

Summary

Leprosy is a disease that once struck fear in most societies as a mutilating, contagious and incurable disease. In the early 1980s, the World Health Organization recommended the use of multidrug therapy as an effective cure for leprosy. At this time, India had nearly four million cases, equivalent to one-third of the world's leprosy cases. The new drugs brought fresh impetus to the country's efforts to address the problem of leprosy. The leprosy programme was re-launched in 1982-83 as the National Leprosy Eradication Programme (NLEP), with the objective of eradicating leprosy by breaking the chain of transmission of the disease.* The programme's focus was on 201 of the 412 districts in the country where the prevalence rate was 50 or more cases of leprosy per 10,000 population. The strategy was to detect cases early and treat them with multidrug therapy, and educate patients, their families and the community on the curability of leprosy in order to encourage voluntary reporting.

Danida's Involvement

Given the magnitude of the problem, the Government of India requested the Danish International Development Assistance to support the programme. Danish assistance to NLEP (DANLEP) spanned a period of 18 years from 1986 to 2003 and was in three phases. Starting in four districts in Madhya Pradesh, Orissa and Tamil Nadu where the leprosy prevalence rates were high, in its second phase the project covered four additional districts in these states as well as extended support to

* In 1992, India adopted the WHO goal of eliminating leprosy as a public health problem by 2000, where elimination is defined as a prevalence rate of less than one case per 10,000 population.

develop monitoring at the Central level. In Phase III the support was state-wide, and when the state of Chhattisgarh was created in 2000 by bifurcating Madhya Pradesh, it was natural to include this new state in the project.

The overall objective of assistance was to help the NLEP reach its goal of eliminating leprosy as a public health problem. The second major objective was to plan for, and promote, the integration of leprosy into the general health care services. In addition to these programme-related objectives poverty reduction, which is the overall objective of Danish development aid, was also kept in view. Though leprosy is not a disease only of the poor, it affects the poor to a much greater extent because of their social and economic vulnerability. The stigma attached to leprosy could lead to loss of employment even before manual labour becomes more difficult due to disability, which often results from late or no treatment. It also leads to exclusion from society, causing physical and emotional distress.

In all levels of society, women are socially more affected than men by leprosy. A further objective of Danish assistance is to improve the status of women and promote gender equity. The project emphasised the need to consciously focus on women and ensure their access to, and active involvement in, the leprosy programme.

Community Participation

The project quickly realised that to achieve these objectives it was first necessary to reduce the fear and stigma that surrounded leprosy. This could not be done just by informing and educating people about the signs and symptoms of leprosy and its curability. It was also necessary to break the barrier between persons affected by leprosy and the rest of society, by appealing to peoples' emotions and their ability to empathise with those they feared and shunned. NLEP workers were also affected by these barriers and felt the need for a new approach. The project provided the opportunity for this and input came from both partners.

The new approach involved building community participation and spreading the awareness that fear of leprosy was ill-founded, as mere contact with a leprosy affected person did not pass on the disease. This was done through residential camps in which the community could see patients and service providers living and eating together. They could see patients' wounds and ulcers being cleaned and treated, their disabled hands and feet being massaged and exercised – so making physical contact non-threatening. Patients were taught self-care practices and in the course of the camp their ulcers healed and their limbs became more supple. They shared their life's experiences with others and the commonality of their suffering helped to heal emotional wounds. Skin care camps were run simultaneously, so that people could see and learn the signs and symptoms of leprosy and also how to distinguish them from other diseases. This holistic approach was central to all project activities, combining education, training and treatment. It gave the patients their dignity, changing people's perception of them from objects of revulsion and pity to individuals who participated in their own treatment and rehabilitation. These camps helped to bring leprosy out into the open and were deliberately turned into festive occasions, celebrating its curability. Many leprosy affected persons who had been rejected by their families were reunited with them and returned home.

Community members who attended these camps, many initially watching from a distance, then approaching closer and finally joining in, realised how they had unwittingly caused unnecessary pain to their less fortunate fellow beings, and the bonding that resulted from these experiences between patients, service providers and community members, led many of them to pledge themselves to work towards eliminating leprosy. This involvement of patients and communities also resulted in their participation in case detection among themselves, so further strengthening awareness and removing fear. Training therefore was not confined to NLEP and general health care staff but was extended to a wide variety of community partners – members of women and youth groups, village leaders, *anganwadi* workers, schoolchildren, elected rural

and urban representatives, non-governmental organisations and social service organisations.

In the process of community mobilisation, NLEP and DANLEP staff used a variety of communication methods imaginatively, such as street theatre, folk music, dance theatre, rallies and house visits. The content of the information was changed from frightening images of people disabled by leprosy to positive images of healthy, cured persons sharing their experiences about the curability of leprosy.

Ensuring Better Services

Preparing the community to deal with leprosy required uninterrupted drug supplies and treatment services. The project facilitated efficient services through the provision of colour-coded blister calendar packs and patient cards, mobility for leprosy supervisors and other infrastructure. Comprehensive methods of programme monitoring were tried out over the years, finally resulting in the introduction of a simplified management information system, developed in collaboration with the World Health Organization (WHO) and the Central Leprosy Training and Research Institute. The monitoring system included gender disaggregated data and information on coverage of persons belonging to the scheduled castes and scheduled tribes, thereby internalising DANLEP's focus on gender and poverty.

Ensuring uninterrupted services close to patients' homes required the regular availability of funds. To facilitate the smooth transfer of funds from the Central government to the districts, the project initiated the formation of district leprosy eradication societies, registered under the Societies Act. Annual plans and budgets for leprosy activities in the district were approved once a year and subsequent meetings reviewed progress in implementation. Similar societies were set up over the years for other health programmes and by the time the project was in its third phase, these were all merged into district health societies. Health societies were also formed at state level to oversee the planning and implementation of programmes.

Capacity Building

Developing the capacity of staff at all levels to carry out their tasks was a major component of the project. The aim was to promote learning rather than just teach, and in addition to providing technical training on all aspects of leprosy, the project placed emphasis on programme implementation aspects. It helped people to analyse their own work situations, identify problems and find solutions for them. This was initiated with the community participation approach and was particularly effective in relation to leprosy workers and supervisors. A group of people who were held in low esteem, both by the community and themselves, grew in confidence, ability and stature. It also promoted team training, thereby increasing understanding of each others' roles within the NLEP teams.

In Phase II, with the introduction of the zonal concept, district-level officers from districts not yet covered under DANLEP support also gained from the project's training approach. Joint planning and peer group reviews led to increased ownership of the programme as well as the transfer of experiences across districts. Over the years, training covered a wide variety of subjects for different groups including information, education and communication, data management, accounting, leprosy elimination monitoring, health systems research, use of computers and the geographic information system. Through experience, the project learnt that the formation of core training teams who were first equipped with training skills ('training of trainers') was more effective than cascade training, where training was provided down the line with each level of personnel providing training to those below them.

Training methodologies emphasised learning by doing and case studies were extensively used. Wherever appropriate, patients were included to share their histories and for live demonstration. An innovative method was the use of dialogue, where patients, providers and people participated on an equal footing, with communication between the three stakeholders enabled by a trained facilitator. Developing the capacity

of existing training institutes was emphasised along with the development and use of appropriate health learning materials. With integration of leprosy services into the general health care system, training requirements increased a hundred-fold. In all four states, the project planned for and facilitated the implementation of training programmes on a massive scale.

Integrating with the General Health System

Promoting integration was an objective towards which the project worked steadily. DANLEP's main role was one of advocacy and persuasion. It promoted activities and studies to demonstrate to decision-makers and field staff that integration need not be a threat to any group. It could be handled with careful planning and implementation, along with a system for early recognition of problems and corrective actions. It played a role in persuading international agencies such as the World Bank about the need to integrate in order to reach the goal of elimination. The experience with integration from the DANLEP-supported states showed that ideally, the functional and structural aspects of integration should be planned with the involvement of all stakeholders and that consensus-building was important in this process.[§] The process of integration is still ongoing. However, DANLEP was not able to persuade the Central or state governments to define an early stage and inform NLEP staff about their role in the integrated system, nor was it able to ensure adequate training of NLEP staff in PHC tasks.

Phasing Out

The last 20 months of the project period were spent on implementing a phasing-out plan which aimed at the consolidation of activities, limited functional expansion to reach the unreached, documentation of experiences and closing down of the project. As functional integration had been achieved and structural integration was near, project activities focused on further strengthening the primary health care system so that

[§] Functional integration refers to the integration of the functions or tasks of the leprosy programme with the general health care services. Structural integration refers to the organisational merger of the NLEP staff into the general health care cadres.

it would continue to find leprosy cases early and treat them adequately. Common to all four states was the strengthening of their information, education and communication cells and training institutes to ensure that leprosy was included as an integral part of their activities. The Central as well as state levels were actively interested in making use of the geographic information system as a visual tool for their ongoing monitoring and planning, and they identified persons within the health departments who were trained to use the equipment.

In any large-scale disease control programme, areas and communities that are isolated from the mainstream remain unreached unless special efforts are made to reach them. While efforts to reach such pockets had been initiated in Phase III through Special Action Projects for the Elimination of Leprosy, the range of activities was expanded towards the end of the project. Certain tribal and urban areas as well as border areas between states were identified as being in need of special attention and the project worked on developing strategies to address the needs of each type of area. In doing so the emphasis was on the institutionalisation and internalisation of all initiatives. DANLEP, in anticipation of its own departure, built into these strategies the handing over of responsibilities to other partners, both within and outside the government.

For the successful transfer of expertise and experiences from the project into the broader programme, the presence of a project support unit with committed, well qualified and open-minded personnel and financial flexibility was essential. The fact that the project's success was due to the presence of such a team on the ground is nationally and internationally acknowledged by all those involved in the leprosy programme in India. The knowledge gained through working in the field was used throughout the project period to raise issues in appropriate fora and work towards solutions. The basic trust between DANLEP staff and government allowed DANLEP to play an innovative, experimental and catalytic role, always keeping in mind the replicability and sustainability of new initiatives.

Partnerships

While working closely with the government, DANLEP built up partnerships with a wide variety of groups and individuals, from international organisations to village committees. As a part of a bilateral agency with a presence on the ground, DANLEP was able to respond quickly to requests, as for instance from WHO, to assist in testing new methodologies for increasing access to services or for improved monitoring. This was made possible by the very flexible nature of Danish assistance to NLEP.

DANLEP's main objective was to support the NLEP in its efforts to eliminate leprosy as a public health problem. Between 1986 and September 2003, the prevalence rates had fallen from 95 to 4.9 per 10,000 in Orissa, 97 to 1.1 per 10,000 in Tamil Nadu and 50 to 1.2 in Madhya Pradesh, while it was estimated to be 6.2 in Chhattisgarh in September 2003.[#] Recognising that elimination was not yet close in Orissa and Chhattisgarh, a short extension was under consideration to specifically work in the high-endemic border areas between these states.[©]

Beyond DANLEP

Though DANLEP primarily worked in close partnership with the NLEP, a number of the approaches developed by the project have been absorbed into the working ways of several other partners. The most pronounced transfer of experiences has been into the Revised National Tuberculosis Control Programme in Orissa. These experiences are in the areas of information, education and communication, community participation, gender sensitivity, building trust between treatment providers and patients and breaking down barriers between them. Other experiences are part of the RNTCP wherever it is implemented, such as blister calendar packs, colour-coded cards and patient treatment boxes, and motorcycles to ensure the mobility of supervisory staff.

[#] The rates for September 2003 are estimates.

[©] A decision on this had not yet been taken at the time when this was written (August 2003).

Several of the project's initiatives in information, education and communication have potential for application in a wider context, both within and outside the health system. The methods developed to address stigma and fear can be used in HIV/AIDS programmes. Trialogue is a new and powerful tool to address social issues such as child marriage, dowry, and exploitation of and violence against women, children and other vulnerable groups. Street theatre and *karagattam* (dance theatre from Tamil Nadu) are already being used to address some of these and other issues in Orissa and Tamil Nadu.

As the project closes down, a sense of achievement comes from a number of related areas, such as the promotion of community participation, the development of large numbers of people from a variety of backgrounds and institutions to work towards elimination of leprosy and the strengthening of the government health system to deal with leprosy. The most vivid of these achievements is the transformation in the image of leprosy from one of frightening disfigurement to a simple, curable disease.

सारांश

कुष्ठ रोग पूर्व में समाज के प्रायः सभी वर्गों में छुआछूत से फैलने वाले, अंगों को विकृत करने वाले और लाइलाज रोग के रूप में भय पैदा करता था। अस्सी के दशक के प्रारंभिक वर्षों में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने कुष्ठ के प्रभावी उपचार के लिए बहु-औषधि उपचार पद्धति की अनुशंसा की। उस वक्त विश्व के कुल कुष्ठ पीड़ितों का एक तिहाई हिस्सा अर्थात् लगभग 40 लाख कुष्ठ पीड़ित भारत वर्ष में थे। नई औषधि ने कुष्ठ की समस्या के समाधान के लिए किए जा रहे राष्ट्र के प्रयासों को नई शक्ति और गति दी। सन् 1982-83 में 'कुष्ठ नियंत्रण कार्यक्रम' को 'राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम' के रूप में प्रभावशील किया गया। इसका उद्देश्य था - रोग के संक्रमण की श्रृंखला को तोड़कर कुष्ठ उन्मूलन। यह कार्यक्रम राष्ट्र के 412 जिलों में से उन 201 जिलों में केन्द्रित किया गया जहाँ कुष्ठ की प्रभाव दर (Prevalence Rate) प्रति दस हजार जनसंख्या में 50 या उससे अधिक थी। कार्यक्रम की रणनीति थी कि-

- कुष्ठ के प्रकरणों को खोजकर उन्हें बहु-औषधि उपचार से स्वस्थ किया जाए।
- लोगों को स्वेच्छा से सामने आने हेतु प्रेरित करने के लिए रोगी को, उसके परिवार वालों को तथा समुदाय को शिक्षित किया जाए कि कुष्ठ एक निश्चित रूप से ठीक होने वाला रोग है।

डानिडा की संबद्धता

समस्या की विकरालता को देखते हुए भारत सरकार द्वारा डेनिश इंटरनेशनल डेवलपमेंट असिस्टेंस से इस राष्ट्रीय कार्यक्रम को सहायता देने का आग्रह किया गया। डेनिश असिस्टेंस ने राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम को 1986 से 2003 के बीच की 18 वर्षों की समयावधि के लिए तीन चरणों में डानलेप (Danish Assistance to the National Leprosy Eradication Programme) के रूप में सहायता दी। प्रथम चरण में मध्य प्रदेश, उड़ीसा और तमिलनाडू के उन चार जिलों में जहाँ कुष्ठ की प्रभाव दर सर्वाधिक थी, कार्यक्रम की शुरुआत की गई। दूसरे चरण में इन तीन राज्यों के चार अन्य जिले जोड़े गए, इसके अलावा केन्द्रीय स्तर पर कार्यक्रम की अनुश्रवण पद्धति (Monitoring) के विकास के लिए भी सहयोग दिया। तीसरे चरण में उपरोक्त तीनों राज्यों के समस्त जिलों को कार्यक्रम में शामिल किया गया।

सन् 2000 में छत्तीसगढ़ के म.प्र. से अलग राज्य का दर्जा प्राप्त करने पर उसे भी इस कार्यक्रम में चौथे राज्य के रूप में शामिल किया गया।

डेनिश सहायता का प्रमुख उद्देश्य था कि राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के अन्तर्गत कुष्ठ की प्रभाव दर को सीमित करते हुए उसे एक सामान्य जन स्वास्थ्य समस्या की श्रेणी में लाने का लक्ष्य प्राप्त कर ले। कुष्ठ की सेवाओं को सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं में एकीकृत करने की योजना तैयार करना तथा एकीकरण को प्रोत्साहित करना सहायता का दूसरा मुख्य उद्देश्य था। परियोजना के कार्यक्रम से जुड़े इन उद्देश्यों के साथ-साथ डेनिश सहायता के गरीबी निर्मूलन के वृहद उद्देश्य को भी ध्यान में रखा गया। चूंकि कुष्ठ केवल गरीबों को होने वाला रोग नहीं है बल्कि इस रोग का प्रभाव गरीब वर्ग पर इसलिए ज्यादा दिखाई देता है क्योंकि वे पूर्व से ही सामाजिक और आर्थिक रूप से अनिश्चितताओं के शिकार हैं। जहाँ कुष्ठ से जुड़ी भय-भ्रम, भ्रान्तियाँ उसका रोजगार छीनने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। वहीं देर से उपचार लेने या उपचार न लेने के कारण रोगी शारीरिक विकृतियों और अक्षमताओं का शिकार हो जाता है। ऐसी स्थिति में उसके लिए शारीरिक श्रम करना और भी कठिन हो जाता है। यह सारी स्थितियाँ समुदाय द्वारा रोगी के भौतिक और भावनात्मक बहिष्कार के डर के कारण पैदा होती हैं।

समाज के सभी स्तर पर महिलाएँ, पुरुषों की अपेक्षा कुष्ठ तथा उससे उपजी समस्याओं से अधिक प्रभावित होती हैं। डेनिश सहायता का एक उद्देश्य महिलाओं की सामाजिक स्थिति को सुधारना तथा लिंग समानता को प्रोत्साहित करना है अतः इस परियोजना में महिलाओं पर विशेष ध्यान दिया गया। उनकी स्थितियों का निरंतर आकलन और कुष्ठ कार्यक्रम में उनके सक्रिय सहयोग को सुनिश्चित किया गया।

