

जन स्वास्थ्य के नवीन प्रयास

दो वषीय लोक स्वास्थ्य फैलोशिप प्रतिवेदन

2009-2011

सैयद अली

सेंटर फॉर पब्लिक हेल्थ एण्ड ईक्वीटी , भोपाल

जन स्वास्थ्य सहयोग, बिलासपुर

Received
12/12/2011

Center for Public Health and Equity
E-8/74, Basant Arera Colony,
BHOPAL - 462039

भूमिका

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम : दशा और दिशा

स्वास्थ्य सेवाएँ व्यक्ति के लिए हो या समुदाय के लिए इसके अनिवार्यता प्रथम दिन से रही है। अपने शरीर को पुनः क्रियाशील और स्वस्थ बनाने के लिए मानव ने प्रकृति में बिखरे हुए संसाधनों का प्रयोग किया और इस ज्ञान को सदैव अगली संतति को सौंपा। अनुभवों से प्राप्त ज्ञान पीढ़ी दर पीढ़ी चलता हुआ वर्तमान में चिकित्सा विज्ञान के नाम से हमारे समक्ष प्रयोगों के कीर्तिमान रच रहा है। नित नई खोजें और अविष्कार स्वास्थ्य एवं जीवन रक्षा के लिए प्रस्तुत हो रहे हैं विज्ञानों की एक बड़ी टोली तैयार है जो शरीर के प्रत्येक अंग के संचालन, विकास के सभी चरण और शारीरिक व्याधियों से पूरी तरह वाकिफ है। यह सब कुछ अचानक हासिल नहीं हुआ इसे पाने में कई जिंदगियाँ लगी, अर्थ और समय की एक बड़ी पूंजी खर्च हुई है। चूंकि समाज कल्याण हेतु होने वाले कार्यों का खर्च सामुदायिक स्तर पर सहर्ष वहन करने की परम्परा रही है इस कारण चिकित्सा का लाभ लेना समुदाय के सभी लोगों की पहुँच में था। धीरे-धीरे नफा-नुकसान का हिसाब लगाने वालों की नजर इस पर पड़ी और उन्होंने इसमें भरपूर निवेश किया। इस निवेश पर सूद लेना उन्होंने अपना कर्तव्य मान लिया। आरंभ चाहे थाल रोटी की आवश्यकता भर हो, पर धीरे-धीरे बढ़ते हुए यह व्यवस्था विकराल "नर्सिंग माल" में तबदील हो गई। वर्तमान में आम आदमी का स्वास्थ्य व्यवस्था के प्रति, प्रतिकूल नजरियाँ हैं।

सवाल उठता है क्या इस स्वास्थ्य अनुसंधान में इस अनगढ़ व्यक्ति का कोई योगदान नहीं जिसने शरीर के ताप को कम करने के लिए पहली बार कपड़े को पानी में भिगोकर शरीर पर फेरा होगा। सर्दी की जकड़न से आजाद होने के लिए गर्म पानी से गरगरा किया होगा अथवा शरीर की चोट को ठीक करने के लिए चिन्हित पेड़ के पत्ते पीसकर लेप किया होगा। स्वास्थ्य सेवाओं के विकास क्रम में उसके ज्ञान से तो लगातार लाभ उठाया जाता रहा किन्तु उसके स्वास्थ्य की अनदेखी की गई और व्यवस्था ने उसे अधिक बीमार कर दिया। उसे पाठ्यपुस्तक के माध्यम से स्कूल में पढ़ाया गया कि प्रशिक्षित डॉक्टर की "सलाह" के बिना स्वयं की चिकित्सा जानलेवा है। दूसरी ओर दवाईयों की कीमतों को आसमान पर चढ़ने की खुली छुट दी गई। परंपरागत पद्धति में जो कि सस्ती थी अविश्वास पैदा किया गया। महंगी दवाईयों और चिकित्सा सुविधाएँ प्राप्त करने के लिए उसको धान बेचना पड़ा। महंगे इंजेक्शन और सर्जरी की खातिर बात जमीन और घर बेचने तक पहुँच गई।

- क्यों दवा की कीमत परिवार की खुशियों के बराबर होती है?
- क्यों भौतिक संसाधनों की अंधी चाह में डॉक्टर मानव जीवन से खिलवाव करते हैं?
- क्यों इस समाज में अलग-अलग श्रेणी की स्वास्थ्य सुविधाएँ स्थापित हैं?
- क्यों दवाओं की कीमत उत्पादन मूल्य से 10 गुना तक अधिक है?

- क्यों बीमारी का पता लगाने में 80 फिसदी तक अधिक कीमत चुकानी पड़ती है?

प्रश्न यह भी उठता है कि डॉक्टर जो दवाई कागज के पुर्जे पर लिखता है उसके लिए उतनी कीमत क्यों मांगता है जो कि व्यक्ति को अपने भोजन और मकान की कीमत चुकाकर देना पड़े?

क्या चिकित्सा जगत पर समाज से अर्जित और सीखें हुए ज्ञान का प्रतिफल देना आवश्यक नहीं। यदि सामुदायिक स्तर पर हम सबके लिए बेहतर स्वास्थ्य के लक्ष्य को प्राप्त करना चाहते हैं तो हमें आम आदमी के अंदर यह विश्वास पैदा करना होगा कि वर्तमान स्वास्थ्य सुविधाएँ उसके जीवन के लिए सहायक हैं।

परंपरागत ज्ञान और आधुनिक चिकित्सा के बीच बेहतर तालमेल स्थापित करना होगा। आम लोगों के बीच स्वास्थ्य की समझ बढ़ाने का प्रयास करना होगा। बीमारियों के उपचार से अधिक रोकथाम के प्रयास करना होगा।

मैं स्वयं भी इस व्यवस्था/समाज का एक भाग हूँ, यदि मैं अपने ज्ञान और कौशल से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को सुचारु और सुव्यवस्थित बनाने में सहयोग प्रदान कर सकूँ तो इसे अपना सौभाग्य समझूंगा।^प

सैयद अली

18/09/2009

जन स्वास्थ्य सहयोग, गनियारी

बिलासपुर (छ.ग.)

यह लेख फेलोशिप के पूर्व में लिखा गया था. इसमें समुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के सन्दर्भ में मन में उठने वाले विचारों का वर्णन है. फेलोशिप में मन में अंकुरित विचारों को एक व्यवस्थित रूप मिल सका.

प्रस्तावना

जन स्वास्थ्य सहयोग बिलापुर में टी.बी. नियंत्रण कार्यक्रम व एप्रोपियेट तकनीक के कार्य का समन्वय करते हुए फ़ैलोशिप जुड़ने का ज्वाइन करने का अवसर मिला। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को मजबूती प्रदान करने की दिशा में इस क्षेत्र का गहरा ज्ञान, इतिहास से वर्तमान तक बदलते स्वास्थ्य के स्वरूपों की जानकारी, चुनौतियाँ, सामाजिक कारकों का स्वास्थ्य पर होने वाला प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष प्रभाव, व्यवस्थित सोच के तरीके को विकसित करना, रचनात्मकता आदि इस फ़ैलोशिप का बौद्धिक लक्ष्य था। इस कार्यक्रम के माध्यम से स्वास्थ्य निर्धारकों, इपिडिमीयोलॉजी, पोषण, संकामक व असंकामक बीमारियाँ, मानसिक स्वास्थ्य, आपदा प्रबंधन, स्वास्थ्य प्रबंधन आदि का विषय आधारित ज्ञान सामुहिक (क्लेक्टिव) और क्षेत्रीय कक्षा के माध्यम से मिला। कौशल के स्तर पर स्वास्थ्य संगठनों के लिए आवश्यक कौशल जैसे संस्थाओं व समुहों के बीच समन्वय, समुदाय का परिचालन (कम्यूनिटी मोबलाइजेशन) व सामुदायिक निदान (कम्यूनिटी डायग्नोसिस), व्यवहार परिवर्तन गतिविधियाँ, आंकड़ों का संकलन व विश्लेषण, रिसर्च स्टेटमेन्ट व निबंध लेखन व रिपोर्टिंग आदि के लिए, व्यवहारिक प्रशिक्षण, स्वयं करके सीखने के लिए अवसर व स्थान उपलब्ध कराये गये। अलग-अलग स्तरों पर एन्टरशिप के रूप में विशेषज्ञों के मार्गदर्शन सहायता के माध्यम से सीखने की प्रक्रिया आगे बढ़ती गई।

जन स्वास्थ्य सहयोग में अपनी पूर्व भूमिका यानि टी.बी. नियंत्रण कार्यक्रम व एप्रोपियेट तकनीक के साथ-साथ फ़ैलोशिप का कार्य आगे चलता रहा। “कॉमन मिनीमम” कार्यों को करते हुए, स्वयं का सामुदायिकरण कब हो गया पता ही नहीं चला। इसी भाव के साथ कार्यों को निष्पादित करते हुए दो वर्ष का लेखा जोखा अगले पृष्ठों में उतारा गया है। इस यात्रा में कई उतार चढ़ाव एवं चुनौतियाँ कठिनाईयाँ आयीं, सीखने के अवसर मिलें।

फ़ैलोशिप से प्राप्त ज्ञान और कौशल सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को समझने, संचालित करने और आगे बढ़ाने में मददगार तो साबित होगा। साथ ही साथ स्वास्थ्य के स्तर सामुदायिक विकास कार्यों में भी उपयोगी होगा।

आभार

मैं शुक्रगुजार हूँ उन सभी साथियों का जिनके माध्यम से मेरी फेलोशीप पूरी हो पाई . सर्वप्रथम मैं शुक्रिया अदा करता हूँ उस मित्र का जिसने मेरी और यह सूचना प्रेषित की मुझ को प्रेरित किया. मैं शुक्रगुजार हूँ जन स्वास्थ्य सहयोग के वरिष्ठ और मेरे हितेषी डॉक्टर रमणी व डॉक्टर योगेश का जिनके माध्यम से मुझ को यह फेलोशीप प्राप्त हो पाई. इनका और मेरे सम्मानीय मेंटर डॉक्टर रवि डिसूजा का मार्गदर्शन व सहायता मुझ को सदैव मिलती रही. मैं शुक्रगुजार हूँ जन स्वास्थ्य सहयोग के मेरे साथियों का जिन्होंने कार्यों के निष्पादन में मेरी सहायता की. मैं समुदाय आधारित स्वास्थ्य फेलोशीप शुरू करने के लिए डॉ थेलमा, डॉ रवि और कम्युनिटी हेल्थ सेल की टीम , सोचारा टीम और सी.पी.एच.ई. का शुक्र गुजार हूँ. मैं शुक्रिया अदा करता हूँ , टीम सी.पी.एच.ई. मध्य प्रदेश का जिसने मेरे सहभागी शिक्षण-प्रशिक्षण में कभी कुम्हार और कभी दोस्त की भूमिका का निर्वाह किया , विशेषकर मेरे 'फ्रेंड-फिलासफर-गाईड' प्रसन्ना.

मैं उन जनमानस का शुक्रिया अदा करता हूँ जिनके कारण मेरा सामुदायिकरण हुआ. समुदाय की घटनाओं के कारण इस मानवीय विषय में मेरी संवेदनशीलता बढ़ती गयी, विज्ञान का छात्र होते हुए भी मैं सामाजिक विज्ञान की ओर बढ़ता गया . मैं अपने सभी फेलो साथियों का शुक्र गुजार हूँ जिनके माध्यम से मेरा सामुदायिकरण तेजी से हुआ और जिनसे केवल सहायता नहीं उस से कुछ बढ़ कर समूह व्यवहार मिल सकी। मुझ को प्राप्त हुआ.साथियों के समूह और टीम से मुझ को दो वस्तुएँ हमेशा मिलती रही एक सीख-दूसरी प्रेरणा. इस कारण अंत तक जुड़ाव बना रहा. इस कार्यक्रम को अंत तक रोमांचकारी और दिलचस्प बनाये रखने के लिए मैं मध्य प्रदेश टीम का आभारी हूँ.

मैं आभारी हूँ अपने परिवार का जिसने मेरे मन की भूमि तैयार की और मुझ को समय दिया. फेलोशीप के दौरान मेरी प्रत्यक्ष-अप्रत्यक्ष सहायता करने वाले हर मददगार का मैं आभार व्यक्त करता हूँ.

सैयद अली

	अनुक्रम	पृष्ठ क्रमांक
भूमिका		2
प्रस्तावना		4
आभार		5
1 हमारे क्षेत्र की स्थिति		8
2 स्वास्थ्य का सामुदायिकीकरण		9
2.1 भूमिका		9
2.1.1 मितानिन (आशा)		10
2.1.2 मितानिन की स्थिति		10
2.1.3 मितानिन प्रशिक्षण		11
2.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती		14
2.2.1 भूमिका		14
2.2.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की ब्लाक कोटा में स्थिती		14
2.2.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति का पुर्नगठन सहायता		15
2.2.3 समिति और कुपोषण के लिए अनटाइड फंड का उपयोग		17
2.2.4 टी.बी. रोकथाम के लिए ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की पहल		19
2.3 मितानिन प्रेरक		20
2.3.1 परिचय		20
2.3.2 मितानिन प्रेरक की भूमिका का विश्लेषण		20
– सामुदायिककरण की स्थिति का निष्कर्ष		22
2.4 सामुदायिक निदान (कम्युनिटी डायग्नोसिस)		23
2.4.1 भूमिका		23
2.4.2 सामुदायिक निदान प्रक्रिया के उद्देश्य		23
2.4.3 समुदायिक के निदान के बदलते प्रतिमान		23
2.4.4 प्रयास		23
2.5 रिश्ते (समन्वय)		
2.5.1 प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्था		25
2.5.2 अन्य संस्थाएं		25
2.6 युनिवर्सल हेल्थ केयर के संदर्भ में समझ		26
2.7 लेखन		28

3. कुपोषण	29
3.1 सामुदायिक स्वास्थ्य में पोषण समस्याएं	29
3.2 कुपोषण की स्थिति	30
3.3 सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन रसोई के लिए पहल	30
3.4 निष्कर्ष	38
4.संक्रामक बीमारियाँ	
4.1.1 टीबी की स्थिति और कुपोषण	39
4.2.1 मलेरिया	41
4.2.2 मलेरिया प्रशिक्षण	41
4.2.3 मलेरिया की आपदा	42
4.2.4 आपदा का नियंत्रण	42
4.2.5 सीख	45
4.2.6 वर्बल अटोपसी	45
5 एप्रोपीएट तकनीक (उपयुक्त तकनीक)	
5.1 प्रासंगिकता	46
5.2 परिचय	46
5.3 उपयोग	46
5.4 भविष्य	48
5.5 SWOT	49
6 अंतिम वाक्य क्या खोया क्या पाया	50
7 सलंगन	51
– भित्तानिन प्रेरक की भूमिका विश्लेषण फार्म	51
– निबंध	52
– रिसर्च स्टेटमेंट	58
– केस स्टोरी-1	60
– केस स्टोरी-2	61
– केस स्टोरी-3	63
– सकारात्मक रसोई की पहल के पूर्व चार्ट क्र.-1	66
– सकारात्मक रसोई की पहल के पश्चात चार्ट क्र.-2	66
8 संदर्भ सूची	68

1.1 हमारे क्षेत्र की स्थिति

बिलासपुर जिला छत्तीसगढ़ का सीमांत जिला है। 11 तहसील के इस ब्लॉक में 19,98,355 लोग निवास करते हैं। इसमें 0-6 वर्ष तक के बच्चे 16 प्रतिशत हैं यहां की साक्षरता दर 63.51 है महिलाओं की साक्षरता का प्रतिशत 48.17 प्रतिशत व पुरुषों में 78 प्रतिशत तक है। व्यस्क आयु समूह (15 से 59 वर्ष) की आबादी 54 प्रतिशत है। कामगार समूह 32 प्रतिशत और दैनिक कार्य करने वाला देहाड़ी मजदूर 11 प्रतिशत हैं। 57 प्रतिशत लोग ऐसे हैं जो किसी उद्योग में सीधे उत्पादक या सेवा प्रदाता नहीं है इतनी बड़ी बेकार संख्या जिले में पलायन के लिए आवेश उत्पन्न करती है। खाद्य सुरक्षा की दृष्टि बिलासपुर जिला "आंशिक रूप से असुरक्षित श्रेणी में आता है"।

(स्रोत - जनगणना 2001)

छत्तीसगढ़ शासन की 16 जिलों से संबंधित मानवविकास सुचकांक श्रेणी (वर्ष 2009)में बिलासपुर 9 वें स्थान पर है। कोटा विकासखण्ड बिलासपुर जिले का आदिवासी बहुल्य क्षेत्र है। इसमें आदिवासीयों की जनसंख्या का प्रतिशत 68 प्रतिशत है। कोटा विकासखण्ड की जिला मुख्यालय से दूरी 35 किलोमीटर है। पहाड़ी व वन्य भौगोलिक स्थिति के कारण यहां पर स्वास्थ्य सुविधाओं को पहुँचाना रायपुर, दुर्ग जैसे मैदानी और परिवहन से जुड़े क्षेत्रों की अपेक्षा चुनौतीपूर्ण है। निम्न तालिका से हम कोटा में स्वास्थ्य तंत्र के ढांचे की भारतीय लोक स्वास्थ्य मानक से तुलना देख सकते हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कोटा		
स्वास्थ्य सुविधा	वर्तमान स्थिति	भारतीय स्वास्थ्य मानक के अनुसार
1. सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	1	2
2. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	10	7
3. उपस्वास्थ्य केन्द्र	43	47
4. आयुष चिकित्सक	3	
5. चिकित्सक	8	22
6. ए.एन.एम.	35	43
7. एम.पी.डब्ल्यू	20	23
8. बी.ई.ई.	रिक्त	2
9. जननी सुरक्षा योजना व एम्बुलेंस	3	1
स्रोत - जनगणना 2001		

तालिका क्रमांक - 1

भौगोलिक से जटिलता, पहाड़ी, आदिवासी बहुल्य, सघन वन, आदि ऐसे कारक है कि ब्लॉक में दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आवश्यक हैं। कमजोर सामाजिक व आर्थिक स्थिति, कुशल चिकित्सा सुविधाओं का अभाव, कम साक्षरता दर का प्रभाव स्वास्थ्य निर्धारकों पर स्पष्ट दिखाई पड़ता है।

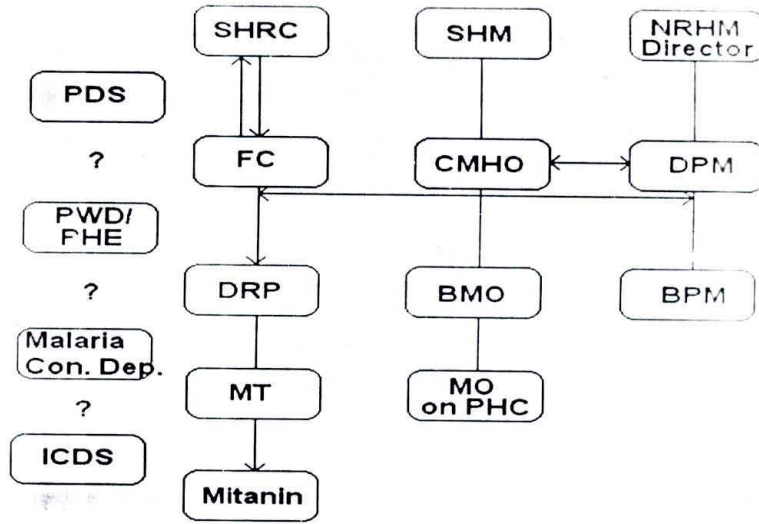
कं.	स्वास्थ्य निर्धारक	बिलासपुर	कोटा	छत्तीसगढ़
1	शिशु मृत्यु दर	59	58.1	55
2	जन्म दर	24.8	22.3	27.5
3	मृत्यु दर	5.7	3.6	8.4

तालिका क्रमांक - 2

जल जनित व मौसमी बीमारियों के साथ साथ यह क्षेत्र मलेरिया इनडमिक क्षेत्र है। जहां एक निश्चित अवधि के बाद मलेरिया ऐपेडिमिक घटते हैं। (आई.सी.एम.आर. - रीजनल सेन्टर रायपुर)

2.स्वास्थ्य सेवाओं का सामुदायिकरण

2.1भूमिका - छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य सेवाओं का सामुदायिक करण का इतिहास पुराना रहा है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के आने से पहले यहां इस दिशा में व्यक्तिगत एवं संस्थागत रूप में विभिन्न स्तर पर प्रयास किये जाते रहे हैं। उदाहरण के लिये इसमें शहीद अस्पताल दल्ली राजहरा सीधे श्रमिक समुदाय द्वारा गुणवत्तापूर्ण सामुदायिक स्वास्थ्य सुविधाओं के संकल्प के साथ संचालित किया जाता है। दूसरी ओर जन स्वास्थ्य सहयोग, बिलासपुर मेडिको फ्रेण्ट सर्कल के डॉक्टरों द्वारा संचालित किया जा रहा है। राज्य में छोटे अस्पताल/क्लिनिक भी सामुदायिक सेवाओं के लिए बीमारियों की रोकथाम के लिए पहले से प्रशिक्षण व समुदाय की क्षमता जागरूकता बढ़ाने का कार्य करते रहें हैं। वर्ष 2002 में इन्हीं अनुभवों का लाभ उठाकर राज्य सरकार ने पूरे प्रदेश में स्वास्थ्य कार्यक्रम के सामुदायिकीकरण की व्यवस्थागत शुरुवात की। इसका नाम मितानिन कार्यक्रम रखा गया। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के आने के बाद इसे राज्य ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के नाम से जाना जाता है। इसे मजबूती प्रदान करने के लिए राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र नाम की एक अर्द्धशासकीय संगठन की स्थापना की गई। यह संस्था मानव संसाधन, प्रशिक्षण सामग्री, नियोजन, क्रियान्वयन आदि के लिए सहायता उपलब्ध करती है। यह संस्था लोक स्वास्थ्य तंत्र के लम्बवत समन्वय करते हुवे कार्य करती है। नीचे दिये गये आरेख-1 से हम राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र और लोक स्वास्थ्य तंत्र के बीच समन्वय को देख सकते हैं। ओख में दर्शाये गए प्रश्नवाचक चिन्ह स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली संस्थाओं की छूटी हुई कड़ी को दर्शाते हैं। अपेक्षा है कि इनके साथ समन्वय बनाया जाए।



आरेख क्रमांक - 1

राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र और लोक स्वास्थ्य तंत्र के बीच समन्वय आरेख

2.1.1 मितानिन (आशा)

मितानिन - मितानिन छत्तीसगढ़ी शब्द है इस का अर्थ सखी या सहेली होता है। यह छत्तीसगढ़ की ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता है। प्रत्येक पचास परिवार पर एक मितानिन के चयन का प्रावधान है। यह ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती की सदस्य होती है। यह उसी गांव की निवासी महिला होती है जिसका चयन गांव के द्वारा किया जाता है।

2.1.2 मितानिन की स्थिति

6 गांव में 11 मितानिन से किये गये साक्षात्कार की जानकारी का विश्लेषण इस प्रकार है।

पहचान - मितानिन को सर्वे किए गए सभी 6 गांव में सभी आयु वर्ग के महिला पुरुष जानते और पहचानते हैं। उस की पहचान जननी सुरक्षा योजना से जोड़कर देखी जाती है।

