवहार एवं सामाजिक विषयों पर शोध करने हेतु आवेदन कर सकते हैं।

वित्तीय सहायता हेतु नाको फैलोशिप प्रतिवर्ष 20 लोगों को प्रदान की जाती है। प्रत्येक फैलोशिप के लिए अधिकतम अनुदान की राशि डेढ़ लाख रुपए तक है।

मार्च 2010 में वर्ष 2009-10 के लिए नाको शोध फैलोशिप छात्रवृत्ति के लिए 13 शोधार्थी चुने गए।

**क्षमता निर्माण हेतु अनुसंधान में कार्यशाला/प्रशिक्षण**  
नाको ने एचआईवी शोध तथा मध्यस्थता के लिए देश में युवा शोधार्थियों की क्षमता के निर्माण हेतु कदम उठाए हैं। इस संदर्भ में, कार्यशालाओं की श्रृंखला इस उद्देश्य को ध्यान में रखकर नियोजित की गई है कि संक्रियत्मक शोध के महत्व तथा प्रणाली विज्ञान को शोधार्थी समझें, जिससे कार्यक्रम प्रबंधकों को साक्ष्य आधारित निर्णय लेने में मदद मिलेगी, जिससे इसका उपयोग नीति को लागू करने में किया जाएगा। वर्ष 2009-10 में नाको द्वारा तीन

कार्यशालाओं का सफलतापूर्वक नवंबर 2009 में आयोजन किया गया। दो का आयोजन राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केन्द्र, दिल्ली तथा राष्ट्रीय जानपदिक रोग विज्ञान संस्थान चेन्नई के साथ मिलकर किया गया। निहार के सदस्य संस्थानों से लगभग 60 युवा शोधार्थी तथा नाको/राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के जानपदिक रोग वैज्ञानिकों को प्रशिक्षित किया गया।

### तकनीकी संसाधन समूह- अनुसंधान एवं विकास (TRG - R & D)

जानपदिक विज्ञान, चिकित्सा शास्त्र, व्यवहार एवं सामाजिक विज्ञानों जैसे विविध विषयों में शोध एवं विकास पर तकनीकी संसाधन समूह (TRG) का गठन एनएसीपी-III के अंतर्गत किया गया ताकि एचआईवी/एड्स के गतिविज्ञान को बेहतर तरीके से समझा जा सके और इसके रोकथाम हेतु कदम उठाया जा सके। शोध का मुख्य उद्देश्य होगा नाको को अग्रणी संस्था के रूप में स्थापित करना जो राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय शोध/शैक्षणिक संस्थानों के साथ दृढ़ता से जुड़कर शोध कार्यों को बढ़ावा देना और उनमें समन्वय स्थापित करना।

प्रोफेसर रंजीत रॉय चौधरी, जो नैदानिक औषध विज्ञान के नेशनल प्रोफेसर तथा पूर्व अध्यक्ष, निदेशक मंडल, इन्कलेन (INCLIN) हैं, TRG - R&D के अध्यक्ष हैं।

### TRG के कार्य

- एचआईवी महामारी के बारे में मौजूदा जानकारियों की कमी को संबधित विषयों (जैव-चिकित्सीय, जानपदिक रोग, व्यवहारिक एवं सामाजिक) में एक कमीशन प्राप्त समग्र शोध पुनरावलोकन द्वारा दूर करना ताकि उपयुक्त शोध एजेंडा विकसित कर विभिन्न स्तरों पर पाई जाने वाली दूरियों को कम किया जा सके।
- इस संक्रामक रोग के बारे में बेहतर समझ बनाने तथा इसके प्रसार और प्रभाव को समझने हेतु चल रहे अनुप्रयुक्त शोध कार्यक्रमों में सहायता करना।
- संक्रियात्मक शोध को बल प्रदान करना तथा डिजायन, रणनीति, क्रियान्वयन का मूल्यांकन अध्ययन तथा एचआईवी हस्तक्षेप कार्यक्रमों की जांच एवं जोखिम में कमी, प्रभाव, व्यवहार परिवर्तन, लक्षण को कम करना, एचआईवी फैलने की दर को घटाना इत्यादि।
- एच आई वी शोध की समझ हेतु देश में शोध की क्षमता का निर्माण करना जिसमें शामिल हैं अंतर्विषयक, बहु-स्थली, क्रियात्मक हस्तक्षेप एवं संचालनात्मक शोध, और संचारात्मक शोध उपलब्धि में कुशलता बढ़ाना ताकि नीति और कार्यक्रम प्रभावकारी बन सके।
- दुरुह एवं उपेक्षित जनसंख्या, घुमक्कड़ और प्रवासी समूहों, लाछित समुदायों और अन्य प्रभावित समूहों जैसे युवाओं, किशोरों, बच्चों, गृहणियों, एम एस एम तथा ट्रांसजेंडर समूहों पर शोध करने के लिए नई विधियों को विकसित करना।



- समुदाय आधारित हस्तक्षेप स्कूली किशोर शिक्षा कार्यक्रमों की निगरानी और मूल्यांकन तथा सकारात्मक लोगों को सहयोग देना।
- मुख्य शोध विषयों (जैसे कि लांछन, भेद-भाव इत्यादि) को केन्द्र में रखकर राष्ट्रीय, राज्य एवं जिला स्तरीय शोध संगठनों, यूजीसी, सीएसआईआर, आईसीएमआर, आईसीएसएसआर, एआईयू, व्यक्तिगत शोधों, गैर-सरकारी संगठनों, पीएलएचए नेटवर्क तथा अन्य के साथ गठबंधन और भागीदारी कर निर्माण करना ताकि स्थानिक प्रयासों के लिए संदर्भी जानकारी उत्पन्न किया जा सके।
- एचआईवी/एड्स पर प्रत्येक दो वर्षों में एक बार राष्ट्रीय अधिवेशन आयोजित करने हेतु एक राष्ट्रीय शोध एजेंसी/कंसॉर्टियम को बढ़ावा देना ताकि एचआईवी/एड्स शोध पर नए तथ्यों पर साझेदारी की जा सके।

टीआरजी साल में कम से कम एक बार अथवा नाको की सलाह से, आवश्यकता पड़ने पर कभी भी बैठक करती है। टीआरजी-आर एण्ड डी की दो बैठकें वर्ष 2009-10 में आयोजित की गईं।

### नाको आचार समिति (नाको-ईसी)

नाको आचार समिति का गठन वर्ष 2008-09 में इस उत्तरदायित्व के साथ किया गया था कि प्रस्तावित शोध के नैतिक प्रभावों को ध्यान में रखा जाए, जो परियोजना के आरंभ से पहले लागू करने योग्य गंभीर विचार हैं। ऐसे शोधों के साथ कानूनी एवं संवैधानिक आवश्यकताएं भी जुड़ी होनी चाहिए। नैतिक स्वीकृति का मूलाधार यह सुनिश्चित करना है कि शोध की प्रक्रिया नैतिकता पूर्ण, जवाबदेह तथा व्यक्ति की निजता को सुरक्षित रखने वाला है साथ ही इसमें भाग लेने वालों का किसी प्रकार का शोषण नहीं किया जाएगा। इसके अंतर्गत शोध में शामिल व्यक्तियों की स्वीकृति लेने की प्रक्रिया के साथ-साथ शोध के परिणामों के साथ उचित व्यवहार करना (जैसे, आंकड़ों के भंडारण को सुरक्षित रखना) शामिल हैं।

नाको आचार समिति की अध्यक्ष प्रोफेसर गौरी देवी, कंसल्टेंट न्युरोफिजिशियन तथा पूर्व-निदेशक, उप-कुलपति, निमहेंस बैंगलुरु हैं। यह समिति जैव-औषधि, चिकित्सीय, जानपदिक रोग विज्ञान, व्यवहार एवं सामाजिक विषयों के विशेषज्ञों से निर्मित होती है। इसमें एक कानूनविद तथा जनसमुदाय का एक सामान्य व्यक्ति भी शामिल होता है। NACO आचार समिति हेतु दिशानिर्देशों के प्रारूप तथा मानक कार्य प्रक्रिया का विकास किया गया है और आगे के सुधारों हेतु इसे विशेषज्ञों के साथ साझा किया गया है।

