RESEARCH REVIEW JOURNALS
Volume-04
Issue-01
January -2019

ISSN: 2455-3085 (Online)
RESEARCH REVIEW International Journal of Multidisciplinary
www.rrjournals.com [UGC Listed Journal]

हिन्दी साहित्य में विकलांगता की चर्चा

[1]पूजा यादव, [2]डॉ.स्नेहलता निर्मलकर

[1]शोधार्थी/छात्रा, डॉ.सी.वी.रामन् विश्वविद्यालय करगीरोड कोटा, बिलासपुर (छ.ग.)
[2]शोध निर्देशक, डॉ.सी.वी.रामन् विश्वविद्यालय करगीरोड कोटा, बिलासपुर (छ.ग.)

ARTICLE DETAILS

Article History
Published Online: 10 January 2019

Keywords
चुनौतियां, विकलांगता, भारत, मुद्दे, पुनर्वास सेवाएं।

ABSTRACT

विकलांगता विशेष रूप से भारत जैसे विकासशील देशों में एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है। गैर–संचारी रोगों की प्रवृत्ति में वृद्धि और जीवन प्रत्याशा में वृद्धि के साथ उम्र संरचना में बदलाव के कारण भविष्य में समस्या बढ़ जाएगी। विकसित और विकासशील देशों में मुद्दे अलग हैं, और सामुदायिक भागीदारी के साथ विकलांगों की आवश्यकताओं के अनुसार पुनर्वास उपायों को लक्षित किया जाना चाहिए। भारत में, अधिकांश विकलांग ग्रामीण क्षेत्रों में निवास करते हैं जहां पुनर्वास सेवाओं की पहुंच, उपलब्धता और उपयोग और इसकी लागत–प्रभावशीलता पर विचार किया जाना प्रमुख मुद्दे हैं। विकलांगता की समस्या, उचित हस्तक्षेप रणनीतियों और भारत में वर्तमान संदर्भ में उनके कार्यान्वयन पर शोध एक बड़ी चुनौती है। हाल के आंकड़ों को मेडलाइन और विभिन्न अन्य स्रोतों से एकत्र किया गया और विश्लेषण किया गया। यह पत्र भारत में विकलांगता और पुनर्वास सेवाओं से संबंधित विभिन्न मुद्दों और चुनौतियों पर चर्चा करता है और समुदाय में विकलांगों के लिए स्वास्थ्य सेवा और सेवा वितरण को मजबूत करने पर जोर देता है।

परिचय

किसी भी तरह से या मानव के लिए सामान्य मानी जाने वाली सीमा के भीतर किसी गतिविधि को करने की क्षमता का अभाव या कमी, जिसके परिणामस्वरूप हानि को विकलांगता कहा जाता है। हानि स्वास्थ्य के भौतिक पहलुओं की चिंता करती ह, विकलांगता एक क्षीण अंग से उत्पन्न कार्यात्मक क्षमता का नुकसान है, अपंगता हानि या विकलांगता के सामाजिक एवं सांस्कृतिक परिणाम का मापक है। विकलांगता के प्रकारों में लोको–मोटर, श्रवण, भाषण, दृश्य और मानसिक विकलांगता शामिल हैं। हालिया विकास डब्ल्यूएचओ द्वारा 2000 में फंक्शनिंग, विकलांगता और स्वास्थ्य का अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण है, जिसका उपयोग 2000 और 2001 के दौरान मल्टी–कंट्री सर्वे स्टडी में किया गया है और 2002 और 2003 में विश्व स्वास्थ्य सर्वेक्षण कार्यक्रम को 71 देशों में सामान्य आबादी के स्वास्थ्य की स्थिति को मापने के लिए किया गया है। यहाँ डोमेन को वैचारिक घटकों द्वारा शरीर, व्यक्तिगत और सामाजिक दृष्टिकोण में वर्गीकृत किया गया है, जिसमें शरीर के कार्यों और संरचना, गतिविधि और भागीदारी के साथ–साथ प्रासंगिक कारक शामिल हैं जिसमें पर्यावरण और व्यक्तिगत कारकों की सूची शामिल है। ICF का मानना है कि प्रत्येक मनुष्य कुछ हद तक विकलांगता का अनुभव करता है और यह स्वास्थ्य के प्राप्य स्तर से एक सतत प्रक्रिया है। इस पृष्ठभूमि के साथ, यह प्रपत्र भारत में विकलांगता और पुनर्वास सेवाओं से संबंधित विभिन्न मुद्दों और चुनौतियों पर चर्चा करता है।

