Registration number:- U88900RJ2024NPL09813

BEYOND DUTY

A NEW CHAPTER IN DOCTORS WELFARE

DOCTORS WELFARE FEDERATION
ANNUAL BOOK 2025

Table of Contents

1	Dedicated to
2-3	About DWF union
4	Team DWF india
5	Chief editor column
6-11	Co- editor column
12-15	Designer column
16-17	Work from DWF
18-19	Achievement of DWF
20-21	Role of DWF
22	Duties of DWF
23	Membership plan of DWF
24	Organisation Structure
25	Join Dwf Msg
26-93	Articles
94-115	Combined Efforts
116	National General Secretary message
117	National Director message
118	National President message

"Dedicated to all in service doctors and resident doctors india"

About DWF union

The Doctors Welfare Federation (DWF) is a national organization established with a vision to unite, empower, and protect the medical fraternity across India. Formed in 2024, DWF is committed to ensuring the dignity, rights, and welfare of doctors working in both government and private sectors.

DWF stands as a strong voice for medical professionals—advocating for their safety, professional respect, and fair working conditions. The federation works to bridge the gap between healthcare policymakers and practicing doctors, striving to create a better healthcare environment for both patients and medical staff.

About DWF union

Objectives of DWF

- To safeguard the professional rights and social security of doctors.
- To promote a healthy working environment in hospitals and clinics.
- To oppose violence and injustice against doctors.
- To encourage medical education, training, and research.
- To foster unity and brotherhood among members of the medical community.
- To support welfare schemes and social initiatives for doctors and their families.

Our Mission

To build a strong, respected, and united medical community contributing actively towards a healthy and developed India.

Our Motto

"For Doctors, By Doctors, With Doctors."

Team DWF India

Dr. Rahul barwad
(Designer)

Dr. Ishwar panwar
(Co editor)

Dr. Manish khandelwal
(Designer)

Dr. Zakir khan
(Editor)

Dr. Divyanshu nagora
(Co editor)

Dr. Chandraveer singh
(Chief editor)

Chief editor column

"It gives me immense pleasure to present this edition of our Doctors Welfare Federation (DWF) publication a collective voice of our fraternity dedicated to the welfare, dignity, and unity of doctors across the nation."

Doctors are the backbone of a healthy society. In every challenge from pandemics to public health crises, our medical professionals have stood firm, serving selflessly and saving lives without hesitation. Yet, amidst this noble service, doctors continue to face social, legal, and emotional challenges that demand our attention and collective action.

Through this book, we aim to highlight the real issues, achievements, and aspirations of our medical community. It is not just a record of events or activities — it is a reflection of our shared mission to build a stronger, safer, and more respected environment for every doctor in India.

I extend my heartfelt gratitude to all contributors, editors, and members of DWF who have worked tirelessly to bring this vision to life. Your support and dedication make this movement possible.

Let this book be a reminder that we are not alone — we are a family bound by compassion, service, and the unshakable spirit of healing. Together, we can transform the voice of one doctor into the power of thousands.

"Let's stand together — for justice, for dignity, and for the doctors of India."

🩺 – Dr. Chandraveer Singh
(Chief Editor)
Doctors Welfare Federation (DWF)

Co- editor column

एक साल पहले जब **Doctors Welfare Federation (India)** की शुरुआत हुई थी, तब यह केवल एक संगठन नहीं, बल्कि एक विचार था एक ऐसा विचार जो डॉक्टरों की एकता, गरिमा और अधिकारों की रक्षा के लिए जन्मा था।

आज जब हम इस पुस्तक के रूप में अपने कार्यों और विचारों को संजो रहे हैं, तो गर्व होता है कि हमने न केवल एक संगठन बनाया है, बल्कि एक परिवार भी रचा है —"Doctors Family of India."

इस पुस्तक का हर पन्ना, हर शब्द, हर अनुभूति हमारे सामूहिक प्रयासों का परिणाम है।यह सिर्फ़ एक स्मारिका नहीं, बल्कि हमारी सोच, संघर्ष और संकल्प की झलक है।यह दर्शाती है कि डॉक्टर केवल इलाज करने वाला नहीं, बल्कि समाज के पुनर्निर्माण में एक मुख्य स्तंभ है।

आज के समय में डॉक्टरों का जीवन केवल ओपीडी और ऑपरेशन थिएटर तक सीमित नहीं रह गया है।हर डॉक्टर किसी न किसी रूप में तनाव, सामाजिक दबाव और प्रशासनिक चुनौतियों से जूझ रहा है।परंतु इसी संघर्ष के बीच भी, डॉक्टर अपने कर्तव्य से कभी पीछे नहीं हटते। यही समर्पण हमारी पहचान है, यही हमारा गौरव है।

Doctors Welfare Federation (DWF) ने इस दिशा में एक मजबूत कदम बढ़ाया है डॉक्टरों को जोड़ने, उनकी समस्याओं को समझने, और सामूहिक आवाज़ बनकर सरकार तक पहुँचाने का।हमने यह सिद्ध किया है कि जब डॉक्टर एकजुट होते हैं, तो न केवल अपनी, बल्कि समाज की भलाई के लिए भी नई राहें खुलती हैं।

एक संपादक के रूप में इस पुस्तक को तैयार करते समय, मेरा उद्देश्य केवल लेखों को संकलित करना नहीं था,बल्कि हर लेखक की भावना और विचार को एक रूप देना था। यह पुस्तक डॉक्टरों की भावनाओं का आईना है जहाँ किसी ने चिंता व्यक्त की, किसी ने सुझाव दिया, तो किसी ने प्रेरणा दी।हर पृष्ठ डॉक्टरों के अनुभव, संघर्ष और आत्मबल से जीवंत है।

Co- editor column

डॉक्टरों के बीच अब समय आ गया है कि हम प्रतिस्पर्धा नहीं, सहयोग की भावना को अपनाएँ।हमें अपने समुदाय को फिर से जोड़ना होगा —जहाँ अनुभव, मार्गदर्शन और सहानुभूति,हर युवा डॉक्टर के लिए प्रेरणा बने।

मैं विशेष धन्यवाद देना चाहता हूँ हमारे National President Dr. Chandraveer Singh को,जिनकी दूरदृष्टि और निष्ठा ने इस संगठन को एक दिशा दी। उनके नेतृत्व में DWF आज देशभर में एक मज़बूत आवाज़ के रूप में उभरा है।साथ ही, उन सभी सहयोगियों को भी धन्यवाद जिन्होंने लेख, डिज़ाइन, आयोजन और कार्यों में अपना योगदान दिया क्योंकि यह पुस्तक हम सबकी सामूहिक भावना का प्रतीक है।

आने वाले वर्षों में मेरा विश्वास है कि Doctors Welfare Federation न केवल डॉक्टरों की आवाज़ बनेगा, बल्कि स्वस्थ भारत के निर्माण में अग्रणी भूमिका निभाएगा। हमारा उद्देश्य स्पष्ट है —डॉक्टरों का सम्मान, सुरक्षा और मानसिक स्वास्थ्य सुनिश्चित करना। क्योंकि जब डॉक्टर सशक्त होंगे, तभी समाज स्वस्थ होगा।

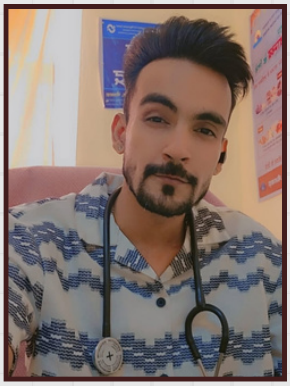
आइए, हम सब एकजुट होकर इस यात्रा को आगे बढ़ाएँ —जहाँ हर डॉक्टर अपने पेशे पर गर्व करे, और हर मरीज अपने डॉक्टर पर भरोसा रखे।

सादर,

✍️ डॉ. ज़ाकिर ख़ान

(National Director & Editor)
Doctors Welfare Federation (India)

Co- editor column



डॉक्टर्स — एक ऐसा वर्ग जो न थकने की कसम खाता है,
जो दिन-रात समाज के स्वास्थ्य की चिंता करता है,
परंतु शायद ही कभी अपने मन, अपने स्वास्थ्य और
अपनी भावनाओं की बात करता है।
इन्हीं भावनाओं को शब्द देने का प्रयास है यह पुस्तक —
"Doctors Welfare Federation – Voice of Doctors,
Vision of Unity."

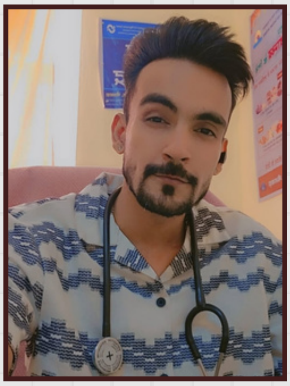
एक Co-Editor के रूप में इस पुस्तक पर कार्य करना मेरे लिए एक
गहन और प्रेरणादायक अनुभव रहा।
हर लेख, हर विचार, हर पंक्ति डॉक्टरों के जीवन की सच्चाई को दर्शाती है
कभी संघर्ष की, कभी सेवा की, और कभी उस
सम्मान की जो समाज अक्सर भूल जाता है।
यह स्मारिका केवल एक प्रकाशन नहीं, बल्कि हमारे पेशे का प्रतिबिंब है।

Doctors Welfare Federation (DWF) ने इस वर्ष यह साबित कर दिया है कि
अगर डॉक्टर एकजुट हों, तो न केवल अपनी समस्याओं का समाधान कर सकते हैं,
बल्कि समाज के लिए भी नई दिशा तय कर सकते हैं। हमने इस मंच को एक
परिवार के रूप में देखा है,जहाँ हर सदस्य का उद्देश्य केवल एक —
"डॉक्टरों की एकता, गरिमा और सुरक्षा।"

आज डॉक्टर कई मोर्चों पर संघर्ष कर रहे हैं —काम का बोझ, मानसिक तनाव, सामाजिक
अपेक्षाएँ,और कई बार सम्मान की कमी। फिर भी डॉक्टर हर दिन मुस्कुराते हुए अपनी
ड्यूटी निभाते हैं —क्योंकि उनके लिए यह पेशा नहीं, बल्कि धर्म है।

इस पुस्तक का उद्देश्य यही है कि हम अपने डॉक्टर समुदाय की भावनाओं को समाज तक
पहुँचाएँ। हम दिखाएँ कि डॉक्टर भी इंसान हैं —जो थकते हैं, सोचते हैं, सपने देखते हैं
और संघर्ष करते हैं।लेकिन सबसे बढ़कर —वे हमेशा मानवता की सेवा में तत्पर रहते हैं।

Co- editor column



मैं इस पुस्तक से जुड़े सभी लेखकों, डिजाइन टीम, और संपादन समिति का आभार व्यक्त करता हूँ,जिन्होंने अपनी मेहनत और समय देकर इसे जीवंत बनाया।विशेष धन्यवाद National President Dr. Chandraveer Singh को,जिनकी दूरदृष्टि और दृढ़ नेतृत्व ने DWF को राष्ट्रीय पहचान दी।और हमारे National Director Dr. Zakir Khan का भी,जिन्होंने संपादकीय दिशा और मार्गदर्शन से इस पुस्तक को उत्कृष्ट बनाया।

Doctors Welfare Federation केवल एक संगठन नहीं, बल्कि एक आंदोलन है —जो हर डॉक्टर को अपनी पहचान, सुरक्षा और सम्मान के लिए खड़ा होना सिखाता है।हम सब मिलकर यह संदेश दे रहे हैं —कि डॉक्टरों की एकता ही उनकी सबसे बड़ी शक्ति है।

इस पुस्तक के माध्यम से मैं हर डॉक्टर साथी से कहना चाहता हूँ —अपने पेशे पर गर्व करें, अपने साथियों के साथ खड़े रहें,और इस एकता के सूत्र को कभी कमजोर न पड़ने दें।

क्योंकि जब हम साथ हैं —तो कोई हमें झुका नहीं सकता। और यही Doctors Welfare Federation की असली पहचान है —"Unity, Dignity & Strength of Doctors."

सादर,
✍️ डॉ. दिव्यांशु नागोरा
Co-Editor
Doctors Welfare Federation (India)

Co- editor column

डॉक्टर केवल एक पेशा नहीं, बल्कि सेवा, त्याग और समर्पण का प्रतीक है। हर डॉक्टर अपने जीवन का सबसे बड़ा हिस्सा दूसरों के जीवन को बेहतर बनाने में लगा देता है। और यही भावना Doctors Welfare Federation (India) की आत्मा है —एक ऐसा परिवार, जो हर डॉक्टर के साथ, हर परिस्थिति में खड़ा है।

इस पुस्तक का हिस्सा बनना मेरे लिए अत्यंत गर्व और भावनाओं से भरा अनुभव रहा है। एक सह-संपादक (Co-Editor) के रूप में इस कार्य में सम्मिलित होना मेरे लिए सम्मान की बात है। मैं हृदय से धन्यवाद देता हूँ Doctors Welfare Federation की सम्पूर्ण टीम को, जिन्होंने मुझे यह अवसर प्रदान किया कि मैं इस महान कार्य का एक छोटा-सा हिस्सा बन सकूँ।

इस पुस्तक का हर पन्ना डॉक्टरों के समर्पण, संघर्ष और संवेदनशीलता की कहानी कहता है।किसी ने समाज के लिए लिखा, किसी ने डॉक्टरों की पीड़ा को शब्दों में ढाला, तो किसी ने डॉक्टरों के सम्मान और अधिकार की बात उठाई। इन सभी लेखों में एक ही बात झलकती है —डॉक्टर केवल उपचार नहीं करता, वह समाज को जीवन देने वाला प्रेरक भी है।

आज के समय में जब डॉक्टरों पर अपेक्षाओं का बोझ बढ़ता जा रहा है, उनकी कठिनाइयों, मानसिक तनाव और सामाजिक चुनौतियों को अक्सर नजरअंदाज कर दिया जाता है। ऐसे माहौल में Doctors Welfare Federation (DWF) एक सशक्त आवाज़ बनकर उभरा है —जो डॉक्टरों की बात करता है, उनके सम्मान की रक्षा करता है, और उन्हें एक मंच देता है जहाँ हर डॉक्टर खुद को "एक परिवार" का हिस्सा महसूस करता है।

Co- editor column

मैं विशेष रूप से धन्यवाद देना चाहता हूँ हमारे राष्ट्रीय अध्यक्ष डॉ. चंद्रवीर सिंह को, जिन्होंने इस संगठन को एक दिशा, एक पहचान और एक उद्देश्य दिया। साथ ही राष्ट्रीय निदेशक डॉ. ज़ाकिर ख़ान और पूरी संपादकीय टीम को, जिन्होंने अथक परिश्रम और समर्पण के साथ इस पुस्तक को आकार दिया।

यह स्मारिका केवल एक प्रकाशन नहीं है, बल्कि हमारे एक वर्ष के संघर्ष, उपलब्धि और एकता की कहानी है। मेरा विश्वास है कि आने वाले वर्षों में DWF डॉक्टरों की आवाज़ को और मज़बूती से पूरे देश में पहुँचाएगा।

अंत में, मैं यही कहना चाहूँगा —यह संगठन केवल डॉक्टरों के लिए नहीं, बल्कि पूरे समाज के लिए आशा की किरण है। हम सब मिलकर आगे भी डॉक्टरों के सम्मान और अधिकार की लड़ाई को जारी रखेंगे।

सादर,
✍️ डॉ. ईश्वर पंवार
सहसंपादक (Co-Editor)
Doctors Welfare Federation (India)

Designer column

डॉक्टर — यह शब्द अपने आप में एक समर्पण, त्याग और सेवा का प्रतीक है।लेकिन जब इस पेशे की गरिमा और संघर्ष को शब्दों व डिज़ाइन के माध्यम से व्यक्त करने की बात आती है,तो एक designer का दायित्व केवल सुंदरता तक सीमित नहीं रहता —वह बन जाता है एक संदेशवाहक, एक भावनाओं का दर्पण।

Doctors Welfare Federation (DWF) के लिए यह वर्ष मेरे लिए सिर्फ़ एक डिज़ाइन यात्रा नहीं, बल्कि एक भावनात्मक अनुभव भी रहा है। हर पोस्टर, हर कवर पेज, हर इवेंट लेआउट के पीछे एक सोच, एक दृष्टि और एक भावना छिपी रही — "डॉक्टरों को जोड़ने वाली एक साझा पहचान।"

डॉक्टर दिन-रात मरीजों की सेवा करते हैं, उनके चेहरे पर मुस्कान लौटाते हैं, पर अक्सर अपने जीवन की खुशियों और रचनात्मकता से दूर चले जाते हैं। DWF के डिज़ाइन कार्य के माध्यम से हमने यह कोशिश की कि डॉक्टरों के इस समर्पण को रंगों, आकृतियों और विचारों में ढाला जाए — ताकि हर डॉक्टर खुद को इस संगठन का अटूट हिस्सा महसूस करे।

हमारा उद्देश्य केवल एक किताब या पोस्टर बनाना नहीं था, बल्कि एक पहचान बनाना था — Doctors Welfare Federation की पहचान। ऐसी पहचान जो हर डॉक्टर के दिल में गर्व जगाए,और यह महसूस कराए कि "हम सब एक परिवार हैं।"

डिज़ाइन केवल रंगों और आकारों का मेल नहीं होता,यह एक भावनात्मक भाषा है — जो डॉक्टरों के संघर्ष, सम्मान और एकता को बयां करती है।इस पुस्तक के हर पन्ने में, हर बॉर्डर, हर फॉन्ट और हर चित्र में हमने डॉक्टरों की मेहनत, त्याग और संवेदनशीलता को समर्पित किया है।

Designer column

मुझे गर्व है कि इस महान परिवार —Doctors Welfare Federation (India) — का हिस्सा बनने का अवसर मिला। यह संस्था न केवल डॉक्टरों के अधिकार और सम्मान की रक्षा करती है, बल्कि मानवता के उस स्वरूप को सहेजती है जो हमें “डॉक्टर” बनाता है।

भविष्य में मेरा प्रयास रहेगा कि DWF के हर कार्य, हर आयोजन और हर प्रकाशन कोएक आकर्षक और प्रेरणादायक रूप मिले —जो न केवल देखने में सुंदर हो, बल्कि अपने आप में एक संदेश भी दे —“डॉक्टर केवल उपचार नहीं, प्रेरणा भी देता है।”

सभी साथियों को हृदय से धन्यवाद, जिन्होंने अपने विचार, मार्गदर्शन और विश्वास से इस डिज़ाइन यात्रा को सार्थक बनाया। हम मिलकर आगे भी DWF को नई ऊँचाइयों तक ले जाएंगे —जहाँ कला, चिकित्सा और मानवता — तीनों का सुंदर संगम हो।

सादर,

✍️ **डॉ.** राहुल बारवाड

Designer

Doctors Welfare Federation (India)

Designer column

Dr. Manish Khandelwal

डॉक्टर केवल इलाज का नाम नहीं, बल्कि संवेदना, त्याग और समर्पण का प्रतीक हैं। जब मैंने इस पुस्तक के डिज़ाइन की ज़िम्मेदारी ली, तो मेरे मन में एक ही विचार था —यह किताब सिर्फ़ पन्नों का संग्रह न बने, बल्कि हर पृष्ठ पर डॉक्टरों के जीवन की धड़कन महसूस हो।

इस स्मारिका का हर डिज़ाइन, हर लाइन, हर रेखा डॉक्टरों की उस मेहनत और संघर्ष की कहानी कहता हैजो वे हर दिन अपने सफेद कोट के भीतर छुपा लेते हैं। डॉक्टर की ज़िंदगी सीधी नहीं, पर सच्ची है;थकी हुई है, पर समर्पित है; और यही भाव इस किताब के हर लेआउट में,हर रंग में, हर फ्रेम में झलकता है।

Doctors Welfare Federation का उद्देश्य सिर्फ़ संगठन बनाना नहीं, बल्कि डॉक्टरों के दिलों को जोड़ना है। इसलिए मैंने डिज़ाइन में “एकता, सेवा और विश्वास” की भावना को केंद्र में रखा है। हर पेज का लेआउट इस सोच से बनाया गया है कि यह किताब एक साधारण प्रकाशन नहीं, बल्कि डॉक्टरों की आवाज़, उनके संघर्षों की झलक और उनके अस्तित्व का सम्मान बने।

डिज़ाइन का काम सिर्फ़ सुंदरता नहीं,बल्कि भावनाओं को दृश्य रूप देना है। यह किताब एक प्रयास है कि डॉक्टरों के व्यस्त जीवन में एक पल ठहरकर वे खुद को देख सकें —अपनी मेहनत पर गर्व कर सकें,अपने साथियों की प्रेरणा महसूस कर सकें।

Designer column

Dr. Manish Khandelwal

मैं हृदय से आभारी हूँ डॉ. चन्द्रवीर सिंह, राष्ट्रीय अध्यक्ष – Doctors Welfare Federation (India) का, जिन्होंने मुझे इस राष्ट्रीय स्मारिका के डिज़ाइन की ज़िम्मेदारी दी। यह सिर्फ़ एक डिज़ाइन नहीं, बल्कि मेरे लिए एक श्रद्धांजलि है उन सभी डॉक्टरों के प्रति, जो हर दिन समाज के लिए अपने सुख-चैन का त्याग करते हैं।

मेरा विश्वास है कि यह पुस्तक न केवल एक दस्तावेज़ होगी,बल्कि एक प्रेरणा-पुस्तक होगी —जो हर डॉक्टर को यह याद दिलाएगी कि वह अकेला नहीं है,वह एक ऐसे परिवार का हिस्सा है जो सेवा, समर्पण और एकता में विश्वास रखता है।

इस डिज़ाइन को तैयार करते समय मैंने हर पेज पर यही भावना रखी —"Simple yet Strong, Elegant yet Emotional."
क्योंकि यही हमारे डॉक्टरों की पहचान है —सीधे, सच्चे, और अदम्य आत्मबल वाले।

सादर,
✍️ Dr. Manish Khandelwal
Designer – Doctors Welfare Federation (India)

Work from DWF

— Doctors Welfare Federation

Doctors Welfare Federation (DWF) ने अपने गठन के बाद से ही देशभर के चिकित्सकों के हित में अनेक उल्लेखनीय कार्य किए हैं। संगठन का उद्देश्य सिर्फ चिकित्सकों की समस्याओं को उठाना नहीं, बल्कि उनके समाधान के लिए ठोस नीति और मार्गदर्शन देना भी रहा है।

1. चिकित्सकों की आवाज़ बनकर उभरना

DWF ने हर स्तर पर डॉक्टरों की वास्तविक समस्याओं — चाहे वो कार्यस्थल पर सुरक्षा की हो, ट्रांसफर-पोस्टिंग नीति की, या फिर उचित वेतनमान की — को सरकार के सामने प्रभावी ढंग से रखा। संगठन ने बार-बार यह साबित किया कि डॉक्टरों की एकता ही उनकी सबसे बड़ी ताकत है।

2. मेडिकल सिस्टम में पारदर्शिता की माँग

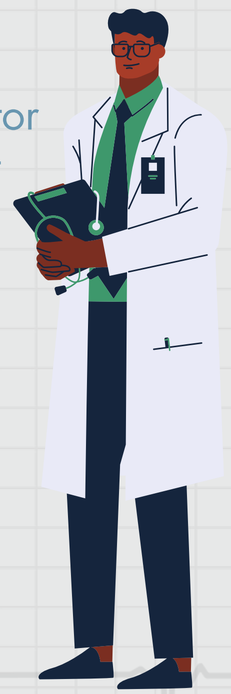
संगठन ने स्वास्थ्य व्यवस्था में पारदर्शिता और समान अवसर की मांग उठाई। DWF ने हमेशा कहा कि "चिकित्सक को सम्मान दो, तभी स्वास्थ्य सेवा मज़बूत होगी।"

3. युवा डॉक्टरों के लिए मार्गदर्शन

DWF ने रेज़िडेंट डॉक्टरों, इन-सर्विस डॉक्टरों और मेडिकल स्टूडेंट्स को जोड़ने का कार्य किया। विभिन्न वर्कशॉप, सेमिनार और ऑनलाइन प्लेटफॉर्म्स के माध्यम से युवाओं को मेडिकल सिस्टम की नीतियों और अधिकारों के प्रति जागरूक किया गया।

4. डॉक्टरों की सुरक्षा और सम्मान की पहल

डॉक्टरों पर बढ़ते हमलों और असुरक्षा की घटनाओं को देखते हुए DWF ने “Doctor Protection Act” की माँग को मज़बूती से उठाया। संगठन ने यह स्पष्ट संदेश दिया कि डॉक्टर पर हमला, समाज और व्यवस्था दोनों पर हमला है।



Work from DWF

5. सेवा और समाज के प्रति समर्पण

DWF का मुख्य उद्देश्य सिर्फ चिकित्सक हित नहीं, बल्कि समाजहित भी है। कोविड महामारी के दौरान संगठन ने देश के कोने-कोने में हेल्थ कैम्प, ब्लड डोनेशन, वेलनेस अवेयरनेस कैंपेन जैसी गतिविधियाँ आयोजित कीं।

6. एकता का प्रतीक

DWF ने यह साबित किया कि विभिन्न राज्य, विभाग और श्रेणियों के डॉक्टर एक प्लेटफ़ॉर्म पर आकर अपने अधिकारों के लिए संगठित हो सकते हैं। यह संगठन डॉक्टरों की एकजुटता का सबसे सशक्त उदाहरण बन चुका है।

निष्कर्ष:

Doctors Welfare Federation का हर कदम चिकित्सक समाज के उत्थान और राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा के सशक्तिकरण की दिशा में रहा है। "DWF का हर सदस्य एक जिम्मेदारी, एक सोच और एक मिशन का प्रतीक है – Doctors First, Nation Best."

