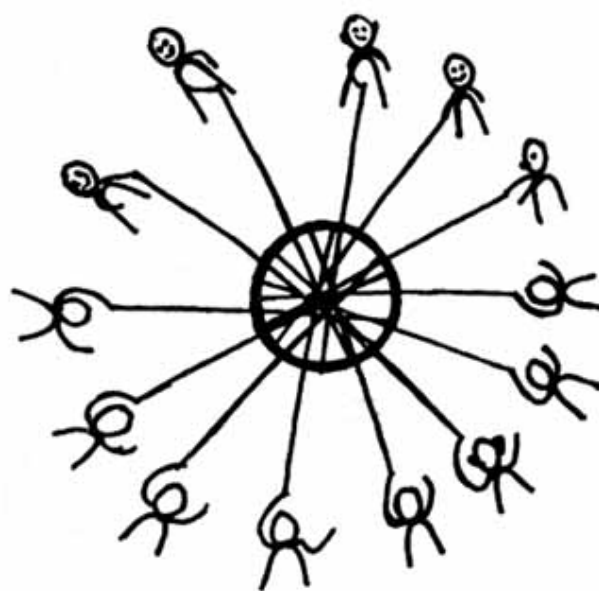


2014-2015

Community Health Learning Programme

*A Report on the Community Health Learning
Experience*

Aphsana Khan



SOPHEA



sochara
building community health

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

COMMUNITY HEALTH LEARNING PROGRAMME

(CHLP-2014-15)

Batch-11th

Final Report (January 2014 to January 2015)

 Aphisana Khan
Rajasthan

Contents

Sl .No.	Particulars	Pages
1.	Title page	
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	

Acknowledgement :-

मैंने इलेक्ट्रिकल इंजीनियरिंग डिप्लोमा करने के बाद मैंने दूसरा दशक परियोजना, लक्ष्मणगढ़ में एक मास्टर ट्रेनर के रूप में काम किया और मुझे ये काम बहुत अच्छा लगा। इसी के दौरान मुझे दूसरा दशक परियोजना, लक्ष्मणगढ़ के सहयोग से बस्च में जाने का मौका मिला।

इस एक वर्ष में कि गई फैलोशिप के दौरान मेरे मार्ग दर्शक के रूप में मेरे प्रेरणा स्रोतों का आभार व्यक्त करना चाहती हूँ। जहाँ स्वास्थ्य जैसे विषय पर सरलता से समझने का प्रयास किया गया है, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्य की पद्धति को सरल और व्यवस्थित, और समुदाय में कार्य करने के सरल ढंग से करने की प्रेरणा प्राप्त हुई। मैं शुक्रिया अदा करती हूँ Community Health Learning Program (SOCHARA ,Bangalore) में जुड़ने का मौका दिया। मैं दूसरा दशक परियोजना का भी साथ में शुक्रिया अदा करती हूँ कि इसकी और से मुझे सी एच एल पी से जुड़ने का मौका मिला।

समीक्षक –

सबसे पहले मैं श्री राघवेंद्र सेवदा (परियोजना निदेशक, लक्ष्मणगढ़), श्री जुनेद कमाल और श्री कमलेश अवस्थी का भी शुक्रिया अदा करना चाहूंगी। इन्होंने मुझे बस्च प्रोग्राम के बारे में जानकारी दी, जिन्होंने इस क्षेत्र में कार्य करने की प्रेरणा प्रदान की।

Community Health Learning Program (SOCHARA ,Bangalore) में सबसे पहले डॉ. रवी नारायण, डॉ. थेलमा नारायण, डॉ. आस मोहम्मद व सेम जोसेफ का आभार मानती

हूँ जिन्होंने इस प्रकार की फील्ड लर्निंग और समुदायिक स्वास्थ्य की संरचना का निर्माण किया । जिससे समाज को स्वास्थ्य के क्षेत्र में दिशानिर्देश प्रदान कर महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर रहे हैं ।

CHLP एक प्रोग्राम है। जो **SOCHARA** के द्वारा चलाया जा रहा है। मैंने यह प्रोग्राम 16 जनवरी, 2014 को ज्वाँइन किया। यह प्रोग्राम एक साल (16 जनवरी, 2014 से 15 जनवरी, 2015 तक) का है। मैं यहां 11वें बैच की फ़ैलो हूँ। मैंने इलैक्ट्रिकल इंजीनियरिंग डिप्लोमा करने के बाद मैंने दूसरा दशक परियोजना, लक्ष्मणगढ़ में एक मास्टर ट्रेनर के रूप में काम किया और मुझे ये काम बहुत अच्छा लगा। इसी के दौरान मुझे दूसरा दशक परियोजना, लक्ष्मणगढ़ के सहयोग से ब्स्च में जाने का मौका मिला। इसके लिए मैं दूसरा दशक का शुक्रिया अदा करना चाहूंगी। इसके साथ मैं श्री राघवेन्द्र सेवदा (परियोजना निदेशक, लक्ष्मणगढ़), श्री जुनेद कमाल और श्री कमलेश अवस्थी का भी शुक्रिया अदा करना चाहूंगी। इन्होंने मुझे ब्स्च प्रोग्राम के बारे में जानकारी दी और वहां तक पहुंचने में इनका साथ भी मिला। सोचारा में आस मोहम्मद सर को धन्यवाद देना चाहूंगी

Why I joined fellowship:-

I want to join the Community health learning program (CHLP) .Because I Belong to minority community there people are less educated particularly women. They are not aware about their on health. Their economic & health status is very poor. Growth rate of population is very big problem here. Because of less educated thy follow many religious customs like “Children are gift of god “. We should not stop their born so population uncontrollably increases. Many of them do not know the contraceptive methods & how to keep a gap between children etc. Their living condition is very poor .So may of infections diseases like T.B. S.T.D.(Transmitted diseases) Hepatitis are common here. There hygienic conditions are very poor. They drink infected water eat infected food. Thy excrete urine faces in open field. There are no toilet in home in which living. So many of the water born disease due to drink of contaminated water food born disease are very common here. Many of the baby die during delivery & after delivery due to poor child health care .Female feticide is very common .So male to female ratio is decreasing .Health facilities are very much less here. There is no hospital around 10 km. area. So people are getting proper treatment of health problems. Because of

lack of knowledge & lack of guidance they take treatment from HAKEEM. Their problem is continuously increase. There is no village guide, ASHA or Anganbadi worker here and if they do not their work properly. So if I train in this community health programming. I will give proper guidance to people about their health problems. I will aware the women about contraceptive methods how to keep a proper gap between two babies. I will aware the people that early marriage of the girls should be stopped so that many girls should mother in early age n suffer from many gynecological problems can be less in number. I will aware the people about there hygienic condition living n about infection's diseases so I can play a good role to save my community my area, my society from many health related problems. I can play a contributory role to serve humanity n also my country.

MY LEARNING OBJECTIVE :-

- 1- स्वास्थ्य के बारे में जानना।
- 2- समुदाय व सामुदायिक स्वास्थ्य को जानना और समुदाय के सिद्धान्तों को जानना।
- 3- गैर सरकारी संस्था और सरकार के बीच की भूमिका को समझना।
- 4- मेवात क्षेत्र और अलवर क्षेत्र में महिला और बच्चों के स्वास्थ्य के बारे में जानना और समझना और इनके स्वास्थ्य में सुधार के प्रयास करना।
- 5- अपनी अपसस को बढ़ाने के प्रयास करना।

इन उद्देश्यों को पूरा करने के लिए अर्बुत प्रोग्राम को ज्वाँइन किया। अभी मेरी स्वास्थ्य और सामुदायिक स्वास्थ्य के बारे में समझ बन रही है।

LEARNING FROM COLLECTIVE :--

: शिक्षण कार्य के अन्तर्गत निम्न बिन्दुओं पर कार्य किया गया जो इस प्रकार हैं –

- ✓ Health, Community, Community Health.
- ✓ Community building and development.
- ✓ Public Health.
- ✓ Understanding the shift from bio-medical to social community model of health.
- ✓ Primary health care – basic principle community participation.
- ✓ Social exclusion and marginalization.
- ✓ System and soft system methodology.
- ✓ Social stratification and marginalization.
- ✓ Social determinants of health.

- ✓ Sanitation.
- ✓ Epidemiological
- ✓ Gender and health.
- ✓ Globalization.
- ✓ NRHM / VHND.
- ✓ Health Research.
- ✓ Environment and health.
- ✓ Qualitative research for community health.
- ✓ Quantitative research for community health.
- ✓ Mental health medical pluralism

शिक्षण कार्य कराने के तरीके :

- ✓ Group discussion.
- ✓ Videos.
- ✓ Poster.
- ✓ Games.
- ✓ Books reading.
- ✓ Story.
- ✓ Article presentation.
- ✓ Anubhav series presentation.
- ✓ Books review.

Other Programme :

- ✓ Field visit.
- ✓ Other NGO visit.

इन सभी गतिविधियों के द्वारा शिक्षण कार्य करवाया गया।

मेरी समझ – मुझे इस सी.एच.एल.पी. प्रोग्राम में समुदाय स्वास्थ्य के प्रति अपनी सोच बढ़ाने का मौका मिला और स्वास्थ्य हमारे जीवन से किस प्रकार जुड़ा हुआ है और किस प्रकार प्रभावित हो रहा है। इस प्रोग्राम के अन्तर्गत मुझे समुदाय, सामुदायिक स्वास्थ्य और देश के स्वास्थ्य के बारे में जानना और सोचने का मौका मिल रहा है। निम्न बिन्दुओं पर मेरी समझ इस प्रकार बनी –

स्वास्थ्य : सामाजिक, मानसिक, आर्थिक और आध्यात्मिक रूप से स्वस्थ ही स्वास्थ्य है। स्वास्थ्य हमारे भोजन, शिक्षा, परिवार, समाज, वातावरण, और पानी व स्वच्छता से जुड़ा हुआ है।

स्वास्थ्य कोई इलाज नहीं है। स्वास्थ्य बीमारी और डॉक्टर व हॉस्पिटल से पहले ही है। स्वास्थ्य कोई मशीन या कोई बिमारी नहीं है

समाज : समाज पर समझ बनाने के लिए ग्रुप वर्क में कार्डशीट पर कार्य किया गया। समाज किसी धर्म या जाति विशेष के लोगों का समूह होता है। समाज में किसी जाति या धर्म के लोगों के द्वारा बनाये गये नियम रहते हैं। समाज में एक ही जाति या धर्म के लोग रहते हैं। किसी एक समाज में लोगों का रहन-सहन, खान-पान व भाषा और शादी-विवाह के तरीके समान होते हैं। अगर कोई व्यक्ति उनके समाज के नियमों को तोड़ता है तो उसे उसका समाज दण्डित भी करता है। समाज स्वास्थ्य के साथ जुड़ा हुआ है।

समुदाय : समुदाय वह है जहां पर लोग एक साथ रहते हैं, काम करते हैं और एक दूसरे का सहयोग करते हुए अपनी जरूरतों को पूरा करते हैं। उनके बीच आपस में स्नेह, मेल-मिलाप और एक-दूसरे की मदद के लिए समान रूप से तैयार रहते हैं। इसलिए समुदाय में रहकर हम समुदाय की स्वास्थ्य से जुड़ी जरूरतें पहचान सकते हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य : समुदाय का स्वास्थ्य गांव या समुदाय में उपस्थित जनसुविधाओं तक लोगों की पहुंच पर निर्भर करता है। समुदाय का सर्वांगीण विकास निम्न बिन्दुओं पर निर्भर करता है –

- 1- साफ-सफाई
- 2- स्वच्छता
- 3- स्वच्छ जल
- 4- स्वास्थ्य सुविधाएं
- 5- स्वस्थ वातावरण

समुदाय का निर्माण और विकास : समुदाय में सभी समाज के लोगों को सभी सार्वजनिक सुविधाएं की पहुंच होनी चाहिए। आज के समय में हमारे देश के समुदाय में शिक्षित और उच्च जाति के परिवार और धनी लोगों के पास ही ज्यादातर सार्वजनिक सुविधाएं उपलब्ध होती हैं। समुदाय में निम्न जातियां और दलित लोगों को सार्वजनिक सुविधाओं से वंचित रखा जाता है और इन्हें समुदाय से दूर गंदी जगह पर रखा जाता है। इन लोगों के पास बिजली और सड़क सुविधाएं तक भी उपलब्ध नहीं होती। इसलिए हम समुदाय में रहकर समुदाय की स्वास्थ्य से जुड़ी जरूरतें पहचानकर उनके लिए दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं की मांग करवाना और लोगों को अपने अधिकारों की पहचान कर स्वास्थ्य सेवाओं में उनकी भागीदारी बेहतर करवानी है। तभी समुदाय का विकास संभव और बेहतर होगा।

Paradigm Shift :

Medical Model	-	Social model
Individual	-	Community
Patient	-	People
Disease	-	Health
Providing	-	Enabling
Drugs Technology	-	Knowledge social processor
Professional	-	Demystification

फैलोशिप से पहले मेरी यह समझ थी कि स्वास्थ्य से सिर्फ डॉक्टर, हॉस्पिटल और दवा व मेडिकल फील्ड से जुड़े लोग ही काम कर सकते हैं। लेकिन चूंकि पहली पीढ़ी को समझने के बाद मेरी समझ यह बनी कि सामाजिक कार्यकर्ता और भी युवा साथी स्वास्थ्य पर कार्य कर सकते हैं। सामुदायिक कार्यकर्ता का सामुदायिक स्वास्थ्य के विकास के लिए एक महत्वपूर्ण रोल है। जिस प्रकार एक डॉक्टर व्यक्तिगत रूप से एक मरीज को बीमारी के लिए जांच, सलाह व दवाइयां प्रदान करता है। इसी प्रकार सामाजिक कार्यकर्ता भी अपने समुदाय के लोगों को जागरूक कर सकता है।

बायोमेडिकल मॉडल में डॉक्टर, नर्स, दवा, हॉस्पिटल और वितरण शामिल है। जो अपनी सोच केवल व्यवस्था तक ही सीमित रखते हैं। जबकि सोशल मॉडल में आशा, ए.एन.एम., वी.एच.एन.डी., आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, एन.जी.ओ., सी.बी.ओ. जो ऊपर उठकर सोचते हैं।

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारण : शिक्षा, स्वास्थ्य, पर्यावरण, पानी, रोजगार, संस्कृति, खाद सुरक्षा, आर्थिक और सामाजिक स्थिति, जेण्डर और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच।

Epidemiology : It is a tool of study about health condition of the population.

