
Final Report 2012-2013

Community Health Learning Fellowship Programme

SOCHARA , BANGALORE INDIA
Team Mentor: Mr. As
Mohammad
Field mentor: Mrs. Ratna
Sharma
Fellow: Rohit Kashyap



Contents		
Introduction		
Acknowledgements		
<i>S.No.</i>	Topic	
<i>I.</i>	<i>Why did I join CHLP?</i>	
<i>II.</i>	<i>Learning objective in CHLP</i>	
<i>III.</i>	<i>Over All Learning for CHLP</i>	
<i>IV.</i>	<i>Organizations visited and projects Undertaken</i>	
<i>V.</i>	<i>My experience at the field</i>	
<i>VI.</i>	<i>Research study project</i>	
<i>VII.</i>	<i>Overall conclusion</i>	
<i>VIII.</i>	<i>Reading list</i>	
<i>IX.</i>	<i>Photos</i>	

पृष्ठभूमि

इन्दौर जिला मालवा के मध्य में स्थित है। इस छोटे जिले की सीमाएँ 22°20 उत्तर से 23°05 उत्तर आक्षांश और 75°25 पूर्व से 76°15 पूर्व देशांश तक फैली हुई है। यह उत्तर में उज्जैन जिले से, दक्षिण में निमाड़ (पश्चिम) जिले से, पूर्व में देवास जिले से और पश्चिम में धार जिले से घिरा हुआ है। जिले का यह नाम इन्दौर के मुख्यालय नगर के नाम पर पड़ा है, जो पहले इंदूर कहलाता था, जो इन्द्रेश्वर या इन्द्रपुर का अपभ्रंश है। यह उस गाँव का नाम था, जहाँ इस नगर की स्थापना की गई है। इन्द्रेश्वर का मंदिर जिसके कारण गाँव का यह नाम रखा गया था, अभी भी शहर के मध्य जूनी इन्दौर में स्थित है। इस गाँव का ही विकास शहर के रूप में हुआ, जो लगभग 1661 ईस्वी में बसाया गया था तथा मूलतः इन्द्रपुर कहलाता था। इंदौर शहर की कुल जनसंख्या 32.7 लाख है। इसमें अनुसूचित जाति के लोगों की जनसंख्या 5.45 लाख है तथा अनुसूचित जनजाति की जनसंख्या केवल 2.17लाख है। जिले का लिंगानुपात प्रति हजार पुरुषों पर 924 है।

फॅलोशिप के दौरान मेरी पदस्थापन **लेप्ररा सोसायटी** में रही। यह **संस्था** शहरी एवं ग्रामिण क्षेत्रों में टी.बी. एवं एच.आई.वी पर काम कर रही है, जिस कि विस्तृत जानकारी आगे के अध्यायों में प्रस्तुत होगी। फॅलोशिप के दौरान मेरा कार्यक्षेत्र मंगालिया ग्राम रहा।

आभार

सबसे पहले मैं धन्यवाद देता हूँ प्रेरणादायी एवं मार्गदर्शक डॉ. थेलमा नारायण, डॉ. रवी नारायण, श्री आस. मोहम्मद जी का इनके सहयोगी व्यवहार एवं विनम्रता ने जीवन को नई दिशा दिखाई। इनकी सीख और अनुभव के कारण सभी को सामुदायिक स्वास्थ्य फॅलोशिप कार्यक्रम का मंच मिल पाया। मैं धन्यवाद देता हूँ प्रोग्राम को-ओडीनेटर डॉ. युवराज , डॉ. आदित्या, श्री कार्तिक,कुमार के जे. एंव साचोरा- बगैलोर टीम सदस्य एव साथी फॅलोस ।

लेप्ररा सोसायटी के सभी साथियों विशेषकर श्रीमति रतना जी एवं संस्था मित्र श्रृगांर से श्री वेनू पिल्लाई, श्री ग्राजेश श्रीवास्तवा एवं विकास मौर्य जी का आभार व्यक्त करता हूँ, कि वे हमेशा मेरी मदद के लिए तत्पर रहें। ग्रामिण स्वास्थ्य पर समझ बनाने में इनकी विशेष भूमिका रही।

रोहित कश्याप

सामुदायिक स्वास्थ्य साथी

Why did I join CHLP ?

सामाजिक कार्य में एम.एस.डब्ल्यू कि उपाधि प्राप्त करने के बाद मेरे द्वारा इन्दौर शहर एवं ग्रामिण क्षेत्रों में विभिन्न एन.जी.ओ.के साथ एच.आई.वी के क्षेत्र में काम किया गया जिसमें हमारे द्वारा एक लक्षित समुह को सेवाएँ प्रदान की जाती थी,जिसमें मुख्य रूप से एच.आई.वी टेस्ट,सक्रामक रोगों कि रोक थाम एवं उपचार के लिये प्रेरित करना साथ ही कंडोम के उपयोग को बढ़ावा देना। कार्यक्रम में अधिक जोखिम वाले समूहों और ब्रिज जनसंख्या, लिंग वर्कर्स स्कीम, समन्वित परामर्श और जांच सेवा, सामूहिक स्वास्थ्य सेवा, सहायता और उपचार केंद्र, सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी) तथा कंडोम को बढ़ावा देने जैसे लक्ष्यगत हस्तक्षेपी कार्यक्रमों पर ध्यान देना है।

इस कार्यक्रम के माध्यम से लोगों को सेवाएँ तो प्रदान की जा रही थी परन्तु मन में कही ये ख्याल आता था कि हम लोगों को सम्पूर्ण स्वास्थ्य सेवा नहीं दिला पा रहे हैं,समुदाय कि स्वास्थ्य संबंधित बहुत समस्या है,जिन कि पहचान के लिये मुझे स्वास्थ्य के क्षेत्र में अपनी समझ को बढ़ाना होगा।

तभी मुझे इस फ़ैलोशिप के बारे में पता चला,अप्रैल 2013 में मेरे द्वारा फ़ैलोशिप को ज्वार्न किया गया।

Learning objectives in CHLP

स्वास्थ्य क्या हैं? समझना

एन.एच.एम. को समझना

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को समझना

शहरीकरण एवं स्वास्थ्य

स्वस्थ्य पर शोध

व्यक्तिगत विकास

Over All Learning For CHLP

स्वास्थ्य

विकलांगता

शहरीकरण एवं स्वास्थ्य

सहभागितापूर्ण ग्रामीण मूल्यांकन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

स्वास्थ्य प्रणाली

भारत में स्वस्थ्य नीतियां

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

संचरी और गैर संचरी रोग

आयुष

जेंडर

Health

स्वास्थ्य को न केवल बीमारी होने की स्थिति में देखा जाना चाहिए बल्कि इसे पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक बेहतरी के रूप में भी देखा जाना चाहिए। अच्छे स्वास्थ्य के निर्धारक हैं विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच और किसी व्यक्ति की जीवन शैली की पसंद, निजी, परिवार और सामाजिक संबंध। (डब्ल्यू.एच.ओ)

स्पष्ट होता है, कि स्वास्थ्य केवल बीमारीयों से ही प्रभावी नहीं होता है, इसमें सामाजिक राजनितिक कारण भी होते हैं, हम निवारात्मक, उपचारात्मक और लोक स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान किए जाने वाली कार्यनीति पर बात करेंगे है।

इस समय भारत की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का मिश्रण शामिल है। प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्तर पर स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं का नेटवर्क, मुख्यतः राज्य सरकारों द्वारा चलाया जाता है, मुफ्त या बहुत कम कीमत पर चिकित्सा सेवाएं प्रदान की जाती हैं। परन्तु सरकार द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवा का समुदाय को लाभ ना मिल पाने के कारण ही निजी स्वास्थ्य सुविधा क्षेत्रों का एक व्यापक रूप है जिसमें व्यक्तिगत डॉक्टर और उनकी क्लिनिक से लेकर सामान्य अस्पताल और सुपर स्पेशियलिटी अस्पतालों का संपूर्ण क्षेत्र आता है।

1. सार्वजनिक और निजी क्षेत्र, दोनों में सेवा सुविधाओं की गुणवत्ता में काफी अंतर है। निजी क्षेत्र में प्रैक्टिस करने वाले कई डॉक्टर, अर्हताप्राप्त डॉक्टर नहीं हैं। सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के अस्पतालों को नियंत्रित करने वाले मानक पर्याप्त रूप से स्पष्ट नहीं हैं और किसी भी स्थिति में उन्हें प्रभावी रूप से लागू नहीं किया जाता है।
2. अधिकांश लोगों को वहन करने योग्य स्वास्थ्य सेवा, विशेष रूप से तृतीय स्वास्थ्य सेवा, एक गंभीर समस्या है। सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के पास व्यापक और पर्याप्त रूप से निधियां न होने के कारण अधिसंख्य लोगों को अपने व्यय से अधिक निजी क्षेत्र से स्वास्थ्य सेवाएं खरीदनी पड़ती हैं। सार्वजनिक क्षेत्र के अस्पतालों में भी अपने खर्च से बाहर खरीद करनी पड़ती है क्योंकि दवाइयों की कमी होने का अर्थ है मरीजों को वे दवाइयां खरीदनी पड़ेंगी। गंभीर बीमारी की स्थिति में इससे परिवारों पर भारी वित्तीय बोझ पड़ता है। आउट ऑफ पॉकेट व्यय का एक बड़ा भाग, बहिरंग रोगी की स्वास्थ्य सुविधा और दवाइयों से मिलता है जिनमें से अधिकांश मौजूदा बीमा योजनाओं में भी नहीं आती हैं। फिर भी, स्वास्थ्य बीमा में शामिल जनसंख्या की प्रतिशतता काफी कम है।
3. भविष्य में उल्लिखित समस्याओं के और भी बदतर होने की संभावना है। लोगों की आयु बढ़ने के कारण स्वास्थ्य सुविधाओं की कीमतों में भी वृद्धि होने की आशा है, हमारी जनसंख्या का एक बड़ा भाग पुरानी गैर-संक्रामणीय बीमारियों का शिकार होगा जिसके लिए महंगे उपचार की जरूरत होगी। उपचार की संभावनाओं के प्रति भी लोगों के जागरूकता बढ़ रही है और इससे फिर चिकित्सा देखभाल की मांग में वृद्धि होगी।

स्वच्छ पेयजल और साफ सफाई जैसे अच्छे स्वास्थ्य पर प्रभाव डालने वाले दूसरे क्षेत्रों पर भी हमें विचार करने कि जरूरत है। क्यों कि सम्पूर्ण स्वास्थ्य को पाने के लिये हमें सम्पूर्ण प्रयास करने होंगे।

Disability

Disability के बारे में विस्तृत जानकारी जो इस से पहले मुझे नहीं थी।

हमारी पहचान हमारे नाम (Name) या काम (Work) से होती है, परन्तु **Disable** व्यक्ति की पहचान केवल उसके **Disability** से होती हैं। चाहे वो कितने ही अच्छे काम कर ले लेकिन उनकी पहचान नहीं बदलती।

हमें अपना नजरिया (View) बदलना होगा उनके प्रति **Disable Person** को उसकी योगता के आधार से देखना चाहिए।

Berry for Disability

- नजरिया (View)
- पर्यावरण , संस्था
- Rual & Policy
- Disability पर काम करने वाले लोगो कि कमी

Group Exercise

- लंदन मे खसरा होने के बाद दृष्टि बाधित बच्चा होना ।
- Mumbai में C.P. बच्चा होना।
- Dehradun में मध्य वर्ग परिवार में 3 महा के बाद पता चलना कि बच्चा H.I. है।
- Village में किसान के बच्चे को पोलिये होना।

इस प्रकार हमने ये जाना कि **Disability** में सामाजिक , आर्थिक , शिक्ष , जगरुकता , और जैविक कारण होते है।

हमें इन चार क्षेत्रों में कार्य करने कि जरूरत है।

1 Medical Rehabilitation.

2 Education.

3 Economical.

4 Social Change.

Braille Training

ब्रेललिपि : परिचय

ब्रेल उभरी हुई छः बिन्दुओं की ऐसी लिपि है जिसके द्वारा पढ़ने व लिखने के लिए दृष्टि की आवश्यकता नहीं है। इसे हाथों के स्पर्श द्वारा पढ़ा और लिखा जा सकता है। इसका अविष्कार ही इसलिए किया गया की स्पर्श द्वारा पढ़ना व लिखना संभव हो सके। ब्रेल लिपि का अविष्कार लुई ब्रेल द्वारा सन् 1829 में किया गया था।

देवनागिरी, गुरुमुखी, ब्रह्मी इत्यादि लिपियों की तरह ही ब्रेल भी एक लिपि ही है। ब्रेललिपि उभरे हुए बिन्दुओं द्वारा बनाई गई है। इसमें छः उभरे हुए बिन्दु होते हैं जिनसे मिलकर एक ब्रेल सेल बनता है। प्रत्येक सेल में एक वर्ण (अक्षर) लिखा जाता है।

ब्रेल की छः बिन्दुओं के विभिन्न संयोगों द्वारा विश्व की सभी भाषाओं की वर्णमालाएं, विराम चिन्ह, संक्षिप्त चिन्ह आदि तैयार किये गये हैं। हमारे देश की सभी भाषाओं जैसे हिन्दी, मराठी, गुजराती, तमिल, तेलगू आदि के लिए भी ब्रेल की वर्णमालाएं तैयार की जा चुकी हैं।