चयन प्रक्रिया -

6 में से 5 गांव में मितानिन के चयन उनकी स्वेच्छा से हुआ है। एक गांव में चयन पूर्व संरपंच के प्रभाव से हुआ है। तीन गांव में जहाँ ग्राम पंचायत है चयन के पूर्व नाटक मंचन के द्वारा रात्री में जागरूकता कार्यक्रम किये गये। तीन आश्रित गांव में चयन के पूर्व मितानिन प्रेरक द्वारा बैठक आयोजित की गयी।

मितानिन के चयन में 10वीं पास महिला को प्राथमिकता दी गई। कम पढी लिखी विधवा महिला व परित्यक्ता को भी चयन में स्थान मिला है। ब्लाक में कुल 400 मितानिन का चयन किया गया।

प्रशिक्षण— सभी 11 मितानिन को पहला प्रशिक्षण मिला है। अब तक हुए 12 माड्युल की प्रशिक्षण कोई एक मितानिन अवश्य कम रही है।

ज्ञान — 11 मितानिन में से 5 मितानिन प्रशिक्षण में बताये विषय के बारे में चर्चा कर पायी। दवा पेटी में उपलब्ध दवाईयों को वह भली भांती पहचानती है। मौसमी बिमारीयों के बारे में उसे पता है पर उन की रोकथाम के बारे में उसे कहा से मदद मिलेगी वह नहीं जानती। दस्त लगने पर नमक चीनी का घोल देना है सभी को अच्छीतरह मालुम है।

क्षमता— 11 में से दो मितानिन ने पंचायत चुनावों में हिस्सा लिया है। पिछले 1 वर्ष में ग्राम सभा में 6 मितानिन द्वारा भाग लिया गया है। मितानिन प्ररेक के साथ होने वाली पारा बैठक (मोहल्ला) सभी मितानिन नियमित रूप से शामिल होती है। इस में अधिक संख्या महिला की होती है।

आशाये— निम्न मुद्दों पर सभी मितानिन की अपेक्षा समान है

- ❖ नियमितिकरण
- ❖ समय पर भत्तें मिलें
- ❖ ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के हिसाब किताब में पारदर्शिता हो
- ❖ सामुदायीक स्वास्थ्य केन्द्र में पर्याप्त सम्मान

- छत्तीसढ़ में मितानिन—जनसख्यां अनुपात 01: 303 है कोटा ब्लाक में यह अनुपात 01:358 है।

2.1.3 मितानिन प्रशिक्षण

1. छ.ग. में अब तक 13 चरण का मितानिन प्रशिक्षण पूरा हो गया है। कोटा ब्लाक में पोषण व नवजात शिशु सुरक्षा विषय से संबंधित आवासीय ट्रेनिंग में शामिल होने का अवसर मेहमान प्रशिक्षक के रूप में मिला। प्रशिक्षण बेलगहना गांव के आदिवासी बैगा आश्रम (छात्रावास) में एक माह तक लगातार चला। कोटा ब्लाक 80 पंचायतों की सभी 400 मितानिन के लिए आयोजित इस प्रशिक्षण में उनकी उपस्थिति 75 प्रतिशत तक रही जिसमें वे 6-8 पंचायत के समूह के रूप में वे शामिल हुई। प्रशिक्षण का संचालन जिला स्त्रोत अधिकारी (डी.आर.पी.) ने किया था। मितानिन प्रशिक्षण 20 मितानिन प्रशिक्षकों ने दिया।

2. उद्देश्य :-

- स्थानीय लोगों को स्थानीय पोषक आहार के बारे में जागरूक बनाना।
- पोषण को आधार बनाते हुए अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य अवयवों (सरपंच, डब्ल्यू.एच.एस.सी., ए.एन.एम., ए.डब्ल्यू.) की भूमिका के बारे में बताना।
- समुदाय के सर्वाधिक जरूरतमंद हिस्से जैसे किशोरी, गर्भवती महिला, नवजात शिशु आदि की स्वास्थ्य एवं पोषण की आवश्यकता के बारे में समझ विकसित करना।

3. प्रशिक्षण सामग्री :-

- सेहत की किताब
- सेहत क कांवर (फिलप चार्ट) 5 भाग
- सेहत चक्र
- सेहत के पत्ते
- फिल्म प्रदर्शन
- स्टेशनरी, ड्राइंग शीट, पेन आदि।

4. प्रशिक्षण विधि :-

परस्पर चर्चा, समूह चर्चा, रोल प्ले, गेम, फील्ड विजिट, रीडिंग, Question and Answer.

5. मेरी भूमिका:-

मितानिन प्रशिक्षण में मेरी भूमिका मेहमान प्रशिक्षक के रूप में थी। मेरे लिए अतिरिक्त सत्र आयोजित किए गए। इसमें मैंने मितानिन के व्यक्तित्व विकास व स्वास्थ्य के मुद्दों पर चर्चा की। गांव में मितानिन की भूमिका, मितानिन की स्वयं की पहचान स्वास्थ्य व्यवस्था के साथ उसके रिश्ते कैसे हो? इस पर चर्चा हुई। गांव में फैलने वाली मौसमी बीमारियाँ के नियंत्रण में उसकी भूमिका मलेरिया या दस्त की दवाई देने से कहीं ज्यादा है। वह ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को सक्रिय कर बहुत सी स्वास्थ्य समस्याओं को कम कर सकती है। यह जानकर भी समूह को नयी ऊर्जा मिली की वह ए. एन.एम. के साथ है न आगे न पीछे। चर्चा में मितानिन की कई चिंताएं भी निकलकर आईं। अधिकांश चर्चा में मितानिन नियमितकरण की मांग को लेकर रैली निकालने का सोचाती है। टीकाकरण का पैसा समय पर न मिलने से है। अस्पताल में उनको अपेक्षित सम्मान आशा है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के अनटाईटफंड के प्रवाह व उपयोग के बारे में वह कई लोगों से घिरी हुई महसूस करती है।

6. SWOT विश्लेषण :-

S - परस्पर चर्चा आधारित सत्र, मितानिन प्रशिक्षकों में सक्रियता व जज्बा, फीलिंग विजिट का समावेश होना, कार्य-सूची का पालन करना, कार्यों का बंटवारा, पर्याप्त प्रशिक्षण सामग्री, बजट।

W - साफ-सफाई का अभाव। साबुन, बाल्टी, मग आदि का उपलब्ध न होना। दस्तावेजीकरण का अभाव। प्रशिक्षकों में तकनीकी ज्ञान की कमी।

O - मितानिन की सक्रिय उपस्थिति। दिलचस्पी का स्तर। प्रशिक्षण की पूर्व तैयारी के लिए राज्य में सपोर्ट सिस्टम होना।

T - प्राथमिक स्वास्थ्य तंत्र के सेवा प्रदाताओं की उपस्थिति, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के अधिकारियों की केवल औपचारिक दिलचस्पी, जिला मलेरिया नियंत्रण तंत्र की दिलचस्पी व सक्रियता न होना।

2.2 " ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती "

2.2.1 भूमिका -

छ.ग. राज्य में सन् 2005 में मुख्यमंत्री स्वास्थ्य पंचायत योजना के नाम से, ग्राम पंचायतों को स्वास्थ्य के प्रति संवेदनशील बनाने की योजना शुरू की गई। इसके मूल में संविधान के 73 वे संशोधन अधिनियम-1993 की वह भावना थी जिसमें "ग्राम विकास के उत्तरदायित्व में ग्राम पंचायत को शामिल करने की बात कही गई है। छ. ग. पंचायती राज्य व्यवस्था में इसे लागू करने के लिये 5 स्थायी समितियां ग्राम पंचायत के अन्तर्गत बनाई गई है। इसमें एक स्थायी समिती" शिक्षा, स्वास्थ्य एवं समाज कल्याण समिती" के नाम से बनी है। इसमें सभापति संरपच होता है। यह समिती वर्ष 2005 से 2007 तक मितानिन के चयन समिती के सदस्यों के स्वास्थ्य संबंधित प्रशिक्षण, स्वास्थ्य के 32 मानव विकास सूचकांको के आधार पर परिवार सूचनाओं का संग्रहण व मलेरिया बचाव व रोकथाम की पंचायत स्तरीय निर्माण में सक्रिय रही है।^{पप,पपप}

वर्ष 2007-08 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत बनाई जाने वाली "ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती" को उपरोक्त "शिक्षा, स्वास्थ्य एवं समाज कल्याण समिती" के अंतर्गत स्थापित किया गया है। इसका अध्यक्ष पंचायत की स्थायी समिती से (संभव हो तो महिला प्रतिनिधि) सचिव, पंचायत सचिव को बनाने की प्रावधान रखा गया। स्वास्थ्य पर किये जाने वाले खर्च के लिये निर्बाध कोष (untied Fund) के रूप में 10,000 रु संयोजक मितानिन व सचिव के नाम पर बैंक में खाता खोलकर रखे गये। इसके अन्य सदस्य के रूप में गांवों के सक्रिय स्वसाहयता समूह के सदस्य, युवा समिती के सदस्य, गांव की दाइयां, ए.एन.एम, आंगनवाडी कार्यकर्ता, गांव के पारे/वार्ड के प्रतिनिधि, हेडपम्प मेकेनिक, राशन दुकान संचालक गांव के स्कूल के अध्यापक, उसी गांव की निवासी मितानिन प्रेरक, कोटवार जल समिति के सदस्य व स्वयंसेवी संगठन के सदस्य के कार्यकर्ता भागीदारी निभा सकते हैं।^{पप,पप}

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं और मुद्दों पर छ.ग. राज्य स्वास्थ्य मिशन द्वारा अपेक्षित कार्यों की निष्पादित कर पंचायत की स्थायी समिती को अपने कार्यों की जानकारी देगी।

2.2.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य की ब्लाक कोटा में स्थिती :-

ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिती के सदस्यों वा व्यक्तिगत साक्षात्कार व पंचायत के दस्तावेज के आधार पर 5 ग्रामों से प्राप्त सूचनायें निम्नानुसार है।

नाम एवं पहचान – गांव के संचालित बहुत से समूह व समितियों के बीच इसे मितानिन समिती के रूप में पहचान मिली है।

चयन :-

अध्यक्ष – वर्तमान में सभी 5 गांव में ग्राम पंचायत की महिला पंच के अध्यक्ष के रूप में चयनित किया गया है।

सचिव – पंचायत सचिव

संयोजक – मितानिन ही इस समिती की संयोजक है जो वर्षवार बदलती रहती है।

खाता संचालक – संयोजक मितानिन सचिव पंचायत, वर्तमान में महिला पंच व संयोजक मितानिन के नाम संयुक्त खाता।

शेष सदस्य दिशा निर्देश के अनुरूप चयनित/ अधिकत सदस्य संख्या 12 तक है।

बैठकें – सभी गांव में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती की बैठके वर्ष में एक बार ग्राम सभा के साथ होती है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के नाम से अलग से बैठक बुलाने पर सदस्य नहीं आते है। बैठक के लिये पूर्व सूचना पांच में से केवल दो गांव मे दी गई है। जिसमें स्पष्ट कहा गया है। कि स्वास्थ्य पंचायत योजना के अंतर्गत ग्राम बनी ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती की बैठक रखी गई है। पंचायत द्वारा 32 मानव विकास सूचकांक की जानकारी अपने स्तर पर भरकर भेजी जाती हैं। इसमें मितानिन की कोई भूमिका नहीं होती है। मितानिन प्रेरक के माध्यम से होने वाली पारा बैठकों व गांव में स्वास्थ्य संबंधी हस्तक्षेप की जानकारी पंचायत में नहीं होती है। इसमें मितानिन की भूमिका वर्णित आदर्श स्थिती से भिन्न ही होती है।

समिती का लेखा जोखा – शिक्षा स्वास्थ्य समाज कल्याण समिती एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती से संबंधित सदस्यों के बारे में पांच में से तीन गांव में जानकारी ग्राम पंचायत के पास उपलब्ध नहीं है। जो जानकारी मिलती भी है उसमें और वास्तविकता में पर्याप्त अंतर है। जिन दो गाँव की समिती के पास लेखा जोखा, प्रोसेडिंग रजिस्टर आदि मिलता है वह वे गांव है जहां ग्राम पंचायत का मुख्यालय है। मितानिन संयोजक या अन्य मितानिन के पास दस्तावेज के रूप में केवल पहली बार गठित ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के सदस्यों के नाम की सूची की फोटा कॉपी है। समिती में होने वाले परिवर्तन (संयोजक मितानिन बदलना) की नई सूची सूचना के रूप में मितानिन प्रेरक द्वारा पंचायत

सचिव व एक प्रति बैंक में जमा करवाई जाती है। सबसे अधिक नवीन सूचनाएं केवल मितानिन प्रेरक के पास होती है। इसको वह अपनी याददाशत व व्यक्तिगत कापी में नोट करके रखती है।

ग्राम स्वास्थ्य योजना :- इसके क्रियान्वयन के बारे में जानकारी मितानिन प्रेरक को हैं किन्तु अन्य कार्यों की व्यस्तता, पंचायत की उदासीनता के कारण यह नहीं बन पायी है। सचिव ने इसके बारे में एक बार जानकारी भरकर भेजी है। सभी 5 गांवों की 6 मितानिन इसके बारे में संतोषजनक उत्तर नहीं दे सकी है। जबकि 5 को ग्राम स्वास्थ्य योजना के बारे में कुछ भी नहीं मालूम था।

अनटाईड फण्ड :- अनटाईड फण्ड के बारे में सचिव,संरपच,पंच, सभी मितानिन को पता है। इसके खर्च का निर्णय 5 में से चार समिती में संयोजक मितानिन व सचिव के द्वारा लिया गया था केवल एक ग्राम सभा की बैठकों में इसका प्रस्ताव पास हुआ। इस मद की राशि कहां खर्च की गई इस बारे में दूसरी मितानिन से पूछने पर उसने अनभिज्ञता दर्शायी।

वे मदें जिन पर राशि खर्च की गई :- नल (हैण्डपंप) की जगत सोहता, गढ़डा, सिंग, आधारित वजन मशीन, दीवार लेखन (दवा सूची, नारे), सस्ते चश्मे, मितानिन की रोजी के रूप में (केवल एक केंस)।

2.2.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती का पुनर्गठन व सहायता

ग्राम लालपुर व सल्का में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती का पुनर्गठन किया गया। ग्राम में बैठक से पूर्व, सूचना के लिए मुनादी करवाई गई। सहायता-मितानिन ट्रेनर व सदस्यों को सही प्रोसेडिंग लिखने का तरीका बताया। प्रोसेडिंग के महत्व को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के सामने बताया गया। इसमें समिति के सदस्यों ने दिलचस्पी दिखाई। इन्हें परस्पर स्वास्थ्य संबंधी, खाते संबंधी व बैठक संबंधी सूचनाओं को बांटने पर प्रेरित किया। फण्ड के खर्च के संबंध में तर्कसंगत निर्णय लेना सिखाया। वाउचर और बिल की फाइलिंग सिखाई।

2.2.3 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती द्वारा कुपोषित बच्चों पर खर्चा

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में आने वाले 10,000 रु. के अनटाईड फंड का उपयोग स्वास्थ्य संबंधी सामुदायिक गतिविधियों पर खर्च करने के लिए किया जाता है। सामान्यतः यह फंड भौतिक संरचनाओं के निर्माण व साफ-सफाई में खर्च होता है। जो कि इस अनुदान की मूल भावना के खिलाफ है। इस राशि का उद्देश्य ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती को सुचारु संचालन हेतु ईंधन प्रदान करना है ताकि समिती सक्रिय बनी रहे। यह राशि समिती की स्वास्थ्य संबंधी बैठकों में, नारे लिखवाने, आकस्मिक रेफरल में, मितानिन की रोजी में की जा सकती है। ऐसे कार्यों में भी खर्च की जा सकती है। जिससे भविष्य में स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं की रोकथाम में मदद मिल सके।

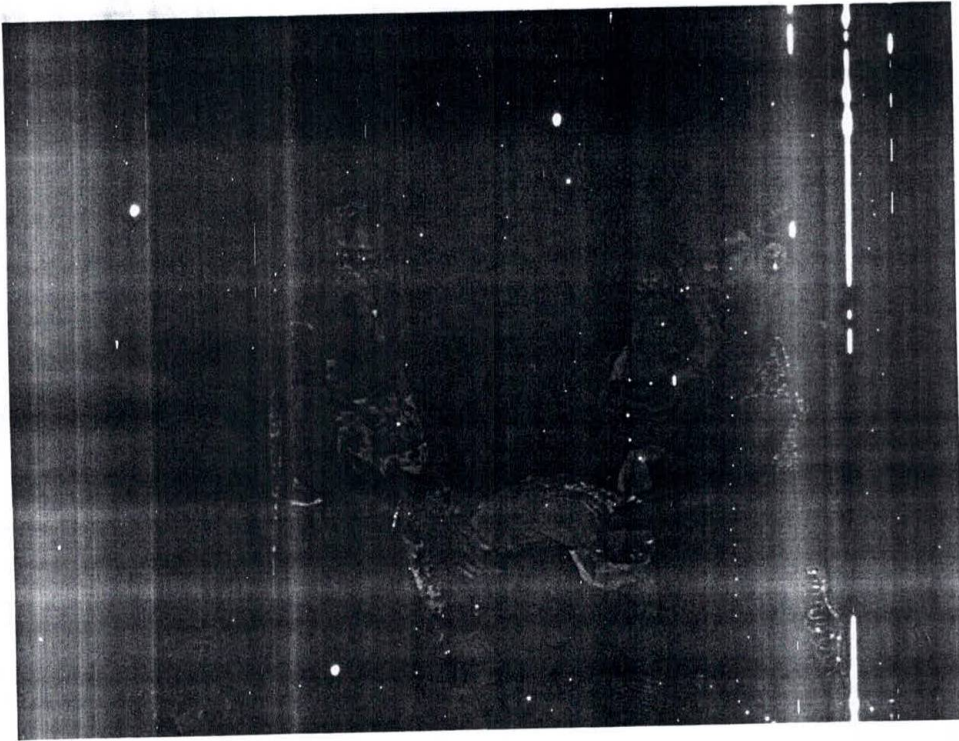
ग्राम करका में 0-5 वर्ष आयु के बच्चों के वजन करने पर 43 प्रतिशत बच्चें सामान्य से कम वजन व 10 प्रतिशत बच्चे अति गंभीर कुपोषण में मिले। इस कारण एक माह में बच्चे कई-कई बार बीमार हो रहे थे। बच्चों की रोग प्रतिरोधक क्षमता बढ़ाने का एक मात्र उपाय पोष्टिक आहार उपलब्ध करवाना था। इस हेतु आवश्यक पोषक सामग्री को खरीदने के लिए रूपयों की जरूरत थी। जिसे ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के माध्यम से खरीदा गया। यह इसलिये भी आवश्यक था कि रसोई के आयोजन के उद्देश्यों के अनुरूप गांव से पर्याप्त खाद्य सामग्री इकट्ठा नहीं हो पाई थी। उदा. के लिये तिलहन व दाल का उत्पादन गांव में नहीं होता है। इसे बाजार से ही खरीदा जाना था। अतः बच्चों की माताओं के समूह के साथ यह निर्णय लिया गया की इस रशि की व्यवस्था करने के लिये इती सप्ताह होने वाले ग्राम सभा में चर्चा की जाए।

प्रक्रिया - समुदाय में उपस्थित स्वास्थ्य संबंधी सकारात्मक व्यवहार को खोज कर करने के लिए 12 दिवसीय रसोई का आयोजन करने का लक्ष्य तय हुआ। इस गतिविधि में समुदाय की भागीदारी बढ़ाने के लिए कम वजन वाले बच्चों की स्थिति से ग्राम पंचायत को अवगत करवाया गया। इसी समय राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी योजना के सामाजिक अंकेक्षण के उद्देश्य से गांव में ग्राम सभा का आयोजन हुआ। इसमें पंचायत सदस्यो व ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के सदस्यों से अनटाइड फंड के उपयोग के बारे में मितानिन व माताओं द्वारा चर्चा की गई।

इस बैठक समिती के सदस्यों ने चर्चा के बाद व मितानिन रोजी के लिये आने वाले खर्च को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के अनटाइड फण्ड से देने की घोषणा की। 12 दिन के रसोई के सत्र दौरान कम वजन के बच्चों के लिए पोषक भोजन माताओं के द्वारा रोजना तैयार किया जाता था। इसमें चावल, आटा लकड़ी व कुछ दाल घरों से, माताएं स्वयं लेकर आती थी। साबुन व कृमिनाशक दवा जन स्वास्थ्य सहयोग के माध्यम से उपलब्ध करवाई गई दाल, तेल, मुंगफली का दाना, शक्कर गांव की दुकान से खरीदे गए। दूध का उत्पादन गांव में एक-दो घरों में होने के कारण इसे अन्य गांव से खरीदा गया है। इसमें खर्च की गई राशि अनटाइड फण्ड से खर्च की गई। सत्र के अंतिम दिन ग्राम पंचायत की ओर से मितानिन को सम्मान स्वरूप एक साडी वा नारियल उपहार स्वरूप प्रदान किया गया।

निष्कर्ष :- ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती में आने वाले रूपयों के बारे में समुदाय में सही जानकारी देना और उसके उपयोग हेतु प्राथमिकता तय करने में मदद करना एक चुनौतीपूर्ण कार्य है। पंचायत व समिति में आने वाले रूपयों के उपयोग के लिए भौतिक ढांचा ग्राम निर्माण को ही केन्द्र में रखवाने की परंपरा वर्षों से बनी हुई है। यदि इस पैराडाइम को "भौतिक निर्माण" समुदाय के स्वास्थ्य

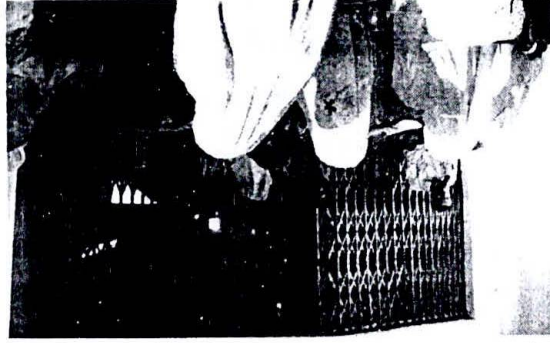
निर्माण में खर्च करने में हम सफल हो पाते हैं तो हम कह सकते हैं कि कुछ सीमा तक हम स्वास्थ्य का सामुदायिकीकरण कर पाए हैं।



चित्र क्रमांक - 1

12 दिन के पोषण सत्र की समाप्ति के बाद मितानिन का सम्मान करती स्वास्थ्य समिति की सदस्य

विकासक - 3 ग्रामस्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, ग्राम सुरही की बैठक में टी.बी. पर विचार-विमर्श



कार्यकर्ता, ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता व मित्रानि को सहयोग देने का वचन दिया। मित्रानि के माध्यम से किये जाने पर समिति ने निर्णय लिया। अंत में उपस्थित समुदाय ने आंगनवाड़ी की जांच के लिये समीप के मोबाइल क्लिनिक (उपस्वास्थ्य केंद्र) तक जाने की व्यवस्था कार्यकर्ता ने अपनी भूमिका को बताया। मरीजों का उपचार, खंखार व संक्रमित वस्त्रों को सफाई पर चर्चा। बच्चों टी.बी. के संक्रमण को फैलने से रोकने के लिये किये जाने वाले कार्य की जानकारी के रूप में कार्यकर्ता पोषण और टी.बी. पर हुई इस चर्चा में टी.बी. के लक्षणों वाले बच्चों के माध्यम से विस्तार से बात हुई। संक्रमण के बारे में जान कर लोगों के मन में जिज्ञासा उत्पन्न हुई और उन्होंने कुछ प्रश्न भी पूछे। गई। टी.बी. के लक्षणों के बारे में जानकारी देते हुए इस विचार के माध्यम से समझाया गया। टी.बी. के कहानी का वर्णन किया गया। स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा टी.बी. के सामाजिक कारण (गरीबी) पर चर्चा की उपचार संभव है। टी.बी. उपचार पूर्ण कर चुके व्यक्तियों के द्वारा उपस्थित समुदाय के सामने अपनी गांव में मीटिंग के दौरान इस बात पर चर्चा की गई की टी.बी. एक बीमारी है, न कि प्रेतबाधा। इसका

