CHFP-2009.9/FR122

Community Health Fellowship Programme

Nov 2009 – Oct 2011

Health Steps Towards Health
A Detailed Report

By

Nidhi Shukla

Field Organization

Madhya Pradesh Science Assembly

Chhindwara (MP)

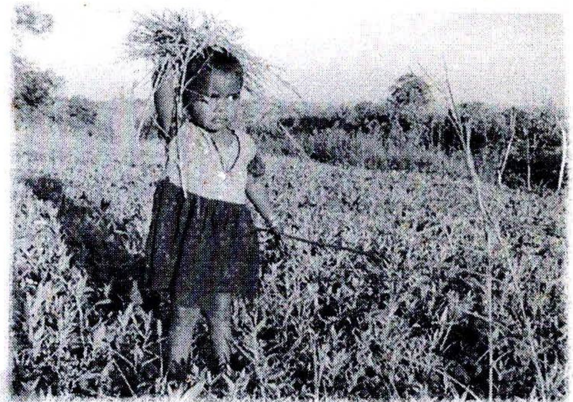
CPHE Centre Public Health Acuity, E-8/74, Basant Kunj

Area Colony, Bhopal 39 M.P

CHFP-2009-7/FR122

Community Health Fellowship Programme

सामुदायिक स्वास्थ्य फैलोशिप कार्यक्रम



Health steps towards Health

"स्वास्थ्य की ओर स्वस्थ कदम"

Nov 2009 - Oct - 2011

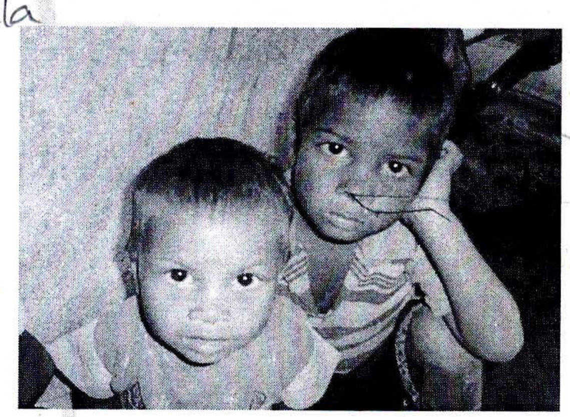
नवम्बर 2009 – अक्टूबर 2011

Detailed Report

विस्तृत रिपोर्ट

Nidhi Shukla

निधी शुक्ला



फील्ड संस्था ::

मध्यप्रदेश विज्ञान सभा

छिंदवाड़ा (म.प्र.)

सी.पी.एच.ई. – सेन्टर पब्लिक हेल्थ एक्यिूटी, ई–8/74 बसंत कुंज,

अरेरा कॉलोनी, भोपाल – 39 म.प्र.

Email : cphebhopal@gmail.com, www.cphe.sochara.com

SOCHARA

दो शब्द

SOCHARA

डॉ. अजय कुमार खरे

दो शब्द

सर्वप्रथम वर्ष 2000 से मध्यप्रदेश विज्ञान सभा, विज्ञान आश्रम गैलडुब्बा (पातालकोट) छिन्दवाड़ा जैसे दूर दराज इलाके में भारिया जनजाति के बीच स्वास्थ्य के मुद्दे पर मुझे काम करने का मौका मिला । स्वास्थ्य के विभिन्न आयामों पर मेरी समझ इन दो वर्षीय **" सामुदायिक स्वास्थ्य फैलोशिप "** के दौरान और भी विकसित हुई है। स्वास्थ्य की ढॉचागत सुविधाएँ तथा स्थानीय लोगों के अपने को स्वस्थ्य रखने के पारम्परिक तौर तरीकों में अनेक अवरोध हैं शायद यही कमजोर स्वास्थ्य संकेतांकों के कारण भी हैं इस दिशा में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से सरकार की जगह अब मुख्य भूमिका समुदाय की है स्वास्थ्य के सामुदायिकरण की इस प्रक्रिया में करीब से समझने का अवसर मुझे फैलोशिप के दौरान मिला। इस अवसर में मेरे नजरियों के रूख को बदल दिया कि बदलाव के लिये सिर्फ जानकारी जरूरी नहीं है, सकारात्मक परिवर्तन करके देखने से आता है ।

फैलोशिप न केवल स्वास्थ्य को जमीनी स्तर पर समझने का मौका था बल्कि इस दौरान मैंने काम करते हुए उससे जुड़े अध्ययन के महत्व को भी समझा, **" जानकारी देने के लिए जानकारी व्यापक स्तर पर होनी चाहिए "**, स्वास्थ्य के मुद्दों पर ग्राम से लेकर वैशविक स्तर तक आ रहें बदलावों को जानने व समझने का यह एक अवसर था ।

SOCHARA

निधि शुक्ला

स्वास्थ्य का एक सफर

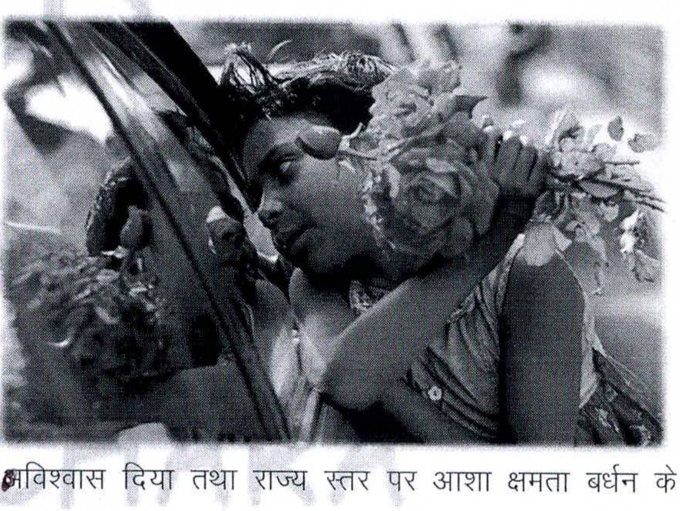
मैंने अपने काम की शुरूवात पातालकोट के भारिया जनजाति की एक परियोजना से वर्ष 2000 में की थी । जिसका एक अवयव " स्वास्थ्य " था इसी दौरान मुझे एक आर.सी.एच. परियोजना के साथ 1 माह रहने का मौका मिला जहाँ मैंने स्थानीय ग्रामीण प्राथमिक स्तर तक शिक्षित महिलाओं से सफलता पूर्वक इलाज करते देखा ये मेरे नजरिये में बदलाव की शुरूवात थी मेरा अनुभव स्वास्थ्य की ओर बढ़ने लगा लेकिन, अपने कार्य क्षेत्र में लौटते ही मुझे जल्द ही समझ में आ गया कि किसी भी वंचित समुदाय की पहली प्राथमिकता

स्वास्थ्य नहीं होती बल्कि आय से जुड़ी होती है मेरे लिये ये समझना बहुत कठिन होता की इस पहली प्राथमिकता को स्वस्थ्य व्यक्ति ही पूरा कर सकता है, ये शुरूवाती दौर काफी आशा– निराशा से भरा था, जहाँ पानी न हो वहाँ साफ पानी की बात करना निश्चित ही थका देने वाला अनुभव था फिर स्वास्थ्य का मुद्दा प्राथमिक तौर पर न संस्था का था न समुदाय का ।

महिलाओं के साथ बचत समूह में काम करते हुये मैंने धीरे–धीरे स्वास्थ्य के विषय पर बात करना शुरू किया टीकाकरण प्रसवपूर्व व प्रसव के बाद देखभाल जन्म के तुरंत बाद स्तनपान, मलेरिया, डायरिया, आयरन की गोली जैसी सामान्य संवाद के बाद महिलाएँ अपने स्वास्थ्य से जुड़ी समस्या बताने लगी स्थानीय स्तर पर होने वाली छोटी–छोटी बिमारियों व ओ.आर.एस. के पैकेट सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से बचत समूहों तक आने लगे अच्छी प्रतिक्रिया से मेरा उत्साह बढ़ने लगा । राष्ट्रीय ग्रामीण मिशन के साथ ही सामुदायिक निगरानी कार्यक्रम आया तीन विकासखं डमें चले अस कार्यक्रम में स्वास्थ्य विभाग और समुदाय के साथ कार्य का अवसर था इस दौरान स्वास्थ्य सेवाओं के सामुदायिकरण को समझने की शुरूवात की ग्राम स्तर से लेकर जिले स्तर तक स्वास्थ्य सेवाओं के लिये निगरानी समिति का गठन हुआ ये ग्राम प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र व जिला स्तर पर गठित हुई, तथा हर स्तर पर इनके अधिकार जवाबदेही के कार्यो को लेकर प्रशिक्षण कार्यक्रम हुआ, सामुदायिक निगरानी कार्यक्रम के प्राथमिक व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर जनसंवाद का भी आयोजन किया गया जनसंवाद एक ऐसा सभामंच था जिसमें समुदाय व स्वास्थ्य से वा प्रदाता दोनों ने ही अपने पक्ष रखे । सामुदायिक निगरानी कार्यक्रम ने स्वास्थ्य को लेकर व्यापक दृष्टीकोण दिये जिसमें एक ओर स्वास्थ्य सेवाओं तथा दूसरे ओर स्वास्थ्य सेवाओं पर समुदाय के स्वामित्व की बात थी ।