ब्रेल लिपि को लिखने के लिए अधिकतर स्टाइलस एवं विशेष प्रकार की स्लेट का उपयोग किया जाता है जिसमें छः-छः बिन्दुओं के कई सेल बने होते हैं इसे ब्रेल स्लेट कहा जाता है। ब्रेल स्लेट में मोटे कागज़ की शीट पर स्टाइलस के द्वारा लिखा जाता है। ब्रेल स्लेट की सहायता से ब्रेल लिपि में लिखते समय सीधे हाथ से उलटे हाथ की तरह लिखा जाता है जिससे की उभार दूसरी तरफ आते हैं। इन्ही उभारों को हाथ की उंगलियों की सहायता से छूकर पढ़ा जाता है। इसके अतिरिक्त ब्रेलर के द्वारा भी तेज़ी से ब्रेल को लिखा जा सकता है। ब्रेल में किताबें बनाने के लिए ब्रेल एम्बोसर उपयोग में लाया जाता है।

शहरीकरण एवं स्वास्थ्य

शहरीकरण विकास प्रक्रिया का स्वाभाविक अंग है, क्योंकि नगरों से बड़े पैमाने पर अर्थव्यवस्था को तथा बस्तियों को संबल मिलता है। क्योंकि बेहतर आजीविका अर्जित करने के लिए निवासियों के अंतर-निर्भर प्रयासों से जाति, पंथ और भाषा की बाधाएं समाप्त हो जाती हैं। फिलहाल, लगभग 31 प्रतिशत आबादी, अर्थात् लगभग 380 मिलियन लोग शहरी क्षेत्रों में रहते हैं और 2030 तक यह संख्या बढ़कर लगभग 600 मिलियन हो जाएगी। बढ़ती शहरी आबादी को स्तरीय सेवाएं उपलब्ध कराना एक बड़ी चुनौती है। शहरी सेवाएं बेहद ख़राब हैं—खासकर सफाई, ठोस कचरे को हटाने, पानी, सड़क, रहनें कि व्यवस्था और सार्वजनिक परिवहन की स्थिति। सभी भारतीय शहरों में, सस्ते तथा अच्छे मकानों की कमी चिंताजनक है, क्योंकि इसके कारण ही झुग्गियों का विकास होता है झुग्गियों कि समस्याओं तथा खराब जल और स्वच्छता सेवाओं के कारण स्वास्थ्य और जीवन-दशाएं बिगड़ जाती हैं।

शहरी शासन बहुत कमज़ोर है, इसमें विभिन्न एजेंसियों के बीच तालमेल अच्छा नहीं है क्योंकि इसके बगैर अच्छी बस्तियों का निर्माण और उन्हें अच्छा बनाए रखना संभव नहीं है। शहरीकरण प्रबंधन में सुधार की कार्यनीतियों की व्याख्या

Participatory Rural Appraisal

PRA को हिन्दी में **सहभागितापूर्ण ग्रामीण मूल्यांकन** कहते हैं। इस का उपयोग कर हम समुदाय कि प्रथमिकताओं को समुदाय द्वारा जानते हैं एवं निराकरण भी समुदाय कि ओर से ही आते हैं PRA के माध्यम में हम ये जानने का प्रयास करते कि बुनियादी आवश्यकताएँ या समस्या क्या है ? यहाँ ऐसी विधि है जो लोगों के लिये उन्ही के द्वारा किया जाता है। ग्राम के आधार भूत जानकारी एकत्रित करने के लिये एवं ग्राम की समस्याओं के बारे में जानने के लिये **Transect Walk, Social Mapping, Seasonal Mapping and Venn Diagram** जिससे गांव की भूमिगत स्थिति ग्राम में कौन सी सरंचना कहा है वह जानने के लिए ग्राम वासियों से जमीनी स्तर का नक्शा बनवाया जाता है, और ग्राम में उपलब्ध संसाधन जैसे नक्शे पर वन, कृषि क्षेत्र, मकान, भवन, सड़क, पूल, कूप, ट्यूबवेल, शासकीय भवन, तालाब, नदी, नाले आदि को नक्शे पर दर्शाया जाता है। एवं ग्राम वासियों से इस नक्शे पर गांव की समस्या की जानकारी प्राप्त की जाती है।

PRA Techniques

1. Transect Walk
2. Timeline
3. Social Mapping
4. Seasonal Mapping
5. Venn Diagram
6. Matrix Ranking
7. Pair Wise Ranking
8. Well Being Ranking

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

भारत सरकार द्वारा अप्रैल-2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन कि शुरुवात देश के 18 राज्यों में एक साथ लागू किया गया, जोकि खासकर कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य ढांचे वाले राज्य हैं। ऐसा पहली बार नहीं था जब सरकार ने सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं और सार्वजनिक व्यवस्था की समस्याओं को स्वीकार किया था। भोरे समिति के प्रस्तुत होने और प्रथम पंचवर्षीय योजना के समय से 1970 के दशक तक अनेक सिफारिशों की गई। इनका जोर सभी तबकेस के लोगों को निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच बनाने पर था।

लक्ष्य और रणनीतियां

- सभी कि प्राथमिक स्वास्थ्य तक पहुंच।
- महिलाओं और बच्चों के पोषण, टीकाकरण, पानी और सफई।
- नवजात मृत्यु दर तथा मातृत्व मृत्यु दर में कमी।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य पर खर्च को सकल घरेलू उत्पाद के 2-3 प्रतिशत तक पहुंचाना।

- आयुष (आयुर्वेद,योगा,यूनानी,होम्योपैथी एवं सिद्ध) को मुख्यधारा में लाकर सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था में जोड़ना।
- आशा के माध्यम से परिवार के स्तर पर स्वास्थ्य तक पहुंच।
- स्वास्थ्य व्यवस्था में ढाचागत सुधार ताकि यह बढ़े हुए आवंटन का समुचित उपयोग कर सके।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के स्वामित्व, नियंत्रण एवं प्रबंधन में पंचायती राज संस्थानों को शामिल करना।
- पंचायतों की ग्राम स्वास्थ्य समितियों के माध्यम से प्रत्येक गांव के स्वास्थ्य योजना तैयार करना।
- सार्वजनिक-निजी सहभागिता
- सामाजिक स्वास्थ्य बीमा और जोखिम उठाने की व्यवस्था

इस प्रकार राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा कि भूमिका सबसे महत्वपूर्ण हैं, इसी के साथ सामुदायिक निगरानी भी एक मुख्य चरण जिसके माध्यम से उपस्वास्थ्य केन्द्र से लेकर सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की गतिविधियों पर हम नजर रख सकते हैं। इस के साथ ही सम्पूर्ण स्वास्थ्य का जो हम सपना देख रहे हैं कहीं ना कहीं वह सच होने कि कागार पर पहुंचने का प्रयास दिख रहा है।

Health system

According to WHO “a health system comprises all organizations, institutions and resources devoted to producing actions whose primary intent is to improve health. Most national health systems include public, private, traditional and informal sectors. The four essential functions of a health system have been defined as service provision, resource generation, financing and stewardship.”

भारत कि जो स्वास्थ्य प्रणाली है, वह एक भ्रष्ट स्वास्थ्य प्रणाली है, जिसमें किस भी काम कि जवाबदेही का प्रवधान तो है,लेकिन सिर्फ कागजो पर जो कि अमिरो एवं गरिबों को समानता से सुविधाएं प्रदान करने के लिये प्रतिबद्ध हैं इस के मुख्य बिन्दु इस प्रकार हैं।

Financing- public, private, out of pocket

- Organization of health care systems
- Governance & accountability mechanisms
- Implementation issues
- Quality of care
- Outcomes and impacts, including equity
- CPHC approach to health system development
- Health systems as a health determinant

Health Policy in India

According WHO “a national health policy is an expression of goals for improving the health situation, the priorities among those goals and the main directions for attaining them.”

In India we have two national policies:-

- National Health Policy (NHP) 1983 & 2002
- National Population Policy (NPP) 2000

इस का मतलब है, कि समुदाय को स्वास्थ्य नीतियों में भाग लेने के अवसर प्रदान किये जाने चाहियें। समुदाय की सहभागिता होने से स्वास्थ्य सेवाओं तक लोगों की पहुँच आसान हो सकती है।

चुनौतियाँ और बाधाएँ :- समुदाय की भागीदारी, भुगतान करने की क्षमता, राजनीतिक विकल्प, Social inclusion/exclusion, Beliefs and Experiences & conflict.

Social determinants of health

कई वर्षों से स्वास्थ्य शब्द कई रूपों में परिभाषित किया गया, स्वास्थ्य एक बहु-आयामी अवधारणा है। जिसमें बीमारी की अनुपस्थिति या उपस्थिति के कई कारण होते हैं जैसे जैविक, रासायनिक, भौगोलिक, आर्थिक एवं सामाजिक जिसके अन्तर्गत सामाजिक स्थिति, शिक्षा/साक्षरता, रोजगार/आय, आवास एवं पर्यावरण भी आते हैं। किसी भी व्यक्ति का जन्म कहा हुआ है, यह निर्धारित करता है, कि उसका विकास कैसा होगा। उसके सामाजिक स्तर पर निर्भर करता है कि उसका स्वास्थ्य कैसा होगा, स्वास्थ्य को प्रभावित करने में सामाजिक निर्धारक एक बहुत बड़ी भूमिका निभाते हैं। परिवार को स्वास्थ्य रखने के लिए आर्थिक स्थिति के साथ सामाजिक स्थिति एवं शिक्षा बहुत महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।



इस चार्ट के माध्यम से हम बाढ़ी आसानी से समझ सकते हैं, कि स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारक कैसे एक दुसरे से संबंधित होते हैं।

Organizations visited and projects Undertaken •

1. The Green Foundation, Bangalore April 2013
 - 2- Basic Need India , Bangalore April 2013
 - 3- FRLHT, Bangalore July, 2013
 - 4- The Association of People with Disability(APD),Bangalore October 2013
 - 5- KARUNASHRAY ,Bangalore Hospice Trust, November 2013
- Conferences & meeting attended
- 1 State level consultation on “ Ban on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship” July, 2013
 - 2- Transation analysis, October 2013 6- The 4th Annual Conference of The Karnataka Chapter of the Indian Academy of Geriatrics on “Identifying solutions to challenges in Geriatrics”, December 2013

दक्षिण भारत में संस्थाएँ जितने बुलनदियों को छु रही हैं, उतनी ही जमीनी स्तर पर भी काम कर रही हैं स्वास्थ्य से संबंधित जितने भी संस्थाओं में द्वारा विजिट कि गई सारी संस्थाएँ अपने ही द्वारा प्रोजेक्ट रन कर रही हैं, इससे वह वास्तविक जरूरत मंद लोगो को सेवाएँ पहुँचा रही हैं। इन संस्थाओ के माध्यम से समुदाय में जागरूकता के लिये उनके कार्यक्रम किये जा रहे हैं, स्वास्थ्य कि शिक्षा को बढ़ाने के लिये शिक्षा कार्यक्रम के अन्तर्गत प्रशिक्षण दिये जा रहे हैं, जो एक अच्छी पहल हैं, इन कार्यक्रमों के द्वारा समुदाय में कार्य करने वालो को जमीनी स्तर कि जानकारी दी जा रही हैं। साथ ही सी.बी.ओ. को बहुत अच्छी तरह से सहयोग कर अच्छा परिणाम प्राप्त कर रहे हैं। इसी के साथ सभी संस्थाओं का आपस में समंवय भी बहुत अच्छा है जो कही ना कही किसी भी प्रकार बैढकों में मिल कर एक दुसरो के कार्यों में मदद करते हैं। यहाँ पर **Conferences & meeting** में सीखा की उनके ऐसे स्वास्थ्य के विषय हैं, जिनके विषय में मैने कभी गहराई से नही साचो था, उन पर समझ बनी – वृद्ध, पर्यावरण, भारत के विभिन्न गैर सरकारी संगठनो के साथ सरकार, व अन्य देशों जैसे— पाकिस्तान आदि से जुड़ कर इन विषयों पर बात कर समाधान खोजने कि कोशिश कि जा रही हैं। ये सब मेरे लिये बहुत उपयोगी है।

Basic Need India , Bangalore

हमें मानसिक स्वास्थ्य पर ऐसी जानकारीया दि गई जिस के विषय में हमारे द्वारा पहले कभी सुना ही नहीं गया था, एक पुरानी कहावत है।

“स्वास्थ्य मन में स्वास्थ्य शरीर”

मानसिक स्वास्थ्य की नींव बचपन के प्रारंभ में ही पड़ती है। मानसिक स्वास्थ्य में सहयोगी घटक निम्न हैं।

- अच्छा शारीरिक स्वास्थ्य
- मूल आवश्यकतायें
- शारीरिक आवश्यकतायें

- समाजिक आवश्यकतायें
- आदतें

मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला एक ओर घटक है, व्यक्तित्व जिसे हम चार भागों में बाट सकते हैं

- शारीरिक
- भावनात्मक
- बौद्धिक
- व्यावहारिक या सामाजिक

जब व्यक्ति किन ही कारणों से बदलती हुई परिस्थितियों से सामंजस्य नहीं मिला पाता है तब उसे मानसिक रूप से हम बीमार कह सकते हैं, जिसके लक्षण क्रोध में आपा खो देना, चिल्लाते रहना, बहाने बनना, हताशा, तनाव, असुरक्षा, प्रतिकूल वातावरण

FRLHT, Bangalore

इसी प्रकार FRLHT में अनुभव बहुत ही अच्छा रहा जो कि मुख्यता अयुर्वेदिक जटि बुद्धियों पर काम कर रहा है ओर उनका मनना है कि प्रथमिक स्तर कि बिमारियों को घर के आस पास कुछ खास प्रकार के पेड़ पौधे लगा कर बचा जा सकता है जिसे उन्होंने नाम दिया है किचन गार्डन जिस के उपयो से 70 प्रतिशत बिमारियों का इलाज घर पर किया जा सकता है।

My experience at the field

फॅलोशिप के दौरान मेरी पदस्थापन लेप्ररा सोसायटी में रही। यह संस्था शहरी एवं ग्रामिण क्षेत्रों में टी.बी. एवं एच.आई.वी पर काम कर रही है,

लेप्ररा सोसायट

About the organization

Vision of Lepra Society –

- Equitable Access to Health and an improved life for India's Poor and Marginalized Communities.