सामुदायिक सहभागिता

नीतिकारों ने शीघ्र ही यह अनुभव कर लिया कि उपरोक्त उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए सबसे पहले समाज में कुष्ठ के प्रति व्याप्त भय, भ्रम, भ्रान्तियों तथा रूढ़ियों को कम करना आवश्यक है लेकिन यह कार्य केवल जन समुदाय को कुष्ठ के चिन्ह-लक्षण तथा उपचार बताकर पूरा होना संभव नहीं था। इसके लिए जरूरी था कि समुदाय की संवेदनाओं को जागृत किया जाय व क्षमताओं का उपयोग करके, उनके भय को कम करके पीड़ित और समुदाय के बीच की बाधाओं को तोड़ा जाए। राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के कार्यकर्ता भी कुष्ठ विषयक बाधाओं से जकड़े हुए थे और उनको भी वैचारिक स्तर पर नई दृष्टि देने की जरूरत थी। परियोजना ने इन सभी स्तरों पर कार्यवाही के लिए अवसर उपलब्ध कराए। परियोजना के अंतर्गत समुदाय से कुष्ठ के प्रति छुआछूत और संक्रामकता का भय-भ्रम दूर करके उसकी सहभागिता सुनिश्चित करने का दृष्टिकोण विकसित किया गया।

यह कार्य उन आवासीय शिविरों के माध्यम से किया गया जिनमें कुष्ठ रोगी और कुष्ठ

कार्यकर्ता दोनों एक छत के नीचे एक साथ रहते-खाते थे और इन शिविरों को समुदाय भी देखता था। यहाँ समुदाय मरीजों के घावों की देखभाल, मरहम-पट्टी होते और उन्हें ठीक होते देख सकता था, उनके अक्षम हाथ-पैरों की मालिश और व्यायाम देख सकता था जिससे अनजाने ही यह संदेश समुदाय में संप्रेषित होता था कि छूने से कुष्ठ नहीं होता। इन शिविरों में रोगी स्वरक्षा उपचार सीखते थे। शिविर के दौरान उनके घाव ठीक होते और उनके हाथ-पैर नरम होते थे। इन शिविरों में मरीज अपने जीवन के अनुभव परस्पर सुनते-सुनाते थे और रोग के कारण उपजी उनकी समान पीड़ाएँ और अनुभव उनके दिल के दर्द पर मरहम का काम करते थे। क्योंकि इन आवासीय शिविरों में चर्म रोग निदान उपचार शिविर भी आयोजित होते थे इसलिए समुदाय यहाँ कुष्ठ के चिन्ह-लक्षण भी देख-सीख सकता था और कुष्ठ तथा अन्य चर्म रोगों में फर्क करना भी सीख सकता था। समग्र दृष्टिकोण की यह गतिविधि परियोजना के शिक्षण-प्रशिक्षण और उपचार सभी उद्देश्यों को पूरा करती थी। ये शिविर पीड़ितों को उसका सम्मान वापस दिलाते थे, विचारों में बदलावों के कारण लोगों का व्यवहार बदलता था और पीड़ितों का परिवार-समाज में पुनर्वास हो जाता था। इन शिविरों ने कुष्ठ को धार्मिक उत्सवों में शामिल होने के अवसर दिलाए और ऐसे रोगियों की घर वापसी कराने में सफलता पाई जो पहले कुष्ठ के कारण घर-परिवार-समुदाय से बहिष्कृत कर दिए गए थे।

समुदाय के जिन लोगों ने इन शिविरों में भागीदारी निभाई, उन्होंने पहले इन शिविरों को दूर से देखा, फिर थोड़ा पास आए और अंत में शिविर की गतिविधियों से जुड़ गए थे। वे स्वीकार करते हैं कि अनजाने ही वे उन लोगों की पीड़ा का कारण बने हुये थे जो पहले से ही पीड़ित थे। शिविर में पीड़ित और सेवा दाताओं के बीच रिश्तों को देखकर समुदाय के बहुत सारे लोग बदले और कुष्ठ उन्मूलन के कार्य के प्रति समर्पित और कृत-संकल्पित हुए। पीड़ितों और समुदाय के लोगों की भागीदारी का परिणाम अन्य छुपे हुए रोगियों के सामने आने, समुदाय में जागरूकता बढ़ने और कुष्ठ के प्रति भय कम होने के रूप में सामने आया। इन स्थितियों में प्रशिक्षण का कार्य सिर्फ कुष्ठ कार्यकर्ताओं और सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यकर्ताओं तक ही सीमित नहीं रहा बल्कि जन भागीदारों के अलग-अलग वर्गों तक इसका विस्तार हो गया। इन जनभागीदारों में महिला और युवा मंडल, ग्रामीण नेतृत्व, आँगनवाड़ी कार्यकर्ता, विद्यार्थी, चुने हुए ग्रामीण तथा समाजसेवी संगठन सभी शामिल थे।

बेहतर सेवाओं की सुनिश्चितता

समुदाय को कुष्ठ उन्मूलन के कार्य हेतु प्रवृत्त करने के लिए राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम तथा डानलेप के अमले ने प्रचार-प्रसार तथा संदेश प्रसारण के लिए नुक्कड़-नाटकों, लोकगीतों, लोकनृत्यों, रंगमंच, रैली, प्रभात फ़ैरी तथा गृह भेटों जैसे बहुआयामी माध्यमों का उपयोग किया। जानकारियों तथा सूचनाओं की विषय-वस्तु ने कुष्ठ पीड़ित की विकृत-विकलांग की तस्वीर को बदलकर समुदाय के मस्तिष्क में ऐसे कुष्ठ-मुक्त व्यक्ति की तस्वीर स्थापित की जो कुष्ठ के निश्चित ठीक हो जाने की बात करता है।

समुदाय को कुष्ठ से निपटने योग्य बनाने के लिए औषधि तथा उपचार की निर्वाध व्यवस्था अनिवार्य थी। परियोजना ने ब्लिस्टर कलेंडर पैक, रंगीन रोगी कार्ड, कुष्ठ कार्यक्रम के पर्यवेक्षण के लिए वाहन तथा अन्य अधोसंरचनाओं की व्यवस्था की। कार्यक्रम के अनुश्रवण की विस्तृत विधि को लगभग एक वर्ष परीक्षित करके विश्व स्वास्थ्य संगठन तथा सेन्ट्रल ट्रेनिंग एण्ड रिसर्च इन्सटीट्यूट के सहयोग से सरलीकृत प्रबंधकीय सूचना पद्धति (SMIS) लागू की। इस अनुश्रवण व्यवस्था में परियोजना से लाभान्वित अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति के लिंग आधारित आँकड़ों का संधारण किया गया। इस संधारण पद्धति के चलते लिंग विभेद तथा गरीबी उन्मूलन के डेनिडा-डानलेप के उद्देश्य परियोजना के केंद्र में रहे।

पीड़ित के घर तक औषधि की निर्वाध पहुँच के लिए वित्तीय व्यवस्थाओं का दुरुस्त होना जरूरी था इसके लिये केन्द्र सरकार से जिले तक वित्तीय स्रोतों के त्वरित हस्तान्तरण के लिए परियोजना ने सोसायटी अधिनियम के अंतर्गत जिला कुष्ठ उन्मूलन समितियों के गठन की प्रक्रिया को बढ़ावा दिया। इन समितियों की गतिविधियों की वार्षिक कार्ययोजना तथा बजट को साल में एक बार में ही स्वीकृत करने की पद्धति को अपनाया गया तथा अन्य बैठकों में कार्यक्रम की प्रगति का मूल्यांकन किया गया। डानलेप के कार्यकाल में ही जिला कुष्ठ उन्मूलन समिति की तर्ज पर अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए समितियों का गठन हुआ और परियोजना के तीसरे चरण की समयावधि में इन सभी समितियों का 'जिला स्वास्थ्य समिति' में एकीकरण कर दिया गया। राज्य स्तर पर भी स्वास्थ्य समिति का गठन किया गया जो योजना निर्माण की देखभाल और क्रियान्वयन की देखभाल करती है।

क्षमता विकास

परियोजना से प्रत्येक स्तर पर जुड़े अमले द्वारा उनके दायित्वों के कुशल निर्वहन के लिए उनकी क्षमताओं का विकास इस परियोजना का एक महत्वपूर्ण लक्ष्य था। लक्ष्य था कि अमले के हर सदस्य को पढ़ाने के बजाए सीखने का मौका उपलब्ध कराया जाए। इसके साथ ही उन्हें कुष्ठ से जुड़ा हर तकनीकी प्रशिक्षण दिया जाए। परियोजना ने कार्यक्रम के प्रभावी क्रियान्वयन के आयामों पर विशेष ध्यान दिया। इससे कार्यकर्ताओं को अपनी कार्य स्थितियों के आकलन, समस्याओं को खोजने और उनके समाधान ढूँढने में मदद मिली। यह प्रक्रिया जनभागीदारी प्रवृत्त करने के दृष्टिकोण से अपनाई गई थी और कुष्ठ कार्यकर्ताओं तथा कुष्ठ पर्यवेक्षकों की क्षमता विकास के संदर्भ में बहुत प्रभावी रही। इस प्रक्रिया के चलते अपने लोगों और समुदाय द्वारा दबे हुए लोगों में आत्म विश्वास जागृत हुआ, उनकी क्षमताएँ भी बढ़ीं और समाज में उनका कद ऊँचा हुआ। इस प्रक्रिया ने टीम प्रशिक्षण की गतिविधियों को बढ़ावा दिया तथा कुष्ठ के अमले में परस्पर दायित्वों की स्पष्ट समझ विकसित हुई।

परियोजना के द्वितीय चरण में जोनल अवधारणा के अस्तित्व में आने से उन जिलों के जिला स्तरीय अधिकारी भी प्रशिक्षणोन्मुखी दृष्टिकोण से लाभान्वित हुए, जो जिले डानलेप के

कार्यक्षेत्र से बाहर थे। सामूहिक विचार-विमर्श से योजना निर्माण तथा समीक्षाओं ने समुदाय और कार्यकर्ताओं में कार्यक्रम के प्रति अपनेपन का भाव तथा कार्यकर्ताओं के परस्पर कार्य अनुभवों के आदान-प्रदान के अवसर पैदा किए। इस समयावधि में समुदाय के विभिन्न वर्गों के लिए सूचना, शिक्षा एवं संचार, डाटा प्रबंधन, लेखा संधारण, कुष्ठ उन्मूलन अनुश्रवण, स्वास्थ्य व्यवस्थाएँ, अनुसंधान, कंप्यूटर का उपयोग तथा भौगोलिक सूचना व्यवस्था (जी. आई.एस.) आदि विषयों पर प्रशिक्षण की श्रृंखलाएँ आयोजित कीं। अनुभवों से परियोजना ने सीखा कि कासकेड प्रशिक्षण विधि (Cascade training method) की अपेक्षा प्रशिक्षण कौशल से युक्त एक कोर ट्रेनिंग टीम बनाकर दिए गए प्रशिक्षण (TOT) ज्यादा प्रभावी और उपयोगी हैं।

परियोजना में प्रयुक्त की गई प्रशिक्षण विधियों में 'करके सीखने' और केस स्टडीज के अध्ययन को महत्व दिया गया। जहाँ कहीं उपयुक्त कुष्ठ पीड़ित उपलब्ध थे वहाँ प्रशिक्षण में उनका जीवंत प्रदर्शन और उनके जीवन के अनुभवों का सहारा लिया गया। कुष्ठ उन्मूलन के कार्य में एक मौलिक विधि त्रि-संवाद का उपयोग किया गया जिसमें पीड़ित-पुरूजन और परिजन एक समान धरातल पर शामिल हुए। इन तीनों घटकों के बीच संवाद में प्रशिक्षित फैसिलीटेटर ने महत्वपूर्ण भूमिका का निर्वहन किया। सभी प्रशिक्षण संस्थानों की क्षमता के विकास के साथ-साथ उपयुक्त प्रशिक्षण-सामग्री के विकास तथा उपयोग पर भी विशेष ध्यान केन्द्रित किया गया। कुष्ठ सेवाओं के सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं में एकीकरण ने भिन्न-भिन्न स्तर पर प्रशिक्षण की जरूरतों को कई गुना बढ़ा दिया। परियोजना ने चारों राज्यों में वृहत पैमाने पर प्रशिक्षण कार्यक्रमों के क्रियान्वयन को बढ़ावा दिया।

सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं के साथ समायोजन/एकीकरण

कुष्ठ सेवाओं के सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं में एकीकरण की प्रक्रिया को बढ़ावा देना परियोजना के उद्देश्यों में से एक था। डानलेप की एक भूमिका इसके लिए शासन के साथ पक्ष समर्थन (एडवोकेसी) और उसे इसके लिए तैयार करने की थी। इसके लिये ऐसी गतिविधियाँ तथा ऐसे अध्ययन आयोजित किये गये जिससे नीतिकारों तथा कार्यकर्ताओं के समक्ष यह स्पष्ट हुआ कि एकीकरण एक आवश्यकता है दबाव नहीं। इस प्रक्रिया को प्रारंभिक अवस्था में समस्याओं के चिन्हांकन और सामूहिक प्रयासों की व्यवस्था के साथ नियोजित और क्रियान्वित किया गया। इस प्रक्रिया ने विश्व बैंक जैसी अंतर्राष्ट्रीय संस्था को भी कुष्ठ उन्मूलन के उद्देश्यों की प्राप्ति हेतु सेवाओं के एकीकरण के लिए सहमत किया। डानलेप सहायित राज्यों में अपनाई गई इस प्रक्रिया ने स्थापित किया कि सभी घटकों की सहभागिता और सर्व स्वीकृति एकीकरण की प्रक्रिया का महत्वपूर्ण अंग है। यह प्रक्रिया अभी भी जारी है। तथापि डानलेप परियोजना के प्रारंभ में ही केन्द्र और राज्य सरकारों को इस बात के लिए तैयार नहीं कर सका कि वे राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन अमले को भविष्य में होने वाले एकीकरण के बारे में स्पष्ट कर दें और अमले को सूचित करें कि एकीकरण के पश्चात उनकी जिम्मेदारियाँ तथा दायित्व क्या होंगे। इसके अलावा

डानलेप राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन अमले को एकीकरण के उपरान्त निभाए जाने वाले बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं के दायित्वों के निर्वहन के लिए प्रशिक्षण सुनिश्चित नहीं करवा सका।

क्रमशः बाहर होना

विगत बीस महीनों में परियोजना ने फेजिंग आउट योजना के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए गतिविधियों का एकीकरण, पहुँच से दूर रह गए लोगों तक पहुँचने के लिए सीमित दायरे में कार्यात्मक गतिविधियों का विस्तार, अनुभवों का दस्तावेजीकरण और परियोजना की समापन संबंधी गतिविधियाँ संचालित की हैं। कार्यात्मक एकीकरण के उद्देश्य को प्राप्त कर लिया गया है तथा अधोसंरचना के एकीकरण संबंधी कार्य भी शासन द्वारा किये जा रहे हैं। परियोजना की गतिविधियाँ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थाओं के सशक्तीकरण पर केन्द्रित हैं इसलिए कुष्ठ के नए रोगियों को ढूँढने और उनको सही उपचार देने का कार्य जारी है। चारों राज्यों में सूचना, शिक्षा एवं संचार सेल को सशक्त किया गया है तथा सभी प्रशिक्षण केन्द्रों के प्रशिक्षण कार्यक्रमों तथा गतिविधियों में कुष्ठ के मुद्दे समाहित किए जाना सुनिश्चित किया गया है। केन्द्र सरकार और राज्य सरकारों ने डानलेप के जिओग्राफिक इंफारमेशन सिस्टम का उपयोग स्वास्थ्य सेवाओं के अनुश्रवण और योजना निर्माण के कार्य में करने में रुचि दिखाई है तथा स्वास्थ्य विभाग में ऐसे व्यक्तियों को चिन्हाकित किया है जो प्रशिक्षण प्राप्त करने के बाद संबंधित उपकरणों का इस्तेमाल कर सकेंगे।

किसी भी विस्तृत रोग नियंत्रण कार्यक्रम में जब तक विशेष प्रयास न किए जाएँ तब तक सामाजिक की मुख्य धारा से कटे लोगों तक कार्यक्रम की पहुँच बनाना मुश्किल है। ऐसे समुदायों तथा लोगों तक पहुँचने और कुष्ठ उन्मूलन के लिए परियोजना के तीसरे चरण में विशेष योजनाएँ क्रियान्वित की गईं। इन गतिविधियों की समयावधि को परियोजना के अंतिम समय तक विस्तारित किया गया। चुनिंदा जन जाति क्षेत्र (ट्राइबल एरिया), शहरी तथा दो राज्यों के सीमावर्ती क्षेत्रों को विशेष कार्यवाहियों के लिए चिन्हित किया गया तथा परियोजना ने इन क्षेत्र विशेष के अनुसार रणनीति तैयार की। इस प्रक्रिया में हर कार्य वर्तमान व्यवस्था में समाहित और आत्मसात करने की दृष्टि से किया गया। डानलेप अपने विदाई के क्षणों में इन रणनीतियों और दायित्वों को अपने शासकीय और अशासकीय सहभागियों को सौंप रहा है।

एक परियोजना से वृहद स्वास्थ्य सेवाओं में विशेषज्ञताओं और अनुभवों के सफल हस्तांतरण के लिए प्रतिबद्ध, सुशिक्षित तथा खुले दिमाग के लोगों और वित्तीय लचीलेपन वाली व्यवस्था युक्त प्रोजेक्ट सपोर्ट यूनिट का होना जरूरी है। यह हकीकत है कि इस परियोजना की सफलता के पीछे ऐसे लोगों की सशक्त टीम थी जिसके कारण राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर इस कार्यक्रम से जुड़े लोगों द्वारा भारत के कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम को सराहना मिली। करके सीखने से जो ज्ञान अर्जित किया गया उसका उपयोग पूरी परियोजना अवधि में मुद्दों को तलाशने तथा उनका समाधान करने में किया गया। डानलेप के अमले तथा शासकीय कर्मचारियों के बीच

विश्वास एवं तालमेल ने डानलेप को मौलिक, प्रायोगिक गतिविधियाँ संचालित करने तथा उत्प्रेरक की भूमिका निभाने का अवसर दिया, इसमें ध्यान रखा गया कि ये सभी नवोन्मेशी प्रयास ऐसे हों जिनका बार-बार उपयोग किया जा सके और जिनमें स्थायित्व हो।