स्वास्थ्य सेवाओं की सामुदायिक निगरानी कार्यक्रम के अंतिम चरणों में आशा कार्यकर्ता को लेकर बने राज्यस्तरीय आशा मेंटरिंग समूह की सदस्या बनने का अवसर मिला जिसमें मुझे न केवल प्रदेश बल्कि राष्ट्रीय स्तर पर राष्ट्रीय ग्रामीण मिशन व आशा कार्यकर्ता की स्थिती को समझने में लोगों से अनुभव समझा कि यही अपने स्वास्थ्य सफर में यही वह पड़ाव आप जब मुझे 2009 में सी.पी.एच.ई. से सामुदायिक स्वास्थ्य पर दो वर्षीय फैलोशिप करने के लिये मेरा चयन हुआ फैलोशिप के यह दो वर्ष स्वास्थ्य के विभिन्न पक्षों को गहराई से जानने व समझने के लिये थे भारत के एक गाँव से लेकर वैशविक स्तर तक स्वास्थ्य को लेकर क्या हलचल हो रही है, कैसे वैशविक स्तर पर नीतियाँ प्रभावित होती हैं स्वास्थ्य के संकेतक लोगों की सामाजिक आर्थिक स्थितियों से किस तरह प्रभावित होते हैं फैलोशिप की ये अवधि न केवल आँकड़ों का संग्रहण है बल्कि उनका विश्लेषण भी सीखने का मौका थी मातृ मृत्यु, शिशु मृत्यु दर व बीमारियों के फैलाव तथा एक वर्ष पूर्व स्थिती को जानना व जिला स्तर पर स्वास्थ्य की योजना को समझने की थी । अब स्वास्थ्य पर जमीनी स्तर का काम किसी परियोजना के तहत न होकर दूसरे विभिन्न पक्षों को तकनीकी जानकारी के साथ करने का था अब स्वास्थ्य पर काम केवल जानकारी देना नहीं बल्कि उस जानकारी को करके देखना था, स्वास्थ्य की सीमाऐं माँ के गर्भाशय व बच्चे से व स्थानीय बीमारियों से टूट कर स्वस्थ्य जीवन की ओर विस्तृत हो गई ।

" स्वास्थ्य " व "बिमारियों" को अलग–अलग नजर से देखा जाने लगा जहाँ पहले बिमारियों पर बात स्वास्थ्य की थी वहाँ अब स्वस्थ्य रहना ही स्वास्थ्य था । मलेरिया,टी.वी, संक्रामक बिमारियाँ केवल शारीरिक नहीं हैं इनके कारण सामाजिक आर्थिक पहलू हैं ये भी उजागर हुई, सरकार की स्वास्थ्य नीति, दवा नीति पर उदारवाद का असर तथा गरीबों तक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच, व सरकार की नीतियों के असर को समझा । फैलोशिप ने न केवल स्वास्थ्य को जमीनी स्तर पर समझने का मौका दिया बल्कि अध्ययन के भी अवसर दिये अनेक स्वास्थ्य की सामुदायिक करण प्रकिया पर जोर देते हुए स्वास्थ्य के मुद्दे पर प्रकाशित अनेक सामग्रियों के अध्ययन तथा विश्लेषण का मौका मिला फैलोशिप में केवल जानकारी बल्कि मेरे व्यक्तित्व की थी



उनके स्तर पर ज्यादा मुझे मेरे काम के प्रति आविश्वास दिया तथा राज्य स्तर पर आशा क्षमता बर्धन के लिये बने मेंटरिंग ग्रुप व प्रशिक्षण कार्यक्रम में बेहतर प्रदर्शन कर पायी ।

निधि

अनुक्रमणिका

—0—

1. परिचय **05 - 14**

1.1 कार्यक्षेत्र हेतु चयनित संस्था परिचय

1.2 कार्यक्षेत्र परिचय

1.1.1 जिला– छिन्दवाड़ा

1.1.2 विकासखंड –तामिया

2. सामुदायिकरण **14 - 24**

2.1 आशा एक अध्ययन

2.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति अनुभव

2.3 सहभागी ग्रामीण आकलन

3. महिला स्वास्थ्य **25 - 29**

3.1 महिला स्वास्थ्य शिविर

3.2 समूह चर्चा

3.3 आर.सी. एच. प्रशिक्षण

4. शिशु स्वास्थय **29 -33**

4.1 आंगनवाड़ी अध्ययन

4.2 सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन

5. अवसर **34 - 37**

5.1 आशा क्षमता वृद्धि (बतौर प्रशिक्षक)

5.2 भोजन का अधिकार कार्यशाला

6. लेखन व अध्ययन **37 - 57**

6.1 सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता

6.2 स्वास्थ्य ग्राम समिति सामग्री

6.3 सफलता की कहानी

7. संलग्न (प्रश्नावली एवं सारणी प्रपत्र) **58 - 84**

SOCHARA

1.संस्था परिचय

मध्य प्रदेश विज्ञानं सभा

मध्य प्रदेश पर विज्ञानं सभा को पंजीकरण 1975 में म.प्र.सोसाइटी एक्ट -1973 के तहत अलाभकारी संस्था के रूप में हुआ मध्य प्रदेश विज्ञानं सभा का कार्य क्षेत्र संपूर्ण मध्य प्रदेश व् छतीसगढ़ है संस्था का मुख्यालय भोपाल में है मध्य प्रदेश विज्ञानं सभा छिन्दवारा जिले के तामिया विकासखंड में पिछले दस सालो से काम कर रही है संस्था.तामिया विकास खंड के पातालकोट क्षेत्र में आदिमजन जाति भरिया को केन्द्र में रख कर कार्य कर रही है .पिछले 10 वर्षो में संस्था ने पातालककोट के में समग्र विकास को लेकर अनेक कार्य किये जिसमे कृषि तथा वनोपजों प्रस्करण के कार्य उलेखनीय है .पातालकोट सतपुडा की घाटी में प्रदेश की सबसे निचली बसाहट है . मुख्य धारा के कटे इस मध्य प्रदेश विज्ञानं सभा के कार्यों से नहीं पहचान मिली

संस्था ने शुरुवात से ही पातालकोट की भारिया जन जाति के स्वास्थ्य की स्थिति का अध्यन किया संस्था ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन तहत सामुदायिक निगरानी पर कार्य किया ये कार्य क्रम न केवल तामिया विकास खंड में किया गया बल्कि परासिया व् जुन्नारदेव विकासखड में भी हुआ सामुदायिक निगरानी कार्यक्रम एक मंच है जो सेवा प्रदाता तथा समुदाय दोनों को एक साथ लाता है

मध्य प्रदेश विज्ञानं सभा के साथ समाज कार्य को जमीनी स्तर पर समझने के प्रयास की मेरी शुरुवात २००१ से हुई इस दौरान मुझे महिला मुद्दों स्वास्थ्य वनोपज प्रसंस्करण पर काम करने का मौका मिला .