नाको आचार समिति की बैठक 2009 में तीन बार हुई। टीआरजी-आर एण्ड डी तथा नाको-ईसी की संयुक्त बैठक 8 जनवरी, 2010, एचआईवी/एड्स में शोध के राष्ट्रीय आचार

निर्देश को अंतिम रूप प्रदान करने के लिए की गई।

निम्नलिखित 16 अध्ययन की अनुशंसा टीआरजी-आर एण्ड डी तथा नाको-ईसी द्वारा वर्ष 2009-10 में की गईं।:

- भारत में एआरटी के साथ संबद्ध औषधि अनुपालन के निर्धारक
- भारत में एआरटी पर पीएलएचए के नामांकन को प्रभावित करने वाले कारक
- भारतीय वयस्क जनसंख्या में निर्धारक आधार रेखा CD<sub>4</sub> काउंट
- भारत में एचआईवी/एड्स पर लक्षित मध्यस्थता का मूल्यांकन
- भारत में लिंक एआरटी केन्द्रों का मूल्यांकन : क्लाइंट तथा प्रदाता परिपेक्ष
- भारत में पेडिएट्रिक स्केल-अप, अवरोधक तथा सेवा प्रदान किए जाने की गुणवत्ता पर गृह आधारित देख-भाल और सहायता सेवाओं का प्रभाव मूल्यांकन
- नेविरापाइन की एकल खुराक के बाद एनवीपी संबंधित एचआईवी रोधी औषधि प्रतिरोधन उत्पन्नित करने के आरंभ को निर्धारित करने हेतु अध्ययन
- भारत में कंडोम को बढ़ावा देने के कार्यक्रम का आधार रेखा सर्वेक्षण
- भारत में अत्यंत प्रभावित होने वाली जनसंख्या में एचआईवी जांच और सलाह सेवा के मूल्यांकन हेतु अवरोधों की जांच
- उपेक्षित/दुर्गम क्षेत्रों के निवासियों तक पहुंच: तमिलनाडू में अप्रकट तथा पहुंच से बाहर के यौन कर्मों का अन्वेषणात्मक अध्ययन
- हिन्दी क्षेत्र के 10 राज्यों के युवाओं, महिलाओं तथा प्रवासियों में एचआईवी/एड्स के प्रति जागरुकता उत्पन्न करने हेतु आयोजित तीन रेडियो कार्यक्रमों के प्रभाव का मूल्यांकन
- उड़ीसा के गंजाम जिले में विवाहित महिलाओं में एचआईवी संचरण, बाहर प्रवास और उसके बाद
- एचआईवी पॉजिटिव लोगों में यौन व्यवहार तथा गर्भनिरोधक उपायों का प्रयोग
- वंशानुगत रूप से एचआईवी संक्रमित भारतीय बच्चों में एनीमिया तथा पोषण - बहुकेन्द्रित अध्ययन
- एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों के शरीर द्रवों के प्रोटियोमिक तथा मेटबोमोबिक विश्लेषण द्वारा बायोमार्कर्स की पहचान
- एचआईवी संक्रमित व्यक्तियों में अंतर्द्वितीय महामारी H1N1 इंप्लुएन्जा का अध्ययन

एड्स नियंत्रण विभाग विदेशी संस्थानों अथवा संगठनों से धन की प्राप्ति के लिए आईसीएमआर द्वारा प्राप्त शोध प्रस्तावों का पुनरावलोकन करता है और अपनी टिप्पणियां सचिव स्वास्थ्य शोध विभाग तथा महानिदेशक, आईसीएमआर की अध्यक्षता में कार्यरत स्वास्थ्य मंत्रालय की स्क्रीनिंग समिति को भेजता है।



## क्षमता निर्माण

कार्यक्रम कार्यान्वय के सभी स्तरों में उच्च प्रशिक्षित मानव स्रोतों की आवश्यकता को समझते हुए एनएसीपी-III ने कार्यक्रम व्यवस्थापकों, योजना व्यवस्थापन और तकनीकी और संचार कौशल और सामाजिक स्तर के कार्यकर्ताओं की क्षमता बढ़ाने के लिये योजनाएं विकसित की हैं। यह योजना देखभाल के सभी स्तरों और स्वास्थ्य सुरक्षा संस्थाएं, सीबीओ, और एनजीओ, उसी प्रकार प्राथमिक स्तर के अधिकारी

और शासन के विभिन्न विभागों के कर्मचारियों तक पहुंच रही है।

अप्रैल, 2007-जनवरी, 2010 की अवधि में विभिन्न स्वास्थ्य कर्मचारियों की क्षमता निर्माण में प्रगति तालिका 19.1 में दर्शायी गयी है। स्वास्थ्य अधिकारियों के लिये अनुमान, रीफ्रेशर और अन्य प्रकार के प्रशिक्षण का आयोजन किया गया है।

तालिका 19.1: एनएसीपी-III के तहत स्वास्थ्य कर्मियों की क्षमता निर्माण में प्रगति (अप्रैल, 2007-जनवरी, 2010)

श्रेणी	प्रशिक्षितों की संख्या			
	प्रवेश	अभिमुखीकरण	अन्य	कुल
चिकित्सक	45,524	16,636	21,763	83,923
परामर्शदाता	49,172	39,215	11,201	99,588
नर्स	10,158	44,881	507	55,546
लैब तकनीशियन	10,399	35,605	783	46,787
एनजीओ कार्यकर्ता	30,426	10,095	31,072	71,593
आंकड़े दर्ज करने वाले संचालक	5,036	346	1,085	6,467
सामुदायिक स्तर के कार्यकर्ता	1,53,565	18,721	4,36,654	6,08,940
कुल	3,04,280	1,65,499	5,03,065	9,72,844

चित्र 14.1: श्री के. चन्द्रमौली, सचिव व महानिदेशक, नाको एमईएसएसटी कार्यशाला के उद्घाटन के मौके पर 18 फरवरी 2010 को प्रतिभागियों और संसाधन व्यक्तियों के साथ।



2 से 5 सितम्बर 2009 के दरमियान गुडगाँव में एड्स नियंत्रण विभाग और एफएचआई और पीएचएफआई के सहयोग से, कार्यक्रम प्रबंधन और मानवीय स्रोत प्रबंधन पर राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के परियोजना निदेशकों के लिये दो दिनों का प्रशिक्षण आयोजित किया गया। इन सत्रों में आईआईएम, बैंगलूर और एक्सएलआरआई, जमशेदपुर के शिक्षकों को बुलाया गया था।

**एम एण्ड ई मजबूती साधन (एमईएसएसटी) कार्यशाला:** यूएनएड्स के सहयोग के साथ ग्लोबल फण्ड के अनुरोध पर 18 और 19 फरवरी 2010 को नई दिल्ली में एड्स नियंत्रण विभाग ने एमईएसएसटी के विवरण और मजबूतीकरण पर नेशनल स्टेकहोल्डर्स वर्कशाप आयोजित की। इस कार्यशाला का उद्घाटन नाको के सचिव और महानिदेशक द्वारा किया गया। इसमें चुने हुए राज्य एड्स नियंत्रण समितियों (आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, दिल्ली और गुजरात) के एम एण्ड ई अधिकारियों को मिलाकर 73 व्यक्तियों ने भाग लिया। इसमें ग्लोबल फण्ड के सभी प्रमुख प्राप्तकर्ता और उप प्राप्तकर्ता के एम एण्ड ई प्रतिनिधि, एनएसीपी-III विकास साझेदार और एड्स नियंत्रण विभाग के अधिकारियों ने भाग लिया।

### क्षमता निर्माण में नई पहल

**इंडियन इनस्टीट्यूट ऑफ एडवांस नर्सिंग:** यह संस्था

एचआईवी/एड्स के क्षेत्र की विश्व की प्रथम स्नातकोत्तर नर्सिंग संस्था होगी। यह संस्था जोकि स्वास्थ्य मंत्रालय, भारत सरकार, तमिलनाडु राज्य सरकार, इंडियन नर्सिंग काउन्सिल और विलंटन फाउण्डेशन के सहयोग से बनेगी।

