

Community Health Fellowship Programme

Report

November 2009 to October 2011



Prepared by :

Kedar Rajak

Community Health Fellow

Gram Sudhar Samiti, Sidhi


अनुक्रमणिका

क.	विषय वस्तु	पृष्ठ क्रमांक
1.	आभार	03
2.	पृष्ठभूमि	04
3.	प्रोफाइल-संस्था, जिला, ब्लॉक एवं कार्यक्षेत्र	05 से 18
4.	कार्य ढाँचा	19
5.	सामुदायीकरण - आशा, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, समुदाय एवं चुनावी प्रक्रिया	20 से 42
6.	मलेरिया - जागरुकता, स्वास्थ्य शिविर	43 से 46
7.	कुपोषण - आंगनवाडी, पी.डी. हर्थ	47 से 57
8.	संक्रामक बीमारी (जल जनित बीमारी) - बैठक	58 से 59
9.	लेखन कार्य	60 से 62
10.	पढ़ाई कार्य	63 से 64
11.	प्रशिक्षण	65 से 66
12.	संलग्न दस्तावेज - (1 से 7 तक) मासिक कार्ययोजना, मासिक रिपोर्ट, निबन्ध लेखन, प्रोफाइल, रिसर्च स्टेटमेंट, आर्टिकल, एल.एफ.ए.	67 से 105

आभार

मैं कम्युनिटी हेल्थ फेलोशिप टीम के कार्यक्रम प्रबंधक प्रसन्ना शालीग्राम जी का आभार व्यक्त करता हूँ जिन्होंने हमें इस फेलोशिप के दौरान हमारे नजरिये में बदलाव लाकर हमारी सोच एवं दृष्टिकोण में परिवर्तन लाया, कि स्वास्थ्य केवल दवा नहीं है, बल्कि स्वास्थ्य को प्रभावित करने में सामाजिक निर्धारक हैं। साथ ही सी.पी.एच.ई. टीम के सभी सदस्यों, फील्ड मेंटर्स व सभी फेलो साथियों को धन्यवाद देना चाहता हूँ, जिन्होंने अपना समय-समय पर सुझाव एवं मार्गदर्शन हमें दिया। इस पूरे 2 वर्ष के फेलोशिप कार्यक्रम में क्लसटर मीटिंग एवं कलेक्टिव टीचिंग के दौरान आए सभी संदर्भ व्यक्तियों का भी आभार व्यक्त करता हूँ, जिन्होंने स्वास्थ्य के अलग-अलग मुद्दों पर हमारी समझ को बनाया। मैं इस पूरे 2 वर्ष के फेलोशिप के दौरान कार्ययोजना, प्रगति रिपोर्ट, पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन, एवं 2 वर्ष में किए गए कार्यों की सामूहिक रिपोर्ट में सलाह एवं सुझाव देने, रिपोर्ट को बनाने एवं टाइप करने में सुश्री रागिनी मिश्रा जी का हृदय से कोटिश: आभार व्यक्त करता हूँ।

अक्टूबर 2011


कैदार रजक

स्वास्थ्य साथी

ग्राम सुधार समिति, सीधी

पृष्ठभूमि — जिला मुख्यालय सीधी से विकास खण्ड कुसुमी दक्षिण दिशा में 75 कि.मी. दूर उत्तरी अक्षांश 23.48–24.38 तथा पूर्वी देशान्तर 81.18–82.12 पर स्थित सीधी जिले का कुसुमी विकास खण्ड आदिवासी बाहुल्य पांचवी अनुसूची वाला क्षेत्र है। आदिवासियों में मुख्य रूप से यहाँ गोंड़, बैगा, पनिका एवं अगरिया हैं। कुसुमी विकास खण्ड में कुल 42 ग्राम पंचायतें हैं जिसमें 139 गांव हैं। जिनमें से 42 गांव संजय दुबरी अभयारण्य एवं संजय नेशनल पार्क के अन्दर है। यहाँ का जनसंख्या घनत्व 49 प्रति वर्ग कि.मी. है। जबकि कुल भौगोलिक क्षेत्रफल 1450 वर्ग कि.मी. है। कुल जनसंख्या 65108 है, जिसमें पुरुष 33297 एवं महिला 31811 हैं। कुल जनसंख्या में अनुसूचित जनजाति 63 प्रतिशत एवं अनुसूचित जाति का 7 प्रतिशत है। यहाँ की कुल साक्षरता 44 प्रतिशत है जिसमें पुरुषों की साक्षरता 58 प्रतिशत एवं महिलाओं की साक्षरता 29 प्रतिशत है। लिंगानुपात 958 प्रति हजार है ¹। स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में 1 सी.एच.सी., 2 पी.एच.सी. एवं 18 उपस्वास्थ्य केन्द्र एवं 225 आंगनवाड़ी केन्द्र हैं। 72 गांवों में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों का गठन हुआ है तथा 110 गांव में आशाओं का चयन किया गया है, जिन्हें 19 दिन का प्रशिक्षण 2 चरणों में प्राप्त हुआ है ²। यहाँ की मुख्य फसलें मक्का, अरहर, कोदौ, धान, गेहूँ, जौ, चना एवं उड़द है। सम्पूर्ण क्षेत्र घने जंगल एवं उतार-चढ़ाव वाला है, जहाँ कि बसाहट काफी दूर-दूर है। यहाँ की मिट्टी रेतीली एवं लाल है जिस कारण कृषि की पैदावार बहुत कम होती है। सम्पूर्ण क्षेत्र में बीमारी का प्रकोप ज्यादा रहता है। बीमार होने पर लोग सेठ-साहूकारों से कर्ज लेते हैं। अन्धविश्वास एवं रूढ़िवादी परम्परा होने के कारण लोग झाड़-फूँक पर ज्यादा विश्वास करते हैं। त्योहारों में यहाँ नवमी, दशहरा, होली, तीज, कजलिया, जन्माष्टमी, फुलवार आदि विशेष पर्व के रूप में मनाये जाते हैं। सांस्कृतिक कार्यक्रमों में शैला करना, काली चेहरा, लागा, भगत प्रमुख हैं जिनमें लोग नृत्य करते हैं और गीत गाते हैं। शैला नृत्य गाकर डण्डियों के सहारे मादर बजाते हुये पुरुष नाचते हैं। करमा नृत्य महिलाएँ एकजुट होकर करती हैं लेकिन नृत्य के साथ बजाया जाने वाला वाद्ययन्त्र (मादर) पुरुष बजाते हैं। इनके प्रमुख वाद्य यन्त्र मादर, तमूरा, नगरिया, ढोलक एवं झुनझुना हैं। गोंड़ समुदाय के लोग बड़ादेव की पूजा करते हैं जबकि बैगा समुदाय के लोग घमसान देवता की पूजा करते हैं। सम्पूर्ण कुसुमी विकास खण्ड मलेरिया प्रभावित है जहाँ ई.एम.सी.पी. (Enhanced Malaria Control Programme) प्रोग्राम चल रहा है। सामुदायिक फेलोशिप कार्यक्रम की सीख को बताने के लिए ग्राम खैरा, गोंइन्दवार, दुबरीकलॉ, दुबरीखुर्द, चिनगवाह, डेवा, देवमठ एवं बिटखुरी गांवों का चयन किया गया। ये सभी गांव संजय दुबरी अभयारण्य के अन्दर स्थित हैं। बरसात के दिनों में इन गांवों में पहुँचना बहुत ही मुश्किल हो जाता है। केवल सूखे मौसम में यहाँ अपने निजी वाहनों द्वारा ही पहुँचा जा सकता है ³।

¹ Census 2001

² CHC kusmi 2010

³ स्वयं द्वारा समुदाय से निकाली गई जानकारी

Organizational Profile of GSS

- **Name:- Gram Sudhar Samiti Sidhi**
- **Address:-** Block Colony Sidhi, Distt. Sidhi (Madhya Pradesh) Pin-486661
- **Tel :-** 07822-253321,
- **e-mail:-** gss_sidhi@yahoo.com
- **web Site :-** gsssidhi.org
- **President :-** Arun Tyagi
- **Secretary :-** Bijendra Mishra

Legal Status and Identity

- **Society/Trust Registration Detail:-**
Registration No. 1805, Dated-04.04.1987
- **Registration detail Income Tax Act (12A/80G):-**
12A/HQPR/Regi./12A/1/2000/2001
80G/46/2006/2007/621
- **Registration detail under FCR Act :-** 063520002
- **Governing Body members :-** Table-1

S.No.	Name	Caste	Position	Since	Education Qual.
1.	Shri Arun Tyagi	Gen.	President	1987	B.A.L.LB
2.	Smt. Deepika Singh	Gen.	Vice President	2002	P.G.
3.	Shri Sudarshan Singh	St.	Tragerer	2005	H/S
4.	Shri Brijendra Mishra	Gen.	Secretary	1987	H/S
5.	Smt. Snehlata	Gen.	Member	2002	P.G.
6.	Shri Chhotelal Dubey	Gen.	Member	2005	P.G.
7.	Smt. Subhaua Saket	Sc	Member	1996	Middle

Main Objective of the Organization

- **Vision:-** The Organization envisions a society where Equality and Equity prevails.
- **Mission:-** To bring change in the society through community based organizations.
- **Objectives:**
 - Support and assist the deprived & socially deprived sections of the society in availing their rights.
 - Women Empowerment and Gender Equity
 - Promote health, education and proper nutrition for children with special emphasis to the girl child.
 - Protection and promoting of Natural Resources. To promote a better environment.
 - Promote community-based initiatives to address varied forms of exploitation, deprivation, atrocities and fight for their rights.
 - Assist in availing the rights of the displaced.
 - Protect and promote culture, local literature and livelihood options.
 - Assist in availing the rights based on NTFP
- **OVERALL STRATEGIES**
 - Building and Strengthening community based organization
 - Strengthening the Local Self Governance
 - Building alliance and linkages with like minded organizations, institutions and persons.
 - Complimentary as well as critical support to the administration.
 - Capacity building and awareness generation
 - Media Advocacy
- **Award given for working :-**
 - 1- Prize of Rs. 50,000.00 by Thakkar Bapa Trust.
 - 2- Excellency Award by Friendship Forum of India New Delhi
 - 3- Red & White Bravery Award.

▪ **Staff Details :- Table-2**

Part Time Staff		Full Time Staff	
Male	Female	Male	Female
22	10	12	06

Organizational Area

▪ **Geographical Area : Table-3**

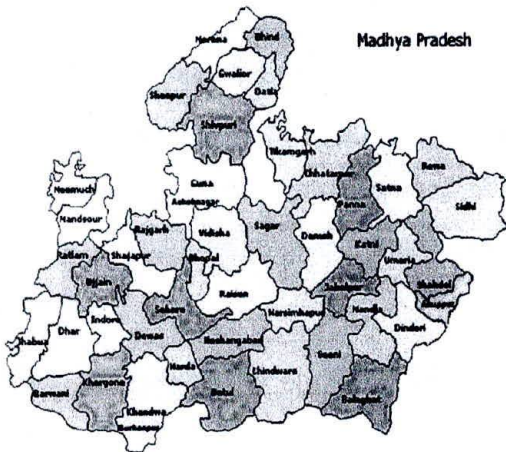
S.No.	District	Tehsil/Block	No. of Panchayat	No. of Village
1.	Sidhi	05	110	224
2.	Satna	01	34	45
3.	Rewa	01	03	04

▪ **Profile of Issue : Table-4**

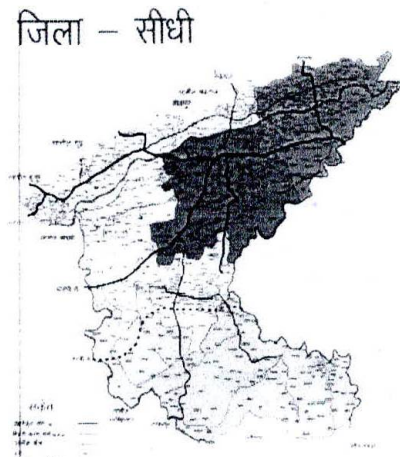
District	Tehsil/Block	Issue	Community
Sidhi	Gopad Banas/Sidhi	Primary Education	Goand, Baiga, Panika & Agariya Tribs
Sidhi	Gopad Banas/Sidhi, Majhauri, Kusmi	Right to Food	Goand, Baiga, Panika & Agariya Tribs
Sidhi	Majhauri, Sidhi Kusmi, & Sihawal	Land & Water Management	Goand, Baiga, Panika & Agariya Tribs & other Caste Including SC, OBC & Gen.
Satna	Rampur Baghelan	Development of Leadership in Women PRIs	ST, SC, OBC & Other
Satna	Sohawal	Child Labour	ST, SC, OBC & Other
Satna	Sohawal, Rampur Baghelan, Uchehra	Disaster Management	ST, SC, OBC & Other
Rewa	Rewa & Mauganj	Child Labour	ST, SC, OBC & Other

जिला प्रोफाइल

- जिला-सीधी एक परिचय** — सीधी जिला म.प्र. के पूर्वी भाग में स्थित एक ऐसा जिला है, जिसे अपने सूखा प्रवण विशेषता के कारण वर्षों से जाना जाता रहा है। पर्याप्त घने जंगल और वर्षा की पहचान के बावजूद पिछड़ेपन से परिभाषित इस जिले का यही पृथक इतिहास रहा है। यह जिला संसाधनों में समृद्ध होकर भी आंकड़ों के आइने में पिछड़ा जिले के रूप में अर्सों से पहचाना जाता रहा है। सीधी जिला बिन्ध्य पर्वत मालाओं से घिरा हुआ है तथा वनों से आच्छादित है। यहाँ के वनों में साल, सागौन, महुआ एवं तेंदू बहुतायत में पाए जाते हैं। यहाँ कृषि मुख्य रूप से वर्षा आधारित और एक फसलीय है। खरीफ की फसलों में धान, मक्का, ज्वार, कोदौ, कुटकी, सांवा, मिझरी एवं कुछ मात्रा में अरहर एवं तिलहन तथा रबी की फसलों में गेहूँ, चना, सरसों आदि उगाई जाती है। एक फसलीय कृषि पर आधारित होने के कारण यहाँ के किसानों को पर्याप्त अनाज उपलब्ध नहीं हो पाता जिस कारण यहाँ के लोग रोजगार की तलाश में महारष्ट्र, उत्तरप्रदेश, बीना, गुजरात, पंजाब, हरियाणा, नासिक, जबलपुर एवं सिंगरौली आदि स्थानों में चले जाते हैं। सीधी जिला मध्यप्रदेश के उत्तर पूर्वी क्षेत्र में बसा हुआ है जो उत्तरी अक्षांश में 23.47–24.42 तक और पूर्वी देशान्तर में 81.18–82.49 पर स्थित है। समुद्र तल से इसकी ऊँचाई 609 मीटर है। जिले की सीमाएँ उत्तरप्रदेश एवं नवगठित राज्य छत्तीसगढ़ को छूती हैं। रीवा सम्भाग का यह जिला बिन्ध्य क्षेत्र के नाम से जाना जाता है। जिले का कुल क्षेत्रफल 4720 वर्ग कि.मी. है। यहाँ 6 तहसील एवं 5 विकास खण्ड हैं। जिसमें कुसमी आदिवासी विकास खण्ड है। यहाँ की प्रमुख भाषा बधेली है। सीधी जिला रीवा सम्भाग के 4 जिलों – रीवा, सीधी, सतना एवं सिंगरौली में से एक है। इसकी प्रदेश की राजधानी से दूरी 632 कि.मी. है। जिले की औसतन वर्षा 1770 मि.मी. है। विगत 4 वर्षों से यहाँ 650 मि.मी. ही वारिश हो रही है।



चित्र-1



चित्र-2

- **खनिज सम्पदा** – सीधी जिला खनिज सम्पदा की दृष्टि से काफी सम्पन्न है। जिले की भूगर्भीय संरचना गोंडवाना शेल एवं बिन्ध्य शेल समूह से निर्मित है। जिले में 218300 हजार टन चूने के पत्थर का भण्डारण एवं 3829240 लाख टन कोयले का संचित भण्डारण है। जिले में 4 लाख टन कोरण्डम की चट्टानें हैं, जिसमें 10 हजार टन उत्तम प्रकार की खनिज है। यहाँ पत्थरों में मुख्य रूप से काला बेसाल्ट पत्थर तथा लाल पत्थर और संगमरमर वाला पत्थर है।
- **नदियाँ** – सम्पूर्ण सीधी जिला गंगा नदी के अपवाह क्षेत्र के अन्तर्गत आता है। यहाँ की सबसे बड़ी प्रमुख नदी सोन नदी है। गोपद बनास और रिहन्द इसकी सहायक नदियाँ हैं। गोपद नदी सीधी जिले के मध्य में दक्षिण दिशा में उत्तर पूर्व की ओर बहती हुई सोन नदी में मिलती है। बनास नदी जिले के पश्चिम सीमा पर दक्षिण से उत्तर की ओर बहती है।
- **जनजातियाँ** – सीधी जिला आदिवासी बाहुल्य क्षेत्र है। यहाँ मुख्य रूप से गोंड, बैगा, पनिका, अगरिया, कोल जनजातियाँ निवास करती हैं। आदिवासियों का मुख्य कार्य कृषि एवं मजदूरी है।
- **आर्थिक स्थिति** – सीधी जिले में कृषि ही किसानों की आर्थिक स्थिति का मुख्य आधार है। जो पूर्ण रूप से वर्षा आधारित है। यहाँ के आदिवासी कृषि मजदूरी के अलावा जंगलों से प्राप्त होने वाली वनोपज से भी अपनी आजीविका चलाते हैं। जंगल से उन्हें महुआ, डोरी, तेंदू पत्ता प्राप्त होता है, जो उनकी आमदनी का स्रोत है, महुआ एवं डोरी का उपयोग ये आदिवासी खाने के रूप में भी करते हैं।
- **वन्य वैभव एवं वन्य जीव** – सीधी जिला वन सम्पदाओं से परिपूर्ण है। जिले का कुल भौगोलिक क्षेत्रफल में 42 प्रतिशत भाग वनों से आच्छादित है। अधिकांश वन ऊँची पर्वत श्रेणियों के ढलान क्षेत्रों में स्थित हैं। यहाँ के वनों में आंवला, चार, साल, सेधा, महुआ, तेंदू, हर्रा, बहेरा आदि पाए जाते हैं। जिले में संजय नेशनल पार्क है। जो सीधी एवं सरगुजा जिले के 12938 वर्ग कि.मी. क्षेत्र में फैला हुआ है। यहाँ मुख्य रूप से भालू, सांभर, कृष्ण, हिरन, तेंदुआ, सुअर, खरगोश एवं बन्दर पाए जाते हैं।
- **अभयारण्य** – जिले में 3 अभयारण्य हैं—
- **बगदरा अभयारण्य** – यह अभयारण्य सीधी से 780 कि.मी. दूर सिहावल विकास खण्ड के पास है। जो 478.90 वर्ग कि.मी. तक फैला हुआ है। इस अभयारण्य में प्रमुख रूप से तेंदुआ, कृष्ण, चिनकारा, नीलगाय, सांभर जंगली सुअर आदि जानवर पाए जाते हैं। इसे कृष्ण मृगों की शरणस्थली भी कहा जाता है।
- **संजय दुबरी अभयारण्य** – यह अभयारण्य सीधी से 80 कि.मी. दूर कुसमी विकास खण्ड में है। जो 364.59 वर्ग कि.मी. तक फैला हुआ है। इस अभयारण्य में प्रमुख रूप से भालू बारहसिगा, सांभर, तेंदुआ, हिरण, भेंड़िया, नीलगाय, सुअर आदि जानवर पाए जाते हैं।

- सोनघड़ियाल अभयारण्य – यह अभयारण्य सीधी एवं शहडोल जिले के 209 वर्ग कि.मी. में फैला हुआ है। इस अभयारण्य में प्रमुख रूप से घड़ियाल एवं मगरमच्छ पाए जाते हैं।
- जिले का निकटतम रेलवे स्टेशन – जिले का निकटतम रेलवे स्टेशन रीवा है। जिसकी दूरी 80 कि.मी. है। 2009 की स्थिति में जिले के 6 गांवों में छोटे-छोटे रेलवे स्टेशन जैसे दुबरी कलॉ, उमरिया, जोवा, मड़वास, भदौरा एवं सरई हैं। निकटतम हवाई अड्डा खजुराहो है, जिसकी दूरी 250 कि.मी. है।
- हवाई पट्टी – सीधी से 6 कि.मी. दूर पनवार में हवाई पट्टी है।

जिले की जानकारी ⁴:-

टेबल-5

कुल भौगोलिक क्षेत्रफल वर्ग कि.मी.	कुल तहसील	कुल विकास खण्ड	कुल ग्राम पंचायत	कुल गांवों की संख्या			कुल विधान सभा क्षेत्र	कुल पटवारी हल्का	कुल नगर पंचायत	आदिवासी विकास खण्ड	सड़क मार्ग	
				राजस्व ग्राम	वन ग्राम	बीरान ग्राम					कच्ची सड़क कि.मी.	पक्की सड़क कि.मी.
4720	6	7	400	1063	1	28	4	187	3	1	1548.47	2637.92

टेबल-6

Block wise Details of BPL Families (No. of Household)

Block	Total	BPL	SC	ST	OBC	Minority	Land less	Marginal farmers	Small farmers
Rampur nekin	37490	26684	4460	7212	8810	359	19437	4854	2393
Majholi	27297	15450	1310	5180	4315	281	6687	5600	3163
Sidhi	45696	26091	4737	9119	8294	479	15524	7342	3225
Sihawal	43070	27179	3747	5976	1433	1696	17156	3279	6744
Kusmi	13258	6450	548	4146	1418	08	2775	2210	1465
Total	166811	101854	14802	31633	24270	2823	61579	23285	16990

(Source – District Statistical Hand Book – 2004)

⁴ जिला सांख्यिकीय विभाग 2009

जिले की जानकारी ⁵-

टेबल-7

कुल जनसंख्या	महिला	पुरुष	अनुसूचित जनजाति			अनुसूचित जाति			साक्षरता		
			महिला	पुरुष	कुल	महिला	पुरुष	कुल	महिला	पुरुष	कुल
910983	441786	469197	122160	128406	250566	49261	51833	101094	36.43%	68.03%	52.82%

टेबल-8

कुल नगरीय जनसंख्या	कुल ग्रामीण जनसंख्या	नगरीय साक्षरता	ग्रामीण साक्षरता	जनसंख्या घनत्व प्रति वर्ग कि.मी.	लिंगानुपात प्रतिहजार
68704	842279	73.12%	49.27%	188	941

टेबल-9

कुल प्राथमिक शाला	कुल माध्यमिक शाला	कुल हाई स्कूल	कुल उच्चतर माध्यमिक शाला	कुल महा विद्यालय
1756	639	69	68	6

टेबल ⁶-10

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	कुल संख्या	कुल चिकित्सा अधिकारी, विशेषज्ञ एवं ए.एन.एम.
जिला अस्पताल	1	13
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	6	9
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	23	10
उपस्वास्थ्य केन्द्र	145	238

टेबल ⁷-11

स्वीकृत आंगनवाड़ी केन्द्र संख्या	पदस्थ आंगनवाड़ी कार्यकर्ता संख्या	पोषण पुनर्वास केन्द्र	कुपोषण
1772	1412	1	65%

⁵ Census 2001

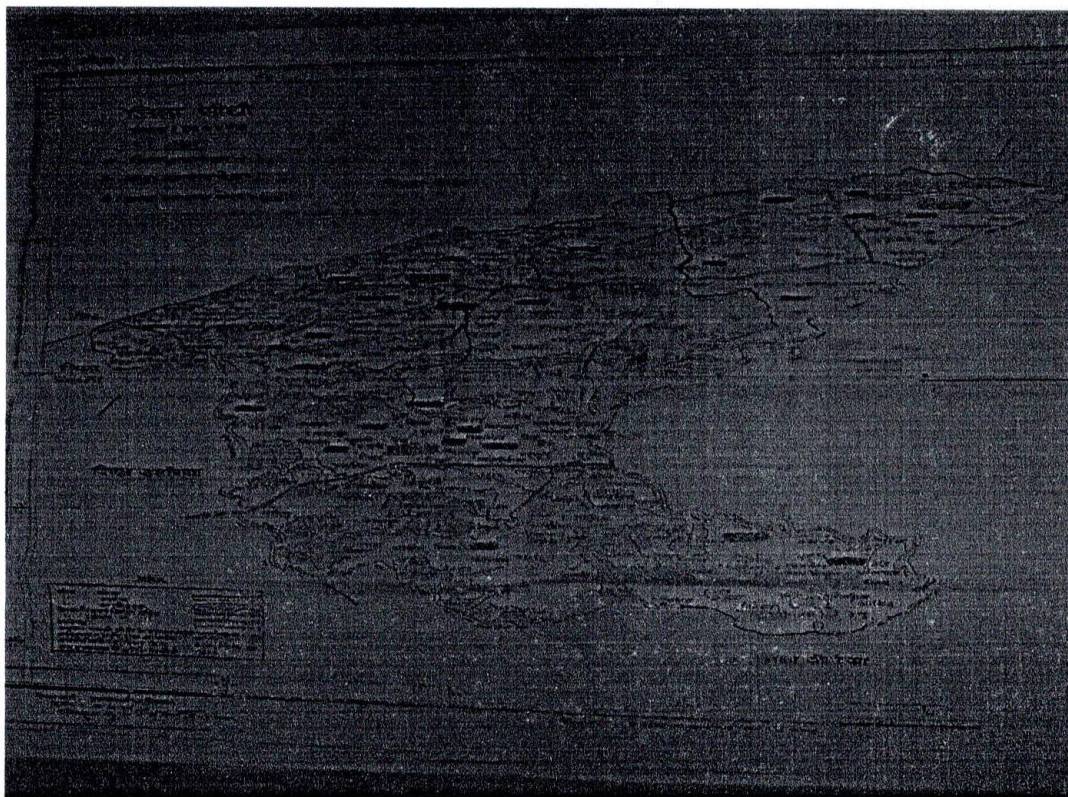
⁶ मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सीधी 24.05.2010

⁷ महिला एवं बाल विकास विभाग 2010

जिले की स्वास्थ्य स्थिति⁸ – टेबल-12

मृत्यु दर (Death Rate)	8.9
शिशु मृत्यु दर (Infant Mortality Rate)	72 प्रति हजार
मातृ मृत्यु दर (Maternal Mortality Rate)	335 प्रति लाख
प्रजनन दर (Fertility Rate)	3.08
जन्म दर (Birth Rate)	30.8
बृद्धि दर (Growth Rate)	1.91
कुल ए.एन.सी.प्राप्त की महिलाएँ (Women Receiving ANC Care)	72.6
जिन्होंने पूरा ए.एन.सी. प्राप्त किया है (Women Receiving full ANC Care)	68.4

जिले में पी.एच.सी., सी.एच.सी. एवं जिला अस्पताल की स्थिति



(चित्र-3)

⁸ मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सीधी 24.05.2010

ब्लॉक प्रोफाइल विकास खण्ड कुसमी

जिला मुख्यालय सीधी से विकास खण्ड कुसमी दक्षिण दिशा में 75 कि.मी. दूर उत्तरी अक्षांश 23.48–24.38 तथा पूर्वी देशान्तर 81.18–82.12 पर स्थित है। समुद्र तल से इसकी ऊँचाई 487 मीटर है। कुसमी विकास खण्ड सीधी जिले का पाँचवी अनुसूची एवं आदिवासी बाहुल्य वाला क्षेत्र है। आदिवासियों में यहाँ गोंड, बैगा, पनिका, अगरिया, जाति लोग निवास करते हैं। यह क्षेत्र चारों ओर वनों से घिरा हुआ है। विधान सभा क्षेत्र धौहनी के अन्तर्गत कुसमी विकास खण्ड में कुल 42 ग्राम पंचायतों में 139 गांव हैं, जिसमें 130 गांव आवाद एवं 9 गांव वीरान है। इनमें से 42 गांव संजय नेशनल पार्क एवं संजय दुबरी अभयारण्य के अन्दर स्थित है⁹। यहाँ की मुख्य फसलें मक्का, अरहर, कोदो, कुटकी, सांवा, मिझरी, धान, गेहूँ, जौ एवं चना है। यहाँ की भौगोलिक स्थिति में नदी-नाले, पहाड़, घने जंगल, उतार-चढ़ाव वाला क्षेत्र, बसाहट काफी दूर-दूर, रेतीली एवं लाल मिट्टी है। कृषि के क्षेत्र में यहाँ बहुत कम पैदावार होती है। जिससे यहाँ पर लोगों की आर्थिक स्थिति ठीक नहीं है। यहाँ अधिकांश गांवों में सड़क सुविधा नहीं है जहाँ जंगली रास्तों से सूखे मौसम में अपने निजी वाहनों से ही पहुँचा जा सकता है। बरसात के दिनों में इन क्षेत्रों में नदी-नालों में बाढ़ आने पर कई गांवों में आना-जाना अवरुद्ध हो जाता है। नदी-नालों में यहाँ महान नदी, सिंहासन नाला, घोका नाला, कोड़मार नाला, बिजौर नाला, उमड़ारी नाला, बरचर नाला, नेउरा नाला प्रमुख हैं। यहाँ आर्थिक स्थिति कमजोर होने के कारण गरीबी और शिक्षा का अभाव है। जिसके कारण बीमारी का प्रकोप ज्यादा रहता है और बीमार होने पर लोगों को सेठ-साहूकारों से कर्ज लेना पड़ता है। जो कर्ज के बोझ से छुटकारा नहीं पाते, क्योंकि इन्हें एक कर्ज चुकाने के लिए दूसरा कर्ज लेना पड़ता है। इसलिए इनके ऊपर कर्ज पर कर्ज बनता ही जाता है। यहाँ अन्धविश्वास एवं रूढ़िवादी परम्परा होने के कारण लोग अपना इलाज जल्दी नहीं करवाते बल्कि पहले झाड़-फूँक करवाते हैं। लोगों की आजीविका का प्रमुख साधन कृषि, मजदूरी एवं वनोपज से प्राप्त होने वाले महुआ, डोरी एवं तेंदूपत्ता आदि हैं। महुआ का उपयोग खाने, शराब बनाने तथा बेंचकर आय आर्जित करने में तथा डोरी का उपयोग तेल निकालकर खाने के रूप में करते हैं। आदिवासियों की संस्कृति में शैला एवं कर्मा लोकनृत्य प्रमुख हैं। शैला नृत्य गाते हुये डण्डों के सहारे मादर बजाते हुये पुरुष लोग नृत्य करते हैं। जबकि कर्मा में महिलाएँ एकजुट होकर नृत्य करती हैं और पुरुष मादर बजाते हैं। इनके बाद्य यन्त्र ढोलक, मादर, तमूरा, नगरिया, झुनझुना आदि है। ये धार्मिक आस्थाओं पर ज्यादा विश्वास रखते हैं। गोंड आदिवासी बड़ा देव की पूजा घर में ही बकरे की बलि देकर करते हैं और बैगा आदिवासी घमसान देवता की पूजा नदी के किनारे जवारे बोकर भगत गीत के साथ करते हैं¹⁰।

⁹ जिला सांख्यिकीय विभाग, सीधी 2009

¹⁰ समुदाय से निकाली गई जानकारी 2010

विकास खण्ड कुसमी की जानकारी ¹¹ - टेबल-13

क्षेत्रफल वर्ग कि. मी.	कुल जनसंख्या			अनुसूचित जनजाति	अनुसूचित जाति	साक्षरता			लिंगानुपात प्रति हजार	जनसंख्या घनत्व प्रति वर्ग कि.मी.
	महिला	पुरुष	कुल			महिला	पुरुष	कुल		
1450	31811	33297	65108	41202	4283	29.32%	57.76%	43.94%	958	49

स्वास्थ्य सुविधा ¹² - टेबल-14

स्वास्थ्य केन्द्र	संख्या	पद	स्वीकृत पद	कार्यरत पद	रिक्त पद
उपस्वास्थ्य केन्द्र	18	ए.एन.एम.	32	23	09
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	02	चिकित्सा अधिकारी	02	01	01
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	01	चिकित्सा अधिकारी एवं विशेषज्ञ	08	01 (सर्जन)	07
		कुष्ठ सहायक	02	02	NIL
		एल.एच.व्ही.	03	03	NIL
		नेत्र सहायक	01	01	NIL
		लैब टेक्नीशियन	02	01	01
		कम्पाउण्डर	03	01	02
		स्टॉफ नर्स	04	03	01
		ड्रेसर	03	02	01
		भृत्य	04	03	01
		बार्ड वॉय	04	02	02
		बार्ड आया	02	01	01
		डायवर	01	01	NIL
		स्वीपर	02	02	NIL
एन.आर.एच.एम. से		बी.पी.एम.	01	01	NIL
		लेखापाल	01	01	NIL
		परामर्शदाता	01	01	NIL
		मलेरिया टेक्निकल सुपरवाइजर	01	01	NIL
		कम्प्यूटर ऑपरेटर	01	01	NIL
		स्टॉफ नर्स	01	01	NIL

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी हेतु 30 बिस्तरों का भवन स्वीकृत है किन्तु अभी भवन का निर्माण नहीं हुआ है जिस कारण कुसमी के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में ही सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र संचालित है जिसमें बिस्तरों की संख्या अभी 10 है।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति - कुसमी विकास खण्ड में कुल 72 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों का गठन हुआ है।

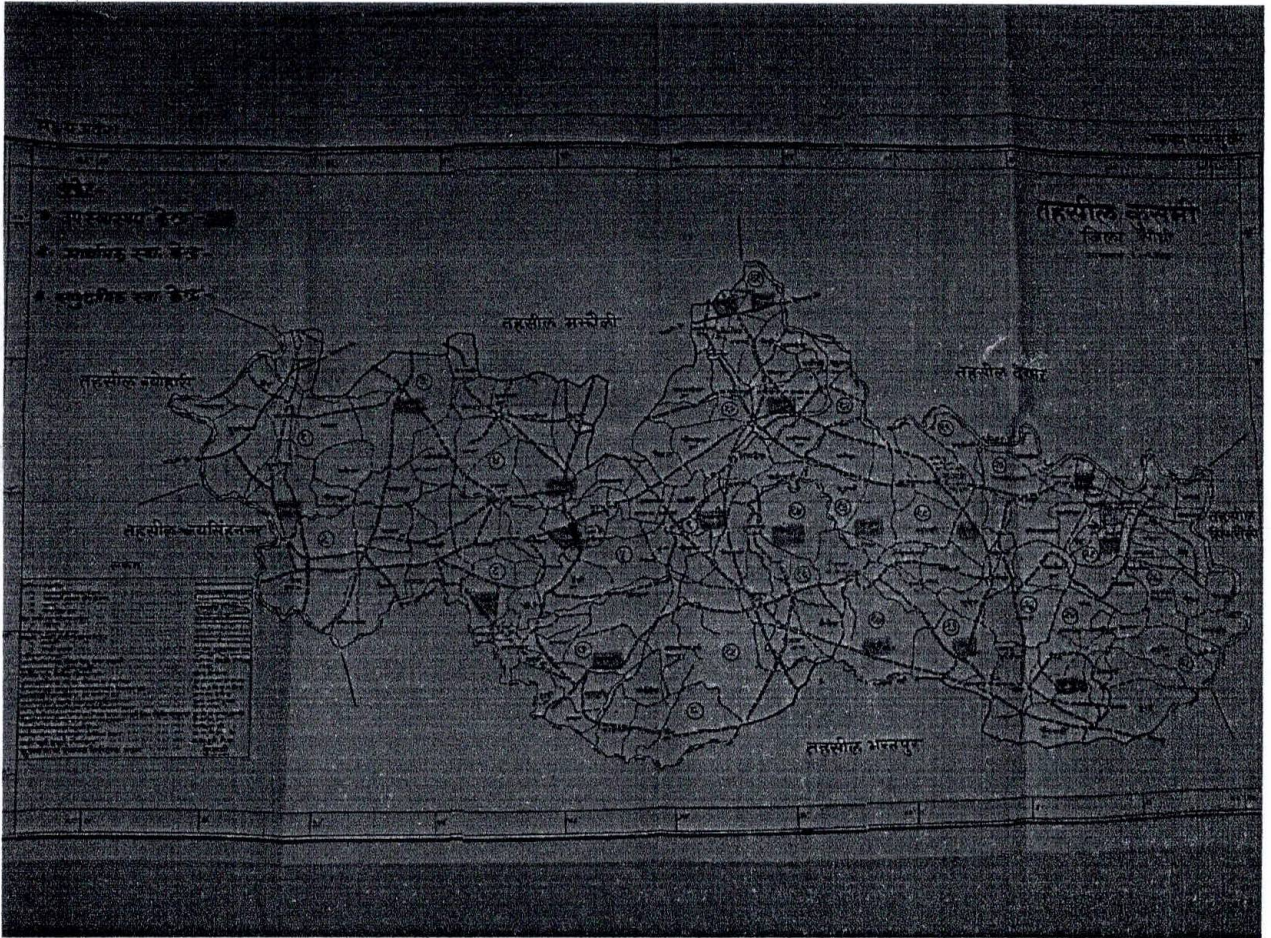
¹¹ Census 2001

¹² CHC Kusmi 2010

आशा – कुसमी विकास खण्ड में पुरानी चयनित आशाओं की संख्या 110 एवं नई चयनित आशाओं की संख्या 92 सहित कुल 202 आशा हैं ¹³।