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक में हुये चर्चा के मुख्य बिन्दु :-

किन्तु गांव से बाहर होने के कारण वह सम्मिलित नहीं हो सकी।
लाम ले चुके टी.बी. के मरीज शामिल थे स्थानीय ए.एन.एम. को भी इसमें आमंत्रित किया गया था। सदस्य, मित्रानि, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, जन स्वास्थ्य सहयोग की स्वास्थ्य कार्यकर्ता और पूर्व में उपचार टी.बी. बीमारी के संक्रमक व्यवहार और उसके कारण पर चर्चा करना था। इस बैठक में समिति के स्वच्छता समिति के साथ बैठक करने का निर्णय लिया गया। बैठक का उद्देश्य ग्रामीणों से चर्चा कर जनजाति बहल गांव सुरही में टी.बी. के मरीजों की बढ़ती संख्या के कारण यहां ग्राम स्वास्थ्य एवं व्यवहार और रोकथाम के उपाय के बारे में जानकारी देना स्वास्थ्य में एक बेहतर निवेश है। बैगा "ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति" के सदस्य स्थानीय समुदाय से होते हैं। इनको स्वास्थ्य संबंधी

2.2.4 टी.बी. की रोकथाम के लिये ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति पहले :-

2.3 मितानिन प्रेरक / प्रशिक्षक -

2.3.1 परिचय : -

मितानिन प्रेरक / प्रशिक्षण छ.ग. के स्वास्थ्य पत्र की विशेषता है। यह मितानिन और स्वास्थ्य व्यवस्था के बीच की महत्वपूर्ण सेतु है। मितानिन प्रशिक्षक को मितानिन प्रेरक के रूप में भी जानते हैं। इनकी नियुक्ति मितानिन के चयन के साथ-साथ हुई। इनकी मुख्य जिम्मेदारी है मितानिन को प्रशिक्षण, स्वास्थ्य संबंधी सुचनाओं का दस्तावेजीकरण, मितानिन को सहायता करना, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के चयन, गठन व प्रशिक्षण में सहायता करना, गाँव भ्रमण करना, ए. एन. एम., आँगनवाड़ी कार्यकर्ता व पंचायत सचिव के साथ समन्वय करना, ग्राम स्वास्थ्य योजना का निर्माण करना आदि इसकी जिम्मेदारी है। एक मितानिन प्रेरक के कार्य क्षेत्र में 3-5 ग्राम पंचायत आती है। यह अपने कार्य की रिपोर्टिंग माह में 2 बार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पर होने वाली बैठकों में डी. आर. पी. को करती है। यह मितानिन हेल्प डेस्क के रूप में बारी बारी से सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पर ड्यूटी करती है। यह डेस्क मितानिन को स्वास्थ्य केंद्र में आने वाली समस्याओं के बारे में सहायता उपलब्ध करता है। इनको मासिक भत्ते व यात्रा व्यय मिलता है।^{अप}

2.3.2. मितानिन प्रेरक की भुमिका का विश्लेषण -

मितानिन प्रेरक की भुमिका को ध्यान में रखते हुए इनके कर्तव्य, कार्यभार, क्षमता, अपेक्षा, रुचि और संसाधनों का आकलन महत्वपूर्ण है। कोटा ब्लाक के 20 मितानिन प्रेरक से लिखित फार्म और चर्चा (सेमी स्ट्रक्चरल इंटरव्यू) से प्राप्त जानकारी का विश्लेषण निम्न बिन्दुओं में किया जाता है -

1. चयन - 20 मितानिन में से केवल 4 का चुनाव समुदाय के द्वारा किया गया है। शेष 16 प्रेरक की नियुक्ति साथी प्रेरक / डी.आर.पी. या स्वास्थ्यकर्मी के कहने पर हुई है। इसमें 2 पुरुष कार्यकर्ता हैं।
2. साक्षरता - 18 प्रेरक 10 वी. कक्षा या उससे अधिक पढ़ी लिखी हैं। 2 प्रेरक 10वीं से कम पढ़ाई की हैं।
3. क्षेत्र की जानकारी - सभी प्रेरक अपने क्षेत्र की पंचायत, सचिव आश्रित गाँव, मितानिन, ए.एन. एम., प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के चिकित्सक आदि के बारे में जानते हैं।
4. प्रशिक्षण - 20 में से 14 प्रेरक अब तक हुए सभी जिला स्तरीय प्रशिक्षण में शामिल हुए हैं। और इन जानकारियों से मितानिन को भी अवगत कराया है।

5. निवास व भ्रमण – अपने कार्यक्षेत्र के गाँव से 8 मितानिन प्रेरक आते हैं। शेष मितानिन प्रेरक अन्य गाँव में रहती है। गाँव भ्रमण के लिए औसतन मितानिन प्रेरक को 8 कि.मी. यात्रा करनी होती है। एक मितानिन प्रेरक से उसके कार्यक्षेत्र गाँव की अधिकतम दूरी 19 कि.मी. है। 50 प्रतिशत मितानिन प्रेरक को गाँव भ्रमण के लिए परिवार के सदस्य या दिन में एक बार गुजरने वाली बस सेवाओं का सहारा लेना पड़ता है। इस कारण सुगम और नजदीक के गाँव में जाने की आवृत्ति अधिक है। डी.आर.पी. के साथ गाँव भ्रमण करते समय भी भैंगालिक जटिलता का सामना करना पड़ता है। यही भ्रमण की आवृत्ति सीधे-सीधे दवा पेटी के रिफिलिंग से भी जुड़ी हुई है। जिसकी जिम्मेदारी भी मितानिन प्रेरक पर डाली गई है।
6. समाजिक जाति – आदिवासी बहुल कोटा ब्लाक में केवल 4 मितानिन प्रेरक ही आदिवासी समुदाय से हैं। लगभग 8 मितानिन प्रेरक कुलीन समुदाय से व 8 प्रेरक अनुसूचित जाति, पिछड़ा वर्ग व अल्पसंख्यक समुदाय से हैं। यह जातिगत समीकरण मितानिन प्रेरक के किसी कार्य में बाधक नहीं है। अपितु बैगा, बिरहौर, माँझी जैसी संरक्षित जनजाति के साथ तालमेल बैठाने में इनको समस्या आती है, इनके मोहल्ले व बस्ती में भ्रमण किसी विशेष मौसमी बीमारी के फैलने पर ही हो पाता है।^{अपप}
7. ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती – ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती के गठन, प्रशिक्षण व ग्राम स्वास्थ्य योजना की जिम्मेदारी इन पर डाली गई है, किन्तु गठन के आगे की बात करने की क्षमता मितानिन प्रेरक में नहीं है। अनटाइण्ड फण्ड के विवाद, पंचायत, पंचायत सचिव व समिती के सदस्यों के प्रशिक्षण के लिए वे स्वयं को अक्षम महसूस करती है। समिती के खर्च, बैठकों की निगरानी व सक्रियता को लेकर स्वयं की जिम्मेदारी के बारे में जानकारी रखती है।

सारांश – मितानिन प्रेरक व्यवस्था की होने के बाद भी समुदाय (मितानिन) को सारांश है। फील्ड में कार्य करने वाले स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के समान उसे भी कई कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती की सक्रियता उसके लिए बड़ी चुनौती है। हेल्प डस्क के माध्यम से उसने गाँवों को अस्पताल से अधिक व बाजार से कम दवा दिलवाने में सफलता पाई है। अभी प्रयास जारी है।^{अपप}

सामुदायिककरण की स्थिति का निष्कर्ष :-

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के आने से पहले ही, छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य सेवाओं के सामुदायिककरण की दिशा में हुए प्रयास से स्वास्थ्य के क्षेत्र में कुछ सुधार दिखाई देता है. मिशन के आने के बाद ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के नाम से कुछ रुपया गांव में रखा गया है. इस समिति के नाम पर लोग जमा भी होते हैं. इस नाम को आगे बढ़ाने की दिशा में मितानिन प्रशिक्षक पंचायत के साथ दूसरे बैल की भूमिका निभा कर गाड़ी को खींच रही है रही है. बिलासपुर जिले में डी एल एच एफ-३ के अनुसार कुल चार “ पंचायत राज सम्बन्धी” व्यक्तियोंसउज्ज को ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं का प्रशिक्षण मिला है और जिले में कुल तेरह ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति बनी है. इस वास्तविकता को जानने के बाद हम अच्छी तरह समझ सकते हैं की क्यों “ मितानिन की समिति ” (ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति) की बैठक की औपचारिकता पारा बैठक में पूर्ण कर ली जाती है.ग्राम सभा में महिलाओं की संख्या बढ़ी है.पर सभी २० में १८ मितानिन प्रेरक महिला है और मितानिन के समूह से निकल कर आई है. इसलिए गांव की बैठक में कभी कभी मितानिन समिति केवल महिला समिति बन कर रह जाती है.

ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति जब स्वास्थ्य के नाम पर पैसा खर्च करने के लिए और टी बी मरीजों के लिए संवेदन शील हों सकती है तो अपने गांव की स्वास्थ्य योजना बनाने में भी सक्षम है.किन्तु उस की संवेदनशीलता को बढ़ाने के लिए गांव के लोगों को सम्मान, सुरक्षा और पर्याप्त प्रशिक्षण मिले .अभी तो हम अपनी मितानिन को अपने अस्पताल में सम्मान देने में भी सक्षम नहीं है. प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा को “फर्स्ट एड किट ” की सोच से बाहर निकल कर सोचना जरूरी है अन्यथा हम इस को कुछ साधारण दवा और निचले क्रम के स्वास्थ्य कर्मचरियों के हवाले कर इतिश्री कर लेंगे . तो “हम सब के लिए “ स्वास्थ्य का लक्ष्य हासिल कर पाना कठिन होगा .

2.4 कम्युनिटी डायग्नोसिस

2.4.1 भूमिका :- सामुदायिक स्वास्थ्य में व्यक्ति से अधिक समुदाय की भावना पर बल दिया जाता है। अर्थात् सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में व्यक्ति नहीं अपितु पुरे समुदाय और उसकी समस्याएँ होती हैं। इनको पता करने की प्रक्रियाएँ सामुदायिक निदान कम्युनिटी डायग्नोसिस कहलाती हैं।¹⁰⁰

उदाहरण के लिए – किसी स्वा. कार्यकर्ता या चिकित्सक द्वारा उपचार करते समय मरीज से बिमारी के लक्षण और प्रभाव के बारे में पुछ कर बिमारी का सही पता लगाने का प्रयास किया जाता है। इसी प्रकार मरीज से इस बिमारी के अन्य मरीजों के बारे में पुछना कि गाँव में और कितने मरीज होंगे, गाँव में पीने के पानी के कितने स्रोत हैं, कितने उसमें सुरक्षित हैं, गाँव की कितनी आबादी तक इनकी पहुँच है आदि प्रश्न समुदाय के रोग निदान से संबंधित हैं। इसे ही सामुदायिक निदान कहा जाता है।

किसी समस्या के कारकों का पता लगाना, कारणों को जानना और प्रभावों का अध्ययन करना सामुदायिक निदान की प्रक्रिया के ही अंग है। सामुदायिक निदान को हम सामाजिक अनुसंधान के रूप में भी समझ सकते हैं।

2.4.2 सामुदायिक निदान की प्रक्रिया के निम्न उद्देश्य हैं –

1. यह प्रक्रिया पुरे समुदाय के सभी वर्गों को एकसाथ लाकर आपस में एकसुत्र में देखने का नजरीया देती है (व्यक्तिगत से सामुहिकता की ओर)।
2. यह समुदाय को समस्या के प्रति संवेदशील बनाने में सहायक होती है।
3. इससे समुदाय की क्रिया शिलता और सहभागीता को बढ़ाया जा सकता है।
4. यदि पुरी प्रक्रिया सावधानी पूर्वक की जाए तो शराब, मलेरिया, टीबी, महिला हिंसा आदि के उन्मुलन के रूप में यह 'सामुदायिक टीके' के रूप में उपयोग की जा सकती है।

(स्रोत: नरसुन्द सुभा प्रथम कलेक्टिव, भागान)

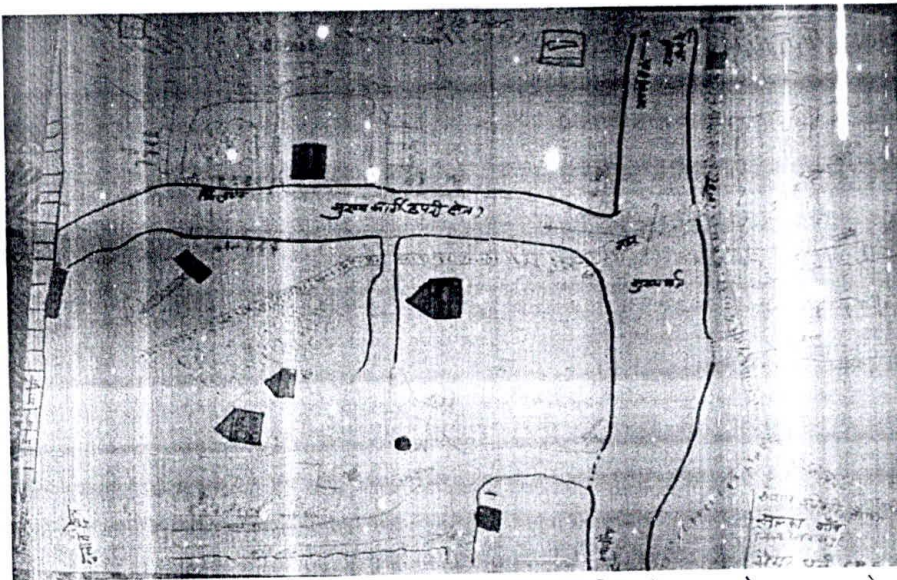
2.4.3 सामुदायिक निदान के बदलते प्रतिमान –

1. तत्काल निदान (स्रोत: नरसुन्द सुभा प्रथम कलेक्टिव, भागान)
2. सहभागी ग्रामीण आकलन (स्रोत: नरसुन्द सुभा प्रथम कलेक्टिव, भागान)
3. प्रीफेंस स्कोरींग (स्रोत: नरसुन्द सुभा प्रथम कलेक्टिव, भागान)

1. तत्काल निदान— यह एक त्वरीत प्रक्रिया है। इसमें भ्रमण, अवलोकन व चर्चा के माध्यम से सुचनाओं को एकत्रीत किया जाता है।

2. सहभागी ग्रामीण आकलन— यह परंपरागत आकलन से अधिक परिष्कृत होता है। यह तत्काल ग्रामीण आकलन/तत्काल निदान से इस रूप में बेहतर है कि प्रक्रिया के माध्यम से प्राप्त सूचनाओं का विश्लेषण समुदाय के साथ मिलकर किया जाता है। इसकी कई प्रचलित पद्धतियां जिनको आवश्यकता अनुसार प्रयोग में लाते हैं।
3. प्रीफेंस स्कोरींग— यह भी सामुदायिक निदान का एक प्रकार है। सेल्फ गर्भनेस को बढ़ावा देने के उद्देश से किसी समुदाय की सहभागिता का विश्लेषण मौके पर ही किया जाता है। इसमें उनकी संस्कृति, सहूलत, स्थानीय शब्दों और विश्वासों से बनी व्यवहारिक विकल्पों को उनके साथ बैठकर समझा जाता है। स्थानीय शब्दों के प्रयोग से विकल्पों की अभिव्यक्ति होती है। वास्तव में प्रीफेंस स्कोरींग में नंबरों को जोड़ा या घटाया नहीं जाता है। यह प्रक्रिया भविष्य में व्यवस्था प्रतिस्थापन के लिए धरातल तैयार करती है। इसके पीछे की मूल भावना समुदाय को अपनी स्वास्थ्य व्यवस्था को जानने और उसमें से अपने लिए बेहतर विकल्प चुनने का भी अवसर देती है। सहभागी ग्रामीण आकलन से इसका बुनियादी अंतर यह है कि यह प्रोजेक्ट के बंधे हुए ढांचे के अंदर प्रक्रिया को तलाशता है। जबकि प्रीफेंस स्कोरींग का लक्ष्य इस प्रक्रिया के माध्यम से भविष्य की सामुदायिक प्रक्रियाओं को गति देना है। समुदाय के अंदर संभावनाओं को दिश प्रदान करना है।

2.4.4 प्रयास — सलका गांव में पी.आर.ए. (सहभागी ग्रामीण आंकलन) के माध्यम से सामुदायिक समस्याओं को जानने प्रयास किये गये।



ग्राम सलका का मानचित्र — ग्रामीण सहभागी आंकलन के माध्यम से

2.5 रिश्ते (समन्वय) :- फेलोशिप के माध्यम से क्षेत्रीय संस्था (फिल्ड ऑर्गनाइजेशन) के नेटवर्क और अन्य संस्थाओं के साथ कार्य करने का अवसर मिलता है. पिछले दो वर्षों में ऐसे ही कई अवसर मिले .

2.5.1 प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्था के साथ समन्वय :- सामान्यतः सरकारी व्यवस्था और विभिन्न गैरसरकारी संस्थाओं का कार्यक्षेत्र तो सामान होता है पर कार्यशैली को लेकर विभिन्नता पाई जाती है. इस कारण कई बार प्रभाव व परिणाम को लेकर मतभेद पाए जाते हैं.और प्रतिद्वन्दी वाला भाव देखने को मिलता है. ऐसा अवसर एक अवसर तब आया जब मलेरिया से होने वाली मृत्यु की सुचना सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र तक पहुंची .इस के कारण कुछ समय तक रिश्तों में तनाव बना रहा .किन्तु मलेरिया की आपदा नियंत्रण में मिलकर काम हुआ. इस के पश्चात रिश्ते पुनः सामान्य हो गए .इन दो वर्ष की अवधि में स्वास्थ्य व्यवस्था को नजदीक से जानने ,समझने और मिलकर काम करने का मौका मिला .



चित्र क्रमांक -2 वी.पी.एम.,डी.आर.पी.और मितानिन प्रेरक के साथ सी.एच.सी.के गलियारे में

2.5.2 अन्य संस्थाएं :- जन स्वास्थ्य सहयोग के कार्य क्षेत्र में कार्य करने के कारण अनेक संस्थाओं को करीब से जानने ,उनसे नेटवर्क बनाने ,प्रशिक्षण देने और लेने का अवसर मिला .

इन के नाम इस प्रकार हैं. नाबार्ड ,आई आई एफ डी सी, पी एच आर एन ,तथापि.केपर फाउंडेशन ,समर्थ ,वर्ल्ड विजन , जिला जनपद पंचायत ,आई सी डी एस ,आदि .

2.6 युनिवर्सल हेल्थ केयर के संदर्भ में समझ –

भूमिका :-

वर्ष 2010 के अंतिम माह में योजना आयोग द्वारा स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने के लिए एक उच्चस्तरीय दल का गठन किया गया है। यह दल समाज के सभी वर्गों को समान रूप से, निशुल्क स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध करवाने के लिए एक ड्राफ्ट तैयार कर आयोग के सामने प्रस्तुत करेगा। इस दल में सदस्यों में संस्था के वरिष्ठ डॉ. योगेश जैन के होने के कारण इस से संबंधित चर्चा, क्षेत्रीय कार्य, आंकड़ों का संग्रहण व विश्लेषण में टीम के सदस्य के रूप में भी शामिल रहें।

स्वास्थ्य और योजना आयोग:-

योजना आयोग की स्थापना मार्च 1950 में भारत सरकार द्वारा "देश के संसाधनों के समुचित उपयोग, उत्पादन में वृद्धि और समुदाय की सेवा में सब को अवसर प्रदान करने के द्वारा लोगों के जीवन स्तर में तीव्र वृद्धि को प्रोत्साहित" करने के लिए की गई है। स्वास्थ्य कार्यक्रम बना कर उसे पंचवर्षीय योजनाओं के माध्यम से लागू करवाने के लिए योजना आयोग में एक पृथक विभाग भी होता है। यह विभाग नियोजन के उद्देश्य से निम्न शाखाओं में बाँटा गया है।

1. जलआपूर्ति एवं सफाई
2. संक्रामक रोगों पर नियंत्रण
3. चिकित्सा शिक्षा, प्रशिक्षण व अनुसंधान
4. चिकित्सा व उपचार की सुविधाएँ (अस्पतालों, दवाखानों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों सहित)
5. जनस्वास्थ्य सेवाएँ
6. परिवार नियोजन
7. चिकित्सा की देशी प्रणाली

उपरोक्त शाखाओं पर पंचवर्षीय योजनाओं में नियोजन व लागू करने के लिए पर्याप्त ध्यान दिया गया है। इसका परिणाम यह है कि वर्ष 1951-1956 की तुलना में शिशु मृत्यु दर व मृत्यु दर क्रमशः 134 व 27.4 थी जो वर्ष 2002-2007 के बीच घटकर क्रमशः 57 और 7.5 हो गई है। इसी प्रकार जीवन प्रत्याश में वृद्धि हुई है। यह 32.1 से बढ़कर 65.4 तक पहुँच गई है। (स्रोत- के. पार्क सामाजिक विज्ञान-09) यह और बात है कि योजना आयोग गठने के पूर्व मृत्यु दर 30-40 के दशक में 50 के दशक की तुलना में नियंत्रण में थी। पंचवर्षीय योजनाओं में स्वास्थ्य पर खर्च होने वाले धन की आपूर्ति सकल घरेलू उत्पाद से की जाती है। वर्तमान सकल घरेलू उत्पाद से होने वाला शासकीय व्यय 0.9 प्रतिशत है जिसे बढ़ाकर 2.0 प्रतिशत लेकर जाने का लक्ष्य रखा गया है। सकल घरेलू उत्पाद वास्तव में देश में विभिन्न स्तरों पर हो रहे उत्पाद से संबंधित होती है।

यह भी उल्लेखनीय है कि प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य पर किए जाने वाले खर्च का केवल 17 प्रतिशत ही सारी स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से सरकार द्वारा वहन किया जाता है। शेष प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य का 83 प्रतिशत व्यक्ति की जेब से खर्च होता है। सरकार द्वारा खर्च किए गये 17 प्रतिशत में भी सरकार शासकीय कर्मचारियों व औद्योगिक श्रमिकों को (सामामन्विक सुरक्षा के अंतर्गत) उपलब्ध कराई गई चिकित्सा व बीमा सुविधाओं पर शामिल खर्च भी शामिल है।¹⁷

