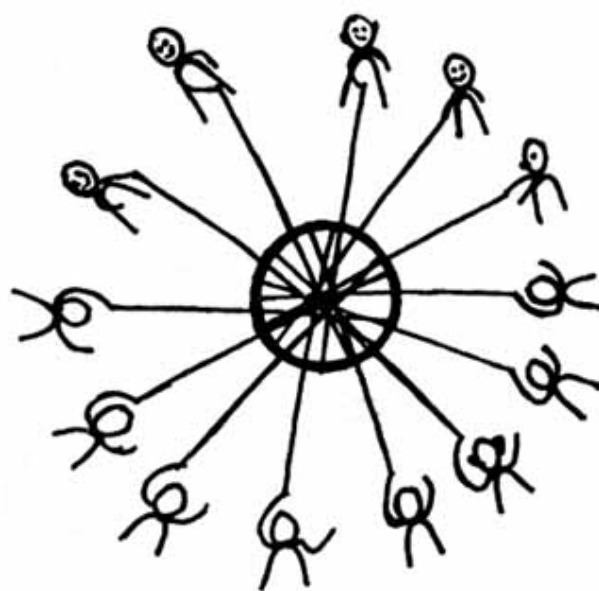
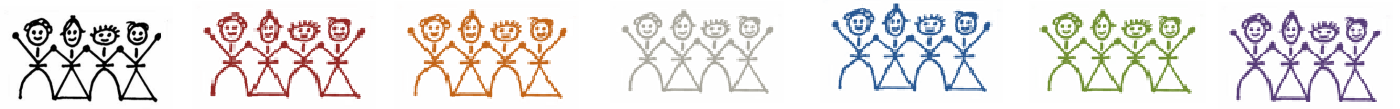


2014-2015

Community Health Learning Programme

*A Report on the Community Health Learning
Experience*

Phool Singh



SOPHEA



sochara
building community health

**SOCIETY FOR COMMUNITY HEALTH
AWARENESS RESEARCH AND ACTION
(SOCHARA)**

**COMMUNITY HEALTH LEARNING
PROGRAMME**

(CHLP-2014-15)

Batch-11th

Presented By :-



PHOOL SINGH

(Rajasthan)

01.-Tital = मेवात में स्वास्थ्य

02 . Acknowledgement = यहाँ आने से मई दूसरा दशक परियोजना में एक प्रशिक्षक के रूप में 04 वर्सों से काम कर रहा था ! परियोजना में स्वास्थ्य के पयलेट VHSNC में रिसर्च का काम देख रहे सोचारा टीम सदस्य श्री जुनेद कमाल ने मुझे फ़ेलोशिप के बारे में बताया की अगर आप स्वास्थ्य के बारे में कार्य करने व् सीखने के इच्छुक हो तो आप बेंगलोर जा सकते है ,मेने इसके बारे में उनसे जानकारी प्राप्त की तो उन्होंने बताया की यह एक वर्स का फ़ेलोशिप कार्यक्रम है आपको वहा बहुत कुछ सिखने का मोका मिलेगा ! किस तरह हम चीजों को देखते हैं ,कौनसे कर्क समुदाय को प्रभावित करते हैं !हम किस तरह समुदाय की समस्या को जान व् समझ सकते है , मेरा यहाँ आने का मन बना तो परियोजना निदेशक ने मन कर दिया की यहाँ काम कोण करेगा ,आप नहीं जा सकते उस समय जनवरी में नहीं आ सका !मेरे स्थान पर परियोजना निदेशक श्री राघवेन्द्र सेवदा ने पूर्व कार्मिक मुस्ताक खान को भेजना चाहा एन वक्त पर उनके मना करने पर सुश्री अफसाना खान को भेजा गया ! अफसाना ने आने के १५ दिन बाद मुझे बताया की यहाँ पर आना बहुत अच्छा रहा और आप भी आ जाओ यहाँ बहुत कुछ सीखने को मिलेगा ,तुम्हारे पास तो अनुभव भी है यहाँ तुम आगे बढ़ सकते हो ! मेने यहाँ सोचारा में आने का मन बना लिया ! मेने परियोजना निदेशक को फेलोशिप में मैं जाने हेतु एक वर्ष की अनुमति मांगी ,लेकिन उन्होंने जयपुर हेड ऑफिस से परमिसन लेने को कहा ,मेने प्राथना पत्र स्वीकृति हेतु भेजा और मुझे परियोजना निदेशक की अभीशसा पर परमिसन मिलगई !और मुझे एक माह पंद्रह दिन बाद 05 मार्च से जुडने का मोका मिला !

इसके लिए सबसे पहले जुनेद कमाल को धन्यवाद देना चाहूँगा ,जिन्होंने मुझे उचित मार्गदर्शन देकर यहाँ आने रास्ता बताया और सुश्री अफसाना ने यहाँ आने हेतु होसला बढ़ाया जिसकी वजह से मुझे सोचारा से जुडने का मोका मिला ! इसके अलावा दूसरा दशक निदेशक श्रीमती नीलू चौधरी , परियोजना निदेशक रघ्वेद्र सेवदा ,जिन्होंने मुझे फेलोशिप करने की स्वीकृति प्रदान की साथ ही फिल्ड वर्क के दौरान श्रीमती सुनीता शर्मा

ने मुझे पूर्ण मार्गदर्शन व सहयोग किया !यहाँ पर टीम मेंटर और फेसिलिटेटरों से जब भी मार्गदर्शन माँगा दिया उनको भी बहुत धन्यवाद !

- सोचारा सीखने के अवसर प्रदान करता है की आखिर वो सीखना क्या चाहता है ?उसकी रुचि क्या है ? उसे समझने और काम करने का पूरा मौका और अवसर दिया गया ! मेने यहाँ फेलोशिप के दौरान राजस्थान के अलवर जिले के ब्लॉक लक्ष्मणगढ़ के ग्राम पंचायत नागलखानजादी में मुस्लिम समुदाय को समझा ,रेहन - सहन ,संस्कृति ,वहाँ की स्वास्थ्य सुविधाएँ क्या है ? ,उनकी स्वास्थ्य से जुड़ी समस्या क्या हैं ?यहाँ महिला, पुरुषों व बच्चों की स्वास्थ्य से जुड़ी कौन- कौन सी बिमारियाँ ज्यादा फैलती है ! गाँव,ब्लॉक जिला ,स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं सुब सेण्टर ,पीएचसी , सीचसी, जिला अस्पताल के क्रम के बारे में समझ बनी ,इतनी स्वास्थ्य सुविधा होने के बाद भी आखिर लोग इन सुविधाओं का लाभ क्यों नहीं ले पा रहे हैं ,समुदाय की क्या - क्या समस्या है, समस्या की जड़ क्या है कौन से कारक उनको ज्यादा प्रभावित करते हैं !

इसके अलावा इसी ब्लॉक की सोराई ग्राम पंचायत के दो गाँव सोराई व दोलतपुरा में १३ से २४ माह के बच्चों में टीकाकरण से ड्राप और वंचित बच्चों पर अध्ययन किया था जिसमे उनके टीकाकरण से ड्राप और वंचित रहने के कारणों को समझा गया !स्वास्थ्य जानकारी और समुदाय की साझ के अलावा अन्य तकनिकी ज्ञान भी बढ़ा जिसमे इंटरनेट चलाना ,प्रजेंटेशन बनाना ,समुदाय में कैसे काम करे ,प्रशासन से कैसे जानकारी प्राप्त करें ? रिसर्च कैसे करते हैं ? रिसर्च के दौरान क्या - क्या समस्याएँ आती हैं ! प्रशासन व फील्ड स्तर पर उनका समाधान कैसे करें ? स्वास्थ्य से जुड़ी वेबसाईट कौन- कौन सी हैं ? , , आदि सॉफ्टवेयरों का कैसे उपयोग करेंगे ! सूचनाएं कैसे भरते है ? कैसे करते हैं ? रिफ्लेक्सन कैसे लिखते है ? रिफ्लेक्सन लिखना क्यों जरूरी है ? , कैसे करते हैं ? इन सभी का स्वास्थ्य समस्या को पहचाने व उसका समाधान में मदद मिली !

यहाँ आकर खुद का आत्मविश्वास बढ़ा , नई सोच का विकास हुआ ,काम करने के तरीकों को जाना , अंग्रेजी में भी समझ बढ़ी ,बेहतर अंग्रेजी नहीं सीख पाए यह मेरी ही कमजोरी रही ! यहाँ ये सभी सीखने को मिला जो बेहतर रहा !

आगे सीखने के लिए प्रोजेक्ट प्रपोजल बनाना सीखना चाहूँगा !

03. CONTENT =

Sl .No.	Particulars	Pages
1.	Title page	1
2.	Why I joined this fellowship	
3.	Acknowledgement	
4.	My Learning objectives	
5.	Learning from collective teaching	
6.	Learning from field visit case study and reflection	
7.	Learning from field work	
8.	Learning from conference and mentor workshop	
9.	Research study report	
10.	Reading list	
11.	Photo graphs	
12.	Conclusion	

My Learning objectives

- समुदाय को समझना
- स्वास्थ्य पर समझ
- मानसिक स्वास्थ्य पर समझ
- लोगो में निशक्तता
- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को समझना
- अध्ययन करना व डाटा एकत्रित करना
- व्यक्तिगत विकास
- कौशल

प्रस्तुतीकरण दृप्रतिवेदन लेखन –

- राष्ट्रीय ग्रामीण,शहरीद्वस्वास्थ्य मिशन

समुदाय की समझ
समुदाय स्वास्थ्य
सामाजिक निर्धारक
कम्यूनिकेवल नान कम्यूनिकेवल
चिकित्सा बहुलवाद
सामुदायिक स्वास्थ्य के सिद्धांत
स्वास्थ्य के संकेतक
स्वास्थ्य व्यवस्थाएं
एपिडिमियोलॉजी
हेल्थ पॉलिसी
पर्यावरण स्वास्थ्य और व्यवसायिक स्वास्थ्य
कम्यूनिकेशन लाईक स्किल्स
ईम्यूनइजेशन
पैराडाइम सिफ्ट

04 . फेलोशिप क्यों करना चाहते थे

मैं दूसरा दशक में प्रशिक्षक के रूप में शिक्षण कार्य करवाता था ! और साथ ही बालक ,बालिकाओ के जीवन कोशल प्रशिक्षण भी देने की जिम्मेदारी थी जिनमे स्वास्थ्य से जुड़े टोपिक पर काम करवाया जाता था ! मेरी सुरु से ही रुचि थी की मैं स्वास्थ्य पर सन्दर्भ व्यक्ति के रूप में कार्य करू और बेहतर संदभ व्यक्ति बनू !

जब जुनेद कमाल जी ने अवगत कराया की यह फेलोशिप स्वास्थ्य से जुडी है , और स्वास्थ्य पर ही पूर्ण कार्य होगा इसके अलावा स्वास्थ्य समस्याओं को हम कैसे समझ सकते हैं ,कैसे और जानकारीया बढ़ा सकते हैं ! वहां आपको सिखने का खुला मोका मिलेगा ,कोई सीमाए नहीं होंगी ,काम करने की आपको एक नई दिशा मिलेगी ! की काम कैसे करते है ? कैसे रिसर्च करते हैं ? पहले आपको सिखाया जाएगा ,आपको सिखने के मोके दिए जायेंगे ! इन सभी बातों को सुनकर मुझे भी लगा की वहा जाना बेहतर होगा ,यहाँ आकर अफसाना ने भी यही बताया इसके अलावा जुनेद को वहां काम करते देखते थे तो मुझे भी लगा समुदाय में शिक्षा के अलावा स्वास्थ्य भी एक समस्या है कहाँ किसकी ,क्या जिम्मेदारी है और उनको पूरा क्यों नहीं कर पा रहे है , आखिर बीमारिया कैसे फेलती है आदि को समझने के लिए के लिए मेने फेलोशिप करने आया !

०५. फेलोशिप में आने का मकसद यही था की मैं स्वास्थ्य को लेकर अपनी क्षमताए बढ़ाना चाहता था ,दूसरा काम को करने की नई तकनीको को सीखने के अवसर मिलेंगे ,नई जगह काम करने से एक नया अनुभव बढ़ेगा !

- यहां सोचारा की फेलोशिप में तीन. तीन चरणो में शिक्षण कार्य एवं फील्ड कार्य किया गया।

प्रथम कोल्लेक्टिव सत्रों में समझ 01

Learning from first Collective teaching session

- –समुदाय वह है जिसमें अलग अलग जाति धर्म के लोग एक साथ रहते हैं। समुदाय में रहने वाले प्रत्येक व्यक्ति की अपनी सोच व आवश्यकता होती है। समुदाय में एक जैसी रूची रखने वाले लोग किसी समान उद्देश्य के लिये एकत्रित होकर मजबूत समुदाय का निर्माण करते हैं जिसे सही मायने में समुदाय कहते हैं।

किसी भी समुदाय के साथ काम शुरू करने से पहले उस क्षेत्र के बारे में जानकारी एकत्रित करना तथा समुदाय के सदस्यों के साथ अच्छा व्यवहार होना चाहिए तथा लोगों की मदद से समुदाय के मुद्दों को समुदाय के बीच रखकर एक समझ बनाकर लोगों को तैयार करना ।

यहाँ पर हेल्थ सिस्टम के बारे में समझ बनी की भारत के प्राचीन समाज में आयुर्वेद व्यवस्था थी जिसमें योगा, यूनानी, सिद्धा, होम्योपैथिक दवाओं से इलाज करते थे ! हमें उनकी जानकारियों का हमें लाभ मिलता था इसके आलावा ! मध्यकाल में दाई , हड्डी विशेषज्ञ , हकीम देसी जड़ी बूटियों से इलाज करते थे , और उनकी ज्यादातर लोगों को दवाओं की जानकारी होती थी ! इलाज करने वाले आस पास ही रहते थे ! और वैध पीढ़ी दर पीढ़ी स्वास्थ्य सेवार्यें देते थे , ब्रिटिस काल में , हॉस्पिटल व्यवस्थाओं को बनाया गया जो सिर्फ उन्हीं के लिए थी ! उन्होंने एलोपैथिक दवाओं की सुरुआत की और धीरे - धीरे इसे बढ़ाया गया स्वास्थ्य सेवाओं की बेहतरी के लिए कमेटियां बनने लगी 1939 की सोखे कमेटे के अनुसार एक गाँव पर एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता होती थी ! 1946 में भोरे कमेटे बनाई गई जिसने 1949 में प्रस्तुत हुई ! इसमें पहली बार हेल्थ सर्वे और हेल्थ प्लान बनाया गया ! इस कमेटे के अनुसार सक्रिय स्वास्थ्य कमेटियां गाँवों में बनाई जाएँगी , अस्पतालों की व्यवस्था , सकूली शिक्षा, पोषण , प्रशासनिक, ढाचा मजबूती आदि पर ध्यान दिया गया था ! अन्य कमेटियां

- 1961- मुदालियर कमेटी
- 1970- पटेल रिपोर्ट
- 1975- श्री वास्तव रिपोर्ट
- 1981- हेल्थ फॉर आल
- 1989- रास्ट्रीय शिक्षा एंव स्वास्थ्य रिपोर्ट
- 2005- एन .आर एच. एम.

इन सभी कमेटियों में हमारी परम्परागत स्वास्थ्य व्यवस्थाओं को प्राथमिकता नहीं दी गई है , सिर्फ ढाचे बना दिए हैं , जिससे आज इलाज कराने के लिए बहुत खर्च करना पड़ता है! आम आदमी अपना बेहतर इलाज नहीं करवा सकता है !

भारत के पहले स्वास्थ्य प्लान पर 140करोड़ रुपये तथा दुसरे प्लान में 225 करोड़ का बजट रखा गया ! आज् स्थिति यह है ,की आयुर्वेद , और आयुष के लिए पूरे बजट का २ से 3 % ही रखा जाता है !

प्राथमिक स्वास्थ्य की दृष्टी में कजाकिस्तान 1978 में हुए अन्तराष्ट्रीय सम्मलेन के एल्मा अटा घोषणा पत्र पर सभी देशो ने सन 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्ये की व्यवस्था की घोषणा की गई थी ! जिनके आठ पिलर निम्न हैं!

- Health for All
- Primary Health Care
- Health a Fundamental Human Right
- Equity
- Appropriate Technology
- Inter-sectoral Development
- Community Participation.

1. पोसण आपूर्ती 02. पानी और स्वच्छता 03. शिक्षा 04. स्थानीय रोगों की रोकथाम 05. माता एंव शिशु स्वास्थ्य 06.टीकाकरण 07.प्राथमिक उपचार 08. आवश्यक दवाएं

इनमें शुरू के पांच राजनितिक हैं जिनपर यदि सरार ध्यान दे तो काफी हद तक बीमारियों व समस्याओं को दूर किया जा सकता है !

और तीन तकनिकी हैं !

1978 में हुए अन्तराष्ट्रीय सम्मलेन के एल्मा अटा घोषणा पत्र के रिच्यु के लिए सन नवंबर 2000 में हेल्थ सेवा के लिए लड़ रहे 75 देशों के 1454 कार्यकर्ताओं ने बांग्लादेश के सवार में सभी के लिए स्वास्थ्य के लिए चर्चा की गई ! जिसमें भारत से 250 delegates की भागीदारी रही !

इसके बाद 2005- एन .आर एच. एम. को भारत में लागु किया गया जिसमें पहली बार समुदाय की भागीदारी को रखा गया , जिसमें एक सलाहकार समिति बनेगी, इसमें पहली बार जनसंख्या के हिसाब से सी एच,सी ,पी एच सी , सबसेन्टर की संख्या होगी और समुदाय के लोग इसकी मोनिटरिंग करेंगे ! समुदाय में स्थानीय महिला आशा होगी जो गाँव में स्वास्थ्य सेवाओं की जानकारी देगी ! हमें भी इस ध्यान देना होगा की समुदाय की भागीदारी को कैसे बढ़ाया जाए ? जब तक समुदाय की भागीदारी नहीं बढ़ेगी , व्यवस्थाय नहीं सुधरेगी ! उन्हें बताना ,प्रेरित करना होगा यह हमारी जम्मेदारी भी है और अधिकार भी है !

स्वास्थ्य मोडल दो प्रकार में बटा हुआ है

1. मेडिकल मोडल

- मरीज
- जनसंख्या
- मृत्यु और बीमारियाँ
- शारीरिक ,मानसिक
- डॉक्टर , नर्स
- पेटा मेडिकल
- व्यावसाईक

2. सोशल मोडल

- लोग ,समुदाय ,समाज
- प्रो लाईफ लिविंग
- सामाजिक ,आर्थिक ,मानसिक ,संस्कृतिक राजनितिक सामजिक मोडल , भागीदारी होती है !

(यह वर्तमान स्वास्थ्य व्यवस्था है) (यह समजिक न्याय व्यवस्था)
(है ,इसमें,पोसण,स्वास्थ्य शिक्षा)
(स्वच्छता पर ध्यान दिया)
(जाता है!)

मानसिक स्वास्थ्य से यह समझ बनी की मानसिक क्या है ,यह कैसे बढ़ता है और कैसे इसे रोका जा सकता है ?

Mental Health is “a state of wellbeing in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully and is able to make a contribution to his or her community” (WHO)

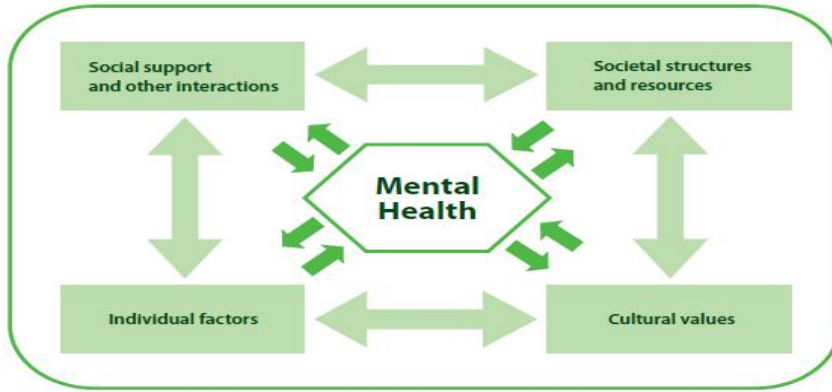
मानसिक अस्वस्थता व्यक्तिगत होती है ,लेकिन ये हमारी शारीरिक ,मानसिक ,सामाजिक ,और अध्यात्मिक रूप से आपस में जुड़े होते हैं ! इसे काफी हद तक सकारात्मक सोच से कम किया जा सकता है ! क्योंकि मानसिक स्वास्थ्य एक जेसा नहीं होता है , हमारा दिमाग और व्यवहार एक दुसरे से जुड़े है , हमारे बात करने के व्यवहार से हमारे दिमाग का पता चलता है !

मानसिक अस्वस्थता को निम्न अवस्थाओं में होती है ! शुरुआत में इसका बिलकुल भी पता नहीं लगता है ,जिन्हें थोडा चिंता ,टैसन होती है

2. इस अवस्था में अधिकतर लोग होते हैं पर इनका ज्यादा पता नहीं लग पाता है

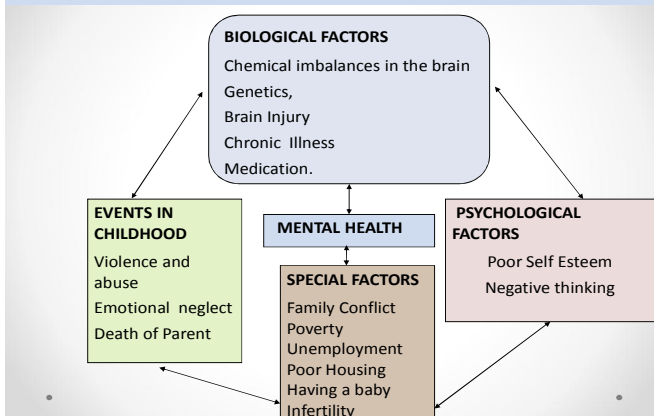
3. , -इस स्थिति में सबको पता चल जाता है !

Structural model of mental health



इन कारको से मानसिक अस्वस्थता बढती भी है और घटती भी है !

Why and how does Mental Illness Occur?



सभी तक स्वास्थ्य व्यवस्था नहीं पहुचने के कारण में पब्लिक स्वास्थ्य की निम्न समस्याए बढ रही है

कुपोसण, कोमुनिकेबल और नॉन कोमुनिकेबल बीमारियाँ ,मानसिक अस्वस्थता ,आदि ! इसके आलावा बढती हुई जनसख्या से भी समस्या हो रही है भोजन की समस्या , शुद्ध पीने के पानी की समस्या , शुद्ध वातावरण .

ग्लोबलिजेसन से भी स्वास्थ्य सेवाए प्रभावित हो रही है

प्राथमिक स्वास्थ्य की जरूरत है की भारत में सत्तर प्रतिशत आबादी गाँवों में रहती है ,तथा गरीबी है ,गरीबों तक स्वास्थ्य की पहुँच नहीं है !

हेल्थ केयर को तीन भागो में बाटा गया है

1. प्राइमरी हेल्थ केयर , २ .सेकंड्री हेल्थ केयर 03. टरशरी हेल्थ केयर ये तीनों ही बिमारी की अवस्थाये हैं ,प्राइमरी हेल्थ केयर में वे बीमारियाँ जिनका इलाज प्राथमिक इलाज से रिका जा सकता है ,

सेकंड्री हेल्थ केयर में बिमारी होने के बाद की स्थिति है इसमें बीमारी का पता लगने पर उसे काफी हद तक दूर किया जा सकता है जबकि टरशरी अवस्था में रिकवरी संभव नहीं होती है !

1 . प्राइमरी हेल्थ केयर के चार पिलर प्रमुख हैं

-Equity - Appropriate technology - Community participation ,-
intersector coordination

इसीलिए सामुदायिक स्वास्थ्य में प्राइमरी हेल्थ केयर को बढ़ावा देने की पहल की जा रही है !जिससे बिमारियों को बढ़ने से पहले रोका जा सके !

2. पब्लिक हेल्थ केयर एक खिचड़ी के जेसा है , जिसमे जेविक ,सामाजिक , मेडिकल साइंस , सभी जाती धर्म ,छोटे , बड़े ,बूढ़े , महिला पुरुष , सभी के लिए है !

3. मेडिकल प्लुरिजम - समुदाय में एक ही जगह पर स्वास्थ्य सुविधाएँ ,एलोपेथिक ,आयुर्वेदिक , और अन्य तरीकों से इलाज करना मेडिकल प्लुरिजम कहलाता है !

भारत में इसे दो भागो में बादते है 1. फोक हीलर - जिनके पास कोई डिग्री नही है ,बिना एग्जाम के , झाडा देने वाले , हड्डी का इलाज करने वाले , घरेलू उपचार करना

2. ट्रेडिशनल हीलर - आयुष , इसमें एग्जाम, कोई डिग्री होती है !

T= Traditional - इसमें स्थानीय इलाज करने वाले ,आयुष ,सिद्धा,

C= Complimentary- आयुर्वेद व् एलोपेथिक दोनों का उपयोग

A= Alternative - अन्य देशो के प्रयोग होने वाले इलाज करना

M= Domestic meditation - घरेलू नुस्खोंसे इलाज करना

हमें स्थानीय उपचारों को प्रोत्साहन करना है ,उन्हें ज्यादा बढ़ावा देना है !

5 लीडर

समुदाय में हमें लीडरशिप बढानी है , जिससे वे अपने अधिकारों की मांग कर सके अपनी भागीदारी बढा सके समुदाय में एकता करनी है हमें तलास करना है की लीडर कोन हो सकता है ! एक अच्छे लीडर का गुण होता है समुदाय में एकता लाना , सभी की सुने , सभी को गाइड करे,प्रभावशाली बोलना ,अच्छी जानकारी रखता हो , आगे की सोचता हो , प्रशि. हो ,सभी समुदायों के बारे में सोचता हो !

6. समुदाय की प्राथमिकताओं को देखना है , पहले हमें समुदाय बनाना पड़ता है एक विचार पर सहमती बने वह समुदाय है !

वहा उनकी समस्या पता होने पर ही हम प्राथमिकता दे पायेंगे , पहले हमें संदाय में जाकर समस्या चार्ट बनाना है सबसे बड़ी समस्या क्या है, कितने लोग ज्यादा प्रभावित हो रहे हैं , उनसे ही तये करवाए , फिर उन्ही से उसका कारण पूछें और उसका समाधान कर सकते हैं क्योंकि बड़े कारण पर सभी लोग सहमत हो जाते हैं ! रेलेवांस टेस्ट और परपस एक्टिविटी मोडल से उसका समाधान कर सकते हैं !

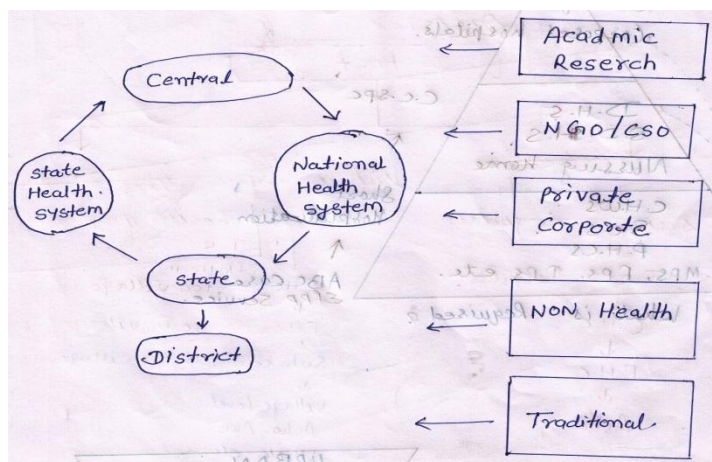
7. जेंडर समुदाय में महिला पुरुष गेर बराबरी बहुत ज्यादा है यह भेद सभी जाती , धर्म में पाया जाता है ! जैसे - समुदाय व् घर में निर्णय , पेसे पर अधिकार , पावरफुल , सभी जगह पुरुष हावी है , लेकिन के मध्येम से ये मजबूत हो रहे हैं !, कर्नटका में महिलाओं द्वारा मल्लुर में दूध की बहुत बड़ी डेयरी चला रही हैं और इन्होंने देस आजाद होने से पूर्व ही हेल्थ सिस्टम बनाया था , इसलिए समुदाय में भी महिलाओं की भागीदारी बढ़ानी होगी !