Achievement of DWF

— **Doctors Welfare Federation**

Doctors Welfare Federation (DWF) ने अपने गठन के बाद से ही देशभर के चिकित्सकों के हित में अनेक महत्वपूर्ण उपलब्धियां हासिल की हैं। संगठन ने चिकित्सक समाज को सशक्त बनाने, उनकी आवाज़ को सुने जाने योग्य बनाने और स्वास्थ्य व्यवस्था में सुधार लाने में अहम भूमिका निभाई है।

1. चिकित्सकों की समस्याओं को सरकार के सामने उठाना

DWF ने लगातार डॉक्टरों के अधिकार, कार्यस्थल सुरक्षा, ट्रांसफर-पोस्टिंग नीति और वेतनमान से जुड़े मुद्दों को केंद्र और राज्य सरकार के सामने मजबूती से उठाया। इसके परिणामस्वरूप कई राज्यों में रेज़िडेंट और इन-सर्विस डॉक्टरों के लिए बेहतर नीतियां लागू हुईं।

2. डॉक्टर सुरक्षा और सम्मान में सुधार

डॉक्टरों पर बढ़ते हमलों और असुरक्षा की घटनाओं के मद्देनजर DWF ने "Doctor Protection Act" की माँग को जोर-शोर से उठाया। संगठन ने यह सुनिश्चित किया कि डॉक्टरों की सुरक्षा को गंभीरता से लिया जाए।

3. युवा डॉक्टरों और मेडिकल स्टूडेंट्स का मार्गदर्शन

DWF ने सेमिनार, वर्कशॉप और ऑनलाइन प्लेटफ़ॉर्म के माध्यम से रेज़िडेंट डॉक्टरों और मेडिकल स्टूडेंट्स को उनके अधिकारों, नीतियों और करियर गाइडलाइन के बारे में जागरूक किया।

4. स्वास्थ्य सेवा में समाज हितकारी पहल

कोविड महामारी और अन्य स्वास्थ्य संकटों के समय DWF ने हेल्थ कैम्प, ब्लड डोनेशन कैंप, वेलनेस और अवेयरनेस प्रोग्राम आयोजित किए। यह संगठन समाज और चिकित्सक दोनों के लिए समर्पित है।

Achievement of DWF

5. डॉक्टरों की एकता और संगठन शक्ति

DWF ने विभिन्न राज्य, विभाग और श्रेणियों के डॉक्टरों को एक मंच पर लाकर उनकी एकता को मजबूत किया। संगठन ने यह संदेश दिया कि जब डॉक्टर एकजुट होंगे तभी उनका सम्मान और अधिकार मजबूत होंगे।

6. स्वास्थ्य नीति और पारदर्शिता में योगदान

DWF ने स्वास्थ्य व्यवस्था में पारदर्शिता और समान अवसर की लगातार मांग की। संगठन ने यह सिद्ध किया कि डॉक्टरों की भागीदारी से ही राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियां सशक्त और प्रभावी बन सकती हैं।

निष्कर्ष:

DWF ने अपने गठन से लेकर अब तक चिकित्सक समाज के उत्थान, सुरक्षा, और सम्मान के लिए अनेक उपलब्धियां हासिल की हैं। यह संगठन डॉक्टरों की आवाज़, उनका अधिकार और समाज की भलाई – तीनों का प्रतीक बन चुका है।

Role of DWF

— Doctors Welfare Federation

Doctors Welfare Federation (DWF) एक राष्ट्रीय स्तर का संगठन है, जिसका मुख्य उद्देश्य डॉक्टरों के हितों की रक्षा करना, उनके लिए सुरक्षित, सम्मानजनक और पेशेवर कार्य-पर्यावरण तैयार करना, तथा स्वास्थ्य व्यवस्था में सकारात्मक सुधार लाना है। DWF का लक्ष्य एक मजबूत, जागरूक और एकजुट चिकित्सा समुदाय का निर्माण करना है।

1. डॉक्टरों के अधिकारों की रक्षा

- कार्यस्थल पर किसी भी प्रकार की हिंसा, उत्पीड़न, धमकी या अनुचित व्यवहार के खिलाफ आवाज उठाना।
- कानूनी सहायता, सलाह और जरूरत पड़ने पर संस्थागत समर्थन उपलब्ध कराना।
- डॉक्टरों पर बढ़ते हमलों के खिलाफ कठोर कानून और सख्त कार्रवाई की मांग करना।

2. पेशेवर हितों का संरक्षण

- डॉक्टरों की बेहतर कार्य परिस्थितियाँ, उचित कार्य घंटे और सुरक्षित ड्यूटी वातावरण सुनिश्चित करने के लिए प्रयास।
- सरकारी व निजी व्यवस्था में भर्ती, पदोन्नति, वेतन और स्थानांतरण से जुड़े मुद्दों पर हस्तक्षेप।
- रेजिडेंट, इन- सर्विस और निजी सेक्टर—सभी डॉक्टरों के बीच संतुलन और एकता बनाना।

3. नीति निर्माण में सक्रिय भागीदारी

- स्वास्थ्य नीतियों, चिकित्सा शिक्षा, और अस्पताल प्रबंधन से जुड़े विषयों पर सरकार के साथ संवाद।
- डॉक्टरों के हित में नीति सुझाव, सुधार मांग और व्यावहारिक समाधान प्रस्तुत करना।
- पारदर्शी, सुलभ और आधुनिक स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए काम करना।

4. डॉक्टरों के लिए सहायता एवं कल्याणकारी सेवाएँ

- मेडिकल, कानूनी, सामाजिक और आर्थिक समस्याओं में डॉक्टरों को सहायता उपलब्ध कराना।
- आपातकालीन स्थितियों में त्वरित समर्थन (Emergency support cell)।
- मानसिक स्वास्थ्य, तनाव प्रबंधन और करियर गाइडेंस पर कार्यक्रम आयोजित करना।

Role of DWF

5. शिक्षा, प्रशिक्षण और जागरूकता

- कॉन्फ्रेंस, कार्यशाला, ओरिएंटेशन, और विशेष प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करना।
- डॉक्टरों की कौशल वृद्धि और निरंतर मेडिकल शिक्षा (CME) पर फोकस।
- डिजिटल प्लेटफ़ॉर्म के माध्यम से मेडिकल अपडेट और महत्वपूर्ण जानकारी उपलब्ध कराना।

6. एकता की भावना को मजबूत करना

- अलग-अलग वर्गों—रेजिडेंट, इन-सर्विस, प्राइवेट, ग्रामीण, शहरी—के बीच इक्वलिटी और एकजुटता को बढ़ावा।
- डॉक्टरों के बीच पैदा होने वाले वर्ग-विभाजन और अनावश्यक विवादों को खत्म करने की कोशिश।
- “एक डॉक्टर, एक आवाज” का सिद्धांत अपनाना।

7. जनहित एवं समाज के प्रति जिम्मेदारी

- समाज में स्वास्थ्य जागरूकता बढ़ाने के लिए अभियान चलाना।
- आपदाओं, महामारी और आपातकालीन परिस्थितियों में समन्वित टीम के रूप में कार्य करना।
- गरीब, वंचित और जरूरतमंद समुदायों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं में सहयोग।

संक्षेप में

DWF डॉक्टरों की आवाज, डॉक्टरों का ढाल, और डॉक्टरों का परिवार है।
इसका उद्देश्य है डॉक्टर्स को सशक्त बनाना, सुरक्षित बनाना और सम्मान दिलाना—ताकि वे समाज की बेहतर सेवा कर सकें।

Duty of DWF

Doctors Welfare Federation (DWF) सिर्फ डॉक्टरों के हित के लिए नहीं, बल्कि पूरे स्वास्थ्य क्षेत्र और समाज के कल्याण के लिए भी काम करता है। इसके कुछ अनोखे कर्तव्य इस प्रकार हैं:

1. स्वास्थ्य नीति में सक्रिय भागीदारी

DWF यह सुनिश्चित करता है कि डॉक्टरों की राय स्वास्थ्य नीति बनाने में शामिल हो। संगठन सरकारी और निजी स्वास्थ्य योजनाओं में सुधार और पारदर्शिता लाने के लिए सुझाव देता है।

2. आपातकालीन और सामाजिक स्वास्थ्य समर्थन

संगठन आपदा, महामारी या अन्य स्वास्थ्य संकट के समय डॉक्टरों को प्रशिक्षित करता है और हेल्थ केयर कैम्प, ब्लड डोनेशन या जन जागरूकता कार्यक्रम आयोजित करता है।

3. पेशेवर विकास और प्रशिक्षण

DWF नए और अनुभवहीन डॉक्टरों के लिए नियमित प्रशिक्षण सत्र और कार्यशालाएँ आयोजित करता है ताकि उनका तकनीकी और प्रशासनिक कौशल बढ़े।

4. डॉक्टरों के लिए कानूनी मार्गदर्शन

डॉक्टरों के खिलाफ उत्पीड़न, हमले या विवाद की स्थिति में DWF उन्हें कानूनी सहायता और सलाह प्रदान करता है। यह उनके पेशेवर सम्मान को बनाए रखने का एक महत्वपूर्ण कर्तव्य है।

5. नैतिकता और पेशेवर मूल्यों को बढ़ावा देना

DWF यह सुनिश्चित करता है कि डॉक्टर अपनी सेवा में नैतिकता और पेशेवर मानकों का पालन करें। संगठन का यह कर्तव्य स्वास्थ्य क्षेत्र में भरोसा और विश्वसनीयता बनाए रखता है।

6. सामाजिक स्वास्थ्य शिक्षा का प्रसार

DWF केवल डॉक्टरों तक सीमित नहीं है, बल्कि ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य शिक्षा और जागरूकता फैलाने के लिए कार्यक्रम चलाता है, ताकि लोगों को स्वच्छता, टीकाकरण और रोग निवारण की जानकारी मिले।

Membership Plan of DWF

Doctors Welfare Federation (DWF) अपने सभी डॉक्टर साथियों के लिए आसान और लचीले मेंबरशिप प्लान प्रदान करता है। यह योजना डॉक्टरों को संगठन की गतिविधियों, वर्कशॉप और अन्य लाभों में शामिल होने का अवसर देती है।

1. National Life Time Membership

Fee: ₹14,999

एक बार शुल्क देकर जीवन भर के लिए DWF का सदस्य बनें। सभी राष्ट्रीय और स्थानीय कार्यक्रमों में भागीदारी। संगठन के सभी अपडेट्स और लाभ प्राप्त करें।

2. One Year Membership

Fee: ₹2,999

केवल एक साल के लिए सदस्यता। प्रशिक्षण, सेमिनार और ऑनलाइन प्लेटफ़ॉर्म तक पहुँच।

3. Five Year Membership

Fee: ₹9,999

पांच साल के लिए DWF का सदस्य बनें। सभी प्रशिक्षण और संगठन गतिविधियों में विशेष लाभ।

4. Associate Membership (Limited Offer)

Fee: ₹500

यह विशेष योजना 30/12/2025 तक वैध है। सहयोगी सदस्य के रूप में संगठन की गतिविधियों में भाग लें।

Organizing Structure of DWF

Doctors Welfare Federation (DWF) का संगठनात्मक ढांचा इस प्रकार बनाया गया है ताकि डॉक्टरों की समस्याओं को प्रभावी तरीके से उठाया जा सके और संगठन सुचारु रूप से कार्य कर सके।

1. National President

संगठन के प्रमुख और नीति निर्धारक। राष्ट्रीय स्तर पर DWF की दिशा और मिशन तय करता है।
सभी राज्यों और विभागों के कामकाज की निगरानी।

2. National Director

संगठन की रणनीति और योजनाओं का संचालन। विशेष परियोजनाओं और राष्ट्रीय अभियानों का नेतृत्व।

3. National General Secretary

संगठन के प्रशासनिक कार्यों का संचालन। मेंबरशिप, बैठक और दस्तावेज़ों का प्रबंधन।
अध्यक्ष और निर्देशक के सहयोग में नीतियों का क्रियान्वयन।

4. State President and Council

प्रत्येक राज्य में DWF का प्रतिनिधित्व। राज्य स्तर पर नीतियों और कार्यक्रमों का संचालन।
राज्य में डॉक्टरों की समस्याओं को उठाना और समाधान में मदद करना।

5. District President

जिले स्तर पर संगठन का नेतृत्व। स्थानीय डॉक्टरों को जोड़ना और गतिविधियों का समन्वय।
राज्य और राष्ट्रीय नेतृत्व को स्थानीय मुद्दों की जानकारी देना।

6. State / Regional Coordinators

विभिन्न क्षेत्रों में संगठन का समर्थन और मार्गदर्शन।
स्थानीय डॉक्टरों को संगठन में जोड़ने और कार्यक्रम आयोजित करने में मदद।

7. Associate Members & Volunteers

संगठन की गतिविधियों में सहयोग और समर्थन। कार्यक्रम, कैम्प और जागरूकता अभियानों में भागीदारी।

निष्कर्ष:

DWF का संगठनात्मक ढांचा मजबूत और समन्वित है। राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तर पर पदों का स्पष्ट विभाजन यह सुनिश्चित करता है कि डॉक्टरों की समस्याओं को समय पर उठाया जाए और स्वास्थ्य सेवा में सुधार लाया जा सके।

Join DWF
(Be a Part of the Change!)

- Doctors Welfare Federation (DWF) में शामिल होकर आप सिर्फ एक सदस्य नहीं बनते, बल्कि डॉक्टर समुदाय की आवाज़ और शक्ति बन जाते हैं।
- आप DWF से क्या पाएंगे?
- डॉक्टरों के अधिकारों और हितों की रक्षा में भागीदारी।
- प्रशिक्षण, वर्कशॉप और सेमिनार में अवसर।
- स्वास्थ्य नीति और सुधार में योगदान का मौका।
- राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर डॉक्टरों के नेटवर्क से जुड़ना।
- समाज और स्वास्थ्य सेवा में सकारात्मक बदलाव लाने का अवसर।

YES BANK

CMJ DOCTORS WELFARE FEDERATION

UPI ID: yespay.bizsbiz82482@yesbankltd

Scan this QR Code with any app to pay me

Powered by BHIM UPI

“Doctors ke vichar”

“अपनों के हित के लिए आगे आने का साहस”

Dr. Rahul Barwad

आज के समय में चिकित्सा जगत अनेक चुनौतियों से गुजर रहा है। प्रशासनिक दबाव, कानूनी उलझनें, और समाज की अपेक्षाओं के बीच एक चिकित्सक निरंतर अपनी सेवाओं में लगा रहता है। हम सब उम्मीद करते हैं कि हमारे हितों की रक्षा हमारे चिकित्सक संगठन करेंगे—हमारे लिए आवाज उठाएँगे, हमारे अधिकारों की लड़ाई लड़ेंगे। परंतु एक अहम प्रश्न हमारे सामने खड़ा होता है—क्या हम स्वयं अपने संगठन के साथ कदम से कदम मिलाकर चल रहे हैं?

अक्सर देखा जाता है कि बहुत से साथी चिकित्सक संगठन से अपेक्षाएँ तो करते हैं, लेकिन जब स्वयं आगे बढ़कर योगदान देने की बात आती है, तो पीछे हट जाते हैं। चाहे वह सदस्यता लेना हो, संगठनात्मक बैठकों में भाग लेना हो, या अधिकारों की लड़ाई में आवाज उठाना—हमारा सहभाग सीमित रह जाता है। परिणामस्वरूप, संगठन कमजोर होता जाता है और हमारी सामूहिक शक्ति बिखर जाती है।

याद रखिए, संगठन किसी एक व्यक्ति का नहीं होता। वह हम सबकी एकजुटता, सहयोग और सक्रिय भागीदारी से ही सशक्त बनता है। यदि हम चाहते हैं कि हमारे हित सुरक्षित रहें, तो हमें केवल उम्मीद ही नहीं, योगदान भी देना होगा।

समय आ गया है कि हम अपने व्यस्त जीवन की जंजीरों को तोड़कर संगठनात्मक गतिविधियों में सक्रिय भागीदारी करें। अपने हितों की रक्षा के लिए दूसरों पर जिम्मेदारी न डालें—खुद आगे आएँ। तभी हमारा चिकित्सक वर्ग सशक्त, सुरक्षित और सम्मानित बन सकेगा।

“Doctors ke vichar”

Dr. Rahul Barwad

संगठन: अपेक्षाएँ और सक्रिय भागीदारी

चिकित्सा क्षेत्र सदैव समाज के स्वास्थ्य की आधारशिला रहा है, जहाँ प्रत्येक चिकित्सक से श्रेष्ठता, सेवा-भाव और नैतिक जिम्मेदारी की अपेक्षा की जाती है। इसी प्रकार, चिकित्सकों के हितों की रक्षा और अधिकारों की सुरक्षा हेतु विविध संघठन गठित किए जाते हैं। हम सभी इन संगठनों से स्वीकार करते हैं कि वे हमारी समस्याओं को सरकार और प्रशासन के समक्ष निर्भीकता से उठाएँ, कानूनी जटिलताओं में सहयोग करें, एवं हमारे अधिकारों को सुरक्षित रखें।

किन्तु यह पढ़ने योग्य सत्य है कि अधिकांश समय चिकित्सक स्वयं संगठन की गतिविधियों में सक्रिय भूमिका निभाने से कतराते हैं। जब सदस्यता लेने, बैठकों में भाग लेने या किसी मुद्दे पर अपना मत प्रस्तुत करने की बात आती है, तो अधिकतर साथी पीछे रहते हैं। संगठन पर अपेक्षाओं का भार तो रहता है, लेकिन उसकी मज़बूती के लिए व्यक्तिगत योगदान कम दिखता है।

हम भूल जाते हैं कि संगठन की शक्ति उसके सदस्यों की सक्रियता में निहित होती है। यदि हर चिकित्सक अपनी जिम्मेदारी समझे, संगठन के कार्यों में सहभागिता बढ़ाए, तो संगठन और संपूर्ण चिकित्सा fraternity पहले से कहीं अधिक सशक्त होगी। जब हम खुद के हितों के लिए आगे नहीं बढ़ेंगे, तो केवल उम्मीद रखने से कुछ नहीं बदलता।

संगठन किसी व्यक्ति या सीमित समूह का नहीं होता, यह सामूहिक चेतना और साझा प्रयासों का परिणाम है। हमें चाहिए कि व्यक्तिगत और पेशेवर व्यस्तताओं के बावजूद अपने संघ के लिए समय निकालें, विचार साझा करें और आवश्यकता पड़ने पर अग्रिम पंक्ति में खड़े हों।

केवल अपेक्षा रखना पर्याप्त नहीं, बलिदान और सहभागिता ही संगठन को अर्थवत्ता प्रदान करती है। यही सच्ची एकता है, यही चिकित्सक समाज की शक्ति का मूल है।

“Doctors ke vichar”

लेख: चिकित्सकों के आपसी व्यवहार का बदलता परिवेश

Dr. Rahul Barwad

स्वास्थ्य सेवा एक ऐसा क्षेत्र है जहाँ मानवता, करुणा और सहयोग की भावना सबसे महत्वपूर्ण मानी जाती है। परंतु आज के समय में चिकित्सकों के बीच का वातावरण पहले जैसा सहज और सौहार्दपूर्ण नहीं रहा। पहले के समय में वरिष्ठ चिकित्सक अपने अनुभवों से कनिष्ठों का मार्गदर्शन करते थे, उन्हें अपने जैसा बनाने में गर्व महसूस करते थे। उसी प्रकार कनिष्ठ चिकित्सक भी अपने गुरुओं के प्रति गहरी श्रद्धा रखते थे और उनसे सीखने का हर अवसर तलाशते थे।

अब यह परिदृश्य काफी बदल गया है। स्वास्थ्य संस्थानों पर बढ़ते प्रशासनिक दबाव, अधिक कार्यभार, सीमित संसाधन, और निजी दायित्वों के कारण चिकित्सक लगातार तनाव में रहते हैं। ऐसे में आपसी संवाद और भावनात्मक जुड़ाव की कमी महसूस की जाती है। कई स्थानों पर यह देखने को मिलता है कि वरिष्ठ चिकित्सक अपने पद और अनुभव का वर्चस्व दिखाने में व्यस्त हैं, वहीं कनिष्ठ चिकित्सक अपने विचारों और आत्मसम्मान की रक्षा के लिए सीमित संवाद करना पसंद करते हैं। परिणामस्वरूप, कार्य वातावरण में दूरी और असहजता उत्पन्न हो जाती है।

कभी-कभी यह स्थिति इतनी गंभीर हो जाती है कि टीम वर्क की भावना ही कमज़ोर पड़ जाती है। चिकित्सकीय सेवा, जो एक सामूहिक प्रयास है, उसमें व्यक्तिगत मतभेद और अहं भाव प्रमुख हो जाते हैं। इससे रोगी-सेवा की गुणवत्ता पर भी नकारात्मक प्रभाव पड़ता है।

फिर भी, हर जगह तस्वीर नकारात्मक नहीं है। कई चिकित्सा संस्थान और अस्पताल ऐसे हैं जहाँ वरिष्ठ चिकित्सक अब भी अपने अनुभव और ज्ञान को विनम्रता से बाँटते हैं, और कनिष्ठ चिकित्सक उनका पूरा सम्मान करते हुए सीखने की भावना बनाए रखते हैं। ऐसे स्थानों पर न केवल कार्य संस्कृति बेहतर होती है, बल्कि वहाँ अस्पताल का माहौल भी प्रेरणादायक बन जाता है। रोगियों को भी इस सौहार्दपूर्ण वातावरण का लाभ मिलता है।

“Doctors ke vichar”

Dr. Rahul Barwad

आज की आवश्यकता यह है कि वरिष्ठ और कनिष्ठ दोनों ही अपनी भूमिकाओं और जिम्मेदारियों को सकारात्मक दृष्टि से समझें। वरिष्ठ चिकित्सक अपने अनुभव को अधिकार नहीं, बल्कि मार्गदर्शन का साधन बनाएँ, और युवा चिकित्सक अपने विचारों को अभिमान से नहीं, सीखने की भावना से प्रस्तुत करें। अस्पताल या संस्था में अगर संवाद, सहयोग और संवेदना की संस्कृति बने, तो न केवल आपसी व्यवहार सुधरेगा बल्कि चिकित्सा सेवा का स्तर भी नई ऊँचाइयों को छुएगा।

अंततः, हम सभी को यह समझना होगा कि चिकित्सक चाहे वरिष्ठ हों या कनिष्ठ, उनका लक्ष्य एक ही है - रोगी को सर्वोत्तम स्वास्थ्य सेवा प्रदान करना। यदि हम एक-दूसरे का सम्मान करते हुए साथ काम करें, तो यह पेशा न केवल सेवा का माध्यम रहेगा, बल्कि समाज के लिए प्रेरणा का स्रोत भी बनेगा।

“Doctors ke vichar”

प्रस्तावना

Dr. Rahul Barwad

मेडिकल कैडर की अवधारणा भारत में दशकों से चर्चा का विषय रही है। यह वह व्यवस्था है जिसमें चिकित्सा विशेषज्ञ अपनी योग्यता और अनुभव के आधार पर प्रशासनिक पदों पर नियुक्त होते हैं, ना कि अन्य सामान्य सेवाओं (जैसे IAS) के अधिकारियों के माध्यम से स्वास्थ्य प्रशासन चलता है।

मेडिकल कैडर क्यों नहीं बन पा रहा?

- 1960 से कई सरकारी समितियाँ और संसद की समितियों ने ऑल इंडिया मेडिकल सर्विस (AIMS) या इंडियन मेडिकल सर्विसेज (IMS) जैसे कैडर की सिफारिश की, लेकिन अब तक क्रियान्वयन नहीं हुआ है।
- स्वतंत्रता से पूर्व मेडिकल कैडर था जिसे 1947 में समाप्त कर दिया गया। उसके बाद स्वास्थ्य सेवा प्रबंधन का अधिकार IAS एवं सामान्य प्रशासनिक अधिकारियों को दे दिया गया।
- सरकार ने IMS कैडर के लिए 2015 में समीक्षा समिति गठित की थी लेकिन 2019 के बाद से उसकी कोई बैठक नहीं हुई और अब भी सरकार इसकी समीक्षा और राज्यों से राय-मशविरा कर रही है।
- राज्यों और केंद्र के बीच समन्वय, नीति निर्धारण में राजनीतिक इच्छाशक्ति की कमी, और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रशासन में पारदर्शिता/प्रतिस्पर्धा की कमी, प्रमुख बाधाएँ हैं।

- चिकित्सा क्षेत्र में प्रशासकीय नेतृत्व उन्हीं विशेषज्ञों के पास रहेगा जिन्हें तकनीकी ज्ञान, मरीजों की ज़रूरतें और वास्तविक स्वास्थ्य चुनौतियों की जानकारी है।
- ग्रामीण और पिछड़े क्षेत्रों में डॉक्टरों की तैनाती और स्वास्थ्य सुविधाएँ बेहतर बनाए जा सकेंगी, क्योंकि मेडिकल कैडर में विशेष सुविधा/जिम्मेदारी तय की जा सकती है।
- स्वास्थ्य नीतियों का क्रियान्वयन अधिक व्यावहारिक और ज़मीनी अनुभव पर आधारित होगा जिससे सिस्टम में पारदर्शिता और दक्षता दोनों आएंगी।

“Doctors ke vichar”

• कैरियर ग्रोथ/पदोन्नति और आकर्षक प्रशासनिक विकल्प मिलने से सरकारी डॉक्टरों का मनोबल बढ़ेगा और वे अन्य क्षेत्रों (जैसे निजी प्रैक्टिस) की तरफ कम आकर्षित होंगे।
• महामारी की स्थिति या आपदा में विशेषज्ञ नेतृत्व के कारण तेज और बेहतर प्रतिक्रिया संभव है।

मेडिकल कैडर के संभावित नुकसान/चुनौतियाँ

• प्रशासनिक कार्यों के लिए अतिरिक्त प्रशिक्षण जरूरी, सभी डॉक्टरों के पास अच्छे प्रबंधन या लीडरशिप कौशल नहीं होते हैं।
• मेडिकल कैडर और अन्य प्रशासनिक कैडर (IAS, State services आदि) के बीच टकराव और समन्वय की कठिनाई आ सकती है।
• हर राज्य और विभाग व्यवस्था में बदलाव के लिए तैयार नहीं, जिससे चिंताजनक क्रियान्वयन की आशंका; राजनीतिक स्तर पर पर्याप्त संकल्प का अभाव भी बाधा बनता है।
• वरिष्ठलेखन/पदोन्नति में तनाव, और प्रक्रिया के भीतर अराजकता की संभावना—कई बार डॉक्टर इलाज के स्थान पर सिर्फ प्रशासनिक काम में आकर अपने मूल कार्य से दूर हो सकते हैं।
• संसाधनों, सुविधाओं और वेतन संबंधी मुद्दे हल करना आवश्यक होगा, अन्यथा डॉक्टर्स की कार्य प्रेरणा बाधित हो सकती है।

निष्कर्ष

मेडिकल कैडर की स्थापना एक दूरगामी और विस्तृत परिवर्तन है जिसका लक्ष्य स्वास्थ्य क्षेत्र में मानवीयता, दक्षता और पारदर्शिता को बढ़ाना है। यह न केवल ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं को मज़बूत बना सकता है बल्कि मेडिकल प्रोफेशनल्स को भी सही सम्मान और प्रगति का रास्ता दे सकता है। लेकिन इसके लिए राजनीतिक इच्छाशक्ति, नीति में स्पष्टता, नियोजित प्रशिक्षण और वास्तविक जरूरतों को समझने की आवश्यकता है।

“Doctors ke vichar”

Epigenetics and Health: How Lifestyle Shapes Our Genes

Dr. Manish Khandelwal

Introduction:

For decades, scientists believed that our genes were fixed blueprints dictating our destiny — from appearance to disease risk. However, modern research in **epigenetics** has revealed that our genes are not set in stone. Instead, their activity can be turned “on” or “off” by environmental and lifestyle factors. This revolutionary discovery has transformed how we understand health, disease prevention, and even inheritance.

What Is Epigenetics?

Epigenetics refers to the study of **heritable changes in gene expression that do not involve changes to the DNA sequence itself**. In simpler terms, while our DNA provides the “letters” of life, epigenetic mechanisms decide **how those letters are read**.

Key epigenetic processes include:

- DNA methylation:** The addition of chemical tags (methyl groups) to DNA that can silence or activate genes.
- Histone modification:** Changes to the proteins around which DNA is wrapped, influencing how tightly or loosely genes are packed — and therefore how accessible they are.
- Non-coding RNA molecules:** These help regulate which genes are expressed or suppressed.
- Together, these mechanisms determine whether a gene produces its protein product, influencing how cells function and how the body responds to internal and external cues.

“Doctors ke vichar”

Dr. Manish Khandelwal

Epigenetics and Lifestyle Factors

One of the most fascinating aspects of epigenetics is how responsive it is to **environmental and lifestyle factors**. Unlike our DNA sequence, which remains largely constant, our epigenome is dynamic and can change throughout life.

Key influences include:

1. Diet:Nutrients like folate, vitamin B12, and polyphenols (found in fruits and vegetables) can alter DNA methylation. For example, diets rich in plant-based foods may help regulate genes that suppress tumor growth

2. Physical Activity:Regular exercise can lead to beneficial epigenetic changes, improving metabolic function and reducing inflammation.

3. **Stress and Mental Health:**Chronic stress affects hormone levels and can modify the expression of genes related to mood regulation, immunity, and aging.

4. Exposure to Toxins:Smoking, pollution, and alcohol can introduce harmful epigenetic marks that increase the risk of cancer, cardiovascular disease, and other chronic illnesses.

5. Sleep and Circadian Rhythm:Disruptions in sleep patterns can cause epigenetic shifts that influence metabolism, immunity, and cognitive function.

Epigenetics and Disease

Epigenetic changes play a crucial role in both the **development and prevention of diseases**. Abnormal DNA methylation patterns have been linked to cancer, diabetes, cardiovascular diseases, and neurodegenerative disorders like Alzheimer’s.

“Doctors ke vichar”

Dr. Manish Khandelwal

For example:

- Cancer: Tumor cells often show widespread DNA hypomethylation (gene activation) or hypermethylation (gene silencing), leading to uncontrolled cell growth.
- Obesity and Diabetes:** Epigenetic changes in genes controlling fat storage and insulin sensitivity can predispose individuals to metabolic disorders.
- Neurodegeneration: Environmental exposures early in life may epigenetically “prime” the brain for later dysfunction.

The Inheritance of Epigenetic Marks:

Another intriguing question is whether epigenetic changes can be **passed down to future generations**. While most epigenetic marks are erased during reproduction, some persist — a process known as **transgenerational epigenetic inheritance**. For instance, studies in animals and humans have shown that exposure to famine or stress can affect the health and metabolism of offspring decades later.

Epigenetics and Personalized Medicine:

Epigenetic research is paving the way for **personalized medicine**, where treatments are tailored not just to genetic makeup but also to the patient’s epigenetic profile. Epigenetic drugs, such as DNA methylation inhibitors, are already being used to treat certain cancers and are being explored for other conditions, including mental health disorders.

Conclusion:

Epigenetics bridges the gap between **nature and nurture**, showing that while our genes set the foundation, our lifestyle choices write the story. Through healthy habits — balanced nutrition, regular exercise, stress management, and avoiding harmful exposures — we can positively influence our epigenome and promote lifelong well-being. The field continues to remind us that our health is not solely determined by the DNA we inherit, but also by how we live.