येले नर्सिंग विश्वविद्यालय स्नातकोत्तर नर्सिंग अभ्यासक्रमों की श्रेणी का विकास करेंगे। यह आशा की जाती है कि संस्थान के खुलने के तीन वर्षों के अन्दर सीधे या प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण के जरिये भारत के और दूसरे देशों के लगभग 15,500 नर्सों को प्रशिक्षण दिया जायेगा और यह संस्था एआरटी केन्द्रों में उपचार ले रहे एड्स के साथ जी रहे लोगों की संख्या में 35 प्रतिशत वृद्धि करने में सहयोग देगी।

एचआईवी औषधि में डिप्लोमा कार्यक्रम: राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण बोर्ड की 23 दिसम्बर 2009 को हुई बैठक में एचआईवी दवाईयों में स्नातकोत्तर डिप्लोमा कार्यक्रम के प्रारंभ किये जाने के प्रस्ताव को मंजूरी दी गई। एड्स नियंत्रण विभाग और इंदिरा गांधी राष्ट्रीय ओपन विश्वविद्यालय (आईजीएनओयू) के सहयोग से 2010 तक चालू होने वाले इस एक वर्षीय डिप्लोमा कार्यक्रम से एचआईवी दवाई प्रशिक्षण और एआरटी केन्द्र के लिये प्रशिक्षित लोगों की कमी समाप्त करने में सहयोग मिलेगा। आईजीएनओयू द्वारा एक समर्पित "एचआईवी औषधि प्रकोष्ठ" स्थापित किया जायेगा।





## परिणाम रूपरेखा दस्तावेज

माननीय प्रधानमंत्री ने कार्य निष्पादन, निगरानी तथा मूल्यांकन प्रणाली को सरकार के एक महत्वपूर्ण प्रयास के रूप में स्वीकृत किया है, जो कि एक ऐसी सरकार का निर्माण है जो परिणाम पर केंद्रित है। प्रत्येक विभाग के लिए परिणाम रूपरेखा दस्तावेज (रिजल्ट फ्रेमवर्क डॉक्युमेंट-RFD) इस प्रयास का एक महत्वपूर्ण घटक है।

परिणाम रूपरेखा दस्तावेज में निम्न पांच खंड हैं:

1. दूरदर्शिता, ध्येय, लक्ष्य तथा प्रकार्य।
2. प्रमुख प्राथमिकताओं, सफलता सूचकों तथा लक्ष्यों के बीच अंतरसंबंध।
3. सफलता सूचकों के रूझान।
4. सफलता सूचकों की परिभाषा, वर्णन तथा प्रस्तावित मापन विधि।
5. अन्य विभागों से विशेष निष्पादन आवश्यकताएं।

उपमहानिदेशक डॉ. एस वेंकटेश को एड्स नियंत्रण विभाग में परिणाम रूपरेखा दस्तावेज के विभागीय समन्वयक के रूप में नियुक्त किया गया है। कार्य निष्पादन, निगरानी तथा मूल्यांकन प्रणाली पर 22 अक्टूबर, 2009 को मंत्रिमण्डल सचिवालय में जानकारी सम्मेलन में उन्होंने भाग लिया।

एड्स नियंत्रण विभाग के चार अधिकारियों ने परिणाम रूपरेखा दस्तावेज पर आयोजित कार्यशाला में भाग लिया, जो नई दिल्ली

में 5-6 नवम्बर 2009 को केबिनेट सचिवालय द्वारा आयोजित की गई। एड्स नियंत्रण विभाग को सर्वोत्तम आरएफडी वाला माना गया तथा उसे पुरस्कृत किया गया। आरएफडी के प्रारूप को 30 नवम्बर 2009 को निष्पादन प्रबंधन विभाग को सौंपा गया, जिसमें उसे उत्तम श्रेणी प्राप्त हुई। विभाग के अधिकारी तदर्थ कार्यबल (एडहॉक टास्क फोर्स-ATF) के साथ परिणाम रूपरेखा दस्तावेज को अंतिम स्वरूप देने के लिये 10.12.2009 को आयोजित की गयी सभा में उपस्थित थे।

माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री ने 24 दिसम्बर 2009 को एड्स नियंत्रण विभाग के परिणाम रूपरेखा दस्तावेज जनवरी-मार्च, 2010 को स्वीकृति दी। परिणाम रूपरेखा दस्तावेज के समय पर पेश किए जाने पर एड्स नियंत्रण विभाग को उत्तम श्रेणी प्राप्त हुई। परिणाम रूपरेखा दस्तावेज को विभाग की वेबसाईट [www.nacoonline.org](http://www.nacoonline.org) पर प्रदर्शित किया गया।

राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केंद्र, नई दिल्ली में 12 जनवरी 2010 को आयोजित की गयी कार्यशाला में विभाग के अधिकारियों ने परिणाम रूपरेखा व्यवस्थापन प्रणाली (रिजल्ट फ्रेमवर्क मैनेजमेंट सिस्टम-RFMS)के प्रयोग में कौशल विकसित किया और 27 जनवरी 2010 को परिणाम रूपरेखा व्यवस्थापन प्रणाली में परिणाम रूपरेखा दस्तावेज को ऑनलाईन दर्ज कराया। परिणाम रूपरेखा दस्तावेज (2010-11) को 5 मार्च, 2010 को पेश किया गया और तदर्थ कार्य बल के साथ 18 मार्च 2010 को चर्चा हुई।





## प्रशासन

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अधीन एड्स 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 दिनेश त्रिवेदी और श्री एस गांधीसेल्वन कर रहे हैं;

एड्स नियंत्रण विभाग का नेतृत्व भारत सरकार के सचिव द्वारा किया जाता है और इनका सहयोग संयुक्त सचिव, दो उप महानिदेशक, 4 सहायक महानिदेशक और 1 निदेशक 1 संयुक्त निदेशक और 1 उपसचिव करते हैं। विभाग में गुप ए, बी, सी और डी के कर्मचारियों की कुल संख्या 64 है और इसमें सचिवीय और तकनीकी पद भी शामिल हैं। इसके अलावा विभाग को सौंपे गए कार्यों के निष्पादन के लिए निविदा पर नियुक्त कर्मचारियों की भी सेवा ली जाती है। देश में एड्स के प्रसार को रोकने तथा लोगों को बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने की सरकार की प्रतिबद्धता के लिहाज से एड्स नियंत्रण विभाग ने कई कदम उठाए

हैं ताकि सरकारी नीतियों और कार्यक्रमों को समयबद्ध और प्रभावी ढंग से कार्यान्वित किया जा सके। इसके तहत कार्यक्रम से जुड़े अधिकारियों और कर्मचारियों के बीच अनुशासन और उत्तरदायित्व पर जोर दिया गया है।

नवगठित एड्स नियंत्रण विभाग को निम्नलिखित कार्य सौंपे गए हैं:

- एचआईवी/एड्स नियंत्रण और रोकथाम से जुड़े क्षेत्रों में केंद्र और राज्य सरकार के बीच अंतरखंड, अंतर-संगठनात्मक और अंतर-सांस्थानिक समन्वय कायम करना।
- एचआईवी/एड्स नियंत्रण, रोकथाम, इलाज और प्रबंधन के लिहाज से तथा सभी के बीच समन्वय स्थापित करने के लिए उच्चस्तरीय शोध के लिए सांस्थानिक फ्रेमवर्क प्रदान करना।
- एचआईवी/एड्स 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 लोगों को जागरूक, प्रेरित और सशक्त बनाया जा सके।

- राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको)
- एचआईवी/एड्स प्रबंधन और अनुसंधान का प्रशिक्षण देना, अंतरराष्ट्रीय सहयोग और कार्यक्रमों का आदान-प्रदान करना।
- एचआईवी/एड्स रोकथाम के क्षेत्र में अनुसंधान अध्ययन को बढ़ावा देना।