8. पर्यावरण स्वच्छता - समुदाय में अधिक टार बिमारियां साफ सफाई के आभाव के कारण फेलती हैं ,इसलिए जब भी समुदाय में जाये तो शोचाल्ये बनाने हेतु केस स्टडी सुनाये , उनसे जुडी बीमारियों के बारे में बताएं ,न्यूज पेपर की घटनाय छेद चढ , बलात्कार .तो समुदाय जरूर सोचता है !

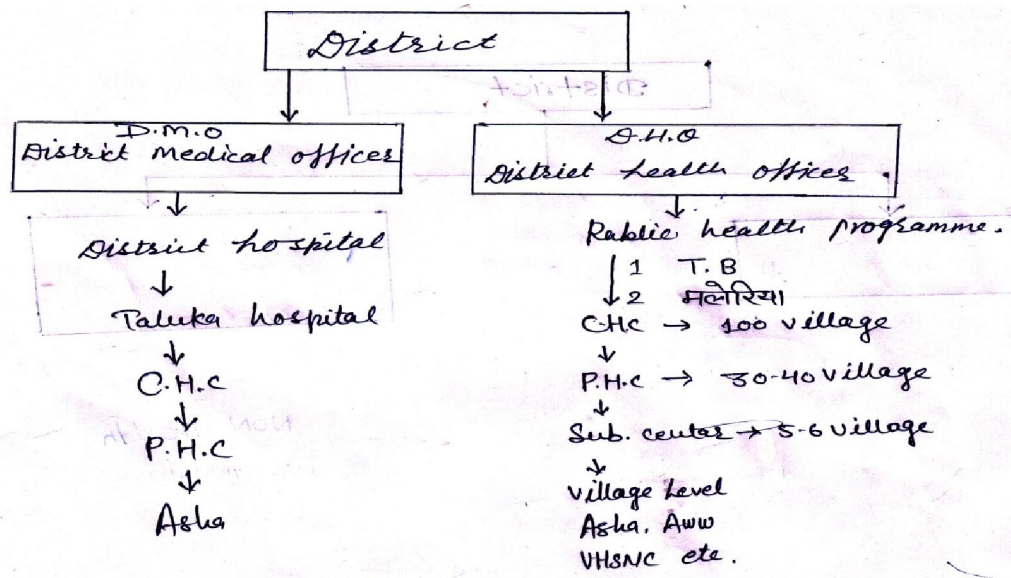
Health System in India : भारत में हैल्थ सिस्टम को मुख्य रूप से तीन स्तरों में बांटा गया है -

1. केन्द्र
2. राज्य
3. जिला

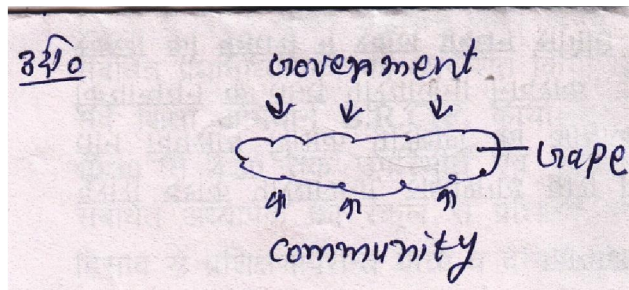
केन्द्र, राज्य और जिला जिसके सहयोग में शैक्षणिक खोज, छलव् च्त्पअंजम बवतचवतंजपवदए छवद भ्मंसजी ज्तंकपजपवदंस होगी ।



District Structure for Health System :



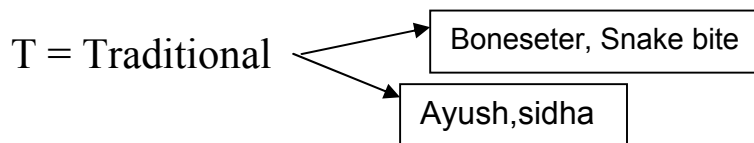
सरकार और समुदाय के बीच बने हुए गैप को जब तक खत्म नहीं किया जाएगा, तब तक स्वास्थ्य सुविधाएं बेहतर नहीं हो सकती। सरकार और समुदाय दोनों की भागीदारी से ही इसे ठीक किया जा सकता है।



मेडिकल प्लुरिज्म
समुदाय में एक ही जगह
उपलब्ध तरीके जिसमें
आयुर्वेदिक, योगा, यूनानी, परम्परागत इलाज करने वाले मेडिकल प्लुरिज्म की श्रेणी में आते हैं। जिसे निम्न प्रकार समझा जा सकता है -

(बाहुल्यवाद) :
पर इलाज के
एलौपैथिक,

जुद्ध | ण्डण



C = Complimentary - एलौपैथिक और आयुर्वेदिक दोनों को प्रयोग कर इलाज करना।

A = Alternative – स्थानीय के अलावा अन्य देशों में इलाज के तरीके जैसे – एक्यूपंचर, एक्यूप्रेशर।

M = Dimentation Meditation – इसमें दवाओं से इलाज किया जाता है।

समुदाय में विभिन्न विचारों वाले व्यक्ति निवास करते हैं और इलाज हेतु अपनी इच्छा व अपने तरीके अपनाते हैं। उदाहरण – सिरदर्द होने पर प्रत्येक व्यक्ति अपने तरीके से उसका इलाज करता है। जैसे – दवा लेकर, नींद लेकर, ध्यान लगाकर आदि। इसी प्रकार समुदाय के लोग सामान्य बीमारी होने पर भी अपने स्थानीय क्षेत्र में मिलने वाली स्वास्थ्य सुविधा अनुसार इलाज कराते हैं। जो ऊपर बताये चारों में से कोई भी उनकी सुविधानुसार हो सकता है।

मेडिकल प्लुरिज्म को दो भागों में बांटा गया है –

1. Folk Healer
2. Traditional

परम्परागत इलाज करने वाले के समक्ष भी काफी चुनौतियां हैं। उनके पास प्रमाणिकता नहीं है। उन्हें यह भी जानकार नहीं होती कि मरीज को कहा रैफर करें। स्थानीय जड़ी-बूटियों से इलाज करने की वजह से वन विभाग द्वारा वनों में जाने पर रोक लगाना। व्यासायिकरण का बढ़ना आदि समस्याएं हैं। यह भी सत्य है कि भारत में अधिकतर ग्रामीण इलाकों में समुदाय इनसे अपना इलाज कराता है। इन्हीं को ध्यान में रखकर प्राइमरी हेल्थ केयर में इनको भी जोड़ा जाए, प्रमाण-पत्र दिये जाएं और इन्हें भी प्रशिक्षण दिये जाएं, तो स्वास्थ्य सेवाओं में यह भी सहयोग देंगे।

Research %

रिसर्च को दो भागों में बांटा गया है –

1. Qualitative Research
2. Quantative Research

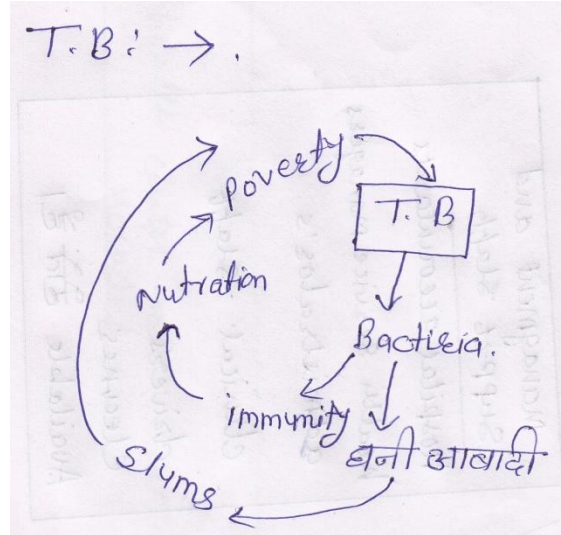
Qualitative Research रू इस रिसर्च में सर्वे के माध्यम से स्थितियों के पीछे के कारणों को समझा जाता है। जिसमें उस कारण के पीछे मानवीय सोच क्या रही, मानवीय वास्तविकता क्या रही और मानवीय भावना क्या रही व इसके पीछे क्या व्यवहार रहे इन सबका गहराई से अध्ययन किया जाता है।

Quantative Research : इस रिसर्च में संख्यात्मक आंकड़ों पर ज्यादा ध्यान दिया जाता है। अधिकतर आंकड़ों के माध्यम से निष्कर्ष निकाले जा सकते हैं।

Disease :

1. Communicable Disease (T.B., H.I.V., VIRAL, DIARRIYA)
2. Non - Communicable Disease (HYPERTENTION, SUGAR, HEART DISEASE)

T.B. : टी.बी. का मुख्य कारण गरीबी है। और भी इसके कई कारण होते हैं जो चित्रानुसार एक-दूसरे से जुड़े हुए हैं।



LEADER रू एक अच्छा लीडर कम्यूनिटी में यूनिटी बनाये रखता है। जो सभी की सुने सभी को गाइड करे और सभी की मदद बिना भेदभाव के करे।

समुदाय की समस्या का चार्ट बनाना – समुदाय में कार्य करने के लिए सबसे पहले उस गांव की समस्याओं की चर्चा करें। उसके बाद प्रत्येक समस्या की प्राथमिकता तय करे। जैसे किसी गांव में लोगों के द्वारा 10 समस्याएं चिह्नित की गई हैं। उनमें से तय करें कि सबसे प्रमुख और सबसे बड़ी समस्या कौनसी है ? जिसे लेकर हमें काम करना चाहिए। यदि वह समस्या सभी से जुड़ी हुई है तो समुदाय के लोग आपका सहयोग करेंगे और उनके सहयोग से हम उस समस्या को दूर कर सकते हैं। जैसे समुदाय में निम्न समस्याएं होती हैं –

- Land
- Water
- Alcohol
- Veterinary support
- Sanitation
- Anganwadi
- School Etc.

जब हम गांव में काम करते हैं तो हमें वहां जानकारी कर लेनी चाहिए जैसे – सिस्टम क्या है, सिस्टम कैसे काम करता है, सिस्टम कैसे बनाते हैं। ये सभी एक दूसरे से जुड़े रहते हैं। जब हम किसी गांव में काम करते हैं तो हमारा सिस्टम वह गांव होता है और वह सिस्टम बाउंड्री होती है।

समस्या को कैसे समझेंगे और उसे कैसे एड्रेस करेंगे ?

C = Client

A = Actor

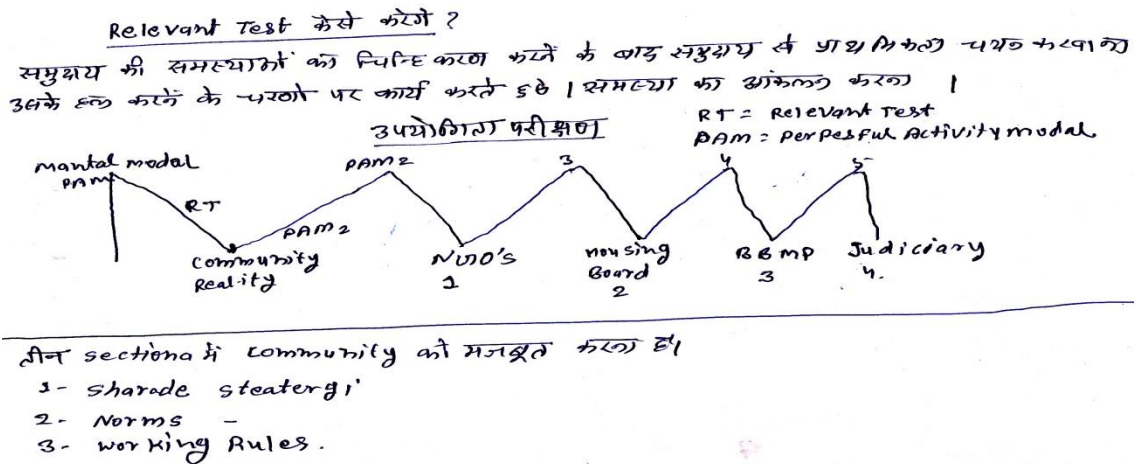
T = Transformation

W = World View

O = Owner

E = Environmentally Consult

भला किसका हो रहा है, कौन फ़ैसिलिटेट करेगा, कौनसी चीज में हम बदलाव लाना चाहते हैं। हम यह ज़तंदेवितउंजपवद क्यों करवाना चाहते हैं, जिससे भविष्य में हमारी स्थिति अलग बनेगी, इन सबके लिए पैसा कौन दे रहा है उसका कन्ट्रोल किसके पास है ? जो हम कर रहे हैं, किस-किस समस्या से जूझना पड़ेगा।



1पोषण क्या है? समुदाय में पोषण स्तर को कैसे पहचानेंगे ! पोषण को कैसे सामाजिक आर्थिक सांस्कृतिक और भौगोलिक कारक कैसे प्रभावित

करते हैं। बच्चों को मालन्यूट्रेंट न कैसे प्रभावित करता है? कुपोषण का बच्चों पर मानसिक व शारीरिक विकाश रूकता है।

2^ण फूड सिक््यारिटी नीति 2013 के बारे में !पोलिशी क्या होती है? उचित पोलिसी उसे कहेंगे जिसमें उपलब्धता, पहुंच, स्वीकार्यता हो! नीति को आर्थिक कीमत उपलब्धता कानून आदि कारक प्रभावित करते हैं।

3^ण प्लूरिजम व्यवस्था के बारे में यह ऐसी व्यवस्था है जिसमें एक ही जगह पर स्थानिय स्तर पर ईलाज करने वाले, हर्बल मेडिकल, दाई, पीएचसी, सीएचसी, आयूस की व्यवस्था हो !हमें हर्बल और सीनिय इलाज पद्धति को बढ़ावा देना है

भारत 58000 एमबीबीएस डॉक्टर हैं 72000 आयूस डॉक्टर हैं। सरकार 30 हजार की आबादी पर एक डॉक्टर उपलब्धत कराती है अगर दौनों को जोडा जाय तो एकहजार पर एक डॉक्टर की व्यवस्था हो सकती है लेकिन सरकार आयूस डॉक्टर को डॉक्टर नहीं मानती हैं!

04 महिला स्वास्थ्य पर कार्य हुआ जिसमे घरेलू हिंसा नशा काम का दबाव शिक्षा जैण्डर भैद जल्दी शादी महिला स्वास्थ्य पर बुरा असर पडता है जिससे महिलाए हमेशा तनाव में रहती है। इस कारण महिलाए 29 प्रतिशत मिल्ड 16 प्रतिशत मेडरेट 2 प्रतिशत सीवियर ऐनिमिक हैं तथा 47 प्रतिशत अन्य समस्याओं से ग्रसित हैं!

05 आर सी एच ओ कार्यक्रम की उपयोगिता पर चर्चा हुई कि यह कार्यक्रम मुख्य रूप से माता व शिशुओं के स्वास्थ्य विकाश के लिये है लेकिन विभागिय लापरवाही और समेदाय के जागरूकता के अभाव में 45 प्रतिशत बच्चों की मौत टीकाकरण की कमी से होती है। जिनमे से 19 प्रतिशत बच्चों की मौत डी पी टी टीके के नही लगने से होती है। जिनको बचाया जा सकता है! इनको ध्यान में रखकर समुदाय में जागरूकता बढ़ानी है। जिससे लौइन सुविधाओं की मांग कर सकें। अभी जो पांच वर्षीय स्वास्थ्य प्लान जो बन रहा है उसमें आर एम एन सी एच ए को कवरेज बिन्दू माना है! रिप्रोडक्टिव मेटरनल नीयोनेटल चाइल्ड हैल्थ एडोलोसेंट

06 . Neo natal

Neo natalmortality=

Under five mortality =

Infant mortality =

Pre term birth rate =

Intrapartum related=

Population risk =

Incedence =

Pravalance =

Incedence rate =

Person year =

Crude death rate =

Age specific death =

07^८ जीवन कौशल प्रशिक्षण पर कार्य हुआ जिससे युवाओं के समक्ष आने वाली दुविधाओं पर मदद कर सकें जिसमें समस्या समाधान 'निर्णय ' किटिकल सोच' क्रियटिव सोच ' संप्रेशण 'स्वयं जागरूकता 'दबाव ' भवनाओं को जानना 'एम्पथी 'इंटर परसनल रिलेशन शिप' तथा भविष्य निर्माण ।

08^८ स्टडी डिजायन पर कार्य जिनमें

1 कोरटेड स्टडी डिजायन –इस स्टडी डिजायन में किसी एक कारण से दूसरा प्रभावित होता है जैसे जीवन स्तर मालन्यूट्रेशन पौषण को प्रभापित करता है

यदि डाईट बढ़ती है तो कुपाषणे घटता है उदा: गरीबी से टी बी बढ़ती है!

2. क्लोस सेक्सनल स्टडी डिजायन:-

3 कोहारट स्टडी डिजायन:- यदि बीमारी रियर कम है तो स्टडी डिजायन को करते हैं फिर को कंट्रोल किया जाता है! उदा: ऐनिमिक एक्सपोज क्या है? क्या वह हरी सब्जी खती है ? आदि कासणो से पता कर सकते हैं।

4 ऐनालिटिकल स्टडी डिजायन:- इसमें बीमारी के कारण जानकर जांचना कितने लोगों को एक्सपोजर हुआ है? कितने बीमार हुए हैं?

5 केस कंट्रोल स्टडी डिजायन :- इस अध्ययन में एक भाग में उन्हें शामिल करेंगे जो बीमार हैं । दूसरे में जो बीमार नहीं है उस जनसंख्यासे कुछ सलेक्टेड केस लेंगे और उनका कितना एक्सपोजर कारण देखेंगे ! इस अध्ययन में केस को भी डिजायन करना है कैसा केस है ? कितना है? कम है ज्यादा है तथा कितने दिन से है?

9: एच आई वी के बारे में : इसका वायरस मानव शरीर में आर एनए के पहुंच कर खुद का डीएनए बनाता है फिर आर एनए बनाता है एडस होने पर अधिकतर व्यक्तियों की मौत अन्य बीमारियों से होती है जिसमें टीबी प्रमुख है!

10: बीमारियां कैसे फैलती है?

1 वैक्टर बोन डिजिज : वैक्टर वायरस फैलने का दूसरा माध्यम जैसे मक्खी वायरस ले जाती है एक स्थान से दूसरे स्थान पर यह वैक्टर कहलाती है! वैक्टर बोन डिजिज मलेरिया डायरिया चिकुनगुनिया प्लेग आदि। इसमें एक ऐजेन्ट होता है जिससे बीमारी आती है ! होस्ट वह होता है जो इनफैक्ट होता है ! पर्यावरण में हमेशा ऐजेन्ट होता है।

रिजर्व वायरस : को दो भागों में बांटते हैं 1 केस इसमें व्यक्ति को इनफैक्सन हो जाता है और सिमटम आने शुरू हो जाते हैं! 2 केरियर इसमें व्यक्ति इनफैक्टेड तो हो जाता है लेकिन वह बीमार नहीं होता है।

इक्यूपेशन पीरीयड: इसमें व्यक्ति इनफैक्ट तो हो जाता है उसे जो वह बीमारी जो होने में वक्त लगता है वह इक्यूपेशन पीरीयड कहलाता है।

सब क्लीनिकल कैस: इसमें केसो का पता नहीं लगता है कि अस व्यक्ति में वायरस पहुंच गया है कोई लक्षण नहीं दिखते है।

कनवैलीसेंट बवदअंसमेबमदज :इसे वायरस ऑफ रिकवरी भी कहते है इसमें बीमार व्यक्ति के लक्षण चले जाते है लेकिन वायरस शरीर में मौजूद रहता है ! जैसे टायफायड

मॉड ऑफ ट्रंसमिशन में कुछ बीमारियां ऐसी होती हैं जो सीधे संपर्क में आने से जीवाणुओ से फेलती हैं जैसे ऐडस टीबी खुजली आदि ! तथा मलेरिया इनडायरेक्ट फेलता है!

2 वाटर बोर्न डिजिज :- पानी से फेलने वाली बीमारियां वाटर बोर्न डिजिज कहलाती हैं जैसे:पीलिया उल्टी दस्त हैजा डायरिया मलेरिया हाथी पांव आदि ये स्वच्छता के अभाव में फेलती हैं

3 कम्यूनिकेबल डिजिज :- वे बीमारियां जो रोगी के सीधे संपर्क में आने से फेलती है जैसे एचआईवी खसरा रेबीज फल्यू टीबी आदि!

इन बीमारियों के फेलने का एक क्रम होता है

1 – इनफैक्सन –इसमें जीवाणु या वायरस शरीर में प्रवेश कर जाता है।

2– इंक्यूपेसन –जीवाणु प्रवेश से बीमारी होने तक का समय

3– प्रोडनेमाल – लक्षण दिखने शुरू हो जाते हैं।

4– इलनेस – पूरी तरह बीमार हो जाते है।

5 – रिकवरी या कवलेसेंस – इस अवस्था में रोगी की मौत भी हो सकती है। अगर समय पर ईलाज हो जाता है तो रोगी – रिकवर कर सकता है।

4 नॉन कम्यूनिकेबल डिजिज

6 बीमारी फेलाव की स्थिति के आधार पर इनको तीन भागों में बांटते हैं

1 ऐपेडिमिक— ऐसी बीमारियां जो तेजी से और जल्दी फेलती है। जैसे—हैजा मलेरिया टायफायड स्वाइनफ्लू प्लेग ।

2— एन्डेमिक — जिन बीमारियां का वायरस स्थाई रहता है किसी क्षेत्र विशेष में ! जैसे — मलेरिया

3— विश्व स्तर की ऐसी बीमारी जो अधिकतर देशों में पाई जाती है! जैसे—एचआईवी

7 सोशियल एपीडिमियोलोजी ऑफ डिजीज — एसमुदाय में सामाजिक वातावरण एक जैसा होता है लेकिन कुछ बीमारियां विशेष वर्षा मौसम या खानपान से ही होती है जिनसे सभी लोग प्रभावित नहीं होते हैं। जिनमें कुछ बीमारियों का इलाज संभव है कुछ बीमारियों को खान पान या लाईफ स्टाईल बदलकर रोक सकते हैं पूरी तरह खत्म नहीं कर सकते ! जैसे — ब्लड प्रेशर डायबीटीज हार्ट अटैक !

8 — रिफ्लेक्सन — किसी भी क्षेत्र में काम करने के बाद उस काम का हमें रिफ्लेक्सन जरूर लिखना चाहिए इससे हमें उस काम की कमजोरी मजबूती तथा प्रगति का पता चलता है। निम्न चरणों में करेंगे

त्मसिमबजपवदत्र मगचसंदंजपवदध्मगचसवतंजपवद .→ 'दमगपमजमे → मततवते → मूमांदमे → 'जतमदजी → 'नबबमे → बंनेमे → मम्मिबज → इसके बाद हम पीछे या आगे जा सकते हैं।

third collective setion

1⁰ **Occupation health**—आज भारत में 31 करोड़ पुरुष व 50 करोड़ महिलाएं तथा 01 करोड़ 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चे काम करते हैं निके साथ काम के दौरान जैण्डर भेद होता है तथा इन्हे काम की पस्थिति के अनुसार स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध नहीं करवाई जाती हैं।

लौग दो प्रकार के क्षेत्र में काम करते हैं 1- ऑरगनाइजड – इसमें रोजगार की गारंटी होती है और समय अवकाश सामाजिक सुरक्षा आर्थिक सुरक्षा की गारंटी व सुविधा होती है।

2 – अन ऑरगनाइजड – इसमें किसी प्रकार की कोई सुरक्षा की गारंटी व सुविधा नहीं होती है।

पूरे भारत में 92 प्रतिशत जनसंख्या अन ऑरगनाइजड क्षेत्र में काम करती है। इस तरह के मजदूरों के लिए सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना की सुविधा दे रखी है लेकिन जानकारी के अभाव के कारण उनका फायदा नहीं ले पाते हैं!

2^o Data collection – हमें लौगो के साथ साक्षात्कार ऑबजर्वेशन उपलब्ध डाटा समूह चर्चा से प्राप्त कर सकते हैं इसके लिये हमें अपने उददेश्य को ध्यान में रखकर कौनसी सूचना प्राप्त करनी है को पहले ही लिखलेना चाहिये! सूचना प्राप्ति के बाद अपनी मजबूती और कमजोरीयों को ऐनालाइज जरूर करना चाहिए!

हमें ऑबजर्वेशन से पूर्व या इन्डेफथ और एफ जी डी की तैयारी कर लेनी चाहिए कि किन ऑबजैक्टिव को ध्यान में रखकर चर्चा करनी है किससे बात करनी है स्थान समय दिनाक क्या होगा? भाषा का माध्यम क्या होगा ? हमें उनसे सूचना प्राप्त करनी है उनसे ही पूछते रहें खुद जवाब नहीं दें ! इस सूचना को हमें इजाजद लेकर लिख या रिकॉर्ड कर सकते हैं!

इन्डेफथ साक्षात्कार को दो प्रकार से ले सकते हैं 1 –फॉरमल स्ट्रक्चर इसमें प्रश्न पत्र तैयार करके क्रम से सवाल पूछना ! /2– इनफॉरमल स्ट्रक्चर इसमें बिना क्रम के सवाल पूछते हैं!

3. Disability=

शारीरिक रूप से अक्षम लोगों को स्वास्थ्य शिक्षा सामाजिक

सशक्तिकरण और जागरूक कर उन्हें सम्मान की जिन्दगी जीने के लिए प्रेरित कैसे करें ?

4. Urban rural health care

Globlization वैश्वीकरण से नये बाजार का निर्माण हुआ बाजार में प्रतिस्पर्धा आयी। जिसके कारण लोगो को अपनी इच्छा अनुसार वस्तुओं का चयन करने का मौका मिला, लोगो में दक्षता बडी। लेकिन इसके विपरीत आज भी स्वास्थ्य में लोगो के पास कोई पसंद नही है, स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकार का एकाधिकार है।हमें यह भी ध्यान रखना चाहिए कि उपभोक्ता या लाभदारी , अभिनेता की भूमिका में कौन कौन व्यक्ति शामिल है, स्वामित्व किस के पास है।

5.

1, asimatri = जो सूचना डॉक्टर के पास होती है वह हमो पास नही होती इसे असिमेअरी कहते हैं।

2 . WTO उरुग्वे में 1994 में बहुपक्षीय समझोता हुआ जिसमें कौई भी देश शामिल हो सकता है इसमे कृषि पेटेन्ट अन्तराष्ट्रीय स्तर पर टैण्डर करना आदि शर्ते शामिल थी ! 1994 में प्रणव मुखर्जी ने हस्ताक्षर कर भारत की सदस्यता हुई।

4. GATS

5. TRIPS

6. PATENT

आदि बिन्दुओं पर कार्य किया गया!

प्रथम फील्ड के दौरान प्लेसमेंट अलवर जिले के लक्ष्माणगढ ब्लॉक दूसरा दशक संस्थान में हुआ इस दौरान ब्लॉक लक्ष्माणगढ के बारे में सूचनाएं एकत्रित करने के अलावा संस्थान के बारे में भी समझने का प्रयास किया गया जिसमें संस्थान कब से व क्या कार्य करता है उसका ढांचागत स्वरूप क्या है?

अन्य गैर सरकारी संस्थाओ में विजिट एवं सेमीनारों व रेलियों में भागीदारी

- 1ण एपीडी संस्थान में विजिट
- 2ण ब्लाइंड वॉक रैली
- 3ण भौपाल गैस त्रासदी के 20 वर्ष होने पर उससे मृत आश्रितो के हक हेतू एक दिवसीय धरना प्रदशन बेंगलोर।
- 4ण तीन दिवसीय नैशनल बायो ऐथिकस कॉन्फ्रेश बेंगलोर!
- 5ण मोनसेंटो रेली में भागीदारी
- 6ण स्नेहदान संस्थान में विजिट
- 7ण कन्नूर एसोसियसन फॉर इन्टीग्रटेड रूरल ऑर्गेनाइजेशन एण्ड सपोर्ट केरल
- 8ण शान्ति पैन एण्ड पालेटिव कैयर सेटर केरला



- **प्रथम चरण के फील्ड कार्य**

- **Under standing and describing a community**

- physical aspects, infrastructure, patterns of settlements , demographics , community leader formal and informal, community culture formal and informal, existing group , existing institutions, economics , government / politics , social structure, attitudes and values.