युनिवर्सल हेल्थ केयर :-

युनिवर्सल हेल्थ केयर योजना के प्रति बुनियादी रुझान यह है कि स्वास्थ्य पर किए जाने वाले व्यय को सकल घरेलु उत्पाद से न आंकते हुए सकल राष्ट्रिय उत्पाद से आवंटित किया जाए। इसमें डॉचागत स्वास्थ्य के दायरे में शासकीय व निजी दोनों प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं को, लोक स्वास्थ्य के दायरे में लाने का विचार है। एक बीमार मरीज को अपने उपचार के लिए डॉचागत स्वास्थ्य के दायरे में शासकीय व निजी दोनों प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं को लोकस्वास्थ्य के एक छाते में लाने का विचार है। गाँव के किसी मरीज को आवश्यकतानुसार ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता व उपस्वास्थ्य केंद्र से लेकर प्राथमिक, द्वितीयक व तृतीयक स्तर की सारी स्वास्थ्य सुविधाएँ पूर्णतः निशुल्क उपलब्ध हो सकें। इसके लिए बीमारियों की रोकथाम, उपचार, रेफरल सुविधाएँ, दवाइयाँ, डॉचों पर होने वाले खर्च, स्वास्थ्य कर्मियों के भत्ते आदि को जोड़कर प्रति व्यक्ति होने वाले स्वास्थ्य के खर्चों का अनुमान लगाया जाना है। युनिवर्सल हेल्थकेयर के अंतर्गत शासकीय कर्मचारी व आम देहाती, गरीबी रेखा के उपर और नीचे वाले, संरक्षित जनजाति व मध्यवर्गी के बीच स्वास्थ्य के दृष्टिकोण से समानता लाने का प्रयास होगा।

युनिवर्सल हेल्थ केयर के लिए संस्था में की गई चर्चा में व ब्लाक में किये आंकड़ों के संग्रह में कई दिलचस्प बातें भी निकलकर आईं। क्या इसमें गंभीर बीमारियों (क्रोनिक) से पीड़ित मरीजों के लिए पोषक आहार का प्रबंध भी हो सकेगा। दाईयाँ जो घरों पर प्रसव कराती हैं उनकी क्या भूमिका होगी। क्या इस छाते के अंदर वे अस सकेगी। सर्वे में झोलाछाप डॉ. द्वारा मरीजों का इलाज करने, उनकी उपलब्धा फैलाव, व्यय की जानकारी से पता लगता है कि उनका महत्व इसमें कितना है। विशेष बात यह कि टुरसी अंचलों में उन पर कियाजाने वाला विश्वास भी चुनौती पुर्ण है। एक अनुमान के मुताबिक देश में प्रति व्यक्ति दवाई का उत्पादन 500/- वार्षिक है। कैसे "अनिवार्य दवाओं" की श्रेणी में इसे समायोजित किया जा सकेगा। गाँव में फैली असंकामक बीमारियों का कोई निश्चित आंकड़ा स्वास्थ्य व्यवस्था के पास नहीं है। भविष्य में एक डायबिटीज के मरीज को आपकी "ब्लड ग्लूकोज फास्टिंग" (भुखे पेट शक्कर की जाँच) करवाने के लिए आज की तरह जिला चिकित्सालय या 10कि.मी दुर की तहसील की प्रायवेट लेबोरेटरी परजाना होगा। यह सुविधा उसे उपस्वास्थ्य केंद्र परआसानी से उपलब्ध

होने के लिए वहाँ किन-किन संसाधनों को समायोजित किया जाना चाहिए। युनिवर्सल हेल्थ केयर के छाते के नीचे वैकल्पिक चिकित्सकों को भी शामिल करने की योजना है। बीमारियों की राकथाम व पोषण पर खर्च करने के लिए पुरानी व्यव में क्या नयापन लाया जाएगा। (स्वास्थ्य-स्टाफ मिटिंग नोट्स जन.स्वा. सहयोग, विलासपुर)

सच दिलचस्प है कि टैक्स के पैसों के बदले हम बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध कर पाएंगे। WHO के अनुसार हमें स्वास्थ्य पर सकल राष्ट्रीय आय का 5-6 प्रतिशत तक खर्च करना चाहिए। अभी उच्चस्तरीय दल की 2-3 चरण की बैठकों के बाद पहला ड्राफ्ट आ चुका है। इस पर सरकार की ओर से क्या कार्यवाही की जायेगी, यह समय बताएगा। दुसरे शब्दों में "बाजार आधारित" स्वास्थ्य के दलदल में लोक स्वास्थ्य की यह पहल चुनौती रहेगी।

निष्कर्ष :-समुदाय और स्वास्थ्य सेवाएँ साथ साथ हों इस के लिए समुदाय क्या चाहता है इसका निदान करने की ज़रूरत है.समुदायिक निदान की प्रक्रिया वास्तव में जीवित प्रक्रिया हो उत्पाद ना बने इसकी सावधानी रखना ज़रूरी है.इस के लिए चाहे वरिष्ठतम को भी समुदाय के साथ काम करने की आवश्यकता हो तो उस को करना चाहिए. भविष्य में जब हम युनिवर्सल हेल्थ केयर योजना को गांव के स्तर पर कार्यान्वित होते हुए देखना चाहते हैं तो हम को पहले समुदाय से पता करना चाहिए की वास्तव में वह चाहता क्या है.यदि इस दिशा में पहल हो तो मजबूत योजना और उसके सही किर्यान्वयन के बीच की खाई को हम कम कर सकते हैं.

2.7 लेखन

लेखन क्षमता में विकास फेलोशिप की एक विशेष उपलब्धि रही है.लेखन में विशेष सुधार दस्तावेज आधारित लेखन का विकास है. इस के अभ्यास करने से वास्तविक लेखन और आधारहीन लेखन में अंतर करना सीखा .फेलोशिप के दौरान निबन्ध ,शोध कथन ,केस स्टडी आदि को भी लिखा .विस्तार के लिए संलग्न पृष्ठ देख सकते हैं.

कृपया संलग्न दस्तावेज देखें.

- निबंध : कोटा विकास खण्ड में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की वर्तमान स्थिति
- रिसर्च स्टेटमेंट लिखने के लिए अपनी स्थानीय समस्या का प्राथमिकी करण
- केस स्टोरी .१९२९३९
- मलेरिया रोधी दवा के छिडकाव हेतु दिशा निर्देश

3. कुपोषण -

ऐसी रोग विज्ञान स्थिती जो एक या एक से अधिक पोषक तत्वों की कुछ या संपूर्ण कमी या अधिक्य से उत्पन्न हुई हो। इसके चार प्रकार हो सकते हैं।¹⁰⁰

- पोषक तत्वों की कमी - भुखमरी
- पोषक तत्वों का अधिक्य - मोटापा या मधुमेह
- पोषक तत्वों का असंतुलन - लिथायरिज्म
- विशिष्ट पोषक तत्वों की कमी - घेघा रोग

3.1 सामुदायिक स्वास्थ्य में पोषण से संबंधित समस्याएँ -

1. **प्रोटीन उर्जा कुपोषण (पी.ई.एम.) :-** मानव शरीर में अपर्याप्त कैलोरी और /या अपर्याप्त प्रोटीन की कमी कके कारण होता है। "क्वाशिओकोर" और "मसासमस" पी.ई.एम. से पीड़ित बच्चों कासमुदाय में पाया जाना क्षेत्र की बदतर पोषण स्थिती का घेतक होता है। "क्वाशिओकोर" शरीर बनाने वाले भोजन की कमी (प्रोटीन) के कारण होता है। इसके मुख्य लक्षण शरीर या टाँगों पर सुजलख पपड़ीदार तच्चा, पतले व लाल बाता तथा बच्चे की रुस्त अवसी है। " मसासमस" शरीर को उर्जा देने वाले कार्बोहाइड्रेट व वसीय पदार्थों की कमी कारण भयंकर सुखेपन और भुखमरी का संकेत है। जन्म से पाँच वर्ष तक की आयु समुह के 59 प्रतिशत बच्चे इससे पीड़ित होते हैं। बच्चों का 80 प्रतिशत विकास भी 5 वर्ष तक की आयु के पुर्व ही होता है।
2. **कुपोषण से उत्पन्न एनिमिया :-** शरीर में आयरन और फोलिक एसिड के अभाव की स्थिती एनिमिया कहलाती है। भारत में 50 प्रतिशत बच्चे और महिलाएँ इससे प्रभावित हैं जबकि गर्भवती महिलाएँ में इसका प्रतिशत 60-80 तक हो सकता है।
3. **जन्म के समय कम वजन:-** इसे जन्मजात कुपोषण भी कहते हैं। यदि बच्चे का वनज 2.500 कि.ग्रा. से कम है तो उसे इस श्रेणी मे गिना जाता है। भारत जैसे विकासशील देश में 30 प्रतिशत बच्चें कम वनज के पैदा होते हैं जबकि विकसित देशों में यह प्रतिशत 3-4 होता है।
4. **पिटामिन ए की कमी :-** शुष्क नेत्र प्रवाह (जीरोप्थेलमिया) नेत्र संबंधी रोग व अंचवत से संबंधित है जो विटामिन ए की कमी से होता है।
5. **आयोडिन की कमी:-** "घेघा रोग" व "मंद मानसिक विकास" आयोडिन की कमी के मुख्य लक्षण है। यह कुपोषण भारत में 15 प्रतिशत तकदेखा गया है। गण्डा (उ.प्र.) व हिमालय के तराई क्षेत्रों में इस रोग का विस्तार मिलता है।¹⁰⁰

3.2 कुपोषण की स्थिति -

छ.ग. राज्य बनने के बाद राज्य की अपनी अलग "सुपोषण नीति" बनाई गई है। जिसमें एन.एफ. एच. एस.-1 व एन.एफ. एच.एस.-2 के आँकड़ों का उपयोग कर उसमें सुधार की बात कही गई है। इसमें अंतरविभागीय समन्वय व एकीकृत नीति निर्माण की बात भी कही गई है। छ.ग. में जन्म के तुरंत बाद दुध पिलाने में सांस्कृतिक अड़चने आती है। यह केवल 24 प्रतिशत बच्चों को ही जन्म के तुरंत बाद (एक घंटे के अन्दर) दुध मिल पाता है 0-5 माह की आयु के बच्चे जिनको माँ का दुध पुरे समय मिल पाता है 82 प्रतिशत है। शेष 18 प्रतिशत बच्चे विभिन्न कारणों से माँ के दुध से वंचित रह जाते हैं। यही बच्चे जब माँ के दुध से हटकर छः माह बाद ठोस आहार लेना शुरू करते हैं तो इनके वजन में गिरावट आने लगती है। 3 वर्ष तक की आयु के कम वजन बच्चे लगभग 52.1 प्रतिशत हैं। ऐसा इसलिए होता है कि माँ के दुध से पर्याप्त आहार मिजता रहता है। जबकी माँ के दुध पर निर्भरता धीरे-धीरे कम होती है। उस समय शरीर में पर्याप्त मात्रा में पोषक आहार नहीं पहुंच पाते। लंबे समय तक प्रोटीन उर्जा कुपोषण का प्रभाव भविष्य में बच्चों के विकास पर पड़ता है। उसकी सक्रियता धीरे-धीरे घटती जाती है। 6 माह - 35 माह तक बच्चा जब तक अबोध रहता है कुपोषण का शिकार भी अधिक होता है। प्रदेश में 81 प्रतिशत बच्चें भोजन में आयरन से भरपूर खाद्य पदार्थों की कमी के कारण एनिमिया का शिकार हो जाते हैं। भविष्य में जब ये व्यस्क होते हैं 26.4 प्रतिशत पुरुष एनिमिया से जीवन भर लड़ते रहते हैं। सामाजिक व्यवस्था के कारण महिलाओं में खून की कमी (एनिमिया) का प्रतिशत पुरुषों से लगभग दो गुना (57.6 प्रतिशत) है। जबवेगर्भवती होती है तो पुरुषों की तुलना में यह प्रतिशत 63.1 यानी ढाई गुना तक हो जाता है। गर्भवती महिला के शरीर में खून की कमी प्रसव के समय अधिक रक्तस्राव के जोखिम को बढ़ाती है, जिसके कारण महिला की मृत्यु भी हो सकती है। व्यस्कों में पोषण के स्तर को नापने के लिए शरीर के वजन के अनुसार उचाई का अनुपात ज्ञात किया जाता है। इसे बी.एम.आई. कहते हैं। इस स्केल पर नापने पर पुरुषों की तुलना में महिलाओं की संख्या अधिक है। सामान्य बी.एम. आई. 18.5 से कम वाले पुरुषों की संख्या कुल आबादी का 41 प्रतिशत है। महिलाओं की संख्या कुल आबादी का 31.8 प्रतिशत है यदि दोनों प्रतिशत को जोड़कर देखें तो कुल आबादी का 72.8 प्रतिशत आबादी प्रदेश में सामान्य से कम वजन वाली है।^{गपपप}

3.3 सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन रसोई के लिए पहल –

भूमिका : विश्व के विभिन्न देशों में पोषण की स्थिति व समस्याएँ अलग होती हैं। विकसित देशों में अतिपोषण सामान्य समस्या है तो विकासशील देशों में पौषक तत्वों की कमी के कारण होने वाला कुपोषण मिलता है। छ.ग. राज्य में 0-3 वर्ष की आयु के 50 प्रतिशत से अधिक बच्चे सामान्य से कम वजन वाले हैं।^{गपअ}

जेलिफे (1966) ने कुपोषण के संबंध में परिस्थिती विज्ञान संबंधित कारणों को रूची बद्ध किया इसमें उसने कुपोषण से संबंधित पारस्थितक प्रभाव, सांस्कृतिक प्रभाव, खाद्यान का उत्पादन, व स्वास्थ्य व अन्य सेवाओं को इसमें शामिल किया है। बिलासपुर जिले के कर्का गाँव में 0-5 वर्ष तक के बच्चों के पोषण स्तर का पता लगाने के लिए किये गये सर्वे में कम वजन बच्चों की संख्या 50 प्रतिशत से अधिक मिली। समुदाय के साथ हुई चर्चा में मुख्य रूप से संक्रामक बीमारियों का प्रकोप गाँव की जटिल परिस्थितियाँ, गरीबी और सांस्कृतिक व्यवहार संबंधी कारक पोषण के स्तर को प्रभावित करने वाले पाये गये।

उद्देश्य :

1. आयु 0-5 वर्ष के बच्चों में पोषण स्तर में सुधार लाने हेतु रसोई केन्द्रित सामुदायिक गतिविधि का आयोजन करना।
2. समुदाय में स्वास्थ्य संबंधित सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन को स्थापित करने के लिए सहभागी प्रयास करना।
3. स्थानीय स्तर पर पोषण और स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारकों (जैसे पानी, स्वच्छता, कृषि आदि) की स्थिती से समुदाय को अवगत कराना।

विशिष्ट उद्देश :

1. समुदाय में 0-5 वर्ष के बच्चों के पोषण स्तर का पता लगाना तथा इस को पोषण की विभिन्न श्रेणियों में बाँटना।
2. बच्चों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों का पता लगाना।
3. बच्चों के पोषण के स्तर और इस को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों के विश्लेषण से प्राप्त जानकारियों को समुदाय के साथ बाँटना।

4. बच्चों के परिवारों में खानपान, रहन-सहन, संबंधी सकारात्मक और असकारात्मक व्यवहारों का पता लगाना।
5. 12 दिवसीय सामुदायिक रसोई व प्रशिक्षण सत्र के माध्यम से परिवारों को बच्चों के स्वास्थ्य और पोषण के लिए जागरूक बनाना।
6. वी.एच.एस.सी. के अनटाईड फंड का उपयोग कर सामुदायिक प्रक्रिया को आर्थिक सहयोग प्रदान करना।

प्रक्रिया :

पॉजिटिव डेवीएंस हर्थ अप्रोच एक सामुदायिक प्रक्रिया है, जिसमें समुदाय को सह भागी बनाते हुए बच्चों के स्वास्थ्य और पोषण के क्षेत्र में सक्षम बनाने का प्रयास करते हैं। पूरी प्रक्रिया और सत्र के मध्य में इस बात को विशेष महत्व दिया जाता है कि स्थानीय आत्म निर्भरता बढ़ सके। इस प्रक्रिया के तीन मुख्य स्तंभ हैं -

1. आंकलन,
2. विश्लेषण,
3. सक्रियता

1. आंकलन - गाँव की स्थिति : कारका गाँव की जनसंख्या है। यह निवास करने वाली जातियाँ गौड़, भैना, मानिकपुरी, मुस्लिम, पैकरा और कंवर हैं। जैसा की गाँव के मानचित्र में दर्शाया गया है) गाँव के दक्षिण दिशा में व दक्षिण-पूर्व में पहाड़ी है। ठीक पूर्व दिशा में तालाब है। वर्षा ऋतु में पानी का बहाव दक्षिण से उत्तर की ओर होता है। उत्तर दिशा में भी पहाड़ी है व घना जंगल है। (यह गाँव सतपुड़ा-मैकल पर्वत श्रेणियों के पूर्वी छोर पर बसा है) कृषि योग्य भूमि के पश्चिम दिशा में है।

कृषि उत्पादन - गाँव की मिट्टी पथरीली होने के कारण कृषि योग्य भूमि का रकबा सीमित है। कृषि योग्य कुल भूमि में केवल 30 प्रतिशत ही सिंचित रकबा है। जिसमें एक बार सिंचाई धनरास गाँव की ओर से आने वाली नहर से हो पाती है। गाँव की मुख्य फसल धान है। जो सभी परिवारों में समान रूप से अगाई जाती है। ज्वार, जोंधरी (मक्का), कोदो, गेहू, जवा आदि का उत्पादन भी गाँव में किया जाता है किन्तु यह अनाज एक या दो माह के भोजन के रूप में चल पाता है।

दलहन – में तिवरा, चना और बटरी मुख्य दाल कही जाती है। कम पानी में होने के कारण तिवरा का उत्पादन इतना होता है कि उसे वर्ष में 6-8 माह तक खाया जा सके। अन्य सिमित मात्रा में बोई जाने वाली दालें राहल (अरहर), मसुर, उड़द, हिरवा, सेमीदाल, अकुरीदाल, मुंगदाल, मटरदाल घर के पीछे बाड़ी में बोई जाती है इस कारण इनका उत्पादन कम ही होता है।

फल – इमली, कैत्य (कबीट), नींबू, आँवला, बेर, बीही, रामफल, सीताफल

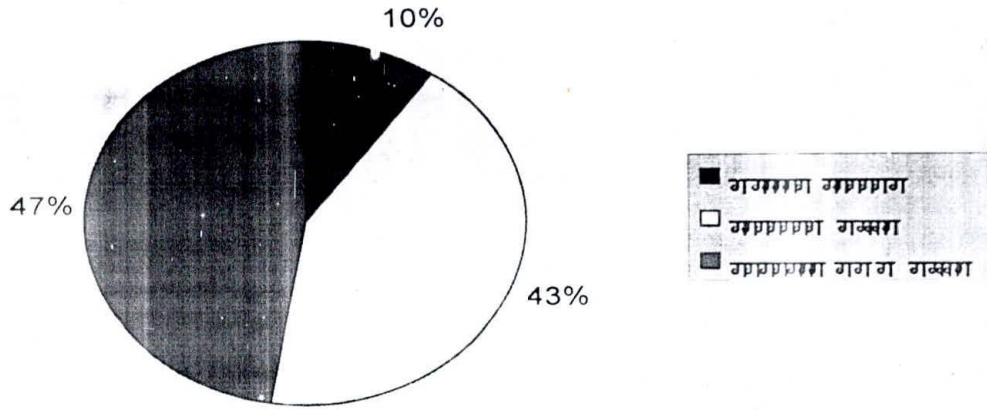
सब्जी – आलु, डोढका, बरबटी, भिंडी, भाटा, खेड़हा, तैराइ, सेमी, कुदरू, मुन्गा, मखना, चुटचुटिया (ग्वार फली), केला, कटहल, काढ़हा

भाजी – लाल भाजी, मुन्गा, खेड़हा, मखना, चुटचुटिया, आलु, पोहा, गोभी।

बच्चों का आंकलन- सामान्य धारणा है कि बच्चों के स्वास्थ्य का पकरिक्षण बालरोग विशेषज्ञ ही कर सकता है, जबकी वह भी माँ से लक्षणों को पुछकर इलाज करता है। बच्चों के विकास और पोषण के स्तर का पता लगाने के लिए अनेक भौतिक पद्धतिया उपयोग में लाई जाती है। आयु के अनुसार वजन, एम.यु.ए.सी. टेप आसदि तकनीक/विधियों कि सहायता ये व भैतिक परिक्षण कर बच्चे के स्वास्थ्य व पोषण का पता गाँव के स्तर पर लगाया जा सकता है।

कारका गाँव में किये गए पोषण हस्तक्षेप में महिला एवं बाल विकास विभाग द्वारा उपयोग किया जाने वाला आयु के अनुसार वजन ग्राफ पेपर उपयोग किया गया है। इस तिरंगे ग्राफ में लाल रंग – गंभीर कुपोषण, पीला रंग – कुपोषण और हरा रंग – सामान्य स्थिती को दर्शाता है। गाँव में सभी 0-5 वर्ष आयु के 43 बच्चों का वजन लिया गया। इस से प्राप्त प्रारंभिक परिणाम इस प्रकार थे –

- कुल बच्चों का वजन – 40
- गंभीर कुपोषण – 04
- कुपोषित बच्चे – 17
- सामान्य वजन बच्चे – 19



विश्लेषण — गाँव में बच्चों के कुपोषण की स्थिति पता करने के बाद माताओं के समुह से साक्षात्कार व समुह चर्चा की। इसमें मुख्य रूप से बच्चों के खानपान व स्तनपान, बच्चों की देखरेख, बच्चों का स्वास्थ्य और बीमारी की आवृत्ति, घर में खाने पीने और खेलते समय साफ सफाई संबंधी व्यवहार पर चर्चा की गई। इसके अतिरिक्त वर्ष भर भोजन की उपलब्धता, पीने की पानी की उपलब्धता, टीकाकरण, रोजगार, फसलों की उपज व सामाजिक मुल्यों व कृतियों पर चर्चा की गई। चर्चा में प्राप्त सकारात्मक व असकारात्मक व्यवहार संबंधित ऐसे कई बिन्दु निकलकर आए जिनके लिए आगे 12 दिन तक सामुहिक व्यवहार परिवर्तन रसोई शुरू करने के लिए आधार मिला।

विश्लेषण — व्यवहार जो सर्वे और चर्चा में पता चला।

1. भोजन की मात्रा, भोजन का अंतराल और भोजन में दीए जाने वाली वस्तुएँ बच्चों के स्वास्थ्य को प्रभावित कर रही थी। जिन परिवार में बच्चों को घना मुररा खाने में राब भर कर दिया जा रहा था उस परिवार में बच्चों का वजन सामान्य था। इसी तरह जिस परिवार में बिस्कीट, ब्रेड, चाकलेट, कुरकुरे के लिए बच्चों द्वारा प्रतिदिन 20 रूपये तक खर्च किये जा रहे थे वहाँ पर बच्चों का वजन सामान्य से कम था। इसी प्रकार बच्चे के जागने के बाद एक से डेढ़ घण्टे के बीच खाने की वस्तुएँ देने पर बच्चों के वजन पर सकारात्मक प्रभाव मिला।
2. खाने की सामग्री में दाल, चावल, आलु मुख्य आहार है किन्तु गाँव में 8 माह सब्जीया अधिक खाई जा रही है। दाल का उपयोग इस समय कम होता है जब तक पत्तेदार भाजीया सब्जीया उपलब्ध है।
3. सभी परिवारों में शोचालय के उपयोग को लेकर कोई विशेष अंतर देखने को नहीं मिला। गाँव में इस समय 91 परिवारों में से केवल दस परिवारों में शोचालयों का उपयोग किया जाता है।