Mission of Lepra Society

- "LEPRA Society, health in action; is a health and development organization working to restore health, hope and dignity to people affected by leprosy, tuberculosis, malaria, HIV/AIDS, blindness and other health conditions exacerbated by stigma and social discrimination"

History of the Organization

- History dates back to 1925, when the British Empire Leprosy Relief Association (BELRA) started leprosy work in India. LEPRA India was established in Hyderabad in 1988, as a partner of LEPRA UK, to serve the needs of people affected by leprosy. Operations were later extended to other areas of Andhra Pradesh and other Indian states including Orissa, Madhya Pradesh Bihar and Jharkhand.
- LEPRA India is a non-governmental organization that promotes quality health care, initiates and fosters new developments and implementation.
- The Society aims to support the National Health Programs in the prevention and control of diseases such as Leprosy, Tuberculosis, Malaria, HIV/AIDS and Blindness.
- The Society focuses health improvement activities in the community that are marginalized or poor, especially women and children, young people, slum populations and migrants affected by the above mentioned diseases and tries to bring about positive changes in their life-style. The work in Andhra Pradesh, Orissa, Madhya Pradesh, Bihar and Jharkhand states targets a population of nearly 12 million people..
- Established in 1989, LEPRA India is an independent not-for-profit NGO, with no religious, ideological or political affiliation. The Management Committee formulates policies which are implemented by the Chief Executive of the organisation.
- LEPRA India registered as LEPRA Society under the Andhra Pradesh (Telangana areas) Public Societies' Act 1350 Fasli (Act of 1350 F) No 474 on 22nd February 1989. It works in close coordination with the Government of India, Ministry of Health, and Family Welfare, at the Central, State and district levels. It is a member

of the State leprosy and TB societies of the Government of Andhra Pradesh & Orissa.

- Established in 1989, LEPRO India is an independent not-for-profit NGO, with no religious, ideological or political affiliation. The Management Committee formulates policies which are implemented by the Chief Executive of the organisation.
- Registered under section 12A of the Income Tax Act and has also been granted exemption certificates under sections 80G of the Income Tax Act 1961 and permitted to accept foreign contributions by the Ministry of Home Affairs, Government of India.

Collaborators of the Org.-

- Government of India
- Government of Andhra Pradesh
- Government of Orissa
- Government of Madhya Pradesh
- India HIV/AIDS Alliance
- Indian Council of Medical Research (ICMR)
- Andhra Pradesh State AIDS Control Society (APSACS)
- Orissa State AIDS Control Society (OSACS)
- TB Control Society in Andhra Pradesh, Orissa & Bihar
- Karnataka Health Promotion Trust
- SLAP India (Society of Leprosy Affected Persons)

Projects in Madhya Pradesh

- AROGYA
- AXSHAYA
- SPANDANA - COMMUNITY CARE CENTER
- BUNIYAD
- TRU
- LWS

About LWS Project

Link Workers Scheme

The Link works scheme is designed by NACP-III to provide HIV prevention, referral and follow-up

services to HRGs and vulnerable groups in rural areas. The scheme will make an effort to build a

community- centred model for rural areas. This will include an outreach strategy to address the HIV

prevention, care and support and treatment requirements. The specific objective of the scheme

includes: Reach out to HRGs and vulnerable men and women in rural areas with information, knowledge, skills on STI/HIV prevention and risk reduction.

The Link Workers Scheme, is being implemented by LPRA & partner NGO's in collaboration with National AIDS Control Organization, New Delhi and Madhya Pradesh State AIDS Control Society, under the Global Fund Round-09 support initiative in 12 districts i.e Balaghat, Panna, Dewas, Rewa, Harda, Bhopal, Indore, Mandsour, Ujjain, Chhindwada, kamgadh & Jabalpur.

These are districts which have been identified and perceived as highly vulnerable on the basis of certain parameters like migration, interaction with bordering districts and other state; Mobility, concentration of HRI and similar factors. Link Workers Scheme is envisaged as a short term intensive scheme, focusing on HIV/AIDS prevention, and care and risk reduction among rural populations. Mobilization for prevention and care in the community is necessary for sustainability of this Link Worker Scheme. Link workers and volunteers are instrumental in creating enabling environments and develop a supportive system for services access through sound referrals, linkages and convergence with allied departments for effective and sustainable systems. To mentor the Link Worker Scheme the Project Director MP State AIDS control Society is continuously giving dynamic and excellent inputs as a result of which scheme has further enhanced potential to fulfill the desired objective. Under the coordination of MPSACS district team has been now able to explore more opportunities to execute work with more confidence and quality.

Training: In the Link Workers Scheme, continuous capacity building is embedded so that the district team can effectively deliver information and increase the integrated community mobilization. It also helps to develop a programme understanding and makes a supportive system for effective and quality intervention. The primary focus of Mapping TOT trainings were to build capacity and create a cadre of skilled new appointed staff vis-à-vis link workers in the key areas i.e. Understanding HIV/AIDS, Service delivery, Outreach Planning, Behavior Change Communication, Monitoring & Evaluation, Documentation, Crisis and Conflict Resolution, Advocacy and Networking to reach and thereby fulfill the objective of risk reduction and increase the knowledge and skills of the community on STI/HIV/AIDS and to ensure community ownership.

INDORE MAP



Implemented by

Paryavaran Sanrakshan evun samaj Kalyan Samiti

LIST OF 100 VILLAGES

Sno.	INDORE BLOCK			
	Village Name	Panchayat Name	Household No	Population
1	Bicholi Hapsi	Bicholi Hapsi	1800	4885
2	Goga khedi	Goga khedi	140	560
3	kaji palasia	kaji aplasia	460	4000
4	nihalpur mundi	Nihalpurmundi	1500	7500
5	soonguradiya	Soonguradia	150	850
6	Machla	Machla	300	1422
7	sukh niwas	sukh niwas	350	2000
8	asrawad bujurg	asrawad bujurg	600	4000
9	bawliya khurd	bawaliya khurd	495	2584
10	devguradia	Devguradia	250	1200
11	khudel buzurg	khudel buzurg	750	5000
12	Dudhiya	Dudhiya	1017	6000
13	ralamandal	Ralamandal	270	2079
14	sanawdia	Sanawdia	250	1100
15	pipalda bajar	pipalda bajar	800	4700
16	palakedi	Palakhedi	450	2000
17	gari pipliya	gari pipliya	250	1172
18	jamnia khurd	jamnia khurd	220	1180
19	Sindola	Sindola	450	3000
20	haran kedhi	haran kedhi	90	767
21	shakker khedi	shakker khedi	160	560
22	Morod	Morod	150	1100
23	asrawad khurd	asarwad khurd	800	4000
24	Limbodi	Limbodi	700	10000
25	tillar bujurg	tillar bujurg	350	2038

26	jamburdi hapsi	jamburdi hapsi	350	2380
27	natya mudla	natya mudla	810	7040
28	Bilawali	Bilawali	700	5000
29	kailod kartal	kailod kartal	450	3000
30	umariya khurd	umariya khurd	500	1380
31	badi kalmer	badi kalmer	650	3000
32	Hukma Khedi	Hukma Khedi	2500	1500
33	tillor khurd	tillor khurd	1125	7000
34	Rangwasa	Rangwasa	150	1200
35	Talawali	Talawali	800	5000
	TOTAL		20787	110197
	SANWER BLOCK			
36	balodatakun	Balodatakun	250	1551
37	dakachiya	Dakachiya	896	4726
38	kadavli bugurg	kadavli bugurg	450	2500
39	Baroli	Baroli	550	1500
40	Paliya	Paliya	850	6440
41	Nagpur	Nagpur	400	2500
42	Alwasa	Alwasa	450	1700
43	sura khedi	sura khedi	67	480
44	Dabliya	Dabliya	550	5000
45	Shahda	Shahda	200	990
46	pir karadiya	pir karadiya	479	2584
47	Dhturiya	Dhturiya	252	1270
48	Takun	Takun	250	1272
49	Hatuniya	Hatuniya	500	1700
50	kadawali kurd	kadawali kurd	350	2100
51	budibarlai	Budibarlai	950	6000
52	Patlod	Patlod	505	2743
53	purwadi dai	purwadi dai	300	1190
54	lasadia parmar	lasadia parmar	400	2000

55	mangliya sadak	mangliya sadak	1110	12000
MHOW BLOCK				
56	Santer	Santer	480	3601
57	Bhagora	Bhagora	800	4500
58	kamadpur	Kamadpur	620	3000
59	Bhicholi	Bhicholi	250	1599
60	pigdamber	Pigdamber	560	3700
61	dongergaon	Dongergaon	350	2035
62	yashvant nagar	yashvant nagar	340	1780
63	Datoda	Datoda	3090	1380
64	Harsola	Harsola	1690	7690
65	neuguradia	Neuguradia	185	1300
66	harniya khedi	harniya khedi	210	1480
67	Kodariya	Kodariya	2700	18000
68	Memdi	Memdi	580	3000
69	gavali palacia	gavali palacia	1250	7500
70	shivnagar	Shivnagar	215	1490
71	Jamali	Jamali	650	3900
72	Bhaislay	Bhaislay	240	1540
73	joshi guradiya	joshi guradiya	280	1873
74	hasalpur	Hasalpur	800	5000
75	gangaliya khedi	gangaliya khedi	250	1700
76	Umariya	Umariya	280	1825
77	Bercha	Bercha	186	1260
	TOTAL		16006	79153
DEPALPUR BLOCK				
78	aurangpura	Aurangpura	260	1977
79	rangwasa	Rangwasa	540	2400
80	Akasoda	Akasoda	310	1310

81	mendakwas	Mendakwsa	140	950
82	banediya	Banediya	800	5006
83	pir piplya	pir piplya	165	900
84	murkhedd	Murkhedd	265	1608
85	Birgoda	Birgoda	253	1444
86	chiklonda	Chiklaonda	295	1850
87	manchal	Manchal	700	4000
88	Gohan	Gohan	200	1168
89	daultabad	Daultabad	375	2219
90	Dharavra	Dharavra	700	3000
91	Aagra	Aagra	354	1810
92	Darmat	Darmat	300	1601
93	Ataheda	Ataheda	500	3000
94	Ravad	Ravad	275	1250
95	sevendri	Sevendri	200	1025
96	gangajal khedi	gangajal khedi	170	950
97	Sumatha	Sumatha	175	1450
98	sanavada	Sanavada	160	1095
99	hasanabad	Hasanabad	175	1100
100	sangroad	Sangroad	500	3000
	TOTAL		7812	44113

पर्यावण संस्था को इंदौर में लिंक वर्कर स्कीम परियोजना लेप्रा संस्था द्वारा यहा प्रोजेक्ट दिया गया है , इस प्रोजेक्ट का मुख्य उद्येश्य ग्रामिण क्षेत्र में HIV के सक्रमण को रोकना है। इस के लिये इंदौर जिले के 4 ब्लको में 100 गाँवो का चयन सर्वे के द्वारा किया गया है।

गांवों का चयन किया गया है, इस प्रोजेक्ट में अगर स्टाफ की बात कि जाये तो कुल 7 लोगो हैं, संस्था पर्यावरण द्वारा स्टाफ के साथ मुझे भी ट्रेनिंग दि गई, जिसके प्रथम चरण में हमें सभी फार्मेट के बारे में बताया गया,

- ग्रामीण सूचना प्रपत्र
- परिस्थिती आवश्यकता आकलन
- ग्राम की सामान्य जानकारी
- ग्राम सूचना केन्द्र

- कोण्डम अउट लेट
- लिंक – वर्कर सप्ताहिक फार्मेट
- सुपरवाईजर मासिक फार्मेट

हमें चार फार्मेट पर गहराई से बताया गया

- ग्रामीण सूचना प्रपत्र
- परिस्थिती आवश्यकता आकलन
- ग्राम की सामान्य जानकारी
- ग्राम सूचना केन्द्र