- **Under standing community priorities**

Gather information from :

Livelihood , education , health , basic amenities , other if any

- **Understanding the field placement organisation and their projects .**

- **Social determinants of health and sectoration**

- **Framework for a situational analysis**

- **Assessment for a situational district : geography , demography , socio economic profile**
- **Health status and problems**
- **Progress towards implementation of district health system**
- **The management of support systems**
- **Financial management**
- **Transport**
- **Drug and vaccine, distribution and control**
- **Communication public health sector**
- **Other health care providers**
- **Assessment of key programmes**
- **Other sectors which impact on health**
- **Summary of key health problems and conclusion**

➤ Health care providers and medical pluralism

- प्रथम फील्ड कार्य के दौरान ब्लॉक स्तर के किसी एक गांव के समुदाय को समझना होता है। जिसमें उस सुदाय की भैगोलिक स्थिति. संस्कृति.रहन आधिक स्तर सहन उनका इतिहास जनसंख्या स्थिति. परंपराएं वहां की लीडर प.उस समुदाय के साथ कोनसी संस्थान सरकारी व गैर सरकारी कार्य कर रही हैं!

उस समुदाय की जरूरतें क्या क्या हैं ? जिसमें जीविका पार्जन िक्षा स्वास्थ्य उनकी बुनियादी सुविधाएं कैसी हे। उनका अध्यन किया गया जिनका विस्त्रत विवरण आगे पेज नं पर किया है।

- इसके अलावा जिस संस्थान में प्लेसमेंट होता है उस संस्थान के विजन दृ उदेदश्य गति विधिया काम करने के तरीके और बजट की उपलधता का स्त्रत क्या हैं। मेरा फील्डवर्क प्लेसमेंट दूसरा द क परियोजना जो राजस्थान के अलवर जिल के ब्लॉक लक्ष्मणगढ में 2007 से संचालित है। जिसका विवरण आगे पेज नं पर है।
- वहां के समुदाय की स्वास्थ्य समस्याएं क्या. क्या हैं? वहां जैण्डर भेद कैसा है? स्वास्थ्य को कौनसे कारक प्रभावित करते हैं।
- वहां के समुदाय का स्वास्थ्य स्थिति कैसी है उनकी समस्याए क्या है उनका अवलोकन करना । पब्लिक क्षेत्र में सुविधाएं अस्पताल रैफरल व्यवस्था तथा अन्य प्राइवेट संस्थान एनजीओ जो स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध करवाते हैं उनके बारे में जानना।
- वहां समुदाय में स्थानीय परंपरागत तरीके से स्वास्थ्य सेवा दे रहे लॉकल हीलर्स के बारे में जानना । एन आरएचम के माध्यम से उपलब्ध करवाइ जा जा रही सेवाओं का लाभ समुदाय के लोगों तक उनका लाभ मिल रहा है कि नही।
- वहां के समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य के बारे में क्या सोचते हैं? और मानसिक स्वास्थ्य रागियों की देखभाल व उनके साथ उनका व्यवहार कैसा होता है?

फील्ड वर्क के दूसरे चरण में क्पेजतपबज चतवपिसम पर कार्य किया गया जिसमें निम्न प्रश्नों पर कार्य किया

(A) what to do you know about your own district.

जिले की स्थिति को समझा जिसमें उसकी भौगोलिक भू हरी व ग्रामीण स्थिति। आर्थिक स्थिति खेती.रोजगार आय भू हरी व ग्रामीण स्थिति दृ ि क्षा स्थिति. जिलेमें स्कूल व कॉलेजों की स्थिति जिले का सामाजिक विकास स्तर. सडकें.विधुत. पानी की उपलब्धता स्वच्छता जिले का सामाजिक विकाश स्तर जिले में सामाजिक संस्थाएं कॉओपरेटिव पुस्तकालय मीडिया की भागीदारी ! इसके अलावा संचार के साधनों की की उपलब्धता और उनकी भूमिका कैसी है ? उनका सांस्कृतिक विकाश कैसा है ? आदि।

(B) who? What ? where ? when ? in all health in your District .

जिले में निम्न स्थितियों को समझने का प्रयास किया गया

1 ऐसा कौनसा उम्र समूह है जो जिले में तेजी से बढ़ रहा है ? कौन लोग ज्यादा बीमार हो रहे हैं ? कौन लोग ज्यादा मर रहे हैं ? उनकी मौत के कारण क्या हैं ? कौनसी बीमारी से मर रहे हैं ? प्रसूती काल की क्या स्थिति हैं?

2 अलवर जिले के कौनसे क्षेत्र में कौनसी स्वास्थ्य समस्या है ? डिसपेंसरी सी एचसी जिला अस्पताल के आंकड़े क्या कहते हैं ?

जब स्वास्थ्य कार्यकर्ता समुदाय से आकर मिलती है तो वे लोग क्या सोचते हैं ?

3 कौनसी बीमारी बार बार फेलती है ? कौनसे माह व कौनसे मौसम में ?

4 वो बीमारीयां बार बार उनसे स्वास्थ्य स्तर कैसा है ?

उनका पौषण स्तर भौगोलिक कारक सामाजिक सांस्कृतिक आर्थिक राजनितिक और पर्यावरण कारण।

5 इन सभी स्वास्थ्य समस्या के कारणों से इनमें से कौनसा समूह वंचित व हांशिय पर हैं। महिलाएं बाल मजदूर डिसेबल लोग दलित आदिवासी सैक्स वर्कर कुष्ठरोगी व एडस रोगी ?

(C) what is right / Wrong with the existing district health system?

1. what are the government linked health system in the district ?

- at the district, sub district, community and family level.

2. How are the services or performing ?

- from the health team point of view.

- from the community leaders point vie

- from the community / people point view.

3. Are all the people utilizing the services ? if not, why not? , who not ?

4. Is the services covering or reaching all the parts of the district ? if not, why not? , wher not ?

5. Is there the at risk concept beinf used in provision of healt services and in the health programmes ?

6. Is there a deficit in the ..

Quantity of care for district neds ?

Quality of care for district. ?

7. Is staff morale high ? is health team concept and practice strong .?

8. Do staff intract well with the community /people and each other

.

9. Is the health system egularly monitord and evaluated .?

(D) WHAT ARE THE LOCAL RESOURCES ? WHO ARE YOUR POTENTIAL PARTNERS ?

1. who is providing health care ? and what / how?

- traditional birth attendants
- traditional healers
- Indigenous system /other system practitioners
- Genral practitioners
- NGOs and mission institution
- private sector.

2. Whera is health care provided in your district and where do people come from to use it ?(show in mapping)

3. Who are the people other than health workers who also are potential resources ?

- school ,teacher and children .
- college , teacher and students
- rural development agencies and NGOs
- community organization including farmers clubs and cooperatives , womens club and SHG groups youth organizations.
- professional and non professional litrate people , groups , network .
- other governmental and non governmental agencies for development, education ,rural industry, other sectors wich impinge on health.

4.what are the material resources , skills ,capacities and local resources available from the community in your district ? including labour ?

5. what are financial resources that can be tapped to complement / supplementthe health programmes under your care ?

- coopratives and local banks.

- local self government institutions and their health budgets
economic activity that can be tapped for contribution / donation ,
etc.

04. यहाँ सत्रों के दौरान क्या - क्या सीखा -

- 01- हेल्थ सिस्टम को समझा , समाज में पीढ़ी दर पीढ़ी स्वास्थ्य की वैध व्यवस्था ,आयुष , ब्रिटिस कालीन स्वास्थ्य व्यवस्था ,आजादी पूर्व और बाद में बनी कमेटियों के बारे में समझ बनी !केंद्र के राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम ,राज्य स्तर के स्वास्थ्य ढांचागत स्वरूप को समझा ! इसके अलावा जिला अस्पताल ,ब्लॉक स्तर पर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र ,प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र ,ग्राम पंचायत स्तर पर सब सेण्टर , पर क्या व्यवस्थाए होती हैं ?उनका ढांचागत स्वरूप केसा होता है ?
- 02- मानसिक स्वास्थ्य क्या है ? और कैसे जैविक, मनोवैज्ञानिक और कारक कैसे मानसिक स्वास्थ्य को बिगाड़ते हैं ,उनको प्रभावित करते हैं मानसिक स्वास्थ्य की कोन - कोन सी अवस्थाए होती हैं ,समुदाय में इनको पूरी तरह पागल समझा जाता है ! जबकि यह एक बीमारी होती है जिसका अन्य बिमारियों की तरह इलाज संभव है ! इसको हम कैसे पहचाने और रोक सकते हैं !
- 03- कम्युनिटी के बारे में जाना की समुदाय में रहकर जब हम काम करते हैं तो वहां के लोगो के रोजगार ,संस्कृति ,, भाषा,भोजन ,उनकी आवस्येक्ताये ,उनकी समस्याए ,समुदाय के नेता ,उनके आपसी सम्बन्ध ,जेंडर से जुडे मुद्दे ,ज्वलंत मुद्दों को दयां में रखकर काम करें ! हमें उनकी समस्या पहचान कर काम करना है ,उनकी समस्याओं की प्राथमिकता तये करें ,तभी उनका समाधान हो पायेगा ,इसके लिए रिलेवेंस टेस्ट का उपयोग करना चाहिए !
- 04- रिसर्च के बारे में समझ बनी यह दो प्रकार से की जाती है क्वाण्टिटटी रिसर्च इसमें मोटे रूप में संख्यात्मक आंकड़े लिए जाते हैं और क्वालिटेटिव रिसर्च इसमें फोकस ग्रुप चर्चा के माध्यम से सूचनाये प्राप्त की जाती हैं गहराई से पूछताछ की जाती है (संख्यात्मक और गुणात्मक रिसर्च भी कहते हैं)

- 05- जोहरी विंडो से समझ बनी की व्यक्तियों का चरित्र चार प्रकार का होता है 1- , 2- ,03- ,
04 - समुदाय में कार्य के दौरान सावधान रहकर हमें उनको पहचान कर काम करना चाहिए !
- 06- समुदाय में हमें काम करते हुए लीडरशिप कैसे बढ़ानी है उनके अधिकारों से उन्हें अवगत कराकर समुदाय में लीडरशिप बढ़ाकर ही उनकी भागीदारी को बढ़ाया जा सकता है उनकी भागीदारी से सेवाएं बेहतर होंगी !
- 07- समुदाय में प्राइमरी हेल्थ केयर प्रमुख होता है इसके जो चार पिलर प्रमुख हैं 01 , 02 -
Appropriate technology, 03 - Community participation , 04 - Inter sector coordination

A introduction Doosra Dashak Org.

Doosra Dashak Project Laxmangarh (Alwar)

The Laxmangarh block was created in January of 2007 and is situated in the north western part of Rajasthan, Alwar is part of Mewat area, located in the triangle of Delhi, Agra and Jaipur. Generally poor, deriving their livelihood from subsistence agriculture and animal husbandry, the population has a concentration of Meos.

Social Situation:

The Meo population is predominantly rural. They comprise over a third of the total population of Mewat and are the largest single ethnic community in this area. They are mostly agriculturalists who also rear sheep and goats. Laxmangarh is among the 7 blocks of Alwar district with a total population of 235,925 among whom 29.78 percent belong to SC and ST communities. This block has 185 villages spread over 44 Gram Panchayats.

Gender Roles:

The Meo community is generally deprived of education and development opportunities as a result of their socio-cultural positioning. The overall literacy rate in Laxmangarh is 65.19 percent. Female literacy rate is just 33.90 percent. The enrollment ratio for girls at the primary level is 46.96 and upper primary level is 39.66. The status of women is very low because of traditional mindset and custom of *purdah*. Generally speaking, girls are sent to 'Maqtab' (religious schools) for religious instruction. As soon as they attain puberty they are removed from Maqtab also and expected to remain in the confines of home. The ratio of women to men is 892:1000 which is much lower than Rajasthan and reveals a deteriorated status of women. The mean age of marriage is 16.2. Total fertility rate is 4.9 which is the same as in Rajasthan. The infant mortality rate is 99 which shows poor health-care facilities. Only 15 percent women are able to receive safe delivery option. The curriculum (Nisab) of the Maqtab was decided in the 17th century is still in use.

Mission:

- Taking measures to enable the community to participate in the processes of education and empowerment of adolescents, and to develop organizations at the village level to facilitate in redefining caste, class, and gender relations at the local level;
- Providing holistic education, integrated with issues relevant to the lives of adolescents, and simultaneously giving them opportunities/spaces to translate their learning into action through linking learning with practice;

- Empowering adolescents so that they may develop a commitment to democratic values, as well as to gender, caste, class and religious equity, strive for human rights, and inculcate habits of healthy living

Objectives

With reference to persons of 11-20 age group, DD aims to channelize immense energy of these young boys and girls towards community development and nation building. DD programme works with the following objectives:

- To meet their basic learning needs and to relate learning to life, work and environment;
- To equip them for adolescence and family life through improvement in their understanding of issues in health/reproductive health and making them aware about HIV /AIDS;
- To create an awareness about the underlying causes of socio-economic and gender inequality;
- To cater livelihood related issues by enhancing vocational and life skills;
- To harness their energies for nation building through creation of cadres who may provide educated, informed and responsible leadership;
- To create a cadre of adolescents to work towards securing people's rights and to steadfastly pursue the constitutional postulates of national integration, democracy and secularism;
- To employ science and technology for improving the lives of the people.

Doosra Dashak or the second decade is a project for the holistic education of adolescents aged 11-20. The programme aims at

leadership development among adolescents to enable them to play a role in the process of social transformation.

Adolescents comprise a large of India's population today. These young, vibrant, and exuberant persons aged 11-20 years, stand at the threshold of adulthood and experience an enormous amount of energy. This phase in the life cycle of human beings is characterized by hormonal changes resulting in rapid physical and biological developments. These are often expressed through psychosocial, behavioral and sexual maturation.

A significant transformation in adolescent's personality is the search for identity and hence they crave for importance and fantasize being the centre of attraction. It therefore becomes very important that their energies are channelized towards constructive thinking and actions.

Doosra Dashak has attempted to address this critical age group in a region marked by fragile ecology and low social development indicators. Started in 2001, with Sir Dorabji Tata Trust as the major funding agency, the project is currently being implemented in 9 blocks of 7 districts in Rajasthan.



Doosra Dashak process essentially consists of residential camps for adolescent participants which aim at providing integrated basic education and inculcate leadership skills which work for overall personality development. In addition a multi-pronged approach based on life skills development and formation and strengthening of the community organizations with special emphasis on youth and women's forums is adopted for achieving the goal of sustainable and holistic development.

Organizational Structure:

Doosra Dashak's team comprises the Steering and Coordination Unit (SCU) and Field Extension and Support Unit (FESU).

Steering Coordination Unit:

DD's Steering and Coordination Unit (SCU) is based at Jaipur and works for planning and capability building of DD employees as well as DD participants. Steering and Coordination Unit (SCU) monitors and assists the field programme, ensure coordination with institutions, funding agencies, and individuals who may have the capability and interest to assist the field programme. SCU also meets with other NGOs which may wish to implement Doosra Dashak, or a similar programme. SCU primarily is an interface between funding agencies, other organizations and the FESU. SCU works in close association with a reputed voluntary organization named Sandhan which is designated as technical resource agency for DD.

Field Extension and Support Unit:

The Field Extension and Support Unit bear the overall responsibility of conducting activities for adolescents and community by working closely

with them. These units are created to be a team which manages as well as steers the activities at the field level. FESU in each block is led by a Project Director who works with a team comprising one Field Project Coordinator, 2-3 Associate Coordinators and an accountant. This team is supported by Cluster Teams that include 6 to 8 workers and 4 to 6 Master Trainers.

Cluster **Teams** **:**

The placement of a team at the field level is essential for a project like DD. In the beginning, when the area of operation was comparatively small, workers were placed at the village level. As the area increased, clustering became a necessity. About 12–15 villages in a contiguous area are considered as a cluster, and each cluster is allocated a couple of persons. Cluster team works on the grass-root level and keep constant interaction to the beneficiaries.

Review and Planning:

Review and Planning Meetings (RPMs) are conducted every month at the block level where they review work progress and make action plan for the next month. All FESU team members attend this meeting. After the progress is reviewed at the block level, Block Review and Planning Meeting (BRPM) is conducted at SCU in Jaipur. In this meeting, Project Directors of all the nine blocks share the development in their respective blocks and exchange ideas.

प्रथम फील्ड के दौरान प्लेसमेंट अलवर जिले के लक्ष्माणगढ ब्लॉक में हुआ इस दौरान ब्लॉक लक्ष्माणगढ के बारे में सूचनाएं एकत्रित की गईं। जिसमें की भौगोलिक सांस्कृतिक जनसंख्यात्मक व स्वास्थ्य सुविधाएं समस्याओं के बारे में समझने का प्रयास किया गया!

लक्ष्मणगढ ब्लॉक एक नजर में



Laxmangarh block (Alwar district)

Basic information

Laxmangarh is a Town in Lachhmangarh Mandal in Alwar District in Rajasthan State. It is located 160 km distance from its State Main City Jaipur. Situated in the north western part of Rajasthan, Alwar is part of Mewat area, located in the triangle of Delhi, Agra and Jaipur. Generally poor, deriving their livelihood from subsistence agriculture and animal husbandry, the population has a concentration of Meos. They comprise over a third of the total population of Mewat and are the largest single ethnic community in this area*.

The Meo population is predominantly rural. Mostly they are agriculturalists who also rear sheep and goats. Laxmangarh is among the 14 blocks of Alwar district with a total population of 241708 among whom 29.78 percent belong to SC and ST communities. This block has 185 villages spread over 44 Gram Panchayats. The sex Ratio is 892 which is much lower than Total fertility rate is 4.9 which are the same as in Rajasthan. Infant mortality rate is 99 which show poor health-care facilities. Only 15 percent women are able to receive safe delivery option.

The overall literacy rate in Laxmangarh is 65.19 percent. Female literacy rate is just 33.90 percent. Enrolment ratio at the primary and upper primary level of girls is 46.96 and 39.66 percent respectively.

The Meo community is generally deprived of education and development opportunities as a result of their socio-cultural positioning. The status of women is very low because of traditional mindset and custom of *purdah*. Generally speaking, girls are sent to 'Maqtabs' (religions schools) for religions instruction. As soon as they attain puberty they are removed from Maqtabs also and expected to remain in the confines of home. The curriculum (Nisab) of the Maqtabs was decided in the 17th century is still in use.

The Meo Community:

Mayo or **Meo** or **Mewati** is a prominent [Muslim Rajput](#) tribe from North-Western [India](#). A considerable number of Meos migrated to [Pakistan](#) after independence in 1947 and now they are estimated to be over 12 million. The areas of the three districts where they live are collectively called [Mewat](#), a reference to their supremacy in the area. Meos speak [Mewati](#), and live in a tribal culture. The majority is uneducated and is currently classed under [Other Backward Class](#) (OBC).^[2] Only one in ten Meos is able to properly read and write.

This name is derived from the major community inhabiting the area - the Muslim Meos. The Meos are descendants largely of Rajput, Meena and Gujjar converts to Islam and have still retained many elements of their pre-Islamic past, including several customs, social institutions, rituals and beliefs. It is estimated that there are over a million Meos in Mewat alone and several hundred thousand scattered elsewhere. Nearly all the Meos of Mewat resides in rural areas and most villages in the region have overwhelming Meo majorities

Educational Situation

If the literacy rate can at all be said to be a measure of development, Meonis seem to have registered virtually no development at all. According to reliable estimates, not more than one per cent of all Meonis are functionally literate. In the entire community of over a million souls, there are said to be not more than 20-25 Meoni graduates. In most schools of rural Mewat, there are hardly any girls at all.

Economic Situation

As a result, most Meos can raise just one crop a year, if the rains are sufficient. Rampant exploitation by Bania and Jain moneylenders is another major cause of Meo poverty. Most of the Banias of Mewat live off the interest they charge on loans given to the Meos. **The general rate of interest per month is three Rupees per hundred monthly, which works out to an exorbitant 36 per cent yearly, enough to drive many Meo families deep into debt and penury for generations.**

Agriculture and Housework

If the general condition of the Meos is woeful, that of the Meonis, the Meo womenfolk, is even more distressing. In the domestic sphere, the burden is almost entirely on women. Forced by their acute poverty, right from childhood itself, to assist their mothers in household chores, young Meo girls cannot go to school. They tend to younger siblings, graze goats and sheep, and roam the bare, barren slopes of the Ravalli in search of firewood. In the Kharif season, bajra, [maize](#), jowar, Kharif [pulses](#), arhar, sesamum, [cotton](#), guar etc. are sown in about 3,29,088 hectares (42 percent). In the Rabi season [wheat](#), barley, gram, mustard, Rabi pulses etc. are sown in about 4, 52,527 hectares (58 percent). Thus, the total cropped area of the district is 7, 81,615 hectares.

Islamic Education

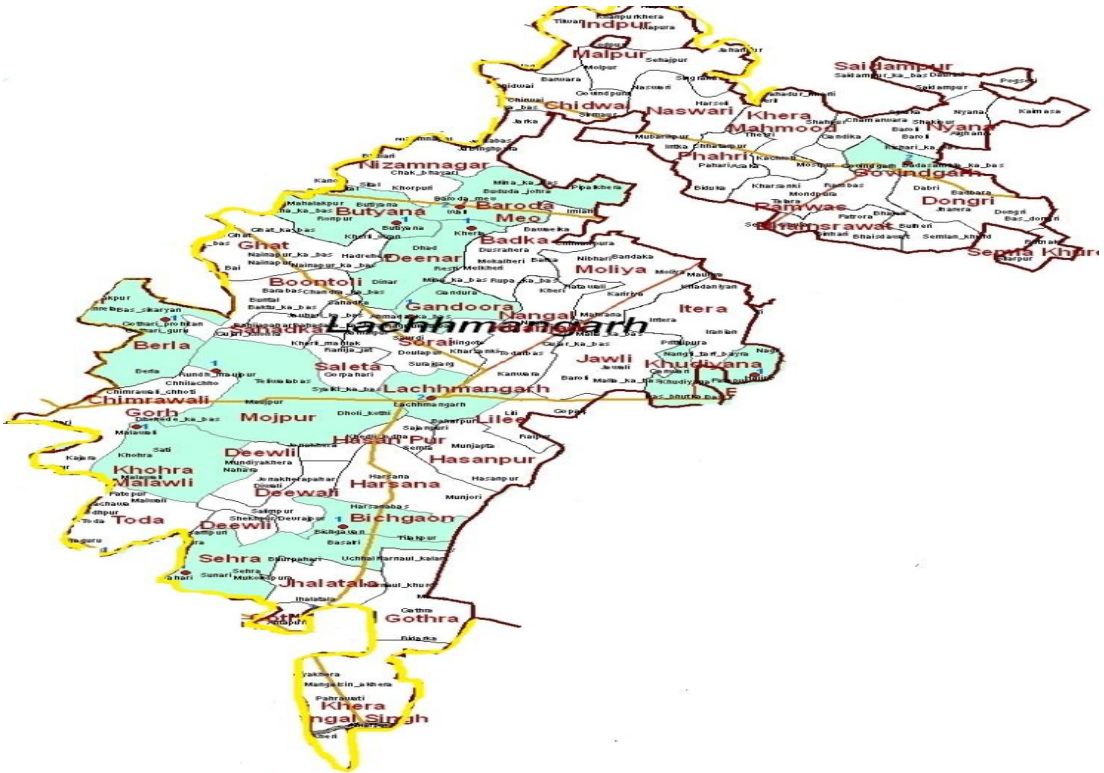
Increasingly, Meos are sending their girls to Islamic *maktabs* (primary schools) attached to most village mosques. There they learn to read Urdu and are taught to memorise parts of the Holy Quran. Most *maktabs* are coeducational. No fixed fees are charged. Parents give grain and money to the *maulvis* to teach their children, though for poor families this is not compulsory. Girls are withdrawn from the *maktabs* as soon as they reach puberty (*baligh hone ki umar*) and are then married off, for from that age onwards they become vulnerable to strange (*ghayr*) men, including their male teachers. Thereafter, they cannot continue their studies.

1. Demographic Data

Area (In K.M.)	618.9
No. of revenue villages 2001	187
No. of inhabited villages	185
No. of Gram Panchayats	44
No. of households	34634
Population 2011	241708
Male	128045
Female	113663
percent of SC population 2011	18.49
percent of ST population 2011	12.14
Decadal population growth Rate (percent)	
Sex ratio (Females/1000 Males)	
Density of population (Per Sq. Km.)	381

प्रथम फील्ड कार्य के दौरान ब्लॉक लक्ष्मणगढ के अलावा गांव नांगल खानजादी के समुदाय व संस्कृति ईतिहास भोगोलिक स्थिति के बारे में जानकारीयां प्राप्त की गई।

About Nangal Khanjadi



Nangal Khanjadi is a Village in Lachhmangarh Tehsil in Alwar District of Rajasthan State, India. It belongs to Jaipur Division . It is located 39 KM towards East from District head quarters Alwar. 6 KM from Laxmangarh. 139 KM from State capital Jaipur

Nangal Khanjadi Pin code is 321607 and postal head office is Laxman Garh .

Sorai (4 KM) , Deenar (6 KM) , Moliya (6 KM) , Lilee (6 KM) , Khudiyana (7 KM) are the nearby Villages to Nangal Khanjadi. Nangal Khanjadi is surrounded by Kathumar Tehsil towards East , Ramgarh Tehsil towards North , Reni Tehsil towards South , Alwar Tehsil towards west .

Nagar , Alwar , Rajgarh (Alwar) , Nadbai are the nearby Cities to Nangal Khanjadi.