किसी भी बीमारी के फैलने के पीछे हमें उसके शुरुआती कारणों को समझना होगा तभी हम उन्हें रोक सकते हैं। समस्या पता होने पर ही हम उनकी प्राथमिकताएं तय कर पायेंगे। बीमारी, मृत्युदर एवं अपंगता को किस प्रकार नियंत्रित किया जाता है और इनकी स्थिति क्या होती है।

AXIOM :

कम्यूनिटी के स्वास्थ्य के लिए मांग करना उसका अधिकार है। यह एक प्रक्रिया है जो लगातार चलेगी। स्वास्थ्य के लिए कार्ययोजना बनाकर उसे लागू करना।

इसमें कहा गया है कि समुदाय स्वास्थ्य एक अधिकार है। खुद समुदाय का स्वास्थ्य सेवाओं पर नियंत्रण हो और सक्रिय भागीदारी निभाएं, क्योंकि समुदाय का विकास स्वास्थ्य से जुड़ा

हुआ है और बिना भेदभाव के उन्हें मिलना चाहिए क्योंकि स्वास्थ्य सभी के लिए है। जरूरत के अनुसार स्वास्थ्य सेवाएं मिलनी चाहिए।

Gender :

समुदाय में जेण्डर भेदभाव के बारे में समझ बनी जिसमें महिला और पुरुष को बराबर माना जाए।

क्षपउंतल भंसजी बंतम (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) :

सभी के लिए स्वास्थ्य की परिकल्पना के लिए प्रत्येक व्यक्ति के सामाजिक, आर्थिक, उत्पादित जीवन उपलब्ध कराना है। क्षपउंतल भंसजी बंतम के निम्न घटक हैं –

& Authorised Practicener

- AAYUSH

& Hygiene at Home

- Water
- Sanitation

& Home Remedies

- Grandmother

& Local Healers

- OJha
- Dai

& PHC

Primary Health Care dks rhu Hkkxksa esa ckaVk x;k gS &

- 1- Primary Health Care
- 2- Secondary Health Care
- 3- Tertiary Health Care

- 1. Primary Health Care :** प्राथमिक स्तर पर मिलने वाली व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवाएं जो स्थानीय स्तर पर समस्या को दूर करती हैं।
- 2. Secondary Health Care :** सैकण्डरी हेल्थ केयर गम्भीर समस्या से जुड़ी बीमारियों के इलाज के लिए होती है, जो जिला अस्पताल पर उपलब्ध होती है। जहां पर प्रथम स्तर पर मरीजों को रैफर किया जाता है।
- 3. Tertiary Health Care :** इस अवस्था में बहुत ही स्पेशल केयर की सुविधा होती है। स्वास्थ्य सुविधा जो क्षेत्रीय व केन्द्रीय स्तर के संस्थानों पर उपलब्ध होती है। जिनमें प्रशिक्षण कार्यक्रम होते हैं।

आल्मा अटा के घोषणा पत्र में प्राइमरी हैल्थ केयर पर विशेष बल दिया गया था और उसमें व्यक्तिगत, पारिवारिक और समुदाय को केन्द्र में रखा।

प्राइमरी हैल्थ केयर में सभी के लिए स्वास्थ्य की परिकल्पना की गई है। व्यक्तिगत पहुंच में हो, स्वीकार्य हो, भागीदारी हो और सभी की पहुंच में हो। स्थानीय स्तर पर उपलब्धता हो।

आज सरकारी अस्पताल व गैर सरकारी संगठन द्वारा दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं को लोग 35 प्रतिशत ही उपयोग में लेते हैं। जबकि निजी अस्पतालों से लोग 65 प्रतिशत सेवाएं लेते हैं।

प्राइमरी हैल्थ केयर के प्रमुख तत्व निम्न प्रकार हैं –

- 1- शिक्षा
- 2- खाद सुरक्षा पोषण आपूर्ति
- 3- स्वच्छ पीने के पानी की उपलब्धता
- 4- मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य सुरक्षा
- 5- स्थानीय स्तर पर बीमारियों का इलाज करना
- 6- Immunization
- 7- Appropriate Treatment
- 8- Provision of essential Drugs

इसी के साथ प्राइमरी हैल्थ को निम्न सिद्धान्तों से लागू किया जाना चाहिए –

- I. Equitable Distribution
- II. Community Participation
- III. Intersectoral Coordination
- IV. Appropriate Technology
- V. Decentralisation

Primary Health Care में समुदाय की भागीदारी होना जरूरी है। जिसमें सामाजिक, राजनैतिक और सांस्कृतिक पहुंच हो। यदि फूड सप्लाई और प्रोपर न्यूट्रेशन, सेफ ड्रिंकिंग वाटर, सैनिटेशन, मदर एण्ड चाइल्ड केयर, स्थानीय बीमारियों की रोकथाम, उपलब्ध संसाधन, आवश्यक दवाएं, स्वास्थ्य शिक्षा को बेहतर कर देंगे तो स्वास्थ्य सेवाएं भी बेहतर होंगी। प्राइमरी हैल्थ के संन्दर्भ में संन्दर्भ व्यक्ति के द्वारा एक डॉक्यूमेन्ट्री फिल्म दिखाई गई। फिल्म का नाम 'कमंजी वित्मुनमेज' था।

इस फिल्म में एक लकवाग्रस्त व्यक्ति के कष्टमय जीवन के बारे में बताया गया है कि व्यक्ति के अक्षम होने पर वह स्वयं और परिवार कितना दुःखी रहता है। उसका दर्द इतना बढ़ जाता

है। जो वह सहन नहीं कर पाता। जिस कारण स्वयं एवं परिवार वाले सरकार से इच्छामृत्यु की मांग करते हैं। शारीरिक, मानसिक परिलक्षणों के बाद उस व्यक्ति को इच्छामृत्यु दी जाती है। इसके बाद सभी संभागियों से पूछा गया क्या इच्छामृत्यु देना ठीक है। जवाब में किसी ने मना किया कि यह प्रकृति के खिलाफ है। उसको भी जीने का हक है। मैं यह समझती हूँ कि कोई व्यक्ति हर रोज मर-मर कर तकलीफ झेलता है और उसका परिवार उससे भी ज्यादा तकलीफ झेलता है और दूसरों पर निराश्रित है तो उसे इच्छामृत्यु दी जानी चाहिए बशर्ते यदि वह मांग करता है।

प्राइमरी हेल्थ केयर के सुधार हेतु निम्न बातों को ध्यान में रखना है –

- a. Universal Coverage Reforms
- b. Service Delivery Reforms
- c. Public Policy Reforms
- d. Leadership Reforms

Health System :

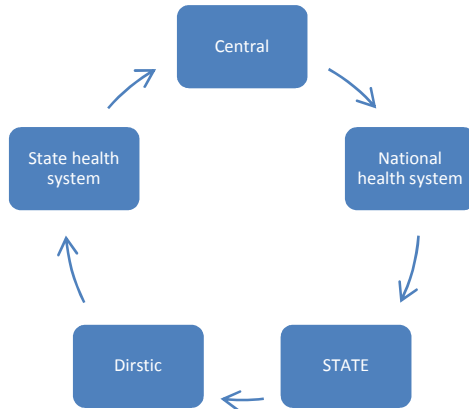
History of Health System दृष्टि भारत में स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था काफी पुराने समय से चली आ रही है। जिसमें परम्परागत इलाज करना। दाई, सांप काटने का इलाज, हड्डी जोड़ने वाले, झाड़-फूंक करने वाले, ओझा आदि लोग अपने स्थानीय क्षेत्रों में करते रहे हैं। इसके अलावा यहां आयुर्वेद, योगा, यूनानी, सिद्धा, होम्योपैथिक, एक्यूपंचर, एलोपैथिक आदि तरीकों से भी इलाज किया जाता रहा है। हमारे भारत में मिक्स हैल्थ सिस्टम है। जो कि अन्य देशों में नहीं है। ब्रिटिश काल में अंग्रेजों के आगमन के बाद पश्चिमी दबाव का प्रयोग किया जाने लगा। जिसमें एलोपैथिक दवाएं होती हैं। अंग्रेजों ने हॉस्पिटल उपलब्ध कराना शुरू कर दिया। नर्सिंग कॉलेजों की शुरुआत की और स्वास्थ्य सेवाओं के लिए एक गांव में एक हैल्थ वर्कर का विचार सबसे पहले सन् 1939 में सोखे कमेटी ने रखा। इसके बाद सन् 1946 में भोरे कमेटी ने स्वास्थ्य के लिए परियोजना बनाई, जिसमें विलेज हैल्थ कमेटी का सहयोग होना, स्पेशल बीमारी हेतु डॉक्टर की व्यवस्था और सन् 1971 में सभी के लिए स्वास्थ्य उपलब्ध कराने की घोषणा की गई।

आल्मा अटा : पहली बार आल्मा अटा घोषणा पत्र सन् 1978 में अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर प्राइमरी हेल्थ केयर सन् 2000 तक सभी देशों द्वारा घोषणा पत्र पर हस्ताक्षर किये गये। जिससे सभी देशों को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था करनी है और उसे कानून का रूप देना है। इस घोषणा पत्र के निम्न निर्णय रहे –

- I. Health for all
- II. Primary Health Care

- III. Equity
- IV. Health a Fundamental Human right
- V. Appropriate Technology
- VI. Intersector DevelopmentS
- VII. Community Participation

इसी दौरान सन् 1983 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य पॉलिसी बनी। जिसमें बड़े स्तर पर तकनीकी विस्तार, समुदाय की मांग के अनुसार हैल्थ के लिए एक्शन प्लान बनाकर प्रयोग करना और



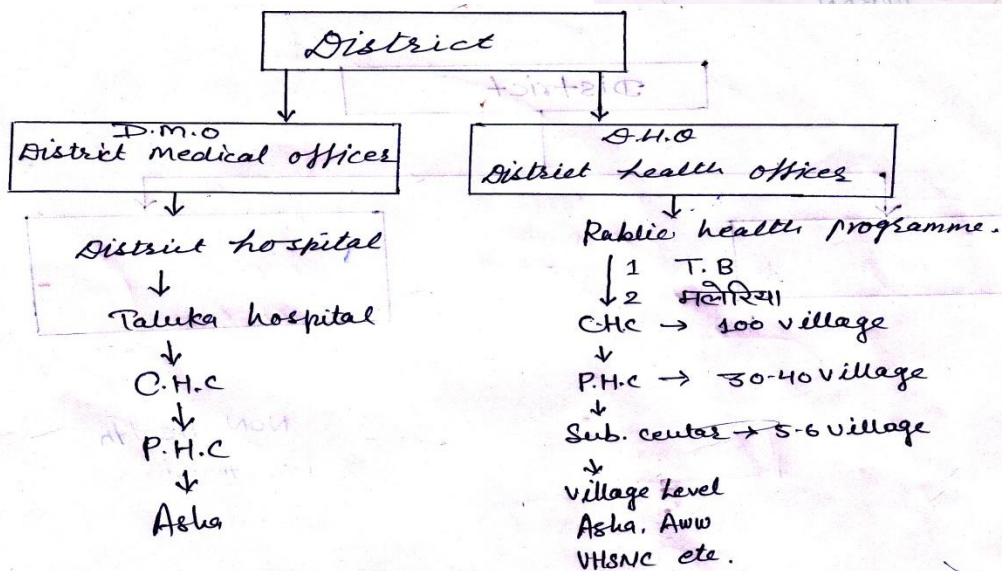
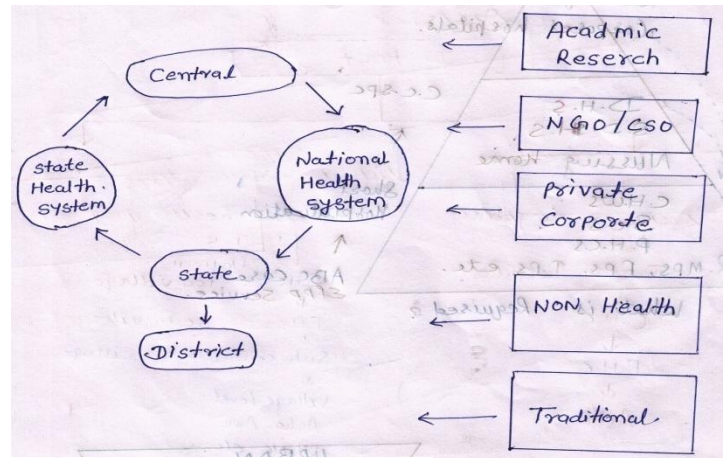
समुदाय की सह

भागिता लेना।

भंसजी'लेजमउ पद प्दकपं रू भारत में हैल्थ सिस्टम को मुख्य रूप से तीन स्तरों में बांटा गया है -

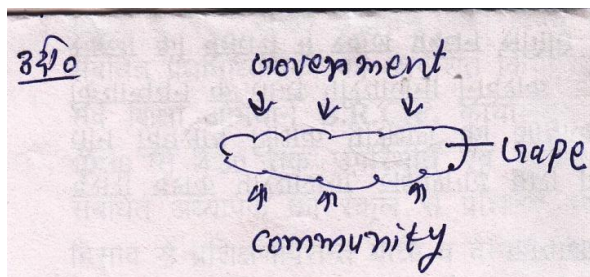
1. केन्द्र
2. राज्य
3. जिला

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



क्येजतपबज
"जतनबजनतम वित
भंसजी'लेजमउ रू

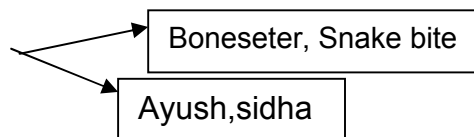
सरकार और समुदाय के बीच बने हुए गैप को जब तक खत्म नहीं किया जाएगा, तब तक स्वास्थ्य सुविधाएं बेहतर नहीं हो सकती। सरकार और समुदाय दोनों की भागीदारी से ही इसे ठीक किया जा सकता है।



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

T.C.A.M.

T = Traditional



⊞ = Complimentary – एलौपैथिक और आयुर्वेदिक दोनों को प्रयोग कर इलाज करना।

। त्र ।सजमतदंजपअम – स्थानीय के अलावा अन्य देशों में इलाज के तरीके जैसे – एक्यूंपंचर, एक्यूंपेशर।

ड त्र क्पउमदजंजपवद डमकपजपवद – 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^o थ्वसा भ्मंसमत

2^o ज्तंकपजपवदंस

परम्परागत इलाज करने वाले के समक्ष भी काफी चुनौतियां हैं। उनके पास प्रमाणिकता नहीं है। उन्हें यह भी जानकारी 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 हैल्थ केयर में इनको भी जोड़ा जाए, प्रमाण-पत्र दिये जाएं और इन्हें भी प्रशिक्षण दिये जाएं, तो स्वास्थ्य सेवाओं में यह भी सहयोग देंगे।

त्मेमंतबी :

रिसर्च को दो भागों में बांटा गया है –

1. Qualitative Research
2. Quantative Research

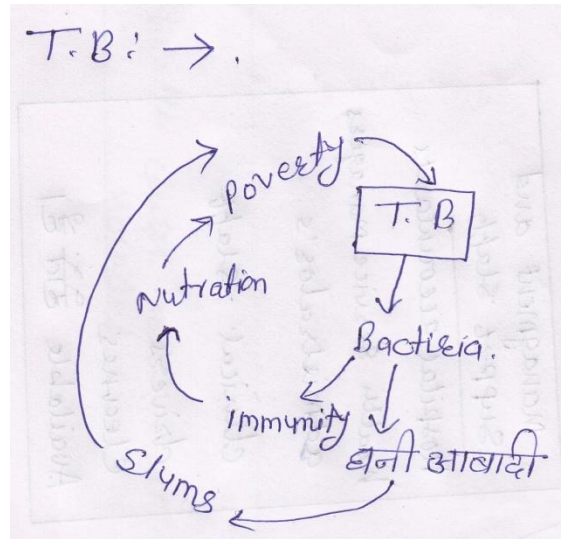
Qualitative Research : इस रिसर्च में सर्वे के माध्यम से स्थितियों के पीछे के कारणों को समझा जाता है। जिसमें उस कारण के पीछे मानवीय सोच क्या रही, मानवीय वास्तविकता क्या रही और मानवीय भावना क्या रही व इसके पीछे क्या व्यवहार रहे इन सबका गहराई से अध्ययन किया जाता है।

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,DIARIYA)
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।



स्वामिन्त 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
- Alchohal
- Vetnary 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

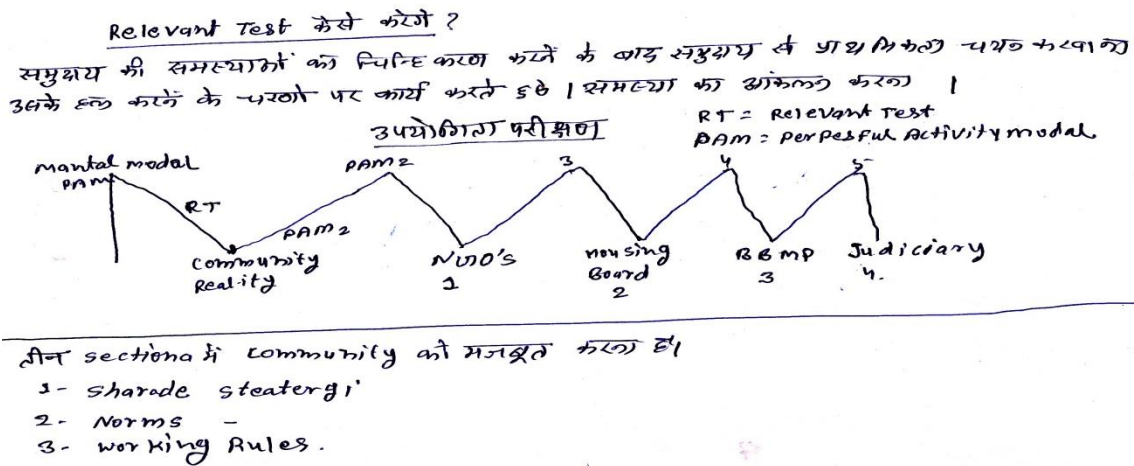
T = Transformation

W = World View

O = Owner

E = Environmentally Consult

भला किसका हो रहा है, कौन फौसिलिटेट करेगा, कौनसी चीज में हम बदलाव लाना चाहते हैं। हम यह जतंदेवितउंजपवद 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।