“Doctors ke vichar”

Dr. Manish Khandelwal

विषय: भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS) की स्थापना हेतु

हम, इस महान राष्ट्र के डॉक्टर, आपको केवल एक पेशेवर के रूप में नहीं, बल्कि भारत की स्वास्थ्य प्रणाली के मौन योद्धाओं के रूप में लिख रहे हैं वे जो टूट जाने, थक जाने और अनसुना रह जाने के बावजूद सेवा करते रहते हैं।

इस देश का हर डॉक्टर एक गहरी पीड़ा अपने भीतर रखता है — मानवता की सेवा दिन-रात करने के बावजूद अन्यायपूर्ण व्यवहार का दर्द। बिना विश्राम काम करने का दर्द, मरीज खोने और फिर भी दोषी ठहराए जाने का दर्द, हिंसा, अपमान और दुर्व्यवहार सहने का दर्द — और फिर भी अगले दिन वही डॉक्टर करुणा के साथ ड्यूटी पर लौटता है।

महोदय, डॉक्टरों की पीड़ा राष्ट्र की पीड़ा है। जब किसी डॉक्टर का अपमान होता है या उसे धमकाया जाता है, जब वह सम्मान की जगह भय में जीता है तब यह केवल व्यक्ति को नहीं, बल्कि पूरे देश की स्वास्थ्य व्यवस्था को कमजोर करता है।

आज भारत के डॉक्टर अत्यधिक तनाव में जी रहे हैं। निलंबन, बर्खास्तगी और अचानक तबादले का डर बना रहता है। कई बार एसडीएम और कलेक्टर अपनी दबंगई दिखाते हैं, डॉक्टरों का अपमान करते हैं और सहयोग की जगह दबाव में काम करवाते हैं। अस्पतालों में हिंसा बढ़ रही है — तो कहीं मौखिक दुराचार — परंतु सुरक्षा और संरक्षण का कोई ठोस तंत्र नहीं है।

जो डॉक्टर भय में काम कर रहा हो, वह शांति से कैसे सेवा देगा?
जिसकी गरिमा हर दिन आहत होती हो, वह दूसरों को कैसे स्वस्थ करेगा?

भारत को स्वस्थ रखने के लिए उसके डॉक्टरों का खुश रहना अनिवार्य है।
एक खुश डॉक्टर का अर्थ है स्वस्थ मरीज, शांत अस्पताल और सशक्त राष्ट्र।

हम डॉक्टर सुविधा नहीं, गरिमा, सुरक्षा और सम्मान की मांग करते हैं।

भारत में डॉक्टर बनने में वर्षों का संघर्ष लगता है। एमबीबीएस के 5.5 वर्ष — दिन-रात पढ़ाई, युवावस्था और निजी जीवन का त्याग। फिर एमडी/एमएस की 3 वर्ष की पढ़ाई — आपात स्थितियों, नींदहीन रातों और लगातार दबाव से भरी हुई। पीजी सीट पाने से पहले 2–3 वर्ष की तैयारी — मानसिक, आर्थिक और भावनात्मक संघर्षों के साथ।

“Doctors ke vichar”

Dr. Manish Khandelwal

जब तक एक डॉक्टर सेवा के लिए तैयार होता है, तब तक उसने 10–12 वर्ष लगातार अध्ययन और त्याग में बिताए होते हैं — और फिर भी इतनी समर्पण भावना के बाद उसे असम्मान, असुरक्षा और भय का सामना करना पड़ता है।

महोदय, भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS) केवल एक मांग नहीं — यह राष्ट्रीय आवश्यकता है।

बिना IMS के डॉक्टर अपने ही तंत्र में आवाज़हीन बने रहते हैं। अक्सर गैर-चिकित्सीय अधिकारी अस्पतालों, स्वास्थ्य कार्यक्रमों और नीतियों पर निर्णय लेते हैं ऐसे निर्णय जो सीधे डॉक्टरों और मरीजों को प्रभावित करते हैं, पर जिनमें वास्तविक चिकित्सीय समझ का अभाव होता है।

- भारत को IMS की आवश्यकता क्यों है
- स्वास्थ्य केवल प्रशासन नहीं, एक विज्ञान है — जिसमें विशेषज्ञता, संवेदना और अनुभव आवश्यक हैं।
- डॉक्टर आपात स्थितियों, महामारी और जनस्वास्थ्य संकटों से निपटने के लिए प्रशिक्षित होते हैं — उनका क्षेत्रीय अनुभव अमूल्य है।
- गैर-चिकित्सीय अधिकारियों द्वारा लिए गए निर्णय प्रायः वास्तविक चिकित्सीय और रोगी-देखभाल की चुनौतियों को नहीं सुलझा पाते।
- IMS कैडर सुनिश्चित करेगा कि अस्पतालों, स्वास्थ्य निदेशालयों और सार्वजनिक स्वास्थ्य अभियानों का नेतृत्व योग्य चिकित्सक करें।
- इससे अनावश्यक नौकरशाही हस्तक्षेप रुकेगा और व्यवस्था में दक्षता, पारदर्शिता और मानवीयता आएगी।
- IMS अधिकारी सरकार और चिकित्सा संस्थानों के बीच पुल का कार्य करेंगे महामारी, आपदा और आपात स्थितियों में बेहतर समन्वय सुनिश्चित करेंगे।
- युवा डॉक्टरों को गर्व के साथ लोक सेवा में आने की प्रेरणा मिलेगी।
- इससे स्वास्थ्य प्रशासन में समानता, जवाबदेही और वैज्ञानिक नीति-निर्माण को बढ़ावा मिलेगा।
- डॉक्टरों को मनमाने तबादलों और राजनीतिक दबावों से सुरक्षा मिलेगी।
- IMS का आर्थिक महत्व
- IMS की स्थापना केवल गरिमा का नहीं, बल्कि रणनीतिक आर्थिक सुधार का भी विषय है।
- संसाधनों का बेहतर उपयोग: प्रशिक्षित IMS अधिकारी धन और संसाधनों का विवेकपूर्ण उपयोग सुनिश्चित करेंगे, जिससे सरकारी स्वास्थ्य योजनाओं में अपव्यय घटेगा।
- बीमारी का बोझ घटेगा: समय पर वैज्ञानिक हस्तक्षेप से रोगों की रोकथाम होगी, अस्पताल में भर्ती कम होंगे और देश का स्वास्थ्य खर्च घटेगा।
- उत्पादकता में वृद्धि: स्वस्थ जनसंख्या का अर्थ है कम बीमार दिन और अधिक कार्य क्षमता — जिससे GDP और आर्थिक स्थिरता में वृद्धि होगी।
- मेडिकल टूरिज्म को प्रोत्साहन: पारदर्शी व पेशेवर स्वास्थ्य प्रशासन विदेशी विश्वास बढ़ाएगा, जिससे विदेशी मुद्रा आय बढ़ेगी।

“Doctors ke vichar”

Dr. Manish Khandelwal

- जनता के खर्च में कमी: सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ने से निजी उपचार पर निर्भरता घटेगी, जिससे नागरिकों की बड़ी बचत होगी।
- संक्षेप में, IMS स्वास्थ्य को खर्च नहीं, निवेश में परिवर्तित करेगा — और भारत की विकसित भारत 2047 यात्रा को सशक्त बनाएगा।
- IMS का सामाजिक प्रभाव
- गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा तक समान पहुंच: IMS अधिकारी ग्रामीण और जनजातीय क्षेत्रों तक चिकित्सा सेवाएं सुनिश्चित करेंगे।
- जनता का विश्वास बढ़ेगा: जब प्रशासन का नेतृत्व डॉक्टर करेंगे, तो पारदर्शिता और संवेदना बढ़ेगी, जिससे जनता और स्वास्थ्य तंत्र के बीच विश्वास मजबूत होगा।
- आपात स्थितियों में त्वरित प्रतिक्रिया: महामारी, बाढ़ या आपदा के समय चिकित्सकीय नेतृत्व तेज़ और प्रभावी निर्णय ले सकेगा।
- महिलाओं और बच्चों का सशक्तिकरण: मातृ और शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमों में पेशेवर नेतृत्व से मातृ मृत्यु दर घटेगी और बाल स्वास्थ्य सुधरेगा।
- रोकथाम आधारित स्वास्थ्य संस्कृति: IMS अधिकारी स्वच्छता, टीकाकरण, मानसिक स्वास्थ्य और जीवनशैली रोगों पर राष्ट्रीय अभियान चलाएंगे।
- सामाजिक स्थिरता और राष्ट्रीय आत्मविश्वास: न्यायपूर्ण और संवेदनशील स्वास्थ्य प्रशासन समाज में विश्वास, सद्भाव और एकता को बढ़ाएगा।
- इस प्रकार IMS केवल मरीजों को नहीं, पूरे तंत्र को भी स्वस्थ करेगा — सरकार, डॉक्टरों और जनता के बीच मजबूत सेतु बनेगा।

महोदय,
भारत की वैश्विक स्वास्थ्य नेतृत्व — वैक्सीन से लेकर टेलीमेडिसिन तक — अब एक स्थायी प्रशासनिक आधार चाहता है।
1962 की मुदालियर समिति ने भी “केंद्रीय स्वास्थ्य कैडर या IMS” की सिफारिश की थी ताकि स्वास्थ्य प्रशासन में समन्वय और व्यावसायिकता बढ़े। वह दूरदर्शी सुझाव आज भी प्रतीक्षारत है।

अब समय आ गया है उस दृष्टि को साकार करने का।
दुनिया देखे कि भारत अपने चिकित्सकों के साथ खड़ा है।
हर युवा डॉक्टर यह महसूस करे कि यह राष्ट्र उसे सम्मान और सुरक्षा देता है।
देश यह दिखाए कि जो जीवन बचाते हैं, उनकी गरिमा सबसे ऊपर है।

हम आपसे सादर निवेदन करते हैं कि कृपया भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS) की स्थापना शीघ्र करवाने की कृपा करें — ताकि भारत की स्वास्थ्य व्यवस्था मजबूत हो, डॉक्टरों की गरिमा सुरक्षित रहे, और राष्ट्र स्वस्थ एवं समृद्ध बने।

“अगर डॉक्टर खुश है, तो देश स्वस्थ है। ”डॉक्टर की मुस्कान, देश की जान।

भारतीय चिकित्सा सेवा — राष्ट्र की आवश्यकता है — स्वास्थ्य के लिए, गरिमा के लिए, जनता के लिए, समृद्धि के लिए।
सादर,
(डॉ. मनीष खंडेलवाल)
राष्ट्रीय सचिव
डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन (DWF)

“Doctors ke vichar”

सरकारी अस्पतालों की सच्चाई: डॉक्टरों की कमी, असंतुललत जीवन और टूटती मानलसक सेहत

Dr. Satya Narayan Yadav

जब कोई मरीज ठीक होकर अस्पताल से बाहर निकलता है, तो वो अक्सर कहता है — “डॉक्टर साहब, आप तो भगवान हैं।
लेकिन सच्चाई ये है कि आज का सरकारी डॉक्टर भगवान नहीं बल्कि थका हुआ, तनावग्रस्त और सिस्टम में पिसता हुआ इंसान है।

भारत जैसे विकासशील देश में स्वास्थ्य व्यवस्था की रीढ़ हैं – सरकारी अस्पताल। लेकिन आज ये रीढ़ खुद ही झुक चुकी है, टूटी नहीं तो बस दरारें बढ़ चुकी हैं।

जनसंख्या बढ़ी, बीमारियाँ बढ़ीं, लेकिन डॉक्टरों की संख्या, अस्पतालों का ढाँचा और सिस्टम— वही 20 साल पुराना रह गया।

1. 20 साल पुराना सिस्टम, 10 गुना बढ़ी ज़िम्मेदारी

आज भी सरकारी अस्पतालों की संरचना दो दशक पुरानी जनसंख्या पर आधारित है।

जहाँ पहले किसी जिला अस्पताल की OPD में रोज़ 200 मरीज आते थे, आज वही संख्या 2000 से भी ज़्यादा है।

लेकिन पोस्ट? वही पुरानी। कई जगह 10 डॉक्टरों की जरूरत है, पर पोस्ट सिर्फ़ 4 हैं।

परिणाम:

- डॉक्टरों पर अत्यधिक दबाव
- लंबी कतारें, जनता की नाराज़गी
- सेवाओं की गुणवत्ता में गिरावट

जहाँ काम दस गुना बढ़ जाए पर कर्मचारी न बढ़ें— वहाँ गुणवत्ता कैसे आएगी?

2. Duty Hours का कोई Written नियम नहीं

- सरकारी डॉक्टरों के लिए कोई तय ड्यूटी आवर नहीं।
- Weekly off, night off, compensatory leave जैसी चीजों पर कोई स्पष्ट आदेश नहीं।
- एक अनलिखा नियम है—
- “मरीज कभी भी आए, डॉक्टर को देखना ही होगा। चाहे वो 48 घंटे से जाग रहा हो, खाना न खाया हो।”
- सिस्टम डॉक्टर से मशीन जैसी परफॉर्मेंस चाहता है,
- पर उसे इंसान के रूप में नहीं देखता।

“Doctors ke vichar”

Dr. Satya Narayan Yadav

3. PHC और CHC – जहाँ 1–2 डॉक्टर पूरी दुनिया संभालते हैं

भारत के ग्रामीण स्वास्थ्य ढांचे की असली रीढ़— PHC और CHC। लेकिन कई जगह PHC में सिर्फ़ 1–2 डॉक्टर ही होते हैं।

विचार करें:

- 24 घंटे अस्पताल चलाना
- OPD
- Emergency
- Delivery
- MLC, Postmortem
- Meetings, Video Conference
- Field visits
- Administrative work

क्या यह सब 1–2 डॉक्टरों से संभव है?
नहीं। ये अलौकिक नहीं, असंभव की मांग है।

4. OPD में भीड़ और जनता का गुस्सा – “Doctor Late Hai!”

- डॉक्टर जब किसी emergency या MLC में फँस जाते हैं,
- तो OPD में भीड़ बढ़ जाती है।
- जनता समझती है कि डॉक्टर जानबूझकर देर से आते हैं।
- फिर वही होता है जो अक्सर खबरों में दिखता है—
- डॉक्टर के खिलाफ हंगामा, बदतमीज़ी, मारपीट!
- कुछ स्थानीय नेता, स्वयंभू पत्रकार जनता को भड़काते हैं।
- किसी को नहीं दिखता कि डॉक्टर ने पिछली रात भी 12 घंटे की emergency ड्यूटी की थी।

“Doctors ke vichar”

Dr. Satya Narayan Yadav

5. मीडिया और सरकार की नज़र में – Doctor हमेशा Villain

जब डॉक्टर सुरक्षा या न्याय की मांग करते हैं और हड़ताल पर जाते हैं,
तो मीडिया लिखता है—
“भगवान बने डॉक्टर ने मरीज छोड़ हड़ताल की”
लेकिन ये कभी नहीं दिखता—
“24 घंटे की ड्यूटी के बाद बेहोश हुआ डॉक्टर”
“100 मरीज देखने के बाद ER में collapse हुआ डॉक्टर”

सच्चाई— डॉक्टर हड़ताल मज़े के लिए नहीं करते, अपनी सीमा टूट जाने पर करते हैं।

6. Doctors की Mental Health – एक अनकही त्रासदी

- लगातार ड्यूटी, नींद की कमी,
- गलत व्यवहार, धमकी, हिंसा—

सब मिलकर डॉक्टरों की मानसिक सेहत को तोड़ रहे हैं।

- नींद की दिनचर्या पूरी तरह बिगड़ी
- Anxiety, depression, burnout बढ़ा
- Family time खत्म
- सामाजिक जीवन खत्म

फिर भी उनसे उम्मीद—
मुस्कुराओ, empathy दिखाओ, best treatment दो।
क्या ये संभव है?

“Doctors ke vichar”

Dr. Satya Narayan Yadav

7. "Doctor Bhagwan Hai" – अब ये तारीफ नहीं, व्यंग्य बन चुका है

आज यदि डॉक्टर कह दे—“मुझे भगवान मत कहो, इंसान रहने दो।”
तो उसके पीछे दर्द छिपा होता है।
क्योंकि जब डॉक्टर थकता है, तो कहा जाता है—“भगवान थकते हैं क्या?”
“भगवान ने मना कैसे किया?”
डॉक्टर इंसान है—भूख, नींद, दर्द और भावनाओं वाला।

8. Doctors पर बढ़ती हिंसा – एक भयावह सच

WHO और IMA के अनुसार—
भारत में 3 में से 2 डॉक्टरों को अपने करियर में हिंसा या धमकी का सामना करना पड़ता है।
इससे डॉक्टरों का मनोबल टूटता है, डर बढ़ता है, burnout होता है।

9. सिस्टम सुधारने के जरूरी सुझाव

Post Creation:

- हर PHC में कम से कम 4 डॉक्टर
- हर CHC में कम से कम 10 डॉक्टर
- बिना ओवरलोड 24 घंटे सेवा

Duty Hours Regulation:

- 48 घंटे/सप्ताह की सीमा
- Written weekly off, night off, CL

Administrative Load Reduction:

- डॉक्टरों से गैर-चिकित्सकीय कार्य हटाए जाएँ
- अलग Administrative Officer हो

Safety & Law:

- CCTV, security स्टाफ अनिवार्य
- डॉक्टर पर हमला non-bailable offence हो

“Doctors ke vichar”

Dr. Satya Narayan Yadav

VIP/Media Regulation:

- बिना अनुमति अस्पताल में प्रवेश प्रतिबंधित

Mental Health Support:

- Doctor Well-being Program
- Monthly counselling

10. निष्कर्ष – “हमें भगवान नहीं, इंसान समझो”

डॉक्टर समाज की रीढ़ है।
अगर वही टूट गया, तो स्वास्थ्य व्यवस्था खड़ी नहीं रहेगी।

Healthy Doctor = Healthy Nation

डॉक्टर एक थका हुआ warrior है,
जो रोज़ अपनी नींद, भूख और परिवार त्यागकर
किसी अनजान की जान बचाता है।

अगली बार जब आप अस्पताल जाएँ,
और डॉक्टर थका हुआ दिखे—

याद रखिए:
वो शायद 36 घंटे से जाग रहा है
किसी और की ज़िंदगी बचाने के लिए।

Let’s respect our doctors, not just expect from them.

“Doctors ke vichar”

लेखक: डॉ. विक्रम सिंह सैनी

डॉक्टरों का स्वास्थ्य और आत्महत्या : सफेद कोट के पीछे की सच्चाई” —

परिचय:

डॉक्टर को समाज में एक आदर्श के रूप में देखा जाता है — एक ऐसा व्यक्ति जो दूसरों का दर्द मिटाता है, जो हर हाल में सेवा करता है। लेकिन इसी सफेद कोट के पीछे एक ऐसी सच्चाई छिपी है, जिसके बारे में कम ही बात होती है — डॉक्टरों का मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य। भारत में डॉक्टरों के बीच आत्महत्या की बढ़ती घटनाएँ इस बात का संकेत हैं कि हमारे स्वास्थ्य-प्रणाली में कहीं गहरी खामियाँ हैं।

चौंकाने वाले तथ्य:

- 2016 से 2019 के बीच भारत में 30 डॉक्टरों की आत्महत्या के मामले दर्ज किए गए, जिनमें से 80% की उम्र 40 वर्ष से कम थी।
- स्वास्थ्य-कर्मियों में आत्महत्या का खतरा सामान्य जनसंख्या से लगभग 2.5 गुना अधिक है।
- महिला डॉक्टरों में आत्महत्या की दर पुरुषों की तुलना में अधिक पाई गई है।
- कारणों में शामिल हैं — अत्यधिक कार्य-भार, नींद की कमी, अकादमिक दबाव, कार्य-जीवन असंतुलन, मानसिक स्वास्थ्य को लेकर कलंक, और आत्मघाती साधनों की आसान उपलब्धता।
- डॉक्टर क्यों अधिक असुरक्षित हैं

अत्यधिक दबाव और थकान (Burnout):

डॉक्टर रोज़ाना जीवन-मृत्यु के फैसले लेते हैं। लगातार ड्यूटी, रात-दिन के शिफ्ट, और मरीजों की जिम्मेदारी मानसिक थकान का बड़ा कारण बनती है।

मानसिक स्वास्थ्य को लेकर शर्म या डर:

बहुत-से डॉक्टर खुद की मानसिक परेशानी छिपाते हैं, क्योंकि उन्हें डर होता है कि कहीं लोग उन्हें “कमज़ोर” न समझें या उनकी पेशेवर छवि पर असर न पड़े।

आसान पहुँच:

डॉक्टरों के पास दवाओं और आत्मघाती साधनों तक पहुँच होती है, जिससे आत्महत्या के प्रयास अधिक घातक साबित होते हैं।

अकादमिक और प्रशिक्षण का दबाव:

मेडिकल छात्र और रेजिडेंट डॉक्टर निरंतर परीक्षाओं, प्रतियोगिता और वरिष्ठों के दबाव में रहते हैं। कई बार उत्पीड़न या अपमान भी झेलना पड़ता है।

“Doctors ke vichar”

लेखक: डॉ. विक्रम सिंह सैनी

संस्थागत उपेक्षा:

मानसिक स्वास्थ्य को अक्सर संस्थागत स्तर पर गंभीरता से नहीं लिया जाता। “डॉक्टर तो मजबूत होते हैं” — यह सोच सबसे बड़ी बाधा है।

भारत की स्थिति:

- भारत में समस्या कई गुना जटिल है:
- डॉक्टरों की संख्या अधिक, लेकिन काम का बोझ और अपेक्षाएँ उससे कहीं ज़्यादा।
- रेजिडेंट और इंटर्न डॉक्टरों को लंबे समय तक लगातार ड्यूटी करनी पड़ती है।
- मानसिक स्वास्थ्य सहायता प्रणाली लगभग न के बराबर है।
- बहुत-सी आत्महत्याएँ रिपोर्ट ही नहीं होतीं या गलत तरीके से दर्ज की जाती हैं।
- कार्यस्थल पर उत्पीड़न और संस्थागत दबाव आम हैं।

यह सिर्फ एक व्यक्तिगत त्रासदी नहीं:

- जब कोई डॉक्टर आत्महत्या करता है, तो यह केवल एक व्यक्ति की नहीं बल्कि समाज की हार होती है।
- एक डॉक्टर की मानसिक स्थिति सीधे मरीजों की सुरक्षा और उपचार की गुणवत्ता को प्रभावित करती है।
- युवा डॉक्टरों और छात्रों में डर और निराशा का माहौल फैलता है।
- समाज का विश्वास डगमगाता है, और डॉक्टरों के लिए पेशा और भी कठिन बन जाता है।
- समाधान की दिशा में कदम

मानसिक स्वास्थ्य सहायता:

हर मेडिकल कॉलेज और अस्पताल में गोपनीय काउंसलिंग और सपोर्ट सिस्टम स्थापित किए जाएँ।

नियमित मानसिक स्वास्थ्य जाँच:

रेजिडेंट और चिकित्सकों के लिए समय-समय पर डिप्रेशन और स्ट्रेस-लेवल की जाँच अनिवार्य की जाए।

काम के घंटे और विश्राम:

डॉक्टरों को उचित आराम और छुट्टियाँ मिलें, ताकि शारीरिक-मानसिक थकान कम हो सके।

डेटा और रिपोर्टिंग सिस्टम:

IMA और NMC जैसे संस्थान डॉक्टर आत्महत्या के मामलों का विश्लेषण करें और सुधार की रणनीतियाँ बनाएं।

उत्पीड़न पर सख्त कार्रवाई:

रैगिंग, वरिष्ठों का अपमानजनक व्यवहार या संस्थागत दबाव के मामलों पर सख्त कार्रवाई हो।

“Doctors ke vichar”

कलंक-मुक्त संस्कृति:

यह स्वीकार किया जाए कि “डॉक्टर भी इंसान हैं” — उन्हें भी मदद की ज़रूरत पड़ सकती है।

लेखक: डॉ. विक्रम सिंह सैनी

निष्कर्ष:

- डॉक्टर की आत्महत्या एक दोहरी त्रासदी है — एक इंसान की मौत और एक उपचारकर्ता की हानि।
- भारत में डॉक्टरों से उम्मीदें बहुत हैं, लेकिन उनके स्वास्थ्य और मानसिक शांति के लिए ठोस कदम बहुत कम हैं।
- यदि हम चाहते हैं कि डॉक्टर दूसरों का जीवन बचाएँ, तो हमें यह सुनिश्चित करना होगा कि उनका अपना जीवन सुरक्षित, संतुलित और सम्मानजनक हो।
- क्योंकि एक खाली कप से कोई और को पानी नहीं दिया जा सकता — डॉक्टर को भी भरपूर देखभाल की ज़रूरत है।

“Doctors ke vichar”

“बचपन से लेकर आज तक... मैं बस एक ही खेल का दीवाना रहा — क्रिकेट।
रविवार को खाना छोड़ देना, सुबह से शाम तक बैट–बॉल के पीछे भागना... वही मेरे लिए त्योहार होता था।

Dr Jakir Khan

पापा की एक ही ख्वाहिश थी—‘मैं तुझे पढ़ा-लिखा कर डॉक्टर बनाऊँगा।’
और दूसरी तरफ मेरे अपने साथी...
“तू क्रिकेट अकादमी जॉइन कर ले, तू बहुत अच्छा खेलता है।”

लेकिन...मैंने चुना डॉक्टर का पेशा।और यहीं से शुरू हुआ असली संघर्ष।

MBBS के बाद...

तब समझ आया बेरोजगारी क्या होती है। पहली पीढ़ी का डॉक्टर होना... आसान नहीं होता। रास्ता न दिखे तो भटकना तय है। मार्गदर्शन की कमी साफ थी... और मैं भी उसी भेड़चाल में पड़ गया था— जहाँ न भविष्य था, न उम्मीद... बस समय की बर्बादी।

लेकिन एक दिन...मैंने खुद की सूझ-बूझ से NEET PG की सही सीट चुनी।
और दूसरा संघर्ष यहीं से शुरू हुआ।

रेज़िडेंट लाइफ...

कभी सोचा भी नहीं था कि Rajasthan के RajMES कॉलेजों की ये हालत होगी।
एक-एक साल बिना स्टाइपेंड के जीना...
ड्यूटी भी... टेंशन भी... और घरवालों की उम्मीदें भी...
सच कहूं तो निभाना बहुत मुश्किल था।

“Doctors ke vichar”

Dr Jakir Khan

Bharatpur RDA से RajMES RDA तक... और फिर Doctors Welfare Federation

भरतपुर के RDA अध्यक्ष बनने के बाद...
राजनीति के बीच रहते हुए भी
मैंने residents के हक़ की लड़ाई तन-मन-धन से लड़ी।
और तब राज्य में एक पहचान बनी।

फिर हमारे एक महामहिम वरिष्ठ, जो आज Doctors Welfare Federation के National President भी हैं,उन्होंने मेरे काम को पहचाना...मेरी क्षमता पर भरोसा किया... और मुझे RajMES RDA President बनने की पूरी राह में साथ दिया।

आज भी...मैं RajMES के सभी 24 कॉलेजों के residents के लिए कंधे से कंधा मिलाकर खड़ा हूँ।

Doctors Welfare Federation (DWF India) का आगाज़...

राजस्थान से लेकर पूरे भारत में— चाहे In-Service Doctor, Non-Service Doctor, Resident, या फिर हमारे UG Students हों—सभी के लिए एक परिवार जैसा संगठन खड़ा किया गया — DWF India।

DWF India ने डॉक्टर्स के सम्मान से लेकर अत्याचार तक...हर मुद्दे पर बिना शर्त साथ दिया है।हम लड़ते हैं... सिर्फ डॉक्टरों के लिए नहीं...बल्कि इस देश की स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए।

और आज...DWF India सिर्फ एक यूनियन नहीं...एक परिवार है। एक भाईचारा है।
एक वचन है—कि हम हर डॉक्टर के लिए खड़े रहेंगे।

अभी आगाज़ हुआ है...
अंजाम अभी बाकी है।”

“Doctors ke vichar”

Dr Divyanshu Nagora

Safeguarding the Mental Health of Doctors:

The medical profession stands at the frontlines of society's battle against illness, but the emotional well-being of doctors themselves is often overlooked. Their unique challenges—from handling emergencies to shouldering expectations—make mental health support not just beneficial, but essential.

The Emotional Weight of Medical Practice:

Doctors face:

- Long, irregular hours and sleepless nights.
- High-stakes decisions with lives in the balance.
- Ongoing exposure to suffering, grief, and loss.
- Stress from patient outcomes, litigation, and administrative demands.

These pressures may lead to burnout, anxiety, depression, and diminished job satisfaction. Trainee physicians are particularly vulnerable, navigating both career uncertainties and intense workloads.

Why Physician Mental Health Matters

A mentally healthy doctor is more attentive, empathetic, and accurate when diagnosing or treating patients. Mental distress can result in errors, poorer patient interactions, and an increased risk of medical mistakes. Burnout leads to early retirement, staffing shortages, and a diminished healthcare system. Well-supported doctors are more likely to teach, mentor, and provide continuity of care to communities.

“Doctors ke vichar”

Dr Divyanshu Nagora

Breaking Silence and Stigma :

Despite these risks, doctors often hesitate to seek help. Fear of stigma, judgment, or career repercussions can prevent open discussions about mental health. Hospitals and medical schools must foster a culture where seeking support is seen as a sign of strength, not weakness.

Ways forward include:

- Confidential counseling and peer support groups.
- Policies respecting rest, leave, and reasonable work hours.
- Workshops on mindfulness, resilience, and stress management.
- Leadership openly addressing and advocating for mental health.

A Call to Action For doctors to fully serve our communities and patients, safeguarding their mental health should be a priority.