आंगनवाड़ी केन्द्र– कुसमी विकास खण्ड में कुल 225 आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित हैं जिसमें 207 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं 208 सहायिक कार्यरत हैं ¹⁴।

कुसमी विकास खण्ड में उपस्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति



(चित्र-4)

¹³ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी 2010

¹⁴ महिला एवं बाल विकास विभाग, सीपी 2010

कार्यक्षेत्र प्रोफाइल विकास खण्ड कुसमी जिला-सीधी

विकास खण्ड कुसमी के ग्राम खैरा, दुबरीकलॉ, दुबरी खुर्द, गोंइन्दवार, बिटखुरी, चिनगवाह, डेवा, देवमठ, खरबर, कंचनपुर का चयन सामुदायिक स्वास्थ्य फेलोशिप के तहत किया गया। ये सभी गांव जिला मुख्यालय सीधी से 80 से 100 कि.मी. दूर एवं सी.एच.सी. कुसमी से 80 कि.मी. दूरी पर संजय दुबरी अभयारण्य के अन्दर स्थित है। ये अत्यन्त पिछड़े दुर्गम और चारों ओर वनों से घिरे होने के कारण आवागमन के साधन बिल्कुल नहीं हैं। इन गांवों में निजी वाहनों द्वारा ही पहुँचा जा सकता है। ये सभी गांव आदिवासी बाहुल्य हैं। आदिवासियों में बैगा, गोड़, दलितों में बसोर व साकेत, पिछड़ा वर्ग में भुर्तिया, लोहार, पटेल, यादव, कुशवाहा तथा सामान्य में गुप्ता, ब्राम्हण, ठाकुर बहुत कम संख्या में कम हैं। यह क्षेत्र चारों ओर नदी-नालों से घिरा हुआ है, जिस कारण बरसात के दिनों में इन गांवों में पहुँचना बहुत ही कठिन हो जाता है। कार्यक्षेत्र के 8 गांव चिनगवाह उप स्वास्थ्य केन्द्र में तथा 2 गांव उमरिया उपस्वास्थ्य केन्द्र के अन्तर्गत आता है। चिनगवाह उपस्वास्थ्य केन्द्र में सिर्फ 1 ए.एन.एम. ही पदस्थ है जो अपनी देवाएँ दे रही है। उपस्वास्थ्य केन्द्र से गांव की दूरी 10 से 15 कि.मी. होने कारण केन्द्र तक लोगों की पहुँच नहीं हो पाती। संस्थागत प्रसव हेतु इन क्षेत्रों में किसी भी प्रकार की कोई सुविधा न होने कारण यहाँ के लोग प्रसूतियों को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझौली एवं ब्योहारी लेकर जाते हैं। जिनकी दूरी 20 से 25 कि.मी. है। इन क्षेत्रों में अभी भी प्रसव गांव की अप्रशिक्षित महिलाओं द्वारा अधिक संख्या में करवाया जाता है। जिसमें माँ और बच्चे को 3 दिन बाद भोजन और दूध दिया जाता है। जितने भी घरेलू प्रसव हुये हैं उनमें से किसी भी महिला को जो बी.पी.एल. में हैं घरेलू प्रसव की राशि नहीं मिली है। बरसात के दिनों में इन क्षेत्रों में बीमारी का प्रकोप अधिक रहता है। जिसकी बजह से यहाँ झोला छाप डॉक्टर अधिक सक्रिय रहते हैं¹⁵।

टेबल¹⁶ - 15

ग्राम का नाम	कुल प्रसव	घर में प्रसव	संस्थागत प्रसव
खैरा	08	08	---
दुबरीकलॉ	22	16	06
गोंइन्दवार	05	04	01
दुबरी खुर्द	08	08	---
चिनगवाह	22	20	02
बिटखुरी	25	23	02
देवमठ	19	17	02
डेवा	26	25	01
खरबर	21	19	02
कंचनपुर	10	10	---
योग -	166	150 (90%)	16 (10%)

¹⁵ PRA 2010

¹⁶ Asha April 2009 to January 2010

टेबल¹⁷ - 16

क्रमांक	गांव का नाम	ग्राम पंचायत	जनसंख्या			अनुसूचित जाति			अनुसूचित जन जाति		
			महिला	पुरुष	कुल	महिला	पुरुष	कुल	महिला	पुरुष	कुल
1.	खैरा	दुबरीकलौं	91	97	188	—	—	—	84	89	173
2.	दुबरीकलौं	—”—	356	361	717	—	02	02	220	194	414
3.	गौइन्दवार	—”—	97	76	173	—	—	—	09	08	17
4.	दुबरी खुर्द	—”—	109	108	217	—	—	—	41	40	81
5.	चिनगवाह	चिनगवाह	447	539	986	23	24	47	174	205	379
6.	बिटखुरी	—”—	348	394	742	—	—	—	223	252	475
7.	देवमठ	डेवा	258	287	545	—	01	01	114	123	237
8.	डेवा	—”—	405	417	822	47	57	104	196	176	372
9.	खरबर	खरबर	302	329	631	15	08	23	164	176	340
10.	कंचनपुर	—”—	131	138	269	04	05	09	35	38	73
	योग -	—	2544	2746	5290	89	97	186	1260	1301	2561

टेबल¹⁸ - 17

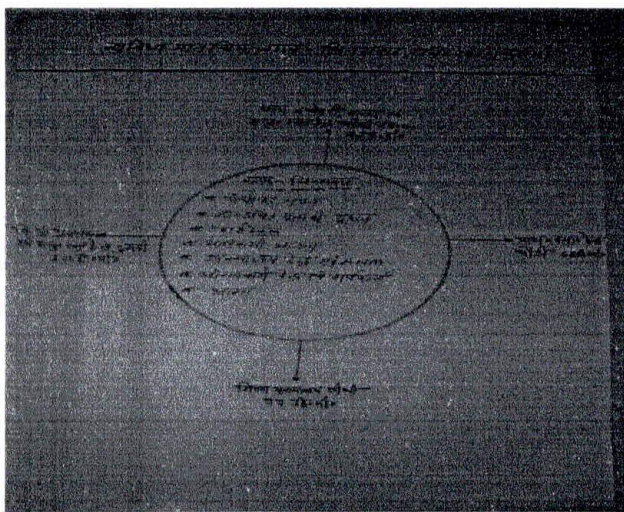
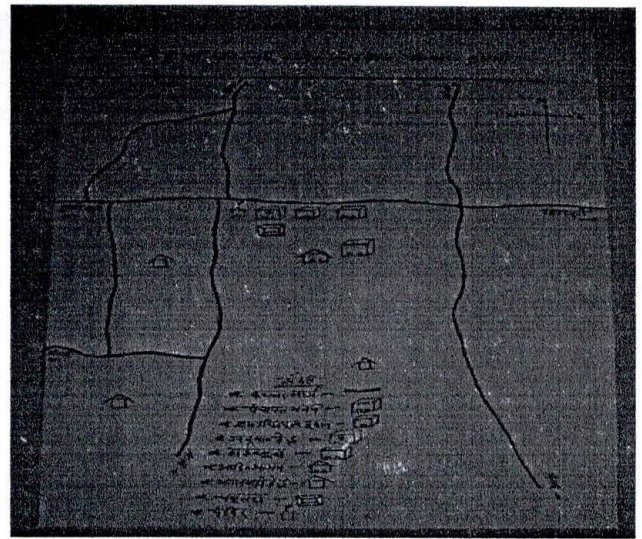
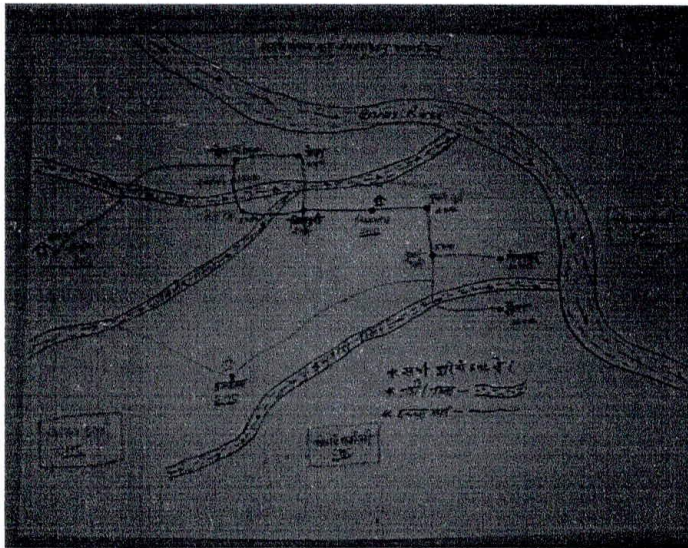
क्र.	गांव का नाम	आंगनवाड़ी केन्द्र संख्या	आशा	ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति	उपस्वास्थ्य केन्द्र का नाम एवं दूरी
1.	खैरा	01	01	01	उमरिया 15 कि.मी.
2.	गौइन्दवार	01	01	01	उमरिया 20 कि.मी.
3.	दुबरीकलौं	02	01	01	चिनगवाह 5 कि.मी.
4.	दुबरी खुर्द	01	01	01	चिनगवाह 3 कि.मी.
5.	चिनगवाह	03	01	01	चिनगवाह
6.	बिटखुरी	02	01	01	चिनगवाह 1 कि.मी.

¹⁷ Census 2001

¹⁸ Asha, AWW

7.	देवमठ	02	01	01	चिनगवाह 10 कि.मी.
8.	डेवा	04	01	01	चिनगवाह 5 कि.मी.
9.	खरबर	02	---	---	चिनगवाह 12 कि.मी.
10.	कंचनपुर	01	---	---	चिनगवाह 5 कि.मी.
	योग -	19	08	08	02 (उपस्वास्थ्य केन्द्र)

कार्यक्षेत्र का पी.आर.ए. मैप



चित्र- 5 एवं 6

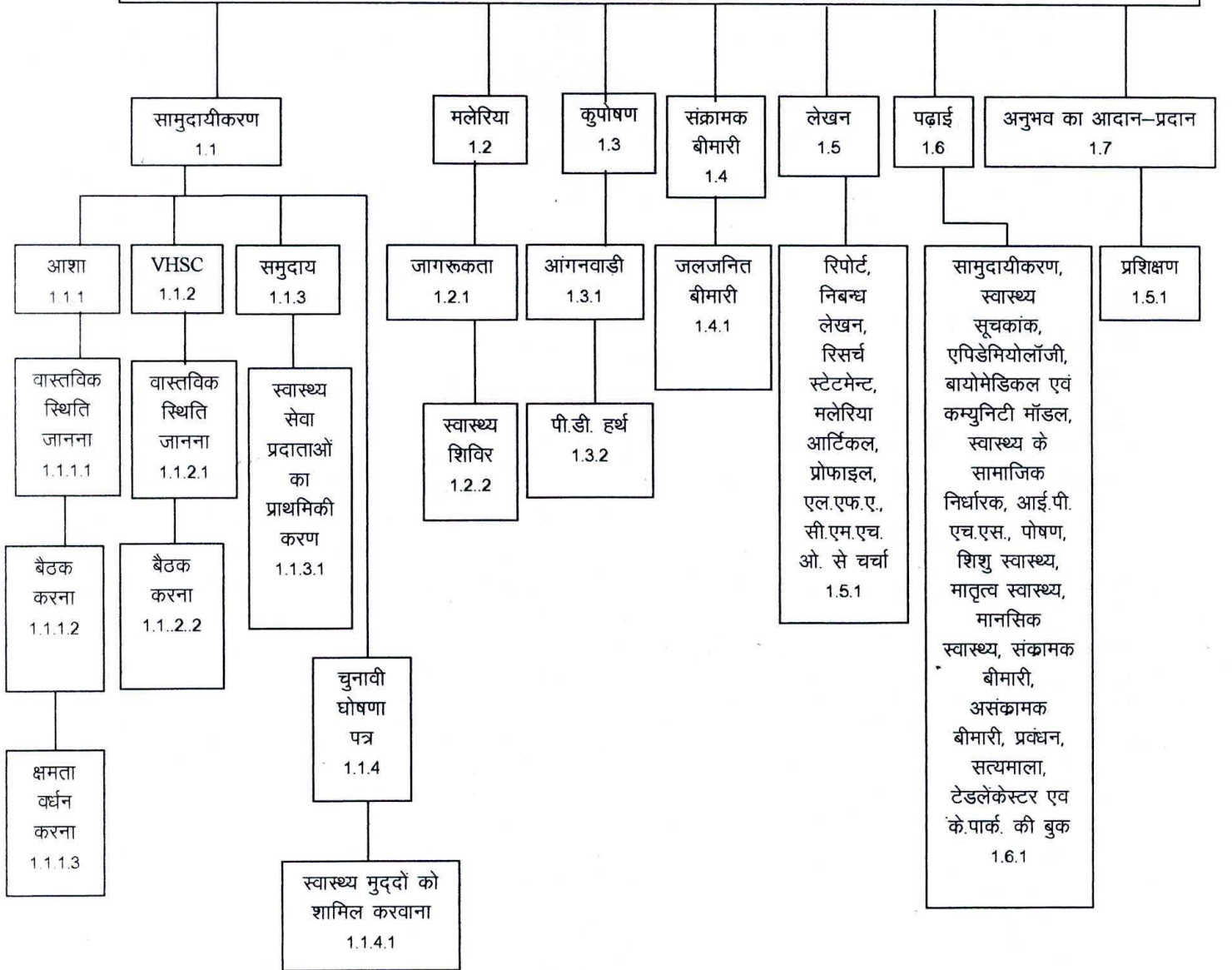
चित्र¹⁹ 7 एवं 8

¹⁹ PRA 2010

कार्य ढांचा

सीधी जिले के कुसमी विकास खण्ड के 8 गांवों में एन.आर.एच.एम. के सामुदायीकरण में आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की वास्तविक स्थिति को जानना ।

1



1.1 सामुदायीकरण

1.1.1 आशा –

प्रस्तावना (Introduction)—राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की मार्गदर्शिका के अनुसार एन.आर.एच. एम. के सामुदायीकरण में समुदाय एवं स्वास्थ्य विभाग के बीच की कड़ी के रूप में आशा की कल्पना की गई है। आशा के लिए प्राथमिकता दी गई है कि समुदाय की ऐसी महिला जिसकी न्यूनतम योग्यता पॉचवी पास हो एवं आयु 25 वर्ष से कम न हो। स्वयं प्रेरित होकर समुदाय से निकलकर आने वाली महिला जो उस गांव की बहू हो, विधवा या परित्यक्ता हो। ऐसी महिलाओं का चयन आशा के लिए ग्राम सभा में किया जाएगा। आशा स्वयं प्रेरित होकर अपना आवेदन ग्राम सभा में देगी जहाँ समुदाय द्वारा तय किया जाएगा और आशा का चयन गांव में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के लिए किया जाएगा। आशा समुदाय के प्रति जवाबदेह होगी और समुदाय उसकी आने वाली कठिनाईयों में सहयोग करेगा। आशा को गांव में लोगों तक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ पहुँचाने और उसे सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की जिम्मेदारी निभाने के लिए उन्हें कुशल प्रशिक्षित टीम द्वारा वर्ष में 4 बार (पहला प्रशिक्षण 7दिन का, दूसरा प्रशिक्षण 4दिन का, तीसरा प्रशिक्षण 4दिन का और चौथा प्रशिक्षण 4 दिन का) प्रशिक्षण दिया जाएगा। प्रत्येक आशाओं को एक बार में 30-30 के बैच में आवासीय प्रशिक्षण देने का प्रावधान है। प्रशिक्षण के दौरान प्रत्येक आशाओं को भोजन, आवास, स्वच्छता, परिवेश और उनके छोटे बच्चों की देख-भाल, आने-जाने का किराया तथा प्रशिक्षण पाठ्य वस्तु की मूल प्रति देने की व्यवस्था की गई है ²⁰।

❖ **1.1.1.1 उद्देश्य (Objective)**— आशा की वास्तविक स्थिति को जानना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

साक्षात्कार – सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी जाकर बी.एम.ओ. और उनके स्टाँफ से मिलकर सामुदायिक स्वास्थ्य फेलोशिप कार्यक्रम के संबंध में जानकारी दी तथा कुसमी ब्लॉक की आशाओं की सूची ली ²¹। इसके बाद गांव जाकर पंचायत प्रतिनिधियों एवं समुदाय के साथ बैठक करके आशा के संबंध में जानकारी ली। आशा की वास्तविक स्थिति को जानने के लिए स्वयं द्वारा बनाये गये प्रपत्र से आशा, गांव, शैक्षणिक स्थिति, चयन की प्रक्रिया, प्रशिक्षण, प्रशिक्षण में उपलब्ध साहित्य, आने वाली कठिनाईयों, प्राथमिक उपचार हेतु आवश्यक दवाओं की जानकारी (रिफलिंग), कार्य, संधारित रिकार्ड,

²⁰

Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2006). , *NATIONAL RURAL HEALTH MISSION, Meeting People's Health Needs in Rural Areas, Framework for Implementation 2005-2012*, at , <http://www.mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20%20Framework%20for%20Implementation.pdf> accessed on 27 Jan 2010

²¹ CHC Kusmi

प्रोत्साहन राशि, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, अनटाइड फण्ड एवं खाता संचालन की जानकारी एकत्रित की। उपरोक्त प्रपत्र के अनुसार 8 आशाओं से मिलकर उनकी वास्तविक स्थिति को जाना और उनकी प्रोफाइल बनाई ²²। जब आशाओं से उनके कार्यों की जानकारी ली गई तो खैरा की आषा श्रीमती देवकली भुर्तिया जो कि अपने माँ के घर दुबरीकलों में रहती है, उसने अपनी समस्या बताया कि उसका ससुराल चिनगवाह में है और उसे दुबरीकलों से ग्राम खैरा के लिए आशा बना दिया गया है। दुबरीकलों से खैरा की दूरी 12 कि.मी. है साथ ही पहाड़ी व जंगली रास्ता है, जिससे अकेले वहाँ जाना बहुत मुश्किल होता है इसलिए वह समुदाय के बीच कोई काम नहीं कर पाती और ना ही गांव तक पहुँच पाती हैं। इसी प्रकार गोंइन्दवार की आशा श्रीमती संतोषी पटेल ने बताया कि उसका घर दुबरीकलों में है और गोंइन्दवार की दूरी यहाँ से 7 कि.मी. है। वहाँ पहुँचने के लिए सुनसान, एकान्त और घनघोर जंगल वाला रास्ता है। जिससे वह वहाँ नहीं जा पाती। इन दोनों गांवों की आषा से टीकाकरण की जानकारी ली गई तो उन्होंने बताया कि यहाँ 4-5 माह में टीका लगाने सिस्टर आती हैं। हमें भी पता नहीं चल पाता कि सिस्टर कब आ रही है। इस क्षेत्र की आशाओं ने दवा रिफ्लिंग के संबंध में बताया कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी जाने के लिए उन्हें 100 कि.मी. दूरी तय करनी पड़ती है। केन्द्र तक जाने व आने के लिए उन लोगों को 3 दिन का समय लगता है और उन्हें 300 से 400 रुपये का खर्च भी करना पड़ता है जिससे ये लोग दवा नहीं ला पातीं। खाता संचालन के संबंध में आशाओं ने बताया कि 6 समितियों का खाता सेवा सहकारी समिति चिनगवाह में खुला है जिस कारण उन्हें अभी तक अनटाइड फण्ड की राशि प्राप्त नहीं हुई है। उन्होंने बताया कि बी.एम.ओ. द्वारा कहा गया है कि आप अपना खाता बैंक में खुलवाये तभी आपके समिति को राशि मिल पाएगी। साथ ही 2 आशाओं ने बताया कि उनका खाता रीवा सीधी ग्रामीण बैंक शाखा कुसमी में खुला है, और उन्हें अनटाइड फण्ड की प्रथम किस्त में दो-दो हजार रुपये मिले हैं। तत्पश्चात् आपस में चर्चा करके यह निर्णय लिया गया कि इस कार्य के लिए किसी एक व्यक्ति को गांव से तैयार करके भेजा जाए और उनके आने-जाने का किराया हम सब लोग मिलकर वहन करें। जिससे कि समय व खर्च की बचत हो सकेगी। क्योंकि मार्च का समय था और यदि यह प्रक्रिया नहीं अपनाई जाती तो इस वित्तीय वर्ष की अनटाइड फण्ड की राशि समितियों को नहीं मिल पाती ²³।

❖ **कैसे किया (Method)**— सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र का भ्रमण, प्रपत्र तैयार किया, साक्षात्कार किया, गांव का भ्रमण, पंचायत प्रतिनिधि एवं समुदाय के साथ बैठक, आषा की व्यक्तिगत केस स्टडी द्वारा उनकी वास्तविक स्थिति को जानने का प्रयास किया गया। साथ ही समितियों के खाता खोलवाने हेतु सामुदायिक पहल की प्रक्रिया अपनाई गई।

²² Community Health fellow

²³ Asha

❖ **क्या पाया (Result)**— आशाओं की वास्तविक स्थिति जानने में पाया गया कि आशाओं का चयन स्वास्थ्य विभाग एवं पंचायत सचिव के सहयोग से किया गया। आशाओं के पास जब विभाग से प्रशिक्षण के लिए पत्र आया तब उन्हें अपने आशा होने की जानकारी हुई। आशा को मिलने वाली प्रोत्साहन राशि की जानकारी है, किन्तु उन्हें प्रोत्साहन राशि समय पर नहीं मिल पाती। सामुदायिक पहल के माध्यम से समिति के अध्यक्ष एवं सचिव के हस्ताक्षर प्रमाणित कर गांव से एक पुरुष वालेन्टियर को नजदीकी बैंक मझौली भेजा गया, जिससे समय और होने वाले खर्च की बचत हुई तथा 6 समितियों के एक साथ खाते बैंक में खुलवाये गये।

(टेबल -18)

गांव का नाम	आशा का नाम	शैक्षणिक योग्यता	प्राप्त प्रशिक्षण	रिमार्क
खैरा	श्रीमती देवकली भुर्तिया	8 वीं	15 दिन एवं 4 दिन	दूसरे गांव की
गोइन्दवार	श्रीमती संतोषी पटेल	10वीं	15 दिन एवं 4 दिन	दूसरे गांव की
दुबरीकलॉ	श्रीमती केशकली भुर्तिया	5वीं	15 दिन एवं 4 दिन	उसी गांव की विधवा
दुबरीखुर्द	श्रीमती हेमबती भुर्तिया	10वीं	15 दिन एवं 4 दिन	उसी गांव की बहू
चिनगवाह	श्रीमती निर्मला भुर्तिया	12वीं	15 दिन एवं 4 दिन	उसी गांव की बहू
बिटखुरी	श्रीमती अनीता भुर्तिया	9वीं	15 दिन एवं 4 दिन	दूसरे गांव की
डेवा	श्रीमती शिववती गुप्ता	10वीं	15 दिन एवं 4 दिन	उसी गांव की बहू
देवमठ	श्रीमती रानीबाई यादव	8वीं	15 दिन एवं 4 दिन	उसी गांव की बहू

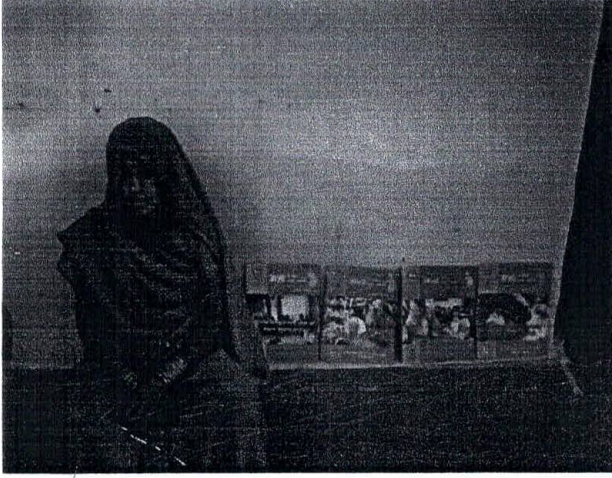
(टेबल -19)

प्रोत्साहन राशि	संघारित रिकार्ड	प्राप्त दवाइयों	रिमार्क
संस्थागत प्रसव - 350.00 टीकाकरण एवं जांच - 150.00 परिवार नियोजन महिला - 150.00 पुरुष - 200.00 पल्स पोलियो - 225.00	जन्म पंजीयन, मृत्यु पंजीयन, गर्भवती पंजीयन, टीकाकरण पंजीयन रजिस्टर	ओ.आर.एस. पैकेट, पैरासिटामोल टेब., आयरन फोलिक एसिड, एलबेन्डाजोल, ब्लीचिंग पाउडर, क्लोरीन की गोली	प्रोत्साहन राशि समय पर नहीं मिल पाती। रिकार्ड बना है लेकिन ब्यवस्थित नहीं है। प्रत्येक माह दवाईयों रिफिलिंग नहीं होती।

❖ **निष्कर्ष** — आशाओं के अन्दर सामुदायिक भावना इसलिए नहीं बन पा रही है क्योंकि ऐसे पिछड़े हुये क्षेत्रों में लोगों को सूचनाओं का आदान-प्रदान, संवाद और परामर्श जैसी सुविधाएँ किसी प्रेरक समूहों द्वारा नहीं मिल पाती। अगर उनको निरन्तर प्रोत्साहित किया जाए तो यही आशा अच्छा कार्य कर सकती हैं और समुदाय में अपना विश्वास बना सकती हैं क्योंकि साक्षात्कार के दौरान यह पाया गया कि 8 आशाओं में से 3 आशाओं की योग्यता 8वीं, 1 आशा 5वीं, 3 आशा 10वीं एवं 1 आशा की योग्यता 12वीं तक है।

उपरोक्त योग्यताएँ यह दर्शाती हैं कि ऐसे दुर्गम, पहुँच विहीन एवं जंगली क्षेत्रों में इतनी ज्यादा पढ़ी-लिखी महिलाओं का होना उनकी वास्तविक क्षमता को दर्शाता है, कि वो सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में समुदाय के अन्दर सकारात्मक और अनूठा कार्य करके आदर्श स्थिति लाने में अहम भूमिका निभा सकती हैं। साथ ही यह महसूस किया गया कि अगर आशा के पास यदि कोई प्रेरक दल उनके द्वारा किये जा रहे कार्यों की चर्चा करे तो उन्हें अपने कार्यों को बताने और आगे जानने व सीखने की इच्छा हमेशा बनी रहती है उन्हें यह जानकर हर्ष था कि उनके बीच उन्हें जानकारी देने व उनसे उनकी समस्याएँ पूछने के लिए कोई आया है।

कार्यक्षेत्र की आशा जिनका साक्षात्कार किया गया



(चित्र-9)



(चित्र-10)

आशा को सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की अवधारणा से समुदाय में लाने की कल्पना की गई है। किन्तु उनकी वास्तविक स्थिति अलग पाई गई। साथ ही जिन गांवों में आशा का साक्षात्कार किया गया उन गांव में 90 प्रतिशत आदिवासियों में गोड़ एवं बैगा समुदाय के लोग रहते हैं। जबकि ये सभी आशाएँ पिछड़ा वर्ग एवं सामान्य वर्ग की हैं, जिनमें छुआछूत का प्रचलन होने के कारण महिलाएँ जो आशा बनके समुदाय में आई हैं स्वाभाविक तौर पर यह देखा गया है कि वो किसी भी आदिवासी महिला के घर प्रसव के दरम्यान नहीं जाती हैं। गांव में जाति को लेकर खान-पान में भी छूत माना जाता है। प्रसव जैसे कार्यों को गांव में छूत का और निम्न स्तर का कार्य समझा जाता है। इन सामाजिक परम्पराओं के कारण आशा महिला होने के बावजूद भी महिला की कठिनाईयों में अपनी भूमिका निभाने में संकोच महसूस करती हैं। महिलाओं के स्वास्थ्य के विषय में आशाओं के अन्दर अभी झिझक बना हुआ है, जिससे वो गांव की अन्य महिलाओं से खुलकर बात नहीं कर पातीं।

1.1.1.2 उद्देश्य – सामुदायिक स्वास्थ्य में आशा एवं समुदाय के बीच आपसी समन्वय बनाना।

❖ क्या किया (Activity)–

गांव का भ्रमण कर आशा तथा गांव के लोगों से मिलकर बैठक करने के लिए आवश्यक चर्चा की और उन्हें निश्चित दिन, स्थान व समय पर बैठक में आने की सूचना दी। इसके बाद गांव जाकर आशा एवं समुदाय के लोगों के साथ बैठक की गई। बैठक का मुख्य उद्देश्य सामुदायिक स्वास्थ्य में आशा एवं समुदाय के दायित्व को बताना था। जिसमें आशा कौन है, उसके क्या कार्य है, किसके प्रति वह

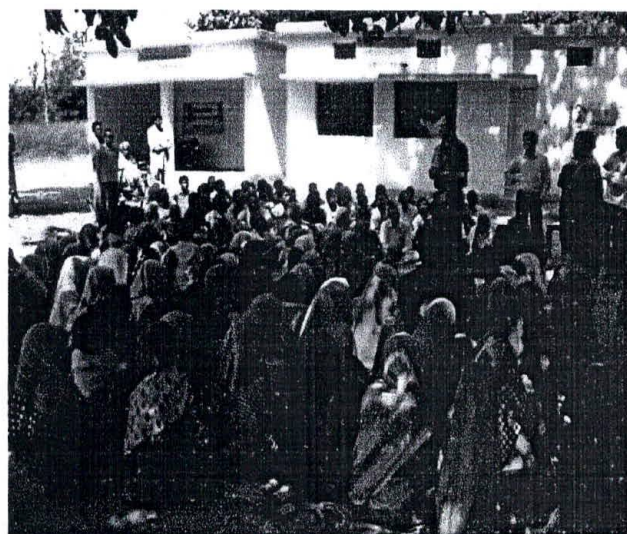
जबावदेह है, आशा के कार्यों में आने वाली कठिनाईयों के प्रति समुदाय की भूमिका, इन विषयों को लेकर समुदाय और आशा के बीच बैठक में संवाद स्थापित कर उनमें आपसी समन्वय हेतु सकारात्मक माहौल बनाया गया। इस तरह की बैठकें 8 गांवों में आयोजित की गईं। जिसमें से ग्राम बिटखुरी में सभी की सामूहिक बैठक आयोजित की गई।

इस बैठक में कार्यक्रम प्रबंधक प्रसन्ना शालीग्राम, टीम मेन्टर जुनैद कमाल एवं फ़ैलोज़ साथियों में से निधि, नाजरा, मोहन, ज्वाला, सपना, मो. इरशाद, रागिनी, सैयद अली, केदार रजक उपस्थित रहे। साथ ही बैठक में विभिन्न गांवों की 6 आशा, 4 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सरपंच, पंच सहित समुदाय के लगभग 210 महिला-पुरुष शामिल हुये। गांव में स्वास्थ्य के विषय पर आपसी चर्चा के लिए सामूहिक बैठक में समुदाय की ओर से यह निकलकर आया कि इस तरह की बैठक जिसमें आशा एवं गांव के स्वास्थ्य को लेकर हम लोगों के बीच चर्चा की जा रही है, हमारे गांव में यह पहला प्रयास है। समुदाय ने यह महसूस किया और बताया कि अभी तक हम गांव के लोग आशा को एक कर्मचारी के रूप में जानते थे। आशा को हमेशा टीकाकरण और पल्स पोलियो के दिन ए.एन.एम. के साथ डिब्बा लेकर जाते हुये देखते थे। किन्तु इस बैठक से यह मालूम हुआ कि आशा हमारे गांव में समुदाय के स्वास्थ्य के लिए प्रतिनिधि के रूप में है, जिसके कार्यों में हमारी भी जबावदेही और भूमिका है।

आशा एवं समुदाय के साथ बैठक



(चित्र-11)



(चित्र-12)

❖ कैसे किया (Method)–

गांव जाना, लोगों से मिलना, चर्चा करना, बैठक के लिए उपयुक्त जगह तय करना।

❖ क्या पाया (Result)–

स्वास्थ्य के विषय पर सामूहिक रूप से यह बैठक गांव में आयोजित होने से लोगों के अन्दर जानने की जिज्ञासा बढ़ रही थी। समुदाय में आशा और स्वास्थ्य दोनों ही विषय लोगों को प्रभावित कर रहे थे। लोगों को आश्चर्य हो रहा था कि आज तक हमारे गांव में सिर्फ पानी, बिजली और सड़क की बातें की जाती रहीं है और इसी के विकास के लिए योजना बनाई जाती थी। लेकिन आज हमारे बीच कुछ नई बातें की जा रही है, जो हम सबको मिलकर करने की जरूरत है।

बैठक में यह पाया गया कि समुदाय और आशा के बीच आपस में कोई रिश्ता ही नहीं है, जिससे कि वो काम को लेकर आपस में बैठें या बात करें। बैठक में लोगों ने कहा कि अब हम लोग भी आशा के साथ मिलकर स्वास्थ्य समस्याओं को सुलझाने की बात करेंगे और उन्हें अपना सहयोग देंगे। आशाओं को भी पहला मौका मिला जिसमें उन्होंने अपनी समस्याओं को समुदाय के सामने रखा। जबकि आशा अपने द्वारा किये जा रहे कामों को समुदाय के बीच बताने की जरूरत नहीं समझ रहीं थी। जिससे दोनो के बीच आपस में बहुत मतभेद था।

❖ निष्कर्ष (Reflection)–

बैठक में गांव की आशा तथा स्वास्थ्य के संबंध में आशा की भूमिका के बारे में उपस्थित लोगों से चर्चा शुरू की गई तो लोगों ने अपना-अपना गुस्सा व्यक्त किया। लोगों का रवैया बहुत नकारात्मक लग रहा था। सभी एक-दूसरे के खिलाफ बोल रहे थे। लोग यह व्यक्त कर रहे थे कि उनका कोई सुनता नहीं है। उन्हें बड़ी मुश्किल से सुनाने का मौका मिला है। इसलिए उनके अन्दर जो भ्रम था उसे निकालने की प्रवृत्ति खुलकर सामने आ रही थी। लोगों ने कहा कि सब काम हो जाते हैं लेकिन हम लोगों को उसकी जानकारी ही नहीं मिल पाती। जब कोई कार्य समाप्त होने लगता है तब हमें उसकी जानकारी आंशिक रूप से मिलती है।

यदि कोई भी कार्य शुरू करने से पहले लोगों को उसके बारे में जानकारी दी जाए और उन्हें यह बताया जाए कि यह कार्य उनके लिए है, तो समुदाय का रवैया सकारात्मक और सहयोगात्मक हो सकता है। यहाँ तक कि आशा जो कि समुदाय की महिला है उसके बारे में भी लोगों को ठीक से जानकारी नहीं है, तो समुदाय की जबावदेही कैसे उसके कार्यों में हो सकती है, यह सोचना आवश्यक है कि हम अपने कार्यक्रम में किस जगह और किस रूप में समुदाय को शामिल करें। इसके लिए गांव में लोगों के साथ बैठना और योजना तैयार करना सबको जोड़ने में सहायक होगा।

समुदाय के विरोधाभास का कारण यह भी है कि जो लोग हितग्राही है उनकी पहुँच सेवाओं तक नहीं हो पाती या फिर सेवाएँ बहुत देर से पहुँचती हैं, जिससे उनके अन्दर पीड़ाएँ भरी रह जाती हैं। जब उन्हें अवसर मिलता है तो वो अच्छी बातों को भी बताना भूल जाते हैं और पुरानी घटनाओं को भी बयां करने लगते हैं। कोई भी सफलता हासिल करने के लिए समुदाय को साथ लेकर चलना और उनका सहयोग लेना बहुत जरूरी है। क्योंकि अभी स्थिति यह है कि एक तरफ समुदाय है, एक तरफ आशा है और एक तरफ सरकारी सेवा देने वाले लोग हैं। जिनके बीच कोई समन्वय की भूमिका नजर नहीं आती। यही कारण है कि समुदाय के लोग स्वास्थ्य को अपनी समस्या मानते हुये भी आपस में सामूहिक रूप से कोई निर्णय नहीं लेते, जिससे उनकी परेशानियों बढ़ती जाती हैं ²⁴।

1.1.1.3 उद्देश्य – आशा का क्षमता वर्धन करना।

❖ क्या किया (Activity)–

❖ **प्रशिक्षण (क्षमता वर्धन)** – ग्राम खैरा, चिनगवाह, दुबरीकलॉ, दुबरीखुर्द, बिटखुरी, डेवा एवं देवमठ आशाओं को सामूहिक रूप से एक जगह बुलाकर आंगनवाड़ी केन्द्र चिनगवाह में एक दिन का पांचवे माड्यूल का प्रशिक्षण उनकी क्षमता वर्धन हेतु किया गया। सबसे पहले आशाओं से उनकी समस्याओं के संबंध में आपसी चर्चा की गई। इसके बाद उनके द्वारा बताई गई समस्याओं को बिन्दुवार लिखा गया। जैसे : प्रसव में, दवाई में, जननी एक्सप्रेस में, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में, गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों के नियमित टीकाकरण में, प्रेरक राशि में, स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा की पहचान समुदाय में, समुदाय में व्याप्त सामाजिक रूढ़िया/परम्पराएँ, स्वास्थ्य के क्षेत्र में जन जागरूकता की कमी, आशा को उसके काम में, गांव में घरों की बसाहटें दूर-दूर होना, आवागमन की सुविधा में इत्यादि समस्याएँ निकलकर आईं।