Mental health :

स्वस्थ व्यक्ति वह है जो शारीरिक, मानसिक, सामाजिक एवं आध्यात्मिक रूप से स्वस्थ है। इनमें से किसी एक की अस्वस्थता दूसरे को प्रभावित करती है। इनमें से मानसिक स्वास्थ्य बहुत महत्वपूर्ण है।

मानसिक स्वास्थ्य को उम्र, जेण्डर, आनुवांशिकता प्रभावित करती है। विश्व में करीब 450 करोड़ आबादी मानसिक रूप से स्वस्थ नहीं है। मानसिक अस्वस्थता व्यक्तिगत होती है। जो परिवार, समाज व समुदाय को प्रभावित करती है।

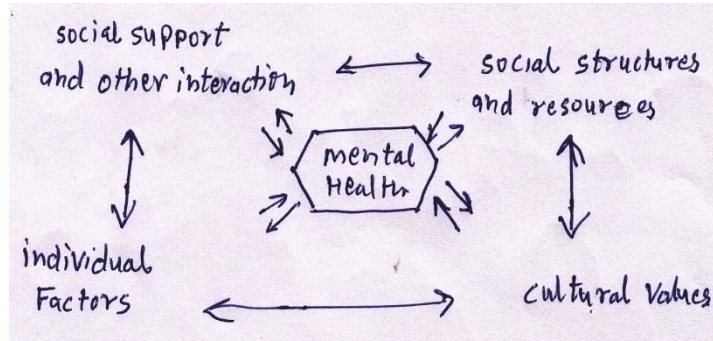
Structural Model of Mental health : मानसिक स्वास्थ्य को एक ढांचागत रूप से समझा जा सकता है। सामाजिक ढांचा, सामाजिक सहयोग, व्यक्तिगत कारक और सांस्कृतिक मूल्य मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं।

सामाजिक ढांचा : अशिक्षा और गरीबी

व्यक्तिगत कारक : तनाव व सम्मान न मिलना

सामाजिक सहयोग : समाज द्वारा उपेक्षित करना

सांस्कृतिक मूल्य : समुदाय विशेष की परम्पराएं जैसे – लड़की को स्कूल नहीं भेजना।



मानसिक अस्वस्थता में व्यक्तिगत भावना, विचार, व्यवहार आदि में नकारात्मकता बढ़ जाती है। इससे स्वयं और परिवार व समाज प्रभावित होता है।

मानसिक अस्वस्थता कैसे व क्यों बार-बार आती है ? जिसे निम्न प्रकार समझा जा सकता है –

1. **Biological Factor** : जिसमें हार्मोन का गड़बड़ाना, आनुवांशिकता, दिमागी चोट, गंभीर बीमारी होना जैसे कैंसर, टी.बी.।
2. **Psychological Factors** : हीन भावना से ग्रस्त होना, खुद के बारे में गलत सोचना।
3. **Special Factors** : पारिवारिक झगड़े, गरीबी, बेरोजगारी, बच्चों को न होना।
4. **Events in Childhood** : गृहक्लेश, परिवार में अचानक किसी की मौत, भावुकता आदि।

ये सभी कारण मानसिक अस्वस्थता के कारण हैं। कई बार मानसिक बीमारी के कारण भावनाओं को बदलना, याददास्ती में कमी होना, सोच बदल जाना, ज्ञानेन्द्रियों पर भी फर्क पड़ता है। जिसमें देखना, सुनना, रंगों की पहचान नहीं कर पाना जजमेन्ट नहीं कर पाना, बड़बड़ाना आदि लक्षण दिखाई देते हैं।

मानसिक अस्वस्थता को चार भागों में बांटा गया है –

1. Severe Mental Disorders
2. Common Mental Disorders
3. Epilepsy (Fits)
4. Mental Retardation

5. Alcohol, Abuse, Tobacco & Drugs Dependents

मानसिक अस्वस्थता को हम सकारात्मक सोच, सामान्य व्यवहार से कम कर सकते हैं। मानसिक रोग एक पानी में पड़ा बर्फ के गोले के समान होता है। जो दिखाई कम देता है और अन्दर बहुत बड़ा होता है। मानसिक अस्वस्थता का प्राथमिक स्तर पर पता नहीं लग पाता है। सैकेण्डरी स्तर पर कुछ व्यवहारगत लक्षण दिखने लगते हैं। यदि इस दौरान इलाज नहीं करवाने पर समस्या बढ़ जाती है। यहां तक उसे रोकने में असफलता मिल सकती है। जबकि टर्सरी अवस्था में व्यक्ति पूरी तरह मेन्टल बीमार हो जाता है। जिसे कम कर पाना बहुत ही मुश्किल हो जाता है। इसलिए समुदाय के लिए मेन्टल हैल्थ जरूरी है। यदि समुदाय को बेहतर बनाना है तो समुदाय में जागरुकता लानी होगी। जिसमें उनके साथ गतिविधियों के माध्यम से समझाना है। प्राथमिक स्तर पर मेन्टल इलनैस को समझकर रोकना, मानसिक स्वास्थ्य हेतु बड़े स्तर पर नीतियों को बनाना, सामाजिक सेवाओं के साथ मानसिक मुद्दों से विकास करना। लोगों को आय के संसाधन बढ़ाना, रोजगार उपलब्ध कराना आदि।

मानसिक अस्वस्थता की समझ हेतु एक डॉक्यूमेंट्री फिल्म 'समथा' दिखाई। जिसमें एक लड़की पारिवारिक कारणों जिनमें उनका पिता शराब पीता है। मां के द्वारा लड़के-लड़की के खाने को लेकर भेद-भाव दिखाया गया जिसमें उस लड़की का व्यवहार चिड़चिड़ा हो जाता है। वह जहां पर जॉब करती है, वहां भी दुकान पर आने वाले ग्राहकों के साथ ठीक व्यवहार नहीं रख पाती। जिससे वह परेशान रहती है। एक दिन उसकी सहेली उससे मिलती है तो वह अपनी सारी स्थितियों को सहेली को बताती है। जिससे वह मानसिक रूप से परेशान होती थी।

भारत सरकार ने मानसिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम चला रखा है।

मजबूतियां –

1. योग्य संदर्भ व्यक्तियों के द्वारा प्रशिक्षण।
2. विस्तृत समझ के साथ शिक्षण कार्य।
3. समय पर प्रशिक्षण की शुरुआत।
4. शिक्षण बिन्दुओं से जुड़ी फिल्मों का चयन व दिखाना।
5. ठहरने की बेहतर व्यवस्था रही।
6. सभी साथियों और स्टाफ का बेहतर सहयोग।

चुनौतियां :

1. हिन्दी भाषा में शिक्षण कार्य का अभाव।
2. अंग्रेजी में शिक्षण कार्य करवाना।

2^o प्लूरिजम^e 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 =

Incidence =

Prevalence =

Incidence rate =

Person year =

Crude death rate =

Age specific death =

07^ण 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, 'सम्प्रेषण', 'स्वयं जागरूकता', 'दबाव', 'भवनाओं को जानना', 'एम्पथी', 'इंटर पर्सनल रिलेशनशिप' तथा भविष्य निर्माण।

08^ण स्टडी डिजाइन पर कार्य जिनमें

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

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

2. क्रॉस सेक्सनल स्टडी डिजाइन:—

3 कोहार्ट स्टडी डिजाइन:— यदि बीमारी रियर कम है तो स्टडी डिजाइन 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 जनसंख्या से 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 हैं?

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 सिम्टम 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 केसों 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 जीवाणुओं 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 हैं 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– प्रोड्रोमाल – लक्षण दिखने शुरू हो जाते हैं।

4– इलनेस – पूरी तरह बीमार हो जाते हैं।

5 – रिकवरी या कवलेसेंस – इस अवस्था में रोगी की मौत भी हो सकती है। अगर समय पर इलाज 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 हैं। जैसे – हैजा मलेरिया टायफाइड 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 जेसा होता है लेकिन कुछ बीमारियां विशेष वर्षा मौसम या खानपान से ही होती है जिनसे सभी लोग प्रभावित नहीं होते है। 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 अटेक !

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

Reflection= explanation/exploration -> anxieties -> errors -> weakness -> strengths -> success -> causes -> effect -> इसके बाद हम पीछे या आगे जा सकते है।

third collective setion

1^o **Occupation health** – आज भारत में 31 करोड़ पुरुस व 50 करोड़ महिलाएं तथा 01 करोड़ 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चे काम करते हैं निके साथ काम के दौरान जैण्डर भैद 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 लोगों के साथ साक्षात्कार ऑब्जर्वेशन उपलब्ध डाटा समूह चर्चा से प्राप्त कर सकते हैं इसके लिये हमें अपने उद्देश्य को ध्यान में रखकर कौनसी सूचना प्राप्त करनी है को पहले ही लिखलेना चाहिये! सूचना प्राप्ति के बाद अपनी मजबूती और कमजोरियों को ऐनालाइज जरूर करना चाहिए!

हमें ऑब्जर्वेशन से पूर्व या इन्डेफथ और एफ जी डी की तैयारी कर लेनी चाहिए कि किन ऑब्जेक्टिव को ध्यान में रखकर चर्चा करनी है किससे बात करनी है स्थान समय दिनांक 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 इजाजत लेकर लिख या रिकॉर्ड कर सकते हैं!

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

3^o 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^प

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 कूषि पेटेन्ट अन्तराष्ट्रीय स्तर पर टैण्डर करना आदि शर्ते शामिल थी ! 1994 में प्रणव मुखर्जी ने हस्ताक्षर कर भारत की सदस्यता हुई।

3. GATS

4. TRIPS

5^प 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 एंव 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 बैंगलोर ।
- 4ण तीन दिवसीय नैशनल बायो ऐथिकस कॉन्फ्रेश बैंगलोर!
- 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

FIELD WORK

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 'Maqtabs' (religious schools) for religious instruction. As soon as they attain puberty they are removed from Maqtabs 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 Maqtabs 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.

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.

3, Doosra Dashak Project

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.

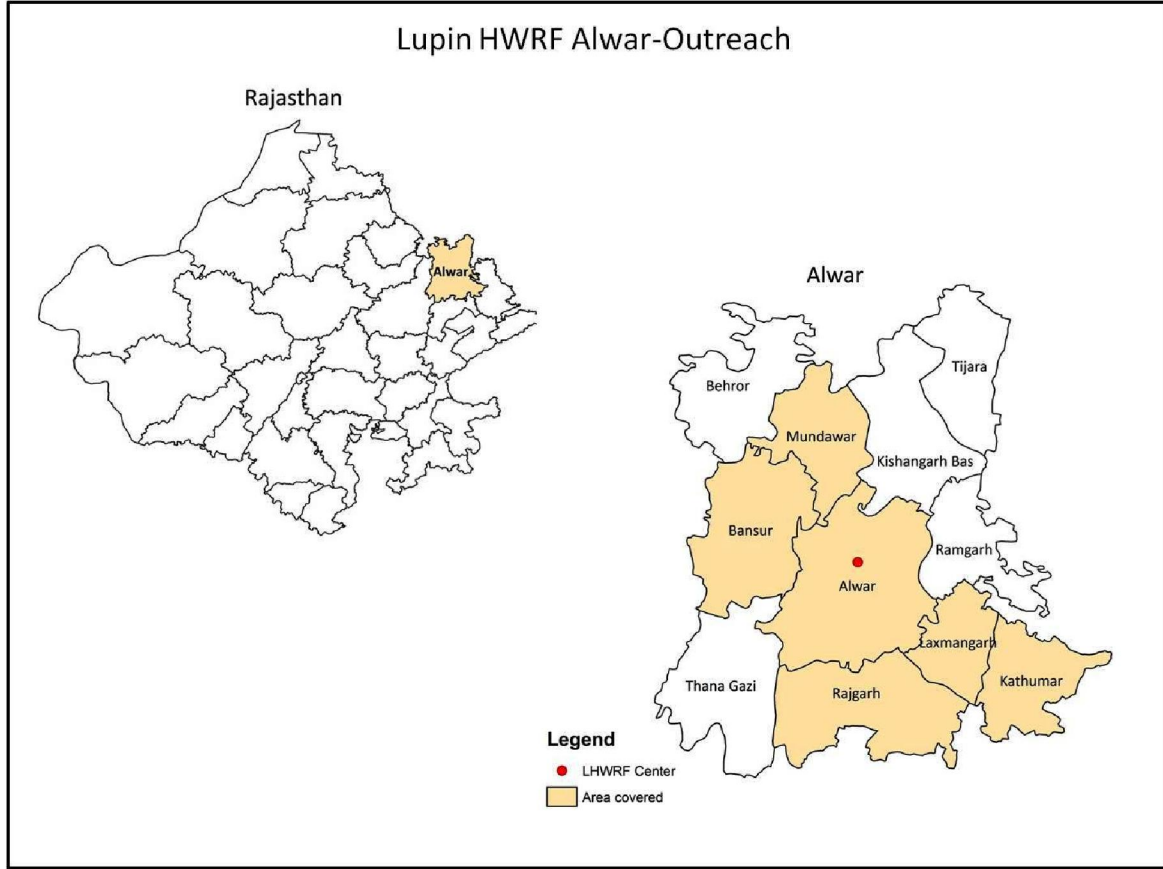
Doosra Dashak has attempted to address this critical age group in a region marked by fragile ecology and low social development indicators. Started in 2001, with Sir Dorabji Tata Trust as the major funding agency, the project is currently being implemented in 9 blocks of 7 districts in Rajasthan.



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.

जिला :-'



राजस्थान में 33 जिले हैं जिनमें एक जिला अलवर भी है।

जनगणना 2011 के अनुसार :-

अलवर जिले की कुल जनसंख्या :- 3674179

जनसंख्या	पुरुष	महिला	योग
शहरी	349518	304933	654451
ग्रामीण	1589508	1430220	3019728

जिले की कुल साक्षरता (जनगणना 2011 के अनुसार) :-

साक्षरता	पुरुष	महिला	योग
शहरी (प्रतिशत में)	83.7	56.3	70.60
ग्रामीण (प्रतिशत में)	82	52.2	67.9

जनसंख्या वृद्धि की दर :- 22.75

लिंगानुपात :- 894

जन घनत्व :- 438

क्षेत्रफल :- 8380

अलवर का इतिहास :-

यह चार धर्मों के मेल-मिलाप का प्रतीक है जिसमें

अ - अल्लाह (मुस्लिम)

ल - लॉर्ड (इसाई)

व - वाहेगुरु (सिक्ख)

र - राम (हिन्दु)

लक्ष्मणगढ ब्लॉक एक नजर में :-



General Information :-

	Total in Blocks	Field Area
CHC	3	3
PHC	9	5
SHC	37	10
Revenue Village	196	50
Gram Panchayat	46	10

लक्ष्मणगढ की कुल जनसंख्या :- 288671

महिला – 136726

पुरुष – 151950

लक्ष्मणगढ ब्लॉक में 90 प्रतिशत घरों में शौचालय नहीं है। यहां पर 70 प्रतिशत कुपोषण है। 70 से 80 प्रतिशत महिलाओं में खून की कमी पायी जाती है जिनमें 20 प्रतिशत महिलाओं में खून की गंभीर कमी पायी जाती है। 0-6 वर्ष तक के 50,000 बच्चे हैं।

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 '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 curriculum (Nisab) of the Maqtab 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 is 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.

