



राज्य पोषण नीति

2020-2030

महिला एवं बाल विकास विभाग
मध्यप्रदेश शासन

मुख्यमंत्री का संदेश

आभार

विषय-सूची

मुख्यमंत्री का संदेश	2
प्रमुख सचिव, महिला बाल विकास विभाग	3
निदेशक, विभाग महिला बाल विकास	4
आभार	5
विषय-सूची	7
1. विज़न 2030	10
2. मिशन प्रतिबद्धता	11
3. उद्देश्य, संकेतांक एवं लक्ष्य	13
3.1. उद्देश्य	13
3.2. निर्धारित लक्ष्य और उसके सूचक	13
3.3. संकल्पबद्धता	14
3.4. लक्ष्य निर्धारण की पृष्ठभूमि	15
3.4.1. पोषण अभियान के लक्ष्य	15
3.4.2. विश्व स्वास्थ्य सभा (WHA) के लक्ष्य	15
3.4.3. सतत विकास लक्ष्य (SDGs)	15
4. व्यवस्थागत प्रणाली से कुपोषण की समझ	17
4.1. कुपोषण की अवधारणा	17
4.2. मध्यप्रदेश में कुपोषण की स्थिति	17
4.2.1. बाल पोषण और स्वास्थ्य संकेतांक	17
4.2.2. महिलाओं और किशोरवय में पोषण की स्थिति	17
4.2.3. मध्यप्रदेश में बाल और मातृ मृत्यु की स्थिति	18
4.3. राज्य में उच्च कुपोषण वाले क्षेत्र	19
4.3.1. कुपोषण का जिलेवार प्रसार	19
4.3.2. कुपोषण की क्षेत्रवार स्थिति	20
4.3.3. कुपोषण का लिंग आधारित वर्गीकरण	20
4.3.4. कुपोषण से अत्यधिक प्रभावित सामाजिक समूह	20
4.4. कोविड-19 महामारी के दौरान पोषण के जोखिम	21
4.5. मध्यप्रदेश में कुपोषण के निर्धारक	21
4.5.1. तात्कालिक निर्धारक (कारक)	22
4.5.2. अंतर्निहित निर्धारक (कारक)	23
4.5.3. मूलभूत/ढांचागत कारक	23
5. अब तक की प्रगति	25
5.1. रुझानों का विश्लेषण (Trend Analysis)	25
5.1.1. पोषण स्तर में सुधार	25
5.1.2. शिशु और मातृत्व स्वास्थ्य के सूचकांकों में सुधार	25
5.1.3. स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार	28
5.1.4. सामाजिक स्वास्थ्य से सम्बंधित सेवाएँ	29
5.1.5. कृषि उत्पादन की स्थिति	29
5.2. विधिक एवं नीतिगत ढाँचे	30
5.2.1. केंद्र सरकार के स्तर पर नीतियाँ	30
5.2.2. राज्य स्तर पर नीतियाँ	32
5.2.3. राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर पर कानूनी प्रावधान	34

6.	दृष्टिकोण	38
6.1.	व्यापक दृष्टिकोण	38
6.2.	जीवन चक्र आधारित दृष्टिकोण	40
6.2.	मातृ, शिशु एवं बाल पोषण (Mother, Infant & Young Child Nutrition -MIYCN)	40
7.	नीति के निर्देशक सिद्धांत	42
7.1.	पोषण- विकास का मुख्य एजेंडा	42
7.2.	सर्वव्यापीकरण	42
7.3.	सन्दर्भ/परिस्थिति अनुसार विशिष्ट नियोजन	42
7.4.	व्यवस्थागत विश्लेषण द्वारा कुपोषण के कारकों की समझ	42
7.5.	क्रियान्वयन में लचीलापन	43
7.6.	समावेशी एवं लैंगिक संवेदनशील रणनीतियां	43
7.7.	जीवन चक्र आधारित देखभाल की निरंतरता	43
7.8.	शीघ्र हस्तक्षेप एवं रोकथाम	43
7.9.	सामुदायिक गतिशीलता, संलग्नता एवं स्वामित्व	43
7.10.	स्थानीय स्वशासी निकायों की सहभागिता एवं नेतृत्व	43
7.11.	पोषण सरकार, जवाबदेहिता, समीक्षा एवं निगरानी	44
7.12.	पोषण आधारित जानकारी को विकसित एवं साझा करना, साक्ष्य आधारित शोध	44
7.13.	संसाधनों का परिणाम आधारित कारगर तथा कुशल उपयोग	44
7.14.	मैदानी कार्यकर्ताओं के लिए समर्थकारी वातावरण	44
7.15.	नवाचार को बढ़ावा देना	44
7.16.	साझेदारी, हितधारक की सहभागिता और प्रतिपुष्टि (Feedback)	44
7.17.	सामाजिक व्यवहार परिवर्तन के लिए संचार नियोजन	44
8.	नीतिगत अनिवार्यताएँ-क्रियान्वयन	45
8.1	पोषण-विशेष हस्तक्षेप और प्रभावशाली विस्तार	46
8.1.1.	अंतरपीढ़ी चक्र और पहले 1000 दिनों पर जोर देना	46
8.1.2.	सूक्ष्म पोषक तत्वों का अनुपूरण एवं कमी का नियंत्रण	48
8.1.3.	गम्भीर कुपोषण का समेकित पोषण प्रबंधन (Integrated Management of Acute Malnutrition - I-MAM) और बीमारियों की रोकथाम	48
8.1.4.	वंचित एवं अतिसंवेदनशील आबादी की पोषण सुरक्षा	50
8.1.5.	प्राकृतिक आपदाओं व कोविड-19 संक्रमण में पोषण व देखरेख	50
8.1.6.	राज्य का दृष्टिकोण	50
8.2	पोषण-संवेदी हस्तक्षेप और उनका प्रभावी क्रियान्वयन	52
8.2.1.	पोषण संवेदी कृषि के माध्यम से खाद्य सुरक्षा और विविधता में योगदान	53
8.2.2.	पोषण संवेदी खाद्य पद्धति को प्रोत्साहन - जैव-विविधता संरक्षण एवं संवर्धन की सुनिश्चितता, पोषक खाद्यान्न का उपभोग	54
8.2.3.	पोषण सुरक्षा के लिए आजीविका और आय सृजन कार्यक्रमों की सुनिश्चितता, मनरेगा एवं 'वन अधिकार अधिनियम' से आजीविका सुरक्षा और आय उपार्जन	55
8.2.4.	महिला सशक्तिकरण हेतु लिंग संवेदी कार्यक्रम तैयार करना	55
8.2.5.	सामाजिक संरक्षण और सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमों पर सकारात्मक जोर	57
8.2.6.	स्कूलों में स्वास्थ्य, पोषण एवं पोषण शिक्षा को बढ़ावा देना	57
8.2.7.	स्वच्छ पेयजल एवं स्वच्छता की सुनिश्चितता	58
8.3	पोषण सरकार : सुपोषित मध्यप्रदेश के लिए सुशासित पोषण	58
8.3.1.	सामाजिक पूँजी का मानचित्रिकरण (विद्यमान समूहों की पहचान)	59
8.3.2.	सामाजिक समूहों और सदस्यों का क्षमतावर्धन	59
8.3.3.	स्थानीय स्त्रोतों के श्रेष्ठतम उपयोग के लिए उनकी मैपिंग और नियोजन	59

8.3.4.	सामाजिक पूँजी का रचनात्मक प्रयोग	59
8.3.5.	प्रोत्साहन देने वाला वातावरण	60
8.3.6.	स्थानीय स्व-शासन का स्वरूप एवं भूमिका (नगरीय निकाय /पंचायती राज संस्था)	60
8.3.7.	सोशल आडिट/सामाजिक संपरीक्षा	60
8.4	आदिवासी क्षेत्रों में पोषण सुरक्षा सुनिश्चित करना	61
8.5	सघन सामंजस्य, निगरानी और मूल्यांकन	62
8.5.1.	विविध हितधारकों के मध्य सघन समन्वय (कन्वर्जेन्स)	62
8.5.2.	अंतर-सम्बन्धी नियोजन और क्रियान्वयन	63
8.5.3.	जवाबदेहिता, समीक्षा व अनुश्रवण नीति	64
परिशिष्ट -1 : मध्यप्रदेश राज्य के पोषण संकेतक - NFHS - 4 (वर्ष 2015-16)		66
परिशिष्ट-2 : सतत विकास लक्ष्यों के प्रति नीति आयोग द्वारा तय किये गए संकेतांक एवं लक्ष्य		68
परिशिष्ट - 3 : शिशुओं और 6 वर्ष तक के बच्चों के लिए रणनीति		71
परिशिष्ट - 4: नीतिगत अभिव्यक्ति		73
परिशिष्ट -5:संस्थागत व्यवस्थाएं		77
शब्दकोष (ग्लोसरी)		80
सन्दर्भ		82

1. विज़न 2030

मध्यप्रदेश की राज्य पोषण नीति विभिन्न समुदायों को पोषण सुरक्षा प्रदान करने के दृष्टिगत तैयार की गयी है। इसकी मंशा है कि विभिन्न समुदायों में आबादी के प्रत्येक सदस्य, विशेषतः बच्चों, किशोरों और महिलाओं को उपयुक्त पोषण और बेहतर स्वास्थ्य मिल सके, ताकि वे ससम्मान बेहतर शारीरिक वृद्धि, विकास और संज्ञानात्मक क्षमता प्राप्त कर सकें।

नीति का विज़न - वर्ष 2030 तक “सुपोषित मध्यप्रदेश” की उपलब्धि

मध्यप्रदेश को पीढ़ीगत-चक्र में हर प्रकार के कुपोषण से मुक्त करना

विस्तृत वर्णन इस प्रकार है-

सुपोषित बच्चे - सतत विकास लक्ष्यों (Sustainable Development Goals – SDGs) के अनुरूप वर्ष 2030 तक हर प्रकार के कुपोषण को समाप्त करना और इन लक्ष्यों के अनुरूप 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की बाल मृत्यु दर (Under 5 Child Mortality Rate – U5CMR) को वर्तमान दर 56 (आधार वर्ष 2018 एसआरएस) से घटाकर 25 मृत्यु प्रति 1000 जीवित जन्म पर लाना।

सुपोषित माताएं - सतत विकास लक्ष्यों (SDGs) के अनुरूप मातृ मृत्यु अनुपात (Maternal Mortality Ratio - MMR-) को वर्ष 2030 तक वर्तमान 173 (2016-18) से घटाकर 70 प्रति 100,000 जीवित जन्म से कम पर लाना। सुरक्षित मातृत्व (100 प्रतिशत उपयुक्त प्रसवपूर्व देखरेख, संस्थागत प्रसव के दौरान प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मी द्वारा देखरेख और प्रसवोपरान्त देखरेख)।

सुपोषित किशोरावस्था - विश्व स्वास्थ्य सभा (World Health Assembly–WHA-) के लक्ष्यों के अनुरूप रक्ताल्पता (एनीमिया) को वर्तमान स्तर 53.2 प्रतिशत (National Health Family Survey -4 [2015-16] (NFHS-4, 2015-16) से कम करके वर्ष 2025 तक आधी, यानि 26.6 प्रतिशत तक लाना, लैंगिक समानता सुनिश्चित करना, बाल विवाह समाप्त करना, कौशल विकास और महिलाओं के आर्थिक सशक्तिकरण पर केन्द्रित ध्यान देना।

सुपोषित वयस्क - बेहतर पोषण को बढ़ावा देना और पोषण की कमी (अल्पपोषण और मोटापा) से प्रभावित सभी व्यक्तियों की सहायता करना।

इस नीति के माध्यम से, मध्यप्रदेश सरकार और समाज, ‘सुपोषित मध्यप्रदेश’ की संकल्पना को मूर्तरूप देते हुए सतत विकास लक्ष्यों को हासिल करने के प्रति अपनी प्रतिबद्धता व्यक्त करते हैं। यह लक्ष्य प्रभावी समुदाय-केन्द्रित

पोषण सरकार-सुशासित पोषण व्यवस्था के माध्यम से प्राप्त किया जाएगा।

2. मिशन प्रतिबद्धता

संयुक्त राष्ट्र के बाल अधिकार सम्मेलन वर्ष 1990 में बच्चों की उत्तरजीविता (Survival), संरक्षण (Protection), सहभागिता (Participation) एवं विकास (Development) के घोषणा पत्र पर भारत सरकार द्वारा हस्ताक्षर किए गए। भारत ने दिसंबर 1992 में बाल अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र के समझौते को भी स्वीकार किया। बाल अधिकारों के संरक्षण और उन्हें प्रोत्साहन देने के प्रति सर्वोच्च स्तर की प्रतिबद्धता व्यक्त की, जो आगे चल कर राष्ट्रीय पोषण नीति-1993 जैसी नीतियों के रूप में परिलक्षित हुई।

मध्यप्रदेश लंबे समय से कुपोषण से प्रभावित रहा है अतः आवश्यक है कि इस हेतु व्यापक नीतिगत कार्ययोजना तैयार कर इसके सभी अंतर्निहित कारकों का तकनीकी ढंग से आकलन कर उन पर समुचित कार्य किया जाए जिससे कुपोषण का निवारण प्रभावी ढंग से किया जा सके।

इसी परिपेक्ष्य में महिला एवं बाल विकास विभाग द्वारा राज्य पोषण नीति 2020-30 तैयार की है जिसकी स्पष्ट मंशा राज्य में पोषण की स्थिति विशेषकर बच्चों और महिलाओं के पोषण स्थिति में सुधार करना जिससे कुपोषण के पीढ़ीगत दुष्चक्र समाप्त किया जा सके। यह नीति पोषण की अवधारणा को वैज्ञानिक नज़रिए के साथ समग्रता में देखती है और कुपोषण के अंतर्निहित कारकों के विश्लेषण के माध्यम से इस चुनौती को हल करना चाहती है। साथ ही यह नीति प्रक्रियागत और परिणाम-आधारित संकेतकों पर केंद्रित है।

मध्यप्रदेश सरकार, समुदाय की व्यापक सहभागिता से वर्ष-2030 तक 'सुपोषित मध्यप्रदेश' के संकल्पना को मूर्त देने हेतु प्रतिबद्ध है। यह नीति सतत विकास लक्ष्यों के एजेंडे के अनुरूप महिलाओं और बच्चों को उपयुक्त पोषण और स्वस्थ जीवन का अधिकार उपलब्ध कराना चाहती है। मध्यप्रदेश राज्य महिलाओं और बच्चों के उचित पोषण और सहायता के अधिकार को सुरक्षित रखने के अपने दायित्व को इस प्रकार स्वीकार करता है -

1. जमीनी स्तर पर पोषण सरकार (सुशासन) प्रणाली की स्थापना - शासन के सभी स्तरों पर गतिविधियों का प्रभावी समन्वय करना ताकि हर प्रकार के कुपोषण को समाप्त करने का लक्ष्य प्राप्त किया जा सके।
2. मातृ एवं बाल पोषण अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए एकीकृत समुदाय-आधारित प्रबंधन के साथ सामुदायिक स्वास्थ्य व्यवस्था को मजबूत करना – मैदानी स्तर पर सेवा प्रदाताओं, सामुदायिक समूहों, पंचायतों, शौर्य दलों, मातृ सहयोगिनी समिति एवं ग्राम स्वास्थ्य, पोषण एवं स्वच्छता समितियों के साथ समन्वित एवं संयुक्त पहल केंद्रित वातावरण तैयार करना।
3. स्वास्थ्य एवं पोषण पारिस्थितिकी का संरक्षण, आजीविका, पेजयल, स्वच्छता, सशक्तिकरण एवं सामाजिक संरक्षण (Social Protection) सहित विकास हेतु बहुस्तरीय अभिसरण (Convergence) स्थापित करना जिससे कुपोषण के तात्कालिक (Immediate), अंतर्निहित (Underlying) और आधारभूत (Basic) कारकों पर कार्य किया जा सके।
4. सभी प्रमुख विभागों में प्रमाण, आंकड़ों और तथ्य-विश्लेषण आधारित परिणाममूलक और जवाबदेह विकेंद्रीकृत योजना निर्माण और क्रियान्वयन की पद्धति का पालन करना ताकि समावेशी, सम्मानजनक, पारदर्शी और जवाबदेह प्रदर्शन के आधार पर पोषण-विशिष्ट (Nutrition-specific) और पोषण-संवेदी (Nutrition-sensitive) हस्तक्षेपों का प्रभावी क्रियान्वयन किया जा सके।
5. नीतिगत अनिवार्यताओं और संलग्न कार्यक्रमों का व्यापक प्रभाव सुनिश्चित करने के नजरिये के साथ स्वतंत्र आकलन, शोध एवं अध्ययन करना।

6. निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए निर्णय प्रक्रिया एवं प्रक्रिया विकास में नेतृत्व के साथ सामुदायिक भागीदारी इसके परिणामस्वरूप निर्णय प्रक्रिया, क्रियान्वयन, सामुदायिक निगरानी (Community Monitoring) और सामाजिक अंकेक्षण (Social Audit) को सशक्त ढांचागत स्वरूप देना और इसमें सामुदायिक समूहों तथा स्थानीय संस्थाओं (शौर्य दल, सतर्कता समितियों, ग्राम स्वास्थ्य पोषण स्वच्छता समिति आदि) की भूमिका निर्धारित कर उन्हें प्रोत्साहन देना।
7. सामाजिक समता और गरिमा का ध्यान रखते हुए असंगठित क्षेत्र, प्रवासी श्रमिकों के परिवारों, भूमिहीन श्रमिकों, अनुसूचित जाति-जनजाति, विशेष आवश्यकताओं वाले लोगों-समुदायों और सामाजिक, आर्थिक तथा भौगोलिक संदर्भों में वंचितों आदि कमजोर वर्ग के बच्चों के पोषण हितों और अधिकारों के प्रभावी संरक्षण पर विशेष ज़ोर दिया जाना।
8. राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 में उल्लेखित प्रावधानों के अधीन जिला और राज्य स्तर पर काम कर रहे लक्षित समूहों में पोषण अधिकार संबंधी मुद्दों को हल करने के लिए पारदर्शी, जवाबदेह व्यवस्था और प्रभावी शिकायत निवारण तंत्र की स्थापना।
9. मैदानी सेवा प्रदाताओं (आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं, आशा, सहायिका एवं एएनएम) का क्षमतावर्धन, एवं प्रोत्साहन जिससे वे 'पोषण संवाद' (Nutrition Dialogue) कर पूर्ण दक्षता के साथ कार्य कर सकें।
10. व्यवहार, प्रथाओं और मान्यताओं में सतत-सकारात्मक परिवर्तन के लिए पोषण संचार (Communication) को आगे बढ़ाना।
11. वित्तीय आवंटन में बढ़ोतरी करना ताकि पोषण संबंधी समस्याओं को हल करने के लिए परिणाम-आधारित व्यय क्षमता बढ़ायी जा सके एवं राज्य पोषण नीति का व्यापक क्रियान्वयन सुनिश्चित किया जा सके।

3. उद्देश्य, संकेतांक एवं लक्ष्य

3.1. उद्देश्य

यह बात शोध द्वारा प्रमाणित है कि मातृ एवं बाल मृत्यु के आधे मामलों में अल्पपोषण प्रमुख अंतर्निहित कारक है। (लांसेट 2013)। साथ ही, आयरन की कमी वाली रक्ताल्पता सहित मातृ कुपोषण की समस्या का निवारण करने से 20 प्रतिशत मातृ मृत्यु दर में की कमी लाई जा सकती है। (लांसेट 2008)। इस नीति का प्राथमिक उद्देश्य इस प्रकार के रोकथाम करने वाली मृत्युओं की रोकथाम करना, बच्चों में अल्पपोषण समाप्त करना और विभिन्न समुदायों में सभी व्यक्तियों के स्वस्थ विकास को प्रोत्साहित करना आदि है।

पोषण नीति के अन्य प्रमुख लक्ष्य इस प्रकार हैं-

1. समुदाय में पूर्ण स्वामित्व की ऐसी भावना विकसित करना जिससे स्वास्थ्य और पोषण के स्तरों में सतत ढंग से बेहतर लाने में अपनी भूमिका पहचानते हुए उसका निर्वाह कर सकें।
2. समुदायों द्वारा पोषण और स्वास्थ्य स्थिति की निगरानी व्यवस्था के साथ व्यापक दृष्टिकोण अपनाते हुए बच्चों, किशोरों और महिलाओं में हर प्रकार के अल्पपोषण की रोकथाम एवं निवारण करना यह नीति अल्पपोषण के पीढ़ीगत प्रभाव के समाधान पर ध्यान देती है।
3. समुदायों को लचीला बनाना ताकि वे पोषण संबंधी चुनौतियों का सामना कर सकें और लोक स्वास्थ्य सेवाओं की मांग कर सकें।
4. प्रभावी संयोजित समन्वय (Convergent Approach) के नज़रिए के साथ संपूर्ण जीवन चक्र-आधारित एवं प्रमाण-आधारित पोषण-विशिष्ट एवं संवेदी (Nutrition-specific and Sensitive) हस्तक्षेपों के क्रियान्वयन और गुणवत्तापूर्ण सेवाओं के प्रदाय को सुदृढ़ करना।
5. समुदाय और विशेष रूप से महिलाओं को सशक्त और जागरूक करना ताकि वे अपने और अपने बच्चों के लिए पोषण के अधिकारों की मांग करें, जिससे उन्हें जीवनकाल में पौष्टिक एवं विविधतापूर्ण खाद्य-पोषण सुरक्षा प्राप्त कर सकें।
6. प्रजनन आयु की महिलाओं, गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं और बच्चों के दृष्टिगत सामुदायिक स्वास्थ्य एवं पोषण व्यवस्था को मजबूत बनाना।

3.2. निर्धारित लक्ष्य और उसके सूचक

सतत विकास लक्ष्य (SDGs), विश्व स्वास्थ्य सभा (WHA) और पोषण अभियान को लेकर वैश्विक प्रतिबद्धता के अनुरूप मध्यप्रदेश की राज्य पोषण नीति वर्ष 2030 सारणी 3.1 में दर्शाए संकेतकों को हासिल करना चाहती है:-

सारणी 3.1 : निगरानी योग्य संकेतक

क्रमांक	निगरानी योग्य निष्कर्ष संकेतक	वर्तमान स्थिति	स्रोत	लक्ष्य		
				अल्पावधि के लक्ष्य	मध्यावधि के लक्ष्य	दीर्घकालिक लक्ष्य
				पोषण अभियान (2022)	डब्ल्यूएचए 2025	एसडीजी 2030
1	5 वर्ष से कम उम्र के कम वजन वाले बच्चे (आयु के मान से कम वजन-Underweight)	42.8 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)	36	25.70%	वर्ष 2030 तक हर प्रकार के कुपोषण का अंत
2	5 वर्ष से कम उम्र के वृद्धि बाधित/ठिगनेपन से	42.0 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)	36	25.20%	

	प्रभावित बच्चे (आयु के मान से कम ऊंचाई- Stunting)					
3	दुबलेपन से प्रभावित बच्चे (ऊंचाई के मान से कम वजन-Wasting)	25.8 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)		<5%	
4		रक्ताल्पता				
4.1	बच्चों में रक्ताल्पता (6 से 59 माह तक)	68.9 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)	55	34.50%	
4.2	किशोरी बालिकाओं में रक्ताल्पता	53.2 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)	45	26.60%	
4.3	प्रजनन आयु की महिलाओं में रक्ताल्पता	52.4 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)		26.20%	
5	जन्म के समय कम वजन (Low Birth Weight - LBW)	21.9 प्रतिशत	एनएफएचएस-4 (2015-16)	6	15.30%	
6	5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर (U5CMR) ⁱ	56	(एसआरएस-2018)			25
7	नवजात मृत्यु दर ⁱⁱ (Neonatal Mortality Rate-NMR-)	35	(एसआरएस-2018)			12
8	मातृ मृत्यु अनुपात ⁱⁱⁱ (Maternal Mortality Ratio-MMR) ^{iv}	173	(एसआरएस-2018)			70 से कम

i प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 5 वर्ष आयु पूर्ण होने के पहले होने बच्चों की मृत्यु की संख्या को बाल मृत्यु दर कहते हैं।

ii प्रति 1000 जीवित जन्मों पर जन्मोपरांत 28 (0-27) दिनों में होने वाली नवजात मृत्यु की संख्या को 'नवजात मृत्यु दर' कहते हैं।

iii एक समयावधि में प्रति 100, 000 जीवित जन्मों पर उसी समयावधि में होने वाली मातृत्व मृत्यु की संख्या के अनुपात को मातृ मृत्यु अनुपात (Maternal Mortality Ratio – MMR -) कहते हैं।

**भारतीय नवजात शिशु कार्य योजना का लक्ष्य 2030 तक नवजात मृत्यु दर को एक अंक में ले जाने का है।*

3.3. संकल्पबद्धता

इस नीति के साथ, मध्य प्रदेश राज्य विश्व स्वास्थ्य सभा (WHA) के अंतर्गत तय किये गए लक्ष्यों का अनुसरण करेगा और यह प्रयास करेगा कि 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में औसत से ठिगनापन और दुबलापन (Stunting और Wasting) के मामलों में 40 प्रतिशत की कमी का लक्ष्य हासिल किया जाए। इस दौरान लंबाई के मान से कम वजन वाले बच्चों (दुबलापन -Wasting) की दर को 5 प्रतिशत से कम करने और रक्ताल्पता की दर (6 से 59 माह, किशोरी बालिकाओं लड़कियों और प्रजनन आयु वर्ग की महिलाओं) में वर्ष 2025 तक 50 प्रतिशत कमी लाने का लक्ष्य रखा गया है।

वर्ष 2025 में नीति के क्रियान्वयन की राज्य द्वारा समीक्षा की जावेगी (यह समीक्षा हर दो वर्ष पर होने वाली अन्य समीक्षाओं से पृथक होगी) और इसके जरिए वर्ष 2030 तक की तत्समय की स्थिति तथा वैश्विक वैज्ञानिक एवं निर्देशक मानकों के संदर्भ में सतत विकास लक्ष्यों (SDGs) को हासिल करने का प्रयास किया जाएगा।

3.4. लक्ष्य निर्धारण की पृष्ठभूमि

3.4.1. पोषण अभियान के लक्ष्य

पोषण अभियान में विभिन्न मंत्रालयों के अभिसरण पर केन्द्रित अभियान है जिसका लक्ष्य वर्ष 2022 तक भारत को कुपोषण से मुक्त करना है। इसके अंतर्गत देश के सर्वाधिक कुपोषण वाले चिन्हित जिलों में बच्चों में ठिगनापन की समस्या के समाधान हेतु आंगनवाड़ी सेवाओं के बेहतर उपयोग और उन सेवाओं के प्रदाय की गुणवत्ता और निरंतरता की स्थिति में सुधार लाना तय किया गया है। साथ ही इसका लक्ष्य गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं और बच्चों का समग्र विकास और उनके लिए पर्याप्त पोषण की उपलब्धता सुनिश्चित करना है। पोषण अभियान का केंद्रीय लक्ष्य 6 वर्ष तक की आयु के बच्चों में ठिगनापन की मौजूदा स्थिति 38.4 प्रतिशत से घटाकर 2022 तक 25 प्रतिशत तक लाना है।

पोषण अभियान तकनीक के उपयोग को प्रोत्साहित करके सेवाओं का बेहतर प्रदाय सुनिश्चिता, व्यापक अभिसरण के माध्यम से व्यवहार परिवर्तन और निर्धारित विभिन्न लक्ष्यों को प्राप्त करना है। पोषण अभियान में विभिन्न मानकों के अधीन हासिल किए जाने के लिए विशिष्ट लक्ष्य तय किए गए हैं। यह उल्लेखनीय है कि योजनाओं की कमी नहीं है, बल्कि उनमें तारतम्य, अभिसरण तथा साझा लक्ष्य प्राप्त करने के लिए बनी योजनाओं को आपस में जोड़े जाने की व्यवस्थागत कमी एक महत्वपूर्ण समस्या है। पोषण अभियान, मजबूत संयोजन प्रणाली तथा अन्य घटकों के माध्यम से आवश्यक तालमेल एवं सुसंगतता स्थापित करने का प्रयास करेगा।

3.4.2. विश्व स्वास्थ्य सभा (WHA) के लक्ष्य

मई 2012 में 65वीं विश्व स्वास्थ्य सभा में भारत समेत सभी सदस्य देश मातृ, शिशु एवं युवा बच्चों के पोषण को लेकर व्यापक क्रियान्वयन योजना पर सहमत हुए थे। इसके अंतर्गत वर्ष 2025 तक 06 वैश्विक लक्ष्यों को प्राप्त करना है। **सारणी क्रमांक 3.1** में वर्णित इन वैश्विक पोषण लक्ष्यों (Global Nutrition Targets) को इसलिए निर्धारित किया गया ताकि प्राथमिकता वाले क्षेत्रों को पहचाना जा सके एवं देशव्यापी स्तर पर लक्ष्य हासिल करने की साझा प्रतिबद्धता स्थापित करके मनोबल बढ़ाते हुए जवाबदेही क्रियान्वयन का ढांचा विकसित किया जा सके।

3.4.3. सतत विकास लक्ष्य (SDGs)

संयुक्त राष्ट्र संघ के सभी सदस्य देशों ने वर्ष 2015 में गरीबी को खत्म करने, पृथ्वी का संरक्षण करने और वर्ष 2030 तक सभी लोगों के लिए शांति और समृद्धि सुनिश्चित करने की दिशा में काम करने के साझा आह्वान के अंतर्गत सतत विकास लक्ष्यों (SDGs) को अपनाया गया था। किसी को भी पीछे न छोड़ने के वचन के साथ देशों ने यह प्रतिबद्धता जताई कि जो पीछे छूट गए हैं, सबसे पहले उनके लिए तेज प्रगति से काम किया जाएगा। यही कारण है कि सतत विकास लक्ष्य इस प्रकार तैयार किए गए हैं कि दुनिया के सभी हिस्सों से गरीबी, भुखमरी, एड्स और महिलाओं तथा बच्चियों के साथ भेदभाव और हिंसा जैसी समस्याओं को पूर्णतः समाप्त किया जा सके। इस हेतु 17 लक्ष्य (Goals) और 169 उप-लक्ष्य (Sub-Goals) तय किए गए। समस्त लक्ष्य एवं उप-लक्ष्य आपस में जुड़े हुए हैं और कोई पीछे न छोटे यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है कि वर्ष 2030 तक इन सभी को प्राप्त किया जाये।

सतत विकास लक्ष्य – 2 : भुखमरी का अंत/भुखमरी को समाप्त करना, खाद्य सुरक्षा हासिल करना, पोषण में सुधार करना और सतत कृषि को प्रोत्साहित करना।

इस लक्ष्य के अंतर्गत वर्ष 2030 तक हर प्रकार की भुखमरी और कुपोषण को समाप्त करना है (इसमें 2025 तक हासिल किए जाने वाले WHA के लक्ष्य शामिल हैं)। यह सुनिश्चित करना है कि सभी लोगों को, खासकर बच्चों को वर्ष भर पर्याप्त और पोषक आहार मिले। चूंकि पोषण विभिन्न क्षेत्रों का विषय है इसलिए यह SDG-2 तक सीमित नहीं है और तमाम लक्ष्यों तक विस्तारित है। उनमें कुछ प्रमुख इस प्रकार हैं-

1. सतत विकास लक्ष्य 1 : हर जगह हर प्रकार की गरीबी का अंत
2. सतत विकास लक्ष्य 3 : स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना और हमेशा हर आयु के लोगों की बेहतरी सुनिश्चित करना

3. सतत विकास लक्ष्य 4 : समावेशी और समान गुणवत्तापूर्ण शिक्षा सुनिश्चित करना तथा सभी के लिए जीवनपर्यंत शिक्षा के अवसर उपलब्ध कराना
4. सतत विकास लक्ष्य 5 : लैंगिक समता सुनिश्चित करना और सभी महिलाओं एवं बच्चियों को सशक्त बनाना
5. सतत विकास लक्ष्य 6 : सभी के लिए जल और स्वच्छता उपलब्धत कराना और उनका सतत प्रबंधन
6. सतत विकास लक्ष्य 10 : विभिन्न देशों के भीतर और उनके बीच आय की असमानता कम करना
7. सतत विकास लक्ष्य 11 : शहरों और लोगों की बस्तियों को समावेशी, सुरक्षित, परिस्थिति अनुरूप ढलने योग्य और सतत बनाना
8. सतत विकास लक्ष्य 12 : सतत खपत और उत्पादन रुझान सुनिश्चित करना
9. सतत विकास लक्ष्य 15 : क्षेत्रीय पर्यावासों का संरक्षण, उन्हें पुनःस्थापित करना और उनके सतत प्रयोग को प्रोत्साहित करना, वनों का सतत प्रबंधन, मरुस्थलीकरण से जूझना और भूमि क्षरण को बहाल करना एवं जैव विविधता को होने वाली क्षति रोकना
10. सतत विकास लक्ष्य 16 : सतत विकास के लिए शांतिपूर्ण समावेशी समाज को प्रोत्साहन देना, न्याय तक सबकी पहुँच सुनिश्चित करना और सभी स्तरों पर प्रभावी, जवाबदेह तथा समावेशी संस्थान तैयार करना
11. सतत विकास लक्ष्य 17 : क्रियान्वयन के तरीकों को मजबूत करना और सतत विकास के लिए वैश्विक साझेदारी को पुनर्जीवित डालना.

3.4.3.1 सतत विकास लक्ष्य: वैश्विक लक्ष्यों की व्याख्याएं

1. सभी प्रकार का कुपोषण कम वजन (आयु के मान से कम वजन), ठिगनापन (आयु के मान से कम ऊंचाई), दुबलापन (लंबाई के मान से कम वजन) :
 - सतत विकास लक्ष्य 2.2 के अनुसार वर्ष 2030 तक हर प्रकार के कुपोषण को समाप्त करना है। इस दौरान वर्ष 2025 तक 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में दुबलेपन को समाप्त करने के अन्तर्राष्ट्रीय सहमति वाले लक्ष्य के अतिरिक्त किशोरी बालिकाओं, गर्भवती महिलाओं और स्तनपान कराने वाली माताओं तथा बुजुर्गों की पोषण आवश्यकताओं को पूरा करना शामिल है।
2. मातृ मृत्यु अनुपात, 5 वर्ष से कम उम्र और नवजात मृत्यु दर :
 - सतत विकास लक्ष्य 3.1 के अनुसार : 2030 तक वैश्विक मातृ मृत्यु अनुपात को प्रति एक लाख जन्म पर 70 से कम करना है।
 - सतत विकास लक्ष्य 3.2 के अनुसार : 2030 तक नवजात शिशुओं तथा 5 वर्ष से कम उम्र के उन बच्चों की मृत्यु के मामलों को समाप्त करना है जिन्हें टाला जा सकता है। सभी देशों का लक्ष्य है कि नवजात शिशु मृत्यु दर को घटा कर प्रति 1000 पर 12 तथा 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर को प्रति 1000 पर 25 तक लाया जाए।

4. व्यवस्थागत प्रणाली से कुपोषण की समझ

4.1. कुपोषण की अवधारणा

असंतुलित एवं अपर्याप्त आहार लेने से बनने वाली शारीरिक अवस्था का अर्थ है व्यक्ति कुपोषण से ग्रस्त है। जब किसी शारीरिक असमर्थता के कारण हम पोषक तत्वों को अवशोषित नहीं कर पाते हैं या जब हमारे शरीर में जैविक कोशिकाएं, लिए गए आहार को ऊर्जा में परिवर्तित नहीं कर पाती हैं, तो इसे कुपोषण की अवस्था कहा जाता है। कुपोषण कई कारणों से हो सकता है। प्रथमतः समुचित कृषि प्रक्रियाओं के अभाव में पर्याप्त और समुचित भोजन अनुपलब्धता, खाद्य पदार्थों का अपर्याप्त वितरण या सामाजिक समस्याएँ, जैसे गरीबी या सामाजिक असमानता आदि। इन मामलों में कुपोषण प्रायः आहार में कैलोरी या प्रोटीन की मात्रा में कमी के कारण होता है।

कुपोषण एक अवस्था है जो विभिन्न परिस्थिकीय कारकों, जैसे सामाजिक, आर्थिक, राजनीतिक, भौगोलिक और पीढ़ीगत कारकों से प्रभावित होती है। यह ऐसी स्थिति है जो किसी व्यक्ति, समुदाय या व्यापक समाज तक को गंभीर रूप से प्रभावित कर सकती है। लोगों के पोषण की स्थिति को प्रभावित करने वाले कारकों का व्यवस्थागत प्रणाली की दृष्टि से निगरानी करना और अध्ययन करना आवश्यक है। यह वह प्रक्रिया है जिसमें किसी जटिल समस्या का नैदानिक परीक्षण घटनाओं और आंकड़ों के अवलोकन से किया जाता है। इस दौरान उन लक्षणों का पता लगाया जाता है जो समस्या को जन्म देने वाले कारकों को उभारते हैं। व्यवस्थागत प्रणाली एक समग्र दृष्टिकोण है जिसके माध्यम से समस्या को प्रभावित करने वाले ढाँचे को समझा जाता है और व्यवस्था को अलग-अलग तत्वों में विखंडित कर उसका हल ढूँढा जाता है।

4.2. मध्यप्रदेश में कुपोषण की स्थिति

4.2.1. बाल पोषण और स्वास्थ्य संकेतांक

राष्ट्रीय परिवार कल्याण सर्वेक्षण – 4 (NFHS-4 2015-16) के अनुसार मध्यप्रदेश में बाल एवं मातृ कुपोषण, लोक स्वास्थ्य के मानकों के नज़रिए से एक गंभीर चुनौती है। मध्यप्रदेश में बच्चे कुपोषण से सबसे अधिक प्रभावित हैं। बच्चों में ठिगनापन दीर्घकालिक (chronic) अल्पपोषण (लम्बे समय से भोजन/खाद्य/आहार से वंचित रहने और/या बीमारी) का सूचक है। मध्य प्रदेश में 5 वर्ष आयु से कम के 42 प्रतिशत बच्चे ठिगनेपन से ग्रस्त हैं। इसी प्रकार दुबलापन या गंभीर कुपोषण (wasting) तीव्र कुपोषण (acute malnutrition) हाल ही में बच्चा आवश्यक आहार से वंचित हुआ या वह बीमार रहा जिसकी वजह से उसे पोषण-ह्रास हुआ है) का सूचक है। मध्य प्रदेश में बच्चों में गंभीर कुपोषण (wasting) का स्तर 25.8 प्रतिशत है, जो यह दर्शाता है की एक-चौथाई बच्चे गंभीर कुपोषण का शिकार हैं। कम वजन होना (आयु के मान से कम वजन) दीर्घकालिक अल्पपोषण एवं तीव्र कुपोषण दोनों का मिला जुला संकेतक है। मध्य प्रदेश में 05 वर्ष आयुवर्ग के बच्चों में कम वजन स्तर 42.8 प्रतिशत है। प्रदेश में हर पांच जन्म लेने वाले बच्चों में से एक (21.9 प्रतिशत) जन्म के समय कम वजन (Low Birth Weight – LBW) का होता है एवं दो तिहाई से अधिक (68.9 प्रतिशत) बच्चे रक्ताल्पता (एनीमिया) से ग्रसित होते हैं।

4.2.2. महिलाओं और किशोरवय में पोषण की स्थिति

मातृ और किशोरी बालिकाओं का पोषण भी गर्भाशय में भ्रूण वृद्धि में नियंत्रित करने की दृष्टि से महत्वपूर्ण है। 52.5% प्रजनन आयु (15 से 49 वर्ष के बीच) की महिलाएं रक्ताल्पता से ग्रसित हैं। यह इस वर्ग में गंभीर कुपोषण को दर्शाता है। यह खराब स्थिति केवल संदर्भ वर्ष 2015-16 के संकेतकों में ही नहीं है, बल्कि बीते दशक में भी इसमें सुधार के मामले में प्रदर्शन निराशाजनक रहा है। (सारणी 5.1)

राष्ट्रीय परिवार कल्याण सर्वेक्षण – 4 (NFHS-4 2015-16) के अनुसार मध्यप्रदेश में 28.4 प्रतिशत प्रजनन आयु (15 से 49 वर्ष के बीच) की महिलाओं का बॉडी मास इंडेक्स (Body Mass Index–BMI) 18.5 किलोग्राम/मीटर वर्ग से कम था जबकि 13.6 प्रतिशत महिलाओं का बॉडी मास इंडेक्स (BMI) 25 किलोग्राम/मीटर वर्ग से अधिक है अर्थात् उनका वजन अधिक है और 52.4 प्रतिशत महिलाएं (जो गर्भवती नहीं हैं) रक्ताल्पता से पीड़ित हैं। किशोर पोषण की स्थिति से संबंधित अद्यतन आंकड़े दर्शाते हैं कि मध्यप्रदेश में

15-19 की उम्र की किशोरी बालिकाओं में से 45.7 प्रतिशत का बॉडी मास इंडेक्स (Body Mass Index – BMI) 18.5 किलोग्राम/मीटर वर्ग से कम है। (सारणी 5.1) (पोषण की स्थिति पर विस्तृत जानकारी परिशिष्ट - 1)

4.2.3. मध्यप्रदेश में बाल और मातृ मृत्यु की स्थिति

यह ज्ञात तथ्य है कि बाल कुपोषण ही शिशु एवं बाल मृत्यु दर का सबसे बड़ा कारण है। इसके अतिरिक्त गर्भावस्था के दौरान अपर्याप्त पोषण मातृ मृत्यु का कारण बन सकता है क्योंकि संक्रमित होने की आशंका अधिक होती है और गर्भवती महिलाओं को बीमारियों से ठीक होने में अपेक्षाकृत अधिक समय लगता है।

नवजात शिशुओं की मृत्यु के मामलों में जन्म के समय कम वजन एक महत्वपूर्ण कारक है। अधिकांशतः जो बच्चे जन्म के समय कम वजन के पैदा होते हैं, शारीरिक एवं मानसिक वृद्धि में कमी और अन्य बीमारियों के साथ उनका बचपन बीतता है। किशोरावस्था और वयस्कावस्था में भी इसका प्रभाव बना रहता है। यह कुपोषण के दुष्चक्र को इंगित करता है जिस कारण वृद्धि और विकास के अवसर में कमी से पीड़ित लड़कियां या महिलाएं कम वजन वाले शिशुओं को जन्म देती हैं और यह क्रम बना रहता है। कुपोषण के कारण संक्रमण की आशंका बढ़ती है, सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी इसमें और बढ़ोतरी करती है। अपर्याप्त वृद्धि, संक्रमण का जोखिम, कमजोर प्रतिरक्षा तंत्र के कारण उपचार पर समुचित प्रतिक्रिया न होना बाल मृत्यु दर में बढ़ोतरी के कारण बनते हैं।

इसी प्रकार कुपोषण के कारण गर्भावस्था में जोखिम बढ़ जाता है। यथा : जटिल प्रसव, समयपूर्व प्रसव, जन्म के समय नवजात शिशु का कम वजन होना और प्रसवोत्तर रक्तस्राव आदि। गर्भावस्था के दौरान गंभीर रक्ताल्पता भी प्रसव के दौरान होने वाली मौतों में बढ़ोतरी का कारण है।

4.2.3.1. मध्यप्रदेश में 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर (Under-5 Child Mortality Rate–U5CMR)

मध्यप्रदेश में पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर काफी अधिक है और प्रति 1000 जीवित जन्म लेने वाले बच्चों में से 56 बच्चे अपना पांचवा जन्म दिन नहीं मना पाते (एसआरएस, संदर्भ वर्ष-2018). इसका अर्थ यह है कि हर वर्ष पांच वर्ष से कम उम्र के लगभग 100,000 बच्चों की मृत्यु हो जाती है। विश्व स्तर के प्रमाण अनुसार इनमें से आधी मृत्यु का अंतर्निहित कारण कुपोषण है। (सारणी 5.1)

4.2.3.2. नवजात मृत्यु दर (Neonatal Mortality Rate–NMR)

नवजात मृत्यु दर (Neonatal Mortality Rate – NMR) - मध्यप्रदेश में प्रति 1000 जीवित जन्म में से 35 बच्चों का जन्म के 28 दिन के अन्दर मृत्यु हो जाती है। (सारणी 3.1)

4.2.3.3. शिशु मृत्यु दर (Infant Mortality Rate–IMR)

शिशु मृत्यु दर (IMR) - प्रदेश में प्रति 1000 जीवित जन्म लेने वाले बच्चों में से 48 बच्चों मृत्यु उनके पहले जन्मदिन से पूर्व ही हो जाती है। एसआरएस (Sample Registration System–SRS-) बुलेटिन-2020 के अनुसार प्रदेश में शिशु मृत्यु दर (IMR) वर्ष 2017 में 47 से बढ़कर 2018 में 48 हो गयी। यह बात भी ध्यान रखने योग्य है कि शिशु मृत्यु दर में नवजात शिशु मृत्यु दर (Neonatal Mortality Rate – NMR -) की हिस्सेदारी 71.8 प्रतिशत है। अर्थात् 5 साल तक के बच्चों में दर्ज होने वाले मृत्यु प्रकरणों में से आधे से ज्यादा की मृत्यु जन्म के शुरूआती 28 दिनों में हो जाती है। राज्य 2008 से 2017 तक के दशक के आंकड़ों में कमी के स्तर अनुसार नवजात मृत्यु दर पर सतत विकास लक्ष्य (SDG) का लक्ष्य 12 है, जो वर्ष 2033 तक प्राप्त हो सकेगा। जबकि IMR का लक्ष्य, जिसकी गणना NMR से की गयी है, वर्ष 2031 तक ही हासिल हो सकेगा। (सारणी 5.1)