भागीदारी

सरकार के साथ जुड़कर कार्य करने के दौरान डानलेप ने विभिन्न समूहों से व्यक्तियों तक, अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं से ग्राम समितियों तक साझेदारी निभाई। एक द्विपक्षीय संस्थान के जमीनी स्तर पर जुड़े हिस्से के रूप में कार्य करने की वजह से डानलेप विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा तैयार सेवाओं की पहुँच बढ़ाने तथा विकसित अनुश्रवण व्यवस्था की प्रविधियों को लागू करने में सहायक बन सका। यह राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम को डेनिश सहायता की लचीली व्यवस्थाओं के कारण ही संभव हो सका।

डानलेप द्वारा राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम को सहयोग देने का उद्देश्य, कुष्ठ रोग की जन स्वास्थ्य समस्या का निवारण करना था। सन् 1986 से आगामी सितम्बर 2003 तक की अनुमानित प्रभाव दर उड़ीसा में 95 से 4.9 प्रति दस हजार, तमिलनाडू में 97 से 1.1 प्रति दस हजार और म.प्र. में 50 से 1.2 प्रति दस हजार हो जायेगी। छत्तीसगढ़ में सितम्बर 2003 में यह दर 6.2 अनुमानित है। उड़ीसा और छत्तीसगढ़ में कुष्ठ की प्रभाव दर को देखते हुए वहाँ के सीमावर्ती इलाकों में कुछ और कार्य करने की आवश्यकता है।

डानलेप के परिचात

राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के साथ नजदीकी से कार्य करते हुए डानलेप ने परियोजना के तहत कार्य करने के अनेक दृष्टिकोण विकसित किए हैं। ये सभी कार्य पद्धतियाँ और दृष्टिकोण अन्य सहभागियों की कार्य संस्कृति में दिखाई पड़ते हैं। इन क्रिया विधियों के अनुभवों का निश्चित स्थानान्तरण उड़ीसा के पुनरीक्षित क्षय नियंत्रण कार्यक्रम में देखने को मिलता है। ये अनुभव सूचना, शिक्षा एवं संचार, जनभागीदारी के विकास, लैंगिक समानता, पीड़ित और सेवादाता के बीच के विश्वास के बढ़ने और उनके बीच की बाधाओं के समाप्त होने के रूप में परिलक्षित होता है। पुनरीक्षित राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम में इन कार्य विधियों को अपनाया गया जिसमें ब्लिस्टर कलेंडर पैक, रंगीन रोगी कार्ड, उपचार बाक्स तथा सुपरवाइजर को मोटर सायकल देकर उसकी पहुँच बढ़ाना शामिल है।

परियोजना की सूचना, शिक्षा एवं संचार गतिविधियों ने इन गतिविधियों की क्षमताओं को नये रूप में परिभाषित किया है। इन गतिविधियों को HIV/AIDS नियंत्रण कार्यक्रम में रूढ़ियों तथा भय को खत्म करने के लिये भी सहज किया जा सकता है। त्रि-संवाद जैसा नया और मौलिक साधन बाल विवाह, दहेज प्रथा, शोषण, नारी के खिलाफ अत्याचार तथा किशोर-किशोरियों की समस्याओं के समाधान के लिये उपयोग में लाया जा सकता है। नुक्कड़-नाटकों, लोक गीतों

और लोक नृत्यों का उपयोग भी इन समस्याओं तथा मुद्दों को संबोधित करने के लिये उड़ीसा, तमिलनाडू और म.प्र. में पहले से हो रहा है और निरन्तरता बनी हुई है.

परियोजना के समापन तक जनभागीदारी में अभूतपूर्व बढ़ोतरी हुई है, समुदाय के विभिन्न वर्गों से ऊर्जावान व्यक्ति, स्वयंसेवी संगठन और सांस्कृतिक संगठन भी आगे आये हैं. शासकीय अमला भी कुष्ठ उन्मूलन के लिये कृत-संकल्पित है. सबसे महत्वपूर्ण यह है कि कुष्ठ की भयावह तस्वीर बदली है, यह सामान्य रोग की श्रेणी में आया है और यह माना जाने लगा है कि इलाज से कुष्ठ निश्चित ठीक होने वाला रोग है.

சுருக்கம்

ஒரு காலத்தில் தொழுநோய் உடலை ஊனமாக்கிவிடும், அது தொத்துநோய், அதைக் குணப்படுத்த முடியாது என்று மக்கள் பயந்துகொண்டிருந்தார்கள். 1980-க்குப் பிறகு உலகச் சுகாதார நிறுவனம் தொழுநோய்க்குக் கூட்டு மருந்து சிகிச்சையைப் பரிந்துரை செய்தது. அப்போது இந்தியாவில் சுமார் 40 லட்சம் தொழுநோயாளிகள் இருந்தார்கள். இது உலகத்தின் மொத்த தொழுநோயாளிகளில் மூன்றில் இரண்டு பங்கு. புதிய மருந்துகள் தொழுநோயுடன் போராடுவதற்கு நமக்குப் புதிய உத்வேகத்தை அளித்தன. 1955-லிருந்து செயல்பட்ட தேசிய தொழுநோய் கட்டுப்பாடு திட்டம், 1982-1983 ஆம் ஆண்டில் தேசிய தொழுநோய் ஒழிப்புத் திட்டமாக மாற்றியமைக்கப்பட்டது. 10,000 பேருக்கு 50 பேருக்குமேல் தொழுநோயால் பாதிக்கப்பட்டிருந்த 412 மாவட்டங்களில் 201 மாவட்டங்களில் மட்டும் இந்தத் திட்டம் தனிக் கவனம் செலுத்தியது.

1. தொடக்க நிலையிலேயே நோயைக் கண்டறிந்து கூட்டு மருந்துச் சிகிச்சை அளிப்பது.
2. நோயாளிகளுக்கும் அவர்தம் குடும்பத்தினருக்கும், பொதுமக்களுக்கும் தொழுநோய் எளிதில் குணமாக்கக் கூடிய நோய் என்று அறிவுறுத்துவதன் மூலம் நோயாளிகளே முன்வந்து நோயைப்பற்றி அறிவிக்க ஊக்குவிப்பது என்ற இரண்டு விதங்களில் இத்திட்டம் செயல்படத் தொடங்கியது.

டேனிடாவின் வருகை

பிரச்சினை மிகப் பெரியது என்பதை உணர்ந்த இந்திய அரசு இந்தத் திட்டத்திற்கு டென்மார்க் நாட்டின் பன்னாட்டு வளர்ச்சி உதவித் திட்டத்தின் ஆதரவை நாடியது. 1986 முதல் 2003 வரை டென்மார்க் நாட்டின் உதவி மூன்று கட்டங்களாகக் கிடைத்தது. முதல் கட்டத்தில் தொழுநோய் அதிகம் பரவியுள்ள மத்தியப் பிரதேசம், ஓரிசா, தமிழ்நாடு ஆகிய மாநிலங்களில்

தொடங்கிய இந்தத் திட்டம், இரண்டாம் கட்டத்தில் இதே மாநிலங்களில் மேலும் நான்கு மாவட்டங்களுக்கு விரிவாக்கப்பட்டதோடு அதனை மத்திய அளவில் கண்காணிக்கவும் வகை செய்தது. மூன்றாம் கட்டத்தில் அந்த மாநிலங்கள் முழுவதற்கும் இத்திட்டத்தின் உதவி கிடைத்தது. 2000-இல் மத்தியப் பிரதேசத்திலிருந்து சத்தீஸ்கர் மாநிலம் பிரிந்தபோது அதுவும் திட்டத்தில் சேர்த்துக் கொள்ளப்பட்டது.

தேசீய தொழுநோய் ஒழிப்புத்திட்டம்

தொழுநோயை ஒரு பொதுச் சுகாதாரப் பிரச்சினையாகக் கருத்தில் கொண்டு அதை ஒழிக்க உதவுவதே டென்மார்க் உதவியின் முதன்மையான நோக்கம். தொழுநோய் ஒழிப்பை பொதுச் சுகாதாரப் பணியின் ஒரு அங்கமாக ஆக்குவது அதன் இரண்டாவது நோக்கம். அத்துடன் வறுமை ஒழிப்பிலும் கவனம் செலுத்தப்பட்டது. தொழுநோய் ஏழைகளுக்கு மட்டுமே வரக்கூடிய நோய் அல்ல என்றாலும் சமூக ரீதியாகவும் பொருளாதார ரீதியாகவும் அவர்களுக்கு உள்ள பலவீனத்தின் காரணத்தால் தொழுநோய் ஏழைகளைத்தான் அதிகம் பாதிக்கிறது. சிகிச்சை பெறுவதில் காலம் தள்ளிப்போனால் உடல் ஊனம் உண்டாகி வேலைக்குப் போக முடியாத நிலைமை ஏற்பட்டுவிடுகிறது. அப்படி இல்லாவிட்டாலும்கூடச் சமூகப் புறக்கணிப்பின் காரணமாக அவர்களுக்கு வேலை கிடைக்காது போய்விடலாம். மேலும் சமூகம் அவர்களைத் தள்ளி வைத்து மன வேதனையையும் ஏற்படுத்திவிடக் கூடும்.

பொதுவாக பெண் நோயாளிகள் சமுதாய ரீதியாக அதிகப் பாதிப்புக்கு ஆளாகிறார்கள். எனவே பெண்களின் நிலையை உயர்த்துவதிலும் ஆண், பெண் சமத்துவ மனப்பான்மையை ஏற்படுத்துவதிலும் டென்மார்க் திட்டம் கவனம் செலுத்தியது. அவர்களைத் தொழுநோய் ஒழிப்பில் ஈடுபடச் செய்ய வைத்தது. திட்டத்தின் நோக்கம் நிறைவேற வேண்டுமானால் முதலில் நோயைப் பற்றிய அச்சத்தையும் தவறான எண்ணத்தையும் ஒழிக்க வேண்டுமென்று இத்திட்டத்தினர் உணர்ந்துகொண்டனர். எனவே, தொழுநோயின் அறிஞர்கள், அதற்கான சிகிச்சை ஆகியவற்றைப் பற்றி எடுத்துரைப்பது மட்டுமே போதாது, அஞ்சி ஒதுக்கி வைத்த தொழுநோயாளர்களுக்கும் மற்ற மக்களுக்கும் இடையில் இருந்த தடுப்புச் சுவரை உடைத்தெறிந்து இரு சாராரையும் நேசத்தோடும், பரிவோடும் உறவாட வைக்க வேண்டும். தொழுநோய்ப்

பணியாளர்களைக்கூட இந்த அச்சத்திலிருந்தும், அறியாமையிலிருந்தும் விடுவிக்க வேண்டியிருந்தது.

சமுதாயப் பங்கேற்பு

தொழுநோயாளிகளோடு பழகுவதால் நோய் தொற்றிக் கொண்டுவிடுமோ என்ற தவறான அச்சத்தைப் போக்கி, சமூகம் முழுவதையும் இத்திட்டத்தில் ஈடுபடுத்துவதே ஏற்றது என்று கருதப்பட்டது. இதற்காக நோயாளிகளும் பணியாளர்களும் கலந்து உறவாடி உணவருந்துவதை மற்றவர்கள் காண்பதற்காகவென்றே பல்வேறு முகாம்கள் நடத்தப்பட்டன. பணியாளர்கள் நோயாளிகளின் புண்களை கழுவி மருந்திடுவதையும், ஊனமுற்ற கை, கால்களை நீவி விட்டுப் பயிற்சி அளிப்பதையும் பொதுமக்கள் நேருக்கு நேராக கண்டனர். தொழுநோயாளிகளுடன் பழகுவது ஆபத்தில்லை என்று தெரிந்து கொண்டார்கள். நோயாளிகள் தங்களைத் தாங்களே பராமரித்துக் கொள்ளக் கற்றுக் கொடுத்தார்கள். முகாமில் இருக்கும்போது அவர்களின் புண்கள் குணமாயின. கை கால்கள் சரியாயின. தங்களுடைய அனுபவங்களை மற்றவர்களுடன் பகிர்ந்து கொண்டார்கள். இது அவர்களின் மனக் காயத்தை ஆற்றியது. தோல் பரிசோதனை முகாம்களும் அப்போதே நடைபெற்றதால் தொழுநோயின் அறிகுறிகள் எவை என்பதை மக்கள் தெளிவாகத் தெரிந்து கொண்டார்கள். அறிவு புகட்டுவதையும், சிகிச்சையையும் இணைத்த இந்த அணுகுமுறையால் தொழுநோய் பற்றிய தவறான கருத்துக்கள் மறைந்துவிட்டன. தொழுநோயாளிகளை வெளிக் கொணர்ந்து குணமாக்கி அதை அவர்கள் விழாவாகவும் கொண்டாடியதால் குடும்பத்தால் புறக்கணிக்கப்பட்ட பல நோயாளிகள் மீண்டும் தன் குடும்பத்தாருடன் இணைந்துகொள்ள வாய்ப்பு கிடைத்தது.

மக்கள் முதலில் இவற்றையெல்லாம் எட்டி நின்று பார்த்தார்கள், பின்னர் அருகில் வந்தார்கள், இறுதியாக முகாமில் பங்கு கொண்டார்கள். தங்களையறியாமல் பயப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு மன வேதனையளித்துவிட்டதை அவர்கள் உணர்ந்து கொண்டார்கள். நோயாளிகள், பணியாளர்கள், பொதுமக்கள் என்ற முத்தரப்பினருக்கிடையில் ஏற்பட்ட இந்த உறவு மக்களில் பலர் தொழுநோய் ஒழிப்பில் பங்குகொள்ள வழிவகுத்தது. தாங்களாகவே முன் வந்து நோயைக் கண்டறிய ஊக்கமூட்டியது. எனவே தொழுநோய்ப் பணியாளர்கள்,

பொதுச்சுகாதாரப் பணியாளர்கள் ஆகியோருக்கு மட்டுமின்றி மகளிர் குழுக்கள், இளைஞர் குழுக்கள், ஊர்த் தலைவர்கள், பள்ளிச் சிறார்கள், மக்கள் பிரதிநிதிகள், பொதுப்பணி அமைப்புகள் போன்ற பல தரப்பட்டவர்களுக்கும் பயிற்சி அளிக்கப்பட்டது.

மக்களைத் திரட்டுவதற்காக, தொழுநோய் ஒழிப்புத் திட்டப் பணியாளர்கள், டேன்லெப் ஆலோசகர்கள் வீதி நாடகம், நாட்டுப்பாடல், தெருக்கூத்து, பேரணி போன்ற பல உத்திகளைச் சாமார்த்தியமாகக் கையாண்டதோடு வீடு வீடாகச் சென்றும் மக்களைச் சந்தித்தார்கள். தொழுநோய் என்றதுமே உடல் ஊனமுற்ற அச்சமுட்டும் உருவம் என்று எண்ணியது போய், நோய் நீங்கித் தாங்கள் இனிமையான அனுபவங்களைப் பகிர்ந்து கொள்பவர்கள் என்ற எண்ணம் மக்களிடையில் ஏற்படச் செய்தார்கள்.

தேவைக்கேற்ற சேவையை உறுதி செய்தல்

மக்கள் தொழுநோய் ஒழிப்பில் ஈடுபட வேண்டுமானால் மருந்தும் சிகிச்சையும் தடையில்லாமல் கிடைக்க வேண்டியது அவசியமாயிற்று. மாத்திரை அட்டைகள், நோயாளியின் வகைக்கேற்ப வண்ண சிகிச்சை அட்டைகள், தொழுநோய் மேற்பார்வையாளர்கள் எந்த இடத்திற்கு வேண்டுமானாலும் செல்ல வசதி போன்ற உத்திகளால் நோய் ஒழிப்புப் பணிகள் செம்மையாக நடைபெற்றன.

திட்டத்தின் செயல்பாடுகளைக் கண்காணிக்க விரிவான முறைகளைப் பயன்படுத்திப் பார்த்து, கடைசியில் ஒரு எளிய மேலாண்மைத் தகவல் முறையை உருவாக்கினார்கள். இது உலகச் சுகாதார நிறுவனம், மத்தியத் தொழுநோய் பயிற்சி - ஆராய்ச்சி நிறுவனம் ஆகியவற்றின் ஒத்துழைப்புடன் உருவானது. ஆண், பெண்களைப்பற்றித் தனித் தனியாகத் தகவல்கள், தாழ்த்தப்பட்ட குடியினர், மலைச் சாதியினர் பற்றித் தனியாக தகவல்கள் ஆகியவற்றைக் கண்டறிந்து பெண்களுக்கும் வறியவர்களுக்கும் தனிப்பட்ட கவனம் செலுத்தப்பட்டது. நோயாளிகள் வாழுமிடத்திற்கு அருகிலேயே சிகிச்சை பெற வாய்ப்பு ஏற்படுத்த வேண்டுமானால் நிதி சீராகக் கிடைக்க வேண்டியிருந்தது. மத்திய அரசிடமிருந்து மாவட்டங்களுக்கு நிதி எளிதில் போய்ச் சேருவதற்காக மாவட்டத் தொழுநோய் ஒழிப்பு சங்கங்கள் ஏற்படுத்தப்பட்டன. மாவட்டத்திற்கான திட்டம், நிதிநிலை அறிக்கை ஆகியவை ஆண்டுக்கு ஒருமுறை ஆய்வு செய்யப்பட்டு செயல்பாடுகள்

கண்காணிக்கப்பட்டன. பின்னர் மற்ற சுகாதாரத் திட்டங்களுக்கு இது போன்ற மாவட்ட அளவிளான சங்கங்கள் உருவாக்கப்பட்டன. இறுதியில் அவை அனைத்தும் மாவட்டச் சுகாதார சங்கங்களாக இணைந்தன. திட்டமிடவும், திட்டங்களை நிறைவேற்றவும் மாநில அளவிலும் சுகாதாரச் சங்கங்கள் ஏற்படுத்தப்பட்டன.