²⁴ स्वयं के द्वारा की गई बैठक, समुदाय, आशा और पंचायत प्रतिनिधि

आशाओं का संकोच दूर करने के लिए स्थानीय भाषाओं में एक गीत गाया गया जिससे आशाओं ने स्वयं गाना शुरू कर दिया। इसके बाद उन्हें कुछ साहित्य दिये गये और उनसे पढ़वाये गये। उन साहित्यों के बारे में उन्हें समझाने की कोशिश की गई। प्रशिक्षण के दौरान उन्हें शेर और बकरी वाला खेल खिलाया गया। स्थल पर बैठने के लिए दरी, पीने का पानी और स्वल्पाहार की ब्यवस्था की गई। आशा प्रतिभागियों को पैड पेन भी दिया गया। चार्ट पेपर पर चित्रों के माध्यम से उन्हें समझाया गया और महिला व बच्चों के स्वास्थ्य संबंधी पोस्टर पाम्पलेट भी उन्हें दिखाये गये।

आशाओं को रजिस्टर बनाने और रिकार्ड व्यवस्थित कैसे रखें जानकारी को रजिस्टर में कैसे लिखें इसकी भी जानकारी दी गई। साथ ही उन्हें गर्भवती महिलाओं में खतरों को पहचानने के लिए उनका बजन जो कि 35 कि.ग्रा. से कम न हो, ऊँचाई 4 फिट से कम हो, बी.पी. 120/80 से कम या ज्यादा न हो, हीमोग्लोविन 10 ग्राम से कम हो तो ऐसी स्थिति में उस महिला को अस्पताल में प्रसव कराने की सलाह दें। क्योंकि ऐसी स्थिति में महिला का प्रसव यदि घर में होता है तो माँ और बच्चे दोनों को खतरा हो सकता है। इसके अलावा खतरे के जो लक्षण देखकर पता किए जा सकते हैं, उनमें से यदि किसी प्रसूति के पैरों में सूजन है, अत्यधिक खून आ रहा हो, चक्कर आ रहा हो तो बिल्कुल भी देर नहीं करना चाहिए उसे तुरन्त अस्पताल पहुँचाना चाहिए। साथ ही प्रशिक्षण के दौरान उन्हें गर्भवती महिलाओं को सलाह देने हेतु आवश्यक बातें बताई गई, जिनमें से हरी सब्जी, पत्तेदार भाजी, दिन में 3-4 बार खाना, दिन में 2 घण्टे आराम करना, आयरन फोलिक एसिड की गोलियों संबंधी जानकारी दी गई। इसके अलावा आशाओं के साथ बैठकर प्रत्येक गांव की ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक आयोजित करने के लिए बैठक कैलेण्डर तैयार किया गया जिसमें बैठक का स्थान, दिनांक एवं समय निश्चित किया गया, ताकि प्रशिक्षण के बाद आशा गांव जाकर समिति की बैठकें प्रारम्भ कर सकें। आशा की सोच समुदाय स्तर पर बनाने की कोशिश की गई क्योंकि वो अपने आप को समुदाय से अलग समझ रही थीं और अपना दायित्व स्वास्थ्य विभाग के दिशा-निर्देशों का पालन करना समझ रही थीं। जिससे समुदाय आशा की भूमिका में और आशा समुदाय की भूमिका में कहीं भी नजर नहीं आते थे। बल्कि आशा और समुदाय के बीच एक बड़ा गैप नजर आ रहा था।

(टेबल – 20)

क्रमांक	प्रतिभागी का नाम	पद	ग्राम
1	श्रीमती देवकली भुर्तिया	आशा	खैरा
2	श्रीमती केशकली भुर्तिया	आशा	दुबरीकलौ
3	श्रीमती हेमवती भुर्तिया	आशा	दुबरी खुर्द

4	श्रीमती निर्मला भुर्तिया	आशा	चिनगवाह
5	श्रीमती अनीता भुर्तिया	आशा	बिटखुरी
6	श्रीमती शिवबती गुप्ता	आशा	डेवा
7	श्रीमती रानी बाई यादव	आशा	देवमठ
8	श्रीमती फूलवाई बैगा	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	चिनगवाह
9	श्रीमती तीजाबाई साकेत	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	चिनगवाह
10	श्रीमती सुषीला पटेल	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	चिनगवाह
11	श्रीमती बसन्ती बैगा	आंगनवाड़ी सहायिका	चिनगवाह
12	श्रीमती फूलबाई भुर्तिया	अध्यक्ष ग्राम स्वा. स्व. समिति	चिनगवाह
13	श्रीमती रामबाई बैगा	ग्रामीण सदस्य	चिनगवाह
14	श्री संतोष सिंह	ग्रामीण सदस्य	बिटखुरी
15	श्री भागवत सिंह	ग्रामीण सदस्य	बिटखुरी
16	श्री मोतीलाल भुर्तिया	ग्रामीण सदस्य	दुबरीखुर्द
17	श्री बाबूलाल बैगा	ग्रामीण सदस्य	देवमठ
18	श्री बृजलाल यादव	ग्रामीण सदस्य	देवमठ
19	श्री केदार रजक	स्वास्थ्य साथी	सीधी
20	रागिनी मिश्रा	स्वास्थ्य साथी	सीधी

आशाओं का क्षमता वर्धन प्रशिक्षण



(चित्र-13)



(चित्र-14)

❖ **कैसे किया (Method)**— आशा के घर जाकर उन्हें क्षमता वर्धन हेतु एक दिवसीय प्रशिक्षण के लिए 2 दिन पहले सूचना दी गई और उन्हें आने के लिए आमंत्रित किया गया। सूचना के साथ ही साथ आशाओं से चर्चा करके प्रशिक्षण का स्थान और समय निश्चित किया गया। ऐसे स्थान का चयन किया गया जिससे सभी आशाओं को आने-जाने के लिए बराबर की दूरी तय करना पड़े।

पांचवें माड्यूल का प्रशिक्षण विषय वस्तु की तैयारी, प्रशिक्षण सामग्री, स्थानीय वाहन की व्यवस्था गीत एवं खेल गतिविधि करना, समूह चर्चा, पाठ्य सामग्री, जायका द्वारा प्रदाय पोस्टर एवं पम्पलेट लगाना और उसके माध्यम से जानकारी देना।

❖ **क्या पाया (Result)**— आशाओं को 15 दिन एवं 4 दिन का प्रशिक्षण मिला है, लेकिन आशाओं द्वारा प्राप्त प्रशिक्षण का अपने व्यवहार में प्रायोगिक तौर पर उपयोग न किये जाने के कारण उनकी याददाश्त में जानकारी का अभाव रहा। साथ ही उनका समय-समय पर फालोअप भी नहीं हुआ जिससे तार्किक रूप से किसी भी जानकारी का जबाव देने में सक्षम नहीं रहीं। क्षेत्र की भौगोलिक स्थिति, जंगली क्षेत्र और गांव की बसाहट दूर-दूर होने के कारण भी उन्हें काम करने में कठिनाईयों से गुजरना पड़ता है जिससे वो समुदाय की आवश्यकताओं के अनुसार काम नहीं कर पा रहीं हैं। आशाओं ने कहा कि हमारे द्वारा प्रसव संबंधी रजिस्टर तैयार किया गया है, जिसके अनुसार क्षेत्र में 90 से 95 प्रतिषत प्रसव घर में होते हैं। घरेलू प्रसव के लिए हम लोगों को कोई प्रेरक राशि नहीं दी जाती। साथ ही गांव में सामाजिक परंपरा एवं मान्यताओं के अनुसार प्रसव का कार्य गांव की बुजुर्ग व अनुभवी महिलाएँ ही कराती है और नारा काटने का काम दलित महिला करती है। इसके अलावा आशाओं ने बताया कि उन्हें प्रसव संबंधी तकनीकी जानकारी भी नहीं है और न ही उनके पास प्रसव सामग्री (किट) उपलब्ध है, जिससे वो प्रसूतियों की सहायता नहीं कर पा रहीं हैं।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**—

- प्रशिक्षण के दौरान आशाओं द्वारा किये गये कार्यों में मुख्य रूप से यह निकलकर आया कि ऐसे दुर्गम क्षेत्र में जहाँ आवागमन और वाहन की सुविधा नहीं है। इन परिस्थितियों में भी यदि आशा जोखिम भरी चुनौतियों का सामना करती है तो उन्हें विभागीय सहयोग भी नहीं मिल पाता जिसका ज्वलन्त उदाहरण यह है कि ग्राम देवमठ की आशा श्रीमती रानी यादव जो कि विषम परिस्थितियों में भी समुदाय के बीच में अपना दायित्व निभाने की कोशिश कर रही है और प्रसव के संबंध में उसने खुद के प्रयास से प्रायवेट वाहन व्यवस्था करके अपने गांव की 2 महिलाओं को प्रसव हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझौली तक पहुँचाने के लिए अपनी महती भूमिका निभाई किन्तु अस्पताल पहुँचाने के बाद प्रसव पश्चात् दोनों महिलाओं के बच्चे जन्म के तुरन्त बाद खतम हो गये, जिसके कारण उसे अभी तक प्रेरक राशि नहीं मिल पाई, क्योंकि प्रेरक राशि के लिए उससे कहा गया कि आप ए.एन.एम. द्वारा मृत्यु प्रमाण पत्र

बनावाकर लाओ तभी प्रेरक राशि मिलेगी। इसी प्रकार एक और महिला जिसे वह प्रसव के लिए संस्था मझौली में लेकर गई, जहाँ उसे प्रसव सुविधा नहीं मिली और उसे प्रसूति को वापस लौटकर घर आना पड़ा, जहाँ पर घर पहुँचकर उसका प्रसव हुआ और जन्म के तुरन्त बाद बच्चे की मौत हो गई। स्वास्थ्य सेवाओं के ठीक से न मिल पाने के कारण आशा द्वारा किये गये कार्य से समुदाय की महिलाओं को विपरीत परिणाम मिला, जिससे गांव में आशा के प्रति विश्वास कम हो गया और लोग उसके कार्यों पर सवाल उठाने लगे। साथ ही इस दुर्गम क्षेत्र की आशाएँ जो कि अपने घरेलू काम के उपरान्त अपना समय निकालती हैं और समुदाय के बीच चुनौती पूर्ण कार्यों में सहयोग देने की कोशिश करती हैं, फिर भी उन्हें उनके कार्यों के अनुसार महत्व नहीं दिया जाता। जिस कारण इस क्षेत्र की आशाओं का मनोबल काम करने की दिशा में कम होता दिखाई देता है।

प्रशिक्षण में गर्भवती महिलाओं के संबंध में जब आशाओं को पोषण आहार एवं टीकाकरण संबंधी जानकारी दी गई तो प्रशिक्षण में उपस्थित श्रीमती रामबाई बैगा जो कि गर्भवती महिला थी और उसका आठवां माह चल रहा था। वह प्रशिक्षण के दिन आकर दी जा रही जानकारियों को सुन रही थी फिर उसने प्रशिक्षण सत्र के दौरान आशाओं को अपनी व्यक्तिगत आदतों से परिचित कराया और बताया कि प्रारंभ में मेरा बजन 35 कि.ग्रा. था। हमें कोई जानकारी नहीं थी किन्तु हमारी परम्परानुसार हम रोज अपने खेत में काम करते समय बथुए की भाजी कच्ची ही पेट भर खाते थे और जो भी हरी-भरी सब्जियाँ मिलती थी उन्हें हम भरपेट खा लेते थे किन्तु दाल-चावल बहुत कम खाया करते थे। हमारे गांव के लोग हमें पागल समझते थे कि ये औरत कुछ भी घास-पत्ती खाती रहती है, इसे क्या हो गया है। जब हमने आठवें माह में अपना बजन कराया तो देखा कि हमारा बजन 55 कि.ग्रा. हो गया। रामबाई इस प्रशिक्षण में बहुत अच्छा उदाहरण थी लोगों को खुद की कहानी के माध्यम से समझाने के लिए और उसने बहुत अच्छे से इस बात को आशाओं को बताया। उसने आशाओं को बताया कि ऐसी बातों को भी ग्रामीण महिलाओं के सामने रखना चाहिए और उन्हें प्रेरित किया जाना चाहिए। जो उनके जीवन से जुड़ी हुई चीजें हैं। जो महिलाओं को स्थानीय स्तर पर बिना किसी मेहनत के आसानी से उपलब्ध हो सकती हैं तथा जिसके बारे में उन्हें पहले से ही जानकारी है²⁵।

²⁵ स्वयं द्वारा आयोजित प्रशिक्षण, आशा एवं रामबाई

1.1.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति

प्रस्तावना — ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की परिकल्पना राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में की गई है। समिति का गठन ग्राम सभा में पूर्ण कोरम से किया जाएगा। इस समिति में न्यूनतम 10 और अधिकतम 12 सदस्य होंगे, जिसमें ग्राम पंचायत के 2 सदस्य, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं ए.एन.एम. सहित 3 सदस्य, स्व सहायता समूह के 3 सदस्य, स्थानीय स्तर पर कार्यरत सामुदायिक संस्था से 2 सदस्य होंगे। समिति सदस्यों का चयन उनके द्वारा दिये जाने वाले समय, रुचि और जिम्मेदारी लेने की इच्छा को देखकर किया जाएगा। समिति की अध्यक्ष आदिवासी महिला पंच एवं आशा सचिव होगी। समिति गठन के पश्चात् ग्राम सभा से अनुमोदन पश्चात् उसकी सूची स्वास्थ्य विभाग को देना होगा। ग्राम सभा समिति के सदस्यों के काम-काज से संतुष्ट नहीं होने पर उन्हें बदल सकती है। साथ ही यदि समिति का कोई भी सदस्य लगातार 3 बैठकों में नहीं आता तो उसकी सदस्यता कम से कम 50 प्रतिशत सदस्यों के अनुमोदन पश्चात् समाप्त कर दी जाएगी। समिति का कार्यकाल ग्राम पंचायत के कार्यकाल जितना ही होगा। नई ग्राम पंचायत के गठन पश्चात् ग्राम सभा समिति के सदस्यों को पुनर्गठित करेगी। समिति की बैठक प्रत्येक माह में एक बार आयोजित की जाएगी। जिसमें वह पिछले माह के कामों की समीक्षा तथा आगामी कार्ययोजना तैयार करेंगी। समिति द्वारा प्रत्येक ग्राम सभा की बैठक में अपने किये गये कार्यों को प्रस्तुत करेगी और ग्राम सभा की सलाह और सहमति से नए कार्यों को अपनी कार्ययोजना में शामिल करेगी। समिति स्वास्थ्य और स्वच्छता से जुड़े सेवा प्रदाताओं एवं योजनाओं व क्रियान्वयन की स्थिति, लाभार्थियों की परिस्थितियाँ और आय-व्यय संबंधी जानकारियों एवं दस्तावेजों को ग्राम सभा में प्रस्तुत करेगी। समिति अपने गांव की वार्षिक स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाएगी, जिसमें गांव की स्वास्थ्य समस्याओं को शामिल किया जा सकेगा। स्वास्थ्य व्यवस्था को अच्छा और मजबूत बनाने के लिए यह समझना जरूरी होगा कि गांव के लोगों की वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति क्या है, लोगों का स्वास्थ्य क्यों खराब होता है, गांव की परिस्थिति और गांव में उपलब्ध संसाधनों के आधार पर स्वास्थ्य से संबंधित योजना तैयार करना। समिति की यह जिम्मेदारी होगी कि वह बनाई गई कार्ययोजना का क्रियान्वयन करे। इसके साथ ही गांव में राष्ट्रीय स्तर के कार्यक्रमों जैसे टीकाकरण, स्वास्थ्य स्वच्छता को बढ़ावा तथा संक्रामक रोगों की रोकथाम, को लागू करना होगा। साथ ही गांव की साफ-सफाई हेतु घर की स्वच्छता, गांव की स्वच्छता, गंदे पानी की निकासी, स्वच्छ शौचालय एवं कूड़ा कचरे का निपटान आदि के उपाय एवं प्रबंधन करना। समिति हेतु प्रत्येक वर्ष 10 हजार अनटाइड फण्ड की राशि उपलब्ध कराई जाएगी ²⁶।

²⁶ VHSC Guideline

❖ 1.1.2.1 उद्देश्य (Objective)– ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की वास्तविक स्थिति को जानना।

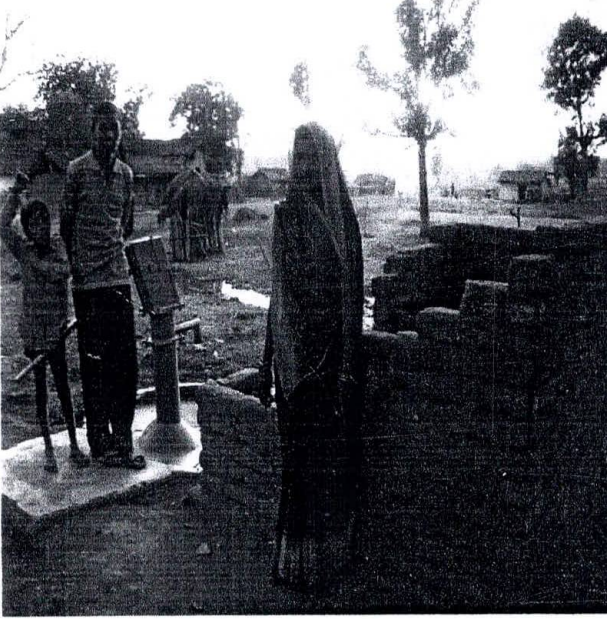
❖ क्या किया (Activity)–

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की जानकारी व सूची प्राप्त करने हेतु सी.एच.सी. कुसमी जाकर बी.एम.ओ. से बात-चीत की गई। सी.एच.सी. से उनके द्वारा ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की सूची उपलब्ध कराई गई। गांव जाकर आषा से मिले और ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति के सदस्यों की जानकारी, बैठक संबंधी जानकारी, खाता संचालन एवं अनटाइड फण्ड की जानकारी ली गई। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की सदस्य संख्या निम्नानुसार है :-

(टेबल-21)

क्रमांक	गांव का नाम	सदस्य संख्या
1	खैरा	10
2	गोंडवार	10
3	दुबरीकलौ	11
4	दुबरीखुर्द	11
5	चिनगवाह	11
6	बिटखुरी	11
7	डेवा	10
8	देवमठ	11

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति द्वारा अनटाइड फण्ड से किये गये कार्य



(चित्र-15)



(चित्र-16)

❖ **कैसे किया (Method)**— सी.एच.सी. विजिट, आशा से संपर्क एवं समिति के सदस्यों से व्यक्तिगत चर्चा।

❖ **क्या पाया (Result)**— ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की 8 गांवों में स्थिति यह पाई गई कि सभी समितियों में आदिवासी महिला पंच अध्यक्ष है एवं आशा सचिव है। अध्यक्ष और सचिव के संयुक्त हस्ताक्षर से समिति का खाता खोला गया है। 6 समितियों का खाता सेवा सहकारी समिति चिनगवाह में खुलने के कारण उन्हें उनके खाते में अनटाइड फण्ड की राशि नहीं मिली और 2 समितियों का खाता रीवा सीधी ग्रामीण बैंक कुसमी में खुला होने के कारण उन्हें दो-दो हजार रुपये पहली किस्त में अनटाइड फण्ड से प्राप्त हुई।

सभी 8 गांवों के ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में यह पाया गया कि ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में 10 से 11 सदस्य है। सदस्यों से चर्चा करने पर पाया गया कि सदस्यों को समिति में

सदस्य होने की जानकारी नहीं है। समिति का गठन ग्राम सभा में नहीं किया गया बल्कि स्वास्थ्य विभाग द्वारा दिये गये प्रपत्र में सदस्यों के नाम लिखकर उनसे हस्ताक्षर करवाया गया और उस प्रपत्र को भरकर ग्राम पंचायत के माध्यम से स्वास्थ्य विभाग को भेजा गया।

- **निष्कर्ष (Reflection)**— समिति की वास्तविक स्थिति जानने के बाद यह निष्कर्ष निकाला गया कि एन.आर.एच.एम. की अवधारणा के अनुसार समिति के गठन प्रक्रिया को महत्व नहीं दिया गया है। लेकिन समिति के गठन ए.एन.एम., आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा, पंच एवं ग्रामीण सदस्यों को शामिल किया गया है और अध्यक्ष व सचिव को भी उसी क्रम में रखा गया है ²⁷।

❖ **1.1.2.2 उद्देश्य (Objective)**— ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को सशक्त करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

सभी 8 गांवों में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों एवं आशा से संपर्क किया गया और उनसे मिलकर बैठक करने के लिए स्थान, दिनांक व समय निश्चित किया गया। समिति के सदस्यों को मालूम नहीं था। उन्हें इस समिति के बारे में गांव जाकर अलग-अलग लोगों से मिलकर जानकारी दी गई और सूची के अनुसार सदस्यों को एकत्रित कर उनसे बैठक के संबंध में चर्चा की गई। समिति के लोग बैठक करने के लिए तैयार हुये जिससे उनके अनुसार तय किये गये दिन को बैठक करना सुनिश्चित किया गया।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक शुरू करने से पहले समिति की अध्यक्ष को सामने बैठाया गया और तालियों से उनका स्वागत किया गया। इसके बाद सभी सदस्यों का आपस में परिचय किया गया। बैठक के दिन एक कार्यवाही रजिस्टर मगवाया गया और आशा को कार्यवाही लिखने हेतु प्रेरित किया गया तथा उसका प्रारूप बताया गया। आशा द्वारा समिति के बैठक की कार्यवाही लिखी गई। बैठक में आशा द्वारा समिति के सदस्यों की सूची से उनके नाम पढ़कर बताये गये और उन्हें यह बताया गया कि आप सभी ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्य हैं। सदस्यों ने कहा कि हमारे गांव में स्वच्छता समिति की बैठक का आयोजन पहली बार किया गया है, जिससे हमें समिति का नाम मालूम हुआ और यह पता चला कि हम इस समिति के सदस्य भी हैं। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के

²⁷ स्वयं द्वारा एकत्र की गई जानकारी, समिति के सदस्य, आशा एवं सी.एच.सी. कुसमी

सदस्यों की बैठक सभी 8 गांवों में निर्धारित समयानुसार की गई। बैठक में समिति के सभी सदस्यों ने प्रसन्नता के साथ अपनी उपस्थिति दर्ज कराई।

प्रत्येक गांव में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की 3 से 4 बैठकें लगातार आयोजित की गईं। जिसमें गांव में होने वाली बीमारियों, स्वास्थ्य समस्याओं, सेवाओं और अनटाइड फण्ड, गांव की स्वास्थ्य योजना बनाना, टीकाकरण में सहयोग देना, आशा के कार्यों को समझना और उसे सहयोग देना, गंदा पानी जहाँ है वहाँ पर पानी निकासी की व्यवस्था, बीमारी के समय स्वास्थ्य शिविरों का आयोजन, गांव में बीमारियों क्या हैं, बीमारियाँ क्यों हो रही हैं, उसका निदान क्या हो सकता है आदि के संबंध में जानकारी दी गई। साथ ही उन्हें समिति को मिलने वाली अनटाइड फण्ड की सालाना राशि दस हजार के संबंध में बताया गया और उसके उपयोग के लिए बताया गया कि उन्हें प्रत्येक माह बैठक करना होगा, जिसमें सदस्यों द्वारा गांव की वार्षिक स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाई जावेगी और उसके अनुसार ही राशि खर्च की जाएगी।

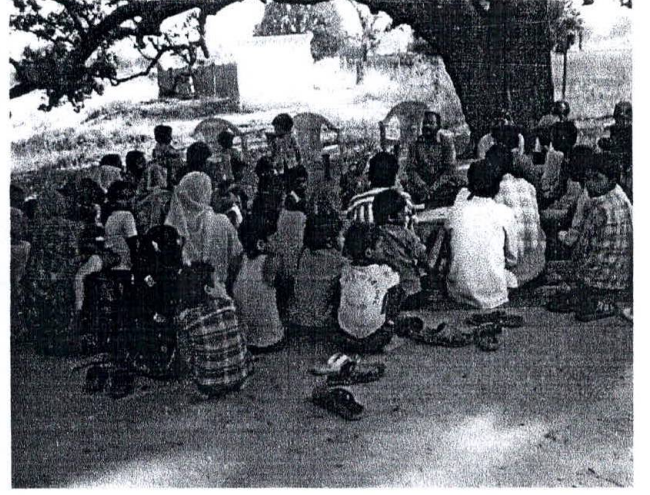
इसके अलावा समिति के बैठक में लिए गए निर्णय के अनुसार समिति के कार्यों एवं आय-व्यय की जानकारी होने वाली ग्राम सभा में दी जाए और ग्राम सभा से समिति की आगामी कार्ययोजना हेतु सलाह एवं सुझाव लिये जाए, जिससे समिति के कार्यों को गांव के सभी लोग जान सकेंगे और सभी के सुझाव शामिल कर समिति में समुदाय की ओर से सकारात्मक निर्णय लिया जा सकेगा।

बैठक में आशा ने समिति को अभी तक अनटाइड फण्ड से प्राप्त राशि एवं अपने द्वारा किये गये आय-व्यय की जानकारी दी और बताया कि अनटाइड फण्ड से प्रथम किश्त में पाँच-पाँच हजार रुपये मिले थे जिससे समिति द्वारा बैठक के लिए दरी, कुर्सी, स्नानघर का निर्माण, साइन बोर्ड आदि पर व्यय किया गया है। जिसका बिल भी आशा द्वारा समिति के सदस्यों को दिखाया गया। प्रत्येक गांव में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को उनकी जानकारी हेतु एन.आर.एच.एम. की मार्गदर्शिका की छायाप्रतियाँ उपलब्ध कराई गईं।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक



(चित्र-17)



(चित्र-18)

❖ **कैसे किया (Method)**— सूचना एवं संपर्क तथा आशा का सहयोग।

❖ **क्या पाया (Result)**— समिति के सदस्य ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति से रू-ब-रू हुये। आशा के प्रयास से गांव स्वच्छता समिति की बैठकें शुरू हुई। समिति के सदस्यों को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के बिषय में कोई जानकारी नहीं थी, आशा को सिर्फ अनटाइड फण्ड के बारे में मालूम था, लेकिन उसका उपयोग कैसे करना है उसको भी यह स्पष्ट नहीं था। जानकारी के अभाव में समितियों की बैठकें नहीं हो रही थी। केवल आशा ही समिति की भूमिका में सक्रिय दिखाई दी।

“बैठक में समिति की राशि व्यय करने में समिति की भूमिका बताई गई तो समिति के लोगों ने बैठक के दौरान आपस में यह निर्णय लिया कि स्वास्थ्य विभाग द्वारा साइन बोर्ड का जो बिल दिया गया है उसका भुगतान हम समिति द्वारा नहीं करेंगे क्योंकि इसकी हमें जरूरत नहीं है और न ही गांव के लोगों को इससे कोई फायदा है।”

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**— ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को समिति के कार्य अगर बताए जाएँ तो उनकी दक्षता अनटाइड फण्ड का उपयोग करने और ग्राम स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाने में भी हो सकती है। समिति के सदस्यों में आपस में समन्वय बनाने के लिए उन्हें बीच-बीच में प्रोत्साहित करना

भी जरूरी है ताकि उन्हें उनके स्वास्थ्य अधिकार के प्रति जबाबदेह बनाया जा सकता है, जिससे उनके द्वारा समुदाय की भागीदारी भी समुदायिक निगरानी के रूप में बढ़ाई जा सकती है। समिति को जो अनटाइड फण्ड की राशि मिलती है वों ऐसे समय में मिलती है जब वित्तीय वर्ष का समापन होने लगता है। राशि देने के साथ ही समिति से आशा की जाती है कि अनटाइड फण्ड की राशि अतिशीघ्र वित्तीय वर्ष के अन्दर ही खर्च हो जाए। राशि खर्च करने के लिए भी आशा को स्वास्थ्य विभाग से निर्देश दिये जाते हैं कि इसी काम में राशि व्यय करना है। साथ ही साइन बोर्ड बनवाकर आशा को स्वास्थ्य विभाग द्वारा उसका बिल बनाकर आशा को दे दिया गया और उनसे नगद राशि ले ली गई। आशाओं से प्राप्त जानकारी के अनुसार मालूम हुआ कि इसी तरह का काम पूरे कुसमी ब्लॉक में करवाया गया है। उपरोक्त तथ्यों के आधार पर यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि विभागीय हस्तक्षेप और वित्तीय प्रबंधन, समिति की सक्रियता को प्रभावित कर रही है, जिससे गांव की स्वास्थ्य समितियों की भूमिका सामुदायिक स्वास्थ्य के प्रति जबाबदेह साबित नहीं हो पा रही हैं ²⁸।

❖ 1.1.3 समुदाय

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— समुदाय वो है जिसमें अपने लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए आपस में साझा समझ हो। सामुदायिक प्रक्रिया में गतिविधि करने से पहले समुदाय के बीच में यह समझना आवश्यक है कि समुदाय की क्या जरूरतें हैं, समुदाय उस विषय के बारे में क्या सोच रखता है, समुदाय की कितनी भागीदारी हो सकती है, जिससे लक्ष्य प्राप्त करने हेतु समुदाय की साझा समझ बने तथा निर्णय व नेतृत्व में उनकी भूमिका स्पष्ट हो। समुदाय के पास अपनी समस्या के समाधान हेतु उनका अपना तरीका हो और उन्हीं के द्वारा किया गया प्रयास हो जिससे समुदाय के बीच एक अच्छा सिस्टम खड़ा हो सके। समुदाय में यह जानना कि इस गतिविधि को करने से गांव के प्रभावित होने वाले तथा प्रत्यक्ष लाभ पाने वाले लोगों की पहचान करना। क्योंकि अगर इसकी पहचान नहीं की गई तो वास्तव में जो हितग्राही होगा उस तक लाभ नहीं पहुँच सकेगा और उनकी साझा भागीदारी नहीं होगी। समस्या को वर्तमान स्थिति से इच्छित स्थिति तक ले जाने हेतु बीच की बाधाओं को दूर करने के लिए कारकों को पहचानना तथा उन कारकों के समाधान में साझा प्रयास करना ²⁹।

²⁸ ग्रा. स्वा. स्वच्छता समिति की बैठक और आशा

²⁹ सैम जोसेफ, कलेक्टिव टीचिंग भोपाल, मई एवं सितम्बर 2011

❖ **1.1.3.1 उद्देश्य (Objective)**—समुदाय द्वारा ली जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं की पहचान करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

ग्राम बिटखुरी में स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करने के लिए बैठक आयोजन हेतु लोगों को सूचना दी गई। 2 दिन पहले गांव जाकर टोलों-मुहल्लों में घूमकर लोगों से मिले और उनसे बैठक का समय लिया। स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करने हेतु सैम जोसफ जी द्वारा बताये गये विधि के अनुसार ग्राम बिटखुरी में समुदाय के साथ बैठक करके स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के विषय पर चर्चा की एवं गांव में बीमार होने पर लोग अपना ईलाज कहीं-कहाँ करवाते हैं के विषय पर चर्चा की गई। इस प्रक्रिया को करने के लिए तीन बार गांव जाना पड़ा। समुदाय से सेवा प्रदाताओं की जानकारी निकालने के लिए कागज के छोटे-छोटे कार्ड बनाये गये जिसमें सेवा प्रदाताओं के नाम अंकित किये गये। इन कार्डों को 2-2 के जोड़े में रखकर पूछा गया कि आप किनके पास जाते हैं और क्यों जाते हैं। कार्ड को क्रमशः बदलते गये लेकिन उसमें एक कार्ड स्थाई रखा गया और दूसरे को बदलते गये। इस तरह ऐसे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता जिनसे समुदाय किसी न किसी रूप में लाभ लेते हैं, समुदाय द्वारा उनकी पहचान की गई। पहचान करने के बाद देखा गया सबसे ज्यादा किनके पास लोग जाते हैं और किनके पास नहीं। उनको अंको द्वारा प्रदर्शित किया गया। जिसमें सबसे ज्यादा का 9 अंक और सबसे कम को 0 अंक दिया गया है।

सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण

(टेबल-22)

क्यों	कहाँ-कहाँ					
	समूह द्वारा दिये गये जवाब	ओझा	झोला छाप	CHC ब्योहारी	जिला अस्पताल	ANM
विश्वास है	8	9	5	1	0	6
आराम मिलता है।	2	4	9	9	0	5
गांव में रहता है।	9	9	0	0	0	9
हर समय मिल जाता है।	6	9	9	9	0	9
उधारी पर इलाज कर देता है।	9	9	0	0	9	9
तुरंत इंजेक्शन बोतल लगाता है।	0	9	7	4	0	0
बुलाने पर घर आ जाता है।	8	9	0	0	0	3
फीस नहीं लेता किन्तु दवा में ही पैसा जोड़ लेता है।	0	9	0	0	0	0
बोतल में रंगीन दवा डालता है।	0	9	0	0	0	0
डिग्रीधारी है।	0	0	9	9	6	5

भर्ती की सुविधा है।	0	4	9	9	0	0
बाजार से दवा खरीदनी पड़ती है।	0	0	6	8	0	0
फीस देने पर जांच ठीक से की जाती है।	0	0	5	7	0	0
आराम न मिलने पर रेफर किया जाता है।	0	2	9	9	0	0
रसीद बनवानी पड़ती है।	0	0	9	9	0	0
पहुँचने में समय ज्यादा लगता है।	0	0	7	9	9	0
दीनदयाल कार्ड की सुविधा मिल जाती है।	0	0	5	8	0	0
टीकाकरण होता है।	0	0	9	9	3	3
प्राथमिक दवा मिल जाती है।	0	9	9	9	0	2
रोज नहीं आती	0	0	0	0	0	0
खून की जांच करती है।	0	0	7	9	2	0
बच्चों एवं गर्भवती महिलाओं का बजन होता है।	0	0	4	8	3	9
पोषण आहार मिलता है।	0	0	0	0	0	9
संदेश मिलने पर आ जाते हैं।	6	9	0	0	0	3
सभी मर्ज के डॉक्टर हैं।	0	0	5	9	0	0
कुल प्राप्त अंक -	48	100	121	145	32	71

उपरोक्त तालिका में ओझा (झाड़-फूँक) करने वालों में से गांव में रामसिया बैगा, विश्वनाथ बैगा, बाबूलाल बैगा, कैलाश सिंह, धरमराज सिंह, रामेश्वर भुर्तिया, रामसेवक लोहार, रामदेव बैगा हैं। झोला छाप जो गांव में आकर या पीड़ित व्यक्ति जो उनके पास जाकर अपना इलाज करवाते हैं, उनमें से इन्द्रभान सिंह, अंजनी सिंह, बंगाली डॉक्टर, रामनारायण भुर्तिया, शेषभान सिंह एवं ध्यान सिंह हैं।

विशेष - गांव में सांप काटने पर झाड़-फूँक करके दवा देने वालों में रामानुज भुर्तिया, रामेश्वर बैगा, नन्दलाल बैगा है। जो मुफ्त में इलाज करते हैं। यदि इनके पास सांप काटने की जानकारी व्यक्ति द्वारा दी जाती है तो ये उस व्यक्ति का इलाज करने विषम परिस्थितियों में भी जाते हैं। जड़ी-बूटी से इलाज करने वाले बोधई गुप्ता जो कि 20 वर्ष पहले एवं दानी बैगा 8 वर्ष पहले खतम हो चुके हैं। इनके द्वारा इलाज घर-घर घूमकर किया जाता था, किन्तु इनकी मृत्यु के बाद जड़ी-बूटी से इलाज अब कोई नहीं करता है।