4.2.3.4. मातृ मृत्यु दर (Maternal Mortality Rate–MMR)

मध्यप्रदेश में मातृ मृत्यु दर (MMR) भी काफी अधिक और चिंतित करने वाली है। प्रति 100,000 बच्चों के जन्म पर गर्भावस्था या प्रसव-संबंधी समस्याओं के कारण होने वाली महिलाओं की मृत्यु की संख्या मातृ मृत्यु दर कहलाती है। SRS-2020 के विशेष बुलेटिन

के मुताबिक वर्ष 2016-18 में मध्यप्रदेश में मातृ मृत्यु दर (MMR) 173 रहा। यह बात ध्यान देने योग्य है कि 2014-16 के पिछले अनुमान में भी यह 173 के स्तर पर ही था। (सारणी 3.1)

4.3. राज्य में उच्च कुपोषण वाले क्षेत्र

4.3.1. कुपोषण का जिलेवार प्रसार

प्रदेश के अलग-अलग जिलों में पोषण प्रभाव और प्रक्रिया संकेतकों में भिन्नता है। भारत सरकार ने देश भर में ठिगनेपन (stunting) के आंकड़ों के आधार पर कमजोर प्रदर्शन करने वाले 100 जिलों को चिह्नित किया है जिसमें मध्यप्रदेश के 12 जिले - श्योपुर (52.1), बड़वानी (52.0), बुरहानपुर (50.0), टीकमगढ़ (49.7), दतिया (48.9), सीधी (48.7), शिवपुरी (48.6), खरगोन (48.3), शाजापुर (48.1), मुरैना (47.7), भोपाल (47.6) और भिंड (47.6) शामिल हैं। सारणी 4.1 में मध्यप्रदेश के 12 अत्यधिक कुपोषण प्रभावित जिलों की पोषण और स्वास्थ्य संकेतकों के संदर्भ में पोषण प्रोफाइल का विवरण दिया गया है। यह प्रोफाइल आंकड़ों का विस्तार दर्शाती है। उदाहरण के लिए बालाघाट जिले में बच्चों में ठिगनापन सबसे कम 32.1 प्रतिशत है जबकि श्योपुर जिले में यह सर्वाधिक 52.1 प्रतिशत है। यही कारण है कि समस्या की गंभीरता और इसके दायरे को देखते हुए जिलों पर आधारित विशिष्ट योजनाएं तैयार करनी होंगी।

राष्ट्रीय पोषण रणनीति (2017) के दस्तावेज के अनुसार मंत्रालयों तथा उनकी योजनाओं के अनुसार विशेष ध्यान देने योग्य क्षेत्र/उच्च प्राथमिकता वाले जिले अलग-अलग हैं। उदाहरण के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (National Health Mission – NHM) के अंतर्गत 184 उच्च प्राथमिकता वाले जिले चिन्हित हैं, महिला एवं बाल विकास मंत्रालय द्वारा 200 उच्च बोझ वाले जिले एकीकृत बाल विकास सेवा (Integrated Child Development Services – ICDS) कार्यक्रम एवं 162 जिले 'एकीकृत बाल विकास सेवा प्रणाली का सुदृढ़ीकरण एवं पोषण सुधर परियोजना' (ICDS Systems Strengthening and Nutrition Improvement Project-ISSNIP) कार्यक्रम अंतर्गत चिन्हित किये गए हैं। इन मंत्रालयों के उक्त चिन्हित जिलों में केवल 39 जिले ही दोनों की सूची में संयुक्त रूप से शामिल हैं। ऐसे में अल्पपोषण की चुनौती से निपटने के लिए महिला एवं बाल विकास मंत्रालय और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के बीच सघन तालमेल की आवश्यकता स्पष्ट है। पोषण को प्रभावित करने वाले कारकों की बहुआयामी प्रकृति को देखते हुए सभी हितधारकों के बीच समन्वित और संयुक्त प्रयास किए जाने की आवश्यकता है ताकि उपयुक्त परिणाम प्राप्त किए जा सकें, विशेषकर जिलेवार एकीकृत कार्य योजना के निर्माण और क्रियान्वयन की महती आवश्यकता है। (सारणी 4.1)

सारणी 4.1: बाल पोषण की स्थिति (5 वर्ष से कम)

जिला	ठिगनापन	दुबलापन	गंभीर दुबलापन	सामान्य से कम वजन	6-59 माह के बच्चों में रक्ताल्पता
मध्य प्रदेश	42	25.8	9.2	42.8	68.9
बड़वानी	52	28	8.7	55	82
भिंड	47.6	30.6	12.6	49.8	71.8
भोपाल	47.6	21	8.1	39.5	77.3
बुरहानपुर	50	20.1	6.7	46.1	80.2
दतिया	48.9	26.2	8.2	46.9	73.2
खरगोन	48.3	21.2	5.7	44.7	76.9
मुरैना	47.7	29.5	12.5	52.2	67.3
शाजापुर	48.1	30	10	48.6	77.5
श्योपुर	52.1	28.1	9	55	77.5
शिवपुरी	48.6	25.8	7.7	49.6	62.7
सीधी	48.7	24.9	8.5	43.9	67.7
टीकमगढ़	49.7	19.2	7.6	43.3	67.1

4.3.2. कुपोषण की क्षेत्रवार स्थिति

शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में कुपोषण अधिक व्याप्त है। ग्रामीण क्षेत्रों में नवजात, शिशु और 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर का शहरी क्षेत्रों की तुलना में अनुपात क्रमशः 1.65 गुना, 1.11 गुना और 1.54 गुना है।

ग्रामीण क्षेत्रों में शिशु मृत्यु दर (IMR) 52 प्रतिशत है जबकि शहरी क्षेत्रों में 36 प्रतिशत है। इसी प्रकार 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर ग्रामीण इलाकों में 60 प्रतिशत है जबकि शहरी क्षेत्रों में यह 39 प्रतिशत है।

ग्रामीण क्षेत्रों के बच्चों में ठिगनेपन की दर ज्यादा (43.6 प्रतिशत) जबकि शहरी क्षेत्रों में कम (37.4 प्रतिशत) है। इसी प्रकार ग्रामीण क्षेत्रों में गंभीर कुपोषण 27.1 प्रतिशत तथा शहरी क्षेत्रों में मात्र 22.0 प्रतिशत है। ग्रामीण क्षेत्रों में कम वजन के बच्चों का प्रतिशत 42.8 के उच्च स्तर पर है जबकि शहरों में यह 36.5 प्रतिशत है।

इसके अलावा ग्रामीण क्षेत्रों में रक्ताल्पता भी ज्यादा (69.8 प्रतिशत) है जबकि शहरों में यह 66.2 प्रतिशत है

जो यह दर्शाता है की बाल कुपोषण एवं मृत्यु के मामलों में ग्रामीण क्षेत्रों की स्थिति ज्यादा गंभीर है। (सारणी 4.2)

4.3.3. कुपोषण का लिंग आधारित वर्गीकरण

कुपोषण बालिकाओं के अपेक्षा बालकों में अधिक व्याप्त है। बालकों में ठिगनापन 42.6 प्रतिशत, बालिकाओं में 41.6 प्रतिशत एवं बालिकाओं में गंभीर कुपोषण 24.5 प्रतिशत जबकि बालकों में 27.0 प्रतिशत है। अन्य संकेतांक - रक्ताल्पता, गंभीर रक्ताल्पता, शिशु मृत्यु दर तथा 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर बालकों में बालिकाओं की तुलना में अधिक व्याप्त है। बालिकाओं में रक्ताल्पता 68.8 प्रतिशत है जबकि बालकों में यह 69.1 प्रतिशत है। बालिकाओं में शिशु मृत्यु दर 46 प्रतिशत जबकि बालकों में यह 51 प्रतिशत है। वहीं 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर बालकों में 58 प्रतिशत है जबकि बालिकाओं यह 53 प्रतिशत है। (सारणी 4.2)

4.3.4. कुपोषण से अत्यधिक प्रभावित सामाजिक समूह

अनुसूचित जाति और जनजाति के बच्चे अत्यधिक जोखिम के शिकार हैं। इनमें भी अनुसूचित जनजाति में पोषण अवस्था का जोखिम अनुसूचित जाति की तुलना में अधिक है। अनुसूचित जनजाति के बच्चों में ठिगनापन 48.2 प्रतिशत है जो अनुसूचित जाति के 47.6 प्रतिशत से अधिक है। इसी प्रकार अनुसूचित जनजाति के बच्चों में गंभीर कुपोषण 30.2 प्रतिशत है जो अनुसूचित जाति के 25.5 प्रतिशत से अधिक है। इसी प्रकार अनुसूचित जनजाति के बच्चों में कम वजन का स्तर 51.5 प्रतिशत है जो अनुसूचित जाति के 45.9 प्रतिशत से अधिक है। अनुसूचित जाति एवं जनजाति दोनों में कम वजन का प्रतिशत मध्यप्रदेश के कुल कम वजन 42.8 प्रतिशत से अधिक है। अनुसूचित जनजाति में रक्ताल्पता भी 76.1 प्रतिशत है जो अनुसूचित जाति के 69.3 प्रतिशत से अधिक है। (सारणी 4.2)

सारणी 4.2 : मध्यप्रदेश में 05 वर्ष आयु के बच्चों की क्षेत्र एवं वर्गवार कुपोषण की स्थिति

क्रमांक	संकेतक	पुरुष	स्त्री	ग्रामीण	शहरी	अनुसूचित जाति	अनुसूचित जनजाति	कुल
1	ठिगनापन [मध्यम तीव्र कुपोषण Moderate Acute Malnutrition (MAM) < -2 SD]]	42.6	41.4	43.6	37.4	47.6	48.2	42.0
2	ठिगनापन [गंभीर तीव्र कुपोषण Severe Acute Malnutrition (SAM) < -3 SD]]	19.2	18.1	19.6	15.9	22.0	23.5	18.6
3	दुबलापन Moderate Acute Malnutrition (MAM) < -2 SD]]	27.0	24.5	27.1	22.0	25.5	30.2	25.8
4	दुबलापन [गंभीर तीव्र कुपोषण Severe Acute Malnutrition (SAM) < -3 SD]]	10.3	8.0	9.6	8.1	9.9	10.9	9.2

5	मध्यम कम वजन Moderate Under-Weight (M-UW) < -2 SD)]	43.4	42.1	45.0	36.5	45.9	51.5	42.8
6	गंभीर कम वजन [Severe Under-Weight (S-UW) < -3 SD)]	14.5	14.1	15.6	10.5	15.9	19.5	14.3
7	रक्ताल्पता (कुल)	69.1	68.8	69.8	66.2	69.3	76.1	68.9
8	गंभीर रक्ताल्पता	2.2	1.7	1.9	2.1	2.0	2.4	2.0
9	शिशु मृत्यु दर	51	46	52	36	-	-	48
10	5 वर्ष से कम उम्र बच्चों में मृत्यु दर	58	53	60	39	-	-	56

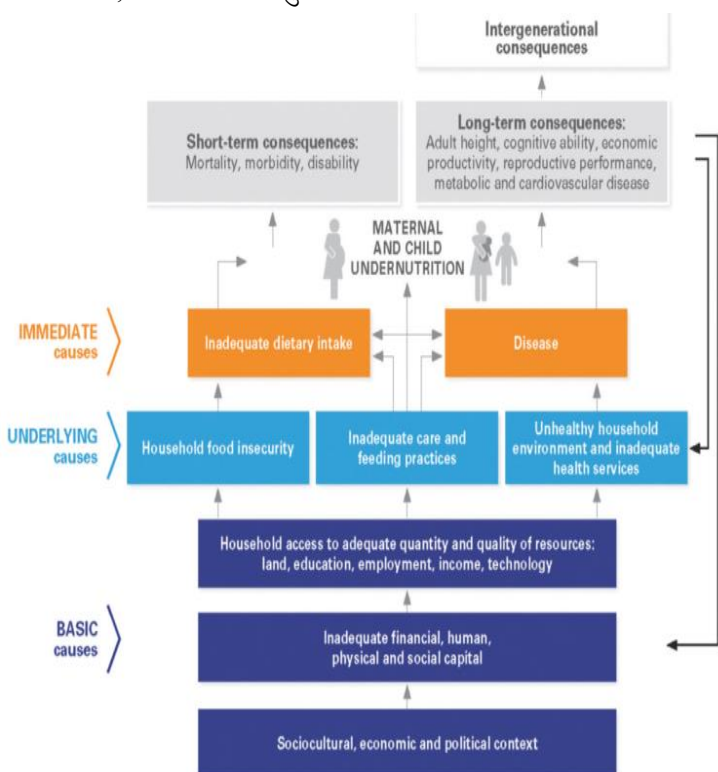
डेटा स्रोत:
क्रमांक 1-8: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4, वर्ष 2015-16, मध्यप्रदेश राज्य रिपोर्ट
क्रमांक 9-10: एसआरएस सांख्यिकीय रिपोर्ट (2018), महापंजीयक एवं जनगणना आयुक्त कार्यालय, भारत

4.4. कोविड-19 महामारी के दौरान पोषण के जोखिम

6 माह से अधिक समय से चली आ रही कोरोना वायरस महामारी के कारण यह और भी अधिक आवश्यक है कि 'सभी को बेहतर पोषण' मिले, 'खासतौर पर कमजोर वर्ग' को। अपर्याप्त पोषण वाले लोगों की प्रतिरक्षा कमजोर होती है और उनके बीमार होने की संभावना अधिक होती है। इस दौरान पोषण के प्रति संवेदनशील वर्ग (गरीब, महिलाएं, बच्चे और प्रवासी श्रमिक, थर्ड जेंडर आदि) में से कई पहले ही असमानताओं के जूझ रहे होते हैं और अब वायरस तथा उसकी रोकथाम के उपायों ने उन्हें और अधिक प्रभावित किया है। यह स्थापित तथ्य है कि अच्छा पोषण लोगों का कोविड-19 के संक्रमण से काफी हद तक बचाव करता है, वहीं कमजोर वर्ग के लोगों का कमतर पोषण उन्हें महामारी का अधिक शिकार बनने के जोखिम में डालता है। यह उनके सुरक्षित, स्वस्थ और सम्मानजनक जीवन जीने के अधिकार का भी अतिक्रमण करता है।

4.5. मध्यप्रदेश में कुपोषण के निर्धारक

विश्व स्वास्थ्य संगठन और यूनिसेफ ने अल्पपोषण के निर्धारकों का जो अवधारणात्मक ढांचा तैयार किया है उसके अनुसार कुपोषण के कारकों को व्यापक रूप से तीन श्रेणियों में बांटा गया है, तात्कालिक, अंतर्निहित और बुनियादी। तात्कालिक कारण व्यक्तिगत स्तर पर और अल्पावधि के होते हैं और इनका संबंध व्यक्ति के आहार और बीमारियों से होता है। अंतर्निहित कारक घर/परिवार के स्तर पर होते हैं और ये खाद्य सुरक्षा, व्यवहार, परिस्थितियों तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच के बारे में होते हैं। वहीं बुनियादी कारक सामुदायिक स्तर पर काम करते हैं और उनका संबंध आजीविका, संसाधन, सामाजिक-सांस्कृतिक, आर्थिक और राजनीतिक संदर्भों से होता है। कुपोषण को स्थाई तरीके से दूर करने और रोकथाम के लिए इन सभी निर्धारकों को समग्र रूप से हल करना महत्वपूर्ण है। यदि हम निराकरण नहीं करते हैं तो इसके गंभीर परिणाम सामने आएंगे। इनमें रुग्णता-बीमारियों (तात्कालिक और दीर्घकालिक) से लेकर शारीरिक और संज्ञानात्मक क्षमता में कमी, आर्थिक उत्पादकता पर असर से लेकर अपंगता और मृत्यु तक शामिल हैं। यह बात स्पष्ट है कि ये कारक जटिल ढंग से आपस में जुड़े हुए हैं। मध्यप्रदेश जैसे विविधतापूर्ण राज्य में क्षेत्र



और समुदाय विशेष के स्थानीय मुद्दे हैं जो अलग-अलग क्षेत्रों में काफी अलग हैं। मध्यप्रदेश सरकार इन समस्याओं के स्थानीय निराकरण हेतु प्रयास करेगी।

4.5.1. तात्कालिक निर्धारक (कारक)

4.5.1.1. स्तनपान एवं शिशु और बाल पोषण (IYCN) संकेतक

करीब दो तिहाई (65.4 प्रतिशत) नवजात शिशु मां के पहले-पहले दूध (स्तनपान) से वंचित रह जाते हैं। इसी प्रकार जन्म के बाद से 6 माह तक केवल स्तनपान करने वाले शिशुओं का 58.2 प्रतिशत का स्तर भी अत्यधिक निराशाजनक है। वहीं 6-8 महीने की उम्र के मात्र 38.1 प्रतिशत बच्चे ऐसे हैं जो स्तनपान की निरंतरता के साथ-साथ ठोस या अर्द्ध ठोस रूपी ऊपरी आहार भी लेते हैं। (सारणी 5.2)

4.5.1.2. बच्चों के लिए पर्याप्त आहार (6-23 माह)

6-23 माह आयुवर्ग के स्तनपान करने वाले शिशुओं में केवल 6.9 प्रतिशत को ही न्यूनतम स्वीकार्य आहार (minimum acceptable diet) मिलता है। इससे भी अधिक गंभीर बात यह है कि जो बच्चे स्तनपान से वंचित हैं, उनमें से 4.9 प्रतिशत को छोड़कर शेष को पर्याप्त आहार नहीं मिल पाता। ऐसे में यह आवश्यक हो जाता है कि 6 माह की आयु के बाद पूरक आहार का सावधानीपूर्वक ध्यान रखा जाए ताकि कुपोषण की पहली दस्तक से बचा जा सके। (सारणी 5.2)

4.5.1.3. पोषणात्मक कमी

अनुचित आहार-व्यवहार पोषणात्मक कमी का मुख्य कारण है, विशेषकर लोह तत्व की कमी से होने वाली रक्ताल्पता प्रमुख है। निम्नांकित सारणी में उल्लेखित है कि मध्यप्रदेश में विभिन्न समूहों और आयु वर्ग में लोहे की कमी वाली रक्ताल्पता से बचाव के लिए महत्वपूर्ण पोषक तत्वों का रोज कितनी मात्रा में सेवन किया जाना चाहिए। इसमें बताया गया है कि भारतीयों को आदर्श स्थिति में रोज इनकी कितनी मात्रा का सेवन करने की अनुशंसा (Recommended Daily Allowance – RDA) की गई है (एमपी-एनएनएमबी 2012). (सारणी 4.3)

सारणी 4.3: भारतीयों के लिए अनुशंसित दैनिक आहार ग्रहण (RDA) (MP-NNMB 2012)

% आबादी जिसे आरडीए का 70 प्रतिशत या कम प्राप्त हो रहा है.	1-3 वर्ष	4-6 वर्ष	7-9 वर्ष	10-12 वर्ष के बालक	10-12 वर्ष की बालिकाएं	13-15 वर्ष के बालक	13-15 वर्ष की बालिकाएं	16-17 वर्ष के बालक	16-17 वर्ष की बालिकाएं	स्त्रियां जो गर्भवती नहीं हैं	गर्भवती स्त्रियां	स्तनपान कराने वाली स्त्रियां	पुरुष
लोहे के लिए आरडीए (मिग्रा प्रति दिन)	09	13	16	21	27	32	27	28	26	21	35	25	17
लोह तत्व	54.2	65	67	54.6	25.5	25.3	51.8	49.5	61.5	43.4	26.9	87.5	90.1
आहार योग्य फोलेट	55.6	73.4	70.9	71.5	68.3	49.5	62.4	59.3	71.2	63.8	15.4	75	72.6
विटामिन ए	7.6	8.1	7.6	10.1	5.8	12.4	8.8	12.1	12.5	10.1	7.7	4.2	11.4
विटामिन सी	5.1	13.1	18.8	28	17.3	28.4	25.9	29.7	26.9	31.4	23.1	14.6	36
प्रोटीन	83.3	99.3	98.3	94.2	91.8	85.1	90.6	97.9	92.3	92.8	61.5	93.8	94.8

यह स्पष्ट है कि इन पोषक तत्वों के दैनिक आहार ग्रहण (RDA) के 70 प्रतिशत की खपत बहुत संतोषजनक नहीं है और लोहे और फोलेट के मामले में तो यह केवल 60 प्रतिशत बच्चों को मिल रहा है। वहीं विटामिन ए और सी में 20 प्रतिशत से कम बच्चे इसका सेवन कर पा रहे हैं। गर्भवती महिलाओं में यह और कम है तथा करीब 20 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को ही इन सभी सूक्ष्मपोषक तत्वों का दैनिक आहार ग्रहण (RDA) मिल पाता है। प्रोटीन की स्थिति बेहतर है और गर्भवती महिलाओं के अलावा करीब 90 प्रतिशत आबादी को दैनिक आहार ग्रहण (RDA) का 70 प्रतिशत प्रोटीन मिल रहा है।

4.5.1.4. सूक्ष्मपोषक तत्वों का अनुपूरण

व्यापक राष्ट्रीय पोषण सर्वेक्षण (Comprehensive National Nutrition Survey, CNNS 2016-18) के अनुसार मध्यप्रदेश में प्रमुख सूक्ष्म पोषक तत्वों की स्थिति सारणी 4.4 में दर्शायी गई है। इसके अतिरिक्त विटामिन डी, बी12 और जिंक की कमी बच्चों, विशेषकर किशोरों में उभरकर सामने आ रही है।

सारणी 4.4: प्रमुख सूक्ष्म पोषक तत्वों की स्थिति

% बच्चों में इनकी कमी	बच्चे : 1 – 4 वर्ष	बच्चे : 5 – 9 वर्ष	किशोरवय : 10 – 19 वर्ष
लौह (सीरम फेरिटिन)	45.9	25.2	22.1
फॉलिक एसिड	57.6	62.4	74.5
विटामिन बी12	11.6	22.4	42.0
विटामिन ए	-	13.4	13.2
विटामिन डी	7.7	19.7	23.0
जिंक	22.3	12.3	19.9

4.5.2. अंतर्निहित निर्धारक (कारक)

4.5.2.1. मातृ देखभाल एवं स्वास्थ्य सेवाएं

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16), प्रदेश में मातृ एवं बाल देखभाल की स्थिति पर प्रकाश डालता है। गर्भावस्था की पहली तिमाही में केवल 53 प्रतिशत महिलाओं को प्रसवपूर्व देखरेख मिल सकी जबकि प्रदेश में केवल 11.4 प्रतिशत महिलाओं ने समूची गर्भावस्था के दौरान पूर्ण प्रसवपूर्व देखरेख एवं जांच सेवाएं लीं। केवल 35.7 प्रतिशत महिलाएं चार बार प्रसवपूर्व देखरेख के लिए पहुंचीं। कुल 54.9 प्रतिशत धात्री माताओं तक प्रसवोपरांत देखरेख भेंट सेवा पहुंची। गर्भावस्था पंजीयन के मुताबिक रिकॉर्ड में सुधार हुआ और 92.2 प्रतिशत महिलाओं को मां-शिशु संरक्षण कार्ड उपलब्ध कराया गया जबकि 89.8 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को टिटनस का टीका लगाया गया। यह स्पष्ट है कि आयरन फोलिक एसिड अनुपूरण (Iron Folic Acid – IFA – Supplementation) समूचे परिदृश्य को हल करने में महत्वपूर्ण है। खासतौर पर पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों में, फिलहाल 23.5 प्रतिशत माताओं ने गर्भावस्था के दौरान 100 दिन या उससे अधिक समय तक इनका सेवन किया। जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत दी जाने वाली वित्तीय सहायता का लाभ केवल 61.1 प्रतिशत माताओं ने लिया, लगभग इतनी 61.1 प्रतिशत महिलाओं ने टिटनस का टीका लगवाया।

4.5.2.2. बाल देखभाल एवं टीकाकरण

20.8 प्रतिशत प्रसव आज भी घरों में हो रहे हैं जबकि केवल 2.3 प्रतिशत प्रसव स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा कराए जा रहे हैं। घरों में पैदा होने वाले बच्चों में केवल 2.5 प्रतिशत को ही जन्म के 24 घंटे के भीतर स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा जांच की सुविधा मिल पाती है। लगभग आधे बच्चों (53.6 प्रतिशत) का सम्पूर्ण टीकाकरण हुआ, केवल 60.4 प्रतिशत बच्चों को विटामिन-ए की खुराक मिली। डायरिया से पीड़ित बच्चों में से केवल 10 प्रतिशत को तथा कुल बच्चों में 55 प्रतिशत को ओरल रिहाइड्रेशन साल्ट (ओआरएस) के पैकेट प्राप्त हुए।

4.5.2.3. जल एवं स्वच्छता

करीब 15 प्रतिशत परिवारों को अभी भी बेहतर जल सुविधाएं मिलना शेष हैं जबकि दो तिहाई से अधिक आबादी को बेहतर स्वच्छता सुविधाएं नहीं मिल पा रही हैं। केवल 33.7 प्रतिशत परिवारों के पास बेहतर स्वच्छता सुविधाएं हैं।

4.5.3. मूलभूत/ढांचागत कारक

4.5.3.1. लिंगानुपात

प्रदेश का लिंगानुपात (प्रति 1000 पुरुषों पर महिलाओं की संख्या) 948 है जबकि राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (2015-16) के अनुसार विगत पांच वर्ष में पैदा हुए बच्चों का जन्म के समय का लिंगानुपात, प्रति 1000 लड़कों के अनुपात में 927 लड़कियां हैं।

4.5.3.2. महिला सशक्तिकरण और लैंगिक हिंसा

लगभग 18 प्रतिशत महिलाएं परिवार की निर्णय प्रक्रिया में शामिल नहीं हैं जबकि 29.9 प्रतिशत महिलाएं कामकाजी हैं और उन्हें उसका भुगतान मिलता है।

प्रदेश की एक तिहाई से अधिक (33.3 प्रतिशत) महिलाएं अभी भी लैंगिक हिंसा की शिकार हैं और करीब 3.3 प्रतिशत महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान हिंसा का सामना करना पड़ा। इसका गर्भस्थ शिशु और मां दोनों पर गंभीर असर पड़ सकता है। लगभग 43.5 प्रतिशत महिलाओं की भूमि में हिस्सेदारी है, 37.3 प्रतिशत महिलाओं के बैंक या बचत खाते हैं जिनका इस्तेमाल वे अपने लिए करती हैं जबकि केवल 28.7 प्रतिशत महिलाएं ही मोबाइल फोन का इस्तेमाल करती हैं। मासिक धर्म या माहवारी के दौरान साफ-सफाई की कमी के कारण प्रदेश की 62.4 प्रतिशत महिलाओं को स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का सामना करना पड़ता है।

4.5.3.3. मादक पदार्थों का सेवन

प्रदेश के वयस्क स्त्री-पुरुषों में मादक पदार्थों का सेवन आम है। यह लैंगिक हिंसा, महिलाओं के साथ दुर्व्यवहार का कारण भी बनता है। कम कैलोरी युक्त आहार का सेवन महिलाओं में पोषक तत्वों को प्रभावित करता है और यह कुपोषण का कारक हो सकता है क्योंकि इससे मां और बच्चे दोनों की देखभाल नकारात्मक रूप से प्रभावित होती है। राज्य में 10 प्रतिशत महिलाएं तंबाकू का सेवन करती हैं एवं 1.6 प्रतिशत महिलाएं मदिरा पीती हैं जबकि पुरुष आबादी में आधे से अधिक (59.5 प्रतिशत) लोग तंबाकू का सेवन करते हैं एवं 29.6 प्रतिशत पुरुष मदिरा पीते हैं जो कि महिलाओं से 28 गुना अधिक है।

4.5.3.4. महिला साक्षरता और बाल विवाह

राज्य की महिला साक्षरता दर 59.4 प्रतिशत है और यह पुरुषों की साक्षरता दर 81.8 प्रतिशत से काफी कम है। इसका असर महिलाओं की स्थिति पर पड़ता है। उदाहरण के लिए निर्णय प्रक्रिया, बच्चों की देखभाल और उनका पालन पोषण, अपना ध्यान रखने और बेहतर स्वास्थ्य और स्वच्छता का पालन करने आदि सभी बातें इससे प्रभावित होती हैं। कुपोषण के अन्य महत्वपूर्ण बुनियादी निर्धारकों में मध्यप्रदेश में कुल प्रजनन दर (Total Fertility Rate) राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4, 2015-16 के अनुसार 3.12 थी। साधारण शब्दों में, कुल प्रजनन दर यह दर्शाती है कि जनसंख्या में मौजूदा आयु-विशिष्ट प्रजनन क्षमता की दर के मान से एक महिला अपने जीवनकाल में औसतन कुल कितने बच्चों को जन्म देगी या कितने बच्चों के जन्म लेने की सम्भावना होगी। प्रदेश की यह दर राष्ट्रीय कुल प्रजनन दर 2.2 से कहीं अधिक है। इसी प्रकार, मध्य प्रदेश में 8.8 प्रतिशत प्रजनन आयु (15-49 वर्ष) की महिलाओं की ऊंचाई 145 सेंटीमीटर से कम है। इसका अर्थ यह है कि प्रदेश में 8.8 प्रतिशत महिलाओं को प्रसव में जोखिम का सामना करना पड़ सकता है। तुलनात्मक दृष्टि से प्रदेश का यह संकेतक राष्ट्रीय आंकड़े 11.1 प्रतिशत से बेहतर है।

कम उम्र में बाल विवाह प्रचलन में है और प्रदेश की करीब एक तिहाई (32.4 प्रतिशत) महिलाओं का विवाह 18 वर्ष की उम्र से पहले ही हो जाता है।

4.5.3.5. भूमि पर अधिकार और वन क्षेत्र

कृषि जनगणना 2015-16 के अनुसार कुल जोत का लगभग 68.45 प्रतिशत हिस्सा सीमांत किसानों (एक हेक्टेयर से कम जोत) के पास है। कुल कृषि क्षेत्र के 24 फीसदी पर सीमांत किसान काम करते हैं। करीब 48.33 प्रतिशत कृषि रकबे पर सीमांत किसान और 27.24 प्रतिशत रकबे पर छोटे किसान खेती करते हैं।

प्रदेश के योजना, आर्थिक एवं सांख्यिकी विभाग के 2017 के आंकड़ों के अनुसार मध्यप्रदेश का कुल भौगोलिक भूभाग 308245 वर्ग किलोमीटर है। इसमें 30.72 प्रतिशत इलाका यानी 94689 वर्ग किलोमीटर वन क्षेत्र है।

5. अब तक की प्रगति

5.1. रुझानों का विश्लेषण (Trend Analysis)

5.1.1. पोषण स्तर में सुधार

यह अध्याय पोषण के स्तर एवं कुपोषण से संबंधित और प्रभाव डालने वाले विभिन्न संकेतकों (विभिन्न निर्धारकों) के पूर्ववर्ती वर्षों में रुझानों को प्रस्तुत करता है। ये रुझान दर्शाते हैं कि विगत 10 वर्षों में राज्य का प्रदर्शन कैसा रहा। पिछले दस वर्षों (2005-06) से 2015-16) के दौरान कुपोषण-संबंधी संकेतकों की दरों में कुल गिरावट या सुधार अनुसार 'वार्षिक गिरावट दर' (Annual Rate of Reduction - ARR) अथवा 'वार्षिक सुधार दर' (Annual Rate of Improvement - ARI) निर्धारित करने के लिए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण क्रमांक 3 (2005-06) एवं राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण - 4 (2015-16) के परिणामों पर ध्यान दिया गया है।

तालिका 5.1 : पोषण की स्थिति

सूचकांक (Indicator)	(NFHS 3 - (2005-06)	NFHS -4 (2015-16)	संदर्भित दस वर्षों में कुल कमी (Total Reduction) या सुधार में कुल उपलब्धि (Total Improvement Achieved)
ठिगनापन	50	42	8
गंभीर कुपोषण	35	25.8	9.2
अति गंभीर कुपोषण	12.6	9.2	3.4
उम्र के मान से कम वजन	60	42.8	17.2
शिशु मृत्यु दर	70	51	19
5 वर्ष से नीचे की उम्र में मृत्यु दर	94	65	29
जन्म के समय कम वजन	23.4	21.9	1.5
शिशुओं में रक्त अल्पता	74	68.9	5.1
महिलाओं (15-49 वर्ष) में रक्त अल्पता	55.9	52.5	3.4
महिलाओं का बीएमआई 18.5 किग्रा/मीटर ² से कम	41.7	28.4	13.3

बीते संदर्भित दशक में कम वजन के बच्चों की संख्या में तेज़ गिरावट (17.2 अंक) देखी गई है। दोनों सर्वेक्षणों में तुलनात्मक रूप से देखें तो हम पाएंगे कि बच्चों की गंभीर कुपोषण की स्थिति में 9.2 अंकों की गिरावट के साथ सुधार हुआ है। परन्तु अति गंभीर कुपोषण में बहुत कम गिरावट (केवल 3.4 अंक) हुई है। जन्म के समय कम वजन और रक्त अल्पता की स्थिति में भी मामूली सुधार ही हुआ है। इनमें गिरावट क्रमशः 1.5 और 5.1 अंक ही रही है।

5.1.2. शिशु और मातृत्व स्वास्थ्य के सूचकांकों में सुधार

किशोरावस्था के बच्चों के अद्यतन आंकड़ों अनुसार मध्यप्रदेश में 15-19 वर्ष की 45.7 प्रतिशत किशोरियों का बाडी मॉस इंडेक्स (Body Mass Index-BMI) 18.5 किलोग्राम प्रति मीटर वर्ग से कम है और यह पिछले दस वर्षों में मात्र 4 प्रतिशत अंक ही कम हुआ है।

राज्य में पिछले दस वर्षों में माताओं द्वारा नवजात शिशुओं के जन्म के 1 घंटे के अन्दर स्तनपान की शुरुआत में 132 प्रतिशत की वृद्धि हुई है किन्तु यह 14.9 प्रतिशत से बढ़ कर 34.4 प्रतिशत हुआ है, यद्यपि यह 34.4 प्रतिशत की उपलब्धि बहुत अच्छी नहीं कही जा सकती क्योंकि इससे यह पता चलता है अभी भी 65.6 प्रतिशत शिशु माँ का पहला दूध (colostrum feed) प्राप्त करने से वंचित रह जाते हैं। यह स्थिति चिंतनीय है क्योंकि 80.8 प्रतिशत प्रसव संस्थागत हो रहे हैं। जन्म से लेकर 6 माह तक केवल स्तनपान जहां 21.6 प्रतिशत (2005-06) से बढ़ कर 58.2 (2015-2016) प्रतिशत हुआ है, यह दर्शाता है कि अभी भी 41.8 प्रतिशत बच्चे अपने जीवन

के प्रथम 6 माह में अति आवश्यक केवल स्तनपान से वंचित हैं और इस कारण उनके विकास एवं उनकी रोग-प्रतिरोधक क्षमता पर गहरा एवं बुरा प्रभाव पड़ सकता है।

6 माह बाद स्तनपान के साथ-साथ शिशुओं को 2 वर्ष तक या उसके बाद भी ऊपरी आहार मिलना चाहिए। यह दर विगत 10 वर्षों में 46 प्रतिशत से गिरकर 38.1 प्रतिशत रह गयी है, इसमें 7.9 प्रतिशत की कमी हुई है। वर्ष 2015-2016 में दिशा-निर्देशों के अनुसार 6-23 माह वाले स्तनपान कर रहे बच्चों में से न्यूनतम स्वीकार्य आहार (Minimum Acceptable Diet) प्राप्त करने वाले केवल 6.9 प्रतिशत बच्चे ही हैं। इससे पता चलता है कि 6-23 माह के शिशुओं को लगातार न्यूनतम स्वीकार्य आहार मिलना सुनिश्चित करने के लिए इस सकारात्मक हस्तक्षेप को लागू करने में कितनी बड़ी चुनौती है।

यहाँ यह उल्लेखनीय है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य परिवार कल्याण सर्वेक्षण 2015-16 के पहले इस सूचकांक की गणना नहीं की जाती थी। हालांकि राज्य में बच्चों के संक्रमण में महत्वपूर्ण गिरावट देखी गई है, यह देखा गया है कि नवजात शिशुओं को जन्म के समय जन्मघूँटी, शहद या पानी जैसी चीजें दी जाती हैं। यह एक गलत प्रथा है जिसके कारण उनके संक्रमित होने का खतरा बढ़ जाता है। इस कुप्रथा में 58.1 प्रतिशत से घटकर 12.4 प्रतिशत तक कमी दर्ज हुयी है। प्रदेश के लिए यह चुनौती होगी की यह नकारात्मक सूचकांक 12.4 प्रतिशत से गिर कर शून्य पर आ जाए ताकि किसी भी नवजात शिशु को संक्रमण का कोई भी जोखिम न रहे। गर्भावस्था के दौरान आयरन की गोलियों के खपत में तीन गुना वृद्धि हुई है (7.1 प्रतिशत से बढ़ कर 23.5 प्रतिशत), यह विचारणीय है कि अभी भी 72.5 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं खून की कमी का सामना करने के लिए आयरन फोलिक एसिड की गोलियों से वंचित हैं।

तालिका 5.2: पोषण निर्धारक मानकों का विकास एवं स्थिति

सूचकांक	2005-06 (NFHS-3)	2015-16 (NFHS-4)	कुल कमी /सुधार
			उपलब्धी
			(2005-06) to (2015-16)
1. आरंभिक पोषण व्यवहार			
जन्म के एक घंटे में स्तनपान की शुरुवात	14.9	34.4	19.5
केवल स्तनपान (6 माह से कम उम्र के शिशुओं में)	21.6	58.2	36.6
ऊपरी आहार (6-8 माह की उम्र के शिशुओं को जिन्हें ठोस या अर्ध ठोस आहार के साथ स्तनपान भी दिया जा रहा है)	46	38.1	-7.9
नवजात जिन्हें जन्म के समय घूँटी, शहद या पानी जैसी चीजे दी जाती है (प्री लेक्टल)	58.1	12.4	45.7
2. न्यूनतम स्वीकार्य आहार (Minimum Acceptable Diet)			
न्यूनतम स्वीकार्य आहार (स्तनपान कर रहे शिशु जिनकी उम्र 6-23 माह है)	लागू नहीं	6.9	
न्यूनतम स्वीकार्य आहार (स्तनपान नहीं कर रहे शिशु जिनकी उम्र 6-23 माह है)	लागू नहीं	4.9	
सभी शिशुओं के लिए न्यूनतम स्वीकार्य आहार (6-23 माह)	लागू नहीं	6.6	
3. मातृत्व की देखभाल और स्वास्थ्य सेवाएँ			
प्रथम तीन माह में प्रसव पूर्व जांच	39.3	53	13.7
न्यूनतम 4 प्रसव-पूर्व जांच	22.3	35.7	13.4
सम्पूर्ण प्रसव-पूर्व देखभाल	4.7	11.4	6.7
स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा प्रसव उपरान्त दो दिन में देखभाल	24.9	54.9	30
पंजीकृत प्रसव जिनके लिए गर्भवती और नवजात को जच्चा बच्चा कार्ड दिया गया है	लागू नहीं	92.2	
जननी सुरक्षा योजना से आर्थिक लाभ	लागू नहीं	61.1	

टीटेनस का टीका लगाया	70.7	89.8	19.1
आयरन की गोलियों का उपयोग	7.1	23.5	16.4
4. शिशु देखभाल एवं स्वास्थ्य सेवाएँ			
संस्थागत प्रसव	26.2	80.8	54.6
प्रशिक्षित दाई द्वारा घर पर प्रसव	6.6	2.3	-4.3
वो शिशु जिन्हें घर पर जन्म के 24 घंटों के भीतर स्वास्थ्य केंद्र ले जाया गया	0.2	2.5	2.3
पूर्ण टीकाकरण (बीसीजी, खसरा, पोलियो की तीन खुराक और डीपीटी के डोज दिए गये)	40.3	53.6	13.3
विटामिन ए का घोला पिछले 6 माह में जिन्हें दिया गया (9-59 माह के शिशु)	12.5	60.4	47.9
दस्त होने की संभावना / प्रसार	12.1	9.5	-2.6
शिशु जिन्हें दस्त लगे उन्हें ओआरएस घोल दिया गया	29.8	55.2	25.4
5. पानी और सफाई			
पीने के पानी के बेहतर स्रोतों की उपलब्धता	74.2	84.7	10.5
सफाई और स्वच्छता की बेहतर सुविधा	18.7	33.7	15
6. महिला सशक्तिकरण और जेंडर-आधारित हिंसा (15-49 उम्र के आयु वर्ग में)			
घर के निर्णयों में महिलाओं की भागीदारी	68.5	82.8	14.3
श्रमिक के रूप में कार्य कर रही महिलायें	32.8	29.9	-2.9
पतियों द्वारा घरेलू हिंसा	45.7	33	-12.7
गर्भावस्था के दौरान पतियों द्वारा घरेलू हिंसा		3.3	लागू नहीं
जमीन पर महिलाओं का मालिकाना हक और मिल्कियत	लागू नहीं	43.5	लागू नहीं
महिलायें जिनके बैंकखाते हैं	8.9	37.3	28.4
7. नशे की प्रवृत्ति			
महिलायें जो तम्बाखू का सेवन करती हैं	16	10.4	-5.6
पुरुष जो तम्बाखू का सेवन करते हैं	68.5	59.5	-9
महिलायें जो शराब का सेवन करती हैं	2.1	1.6	-0.5
पुरुष जो शराब का सेवन करते हैं	30.8	29.6	-1.2
8. साक्षरता, लिंग अनुपात और कम उम्र में विवाह			
महिला साक्षरता	44.4	59.4	15
पुरुष साक्षरता	78.5	81.8	3.3
18 वर्ष से कम उम्र में विवाह – महिलायें	57.3	32.4	-24.9
कुल जनसंख्या में लिंगानुपात (महिलायें प्रति 1,000 पुरुषों के पीछे)	961	948	-13
जन्म के समय लिंगानुपात	960	927	-33
9. महिला स्वास्थ्य एवं प्रजनन			
मासिक धर्म के दौरान स्वस्थ एवं स्वच्छ विधियों का उपयोग	लागू नहीं	37.6	लागू नहीं
कुल प्रजनन दर	3.1	2.3	-0.8
145 सेमी से कम ऊँचाई की महिलाओं का प्रतिशत	8.4	8.8	0.4

इसी प्रकार केवल 11.4 प्रतिशत गर्भवती महिलायें ही अनुशंसित सम्पूर्ण प्रसव-पूर्व सेवाओं का लाभ ले पा रही है। बच्चों के सभी मूलभूत टीकाकरण (बीसीजी, मीज़ल्स और डीपीटी और पोलियो¹ की 3 खुराक) की दर 40.3 प्रतिशत से बढ़ कर 53.6 प्रतिशत हुई है, यह महत्वपूर्ण हो जाता है कि छूटे हुए 46.4 प्रतिशत बच्चे भी मूलभूत टीकाकरण के दायरे में लाए जायें ताकि उन्हें उन बीमारियों से बचाया जा सके जिनकी टीकाकरण से रोकथाम की जा सकती है। यह एक महत्वपूर्ण चुनौती है।

5.1.3. स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार

5.1.3.1. स्वास्थ्य केन्द्रों एवं सार्वजनिक अस्पतालों की स्थिति

ग्रामीण स्वास्थ्य के आंकड़ों को देखें तो हम पायेंगे कि वर्ष 2006 और वर्ष 2019 के बीच सामुदायिक केन्द्रों में 34.9 प्रतिशत एवं उपस्वास्थ्य केन्द्रों में 15.24 प्रतिशत वृद्धि हुई। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विगत 10 वर्षों में सुधार न के बराबर (0.6 प्रतिशत) ही हुआ है। जन्म के समय दिये गए पोलियो वैक्सीन को छोड़कर

तालिका 5.3: स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति

स्वास्थ्य केंद्र	2006	2019	सुधार	प्रतिशत
उपस्वास्थ्य केंद्र	8874	10226	1352	15.2
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	1192	1199	7	0.6
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	229	309	80	34.9

5.1.3.2. चिकित्सकीय और अर्ध चिकित्सकीय मानव संसाधन

जनसंख्या के अनुपात में ये आंकड़े (तालिका 5.4) पिछले पन्द्रह वर्षों में ग्रामीण क्षेत्रों में काम करने वाले चिकित्सकीय और अर्ध-चिकित्सकीय स्टाफ की स्थिति दर्शाते हैं।