ग्रामीण सूचना प्रपत्र :- इस फार्मेट के माध्यम से हमें गांव की भौगोलिक स्थिती, सामाजिक व सांस्कृतिक परिदृश्य, कुल परिवार, कुल आंगनवाडी केन्द्र, ग्राम में स्कूलो कि संख्या,गांव के स्थानीय संगठनो का विवरण,सामाजिक मानचित्र का विश्लेषण, मकानो की स्थिती,सड़को की स्थिती,स्वास्थ्य, उपस्वा.केन्द्रप्रा.स्वा.केन्द्र.....सामुदा.केन्द्र

पेयजल की स्थिति,जातिया एवं रीति रिवाज,रोजगार,योजनाओ की जानकारी व पहुच। इस फार्मेट के माध्यम से हमें गांव की सम्पूर्ण जानकारी प्राप्त हो जाती है जिस के माध्यम से समुदाय में अपनी बात रखने हेतु योजना बनाने में आसानी होती है। सामुदायिक जूडाव के लिये हमें छोटे समूह बनाने को कहा गया जैसे स्कूलो मे रेड रिबन क्लब, आंगनवाडी में युवती समूह ओर स्वयं सहायता समूह। जिन के माध्यम से हमें गांव में जोखिम, बिमारियो की जानकारी आसानी से प्राप्त हो जायेगी

हमें गांव में जाने के साथ हमें क्या करना है।किस प्रकार से जानकारी एकत्र करना है इस की जानकारी दि गई, सरपंच से मिल कर अपनी परियोजना के बारे में बताना सचिव से पंचायत संबंधी जानकारी प्राप्त करना , आंगनवाडी, आशा, ऐनेम,नेहरू युवा केन्द्र के सदस्यो से मिलकर बात करना नेहरू युवा केन्द्र के इन्दौर जिले के समंवयक से मुलाकात के द्वारा 100 गावों की लिस्ट उन्हे देकर वॉलेट्रियस के लिये भी बात कि

Village Name Magaliya

संरपंच :- श्री पुरषोत्तम यादव

सचिव:- उत्तम अवस्थी

गाँव देवास रोड पर स्थित है 12000 से ज्यादा जनसंख्या वाला गाँव है।

गांव की समान्या जानकारीयां ।

सेगमेन्ट का नाम	घरों की संख्या	महिला नेतृत्व वाले घरों की संख्या
मंगलिया बिहार	100	8
हरिजन मोहल्ला	150	5
इन्द्रा मोहल्ला	150	50
मंगलिया सड़क	400	5
रधुवंशी मोहल्ला	250	15
गयत्री मोहल्ला	20	2
गांधीग्राम	40	9
कुल	1110	89

भौगोलिक स्थिति :- गांव की भौगोलिक स्थिति समान्य है, समतल जमीन है, एक तरफ खेत और दुसरी तरफ औद्योगिक क्षेत्र है। गांव में ईट के भट्टे होने के कारण कुछ खदाने भी है, औद्योगिक क्षेत्र होने के कारण गांव के मध्य से एक नाला भी हो कर जाता है, पेड़ पौधों की संख्या भी अच्छी है। गर्मी के मौसम में ताप मान की स्थिति 38-48 तक पहुच जाता है, ठंड के मौसम में भी पार 20-12 तक पहुच जाता है, वर्षा के दिनों में औसतन 40-50 इंच वर्षा होती है,

समाजिक व सांस्कृतिक परिदृश्य :- समाजिक व सांस्कृतिक परिदृश्य से देखा जाये तो गांव में मुख्यतः पिछड़ा वर्ग के लोग है। सांस्कृतिक परिदृश्य देखा जाये तो सभी जाति एवं वर्गों के लोग रहते है त्यौहारों की दृष्टी से सभी वर्ग के लोग सभी प्रकार के त्यौहारों को मनाते है इस गांव में अप्रवासिय समुदाय की संख्या बहुत अधिक है।

शिक्षा का स्थिति :- एक हायर सेकण्डरी स्कूल है जिस कारण लडको साथ लडकियों को भी 10वीं 12 वी तक की शिक्षा आसानी से प्राप्त हो जाती है परन्तु गरिबि के कारण बच्चों का स्कूल की शिक्षा प्राप्त नहीं हो पाती है। इस के साथ ही परिवारों में शिक्षा का अभाव होने के कारण अपन अधिकारों का भी सही उपयोग नहीं कर पाते है। कम उम्र में ही रोजगार के लिये माता-पिता द्वारा बच्चों को काम पर भेज दिया जाता है।

मकानों की स्थिति :- गांव में मकानों की स्थिति दो वर्गों में बटी है कुछ भागों में पक्के मकान हैं, तो वही कुछ मकान सिमेंट के बने हैं, वही दुसरी और लोगों को रहने के लिये छत ही नसीब नहीं है, एक-एक कमरे में सम्पूर्ण परिवार अपना जीवन व्यापन करता है।

सड़को की स्थिति :- सड़को की मिलि जुली स्थिति है गांव के भितर सड़के या रास्ते कच्चे हैं, मुख्य सड़के पक्की हैं गांव को शहर से जोड़ने वाली सड़के पक्की हैं।

पेयजल की स्थिति :- गांव में पेय जल की स्थिति अच्छी है, बोरवेल एवं नर्मदा लाईन भी है, परन्तु बोरवेल के पानी कि जॉज कोई भी नहीं कराता हैं, जो कि स्वास्थ्य से संबंधित एक बड़ा मुद्दा है।

रोजगार :- गांव में किसानों की संख्या कम एवं मजदूरों की संख्या अधिक है जो कम्पनीयों में काम करते हैं पुरुषों के साथ महिलाएँ भी काम करने जाती हैं

स्वस्थ सुविधाओं का विवरण:-

आंगनवाड़ी केन्द्र	4
उप स्वा...केन्द्र	1
ग्रामीण स्वास्थ्य सुरक्षा समिति	1
आशा	4
प्राइवेट दवाखाने	8

गांव कि सम्पूर्ण स्थिति का अंकलन करने से यह ज्ञात होता है कि मांगलिया शहर से लगा होने के कारण एवं रोजगार के अच्छे साधन होने के कारण यहां प्रवासिय मजदूरों का आना जाना भी लगा रहता है, इसी के साथ स्वास्थ्य से संबंधित समस्याएं भी प्रारंभ हो जाती हैं क्यों कि ये प्रवासिय मजदुर यहां पैसा कमाने के लिये आये हैं जिनका एक मात्र लक्ष्य ज्यादा से ज्यादा पैसा बचा कर घर भेजना है, इसी के साथ अनेक प्रकार कि नशा की लत भी है इस का कारण अकेला पन एवं परिवार के साथ ना होना हैं, रहने कि व्यवस्था भी ठिक नहीं हैं एक कमरे में पांच छः लोग रहते हैं जो कि काम के घण्डों के हिसाब से कमरे पर आते हैं, स्वास्थ्य के प्रति जगरुकता का प्रतिशत तो बहुत ही कम है, सचरी और गैर सचरी रोग जानकारी तो ना के बराबर है।

इस फैलोशिप के ज्वाइन करने से पहले मुझे स्वास्थ्य का केवल एक ही मतलब पता था, यदि आप बिमार नहीं हो तो आप स्वस्थ हो, लेकिन एक सम्पूर्ण स्वास्थ्य जिन आधार भूत स्तंभों पर खड़ा होता है।

Research study

शीर्षक :- "असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों के सामाजिक मूलो एवं यौन व्यवहार और एच.आई.वी. /एड्स के बारे में जागरूकता के बीच अध्ययन जिला इन्दौर के संदर्भ में"

अनुकमाणिका

अध्याय : 1 परिचय

1.1 असंगठित श्रमिक

1.2 ह्यूमन इम्यूनोडेफिशिएंसी वाइरस

1.3 राष्ट्रीय एवं मध्य प्रदेश में एचआईवी/एड्स की स्थिति

अध्याय 2 साहित्य का पुनरावलोकन

2.1 प्रस्तावना

2.2 संबन्धित साहित्य

2.3 अध्ययन का स्पष्टीकरण एवं उद्देश्य

अध्याय 3 शोध विधि

3.1 प्रस्तावना

3.2 शोध कार्य में प्रयुक्त उपकरण

अध्याय :4 परिणाम

अध्याय :5 सारांश, निष्कर्ष एवं सुझाव

पृष्ठभूमि

वाइरस ह्यूमन इम्यूनोडेफिशिएंसी वाइरस (एच.आई.वी) ही एड्स (एक्वायर्ड इम्यून इम्यूनोडेफिशिएंसी सिंड्रोम) का कारण है। अन्य वाइरस की तरह, एच.आई.वी. भी केवल संक्रमित व्यक्ति कि कोशिकाओं के अंदर बढ़ सकता है। बहुत से वाइरस के विपरीत, एच.आई.वी. का आनुवांशिक तत्वमुख्य कोशिका के आनुवांशिक तत्व में घुल-मिल जाता है। जब संक्रमित मेजबान कोशिका की वृद्धि होती है, तो प्रत्येक नयी कोशिका में एच.आई.वी.का आनुवांशिक तत्व मौजूद रहता है। इस तरह संक्रमित व्यक्ति में एच.आई.वी. स्थायी रूप से स्थापित हो जाता है। संक्रमित कोशिकाओं के उद्दीपित होने पर उनसे नयी कोशिकाएं जन्म लेती हैं।

भारत में पहली बार मानव में इम्यूनोडेफिशिएंसी (एच.आई.वी) की पहली घटना 1986 में चेन्नई की वेश्याओं के बीच पायी गयी। तबसे यह वाइरस देश में बहुत तेजी से फैला जनसंख्या की दृष्टि से दुनिया का दूसरा सबसे बड़ा देश, भारत में एचआईवी महामारी पर उपलब्ध प्रमाण राष्ट्रीय स्तर पर एक स्थिर रुझान दर्शाते हैं। भारत एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की संख्या के आधार पर दुनिया में तीसरे स्थान पर है।

अंतरिम अनुमानों के अनुसार वर्ष 2007-12 में भारत में एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (पीएलएचए) की संख्या 23,95,442 लाख हैं। नये संक्रमण 1,20,668 लाख हैं। वयस्क आबादी में एचआईवी प्रसार 0.31 प्रतिशत हैं। वही मध्यप्रदेश में वयस्कों में एचआईवी का प्रसार देखें तो 0.19 प्रतिशत है, जिसमें पुरुष में प्रसार 0.23 प्रतिशत एवं महिलाओं में 0.16 प्रतिशत हैं। एचआईवी के साथ जी रहें लोगों की संख्या 84,803 हजार एवं नये संक्रमण 4,806 की संख्या हैं।¹ (नाको चरण-2007-12)

आर्थिक विकास कि कमी पलायन को बढ़वा देती है, जिससे एचआईवी/एड्स का जोखिम भी बढ़ जाता है।² (यूएनएड्स,2007) रोजगार कि तलास में लोग भाहरों कि तरफ अकर्शित होते है जहाँ रोजगार के अच्छे अवसर होते हैं, परिवार साथ ना होने के कारण तानव को दूर करने या अपनी दैहिक जरूरतों को पुरा करने के लिये किसी यौनकर्म के साथ या अस्थाई साथी के साथ संबंध बानते है। जो कि जोखिम भरा होता है

भारत में शहरों से ग्रामीण क्षेत्रों में एचआईवी/एड्स का प्रसार विशमलैंगिक संभोग के कारण हुआ है चेन्नई की वे” याओं 10-102 पॉजिटिव थी जिनके संबंध प्रवासिय श्रामिकों के साथ थे।³(नागा,1996)जिसका कारण रोजगार की तलास में घरों से बाहर जाना हो सकता है।

आम आदमी कि तुलना में प्रवासीय लोगो में एचआईवी प्रसार का खतरा 3.6 प्रतिशत ज्यादा है।⁴ (टाइम्स ऑफ इंडिया जनवरी-2012) निम्न तथ्यों के आधार पर हम कह सकते है कि असंगठित प्रवासिय श्रमिकों में एचआईवी का जोखिम अधिक है।

अध्याय : 1 परिचय

1.1 असंगठित श्रमिक

श्रम शब्द का प्रयोग कई अर्थों में किया जाता है अर्थशास्त्र में किसी भी शारीरिक या मानसिक कार्य को आर्थिक, दृष्टि से किया जाए उसे श्रम कहते हैं। ऐसे व्यक्ति जो मजदूरी पर कार्य करते हैं उन्हें श्रमिक कहा जाता है इस प्रकार श्रमिक शब्द में वे सभी लोग समाहित हैं जो दूसरों के लिए शारीरिक या मानसिक कार्य करते हैं जिसके बदले उन्हें कुछ प्रतिफल प्राप्त होता है, इस में वे लोग नहीं आते जो जिविका कमाने से संबंधित कार्य नहीं करते हैं। जैसे घरेलू कार्य आदि। (शर्मा : 1996)

श्रमिक वर्ग को दो उपवर्गों में बांटा जा सकता है पहला संगठित क्षेत्र जिसमें सरकारी कर्मचारी तथा कारखाना अधिनियम 1948 पर आधारित उद्योगों में कार्यरत कर्मचारी आते हैं जो किसी न किसी संगठन से जुड़े हैं और ये संगठन सरकार द्वारा पंजीकृत हैं तथा ऐसे लोगों के अलावा जितना श्रमिक वर्ग है वह असंगठित क्षेत्र में आता है।