### सूचनाधिकार अधिनियम का कार्यान्वयन

सूचना का अधिकार अधिनियम, 2005 इस दृष्टि से लागू किया गया कि सरकार की कार्य प्रणाली में पारदर्शिता तथा जवाबदेही लागू की जा सके ताकि नागरिकों ने जन प्राधिकारियों के नियंत्रण में सूचना तक पहुंच सुनिश्चित किया जा सके। इसे 12.10.2005 को लागू किया गया है। सूचनाधिकार अधिनियम 2005 के तहत एड्स नियंत्रण विभाग में 08 केंद्रीय सार्वजनिक सूचना अधिकारियों और 03 अपीलीय अधिकारियों की नियुक्ति की गई है। वर्ष 2008-09 के दौरान सूचना पाने के लिए 99 आवेदन और 13 अपीले प्राप्त हुईं, जिनका जवाब समय पर दिया गया।

### जिला एड्स नियंत्रण इकाई

एचआईवी/एड्स नियंत्रण गतिविधियों के प्रबंधन के विकेंद्रीकरण के लिए जिलों को विशेष उत्तरदायित्व देते हुए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के तीसरे चरण के तहत जिला एड्स नियंत्रण इकाई डीएपीसीयू की स्थापना की गई है। इस इकाई का प्रबंधन जिला कार्यक्रम पदाधिकारी (एचआईवी/एड्स), सहायक सह अकाउंटेंट, एमएंडई सहायक और सहयोगी कर्मचारियों द्वारा किया जाता है। इन इकाइयों के गठन में पहली प्राथमिकता उन राज्यों को दी गई, जो अधिक जनसंख्या वाले तथा एड्स के लिहाज से अधिक संवेदनशील थे। 'ए' एवं 'बी' श्रेणी के कुल 195 जिलों में से दिसंबर 2009 तक 181 डीएपीसीयू ने कार्य करना शुरू कर दिया है।

तालिका 16.1: 2009 के दौरान डीएपीसीयू के स्थापन की राज्यवार प्रगति (दिसम्बर 2009 तक)

राज्य	ए और बी राज्यों की संख्या	डीएपीसीयू के कार्यक्रमों की संख्या
आंध्र प्रदेश	23	23
अरुणाचल प्रदेश	1	1
असम	1	0
बिहार	3	1
चंडीगढ़	1	0
छत्तीसगढ़	1	1
दिल्ली	4	4
गोवा	2	2
गुजरात	10	11
हरयाणा	1	0
कर्नाटक	26	29
केरल	2	2
मध्य प्रदेश	8	8
महाराष्ट्र	32	30
मणिपुर	9	9
मिजोरम	3	3
नागालैंड	10	10
उड़ीसा	7	7
पांडेचेरी	1	0
पंजाब	2	2
राजस्थान	7	2
तमिलनाडु	27	27
त्रिपुरा	1	1
उत्तर प्रदेश	5	0
पश्चिमी बंगाल	8	8
<b>कुल योग</b>	<b>195</b>	<b>181</b>



## अधिप्राप्ति

इस वर्ष के दौरान औषधियों, उपकरणों, एचआईवी जांच किट व अन्य चिकित्सीय वस्तुओं के उपार्जन व अधिप्राप्ति के लिए संयुक्त राष्ट्र की एजेन्सी यू.एन.ओ.पी.एस. (यूनोप्स) की सेवाओं को अधिप्राप्ति एजेंट (प्रक्योरमेंट एजेंट) के रूप लिया गया। चूंकि यूनोप्स के साथ अनुबंध 31.3.2010 को समाप्त होना था अतः नाको द्वारा विश्व बैंक की क्यूसीबीएस प्रक्रिया का अनुसरण करते हुए नये अधिप्राप्ति एजेंट की चयन प्रक्रिया सम्पादित की गई। विश्व बैंक द्वारा चयन प्रक्रिया के विभिन्न चरणों में अनापत्ति प्रमाण पत्र प्राप्त करने के साथ नये अधिप्राप्ति एजेंट (मैसर्स राइट्स लिमिटेड) का चयन किया गया है तथा 16.02.2010 को अनुबंध हस्ताक्षरित किया गया।

अतीत में, कार्यक्रम के लिए आवश्यक सभी मुख्य वस्तुओं यथा जांच किट, एचआईवी (रैपिड), एचआईवी (एलिसा), एचबी एजी (रैपिड), एचबी एजी (एलिसा), एचसीवी (रैपिड), एचसीवी (एलिसा), आरपीआर किट, ड्रग (एआरवी ड्रग, एसटीआई/आरटीआई ड्रग किट) तथा उपकरणों (सीडी4 मशीन तथा ब्लड बैंक उपकरण) एवं ब्लड बैंग केन्द्रीय रूप से प्राप्त कर राज्य एड्स नियंत्रण समितियों को मुहैया करायी जाती थी। वस्तुओं की अधिप्राप्ति में केन्द्रीय स्तर

पर 8.3.2010 तक लगाया गया व्यय तालिका 6.1 में दर्शाया गया है:

तालिका 17.1: अधिप्राप्ति में केन्द्रीय स्तर पर आने वाले व्यय

	(रुपये करोड़ में)
बजट अनुमान	286.40
संशोधित आकलन	307.25
व्यय की राशि 15.3.2010 तक	291.96

राज्य स्तर पर अधिप्राप्ति नाको के लिए एक महत्वपूर्ण क्षेत्र रहा है। सुचारु और प्रभावी अधिप्राप्ति के लिए नाको मुख्यालय के अधिप्राप्ति प्रभाग द्वारा राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों को सहयोग प्रदान किया जाता है। राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के अधिप्राप्ति कर्मचारी की अधिप्राप्ति और वित्त विषयों पर क्षमता विकास हेतु 27 एवं 30 अक्टूबर 2009 को एक दिवसीय कार्यशाला का आयोजन किया गया। नाको के अधिप्राप्ति विशेषज्ञों के अलावा विश्व बैंक, डीएफआईडी तथा यूनोप्स के विशेषज्ञों ने इस कार्यशाला में संसाधन विशेषज्ञों के रूप में भाग लिया।



## वित्तीय प्रबंधन

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम-III (2007–2012) के दौरान विभिन्न हस्तक्षेप लागू करने के लिए 11,585 करोड़ रुपए के निवेश की आवश्यकता है। इस बजट का 67.2 प्रतिशत उच्च जोखिम वाले समूहों एवं सामान्य जनसंख्या में रोकथाम संबंधी कार्यों के लिए निर्धारित है। 17 प्रतिशत राशि एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की देखभाल, सहायता तथा उपचार के लिए, 8 प्रतिशत राशि कार्यक्रम प्रबंधन के लिए, 3 प्रतिशत राशि सामरिक सूचना प्रबंधन और 5 प्रतिशत राशि आकस्मिक कार्यों के लिए निर्धारित है।

11,585 करोड़ रुपए में से 8,023 करोड़ रुपए बजटीय आवंटन के रूप में हैं। शेष राशि बजट के अतिरिक्त दूसरे

स्रोतों से प्राप्त की जाएगी। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम-III के दौरान बजट आवंटन और उपयोग की जानकारी तालिका 18.1 में दी गयी है।

पिछले वर्षों के दौरान राज्य एड्स नियंत्रण समितियों तथा नाको द्वारा वित्तीय व्यवस्था में सुधार हेतु कदम उठाए गए हैं। इसके अंतर्गत शामिल हैं:

- वार्षिक कार्य योजना के अनुमोदन में देरी को टालने के लिये, पिछले तीन सालों से पिछले वित्तवर्ष की समाप्ति से पहले कार्य योजनाओं को मंजूरी दी जा रही है ताकि समय पर ठीक तरह से योजना बन सके और कार्य अवधि के प्रारम्भ होते ही इसे लागू किया जा सके।

तालिका 18.1: आवंटित राशि तथा उसके उपयोग का वार्षिक विवरण 2007–08 से 2009–10 तक

वर्ष	संशोधित आंकलन (करोड़ रुपये में)	किया गया खर्च (करोड़ रुपये में)	खर्च प्रतिशत
2007–08	943.34	917.56	97.3%
2008–09	1123.36	1037.00	92.3%
2009–10	980.15	890.77*	90.88%*