திறன்களை வளர்த்தல்

எல்லா மட்டத்திலும் இருக்கும் அலுவலர்கள் தங்கள் பணிகளைச் சரிவர ஆற்றும் திறமையை உருவாக்குவது இந்திட்டத்தின் முக்கிய நோக்கங்களில் ஒன்று. தொழுநோயைப்பற்றிய உண்மைகளைத் தெரிவிப்பதோடு திட்டத்தைச் செயல்படுத்துவது பற்றியும் அவர்களுக்குப் பயிற்சி தர வேண்டியிருந்தது. தங்களுக்கு உள்ள தனிப்பட்ட பிரச்சினைகளைக் கண்டறிந்து அவற்றிற்கான தீர்வுகளைத் தீர்மானிக்கவும் அவர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்பட்டது. மக்களின் ஒத்துழைப்புடன் இதை மேற்கொண்டபோது நல்ல பலன் கிடைத்தது. மக்களால் சிறுமைப்படுத்தப்பட்டு, தங்களைத் தாங்களே தாழ்த்திக் கொண்டு வாழ்ந்த நோயாளிகள் தன்னம்பிக்கை பெற்றுத் திறமையை வளர்த்துக் கொண்டார்கள்.

திட்டத்தின் இரண்டாவது கட்டத்தில் மண்டலக் குழுமுறை அறிமுகப்படுத்தப்பட்டபோது டேன்லெப் உதவிபெறாத மாவட்டத்தின் அதிகாரிகளுக்கும் இந்தப் பயிற்சித் திட்டத்தின் பலன் கிடைத்தது. நிறைய அலுவலர்கள் திட்டத்திற்குப் பொறுப்பேற்றுக் கொண்டார்கள். ஒரு மாவட்டத்தில் பெற்ற அனுபவம் கொண்டு மற்ற மாவட்டங்களும் பயன்பெற்றன. காலப்போக்கில் தகவல் பரிமாற்றம், அறிவூட்டல், தகவல் தொகுப்பு, கணக்கு வைத்தல், தொழுநோய் ஒழிப்புக் கண்காணிப்பு, சுகாதார அமைப்புகள் பற்றிய ஆய்வு, கணினிப் பயன்பாடு, வட்டார வாரியாகத் தகவல் தொகுப்பு போன்ற பல விஷயங்களிலும் பயிற்சி அளிக்கப்பட்டது. பயிற்சி அளிப்பதற்கென ஒரு குழுவைத் தயார் செய்து அவர்களைக் கொண்டே எல்லா மட்டத்திலும் பயிற்சி தருவதே நல்ல பலன் அளிக்கிறது என்பதும் அனுபவத்தில் தெரியவந்தது.

செய்முறையில் தெரிந்துகொள்வதே சிறந்த பயிற்சி என வலியுறுத்தப்பட்டது. ஏற்கனவே பெற்ற அனுபவங்களை வைத்துக் கற்றுக் கொடுக்கப்பட்டது.

நோயைப் பற்றி அறிவிக்கவும்,

செய்முறையில் காட்டவும் இயன்ற இடங்களில் நோயாளிகள், சிகிச்சையளிப்போர், பொதுமக்கள் ஆகிய முத்தரப்பினரும் சரிசமமாகக் கலந்து கொண்டு உரையாடுவது நல்ல பலனளித்தது. சுகாதாரத்தைப் பற்றிய அறிவை மேம்படுத்திக் கொள்வது, இருக்கும் பயிற்சி மையங்களின் பயிற்சித் திறனை மேம்படுத்துவது ஆகிய இரண்டிலுமே கவனம் செலுத்தப்பட்டது.

தொழுநோய் ஒழிப்பை பொதுச் சுகாதாரப் பணியுடன் இணைத்ததை அடுத்து, பயிற்சிக்கான தேவைகள் ஏராளமாக அதிகரித்தன. நான்கு மாநிலங்களிலும் நூற்றுக்கணக்கான பயிற்சிகள் உரியமுறையில் நடத்தப்பட்டன.

பொதுச் சுகாதாரப் பணியுடன் தொழுநோயை ஒருங்கிணைத்தல்

தொழுநோய் ஒழிப்பு, பொதுச்சுகாதாரத்தின் ஒரு அங்கமாகத் திகழ, இந்தத் திட்டம் உறுதியுடன் நடைபோட்டது. டேன்லெப்பின் முதன்மைப்பணியை எடுத்துச் சொல்வதும் ஏற்றுக் கொள்ள வைப்பதும் தான். செயல் முறையாலும் ஆய்வுகளாலும் இந்த இணைப்பு எந்த ஒரு சாராருக்கும் கெடுதலாக இராது என்பதைத் தெளிவாக்க டேன்லெப் முற்பட்டது. ஒருங்கிணைப்பின் மூலமே தொழுநோய் ஒழிப்பு சாத்தியம் என்பதை உலக வங்கி போன்ற பன்னாட்டு அமைப்புகளுக்கு எடுத்துரைப்பதிலும் அது முனைந்து பாடுபட்டது. சம்பந்தப்பட்ட எல்லோருடைய ஒத்துழைப்பால்தான் ஒருங்கிணைப்பு வெற்றி பெறும் என்று அனுபவத்தால் அது உணர்ந்து கொண்டது. ஆனால், ஒருங்கிணைப்புக்குப் பின் தேசிய தொழுநோய் ஒழிப்புப் பணியாளர்களின் பங்கு என்ன என்று தெளிவாக்குமாறு மத்திய, மாநில அரசுகளுக்கு உணர்த்தவும், தேசிய தொழுநோய் ஒழிப்புப் பணியாளர்கள் பொதுச் சுகாதாரத் திட்டத்தில் செய்ய வேண்டிய பணிகள் பற்றி பயிற்சியை அளிக்கவோ இத்திட்டத்தினால் இயலவில்லை.

படிப்படியாக வெளியேறுதல்

கடந்த இருபது மாதங்களாக தொழுநோய் ஒழிப்புத் திட்டத்தை முடிவுக்குக் கொண்டுவருவதற்கான பணிகள் நடைபெறுகின்றன. பணிகள் அளவில்

ஒருங்கிணைப்பு நடைபெற்றுவிட்டது. பொதுச் சுகாதாரத் துறையினர் தொழுநோயை ஆரம்ப நிலையிலேயே கண்டுபிடிக்கவும் மற்ற பயிற்சி, தகவல்கள், அனுபவங்கள் ஆகியவற்றின் பயன்களை அவர்கள் உரிய முறையில் பெறவும் நான்கு மாநிலங்களில் செயல்பாடுகள் மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளன.

இப்படிப்பட்ட ஒரு மாபெரும் திட்டத்தை மேற்கொள்ளும்போது அதிலுள்ள சில பகுதியினர் கவனிக்கப்படாமலே போய்விடுவதுண்டு. திட்டம் அவர்களையும் சென்றடைவதற்கான முயற்சிகள் மூன்றாம் கட்டத்தில் மேற்கொள்ளப்பட்டன. மலைச் சாதியினர், நகரவாசிகள், மாநில எல்லைப்புறங்களில் வாழ்வோர் ஆகியோர் மீது தனிக்கவனம் செலுத்தப்பட்டது.

இத்திட்டத்திலிருந்து பொது நல்வாழ்வுத் துறைக்குத் திறமை, அனுபவ முதிர்ச்சி ஆகியவற்றை மாற்றித் தருவதென்றால் அதற்கென ஒரு தகுதி பெற்ற, நடுநிலைமையான குழுவும், தொய்வில்லாமல் நிதி கிடைக்கும் வசதியும் தேவைகள் என்பதை அனைவரும் உணர்ந்துள்ளனர். அனுபவத்தில் பெற்ற அறிவை மேற்கொண்டு பிரச்சினைகளைப் புரிந்துகொள்ளவும் அவற்றிற்குத் தீர்வு காணவும் பயன்படுத்தப்பட்டது. டேன்லெப் அலுவலர்களுக்கும், அரசு அலுவலர்களுக்கும் இடையில் அமைந்த நம்பிக்கை வாய்ந்த நல்லுறவு டேன்லெப்பின் சோதனை முயற்சிகளுக்குப் பெரிதும் ஊக்கமளித்துள்ளது. பன்னாட்டு நிறுவனங்கள் முதல் சிற்றூர்க் குழுக்கள் வரை பல்வேறுபட்ட அமைப்புகளுடனும் தனி மனிதர்களுடனும் டேன்லெப் உறவு ஏற்படுத்திக் கொண்டுள்ளது. உலகச் சுகாதார நிறுவனம் போன்ற அமைப்புகளுக்கு உதவி செய்யக்கூட டேன்லெப்பினால் முடிந்திருக்கிறது.

பங்குதாரர்களும் பங்களிப்பும்

டேன்லெப்பின் முதன்மையான நோக்கம் தொழுநோயை ஒரு பொதுச் சுகாதாரப் பணியாக உணர்ந்து அதை ஒழிப்பதில் தேசிய தொழுநோய் ஒழிப்புத் திட்டத்திற்கு துணைபுரிவதே. 1986 முதல் 2003 செப்டம்பர் வரை ஒரிசாவில் தொழுநோயாளிகளின் எண்ணிக்கை 10,000-க்குத் 95-லிருந்து 4.9 ஆகவும், தமிழ்நாட்டில் 97-லிருந்து 1.1 ஆகவும், மத்திய பிரதேசத்தில் 50-லிருந்து 1.2 ஆகவும் குறைந்திருக்கிறது. சத்தீஸ்கரில் செப்டம்பரில் 6.2

ஆகவும் இருக்கும். ஓரிசாவிலும், சத்தீஸ்கரிலும் இத்திட்டத்தை நீட்டிக்கலாமா என்ற யோசனையும் டேன்லெப்பிற்கு இருக்கிறது.

டேன்லெப்பிற்குப் பிறகு

இந்தத் திட்டம் உருவாக்கிய பல நடைமுறைகள் பல்வேறு திட்டங்களிலும் பயன்பட்டிருக்கின்றன. இதில் குறிப்பிடத்தக்கது ஓரிசாவின் திருத்தி அமைக்கப்பட்ட தேசிய காச நோய் ஒழிப்புத் திட்டம். அச்சத்தையும், அறியாமையையும் அகற்ற மேற்கொள்ளப்பட்ட செயல்கள் எய்ட்ஸ் நோய் ஒழிப்புத் திட்டத்திற்கு பயன்படும். பால்ய விவாகம், வரதட்சணை, பெண்கள், குழந்தைகள் போன்றவர்களுக்கு எதிரான வன்முறை ஆகிய சமூகப் பிரச்சினைகளை அணுக முத்தரப்பு உரையாடல் பயன்படும். வீதி நாடகம், கரகாட்டம் போன்றவை, இப்படிப்பட்ட சமூகப் பிரச்சினைகளுக்குத் தீர்வுகாணும் வகையில் ஓரிசா மற்றும் தமிழ்நாட்டில் பரவலாக நடத்தப்படுகின்றன.

இந்தத் திட்டம் நிறைவுபெறும் இவ்வேளையில் பல அம்சங்களிலும் சாதனை செய்த பெருமிதம் ஏற்படுகிறது. சமூகப் பங்கேற்பை ஊக்குவித்து, பல்வேறு பின்னணியிலிருந்து வந்த பலதரப்பட்ட மக்களையும் அமைப்புகளையும் தொழுநோய் ஒழிப்பில் இத்திட்டம் பங்கேற்க வைத்தது, பொதுச் சுகாதாரத்துறையினர் தொழுநோய் ஒழிப்பை மேற்கொள்ளுமளவிற்கு அதற்கு வலுவூட்டியது போன்றவை அவற்றில் சில. எல்லாவற்றிலும் அரிய சாதனை தொழுநோய் ஒரு அச்சமூட்டும் பேய் என்பதிலிருந்து எளிதில் குணப்படுத்தக்கூடிய சாதாரண நோய் என்ற எண்ணத்தை உருவாக்கி நிலைபெற வைத்ததே.

ସାରାଂଶ

କୃଷ୍ଣ ରୋଗ ଦିନେ ଅଧିକାଂଶ ସମାଜରେ ଏକ ଗଳିତ, ଛୁଆଁ ରୋଗ ଓ ଦୁରାରୋଗ୍ୟ ବ୍ୟାଧି ବୋଲି ଆତଙ୍କ ସୃଷ୍ଟି କରିଥିଲା । ୧୯୮୦ ଦଶକର ଆରମ୍ଭରେ 'ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂସ୍ଥା' କୃଷ୍ଣ ରୋଗର ଆରୋଗ୍ୟ ପାଇଁ ବହୁବିଧ ଔଷଧର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ ସୁପାରିଶ କଲେ । ସେତେବେଳେ ଭାରତରେ ୪୦ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପାଖାପାଖି ରୋଗୀ ଥିଲେ, ଯାହା କି ସମଗ୍ର ବିଶ୍ୱର ମୋଟ କୃଷ୍ଣ ରୋଗୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟାର ଏକ-ତୃତୀୟାଂଶ । କୃଷ୍ଣ ରୋଗ ସମସ୍ୟାର ମୁକାବିଲା କରିବା ପାଇଁ ଦେଶର ଉଦ୍ୟମକୁ ସେହି ନୂତନ ଔଷଧ ଗୁଡିକର ପ୍ରୟୋଗ ଉତ୍ସାହିତ କରିଥିଲା । ରୋଗ ସଂକ୍ରମଣର ଜଞ୍ଜିରକୁ ଭାଙ୍ଗି କୃଷ୍ଣ ରୋଗକୁ ନିର୍ମୂଳ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ କୃଷ୍ଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପୂର୍ନବାର ୧୯୮୨-୮୩ ମସିହାରେ 'ଜାତୀୟ କୃଷ୍ଣ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ' ନାମରେ ଆରମ୍ଭ ହେଲା । ଦେଶର ୪୧୨ଟି ଜିଲ୍ଲା ଭିତରୁ ୨୦୧ଟି ଜିଲ୍ଲାରେ ସେହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ କେନ୍ଦ୍ରୀଭୂତ କରାଗଲା, ଯେଉଁଠାରେ ପ୍ରତି ୧୦,୦୦୦ ଲୋକ ସଂଖ୍ୟାରେ କୃଷ୍ଣ ରୋଗର ହାର ୫୦ ବା ତାଠାରୁ ଅଧିକ ଥିଲା । ରୋଗକୁ ଚିହ୍ନଟ କରିବା ଓ ବହୁବିଧ ଔଷଧ ଦ୍ୱାରା ଚିକିତ୍ସା କରିବା ଏବଂ ସୁଇଚ୍ଛାରେ ଆସିବା ପାଇଁ ଲୋକଙ୍କୁ ଉତ୍ସାହିତ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ରୋଗ ଭଲ ହେବା ସଂପର୍କରେ ରୋଗୀଙ୍କୁ, ସେମାନଙ୍କ ପରିବାରର ଲୋକଙ୍କୁ ଓ ଗୋଷ୍ଠୀକୁ ଶିକ୍ଷା ଦେବା ଥିଲା ସେତେବେଳର କୌଶଳ ।

ତାନିତାର ସହାୟତା

ଏହି ସମସ୍ୟାର ଗୁରୁତ୍ୱ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଉକ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ସହଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ "ଡେନିଶ୍ ଜାତୀୟ ଉନ୍ନୟନ ସହାୟକ ସଂସ୍ଥା" କୁ ଅନୁରୋଧ କରାଗଲା । ଜାତୀୟ କୃଷ୍ଣ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଡେନିଶ୍ ସହାୟତାର କାର୍ଯ୍ୟକାଳ ୧୮ ବର୍ଷ(୧୯୮୬ ରୁ ୨୦୦୩) ବୋଲି ସ୍ଥିର ହୋଇଥିଲା ଏବଂ ତାହା ୩ଟି ପର୍ଯ୍ୟାୟଭୁକ୍ତ ହୋଇଥିଲା । ପ୍ରଥମ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ କୃଷ୍ଣ ରୋଗୀଙ୍କ ହାର ଅଧିକ ଥିବା ମଧ୍ୟପ୍ରଦେଶ, ଓଡିଶା ଓ ତାମିଲନାଡୁର ୪ଟି ଜିଲ୍ଲାରେ ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପ ଆରମ୍ଭ ହେଲା । ୨ୟ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏହି ତିନୋଟି ରାଜ୍ୟର ଆଉ ୪ଟି ଲେଖାଏଁ ଜିଲ୍ଲାକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବା ସଙ୍ଗେ ସଙ୍ଗେ କେନ୍ଦ୍ର ସ୍ତରରେ ପର୍ଯ୍ୟାଲୋଚନା କରିବା ନିମନ୍ତେ ସହାୟତା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ସଂପ୍ରସାରିତ କରାଗଲା । ତୃତୀୟ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏହି ସହାୟତା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଉକ୍ତ ତିନୋଟି ରାଜ୍ୟର ସମସ୍ତ ଜିଲ୍ଲାକୁ ସଂପ୍ରସାରିତ କରାଗଲା, ଏପରିକି ୨୦୦୦ ମସିହାରେ ମଧ୍ୟପ୍ରଦେଶରୁ ନୂଆ ହୋଇ ସୃଷ୍ଟି ହୋଇଥିବା ଛତିଶଗଡ଼ ରାଜ୍ୟକୁ ମଧ୍ୟ ପ୍ରକଳ୍ପରେ ସାମିଲ କରାଗଲା ।

ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପର ମୋଟାମୋଟି ଭାବେ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଥିଲା-ଜାତୀୟ କୃଷ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ସହାୟତା ଯୋଗାଇବା, ଯେପରିକି କୃଷ ରୋଗକୁ ଏକ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ହିସାବରେ ନିର୍ମୂଳ କରିବାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରାଯାଇ ପାରିବ । ଦ୍ୱିତୀୟ ମୁଖ୍ୟ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟଟି ଥିଲା-କାର୍ଯ୍ୟ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା, କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ରୂପାୟନରେ ଉନ୍ନତି ଆଣିବା ଏବଂ ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ସହିତ କୃଷ ରୋଗକୁ ସାମିଲ କରିବା । ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଗୁଡ଼ିକ ବ୍ୟତୀତ ଆଉ ଗୋଟିଏ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ମଧ୍ୟ ଦୃଷ୍ଟିରେ ଥିଲା । ତା ହେଉଛି-ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ହ୍ରାସ କରିବା, ଯାହାକି ଡେନିଶ୍ ସହାୟତାର ସାମଗ୍ରିକ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ । ଯଦିଓ କୃଷ କେବଳ ଗରିବ ଲୋକଙ୍କ ରୋଗ ନୁହେଁ, ତଥାପି ଗରିବ ଲୋକେ ନିଜର ଆର୍ଥିକ ଓ ସାମାଜିକ ସ୍ଥିତି ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଅଧିକ କ୍ଷତିଗ୍ରସ୍ତ ହୋଇଥାନ୍ତି । କୃଷ ରୋଗ ସହିତ ସାମାଜିକ କଲଙ୍କକୁ ଯୋଡି ଦିଆଯିବା ଦ୍ୱାରା କୃଷ ରୋଗୀମାନେ ନିଜ କର୍ମ ନିଯୁକ୍ତି ହରାଇଥାନ୍ତି । ଏପରିକି ବିଳମ୍ବରେ (୧୯୮୨ ମସିହାରେ ଭାରତ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂସ୍ଥାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ଅର୍ଥାତ ୨୦୦୦ ମସିହା ପୁରା ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ରୂପେ କୃଷ ନିରାକରଣକୁ ଗ୍ରହଣ କଲା । ଯେଉଁଥିରେ ନିରାକରଣର ସଂଖ୍ୟା ହେଉଛି ୧୦,୦୦୦ ଲୋକ ସଂଖ୍ୟାରେ କୃଷ ରୋଗୀଙ୍କ ହାର ୧ ରୁ କମ୍) ।

ଚିକିତ୍ସା କରାଇବା ବା ଆଦୌ ଚିକିତ୍ସା ଗ୍ରହଣ ନ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଅଙ୍ଗ ବିକୃତି ଯୋଗୁଁ ଶାରୀରିକ ପରିଶ୍ରମ କରିବା ପାଇଁ ଅକ୍ଷମ ହେବା ପୂର୍ବରୁ ଏଭଳି ଅବସ୍ଥା ସେମାନଙ୍କୁ ଭୋଗିବାକୁ ପଡିଥାଏ । ଏହା ଦ୍ୱାରା ସାମାଜିକ ବାଛନ୍ଦ ହେବାକୁ ମଧ୍ୟ ପଡିଥାଏ । ଫଳରେ ଶାରୀରିକ କ୍ଳେଶ ସହିତ ମାନସିକ ଦୁରାବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ ବୃଦ୍ଧିପାଏ ।

ସମାଜର ସବୁ ସ୍ତରରେ କୃଷ ରୋଗ ଯୋଗୁଁ ମହିଳାମାନେ ପୁରୁଷଙ୍କ ଅପେକ୍ଷା ସାମାଜିକ ଦୃଷ୍ଟିକୋଣରୁ ଅଧିକ କ୍ଷତିଗ୍ରସ୍ତ ହୋଇଥାନ୍ତି । ଏଣୁ ଡେନିଶ୍ ସହାୟତାର ଆଉ ଏକ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ହେଉଛି-ମହିଳାମାନଙ୍କ ସ୍ଥିତିରେ ଉନ୍ନତି ଆଣିବା ଓ ସ୍ତ୍ରୀ-ପୁରୁଷ ଭେଦାଭେଦ ଦୂର କରିବା । ମହିଳାମାନଙ୍କ ପ୍ରତି ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ଥିବାରୁ ଏବଂ କୃଷ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ସେମାନେ ଯେପରି ସହଜରେ ସାମିଲ ହୋଇ ପାରିବେ, ସେଥିପାଇଁ ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପରେ ଜୋର ଦିଆଯାଇଛି ।

ଗୋଷ୍ଠୀର ଅଂଶଗ୍ରହଣ

ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପରେ ଖୁବ୍ ଶୀଘ୍ର ଅନୁଭବ କରାଗଲା ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ହାସଲ କରିବା ପାଇଁ କୃଷ ରୋଗକୁ ଘେରି ରହିଥିବା ଭୟ ଓ ଘୃଣାକୁ ହ୍ରାସ କରିବା ହେଉଛି ପ୍ରଥମ ଆବଶ୍ୟକତା । କୃଷ ରୋଗର ଲକ୍ଷଣ ଓ ଏହା ଆରୋଗ୍ୟସାଧ୍ୟ ବୋଲି ଲୋକଙ୍କୁ କେବଳ ସୂଚନା ଓ ଶିକ୍ଷା ଦେଲେ ମନରୁ ଭୟ ଓ ଘୃଣା ଯେ ଦୂର ହୋଇ ପାରିବ ନାହିଁ, ଏକଥା ମଧ୍ୟ ହୃଦ୍ ବୋଧ ହେଲା । କୃଷ ରୋଗାକ୍ରାନ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଓ ସମାଜର ଅନ୍ୟମାନଙ୍କ ଭିତରେ ଥିବା ପ୍ରତିବନ୍ଧକକୁ ଭାଙ୍ଗିବା ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇ ପଡିଲା । ଯେଉଁମାନଙ୍କୁ ଲୋକେ ଭୟ କରୁଥିଲେ ଏବଂ ସମାଜରୁ ବାଛନ୍ଦ କଲେ, ସେଭଳି ଲୋକଙ୍କ ମନରେ ସହାନୁଭୂତି ଉଦ୍ରେକ କରିବା ପାଇଁ ସେମାନଙ୍କୁ

ଭାଗବତ ଅନୁରୋଧ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପଡ଼ିଲା । ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର କର୍ମଚାରୀମାନେ ମଧ୍ୟ ଏହି ପ୍ରତିବନ୍ଧକର ଶିକାର ହେଲେ ଏବଂ ସେମାନେ ଏକ ନୂତନ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଓ ଆହ୍ୱାନର ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଭବ କଲେ । ଏଥିପାଇଁ ପ୍ରକଳ୍ପ ସୁଯୋଗ ଯୋଗାଇ ଦେଲା ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ନିବେଶ ମଧ୍ୟ ଉଭୟ ଅଂଶୀଦାରଙ୍କ ପାଖରୁ ଆସିଲା ।

ନୂତନ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଅନୁଯାୟୀ ଗୋଷ୍ଠୀକୁ ଭାଗୀଦାର କରିବା ଓ ରୋଗୀକୁ ଛୁଇଁଲେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗ ସଂକ୍ରମିତ ହୁଏ ବୋଲି ଥିବା ଏକ ଭୁଲ ଧାରଣା ଉପରେ ଗଢି ଉଠିଥିବା ଭୟ ଓ ଆଂଶକାଳୁ ଦୂର କରିବା ପାଇଁ ଜନସଚେତନତା ଜାଗରଣ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା । ଏଥିପାଇଁ ଆବାସିକ ଶିବିରମାନ ଅନୁଷ୍ଠିତ ହେଲା, ଯେଉଁଠାରେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀ ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବୀ ଉଭୟେ ଏକାଠି ବସିବା ଓ ଖାଇବାର ଦୃଶ୍ୟ ସମାଜର ଲୋକେ ନିଜ ଆଖିରେ ଦେଖିଲେ । ସେଠାରେ ଲୋକେ ମଧ୍ୟ ଦେଖିଲେ ଯେ ରୋଗୀର ଘା ସଫା କରାଯାଉଛି ଏବଂ ଅକ୍ଷମ ହୋଇ ଆସୁଥିବା ରୋଗୀଙ୍କର ହାତ ଗୋଡ଼କୁ ମାଲିସ କରାଯାଉଛି । ଏସବୁ ଦେଖିବା ଦ୍ୱାରା ଲୋକଙ୍କ ମନରେ ରୋଗୀଙ୍କୁ ଛୁଇଁବା ସମ୍ପର୍କରେ ବସା ବାନ୍ଧି ରହିଥିବା ଭୟ କ୍ରମେ ଦୂର ହୋଇପାରିଲା । ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ସେହି ଆବାସିକ ଶିବିର ଗୁଡ଼ିକରେ ନିଜର ଯତ୍ନ ନିଜେ କିପରି ନେଇପାରିବେ ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ଶିକ୍ଷା ଦିଆଗଲା ଏବଂ ସେହି ରହଣି ସମୟ ଭିତରେ ସେମାନଙ୍କ ଘା ବାନ୍ଧି ଆସିଲା ଓ ଅଙ୍ଗ ପ୍ରତ୍ୟଙ୍ଗ ନରମ ହୋଇ ଆସିଲା । ସେମାନେ ସେଠାରେ ଅନ୍ୟମାନଙ୍କ ଆଗରେ ନିଜ ଜୀବନର ଦୁଃଖଦାୟକ ଅନୁଭୂତି ଗୁଡ଼ିକ ବଖାଣି ପାରିଲେ । ଫଳରେ ସେମାନଙ୍କର ସାଧାରଣ ଦୁଃଖ ଓ ଯନ୍ତ୍ରଣାର ଦାଗ ମନରୁ ଲିଭି ଆସିଲା । ଏକ ସମୟରେ ରୋଗୀମାନଙ୍କ ଚର୍ମର ଯତ୍ନ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଶିବିରମାନ ଅନୁଷ୍ଠିତ ହେଲା, ଯେଉଁଠାରେ ଲୋକେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗର ଲକ୍ଷଣ ଗୁଡ଼ିକ ନିଜେ ଦେଖିଲେ ଓ ସେ ରୋଗ ଅନ୍ୟ ରୋଗ ଠାରୁ କିପରି ଭିନ୍ନ, ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ମଧ୍ୟ ଜାଣିଲେ । ଶିକ୍ଷା, ତାଲିମ ଓ ଚିକିତ୍ସାର ସମନ୍ୱୟରେ ଗଢି ଉଠିଥିବା ଏଭଳି ଏକ ସାମଗ୍ରିକ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ସେହି ପ୍ରକଳ୍ପର ସମସ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟାବଳୀର କେନ୍ଦ୍ରବିନ୍ଦୁ ଥିଲା । ଏହି ପଦ୍ଧତିରେ ରୋଗୀମାନେ ସେମାନଙ୍କ ସମ୍ମାନ ଫେରି ପାଇଲେ ଏବଂ ଲୋକଙ୍କ ଦୃଷ୍ଟି ଭଙ୍ଗୀରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଘଟିବା ଫଳରେ ରୋଗୀମାନେ ଆଉ ଲୋକଙ୍କର ଘୃଣା ଓ ଦୟାର ପାତ୍ର ହୋଇ ରହିଲେ ନାହିଁ; କାରଣ ସେମାନେ ନିଜର ଚିକିତ୍ସା ଓ ପୁର୍ନସଂସ୍ଥାନ କାର୍ଯ୍ୟରେ ଅଂଶୀଦାର ହେଲେ । ଏହି ଶିବିର ମାଧ୍ୟମରେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗ ଲୁଚି ନ ରହି ପଦ୍ମକୁ ବାହାରି ଆସିଲା ଏବଂ ଏ ରୋଗ ଯେ ଆରେଗ୍ୟସାଧ୍ୟ, ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ଏକ ଉତ୍ସବ ମୁଖରିତ ପରିବେଶରେ ଆଲୋଚିତ ହୋଇପାରିଲା । ଯେଉଁ କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ତାଙ୍କ ଘର ଲୋକେ ଦିନେ ବହିଷ୍କାର କରିଥିଲେ, ସେମାନଙ୍କ ଭିତରୁ ଅନେକ ନିଜ ଘରକୁ ଫେରିଯାଇ ପରିବାରର ଲୋକମାନଙ୍କ ସହିତ ମିଳିମିଶି ରହିଲେ ।

ଏଭଳି ଶିବିର ଗୁଡ଼ିକରେ ଯୋଗ ଦେଇଥିବା ଗୋଷ୍ଠୀର ଲୋକମାନେ ପ୍ରଥମେ ଦୂରେଇ ରହି ଲକ୍ଷ୍ୟ କଲେ, ପରେ ପାଖକୁ ଆସିଲେ ଏବଂ ଶେଷରେ ସେଥିରେ ସାମିଲ ହୋଇଗଲେ । ଫଳରେ ବୁଝି ପାରିଲେ ଯେ ଏଇ

ନିଜର ପ୍ରିୟ କିନ୍ତୁ ହତଭାଗ୍ୟ ଲୋକଙ୍କୁ ସେମାନେ ଅଯଥାରେ କେତେ ହଇରାଣ ହରକତ ନ କରିଛନ୍ତି । ଏହାଛଡା ଶିବିରରେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀ, ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟସେବୀ ଓ ଗୋଷ୍ଠୀର ଲୋକେ ଏକତ୍ର ରହିବା ଦ୍ଵାରା ମନରେ ଯେଉଁ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଦେଖାଦେଲା, ତାରି ଫଳରେ ସେମାନଙ୍କ ଭିତରୁ ଅନେକ କୁଷ୍ଠ ରୋଗକୁ ସମାଜରୁ ନିର୍ମୂଳ କରିବା ପାଇଁ ଶପଥ ନେଲେ । ରୋଗୀ ଓ ଗୋଷ୍ଠୀର ଲୋକେ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ସଂପୃକ୍ତ ହେବା ଫଳରେ ସେମାନଙ୍କ ଭିତରେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗର ଚିହ୍ନଟ ସହଜ ହେଲା ଏବଂ ଏହାଦ୍ଵାରା ସଚେତନତା ଜାଗରଣ ସଙ୍ଗେ ସଙ୍ଗେ ଭୟକୁ ଦୂର କରିବା ପ୍ରଚେଷ୍ଟା ମଧ୍ୟ ଦୃଢ଼ଭୂତ ହେଲା । ଏଣୁ ଏଭଳି ତାଲିମ ବ୍ୟବସ୍ଥା କେବଳ ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଓ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟସେବୀମାନଙ୍କ ଭିତରେ ସୀମିତ ନ ରହି ଗୋଷ୍ଠୀର ବିଭିନ୍ନ ଅଂଶୀଦାର ଦଳ ଯଥା ମହିଳା, ଯୁବକ ଯୁବତୀ, ଗ୍ରାମ୍ୟ ନେତା, ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କର୍ମୀ, ବିଦ୍ୟାଳୟର ଛାତ୍ରଛାତ୍ରୀ, ସହର ଓ ଗ୍ରାମାଞ୍ଚଳର ନିର୍ବାଚିତ ଲୋକ ପ୍ରତିନିଧିଗଣ, ବେସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ସମାଜସେବୀ ସଂଗଠନ ଗୁଡ଼ିକୁ ସଂପ୍ରସାରିତ ହୋଇପାରିଲା ।

ଗୋଷ୍ଠୀ ସଂପୃକ୍ତିକରଣ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ନିୟୋଜିତ ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଓ ତାନ୍ ଲେପ୍ ର କର୍ମଚାରୀମାନେ ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରକାରର ସଞ୍ଚାର ପଦ୍ଧତିଗୁଡ଼ିକୁ ନୂଆ ରୂପରେ ଉପଯୋଗ କରିଥିଲେ । ସେଗୁଡ଼ିକ ଭିତରୁ ମୁଖ୍ୟ ଥିଲା-ପଥପ୍ରାକ୍ତ ନାଟକ, ଗଣ ସଂଗୀତ, ଗଣ ନୃତ୍ୟ, ପଟୁଆର ଓ ଗୃହ ପରିଦର୍ଶନ । ଏହି ସଞ୍ଚାର ମାଧ୍ୟମ ଜରିଆରେ ପରିବେଶିତ ତଥ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ବିକଳାଙ୍ଗ ହୋଇଥିବା କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀର ଭୟଭୀତ ଚେହେରାକୁ ନେଇ ତିଆରି ହୋଇ ନଥିଲା । ବରଂ କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀମୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଅନୁଭୂତି ଓ ରୋଗ ନିଶ୍ଚିତ ରୂପେ ଭଲ ହେବା ଉପରେ ବିଶ୍ଵାସ ଏବଂ ଭରସାକୁ ନେଇ ତାହା ସଂଗଠିତ ହୋଇଥିଲା ।

ନିଶ୍ଚିତ ରୂପେ ଉତ୍ତମ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଇ ଦେବା

କୁଷ୍ଠ ରୋଗର ମୁକାବିଲା କରିବା ପାଇଁ ଗୋଷ୍ଠୀକୁ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ନିମନ୍ତେ ଔଷଧ ଯୋଗାଣ ଓ ଚିକିତ୍ସା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଚାଲୁ ରଖିବାକୁ ପଡ଼ିଲା । ରୁକ୍ଷର ପ୍ୟାକସ୍, ରୋଗୀର କାର୍ଡ, କୁଷ୍ଠ ପରିଦର୍ଶକମାନଙ୍କ ପାଇଁ ଯାତାୟତ ସୁବିଧା ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଭିତ୍ତିଭୂମି ଜରିଆରେ ଦକ୍ଷତାର ସହିତ ସେବା କାର୍ଯ୍ୟ ପରିଚାଳନା କରିବା ନିମନ୍ତେ ଆବଶ୍ୟକ ସାହାଯ୍ୟ ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପ ଯୋଗାଇ ଦେଲା । କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସମୀକ୍ଷା ଓ ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ନିମନ୍ତେ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ବ୍ୟାପକ ପଦ୍ଧତି କେତୋଟି ବର୍ଷ ଭିତରେ ଗଢ଼ି ଉଠିଲା । ଶେଷରେ ବିଶ୍ଵ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟସଂସ୍ଥା ଏବଂ କେନ୍ଦ୍ରୀୟ କୁଷ୍ଠ ତାଲିମ ଓ ଗବେଷଣା ପ୍ରତିଷ୍ଠାନର ସହାୟତାରେ ପ୍ରସ୍ତୁତ ଏକ ତଥ୍ୟ ପରିଚାଳନା ପଦ୍ଧତିର ପ୍ରଚଳନ ହେଲା । ଲିଙ୍ଗ ଭିତ୍ତିକ ପୃଥକ ତଥ୍ୟ ଏବଂ ରୋଗ ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିବା ଓ ଚିକିତ୍ସା ଯୋଗାଇ ଦିଆଯାଇଥିବା ଆଦିବାସୀ ଓ ହରିଜନମାନଙ୍କର ସଂଖ୍ୟା ଗ୍ରହଣ କରିବା ଓ ତାହାକୁ ବିଶ୍ଳେଷଣ କରିବା, ସେହି ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ପଦ୍ଧତିର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଥିଲା; ଯାହାକି ତାନ୍ ଲେପ୍ ର ଅର୍ଦ୍ଧନିହିତ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଅର୍ଥାତ ସ୍ତ୍ରୀ ପୁରୁଷ ଭେଦାଭେଦ ଓ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଉପରେ ତାହା ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷିତ ଥିଲା । କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ନିଶ୍ଚିତ