HOW TO REACH Nangal Khanjadi

By Rail

There is no railway station govindgarh near to Nangal Khanjadi in less than 10 km. How ever Alwar Rail Way Station is major railway station 35 KM near to Nangal Khanjadi

गांव नांगल खानजादी स्थिति

1 सामान्य जानकारी			
1	गांव का नाम	नांगल खानजादी	
2	ग्राम पंचायत का नाम	नांगल खानजादी	गांव से दूरी
3	स्वास्थ्य उपकेन्द्र का नाम	खेडली चंद्रावत	02 कि मी
4	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	ईटेडा	04 कि मी
5	ब्लाक पंचायत का नाम	लक्ष्मणगढ	07 कि मी
6	जिले का नाम	अलवर	45 कि मी
7	सबसे नजदीक कस्बे/शहर से गांव की दूरी	लक्ष्मणगढ	07 कि मी
8	सभी मौसमों में चालू रहने वाली सड़क से गांव की दूरी	जलूकी रोड	1 किलोमीटर
9	नजदीकी बस स्टैण्ड/स्टाप से गांव की दूरी	1 किलोमीटर	
10	नजदीकी रेलवे स्टेशन की दूरी	गोविन्दगढ15।उएमालाखेडा 30।उ,अलवर 45।उ	

DemograPhY

नांगल खानजादी गांव मे कुल 299 परिवार है और कुल 1899 जनसंख्या निवास करती है।

श्रेणी	कुल जनसंख्या	कुल परिवार	प्रतिशत
मेव	1626	248	82.94:
मेघवाल	152	26	8.69:
सरदार	121	25	8.36:

गांव में महिला व पुरुष अनुपात 1025 पुरुष ओर 874 महिलाएँ है।

लडका	लडकी	कुल	पुरुष	महिलाएँ	कुल
270	221	491	205	123	328

2 जनसांख्यिकी स्थिति बसावट के अनुसार			
	कुल जनसंख्या – 1899	299 ;कुल परिवार)	गांव में स्थिति –
1.	अनुसूचित जाति (एस0सी0)	कुल परिवारों की संख्या: 26	उत्तर पूर्वी भ्रग
2.	मेव	कुल परिवारों की संख्या:248	पश्चिम दक्षिण पूर्वी भाग
3.	सरदार	कुल परिवारों की संख्या:25	पूर्वी भाग

3ण बुनियादी सुविधाओं तक पहुंच	
1. क्या गांव में बिजली है?	हाँ
2. गांव में कितने घरों में बिजली नहीं है व किन समुदायों के	मेव
3.गांव में बहुसंख्यक लोगों के लिए पीने के पानी का मुख्य स्रोत	बोरवेल,सार्वजनिक टंकी
4.पिछले वर्ष पीने का पानी उपलब्ध था?	हाँ
5.गांव में बहुसंख्यक लोगों के जल निकासी की सुविधा किस प्रकार की है?	सडक पर पानी बहाव
6.गांव में बहुसंख्यक लोगों के शौचालय की सुविधा किस प्रकार की उपलब्ध है?	नही
7. कितने परिवारों के पास शौचालय सुविधा उपलब्ध है कुल परिवार / जितने परिवारों के पास शौचालय है)	8 परिवार

4.गांव में उपलब्ध औपचारिक संस्थान नाम व स्थान सहित गांव से दूरी	
1. शैक्षणिक संस्थान संस्थानों का विवरण उदाहरण प्राईमरी स्कूल, संस्थानों की संख्या, स्थिति/दूरी)	01/गांव में उपलब्ध है/दूरी 0 कि.मी.
2. थाना स्थान व दूरी का विवरण लिखें)	लक्षमणगढ दूरी 12 कि.मी.
3. गांव स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति-टैब	गठन वर्ष मई, 2014
4. पंचायत	नागलखानजादी
5.पंचायत सदस्यों की संख्या	13 /सदस्य

5.सरकारी स्वास्थ्य सुविधाएं

क्र0	स्वास्थ्य प्रदाता	उपलब्धता	यदि हाँ, तो वे आपके मुहल्ले में आते हैं?
1	ए.एन.एम.	01	नहीं, सिर्फ टीकाकरण के दिन माह में 1 बार आंगनवाड़ी केन्द्र पर।
2	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता – श्रीमती राज कौर	02	केन्द्र में नियमित आती हे
3	आशा	01	चयन नही
4	मोबाइल स्वास्थ्य क्लिनिक यदि हाँ तो पिछले तीन महीने में कितनी बार)	---	---कोई निश्चित नही
5	अन्य कोई	---	---

गैर सरकारी

क्र0	स्वास्थ्य प्रदाता	गांव में कुल संख्या
1		
2	पारम्परिक तरीक से ठीक करने वाले	02
3	तात्रिक/ओझा/गुनी	02 मोलवी
4	प्रशिक्षित दाई	01 रमा बाई
5	अप्रशिक्षित दाई	बत्तन

6	निजी चिकित्सक	धर्मी ; अप्रशिक्षित द्र
7	दवा की दुकान	लक्ष्मणगढ
8	अन्य कोई दुकान जहां दवाएं मिलती हों	लक्ष्मणगढ

6. गांव में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाएं		
क्र०	नाम	छूरी;किमी० में) यदि गांव में है तो ० लिखें)
1	उपकेन्द्र सब सेन्टर	खंडली चन्द्रावत 02 कि.मी.
2	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	ईटेडा 06 कि.मी.
3	ब्लाक- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	लक्ष्मणगढ 13 कि.मी.
4	एफ०आर०यू० प्रथम रेफरल यूनिट / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र)	लक्ष्मणगढ
5	उप प्रभागीय अस्पताल / रेफरल अस्पताल	अलवर 50 कि.मी.
6	जिला अस्पताल	अलवर 50 कि.मी.
7	प्राईवेट क्लिनिक / औषधालयबाहरी मरीज)	लक्ष्मणगढ 15
8	निजी / प्राईवेट चिकित्सालयरोगी देखभाल के साथ)	02
9	एन०जी०ओ० में स्वास्थ्य देखभाल सम्बंधी सुविधा	नही
10	अन्य स्वास्थ्य देखभाल सम्बंधी सुविधा उल्लेख करें)	आयुर्वेद औषधालय ईटेडा 06 कि.मी.
11	क्या ग्रामीण देखभाल सुविधा में / गांव के निकट एम्बुलेंस सेवा / वाहन है?	108

07^ण

गांव में मुख्य स्वास्थ्य समस्याएं एवं बीमारियां)

यह जानकारी गांव की महिलाओं से प्राप्त की गई है ।

महिलाएं	बच्चे	पुरुष
बुखार,	न्यू मोनिया	बुखार
पीलिया	खुजली	गठिया बात
ल्यूकोरिया खून कमी	पीलिया	खांशी
सिर दर्द	छोटी चेचक	खुजली
पेट दर्द	खांशी	टी.बी.
बत	उल्टी-दस्त	
जुकाम	आँख आना	
चक्कर आना	बुखार	
गठिया बाय		

08 संगठन/समूह नाम, गांव में काम कर रहा है,)

1. गांव में कार्यरत गैर सरकारी संगठन/समुदाय आधारित संगठन	दूसरा दशक 2007 ,बंधन 2011,नव-जीवन,इब्लिदा 2011
2. महिला मण्डल	जाग्रत महिला समूह
3. स्वयं सहायता समूह समूहों की संख्या	03
4.नवयुवक मण्डल	01

09 प्रमुख सामुदायिक त्योहार/उत्सव: तीज, बसन्त पंचमी, शिवरात्रि, रक्षाबंधन, जन्माष्टमी, दशहरा, दीपावली, होली, रामनवमी, मकर संक्रान्ति— ईद, लोहडी,शुभरात,मोहरम,आदि ।

10 महत्वपूर्ण दिवस : महापुरुषों के नाम पर कोई दिवस नहीं मनाते हैं

11 व्यवसाय				
व्यवसाय का नाम	व्यवसाय में लगे हुए पुरुष जनसंख्या का प्रतिशत	अत्यधिक काम के दबाव का मौसम महीने)	दिन में वह समय जब अत्यधिक काम का दबाव होता है)	जाति प्रोफाइल
खेती	80	जुलाई—सितंबर मार्च – अप्रैल	सुबह से रात्री	सभी
मजदूरी	10	वर्ष भर		मेघवाल व सरदार
ड्राइवर	5	वर्ष भर		मेव
पलायन	5	अगस्त से जनवरी		मेव

13 गांव के अवलोकन के बारे में अन्वेषक के अन्य विचार –

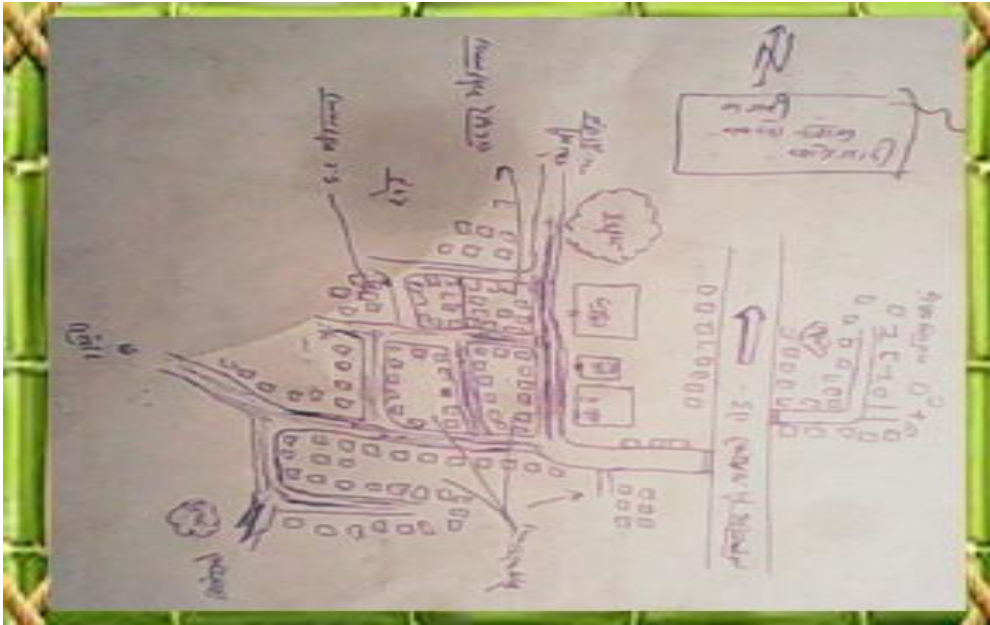
गांव में स्वास्थ्य सुविधा का लाभ नियमित नहीं मिलता है । उपस्वास्थ्य केन्द्र नियमित खुलना चाहिए। जिससे लोगों की स्वास्थ्य सम्बन्धी परेशानियों को गांव स्तर पर समझा जा सके और उन्हें गांव स्तर पर ही कम किया जा सके। लोगो को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की जानकारी नहीं है,उनकी नियमित बैठकें नहीं होती हैं। समुदाय स्तर पर ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, आंगनवाड़ी आशा और ग्राम को सक्रिय करने की आवश्यकता है।

आकड़ो के स्रोत : ग्राम समूह चर्चा, पंच, सरपंच, सचिव, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा, स्कूल शिक्षक

1 understanding and describing a community

Physical Aspects रू. नांगल खानजादी गाँव में मुसमान मेव,सरदार और मेघवाल जाति के कुल 299 परिवार निवास करते है। इन तीनों समुदायों मेवो के 246 परिवार है। सरदारो के 25 परिवार और मेघवालो के 26 परिवार निवास करते है। ये परिवार अपने अपने समुदायों के तीन महल्लों के अनुसार बसे हुए है। गाँव मे इनके मकान कच्चे,अर्द्धपक्के और पक्के बने हुए है। पूरे गाँव में बनी हुई 9 सडको के किनारे पर संतर नूमा बसें हुऐं।

चित्र :-नांगल खानजादी



गाँव में संयुक्त परिवार प्रथा हैं तथा गाँव के अधिकांश लोग कृषि करते है।गाँव के 40-50 परिवार अलग -अलग ढांणी ;तोफा का बास व नांगल का बास में बसे हुऐ हैं लेकिन सार्वजनिक कार्यों मे सभी की भागेदारी रहती है।

विभाजन पूर्व इस गाँव में खानजादा मुस्लिम परिवार रहते थे। विभाजन के बाद वे पाकिस्तान चले गये और पाकिस्तान से आये सरदार व आस पास के गाँव के मेव परिवार व मेघवाल जाति के लोग को यहां पर जमीन आवंटन कर बसाया गया।

खानजादाओं के निवास स्थान होने के कारण इस गाँव का नाम नांगल खानजादी पडा। गाँव मे सामाजिक शक्ति मेव व सरदारो के पास है। गाँव के मुख्य फेसले मेव व सरदार ही करते है। विवाह समारोह में सभी लोग शामिल शिक्षा की स्थिति मे मेव व मेघवाल परिवार पिछडे हुऐं।

Infrastructure रू. नांगल खानजादी गाँव जालुकी रोड से 1 किलोमीटर दूर पकी सडक से जुडा हुआ है। लक्ष्मणगढ से इसकी दूरी 8 किलोमीटर है।

लक्ष्मणगढ से निजी साधन पी-कप ,जीप जाती है। जिनका कोई समय निर्धारित नही है। मुख्य सडक से गाँव तक 1 किलोमीटर पैदल यात्रा करनी पडती है। गाँव में बिजली व्यवस्था है। जिसमें सिंगलफेस 15 घण्टे व 3 फेस 6 घंटे आती है। गाँव मे लगभग 40 मीटर कनेक्शन है। तथा बाकी परिवार चोरी से बिजली जलाते है।

गाँव मे लोग मोबाइल रखते है। *vodafone' Aritel' BSNL'* नेटवर्क की बेहतर पहुंच है। गाँव मे लगभग सभी परिवारो के पास जमीन है। मेवो के पास जमीन जादा है। यहां परिवार के सदस्य संख्या के हिसाब से मकान संख्या कम है। जिससे एक मकान में 8-10 सदस्य जीवन यापन करते है।

गाँव मे अधिकतर सरदार व मेघवालो के मकान कच्चे हैं। लेकिन 70-80 मेव परिवारो के मकान कच्चे है।

Patterns of Settlement रू. गाँव में सभी समुदायो के लोग मिलकर रहते है। और गांव की समस्याओ का निपटारा सभी लोग मिलकर करते है। अधिकतर लोग कृषि करते है। तो एक दूसरे के कार्यों मे मदद करते है। मेघवाज जाति के पास जमीन बहुत कम है। इसलिए वे मेवो के खेतों को बांटा लेकर

खेती व मजदूरी करते है गांव में मेघवाल जाति के परिवार गांव के उत्तर में रहतें हैं। और सरदार उत्तर व पूर्वी भाग मे रहते है। पश्चिम व दक्षिण भाग

मे मेंव परिवार निवास करते हैं सरदार व मेघवाल जाति के मकान कच्चे हैं। और मोहल्लो मे बसे हुऐ है। शराब पीने व जमीन कम होने के कारण इनकी आर्थिक स्थिति खराब है।

यहां पर शिक्षा का स्तर तीनों ही समुदायों में कम है। लेकिन यहां पर मे सरदारो मे शोक्षिक स्थिति ठीक है। मेव व मेघवाल कम्युनिटी में शिक्षा के प्रति जागरूकता कम है। यहा मेंवाती पंजाबी और हिन्दी भषा प्रमुख रूप से बोली जाती है।

5. Histiry

नांगल खानजादी गांव पुनः बसाया हुआ गांव है। यह ग्रंव एक उचे भाग पर बसा हुआ है। 1947 के पूर्व यहां खानजादा मुस्लिम परिवार निवास करते थे। लेकिन 1947 के बाद यहां मेव,सरदार ओर मेघवाल समुदाय के लोगो को जमीन आवंटन कर बसाया गया यहां पहले सभी जाति धर्म के लोग हिन्दू त्यौहार और परम्परा मानते थे।जिनमें हेलो का पूजन होलीय दिवालीए रक्षा बन्धन मनाते थे। मुस्लिम त्योहार कम ही मानते थे। और पहले गांव में एक या दो कुऐ थे सभी लोग वही से पानी पीते थे मिलकर उसकी साफ सफाई करते थे सभी के त्यौहार और विवाह समारोह मे सामिल होते थे किसी तरह का विवाद गांव में नही होता था। छोटे मोटे विवादो को अपने स्तर पर सुलझा लिया जाता था। यहां हिन्दुओ ओर मुस्लिम में मृत्यु भोज किया जाता है। लेकिन मुस्लिमों मे जमात के कारण मुस्लिम संस्कृति व त्योहारो में कटटरता देखी गई है। जिसमें पूर्व में मनाए जाने त्योहारो को मनाना छोडे दिया है त लेकिन अब स्थिति बदल गई है। अब विवादो थाने तक जाते है यह सब 5 वर्ष चुनाओ के कारण हुआ अब पूरा गांव चार समूहो में बट गया है। इससे गांव की राजनीतिक व आपसी रिश्तों पर असर हुआ है। पिछले चुनावो में दो मुस्लिम पक्षो में सरपंच के चुनाव के दोरान पोलिए पार्टी के सदस्यो को पीटा गया जिसमे 35 लोगो पर मुकदमा दर्ज किया गया जो अभी भी चल रहा है। जिसके कारण गांव में अभी भी मतभेद है। यहां गांव में पीने के पानी की समस्या है। यहा सरकार द्वारा तीन बोरिंग व टंकी सार्वजनिक लगी हुई हे लेकिन आपसी विवादो कारण खराब पडी हैं। एक ही

टंकी चालू है जिस पर बहुत पानी व्यर्थ जाता है ओर आम रास्तों पर भरा रहता है।

मेंघवाल के परिवारों एवं सरदार दलबाग सिंह से जब जानकारी ली गई जो उन्होंने बताया के पहले लोग गांव का भला सोचते थे लेकिन अब स्वार्थ बढ़ गया है। अब लोग किसी भी तरह से पैसे कमाना चाहते हैं। चाहे वह तरीका गलत ही क्यों ना हो।

6. Community Leader

गांव में सभी जातियों से प्रमुख परिवार के मुखिया बना रखे हैं। जिनमें सरदार मेव व मेंघवाल के प्रमुख परिवारों के बुजुर्गों के द्वारा फेंसला किया जाता है। तथा गांव के मुस्लिमों के मोलवी मुस्लिम परिवारों व गांव फेसलो को प्रभावित करते हैं। इसके अलावा प्रमुख फेसलो में गांव के अध्यापकों की भी सलाह ली जाती है।

मुस्लिम परिवारों में लड़की शिक्षा व महिलाओं से बड़े फेसले मोलवी करते हैं कितना लड़कियों को पढ़ाना है। महिलाओं को क्या करना है क्या नहीं ?

7. Community culture

यहां पर पुरुष प्रधान समाज व्यवस्था है। औरतें घर का काम व खेतों का काम करती हैं और पुरुष लोग बाहर को कार्य, मजदूरी करते हैं। महिला व लड़की को पढ़ाने में संकोच किया जाता है लेकिन अभी भी 10 वी से आगे वही पढ़ाया जाता है। वर्तमान में 10 वी के बाद लड़कीया नहीं पढ़ती हैं। कोई भी लड़की व महिला सरकारी नोकरी में नहीं हैं। गांव में महिला व पुरुष भेदभाव बहुत ज्यादा है औरतें घूँट निकालती हैं। लड़की के घर से किसी के साथ भाग नहीं जाये इसलिए आगे पढ़ाई नहीं करवाई जाती है। 8 से 14 वर्ष की अधिकतम आयु में लड़कियों की शादी कर दी जाती है। मुस्लिम परिवारों में दहेज को चयन अब बहुत बढ़ गया है। जिसमें ट्रैक्टर, फॉरवीलर व नकदी देना आम बात हो गई ओर इनके बिना शादी को ठीक नहीं माना जाता है। खेती की फसल का सारा रूपया पुरुष ही तय करते हैं। किस पर खर्चा करना है। महिलाओं को इसलिए आजादी नहीं दी जाती है। कही वह बिगड नहीं जाए ओर यदि उसे छूट दे दी जाये तो हमसे जबान लड़ायेगी इसलिए बुजुर्गों का मानना है कि औरतें

पैर की जूती है। इसे दबाकर रखना चाहिए लेकिन कुछ मुस्लिम परिवार शादियों में दहेज प्रथा को गलत मानते हैं क्योंकि जिसके ज्यादा दहेज नहीं दे सकता है।

यहां मुस्लिम महिलाएं नसबन्दी नहीं करवाती हैं और इस तरह का कार्य करने पर उसे गुनाह समझा जाता है। और संतान को अल्लाह की देन समझा जाता है। वे मानते हैं कि जब उपर वाले ने चोंच दी है तो चुग्गा भी देगा।

8. Existing Group :-

गांव में स्वयं सहायता समूह बने हुए हैं। नवजीवन, बंधन समूह जो पैसे लेनदेन का कार्य करते हैं। गैर सरकारी संस्थाएं कार्य कर रहे हैं। जो 2 प्रति सैकड़े से ब्याज पर राशि किस्तों में लेते हैं। इसके अलावा 10 वी तक गांव में स्कूल है, ओर पास के गांव खेडली चन्द्रावत में नइबमबजमत है गांव में आंगनबाड़ी केन्द्र दूसरा दशक परियोजना द्वारा पुस्तकालय का संचालन किया जा रहा है।

इसके अलावा मस्जिदों में मुस्लिम बच्चे हेतु मोलवी द्वारा इस्लामी शिक्षा दी जाती है।

9. economis

गांव के लोग अधिकतर खेती को काम करते हैं ओर लगभग सभी परिवारों के पास जमीन है फसलों के उत्पादन पर आमदनी होती है उस के अलावा सभी मुस्लिम परिवार भैंस पालते हैं ओर दूध बेचते हैं कुछ परिवार के सदस्य बाहर ड्राइवरी करते हैं गांव में कुछ लोग ही सरकारी नोकरी में हैं। जिसमें 6 फोज, 2 नर्सिंग कम्पाउंडर हैं। मेघवाल के परिवार अधिकतर मजदूरी करते हैं। ओर गरीब भी हैं वो दूसरों के खेतों में भी काम करते हैं तथा 10 परिवार बाहर पंजाब, गुजरात में कपास तोड़ने हेतु 4 माह पलायन पर जाते हैं। मुस्लिम परिवारों में खेती करने वाले परिवारों में महिलाएं ही खेतों पर ही काम करती हैं। तथा भैंसों की देखभाल करती हैं तथा पुरुष काम करते हैं ओर अन्त में पूरे पैसे पर हक पुरुष का रहता है ओर उसी के हाथ में पैसे रहते हैं गांव में 4 परिवार मुर्गी पालन भी करते हैं यहां अधिकतर गेहूँ, सरसों, बाजरा, ग्वार, अरहर का उत्पादन प्रमुख रूप से होता है।

10. Government/Politics

यहां पर लोगों में जागरूकता की कमी है ओर राजनीतिक पकड़ कम है राजकीय कर्मचारी अपने तरीके से कार्य करते हैं गांव में ग्राम पंचायत मुख्यालय के बावजूद वह हमेशा बड़ रहा है जबकि लोक सुनवाई अधिकार, तृण्णद्ध के अनुसार प्रतिदिन ग्रा.पं. भवन 4 घण्टे खुलना चाहिए लोगों में जागरूकता नहीं है।

11. Social Structure:-

गांव में देखने में सभी जाति व समुदायों में आपसी बहुत सुझाव है एक दूसरे के त्योहारों शादियों में शामिल होते हैं लेकिन कुछ मुस्लिम परिवारों में वेंव समुदाय चार समूह में बटा हुआ है। गांव में चार मस्जिदें बनी हुई हैं। पहले लोग एक ही मस्जिद में नवाज पढ़ने आते थे। लेकिन आन्तरिक रूप से वो एक दूसरे से कटाव महसूस करते हैं। दहेज लेना व देना व शादियों में एक दूसरे से खर्च में होड करते हैं और जो लडके की शादि में ज्यादा गाडिया ले जाते हैं ओर उसे ज्यादा दहेज मिलता है वह अपने आपको दूसरे से हाई फाई समझता है एक बढ चढ एक दूसरे से ज्यादा खर्च करते हैं जबकि वो पूरी तरह खेती पर निर्भर हैं ओर आय के इतने संसाधन नहीं हैं। मुस्लिम समुदाय के लडके को अधिकतर दहेज की ख्याति पर पढाते हैं जिससे उन्हें ज्यादा दहेज मिल जाये ओर शादी के बाद वो लडके 100 में से 20 ही पढते हैं मृत्युभोज में भी जिसे यहां फातिया बोलते हैं किया जाता हैं। जिसमें 12 गांवों के लोगों को भोजन करवाया जाता है। गांव में बडे फैसलों के लिए 12 ग्रंव व इससे ज्यादा ग्रवों के मुखियों के मध्य फैसला किया जाता है।

12. Attitudes and Values :-

यहां पर अभी भी संयुक्त परिवार प्रथा है। ओर गांव में एक दूसरे के दुःख भी शामिल होते हैं लडकी को अभी भी कम पडाते हैं। 10-14 वर्ड की होते ही शादी करना जरूरी है। परिवार नियोजन का बिल्कुल प्राथमिकता नहीं है चाहे कितने भी बच्चे हो जाये लडकी - लडका की शादि मां बाप तय करते हैं।

ओर लडकी ओर लडके को एक दूसरे को देख नहीं सकते हैं इसलिए बेमेल विवाह होते हैं जिसमें लडके की उम्र कम होती है ओर लडकी की उम्र ज्यादा होती है महिलाओ ओर लडकियों को कोई आजादी नहीं है। ओर वो घर पर ही रहती हैं घर के महत्वपूर्ण निर्णय घर का मुखिया पुरुड्ड ही लेता है।

2 Under standing community priorities

गांव में तीन वार्ड पंच हैं जिनमें 1 महिला व 2 पुरुड्ड हैं ओर महिलाओं के ंष्ण्ण समूह बने हुए हैं जो आंगनबाडी तथा दूसरा दशक संस्था के महिला मंच से जुडी हुई हैं कुछ महिलाएं स्कूल की डेब कमेटी में भी जुडी हुई हैं। लेकिन इनका प्रत्येक स्तर पर रोक नगन्य रहता है कोई भी निर्णय बिना परिवार के मुखिया कि सलाह के बिना नहीं लेती है थपदंबपंस समूहों में जरूर उनकी सक्रिय भागी दारी रहता है क्योंकि उन्हें पैसे मिलते हैं।

युवाओं को एक युवा मंच ग्राम में बना हुआ है जिसमें 15 सदस्य और दूसरा दशक तक माध्यम से उनकी नियमित बैठकें होती हैं यह युवा मंच सक्रिय रूप से कार्य करता है ग्राम की समस्या व सुविधाओं के नियमित के लिए संघर्ष करते हैं छोटी मोटी समस्याएं ये खुद पहल कर दल कर सकते हैं पुरुषों में एक किसान क्लब बना है जो कृषि से जुड़ी योजनाओं और सूचनाओं पर काम करते हैं लेकिन कृषि पर्यवेक्षक की कमी कभी भी बैठक करता है और जो निष्क्रिय ही रहते हैं।

4 Social determinants of health and inter sectoral collaboration

नांगल खानजादी गांव में पीने के पानी में प्लोराइड की अधिकता के कारण जोड़े दर्द, और बॉय की समस्या है तथा मोसमी बीमारियां जिसमें उल्टी दस्त की समस्या रहती है बच्चों में कुपोषण है और महिलाओं में खूप की कमी और श्वेत प्रदर की समस्या प्रमुख है। यहां पर ज्यादा तबियत खराब होने पर ही डॉक्टर के पास लोग जाते हैं जिसके कारण अस्पताल में एकदम भीड़ रहती है या फिर खाली रहते हैं।

समुदाय में आर्थिक और सामाजिक उच्च नीच दोनों हैं मेवों में भी नाई मेव, फकीर और जोगी मेव हैं जिनके रहन सहन के स्तर में फर्क है 30-40 वर्ष पहले किसी तरह भेद नहीं था। सभी समाज में मिलकर रहते हैं ये लेकिन मेवों में समाज के कारण मुस्लिम धर्म के प्रति ज्यादा आस्था दी है। मेवों के पास ज्यादा जमीन है सरदार व मेघवालों के पास जमीन कम है इसलिए आर्थिक भेद भी है गांव की सामाजिक शक्ति 10-15 परिवारों के पास है वो गांव के निर्णयों को प्रभावित करते हैं।

सरकार द्वारा स्वास्थ्य हेतु व्यवसाय कर सकती है। लेकिन लोगों में जागरूकता के अभाव के कारण उन सेवाओं को लेने में जागरूकता नहीं है उन्हें नहीं पता कि। छड के क्या काम सब बमदजमत का क्या काम है कितने घण्टे खुलता है। चूंकि कोनसा है, आंगनबाड़ी में क्या फायदे हैं। जागरूकता के अभाव में वो स्वास्थ्य सेवा नहीं में पाते हैं। वो सिर्फ गांव के पास प्राइवेट डॉक्टर या अस्पताल में जाते हैं।

गांव में डॉक्टर में पास ज्यादा हालात खराब होने पर ही दिखाया जाता है वह भी अप्रशिक्षित डॉक्टरों के पास सब वह डॉक्टर गंभीर हालात हैं रेफर करता है तो शहर के प्राइवेट अस्पताल में मरीज दिखाते हैं उसके लिए वो जमीन बेचकर इलाज कराते हैं। गंभीर अवस्था में ही डॉक्टर के पास लोग जाते हैं।

गांव में जिनकी आर्थिक स्थिति ठीक है वे भी गंभीर बीमारी से ग्रसित होते हैं क्योंकि नांगल में घरों में आस पास पानी भरा रहता है घर का कूड़ा कचरा घर के सामने की डालते हैं। गोबर का देर भी पास ही डालते हैं। 2-3 घरों में ही शौचालय है घरों में

आस पास ही शोच के कारण गन्दरी ज्यादा रहती हैं यहां बदलते मोसम मे बीमारी फेलना आम बात है मुस्लिमतम परिवारो की अधिकता व इनमे साफ सफाई के अभाव के कारण इनके बच्चो व महिलाओ मे ज्यादा बीमारीयो होती है

नंगल मे जहां लोग रहे है वहां उनके घरो के आस पास व सामने पानी भरा रहता है जिससे वहां कीचड की स्थिति रखती है, घरो मे पशुपालते है। ओर वही भोजन बनाना व खाना ,कचरा डालना आम बात है जिससे यहां मक्खी मच्छर की प्रमुखता है शोच करने के बाद हाथ धोना व्यवहार मे नही है। यदि यहां घरो मे सोखते गढडे व शोचालय बन जाये तो बीमारीयो पर काफी रोकथाम हो सकता है।