\* 15.3.2010 तक



- सभी राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के वित्त विभागों में कर्मचारियों की संख्या की स्थिति में सुधार आया है।
- राज्यों में बजट भेजने में देरी को टालने के लिये ई-ट्रान्सफर सुविधा शुरू की गयी है। जिला और पेरिफरल इकाईयों के कर्मचारियों को ई-ट्रान्सफर द्वारा वेतन देने के लिये कदम उठाये गये हैं।
- सहयोगिक पर्यवेक्षण का विस्तार कमजोर राज्यों तक किया गया है ताकि राज्यों में बेहतर व्यवस्था लागू हो।
- तीन स्तरीय लेखा संरचना आरंभ की गई है ताकि बेहतर वित्त प्रबंधन किया जा सके और उपयोग प्रमाण पत्र समय पर सौंपे जा सकें।
- कम्प्यूटरीकृत परियोजना वित्तीय प्रबंधन प्रणाली (सीपीएफएमएस) का विकास और क्रियान्वयन किया गया है ताकि बेहतर वित्तीय प्रबंधन किया जा सके। खर्च प्रबंधन, वित्त जानकारी को प्राप्त करने और अग्रिम रकम को उपयोग में लाने और जाँचने के लिये सभी राज्य एड्स नियंत्रण समितियों में यह प्रणाली कार्य कर रही है।

अभी हाल की मुख्य लेखा परीक्षा के अवलोकन संलग्नक 4 में दिये गये हैं।



## एनएसीपी-III की मध्यावधि समीक्षा

एनएसीपी-III के मध्यावधि समीक्षा (एमटीआर) मिशन ने, विश्व बैंक तथा विकास भागीदारों के प्रतिनिधियों के साथ (बिल तथा मिलिंडा गेट्स फाउंडेशन, क्लिंटन फाउंडेशन, डीएफआईडी, जीएफएटीएम, यूनीसेफ, यूएनएड्स, यूएसएआईडी तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन) 16 नवंबर से 3 दिसम्बर 2009 तक कार्यक्रम की मध्यावधि समीक्षा की। इस मिशन ने एनएसीपी-III के प्रथम अर्धांश में अपनाई गई रणनीति, योजना, संसाधनों तथा क्रियाकलापों का मूल्यांकन किया।

योजनाओं की रणनीति के असर, निर्धारित लक्ष्य की ओर प्रगति और कार्यक्रम के मध्य में जरूरी सुधारों पर कई अध्ययन किए गये। इन अध्ययनों ने कार्यक्रम योजनाओं को लागू करते समय आने वाली चुनौतियों और इन योजनाओं को ज्यादा असरदार बनाने के लिये अवसरों की पहचान की।

जहां कुछ अध्ययनों ने रणनीतियों का मूल्यांकन किया और दिशा प्रदान की, वहीं कुछ अध्ययनों ने संगठनात्मक तंत्रों जिसमें मानव संसाधन और वित्त शामिल हैं उनकी विवेचना की। कुल मिलाकर अध्ययनों ने कार्यक्रम को स्पष्ट करने

के लिये महत्वपूर्ण जानकारियां दी और उन्हे अधिक प्रभावी बनाने के लिये कदम सुझाए। निष्कर्षों को एमटीआर सदस्यों और चुने हुए राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के परियोजना निदेशकों के साथ 26-28 अक्तूबर 2009 को एड्स नियंत्रण विभाग द्वारा आयोजित कार्यशाला में बांटा गया।

एड्स नियंत्रण विभाग में 16 नवम्बर 2009 की ब्रीफिंग के पश्चात् एमटीआर मिशन ने कर्नाटक, मिजोरम, उड़ीसा, पंजाब और राजस्थान राज्यों की 17 से 21 नवम्बर 2009 के दौरान यात्रा की। बाद में मिशन ने एड्स नियंत्रण विभाग में अधिकारियों के साथ प्रगति की समीक्षा की।

जनवरी 2010 में एमटीआर मिशन ने सहायक वृत्तांत (एड मेमोयर) आर्थिक मामलों के विभाग को पेश किया, जिसमें यह बताया गया:

- मध्यावधि तक एनएसीपी-III ने वर्ष 2011 के एचआईवी महामारी के रोकथाम के अपने लक्ष्य की दिशा में सराहनीय प्रगति की है। एनएसीपी-III का विकास उद्देश्य बिल्कुल उसकी पहुंच के अन्दर है। अनेक लक्ष्य प्राप्त कर लिए गए हैं अथवा उनसे आगे बढ़ा जा

चुका है। कार्यक्रम के लिए सबसे अधिक प्रोत्साहन की बात यह है कि एएनसी, एसटीडी, एफएसडब्ल्यू तथा एमएसएम में कुल मिलाकर एचआईवी के फैलने की दर धीरे-धीरे घट रही है। केवल आईडीयू के लिए यह प्रवृत्ति उतनी स्पष्ट नहीं है। एआरटी का मध्यावधि लक्ष्य (2,30,000 पीएलएचए वयस्क तथा बच्चे) भी प्राप्त कर लिया गया है।

- सितंबर 2009 में 2,51,240 वयस्क तथा 16,940 बच्चे एआरटी पर थे।
- एनएसीपी-III ने 6 राज्यों (मणिपुर, आंध्रप्रदेश, महाराष्ट्र, कर्नाटक, तमिलनाडु और उत्तर प्रदेश) में वर्ष 2009 में कवरेज आकलन के अनुसार अपना मध्यावधि लक्ष्य हासिल कर लिया है। व्यवहार परिवर्तन आकलनों के लिए ये आरंभिक परिणाम केवल इन 6 राज्यों में कराए गए सर्वेक्षण के आधार पर हैं और इस परिणाम को मान्य बनाने के लिए आगे के विश्लेषण तथा अन्य सर्वेक्षणों के आंकड़ों के साथ मिलान किया जाना है।
- सामान्य जनसंख्या में एचआईवी का प्रसार 0.3 प्रतिशत (2007 और 2008) है। कुल एचआईवी मामलों के लगभग दो तिहाई 6 राज्यों में हैं। एचआईवी का प्रसार उच्च जोखिम वाले समूहों में 10-20 गुणा अधिक, एफएसडब्ल्यू में 5 प्रतिशत, आईडीयू में 9 प्रतिशत और एमएसएम में 7 प्रतिशत (नाको, 2008 राष्ट्रीय सर्वेलेस आंकड़े) है, जिससे यह स्पष्ट होता है कि एचआईवी उच्च जोखिम वाले समूहों में केन्द्रित है। एएनसी में एचआईवी प्रसार 0.8 प्रतिशत (2003) से घटकर 0.5 प्रतिशत (2008) हुआ। आंकड़े दिखाते हैं कि नए संक्रमणों की अधिक संख्या तथा संक्रमण का भार भारत के 5 से 15 प्रतिशत जिलों में केन्द्रित है। इसलिए नाको को अपने प्रयत्न इन क्षेत्रों में केन्द्रित करना चाहिए।

एनएसीपी-III के प्रथम अर्धांश में नाको ने ऐसा करने हेतु प्रबंधकीय उपायों तथा उपकरणों को सफलतापूर्वक विकसित किया है। भारत में विविध स्थानों में लक्षित हस्तक्षेपों की संख्या को बढ़ाने के लिए, मैपिंग, सूक्ष्म प्लानिंग तथा राज्य एड्स नियंत्रण समितियों, टीएसयू तथा नाको द्वारा निगरानी, नए एचआरजी के लिए लोचदार कार्यक्रम तथा अति उच्च जोखिम वाले यौनकर्मियों (नए युवा, उच्च मात्रा) पर नए सिरे से ध्यान केन्द्रित करने के लिए जरूरी है। एचआरजी के लिए नए मैपिंग को लागू करने का मतलब है कि नाको के टीआई के हस्तक्षेपों के स्तर को बढ़ाना।