साहित्य की समीक्षा

हाल के आंकड़ों को मेडलाइन और विभिन्न अन्य स्रोतों से एकत्र किया गया था। एकत्रित जानकारी को भारतीय संदर्भ के लिए संक्षेपित किया गया और विसंगतियों के लिए विश्लेषित किया गया। सूचना को विकलांगता और उसके सामाजिक–जनसांख्यिकीय विशेषताओं, निर्धारकों, समुदाय–आधारित पुनर्वास के तहत सेवा वितरण, आगे की चुनौतियों और देश में समस्या के समाधान के लिए सिफारिशों के तहत श्रेणियों को दर्शाया गया।

समस्या

वैश्विक स्तर पर, लगभग 785–795 मिलियन 15 वर्ष और उससे अधिक आयु के व्यक्ति 2010 की जनसंख्या के अनुमान के आधार पर विकलांगता के साथ जी रहे हैं। इनमें से, विश्व स्वास्थ्य सर्वेक्षण का अनुमान है कि 110 मिलियन लोगों (2.2 प्रतिशत) को कामकाज में बहुत महत्वपूर्ण कठिनाइयों का सामना करना पड़ रहा है, जबकि ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज सर्वे के अनुमान में 190 मिलियन (3.8 प्रतिशत) में गंभीर विकलांगता है। एक बिलियन से अधिक बच्चों (दुनिया की आबादी का लगभग 15 प्रतिशत) में विकलांगता के साथ रहने का अनुमान लगाया गया था।

विकलांगता के प्रसार और निर्धारकों में व्यवस्थित अनुसंधान भारत से अलग है, हालांकि यह एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है। विकलांगता रोग की हिमशैल घटना का सबसे अच्छा उदाहरण है। इसकी वजह यह है कि शारीरिक और मानसिक विकलांगता के हल्के और मध्यम डिग्री की पहचान करने में कठिनाई होती है जो स्वास्थ्य देखभाल

RRIJM 2015, All Rights Reserved

वितरण प्रणाली और सर्वेक्षण टीम के सदस्यों द्वारा पहचाने नहीं जाते हैं। WHO का अनुमान है कि दुनिया की 10 प्रतिशत आबादी के पास विकलांगता का कोई न कोई रूप है। इसके विपरीत, नेशनल सैंपल सर्वे ऑर्गनाइजेशन (NSSO) की रिपोर्ट और 2001 की जनगणना के आंकड़ों, ने कहा कि इसका प्रचलन भारत में 2 प्रतिशत के बराबर था। भारत में हाल ही में एक समुदाय–आधारित अध्ययन ने सभी प्रकार की विकलांगता का प्रसार 6.3 प्रतिशत के रूप में पाया, जिसमें से मानसिक विकलांगता को सबसे सामान्य प्रकार की विकलांगता (36.7 प्रतिशत) पाया गया। विकलांगता का प्रसार अलग–अलग आयु समूहों और शहरी– में भिन्न होता है। ग्रामीण क्षेत्र। विकलांगता का की समस्या अधिक है

ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में क्रमशः 6401 और 5511 प्रति लाख जनसंख्या के साथ जराचिकित्सा (> 60 वर्ष) आयु वर्ग। चंडीगढ़ में एक अध्ययन में बताया गया है कि 87.5 प्रतिशत बुजुर्गों को कम से कम गंभीर विकलांगता थी। देहरादून में एक अन्य अध्ययन से पता चला कि दृश्य विकलांगता गीरियाट्रिक आयु वर्ग में सबसे आम (74.1 प्रतिशत) थी। 14 साल से कम उम्र के बच्चों के बीच राजस्थान में किए गए एक समुदाय–आधारित अध्ययन में पाया गया कि उनमें से 7 प्रतिशत में कम से कम एक या अन्य प्रकार की विकलांगता थी। गोरखपुर में एक अन्य अध्ययन में पाया गया कि 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों में विकलांगता दर 7638 प्रति लाख जनसंख्या थी। भारत में, NSSO ने बताया कि ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में क्रमशः 1,40,85,000 और 44,06,000 लोग अक्षम हैं। कुल मिलाकर, 1846 और 1499 प्रति लाख जनसंख्या में क्रमशः ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में सर्वेक्षण के दौरान किसी भी प्रकार की विकलांगता थी। लिंग वितरण के संबंध में, कुछ अध्ययनों में पुरुषों में आनुपातिक रूप से अधिक विकलांगता देखी गई, जबकि कुछ अन्य अध्ययन महिलाओं में अधिक हैं। विकलांगों के बीच शिक्षा का अभाव सेवाओं के प्रभावी वितरण के लिए एक महत्वपूर्ण बाधा है और 54.7 प्रतिशत विकलांग एनएसएसओ 2002 के सर्वेक्षण के अनुसार निरक्षर श्रेणी के थे। विभिन्न अध्ययनों में देखे गए अंतर मुख्य रूप से अपनाई गई कार्यप्रणाली, वैचारिक ढांचे, सर्वेक्षण के दायरे और कवरेज, अंतर सामाजिक–सांस्कृतिक, और उस क्षेत्र में प्रचलित जोखिम कारकों के साथ–साथ विभिन्न प्रकार के विकलांगों के लिए उपयोग किए जाने वाले परिचालन दंत चिकित्सा के अंतर के कारण हैं। सामाजिक दृष्टिकोण और कलंक, अंतर्राष्ट्रीय साक्ष्य, मानसिक मंदता से प्रेरित अंतर और मानसिक स्वास्थ्य मापन भी विकलांगता के प्रसार से संबंधित महत्वपूर्ण कारक हैं।