Dr Divyanshu Nagora
(National general secretary DWF)

"Doctors ke vichar"

The Critical Nexus: Addressing the Shortfall and Systemic Challenges of Medical Professionals in Rural India

Dr. Krishna Surela

The delivery of healthcare services to the estimated 70% of India's population residing in rural landscapes is fundamentally dependent on the presence of the rural medical workforce. However, this critical segment faces profound systemic challenges, resulting in a persistent and acute deficit of qualified professionals. Despite robust annual outputs from medical training institutions, the geographical distribution of doctors remains significantly skewed toward urban agglomerations, thereby perpetuating a substantial inequity in healthcare access and quality nationwide.

I. Systemic and Geographical Disparities

The migration of medical talent away from rural areas is driven by a unique confluence of operational, financial, and sociological barriers:

Asymmetric Distribution: Approximately 80% of medical practitioners are concentrated in metropolitan and urban areas, serving merely 28% of the national population. This concentration leaves rural regions critically underserved. The calculated rural doctor-to-population ratio stands at an alarming 1:11,082, severely deviating from the World Health Organization (WHO) recommended standard of 1:1,000.

Infrastructure Deficits and Resource Constraints: Public health facilities, notably Primary Health Centers (PHCs), frequently operate with inadequate foundational resources. Deficiencies include a lack of reliable, 24-hour utility supply (e.g., electricity), substandard housing for medical staff, absence of essential diagnostic and therapeutic equipment, and unpredictable supply chains for pharmaceuticals. This compromised operational environment directly impedes the provision of high-quality clinical care and limits opportunities for professional growth.

“Doctors ke vichar”

Dr. Krishna Surela

Professional Marginalization and Isolation: Practitioners in remote postings often confront significant social and professional isolation. This is compounded by a lack of accessible avenues for continued medical education, specialized training, research engagement, and career progression. Furthermore, concerns regarding external political interference and personal security risks act as strong disincentives to rural deployment.

Financial Remuneration and Cost Recovery: The compensation packages and incentive structures available in rural public service are frequently perceived as insufficient to offset the considerable investment costs of medical education or match the lucrative earning potential available through urban-based private practice.

Workload Intensity and Burnout Syndrome: The acute understaffing crisis translates into excessive caseloads, protracted working hours, and the burden of managing a broad spectrum of undifferentiated clinical presentations without adequate specialized support, significantly elevating the risk of professional burnout.

II. Consequence of the Shortfall on Public Health Outcomes

The shortage of skilled medical professionals and the aforementioned associated challenges directly correlate with detrimental health outcomes for the rural demographic:

Impeded Access to Essential Care: A large segment of the rural populace is denied access to fundamental primary and specialized care. This forces individuals to either delay necessary treatment or seek expensive, and sometimes clinically unregulated, services from the private sector or informal providers.

Elevated Morbidity and Mortality Indicators: The lack of qualified personnel is a demonstrable factor contributing to higher maternal and infant mortality rates in rural areas when juxtaposed against urban benchmarks.

“Doctors ke vichar”

Dr. Krishna Surela

Suboptimal Utilization of Public Assets: Existing public health infrastructure is often inefficiently utilized due to insufficient staffing levels and a corresponding erosion of community trust in the quality and reliability of services rendered.

III. Policy Responses and Strategic Interventions

To mitigate this intractable issue, the Government of India has institutionalized several strategic interventions, primarily channeled through the National Rural Health Mission (NRHM) and its successor, the National Health Mission (NHM):
Monetary Incentivization: Implementation of "hard area allowances," flexible salary negotiation provisions, and specialized honoraria designed to attract and retain specialists in remote and challenging locales.

Mandatory Service Obligations: Numerous state governments have instituted compulsory rural service bonds for fresh medical graduates, often linked to preferential access or weighted selection criteria for competitive postgraduate medical programs.

Infrastructure Enhancement: Targeted investment in upgrading healthcare infrastructure, including the creation of Health and Wellness Centres (HWCs) and the modernization of district-level hospitals, supported by initiatives such as the Pradhan Mantri Ayushman Bharat Health Infrastructure Mission (PM-ABHIM).

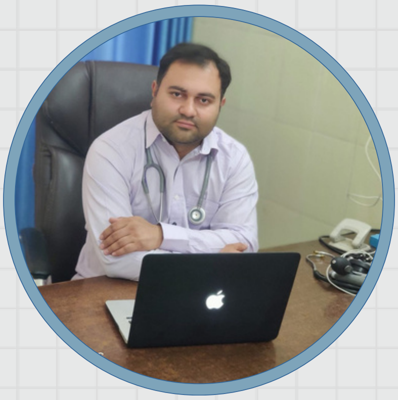
“Doctors ke vichar”

Dr. Krishna Surela

Innovative Human Resource Deployment: This strategy involves training and integrating non-physician providers (e.g., practitioners from the AYUSH system, and Accredited Social Health Activists or ASHA workers), promoting multi-skilling among existing staff, and leveraging digital technologies like telemedicine to extend specialist consultation reach.

In conclusion, achieving equitable access to quality healthcare for all of rural India necessitates a comprehensive, multi-pronged policy approach. This strategy must extend beyond mere financial incentives to encompass significant improvements in living standards, robust professional support systems, and clearly defined career development pathways.

“Doctors ke vichar”



Dr. Amit Joshi

We see the white coats and the stethoscopes, but we rarely see the sheer volume of dedication, sleepless nights, and tireless study that stands behind every successful diagnosis and every life saved."

You operate at the intersection of science and humanity, holding the hands of the fearful and delivering the most difficult news, all while maintaining unwavering professionalism and compassion."

The medical landscape is always evolving. Your continued commitment to learning, research, and innovation ensures a healthier future for us all."

“Doctors ke vichar”

Dr. B L Bairwa

कई निजी / सरकारी मेडिकल कॉलेजों में एमएससी / पीएचडी धारकों को नियुक्त किया जाता है। इनके पास एमबीबीएस नहीं, बल्कि बीएससी / बीएचएमएस / बीएएमएस
संशोधन (02.07.25) पर गंभीर सवाल उठ रहे हैं। एमबीबीएस की पढ़ाई मानव जीवन को सीधे प्रभावित करती है।

इसे पढ़ाने वालों के पास आवश्यक मूलभूत योग्यता होनी चाहिए। जिसने खुद एमबीबीएस और आगे की पढ़ाई न की हो, वह किसी एमबीबीएस स्टूडेंट को कैसे पढ़ा सकता है लेकिन स्पष्ट नियमों के अभाव में मनमानी जारी है।

एनएमसी द्वारा उम्मीदवारों की उचित जांच नहीं की जाती। कई निजी और सरकारी मेडिकल कॉलेजों में एमएससी, पीएचडी धारक उम्मीदवारों को नियुक्त किया जाता है। इनके पास एमबीबीएस नहीं, बल्कि बीएससी, बीएचएमएस, बीएएमएस जैसी स्नातक डिग्री होती हैं। इनमें से कुछ लोगों के पास अंशकालिक या दूरस्थ शिक्षा के माध्यम से पीएचडी की डिग्री होती है।

ऐसे लोगों को मेडिकल कॉलेजों में ट्यूटर सहायक या एसोसिएट प्रोफेसर जैसे पदों पर
जैसी स्नातक डिग्री होती हैं, जो एमबीबीएस/एमडी पाठ्यक्रम के पूर्णकालिक प्रशिक्षण और गुणवत्ता नियंत्रण के बिल्कुल विपरीत है। इनके लिए नीट-यूजी और पीजी जैसी कठिन प्रवेश परीक्षा पास करनी पड़ती है

“Doctors ke vichar”

Dr. Lokesh sharma

भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS) – आज की आवश्यकता

भारत भूमि सदा से ज्ञान, विज्ञान और आयुर्वेद की जननी रही है। यहां की चिकित्सा पद्धतियाँ केवल शरीर की नहीं, बल्कि मन और आत्मा की भी चिकित्सा करती हैं। आज जब आधुनिक जीवनशैली, तनाव, प्रदूषण और कृत्रिम खानपान ने मानव स्वास्थ्य को चुनौती दी है, तब पुनः भारतीय चिकित्सा सेवा (Indian Medical Service) की स्थापना और उसका सशक्तीकरण समय की सबसे बड़ी आवश्यकता बन गई है।

भारतीय चिकित्सा की जड़ें – धर्म, कर्म और करुणा*

भारतीय चिकित्सा का आधार केवल औषधि नहीं, बल्कि सेवा भाव है। हमारे शास्त्रों में चिकित्सक को “दूसरा देवता” कहा गया है —
> “वैद्यों नारायणो हरिः”
अर्थात् चिकित्सक स्वयं भगवान नारायण का रूप है।

रामायण में भी जब लक्ष्मण जी मूर्छित अवस्था में पड़े थे, तब हनुमान जी संजीवनी बूटी लाने गए — यह केवल औषधि की कथा नहीं, बल्कि भारतीय चिकित्सा की महानता का प्रतीक है, जहाँ जीवन रक्षण को सर्वोच्च धर्म माना गया।

> “संजीवनी लइ आए हनुमाना,
लक्ष्मण जियाये रघुवर माना।”

आज की परिस्थिति – क्यों आवश्यक है भारतीय चिकित्सा सेवा

आज भारत में स्वास्थ्य सेवाओं का स्वरूप बाजार आधारित होता जा रहा है। डॉक्टरों पर अत्यधिक भार है, ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएँ सीमित हैं, और समाज में डॉक्टर-रोगी संबंधों में भी अविश्वास बढ़ता जा रहा है।

इससे स्पष्ट है कि भारतीय परंपरा में चिकित्सा केवल उपचार नहीं, बल्कि धर्म-कर्म का अंग है।

ऐसे में एक सुसंगठित, अनुशासित और संवेदनशील “भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS)” की आवश्यकता महसूस होती है —
भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS) की आवश्यकता एक समर्पित केंद्रीय कैडर बनाने के लिए है जो स्वास्थ्य सेवा प्रशासन और निर्णय लेने में विशेषज्ञता प्रदान करे।

“Doctors ke vichar”

इससे सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार, प्रतिभा पलायन को रोकने और केंद्र तथा राज्यों के बीच बेहतर समन्वय स्थापित करने में मदद मिलेगी, जैसा कि COVID-19 जैसी चुनौतियों के दौरान महसूस किया गया था।

Dr. Lokesh sharma

भारतीय चिकित्सा सेवा की आवश्यकता के मुख्य कारण:

- **विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा प्रशासन:*** वर्तमान में, ज़िला स्तर पर आईएएस अधिकारी स्वास्थ्य का प्रबंधन करते हैं, लेकिन उनके पास चिकित्सा का ज्ञान नहीं होता है। एक नई IMS स्वास्थ्य सेवा के विशेष ज्ञान के साथ बेहतर नीति और प्रशासन में मदद करेगी।
- **प्रतिभा पलायन रोकना:*** एक सुव्यवस्थित IMS स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र से डॉक्टरों और प्रबंधकों के पलायन को रोकने में मदद कर सकती है।
- **बेहतर स्वास्थ्य सेवा:** प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को बेहतर बनाने और तृतीयक मामलों में कमी लाने के लिए एक समर्पित प्रशासनिक और चिकित्सा कैडर की आवश्यकता है।
- ***केंद्र और राज्य के बीच समन्वय:*** यह सेवा केंद्र और राज्य सरकारों के बीच स्वास्थ्य नीतियों और उनके कार्यान्वयन में बेहतर समन्वय स्थापित कर सकती है।
- **प्रशासनिक गैप को भरना**: यह सार्वजनिक स्वास्थ्य सूचना और निर्णय लेने के बीच लंबे समय से चली आ रही खाई को पाटने में सक्षम होगी।
- ***सुसंगत राष्ट्रीय स्वास्थ्य योजना:*** COVID-19 महामारी ने एक सुसंगत और मजबूत केंद्रीय स्वास्थ्य योजना की आवश्यकता को उजागर किया, जिसे IMS के गठन से पूरा किया जा सकता है।

1. जिससे ग्रामीण क्षेत्रों तक योग्य चिकित्सक पहुँच सकें।
2. जिससे चिकित्सा पेशा सेवा और त्याग की भावना से प्रेरित रहे।
3. जिससे आयुर्वेद, योग, और आधुनिक चिकित्सा का संतुलित समन्वय हो।

- **भविष्य की दिशा**

भारतीय चिकित्सा सेवा का गठन यदि सिविल सेवा की तर्ज पर किया जाए — जहाँ योग्य चिकित्सकों को प्रशासनिक, नीतिगत और जनस्वास्थ्य निर्णयों में भूमिका दी जाए — तो देश का स्वास्थ्य ढाँचा मजबूत होगा।

“Doctors ke vichar”

इससे चिकित्सक केवल अस्पताल तक सीमित न रहकर, नीतियों के निर्माता बन सकेंगे और चिकित्सा शिक्षा, जनसंख्या नियंत्रण, पोषण और स्वच्छता जैसे क्षेत्रों में भी महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकेंगे।

Dr. Lokesh sharma

🌿 निष्कर्ष

भारतीय चिकित्सा सेवा की स्थापना आज के समय की अत्यंत आवश्यक मांग है। यह केवल एक प्रशासनिक ढांचा नहीं, बल्कि सेवा, समर्पण और संस्कार का प्रतीक बन सकती है। आज जब स्वास्थ्य सुविधाएँ असमान रूप से बंटी हुई हैं और ग्रामीण क्षेत्र अभी भी उपेक्षित हैं, तब एक संगठित “भारतीय चिकित्सा सेवा (IMS)” से देश के प्रत्येक नागरिक तक गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा पहुँचाई जा सकती है।

यह सेवा न केवल डॉक्टरों को स्थिरता और सम्मान देगी, बल्कि चिकित्सा क्षेत्र में अनुशासन, पारदर्शिता और उत्तरदायित्व भी बढ़ाएगी। भारतीय संस्कृति में सेवा को ही सर्वोच्च धर्म माना गया है —

> “परहित सरिस धरम नहिं भाई,
परपीड़ा सम नहिं अधमाई।” (रामचरितमानस)

इसलिए, भारतीय चिकित्सा सेवा का उद्देश्य केवल रोगों का उपचार नहीं, बल्कि मानवता की सेवा होना चाहिए। यदि यह सेवा सच्चे सेवा भाव, आयुर्वेदिक ज्ञान और आधुनिक विज्ञान के समन्वय पर आधारित हो, तो भारत पुनः “आरोग्य भारत” और “विश्व गुरु” दोनों की भूमिका निभा सकेगा।

✍️ डॉ लोकेश कुमार शर्मा
RTI Activist
Doctors welfare federation (India)

"Research study"

Dr. Shobhik patra

Abstract Introduction:

Iron Deficiency Anaemia (IDA) remains one of the leading causes of morbidity among women of Reproductive age worldwide. Early identification of iron deficiency is vital for effective intervention. Conventional biomarkers such as serum ferritin and transferrin saturation are often influenced by inflammation and other systemic conditions, limiting their reliability. Reticulocyte Haemoglobin Content (CHr), which reflects immediate iron availability for erythropoiesis, has gained attention as a potential early diagnostic marker.

Methodology:

This is an observational case-control study conducted from January 2024 to July 2025 in Medical college associated hospital. A total of 200 adult female participants were enrolled, comprising 100 confirmed IDA cases and 100 age matched healthy controls. Blood samples were analyzed for CHr, CBC using Sysmex XN 1000 automated analyzers and serum ferritin was measured using Atellica CI 1900.

Result:

IDA cases have significantly lower Hb, CHr, and ferritin. CHr correlated strongly with Hb and ferritin. ROC analysis (AUC 0.92, sensitivity 91%, specificity 89%) confirmed CHr's excellent accuracy for early IDA detection. Descriptive and inferential statistics were computed using SPSS.

Conclusion:

CHr serves as a sensitive, early marker for IDA and has potential utility in routine screening protocols, especially in settings with limited resources.

Introduction:

Iron Deficiency Anaemia (IDA) continues to pose a serious global health burden, particularly affecting women of reproductive age group. It contributes significantly to morbidity, fatigue, reduced work productivity, and maternal-fetal complications [1-3]. Despite the availability of several diagnostic tools, identifying iron deficiency at an early stage remains a diagnostic hurdle, especially when chronic diseases or inflammation interfere with traditional biochemical markers like serum ferritin or transferrin saturation[4-6].

“ Research study ”

Dr. Shobhik patra

In this context, Reticulocyte Haemoglobin Content (CHr) has emerged as a sensitive, real-time indicator of functional iron availability in erythropoiesis[7-9].

serum iron, total iron-binding capacity (TIBC), transferrin saturation (TS), and serum ferritin—collectively referred to as serum iron studies. Among these, serum ferritin is the most specific marker; however, as an acute-phase reactant, its levels can be elevated in the presence of inflammation, infection, or malignancy, complicating interpretation

Serum iron levels may decrease not only in iron deficiency but also during infection, inflammation, or malignancy, and may rise in liver disease. Transferrin saturation is influenced by diurnal variation.

When serum ferritin is normal or elevated but serum iron or TS is low, measuring C-reactive protein (CRP) is advised. A TS value below 16% is not highly specific for iron deficiency, as factors such as pregnancy, oral contraceptive use, and chronic illness may also cause low TS levels [10

CHr quantifies the haemoglobin content in circulating immature red cells, thus directly reflecting iron incorporation into developing erythrocytes. Its advantage lies in identifying the current iron status in the bone marrow, unlike ferritin, which may be elevated in inflammatory states[11-12].

Previous studies have underscored CHr's value in early detection of iron-deficient erythropoiesis. Research by Kaur , Mast, and others has highlighted its predictive accuracy, particularly when other markers fail due to confounding variables[13-16]. CHr has also shown utility in distinguishing IDA from Anaemia of chronic disease and monitoring response to iron therapy [17-18].

Its implementation in routine hematological evaluation may enhance the timely diagnosis and treatment of iron deficiency, potentially improving patient outcomes and reducing healthcare costs in the long term.

“Research study”

Dr. Shobhik patra

In this context, Reticulocyte Haemoglobin Content (CHr) has emerged as a sensitive, real-time indicator of functional iron availability in erythropoiesis[7-9].

AIMS & OBJECTIVES:

To evaluate the diagnostic utility of Reticulocyte Haemoglobin Content (CHr) as an early marker in the detection of Iron Deficiency Anaemia (IDA) in adult females, and to compare its diagnostic performance with conventional haematological and biochemical iron markers.

METHODOLOGY:

Study Design:

A prospective, observational, case-control study was carried out in Medical college associated hospital over a period 18 months.

Study Type: Observational, analytical case-control study.

Population:

Adult female participants aged between 18 and 45 years were enrolled from the hospital's outpatient department. A total of 200 subjects were enrolled for the study. Participants were equally divided into:

- **Group A (Cases):** 100 females with confirmed iron deficiency anaemia.
- **Group B (Controls):** 100 healthy females with normal haemoglobin and iron profiles.

Inclusion Criteria:

- Adult females aged 18–45 years.
- Diagnosed cases of IDA with haemoglobin <12 g/dL and serum ferritin <15 ng/mL.
- Control group with normal hematological and iron parameters.

Exclusion Criteria:

- Known cases of anaemia of chronic disease, recent blood transfusion, or haemoglobinopathies.
- Pregnant or lactating females.
- Evidence of active infections or chronic inflammatory conditions.

“Research study”

Dr. Shobhik patra

Demographic Data Collection:

Each participant's demographic profile and clinical history were documented using a standardised case reporting form. Key haematological parameters recorded included haemoglobin, CHr, mean corpuscular volume (MCV), serum ferritin, and transferrin saturation.

Procedure:

Venous blood samples were collected under aseptic conditions. A Blood samples were analyzed for CHr, Complete blood count using Sysmex XN 1000 automated analyzers and serum ferritin was measured using Atellica CI 1900 adhering to internal quality standards. Data confidentiality was maintained throughout.

Data Analysis:

The collected data were statistically evaluated using SPSS software version 22. Comparative analysis between groups was conducted using independent t-tests for continuous variables. Pearson correlation coefficients were used to assess the association of CHr with traditional markers such as haemoglobin and ferritin

Additionally, Receiver Operating Characteristic (ROC) curves were plotted to determine the diagnostic efficacy of CHr, including sensitivity and specificity benchmarks. A p-value of <0.05 was considered indicative of statistical significance

OBSERVATIONS & RESULTS: Table 1: Age Distribution in IDA Cases And Controls

Age Group (Years)	IDA Cases (n = 100)	Controls (n = 100)	Total
18–25	28	26	54
26–35	42	39	81
36–45	30	35	65
Total	100	100	200
Chi-Square (χ^2)			0.57
p-value			0.75

“Research study”

Dr. Shobhik patra

Significant Difference ($p < 0.05$)

The comparative age distribution among IDA cases and healthy controls reveals close similarity, particularly within the 26–35 years range, which accounted for the highest participant share in both groups. This age group is notably important, as it reflects the peak reproductive years where iron demands are elevated.

The statistical evaluation using the chi-square test yielded a χ^2 value of 0.57 and a p value of 0.750, confirming no significant variation in age composition between groups. This suggests robust age matching and demographic comparability, thereby strengthening the validity of group comparisons and minimizing age-related confounding in diagnostic performance assessments.

Table 2: Mean Hematological Parameters

Parameter	Case (Mean)	Cases (SD)	Controls (Mean)	Controls (SD)	p value
Hb (g/dL)	9.1	1.2	13.4	0.8	<0.0001
CHr (pg)	22.5	2.3	29.3	1.7	<0.0001
Ferritin (ng/mL)	11.3	2.1	32.6	3.8	<0.0001

“Research study”

The comparative analysis of hematological parameters between IDA cases and controls revealed highly significant differences across all measured indices. Hemoglobin levels were markedly reduced in the IDA group, consistent with the diagnosis of anemia.

Dr. Shobhik patra

More importantly, CHr levels were significantly lower in cases than in controls, highlighting its sensitivity in detecting functional iron deficiency. Ferritin levels, a biochemical indicator of iron stores, were also significantly diminished in the IDA group.

The p-values for all comparisons were <0.0001, reinforcing the statistical strength of the observed differences. These findings support CHr as a dependable, early diagnostic biomarker for IDA.

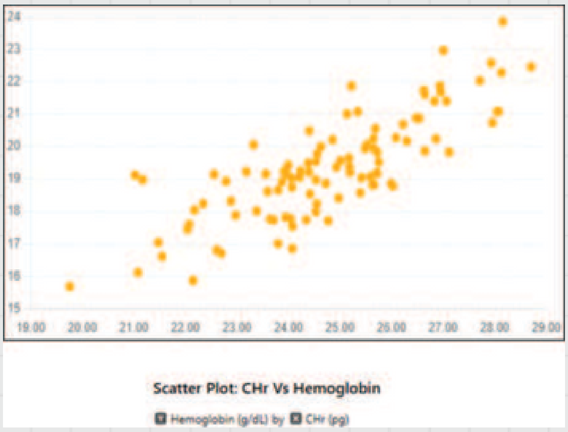
Table 3: Correlation Of CHr With Hemoglobin And Ferritin

Parameter	Pearson r	t-value	p value
CHr vs. Hb	0.78	12.34	<0.0001
CHr vs. Ferritin	0.73	10.57	<0.0001

The comparative analysis of hematological parameters between IDA cases and controls revealed highly significant differences across all measured indices. Hemoglobin levels were markedly reduced in the IDA group, consistent with the diagnosis of anemia. More importantly, CHr levels were significantly lower in cases than in controls, highlighting its sensitivity in detecting functional iron deficiency. Ferritin levels, a biochemical indicator of iron stores, were also significantly diminished in the IDA group. The p-values for all comparisons were <0.0001, reinforcing the statistical strength of the observed differences. These findings support CHr as a dependable, early diagnostic biomarker for IDA.

“Research study”

Dr. Shobhik patra



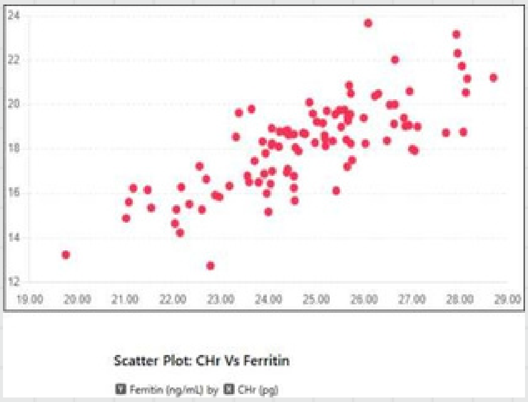


Table 4: ROC Analysis of CHr for Diagnosing Iron Deficiency Anemia (IDA)

Parameter	AUC	Sensitivity (%)	Specificity Std. (%)	Error (AUC)	Z-Score	p-value
CHr	0.92	91	89	0.0203	20.73	<0.00001

χ^2, significant difference ($p < 0.05$)

The ROC analysis of Reticulocyte Hemoglobin Content (CHr) for diagnosing iron deficiency anaemia (IDA) yielded an Area under the Curve (AUC) of 0.92, indicating excellent discriminative ability. With a sensitivity of 91% and specificity of 89%, CHr effectively distinguishes IDA cases from healthy individuals. The calculated Z-score (14.60) and extremely low p-value (<0.0001) affirm the high statistical significance of this performance. These findings establish CHr as a robust and early diagnostic tool for IDA, outperforming traditional markers in both sensitivity and reliability, thereby aiding timely diagnosis and targeted intervention in clinical practice

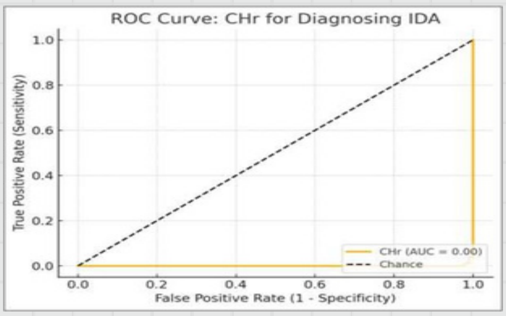


Fig 2: ROC Curve: CHr for Diagnosing IDA

The ROC curve for CHr in diagnosing iron deficiency anemia (IDA). The curve clearly demonstrates excellent diagnostic performance, with an AUC of 0.92 — indicating high sensitivity and specificity across threshold values.

“Research study”

Dr. Shobhik patra

DISCUSSION:

Iron deficiency Anaemia (IDA) continues to be a major public health concern, particularly in developing countries where nutritional deficiencies prevail. Globally, its high prevalence among reproductive-age women has prompted the need for accurate and early diagnostic tools to enable timely treatment and prevention of complications such as maternal morbidity and reduced productivity [19].

Conventional parameters like haemoglobin and serum ferritin often exhibit reduced diagnostic reliability in inflammatory conditions or chronic diseases. This limitation has catalyzed interest in more dynamic hematological indicators.

Our findings strongly support Reticulocyte Haemoglobin Content

(CHr) as a highly sensitive marker for early identification of iron deficiency. The present study demonstrated significantly lower CHr levels in IDA patients compared to healthy controls, aligning with the work of Brugnara et al., who emphasized CHr's diagnostic superiority in pediatric and adult populations [20]. CHr, by evaluating the haemoglobin content of reticulocytes, reflects immediate iron availability for erythropoiesis—offering a real-time picture of marrow iron status, independent of confounding variables like inflammation or recent iron therapy.

The strong positive correlation observed between CHr and both haemoglobin and ferritin levels underscores its role as a surrogate marker for iron stores. These results are consistent with earlier hematological frameworks suggesting that markers like CHr can better indicate functional iron deficiency than static iron indices[21-23].

Furthermore, the ROC curve analysis yielded an excellent AUC of 0.92, confirming CHr's diagnostic efficacy. With high sensitivity and specificity, CHr outperformed traditional markers, highlighting its potential integration into routine Anaemia screening, particularly in resource-limited settings. Thus, incorporating CHr into diagnostic algorithms could reduce delays in intervention and improve Anaemia-related outcomes.

Research study

Dr. Shobhik patra

Implications For Clinical Practice:

This study highlights the clinical utility of Reticulocyte Haemoglobin Content (CHr) as a rapid, cost-effective, and reliable biomarker for early detection of iron deficiency Anaemia. Its strong diagnostic accuracy, even in inflammatory states, makes it suitable for routine screening in primary care and outpatient settings. Incorporating CHr into standard Anaemia workups can enhance early diagnosis, improve treatment outcomes, and reduce the burden of undiagnosed iron deficiency in women.

LIMITATIONS:

Despite the valuable findings, this study has certain limitations that must be acknowledged. First the study focused solely on adult females aged 18 to 45 years, excluding males, children, elderly, and pregnant or lactating women, which may restrict the applicability of the findings to other demographic groups, Second, inflammatory markers such as C-reactive protein (CRP) were not measured, which could have provided additional insight into how inflammatory states might impact traditional iron parameters in contrast to CHr. Third, this study utilized a cross-sectional case-control design, which limits the ability to establish causal relationships or assess the longitudinal performance of CHr during iron supplementation or anaemia progression.

Moreover, iron status was assessed using biochemical parameters without bone marrow iron studies, which are considered the gold standard but were impractical due to ethical constraints. Finally, the study did not include cost-effectiveness analysis, which would further support CHr's integration into clinical practice.