❖ **कैसे किया (Method)** - कार्ड बनाकर, सामूहिक चर्चा की गई।

❖ **क्या पाया (Result)** — इस कार्य को करने में समुदाय की ओर से बहुत उत्सुकता देखने को मिली, उनके अन्दर इस प्रक्रिया को पूर्ण करने में काफी दिलचस्पी दिखाई दे रही थी। खाशतौर पर आंगनवाड़ी और आशा को अंक देने में उन्हें संकोच हो रहा था, क्योंकि वो लोग उनके साथ मौजूद थी। इस तरह की गतिविधि को करने के लिए लोगों की ओर से काफी सवाल भी आ रहे थे, वो जानना चाहते थे कि ऐसा हमारे गांव में कभी नहीं किया गया, तो ये क्यों किया जा रहा है इससे हम लोगों को क्या फायदा होने वाला है। जब सेवा प्रदाताओं का अंक विश्लेषण किया गया तो लोगों ने महसूस किया कि हमारा अधिक पैसा गांव के स्थानीय सेवा प्रदाताओं झोला छाप और झाड़-फूंक में चला जाता है और उपयुक्त सेवाएँ भी नहीं मिलतीं, लेकिन शासकीय सेवाओं की ओर हमारा ध्यान नहीं जाता जहाँ हमें कम खर्च में अधिक सेवाएँ मिल रही हैं।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — चार्ट में जो अंक निकलकर आए उनमें सबसे कम अंक ए.एन.एम. को मिले। ए.एन.एम. को सबसे कम अंक मिलने का कारण भी यही पाया गया कि उनके द्वारा गांव में बहुत कम भ्रमण किया जाता है तथा उपस्वास्थ्य केन्द्र में जो सुविधाएँ लोगों को मिलनी चाहिए, उन सुविधाओं से समुदाय अभी तक बंचित रहा है। इस गतिविधि के माध्यम से लोगों के साथ विभाग में इसकी जानकारी देना था। इसके लिए 4 बार प्रयास किये गये।

अथक प्रयास के बावजूद भी गांव की स्वास्थ्य समस्याओं को लेकर समुदाय नेतृत्व करने के लिए आगे नहीं आया, जिससे यह स्पष्ट हुआ कि जिसे हम समस्या मान रहे हैं वो समुदाय की नजर में समस्या नहीं है। ऐसी प्रक्रिया के लिए समुदाय को तैयार करने और उनके साथ अधिक समय तक रहने की आवश्यकता होती है। जब उनके अन्दर से समस्याएँ निकलकर आने लगे तभी उनकी ओर से उसका हल करने का प्रयास किया जाता है। क्योंकि अभी इस प्रक्रिया को पूर्ण करने का मकसद था और इसका माध्यम समुदाय के बीच कोई तीसरा व्यक्ति था, जिसका समुदाय ने केवल साथ निभाया है³⁰।

³⁰ समुदाय के साथ बैठक एवं चर्चा

❖ 1.1.4 चुनावी घोषणा पत्र

❖ 1.1.4.1 उद्देश्य (Objective)—पंचायत चुनाव में स्वास्थ्य मुद्दों को घोषणा पत्र में शामिल करवाना।

❖ क्या किया (Activity) — स्वयं को जो प्रेरणा 42 दिवसीय प्रशिक्षण में सामाजिक निर्धारकों की जानकारी मिली। जिससे वापस आने पर पूरे मध्यप्रदेश में पंचायत स्तर का चुनावी माहौल चल रहा था। वहाँ से सीखकर आने के बाद अपनी प्रेरणा से ओत-प्रोत होकर क्षेत्र में पहली बार सामाजिक निर्धारकों की ओर ध्यान गया और यह सूझा कि क्यों न इसे राजनीतिक स्तर पर पहल करने की कोशिश की जाए। क्योंकि स्वास्थ्य सिर्फ दवाई नहीं बल्कि सामाजिक निर्धारक जैसे:- पानी, रोजगार, पर्यावरण, खाद्य सुरक्षा, शिक्षा, सामाजिक संस्कृति, परम्परागत लोकस्वास्थ्य जैसे स्वास्थ्य मुद्दों को चुनावी घोषणा पत्र में शामिल करवाने हेतु समुदाय को तैयार किया गया। जिससे समुदाय के लोगों ने अपने गांव की समस्याओं को चिन्हित करके चुनाव लड़ने वाले उम्मीदवार से चुनाव पूर्व उन्हीं मुद्दों पर कार्य किये जाने की माँग की। उम्मीदवार और समुदाय के बीच संवाद कराया गया जिसमें लोगों ने अपनी-अपनी समस्याओं को उनके सामने रखा और समस्याओं के समाधान में जिस उम्मीदवार की भूमिका रहेगी उसे अपना मत देने की बात की। जिससे लोगों की समस्याओं को उम्मीदवार ने अपने घोषणा पत्र में शामिल किया और लोगों से वादा किया कि जीत हासिल होने पर निश्चित रूप से गांव की समस्याओं पर आगामी 5 वर्ष में काम किया जाएगा। क्षेत्र में पहली बार समुदाय के द्वारा पंचायत स्तर के चुनाव में सामाजिक निर्धारकों की बात घोषणा पत्र में शामिल करने की माँग की गई।

❖ कैसे किया (Method) — समुदाय एवं उम्मीदवार के साथ चर्चा।

❖ क्या पाया (Result) — जनपद सदस्य के उम्मीदवार ने अपने घोषणा पत्र में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को शामिल कर उसका प्रचार किया। जिसका परिणाम यह हुआ कि उन्हें रिकार्ड मतों से जीत हासिल हुई और कुसमी जनपद से निर्विरोध उपाध्यक्ष भी चुने गये।

❖ निष्कर्ष (Reflection) — उम्मीदवार का व्यवहार सकारात्मक रहा। लोगों से जुड़ाव बहुत पहले से था। उनके काम और चरित्र के कारण लोगों का विश्वास और जुड़ाव भी उनके प्रति सकारात्मक रहा है। इसलिए चुनाव के समय कोई भी ताकत लोगों को डिगा नहीं पाई। जिन मुद्दों को लोगों ने चुनावी घोषणा पत्र में शामिल करवाया था उन मुद्दों पर कार्य किया जा रहा है।

❖ 1.2 मलेरिया

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— म.प्र. में मलेरिया रोग के लिए 2 प्रकार के प्लासमोडियम जीवाणु उत्तरदायी हैं—1. प्लासमोडियम फैल्सीपैरम एवं प्लासमोडियम वायवैक्स। सीधी जिले में मलेरिया के सर्वाधिक केश प्लासमोडियम फैल्सीपैरम के पाये जाते हैं। जिसका सही समय पर मलेरिया प्रभावित व्यक्ति को उपचार न मिले तो उसकी मौत भी हो जाती है। साथ ही प्लासमोडियम फैल्सीपैरम से प्रभावित व्यक्ति कोमा में चला जाता है और उसकी मृत्यु भी हो जाती है। मलेरिया मादा एनाफिलीज मच्छर के काटने से होता है। जो एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति तक फैलता है। मलेरिया एक ऐसा रोग है जिसमें बदन में ऐंठन, तेज सर्दी (ठण्ड) लगने के साथ तेज बुखार आता है। कुछ समय बुखार रहने के पश्चात् बदन में पसीना आता है और बुखार कम हो जाता है या खत्म हो जाता है। बुखार के साथ-साथ सिर दर्द, बदन दर्द, मितली आना या उल्टी भी हो सकती है। विशेष रूप से प्लासमोडियम वाइवेक्स संक्रमण होने पर बुखार एक दिन छोड़कर आता है, जबकि प्लासमोडियम फैल्सीपैरम संक्रमण होने पर बुखार हर रोज तेजी से चढ़ता है और लगातार बना भी रह सकता है। प्लासमोडियम फैल्सीपैरम जीवाणुओं द्वारा रक्त को संक्रमित करने में 10-12 दिन का समय लगता है। मलेरिया फैलाने वाले मच्छर जमे हुये पानी में पनपते हैं जैसे: हैण्डपम्प के आस-पास रुके हुये पानी, पोखर, तालाब, छोटे-छोटे गड्ढे, पानी के खुले हुये पात्र आदि। मच्छर को पनपने से रोकने के लिए ऐसे स्थानों पर गप्पी एवं गम्बूसिया मछलियाँ डालना, जला हुआ तेल या मिट्टी का तेल डालना, हैण्ड पम्प, कुओं और छोटे-छोटे गड्ढों में जहाँ पर गंदा पानी बहुत दिनों तक जमा रहता है उसमें बीच-बीच में मिट्टी डालते रहना, कीटनाशक दवा का छिड़काव प्रत्येक 6-6 माह की अवधि में करना। इसके अलावा मच्छरदानी लगाकर सोना तथा पूरे शरीर को कपड़ों से ढँककर रखना, ये कुछ विधियाँ अपनाई जा सकती हैं। जिनसे मच्छर व मलेरिया से बचा जा सकता है ³¹।

❖ **1.2.1 उद्देश्य (Objective)**— मलेरिया बीमारी से बचाव हेतु समुदाय में जागृति लाना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

- **फिल्म प्रदर्शन** — आंगनवाड़ी केन्द्र एवं दुर्गा उत्सव में गांव जाकर मलेरिया के संबंध में फिल्म दिखाई गई। इस फिल्म में मलेरिया के लक्षण, फैलाव के कारण, बचाव के तरीके आदि की जानकारी दिखाई गई।

³¹ पी.एच.आर.एन. की बुक, मलेरिया नियंत्रण के मूल सिद्धांत

❖ **कैसे किया (Method)** – गांव के लोगों से फिल्म दिखाने के लिए चर्चा की गई जिसमें उन्हें यह बताया गया कि आप लोग आंगनवाड़ी केन्द्र में शाम को आकर मलेरिया के बारे में फिल्म देखें और जानें कि मलेरिया क्या है, क्यों फैलता है, कैसे फैलता है, इसके लक्षण क्या हैं तथा इसके बचाव के तरीके क्या हैं। क्योंकि लोग रात में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के घर फिल्म देखने जाया करते थे। इसके अतिरिक्त गांव में ठण्ड के समय दुर्गा जी की प्रतिमा स्थापित थी जहाँ लोग शाम को बड़ी संख्या में एकत्रित होते थे उस स्थान में भी इस फिल्म को दिखाया गया।

❖ **क्या पाया (Result)** – समुदाय में दिखाई गई फिल्म लोगों को बहुत ही रोचक लगी और गंभीरता के साथ लोगों ने इसे देखा। जबकि दुर्गा उत्सव के दौरान गांव के लोगों ने मिलकर सी.डी. प्लेयर की व्यवस्था की थी और उसमें धार्मिक गाने और फिल्म देखने के लिए काफी संख्या में लोग इकट्ठा होते थे। यह कार्यक्रम रातभर चलता रहता था। जब मलेरिया की फिल्म लगाई गई तो लोगों ने इसे कई बार देखा। कुछ तो छूट जाते थे जो पीछे आते थे उनमें भी देखने की जिज्ञासा बढ़ती थी। इसलिए कई दिनों तक फिल्म मलेरिया के उपर ही चलाई गई। गांव के सभी लोगों को सरलता से मलेरिया के बारे में समझ बनी। फिल्म के माध्यम से लोगों ने यह समझा कि मलेरिया कितनी गंभीर बीमारी है।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** – लोगों को जानकारी देने के लिए एक अच्छा माध्यम था। क्योंकि उस समय दुर्गा जी की प्रतिमाएँ गांव-गांव में रखी गई थी और प्रतिमा स्थल पर लाइट और टी.वी की व्यवस्था लोगों ने पहले से ही उत्सव मनाने के लिए की थी। फिल्म दिखाने के लिए विशेष तैयारी और मेहनत करने की जरूरत नहीं पड़ी क्योंकि लोगों की गतिविधियों में ही इसे शामिल किया गया ³²।

❖ **1.2.2 उद्देश्य (Objective)**— मलेरिया स्वास्थ्य शिविर का आयोजन करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

गांव में बीमारी फैलने के फलस्वरूप जब मौतें होने लगी तो लोगों की चिन्ताएँ बढ़ने लगीं। जब लोगों से संपर्क किया गया तो लोगों ने बताया कि इस समय बहुत अधिक गांव में बीमारी फैली हुई है। झोला छाप को फुर्सत ही नहीं मिलती, उसके यहाँ लोगों की लाइन लगी हुई है। प्रत्येक घर में 4 से 5 व्यक्ति बीमार पड़े हैं। बीमारी के विषय में पूछा गया तो उन्होंने बताया कि ठण्ड देकर बुखार आ रही है तथा झोला छाप से मिलकर जानकारी ली गई तो उसने भी बताया कि हमारे पास जो लोग

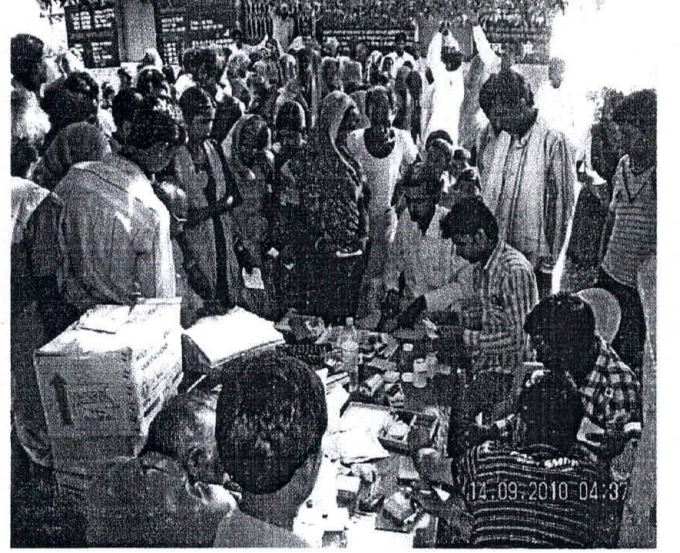
³² कलेक्टिव टीचिंग भोपाल, मार्च 2010 : जायका द्वारा उपलब्ध सी.डी.

इलाज के लिए आ रहे हैं उनमें से 80 प्रतिशत लोगों को मलेरिया है। जब उनसे जानकारी ली गई कि कैसे जानते हैं कि मलेरिया है तो उन्होंने बताया कि हम लोग आरडी किट द्वारा मलेरिया की जांच करते हैं। इसके बाद पंचायत के प्रतिनिधि और गांव के लोगों के साथ मिलकर स्वास्थ्य शिविर लगाये जाने की योजना बनाई गई। मोबाइल फोन के माध्यम से सी.एच.सी. कुसमी बी.एम.ओ. को एवं पत्र के माध्यम से जिला मलेरिया अधिकारी को स्वास्थ्य शिविर लगाये जाने की सूचना दी गई। बी.एम.ओ. एवं मलेरिया टेक्निकल सुपरवाइजर द्वारा मोबाइल से ही चिनगवाह उपस्वास्थ्य केन्द्र में शिविर लगाने की तारीख बताई गई। जब गांव में लोगों को शिविर लगाये जाने की जानकारी मिली तो लोगों ने आस-पास के गांवों में मुनादी करवाई और शिविर में आने की सूचना दी। इसके अलावा उप स्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह में शिविर स्थल की साफ-सफाई, पीने के पानी एवं बैठने व स्वास्थ्य दल की टीम को चाय नाश्ता एवं भोजन की व्यवस्था की। साथ ही जो व्यक्ति अधिक बीमार थे तथा जिनके घर में पहुँचाने वाला कोई नहीं था उनके घरों से मरीजों को शिविर स्थल तक लाने की व्यवस्था और आवश्यक सहयोग भी किया।

सामुदायिक प्रक्रिया द्वारा स्वास्थ्य शिविर का आयोजन



(चित्र-19)



(चित्र-20)

❖ **कैसे किया (Method)** – गांव में संपर्क, स्वास्थ्य विभाग को पत्र भेजा एवं मौखिक बात की, सूचना के लिए गांव-गांव में मुनादी करवाई, पंचायत के प्रतिनिधियों की भूमिका, समुदाय के साथ बैठक व शिविर हेतु योजना बनाना।

❖ **क्या पाया (Result)** — स्वास्थ्य विभाग द्वारा पूरी टीम के साथ उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह आकर स्वास्थ्य शिविर लगाया गया, जिसमें 7 गांवों से आए लगभग 345 मरीजों का स्वास्थ्य परीक्षण एवं आर.डी.किट से मलेरिया की जांच कर उन्हें आवश्यक दवाईयाँ दी गई। शिविर में मलेरिया जांच के दौरान आरडी किट में पॉजिटिव केस निकलकर नहीं आ रहे थे क्योंकि लोग झोला छाप से दवाईयाँ पहले ही ले चुके थे, लेकिन उनकी बीमारियाँ खतम नहीं हो पा रही थीं। क्योंकि आरडी किट में इतनी क्षमता नहीं है कि मरीज को दवा लेने के बाद उसके परजीवी को बारीकी ढंग से पकड़ सके। ए.एन.एम. को भी बी.एम.ओ कुसमी द्वारा केन्द्र में रहने के निर्देश दिये गये। इसके अलावा उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह में भी भरपूर दवाईयाँ स्वास्थ्य विभाग द्वारा रखवाई गई। यह कार्यक्रम सुबह 11 बजे से शाम 7 बजे तक चलाया गया। शिविर में बी.एम.ओ., मलेरिया टेक्निकल सुपरवाइजर, बी.ई.ई. मलेरिया कार्यकर्ता, ए.एन.एम., आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका, सरपंच, पंच, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्य एवं ग्रामीण जन उपस्थित रहे।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — सी.एच.सी. कुसमी द्वारा उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह में शिविर लगाये जाने की बात पहले भी दी गई लेकिन उन्होंने इसकी गंभीरता को महत्व नहीं दिया। लेकिन जब जिला स्तर पर पत्र दिया गया तो जिला मलेरिया अधिकारी द्वारा सी.एस.सी. कुसमी को तत्काल शिविर लगाये जाने का निर्देश दिया। लोगों में बुखार के लक्षण तो मलेरिया के ही पाये गये, लेकिन आरडी किट से जांच के दौरान एक भी केस मलेरिया पॉजिटिव नहीं पाया गया। जिससे स्वास्थ्य विभाग के रिकार्ड में एक भी मलेरिया के केस दर्ज नहीं हो सके। इसका कारण यह पाया गया कि बीमार होने पर लोगों ने अपने इलाज पर बहुत दवाईयाँ झोला छाप के माध्यम से लीं। यही कारण है कि जो क्षेत्र की वास्तविकता है वो शासकीय रिकार्डों में दर्ज नहीं हो पाती। जबकि झोला छाप की रिपोर्ट के अनुसार 80 प्रतिशत लोग मलेरिया से प्रभावित थे, जिनका कि आरडी किट द्वारा मलेरिया जांच भी किया गया था।

सामुदायिक प्रक्रिया द्वारा स्वास्थ्य शिविर का आयोजन



(चित्र-21)



(चित्र-22)

❖ 1.3 कुपोषण

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— कुपोषण का मतलब है भोजन की कमी। कुपोषण आमतौर पर प्रोटीन और ऊर्जा की कमी वाला कुपोषण तथा सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी वाला कुपोषण होता है। प्रोटीन और ऊर्जा की कमी से कुपोषण को दो तरह से पहचाना जा सकता है 1. सूखापन, जिसमें झुर्रियां पड़ जाती हैं, बच्चे की खाल या हड्डियाँ भर दिखाई देती हैं, बच्चे को बहुत भूख लगती है, जिन्हें खिलाना बहुत आसान होता है। जिसे मरास्मस या सूखा रोग के नाम से भी जाना जाता है। 2. बच्चों का शरीर या टांगे सूज जाती हैं, त्वचा पपड़ीदार हो जाती है तथा बाल लाल और पतले हो जाते हैं, ऐसे बच्चे आमतौर पर सुस्त होते हैं तथा उन्हें भूख नहीं लगती इसलिए उन्हें खाना खिलाना मुश्किल होता है, जिसे क्वाशियोरकर कहते हैं। इन दोनों कुपोषण में क्वाशियोरकर सबसे खतरनाक कुपोषण है जिससे बच्चे को बचाना मुश्किल होता है जबकि मरास्मस से बच्चे को आसानी से बचाया जा सकता है। कुपोषण के मुख्य कारण गरीबी, स्वच्छता की कमी, स्वास्थ्य सेवाएँ न मिलना, लम्बी अवधि की बीमारी जैसे (टी.बी., खसरा, काली, खांसी, बार-बार दस्त होना), कम बजन का होना, कम उम्र में शादी होना, बच्चे को सही समय पर दूध व ऊपरी आहार न देना आदि प्रमुख हैं। म.प्र. में 60 प्रतिशत सूखारोग वाला कुपोषण होता है। भोजन की कमी के कारण यह रोग के रूप में उभरकर दिखाई देता है जिसे कुपोषण का नाम दिया गया है।

यह ज्यादातर बच्चों, गर्भवती महिलाओं, किशोर और बड़ों में होता है। विशेषरूप से 6 माह के बाद से 3 वर्ष तक के बच्चों में ज्यादा कुपोषण होता है। क्योंकि इस उम्र में बच्चा रोता रहता है और माँ उसे समझ नहीं पाती, जिससे समय-समय पर उसे भोजन नहीं मिल पाता और उसका बजन कम होने लगता है और वह कुपोषित हो जाता है। कुपोषण से बचने के लिए आंगनवाड़ी केन्द्र एवं पोषण पुनर्वास केन्द्रों की स्थापना की गई है। गांव स्तर पर सामुदायिक सहभागिता के माध्यम से पी.डी.हर्थ प्रक्रिया अपनाई जाकर कुपोषण के संदर्भ में माताओं को अच्छी आदतों को सिखाना और उनके व्यवहार में परिवर्तन लाना। यह पूरी प्रक्रिया समुदाय में समुदाय के संसाधनों और उनकी पूरी भागीदारी और सहयोग के साथ की जाती है³³।

³³ 42 दिवसीय कलेक्टिव टीचिंग भोपाल, डॉ.रमणी, कलेक्टिव टीचिंग जबलपुर जून 2010 डॉ. रीता मोहन, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम टेड लेन्केस्टर की बुक)

❖ **1.3.1 उद्देश्य (Objective)**— आंगनवाड़ी से मिलने वाली सेवाओं को जानना।

❖ **क्या किया (Activity)**— 3 आंगनवाड़ी केन्द्रों का भ्रमण किया गया। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता व सहायिका से मिलकर उनकी व्यक्तिगत जानकारी ली गई। जिसमें से उन्होंने बताया कि हमारे केन्द्र में गर्भवती महिलाओं, 0 से 5 वर्ष तक के बच्चे तथा किशोरी बालिकाओं को पूरक पोषण आहार का पैकेट दिया जाता है। साथ ही 3 से 6 वर्ष तक के बच्चों को सप्ताह भर का मीनू बनाया गया है जिसके अनुसार उन्हें भोजन दिया जाता है। इसके अलावा केन्द्र में उपलब्ध सामग्री में बजन मशीन, ग्रोथ चार्ट, बच्चों के बैठने के लिए टाट पट्टी, पोषण संबंधी पोस्टर, स्वास्थ्य एवं शिक्षा संबंधी चार्ट, दवाईयों में पैरासिटामॉल, डाइक्लोविन, ओ.आर.एस.पैकेट एवं आयरन की गोलियाँ आदि रहती हैं। इसके अलावा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा गर्भवती महिलाओं का पंजीयन, बच्चों का बजन, किशोरियों का पंजीयन एवं सलाह देने का कार्य किया जाता है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं से प्राप्त जानकारी के अनुसार उनकी प्रोफाइल तैयार की गई, जिसमें उनका नाम, शैक्षणिक योग्यता, अनुभव, केन्द्र से मिलने वाली सेवाओं एवं उनकी दिक्कतों के बारे में जानकारी ली गई है।

(टेबल-23)

गांव का नाम	कार्यकर्ता का नाम	योग्यता	अनुभव	सहायिका का नाम
खैरा	श्रीमती इन्द्रा सिंह	10वीं	15 वर्ष	श्रीमती शंखी बाई
गोंडवार	श्रीमती चन्द्रकलौ पटेल	12वीं	15 वर्ष	श्रीमती रामबती पटेल
बिटखुरी	श्रीमती बिमला सिंह	12वीं	20 वर्ष	श्रीमती रामकली सिंह

(टेबल-24)

दिन	मीनू
सोमवार	सब्जी-रोटी
मंगलवार	खीर-पूड़ी
बुधवार	दाल-रोटी
गुरुवार	दाल-चावल
शुक्रवार	दाल-रोटी
शनिवार	सब्जी-रोटी

(टेवल-25)

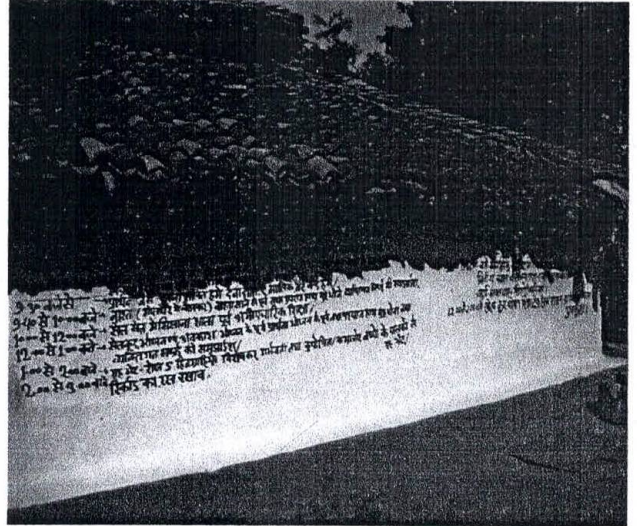
मंगल दिवस	कार्यक्रम का नाम	की जाने वाली गतिविधि
पहला मंगल	गोद भराई	3 से 6 माह तक की गर्भवती महिलाओं को नारियल चूड़ी एवं बिन्दी से गोद भरी जाती है।
दूसरा मंगल	अन्नप्राशन	6 माह के बच्चों को खीर बनाकर खिलाई जाती है एवं कटोरी चम्मच दी जाती है।
तीसरा मंगल	जन्मदिवस	1 वर्ष के बच्चों का जन्मदिवस मनाया जाता है और उन्हें पेंसिल एवं पोषण आहार दिया जाता है।
चौथा मंगल	किशोरी दिवस	11 से 18 वर्ष की 2 किशोरियों को खीर-पूड़ी, पेंसिल एवं पेन दिया जाता है साथ ही आयरन की गोलिया, पूरक पोषण आहार दिया जाता है। साफ-सफाई एवं स्वास्थ्य के संबंध में उन्हें जानकारी दी जाती है।

❖ कैसे किया (Method) – भ्रमण, संपर्क एवं साक्षात्कार के द्वारा।

आंगनवाड़ी केन्द्र



(चित्र-23)



(चित्र-24)

❖ **क्या पाया (Result)** — आंगनवाड़ी में मंगल दिवस उत्सव जैसे— गोद भराई, जन्म दिवस, अन्नप्राशन और किशोरी दिवस के रूप में मनाया जाता है। जिसमें गर्भवती महिलाओं, बच्चों, व किशोरियों को उपहार स्वरूप सामग्री भेंट की जाती है और उन्हें पोषण आहार दिया जाता है। यह कार्य प्रत्येक मंगलवार को आंगनवाड़ी में किया जाता है। आंगनवाड़ी केन्द्रों में बच्चों, गर्भवती महिलाओं और किशोरियों को स्वास्थ्य शिक्षा हेतु प्रेरित किया जाता है किन्तु उसकी जरूरत क्यों है और उसका जीवन पर क्या असर पड़ता है इसके बारे में प्रभावी ढंग से नहीं बताया जाता। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने बताया कि केन्द्र के लिए पोषण आहार कुसमी से लाते हैं जिसके लिए 500 से 600 रुपये तक खर्च हो जाता है। कार्यकर्ता ने बताया कि आंगनवाड़ी में मीनू तो बना है लेकिन उसके अनुसार हम लोगों को खाद्यान्न सामग्री की आपूर्ति नहीं होती, जिससे केन्द्र में बच्चों को केवल दाल-चावल ही दिया जाता है।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की योग्यता 10वीं से 12वीं तक पाई गई, जबकि प्रारंभ में इनकी योग्यता बहुत कम थी, इनके पास शिक्षा लेने के कोई साधन नहीं थे, नौकरी करने के पश्चात् इन्हें शिक्षा की आवश्यकता महसूस हुई और इन लोगों ने काफी संघर्ष के साथ प्रायवेट परीक्षा दे-देकर अपनी योग्यताएँ बढ़ाई है।

कार्य के क्षेत्र में 15 से 20 साल तक का अनुभव रख रहीं हैं और चुनौतियों का सामना करते हुये कठिन पहरस्थितियों में भी जहाँ इन्हें कोई सहयोग और मागदर्शन समय-समय पर नहीं मिल पाता, फिर भी नियमित केन्द्र का संचालन कर रहीं हैं। जैसे ग्रोथ चार्ट के संबंध में उनसे पूछा गया तो उन्होंने कहा कि अभी भरा नहीं है क्योंकि अभी नया ग्रोथ चार्ट आया है जिस पर हम लोगों की समझ अभी नहीं बन पाई है। फिर उन्हें भरने की प्रक्रिया बैठकर बताई गई, जिससे उन्होंने सारे बच्चों का ग्रोथ चार्ट तैयार किया ³⁴।

³⁴ स्वयं द्वारा एकत्र की गई जानकारी, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका

❖ पी.डी. हर्थ एप्रोच (Positive Deviance Hearth Approach)

अर्थात् समुदाय में सकारात्मक आदतों में बदलाव लाने हेतु खाना बनाने का तरीका सिखाना।

❖ **1.3.2 उद्देश्य (Objective)**— पी.डी. हर्थ एप्रोच के माध्यम से समुदाय में सकारात्मक आदतों में बदलाव लाने का प्रयास करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

पी.डी. हर्थ के लिए ग्राम बिटखुरी का चयन किया गया।

बच्चों को कुपोषण से बचाने के लिए माताओं के साथ समूह में बैठकर बच्चों के घर की साफ-सफाई, खान-पान, बच्चों की स्वच्छता, टीकाकरण, देख-रेख को लेकर विस्तृत चर्चा की गई।

गांव में 2 आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित है जिनमें से आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका एवं आशा के साथ आंगनवाड़ी केन्द्र में बैठकर पी.डी. हर्थ के सदस्यों में चर्चा की गई कि इस सत्र के माध्यम से हम कुपोषित बच्चों की माँ के व्यवहार में सकारात्मक बदलाव (जैसे बच्चों की देख-रेख, खान-पान, साफ-सफाई) लाया जा सकता है तथा सत्र के माध्यम से उनमें अच्छी आदतें लाई जा सकती हैं जिससे कि गांव में ही बच्चों के कुपोषण को दूर किया जा सकता है।

गांव में उपलब्ध संसाधनों एवं स्थानीय स्रोतों की जानकारी पी.आर.ए. (संसाधन मानचित्र) एवं समूह चर्चा के माध्यम से ली गई।

सी.पी.एच.ई. द्वारा भेजे गये प्रपत्र को ही सर्वे के लिए उपयोग किया गया।

समुदाय स्तर पर बैठक करके खरीफ एवं रबी की फसलों की जानकारी ली गई। जिसमें पाया गया कि खरीफ में मक्का, कोदौ, कुटकी, सांवा, मिझरी, अरहर, तिल, ज्वार एवं धान की फसल मुख्य रूप से लेते हैं जिसमें से मक्का और कोदौ बहुतायत में लेते हैं। रबी की फसल में अलसी, बेरा (चना, मटर एवं जौ), गेहूँ, सरसों एवं देशी मटरा की फसल ली जाती है जिसमें से गेहूँ की फसल बहुतायत में ली जाती है। इसी प्रकार सब्जी में लोग अपने घर में ही आलू, फूल गोभी, बन्द गोभी, मुनगा, लौकी, कद्दू, भाटा, पेंहटा, करैला, टमाटर, भिण्डी, कटहल, पड़ोरा, चचिण्डा, कुन्दरू, अरबी (कांदा), शकरकन्द एवं सेम तथा भाजी में लाल भाजी, आलू भाजी, मेथी भाजी, सरसों भाजी, चना भाजी, पालक, चमराई, कनकौआ, चकौड़ा, पथरचटा भाजी, सिलवारी भाजी, नोनिया भाजी, सरबत भाजी, बथुआ लोग समय-समय पर खाते हैं। फलों में अमरूद, केला, नींबू, आम, पपीता, सीताफल, जामुन,

आंवला, इसके अलावा वनोपज से प्राप्त महुआ, डोरी, तेंदू, पूटू, पिहरी, छत्ती (देशी मशरूम) हर्षा, बहेरा, चार-चिरौंजी एवं जंगली कांदा में डिठौरा, तिउनी, छेरिया, बड़का आदि खाते हैं। जिनमें से महुआ को खाने के रूप में डोरी का उपयोग तेल के रूप में, तेंदू का उपयोग फल के रूप में एवं देशी मशरूम का उपयोग सब्जी के रूप में करते हैं।

आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के साथ सर्वे के संदर्भ में चर्चा की गई और उन्हें सर्वे के संबंध में विस्तृत जानकारी दी गई। इस संबंध में आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने स्वयं सहयोग करने की इच्छा व्यक्त की।

चयनित सदस्यों में से आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं सहायिका को लिया गया, जिन्हें सर्वे प्रपत्र की पूर्ण जानकारी दी गई।

घर-घर जाकर सर्वे कराया गया। सर्वे के दौरान आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा एवं सहायिका साथ में रहीं।

गांव के 0 से 5 वर्ष तक के बच्चों का सर्वे के दौरान बजन किया गया।

सर्वे करने के बाद सर्वे की रिपोर्ट तैयार की गई। रिपोर्ट में प्राप्त जानकारी का विश्लेषण किया गया और संख्यात्मक रूप से रिपोर्ट तैयार की गई। जिसमें गांव की सम्पूर्ण जानकारी निकलकर आई -

(टेबल-26)

गांव का नाम	कुल जनसंख्या	महिला	पुरुष	0 से 5 वर्ष के बच्चों की संख्या		
				बालक	बालिका	कुल
बिटखुरी	1146	458	542	87	59	146

(टेबल-27)

कुल बजन लिए गए बच्चों की संख्या	सामान्य	कुपोषित	अतिकुपोषित
94	78	13	03

टीप :- सर्वे के दौरान 6 माह से अधिक आयु वर्ग के बच्चे कुपोषित एवं अति कुपोषित पाये गये हैं। जिनमें से बैगा समुदाय के बच्चे अधिक हैं। रिपोर्ट तैयार करने के बाद गांव स्तर पर जाकर समुदाय के बीच बैठक की गई। बैठक के दौरान सर्वे द्वारा प्राप्त जानकारी से लोगों को अवगत कराया गया।

आंगनवाड़ी में महिलाओं के साथ बैठकर पी.डी. हर्थ के सत्र प्रारम्भ करने के संबंध में चर्चा करना व आवश्यक जानकारी देना तथा सत्र लगाने के संदर्भ में स्थान का चयन करना।

गांव में एक ही आर्थिक स्थिति वाली माँ में दोनों पक्ष देखने को नहीं मिले।

पी.डी. हर्थ के लिए समय विल्कुल भी अनुकूल नहीं था। क्षेत्र में अत्यधिक बीमारी थी, लोग कृषि कार्य में व्यस्त थे।

❖ कैसे किया (Method) – भ्रमण, संपर्क, सर्वे, साक्षात्कार, प्रशिक्षण, सत्र कैलेन्डर

बच्चों का बजन करने से पहले बजन मशीन का परीक्षण किया गया। मशीन में आंगनवाड़ी में पोषण आहार के 700 ग्राम के पैकेट रखकर देखा गया, जिसका माप सही पाया गया। तब बच्चों का बजन शुरू किया गया। इस प्रक्रिया में गांव के लोग भी शामिल थे जिन्हें यह पता चला कि मशीन भी गलत हो सकती है इसलिए बजन लेने से पहले उसकी भी जांच करना अनिवार्य है। इसके अलावा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं आशा को भी यह प्रक्रिया मालूम हुई।

(टेवल-28)

प्रथम दिन	दूसरा दिन	तीसरा दिन	चौथा दिन	पाचवां दिन
परिचय और उद्देश्य	खान-पान, साफ-सफाई, देखभाल	टीकाकरण	स्तनपान एवं कंगारू विधि	उल्टी-दस्त से बचाव के तरीके एवं सावधानियाँ

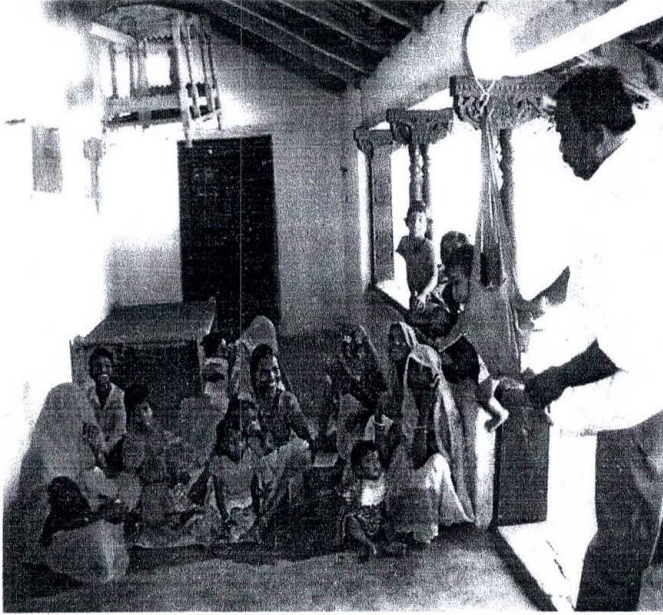
(टेवल-29)