ରୂପେ ନିୟମିତ ଔଷଧ ଯୋଗାଇଦେବା ପାଇଁ ଆର୍ଥିକ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ସୁଗମ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ ହେଲା । କେନ୍ଦ୍ର ସରକାରଙ୍କ ଠାରୁ ଜିଲ୍ଲାଗୁଡ଼ିକୁ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଅର୍ଥ ହସ୍ତାନ୍ତର କରିବା ପାଇଁ ସୋସାଇଟି ଆଇନରେ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରିଭୁକ୍ତ କରି ଜିଲ୍ଲା କୁଷ୍ଠ ସମିତିଗୁଡ଼ିକ ଗଠନ ନିମନ୍ତେ ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପ ଜରିଆରେ ଉଦ୍ୟମ ହେଲା । ଜିଲ୍ଲାଗୁଡ଼ିକରେ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପାଦନ ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ବାର୍ଷିକ ଯୋଜନା ଓ ଖର୍ଚ୍ଚ ଅଟକଳ ବର୍ଷକୁ ଥରେ ଅନୁମୋଦନ କରାଗଲା ଏବଂ ପରେ ଆଲୋଚନା ସଭା ମାଧ୍ୟମରେ କାର୍ଯ୍ୟ ପରିଚାଳନାରେ ଉନ୍ନତି ସମ୍ପର୍କରେ ସମୀକ୍ଷା କରାଗଲା । ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପାଇଁ ଏ ଧରଣର ସମିତିମାନ ଗଠନ କରାଗଲା ଏବଂ ପ୍ରକଳ୍ପର ୩ୟ ପର୍ଯ୍ୟାୟ ବେଳକୁ ଜିଲ୍ଲାସ୍ତରୀୟ ସମିତିଗୁଡ଼ିକୁ ମିଶାଇ ଗୋଟିଏ ମାତ୍ର "ଜିଲ୍ଲା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମିତି" ଗଠନ କରାଗଲା । କାର୍ଯ୍ୟ ଯୋଜନା ଓ କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପାଦନା ସମ୍ପର୍କରେ ସମୀକ୍ଷା କରିବା ପାଇଁ ରାଜ୍ୟ ସ୍ତରରେ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମିତିମାନ ଗଠିତ ହେଲା ।

ଯୋଗ୍ୟତା ବା ସାମର୍ଥ୍ୟ ବୃଦ୍ଧି କରିବା

ବିଭିନ୍ନ ସ୍ତରରେ କାର୍ଯ୍ୟରତ କର୍ମଚାରୀମାନଙ୍କର ଦକ୍ଷତା ବୃଦ୍ଧି କରିବା ଥିଲା ପ୍ରକଳ୍ପର ଏକ ମୁଖ୍ୟ ଦାୟିତ୍ୱ । ଶିକ୍ଷା ଦେବା ଅପେକ୍ଷା ଶିଖିବା ପାଇଁ ଆଗ୍ରହ ବୃଦ୍ଧି କରିବା ଥିଲା ପ୍ରକୃତ ଲକ୍ଷ୍ୟ । ଅବଶ୍ୟ କୁଷ୍ଠ ରୋଗର ବିଭିନ୍ନ ବିଷୟ ସମ୍ପର୍କରେ ବୈଷୟିକ ତାଲିମ ଦିଆଯାଉଥିଲା । ତଥାପି ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପରେ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ରୂପାୟନ ସମ୍ପର୍କୀୟ ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ଉପରେ ଅଧିକ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା । ଏହା କର୍ମଚାରୀମାନଙ୍କୁ ସେମାନଙ୍କ ନିଜ କାର୍ଯ୍ୟ-ପରିସ୍ଥିତିର ବିଶ୍ଳେଷଣ କରିବା, ବିଭିନ୍ନ ସମସ୍ୟା ଚିହ୍ନଟ କରିବା ଏବଂ ତାହାର ସମାଧାନ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କଲା । ଗୋଷ୍ଠୀ ଭାଗୀଦାରୀ ପଦ୍ଧତିରେ ଏହାକୁ ଆରମ୍ଭ କରାଗଲା ଏବଂ ବିଶେଷତଃ ଏହା କୁଷ୍ଠ କର୍ମଚାରୀ ଏବଂ ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷକମାନଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଧିକ ଫଳପ୍ରସ୍ତ ଆଣିଦେଲା । ଏଭଳି ପଦ୍ଧତିର ବ୍ୟବହାର ଫଳରେ ଗୋଷ୍ଠୀର ଲୋକେ ଓ ନିଜେ ନିଜକୁ ତଳେଇ ଦେଖୁଥିବା ଦଳେ ଲୋକଙ୍କର ବିଶ୍ୱାସ, ଦକ୍ଷତା ଓ ସ୍ଥିତି ବୃଦ୍ଧି ପାଇଲା । ଦଳଗତ ତାଲିମ ମଧ୍ୟ ବଢ଼ିବା ଫଳରେ ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ କାର୍ଯ୍ୟରତ କର୍ମଚାରୀମାନଙ୍କର ନିଜ ଭୂମିକା ଓ ପାରସ୍ପରିକ ବୁଝାମଣା ସ୍ପଷ୍ଟ ହୋଇଗଲା ।

ପ୍ରକଳ୍ପର ୨ୟ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଆଞ୍ଚଳିକ ତାଲିମ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ପ୍ରଚଳନ ଫଳରେ ଡାକ୍ ଲେପ୍ ର ସାହାଯ୍ୟ ପାଇ ନ ଥିବା ଅନ୍ୟ ଜିଲ୍ଲାଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟ ଉପକୃତ ହେଲେ । ମିଳିମିଶି କାର୍ଯ୍ୟ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ଏବଂ ଦଳଗତ ସମୀକ୍ଷା ଦ୍ୱାରା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପରିଚାଳନାରେ ଦାୟିତ୍ୱବୋଧ ବୃଦ୍ଧି ପାଇବା ସଙ୍ଗେ ସଙ୍ଗେ ଅନୁଭୂତିଗୁଡ଼ିକ ଅନ୍ୟ ଜିଲ୍ଲାମାନଙ୍କୁ ହସ୍ତାନ୍ତରିତ ହୋଇ ପାରିଲା । କେତେ ବର୍ଷ ଭିତରେ ବିଭିନ୍ନ ବିଷୟରେ ଯଥା ସୂଚନା-ଶିକ୍ଷା ଓ ସଞ୍ଚାର, ତଥ୍ୟ ପରିଚାଳନା, ହିସାବ ପତ୍ର, କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ, ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପଦ୍ଧତିରେ ଗବେଷଣା, କମ୍ପ୍ୟୁଟରର ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ଭୌଗଳିକ ତଥ୍ୟ ପଦ୍ଧତି ଉପରେ ତାଲିମ ଦିଆଯାଇଛି । ଅନୁଭୂତିରୁ ପ୍ରକଳ୍ପ ଶିକ୍ଷାଲାଭ କଲା ଯେ ମୂଳ ତାଲିମ ଦେବା ଦଳ(ତାଲିମଦାତାଙ୍କୁ ତାଲିମ ଦେବା ଲୋକ) ଗଠନ କରି ସେମାନଙ୍କୁ

ତାଲିମ ଦେବା କଳା-କୌଶଳରେ ସୁସଜ୍ଜିତ କରିବା ପଛତ ଅନ୍ୟ ତାଲିମ ପଦ୍ଧତି(କ୍ୟାସକେଡ୍ ଟ୍ରେନିଂ) ଅପେକ୍ଷା ଅଧିକ ଫଳପ୍ରସ୍ତୁତ, ଯେଉଁଠିରେ ଉପର ସ୍ତରର କର୍ମଚାରୀମାନେ ତଳ ସ୍ତରର କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ ତାଲିମ ପ୍ରଦାନ କରିଥାନ୍ତି ।

ବ୍ୟବହୃତ ତାଲିମ ପଦ୍ଧତି ଗୁଡ଼ିକ କାମ କରୁକରୁ ଶିଖିବା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେଇଥିଲା ଏବଂ ବହୁ ସଂଖ୍ୟାରେ 'କେଶ୍ ଷଡ଼ି' ର ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଥିଲା । ଆବଶ୍ୟକସ୍ଥଳେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀଙ୍କୁ ତକାଯାଇ ସେମାନଙ୍କୁ ଏଥିରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ଓ ନିଜର ଅନୁଭୂତି ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିବାର ସୁଯୋଗ ଦିଆଯାଉଥିଲା । 'ତ୍ରିପକ୍ଷ ଆଲୀପ' ନାମକ ଏକ ନୂତନ ପଦ୍ଧତିରେ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଉଥିଲା, ଯେଉଁଠିରେ ରୋଗୀ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବୀ ଓ ଲୋକେ ସମାନସ୍ତରରେ ରହି ଆଲୋଚନାରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରୁଥିଲେ । ଏହି ତିନି ଭାଗୀଦାରଙ୍କ ଭିତରେ ଆଲୋଚନାବେଳେ ଜଣେ ତାଲିମପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ସହାୟତା କରୁଥିଲେ । ଅବସ୍ଥିତ ତାଲିମ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଗୁଡ଼ିକର ଦକ୍ଷତା ବୃଦ୍ଧି କରିବା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେବା ସଙ୍ଗେ ସଙ୍ଗେ ଉପଯୁକ୍ତ ଶିକ୍ଷା-ସାମଗ୍ରୀ ଗୁଡ଼ିକର ଉପଯୋଗ ଓ ଉନ୍ନତି ସାଧନ ମଧ୍ୟ କରାଯାଉଥିଲା ।

ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ସହିତ କୁଷ୍ଠ ସେବାକୁ ସାମିଲ କରିବା ଦ୍ୱାରା ତାଲିମ ଆବଶ୍ୟକତା ଶହେଗୁଣ ବଢ଼ିଗଲା । ଚାରୋଟିଯାକ ରାଜ୍ୟରେ ବ୍ୟାପକ ତାଲିମ ପ୍ରଚଳନ ପାଇଁ ପ୍ରକଳ୍ପ ଜରିଆରେ ଆବଶ୍ୟକ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ସଙ୍ଗେ ସଙ୍ଗେ ଏଥିପାଇଁ ସହାୟତା ଯୋଗାଇ ଦିଆଗଲା । ପ୍ରକଳ୍ପ କାର୍ଯ୍ୟକାଳ ସରି ଆସୁଥିବା ବିଷୟକୁ ଆଖିରେ ରଖି ସରକାରୀ ତଥା ବେସରକାରୀ ସଂସ୍ଥାର କର୍ମଚାରୀମାନଙ୍କୁ ବିଭିନ୍ନ କୌଶଳ ସମ୍ପର୍କରେ ତାଲିମ ଦେଇ ନିର୍ବିଘ୍ନରେ ଦାୟିତ୍ୱ ହସ୍ତାନ୍ତର ପାଇଁ ଯୋଜନା କରାଯାଇଥିଲା ।

ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ସହିତ ସାମିଲ ହେବା

ସମନ୍ୱୟ ବୃଦ୍ଧି କରିବାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି ପ୍ରକଳ୍ପ ଦୃଢ଼ତାର ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟକଲା । ତାନ୍ ଲେପ୍ ର ମୁଖ୍ୟ ଭୂମିକା ଥିଲା- କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଆଗେଇ ନେବା ଓ ପ୍ରବର୍ତ୍ତାଇବା । ଏକତ୍ରୀକରଣ ଦ୍ୱାରା କୌଣସି କର୍ମଚାରୀ ଗୋଷ୍ଠୀ ଯେ କ୍ଷତିଗ୍ରସ୍ତ ହେବାର ଆଶଙ୍କା ନାହିଁ, ଏକଥା ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେବାବାଲା ଓ କ୍ଷେତ୍ରକର୍ମୀଙ୍କ ସମ୍ମୁଖରେ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିବା ପାଇଁ ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟପକ୍ଷା ଓ ଅନୁଧ୍ୟାନର ଉପଯୋଗ କରିଥିଲା । ତତ୍ତ୍ୱନିତ ସମସ୍ୟାକୁ ଚିହ୍ନଟ କରିବା ଏବଂ ସଂଗୋଧନମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟପକ୍ଷା ଗ୍ରହଣ କରିବା ନିମନ୍ତେ ପଛତ ଅବଲମ୍ବନ କରିବା ସହିତ ସପତ୍ନରେ କାର୍ଯ୍ୟଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ଓ କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପାଦନା କରିବା ସମ୍ଭବପର ହୋଇପାରିଲା । କୁଷ୍ଠ ରୋଗ ନିରାକରଣ ଲକ୍ଷ୍ୟରେ ପହଞ୍ଚିବା ପାଇଁ ଏକତ୍ରୀକରଣର ଆବଶ୍ୟକତା ସମ୍ପର୍କରେ ବିଶ୍ୱା ବ୍ୟାଙ୍କ ଭଳି ଆନ୍ତର୍ଜାତୀୟ ସଂସ୍ଥା ଗୁଡ଼ିକୁ ପ୍ରବର୍ତ୍ତାଇବା ନିମନ୍ତେ ପ୍ରକଳ୍ପ ତାହାର ଭୂମିକା ନିଭାଇଥିଲା । ତାନ୍ ଲେପ୍ ର ସହାୟତା ଲାଭ କରୁଥିବା ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକରେ ଏକତ୍ରୀକରଣ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଅନୁଭୂତି ଦେଖାଇଦେଲା ଯେ ଏକତ୍ରୀକରଣର

କାର୍ଯ୍ୟଧାରା ଓ ସଙ୍ଗଠନର ଦିଗ ସମ୍ପର୍କରେ ସମସ୍ତ ଭାଗୀଦାରୀମାନଙ୍କୁ ସଂପୃକ୍ତ କରି ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ଉଚିତ ଏବଂ ଏହି ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ସମସ୍ତେ ଏକମତ ହେବା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ । ଏକତ୍ରୀକରଣ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଅବ୍ୟାହତ ରହିଛି । ସମନ୍ୱୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଭୂମିକା କ'ଣ, ତାହା ସେମାନଙ୍କୁ ଜଣାଇ ଦେବା ଏବଂ ଏଇ ପ୍ରଥମ ଅବସ୍ଥାରେ ନିଜର ମତାମତକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ କରିବା ପାଇଁ କେନ୍ଦ୍ର ତଥା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କୁ ପ୍ରବର୍ତ୍ତାଇବାରେ ତାନ୍ ଲେପ୍ ସକ୍ଷମ ହୋଇପାରିଲା ନାହିଁ । ଏବଂ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଦାୟିତ୍ୱ ତୁଲାଇବା ପାଇଁ ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ତାଲିମ ଦିଆଗଲା କି ନାହିଁ, ସେ ବିଷୟରେ ତାନ୍ ଲେପ୍ ନିଶ୍ଚିତ ହୋଇପାରିଲା ନାହିଁ ।

କାର୍ଯ୍ୟକାଳ ଶେଷ ହେବା

ପ୍ରକଳ୍ପର ଶେଷ ୨୦ ମାସ ଦାୟିତ୍ୱ ହସ୍ତାନ୍ତର ପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତୁତ ଯୋଜନାକୁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବାରେ ଅତିବାହିତ ହେଲା । ଯାହାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ହେଉଛି-କାର୍ଯ୍ୟାବଳୀର ଏକତ୍ରୀକରଣ କରିବା, ଏପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପହଞ୍ଚି ପାରିନଥିବା ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ପହଞ୍ଚିବା ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟଧାରାକୁ ସୀମିତ ପରିସର ଭିତରେ ସଂପ୍ରସାରିତ କରିବା, ଅନୁଭୂତିଗୁଡ଼ିକ ଲିପିବଦ୍ଧ କରିବା ଏବଂ ଶେଷରେ ପ୍ରକଳ୍ପର ପରିସମାପ୍ତି ଘଟାଇବା । ଯେହେତୁ କାର୍ଯ୍ୟଧାରା ଏକତ୍ରୀକରଣ ସଫଳ ହୋଇପାରିଲାଣି ଏବଂ ସାଙ୍ଗଠନିକ ଏକତ୍ରୀକରଣ ନିକଟତର ହେଲାଣି, ତେଣୁ ପ୍ରକଳ୍ପର କାର୍ଯ୍ୟଗୁଡ଼ିକରେ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଅଧିକ ସୁଦୃଢ଼ କରିବା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଉଛି । ଫଳରେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗୀଙ୍କୁ ସହଜରେ ଚିହ୍ନଟ କରିବା ଓ ସେମାନଙ୍କୁ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଚିକିତ୍ସା ଯୋଗାଇଦେବାର ପ୍ରଚେଷ୍ଟ ଅବ୍ୟାହତ ରହିବ । ଚାରୋଟି ଯାକ ରାଜ୍ୟ ପାଇଁ ସାଧାରଣ ବିଷୟ ଗୁଡ଼ିକ ଥିଲା । ସୁଚନା-ଶିକ୍ଷା ଓ ସଞ୍ଚାର ସଂସ୍ଥା ତଥା ତାଲିମ ଅନୁଷ୍ଠାନଗୁଡ଼ିକୁ ସୁଦୃଢ଼ କରିବା ଫଳରେ କୁଷ୍ଠ ରୋଗ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକୁ ସେମାନଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟାବଳୀର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଙ୍ଗ ରୂପେ ନିଶ୍ଚିତ ଭାବେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରାଯିବ । ପ୍ରଚଳିତ ପର୍ଯ୍ୟାଲୋଚନା ଓ କର୍ମଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତି ନିମନ୍ତେ ଭୌଗଳିକ ତଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଏକ ଦର୍ଶନୀୟ