यदि लोगो मे स्वास्थ्य के प्रति जागरुकता लाई जाये ओर शोचालय निर्माण गांव मे नालियो की व्यवस्था हो ओर स्वस्थ्य कर्ताओ द्वारा शिविर आयोजन करना इससे स्वास्थ्य स्थिति सुधरेगी

गांव मे छड व आंगनबाडी कार्यकर्ताओ द्वारा नियमित बैठक की जाये व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारणो को लोगो को जानकारी दे। स्वास्थ्य से जडे संस्थान सरकारी व गैर सरकारी संस्थाओ द्वारा जागरुकता बेंठक करनी चाहिए। ब्लॉक स्तर पर दवाओ व डॉक्टरो की उपलब्धता हो। इसके अलावा स्थानीय स्तर पर सडक नाली बनवाना जिससे गन्दगी दूर हो जिसस पर ग्र.प. की भूमिका बढे जिला स्तर पर उनकी मोनिटरिंग हो राज्य स्तर पर स्थानिय समुदाय की जरूरत के अनुसार , चम्पू ए चम्पू पर दवाए उपलब्ध करवानी होगी जिससे जरूरी दवाए लोगो तक पहुँचे।

गा.पं. चम्पू चम्पू चम्पू चम्पू ओर स्वास्थ्य से जूडे संस्थान को मिलकर अपना अपना दायित्व को पूरा करेगे तो स्वास्थ्य की बेहतरी होगी।

Understanding Community priorities

A. Livelihood रू. नांगल खानजादी गाव के लोग खेती पर निर्भर है। कुछ परिवारो के सदस्य ट्रक ड्राईवरी करते है। कुछ परिवार पलायन कर पंजाब, गुजरात ,कपास तोढने हेतु मजदुरी हेतु जाते है। एसी समुदायो के लोग स्थानिय खेतो में मजदुरी करते है यहां महिलाए खेती कार्य करती है। व पुरुष लोग खेतों में कार्य नही करते है। महिलाओ की मजदुरी पुरुषों की तुलना में कम होती है यह वर्ष मे दो बार खेती पेदा होती है। खरीब की फसलो ग्वार, ज्वार ,बाजरा, रबी की फसलो मे गेहू ,सरसो व जो बोई जाती है। अप्रैल से जुलाई तक खेती कार्य नही होता है। इस दोरान लोग घर पर ही रहते है। महिलाए घर कार्य गुदडी बनाना व घरेलू कार्यो मे व्यस्त रहती है। यहां पर

वर्ष भर का प्रयाप्त मात्रा में अनाज पैदा हो जाता है। जिससे उनको ज्यादा चिंता नहीं होती है। इसके अलावा पशुओं जैसे गायों का पालन करते हैं। जिसका दुध बेचकर घर का खर्च चलाती है। गादी विवाहों में दहेज का चलन है। जिसमें अधिकतर कर्ज लिया जाता है। जो स्थानिय साहूकारों से लिया जाता है।

B. Education : गांव के लोगों का शिक्षा स्तर बहुत कम है। लेकिन वॉ अपने बच्चों को पढ़ाना चाहते हैं। गांव का स्कूल कक्षा दसवीं तक है। लड़कों की अपेक्षा गांव में लड़कियां पढ़ने में ज्यादा रुचि लेती हैं। लेकिन उनको दसवीं से आगे नहीं पढ़ाया जाता है। जबकि लड़कों को फेल होने के बाद भी पढ़ाया जाता है। लड़कों को दहेज की खातिर जबरदस्ती पढ़ाया जाता है। गांव की स्कूल में गांव वाले कभी कभार ही स्कूल में देखने के लिए जाते हैं। जैसे गणतंत्र दिवस, स्वतंत्रता दिवस। गांव के लोग स्कूल को सिर्फ सरकारी स्कूल मानते हैं। अध्यापकों के समय पर स्कूल नहीं आने व शिक्षण कार्य ठीक नहीं कराने पर भी उन्हें कुछ नहीं कहते हैं। एस एम सी सदस्य भी स्कूल में नहीं जाते हैं और ना ही बैठकों में शामिल होते हैं और ना ही शिक्षा के बेहतरी के लिए कोई प्रयास करते हैं। गांव के समृद्ध लोग आठ किमी दूर लक्ष्मणगढ़ के निजी विद्यालयों में भेजते हैं। गांव की स्कूल में एक भी महिला अध्यापक नहीं है।

C. Health : गांव में लोग स्वास्थ्य के प्रति इतने जागरूक नहीं हैं। वो बीमार होने पर स्थानीय दुकान से हरे पत्ते की गोली – डाइक्लोफाइन का प्रयोग करते हैं। उससे फायदा नहीं होने पर स्थानीय प्रैक्टिशनरों से दवा लेते हैं। उससक भी आराम नहीं मिलने पर अस्पताल में भर्ती कराते हैं। तब तक हालात ज्यादा बिगड़ जाते हैं। कई बार हालात इतने यादा बिगड़ जाते हैं कि उन्हें अलवर या जयपुर रैफर किया जाता है। महिलाएं स्वास्थ्य के प्रति ज्यादा ध्यान नहीं देती हैं। उनमें स्वेत प्रदर, ज्यादा ब्लीडिंग आदि की समस्या रहती है। महिलाओं को तब डॉक्टर के पास ले जाया जाता है, जब वॉ काम करना बंद कर देती हैं।

D. Basic Amenities रू गांव में परने के पानी की समस्या है। यहां के पानी में खारापन है तथा फ्लोराइड की मात्रा बहुत ज्यादा है। गांव में दो सार्वजनिक टंकी हैं जो चालू हालत में हैं। कुछ परिवारों के पास निजी ट्यूबवैल हैं। गांव में पानी के निकास की कोई व्यवस्था नहीं है। पानी घरों के आस-पास व सड़कों पर ही भरा रहता है। गांव में कच्चे व पक्के दोनों प्रकार के मकान हैं। पूरे गांव में कुल 08 शौचालय ही हैं। शौच के लिए सभी लोग बाहर जाते हैं। छोटे बच्चे घर के आंगन में ही शौच करते हैं। घर के कूड़े-कचरे व गोबर को

घर के आस-पास की डालते हैं। गांव में मोबाइल फोन की भी सुविधा है। अधिकतर लोग मोबाइल रखते हैं। महिलाओं को टी वी देखना मना है। घर की महिलाएं अधिकतर खेती व घर के कामों में व्यस्त रहती हैं। खाली समय में गूदड़ी व पंखे बनाने में व्यस्त रहती हैं।

5- Framework for a Situational analysis :

1. Assessment of the health district :

- (a) **Geography** –भौगोलिक दृष्टि से अलवर जिला अरावली की पहाड़ियों के बीच बसा हुआ है और अधिकतर जमीन समतल है। जिले को 14 पंचायत समितियों में बांटा गया है। जिसमें कुल 44 सी एच सी केन्द्र है। जिला स्तर पर पुरुष, महिला व शिशु अस्पताल तीनों हैं। इसके अलावा टी बी अस्पताल तथा ट्रोमा सैन्टर अभी बनकर तैयार हुआ है जो अभी चालू नहीं हुआ है। इन अस्पतालों में निःशुल्क दवा व जांच की सुविधा सरकार द्वारा दी जा रही है। जनरल अस्पताल व शिशु अस्पताल भवन व सुविधाएं ठीक हैं। लेकिन महिला अस्पताल का भवन व सुविधाएं ठीक नहीं हैं। वहां काफी गंदगी व अव्यवस्थाएं मौजूद हैं। जिले में गर्मियों में मौसमी बीमारियों का प्रकोप अधिक रहता है। आस पास की पी एच सी व सी एच सी पर बेहतर वयवस्थाएं न होने व डॉक्टरों की कमी के कारण जिला अस्पताल अलवर में ज्यादा मरीज आते हैं। जिससे कई बार मरीजों का फर्श पर इलाज किया जाता है। यहां उल्टी दस्त व हैजा व मलेरिया के ज्यादा मरीज भर्ती होते हैं। सरकार द्वारा टोल फ्री नं. 108 डायल कर एम्बूलैन्स सेवा आपातकालीन स्थिति में मरीज लाने के लिए व 104 जननी एक्सप्रेस टीकाकरण व गर्भवती महिला को आपात स्थिति में अस्पताल तक लाने के लिए सुविधा दे रखी है।
- (b) **PHC Intera** रू नांगलखानजादी गांव ईंटेड़ा स्वास्थ्य केन्द्र से जुड़ा हुआ है जिसमें कुल 30 गांव शामिल हैं। 10 सबसैन्टर इसके अधीन आते हैं। अस्पताल का भवन ठीक हालत में है। यह प्राथमिक स्वा. केन्द्र 10 बैड का है लेकिन 07 बैड ही उपलब्ध हैं। इसी भवन में आयुर्वेदिक अस्पताल भी संचालित किया जा रहा है। जिसमें एक डॉक्टर सहित कुल तीन का स्टाफ है। ऐलोपैथिक में 01 डॉक्टर सहित 12 का स्टाफ है। इसमें एक भी महिला डॉक्टर उपलब्ध नहीं हैं। 10 में से 03 ए एन एम के पद रिक्त हैं। 18 प्रकार की निःशुल्क जांच व 125 प्रकार की दवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। अस्पताल में औसतन 20 से 25 मरीज प्रतिदिन आते हैं। गांव वालों की शिकायत है कि सभी बीमारियों में डॉक्टर एक ही तरह की दवाएं देते हैं। अस्पताल में डिलीवरी नहीं होती है और ना ही किसी भी सब सैन्टर पर होती है।

(c) CHC Laxmangarh रू लक्ष्मणगढ़ में भवन की हालत ठीक अवस्था में नहीं हैं। अस्पताल में जगह-जगह प्लास्टर हटा हुआ है व सीलन है। सफाई व्यवस्था भी ठीक नहीं है। अस्पताल में कुछ कमरे निर्माणाधीन हैं। यहां पर 220 प्रकार की दवाएं व 36 जांच निःशुल्क उपलब्ध हैं। अस्पताल में कुल 04 डॉक्टर हैं। जिनमें अधिकतर अनुपस्थित रहते हैं। यहां औसतन 140 से 170 मरीज प्रतिदिन आते हैं। इस केन्द्र में 14 एच आई वी एड्स पीड़ित मरीज रजिस्टर्ड हैं। यह सामुदायिक स्वा. केन्द्र 50 बैड का है। लेकिन 30 बैड ही उपलब्ध हैं। यहां पर महिला डॉक्टर भी उपलब्ध नहीं हैं। जिससे महिला डिलीवरी बहुत ही कम मात्रा में हो पाती हैं। अधिकतर 50 किमी दूर अलवर ही जापा कराते हैं। लक्ष्मणगढ़ में कुल दो निजी अस्पताल हैं व करीब 15 प्राइवेट क्लिनिक हैं जिनमें कुछ तो बिना डिग्री के संचालित हैं जो आम जनता का आर्थिक शोषण करते हैं तथा कई बार उचित परामर्श व इलाज नहीं दे पाने के कारण मरीज की हालत खराब हो जाती है। लक्ष्मणगढ़ में कोई भी एन जी ओ स्वास्थ्य पर कार्य नहीं कर रहा है। यहां पर आस पास स्थानीय ट्रेडिशनर्स, हीलर्स हड्डी जोड़ने का कार्य रंडवापूठ, सांप के काटने का इलाज अड़ौली, मौलिया, श्वेत प्रदर का इलाज तालड़ा में करते हैं। स्वास्थ्य की बेहतरी के लिए ग्राम पंचायत सदस्य भी कोई भागीदारी नहीं रखते हैं। अधिकतर स्कूलों में अध्यापक ही गुटकों व तम्बाकू का सेवन करते हैं। पर्यावरण स्वास्थ्य के प्रति सरकार द्वारा कोई योजना संचालित नहीं हैं। आंगनवाड़ी व सार्वजनिक वितरण प्रणाली पर भ्रष्टाचार बहुत व्याप्त है। जिले में मानसिक स्वास्थ्य के लिए सिर्फ काउंसलर की व्यवस्था है। लेकिन उपचार उपलब्ध नहीं हैं। गांव में अधिकतर मानसिक रोगी को पागल ही समझा जाता है।

जिला प्रोफाइल . अलवर

इतिहास

भारत पहले 16 जनपद में बटा हुआ था । उसमें से एक जनपद मतस्य नगर भी था यहां विराट नगर में पाण्डुपोल स्थान पर पाण्डवों ने यहां विराटनगर में अज्ञातवास का समय यही गुंजारा था अलवर का शरआती नाम सालवापुर साल वर हलवर रघ्न जयपुर के महाराजा जयसिंह के वंशज अलधराज के पुत्र काकिल ने राजगढ को अपनी राजधानी बनाया सन 1775 में राव प्रताप सिंह ने अलवर की नींव रखी । जिन्होंने आगे जाकर राजगढ थानागाजी मालाखूडा अजबगड माधोगढ ककवारी रामगढ लक्ष्मणगढ गोविन्दगढ को बसाकर किलो का निम्नण कराया ।

उसके बाद उसके पुत्र राजा बख्तावर सिंह ने अलवर का विस्तार किया ।

1857 से 1874 तक राजा सोदानसिंह

1874 से 1892 तक राजा मंगलसिंह

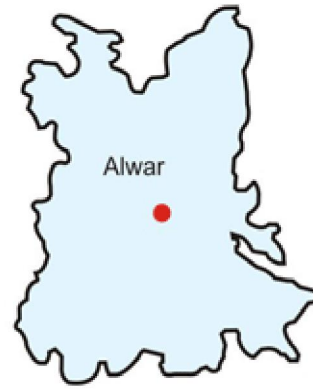
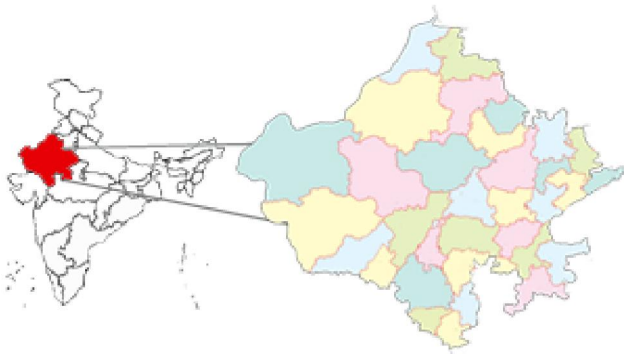
1892 से राजा जयसिंह सबसे सफल राजा रहे इन्होंने ही राजस्थान में सबसे पहले 16 तहसिलों की जनगणना करवाई थी ।

उनके बाद तेजसिंह राजा बने अब वर्तमान में राजाओं के वंशज भवर जितेन्द्र हैं जो कांग्रेस के खेल मंत्री रह चुके हैं ।

भारत आजाद होने के बाद 1956 में लाल बहादुर शास्त्री ने राजस्थान का एकीकरण कर चार देशी रियासतों अलवर भरतपुर धोलपुर और करौली को मिलाकर मतस्य नगर बनाया

मतस्य नगर से अलग कर वर्तमान अलवर बना

भारत में अलवर जिले की स्थिति



जिले की भौगोलिक स्थिति

Alwar is among the most popular tourist destinations in Rajasthan. Known as the gateway of Rajasthan, Alwar is located in the northern part of the state. Spreading over an area of 237 meters Alwar boasts of a rich cultural heritage and historic background.

Situated at a distance of 160 km from Delhi, Alwar happens to be a part of the National Capital Region. Steeped in history and mythology Alwar attracts tourists from all parts of the globe. Perfectly reflecting the colorful hues of Rajasthan; witnessing the rule of several dynasties and cultures. If you want to visit the city then the best time to do so is during the winters as the summers are hot and dry in this part of the country. The ideal time to pay a visit to Alwar is from the months of September to February.

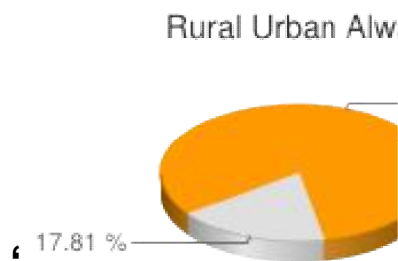
GEOGRAPHY ALWAR

Geography of Alwar comprises of rivers, mountains, plains and semi-arid areas. Alwar is geographically situated between 27° 34' North Latitude and 76° 35' East Longitude at an elevation of 270 meters above sea level. Alwar city is spread over an area of 8,380 sq. km, which is 2.45% of the total area of the state of Rajasthan.

The beautiful ranges of the Aravali Hills surround the city, which act as a natural barrier for the city, protecting it from the harsh and dry winds during the summer season. The rocky ranges of the Aravallis break the undulating plateau into fragments. The city is adorned with expansive stretches of dense deciduous forests that are inhabited by rich flora and fauna. Alwar city is bordered by Gurgaon of Haryana on the North, on its North-East lies the

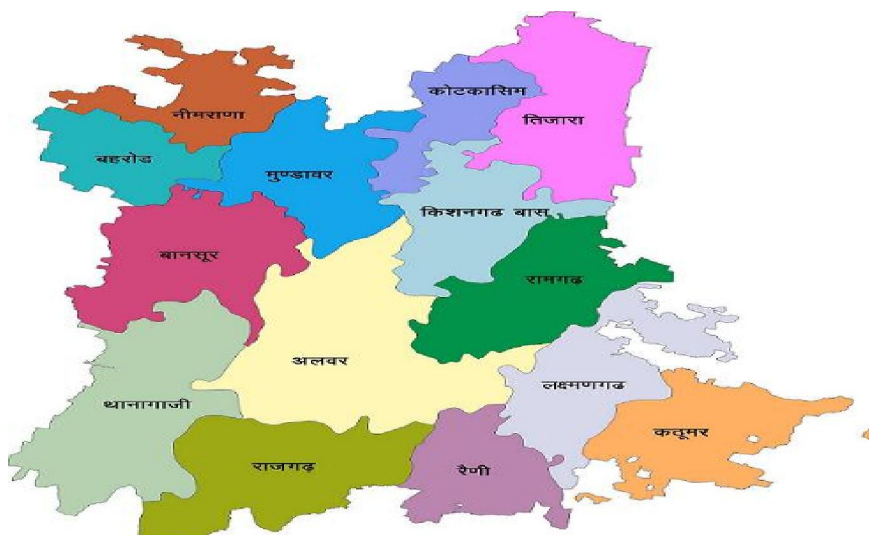
Bharatpur district of Rajasthan and Mahendragarh of Haryana. The capital city of Jaipur is situated on its South-West and Dausa in the south. Around Alwar region, five rivers used to flow but due to deforestation and mining activities the rivers dried up. Presently due to the special initiative of Tarun Bharat Sangh, rivers Arvari and Ruparel were revitalized again by using the traditional water harvesting methods

Rural and Urban population ALWAR DISTRICT



अलवर जिले में ब्लॉको की स्थिति

कुल 14 ब्लॉक है।



वन क्षेत्र

अलवर का कुल क्षेत्रफल 8380 वर्ग किलो. मीटर है।

जिसमें 1783.65 वर्ग किलो.पर वन है कुल 22.75 प्रतिशत

अलवर वन विभाग को 2 भागों में बाँट रखा है

1 वन मण्डल उपवन संरक्षण अलवर कुल क्षेत्रफल 721.55 वर्ग किलो मी

2 बाघ परियोजना परिसर कुल क्षेत्रफल 1062.10 वर्ग किलों मीटर

वनमण्डल उपवन को 6 रेंजों में बाट रखा है।

,लक्ष्मणगढ, राजगढ ,थान्नागाजी । अलवर, बहरोड ,किशनगढ

इन रेंजों में निम्न वनों की श्रेणी है।

1.रिजर्व वन 244.64 वर्गकिलो मीटर

2.रक्षित वन 339.09 वर्गकिलो मीटर 3 .अवगीकर्त वन 137.82 वर्गकिलो मीटर

जिले में पानी के स्रोत

पी एच इडी

अलवर दिल्ली एन सी आर में शामिल है जिसे 14 उपखण्डों में बाटा है। पहले इसे तीन खण्डों में बाटा हुआ था।

1. अलवर डिविजन 2. बहरोड डिविजन 3. राजगढ डिविजन

प्रशासनिक दृष्टि से अलवर को दो भागों में बाटा है

1. सर्कल अलवर 02 एन सी आर सर्कल

हैण्डपेम्पो की स्थिति

शहरी क्षेत्र — कुल हैण्डपम्प 848 जिनमें 607 चालू है

अलवर,बहरोड , राजगढ , गोविन्दगढ, खेडली

ग्रामीण क्षेत्र — 14 प.स. कुल 18064 हैण्डपम्प

चालू 13186 हेण्डपम्प

14 ब्लॉको के 2021 गावों मे से 1964 गांवो मे विभाग द्वारा ग्राउण्ड वाटर से पेयजल उपलब्ध करवाया जा रहा है।

अलवर में कहीं भी कुए से पानी सप्लाई नहीं है।

जिले निम्न योजनाओ से पानी आपूर्ति होती है।

14 ब्लॉक पाईप 202

P&T 469 तथा T.SS 22 डायरेक्ट सप्लाई

इन योजना से कुल लाभान्वित 80 गाँव है

सिटी अलवर

हेण्डपम्प : 396 श्रीफेस ट्यूबवेल : 204 सिंगल फेस : 90 उच्च जलाशय : 39

स्वच्छ जलाशय : 28

कुल पानी के कनेक्सन 42000

108 लीटर प्रति व्यक्ति उपलब्ध करवा रहे हे ओर 40 मिलिसन लीटर पानी उत्पादन किया जा रहा है।

भविष्य मे प्रोजेक्ट स्कीम – 1चम्बल प्रोजेक्ट 2 एन सी आर प्रोजेक्ट

कुल 174.86 करोड लागत है।

2- & जिले में भूमी की उपयोगिता 1999 से 2000 तक

DETAILS	TOTAL HECTARE
1.TOTAL AGRICULTURAL LAND	782897
2.FOREST LAND	69697
3.LAND NOT AVAILABLE FOR CULTIVATION	136001

4. PASTURE LAND	24179
-----------------	-------

Alwar has an important place in Agriculture production in Rajasthan. Total geographical area of the district is 7,83,281 hectares which is about 2.5 percent of the State.

2010- 11 the total cropped area of the district is 8,12,873 hectares. In Kharif season Bajra, Maize, Jowar, Karif pulses, Arhar, Sesamum, Cotton, Guar etc. are sown in about 3,29,088 hectare (42%) and in Rabi season Wheat, Barley, Gram, Mustard, Taramira, Rabi pulses etc. are sown in about 4,52,527 hectare (58%). The main source of irrigation are wells and Tube Wells. By 26064 Tube Wells about 192861 hectare area is being irrigated and by 57196 Wells about 265169 hectares area is irrigated. By other sources like canals, tanks about 404 hectares area is irrigated. About 35470 electric motors and 66502 Diesel pump sets are being used for Irrigation purposes. The normal rainfall for the district is 657.3 mm. The average rainfall in last ten years in the district is 724 mm

	07-08	08-09	09-10	10-11
(ii) Number of wells & tube wells				
1.Electricity operated	39550	41159	42788	43899
(A) Wells	16076	20124	22749	25974
(B) Tube wells	47766	46147	44520	43684
2.Operated with diesel				
(A) Wells	47766	46147	44520	43684

(B) Tube wells	22768	20603	20106	18799
3. Well out of use	25155	27629	29940	32088
4. Well in use	62438	59954	57645	55557
5. Area irrigated with wells (hectare)	207020	179678	141090	132437
6. Area irrigated with tube wells	373548	301277	347690	345324

प्रमुखफसले

Major crops in Alwar distric

Kharif- Bajra, Maize, Jower,, ,Guar, Cotton, Arhar

Rabi- Barley, Gram,, Mustard Taramera, Methi.

Industrial Areas in Alwar

EXISTING STATUS OF INDUSTRIAL AREAS (As on 31st Dec, 2010)

S.No.	Location	Total Areas in Acres	Plots Developed	Plots Alloted	Plot Vacant
1.	M.I.A.	1804.32	701	695	6
2.	M.I.A. Ext., Alwar	201.15	204	196	8
3.	AgroFood Park, M.I.A. Ext. Alwar	185.94	203	172	31
4.	MIA (South & East), Alwar	51.75	13	13	-
5.	Kherli	8.41	27	27	-
6.	Rajgarh	40.59	11	99	12
7.	Khairthal	69.93	134	134	-
8.	Thanagazi	33.12	58	35	23
9.	Old Ind. Area Alwar	179.76	59	59	-
10.	Behror	280.50	263	253	10
11.	Sotanala	151.91	80	80	-
12.	Bhiwadi Phase I to IV	2138.00	1701	1670	31
13.	Khuskhera	825.83	1017	958	59
14.	IID, Centre Khuskhera	151.77	479	383	96
15.	Patheri	538.1	115	78	37
16.	Chopanki	802	1107	1038	69
17.	Tapukra	781.44	22	17	5
18.	Shanjahanpur	203.09	190	188	02
19.	Neemrana (Phase I to III)	2125.96	242	238	4
20.	EPIP Neemrana	210.51	220	207	13
21.	Sare Khurd	94.55	61	55	6
22.	Manjara Path (Japanese	1166.33	132	45	87

Zone)				
Total	12045	7039	6640	499

MEDIUM AND LARGE SCALE INDUSTRIES

There are 87 large and medium scale industrial units in the district. Most of them are located in various industrial area of Alwar district,

,अन्य व्यवसाय ,

मजदूरी दर ,औसत मजदूरी ,

2. जनसंख्या की शैक्षिक स्थिति

-	2011	2001
Actual Population	3,674,179	2,992,592
Male	1,939,026	1,586,752
Female	1,735,153	1,405,840

3-

Description	2011	2001
Literates	1,707,998	474,478
Male Literates	1,083,730	276,099
Female Literates	624,268	198,379

Average Literacy	67.85 %	83.39 %
Male Literacy	82.08 %	91.02 %
Female Literacy	52.16 %	74.67 %

4-

शिक्षा प्राप्ति के स्रोत एवं क्षेत्र की मुख्य उपलब्धिया

स्कूल

S.No.	DESCRIPTION	NUMBER
1.	Primary and Middle School	3885
2.	Secondary and Sr. Higher Secondary School	356
3.	Colleges	33
4.	Agriculture Research Centre	1
5.	Polytechnic College	1
6.	I.T.I.	8
7.	Law College	1
8.	B.Ed. College	4
9.	Rajeev Gandhi Pathsala	553

कॉलेज

Name of Govt. Colleges & Private Colleges

S.No.	Name of College	Place/City
1.	RajRishi College	Alwar
2.	Babu Shobharam Arts & Law College	Alwar
3.	Gauri Devi Girls College	Alwar
4.	Shri Dharm Chand Jain Govt. College	Behror
5.	Government College	Rajgarh
6.	Government College	Bibirani
7.	Government College	Govindgarh
8.	Government Polytechnic College	Alwar