तालिका 5.4 : चिकित्सकीय एवं अर्ध चिकित्सकीय मानव संसाधनों की उपलब्धता

चिकित्सा स्टाफ की उपलब्धता	आवश्यक कार्यरत		भरे जाने वाले पद	आवश्यक कार्यरत		भरे जाने वाले पद	सुधार
	2006			2019			
प्रा.स्वा. केन्द्रों पर डॉक्टर्स	1192	839	70.39%	1199	1053	87.82%	17.44%
सा. स्वा. केन्द्रों पर शल्य चिकित्सक	229	12	5.24%	309	27	8.74%	3.50%
सा. स्वा. केन्द्रों पर स्त्री रोग विशेषज्ञ	229	13	5.68%	309	30	9.71%	4.03%
ब्लाक शिक्षा प्रसारक	313	239	76.36%			लागू नहीं	लागू नहीं
सा. स्वा. केन्द्रों पर शिशु रोग विशेषज्ञ	229	12	5.24%	309	22	7.12%	1.88%
सा. स्वा. केन्द्रों पर कुल विशेषज्ञ [सर्जन, स्त्री रोग, फिजिशियन एवं शिशु रोग विशेषज्ञ]	916	49	5.35%	1236	104	8.41%	3.06%
सा. स्वा. केन्द्रों पर रेडियोग्राफर	229	लागू नहीं	लागू नहीं	309	214	69.26%	लागू नहीं
सा. स्वा. केन्द्रों पर फिजिशियन	229	12	5.24%	309	25	8.09%	2.85%
सा. स्वा. केन्द्रों पर आयुष चिकित्सक	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं	309	144	46.60%	लागू नहीं
प्रा. स्वा. केन्द्रों पर पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1192	1168	97.99%	1199	991	82.65%	-15.33%
प्रा. स्वा. केन्द्रों पर महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1192	1074	90.10%	1199	786	65.55%	-24.55%

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर चिकित्सकों की भर्ती में 17.44 प्रतिशत सुधार देखा गया है जबकि शिशु रोग विशेषज्ञ की भर्ती में केवल 1.18 प्रतिशत का सुधार दिखाई देता है।

5.1.4. सामाजिक स्वास्थ्य से सम्बंधित सेवाएँ

5.1.4.1. स्वच्छ भारत मिशन

स्वच्छ भारत अभियान के उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार वर्ष 2015-16 की तुलना में 2019-20 में राज्य की शत प्रतिशत गांवों को खुले में शौच से मुक्त घोषित किया गया है जबकि वर्ष 2015-16 में यह राज्य कुल गांवों (50288) का केवल 3.73 प्रतिशत ही था। इसी तरह से वर्ष 2014-15 में 25.41% की तुलना में 2019-20 में कुल घरों के 75.10 प्रतिशत घरों में शौचालय बनाए गए हैं।

तालिका 5.5 : खुले में शौच से मुक्त गाँव

	2015-16	2019-20
खुले से शौच मुक्त घोषित गाँव	1873	50228
घरों में बनाए गए शौचालयों की संख्या (2014-15)	295341	6280040

Source: <https://sbm.gov.in/sbmdashboard/ODF.aspx>

5.1.4.2. साफ़ एवं सुरक्षित पीने के पानी की सेवाएँ

साफ़ एवं सुरक्षित पेयजल के संसाधनों की उपलब्धता में पिछले दशक में 10.5 प्रतिशत तक सुधार हुआ है। जहां 74.2 प्रतिशत घरों में पानी की सुविधा उपलब्ध थी अब यह बढ़कर 84.7 प्रतिशत हो गया है। (तालिका 5.2)

5.1.4.3. बाल विवाह

पिछले एक दशक में राज्य में बाल विवाह में 24.9 प्रतिशत की गिरावट दर्ज हुई है। यदि राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 4 की तुलना राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 3 के आंकड़ों से करें तो हम पायेंगे कि राज्य में 18 वर्ष से कम उम्र की लड़कियों की शादी की दर 57.3 प्रतिशत से कम हो कर 32.4 प्रतिशत पर आ गयी है। (तालिका 5.2)

5.1.5. कृषि उत्पादन की स्थिति

राज्य ने कृषि के क्षेत्र में रिकॉर्ड उत्पादन किया है। कुछ उल्लेखनीय उपलब्धियों के आंकड़े तालिका 4 में दिए गए हैं जो कृषि विभाग के अधिकृत आंकड़ों (कृषि सांख्यिकी वर्ष 2019)¹ से लिए गए हैं।

इन आंकड़ों और उपलब्धियों को देखकर समझा जा सकता है कि प्रदेश में खाद्यान्न का उत्पादन मूल समस्या नहीं है बल्कि लोगों की भोजन और पोषण सुरक्षा सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है। खासकर कमजोर और वंचित लोगों की समस्याओं पर ध्यान देना होगा। ऐसे प्रयासों की आवश्यकता है जिनके द्वारा पोषण-विशिष्ट हस्तक्षेपों के साथ-साथ पोषण-संवेदी हस्तक्षेप को सामंजस्य के साथ लागू किए जाये।

तालिका 5.6 : मप्र में कृषि और उद्यानिकी क्षेत्र में उत्पादन: वर्ष 2018-19

कृषि उत्पाद	देश में स्थान	कुल क्षेत्र /लाख हेक्टेयर	भारत का हिस्सा % में	उत्पादन	भारत का हिस्सा % में
दालें	1	6.88 लाख हेक्टेयर	23.71	7.81 लाख टन	33.39
तिलहन	1	7.26 लाख हेक्टेयर	28.49	8.99 लाख टन	27.87
मसाले	1	640.17 हजार हेक्टेयर		2961.02 हजार मीट्रिक टन	

खाद्यान्न	2	16.41 लाख हेक्टेयर	13.24	32.80 लाख टन	11.51
गेहूं	2	5.52 लाख हेक्टेयर	18.95	15.47 लाख टन	15.14
सब्जियां	3	897.99 हजार हेक्टेयर		17773.19 मीट्रिक हजार टन	
पौष्टिक अनाज	4	2.02 लाख हेक्टेयर	9.20	5.02 लाख टन	11.69
फल	5	357 हजार हेक्टेयर		7464.97 मीट्रिक हजार टन	
धान / चावल	9	1.98 लाख हेक्टेयर	4.52	4.50 मिलियन टन	3.86

5.2. विधिक एवं नीतिगत ढाँचे

5.2.1 केंद्र सरकार के स्तर पर नीतियाँ

पिछले दशकों में केंद्र सरकार ने स्वास्थ्य और पोषण के दृष्टिगत अपनी कई नीतियों को परिवर्तन एवं सुधार किया है। भारत सरकार द्वारा लागू की गयी मुख्य नीतियाँ निम्न प्रकार से है:-

5.2.1.1. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (वर्ष 2005)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की स्थापना वर्ष 2005 में हुई थी। मिशन ग्रामीण आबादी खासकर के वंचित समूहों के लिए सुलभ, सस्ता और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सुविधाओं और सेवाओं को प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। इसके प्रमुख बिंदु थे – सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था प्रणाली को पूर्णतया कार्यशील और जवाबदेह बनाना, मानव संसाधनों का प्रबंधन करना, समुदाय की स्वास्थ्य सेवाओं में भागीदारी बढ़ाना, विकेंद्रीकृत व्यवस्था बनाना, स्वास्थ्य मानकों की निगरानी करना और नियमित मूल्यांकन से व्यवस्था को सुदृढ़ करना, ग्राम स्तर से लेकर ऊपरी स्तर तक स्वास्थ्य और सम्बंधित सेवाओं में तालमेल बैठकर नवाचार करना और लचीला वित्त-पोषण उपलब्ध कराना ताकि स्वास्थ्य के मानकीकृत सूचकांकों में सार्थक बदलाव लाया जा सके।

वर्ष 2013 में शहरी क्षेत्रों को भी राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत उपमिशन के रूप में शामिल किया गया और अब इसे **राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन** कहा जाता है। यह मिशन जमीनी स्तर पर कुछ महत्वपूर्ण योजनाओं का क्रियान्वयन करता है जिसका जीवन चक्र में हस्तक्षेप है और जो कुपोषण को कम करने में महत्वपूर्ण है।

5.2.1.2. प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना- वर्ष 2017

महिला और बाल विकास मंत्रालय, भारत सरकार महिलाओं और बच्चों के समग्र विकास के लिए प्रतिबद्ध है और एक नोडल मंत्रालय के रूप में देशभर में महिलाओं और बच्चों के लिए कई योजनाओं और कार्यक्रमों का संचालन कर रहा है। वर्ष 2010 में इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना की शुरुआत राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा कानून के तहत हुई जिसमें प्रत्येक गर्भवती और स्तनपान करवाने वाली महिला को उसके न्यायसंगत अधिकार के अंतर्गत कुल राशि रुपये 6000/- की राशि देने का प्रावधान किया गया। यह योजना पहली बार एक प्रयोग के तौर पर अक्टूबर 2010 में शुरू की गई थी जिसे देश के 52 जिलों में लागू किया गया था। 31 दिसंबर 2016 को इसका नाम बदलकर प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना रखा गया और इसे एक राष्ट्र-स्तरीय महत्वपूर्ण कार्यक्रम के रूप में घोषित किया गया। इसके तहत पहले शिशु के जीवित जन्म होने के समय महिला को तीन किशतों में कुल राशि रुपये 6000/- देने का प्रावधान था। मई 2017 में मंत्रिमंडल ने इस योजना के क्रियान्वयन की मंजूरी दी परन्तु भुगतान की कुल राशि रुपये 5000/- रुपए कर दी गयी थी। शेष कुल राशि रुपये 1000/- जननी सुरक्षा योजना के मद से दिए जाने का प्रावधान है।

महिला एवं बाल विकास मंत्रालय इस योजना के लिए केन्द्रीय स्तर पर जिम्मेदार रहेगा और राज्य स्तर पर यह काम राज्य के महिला बाल विकास और स्वास्थ्य विभाग करेंगे। यह योजना केंद्र प्रवर्तित योजना है जिसके तहत राज्यों, संघ-शासित प्रदेशों को योजना के खर्च का अनुदान केंद्र राज्यों के साझा लागत पर किया जा रहा है। इस योजना में गर्भवती एवं धात्री महिलाओं को तीन किशतों में रुपए हस्तांतरित करने का प्रावधान है यह राशि पूरक पोषण आहार संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने तथा आंशिक रूप से प्रोत्साहन / मुआवजा प्रदान

करने के लिए है। नगद प्रोत्साहन इसलिए है कि गर्भावस्था के दौरान महिलाओं को मजदूरी न करना पड़े और प्रसवपूर्व तथा प्रसव-पश्चात वे पर्याप्त आराम कर खुद की एवं बच्चे की देखभाल कर सकें। इस तरह से कमजोर एवं वंचित समुदायों में शिशु एवं मातृ मृत्यु दर में कमी लाई जा सकेगी और उनके स्वास्थ्य पर बेहतर ध्यान दिया जा सकेगा।

5.2.1.3. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति- वर्ष 2017

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का उद्देश्य सभी प्रकार की विकास नीतियों को समन्वित करते हुए सभी उम्र के लोगों के स्वास्थ्य और सकुशलता के लिए एक राष्ट्रीय नीति बनाना है। यह नीति इस बात पर केन्द्रित है कि सभी को बिना किसी वित्तीय कठिनाई के गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं मिल सकें। इस दिशा में यह नीति विकास की सभी नीतियों में निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य पर ध्यान देती है। हम जानते हैं कि बेहतर निवेश और पोषण में सुधार लाये बिना स्वास्थ्य में सुधार नहीं लाया जा सकता। वैश्विक पोषण रिपोर्ट (Global Nutrition Report 2015) इस बात को रेखांकित करती है कि पोषण में निवेश के लिए निम्न और मध्यम आय वाले देशों के लिए लाभ-लागत का अनुपात 16:1 है।

5.2.1.4. राष्ट्रीय पोषण रणनीति- वर्ष 2017

नीति आयोग ने प्रधानमंत्री कार्यालय के निर्देशानुसार वर्ष 2017 में राष्ट्रीय पोषण रणनीति एक लम्बी प्रक्रिया के बाद बनाई और इसके निर्माण में कई लोग शामिल थे। यह नीति राष्ट्र के मुख्य एजेंडे में पोषण को महत्वपूर्ण मानकर इसे मानव विकास, जिसमें भौतिक और संज्ञानात्मक विकास शामिल है, को केंद्र में रखती है एवं गरीबी को कम करने और आर्थिक विकास के लिए इसे प्रारंभिक बिंदु मानती है।

राष्ट्रीय पोषण रणनीति यह आश्वस्त करती है कि हर बच्चे, किशोरी और महिला को – खासकर वंचित और कमजोर तबकों को पोषण की उपयुक्त सुविधा मिले और इसके लिए सरकार पूरी प्रतिबद्धता से यह सुनिश्चित करेगी। जीवन के आरंभिक तीन वर्षों में जितनी जल्दी हो सके - अल्प पोषण को कम करने के लिए सम्पूर्ण जीवन चक्र पर ध्यान दिया जाएगा। यह नीति इस बात के लिए प्रतिबद्ध है कि जीवन के आरंभिक तीन वर्ष पूरे जीवन का आधार होते हैं और इस दौरान शारीरिक वृद्धि, विकास अनुभूति आजीवन के लिए संचयी होते हैं। कुपोषण मुक्त भारत जैसे दृष्टिकोण को मूर्त रूप देने के लिए इसमें स्पष्ट रूप से लक्ष्यों और उद्देश्यों की चर्चा की जाकर एक नियोजित योजना का खांका खींचा गया है।

5.2.1.5. पोषण अभियान या राष्ट्रीय पोषण मिशन - वर्ष 2017

महिला एवं बाल विकास मंत्रालय के नेतृत्व में पोषण सम्बन्धी योजनाओं को मिशन मोड में प्रधानमन्त्री के व्यापक नजरिये को अमल करने के लिए राष्ट्रीय पोषण मिशन की स्थापना वर्ष 2018 में की गई थी। इसका उद्देश्य बच्चों, गर्भवती महिलाओं तथा स्तनपान कराने वाली महिलाओं के पोषण स्तर में सुधार लाना है, साथ ही राष्ट्रीय स्तर पर चल रही पोषण से सम्बंधित योजनाओं का सूक्ष्म विश्लेषण कर यह मिशन सुझाव देगा। इसका लक्ष्य है कि प्रति वर्ष 2 प्रतिशत की दर से वृद्धि-बाधित, अल्प-कुपोषित, कम वजनी और जन्म के समय कम वजन वाले बच्चों की संख्या में कमी आए एवं साथ ही बच्चों, किशोरों और प्रति वर्ष महिलाओं में रक्त-अल्पता 3 प्रतिशत कम हो।

इस मिशन की प्रमुख बात यह है कि यह सम्पूर्ण जीवन चक्र के नजरिये को ध्यान में रखकर सम्बंधित विभागों, योजनाओं को – जो किशोरियों, गर्भवती और धात्री महिलाओं तथा बच्चों के पोषण सम्बन्धी मुद्दों को समन्वय कर रणनीति बनाकर क्रियान्वयन में मदद करेगा ताकि नवजात के जीवन के पहले हजार दिनों में पोषण पर समुचित ध्यान दिया जा सके। मिशन का मुख्य कार्य पोषण मानकों और सूचकांकों को दृष्टिगत रखते हुए सभी योजनाओं का मूल्यांकन और बेहतर निगरानी बनाए रखना है ताकि लक्षित समूहों की जरूरतें समयबद्ध तरीके से पूरी की जा सके।

इस रणनीति में सूचना-संचार-प्रौद्योगिकी (ICT) आधारित तात्कालिक समय में (Real Time) निगरानी की व्यवस्था की गयी है ताकि लक्ष्यों को पूरा करने पर जोर बना रहे। राज्य और केंद्र शासित प्रदेशों को पोषण के मुद्दों पर संवेदनशील बनाना है। सूचना प्रौद्योगिकी (IT) आधारित टूल के उपयोग को बढ़ाने में ऑनगवाड़ी कार्यकर्ताओं का प्रोत्साहन, ऑनगवाड़ी केन्द्रों में बच्चों की वृद्धि, उंचाई का मापन शुरू करना, सामाजिक संपरीक्षा की प्रक्रिया को संस्थागत बनाना, पोषण संसाधन केन्द्रों की स्थापना एवं जन आन्दोलन के माध्यम से समुदाय को पोषण अभियान से जोड़ना इस रणनीति का हिस्सा हैं।

5.2.1.6. स्वच्छ भारत मिशन (SBM, 2017)

स्वच्छ भारत मिशन के अंतर्गत देश में उल्लेखनीय प्रगति कर ग्रामीण क्षेत्र में खुले से शौच करने की प्रवृत्ति को व्यवहार परिवर्तन, घरेलू स्वामित्व वाले घरों में शौचालय और समुदाय के स्तर पर सामुदायिक शौचालयों का निर्माण एवं उसके उपयोग हेतु निगरानी तंत्र विकसित कर प्राप्त किये। यह कुपोषण को कम करने की दिशा में एक महत्वपूर्ण हस्तक्षेप है। वर्ष 2019 में सभी घरों में स्वच्छ जल पहुंचाने के उद्देश्य से केंद्र सरकार ने जल जीवन मिशन की शुरुआत की थी जिससे वर्ष 2024 तक सभी घरों में व्यक्तिगत नल कनेक्शन के माध्यम से सुरक्षित एवं पर्याप्त पेयजल उपलब्ध हो सकें। सुरक्षित और स्वच्छ जल का संक्रमण कम करने और पोषण बढ़ाने की दिशा में एक महत्वपूर्ण योगदान है।

5.2.1.7. राष्ट्रीय शिक्षा नीति (2020)

केंद्र सरकार ने राष्ट्रीय शिक्षा नीति (2020) जारी की है जिसमें आरंभिक बचपन के विकास और बच्चों के संज्ञानात्मक विकास पर बल दिया गया है। कुपोषण के निर्धारित मानकों के विभिन्न डोमेन और सम्बंधित नीतियों में परिवर्तन तथा तकनीकी अध्ययनों के आधार, विभिन्न क्षेत्रों के अनुभवों और पोषण की स्थिति के बदलते हुए दृश्य को देखते हुए पोषण नीति की राज्य स्तर पर बच्चों और महिलाओं के लिए पोषण से सम्बन्धित योजनाओं की समीक्षा आवश्यक है। पोषण का क्षेत्र ऐसा है जिसमें सही क्रियान्वयन के लिए एक विभाग नहीं बल्कि कई विभागों और मंत्रालयों के साथ तालमेल होना आवश्यक है। यद्यपि मप्र राज्य में महिला एवं बाल विकास विभाग इसे क्रियान्वित करने वाला मुख्य विभाग है, परन्तु अन्य विभागों के साथ समन्वय किए बिना संभव नहीं होगा। प्रदेश में मुख्यमंत्री जी के कुशल नेतृत्व में यह समन्वय और तालमेल से पोषण सुनिश्चित करने और उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए प्रयास किए जा रहे हैं।

5.2.2 राज्य स्तर पर नीतियां

5.2.2.1. बाल संजीवनी अभियान, 2002

राज्य सरकार ने वर्ष 2001 में बच्चों के पोषण स्तर का चिन्हांकन एवं उन्हें विटामिन ए के अनुपूरण हेतु वर्ष में दो बार बाल संजीवनी अभियान आरम्भ किया गया था। अभियान का उद्देश्य उन सभी बच्चों का वजन, पोषण परामर्श एवं विटामिन ए का अनुपूरण करना था। इन बच्चों और अभिभावकों के साथ सेवा प्रदातों के साथ नियमित परामर्श करके पोषण एवं स्वास्थ्यगत समस्याओं को हल करना था, जिससे आंगनवाड़ी स्तर पर प्रदाय सेवाओं की सतत निगरानी रखते हुए उन्हें मजबूत किया जा सके।

5.2.2.2. बाल शक्ति योजना

बाल संजीवनी अभियान के दौरान गंभीर रूप से चिन्हित किए गए कुपोषित बच्चों की मृत्यु रोकने के लिए सरकार ने यूनिसेफ की सहायता से बाल शक्ति योजना का आरम्भ किया गया। इस योजना में जिला मुख्यालयों से लेकर विकासखंड स्तर पर पोषण पुनर्वास केंद्र बनाए गए। इसका मुख्य उद्देश्य पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर को रोकना था जो गम्भीर कुपोषण और कुपोषण से सम्बंधित बीमारियों से हो रही थी। पोषण पुनर्वास केन्द्रों से अपेक्षा थी कि वे बच्चों की देखभाल में और स्वास्थ्य सुधारने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करेंगे।

5.2.2.3. अटल बिहारी वाजपेयी बाल आरोग्य एवं पोषण मिशन (ABM), 2010

राज्य द्वारा कुपोषण की दर में कमी लाये जाने के उद्देश्य से दिसंबर 2010 में दस वर्षीय लक्षित रणनीति अंतर्गत अटल बिहारी वाजपेयी बाल आरोग्य एवं पोषण मिशन आरंभ किया था। इसके अंतर्गत विभिन्न विभागों में अभिसरण, पोषण सर्वे एवं स्थानीय स्तर पर सहयोगात्मक माहौल तैयार करने हेतु नवाचारी योजनाओं का क्रियान्वयन, अधोसंरचना में सुधार, सेवा प्रदायगी को सशक्त करना, एवं जन भागीदारी से कुपोषण निवारण कार्य करना आदि शामिल है।

5.2.2.4. सुपोषण अभियान, 2014

राज्य ने एकीकृत बाल विकास योजना के तहत सुपोषण (स्वास्थ्य और पोषण बनाए रखने के लिए सहायक कार्यक्रम) अभियान आरम्भ किया जो मार्च 2014 में आरम्भ हुआ था। इसका मुख्य उद्देश्य खाद्य सुरक्षा, संक्रमण, स्वास्थ्य सुविधाओं पर सबकी पर्याप्त पहुँच बढ़ाने और साफ एवं स्वच्छ पानी, स्वच्छता जैसी व्यवहारों को बढ़ावा देने के लिए था। इसके लिए विभिन्न विभागों के साथ बहुआयामी रणनीतियाँ एवं अभिसरण बनाई गई थी, ताकि वृद्धि बाधित और अल्प पोषित बच्चों की ओर ध्यान दिया जा सके। समुदाय में स्नेह शिविरों का आयोजन उन जिलों में विशेष रूप से किया गया जहाँ बच्चों में कुपोषण गंभीर मात्रा में था, इसमें सामान्य एवं गंभीर कुपोषण पर सामान रूप से ध्यान दिया गया।

5.2.2.5. दस्तक अभियान, 2016

प्रदेश में पोषण में मुद्दे को हल करने लिए यह संकल्पना की गई कि समुदाय में घर-घर जाकर बच्चों के स्वास्थ्य की जांच की जाए और जो आवश्यक है वे सेवाएँ उन्हें घर में ही दी जाए। इसके तहत 12 प्रकार की जांच जिसमें मुख्य रूप से गंभीर रक्त अल्पता, गंभीर कुपोषण, गंभीर रूपसे बीमार ग्रस्त बच्चे, और IMNCI के मानकों के अनुरूप वे बच्चे जिन्हें निमोनिया हुआ है को लक्षित किया गया था, साथ ही माताओं को परामर्श के द्वारा MAA योजना में जन्म के तुरंत बाद स्तनपान कराने के लिए प्रेरित करना, उनकी समस्याएँ सुनना पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु को दर्ज करना, हाथ धोने की प्रक्रिया समझाना, ओआरएस बनाने की विधि बताना अदि इन घर पहुँच सेवाओं में शामिल था। इसके साथ ही बच्चों एवं माताओं में आयोडीन की कमी को जांचना साथ घर में उपयोग होने वाले नमक में आयोडीन जांचना भी शामिल था। दस्तक अभियान एक सशक्त उदाहरण है जो दर्शाता है कि कैसे स्वास्थ्य और महिला बाल विकास विभाग आपस में मिलकर बगैर अतिरिक्त मानव संसाधनों के समुदाय स्तर पर पोषण और मातृत्व की देखभाल करने के लिए सही काम बगैर अतिरिक्त वित्त के कर सकते हैं।

5.2.2.6. पूरक पोषण आहार कार्यक्रम

पूरक पोषण एकीकृत बाल विकास सेवा (आईसीडीएस) योजना के तहत प्रदान की जाने वाली छह सेवाओं में से एक है, जिसे मुख्य रूप से अनुशंसित आहार भत्ता (आरडीए) और औसत दैनिक सेवन (एडीआई) के बीच की खाई को पाटने के लिए बनाया गया है। आईसीडीएस योजना के तहत बच्चों (6 महीने - 6 साल), किशोरियों (11-14 साल की स्कूल छोड़ने वाली) और गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं को पूरक पोषण दिया जाता है। कार्यक्रम के तहत लाभार्थियों को टेक होम राशन (6 - 36 महीने, एजी और गर्भवती / स्तनपान कराने वाली महिलाएं) और गर्म पका हुआ भोजन (3-6 वर्ष की आयु) प्रदान किया जाता है। इसके अलावा ग्रामीण विकास विभाग के सहयोग से आंगनवाड़ी केंद्र में सभी 3 साल के बच्चों को सप्ताह में तीन बार फोर्टिफाइड दूध (विटामिन ए और डी से युक्त) भी उपलब्ध कराया जा रहा है। विभिन्न श्रेणियों के लिए निर्धारित आईसीडीएस योजना के तहत पूरक पोषण का प्रावधान लाभार्थियों की संख्या तालिका 5.7 में दर्शाई गई है:

सारणी 5.1: पूरक पोषण आहार हेतु पोषक तत्वों निर्धारित मापदंड

क्रमांक	हितग्राही वर्ग	पोषक तत्वों के निर्धारित मापदंड (प्रति दिवस प्रति हितग्राही)		प्रति दिवस प्रति हितग्राही दर (रुपए में)
		ऊर्जा (किलो कैलोरी)	प्रोटीन (ग्राम में)	
1.	6 माह से 72 माह तक आयुवर्ग के बच्चे	500	12-15	8.00
2.	6 माह से 72 माह तक आयुवर्ग के कुपोषित बच्चे	800	20-25	12.00
3.	किशोरी बालिका, गर्भवती एवं धात्री माताएँ	600	18-20	9.50

5.2.2.7. मुख्यमंत्री श्रमिक सेवा (प्रसूति सहायता) योजना, 2018

अप्रैल 2014 में मप्र सरकार ने राज्य के संगठित क्षेत्र में मजदूरी करने वाली 18 वर्ष से ऊपर महिलाओं के लिए मुख्यमंत्री श्रमिक सेवा (प्रसूति सहायता) योजना की शुरुवात की। यह योजना महिलाओं के लिए थी जो प्रदेश सरकार में श्रमिक के रूप में पंजीकृत थी या किसी पंजीकृत पुरुष श्रमिक की पत्नी हो। इसमें श्रमिक वो थी जो मप्र में श्रमिक के रूप में संगठित या संगठित क्षेत्रों में काम कर रही

हो, तथा मग्न श्रमिक मंडल या शासन के साथ पंजीकृत हो। इसमें भवन निर्माण कार्य में लगी महिलायें भी शामिल है। इस योजना में पहले दो प्रसवों यानि दो बच्चों के जन्म के बाद महिला प्रसव पूर्व और प्रसवोत्तर आराम करते हुए अपनी देखभाल करके स्वयं का एवं बच्चों की देखरेख कर सकें। इसमें यह अपेक्षित है कि गर्भावस्था उच्च जोखिम वाली महिलाओं की पहचान की जा सकें, सभी का संस्थागत प्रसव सुनिश्चित हो, अपने बच्चों को जन्म के तुरंत बाद स्तनपान आरम्भ कर सकें, और नवजात के जन्म के समय शून्य टीकाकरण शामिल है। इस योजना के दौरान महिला को नगद प्रोसाहन के रूप में 16000/- रुपए दिए जाते हैं ताकि गर्भावस्था के दौरान हुए वेतन के नुकसान की आंशिक भरपाई, पौष्टिक आहार लेने आदि जैसे खर्च शामिल है। इस योजना को परिवार कल्याण एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा लागू किया जा रहा है। और सभी पात्र लाभार्थी महिलाओं को राष्ट्रीय स्वास्थ्य इशान और समग्र पोर्टल पर पंजीयन करवाना आवश्यक है।

5.2.3 राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर पर कानूनी प्रावधान

5.2.3.1. शिशु दुग्धाहार विकल्प, दुग्धपान बोतल एवं शिशु आहार अधिनियम, 1992

इस अधिनियम को शिशु दुग्धाहार विकल्प, दुग्धपान बोतल एवं शिशु आहार अधिनियम (उत्पादन, आपूर्ति और वितरण) अधिनियम 1992 [This Act may be called the Infant Milk Substitutes, Feeding Bottles and Infant Foods (Regulation of Production, Supply and Distribution) Act, 1992.] के नाम से जाना जाता है। इस अधिनियम में सन 2003 में संशोधन हुए जिसमें स्तनपान को बढ़ावा देना शिशु खाद्य पदार्थों का उचित उपयोग सुनिश्चित करने के लिए कानूनी प्रावधान किए गए। इसमें इन मामलों से सम्बंधित सभी विषयों की जांच एवं आकस्मिक उपचार की व्यवस्था है।

आईएमएस अधिनियम 1992 (संशोधित 2003) के कानून में प्रावधान - शिशु दुग्धाहार विकल्प, दुग्धपान बोतल एवं शिशु आहार अधिनियम (उत्पादन, आपूर्ति और वितरण) अधिनियम 1992 जिसे सन 2003 में संशोधित किया गया, कहता है –

शिशु दुग्धाहार विकल्प, दुग्धपान बोतल एवं शिशु आहार अधिनियम (उत्पादन, आपूर्ति और वितरण) अधिनियम 1992 में सन 2003 में संशोधन हुआ- यह अधिनियम शिशु दूध के विकल्प, दूध और बोतलों के साथ शिशु आहारों के उत्पादन, नियमित आपूर्ति और वितरण को लागू करने का प्रावधान करता है साथ ही स्तनपान को बढ़ावा देने सुरक्षा एवं संवर्धन के लिए शिशु खाद्य पदार्थों के समुचित उपयोग साथ हित इससे जुड़े सभी मामलों में निदान की कानूनी व्याख्या एवं व्यवस्था करता है।

1. इस अधिनियम को IMS अधिनियम 2003 के संशोधन के रूप में शिशु दूध का भंडार, दूध पिलाने की बोतलें और शिशु आहार (उत्पादन, आपूर्ति और वितरण) अधिनियम 1992 कहा जाएगा.
2. इसका क्षेत्र सम्पूर्ण भारतवर्ष होगा.
3. यह केंद्र सरकार द्वारा भारत के राजपत्र में प्रकाशित होने की तिथि से सम्पूर्ण देश में एक अधिसूचना से लागू होगा.

इस अधिनियम में निम्नलिखित प्रावधान है:-

1. कोई भी व्यक्ति शिशु के दूध के विकल्प का प्रचार या विज्ञापन नहीं कर सकेगा।
2. शिशु के दूध के विकल्प या बोतल या शिशु आहार को बढ़ावा देने या उपयोग करने या बेचने का काम नहीं कर सकेगा।
3. आवश्यक होने पर सम्बंधित आहार को बेचते समय माँ के दूध के महत्व को ध्यान दिलाने के लिए “माँ का दूध बच्चे के लिए सबसे अच्छा है” यह उत्पाद पर अनिवार्य रूप से लिखा होना चाहिए।
4. किसी भी उत्पाद के डिब्बे या पैकेट पर शिशु दूध या शिशु आहार का विकल्प अपनी बिक्री बढ़ाने के लिए या चित्रों में इस्तेमाल नहीं करना चाहिए।
5. सम्बन्धित उत्पाद पर उपयोग की गई सामग्री, बनाने की विधि, उपयोग करने पर संभावित दुष्परिणाम आदि की जानकारी देना आवश्यक है।
6. शिशु दूध के विकल्प का वितरण - कोई भी व्यक्ति शिशु दूध के विकल्प समुदाय या अनाथालयों में नहीं बाँट सकेगा।

7. सभी उत्पादों से माँ और बच्चे के स्वास्थ्य पर शिशु दूध के सम्पूर्ण या आंशिक प्रभाव के बारे में और हानिकारक प्रभावों के बारे में जानकारी दी जायेगी।
8. शिशु दूध के विकल्प के उपयोग और बिक्री के लिये कोई भी व्यक्ति किसी भी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का उपयोग प्ले कार्ड या पोस्टर के रूप में नहीं कर सकेगा
9. कोई भी व्यक्ति या स्वास्थ्यकर्मी शिशु के दूध के विकल्प को प्रोत्साहित करने या बनाने या प्रचार करने में संलग्न होगा.
10. व्यवसायिक लाभ – शिशु दूध के विकल्प की बिक्री को बढ़ावा देने के लिए कोई भी निर्माता इसके लाभ देने की बात करेगा और व्यवसायिक लाभ लेगा।
11. यदि किसी अधिकृत अधिकारी को यह विश्वास हो जाए कि इस अधिनियम के पालन में किसी ने भी कोताही बरती है या नियमों का उल्लंघन किया है तो वह ऐसे सभी विकल्प जब्त करने के लिए स्वतंत्र होगा।

5.2.3.2. पंचायत राज (अनुसूचित क्षेत्रों में विस्तार) अधिनियम 1996

भारतीय संविधान का अनुच्छेद 243 – एम, संविधान के भाग नवें से पांचवी अनुसूची के क्षेत्रों को छूट देते हुए यह प्रावधान करता है कि भारतीय संसद कानून के द्वारा अपने समस्त प्रावधानों को अनुसूचित और अनुसूचित जनजाति के क्षेत्रों में ऐसे अपवादों और संशोधनों के अधीन कर सकती है जो इस तरह के कानून में निर्दिष्ट किए जा सकते हैं और ऐसे कानून को संविधान में संशोधन नहीं माना जाएगा। 1995 में संसद में प्रस्तुत भूरिया समिति की रपट के आधार पर भारतीय संसद ने अनुसूचित क्षेत्रों के कुछ संशोधनों और अपवादों के साथ संविधान के भाग ग्यारह का विस्तार करने के लिए पंचायतों (अनुसूचित क्षेत्रों के लिए विस्तार) अधिनियम 1996 जिसे 'पेसा' के रूप में जाना जाता है, को पांचवे भाग से अधिनियमित किया।

इस अधिनियम को भारतीय संसद द्वारा चालीसवें वर्ष में अधिनियमित किया गया है:-

इस अधिनियम को पंचायतों के प्रावधान (अनुसूचित क्षेत्रों के लिए विस्तार) अधिनियम 1996 कहा जाएगा. यह अधिनियम, जब तक कि, अन्यथा संदर्भ की आवश्यकता ना हो, “अनुसूचित क्षेत्रों” का अर्थ संविधान के अनुच्छेद 494 के खंड (1) में निहित अनुसूचित क्षेत्रों के अनुसार होगा। संविधान के भाग नवमें के विस्तार में पंचायतों से सम्बंधित संविधान के भाग नवमें के प्रावधान कानून के खंड 4 में दिए गए अपवादों और संशोधनों के अधीन अनुसूचित क्षेत्रों तक विस्तारित होगा।

5.2.3.3. महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार कानून (मनरेगा, 2005)

मनरेगा कानून (2005) का उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्र के ऐसे ग्रामीण घरों और लोगों की आजीविका सुरक्षित करने की गारंटी देता है, जिन्हें गाँवों में रोजगार के अवसर उपलब्ध नहीं है। इस कानून में प्रत्येक परिवार के एक वयस्क सदस्य को सौ दिन काम मिलने की गारंटी दी जाती है। यह केंद्र सरकार का महत्वपूर्ण प्राथमिकता वाला कार्यक्रम है जो ग्रामीण और दूरदराज के क्षेत्रों में आजीविका की समस्या को संबोधित कर हल करने का प्रयास करता है।

5.2.3.4. अनुसूचित जनजाति और अन्य पारम्परिक वनवासियों को वन अधिकारों की मान्यता कानून, 2006

यह अधिनियम अनुसूचित जनजातियों के लिए वन भूमि में वन अधिकारों और कब्जे को वैधानिक मान्यता देता है, साथ ही अन्य वनोपजों से जुड़े छोटे व्यवसायियों को भी मान्यता देता है। यह कानून जैव विविधता के संरक्षण, स्थानीय संसाधनों के स्थायी उपयोग और पारिस्थितिकी / पर्यावरण के संतुलन को बनाए रखने के लिए जवाबदेही तथा अधिकारों को वनवासियों के लिए सुनिश्चित करता है। इसका उद्देश्य आदिवासियों की आजीविका के साथ उनकी पारम्परिक खाद्य सुरक्षा और वन संरक्षण भी निश्चित करना भी है।

यह कानून चार प्रकार से आदिवासी या वनवासियों के हितों की रक्षा करता है –

1. **पात्रता अधिकार** – 4 हेक्टेयर की भूमि पर आदिवासी या वनवासियों या उनके परिवारों द्वारा परम्परागत रूप से की जा रही खेती योग्य भूमि पर।
2. **उपयोग करने का अधिकार** – लघु वनोपज, चराई के क्षेत्रों से निकलने के लिए और जंगलों के आंतरिक स्थानों/ग्रामीण क्षेत्रों में पहुँच मार्ग बनाने का अधिकार।

3. **विकास और राहत पाने का अधिकार** – आदिवासियों को जंगल से अवैध निकासी या जबरन विस्थापन के मामलों में सम्पूर्ण पुनर्वास और जीवन की बुनियादी सुविधा पाने का (वनों के संरक्षण के सापेक्ष) अधिकार है।
4. **वन प्रबंधन का अधिकार** – जो आदिवासी परम्परागत रूप से जंगलों में रह रहे हैं उन्हें अपने जंगलों की रक्षा करने, पुनर्जीवित करने और संरक्षण का अधिकार है।

5.2.3.5. राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा कानून (NFSA), 2013

राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा कानून (NFSA), 2013 का उद्देश्य भारत की दो तिहाई आबादी को रियायती दरों पर खाद्यान्न उपलब्ध कराना है, इसके लागू होने के बाद भारत में चल रहे सभी सार्वजनिक खाद्य सुरक्षा कार्यक्रमों को कानूनी अधिकार में बदल दिया है और संविधान में वर्णित कल्याणकारी राज्य के दृष्टिकोण से सही मायनों में अधिकार आधारित कानून में बदल गया है।

इसकी प्रस्तावना में कहा गया है कि NFSA-2013 मानव जीवन चक्र को खाद्य एवं पोषण सुरक्षा प्रदान करने के लिए एक अधिनियम है जो लोगों को रियायती दरों पर पर्याप्त मात्रा में गुणवत्तापूर्ण भोजन की उपलब्धता सुनिश्चित करने तथा सम्मान के साथ जीने से सम्बन्धित मामलों के साथ विपदा में यह आकस्मिक चिकित्सा के लिए कानूनी हक देता है।

यह अधिनियम इस अधिकार के परिप्रेक्ष्य का वर्णन करते हुए कहता है कि “यह उन उद्देश्यों और कारणों में उल्लेखित है जो खाद्य और पोषण के अधिकार से सम्बन्धित संविधानिक प्रावधान जो संविधान के अनुच्छेद 47 में वर्णित है – जो भारतीय राज्य की नीति की प्रतिबद्धता को परिभाषित करता है। यह अनुच्छेद कहता है कि “राज्य, अपने लोगों के पोषाहार स्तर और जीवन स्तर को ऊँचा करने और लोक स्वास्थ्य के सुधार को अपने प्राथमिक कर्तव्यों में मानेगा”।

यह अधिनियम अधिकार देने के लिए निम्न प्रावधान करता है –

1. गर्भवती महिलाओं और स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए विशेष पोषण अधिकार।
2. कुपोषित बच्चों और उनकी वृद्धि पर निगरानी का अधिकार।
3. सभी गर्भवती महिलाओं और स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए मातृत्व लाभ और पात्रता का अधिकार।
4. आँगनवाड़ी केन्द्रों में बुनियादी ढाँचे और सुविधाओं के लिए प्रशासनिक आदेश।
5. यदि लाभार्थियों को खाद्य सुरक्षा नहीं दी जाती तो खाद्य सुरक्षा भत्ता प्राप्त करने का अधिकार।
6. विभागीय आंतरिक शिकायत निवारण तंत्र विकसित करना।
7. बाहरी प्रभावी शिकायत निवारण तंत्र विकसित करना जैसे DGRO एवं राज्य खाद्य आयोग।
8. पूरे तंत्र को मजबूत, पारदर्शी और जवाबदेह बनाने के लिए सतर्कता समिति और सामाजिक अंकेक्षण सुनिश्चित करना।
9. दूरस्थ ग्रामों, पहाड़ी पर बसी बस्तियों और आदिवासियों के क्षेत्रों के लिए विशिष्ट कारगर योजनाएँ बनाना।
10. विभिन्न विभागों जैसे समाज कल्याण, जल संसाधन, कृषि एवं स्वास्थ्य आदि के बीच तालमेल बैठकर किशोरियों, कुपोषित बच्चों, महिलाओं एवं सामाजिक सुरक्षा पेंशन पा रहे लोगों के लिए मजबूत तंत्र बनाना।

5.2.3.6. मध्यप्रदेश लाइली लक्ष्मी (बालिका प्रोत्साहन) अधिनियम, 2018

16 जुलाई 2018 को मप्र के महामहिम राज्यपाल की सहमति से यह अधिनियम 31 जुलाई 2018 को मध्यप्रदेश के [अतिरिक्त साधारण] राजपत्र में पहली बार प्रकाशित किया गया।

यह अधिनियम महिलाओं और बच्चों को विशेष अधिकार प्रदान करने के लिए बनाया गया है ताकि उन्हें अपनी क्षमता / आकत का एहसास करने के लिए सक्षम बनाया जा सके और एक ऐसा सामाजिक वातावरण बनाया जा सके जिसमें माता-पिता और समाज महिला बच्चों को विकसित होने में मदद करें मप्र विधानसभा द्वारा इसे अधिनियमित किया गया।

1. इस कानून को मध्यप्रदेश लाइली लक्ष्मी (बालिका प्रोत्साहन) अभियान कहा जाएगा।
2. यह पूरे राज्य में लागू होगा।
3. यह अधिसूचना द्वारा ही लागू होगा।
4. इस अधिनियम में जब तक कि संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित ना हो, - लाभार्थी का अर्थ उस महिला और बच्चे से है जो राज्य शासन में पंजीकृत है और योजना में वर्णित परिभाषाओं के अनुसार पात्र हो।

5. आश्वासन का प्रमाणीकरण का अर्थ लाभार्थी के पक्ष में लाभ को प्रमाणित और आश्वस्त करने लिए जारी किया जाने वाला प्रमाणपत्र है।
- 'सक्षम प्राधिकारी' का अर्थ है योजना के लाभों को मंजूरी देने के लिए जिला कलेक्टर द्वारा अधिकृत सक्षम अधिकारी।
 - 'परिवार नियोजन' का अर्थ महिलाओं के सम्बन्ध में महिला नसबंदी है।
 - और पुरुषों के संदर्भ में नसबंदी का अर्थ कन्या शिशु के पिता या अन्य किसी प्रकार से सर्जरी।
 - 'कन्या शिशु' का अर्थ है एक बालिका जो इस अधिनियम की धारा 5 के तहत लाभ लेने की पात्र है, और धन राशि का अर्थ है धारा 6 के अंतर्गत धन राशि का प्रावधान है।

6. दृष्टिकोण

प्रत्येक व्यक्ति के जीवन, वृद्धि और विस के लिए पोषण और स्वास्थ्य की सही स्थिति एक आवश्यक आधार है। यह प्रमाणित तथ्य है कि पोषण बच्चों के, विशेष रूप से जीवन के प्रारंभिक वर्षों में, न केवल शारीरिक विकास में बल्कि मानसिक विकास में भी महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। बच्चों के जीवनकाल में उनके श्रेष्ठतम विकास हेतु आवश्यक अवसर उपलब्ध करना इस नीति का प्रमुख उद्देश्य है। अतः ‘लोक स्वास्थ्य पोषण’ (Public Health Nutrition) व्यवस्था के तहत ऐसी लचीली पोषण व्यवस्थाएं बनाने की जरूरत है, जो कुपोषण के संकट से निपटने में समाज को तैयार कर सके। लोक स्वास्थ्य पोषण की पहल को सुपोषण के लक्ष्य प्राप्त करने के उद्देश्य से हर स्तर पर पहुंचाए जाने की आवश्यकता है। खाद्य एवं पोषण सुरक्षा, रोगों की रोकथाम तथा उपचार सेवाओं को सभी तक प्रदाय कर सकने के लिए यह अनिवार्य है कि समावेशी खाद्य एवं लोक स्वास्थ्य प्रणाली की पहुँच समता-केन्द्रित और दक्ष हो। यह नीति समग्र रूप से कुपोषण के कारकों, जैसे जीवन के प्रारंभिक 1000 दिनों पर ध्यान देते हुए जीवन-चक्र दृष्टिकोण, किशोरों का पोषण तथा मातृ, शिशु एवं बाल पोषण (Maternal Infant Young Child Nutrition – MIYCN) पर केन्द्रित है।

6.1. व्यापक दृष्टिकोण

राष्ट्रीय पोषण नीति, 1993 में गरीबी के कारण लम्बे समय से व्याप्त भोजन की अपर्याप्तता के कारण गरीबों में एक बड़े वर्ग विशेषकर महिलाओं और बच्चों में होने वाले कुपोषण के कारकों के विश्लेषण को आधार बनाया था। इसमें कुपोषण की समस्या को खाद्य सुरक्षा व्यवस्था की विभिन्न कड़ियों और प्रक्रियाओं के व्यापक सन्दर्भ में स्वीकार किया गया है। इस नीति में कुपोषण के निवारण के लिये तीन समावेशी बिन्दुओं के सम्बन्ध में बात की गई है – कृषि, भोजन और पोषण।