Laxmangarh block, Alwar district

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

Census,2011

2. Vital Statistics, Alwar district, 2004

Indicators	Value
Crude Birth Rate (CBR)	19.75
Total Fertility Rate (TFR)	2.65
Infant Mortality Rate (IMR)	NA
Crude Death Rate (CDR)	NA

Source: DLHS-RCH survey, 2004

3. Maternal and Child care , Alwar district, 2007-08

Indicators	Value in percent
Received full Antenatal checkup	14.20
Institutional delivery	45.40
Full immunizations	24.80
Child breastfed within one hour of birth	35.80
Children (age 6 months)exclusively breastfed	40.80
Women facilitated/motivated by	1.8

ASHA for Ante-Natal Care	
Women facilitated/motivated by ASHA for	2.7

Source: DLHS Survey, 2007-08

About badoli

Badoli is a Village in Lachhmangarh Tehsil in Alwar District of Rajasthan State, India. It belongs to Jaipur Division . It is located 35 KM towards East from District head quarters Alwar. 8 KM from Laxmangarh. 130 KM from State capital Jaipur

badoli Pin code is 321607 and postal head office is Laxman Garh

javali (2 KM) , Lilee (4KM) , Khudiyana (5km) are the nearby Villages to badoli. Badoli 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 badoli.

HOW TO REACH BADOLI

By Rail

There is no railway station govindgarh near to badoli in more than 15 km. How ever Alwar Rail Way Station is major railway station 45 km Ba

ग्राम बडोली :-

जावली पंचायत के 5 गांवों में से सबसे बड़ा गांव होने की वजह से इस गांव का नाम बडोली पडा। राजाओं के समय यहां पर मेव व राजपूत दो जातियां थी। गदर के समय मेव

जाति के सभी परिवार पाकिस्तान चले गये थे। बाद में लडाई बन्द होने के बाद जावली के राजा प्रहलाद सिंह ने उन्हीं घरों को वापिस बसाया। बडोली गांव में 184 परिवार हैं। मुख्यतः इनके घर पास-पास हैं। पहले यह गांव एक टीले पर बसा हुआ था लेकिन अब यह 6 किमी. के दायरे में बसा हुआ है। इस गांव में मुख्यतः मेव, जाट, राजपूत जाति के लोग निवास करते हैं। इस गांव की बसावट जातियों के अनुसार है।

गांव की कुल आबादी :- 1654

महिला - 751

पुरुष - 903

0-6 आयु वर्ग के बच्चे -

बालक	बालिकाएं	योग
170	103	273

रहन-सहन :-

यहां के लोग मेवाती संस्कृति में रचे-बसे हैं। पुरुषों का पहनावा तहमद व कुर्ता-पायजामा एवं महिलाएं मेवाती सूट-सलवार पहनती हैं। स्त्रियां गहने भी पहनती हैं जिनमें चांदी व सोने के गहने होते हैं। जैसे - कडा, हसली, पायजेब, लड आदि। पहले की बुजुर्ग महिलाएं ज्यादातर आभूषण चांदी के पहनती थी लेकिन अब नयी पीढी की महिलाएं सोने के आभूषणों का प्रयोग भी करने लगी हैं।

भाषा :-

यहां पर मेवाती भाषा बोली जाती है लेकिन आजकल हिन्दी भाषा का प्रयोग भी होने लगा है।

कृषि :-

यहां पर रहने वाले लोगों का मुख्य व्यवसाय कृषि है। यहां किसान बडे परिश्रम से कृषि कार्य करते हैं। जिनमें महिलाएं भी उनका पूरा सहयोग करती हैं। कृषि कार्य सस्ता नहीं है। कृषि में लागत अधिक होने के कारण यहां के किसानों में गरीबी की झलक दिखाई देती है। जिन लोगों के पास अधिक जमीन है वे लोग स्वयं का ट्रैक्टर इस्तेमाल करते हैं। किसान

उर्वरक व देशी खाद का कृषि कार्य में उपयोग करते हैं। सिंचाई का मुख्य साधन कुओं व बोरिंग हैं। कुछ लोगों के पास विद्युत सुविधा भी उपलब्ध है।

त्यौहार एवं मेले –

यहां पर हिन्दु मुस्लिम समुदाय के त्यौहार अलग-अलग होते हैं।

हिन्दुओं के त्यौहार :-

होली, रक्षाबंधन, मकर संक्रान्ति, महाशिवरात्री, दशहरा, दीपावली, तीज एवं गणगौर त्यौहारों को धूमधाम से मनाया जाता है।

मेव समाज के त्यौहार :-

ईद, बकरीद, सुबरात, मोहर्रम, व क्षेत्रीय त्यौहार नया संवत् व चूहड सिद्ध को भी मनाते हैं। ग्रामीण लोग अन्य मनोरंजन के लिये कुश्ती व दंगलों का आयोजन भी करते हैं।

खान-पान :-

खाने में प्रतिदिन दाल-रोटी, सब्जी व लस्सी का प्रयोग करते हैं। गरीब लोग प्याज-चटनी के साथ रोटी खाते हैं। दूसरे पकवान दाल बाटी चूरमा एवं चावल को कभी-कभी त्यौहारों के दिन बनाया जाता है। यहां के कुछ लोग मांस-मछली व अण्डों का प्रयोग की खाने में करते हैं। गर्मियों के मौसम में ग्रामीण लोग जौ के आटे से बने छाछ-राबडी का प्रयोग करते हैं।

ईंधन :-

ग्रामीण क्षेत्रों में ईंधन के रूप में लकड़ी फँडे व गोबर के बने उपलों का प्रयोग किया जाता है। कच्ची माटी की बनी रसोई तथा घरों के चौक में चल्हों का प्रयोग किया जाता है। कच्ची रसोई में रोशनदान नहीं होने के कारण महिलाओं को धुआं व अंधेरे आदि का सामना करना पडता है।

विवाह :-

गांवों में मेव समाज में विवाह की परम्परा ज्यादातर 12 से 16 वर्ष की उम्र में लडके-लडकियों की शादी कर दी जाती है। अन्य समाजों में 18 से 20 वर्ष की उम्र में लडके -लडकियों की शादी की जाती है। मेव समाज के लोग कृषि पर निर्भर होने के बावजूद यहां पर लडकियों को दहेज में ट्रैक्टर, बोलेरो गाडी व नकदी तथा सामान देने का प्रचलन है।

गांव बडोली प्रोजेक्ट

1 सामान्य जानकारी

1.	गांव का नाम	बडोली
2.	ग्राम पंचायत का नाम	जवली
3.	स्वास्थ्य उपकेन्द्र का नाम	जवली
4.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	ईटेडा
5.	ब्लाक पंचायत का नाम	लक्ष्मणगढ
6.	जिले का नाम	टलवर
7.	सबसे नजदीक कस्बे/शहर से गांव की दूरी	लक्ष्मणगढ
8.	सभी मौसमों में चालू रहने वाली सड़क से गांव की दूरी	2 किलोमीटर
9.	नजदीकी बस स्टैण्ड/स्टाप से गांव की दूरी	3किलोमीटर
10.	नजदीकी रेलवे स्टेशन की दूरी	गोविन्दगढ 20।उएमालाखेडा 30।उ,अलवर 45।उ

2 जनसांख्यिकी

कुल जनसंख्या – 1654	कुल परिवार) रू 184
---------------------	--------------------

3^ण बुनियादी सुविधाओं तक पहुंच

1. क्या गांव में बिजली है?	हाँ
2. गांव में कितने घरों में बिजली नहीं है व किन समुदायों के	भव
3. गांव में बहुसंख्यक लोगों के लिए पीने के पानी का मुख्य स्रोत	बोरवेल, कुएँ

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 और घरों के पीछे खेतों में
6. गांव में बहुसंख्यक लोगों के शौचालय की सुविधा किस प्रकार की उपलब्ध है?	नहीं
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)	लक्ष्मणगढ दूरी 09 कि.मी.
3. गांव स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति-टैम्बल	पुर्नगठन वर्ष मई, 2014
4. पंचायत	जवली
5. पंचायत सदस्यों की संख्या	13 / सदस्य

5. सरकारी			
क्र०	स्वास्थ्य प्रदाता	उपलब्धता	यदि हाँ, तो वे आपके मुहल्ले में आते हैं?
1	ए.एन.एम.	0	नहीं,
2	आंगनवाडी कार्यकर्ता कुसूमलता	1	केन्द्र में नियमित आती है
3			
4	मोबाइल स्वास्थ्य क्लिनिक यदि हाँ तो पिछले तीन महीने में	---	---कोई निश्चित नहीं

	कितनी बार)		
5	अन्य कोई	---	---
गैर सरकारी			
क्र0	स्वास्थ्य प्रदाता	गांव में कुल संख्या	
1	आशा	01	
2	पारम्परिक तरीक से ठीक करने वाले	02	
3	तात्रिक/ओझा/गुनी	03 मोलवी	
4	प्रशिक्षित दाई	01	
5	अप्रशिक्षित दाई	गांव कि महिलाएं	
6	निजी चिकित्सक	पास के गाँव में	
7	दवा की दुकान	लक्ष्मणगढ	
8	अन्य कोई दुकान जहां दवाएं मिलती हों	लक्ष्मणगढ	

6. गांव में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाएं		
क्र0	नाम	दूरी;किमी0 में) यदि गांव में है तो 0 लिखें)
1.	उपकेन्द्र	जावली 02 कि.मी.
2.	अतिरिक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	ईटेडा 06 कि.मी.
3.	ब्लाक— प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	लक्ष्मणगढ 13 कि.मी.
4.	एफ0आर0यू0 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.	एन0जी0ओ0 में स्वास्थ्य देखभाल सम्बंधी सुविधा	नही
10.	अन्य स्वास्थ्य देखभाल सम्बंधी सुविधा उल्लेख करें)	आयुवैद्ध औडुधाल्य
11.	क्या ग्रामीण देखभाल सुविधा में/गांव के निकट एम्बुलेंस सेवा/वाहन है?	108

07पगांव 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 खुन कमी	पीलिया	खांशी
सिर दर्द	छोटी चेचक	खुजली
पेट दर्द	खांशी	टी.बी.
बत	उल्टी-दस्त	
जुकाम	आँख आना	
चक्कर आना	बुखार	
गठिया बात		

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	श्रउे
3. स्वयं सहायता समूह समूहों की संख्या लिखकर सूचि संलगन करें)	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	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—सितम्बर मार्च – अप्रैल	सुबह से रात्री	सभी
मजदूरी	10			मेव कुमावत
ड्राइवर	5			भेव
पलायन	5	अगस्त से जनवरी		मेव

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

गांव में स्वास्थ्य सुविधा का लाभ नियमित मिले 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।

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

1 understanding and describing a community

Physical Aspects :- बडोली गाँव में मुसमान मेव, राजपुत, कुमावत और हरिजन जाति के कुल 184 परिवार निवास करते हैं। इन सभी समुदायों मेवो के परिवार अधिक संख्या में हैं। ये सभी परिवार अपने अपने समुदायों के महल्लों के अनुसार बसे हुए हैं। गाँव में इनके मकान कच्चे, अर्द्धपक्के और पक्के बने हुए हैं। पूरे गाँव में बनी हुई सड़को के किनारे पर संतर नूमा बसे हुए हैं।

गाँव में संयुक्त परिवार प्रथा है तथा गाँव के अधिकांश लोग कृद्धि करते हैं। गाँव के 40-50 परिवार अलग-अलग ढांणी, मोजपुर का बास व पुराना बास में बसे हुए हैं लेकिन सार्वजनिक कार्यों में सभी की भागेदारी रहती है।

विभाजन पूर्व इस गाँव में 25 मुस्लिम परिवार रहते थे। विभाजन के बाद वे पाकिस्तान चले गये थे। जावली के राजा ने काला पहाड से उन्ही परिवारों को वापिस लाकर गाँव में बसाया राजपुत परिवार पास गाँव जावली से आकर बसे हैं। मेव परिवार के लोगों को यहां पर जमीन आवंटन कर बसाया गया।

जावली रियासत में सबसे बड़ा गाव होने के कारण इस गाँव का नाम बडोली पडा। गाँव में सामाजिक शक्ति मेव व राजपुतों के पास है। गाँव के मुख्य फेसले मेव व राजपुत ही करते हैं। विवाह समारोह में सभी लोग शामिल होते हैं शिक्षा की स्थिति में मेव परिवार पिछडे हुए हैं।

Infrastructure:- बडोली गाँव कठूमर रोड से 2 किलोमीटर दूर कच्ची सड़क से जुडा हुआ है। लक्ष्मणगढ से इसकी दूरी 6 किलोमीटर है।

लक्ष्मणगढ से निजी साधन पी-कप, जीप व निजी बसे भी जाती हैं। जिनका कोई समय निर्धारित नहीं है। मुख्य सड़क से गाँव तक 2 किलोमीटर पैदल यात्रा करनी पडती है। गाँव में बिजली व्यवस्था है। जिसमें सिंगल फेस 15 घण्टे व 3 फेस 6 घंटे आती है। गाँव में लगभग 35 मिटर कनेक्शन है। तथा बाकी परिवार चोरी से बिजली जलाते हैं।

गाँव में लोग मोबाइल रखते हैं *अवकंचीवदमश/तपजमसश टैछस्श* नेटवर्क की बेहतर पहुंच है। गाँव में लगभग सभी परिवारों के पास जमीन है। राजपुतों व मेवों 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 हैं।

गाँव में अधिकतर लोगो के मकान पक्के हैं। लेकिन 70-80 मेव परिवारो के मकान कच्चे है।

Patterns of Settlement :- यह गाँव 06 ाउ के दायरे में बसा हुआ है। गाँव में सभी समुदायो के लोग मिलकर रहते है। और गाँव की समस्याओ का निपटारा सभी लोग मिलकर करते है। अधिकतर लोग कृष्टि करते है।तो एक दूसरे के कार्यों में मदद करते है। गाँव के सभी लोगो के पास फसल बोने जितनी जमीन हैं। राजपुत जाति के लोगे के पास जमीन अधिक है। इसलिए मेव परिवार के लोग राजपुतो के खेतों में फसल की कटाइ को लेकर मजदूरी करते है गाँव में नीची जाति हरिजन गाँव के बाहर दूर में रहते हैं। गाँव में सभी जाती के लोग मोहल्लो में बसे हुये है। मेव जाती के लोग कई मोहल्लो में बसे हुये है।

DemograPhY

0-6 व र्ति					
लडका	लडकी	कुल	पुरु ा	महिलाएँ	कुल
170	103	273	903	751	1654

गाँव में महिला व पुरु ा अनुपात 1025 पुरु ा ओर 874 महिलाएँ है।

यहां पर शिक्षा का स्तर सभी समुदायों में कम है। लेकिन यहां पर राजपुतों में शैक्षिक स्थिति ठीक है। मेव कम्युनिटी में शिक्षा के प्रति जागरूकता कम है। यहां पर मेव समाज में महिला शिक्षा की स्थिति बहुत कमजोर है। यहां पर मेवाती भाड्डा और हिन्दी भा ा प्रमुख रूप से बोली जाती है।

5 पेजवपतल बडोली गाँव पुनः बसाया हुआ गाँव है। यह ग्राव एक उचे भाग पर बसा हुआ है। 1947 के पूर्व यहां खानजादा मुस्लिम के 25 परिवार निवास करते थे। लेकिन 1947 के समय ये सभी परिवार काला पहाड चले गये थे बाद में जावली के राजा ने इन्ही परिवारो को काला पहाड से वापिस लाकर बसाया गया था। और राजपूत पास ही के गाँव जावली आकर बसे थे ।, समुदाय में यहां पहले सभी जाति धर्म के लोग हिन्दू त्यौहार और परम्परा मानते थे। जिनमें होलो का पूजन होली दिवाली रक्षा बन्धन मनाते थे। मुस्लिम त्योहार कम ही मानते थे। और पहले गाँव में एक या दो कुए थे सभी लोग वही से पानी पीते थे मिलकर

उसकी साफ सफाई करते थे सभी के त्योहार और विवाह समारोह में सामिल होते थे किसी तरह का विवाद गाँव में नहीं होता था। छोटे मोटे विवादों को अपने स्तर पर सुलझा लिया जाता था। यहां हिन्दुओं और मुस्लिम में मृत्यु भोज किया जाता है। लेकिन मुस्लिमों में जमात के कारण मुस्लिम संस्कृति व त्योहारों में कटरता देखी गई है। जिसमें पूर्व में त्योहारों को मनाना छोड़े दिया है त लेकिन अब स्थिति बदल गई है। अब विवादों थाने तक जाते हैं गांव चार समूहों में बंट गया है। इससे गांव की राजनीतिक व आपसी रिश्तों पर असर हुआ है। जिसके कारण गांव में अभी भी मतभेद है। यहां गांव में पीने के पानी की समस्या है। यहां सरकार द्वारा सार्वजनिक टंकी लगी हुई है लेकिन आपसी विवादों कारण चालू हालत में नहीं है। इसलिए गांव के लोगों को पानी की समस्या का सामना करना पड़ता है जिसके लिये 02। उ दूर कूओं से पानी लाना पड़ता है। फतेला खॉन और तेज सिंह राठौड़ 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 राजपूत व मेव कुमावतों के प्रमुख परिवारों के बुजुर्गों के द्वारा फेंसला किया जाता है। तथा गांव के मुस्लिमों के मोलवी मुस्लिम परिवारों व गांव फेंसलो को प्रभावित करते हैं। इसके अलावा प्रमुख फेंसलो में पंचों व सरपंच की सलाह भी ली जाती है।