➤ प्रथम दिन	की गई प्रक्रिया
परिचय और उद्देश्य	सत्र के प्रथम दिन के दौरान आपस में सभी से परिचय किया गया एवं सत्र के उद्देश्य के बारे में बताया गया कि आपके गांव से एन.आर.सी. जिला अस्पताल सीधी में है और आप लोग अपने कुपोषित बच्चों को आवागमन की सुविधा न होने के कारण वहाँ तक नहीं ले जा सकते। इसलिए हम आपके सहयोग से गांव में ही इस प्रक्रिया के दौरान बच्चों में होने वाले कुपोषण के कारणों को कम करने के लिए एकत्रित हुये हैं। हम आप लोगों से उम्मीद करते हैं कि आप लोग हमारे द्वारा बताई गई बातों को सुने और अपने व्यवहार में लाने का प्रयास करें तभी इस कार्य में हमें सफलता मिल सकती है और बच्चों में व्याप्त कुपोषण को कम किया जा सकता है।
➤ दूसरा दिन खान-पान, साफ-सफाई, देखभाल	दूसरे दिन बच्चों के खान-पान, साफ-सफाई एवं देख-भाल संबंधी चर्चा की गई। चर्चा में यह बात निकलकर आई कि जब बच्चा रोता है तभी हम उसे दूध पिलाते हैं व खाना देते हैं। बच्चा खेलता रहता है और हॉथ में रोटी लिये खाता रहता है। इसके अलावा जब हम काम पर चले जाते हैं तो घर के अन्य बच्चों या बुजुर्गों द्वारा ही छोटे बच्चों की देख-भाल की जाती है। इसके बाद उन्हें जानकारी दी गई कि बच्चे को सबसे पहले जो भी आपके यहाँ खाना उपलब्ध है उसे बच्चे का हांथ धुलाकर साफ बर्तन में इतनी मात्रा में दें जब तक बच्चा थाली में खाना छोड़ न दे। कार्य में जाने के समय साफ बर्तन में बच्चे के लिए भोजन बनाकर रख जाँएँ और बच्चे की देखभाल करने वाले को यह बताकर जाँएँ कि वो बच्चे को समय-समय पर अपने हांथ से भोजन निकालकर बच्चे का हांथ साफ करवाकर खाने को दें।
➤ तीसरा दिन टीकाकरण	तीसरे दिन बच्चे के टीकाकरण संबंधी जानकारी दी गई, जिसमें किसी भी महिला ने यह नहीं कहा कि हमारे बच्चे को सभी टीके लगाये जा चुके हैं। चर्चा में यह भी पाया गया कि टीकाकरण के प्रति लोगों की गहरी दिलचस्पी नहीं है। तब उन्हें टीकाकरण के महत्व के बारे में बताया गया और बताया गया कि टीकाकरण बच्चे को छः जानलेवा बीमारियों से बचाता है। इसलिए बच्चे को जन्म से 3 साल तक अनिवार्य रूप से ए.एन.एम. द्वारा टीका लगवाना चाहिए। इसके लिए आपको आंगनवाड़ी या ए.एन.एम. द्वारा टीकाकरण कार्ड दिया जाता है जिसे आप टीकाकरण दिवस के दिन लेकर जाँएँ और अपने बच्चे को टीका लगवाये तथा कार्ड में भरवाये। सम्पूर्ण टीकाकरण होने से बच्चे को छः जानलेवा बीमारियों

	<p>पोलियो, काली खांशी, निमोनिया (डिप्थीरिया), खसरा, टिटनेस एवं टी.वी से बचाया जा सकता है।</p>
<p>➤ चौथा दिन स्तनपान एवं कंगारू विधि</p>	<p>चौथे दिन महिलाओं से जानकारी ली गई कि कितने लोगों ने अपने बच्चों को जन्म के तुरन्त बाद अपना दूध पिलाया है। इस पर किसी ने हॉ में अपना जवाब नहीं दिया बल्कि यह बताया कि हमारे यहाँ जन्म के बाद बच्चे को बकरी का और गाय का दूध पिलाते हैं और तीसरे दिन जब माँ को खाना देते हैं तभी बच्चे को माँ का दूध दिया जाता है। सत्र में माताओं को बताया गया कि माँ का पहला गाढ़ा पीला दूध निकलता है उसमें कोलेस्ट्रम होता है जो बच्चे की रोग प्रतिरोधक क्षमता को बढ़ाता है इसलिए बच्चे को जन्म के तुरन्त बाद स्तनपान कराना चाहिए। जन्म के समय यदि बच्चे का बजन कम हो और वह ठीक से दूध न पीता हो तो उसे गर्म रखने के लिए कंगारू विधि से अपने शरीर से लगाकर रखना चाहिए जिससे बच्चे को आपके शरीर की गर्मी मिलेगी और वो धीरे-धीरे दूध ठीक से पीने लगेगा और ठीक हो जाएगा। यह प्रक्रिया दिन में 4-5 बार करनी चाहिए और इसे पुरुष भी कर सकते हैं। बच्चे को शरीर से लगाकर रखना है और बाहर से पूरी तरह से कपड़े से ढंक लेना है। इस प्रक्रिया में बच्चे को केवल मोजे और टोपी पहनाना है उसे कपड़े न पहनायें। इसके अलावा बच्चे को ठीक से बैठकर सही तरीके से बच्चे को गोद में लेकर दूध पिलाना चाहिए। अन्यथा बच्चा पेटभर दूध नहीं पी पाता और वह भूखा रह जाता है तथा वह चिड़चिड़ाने लगता है।</p>
<p>➤ पाचवां दिन उल्टी-दस्त से बचाव के तरीके एवं सावधानियाँ</p>	<p>पांचवे दिन जानकारी ली गई कि बच्चे को जब उल्टी-दस्त होता है तब आप क्या उपाय करते हैं। महिलाओं ने बताया कि अगर हमारे बच्चे को उल्टी-दस्त होती है तो हम लोग उसे खाना देना और दूध पिलाना बन्द कर देते हैं और जब बच्चा सुस्त पड़ जाता है तब उसे दवा खिलाने के लिए पास के झोला छाप का सहारा लेते हैं। महिलाओं को इसके लिए बताया गया कि ऐसा कभी नहीं करना चाहिए बल्कि बच्चे को उसी कम में बार-बार स्तनपान और भोजन देते रहना चाहिए अगर बच्चा 6 माह का है तो उसे सिर्फ माँ का ही दूध देना चाहिए और उसे कुछ भी नहीं देना चाहिए ज्यादा परेशानी हो तो बड़े डॉक्टर को दिखाना चाहिए। 6 माह से उपर के बच्चे को ओ.आर.एस. का घोल बार-बार देना चाहिए जिसे आप अपने घर में भी बना सकती हैं। एक गिलास पानी में 1 चम्मच शक्कर एवं 1 चुटकी नमक का घोल किसी साफ बर्तन में साफ पानी से बनाये और उसे देते रहें इसके अलावा दूध और पतला मसला हुआ आहार भी साथ में दें।</p>

आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता तथा जन समुदाय से अशोक सिंह का विशेष सहयोग सर्वे प्रक्रिया व महिलाओं को एकत्रित करने में रहा।

पी.डी. हर्थ प्रक्रिया



(चित्र-25)



(चित्र-26)

❖ **क्या पाया (Result)** — जो महिलाएँ सत्र में भाग ले रही थी, वो सभी श्रमिक महिलाएँ थी, महिलाएँ जब काम पर चली जाती थी तो उनके बच्चों की देख-भाल घर के छोटे बच्चे अथवा बुजुर्गों के द्वारा किया जाता था। खाना जो बड़ों के लिए बनाया जाता था वही उनके बच्चे खाते थे। सुबह का खाना शाम तक वही खाना बच्चे खाते रहते थे। सर्वे के दौरान उनके घरों में खाने की जो आदतें देखी गईं उनमें यह पाया गया कि बच्चे दिन-भर हाथ में रोटी का टुकड़ा लिये खाते रहते हैं। वही रोटी जमीन पर पड़ी रहती है फिर उसे बच्चे उठाकर खाते हैं। बच्चों की स्वच्छता में बिल्कुल ध्यान नहीं दिया जाता। छोटे बच्चों पर मक्खियाँ लिपटी रहती हैं, उनको माँ एक कमरे में सुलाकर चली जाती हैं। बच्चा जगता है, रोता है और फिर थोड़ी देर में वहीं पर सो जाता है। माताओं से बात करने पर यह मालूम हुआ कि कोई भी माँ अपने बच्चे को लेकर तब तक चिन्तित नहीं होती जब तक वो बिल्कुल कमजोर नहीं हो जाता। उन्हें कुपोषण जैसी भयानक स्थितियों और उसके दुष्प्रभाव के बारे में कोई जानकारी नहीं थी। अगर बच्चा कमजोर हो जाता है तो लोग उसे दैवीय आपदा समझते हैं।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — स्वयं के सर्वे से प्राप्त आंकड़े आंगनवाड़ी में नामांकित बच्चों की संख्या से मिलान की गई जिसमें यह पाया गया कि आंगनवाड़ी में 35 बच्चे कुपोषित एवं 9 बच्चे अतिकुपोषित दर्ज थे। जबकि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका और वालेन्टियर्स के द्वारा उन्हीं बच्चों का घर-घर जाकर सर्वे व उनका बजन लिया गया तो 13 बच्चे कुपोषित एवं 3 बच्चे अतिकुपोषित पाए गए। जो क्षेत्र के 0 से 5 वर्ष तक के बच्चों में 17 प्रतिशत कुपोषण को दर्शाता है। सीधी जिले में कुपोषण 65 प्रतिशत है जबकि म.प्र. में 60 प्रतिशत कुपोषण है।

सत्र के समय आने वाली महिलाओं की सहभागिता नियमित 5 दिनों तक बराबर बनी रही। सत्र को 12 दिन तक चलाना था किन्तु खेती-किसानी के काम में महिलाएँ अत्यधिक व्यस्त थीं जिस कारण महिलाओं के समय के अनुसार ही सत्र कैलेंडर तैयार कर उसका संचालन किया गया। सत्र समाप्ति के बाद किसी प्रकार का फालोअप नहीं किया जा सका जिससे यह स्पष्ट नहीं हो पाया कि सत्र में आने वाली माताओं ने सत्र में बताई गई बातों को अपने व्यवहार में कितना लाया है।

कार्यक्षेत्र में सबसे कम कुपोषण का कारण यह पाया गया कि संस्था द्वारा इन क्षेत्रों में सामाजिक निर्धारकों (वाटरशेड पर 10 वर्षों से लगातार कार्य किया गया है), जिससे क्षेत्र में रोजगार, आजीविका, पानी, पर्यावरण, स्वच्छता कृषि के साधनों का विकास और जागरूकता के कार्य हुये हैं।

जिसकी सफलता यह देखने को मिली की क्षेत्र में यदि सामाजिक निर्धारकों पर काम किया जाए तो कुपोषण को कम किया जा सकता है। साथ ही कुपोषण के कारण होने वाली संक्रामक और असंक्रामक बीमारियों को भी रोका जा सकता है ³⁵।

³⁵ स्वयं, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका, वालेन्टियर, सत्र की महिलाएँ

❖ 1.4 संक्रामक बीमारियों

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— जल जनित बीमारियों जो जल से उत्पन्न होने वाली बीमारियों जैसे डायरिया, टायफाइड कृमि, पोलियो, हैजा, पीलिया, पेचिस, डेंगू, मलेरिया खुजली आदि हैं। ये बीमारिया जल अन्दर मल के मिलने से एवं जिन स्थानों में सतही जल का उपयोग लोगों द्वारा निस्तार में किया जाता है। देश में 20 लाख बच्चे प्रतिवर्ष डायरिया से मरते हैं। जल जनित बीमारिया फैलाने वाले 5 वाहक 1. मक्खी (Fly), 2. अंगुली (Finger), 3. भोजन (Food), 4. पानी (Fluid), 5. बस्तुएँ (Fomites) हैं। संक्रामक बीमारियों के कारणों में 1. सामाजिक आर्थिक कारण (Socio Economic Factor) है, जिसमें गरीबी, अस्वच्छता, साफ पेय जल न होना, ब्यस्तता, भीड़-भाड़, भोजन की आदतें आदि। 2. जोखिम कारण (Risk Factor), जिसमें घनी बस्ती, माताओं की शिक्षा में कमी, जन्म के समय कम बजन आदि। 3. व्यावहारिक कारण (Behavioral Factors), जिसमें माताओं द्वारा बच्चों जन्म से 6 माह तक केवल स्तनपान (Exclusive Breast Feeding) नहीं कराया है, एकाएक दुग्धपान बन्द करके ऊपरी आहर देना प्रारम्भ कर देना, बोतल का दूध पिलाना, पीने का पानी एवं खाद्य पदार्थों का खुला रखना, नित्यक्रिया के बाद हाथ की सफाई न रखना, बच्चों के मल को उसी स्थान पर धोकर या पोंछकर रखकर देना आदि। 4. Host Factor है, जिसमें रोगों से लड़ने की क्षमता न होना, खसरा एवं कुपोषण आदि हैं ³⁶।

❖ **1.4.1 उद्देश्य (Objective)**— जल जनित बीमारी से बचाव की जानकारी देना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

गांव में बरसात के समय नये पानी आने पर होने वाली बीमारियों से बचाव हेतु जानकारी दी गई, जिसमें क्लोरीन की गोली के बारे में बताया कि एक मटका पानी में 1 गोली साफ पन्नी में पीसकर डालें जिससे वो अच्छी तरह घुल जाएगी और पानी का वर्तन भी खराब नहीं होगा। इसी तरह ब्लिचिंग पाउडर डालने की विधि बताई गई कि कुँए में 15 दिन के बाद एक माचिस की डिब्बी की मात्रा के बराबर ब्लिचिंग पाउडर को बाल्टी में घोलकर शाम के समय कुँए में डालें और आठ-दस बार बाल्टी डालकर कुँए के पानी को हिलाएं, जिससे पानी में ब्लिचिंग पाउडर अच्छी तरह मिल सके। जिससे सुबह जब पीने का पानी भरेंगे तो उसकी महक कम आएगी और आसानी से पानी पिया जा सकेगा। इसके अलावा ओ.आर.एस. घोल को स्थानीय स्तर पर बनाने के लिए बताया कि एक लीटर साफ पानी में 1 चम्मच नमक और 6 चम्मच शक्कर डालकर बनाने की विधि बताई गई और यह जानकारी दी

³⁶ क्लस्टर मीटिंग जबलपुर, जुलाई 2011, डॉ. नीलम टोप्पो, सैयद अली

गई कि दस्त लगने पर इस घोल को बार-बार पिलाते रहें। इस विधि द्वारा दस्त से शरीर में होने वाली पानी की कमी को दूर कर सकते हैं और आप अपने बच्चों या बड़ों को घर में भी ठीक कर सकते हैं। बैठक में लोगों को बताया गया कि जो भी बीमारियाँ पैदा होती हैं उनमें से अधिकांश बीमारियाँ गन्दे पानी के उपयोग से होती हैं। इसलिए पानी साफ रखना बहुत जरूरी है।

❖ **कैसे किया (Method)** – सामुदायिक बैठक के माध्यम से।

❖ **क्या पाया (Result)** – बैठक के दौरान गांव जाकर देखा गया कि बरसात के समय बीमारियाँ ज्यादा फैलती हैं क्योंकि वर्षा जल का नया पानी गांव में आता है जिससे पेय जल के स्रोत दूषित हो जाते हैं। यहाँ 90 प्रतिशत लोग कुएँ से पानी पीते हैं जो कि खुले हुये होते हैं, बरसात का सारा कचरा कुएँ में चला जाता है और इसी कारण लोग ज्यादा बीमार पड़ते हैं। लोगों से जब पूछा गया कि पानी में डालने के लिए क्या आप लोगों को क्लोरीन की गोलियाँ और ब्लीचिंग पाउडर ए.एन.एम. या एम.पी. डब्ल्यू द्वारा दिया गया है तो लोगों ने बताया कि अभी तक हमारे गांव में किसी को नहीं मिला है। बैठक के दौरान ही पंचायत के सरपंच द्वारा सी.एच.सी कुसमी में बी.ई.ई. से मोबाइल द्वारा ब्लीचिंग पाउडर एवं क्लोरीन की गोलियाँ उपलब्ध कराने के संबंध में बात की और बताया गया कि गांव में इसकी बजह से बीमारियाँ फैल रही हैं। बी.ई.ई. ने कहा कि सेक्टर मीटिंग में जब ए.एन.एम. आएगी तो उसके द्वारा आपके गांव में ब्लीचिंग पाउडर एवं क्लोरीन की गोलियाँ भिजवाई जाएंगी।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**—समुदाय में यदि स्वास्थ्य सेवाओं तक लोगों की पहुँच की बात करें तो इसके लिए उन्हें उनके व्यक्तिगत स्वास्थ्य की जानकारी देनी होगी। जब तक समुदाय स्वास्थ्य जैसी बातों से परिचित नहीं होता तब तक उनको अपने और अपने परिवार, समुदाय और समाज की चिन्ता नहीं हो सकती और न ही स्वास्थ्य सुविधाओं तक उनकी पहुँच हो सकती। स्वास्थ्य सेवाएँ लोगों तक समय पर न पहुँच पाने का सबसे बड़ा कारण भी यही है कि उन सेवाओं से होने वाले फायदों को लोगों को नहीं बताया जाता, जिससे समुदाय का विश्वास स्वास्थ्य सेवाओं से हटता जा रहा है। बीमारी और स्वास्थ्य को लेकर समुदाय कहीं भी चिन्तित नहीं दिखाई देता, और इसे वो अपना अधिकार भी नहीं समझते, जिससे लोग चुप-चाप झोला छाप से ही मंहगी दवाईया लेकर कर्ज में फंसते जाते हैं और सेवा प्रदाताओं से अपनी जरूरतों की मांग भी नहीं करते। जानकारी के अभाव के कारण अगर सेवा प्रदाता गांव नहीं आ रहे हैं तो उसके लिए सामूहिक प्रयास भी गांव की ओर से नहीं किया जाता ³⁷।

³⁷ पंचायत प्रतिनिधि, समुदाय ग्राम खैरा एवं चिनगवाह अगस्त 2011

❖ 1.5 लेखन कार्य

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— सामुदायिक स्वास्थ्य फेलोशिप कार्यक्रम के दौरान 2 वर्ष में किये गये कार्यों का दस्तावेजीकरण करने हेतु अलग-अलग विधियों के माध्यम से स्वयं की क्षमता व दक्षता बढ़ाने के लिए लेखन कार्य किया गया। जिसके तहत 6 सप्ताह की प्रशिक्षण रिपोर्ट, मासिक कार्ययोजना, मासिक प्रगति प्रतिवेदन, केस स्टडी, पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन, निबन्ध लेखन, प्रोफाइल बनाना, रिसर्च स्टेटमेन्ट, आर्टिकल लेखन, पी.आर.ए. रिपोर्ट, एल.एफ.ए., दैनिक डायरी लिखना आदि। लेखन कार्य में अपने अनुभव, फील्ड के अनुभव, टीम मेन्टर्स के सुझाव, साहित्यों को पढ़कर एवं प्रशिक्षण द्वारा दी गई जानकारीयों व तरीकों को शामिल किया गया।

❖ **1.5.1 उद्देश्य (Objective)**— अपने कार्यों को व्यवस्थित रखने के लिए दस्तावेजीकरण करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

प्रशिक्षण रिपोर्ट—2 नवम्बर से 11 दिसम्बर 2009 तक भोपाल में आयोजित 42 दिवसीय फेलोशिप प्रशिक्षण की रिपोर्ट तैयार की गई।

मासिक कार्ययोजना बनाना — प्रत्येक माह आगामी किये गये जाने वाले कार्यों के लिए कार्ययोजना तैयार की गई, जिसमें लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति एवं समयवधि को शामिल किया गया। साथ ही टीम मेन्टर्स के मागदर्शन एवं सुझाव को भी कार्ययोजना में शामिल किया गया। (संलग्न:-1)

मासिक प्रगति प्रतिवेदन — मासिक कार्ययोजना के आधार पर प्रत्येक माह किये गये कार्यों की प्रगति प्रतिवेदन तैयार की गई। प्रतिवेदन तैयार करने के पश्चात् मासिक कार्ययोजना को रखकर अपने कार्यों की समीक्षा करना। (संलग्न:-2)

प्रोफाइल — विभिन्न गांवों में जाकर साक्षात्कार के जरिए आंगनवाड़ी, आषा, मातृ मृत्यु संबंधी एवं उपस्वास्थ्य केन्द्र भ्रमण की प्रोफाइल तैयार की गई। साथ ही न्यूज लेटर हेतु स्वास्थ्य शिविर की भी प्रोफाइल बनाई गई। (संलग्न:-3)

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी से चर्चा— टीम मेन्टर के साथ जिला स्तर पर स्वास्थ्य विभाग से समन्वय तथा फेलोशिप कार्यक्रम में सहयोग हेतु चर्चा की गई। फेलोशिप द्वारा किये गये कार्यों की जानकारी एवं रिपोर्ट उन्हें दी गई और वास्तविक स्थितियों पर चर्चा की गई जिसके समाधान हेतु उन्होंने आवश्यक सहयोग देने की बात कही।

पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन – प्रत्येक 3 माह में कलेक्टिव टूचिंग में सभी साथियों के बीच प्रस्तुत करने के लिए पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन तैयार किये गये। प्रजेन्टेशन तैयार करने के लिए टीम मेन्टर्स का सुझाव एवं आवश्यक सलाह लिए गए। जिससे प्रजेन्टेशन तैयार करने में आवश्यक बिन्दुओं को ध्यान में रखा गया।

निबन्ध लेखन – पहला निबन्ध डेबिड बर्नर का आर्टिकल पढ़कर लिखा गया जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा के बिषय पर लिखा गया। दूसरा निबन्ध सामुदायिक प्रक्रिया पर पी.डी.हर्थ के संदर्भ में लिखा गया। (संलग्न:-4)

प्रोफाइल बनाना – प्रोफाइल 4 स्तर पर तैयार की गई। 1. संस्था स्तर पर 2. जिला स्तर पर 3 ब्लॉक स्तर पर 4. गांव स्तर पर बनाई गई। प्रोफाइल तैयार करने के लिए गांव का पी.आर.ए. किया गया जिसमें सामाजिक मानचित्र, संसाधन मानचित्र एवं सुविधा मानचित्र तैयार किये गये तथा आंगनवाड़ी केन्द्र, उपस्वास्थ्य केन्द्र, पंचायत एवं समुदाय से जानकारी ली गई। जिला स्तर पर विभिन्न विभागों जैसे मलेरिया विभाग, स्वास्थ्य विभाग, महिला एवं बाल विकास विभाग, सांख्यिकीय विभाग से आंकड़े लिए गए एवं जिला एवं ब्लॉक का नक्शा लिया गया जिसमें स्वास्थ्य केन्द्रों की वर्तमान स्थिति को दर्शाया गया। संस्था की प्रोफाइल तैयार करने के लिए संस्था के प्रमुख एवं फील्ड मेन्टर्स के साथ बैठकर संस्था के कार्यों की जानकारी ली गई।

रिसर्च स्टेटमेन्ट –कलेक्टिव टूचिंग के दौरान आस मो. द्वारा रिसर्च स्टेटमेन्ट हेतु बताई गई विधियों के अनुसार 10 बिन्दुओं के आधार पर जैसे समस्या की पहचान करना, समस्या विश्लेषण कर समस्या का प्राथमिकीकरण करना, शीर्षक, पृष्ठभूमि एवं प्रस्तावना, लक्ष्य, उद्देश्य (सामान्य एवं विशिष्ट), कथन, परिकल्पना, पद्धति/विधि, परिणाम, निष्कर्ष रिसर्च स्टेटमेन्ट बनाया गया। रिसर्च स्टेटमेन्ट हेतु टीम मेन्टर्स का मार्गदर्शन एवं सुझाव बीच-बीच में दिया गया जिससे इसे पूरा करने में मदद मिली। (संलग्न:-5)

आर्टिकल लेखन – आर्टिकल लेखन हेतु टीम मेन्टर्स द्वारा कई बार प्रेरित किया गया और इसे लिखने हेतु आवश्यक तरीके बताये गये। इसे लिखने हेतु क्लस्टर मीटिंग में टीम मेन्टर्स द्वारा लिटरेचर रिव्यू करना बताया गया कि कैसे साहित्यों को पढ़ना है और उस आधार पर अपनी बातों को जोड़कर कैसे लिखना है। आर्टिकल लिखने के लिए लिटरेचर रिव्यू हेतु भोपाल जाकर टीम मेन्टर्स का सहयोग लिया गया और उसका प्रारूप तैयार किया गया। इसके बाद प्रस्तावना, प्रयास और निष्कर्ष के आधार पर आर्टिकल लेखन किया गया। क्लस्टर मीटिंग जबलपुर में आर्टिकल के शीर्षक में से मुख्य शब्द (key words) निकलवाये गये और उसी आधार पर लिखने की जानकारी दी गई। आर्टिकल लिखने के बाद टीम मेन्टर्स द्वारा आवश्यक फीडबैक दिया गया जिसे दुबारा सुधारने की कोशिश की गई। (संलग्न:-6)

एल.एफ.ए. (Logical Frame work Analysis) – कलेक्टिव टीचिंग भोपाल मई 2011 एवं क्लस्टर मीटिंग जुलाई 2011 में एल.एफ.ए. बनाने की जानकारी दी गई, जिसके आधार पर एल.एफ.ए. तैयार किया गया। (संलग्न-7)

दैनिक डायरी – प्रतिदिन किये जाने वाले कार्यों को दैनिक डायरी में लिखा गया। दैनिक डायरी का प्रस्तुतीकरण टीम मेन्टर्स के समक्ष क्लस्टर मीटिंगों में किया गया।

❖ **कैसे किया (Method)** – फील्ड भ्रमण, ग्राम बैठकें, क्लस्टर मीटिंग, कलेक्टिव टीचिंग, लिटरेचर रिव्यू टीम मेन्टर्स एवं फील्ड मेन्टर्स के साथ चर्चा करना, विभागीय समन्वय बनाकर आदि।

❖ **क्या पाया (Result)** – कार्ययोजना, रिपोर्ट प्रजेन्टेशन, दैनिक डायरी सहित लेखन एवं पढ़ाई कार्य हेतु दिशा मिली। प्रोफाइल तैयार करने से स्वयं के अन्दर विश्लेषण करने की समझ बनी। रिपोर्टिंग में भाषा का उपयोग एवं स्रोत के महत्वों को समझा गया और उपयोग किया गया। प्रजेन्टेशन बनाने का तरीका तथा अपनी बातों को प्रभावी ढंग से रखने का कौशल बढ़ा। एल.एफ.ए. बनाना सीखा।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** – अपने जिला, ब्लॉक और कार्यक्षेत्र की प्रोफाइल बनाने के बाद आई.पी. एच.एस. के आधार पर विश्लेषण भी किया गया। एल.एफ.ए. की जानकारी से स्वयं की सीख और दक्षता बढ़ी। जिससे आने वाले समय में अपने कार्यों की गतिविधियों को एल.एफ.ए. का स्वरूप दे पाएंगे और ढांचागत प्रोजेक्ट तैयार करने में सक्षम होंगे। मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी से एक बार ही मुलाकात हो पाई क्योंकि उसके बाद वो सेवानिवृत्त हो गई जिस कारण उनका सकारात्मक सहयोग प्राप्त नहीं हो सका। आर्टिकल लेखन और रिसर्च लेखन में रूचि नहीं रही और लिखने के बाद भी स्वयं में आत्मविश्वास नहीं जगा। जिसका कारण यह रहा कि इसके लिए लिटरेचर सर्वे और रिव्यू दोनों जरूरी हैं, किन्तु इसका कौशल स्वयं के अन्दर बिल्कुल नहीं है।

❖ 1.6 पढ़ाई

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— स्वयं का ज्ञान बढ़ाने के लिए उपलब्ध साहित्यों को पढ़ना आवश्यक है। जानकारी बढ़ाने और बातों को तार्किक बनाने के लिए विषय की पकड़ होना जरूरी है तभी अपनी बातों को सबूत के साथ दूसरों के सामने रखा जा सकता है। फील्ड में काम करने के लिए भी पढ़ाई आवश्यक है, जिसके माध्यम से दूरदृष्टिता होगी और समुदाय की बातों को समझने में मदद मिलेगी, जिसे अपने ज्ञान के आधार पर जोड़कर देख पाएंगे। सही हस्तक्षेप के लिए भी स्वयं का ज्ञान होना आवश्यक है, जिसके आधार पर निर्णय लेने और सकारात्मक सोचने की क्षमता होगी और दोषारोपण की बजाय प्रयासों की ओर व्यवस्थित सोच बन पाएगी।

❖ **1.6.1 उद्देश्य (Objective)**— स्वास्थ्य के क्षेत्र में स्वयं का ज्ञान बढ़ाना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

- **सामुदायीकरण** – आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति, जिसमें चयन की प्रक्रिया, कार्य, मिलने वाली राशि।
- **स्वास्थ्य सूचकांक** – मातृ मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर, जीवन प्रत्यासा, जन्म दर, मृत्यु दर, प्रजनन दर, लिंगानुपात,
- **स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक** – शिक्षा, स्वास्थ्य, पर्यावरण, पानी, रोजगार, संस्कृति, खाद्य सुरक्षा, आर्थिक और सामाजिक स्थिति, जेन्डर, स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच,
- **बयोमेडिकल एवं कम्युनिटी मॉडल** – वायोमेडिकल मॉडल में डाक्टर, नर्स दवा, हास्पिटल और वितरण शामिल है जो अपनी सोच को केवल व्यवस्था तक ही सीमित रखते हैं। अर्थात् **Intracellular** हैं। जबकि कम्युनिटी मॉडल में आषा, ए.एन.एम., ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, एनजीओ, सीबीओ, टीबीए आदि शामिल है जो ऊपर उठकर सोचते हैं। अर्थात् **Balloonist** हैं।
- **इपिडिमियोलॉजी** – बीमारी, मृत्युदर एवं अपंगता या विकलांगता जिसमें इन्सीडेन्स एवं प्रिवलेन्स पर समझ बनी।
- **आई.पी.एच.एस.** – जनसंख्या के आधार पर उपस्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना के बारे में तथा मानव संसाधनों की जानकारी हुई।
- **पोषण** – ऊर्जा, प्रोटीन, विटामिन, खनिज तत्वों की जानकारी।

- **कुपोषण** – सूखारोग (मरास्मस) और सूजन (क्वाशियोरकर) इनके कारण, लक्षण और बचाव के तरीकों की जानकारी।
- **शिशु स्वास्थ्य** – रोगप्रतिरक्षण हेतु टीकाकरण, 6 माह तक केवल स्तनपान, 6 माह के बाद 2 साल तक स्तनपान एवं ऊपरी आहार देने संबंधी जानकारी और आईएम.एन.सी.आई के तहत आंकलन, चिन्ह, वर्गीकरण एवं उपचार की जानकारी।
- **मातृत्व स्वास्थ्य** – टीकाकरण ए.एन.सी. /पी.एन.सी. जांच एवं सलाह, बच्चों में अन्तराल रखने के तरीकों की जानकारी।
- **मानसिक स्वास्थ्य** – मंदबुद्धि और मानसिक रोग
- **संक्रामक बीमारी** – जल जनित बीमारी, मलेरिया, टी.बी, कुष्ठ रोग, एच.आई.वी. /एड्स
- **असंक्रामक बीमारी** – कैंसर, डायबिटीज, हृदय संबंधी हार्ट अटैक, हाइपरटेन्शन, श्वास संबंधी बीमारियाँ
- **वैश्वीकरण** – स्वास्थ्य पर वैश्वीकरण का प्रभाव।
- **किताबें** – सी.सत्यमाला की बुक, टैड लेन्केस्टर सामुदायिक स्वास्थ्य, के. पार्क की बुक, पी.एच.आर. एन. आदि
- ❖ **कैसे किया (Method)** – उपलब्ध साहित्यों से पढ़ाई करके एवं क्लस्टर एवं कलेक्टिव टीचिंग के दौरान दी गई जानकारी।
- ❖ **क्या पाया (Result)** – स्वास्थ्य केवल दवा नहीं है बल्कि उसको प्रभावित करने वाले निर्धारकों पर ध्यान देने की बात की जानी चाहिए।
- ❖ **निष्कर्ष (Reflection)** – सबसे ज्यादा रोचक विषय स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक, वैश्वीकरण का प्रभाव, टी.बी., मलेरिया, सत्यमाला, टैड लेन्केस्टर की बुक रहीं हैं। जिनमें स्वयं का रुझान होने से समझ ज्यादा बन पाई।

❖ 1.7 प्रशिक्षण

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— स्वयं के अनुभव के आधार पर और कम्युनिटी मॉनीटरिंग पर काम करने से जानकारी होने के कारण संदर्भ व्यक्ति की भूमिका निभाई गई। जिसमें एन.आर.एच.एम. के सामुदायीकरण में आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य समितियों को सहयोग संस्था लखनऊ जाकर उत्तरप्रदेश के 13 जिले से आए 30 प्रतिभागियों को दो दिवसीय प्रशिक्षण दिया गया। साथ ही मलेरिया से संबंधित अपनी और सीख बढ़ाने हेतु 3 दिन के लिए जन स्वास्थ्य सहयोग संस्था गनियारी बिलासपुर गये। इसके अलावा जन स्वास्थ्य अभियान की 2 दिवसीय कार्यशाला में जयपुर गये। जहाँ पर एम.डी.जी (Millenium Development Goal) 5 एवं 6 पर चर्चा की गई। जिसमें मातृत्व स्वास्थ्य, टी.बी. एवं मलेरिया आदि बिषयों पर चर्चा की गई। इसके बाद समर्टिन संस्था द्वारा अक्षय प्रोजेक्ट के सहयोग से सीधी जिले में आयोजित गुरुकुल शिक्षण संस्थान में 2 दिवसीय कार्यशाला में भाग लिया।

❖ **1.7.1 उद्देश्य (Objective)**— अनुभवों का आदान-प्रदान करना।

❖ **क्या किया (Activity)**— सहयोग संस्था लखनऊ में आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य समितियों के सदस्यों को उनके क्षमता वर्धन हेतु समिति के गठन कार्य, दायित्व, भूमिका और मिलने वाली अनटाइड फण्ड के उपयोग के बारे में जानकारी एवं आशा के कार्यों के संबंध में जानकारी दी गई। समितियों द्वारा ग्राम स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाने के लिए पी.आर.ए. विधि बताई गई जिसमें सामाजिक मानचित्र, संसाधन मानचित्र, स्वास्थ्य तालिका आदि की जानकारी दी गई। गनियारी द्वारा फील्ड विजिट कराया गया। जहाँ पर मलेरिया का प्रकोप ज्यादा था वहाँ किये गये कार्यों और मच्छरदानी के प्रयोग को दिखाया गया। साथ ही कार्यकर्ताओं की बैठक में मातृत्व स्वास्थ्य, शिशु स्वास्थ्य एवं मलेरिया के संबंध में जानकारी दी गई। इसके अलावा सीधी जिले में समर्टिन संस्था के सहयोग से टी.वी. के विषय पर अक्षय परियोजना के उद्देश्यों को लेकर टी.बी. के कार्यक्रमों की विस्तृत जानकारी दी गई।

❖ **कैसे किया (Method)** – एक्सपोजर विजिट, समूह चर्चा, पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन,

❖ **क्या पाया (Result)** – सहयोग संस्था में दिये गये प्रशिक्षण से संस्था के साथी एवं प्रशिक्षण में आए प्रतिभागी काफी प्रभावित थे तथा दुबारा भी प्रशिक्षण के लिए फिर से बुलाने के लिए कहा। जयपुर जाने से एम.डी.जी. 5-6 के संबंध में लक्ष्यों को कैसे प्राप्त किया जा सकता है। यह जानना आवश्यक था किन्तु वहाँ जाने से स्पष्ट जानकारी नहीं हो पाई। मलेरिया के बारे में गिनियारी जाना हुआ लेकिन जिस उद्देश्य से वहाँ गये थे उसकी प्राप्ति नहीं हो सकी क्योंकि उनके यहाँ अत्यधिक व्यस्तता चल रही थी। सीधी जिले में आयोजित कार्यशाला से टी.बी. एक घातक बीमारी है इसकी जानकारी लोगों तक कैसे पहुँचाई जाये जिससे कि जांच और उपचार हेतु मरीजों को प्रेरित किया जा सके। साथ ही सीधी में स्थापित जांच केन्द्रों एवं डॉट्स हेतु प्रोवाइडरों की जानकारी भी दी गई।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** – स्वास्थ्य के विषय पर अपनी सीख को बाँटने के लिए पहली बार जिले से बाहर जाने का अवसर मिला, जिससे स्वयं के अन्दर आत्मविश्वास जगा। साथ ही एक्सपोजर विजिट के माध्यम से बिलासपुर में संस्था द्वारा किये गये सामुदायिक प्रयास, उनकी व्यवस्था और उनके नतीजों को देखकर ऐसा महसूस किया गया कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में विश्वास के साथ इतनी ज्यादा संख्या में लोग आते हैं, जिन्हें वहाँ की स्वास्थ्य सुविधाओं एवं सेवाओं का लाभ लोगों के अनुसार मिल रहा है, जहाँ मरीजों के लिए पानी, स्वच्छता, रहने एवं खाना व नाश्ता की व्यवस्था की जाती है। जिसके कारण लोग वहाँ पर मौजूद सी.एस.सी. में बिल्कुल नहीं जाते हैं।

(संलग्न:-1)

मासिक कार्ययोजना

23 फरवरी से 13 अप्रैल 2011 तक

विकास खण्ड कुसमी जिला सीधी म.प्र.