CONCLUSION:

This study reinforces the diagnostic significance of Reticulocyte Haemoglobin Content (CHr) as a sensitive and early marker for detecting iron deficiency Anaemia (IDA) in women of reproductive age. CHr demonstrated a strong positive correlation with haemoglobin and serum ferritin, confirming its validity in assessing functional iron availability. Compared to conventional markers, CHr showed superior diagnostic accuracy with high sensitivity and specificity, as evidenced

Research study

Dr. Shobhik patra

by the ROC curve analysis. Its ability to reflect real-time iron status without being significantly influenced by inflammation enhances its clinical relevance, especially in cases where traditional indicators may yield inconclusive results.Given its ease of measurement using standard hematology analyzers, CHr offers a practical and cost-effective tool for early diagnosis, particularly in primary care and resource-limited settings.

Incorporating CHr into routine Anaemia screening protocols may help facilitate timely diagnosis, guide therapeutic decisions, and improve overall patient outcomes. Future Multicentric studies are recommended to validate these findings across broader populations and clinical scenarios.

“ Research study ”

Dr. Anjali dhabai

Introduction:

Tenosynovial giant cell tumor {TGCT} is a lesion represents extra articular extension of a primary intra articular process, a contention supported by the similarly age, location and clinical presentation.This disease resides completely outside a joint , in which case its origin must be ascribed to the synovium of the bursa or tendon sheath it can divided into this tumor into 2 categories : localised and diffuse type.

Case Details:

A 46-year-old female presented with complaints of swelling over the front of the right index finger for 1½years. The swelling was spontaneous, painless, and very slowly progressive. Examination revealed a 2 cm × 1.5 cm firm swelling situated on the palmar aspect of the right index finger over distal part of middle phalanx and proximal part of the distal phalanx. Swelling was well defined, having smooth surface, uniformly firm consistency and could be moved sideways easily. X-ray of the hand showed localized soft tissue shadow in the involved area without any bony involvement. Ultrasonography of the finger showed soft tissue mass. FNAC examination reported the swelling as GCTTS. Excisional biopsy was done. Histopathology showed typical features of GCTTS.

Case Discussion:

Tenosynovial giant cell tumor , both diffuse and localised tenosynovial giant cell tumors harbour a reciprocal somatic chromosomal translocation t(1;2)(p13;q37) Resulting in fusion of the type 6 collagen alpha-3 promoter upstream of the coding sequence of MCSF which ,though autocrine and paracrine effects ,stimulates proliferation of macrophages in a manner similar to giant cell tumor of bone. Localised tenosynovial giant cell tumors present as a solitary , slow growing , painless mass that frequently involves the tendon sheaths along the wrists and fingers .Yet Surgical excision is the mainstay of treatment . Clinical trials using antagonists of M-CSF signaling have had promising results.

" Research study "

Dr. Sudhanshu Pandey

Cancer Awareness

A Comprehensive Guide to Understanding, Prevention, and Support

Article by: Dr.Sudhanshu Pandey (State President DWF UP)

Cancer is a leading cause of death worldwide, affecting millions of individuals and families each year. With early detection and appropriate treatment, many types of cancer can be managed effectively. This booklet aims to raise awareness about cancer, educate individuals on prevention strategies, and provide resources for support.

Understanding Cancer

What is Cancer?

Cancer occurs when cells in the body begin to grow uncontrollably. These abnormal cells can form tumors, which may be benign (non-cancerous) or malignant (cancerous). Malignant tumors can invade nearby tissues and spread to other parts of the body through the bloodstream and lymphatic system.

Common Types of Cancer

1. **Breast Cancer**: Affects both men and women, but is far more common in women. Regular screenings are crucial for early detection.
2. **Lung Cancer:** Often associated with smoking, but non-smokers can also develop lung cancer. Awareness of symptoms like persistent cough is vital.
3. **Prostate Cancer:** Affects men, particularly those over 50. Regular check-ups can help in early detection.
4. **Colorectal Cancer:** Affects the colon or rectum and is preventable through lifestyle changes and regular screenings.
5. **Skin Cancer:** The most common type of cancer; includes melanoma and non-melanoma. Sun protection is essential.

Risk Factors

Understanding risk factors can help in prevention:

- **Genetics:** Family history of cancer can increase risk.
- **Lifestyle Choices:** Smoking, excessive alcohol consumption, poor diet, and lack of physical activity contribute to cancer risk.
- **Environmental Factors:** Exposure to certain chemicals and pollutants can increase the likelihood of developing cancer.
- **Age:** The risk of developing cancer generally increases with age.

“ Research study ”

Dr. Sudhanshu Pandey

Prevention Strategies

Healthy Lifestyle Choices

1. Nutrition: A balanced diet rich in fruits, vegetables, whole grains, and lean proteins can lower cancer risk.
2. Physical Activity: Regular exercise helps maintain a healthy weight and reduces the risk of several cancers.
3. Avoid Tobacco: Quitting smoking and avoiding secondhand smoke significantly reduces cancer risk.

Regular Screenings

- Mammograms for breast cancer
- Pap tests for cervical cancer
- Colonoscopy for colorectal cancer
- Prostate-specific antigen (PSA) tests for prostate cancer

Discuss with your healthcare provider about the appropriate screening schedule based on your age and risk factors.

Vaccinations

Vaccines like the HPV vaccine can prevent certain types of cancer. Discuss vaccination options with your healthcare provider.

Recognizing Symptoms

Early detection is key to successful treatment. Be aware of the following general symptoms that may indicate cancer:

- Unexplained weight loss
- Persistent fatigue
- Changes in skin or moles
- Unusual bleeding or discharge
- Persistent cough or difficulty swallowing

If you experience any of these symptoms, consult a healthcare professional promptly.

“ Research study ”

Dr. Sudhanshu Pandey

Support Resources

Emotional Support

Coping with a cancer diagnosis can be overwhelming. Seek support from:

- Support Groups: Connecting with others facing similar challenges can provide comfort and understanding.
- Counseling Services: Professional help can assist in managing emotions and stress related to cancer.

Financial Assistance

Cancer treatment can be costly. Explore resources such as:

- Non-profit organizations that offer financial assistance
- Government programs for healthcare coverage
- Fundraising initiatives to support treatment costs

Educational Resources

Stay informed through reputable sources:

- American Cancer Society (www.cancer.org)
- National Cancer Institute (www.cancer.gov)
- Local health departments and cancer centers

“ Research study ”

Maintaining a Healthy Lifestyle: Tips and Advice

Dr. Sudhanshu Pandey

Article by: Dr.Sudhanshu Pandey (State President DWF UP)

As a doctor, I've seen many patients who are struggling to maintain a healthy lifestyle amidst the chaos of daily life. In this booklet, I'll share some practical tips and advice on how to prioritize your health and wellbeing.

Healthy Eating Habits:

- Drink plenty of water throughout the day (at least 8-10 glasses)
- Include a variety of fruits and vegetables in your diet
- Limit your intake of processed and junk food
- Eat regular meals, don't skip breakfast!

Exercise Routine:

- Aim for at least 30 minutes of moderate-intensity exercise per day
- Incorporate physical activity into your daily routine (take the stairs, walk to work)
- Try yoga or meditation for stress relief

Mental Health Matters

- Prioritize sleep (7-8 hours per night)
- Practice gratitude and positivity
- Stay connected with loved ones and friends

By incorporating these habits into your daily routine, you'll be taking the first step towards a healthier, happier you.

Stay healthy!

“ Research study ”

Dr. Sudhanshu Pandey

Breast Cancer: Know the Facts

Dr. Sudhanshu Pandey, State President DWF UP

Breast cancer is a serious disease that affects millions of women worldwide. However, with early detection and treatment, it is possible to beat the disease. In this booklet, I'll provide you with essential information about breast cancer.

What is Breast Cancer?

Breast cancer occurs when abnormal cells in the breast grow and multiply uncontrollably, forming a tumor. This tumor can be cancerous and spread to other parts of the body.

Symptoms of Breast Cancer

- A lump or thickening in the breast
- Change in the size or shape of the breast
- Discharge from the nipple
- Pain or tenderness in the breast

Causes of Breast Cancer

- Age (women over 50 are at higher risk)
- Family history
- Genetic mutations (BRCA1 and BRCA2)
- Hormonal changes

Treatment Options

- Surgery (lumpectomy or mastectomy)
- Chemotherapy
- Radiation therapy
- Hormone therapy

Prevention and Early Detection*

- Perform regular breast self-exams
- Get mammograms (women over 40)

Research study

Exercise and Sleep: The Key to a Healthy Life

Dr. Sudhanshu Pandey,State President DWF UP

Dr. Sudhanshu Pandey

Regular exercise and adequate sleep are essential for maintaining a healthy body and mind. Here's why:

Exercise

- Aim for at least 30 minutes of moderate-intensity exercise per day
- Incorporate physical activity into your daily routine (take the stairs, walk to work)
- Find an exercise you enjoy, whether it's walking, running, swimming, or yoga
- Exercise improves cardiovascular health, boosts mood, and increases energy levels

Sleep:

- Aim for 7-8 hours of sleep per night
- Establish a consistent sleep schedule
- Create a relaxing bedtime routine (avoid screens, read a book, take a warm bath)
- Sleep is essential for physical and mental rejuvenation

Wake-Up Time:

- Wake up early to start your day feeling refreshed and energized
- Establish a morning routine that sets you up for success (exercise, meditation, journaling)
- Use natural light to regulate your circadian rhythms

By prioritizing exercise and sleep, you'll improve your overall health and well-being. Make these habits a part of your daily routine and feel the difference!

Stay healthy!

“ Research study ”

Healthy Eating: Ditch the Junk, Embrace the Good

Dr. Sudhanshu Pandey

Dr. Sudhanshu Pandey,State President DWF UP

The food we eat plays a significant role in our overall health and well-being. Consuming junk food regularly can lead to a range of health problems, including obesity, diabetes, and heart disease. On the other hand, eating a balanced diet rich in nutrients can boost our energy, support our immune system, and even improve our mental health.

Why Avoid Junk Food?

- High in calories, salt, and sugar
- Low in essential nutrients and fiber
- Linked to chronic diseases like obesity, diabetes, and heart disease
- Can lead to digestive problems and nutrient deficiencies

What to Eat Instead?

- Whole, unprocessed foods like fruits, vegetables, whole grains, lean proteins, and healthy fats
- Nutrient-dense foods like leafy greens, berries, and fatty fish
- Hydrating foods like watermelon, cucumbers, and celery
- Fermented foods like yogurt, kimchi, and sauerkraut

Tips for Healthy Eating

- Cook at home using fresh ingredients
- Limit eating out and processed foods
- Read food labels and avoid added sugars
- Stay hydrated with water and limit sugary drinks

By making informed choices about what we eat, we can take control of our health and well-being. Ditch the junk food and embrace a balanced diet rich in nutrients. Your body (and taste buds) will thank you!

Stay healthy!

"Doctors ke vichar"

🩺 लेख : "चिकित्सक का खोया सम्मान — डॉक्टर वेलफेयर फेडरेशन का मिशन"

डॉ. मुकेश कुमावत

✍️ — **डॉ. मुकेश कुमावत (डॉक्टर वेलफेयर फेडरेशन)**

भारत में चिकित्सक को सदा से "जीवित भगवान" कहा गया है — वह जो दूसरों के जीवन को बचाने के लिए अपने सुख, समय और स्वास्थ्य की परवाह नहीं करता। किंतु पिछले कुछ वर्षों में यह गौरवशाली पहचान कहीं धूमिल सी हो गई है। समाज में डॉक्टरों के प्रति घटता सम्मान, लगातार बढ़ते हमले, अविश्वास और प्रशासनिक दबावों ने चिकित्सा क्षेत्र को गहरी चोट पहुँचाई है।

डॉक्टर वेलफेयर फेडरेशन (DWF) का जन्म इसी पीड़ा से हुआ — एक ऐसी शक्ति बनकर जो हर चिकित्सक की आवाज़ को एक मंच पर लाए, और "चिकित्सक का खोया सम्मान" फिर से समाज में स्थापित करे।

हमारा उद्देश्य

DWF का मुख्य उद्देश्य है — हर चिकित्सक के आत्म-सम्मान और अधिकार की रक्षा करना।
क्योंकि जब डॉक्टर का आत्म-सम्मान सुरक्षित रहेगा, तभी वह अपने मरीज को सर्वोत्तम सेवा दे सकेगा।
यह फेडरेशन हर राज्य, हर जिले और हर अस्पताल के डॉक्टरों को जोड़ने का कार्य कर रही है ताकि एक संगठित शक्ति तैयार हो सके जो अन्याय, दुर्व्यवहार, अथवा प्रशासनिक उत्पीड़न के विरुद्ध एकजुट होकर आवाज़ उठा सके।

क्यों ज़रूरी है DWF से जुड़ना

- आज समय आ गया है कि हर चिकित्सक यह समझे कि "अकेला डॉक्टर कमजोर है, लेकिन संघठित डॉक्टर अजेय है।"
- DWF सिर्फ एक संगठन नहीं, बल्कि एक आंदोलन है —
- डॉक्टरों के सम्मान की पुनः स्थापना का आंदोलन।
- डॉक्टरों की सुरक्षा, सुविधा और आत्मनिर्भरता का आंदोलन।
- और सबसे बढ़कर, डॉक्टरों के स्वाभिमान की रक्षा का आंदोलन।

आइए, जुड़ें इस मिशन से

- हर डॉक्टर का यह कर्तव्य है कि वह अपने self-respect (आत्म-सम्मान) और professional dignity (व्यावसायिक गरिमा) के लिए खड़ा हो।
- डॉक्टर वेलफेयर फेडरेशन से जुड़कर हम एक ऐसा वातावरण बना सकते हैं —
- जहाँ डॉक्टर बिना भय, बिना दबाव और बिना अपमान के सेवा कर सके।

अंतिम संदेश

"हम सब मिलकर ही बदलाव ला सकते हैं।" किसी एक की नहीं, यह हर डॉक्टर की लड़ाई है।
समाज को स्वस्थ रखने वाला चिकित्सक स्वयं तभी स्वस्थ रह सकेगा जब उसका सम्मान और सुरक्षा सुनिश्चित हो।

👉 इसलिए आज ही जुड़िए — डॉक्टर वेलफेयर फेडरेशन से। आइए मिलकर वो सम्मान वापस लाएँ,
जो कभी "चिकित्सक" का परिचय हुआ करता था।

“Doctors ke vichar”

सफेद कोट की साख:

Dr. Ishwar panwar

चिकित्सक से प्रशासक तक का सफर और ईमानदारी की अनिवार्यता

आज के दौर में चिकित्सा जगत एक विरोधाभास से जूझ रहा है। एक तरफ डॉक्टर को ‘भगवान का दूसरा रूप’ कहा जाता है, जो जीवन बचाने का पुनीत कार्य करता है; दूसरी तरफ कुछ चिकित्सक जैसे ही चिकित्सा अधिकारी बनते हैं, वे क्लिनिकल अनुभव को दरकिनार कर प्रशासनिक कुर्सियों की दौड़ में लग जाते हैं। जिला अधिकारी, सीएमएचओ (मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी), अतिरिक्त सीएमएचओ, उप-सीएमएचओ जैसे पदों की होड़ में बिना पर्याप्त अनुभव के शामिल होना अब आम बात हो गई है।

पद मिलते ही भ्रष्टाचार के आरोप लगने लगते हैं, और सरकार बदलते ही स्थानांतरण की आड़ में मामला दबा दिया जाता है। यह न केवल सफेद कोट की गरिमा को कलंकित करता है, बल्कि सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था की नींव को कमजोर करता है।

समस्या की जड़: अनुभवहीनता और लालच की होड़

कल्पना कीजिए, एक नव नियुक्त चिकित्सा अधिकारी, जिसने अस्पताल की ओपीडी में मुश्किल से दो-तीन साल बिताए हों, अचानक जिला स्तर के प्रशासनिक पद पर विराजमान हो जाता है। उसका क्लिनिकल अनुभव शून्य के करीब होता है, लेकिन महत्वाकांक्षा चरम पर। परिणाम? नीतियां बनाने में अक्षमता, संसाधनों का दुरुपयोग और भ्रष्टाचार की श्रृंखला। उदाहरणों की कमी नहीं:

- कई राज्यों में सीएमएचओ पद पर नियुक्त डॉक्टरों के खिलाफ दवा खरीद घोटाले, फर्जी बिल और अवैध कमीशन के मामले सामने आए हैं।
- स्थानांतरण नीति को ‘सजा’ की बजाय ‘बचाव’ का माध्यम बना दिया जाता है। भ्रष्टाचार सिद्ध होने पर भी अगली सरकार में दूसरी जगह पद थमा दिया जाता है।
- सबसे चौंकाने वाला: - जेल की सजा काट चुके कुछ चिकित्सकों को पुनः प्रशासनिक जिम्मेदारी सौंप दी जाती है। क्या यह सफेद पेशे की पवित्रता का अपमान नहीं?

यह होड़ न केवल व्यक्तिगत लालच से उपजती है, बल्कि सिस्टम की कमजोरियों से भी। पदों का आवंटन योग्यता या अनुभव के आधार पर नहीं, बल्कि राजनीतिक पहुंच, सिफारिश या जातीय-क्षेत्रीय समीकरणों पर होता है।

नतीजा: मरीजों की सेवा करने वाला डॉक्टर प्रशासक बनकर सत्ता का सौदागर बन जाता है।

समाधान:* अनुभव-आधारित सिस्टम और सख्त दंड

इस कुचक्र को तोड़ने के लिए एक पारदर्शी, अनुभव-केंद्रित सिस्टम की जरूरत है। निम्नलिखित सुधार तत्काल लागू किए जा सकते हैं:

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

1. न्यूनतम अनुभव की अनिवार्यता:

- प्रशासनिक पदों (सीएमएचओ, उप-सीएमएचओ आदि) के लिए कम से कम 12-15 वर्ष का क्लिनिकल अनुभव अनिवार्य हो।
- ग्रामीण/शहरी अस्पतालों में विभिन्न स्तरों पर सेवा का प्रमाण-पत्र जरूरी। बिना अनुभव के आवेदन ही अस्वीकार।

2. प्रोत्साहन और संरक्षण

- ईमानदार चिकित्सकों के लिए क्लिनिकल सेवा में विशेष भत्ते, पदोन्नति और सम्मान।
- प्रशासनिक पदों को ‘सेवा का विस्तार’ माना जाए, न कि ‘सत्ता का साधन’।

निष्कर्ष: सफेद कोट की पवित्रता बचानी होगी

चिकित्सा पेशा विश्वास पर टिका है। जब डॉक्टर भ्रष्टाचार की खबरों में घिरता है, तो मरीज का भरोसा डोलता है। अनुभवहीन प्रशासकों की होड़ रोककर, ईमानदारी को संस्थागत बनाकर हम फिर कह सकेंगे कि डॉक्टर सचमुच ‘भगवान का दर्जा’ रखता है। यह बदलाव सरकार, चिकित्सा परिषदों और समाज की साझा जिम्मेदारी है। सफेद कोट को कलंकित होने से बचाएं, ताकि स्वास्थ्य सेवा फिर से सेवा बने, सौदा नहीं।

डॉ. ईश्वर पंवार

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

🩺 *लेख*🖌️चिकित्सकों की व्यस्तता: एक मौन संघर्ष और वेलफेयर फेडरेशन की तरफ़ अनदेखी भूमिका

आज की भाग-दौड़ भरी जिंदगी में चिकित्सक सबसे व्यस्त पेशेवरों में से एक हैं। सुबह से रात तक मरीजों की कतारें, ऑपरेशन थिएटर की जिम्मेदारियां, प्रशासनिक कामकाज और कभी-कभी तो आपातकालीन कॉल्स—ये सब मिलकर उनकी जिंदगी को एक अंतहीन दौड़ बना देते हैं। नतीजा? परिवार को समय नहीं मिलता, व्यक्तिगत जीवन अधर में लटक जाता है। कई चिकित्सक तो अपनी ही फेडरेशन या यूनियन से दूर हो जाते हैं। कुछ प्रैक्टिस में डूबे रहते हैं, कुछ अस्पतालों के प्रशासन में उलझे, तो कुछ अपने निजी 'जुगाड़' में व्यस्त। लेकिन जब परेशानी चरम पर पहुंचती है—मानसिक तनाव, कानूनी झंझट या हिंसा का शिकार होना—तो यही चिकित्सक मदद की गुहार लगाते हैं। अफसोस, तब तक बहुत देर हो चुकी होती है। कुछ तो हताशा में आत्महत्या का रास्ता चुन लेते हैं। क्या यह दुखद सच्चाई नहीं है कि जो जीवन बचाने वाले हैं, वे खुद की रक्षा करने में असमर्थ हो जाते हैं?

व्यस्तता का बोझ: परिवार और खुद से दूर होते डॉक्टर

चिकित्सा पेशा सम्मानजनक है, लेकिन इसका दूसरा पक्ष चिकित्सक कार्यस्थल पर तनाव से जूझते हैं। लंबे घंटे, नींद की कमी, मरीजों की अपेक्षाएं और कभी-कभी तो हिंसा का खतरा—ये सब मिलकर उन्हें रोबोट बना देते हैं। घर लौटते ही थकान इतनी होती है कि बच्चे की मुस्कान या पत्नी की बातें अनसुनी रह जाती हैं। व्यक्तिगत शौक? वे तो किताबों में दबे रहते हैं। कई चिकित्सक कहते हैं, “हम मरीजों के लिए जीते हैं, लेकिन खुद के लिए मरते हैं।”

इस व्यस्तता में चिकित्सक फेडरेशन से दूरी बन जाती है। कुछ को लगता है, “प्रैक्टिस ही काफी है, यूनियन की क्या जरूरत?” कुछ प्रशासनिक भूमिकाओं में इतने उलझे कि संगठन की मीटिंग्स तक नहीं पहुंच पाते। तो कुछ अपने क्लिनिक या निजी नेटवर्क में 'जुगाड़' तलाशते रहते हैं। लेकिन सच्चाई यह है कि अकेले लड़ना हमेशा मुश्किल होता है। जब कानूनी केस आता है, जब अस्पताल प्रशासन दबाव डालता है, या जब मानसिक स्वास्थ्य चरमरा जाता है—तब यूनियन की याद आती है। दुर्भाग्य से, तब तक समर्थन की कमी खलती है।

आत्महत्या की बढ़ती घटनाएं: एक चेतावनी

सबसे दर्दनाक पहलू है चिकित्सकों की आत्महत्या की बढ़ती दर। आंकड़ों से पता चलता है कि पिछले कुछ वर्षों में सैकड़ों चिकित्सक तनाव के कारण जान गंवा चुके हैं। कारण? लगातार ड्यूटी, मरीजों की मौत का बोझ, कानूनी मुकदमे और परिवार से दूरी। एक युवा डॉक्टर ने सुसाइड नोट में लिखा था, “मैंने सैकड़ों जिंदगियां बचाईं, लेकिन अपनी नहीं बचा सका।” यह केवल व्यक्तिगत ट्रेजेडी नहीं, बल्कि पूरे सिस्टम की विफलता है। अगर संगठित समर्थन होता—काउंसलिंग, कानूनी मदद, वेलफेयर स्कीम्स—तो शायद कई जिंदगियां बचाई जा सकतीं।

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया: सफेद कोट का सच्चा साथी

इसी संकट में एक उम्मीद की किरण है—*डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया।* यह संगठन केवल चिकित्सकों के लिए है, चिकित्सकों द्वारा और चिकित्सकों के हित में। सफेद कोट पहनने वाले हर डॉक्टर के लिए—चाहे प्राइवेट प्रैक्टिशनर हो, सरकारी अस्पताल का कर्मी या स्पेशलिस्ट। बिना किसी भेदभाव के। *फेडरेशन* हमेशा आगे खड़ा रहता है:

- कानूनी सहायता:* हिंसा या मुकदमों में मुफ्त वकील और सलाह।
- मानसिक स्वास्थ्य सपोर्ट:* काउंसलिंग सेशन्स और हेल्पलाइन।
- नीति स्तर पर लड़ाई:* सरकार से डॉक्टरों की सुरक्षा और बेहतर कार्य की मांग।

फिर भी, कई चिकित्सक इसे नजरअंदाज कर देते हैं। जरूरत पड़ने पर याद करते हैं, लेकिन नियमित समर्थन नहीं देते। यहां तक कि नाममात्र की सदस्यता शुल्क (जो महज कुछ सौ रुपये सालाना है) देने में भी कतराते हैं। जबकि इधर-उधर की पार्टियों, गैजेट्स या लग्जरी पर हजारों खर्च कर देते हैं। क्यों? शायद अहंकार, व्यस्तता या अज्ञानता। लेकिन सोचिए, अगर हर डॉक्टर सदस्य बन जाए, तो फेडरेशन कितना मजबूत हो सकता है!

धन्यवाद के पात्र: समर्थक चिकित्सक

सभी चिकित्सक एक से नहीं होते। कुछ तो धन्यवाद के पात्र हैं जो बढ़-चढ़कर यूनियन को सपोर्ट करते हैं। वे मीटिंग्स अटेंड करते हैं, फंड देते हैं, नए सदस्य जोड़ते हैं और मुश्किल समय में साथ खड़े होते हैं। इनकी बदौलत ही फेडरेशन आज हजारों डॉक्टरों की ढाल बना हुआ है। ये वे हैं जो समझते हैं—एकता में बल है।

निष्कर्ष: -एकता की पुकार

चिकित्सक भगवान का रूप हैं, लेकिन वे इंसान भी हैं। उनकी व्यस्तता समझी जा सकती है, लेकिन अनदेखी नहीं। डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया जैसा संगठन अनदेखा रहना अफोर्ड नहीं कर सकते। नाममात्र की सदस्यता देकर, सक्रिय भागीदारी देकर हम खुद अपनी सुरक्षा सुनिश्चित कर सकते हैं। याद रखें, जब सब एकजुट होंगे, तो न तनाव जीतेगा, न अकेलापन। आइए, सफेद कोट की इस सेना को मजबूत बनाएं। क्योंकि जो दूसरों की जिंदगी बचाते हैं, उनकी जिंदगी भी कीमती है।

डॉ. ईश्वर पंवार*
राष्ट्रीय सचिव एवम प्रदेशाध्यक्ष राजस्थान*
डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इण्डिया*

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

प्रस्तावना

मेडिकल कैडर की अवधारणा भारत में दशकों से चर्चा का विषय रही है। यह वह व्यवस्था है जिसमें चिकित्सा विशेषज्ञ अपनी योग्यता और अनुभव के आधार पर प्रशासनिक पदों पर नियुक्त होते हैं, ना कि अन्य सामान्य सेवाओं (जैसे IAS) के अधिकारियों के माध्यम से स्वास्थ्य प्रशासन चलता है।

मेडिकल कैडर क्यों नहीं बन पा रहा?