वर्ष 1993 की नीति ने क्रियान्वयन की व्यवस्था में राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर अन्तर्विभागीय और अन्तर्क्षेत्रीय सामंजस्य की रणनीति को विशेष बल दिया गया है। इसमें पोषण के स्तर में सुधार के लिए प्रत्यक्ष (लघु-अवधि) और अप्रत्यक्ष (दीर्घ-अवधि) के कार्यक्रम अपनाने की बात कही गयी है। लघु अवधि के प्रत्यक्ष कार्यक्रमों में वंचित तबकों की सामाजिक सुरक्षा, व्यवहार में परिवर्तन, सेवाओं का विस्तार, सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी को दूर करना आदि सम्मिलित किए गए थे; वहीं दीर्घ अवधि के अप्रत्यक्ष कार्यक्रमों में खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए ढांचागत और व्यवस्थागत बदलाव, ग्रामीण और शहरी व्यवस्थाओं में सुधार, पोषण सम्बन्धी विभिन्न घटकों पर ज्ञान और व्यवहार में उत्तरोत्तर बेहतरी, पोषण की स्थिति की निगरानी आदि विषय शामिल थे। इस नीति में योजना बनाने से लेकर क्रियान्वयन तक अन्तर्विभागीय सामंजस्य-समन्वय पर बल दिया गया था। उक्त के दृष्टिगत, मध्यप्रदेश की राज्य पोषण नीति-2020-30 हेतु राष्ट्रीय पोषण नीति-1993 का सन्दर्भ लिया गया है।

व्यापक परिप्रेक्ष्य में कुपोषण को एक चुनौती और सुपोषण को एक समयबद्ध लक्ष्य के रूप में स्वीकार करते हुए राज्य सरकार ने मध्यप्रदेश के लिए “राज्य पोषण नीति-2030” बनाने और लागू करने की प्रतिबद्ध पहल की है। इस नीति का लक्ष्य **“वर्ष 2030 तक राज्य को सभी प्रकार के कुपोषण से मुक्त करना”** है। यह उल्लेख करना आवश्यक है कि नीति के लक्ष्यों की निगरानी और प्रगति की समीक्षा करने के उद्देश्य से वर्ष 2015-16 की स्थिति (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 के परिणामों) को आधार बनाया गया है।

राज्य पोषण नीति का प्रत्यक्ष सम्बन्ध सतत विकास लक्ष्यों (SDG-2030) और विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा वर्ष 2025 के लिए तय किए गए लक्ष्यों से भी है। नीति के स्वरूप में राष्ट्रीय पोषण नीति-1993, राष्ट्रीय पोषण रणनीति-2017 और नीति आयोग द्वारा निर्धारित लक्ष्यों से सामंजस्य स्थापित किया गया है। सतत विकास लक्ष्यों के सन्दर्भ में नीति आयोग द्वारा निर्धारित लक्ष्य संलग्नक II में प्रस्तुत किये गए हैं। जहाँ तक राज्य पोषण नीति के ढाँचे का सम्बन्ध है, इसमें कुपोषण प्रबंधन और सुपोषण के लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए रणनीति को पोषण-केन्द्रित (Nutrition-specific) और पोषण-संवेदी (Nutrition-sensitive) कार्यक्रमों (जिनका उल्लेख मध्यप्रदेश के अटल बाल मिशन में भी है) के रूप में उल्लेख है।

इसी परिप्रेक्ष्य में राज्य ने तय किया है कि “पोषण” को प्रजनन आयु वर्ग की महिलाओं और बच्चों के अधिकार के रूप में मान्यता दी जाए। राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 से इस नीति के प्रत्यक्ष जुड़ाव से कई महत्वपूर्ण व्यवस्थाएं स्थापित होती हैं - विभिन्न विभागों

और क्षेत्रों के बीच नीतिगत प्रभावी अभिसरण (जैसे कृषि, पेयजल, स्थानीय निकायों की भूमिका, स्वास्थ्य, स्वच्छता आदि), विभिन्न महत्वपूर्ण घटकों की आवश्यकता अनुसार पहल - किशोरी बालिकाओं हेतु पोषण, स्तनपान को प्रोत्साहन, प्रभावी शिकायत निवारण व्यवस्था, आदिवासी क्षेत्रों और पारंपरिक वनवासियों के लिए विशेष प्रयास, व्यवस्था और क्रियान्वयन में पारदर्शिता, जवाबदेहिता और समुदाय-आधारित सतर्कता व्यवस्था के साथ सामाजिक संपरीक्षा के लिए ढांचागत व्यवस्था बनाना।

नीति में लक्षित “सुपोषित मध्यप्रदेश”, की संकल्पना को साकार करने हेतु राज्य को कुपोषण के मध्यवर्ती और प्रक्रियागत सूचकों (कुपोषण के कारणों के वर्गीकरण पर आधारित) के साथ-साथ उन सूचकों (स्तनपान, बाल विवाह की रोकथाम, सम्पूर्ण टीकाकरण आदि) में सुधार लाने के लिए बड़े कदम उठाने होंगे जिससे कुपोषण की स्थिति में सुधार आ सकता है। इस प्रकार के कदम से कुपोषण और पोषण के विभिन्न आयामों से सम्बंधित कार्यक्रमों के गुणवत्तापूर्ण संचालन के साथ-साथ यह सुनिश्चित करना होगा कि व्यवस्था में स्वतः-स्फूर्त सक्रियता, उत्तरदायित्व, संवेदनशीलता और जवाबदेहिता के तत्वों का समावेश हो।

नीति के परिप्रेक्ष्य में इस विषय का सन्दर्भ लिया जाना अनिवार्य है कि सरकार पोषण/ आंगनवाड़ी सेवाओं और सुपोषित मध्यप्रदेश के लक्ष्य को हासिल करने हेतु वंचित तबकों और वंचित क्षेत्रों तक गुणवत्तापूर्ण सेवाओं की पहुँच सुनिश्चित करने के उद्देश्य से कार्यक्रमों के लोकव्यापीकरण के लिए आर्थिक संसाधनों का पर्याप्त आवंटन करेगी और उनका परिणामदायक व्यय सुनिश्चित करेगी।

पूर्व में कुपोषण से मुक्ति और सुपोषण की स्थिति के लक्ष्य को आर्थिक विकास के मानकों में यथोचित स्थान नहीं मिला है जबकि जन मंच के माध्यम से और वैश्विक समुदाय की तकनीकी पहल पर केन्द्रित पोषण-अधिकार के सन्दर्भ में सतत पहल की गयी है। महिला एवं बाल विकास मंत्रालय (भारत सरकार) एवं राज्य शासन द्वारा महत्वपूर्ण योजनाओं के क्रियान्वयन की जा रही है जो प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रूप से लोगो की स्वास्थ्य एवं पोषण की स्थिति को प्रभावित करती है, इनमें मुख्य निम्नानुसार हैं –

- पोषण अभियान-जीवन चक्र के दृष्टिकोण के साथ
- आंगनवाड़ी सेवाएँ
- 11-14 वर्ष के आयु वर्ग की शाला त्यागी किशोरी बालिकाओं के लिये किशोरी बालिका कार्यक्रम
- गर्भवती महिलाओं और धात्री माताओं के लिए प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना
- शिशु और छोटे बच्चों को आहार पूर्ति व्यवहार (Infant Young Child Feeding – IYCF Practices)
- पोषण पुनर्वास केंद्र (Nutrition Rehabilitation Centre- NRC)
- विटामिन-ए अनुपूरण, ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस,
- एनीमिया मुक्त भारत कार्यक्रम,
- गृह-आधारित नवजात शिशु देखरेख और गृह-आधारित बाल देखरेख कार्यक्रम,
- राष्ट्रीय कृमिनाशक दिवस, आयोडीनयुक्त नमक के उपयोग को प्रोत्साहन,
- राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम,
- राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम
- खाद्य संवर्धन (Food Fortification).
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
- राष्ट्रीय झूलाघर योजना
- अटल बाल आरोग्य एवं पोषण मिशन (राज्य आधारित पहल)
- जल जीवन मिशन
- राज्य ग्रामीण आजीविका मिशन एवं राष्ट्रीय ग्रामीण/शहरी आजीविका मिशन
- उद्यानिकी मिशन
- राष्ट्रीय सतत कृषि विकास कार्यक्रम
- परम्परागत कृषि विकास योजना
- मध्याह्न भोजन कार्यक्रम
- लक्ष्य आधारित सार्वजनिक वितरण प्रणाली
- मनरेगा

- वनवासी अधिकार अधिनियम
- एकीकृत आदिवासी विकास कार्यक्रम
- सर्व शिक्षा अभियान

प्रदेश की राज्य पोषण नीति और कार्यक्रम में इन विविध कार्यक्रमों का आपसी समन्वय और रचनात्मक नियोजन सुनिश्चित किया जावेगा। राज्य इस रणनीति के द्वारा मध्यवर्ती, प्रक्रियागत और नीतिगत सूचकांकों के आधार पर राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 के तहत प्राथमिकता-आधारित हस्तक्षेपों को अविलम्बता के साथ लागू करने के लिए प्रतिबद्ध है।

6.2. जीवन चक्र आधारित दृष्टिकोण

गर्भावस्था के प्रारंभ से बच्चे की आयु 2 वर्ष होने तक की अवधि जीवन के प्रथम 1000 अनमोल दिवस के रूप में होती है। जीवन-चक्र के दृष्टिकोण से पर्याप्त पोषण की उपलब्धता और शारीरिक-मानसिक विकास के लिए ये 1000 दिवस प्रत्येक व्यक्ति के जीवन के सबसे महत्वपूर्ण दिन होते हैं। इन दिनों में मिलने वाली समुचित स्वास्थ्य सेवाएँ एवं पोषण देखभाल व्यक्ति के पूरे जीवन के श्रेष्ठतम विकास में आधारभूत भूमिका निभाती हैं जिससे जीवन में बेहतर स्वास्थ्य एवं उत्पादकता की संभावना रहती है और इसके पीढ़ी-दर-पीढ़ी जारी रहने से गरीबी का चक्र तोड़ने में मदद मिलती है।

मातृ पोषण (गर्भावस्था और स्तनपान अवधि के दौरान महिला को समग्र पोषण) की उपलब्धता और पहुँच सुनिश्चित करना एक अनिवार्यता है क्योंकि ज्यादातर कुपोषित बच्चों का जन्म कुपोषित माताओं से होता है। यह तथ्य छोटे बच्चों की देखरेख और पोषण करने वाली महिलाओं की पोषण सुरक्षा के महत्त्व को रेखांकित करता है।

माताओं के पोषण और स्वास्थ्य के मानकों को विभिन्न घटक प्रभावित करते हैं, जिन पर व्यवस्थागत दृष्टिकोण से जीवन-चक्र की अवधारणा पर आधारित नियोजित पहल किए जाने की महती आवश्यकता है। इस व्यापक पहल में बेहतर पोषण की उपलब्धता-पहुँच, देखभाल और स्वास्थ्य सेवाओं का प्रावधान और व्यवहार, गर्भावस्था के दौरान भ्रूण का जीवन और किशोरावस्था के दौरान गुणवत्तापूर्ण-समतामूलक देखभाल सबसे महत्वपूर्ण हैं।

बेहतर देखभाल, स्वास्थ्य, बेहतर गुणवत्तापूर्ण शिक्षा, सशक्तिकरण के लिए कौशल विकास प्रदान करना, लैंगिक मुद्दों को संबोधित करने जैसी पहल किशोरावस्था से ही करना जरूरी है जिससे जीवन के दूसरे अवसर (किशोरावस्था जीवन में पोषण एवं स्वास्थ्य स्थिति सुधार) के दौरान किये गये हस्तक्षेपों से पीढ़ी-दर-पीढ़ी बढ़ने वाली पोषण-स्वास्थ्य समस्याओं के विस्तार को रोका जा सकता है।

6.2. मातृ, शिशु एवं बाल पोषण (Mother, Infant & Young Child Nutrition – MIYCN)

65वीं विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा पारित प्रस्ताव में सदस्य देशों से स्थानीय परिप्रेक्ष्य के दृष्टिगत मातृ, बाल और किशोर स्वास्थ्य सेवाओं के घटकों से जुड़ाव स्थापित करते हुए मातृ, शिशु और छोटे बच्चों के पोषण (MIYCN) को लागू करने का आग्रह किया गया।

इन प्रयासों और योजनाओं के क्रियान्वयन का लोकव्यापीकरण, सार्वजनिक पहुँच सुनिश्चित करने के साथ-साथ कृषि, वाणिज्य, शिक्षा, सामाजिक सुरक्षा, पर्यावरण, और अन्य पोषण-प्रासंगिक विषयों-विभागों की नीतियों से सामंजस्य स्थापित करते हुए किया जाना चाहिए।

मातृ, शिशु और बाल पोषण (MIYCN) योजना वैश्विक लक्ष्यों को हासिल करने के लिए पांच कार्यवाहियों को प्रमुखता से प्रस्तावित करती है :

1. व्यापक खाद्य और पोषण नीतियों के क्रियान्वयन के लिए अनुकूल वातावरण बनाना।
2. स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्त आवश्यक हस्तक्षेपों को शामिल करना जो राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर पर पोषण को प्रभावित करते हैं।

3. स्वास्थ्य एवं पोषण क्षेत्रों में प्रदायित सेवाओं के अतिरिक्त ऐसी सभी विकास नीतियों और कार्यक्रमों को प्रोत्साहित करना जो पोषण को समावेशित करते हुए मान्यता देते हों।
4. पोषण नीतियों और कार्यक्रमों के क्रियान्वयन के लिए पर्याप्त मानव और वित्तीय संसाधन प्रदान करना।
5. नीतियों और कार्यक्रमों की निगरानी, समीक्षा और मूल्यांकन करना; इससे पोषण लक्ष्यों की प्राप्ति की निगरानी के लिए एक सामंजस्यपूर्ण और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर स्वीकृत रूपरेखा से सामंजस्य स्थापित होगा।

विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा स्वीकृत संरचना (परिशिष्ट 6.1) में मानकों का उल्लेख किया गया है; इसके आधार पर राज्य पोषण नीति की प्रगति की निगरानी की जायेगी। राज्य सरकार, कुपोषण की जटिल समस्या को व्यापक और व्यवस्थागत दृष्टिकोण से हल करने के लिए प्रतिबद्ध है ताकि राज्य के नागरिकों, विशेषकर बच्चों और महिलाओं, के पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति में सकारात्मक बदलाव लाया जा सके।

7. नीति के निर्देशक सिद्धांत

वैश्विक एवं राष्ट्रीय साक्ष्य तथा अनुशासन यह दर्शाते हैं कि पोषण कार्यक्रमों को सुदृढ़ करने से कुपोषण दूर करने के वांछित परिणाम प्राप्त किए जा सकते हैं। साथ ही यह भी महत्वपूर्ण है कि कार्यक्रमों को सुदृढ़ करने की प्रक्रिया में स्थानीय सन्दर्भों, रीति-रिवाज, सांस्कृतिक पहलुओं, सामाजिक-आर्थिक एवं राजनीतिक गतिशीलता को ध्यान में रखा जाये। तदनुसार इस नीति में हस्तक्षेपों और कार्यक्रमों के निर्माण तथा उनके क्रियान्वयन की वृहत्तर रूपरेखा प्रस्तुत करने में निम्नलिखित सिद्धांतों का परिपालन किया गया है:-

7.1. पोषण- विकास का मुख्य एजेंडा

राज्य सरकार विकास के एजेंडा के प्रमुख तत्त्व के रूप में पोषण के मुद्दों को उच्चतम प्राथमिकता देती है। राज्य शासन का यह प्रयास होगा कि पोषण के मुद्दे को विभिन्न विभागों से सम्बद्ध नीतियों, मिशनों और कार्यक्रमों के साथ एकीकृत किया जाए। इस प्रक्रिया में लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, महिला एवं बाल विकास, शिक्षा, जनजाति कल्याण, लोक स्वास्थ्य यांत्रिकी, पंचायत एवं ग्रामीण विकास, खाद्य एवं नागरिक आपूर्ति, कृषि, उद्यानिकी, पशुपालन, डेयरी, मत्स्य पालन, शहरी विकास, खेल एवं युवा कल्याण, विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी, खाद्य प्रसंस्करण, वित्त आदि शामिल हैं। इन विभागों के बीच सामंजस्य से बेहतर तालमेल हासिल हो सकेगा। विभिन्न क्षेत्रों में पोषण कार्यक्रमों के लिए वित्तीय निवेश बढ़ाने के लिए राज्य सरकार कृत-संकल्प है एवं यह सुनिश्चित करेगी कि सभी कानूनों, नियमों, विनियमों तथा दिशा-निर्देशों का पूरी निष्ठा के साथ परिपालन हो। मुख्य कानून - वन अधिकार अधिनियम-2003, महात्मा गाँधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम (मनरेगा)-2006, बाल विवाह निषेध अधिनियम-2006, पूर्व गर्भाधान और प्रसव पूर्व निदान तकनीक (PCPNDT) अधिनियम-2003, शिशु दुग्ध विकल्प अधिनियम-1992 और संशोधित अधिनियम-2003 तथा जैव विविधता अधिनियम-2002 है।

7.2. सर्वव्यापीकरण

प्रत्येक नागरिक को खाद्य एवं पोषण सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए राज्य सरकार सेवाओं की प्रदायगी के सर्वव्यापीकरण के प्रति कृतसंकल्पित है। सेवाओं की पहुंच में किसी भी प्रकार की बाधा - लिंगभेद, धर्म, जाति, ग्रामीण या शहरवासी, भौगोलिक या सामाजिक-आर्थिक आदि, के कारण असमानता न हो।

7.3. सन्दर्भ/परिस्थिति अनुसार विशिष्ट नियोजन

इस नीति में एक ऐसी समग्र एवं एकीकृत पोषण नियोजन की परिकल्पना की गई है जो क्षेत्र-विशेष के स्थानीय मुद्दों की बेहतर समझ और साक्ष्य-आधारित विशिष्ट समाधानों की पहचान की प्रक्रिया को दृष्टिगत रखे। इस प्रक्रिया में संदर्भित पोषण प्रोफाइल, स्थानीय आंकड़ों और अनुभवों का उपयोग किया जाएगा।

7.4. व्यवस्थागत विश्लेषण द्वारा कुपोषण के कारकों की समझ

राज्य में प्रत्येक स्तर पर पोषण प्रबंधन रणनीति बनाने के लिये कुपोषण को प्रभावित करने वाले विभिन्न जटिल कारकों की आंतरिक समझ विकसित कर विभिन्न हितधारकों एवं शासन द्वारा अन्तर्निहित एवं मूलभूत कारकों का व्यवस्थागत विश्लेषण करना। इस हेतु राज्य द्वारा प्रत्येक स्तर पर वर्तमान में कार्यरत सभी ढांचों में व्यवस्थागत विश्लेषण तकनीकी का उपयोग कर उच्च स्तरीय हस्तक्षेप, आंकड़ों पर विशेष बल देते हुए लक्ष्य एवं मेट्रिक्स आधारित विश्लेषण प्रणाली विकसित किया जाकर सतत परिणामों की समीक्षा एवं नियोजन करना। इसके अंतर्गत विभिन्न हस्तक्षेपों को एकीकृत करते हुए स्पष्ट रणनीति तैयार कर क्रियान्वयन किया जावेगा, सतत शिक्षा एवं पहुंच को बढ़ाना, संसाधनों के स्रोत का विस्तार एवं परिणाम मूलक श्रेष्ठ कार्यों का विस्तारीकरण करना।

7.5. क्रियान्वयन में लचीलापन

नीति में विकेंद्रीकृत प्रणाली अपनाए जाने का प्रावधान है। पोषण-विशिष्ट एवं पोषण-संवेदी हस्तक्षेपों के प्रबंधन के लिए गाँव से लेकर जिले और राज्य-स्तरीय रणनीतिक योजना तैयार करना इस विकेंद्रीकृत व्यवस्था में शामिल है। इस नियोजन में प्रासंगिक आंकड़ों और सूचना सहित सूचकांकों की निगरानी, सत्यापन एवं उनमें पारस्परिक सम्बद्धता का उपयोग किया जावेगा जिससे पोषण और स्वास्थ्य सुनिश्चित करने में परिणाम-आधारित प्रतिफलों पर नियोजन प्रक्रिया केन्द्रित रह सके। इस व्यवस्था में यह ध्यान दिया जाएगा कि जिला और स्थानीय स्तर पर कार्यक्रम को सतत बनाने में लचीलापन सुनिश्चित रहे एवं उच्चतर दायित्व के साथ समुदाय की सहभागिता सुनिश्चित हो सके।

7.6. समावेशी एवं लैंगिक संवेदनशील रणनीतियाँ

यह नीति बिना किसी भेदभाव के, महिलाओं और बच्चों की उत्तरजीविता, विकास, संरक्षण एवं सहभागिता के अधिकारों को बढ़ावा देती है। रणनीति/ कार्यक्रम तैयार कर यह सुनिश्चित करना की वंचित समुदायों की सामाजिक समावेशिता हो सके, क्योंकि सामाजिक-आर्थिक स्थिति, रोगों का अधिक बोझ, प्राकृतिक आपदाएं जैसे बाढ़, सूखा एवं/या सेवाओं तक पहुँच में कमी जैसी वंचन की विभिन्न अवस्थाएं इस वर्ग के पोषण की स्थिति को और भी असुरक्षित एवं गंभीर बनाती है। यह प्रयास रहेगा कि सबसे अधिक वंचित और कमजोर लोगों तक पहुँच बने।

7.7. जीवन चक्र आधारित देखभाल की निरंतरता

दीर्घकालिक अल्प-पोषण के वृहत फैलाव से यह स्पष्ट है कि कुपोषण का चक्र पीढ़ी-दर-पीढ़ी रहता है। विविध प्रकार के वंचन (अभाव की स्थितियाँ) जैसे गरीबी, सामाजिक बहिष्कार, लिंगभेद एवं जटिल सामाजिक मापदंड इस अवस्था को और अधिक उलझा देते हैं। इसलिए नीति के दायरे को बढ़ाकर जीवन चक्र के सभी चरणों से सम्बंधित अनिवार्य पोषण हस्तक्षेपों की निरंतरता बनाये रखने का प्रयास किया गया है।

7.8. शीघ्र हस्तक्षेप एवं रोकथाम

यह स्वीकार करते हुए कि वृद्धि और विकास की कमी है जो बाल स्वास्थ्य और उत्तरजीविता पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है और उनके जीवनपर्यंत श्रेष्ठतम सीखने के क्षमता की प्रभावित करता है और यह काफी हद तक अपरिवर्तनीय है। अतः यह आवश्यक है कि कुपोषण को जितनी जल्दी संभव हो रोका जाए। इस बात पर बल दिया जाना आवश्यक है, पूरे जीवन चक्र में।

7.9. सामुदायिक गतिशीलता, संलग्नता एवं स्वामित्व

इस नीति में पोषण प्रतिफलों को प्रभावित करने वाली योजनाओं और कार्यक्रमों के नियोजन, उनकी निगरानी तथा मूल्यांकन में समुदाय की सुदृढ़ भागीदारी की परिकल्पना की गयी है जिसमें पोषण-केन्द्रित व्यवहार एवं वंचित परिवारों की मदद को बढ़ावा देने में समुदाय द्वारा संचालित प्रणालियाँ निर्मित एवं स्थापित हो सकें। जैसा कि राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम, 2013 में प्रावधानित है, पोषण सुरक्षा के लिए सामाजिक संपरीक्षा की प्रक्रिया राज्य शासन द्वारा लागू की जाएगी।

7.10. स्थानीय स्वशासी निकायों की सहभागिता एवं नेतृत्व

पंचायती राज संस्थाओं और शहरी स्थानीय निकायों द्वारा कार्यक्रमों के स्वरूप को सुदृढ़ किया जाना नीति का एक प्रमुख सिद्धांत है। इसमें सुनिश्चित किया जायेगा कि स्थानीय स्वशासी संस्थाएं पोषण की पहल को बढ़ावा दें, उसकी निगरानी करें एवं उसे स्थायित्व दें। ऐसा करने से जमीनी-स्तर पर पारस्परिक कार्यवाहियों के बीच प्रभावी एकीकरण प्राप्त हो सकेगा। यह संविधान के 73वें और 74वें संशोधन तथा 14वें वित्त आयोग की अनुशंसाओं के भी अनुरूप है।

7.11. पोषण सरकार, जवाबदेहिता, समीक्षा एवं निगरानी

नीति में स्थानीय निकायों एवं समुदाय की भागीदारी से ग्राम स्तर से राज्य स्तर तक समावेशी पोषण नियोजन एवं सुशासन व्यवस्था, समेकित और सुचारू रूप से लागू की जायेगी। वर्ष में कम से कम दो बार उच्च स्तर पर नीति एवं उसके क्रियान्वयन की समीक्षा की जाएगी ताकि नीति के क्रियान्वयन का मूल्यांकन एवं विश्लेषण किया जावेगा। इस आधार पर कार्यक्रमों की दिशा में आवश्यकतानुसार सुधारात्मक कार्यवाही राज्य, जिला, विकासखंड, ग्राम पंचायत/वार्ड स्तर पर सामयिक रूप से सुनिश्चित की जा सकेगी।

7.12. पोषण आधारित जानकारी को विकसित एवं साझा करना, साक्ष्य आधारित शोध

वर्तमान पोषण सूचना प्रणाली (निगरानी, आंकलन, मूल्यांकन) को जारी रखते हुए इसे आधुनिक तकनीक के आधार पर अद्यतन किया जावेगा जिससे पोषण-विशिष्ट जानकारी एवं साक्ष्य-आधारित शोध को साझा करने में पुष्टि करने की प्रक्रिया सुदृढ़ हो सके एवं साक्ष्य-आधारित निर्णय लेने की विधा को प्रोत्साहित किया जा सके। जहाँ-जहाँ उपयुक्त एवं आवश्यक हो, उपलब्ध साक्ष्यों की तुलना में मौजूदा ज्ञान में कमी पर केन्द्रित शोध किया जाएगा।

7.13. संसाधनों का परिणाम आधारित कारगर तथा कुशल उपयोग

यह नीति सम्बन्धित विभागों को प्रोत्साहित करेगी ताकि वे उपलब्ध संसाधनों का क्रियाशील तथा सक्षम उपयोग नियत प्राथमिकताओं, उच्च-प्रभाव वाले चिन्हित कार्यों/हस्तक्षेपों तथा उच्च-प्रभाव एवं कम लागत वाले निवारक हस्तक्षेपों के मान से करें। दीर्घकालीन लक्ष्य प्राप्त करने के लिए लघु तथा मध्यम अवधि के कार्यक्रमों में निवेश तथा तदनुसार क्षमता निर्माण की आवश्यकता को इस नीति में उल्लेखित किया गया है।

7.14. मैदानी कार्यकर्ताओं के लिए समर्थकारी वातावरण

नीति मैदानी कार्यकर्ताओं के अभिप्रेरण को केन्द्रित करती है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं, आंगनवाड़ी सहायिकाओं, आशा कार्यकर्ताओं, आशा सहयोगिनियों और ए. एन. एम. के कार्य करने की परिस्थितियों को समर्थकारी बनाया जाएगा एवं उनकी दक्षता/क्षमता में निरन्तर वृद्धि की जाएगी।

7.15. नवाचार को बढ़ावा देना

प्रभावी नवाचार किये जाने से सीमित संसाधनों में ज्यादा परिणाम की सम्भावना बढ़ जाती है, हस्तक्षेप का प्रभाव बेहतर दिखता है और कार्यक्रम के उद्देश्य की प्रभाविता तथा कुशलता में सुधार आता है। नीति का यह ध्येय है कि नवाचारों को बढ़ावा दिया जावे, विशेषतः नीति में उल्लेखित पोषण के एक या अधिक वांछित परिणामों को प्राप्त करने हेतु पोषण हस्तक्षेपों के एकीकरण के परिप्रेक्ष्य में बल दिया गया है।

7.16. साझेदारी, हितधारक की सहभागिता और प्रतिपुष्टि (Feedback)

नीति अंतर्गत प्रतिपुष्टि और सहकारी कार्यवाहियों के लिए पारदर्शी व्यवस्था बनाने के लिए समुदायों, स्थानीय शासकीय ढांचों, विभागीय क्षेत्रीय कार्यकर्ताओं, निजी क्षेत्र तथा विकास एजेंसियों को शामिल किए जाने को प्रोत्साहित किया जाएगा।

7.17. सामाजिक व्यवहार परिवर्तन के लिए संचार नियोजन

नीति में सामाजिक व्यवहार परिवर्तन के लिए संचार नियोजन करने में स्थानीय बोलियों का उपयोग किया जावेगा जिससे समुदाय की स्वीकार्यता और सहभागिता सुनिश्चित हो सके। परिवर्तन के संदेशवाहक और साधन जन-समुदाय से ही उभर कर आने चाहिए जिससे पोषण पर चर्चा में महिलाओं और किशोरी बालिकाओं का केंद्रीय स्थान सुनिश्चित किया जा सके। स्थानीय पारंपरिक बुद्धिमत्ता को आधुनिक ज्ञान के साथ जोड़ते हुए एक ऐसा समाज विकसित किया जा सकता है जहाँ पोषण आहार ग्रहण करने एवं प्रजनन आयु की महिलाओं तथा बच्चों की देखभाल में सर्वोत्तम प्रथाएं अपनाई जाती हों। संचार के उपयुक्त उपकरण और साधन तैयार किए जायेंगे एवं उन्हें मैदानी कार्यकर्ताओं के स्तर पर उपयोग किया जाएगा ताकि प्रभावी संचार दक्षता के साथ समुदाय को एकजुट किया जा सके।

8. नीतिगत अनिवार्यताएँ-क्रियान्वयन

वैश्विक स्तर पर मिले प्रमाण कुछ ऐसे हस्तक्षेपों की तरफ इंगित करते हैं जो बड़े पैमाने पर कुपोषण निवारण में प्रभावशाली पाए गए हैं। पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु के सम्बंध में लगभग आधे (45 प्रतिशत) प्रकरणों में प्रमुख कारण माँ और बच्चे का कुपोषित होना है (LANCET 2013)। इसी प्रकार महिलाओं में ठिगनेपन (मेटर्नल स्टंटिंग) और एनिमिया को कम करके मातृत्व मृत्यु के मामलों में बीस प्रतिशत की कमी लाई जा सकती है (LANCET 2008)।

इसके दृष्टिगत मातृ, बाल एवं शिशु मृत्यु दर में शीघ्र गति से कमी लाने हेतु में राज्य पोषण नीति का महत्वपूर्ण योगदान होगा। नीति का उद्देश्य 2030 तक हर तरह के कुपोषण में कमी लाना है। अगले पाँच वर्ष तक नीति द्वारा बाल कुपोषण की रोकथाम एवं ऐसे प्रकरणों में कमी लाने पर बल दिया गया है। चूँकि राज्य की आबादी के बड़े हिस्से में कुपोषण व्याप्त है इसलिए इस नीति में सबसे असुरक्षित व संवेदनशील आयु वर्गों को प्राथमिकता देने की कोशिश की गई है जो भावी जीवन में विभिन्न पीढ़ियों के बीच पोषण को भी नियमित करेगा।

LANCET द्वारा वर्ष 2013 में जारी की गई मातृ एवं बाल पोषण श्रृंखला में ठिगनापन, गंभीर कुपोषण और ज़रूरी विटामिन व खनिजों की कमी की व्यापकता पर ध्यान केन्द्रित किया था। साथ ही, उसमें जीवन के प्रारंभिक 1000 अनमोल दिवसों के महत्त्व को रेखांकित किया गया है। इस दौरान मिलने वाले समुचित देखभाल व पोषक तत्वों की उपलब्धता और स्वस्थ विकास का लाभ जीवन पर्यन्त मिलता है²। राष्ट्रव्यापी पोषण कार्यक्रमों को प्राथमिकता देने पर, स्वास्थ्य कार्यक्रमों से प्रभावी एकीकरण, अन्तर्देशीय दृष्टिकोण एवं पद्धतियों, अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं, दानदाताओं, अकादमिक संस्थानों, नागरिक समाज (सिविल सोसाइटी) एवं निजी क्षेत्र की विश्वव्यापी पोषण व्यवस्था पर अधिक ध्यान देने व समन्वय पर भी बल दिया गया था।³

इसमें पोषण-केन्द्रित (प्रत्यक्ष) और पोषण-संवेदी (अप्रत्यक्ष) हस्तक्षेपों के महत्व को उल्लेखित किया गया है।⁴

1. **पोषण केन्द्रित हस्तक्षेप** – LANCET श्रृंखला 2013 एवं 2008 में जिन पोषण-केन्द्रित हस्तक्षेपों पर ज़ोर डाला गया है उसमें किशोर व मातृ पोषण, संतुलित स्तनपान और शिशुओं व छोटे बच्चों में संतुलित खानपान को बढ़ावा देना, छोटे बच्चों के लिए और गर्भावस्था के दौरान व स्तनपान करा रही माताओं के लिए भोजन व सूक्ष्म पूरक पोषाहार कार्यक्रम, अति कुपोषण की रोकथाम व प्रबंधन और बीमारियों की रोकथाम व प्रबंधन शामिल हैं।
2. **पोषण संवेदी हस्तक्षेप** - जिन पोषण-संवेदी हस्तक्षेपों की समीक्षा की गई है उनमें खाद्य सुरक्षा व कृषि, आजीविका, सामाजिक सुरक्षा व बचाव व्यवस्थाएं, शुरुआती बाल विकास, बाल सुरक्षा, स्कूली शिक्षा, महिलाओं का स्वास्थ्य, सशक्तिकरण, मानसिक स्वास्थ्य, लैंगिक समानता और स्वास्थ्य व परिवार नियोजन के साधनों और पानी, स्वच्छता साफ़-सफाई (Water Sanitation Hygiene - WASH-) सेवाओं तक पहुँच शामिल हैं।

इसके दृष्टिगत एवं राष्ट्रीय पोषण रणनीति के साथ सामंजस्य बनाते हुए, राज्य पोषण नीति में पूरे जीवन चक्र में इन हस्तक्षेपों पर ध्यान केन्द्रित किया गया है जिससे पोषण सुरक्षा सुनिश्चित हो सके। इसमें कुपोषण के तात्कालिक व बुनियादी कारकों का निष्पादन करने के लिए प्रभावशाली पोषण-केन्द्रित हस्तक्षेपों का पोषण-संवेदी कार्यक्रमों के साथ संयोजन करने पर ध्यान केन्द्रित किया गया है। इस प्रकार पोषण लक्ष्यों की प्राप्ति में गति लाने से दोनों तरह के हस्तक्षेपों के साथ होने से अधिक प्रभावी होगा। इससे इन दोनों हस्तक्षेपों का पोषण-सुशासन (सरकार) से प्रभावशाली समन्वय हो सकेगा तथा लिंग और सामाजिक समूह (खासतौर से आदिवासियों के संदर्भ में) के आधार होने वाले भेदभाव को समाप्त करने पर अधिक ध्यान दिया जा सकेगा। इस नीति के माध्यम से अपेक्षित पोषण लक्ष्यों की प्राप्ति में गति प्राप्त हो सकेगी:-

1. पोषण-केन्द्रित हस्तक्षेप (पोषण के तात्कालिक कारकों पर काम करना)
2. पोषण-संवेदी हस्तक्षेप (पोषण के बुनियादी व प्राथमिक कारकों पर काम करना)
3. पोषण सरकार (पोषण के तात्कालिक, बुनियादी व प्राथमिक कारकों के प्रक्रियाजन्य संबंधों पर समुदाय के साथ काम करना)
4. आदिवासी क्षेत्रों में पोषण

8.1 पोषण-विशेष हस्तक्षेप और प्रभावशाली विस्तार

पोषण-विशेष हस्तक्षेप उन हस्तक्षेपों या कार्यक्रमों को इंगित करता है जो कुपोषण के तात्कालिक कारकों के निवारण पर केन्द्रित होते हैं। इनमें पर्याप्त भोजन व पोषक तत्व, बच्चों के खानपान व देखभाल के उचित तरीकों व पालन-पोषण की आदतों, सामुदायिक स्वास्थ्य के रीति-रिवाजों में सुधार और संक्रामक रोगों पर नियंत्रण शामिल है।

कुपोषण के तात्कालिक कारकों को व्यापक व सतत ढंग से हल करने के लिए राज्य ज़रूरी साक्ष्य-आधारित पोषण-केन्द्रित हस्तक्षेपों के वितरण के लिए प्रतिबद्ध है ताकि सामुदायिक स्तर पर इसका कवरेज बढ़े और साथ ही उसमें निरंतरता, गहनता और गुणवत्ता बरकरार रहे। नीति में जिन तत्वों पर ध्यान केन्द्रित किया गया है:-

8.1.1. अंतरपीढ़ी चक्र और पहले 1000 दिनों पर ज़ोर देना

8.1.1.1. गर्भवती, धात्री एवं प्रजनन आयु के दौरान देखभाल, स्वास्थ्य, पोषण एवं आहार पूर्ति

नीति गर्भवती महिलाओं के पोषण की आवश्यकता को महत्व देती है क्योंकि गर्भवती महिलाओं का पोषण गर्भस्थ शिशु के स्वस्थ वृद्धि एवं विकास तथा माताओं के अच्छे स्वास्थ्य हेतु आवश्यक है। गर्भावस्था एवं स्तनपान के दौरान माँ के अतिरिक्त पोषक तत्वों की आवश्यकता की पूर्ति एवं एनीमिया (खून की कमी) की रोकथाम करना अत्यंत आवश्यक है। माताओं व बच्चों के पोषण स्थिति में सुधार दीर्घकालिक निवेश है जिससे वर्तमान पीढ़ी के साथ साथ उनके आने वाले पीढ़ी को भी लाभ मिलेगा। माताओं व बच्चों में पोषण स्थिति के निर्धारकों का निरंतर व स्थाई योगदान न केवल वर्तमान सभी आयु-वर्ग समूहों, पीढ़ी बल्कि उनके आगामी संतान और वंश के लिए आवश्यक है:-

1. नीति प्रजनन आयु वर्ग में महिलाओं के लिए श्रेष्ठतम पोषण का प्रावधान सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्ध है। इस हेतु जीवन चक्र में उपयुक्त भोजन व अनुपूरण सम्बन्धी सेवाओं के व्यापक उपलब्धता के साथ समग्र स्वास्थ्य सेवाओं और सामुदायिक संवेदनशीलता में सुधार करके कुपोषण के अंतरपीढ़ी कुचक्र को रोका जाएगा।
2. गर्भावस्था के दौरान पर्याप्त मात्रा में उचित आहार एवं अन्य आवश्यक सम्बंधित सेवाएं सभी गर्भवती महिलाओं को उपलब्ध कराना जिससे सुरक्षित प्रसव एवं नियत वजन के साथ स्वस्थ नवजात बच्चे का जन्म सुनिश्चित हो।
3. पर्याप्त पोषक तत्वों का सेवन सुनिश्चित करने हेतु 'मातृत्व अधिकार' (maternal entitlements) को समग्र दृष्टिकोण से देखना ज़रूरी है जिसमें आराम, प्रोत्साहन, पोषण व आहार एवं देखरेख के साथ नियमित रूप से गुणवत्तापूर्ण पूरक पोषण आहार (Take Home Ration -THR) का वितरण एवं सेवन सुनिश्चित करना शामिल है।
4. गर्भावस्था की शीघ्र पहचान एवं पंजीयन, मातृ एवं शिशु रक्षा कार्ड (MCP) शीघ्र बनाना, प्रसव-पूर्व एवं प्रसव-पश्चात स्वास्थ्य जांच, अधिक जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं (Women with High Risk Pregnancy) की पहचान (कुपोषण के खतरे में आने वाले माताओं – कम उम्र, छोटा कद, मध्यम से गंभीर एनीमिया, मध्यम से गंभीर दुबलापन- BMI, 18.5 से कम, मोटापा - BMI, 25 से अधिक, रक्त में बढ़ा हुआ शुगर का स्तर, दूसरी एवं तीसरी तिमाही के दौरान माँ के वजन में वृद्धि कम या अधिक होना -1कि.ग्रा. से कम या 3 कि.ग्रा. से अधिक एवं पोषण तत्वों के कमी के अन्य लक्षण जैसे घेंघा रोग, विटामिन -A की कमी, फ्लूरोसिस आदि, टीकाकरण, कृमिनाशक गोली का सेवन, एनीमिया एवं कुपोषण की रोकथाम तथा उपचार हेतु फ़ॉलिक एसिड, आयरन एवं कैल्शियम का अनुपूरण, सुनिश्चित करना। इस नीति के माध्यम से यह सुनिश्चित किया जाएगा कि MCP कार्ड में अंकित माताओं में कुपोषण के खतरों के लक्षणों के आधार पर ए.एन.एम. के उत्तरदायित्व को और सुदृढ़ किया जाकर तत्काल यथोचित उपचार सुनिश्चित किया जा सकेगा।

नीति के खंड 6.2 में आउटकम इंडिकेटर एवं लक्ष्य उल्लेखित है, इस हेतु राज्य सरकार द्वारा बच्चों, किशोरियों एवं प्रजनन आयु वर्ग के महिलाओं में अनीमिया का स्तर 50 प्रतिशत से कम करने का लक्ष्य रखा है, जो कि भारत सरकार द्वारा WHA लक्ष्यों के प्राप्ति हेतु प्रतिबद्धता को संरेखित करती है। इसके अनुसार बच्चों में 34.5 % (6.9 % प्रति वर्ष), किशोरियों में 26.6 % (5.32 % प्रति वर्ष) एवं प्रजनन आयु वर्ग के महिलाओं में 26.2 % (5.24 % प्रति वर्ष) की कमी लाना आवश्यक है। अपितु पिछले दशक में कुपोषण में सुधार के अपेक्षित प्रगति का संतोषजनक न होने के परिदृश्य में उपरोक्त लक्ष्य महत्वाकांक्षी प्रतीत होते हैं, राज्य सरकार साक्ष्य आधारित उपयुक्त जानकारीयों से प्रेरित प्रयासों के आधार पर इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए प्रतिबद्ध है।

8.1.1.2. बाल देखभाल, पोषण व स्वास्थ्य (5 वर्ष से कम आयु के बच्चे)

LANCET श्रृंखला में जीवन के प्रारंभिक 1000 दिवसों के महत्त्व को रेखांकित किया गया है कि इस अवधि में उचित देखभाल व पोषण और स्वस्थ विकास एवं वृद्धि का लाभ जीवन पर्यन्त मिलता है। ज्ञानात्मक क्षमता, आर्थिक कुशलता, प्रजनन व विकासात्मक कुशलता और खानपान से संबंधित गैर-संक्रामक बीमारियों (जिसमें पाचन व हृदय संबंधी रोग शामिल हैं) के प्रति संवेदनशीलता के संदर्भ में माता, शिशु और छोटे बच्चे में कुपोषण के दूरगामी प्रभाव होते हैं (ब्लैक व अन्य, 2008; विक्टोरिया व अन्य, 2008)। उक्त तथ्यों के साक्ष्य हैं कि प्रभावशाली प्रयासों एवं हस्तक्षेपों को कुशलतापूर्वक लागू करने से कुपोषण की दर में उल्लेखनीय कमी लाई जा सकती है (डब्ल्यूएचओ, 2013A)।