लक्ष्य	उद्देश्य	गतिविधि	अवधि
कुसमी विकास खण्ड के 10 गांवों में मलेरिया से होने वाली मौतों के कारणों का अध्यय करना।	मलेरिया संबंधी साहित्यों को पढ़ना।	इन्टर नेट, स्थानीय साहित्य एवं सी.पी.एच.ई. द्वारा दिये गये साहित्यों को पढ़ना और आर्टिकल लिखना।	1 मार्च 2011 से 20 मार्च 2011 तक
	फील्ड विजिट	ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के साथ बैठक करना। मलेरिया टीकाकरण अनटाइड फण्ड एवं ग्राम स्वास्थ्य योजना पर चर्चा करना।	6,7,14,25,26,27,मार्च 2011 तक
	कार्यालयीन कार्य	वाटरशेड कापार्ट और रोजगार गारंटी के कार्यों का मूल्यांकन करवाना।	23 फरवरी 2011 से 5 मार्च 2011 तक एवं 12 से 13 मार्च 2011 तक
	रिपोर्ट बनाना	मासिक रिपोर्ट बनाना।	28 मार्च से 31 मार्च 2011 तक।

(संलग्न:-2)

मासिक रिपोर्ट

23 फरवरी से 13 अप्रैल 2011 तक। विकास खण्ड कुसमी

- **किये गये कार्य –**
- **कार्ययोजना बनाना** – माह अप्रैल 2011 में किये जाने वाले कार्यों की योजना बनाकर 11/3/2011 को मेल किया।
- **आर्टिकल लिखना** – मलेरिया से होने वाली मौतों के प्रति समुदाय में जागृति लाने हेतु आर्टिकल लिखने के लिए सर्वप्रथम सी.पी.एच.ई. द्वारा दिये गये पाठ्य सामग्री – पी.एच.आर.एन. की बुक, (मलेरिया नियंत्रण के मूल सिद्धांत अध्याय-2), डॉ. नीरू सिंह द्वारा लिखे गये आर्टिकल (मलेरिया जनरल), पी.एन.यूनिकृष्णन, के. दीपक एवं पी.एन.प्रकाश द्वारा लिखे गये आर्टिकल का अध्ययन करके अपने क्षेत्र की परिस्थिति से जोड़कर संदर्भ देते हुये आर्टिकल लिखा एवं 28 मार्च 2011 को इसे मेल किया।
- ✓ **चुनौती** – अंग्रेजी के ज्ञान का अभाव होने के कारण टीम मेन्टर द्वारा जो आर्टिकल भेजे गये उनकी पढ़ाई नहीं की जा सकी। इसके अलावा कम्प्यूटर के ज्ञान का पूर्णतः अभाव होने के कारण नेट के जरिये भी आर्टिकल नहीं खोजे जा सके। किन्तु जबलपुर क्लस्टर मीटिंग में नीरू सिंह के आर्टिकल को समूह में पढ़ाकर समझाया गया जिसे पुनः पढ़कर समझने में कम कठिनाई आई।
- **बैठक** – ग्राम डेवा, देवमठ, बिटखुरी एवं चिनगवाह में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति एवं पंचायत प्रतिनिधियों के साथ बैठक की गई जिसमें VHSC के अनटाइड फण्ड पर चर्चा हुई। चर्चा में यह बात निकलकर आई कि समिति को इस वर्ष राशि नहीं दी गई है। पिछले वर्ष जो राशि दी गई थी उससे साइन बोर्ड जो कि विभाग द्वारा बनवा कर दिया गया था उसका भुगतान किया गया। उपस्थित सदस्यों को इस राशि के संबंध में जानकारी दी गई कि समिति अपने गांव की वार्षिक स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाये एवं स्वास्थ्य के क्षेत्र जैसे कचरे के प्रबंधन का निपटारा, क्षेत्र में फैली बीमारी के रोकथाम के लिए स्वास्थ्य शिविर आयोजित करवाना, ऐसे स्थान जहाँ गंदा पानी एकत्रित होता हो या हैण्ड पम्प के स्थान जहाँ गंदगी है उन स्थानों में मिट्टी भरने का काम, आशा के पास यदि दवा नहीं है तो ऐसी दवाएँ जो आवश्यक हैं उसकी खरीदी का काम इसके अलावा स्वास्थ्य से जुड़े सभी कार्यों पर समिति को प्राप्त होने वाली राशि का उपयोग किया जा सकता है। इसके लिए

आवश्यक है कि समिति की नियमित मासिक बैठक हो और स्वास्थ्य के मुद्दे पर चर्चा हो। सदस्यों ने समिति द्वारा स्वास्थ्य के क्षेत्र में खर्च होने वाली अनटाइड फण्ड की राशि की लिखित दस्तावेज माँगे जिस पर उन्हें कहा गया कि हमारे पास जो भी दस्तावेज हैं वो हम आपको उपलब्ध करा देंगे। इसके अलावा उप स्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह को मिलने वाले अनटाइड फण्ड एवं खाता संचालन की चर्चा की गई। जिस संबंध में ग्राम पंचायत चिनगवाह की सरपंच श्रीमती गुजरतिया बैगा ने बताया कि पंचायत के सचिव एवं ए.एन.एम. का खाता संयुक्त रूप से बैंक में खुला है किन्तु इसके कार्यों की जानकारी नहीं है। खाता संचालन के संबंध में जानकारी दी गई कि उप स्वास्थ्य केन्द्र को मिलने वाले सालाना अनटाइड फण्ड से खाता का संचालन ए.एन.एम. एवं सरपंच के संयुक्त हस्ताक्षर से होता है एवं आप ए.एन.एम. से चर्चा करके इसके खाता संचालन की जानकारी प्राप्त कर सकती हैं।

- **दस्तावेज देना** – दिनांक 6 अप्रैल 2011 को ग्राम पंचायत चिनगवाह के सरपंच श्रीमती गुजरतिया बैगा को VHSC द्वारा अनटाइड फण्ड से खर्च की जाने वाली राशि की जानकारी, उप स्वास्थ्य केन्द्र में खाता संचालन की जानकारी तथा आषा को मिलने वाली साइकिल के आदेश की छायाप्रति उपलब्ध करा दी गई है।
- **कार्यशाला** -- दिनांक 12/3/2011 एवं 13/3/2011 को गुरुकुल संस्था सीधी में समर्टिन संस्था सतना द्वारा टी.बी. के विषय पर समुदाय में जागरूकता लाने हेतु कार्यशाला का आयोजन किया गया। यह कार्यशाला CBCI CARD GLOBAL FUND ROUND 9 AXHAYA PROJECT के सहयोग से की गई।
कार्यशाला में रिशोर्स पर्सन जिला अस्पताल सीधी के डी.टी.ओ. डॉ. के.पी.गुप्ता रहे। जिनके द्वारा निम्न जानकारियाँ बताई गई –
 - ✓ आर.एन.टी.सी.पी. भारत में 1993 से तथा दिसम्बर 2004 में पूरे मध्यप्रदेश में प्रारम्भ हुआ। जो पूरे विश्व के 117 देशों में चालू है।
 - ✓ वैज्ञानिक रावर्ट रॉक ने इसके बैक्टीरिया की खोज 24 मार्च को की इसलिए यह दिन टी.बी. दिवस के रूप में मनाया जाता है।
 - ✓ 1995 में स्ट्रेप्टोमाइसिन इंजेक्सन आया।
 - ✓ पूरे विश्व में 14 मिलियन मरीज टी.बी. के हैं जिसमें से एक तिहाई मरीज भारत में हैं।
 - ✓ हर 2 मिनट में एक ब्यक्ति की मौत टी.बी. से हो रही है।
 - ✓ छींकने एवं खांसने से इसके बैक्टीरिया बाहर निकलते हैं।

- ✓ 75 प्रतिशत टी.बी. फेफड़े में होती है।
- ✓ सीधी जिले में 12 केन्द्र बनाये गये हैं जो जिला अस्पताल, चुरहट, सेमरिया, खड्डी, रामपुर नैकिन, बरिगवां, मझौली, पोड़ी, कुसमी, मड़वास, सिहावल एवं अमरपुर में हैं।
- ✓ व्यक्ति के खखार की जांच 2 बार करने के बाद ही डॉट्स की दवा दी जाती है।
- ✓ एक लाख की आवादी में 216 टी.बी. के मरीज मिलने की संभावना रहती है इसमें से 80 मरीज पॉजिटिव पाये जाते हैं 80 मरीज निगेटिव मिलते हैं, 40 मरीज रेकरेन्स वाले होते हैं अर्थात् अधूरी दवा या पुनः जिन्हें टी.बी. वापस आ जाती है। 16 मरीज एक्स्ट्रा पल्मोनरी वाले होते हैं।
- ✓ नये मरीजों को कटेगरी प्रथम में रखकर 6 माह की दवा एवं पुराने मरीजों को कटेगरी द्वितीय में रखकर 8 माह की दवा दी जाती है।
- ✓ डॉट्स प्रदाता को पूरा कोर्स कराने पर 250 रुपये प्रेरक राशि दी जाती है।
- ✓ डब्ल्यू. एच.ओ. के अनुसार 10 प्रमुख बीमारियों में टी.बी.का सातवां स्थान है।
- ✓ डब्ल्यू.एच.ओ. ने 1983 में टी.बी. को हाथ में लिया और इसमें जो कमिया थी उसे सुधार कर आर. एन.टी.सी.पी. नाम दिया।
- ✓ इसकी समिति 3 स्तर पर बनाई गई है –
 1. केन्द्रीय क्षय रोग नियंत्रण समिति
 2. राज्य स्तरीय क्षय रोग नियंत्रण समिति
 3. जिला स्तरीय क्षय रोग नियंत्रण समिति
- ✓ इसकी जांच स्पूटम माइक्रोस्कोपी से की जाती है, जो सामान्य क्षेत्र में 1 लाख की आवादी एवं आदिवासी क्षेत्र में 50 हजार की आवादी पर केन्द्र होते हैं।
- ✓ सीधी जिले में हर माह 300 से 400 मरीज पंजीकृत होते हैं जबकि भारत में हर दिन 5 हजार नये मरीज जुड़ रहे हैं। टी.बी. प्रभावितों में से 1 लाख बच्चे स्कूल नहीं जा पाते।
- ✓ **उपचार** – खखार की दो बार जांच होती है– 1. स्पॉट सैम्पल अर्थात् जहाँ आदमी मिले वहीं उसका स्पूटम कलेक्ट करना। 2. मॉर्निंग सैम्पल
 - **इन्सेन्टिव फेज** – सप्ताह में 3 दिन निश्चित करके दवा खिलाना।
 - **कंटीनिविसन फेज** – जिसमें मरीज को घर के लिए दवा दी जाती है– कैटेगरी प्रथम में 4 माह एवं कैटेगरी द्वितीय में 6 माह के लिए।

- ✓ कार्यशाला के दूसरे दिन के अन्त में सभी साथियों से अपेक्षा की गई कि आप लोग गांव में जाकर टी.बी. से प्रभावित व्यक्ति की पहचान करें एवं उन्हें तुरन्त जांच तुरन्त उपचार करवाने की सलाह दें। समर्पित संस्था द्वारा संस्था की प्रोफाइल मांगी गई जो उन्हें उपलब्ध कराई गई। अगली बैठक अप्रैल माह में निश्चित की गई।
- **होम डिलेवरी की राशि की जानकारी** – होम डिलेवरी की मिलने वाली राशि की जानकारी स्वास्थ्य साथी रागिनी मिश्रा द्वारा प्राप्त हुई। इस संबंध में हमारे द्वारा बी.पी.एम. से संपर्क किया गया तो उन्होंने बताया कि ए.एन.एम. द्वारा सूची उपलब्ध करा दी जाए तो यह राशि तुरन्त वितरित कर दी जावेगी। इन सभी जानकारी को प्राप्त करने के बाद आशा, सरपंच एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों को इसकी जानकारी दी गई।
- **शिविर में जाना** – दिनांक 3 अप्रैल 2011 को ग्राम डेवा में संस्था द्वारा आयोजित वनाधिकार शिविर में गया जिसमें सुप्रीम कोर्ट के अधिवक्ता, फील्ड मेन्टर श्री अरुण त्यागी, जनपद उपाध्यक्ष श्री भूपाल सिंह एवं संस्था के साथी सहित कुल 400 ग्रामीण जन उपस्थित रहे। शिविर के माध्यम से पाचवीं अनुसूची वाले आदिवासी विकास खण्ड कुसभी में पेसा एक्ट के तहत वनाधिकार कानून की जानकारी दी गई एवं वन विभाग एवं समुदाय के बीच दिक्कतों की जानकारी ली गई। शिविर में यह बताया गया कि ग्राम सभा यदि किसी भी विषय पर निर्णय लेकर प्रस्ताव पारित करती है तो उसे सभी विभाग को मानना पड़ेगा इसके अलावा स्वास्थ्य से जुड़े मुद्दों की कार्ययोजना एवं स्वास्थ्य केन्द्र बनाये जाने की जानकारी दी गई कि हर पंचायत अपनी ग्राम सभा में यह प्रस्ताव पारित करे कि हमारे यहाँ स्वास्थ्य केन्द्र की आवश्यकता है तो उसकी भी दिक्कत दूर होगी।
- **कार्यालयीन कार्य** – दिनांक 22 फरवरी 2011 की शाम को कलेक्टिव टीचिंग छोड़कर भोपाल से सीधी आकर संस्था कार्यालय में उपस्थित हुआ एवं नरेगा के कार्यों के रिकार्ड तैयार किया, जांच दल को फील्ड विजिट करवाया, कार्यों की डाटा फीडिंग कराया।
- **रिपोर्ट बनाना** – माह अप्रैल में किये गये कार्यों की मासिक रिपोर्ट तैयार किया।

(संलग्न:-3)

प्रोफाइल (1)

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता बिटखुरी

ग्राम बिटखुरी, ग्राम पंचायत चिनगवाह विकास खण्ड कुसमी

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम – श्रीमती विमला सिंह हैं। इनकी पहली शादी राय सिंह से हुई थी, जिनके द्वारा इन्हें छोड़ दिया गया था। फिर दुबारा इनकी शादी राजभान से हुई। जो अब खतम हो चुके हैं। इसलिए यह अब विधवा हैं। जो 1982 से आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के पद पर कार्यरत हैं। इनकी शैक्षणिक योग्यता 12वीं तक है। आंगनवाड़ी भवन का निर्माण हो रहा है। इसलिए कच्चे मकान में आंगनवाड़ी का संचालन कर रहीं है। इन्हें कार्य का अच्छा अनुभव है और स्वस्थ संबंधी जानकारी भी रखती है। यहाँ सहायिका श्रीमती रामकली सिंह हैं जो 12वीं तक पढ़ी हैं। इनके केन्द्र में स्वास्थ्य एवं पोषण आहार संबंधी सभी जानकारियों दीवाल पर दी गई हैं एवं पोस्टर भी लगाये गये हैं। बच्चों के पढ़ने हेतु गिनती चार्ट भी लगाया गया है। गांव में 2 आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित हैं। दूसरी आंगनवाड़ी में श्रीमती मीराबाई/रामप्रसाद बैगा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के पद में कार्यरत थी, किन्तु पिछले वर्ष आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की मौत हो गई है और सहायिका श्रीमती तारावती सिंह हैं। इसलिए दोनों आंगनवाड़ी का संचालन विमला सिंह के द्वारा ही किया जा रहा है।

दिक्कतें – पोषण आहार के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को कुसमी जाकर 500 से 600 रुपये स्वयं का खर्च उठाकर लाना पड़ता है। दवाईयों पैरासिटामोल, आयरन, क्लोरीन की गोलियों मिल जाती हैं।

सप्ताहवार मीनू – आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने 3 से 6 वर्ष के बच्चों को सप्ताह भर का मीनू बताया गया जैसे सोमवार को सब्जी-रोटी, मंगलवार को खीर-पूड़ी, बुद्धवार को दाल-रोटी, गुरुवार को दाल-चावल, शुक्रवार को दाल-रोटी, शनिवार को सब्जी-रोटी केन्द्र में बनाकर दिया जाता है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने बताया कि मीनू के अनुसार सभी भोजन नहीं दिया जाता बल्कि सिर्फ दाल-चावल ही दिया जाता है।

उपलब्ध सामग्री – केन्द्र में बजन मशीन, बृद्धि चार्ट, पैरासिटामोल, डाइक्लोविन, ओ.आर.एस., आयरन की गोली, पोषण आहार, उपलब्ध है। टाट पट्टी पहले मिली थी जो अब फट चुकी है। इसलिए बच्चों के बिठाने हेतु बोरियों को सिलकर स्वयं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता बच्चों को बैठने के लिए बनाती हैं।

पंजीयन रजिस्टर –सर्वे रजिस्टर, 0 से 5 वर्ष तक के बच्चों का पंजीयन रजिस्टर, गर्भवती पंजीयन रजिस्टर, किशोरी रजिस्टर, है। इनके द्वारा सभी जानकारी रखी जाती है और सभी रजिस्टर व्यवस्थित ढंग से बनाये गये हैं। यह बहुत सक्रिय भी हैं।

केन्द्र में दर्ज बच्चों की संख्या – प्रथम आंगनवाड़ी केन्द्र में कुल 75 बच्चे दर्ज हैं जिनमें से प्रतिदिन 20 से 25 बच्चे केन्द्र में नियमित आते हैं। दूसरे आंगनवाड़ी केन्द्र में कुल 65 बच्चे दर्ज हैं। 0 से 3 वर्ष के बच्चे जो केन्द्र में नहीं आ सकते हैं उनकी माँ को 600 ग्राम अतिरिक्त पोषण आहार का 1 पैकेट एक सप्ताह के लिए घर में हलुआ बनाकर खिलाने के लिए दिया जाता है। साथ ही गर्भवती महिलाओं को भी 750 ग्राम अतिरिक्त पोषण आहार का एक पैकेट एक सप्ताह के लिए दिया जाता है।

कार्यक्रम (मंगल दिवस) – (टेवल-30)

मंगल दिवस	कार्यक्रम का नाम	की जाने वाली गतिविधि
पहला मंगल	गोद भराई	3 से 6 माह तक की गर्भवती महिलाओं को नारियल, चूड़ी, बिन्दी से गोद भरी जाती है।
दूसरा मंगल	अन्नप्राशन	6 माह के बच्चों को खीर बनाकर खिलाई जाती है एवं कटोरी चम्मच दी जाती है।
तीसरा मंगल	जन्म दिवस	1 वर्ष के बच्चों का जन्म दिन मनाया जाता है और उन्हें पेन्सिल एवं पोषण आहार दिया जाता है।
चौथा मंगल	किशोरी दिवस	11 से 18 वर्ष की 2 किशोरियों को खीर-पूड़ी, पेन्सिल एवं पेन दिया जाता है। इसमें किशोरियों को आयरन की गोलियों एवं पूरक पोषण आहार का पैकेट एक सप्ताह के लिए दिया जाता है। साथ ही उन्हें साफ-सफाई एवं स्वास्थ्य के संबंध में जानकारी दी जाती है।

प्रोफाइल (2)

आशा (ASHA)

ग्राम पंचायत डेवा, ग्राम देवमठ, विकास खण्ड कुसमी

आशा का नाम – श्रीमती रानी बाई / बृजलाल यादव है। इनकी शैक्षणिक योग्यता 8वीं तक है। ये पिछड़ा वर्ग समुदाय की हैं। वर्ष 2006 से आशा के रूप में समुदाय में कार्य कर रही हैं। यह गांव में काफी सक्रियता के साथ काम कर रही हैं। इनको गर्भवती देखभाल, पोषण आहार, साफ-सफाई, टीकाकरण एवं जांच संबंधी जानकारी है

चयन – इनका चयन ग्राम सभा में आवेदन देकर किया गया।

प्रशिक्षण – इन्हें 15 दिन एवं 4 दिन का प्रशिक्षण मिला है। प्रशिक्षण के दौरान इन्हें आशा प्रशिक्षण की 4 किताब, कापी और प्रमाण पत्र दिया गया है, जो इनके पास उपलब्ध हैं। आशा प्रशिक्षण एक बैच में 35 लोगों का किया गया। प्रशिक्षण ठीक से दिया गया। प्रशिक्षण के दौरान आवास और भोजन व्यवस्था की गई थी। प्रशिक्षण में गर्भवती देखभाल, पोषण आहार, साफ-सफाई, टीकाकरण, नसबन्दी एवं जांच संबंधी जानकारी दी गई।

दवाई – आशाओं को दवाई के रूप में पैरासिटामोल, क्लोरोक्वीन, ओ.आर.एस., आयरन की गोली, ब्लीचिंग पाउडर, कृमि की दवा, क्लोरिन की गोली मिलती हैं। आशा को दवाई लेने हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी जाना पड़ता है। जिसकी दूरी 100 कि.मी. है, यहाँ आने-जाने में इन्हें 3 दिन का समय लग जाता है और 300 रुपये भोजन एवं किराया में खर्च हो जाते हैं। जिसकी बजह से ये लोग प्रत्येक माह नियमित दवाईयों नहीं ला पातीं। सितम्बर 2009 को आशा को दवाई मिली थी, तब से अभी तक दवा लेने नहीं गई हैं।

प्रसव संबंधी जानकारी – ग्राम देवमठ में इस वर्ष अप्रैल 09 से जनवरी 2010 तक कुल 19 प्रसव हुये हैं जिसमें से 17 घर में अप्रशिक्षित महिलाओं द्वारा ही हुये हैं और 2 प्रसव मझौली सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में हुये हैं।

आशा ने बताया कि 2 लोगों सीता यादव/रोहणी यादव एवं रामलखन विश्वकर्मा की पत्नी को प्रसव हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझौली ले गये जहाँ पर प्रसव पश्चात् तुरन्त दोनों महिलाओं के बच्चे खतम हो गये। जिसकी प्रेरक राशि आशा को आज तक नहीं मिली है, क्योंकि डॉक्टर कहते हैं कि मृत्यु प्रमाण पत्र ए.एन.एम. से बनवाकर लाओं तभी पैसा देंगे। रास्ता बहुत ऊबड़-खाबड़ होने के कारण प्रसूतियों को

अस्पताल पहुँचाने में अत्यन्त कठिनाई होती है, जिससे ज्यादा प्रसव घर में ही होते हैं। घर में प्रसव गांव की महिला रमौआ यादव द्वारा करवाया जाता है।

(अगस्त 07 से जनवरी 2010 तक) प्रसव बाद हुई मौतें – ग्राम देवमठ में सबसे ज्यादा शिशु मृत्यु के केश पाये गये जिनमें से (अगस्त 07 से जनवरी 2010 तक) **कुल 47 प्रसव हुये हैं जिनमें से 41 प्रसव घर में ही हुये हैं, तथा प्रसव पश्चात् 6 लोगों की मृत्यु हुई है।** यह जानकारी आशा के मृत्यु पंजीयन रजिस्टर में दर्ज हैं। निम्न प्रसव जो संस्था में हुये हैं उन्हें गांव के लोगों द्वारा ही अस्पताल तक ले जाया गया था। जिसका विवरण निम्न है –

(टेवल-31)

क्र.	नाम/पति का नाम	प्रसव दिनांक	प्रसव स्थान	मृत बच्चों का विवरण
1.	मुन्नी / रामखेलावन लोहार	25 / 01 / 08	सामु.स्वा.केन्द्र मझौली	जन्म के तुरन्त बाद बच्चे की मौत
2.	नानबाई / सुरजू बैगा	03 / 04 / 08	सामु.स्वा.केन्द्र मझौली ले जाया गया था किन्तु वहाँ से वापस घर में आने पर प्रसव हुआ	जन्म के तुरन्त बाद बच्चे की मौत
3.	सविता / रामसरोवन यादव	24 / 09 / 08	सामु.स्वा.केन्द्र मझौली से फिर व्योहारी लेकर गये जहाँ प्रसव हुआ	बच्ची पैदा होते ही खतम हो गई।
4.	हीराकली ईश्वरदीन बैगा	24 / 01 / 09	घर में प्रसव हुआ	बच्चा तुरन्त खतम हो गया।
5.	पार्वती / रामगणेश बैगा	18 / 03 / 09	घर में प्रसव हुआ	बच्चा तुरन्त खतम हो गया।
6.	श्यामकली / अर्जुन बैगा	17 / 05 / 09	घर में प्रसव हुआ	बच्ची पैदा होते ही खतम हो गई।

रजिस्टर – आशा द्वारा जन्म पंजीयन, मृत्यु पंजीयन, गर्भवती पंजीयन, टीकाकरण पंजीयन रजिस्टर बनाया गया है। आशा यह रजिस्टर स्वयं खरीद कर बनाती हैं।

प्रोत्साहन राशि– प्रसव में 350/- टीकाकरण एवं जांच में 300/- पल्स पोलियो में 225/- नसबन्दी में महिला में 150/- पुरुष में 200/- रुपये मिलता है। प्रेरक राशि की जानकारी आशा को है।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की जानकारी – आशा उक्त कार्यों के अलावा ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक एवं कार्यवाही लिखती है तथा अनटाइड फण्ड से 2000 रुपये समिति को मिला है, जिसका उपयोग आशा द्वारा समिति की बैठक हेतु दरी एवं कुर्सी खरीदने में किया गया है। इसकी जानकारी ग्रामीण जनों को भी है। इस समिति में कुल 11 सदस्य हैं।

प्रोफाइल (3)

“रानी यादव और उसके पहले बच्चे ने खोया अपना जीवन”

श्रीमती रानी यादव, पिता—महाबीर यादव ग्राम डेवा ग्राम पंचायत डेवा विकास खण्ड कुसमी जिला—सीधी म.प्र. की निवासी है। इसकी उम्र 20 वर्ष थी। इनकी शादी 18 साल में कुठली जिला शहडोल में हुई थी। इनका पहला बच्चा था। गर्भावस्था के ही दौरान ये माह फरवरी 2011 में अपने मायके परीक्षा देने डेवा आ गई थी। 9वें माह में दिनांक 16 मई 2011 को रानी यादव को सुबह पेट में ज्यादा दर्द उठने लगा। तब इनके पिता ने जननी सुरक्षा वाहन के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी को फोन किया। फोन करने पर सी.एच.सी. से यह कहा गया कि आपके गांव तक गाड़ी पहुँचने में 4 घण्टे लग जाएंगे। तब इन्होंने मझौली सी.एच.सी. में फोन किया तो मझौली से यह कहा गया कि हमारे पास अभी गाड़ी नहीं है। इस पूरी व्यवस्था को करते उनको 2 घण्टे लग गये। इसके बाद पास ही गांव ग्राम खरबर से किराये से जीप बुलाकर रानी यादव को लेकर सी.एच.सी. मझौली गये। मझौली सी.एच.सी. में स्टॉफ नर्स श्रीमती फूलकुमारी वर्मा ने कहा कि हम भर्ती नहीं कर पाएंगे आप इसे अस्पताल ले जाइए। तब उन्होंने वहाँ से जननी सुरक्षा की गाड़ी माँगी तो गाड़ी देने से मना कर दिया गया। फिर ये अपनी किराये की ही गाड़ी लेकर ब्योहारी गये वहाँ भी डॉ. ने जिला अस्पताल के लिए रेफर कर दिया। क्योंकि वहाँ पर ऑपरेशन की व्यवस्था नहीं थी। लेकिन ब्योहारी सी.एच.सी. द्वारा जननी सुरक्षा का गाड़ी इन्हें जिला अस्पताल शहडोल ले जाने के लिए दे दी गई। शहडोल पहुँचने के बाद तुरन्त भर्ती किया गया और ऑक्सीजन दिया गया, तब तक रानी यादव की पसली भी बहुत तेज चलने लगी। अस्पताल में भर्ती होने के 20 से 25 मिनट बाद रात्रि 9.30 बजे रानी यादव और उसके पेट का बच्चा दोनों मर गये। डॉक्टर ने अफसोस किया और कहा कि यदि आप इसे 2 घण्टे पहले लाये होते तो इसकी जान बचाई जा सकती थी। इस घटना के बाद रानी यादव के पिता के घर जाकर उनसे पूरी जानकारी ली गई और रानी यादव के गर्भ पंजीयन, ए.एन.सी. जांच व टीकाकरण के विषय में पूछा गया तो उन्होंने बताया कि उसका गर्भ पंजीयन भी नहीं हुआ था और उसे एक भी टीके नहीं लगे थे और न ही उसका बजन व जांच करवाया गया था। ग्राम डेवा की दूरी मझौली सी.एच.सी. से 30 कि.मी. है, जंगली रास्ता है। मझौली से ब्योहारी 30 कि.मी. और ब्योहारी से शहडोल 80 कि.मी. की दूरी पर है। इस घटना में अस्पताल पहुँचने में सुबह 10 बजे से लेकर रात्रि 9.00 बजे तक का 11 घण्टे का सफर तय करना पड़ा। अगर इन्हें मझौली सी.एच.सी. में वाहन की सुविधा और सही परामर्श मिल जाता तो माँ और बच्चे दोनों को बचाया जा सकता था क्योंकि मझौली से सीधी जिला अस्पताल की दूरी केवल 50 कि.मी. है ³⁸।

³⁸ Mahaveer yadav Village Deve May 2011

प्रोफाइल (4)

मलेरिया एवं मौसमी बीमारी के प्रकोप को कम करने के लिए स्वास्थ्य परीक्षण शिविर का आयोजन

सीधी जिले का कुसमी विकास खण्ड आदिवासी बाहुल्य एवं पिछड़ा हुआ क्षेत्र है। जहाँ बरसात के मौसम में प्रायः लोगों का आवागमन भी अवरुद्ध हो जाता है। कुसमी विकास खण्ड का यह क्षेत्र घने जंगलों से आच्छादित है, जिसे संजय नेशनल पार्क (संजय दुबरी अभयारण्य) के नाम से जाना जाता है। यहाँ गरीबी, कुपोषण, तो है ही साथ ही यहाँ बीमारी का प्रकोप वर्ष भर बना रहता है किन्तु बरसात के समय मौसमी बीमारी से लोग ज्यादा प्रभावित होने लगते हैं। ऐसे समय में यदि इनको उपचार की सुविधा नहीं मिल पाती तो सीधे मौत के मुह में समा जाते हैं।

इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य व्यवस्था के नाम पर केवल झोला छाप विद्यमान रहते हैं जो दूनी रकम लेकर भी लोगों में आपसी विश्वास और अपनी पैठ बनाये हुये हैं। गांव के लोगों के लिए डॉक्टर कहलाने वाले केवल झोला छाप होते हैं, क्योंकि ऐसे जंगली क्षेत्रों में सरकारी डॉक्टरों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को तो लोग जानते ही नहीं हैं। इसलिए सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था को लोग शायद भूल बैठे हैं और इसीलिए बीमारी से छुटकारा पाने के लिए कर्ज के बोझ से लदते जा रहे हैं।

आज भी जहाँ एक ओर सरकार ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले गरीबों और महिलाओं व बच्चों के लिए तमाम तरह की बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएँ और सुविधाएँ देने की बात कर रही है वहाँ सिर्फ झोला छाप के अलावा लोगों के लिए और कोई स्वास्थ्य सुविधाएँ नजर नहीं आती है। ये महज एक कल्पना मात्र है। वास्तविकता तो कुछ और ही है। गांव में जिस दिन भ्रमण किया जाए तो सिर्फ यही रिपोर्ट मिलती है कि आज हमारे यहाँ एक बच्चा मर गया। कारण पूछने पर पता चलेगा कि निमोनिया हो गया था, कोई कहेगा कि उल्टी-दस्त से मौत हो गई। यही हमारे देश की हकीकत भी है। दवाईयों तो सेन्टरों में रखी रहती है किन्तु सेन्टर कभी खुलते ही नहीं है।

अगर ए.एन.एम. गांव में आएगी तो उसका केवल एक ही लक्ष्य होगा सिर्फ टीकाकरण। फिर भी टीकाकरण में भी नियमितता नहीं। कभी 4 माह बाद तो कभी 6-6 माह तक टीकाकरण ही नहीं किया जाता। मेरा मतलब किसी की कमी को बताना नहीं था बल्कि मेरा मतलब यह था कि हमारे क्षेत्र की परिस्थितियाँ अगर ऐसी हैं तो क्या तरीके हो सकते हैं जिससे हमारी पहुँच लोगों तक हो सके और लोगों को बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएँ /सेवाएँ दी जा सकें। कुछ भी असंभव नहीं है।

हम देखते हैं कि झोला छाप भी अकेले 6-7 गांव में अपनी पहचान बनाये हुये है उसे बराबर का मान-सम्मान भी मिल रहा है और वो समय-समय पर प्रत्येक गांव में पहुँचता रहता है। उसी तरह आप को भी लोगों तक पहुँचने की जरूरत है लोग अपने-आप आप तक पहुँचने लगेंगे।

- **इस दिशा में हमारी कोशिशें** – जिस समय क्षेत्र में मौसमी बीमारियों का प्रकोप बहुत ज्यादा था उस दौरान हमारी कोशिश यह थी कि हमें प्रतिदिन क्षेत्र की ताजी खबर मिलते रहना जरूरी है। इसके लिए उस क्षेत्र में 4 दिन लगातार रहकर प्रत्येक गांव की विजिट किये। क्षेत्र से वापस आने पर फोन द्वारा वहाँ की जानकारी लेते रहते थे और लगातार 2-3 दिन के अन्तराल में फील्ड पहुँचते रहना हमारे लिए आवश्यक हो गया था।

क्षेत्र में ऐसी स्थिति निर्मित हो चुकी थी कि झोला छाप को दिन-दिन भर रात-रात भर उस क्षेत्र से निकलने की फुर्सत ही नहीं मिल पा रही थी। ऐसा लग रहा था जैसे किसी बड़े शिविर का आयोजन है। झोला छाप गांव में आकर बैठ गया था और पूरा गांव भीड़ लगाये हुये था। हर घर में 3-4 लोग बीमार थे।

हमने ये नजारा देखा इसके बाद बी.एम.ओ, मलेरिया इन्सपेक्टर, बी.ईई. एवं गांव स्तर पर सरपंचों से क्षेत्र की स्थिति को लेकर चर्चा की गई तथा जिला मलेरिया अधिकारी को क्षेत्र में बुखार से हुई मौतों के बारे में पत्र लिखकर उन्हें सूचित किया गया और तत्काल शिविर लगाये जाने हेतु कहा गया। इसके अलावा कई बार बी.एम.ओ. से फोन में तत्काल शिविर लगाने के संबंध में चर्चा की गई। इस दौरान फील्ड में प्रत्येक गांवों की विजिट की गई। साथ ही गांव में शिविर के संबंध में लोगों को सूचना दी गई एवं मुनादी भी करवाई गई, जिससे अधिक से अधिक बीमार व्यक्ति शिविर में आकर उपचार का लाभ ले सकें।

दूसरे ही दिन दिनांक 24 सितम्बर 2010 को कार्यक्षेत्र के ग्राम चिनगवाह में स्वास्थ्य विभाग की पूरी टीम आई और स्वास्थ्य परीक्षण शिविर का आयोजन किया गया। इस शिविर के माध्यम से 300 लोगों का उपचार और उनका परीक्षण किया गया। समस्या इस बात की थी कि क्षेत्र के जितने भी लोग बीमार थे वो पहले से बहुत दवाईयों झोला छाप से ले चुके थे, जिसके कारण मलेरिया किट में परीक्षण के दौरान पाजिटिव केश नहीं आ पाए। जबकि शिविर से पहले ग्राम चिनगवाह में ही 2 लोगों की मौत श्रीमती सुमेरिया पति लालजी बैगा एवं श्री जीतेन्द्र पिता रामधनी बैगा की बुखार आने और दवा न मिल पाने के कारण हो गई थी।

शिविर के दौरान बी.एम.ओ. द्वारा ए.एन.एम. को उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह हेतु दवाईयों का पर्याप्त स्टॉक दिया गया और उसे केन्द्र में ही रहने का निर्देश भी दिया गया। साथ ही क्षेत्र में बरसात बाद दीनदयाल चलित वाहन भेजने का आश्वासन उपस्थित जनों को दिया और जिन गांवों में अभी तक आशा और ग्राम स्वास्थ्य समिति का गठन नहीं हुआ है उन गांवों से ग्राम सभा का प्रस्ताव हमें देवें जिससे वहाँ भी आशा का चयन और समिति का गठन कर उनके खाते खोले जा सकें।