- 1960 से कई सरकारी समितियाँ और संसद की समितियों ने ऑल इंडिया मेडिकल सर्विस (AIMS) या इंडियन मेडिकल सर्विसेज (IMS) जैसे कैडर की सिफारिश की, लेकिन अब तक क्रियान्वयन नहीं हुआ है।
- स्वतंत्रता से पूर्व मेडिकल कैडर था जिसे 1947 में समाप्त कर दिया गया। उसके बाद स्वास्थ्य सेवा प्रबंधन का अधिकार IAS एवं सामान्य प्रशासनिक अधिकारियों को दे दिया गया।
- सरकार ने IMS कैडर के लिए 2015 में समीक्षा समिति गठित की थी लेकिन 2019 के बाद से उसकी कोई बैठक नहीं हुई और अब भी सरकार इसकी समीक्षा और राज्यों से राय-मशविरा कर रही है।
- राज्यों और केंद्र के बीच समन्वय, नीति निर्धारण में राजनीतिक इच्छाशक्ति की कमी, और स्वास्थ्य सेवाओं के प्रशासन में पारदर्शिता/प्रतिस्पर्धा की कमी, प्रमुख बाधाएँ हैं।

मेडिकल कैडर के संभावित फायदे

- चिकित्सा क्षेत्र में प्रशासकीय नेतृत्व उन्हीं विशेषज्ञों के पास रहेगा जिन्हें तकनीकी ज्ञान, मरीजों की ज़रूरतें और वास्तविक स्वास्थ्य चुनौतियों की जानकारी है।
- ग्रामीण और पिछड़े क्षेत्रों में डॉक्टरों की तैनाती और स्वास्थ्य सुविधाएँ बेहतर बनाए जा सकेंगी, क्योंकि मेडिकल कैडर में विशेष सुविधा/जिम्मेदारी तय की जा सकती है।
- स्वास्थ्य नीतियों का क्रियान्वयन अधिक व्यावहारिक और ज़मीनी अनुभव पर आधारित होगा जिससे सिस्टम में पारदर्शिता और दक्षता दोनों आएंगी।
- कैरियर ग्रोथ/पदोन्नति और आकर्षक प्रशासनिक विकल्प मिलने से सरकारी डॉक्टरों का मनोबल बढ़ेगा और वे अन्य क्षेत्रों (जैसे निजी प्रैक्टिस) की तरफ कम आकर्षित होंगे।
- महामारी की स्थिति या आपदा में विशेषज्ञ नेतृत्व के कारण तेज और बेहतर प्रतिक्रिया संभव है।

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

मेडिकल कैडर के संभावित नुकसान/चुनौतियाँ

• प्रशासनिक कार्यों के लिए अतिरिक्त प्रशिक्षण जरूरी, सभी डॉक्टरों के पास अच्छे प्रबंधन या लीडरशिप कौशल नहीं होते हैं।
• मेडिकल कैडर और अन्य प्रशासनिक कैडर (IAS, State services आदि) के बीच टकराव और समन्वय की कठिनाई आ सकती है।
• हर राज्य और विभाग व्यवस्था में बदलाव के लिए तैयार नहीं, जिससे शोचनीय क्रियान्वयन की आशंका; राजनीतिक स्तर पर पर्याप्त संकल्प का अभाव भी बाधा बनता है।
• वरिष्ठलेखन/पदोन्नति में तनाव, औरतंत्र के भीतर अराजकता की संभावना—कई बार डॉक्टर इलाज के स्थान पर सिर्फ प्रशासनिक काम में आकर अपने मूल कार्य से दूर हो सकते हैं।
• संसाधनों, सुविधाओं और वेतन संबंधी मुद्दे हल करना आवश्यक होगा, अन्यथा डॉक्टर्स की कार्य प्रेरणा बाधित हो सकती है।

निष्कर्ष

मेडिकल कैडर की स्थापना एक दूरगामी और विस्तृत परिवर्तन है जिसका लक्ष्य स्वास्थ्य क्षेत्र में मानवीयता, दक्षता और पारदर्शिता को बढ़ाना है। यह न केवल ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं को मज़बूत बना सकता है बल्कि मेडिकल प्रोफेशनल्स को भी सही सम्मान और प्रगति का रास्ता दे सकता है। लेकिन इसके लिए राजनीतिक इच्छाशक्ति, नीति में स्पष्टता, नियोजित प्रशिक्षण और वास्तविक जरूरतों को समझने की आवश्यकता है।

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

डॉक्टरों पर बढ़ते हमले: एकता की कमी या सामाजिक बदलाव? क्या समाधान संभव?

भारत में डॉक्टर, जो स्वास्थ्य सेवाओं का आधार हैं, आज खुद गंभीर संकट में हैं। अस्पतालों में उन पर हमलों की घटनाएं बढ़ रही हैं, जो स्वास्थ्य प्रणाली को हिला रही हैं। अधिकांश डॉक्टरों ने कार्यस्थल पर मौखिक या शारीरिक हिंसा का सामना किया है। क्या ये केवल बाहरी कारक हैं, या डॉक्टरों की आंतरिक विभाजन भी जिम्मेदार?

हालिया घटनाएं:* हिंसा की महामारी

पिछले महीनों में देशभर में डॉक्टरों पर हमले बढ़े हैं, जो एक महामारी बन चुके हैं।

डॉक्टरों में एकता की कमी:* आंतरिक चुनौतियां

हिंसा बाहरी है, लेकिन डॉक्टरों की आंतरिक विभाजन इसे बदतर बनाती है। ग्रामीण डॉक्टर शहरियों को 'आरामदेह' मानते हैं, जबकि शहर वाले उन्हें 'बेसिक केयर' तक सीमित। स्पेशलिस्ट और नॉन-स्पेशलिस्ट में ठंडा युद्ध है। उच्च अधिकारी निम्न अधिकारियों से दुर्व्यवहार करते हैं। "जब तक डॉक्टर एक-दूसरे का समर्थन नहीं करेंगे, कोई हमें गंभीरता से नहीं लेगा।" यह विभाजन हमें कमजोर कर रहा है।

सरकार की भूमिका: वादे vs वास्तविकता

केंद्र सरकार ने सेंट्रल प्रोटेक्शन एक्ट की बात की, जो हमलों को गैर-जमानती बनाएगा, लेकिन क्रियान्वयन धीमा है। बड़े अफसर डॉक्टरों को 'नौकर' समझ झिड़कते हैं; राजनीतिज्ञ चुनावों में 'जीवनदाता' कहते हैं, बाद में 'भ्रष्ट' ठहराते हैं। तत्काल कदम जरूरी हैं।

जनता और सोशल मीडिया: - अपमान का स्रोत

जनता डॉक्टरों को मशीन समझती है। रातभर जान बचाने वाले डॉक्टर को अगले दिन सोशल मीडिया पर 'कामचोर' कहा जाता है। अफवाहें हिंसा भड़काती हैं; गलतफहमियां दुर्व्यवहार बढ़ाती हैं।

भयावह परिणाम: इलाज में कतरन और समाज का नुकसान

हमले जारी रहे तो डॉक्टर इलाज में कतराएंगे, मनोबल टूटेगा। कानूनी जोखिम से बचने के लिए आपात मामलों में देरी होगी। इससे मरीज परेशान होंगे, ग्रामीण सेवाएं ठप, महामारी में संकट गहराएगा। अगले पांच वर्षों में डॉक्टरों की कमी बढ़ेगी, लाखों जिंदगियां प्रभावित होंगी। यह चिकित्सा नैतिकता और समाज की बुनियाद को कमजोर करेगा।

“Doctors ke vichar”

Dr. Ishwar panwar

समाधान संभव है: डॉक्टरों में एकता, सख्त कानून लागू, जन जागरूकता और सरकार की सक्रियता से स्थिति सुधरेगी।

डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया: डॉक्टरों के हितों की मजबूत आवाज

संकट की इस घड़ी में डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया (DWF) डॉक्टरों की सुरक्षा, कल्याण और अधिकारों के लिए सक्रिय है। फेडरेशन ने अस्पतालों में सीसीटीवी, 24/7 सिक्योरिटी गार्ड और विशेष कानूनी सहायता कोष की मांग की है। केंद्र से अपील की गई है कि डॉक्टरों पर हमलों को राष्ट्रीय सुरक्षा मुद्दा मानकर एकसमान केंद्रीय कानून लागू हो।

DWF दैनिक समस्याओं के साथ नीतिगत बदलावों के लिए लड़ता है। "डॉक्टर समाज के योद्धा हैं; हमारी लड़ाई सुरक्षा और सम्मान की है।" यह कानूनी-मनोवैज्ञानिक समर्थन देता है और जनता में जागरूकता फैलाता है। DWF की एकजुटता बदलाव की मिसाल है।

समाधान के रास्ते: एकजुटता और सुधार:

- समाधान डॉक्टरों की एकजुटता में है। DWF, यूनियन और राज्य एसोसिएशन साझा मंच पर आएं तो सुरक्षा कानून और आंतरिक सुधार संभव हैं।
- जनता को डॉक्टरों की चुनौतियों की जागरूकता।
- हिंसा रोकने के लिए कानूनी, प्रशासनिक और सामाजिक मल्टी-लेयर अप्रोच अपनाएं।

निष्कर्ष: समय है बदलाव का*

डॉक्टरों की सुरक्षा स्वास्थ्य प्रणाली की बुनियाद है। एकजुट होकर संकट से निकलें—डॉक्टर बचेंगे, तभी देश बचेगा।

डॉ. ईश्वर पंवार
राष्ट्रीय सचिव एवम प्रदेश अध्यक्ष राजस्थान
डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया

“Doctors ke vichar”

Dr. Chandraveer singh

डॉ. राहुल शर्मा की मौत — और मेडिकल अफसरों की चुप्पी ने तोड़ दिया विश्वास

लेख: डॉ. राहुल शर्मा की मृत्यु ने पूरे चिकित्सा समुदाय को हिला कर रख दिया। लेकिन जितना बड़ा यह हादसा था, उतनी ही चौंकाने वाली रही कुछ मेडिकल अधिकारियों की चुप्पी।

जब रेज़िडेंट डॉक्टरों ने सड़कों पर उतरकर अपने साथी के लिए न्याय की लड़ाई लड़ी,तो सवाल उठा —मेडिकल ऑफिसर कहाँ थे?
क्या उन्हें अपने साथी डॉक्टर के चले जाने का कोई दुख नहीं हुआ?
या सिस्टम के डर से उन्होंने मौन रहना ही बेहतर समझा?

डॉक्टरों का पेशा केवल सेवा का नहीं, बल्कि एकजुटता और संवेदना का प्रतीक माना जाता है।
जब अपने ही साथियों के लिए आवाज़ उठाने का समय आता है,और वरिष्ठ या प्रशासनिक डॉक्टर चुप रह जाते हैं,तो यह डॉक्टर समाज की आत्मा को झकझोर देता है।

अगर रेज़िडेंट डॉक्टरों और मेडिकल अफसरों ने मिलकर यह लड़ाई लड़ी होती,तो शायद डॉ. राहुल शर्मा को जल्द न्याय मिल पाता,और सिस्टम को यह एहसास होता कि डॉक्टर सिर्फ इलाज करने वाले नहीं,बल्कि एक-दूसरे के लिए खड़े होने वाले योद्धा भी हैं।

यह घटना हमें यह सोचने पर मजबूर करती है —हम अपने साथी डॉक्टरों के लिए कब तक चुप रहेंगे?
कब तक किसी की मौत के बाद सिर्फ “श्रद्धांजलि” तक सीमित रहेंगे? अब समय है कि डॉक्टर समाज फिर से एकजुट हो, और यह साबित करे कि किसी भी डॉक्टर के साथ अन्याय होगा तो पूरा समुदाय साथ खड़ा होगा।

🕯️ **डॉ. राहुल शर्मा को विनम्र श्रद्धांजलि — आपकी चुप्पी ने हमें बोलना सिखाया, आपकी लड़ाई ने हमें एक होना सिखाया।**

“Doctors ke vichar”

RGKAR जैसी घटना फिर न हो — लेकिन सरकार की चुप्पी क्यों?

Dr. Chandraveer singh

लेख: RGKAR मेडिकल कॉलेज की घटना ने पूरे देश को हिला दिया था।
एक रेज़िडेंट डॉक्टर के साथ हुआ निर्दयी कृत्य और उसकी मौत ने इंसानियत को शर्मसार कर दिया।
हर डॉक्टर ने यह दुआ की थी कि ऐसा कृत्य फिर कभी न हो, लेकिन सवाल यह है —क्या सरकार और प्रशासन ने सच में कुछ सीखा?

समय बीत गया, लेकिन हालात नहीं बदले। रेज़िडेंट डॉक्टर आज भी असुरक्षित, अवहेलित और असहाय महसूस कर रहे हैं। दुख की बात यह है कि जब किसी रेज़िडेंट के साथ अन्याय, उत्पीड़न या दुर्व्यवहार होता है,
तो उसके लिए आवाज़ उठाने वाला कोई नहीं होता। वरिष्ठ अधिकारी और प्रशासन फाइलों में रिपोर्ट बंद कर देते हैं, और सरकार की नींद नहीं टूटती।

क्यों हर बार जब किसी डॉक्टर के साथ अत्याचार होता है, तो समाज और तंत्र कुछ दिनों का शोर मचाकर फिर खामोश हो जाता है? क्यों डॉक्टरों के लिए कोई ठोस नीति, सुरक्षा या सख्त कानून नहीं बनता?
क्या डॉक्टरों की जान, उनकी गरिमा, उनकी सुरक्षा की कोई कीमत नहीं?

RGKAR जैसी घटनाएँ सिर्फ दर्द नहीं देतीं, बल्कि पूरे चिकित्सा जगत का आत्मविश्वास तोड़ देती हैं।
अब समय आ गया है कि हर डॉक्टर, हर संस्था और हर नागरिक यह आवाज़ बुलंद करे —कि डॉक्टरों पर अत्याचार और रेज़िडेंट्स के साथ दुर्व्यवहार कभी बर्दाश्त नहीं किया जाएगा।

🕯️ **यह सिर्फ एक घटना नहीं थी, यह एक चेतावनी थी — लेकिन अगर अब भी हम चुप रहे, तो इतिहास फिर खुद को दोहराएगा।**

“Research Study”

Prevalence and Quality of Life in Adult ADHD with Substance Use Disorders

Dr. Bharat mali

Abstract:This study aims to estimate theprevalence of adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) amongst patients with Substance Use Disorders. assessingquality of life with substance use disorders. 200 patients with substance use disorderswere assessed on Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1), Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL),DAST 10,Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) scale. The prevalence of Adult Attention DeficitHyperactivity Disorder with Substance Use Disorders was more in younger age group with male predominance. The quality of life among Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder patients who screened positive was worse compared to other patients. Regularscreening with scales such as ASRS symptom checklist enables detection of this condition. If this co-morbid condition is identified, then it should be treated appropriately.

1. Introduction

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common mental health disorders affecting children and adolescents characterized by hyperactivity, impulsivity and inattention.1,2 Adult ADHD suffer more because of their chaotic lifestyles, poor time management, motivational difficulties, mood liability, stress sensitivity, poor concentration and impulsive behavior.3 prevalence of ADHD in children of 5% to 10% and persistence rate of 40% to 60% into adulthood suggest ADHD may affect as many as 2-4% of populations.

One found a positive association of inattentive symptoms with alcohol use and cannabis misuse. Early onset SUD is associated with elevated rates of academic failure, suicidal behaviors, and other dangerous behaviors. The misuse of marijuana, alcohol, or the combination of the two is the most common substances of abuse in adolescents with ADHD. Follow-up studies of children with ADHD into adulthood suggest that there is an increased risk of substance used disorders. Early diagnosis and treatment of ADHD is the preventive measure for habit-forming illnesses.5,6 Present study was conducted to estimate prevalence of adult ADHD amongst patients with substance use disorders.

2. Literature Review

The first coherent description of ADHD was by George Still in the Coombs lectures of 1902. He described an „abnormal defect in moral control in children." Moral control was defined as „the control of action in conformity with the idea of the good of all that can only exist when there is a cognitive relationship to the environment".

In the 1950s, it was modified to „hyperactive child syndrome" and then „hyperkinetic reaction of childhood" in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-II in 1968. Each of these labels and sets of criterion were focused exclusively on children and placed the greatest emphasis on motoric hyperactivity and overt impulsivity as hallmarks of the disorder.

“Research Study”

Dr. Bharat mali

In childhood, symptoms often become evident in the home or school environments, Children with ADHD more often experience failure in educational or academic settings,8 and poor or deviant social relationships9 compared to same-aged children and un-affected siblings.

It is suggested that multiple genetic and environmental factors contribute to the age inappropriate and impairing symptoms of hyperactivity, impulsivity and inattention in affected individuals

In addition to the strong genetic predisposition to ADHD, environmental factors account for an estimated 10% to 40% of the variance in liability to the disorder.12 Findings from imaging and pre-clinical studies have resulted in plausible biological theories indicating how exposure to addictive substances in utero may influence brain development.13,14 It is well established that both non-stimulant (i.e. atomoxetine (ATX)) and central stimulant medication (i.e. MPH, amphetamine and/or dexamphetamine) effectively reduce the core symptoms of ADHD. 15 Non-pharmacological treatments, most commonly cognitive behavioural-based interventions is an important component of the multimodal ADHD treatment.

According to worldwide estimations, almost 5%, i.e. 246 million individuals, aged 15 to 64 used illicit drugs during 2013.16 There is a robust association between ADHD and SUD, Individuals with ADHD are at increased risk of developing SUD and the prevalence of ADHD among treatment seeking SUD patients is almost 25% compared to estimations of about 2.5% in the general adult population.

Results from imaging studies show reduced dopamine receptor activity in subcortical brain areas of individuals with ADHD. This commonality in action has led to the view that the dopamine system plays a pivotal role in the neurobiology of both ADHD and SUD. Wilson JJ et al (2005) observed an increased recognition of the common co-morbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder

(ADHD) and substance use disorder (SUD) among adolescents and adults. Suhas Ganesh et al (2017) studied prevalence adult attention deficit hyperactivity disorder in patients with substance use disorders. Adult ADHD selfreport scale symptom checklist was administered in 240 patients with SUD. The prevalence of ADHD and the difference in scores in early onset and late onset dependent groups of SUD patients were calculated. Among the 240 patients with SUD, 135 (56.25%) screened positive for “likely ADHD” and 52 (21.7%) for “highly likely ADHD.”

“Research Study”

In childhood, symptoms often become evident in the home or school environments, Children with ADHD more often experience failure in educational or academic settings,8 and poor or deviant social relationships9 compared to same-aged children and un-affected siblings.

Dr. Bharat mali

Jhambh I etal (2014) study the prevalence of ADHD among college students and psychological problems related to ADHD.A total of 237 students were recruited from various medical, engineering, and commerce and arts colleges of Chandigarh, India. They were administered the Adult ADHD Self Report Scale v1.1(ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) to diagnose adult ADHD. A total of 13 students (5.48%) fulfilled the criteria for adult ADHD. These students experienced significantly higher emotional instability and low self-esteem than those without ADHD (N = 224). The occurrence of psychological problems, depression, social problems, and substance abuse was comparable in students with and without ADHD. Prompt detection and management of ADHD in college students may help them deal with these problems effectively.

3. Method

This was an observational study conducted among patients attending the Psychiatric OPD/IPD at BharatiVidyapeeth (Deemed to be Univeristy) Medical College and Research Centre; a private tertiary care hospital in Pune , India . A total of 200 patients all above the age of 18 years, with psychiatric diagnosis of substance use disorders as per International Classification of Diseases and Health Related Problems- 10 (ICD-10) were included. Patients having preexisting psychiatric illnesses and other co-existing medical or surgical illnesses were excluded. A written informed consent was taken from all participants.

After Obtaining Sociodemograhpic details of the participants like age, gender , education, occupation, relation with patient , family type , marital status , etc., for accessing the symptoms Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) which is a Symptom Checklist is an instrument consisting of the eighteen DSM-IV-TR criteria, Six of the eighteen questions were found to be the most predictive of symptoms consistent with ADHD. Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL): The self-reported AAQoL is a validated 29-item scale consisting of a total score and 4 subscales (life productivity, psychological health, life outlook, and relationships) designed to assess health-related QOL in adults with ADHD. Each item is rated by patients on a 5-point Likert scale ranging from "Not at all/ Never" (1) to "Extremely/Very Often"(5).

Research Study

The Drug Abuse Screening Test (DAST-10) is a 10-item brief screening tool that can be administered by a clinician or self-administered. Each question requires a yes or no response, This tool assesses drug use, not including alcohol or tobacco use, in the past 12 months. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) is a 10-item screening tool developed to assess

Dr. Bharat mali

alcohol consumption, drinking behaviors, and alcoholrelated problems. A score of 8 or more is considered to indicate hazardous or harmful alcohol use. Chi-Square test, t-test /ANOVA - test were used to obtain the results.

4. Results

Out of a total of 200 participants, 179(89.5%) were males and 21(10.5%) were females. The majority of patients were in age group 21-30 years (46%) followed by 31-40 years (23.5%). The mean age of the patients was 25.83 ±14.39 years.

It was observed that majority of patients were with primary education (35.5%) followed by secondary education (31.5%) while illiterate were (9.5%).It was observed that majority of patients were semi-skilled (25.5%) followed by farmer (21.5%) while unemployed were 14.5%. majority of patients were married (74.5%) followed by unmarried (20.5%)

According to type of substance abuse, majority of patients were alcohol abuse (56.5%) followed by nicotine (39.5%), cannabis (21.5%) and other drugs were (14%). ADHD among patients was 35.5% (71) by ASRS VI.1. Quality of life in adult ADHD patients showed mean lie productivity was 61.92 ±5.67, psychological health was 53.91 ±4.42, relationship was 60.63 ±5.21, lie outlook was 59.91 ±8.71 and overall Quality of Life was 60.23 ±7.28. patients screened positive for ADHD had worse life productivity, psychological health, relationships, life outlook and overall Quality of Life than who screened negative with statistical significant difference. (P<0.001)

“Research Study”

Adult ADHD patients with DAST -10 score ≥3 were (28.50%) and with AUDIT score ≥20 were (35.50%). Patients screened positive for ADHD had worse AUDIT and DAST-10 score than who screened negative with statistical significant difference. (P<0.001)

Dr. Bharat mali

5. Discussion

In the present study mean age of the patients was 25.83 ±14.39 years. In a study done by Suhas Ganesh et al21 to explore the prevalence of ADHD and its subtypes in treatment seeking patients with SUD observed mean age of 39 years among patients which was slightly more than present study. The distribution of patients according to type of substance abuse showed that majority of patients was alcohol abuse (56.5%) followed by nicotine (39.5%), cannabis (21.5%) and other drugs were 14%. Similar findings seen in a study done by Suhas Ganesh et al 21 to explore the prevalence of ADHD and its subtypes in treatment seeking patients with SUD observed substance use of alcohol in 57.5% patients, 15% had cannabis, 9.6% had opioid, and 15% had polysubstance dependence syndrome.

In the present study, ADHD among patients with Substance Use Disorder was35.5%.Similarly, Dalia Mokhtar Khalil et al 23 studied prevalence of Adult ADHD in Substance Use Disorder patients also observed prevalence of Adult ADHD

among the substance use disorder patients was found to be 27.8%. 35.5%. In a study done by Sitholey P et al 24 in a general psychiatric outpatient setting assessing 283, adult patients 25 (8.83%) were noted to have ADHD. A study recruiting 237 college students in Chandigarh by Jhambh I et al. 22 reported an even lower rate of with 13 (5.48%) qualifying for the diagnosis of adult ADHD.

In the study, it was observed that patients screened positive for ADHD were younger than who screened negative with no statistical significant difference. (P>0.05) ADHD was found more in male patients compared to females with statistical significant difference. (P<0.05) Education, occupation and marital status showed no statistical significant difference among patients with and without ADHD. (P>0.05)

“Research Study”

In the study, it was observed that patients screened positive for ADHD were younger than who screened negative with no statistical significant difference. ($P>0.05$) ADHD was found more in male patients compared to females with statistical significant difference. ($P<0.05$) Education, occupation and marital status showed no statistical significant difference among patients with and without ADHD. ($P>0.05$)

Dr. Bharat mali

In a study by Dalia Mokhtar Khalil et al 23groups with and without ADHD did not differ significantly in terms of sociodemographic profile. The SUD with Adult ADHD had significantly mean early age of onset 20 years Vs 32 years in the other group.

In the present study, it was observed that patients screened positive for ADHD had worse life productivity, psychological health, relationships ,life outlook and overall Quality of Life than who screened negative with statistical significant difference. ($P<0.001$) In a study by Chao et al 107who examined the relationship between ADHD, depression/anxiety, and quality of life showed patients had more severe depression, anxiety, and daytime sleepiness and had poorer QOL than controls (all $p<0.05$) and ADHD should be included in the differential diagnosis for decreased Quality of Life.

It was observed that patients screened positive for ADHD had worse AUDIT score and DAST-10 score than who screened negative with statistical significant difference. ($P<0.001$)

Overall, the co-occurrence of ADHD and SUD can result in a more severe course of both substance use and psychiatric symptoms and outcomes. It is therefore important to screen for ADHD in patients presenting with SUD and vice-versa. 108,109

6. Future Scope

The prevalence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Substance Use Disorders was more in younger age group with male predominance. The quality of life among Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder patients who screened positive was worse compared to other patients, the co-occurrence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders can result in a more severe course of both substance use and psychiatric symptoms and outcomes.

It is therefore important to screen for ADHD in patients presenting with SUD and vice-versa. Adult ADHD is a highly co-morbid condition among patients with SUDs. Regular screening with scales such as ASRS symptom checklist enables detection of this condition. If this co-morbid condition is identified, then it should be treated appropriately.

Combined efforts

“डॉ. विनोद मीना, की मृत्यु” ने न केवल चिकित्सा समुदाय को, बल्कि पूरे समाज को झकझोर कर रख दिया है।

एक डॉक्टर, जो दूसरों की ज़िंदगी बचाने के लिए दिन-रात मेहनत करता है, जब खुद किसी हादसे या परिस्थितियों का शिकार बनता है, तो यह व्यवस्था और समाज – दोनों पर गहरा सवाल उठाता है।

👉 यह सिर्फ एक व्यक्ति की मृत्यु नहीं, बल्कि डॉक्टरों की सुरक्षा, सम्मान और मानसिक दबाव पर एक बड़ी चिंता का संकेत है।
👉 डॉक्टर अपने कर्तव्यों का पालन करते हुए हर दिन कई चुनौतियों से जूझते हैं – लंबे घंटे, तनाव, संसाधनों की कमी, और कई बार समाज से मिलने वाला असम्मान।
👉 डॉ. विनोद मीना की यह दुखद घटना हमें याद दिलाती है कि अब समय आ गया है जब डॉक्टरों की सुरक्षा, सम्मान और मानसिक स्वास्थ्य को सर्वोच्च प्राथमिकता दी जाए।

🕯️ हम उन्हें श्रद्धांजलि अर्पित करते हैं और यह संकल्प लेते हैं कि डॉक्टरों के अधिकारों और सुरक्षा के लिए आवाज़ उठाते रहेंगे।

Combined efforts

🕯️ डॉ. वैभव चावला की मौत ने उठाए कई सवाल — क्या डॉक्टर सुरक्षित और मानसिक रूप से समर्थ हैं?

लेख: डॉ. वैभव चावला की असमय और रहस्यमयी मृत्यु ने पूरे चिकित्सा जगत को गहराई से झकझोर दिया है।
एक युवा, होनहार और अपने कार्य के प्रति समर्पित डॉक्टर का इस तरह चले जाना केवल व्यक्तिगत दुख नहीं, बल्कि पूरे सिस्टम की असफलता को उजागर करता है।

उनकी मौत ने कई सवाल खड़े किए हैं —

- क्या डॉ. वैभव चावला किसी मानसिक दबाव या कार्यस्थल के तनाव में थे?
- क्या अस्पताल के माहौल में उन्हें पर्याप्त सहयोग और सम्मान मिला?
- क्या नर्सिंग अधिकारी और सहकर्मी डॉक्टरों के साथ उनके संबंध तनावपूर्ण थे?
- और आखिरकार — क्या हमारा चिकित्सा तंत्र डॉक्टरों की भावनात्मक सुरक्षा सुनिश्चित करता है?

आज अस्पतालों में सिर्फ मरीजों की बीमारी से नहीं, बल्कि

- डॉक्टरों के बीच आपसी तकरार,
- प्रशासनिक दबाव,
- नर्सिंग स्टाफ और डॉक्टरों के बीच व्यावहारिक टकराव,
- और मानसिक तनाव

— ये सब मिलकर माहौल को भारी बना देते हैं।

- कई बार डॉक्टरों के बीच आपसी समन्वय की कमी या संवादहीनता से गलतफहमियाँ बढ़ती हैं,
- वहीं कुछ जगहों पर नर्सिंग अधिकारियों के साथ व्यवहारिक मतभेद भी स्थिति को तनावपूर्ण बना देते हैं।
- ऐसे माहौल में काम करने वाला कोई भी डॉक्टर मानसिक दबाव में आ सकता है।

यह घटना हमें यह सोचने पर मजबूर करती है कि डॉक्टरों की सुरक्षा केवल शारीरिक नहीं, बल्कि मानसिक और सामाजिक रूप से भी सुनिश्चित की जानी चाहिए।
डॉक्टर भी इंसान हैं — उन्हें भी भावनात्मक सहारा, सम्मान और सुरक्षित वातावरण की आवश्यकता है।

🕯️ डॉ. वैभव चावला को श्रद्धांजलि — आपकी कमी हमेशा महसूस होगी, और आपकी याद हमें यह सोचने पर मजबूर करेगी कि डॉक्टरों की सुरक्षा और मानसिक स्वास्थ्य पर अब गंभीरता से कदम उठाने का समय आ गया है।

Combined efforts

प्राइवेट मेडिकल कॉलेजों की फीस को लेकर मनमानी — सरकार बेबस, सिस्टम लाचार

लेख:आज मेडिकल शिक्षा एक सेवा का मार्ग नहीं, बल्कि व्यवसाय का बाज़ार बन चुकी है। प्राइवेट मेडिकल कॉलेजों की फीस को लेकर मनमानी इस हद तक पहुँच चुकी है कि आम विद्यार्थी डॉक्टर बनने का सपना देखने से पहले ही टूट जाता है।

कई प्राइवेट कॉलेजों में NEET-PG की एक साल की फीस 1 करोड़ रुपए तक बताई जाती है — जो साफ़ दर्शाता है कि शिक्षा अब एक माफिया-नियंत्रित उद्योग बन गई है।
सरकार के पास न तो इसे नियंत्रित करने की शक्ति बची है, और न ही कोई ठोस नीति जो इस लूट पर रोक लगा सके।

- सरकार के पास रोजगार देने के साधन नहीं हैं,
- और मेडिकल कॉलेजों में पर्याप्त फैकल्टी भी नहीं है।

फिर भी हर साल नई सीटें और नए कॉलेज खोले जा रहे हैं — बिना यह सोचे कि शिक्षक कहाँ से आएँगे और शिक्षा की गुणवत्ता कौन सुनिश्चित करेगा।

यह एक विकृत व्यवस्था बन चुकी है —
जहाँ गरीब और मध्यम वर्ग का छात्र डॉक्टर बनने का सपना केवल पोस्टर पर रह गया है,
और जिनके पास पैसा है, वही डॉक्टर बनने का अधिकार खरीद सकते हैं।

कई कॉलेजों में फैकल्टी के नाम पर कॉन्ट्रैक्ट और फर्जी नियुक्तियाँ की जाती हैं,
ऑडिट नाम मात्र का होता है, और निरीक्षण के समय "कागज़ी स्टाफ" दिखा दिया जाता है।
ऐसे में गुणवत्ता और नैतिकता दोनों का ह्रास होना स्वाभाविक है।

सरकार और नियामक संस्थाएँ इन सब पर मौन हैं —क्योंकि यह तंत्र अब इतना बड़ा हो चुका है कि
ना कोई बोलने की हिम्मत करता है, ना रोकने की।

अब वक्त है कि पूरे देश के डॉक्टर, विद्यार्थी और समाज एकजुट होकर सवाल पूछें —
क्या मेडिकल शिक्षा सिर्फ अमीरों की पहुँच तक सीमित हो जाएगी?
क्या डॉक्टर बनने का अधिकार बिकेगा?
क्या सरकार इस लूट पर आंख मूंदे रहेगी?