निर्धारक

रोग अध्ययन (GBD) का वैश्विक बोझ महामारी विज्ञान के मूल्यांकन के लिए एक मानकीकृत दृष्टिकोण प्रदान करता है और अंतर्राष्ट्रीय तुलना में सहायता के लिए एक मानक इकाई का उपयोग करता है जिसे विकलांगता समायोजित जीवन वर्ष (DALY) कहा जाता है। DALYs समय से पहले हुई मृत्यु के कारण जीवन के वर्षों को व्यक्त करते हैं और वर्ष विकलांगता (YLD) के साथ रहते हैं, विकलांगता की गंभीरता के लिए समायोजित किया गया है। वन DALY स्वस्थ जीवन का एक खोया हुआ वर्ष है। वैश्विक स्तर पर कुल विकलांगता की समस्या का केवल एक–चौथाई समूह I की स्थितियों के कारण है जिसमें मुख्य रूप से दक्षिण सहारन अफ्रीका और भारत से रिपोर्ट किए गए संचारी, मातृ और जन्मपूर्व कारक शामिल हैं। संख्या या वर्षों के संदर्भ में एक विकलांगता के साथ रहते थे, भारत में स्थापित बाजार अर्थव्यवस्थाओं की तुलना में अधिक गैर–संचारी विकलांगता है। जैसे ही देश स्वास्थ्य संक्रमण से गुजरते हैं, YLD का वितरण समूह I की स्थितियों से हट जाता है। 1998 में, वैश्विक स्तर पर सभी क।स्ले का अनुमानित 43 प्रतिशत गैर संचारी रोगों और निम्न और मध्यम आय वाले देशों के लिए जिम्मेदार था।

यह आंकड़ा 39 प्रतिशत था। भारत में, हालांकि दोनों संचारी और गैर–संचारी रोग शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में प्रचलित हैं, लेकिन इन कारकों के कारण डलटन की कमी होती है, जो विभिन्न प्रकार की विकलांगता का कारण बनता है और इसके ग्रामीण–शहरी अंतर का आकलन करता है। लेकिन, गैर–संचारी कारणों से होने वाली मौतों को 1998 में लगभग 4.5 मिलियन से दोगुना करने का अनुमान है, 2020 में लगभग 8 मिलियन प्रति वर्ष है। गैर–संचारी रोगों के की समस्या में एक वृद्धि हुई है, महामारी विज्ञान संक्रमण की घटना है, जो है बड़े पैमाने पर जनसंख्या की उम्र बढ़ने से प्रेरित, तंबाकू के संपर्क में आने वाले लोगों की तेजी से बढ़ती संख्या और मोटापे, शारीरिक निष्क्रियता और भारी शराब की खपत जैसे अन्य जोखिम वाले कारकों से बढ़ी।

वैश्विक कुल वर्षों में लगभग एक चौथाई विकलांग, बच्चों के बीच होने वाली बीमारियों और चोटों के कारण होते हैं, लेकिन 15–44 वर्ष की आयु में होने वाली स्थितियों से सांकेतिक रूप से अधिक (36 प्रतिशत) उत्पन्न होते हैं। चूंकि यह उत्पादक आयु समूह है, इसलिए उन्हें अधिक ध्यान देने की आवश्यकता है क्योंकि परिवार के सदस्यों का समर्थन और उनके जीवन की गुणवत्ता का संबंध है। दूसरे 15 प्रतिशत वृद्ध वयस्क उम्र (45–59) में बीमारी या चोट की घटना के कारण होता है, और बुजुर्गों में एक तुलनीय परिमाण है। भारत में इस कमजोर आबादी के बीच विकलांगता के बारे में बढ़ती चिंता के लिए आयु संरचना में होने वाली बदलाव के साथ–साथ बुजुर्गों में पुरानी स्थितियों का उच्च प्रसार है। YLD की सबसे बड़ी संख्या 15–44 वर्ष की आयु में बताई गई, आंशिक रूप से