असंगठित श्रमिक का अर्थ :-

असंगठित श्रम से तात्पर्य उन श्रमिकों से है जो असंगठित अथवा अनियमित उद्योगों में कार्यरत हैं एवं जो अपने सामान्य उद्देश्यों की प्राप्ति हेतु स्वयं को संगठित नहीं कर सकते हैं। क्योंकि उनका आकार भी छोटा, आकस्मिक प्रकृति, निरक्षरता एवं अज्ञानता है, जिन प्रतिष्ठानों में वह कार्यरत हैं उनका कार्यकारी निदेश अति निम्न एवं आकार भी छोटा है, उनके प्रतिष्ठान केन्द्रीयकृत न होकर छितरे हुए हैं।

असंगठित क्षेत्र के श्रमिक को परिभाषित करने से पहले हमें संगठित क्षेत्र के श्रमिक को परिभाषित करना होगा।

“संगठित श्रमिक उन्हें कहते हैं जहाँ श्रमिकों ने अपने आप को ट्रेड यूनियनों के माध्यम से अथवा अन्य संगठनों द्वारा संगठित उद्योगों से तात्पर्य उन उद्योगों से है जहाँ भारतीय कारखाना अधिनियम 1948, लागू होता है तथा कारखाना अधिनियम के सुरक्षा तथा स्वस्थ संबंधी प्रावधान लागू होते हैं” (शर्मा : 2001)

“भारत में असंगठित श्रमिकों का प्रतिशत संगठित श्रमिकों की तुलना में कई गुना अधिक हैं। प्रायः असंगठित श्रमिकों का प्रतिशत 80-85 है। असंगठित उद्योगों की श्रेणी में निम्न उद्योग आते हैं— बड़ी बनाना, जूट बनाना, चटाई बुनना, कोंच की चूड़ी, पत्थर तोड़ना एवं सड़क निर्माण के स्थान आदि, इसके अतिरिक्त सामान्यतया वे समस्त श्रमिक जो लघु स्तरीय उद्योगों, होटलों, रेस्टोरेंट्स एवं दुकानों और ठेके पर काम करने वाले श्रमिक, आकस्मिक श्रम आदि क्षेत्रों में कार्य करते हैं, उन्हें भी असंगठित श्रमिक कहा जाता है।” (शर्मा : 2001)

इस प्रकार परिभाषाओं के द्वारा यहाँ स्पष्ट होता है कि असंगठित क्षेत्र वहाँ क्षेत्र है जहाँ श्रमिक छितरे हुए होते हैं उनका कोई संगठन नहीं होता है, वे सूचीबद्ध एवं पंजीकृत नहीं होते हैं, इस आधार पर हम श्रमिकों को निम्न भागों में विभाजित किया जा सकता है।

- व्यवसाय के आधार पर :- भूमिहीन श्रमिक, पशुपालन, बीड़ी लपेटने वाले, भवन एवं ईट भट्टा एवं पत्थर खदान में काम करने वाले
- रोजगार की प्रकृति के आधार पर :- कृषि से जुड़े हुए श्रमिक, बंधूआ मजदूर, प्रवासी कर्मकार
- विशेष विपदाग्रस्त श्रेणियों के आधार पर :- सिर पर समान उठाने वाले, हम्माल एवं ठेला चलाने वाले
- सेवा श्रेणियों के आधार पर :- नाई, सब्जी और फल बेचने वाले, समाचार पत्र बेचने वाले आते हैं।

1.2 ह्यूमन इम्यूनोडेफिशिएंसी वाइरस

(एच.आई.वी) / एड्स

वाइरस ह्यूमन इम्यूनोडेफिशिएंसी वाइरस (एच.आई.वी) ही एड्स (एक्वायर्ड इम्यून डेफिशिएंसी सिंड्रोम) का कारण है। अन्य वाइरस की तरह, एच.आई.वी. भी केवल संक्रमित व्यक्ति की कोशिकाओं के अंदर बढ़ सकता है। बहुत से वाइरस के विपरीत, एच.आई.वी. का आनुवंशिक तत्व मुख्य कोशिका के आनुवंशिक तत्व में घुल-मिल जाता है। जब संक्रमित मेजबान कोशिका की वृद्धि होती है, तो प्रत्येक नयी कोशिका में एच.आई.वी. का आनुवंशिक तत्व मौजूद रहता है। इस तरह संक्रमित व्यक्ति में एच.आई.वी. स्थायी रूप से स्थापित हो जाता है। संक्रमित कोशिकाओं के उद्दीपित होने पर उनसे नयी कोशिकाएं जन्म लेती हैं।

कुछ वर्षों पहले एड्स महज एक खबर था, आज इसके खौफ से दुनिया को कोई हिस्सा नहीं बचा है, एच.आई.वी नाम के वायरस से उपजने वाली इस मुसीबत की गिरफ्त में पूरी दुनिया आ चुकी है। गरीब और विकासशील देशों की हालत ज्यादा खराब हैं। इन देशों में अनेक आर्थिक और सामाजिक कारणों से एड्स अपने भयावह रूप में उभरने को खड़ा है। एड्स के वायरस पर काबू पाने और उत्पन्न बीमारियों के नियंत्रण करने के जो भी प्रयास हो रहे हैं वे बहुत कम हैं। एच.आई.वी. शरीर के टी श्वेत रक्त काशाणुओं को संक्रमित, क्षतिग्रस्त, या नष्ट कर देता है। टी 4 काशाणु शरीर के प्रतिरक्षक प्रणाली के जटिल कार्यों के संयोजन का दायित्व उठाते हैं।

इस बीमारी के लक्षण, सबसे पहले, 1981 में अमेरिका में पहचाने गये और उनका वर्णन किया गया। लेकिन जो वाइरस असंक्राम्य कमी के कारण है, उसका 1983 तक अविष्कार नहीं किया जा सका था। यह महामारी उच्च जोखिम समूह में केंद्रित है और इसके फैलाव की प्रकृति विविधतापूर्ण है। असुरक्षित व्यावसायिक सेक्स, पुरुषों के बीच असुरक्षित यौन संबंध और इंजेक्शन से ड्रग्स लेने वाले व्यक्ति भारत में एचआईवी महामारी के प्राथमिक वाहक हैं। सामने आए 87 प्रतिशत एचआईवी संचरण के मामलों के लिए विषमलैंगिक यौन संबंध जिम्मेदार हैं।

एच.आई.वी. / एड्स

एड्स एक वायरस से फैलता है, जिसे एच.आई.वी. कहते हैं। शरीर में रोगों का समना करने के स्वभाविक क्षमता को कमजोर करता चला जाता है, शरीर में बिमारियों से लड़ने की शक्ति घटने पर अनेक बिमारियों के लक्षण एक साथ प्रकट होने से जो अवस्था बनती है उससे एड्स कहते हैं, एच.आई.वी.

संक्रमित व्यक्ति कई सालो तक भरा पूरा जीवन जिसकता है,लेकिन जब भारीर में बिमारियों से लड़नें कि ताकत ही खत्म होने लगती हे जिससे कुछ वर्ष में ही वह किसी ना किसी घातक रोग का शिकार हो जाता है

1.3 राष्ट्रीय एवं मध्य प्रदेश में एचआईवी/एड्स की स्थिति

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

संचारण के रास्ते: सभी राज्यों से मिले एडस् के करीब 2.5 लाख मामलों आरै सलाह आरै जाचं केंद्रों पर सामने आए एचआईवी के करीब 3 लाख मामलों से प्राप्त जानकारी यही दर्शाती है कि दशे में अभी भी 87.1 प्रतिशत एचआईवी सक्रमण विषमलैंगिक यानै सबंधों के रास्ते संचारित होता है जबकि 5.1 प्रतिशत मामलों में अभिभावकों से बच्चों में सक्रमण होता है

अध्याय: 2

साहित्य का पुनरावलोकन

2.1 प्रस्तावना :-

यह एक महत्वपूर्ण चरण है किसी भी शोध के प्रारंभ करने के पूर्ण उस विशय साहित्य का पुनरावलोकन करना आवश्यक ही नहीं बल्कि अध्ययन और शोध को सही दिशा प्रदान करने में भी सहयोगी होता है,साहित्य के पुनरावलोकन से स्पष्ट और सही जानकारी मिलती है,कि अब तक शोध संबंधी विषयो के अन्तर्गत किन मुद्दों पर अध्ययन किये गये, इससे यह ज्ञात होता है कि पक्ष में कहा और कैसे गलतिया या कमीया रह जाती है। जिसमें हम अपने शोध अध्ययन में ध्यान रखकर आगे बढ़ सकते हैं।

अतः शोध के लिये उस विशय के साहित्य का पुनरावलोकन करना आवश्यक जान पड़ता है शोध का आशय संबंधित क्षेत्र का प्रकटीकरण है, शोध के पूर्व यह आवश्यक हो जाता है,कि यह पहले तय कर लिया जाये कि शोधकर्ता क्या प्रकट या प्रदर्शित करना चाहता है। और उससे पूर्व उस क्षेत्र में क्या कुछ हो चुका है। पुनः संबंधित क्षेत्रों में अपने कार्य की स्थिति का निर्धारण करने में आसानी होती है।

संदर्भित साहित्य :-

2.2 संबन्धित साहित्य

प्रवासी/चल मजदूर बल तथा एच.आई.वी./एड्स भारत से अध्ययन रिपोर्ट दिल्ली तथा मुंबई में औद्योगिक एवं बंगाल और भारतीय रेल के परिवहन श्रमिकों को ले कर किये गये अध्ययनों से सुनिश्चित होता है कि खतरनाक आचरण के उच्च स्तर से परंपरागत तौर पर जुड़ा एक और कारण है रोजगार के लिए प्रवास गमन, जिससे संभोग के लिए पत्नी उपलब्ध नहीं रहती सीओआरटी द्वारा किये गये अध्ययन से पता चला कि मुंबई तथा दिल्ली के प्रवासी श्रमिकों में जो अपने – अपने परिवारों के साथ रहते हैं, वे, परिवार के साथ न रहने वालों के मुकाबले, वेश्यालयों में 50 प्रतिशत कम जाते हैं

इस अध्ययन से पता चला कि मुंबई के 46 प्रतिशत और दिल्ली के 65 प्रतिशत श्रमिक प्रवासी थे। इनमें लगभग 20 प्रतिशत अकेले रहते थे,मुंबई में 56 प्रतिशत श्रमिक दूरदराज के इलाकों से आये थे। नतीजन,प्रवासी श्रमिक बल में एच.आई.वी.की मौजूदगी बढ़ने कि पूरी संभावना है।

(स्रोत: द लूमिंग एपिडेमिक: द इंपैक्ट ऑफ एच आई वी एंड एड्स इन इंडिया मोजेक बुक्स, नयी दिल्ली, 1998)

बैनारा (1992) के द्वारा जो अध्ययन किया गया है। उसमें दिल्ली विश्वविद्यालय के छात्रों से एच.आई.वी./एड्स से संबंधित प्रश्नों को पूछा गया। जिनका उत्तर इस प्रकार से प्राप्त हुआ कि इस अध्ययन में (दत्र513)छात्रों से एच.आई.वी./एड्स जागरूकता संबंधित प्रश्नवाली के उपयोग किया गया, जिसमें 99 प्रतिशत छात्रों का उत्तर था कि एच.आई.वी./एड्स का संक्रमण एक से ज्यादा व्यक्तियों के साथ बिना कोण्डम के यौन संबंध बनाने से होता है।

एवं संकमित सुई के द्वारा भी होतो है। 41 प्रतिशत छात्रों का कहना था कि एड्स के मरीज को समाज में नही रखना चाहिए, 50 प्रतिशत छात्रों का कहना था कि एच.आई.वी./एड्स हवा के द्वारा या

संक्रमित व्यक्ति के पास जाने से होता है, 4 प्रतिशत छात्रों का कहना था कि टीकाकरण के माध्यम से एड्स को दूर किया जा सकता है।

सिंह (1992) द्वारा दिल्ली के 200 (दत्त200) बस ड्राइवरों पर एक सर्वे किया गया और सर्वे के आधार पर यह जाना गया कि केवल 20 प्रतिशत बस चालकों में ही एड्स के बारे में सुना था और केवल एक चौथाई चालकों को पता था कि एच.आई.वी./एड्स असुरक्षित यौन संबंधों से होता है।

2.3 अध्ययन का स्पष्टीकरण

साहित्य के पुनरावलोकन से स्पष्ट होता है जिस समुदाय में एच.आई.वी./एड्स की जागरूकता को लेकर जो भी अध्ययन किये गये हैं उनमें कुछ तथ्य निकल के सामने आए हैं इस आधार पर शोधकर्ता ने इन्दौर शहर में असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों में एचआईवी/एड्स की जागरूकता एवं ग्रासित व्यक्तियों के प्रति व्यवहार के अध्ययन के लिए चुना गया है, यह प्रवासिय मजदुरों की संख्या अधिक है और उनमें से अधिकांश असंगठित हैं, **इन्दौर शहर में एच.आई.वी./एड्स से ग्रासित लोगो की संख्या 10,000 के लगभग है जो कि 17 से जुड़े हैं अनुमान यह कि इसे भी ज्यादा लोग एच.आई.वी./एड्स ग्रासित है अभी उन तक पहुंचा नहीं जा सका है।**