🕯️ यह सिर्फ फीस का सवाल नहीं — यह देश के भविष्य, स्वास्थ्य और न्याय की परीक्षा है।

Combined efforts

रेज़िडेंट डॉक्टरों का संघर्ष — सरकार क्यों नहीं सुनती उनकी आवाज़?

रेज़िडेंट डॉक्टर, जो देश के अस्पतालों की रीढ़ हैं, दिन-रात मरीजों की जान बचाने में जुटे रहते हैं। नींद, आराम, त्योहार — सब कुछ भूलकर ये युवा डॉक्टर 36-36 घंटे की ड्यूटी करते हैं ताकि किसी मरीज की जान न जाए। लेकिन जब यही डॉक्टर अपने अधिकारों की बात करते हैं, तो सरकार उनकी आवाज़ को दबाने में लगी रहती है।

हर साल स्ट्राइक होती है, रैलियाँ निकलती हैं, ज्ञापन दिए जाते हैं, लेकिन न सिस्टम बदलता है, न सोच। स्ट्राइक के बाद भी हालात वही के वही रहते हैं — वर्कलोड बढ़ता जाता है, हॉस्टल और मेस की स्थिति खराब रहती है, सुरक्षा के नाम पर सिर्फ कागज़ी आश्वासन मिलते हैं, और स्टाइपेंड आज भी महँगाई के मुकाबले शर्मनाक रूप से कम है।

सरकार को ये समझना होगा कि रेज़िडेंट डॉक्टरों की मांगें कोई "राजनीतिक एजेंडा" नहीं हैं, बल्कि उनके अस्तित्व की लड़ाई हैं। ये वही लोग हैं जो कोविड के दौरान बिना उचित सुरक्षा उपकरणों के भी मरीजों की सेवा में डटे रहे। जब देश को डॉक्टरों की ज़रूरत थी, तब उन्होंने बिना शर्त अपनी जान जोखिम में डाली — लेकिन अब जब उन्हें इंसाफ़ चाहिए, तो सब चुप हैं।

सवाल ये है कि क्या डॉक्टरों की आवाज़ उठाना गुनाह है? क्या अपने हक़ की बात करना अपराध है?
सरकार को जवाब देना होगा — क्योंकि अगर डॉक्टरों का मनोबल टूटा, तो इसका सीधा असर जनता की सेहत पर पड़ेगा।

Combined efforts

रेज़िडेंट डॉक्टर एसोसिएशन का अध्यक्ष — अब बन गया है मज़ाक का पात्र

कभी रेज़िडेंट डॉक्टर एसोसिएशन का अध्यक्ष बनना गर्व की बात होती थी — यह पद रेज़िडेंट्स की आवाज़, उनके संघर्ष और उनके सम्मान का प्रतीक था। लेकिन आज हालात इतने बिगड़ गए हैं कि यह पद धीरे-धीरे मज़ाक का पात्र बनता जा रहा है। न कॉलेज प्रशासन उन्हें गंभीरता से ले रहा है, न छात्र, न ही मेडिकल काउंसिल।

इस पद की महिमा और गरिमा धूमिल होती जा रही है क्योंकि आज के कई पदाधिकारी संघर्ष से ज़्यादा समझौतों में व्यस्त हैं। जो आवाज़ सरकार और प्रबंधन के सामने गूँजनी चाहिए थी, वो अब सिर्फ दिखावे की बैठकों तक सीमित रह गई है। रेज़िडेंट डॉक्टर एसोसिएशन, जो कभी डॉक्टरों की ढाल थी, अब कई जगहों पर मात्र औपचारिक संस्था बनकर रह गई है।

रेज़िडेंट डॉक्टर एकजुट नहीं हैं, यूनियन से दूरी बना रहे हैं, और यही सबसे बड़ी कमजोरी है।
कुछ लोग फ़ैकल्टी या प्रशासन की चापलूसी में अपना हक़ भूल बैठे हैं।
लेकिन अब समय आ गया है — कंधे से कंधा मिलाकर चलने का।
अब यह समझना होगा कि अगर हम एक नहीं हुए, तो आने वाले समय में न तो हमारी आवाज़ बचेगी, न अधिकार।

डॉक्टरों का संघर्ष तभी सफल होगा जब हर रेज़िडेंट, हर जूनियर, और हर एसोसिएशन एक मंच पर खड़े होकर एक ही नारा लगाए —
"हम डॉक्टर हैं, कोई खिलौना नहीं — हमारी आवाज़ दबेगी नहीं!"

Combined efforts

डॉक्टरों के बीच विभाजन — आत्मसम्मान की सबसे बड़ी हार

सरकार ने डॉक्टरों को Group-1 और Group-2 में बाँटकर चिकित्सा समाज के साथ बड़ा अन्याय किया है।
इस विभाजन ने न सिर्फ डॉक्टरों के अधिकारों को कमज़ोर किया है, बल्कि उनके आत्म-सम्मान को भी गहरी चोट पहुँचाई है।
आज यह स्थिति आ गई है कि डॉक्टर अब एक-दूसरे के प्रतिद्वंदी बन गए हैं — कोई Group-1 का, कोई Group-2 का, और इस लड़ाई में असली मुद्दे पीछे छूट गए हैं।

डॉक्टर समाज आज कई टुकड़ों में बँट चुका है —

- कहीं रेज़िडेंट डॉक्टर, कहीं इन-सर्विस डॉक्टर,
- कहीं प्राइवेट प्रैक्टिशनर, कहीं राजमेस डॉक्टर,
- कहीं मेडिकल टीचर, तो कहीं मेडिकल ऑफिसर।
- हर वर्ग अपनी लड़ाई खुद लड़ रहा है, और यही सबसे बड़ी कमजोरी बन गई है।

जब तक डॉक्टर एक नहीं होंगे, तब तक उनकी आवाज़ कमजोर रहेगी।
सिस्टम को भी यही चाहिए — कि डॉक्टर आपस में उलझे रहें ताकि उनकी एकता कभी न बने।
लेकिन अब वक्त आ गया है कि इस विभाजन को खत्म किया जाए और डॉक्टर समाज को एक सूत्र में बाँधा जाए।

Doctors Welfare Federation (DWF) इसी दिशा में काम कर रही है —
हर वर्ग के डॉक्टरों को एक मंच पर लाने की कोशिश, उनकी आवाज़ को एकजुट करने का प्रयास,और "Doctor is One — चाहे किसी भी वर्ग का हो" यह संदेश फैलाने का संकल्प लेकर आगे बढ़ रही है।

अब हमें यह समझना होगा कि —
हमारी असली ताकत हमारा designation नहीं, हमारी एकता है।
अगर डॉक्टर एकजुट हो जाएं, तो कोई ताकत हमें न तो बाँट सकती है, न दबा सकती है।

Combined efforts

Doctor — Ek Sangharsh Bhara Jeevan, Tanav aur Samarpan ki Kahani

Doctor banna koi aasaan kaam nahi hota. Ye ek safar hai tapasya, tyag aur samarpan ka. Jab ek chhatr MBBS me pravesh leta hai, tab se hi uska jeevan ek kathin pariksha ban jaata hai — din raat padhai, duty, emergency, exam ka pressure aur logon ki umeedein. Phir bhi wo rukta nahi, ladta hai, seekhta hai aur aakhir ek doctor ban kar samajh ki seva me apna sab kuch samarpit kar deta hai.

Par doctor banne ke baad bhi sangharsh khatam nahi hota. PG padhne ke baad bhi mansik santushti nahi milti. Sarkari hospitalon me resources ki kami, staff ki kamiyan, aur patients ka aniyamit daura — ye sab milkar ek medical officer ke jeevan ko tanavpurn bana dete hain. Din raat ki duty, emergencies aur bureaucracy ka bojh — in sab ke beech doctor khud ke liye samay tak nahi nikal pata.

Aur sabse dukhad pal tab hota hai, jab wahi doctor — jo kisi ki jaan bachane ke liye apna sab kuch daav par lagata hai — kisi gusse, afwah ya anjaan bhid ka shikar ban jaata hai. Jab samajh doctor par haath uthata hai, to asal me wo apne hi pairon par kulhadi maar raha hota hai. Doctor par hamla, samvedna aur insaniyat par hamla hai.

Lekin in sab ke beech bhi doctor ka samarpan kam nahi hota. Har dard ke peeche ek muskurahat hoti hai, har haar ke peeche ek seekh. Doctor hi wo vyakti hai jo khud ke tanav ke bawajood doosron ke jeene ki wajah ban jaata hai.

Aaj samay aa gaya hai ki hum sab milkar is vyavastha me badlav layein. Doctoron ke liye suraksha, samman aur sahayata ki vyavastha ho. Har hospital me ek doosre ke prati sahyog aur samvedna ka vatavaran bane. Mental health aur work-life balance par bhi dhyan diya jaye. Jab doctor ek-doosre ka haath thamte hain, tab ek majboot aur sakaratmak samudaay banta hai.

Doctor ki zindagi me tanav aur sangharsh to hain, par usse bada uska samarpan hai. Uski muskurahat hi sabse badi dawai hai — aur is muskurahat ko banaye rakhna hum sab ki zimmedari hai.

> "Jab doctor khush hoga, tabhi desh swasth hoga."

Combined efforts

आर.एम.सी.टी.ए (Rajasthan Medical College Teachers Association) – सभी के लिए प्रेरणास्रोत

आर.एम.सी.टी.ए (Rajasthan Medical College Teachers Association) आज एक ऐसी मज़बूत यूनियन बन चुकी है, जिसने यह साबित किया है कि एकजुट होकर डॉक्टर समाज अपने हक और सम्मान की रक्षा कर सकता है। उनके कार्य, संघर्ष और संगठनात्मक क्षमता हर डॉक्टर यूनियन के लिए प्रेरणा हैं।

आर.एम.सी.टी.ए ने हमेशा चिकित्सकों के हितों की रक्षा के लिए आवाज उठाई है — चाहे वह वेतन विसंगति का मुद्दा हो, कार्य परिस्थितियों का सवाल हो, या फिर चिकित्सकों के सम्मान की बात। यह यूनियन अपने सशक्त नेतृत्व और समर्पित टीमवर्क के कारण आज एक आदर्श बन चुकी है।

अन्य डॉक्टर यूनियनों को भी आर.एम.सी.टी.ए से सीख लेनी चाहिए कि संगठन की असली ताकत एकता, पारदर्शिता और समर्पण में होती है। जब चिकित्सक अपने निजी स्वार्थों से ऊपर उठकर एक मंच पर आते हैं, तभी वे अपने अधिकारों की सच्ची लड़ाई लड़ सकते हैं।

"आर.एम.सी.टी.ए केवल एक संगठन नहीं, बल्कि डॉक्टरों की आवाज़ और प्रेरणा का प्रतीक है।"

Combined efforts

🩺 लेख : "ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं का स्वास्थ्य — झोलाछापों पर बढ़ता भरोसा, एक गंभीर खतरा"

भारत के ग्रामीण इलाकों में आज भी स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति बेहद चिंताजनक है।
विशेष रूप से महिलाओं के स्वास्थ्य के मामले में हालात और भी गंभीर हैं।
जहाँ शहरों में आधुनिक चिकित्सा सुविधाएँ आसानी से उपलब्ध हैं, वहीं गाँवों में आज भी महिलाएँ अपने स्वास्थ्य संबंधी परामर्श के लिए दाई, कंपाउंडर या झोलाछाप के पास जाना अधिक उचित समझती हैं — बजाय किसी योग्य गायनेकोलॉजिस्ट (स्त्री रोग विशेषज्ञ) के पास जाने के।

भरोसे से ज़्यादा मजबूरी

- कई ग्रामीण इलाकों में यह भरोसा नहीं बल्कि मजबूरी है।
- अस्पतालों की दूरी, योग्य डॉक्टरों की कमी, परिवहन की दिक्कतें और आर्थिक तंगी —
- इन सब कारणों से महिलाएँ स्थानीय स्तर पर उपलब्ध किसी भी व्यक्ति से इलाज करवाना आसान समझती हैं, भले ही वह प्रशिक्षित न हो।
- लेकिन यही लापरवाही कई बार जानलेवा साबित होती है।

स्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरा

गर्भावस्था या प्रसव जैसे नाज़ुक मामलों में अनुभवहीन झोलाछापों द्वारा किया गया इलाज महिलाओं के जीवन को सीधा खतरे में डाल देता है। ग़लत दवाएँ, बिना जांच के इंजेक्शन या असुरक्षित तरीकों से किया गया उपचार —इनसे महिलाओं में संक्रमण, रक्तस्राव, बाँझपन या मृत्यु जैसी घटनाएँ आम हो गई हैं। कई बार तो साधारण समस्या भी गलत उपचार के कारण बड़ी त्रासदी में बदल जाती है।

सिस्टम की विफलता

यह केवल जनता की अज्ञानता नहीं, बल्कि प्रणाली की नाकामी है।
अगर ग्रामीण क्षेत्रों में पर्याप्त स्त्री रोग विशेषज्ञ, प्रशिक्षित नर्स और आधुनिक सुविधाएँ उपलब्ध कराई जाएँ, तो कोई महिला झोलाछाप के पास जाने को मजबूर न होगी।
हमें यह स्वीकार करना होगा कि चिकित्सा का विकल्प केवल चिकित्सा ही हो सकता है — अधकचरा ज्ञान नहीं।

Combined efforts

🩺 लेख : "ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं का स्वास्थ्य – झोलाछापों पर बढ़ता भरोसा, एक गंभीर खतरा"

आवश्यक कदम

- ग्रामीण क्षेत्रों में योग्य चिकित्सकों की नियुक्ति बढ़ाई जाए।
- महिला स्वास्थ्य को लेकर जागरूकता अभियान चलाए जाएँ।
- झोलाछापों और फर्जी चिकित्सकों के खिलाफ कठोर कार्रवाई की जाए।
- प्रसव एवं स्त्रीरोग सेवाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों तक पहुँचाया जाए।

अंतिम संदेश

हर महिला का अधिकार है कि उसे सुरक्षित, वैज्ञानिक और सटीक चिकित्सा मिले। समय आ गया है कि समाज और सरकार मिलकर इस दिशा में ठोस कदम उठाएँ। "सस्ता या पास में मिलने वाला इलाज, हमेशा सही इलाज नहीं होता।"महिलाओं का स्वास्थ्य सिर्फ उनका नहीं — पूरे समाज की मजबूती का प्रतीक है।

Combined efforts

प्रिय साथियों,

नमस्कार।

आज मैं अपने दिल की गहराइयों से एक ऐसी बात कहना चाहता हूँ जो पिछले कुछ वर्षों से मेरे मन को कचोट रही है।
वो सवाल जो हर संवेदनशील डॉक्टर के मन में उठ रहा है —

> "आख़िर एक डॉक्टर दूसरे डॉक्टर से इतनी नफ़रत क्यों करने लगा?"

हम वो वर्ग हैं, जिन्हें समाज ने "भगवान का रूप" कहा।
हम वो लोग हैं जिन्होंने अपने जीवन के सबसे सुनहरे वर्ष दूसरों की सेवा में लगाए।
पर आज, डॉक्टरों के बीच का प्रेम, सहयोग और एकता जैसे धीरे-धीरे खत्म होती जा रही है।
एक ऐसी दूरी बन रही है, जो हमारे पेशे की आत्मा को घायल कर रही है।

🩺 1. प्रैक्टिस की अंधी दौड़ — सेवा से संघर्ष तक का सफ़र

कभी डॉक्टर बनने का मतलब था — जीवन बचाना, दर्द कम करना।
आज यह "बचाव" एक "बाज़ार" बन गया है।
मरीजों की सेवा की भावना अब "नंबर गेम" में बदलती जा रही है —
कितने मरीज देखे, कितनी दवाइयाँ लिखीं, कितनी कमाई हुई।

इस होड़ ने डॉक्टरों को डॉक्टरों से दूर कर दिया है।
जहाँ पहले सलाह, सहयोग और विश्वास था,
वहाँ अब अविश्वास, जलन और प्रतिस्पर्धा ने जगह ले ली है।

⚖️ 2. सत्ता और कुर्सी की राजनीति — BCMO, CMHO की जंग

डॉक्टर जो कभी निस्वार्थ सेवा के प्रतीक थे,
अब "पद" और "पावर" की दौड़ में फँस गए हैं।
कौन आदेश देगा, कौन सुनेगा, कौन किससे बड़ा —
इस छोटे-छोटे अहंकार ने हमारी सामूहिक शक्ति को तोड़ दिया है।

Combined efforts

जब डॉक्टर प्रशासनिक कुर्सी को अपनी पहचान समझने लगता है,
तो वह अपने ही साथी को “अधीनस्थ” या “प्रतिद्वंदी” मान लेता है।
और यही से शुरू होती है विभाजन की राजनीति।

💔 3. जलन और ईर्ष्या — सबसे बड़ा रोग

जब डॉक्टर प्रशासनिक कुर्सी को अपनी पहचान समझने लगता है,
तो वह अपने ही साथी को “अधीनस्थ” या “प्रतिद्वंदी” मान लेता है।
और यही से शुरू होती है विभाजन की राजनीति।

डॉक्टर मरीज के रोग का इलाज तो कर देता है,
लेकिन अब डॉक्टरों के बीच फैली ईर्ष्या का कोई इलाज नहीं मिल रहा।
किसी साथी को सम्मान मिला, तो मन में खुशी की बजाय जलन आती है।
कोई अच्छा अस्पताल खोले, तो प्रेरणा की बजाय शंका उठती है।

हम भूल गए हैं कि हर किसी की संघर्ष यात्रा अलग होती है।
किसी की सफलता देखकर हमें सीखना चाहिए, न कि उसे गिराना चाहिए।
क्योंकि जब एक डॉक्टर गिरता है, तो पूरी बिरादरी की इज़्ज़त गिरती है।

🏛 4. प्रतिष्ठा, दिखावा और सोशल मीडिया की दुनिया

आज डॉक्टरों की पहचान सोशल मीडिया की पोस्ट से तय होने लगी है।
कौन सी कॉन्फ्रेंस में गया, कौन सा अवार्ड मिला, कौन फोटो में दिखा —
यह सब चीज़ें असली “सेवा” की भावना को ढकने लगी हैं।

डॉक्टर अब इंसान से ज़्यादा “ब्रांड” बनने की कोशिश कर रहा है।
पर याद रखिए — ब्रांड नहीं, भरोसा ही असली पहचान है।

Combined efforts

⚕️ 5. एक-दूसरे को नीचा दिखाने की प्रवृत्ति – हमारी असली कमजोरी

कुछ डॉक्टरों का ध्यान मरीजों से ज़्यादा दूसरे डॉक्टरों को नीचा दिखाने पर है।
शिकायतें, अफ़वाहें, और व्यक्तिगत आक्षेप — ये हमारी गरिमा के खिलाफ़ हैं।
डॉक्टर की ताकत उसकी डिग्री में नहीं, बल्कि उसके चरित्र और सहकर्मी के प्रति सम्मान में होती है।

अगर हम खुद एक-दूसरे को गिराएँगे,
तो सिस्टम को हमें गिराने की ज़रूरत ही नहीं पड़ेगी।

🧠 6. डॉक्टर किस दिशा में जा रहे हैं? – एक चेतावनी

आज का डॉक्टर तकनीकी रूप से मज़बूत है,
लेकिन भावनात्मक और सामाजिक रूप से पहले से ज़्यादा अकेला हो गया है।
हमने साथ काम करने की भावना खो दी है।
कई जगह डॉक्टर डॉक्टर का अपमान करने से भी नहीं झिझकता।

हमारा युवा डॉक्टर आदर्शों की जगह "इन्फ्लुएंसर कल्चर" की ओर बढ़ रहा है।
सीनियर डॉक्टर अपने जूनियर्स को मार्गदर्शन देने की बजाय प्रतिस्पर्धी समझने लगे हैं।
अस्पताल सहयोग का स्थान नहीं, बल्कि कॉरपोरेट स्ट्रक्चर बन गए हैं।
इस दिशा में अगर हमने परिवर्तन नहीं किया —
तो आने वाला समय डॉक्टरों के लिए और कठिन होगा।

🕊️ 7. समाधान – एकता, सहयोग और आत्ममंथन

समाधान बहुत कठिन नहीं है — बस हमें फिर से "डॉक्टर" याद करना होगा।
वो डॉक्टर जो इंसानियत का प्रतीक था।
हमें एक बार फिर मिलकर खड़ा होना होगा,
एक-दूसरे का सम्मान करना होगा,
और यह समझना होगा कि "दूसरा डॉक्टर दुश्मन नहीं, साथी है।"

Doctors Welfare Federation इसी उद्देश्य के साथ कार्य कर रही है —
डॉक्टरों को जोड़ने, उनके अधिकारों की रक्षा करने और
इस विभाजित मानसिकता को खत्म करने के लिए।

Combined efforts

प्रिय साथियों,
हम जिस राह पर जा रहे हैं,
वो हमें व्यक्तिगत सफलता की ओर तो ले जा सकती है,
पर सामूहिक अस्तित्व की ओर नहीं।
एक दिन सिस्टम हमें इस्तेमाल करेगा, बाँटेगा, और छोड़ देगा —
अगर हम पहले से ही बिखरे रहे।

आओ, एक संकल्प लें —
अब न किसी से ईर्ष्या करेंगे,
न किसी को गिराएँगे,
बस डॉक्टरों की गरिमा और एकता को फिर से जिंदा करेंगे।

Combined efforts

🩺 क्या सच में डॉक्टर भगवान का रूप है?

"डॉक्टर भगवान का रूप होता है" —यह वाक्य हमने बचपन से सुना है,
पर आज सवाल यह है कि —
क्या जनता अब भी इस वाक्य पर विश्वास करती है?
या यह वाक्य अब सिर्फ़ "इमरजेंसी वार्ड की दीवार" पर लिखा एक नारा बनकर रह गया है?

पहले के समय में — जब डॉक्टर सच में 'भगवान' लगता था

कभी गाँव में डॉक्टर का आना किसी देवता के आगमन जैसा होता था।
लोग जूते बाहर उतारकर क्लिनिक में प्रवेश करते थे,
हाथ जोड़कर "डॉक्टर साहब" कहते थे,
और उनके एक मुस्कान से आधी बीमारी ठीक हो जाती थी।

क्योंकि तब डॉक्टर कम थे, पर विश्वास ज़्यादा था।
दवा कम थी, पर दुआ सच्ची थी।
डॉक्टर का उद्देश्य पैसे नहीं, सेवा थी।
मरीज समझता था — "यह इंसान मेरे लिए रात जागता है।"

का दौर – जब डॉक्टर 'भगवान' नहीं, 'सेवा प्रदाता' कहलाता है

अब समय बदल गया है।
अब डॉक्टर "मसीहा" नहीं, "सर्विस प्रोवाइडर" कहलाने लगा है।
अब मरीज "धन्यवाद" नहीं देता, "फीडबैक" देता है।
डॉक्टर की गलती नहीं, जनता की सोच नहीं —
दोनों के बीच विश्वास का सेतु टूट गया है।

Combined efforts

🩺 क्या सच में डॉक्टर भगवान का रूप है?

डॉक्टर दिन-रात काम करता है, पर अगर एक मरीज की जान न बच पाए,
तो वही समाज जो कल तक उसे भगवान कहता था,
अगले दिन "कातिल" कहने में भी देर नहीं करता।

कटाक्ष – भगवान से उम्मीद, पर इंसान से व्यवहार

समाज को डॉक्टर से भगवान जैसी उम्मीदें हैं —
वो हर बीमारी ठीक करे, कभी थके नहीं,
कभी गलती न करे, और हर वक्त मुस्कुराए।

लेकिन जब वही डॉक्टर मरीज से इंसान जैसा व्यवहार चाहता है —
थोड़ा सम्मान, थोड़ा विश्वास,
तो लोग कहते हैं — "फीस ज़्यादा लेता है, रुखा है, पैसे का भूखा है।"

सवाल उठता है —
क्या भगवान से भी लोग बिल मांगते हैं?
क्या किसी मंदिर में "रसीद देखकर दुआ" मिलती है?

जनता की धारणा – सम्मान से अविश्वास तक का सफ़र

आज का समाज डॉक्टर को सम्मान तो देता है,
पर शक के साथ।
वो सोचता है — "कहीं ज़रूरत से ज़्यादा टेस्ट न लिख दे, कहीं कमीशन न ले ले।"
हर बीमारी से पहले "Google" और "YouTube" पर सर्च होता है,
और डॉक्टर की सलाह पर "डाउट" होता है।

Combined efforts

🩺 क्या सच में डॉक्टर भगवान का रूप है?

यह हालात सिर्फ़ जनता की सोच का परिणाम नहीं,बल्कि कुछ डॉक्टरों के लालच और सिस्टम की गंदगी ने भी इस विश्वास को खोखला किया है। कुछ लोगों की ग़लती से पूरी बिरादरी बदनाम हो गई।

डॉक्टर भी इंसान है – पर समाज भूल गया

डॉक्टर भी रोता है,थकता है, डरता है, गलती भी करता है — क्योंकि वह भगवान नहीं, इंसान है। पर समाज उसे गलती का हक़ नहीं देता।
एक छोटी सी चूक पर पूरा मीडिया चिल्लाता है — "डॉक्टर की लापरवाही से मौत!"
कभी किसी चैनल ने यह नहीं कहा — "डॉक्टर की कोशिश से जीवन बचा।"

सकारात्मक पक्ष – अब भी उम्मीद बाकी है

फिर भी इस अंधेरे में रोशनी बाकी है।
आज भी लाखों डॉक्टर बिना छुट्टी, बिना आराम, बिना तामझाम के सेवा कर रहे हैं। कई डॉक्टर दूर-दराज़ गाँवों में, बिना बिजली के, मोबाइल टॉर्च में ऑपरेशन कर रहे हैं। कोई मरीज से फीस नहीं लेता, कोई मुफ्त शिविर लगाता है। ऐसे डॉक्टर ही इस पेशे की आत्मा हैं — जो भगवान न सही, पर इंसानियत के सच्चे पुजारी हैं।

निष्कर्ष – डॉक्टर भगवान नहीं, पर भगवान के बाद है

सच यह है कि डॉक्टर भगवान नहीं है,
क्योंकि वो गलती कर सकता है।
पर डॉक्टर भगवान के बाद है,
क्योंकि वो हर दिन मौत से जंग लड़ता है।

Combined efforts

🩺 क्या सच में डॉक्टर भगवान का रूप है?

समाज को भी समझना होगा —
डॉक्टर न खरीदा जा सकता है, न बेचा जा सकता है।
वो सम्मान चाहता है, चमत्कार नहीं।

और डॉक्टरों को भी याद रखना होगा —
अगर तुम सेवा करना छोड़ दोगे,
तो लोग तुम्हें भगवान नहीं, "व्यवसायी" कहेंगे।

अंतिम संदेश

विश्वास, सम्मान और संवेदना —
यही वो तीन दवाइयाँ हैं जो डॉक्टर और मरीज के बीच की दूरी मिटा सकती हैं।
आओ, डॉक्टर और समाज — दोनों मिलकर तय करें:
भगवान होने की ज़रूरत नहीं,
बस इंसानियत को जीवित रखना ही सबसे बड़ा धर्म है।

Combined efforts

🩺 लेख : "झोलाछापों का बढ़ता प्रभाव — भारत में रोकने वाला कौन?

भारत जैसे विशाल देश में जहाँ स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच अब भी सीमित है, वहाँ एक नई समस्या विकराल रूप ले चुकी है — झोलाछाप डॉक्टरों का बढ़ता प्रभाव।
आज गाँव-गाँव, कस्बे-कस्बे में बिना योग्यता, बिना पंजीकरण और बिना मेडिकल ज्ञान वाले लोग खुद को "डॉक्टर" कहकर लोगों के जीवन से खेल रहे हैं।

जनता की मजबूरी या सिस्टम की कमजोरी?