RRIJM 2015, All Rights Reserved

जनसंख्या का आकार, चीन और भारत में हुआ। जनसंख्या के आकार और उच्च रोग और चोट की दर के संयोजन के कारण, भारत और चीन कुल वर्षों में लगभग 40 प्रतिशत विकलांगता के साथ रहते थे। इस मोड़ पर, विभिन्न प्रकार की विकलांगता, पुनर्वास सेवाओं की स्थिति, और भारत में विकलांगता के लिए स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली की संरचना और कार्यप्रणाली, समस्या की भयावहता का अनुमान लगाना महत्वपूर्ण है,

समुदाय–आधारित पुनर्वास

1978 में अल्मा अता घोषणा में कहा गया था कि व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में प्रचारक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास संबंधी देखभाल शामिल होनी चाहिए। पुनर्वास के लिए तीन दृष्टिकोण हैं, अर्थात् संस्था आधारित, आउटरीच आधारित, और समुदाय आधारित। समुदाय आधारित पुनर्वास (CBR) का मुख्य उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि विकलांग लोग अपनी शारीरिक और मानसिक क्षमताओं को अधिकतम करने में सक्षम हों, नियमित सेवाओं और अवसरों तक पहुँच बना सकें और अपने समुदायों के भीतर पूर्ण एकीकरण प्राप्त कर सकें। CBR एक व्यापक दृष्टिकोण है।

प्राथमिक स्तर पर स्वास्थ्य की देखभाल उन स्थितियों के लिए उपयोग किया जाता है जहां समुदाय में पुनर्वास के लिए संसाधन उपलब्ध हैं। विभिन्न प्रकार के पुनर्वास विधियों में कौशल विकास से संबंधित ज्ञान के हस्तांतरण के अलावा, समुदाय बहु क्षेत्रीय समन्वय के साथ कार्यक्रम के नियोजन, निर्णय लेने और मूल्यांकन में भी शामिल होगा। इसके अलावा, रेफरल प्रणाली उन विकलांगों के लिए होगी, जिन्हें सामुदायिक स्तर पर प्रबंधित नहीं किया जा सकता है और उन्हें जिला, प्रांतीय और राष्ट्रीय स्तरों पर संदर्भित किया जाता है। निवारक और पुनर्वास उपायों के लिए उत्तरदायी होने पर प्रारंभिक अवस्था में विकलांगता सीमा, ताकि गंभीर विकलांगता को कम किया जा सके, विकलांगों के पुनर्वास में एक महत्वपूर्ण घटक है। इससे पता चला है कि भारत में पुनर्वास सेवाओं से बहुत कम विकलांगों को लाभ मिलता है। 7, 9 सामान्य तौर पर, विकलांगता वाले लोगों में, 1/3 को पुनर्वास की आवश्यकता नहीं है, 1/3 को अकेले सीबीआर के माध्यम से और 1/3 जरूरतों में मदद मिल सकती है। विशेष रेफरल सेवाएं। विकलांगों के लिए व ि ब्ठत कार्यक्रम के बुनियादी सिद्धांतों में शामिल करना, भागीदारी, स्थिरता, सशक्तिकरण और वकालत शामिल हैं। ये सिद्धांत अतिव्यापी, पूरक और अन्योन्याश्रित हैं और इन्हें अलगाव में संबोधित नहीं किया जा सकता है। भारत में सामाजिक न्याय और अधिकारिता और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा शुरू किए गए कई उपाय हैं।