मुस्लिम परिवारों में लड़की शिक्षा व महिलाओं से बड़े फेंसले बुजुर्ग लोग व मोलवी करते हैं कितना लड़कियों को पढ़ाना है। महिलाओं को क्या करना चाहिए क्या नहीं।

7. Community culture

यहां पर पुरुष प्रधान समाज व्यवस्था है। औरतो घर का काम व खेतों का काम करती हैं और पुरुष लोग बाहर को कार्य, मजदूरी करते हैं। महिला व लड़की को पहले बिल्कुल नहीं पढ़ाया जाता था लेकिन अभी भी 10 वी से आगे बहुत कम पढ़ाया जाता है। वर्तमान में 10 वी के बाद लड़की पढ़ती है। कोई भी लड़की व महिला सरकारी नोकरी में नहीं है। गांव में महिला व पुरुष भेदभाव बहुत ज्यादा है औरते घूँघट निकालती हैं। लड़की व महिलाओं को घर की इज्जत समझा जाता है। इसलिए आगे पढ़ाई नहीं करवाई जाती है। 8 से 14 वी 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 और

इनके बिना शादी को ठीक नहीं माना जाता है। खेती की फसल का सारा रूपया पुरुड्ड ही तय करते हैं। किस पर खर्चा करना है। महिला कसे इसलिए आजादी नहीं दी जाती है। यदि उसे छूट दे दी जाये तो हमसे जबान लडायेगी इसलिए बुंजुर्गों का मानना है कि ओरते 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।

8. Existing Group :-

गांव में ँण्ण समूह बने हुए हैं। नवजीवन ,बंधन समूह जो पिदंदबम का कार्य करते हैं। संस्थाना कार्य कर रहे हैं। जो 2 प्रति सैकडे सेस ब्याज पर राशि किस्तों में लेते हैं। इसके अलावा 05 वी तक गांव में स्कूल है, ओर यह आने वाले समय में 08 वीं तक होने की आस है। पास के गांव जावली में नइ.बमबजमत है जावली में ही 12 वीं तक स्कूल है। गांव में आंगनबाडी केन्द्र भी है। मदरसा बोर्ड की स्कूल भी है। इस स्कूल में बच्चों को स्कूली व इस्लामी शिक्षा दी जाती हैं।

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 परिवार भैंस पालते हैं ओर दूध बेचते हैं कुछ परिवार के सदस्य बाहर ड्राइवरी करते हैं। गांव में मेवे के पास ट्रक्टर भी है कुछ लोग ही सरकारी नोकरी में हैं। जिसमें 1 फोज,01 अध्यापक लाईनमेन भी हैं। मेवों 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 पुरू 1 काम करते हैं ओर अन्त में पूरे पैसे पर हक पुरू 1 का रहता है ओर उसी के हाथ में पैसे रहते हैं गांवमें यहां अधिकतर गेहूँ , जौ, सरसों ,बाजरा ,ग्वार , अरहर का उत्पादन प्रमुख रूप से होता है।

10. Government/Politics

यहां पर लोगो में जागरूकता की कमी है ओर राजनीतिक पकड कम है राजकीय कर्मचारी अपने तरीके से कार्य करते है ।ग्राम पंचायत में सबसे बडा होने के बावजूद भी यहाँ पर कोई सरपंच नही हुआ है। जबकि लोक सुनवाई अधिकार ;तण्ज्णद्ध के अनुसार प्रतिदिन ग्रा.पं. भवन 4 घण्टे खुलना चाहिए लोगो मे जागरूकता नही है।

11. Social Structure:-

गंव मे देखने मे सभी जाति व समुदायो में आपसी बहुत सुझाव है एक दूसरे के त्योहारो शादियो में शामिल होते है लेकिन कुछ मुस्लिम परिवारो मे मेंव समुदाय चार समूह मे बटा हुआ है। गांव में चार मस्जिदें बनी हुई है। पहले लोग एक ही मस्जिद मे नवाज पढने आते थे। लेकिन आन्तरिक रूप से वो एक दूसरे से कटाव महसूस करतें है। दहेज लेना व देना व शादियो मे एक दूसरे से खर्च मे होड करते है और जो लडके की शादि मे ज्यादा गाडिया ले जाते है ओर उसे ज्यादा दहेज मिलता है वह अपने आपको दूसरे से हाई फाई समझता है एक बढ चढ एक दूसरे से ज्यादा खर्च करते है जबकि वो पूरी तरह खेती पर निर्भर है ओर आय के इतने संसाधन नही है। मुस्लिम समुदाय के लडके को अधिकतर दहेज की ख्याति पर पढाते है जिससे उन्हे ज्यादा दहेज मिल जाये ओर शादी के बाद वो लडके 100 मे से 20 ही पढते है मृत्युभोज मे भी जिसे यहां फातिया बोलते है किया जाता है। जिसमें 12 गांवो के लोगो को भोजन करवाया जाता है। गांव मे बडे फैसलो के लिए 12 ग्रंव व इससे ज्यादा ग्रवो के मुखियो के मध्य फेसला 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 लड़की को अभी भी कम पडाते हैं। 10-14 वर्ष की होते ही शादी करना जरूरी है। परिवार नियोजन का बिल्कुल प्राथमिकता नहीं है चाहे कितने भी बच्चे हो जाये लड़की - लड़का की शादी मां बाप ही तय करते हैं।

घर के ज्यादातर फसले घर के पुरु ही करते हैं शादी के लिए जिसमें लड़के की उम्र कम होती है ओर लड़की की उम्र ज्यादा होती है महिलाओ ओर लड़कियों को कोई आजादी नहीं है। और वो घर पर ही रहती हैं घर के महत्वपूर्ण निर्णय घर का मुखिया पुरु ही लेता है।

2 Under standing community priorities

गांव में 2 वार्ड पंच हैं जिनमें 1 महिला व 1 पुरु है ओर महिलाओं के समूह बने हुए हैं जो आंगनबाड़ी तथा दूसरा दशक संस्था के महिला मंच से जुड़ी हुई हैं कुछ महिलाएं स्कूल की डे कमेटी में भी जुड़ी हुई हैं। लेकिन इनका प्रत्येक स्तर पर रोक नगन्य रहता है कोई भी निर्णय बिना परिवार के मुखिया के बिना नहीं लेती है थपदंबपंस समूहों में जरूर उनकी सक्रिय भागीदारी रहता है क्योंकि उन्हें पैसे मिलते हैं।

युवाओं को एक युवा मंच ग्राम में बना हुआ है जिसमें 15 सदस्य ओर 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 पुरुओं में एक किसान क्लब बना है जो कृषि से जुड़ी योजनाओं ओर सूचनाओं पर काम करते हैं लेकिन कृषि पर्यवेक्षक की कमी कभार ही बैठक करता है ओर जो निष्क्रिय ही रहते हैं।

4 Social determinants of health and inter sectoral collaboration

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

समुदाय में आर्थिक ओर सामाजिक उच्च नीच दोनों हैं। अलग-अलग परिवार 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। सभी के पास जमीन है लेकिन किसी के पास ज्यादा किसी के पास 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 छड़ 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 ले पाते हैं। वो सिर्फ गांव के पास प्राइवेट डॉक्टर या अस्पताल में जाते हैं।

गांव में डॉक्टर के पास ज्यादा हालात खराब होने पर ही दिखाया जाता है वह भी अप्रशिक्षित डॉक्टरों के पास सब वह डॉक्टर गंभीर हालत में 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।

गाँव में जिनकी आर्थिक स्थिति ठीक है वे भी गंभीर बीमारी से ग्रसित होते हैं क्योंकि गाँव में घरों के आस पास पानी भरा रहता है घर का कूड़ा कचरा घर के सामने ही डालते हैं। गोबर का देर भी पास ही डालते हैं। 2-3 घरों में ही शौचालय है घरों में आस पास ही शौच के कारण गन्दरी ज्यादा रहती हैं यहाँ बदलते मौसम में बीमारी फैलना आम बात है मुस्लिमत परिवारों की अधिकता व इनमें साफ सफाई के अभाव के कारण इनके बच्चों व महिलाओं में ज्यादा बीमारियाँ होती हैं।

गाँव में जहाँ लोग रहे हैं वहाँ उनके घरों के आस पास व सामने पानी भरा रहता है जिससे वहाँ कीचड़ की स्थिति रहती है, घरों में पशुपालते हैं। ओर वही भोजन बनाना व खाना, कचरा डालना आम बात है जिससे यहाँ मक्खी मच्छर की प्रमुखता है शौच करने के बाद हाथ धोना व्यवहार में नहीं है। यदि यहाँ घरों में सोखते गड्डे व शौचालय बन जाये तो बीमारियों पर काफी रोकथाम हो सकता है।

यदि लोगों में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता लाई जाये ओर शौचालय निर्माण गाँव में नालियों की व्यवस्था हो ओर स्वस्थ कर्ताओं द्वारा शिविर आयोजन करना इससे स्वास्थ्य स्थिति सुधरेगी।

गाँव में छड़ व आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा नियमित बैठक की जाये व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारणों को लोगों को जानकारी दे। स्वास्थ्य से जुड़े संस्थान सरकारी व गैर सरकारी संस्थाओं द्वारा जागरूकता बैठक करनी चाहिए। ब्लॉक स्तर पर दवाओं व डॉक्टरों की उपलब्धता हो। इसके अलावा स्थानीय स्तर पर सड़क नाली बनवाना जिससे गन्दगी दूर हो जिससे पर ग्र.प. की भूमिका बढ़े जिला स्तर पर उनकी मॉनिटरिंग हो राज्य

स्तर पर स्थानीय समुदाय की जरूरत के अनुसार , P.H.C , C.H.C पर दवाए उपलब्ध करवानी होगी जिससे जरूरी दवाए लोगो तक पहुँचे।

ग्रां.पं. P.H.E.D. ICDCS N.R.H.M. ओर स्वस्थ से जूडे संस्थानको को मिलकर अपना अपना दायित्व को पूरा करेगे तो स्वास्थ्य की बहतरी होगी।

Understanding Commnitiy priorities

A. Livelyhood :- बडोली 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 गेंहू ,सरसो व जो बोई जाती है। खेती का कार्य वर्द्धा पर निर्भर करता है। अप्रेल 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 वर्द्धु भर का प्रयाप्त मात्रा मे अनाज पेंदा हो जाता है। जिससे उनको ज्यादा चिंता नही होती है। इसके अलावा पशुओ भैंस का पालन करते है। जिसका दुध बेचकर घर का खर्च चलाती है शादी विवाहों मे दहेज का चलन है। जिसमे अधिकतर कर्ज लिया जाता है। जो स्थानिय साहूकारो से लिया जाता है।

B. Education : गांव के लोगों का शिक्षा स्तर बहुत कम है। लेकिन वों अपने बच्चों को पढ़ाना चाहते हैं। गांव का स्कूल कक्षा 05 तक है। लड़कों की अपेक्षा गांव में लड़कियां पढ़ने में ज्यादा रुचि लेती हैं। लेकिन उनको 05वीं कक्षा से आगे नहीं पढ़या जाता है। जबकि लड़कों को फेल होने के बाद भी पढ़या जाता है। लड़कों को दहेज की खातिर जबरदस्ती पढ़या 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 है। 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 वों काम करना बंद कर देती हैं।

D. Basic Amenities ; गांव में पीने 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. Assesment of the health district :

(a) **Geography** दृभौगोलिक 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 ट्रौमा 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** : बडोली 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। एलोपैथिक 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** : लक्ष्मणगढ़ में भवन की हालत ठीक अवस्था में नहीं है। 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 है। 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 है। 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। गाँव में अधिकतर मानसिक रोगी को पागल ही समझा जाता है।

Physical Aspects :- बडोली गाँव में मुसमान मेव, राजपुत, कुमावत और हरिजन जाति के कुल 184 परिवार निवास करते हैं। इन सभी समुदायों के परिवार अधिक संख्या में हैं। ये सभी परिवार अपने अपने समुदायों के महल्लों के अनुसार बसे हुए हैं। गाँव में इनके मकान कच्चे, अर्द्धपक्के और पक्के बने हुए हैं। पूरे गाँव में बनी हुई सड़को के किनारे पर संतर नूमा बसे हुए हैं।

गाँव में संयुक्त परिवार प्रथा है तथा गाँव के अधिकांश लोग कृद्धि करते हैं। गाँव के 40-50 परिवार अलग-अलग ढांणी, मोजपुर का बास व पुराना बास में बसे हुए हैं लेकिन सार्वजनिक कार्यों में सभी की भागेदारी रहती है।

विभाजन से पूर्व इस गाँव में 25 मुस्लिम परिवार रहते थे। विभाजन के बाद वे पाकिस्तान चले गये थे। जावली के राजा ने काला पहाड़ से उन्ही परिवारों को वापिस लाकर गाँव में बसाया राजपुत परिवार पास गाँव जावली से आकर बसे हैं। मेव परिवार के लोगो को यहां पर जमीन आवंटन कर बसाया गया।

जावली रियासत में सबसे बड़ा गाव होने के कारण इस गाँव का नाम बडोली पड़ा। गाँव में सामाजिक शक्ति में व राजपुतों के पास है। गाँव के मुख्य फेसले मेव व राजपुत ही करते हैं। विवाह समारोह में सभी लोग शामिल होते हैं शिक्षा की स्थिति में मेव परिवार पिछड़े हुए हैं।

Infrastructure:- बडोली गाँव कठूमर रोड से 2 किलोमीटर दूर कच्ची सड़क से जुड़ा हुआ है। लक्ष्मणगढ़ से इसकी दूरी 6 किलोमीटर है।

लक्ष्मणगढ़ से निजी साधन पी-कप, जीप व निजी बसे भी जाती है। जिनका कोई समय निर्धारित नहीं है। मुख्य सड़क से गाँव तक 2 किलोमीटर पैदल यात्रा करनी पड़ती है। गाँव में बिजली व्यवस्था है। जिसमें सिंगल फेस 15 घण्टे व 3 फेस 6 घण्टे आती है। गाँव में लगभग 35 मिटर कनेक्शन है। तथा बाकी परिवार चोरी से बिजली जलाते हैं।

गाँव में लोग मोबाइल रखते हैं *vodafone' Aritel' BSNL'* नेटवर्क की बेहतर पहुंच है। गाँव में लगभग सभी परिवारों के पास जमीन है। राजपुतों व मवों 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 हैं।

गाँव में अधिकतर लोगों के मकान पक्के हैं। लेकिन 70-80 में परिवारों के मकान कच्चे हैं।

Patterns of Settlement :- यह गाँव 06 तालुक के दायरे में बसा हुआ है। गाँव में सभी समुदायों के लोग मिलकर रहते हैं। और गाँव की समस्याओं का निपटारा सभी लोग मिलकर करते हैं। अधिकतर लोग कृषि करते हैं। तो एक दूसरे के कार्यों में मदद करते हैं। गाँव के सभी लोगों के पास फसल बोने जितनी जमीन है। राजपुत जाति के लोगों के पास जमीन अधिक है। इसलिए मव परिवार के लोग राजपुतों के खेतों में फसल की कटाई को लेकर मजदूरी करते हैं। गाँव में नीची जाति हरिजन गाँव के बाहर दूर में रहते हैं। गाँव में सभी जातियों के लोग मोहल्लों में बसे हुए हैं। मव जाति के लोग कई मोहल्लों में बसे हुए हैं।