(*କାର୍ଯ୍ୟଧାରା ଏକତ୍ରୀକରଣର ଅର୍ଥ ହେଉଛି ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସହିତ କୁଷ୍ଠ ରୋଗ ନିରାକରଣ ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟ ବା ଦାୟିତ୍ୱକୁ ସୀମିତ କରିବା । ସେହିଭଳି ସାଙ୍ଗଠନିକ ଏକତ୍ରୀକରଣ କହିଲେ ବୁଝାଏ ଯେ ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ନିୟୋଜିତ କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ କାର୍ଯ୍ୟରତ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ସହିତ ପ୍ରଶାସନିକ ଏକତ୍ରୀକରଣ କରିବା)

ସାଧନ ରୂପେ ବ୍ୟବହାର କରିବା ପାଇଁ କେନ୍ଦ୍ର ତଥା ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ଆଗ୍ରହ ପ୍ରକାଶ କଲେ । ଏପରିକି ସେହି ଯନ୍ତ୍ରପାତିଗୁଡ଼ିକୁ ବ୍ୟବହାର କରିବା ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଭାଗର କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଭିତରୁ ଯୋଗ୍ୟ ଲୋକଙ୍କୁ ଚିହ୍ନଟ କରି ତାଲିମ ମଧ୍ୟ ଦିଆଗଲା ।

ଯେକୌଣସି ବ୍ୟାପକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ମୁଖ୍ୟ ସ୍ରୋତରୁ ବିଚ୍ଛିନ୍ନ ହୋଇଥିବା ଅଞ୍ଚଳ ଓ କେତେକ ଗୋଷ୍ଠୀର ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ସେ ସମ୍ପର୍କୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଇଦେବା ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଉଦ୍ୟମ ବିନା ସମ୍ଭବପର ହୋଇପାରି ନଥାଏ । ୩ୟ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏଭଳି ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ପହଞ୍ଚିବା ପାଇଁ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ ନିମନ୍ତେ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର କାର୍ଯ୍ୟ ପ୍ରକଳ୍ପ ଜରିଆରେ ଉଦ୍ୟମ ଆରମ୍ଭ ହୋଇଥିଲା ଏବଂ ପ୍ରକଳ୍ପର ଶେଷ ବେଳକୁ କାର୍ଯ୍ୟ ପରିସରକୁ ସଂପ୍ରସାରିତ କରାଗଲା । କେତେକ ଆଦିବାସୀ ଅଧ୍ୟୁସିତ ଅଞ୍ଚଳ ଓ ସହରାଞ୍ଚଳ ତଥା ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକର ସୀମାନ୍ତ ଅଞ୍ଚଳକୁ ଆବଶ୍ୟକତା ଥିବା ଅଞ୍ଚଳ ରୂପେ ଚିହ୍ନଟ କରାଗଲା ଏବଂ ଏହି ପ୍ରତ୍ୟେକଟି ଅଞ୍ଚଳର ଆବଶ୍ୟକତାକୁ ଚାହିଁ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିବା ପାଇଁ ପ୍ରକଳ୍ପ ଜରିଆରେ କାର୍ଯ୍ୟ ଯୋଜନା ଓ କର୍ମ କୌଶଳ ପ୍ରସ୍ତୁତ ହେଲା । ଏହା କଲାବେଳେ ସମସ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟାବଳୀକୁ ଅନୁଷ୍ଠାନିକ ଓ ଆଭ୍ୟନ୍ତରୀଣ କରିବା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା । ତାନ୍ ଲେପ୍ ନିଜର ବିଦାୟକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି ସରକାରୀ ତଥା ବେସରକାରୀ ଅଂଶୀଦାରମାନଙ୍କୁ ଦାୟିତ୍ୱ ହସ୍ତାନ୍ତର କରିବା ନିମନ୍ତେ କାର୍ଯ୍ୟପତ୍ତା ସ୍ଥିର କଲା ।

ପ୍ରକଳ୍ପରୁ ସୀମାନ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ପ୍ରବୀଣ ଜ୍ଞାନ ଓ ଅନୁଭୂତିଗୁଡ଼ିକ ସଫଳତାର ସହ ହସ୍ତାନ୍ତର କରିବା ପାଇଁ କେତେଜଣ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତିବଦ୍ଧ, ଯୋଗ୍ୟତାସଂପନ୍ନ ଓ ଖୋଲା ମନ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଏବଂ ଆର୍ଥିକ ନମନୀୟତା ଥିବା ପ୍ରକଳ୍ପ ସହାୟକ ବିଭାଗ ରହିବା ଏକାନ୍ତ ଜରୁରୀ ଥିଲା । ଏକଥା ସତ୍ୟ ଯେ ପ୍ରକଳ୍ପର ସଫଳତା ମୂଳରେ ଏଭଳି ଏକ ଦଳର ଅବଦାନକୁ ଭାରତରେ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସହିତ ସଂପୃକ୍ତ ସମସ୍ତ ଜାତୀୟ ଓ ଆନ୍ତର୍ଜାତୀୟ ସଂସ୍ଥା ସ୍ୱୀକାର କରିଛନ୍ତି । କ୍ଷେତ୍ରସ୍ତରରେ କାର୍ଯ୍ୟ ହାସଲ କରିଥିବା ଜ୍ଞାନକୁ ସମଗ୍ର ପ୍ରକଳ୍ପ ସମୟରେ ବ୍ୟବହାର କରିବା ସଙ୍ଗେ ସଙ୍ଗେ ଉପଯୁକ୍ତ ସ୍ଥାନରେ ସମସ୍ୟା ସମ୍ପର୍କରେ ଆଲୋଚନା କରିବା ସହିତ ତାର ସମାଧାନ ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟ କରାଗଲା । ତାନ୍ ଲେପ୍ ର କର୍ମଚାରୀ ଓ ସରକାରଙ୍କ ଭିତରେ ରହିଥିବା ମୂଳ ବିଶ୍ୱାସ ଓ ଆସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ ତାନ୍ ଲେପ୍ ସର୍ବଦା ନୂତନ ଉଦ୍ୟମର ପ୍ରତିରୂପ ଓ ସ୍ଥାୟୀତ୍ୱକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି ଏକ ଅଭିନବ, ପରୀକ୍ଷା ମୂଳକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚ ପ୍ରେରକର ଭୂମିକା ନିଭାଇ ପାରିଲା ।

ସହଯୋଗତା

ତାନ୍ ଲେପ୍ ସରକାରଙ୍କ ସହିତ ଅତି ନିକଟରେ ହୋଇ କାର୍ଯ୍ୟ କଲାବେଳେ ଆନ୍ତର୍ଜାତୀୟ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଠାରୁ ଆରମ୍ଭ କରି ଗ୍ରାମ୍ୟ କମିଟି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପରିବ୍ୟାପ୍ତ ବିଭିନ୍ନ ଦଳ ଓ ବ୍ୟକ୍ତିବିଶେଷଙ୍କ ସହିତ ଅଂଶୀଦାର ହୋଇପାରିଲା । କ୍ଷେତ୍ରରେ କାର୍ଯ୍ୟରତ ଦ୍ୱୈତ ସଂସ୍ଥାର ଅଂଶୀଦାର ରୂପେ ତାନ୍ ଲେପ୍ ବିଭିନ୍ନ ଅନୁରୋଧକୁ ଯଥା ଶୀଘ୍ର ରକ୍ଷା କରି ପାରିଛି । ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ସେବା ପାଇଁ ସୁଯୋଗ ବୃଦ୍ଧି କରିବା ନିମନ୍ତେ ନୂତନ ପଦ୍ଧତି ଉପରେ ପରୀକ୍ଷା ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ସହଯୋଗ କରିବା ଏବଂ ଉନ୍ନତ ଧରଣର ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ପାଇଁ ସହାୟତା ଯୋଗାଇବା ନିମନ୍ତେ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂସ୍ଥାର ଅନୁରୋଧକୁ ରକ୍ଷା କରାଯାଇ ପାରିଛି । ଜାତୀୟ କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ସାହାଯ୍ୟ କରୁଥିବା ତେନିଶ୍ ସହାୟତାରେ ଥିବା ନମନୀୟ ସ୍ୱଭାବ ଯୋଗୁଁ ଏହା ସମ୍ଭବ ହୋଇ ପାରିଥିଲା ।

କୃଷି ରୋଗକୁ ଏକ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ରୂପେ ନିର୍ମୂଳ କରିବା ପାଇଁ ଜାତୀୟ କୃଷି ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ସହାୟତା ଯୋଗାଇବା ଥିଲା ତାନ୍ ଲେପ୍ ର ମୁଖ୍ୟ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ । ୧୯୮୬ ମସିହା ଓ ୨୦୦୩ ମସିହା ସେପ୍ଟେମ୍ବର ମଧ୍ୟରେ କୃଷି ରୋଗର ହାର ଓଡ଼ିଶାରେ ୧୦,୦୦୦ ଲୋକ ସଂଖ୍ୟାରେ ୯୫ରୁ ୪.୨କୁ ହ୍ରାସ ପାଇଛି । ସେହିଭଳି ତାମିଲନାଡୁରେ ୯୭ରୁ ୧.୧ ଏବଂ ମଧ୍ୟପ୍ରଦେଶରେ ୫୦ରୁ ୧.୨କୁ କମିଛି ଏବଂ ଛତିଶଗଡ଼ରେ ୨୦୦୩ ସେପ୍ଟେମ୍ବର ମାସରେ ୬.୨ ବୋଲି ଆକଳନ କରାଯାଇଛି । ଓଡ଼ିଶା ଓ ଛତିଶଗଡ଼ରେ କୃଷି ନିରାକରଣ ତାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ଏପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ହାସଲ କରିପାରି ନଥିବା କଥା ସ୍ୱୀକାର କଲାବେଳେ ଦୂର ରାଜ୍ୟର ମଧ୍ୟବର୍ତ୍ତୀ କୃଷି ବହୁଳ ଅଞ୍ଚଳରେ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଭାବରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବା ପାଇଁ ଏକ ଛୋଟ ସମ୍ପ୍ରଦାରଣର ଆବଶ୍ୟକତା ଥିବା ବିଷୟ ବିଚାରଧୀନ ଥିଲା ।

ତାନ୍‌ଲେପ୍ ପରେ

ଯଦିଓ ତାନ୍ ଲେପ୍ , ପ୍ରଥମତଃ ଜାତୀୟ କୃଷି ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସହିତ ମିଶି କାର୍ଯ୍ୟ କଲା, ତଥାପି ପ୍ରକଳ୍ପରେ ବ୍ୟବହୃତ ପଦ୍ଧତିଗୁଡ଼ିକ ଅନ୍ୟ ଅଂଶୀଦାରମାନଙ୍କର କାର୍ଯ୍ୟଧାରାକୁ ମଧ୍ୟ ପ୍ରଭାବିତ କଲା । ଅନୁଭୂତି ହସ୍ତାନ୍ତର ହୋଇଥିବା ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମଗୁଡ଼ିକ ଭିତରୁ ଓଡ଼ିଶାର ପରିବର୍ତ୍ତିତ ଜାତୀୟ ଯଶ୍ଚା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଗୋଟିଏ, ଯେଉଁଥିରେ ଏହା ଅତ୍ୟନ୍ତ ସ୍ପଷ୍ଟ ରୂପେ ପ୍ରତୀୟମାନ ହୋଇଛି । ହସ୍ତାନ୍ତରୀତ ହୋଇଥିବା ଅନୁଭୂତି ସମ୍ପନ୍ନ ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ହେଉଛି ସୂଚନା-ଶିକ୍ଷା ଓ ସଞ୍ଚାର, ଗୋଷ୍ଠୀ ଅଂଶଗ୍ରହଣ, ସ୍ତ୍ରୀ-ପୁରୁଷ ଭେଦାଭେଦ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଓ ରୋଗୀମାନଙ୍କ ଭିତରେ ବିଶ୍ୱାସ ସ୍ଥାପନ କରିବା ଏବଂ ସେମାନଙ୍କ ଭିତରେ ଥିବା ପ୍ରତିବନ୍ଧକ ଗୁଡ଼ିକ ଦୂର କରିବା । ଅନ୍ୟ ଅନୁଭୂତିଗୁଡ଼ିକ ହେଉଛି ଆବଶ୍ୟକ ସ୍ଥଳେ ପରିବର୍ତ୍ତିତ ଜାତୀୟ ଯଶ୍ଚା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଅଂଶବିଶେଷ ଯଥା, କ୍ରିଷ୍ଣର କ୍ୟାଲେଣ୍ଡର ପ୍ୟାକସ୍ ରୋଗୀର କାର୍ଡ, ରୋଗୀର ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ବାକ୍ସ ଏବଂ ପରିଦର୍ଶକମାନଙ୍କର ଗମନାଗମନ ସୁବିଧା ପାଇଁ ମଟର ସାଇକେଲ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଇତ୍ୟାଦି ।

ସୂଚନା-ଶିକ୍ଷା ଓ ସଞ୍ଚାର କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରକଳ୍ପର ଅନେକ ଉଦ୍ୟମଗୁଡ଼ିକର ଗୁରୁତ୍ୱ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ତାହାକୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଭିତରେ ତଥା ବାହାରେ ମଧ୍ୟ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇ ପାରୁଛି । କୃଷି ରୋଗୀ ପ୍ରତି ଥିବା ଘୃଣା ଓ ଆଂଶଙ୍ଗୀକୁ ଦୂର କରିବା ପାଇଁ ବ୍ୟବହୃତ ପଦ୍ଧତି ଗୁଡ଼ିକ ଏଚ୍.ଆଇ.ଭି./ଏଚ୍.ଏସ୍ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ମଧ୍ୟ ସଫଳତାର ସହ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇ ପାରିବ । 'ତ୍ରିକୋଣୀ ଆଳାପ' ଆଉ ଏକ ନୂତନ ଏବଂ ଶକ୍ତିଶାଳୀ ପଦ୍ଧତି ଯାହାକି ବିଭିନ୍ନ ସାମାଜିକ ସମସ୍ୟା ଯଥା ବାଲ୍ୟ ବିବାହ, ଯୌତୁକ ପ୍ରଥା, ମହିଳାମାନଙ୍କ ଉପରେ ହେଉଥିବା ଅତ୍ୟାଚାର ଓ ହିଂସା, ଶିଶୁ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କ୍ଷତିଗ୍ରସ୍ତ ଗୋଷ୍ଠୀ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇ ପାରିବ । ଓଡ଼ିଶା ଓ ତାମିଲନାଡୁରେ ପଥପ୍ରାନ୍ତ ନାଟକ ଓ କରଗଦମ(ତାମିଲନାଡୁର ନୃତ୍ୟ ଯାତ୍ରା) ଆଦି ପଦ୍ଧତି ବିଭିନ୍ନ ସାମାଜିକ ସମସ୍ୟାର ମୁକାବିଲା କରିବା ପାଇଁ ବ୍ୟବହୃତ ହୋଇ ଆସୁଅଛି । ଏହି ପ୍ରକଳ୍ପ ବନ୍ଦ ହୋଇ ଆସିବା ବେଳକୁ ବିଭିନ୍ନ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସଫଳତାର ଭାବ ସୃଷ୍ଟି ହେଉଛି । ସେ କ୍ଷେତ୍ର ଗୁଡ଼ିକ ହେଉଛି-ଗୋଷ୍ଠୀ

The DANLEP Experience

ଅଂଶଗ୍ରହଣ, ବିଭିନ୍ନ ପୃଷ୍ଠଭୂମି ଥିବା ବହୁ ଲୋକଙ୍କର ଉନ୍ନତି ଏବଂ କୃଷି ନିରାକରଣ ପାଇଁ ବିଭିନ୍ନ ଅନୁଷ୍ଠାନର କାର୍ଯ୍ୟପଦ୍ଧତି ଏବଂ କୃଷି ରୋଗର ମୁକାବିଲା କରିବା ନିମନ୍ତେ ସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ସବୁଠାରୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ସମ୍ପର୍କିତ ହେଉଛି-କୃଷି ରୋଗ କହିଲେ ଲୋକଙ୍କ ମନରେ ବିକଳାଙ୍ଗ ଲୋକର ଯେଉଁ ଚିତ୍ର ସୃଷ୍ଟି ହେଉଥିଲା, ଏବେ ତାହା ବଦଳିଯାଇ ଏକ ସହଜ ଓ ଆରୋଗ୍ୟସାଧ୍ୟ ରୋଗରେ ପରିଣତ ହୋଇଛି ।

Resumé

Spedalskhed spredte engang rædsel i mange lande med uhelbredelig og smittende lemlæstelse. I de tidlige 1980'ere anbefalede Verdenssundhedsorganisationen WHO anvendelse af kombinationsbehandling som effektiv helbredelse for spedalskhed. På det tidspunkt havde Indien næsten fire millioner aktive tilfælde af spedalskhed, svarende til en tredjedel af alle tilfælde i verden. Den nye behandling satte fart i landets bestræbelser på at komme spedalskhedsproblemet til livs. Det eksisterende spedalskhedsprogram i Indien blev relanceret i 1982-83 som det Nationale Spedalskhedsudryddelsesprogram (National Leprosy Eradication Programme (NLEP)) med det formål at udrydde spedalskhed ved at bryde smittekæden.¹ Programmet fokuserede på de 201 af landets 412 distrikter, som havde en forekomst på 50 eller flere tilfælde per 10.000 indbyggere. Strategien var at identificere personer med spedalskhed tidligt i forløbet og give dem den anbefalede kombinationsbehandling, samt at oplyse patienter, deres familier og lokalsamfundet om, at sygdommen kunne helbredes, for derigennem at opmuntre befolkningen til at opsøge behandling på eget initiativ.