1.2 कार्यक्षेत्र परिचय

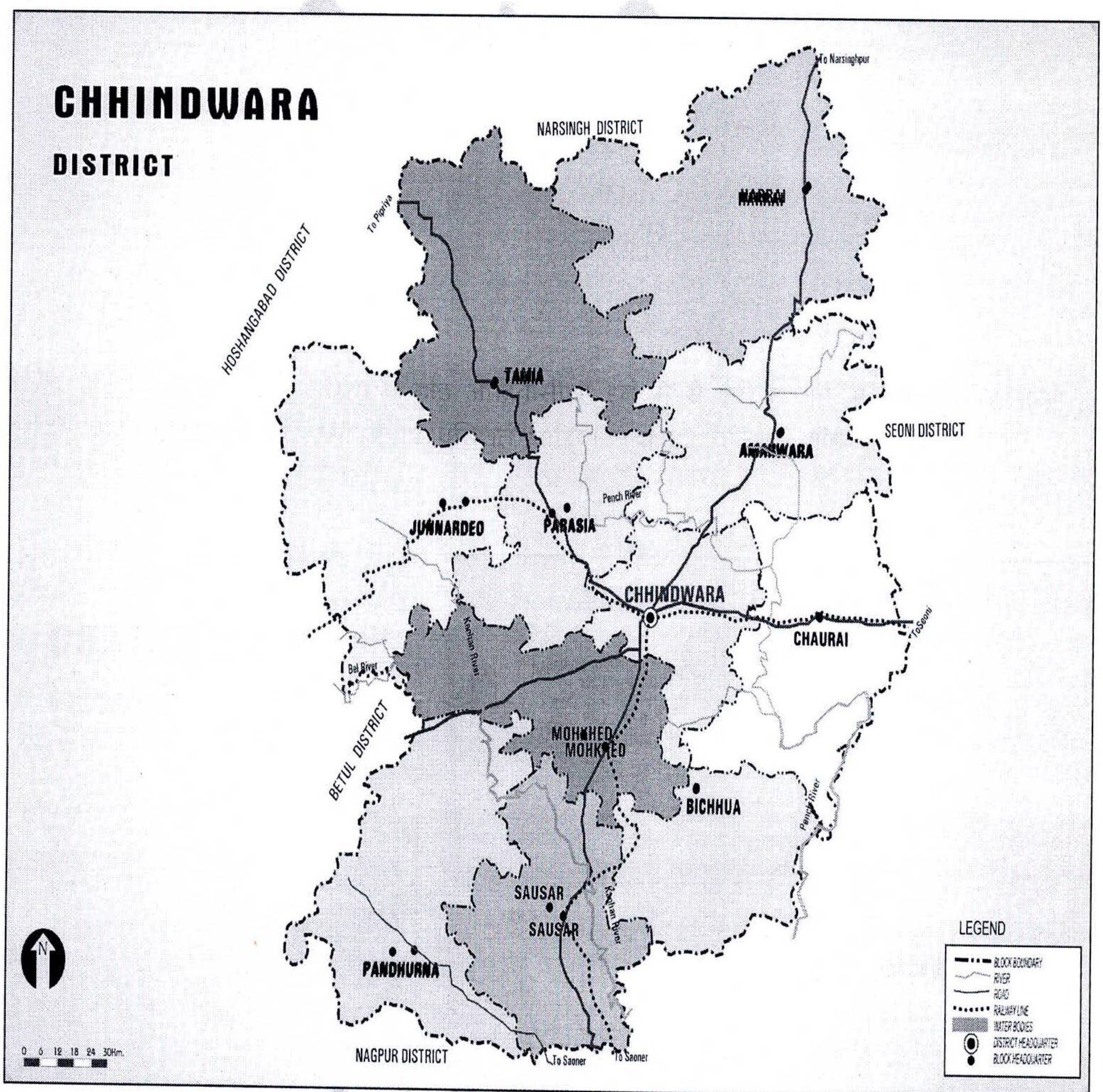
मेरा कार्यक्षेत्र मध्यप्रदेश का छिन्दवाड़ा जिला चयनित हुआ चूँकि मेरी फील्ड संस्था मध्यप्रदेश विज्ञान सभा है जिसका कार्यक्षेत्र सम्पूर्ण छिन्दवाड़ा है विशेषकर तामिया विकासखण्ड में संस्था का अधिक कार्य है एवं संस्था का फील्ड मुख्यालय भी तामिया विकासखण्ड ही है । जिला एवं विकासखण्ड की विस्तृत जानकारी नीचे दी जा रही है ।

1.2.1-छिंदवाड़ा

छिंदवाड़ा जिला निर्माण 1956 में हुआ ये मध्य प्रदेश के दक्षिण पश्चिमी भाग में सतपुरा की पहाडीयो पर स्थित है क्षेत्रफल के हिसाब से प्रदेश का सबसे बड़ा जिला है जो १२ तहसीलों और ११ विकासखंड में विभाजित है .जिले में कुल 1984 ग्राम है जिसमे 1903 ग्राम बसे हुए .2001 की जनगणना के अनुसार जिले की जन संख्या १५,६८,७०६ है जिसमे ७६.९० प्रतिशत लोग ग्रामीण क्षेत्रो में रहते है .छिंदवाड़ा आदिवासी बाहुल्य जिला है जिले में आदिवासी की घनी बसाहट तामिया हर्रई जुन्नारदेव व् अमरवाडा

विकासखड में है मुख्यतः यहाँ भरिया व् गोंड आदिवासी है इन में से भरिया आदिम जन जातीय समूह है .जिले की कुल आदिवासी जनसंख्या में 18 प्रतिशत भारिया तथा 82 प्रतिशत गोंड जन जाति है 1[प]

पप



SOCHARA

(i) स्वास्थय सुविधाए (सरकारी) –

छिंदवारा में स्वास्थय सुविधाएँ की स्थिति –आदिवासी बहुल जिले की आबादी का एक बड़ा हिस्सा दूर दराज के इलाको में रहता इस वहा स्वास्थय सेवाओ की पहुच बहुत कम है ग्राम स्तर पर उपस्वास्थ्य केंद्र जनसंख्या के मान से कम है टी बी अस्पताल जिला मुख्यालय पर स्थित है जिले में मानसिक स्वास्थ को लेकर कोई सुविधा उपलब्ध नहीं है

- सारणी १ –उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधा [पपप]

जिला अस्पताल	*1*
सिविल अस्पताल अमरवाडा चांदामेटा सौसर	3
सामुदायिक स्वास्थय केंद्र	13
प्राथमिक स्वास्थय केंद्र	67
रोगी कल्याण समिति (पंजीकृत)	67
उप स्वास्थय केंद्र	312
टी बी अस्पताल	1
रेलवे अस्पताल	1
सिविल डिस्पेंसरी	1
आयुर्वेदिक डिस्पेंसरी	76
वेस्टर्न कोल फील्ड लिमिटेड	2

(ii) अन्य स्वाथ्य सेवा प्रदाता व् संस्था

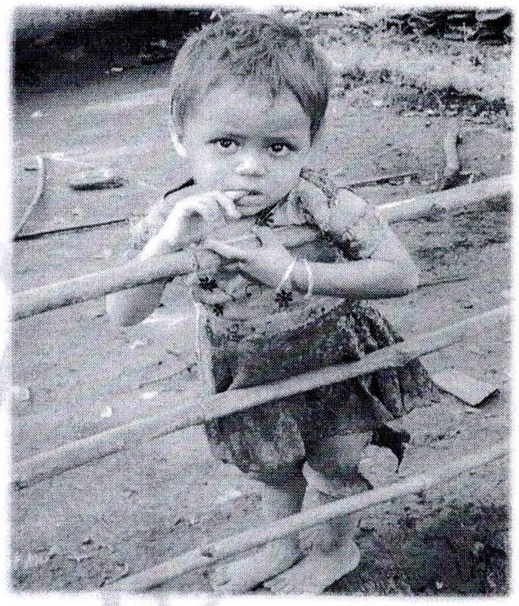
ग्राम स्तर पर स्वास्थ्य सेवा प्रदाता आशा व् आगनवाड़ी कार्यकर्ता है .स्वास्थय संघ वर्तमान में महिला स्वास्थ्य संघ की अपेक्षा ग्राम स्वास्थय समिति ज्यादा क्रिया शील है . पिछले समय से जन स्वाथ्य रक्षक अतीत का विषय है लेकिन इनकी बुनियाद पर आशा कार्यकर्ता करीब १५०० ग्रामो में है प्रशिक्षित दाई भी मिलीजुली आबादी वाले ग्रामो में है डिपो होल्डर अब आशा कार्यकर्त्ता होगी

सारणी २-स्वास्थय सेवा प्रदाता \संस्था –[पअ]

महिला स्वास्थय संघ	1903
ग्राम स्वास्थय एवं स्वाच्छता समिति	605
जन स्वास्थय रक्षक	1431
आशा कार्यकर्त्ता	1491
आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता	2486
प्रशिक्षित दाई	2027
डिपो होल्डर	3228

SOCHARA

(iii) स्वाथ्य संकेतक



एम् एम् आर प्रसव के समय या गर्भावस्था समाप्त होने के ४२ दिन के अंदर होने वाली मौत है प्रति वर्ष १००००० जीवित जन्म पर मरने वाली माताओ में इसे परिभाषित किया जाता एम् एम आर व् आई एम् आर किसी देश के अपने नागरिको को मिलने वाली स्वास्थथ्य सुविधा को दर्शाता है तथा सामाजिक संरचना में मूल्य बताता है ।

वर्ष २००३-२००४ छिंदवाड़ा की शिशु मर्त्यु दर प्रदेश व् देश के से अधिक अधिक है किन सारणी क्र ३ देखने पर पता चलता है की २००५ -२००६ में पिछले वर्ष की तुलना में काफी कम हुई है जो प्रदेश और देश की तुलना में भी बेहतर स्थिति से सुधार है. इस समय राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थय मिशन की शुरुवात हुई थी ।

लेकिन जब २००७ -२००८ में मिशन ने काम करना शुरू किया तब आई एम् आर पिछले वर्ष की तुलना में काफी कम सुधार हुआ ।