1. बाल देखभाल, पोषण और स्वास्थ्य; स्तनपान व पूरक आहार को प्रोत्साहित करने और बच्चों के शुरुआती जीवन में ही एक सुदृढ़ नींव का निर्माण करने और इस तरह बच्चे के जन्मदाता, परिवार व समुदाय के स्तर शिशु व बाल पोषण दिशानिर्देश को ध्यान में रखते हुए बेहतर पोषण व देखभाल के तौर-तरीकों को स्थापित करने के प्रति यह नीति प्रतिबद्ध है।
2. स्तनपान की जन्म के 1 घंटे के अन्दर शुरुआत, छह महीने तक केवल स्तनपान, छः माह उपरांत ऊपरी आहार प्रारंभ कर उसके साथ दो साल व अधिक आयु तक स्तनपान को जारी रखना और साथ ही उचित पूरक विधियों के उपयोग से शिशु एवं बाल आहार पूर्ति/पोषण (IYCN) को प्रोत्साहित करने के लिए परिवार में संवेदनशील माहौल व सुविधाएँ और साथ ही इस पर निगरानी रखने के लिए सामाजिक सुरक्षा उपाय व कार्यक्रम।
3. विश्व स्वास्थ्य संगठन 2005 के अनुसार 5 साल की आयु से कम के बच्चों का शारीरिक माप (वजन एवं लंबाई/ऊँचाई – वृद्धि विकास निगरानी व प्रोत्साहन) किया जाएगा और भारत सरकार के निर्देशों के अनुरूप 6 साल से कम उम्र के बच्चों को सभी छः आंगनवाड़ी सेवाएँ प्रदान की जाएँगी जिनमें पूरक पोषाहार कार्यक्रम भी शामिल है। नीति अंतर्गत जन्म से 6 वर्ष की आयु के बच्चों के पोषण एवं स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के दृष्टि से निम्नांकित तीन श्रेणियों में रखा गया है: -
 - i. **जन्म से छह महीने (0-180 दिन):** स्तनपान की जन्म के 1 घंटे के अन्दर शुरुआत, 6 माह तक केवल सिर्फ स्तनपान, टीकाकरण, वजन वृद्धि निगरानी, नियमित स्वास्थ्य जाँच (घर पर नवजात शिशु की देखभाल – Home-Based Newborn Care – HBNC - व 3 माह उपरांत बच्चों की घर पर देखभाल – Home-Based Young Child Care – HBCC) कार्यक्रमों के अंतर्गत, मातृत्व पूर्ण स्नेह (मदर्स एबसोल्यूट एफेक्शन, MAA) कार्यक्रम को प्रोत्साहित करना।
 - ii. **सात माह से तीन साल (07-36 माह):** छः माह उपरांत ऊपरी आहार (पूरक आहार) की शुरुआत के साथ 24 महीनों तक स्तनपान को जारी रखते हुए, टीकाकरण, वजन एवं लंबाई/ऊँचाई – वृद्धि विकास निगरानी, नियमित स्वास्थ्य जाँच (HBCC), पूरक पोषण आहार (THR), मातृत्व पूर्ण स्नेह (MAA) अंतर्गत गतिविधियों को प्रोत्साहित करना।
 - iii. **तीन से छह साल (37-72 माह):** पूरक पोषाहार, गर्म पका खाना, टीकाकरण, विकास पर निगरानी, स्वास्थ्य की नियमित जाँच, पूर्व स्कूली शिक्षा आदि।

इस संबंध में विस्तृत रणनीतिक योजना संलग्नक-III में है।

8.1.1.3. किशोर देखभाल, स्वास्थ्य व प्रजनन आयु में पोषण

किशोरावस्था, बचपन से युवावस्था की दिशा में शारीरिक एवं मानसिक विकास और परिपक्वता की स्थिति होती है जिसमें असुरक्षा व संभावना दोनों शामिल होते हैं। तीव्र विकास के चलते ऊर्जा व पोषण की जरूरतें बढ़ जाती हैं। बाद के दौर की तुलना में तीव्र विकास के दौर में इनकी जरूरत अधिक होती है। इसके अलावा, किशोरावस्था में शारीरिक परिपक्वता के चलते कई जैविक व शारीरिक बदलाव होते हैं जिनके चलते लड़कियों में अतिरिक्त पोषण की आवश्यकता बढ़ जाती है। अधिकांशतः इस अवस्था में ही एनीमिया (खून की कमी) की शुरुआत होती है। अतः किशोरियों में प्राथमिकता के साथ ध्यान देना आवश्यक होता है। किशोर बालिकाओं हेतु स्वास्थ्य व पोषाहार के साथ-साथ लैंगिक समानता का अधिकार दिया जाना आवश्यक है। भेदभावपूर्ण सामाजिक रिवाजों से सुरक्षा भी उनकी विशिष्ट जरूरतों में शामिल है:-

1. नीति का उद्देश्य सम्बंधित विभागों के बीच समन्वय कर विभिन्न योजनाओं व पात्रताओं के जरिए किशोरों के लिए जरूरी पोषण व स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ावा देना और उनकी उपलब्धता सुनिश्चित कराना, साथ ही, किशोरियों के शारीरिक, मानसिक और सामाजिक स्वास्थ्य को सुनिश्चित कराने के लिए उपयुक्त वातावरण के निर्माण में सहयोग करना है।
2. समुचित पोषाहार पूर्ति, खाद्य सुरक्षा संबंधी मुद्दे, सूक्ष्म पोषक तत्वों की व्यवस्था, माहवारी स्वच्छता प्रबंधन, टीकाकरण, कृमिनाशक दवा का सेवन, एनीमिया व कुपोषण के रोकथाम व निवारण के लिए आवश्यक सेवाओं आदि पर विशेष ध्यान देते हुए किशोरियों की पोषण एवं स्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराना।
3. अधिक काम का बोझ, बाल मजदूरी एवं बाल विवाह जैसे रिवाजों को खत्म कराना, परिवारों में किशोरियों की पोषण संबंधी आवश्यकता को प्राथमिकता दिलाना, किशोरियों से जुड़ी योजनाओं में उनकी देखभाल के लिए सकारात्मक व्यवस्थाएँ बनाना, लैंगिक संवेदनशीलता व समानता, नशीले पदार्थों के सेवन पर रोक, स्कूल नामांकन और औपचारिक व गैर-औपचारिक शिक्षा, कौशल विकास बढ़ाना।

8.1.2. सूक्ष्म पोषक तत्वों का अनुपूरण एवं कमी का नियंत्रण

सूक्ष्म पोषक तत्वों में विटामिन व खनिज सम्मिलित होते हैं जो शरीर के स्वस्थ विकास, संक्रमण व रोगों से लड़ने एवं अच्छी सेहत के लिए आवश्यक होते हैं। इनकी आवश्यकता अल्प मात्रा में होती है लेकिन शरीर के विकास के लिए प्रतिरक्षा तंत्र व एंजाइमों के उत्पादन के लिए ये अत्यावश्यक होते हैं। सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी आमतौर पर प्रोटीन और ऊर्जा (कैलोरी) की कमी से होने वाले कुपोषण के साथ उत्पन्न होती है और शारीरिक विकास व प्रतिरक्षा तंत्र की क्षमता पर प्रभाव पड़ता है। विटामिन-ए, लोह तत्व एवं आयोडीन जैसी सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी से होने वाला कुपोषण सामान्यतः पाया जाता है। इसे सार्वजनिक जन-स्वास्थ्य समस्या मानते हुए उचित स्वास्थ्य व पोषण को प्रोत्साहित करने के परिप्रेक्ष्य में इनकी व्यापकता को नीति में महत्वपूर्ण स्थान दिया गया है। इसके लिए खाद्य विविधता, (स्थूल व सूक्ष्म दोनों तरह के) पोषक तत्वों की उपलब्धता एवं संवर्धन, सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएँ तथा पोषण वाटिका आदि हस्तक्षेपों पर ध्यान केन्द्रित करने की आवश्यकता है।

1. नीति का उद्देश्य संवेदनशील समूह, विशेषकर 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों, किशोरवय व महिलाओं में सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी से होने वाले कुपोषण और अन्य बीमारियों की रोकथाम व नियंत्रण को प्रोत्साहित करना है।
2. सूक्ष्म पोषक तत्वों के प्रोत्साहन को सुनिश्चित करना और आयोडीन की कमी से होने वाले विकार (IDD), विटामिन-ए की कमी (VAD), लौह तत्वों की कमी-एनीमिया (IDA) और दूसरे सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी को दूर करने के लिए अनुपूरण हेतु रणनीति, उपचार, खाद्य संवर्धन, पोषण शिक्षा और खाद्य-आधारित पद्धतियों के माध्यम से रोकथाम एवं नियंत्रण करना।

8.1.3. गम्भीर कुपोषण का समेकित पोषण प्रबंधन (Integrated Management of Acute Malnutrition – I-MAM) और बीमारियों की रोकथाम

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार अति गम्भीर कुपोषण (Severe Acute Malnutrition - SAM) एवं मध्यम गंभीर कुपोषण (Moderate Acute Malnutrition – MAM) बच्चों (विश्व स्वास्थ्य संगठन के विकास मापदंड के मध्य मूल्य से $-3z$ अंक से भी नीचे SAM एवं $-2z$ अंक से भी नीचे MAM), और अथवा पोषण एडिमा⁵ की स्थिति और अथवा मध्य-उच्च बाँह की परिधि 11.5

सेमी से कम होने पर SAM एवं 11.5 से 12.5⁶ सेमी के बीच पर MAM, उन सभी मध्यम एवं अति गम्भीर कुपोषण श्रेणी के बच्चों की उचित देखरेख हेतु गंभीर कुपोषण का समेकित पोषण प्रबंधन नीति का मुख्य उद्देश्य है। गंभीर कुपोषित बच्चों को उचित उपचार एवं पोषण प्रबंधन उपलब्ध कराया जाकर एवं मातृ स्वास्थ्य सेवाओं के विस्तार से पाँच वर्ष की आयु बच्चों में कुपोषण से होने वाली मृत्यु में 35 प्रतिशत की कमी लाई जा सकती है।

कुपोषण के घातक प्रभाव को कम करने के लिए गम्भीर कुपोषण की रोकथाम सुनिश्चित की जाएगी और गम्भीर कुपोषण (MAM and SAM) एवं उससे सम्बंधित संक्रमणों व बीमारियों का I-MAM रणनीति अंतर्गत पोषण प्रबंधन किया जाएगा। गम्भीर कुपोषित बच्चों (MAM and SAM) के समेकित पोषण प्रबंधन के माध्यम से बीमारियों एवं मृत्युदर को कम करने के उद्देश्य से बेहतर पोषण व देखभाल के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली और आंगनवाड़ियों में उपलब्ध सुविधाओं के साथ-साथ समुदाय की समुचित सहभागिता को सुदृढ़ किया जाएगा ताकि कुपोषण की सतत रोकथाम और स्वास्थ्य लाभ सुनिश्चित हो सके। इस तरह समेकित पोषण प्रबंधन रणनीति के उपयोग से यह सुनिश्चित होगा कि प्रभावित क्षेत्र में कुपोषण के साक्ष्यों व व्यापकता के आधार पर अति व मध्यम गम्भीर कुपोषण की रोकथाम व इलाज की पर्याप्त व्यवस्थाएँ सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में ही उपलब्ध हों।

(क) गम्भीर कुपोषण और इससे सम्बंधित बीमारियों एवं संक्रमणों की रोकथाम

गम्भीर कुपोषण के कारणों में से एक मुख्य कारण संक्रमण है और यह बीमारियों और मृत्यु दर को बढ़ाने में भूमिका निभाता है। अतः इसका समेकित रणनीति से प्रबंधन किया जाना आवश्यक है। गंभीर कुपोषण की रोकथाम के लिए I-MAM अंतर्गत निम्न कदम उठाए जाएँगे -

1. आवश्यक पोषण पैकेज (Essential Nutrition Package - ENP) अंतर्गत प्रजनन आयु की महिलाओं, शिशुओं व छोटे बच्चों में कुपोषण की रोकथाम के लिए मातृत्व पोषण, शिशुओं की देखभाल, IYCN, उचित स्तनपान की आदतें, दो बच्चों के बीच उचित अंतर, समुदाय-आधारित वृद्धि निगरानी व प्रोत्साहन, जहाँ सुविधाएँ उपलब्ध हों वहाँ अति व मध्यम गम्भीर कुपोषण के मामलों में रेफरल सेवाओं का उपयोग, सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी की रोकथाम (पूरक पोषण व खानपान में विविधता का प्रोत्साहन व उपलब्धता सुनिश्चित कराना), टीकाकरण, पारिवारिक पोषण, मातृत्व पोषण के बारे में परिवार में जागरूकता, सेहत व स्वच्छता पर ध्यान देने की आदत को प्रोत्साहित किया जाएगा।
2. स्वच्छ पेयजल एवं खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने हेतु स्थानीय स्तर पर उपलब्ध/विविध/परम्परागत/प्राकृतिक खाद्य पदार्थों को प्रोत्साहित करना।
3. मध्यम गम्भीर कुपोषण की स्थिति को अति गम्भीर होने से रोकने के लिए ऐसे मामलों के प्रबंधन की समुदाय-आधारित पद्धति विकसित कर उसे लागू करना।
4. दस्त, श्वास सम्बन्धी संक्रमण, मलेरिया, टीकाकरण से रोकथाम होने वाली बीमारियों खासतौर से चेचक व तपेदिक (टीबी) जैसे दीर्घकालिक संक्रमणों की व्यापकता को कम करने और इनके त्वरित इलाज के लिए केन्द्रित प्रयास करने के प्रति यह नीति प्रतिबद्ध है।
5. नीति में दस्त, श्वसन तंत्र की बीमारियाँ, टीकाकरण कार्यक्रम में शामिल बीमारियाँ, बुखार, उच्च तनाव, अति व मध्यम गम्भीर कुपोषण, जन्म के समय वजन का कम होना, गर्भवती व स्तनपान कराने वाली महिलाओं में संक्रमण की स्थिति में पोषण, स्वास्थ्य व उचित आहार के लिए केन्द्रित प्रयास किए जाएँगे।

(ख) समुदाय-आधारित पद्धति द्वारा अति गंभीर एवं मध्यम गंभीर कुपोषण का प्रबंधन (पहचान व इलाज)

1. चिकित्सकीय जटिलता वाले अति गंभीर कुपोषित (SAM) बच्चों के शीघ्र चिन्हांकन एवं समय से संदर्भित किये जाने हेतु मानक प्रक्रियाओं का सुदृढ़ीकरण करना। गैर चिकित्सकीय जटिलता वाले SAM बच्चों के लिये समुदाय आधारित प्रबंधन का विस्तारीकरण।
2. मध्यम गंभीर कुपोषित (MAM) बच्चों के समुदाय आधारित प्रबंधन को विकसित एवं विस्तृत करना जिससे इन बच्चों को अति गंभीर कुपोषण (SAM) की श्रेणी में जाने से रोका जा सके।

3. आंगनवाड़ी के 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों और गर्भवती महिलाओं के विकास की निगरानी की प्रक्रिया को नियमित करना। साथ ही, विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा स्थापित बाल वृद्धि विकास मानकों का उपयोग कर 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों के वृद्धि विकास की निगरानी एवं प्रोत्साहन की प्रक्रिया का सर्वव्यापीकरण करना।
4. मध्यम एवं अति गम्भीर कुपोषित (MAM एवं SAM) बच्चों के प्रबंधन के लिए मैदानी कार्यकर्ताओं व समुदाय के इस्तेमाल के लिए सरल मानक कार्य प्रक्रियाओं (स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर- SOP) का विकास कर जारी करना।

8.1.4. वंचित एवं अतिसंवेदनशील आबादी की पोषण सुरक्षा

1. वंचित व एवं अतिसंवेदनशील आबादी के लिये प्रभावशाली पोषण देखभाल तथा सुरक्षा व्यवस्था की स्थापना कर (जिसमें पहुँच, गुणवत्ता व व्यापकता शामिल हो) ऐसे समूहों की देखभाल व पोषण की स्थिति को बेहतर बनाना। ऐसे समूहों में सामाजिक-आर्थिक व भौगोलिक आधारों पर असुरक्षित समूह, दिव्यांग व्यक्ति, एचआईवी संक्रमित व्यक्ति, लैंगिक भेदभाव के शिकार व्यक्ति, ट्रांस जेंडर, एकल मुखिया परिवार, अकेली महिलाएँ और पोषण की दृष्टि से असुरक्षित प्रवासी समूह शामिल हैं।
2. एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों को पोषण संबंधी सूचनाएँ, देखभाल व समर्थन मुहैया कराना और पोषण व एचआईवी/एड्स के बीच संबंध के विषय में जागरूक बना कर ऐसे व्यक्तियों में पोषण व गुणवत्तापूर्ण जीवन सुनिश्चित व प्रोत्साहित करना।
3. बाल विकास कार्यक्रमों में विशेष आवश्यकता वाले बच्चों पर विशेष ध्यान देना (इसमें विकासात्मक विलम्ब की शीघ्र पहचान) ताकि उनकी सुरक्षा, देखभाल व स्वास्थ्य सुनिश्चित किया जा सके। साथ ही, विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के ज्ञान व कौशल को बढ़ाना, उनको बाधा-रहित संवाद व भौतिक माहौल उपलब्ध कराना, और साथ ही शारीरिक, लैंगिक व यौन शोषण से बचाव के लिए उन्हें अपने अधिकारों के प्रति जागरूक बनाना।
4. प्रवासी परिवारों के बच्चों, किशोर बालिकाओं व बालकों, और प्रजनन आयुवर्ग की महिलाओं के लिए निर्बाध पोषण आहार, पोषण, स्वास्थ्य व शैक्षिक सेवाओं तक पहुँच व उनकी उपलब्धता सुनिश्चित करना।

8.1.5. प्राकृतिक आपदाओं व कोविड-19 संक्रमण में पोषण व देखरेख

1. आंगनवाड़ी सेवाओं और सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से आपातकाल में सभी प्रकार के कुपोषण, पोषण सम्बन्धी चुनौतियों की स्थितियों की, पहचान व उपचार एवं रोकथाम करना।
2. आपदाकालीन स्थिति - आपातकाल, अति प्रतिकूल मौसम, प्राकृतिक आपदाओं व सामाजिक संघर्षों की स्थितियों में पोषण व देखभाल सुनिश्चितता हेतु दिशानिर्देश बनाना।

8.1.6. राज्य का दृष्टिकोण

8.1.6.1. सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच सुनिश्चित करना

समुदाय-स्तरीय ज़मीनी कार्यकर्ताओं व समुदाय और सामुदायिक स्वास्थ्य व्यवस्था के बीच मज़बूत सहभागिता से किशोरों, माताओं व बच्चों की सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को सुदृढ़ करना।

8.1.6.2. बेहतर निगरानी से सेवाओं की गुणवत्तापूर्ण प्रदायगी व पहुँच

प्रशिक्षित पैरा-मेडिकल व मैदानी कार्यकर्ताओं के द्वारा सेवाओं की प्रदायगी को सुनिश्चित करना जिससे ग्रामीण-स्तर पर बेहतर निवारक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच लोगों तक हो सके। इसमें सभी आंगनवाड़ी केन्द्रों की नियमित निगरानी को सुनिश्चित किया जाएगा और प्रसव पूर्व व प्रसव पश्चात जाँच के लिए आंगनवाड़ी केन्द्रों में बुनियादी सुविधाओं के लिए लगातार हस्तक्षेप किया जाएगा। यह भी प्रयास किया जाएगा कि RMNCH+A सेवाएँ हर लाभार्थी तक पहुँचे।

8.1.6.3. आंगनवाड़ी केन्द्रों का सुदृढीकरण

नीति के अंतर्गत सभी आंगनवाड़ी केन्द्रों का ढाँचागत सुदृढीकरण कर बच्चों के अनुकूल, सुरक्षित, व आकर्षक बनाया जाएगा। इससे आंगनवाड़ी केन्द्रों में नई ऊर्जा का संचार कर उनको सभी समानांतर कार्यवाहियों का सक्रिय केन्द्र बनाया जाएगा। आंगनवाड़ी केन्द्र को पोषण संसाधन केन्द्र के रूप में विकसित किया जायेगा जिसके अंतर्गत पोषण-वाटिका, शिशु केन्द्र (crèche), ज्ञान का केन्द्र, परामर्श केन्द्र, वेलनेस केन्द्र, पोषण का कंवर्जेंस सेंटर, शिशु व बाल आहार आदतों को व्यवहार में लाना, स्थानीय तौर पर उपलब्ध खाद्य पदार्थों की जानकारी, देखभाल, स्वच्छता आदि के सूचना केन्द्र के रूप में फिर से परिभाषित किया जाएगा। इस तरह आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का क्षमता विकास व सशक्तिकरण करके उनको स्रोत व्यक्ति व सुविधाप्रदाता बनाना। नगरीय क्षेत्र के गन्दी बस्ती क्षेत्रों में आवश्यकता अनुसार स्वीकृत आंगनवाड़ी केन्द्रों का युक्तियुक्तकरण करना जिससे संवेदनशील क्षेत्रों में भारत सरकार के मापदंड अनुसार आंगनवाड़ी सेवाओं की प्रदायगी सुनिश्चित की जा सके।

8.1.6.4. मैदानी कार्यकर्ताओं की क्षमता वृद्धि

राज्य द्वारा क्षमता विकास कार्यक्रमों के माध्यम से अपने मैदानी अमले की क्षमता को सुदृढ करेगा (इसमें खाली पदों को भरना, अतिरिक्त मानव संसाधनों की जरूरत की पहचान करना, वेतन-भत्ते के नियमों की समीक्षा करना, प्रशासनिक प्रक्रियाओं का सरलीकरण और तकनीकी प्रशिक्षण शामिल हैं) ताकि सामुदायिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने की प्रक्रिया में ग्राम/नगरीय वार्ड-स्तरीय स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति के सदस्य व पंचायत एवं नगरीय निकाय के पदाधिकारी समुदाय का प्रतिनिधित्व एवं सहभागिता कर सके। मैदानी अमले के प्रयासों व कामकाज को मान्यता दी जाएगी और इस तरह उनको प्रेरित करके ग्राम-स्तर/नगरीय वार्ड पर कार्यवाहियों की योजना के निर्माण में भी शामिल किया जाएगा। समुदाय पर सकारात्मक प्रभाव डालने के लिए प्रभावशाली संचार रणनीतियों व उपकरणों के संबंध में ज़मीनी पदाधिकारियों की क्षमता का निर्माण किया जाएगा।

8.1.6.5. सामुदायिक स्वास्थ्य व्यवस्था और लोक स्वास्थ्य सुविधाओं के बीच समन्वय

एक संवेदनशील व्यवस्था सुनिश्चित करने के लिए इस नीति के अंतर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य व्यवस्था और लोक स्वास्थ्य सुविधाओं के बीच समन्वय स्थापित किया जाएगा। इससे पोषण स्वास्थ्य सेवाओं का प्रसार सुनिश्चित होगा। इन संरचनाओं को इस तरह से सशक्त बनाया जाएगा कि ये समानता के सिद्धान्तों के आधार पर अपने वितरण व निगरानी की योजना बना सकें (ताकि पहुँच से बाहर एवं वंचित समूहों तक पहुँच सकें) और साथ ही इसमें समुदाय की भागीदारी भी सुनिश्चित हो। इससे आंगनवाड़ी केन्द्रों व पंचायतों में ग्रामीण स्तर पर सामुदायिक स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए सेवा वितरण केन्द्र के रूप में काम करने की क्षमता का विकास होगा।

8.1.6.6. लोक स्वास्थ्य सुविधाओं के साथ कुशल जुड़ाव

समुदाय के किसी भी प्रकार के उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता एवं आवश्यक चिकित्सकीय सामान मांग को पूरा करने में लगने वाले समय को कम करने के उद्देश्य से सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली का लोक स्वास्थ्य सुविधाओं से क्रियाशील व कुशल जुड़ाव बनाया जाएगा।

8.1.6.7. प्रभावी और स्थाई सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली का विकास

जीवन के प्रारंभिक 1000 अनमोल दिवसों में पोषण व स्वास्थ्य के साथ-साथ प्रसव-पूर्व व प्रसव के बाद की सेवाओं का 100% कवरेज, महामारियों समेत अन्य स्वास्थ्य-संबंधी मुद्दों के साथ-साथ 90% टीकाकरण सुनिश्चित करने के लिए यह नीति विभिन्न स्तरों पर सतत सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली के विकास के लिए संरचनागत प्रयासों पर ध्यान केन्द्रित करेगी।

8.1.6.8. सामाजिक पूँजी का विकास व उसमें बढ़ोतरी

राज्य द्वारा सामाजिक पूँजी की पहचान एवं विकास के प्रयास करेगा जिसमें मातृ सहयोगिनी समिति, और समुदाय स्तर पर कार्यरत महिला स्व-सहायता समूह व शौर्य दल शामिल होंगे जिनको मौजूदा स्थानीय समूहों व निकायों, संयुक्त वन प्रबंधन समिति (JFMC), शाला प्रबंधन समिति (SMC) जैसी सतर्कता समितियाँ और स्व-सहायता समूहों से जोड़ा जाएगा ताकि पोषण के विभिन्न आयामों की समुदाय

को जानकारी प्राप्त हो एवं उनकी स्वीकार्यता में क्रमशः बढ़ोत्तरी कर उन्हें अपने व्यवहार व कार्य में शामिल कर सके। नीति में गर्म पके खाने में स्थानीय तौर पर उपलब्ध व विविध क्रिस्म के खाद्य पदार्थों को शामिल करने के लिए स्व-सहायता समूहों के क्षमता विकास पर बल दिया गया है साथ ही विकेंद्रित पूरक पोषाहार कार्यक्रम सेवाओं की सुचारू क्रियान्वयन पर बल दिया जाएगा ताकि उसकी गुणवत्ता, समयबद्ध वितरण, और समुदाय में उसकी स्वीकार्यता सुनिश्चित हो सके।

8.1.6.9. पोषण साक्षरता कार्यक्रमों का प्रसार

नीति का उद्देश्य पोषण संचार के माध्यम से पोषण साक्षरता सुनिश्चित करना है। खानपान व देखभाल के तौर-तरीकों को सुदृढ़ करने, और बच्चों के पालन-पोषण की आदतों और सामुदायिक स्वास्थ्य मान्यताओं/परम्पराओं को बेहतर बनाने के लिए यह नीति समुदाय स्तर पर व्यवहार में सतत बदलाव लाने पर बल देती है। इसलिए यह नीति स्थानीय मुद्दों, भाषा, परम्परागत मीडिया व लोकप्रिय गतिविधियों को मद्देनजर रखते हुए प्रभावशाली पोषण संचार योजनाओं के निर्माण की संभावना को बनाती है। यह नीति संचार योजनाओं के क्रियान्वयन में स्थानीय समुदायों की भागीदारी को प्रोत्साहित करेगी।

8.1.6.10. सामाजिक व्यवहार परिवर्तन संचार (Social Behaviour Change Communication) और सामुदायिक गतिशीलता

महिलाओं व बच्चों के समुचित पोषण के लिए नीति में सामाजिक-सांस्कृतिक मान्यताओं व सामाजिक व्यवहार में बदलाव के लिए संचार (SBCC) और समुदाय की गतिशीलता पर भी गहन चिंतन किया गया है। इससे पोषण संबंधी कार्यों, व्यवहारों व तौर-तरीकों में अपेक्षित बदलाव, स्व-प्रेरित होता है जिससे पोषण के स्तर पर प्रभाव पड़ता है। जीवन चक्र के मुख्य चरणों पर आधारित सामुदायिक आयोजन करना, बाल व शिशु पोषण, वृद्धि, जाँच व प्रोत्साहन के लिए परामर्श, बेहतर देखभाल की गतिविधियाँ जिसमें स्वच्छता और साफ-सफाई (Water Sanitation Hygiene - WASH), शिशु व बाल आहार पूर्ति/पोषण के तौर-तरीके, मनोवैज्ञानिक, किशोरियों, महिलाओं व बच्चों की देखभाल; कुपोषण निवारण हेतु समेकित पोषण प्रबंधन; बाल विवाह व कम उम्र में गर्भधारण की रोकथाम, 'पोषण चैम्पियन' का चयन की प्रक्रिया को व्यवहार में लाना; स्थानीय तौर पर उपलब्ध/विविध/कृषि व गैर-कृषि स्रोतों से आने वाले खाद्य पदार्थों को खानपान में शामिल करना; आयोडीन युक्त व डबल फोर्टीफाइड नमक का उपयोग जहाँ इनकी उपलब्धता सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमों में हो। इससे अच्छी पोषण आदतों की सुनिश्चिता होगी साथ ही, खानपान व पोषण संबंधी गलत सूचनाओं, धारणाओं व कुप्रथाओं पर रोक लगेगी। यह बाज़ार और खाद्य पदार्थों की कीमत को प्रभावित करेगा। इस दृष्टिकोण के माध्यम से समुदाय की गतिशीलता हेतु सहभागी शिक्षण पद्धति एवं सामुदायिक पोषण आवश्यकताओं का आंकलन पद्धति का उपयोग किया जायेगा।

8.1.6.11. तकनीक का इस्तेमाल

इस नीति में स्वास्थ्य एवं पोषण सेवाओं के क्रियान्वयन के लिए ग्रामीण व शहरी निकायों की निगरानी 'रियल टाइम' तकनीक के माध्यम से की जाएगी। मैदानी कार्यकर्ताओं की क्षमता वर्धन के लिए विशेष प्रयास किए जाएँगे ताकि निगरानी, जागरूकता व शिकायतों के निवारण के लिए निर्देशित तकनीक का उपयोग किया जायेगा।

8.1.6.12. संयुक्त राज्य-स्तरीय स्वास्थ्य सर्वे

पोषण के समग्र संकेतांक की महिला व बाल विकास विभाग और लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग द्वारा नियमित अंतराल पर संयुक्त सर्वे किया जायेगा।

8.2 पोषण-संवेदी हस्तक्षेप और उनका प्रभावी क्रियान्वयन

नीति में उल्लेखित पोषण संवेदी (Nutrition Sensitive) हस्तक्षेप कुपोषण के अंतर्निहित कारणों के निवारण के लिए बनाए गए कार्यक्रम हैं, जिसमें पोषण संबन्धित कार्यों और लक्ष्यों को समेकित करते हुए खाद्य सुरक्षा, बच्चों के लिए हर स्तर पर कुशल देखभाल की सेवाएं, परिवार और समुदाय सहित सभी स्तरों पर गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और सुरक्षित पेयजल और स्वच्छता व्यवहार शामिल हैं।

ये कार्यक्रम पोषण विशेष (Nutrition-specific) हस्तक्षेपों को और प्रभावी बनाने और कठिनाईयों को दूर करने में भी सहायक है। इस तरह पोषण संवेदी हस्तक्षेप, पोषण पर आधारित उन कार्यक्रमों को स्थिरता प्रदान करते हैं जिससे माताओं, शिशु एवं छोटे बच्चों को उनके सम्पूर्ण विकास के लिए एक उत्साहपूर्ण और प्रोत्साहित करने वाला वातावरण मिलता है।

पोषण संवेदी हस्तक्षेपों का चिन्हांकन कुपोषण के लिये उत्तरदायी सभी कारकों एवं विभिन्न घटकों जैसे - कृषि, शिक्षा, स्वच्छ पेयजल, स्वास्थ्य एवं स्वच्छता, आजीविका, सामाजिक सुरक्षा, पर्यावरणीय कारक, आनुवांशिक कारक, सामुदायिक बीमारियों और प्राकृतिक आपदाओं के प्रति संवेदनशीलता, राजनीतिक पहलू, परिवार, समाज, राजनीतिक और सामाजिक नेतृत्व, गैर सरकारी संगठनों और सरकार तथा अन्य हितधारकों की भागीदारी आदि के अन्तर्निहित संबंधों के आधार पर किया जाता है। इन घटकों एवं कुपोषण के सभी कारकों के अन्तर्सम्बन्धों को समझना कुपोषण प्रबंधन की बुनियादी रणनीति का आधार है। नीति के अंतर्गत, पोषण संवेदी कार्यक्रमों को प्रभावी ढंग से लागू करने के लिए राज्य प्रतिबद्ध है।

8.2.1. पोषण संवेदी कृषि के माध्यम से खाद्य सुरक्षा और विविधता में योगदान

पोषण संवेदी कृषि, खाद्य आवश्यकता एवं उपलब्धता आधारित कृषि का विकास है, जिसमें पोषण युक्त खाद्य पदार्थों, आहार विविधता एवं फ़ूड संवर्धन (Fortification) पर केन्द्रित कृषि अपनाया जाकर कुपोषण और सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी को दूर किया जाता है। गरीब परिवारों के जीवन एवं ग्रामीण क्षेत्रों में पोषण संबंधित उठाये गए कदमों में कृषि एक बेहद महत्वपूर्ण पोषण हस्तक्षेप है। कृषि की पोषण आधारित रणनीति को कुपोषण निवारण के उद्देश्य से अपनाया जाता है। नीति के अंतर्गत राज्य सरकार पोषण-संवेदी रणनीतियों को कृषि विकास नीतियों में एकीकृत करेगी और ध्येय वाक्य के रूप में "वही उगाएँ, जो खाना है; जो खाना है, वही उगाना है" को बढ़ावा देगी।

पोषण पर प्रभाव डालने वाले कृषि क्षेत्र सम्बंधित 6 मुख्य हस्तक्षेप:-

1. स्वयं के कृषि उत्पादन से खाद्य आवश्यकता की पूर्ति।
2. उत्पादित सामग्री की बिक्री से आय।
3. समुदाय में आपूर्ति और मांग में बदलाव से खाद्य की कीमतें पर प्रभाव और पोषक तत्वों की ग्राह्यता।
4. संसाधनों तक पहुंच और नियंत्रण में विस्तार के माध्यम से महिलाओं की सामाजिक स्थिति में सुधार और सशक्तिकरण।
5. कृषि में भागीदारी के माध्यम से महिलाओं का समय, जिससे उनके स्वयं एवं बच्चों के पोषण के लिए सकारात्मक या नकारात्मक प्रभाव की सम्भावना।
6. कृषि में संलग्नता के माध्यम से महिलाओं का स्वास्थ्य और पोषण, जिसके सकारात्मक या नकारात्मक दोनों प्रभाव हो सकते हैं, यह महिलाओं के विषाक्त तत्वों (कीटनाशक) के संपर्क में आने और खाद्य ऊर्जा का सेवन और उसके व्यय के बीच संतुलन पर निर्भर करेगा।

नीति अंतर्गत पोषण संवेदी कृषि को निम्नानुसार लागू किया जाएगा -

1. कृषि उत्पादन में वृद्धि के माध्यम से समुदाय हेतु भोजन की उपलब्धता, सामर्थ्य और पहुंच में वृद्धि करना जिससे स्वास्थ्य और आर्थिक स्थिति में सुधार लाये जाने का प्रयास।
2. कृषि के क्षेत्र में सतत उत्पादन प्रथाओं जैसे संरक्षण कृषि, जल प्रबंधन और एकीकृत कीट प्रबंधन, पारिवारिक कृषि, पोषण वाटिका और स्थानीय उपलब्ध परंपरागत खाद्य उत्पादन को बढ़ावा देना, जो स्थानीय स्तर पर व्यापक खाद्य विविधता उपलब्ध कराते हैं।
3. प्रमुख खाद्य फसलों का उत्पादन जैसे चावल, गेहूं, आलू आदि तथा गैर-प्रधान खाद्यान्न जैसे दालें, तिलहन (सरसों, तिल, सोयाबीन, मूंगफली, और कपास) फल, सब्जियां, मछली, मांस और डेयरी उत्पादों एवं मुर्गी पालन को प्रोत्साहित करना।
4. मोटे अनाज जो कि पोषक तत्वों का भंडार है उसके उत्पादन एवं उपयोग को प्रोत्साहित करना जिससे स्थानीय एवं परंपरागत खाद्य पद्धति विकसित होकर संस्थागत हो सके।
5. समुदाय को उचित दर पर अच्छी गुणवत्ता की खाद्य सामग्री की उपलब्धता सुनिश्चित करना जिससे उत्पादन में वृद्धि, जैव-विविधतापूर्ण पोषण युक्त भोजन का उपभोग प्रोत्साहित करने के लिए बाज़ार व्यवस्था से जुड़ी अधोसंरचना का विकास और खाद्य

आपूर्ति की व्यवस्था का प्रबंधन सुनिश्चित करना। फसल आने के बाद उत्पादन के व्यवस्थित भण्डारण की सुविधा स्थापित करने के लिए समुदाय को सशक्त बनाना और उनके बाजार से जुड़ाव को बेहतर करना।

6. फसल में पोषक तत्वों के स्तर को सुधारने के लिए शोधकर्ताओं, संस्थानों से लेकर संवर्धक, विक्रेताओं और ग्राहकों का नेटवर्क बनाना जिसमें गुणवत्ता को सुधारने के लिए ज़रूरी सभी विभिन्न प्रमुख भागीदार और हितधारक शामिल हों।
7. रासायनिक उर्वरकों और कीटनाशकों के अत्यधिक उपयोग को हतोत्साहित करना जिससे कृषि उत्पादन में रासायनिक अवशिष्ट का प्रभाव तय सीमा के भीतर रहे।
8. जैव विविधता वाले खाद्य पदार्थों और पोषक तत्वों के महत्व, उनकी रोग प्रतिरोधक क्षमता और स्वास्थ्य को बढ़ाने में उनकी भूमिका पर जागरूकता और पोषण संवेदी कृषि विकसित करने एवं प्रोत्साहित करने के लिए आधार तैयार करना।

8.2.2. पोषण संवेदी खाद्य पद्धति को प्रोत्साहन - जैव-विविधता संरक्षण एवं संवर्धन की सुनिश्चितता, पोषक खाद्यान्न का उपभोग

जैव विविधता का आंकलन करने से उन उपलब्ध प्रजातियों और किस्मों की पहचान करने में मदद मिलती है जिनका उपयोग करके कम लागत और स्थानीय स्तर पर स्वीकार्य तरीकों से कुपोषण का प्रबंधन किया जा सकता है। पोषण और पर्यावरणीय स्थिरता के संदर्भ में समुदाय, विशेष तौर पर आदिवासी समुदाय की पारम्परिक खाद्य सुरक्षा व्यवस्था के बारे में ज्ञान और जानकारी को इकट्ठा कर, उनका अध्ययन और उचित व्यवहारों को प्रोत्साहित करना। साथ ही खाद्य सुरक्षा के लक्ष्य को प्राप्त करने में आने वाली बाधाओं को दूर करना। स्वदेशी आनुवंशिक संसाधनों और भोजन के संरक्षण के लिए सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य दृष्टिकोण को अपनाना। किसानों को जैव संवर्धन (Bio-Fortification) पद्धति को एक समाधान के रूप में प्रदान करना जिससे वे सूक्ष्म पोषक तत्वों, बीजों के संरक्षण जैसे अन्य कृषि कार्यों को कर सके। यह नीति सुनिश्चित करेगी कि समुदाय का प्रत्येक सदस्य यह समझने और पहल करने में सक्षम हो कि **“क्या आप जानते हैं - कितना खाना है? और क्या खाना है?”**।

नीति पोषण के प्रति संवेदनशील जैव विविधता की सुरक्षा निम्नानुसार सुनिश्चित करेगी :-

1. समुदाय और स्थानीय लोगों को जैव-विविधता संरक्षित करने के लिए सामुदायिक स्तर पर सहायता प्रदान करना जैसे बीज बैंक, ग्राम बीज-मेले, छोटे उद्यमों (बीज उद्यमी) को सहायता, समुदाय के द्वारा प्राकृतिक संसाधनों का प्रबंधन करना, सूक्ष्म पोषक तत्वों से भरपूर स्थानीय वन उपज के उपयोग को बढ़ावा देना, सामुदायिक व्यवहार में स्थानीय उपलब्ध भोजन सामग्रियों को बढ़ावा देना, स्थानीय संसाधन पैदा करना और आदिवासी समुदायों को सशक्त बनाना।
2. विभिन्न प्रजातियों और उनकी कृषि किस्मों/प्रकार और नस्लों (जंगली और कम खाई जाने वाली प्रजातियाँ) की खाद्य संरचना, और पैदावार के आंकड़ों-तथ्यों का संग्रहण और विश्लेषण करना जिससे कि खाद्यान्नों में पोषक तत्वों की उपलब्धता का स्तर, कृषि संवर्धन और अनुसंधान में प्राथमिकता बने।
3. खाद्य प्रसंस्करण, पौध प्रजनन और मिट्टी की बेहतर उर्वरता पर ध्यान केंद्रित करते हुए जैव – संवर्धन के माध्यम से भोजन के पोषक तत्वों में बढ़ोतरी।
4. संवर्धित खाद्यान्न को सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमों (सार्वजनिक वितरण प्रणाली) के माध्यम से उपलब्ध एवं प्रोत्साहित करना, साथ ही वैज्ञानिक और व्यवहारिक अध्ययन के निष्कर्षों के आधार पर शासकीय नियमनों के अंतर्गत राष्ट्रीय मानकों के अनुसार स्थानीय या क्षेत्रीय खाद्य पदार्थों के संवर्धन को प्रोत्साहित करना।
5. जैव विविधता वाले पोषक खाद्य पदार्थों के उत्पादन और खपत में वृद्धि सुनिश्चित करना और विनियमित बाजार-आधारित दृष्टिकोण के रूप में लघु आपूर्ति श्रृंखला/श्रृंखलाओं का उपयोग करना।
6. पारिस्थितिकी के साथ सामंजस्य स्थापित करना (उत्पादन किए जाने वाले और अपने आप उत्पादित होने वाले खाद्य पदार्थों का सूचीकरण, वन में पाए जाने वाले खाद्य पदार्थों का प्रचार, मृगीपालन, मत्स्य पालन, समुदाय के अनुभवी और वरिष्ठ सदस्यों द्वारा ज्ञान साझा करना, जैव विविधता रजिस्टर तैयार करना आदि)।
7. पैदावार के साथ-साथ पोषक तत्वों (पोषक तत्व उत्पादकता) के आधार पर प्रजातियों और किस्मों के चयन और उत्पादन को बढ़ावा देना, जिससे स्थूल पोषक तत्व का स्तर बढ़ाया जा सके।

8. जैव विविधता की रक्षा के लिए जैव-विविधता रजिस्टर और प्रभावी निगरानी तंत्र विकसित करना और पारिस्थितिकी तंत्र के विघटन को रोकने के लिये व्यापक नीतियां तैयार कर लागू करना।
9. पोषण वाटिका, घरेलू मुर्गी पालन, पशुपालन और मत्स्य पालन को बढ़ावा देना तथा आहार की विविधता, गृह उपभोग, आय उपार्जन को बढ़ावा देने के लिए इसके स्वामित्व (जैसे मवेशी, चिकन और अन्य मुर्गी, बकरी और भेड़ जैसे छोटे जुगाली करने वाले) को सक्षम करना ताकि एकीकृत कृषि प्रणाली को बढ़ावा मिले। इस प्रकार यह पोषण आधारित कृषि प्रधान ग्राम (न्यूट्री/पोषण-स्मार्ट विलेज) विकसित करने में मदद करेगा।
10. उच्च पोषक तत्वों वाली मछलियों के पालन हेतु स्थायी एवं घर आधारित मत्स्य पालन को बढ़ावा देना।
11. अन्नपूर्णा पंचायत के अंतर्गत, सामुदायिक पोषण को ध्यान में रखकर स्थानीय स्तर पर मनाए जाने वाले उत्सव, सामुदायिक रसोई और व्यंजन दिवस पर स्थानीय रूप से उपलब्ध (विविध उगाई गई और खरीदी गई) खाद्य सामग्री को साझा कर खाद्य विविधता को बढ़ावा देना।

8.2.3. पोषण सुरक्षा के लिए आजीविका और आय सृजन कार्यक्रमों की सुनिश्चितता, मनरेगा एवं 'वन अधिकार अधिनियम' से आजीविका सुरक्षा और आय उपार्जन

समाज की आजीविका के साधनों में मुख्य रूप से कृषि, मछलीपालन, पशुपालन, दैनिक उपयोग की वस्तुएं जैसे पानी, चारा, खाने-पीने के सामान के साथ आसपास के क्षेत्र, जंगल से लकड़ी और औषधियाँ एकत्र करना, कृषि के साथ-साथ गैर-कृषि मजदूरी कार्य, शिल्प, आदि गतिविधियाँ शामिल हैं। उपरोक्त के अतिरिक्त ग्रामीण परिवार आजीविका की दृष्टि से मनरेगा एवं पलायन (अवसरों के अभाव में) पर निर्भर हैं। सामान्यतः वंचित परिवार अपनी खाद्य सुरक्षा के लिए भूमि के एक छोटे से टुकड़े पर खेती, बकरी पालन या अकुशल श्रमिक के रूप में शहरी क्षेत्र में पलायन करता है। इस प्रकार के परिवारों को आजीविका को बढ़ावा देना, न्यूनतम आय सुनिश्चित करना, क्रय शक्ति बढ़ाने और पोषण संबंधी आदतों में सुधार कर कुपोषण को कम करने में सक्षम बनाने के लिए महत्वपूर्ण हो जाता है।

नीति, आजीविका के अवसरों को निम्नानुसार प्रोत्साहित करेगी: -

1. प्रत्येक परिवार को विशेष रूप से कमजोर परिवार को सार्थक रोजगार सुनिश्चित करना जिसमें अति कुपोषित बच्चे के परिवार को कम से कम 200 दिन का रोजगार सुनिश्चित हो सके।
2. आजीविका सुरक्षित करने और उचित रणनीतियों पर बल देना। मनरेगा, राष्ट्रीय/राज्य ग्रामीण/शहरी आजीविका मिशन, वन अधिकार और प्राकृतिक संसाधनों वन उत्पादों, वन खाद्य पदार्थों, स्व-सहायता समूहों को मजबूत करना, मत्स्य पालन, मुर्गी पालन, बकरी पालन जैसे आजीविका विकल्पों के रूप में योजनाओं के साथ संबंध स्थापित करना।
3. ग्रामीण एवं शहरी परिवारों को आजीविका के अवसरों से जोड़ने हेतु ग्राम पंचायतों/नगरीय निकायों, शासन और सिविल सोसायटी संगठनों की पहल से समर्थकारी वातावरण बनाना।
4. ऐसे फसलों के साथ दूध और डेयरी उत्पादों को लक्षित करना जिनकी बाजार में अच्छी कीमत के साथ-साथ उनमें उच्च पोषक तत्व भी हैं, साथ ही पशु पालन एवं मत्स्य पालन, आदि को भी बढ़ावा देना।