Danidas involvering

I erkendelse af problemets omfang anmodede den indiske regering Danida om støtte til spedalskhedsprogrammet. Dansk assistance til NLEP (DANLEP) strakte sig over en periode på 18 år fra 1986 til 2003 og var

¹ I 1992 tilsluttede Indien sig WHO's mål for eliminering af spedalskhed som et folkesundhedsproblem i år 2000. Eliminering blev defineret som en forekomst på mindre en ét tilfælde per 10.000 indbyggere på et givet tidspunkt.

opdelt i tre faser. Efter Fase I, som blev gennemført i fire distrikter i hver af delstaterne Madhya Pradesh, Orissa og Tamil Nadu med høj særligt forekomst af spedalskhed, blev projektet udvidet i Fase II til yderligere fire distrikter i hver delstat, samt til også at omfatte støtte til udvikling af monitoreringsredskaber på centralt niveau. I Fase III dækkede støtten de tre delstater i deres helhed, og da Chhattisgarh blev skabt i 2000 ved opsplitningen af Madhya Pradesh, var det naturligt også at inkludere den nye delstat i projektet.

Det overordnede formål med Danidas støtte var at hjælpe NLEP med at nå sit elimineringsmål for spedalskhed som et folkesundhedsproblem. Det andet hovedformål var at planlægge og fremme integration af det vertikale spedalskhedsprogram i det almene sundhedssystem. I tillæg til disse programrelaterede formål fokuserede man på fattigdomsbekæmpelse, der er det overordnede formål med dansk udviklingsbistand. Selvom spedalskhed kan ramme alle, er konsekvenserne for fattige langt alvorligere på grund af deres sociale og økonomiske sårbarhed. Den stigmatisering, der er knyttet til spedalskhed, kan føre til udstødelse fra arbejdsmarkedet, selv før manuelt arbejde besværliggøres af de misdannelser, der kan følge med sygdommen, hvis den behandles for sent eller ikke behandles. Stigma fører også til marginalisering i samfundet med deraf følgende fysisk og psykisk nød.

Et yderligere formål med dansk udviklingshjælp er at forbedre kvinders status og fremme ligestilling mellem kønnene. På alle niveauer rammes kvinder hårdere socialt af spedalskhed end mænd. Projektet understregede nødvendigheden af specielt at fokusere på kvinder for at sikre deres adgang til og aktive involvering i spedalskhedsprogrammet.

Lokalsamfundets deltagelse

Det blev hurtigt klart for DANLEP, at for at nå disse mål var det nødvendigt først at reducere den frygt og stigmatisering, der omgærede spedalskhed. Dette kunne ikke gøres blot ved at uddanne og oplyse folk om sygdommens symptomer og muligheden for helbredelse. Det var

også nødvendigt at nedbryde barrierer mellem den smittede og resten af samfundet ved at appellere til folks følelser og deres medfølelse med dem, som de ellers frygtede og skyede. Ansatte i NLEP oplevede også disse barrierer og følte behovet for nye løsningsmodeller. Projektet skabte rammerne for disse, og input kom fra begge parter.

Den nye tilgang til programmet involverede udvikling af lokal deltagelse og spredning af budskabet om, at frygten for spedalskhed var ubegrundet, da almindelig omgang med en person med spedalskhed ikke medfører smitteoverførsel. Dette skete gennem mobile lejre, hvor deltagerne boede sammen, og hvor omgivelserne kunne se patienter og behandlere leve og spise side om side. De så patienternes sår blive rensede og behandlet og deres misdannede hænder og fødder blive masseret og optrænet – fysisk kontakt blev ikke-truende. Patienter lærte egenbehandling, og i løbet af lejropholdet heledes deres sår, og deres hænder og fødder blev mere smidige. Patienterne delte deres livshistorier med hinanden, og fællesskabet omkring deres lidelse hjalp til at hele de følelsesmæssige sår. Lejre for behandling af hudsygdomme blev afholdt samtidigt, så folk kunne lære at identificere tidlige symptomer på spedalskhed og at skelne dem fra andre hudsygdomme. Denne holistiske tilgang var kendetegnende for alle programaktiviteter i en kombination af oplysning, undervisning og behandling. Den gav patienterne deres værdighed tilbage og ændrede folks opfattelse af dem fra afsky og medlidenhed til at være individer, der deltog aktivt i egen behandling og genoptræning. Disse lejre bragte spedalskhed frem i lyset og blev festlige begivenheder, hvor man fejrede at sygdommen var helbredelig. Spedalskhedspatienter, der havde været udstødt af deres familier, blev genforenet med dem og kunne atter vende hjem.

Lokalbefolkningen, der deltog i disse lejre, iagttog i begyndelsen begivenhederne på afstand men nærmede sig gradvist og deltog til sidst aktivt i forløbet. De indså, at de uvidende havde medvirket til at påføre syge menneskers unødigt smerte. De bånd, der blev skabt mellem patienter, behandlere og lokalsamfund førte mange til at love at arbejde

for eliminering af spedalskhed fremover. Involveringen af patienter og lokalsamfund i projektet øgede også deres aktive deltagelse i påvisningen af nye tilfælde, med yderligere bevidsthed om spedalskhed og reduktion af frygt til følge. Undervisning var således ikke begrænset til NLEP- og sundhedspersonale men blev udvidet til at omfatte en vifte af partnere i lokalsamfundet – kvinde- og ungdomsorganisationer, landsbyledere, *anganwadi*-arbejdere, skolebørn, folkevalgte i land- og byområder, NGO'er og andre organisationer, der udførte socialt arbejde.²

I mobiliseringen af lokalsamfundet har NLEP og DANLEP med fantasi anvendt en række kommunikationsmetoder såsom gadeteater, folkemusik, danseteater, gadeoptog og hjemmebesøg. Budskabernes indhold blev ændret fra skræmmende billeder af mennesker med deformiteter til positive billeder af sunde mennesker, der delte deres erfaringer med at være blevet helbredt for spedalskhed.

Sikring af et forbedret behandlingstilbud

Etableringen af pålidelige medicinforstyringer og behandlingstilbud var grundlaget for varetagelsen af behandlingen i lokalsamfundet. Projektets indførelse af farvekodede patientkort og brug af blisterpakning med påtrykt behandlingskalender til medicin, mobilitet for spedalskhedstilsynsførende samt anden infrastrukturel udvikling medvirkede til at sikre et effektivt behandlingstilbud. Forskellige metoder til programmonitorering blev afprøvet i årenes løb, hvilket førte til introduktionen af et simpelt ledelses- og informationsstyringssystem, udviklet i samarbejde med WHO og Central Leprosy Training and Research Institute i Tamil Nadu. Systemet opgjorde data for dækningsgrad fordelt på køn og på registrerede stammer og lavkaster, hvorved DANLEP's fokus på køn og fattigdom blev internaliseret i systemet.

² Anganwadi-arbejdere er frivillige (kvindelige) arbejdere, der oprindeligt havde barnepasning i fattige boligområder som deres primære arbejdsfelt. De er i stigende grad også blevet involveret i andre sundhedsprogrammer, herunder spedalskhedsprogrammet. De modtager en lille godtgørelse for deres arbejde

Det krævede ubrudt adgang til økonomiske midler at sikre et kontinuerligt behandlingstilbud tæt ved patienternes hjem. For at lette en jævn overførsel af midler fra centralregeringen til distrikterne foreslog projektet dannelsen af selskaber for spedalskhedsudryddelse i alle distrikter under selskabslovgivningen (Societies Act). Planer og budgetter for spedalskhedsaktiviteter i distrikterne blev godkendt én gang årligt, og fremskridt i implementeringen blev løbende overvåget. Lignende selskaber blev i årenes løb etableret for andre sundhedsprogrammer, og da projektet var i Fase III blev disse alle samlet i distrikt-sundhedsselskaber. Sundhedsselskaber blev også formet på delstats-niveau for at overvåge planlægning og implementering af sundhedsprogrammerne.

Undervisning og kapacitetsudvikling

Kapacitetsudvikling for personale på alle niveauer var en central komponent i projektet. Målet var at fremme læring snarere end blot at undervise, og udover at bibringe tekniske færdigheder i alle aspekter af spedalskhedshåndtering, lagde projektet vægt på undervisning i implementerings-aspekter. Det hjalp personalet til at analysere deres egen situation, identificere problemer og finde løsninger. Undervisningskomponenten startede samtidig med fokuseringen på lokalsamfundets deltagelse og var særligt effektiv i relation til spedalskhedsarbejdere og -tilsynsførende. En kategori af mennesker, der både havde været ringeagtet i lokalsamfundet og havde en lav selvpfattelse, fik større selvtillid, nye færdigheder og øget status. Kapacitetsudviklingen fremmede også gruppe-baseret læring og udviklede større forståelse blandt NLEP medarbejderne for hverandres andres roller.

Med introduktionen af en opdeling af delstaterne i zoner fik NLEP-funktionærer i distrikter, der endnu ikke var omfattet af DANLEP-støtte, også gavn af projektets undervisningsaktiviteter. Fælles planlægning og gensidig evaluering førte til en øget følelse af ejerskab og ansvarlighed for programmet, og til erfaringsdeling mellem distrikterne. I årenes løb kom undervisningskomponenten til at omfatte

en bred vifte af emner for forskellige grupper, inklusive sundhedsoplysning, datahåndtering, regnskabsførelse, programmonitorering, sundhedstjenesteforskning, anvendelse af computere og af det geografiske informationssystem (GIS) i spedalskhedsarbejdet. DANLEP lærte af erfaring, at etablering af kerne-teams, som fik kurser i undervisningsmetoder før de underviste andre (undervisning af undervisere), var mere effektivt end den såkaldte “kaskadeundervisning”, hvor hvert personaleniveau skulle overføre nye færdigheder til deres underordnede.

I undervisningen blev der lagt vægt på praktisk læring, og case-studier blev flittigt anvendt. Patienter blev involveret i at fortælle deres historier og vise, hvordan sygdommen så ud. En innovativ metode var anvendelse af ‘trialog’, hvor patienter, behandlere og lokalbefolkning deltog på lige vilkår, mens en øvet ordstyrer ledte samtalen mellem de tre parter. Der blev lagt vægt på opgradering af eksisterende undervisningsinstitutioner, hvilket indbefattede udvikling og brug af nye og relevante undervisningsmaterialer. Med den gradvise integration af spedalskhedsprogrammet i det almindelige sundhedssystem øgedes undervisningsbehovene mangefold. I alle fire stater planlagde projektet undervisningsprogrammer i stor skala og assisterede i implementeringen heraf.

Integration med det almene sundhedssystem

DANLEP arbejdede støt for at fremme integration, primært i en holdningsbearbejdende rolle. Projektet støttede aktiviteter og undersøgelser for at vise beslutningstagere og personale i marken, at integration ikke behøvede at være en trussel mod nogen men kunne gennemføres ved omhyggelig planlægning og brug af et monitoreringssystem, der fokuserede på identifikation og analyse af problemer og deraf afledte løsningsmodeller. DANLEP spillede med sin påvisning af integration som et nødvendigt middel til at opnå elimineringsmålet en rolle overfor andre internationale organisationer, såsom Verdensbanken. Erfaringerne med integration fra de DANLEP-støttede delstater viste, at funktionelle og strukturelle aspekter ideelt set

skulle planlægges med involvering af alle interessenter, og at etablering af konsensus var vigtig for processen.³

Integrationsprocessen pågår stadig. DANLEP var imidlertid ikke i stand til at overbevise alle central- og delstatsregeringer om på et tidligt tidspunkt at definere NLEP-personalets rolle i det integrerede system og informere personalet herom, ligesom projektet heller ikke kunne sikre fornøden undervisning af NLEP-personale i primær sundhedstjeneste.

Udfasning

De sidste tyve måneder af projektperioden blev anvendt på gennemførelse af en udfasningsplan, som sigtede mod at konsolidere aktiviteter, på at nå svært tilgængelige grupper, på dokumentation af erfaringer og på endelig lukning af projektet. Da funktionel integration var opnået og strukturel integration forestående, fokuserede projektaktiviteterne på yderligere styrkelse af det primære sundhedssystem, så det kunne vedblive at identificere nye spedalskhetstilfælde og give patienter den fornødne behandling. Fælles for indsatsen i alle fire delstater var en styrkelse af deres sundhedsoplysnings- og undervisnings-kapacitet for at sikre, at spedalskhed forblev en integreret del af deres aktiviteter. Både på centralt- og delstatsniveau var der interesse for at anvende det geografiske informationssystem som et visuelt redskab i den løbende monitorering og planlægning, og udvalgte personer fra sundhedsadministrationen blev undervist i at anvende udstyret.

I ethvert stort sygdomskontrolprogram vil lokalsamfund, som er geografisk og socialt isoleret fra det etablerede samfund, forblive udenfor rækkevidde, medmindre der gøres en særlig indsats for at nå dem. Mens bestræbelser for at nå sådanne grupper blev påbegyndt i Fase III gennem specielle delprojekter, blev omfanget af aktiviteter udvidet hen imod projektets

³ Funktionel integration henviser til integration af spedalskhedsprogrammets funktioner og opgaver i det almene sundhedssystem. Strukturel integration refererer til en organisatorisk sammenfletning af de to systemers personale.

afslutning. En række stamme- og bysamfund samt områder på grænsen mellem delstater med særlige behov blev identificeret, og projektet arbejdede for at udvikle strategier til håndtering af hvert specielle område. Fokus var i den forbindelse på institutionalisering og internalisering af alle initiativer i det almene sundhedssystem. I foregribelse af DANLEPs afgang søgte projektet med disse strategier at overdrage ansvaret for aktiviteterne til sine partnere i og udenfor regeringssystemet med henlik på at sikre en udstrakt grad af bæredygtighed.

Tilstedeværelsen af en projektenhed med engageret, velkvalificeret og åbensindet personale samt etableringen af finansiel fleksibilitet var essentiel for den vellykkede overførsel af ekspertise og erfaringer fra projektet til NLEP på nationalt niveau. Den kendsgerning, at projektets succes skyldtes tilstedeværelsen 'i marken' af et engageret team, er nationalt og internationalt anerkendt af alle, der har været involveret i spedalskhedsprogrammet i Indien. Den viden, der blev opnået ved at arbejde i felten, blev anvendt gennem hele projektperioden til at tage problemstillinger op i passende fora og til at arbejde for nye løsninger. Den fundamentale, gensidige tillid mellem DANLEP-personalet og regeringen tillod projektet at spille en fornyende og eksperimenterende rolle som katalysator, altid med tanke for nye initiativers bæredygtighed og mulige anvendelse andetsteds.

Partnerskab

Samtidigt med, at DANLEP arbejdede tæt sammen med regeringen, opbyggede projektet partnerskab med en bred vifte af grupper og individer, fra internationale organisationer til landsbykomiteer. DANLEP var, som del af en bilateral organisation, med sin tilstedeværelse i marken i stand til hurtigt at reagere på forespørgsler, for eksempel fra WHO, vedrørende afprøvning af nye metoder til at øge adgang til behandlingstilbud og til at forbedre monitorering. Den fleksibilitet, som kendetegnede den danske støtte til NLEP, gjorde dette muligt.

DANLEPs hovedformål var at støtte NLEP i bestræbelserne på at eliminere spedalskhed som et folkesundhedsproblem. Mellem 1986 og

september 2003 faldt forekomsten af spedalskhed fra 95 til 4,9 per 10.000 indbyggere i Orissa, fra 97 til 1,1 i Tamil Nadu, og fra 50 til 1,2 i Madhya Pradesh, mens den vurderedes til at være 6,2 i Chhattisgarh (september 2003).⁴ I erkendelse af, at eliminering endnu ikke var nært forestående i Orissa og Chhattisgarh, blev en kort forlængelse overvejet for specielt at arbejde i højendemiske grænseområder mellem disse to delstater.⁵

Efter DANLEP

Selvom DANLEP primært arbejdede i tæt partnerskab med NLEP, har adskillige andre partnere taget en række af de metoder til sig, som er blev udviklet af projektet gennem årene. Den mest udtalte erfaringsoverførsel er sket til det danskstøttede reviderede nationale tuberkulosekontrolprogram i Orissa (RNTCP). Disse erfaringer vedrører især sundhedsoplysning, involvering af lokalsamfundet, opmærksomhed omkring kønsaspekter, vigtigheden af opbygning af tillid mellem behandlere og patienter, og nedbrydning af barrierer og fordomme mellem dem. Andre erfaringer er en integreret del af det indiske tuberkuloseprogram overalt, hvor det implementeres, såsom medicin i blisterpakninger, farvekodede patientkort og patient-behandlingsæsker samt investering i motorcykler for at sikre supervisorspersonalets mobilitet.

Adskillige af projektets initiativer indenfor sundhedsoplysning har potentiale for anvendelse i en bredere kontekst, såvel i som udenfor sundhedssammenhænge. Metoderne til bearbejdelse af stigmatisering og frygt kan eksemplevis anvendes i HIV/AIDS-programmer. Dialog er et nyt og effektivt middel til at behandle sociale problemer såsom børneægteskab, medgift, og udbytning af og vold imod kvinder og børn og andre sårbare grupper. Også gadeteater og *karagattam* (danseteater fra Tamil Nadu) anvendes allerede i forbindelse med disse og andre emner i Orissa og Tamil Nadu.

⁴ Raterne for 2003 er estimater.

⁵ En endelig beslutning herom var ikke truffet i skrivende stund (august 2003).

Projektets afslutning ledsages af en følelse af veludført arbejde indenfor en række forbundne områder: Styrkelse af lokalsamfundets deltagelse, støtte til en lang række af mennesker fra en vifte af forskellige baggrunde og institutioner i arbejdet for eliminering af spedalskhed samt styrkelse af det offentlige sundhedssystem i håndteringen af sygdommen. Den stærkeste følelse er knyttet til ændringen af billedet af spedalskhed fra at have været domineret af skræmmende deformitet til at blive en simpel sygdom, der kan behandles og helbredes.