उद्देश्य :-

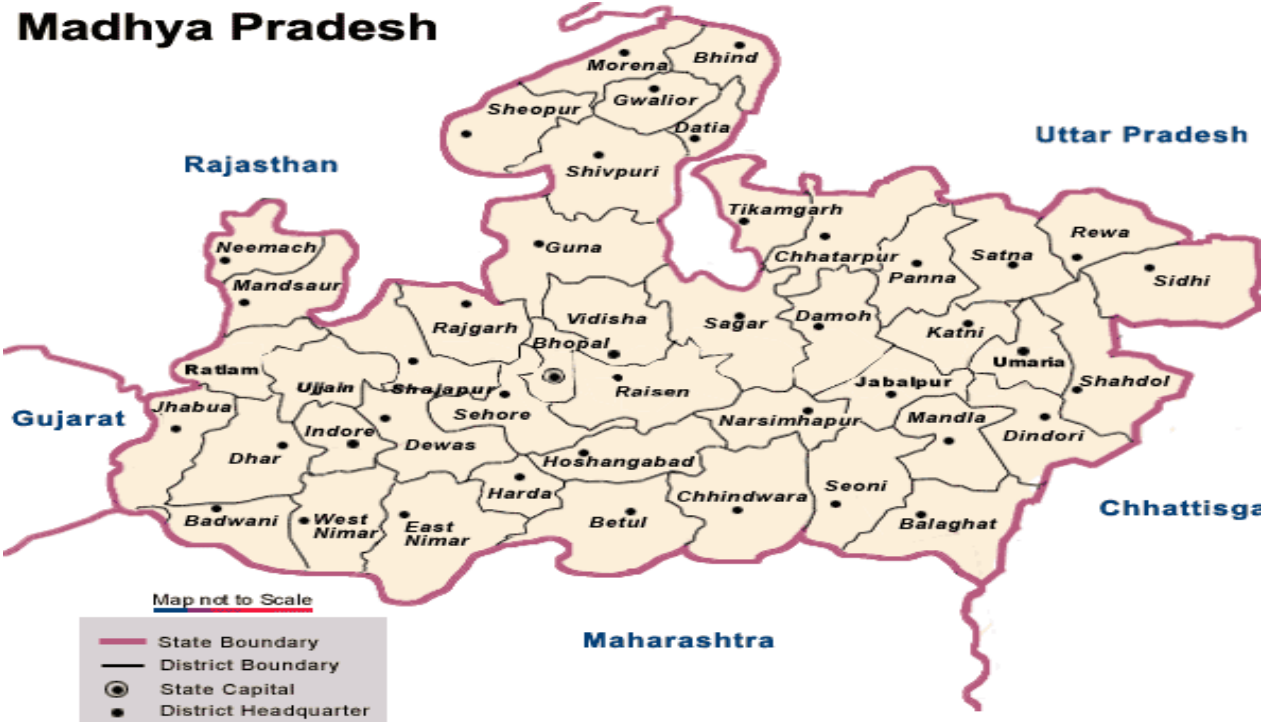
- असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों के सामाजिक मूलों और एच.आई.वी./एड्स के बारे में जागरूकता के बीच अध्ययन।
- असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों के अकेले पन एवं भावनाओं का अध्ययन।
- असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों की सामाजिक धारण और दृष्टिकोण एवं यौन जोखिम व्यवहार के बीच संबंधों का अध्ययन

अध्याय :3

शोध विधि

3.1 परिचय :- समस्त ज्ञान जिज्ञासा के कारण ही प्राप्त किया जाता हैं व्यक्ति जब जीवन में विभिन्न घटनाओं को देखता है तब उसके मन में आश्चर्य का भाव पनपता है यह आश्चर्य का भाव ही जिज्ञासा होती है यही जिज्ञासा अनुसंधान को जन्म देती है, अनुसंधान तर्क पध्दति पर आधारित है, जिसे हम वैज्ञानिक पध्दति भी कहते हैं, शोध विधि कार्य में शोधकर्ता का उद्देश्य लक्ष्यों या उद्देश्य की प्राप्ति होता है जो पूर्णतः सत्य पर आधारित होता है।

3.2 शोध कार्य में प्रयुक्त उपकरण : अध्ययन की रूपरेखा कौंस अनुभागीय डिजाइन हैं जिसके मध्यम से असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों में एचआईवी/एड्स के प्रति जागरूकता का अध्ययन किया गया हैं, जो कि मध्यप्रदेश के इन्दौर शहर के असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों को अध्ययन समुह के



रूप में हैं अर्थात हों या नहीं, प्रश्नों को विस्तृत ना पुछने का कारण उत्तरदाताओं की शैक्षणिक स्थिति भी हैं जिसमें मौखिक अनुमति असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों के द्वारा दी गई है, एवं उन्हीं लोगो का साक्षत्कार लिया गया जो कि अध्ययन के दायरें में आते हैं, अध्ययन की समय सीमा सितम्बर-2013 से फरवरी-2014 रहीं समय की कमी को देखते हुए नमूनों की संख्या 95 है, जिन्हें ले कर यह सम्पूर्ण अध्ययन किया गया हैं, तथ्यों का विश्लेषण करने के लिये एसपीएसए

INDORE MAP



realestateindia.com

स एवं एक्सल साफ्टवेयर का उपयोग किया गया है जिनके माध्यम से सारणी एवं ग्राफस को प्रस्तुत किया गया है।

अध्याय:4

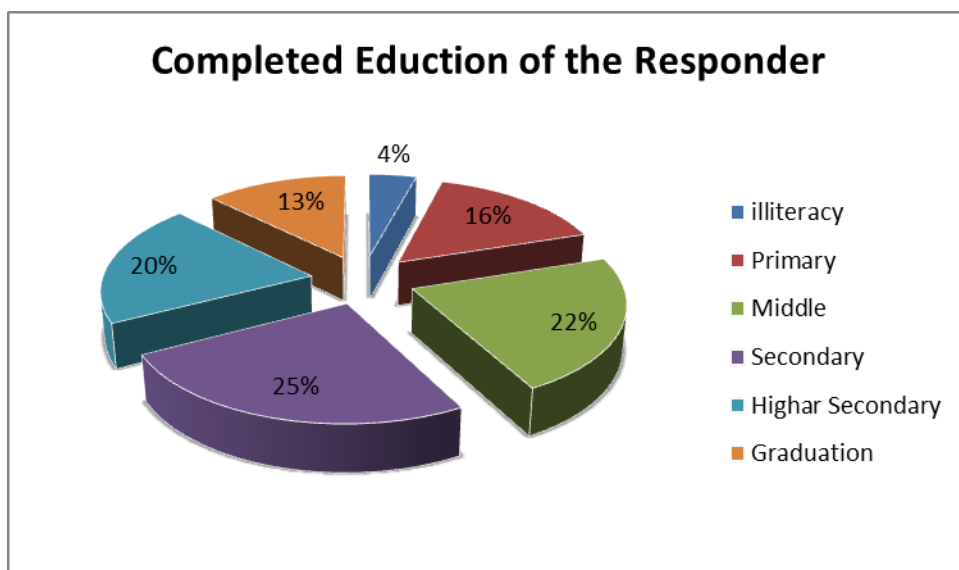
असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति –

सारणी :- 1 उत्तरदाताओं की शैक्षणिक स्थिति

Completed Education of the Responder

	Frequency	Percent
Illiteracy	4	4
Primary	15	16
Middle	21	22
Secondary	24	25
Highar Secondary	19	20
Graduation	12	13
Total	95	100

ग्राफ नं. 1 द्वारा उत्तरदाताओं की शैक्षणिक स्थिति का प्रदर्शन किया गया है।



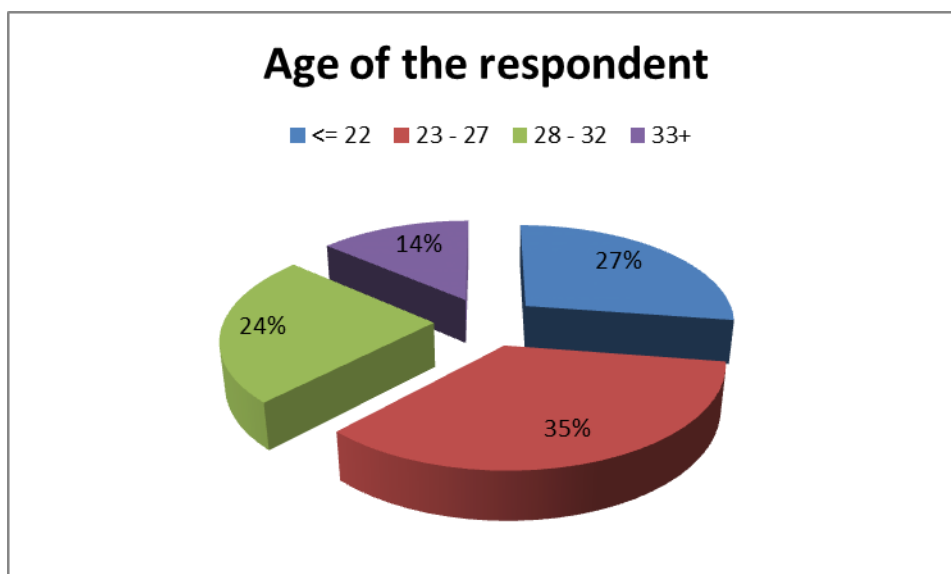
उत्तरदाताओं की शैक्षणिक स्थिति की विवेचना करने पर ज्ञात होता है कि 4 प्रतिशत उत्तरदाता अशिक्षित है तथा 16 प्रतिशत उत्तरदाता प्रथमिक शिक्षा प्राप्त किये है। माध्यमिक शिक्षा प्राप्त करने वाले उत्तरदाताओं 22 प्रतिशत है। हाई तथा हा.से. शिक्षा प्राप्त करने वाले उत्तरदाता का प्रतिशत 25 एवं 20 है स्नातक शिक्षा प्राप्त करने वाले उत्तरदाता 13 प्रतिशत है।

सारणी :- 2 उत्तरदाताओं की आयु

Age of the respondent

	Frequency	Percent
<= 22	26	27
23 – 27	33	35
28 – 32	23	24
33+	13	14
Total	95	100

ग्राफ नं. 2 द्वारा उत्तरदाताओं की आयु स्थिति का प्रदर्शन किया गया है।



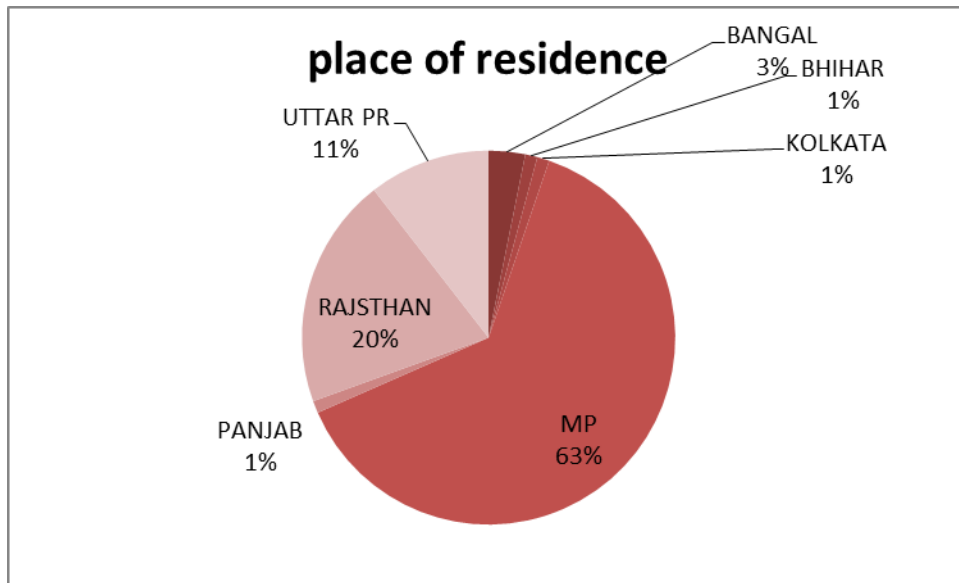
उपरोक्त तालिका में उत्तरदाता की आयु से ज्ञात होता है कि सबसे अधिक 35 प्रतिशत वाले उत्तरदाताओं के आयु 23–27 वर्ष वाले हैं। इसके पश्चात् 27 प्रतिशत उत्तरदाता की आयु 22 वर्ष या उस से कम हैं। 28–32 वर्ष के उत्तरदाताओं की आयु का प्रतिशत 24 प्रतिशत है। 33 वर्ष से अधिक आयु वाले उत्तरदाता का प्रतिशत 14 है।

सारणी :- 3 द्वारा उत्तरदाताओं के मुल निवास स्थान की स्थिति का प्रदर्शन किया गया है।

place of residence

	Frequency	Percent
BANGAL	3	3
BHIHAR	1	1
KOLKATA	1	1
MP	60	63
PANJAB	1	1
RAJSTHAN	19	20
UTTAR PR	10	11
Total	95	100