सारणी 3 – शिशु एवं मातृ मृत्यु दर [अ]

सारणी ३ – वर्ष	शिशु मत्यु दर			मात् मत्यु दर			प्रजनन दर		
	छिन्द .	म.प्र .	भारत	छिन्द	म. प्र .	भारत	छिन्द	म. प्र .	भारत
2003.04	92ए0	85ए0	64ए0	388	379	301	2ए9	3ए8	3ए0
2005.06	81ए8	82ए0	60ए0	362	379	301	2ए9	3ए6	2ए9
2007.08	80ए7	74ए0	57ए0	358	379	301	2ए9	3ए6	2ए9

(iv) प्रसव पूर्व व् पश्चात जाच -

सुरक्षित प्रसवकाल व् प्रसव और उसके बाद माँ के व् बच्चे के जीवन के लिए प्रसव पूर्व व् पश्चात तीन तीन जांच जरुरी है इस जांच से प्रसव के दौरान व् प्रसव के बाद माँ व् बच्चे की जीवन रक्षा की जा सकती है तथा आई एम् आर व् एम् एम् आर को कम किया जा सकता है ।

प्रसव पूर्व पश्चात जांच में वजन खून व् मूत्र की जांच की जाती ही तथा टी टी के इंजक्शन लगाये जाते व् गभीर लक्षणों को पहचान कर उचित संस्था में प्रसव की सलाह दी जाती है .प्रस्तुत सारणी में छिन्दवारा जिले के ए एनसी पी एन सी के पिछले तीन वर्षो को विवरण है ।

सारणी -४ प्रसव पूर्व व् प्रसव पश्चात जाँच [अप]

वर्ष	प्रसव पूर्व जाँच		प्रसव पश्च्यात जाँच	
	लक्ष्य	उपलब्धि	लक्ष्य	उपलब्धि
2006.07	54330	47049	57897	45014
2007.08	54330	46025	54164	44646
2008.09	40745	30065	54164	32751

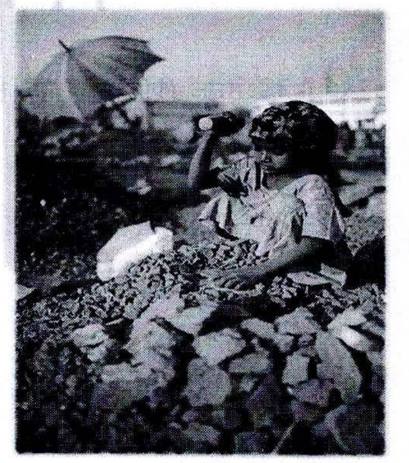
(v) लिंगानुपात-

छिन्दवारा जिले में स्त्री पुरुष का का अनुपात प्रदेश से बेहतर स्थिति में है निम्न सारणी में अगर हम छिंदवाड़ा जिले के ग्रामीण और शहरी क्षेत्र में देंखे तो शहर की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रो में बेहतर अनुपात है इसका कारण यहाँ का ग्रामीण क्षेत्र आदिवासी बहुल होना है ० से लेकर ६ वर्ष तक के बच्चों के बीचबही लिंग अनुपात जिले का प्रदेश से बेहतर है यहाँ भी ग्रामीण क्षेत्र शहरी क्षेत्रो से बेहतर है.

राज्य - जिला के बीच लिंगानुपात (२००१ के जनगणना के अनुसार)अपप

राज्य ध्जिला ध्तहसील ;म.प्रध् छिंदवाड़ा)	कुल जनसंख्या में लिंगानुपात			०-६ वर्ष के बच्चोंकी जनसंख्या में लिंगानुपात		
	कुल	ग्रामीण	शहरी	कुल	ग्रामीण	शहरी
1	2	3	4	5	6	7
मध्य प्रदेश	920	927	899	933	941	906
छिन्दवारा	953	962	926	962	968	934

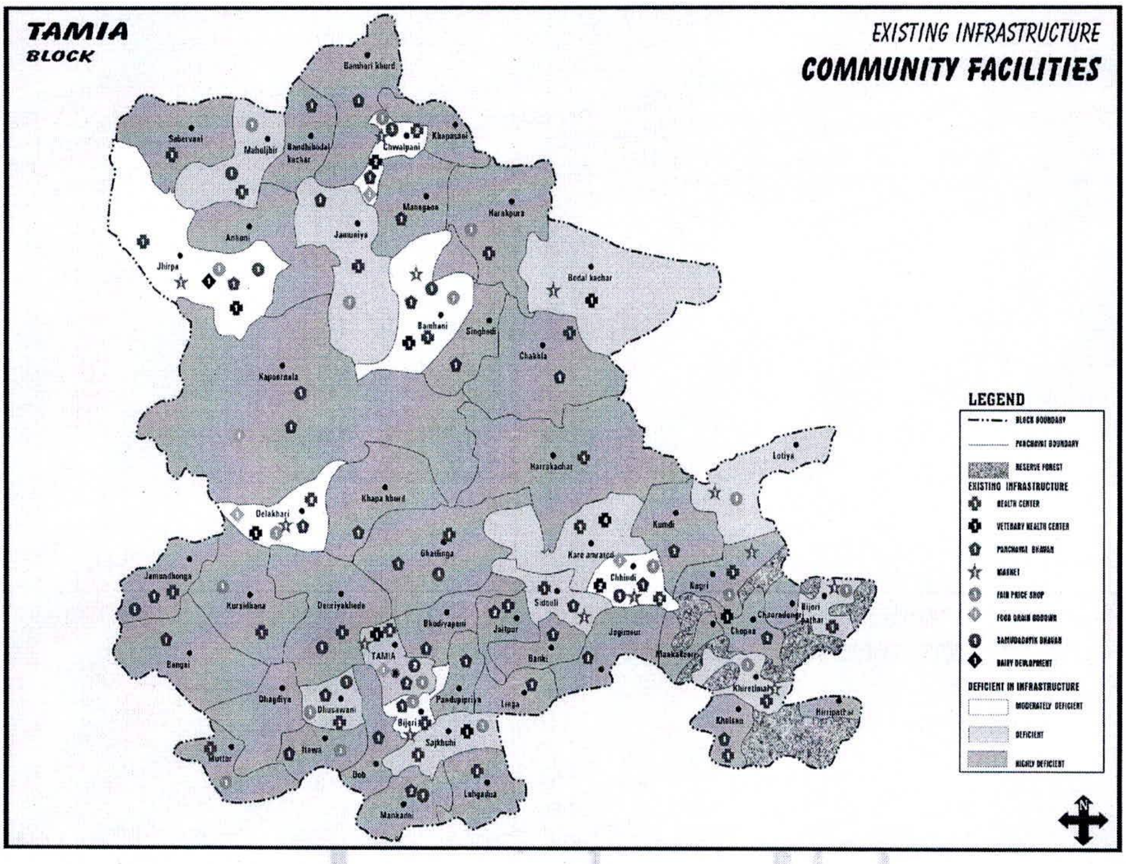
1.2.2 विकासखण्ड तामिया



मुख्य धारा से कटी तामिया छिन्दवारा जिले के सबसे पिछड़े इलाको में से एक है यहाँ भौगोलिक रूप दुर्गम घाटी में बसा पातालकोट है जहाँ सालो तक मुख्य धारा से कटी इस घाटी में आदिम अनु सूचित जनजातीय “भारिया” निवास करती है पातालकोट घाटी में १२ राजस्व ग्राम व् २८ ढ़ाने है .पातालकोट विकासखंड मुख्यालय से २२ किलोमीटर की दुरी पर स्थित है

तामिया का कुल क्षेत्रफल १३८.७३९ वर्ग किलोमीटर है जिसमे कुल १६९ ग्राम है ५३ पंचायत जनपद है

तामिया में शैक्षिक संस्थाओ में १६७ प्राथमिक शाळा मध्यामिक शाळा ७८ तथा जन शिक्षा केन्द्र २० है .तामिया में आय का मुख्य साधन कृषि तथा वनोपज है.अपनी कठिन भोगोलिक दुर्गमता के कारण इस क्षेत्र में स्वासथ्य सेवाओ की स्थिति बहुत विषम है पातालकोट जैसे कठिन परस्थितियों में सेवा लेने वाला जहाँ अनेक कठिनाइयों का सामना करता है वही सेवा प्रदाता के सामने भी चुनौती पेश करता है .तामिया क्षेत्र में आम स्वास्थ्य समस्या मलेरिया त्वचा रोग जल जनित बीमारियाँ है .महिलाओ में खून की कमी प्रजनन संबधी समस्या आम है .बच्चों में टीका करण भी नियमित नहीं है .लोगो की निर्भरता ज्यादा तर पारम्परिक इलाज व् बंगाली डाक्टर पर है