DemograPhY

0-6 वर्षीय	लड़की	कुल	पुरुष	महिलाएँ	कुल
170	103	273	903	751	1654

गाँव में महिला व पुरुष अनुपात 1000 पुरुष और 874 महिलाएँ हैं।

यहां पर शिक्षा का स्तर सभी समुदायों में कम है। लेकिन यहां पर राजपुतों में शैक्षिक स्थिति ठीक है। मव कम्युनिटी में शिक्षा के प्रति जागरूकता कम है। यहां पर मव समाज में महिला शिक्षा की स्थिति बहुत कमजोर है। यहां पर मेवाती भाषा और हिन्दी भाषा प्रमुख रूप से बोली जाती है।

5 history बडोली गाँव पुनः बसाया हुआ गाँव है। यह ग्राम एक उंचे भाग पर बसा हुआ है। 1947 के पूर्व यहां खानजादा मुस्लिम के 25 परिवार निवास करते थे। लेकिन 1947 के

समय ये सभी परिवार काला पहाड चले गये थे बाद में जावली के राजा ने इन्ही परिवारो को काला पहाड से वापिस लाकर बसाया गया था। और राजपूत पास ही के गाँव जावली आकर बसे थे।, समुदाय में यहां पहले सभी जाति धर्म के लोग हिन्दू त्यौहार और परम्परा मानते थे। जिनमें होलो का पूजन होली दिवाली रक्षा बन्धन मनाते थे। मुस्लिम त्योहार कम ही मानते थे। और पहले गाँव में एक या दो कुएँ 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 गाँव में नहीं 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 कटरता देखी गई है। जिसमें पूर्व में त्योहारो को मनाना छोडे दिया है त लेकिन अब स्थिति बदल गई है। अब विवादो थाने तक जाते है गांव चार समूहो में बट गया है। इससे गांव की राजनीतिक व आपसी रिश्तों पर असर हुआ है। जिसके कारण गांव में अभी भी मतभेद है। यहां गांव में पीने के पानी की समस्या है। यहा सरकार द्वारा सार्वजनिक टंकी लगी हुई हे लेकिन आपसी विवादो कारण चालू हालत में नहीं है। इसलिए गाँव के लोगो को पानी की समस्या का सामना करना पडता है जिसके लिये 02।उ दूर कूओं से पानी लाना पडता है। फतेला खॉन और तेज सिंह राठौड से जब जानकारी ली गई जो उन्होने बताया के पहले लोग गांव का भला सोचते थे लेकिन अब स्वार्थ बढ गया है। अब लोग किसी भी तरह से पेसे कमाना चाहते है। चाहे वह तरीका गलत ही क्यो ना हो।

6. Community Leader

गांव में सभी जातियां से प्रमुख परिवार के मुखिया बना रखे है। जिनमे राजपूत व मेव कुमावतो के प्रमुख परिवारो के बुजुर्गो के द्वारा फेंसला किया जाता है। तथा गांव के मुस्लिमो के मोलवी मुस्लिम परिवारो व गांव फेसलो को प्रभावित करते है। इसके अलावा प्रमुख फेसलो में पंचो व सरपंच की सलाह भी ली जाती है।

मुस्लिम परिवारो में लडकी शिक्षा व महिलाओं से बडे फेसले बूजुर्ग लोग व मोलवी करते है कितना लडकियो को पढाना है। महिलाओ को क्या करना चाहिए क्या नहीं।

7. Community culture

यहां पर पुरुड्ड प्रधान समाज व्यवस्था है। औरतो घर का काम व खेतों का काम करती है और पुरुड्ड लोग बाहर को कार्य,मजदूरी करते है। महिला व लडकी को पहले बिल्कुल नहीं पडाया जाता था लेकिन अभी भी 10 वी से आगे बहुत कम पढाया जाता है। वर्तमान मे 10 वी के बाद लडकीया पढती है। कोई भी लडकी व महिला सरकारी नोकरी मे नहीं है। गांव में

महिला व पुरुष भेदभाव बहुत ज्यादा है औरते घूघट निकालती है। लडकी व महिलाओं को घर की इज्जत समझा जाता है। इसलिए आगे पढाई नही करवाई जाती है। 8 से 14 व र्ष की अधिकतम आयु में लडकियों की शादी कर दी जाती है। मुस्लिम परिवारो 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 नही माना जाता है। खेती की फसल का सारा रूपया पुरुष ही तय करते है। किस पर खर्चा करना है। महिला कसे इसलिए आजादी नही दी जाती है। यदि उसे छूट दे दी जाये तो हमसे जबान लडायेगी इसलिए बुंजुर्गों का मानना है कि ओरते पैर की जूती है। इसे दबाकर रखना चाहिए लेकिन कुछ मुस्लिम परिवार शादियों में दहेज प्रथा को गलत मानते है क्योकि जिसके ज्यादा दहेत नही दे सकता है।

यहां मुस्लिम महिलाएं नसबन्दी नही करवाती है और इस तरह का कार्य करने पर उसे गुनाह समझा जाता है। और संतान को अल्लाह की देन समझा जाता है।

8. Existing Group :-

गांव में ंण्ण समूह बने हुऐ है। नवजीवन ,बंधन समूह जो पिदंदबम का कार्य करते है। संस्थाना कार्य कर रहे है। जो 2 प्रति सैकडे सेस ब्याज पर राशि किस्तो में लेते है। इसके अलावा 05 वी तक गांव में स्कूल है, ओर यह आने वाले समय में 08 वीं तक होने की आस है। पास के गांव जावली में नइबमबजमत है जावली में ही 12 वीं तक स्कूल है। गांव में आंगनबाडी केन्द्र भी है। मदरसा बोर्ड की स्कूल भी है। इस स्कूल में बच्चों को स्कूली व इस्लामी शिक्षा दी जाती हैं।

इसके अलावा मस्जिदो मे मुस्लिम बच्चे हेतू मोलवी द्वारा इस्लामी शिक्षा दी जाती है।

9.economis

गांव के लोग अधिकतर खेती को काम करते है ओर लगभग सभी परिवारो के पास जमीन है फसलो के उत्पादन पर आमदनी होती है उस के अलावा सभी परिवार भैंस पालते हैं ओर दूध बेचते है कुछ परिवार के सदस्य बाहर ड्राइवरी करते है। गांव मे मेवे के पास ट्रक्टर भी है कुछ लोग ही सरकारी नोकरी मे है। जिसमें 1 फोज,01 अध्यापक लाईनमेन भी है। मेवो के परिवार अधिकतर मजदूरी करते है। ओर गरीब भी है वो दूसरो के खेतो में भी काम करते है तथा 10 परिवार बाहर पंजाब,गुजरात मे कपास तोडने हेतु 4 माह पलायन पर जाते है। मुस्लिम परिवारो मे खेती करने वाले परिवारो मे महिलाएं ही खेतो पर ही काम करती है। तथा

भेसो की देखभाल करती है तथा पुरुष काम करते हैं और अन्त में पूरे पैसे पर हक पुरुष का रहता है और उसी के हाथ में पैसे रहते हैं गांवमें यहां अधिकतर गेहूँ, जौ, सरसों, बाजरा, ग्वार, अरहर का उत्पादन प्रमुख रूप से होता है।

10. Government/Politics

यहां पर लोगो में जागरूकता की कमी है और राजनीतिक पकड कम है राजकीय कर्मचारी अपने तरीके से कार्य करते हैं। ग्राम पंचायत में सबसे बड़ा होने के बावजूद भी यहाँ पर कोई सरपंच नहीं हुआ है। जबकि लोक सुनवाई अधिकार, तृणजम्भुद्ध के अनुसार प्रतिदिन ग्रा.पं. भवन 4 घण्टे खुलना चाहिए लोगो में जागरूकता नहीं है।

11. Social Structure:-

गांव में देखने में सभी जाति व समुदायो में आपसी बहुत सुझाव है एक दूसरे के त्योहारो शादियो में शामिल होते हैं लेकिन कुछ मुस्लिम परिवारो में मेंव समुदाय चार समूह में बटा हुआ है। गांव में चार मस्जिदें बनी हुई हैं। पहले लोग एक ही मस्जिद में नवाज पढने आते थे। लेकिन आन्तरिक रूप से वो एक दूसरे से कटाव महसूस करते हैं। दहेज लेना व देना व शादियो में एक दूसरे से खर्च में होड करते हैं और जो लडके की शादि में ज्यादा गाडिया ले जाते हैं और 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 है और आय के इतने संसाधन नहीं है। मुस्लिम समुदाय के लडके को अधिकतर दहेज की ख्याति पर पढाते हैं जिससे उन्हें ज्यादा दहेज मिल जाये और शादी के बाद वो लडके 100 में से 20 ही पढते हैं मृत्युभोज में भी जिसे यहां फातिया बोलते हैं किया जाता है। जिसमें 12 गांवो के लोगो को भोजन करवाया जाता है। गांव में बड़े फैंसलो के लिए 12 ग्रंव व इससे ज्यादा ग्रवो के मुखियो के मध्य फेसला किया जाता है।

12. Attitudes and Values :-

यहां पर अभी भी संयुक्त परिवार प्रथा है। और 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 शादी मां बाप ही तय करते हैं।

घर के ज्यादातर फसले घर के पुरुड्ड ही करते हैं शादी के लिए जिसमें लडके की उम्र कम होती है और लडकी की उम्र ज्यादा होती है महिलाओ और लडकियो को कोई आजादी नहीं है। और वो घर पर ही रहती हैं घर के महत्वपूर्ण निर्णय घर का मुखिया पुरुड्ड ही लेता है।

2 Under standing community priorities

गांव में 2 वार्ड पंच हैं जिनमें 1 महिला व 1 पुरुष हैं और महिलाओं के समूह बने हुए हैं जो आंगनबाड़ी तथा दूसरा दशक संस्था के महिला मंच से जुड़ी हुई हैं कुछ महिलाएं स्कूल की डेब कमेटी में भी जुड़ी हुई हैं। लेकिन इनका प्रत्येक स्तर पर रोक नग्न रहता है कोई भी निर्णय बिना परिवार के मुखिया कि सलाह के बिना नहीं लेती है थपदंबपंस समूहों में जरूर उनकी सक्रिय भागीदारी 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 के कारण ही बैठक करता है और जो निष्क्रिय ही रहते हैं।

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 राजगढ़ को अपनी राजधानी बनाया सन 1775 में राव प्रताप सिंह ने अलवर की नींव रखी । जिन्होंने आगे जाकर राजगढ़ थानागाजी मालाखूडा अजबगड माधोगड ककवारी रामगड लक्ष्मणगड गोविन्दगड को बसाकर किलो का निर्माण कराया ।

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

1857 से 1874 तक राजा सोदानसिंह

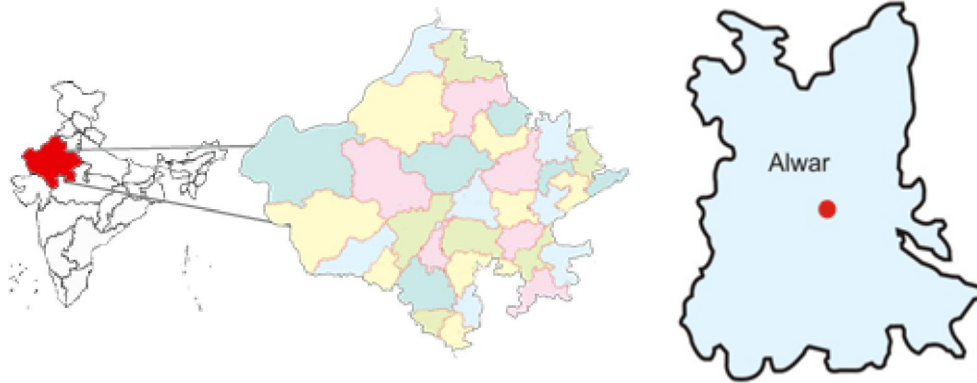
1874 से 1892 तक राजा मंगलसिंह

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 राजाओ के वशंज भवर जितेन्द्र हैं जो कोग्रेस के खेल मंत्री रह चुके हैं।

भारत आजाद होने के बाद 1956 में लाल बहादुर शास्त्री ने रजस्थान का एकीकरण कर चार देशी रियासतों अलवर भरतपुर धोलपुर और करोली को मिलाकर मत्स्य नगर बनाया मत्स्य 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.

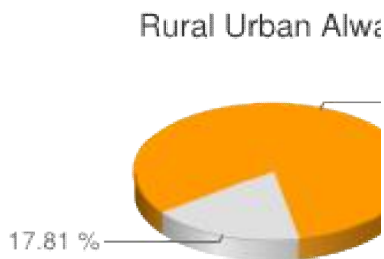
Situated at a distance of 160 km from Delhi, Alwar happens to be a part of the National Capital Region. Steeped in history and mythology Alwar attracts tourists from all parts of the globe. Perfectly reflecting the colorful hues of Rajasthan; witnessing the rule of several dynasties and cultures. If 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

अलवर व शहरी ग्रामीण जनसंख्या



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 रेंजो मे बाट रखा है।

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

इन रेंजो मे निम्न वनो 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 मे पानी के सोर्स

पी एच इडी

अलवर दिल्ली एन सी आर मे शामिल हे जिसे 14 उपखण्डों मे बाटा है। पहले इसे तीन खण्डो मे बांटा हुआ था।

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

प्रशासनिक दृष्टि से अलवर को दो भागो मे बाटा है

1. सर्कल अलवर 02 एन सी आर सर्कल

हेण्डपेम्पो की स्थिति

शहरी क्षेत्र --- कुल हेण्डपम्प 848 जिनमें 607 चालू है

अलवर,बहरोड , राजगढ , गोविन्दगढ, खेडली

ग्रामीण क्षेत्र --- 14 प.स. कुल 18064 हेण्डपम्प

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 क्युए से पानी सप्लाई नही 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 hecters. 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

izeq[kQlys

Bajra, Maize, Jower,, ,Guar, Cotton, Arhar

Kharif-

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

औधोगिक

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 Zone)	1166.33	132	45	87
	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-

f'k{kk izkflr ds L=ksr ,oa {ks= dh eq[; miyfC/k;k

Ldwy

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

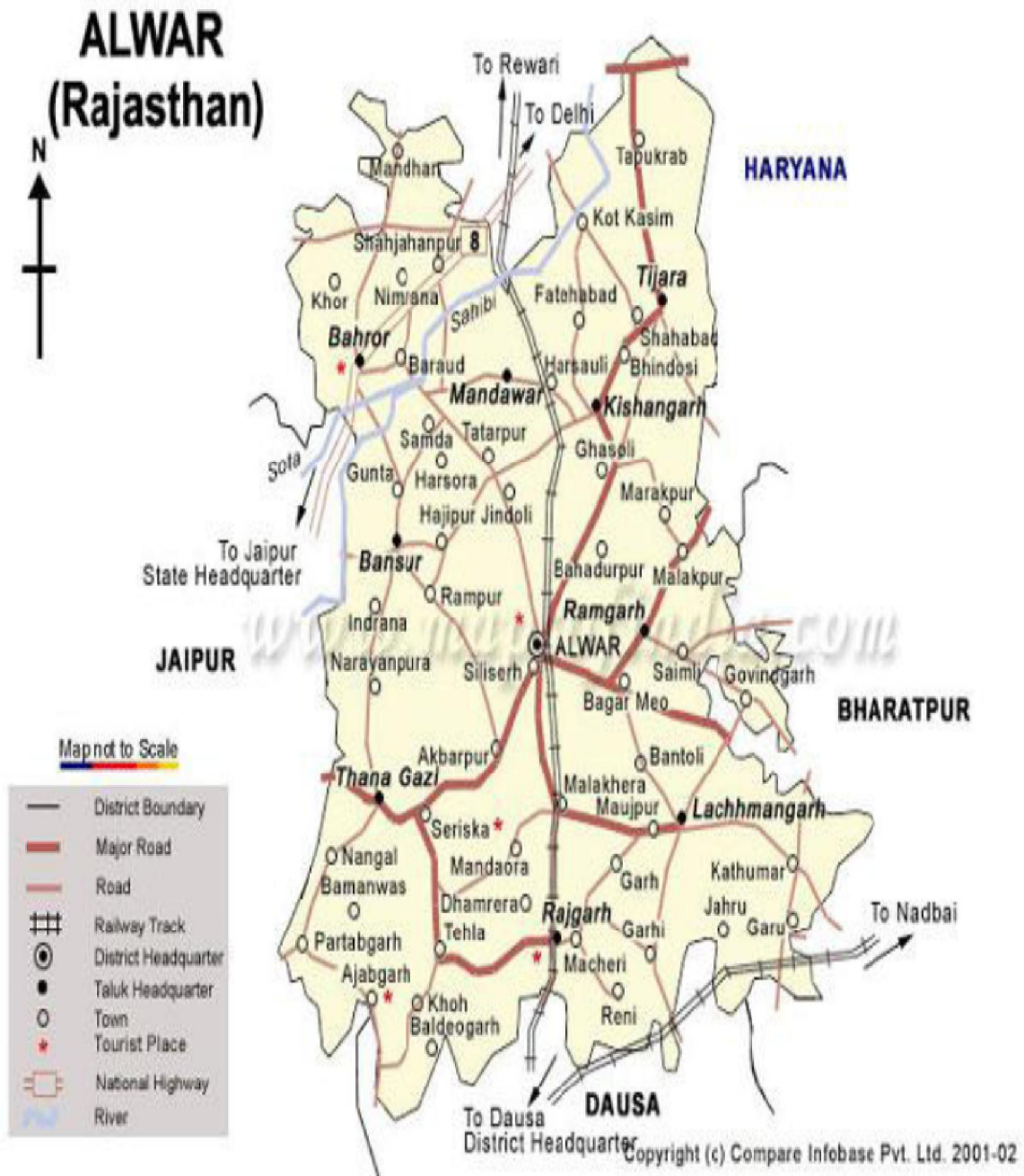
S.No.	Name of College	Place/City
1.	RajRishi College	Alwar
2.	Babu Shobharam Arts & Law College	Alwar
3.	Gauri Devi Girls College	Alwar
4.	Shri Dharm Chand Jain Govt. College	Behror
5.	Government College	Rajgarh
6.	Government College	Bibirani
7.	Government College	Govindgarh
8.	Government Polytechnic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