कई बार लोग कहते हैं कि झोलाछाप इसलिए पनप रहे हैं क्योंकि ग्रामीण क्षेत्रों में डॉक्टर नहीं हैं।
पर असली सवाल है — क्या इसका मतलब यह है कि किसी भी अनपढ़ व्यक्ति को मरीजों की जान सौंप दी जाए?
यह केवल जनता की मजबूरी नहीं, बल्कि सिस्टम की विफलता है।
स्वास्थ्य विभाग, प्रशासन और नीति निर्धारकों की लापरवाही ने इन फर्जी चिकित्सकों को खुली छूट दे रखी है।

जनस्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरा

झोलाछाप न तो मेडिकल साइंस समझते हैं, न ही दवाओं के दुष्प्रभाव।
वे बिना जांच के गलत इंजेक्शन और दवाइयाँ देकर मरीजों की जान खतरे में डालते हैं।
ऐसे कई मामले सामने आए हैं जहाँ इन फर्जी डॉक्टरों की वजह से साधारण बीमारियाँ भी जानलेवा साबित हुईं।
यह सिर्फ एक व्यक्ति की गलती नहीं, बल्कि जनस्वास्थ्य के लिए राष्ट्रीय संकट है।

Combined efforts

🩺 लेख : “झोलाछापों का बढ़ता प्रभाव — भारत में रोकने वाला कौन?

सरकार और प्रशासन की चुप्पी क्यों?

हर राज्य में चिकित्सा विभाग और प्रशासन इन लोगों को जानता है।
उनकी क्लिनिकों पर भी बोर्ड लगे हैं, फिर भी कार्रवाई नहीं होती।
क्यों?

क्या यह सिर्फ वोट बैंक की राजनीति है या सिस्टम की मिलीभगत?
जब तक इस सवाल का जवाब नहीं मिलेगा, तब तक असली डॉक्टरों की मेहनत और पेशे की गरिमा दोनों पर कलंक लगता रहेगा।

अगर समाज को सुरक्षित बनाना है, तो फर्जी डॉक्टरों के खिलाफ असली डॉक्टरों को एकजुट होना होगा।

अंतिम संदेश

- आज जरूरत है सख्त कानून की, सख्त कार्रवाई की और सबसे बढ़कर डॉक्टरों की एकता की।
- झोलाछापों के खिलाफ लड़ाई सिर्फ कानून की नहीं, बल्कि नैतिक जिम्मेदारी की लड़ाई है।
- अगर हमने आज आवाज़ नहीं उठाई, तो आने वाली पीढ़ियाँ हमें माफ़ नहीं करेंगी।
- झोलाछापों से मुक्त भारत, सुरक्षित भारत।

डॉक्टर्स पर दिन प्रति दिन बढते हमले–एकता की कमी या समाज में जागरूकता की कमी

बुलंद राजस्थान
02.11.2025

देश में डॉक्टर जो स्वास्थ्य सेवाओं का आधार है, आज खुद गंभीर संकट में है। अस्पतालों में उन पर हमलों की घटनाएं दिन प्रति दिन बढ रही है, जो स्वास्थ्य सेवाओं की प्रणाली को कमजोर रही है। अधिकांश डॉक्टर्स ने कार्यस्थल पर मौखिक या शारीरिक हिंसा का सामना किया है। क्या यह केवल बाहरी कारक है या डॉक्टर्स का आंतरिक विभाजन भी इसके लिये जिम्मेदार है ? पिछले महीनों में देश भर में डॉक्टर्स पर हमले बढे है, जो एक महामारी बन चुके है। हिंसा बाहरी है लेकिन डॉक्टर्स का आंतरिक विभाजन इसे बदतर बन रहा है। ग्रामीण क्षेत्र के डॉक्टर्स शहरियों को आरामदेह मानते है, जबकि शहर वाले उन्हें बेसिक केयर तक सीमित। स्पेशलिस्ट एवं नॉन-स्पेशलिस्ट में शीत युद्ध है। विभागीय उच्चाधिकारी अपने निचले स्तर के अधिकारियों से दुर्व्यवहार करते है। जब तक डॉक्टर्स एक-दूसरे का समर्थन नही करेंगे, कोई हमें गंभीरता से नही लेगा। यह विभाजन हमें लगातार कमजोर कर रहा है। केंद्र सरकार ने सेंट्रल प्रोटेक्शन एक्ट की बात की, जो हमलों को गैर-जमानती बनाएगा, लेकिन इसका क्रियान्वयन धीमा है। बड़े ऑफिसर्स डॉक्टरों को नौकर समझ कर झिड़कते है। राजनीतिज्ञ चुनावों में जीवनदाता कहते है, बाद में भ्रष्ट ठहराते है।

डॉ. ईश्वर पंवार
(प्रदेशाध्यक्ष - राजस्थान डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया)

जनता एवं सोशल मीडिया–अपमान का स्त्रोत : जनता डॉक्टर्स को मशीन समझती है। रात भर जान बचाने वाले डॉक्टर्स को अगले दिन सोशल मीडिया पर कामचोर कहा जाता है। अफवाहें हिंसा भड़काती है एवं गलतफहमियां दुर्व्यवहार बढाती है। हमले जारी रहे तो डॉक्टर इलाज करने में कतरायेगे, मनोबल टूटेगा। कानूनी जोखिम से बचने के लिये आपात मामलों में देरी होगी। इससे मरीज परेशान होंगे, ग्रामीण सेवाएं ठप्प, महामारी में संकट गहराएगा। अगले पांच वर्षों में डॉक्टर्स की कमी बढेगी, लाखों जिंदगियां प्रभावित होंगी। यह चिकित्सा नैतिकता एवं समाज की बुनियाद को कमजोर करेगा।

इसका समाधान संभव है : डॉक्टर्स में एकता, सख्त कानून, जन जागरूकता एवं सरकार की सक्रियता से इस स्थिति में सुधार होगा। संकट की इस घड़ी में डॉक्टर्स वेलफेयर फेडरेशन इंडिया डॉक्टरों की सुरक्षा, कल्याण एवं अधिकारों के लिये सक्रिय है। फेडरेशन ने अस्पतालों में सीसीटीवी, 24/7 सिक्योरिटी गार्ड एवं विशेष कानूनी सहायता कोष की मांग की है। केंद्र से अपील की गई है कि डॉक्टर्स पर हमलों को राष्ट्रीय सुरक्षा मुद्दा मानकर केंद्रीय कानून लागू करे। डीडब्ल्यूएफ दैनिक समस्याओं के साथ नीतिगत बदलावों के लिये लड़ रहा है। डॉक्टर समाज के योद्धा है, हमारी लड़ाई सुरक्षा एवं सम्मान की है। यह कानूनी- मनोवैज्ञानिक समर्थन देता है तथा जनता में जागरूकता फैलाता है। डीडब्ल्यूएफ की एकजुटता बदलाव की मिसाल है। समाधान डॉक्टर्स की एकजुटता में ही है, डीडब्ल्यूएफ यूनियन एवं राज्य एसोसिएशन साझा मंच पर आए तो सुरक्षा एवं आंतरिक सुधार संभव है। हिंसा रोकने के लिये कानूनी, प्रशासनिक एवं सामाजिक मल्टीलेयर अप्रोच अपनाने की आवश्यकता है।

यह समय है बदलाव का : डॉक्टर्स की सुरक्षा स्वास्थ्य प्रणाली की बुनियाद है, एकजुट होकर संकट से निकलें डॉक्टर बचेंगे तभी देश बचेगा। सब राज्यो में मेडिकल ऑफिसर कैडर बनना नितांत आवश्यक है।

– यह लेखक के अपने निजी विचार है।

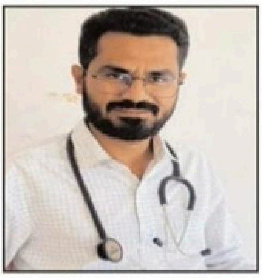
जोधपुर संभाग

जोधपुर , रविवार, 30 जून , 2024 **3**

चिकित्सा सेवाओं के साथ सामाजिक क्षेत्र में भी सक्रिय है डॉ. पंवार

सच Media मीडिया न्यूज नेटवर्क
sachmedia0001@gmail.com

फलोदी ब्यूरो। भारत में प्रति वर्ष 1 जुलाई राष्ट्रीय चिकित्सक दिवस देश के चिकित्सा पेशेवरों के प्रति आभार व्यक्त करने एवं उनका सम्मान करने का दिन है है। यह देश के स्वास्थ्य एवं कल्याण को बनाये रखने के लिये उनकी निष्ठा, कड़ी मेहनन एवं प्रतिबद्धता का सम्मान करने का दिवस है। इसकी शुरूआत डॉ. बीसी रॉय के जन्मदिन के दिन हुई थी। डॉ. बीसी रॉय का जन्म 1 जुलाई 1882 को एवं निधन 1 जुलाई 1962 में हुआ था। रॉय एक प्रसिद्ध चिकित्सक थे, आपने कलकत्ता मेडिकल कॉलेज से स्नातक एवं लंदन से उच्च शिक्षा प्राप्त की। डॉ. रॉय बंगाल के द्वितीय मुख्यमंत्री 14 वर्ष तक रहे, उन्होंने सामाजिक कल्याण एवं स्वास्थ्य सेवाओं में महत्वपूर्ण योगदान दिया। सर्वोच्च सेवाओं में उल्लेखनीय योगदान के लिये वर्ष 1976 में



भारत रत्न से सम्मानित किया गया। भारतीय चिकित्सा संघ द्वारा वर्ष 1991 में राष्ट्रीय चिकित्सक दिवस की शुरूआत की गई थी।

राष्ट्रीय चिकित्सक दिवस का महत्वः-

देश के सभी डॉक्टर्स जो दिन-रात अपने मरीज की जान बचाने के लिये जुटे रहते है, उन्हें सम्मानित करना, कोविड-19 काल में डॉक्टर्स ने जो भूमिका निभाई है वह किसी से छिपी हुई नही है। इस खास दिन को मनाने के पीछे यही मूल कारण है।

राष्ट्रीय चिकित्सक दिवस 2024 की थीमः-

हीलिंग हैंड्स केयरिंग हट्स, यह थीम चिकित्सको के द्वारा प्रति दिन मरीजो के प्रति करुणा एवं समर्थन एवं जोड़ देती है। स्वास्थ्य एवं कल्याण को बढ़ावा देना तथा जनता के विश्वास की डोर है इसे बनाये रखना है।

आदिवासी क्षेत्र से की सेवा की शुरुआतः-

डॉ. ईश्वर पंवार चिकित्सा अधिकारी प्रभारी सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पीलवा निवासी देचू ने बताया कि उनका प्रथम पदस्थापन सिरोही जिले के आदिवासी क्षेत्र में हुआ, इस दौरान मैंने महसूस किया कि इस क्षेत्र में लोगो को स्वास्थ्य एवं चिकित्सा के बारे में बहुत ही कम जानकारी है। क्षेत्र में पदस्थापन के दौरान आदिवासी क्षेत्र में उन्होंने बहुत विजिट की, यहां पर पहाड़ी क्षेत्र में घर दूर-दूर बसे हुए है। इस क्षेत्र में मलेरिया फैलने के दरम्यान डोर टू डोर जाकर जांच कर दवाईयां उपलब्ध करवाने, लोगों को स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में विस्तृत जानकारी देने एवं गंभीर मरीजों को उच्च चिकित्सालय में भेजने का कार्य किये गये। इसके लिये आदिवासी समाज के लोगों ने डॉ. पंवार का आभार व्यक्त किया। डॉ. पंवार ने बताया कि पदस्थापन के कुछ समय बाद कोविड -19 की महामारी आ गई। इस महामारी में डॉ. पंवार को वृहद स्तर पर मानव सेवा करने का मौका मिला, विभाग द्वारा इनको कोविड-19 प्रभारी नियुक्त किया गया। इस दरम्यान प्रत्येक सेक्टर में कोविड-19 पॉजिटिव मरीजों के घर जाकर उनसे मिलने तथा स्वास्थ्य के बारे जानकारी जुटाकर समय इलाज करने, प्रभावी मॉनिटरिंग करने, गंभीर मरीजो को एम्बुलेंस द्वारा कोविड सेंटर तक पहुंचाने एवं मरीजों की जानकारी रखने का कार्य किया गया।

उल्लेखनीय सेवाओं के लिये सम्मानित कियाः-

कोविड-19 के दरम्यान उल्लेखनीय सेवाओं के लिये विभिन्न सामाजिक संगठनों एवं प्रशासन द्वारा सम्मानित किया गया। ऑल इंडिया ह्यूमन राइट्स एवं लीगल जस्टिस द्वारा वर्ष 2023 में राष्ट्रीय चिकित्सा सेवा श्री सम्मान से सम्मानित किया गया। चिकित्सा सेवाओं के साथ-साथ डॉ. पंवार विश्व मानवाधिकार सुरक्षा आयोग में सदस्य, डॉक्टर्स एसोसिएशन (असिस्दा) में संयुक्त सचिव एवं अजा-जजा संगठनों के अखिल भारतीय परिसंघ में प्रदेश महासचिव की भूमिका का भी निर्वाहन कर रहे है।

मेडिकल कॉलेजों में गैर-एमबीबीएस फैकल्टी रखने की जिद क्यों?

■ डॉ. बीएल बैरवा
सीनियर कंसलटेंट सर्जन
एमपी बिरला हॉस्पिटल, चित्तौड़गढ़

देश की स्वास्थ्य नीतियां बनाने में बिचौलियों और प्राइवेट मेडिकल कॉलेज माफिया की बड़ी भूमिका के मामले सामने आ रहे हैं। सीबीआई ने एक बड़े नेटवर्क का भंडाफोड़ किया है। इसमें केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय और नेशनल मेडिकल कमीशन (एनएमसी) के अधिकारियों के साथ बिचौलियों और निजी मेडिकल कॉलेज संचालकों के नापाक रिश्ते सामने आए हैं। यह नेटवर्क कई तरह के भ्रष्टाचार और मेडिकल कॉलेजों को नियंत्रित करने वाले नियामक ढांचे में गैर-कानूनी हेरफेर सहित कई गंभीर अपराधों में शामिल है। इस पृष्ठभूमि में यह देखना जरूरी है कि मेडिकल कॉलेजों में गैर-एमबीबीएस फैकल्टी रखने का प्रयास क्यों किया जा रहा है।

मेडिकल कॉलेजों में गैर-एमबीबीएस (जैसे एमएससी या पीएचडी धारक) फैकल्टी की नियुक्ति का लंबे समय से विरोध होता आया है। वर्तमान में ऐसी फैकल्टी 15% तक रखने का प्रावधान है। इसके विरोध को देखते हुए कार्यकारी समिति ने इसे घटा कर 0% करने की सलाह दी थी लेकिन एनएमसी ने अचानक इसे 15% से बढ़ा कर 30% करने की प्रक्रिया तेज कर दी है। लिहाजा, एनएमसी द्वारा जारी टीईक्यू 2025 (30.06.25) और एमएसआर संशोधन (02.07.25) पर गंभीर सवाल उठ रहे हैं। एमबीबीएस की पढ़ाई मानव जीवन को सीधे प्रभावित करती है। इसे पढ़ाने वालों के पास आवश्यक मूलभूत योग्यता होनी चाहिए। जिसने खुद एमबीबीएस और आगे की पढ़ाई न की हो, वह किसी एमबीबीएस स्टूडेंट को कैसे पढ़ा सकता है। लेकिन स्पष्ट नियमों के अभाव में मनमानी जारी है। एनएमसी द्वारा उम्मीदवारों की उचित जांच नहीं की जाती। कई निजी और सरकारी मेडिकल कॉलेजों में एमएससी, पीएचडी धारक उम्मीदवारों को नियुक्त किया जाता है। इनके पास एमबीबीएस नहीं, बल्कि बीएससी, बीएचएमएस, बीएएमएस जैसी स्नातक डिग्री होती है। इनमें से कुछ लोगों के पास अंशकालिक या दूरस्थ शिक्षा के माध्यम से पीएचडी की डिग्री होती है। ऐसे लोगों को मेडिकल कॉलेजों में ट्यूटर, सहायक या एसोसिएट प्रोफेसर जैसे पदों पर नियुक्त कर लिया जाता है। यह एमबीबीएस और एमडी पाठ्यक्रम के कठोर, पूर्णकालिक प्रशिक्षण और गुणवत्ता नियंत्रण के बिल्कुल विपरीत है। इनके लिए नीट-यूजी और पीजी जैसी कठिन प्रवेश परीक्षा पास करनी पड़ती है।

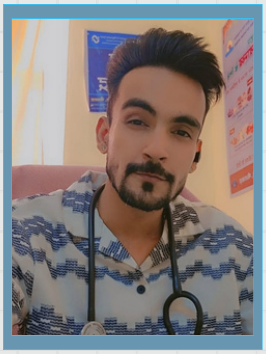
> **कई निजी/सरकारी मेडिकल कॉलेजों में एमएससी/पीएचडी धारकों को नियुक्त किया जाता है। इनके पास एमबीबीएस नहीं, बल्कि बीएससी/बीएचएमएस/बीएएमएस जैसी स्नातक डिग्री होती हैं, जो एमबीबीएस/एमडी पाठ्यक्रम के पूर्णकालिक प्रशिक्षण और गुणवत्ता नियंत्रण के बिल्कुल विपरीत है। इनके लिए नीट-यूजी और पीजी जैसी कठिन प्रवेश परीक्षा पास करनी पड़ती हैं**

डिग्रियों की विश्वसनीयता सवालों के घेरे में

पीएचडी और एमएससी डिग्रियों की विश्वसनीयता लगातार सवालों के घेरे में रही है। गैर-मान्यता प्राप्त या फर्जी विश्वविद्यालयों द्वारा हजारों फर्जी प्रमाणपत्र जारी किए जा रहे हैं। यूजीसी-मान्यता प्राप्त कई संस्थानों को नियमों के घोर उल्लंघन के कारण पीएचडी देने से रोक दिया गया है। कई डिग्रियां उचित शैक्षणिक प्रक्रियाओं का पालन किए बिना प्रदान की जाती हैं। उनकी कोई वास्तविक वैधता नहीं होती है। इन सच्चाइयों के बावजूद एनएमसी यह जांच करना जरूरी नहीं समझता कि किसी पीएचडी धारक ने पूर्णकालिक शैक्षणिक पढ़ाई की है, अथवा नहीं। इसके लिए फॉर्म 26 एएस या एआईएस भी मांगा जाता, जो डीएनबी करने वालों से मांगा जाता है। मानकों की जांच और सत्यापन का पूरी तरह अभाव है। इसके कारण नियमों का उल्लंघन बेहद आसान है। किसी वास्तविक निरीक्षण के अभाव में भारी पैमाने पर फर्जीवाड़ा होता है।

नीति आयोग द्वारा वित्त-पोषित एक अध्ययन के अनुसार राज्य सरकारों के पुराने कॉलेजों में एनाटॉमी, फिजियोलॉजी और बायोकेमिस्ट्री में 2% से भी कम रिक्तियां हैं। विशेषज्ञों का कहना है कि इन विभागों में कभी भी फैकल्टी की गंभीर कमी नहीं रही। एमबीबीएस सीटों में हालिया वृद्धि से मांग में अस्थायी वृद्धि हुई है लेकिन इसके कारण नॉन-एमबीबीएस फैकल्टी की नियुक्ति को उचित नहीं ठहराया जा सकता। अगर गैर-एमबीबीएस फैकल्टी की भूमिकाओं का विस्तार होता रहा, तो एमबीबीएस की गुणवत्ता प्रभावित होगी। एमबीबीएस के दौरान एनाटॉमी, फिजियोलॉजी और बायोकेमिस्ट्री जैसे विषयों में तीन साल का कठोर प्रशिक्षण दिया जाता है। लेकिन इन विषयों की पढ़ाई के लिए एमबीबीएस को दरकिनार करके नॉन-एमबीबीएस को रखा जाएगा। एक डॉक्टर का ट्वीट है-'हर कोई पूछ रहा है कि गैर-क्लिनिकल सीटें खाली क्यों रह रही हैं? यह एक प्रमुख कारण है। डॉक्टरों के बीच प्रतिस्पर्धा पहले से ही बहुत अधिक है। अब सरकार चाहती है कि हम नॉन-एमबीबीएस के साथ भी प्रतिस्पर्धा करें।' लोग पूछ रहे हैं कि क्या एनएमसी सार्वजनिक स्वास्थ्य की बजाय निजी कॉलेजों के लिए काम कर रहा है? इस फैसले से अब उन नॉन-एमबीबीएस लोगों को एमबीबीएस छात्रों को पढ़ाने की अनुमति मिल गई है, जिन्होंने कभी एक भी मरीज का इलाज नहीं किया।

एनएमसी का दावा है कि क्लिनिकल फैकल्टी की कमी है लेकिन उसने सरकारी कॉलेजों में रिक्तियों का कोई आधिकारिक आंकड़ा जारी नहीं किया है। कई लोगों का मानना है कि यह कदम निजी कॉलेजों को सस्ते, गैर-चिकित्सा कर्मचारियों की नियुक्ति में मदद करने के लिए है। डॉक्टरों ने चेताया है कि यह छात्रों और मरीजों के लिए जोखिम भरा है। एमबीबीएस का पहला वर्ष नैदानिक समझ की नींव रखता है। अगर इसे गैर-नैदानिक शिक्षकों द्वारा पढ़ाया जाता है, तो छात्र जीवन भर गलत ज्ञान अपने साथ रख सकते हैं। एनएमसी एक्ट, 2019 का उद्देश्य चिकित्सा शिक्षा में सुधार करना था। लेकिन हाल के फैसलों और अब संभावित भ्रष्टाचार की सीबीआई जांच के साथ डॉक्टर पूछ रहे हैं : "क्या एनएमसी निजी मुनाफे को चिकित्सा शिक्षा से ऊपर रख रहा है?" ■



Dr. Divyanshu Nagora
National General Secretary, Doctors Welfare Federation

प्रिय साथियों,

Doctors Welfare Federation का उद्देश्य सदैव स्पष्ट रहा है—देशभर के चिकित्सकों को एक मजबूत, सुरक्षित और सम्मानित कार्यपरिवेश प्रदान करना। पिछले समय में हमने देखा है कि किस तरह डॉक्टर अनेक प्रकार के दबावों, चुनौतियों और व्यवस्थित असमानताओं का सामना करते हुए भी समाज की सेवा में निरंतर समर्पित रहते हैं। ऐसे समय में एक संगठित, एकजुट और दृढ़ संगठन की आवश्यकता पहले से कहीं अधिक है।

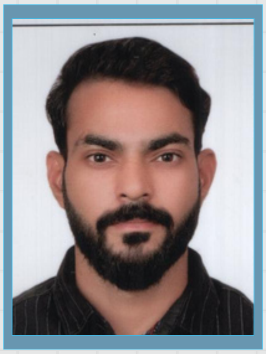
DWF इसी भावना के साथ कार्य कर रहा है—हर डॉक्टर की आवाज़ को सशक्त बनाना, उनके अधिकारों की रक्षा करना और वह वातावरण तैयार करना जिसमें चिकित्सक बिना भय, दबाव और भेदभाव के अपना सर्वश्रेष्ठ दे सकें।

हमारी टीम का हर सदस्य इस मिशन के लिए प्रतिबद्ध है। हम डॉक्टरों के हितों के लिए नीतिगत स्तर पर भी मज़बूती से कार्य कर रहे हैं, चाहे वह सुरक्षा से जुड़े मुद्दे हों, कार्य परिस्थितियाँ हों, पदस्थापन और प्रशिक्षण से जुड़े प्रश्न हों या फिर युवा डॉक्टरों का भविष्य।

मैं सभी साथियों से अपील करता हूँ कि इस यात्रा में हमारे साथ कंधे से कंधा मिलाकर जुड़ें। आपका हर कदम हमें और अधिक शक्तिशाली बनाता है। केवल एकजुटता ही वह शक्ति है जो डॉक्टर समुदाय का सम्मान वापस दिलाएगी और हमारे संघर्ष को सार्थक बनाएगी।

आइए, मिलकर यह प्रण लें कि हम न केवल अपनी पीढ़ी के लिए बल्कि आने वाली पीढ़ियों के लिए भी एक बेहतर, सुरक्षित और सम्मानजनक चिकित्सा व्यवस्था का निर्माण करेंगे।

जय हिंद
जय डॉक्टर फोर्स
— Dr. Divyanshu Nagora
National General Secretary
Doctors Welfare Federation



Dr. Jakir Khan
National Director, Doctors Welfare Federation

प्रिय साथियों,

Doctors Welfare Federation सिर्फ एक संगठन नहीं, बल्कि भारत के हर उस चिकित्सक की आशा, शक्ति और आवाज़ है जो दिन-रात समाज की सेवा में समर्पित है। एक डॉक्टर के रूप में हम न केवल बीमारियों से लड़ते हैं, बल्कि अनेक सामाजिक-प्रशासनिक चुनौतियों से भी लगातार जूझते हैं। इन परिस्थितियों में एक ऐसा मंच आवश्यक है जो हमारे अधिकारों, गरिमा और सुरक्षा के लिए मज़बूती से खड़ा हो—DWF उसी उद्देश्य के साथ कार्यरत है।

National Director के रूप में मेरा संकल्प है कि हर डॉक्टर की समस्या को गंभीरता से सुना जाए, उसे उचित मंच पर उठाया जाए और समाधान तक पहुँचाया जाए। चाहे वह कार्यस्थल पर सुरक्षा का मुद्दा हो, नीतिगत अन्याय हो, असमान पदस्थापन हो, या युवा डॉक्टरों का भविष्य—DWF हर मोर्चे पर आपके साथ खड़ा है।

मैं सभी डॉक्टर साथियों से आग्रह करता हूँ कि आप इस परिवार का हिस्सा बनें, ताकि हमारी सामूहिक शक्ति और प्रभाव और अधिक सशक्त हो सके। आपकी सहभागिता ही इस आंदोलन को मजबूती देती है और हमें वह बदलाव लाने में सक्षम बनाती है जिसके लिए डॉक्टर समुदाय वर्षों से प्रतीक्षा कर रहा है।

आइए, एकता, सम्मान और सकारात्मक परिवर्तन की इस यात्रा में हम सब मिलकर आगे बढ़ें।

हमारा उद्देश्य स्पष्ट है — डॉक्टरों का सम्मान, सुरक्षा और अधिकार।
हमारा संकल्प अटूट है — डॉक्टर मजबूत होंगे तो स्वास्थ्य व्यवस्था मजबूत होगी।

— Dr. Jakir Khan
National Director
Doctors Welfare Federation

National President's Message

✍️ Dr. Chandraveer Singh
National President, Doctors Welfare Federation (DWF)

It fills me with immense pride and purpose to present this edition of the Doctors Welfare Federation (DWF) publication — a symbol of unity, strength, and dedication of our medical fraternity.

The journey of a doctor is one of sacrifice, service, and silent struggle. Every day, doctors across India work tirelessly to heal the nation, often at the cost of their own comfort, health, and peace. Yet, the reality remains — the hands that heal the world are themselves burdened with challenges, injustice, and insecurity.

The Doctors Welfare Federation was founded with a single mission — to protect, empower, and unite every doctor of India under one strong banner of dignity and welfare.
We are not just an organization; we are a movement born from the pain and pride of every doctor who believes that change is possible when we stand together.

This book represents our ongoing efforts — our work, our achievements, and our vision for a healthier and more respectful medical ecosystem. It is a tribute to every doctor who continues to serve humanity despite odds, and to every supporter who stands with us in this noble cause.

I extend my heartfelt thanks to all state and national members, editorial teams, and contributors who have made this publication a reality. Together, we shall continue our mission — to create a system where doctors are safe, respected, and empowered to serve society fearlessly.

"Let us unite — not just as doctors, but as defenders of humanity, justice, and dignity."
🩺 – Dr. Chandraveer Singh
National President
Doctors Welfare Federation (DWF)

Reg. U88900RJ2024NPL098813
DOCTORS WELFARE FEDERATION INDIA
DWF Hall of Fame Class of 2025
Congratulations
Dr. Sudhanshu Pandey
Dr. Anjali Dhabai
Dr. Manish Khandelwal
Dr. Abhishek Purohit
Dr. Ishwar Panwar
Dr. Mangilal Seervi
Dr. Rahul Barwad
Dr. Abhinav Meena
Dr. Satyanarayan yadav
Dr. Bharat Tailor
Dr. Roshan Meena
Dr. Naresh Bhatia
Dr. Vikas Bamania
Dr. Jakir Khan
Dr. Mukesh Kumawat
Dr. Dilraj Meena
Dr. Bhanu Bansal
Dr. Lokesh Sharma
Dr. Shadil ali
Dr. Manoj Sattawan
DR. DIVYANSHU NAGORA
National General Secretary
Doctors Welfare Federation India
DR. CHANDRAVEER SINGH
National President
Doctors Welfare Federation India