- क्षेत्रफल . 138.739

  ग्रामो की संख्या . 169

- पंचायतो की संख्य . 53

  जनपद पंचायत . 1

- जनसख्या अनुसूचित जाती . 4896

- अनुसूचितिजनजाति . 67943

  अन्य . 25697

  कुल 98536

SOCHARA

(i) स्वाथ्य सेवाएं-

उपलब्द्ध स्वासथ्य सेवाएं		अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता	
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	– 1	ग्राम स्वासथ्य एवं स्वच्छता समिति	– 55
प्राथमिक स्वाथ्य केंद्र	-3	प्रशिक्षित दाई -	78
उपस्वास्थ्य केंद्र -	30	आशा -	126
		आगनवाड़ी कार्यकर्ता	188

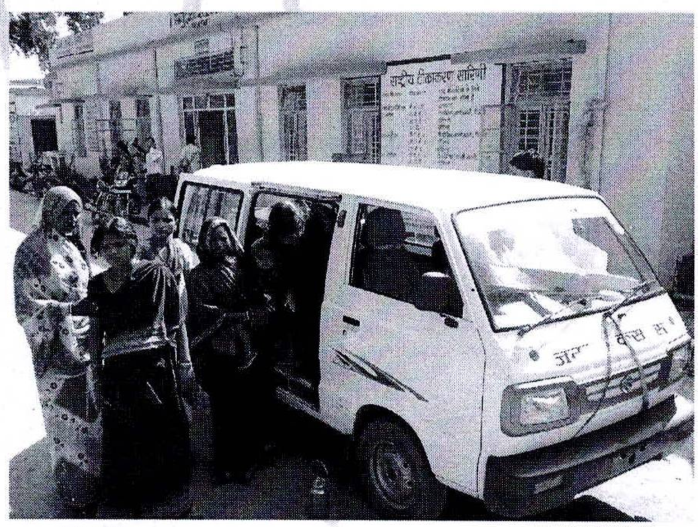
SOCHARA

(ii) जननी सुरक्षा योजना -

24x7 सामुदायिक स्वासथ्य केंद्र (वाहन)-1

24x7 प्राथमिक स्वासथ्य केंद्र -3

कुल जननी सुरक्षा के केस -1231 अपपप



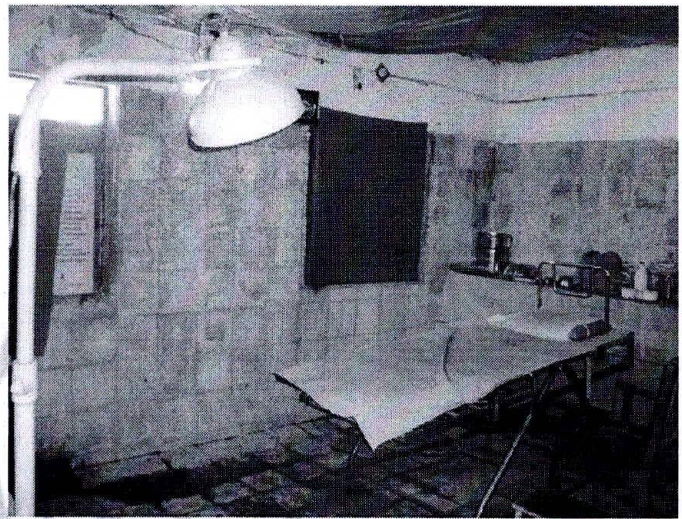
जननी सुरक्षा योजना का लाभ तामिया विकासखंड में मुख्य मार्ग में बसे क्षेत्र के लोग ही उठाते है जननी सुरक्षा एक्सप्रेस के २५ किलोमीटर तक की बाध्यता के कारण दूर दराज के इलाको में संस्था गत प्रसव बहुत कम पाते है . संस्था गत प्रसव में आदिवासी समुदाय की सांस्कृतिक बाधाएँ भी है . सामुदायिक स्वासथ्य केंद्र में प्रसव दाई का सहयोग से गोंड आदिवासी को अपने देव की पूजा तथा जाती भोज देना पडता है

फिलहाल तामिया में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र व् प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में प्रसव होते है जननी सुरक्षा योजना के बेहतर परिणामों के लिए जरुरी है की उपस्वास्थ्य केंद्र को सुरक्षित प्रसव के लिए तैयार किया जाये

२- समुदायीकरण

समुदायीकरण से अर्थ स्वास्थ्य सेवाओ पर समुदाय का स्वामित्व. समुदाय आधारित स्वास्थ्य देखभाल में समुदाय हिस्सेदारी करता है भागेदारी करता है और अंत में सेवाओं पर उसका स्वामित्व हो जाता है. जब सेवाओं का समुदयीकरण हो जाता है ता वह लोगो की जरुरत के अनुसार काम करता है .

- १९७८ में अल्मा आता सम्मेलन के बाद लोगों की सम्पूर्ण भागीदारी वाली एक प्राथमिक स्वास्थ व्यवस्था को सबके लिए स्वास्थ्य हासिल करने वाली कुंजी के रूप में देखा गया स्वास्थ्य को केवल बीमारी का न होना नहीं है बल्कि सामाजिक शारीरिक और आर्थिक खुशहाली की ऐक सकारात्मक अवस्था के रूप में परिभषित किया गया [पग] हमारे देश में भी राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थय मिशन में स्वास्थय सेवा के सामुदायिकरण पर विशेष ध्यान रखा गया. राष्ट्रिय ग्रामीण स्वास्थ मिशन में सामुदायिकरण के मुख्य अवयव है –आशा तथा वी एच एस सी इसी स्वास्थ्य मिशन की पूरी अवधि में इस अवयव को सुदृढ़ करने के लिए विशेष ध्यान दिया गया । आशा के चयन व ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के गठन में समुदाय को उत्प्रेरक स्तर पर शामिल किया गया ।



इस प्रक्रिया को जमीनी स्तर पर समझने के लिए निम्म गतिविधिया की गयी –

- **आशा**
- **ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति**
- **पी आर ए**

2.1 आशा- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा की भूमिका देखी गई वह सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप देखि गयी जिसमे वह समाज का प्रतिनिधित्व विभाग में करती है .उपकेन्द्रो पर ए एन एम् के कार्य के दबाव को कम करने के व् सहयोग के लिए तथा स्वास्थय सेवाओ की अंतिम कड़ी के रूप में देखा गया . आशा कार्यकर्ता का 25 से 45 वर्ष की स्थानीय शादीशुदा \विधवा\ परित्यक्त् महिला होगी जिसका चयन ग्राम सभा द्वारा होगा और उसकी जवाबदेही पंचायत के प्रति

होगी वह एक अवैतनिक स्वयंसेवक होगी और अपने काम के आधार पर वह प्रोत्साहन राशि की हक़दार होगी समुदाय के लिए उसकी सभी सेवाए निशुल्क होगी से मातृतव् एवं शिशु स्वास्थय को लेकर प्रशिक्षित किया जायेगा .तामिया विकासखंड की 15 आशाओ के साथ किये गए साक्षात्कार में उनकी स्थिति को समझाने का प्रयास किया गया

उद्देश्य- आशा कार्यक्रम की जमीनी हकीकत को समझना , क्रियान्वयन की प्रक्रिया को समझना , आशा के सैद्धांतिक तथा व्यवहारिक पक्ष को समझना , स्थानीय समुदाय के साथ आशा की क्षमता वृधी करना .

विधि-

साक्षात्कार (संलग्न – 4)

अवलोकन

समूह चर्चा

(i) विश्लेषण -

सभी 15 आशा एक से तीन वर्ष के बीच कार्य कर रही है आशा का चयन तामिया छिन्दी . चावलपानी देलाखारी को दिया गया ।आशा कार्यकर्ता करते हुऐ एक से तीन वर्ष हुये है। आशा कार्यकर्ता का शैक्षिण स्तर पॉचवी से लेकर एम. ए. तक है दो आशाऐ एम. ए. पास है। 1बारहवी या 12 आशाऐं 5 से 10 तक शिक्षित है।सभी आसाऐं स्थानीय व आदिवासीय सामुदाय से है एक केवल एक आशा OBC है।सभी आशाऐं 538 से लेकर 1152 की जनसंख्या के बीच काम कर रही है।14 गॉव 1 से 7 ढ़ानों में बसे है सिधौली गॉव में कोई ढ़ाना नही है। आशाऐं आशा कार्य के पहले मजदूरी की कार्य करती थी झिरपा तथा बांकी की कार्यकर्ता घरेलू कार्य साजकुही की झिलपिपरिया की आशा पहले अतिथि शिक्षक थी। मजदूरी का कार्य करने वाली या घरेलू आशा ने कि उनकी आशा का कार्य करने के बाद उनकी सामाजिक स्थिति सबसे बड़ा बदलाव आया है। उन्है सामान्य की नजर से देखा जारने लगा है आशा का