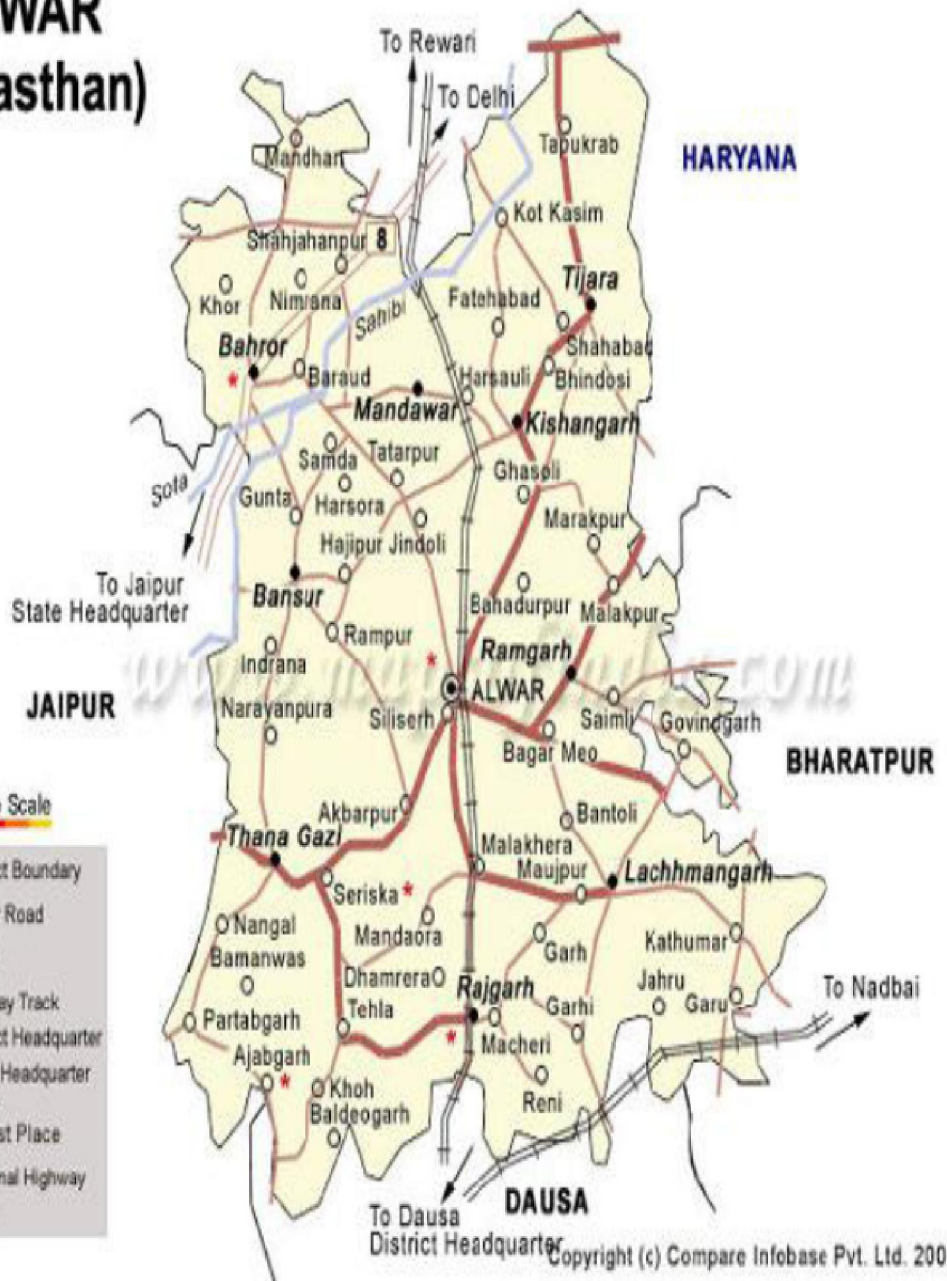
Private Colleges 36

व्यासायिक प्रशिक्षण केन्द्र सुविधाएं

4. जिले की सामान्य मूलभूत सुविधाएं

क्षेत्र में सडको की पहुँच

ALWAR (Rajasthan)



P.W.D. ALWAR 31-03-2013

सूचना पी डब्ल्यूडी के विभाग के अनुसार

जिले को चार डिविजन मे बाट रखा है।

प्रथम 1 सिटी अलवर ,उमरेण ,थाना गाजी ,रामगढ

द्वितीय 2 कोटकासिम ,तिजारा ,मण्डावर किशनगढ

राजगढ राजगढ, रेणी ,लक्ष्मणगढ, कठूमर

बहरोड बानसूर ,बहरोड, नीमराणा

जिले से कुल 13 स्टेट हाइवे गुजरते है 13,14,22,15,25ए,25,29ए,44

1 नेशनल हाइवे है 45,52,55,77,78

कुल 554.10 Km

सडको की स्थिति

S.H.W. 554-10

M.D.R. 257-40 मुख्य जिला सडक

O.D.R. 544-35 अन्य जिला सडक

V.R. 4002-30 ग्रामीण सडक

नरेगा रोड 129.70 नरेगा ग्रेवल सडक

Dqy 5487-85

पुलियो की स्थिति

मुख्य ब्रिज 5 ष डपदमत इतपकहम 138ए ब्वदअमतज इतपकहम 464

ग्रामीण सडको की स्थिति

जनसंख्या 31.3.2014	कुल गांव	डामर सडको	M.R Matal road	G.R Greval road	U.C Un coverd	M.R Matal road	G.R Greval road	U.c Un coverd road
1000 से उपर	1109	1096	01	05	07	01	0	01
500-1000	570	528	09	09	24	09	03	05
250-500	236	168	09	16	43	09	03	05
100-249	73	31	01	09	32	01	01	00
0-100	33	10	00	05	18	00	00	00
कुल	2021	1833	20	44	124	20	7	11

जनसंख्या कुलगाँव बिना पक्की सडको से जुड़े हुए गांव
2014 तक

31.03.

जनसंख्या	G.R Greval road	U.C Un coverd
1000 से उपर	05	06
500-1000	06	19
250-500	13	38
100-249	08	32
कम-100	05	18
कुल	37	113

आगामी प्रोजेक्ट मे सरिस्का हाइवे नेशनल हाइवे बनाया जायेगा

**बिजली व्यवस्था
सूचना बिजली विभाग के अनुसार**

अलवर को 7 डिविजन में बाँट रखा है

01 अलवर 2. अलवर ग्रामीण 3. किशनगढ
4. बहरोड 5. भिवाडी 6. राजगढ 7. लक्ष्मणगढ

जिले में 2021 गाँव है।

2001 के अनुसार 1994 गाँव और 1960 गावो मे बिजली की पहुँच. है।

कुल कनेक्सन 504929

कनेक्सन का प्रकार	कुल कनेक्सन
घरेलू	362416
अघरेलू	34138
जपससीमंक	424
हतपबनजनतम	91759
थसंजम बिना रेंट मीटर	2497
लघु उधोग	7589
मध्यम उधोग	1878
उच्च उधोग	1049
पचूंजमत इवग	2162
उपचशूंजमत इवग	32
स्पच	6
मिक्स लोड	979

संचार व्यवस्था स्वच्छता बाजार एवं घरेलू गतिविधियां

संचार व्यवस्था :

(a) Telephone connection	2010-11		--
(b) Post offices	2010-11	Nos.	484
(c) Telephone center	2010-11	Nos.	110
(d) Density of Telephone	2010-11	Nos./1000 person	--
(e) Density of Telephone	2010-11	No. per KM.	--
(f) PCO Rural	2010-11	No.	162
(g) PCO STD	2010-11	No.	2480
(h) Mobile	2010-11	No.	--

जिले का शहरी क्षेत्र व ग्राम पंचायत टेलीफोन व इंटरनेट से जुड़ा है प्रत्येक गाँव तक मोबाइल संचार उपलब्ध है सरीस्का के जंगलो में वसे हुए गाँवों में नेटवर्क सुविधा उपलब्ध नहीं है दरर्शन व रेडियो का पूरा कवरेज है

स्वच्छता :

जिले में स्वच्छता विकास की जिम्मेदारी नगर परिषद की है जिले में 30-40 वर्ष पूर्व बने नाले व नालियों से ही पानी निकासी का स्रोत है जो वर्षा काल में भर जाते हैं इनका अभी तक सुधार नहीं हुआ है । शहर में सुलभ शौचालय की व्यवस्था है ग्रामीण क्षेत्र में करीब 70 प्रतिशत गाँव में गन्दे पानी के निकास के लिए नालियों की व्यवस्था नहीं है । गाँव में घरों के आस पास ही पानी भरा रहता है गाँव में करीब 10 प्रतिशत लोग ही शौचालय का निर्माण कर पाये हैं । सरकार द्वारा शौचालय का निर्माण हेतु राशि स्विकृत की जा चुकी है फिर भी शौचालय निर्माण नहीं करवाते हैं ।

बाजार एवं घरेलू गतिविधियाँ :

अलवर में सराफा बाजार, सोने चाँदी के आभूषण हेतु चूड़ी मॉर्केट महिला श्रृंगार गणेश मार्केट कपड़ा व्यवसाय , कटला बाजार गुड़ चीनी , तेल , मन्नी का बड़ पुस्तको हेतु इसके अलावा शहर में राजस्थान की एकमात्र प्याज मंडी है । शहर के अलावा

स्थानीय बाजार भी प्रमुख है इसमें स्माइल पूर , जूतियों निर्माण मालाखेड़ा गोविन्दगढ़, खेरथल , बैहरोड़ , बानसूर आदि प्रमुख है । अलवर का कला कन्द विश्व प्रसिद्ध है लेकिन यहाँ पर सिन्थेटिक दूध का भी कारोबार पनप रहा है । यहाँ पर सरस डेयरी है जो कि देध का उत्पादन करती है यहाँ डण्ण। में वनस्पति घी कुन्दन व सारथी वनस्पति घी की फेक्ट्री है

यहाँ घर में परिवार का मुखिया ही कमाता है बाकी सदस्य घर पर रहते है तथा खेत के कार्यों पर मदद करते है ।

5. जिले का सामाजिक विकास स्तर

सामाजिक संस्थाएं समाजिक सहकारी समितियां समूह पुस्तकालय प्रचार प्रसार के संसाधन स्थिति रेडियो ,टेलिविजन ,दूरसंचार

जिले मे सामाजिक विकास स्तर उचा उठा हे जिसमे छुआ छूत मत्यु भेज व बाल विवाह मे कमी आई हे लेकिन इसका सुधार गांवो कम हुआ हे मुस्लिम व एसीसी समुदाय में आज भी बाल विवाह करते हैं आज भी लोग अधविश्वासो को मानते ह मुस्लिम समुदाय मे शादियो मे दहेज का चलन बहुत बढ गया हं

आज भी परिवार मे पुरुस का ही निणय चलता हे महिलाओं को खास दर्जा प्राप्त नही हैं उन्हे अपनी से खर्च करने का अधिकार नही हैं लडकियों को कम ही पढया जाता हैं महिलाएं एस एच जी के माध्यम से सशक्त हो रही हैं

सामाजिक संस्थाएं

जिले मे करीब 200 गेर सरकारी संस्थाएं कार्य कर रही हैं । जनिमे बडे स्तर पर एमिड ईब्लिदा डूसरा दशक मतंसय मेवात शिक्षा समिति नारी सेवा संस्थान शिक्षा एंव एस एच जी पर कार्य कर रही हैं। जो अधिकतर मेवात क्षेत्र मे कार्य करती हैं। मुस्लिम समुदाय के बच्चो हेतू मइरसे संचालित हैं। जिले 510 ग्राम सहकारी समितियां संचालित हैं। जो ग्रमीण क्षेत्र में ऋण उपलब्ध करवाती हैं ।

जिले में प्रत्येक ग्रम पंचायत मुख्यालय पर 478 पुस्तकलय संचालित हैं। तथा जिला मुख्यालय पर 04 सार्वजनिक पुस्तकलय सूचना केन्द्र के रूप मे कार्य कर रहे हे।

सांस्कृतिक विकाश

जिले मे सभी धर्मो के लोग निवास करते है। और वे अपनी पहचान अलग रखते हैं तथा विभिन्न जातियो की अपनी अलग पहचान है। मुस्लिम समाज में महिलाएं सूठ

सलवार पहनना व नांक नही छिदवाना सोने चांदी के जेवर पहनना हंसली कडी सठके तथा पुरुस तैमद बाधना आदि ।

इसके अलावा राठ क्षेत्र काठेड भाहत्तर तथा मीणा वाटी क्षेत्र मे जरी से कढे हुऐ घाघरा व लूगडा पहना व ओढा जाता है। अलवर मे मुख्य रूप से हिन्दी मेवाती ब्रज हरियणवी भासा बोली जाती है।

पार्ट 2

जिले मे सभी समुदायो के लौग बीमार होते हैं अस्पताल व सीएचसी पीएचसी भ्रमण के दौरान मुस्लिम जाति के लौग ज्यादा बीमार पाये गये हैं। क्योकि वो डा के पास तब जाते है जब बीमारी ज्यादा बढ जाती हैं। इसलिय जिले के सरकारी व प्राइवेट अस्पतालो मे इस समुदाय की संख्या ज्यादा रहती हैं।

1. एससी व मुस्लिम समुदाय मे प्रसूति देखभाल की ज्यादा आवश्यकता है क्योकि ये आज भी पुराने तरीको से ही घर पर जापा कराते हैं । प्रसूति पूर्व भी ये जांच नही करवाते हैं। कई बार धार्मिक कारण होते हैं कई बार आर्थिक कारण होते हैं स्वास्थ्य विभाग से ऐनम भी घर पर कम विजिट करती है। जिससे कई बार बच्चा 5 से 07 माह मे ही बच्चा मर जाता है। घर पर जापा कराने के पीछे कारण पीएचसी व सीएचसी में पर महिला डाक्टर का नही होना भी हैं। लेकिन सरकार द्वारा छड को महिलाओं कि प्रसूति अस्पताल मे कराने हतू बाध्य किया गया हैं।
2. आशाएं भी अपने कार्य को एक साइड नौकरी कि तरह देखती है वे अपने घरेलू कर्यो को प्रथमिकता देती है।
3. क्षेत्र मे प्रत्येक ब्लाक पर पीएचसी व सीएचसी व सब सेंटर कि व्यवस्थ है लेकिन इनमे डाक्टरो की व स्टाफ की कमी है व महिला डाक्टर बिल्कुल नही है जब लक्ष्मणगढ राजगढ मालाखेडा गोविन्दगढ बडोदामेव व पीएचसी ईटेडा में एक भी महिला डाक्टर नही है। इसलिये सभी लौग जिला अस्पताल मे जाते है। पीएचसी पर भर्ती की भी सुविधा है लेकिन भर्ती करते नही है क्योकि डाक्टर रात को रुकते नही हैं। प्रसव के दौरान इससे सबसे ज्यादा समस्या गर्भवती महिला को होती है ।
4. स्वास्थ्य कार्यकर्ता छड के प्रति समुदाय के लौग सोचते हैं कि ऐनम सिर्फ टीके लगाने का ही कार्य करती है क्योकि ऐनम सिर्फ टीकाकरण के दिन ही आती है। तथा आगंनबाडी कार्यकर्ता व आशा के घरो मे ही आती है। तथा वह नियमित विजिट भी नही करती है सिर्फ टीकाकरण के दिन नही उनको देख लेती है।

बीमारिया कब बार बार आती है?

जिले में मौसम के अनुसार बीमारियां फैलती है गर्मी में लू उल्टी दस्त मई से जून तथा वर्षा ऋतु में मलेरिया व मौसमी बुखारे जुलाई से सितम्बर माह में और सर्दियों में दिशम्बर से जनवरी माह में अस्थमा व शर्दी जुकाम आदि बीमारियां फैलती हैं।

1. खराब सेहत क्यों होती है?

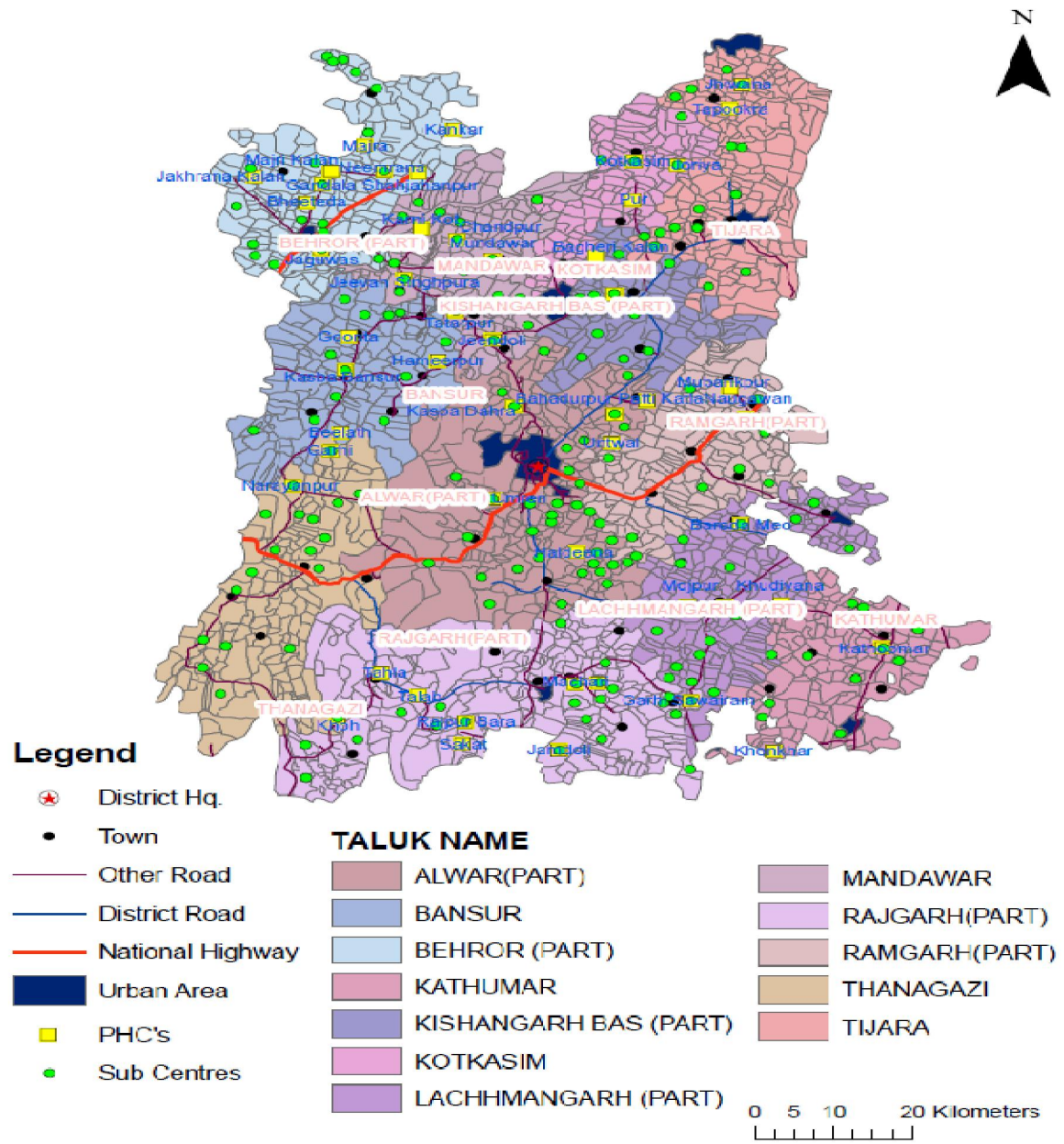
लौगो ने अपने खान पान को बदल लिया है गांवों में भी अब लौग दूध छाछ दलिया का उपयोग नहीं करते हैं सिर्फ चाय के लिये ही दूध रखते हैं बाकी बेच देते हैं। पहले लौग मौसम के अनुसार अपने खेतों में पैदा होने वाली मूंग चौला उडद कचरी पालक मेथी बथुआ आदि स्थानीय सब्जियों के उपयोग से उनकी प्रतिरोधक क्षमता अधिक थी। तो बीमारियां भी कम होती थी लेकिन अब फास्ट फूड का उपयोग ज्यादा करते हैं जिससे उनके पोषण में कमी आई है इसका महिलाओं व बच्चों पर ज्यादा असर पडा है। क्योंकि महिलाएं घर में ज्यादा कार्य करती हैं और उन्हें पर्याप्त पौसण नहीं मिलने से वे एनिमिक रहती है। बच्चों कुरकुरे का अधिक खिलाना जिससे बच्चा अन्य खाना नहीं खाता है और वह कुपोसण का शिकार हो जाता है। उनमें लीवर से जुडी बीमारियां हो रही हैं इसके अलावा आर्थिक स्थिति कमजोर होने पर भी शारदियों में दहेज पर ज्यादा खर्च करना आदि अर्थिक कारण है। लौगो का खेती पर निर्भरता व अन्य रोजगार उपलब्ध नहीं होने से आय स्रोत कम है। शहर व गांवों में लौग शराब का भी उपयोग करते हैं क्योंकि सरकार द्वारा प्रत्येक ग्राम पंचायत पर ठेके खोल रखे हैं। शौच के बाद हाथ नहीं धोना खुले में शौच जाना आदि भी कारण है।

2. जिले में सामाजिक वंचित वर्ग की स्वास्थ्य समस्या क्या है।

जिले की करीब 82 प्रतिशत जनसंख्या गांवों में निवास करती है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में मुस्लिम व एस सी परिवार पिछडे हुए हैं इनके निवास क्षेत्रों में चिकित्सक व डॉक्टर नहीं है और महिला डाक्टर तो बिल्कुल नहीं है। छुड भी इनके घरों में विजिट नहीं करती है। इनको स्वास्थ्य से जुडी कोई प्रशिक्षण व जानकारियां भी नहीं दी जाती है। खास तौर पर महिलाओं को ज्यादा परेशानी होती है क्योंकि वो अपनी समस्याएं किसे बताएं। उन्हें श्वेत प्रदर ब्लेडिंग आदि की परेशानी रहती है वे शर्म की वजह से अपनी परेशानी बता नहीं पाती है। उनके पास रोजगार के भी

पर्याप्त साधन नहीं हैं जिससे उनका अर्थिक स्तर भी कम है परिवार मजदूरी व पशुपालन पर निर्भर रहता है। यदि घर में एक पशु और एक महिला बीमार हो जाती है तो पहले पशु का ईलाज कराते हैं महिला का बाद में ईलाज करवायेगें।महिलए काम भी ज्यादा करती हैं और उनका ईलाज भी समय पर नहीं होता है। इससे वे एनिमिक रहती है।

Health Facilities in District Alwar, Rajasthan



Legend

- District Hq.
- Town
- Other Road
- District Road
- National Highway
- Urban Area
- PHC's
- Sub Centres

TALUK NAME

- | | |
|-----------------------|---------------|
| ALWAR(PART) | MANDAWAR |
| BANSUR | RAJGARH(PART) |
| BEHROR (PART) | RAMGARH(PART) |
| KATHUMAR | THANAGAZI |
| KISHANGARH BAS (PART) | TIJARA |
| KOTKASIM | |
| LACHHMANGARH (PART) | |

0 5 10 20 Kilometers

Map Composed by NIC
 Source RGI, SOI

(VII) Public Health			
(a) Allopathic Hospital	2010-11	No.	66
(b) Beds in Allopathic hospitals		No.	40
(c) Ayurvedic Hospital		No.	178
(d) Beds in Ayurvedic hospitals		No.	15
(e) Unani hospitals		No.	2
(f) Community health centers		No.	24
(g) Primary health centers		No.	72
(h) Dispensaries		No.	5
(i) Sub Health Centers		No.	576
(j) Private hospitals		No.	75

DISABILITY									
State / District	Prevalence of any type of Disability (Per 100,000 Population)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	1710	1752	1340	1845	1889	1465	1556	1597	1194

INJURY									
State / District	Number of Injured Persons by type of Treatment received (Per 100,000 Population)								
	Severe								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	81	78	110	108	102	154	50	49	60

INJURY									
State / District	Number of Injured Persons by type of Treatment received (Per 100,000 Population)								
	Major								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	211	202	290	278	268	360	135	126	209

INJURY									
State / District	Number of Injured Persons by type of Treatment received (Per 100,000 Population)								
	Minor								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	1570	1563	1630	1672	1609	2210	1453	1510	956

ACUTE ILLNESS									
State / District	Persons suffering from Acute Illness (Per 100,000 Population)								
	Diarrhoea/Dysentery								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	156	153	180	138	131	206	175	178	149

ACUTE ILLNESS									
State / District	Persons suffering from Acute Illness (Per 100,000 Population)								
	Acute Respiratory Infection (ARI)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	1678	1759	981	1610	1687	951	1756	1841	1015

ACUTE ILLNESS									
State / District	Persons suffering from Acute Illness (Per 100,000 Population)								
	Fever (All Types)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	2316	2404	1547	2048	2145	1208	2623	2701	1941

ACUTE ILLNESS									
State / District	Persons suffering from Acute Illness (Per 100,000 Population)								
	Any type of Acute Illness								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	4576	4752	3038	4057	4220	2646	5170	5360	3494

ACUTE ILLNESS									
State / District	Persons suffering from Acute Illness and taking treatment from Any Source(%)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alwar	94.6	94.4	98.2	93.9	93.6	97.1	95.3	95.1	99.1

ACUTE ILLNESS									
State / District	Persons suffering from Acute Illness and taking treatment from Government Source (%)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alwar	40.6	40.4	43.1	38.5	38.5	39.0	42.4	42.1	46.6

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having any kind of Symptoms of Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	2779	2758	2955	2374	2342	2646	3242	3234	3314

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having any kind of Symptoms of Chronic Illness and sought Medical Care (%)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	85.5	84.8	90.7	88.5	88.0	92.2	83.0	82.3	89.2

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Diabetes								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	167	122	552	172	124	591	161	121	508

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Hypertension								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	444	317	1547	366	251	1362	532	392	1762

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Tuberculosis (TB)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	128	131	97	155	164	77	96	94	119

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Asthma / Chronic Respiratory Disease								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	236	233	262	257	257	257	213	206	269

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Arthritis								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	158	166	83	109	115	51	214	225	119

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for Chronic Illness (Per 100,000 Population)								
	Any Kind of Chronic Illness								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	1911	1708	3674	1797	1624	3289	2041	1805	4121

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for any kind of Chronic Illness and getting Regular Treatment (%)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	66.1	63.4	77.1	65.5	63.1	75.8	66.7	63.6	78.3

CHRONIC ILLNESS									
State / District	Having diagnosed for any kind of Chronic Illness and getting Regular Treatment from Government Source (%)								
	Person			Male			Female		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	45.2	44.1	49.2	49.0	48.4	51.2	41.3	39.5	47.3

FERTILITY									
State / District	Crude Birth Rate (CBR)			Natural Growth Rate			Total Fertility Rate		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	22.3	22.7	18.5	16.5	16.9	13.1	2.6	-	-

FERTILITY						
State / District	Women aged 20-24 reporting birth of order 2 & above (%)			Women reporting birth of order 3 & above (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	47.0	47.5	42.3	26.8	27.6	20.1

FERTILITY						
State / District	Women with two children wanting no more children (%)			Women aged 15-19 years who were already mothers or pregnant at the time of survey (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	68.8	66.0	81.9	45.2	46.2	29.6

FERTILITY									
State / District	Median age at first live birth of Women aged 15-49 years			Median age at first live birth of Women aged 25-49 years			Live Births taking place after an interval of 36 months (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	21.7	21.5	23.4	21.1	20.9	22.9	29.7	27.8	46.2

FERTILITY									
State / District	Mean number of children ever born to Women aged 15-49 years			Mean number of children surviving to Women aged 15-49 years			Mean number of children ever born to Women aged 45-49 years		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	2.8	2.8	2.5	2.6	2.6	2.3	4.0	4.1	3.4

ABORTION									
State / District	Pregnancy to Women aged 15-49 years resulting in abortion (%)			Women who received any ANC before abortion (%)			Women who went for Ultrasound before abortion (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	1.8	1.7	2.6	43.1	41.9	50.0	40.9	35.2	75.0

ABORTION									
State / District	Average Month of pregnancy at the time of abortion			Abortion performed by skilled health personnel (%)			Abortion taking place in Institution (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	3.2	3.1	3.8	88.8	86.9	100.0	73.1	68.5	100.0

FAMILY PLANNING PRACTICES (CMW AGED 15-49 YEARS)									
State / District	Current Usage								
	Any Method (%)			Any Modern Method (%)			Female Sterilization (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	74.5	73.9	79.9	64.2	63.9	66.6	54.7	56.2	41.5

FAMILY PLANNING PRACTICES (CMW AGED 15-49 YEARS)									
State / District	Current Usage								
	Male Sterilization (%)			Copper-T/IUD (%)			Pills (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	1.0	1.1	0.9	3.1

FAMILY PLANNING PRACTICES (CMW AGED 15-49 YEARS)									
State / District	Current Usage								
	Condom/Nirodh (%)			Emergency Contraceptive Pills (%)			Any Traditional Method (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	6.8	5.3	19.6	0.2	0.2	0.2	10.4	10.0	13.3

FAMILY PLANNING PRACTICES (CMW AGED 15-49 YEARS)									
State / District	Current Usage								
	Periodic Abstinence (%)			Withdrawal (%)			LAM (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	2.6	2.7	1.8	0.4	0.3	1.1	1.3	1.2	2.1

ANTE NATAL CARE									
State / District	Currently Married Pregnant Women aged 15-49 years registered for ANC (%)			Mothers who received any Antenatal Check-up (%)			Mothers who had Antenatal Check-up in First Trimester (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	72.8	73.0	69.4	88.5	87.5	96.4	62.8	61.8	71.2