4. खेत में, शहर में काम पर जाने पर घर पर देखरेख बच्चों द्वारा की जाती है। ऐसा 50 प्रतिशत घरों में देखने को मिला। जिन दो परिवारों में बच्चों की देखरेख घर के बुजुर्ग महिला द्वारा की जा रही है वहाँ बच्चे सामान्य वजन के मिले।
5. गाँव में सभी घरों में पीने के साफ पानी तक पहुंच 12 महिने रहती है।
6. साबुन का उपयोग कुल परिवारों का 5 प्रतिशत द्वारा ही होता है। इस संबंध में वजन से जुड़ी कोई बिन्दु स्पष्ट दिखाई नहीं देता है।
7. होमडिलेवरी व हॉस्पिटल डिलेवरी में विशेष अंतर नहीं मिला।
8. टीकाकरण पूर्व व नियमित।
9. गाँव में फलदार वृक्षों का आभाव है। पथरीली मिट्टी के कारण सब्जीय वर्ष में चार माह ही पर्याप्त मिल पाती है।
10. बच्चों में जन्म के 5वें माह तक स्तनपान कराया जाता है। 5वें माह में बच्चों का मुँह झुठा कराने की परंपरा है।
11. कम वजन वाले बच्चों में प्रति माह बीमारी पर किया जाने वाला खर्च 150-250 तक है। औसतन बच्चें माह में दो बार बीमार होते हैं।

व्यवहार परिवर्तन बिन्दु -

1. माताओं को इस बात के लिए प्रेरित करना की शिशु / आलक परिवार का सदस्य है।
2. खाना बनाते समय उसके आहार का हिसाब लगाना और उसे शामिल करना।
3. उपरी आहार के रूप में दिए जाने वाले बिस्कुट, डबलरोटी के स्थान पर साथ में चना, मुरादेन के लिए प्रेरित करना।
4. भोजन के रूप में लिए जाने वाले आहार दाल, अनाज, सब्जी (फलक उपलब्ध होने पर) के महत्व को समझना।
5. साबुन के महत्व को बताना और उपयोग के लिए व्यवहार में लाना।

6. अधिक कुपोषित बच्चों को उपर से तेल डालकर खिलाना।
7. दाल चावल (प्रोटीन + कार्बोहाइड्रेट) को दाल आलु (कार्बोहाइड्रेट + कार्बोहाइड्रेट) का प्रतिस्थापन बनाना।
8. गाँव में उपलब्ध पोषक आहारों के बारे में परस्पर चर्चा कर समझ विकसित करना।
9. बच्चों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक व्यवहारों जैसे शराब पर खर्च, मांस निषेध आदी पर चर्चा करना।

3 सक्रियता – आंकलन और विश्लेषण से प्राप्त सुचनाओं को समुदाय के साथ बाँट कर सहभागी सक्रियता लाना। इन जानकारीयों को सबसे पहले गाँव में माताओं के साथ, आंगनवाड़ी के साथ, ग्रामसभा में चर्चा की गई। परिणाम स्वरूप माताएँ सामुहिक रसोई के आयोजन के लिए तैयार हुईं। ग्रामसभा और ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिती से चर्चा करने पर उनके आँग से आर्थिक सहयोग का आशवासन मिला।

मानव संसाधन – की कमी को दूर करने के लिए किशोरीसमुह को, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को, बाल विकास परियोजना अधिकारी, मितानिन प्रेरक, मितानिन स्वयं को तैयार किया। इसमें संस्था के साथियों से भी मदद ली।



चित्र क्रमांक – 3 जानकारी का समायोजन

सत्र आयोजन --

आंगनवाड़ी में स्थान कम होने के कारण ग्राम पंचायत भवन को 12 दिवसीय सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन रसोई के आयोजन के लिए चुना गया।

- इसमें 0-5 वर्ष तक के बच्चों के साथ साथ गर्भवती महिलाओं और स्तनपान कराने वाली महिलाओं को भी आमंत्रित किया गया।

- सत्र में चर्चा के लिए मुख्य 5 बिन्दु पर केन्द्रित किया गया।

1. स्तनपान और आहार
2. देख-रेख
3. बीमारीयों से बचाव
4. साफ सफाई का व्यवहार
5. समाजिक मुद्दे



चित्र क्रमांक - 4 घर से रसोई के लिये सामग्री लाते हुए माताएं

- रसोई के लिए खाद्य सामग्री सभी के घर से लाई जाती थी। शक्कर, दुध, दालें, मुंगफली आदि सामग्री बाजार से खरीदकर लाई जाती थी।
- सभी माताएं मिलकर भोजन बनाती थी, जिसमें 2:3 में दाल, चावल की खिचड़ी होती थी। इसके अतिरिक्त कोई अन्य पुरक आहार अवश्य बनाया जाता था।
- अतिकुपोषित बच्चों के लिए आटा, तेल, चीनी और दुध से मिलकर पोष्टिक घोल दिया जाता था।
- बच्चों को खिचड़ी के साथ थाली में दो चम्मच तेल डाल कर दिया जाता है। जिससे उन्हें दोगुनी कैलोरी प्राप्त होती है।
- बच्चों में और माताओं में खाना बनाते समय, खाना खाते समय, साफ सफाई रखने वाले व्यवहार को अपनाने के लिए अलग से चर्चा की गई।

- देखभाल चरण के सत्र में चर्चा के दौरान माताओं द्वारा शिशुओं और बच्चों को विभिन्न सामग्री की मदद से सीखाया गया कि बच्चे किस प्रकार प्रतिक्रिया करते हैं। बच्चों के शांत रहने, खाने-पीने, अंगड़ाई लेने, करहाने, सोने-जागने आदि पर माताओं को ध्यान देना चाहिए कि यह उनका वार्तालाप करने का विशिष्ट तरीका है।
- बच्चे का मानसिक विकास पोषण से जुड़ा है इसे बेहतर करने के लिए पोषण के साथ साथ स्थानीय सामग्री पत्ते, लकड़ी, मिट्टी, कंकर आदि की मदद से बच्चों को छोटी-छोटी गतिविधियाँ करवाने से मदद मिलती है।

परिणाम— 12दिन के सत्र समापन के पश्चात सामान्य श्रेणी के बच्चों की संख्या 9 से बढ़कर 15 हो गई। कुपोषित बच्चों की संख्या 15 से घटकर 10 रह गई। और अतिकुपोषित बच्चों की संख्या 4 से घटकर 3 रह गई। (अन्त में सलग्न चार्ट क्रमांक 1 हस्तक्षेप से पूर्व की स्थिति व 2 सत्र के पश्चात की स्थिति को बताता है। को देखें)

फालोअप में एक माह पश्चात परिवार में 30 प्रतिशत माताओं द्वारा सकारात्मक व्यवहार को अपनाया गया था। बाद में एक अन्य संस्था द्वारा इन्हीं बच्चों के साथ सत्र आयोजन करने के कारण फालोअप व निगरानी व्यवस्थित रूप से नहीं हो सकी।

- पुरी प्रक्रिया में हस्तक्षेप करते समय समुदाय की सहभागिता इस प्रकार बढ़ाने का प्रयास करना चाहिए कि सत्र समाप्त होने के बाद भी सीखे हुए व्यवहार को वह आसानी से अपना सके। सत्र के बीच एक दिन विराम देकर सिखाए गए व चर्चा किए गये विषयों का फालोअप किया जा सकता है।

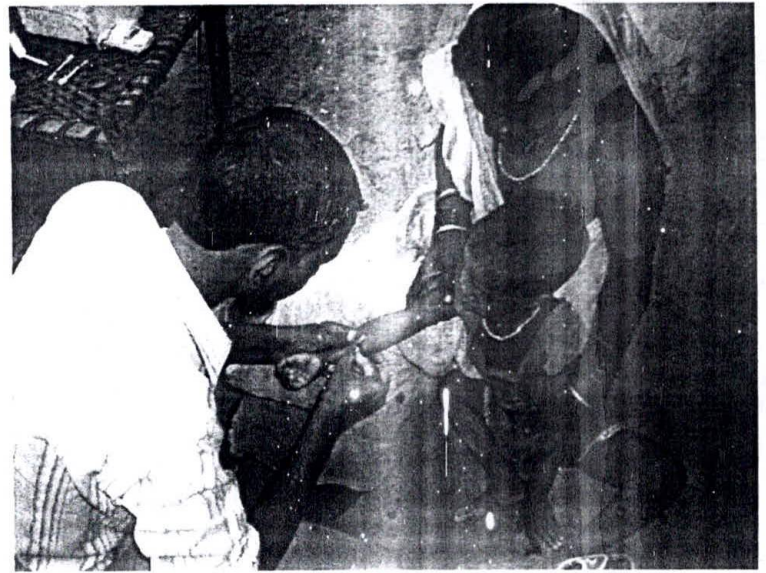
3.4 निष्कर्ष —

कुपोषण वास्तव में हमारे देश के लिए एक बड़ी समस्या है। कुपोषण के कारण वनपन में होने वाली मौतों को रोकने के लिए हमें बहुत बड़ी संख्या में डॉक्टरों की फौज अस्पताल और महंगी दवाईयों की आवश्यकता नहीं है। स्थानीय स्तर पर उपलब्ध संसाधनों और खाद्यान्नों की मदद से इस पर नियंत्रण करने में मदद मिलती है। लेकिन गरीब व विषम परिस्थिति वाले क्षेत्रों में खाद्यान्न की आपूर्ति के लिए अतिरिक्त कोई विकल्प नहीं वर्तमान में उपलब्ध संस्थाओं और सुविधाओं को और अधिक विकेंद्रीकृत, सरल, सहज बनाने की आवश्यकता है। ताकि इसे समुदाय की आवश्यकताओं के अनुसार ढाला जा सके। वे इसे आसानी से अपना सके। तभी हम वास्तविक रूप से कुपोषण को कम कर पायेंगे जब समुदाय के साथ मिलकर इस की पहल की जाये।

4. संक्रामक बीमारियाँ :-

4.1.1 टी.बी. और कुपोषण – व्यक्ति का शरीर लगातार सूखता जाता है। उसे खांसी आती है। चलने में साँस फूलता है। छाती में दर्द रहता है। भोजन मुँह से बाहर आता है, तो वह व्यक्ति ऐसे सिद्धहस्त को ढूँढता है जो उसके शरीर में आई कमजोरी को दूर कर सके। इसकी आवश्यकता उसे इसलिए होती है क्योंकि उसे अगले दिन की आजिविका की चिन्ता होती है। यदि शरीर में कमजोरी रही तो उसका काम पूरा नहीं होगा और उसे कम मजदूरी मिलेगी।

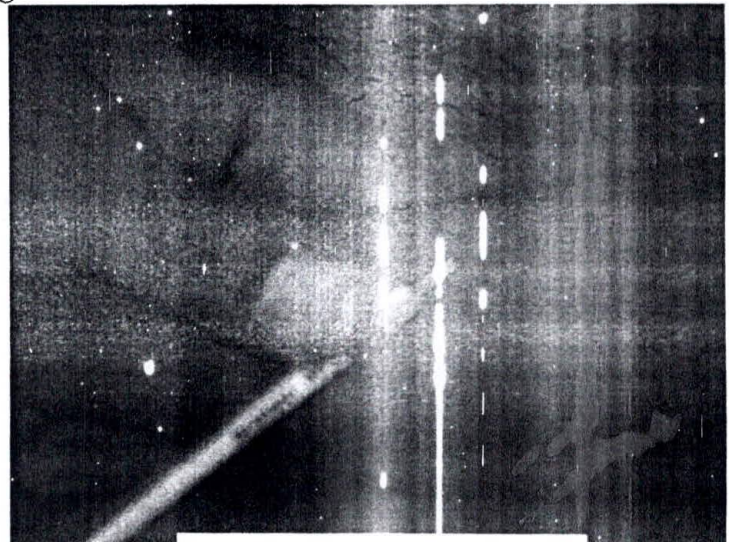
दुनिया भर में 1.5 से 2 करोड़ लोग शरीर के कमजोर कर देने वाली बीमारी से पीड़ित हैं। इतनी बड़ी आबादी तिरस्कृत और दरिद्र जीवन जीने को मजबूर है। प्रतिवर्ष इसमें 73 लाख नये लोग जुड़ते हैं। 30 लाख लोग दुनिया से चले जाते हैं। विकासशील देश भारत में ही केवल 1.27 करोड़ लोग हैं जो विश्व टी.बी. समुदाय की सबसे बड़ी संख्या हैं। भारत में टी.बी. के संक्रमण के साथ जीने वाले लोगों की संख्या लगभग 52 करोड़ है। (सामु.स्वा.विज्ञान के पार्क 2009)



चित्र क्रमांक -5 रोकथाम के लिये बच्चों में मांटू टीके माध्यम से रोग निदान

टी.बी. गांव में एक समस्या इसलिए है, क्योंकि :-

- दवाईयों नियम से नहीं ली जाती।
- लोग काम की तलाश में गाँव से बाहर जाते हैं।
- इन्जेक्शन महंगे हैं और प्राइवेट डाक्टर बहुत फीस लेते हैं।
- बाजार में दवा नहीं मिलती।
- पी.एच.सी. में दवा नहीं होती।
- पी.एच.सी. में बहुत भीड़ होती है और अपनी बीमारी की बात बताने में शर्म आती है।



चित्र क्रमांक -5 मांटू टीका

- जमींदार बार-बार अपने मजदूरों को पी.एच.सी. नहीं जाने देता।
- लोग जानते ही नहीं कि बच्चों को भी टी.बी. होती है।
- रोग का पता देरी से लगता है।
- तगलीफ बढ़ने पर ही चिंता करते हैं।
- वैसा-गुनियाई कराने के लिए चले जाते हैं।
- लोगों को पर्याप्त आराम नहीं मिलता है।
- लोगों के लिए भरपेट भोजन होता ही नहीं है।
- रोजगार नहीं मिलता।
- बारीश नहीं हुई नहीं फसल चौपट हो गई।

क्रमांक	थ्वरण	जनवरी 2010 से जून 2010	जनवरी 2011 से जून 2011
1	मरीजों की संख्या	16	32
2	प्लमोनरी	14	24
3	एक्सट्रा प्लमोनरी	02	08
4	बी.एम.आई. न्यूनतम	11.09	11.04
5	बी.एम.आई अधिकतम	17.07	21.07

तालिका क्रमांक 3 : जनस्वास्थ्य के कार्यक्षेत्र के टीबी रोग के पंजीकृत आकड़ों का विवरण

स्रोत : जिला बिलासपुर, कार्यालय जनस्वास्थ्य गनियारी की टी.बी पंजीयन पंजी

उपरोक्त तालिका यह दर्शाती है की टी बी मरीजों की संख्या लगातार बढ़ती जा रही है.

स्वास्थ्य कार्यकर्ता गाँव की बैठक में चर्चा कर रही थी। समुह में चर्चा के दौरान उत्तेजना आ गई तो अचानक उसने बात को विराम देकर लोगों से कहा कि मैं आप को एक कहानी सुनाना चाहती हूँ। उसने सपरिथत समूह को सात अंधे दोस्तों और हाथी वाली कहानी सुनाई। हर दोस्त ने हाथी के अलग-अलग अंगों को छुआ। किसी ने कहा सूंड को छूकर हाथी साँप जैसा होता है, किसी ने पैर को छू कर कहा हाथी खम्बे जैसा होता है, किसी ने कहा इसके कान छू कर इसे सुपडे जैसा वगैरह।

समूह के लोग इस उदाहरण से समझ गए कि वह कहना क्या चाह रही है एक समस्या को देखने के तरीके अलग-अलग हो सकते हैं।^{गअप}

उपरोक्त उदाहरण प्रस्तुत करने का अभिप्राय: यह है कि दुनिया की सबसे चर्चित, सबसे पुरानी बीमारी से निपटने के तरीकों को लेकर विभिन्न संस्थाओं और विचारधाराओं के बीच मतभेद उसी प्रकार है जिस प्रकार दोस्तों के बीच हाथी को लेकर। वास्तविकता यह है कि टी.बी. अभी भी अविजित है या मनुष्यों के कुछ समूह टी.बी. को बनाये रखना चाहते हैं।

4.2.1 मलेरिया

मलेरिया एक संक्रामक बीमारी है। यह प्लाजामोडीयम नामक परजीवी से फैलता है। इस का वाहक ऐनाफीलीज नामक मच्छर है। इस जाति की मादा मच्छर द्वारा संक्रमित व्यक्ति के शरीर से रक्त चूसने के बाद स्वस्थ व्यक्ति के शरीर में रक्त चूसने प्रक्रिया के दौरान यह परजीवी पुनः मानव शरीर में पहुँच जाता है।

भारत सहित विश्व के 100 से अधिक देशों में 40 प्रतिशत आबादी मलेरिया प्रभावित क्षेत्रों में निवास करती है। इस कारण प्रति वर्ष लाखों लोग मृत्यु का शिकार होते हैं। भारत की 95.9 प्रतिशत आबादी मलेरिया के खतरे से पिडीत है। भारत में प्लाजमोडियम वाईवेक्स व प्लाजमोडियम फैलसीफेरम नाम की परजीवी के जातियाँ मलेरिया फैलाने के लिए जिम्मेदार हैं। फैलसीफेरम मलेरिया को मस्तिक मलेरिया भी कहा जाता है।^{गअप}

4.2.2 मलेरिया प्रशिक्षण

बिलासपुर जिला मलेरिया एन्डमीक क्षेत्र होने के कारण यहां वर्ष भर मलेरिया के मरीज मिलते रहते हैं। जनस्वास्थ्य सहयोग, व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के लेब रजिस्टर के अनुसार यह संख्या मई-जून व नवम्बर-दिसम्बर में बढ़ जाती है।

बिलासपुर, कवर्धा, जाजंगीर चापां आदी जिलों में नाबार्ड द्वारा क्षेत्रीय संगठनों के कार्यकर्ता को स्वास्थ्य प्रशिक्षण देने हेतु जनस्वास्थ्य सहयोग से निवेदन किया गया। इस संदर्भ में गाँव में काम करने वाले सामुदायिक कार्यकर्ताओं को मलेरिया पर समझ बनाने और क्षेत्र में मलेरिया की रोकथाम हेतु जरूरी जानकारी उपलब्ध कराने के उद्देश्य से प्रशिक्षित किया गया।

कार्यकर्ताओं को बुखार वाले मरीजों में मलेरिया के मरीजों को खोजना, इनके सही निदान व उपचार में सहायक होना और आवश्यक रेफरल सुविधा सुनिश्चित करने हेतु व्यवहारिक प्रशिक्षण दिया गया। प्रशिक्षण में रोकथाम तैयारी के रूप में ; गाँव में बैठक करना, पानी जमा होने वाली जगहों को चिन्हंकित करना, मच्छर के लारवा को पहचानना और उसके उन्मूलन की योजना बनाने में गाँव वालों को मदद करने संबंधी जानकारी का व्यावहारिक प्रशिक्षण दिया गया। मलेरिया बुखार व साधारण बुखार

के लक्षणों में विभेद कर पाने की जानकारी दी गई। मलेरिया बुखार को पहचानने के साथ रक्त पट्टी बनाकर समीप के स्वास्थ्य केन्द्र या लैबोरेटोरी से खून की जाँच कर रिपोर्ट पता करना और इस वैकल्पिक नेटवर्क खड़ा करना सिखाया गया। उपचार हेतु मितानिन ए.एन.एम. व नज़दीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर संपर्क करना और गंभीर स्थिति में मरीज़ को रेफर करने हेतु स्थानीय परिवहन साधनों की सूची बनाना सिखाया गया।



चित्र क्रमांक - 7

4.2.3 मलेरिया की आपदा,

सामान्य परिस्थिति में मलेरिया का ABER 10 होना चाहिये यह 1 साल में परिष्ण की गयी खून की पट्टियों की दर बताता है।

$$ABER = \frac{\text{total number of slide examiners}}{\text{total area of population}} * 100$$

किन्तु माह नवम्बर-दिसम्बर 2010 में प्रतिदिन औसतन 45 से अधिक खून की पट्टियों का परिक्षण किया जा रहा था। API जो की सामान्य दिनों में 5 होता है बढ़कर एक माह में 38 हो गया था। API भी साल के आधार पर निकाला जाता है। माह नवम्बर में जन स्वास्थ्य सहयोग में 1432 खून की पट्टियाँ की जांच की गयी जिस में 973 पट्टियों में मलेरिया परजीवी की उपस्थिति का प्रमाण मिली। यह स्थिति क्षेत्र में उच्च सतर्कता (हाई अलर्ट) बरतने का संकेत देती है। इस स्थिति में नियंत्रण व उपचार दोनों को गति देते हुए कारणों का विश्लेषण करते हैं।

4.2.4 आपदा का नियंत्रण

किसी भी आपदा के समय विशेष रूप से ध्यान मृत्यु को रोकना व पीड़ित के उपचार पर केंद्रित किया जाता है। मलेरिया के संदर्भ निम्न कार्यों का अनुभव एक नियंत्रणकर्ता के रूप में मैंने किया:-

- बीमारी के कारण होने वाली मृत्यु को रोकना।
- बीमारी से पीड़ित लोगों का उपचार घर पर करना।
- गंभीर रूप से बीमार व्यक्तियों की गहन चिकित्सा सुविधाओं हेतु रेफरल करना।

- सघन वनों व दूरस्थ अंचलों तक तुरंत जांच तुरंत उपचार की सुविधा उपलब्ध कराना।
- हाई रिस्क समूह गर्भवती महिलाओं और बच्चों की जांच व उपचार।
- बीमारी फैलाने वाले रोकवाहक को खत्म कर संक्रमण को तुरंत रोकने के लिए दवाई छिड़काव की योजना व क्रियान्वयन हेतु मेनुअल बनाना।
- व्यक्तिगत सुरक्षा के साधनों की उपलब्धता के रूप में मच्छरदानी वितरण व मच्छर रोधी तेल का उपयोग करवाना।
- सभी प्रशासनिक इकाईयों का आपदा नियंत्रण सक्रियता दिखाने में संस्था के रूप में जन स्वास्थ्य सहयोग की टीम के रूप में भूमिका।

4.2.5 ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता से मलेरिया नियंत्रण अधिकारी की भूमिका का विश्लेषण :

ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता के स्तर पर किसी भी रोग का उपचार व नियंत्रण सबसे आसान कार्य माना जाता है। क्योंकि वह रोग को लक्षणों के आधार पर पहचान करने उपचार करने या रेफर करने में सक्षम होती है। इस बार का प्रत्यक्ष अनुभव जन स्वास्थ्य के कार्यक्रम क्षेत्र के बोइरहा गांव में हुआ। बैगा जनजाति के इस गांव में जिस जीवटता लगन और अधिकार से निरक्षर महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं में मलेरिया नियंत्रण में नियमित सहयोग दिया वह शब्दों में नहीं लिखा जा सकता। इस विषय पर चर्चा व विश्लेषण से निम्न बिंदु निकलते हैं :

1. सामुदायिक प्रक्रिया के साथ स्वास्थ्य कार्यकर्ता का चयन व उसकी समुदाय में मान्यता।
2. स्वास्थ्य कार्यकर्ता की उस मुद्दे व विषय पर समझ।
3. नियमित मासिक प्रशिक्षण।
4. विशेष तकनीक व विशेष सुविधाएं उसके अधिक कर समुदाय में उसका सशक्तिकरण
5. रोग निदान कर उसके उपचार की क्षमता उसे झोलाछाप की अपेक्षा अधिक सक्षम बनाती है।

कोटा ब्लाक में मितानिन के पास क्लोरोक्विन की दवाएं व मलेरिया जांच की स्लाइड उपलब्ध हैं लेकिन लोक स्वास्थ्य कार्यक्रम से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम की ओर थोड़ा तेज चलने की जरूरत है।