Private Colleges 36

व्यासायिक प्रशिक्षण केन्द्र सुविधाएं

4. जिले की सामान्य मूलभूत सुविधाएं

क्षेत्र मेडको की पहुँच



चॉण्क अलवर 31.03.2013

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 इंच

सडको की स्थिति

`.H.W. 554.10

डण्क्ण्ट् 257.40 मुख्य जिला सडक

ण्क्ण्ट् 544.35 अन्य जिला सडक

टण्ट् 4002.30 ग्रामीण सडक

नरेगा रोड 129.70 नरेगा ग्रेवल सडक

कुल 5487.85

पुलियो की स्थिति

मुख्य ब्रिज 5 . Miner bridge 138, Convert bridge 464

पुलिया 5

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
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 जुडे हुए गांव 31.03.2014 तक

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 National 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
	424
	91759
Flate बिना रेंट मीटर	2497
लघु उधोग	7589
मध्यम उधोग	1878
उच्च उधोग	1049
	2162
	32
	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 हैं

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 हैं तथा खेत के कार्यों पर मदद करते हैं ।

5. जिले का सामाजिक विकास स्तर

समाजिक 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 महिलाए एस एच जी के माध्यम से सशक्त हो रही हैं

समाजिक 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 महिलाए 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 होते हैं। क्योकि वो डा के पास तब जाते है जब बीमारी ज्यादा धेर लेती 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। कईबार घमिक कारण होते हैं कई बार आथिक कारण होते हैं स्वास्थ्य विभाग से। छड 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 च्च व ब्च पर महिला डाक्टर का नही होना भी हैं। लेकिन सरकार द्वारा। छड को महिलाओं कि प्रसूति अस्पताल मे कराने हेतू 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 च्च व ब्च नइ बमदजमत कि व्यवस्थ है लेकिन इनमे डाक्टरो की व स्टाफ की कमी है व महिला डाक्टर बिल्कुल नही है जब च्च लक्ष्मणगढ राजगढ मालाखेडा गोविन्दगढ बडोदामेव व च्च ईटेडा में एक भी महिला डाक्टर नही है। इसलिये सभी लौग जिला अस्पताल मे जाते है। च्च 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 लोग सोचते हैं कि छड सिर्फ टीके लगाने का ही कार्य करती है क्योंकि छड सिर्फ टीकाकरण के दिन ही आती है। तथा आगनबाडी कार्यकर्ता व आशा के घरों में ही आती है। तथा वह नियमित विजिट भी नहीं करती है सिर्फ टीकाकरण के दिन ही 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 लोग दूध छाछ दलिया का उपयोग नहीं करते हैं सिर्फ चाय के लिये ही दूध रखते हैं बाकी बेच देते हैं। पहले लोग मौसम के अनुसार अपने खेतों में पैदा होने वाली मूंग चौला उडद कचरी पालक मेथी बथुआ आदि स्थानीय सब्जियों के उपयोग से उनकी रोग 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 पड़ा है। क्योंकि महिलाएं घर में ज्यादा कार्य करती हैं और उन्हें पर्याप्त पोषण नहीं मिलने से वे एनिमिक रहती हैं। बच्चों कुरकुरे का अधिक खिलाना जिससे बच्चा अन्य खाना नहीं खाता है और वह कुपोषण का शिकार हो जाता है। उनमें लीवर से जुड़ी बीमारियां हो रही हैं इसके अलावा आर्थिक स्थिति कमजोर होने पर भी शर्दियों 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 लोग 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।

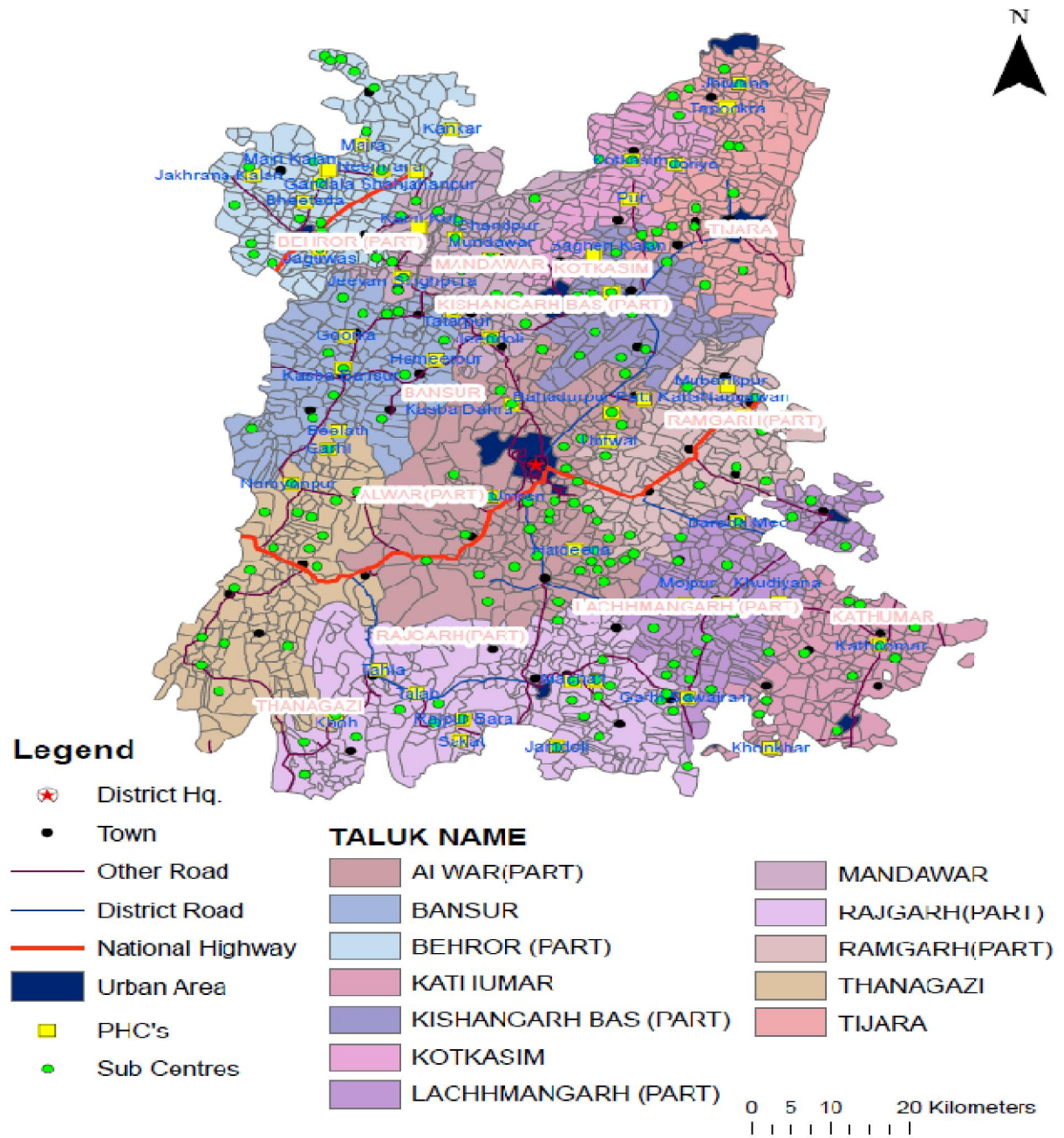
2. जिले में सामाजिक वंचित वर्ग की स्वास्थ्य समस्या क्या है।

जिले की करीब 82 प्रतिशत जनसंख्या गांवों में निवास करती है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में मुस्लिम व एस सी परिवार पिछड़े हुए हैं इनके निवास क्षेत्रों में चिकित्सक व डॉक्टर नहीं हैं और महिला डॉक्टर तो बिल्कुल नहीं हैं। छड भी इनके घरों में विजिट नहीं करती है। इनको स्वास्थ्य से जुड़ी कोई प्रशिक्षण व जानकारी भी नहीं दी जाती है। खास तौर पर महिलाओं को ज्यादा परेशानी होती है क्योंकि वो अपनी समस्याएं किसे

बताए। उन्हे 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। महिलाए काम भी ज्यादा करती हैं और उनका ईलाज भी समय पर नहीं होता है। इससे वे एनिमिक रहती है।

पार्ट - 3

Health Facilities in District Alwar, Rajasthan



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	46.4	71.9	87.4	86.5	94.9	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	90.4	89.6	97.4	89.8	89.6	91.2	84.4	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	
1	2	3	4	5	6	7	
Alwar	6.2	6.0	7.2	6.2	6.2	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 –

जिले का रिकार्ड स्तर पर प्रत्येक राजस्व गांव 2021 जिसमें स्वास्थ्य प्रणालियों से जुड़े हुए हैं जिनमें 36 सी.एच.सी. 122 पी.एच.सी . है। जिला स्तर पर सामान्य अस्पताल में 2200 मरीज इलाज कराने आते हैं महिला अस्पताल जिसमें 250 महिलाएं प्रतिदिन इलाज के कराने हेतु

आती है। शिशु अस्पताल जिसमें 190 शिशु इलाज कराने हेतु प्रतिदिन आते हैं। इसके अलावा जिले भर में 36 बड़े प्रायवेट अस्पताल हैं।

ब्लाक स्तर पर सी.एच.सी. व पी.एच.सी. अस्पतालों में डाक्टरों की कमी है इस कारण मरीजों का सारा दबाव जिला अस्पताल पर रहता है इससे डाक्टर मरीजों को पूरा समय नहीं दे पाते हैं। अस्पताल निर्धारित समय से 5-10 मिनट खोलते हैं जाने हेतु निर्धारित समय पर चले जाते हैं। 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 हैं। डाक्टर का व्यवहार भी मरीजों के प्रति ठीक नहीं होता है। इसलिए समुदाय के लोग प्रायवेट अस्पताल में डाक्टर को दिखाना पसंद करते हैं। क्योंकि डॉक्टर पर 150 रु. फीस लेकर ठीक प्रकार से देख लेता है। जन प्रतिनिधियों को अपने अधिकारों के बारे में जानकारी नहीं है सरपंच व पंचायत समिति सदस्य अधिकतर पैसे से जुड़ी योजनाओं पर ज्यादा ध्यान देते हैं लेकिन स्वास्थ्य सेवाओं पर ध्यान नहीं देते हैं वे समझते हैं कि पी.एच.सी. व सब सेन्टर हमारे क्षेत्र से बाहर है इसलिए सरपंच व प्रधान इनसे प्रगति रिपोर्ट नहीं लेते हैं। वी.एच.एस.एन.सी. व रोगी कल्याण समिति में भी डॉ. व ए.एन.एम. जान पहचान वाले लोगों को ही लेते हैं। जिससे व उनके खिलाफ कार्यवाही नहीं करते हैं। इसलिए डॉ. अपने मनमानी तरीके से उपस्थित होते हैं। गांव के सम्पन्न लोग प्रायवेट अस्पतालों में इलाज करा लेते हैं गरीब परिवार सरकार द्वारा दी जा रही फ्री स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ नहीं ले पाते हैं। ग्रामीण क्षेत्र में 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 कागजों में ही होती है। पी.एच.सी. में डॉ. के अनुपस्थिति में एल.एच.वी. ही दवा देते हैं।

पार्ट - 4

स्थानीय संसाधन क्या हैं? आपके संभावित भागीदार कौन हैं।

जिले में सरकारी स्वास्थ्य संसाधन उपलब्ध जरूर हैं 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 गांव में एक प्रायवेट डॉ. कि दूकान जरूर मिलती है। ये वे डॉ. होते हैं जो एक या दो वर्ष प्रायवेट 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

कुल PHC 122

कुल sub center

मलेरिया सबसे ज्यादा मालाखेडा ब्लॉक क्षेत्र में फैलता है इसके लिए संभावित ब्लॉक ओर है। थानागाजी राजगढ खेडली रेणी

जिले मे मलेरिया के 300 केस है

1 स्वयन फल्यू का केस है

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

C.H.C. P.H.C & OTHER VISITS

C.H.C. Rajgarh Visit

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

T.B. अस्पताल अलवर

डॉ. राजेन्द्र चिटकरा

जिले को 6 T.B. Unit मे बाटा हुआ है।

- 1.अलवर 2.किशनगढ 3.बहरोड 4.थानागाजी 5.राजगढ 6.गोविन्दगढ
- जिले पर 15-20 जॉच 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।

- फेफड़े की टीबी के ज्यादा मरीज हैं।
- जिले में कुल 1रंद 2012 से **30 jun 2014** तक 11738 मरीज रजिस्टर्ड हैं।
- MDR T.B. के 150 मरीज हैं।

R.C.H.O.