ANTE NATAL CARE									
State / District	Mothers who received 3 or more Antenatal Care (%)			Mothers who received at least one Tetanus Toxoid (TT) injection(%)			Mothers who consumed IFA for 100 days or more (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	49.0	46.1	71.9	87.1	86.5	91.9	10.2	9.0	21.5

ANTE NATAL CARE									
State / District	Mothers who had Full Antenatal Check-up (%)			Mothers who received ANC from Govt. Source (%)			Mothers whose Blood Pressure (BP) taken (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	7.5	6.2	18.2	45.9	45.1	51.5	74.2	72.6	88.3

ANTE NATAL CARE						
State / District	Mothers whose Blood taken for Hb (%)			Mothers who underwent Ultrasound (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	60.7	58.2	82.5	56.4	53.9	78.1

DELIVERY CARE									
State / District	Institutional Delivery (%)			Delivery at Government Institution (%)			Delivery at Private Institution (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	83.8	83.4	86.9	65.7	67.2	52.6	18.0	16.1	34.3

DELIVERY CARE									
State / District	Delivery at Home(%)			Delivery at home conducted by skilled health personnel (%)			Safe Delivery (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	16.1	16.5	12.8	51.1	50.8	54.3	88.6	88.3	90.9

DELIVERY CARE						
State / District	Caesarian out of total delivery taken place in Government Institutions (%)			Caesarian out of total delivery taken place in Private Institutions (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	5.2	4.7	10.4	23.3	23.3	23.4

POST NATAL CARE									
State / District	Less than 24 hrs. stay in institution after delivery (%)			Mothers who received Post-natal Check-up within 48 hrs. of delivery (%)			Mothers who received Post-natal Check-up within 1 week of delivery (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rajasthan	24.9	26.4	20.1	79.6	77.3	88.1	82.2	80.0	90.0
Alwar	25.3	26.0	19.1	83.7	83.0	89.8	86.2	85.6	91.6

POST NATAL CARE						
State / District	Mothers who did not receive any post-natal Check-up (%)			New borns who were checked up within 24 hrs. of birth (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	12.2	12.8	7.3	79.7	79.8	78.5

JANANI SURAKSHA YOJANA (JSY)									
State / District	Mothers who availed financial assistance for delivery under JSY (%)			Mothers who availed financial assistance for institutional delivery under JSY (%)			Mothers who availed financial assistance for Government Institutional delivery under JSY (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	65.9	67.7	49.3	77.7	80.2	56.7	93.2	93.4	90.3

IMMUNIZATION, VITAMIN A & IRON SUPPLEMENT AND BIRTH WEIGHT									
State / District	Children aged 12-23 months having Immunization Card (%)			Children aged 12-23 months who have received BCG (%)			Children aged 12-23 months who have received 3 doses of Polio vaccine (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	91.2	91.2	91.2	93.8	93.4	97.9	89.8	89.0	96.4

IMMUNIZATION, VITAMIN A & IRON SUPPLEMENT AND BIRTH WEIGHT									
State / District	Children aged 12-23 months who have received 3 doses of DPT vaccine (%)			Children aged 12-23 months who have received Measles vaccine (%)			Children aged 12-23 months Fully Immunized (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	90.1	89.6	97.1	89.8	89.6	91.2	81.1	83.7	89.7

IMMUNIZATION, VITAMIN A & IRON SUPPLEMENT AND BIRTH WEIGHT

State / District	Children who have received Polio dose at birth (%)			Children who did not receive any vaccination (%)			Children (aged 6-35 months) who received at least one Vitamin A dose during last six months (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	87.6	87.2	90.2	5.8	6.2	2.1	60.0	58.9	70.1

IMMUNIZATION, VITAMIN A & IRON SUPPLEMENT AND BIRTH WEIGHT

State / District	Children (aged 6-35 months) who received IFA tablets/syrup during last 3 months (%)			Children whose birth weight was taken (%)			Children with birth weight less than 2.5 Kg. (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	14.9	15.5	9.8	77.4	77.0	80.7	32.2	32.6	28.7

CHILDHOOD DISEASES

State / District	Children suffering from Diarrhoea (%)			Children suffering from Diarrhoea who received HAF/ORS/ORT (%)			Children suffering from Acute Respiratory Infection (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	10.5	11.1	5.5	84.3	84.1	87.5	19.1	19.5	15.9

CHILDHOOD DISEASES

State / District	Children suffering from Acute Respiratory Infection who sought treatment (%)			Children suffering from Fever (%)			Children suffering from Fever who sought treatment (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	88.2	87.9	91.3	16.4	16.3	16.6	88.0	87.1	95.8

BREASTFEEDING AND SUPPLEMENTATION						
State / District	Children breastfed within one hour of birth (%)			Children (aged 6-35 months) exclusively breastfed for at least six months (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	58.0	59.6	43.2	22.1	21.6	26.4

CHILDREN WHO RECEIVED FOODS OTHER THAN BREAST MILK DURING FIRST 6 MONTHS									
State / District	Water (%)			Animal/Formula Milk (%)			Semi-Solid mashed food (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	83.8	84.8	75.0	75.9	76.6	69.7	7.6	7.7	6.1

CHILDREN WHO RECEIVED FOODS OTHER THAN BREAST MILK DURING FIRST 6 MONTHS							
State / District	Solid (Adult) Food (%)			Vegetables/Fruits (%)			
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Urban
1	2	3	4	5	6	7	7
Alwar	6.2	6.0	7.2	6.2	6.2	6.4	6.4

AVERAGE MONTH BY WHICH CHILDREN RECEIVED FOODS OTHER THAN BREAST MILK									
State / District	Water			Animal/Formula Milk			Semi-Solid mashed food		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	4.1	4.1	4.7	4.3	4.3	4.5	7.8	7.8	8.3

AVERAGE MONTH BY WHICH CHILDREN RECEIVED FOODS OTHER THAN BREAST MILK						
State / District	Solid (Adult) Food			Vegetables/Fruits		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	11	12	13	14	15	16
Alwar	9.9	9.8	10.4	9.4	9.4	9.7

BIRTH REGISTRATION						
State / District	Birth Registered(%)			Children whose birth was registered and received Birth Certificate (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	73.3	71.9	86.3	32.8	30.9	50.2

AWARENESS ON HIV/AIDS, RTI/STI, HAF/ORS/ORT & ZINC AND ARI/PNEUMONIA									
State / District	Women who are aware of HIV/AIDS (%)			Women who are aware of RTI/STI (%)			Women who are aware of HAF/ORS/ORT & Zinc (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	95.5	95.0	99.1	96.4	96.6	94.1	99.2	99.2	99.7

AWARENESS ON HIV/AIDS, RTI/STI, HAF/ORS/ORT & ZINC AND ARI/PNEUMONIA			
State / District	Women who are aware of danger signs of ARI/Pneumonia (%)		
	Total	Rural	Urban
1	2	3	4
Alwar	99.4	99.3	99.9

MORTALITY									
State / District	Crude Death Rate (CDR)								
	Total			Rural			Urban		
	Person	Male	Female	Person	Male	Female	Person	Male	Female
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	5.8	6.3	5.2	5.8	6.3	5.3	5.5	6.3	4.6

MORTALITY									
State / District	Infant Mortality Rate (IMR)								
	Total			Rural			Urban		
	Person	Male	Female	Person	Male	Female	Person	Male	Female
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	52	49	55	53	50	57	38	34	41

MORTALITY						
State / District	Neo-natal Mortality Rate			Post Neo-natal Mortality Rate		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
1	2	3	4	5	6	7
Alwar	33	34	18	19	19	20

MORTALITY									
State / District	Under Five Mortality Rate (U5MR)								
	Total			Rural			Urban		
	Person	Male	Female	Person	Male	Female	Person	Male	Female
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alwar	74	67	81	75	69	82	62	50	75

MORTALITY								
State / Commissionrait	Maternal Mortality Ratio(MMR), Maternal Mortality Rate and Life Time Risk							
	Sample Female Population	Sample Live Births	Maternal Deaths	MMR	95% Confidence Interval		Maternal Mortality Rate	Life Time Risk
					Lower Limit	Upper Limit		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
JAIPUR (Jhunjhunun, Alwar, Dausa, Jaipur, Sikar)	97974	24970	38	152	104	201	13	0.45%

CONFIDENCE INTERVAL (95%) FOR SOME IMPORTANT INDICATORS												
State / District	Crude Birth Rate						Crude Death Rate					
	Total		Rural		Urban		Total		Rural		Urban	
	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Rajasthan	23.8	24.4	24.9	25.5	20.3	21.4	6.3	6.5	6.6	6.8	5.2	5.6
Alwar	20.8	23.8	21.1	24.3	15.1	22.0	5.3	6.2	5.4	6.3	3.9	7.0

CONFIDENCE INTERVAL (95%) FOR SOME IMPORTANT INDICATORS												
State / District	Infant Mortality Rate						U5MR					
	Total		Rural		Urban		Total		Rural		Urban	
	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Rajasthan	53	57	58	61	35	41	73	76	79	82	48	55
Alwar	45	59	46	60	19	56	66	82	67	84	38	86

CONFIDENCE INTERVAL (95%) FOR SOME IMPORTANT INDICATORS						
State / District	Sex ratio at Birth					
	Total		Rural		Urban	
	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit	Lower Limit	Upper Limit
1	2	3	4	5	6	7
Rajasthan	877	897	875	896	869	920
Alwar	844	953	835	949	791	1178

क्या सही है ? मौजूदा स्वास्थ्य प्रणालियों के साथ गलत –

तीसरे फील्ट्र विजिट के दौरान जिले के प्रमुख चिकित्सा संस्थान व ब्लॉक स्तर के सीएचसी की विजिट की गईं जिनकी स्थिति निम्न रही!

जिले का रिकार्ड स्तर पर प्रत्येक राजस्व गांव 2021 जिसमे स्वास्थ्य प्रणालियों से जुड़े हुए है जिनमें 36 सी.एच.सी. 122 पी.एच.सी . है। जिला स्तर पर सामान्य अस्पताल में 2200 मरीज इलाज कराने आते है महिला अस्पताल जिसमें 250 महिलाएं प्रतिदिन इलाज के कराने हेतु आती है। शिशु अस्पताल जिसमें 190 शिशु इलाज कराने हेतु प्रतिदिन आते है है।सके अलावा जिले भर में 36 बड़े प्रायवेट अस्पताल है।

ब्लाक स्तर पर सी.एच.सी. व पी.एच.सी. अस्पतालों में डाक्टरों की कमी है इस कारण मरीजो का सारा दबाव जिला अस्पताल पर रहता है इससे डाक्टर मरीजो को पूरा समय नहीं दे पाते है। अस्पताल निर्धारित समय से 5-10 मिनट खोलते है जाने हेतु निर्धारित समय पर चले जाते है। गांव स्तर पर आशा है लेकिन वह अधिकतर समय अपने घर पर ही रहती है फील्ड विजिट नहीं करती है ए.एन.एम. भी टीकाकरण के दिन ही महिलाओं से मिलती है ए. एन.एम. अपनी सेवाएं फील्ड में बेहतर तरीके से व नियमित नहीं दे पाती है। पी.एच.सी. में डाक्टर अधिकतम दो या तीन दिन ही आते है। डाक्टर का व्यवहार भी मरीजों के प्रति ठीक नहीं होता है।इसलिए समुदाय के लोग प्रायवेट अस्पताल में डाक्टर को दिखाना पसंद करते है। क्योंकि डॉक्टर पर 150 रु. फीस लेकर ठीक प्रकार से देख लेता है । जन प्रतिनिधियों को अपने अधिकारो के बारे में जानकारी नहीं है सरपंच व पंचायत समिति सदस्य अधिकतर पैसे से जुड़ी योजनाओं पर ज्यादा ध्यान देते है लेकिन स्वास्थ्य सेवाओं पर ध्यान नहीं देते है वे समझते है कि पी.एच.सी. व सब सेन्टर हमारे क्षेत्र से बाहर है इसलिए सरपंच व प्रधान इनसे प्रगति रिपोर्ट नहीं लेते है । वी.एच.एस.एन.सी. व रोगी कल्याण समिति में भी डॉ. व ए.एन.एम. जान पहचान वाले लोगो को ही लेते है । जिससे व उनके खिलाफ कार्यवाही नहीं करते है । इसलिए डॉ. अपने मनमानी तरीके से उपस्थित होते है । गाँव के सम्पन्न लोग प्रायवेट अस्पतालों में इलाज करा लेते है गरीब परिवार सरकार द्वारा दी जा रही फ्री स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ नहीं ले पाते है । ग्रामीण क्षेत्र मे सी.एच.एम.ओ. वा बी.सी.एम.ओ. की विजिट कम ही होती है । रोगी कल्याण समिति व वी.एच.एस.एन.सी. की बैठके कागजो में ही होंती है । पी. एच.सी. में डॉ. के अनुपस्थिति में एल.एच.वी. ही दवा देते है ।

पार्ट - 4

जिले में सरकारी स्वास्थ्य संसाधन उपलब्ध जरूर है पर उनका पूरा उपयोग नहीं हो पा रहा है उनमें डॉ. की कमी है जहाँ मौजूद है वहाँ नियमित नहीं आते हैं । इसलिए अलवर के प्रत्येक गाँव में एक प्राइवेट डॉ. कि दूकान जरूर मिलती है । ये वे डॉ. होते हैं जो एक या दो वर्ष प्राइवेट अस्पताल में सहायक या बार्डवाय के रूप में कार्य करके अनुभव लेते हैं । जिनके पास कोई डीग्री नहीं होती है । ये बारहवी या बी.ए. की पढाई कर डॉ. के रूप में प्रकटिस करते हैं । ये मरीजों को हाई डोज दवा देते हैं जिससे उन्हें आराम मिल जाता है तो फिर वो उन्हीं से अपना इलाज करवाते हैं । ये 20 से 50 रु. में प्रत्येक मरीज का इलाज करते हैं!

स्थानीय स्तर पर हड्डी टूटने के इलाज के लिए रन्डवापूठ भेजते हैं वो देशी जड़ी बूटियों से इलाज करते हैं विजिट के दौरान जब इनसे जानकारी प्राप्त की गयी तो चार पीड़ियों से हड्डी टूटने का इलाज परंपरागत किया जा रहा है । यहाँ 20 से 30 मरीज प्रतिदिन आते हैं । निकासे के लिए गोठड़ा की सलाह देते हैं स्थानीय स्तर पर देशी इलाज कम ही लोग कर रहे हैं । अधिकतर लोग प्रयावेट अस्पतालों में ही जाते हैं जिनमें सोलंकी वेजयन्ती सानिया देवयानी हरीश प्राइवेट अस्पतालो में जाते हैं । जिले भर में 75 से अधिक बड़े प्रयावेट अस्पताल काम कर रहे हैं! जिले में कोई भी गैर सरकारी संस्था कार्य नहीं कर रही है कुछ चेरिटी अस्पताल है जिनमें संत सुखदेव शहाय ही बेहतर व सस्ती सेवाएँ दे रहा है! ऑगनबाड़ी कार्यकर्ता व आशा स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं में अपनी भागीदारी बढ़ा रही है अन्य संस्थाएँ इत्तिदा , दूसरा दशक बालक बालिकाओं के साथ जीवन कौशल पर प्रशिक्षण देते हैं गाँव में प्रसव कराने पर आने वाली दाई को 251 से 1100 सौ रु. तक दिया जाता है लड़का होने पर कपड़े व अनाज भी दिये जाते हैं । अधिकतर प्रसव घरों पर ही होते हैं ।

जिले में उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधएं

कुल ब्लॉक 14

कुल सीएचसी 36

कुल पीएचसी 122

कुल सब सेटंर

मलेरिया सबसे ज्यादा मालाखेडा सीएचसी क्षेत्र में फेलता है इसके लिए संभावित ब्लॉक ओर है। थानागाजी राजगढ खेडली रेणी जिले मे मलेरिया के 300 केस है

1 स्वायन फल्यू का केस है

टी बी का सबसे ज्यादा किशनगढ मे है 600 रोगी है जो 25-45 आयु समूह मे है।

सीएचसी पीएचसी एवं अन्य विजिट

Distirct health

दिनांक 14 से 16 तक जिले की स्वास्थ प्रोफादल पर कार्य किया गया जिसमें सी एम एचओ श्री आरके मीना को प्रार्थना पत्र देकर जिले की स्वास्थ स्थिति की जानकारी सीएचसी व पी एच सी के भ्रमण हेतू व सूचना लेने हेतू स्वीकृति चाही गई लेकिन सी एम एच ओ द्वारा मना कर दिया गया ओर डि पी एम के पास भेज दिया गया परन्तु डी पी एम द्वारा पुनः सी एम एच ओ के भेज दिया गया।अन्त में फैलोशिप का अध्ययनरत लेटर हेतू कहा गया । जिसके लिए सैचारा में श्री आसमोहम्मद जी को स्थिति से अवगत करा कर उक्त मांगे गये पत्र को मेल द्वारा प्राप्त किया गया। ओर उस आधार पर सिर्फ मौखिक स्वीकृति प्राप्त कर जिले की स्वास्थ्य स्थिति पर एपीडीमीयो लोजिस्ट श्री जालिम सिंह जी से चर्चा कर जानकारी प्राप्त की गई। अलवर की जिला प्रोफाइल पर कार्य किया गया जिले महिला अस्पताल शिशु अस्पताल व जनरल, जिला अस्पताल में जाकर

मौसमी बिमारीयों ओ पी डी, आई पी डी व उपलब्ध सुविधाओ बैड,दवा, व जांच की जानकारी नर्स,डॉक्टर से प्राप्त की गई।

सीएचसी राजगढ विजिट

- **30 Bad**
- **12 Docter (10 male / 2 Female)**
- **OPD – 600 Perday**
- **IPD – 50**
- **LT- 2**
- 35 जाँच उपलब्ध
- 25 जाँच प्रति दिन होती है और औसतन 4000 प्रति माह होती है।
- मौसमी बिमारियां होती है – उल्टी ,दस्त
- 3 वर्ष पूर्व बतनइ बीमारी ,अमबजवत इवदद्ध फेली जिसमें 32 लोग मरें ।

टीबी अस्पताल अलवर

डॉ. राजेन्द्र चिटकरा

जिले को 6 टीबी यूनिट में बाटा हुआ है।

- 1.अलवर 2.किशनगढ 3.बहरोड 4.थानागाजी 5.राजगढ 6.गोविन्दगढ
- जिले पर 15–20 जाँच हेतू प्रतिदिन सैम्पल आते है।
- जिले मे सबसे ज्यादा ण ज्ठ ठमरीज किशनगढ ब्लॉक के तिजारा क्षेत्र मे है जिसमे मुस्लिम समुदाय मे ज्यादा है।
- फेफडे की टीबी के ज्यादा मरीज है।
- जिले में कुल 1 जनवरी 2012 से 30 जून 2014 तक 11738 मरीज रजिस्टर्ड है।
- MDR T.B. के 150 मरीज है।

R.C.H.O.

जिला प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य विभाग अलवर विजिट

- सोमदत्त माडया िण्णव ;)पेजंदज`जंजपबे वऱिपिबमत द्व
- टीकारण हेतू 01.04.2014 31.03.2015 तक कुल लक्ष्य बच्चे 83018 है।
- जिनमे 90 : लक्ष्य प्राप्त कर लेते है।
- अभी शुभ लक्ष्मी योजना शुरू की गई है। लडकी के जन्म पर 2100 रूप्ये 1 वर्ष टीकारण पूरे करने पर 2100 रूप्ये और 5 वर्ष पर 3100 रूप्ये दिये जाते है।

नोट – टीकारण कम कराने के पीछे के कारण

- ✓ रूडीवादिता
- ✓ कई बच्चो का होना
- ✓ श्रम महत्व पूर्ण है।
- 1 अक्टूबर 1014 से पेन्टावेलाटं टीके को लागू किया जा रहा है 5 टीको के स्थान पर एक ही वेक्सीन का उपयोग होगा।
- मोसमी बीमारीयो के बचाव के लिए
- डिप्थीरिया ,परटूशिश,टिटनेश, हेपेटापइप पोलियो
- यह टीका 0–1 वर्ष के बच्चो के लिए होगा
- 1 वेक्सीन 3 समय देनी होगी ।

पीएचसी इटेडा

- ✚ कुल 34 गांव कवर जनसंख्या 57000
- ✚ 10 सब सेन्टर
- ✚ व्क ओपीडी 1 जुलाई से 25 जुलाई तक 516
- ✚ आज का ओपीडी – 30
- ✚ जून माह का 730
- ✚ IPD आई पीडी 67 रहे आई पीडी

पीएचसी आयुर्वेद इटेडा

- ❖ ओपीडी जून माह 395
- ❖ आज का ओपीडी 11
- ❖ पीएचसी क्षेत्र गांव मे जून मे कुल 56 डिलिवरी हुई जिनमे 6 घर ओर 52 अस्पताल में हुई।

आशा बेठक इटेडा ;

मोसमी बिमारी के नियन्त्रण हेतु द्व

डॉ. राकेश चोधरी

– गहन दस्त नियन्त्रण पखवाडा सर्वे प्रारूप ,दस्त का सर्वे करना

– ओ

आएस बाटना ओर दवाए देना 0से 5 वर्ष हेतू –20 आवास उपस्थित

प्रारूप ---

क्र.स.	मुखिया का नाम	0-5 वर्ष के	दस्त रोग से कुपोसित बच्चे कुल बच्चे	ग्रसित बच्चे	विवरण

सब सेंटर नागल विजिट

ऐनम मंजू चोधरी

- ❖ 6 गाँव कवर जनसंख्या 7958
- ❖ 1-4-14 - 56 छठ गर्भवती महिलाए
- ❖ जुलाई में - 24 छठ महिलाए
- ❖ शिशु मृत्यु कुल - 5
- ❖ नागल - 3
- ❖ खेडली - 2
- ❖ टीबी मरीज - 2 खेडली
- ❖ मेलेरिया मरीज - 2
- ❖ टीकाकरण 90 प्रतिशत पूर्ण
- ❖ एक वर्ष से आयरन की गोलियाँ नहीं आ रही है।
- ❖ 50 प्रतिशत महिलाए एनिमिक है।

लक्ष्मणगढ सीएचसी विजिट

लेबर रूम विजिट मेल नर्स - विक्रमसिंह 6 वर्ष अनुभव जीएनम कॉर्स
स्टाफ 02 एक ऐनम एक मेल नर्स
जून मे अस्पताल मे हुई डिलिवरी 27 जुलाई माह मे 28
जून माह मे ओपीडी - 4497
आईपीडी - 295
जुलाई माह मे ओपीडी - 3982
आईपीडी - 284
मोंसमी बीमारी फेलती है, उल्टी ,दस्त,सर्दी जुकाम
239 दवा होनी थी
150 उपलब्ध है

मेल नर्स –विक्रमसिंह अनुभव – आयरन की गोली से बच्चा ग्रोथ कम करता है।
अस्तपताल मे 48 घण्टे रूकना चाहिए लेकिन लोग जबरदस्ती चले जाते है।
कुल 3 डॉक्टर है 1 स्थाई 2 डेपुटेशन पर
एचआई वी मरीज 20
टीबी 65 मरीज

महिला जिला अस्पताल विजिट अलवर

बेड 350
ओपीडी 250 प्रतिदिन
आईपीडी 118
डिलिवरी 70–80 प्रतिदिन
88 दवाए उपलब्ध है
10 वार्ड है
15 महिला डॉक्टर 30 नर्स
श्रैल लाभ लिया – विनिया जी
1जुलाई से 15 जुलाई 2014 तक
शहरी 105 महिलाएं
ग्रामीण 433

शिशु जिला अस्तपताल अलवर

ओपीडी 190 प्रतिदिन
आईपीडी 7
बेड 22 उपलब्ध
स्टाफ 10 6 मेल 4 फीमेल
डॉ की कमी
22 बेड है लेकिन 42 लगा रखे है।
ज्यादा बीमारी उल्टी दस्त व न्यूमोनिया है

0-28 दिन के बच्चे को आईसीयू में रखने की व्यवस्था है।

मुख्य जिला अस्पताल अलवर

ओपीडी 22000 प्रतिदिन

आईपीडी 125

बेड 314 उपलब्ध

कुल 150 स्टाफ है

डॉक्टर 45 है

नर्स 100 है

कुल 12 वार्ड

1 Post Oprative सर्जरी के बाद एडमिट होने वाले

2 Prigner केदियो कि लिए

3 ट्रोमा एक्सीडेन्ट वाले

4 आइसूलेशन जठ वाले मरीज

5 सिवजपद उल्टी दस्त वाले

6 male medical 7 female medical

8 male serical 9 female surgical

10 आर्थोपेडिक हडडी वाले

11 साइट्रिक मानसिक रोगी

12 बर्न जलने वाले मरीज

मोसमी बीमारियो के रोग

वर्षा	गर्मी	सर्दी
डायरिया	उल्टी, दस्त	बुखार
उल्टी	ल्यू ; भ्वजेजवबाद्ध	सर्दी, खासी, जुकाम
बुखार पायरोक्सी		अस्थमा
पेट दर्द		

सीएचसी बडौदामेव

कुल जनसंख्या 50000 कवर करती है

ए एन एम 11 सबसेन्टर 09

कुल ग्रामपंचायत 9 तथा 45 गांव शामिल है।

पिछले वर्ष टाइफाइड के कारण प्रतिदिन 4 से 5 लोग प्रभावित हुए थे जिसमें करीब 80 से 90 लोग प्रभावित हुए थे 10 से 15 लोगों की मोत हुई थी।

ओपीडी 180 प्रतिदिन

डॉ तीन नर्स तीन वार्ड बॉय एक लेब तकनीशियन दो एक स्वीपर

कुल दवा उपलब्ध दवा 217

टी बी मरीज एक जनवरी से दस अगस्त 2014 तक 54

(जयसिंहपुरा भयाडी निजामनगर एस सी समुदाय के लोग)

यहां मुख्य रूप से मौसमी बिमारियां फेलती है सर्दियों में अस्थमा टीबी गर्मियों में डायरिया वर्षा में दस्त डायरिया बुखार सर्दी मलेरिया आदि।

सी एच सी मालाखेडा

30 बेड है

4 डॉक्टर है 2 डक 1 सर्जन 1 फिजिशियन

महिला डॉक्टर नहीं है

1 से 30 जुलाई च्क ओपीडी 304

1 से 30 जुलाई च्क आइपीडी 73

प्रतिदिन जाँच 65

पिछले वर्षों मे मलेरिया रोगी 541 थे
पिछले वर्ष 1 जून 2013 से जुलाई 2013 तक 263 थे
वर्तमान मे 1 जून 2014 से जुलाई 2014 तक 87 मरीज निकले
ज्यादा मलेरिया फेलने वाली ग्राम पंचायत
टकबरपुर माधोगढ बालेटा पृथ्वीपुरा पलखडी बखत पुरा कुल छः
180 प्रकार की दवा उपलब्ध है
मार्च से जुलाई तक टायफायड ओर फीवर फेलता है
जुलाई से अगस्त मे पीलिया रोग फेलता है।

चक्र 9

मलाखेडा मे 3 सीएचसी है
सब सेंटर 76 है
टीबी मरीज 20 है
2010 से जुलाई 2014 तक कुल 24 एचआईवी रोगी है
किराया भत्ता पर्याप्त नही मिलता है विजिट हेतू

RESEACH PART

भागीदारी सूचना शीट

ज्पजसम लक्ष्मणगढ ब्लोक में ग्राम पंचायत ,सौराईद्ध के गांव सौराई व दौलतपुरा में 13 से 24 माह के टीकाकरण से छूटे हुए बच्चों पर एक अध्ययन; अलवर राजणद्ध मेरा नाम फूलसिंह है।प मैं एक गैर सरकारी संगठन सौचारा में सामुदायिक स्वास्थ्यय शिक्षा कार्यक्रम में एक छात्र ध्छात्रा हूं। सोसायटी सामुदायिक स्वास्थ्यय जागरूकता रिसर्च और लडाई के लिये; बैंगलोरद्ध;

मैं जिला अलवर के ब्लॉक लक्ष्मणगढ की सौराई ग्राम पंचायत के गांव सौराई व दौलतपुरा में टीकाकरण पर एक शोध अध्ययन कर रहा हूँ। टीकाकरण के प्रभावी कामकाज को प्रभावित करने वाले कारकों को जानने के लिये कृपया मुझे इस अध्ययन में भाग लेने के लिये कुछ सवाल पूछने की अनुमति लेना चाहता हूँ। यह नोट अनुसंधान की प्रकृति का एक विवरण प्रदान करता है इस शीट में यदि कोई शब्द आपकी समझ में नहीं आता है या स्पष्ट करने की जरूरत है तो मुझसे स्वतंत्र पूछ सकते हैं या इस सूचना पत्रक के अन्त में दिये गये पते व नम्बर

पर मुझे संपर्क करें पूरा विवरण मिल जायेगा।। साक्षात्कार लगभग 30 से 45 मिनट का होगा यदि आपकी अनमति है तो मैं एक मोबाइल पर साक्षात्कार रिकार्ड कर सकता हूँ। कर्पया इस अध्ययन में आपकी भागीदारी के लिये आपकी सहमति आवश्यक है। आप साक्षात्कार में भाग लेने या नहीं लेने हेतु तय कर सकते हैं। आपको साक्षात्कार से पहले हस्ताक्षर करने के लिये एक सहमति पत्र दिया जायेगा यदि आपका कोई प्रश्न या चिंता है तो मुझे बताएँ। मुझे उनका जवाब देने में खुशी होगी। अधिक जानकारी या स्पष्टीकरण के लिए कर्पया मुझसे संपर्क करें।

फूलसिंह गांव सालपुरी पोस्ट भजीट जिला अलवर फोन नं 08104913426

ई-मेल phoolsingh075@gmail.com

प्रतिभागी सहमति फार्म

लक्ष्मणगढ ब्लोक में ग्राम पंचायत सौराई के गांव सौराई व दौलतपुरा में 13 से 24 माह के टीकाकरण से छूटे हुए बच्चों पर एक अध्ययन; अलवर द्ध। मैंने भगीदारी शीट को पढा और समझा है तथा मुझे पढकर सुनार्या गया है।द्वण मुझे अध्ययन के उददेश्य और प्रक्रिया को समझाया गया है। इससे मुझे इससे कोई सीधा लाभ भी नहीं होगा सूचित किया गया है। मैं जो जानकारी प्रदान करूंगा गोपनीय है। और अन्य किसी भी पार्टी के लिये या मेरी पहचान करने के लिये ले जा सकता है। मेरे नाम या पहचान विशेषताओं को किसी भी रिपोर्ट में खुलासा नहीं किया जायेगा उसको समझते हैं। इसे अध्ययन से डेटा रिपोर्ट तैयार करने के लिये इस्तेमाल किया जा सकता है मुझे यह शीट शोध कर्ता के नाम और संपर्क विवरण के साथ प्रदान कीगई है। मुझे मेरे सभी सवालों का संतोष जनक दिया गया है। मुझे अध्ययन में भाग लेने या नहीं लेने के लिये पर्याप्त समय था मुझे लगता है कि मैं एक स्वयं सेवक के रूप में भाग ले रहा हूँ। और मैं चाहताह चाहती हूँ कि मैं जब चाहूँ कार्यक्रम से बाहर हो सकताह सकती हूँ और मुझे स्पस्टीकरण के लिये बाध्य नहीं किया जा सकता है। मुझे पता है कि अनुसंधान टीम मेरा विवरण देखेगें इसलिये मेरा विवरण इस रूप में उल्लेख अनुसंधान प्रयोजनो के लिए प्रयोग करने हेतु मैं सहमति देताह देती हूँ। सहमति और अध्ययन के उददेश्य के बारे में सभी जानकारियां मुझे मेरी भाषा में समझाया गया है। इसलिये मैं निम्नलिखित करने के लिए सहमति प्रदान देताह देती हूँ।

- मैं गहराई से साक्षत्कार में भागीदारी नहीं

हां

- गहराई से साक्षत्कार के लिए आवाज की रिकोर्डिंग नहीं हां
- च्न्इसपीपदह व्ि्वतकेधेमदजमदबमे `चवामद पद पदजमतअपमू अमतइंजपउ ल्मे [?] नहीं [?] प्रतिभागी का नाम.....