8.2.4. महिला सशक्तिकरण हेतु लिंग संवेदी कार्यक्रम तैयार करना

महिला सशक्तिकरण से तात्पर्य है महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक, राजनैतिक और कानूनी क्षमता में मजबूती लाना जिससे वे सशक्त होकर अपने जीवन पर नियंत्रण प्राप्त कर सकें। यह लैंगिक समानता प्राप्त करने की अनिवार्य शर्त है, जो महिलाओं और पुरुषों को नागरिक और राजनीतिक जीवन में समान अधिकार और अवसर प्रदान करती है। खाद्य और कृषि क्षेत्र में, लैंगिक समानता ग्रामीण संस्थानों में निर्णयकर्ताओं के रूप में महिलाओं और पुरुषों की समान भागीदारी और उत्पादक विकास, संपत्ति, बेहतर रोजगार के अवसरों, कृषि विकास के लिए वस्तुओं और सेवाओं और बाजारों के लिए समान पहुंच को संदर्भित करती है।⁷

बच्चों एवं महिलाओं के पोषण स्थिति में सुधार में महिला सशक्तिकरण और पुरुषों की भागीदारी विशेष महत्व रखती है। संदर्भित शोध अनुसार महिलाओं को घरेलू कार्यों एवं निर्णय लेने के लिए सशक्त किया जाता है, तो परिवार की सेहत में सुधार होता है (Bennett, 1988)⁸। हालांकि, अक्सर ऐसा होता है कि सभी मुख्य निर्णय परिवार के पुरुष सदस्यों या शक्तिसंपन्न महिला द्वारा ही लिए जाते हैं।

महिलाएं उत्पादन और प्रजनन, दोनों ही भूमिकाएं निभाती हैं; इसलिए, बच्चे की देखभाल और कृषि उत्पादन दोनों ही भूमिकाओं का सावधानीपूर्वक परस्पर मूल्यांकन किया जाना जरूरी होगा। देखभाल, स्वास्थ्य और पोषण संबंधी स्थिति पर पड़ने वाले नकारात्मक प्रभावों से बचने के लिए समय, श्रम भूमिकाओं और श्रम की मांग का पुनर्मूल्यांकन किया जाना चाहिए, क्योंकि इसका यदि श्रम भूमिकाओं का सही तरह से मूल्यांकन नहीं होता है, तो इसका भार महिलाओं के ऊपर ही आन पड़ता है। महिलाओं के सशक्तिकरण से बेहतर पोषण के मार्ग में तीन परस्पर संबंधित घटक होते हैं: खाद्य और गैर-खाद्य व्यय के लिए महिलाओं की आय का उपयोग; महिलाओं की अपनी और अपने परिवार की देखभाल करने की क्षमता; और महिलाओं की ऊर्जा का व्यय⁹ महिला सशक्तिकरण और लैंगिक समानता दोनों कृषि, पोषण और स्वास्थ्य क्षेत्रों से जुड़े हुए महत्वपूर्ण सामाजिक-आर्थिक तत्व हैं।

नीति, कृषि और ग्रामीण/नगरीय विकास, खाद्य प्रणाली में लिंग-संवेदनशील हस्तक्षेप की योजना बनाने और कार्यान्वित करने का प्रयोजन निम्नानुसार करेगी:-

1. लैंगिक असमानता को पहचानना और उन्हें केंद्र में रखते हुए महिलाओं को सशक्त बनाना, लैंगिक समानता पोषण की स्थिति के बदलाव में योगदान देने वाला प्रमुख कारक है।
2. पोषण में लिंग समानता के महत्व को रेखांकित करते हुए उनकी ज्ञानवर्धन एवं क्षमता वृद्धि, परिवार संरचना, आजीविका, कृषि, लैंगिक समानता से जुड़े संदेश, लैंगिक भूमिकाओं पर संवाद और लैंगिक समानता लाने के लिए दक्षताओं को बढ़ाना जिससे स्वास्थ्य घटकों को प्रोत्साहन मिलेगा साथ ही महिला भी सशक्त होगी।
3. महिलाओं द्वारा उगाई जाने वाली फसलों पर ध्यान केंद्रित करना और महिलाओं की बाज़ार, तकनीकी ज्ञान, वित्तीय सेवाओं के साथ-साथ सूचना स्रोतों तक पहुँच को बढ़ाना।
4. महिलाओं के लिए आय-सृजन के अवसरों को बढ़ावा देना और उचित रोजगार के लिए उनकी समान पहुँच सुनिश्चित करना, साथ ही अर्जित आय पर नियंत्रण सुनिश्चित करने वाला वातावरण बनाना भी उतना ही महत्वपूर्ण है।
5. घरेलू काम का न्यायोचित बँटवारा हेतु परिवार के सभी सदस्यों विशेषकर पुरुष सदस्यों एवं परिवार में निर्णय में मुख्य भूमिका वाले पुरुष सदस्यों को प्रोत्साहित करना जिससे परिवार और समुदाय के निर्णय लेने में पुरुषों, महिलाओं, एकल महिलाओं, दिव्यांग सदस्यों, संवेदनशील समूहों को शामिल किया जा। यह भी आवश्यक है कि शिशुओं और छोटे बच्चों की देखरेख में महिलाओं और माताओं के साथ साथ पुरुष भी समान भूमिका निभाएं।
6. श्रम की बचत करने वाली प्रौद्योगिकियों और प्रथाओं, जल-स्रोत निर्माण और पुनर्वास को अपनाना एवं बढ़ावा देना जिससे महिलाओं के काम का बोझ कम हो और उन्हें बच्चे की देखभाल, भोजन की तैयारी, स्वयं के स्वास्थ्य और आराम के लिए समय मिल सके।
7. विविधतापूर्ण पोषण युक्त समृद्ध भोजन तक पहुँच, समान आजीविका के अवसर प्रदान करने के लिए और पोषण वाटिका के उत्पादों की खपत और बिक्री को बढ़ाकर क्रय शक्तियां बढ़ाने के लिए ऐसी रणनीतियां बनाना जो पुरुष और महिलाएं दोनों के लिए अनुकूल हो।
8. महिलाओं की सामाजिक, राजनीतिक और आर्थिक भलाई में भागीदारी और निर्णय लेने के लिए समान पहुँच और पुरुषों और महिलाओं दोनों की सक्रिय भागीदारी के माध्यम से सामाजिक व्यवहार और सामुदायिक प्रथाओं को बदलकर पोषण और स्वास्थ्य देखभाल की नई व्यवस्था का निर्माण करना।

8.2.5. सामाजिक संरक्षण और सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमों पर सकारात्मक ज़ोर

"सामाजिक सुरक्षा में वे प्रयास समाहित हैं, जिनमें गरीबों को नकद या सेवाओं या अन्य रूपों में सहायता प्रदान की जाती है, जिससे संवेदनशील समूह परिवारों की जोखिमों और विपरीत परिस्थितियों से सुरक्षा की जा सके। इससे गरीबी और आर्थिक और सामाजिक असमानता को कम करने के समग्र लक्ष्य के साथ - सामाजिक स्थिति में सुधार और अधिकारों तक पहुँच में वृद्धि होती है।" (SOFA-2015)। सामाजिक सुरक्षा तंत्र और सामाजिक सुरक्षा योजनाएं, कुपोषण के सामाजिक और आर्थिक निर्धारकों को संबोधित करने में मदद करती हैं और इनके आधार पर की गयी पहल पोषण संबंधी स्थिति में सुधार लाती है। इसके अतिरिक्त, सामाजिक सुरक्षा योजनाओं के लाभ पाने वाले परिवारों में पौष्टिक आहार के उपभोग में वृद्धि होती है जिससे उन्हें जीवन में गरिमामय पोषण और स्वास्थ्य तथा परिसंपत्तियों के रखरखाव एवं आधार को बनाए रखने में सहयोग प्राप्त होता है।

लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली - राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम, 2013 के तहत खाद्य, नागरिक आपूर्ति और उपभोक्ता संरक्षण विभाग द्वारा संचालित लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली (Targeted Public Distribution System – TPDS) अंतर्गत पारिवारिक की खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने और महिलाओं और बच्चों के बीच कुपोषण की चुनौती से निपटने में महत्वपूर्ण भूमिका है।

नीति सामाजिक सुरक्षा तंत्र का क्रियान्वयन निम्नानुसार करेगी -

1. गरम पका भोजन (HCM) और मध्याह्न भोजन (MDM) में डबल फोर्टिफाइड (आयोडीन एवं आयरन) नमक, और स्थानीय रूप से उपलब्ध खाद्य सामग्री का उपयोग करके स्वच्छ परिस्थितियों में तैयार कर समय से वितरण किया जाकर बच्चों की उपस्थिति को सुनिश्चित करना।
2. गरम पका भोजन एवं मध्याह्न भोजन में स्थानीय खाद्य सामग्री (स्थानीय रूप से उगाई जाने वाली या पाई जाने वाली) में उपयोग किये जाने हेतु स्थानीय निकायों (ग्रामीण/शहरी) को जागरूक करना।
3. गरम पका भोजन एवं मध्याह्न भोजन तैयार करने हेतु स्थानीय सामग्रियों के क्रय को बढ़ावा देने से स्थानीय उपभोक्ताओं, समुदाय और उत्पादकों के पोषण में सुधार और क्रय शक्ति को बढ़ावा मिलेगा।
4. पोषण की गुणवत्ता को प्रभावित किये बिना खाद्य सामग्री को स्थानीय बाज़ार से लाने में सहायता सुनिश्चित करना।
5. भोजन का अधिकार एवं स्वास्थ्य का अधिकार अधिनियम में उल्लेखित प्रावधानों को प्राप्त करने हेतु पर्याप्त सामाजिक सुरक्षा प्रणालियों को सुनिश्चित करना।
6. राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 के प्रावधानों को सुनिश्चित करने के लिए खाद्य, नागरिक आपूर्ति और उपभोक्ता संरक्षण विभाग के साथ समन्वय कर कुपोषण और एनीमिया से पीड़ित परिवारों की खाद्य असुरक्षा को दूर करने के लिए पहल करना।
7. आंगनवाड़ी सेवा अंतर्गत पूरक पोषण आहार कार्यक्रम के लिए खाद्यान्न की आपूर्ति लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली के माध्यम से की जाती है, अतः यह सुनिश्चित किया जाएगा कि समन्वय में सुधार करके पूरक पोषण कार्यक्रम के संचालन में आने वाली बाधाओं को सामूहिक रूप से दूर किया जाए।
8. सार्वजनिक वितरण प्रणाली के हितग्राहियों को जागरूक करना जिससे वे इस प्रणाली का लाभ प्राप्त कर सकें।
9. सार्वजनिक वितरण प्रणाली के लाभार्थियों को इस प्रणाली से मिलने वाले अधिकारों, पात्रता, भ्रष्टाचार, निवारण तंत्र आदि की जानकारी देना।

8.2.6. स्कूलों में स्वास्थ्य, पोषण एवं पोषण शिक्षा को बढ़ावा देना

स्कूल में भोजन और पोषण से सम्बंधित गतिविधियों से स्कूल जाने वाले बच्चों की पोषण स्थिति को सुधारने में मदद मिलती है इसमें पौष्टिक भोजन, पोषण शिक्षा, स्कूल आधारित बागवानी/पोषण वाटिका, जैसे कई घटक शामिल हैं - जो पोषण और स्वास्थ्य स्तर के सुधार में सहायक है। स्कूली बच्चों के भोजन और पोषण संबंधी वर्तमान की जरूरतों को पूरा करने से स्वास्थ्य और पोषण में सुधार का उनके भविष्य में व्यापक प्रभाव के दृष्टिगत पहल करने की बहुत बड़ी जरूरत है।

नीति का उद्देश्य जीवन काल के लिए भोजन की स्वस्थ आदतों को विकसित कर स्थापित करना है ताकि बच्चों, उनके परिवारों और स्कूल से जुड़े घटकों में बच्चों के माध्यम से पोषण युक्त स्वास्थ्य भोजन पद्धति का विकास हो सके।

1. स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बढ़ावा देना, जिसमें बेहतर स्वास्थ्य और पोषण के लिए सकारात्मक व्यवहारों की प्रारंभिक और सहायक शिक्षण देना।
2. मध्याह्न भोजन (गर्म पका भोजन, नाश्ता, टेक-होम राशन आदि) में विविध प्रकार के खाद्य पदार्थ, स्थानीय खाद्यान्न का उपयोग करना जो पौष्टिक एवं पारंपरिक व्यवहार के अनुरूप हों।
3. स्कूल भोजन के लिए स्थानीय खरीद को व्यवस्थागत रूप देने के लिए (जैसे कि समुदाय में ही उगाई गयी खाद्य सामग्री से बनाया गया भोजन) स्थानीय किसानों के साथ संबंध स्थापित करने, मांगों को बढ़ाने, आय बढ़ाने, उनके सामाजिक और मौद्रिक समावेश को प्रोत्साहित करने और गरीबी उन्मूलन करने के ज्यादा प्रयास जैसे कदम उठाए जायेंगे।
4. स्कूल में व्यावहारिक और क्रियाशील गतिविधियों जैसे कि स्कूल में बागवानी/पोषण बगीचा लगाना और व्यापक एवं सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त स्वास्थ्य जागरूकता कार्यक्रम शुरू करना जरूरी होगा, जिसमें बच्चे हाथ धोना, व्यक्तिगत स्वच्छता, खाद्य सुरक्षा, उत्पादन की प्रक्रिया और शारीरिक गतिविधि सीख सकें।

8.2.7. स्वच्छ पेयजल एवं स्वच्छता की सुनिश्चितता

‘सतत विकास लक्ष्यों (SDG) द्वारा लक्ष्य प्राप्ति के मानकों अंतर्गत ‘समग्र स्वच्छ पेयजल आपूर्ति व्यवस्था और स्वच्छता’ को शामिल करते हुए इसे और सुदृढ़ बनाया है। उपरोक्त अवधारणा अंतर्गत ‘गुणवत्तापूर्ण, समतामूलक और स्थायी सेवाओं तक पहुँच’ के अतिरिक्त किये गये परिवर्तन से उक्त कार्यक्रम में महत्वपूर्ण सुधारात्मक बदलाव आयेगा जिससे बच्चों के स्वास्थ्य व पोषण स्थिति पर स्वच्छ पेयजल एवं स्वच्छता- सफाई (WASH) सेवाओं से होने वाले लाभ में वृद्धि होगी। स्वच्छता में कमी एवं साफ़-सफाई के अभाव के कारण बच्चों में संक्रामक बीमारियाँ होने की संभावना बढ़ जाती है जिससे जो उनके वृद्धि और विकास में अवरोध उत्पन्न करता है।

अतः नीति में अन्य पोषक हस्तक्षेपों के साथ समग्र स्वच्छ पेयजल आपूर्ति व्यवस्था और स्वच्छता’ साफ़-सफाई और स्वच्छता के व्यवहारों को निम्नानुसार बढ़ाने पर बल दिया गया है-

1. पांच वर्ष से कम आयु वर्ग के बच्चों वाले परिवारों की उन्नत जल स्रोत और उन्नत स्वच्छता सुविधाओं तक पहुँच की सुनिश्चितता को प्रोत्साहित करना।
2. आँगनवाड़ी, उप स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र एवं अन्य स्वास्थ्य संस्थानों में सुरक्षित स्वच्छ पेयजल एवं स्वच्छता सुविधाओं की उपलब्धता में सुधार लाना।
3. घरों में शौचालय निर्माण हेतु सामुदायिक गतिशीलता या समुदाय स्तर पर छोटे आकर का सामुदायिक जल वितरण प्रणाली बनाना जो खुले में शौच मुक्त एवं स्वच्छ भारत मिशन हेतु सहायक हो।
4. मैदानी कार्यकर्ताओं का पोषण संवेदी सकारात्मक WASH व्यवहार व आचरण, पेयजल, स्वास्थ्य व स्वच्छता पर प्रशिक्षण एवं क्षमता संवर्धन।
5. ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों में स्वच्छ पेयजल के निगरानी प्रणाली में समुदायों की सहभागिता के स्तर को बढ़ाना एवं अभिभावकों को बच्चों व पशुओं के मल का सुरक्षित निपटान, घर पर साफ़-सफाई व स्वच्छता के विषय पर व्यवहार परिवर्तन संचार एवं परामर्श देना।
6. ‘शिशु एवं बाल केन्द्रित WASH’ अंतर्गत बच्चों के भोजन से सम्बंधित साफ़-सफाई, खेल-कूद हेतु स्वच्छ वातावरण, पशुओं एवं बच्चों के मल का सुरक्षित निपटान एवं आँगनवाड़ी केंद्र स्तर पर बच्चों के हाथ धोने के उचित प्रबंधन आदि सम्मिलित है।

8.3 पोषण सरकार : सुपोषित मध्यप्रदेश के लिए सुशासित पोषण

राज्य विभिन्न स्तरों पर पोषण कार्यक्रमों के सुशासन को सर्वोच्च प्राथमिकता देता है। यह उन बहु-क्षेत्रीय कारकों के निराकरण की कुंजी है जिनकी सामूहिक नियोजन और सतत निगरानी आवश्यक है जिससे समुचित प्रसार, निरंतरता, गहनता, पारदर्शिता, जवाबदेही के साथ गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सके। इसके अतिरिक्त, इसके लिए समुचित संगठनात्मक ढांचा और विभिन्न हितधारकों, क्षेत्रों व सरकार के बीच परिणाम प्रतिक्रियात्मक समन्वय भी जरूरी है। पोषण सरकार के माध्यम से सुपोषित मध्यप्रदेश के लिये बहु-स्तरीय पर्यवेक्षण एवं मूल्यांकन प्रक्रिया को पोषण सरकार की अवधारणा में शामिल किया गया है।

पोषण सुशासन हेतु पोषण सरकार का स्वरूप निम्नानुसार होगा:-

1. स्थानीय संस्थाओं (पंचायती राज व नगरीय निकाय) सहित विभिन्न समितियों जैसे ग्रामीण स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति, स्कूल प्रबंधन समिति, संयुक्त वन प्रबंधन समिति, मातृ सहयोगिनी समिति आदि को शामिल करते हुए नियोजन, अनुश्रवण व शिकायत निवारण हेतु प्रभावी तंत्र की स्थापना करना।
2. पोषण व स्वास्थ्य सेवाओं का सामुदायिक प्रबंधन - अनौपचारिक समूहों जैसे शौर्या दल, युवाओं, किशोरवय व महिलाओं के समूहों, स्व-सहायता समूहों व समुदाय में प्रभाव रखने वाले व्यक्तियों आदि की सहायता से सामुदायिक स्वामित्व की भावना का विकास करना।
3. औपचारिक व अनौपचारिक समूहों के कार्यों की परिणाम-आधारित समीक्षा और उन्हें प्रोत्साहित करना।

पोषण सरकार विभिन्न कार्यक्रमों और दृष्टिकोणों, प्राथमिकता सूचियों, ऐसी गतिविधियों जिनकी उपयोगिता प्रमाणित हो चुकी हो और बहु-क्षेत्रीय पहलों को महत्व देती है ताकि स्थानीय संस्थाओं के सहयोग से पोषण को प्रभावित करने वाले कारकों जैसे कृषि, स्वास्थ्य, जल व साफ़-सफाई आदि के साथ-साथ पोषण के आधारभूत निर्धारकों (गरीबी, खाद्य सुरक्षा, सामाजिक समावेशिता और स्वास्थ्य सुविधाओं व शुद्ध पेयजल जैसे संसाधनों तक पहुँच आदि) के सन्दर्भ में भी यथोचित कदम उठाए जा सकें।

स्थानीय संस्थाएं (ग्रामीण व नगरीय) मानव विकास सूचकांक के प्रगति सूचकों की बेहतरी के लिए काफी हद तक उत्तरदायी होती हैं। परन्तु अपनी साधन-संपन्नता व समुदाय में स्वीकार्यता के बावजूद उन्हें समुचित महत्व नहीं मिला है। पोषण सरकार के विभिन्न आयामों के लिए इनका एक कड़ी के रूप में उपयोग किया जाना वांछित है।

नीति की संकल्पना है कि सामुदायिक स्तर पर पोषण सरकार को मजबूती दी जाय। सामुदायिक स्वामित्व की भावना का विकास करने के लिए सामाजिक पूँजी की पहचान कर उसे सामर्थ्यवान बनाना, स्थानीय स्तर पर उपलब्ध संसाधनों की मैपिंग करना, उपयुक्त वातावरण का निर्माण करना, सामुदायिक पर्यवेक्षण, सोशल ऑडिट आदि सुनिश्चित करना। साथ ही स्थानीय निकायों एवं सतर्कता समितियों को मजबूत बनाकर और उन्हें सक्रिय कर बच्चों, महिलाओं और समुदाय से सम्बंधित पोषण व स्वास्थ्य समस्याओं को उठाने में उनकी सहभागिता सुनिश्चित की जाना आवश्यक है। इस दृष्टिकोण में सम्मिलित है:-

8.3.1. सामाजिक पूँजी का मानचित्रिकरण (विद्यमान समूहों की पहचान)

ग्राम स्तर पर विद्यमान समूहों जैसे ग्रामसभा, ग्रामीण स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति, स्वसहायता समूह / समुदाय आधारित संगठन, शौर्या दल, सहयोगिनी मातृ समिति, सतर्कता समिति, संयुक्त वन प्रबंधन समिति, स्कूल प्रबंधन समिति आदि की सामाजिक पूँजी के रूप में मैपिंग और चिन्हांकन करना।

8.3.2. सामाजिक समूहों और सदस्यों का क्षमतावर्धन

चिन्हित सामाजिक समूहों को पोषण से जुड़े विशिष्ट व संवेदनशील मुद्दों के प्रति जागरूक करना और ऐसे कार्यक्रमों व दृष्टिकोणों को सक्रिय करना जो प्रत्यक्ष अथवा परोक्ष रूप से पोषण से सम्बद्ध हैं। इनमें कृषि, उद्यानिकी, मनरेगा, राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम, वन अधिकार अधिनियम, सामाजिक सुरक्षा तंत्र, प्रारंभिक बाल विकास (IYCN एवं समुचित वृद्धि निगरानी की सुनिश्चितता), मातृ मानसिक स्वास्थ्य, किशोरों व महिलाओं का सशक्तिकरण, सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता एवं स्वास्थ्य शामिल है।

8.3.3. स्थानीय स्रोतों के श्रेष्ठतम उपयोग के लिए उनकी मैपिंग और नियोजन

ऐसी साक्ष्य आधारित गतिविधियों को प्रोत्साहित करना, जिनकी उपयोगिता प्रमाणित हो और जिनका फोकस ऐसे क्षेत्रों (कृषि, स्वास्थ्य, सामाजिक सुरक्षा, छोटे बच्चों का विकास, शिक्षा, जल व साफ़-सफाई) पर हो जहाँ पोषण से सम्बंधित कार्यों की ट्रैकिंग की जा सके।

8.3.4. सामाजिक पूँजी का रचनात्मक प्रयोग

सामाजिक पूँजी का उपयोग कर मुद्दों को चिन्हित करना, संसाधन जुटाना और उनका श्रेष्ठतम और प्रभावकारी उपयोग सुनिश्चित करना व कुपोषण से जुड़ी सामाजिक और सांस्कृतिक व्यवहारिक समस्याओं के निवारण में समुदाय की भागीदारी को प्रोत्साहित करना।

8.3.5. प्रोत्साहन देने वाला वातावरण

स्थानीय संस्थाओं के सहयोग से ग्राम स्वास्थ्य व पोषण कार्ययोजना तैयार कर स्वास्थ्य एवं पोषण सेवाओं में सुधार करना जैसे - प्रसव पूर्व देखभाल, टीकाकरण, पूरक पोषण आहार, बच्चों के वृद्धि विकास की निगरानी और गंभीर कुपोषण (SAM एवं MAM) के समुदाय-आधारित प्रबंधन के लिए उपयुक्त वातावरण का निर्माण करना आदि। इससे स्वास्थ्य व पोषण सेवाओं और अन्य सम्बद्ध सेवाओं और योजनाओं का सामुदाय आधारित प्रबंधन सुनिश्चित हो सकेगा। नगरीय निकाय एवं पंचायती राज संस्थाओं तथा अन्य समूहों को सक्षम बनाना ताकि सभी सम्बद्ध योजनाओं का समन्वय एवं अभिसरण सुनिश्चित हो सके और समुदाय को पोषण से जुड़े विषयों जैसे सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता, लैंगिक मुद्दों, कृषि आजीविका आदि के प्रति संवेदनशील बनाया जा सके।

परिणाम-आधारित नियोजन व समीक्षा सुनिश्चित करने के लिए पोषण व पोषण को प्रभावित करने वाले हस्तक्षेपों एवं कार्यक्रमों से सम्बंधित तथ्यों की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए पोषण एवं सम्बद्ध योजनायें की प्रबंधन सूचना प्रणाली (MIS) विकसित करने का प्रयास किया जायेगा। पोषण सरकार द्वारा किये गए अच्छे प्रयासों में पंचायत और नगरीय वार्ड स्तर पर पोषण स्थिति की विवरणिका (Nutrition Profile) तैयार करना, पोषण संकेतकों से सम्बंधित आंकड़े और सूचनाएं सामुदायिक समूहों और पंचायती राज संस्थाओं के साथ साझा कर उन पर चर्चा करना आदि शामिल है।

8.3.6. स्थानीय स्व-शासन का स्वरूप एवं भूमिका (नगरीय निकाय /पंचायती राज संस्था)

समुदाय-आधारित सर्वेक्षण सुनिश्चित करने के लिए पंचायती राज संस्थाओं और सामुदायिक स्तर पर कार्यरत सामुदायिक ढांचों / समितियों को उपयुक्त संसाधन उपलब्ध करवाकर समुदायों को उसके कल्याण से सम्बंधित मामलों के निराकरण में स्वयं की भागीदारी के लिए सशक्त किया जायेगा। पंचायती राज संस्थाएं और नगरीय निकायों के प्रतिनिधि ग्राम सभा / मोहल्ला समिति के माध्यम से सुपोषित मध्यप्रदेश की संकल्पना साकार करने में महत्वपूर्ण और सक्रिय भूमिका का निर्वहन कर सकते हैं। वे यह सुनिश्चित कर सकते हैं कि महिलाएं और बच्चे, अपने विकास के लिए अधिकतम अवसरों का उपयोग करें और सम्बंधित योजनाओं आदि तक पहुंच बनाये। नगरीय निकाय / पंचायती राज संस्थाओं की निम्न भूमिका सुनिश्चित की जा सकती है:-

1. क्रियाशील अन्नपूर्णा पंचायत/ अन्नपूर्णा वार्ड (शहरी क्षेत्र) का विकास करना जो सहभागी पोषण के सिद्धांत के अनुरूप संवेदनशील एवं कमजोर परिवारों की उपयुक्त देखभाल कर सकें और इसके लिए समुदाय की सहायता से पंचायत/नगरीय निकाय स्तर पर उपलब्ध सभी संसाधनों का उपयोग कर सकें। इस नीति से पंचायतों/नगरीय निकायों के जन प्रतिनिधियों को ग्राम/शहरी वार्ड स्तर पर इस तरह की पहल करने और कदम उठाने के लिए प्रोत्साहित कर मान्यता दी जावेगी जिससे वे अपने नेतृत्व में इस नीति को सफलतापूर्वक लागू करवाते हुए 'पोषण सरकार' की अवधारणा को मूर्त रूप दे सकें।
2. आंगनवाड़ी केन्द्रों, मध्याह्न भोजन, स्कूलों, सार्वजनिक वितरण प्रणाली, स्वास्थ्य, सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता, कृषि, औद्योगिकी, डेयरी, मत्स्य पालन आदि क्षेत्रों के मैदानी स्तर के कार्यकर्ताओं को पोषण सरकार संबंधी बैठकों में आमंत्रित करना।
3. सभी समूहों (औपचारिक व अनौपचारिक) को एक मंच पर लाने के लिए पंचायत समिति/वार्ड कार्यालय में शासन द्वारा निर्धारित तिथियों पर नियमित रूप से बैठकें आयोजित करना।
4. यह सुनिश्चित करना कि ग्राम पंचायतें अपने एजेन्डे में स्वास्थ्य व पोषण से जुड़े मुद्दों को शामिल करें और उन्हें प्राथमिकता दें जिससे महिलाओं और बच्चों में कुपोषण, खून की कमी एवं संचारी बीमारियों से संबंधित समस्याओं से निपटा जा सके।
5. गांवों में सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता, आंगनवाड़ी, उचित मूल्य की दुकानों, स्कूल भवनों का संधारण, स्वास्थ्य केन्द्र व लैंगिक मुद्दों आदि एजेन्डे के अनुसार नियमित समीक्षा / आंकलन।

8.3.7. सोशल आडिट/सामाजिक संपरीक्षा

राज्य, सोशल आडिट तंत्र को संस्थागत स्वरूप देने पर जोर देता है जिससे पारदर्शिता और जवाबदेही सुनिश्चित की जा सके। सोशल आडिट किसी भी संस्था के सामाजिक और नीतिपरक कार्य निष्पादन को मापने, समझने, उसे प्रतिवेदित करने और अंततः उसमें सुधार लाने का एक तरीका है। इससे दृष्टिकोण, लक्ष्य और और क्रियान्वयन के बीच के अंतर को कम करने में मदद मिलती है।

राज्य पोषण कार्यक्रमों की समीक्षा और उनके मान्यकरण के लिए व्यापक समुदाय केन्द्रित प्रक्रिया अपनाएगा जिसमें सामुदायिक समूहों को शामिल किया जाएगा। तत्पश्चात पोषण व स्वास्थ्य पर पोषण सभा व जनसुनवाई आयोजित की जाएगी। संबंधित योजनाओं का कार्यान्वयन करने वाले सभी विभागों के लिए यह प्रक्रिया अपनाना आवश्यक होगा ताकि मैदानी स्तर पर जवाबदेही सुनिश्चित की जा सके। पोषण से संबंधित विशिष्ट व संवेदनशील मुद्दों और पोषण सरकार का विस्तृत मैट्रिक्स परिशिष्ट 4 में दिया गया है।

8.4 आदिवासी क्षेत्रों में पोषण सुरक्षा सुनिश्चित करना

मध्यप्रदेश की 20.3 प्रतिशत आबादी आदिवासी समुदायों की है जो देश के सभी राज्यों से अधिक है एवं प्रदेश में इस समुदाय में कुपोषण का स्तर अधिक है। आदिवासी महिलाओं व बच्चों की पोषण सहित विभिन्न सेवाओं से वंचित होने की अधिक संभावना रहती है। आदिवासी मामलों के मंत्रालय¹⁰ के अनुसार पिछले दशक में आदिवासी समुदायों द्वारा पूर्व की तुलना में भोजन और विभिन्न पोषक तत्वों की ग्राह्यता में कमी हुई है। प्रदेश की आदिवासी आबादी में कुपोषण एक बड़ी चुनौती है। अन्य समुदायों की तुलना में आदिवासी समुदाय के बच्चों में कम वजन की श्रेणी में होने की संभावना डेढ़ गुना अधिक है।

आदिवासी समुदायों के स्वास्थ्य पर सीधा प्रतिकूल प्रभाव परिलक्षित हुआ है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-4 (NFHS-4) के अनुसार, अनुसूचित जातियों और अनुसूचित जनजातियों में हर प्रकार के कुपोषण का स्तर अन्य समुदायों की तुलना में अधिक है। NFHS -4 के अनुसार आदिवासी समुदायों में पांच वर्ष तक की आयु वर्ग के बच्चे 51.5 प्रतिशत कम वजन की श्रेणी में अनुमानित है जो कि प्रदेश में 42.8 और देश में 35.8 है। इसी प्रकार, आदिवासी समुदायों में पांच वर्ष तक की आयुवर्ग के बच्चों में ठिगनापन (आयु के अनुपात में कम लम्बाई/ऊँचाई) और दुबलापन (लम्बाई/ऊँचाई के अनुपात में कम वजन) वाले बच्चों का प्रतिशत क्रमशः 42.8 व 30.2 है जबकि प्रदेश में 42 प्रतिशत बच्चों में ठिगनापन और 25.8 प्रतिशत दुबलापन हैं। इससे स्पष्ट है कि यदि आदिवासी समुदायों के पोषण के स्तर में सुधार हेतु यदि सघन प्रयास किए जाने से प्रदेश की पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति सुधार परिलक्षित होगा।

राज्य के आदिवासी समुदाय तीन प्रकार की समस्याओं का सामना कर रहे हैं - कुपोषण, संचारी बीमारियों में बढ़ोत्तरी एवं मानसिक बीमारियाँ जो पर्यावरणीय संकट व बदलती जीवनशैली के कारण भी है। इसके अतिरिक्त वे अन्य कई कारक जो सामाजिक-आर्थिक स्थिति के विभिन्न निर्धारकों विशेषकर शिक्षा, आय, आवास, संचार सुविधाओं, स्वच्छ पेयजल व स्वच्छता के विषयों में भी वे काफी पीछे हैं। अतः आदिवासियों, विशेषकर उनके कमजोर वर्गों, में कुपोषण की समस्या से निवारण के लिए उनकी आवश्यकता अनुसार समुदाय के सहयोग से सार्वजनिक स्वास्थ्य व पोषण सेवाओं को सुदृढ़ करने एवं उनके पुनर्गठन को सर्वोच्च प्राथमिकता दिए जाने की आवश्यकता है।

नीति अंतर्गत आदिवासी समुदायों की वन्चिताओं को दूर करने के लिए विशिष्ट क्षेत्रों के लिए अलग-अलग योजनाएं बनाई जाएंगी। इनके क्रियान्वयन में समुदाय की सहभागिता एवं बेहतर सेवा प्रदायगी करते हुए स्थानीय आदिवासी समुदायों (गोंड, बैगा, भील आदि) के भोजन के संबंध में पारंपरिक ज्ञान को पोषण जागरूकता, स्थानीय भोजन और आदिवासी विरासत से जोड़ना होगा।

नीति आदिवासी क्षेत्रों में कुपोषण की समस्या से निपटने के लिए और पोषण संबंधी विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए निम्नानुसार रणनीतियां अपनाएंगी:-

1. पंचायत राज (अनुसूचित क्षेत्रों पर विस्तार) अधिनियम 1996 (PESA) के कानूनी प्रावधानों के अनुसार पोषण का स्तर बेहतर करने हेतु ऐसे कदम उठाने के प्रति प्रतिबद्ध है जो आदिवासी समुदायों को उनकी पारंपरिक व प्रथागत प्रणालियों को संरक्षित रखने के लिए सक्षम बनाने पर केन्द्रित होगा।
2. आदिवासी समुदायों के पारंपरिक और मूल ज्ञान को सम्मिलित करते हुए ऐसी नीतियों का विकास करना जिससे समुदाय अपने निर्णय स्वयं लेने और अपनी पसंद का विकल्प चुनने के लिए सशक्त कर पोषण साक्षर बनाना, साथ ही महिलाओं और बच्चों की भोजन व पोषण से संबंधित ज्ञान तक पहुंच बढ़ायी जा सके।
3. यह सुनिश्चित करना कि लक्षित समुदायों में जागरूकता का स्तर बढ़ाने के लिए खाद्य विविधता और पोषण से संबंधित जो जानकारीयां प्रसारित व प्रचारित की जाएं उनके मूल में स्थानीय ज्ञान हो।
4. यह सुनिश्चित करना कि विभिन्न शासकीय योजनाओं जैसे मध्यप्रदेश खाद्य सुरक्षा अधिनियम, सार्वजनिक वितरण प्रणाली एवं समेकित बाल विकास योजना सहित आदिवासी आबादी के लिए बनाई गई विशिष्ट योजनाओं तक आदिवासियों

- की पहुँच बन सके जिससे सम्बंधित जिले की आदिवासी आबादी की खाद्य और पोषण सुरक्षा को बेहतर बनाने के लिए लघु अवधि व दीर्घावधि कदम उठाए जा सकें।
- वन अधिकार अधिनियम के अंतर्गत आदिवासियों के सामुदायिक अधिकारों की प्रदायगी सुनिश्चित की जाएगी जैसे - वनों से लघु वनोपज का संग्रहण, मवेशियों को चराने के लिए स्थान व पशुपालकों के चारागाह मार्गों पर अधिकार आदि। इसके साथ ही उन्हें पारंपरिक खाद्यान्नों का उत्पादन करने का अधिकार भी प्राप्त हो सके।
 - आदिवासी समुदाय के पारंपरिक ज्ञान व मिलेट्स मिशन की सहभागिता से स्थानीय स्तर पर उत्पादित की जा सकने वाली मिलेट्स (मोटा अनाज) की पहचान कर उनकी खेती को प्रोत्साहित करना।
 - आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति की समीक्षा कर, हस्तक्षेप के बिंदु निर्धारित करना, रणनीतिक मार्गनिर्देश बनाना और अतिरिक्त संसाधनों की आवश्यकता के सम्बन्ध में अनुशंसा करना।
 - आदिवासी समुदायों, विशेषकर अनुसूचित क्षेत्रों में रहने वाले समुदायों, के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की उपयुक्तता, पहुँच, उपलब्ध सुविधाओं, गुणवत्ता और उपयोग को बेहतर बनाने के लिए राष्ट्रीय रूपरेखा हेतु रोडमैप बनाना जिसमें उपलब्ध जानकारीयों और आंकड़ों का संकलन कर स्थानीय स्तर पर उनकी पसंद, स्वाद व पारंपरिक ज्ञान के आधार पर पोषण व खाद्य सुरक्षा प्राप्त करने के लिए कार्ययोजना बनाना।
 - विशेष ध्यान दिए जाने वाले क्षेत्र विशेषकर - मलेरिया नियंत्रण, मादक पदार्थों का सेवन, कुपोषण और बाल मृत्यु दर में कमी, सुरक्षित मातृत्व और महिलाओं के स्वास्थ्य, जानवरों द्वारा काटे जाने और दुर्घटनाओं के मामलों में समय पर उपचार, सकारात्मक परिवार नियोजन सेवाओं की सुनिश्चितता, संतानहीनता देखभाल, खून की कमी दूर करने और स्वास्थ्य व पोषण जागरूकता आदि को प्राथमिकता देना।
 - प्रकृति-आधारित पोषण सुरक्षा प्रणालियों का संरक्षण सुनिश्चित करना और आदिवासी क्षेत्रों के लिए विशिष्ट लक्ष्य-आधारित नियोजन।
 - आदिवासियों में कुपोषण की व्यापकता को कम करने और खाद्य सुरक्षा सम्बन्धी उनकी समस्याओं को दूर करने के लिए आदिवासी महिलाओं और किशोरियों को विभिन्न मुद्दों पर जागरूक करना विशेषकर- स्थानीय स्तर पर उपलब्ध खाद्यान्न के उपयोग और पारंपरिक पोषण सम्बन्धी व्यवहार को बढ़ावा देने, रोगों की रोकथाम और उनका इलाज, विशेषकर कोविड-19 संक्रमणकाल, प्राकृतिक आपदा की स्थिति, मौसमी बीमारियाँ एवं संक्रमणों और सिकल-सेल एनीमिया के मामलों में।
 - आदिवासी समुदाय के प्रासंगिक मुद्दों, मानसिक परेशानियों और पर्यावरण क्षतिपूर्ति आदि हेतु आदिवासी समुदायों की आदिवासी स्वास्थ्य सलाहकार परिषदों, जिला-स्तरीय परामर्शदात्री आदिवासी स्वस्थ परिषदों, ग्राम सभाओं, स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समितियों व सामाजिक व्यवहार परिवर्तन एवं संचार (SBCC) में अधिक भागीदारी सुनिश्चित करना व स्वास्थ्य और पोषण से जुड़े मुद्दों पर समुदाय को एकजुट करना।
 - आदिवासी-बहुल इलाकों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाय प्रणाली की पहुँच को मजबूत करने और प्रवासियों की भोजन व वित्तीय आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु अतिरिक्त वित्तीय आवंटन।

8.5 सघन सामंजस्य, निगरानी और मूल्यांकन

8.5.1. विविध हितधारकों के मध्य सघन समन्वय (कन्वर्जेन्स)

नीति अंतर्गत पोषण संवेदी हस्तक्षेपों के सफल क्रियान्वयन के लिए प्रभावकारी समन्वित तंत्र की आवश्यकता है और इसके अंतर्गत कार्यक्रमों के नियोजन, क्रियान्वयन और अनुश्रवण के लिए एक मजबूत, जवाबदेह और परिणाम मूलक सामंजस्य आधारित तंत्र स्थापित किए जाने की परिकल्पना की गई है। इसमें शासन के विभिन्न विभागों (विशेषकर स्वास्थ्य, शिक्षा, आदिवासी विकास, लोक स्वास्थ्य यांत्रिकी, पंचायत एवं ग्रामीण विकास, खाद्य एवं नागरिक आपूर्ति, कृषि, उद्यानिकी, पशुपालन, नगरीय विकास, खेल व युवक कल्याण, विज्ञान एवं तकनीकी) एवं निजी क्षेत्र के सेवा प्रदायकों, कॉर्पोरेट्स, शैक्षणिक संस्थाओं, पेशेवरों के संगठनों और नेटवर्कों, नागरिक समाज संगठनों व विकास साझेदारों के बीच कार्यक्रमों में सभी स्तरों पर सघन समन्वय (कन्वर्जेन्स) भी शामिल है। इसे अधिक प्रभावकारी बनाने एवं विभिन्न योजनाओं और हितधारकों के बीच कार्यात्मक जुड़ाव (Linkage) स्थापित करने के लिए प्रणालीगत दृष्टिकोण अपनाया जायेगा।

शासन के विभिन्न विभागों, सार्वजनिक एवं निजी क्षेत्रों तथा नागरिक समाज संगठनों के सन्दर्भ में ऐसा बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण अपनाया जायेगा जिससे वे सभी पोषण विशिष्ट एवं पोषण संवेदी हस्तक्षेपों व पहलों पर मिल कर काम सकें। नीति के अंतर्गत क्रियान्वयन, नियमन, अनुश्रवण व मूल्यांकन के लिए विभागों और स्थानीय संस्थाओं को जवाबदेह बनाया जायेगा। नीति के अंतर्गत कॉर्पोरेट्स सामाजिक जिम्मेदारी (CSR) के संसाधनों का उपयोग भी कुपोषण से निवारण के लिए किया जाना प्रस्तावित है। यह कार्य एक अनौपचारिक तंत्र के अंतर्गत किया जायेगा जिससे समुदाय कुपोषण को कम करने और पोषण की दृष्टि से उत्तम आचरण और व्यवहार से जुड़े मुद्दों पर काम कर सकेगा। अभिसरण कार्ययोजना का विशेष जोर अंतर-क्षेत्रीय और अंतर-विभागीय समन्वय पर होगा जिससे कुपोषण निवारण में योगदान दे रही विभिन्न योजनाओं की मैपिंग के जरिये कुपोषण की बहुआयामी प्रकृति पर जोर दिया जा सके।

अभिसरण को दो परिप्रेक्ष्यों से देखा जाना आवश्यक है जिसमें प्रथम धारणा एवं दृष्टिकोण तथा द्वितीय कार्यक्रम/ योजना शामिल है। सतत विकास लक्ष्य व विश्व स्वास्थ्य सभा के लक्ष्य समयबद्ध हैं अतः साक्ष्य आधारित आंकड़ों की उपलब्धता महत्वपूर्ण है, विभिन्न विभागों के कार्यक्षेत्रों में विविधता के कारण इस तरह के आंकड़े संकलित करना कठिन होगा। अतः आंकड़ों का उपयोग करते हुए कार्यक्रम की प्रगति एवं निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए अभिसरण आवश्यक है।

नीति अंतर्गत राज्य विभिन्न विभागों/योजनाओं के अंतर्गत किए जाने वाले कार्यों को एक समान आधार देकर प्रणालीगत जवाबदेही और पारदर्शिता सुनिश्चित करेगा। इसके अंतर्गत निम्न कदम उठाए जाएंगे:-