ऑफिस विजिट अलवर ; जिला प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अधिकारी अलवर द्व

- सोमदत्त माडया A.S.O. (Assistant staatics officer)
- टीकारण हेतू 1६4६14 से 31६3६15 तक कुल लक्ष्य बच्चे 83018 हैं।
- जिनमे 90 : लक्ष्य प्राप्त कर लेते हैं।
- अभी शुभ लक्ष्मी योजना शुरू की गई है। लडकी के जन्म पर 2100 रूप्ये 1 वर्ष टीकारण पूरे करने पर 2100 रूप्ये ओर 5 वर्ष पर 3100 रूप्ये दिये जाते हैं।

नोट – टीकारण कम कराने के पीछे के कारण

- ✓ रूडीवादिता
- ✓ कई बच्चो का होना
- ✓ श्रम महत्व पूर्ण है।
- 1 अक्टूबर 1014 से 5 टीको के स्थान पर एक ही वेक्सीन का उपयोग होगा।
- मेसमी बीमारीयो के बचाव के लिए
- च्मदले टेपसेदज डिप्यीरिया ,परटूशिश,टिटनेश, हेपेटापइप
- यह टीका 0–1 वर्ष के बच्चो के लिए होगा
- 1 वेक्सीन 3 समय देनी होगी ।

P.H.C. इटेडा



कुल 34 गांव कवर

जनसंख्या 57000

- ✚ 10 सब सेन्टर
- ✚ च्च 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 ईटेडा

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

आशा बेटक इटेडा ; मोसमी बिमारी के नियन्त्रण हेतु द्व

डॉ. राकेश चोधरी

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

– दै बाटना ओर दवाएं देना 0से 5 वर्ष हेतू

–20 आवास उपस्थित

प्रारूप —

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

कुल बच्चे ग्रसित बच्चे

C.H.C. लक्ष्मणगढ

Laber Room Visit

Male नर्स –विक्रमसिंह 6 वर्ष अनुभव GNM कॉर्स

स्टाफ 2 1 ANM 1 उंसम नर्स

जून मे अस्पताल मे हुई डिलिवरी 27 जुलाई माह मे 28
जून माह मे वचक – 4497

IPD – 295

जुलाई माह मे OPD – 3982

IPDn – 284

मॉसमी बीमारी फेलती है, उल्टी ,दस्त,सर्दी जुकाम

239 दवा होनी थी

150 उपलब्ध है

अनुभव – आयरन की गोली से बच्चा ग्रोथ कम करता है।

अस्पताल मे 48 घण्टे रूकना चाहिए के किन लोग जबर दस्ती चले जाते है।

कुल 3 डॉक्टर है 1 स्थाई 2 डेपुटेशन पर

HIV 20

TB 65 मरीज

महिला अस्पताल अलवर

बेड 350

OPD 250 प्रतिदिन

IPD 118

डिलिवरी 70–80 प्रतिदिन

88 दवाए उपलब्ध है

10 वार्ड है

15 महिला डॉक्टर 30 नर्स

JSY लाभ लिया – विनिया जी

1जुलाई से 15 जुलाई तक

शहरी 105 महिलाएं

ग्रामीण 433

शिशु अस्पताल

OPD 190 प्रतिदिन

IPD 7

बेड 22 उपलब्ध
स्टाफ 10 6 उंसम 4मिउंसम
डॉ की कमी
22 बेड है लेकिन 42 लगा रखे है।
ज्यादा बीमारी उल्टी दस्त व न्यूमोनिया है
0-28 दिन के बच्चे करे फ्ल में रखते है।

जनरल अस्पताल अलवर

OPD 22000 प्रतिदिन

IPD 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 TB 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 सब सेन्टर 9

कुल ग्रामपंचायत 9 तथा 45 गांव सामिल 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।

वो पी डी 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 डायरियां बुखार सर्दी मलेरिया आदि।

CHC मालाखेडा

30 बेड है

4 डॉक्टर है 2 डक 1 सर्जन 1 फिजिशियन

महिला डॉक्टर नहीं है

1 से 30 जुलाई च्क् 304

1 से 30 जुलाई च्क् 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।
छः 9
मलाखेडा मे 3 बीब है
नई बमदजमत 76 है
टीबी मरीज 20 है
2010 से जुलाई 2014 तक कुल 24 भ्यअ रोगी है
ज। पर्याप्त नहीं मिलता है विजिट हेतू

Research part

Title:

A study on factors influencing the effective functioning of Village Health Sanitation and Nutrition Committee in Laxmangarh block, Alwar, (Raj.)

1. Background/Introduction-

Village Health Sanitation and Nutrition Committee (VHSNC) is the lowest level (i.e. village/community level) of management structure under National Rural Health Mission, with a Mandate to bring about community participation in health program. Broadly, VHSNC is Community level or lowest management structure for decentralized planning and monitoring of Health program.

It is the key agency for developing Village Health Action Plan (VHAP) & the entire planning of Village Panchayat for NRHM. This committee comprises of Panchayat representatives, ANM, MPW, Anganwadi workers, Teachers, Community Health Volunteers, ASHA, member of SHG/woman group etc. It is also provided with Rs.10000/- for supporting various efforts including developing Village Health Action Plans. Some of the major activities of VHSNC include; Create Public Awareness on health programmes, discuss and develop a Village Health Action Plan based on an assessment of the village situation and priorities identified by the Community, present annual health report of the village in the Gram Sabha, *maintenance of a Village health register and health information board/calendar*, take into consideration the health

Related problems of the community, and suggest mechanisms to solve it, discuss every maternal

Death or neonatal death that occurs in their village, analyze it and suggest necessary action to Prevent such deaths. Get these deaths registered in the Panchayat.

Findings related to VHSNC from various studies/reports including Common Review Mission Shows that though almost all VHSNCs are constituted in all the States, however, it is not Functioning effectively. **As per the report of 4th Common Review Mission**, VHSNCs are Uniformly lacking in clarity about their mandates. Therefore, an assessment of VHSNC will Definitely help in understanding its performance, gaps/challenges and existing mechanism to Address it, and suggest possible action points for further strengthening. Keeping this in view, I want to study with 4VHSNC in Laxmangarh block, Alwar Distric, Rajsthan.

Status of VHSNC in Rajasthan:-43440

Objective:-

- To Assess the Socioeconomic background of VHSNC members.
- To document the selection process of the VHSNC members
- To understand the role and functioning of VHSNC members as perceived by them
- To document the education and training background of VHSN C members.
- Identify the challenges faced by VHSNC members

METHODOLOGY

The study appraisal of VHSNC is done in Laxmangarh block in Alwar district (Raj.) ,descriptive design adopting both qualitative and quantitative techniques .

Key question:-

What are the factors that contribute to effective functioning of VHSNC?

STUDY DESIGN

Cross sectional study

SAMPLING

Study Purposive type sampling, the study covered Alwar district Alwar (Raj) purposively 4 VHSNC selected on the basis of functioning ,2 are functioning well and 2 are not functioning well .45 members are selected for the interview and focus group discussion .

Roles and Responsibilities

- Create awareness about nutritional issues and significance of nutrition as an important determinant of health.
- Carry out survey on nutritional status and nutritional deficiencies in the village especially among women and children.
- Identify locally available food stuffs of high nutrient value as well as disseminate and promote best practices (traditional wisdom) congruent with local culture, capabilities and physical environment through a process of community consultation.
- Inclusion of Nutritional needs in the Village Health Plan – The committee will do an in-depth analysis of causes of malnutrition at the community and household levels, by involving the ANM, AWW, ASHA and ICDS Supervisors.
- Monitoring and Supervision of Village Health and Nutrition Day to ensure that it is organized every month in the village with the active participation of the whole village.
- Facilitate early detection of malnourished children in the community; tie up referral to the nearest Nutritional Rehabilitation Centre (NRC) as well as follow up for sustained outcome.

According to these points I selected VHSNC functioning well VHSNC and not functioning well VHSNC two VHSNC are working according to these points and two are also not working according to these points .

Data collection

The primary data collected through FGDs ,In-depth Interviews and questionnaires serve . In-depth Interviews are conducted with ASHA ,PRI members ,AWW,SHG members and two other members .As per design record of village health sanitation and nutrition

committees 2 FGD ,10 In-depth Interviews . The details of interviews/reviews conducted during this study are shown below in table no.1

Number of Interviews conducted by varied technique of data collection.

Table 1

Number of Interviews conducted by varied technique of data collection.

	Functioning well	Not functioning	Total
Verification VHSNC record	2	2	4
Focus group discussion	1	1	2
In-dept Interview			
AASHA	1	1	2
SHG members	1	1	2
PRI members	1	1	2
2 Other members	2	2	4

- Techniques for data collection –

1. Verification of VHSNC record.

Questionnaire survey:-To Assess the Social, Education & Economical background of VHSNC members I used questionnaire survey and addressed the following questions :

Name of VHSNC Member:

Addresses:

Age:

Sex :

Category:

Education:

Occupation:

How many members in your family:

In-depth Interview : I conducted personal interview in the local language(Hindi) .

	Objective	Methods used
1.	To Assess the Education & Economical Social, background of VHSNC members	Questionnaire Survey
2.	To document the selection process of the VHSNC members	In-depth and FGD
3.	To understand the role and functioning of VHSNC members as perceived by them	In-depth and FGD
4.	To document the training background of VHSN C members.	In-depth and FGD
5.	Identify the challenges faced by VHSNC members	In-depth and FGD

Data analysis

Data analysis using by ATLAS.ti software

Ethical issue

सभी को समान मौका नहीं दिया यह जनकल चनतचवेपअम जलचम जनकलए मसमबजपअम उचसपदह

under ethics : blds vUrZxr esaus intervies or In-dept interviews ls igys esus esjh
 study ds ckjs esa mUgs crk;k FkkA

RESULT

Table no.1 Socio-economic background of the VHSNC members

Work of VHSNC members	No of functioning well VHSNC members	No of not functioning well VHSNC members
Farmers	25	4
Teachers	1	--
Post master	1	--
Ward	1	1
Secretary	1	-
ASHA	2	2
AWW	2	3
Company workers	1	1

Category of VHSNC members	No of functioning well VHSNC members	No of not functioning well VHSNC members
SC	4	2
ST	2	-
OBC	26	6
General	2	1

Table no.2 Education background of VHSNC members

Education status of VHSNC members	No of functioning well VHSNC members	No of not functioning well VHSNC members
Illiterate	3	1
Literate	13	-
Primary school	2	-

Middle school	8	4
Secondary school	6	4
Graduate	2	2

Table no 3.Training status of well functioning VHSNC members

Training status of VHSNC members	No of VHSNC members	In %
Trained	34	100
Not trained	0	0
Total	34	100

Table no.4 Training status of not functioning well .

Training status of VHSNC members	No of VHSNC members	In %
Trained	2	18
Not trained	9	82
Total	11	100

Selection process Of VHSNC members

Not functioning well VHSNC members selected by ANM .

Functioning well VHSNC member are selected in ward sabha by NGO

TO aware about VHSNC roll and responsibility

Not functioning well VHSNC

90 % VHSNC members are not know about on his/her on roll and responsibilities only 10% aware about on her responsibilities.

Functioning well VHSNC

100% VHSNC members are aware know his/ her on roll and responsibilities.

Discussion

Function not VHSNC member are educated but they are not motivated .Not functioning well VHSNC members are not selected by according to VHSNC guideline .And these members are not trained

Functioning well VHSNC members selected by according to VHSNC guideline .
These are educated and the are motivated . These are know about on his/her roll
and responsibilities .

फैलोशिप के दौरान पढी गई पुस्तकें

- 1ण सबके लिये स्वास्थ्य – भारत डोगरा
- 2ण सुरक्षित मातृत्व
- 3ण ग्रम स्तरी स्वच्छता एवं पौषण समिति
- 4ण ऐसे फैलतें हैं रोग – निधि वर्मा
- 5ण सही भोजन
- 6ण जहां डॉ 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 मॉडयूल

फील्ड फोटो

दूसरा दशक की मुख्य गतिविधि जीवन कौशल किशोरी आवासीय में प्रशिक्षण करवाते हुऐ!



पी एचएफआई सदस्यों के साथ दूसरा दशक दूसरा दशक ब्लॉक समीक्ष एवं नियोजन बैठक में
ऑफिस में वीएच एसएनसी प्रोजेक्ट की समीक्षा में भागीदारी!



सौराई स्कूल में सिर्चर जुनेद कमाल के साथ किशोरियों के साथ स्वास्थ्य चर्चा करते हुए !



करिरीया गांव में वीएच एसएनसी मेंबर के साथ बैठक में भागीदारी !



बडोली गांव में आंगनबाडी कार्यकर्ता से गांव के स्वास्थ्य से जुडी जानकारी लैते हुऐ !



बडोली गांव में आंगनबाडी पर बच्चों के साथ गतिविधि करवाते हुऐ ।



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 ।

S.N.	जांच का नाम	जांच का प्रकार	परिणत
1	Haemoglobin (Hb) जांच	रक्त की प्रथमी की जांच	10.5g/dl
2	HbA1c (Glycated Haemoglobin) जांच	शर्करा की जांच	4.8-5.0mmol
3	ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) जांच	संक्रमण की जांच	40mm/hr (1st 10 min)
4	RF (Rheumatoid Factor) जांच	शरीर की जांच	Negative
5	ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) जांच	शर्करा की जांच	2-20mm/hr
6	Clotting Time (PT/APTT) जांच	रक्त का जमने का समय	13.4-14.0min
7	Clotting Time (PT/APTT) जांच	रक्त का जमने का समय	13.4-14.0min
8	Blood group (ABO) जांच	रक्त का जांच	
BIOCHEMISTRY (बायोकेमिस्ट्री)			
9	Blood Sugar (ग्लूकोज) जांच	शर्करा की जांच	70-110 mg/dl
MICRO BIOLOGY (सूक्ष्मजीवशास्त्र)			
10	WBC (White Blood Cell) जांच	शरीर की जांच	Negative
11	RBC (Red Blood Cell) जांच	शरीर की जांच	Non-Reactive
12	Urine Sugar जांच	शरीर की जांच	Negative
URINE ANALYSIS (मूत्र जांच)			
13	Urine for Albumin जांच	शरीर की जांच	
14	Urine for Sugar जांच	शरीर की जांच	
STOOL ANALYSIS (मल जांच)			
15	Stool for Ova जांच	शरीर की जांच	Negative



जावली ग्रंपचायत के आर्युवेद चिकित्सालय पर गांव से जुडी बिमारियों की जानकारी लेते हए !

ईटेडा पीएचसी सेंटर व आर्युवेद चिकित्सालय पर गांव से जुडी बिमारियों व उपलब्ध सुविधाओं की जानकारी लेते हए !



लक्ष्मणगढ के बडोदा पीएचसर का दृश्य



लक्ष्मणगढ के बडोदा आर्युवेद चिकित्सालय का दृश्य



ईटेडा पीएचसी सेंटर का दृश्य



ऐएनएम के अभाव में जावली ग्रामपंचायत का बन्द
व खराब हालत में पडा सब सेंटर !



ईटेडा पीएचसी सेंटर के डों के आवासीय क्वाटरों
की जर्जर हालत का दृश्य !



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



गांव नांगलखानजादी में जिला कलैक्टर
की रात्रि चौपाल में भागीदारी।



स्थानीय बॉन सैटर हीलर ईलाज करते हुए व उनके औजार



खेती बाडी

मेलिया गांव में गेहूं की फसल को
काटने के बाद फसल को एकत्रित
करता किसान!



दौलतपुरा गांव में बाजरे की फसल
की कटाई करती मलाएं !



स्थानीय नजर से

बडोली गांव में चूल्हे का निर्माण करती बुजुर्ग मुस्लिम महिला!
बडोली गांव में भैंस के गोबर के उपलो से बनाया गया बटेवडा जिस पर मुस्लिम महिलो व्दारा की गई कलाकारी का दृश्य !



रैली व धरनें में भागीदारी

ब्लाईण्ड वॉक में भागीदारी



भौपाल गैसत्रासदी के पीड़ितों के हक के लिये बैंगलोर के गांधी सर्किल पर आवाज उठाते हुए



नेशनल बायोएथिक्स कॉन्फ्रेंस में भगीदारी



अन्य संस्थाओं की विजिट में भागीदारी



10^൧ ശാന്തി പൈൻ എൻഡ് പാലേറ്റീവ് കെയർ സെന്റർ കേരള !



11^൧ കന്നൂർ ഏസോസിയേഷൻ ഫോർ ഇന്റീഗ്രേറ്റഡ് റൂറൽ ഓർഗനൈസേഷൻ എൻഡ് സപോർട്ട് കേരള



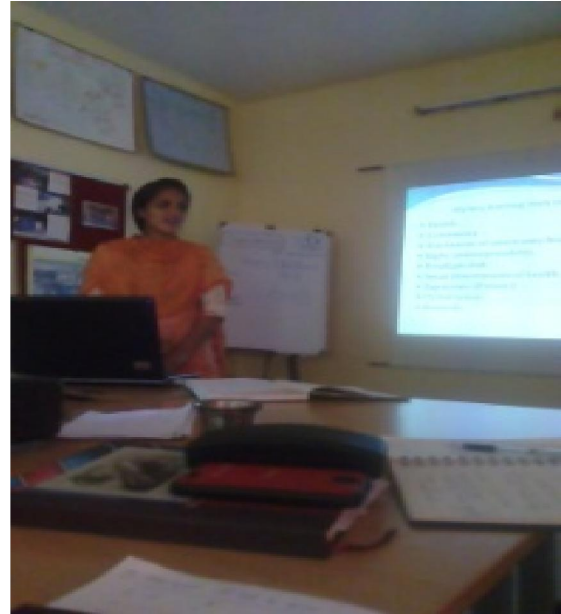
കേരള വിജിറ്റ് കേ ദൗരാന സമുദ്ര കേ ബിജ പര മസ്ത ഫൌലോ !



सौचारा टीम के साथ सभी फैलो !



फील्ड कार्य का प्रस्तुतीकरण करते हुये !



सौचारा व सभी सौचारा टीम को
धन्यवाद

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