शोधकर्ता प..... रिसर्च की तारीख साक्षत्कार की तारीख प्रतिभागी के हस्ताक्षर

एएनम का साक्षात्कार

1. आपका नाम क्या है ?सौराई ग्राम पंचायत में कितने वर्सों से कार्य कर रही है।
2. आप कितने वर्सों से एएनम के पद पर कार्य कर रही हैं?
3. क्या सौराई ग्राम पंचायत के अलावा भी अन्य गांवों में टीकाकरण की जिम्मेदारी हैं ?यदि हां तो कितने गांवों में है और कितने समय से है ।
4. सौराई में किस दिन व कौनसे स्थान पर टीकाकरण करती है ?
5. दौलतपुरा में किस दिन व कौनसे स्थान पर टीकाकरण करती हैं?
6. टीकाकरण से पूर्व आप क्या तैयारी करती हैं?
7. क्या सौराई व दौलतपुरा में प्रत्येक माह नियमित टीकाकरण करती हैं?
8. टीकाकरण के दिन आप क्या क्या करती हैं ?
9. बच्चों को लगाये गये टीकों का विवरण कहां दर्ज करती हैं और कब दर्ज करती हैं।
10. सौराई गांव मे कितने परिवार टीकाकरण नहीं करवाते हैं? वो किस जाति व समुदाय के हैं।
11. सौराई में टीकाकहण नहीं करवाने हेतू आप क्या कारण मानती हैं?
12. दौलतपुरा गांव मे कितने परिवार टीकाकरण नहीं करवाते हैं? वो किस जाति समुदाय के हैं।
13. दौलतपुरा गांव में टीकाकहण नहीं करवाने हेतू आप क्या कारण मानती हैं?

14. सौराई गांव मे टीकाकरण के दौरान क्या समस्या आती है? कितने समय से आ रही है क्या वह समस्या अभी भी है।
15. दौलतपुरा गांव मे टीकाकरण के दौरान क्या समस्या आती है? कितने समय से आ रही है क्या वह समस्या अभी भी है।
16. टीकाकरण नही करवाने वाले परिवारो को टीकाकरण करवाने हेतू आंपके द्वारा क्या प्रयास किये गये और क्या प्रभाव रहा?
17. टीकाकरण से वंचित बच्चों का फोलोअप आंप किस तरह करती हैं?
18. टीकाकरण के दौरान आंप किस. किस का सहयोग लेती हैं?
19. आंप प्रतिदिन कितने घरों में विजिट करती हैं? कितने घरों मे विजिट करना जरूरी है विजिट के दौरान किन मुद्दों पर चर्चा करती हैं।
20. आंप कितना समय सेंटर खोलती है ? कितना समय फील्ड मे रहती है फील्ड के दौरान क्या क्या कार्य करती है।
21. आंपके नजरिये से सौराई व दौलतपुरा में टीकाकरण को कैसे बढ़ाया जा सकता है ?
22. विभाग द्वारा 12 माह के दौरान कोई टीकाकरण से जुडा प्रशिक्षण आंपको दिया गया है। तो क्या सिखाया गया ?

रिसर्च प्रश्न शिशु की मांता से पूछे जाने हेतू

बच्चों के टीकाकरण स्थिति

01 बच्चे का नाम.....

पिता का नाम.....शिक्षा स्थिति.....व्यवसाय.....

माता का नाम..... शिक्षा स्थिति..... व्यवसाय.....

जाति.....

02. बच्चे का लिंग लडका लडकी

03. जन्म तिथि ' ' बच्चे की कुल उम्र माह में.....

04. क्या आपके पास ऐसा कार्ड है। जिस पर नामकों लगाए गए टीको का विवरण है।

हाँ

कोई कार्ड नहीं

05. अब तक लगाए गये टीको का विवरण स्थिति दर्ज करना ।

कार्ड मे दर्ज टीको के आधार पर

टीकों का विवरण	date	month	year
BCG			
Polio - 0			
DPT - 1			
DPT - 2			
DPT- 3			
POLIO -1			
POLIO- 2			
POLIO- 3			
Measles			
Vitamin-A first dose			

माता पिता का साक्षात्कार

01 माता पिता से मौखिक पूछकर बच्चे को लगे कुल टीकों को दर्ज करना ।

टीको का विवरण	date	month	year
BCG			
Polio - 0			
DPT - 1			
DPT - 2			
DPT- 3			
POLIO -1			
POLIO- 2			
POLIO- 3			
Measles			
Vitamin-A first dose			

02. टीबी से बचाव के हेतू बीसीजी का टीका लगता है जिससे बांह पर एक निशान बन जाता है। लगा है ?

हां..... नहीं मालूम नहीं

03. पल्स पोलियो की खुराक जो मुह में पिलाई गई पल्स पोलियो अभियान सहित ।

हां..... नहीं मालूम नहीं

04. क्या पोलियो की पहली खुराक जन्म के प्रथम सप्ताह में दी गई थी या बाद में।

पहले 02 सप्ताह में..... बाद में मालूम नहीं

05. पोलियो की कितनी खुराक दी गई थी ? .पल्स पोलियो ढोड कर

संख्या याद नहीं

06. डीपीटी का टीका शर्दी कालीखांसी और घनुष्कार से बचाव के लिये बच्चे को सूई द्वारा दिया गया था ?

हां..... नहीं मालूम नहीं

07. डीपीटी का टीका सूईसे जांघ या चूतड में जो कभी कभी पोलियो की खुराक के साथ दिया जाता है। कितनी बार दिया गया था ?

संख्या याद नहीं

08. क्या खसरा मजीलस से बचाव के लिये दांये हाथ में सूई दिया गया था ?

हां..... नहीं मालूम नहीं

09. क्या हेपाटाइटस बी का टीका बच्चे को दिया गया था ?

हां..... नहीं मालूम नहीं

10. क्या बच्चे को कभी विटामिन ए की खुराक दी गई थी ?

हां..... नहीं मालूम नहीं

11. . विटामिन ए की खुराक कितनी बार दी गई थी ?

संख्या

12. नाम.....को टीके कहां लगवाये गये ।

घर..... आंगनबाड़ी..... प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र.....

अस्पताल..... उप स्वास्थ्य केन्द्र..... सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र.....

13 क्या नामको और कोई ऐसे टीके लगवाये हैं जिसकी जानकारी इस कार्ड में दर्ज नहीं है।

हां

नहीं

मालूम नहीं

समुदाय व माता पिता का साक्षात्कार

माता पिता के टीकाकरण की सामान्य जानकारी व बच्चों को टीकाकरण नहीं करवाने के कारणों को समझने के संदर्भ में।

1. क्या बच्चों को टीकाकरण करवाना जरूरी है?
2. टीकाकरण करवाते हैं तो क्यों करवाते हैं? क्या फायदे हैं।
3. टीकाकरण नहीं करवाते हैं तो क्यों नहीं करवाते हैं?
4. टीकाकरण नहीं लगवाते हैं तो बच्चों को कोई नुकसान होगा ?
5. आप बच्चों को कौन कौन से टीका लगवाते हैं ? क्यों
6. आप बच्चों को कौन कौन से टीका नहीं लगवाते हैं ? क्यों
7. बच्चे को टीके कौन लगवाकर लाता है ?

मां..... पिता.....

दादी..... दादा

अन्य.....

8. आपको टीकाकरण के बारे में कौन कौन जानकारी देते हैं ?
9. आप लडकी को ज्यादा टीके लगवाते हैं या लडके को ज्यादा टीके लगवाते हैं?
10. एएनम का व्यवहार कैसा है?
11. एएनम कब कब आपकी व बच्चे की देखभाल हेतू आपसे मिलती है ?

कितने दिन में..... कितने माह में

TITAL-: सोराई व् दोलतपुरा में 13 से 24 माह के बच्चों का टीकाकरण पर एक अध्ययन !

OBJECTIVE - :

1. टीका करण का स्तर जानना

A- पूर्ण टीकाकरण हुए बच्चे

B – अपूर्ण टीकाकरण बच्चे

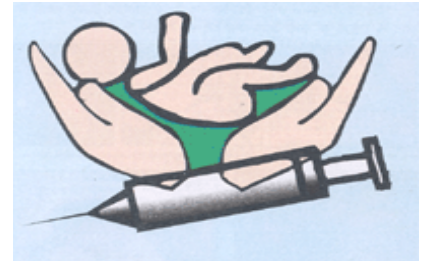
C – शून्ये टीकाकरण बच्चे

02. टीकाकरण से छूटने के कारण जानना

A- LACK OF AWAARNESS

B- LACK OF MOTIVATION

C- OBSTACLES



BACK GROUND

In India, an estimated 26 millions of children are born every year. As per census 2011, the share of Children (0-6 years) accounts 13% of the total population in the country. An estimated 15.5 lakhs children die every year before completing 5 years of age. However, 79% of under-five child mortality takes place within one year of the birth which accounts nearly 11.6 lakhs infant deaths whereas 56% of under-five deaths take place within first one month of life accounts 8.7 lakhs neo-natal deaths every year in the country.

Rational

- AHS (RAJASTHAN)2013 के अनुसार अलवर जिले का 91.2 % टीकाकरण है
- लेकिन फील्ड वर्क के दौरान मैंने ब्लाक में दोलतपुरा ,सोराई के अगस्त 2014 व् सितम्बर माह 2014 की रिपोर्ट देखी तो उसमें 31% व् 49% प्रति माह पाया गया !
- कुल ब्लाक का अगस्त माह का 44% व् सितम्बर माह 49% था

Methodology :-

- Study design :- cross sectional , Mix method
- Study period:- Sept.22to Nov.12 2014
- Study area :- Two village 1. dolatpura 2. sorai
block – laxmangarh, Dist. – Alwar , (Rajasthan)
- Population :- Muslim 95%
- Subject:- Child immunization
- Sample size :-20 child (child Mother)
- Exclusion criteria :- 13 to 24 age of child

DATA COLLECTION

- सेकेण्डरी डेटा आंगनबाड़ी से
- प्राथमिक डेटा बच्चों की माताओं से
- साक्षात्कार से
- सी एच सी LAXMANGARH से

• DATA COLLECTION TECHNIQUE

- साक्षात्कार से
- प्रश्न पत्र
- रिकार्डिंग

- ओब्जेक्ट्स

Data Analysis

- ATLASTI SOFTWARE
- EXCEL
- ETHICAL ISSUE
- मोखिक जानकारी देकर व् चर्चा करने के बाद
- सहमति पत्र
- अनुमति पत्र
- रिकॉर्डिंग की गई

Sorai and Dolatpura village Child list

S. N.	Child Name	Mother Name	Father Name	GEN DE R	VILLAGE	DOB	Age	Mother Education	Delivary place	Cast
1	Sabana	Jamsida	Umardeen	G	Dolatpura	6/9/2013	1.0year	illitrate	Home	miner
2	Afjal	Mubina	Hakam	B	Dolatpura	7/13/2013	1.02 year	illitrate	Home	miner
3	Ansar	Sahrana	Rasid	B	Dolatpura	7/14/2013	1.02year	illitrate	Hospital	miner
4	Monisa	Hamidi	Tohid	G	Dolatpura	8/1/2013	1.08year	illitrate	Hospita	miner
5	Fija	Bassi	Rahis	G	Dolatpura	8/11/2013	1.02 year	5 th	Hospital	miner
6	Rehan	Hansira	Mufid	B	Dolatpura	8/22/2013	1.02 year	illitrate	Hospital	miner
7	Sonam	Mahrana	Ramjan	G	Dolatpura	9/23/2013	1.0 year	10 th	Hospital	miner
8	Saniya	Samina	Sahun	G	Dolatpura	9/21/2013	1.0 year	illitrate	Hospital	miner
9	Monis	Jamsida	Umardeen	B	Dolatpura	10/8/2013	1.0 year	illitrate	Home	miner
10	Safed	Khatun	Fakru	B	Dolatpura	1/7/2013	1.02 year	illitrate	Hospital	miner
11	Khatija	Arfina	Robdeen	G	Dolatpura	2/16/2013	1.07 year	8 th	Hospital	miner
12	Anjum	JMajidan	Ashu		Dolatpura	2/26/2013	1.07 year	illitrate	Hospital	miner
13	Ashik	Mubina	Ayub	B	SORAI	8/22/2013	1.02 year	illitrate	Home	miner
14	Aiena	Arseeda	Majid	G	SORAI	8/23/2013	1.02 year	5 th	Home	miner
15	Rasid	Jahidan	Samsudeen	B	SORAI	8/28/2013	1.02 year	illitrate	Hospital	miner
16	Ayan	Memam	Jakar	B	SORAI	7/6/2013	1.04 year	illitrate	Home	miner
17	Fija	Ruksena	Assar	G	SORAI	7/20/2013	1.03 year	illitrate	Home	miner
18	Supiyan	Hansira	Saddik	B	SORAI	7/29/2013	1.03 year	5 th	Hospital	miner
19	Vasima	Ravina	Miskeen	G	SORAI	8/25/2013	1.02 year	illitrate	Hospital	miner
20	Jannat	Khatu	Asrudeen	G	SORAI	22/5/2013	1.05 year	illitrate	Home	miner
								5th= 3	Home=8	
								8th=01	Hospital =12	
								10=01		

कुल बच्चों की संख्या

गाँव का नाम	लड़का	प्रतिशत	लड़की	प्रतिशत	कुल	प्रतिशत
दोलतपुरा	05	41.66 %	07	58.33 %	12	100
सोराई	04	50 %	04	50 %	08	100
कुल	09	45 %	11	55 %	20	100

बच्चों के जन्म का स्थान

गाँव का नाम	अस्पताल	प्रतिशत	घर	प्रतिशत	कुल	प्रतिशत
दोलतपुरा	10	83.33%	02	16.66 %	12	100
सोराई	02	25 %	06	75 %	08	100
कुल	12	60 %	08	40 %	20	100

गाँव वार टीकों का स्तर

स्थिति	दोलतपुरा (12 बच्चे)			सोराई (08 बच्चे)			कुल 20बच्चे	प्रतिशत
	लड़का	लड़की	प्रतिशत	लड़का	लड़की	प्रतिशत		
पूर्ण टीका करण	00	00	00 %	00	00	00 %	00	00 %
अपूर्ण टीका करण	05	05	83.33 %	02	01	37.05 %	13	65 %
टीका करण बिलकुल नहीं	00	02	16.66 %	02	03	62.05 %	07	35 %
कुल	05	07		04	04		20	
प्रतिशत	41.66 %	58.33 %	100 %	50 %	50 %	100 %	100 %	100 %

माताओं का शिक्षा स्तर

गाँव का नाम	अनपढ़	पाचवी	आठवी	दसवी	कुल	प्रतिशत	
दोलतपुरा	09	01	01	01	12	75	25
सोराई	06	02	---	----	08	75	25
योग	15	03	01	01	20	75	25
प्रतिशत	75 %	15 %	05 %	05 %	100%		

टीकाकरण कार्ड की उपलब्धता का स्तर

गाँव का नाम	कार्ड खो गया	कार्ड उपलब्ध है !	कुल
दोलतपुरा	05	07	12
सोराई	03	05	08
कुल	08	12	20

प्रति टीके का स्तर (कुल 20 बच्चे)

गाँव का नाम	BCG	P-0	HB-0	P-1	HB-1	DPT-1	P-2	HB-2	DPT-2	P-3	HB-3	DPT-3	MESELS	कुल बच्चे
सोराई	01	03	03	02	02	02	0	0	0	0	0	0	00	08
दोलतपुरा	07	10	10	04	04	04	02	02	02	0	0	0	04	12
कुल	08	13	13	06	06	06	02	02	02	0	0	0	04	20
प्रतिशत	40	65%	65%	30%	30%	30%	10%	10%	10%	0%	0%	0%	40%	100%

टीके नहीं लगने के कारण (इंटरव्यू के आधार पर)

कारण	दोलतपुरा(12 बच्चे)	सोराई (08 बच्चे)	कुल 20 बच्चों में से	प्रतिशत
जानकारी नहीं	09	07	16	80%
एनम नहीं आती	11	07	18	90%
आशा ,कार्यकर्ता नहीं बताती	08	06	14	70%
एनम नहीं बताती	11	05	16	80%
पता नहीं चलता	10	06	16	80%
बच्चों को बुखार हो जाता है !	08	01	09	50%

- **Background variable**
- शिक्षा भी टीकाकरण को प्रभावित करती है , जो माताएं शिक्षित हैं , उन्हें टीकों की जानकारी है ,वो टीकों पर ध्यान देती हैं !
- जो माताएं अनपढ़ हैं उन्हें कुछ भी जानकारी नहीं है !
- एनम उन्हें टीकों से जुडी कोई जानकारी नहीं देती है
- एनम फील्ड में नहीं आती है और टीकों को लेकर चर्चा नहीं करती है !
- टीके लगाते वक्त कपडे नहीं हटाती है और लगाते वक्त सावधानी नहीं रखती है !

रैफरेंस

1. स्टडी किये गये आर्टिकल = **Asian jouanal of science medical published 30-5-2014**

Knowledge attitude perceptions of mothers with children under five year of age about vaccination in mangalore ,india

2. .immunisation related knowledge attitudes and practices of mothers in Kinshasa democratic republic of the congo .

**Professor department of nutrition
ecole de santé university de kinshasa ,2008**

3. Immunization and child care section 3

4. Routine immunization

5. Section 2 knowledge and awareness of immunization .

6. Immunization schedule I RA Sha 01-9-2014

7. Vaccination schedule recommended by india according of peditrics IAP 2013

8. Universal immunization programme

9. Immunization policy in india health and social care essay

10. Thesis =beliefs about immunization and children health among child bearing mother in Nepal . june 2002

फैलोशिप के दौरान पढ़ी गई पुस्तकें

1^ण सबके लिये स्वास्थ्य – भारत डोगरा

2^ण सुरक्षित मातृत्व

3^ण ग्राम स्तरी स्वच्छता एवं पौषण समिति

4^ण ऐसे फैलते हैं रोग – निधि वर्मा

5^ण सही भोजन

- 6ण जहां डों ना हो
- 7ण सामुदायिक स्वास्थ्य में समुदाय की भूमिका
- 8ण सामुदायिक स्वास्थ्य – सौचारा
- 9ण टीकाकरण निर्देशिका
- 10ण गृह आधारित शिशुओं की देखभाल हेतू फैसिलिटेटर निर्देशिका—
एनआई पीआई
- 11ण मातृत्व शिशु स्वास्थ्य एवं जैण्डर— एनआई पीआई
- 12ण एच आईवी और एडस – यूनिफेम
- 13ण आशा के लिए प्रारंभिक मॉडयूल
- 14ण हैल्थ फॉर आल

फील्ड फोटो

दूसरा दशक की मुख्य गतिविधि जीवन कौशल प्रशिक्षण व चार माही किशोरी व किशोर आवासीय शिविर में प्रशिक्षण करवाते हुऐ!



दूसरा दशक में स्टाफ का क्षमता
वर्धन प्रशिक्षण में भागीदारी



पीएचसी सीएचसी विजिट

पीएचसी ईटेडा में डॉ से चर्चा करते हुए ।



पीएचसी ईटेडा में अर्युवेद अस्पताल में पीएचसी ईटेडा में ऑपरेटर से जानकारी लेते हुए ।
डॉ से चर्चा करते हुए



ईटेडा में पीएचसी व अर्युवेद अस्पताल ।

पीएचसी ईटेडा में भर्ती व्यवस्था नही होने से खाली पडे बैड ।



पीएचसी ईटेडा में दवा वितरण व्यवस्था ।



पीएचसी ईटेडों अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं का बेनर लगा हुआ नहीं था विजिट के दौरान लगाया गया ।

पीएचसी ईटेडा अस्पताल में स्लाइडों को साधारण कपड़े से साफ करते हुए सफाई कर्मचारी ।

Sl. No.	जांच का नाम	जांच का प्रकार	संभाव्य परिणाम
1	Haemoglobin (Hb) जांच	रक्त की प्रती की जांच	10-16g/dl
2	MCV (Mean Corpuscular Volume) जांच	रक्तगण की जांच	88-102mm ³
3	WBC (White Blood Cell Count) जांच	रक्तगण की जांच	4000-12000/mm ³
4	ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) जांच	रक्तगण की जांच	Negative
5	Urea जांच	रक्तगण की जांच	2-3mmol/l
6	Cr (Creatinine) जांच	रक्तगण की जांच	0.6-1.2mg/dl
7	Blood group (A, B, AB, O) जांच	रक्तगण की जांच	A, B, AB, O
BIOCHEMISTRY (बायोकेमिस्ट्री)			
8	Blood Sugar जांच	रक्तगण की जांच	70-110 mg/dl
MICRO BIOLOGY (माइक्रोबायोलॉजी)			
9	Urine जांच	रक्तगण की जांच	Negative
10	Stool जांच	रक्तगण की जांच	Negative
11	Urine जांच	रक्तगण की जांच	Negative
12	Urine जांच	रक्तगण की जांच	Negative
URINE ANALYSIS (मूत्र जांच)			
13	Urine जांच	रक्तगण की जांच	Negative
STOOL ANALYSIS (मल जांच)			
14	Stool जांच	रक्तगण की जांच	Negative



अन्य गतिविधियों में भागीदारी शिविर के किशोरों का आंगनबाड़ी भ्रमण

वीएचएसएनसी प्रशिक्षण में भागीदारी



दूसरा दशक ऑफिस में शिविर के बच्चों के साथ स्वतन्त्रता दिवस के मौके पर !



गांव नांगलखानजादी में जिला कलैक्टर की रात्रि चौपाल में भागीदारी।



गांव नांगलखानजादी में टीकाकरण गांव सौराई में ऐएनम टीकाकरण रिकॉर्ड भरते हुऐ ।



गांव नांगलखानजादी में आंगनबाडी कार्यकर्ता राजकौर से चर्चा करते हुए।



स्थानीय बॉन सैटर हीलर ईलाज करते हुए व उनके औजार



रिसर्च के दौरान दौलतपुरा व सौराई मे टीकाकरण के खाली कार्ड! जिसमे कुछ भी दर्ज नहीं है!



गांव नागल खानजादी में सडको पर व्यर्थ बहता पानी व आंगनबाडी के पास टंकी पर गन्दगी का आलम ।



दौलतपुरा में बाजरे की फसल काटती महिलाएं !



सौराई में गेंहू की फसल को एकत्रित करता परिवार!



गांव नांगलखानजादी में नवें महिनें में
एक गर्भवती महिला !



गांव नांगलखानजादी में मुस्लिम
रहन सहन!



राजस्थान में फ्री जांच!

नःशुल्क जाँच योजना
सैम्पल संग्रहण समय
प्रातः 8:00 से 12:00 बजे तक
श्रीष्मकाल (1 अप्रैल से 30 सितम्बर)
रिपोर्ट प्राप्ति समय
दोपहर 1:00 से 2:00 बजे तक
श्रीष्मकाल (1 अप्रैल से 30 सितम्बर)
सैम्पल संग्रहण समय
प्रातः 9:00 से 1:00 बजे तक

कल्चर सगाई के मौके पर गीत गाती
महिलाएं



सौचारा के माध्यम से अन्य संस्थान में की गई विजिट



ब्लाइंड वॉक में भागीदारी



भौपाल गैस काण्ड के 20 वर्ष पर केण्डल जलाकर श्रद्धाजली



केरल के केरोस संगठन भ्रमण के दौरान स्टाफ के साथ



केरल भ्रमण



सौचारा में क्लास के दौरान नाट्य गतिविधि करते फैलो !



सौचारा में क्लास के दौरान समूह चर्चा करते फैलो !



एथना मेडिकल नर्सरी में जडी बूटी श्रीमती थेलमा नारायण को फ़ैलोशिप
पौधों की जानकारी देता कर्मचारी! समाप्ति के उपलक्ष में गिफ्ट देते हुए
फ़ैलो रजीना व हुन्टीफ़ुल!



THANKS FOR SOCHARA AND ALL
TEAM MEMBER

Community Health Learning Programme is the third phase of the Community Health Fellowship Scheme (2012-2015) and is supported by the Sir Ratan Tata Trust, Mumbai.



School of Public Health, Equity and Action (SOPHEA)

SOCHARA

359, 1st Main,

1st Block, Koramangala,

Bangalore – 560034

Tel: 080-25531518; www.sochara.org