मलेरिया नियंत्रण में केवल ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता की भूमिका आपदा नियंत्रक के रूप में नहीं है, बल्कि आपदा पर नियंत्रण के लिए बहुत से व्यक्तियों और संसाधनों की आवश्यकता होती है। एन.वी.वी. डी.सी.पी. के अनुसार क्लोरोक्विन बिलासपुर जिले सहित देश के कई भागों मलेरिया के लिए प्रभावी दवा नहीं रह गयी है। इसके स्थान पर ए.सी.टी. नामक नई दवा दिए जाने का प्रावधान है किंतु सीएससी के स्तर पर इसकी उपलब्धता नगण्य है। (जैसा की बी.एम.ओ. से चर्चा में पता चला)

ब्लाक मलेरिया इंचार्ज से मलेरिया के फैलाव, व दवाओं की उपलब्धता के बारे में चर्चा करने पर अपनी विवशता बताई। महत्वपूर्ण जानकारी जो पता लगी वह रेडिकल फिवर ट्रिटमेंट के बारे में है। यह

कार्यक्रम सीधे जिले द्वारा ए.एन.एम. के माध्यम से प्रतिवर्ष अक्टूबर से दिसम्बर तक चलाया जाता है। इसमें मलेरिया रोधी दवा की खुराक पहले से ही खिला दी जाती है। जिला मलेरिया नियंत्रक कार्यालय के अनुसार वर्ष में तीन बार जून नवम्बर और जनवरी माह में दवा का छिड़काव किया जाता है। यह ब्लाक के चिन्हित गांव में ही किया जाता है। आपदा के समय भी सभी गांव में दवा छिड़काव नहीं हो पाया।

सारांश यह है कि एक निश्चित समय बाद दुबारा होने वाली मलेरिया आपदा हो या मलेरिया इंडमिक क्षेत्र की उंचे ए.पी.आई. की परेशानी दोनों से निपटने में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की महत्वपूर्ण भूमिका है। स्वास्थ्य कार्यकर्ता के अच्छे प्रशिक्षण से मृत्यु और बीमारी के फैलाव कम किया जा सकता है किंतु स्थाई रूप से इस समस्या से निपटने के लिए व्यवहार परिवर्तन गतिविधियां निजी सुरक्षा साधनों की उपलब्धता जरूरी है। परंपरागत औषधियों व वेक्सीन पर और अनुसंधान की जरूरत है। इसी कार्यक्रम के अंतर्गत समुदाय द्वारा दवा के छिड़काव की सामुदायिक निगरानी हेतु एक बुकलेट हिंदी में तैयार की गई है। यह छिड़काव करने वाले कर्मचारी, घर के सदस्य व समुदाय के लिए समान रूप से उपयोगी है।

विभिन्न स्तरों पर विफलता के कारण:

लोक स्वास्थ्य व्यवस्था में मलेरिया रोकथाम कार्यक्रम की विफलता के कारण—

- पानी सतह पर पानी का सतह पर इकट्ठा होना।
- गर्भवती महिलाओं के मच्छरदानी की उपलब्धता न होना।
- उपलब्ध होने पर भी उपयोग न करना।
- पड़ोस के गांव में मलेरिया कंट्रोल कार्यक्रम का
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा डायग्नोसिस न कर पाना।
- क्लोरोक्वीन देने पर मरीज द्वारा न खाना।
- क्लोरोक्वीन टेबल का रेसिसटेंट होना।
- गंभीर मलेरिया में मलेरिया के गंभीर लक्षण यानि बेहोशी वगैरह न होना देना।
- खून पट्टी जांच समय पर न हो पाना।
- खून पट्टी में मलेरिया न पकड़ पाना।
- खून जांच के बाद दवा समय पर नहीं पहुंचना।
- मरीज की लक्षण (उल्टी हादि होने पर) पर भी मलेरिया के बारे में न सोचना।
- सामुदायिक बैठकों में कमी आना।
- बुखार आने पर परिवार में महिलाओं और बच्चों को प्राथमिकता न मिल पाना।

- मलेरिया के गंभीर लक्षणों जैसे उल्टी आना, लाल पेशाब आना, बेहोशी होना आदि के बारे में समुदाय की जागरूकता का पता करना।
- समेकित कार्यक्रम में प्राथमिकताएं न होना : मच्छरदानी वितरण कार्यक्रम के अतिरिक्त मच्छर कंट्रोल के अन्य उपाय जैसे जला तेल डालना, डी.डी.टी. छिड़कना, लार्वा डालना। मगसाझार उपलब्ध जैसे उपायों में अपेक्षाकृत कमी होना।
- स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं में मरीजों का विश्वास बीमारी के शुरूआत से कम होना यानि पहले झोलाछाप पर अधिक विश्वास होना। बाद में गंभीरता बढ़ने पर ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता को साथ लेकर अस्पताल आना।

उपचार सम्बन्धी समस्या :-

- खून में ग्लूकोज के स्तर की जांच न करना।
- ग्लूकोज आधारित खाना या आवश्यकतानुसार बोतल से ग्लूकोज न देना।
- स्वास्थ्य कर्मचारी के उपचार में प्राशिक्षण की कमी
- रेपिड टेस्ट किट का महंगा होने के कारण और प्रोग्राम का जीवित हिस्सा न बनने के कारण उपचार पुरु होने में देरी।

4.2.5 सीख

मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम के कोटा ब्लॉक में विफलता की समीक्षा बैठक में जब उपरोक्त बिन्दुओं पर विस्तार पूर्वक टीम के सदस्यों के साथ, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर, जिला स्तर पर, जिला स्तर पर चर्चा करने के बाद मुख्य सिख यह मिलती है:-

- मलेरिया और मनुष्य दोनों को साथ साथ जीवन गुजार ना है ।
- सामुदायिक कार्यक्रमों की लगातार समिक्षा करना,
- सभी बचाव के तरीके समुदाय के पास जानकारी के रूप में उपलब्ध करना
- आवश्यकता पडने पर संसाधनों को बचाव सामग्री के रूप में उपलब्ध करना ।

4.2.6 वर्बल अटोपसी

वर्बल अटोपसी वह प्रक्रिया है जिस के माध्यम से किसी व्यक्ती की अचानक मृत्यु के बाद उस के परिवार के सदस्यों, दोस्तों, स्वास्थ्य कर्मी आदी से सम्बन्धित कारणों के बारे में जानकारी जुटाना वर्बल अटोपसी कहलाता है। इस में मरिज बिमारी का इतिहास, लक्षण, गंभीरता, समय, संसाधन, व्यवस्था, उपलब्धता आदी बिन्दुओं पर विस्तार पूर्व चर्चा की जाती है। (स्रोत अतिम कलेक्ठीय 1 अक्टूबर 2011)

मेरे द्वारा कोटा ब्लॉक में हुई बुखार के कारण मौतों की वर्बल अटोपसी में शामिल रहा ।

5 एप्रोपिएट तकनीक

5.1 प्रासंगिकता – इस वर्ष वर्षा के मौसम में बिलासपुर जिले में सामान्य से कई गुना अधिक वर्षा दर्ज हुई है। अतिवृष्टि के कारण कई दिनों तक नदी नाले उफान पर रहे। जन स्वास्थ्य सहयोग के कार्य क्षेत्र में विगत आठ वर्षों में पहली बार साप्ताहिक मोबाईल क्लिनिक की सेवाएं माधित हुई। जंगल के भीतरी क्षेत्र में रहने वाले लोगों के लिए यह बारीश और अधिक मुसिबतें लेकर आई। नदी के समीप की बस्ती में पानी के कारण घर के फर्श पर (जमीन) पर खड़े रहना कठिन हो गया, यहाँ तक कि लोगों ने कई राते जाग कर बिताई। यह स्थिती बालुई-लाल मिट्टी के कारण हुई जो कि पानी को सोखने की क्षमता अपेक्षाकृत कम रखती है। जमीन पर बिछाए जाने वाले कपड़े, गद्दे या घास के पाल आदि भी गिले हो रहे थे। अधिक समय तक गीले रहने के कारण बच्चे और घर के अन्य सदस्य बीमार होने लगे। पेशों में खुजली, उंगलीयो के बीच घाव, चमड़ी का गलना, बुखार, सर्दी, अनिद्रा आदि परेशानीयों से गाँव वाले बहुत परेशान थे। इस समय गाँव के लोगों ने घर के अन्दर छत की बल्लीयों पर लकड़ी के पटीयों और घास मिट्टी का पटाव/मचान बाँध कर शरण ली। दिनभर इसी मचान पर गुजारते और केवल भोजन बनाने के लिए ही सीढ़ी लगाकर नीचे उतरते थे। दुरस्थ बनान्दाल और बाहरी दुनिया से कटे हुए समय में गाँव वालों ने स्थानीय और उपयुक्त उपलब्ध संसधानों का उपयोग किया। और अपनी स्वास्थ्य समस्या सुलझाने के लिए अपने ही तकनीक का उपयोग किया। यहाँ उपयोग कि गई एप्रोपिएट तकनीक अल्मा आटा घोषणा में वर्णित लोक स्वास्थ्य के चौथे स्तम्भ स्वास्थ्य के लिए एप्रोपिएट तकनीक का प्रयोग को प्रतिबिम्बित करता है। यह उदाहरण इसलिए भी महत्वपूर्ण है कि यह तकनीक समुदाय द्वारा स्वयं विकसीत और अपनाई गई है न कि किसी अन्तर्राष्ट्रिय स्वास्थ्य संगठन द्वारा उपर से नीचे की ओर प्रेषित की गई है।

5.2 परिचय – लोक स्वास्थ्य के व्यापक परिभाषा में जहा स्वास्थ्य को, अधिकार, समता आधारित पहुंच, सामुदायिक सहभागीता, पारसपरिक विभागीय समन्वय, स्वास्थ्य केवल दवा नहीं के रूप में स्वीकार्य किया गया है वही एप्रोपिएट तकनीक को अपनाने और बढ़ावा देने के लिए प्रतिबद्धता दर्शाई गई है।

एप्रोपिएट तकनीक का समानार्थी शब्द हिन्दी में नहीं होने के कारण इसे कुछ शब्दों के भवार्थ के रूप में समझा जा सकता है। ये शब्द उपयुक्त +स्थानीय + किफायती + स्वीकार्य है। कम्युनिटी हेल्थ नाम की वेब साइट के अनुसार स्वास्थ्य के संदर्भ में एप्रोपिएट तकनीक को वैज्ञानिक कसौटी पर खरा और तर्क संगत होना चाहिए।

5.3 उपयोग – जन स्वास्थ्य सहयोग के साथ काम करते हुए निम्न उत्पादों को समुदाय तक पहुंचाने के प्रयास किये गये। संस्था के उत्पाद प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी सिद्धांत विमारीयों की रोकथाम तुरंत जाँच सुविधा, समुदाय के लिए स्वीकार्य, ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा उपयोग किये जाने योग्य, गाँव के मोबाईल क्लिनिक में सहायक है। इन की सूची निम्नानुसार है –

क्रमांक	उत्पाद का नाम	उपयोग
1	पानी जाँच बाटल	गाँव में ही पानी जाँच करके पानी में मल प्रदूषण को पता लगाने में सहायक
2	युवी ड्रम	पानी में घुले जैविक संक्रमण को खत्म करना
3	कापर घोल	बिजली के अभाव में, पृष्ठ तनाव के आधार पर हिमोग्लोबिन पता करने की सरल और सस्ती तकनीक
4	स्टेडियो मीटर	हल्का, सस्ता और स्थानीय बाजार में उपलब्ध सामग्री से बना ऊँचाई मापक।
5	वजन मशीन	गाँव के ग्राहकों के अनुरूप मजबूत और टिकाऊ बीम आधारित वजन मशीन, परिणाम स्प्रिंग मशीन से बेहतर, अनाज तौलने में भी सहायक।
6	केपीफयुज मशीन	बैटरी चलित सेन्ट्रीफयुज और कपलरी ट्यूब की मदद से हिमोग्लोबिन पता करने की तकनीक, केमिकल रहित, फार्मुला आधारित
7	थसकलडायग्नोसिस मशीन	बाजार मूल्य से दस गुना कम कीमत में बनी और प्रति टेस्ट दस गुना किफायती सिक्ल सेल एनीमिया पता करने की मशीन
8	ब्रेथ काउंटर	बच्चों में निमोनिया (डब्बा) पता करने के लिए स्वास्थ्यकर्ता के लिए सहायक। रंग आधारित।
9	थर्मामीटर	कम पढ़े लिखे स्वास्थ्य कार्यकर्ता के लिए शरीर का ताप पता करने में सहायक
10	घोल पाकिट (ओ. आर. एस.)	घर में उपलब्ध शक्कर के महत्त्व को बताने के लिए पैकेट में शक्कर के दाने मिलाए जाते हैं। पाउडर बनाने से किसी महंगी दवा का भ्रम हो सकता है।
11	मच्छर से बचाने वाला तेल मंगसाझार	तेल में मच्छर रोधी रसायन मिलाकर तैयार किया जाता है।

12	सुरक्षित प्रसव किट	प्रसव के समय उपयोग होने वाली आवश्यक सामग्री को चरणबद्ध रूप से पैक किया गया है।
----	--------------------	--

जन स्वास्थ्य सहयोग में उपयोग कि जाने वाली सामग्री का उत्पादन स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के द्वारा ही किया जाता है। उत्पादन के साथ-साथ यदि सामग्री सस्ती और गुणवत्तापूर्ण है तो इसे बाजार से सस्ते दामों में खरीदना भी एप्रोपिएट होगा। उदाहरण के लिए – संस्था द्वारा सेनेट्रीपेड बनाना मंहगा होने के कारण इसके लिए किफायती बाजार व गुणवत्तापूर्ण उत्पाद खोजे जाते और इसे बाजार से खरीदते हैं।

5.4 भविष्य :

किरसी भी तकनीक का महत्व किसी भी युग में कम नहीं होता केवल रूप परिवर्तित होते हैं। स्वास्थ्य के लिए भी एप्रोपिएट तकनीक की आवश्यकता विभिन्न स्तरों पर होती है। प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए ये चार स्तर महत्वपूर्ण होंगे –

1. बिमारीयों की रोकथाम
2. बिमारीयों का निदान
3. उपचार में सहायक
4. पुनर्वास

इन सभी स्तरों पर पर्याप्त अनुसंधान कार्य को जारी रखना, उत्पादों की गुणवत्ता में सुधार करते जाना, समुदाय में पहले से उपलब्ध उपयुक्त तकनीको को वैज्ञानिक कसौटी पर परखना, सामुदायिक मुल्यों और संस्कृती के अनुरूप तकनीको में लचीलापन लाना एप्रोपिएट तकनीक के भविष्य को और अधिक अवसरपूर्ण बनाता है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में पहले से उपलब्ध 'बाजार' एप्रोपिएट तकनीक के 'किफायती' वाले अर्थ के लिए सदैव चुनौतीपूर्ण रहेगा।

उदाहरण के लिए – बिलासपुर जिले में 3 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में होने वाले निमोनिया रोग (श्वसन संबंधी रोग) का प्रतिशत 75.4 है।¹¹ बच्चों के लिए निमोनिया रोग चार बड़े जानलेवा रोगों में शामिल है जिसके कारण होने वाली मौतों को हस्तक्षेप करके कम किया जा सकता है। जन स्वास्थ्य सहयोग द्वारा बनाया गया ब्रेथ काउंटर इतना सरल है कि उसे साधारण समझ रखने वाले स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा उपयोग में लाया जाता है। कार्यकर्ता बिमारी का निदान कर तुरंत उपचार भी गाँव में उपलब्ध करा देती है। यह एप्रोपिएट तकनीक बीमारी के निदान में सहायक हो कर स्वास्थ्य कार्यकर्ता को उपचार में सक्षम बनाती है। वर्तमान में इसे और सुगम बनाने के लिए ब्रेथ काउंटर को सेलफोन की एप्लीकेशन में डालने का कार्य प्रगति पर है।

5.5 एप्रोपिएट तकनीक (एस.डबल्यू.ओ.टी.) विशलेषण

उपलब्धियाँ –

- वर्ष 2010–11 में 350 से अधिक यु. वी. ड्रम का निर्माण और सप्लाई
- स्टेडियों मीटर का अपेक्षित विकास (संतोषजनक पुनर्ता)
- इन्हेल स्पेसर, इन्फेंटो मीटर के रूप में के रूप में नया उत्पाद
- लगभग 50 से अधिक संस्था/व्यक्तियों / समुह को एप्रोपिएट तकनीक के बारे में परिचय (वर्ष 2010 में प्रदर्शनी के माध्यम से)
- लगभग 20 संस्थाओं से व्यवसायिक सम्बन्ध (वर्ष 2010 में)
- कोटा (बिलासपुर) और रांची में प्रदर्शनी व बिक्री
- मर्करी आधारित बी.पी उपकरण की रिपेरिंग की सुविधा (150 से अधिक)

ताकत –

- निर्माण व प्रयोग के लिए पर्याप्त स्थान
- पर्याप्त संसाधन व मार्गदर्शन
- संस्था के कार्यों / विभाग के बीच एप्रोपिएट तकनीक विभाग को पर्याप्त स्वीकार्यता
- उत्पाद – बाटल, स्टेडियों मीटर, इन्फेंटो मीटर, यु.वी. ड्रम, घोल पाकिट, डिलीवरी किट, थर्मामीटर, ब्रेथ काउंटर

कमजोरीयाँ –

- नियमित स्टाफ का आभाव, स्टाक रूम की कमी
- चरझनिया का नियमित नहीं खुल पाना
- दिल्ली से खरीदी पर निर्भरता
- उत्पाद/ अविष्कार का पंजीयन/ सेल्स टैक्स नम्बर न होना
- उत्पाद – वनज मशीन, यु.वी. ड्रम का मेंटेनेंस प्लस होना

अवसर – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम की स्थानीय जरूरतों का ऑकलन कर उसके अनुसार नये उत्पाद तैयार करना

चुनौतियाँ –

- स्वास्थ्य कार्यक्रम को नियमित सहायता पहुंचाना
- उत्पादन में स्थानीय वस्तुओं पर आधारित आत्मनिर्भर तंत्र स्थापित करना
- बिक्री किये गए यु. वी. ड्रम का फालोअप

6. अंतिम वाक्य

क्या खोया क्या पाया:-

दो वर्षीय सामुदायिक स्वास्थ्य फैलोशिप से व्यक्तित्व व सोच में आये परिवर्तन को नापना या किसी के सामने अभिव्यक्त कर पाना कठिन कार्य है। इसका कुछ अनुमान साथी फैलो, मेंटर और संस्था द्वारा किया जा सकता है। फिर भी सही-सही नतीजे पर पहुंचना मुश्किल है। इस दो वर्षीय फैलोशिप में आये मुख्य परिवर्तन इस प्रकार है :-

1. व्यवस्थागत व्यवस्थित सोचने के ढंग का विकास :-

गैरसरकारी संघठन में काम करने के कारण हर समस्या को अपने तोर पर समझने और उस के हल के प्रयास करने की सोच विकसित होती है। वर्तमान स्वास्थ्य व्यवस्था अपने आप में एक जटिल तंत्र है। किन्तु इसके आभाव में हम प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति को बेहतर नहीं बना सकते . अतः इस को समझना और इस व्यवस्थागत सोच के अनुसार हल की पद्धति को खोजना ,तंत्र की जटिलता को समझना और इसके विकास के विभिन्न अवयवों को ध्यान में रखते हुए योजना बनाने का अभ्यास हम ने फेलोशिप के दौरान सीखा है.इस दौरान हम को व्यवस्था को समझने और नजदीक से जानने का अवसर मिला .

2. अवलोकन विश्लेषण प्रस्तुतिकरण करने की क्षमता का विकास :

3. सामुदायिक स्वास्थ्य व सामुदायिक विकास तकनीकों का ज्ञान

4. स्वायत्ता (एजेंसी) :- न्यूनतम संसाधनों में और स्वायत्तता के साथ कार्य करने की क्षमता .

5. लेखन की समझ – रिसर्च स्टेटेमेंट, रिफ्रेंस लेखन, निबंध लेखन

क्या खोया-

सामुदायिक स्वास्थ्य फैलोशिप के दो वर्षीय फैलोशिप कार्यक्रम में खोने के लिए सबसे बड़ी वस्तु व्यक्ति प्रबंधन (पर्सनल मैनेजमेंट) था। इसका प्रभाव फैलोशिप के सीखने के कार्यक्रम में अप्रत्यक्ष रूप से महसूस होता है। इसके अतिरिक्त जो भी कुछ हाथ से निकला वह खोया नहीं अपेत्तु उसे चुनौतियों के रूप में पाया है। इन दो वर्षों की अवधि में दो संस्थाओं के बीच कार्य व विचारधारा को लेकर सामंजस्य बनाए रखना मेरे लिए चुनौती पूर्ण रहा यह सदैव अविस्मरणीय बना रहेगा। वास्तव में महत्वकांक्षी नेतृत्व व संस्थाओं के साथ काम करना बहुत तनाव भरा होता है। दूसरी बड़ी चुनौती व्यस्त कार्यक्रम के कारण स्थानीय समुदाय व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के साथियों की अपेक्षाओं को पूर्ण नहीं कर पाना है। यह मेरे लिए बड़ा दुखद रहा। उसके लिए समुदाय के साथ मिलकर कोई प्रक्रिया शुरू की, उनके साथ काम करने की प्रतिबद्धता दर्शायी, काम कुछ आगे बढ़ा और फिर कलस्टर/कलेक्टिव मिटींग के लिए ब्रेक-आउट ब्रेक। यह बहुत स्वार्थपूर्ण रहा। इससे स्थानीय समुदाय व संस्था में कार्य की पूर्णता को लेकर विश्वास खो दिया।

मितानिन प्रेरक की भुमिका का विशलेषण फार्म

पद का नाम

1. पुरा नाम शिक्षा आयु
2. पति का नाम घर का व्यवसाय
3. वर्तमान पता
4. आप इस कार्यक्रम में कैसे जुड़ी थी/थे।
 - किसी स्वास्थ्य कर्मी के प्रोत्साहल पर ()
 - पंचायत / ग्राम सभा क्षरा चुन कर ()
 - साथी प्रेरक / डी.आर.पी के कहने पर ()
5. आप के क्षेत्र की जानकारी

अ. पी.एच.सी. का नाम पदस्थ डॉ.

एम.पी.डब्ल्यु./ए.एन.एम.

ब. एपस्वास्थ्य केन्द्र का नाम

1) ए.एन.एम. एम.पी.डब्ल्यु.

2) ए.एन.एम. एम.पी.डब्ल्यु.

6.