- एआरटी प्राप्त करने वाले लोगों की संख्या ने मध्यावधि लक्ष्य को पार कर लिया है। यद्यपि बाल एआरटी में लिंग आधारित असमानता को दूर करने, एचआरजी तक एआरटी की पहुंच के साथ-साथ एआरटी प्रोफिलेक्सिस प्राप्त करने वाली गर्भवती पीएलएचए के अनुपात को बढ़ाने की आवश्यकता है।
- कार्यक्रम निष्पादन की निगरानी हेतु डैशबोर्ड अधिकतर सूचकों में महत्वपूर्ण वृद्धि दर्शाता है, अधिकतर लक्ष्यों को पार किया जा चुका है। कवरेज और आधारभूत ढांचे में काफी प्रगति हुई है। एनएसीपी-III के अगले चरण में गुणवत्ता बढ़ाने, खासकर अधिक एचआईवी प्रसार/रुझानों के क्षेत्रों तथा उच्च जोखिम (आकार और जोखिमपूर्ण व्यवहार) के क्षेत्रों में एआरटी सेवाओं में महत्वपूर्ण वृद्धि करना, बढ़ी हुई निगरानी, विस्तार और सेवाओं का विकेन्द्रीकरण करना शामिल है।
- नाको ने आईसीटीसी की संख्या को बढ़ाने और पीएलएचए की पहचान करने में प्रसंशनीय कार्य किया है। वर्ष 2009-10 में यह संभव है कि 80 लाख सामान्य जनसंख्या की एचआईवी जांच की जाए जिसमें 3

परियोजना के परिणाम को सूचित करने वाले कारक	आधार रेखा 2006	मध्य-अवधि वर्ष 3	
		लक्ष्य	उपलब्धि-औसत (रेंज)
एफएसडब्ल्यू का प्रतिशत जिसके द्वारा यह सूचना दी गई कि सबसे नए ग्राहकों द्वारा कंडोम का उपयोग किया जा रहा है	50 प्रतिशत	70 प्रतिशत	91 प्रतिशत (83-97)
एमएसडब्ल्यू का प्रतिशत जिसके द्वारा यह सूचना दी गई कि सबसे नए ग्राहकों द्वारा कंडोम का उपयोग किया जा रहा है	20 प्रतिशत	40 प्रतिशत	86 प्रतिशत (43-100)
आईडीयू का प्रतिशत जिन्होंने ऐसी आदतों को अपनाया है जिनसे एचआईवी संक्रमण के खतरे कम होते हैं। जिन्होंने पिछले महीने इंजेक्शन की साझेदारी नहीं की है तथा जिनके द्वारा सबसे नए यौन साथी के साथ कंडोम का इस्तेमाल किया गया।	30 प्रतिशत	50 प्रतिशत	पिछले महीने के दौरान साझा इंजेक्शन इस्तेमाल करने से मना किया - 62 प्रतिशत (44-91) सबसे नए यौन साथी के साथ कंडोम का इस्तेमाल किया गया-88 प्रतिशत (77-95)
पुराने एचआईवी संक्रमण वाले व्यक्तियों की संख्या जिन्हें एंटीरेट्रोवाइरल कॉम्बिनेशन थेरेपी दी जा रही है।	42,000	2,30,000	2,68,180 (सितम्बर 09 तक)

लाख से 3 लाख 20 हजार तक एचआईवी पॉजिटिव होने की आशंका है जोकि देश के कुल पीएलएचए का 15 प्रतिशत है। वे जोड़ियां जिनमें से केवल एक को एचआईवी संक्रमण है, उनके साथ कार्य करके दूसरे को एचआईवी से बचाने का अवसर मिलता है। नाको को कार्यक्रम को प्रभावशाली बनाने के लिए ऐसी जोड़ियों पर निगरानी रखनी है ताकि इन्हें काउंसलिंग तथा अन्य सेवाएं (मुफ्त कन्डोम) प्रदान की जा सकें और भारत में नए संक्रमण के एक हिस्से को रोका जा सके।

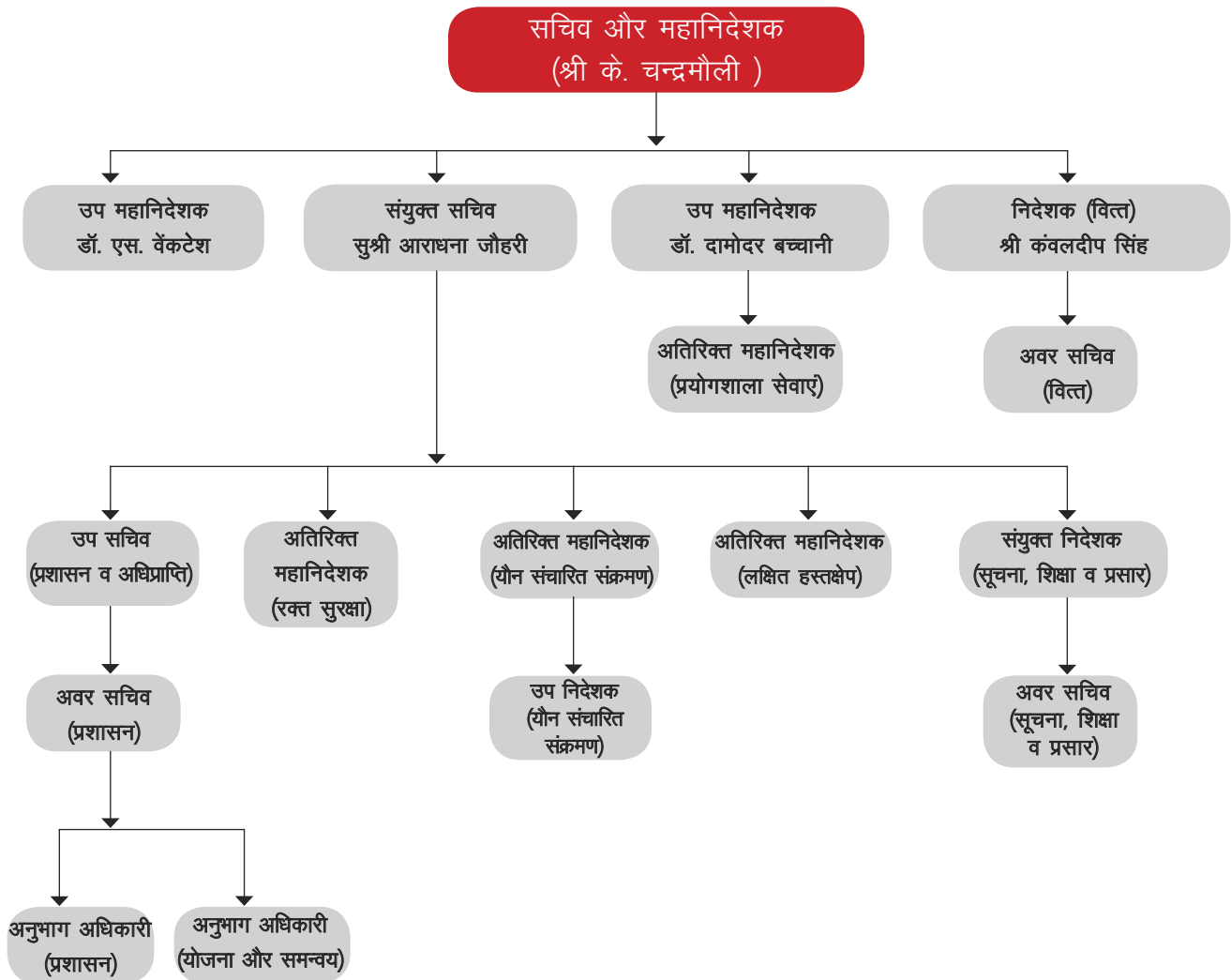
- जबकि देखभाल, सहायता और उपचार हेतु मूलभूत ढांचे में जोरदार वृद्धि हुई है, आज की जरूरत यह है कि गुणवत्ता में सुधार जैसे कि वयस्कों और बच्चों में लिंग समानता पर जोर दिया जाए और जो पूर्व – एआरटी हेतु पंजीकृत हुए हैं उनका नियमित रूप से एआरटी केन्द्र पर आना सुनिश्चित किया जाये। भारत सरकार में शायद कोई अन्य सरकारी कार्यक्रम ऐसा नहीं है जो सीमान्त समूहों पर इतना अधिक ध्यान देता है। यह कार्यक्रम दूसरे कार्यक्रमों के लिए प्रेरक उदाहरण है। किंतु एचआईवी का गतिविज्ञान यह मांग करता है कि नाको द्वारा उन सब तक पहुंच पर ध्यान केन्द्रित किया जाए जिन्हें एनएसीपी सेवाओं की आवश्यकता है।