आत्मविश्वास बडा है। कम उम्र की आशाऐ आगे पढ़ना चाहती है। ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता से विवाद सुलझाने पर ज्यादा अच्छे से कम कर पा रही है उन्है बढ़े अधिकारीयों से बात करने का विश्वास है। आशाओं का मानना था कि किसी दूसरे के काम आने से उन्हें सामाज सेवा का अनुभव आता है बांकी की आशा का कहना था उसकी एड्स जैसी बीमारी बडी तथा

दवाइयों का ज्ञान भी हुआ।महिलाऐं के प्रति संवेदन शीलता बड़ी है।अस्पताल की सुविधा को लेकर जागरूक हुई है।धीरे – धीरे अपनी शिकायतें BMO के पास रखने लगे और अब उन्हें चैक के लिऐ पैसे नही देने पढ़ते। गॉव के लोग **मेडम** कहने लगे।सर्वे आशा कार्यकर्ता गांव संबंधि 4 रजिस्टर रखती है1.सर्वे रतिस्टर 2. टीकाकरण रजिस्टर 3. जन्म व मृत्यु रजिस्टर 4. विवाह संबंधि इसके अलावा VHSCकी मिटिंग तथा ग्राम स्वा. एवं स्वाच्छता समिति के खर्च विवरणसर्वे पंजी में गांव की जनसंख्या की जानकारी होती है।विवाह पंजी में विवाहिक दंपती थी टीकाकरण में आशा द्वारा कराये गये टीकाकरण फ्री तथा जन्म मुत्यु की जानकारी के लिये एक रजिस्टर दी जाती है।सर्वे रजिस्टर को 7–8 आशाओं ने पूरी तरह भरा जबकी 7 ने नही भरा था।टीकाकरण पंजी 10 ने भरी थी जबकी 5 की खाली थी ।जन्म मुत्यु रजिस्टर 11 आशा कार्यकर्ता ने भरे थे 4 ने नही भरे विवाह पंजी 10 ने भरे थे।की बैठक केवल 1 रजिस्टर में लिखी गई थी राशि का विवरण केवल 3 आशा ने लिखा था।सालकुही और झिलपिपरिया की आशा कार्यकर्ता एम0 ए0 पास है और उनके VHSC जोडकर सभी रजिस्टर पूर्ण थे।सिधौली. रातैड. धुर्वाढ़ाना की आशा ने एक भी रजिस्टर नही भरा था इनमें धुर्वाढ़ाना की कार्यकर्ता 5 वी पास है . सिधैली की 7वी पास है रातैड की 7 वी पास है। रातैड की आशा रसतेड में नही रहती है इस वजह से उसकी सभी 15आशा कार्यकर्ताऐं प्रशिक्षित थी । ये प्रशिक्षण छिन्दवाड़ा/तामिया में हुये।प्रशिक्षण की अवधि 127 व 12 व 19 दिन थी।प्रशिक्षण के दौरान मूलाधार जैसी कोई व्यवस्था नहीं थी। आशाओं को जो सामग्री याद रही वह मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य आशा के कार्य बीमारियॉ याद है।दो आशाऐं प्रशिक्षण के विषय में कुछ भी नही बता पाये ।तामिया के स्वंय सेवी संस्था से दिया प्रशिक्षण सबसे अच्छी गुणवत्ता का रहा।रातेड़ की कार्यकर्ता ने कोई प्रशिक्षण नही किया।भोपाल की संस्था का प्रशिक्षण सबसे अच्छा था।कोई भी आशा ने प्रशिक्षण द्वारा प्रदान की गई किताब तुरंत नही दिखाई ढुढ़ंना पढ़ेगा कही रखी है जैसे बाते की किसी ने भी टेंनिग के बाद खोल कर नही देखी।आशाओं को प्रशिक्षण की जानकारी एक दुसरे से व स्पष्ट से मिली ।आशा कार्यकर्ता द्वारा संस्थागत प्रसव कराये गये। पिछले एक वर्ष में ।ग्राम इटावा में आशा ने 29 से 26 प्रसव कराये।धगडिया गॉव में 23 प्रसव में से केवल 7 संस्थागत प्रसव किया शेष 16 प्रसव घर में हुये।आशा द्वारा बतायी गयी 253 प्रसव में से 138 आशा द्वारा 36 ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा 33 दाई तथा 54 प्रसव घर पर हुये।संस्थागत प्रसव आशा द्वारा करायी जाने वाली सबसे अधिक गतिविधि है।ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता प्रेरक का कार्य तभी करती है जबकि आशा स्वयं गर्भवती हो या गांव से बाहर मेहमान गयी हो ।कई बार प्रदाता को ले जाने का साधन न मिलने के कारण घर में प्रसव हो जाता है।अत्याधिक वर्षा एवं ठंड के कारण भी घर में प्रसव हो जाता है आशाओं के प्रति संस्था के प्रति संस्था गत प्रस्व के लिये 350 रूपये दिये जाते है।नसबंधी आपरेशन में 150तथा पुरूष राशि नसबंदी के लिये 250 रूपये का भुगतान किया जाता है।पल्स पोलियो के 225 तथा इसके अतिरिक्त फाइलेरिया की गोलिया का वितरण का भुगतान किया जाता है।टिकाकरण के लिये आशाओं के प्रति टीकाकरण की राशि ए0 एन0 एम0 के द्वारा भुगतान किया जाता है।150 टीकाकरण तथा 150 ए0 एन0 सी0 /ए0 एन0 एम0 और पी0 एस0 सी0 को मिलता है।आशा के बात चीत के द्वारान एक साल की अपनी विभिन्न कार्यो से हुई आय नही बता पायी ।रोतड की आशा के अभी तक किसी भी कार्य से किसी प्रकार का आय नही प्राप्त हुई।आशा कार्यकर्ता को विभिन्न कार्यो से मिलने वाले मानेदय का मासिक औसत 300 रूपये तक है।किसी भी आशाओं ने ये नही बताया कि ए0 एन0 सी0– पी0 एन0 सी0 जॉच में ऐसा होता है और कितनी राशि मिलती है ए0 एन0 सी0 के विषय में केवल वे इतना बता

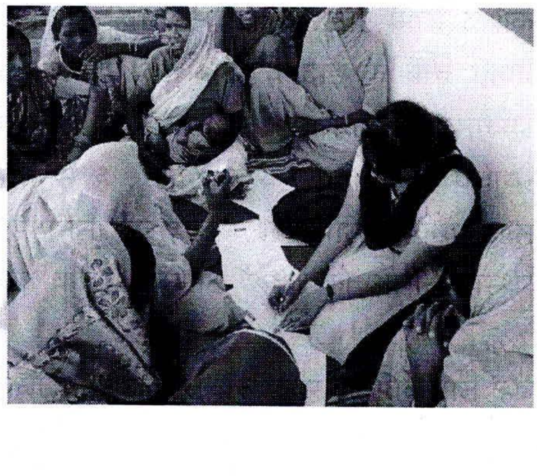
पायी आयरन की गोलियॉ देते है व बजन लेते है आशा की औसत आय 600 रूपये है।आशाओं ने बताया कि दवाइयॉ उन्है CHC और ANM द्वारा मिलती है दवाइयों में क्लोरोक्विन, ors पैरासिटामॉल, आयरन की गोली मुख्य है।14 आशाओं ने बताया कि उन्होने बुखार की दवाइयॉ और ors की लोगो को दिया।सभी कार्यकर्ता मलेरिया के लक्षण तथा कुछ ने क्लोरोक्विन का डोज बताया ।पॉच आशा कार्यकर्ता ने मलेरिया के स्लाइड बनाकर ANM को दिखाती है।आशा का चयन प्रक्रिया में पंचायत ए0 एन0 एम0 ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता की भूमिका निभाती है। 15 में से 5 के ए0 एन0 एम0 के द्वारा 7 AWW कार्यकर्ताओं द्वारा 3 के पंचायत के सदस्य द्वारा पता चला 15 में से 8 कार्यकर्ता का चयन सुगम कर्ता द्वारा 6 के चयन में पंचायत की भूमिका रही है केवल एक आशा ने कहा कि सीधे अस्पताल में नाम देकर आये है। 15 में से 10 आशाओ ने 3 लोगो के बीच चयन प्रकिया चली शेष इस विषय में जानकारी नही दे पायी। सभी आशाओं ने नियुक्ति के पूर्वे ऑगनवाड़ी केंन्द्र ग्राम सभा पंचायत स्कूल में बैठक के विषय में बताया नियुक्ति के लिये संख्या में आवेदन दे और अंकसूची देने की चर्चा की गई।