पंचायत का नाम	गाँव का नाम	थमतानि की संख्या	गाँव में घरों की संख्या
1
2
3
4
5

निबंध लेखन: डेविड बर्नर के आलेख के सन्दर्भ में

शीर्षक कोटा विकास खण्ड में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की वर्तमान स्थिति

- प्रस्तावना – पिछले कुछ वर्षों से राज्य में स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आधारित स्वास्थ्य व्यवस्था की शुरुआत हुई। आरंभ में परम्परागत अंग्रेजी डाक्टरों ने इसका विरोध किया। किन्तु शिशु मृत्यु दर में कमी और स्वास्थ्य की बेहतर स्थिति में उनकी आरोपों की कलाई खोल दी।

ऑकड़ों से यह बात निकलकर आई है कि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता न सिर्फ स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार ला सकते हैं अपितु वे सामाजिक परिवर्तन के वाहक और प्राणदाता भी हैं। समुदाय की ओर से इनके प्रयासों को स्वीकार करना सहज नहीं है। स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को समुदाय के प्रतिरोध का सामना भी करना पड़ता है। लेकिन कभी-कभी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता भी अपने अल्प ज्ञान, अल्प अवधि प्रशिक्षण, सांस्कृतिक स्थिति के कारण स्वयं पर प्रश्न चिन्ह लगा लेते हैं।

- चयन प्रक्रिया – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को यहाँ मितानिन के नाम से जाना जाता है। राष्ट्रीय स्तर पर आशा के आने से पहले छत्तीसगढ़ में मितानिन कार्यक्रम शुरु हो चुका था। यहाँ की सफलता ही राष्ट्रीय स्तर पर एन.आर.एच.एम. के रूप में लागू हुई। यहाँ मितानिन के चयन से पूर्व राज्य एवं जिला स्तर पर समितियाँ गठित की गई थीं। इनके माध्यम से गांव में समुदाय के साथ चर्चा, ग्राम सभा की बैठकें, नुक्कड़ नाटक के प्रदर्शन से समुदाय में जागरूकता फैलाई गई।

यहाँ जागरूकता मंडली गांव-गांव में जाकर ग्राम पंचायतों एवं समुदाय को स्वास्थ्य के मुद्दों पर प्रेरित करने का कार्य करती थी। जैसा कि झींगटपुर की कार्यकर्ता से मुझे बताया कि जब गांव के सभी समुदायों से मितानिन के चयन के लिए रात में ग्राम पंचायत में बैठक चल रही थी और कोई निर्णय नहीं हो सका। जिस महिला को मितानिन के लिए प्रस्तावित किया गया था उसने अपनी असहमति दर्शाई। मैंने दिन में नाटक देखा था और मुझे अपने परिवार और अपने गांव के स्वास्थ्य की चिन्ता सता रही थी। अगले दिन सुबह मैंने अपने नाम का प्रस्ताव ग्राम सभा में कहलवा भेजा और मुझे मितानिन प्रशिक्षण के लिए मेरे गांव की ओर से भेजा गया।

वर्तमान में कुछ मितानिन किसी कारणवश काम छोड़ चुकीं हैं। उनके स्थान पर आने वाली नई मितानिन शायद उसी प्रेरणा से न आ सकें, जिस प्रेरणा से उसके पूर्ववर्ती मितानिन आई थीं,

क्योंकि मितानिन का चयन ग्राम सभा में न होकर उसे प्रशिक्षित करने वाले समूहों एवं समाज में उसकी स्थिति और उसके योग्यता के स्तर पर होता है।

- **समुदाय और कार्यकर्ता के बीच संबंध और जवाबदेही** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की समुदाय के बीच पहचान मितानिन के रूप में हैं। मितानिन का शाब्दिक अर्थ मित्र या सहेली से है। समुदाय के द्वारा ही चुनकर मितानिन को प्रशिक्षण हेतु भेजा गया। स्वास्थ्य के मुद्दों पर मितानिन की समझ अच्छी है किन्तु परिवार में ही विश्वास जीत पाना उसके लिए कभी-कभी कठिन हो जाता है।

मितानिन समुदाय की आवश्यकताओं को समझती है। वो जानती है कि साफ पानी से ही उसके गांव का स्वास्थ्य ठीक रह पाएगा। खाना खाने से पूर्व हाथ धोने से बीमारियों नहीं फैलती। यह बात वह प्रशिक्षणों में सीखी है और घर के सदस्यों को बताने पर पहले उसे उपहास का पात्र बना लिया जाता था। अब धीरे-धीरे उसकी बातों को पूरे समुदाय में मान्यता मिलने लगी है। उसने सीखा है कि समुदाय के लिए आने वाले रूपयों का उपयोग समुदाय के लिए किस प्रकार किया जाए। वो यह बात ग्राम पंचायतों की बैठकों में कहती है, किन्तु अपनी अल्प शिक्षा के कारण वह ठगी भी जाती है। उदाहरण के लिए करही कछार की मितानिन जो कि जन स्वास्थ्य सहयोग गनियारी से भी प्रशिक्षण प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ता है। अपने गांव की सरपंच थी। उसने गांव के स्वास्थ्य के लिए योजनाएँ तैयार कीं।

प्रशिक्षणों का लाभ उठाते हुये उसने रूपयों का सही उपयोग करना सोखा और किया भी। उसकी सफलता की कहानियाँ 60 कि.मी. दूर जिला मुख्यालय तक पहुँचीं और अखवार की सुर्खियाँ भी बनीं। वर्तमान पंचायत चुनाव के 6 माह पूर्व उस अविश्वास मत के जरिए सरपंच पद से हटा दिया गया। उसने अपनी गल्ती स्वीकार भी कर ली, क्योंकि अन्य लोगों द्वारा तैयार किये गये जाली दस्तावेजों पर उसने बिना समझे ही दस्तखत कर दिये थे।

समुदाय के अन्दर चली आ रही रीतियाँ जैसे प्रसव के पश्चात् प्रसूता को 5 दिन तक भोजन नहीं देना। शिशु को तुरन्त नहलाना, स्तनपान में देरी करना, नाल काटने के लिए चिन्हित महिला (स्विन) का घण्टों इन्तजार करना (चाहे माँ या शिशु की मौत हो जाए), आदि में सुधार लाने के लिए आज भी मितानिन को कड़े प्रतिरोध का सामना समुदाय के बीच करना पड रहा है।

अपने व्यक्तित्व के अनुसार कुछ मितानिन गांव में स्वास्थ्य सहायकों के संदेशवाहक या अधीनस्थ कर्मचारी के रूप में जानी जाती हैं और समुदाय का व्यवहार भी उनके प्रति एक स्वास्थ्य कर्मचारी/परिचारिका के रूप में है। उसे ए.एन.एम. के गांव में आने से पूर्व गर्भवती महिलाओं को ऑगनवाड़ी में एकत्र करना होता है और इस कार्य की पूर्ण जिम्मेदारी उसी के कंधों पर होती है। वह संदेशवाहक भी है, प्रेरक भी है, व्यवस्थापक भी है और जबादेही भी उसी के ऊपर होती है। जबकि नियमित स्वास्थ्य कर्मचारी दस्तावेजी खानापूति में लगे होते हैं। ऐसी मितानिन ऑगनवाड़ी की कनिष्ठ कार्यकर्ता के रूप में भी पहचानी जाती है।

- प्रशिक्षण – वर्ष में एक बार मितानिन को ब्लॉक मुख्यालय 3 से 4 दिवसीय आवासीय प्रशिक्षण दिया जाता है। मितानिन को जिन विषयों पर प्रशिक्षण दिया जाता है उनमें से जैसे चलवो मितानिन संग, ग्राम स्वास्थ्य समिति एवं पंचायत के लिए मितानिन संदर्शिका, सामुदायिक भागीदारी, शिशु एवं बाल स्वास्थ्य, ग्राम स्वास्थ्य योजना निर्माण, नवजात एवं बाल संदर्शिका, जड़ी-बूटी (घरेलू इलाज), महिला स्वास्थ्य, स्वास्थ्य व्यवस्था की समझ, पोषण, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति आदि की जानकारी दी जाती है। इस प्रकार अभी तक कुल 12 माड्यूल का प्रशिक्षण मितानिन को दिया जा चुका है। प्रशिक्षण देने वालों में स्वास्थ्य तंत्र के ग्राम, ब्लॉक एवं जिले के स्रोत व्यक्ति आते हैं। प्रशिक्षण एक सघन एवं सतत प्रक्रिया है।

इसे समझने के लिए हमें प्रशिक्षण देने वाले व्यक्तियों की भूमिका को समझना होगा।

- “मितानिन प्रेरक” – 20 मितानिन पर एक प्रेरक होती है जो वर्ष भर मितानिन के संपर्क में रहती है। उसकी सहायता एवं मार्गदर्शन करती है। प्रशिक्षण पूर्व एवं प्रशिक्षण पश्चात् उसके अभ्यास में मदद करती है। यह समुदाय से चुनी गई मितानिन में से कुशलता के आधार पर सरकार की ओर से नियुक्त की गई है।
- डी.आर.पी. (जिला स्रोत व्यक्ति) – यह जिले में प्रशिक्षित सहजकर्ता के रूप में होते हैं, जो मितानिन प्रेरक और समुदाय से सीधे जुड़े होते हैं। इनका प्रशिक्षण जिले में होता है और इनकी नियुक्ति ब्लॉक स्तर पर होती है। इसमें एक महिला और एक पुरुष होते हैं।
- क्षेत्रीय समन्वयक – इनका प्रशिक्षण स्वतंत्र एजेन्सियों द्वारा किया गया है। यह सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम की क्षमता वृद्धि में सहायक होते हैं। इनका कार्यक्षेत्र 3 से

4 ब्लॉकों में बँटा होता है। जिले में एक से अधिक क्षेत्रीय समन्वयक होते हैं। इनका चयन स्वतंत्र एजेन्सियों द्वारा किया गया था किन्तु प्रशिक्षण पश्चात् इन्हें लोक स्वास्थ्य सेवाओं से जोड़ा गया है। यह लगातार गुणवत्ता सुधार हेतु प्रयास करते हैं।

➤ अन्य स्वतंत्र एजेन्सियाँ – सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत स्वैच्छिक संस्थाएँ।

इस सघन प्रशिक्षण कार्यक्रम से मितानिन को सहायता मिल पाती है। वह अपनी समस्याएँ एवं कठिनाईयाँ ब्लॉक पर मितानिन हेल्प डेस्क के समक्ष रख पाती है (यह अलग बात है कि उस पर कोई उचित कार्यवाही नहीं हो पाती)। मितानिन हेल्प डेस्क का संचालन मितानिन प्रशिक्षक बारी-बारी से करती है।

प्रशिक्षण का लाभ यह है कि मितानिन समुदाय में अपनी बात खुलकर कहने लगी हैं। चाहे उनकी बातों पर कोई ध्यान नहीं दिया जा रहा हो। लगातार मिलने वाले प्रशिक्षण एवं सहायता से कभी-कभी ऐसा लगता है कि लोक स्वास्थ्य प्रणाली के समानान्त सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली खड़ी हो गई है और अपना हक झपटना चाह रही है। इस टकराव की परिस्थिति में लोक स्वास्थ्य प्रणाली और सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच समन्वय का कार्य जिले से आए हुये क्षेत्रीय समन्वयक को करना पड़ता है।

प्रशिक्षणों में बताये गये विषयों के आधार पर मितानिन स्वास्थ्य को राजनैतिक मुद्दा बनाकर चुनाव लड़ रहीं हैं और जीत भी हासिल कर रही हैं। इसका प्रत्यक्ष उदाहरण वर्ष 2010 के चुनाव में मितानिन प्रेरक लक्ष्मिन मराबी है। इसने जोगीपुर पंचायत में अपने चुनाव सभा में 1 घण्टे तक भाषण दिया जिसमें स्वास्थ्य के मुद्दों पर विशेष जोर दिया।

यह भी सत्य है कि ब्लॉक में संस्थागत प्रसव में वृद्धि हुई है और मातृ मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर में कमी आई है। यह सब मितानिन प्रशिक्षण कार्यक्रमों का नतीजा है।

किन परिस्थितियों में कार्यकर्ता की सफलता – मितानिन की सफलता को हम स्पष्ट रूप से नहीं दर्शा सकते। फिर भी कुछ मितानिन अन्य की अपेक्षा बहुत अच्छा कर पाने में सफल हुई हैं। इसके लिए हम आन्तरिक और बाह्य परिस्थितियों के आधार पर अनुमान लगा सकते हैं। आन्तरिक कारणों में मितानिन को समुदाय का सहयोग, पारिवारिक सहानुभूति, सामाजिक परिस्थिति एवं व्यक्तिगत कौशल को रख सकते हैं और बाह्य कारणों में शिक्षा, आर्थिक व

राजनैतिक स्थिति एवं अवसरों की उपलब्धता किसी भी समुदाय में मितानिन की सफलता के कारण हो सकते हैं। मितानिन के रूप में चुने जाने के बाद लगातार प्रशिक्षणों से और अवसरों की उपलब्धता से कुछ मितानिन समुदाय के अन्दर सकारात्मक परिवर्तन करने में सफल हुई हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता अपने अधिकारों के लिए जागरूक हैं और इसे पाने के लिए वे संगठित प्रयास भी कर रही हैं। विगत दिनों मितानिन हेल्प डेस्क की सहायता से स्वास्थ्य केन्द्र के बाहर से खरीदी जाने वाली दवाओं में 50 प्रतिशत तक कमी आई है। यह सब मितानिन एवं प्रेरक के सामूहिक प्रयासों से संभव हो सका है।

सामुदायिक सहयोग से स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सफलता निश्चित होगी है। यदि समुदाय मितानिन को मान्यता न दे तो उसके द्वारा बनाई गई योजनाएँ सिर्फ कगजी होकर रह जाती हैं, जैसा कि करही कछार की मितानिन के साथ हुआ।

मितानिन की सफलता में शिक्षा की महत्वपूर्ण भूमिका है। मितानिन समूह से चुनकर आई हुई अधिक शिक्षित एवं जाग्यक महिलाओं ने मितानिन प्रेरक के रूप में खाशी महती भूमिका निभाई है और वे अधिक प्रशिक्षण प्राप्त कर मितानिन की क्षमता वृद्धि में सहयोग कर रही हैं। व्यवस्था के द्वारा मितानिन को दिया जाने वाला सहयोग, समर्थन एवं प्रशिक्षण उसकी और सफलता के बीच की दूरी को निश्चित करता है।

- सामुदायिक कार्यकर्ता के कार्य की सीमाएँ – मितानिन सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता होने से पहले उसी समुदाय की सदस्य है जिसमें उसे कार्य करना है। जैसा कि डैविट बर्नर ने कहा है कि एक प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मी/डॉक्टर उस समुदाय का बाहरी व्यक्ति है और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता उसी समुदाय का भाग है और कठिन स्वास्थ्य परिस्थितियों में उसे डॉक्टर की अपेक्षा अधिक समय अपने समुदाय के साथ बिताना है। अतः समुदाय का दबाव और उसके प्रति जवाबदेही उसे डॉक्टर से अधिक झेलनी होती है। यह परिस्थितियों उसके निर्णय लेने की क्षमता को प्रभावित करती है और उसकी कुशलताओं को सीमित करती है। जननी सुरक्षा योजना अन्तर्गत संस्थागत प्रसव हेतु महिला के साथ आने पर उसे एन.एम. या नर्स द्वारा उसे स्वच्छता एवं साफ-सफाई के ऐसे कार्यों में सलग्न किया जाता है, जिन्हें वो करना नहीं चाहती, या ऐसे कार्य जो उसे उसके समुदाय में तिरस्कृत कर दे।

समुदाय की आवश्यकताओं के अनुसार मितानिन ऐसे महत्वपूर्ण प्रशिक्षणों की आशा करती है जो जीवन के कठिन क्षणों में उसकी उपयोगिता को सिद्ध कर सके। उदाहरण के लिए किसी गंभीर

व्यक्ति को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र रेफर करने से पूर्व प्राथमिक चिकित्सा उपलब्ध करा पाने में सक्षम होना। जैसे अचेत अवस्था में किसी व्यक्ति या नवजात शिशु को सांस दे पाना, सर्पदंश में उचित देखरेख में रेफर करना।

- सारांश – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम की वित्तीय इकाईयों व्यवस्था के साथ सम्बन्ध बनाकर सभी राष्ट्रीय प्रोग्रामों में कई परियोजनाओं का संचालन कर रही हैं। इसके लिए अपेक्षा की जाती है कि मितानिन इन कार्यों को ही प्राथमिकता के साथ करती रहे। जबकि प्रशिक्षक इकाईयों मितानिन को समुचित स्वास्थ्य देखभाल के लिए प्रेरित करती हैं।

मितानिन प्रशिक्षण से प्राप्त ज्ञान और कौशल का उपयोग सामुदायिक हित में करना चाहती है, किन्तु राजनैतिक दबाव एवं नौकरशाही इसमें व्यवधान उत्पन्न करते हैं। किसी हद तक मितानिन की महत्वाकांक्षाएँ स्वयं की स्थिति पर प्रश्न चिन्ह लगाती हैं।

रिसर्च स्टेटमेंट

TB<=>NUTRITION.

लक्ष्य :- कोटा ब्लॉक में पोषण व टी.बी. के द्विकोणी संबंधो का अध्ययन करना

पद :- जब जनकल जीम इपकपतंबजपवदंस तमसंजपवदीपच इमजूमद जइ दक दनजतंजपवद पद त्वजं इसववाण

उद्देश्य :-

वइरमनज रू.

1. टी बी के मरीजों में पोषण की स्थिति (nutritional status) व पोषण के स्तर (nutritional level) का अध्ययन करना .
2. मरीज के परिवार में आहार सम्बन्धी व्यवहार (food habits) का पता लगाना .
to find out the patient's family food-related behavior.
3. परिवार के पोषण स्तर (BMI) पर बीमारी के कारण होने वाले आर्थिक प्रभाव का अध्ययन करना.
to study the economic impacts of the family nutritional status (BMI) due to the disease.
4. चिकित्सक(क्लर्क) और टीबी सलाहकार(जब counselor) के मार्गदर्शन के पश्चात मरीज के खान-पान में आये बदलाव और परिणाम का अध्ययन करना .
to Study the doctor and TB counselors guidance came after the patient's diet changes and outcomes.

विशिष्ट उद्देश्य :-

Pecific objective :-

1.
 - टीबी मरीजों का उपचार शुरू होने से पूर्व पोषण की स्थिति व पोषण के स्तर का पता करना . (BMI का ग्रेड -I, II, III, IV,)
 - उपचार व सलाह के बाद मरीज के (BMI के ग्रेड -I, II, III, IV) में आए सुधार का पता करना.
2.
 - मरीज के परिवार में दैनिक आहार (daily diet) के रूप में खाई जाने वाली खाद्य-सामग्री (the food gap) का पता करना .
 - मरीज के परिवार में प्रतिदिन (per day), प्रतिव्यक्ति उपभोग की जाने वाली कैलोरी (the per capita calorie consumption) व पोषण स्तर का पता करना (person BMI).
 - परिवार में अन्य सदस्यों में टीबी या अन्य गंभीर विमारियों(chronic diseases) का पता करना .
3.
 - मरीज के द्वारा इलाज पर किये जाने वाले कुल खर्च(total expenditure) का पता करना
 - मरीज के इलाज हेतु परिवार द्वारा कर्ज /गिरवी आदि आर्थिक हानि वाली गतिविधियों का पता करना .
 - बीमारी के कारणपूर्ण या आंशिक रूप से आजीविका कमाने अक्षम होना.
4.
 - मरीज द्वारा दवाई व उपचार के बारे में प्राप्त निर्देशों के नियमित पालन का अध्ययन करना.
 - पोषण के सम्बन्ध में प्राप्त जानकारियों का मरीज द्वारा अपनाने का पता करना.
 - मरीज के द्वारा व्यसन में कमी ,खाने के मात्रा में वृद्धि, तथा उपयोग में लाए जा रहे पूरक आहार का अध्ययन करना .
 - मरीज के स्वस्थ्य में सुधार के चिकित्सकीय लक्षणों जैसे खांसी, बुखार, खंखार, दर्द, भू ए लेंए ठडए आदि में आने वाले सुधारों का अध्ययन करना .

केस स्टोरी -१ मासूम राधिका की कहानी

राधिका की उम्र 1 वर्ष थी। उसके पिता सोनसाय यादव बढाई का काम करके गुजारा चलाते हैं। राधिका के गाँव सेमरिया में जन स्वास्थ्य सहयोग का मोबाईल क्लिनिक है। यहाँ का नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र नवागाँव 6 कि.मी. दूर है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कोटा से सेमरिया की दूरी 12 कि.मी. है। 7 नवम्बर दीपावली के त्यौहार से राधिका, उसकी माँ और उस घर में रहने वाली उसकी दो बहनों को बुखार शुरू हुआ। ठंडा देकर बुखार के साथ वह सिरदर्द, जी मिचलाना (ओकयासी) की शिकायत कर रही थी। दूसरे दिन उसको उल्टियाँ भी हुई। उल्टी के बाद बुखार कुछ दर कम हो जाता था, आँख और चमड़ी पीला हो गई थी।

राधिका के पिता गाँव से कहीं बाहर थे। परिवार के अन्य लोग खेतों पर काम में लगे थे। धान की लुआई का समय था और वर्षा होने की संभावना भी थी। वर्षा से फसल खराब होने पर आने वाले साल में खाने की इसलिए घर पर राधिका, दो अन्य बच्चे और राधिका की बीमार माँ थी। पड़ोस के घरों में भी इनके परिवार की बीमारी के बारे में कोई सूचना नहीं थी।

रात को उसे साँस लेने में बहुत तकलीफ थी। स्थिति बिगड़ते देख घर वालों को राधिका सहित अन्य बच्चों को इलाज की चिंता लग रही थी। लेकिन रिवार में ऐसा व्यक्ति उपलब्ध नहीं था जो उसे लेकर जा सके। दिनभर खेत में काम करने के कारण परिवार के अधिकांश सदस्य गहरी नींद में थे। सुबह चार बजे राधिका बेहोश हो गई।

इस स्थिति में घर से 1 कि.मी. झोला-छाप डॉक्टर से संपर्क किया। उसने कह कि राधिका को निमोनिया हो गया है। इसे कोटा अस्पताल या गनियारी अस्पताल लेकर जाओ। घर से जाने के लिए साधन/वाहन की व्यवस्था करते-करते सुबह के 8 बज गए। अस्पताल ले जाने समय रास्ते में ही राधिका की मृत्यु हो गई। इसे कोटा के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कोटा में लेकर गए जहाँ डॉक्टर ने राधिका को मृत बताया। कोटा से राधिका को परिवार वाले घर ले गए और बाकी बीमार व्यक्तियों को जन स्वास्थ्य सहयोग के अस्पताल गनियारी लेकर गए। जहाँ सभी व्यक्तियों को मर्ती कर उपचार शुरू किया गया। इन सभी के रक्त के नमूनों में गंभीर मलेरिया मिलाकर उपचार पूरा होने के बाद सभी को छुट्टी दी गई।

राधिका की कहानी कई प्रश्न खड़े करते हैं :-

1. राधिका 1 वर्ष की होने के कारण परिवार के दूसरे सदस्यों के मुकाबले जल्दी हार गई। दूसरे शब्दों में मलेरिया का खतरा कम आयु के बच्चों को अधिक होता है।

- खेत के कार्य में लगे होने के कारण परिवार के बीमार व्यक्तियों के लिए समय कठिन हो जाता है, विशेषकर बच्चों के लिए जिनकी भूमिका/उपयोगिता रोजी कमाने के कार्य में सीधे (प्रत्यक्ष) जुड़ी हुई नहीं दिखती है।
- परिवार के सभी सदस्य जब बीमार हो जाएँ तो उपचार कठिन हो जाता है। स्वयं का और दूसरे बीमार सदस्य के उपचार के बारे में सोचना और उपचार का प्रयास करना दोनों ही मुश्किल होता है।
- ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता/मितानीन की भूमिका भी तभी प्रासंगिक होती है जब घर के बमार सदस्य के बारे में उस तक सूचना पहुँचे।
- गंभीर मलेरिया के लक्षणों के बारे में जानकारी लोगों तक पहुँचने के साथ रोकथाम के प्रयास करना बहुत जरूरी है।
- राधिका के परिवार के सभी सदस्य मच्छरदानियों का उपयोग करते हैं, लेकिन पिछले एक वर्ष में इन पर दवा नहीं लगा था।
- गाँव में मच्छर रोधी दवा के छिड़काव के लिए कोई व्यक्ति नहीं आया।
- परिवार के सदस्यों का कहना है कि हमें अनुमान नहीं था कि राधिका की तबीयत इतनी बिगड़ जाएगी। नही तो उसे एक दिन पहले ही गनियारी अस्पताल लेकर चले जाते।