- भारत में एचआईवी का प्रसार यौन कर्म द्वारा एवं इंजेक्शन द्वारा नशा लेने से हो रहा है। यह कार्यक्रम यौन कर्मियों और इंजेक्शन द्वारा ड्रग लेने वालों को लक्ष्य बनाता है। नाको ट्रक चालकों एवं प्रवासी जनसंख्या पर भी अधिक ध्यान दे रही है। यद्यपि, इस तरह का विस्तार स्वागत योग्य है नाको यह सुनिश्चित करता है कि महामारी के केन्द्र पर ध्यान कम न हो जाए।
- एनआरएचएम के साथ मिलकर काम (कंवर्जेंस) किया जा रहा है जबकि आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन तथा प्रयोगशाला सेवाओं के क्षेत्र में अब भी प्रगति हासिल की जा सकती है।
- एमटीआर के दौरान एनएसीपी-III की वित्तीय स्थिति का विश्लेषण किया गया। संख्यात्मक लक्ष्यों को पाने में नाको अत्यंत सफल रहा है और अब आवश्यकता है कि इसके द्वारा लक्षित हस्तक्षेपों तथा उनकी गुणवत्ता को बढ़ाने हेतु प्रयास किए जाएं। अब एचआरजी मैपिंग कार्य तथा आंकड़ों के ट्रायंगुलेशन द्वारा जिलों एवं उनके लिए निर्धारित मध्यस्थता पैकेज को पुनःवर्गीकृत किया जा सकेगा। इन कार्यों के पूर्ण होने के बाद ही नाको एनएसीपी-III के लागत लेखाकार्य को पूर्ण कर पाएगा और एक संभव वित्तीय कमी को जान पाएगा।
- कार्यक्रम के अंतर्गत न्यासीय व्यवस्था को अद्यतन करने के लिए हेतु वित्तीय समझौते में सुधार हेतु नाको भागीदारों के साथ काम करने के लिए सहमत हुआ।



संलग्नक 1

# एड्स नियंत्रण विभाग का संगठनात्मक चार्ट



## श्रेणी 'ए' और 'बी' जिलों की सूची

श्रेणी 'ए' (159)		श्रेणी 'बी' (39)	
आन्ध्र प्रदेश (23)	कोडागू	मिजोरम (2)	आसाम (1)
आदिलाबाद	कोलार	आईज़ाल	सोनितपुर
अनन्तपुर	कोप्पल	चम्पायी	बिहार (1)
चित्तूर	मंड्या	नागालैंड (10)	कटिहार
कुडप्पा	मैसूर	दीमापुर	चण्डीगढ़ (1)
पूर्वी गोदावरी	रायचूर	कोहिमा	चण्डीगढ़
गुंटूर	शिमोगा	मोकोकचुंग	दिल्ली (4)
हैदराबाद	तुमकर	मोन	दिल्ली सेन्ट्रल
करीम नगर	उडुपी	फेक	दिल्ली पूर्व
खमाम	उत्तर कन्नड	तुएनसांग	दिल्ली उत्तरी
कृष्णा	मध्य प्रदेश (5)	वोखा	दिल्ली उत्तर पूर्व
कुरनूल	बालाघाट	किफीरी	गोवा (1)
महबूब नगर	देवास	पेरेन	दक्षिण गोवा
मेदक	हरदा	जुइन्हीबोटो	गुजरात (4)
नलगोन्डा	पन्ना	उड़िसा (4)	अहमदाबाद
नैलोर	रीवा	अनुगुल	भावनगर
निजामगढ़	महाराष्ट्र (32)	बोलांगिर	राजकोट
प्रकाशम	अहमद नगर	भद्रक	बडोदरा
रंगारेड्डी	अकोला	गंजाम	केरल (2)
श्रीकाकुलम	अमरावती रुरल	पंजाब (1)	एर्नाकुलम
विशखापट्टम	औरंगाबाद	लुधियाना	कोजिहिकोड
विजयनगरम्	भन्डारा	राजस्थान (1)	मध्य प्रदेश (3)
वारंगल	बींद	गंगा नगर	इन्दौर
पश्चिमी गोदावरी	बुलढाणा	तमिलनाडु (22)	मन्दसौर
अरुणाचल प्रदेश (1)	चन्द्रपुर	कोयम्बतूर	भोपाल
लोहित	धूले	कडलूर	मिजोरम (1)
बिहार (2)	गडचिरोली	धर्मापुरी	कोलासिब
अररिया	हिंगोली	इरोड	उड़िसा (3)
लखिसराय	जलगाव	कन्याकुमारी	बालासोर
छत्तीसगढ़ (1)	जालना	करुर	खोरधा
दुर्ग	कोल्हापुर	कृष्णागिरी	कोरापुट

श्रेणी 'ए' (159)			श्रेणी 'बी' (39)
<b>गोवा (6)</b>	लातूर	मदूरई	<b>पाडिचेरी (1)</b>
उत्तरी गोवा	मुंबई	नमक्कल	पाडिचेरी
<b>गुजरात (6)</b>	मुंबई (सब-अरबन)	पेरमबलूर	<b>पंजाब (1)</b>
बनास कांठा	नागपुर रुरल	पुदुक्कोटट्टई	भटिंडा
दाहोद	नांदेड	रामानाथपुरम	<b>राजस्थान (6)</b>
महेसाना	नंदूरबार	सेलम	अजमेर
नवसारी	नासिक	शिवगंगा	अलवर
सूरत	ओसमानाबाद	थेनी	बारमेर
सुरेन्द्र नगर	परभानी	नीलगिरी	जयपुर
<b>हरियाणा (1)</b>	पूणे	तिरुवल्लूर	उदयपुर
भिवानी	रायगढ़	त्रिच्चरापल्ली	टोंक
<b>कर्नाटक (26)</b>	रत्नगिरी	तिरुवन्नामलई	<b>तमिलनाडु (5)</b>
बागलकोट	सांगली	तूथकुडडी	चन्नेई
बंगलौर सिटी	सतारा	वेल्लूर	काँचीपुरम
बंगलौर रुरल	शोलापुर	विरुद्धनगर	तिरुनलवेली
बेलगाम	थाणे	<b>उत्तरप्रदेश (5)</b>	तांजावूर
बेल्लारी	वार्धा	इलहाबाद	विल्लूपुरम
बिदर	यावत्तमल	बांदा	<b>त्रिपुरा (1)</b>
बीजापुर	<b>मणीपुर(9)</b>	दिओरिया	उत्तरी त्रिपुरा
चामराज नगर	बिश्नुपुर	इटावा	<b>पश्चिम बंगाल (4)</b>
चिकमगलूर	चन्देल	मऊ	दार्जीलिंग
दक्षिण कन्नड़	चूराचाँदपुर	<b>पश्चिम बंगाल (4)</b>	जलपाईगुड़ी
दवनगिरी	इम्फाल	कोलकोता	मेदिनीपुर पूर्वी
धारवाढ	सेनापति	पुरलिया	मुर्शिदाबाद
गदग	तर्मेगलॉग	बर्धमान	
गुलबर्गा	थोउबल	उत्तर दीनाजपुर	
हसन	उखरुल		