(ii) **निष्कर्ष** –

तामिया विकासखंड छिन्दवारा जिले का एक आदिवासी बहुल क्षेत्र है जहाँ लोगो का शैक्षिक स्तर बहुत पिछड़ा हुआ है ऐसे आशा चयन में उसकी ८वी पास होने की योग्यता बड़ी बाधक बनी हुई थी आशा की. जवाबदेही समुदाय के प्रति न होकर विभाग के प्रति ज्यादा है .स्पष्ट मार्ग दर्शिका न होने की वजह जननी सुरक्षा की प्रोत्साहन राशि आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता व् दाई के बीच विवाद का विषय बना था ये विडबंना ही था की आशा कार्यकरता को काम भी आगनवाड़ी के माध्यम से काम करना है उसका सबसे ज्यादा मतभेद भी उसी से है . आशा चयन प्रकिया में पचायत बहुत सक्रियता नहीं दिखाई आशा चयन में अगर स्वं सहायता समूहों को भी शामिल किया जाता तो बेहतर विकल्प मिल सकते थे अभी चयनित आशाओ को ये उम्मीद है की को आगे स्वास्थय विभाग की नियमित कर्मचारी बन जायेगी

आशा प्रशिक्षण में भी आशा को सूचना की कोई सुचारू व्यस्था विकसित होने में समय लगेगा आशाओ को अभी एक दूसरे से ही पता चलता है प्रशिक्षण में भी व्यहारिक प्रदर्शन की अधिक होना चाहिए आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता व् आशा के विवाद को हल करने स्वास्थय विभाग व् महिला एवं बाल विकास विभाग में समन्वय होना चाहिए .

2.2 ग्राम स्वास्थय एव स्वच्छता समिति



ग्राम स्वास्थय एवं स्वच्छता समिति राट्रीय ग्रामीण मिशन का महत्वपूर्ण अवयव है स्वास्थय के सामुदायिकरण के लिए उसमे समुदाय का शामिल होना बहुत जरुरी है इसी तथ्य को ध्यान रखते हुए हर ग्राम में ग्राम स्वास्थय एवं स्वच्छता समिति का गठन किया गया इस समिति में ग्राम के सभी वर्गों का प्रतिनिधित्व होगा "ये

समिति सभी राजस्व ग्रामो में बनायीं जायेगी समिति में कम से कम १० सदस्य होने चाहिए जिसमे ग्राम के पंचायत के सदस्य आशा आगनवाड़ी कार्यकर्ता ए एन एम् स्वं सहायता समूह के नेता पी टी ए सदस्य हो सकते है इसकी अध्यक्ष कोई पंचायत प्रतिनिधि होगा जो यथा संभव महिला हो तथा इसकी सचिव आशा होगी. समिति के पास सालाना १०००० /-मुक्त निधि प्राप्त होगी जिसमे समिति ग्राम स्वास्थय तथा पोषण के मुद्दोंपर कार्य करेगी .

उदेश्य-

१ ग्राम स्वास्थय एवं स्च्छता समिति के हाली स्थिति जानने उद्देश्य था समिति के गठन की क्या प्रक्रिया रही २ विभाग तथा संस्था द्वारा बनाई गयी समिति की तुलना ३ समिति के साथ लगातार सम्पर्क द्वारा आशा की क्षमता वर्धन करना ४ समिति का ग्राम में अन्य महिला संगठनों के के साथ समन्वय करना ५ ग्रामीणों के बीच समिति के कार्य व् आशा के उतरदायित्व को रखना

विधि

साक्षात्कार

अवलोकन

ग्रामीण बैठक

ग्राम स्वास्थ्य व स्वाच्छता समिति के संबंध में जानकारी :–

क.	ग्राम का नाम	क्या आपके ग्रा.स्वा. समिति है/नही	समिति में कुल राशि विवरण	कितनी खर्च हुई राशि	स्वाच्छता हेतु किया गया विवरण	समिति का गठन किस संस्था द्वारा किया गया
1	बिजौरी	हॉ	5000/–	4900/–	हैण्ड पंप में पास सोक्ता गडडा	ब्व्ह द्वारा
2	धुसावानी	हॉ	5000/–	3000/–	हैण्ड पंप में पास सोक्ता गडडा व साफ सफाई	ब्व्ह द्वारा
3	साजकुही	–"–	5000/–	2000/–	नारे व स्टेशनरी कार्य किया गया	ब्व्ह द्वारा

4	झिरपा	–"–	2000/–	––	–––	––
5	धुर्वाढ़ाना	–"–	5000/–	––	हैण्ड पंप में पास सोक्ता गडडा	ब्म्ह द्वारा
6	झिलपिपरिया	नही है	–––––	–––––	––––––––––––	––––––
7	धोबीवाड़ा	हॉ	5000/–	5000/–	हैण्ड पंप में पास सोक्ता गडडा	––
8	इटावा	हॉ	5000/–	5000/–	हैण्ड पंप में पास सोक्ता गडडा	––
9	धगड़िया	नही है	––	––	––	––
10	रातेड़	नही है	––	––	––	––
11	निशान	हॉ	5000/–	2000/–	हैण्ड पंप में पास साक्ता गडडा	डच्टै द्वारा
12	उमरवाह	–"–	5000/–	4500/–	कुऑ और हैण्ड पंप के पास साफ सफाई	डच्टै द्वारा
13	थानाखेड़ा	–"–	2000/–	1700/–	कुऑ और हैण्ड पंप के पास साफ सफाई	डच्टै द्वारा
14	सिधौली	–"–	5000/–	5000/–	कुऑ और हैण्ड पंप के पास साफ सफाई	डच्टै द्वारा
15	बांकी	–"–	2000/–	––	––	––

- 15 गांव में से 12 गांव में VHSC थी।12 में से 6 VHSC का निर्माण CHC द्वारा 6 का निर्माण MPVS द्वारा हुआ।MPVs समितिमें गठन के बाद तीन दिवसीय प्रशिक्षण हुआ। CHC द्वारा गठित समितियों का प्रशिक्षण नही हुआ ।तीन समितियों ने कुऑ एवं हैण्डपंप के आस पास साफ सफाई तथा सोक्ता गडडे में पैसा खर्च किया झिरपा समिति में पंच के झगडे के वजह से पैसा नही निकाला।समिति की बैठक रजिस्टर उमरवाह में था।

  सिधौली बाकी उमरवाह सिधौली के गांव में लोग समिति के कार्य के विषय में जानते है।धुसावानी बिजौरी साजकुही में ग्रामीणों को समिति के विषय में नही पता था।

  सभी समितियों ने अपने खर्चो का हिसाब **गया**

निष्कर्ष

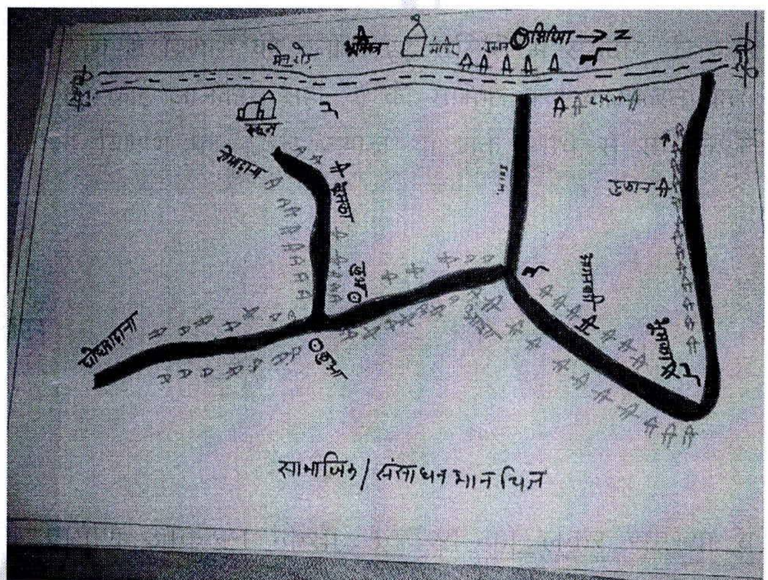
ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति में जहां संस्था शामिल थी वंहा समुदाय की सहभागिता अधिक थी वहाँ अधिक पारदर्शिता थी विभाग की गठन प्रकिया बहुत आपचौरिक थी समिति के लोगो को भी समिति के विषय में अधिक जानकारी नहीं थी प्रशिक्षण का कारण समिति के सभी सदस्यों को समिति के काम व् आर्थिक स्त्रोतों के विषय में तथा उसके उपयोग के विषय में जानकारी थी व् उनके समिति व् आशा स्वास्थ्य के विषय में स्पस्ट जानकारी थी

मुक्त निधि के उपयोग में विभाग की बनायीं हुई समिति में समुदाय की कोई भागीदारी नहीं रहती थी तथा समुदाय को कोई जानकारी नहीं थी की समिति क्या कामकरने वाली है ग्राम योजना में समुदाय की अपेक्षा विभाग का दखल ज्यादा था मुक्त निधि से समिति ने स्टेशनरी का सामान ख़रीदा