1. जिला पुनर्वास केंद्र (DRC) परियोजना 1985 में शुरू हुई।
2. चार क्षेत्रीय पुनर्वास प्रशिक्षण केंद्र (आरआरटीसी) 1985 से मुंबई, चेन्नई, कटक और लखनऊ में डीआरसी योजना के तहत काम कर रहे हैं, जो ग्रामीण स्तर के अधिकारियों और डीआरसी पेशेवरों के प्रशिक्षण के लिए, राज्य सरकार के अधिकारियों के उन्मुखीकरण और प्रशिक्षण, सेवा में अनुसंधान वितरण, और कम लागत वाले एड्स। वास्तविक उपयोग के लिए प्रशिक्षण सामग्री और नियमावली विकसित करने के अलावा, आरआरटीसी भी फोल्डर, पोस्टर, ऑडियो–विजुअल, फिल्मों और पारंपरिक रूपों के माध्यम से सामुदायिक जागरूकता पैदा करने के लिए सामग्री का वितरण एवं प्रसार करते हैं।
3. विकलांगता और पुनर्वास पर राष्ट्रीय सूचना केंद्र
4. विकलांग कल्याण के लिए राष्ट्रीय परिषद
5. राष्ट्रीय स्तर के संस्थान– NIMH, NIHH, NIVH, NIOH, IPHA
6. सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्री, भारत सरकार द्वारा जनवरी/फरवरी में शुरू की गई विकलांग व्यक्तियों के लिए एक नई जिला विकलांग पुनर्वास केंद्र योजना । 2000 पुनर्वास सेवाएं प्रदान करने और विकलांगता अधिनियम के साथ व्यक्तियों के कार्यान्वयन की दिशा में एक कदम है। 1995– सरकार ने चरणबद्ध तरीके से जिला विकलांगता पुनर्वास केंद्र (क्क्ब्े) स्थापित करने का निर्णय लिया है। वर्तमान में, 11 वीं योजना के शेष दो वर्षों के दौरान 199 डीडीआरसी स्वीकृत किए गए हैं और 100 नए डीडीआरसी स्थापित किए जाने हैं। DDRCs की स्थापना जमीनी स्तर पर विकलांग व्यक्तियों को व्यापक सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य से की गई थी। सेवाओं में जागरूकता सृजन, सर्वेक्षण, पहचान और प्रारंभिक हस्तक्षेप, परामर्श, सहायक उपकरणों की आवश्यकता का आकलन, सहायक उपकरणों का प्रावधान/ निर्धारण और उनके अनुवर्ती/मरम्मत, चिकित्सीय सेवाएं जैसे फिजियोथेरेपी, व्यावसायिक चिकित्सा और वाक चिकित्सा, रेफरल और व्यवस्था शामिल हैं। सरकार और धर्मार्थ संस्थानों के माध्यम से सर्जिकल सुधार के लिए, विकलांगता प्रमाण पत्र और बस पास जारी करने की सुविधा, बैंक ऋण की मंजूरी और बाधा मुक्त वातावरण को बढ़ावा देना।
7. विकलांगता के साथ व्यक्तियों के लिए राष्ट्रीय नीति 2005 भारत सरकार द्वारा हाल ही में किया गया विकास और स्वागत योग्य कदम है

समुदाय–आधारित पुनर्वास के लिए सेवा वितरण प्रणालीः

पुनर्वास में शामिल विभिन्न क्षेत्रों में मंत्रालयों, स्थानीय, जिला और प्रांतीय अधिकारियों और गैर सरकारी संगठनों द्वारा

RRIJM 2015, All Rights Reserved

समन्वित प्रयासों की आवश्यकता होगी। विकलांगों (70 प्रतिशत) के बहुमत के लिए, स्थानीय पर्यवेक्षकों /स्कूल के शिक्षकों द्वारा सामुदायिक स्तर पर प्रभावी ढंग से हस्तक्षेप किया जा सकता है। मानसिक रूप से अक्षम किशोरों के बीच हाल के एक अध्ययन से पता चला है कि मनोसामाजिक हस्तक्षेप जीवन की गुणवत्ता को बढ़ाता है और विकलांगता की गंभीरता को कम करता है। समुदाय की जरूरतों के जवाब में अतिरिक्त सेवाएं स्थापित की जानी चाहिए। जिला या प्रांतीय स्तर पर, जो लगभग 20 प्रतिशत विकलांगों को पूरा करता है, सामान्य चिकित्सकों, मध्यवर्ती स्तर के पर्यवेक्षकों, आर्थोपेडिक तकनीशियनों, संसाधन शिक्षकों और व्यावसायिक प्रशिक्षकों की आवश्यकता होती है। राष्ट्रीय स्तर के पेशेवर जटिल पुनर्वास सेवाओं के वितरण के साथ–साथ जिला, प्रांतीय और राष्ट्रीय स्तर के कर्मियों के प्रशिक्षण और पर्यवेक्षण में शामिल होंगे। समुदाय के विकलांग व्यक्ति कई सामाजिक समस्याओं का सामना करते हैं। विभिन्न प्रकार के विकलांग लोगों के जीवन स्तर में सुधार करना एक अलग और चुनौतीपूर्ण कार्य है। सेवाओं की दुर्गमता और स्वास्थ्य सेवाओं, स्कूलों, व्यावसायिक शिक्षा कार्यक्रमों, और नौकरियों जैसे अवसरों की कमी के कारण समुदाय में विकलांगों की उपेक्षा की जाएगी। कर्नाटक के चामराजनगर में, एक स्थानीय गैर सरकारी संगठन (NGO) ने विकलांग लोगों और उनके परिवारों को शौचालय बनाने में सहायता की। इसके अलावा, समुदाय में विकलांगों की सामाजिक अलगाव आम है। इसका कारण सांस्कृतिक और धार्मिक कारकों से प्राप्त गहरी जड़ें भय और विश्वास हैं। कुल मिलाकर, वास्तव में यह एक सामाजिक समस्या है जहाँ विकलांग समाज के लिए एक दायित्व बन जाता है। विकलांग व्यक्तियों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार के लिए, उनके सामाजिक–आर्थिक और सांस्कृतिक संदर्भ, विकलांगता का कारण, प्रारंभिक बचपन की शिक्षा पद्धति, उपयोगकर्ता के अनुकूल एड्स और उपकरणों का विकास, और विकलांगों से जुड़े सभी मामलों पर अनुसंधान का समर्थन किया जाएगा।