## SACS/MACS का विवरण

<p>आंध्र प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसाइटी, मेडिकल तथा स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, सुल्तान बाजार, हैदराबाद – 500059, फोन: 040 / 24657221, 24650776</p>	<p>अंडमान निकोबार एड्स नियंत्रण सोसाइटी, जीबी पंत हॉस्पिटल भवन, पोर्ट ब्लेयर 744104, फोन: 03192-236555, 237941</p>
<p>अरुणाचल प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसाइटी, स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, नेहरलागन, पिन – 791110, अरुणाचल प्रदेश, फोन: 0360-2351268 / 2002502</p>	<p>असम राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, खानापरा, गुवाहाटी-781022, फोन: 0361-2360524, 2366388</p>
<p>अहमदाबाद नगर निगम एड्स नियंत्रण सोसाइटी, पुराना निगम डिस्पेंसरी, सी,जी रोड अहमदाबाद – 380006, फोन: 079-26468653, 26564314, 26564281</p>	<p>बिहार राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण राज्य संस्थान, शेखपुरा, पटना – 800014, फोन: 0612-2290278, 2292495</p>
<p>चेन्नई नगर निगम एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 82 थिरु विका सलई, माइलापुर, चेन्नई – 600004, फोन: 044-24986514, 24980081, 25369444</p>	<p>चंडीगढ़ एड्स नियंत्रण सोसाइटी, एससीओ न. 14-15, पहला तल, सेक्टर – 8, चंडीगढ़ – 160018, फोन: (0172) 2544563, 2544589, 2544590</p>
<p>छत्तीसगढ़ राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, राज्य सेवा प्रशिक्षण केंद्र, कालीबाड़ी चौक के पास, रायपुर, फोन: 0771-4081069, 2235860</p>	<p>दादर तथा नगर हवेली राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, श्री विनोवा भावे सिविल हॉस्पिटल कैंपस, सिल्वासा- 396230, UT ऑफ दादर तथा नगर हवेली, फोन: 0260-2642061 / 2641759</p>
<p>दमन और दीव एड्स नियंत्रण सोसाइटी, समुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मोती दमन, दमन – 396220, 0260-2230570, 2230847, 2230470, 254870, 250570, 250847</p>	<p>दिल्ली राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, डॉ. बाबा साहेब अंबेडकर हॉस्पिटल, धर्मशाला ब्लॉक, सेक्टर-6, रोहिणी, दिल्ली – 110085, फोन: 011-27055660, 27055725, 27055717</p>
<p>गोवा राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, पहला तल, दयानंद स्मृति भवन, स्वामी विवेकानंद रोड, पणजी – 403001, फोन:(0832) 2427286, 2422519, 2422518, 2427286</p>	<p>गुजरात एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 0 / 1 ब्लॉक, न्यू मेंटल हॉस्पिटल, कॉम्प्लेक्स, मंगहनी नगर अहमदाबाद – 380016, फोन: 079-22681043 / 22684992 / 23253271</p>
<p>हरियाणा एड्स नियंत्रण सोसाइटी सी 15 आवास भवन, सेक्टर 6, पंचकूला, हरियाणा, 0172-2585413, 584549, 2585503, 25633172</p>	<p>हिमाचल प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसाइटी, ब्लॉक 38, ग्राउंड फ्लोर, SDA भवन, कसुमपट्टी, शिमला – 171009, फोन:0177-2585413, 2585503, 25633172</p>
<p>जम्मू एंड कश्मीर एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 48, समंदर बाग, एक्सचेंज रोड, श्रीनगर फोन: 0194-2486409</p>	<p>झारखंड एड्स नियंत्रण सोसाइटी, सरदार हॉस्पिटल कैंपस, पुरुलिया रोड, रांची, 0651-2309556, 2309556, 2490649</p>
<p>कर्नाटक एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 4 / 13-1, क्रीसेंट रोड, हाइ ग्राउंड बेंगलूरु, फोन: 080-22201438, 22201436, 22201439, 22201465</p>	<p>केरल राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, आईपीपी बिल्डिंग, रेड क्रॉस रोड, तिरुवनंतपुरम, केरल – 695 035, फोन: 0471-2304882 / 2304704</p>
<p>लक्षद्वीप राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, चिकित्सा तथा स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, यूटी ऑफ लक्षद्वीप, कावरत्ती – 682555, फोन: 04896-262316, 262317, 262114, 263582</p>	<p>मध्य प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 1, अरेरा हिल्स, सेकंड फ्लोर, ऑयलफील्ड बिल्डिंग, भोपाल – 462011, फोन: 0755-2559629 / 2551645 / 2671031</p>
<p>महाराष्ट्र राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, एक्वर्थ लेप्रसी हॉस्पिटल परिसर, आरए किदवई मार्ग, वडाला ओवरब्रिज के पास, वडाला (प), मुम्बई – 400031, फोन: 9522-24113035</p>	<p>मणिपुर राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, न्यू सेक्रेटेरियट, एनेक्स बिल्डिंग, वेस्टर्न ब्लॉक, इम्फाल – 795001, फोन: 0385-2443738</p>
<p>मेघालय राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, आइडियल लॉज, ओकलैंड, शिलॉन्ग – 793001 फोन: (0364) 2223140, 2315452, 2315453</p>	<p>मिजोरम राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, एमवी-124, मिशन वेंग साउथ, आइजोल – 796005 फोन: 0389-2321566 / 2321556 / 2315453</p>



मुम्बई जिला राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, ग्रेटर मुम्बई का नगर निगम, आर/ए किदवई मार्ग, एक्वर्थ कॉम्प्लेक्स, वडाला मुम्बई - 400031 फोन:022-24100250,	नागालैंड राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, चिकित्सा निदेशालय, कोहिमा-797001, फोन: 0370-2244218, 2241046 / 2241543,
उडिसा एड्स नियंत्रण सोसाइटी, आयल उड़ीसा बिल्डिंग, नया पल्ली, भुवनेश्वर फोन: 0674 / 2395134 / 2393235	पुदुचेरी राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, न. 93, पेरुमल काइल स्ट्रीट 0413-2343596, 2337000
पंजाब राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, प्रयास बिल्डिंग, सेक्टर 38B, चंडीगढ़ - फोन: 0172-2636804 / 2636802	राजस्थान राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, चिकित्सा तथा स्वास्थ्य निदेशालय, स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, जयपुर - 302005 / फोन: 0141- 2222452
सिक्किम राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, सिक्किम राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, एसटीएनएम हॉस्पिटल, गैंगटोक - 737101 फोन: (03592) 225343, 25343, 220898, 32965	तमिलनाडु राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 417, पेंथेओन रोड, एगमोर चेन्नई - 044-28190261, 28194917, 28190467
त्रिपुरा राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, अखौरा रोड, आई.जी.एम अस्पताल के सामने, रेड-क्रॉस भवन के समीप, अगरतला- 799001, त्रिपुरा फोन: 0381-2321614, (R)-0381-225884	उत्तर प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, ए ब्लॉक, चौथा तल पीआईसीयूपी भवन, विभूति खंड, गोमती नगर, लखनऊ 10, फोन: 0522-2720360 / 2720361
उत्तराखंड एड्स नियंत्रण सोसाइटी, चंदर नगर देहरादून, फोन: 0135-2728144, 2720377	पश्चिम बंगाल राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, स्वास्थ्य भवन, जीएन- 29, सेक्टर - 5, सॉल्ट लेक, कोलकाता - 700091, फोन: 033-23574400, 23570122, 23576000, 23577944

## अद्यतन एवं महत्वपूर्ण लेखा प्रेक्षण

क्रमांक	वर्ष	अनुच्छेद संख्या/पीए रिपोर्ट जिसपर लेखा परीक्षण द्वारा पुनरीक्षण के बाद पीएसी को एटीएन सौंपे गए	अनुच्छेद/पीए रिपोर्ट के विवरण जिनपर 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 पुनरिक्षित की गई किंतु मंत्रालय द्वारा जिसे पीएसी को नहीं सौंपा गया
1	2004-05, वर्ष 2004 की रिपोर्ट संख्या 3 राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम पर पूरी रिपोर्ट	रिपोर्ट लोक लेखा समिति के निरीक्षण के अंतर्गत है। पीएसी की अनुशंसाएं (पीएसी 2005-06 की 19वीं रिपोर्ट)। अन्य अनुशंसाएं (द्वारा पीएसी 2007-08 की 19वें रिपोर्ट के एटीएन पर 63वीं रिपोर्ट)। 63वीं रिपोर्ट की अनुशंसाओं पर एटीएन को पीएसी को 29.06.2009 को भेजा गया।			
2	2008-09		2008-09 की रिपोर्ट संख्या सीए 14 पैराग्राफ 5.4 (एटीएन ऑडिट के लिए भेजी गई है)		