केस स्टोरी -2 संजय, पलायन और मलेरिया

संजय कुमार धनुहार, आयु लगभग 30 वर्ष ढेलवापुर गाँव जो कि चंगोरी के अंतर्गत आता है, का निवासी था। संजय धनुहार काम की तलाश में पलायन करके उत्तर प्रदेश दरियावंद गया था। पहुँचने के 1-2 दिन बाद ठंड देकर बुखार बढ़ा। ठेकेदार से छुट्टी दिलाकर साथी अस्पताल ले गए। वहाँ जाँच में गंभीर मलेरिया मिला। उपचार के दौरान उसकी मृत्यु हो गई।

कोरी बांध के उत्तरी किनारे पर बसा संजय का गाँव ढेलवापुर, चंगोरी पंचायत के अंतर्गत आता है। ढेलवापुर से कोटा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की दूरी 6 कि.मी. है। ढेलवापुर की चंगोरी से दूरी लगभग 8 कि.मी. है। जबकि पास की पंचायत नवागाँव 3 कि.मी. है जहाँ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्थित है। यहाँ से सम्बन्धित होने वाली सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ इस गाँव को नहीं मिल पाता। (ढेलवापुर से 100 मीटर दूरी पर स्थित लालपुर गाँव जो नवागाँव पंचायत में आता है, वहाँ प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएँ नियमित हैं।) ढेलवापुर में लगभग 22 घर हैं। यहाँ मुख्य रूप से दिशवार जाति के लोग रहते हैं। धनुहार जाति का एक घर पलायन करके चला गया है और दूसरा घर संजय का है।

बिलासपुर से आने वाले ठेकेदार हर वर्ष जंगल क्षेत्र से मजदूरों को देश के बड़े शहरों में लेकर जाते हैं। वहाँ पर ये अकुशल मजदूर ईंट के भट्टों में मुख्य रूप से ईंट बनाने का करते हैं। संजय भी

दीवाली के त्यौहार के तीन दिन बाद (10 नवम्बर) पत्नी बच्चे और अन्य साथियों के साथ कमाने के लिए निकल पड़ा। दरियाबाद वह पहले भी जा चुका था इसलिए इस बार परिवार को भी साथ ले कर गया था।

दरियाबाद पहुँचने के दिन से ही उसे थकान महसूस हो रही थी। बुखार के बावजूद उसने दो दिन काम किया। तीसरे दिन शरीर ने साथ नहीं दिया। उसे झटका आया और उसे निजी अस्पताल में भर्ती कराना पड़ा। उसकी आँख और चमड़ी देखने में पीला लग रहा था। लेबोरेटरी के जाँच में उसे गंभीर मलेरिया निकला। इलाज के दौरान अस्पताल में ही उसकी मृत्यु हो गई। अस्पताल का खर्चा ठेकेदार द्वारा दिया गया। मृत्यु के बाद पत्नी फूल बाई और साथियों ने चुपचाप सामान समेटा और घर देवलापुर लौट आए। यहाँ अपने गाँव में आकर उसकी मृत्यु पश्चात का धूप-दान किया। इस समय गाँव में भी मलेरिया फैला हुआ था।

अब फूलबाई के पास 3 बच्चे हैं। जिस समय संजय का परिवार पलायन करके गया तब फूलबाई साढ़े 7 माह की गर्भवती थी। संजय के मृत्यु के एक माह बाद फूल बाई ने एक अन्य शिशु को जन्म दिया। इनके लालन-पालन के लिए फूलबाई गाँव में ही मजदूरी करती है। इसे धान से सीजन में रोपा लगाने पर 50 रुपये प्रतिदिन की रोजी मिलती है।

संजय की कहानी कई सवाल पूछती है?

- क्यों संजय को पलायन करके गाँव छोड़ना पड़ता है?
- क्यों फूल बाई 8 माह का गर्भ लेकर पलायन करती है?
- ढेलवापुर गाँव में प्राथमिक स्कूल का उपसंकुल केन्द्र नवागाँव है तो स्वास्थ्य सुविधा की दृष्टि से इसे नवागाँव से क्यों नहीं जोड़ा जाता। या स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रदान करने में भौगोलिक जटिलताओं को क्यों नजर अंदाज किया जाता है।
- ढेलवापुर बाँध के किनारे स्थित होने के बाद भी इसमें मच्छर रोधी दवा का छिड़काव नहीं हुआ था।

केस स्टोरी -3 गर्भवती सरिता बाई और मलेरिया

सरिता बाई मानिकपुरी साढ़े 3 माह की गर्भवती थी। तेज बुखार में स्थानीय झोला छाप डॉक्टर से कुछ इलाज लिया और अच्छे इलाज के लिए मायके आ गई। सूजी-पानी के बाद कुछ ठीक लगने लगा था। कुछ दिन बाद पति को बेहोशी की हालत में अस्पताल भर्ती कराया गया। तब भी इसकी हालत ठीक नहीं थी।

सरिता बाई मानिकपुरी गर्भवती थी और तेज बुखार भी था। झोलाछाप डॉ. से कुछ सूजी-पानी कराया और अच्छे इलाज के लिए मायके आ कर ठहरी। पति की बेहोशी का खबर सुनकर अस्पताल पहुँची और वहीं इलाज के दौरान मृत्यु हो गई।

“बेटा, मुझे अच्छा नहीं लगता कि तुम दोनों घर में ही दिन से ओड़-ओड़ कर सो रहे हो। जाओ किसी डॉ. को दिखाकर कुछ इलाज करवा लो।” कमला बाई ने यह बात अपनी बहू सरिता और बेटे कन्हैया दास को कही थी। यह दोनों ही दिन से ठंड लेकर चढ़ने वाले बुखार से पीड़ित थे।

कन्हैया दास अपनी पत्नी को साथ लेकर पीपरखुंटी गाँव के झोला छाप डॉक्टर के पास सायकल पर बैठाकर ले गया। बुखार की वजह से इतनी कमजोरी थी कि पत्नी को दूसरे व्यक्ति की सायकल पर बैठाया। यहाँ गाँव के डॉक्टर ने दोनों को सूई लगाई। सरिता बाई को तीन माह का गर्भ भी था। इसलिए उसने इलाज के लिए बड़े अस्पताल जाने का सोचा। सूई लगवाने से दोनों को बुखार से कुछ राहत मिली थी।

इसलिए कन्हैया पत्नी को मायके भरारी गांव छोड़कर आ गया। 25 वर्षिय सरिता के दो बच्चे हैं। सरिता का गाँव परसदा वन क्षेत्र अचानकमार का सीमांत गाँव है, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कोटा से इसकी दूरी लगभग 15 कि.मी. है। नजदीक का प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र शिवतराई 6 कि.मी. है। यहीं पर जन स्वास्थ्य सहयोग का मोबाईल क्लिनिक भी स्थित है।

मायके गाँव भरारी से जन स्वास्थ्य सहयोग केन्द्र गनियारी की दूरी 5 कि.मी. है। गाँव गनियारी में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भी स्थित है।

मानिकपुरी अनुसूचित जाति के अंतर्गत आते हैं। परसदा में सरिता का घर मिरा में है इसकी सड़क पर वर्ष के 6 माह लगातार पानी बहता रहता है। लगभग यही समानता भरारी स्थित मायके में भी देखने को मिली।

मायके गाँव भरारी से जन स्वास्थ्य सहयोग केन्द्र गनियारी की दूरी 5 कि.मी. है। गाँव गनियारी में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भी स्थित है।

मायके में सरिता को रविवार के दिन से दुबारा बुखार शुरू हुआ। सोमवार के दिन इलाज के लिए कहा लेकिन घर से कोई ले जाने वाला नहीं था। मंगलवार को दोपहर पति को गंभीर मलेरिया बुखार के कारण बेहोशी के हालत में गनियारी अस्पताल (जन स्वास्थ्य सहयोग) में भर्ती किया गया। खबर होने पर शाम तक सरिता भी अस्पताल पहुंच गई। पति बेहोश था। सरिता भी अस्पताल में अपनी सास और पिता के साथ रूकी रही। शाम से ही सरिता को बुखार था। रविवार के कारण अस्पताल को ओ.पी.डी. बंद हो गया था इस कारण किसी को नहीं दिखाया, न परिवार के किसी सदस्य ने वार्ड में संपर्क किया। सोमवार सुबह जब ओ.पी.डी. खुला तब सरिता के पिता ने डॉक्टर को दिखाया। खून की बहुत कमी होने की वजह से उसे तुरंत अस्पताल में भर्ती किया गया।

सरिता की आँखें और चमड़ी पीला पड़ गई थी। रात में उसे उल्टी भी हुई थी। बेहोशी की अवस्था में वह घड़बड़ा रही थी। विस्तार से पूछने पर पता चला कि रविवार से उसने पेशाब भी बहुत कम किया है। उसे पेट में और कमर में भयंकर दर्द था। शरीर में बहुत अकड़न थी। बुखार की वजह से उसके शरीर का तापमान 98.2 डिग्री फारेनहाइट था। यह बुखार उसे लगातार 7 घंटे तक बना रहा।

लेबोरेटरी में खून व पेशाब का परीक्षण होने पर फाल्सीफेरम मलेरिया मिला। एक रक्त की बूंद के दसवें हिस्से की ब्लड स्मीयर (रक्त पट्टी) बनाकर देखने में मलेरिया परजीवी की संख्या 2,00,000 प्रति थी। हीमोग्लोबिन की मात्रा घट कर 6.7ग्रा. रह गई थी। रक्त में शर्करा (ग्लूकोज) का स्तर 60 ग्रा. तक पहुंच गया था। यह सामान्य शर्करा के स्तर आधा रह गया था। सरिता के कोमा में चले जो का एक मुख्य कारण यह भी था। पेशाब की जाँच में इसको गुर्दे के काम नहीं करने की पुष्टि हुई। पेशाब का रंग रक्त की तरह लाल था। अन्य परीक्षण में पीलिया होने का भी प्रमाण मिला।

सरिता का ब्लड प्रेशर घटकर 80/50 रह गया था। जिस समय भर्ती किया गया उसे साँस लेने में तकलीफ थी। उसे बार झटके भी आ रहे थे। इसे मशीन के द्वारा साँस दिया जा रहा था। इसका उपचार ए.सी.टी. नामक नई दवाईयों से शुरू किया गया। क्लोरोक्विन जैसी दवाईयों के अप्रभावी होने पर इन दवाओं का उपयोग किया जाता है। डॉक्टर ने गुर्दे के सही काम नहीं करने के कारण तुरंत डायलिसिस करने की जरूरत के बारे में लिखा था। खून की कमी को दूर करने के लिए इसे एक यूनिट रक्त चढ़ाया जा चुका था। दवाईयों मुँह से नहीं खा पाने के कारण ग्लूकोज की बॉटल के साथ सुई से दी जा रही थी। सरिता कुल अठारह घंटे अस्पताल में रहीं। उसका पति व सारे विस्तार पर बेहोश

था। सुबह के समय सरिता अपने पीछे कई प्रश्नों को छोड़ कर चल बसी। उसके साथ उसका अजन्मा शिशु जो उसके गर्भ में था चला गया।

- क्या सरिता की मौत में उसकी गर्भावस्था जिम्मेदार थी?
- क्या सरिता की मौत झोला छाप डॉक्टर के अधूरे उपचार के कारण हुई?
- क्या सरिता की मौत उचित स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचने में देरी के कारण हुई?
- क्या सरिता की मौत अस्पताल पहुंचने के बाद सुविधाओं को प्राप्त कर पाने की क्षमता में कमी के कारण हुई?
- सरिता की मौत उपचार प्राप्त होने से पहले शरीर में हो चुके नुकसान के कारण हुई?
- सरिता की मौत उपचार के साथ तुरंत डायलिसिस सुविधा नहीं मिल पाने के कारण हुई।
- सरिता की मौत से पहले गाँव न तो मच्छर रोधी दवा का छिड़काव किया गया था और न ही मच्छरदानियों को दवा से उपचारित किया गया था।
- क्या सरिता की मौत में क्या उसकी कमजोर सामाजिक व आर्थिक स्थिति का भी योगदान है।
- सरिता के परिवार (पिता) का मानना है कि हम इस बुखार को सामान्य दुखार मानकर चल रहे थे। यदि हमें अंदाजा होता तो हम जल्दी प्रयास करते। सास का कहना है कि परिवार के अन्य लोग और मेरा बेटा बीमार नहीं होता तो इसे अच्छे इलाज के लिए जल्दी गनियारी अस्पताल ले आते।

3.2 सकारात्मक रसोई के पहल : चार्ट क्रमांक - 1

	नाम	माँ का नाम	पिता का नाम	जन्म तिथि	लिंग	जन्म वजन	उम्र माह में	वजन 4.10.10	Index of colour
1	ओमशिला	चंपा बाई	पवन सिंह	9-May-05	लड़की	2.600	64	12.200	Yellow
2	स्वविता	तेजन	भागीरथी	18-Sep-05	लड़की	2.100	60	10.800	
3	गुरुदेव	चन्द्रिका	सन्तोष	14-Oct-05	लड़का	2.900	59	15.000	
4	सुनील	सिया	बोधराम	11-Nov-05	लड़का	3.200	58	13.800	
5	चन्द्रप्रकाश	रामकुमारी	भागीरथी	14-Nov-05	लड़का	2.600	58	13.500	Yellow
6	धन्नु	गीता	कन्हैया	29-Nov-05	लड़का	3.200	58	14.000	
7	शशिकांत	सरिता	श्रामबहादुर	16-Jan-06	लड़का	1.700	56	12.800	Yellow
8	चन्द्रप्रकाश	धनबाई	मयाराम	3-Feb-06	लड़का	2.300	55	13.800	
9	संदीप	कमिनी	नेहर	13-Jun-06	लड़का	2.300	51	12.000	Yellow
10	देवप्रीतम	सुरहुतीन	दयाराम	17-Jul-06	लड़का	2.000	50	13.200	
11	सुनील	जोतकुंवर	श्यामसिंह	3-Dec-06	लड़का	2.700	45	10.700	
12	योगिता	राजकुमारी	कमल	12-Mar-07	लड़की	2.000	42	9.000	
13	अशीष	आशा	गौकरण	4-May-07	लड़का	2.500	40	13.000	
14	प्रमोद	पुनिया बाई	सुखमनदास	20-Aug-07	लड़का	2.600	37	11.200	Yellow
15	तनुजा	शुभद्रा	गेविंदसिंह	20-Aug-07	लड़की	2.000	37	11.000	Yellow
16	हरीश	अनपूर्णा	नंदकुमार	13-Apr-08	लड़का	2.500	29	10.100	Yellow
17	हेमलता	पांचोबाई	तिहारुदास	15-May-08	लड़की	2.500	28	9.100	Yellow
18	लुवीना	चम्पा	पवन सिंह	13-Nov-08	लड़की	2.500	22	8.000	Yellow
19	आदित्य	आशा	गौकरण	6-Dec-08	लड़का	2.500	21	9.200	Yellow
20	गोपाल	सिया	बोधराम	31-Dec-08	लड़का	2.500	20	8.200	Yellow
21	सुमन	खेलकुंवर	विंदकुमार	10-Jan-09	लड़की	2.500	20	8.300	Yellow
22	अरविन्द	श्वंदा	करन सिंह	6-Feb-09	लड़का	2.500	19	10.300	
23	पायल	रामकुमारी	भागीरथी	13-Feb-09	लड़की	3.000	19	8.000	Yellow
24	हेमू	सुनिता बाई	नंदराम	17-Mar-09	लड़का	2.200	18	8.100	Yellow
25	मायत्री	चन्द्रिका	संतोष	30-Jun-09	लड़की	2.600	15	8.000	Green
26	लोकेश	राधाबाई	मालिकराम	2-Nov-09	लड़का	2.300	11	6.000	
27	कामिल	तेजन	भागीरथी	7-Nov-09	लड़का	2.700	11	7.500	Green
28	शुभांचल	पांचो बाई	तिहारु दास	22-Apr-10	लड़की	3.800	6	5.100	Yellow
29	संध्या	फगनी बाइ		Jan-06	लड़की	2.500	56	12.700	Yellow
30	हैसी	फगनी बाइ		Mar-07	लड़की	---	42	11.300	Yellow

3.2 सकारात्मक रसोई के पहल : चार्ट क्रमांक - 2

क्र.	नाम	माँ का नाम	लिंग	जन्म वजन	उम्र माह में	उम्र साल में	वजन की तिथि	वजन	Index of colour	वजन की तिथि	उम्र माह में	वजन	Index of colour	वजन 2
1	ओमशिला	चंपा बाई	लड़की	2.600	64	5.4	4-Oct-10	12.200	Yellow	15-Oct-10	64	12.400	Yellow	0.000
2	सुविता	बीजन	लड़की	2.100	60	5	4-Oct-10	10.800		15-Oct-10	60	11.000		11.100
3	गुरुदेव	चन्द्रिका	लड़का	2.900	59	4.1	4-Oct-10	15.000		15-Oct-10	59	15.300		0.000
4	सुनील	सिया	लड़का	3.200	58	4.9	4-Oct-10	13.800		15-Oct-10	58	14.400		0.000
5	चन्द्रप्रकाश	रामकुमारी	लड़का	2.600	58	4.9	4-Oct-10	13.500	Yellow	15-Oct-10	58	13.600	Yellow	0.000
6	धनू	गीता	लड़का	3.200	58	4.9	4-Oct-10	14.000		15-Oct-10	58	14.000		14.000
7	शशिकान्त	शरिता	लड़का	1.700	56	4.8	4-Oct-10	12.800	Yellow	15-Oct-10	56	13.000	Yellow	13.300
8	चन्द्रप्रकाश	धनबाई	लड़का	2.300	55	4.7	4-Oct-10	13.800		15-Oct-10	55	13.800		0.000
9	संदीप	कामिनी	लड़का	2.300	51	4.3	4-Oct-10	12.000	Yellow	15-Oct-10	51	12.300	Yellow	12.000
10	छेवप्रीतम	सुरहतीन	लड़का	2.000	50	4.2	4-Oct-10	13.200		15-Oct-10	50	13.000		13.300
11	सुनील	जोतकुंवर	लड़का	2.700	45	3.8	4-Oct-10	10.700		15-Oct-10	45	11.000	Yellow	11.000
12	योगिता	राजकुमारी	लड़की	2.000	42	3.6	4-Oct-10	9.000		15-Oct-10	42	9.300		9.500
13	अशीष	आशा	लड़का	2.500	40	3.4	4-Oct-10	13.000		15-Oct-10	40	13.000		13.000
14	प्रमोद	पुनिया बाई	लड़का	2.600	37	3.1	4-Oct-10	11.200	Yellow	15-Oct-10	37	11.800		0.000
15	लुजा	शुभदा	लड़की	2.000	37	3.1	4-Oct-10	11.000	Yellow	15-Oct-10	37	11.400		0.000
16	इरीश	अनपूर्णा	लड़का	2.500	29	2.5	4-Oct-10	10.100	Yellow	15-Oct-10	29	10.500		0.000
17	अमलता	पावोबाई	लड़की	2.500	28	2.4	4-Oct-10	9.100	Yellow	15-Oct-10	28	9.500	Yellow	0.000
18	सुदीना	गम्पा	लड़की	2.500	22	1.1	4-Oct-10	8.000	Yellow	15-Oct-10	22	8.100	Yellow	0.000
19	आदित्य	आशा	लड़का	2.500	21	1.9	4-Oct-10	9.200	Yellow	15-Oct-10	21	10.000		10.200
20	गोपाल	सिया	लड़का	2.500	20	1.8	4-Oct-10	8.200	Yellow	15-Oct-10	20	8.600	Yellow	0.000
21	सुमन	खेलकुंवर	लड़की	2.500	20	1.8	4-Oct-10	8.300	Yellow	15-Oct-10	20	8.500		0.000
22	अरविन्द	श्वदा	लड़का	2.500	19	1.7	4-Oct-10	10.300		15-Oct-10	19	10.600		0.000
23	पायल	रामकुमारी	लड़की	3.000	19	1.7	4-Oct-10	8.000	Yellow	15-Oct-10	19	8.400		0.000
24	रम	सोनेता	लड़का	2.200	18	1.7	4-Oct-10	8.100	Yellow	15-Oct-10	18	8.200	Yellow	0.000
25	गणपती	अश्वका	लड़की	2.600	15	1.3	4-Oct-10	8.000	Green	15-Oct-10	15	8.200	Green	0.000
26	कीर्ति	अनाबाई	लड़का	2.800	11	0.1	4-Oct-10	6.000		15-Oct-10	11	6.400		6.800
27	अमित	विजय	लड़का	2.700	11	0.1	4-Oct-10	7.500	Green	15-Oct-10	11	7.600	Green	7.600
28	अर्माचल	पावो बाई	लड़की	3.800	6	0.6	4-Oct-10	5.100	Yellow	15-Oct-10	6	5.500	Yellow	0.000
29	रश्मि	फगनी बाई	लड़की	2.500			4-Oct-10	12.700		15-Oct-10		12.600		12.700
30	पैरी	फगनी बाई	लड़की				4-Oct-10	11.300		15-Oct-10		11.900		11.900

संदर्भ सूची

- i स्वयं लिखित निवेदन लेख, फॅलोशिप में चयन हेतु, 2009
- ii राज्य स्वास्थ्य मिशन छ.ग. ग्राम समिती प्व स्वच्छता समिती हेतू कार्यो की मार्गदर्शिका
- iii स्वास्थ्य एव मानव विकास सूचकांक, छ.ग. शासन
- iv राज्य स्वास्थ्य मिशन छ.ग. ग्राम समिती प्व स्वच्छता समिती हेतू कार्यो की मार्गदर्शिका
- v ब्लॉक प्रोग्राम मैनेजर, कोटा, जिला बिलासपुर
- vi क्षेत्रिय कार्यकर्ताओं की भुमिका, कोटा ब्लॉक
- vii स्वास्थ्य अवलोकन, समुह चर्चा
- viii 14 फरवरी 2010 की बैठक सी.एच.सी कोटा पर
- ix के. पार्क: सामु. स्वा. विज्ञान -2009
- x प्रसन्न: हेल्थ इकानामिक्स लेक्चर, सितंबर-11 कलेक्टिव. 2.डब्ल्यु.एच.ओ. वेब साइट)
- xi के. पार्क सामु. स्वा. विज्ञान-2009
- xii डॉ. रवि डिसुजा की कक्षाएँ, प्रथम कलेक्टिव नवम्बर-2009
- xiii सभी डेटा एन.एफ.एच.एस.-3
- xiv एन.एफ.एच.एस.-3
- xv रिटामोहन, पिडी हर्थ सेसन जबलपुर कलेक्टिव 2010
- xvi सी.सत्यमाला, निर्मला, नलिनी बी. स्वास्थ्य और समाज एक भिन्न स्वर-1996
- xvii पार्क सामु. स्वा. विज्ञान-2009
- xviii डब्ल्यु.एच.ओ.1978
- xix डी.एल.एच.एस.-3