चुनौतियां

बड़ी चुनौती में विकलांगता की अवधारणा को समझना और सीबीआर को एक मान्य हस्तक्षेप के रूप में स्वीकार करना शामिल है। अस्पताल–आधारित पुनर्वास सेवाओं से सामाजिक अलगाव और सेवाओं की कम गति के साथ ज्ञान का रहस्य पैदा होगा जिससे कम विकलांगों को लाभ होगा। वित्त, जनशक्ति और सामग्रियों जैसे संसाधनों का प्राथमिकताकरण एक अन्य महत्वपूर्ण मुद्दा होगा। चौराहे के समन्वय की सीबीआर कमी की खराब योजना और प्रबंधन अक्षम करने के लिए सेवाओं के शीर्ष कार्य को आगे बढ़ाता है। साक्ष्य–आधारित तथ्यों की अनुपलब्धता, सरकार और गैर–सरकारी संगठनों के बीच समन्वय की कमी, एक सुसंगत सामुदायिक स्तर की रणनीति का अभाव, विकेन्द्रीकृत सेवाओं की सीमित क्षमता और क्षमता, अच्छी प्रथाओं के सीमित मॉडल प्रणाली में अन्य अभाव हैं। विकलांगता को सरकार द्वारा एक महत्वपूर्ण मुद्दा माना जाना चाहिए ताकि इस महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या से समुदाय में निपटा जा सके। सेवाओं को सभी प्रकार के विकलांगों को कवर करना चाहिए जिन्हें पुनर्वास सेवाओं की आवश्यकता है और यह समुदाय में मुख्यधारा के विकास का हिस्सा होना चाहिए। सामाजिक एकीकरण के हस्तक्षेप, स्वास्थ्य, शिक्षा और व्यावसायिक कार्यक्रमों सहित एक बहु–क्षेत्रीय दृष्टिकोण पुनर्वास सेवाओं से संबंधित महत्वपूर्ण मुद्दे हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को एक प्रदाता और समर्थक दोनों के रूप में एक प्रमुख भूमिका निभानी चाहिए, और इस तरह की पहल के साथ संलग्न होना चाहिए जैसे कि हानि की प्रारंभिक पहचान और बुनियादी हस्तक्षेप प्रदान करना, विशेष सेवाओं जैसे कि भौतिक, व्यावसायिक और भाषण चिकित्सा, प्रोस्थेटिक्स और ऑर्थोटिक्स, और सुधारात्मक सर्जरी। पाठ्यक्रम की सामग्री, शिक्षण के तरीकों और उस कक्षाओं, सुविधाओं, और शैक्षिक सामग्रियों को अधिक सुलभ सुनिश्चित करने के संबंध में नई तकनीकों को अपनाने से शैक्षिक क्षेत्र अधिक समावेशी होना चाहिए। एकाधिक या गंभीर विकलांग बच्चों को जिनके लिए व्यापक अतिरिक्त समर्थन की आवश्यकता हो सकती है, उनके संदर्भ में सर्वोत्तम रूप से उपयुक्त नवीन तरीकों के उपयोग के माध्यम से शिक्षा तक पहुंच सकते हैं। रोजगार और श्रम क्षेत्रों के साथ सहयोग यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है कि विकलांग युवाओं और वयस्कों दोनों के पास सामुदायिक स्तर पर प्रशिक्षण और काम के अवसरों तक पहुंच हो। विकलांग व्यक्ति (पीडब्ल्यूडी) के साथ व्यक्तिगत व्यक्तियों के सामाजिक और आर्थिक एकीकरण के लिए अनुकूल वातावरण में उत्पादक और सभ्य कार्य आवश्यक है। सेवा वितरण में सूचना और मूल्यांकन को अक्षम, सामुदायिक लामबंदी, शिक्षा के अवसर पर प्रभाव से संबंधित सूचना प्रसार के साथ मजबूत किया जाना चाहिए। काम के लिए अवसर, सामुदायिक स्तर पर कौशल हस्तांतरण, कार्यक्रम की गतिविधियां, और विकलांग लोगों की भागीदारी, सेवाओं के संबंध में अनुसंधान, निधि आवंटन, लागत–प्रभावशीलता, जनशक्ति, प्रशिक्षण, और विकलांग लोगों की तकनीकी सहायता को मजबूत किया जाना चाहिए। सबसे बड़ी चुनौतियों में से एक ग्रामीण क्षेत्रों और छोटे शहरों में रहने वाले विकलांग लोगों को पुनर्वास सेवाएं प्रदान करना है