1. शासकीय विभागों और योजनाओं के अंतर्गत अभिसरण कर प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से ऐसी तकनीक का विकास करना जिनसे विभिन्न विभागों की गतिविधियों व समुदाय और नागरिक समाज के कार्यों की व्यापकता और प्रभावशीलता को मापा जा सके।
2. सामाजिक पूंजी को सुदृढ़ करना, मासिक ग्रामीण स्वास्थ्य, स्वच्छता व पोषण दिवस / ग्राम सभा की बैठक, पोषण संवाद दिवसों का निर्धारित करना जिससे माताओं और शिशुओं के लिए सेवाओं हेतु अभिसरण के लिए प्रभावी मंच और विकास को बढ़ावा देने व व्यवहारगत परिवर्तनों के मामलों में परामर्श सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए मंच उपलब्ध हो सके।
3. जिलों में बेहतर अधोसंरचना के निर्माण और सेवाओं के बेहतर प्रदाय के लिए व्याप्त कमियों को चिन्हित किया जाकर उपलब्ध संसाधनों का प्रयोग कर कमी को दूर करना।
4. समुदाय में उत्साहवर्धक एवं सहभागी वातावरण निर्मित करना जिससे समुदाय ग्राम विकास एवं पोषण योजनाओं को तैयार करने में अपने स्वामित्व एवं जबाबदेहिता को समझ सके, साथ ही ग्राम विकास एवं पोषण योजनाओं को विभिन्न योजनाओं/कार्यक्रमों से जोड़ना जिससे कुपोषण के आधारभूत और तात्कालिक कारकों का निवारण किया जा सके।
5. आंगनवाड़ी केन्द्रों को सशक्त करना जिससे पोषण एवं स्वास्थ्य सेवाओं हेतु समुदाय स्तर पर अभिसरण के लिये संसाधन केंद्र बन सकें।
6. आंगनवाड़ी केन्द्रों को पोषण संसाधन केन्द्रों के रूप में विकसित करना जहां न्यूट्री गार्डन, झूलाघर, ज्ञान केन्द्र, परामर्श केन्द्र, वेलनेस सेंटर व अभिसरण केंद्र आदि के रूप में काम कर सकें जहां पूरक पोषण आहार, उत्तम पोषण व्यवहार, स्थानीय रूप से उपलब्ध खाद्य पदार्थों, जल, स्वच्छता व साफ-सफाई (WASH), स्वास्थ्य की देखभाल आदि से संबंधित जानकारी प्राप्त हो सके। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं का क्षमता निर्माण और उन्हें इस ढंग से सशक्त करना ताकि वे परिवर्तन सहयोगी व जानकारी के स्रोत केंद्र बन सकें।
7. सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करना और उन्हें वेलनेस सेंटरों से जोड़ना और यह सुनिश्चित करना कि उनके बीच समन्वय, अभिसरण, कार्यों का समुचित मूल्यांकन, नियमों के अनुरूप पारदर्शी सेवाओं की उपलब्धता, एवं उपयुक्त शिकायत निवारण तंत्र की स्थापना की जा सकें।
8. आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं एवं आशा को कृषि विस्तार मित्रों से जोड़ना जिससे वे तीनों परस्पर संवाद कर समुदाय के साथ पोषण की दृष्टिगत विशेष रूप से बच्चों, गर्भवती महिलाओं और कमजोर वर्गों के बेहतर पोषण हेतु कार्य कर सकें।

8.5.2. अंतर-सम्बन्धी नियोजन और क्रियान्वयन

राज्य के सन्दर्भ में संचालित अन्तर्निहित एवं बुनियादी निर्धारकों के बीच कार्य-प्रभाव अंतर्संबंध तथा स्थानीय मुद्दों को समझने के लिए अंतर-सम्बन्धी एवं विकेन्द्रीकृत मूल्यांकन तथा नियोजन आधारित दृष्टिकोण अपनाया जायेगा। इससे विशिष्ट क्षेत्रों के लिए उन पर केन्द्रित उपयुक्त योजनाएं बनाई जा सकेंगी जिससे वांछित लक्ष्य प्राप्त करने में सहायता मिलेगी। योजनाओं के क्रियान्वयन में भी यही

दृष्टिकोण अपनाया जाएगा और स्थानीय समुदायों की विशिष्ट आवश्यकताओं के आधार पर उन्हें उठाए गए कदमों एवं योजनाओं के क्रियान्वयन तथा अनुश्रवण में भागीदार बनाया जा सकेगा। (परिशिष्ट - 04)

8.5.3. जवाबदेहिता, समीक्षा व अनुश्रवण नीति

ग्राम स्तर से राज्य स्तर तक समावेशी व समानता पर आधारित पोषण नियोजन व्यवस्था लागू कर उसे एकीकृत व सुव्यवस्थित आकार दिया जाएगा। योजना और उसके क्रियान्वयन की शीर्ष स्तर की सक्षम समिति द्वारा प्रत्येक दो वर्षों में समीक्षा की जाएगी (वर्ष 2022, 2024, 2026, 2028 एवं 2030)। इसके अतिरिक्त इस नीति की विशेष समीक्षा वर्ष 2025 में विश्व स्वास्थ्य सभा के लक्ष्यों को प्राप्त करने के संदर्भ में की जाएगी। इसके आधार समयावधि में आवश्यक सुधारात्मक कार्यवाही एवं क्रियान्वयन प्रणाली तैयार कर आगामी कार्यवाही की जावेगी। नीति के आधार पर संबंधित विभाग विभिन्न रणनीतियों को क्रियान्वित करने के लिए विस्तृत दिशानिर्देश जारी करेंगे और पोषण से जुड़े मुद्दों के निराकरण के लिए व्यापक अभिसरण योजनाएं तैयार करेंगे। नीति के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए राज्य, जिला व ग्राम स्तर की तैयारी की गयी कार्ययोजनाओं के क्रियान्वयन की नियमित रूप से (हर तिमाही में) प्रत्येक स्तर पर समीक्षा की जाएगी।

नीति के अंतर्गत निम्नानुसार तरीकों से जवाबदेहिता, समीक्षा एवं अनुश्रवण किया जायेगा:-

8.5.3.1. पोषण निगरानी/सर्वे

1. सभी स्तरों पर संस्थागत क्षमता को सुदृढ़ करना जिससे पोषण और पोषण से संबंधित स्थितियों का कार्यकुशल संकलन, विश्लेषण, आंकलन व अनुश्रवण हो सके।
2. पोषण व पोषण से संबंधित निगरानी व मापन, परीक्षण, अनुश्रवण व आंकलन में सहायता के लिए उपयुक्त प्रणाली का विकास करना।
3. पूर्व चेतावनी प्रणालियों में पोषण सूचकांकों जैसे वृद्धि में गिरावट को शामिल करना एवं वृद्धि विकास निगरानी को सामुदायिक स्तर पर सक्रिय सामाजिक पूंजी के जरिए सुनिश्चित करते हुए प्रोत्साहित करना।
4. पोषण सूचना दृष्टिकोण के महत्व व उसके उपयोग के तरीकों के संबंध में हितधारकों को जागरूक करना।
5. आंगनवाड़ियों की अधोसंरचना का ऑडिट करना और उस पर फीडबैक उपलब्ध करवाना। आंगनवाड़ी में मूलभूत सुविधाओं जैसे सुरक्षित पेयजल, टेक होम राशन के भंडारण के लिए समुचित स्थान, साफ-सफाई, शौचालय, स्वच्छता संबंधी व्यवहार, किचिन गार्डन आदि की उपलब्धता हेतु चेक लिस्ट तैयार करना।

8.5.3.2. पोषण सम्बन्धी शोध व हस्तक्षेपों का आंकलन

1. खाद्य उत्पादन व खाद्य विविधता, खाद्य प्रसंस्करण व परीक्षण, सूक्ष्म पोषक तत्वों की पूर्ति, भोजन की गुणवत्ता, भोजन के मानक व खाद्य सुरक्षा, भोजन में विविधता, गर्भावस्था व स्तनपान कराने की अवधि में पोषण संबंधी व्यवहार, शिशुओं व छोटे बच्चों के पोषण संबंधी आचरण, भोजन व पोषण से जुड़े हुए मिथक व कुप्रथा, समुदाय के अंदर सत्ता का ढांचा, पोषण की स्थिति पर कोविड का प्रभाव, संक्रमणों की व्यापकता, गैर-संचारी रोग, आपात स्थिति से निपटने की व्यवस्था, स्थानीय व आदिवासी समस्याएं, पोषण व स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याएं आदि क्षेत्रों में नृवंश वैज्ञानिक (सामाजिक एवं सांस्कृतिक व्यवहार अध्ययन) अनुसंधान को प्रोत्साहन दिया जायेगा।
2. विशिष्ट हस्तक्षेपों का निगरानी, आंकलन और परिणाम मूल्यांकन सुनिश्चित किया जायेगा।
3. साक्ष्य-आधारित शोध का प्रभावकारी नियोजन व कार्यक्रमों में बेहतर समन्वय के लिए प्रयोग किया जायेगा।
4. राज्य सरकार द्वारा कार्यक्रमों के नियोजन और क्रियान्वयन को सामुदायिक पोषण व स्वास्थ्य मूल्यांकन (CNA) से लयबद्ध किया जायेगा।

8.5.3.3. सामुदायिक निगरानी, शिकायत निवारण तंत्र, पारदर्शिता व जन सुनवाई

1. ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समितियों के माध्यम से सामुदायिक गतिविधियों जैसे ग्राम/नगरीय निकायों में संपर्क अभियान, सामुदायिक रूप से बच्चों का शारीरिक माप करने और पोषण स्तर की मैपिंग किया जा कर सभी विकास कार्यक्रमों के अंतर्गत निर्धारित गतिविधियों का प्रभावकारी क्रियान्वयन, निगरानी एवं मूल्यांकन सुनिश्चित किया जायेगा।
2. लक्ष्य अनुसार उपलब्धियों के मापन के लिए आवधिक मूल्यांकन आवश्यक होंगे। पोषण कार्यक्रमों के क्रियान्वयन के फालोअप के लिए सामुदायिक स्तर और स्वास्थ्य केन्द्रों से नियमित रूप से आंकड़े एकत्रित किए जाएंगे। समुदाय आधारित

निगरानी प्रक्रिया में प्रारंभिक तैयारी, गतिविधियां, क्षमता निर्माण, प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण, सामुदायिक आंकलन, संपर्क बैठकें और मूल्यांकन सम्मिलित है।

3. सामाजिक अंकेक्षण (सोशल आडिट) अंतर्गत किए गए प्रावधानों के अनुरूप, सामुदायिक पर्यवेक्षण प्रणाली को सक्रिय करने के अतिरिक्त ग्राम सभा / मोहल्ला समिति (नगरीय क्षेत्र)/ जन सुनवाई के जरिए परस्पर चर्चा एवं जानकारी को साझा करना, समीक्षा व भविष्य की योजनाएं बनाना इत्यादि सुनिश्चित किया जाएगा।
4. प्रत्येक वर्ष शीर्ष मूल्यांकन समिति, नवाचारों के परिणामों का आंकलन कर ऐसी कार्ययोजनाओं का चुनाव करना जिन्हें राज्य स्तर पर विस्तारित किया जा सकता है और राष्ट्रीय स्तर पर प्रस्तुत किया जा सकता है। नवाचारों को विस्तार देने के लिए राज्य द्वारा अतिरिक्त धनराशि आवंटित की जाएगी अथवा इस धनराशि की व्यवस्था विकास भागीदारों के जरिए की जाएगी। किसी भी योजना को राज्य स्तर पर लागू करने के लिए स्थानीय एनजीओ / समुदाय आधारित संगठनों की मदद ली जा सकेगी।

8.5.3.4. संयुक्त समीक्षा मिशन

1. महिला एवं बाल विकास विभाग, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, पंचायत एवं ग्रामीण विकास विभाग, स्कूल शिक्षा विभाग, कृषि विकास एवं किसान कल्याण विभाग, उद्यानिकी एवं खाद्य प्रसंस्करण विभाग, खाद्य, नागरिक आपूर्ति एवं उपभोक्ता संरक्षण विभाग, लोक स्वास्थ्य यान्त्रिकी इत्यादि विभिन्न विभागों द्वारा क्रियान्वित की जा रही पोषण एवं स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं और कार्यक्रमों के अभिसरण की वर्तमान स्थिति की समीक्षा प्रतिवर्ष संयुक्त समीक्षा मिशन द्वारा की जाएगी जिससे स्थिति का गहन विश्लेषण कर अभिसरण के लिए नवीन कार्य बिन्दुओं का निर्धारण किया जा सके।
2. बच्चों के वृद्धि विकास निगरानी एवं कुपोषण की स्थिति की पहचान के लिए संयुक्त सामुदायिक संवाद को प्रोत्साहित किया जाएगा।
3. तीन वर्ष तक आयु वर्ग के बच्चों की पोषण की स्थिति का पंचायत, ग्राम/आंगनवाड़ी केन्द्रों, स्वास्थ्य उपकेन्द्रों व समकक्ष नगरीय संस्थाओं के जरिए संयुक्त सामुदायिक निगरानी किया जाएगा।

8.5.3.5. प्रबंधन सूचना प्रणाली (MIS), पोषण ट्रैकर (POSHAN Tracker), भौगोलिक सूचना प्रणाली सतह (GIS-Layer) एवं रिपोर्ट साझा तथा सत्यापन हेतु त्रिकोणीय पर्यवेक्षण प्रणाली (Triangulation Model)

पोषण व स्वास्थ्य से जुड़ी विशिष्ट समस्याओं के संदर्भ में संवेदनशील मजरे-टोले/क्षेत्रों/परिक्षेत्रों आदि की पहचान करने और कुपोषण, शिशुओं व छोटे बच्चों के पोषण, स्वास्थ्य, संक्रमण, टीकाकरण, हस्तक्षेपों, अन्य आपदा /कोविड – 19 संक्रमण की स्थिति, खराब मौसम आदि के संकेतकों की पहचान के लिए भौगोलिक सूचना प्रणाली सतह (GIS-Layer) और वास्तविक समय में निगरानी (Real Time Monitoring) प्रणालियां स्थापित की जाएंगी।

1. रणनीतियों, आंकड़ों, पर्यवेक्षण व कार्यान्वयन से संबद्ध गतिविधियों के लिए प्रबंधन सूचना प्रणाली स्थापित करना।
2. मोबाइल एप्लीकेशन जैसे पोषण अभियान के "पोषण ट्रैकर" व महिला व बाल विकास विभाग के "संपर्क एप" के जरिए आंकड़ों की "वास्तविक समय में निगरानी (Real Time Monitoring) की जावेगी।
3. योजनाओं को क्षेत्रीय एवं सांस्कृतिक गतिविधियों से जोड़ते हुये सामुदायिक पोषण व स्वास्थ्य आवश्यकताओं के आंकलन हेतु मापदंड विकसित कर उसे क्रियान्वित करना।
4. निगरानी एवं समीक्षा के प्राप्त परिणामों से संबंधित आंकड़ों का संकलन कर प्रतिवेदन तैयार करना।
5. डायनमिक डिस्ट्रिक्ट डैशबोर्ड विकसित करना जिसके माध्यम से आंगनवाड़ी स्तर से प्राप्त आंकड़ों व सूचनाओं के आधार पर आवधिक रिपोर्ट कार्ड साझा किया जा कर उसका वार्षिक लक्ष्यों और वांछित परिणामों से मिलान किया जाएगा। इसमें जन्म और मृत्यु पंजीयन, स्तनपान संबंधी व्यवहार, खून की कमी, वृद्धि निगरानी में सामुदायिक सहभागिता, कुपोषण (कम वजन, ठिगनापन एवं दुबलापन), स्वच्छता एवं साफ-सफाई से जुड़ी व्यवस्थाओं, सुरक्षित पेयजल, विवाह की आयु तथा मासिक धर्म से संबंधित स्वच्छता व्यवहार आदि केंद्रीय विषय होंगे।
6. वार्षिक आधार पर इन आंकड़ों का प्रयोग प्रतिपरीक्षण (cross checking) तकनीक के रूप में करना।
7. वार्षिक राज्य प्रतिवेदन, सामाजिक अंकेक्षण प्रतिवेदन, मूल्यांकन प्रतिवेदन, एक्शन टेकन प्रतिवेदन आदि की जन-सामान्य के लिए उपलब्धता।

परिशिष्ट -1 : मध्यप्रदेश राज्य के पोषण संकेतक - NFHS - 4 (वर्ष 2015-16)

राज्य / जिला	5 वर्ष तक के बच्चों में पोषण की स्थिति					बच्चों की प्रारंभिक अवस्था में पोषण तक पहुँच			महिलाओं में पोषण का स्तर		कुपोषण एवं बाल मृत्यु से जुड़े संकेतक एवं तात्कालिक कारण							
	डिगनापन	दुबलापन (अति कुपोषण)	गंभीर दुबलापन (गंभीर कुपोषण)	कम वजन	एनीमिया (6-59 माह)	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान	6 माह तक केवल स्तनपान	6-23 माह तक के स्तनपान करने वाले बच्चों को पर्याप्त आहार	महिलाएं जिनका बॉडी मास इंडेक्स सामान्य से कम है	5-49 वर्ष तक की महिलाओं में एनीमिया	10 साल या उससे अधिक काली शिक्षा वाली महिलाएं	20-24 वर्ष की महिलाएं जिनकी शादी 18 वर्ष से कम	महिलाओं की प्रसव पूर्व सभी जाँचें	3 या 3 से अधिक जन्म क्रम	महिलाओं की प्रसव के बाद 2 दिन के भीतर स्वास्थ्य जांच	बच्चों की जन्म के बाद, 2 दिनों के भीतर स्वास्थ्य जांच	12-23 माह के बच्चों में पूर्ण टीकाकरण	संस्थागत प्रसव
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
भारत	38	21	7.5	36	59	41.6	54.9	8.7	22.9	53.1	35.7	26.8	21	16	62.4	24.3	62	49
मध्य प्रदेश	42	26	9.2	43	69	34.4	58.2	6.9	28.4	52.5	23.2	32.4	11.4	28.6	54.9	17.5	53.6	81
अलीराजपुर	49	33	11	52	75	25.4	58	3.5	35.8	64.4	9.6	37.9	4.8	51	44	16.5	22.6	50
अनुपपुर	34	30	14	40	68	43.6	61.3	9.1	26.2	62.3	23.2	29.8	15.4	32	53.2	18.4	57.8	77
अशोकनगर	43	31	11	46	60	32.8	30.2	6.4	30.1	42.3	12.3	35.4	5.1	28.9	70	19.8	37.2	82
बालाघाट	32	32	8.9	42	69	52.2	67.6	8.2	42.4	68.6	28.2	8.6	16	18.6	52.3	16.6	64.6	84
बड़वानी	52	28	8.7	55	82	34.8	71.4	3.6	40.8	65.8	16	43.1	7.9	38.4	42.6	18.5	41.8	51
बेतुल	35	34	11	45	62	49.2	NA	7.3	27.2	54.1	33.4	12.9	14.4	16.1	56.3	30.4	69.1	76
भिण्ड	48	31	13	50	72	44.1	33.3	2.6	29.6	66	25	33.4	7.5	30.7	45.7	13.1	51	86
भोपाल	48	21	8.1	40	77	18.3	NA	7.1	19.1	47	42.8	14.7	22.3	27.3	58.7	14.9	62.3	92
बुरहानपुर	50	20	6.7	46	80	42.2	48.7	2.4	28.4	80.2	22.6	26.6	14.2	29.7	58.4	16	43.3	76
छतरपुर	43	19	7.2	41	66	37.9	68.9	11.6	28.2	48.1	15.3	47.3	4.6	33.3	50	5.6	41.1	81
छिन्दवाड़ा	34	31	11	41	66	37.4	60.8	11.6	29.1	65.7	28.7	18.1	19.1	14.2	52.7	24	64.3	86
दमोह	43	21	8.8	38	76	46.3	69.6	6.3	27.1	75.7	17.8	40	8.2	24.1	31.5	3.9	55.9	70
दतिया	49	26	8.2	47	73	32	63.9	4.4	32.3	60.3	21.6	38.8	5.1	27.7	58.7	10.3	53.2	85
देवास	42	26	5.5	45	66	25.3	64.7	11.6	28.7	47.8	22.1	37.4	15	30.5	77.9	26.8	60.3	92
धार	43	31	11	48	75	20.9	72.1	17.8	30.4	56.2	20.2	32.4	4.1	28.1	70	28	65.6	78
डिंडोरी	46	27	11	47	67	36.8	35.5	1.9	35.8	66.5	13.6	37.2	5.1	23.3	45.1	15.4	49.4	56
गुना	43	33	12	51	67	41	52.5	2.1	34.2	46.2	16.5	36.3	8.4	34.7	57.2	18.1	65.1	90
ग्वालियर	43	28	11	49	69	26.9	26.4	2.7	22.2	57.4	32.6	21	14.6	27.7	68.9	19.2	52.5	88
हरदा	40	25	8.6	41	66	30.3	51.2	0.7	22.3	51.3	17.8	25.8	11.8	23.3	66.2	26.3	48.6	80
होशंगाबाद	37	30	11	41	67	36.7	36.5	1.6	23	67.3	28.2	18.3	13.6	24.1	73.7	19.4	49.5	89
इंदौर	39	18	6.7	31	71	21.9	61.3	12	18.9	46.8	41.4	23.4	27.5	19.2	67.4	13.6	57.8	95
जबलपुर	36	31	11	43	59	49.2	47.7	7	23.3	49.6	37.3	15.3	30.5	19.4	62.1	21.1	67.5	88
झाबुआ	46	24	9	44	72	21	55.8	4.8	30.4	58.8	9.3	54.5	5.3	42	51.1	17.3	25	74
कटनी	46	24	12	43	66	47	72	18	27.2	52	23.4	31.1	12.4	28.5	61.3	14.3	46.7	78
खंडवा	44	22	6.6	47	77	30.6	46.1	3	34.7	58.5	16.8	18.7	19.1	23.7	56.1	16.8	58.7	82
खरगोन	48	21	5.7	45	77	17.8	62.8	5.7	36.8	57.8	17.2	25.9	11.9	23.8	54.2	15	64.2	74
मंडला	37	34	11	50	70	53	66.5	3.2	34	69.7	18.1	28.9	15.4	30.5	52.1	22.1	55.1	59
मंदसौर	34	22	7.5	31	66	36.4	95.1	2.5	31.1	66.1	17.5	54	7.3	20.8	55.8	20.3	43.5	88
मुरैना	48	30	13	52	67	38.5	36.6	4.4	27.5	56	21.4	27.9	7.4	36.8	67.2	19	60.6	94
नरसिंहपुर	38	22	10	35	69	30.9	84.3	10.3	25.1	69.3	26.4	28.9	15.2	16	56.9	17.3	54.2	86
नीमच	36	25	8.2	39	69	21.4	60.3	7.9	31.1	49.2	19.6	37.6	10.6	21.1	70.1	36.7	47	87
पन्ना	42	24	10	41	68	32	55.5	13.1	25.8	48.7	20.5	30.6	2.5	31.8	45.4	21.4	26.2	74
रायसेन	46	25	7.3	44	68	41.9	52.4	4.5	29.5	50.7	21.9	28.9	13.8	29.6	60.2	23.4	78.5	85
राजगढ़	39	32	9	47	63	35.5	51.4	0	37.5	50.3	17	47.8	5.9	33.3	52.8	15.7	42.7	89
रतलाम	46	22	7.5	42	76	19.1	72.3	11.8	33.8	54.4	17.9	47.8	12.4	24	58.2	21.1	45.2	86

रीवा	40	18	7.4	36	55	44.8	46.3	4.6	23.2	40.9	23.1	37.3	3.6	33.7	53.7	12.4	52.8	82
सागर	41	17	5.2	31	67	25.4	60.4	5.7	24.1	39.7	22.4	38.1	3.2	25.2	45.3	20.7	52.7	77
सतना	41	27	10	40	70	33	55.7	4.4	22.2	48.8	25	37.4	7.6	39.3	53.9	37.8	52.4	80
सीहोर	34	27	13	40	65	31.1	43.1	8.1	26.6	46.9	22.5	37.3	9.2	29.6	67.7	20.8	60	88
सिवनी	35	32	13	44	61	46.3	64.6	10.8	32.4	55.3	22.2	17.3	18.7	15.5	54.7	21.7	57.1	86
शहडोल	37	28	11	41	67	56.6	NA	8.3	29.1	60.5	18.7	40.1	7.2	31.6	35.2	4.2	40.3	72
शाजापुर	48	30	10	49	78	22.7	53.9	0.8	29.4	52.8	18.8	47.2	18.7	26.2	49.1	9.4	71.7	96
श्यापुर	52	28	9	55	78	44	63.5	0.4	43.9	61.6	11.8	37.5	7.2	38.8	27.3	11	48.7	77
शिवपुरी	49	26	7.7	50	63	41.9	69.9	6.8	31.4	49	14.3	36.9	7.2	32.8	61.9	19.1	63.1	87
सीधी	49	25	8.5	44	68	48.9	72.7	8.4	27	50.5	19	44.5	1.7	40	25.1	1.9	34.4	61
सिंगरौली	33	34	17	38	62	33.5	59.8	11.7	19.4	52.6	20.2	38.4	10.1	33.2	32.4	13	42.2	44
टीकमगढ़	50	19	7.6	43	67	32.1	59.8	2.8	30.8	45.8	13.8	49.5	3.2	34.6	43.8	8.9	34.4	81
उज्जैन	36	19	6.9	31	69	19	57.6	8	26.4	47.4	20.7	45.5	9.5	24.7	56	16.6	56.8	89
उमरिया	41	27	9.4	47	74	37.2	36.9	9	29.3	61.5	16	37	6.5	24.7	64.5	33.4	67.1	85
विदिशा	41	21	6.3	40	70	46.4	71.7	8.8	28	44.2	12.4	45.9	4.5	37.8	32.4	4.3	45.7	73

परिशिष्ट-2 : सतत विकास लक्ष्यों के प्रति नीति आयोग द्वारा तय किये गए संकेतांक एवं लक्ष्य

सतत विकास लक्ष्य	मध्य प्रदेश	भारत	लक्ष्य संकेतक
लक्ष्य – 1			
राष्ट्रीय गरीबी रेखा से नीचे निवासरत जनसंख्या (प्रतिशत)	31.65	21.92	10.95
परिवार के सदस्य जिनका स्वास्थ्य बीमा या स्वास्थ्य योजना से जुड़ाव है (प्रतिशत)	17.7	28.7	100
मनरेगा के तहत रोजगार की मांग करने वाले व्यक्तियों को रोजगार (प्रतिशत)	78.06	85.26	100
मातृत्व लाभ के तहत सामाजिक सुरक्षा लाभ प्राप्त करने वाली आबादी (कुल पात्र जनसंख्या में से) का अनुपात (प्रतिशत)	61.1	36.4	100
कच्चे मकान में रहने वाले परिवार (ग्रामीण + शहरी) (प्रतिशत)	4.5	4.2	0
लक्ष्य – 2			
सार्वजनिक वितरण प्रणाली के तहत पात्र परिवार एवं कुल ग्रामीण परिवारों का अनुपात जहाँ उच्चतम आय वाले सदस्य की मासिक आय रु. 5000 से कम है	0.96	1.01	1.29
5 वर्ष के बच्चों में टिगनापन (प्रतिशत)	39.5	34.7	2.5
15-49 वर्ष की गर्भवती महिलाओं में एनीमिया (11.0g/dl) (प्रतिशत)	54.6	50.3	25.15
6-59 माह के बच्चों में एनीमिया (Hb<11.0 g/dl) (प्रतिशत)	53.5	40.5	14
0-4 वर्ष तक के कम वजन के बच्चे (प्रतिशत)	38.7	33.4	0.9
धान, गेहूँ एवं मोटे अनाजों का वार्षिक उत्पादन (Kg/Ha)	2350.33	2516.67	5033.34
कृषि में प्रति मजदूर सकल मूल्य जोड़ना	0.69	0.68	1.36
लक्ष्य – 3			
मातृत्व मृत्यु दर	188	122	70
संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	48.8	54.7	100
प्रति 1000 जीवित जन्मों पर बाल मृत्यु दर	65	50	25
0-5 वर्ष तक के बच्चों में पूर्ण टीकाकरण (प्रतिशत)	62.8	59.2	100
प्रति लाख जनसंख्या पर क्षय रोग की पहचान दर	196	160	0
प्रति 1000 असंक्रमित जनसंख्या पर एचआईवी	0.03	0.07	0
वर्तमान में 15-49 वर्ष की आयु की विवाहित महिलाएं जो परिवार नियोजन के किसी भी आधुनिक तरीके का उपयोग करती हैं (प्रतिशत)	49.5	47.8	100
प्रति 100000 जनसंख्या पर कुल चिकित्सक, नर्स और एएनएम	33	38	45
लक्ष्य – 4			
प्राथमिक (कक्षा 1-8) और माध्यमिक (कक्षा 9-10) शिक्षा में शुद्ध नामांकन अनुपात समायोजित (प्रतिशत)	69.74	75.83	100
6-13 आयु समूह के बच्चे जो स्कूल से बाहर हैं (प्रतिशत)	3.78	2.97	0
उच्च माध्यमिक (हाई स्कूल) स्तर पर औसत वार्षिक ड्रॉप-आउट दर (प्रतिशत)	23.76	19.89	10
कक्षा III V VIII और X के अंत में विद्यार्थियों द्वारा राष्ट्रीय रूप से परिभाषित शिक्षण परिणामों के संदर्भ में छात्रों का प्रतिशत कम से कम न्यूनतम दक्षता स्तर प्राप्त करना	69.94	71.03	100
उच्च शिक्षा में सकल नामांकन अनुपात (18-23 साल) (प्रतिशत)	21.5	26.3	50
उच्च शिक्षा में लिंग समानता सूचकांक (18-23 साल)	0.97	1	1
शिक्षण संस्थानों तक पहुँचने वाले विकलांग बच्चे (5-19 साल) (प्रतिशत)	63.99	61.18	100
शैक्षणिक स्तर पर प्रशिक्षित शिक्षकों का अनुपात (प्राथमरी और उच्च माध्यमिक) (प्रतिशत)	95.12	78.84	100
30 के बराबर या कम छात्र शिक्षक अनुपात वाले स्कूलों का प्रतिशत (प्रतिशत)	71.03	70.43	100

सतत विकास लक्ष्य	मध्य प्रदेश	भारत	लक्ष्य संकेतक
लक्ष्य – 5			
जन्म के समय लिंगानुपात (महिला प्रति 1000 पुरुष)	916	896	954
नियमित वेतनभोगी कर्मचारियों (ग्रामीण + शहरी) के बीच पूर्ववर्ती कैलेंडर माह के दौरान प्राप्त औसत वेतन / वेतन आय की तुलना में महिला और पुरुष का अनुपात	0.96	0.78	1
प्रति 100000 महिला जनसंख्या पर महिलाओं के खिलाफ अपराध की दर	78.6	57.9	0
15-49 वर्ष की आयु की विवाहित महिलाएँ जिन्होंने पति के द्वारा किसी भी प्रकार के हिंसा का अनुभव किया हो (प्रतिशत)	34.8	33.3	0
वर्ष के दौरान बच्चों के खिलाफ कुल अपराध में बच्चियों के खिलाफ यौन अपराध का अनुपात (प्रतिशत)	43.62	59.97	0
आम चुनावों में महिलाओं ने राज्य विधान सभा में सीटों की जीत हासिल की (प्रतिशत)	9.13	8.32	50
महिला श्रम बल की भागीदारी दर (प्रतिशत)	23.4	17.5	100
लिंगवार फ़सली जमीन पर हक़ (प्रतिशत)	0.81733	13.96	50
लक्ष्य – 6			
पेयजल के बेहतर स्रोत वाले परिवार (प्रतिशत)	91.5	95.5	100
ग्रामीण घरों में व्यक्तिगत घरेलू शौचालय (प्रतिशत)	100	100	100
गशहरी घरों में व्यक्तिगत घरेलू शौचालय (प्रतिशत)	127.49	97.22	100
जिले जो खुले में शौच मुक्त होने के लिए सत्यापित हैं (प्रतिशत)	100	88.41	100
लड़कियों के लिए अलग शौचालय की सुविधा वाले स्कूलों का अनुपात (प्रतिशत)	96.69	97.43	100
उद्योगों का प्रतिशत (अत्यधिक प्रदूषणकारी उद्योगों की 17 श्रेणी / सीपीसीबी मानदंडों के अनुसार अपशिष्ट जल उपचार का अनुपालन करने वाले उद्योगों की सकल प्रदूषणकारी / लाल श्रेणी)	96.06	87.62	100
भूमिगत जल स्तर पर अति शोषित ब्लॉक (प्रतिशत)	7.03	18.01	0
लक्ष्य – 7			
बिजली की सुविधा वाले घर (प्रतिशत)	100	99.99	100
खाना पकाने के लिए स्वच्छ ईंधन (एलपीजी) का इस्तेमाल करने वाले घर (प्रतिशत)	48.3	61.4	100
लक्ष्य – 8			
प्रति व्यक्ति शुद्ध घरेलू उत्पाद की वार्षिक वृद्धि दर	4.55	5.66	7.5
व्यावसायिक स्कोर (ईज ऑफ़ डूइंग बिजनेस)	97.3	67.23	100
बेरोजगारी दर (प्रतिशत)	4.3	6	0
श्रम बल भागीदारी दर प्रतिशत)	56.7	49.8	100
प्रति 100000 जनसंख्या पर बैंकिंग आउटलेट्स की संख्या	10.03	12.48	28.1
बैंक में खाताधारक परिवार (प्रतिशत)	100	99.99	100
पीएमजेडीवाई के तहत महिला खाताधारकों का अनुपात	0.51	0.53	0.5
लक्ष्य – 9			
प्रधान मंत्री ग्राम सड़क योजना के तहत सभी मौसमों में उपयुक्त सड़कों से जुड़े लक्षित बसाहट (प्रतिशत)	68.57	69.89	100
कुल रोजगार के अनुपात के रूप में विनिर्माण रोजगार (प्रतिशत)	6.1	12.13	20
ग्रामीण और शहरी क्षेत्र में प्रति 100 व्यक्तियों पर मोबाइल कनेक्शन की संख्या (मोबाइल घनत्व)	69.52	88.41	100
प्रति 100 जनसंख्या पर इंटरनेट सब्सक्राइबर्स की संख्या	22.88	48.48	100
लक्ष्य – 10			
ग्रामीण भारत में 40 प्रतिशत पिछड़ी आबादी के बीच प्रति व्यक्ति घरेलू खर्च की वृद्धि दर (प्रतिशत)	12	13.61	15.59
शहरी भारत में 40 प्रतिशत पिछड़ी आबादी के बीच प्रति व्यक्ति घरेलू खर्च की वृद्धि दर (प्रतिशत)	8.38	13.35	11.27
ग्रामीण भारत में घरेलू व्यय का गिनी गुणांक	0.267	0.283	0

सतत विकास लक्ष्य	मध्य प्रदेश	भारत	लक्ष्य संकेतक
शहरी भारत में घरेलू व्यय का गिनी गुणांक	0.362	0.363	0
पंचायती राज संस्थाओं में महिलाओं की सीटों का अनुपात (प्रतिशत)	50	46.14	50
राज्य विधानसभा में एससी / एसटी व्यक्तियों का अनुपात (प्रतिशत)	35.65	28.33	-
पुरुष श्रम बल भागीदारी दर की तुलना में ट्रांसजेंडर श्रम बल भागीदारी दर का अनुपात	0.56	0.64	1
अनुसूचित जाति उप योजना निधि का उपयोग (प्रतिशत)	89	77.67	100
जनजातीय उप योजना निधि का उपयोग (प्रतिशत)	92.17	82.98	100
लक्ष्य – 11			
घरों के लिए शुद्ध मांग मूल्यांकन के प्रतिशत के रूप में PMAY के तहत पूर्ण मकान	41.23	31.01	100
बस्तियों में रहने वाले शहरी परिवार (प्रतिशत)	7.83	5.41	0
100 प्रतिशत डोर टू डोर कूड़ा-कचड़ा कलेक्शन वाले वार्ड (प्रतिशत)	100	90.99	100
अपशिष्ट संसाधित (प्रतिशत)	84	56	100
शहरी क्षेत्रों में उत्पादित सीवेज के अनुपात के रूप में सीवेज उपचार क्षमता स्थापित	0.15	0.38	1
लक्ष्य – 16			
पिछले 12 महीनों में शारीरिक मनोवैज्ञानिक या यौन हिंसा के अधीन जनसंख्या का अनुपात	35.24	33.12	0
प्रति 100000 जनसंख्या पर बच्चों के खिलाफ संज्ञेय अपराधों की सूचना	63.3	28.9	0
लिंग, उम्र और शोषण के रूप में प्रति 100000 जनसंख्या पर मानव तस्करी के शिकार लोगों की संख्या	0.23	0.46	0
प्रति 10 लाख व्यक्तियों पर कोर्ट की अनुमानित संख्या	7.57	12.83	33.76
प्रति 100000 जनसंख्या पर आईपीसी की भ्रष्टाचार निवारण अधिनियम और संबंधित धाराओं के तहत दर्ज रिपोर्ट	0.37	0.32	0.16
जन्म पंजीयन (प्रतिशत)	74.62	86	100
आधार कार्ड (प्रतिशत)	88.52	88.8	100

परिशिष्ट - 3 : शिशुओं और 6 वर्ष तक के बच्चों के लिए रणनीति

उद्देश्य	शून्य से छः माह (0-180 दिन)	सात माह से तीन वर्ष (07-36 माह)	तीन वर्ष से छः वर्ष (37-72 माह)
पोषण ज़रूरतों की पूर्ति	जन्म के 01 घंटे के अंदर स्तनपान की शुरुआत, 6 माह टीके केवल स्तनपान, मासिक शारीरिक माप (आयुवार वजन, लम्बाई/ऊँचाई) आकलन सुनिश्चित करना (वृद्धि की निगरानी और प्रोत्साहन), मां के लिए मातृत्व लाभ के हक सुनिश्चित करना ताकि वे 6 माह तक केवल स्तनपान करा सकें	घर ले जाने वाला राशन (Take Home Ration - THR) सुनिश्चित करके पूरक पोषण आहार प्रदाय करना, मासिक शारीरिक माप (आयुवार वजन, लम्बाई/ऊँचाई) आकलन (वृद्धि की निगरानी और प्रोत्साहन), ऊपरी आहार प्रारंभ करना और उसके साथ स्तनपान लंबे समय तक जारी रखना, उम्र के अनुरूप उपयुक्त भोजन के लिए प्रेरित करना तथा स्थानीय रूप से उपलब्ध भोजन के आधार पर भोजन की थाली में विविधता लाना, राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 के अनुपालन में गर्म पका हुआ भोजन तथा घर ले जाने के लिए राशन की आपूर्ति में गुणवत्ता तथा मात्रा सुनिश्चित करना	पौष्टिक, स्वस्थ एवं स्वच्छ पका हुआ गर्म भोजन सुनिश्चित करना, शारीरिक माप (आयुवार वजन, लम्बाई/ऊँचाई) आकलन (37-59 माह के दौरान वृद्धि की निगरानी और प्रोत्साहन), उम्र के लिए उपयुक्त भोजन के लिए प्रेरित करना तथा स्थानीय रूप से उपलब्ध भोजन के आधार पर विविधता राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 के अनुपालन में गर्म पका हुआ भोजन तथा घर ले जाने के लिए राशन की आपूर्ति में गुणवत्ता तथा मात्रा सुनिश्चित करना
स्वास्थ्य सेवाएं	राष्ट्रीय कार्यक्रम के अनुरूप समयबद्ध टीकाकरण तथा स्वास्थ्य जांच (घर में नवजात की देखभाल-HBNC) सुनिश्चित करना, दस्त एवं निमोनिया का प्रबंधन, जन्म के समय कम वजन के बच्चों की पहचान तथा कंगारू मातृत्व देखभाल सुनिश्चित करना, मदर्स एम्बोल्यूट अफेक्शन (मां का पूरा स्नेह (MAA) कार्यक्रम के अनुरूप सुनिश्चित करना, 6 माह तक केवल स्तनपान को बढ़ावा देने तथा स्तनपान को समर्थन देने के लिए परामर्श सेवाएं सम्बंधी स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का राष्ट्रव्यापी कार्यक्रम, ज़रूरी होने पर तत्काल रेफरल, शुरुआती विकास में विलंब (4 प्रकार की देरी) को पहचानना, चिकित्सकीय जटिलताओं वाले अति गंभीर कुपोषण (Severe Acute malnutrition-SAM) का यथोचित प्रबंधन, बाल मृत्यु की समीक्षा, गंभीर कुपोषण की घटनाओं की समीक्षा	राष्ट्रीय कार्यक्रम के अनुसार समयबद्ध टीकाकरण तथा स्वास्थ्य जांच सुनिश्चित करना (HBYCC), समयबद्ध कृमिनाशन, सूक्ष्म पोषक तत्व अनुपूरण, स्वास्थ्य की स्थिति के अनुसार रेफरल, मलेरिया व खसरा का प्रबंधन, चिकित्सकीय जटिलता वाले SAM का प्रबंधन, शुरुआती विकास में विलंब (4 प्रकार की देरी) को पहचानना, बाल मृत्यु की समीक्षा, अति गंभीर कुपोषण (Severe Acute malnutrition -SAM) के प्रकोप की समीक्षा 2 साल और उसके बाद तक मां के संपूर्ण स्नेह (MAA) कार्यक्रम को बढ़ावा देना.	राष्ट्रीय कार्यक्रम के अनुसार समयबद्ध टीकाकरण तथा स्वास्थ्य जांच सुनिश्चित करना, समयबद्ध कृमिनाशन सूक्ष्म पोषक तत्व अनुपूरण, स्वास्थ्य की स्थिति के अनुसार रेफरल, चिकित्सकीय जटिलता वाले गंभीर तीव्र कुपोषण का प्रबंधन, शुरुआती विकास में विलंब (4 प्रकार की देरी) को पहचानना, बाल मृत्यु की समीक्षा, अति गंभीर कुपोषण (Severe Acute Malnutrition-SAM) की घटनाओं की समीक्षा
घर पर देखभाल	मां और बच्चे की निकटता सुनिश्चित करना, घर पर शिशु व नवजात की देखभाल, जल, स्वच्छता और साफ-सफाई (Water Sanitation Hygiene – WASH), तौर-तरीके, घर के परिवेश को शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition – IYCN) व्यवहार के लिए अनुकूल बनाना	मां और बच्चे की निकटता सुनिश्चित करना, घर पर शिशु व नवजात की देखभाल, जल, स्वच्छता और साफ-सफाई (Water Sanitation Hygiene – WASH), तौर-तरीके, घर के परिवेश को शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition – IYCN) व्यवहार के लिए अनुकूल बनाना, स्थानीय रूप से उपलब्ध	मां और बच्चे की निकटता सुनिश्चित करना, जल, स्वच्छता और साफ-सफाई (Water Sanitation Hygiene – WASH), तौर-तरीके, घर के परिवेश को शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition – IYCN) व्यवहार के लिए अनुकूल बनाना, स्थानीय रूप से उपलब्ध भोजन को बढ़ावा देना, ऐसा अनकूल माहौल

उद्देश्य	शून्य से छः माह (0-180 दिन)	सात माह से तीन वर्ष (07-36 माह)	तीन वर्ष से छः वर्ष (37-72 माह)
		भोजन को बढ़ावा देना, ऐसा अनकूल माहौल बनाना जिसमें परिवारों को पोषण व भोजन की जरूरतों को प्राथमिकता देने में मदद मिले जिसमें THR का समुचित सेवन शामिल है	बनाना जिसमें परिवारों को पोषण व भोजन की जरूरतों को प्राथमिकता देने में मदद मिले जिसमें गर्म पका भोजन प्रदाय एवं सेवन शामिल है
सामाजिक स्वास्थ्य व खुशहाली	शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition-IYCN) तथा स्वास्थ्य देखभाल के तौर-तरीकों के प्रति जागरूकता बढ़ाना, शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition-IYCN), सामाजिक व्यवहार, स्वास्थ्य सम्बंधी मुद्दों, सामुदायिक प्रथाओं, रोजगार तक पहुंच और जेंडर समानता (लड़कियों व धात्री माताओं) सम्बंधी मिथ्या धारणाओं को ध्वस्त करना	शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition-IYCN) तथा स्वास्थ्य देखभाल के तौर-तरीकों के प्रति जागरूकता बढ़ाना, शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition-IYCN), सामाजिक व्यवहार, स्वास्थ्य सम्बंधी मुद्दों, सामुदायिक प्रथाओं, रोजगार तक पहुंच और जेंडर समानता (लड़कियों व धात्री माताओं) सम्बंधी मिथ्या धारणाओं को ध्वस्त करना महिला समर्थन समूहों के माध्यम से शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition – IYCN) के तौर-तरीकों तथा उपयुक्त खानपान के संदर्भ में समाज द्वारा माताओं के लिए समर्थन को बढ़ाना. सामाजिक रूप से पर्याप्त, विविध, स्वीकार्य, कैलोरी व प्रोटीन सघन भोजन को बढ़ावा देना जिसमें पर्याप्त विटामिन ए, डी, तथा खनिज जैसे सूक्ष्म पोषक तत्व हों. इसके लिए स्व सहायता समूहों को बढ़ावा देना जो स्थानीय रूप से उपलब्ध सामग्री से गर्म भोजन पकाएं	शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition-IYCN) तथा स्वास्थ्य देखभाल के तौर-तरीकों के प्रति जागरूकता बढ़ाना, शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition-IYCN), सामाजिक व्यवहार, स्वास्थ्य सम्बंधी मुद्दों, सामुदायिक प्रथाओं, रोजगार तक पहुंच और समानता (लड़कियों व धात्री माताओं) सम्बंधी मिथ्या धारणाओं को ध्वस्त करना महिला समर्थन समूहों के माध्यम से शिशु और छोटे बच्चों का पोषण (Infant Young Child Nutrition – IYCN) के तौर-तरीकों तथा उपयुक्त खानपान के संदर्भ में समाज द्वारा माताओं के लिए समर्थन को बढ़ाना. सामाजिक रूप से पर्याप्त, विविध, स्वीकार्य, कैलोरी व प्रोटीन सघन भोजन को बढ़ावा देना जिसमें पर्याप्त विटामिन ए, डी, तथा खनिज जैसे सूक्ष्म पोषक तत्व हों. इसके लिए स्व सहायता समूहों को बढ़ावा देना जो स्थानीय रूप से उपलब्ध सामग्री से गर्म भोजन पकाएं
अभिसरण	स्तनपान के दौरान पोषण व मातृत्व अधिकार, जरूरी होने पर तत्काल नवजात का रेफरल, मनरेगा, वन अधिकार अधिनियम (Forest Rights Act-FRA), जल, स्वच्छता और साफ-सफाई Water Sanitation Hygiene – WASH) सामुदायिक समर्थन प्रणाली की सेवाएं तथा कार्यक्रमों के आश्वासन के लिए सामाजिक माहौल निर्मित करना।	मनरेगा, वन अधिकार अधिनियम (Forest Rights Act-FRA), जल, स्वच्छता और साफ-सफाई Water Sanitation Hygiene – WASH), सामुदायिक समर्थन प्रणाली की सेवाएं तथा कार्यक्रमों के आश्वासन के लिए सामाजिक माहौल निर्मित करना। मनरेगा कार्यस्थलों पर तथा राष्ट्रीय झूलाघर योजना के तहत झूलाघर के प्रावधान की पड़ताल करना और क्रियांवित करना। आंगनवाड़ी-सह-झूलाघर तथा संसाधन केंद्रों (बाल विकास केंद्रों) का रीमॉडलिंग करना ¹¹	मनरेगा, वन अधिकार अधिनियम (Forest Rights Act-FRA), जल, स्वच्छता और साफ-सफाई Water Sanitation Hygiene – WASH), सामुदायिक समर्थन प्रणाली की सेवाएं तथा कार्यक्रमों के आश्वासन के लिए सामाजिक माहौल निर्मित करना। मनरेगा कार्यस्थलों पर तथा राष्ट्रीय झूलाघर योजना के तहत झूलाघर के प्रावधान की पड़ताल करना और क्रियांवित करना। आंगनवाड़ी-सह-झूलाघर तथा संसाधन केंद्रों (बाल विकास केंद्रों) का री-मॉडलिंग करना। प्रारंभिक बचपन देखभाल व शिक्षा (ECCE) स्कूल-पूर्व शिक्षा सुनिश्चित करना। आंगनवाड़ी पर केंद्र-आधारित खेल-स्कूल का प्रावधान सुनिश्चित करना जिसमें स्कूल-पूर्व गतिविधियां करवाने के लिए प्रशिक्षित कर्मी हों।