बी.एम.ओ. से प्रसव के संबंध में आशा ने पूछा कि जननी एक्सप्रेस की सुविधा कराई जाए जिससे हम लोग यहाँ से प्रसव केश अस्पताल तक पहुँचा सकें। बी.एम.ओ. ने आशाओं को जननी एक्सप्रेस हेतु टोल फ्री नं. उपलब्ध करवाया और बताया कि इस नंबर पर काल करने से आपको जो भी सेन्टर नजदीक होगा वहाँ से वाहन सुविधा उपलब्ध कराई जाएगी। उन्होंने हम लोगों के लिए कहा कि अब जब भी हमारे यहाँ आशा से संबंधित प्रशिक्षण आयोजित किये जाएंगे उनमें आप लोगों को जरूर बुलायेंगे। शिविर में डॉ. उमेश सिंह बी.एम.ओ., कुसमी, सत्येन्द्र पाण्डेय मलेरिया टेक्निकल सुपरवाइजर, इन्द्रमणि मिश्रा इंचार्ज बी.ई.ई., अखिलेश सोनी काउन्सलर, राजकुमार सिंह मलेरिया कार्यकर्ता, सोहागवती सिंह ए.एन.एम., निर्मला भुर्तिया एवं अनीता भुर्तिया आशा, गुजरतिया बाई सरपंच, गिरधारी बैगा पूर्व सरपंच, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्य उपस्थित रहे।

शिविर के चौथे दिन बाद गांव में एक प्रसव केश को अस्पताल पहुँचाना था यदि वो अस्पताल नहीं पहुँचती तो प्रसव में काफी दिक्कतों का सामना करना पड़ता। इस संबंध में गांव की सरपंच और आशा ने मिलकर जननी एक्सप्रेस के लिए टोल फ्री नं. डायल किया जिसमें जननी एक्सप्रेस के चालक ने कहा कि इतनी जंगल में हम नहीं आ सकते और यदि आते भी हैं तो पैसा अधिक लगेगा। तब यहाँ की सरपंच ने 25 कि.मी. दूर चमराडोल से रात में किराये से प्रायवेट वाहन बुलाया और प्रसूता को मझौली अस्पताल भेजा, जिससे माँ और बच्चे को प्रसव के दौरान मौत से बचाया गया।

एक तरफ तो सरकार पूरी सुविधा देने को तैयार है और दूसरी तरफ अगर कोई गांव का व्यक्ति सुविधा लेना भी चाहता है तो उसकी परेशानियों को अनदेखा कर दिया जाता है। भला कैसे लोगों की आवाजें निकलेंगी।

- **हमारी तकलीफें** – अगर हम विभाग के पास जाते हैं और सामुदायिक स्वास्थ्य की बात करते हैं तो उन्हें सिर्फ अपना स्वार्थ दिखता है। वो परिवार नियोजन के अलावा और किसी मुद्दे पर बात ही नहीं करना चाहते और वो हम लोगों से इसलिए जुड़ना चाहते हैं कि हमारी क्षेत्र में अच्छी पकड़ है इसलिए परिवार नियोजन के लिए हम क्षेत्र में लोगो को प्रेरित करें।

दूसरी तकलीफ ये होती है कि जब हम क्षेत्र की स्थिति देखते हैं और हमारी आँखों के सामने बच्चों की मौत का जिक्र किया जाता है तब लगता है कि ये दिखावा फिर किसलिए। लोगों का जीवन यदि भगवान भरोसे ही चलना है तो सरकार को इतना खर्च करने की क्या जरूरत है। ये तो लोगों के साथ धोखा है। मैं सिर्फ एक घटना का ही जिक्र करना चाहूँगा।

वह घटना यह है कि षिविर के दूसरे दिन जब मैं कार्यक्षेत्र के ग्राम खैरा गया तो जाते ही मुझे सुनने को मिला कि हमारे गांव में एक लड़की की मौत हो गई। उसके बारे में पूछा गया तो पता चता कि डेढ़ साल की लड़की थी जो अभी 2 दिन पहले जब आप आए थे तो आपके सामने खेल रही थी तब वो बहुत स्वस्थ थी। आप लोगों के जाने के बाद उसे दिनांक 25 सितम्बर को निमोनिया हो गया और उसे झोला छाप के पास दिखाने ले जा रहे थे कि उसकी मौत रास्ते में ही हो गई। यह बहुत ही अप्रिय घटना मुझे लगी।

जब उसकी माँ श्रीमती सावित्री सिंह से मिलने गये तो वो बार-बार यह कह रही थी कि हमारी लड़की इतना खेलती थी और बहुत चंचल और स्वस्थ भी थी। ऐसी कितनी माँएँ अपने बच्चों के विरह में जीती होंगी। सिर्फ दवा के अभाव में एक दिन में ही मौत हो जाती है। जबकि इसी गांव में एक लड़की उल्टी दस्त से दिनांक 20 सितम्बर 2010 को मर चुकी थी। इसकी मौत भी एक दिन में ही हो गई थी। इसके बाद ग्राम बिटखुरी गये जहाँ पर 2 बच्चों के मरने की खबर मिली और 4 बच्चों को लोग सायकल में बिठाकर झोला छाप के पास दवा करवाने ले जा रहे थे।

प्रोफाइल (5)

उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह विकास खण्ड कुसमी भ्रमण रिपोर्ट

- उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह का भ्रमण कर ए.एन.एम. से मिलकर निम्न जानकारी प्राप्त की गई—
 - ए.एन.एम. का नाम – श्रीमती सोहागवती सिंह निवासी ग्राम करवाही विकास खण्ड सीधी,
 - योग्यता – हायर सेकण्डरी
 - कार्य वर्ष – 20/12/2002 से
 - कार्यक्षेत्र – 8 गांव (कंचनपुर, खरबर, देवमठ, डेवा, दुबरीबलौं, दुबरी खुर्द, बिटखुरी एवं चिनगवाह)
 - स्टॉफ – 1 ए.एन.एम. (स्वयं)
 - टीकाकरण की जानकारी –

(टेवल-32)

दिन	ग्राम
प्रथम मंगलवार	चिनगवाह एवं बिटखुरी
द्वितीय मंगलवार	दुबरी कलौं एवं दुबरी खुर्द
तृतीय मंगलवार	डेवा एवं देवमठ
चतुर्थ मंगलवार	खरबर एवं कंचनपुर

साप्ताहिक स्वास्थ्य कार्यक्रम – (टेवल-33)

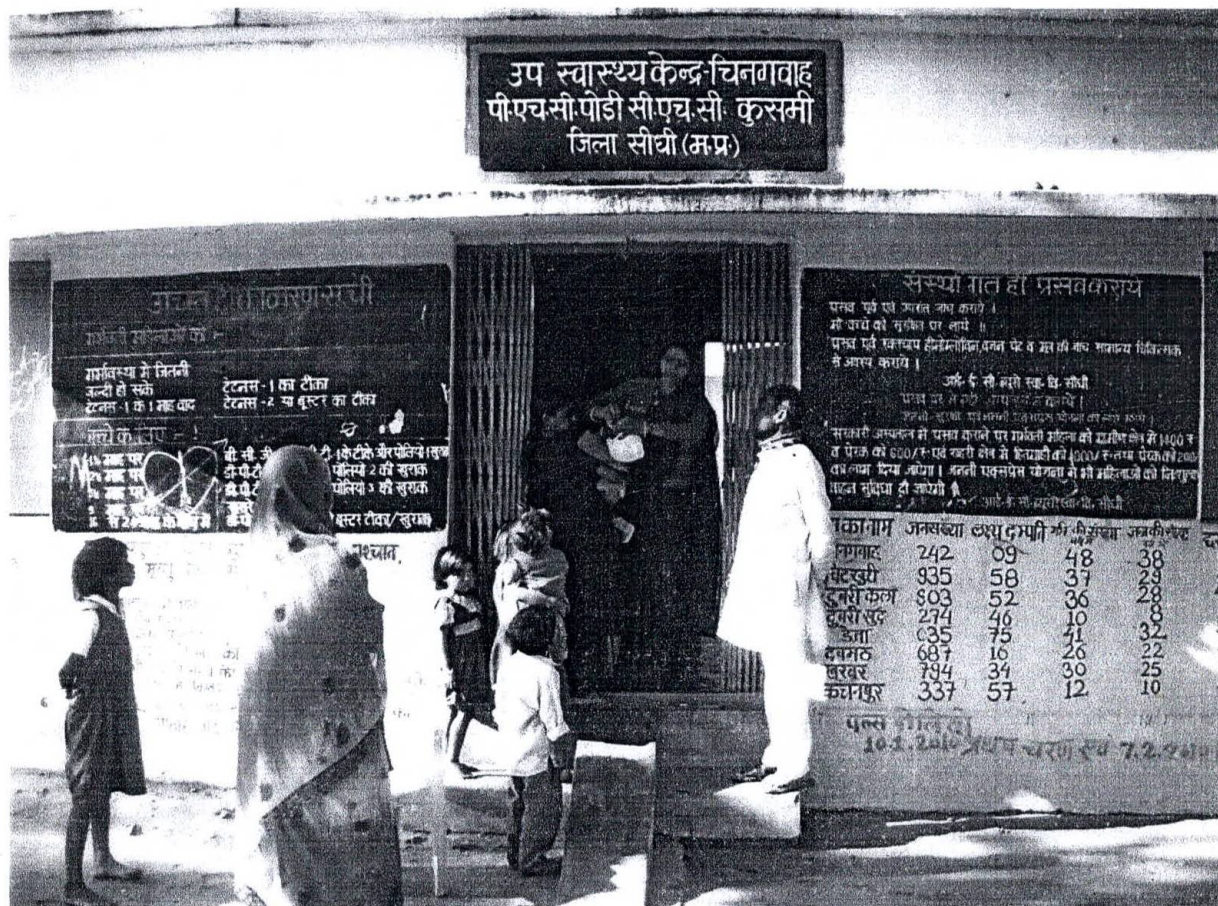
दिन	गतिविधि
सोमवार	बैक्सीन एवं पंजीयन
मंगलवार	टीकाकरण
बुद्धवार	क्लीनिक खोलना
गुरुवार	वैक्सीन निमालना
शुक्रवार	टीकाकरण
शनिवार	सेक्टर मीटिंग

(टेवल-34)

ग्राम	जनसंख्या	लक्ष्य दम्पति संख्या	गर्भ की संख्या	जन्म की संख्या	टी.वी. संख्या
चिनगवाह	1242	109	48	38	06
बिटखुरी	935	158	37	29	04
दुबरीकलॉ	903	152	36	28	04
दुबरीखुर्द	274	46	10	08	01
डेवा	1035	175	41	32	05
देवमठ	687	116	26	22	02
खरबर	794	134	30	25	02
कचनपुर	337	57	12	10	01

- उपस्वास्थ्य केन्द्र के कार्यक्षेत्र की जानकारी –
- **अनटाईड फण्ड** – ए.एन.एम. द्वारा जानकारी दी गई कि उपस्वास्थ्य केन्द्र हेतु वर्ष में 20 हजार रूपये मिलता है। इस वर्ष 5000 रूपये मिला है जिसका उपयोग स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं जानकारी चार्टर सिटिजन के रूप में दी गई है। इसके अलावा स्टेशनरी एवं प्रकाश व्यवस्था हेतु मिट्टी तेल खरीदने में किया गया है।
- **अन्य जानकारी** – ए.एन.एम. ने बताया कि हम फील्ड भ्रमण के दौरान ए.एन.सी. एवं पी.एन.सी. की जांच करते हैं। इन क्षेत्रों में प्रसव की असुविधा को देखते हुये उपस्वास्थ्य केन्द्र में संस्थागत प्रसव कराने की सुविधा कर दी गई है। इस कार्य हेतु हमें प्रशिक्षण भी प्राप्त हो चुका है किन्तु अभी सामग्री नहीं मिली है इसलिए केन्द्र में प्रसव कार्य प्रारंभ नहीं हो पाया है ³⁹।

उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह



(चित्र-27)

³⁹ Sub Health Centre Chingawah 2010

(संलग्न:-4)

निबन्ध (1)

- **शीर्षक** – सीधी जिले के कुसमी विकास खण्ड में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा।
- **प्रस्तावना** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा की कल्पना की गई किन्तु पहुँच विहीन क्षेत्रों में उसकी क्षमता समुदाय के कार्यों के प्रति विकसित न होने के कारण वह स्वास्थ्य विभाग द्वारा चलाये जा रहे कार्यक्रमों में ही उलझ कर रह गई। इन क्षेत्रों में बहुत ही कम पढ़ी-लिखी महिलाएँ हैं, जो इस काम को कर रहीं हैं, किन्तु उनमें स्वयं का आत्मविश्वास एवं निर्णय लेने की क्षमता न होने से वह समुदाय के प्रति अपनी जबावदेही नहीं समझ पा रही है। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) की कल्पना गांव की ही किसी महिला को ग्राम सभा से चयनित करके की जाने की व्यवस्था की गई थी, किन्तु इन क्षेत्रों में ऐसा नहीं हो पाया है और ग्राम पंचायत के केन्द्र बिन्दु से ही स्वास्थ्य कार्यकर्ता बना दिया गया है।

- **चयन प्रक्रिया** – वर्ष 2006 में यहाँ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता का चयन किया गया। जो समुदाय के बीच में आशा के नाम से जानी जाती है। आशा को समुदाय के द्वारा उसी गांव से चुना जाना चाहिए था, किन्तु ग्राम पंचायतों का वर्चस्व अधिक होने के कारण आशा व्यक्तिगत उनके गांव से नहीं बल्कि ग्राम पंचायत से ही चुन ली गई है। ग्राम पंचायत ने इनका चयन करके दूसरे गांव की आशा बना दिया, जो उस पंचायत क्षेत्र के अन्दर स्थित हैं। ये आशाएँ बड़ी मुश्किल में डूबी हुई हैं। क्योंकि इनके एक गांव से दूसरे गांव की दूरी बहुत अधिक है और जंगली रास्ता और आने-जाने की सुविधा न होने के कारण वो अपनी जबावदेही तय नहीं कर पा रहीं हैं।

ग्राम पंचायत ने जिन महिलाओं को आशा के लिए चुना, उन्हें इसकी जानकारी नहीं थी बल्कि स्वास्थ्य विभाग के कार्यकर्ताओं द्वारा ग्राम पंचायत में जाकर सरपंच एवं सचिव के माध्यम से महिलाओं के आवेदन फार्म मंगाकर चयन कर लिया गया। जब चयनित आशाओं को प्रशिक्षण के लिए बुलाया गया तब उन्हें इसकी जानकारी हुई। इसलिए आशा अभी तक यह स्पष्ट रूप से नहीं समझ पाई हैं कि हमें गांव के समुदाय द्वारा ही सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के लिए चुना गया है।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) का चयन प्रत्येक आंगनवाड़ी पर करने का प्रावधान है किन्तु कुसमी विकास खण्ड में अभी तक सभी गांवों में तथा आंगनवाड़ी की संख्या के आधार पर आशा का चयन नहीं हो पाया है। अभी नये चयनित पंचायत प्रतिनिधियों द्वारा प्रत्येक गांव में आशा का चयन किया जाएगा।

- **समुदाय और कार्यकर्ता के बीच संबंध और जवाबदेही** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा के नाम से गांव में जानी जाती है। आशा समुदाय की ग्रामीण महिला होने के साथ-साथ उसे अपने घरेलू काम और समुदाय के बीच स्वास्थ्य की जबाबदेही भी निभानी पड़ती है। आशा को स्वास्थ्य व्यवस्था के माध्यम से राष्ट्रीय कार्यक्रमों में ज्यादा भागीदार बना दिया गया है, जिसके लिए आशा को बार-बार व्यवस्था के इर्द-गिर्द घूमना पड़ता है।

प्राथमिकता के तौर पर आशा ऊपर से आने वाले आदेश का पालन करने में अपनी महती भूमिका निभा रहीं हैं। शायद उनको इस बात की समझ नहीं है कि मैं एक सामुदायिक कार्यकर्ता हूँ इसलिए मेरी पहली भूमिका समुदाय से जुड़ी स्वास्थ्य सेवाओं की ओर होना चाहिए। प्रारम्भ से ही आशा ने जिस सीढ़ी को जाना है आज भी उसी सीढ़ी को पहचान रहीं हैं और अपने लिए यह समझ रही हैं कि हम व्यवस्था के लिए हैं और आने वाले समय में हमारी नौकरी पक्की कर दी जाएगी। इसी लालच में समुदाय को भूलकर व्यवस्था के प्रति आशा ज्यादा जबाबदेह दिखाई देती है।

8 गांव में अध्ययन करने से पता चला कि आशा में स्वयं निर्णय लेने की क्षमता और ठीक से सूचना व जानकारी समय-समय पर न मिल पाने के कारण वह समुदाय के बीच अपने कामों को लेकर अपनी स्पष्ट छबि नहीं बना पा रही है। आशा अच्छा काम करना चाहती हैं और उनमें काम करने की क्षमता और सकारात्मक सोच भी है किन्तु उन्हें अभी काम की दिशा स्पष्ट नहीं है। आशा कहती हैं कि हमें कोई बताये और जानकारी दे तो हम सभी काम अच्छे ढंग से कर सकते हैं।

गांव में आशा को काम करने के लिए सामाजिक रीतियों, परम्पराओं के कारण सामाजिक मान्यताएँ नहीं मिल पाती हैं, जैसे प्रसव करवाना, नाल काटना, जन्म के तुरन्त बाद बच्चे को माँ का पहला दूध देना, प्रसव के 3 दिन बाद माँ को पानी और खाना देना, बच्चे को बकरी या अन्य किसी महिला का दूध देना संबंधी उचित सलाह यदि आशा द्वारा समुदाय में देने का प्रयास भी किया जाता है तो उसकी बातों पर ध्यान नहीं दिया जाता और उसे हेसी का पात्र बना लिया जाता है, जिससे वो खुलकर सामाजिक कार्यों में अपना दायित्व नहीं निभा पाती।

उदाहरण के लिए आशा श्रीमती रानी बाई ग्राम देवमठ ने समुदाय के बीच द्वारा अच्छा प्रयास किया गया। यह लोगों के बीच स्वास्थ्य मुद्दों की चर्चा करती है, महिलाओं से संपर्क भी करती है और ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में मिलने वाली राशि का उपयोग करके पूरी कार्यवाही एवं हिसाब रखने के साथ-साथ ग्रामीणों की इसकी जानकारी भी प्रदान कराती है। किन्तु मातृ एवं शिशु सुरक्षा के लिए आशा कहती है कि यहाँ बहुत ज्यादा परेशानी उठानी पड़ती है फिर भी हम प्रसूती को अस्पताल नहीं

पहुँचा पाते हैं। उसने बताया कि प्रसव के लिए यहाँ कोई साधन सुविधा नहीं है, बस चलती नहीं है और प्राइवेट गाड़ी से ले जाने पर 1500 से 2000 रुपये किराया देना पड़ता है। रास्ता भी बहुत कठिन ऊबड़-खाबड़ है, जिससे प्रसूति को ले जाते वक्त काफी असुविधाओं का सामना करना पड़ता है, और अस्पताल पहुँचने पर शिशु की मृत्यु हो जाती है। उसने बताया कि हम गांव से 2 प्रसूतियों को अपने प्रयास से अस्पताल मझौली लेकर गये थे, जिनका प्रसव के तुरन्त बाद शिशु की मृत्यु हो गई। इसलिए यहाँ से प्रसूतियों को ले जाने में भी डर लगने लगा है। यहाँ गांव की ही महिला द्वारा ज्यादा प्रसव घर पर ही कराया जाता है। घर में होने वाली प्रसव के समय हम लोग संपर्क करते हैं और उनको सलाह भी देते हैं किन्तु कोई विशेष प्रभाव नहीं पड़ता है। हम लोगों को प्रसव के संबंध में कोई विशेष अनुभव और प्रशिक्षण नहीं मिला है, इसलिए हम लोग प्रसूतियों को आवश्यक सहयोग भी नहीं दे पाते हैं।

- **प्रशिक्षण** – वर्ष 2006 से अब तक आशा को ब्लॉक मुख्यालय कुसमी में 15 एवं 4 दिन का प्रशिक्षण दिया जा चुका है। यह प्रशिक्षण एक बैच में 35 लोगों को दिया गया। 15 दिन के प्रशिक्षण में आशा को भोजन आवास एवं आने-जाने का किराया सहित कुल 2350.00 रुपये दिया गया था, क्योंकि प्रशिक्षण के दौरान आवास एवं भोजन व्यवस्था नहीं थी, इसलिए आशाओं ने किराये पर रहकर प्रशिक्षण लिया था। जबकि 4 दिन के प्रशिक्षण में आवास एवं भोजन की व्यवस्था की गई थी। प्रशिक्षण में आशाओं को साफ-सफाई, स्वच्छता, टीकाकरण, नसबन्दी, महिला स्वास्थ्य, नवजात शिशु एवं बाल स्वास्थ्य, गर्भवती महिलाओं की जांच एवं देखभाल, पोषण आहार, आवश्यक दवाएँ, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, जननी सुरक्षा एवं प्ररेक राशि के संबंध में जानकारी प्रदान की गई है।
- **किन परिस्थितियों में कार्यकर्ता की सफलता** – कार्यक्षेत्र में आशा की सफलता को इंगित तो नहीं किया जा सकता किन्तु उनकी सफलताओं को व्यक्तिगत तौर पर अनुभव और महसूस किया जा सकता है। इसके लिए हम सामुदायिक कार्यकर्ता आशा के आन्तरिक और बाह्य परिस्थितियों के आधार पर अंदाजा लगाया जा सकता है। आन्तरिक कारणों में सामाजिक रीति रिवाज और परम्पराएँ, सांस्कृतिक, पारिवारिक, ब्यक्तिगत क्षमता एवं स्वयं की पहचान को रख सकते हैं और बाहरी कारणों में शिक्षा (जागरुकता), आर्थिक स्थिति व राजनैतिक स्थिति एवं अवसरों की उपलब्धता तथा आवागमन की सुविधा किसी भी समुदाय में आशा की सफलता के कारण हो सकते हैं। आशा के रूप में चुने जाने के बाद और प्रशिक्षण मिलने से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता में स्वयं की क्षमता बढ़ाने और सूचनाएँ पहुँचाने में सफल हो रही हैं। आशा के माध्यम से गांव में स्वच्छता और साफ-सफाई तथा स्वास्थ्य मुद्दों पर चर्चा होने लगी है।

- **सामुदायिक कार्यकर्ता के कार्य की सीमाएँ** – आशा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता होने से पहले वो परिवार एवं समुदाय की सदस्य है जिसमें उसे व्यक्तिगत एवं सामुदायिक कार्य भी करना है। इसलिए वह अपने मान-सम्मान और सामाजिक मान्यताओं के अनुसार ही काम करना चाहती है। किन्तु जननी सुरक्षा के तहत संस्थागत प्रसव कराने के लिए जब वह किसी प्रसूति को लेकर अस्पताल में जाती है तो उसे वह सम्मान नहीं मिल पाता जिसकी वह अपेक्षा करती है।

डैबिट 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 जबावदेही 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।

समुदाय की आवश्यकताओं के अनुसार आशा ऐसे महत्वपूर्ण प्रशिक्षणों की अपेक्षा करती है जो जीवन के कठिन क्षणों में उसकी उपयोगिता को सिद्ध कर सके। उदाहरण के लिए आशा को किसी गंभीर अवस्था में रेफर करने से पूर्व प्राथमिक चिकित्सा उपलब्ध करा पाने में सक्षम होना।

सारांस – जिस कल्पना के साथ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को लाया गया है कि वह समुदाय से निकलकर समुदाय के प्रति कार्य करने में अपनी महती भूमिका निभा सके। किन्तु ऐसा नहीं हो रहा है। उसे व्यवस्था के द्वारा ऐसा बना दिया गया है कि वह सिर्फ स्वास्थ्य कार्यक्रमों तक ही अपने आप को देख रही है। समुदाय के लिए अपनी निरन्तर सेवा नहीं दे पा रही है। आशाओं में कार्य करने की इच्छा शक्ति प्रबल है किन्तु सामाजिक परम्पराओं एवं रूढ़िवादिता के चलते अभी भी वह अपने लक्ष्य तक पहुँचने में कारगर साबित नहीं हो पा रही है। जिस परिपेक्ष्य में आशा का चयन गांव आधारित समुदाय के द्वारा ग्राम सभा से होना चाहिए वो एक कल्पना मात्र कागज की खानापूर्ति बनकर रह गई है। साथ ही प्रशिक्षण के माध्यम से उनकी क्षमता का जितना विकास होना चाहिए वो भी अभी स्पष्ट रूप से उनके कार्यों को नहीं दर्शा रहा है। जहाँ तक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता और समुदाय के संबंधों की बात है, उसमें अभी समुदाय और आशा दोनों के बीच आपसी समझ नहीं बन पाई है क्योंकि चयन प्रक्रिया से लेकर अभी तक सिर्फ व्यवस्था ही आशा और समुदाय के बीच एक पहचान बनकर रह गई।

सामुदायिक प्रक्रिया पर लेख (2)

- **सामुदायिक प्रक्रिया** – यह एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें लम्बा समय लगता है और संसाधन समुदाय से प्राप्त हो जाते हैं। इसलिए धन की बहुत ज्यादा आवश्यकता नहीं होती। इस प्रक्रिया द्वारा लोगों से मिलना और उनकी समस्याओं के संबंध में बातें करना प्रमुखता से शामिल है। जब समुदाय एकत्रित होता है तभी इसमें सफलता मिलती है।

समुदाय तुरन्त प्रभावित होने वाली समस्या को ही देखता है क्योंकि वह उससे प्रभावित हो रहा है किन्तु दूरगामी परिणाम के बारे में सोच नहीं रखता। ऐसी समस्या जिनका दुष्परिणाम आने वाले समय में बहुत ज्यादा पड़ता है उसके बारे में उन्हें बताना बहुत आवश्यक है तभी लोग उसको महत्व देते हैं। जिन समस्याओं के हल में समुदाय की पूरी भागीदारी रही है वह समस्या हल भी हुई है और लोग उससे निजात भी पाये हैं तथा आने वाले समय में उसका प्रभाव भी कम हुआ है। सामुदायिक प्रक्रिया में लोगों को जागृत करने के साथ-साथ उनसे समय-समय पर मिलना अति आवश्यक है।

सामुदायिक प्रक्रिया में लोगों को जोड़ने में काफी कठिनाईयों आती हैं क्योंकि लोग यह समझते हैं कि इनके पास जाकर हमें क्या मिलेगा। जब उन्हें किसी एक जगह में आने को कहा जाता है तो लोग आते तो हैं किन्तु जब उनसे जुड़ी बातें नहीं होतीं या उनके लाभ से संबंधित चर्चा नहीं होती या समुदाय उन पर चर्चा करता है और हम उनके उस समस्या पर जिससे वह प्रभावित है लाभ नहीं दिला पाते तो उनमें विश्वास की कमी होती है किन्तु जब हम धीरे-धीरे उनके साथ बैठने लगते हैं और उनसे चर्चा करने लगते हैं तो उनका जुड़ाव होने लगता है और फिर लोग महत्व देने लगते हैं।

इस तरह की प्रक्रिया में हमें सबसे पहले हासिये वाले व्यक्ति से मिलना एवं उसे जोड़ना अति आवश्यक है। क्योंकि जब हम गांव के किसी बड़े (सम्पन्न) व्यक्ति से बात करते हैं और लोग उस जगह पर आते हैं तो समस्या से प्रभावित व्यक्ति अपनी बातों को खुलकर नहीं कह पाता और सम्पन्न व्यक्ति अपने से जुड़ी बातों को रखता है जिस पर सभी लोग उपरी तौर पर अपनी आम सहमति देते हैं किन्तु जब यही चर्चा उन प्रभावितों के बीच बैठक करके की जाती है तो उसका नजरिया लोगों के बीच अलग होता है और लोग उसे गंभीरता से समझते हैं तथा उनका जुड़ाव भी होता है।

रिसर्च स्टेटमेंट

- **प्रस्तावना** – सीधी जिले का कुसमी विकास खण्ड आदिवासी बाहुल्य एवं पिछड़ा हुआ क्षेत्र है। कुसमी विकास खण्ड में 139 गांव हैं, जिनमें से राजस्व ग्राम 132 एवं बीरान ग्राम 7 है। कुल 42 ग्राम पंचायतें हैं। कुसमी विकास खण्ड के 29 गांव संजय नेशनल पार्क में एवं 18 गांव संजय दुबरी अभयारण्य में आते हैं। अनुसंधान के लिए चयनित 10 गांव संजय दुबरी अभयारण्य के अन्दर स्थित हैं। जहाँ पर आने-जाने के लिए कोई साधन नहीं है। रास्ता बहुत कठिन है और जंगलों से गुजरते हुये केवल अपने निजी वाहनों द्वारा ही गांव तक पहुँचा जा सकता है। इन कठिन परिस्थितियों के कारण इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य व्यवस्था ठीक नहीं है जिसके कारण झोला छाप पर लोगों को दवाईयों के लिए पूरी तरह से आश्रित रहना पड़ता है। जिनके द्वारा मरीजों मलेरिया की पूरी खुराक, सलाह और सही उपचार नहीं मिल पाता। यहाँ से ब्लॉक मुख्यालय कुसमी की दूरी 80 कि.मी. है। जहाँ आने-जाने में लोगों को 3 दिन का सफर तय करना पड़ता है। नजदीकी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझौली है, जिसकी दूरी 25 कि.मी. है। बीमारी के समय लोग मरीज को चारपाई में खटोला बनाकर लादकर बड़ी मुश्किलों के साथ अस्पताल पहुँचाते हैं। क्षेत्र में पी. फॉल्सीफेरम के मरीज ज्यादा है। आशा को मलेरिया जांच के लिए स्लाइड और प्रशिक्षण उपलब्ध कराया गया किन्तु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र कुसमी के लैब में अभी भी 3000 स्लाइडों की जांच नहीं की गई है। गांव में मलेरिया नियंत्रण के लिए सिन्थेटिक पैराथाइड दवा का छिड़काव एवं 14547 मच्छरदानियों का वितरण 81 मलेरिया ग्रसित गांवों में किया गया है। सम्पूर्ण सीधी जिला मलेरिया से प्रभावित जोन है। सीधी जिले के सेमरिया, कुसमी एवं सीधी शहर में E.M.C.P (Enhanced Malaria Control Programme) चल रहा है। सीधी जिले में स्वास्थ्य विभाग द्वारा जनवरी से अप्रैल 2010 तक कुल 27 हजार मलेरिया की स्लाइड बनाई गई जिसमें से केवल 280 केष मलेरिया से प्रभावित होना पाए गए हैं (स्रोत – दैनिक भास्कर 20 मई 2010)।
- **शीर्षक** – मलेरिया नियंत्रण हेतु किये जा रहे हस्तक्षेप और उसके परिणाम।
- **लक्ष्य** – कुसमी विकास खण्ड के 10 गांवों में मलेरिया के कारणों का अध्ययन करना।

● **उद्देश्य –**

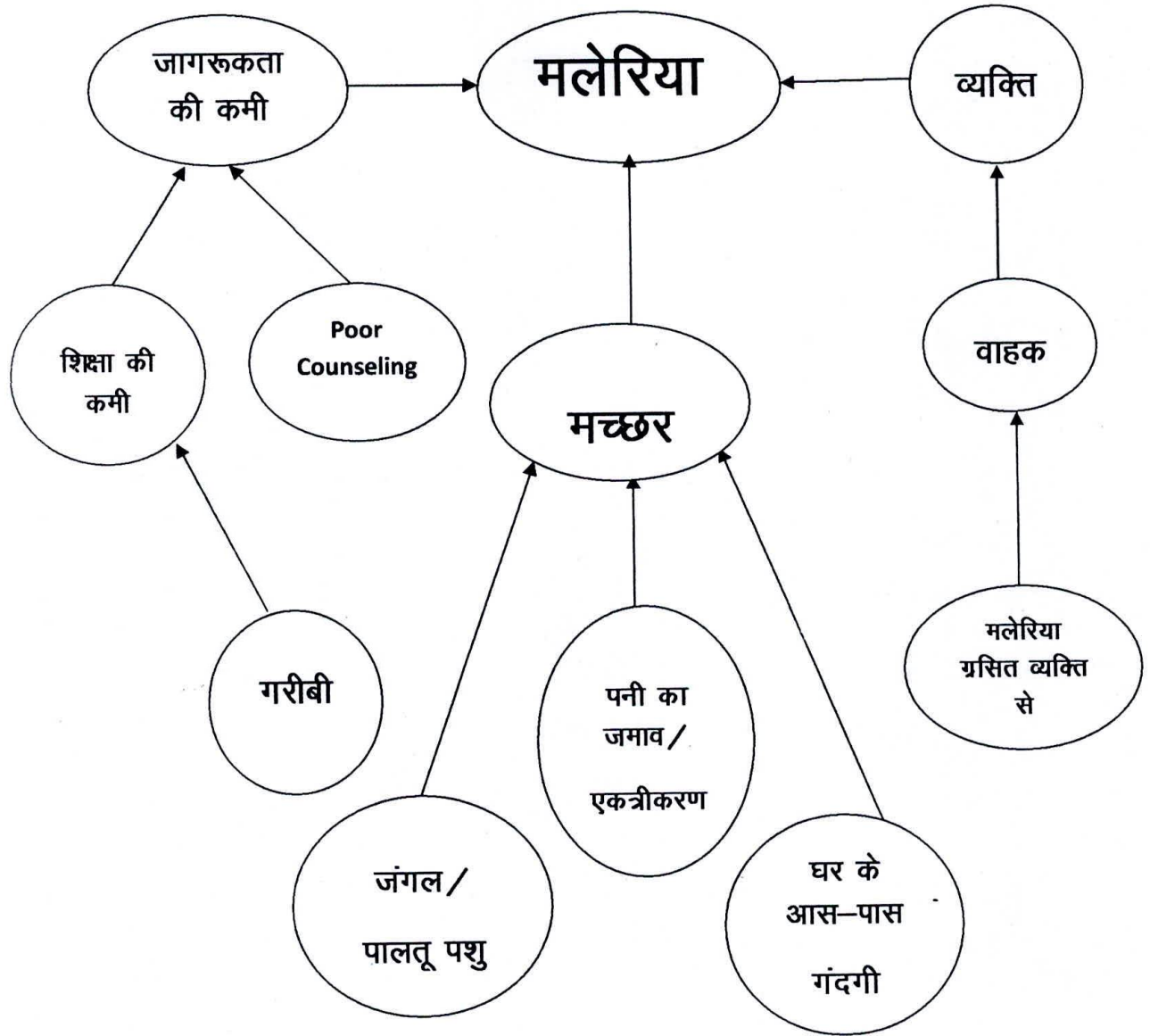
- प्रभावित होने वाले ब्यक्तियों की पहचान करना।
- समस्या से प्रभावित लोगों में मलेरिया के कारणों का अध्ययन करना।
- मलेरिया फैलाने वाले कारकों को ढूँडना।
- मच्छर किन-किन स्थानों में ज्यादा पैदा हो रहे हैं उन स्थानों का अध्ययन करना।
- कीटनाशक दवा के छिड़काव का अध्ययन करना।
- समुदाय के बीच मच्छरदानी की उपलब्धता एवं उसके उपयोग के बारे में जानना।
- स्वास्थ्य विभाग एवं सामुदायिक कार्यकर्ता द्वारा बनाई गई ब्लड स्लाइड की जानकारी लेना।
- मच्छर और मलेरिया से बचाव हेतु स्थानीय स्तर पर लोगों द्वारा किये जा रहे उपायों का अध्ययन करना।
- हैण्डपम्पों एवं कुओं के आस-पास की स्थितियों का अध्ययन।
- मलेरिया के कारणों को जानना एवं डाटा एकत्रित करना।

● **पद्धति – Cross Sectional Study** करना।

Problem Identification

- **समस्या जानने के लिए अपनाई गई प्रक्रिया** – समस्या को चिन्हित करने के लिए गांव में सामूहिक रूप से पी.आर.ए. पद्धति अपनाई गई।
- **समस्या की पहचान** –
 - सड़क
 - बिजली
 - पानी
 - सार्वजनिक वितरण प्रणाली
 - जंगल विभाग
 - मलेरिया
 - शिक्षा
 - कुपोषण

- प्रमुख समस्या – मलेरिया
- समस्या को प्रभावित करने वाले प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष कारक :-



- समस्या विश्लेषण –

- समस्या क्यों है – हैण्ड पम्प और कुओं के पास पानी का इकट्ठा होना, मवेसियों को पानी पिलाने हेतु बनाये गये पात्र, सघन जंगली क्षेत्र, जल संग्रहीत संरचनाओं में जल भण्डारण के कारण मच्छरों का गांव में अधिक पैदा होना। लोगों को बचाव के तरीकों की जानकारी न होना तथा इसके नियंत्रण हेतु समय पर आवश्यक सुविधाएँ और दवाईयों न मिल पाना।