ग्राफ नं. 3



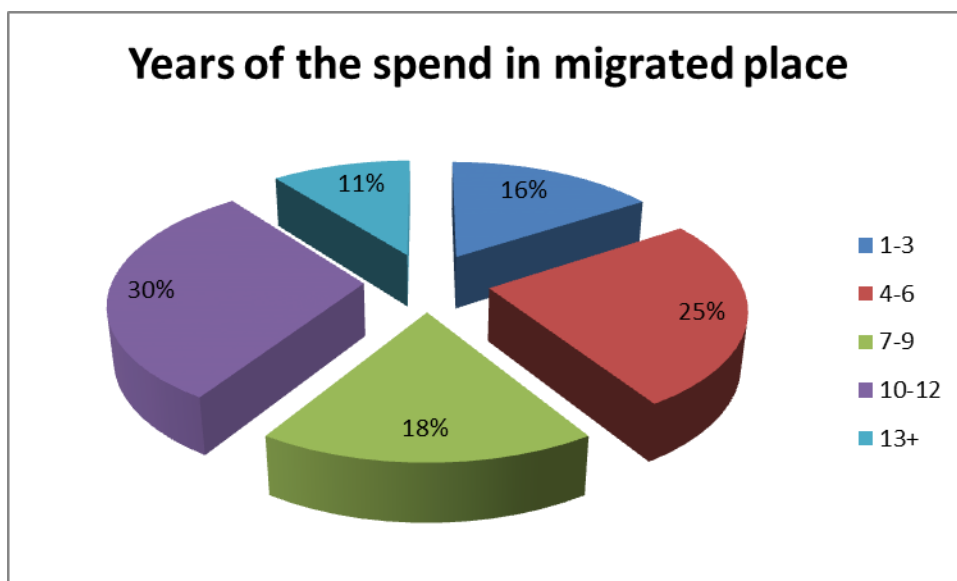
इस ग्राफ के माध्यम से हमें ये ज्ञात होता है कि अधिकांश प्रवासिय मजदुर मध्य प्रदेश के 63 प्रतिशत, राजस्थान से 20 प्रतिशत, उत्तर प्रदेश से 11 प्रतिशत, बंगाल से 3 प्रतिशत एवं बिहार, कोलकत्ता और पंजाब से 1 प्रतिशत श्रामिक हैं। सारणो से हमें ये ज्ञात होता है कि अधिकांश श्रामिक मध्यप्रदेश से हैं। इस से स्पष्ट होता है, कि प्रवासिय मजदुर मध्य प्रदेश के विभिन्न जिलों से होंगे।

सारणी :- 4 द्वारा उत्तरदाताओं प्रवासिय स्थान पर बिताये के वर्षों की स्थिति का प्रदर्शन किया गया है।

Years of the spend in migrated place

	Frequency	Percent
1-3	15	16
4-6	24	25
7-9	17	18
10-12	29	31
13+	10	10
Total	95	100

ग्राफ :- 4



इस ग्राफ के माध्यम से हमें ये ज्ञात होता है कि अधिकांश प्रवासिय मजदुर दस से बारह वर्षों से प्रवासित 30 प्रतिशत,चार से छः वर्षों क बिच 25 प्रतिशत एवं सब से कम एक से तीन वर्षों वाले प्रवासिम श्रामिकों का 11 प्रतिशत इस से स्पष्ट होता है, कि प्रवासिय मजदुरो का एक स्थान पर ज्यादा समय तक पलायन संभव है।

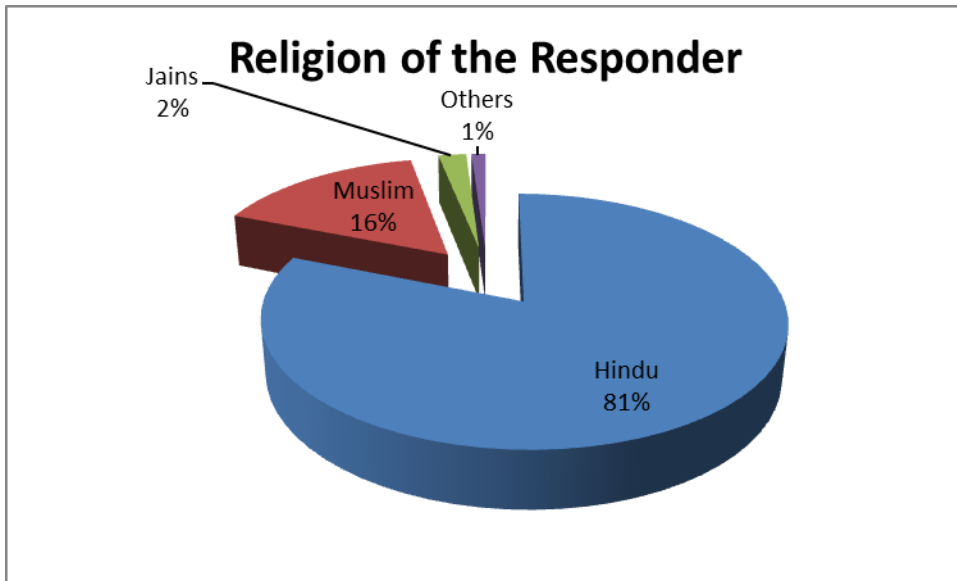
उत्तरदाताओं की धार्मिक,वैवाहिक एवं मासिक आय कि स्थिति का अध्ययन।

सारणी :- 5

Religion of the Responder

	Frequency	Percent
Hindu	77	81.0
Muslim	15	16.0
Jains	2	2.0
Others	1	1.0
Total	95	100

ग्राफ नं. 5



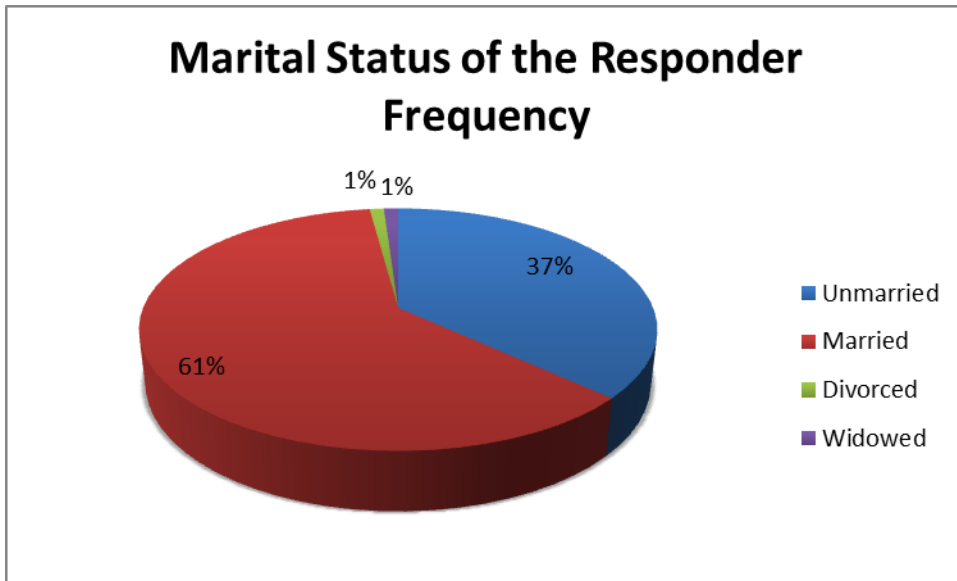
उपरोक्त तालिका से स्पष्ट होता है, कि हिन्दू धर्म के 81 प्रतिशत एवं मुस्लिम धर्म के 15 प्रतिशत उत्तरदाता हैं, जिसमें 2 प्रतिशत जैन एवं 1 प्रतिशत अन्य धर्म के लोग है।

सारणी :- 6

Marital Status of the Responder

	Frequency	Percent
Unmarried	35	37
Married	58	61
Divorced	1	1
Widowed	1	1
Total	95	100

ग्राफ नं. 6



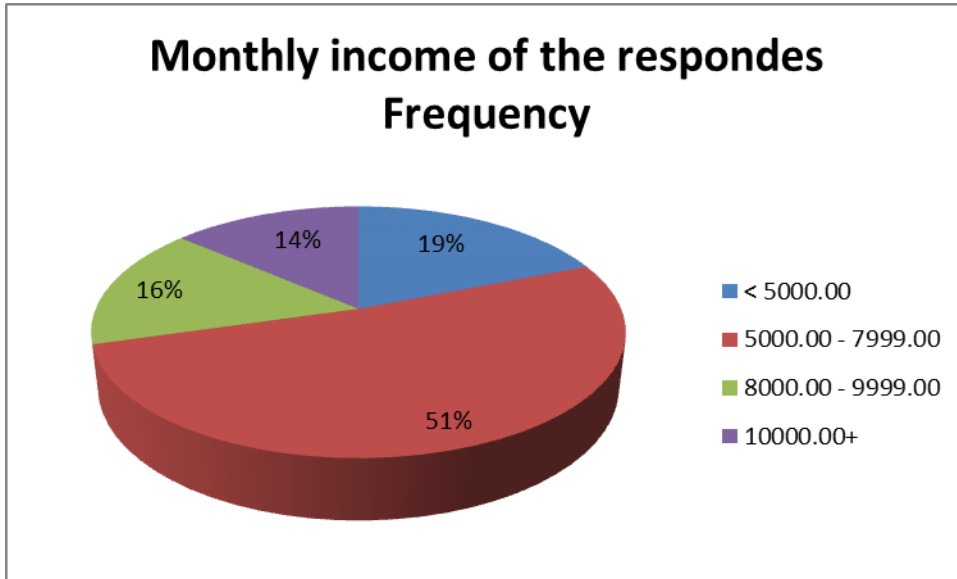
उत्तरदाताओं की वैवाहिक स्थिति देखी जाये तो 37 प्रतिशत अविवाहित एवं 61 प्रतिशत उत्तरदाता विवाहित हैं।

सारणी :- 7

Monthly income of the respondes

	Frequency	Percent
< 5000.00	18	19
5000.00 - 7999.00	49	51
8000.00 - 9999.00	15	16
10000.00+	13	14
Total	95	100

ग्राफ नं. 7



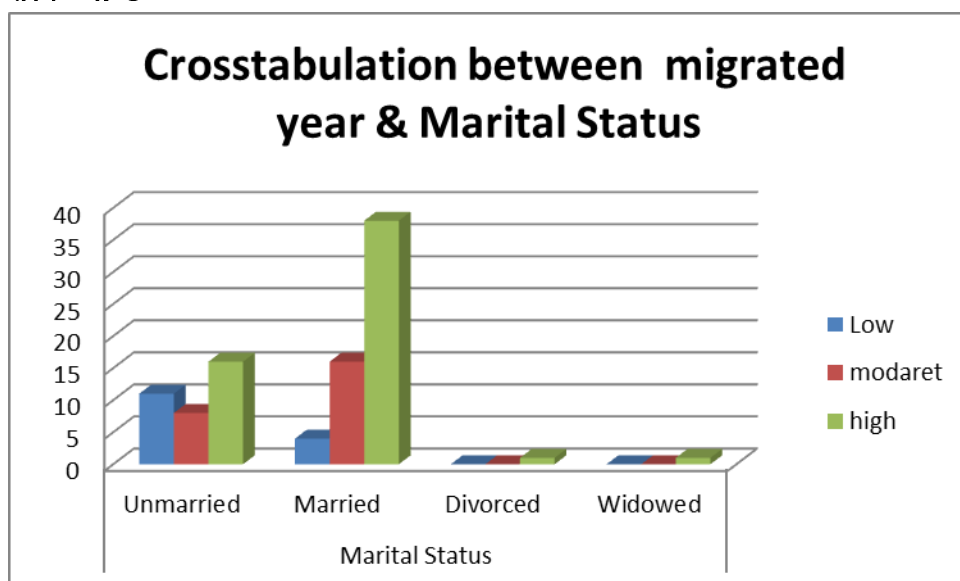
उपरोक्त तालिका से स्पष्ट होता है, उत्तरदाता में सबसे अधिक 51 प्रतिशत 5000 से 7999 मासिक आय है 8000 से 9999 मासिक आय वालो का 16 प्रतिशत, 14 प्रतिशत 10000 से अधिक है, 19 प्रतिशत 5000 5000 या उस के कम मासिक आय वाले है।

सारणी :- 8

Crosstabulation between migrated year & Marital Status

migrated year	Marital Status				Total
	Unmarried	Married	Divorced	Widowed	
Low	11	4	0	0	15
Modaret	8	16	0	0	24
High	16	38	1	1	56
Total	35	58	1	1	95

ग्राफ नं. 8



इस कौंस सारणी से हमें ये ज्ञात होता है कि जो अधिक समय के लिए प्रवासिय हैं वे सभी विवाहित हैं एवं अविवाहितों में ये आकड़ा लगभग समान है।