परिशिष्ट - 4: नीतिगत अभिव्यक्ति

1. पोषण-विशिष्ट हस्तक्षेप के आयाम

क्र.	नीतिगत अभिव्यक्ति	हस्तक्षेप
1	किशोरी बालिकाओं में कुपोषण तथा एनीमिया में कमी और उन्हें स्वस्थ व उत्पादक वयस्क बनने में समर्थ बनाना	किशोरियों, WRA में एनीमिया कम करना
2	पूरे जीवन में श्रेष्ठतम पोषण की सुनिश्चितता	जीवनपर्यंत श्रेष्ठतम पोषण सुनिश्चित करना ताकि पीढ़ियों के बीच तथा कुपोषण का दुष्चक्र तोड़ा जा सके (मातृत्व, देखभाल, स्वास्थ्य, पोषण व भोजन संपूरक) जिसमें मातृत्व हकदारी योजना के क्रियावयन में कार्यकुशलता शामिल हो.
3	बच्चों की देखभाल प्रदाता, परिवार और समुदाय के स्तर पर बेहतर पोषण तथा बाल देखभाल के तौर-तरीकों की स्थापना	बच्चों के लिए प्रारंभिक जीवन में ही एक स्वस्थ बुनियाद तैयार करने हेतु उनके यथेष्ट पोषण व बेहतर IYCF तौर-तरीके सुनिश्चित करना, जन्म के एक घंटे के अंदर स्तनपान को बढ़ावा देना, 6 माह तक मात्र स्तनपान और उसके बाद 2 वर्ष की उम्र तक स्तनपान जारी रखते हुए पूरक आहार देना.
4	जोखिमग्रस्त आबादी (खास तौर से पांच साल से कम उम्र के बच्चों, किशोरों और महिलाओं) के लिए सूक्ष्म पोषण सम्बंधी कुपोषण की सुनिश्चित रोकथाम व नियंत्रण	सूक्ष्म पोषक तत्वों सम्बंधी कुपोषण तथा कमियों पर नियंत्रण तथा रोकथाम
5	पर्याप्त विविधतापूर्ण और पोषण संवर्धित व गुणवत्तापूर्ण भोजन सुनिश्चित करना. इसके लिए सामाजिक सुरक्षा कवच और जोखिमग्रस्त आबादी के लिए पोषण गुणवत्ता बढ़ाने और सूक्ष्म पोषक तत्वों की पूर्ति करने के लिए कल्याणकारी योजनाओं के जरिए स्वस्थ खानपान की आदतों को बढ़ावा देना और संवर्धित भोजन का सेवन और उसकी उपलब्धता बढ़ाना.	भोजन की विविधता तथा भोजन के संवर्धन को बढ़ाना व समर्थन
6	मध्यम गंभीर कुपोषण (Moderate Acute Malnutrition -MAM) तथा अति गंभीर कुपोषण (Severe Acute malnutrition -SAM) की रोकथाम, पहचानने व उपचार की सुनिश्चित व्यवस्था	मध्यम गंभीर कुपोषण (Moderate Acute Malnutrition -MAM) का सामुदायिक प्रबंधन और संस्था-आधारित अति गंभीर कुपोषण (Severe Acute malnutrition -SAM) उपचार के साथ सम्बद्धता. इसके लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं और एकीकृत बाल विकास सेवाओं (ICDS) में उपलब्ध प्रावधानों का उपयोग करना. शिशु रुग्णता व मृत्यु दर कम करने के लिए सामुदायिक प्रत्युत्तर और बेहतर पोषण व देखभाल
7	सामुदायिक स्तर पर बेहतर पोषण प्रथाओं का ज्ञान, जागरूकता और अपनाया जाना	प्रजनन उम्र की महिलाओं और बच्चों के भोजन पकाने एवं भोजन करने की प्रथाओं से जुड़े सामाजिक-सांस्कृतिक विश्वासों और सामाजिक व्यवहार परिवर्तन सम्बंधी संप्रेषण (Social Behaviour Change Communication - SBCC) पर ध्यान देना। इसके लिए सामुदायिक एकजुटता, पोषण शिक्षा तथा सामाजिक व्यवहार परिवर्तन संप्रेषण के तरीकों का उपयोग करना ताकि सुविधा-संस्थाओं तथा समुदाय दोनों स्तरों पर ज्ञान बढ़े और पोषण सम्बंधी तौर-तरीके बेहतर हों। इसमें सामान्य जन संचार माध्यमों का उपयोग किया जाएगा।
8	समुदाय में संक्रामक रोगों की रोकथाम व नियंत्रण की सुनिश्चित व्यवस्था	संक्रामक रोगों का प्रबंधन व रोकथाम, चिंहित जोखिमग्रस्त समुदायों, महिलाओं, किशोरों व बच्चों (बाल्यकाल में होने वाल क्षयरोग), में सूक्ष्मपोषक तत्वों की कमी से जुड़े रोगों के प्रकोप को कम करना. इसके लिए चिंहित जोखिमग्रस्त समूहों में सटीक पोषण प्रथाओं को बढ़ावा देना, क्षयरोग के प्रकोप व प्रसार को कम करना शामिल है।
9	समुदाय में गैर-संक्रामक रोगों की रोकथाम व नियंत्रण की सुनिश्चित व्यवस्था	गैर-संक्रामक रोगों के जोखिम कारकों तथा प्रमुख खानपान सम्बंधी गैर-संक्रामक रोगों के बारे में जागरूकता बढ़ाना ताकि ऐसे रोगों से होने वाली मौतों में कमी आए और खानपान सम्बंधी गैर-संक्रामक रोगों से पीड़ित लोगों के जीवन की गुणवत्ता बेहतर हो सके।
10	एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की पोषण स्थिति और जीवन की गुणवत्ता में सुधार	एचआईवी/एड्स से पीड़ित लोगों को पोषण सम्बंधी जानकारी देकर, देखभाल व सहारा देकर पोषण तथा एचआईवी/एड्स के परस्पर सम्बंधों की जागरूकता बढ़ाना.

क्र.	नीतिगत अभिव्यक्ति	हस्तक्षेप
11	समुदाय में कुपोषण की रोकथाम, पहचान और उपचार के प्रति बेहतर संवेदनशीलता तथा बढ़ी हुई प्रतिरक्षा.	आपातकालीन स्थितियों में पोषण व देखभाल – चाहे वह कोई प्राकृतिक आपदा हो या कोविड-19 जैसी कोई भयानक महामारी. इसके लिए आंगनवाड़ी सेवाएँ और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा, जलवायु परिस्थिति, आपातकालीन प्रतिक्रिया का सहारा लिया जाए.
12	आदिवासियों की पोषण व स्वास्थ्य सम्बंधी जरूरतों को पहचानकर निराकृत किया जाए	आदिवासी लोगों की स्वास्थ्य तथा पोषण की स्थिति में कमी की पूर्ति करना, जिससे उनके स्वास्थ्य कवरेज और स्वास्थ्य सम्बंधी मानकों को राज्य के औसत स्तर पर लाया जा सके.
13	वंचित एवं संवेदनशील समूहों के लगातार पोषण देखभाल की सुनिश्चित व्यवस्था	सामाजिक-आर्थिक/भौगोलिक रूप से वंचित तथा पोषण की दृष्टि से संवेदनशील समूहों की सतत पोषण व स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दे को एक कारगर पोषण देखभाल तथा समर्थन व्यवस्था स्थापित करके निराकरण किया जा सकता है.
14	विशेष आवश्यकता वाले लोगों की पोषण देखभाल उपयुक्त ढंग से संबोधित करना	शिशु विकास कार्यक्रम द्वारा विशेष आवश्यकता वाले लोगों की सुरक्षा, पोषण व स्वास्थ्य देखभाल के लिए उनका ज्ञान व कौशल बढ़ाया जा सके, उन्हें बाधा-मुक्त संप्रेषण सुलभ हो और समानुभूतिपूर्ण माहौल मिले.
15	सामुदायिक सक्रियता का उच्चतर स्तर जो स्वास्थ्य देखभाल तथा पोषण सेवाओं में समुदाय की सहभागिता में प्रदर्शित हो।	बेहतर स्वास्थ्य व पोषण व्यवहार व तौर-तरीकों के लिए और गुणवत्तापूर्ण सेवा आपूर्ति के लिए सामुदायिक गतिशीलता को प्रोत्साहन, सहयोग एवं समर्थन देना।
16	सेवाओं, कौशल, समुदाय की क्षमताओं, पोषण कर्मियों, तथा कुपोषण के प्रत्यक्ष एवं अंतर्निहित कारणों पर काम कर रहे गैर-पोषण कर्मियों का क्षमतावर्धन करना	क्षमता निर्माण तथा मैदानी कर्मियों का सशक्तिकरण
17	बेहतर पहुंच तथा सार्वभौमिक कवरेज के लिए परिणाम-आधारित पूरक पोषण आहार कार्यक्रम के गुणवत्तापूर्ण क्रियावयन की सुनिश्चितता	परिणाम आधारित कार्यक्रम निर्माण (जैसे पूरक पोषण आहार) की स्थापना
18	मातृत्व अधिकार योजनाओं का प्रभावी क्रियान्वयन जिससे गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं और बच्चों के लिए देखभाल, स्वास्थ्य व पोषण सुनिश्चित किया जा सके	मातृत्व अधिकार योजना का प्रभावी क्रियान्वयन

2. पोषण-संवेदी हस्तक्षेपों के आयाम

क्र.	नीतिगत अभिव्यक्ति	हस्तक्षेप
1	राज्य में कृषि व खाद्य विविधता सुनिश्चित करना	विविधीकरण के विकल्प को बढ़ावा दें ताकि विविध खाद्य की उपलब्धता तथा क्रयशक्ति बढ़े। साथ ही ऐसी रणनीतियां अपनानी होंगी जिससे सतत सघनता वृद्धि, उत्पादकता वृद्धि एवं पर्यावरणीय स्थिरता को बढ़ावा मिले। यह फसलों में प्रजातियों की विविधता बढ़ाकर या इकोसिस्टम-आधारित रणनीतियां अपनाकर किया जा सकता है.
2	सब्जियों, फलों, अंडों का अधिक उत्पादन और पशुधन व मत्स्य संसाधन की बेहतर उपलब्धता	पर्याप्त, पौष्टिक, सुरक्षित तथा गुणवत्तापूर्ण खाद्य तक पहुंच को सुगम बनाना (सब्जी और फल आधारित पोषण वाटिका, खेत उद्यान, घरेलू कुक्कुट पालन, पशु पालन व मछली पालन)
3	जैव विविधता तथा जैव-समृद्धिकरण पर सकारात्मक प्रभाव	जैव विविधता के आकलन से ऐसे उपलब्ध प्रजातियों और किस्मों की पहचान करने में मदद करती है जो देश के विशिष्ट कुपोषण के कारकों को कम लागत में स्थानीय स्तर पर स्वीकार्य रूप संबोधित करती है। पोषण एवं पर्यावरणीय स्थिरता के क्षेत्र में मूल निवासियों के बेहतर ज्ञान, खाद्य प्रणाली और भोजन को उनकी क्षमता के संदर्भ में प्रोत्साहित करना, साथ ही विघटनकारी कारकों को समझकर, पारंपरिक सटीक रणनीति बनाना जिससे मूल आनुवांशिक संसाधनों एवं खाद्य प्रणाली को संरक्षण दिया जा सके।
4	परिवारों के लिए स्थायी व संतुलित आमदनी सुनिश्चित करना जिससे वे जरूरी भोजन व पोषण सुरक्षा प्राप्त कर सकें	समुदाय में स्थानीय आबादी के लिए खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करने की दृष्टि से आमदनी-जनक तथा आजीविका कार्यक्रम पर ध्यान केंद्रित करना।

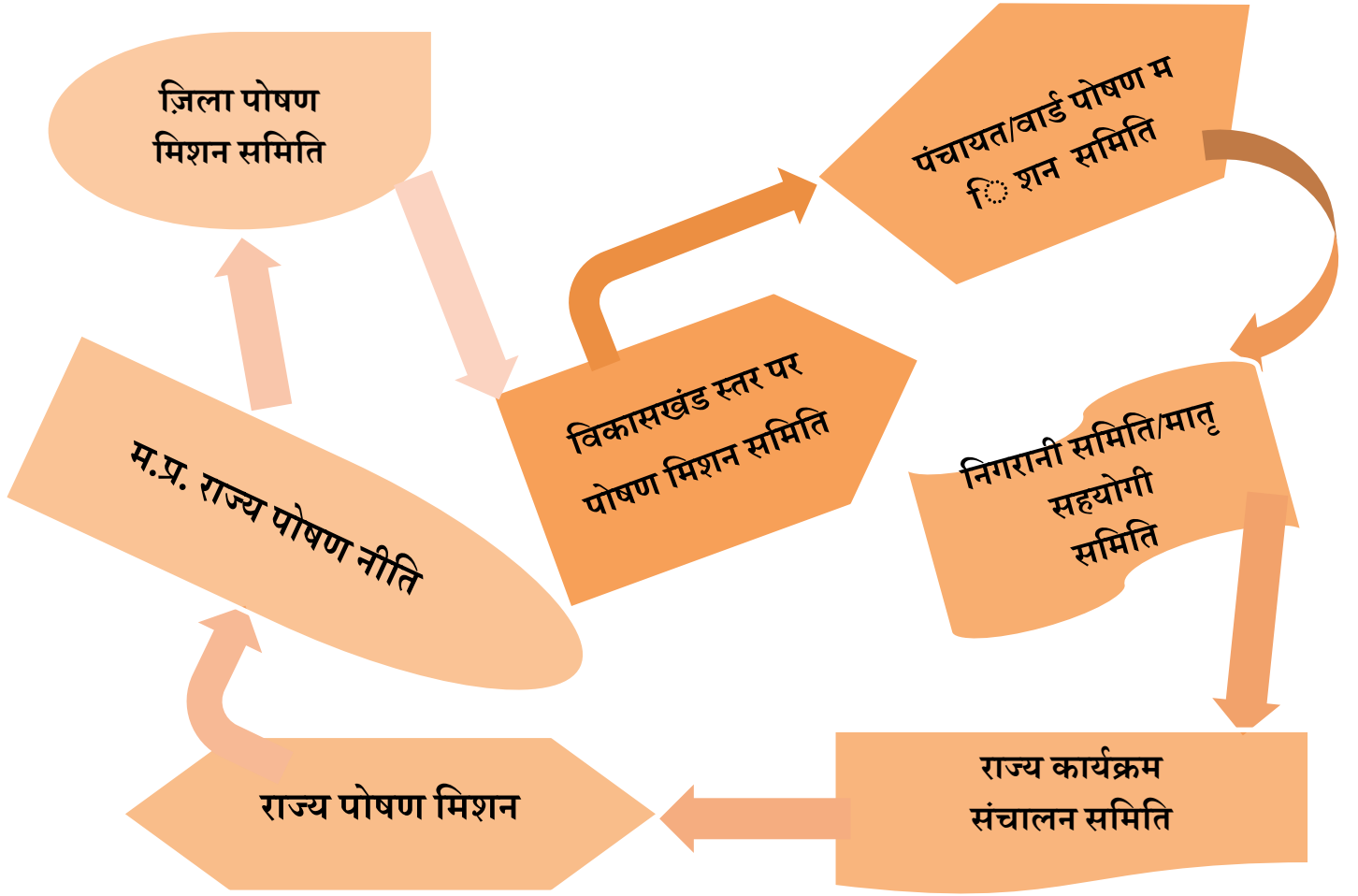
क्र.	नीतिगत अभिव्यक्ति	हस्तक्षेप
5	समुदाय के लिए सामाजिक सुरक्षा तथा सुरक्षा कवचों को सक्रिय बनाना ताकि कोई भी संवेदनशील सेवाओं से वंचित न रहे	पोषण की दृष्टि से संवेदनशील समूह तक पहुंचना ताकि पोषण सम्बंधी घोषित लक्ष्यों व सूचकांकों को शामिल किया जा सके और ऐसे तरीके निर्मित किए जा सकें और बेहतर बनाए जा सकें जो परिवारों और समुदाय के लिए स्वास्थ्य सेवा को सुगम बनाएं।
6	लक्षित सार्वजनिक वितरण प्रणाली का संपूर्ण कवरेज और उपयोग सुनिश्चित करना	मध्यप्रदेश सरकार के खाद्य, नागरिक आपूर्ति तथा उपभोक्ता संरक्षण विभाग के साथ समन्वय से अध्ययन करना ताकि कुपोषण व एनीमिया से ग्रस्त परिवारों को चिह्नित करके उनकी खाद्य सुरक्षा को सुनिश्चित करने हेतु नीतिगत प्रयास किए जा सकें।
7	खाद्य विपणन, नियमन तथा अनुपालन सुनिश्चित करना; उपभोक्ता जागरूकता और शिक्षा	ऐसी नीतियां व रणनीतियां बनाना जो स्वस्थ खाद्य पर्यावरण को आकार दें और पारंपरिक व आधुनिक दोनों तरह के फुटकर क्षेत्रों को स्वस्थ भोजन के उपभोग को बढ़ावा देने में जोड़ सकें।
8	पानी व स्वच्छता व्यवस्था की उपलब्धता व पहुंच का सर्वव्यापीकरण	पानी व स्वच्छता अधोसंरचना विकास व रख-रखाव का काम पोषण पर केंद्रित सामुदायिक जागरूकता की तर्ज पर किया जाए।
9	मध्याह्न भोजन समेत सभी स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रमों की स्थिति को बेहतर बनाना जिससे सभी स्कूल बच्चों की स्वास्थ्य व पोषण सम्बंधी जरूरतें पूरी किया जाकर उसमें नियमित अभियानों के माध्यम से शाला त्यागी बच्चों के कवरेज का प्रावधान हो	आजीवन स्वस्थ खानपान की आदतों का विकास इस उद्देश्य से करें कि बच्चों, उनके परिवारों और स्कूल समुदाय को प्रोत्साहन देकर स्वस्थ व पौष्टिक भोजन की मांग व आपूर्ति में वृद्धि हो।
10	विभिन्न सूचकांकों के तहत महिलाओं का सशक्तिकरण सुनिश्चित करना। इनमें परिवारिक निर्णय प्रक्रिया, कार्यक्रम संरचना और क्रियाव्ययन निकायों में भूमिका जैसे सूचकांक शामिल हों।	कृषि व ग्रामीण विकास और खाद्य प्रणाली में जेंडर संवेदी हस्तक्षेप नियोजित करना और क्रियावित करना जो असमान जेंडर सम्बंधों को संबोधित करें और महिलाओं को सशक्त करें। ये पोषण को बेहतर बनाने के कार्यक्रमों की सफलता में प्रमुख कारक होते हैं।
11	आजीविका कार्यक्रमों और समुदाय के बीच संबंध सुनिश्चित करना जिससे पारिवारिक आमदनी बढ़े एवं उसकी निरंतरता बनी रहे।	आजीविका के विकल्प उपलब्ध कराते हुए उन्हें प्रोत्साहित करना एवं उनका मनरेगा से समन्वय करना जिससे संवेदनशील एवं वंचित परिवारों की आमदनी बढ़े, वे परिसंपत्तियां विकसित करें और उससे लाभ कमाएं।

3. सुशासित पोषण के व्यवस्थागत हस्तक्षेपों के आयाम

क्र.	नीतिगत अभिव्यक्ति	हस्तक्षेप
1	गंभीर कुपोषित बच्चों हेतु समेकित पोषण प्रबंधन (Integrated management of acute malnutrition – I-MAM) में कार्यशीलता लाना, गंभीर कुपोषित (Children with Acute Malnutrition) बच्चों का प्रबंधन हेतु समुदाय-आधारित मॉडल विकसित कर इसे पूरे राज्य में विस्तारित किए जाने पर ध्यान दिया जायेगा.	सामुदायिक समूहों, स्वास्थ्य व पोषण समितियों को सुदृढ़ बनाना और गंभीर कुपोषित बच्चों हेतु समेकित पोषण प्रबंधन (Integrated management of acute malnutrition – I-MAM) सेवाओं के नियोजन, प्रबंधन तथा क्रियान्वयन के काम में जोड़कर कार्यक्रम व सेवा के प्रति स्वामित्व का भाव पैदा करना तथा कार्यक्रम को संस्थागत करना।
2	हितग्राही आबादी की सेहत व पोषण में सुधार, अपेक्षाओं के प्रति संवेदनशीलता और वित्तीय आवंटन व उपयोग में समरूपता सुनिश्चित करना	सेक्टर के अंदर कार्य निष्पादन की गुणवत्ता और संवेदनशीलता के लिहाज से कार्यकारी लम्बवत इकाईओं में सुसंगत सामंजस्य (Vertical Coherence) .
3	खाद्य, पानी और स्वास्थ्य सम्बंधी खुशहाली की जरूरतों और बढ़ती मांग की पूर्ति, विभिन्न घटकों के बीच सशक्त समन्वय (जैसे संयुक्त नियोजन, संयुक्त क्षमता निर्माण और समीक्षा) जिससे सेक्टरवार कार्ययोजनाओं में पोषण व स्वास्थ्य सम्बंधी लक्ष्य परिलक्षित हो सकें।	प्रगति में समानता लाने और संसाधन उपयोग के श्रेष्ठतम स्तर के लिए विभिन्न क्षेत्रों के बीच समन्वय तथा अभिसरण और एकीकरण व क्षैतिज इकाईओं में सुसंगत सामंजस्य (Horizontal Coherence)
4	सामुदायिक समूहों के क्षमता निर्माण के जरिए उनकी सक्रिय सहभागिता के द्वारा सामुदायिक स्वामित्व में वृद्धि	आंगनवाड़ी सेवाओं का सर्वव्यापीकरण को संस्थागत स्वरूप देना
5	कार्यकारी एवं प्रभावी पोषण सूचना दृष्टिकोण तक पहुंचना जिससे पोषण की दृष्टि से प्रासंगिक सारी सूचनाएं सभी महत्वपूर्ण सेवा	पोषण निगरानी स्थापित कर क्रियान्वयन करना – सामुदायिक निगरानी, शिकायत निवारण, सामाजिक अंकेक्षण और जन सुनवाई

क्र.	नीतिगत अभिव्यक्ति	हस्तक्षेप
	प्रदाताओं (Key Players) और हितधारकों को मिल सकें जिसका उपयोग वे सुविचारित निर्णय लेने, नीति-निर्माण और कार्यक्रम नियोजन कर सकें.	
6	सक्रिय पंचायती राज संस्थाओं और शहरी निकायों के माध्यम से पोषण सरकार (प्रशासन) की स्थापना	विकेंद्रीकृत पोषण नियोजन व ग्राम सभा; पंचायती राज संस्थाओं और शहरी स्थानीय निकायों का भूमिका
7	क्षेत्रों के अंदर और क्षेत्रों के बीच वित्तपोषण व कार्यक्रम निर्माण में सुसंगति की स्थापना	पोषण विशिष्ट, पोषण संवेदी हस्तक्षेपों के संसाधनों हेतु प्रशासन दायरे में सुसंगत बजट आवंटन और श्रेष्ठतम उपयोग सुनिश्चित करना जिससे कार्यक्रम में निवेश की दृष्टि से परिणाम एवं वित्त का सामंजस्य प्राप्त हो सके।
8	प्रणालीगत /व्यवस्थागत प्रोटोकॉल द्वारा व्यवस्था में जवाबदेही और पारदर्शिता सुनिश्चित करना	बहु-क्षेत्रीय अभिसरण को उच्चतर कार्य शैली में क्रियान्वित करना।
9	ऐसा माहौल बनाना जहां मानव पोषण शोधकर्ता अपने शोध-निष्कर्षों को नीतिकारों, थिंक-टैंक्स और विभिन्न हितधारकों को नियोजन में मदद के लिए बांट सकें	मानव पोषण अनुसंधान को अपनाया जाए।
10	सामुदायिक निगरानी व सामाजिक अंकेक्षण के बड़े पैमाने पर कार्य करने योग्य मॉडल बनाना. साथ में एक कारगर शिकायत निवारण व्यवस्था हो, जो राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम, 2013 के प्रावधानों के अनुरूप हो। गांव व शहरी इकाई के स्तर पर आंगनवाड़ी सेवाओं के बेहतर संचालन हेतु 'सुधार के लिए सबक लेने पर' ना कि 'गलतियां निकालने पर'; पर केन्द्रित दृष्टिकोण अपनाया जाएगा जिससे सामुदायिक सहभागिता, स्वामित्व का भाव विकसित कर बेहतर निगरानी सुनिश्चित किया जा सके।	सामुदायिक निगरानी, शिकायत निवारण, सामाजिक अंकेक्षण और जन सुनवाई की शैलियों और क्रियाविधियों को संस्थागत स्वरूप दिया जाए। .

परिशिष्ट -5:संस्थागत व्यवस्थाएं



संस्थागत व्यवस्थाएं

[राष्ट्रीय पोषण रणनीति में वर्णित ढांचे में दिए गए सुझावों पर आधारित]

राज्य पोषण मिशन	राज्य पोषण मिशन संचालन समूह/राज्य कार्यक्रम संचालन समिति
मुख्य मंत्री - अध्यक्ष	मुख्य सचिव – अध्यक्ष
मुख्य सचिव - संयोजक	प्रमुख सचिव - महिला एवं बाल विकास- सदस्य सचिव
मंत्री –महिला एवं बाल विकास - उपाध्यक्ष	प्रमुख सचिव - लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण – सह-सदस्य सचिव
मंत्री –लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण – सह उपाध्यक्ष	प्रमुख सचिव आदिवासी कल्याण
मंत्री - आदिवासी कल्याण	उप मुख्य सचिव/प्रमुख सचिव – कृषि
मंत्री - कृषि	प्रमुख सचिव –लोक स्वास्थ्य यांत्रिकी
मंत्री –लोक स्वास्थ्य यांत्रिकी	उप मुख्य सचिव - पंचायत व ग्रामीण विकास
मंत्री - पंचायत व ग्रामीण विकास	प्रमुख सचिव – शहरी विकास व आवास
मंत्री - शहरी विकास व आवास	उप मुख्य सचिव/प्रमुख सचिव – वन
मंत्री - वन	उप मुख्य सचिव/प्रमुख सचिव – वित्त
मंत्री - वित्त	प्रमुख सचिव – पशुपालन
मंत्री – पशुपालन व मत्स्य पालन	प्रमुख सचिव – खाद्य, नागरिक आपूर्ति और उपभोक्ता सुरक्षा
मंत्री - खाद्य, नागरिक आपूर्ति और उपभोक्ता सुरक्षा	प्रमुख सचिव – सामाजिक न्याय
मंत्री – सामाजिक न्याय	प्रमुख सचिव – स्कूली शिक्षा
मंत्री – स्कूली शिक्षा	प्रमुख सचिव – विज्ञान व प्रौद्योगिकी
मंत्री – विज्ञान व प्रौद्योगिकी	सचिव – राज्य खाद्य आयोग
अध्यक्ष – राज्य खाद्य आयोग	विशेष आमंत्रित
प्रमुख सचिव, महिला एवं बाल विकास - सदस्य सचिव	प्रतिनिधि – ऐम्स, भोपाल
प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण – सह सदस्य सचिव	विकास साझेदारों के प्रतिनिधि
विशेष आमंत्रित	सीएसओ के प्रतिनिधि
मंत्री, महिला एवं बाल विकास, भारत सरकार या प्रतिनिधि	प्रतिनिधि – खाद्य व पोषण बोर्ड
मंत्री, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, भारत सरकार या प्रतिनिधि	प्रतिनिधि – जैव विविधता बोर्ड
उपाध्यक्ष या प्रतिनिधि, नीति आयोग	प्रतिनिधि – अग्रिम पंक्ति के कार्यकर्ता
अध्यक्ष, भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान परिषद् (Indian Council of Medical Research – ICMR)	
अध्यक्ष, पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ़ इंडिया (Public Health Foundation of India – PHFI) और राष्ट्रीय पोषण संस्थान	

संस्थागत व्यवस्था/सेटअप

ज़िला पोषण निगरानी समिति	प्रखंड पोषण मिशन समिति
ज़िला कलेक्टर – अध्यक्ष	एसडीएम/सीईओ, जनपद पंचायत अध्यक्ष
संसद सदस्य	विधायक
विधायक	जनपद पंचायतों के अध्यक्ष
ज़िला पंचायत अध्यक्ष	CDPO, WCD– सदस्य सचिव
जनपद पंचायत अध्यक्ष	प्रखंड चिकित्सा अधिकारी – सह सदस्य सचिव
मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिला पंचायत	JSO, खाद्य

ज़िला परियोजना अधिकारी, महिला बाल विकास- सदस्य सचिव	प्रखंड शिक्षा अधिकारी
मुख्य चिकित्सा व स्वास्थ्य अधिकारी – सह सदस्य सचिव	PHE
खाद्य नियंत्रक/DSO	समाज कल्याण
DC, सामाजिक कल्याण	आदिवासी कल्याण
DC, आदिवासी कल्याण	कृषि, पशुपालन विभाग
DC, कृषि, पशुपालन व मत्स्य पालन	CSOs के प्रतिनिधि
ज़िला शिक्षा अधिकारी	अग्रिम पंक्ति के कार्यकर्ताओं के प्रतिनिधि
सीएसओ का प्रतिनिधि	
अग्रिम पंक्ति के कार्यकर्ताओं का प्रतिनिधि	आंगनवाड़ी केंद्र स्तर की सतर्कता समिति
पंचायत/वार्ड पोषण मिशन समिति	मातृ सहयोगिनी समिति और समुदाय के प्रतिनिधि, हितग्राही समूह के प्रतिनिधि, महिला स्व सहायता समूह के प्रतिनिधि, चयनित महिला प्रतिनिधि, CBO, स्कूल शिक्षक, संयुक्त वन प्रबंधन समिति/वन सुरक्षा समिति/इको-विकास समिति, पानी उपभोक्ता संघ के प्रतिनिधि वगैरह.
सरपंच/चयनित शहरी वार्ड मेंबर	
ग्राम स्वच्छता व पोषण समिति	
महिला स्व सहायता समूह की अध्यक्ष/प्रतिनिधि	
शौर्य दल का प्रतिनिधि	
अध्यक्ष, संयुक्त वन प्रबंधन समिति/इको विकास समिति	
अध्यक्ष, शाला प्रबंध समिति	
अध्यक्ष/प्रतिनिधि, पानी उपभोक्ता समिति	
कृषि विस्तार अधिकारी	

शब्दकोष (ग्लोसरी)

राज्य	राज्य से आशय मध्यप्रदेश राज्य से है
राज्य सरकार	राज्य सरकार से आशय मध्यप्रदेश राज्य सरकार से है
शासन	शासन से आशय मध्यप्रदेश शासन से है
विभाग/विभागों	विभाग/विभागों से आशय मध्यप्रदेश शासन अंतर्गत संचालित विभाग/विभागों से है
स्थानीय निकाय/प्रशासन	स्थानीय निकाय/प्रशासन से आशय मध्यप्रदेश राज्य अंतर्गत पंचायत राज संस्थाएं एवं नगरीय निकायों से है।
नीति	नीति का आशय मध्यप्रदेश राज्य पोषण नीति वर्ष 2020-2030 से है
अनुसूचित जाति	राज्य शासन द्वारा अधिसूचित अनुसूचित जाति
अनुसूचित जन जाति	राज्य शासन द्वारा अधिसूचित अनुसूचित जन जाति
ग्राम सभा	73वें संविधान संशोधन के तहत ग्राम के संसाधनों के बारे में निर्णय लेने वाली संस्था
समुदाय	इसे एक भौगोलिक क्षेत्र में रहने वाले लोगों के समूह के रूप में परिभाषित किया जाता है
समुदाय-आधारित संगठन	कोई नीजि अथवा सार्वजनिक गैर-मुनाफा संगठन जो किसी समुदाय या समुदाय के बड़े हिस्से का प्रतिनिधित्व करता है
सहयोगिनी मातृ समिति	राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम 2013 के प्रावधान अनुसार आंगनवाड़ी केंद्र स्तर पर गठित निगरानी समिति
सार्वजनिक वितरण प्रणाली (PDS)	सार्वजनिक वितरण प्रणाली सरकार का एक कार्यक्रम है जहां ज़रूरी खाद्यान्न, शकर और कैरोसीन का वितरण लोगों को अलग-अलग कीमतों पर किया जाता है। गरीबी रेखा से नीचे के लोगों को सार्वजनिक वितरण प्रणाली की उचित मूल्य की दुकानों के जरिए रियायती दामों पर वस्तुएं दी जाती हैं।
खाद्य प्रणाली	खाद्य प्रणाली में भोजन के उत्पादन, प्रसंस्करण, विचरण, पकाने तथा उपभोग आदि से जुड़े सारे घटक शामिल हैं।
खाद्य मूल्य श्रृंखला	खाद्य उत्पादन की आर्थिक प्रक्रिया जिसमें कृषि व प्रसंस्करण, अपशिष्ट का निपटान, पैकेजिंग आदि शामिल होते हैं।
सांझा चूल्हा कार्यक्रम	सांझा चूल्हा कार्यक्रम अंतर्गत मध्यान्ह भोजन कार्यक्रम एवं आंगनवाड़ी केंद्रों में बच्चों को गर्म पका भोजन निर्धारित मापदंड अनुसार एक ही समूह द्वारा एक रसोई से प्रदाय किया जाता है।
स्व-सहायता समूह (SHG)	स्थानीय व्यक्तियों द्वारा किसी विशेष उद्देश्य से गठित 10 से 15 सदस्यी समूह
सामाजिक अंकेक्षण	यह एक प्रक्रिया है जिसमें समुदाय व सरकारी अधिकारी मिलकर किसी कार्यक्रम या योजना के नियोजन व क्रियांवयन की निगरानी व मूल्यांकन करते हैं। इसका उद्देश्य योजनाओं के क्रियान्वयन में पारदर्शिता एवं जबाबदेहिता लाना है।
हितग्राही	किसी सरकारी योजना या कार्यक्रम में लाभ व अधिकार प्राप्त करने का पात्र व्यक्ति
हितधारक	वे लोग, समूह, संगठन या कारोबार जिनकी दिलचस्पी या सरोकार समुदाय में हो। हितधारक सामुदायिक कार्यवाई, उद्देश्यों और नीतियों को प्रभावित कर सकते हैं और उनसे प्रभावित हो भी सकते हैं। सामुदायिक हितधारकों में महिलाएं, युवा समूह, सामुदायिक समूह, डेवलपर्स, मैदानी कार्यकर्ता, पंचायत सदस्य, शिक्षक, सामुदायिक कार्यकर्ता वगैरह आते हैं।
सामाजिक पूंजी	विभिन्न सामाजिक समूहों के बीच कारगर कामकाजी नेटवर्क है। उनके बीच पहचान, समझ, रीति-रिवाजों, मूल्यों, भरोसे और सहयोग का एक साझा एहसास होता है जिसके आधार पर वे मसलों को सर्वाधिक उपयुक्त समाधान के साथ संबोधित करते हैं। सामाजिक पूंजी जवाबदेह स्थानीय प्रशासन में निर्णायक भूमिका का काम करती है।
सतर्कता समिति	NFSA कार्यक्रमों में पारदर्शिता और उचित कामकाज सुनिश्चित करने के लिए योजना के क्रियांवयन की निगरानी व निरीक्षण हेतु सतर्कता समितियां गठित की गई हैं। ये समितियां अधिनियम के प्रावधानों के किसी भी उल्लंघन की लिखित सूचना जिला शिकायत निवारण समिति को देती हैं।
ग्राम स्वास्थ्य, पोषण और स्वच्छता समिति	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को गांव-स्तर के स्वास्थ्य नियोजन व निगरानी के लिए जिम्मेदार माना गया है। ये समितियां ग्राम पंचायत के ढांचे के तहत गठित की जाती हैं और इनमें महिलाओं, कमजोर वर्ग के लोगों तथा अल्पसंख्यक समुदायों का पर्याप्त प्रतिनिधित्व होना चाहिए।
मनरेगा (MNREGA)	महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी योजना महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार अधिनियम के तहत रचित एक विशेष सरकारी कार्यक्रम है। यह ग्रामीण इलाकों में सुनिश्चित रोजगार प्रदान करने के लिए है।
आंगनवाड़ी केंद्र	भारत सरकार द्वारा एकीकृत बाल विकास कार्यक्रम के आंगनवाड़ी सेवा प्रदाय हेतु केंद्र
आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	आंगनवाड़ी केंद्र क्षेत्र में महिला एवं बाल विकास की सेवा प्रदायगी हेतु जिम्मेदार होती है। ये मानसेवी कर्मी होती है
आंगनवाड़ी सहायिका	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा सेवा प्रदायगी में सहायक होती है। ये मानसेवी कर्मी होती है
आशा (ASHA)	प्रमाणीकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का एक प्रमुख घटक है
एएनएम (ANM)	समुदाय स्तर पर स्वास्थ्य विभाग की मैदानी अमले के रूप में पदस्थ महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता
कुपोषण	सामान्य रूप से शारीरिक वृद्धि हेतु आवश्यक पोषक तत्वों के कमी से होने वाली शारीरिक अवस्था।
कम वजन (Underweight)	कम वजन कुपोषण का एक प्रकार है जिसमें उम्र अनुपात में शरीर का वजन कम होता है।

ठिगनापन (Stunting)	ठिगनापन कुपोषण का एक प्रकार है जिसमें आयु अनुपात में शरीर का लंबाई/ऊँचाई कम होता है।
मध्यम गंभीर कुपोषण (MAM)	मध्यम गंभीर कुपोषण को वजन और लंबाई/ऊँचाई का अनुपात (WHZ) 2 व 3 के बीच होने के रूप में परिभाषित किया जाता है। यह अति गंभीर कुपोषण से पूर्व की अवस्था है।
अति गंभीर कुपोषण (SAM)	मध्यम गंभीर कुपोषण को वजन और लंबाई/ऊँचाई का अनुपात (WHZ) -3 से कम होने के रूप में परिभाषित किया जाता है।
एडिमा	बच्चे के दोनों पैरों में एक साथ होने वाली द्वि-पक्षीय सूजन को एडिमा कहते हैं। ये अति गंभीर कुपोषण की श्रेणी का सूचक भी है।
MUAC माप	बच्चों की बाएँ भुजा/ कोहनी के ऊपरी भाग के मध्य की गोलाई मापने में उपयोग होने वाला फीता
पोषण पुनर्वास केंद्र	पोषण पुनर्वास केंद्र (Nutrition Resource Centre) - गंभीर कुपोषित बच्चों का उपचार एवं पोषण प्रबंधन किया जाता है और उनके देखभालकर्ता को स्वास्थ्य पोषण व देखभाल की शिक्षा दी जाती है।
बॉडी मास इंडेक्स	वजन और ऊँचाई संबंधी अनुपात. ($\text{ऊँचाई}^2/\text{वजन}$)
मोटापा	बॉडी मास्क इंडेक्स ($\text{ऊँचाई}^2/\text{वजन}$) निर्धारित मानक से अधिक होना
एनीमिया (रक्ताल्पता)	वह स्थिति जिसमें व्यक्ति के शरीर में लाल रक्त कोशिकाओं में हीमोग्लोबिन की निर्धारित स्तर से कम पाया जाता है।
अवशोषण	वह प्रक्रिया जिसकी मदद से पोषक तत्व आंतों की कोशिकाओं के जरिए रक्त संचार में प्रवेश करते हैं ताकि शरीर में उनका उपयोग हो सके।
पर्याप्त सेवन	निर्धारित मात्रा में आहार/पोषक तत्वों का दैनिक खुराक में उपभोग
पूरक पोषण आहार	भारत सरकार द्वारा निर्धारित प्रोटीन एवं कैलोरी युक्त संपूरक आहार
टेक होम राशन	आंगनवाड़ी द्वारा बच्चे और गर्भवती/धात्री माताओं को घर पर उपयोग हेतु दिया जाना वाला भोजन पैकेट
जैव विविधता	जैव विविधता से तात्पर्य पृथ्वी पर रहने वाले जीवों की किस्मों तथा उनमें पाई जाने वाली विविधता से है
बीपीएल	गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) जीवनयापन करने वाले परिवार
कैलोरी	ऊर्जा या ऊष्मा की एक इकाई जो शारीरिक गतिविधि हेतु आवश्यक है
कार्बोहाइड्रेट	कार्बन, हाइड्रोजन और ऑक्सीजन से बने पोषक पदार्थ जो मूलतः शरीर को ऊर्जा प्रदान करते हैं।
खाद्य संवर्धन	खाद्य पदार्थ में एक या एक से अधिक पोषक तत्व के संयोजन से पोषकता में वृद्धि करना
सूक्ष्म पोषक तत्व की कमी	एक या एक से अधिक विटामिन या खनिज तत्वों के उपभोग या अवशोषण के कारण होने वाली कमी
लौह-फॉलिक एसिड (IFA)	समस्त गर्भवती महिलाओं को 6 माह तक प्रतिदिन लौह/फॉलिक एसिड की एक गोली दी जाती है जिसमें 60 मि.ग्रा., लौह और 400 माइक्रोग्राम फॉलिक एसिड होता है।
ए.एन.सी (ANC)	गर्भावस्था के दौरान प्रसव-पूर्व देखभाल (चार जांचें प्रसव सम्बंधी जटिलताओं का आंकलन, टिटनेस टॉक्साइड टीका, मलेरिया की रोकथाम, एचआईवी की जांच, सिफलिस व अन्य यौन-वाहित रोगों की जांच व प्रबंधन शामिल हैं)
एड्स	(Acquired Immuno deficiency Syndrome) प्रतिरक्षा तंत्र का एक रोग जो एचआईवी के संक्रमण से होता है। जिसमें प्रतिरक्षा कमजोर पड़ जाती है।
वाश (Water Sanitation Hygiene WASH)	WASH की अवधारणा में जल, स्वच्छता और साफ-सफाई के एक साथ रखा गया है क्योंकि इन तीनों क्षेत्रों में कमी का असर बहुत हद तक परस्पर-व्याप्त है।

1. Government of India, Ministry of Agriculture, and Farmers Welfare, Department of Agriculture Cooperation and Farmers Welfare Directorate of Economics and Statistics
<https://eands.dacnet.nic.in/PDF/At%20a%20Glance%202019%20Eng.pdf>
2. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371: 243–60.
3. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet 2008; 371: 417–40
4. Maternal and Child Nutrition Series by The Lancet
5. Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition A Joint Statement by The World Health Organization, The World Food Programme, The United Nations System Standing Committee on Nutrition and The United Nations Children’s Fund
6. World Health organization
7. FAO’s Programme for Gender Equality in Agriculture and Rural Development
8. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-030-14409-8.pdf>
9. Understanding the Women’s Empowerment Pathway
10. Tribal Health in India, https://www.nhm.gov.in/nhm_components/tribal_report/Executive_Summary.pdf
11. Tribal Health in India, https://www.nhm.gov.in/nhm_components/tribal_report/Executive_Summary.pdf
12. MGNREGA reserves the inclusion and empowerment of women by reserving 33 percent of employment, provision of wages equals to males, residence proximity, catering to vulnerable sections including widow, deserted and destitute - https://wcd.nic.in/sites/default/files/Revised%20RGNCSScheme_210515.pdf
Making Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA) More Care-Responsive