- **समस्या किसके लिए है** – कुसमी विकास खण्ड का आदिवासी बाहुल्य क्षेत्र के 10 गांव में रहने वाले 80 प्रतिशत आदिवासी एवं पिछड़े वर्ग के लोगों की है।
- **समस्या कितनी गंभीर है** – गांव के 80 प्रतिशत लोग गंभीर रूप से प्रभावित हैं। इस समस्या से वर्ष 2010 में ग्राम चिनगवाह में 2 लोगों की (श्रीमती सुमेरिया बैगा एवं श्री जीतेन्द्र बैगा) मौत कुसमी विकास खण्ड के ग्राम लुरघुटी में 9 लोगों की मौत हुई तथा वर्ष 2009 में ग्राम पिपराही एवं करवाही में 22 लोगों की मौत टाइम्स ऑफ इण्डिया के अनुसार कुपोषण से होना बताई गई किन्तु जिला कलेक्टर ने इन मौतों को मलेरिया से होना स्वीकार किया था।
- **समस्या का फैलाव कितना है** – यह समस्या कुसमी विकास खण्ड के 132 गांव में प्रभावी रूप से असर डाल रही है।
- **समस्या से क्या प्रभाव (असर) हो रहा है** – एक ब्यक्ति से दूसरे ब्यक्ति में बीमारी का प्रकोप हो रहा है। प्रभावित लोग झोला छाप से दवाईयों के लिए सेठ-साहूकारों के कर्ज में डूबते जा रहे हैं, मजदूरी से कमाया गया धन इलाज के लिए कर्ज पटाने में चला जाता है। इसके अलावा कर्ज पटाने के लिए लोग अपने पालतू पशुओं को बेच देते हैं और कुछ लोग घर की अमूल्य वस्तु गिरवी के रूप में रख देते हैं। जिससे बच्चों की परवरिश और उनकी शिक्षा पूरी तरह से प्रभावित हो जाती है और बच्चे स्कूल जाने की बजाय घरेलू काम में जुट जाते हैं।
- **समस्या से कौन प्रभावित हो रहे हैं** – 10 से 45 वर्ष के आयु समूह के महिला एवं पुरुषों में जिनके पास रहने, खाने और कपड़ों की कमी है, जो मवेशियों को अपने साथ अपने घर में रखते हैं और दूसरों के मवेशी झुण्ड में लेकर जंगलों में चराते हैं। जिनके घर के आस-पास गंदगी का वातावरण है।
- **समस्या की प्राथमिकता/अत्यावश्यकता क्यों हैं** – समस्या व्यापक रूप से विद्यमान है। समस्या का असर सीधे तौर पर आजीविका और खाद्य आत्मनिर्भरता पर पड रहा है जिसके कारण लोग कृषि कार्य नहीं कर पाते और वर्ष भर सिर्फ मजदूरी पर ही आश्रित रह जाते हैं। 30 प्रतिशत परिवार ऐसे हैं जिनके घरों में पूरे सदस्य प्रभावित हो जाता है और एक-दूसरे की सेवा करने वाला भी नहीं बचता।
- **राजनैतिक और सामाजिक मान्यता** – समस्या से संबंधित क्षेत्र में राजनैतिक और सामाजिक मान्यताएँ हैं। सभी इस समस्या से निपटने के लिए सहयोग करना चाहते हैं।

- समस्या को हल करना क्यों जरूरी है – शारीरिक, मानसिक, आर्थिक एवं पारिवारिक/सामाजिक स्थिति को मजबूत करने के लिए तथा शैक्षणिक विकास के लिए।
- कितनी नैतिकता है – समस्या के संबंध में किया जा रहा अनुसंधान पूरी तरह से नैतिक है, जिससे किसी भी व्यक्ति के मर्यादा का कोई नुकसान नहीं होगा।
- समस्या कितनी ब्यावहारिक है – संसाधनों की उपलब्धता है जैसे :- मानव/भौतिक, समय धन
- समस्या को हल करने में कितना समय लगेगा –
- किन-किन संसाधनों की आवश्यकता होगी – दवा, आरडी किट, मच्छरदानी, गप्पी / गम्बुसिया मछली।
- संसाधनों की पूर्ति कैसे होगी – स्वास्थ्य विभाग के साथ समन्वय और सहयोग से।
- समस्या से भविष्य में क्या बदलाव आएगा – जन जागरुकता आएगी, जिससे लोग अपना बचाव कर सकेंगे। मलेरिया का प्रभाव कम होगा और आर्थिक स्थिति मजबूत होगी।
- समस्या से संबंधित किये गये कार्य –

रक्त पट्टी बनाने का मासिक लक्ष्य एवं उपलब्धि ⁴⁰ –

(टेबल-35)

रक्त पट्टी बनाने का मासिक लक्ष्य	रक्त पट्टी बनाई गई	प्रतिशत उपलब्धि	प्रोग्रेसिव रक्त पट्टी बनाने का लक्ष्य	प्रोग्रेसिव रक्त पट्टी जो बनाई गई,	प्रतिशत उपलब्धि
22513	16568	74%	191361	129723	68%

⁴⁰ जिला मलेरिया विभाग, सितम्बर 2010

एफ.टी.डी. (मलेरिया टीटमेन्ट डिपों) की जानकारी

(टेवल-36)

जिले का नाम	कुल ग्रामों की संख्या	स्थापित एफ.टी.डी. संख्या		क्रियाशील एफ.टी.डी. संख्या	शेष ग्राम जिनमें एफ.टी.डी. की स्थापना की जानी है	माह में स्थापित एफ.टी.डी. संख्या	प्रोग्रेसिव एफ.टी.डी. संख्या
		आषा द्वारा संचालित	अन्य द्वारा संचालित				
सीधी	1822	1450	372	600	—	—	1822

लार्वाभक्षी मछली स्थाई/अस्थायी जल स्रोतों में डालने की जानकारी

(टेवल-37)

कुल ग्रामों की संख्या	ग्राम की संख्या जिनके जल स्रोतों में मछली डाली गई	मछली की संख्या जो डाली गई	कुल जल स्रोतों की संख्या		कुल जल स्रोतों की संख्या जिनमें मछली डाली गई	
			स्थायी	अस्थायी	स्थायी	अस्थायी
1822	—	—	240	1200	—	—

समस्या एवं विश्लेषण
(टेवल-38)

क.	समस्या	विश्लेषण
1	सड़क की समस्या	अभयारण्य क्षेत्र होने के कारण गांव में सड़क नहीं बन रही है। कच्चा एवं जंगली रास्ता होने के कारण लोगों को शहर के लिए जाने पर काफी दिक्कतें आती हैं और समय बहुत ज्यादा लगता है।
2	बिजली की समस्या	गांव में बिद्युत व्यवस्था है किन्तु सभी मुहल्लों में विद्युतीकरण न हो पाने के कारण रात अंधेरे में बीतती है। बरसात के दिनों में अत्यधिक कठिनाईयाँ आती हैं, क्योंकि मिट्टी के तेल के अभाव के कारण रात में कीड़े/मकोड़े सर्प आदि का डर बना रहता है। इसके अलावा जिन टोलों में बिद्युत है वहाँ बिजली की कटौती ज्यादा होने के कारण फसल पानी के अभाव में सूख जाती है जिस कारण उत्पादन भी बहुत कम मिलता है।
3	पानी की समस्या	गांव में पेय जल की समस्या नहीं है किन्तु विगत 4 वर्षों से वारिश कम होने के कारण जमीन अत्यधिक सूख गई है। गांव में पानी एकत्रीकरण के लिए जो संरचनाएँ बनाई गई है उनमें बरसात के समय का पानी एकत्र होता है किन्तु जमीन अत्यधिक सूखी होने के कारण यह संरचनाएँ जल्दी ही सूख जाती हैं। जिससे लोगों को सिंचाई हेतु पर्याप्त पानी नहीं मिल पा रहा है। सिंचाई न होने के कारण लोगों के सामने खाद्यान्न का संकट बना रहता है।
4	सार्वजनिक वितरण प्रणाली	गांव से 2 से 5 कि.मी दूर राशन की दूकान संचालित है किन्तु दूकान के नियमित न खुलने एवं निर्धारित मात्रा में अनाज, मिट्टी का तेल न मिलने के कारण बाजार से अनाज खरीदने पर आर्थिक बोझ बढ़ जाता है इसके अलावा कोटेदार द्वारा यह कहा जाता है कि खाद्यान्न कम मिलता है जिस कारण हम निर्धारित मात्रा में लोगों को खाद्यान्न नहीं बॉट सकते।

5	जंगल विभाग	गांव संजय दुबरी अभयारण्य के अन्दर स्थित होने के कारण लोगों का जंगल से आम निस्तार होता है जिस पर जंगल विभाग द्वारा पावंदी लगाई गई है। बंदोवस्त के कारण जिस जमीन पर लोग पहले खेती करते थे अब वह जंगल की जमीन में अधिगृहीत हो गई है। किन्तु उस जमीन के बदले विभाग द्वारा जमीन नहीं दी गई है। जबकि बंदोवस्त के पहले जिस जमीन पर लोग खेती करते थे उसकी रसीद भी लोगों के पास मौजूद है। इसके अलावा गांव में जंगली जानवरों द्वारा फसलों को भी बहुत ज्यादा मात्रा में नुकसान पहुँचाया जाता है।
6	स्वास्थ्य की समस्या	स्वास्थ्य के क्षेत्र में 8 गांव के मध्य में एक उप स्वास्थ्य केन्द्र संचालित है। जिसमें 1 ए.एन.एम. (महिला) पदस्थ है। गांव में लोगों को स्वास्थ्य की कोई सुविधा नहीं मिल पा रही है। बच्चों एवं माताओं का नियमित टीकाकरण नहीं होता और न ही गर्भवती महिलाओं की जांच होती है। टीकाकरण करने के लिए ए.एन.एम. एवं आशा माह में नियत दिन को न आकर बीच में कभी भी आ जाती हैं और टोलों मुहल्लों में घूमकर सिर्फ टीकाकरण का काम करती हैं। जिस कारण जिन्हें टीका लगना है वे काम पर या अन्य जगह चली जाती हैं और टीका से बंचित हो जाती हैं। केन्द्र नियमित नहीं खुलता और न ही दवाईयों उपलब्ध रहती हैं। क्षेत्र में सबसे ज्यादा मौसमी बीमारियों का कहर रहता है। गांव के अधिकांश लोग ठण्ड देकर आने वाली बुखार से प्रभावित रहते हैं। केन्द्र से दवा न मिल पाने के कारण लोग झोला छाप डाक्टर द्वारा अपना इलाज करवाते हैं और उन्हीं पर विष्वास रखते हैं। बीमारी के समय औसतन एक परिवार में 2000 से 3000 रुपये का कर्ज बन जाता है।
7	शिक्षा की समस्या	कार्यक्षेत्र के गांवों में 5वीं से 8वीं तक स्कूल संचालित है, 10 वीं कक्षा के लिए लोग गांव से दूर चिनगवाह औसतन 6 कि.मी. आते हैं। किन्तु सभी गांवों में शिक्षकों की कमी है तथा जो शिक्षक पदस्थ हैं वो माह में कभी-कभी आकर अपनी दैनिक उपस्थिति दर्ज करते हैं। शिक्षकों के नियमित शाला पर न रहने के कारण बच्चों की शिक्षा की गुणवत्ता प्रभावित हो रही है।

(संलग्न:-6)

“आर्टिकल”

शीर्षक :- मलेरिया से होने वाली मौतों के प्रति समुदाय में जागृति लाना।

प्रस्तावना :- मलेरिया सबसे घातक बीमारी है। इसके जीवाणुओं में आधुनिक दवाओं के प्रति प्रतिरोधक क्षमता बढ़ने के कारण मलेरिया और खतरनाक सावित होता जा रहा है। मलेरिया एक विश्व व्यापी समस्या है और दुनियाभर में हर वर्ष लगभग 300-500 मिलियन लोगों को मलेरिया होता है। भारत में हर वर्ष लगभग 30-40 लाख लोग मलेरिया के शिकार होते हैं। भारत में कुल रोगियों में से 1.6% रोगी मलेरिया से पीड़ित होते हैं [1]।

भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में आधुनिक दवाईयों/चिकित्सा सिर्फ एक तिहाई जनसंख्या को ही उपलब्ध है। पर्याप्त आधारभूत ढाँचे, चिकित्सकीय आपूर्ति, डाक्टरों व सहायक कर्मचारियों की कमी तथा चिकित्सा सुविधा की पहुँच आम ग्रामीण जनता से बहुत ही दूर स्थित होने के कारण जनता में असंतोष बना रहता है [2]।

भारत में मलेरिया की समस्या सदियों से बनी हुई है। इस समस्या को समाप्त करने के लिए अप्रैल 1953 में भारत सरकार ने राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (National Malaria Control Programme) (NMCP) प्रारंभ किया। यह कार्यक्रम बहुत अधिक सफल रहा। इसकी सफलता से प्रेरित होकर इस कार्यक्रम को बदलकर 1958 में राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम (National Malaria Epidemic Programme) (NMEP) के नाम से आरंभ किया गया।

1995 में अधिक जोखिम वाले क्षेत्रों में मलेरिया एक्शन कार्यक्रम प्रारंभ किया गया और 1999 में इसका नाम बदलकर राष्ट्रीय मलेरियारोधी कार्यक्रम (National Anti Malaria Programme) (NAMPA) रखा गया व इसमें मलेरिया नियंत्रण के व्यापक कदम उठाये गये। 1998 में सर्धित मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (Enhanced Malaria Control Programme) (EMCP) लागू किया गया। वर्ष 2004 में इसे रोगवाहक जीवाणुओं द्वारा उत्पन्न अन्य रोगों के नियंत्रण के कार्यक्रम के साथ मिला दिया गया और कार्यक्रम का नाम बदलकर राष्ट्रीय रोगवाहक जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (National Vector Borne Disease Control Programme) (NVBDPC) रखा गया [3]।

सीधी जिले का कुसमी विकास खण्ड भी इन्हीं समस्याओं से प्रभावित है। यह विकास खण्ड आदिवासी बाहुल्य एवं पांचवी अनुसूची वाला है। कुल 42 ग्राम पंचायतों में 139 गांव हैं जिसमें 132 ग्राम राजस्व एवं 7 गांव बीरान हैं। इनमें से 29 गांव संजय नेशनल पार्क में एवं 18 गांव संजय दुबरी अभयारण्य के अन्दर हैं। कुल क्षेत्रफल 1450 वर्ग कि.मी. है एवं जनसंख्या 85517 है [4]। यहाँ की कुल साक्षरता 43.94% है जिसमें पुरुष साक्षरता 57.76% एवं महिला साक्षरता 29.32% है और जनसंख्या घनत्व 49 प्रतिवर्ग किलोमीटर है [5] ।

सीधी जिले के सेमरिया सीधी एवं कुसमी में EMCP चल रहा है किन्तु अभी भी मलेरिया का फैलाव अत्यधिक है। इसका कारण यह है कि बरसात के समय में कुसमी के गांवों में मलेरिया फैलता है तो चारों तरफ नदी-नाले उफान में होने एवं रास्ता जंगली होने के कारण कट जाते हैं जिससे गांव में पहुँचना बहुत ही मुश्किल हो जाता है। जब व्यक्ति मलेरिया से प्रभावित होता है तो उस तक स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुँच नहीं हो पाती। मलेरिया का प्रभाव क्षेत्र में इतना व्यापक रहता है कि घर में एक दुसरे की सेवा करने वाला भी कोई नहीं रह जाता। गंभीर प्रभावित व्यक्ति को वहाँ के लोग चारपाई पर मरीज को विठाकर कंधे में लादकर 20-30 कि.मी. पैदल चलकर इलाज के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र मझौली लाते हैं। इनमें से कई लोगों की मौत हो जाती है। वर्ष 2010 में ग्राम चिनगवाह में 2 लोगों की मौत, ग्राम लुरघुटी में 9 लोगों की मौत एवं वर्ष 2009 में पिपराही एवं करवाही ग्राम में 22 लोगों की मौत हुई। क्षेत्र में सबसे अधिक लोग प्लाज्मोडियम फैल्सीपेरम से प्रभावित रहते हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को मलेरिया स्लाइड बनाने का प्रशिक्षण दिया गया है किन्तु बरसात के समय में रास्ता प्रभावित होने एवं एक-दुसरे से रक्त स्लाइड एकत्रीकरण की व्यवस्था न होने के कारण किसी भी आशा द्वारा स्लाइड नहीं बनाई जाती। इसके अलावा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की दूरी 80-100 कि.मी. होने के कारण आशा वहाँ तक समय-समय पर नहीं पहुँच पाती। वर्ष 2010 में कार्यक्षेत्र में मलेरिया इतना ज्यादा फैला था कि लोगों की भीड़ दवा करवाने के लिए झोला छाप डाक्टर के यहाँ प्रतिदिन लगी रहती थी। मलेरिया से ग्राम चिनगवाह में 2 व्यक्ति श्रीमती सेमरिया बैगा एवं श्री जीतेन्द्र बैगा की मौत हो गई। इसके बाद जब विभाग द्वारा स्वास्थ्य शिविर का आयोजन किया गया, जिसमें रैपिड डाग्नोसिस किट (RD Kit) द्वारा पीड़ितों की जांच की गई किन्तु एक भी व्यक्ति के रक्त में मलेरिया के जीवाणु नहीं पाये गये। इस संबंध में यह पता चला कि यहाँ बीमारी पहले से फैली थी। लोग दवाईयाँ पहले से ही ले चुके थे जिससे इसके पैरासाइट RD Kit में नहीं आ पाये।

मलेरिया नियंत्रण के लिए किये जाने वाले प्रयास –

- **सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा का सहयोग** – आशा को मलेरिया स्लाइड बनाने का प्रशिक्षण दिया गया है किन्तु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र दूर होने के कारण स्लाइड पहुँचाने की व्यवस्था नहीं हो पाती है। ऐसी स्थिति से निपटने के लिए आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को **Rapid Diagnostic Tests (RDTs) Kit** देकर प्रशिक्षण दिया जाए तो मलेरिया के व्यापकता को कम किया जा सकता है [6] ! साथ ही मलेरिया नियंत्रण के लिए तुरन्त जांच एवं तुरन्त उपचार (RDTs) Kit से मलेरिया के लक्षण दिखने पर क्लोरोक्वीन की दवा उपलब्ध रहने पर **Morbidity** और **Mortality** को कम किया जा सकता है [7] ।
- **जैविक तरीके से मच्छरों पर नियंत्रण** – मच्छरों की संख्या को बढ़ने से रोकने के लिए समुदाय से मच्छर पनपने वाले स्थानों को चिन्हित करवाना। चिन्हित स्थानों पर लार्वाभक्षी गप्पी एवं गम्बूसिया मछली विभाग से संपर्क करके डलवाना एवं मिट्टी का तेल तथा गाड़ी का जला हुआ तेल का छिड़काव पानी जमा हुये व एकत्र हुये स्थान पर करवाना तथा विभाग से मिली हुई कीट उपचारित मच्छरदानियों की जानकारी समुदाय को देना। इसके अलावा घरों से मच्छर को भगाने के लिए नीम की पत्ती का धुआ, गोबर के कण्डे का धुआ करने हेतु जानकारी देकर इसके फैलाव को कम किया जा सकता है [8] ।
- **स्कूली बच्चों और युवाओं में जागरूकता लाना** – स्कूली बच्चों और युवाओं में मलेरिया के प्रति जागरूकता लाने से इसके व्यापकता को कम किया जा सकता है। इसमें उन्हें नुक्कड़-नाटक एवं फिल्म दिखाना, कीट उपचारित मच्छरदानियों का प्रयोग एवं उसके फायदे, मच्छर फैलने वाले स्थानों की पहचान एवं मच्छर कम करने के उपाय, शरीर को ढंक कर रखने के लिए बन्द कपड़ों का उपयोग करने की जानकारी देकर मलेरिया के फैलाव को कम किया जा सकता है [9] ।
- **परम्परागत तरीके से मलेरिया का उपचार** – मलेरिया की दवा मंहगी होने के कारण इसकी खरीददारी ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों की पहुँच से दूर रहती है। साथ ही इन दवाओं से इसका दुष्प्रभाव भी मानव शरीर पर पड़ता है। इसके लिए स्थानीय स्तर पर बैद्य जो जड़ी – बूटियों से रोगों का इलाज करते आ रहे हैं उन्हें प्रोत्साहित करते हुये और अधिक सक्रिय बनाया जा सकता है। क्योंकि ये जड़ी-बूटियाँ लोगों की पहुँच में और आसान हैं एवं इनका कोई दुष्परिणाम उनके दैनिक जीवन पर नहीं पड़ता है [10] ।

- **गर्भवती महिलाओं में मलेरिया के फैलाव को कम करने के लिए प्रयास** – टीकाकरण के दौरान बूथ पर आने वाली गर्भवती महिलाओं और किशोरियों को मलेरिया से बचाव हेतु कीट उपचारित मच्छरदानियों के प्रभाव की जानकारी देना और उसका वितरण करवाना [11] ।
- **निष्कर्ष** – क्षेत्र में मलेरिया से होने वाली मौत और उसके फैलाव पर नियंत्रण पाने के लिए आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को आरडीकिट एवं क्लोरोक्वीन की दवा उपलब्ध कराना तथा उन्हें प्रशिक्षण देना। साथ ही युवाओं एवं स्कूली बच्चों में मलेरिया के प्रति नुक्कड़-नाटक एवं फिल्म के माध्यम से जन जागरूकता लाना। टीकाकरण दिवस के दिन गर्भवती महिलाओं एवं किशोरियों को कीट उपचारित मच्छर दानियों को प्रयोग बताना। समुदाय के साथ मच्छर पनपने वाले स्थानों को चिन्हित करना और उसके लिए आवश्यक कदम उठाना। जैविक तरीके से लार्वा भक्षी गप्पी एवं गम्बूसिया मछली से मच्छरों की संख्या को कम करना। परम्परागत तरीके से जड़ी-बूटियों की व्यापकता को बढ़ाना और उनका संरक्षण करवाना। साथ ही सामुदायिक प्रयास एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को मिलने वाली सालाना अनटाइड फण्ड की राशि 10 हजार की वार्षिक स्वास्थ्य कार्ययोजना तैयार करवाना एवं इस राशि का उपयोग बीमारी फैलाने वाले आवश्यक पहलुओं पर किया जाना।

References :-

1. PHRN Book – मलेरिया नियंत्रण के मूल सिद्धांत अध्याय-2
2. PM Unnikrishnan, K. Deepak and B.N. Prakash
3. Malaria Journal – Fighting Malaria in Madhya Pradesh (Central India) : Are we loosing the battle – Dr. Neeru singh, Aditya P.Dash and Kongthong Thimasaran
4. Distt. Malaria Department Sidhi.
5. Census 2001
6. Assessing the quality of service of village malaria workers to strengthen community-based malaria control in Cambodia. (Junko Yasuoka* Krishna C Poudel, Kalpana Poudel-Tandukar, Chea Nguon³, Po Ly, Duong Socheat and Masamine Jimba)
7. Impact of community-based presumptive chloroquine treatment of fever cases on malaria morbidity and mortality in a tribal area in Orissa State, India. (Lalit K Das ,Purushothaman Jambulingam and Candasamy Sadanandane)
8. Microbial Larvicide Application by a Large-Scale, Community-Based Program Reduces Malaria Infection Prevalence in Urban Dar Es Salaam, Tanzania
9. School-based participatory health education for malaria control in Ghana: engaging children as health messengers (Irene Ayi¹, Daisuke Nonaka^{2,3}, Josiah K Adjovu⁴, Shigeki Hanafusa⁵, Masamine Jimba², Kwabena M Bosompem¹, Tetsuya Mizoue³, Tsutomu Takeuchi⁶, Daniel A Boakye¹ and Jun Kobayashi⁵)
10. Traditional Phytotherapy used in the Treatment of Malaria by Rural People of Bhopal, District of Madhya Pradesh, India (Dwivedi A., Patel R., Jhade D., Sachan R. and Argal A)
11. Deleverly of An Effective Maternal and Child Health Services in Nigeria.
(Prof. O.A. LADIPO FRCOG, OON)

(संलग्न:-7)

एल.एफ.ए. (वाटरशेड)

Narrative Summary	Objectively Variable Indicators	Means of Verification	Assumption
<p>Goal –</p> <p>1. सीधी जिले के कुसमी विकास खण्ड के ग्राम खरबर में 500 हेक्टेयर भूमि पर अप्रैल 2011 से मार्च 2016 तक जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन द्वारा 430 परिवारों के लिए आजीविका के स्थाई साधन विकसित करना।</p>	<p>500 हेक्टेयर भूमि का उपचार हुआ 35: सिंचित रकवे में वृद्धि हुई। 5 क्विंटल प्रति हेक्टेयर फसल उत्पादकता में वृद्धि हुई। 1.50 मीटर भूजल स्तर बढ़ा। 25 हेक्टेयर मीटर पानी उपलब्ध हुआ 4: भूमि पर चारे की उपलब्धता हुई। 2 लीटर प्रति पशु दुग्ध उत्पादन बढ़ा 90: पलायन रूका। 52 हजार मानव दिवस रोजगार की उपलब्धता हुई। 6: भूमि पर वृक्षारोपण हुआ। 430 परिवारों की आय में वृद्धि हुई।</p>	<p>रिकार्ड पटवारी रिपोर्ट कूप सर्वेक्षण रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर जल बजट निरख परख संसाधन मैप</p>	<p>यदि समय-समय पर राशि मिल जाती है तो</p>
<p>Out Come –</p> <p>1.1. 70 प्रतिशत समुदाय में जल ग्रहण पर वातावरण का निर्माण करना।</p>	<p>70 प्रतिशत लोगों में वातावरण का निर्माण हुआ।</p>	<p>रिपोर्ट रजिस्टर अवलोकन साक्षात्कार समूह चर्चा</p>	<p>यदि राजनैतिक दबाव न हुआ तो</p>
<p>Out Put – 1.1.1- 20 बैठकों से 200 महिला पुरुषों को जल ग्रहण विषय में जानकारी हुई।</p> <p>1.1.2. 10 नुक्कड़ नाटक एवं 5 फिल्म प्रदर्शन से 400 महिला पुरुषों को जल ग्रहण के कार्यों की जानकारी हुई।</p> <p>1.1.3. 2 जल सम्मेलन एवं रैली से 500 महिला पुरुषों में जल ग्रहण के कार्यों के प्रति वातावरण बना।</p> <p>1.1.4. 4 एक्सपोजर विजिट से 120 महिला पुरुषों में जल ग्रहण के कार्यों के प्रति जागरूकता आई।</p>	<p>1220 महिला पुरुषों में जल ग्रहण विषय पर वातावरण का निर्माण हुआ एवं उन्हें इसकी जानकारी हुई।</p>	<p>रिपोर्ट रजिस्टर अवलोकन साक्षात्कार समूह चर्चा</p>	<p>यदि राजनैतिक दबाव न हुआ तो</p>
<p>Activity –</p> <p>1.1.1.1 समुदाय के साथ बैठक।</p> <p>1.1.2.1 नुक्कड़ नाटक एवं फिल्म प्रदर्शन</p> <p>1.1.3.1 रैली एवं जल सम्मेलन</p> <p>1.1.4.1 एक्सपोजर विजिट</p>	<p>बीस बैठकें हुई। 10 नुक्कड़ नाटक, 5 फिल्म प्रदर्शन हुये दो रैली एवं जल सम्मेलन हुये। चार एक्सपोजर विजिट हुई।</p>	<p>बैठक एवं रिपोर्ट रजिस्टर</p>	

<p>Out Come – 1.2 मिट्टी पानी के संरक्षण व संवर्धन तथा आजीविका को मजबूत बनाने के लिए 17 प्रशिक्षणों का आयोजन करना।</p>	<p>17 प्रशिक्षण हुये।</p>	<p>प्रशिक्षण एवं रिपोर्ट रजिस्टर</p>	
<p>Out Put – 1.2.1 जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन नियोजन एवं कार्यों के विषय पर 2 प्रशिक्षण से 60 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये। 1.2.2. स्व सहायता समूह के 3 प्रशिक्षण से 60 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये। 1.2.3 आय मूलक गतिविधियों (मछली पालन, मुर्गीपालन, अगरबत्ती बनाना, सब्जी उत्पादन) के 4 प्रशिक्षण से 160 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये। 1.2.4 2 कृषि प्रशिक्षण (नकदी ली जाने वाली फसलों) से 60 किसान प्रशिक्षित हुये। 1.2.5 उपयोगकर्ता दलों के 4 प्रशिक्षण से 280 हितग्राही प्रशिक्षित हुये। 1.2.6 जल ग्रहण समिति के 2 क्षमता वर्धन प्रशिक्षण से 30 सदस्य प्रशिक्षित हुये।</p>	<p>17 प्रशिक्षणों से 650 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये।</p>	<p>प्रशिक्षण एवं रिपोर्ट रजिस्टर</p>	
<p>Activity – 1.2.1.1 जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन नियोजन एवं कार्यों पर प्रशिक्षण। 1.2.2.1 स्व सहायता समूहों का प्रशिक्षण। 1.2.3.1 आय मूलक गतिविधियों का प्रशिक्षण। 1.2.4.1 कृषि प्रशिक्षण। 1.2.5.1 उपयोगकर्ता दलों का प्रशिक्षण। 1.2.6.1 जल ग्रहण समिति के सदस्यों का क्षमता वर्धन प्रशिक्षण।</p>	<p>दो प्रशिक्षण हुये। तीन प्रशिक्षण हुये। चार प्रशिक्षण हुये। दो प्रशिक्षण हुये। चार प्रशिक्षण हुये। दो प्रशिक्षण हुये।</p>	<p>प्रशिक्षण एवं रिपोर्ट रजिस्टर। साक्षात्कार अवलोकन प्रश्नावली</p>	

<p>Out Come – 1.3 35 प्रतिशत सिंचाई एवं आम निस्तार हेतु जल संग्रहीत संरचनाओं का निर्माण करना।</p>	<p>35: सिंचाई का क्षेत्र बढ़ा। 5 क्विंटल प्रति हेक्टेयर फसल उत्पादकता में वृद्धि हुई। 1.50 मीटर भूजल स्तर बढ़ा। 25 हेक्टेयर मीटर पानी उपलब्ध हुआ</p>	<p>रिकार्ड पटवारी रिपोर्ट कूप सर्वेक्षण रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर जल बजट</p>	
<p>Out Put – 1.3.1 30 जल संग्रहीत संरचनाओं से 120 हेक्टेयर भूमि सिंचित हुई। आम निस्तार एवं कृषि कार्य हेतु 300 परिवारों को पानी उपलब्ध हुआ।</p>	<p>120 हेक्टेयर भूमि की सिंचाई हुई। 300 परिवार को पानी उपलब्ध हुआ। 5 क्विंटल प्रति हेक्टेयर फसल उत्पादकता में वृद्धि हुई। 1.50 मीटर भूजल स्तर बढ़ा। 25 हेक्टेयर मीटर पानी उपलब्ध हुआ।</p>	<p>रिकार्ड पटवारी रिपोर्ट जल बजट कूप सर्वेक्षण रजिस्टर</p>	
<p>Activity – 1.3.1.1 तालाब निर्माण 10 नग 1.3.1.2 मैसोनरी चेक डैम 2 नग 1.3.1.3 स्टॉप डैम निर्माण 3 नग 1.3.1.4 मिट्टी नाला बंधान 5 नग 1.3.1.5 फार्म पॉण्ड 5 नग 1.3.1.6 कूप निर्माण 5 नग</p>	<p>दस तालाबों का निर्माण हुआ। दो मैसोनरी चेक डैम बने। तीन स्टॉप डैम का निर्माण हुआ। पाँच मिट्टी नाला बंधान निर्मित हुये। पाँच फार्म पॉण्ड बने। पाँच कूपों का निर्माण हुआ।</p>	<p>संसाधन मैप भौतिक प्रगति रिपोर्ट पटवारी रिपोर्ट उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	
<p>Out Come – 1.4 सतही जल प्रवाह को कम करने एवं 15 प्रतिशत भूमि क्षरण को रोकने के लिए संरचनाएँ निर्मित करना।</p>	<p>सतही जल का प्रवाह कम हुआ। 15 प्रतिशत भूमि का क्षरण कम हुआ।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	
<p>Out Put – 1.4.1 सतही जल प्रवाह कम हुआ एवं भूमि क्षरण रूका जिससे 180 परिवार लाभान्वित हुये।</p>	<p>70 हेक्टेयर कृषि भूमि के रकवे में बढ़ोत्तरी हुई। 20 हेक्टेयर पड़त भूमि का रकवा घटा। 7 क्विंटल प्रति हेक्टेयर कृषि उत्पादकता में वृद्धि हुई। 180 परिवार की आजीविका सुदृढ़ हुई।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	
<p>Activity – 1.4.1.1 कंटूर बंडिंग 50 हेक्टेयर 1.4.1.2 गली प्लग 80 नग 1.4.1.3 कंटूर टेन्च 40 हेक्टेयर 1.4.1.4 सी.पी.डब्ल्यू. 2000 र.मीटर 1.4.1.5 सी.पी.टी. 5000 र.मीटर</p>	<p>50 हेक्टेयर भूमि में कंटूर बंडिंग हुई। 80 गली प्लग बने। 40 हेक्टेयर भूमि पर कंटूर टेन्च बने। 2000र.मी. सी.पी.डब्ल्यू. का निर्माण हुआ 5000 र.मी. सी.पी.टी. का निर्माण हुआ।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	

<p>Out Come – 1.5 6प्रतिशत भूमि पर पर्यावरण विकास, जलावन एवं आय के साधन बढ़ाने हेतु बृक्षारोपण करना।</p>	<p>6 प्रतिशत भूमि पर बृक्षारोपण हुआ। 40 विघंटल प्रतिवर्ष जलाऊ लकड़ी की उपलब्धता हुई। 15 प्रतिशत परिवार की आय में बढ़ोत्तरी हुई।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट,समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार</p>	
<p>Out Put – 1.5.1 30 हेक्टेयर भूमि पर बृक्षारोपण कार्य से पर्यावरण का विकास हुआ, जिससे 120 परिवार लाभान्वित हुये एवं उनकी आय में बृद्धि हुई।</p>	<p>30 हेक्टेयर भूमि पर बृक्षारोपण कार्य हुआ। 120 परिवारों की आय बढ़ी।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार समूह चर्चा</p>	
<p>Activity – 1.5.1.1 उद्यानिकी पौध रोपण आम – 1000 पौध आंवला – 3000 पौध नीबू – 2000 पौध कटहल – 2000 पौध अमरुद – 2000 पौध 1.5.1.2 वानिकी पौध रोपण नीम – 4000 पौध शीषम – 2000 पौध बॉस – 4000 पौध सागौन – 2000 पौध बबूल – 3000 पौध</p>	<p>10 हजार उद्यानिकी प्रजाति के पौधे रोपित हुये। 13 हजार वानिकी प्रजाति के पौधे रोपित हुये।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार समूह चर्चा अवलोकन</p>	
<p>Out Come – 1.6. 4 प्रतिशत भूमि पर पशुओं के लिए चारागाह का विकास करना।</p>	<p>4 प्रतिशत भूमि में चारागाह का विकास हुआ। दो लीटर प्रति पशु दुग्ध उत्पादन बढ़ा। 8 प्रतिशत परिवारों की आय में बृद्धि हुई।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार अवलोकन</p>	
<p>Out Put – 1.6.1 20 हेक्टेयर भूमि पर चारागाह विकास से 70 परिवार लाभान्वित हुये एवं 450 पशुओं के लिए चारा उपलब्ध हुआ।</p>	<p>20 हेक्टेयर भूमि पर चारागाह का विकास हुआ। 70 परिवार दुग्ध उत्पादन से जुड़े। 450 पशुओं को चारा उपलब्ध हुआ।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार अवलोकन</p>	

Activity – 1.6.1.1 दीनानाथ एवं सूडान घास का रोपण।	दीनानाथ एवं सूडान घास का रोपण हुआ। ^प	पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार अवलोकन	
Out Come – 1.7. 4 आयमूलक गतिविधियों से 22 समूहों को जोड़ना।	22 समूह आयमूलक गतिविधि से जुड़े। 220 परिवार की आर्थिक स्थिति सुदृढ़ हुई।	समूह रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर साक्षात्कार, अवलोकन	
Out put – 1.7.1 15 समूह अगरवत्ती बनाने लगे। 1.7.2 2 समूह मछली पालन करने लगे। 1.7.3 2 समूह मुर्गीपालन करने लगे। 1.7.4 3 समूह सब्जी उत्पादन करने लगे।	150 परिवारों की आमदनी बढ़ी। 20 परिवारों की आय में बृद्धि हुई। 20 परिवारों की आय में बृद्धि हुई। 30 परिवारों की आमदनी बढ़ी।	समूह रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर साक्षात्कार, अवलोकन	
Activity – 1.7.1.1 अगरवत्ती बनाना 1.7.2.1 मछली पालन 1.7.3.1 मुर्गी पालन 1.7.4.1 सब्जी उत्पादन	अगरवत्ती बनी। मछली पालन हुआ। मुर्गीपालन हुआ। सब्जी का उत्पादन हुआ।	समूह रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर साक्षात्कार, अवलोकन	
Impact – सीधी जिले के कुसमी विकास खण्ड के ग्राम खरबर में 500 हेक्टेयर भूमि पर अप्रैल 2011 से मार्च 2016 तक जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन द्वारा 430 परिवारों के लिए आजीविका का स्थाई साधन विकसित हुआ।	---	---	---