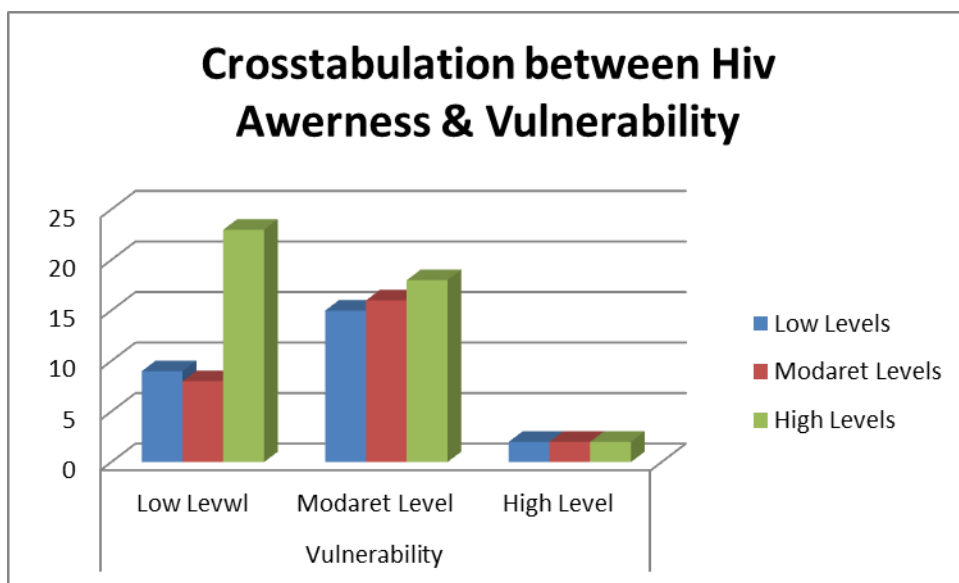
असंगठित प्रवासिय पुरुष श्रमिकों में एच.आई.वी/एड्स कि जागरूकता का अध्ययन :

सारणी :- 9 उत्तरदाताओं की एचआईवी/एड्स के प्रति जागरूकता

Crosstabulation between Hiv Awerness & Vulnerability

Hiv Awerness	Vulnerability			Total
	Low Levwl	Modaret Level	High Level	
Low Levels	9	15	2	26
Modaret Levels	8	16	2	26
High Levels	23	18	2	43
Total	40	49	6	95

ग्राफ नं. 9

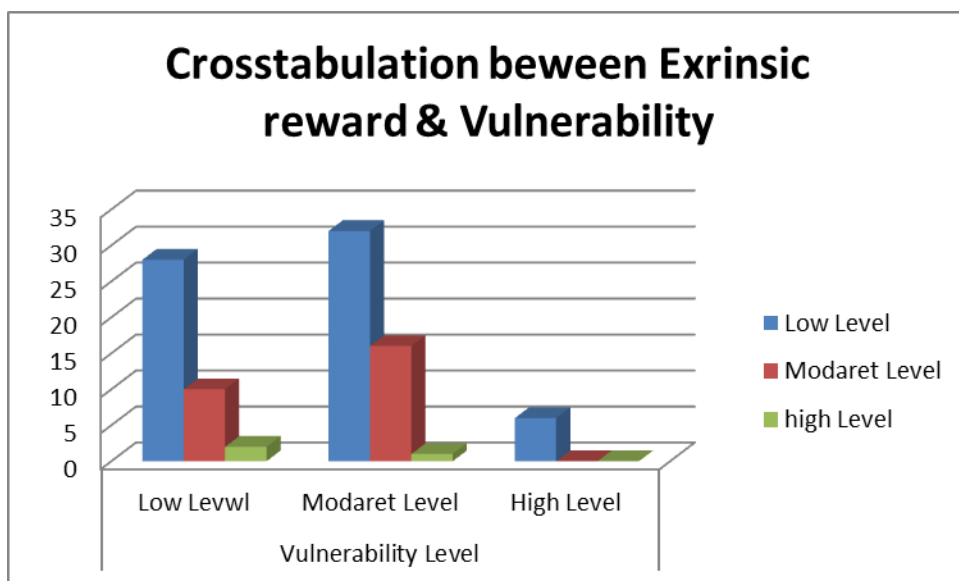


उपरोक्त तालिका से स्पष्ट होता है, कि एचआईवी/एड्स में जागरूक उत्तरदाताओं में अतिसंवेदना मध्य स्तर के उत्तरदाताओं में अधिक अतिसंवेदना है। इसी के साथ अधिक जागरूकता वाले लोगों में अतिसंवेदना का स्तर कम है। इस का मतलब है कि एचआईवी/एड्स कि मध्य स्तर कि जगरूकता रखने वाले लोगों में अतिसंवेदनशीलता अधिक है।

सारणी :- 10

Crosstabulation between Extrinsic reward & Vulnerability

Extrinsic reward Level	Vulnerability Level			Total
	Low Levwl	Modaret Level	High Level	
Low Level	28	32	6	66
Modaret Level	10	16	0	26
high Level	2	1	0	3
Total	40	49	6	95



सारांश, निष्कर्ष एवं सुझाव

सारांश :- समाज शास्त्रीय अध्ययन की पूर्णता के लिए आवश्यक होता है, कि जिस विषय का व्यवस्थित रूप से विशलेषण किया गया है, उसका संक्षिप्त रूप से सारांश भी प्रस्तुत किया जायें, साथ ही अध्ययन वस्तु के प्रति समीक्षात्मक सुझाव दिए जाए।

प्रस्तुत ' गोध द्वारा असंगठित प्रवासियों श्रमिकों में एड्स के प्रति जागरूकता, व्यवहार व यौन संबंधी जानकारी को ज्ञात किया गया है, ' गोधकर्ता नें इन्दौर भाहर के सांवेर ब्लाक को कार्य हेतु चुना, प्रस्तुत भोध को भोधकर्ता द्वारा विभिन्न चरणों में सम्पन्न किया गया, प्रस्तुत भोध में भोधकर्ता ने अपने ' गोध के प्रथम अध्याय में प्रस्तावना अध्याय वर्णित किया जिसमें ' गोधकर्ता ने कई महत्वपूर्ण तथ्यों पर प्रकाश डाला जो कि इस प्रकार है :-

सर्वप्रथम शोधकर्ता नें पृष्ठभूमि के माध्यम से एचआईवी/एड्स संक्षिप्त वर्णन कर भारत में एचआईवी/एड्स के इतिहास को बताते हुए भारत में एचआईवी/एड्स की वर्तमान स्थिति, एवं मध्यप्रदेश में एचआईवी/एड्स की वर्तमान स्थिति को बताते हुए, आर्थिक विकास की कमी के कारण पलायन होने के कारण एचआईवी/एड्स हमारे सामने किस प्रकार एक बड़ी विपदा के सामान खड़ा है तथ्यों से स्पष्ट होता है, कि आम आदमी की तुलना में प्रवासिय श्रमिकों में एचआईवी/एड्स फैलने का खतरा 3.6 प्रतिशत ज्यादा है रोजगार की तलास एवं गरीबी के कारण वे अपनी सेहत को अनदेखा कर बस रुपया जमा करने में लगे रहते हैं, इसी के साथ अपनी शारीरिक जरूरतों को पूरा करने के लिए जोखिम भरे यौन संबंधों को बनाते हैं, शिक्षा के अभाव, सामाजिक एवं संस्कृतिक मरियादाओं के कारण यौन संबंधी समस्या होने पर खुल कर बोल नहीं पाते, जिस कारण एचआईवी/एड्स को आज हम एक महामारी के रूप में देख रहे हैं। इस का एक मुख्य कारण तनाव, कार्य के अनियमित घंटे, अव्यवसित दिनर्चाया एवं परिवार से दुरी हैं।

अध्याय एक में शोधकर्ता नें एचआईवी/एड्स एवं असंगठित श्रमिकों के बारे में विस्तरत जानकारी देना का प्रयास किया है जिसमें शोधकर्ता ने यहा स्पष्ट करने का प्रयास किया है, कि असंगठित श्रमिक एवं एचआईवी/एड्स क्या है?

प्रस्तुत शोधकार्य के द्वितीय अध्याय में शोधकर्ता द्वारा बताया गया है, कि शोधकर्ता द्वारा किन साहित्यों का पुनरावलोकन किया गया है, व इसी अध्याय के अंत में अध्ययन का स्पष्टीकरण भी प्रस्तुत किया है।

तृतीय अध्याय में शोध विधि एवं उद्देश्यों का वर्णन किया है। उद्देश्यों के आधार पर शोध कि क्वेपहद को चुना गया है, जो कि बत्वे 'मबजपवदस अध्ययन है, जिसकी समय सीमा सितम्बर-2013 से फरवारी-2014 तक एवं अध्ययन का क्षेत्र इन्दौर है अध्ययन कि 'उचसपदह विधि' दवू ठंसस है, एवं ज्ववस के रूप में प्रश्नावाली का उपयोग किया गया है।

तथ्यों का विश्लेषण में सारणी एवं ग्राफ का उपयोग किया गया है। इसी के साथ अब हम शोध के अंतिम चरण कि ओर है जिसमें निष्कर्ष एवं सुझाव जिसे हमें ज्ञात हो जायेगा की हमें एचआईवी/एड्स के प्रति असंगठित प्रवासिय श्रामिको के लिये किस प्रकार की योजना बनानी होगी।

निष्कर्ष एवं सुझाव :- सम्पूर्ण शोध से यह निष्कर्ष निकल के सामने आता है, हमारे द्वारा जो भी नमूना लिया गया वहां प्रर्याप्त नहीं है, जिस कारण से हम जिन कारणों के बिच संबंध बताना चाहते थे उस गुणवत्ता को नही ला पाये जो लाना चाहते थे, जैसे एच.आई.वी. जगरुकता, अकेलेपन, संवेदनशीलता, तनाव एवं अजनबीपन के बिच जिस तरहा का संबंध बताना चाहते थे हमारे पास वैसे आकड़ो का संकलन नहीं हो पाया जिस कारण हम जिस मुकाम को हसिल करना चाहते थे हम उस के शिखर तक नहीं पहुच पाये से भी हो सकता है कि हमारी मात्र अवधारण हो सिर्फ.....

यह निष्कर्ष निकल के सामने आया कि एच.आई.वी कि जगरुकता का स्तर तो लोगो में शिक्षा के अधार पर टिक है, परन्तु परिस्थितियों के बिच वे अपने आप को रोक नहीं रोक नहीं पाते और कई बार कुछ ऐसा यौन व्यवहार करते है, जो कि उन्हें और अधिक संवेदनशील बनाता है, इसी प्रकार अपने साथियों के द्वारा किये जा रहे व्यवहारों के आचरण को स्वयं भी अपनाते है, इसी के साथ कार्य के घंटों को पूरा करने के बाद मनोरजन के लिये या अकेले पन को दुर करने के लिये नशा और इसी के साथ यौन क्रियाओं में लिपत हो जाते है।

केवल एच.आई.वी. प्रवासिय मजदुरों कि समस्या नही है इसके पिछे कई कारण छिपे है, जैसे तनाव, संवेदनशीलता, अजनबी पन, एवं साथियों के पद चिन्हों पर चलना। कभी उनसे यहाँ नहीं पूछा जाता कि आप अपने परिवार से दुर रह कर कैसा महसूस करते हो कभी उन कि भावनाओं को जनने का प्रयास नहीं किया जाता है। यदि ऐसा होता है तो उनकी मानसिक, शारीरिक एवं सामाजिक जीवन में सन्तुलन होगा जिस कारण उन्हे भी महसूस होगा कि हमारी अपने एवं समाज के प्रति जवाबदेही है।

किसी भी योजना या परियोजना कि रूपरेखा में उस समुदाय कि भागिदारी होना आवश्यक है ओर परियोजना उन के अनुकूल होनी चाहिए।

स्त्रोत

- नाको रिपोर्ट 2007–12
- यूएनएड्स रिपोर्ट, 2007
- नागा रिपोर्ट,1996
- टाइम्स ऑफ इंडिया जनवरी–2012
- आहूजा,राम (2002), शोध विधि रावत प्रकाशन, भारत पृष्ठ क. 41
- श्रम समस्याएं एवं समाज कल्याण, पृष्ठ क. 1–2 (आर.सी.सक्सेना)
- (स्रोत: द लूमिंग एपिडेमिक: द इंपैक्ट ऑफ एच आई वी एंड एड्स इन इंडिया मोजेक बुक्स, नयी दिल्ली, 1998)
- एच.आई.वी. पर सामुदायिक कार्यवाही, भारतीय गैरसरकारी संगठनों के लिए (वॉलंटरी हेल्थ ऐसोसिएशन ऑफ इंडिया,2002)

Reading list

एच.आई.वी. पर सामुदायिक कार्यवाही, भारतीय गैरसरकारी संगठनों के लिए (वॉलंटरी हेल्थ एसोसिएशन ऑफ़ा इंडिया, 2002)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का सामुदायीकरण – ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती – मध्य पदशे वॉलन्ट्री हल्थ एसोसिएशन व पैक्स कार्यक्रम

www.communityactionmp.org

National population policy -Hindi

A study of interface of ASHA with the community and the service provider in Eastern 2008-9 Department of community Medicine (SPM) BRD medical college, Gorakhpur Uttar Pradesh

A study on ASHA -a change agent of the society Indian Journal of Community Health, Vol. 24, No. 1, Jan. 2012 - March 2012

Photos