अनुशंसा

1. सिस्टम और सेवाओं को मुख्यधारा में लाने की वकालत। इसे सभी क्षेत्रों में प्रतिबद्धता की आवश्यकता है और नए और मौजूदा कानून, मानकों, नीतियों, रणनीतियों और योजनाओं में बनाया गया है।

RRIJM 2015, All Rights Reserved

2. विकलांग लोगों के लिए विशिष्ट कार्यक्रमों और सेवाओं में निवेश करें। मुख्यधारा की सेवाओं के अलावा, कुछ विकलांग लोगों को विशिष्ट उपायों, सहायता सेवाओं या प्रशिक्षण तक पहुंच की आवश्यकता हो सकती है। इस प्रक्रिया में, विकलांगता वाले व्यक्तियों की भागीदारी सबसे महत्वपूर्ण है क्योंकि वे अपनी समस्याओं के बारे में जानकारी देते हैं और संभावित समाधान सुझाते हैं।

3. स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और कार्यक्रम प्रबंधकों की क्षमता निर्माण। प्रभावी शिक्षा, प्रशिक्षण और भर्ती के माध्यम से मानव संसाधन क्षमता में सुधार किया जा सकता है। प्रासंगिक क्षेत्रों में कर्मचारियों के ज्ञान और दक्षताओं की समीक्षा उन्हें सुधारने के लिए उचित उपाय विकसित करने के लिए एक प्रारंभिक बिंदु प्रदान कर सकती है। नए पाठ्यक्रमों को बढ़ावा देने और भौतिक चिकित्सा और पुनर्वास जैसे डिग्री और डिप्लोमा पाठ्यक्रम शुरू करने से जनशक्ति पीढ़ी लंबे समय में जनशक्ति की कमी की समस्या का समाधान करेगी।

4. विकलांग बच्चों को मुख्य धारा के करीब के रूप में शिक्षित करने पर ध्यान दें।

5. जन जागरूकता और विकलांगता की समझ बढ़ाना। सरकारों, स्वैच्छिक संगठनों और पेशेवर संगठनों को सामाजिक विपणन अभियान चलाने पर विचार करना चाहिए जो एचआईवी, मानसिक बीमारी और कुष्ठ रोग जैसे कलंकित मुद्दों पर दृष्टिकोण को बदलता है। इन अभियानों की सफलता के लिए और विकलांग व्यक्तियों और उनके परिवारों के बारे में सकारात्मक कहानियों के प्रसार को सुनिश्चित करने के लिए मीडिया को शामिल करना महत्वपूर्ण है।

6. जनप्रतिनिधि समुदाय–आधारित डेटा बनाने से विकलांगता के साथ रहने वाले व्यक्तियों की समस्याओं को दूर करने के लिए उचित उपायों की योजना बनाने और निष्पादित करने में मदद मिलेगी।

7. विकलांगता पर अनुसंधान को मजबूत करना और समर्थन करना। विकलांगता मुद्दों के बारे में सार्वजनिक समझ बढ़ाने, विकलांगता नीति और कार्यक्रमों को सूचित करने और संसाधनों को कुशलतापूर्वक आवंटित करने के लिए खोज आवश्यक है। अनुसंधान के कुछ महत्वपूर्ण क्षेत्र विकलांग लोगों के जीवन और कल्याण की गुणवत्ता हो सकते हैं। मुख्यधारा और विशिष्ट सेवाओं के लिए बाधाएं, और विभिन्न संदर्भों में उन्हें मात देने में क्या काम करता है।

संदर्भ सूची

1. बारबोटे ई. गुईलिमिन एफ, चान एन, लॉरहानडीप ग्रुप. प्रेवालेंस ऑफ इम्पेयरमेंट, डिसेबिलिटी, हैण्डिकैप्स एण्ड क्वालिटी ऑफ लाइफ इन जनरल पॉपुलेशनः ए रिव्यु ऑफ रिसेन्ट लिटरेचर. बुल वर्ल्ड हेल्थ ऑरगन 2001:79:1047–55
2. वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाजेशन. इंटरनेशनल क्लासिफिकेशन ऑफ फंक्शनिंग, डिसेबिलिटी एण्ड हेल्थ 2001, 30.
3. वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाजेशन. डबल्यु मल्टी–करेंसी सर्वे स्टडी ऑन हेल्थ एण्ड रिस्पोन्सिवनेस 2000–2001.
4. वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाजेशन. वर्ल्ड रिपोर्ट आन डिसेबिलिटी, जेनेवा;डबल्यु एच ओ;2011.
5. कुमार एस जी, दास ए. आर द डिसेबिलिटी डाटा इन इण्डिया एप्रोप्रिएट? नाट्ल मेड जे इण्डिया 2009;22;278ण
6. दि वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाजेशन. ट्रेनिंग इन द कम्युनिटि फार पिपुल विथ डिसेबिलिटी. जेनेवाः1989.
7. नेशनल सैम्पल सर्वे आर्गेनाइजेशन. ए रिपोर्ट ऑन डिसेबिलिटी परसन्स. न्यू डेलहीः डिपार्टमेंट ऑफ स्टेस्टिक्स, गर्वनमेंट ऑफ इण्डिया;2003.
8. सेनस ऑफ इण्डिया 2001. डाटा आन डिसेबिलिटी. ऑफिस ऑफ दि रजिस्ट्रार जनरल एण्ड सेनस कमिश्नर, इण्डिया. एवेलेबल Ýॅमःwww.censusindia.net/disability/disability_map gallery.html. लास्ट एक्सेस्ड ऑन 9 अगस्त 2004. गणेश केएस, दास ए.
9. शशि जेएस. एपिडेमिओलॉजी ऑफ डिसेबिलिटी इन ए कम्युनिटी ऑफ कर्नाटका. इण्डियन जे पब्लिक हेल्थ 2008;52:125–9.
10. जोशी के, कुमार आर,अवस्थी ए, मोरबिटी प्रोफाइल एण्ड इट्स रिलेशनशिप विथ डिसेबिलेटी एण्ड सायकोलोजी एण्ड डिस्ट्रेस एमंग एल्डरली इन नारथेर्न इण्डिया. इंट जे एपिडेमिओल 2003;32;978–87.
11. खान जेए, खान जेड. ए स्टडी ऑन द लीडिंग काउज़ ऑफ इलनेस एण्ड फिजिकल डिसेबिलिटी इन एन अरबन एज्ड पॉपुलेशन. इण्डियन जे प्रिव्सॉक मेड 2001;32:121–7.
12. गोयल एससी. चाइल्डहुड डिसेबिलिटी. ए स्टडी Ýॅम ए ट्राइबल ब्लॉक ऑफ साउथ राजस्थान, इण्डिया. जे ट्रुप पेडायर 1998;34:773–7.
13. माथुर जीपी, माथुर एस, सिंह वाय डी, कुशवाहा के पी, लेले एस एन. डिटेक्शन एण्ड प्रेवेन्शन ऑफ चाइल्डहुड डिसेबिलिटी विथ दि हेल्प ऑफ आंगनवाड़ी वर्कर्स, इण्डियन पेडिआटर 1995;32:773–7.
14. मूरे सी जे, लोपाज़ ए डी. ग्लोबल मोरेलिटी, डिसेबिलिटी, एण्ड दि कॉन्ट्रिब्युशन ऑफ रिस्क फैक्टर्सः ग्लोबल बर्डन ऑफ डिसीज़ स्टडी. लान्सेट 1997;349:1436–42.
15. मूरे सी जे एल, लोपाज़ ए डी. क्वांटिफाइंग डिसेबिलिटीः डाटा, मेथड एण्ड रिजल्ट्स. बुल वर्ल्ड हेल्थ आरगन 1994;72:481–94.
16. दि वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाइजेशन. दि वर्ल्ड हेल्थ रिपोर्ट. जेनेवाः डब्ल्यू एच ओ;1999
17. मूरे सी जे, लोपाज एडी. क्वांटिफाइंग डिसेबिलिटीः डाटा, मेथड एण्ड रिजल्ट्स. बुल वर्ल्ड हेल्थ आरगन 1994;72:481–9.

RRIJM 2015, All Rights Reserved