2.3 ग्रामीण सहभागी आकलन

सहभागी ग्रामीण ऑकलन :—

सहभागी ग्रामीण ऑकलन किसी उद्देश्य को लेकर समस्या व जरूरतो को जमीनी स्तर पर समझने का प्रयास है इस सहभागी मूल्यांकन में स्थानीय लोगो की भागीदारी सुनिश्चित कर उनके संसाधन संभावनाओ प्राथमिकताओ को व्यक्त किया जाता है यह विधि पूर्णतः विकेन्द्रीक्रत प्रजातांत्रिक मूल्यो पर आधारित है। सहभागी ग्रामीण ऑकलन वाटम टू टॉप अवधारणा पर आधारित है जिसमें स्थानीय लोगो की भागीदारी से न केवल उनकी समस्याओ की प्राथमिकता तय की जाती है बल्कि उनके नियोजन व समाधान में भी उनकी भूमिका रहती है सतत् टिकाऊ विकास है। के लिए सहभागी ग्रामीण मूल्यांकन प्राविधि श्रेष्ठ मानी जाती।



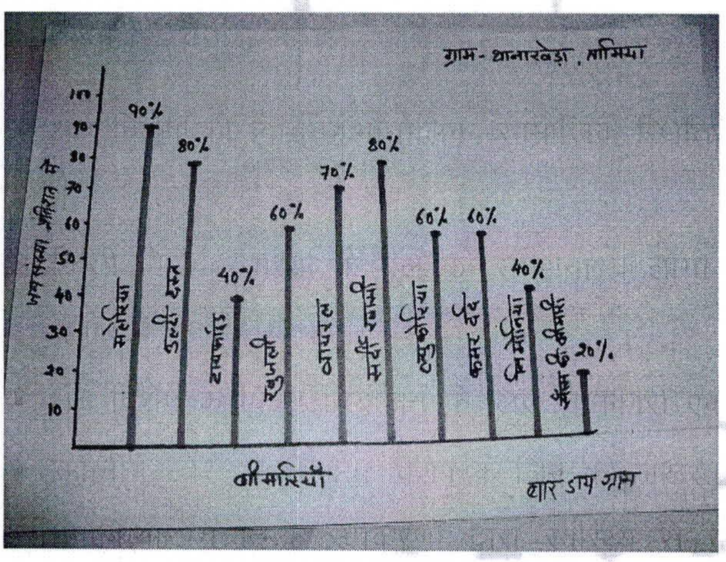
सहभागी ग्रामीण ऑकलन के उद्देश्य :–

1. क्षेत्र विशेष की सामाजिक आर्थिक स्थिती पर समझ बनाना।
2. मूल समस्याओ व जरूरतो में स्थानीय लोगो के सोच एवं नजरिये को महत्व देना।
3. क्षेत्र विशेष के विकास नियोजन के लिए जानकारी एकत्रित करना।
4. स्थानीय समस्याओ जरूरतो का विश्लेशण तथा सुझाव देना।

महत्व –

- क्षेत्र विशेष की विभिन्न भौगोलिक. सामाजिक स्थितियों को जमीनी स्तर पर समझना ।
- किसी विशेष समस्या के मूल को समझना व लोगो की नजरिय व सोच को महत्व देना।
- क्षेत्र विशेष के विषय नियोजन के लिऐ जानकारी एकत्रित करना।
- स्थानीय स्तर पर समस्या विशेष के लिऐ की जरूरतो का विशन तथा सुझाव देना।

इस प्राकिया चित्रात्मक उपकरणों द्वारा स्वास्थ्य से जुडी स्थिति को थानाखेड़ा की



जमीनी स्तर पर समझने का प्रयास किया गया ये जानने कि ग्राम थानाखेड़ा में लोगो के स्वास्थ्य की स्थिति कैसी है। कौन–कौन से संसाधन है तथा किस समये कौन सी बीमारी अधिक है। कौन सी चिकित्सा पद्धति का लोग अधिक उपयोग करते है सरकारी व गैर सरकारी चिकित्सा सेवा प्रदाता में किसका प्रभाव अधिक है इसके लिये निम्न उपकरणों का उपयोग किया गया ग्राम में समूह के संगठन है वो स्वास्थ्य कायक्रमों को प्रभावित करते है।

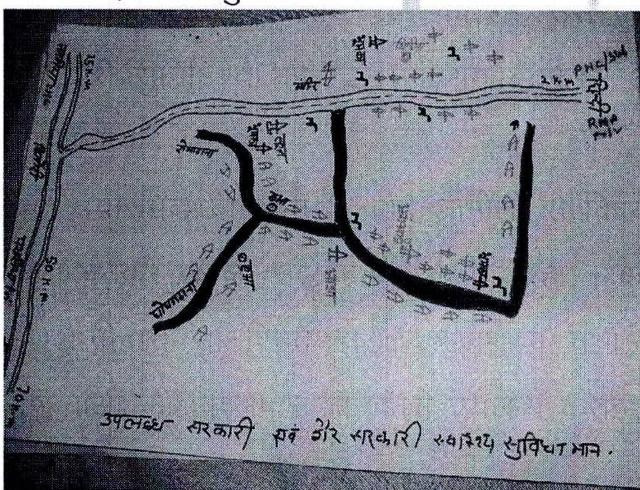
प्राविधि :–

सहभागी ग्रामीण विश्लेषण में सबसे जरूरी है।स्थानीय ग्रामीणो के साथ संवाद स्थापित करना स्थानीय लोगो के साथ बार बार संपर्क से संवाद के सभी अवरोध टूट जाते हैं। इसके लिए हमने कई बार ग्राम का भ्रमण किया गया इसे बाद लोगो के साथ मिलकर रात्रि बैठक के लिए तारीख तय की गई उस बैठक में सभी ग्रामीणो विशेषकर महिलाओ की भागीदारी सुनिश्चित की गई।सर्वप्रथम बैठक में औपचारिक बैठक के बाद बैठक का उद्देश्य बताया गया।

प्रारंभिक बातचीत के बाद ग्रामीणो से विषय पर बातचीत आरंभ की गई फिर प्रेरक दल श्रोता बनकर उनका उत्साहवर्धन करता रहा । वह इस बात का भी ध्यान रखता था कि सभी की भागीदारी सुनिश्चित हो। विश्लेषण व चर्चा के बाद ग्रामीणो ने अपने गॉव के संसाधनो समस्याओ की विश्लेषण जानकारी उपलब्ध कराई।

निष्कर्ष

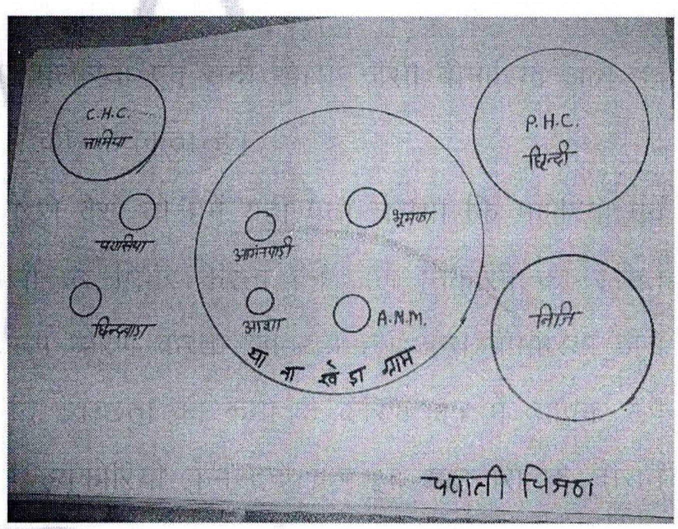
थानाखेड़ा ग्राम मुख्य मार्ग पर बसा होने के बाद भी आर्थिक रूप से पिछड़ा है। यहॉ के लोग



वर्ष में दो बार फसल नही ले पाते उन्हे रोजगार के लिए वर्ष में दो बार पलायन करना पड़ता है। रोजगार की उपलब्धता वर्ष भर नही रहती ,इसलिए युवा वर्ग पलायन करता है। गॉव में कृषि योग्य भूमि होने पर भी ढालू जमीन है भू क्षरण भी अधिक मात्रा में होता है। सिचाई साधन एवं जल प्रबंधन नही होने की बजह से सिचाई के साधन भी पर्याप्त नही है। जिसके फलस्वरूप उत्पादन कम होता है,और खाद्यान संकट रहता है। ग्रामीण उन्नत खेती के तौर तरीको को भी नही अपना पाते ,सब्जियो का उत्पादन इतना भी नही हो पाता कि स्थानीय आपूर्ति हो पाये इसलिये गामीणो में पोषण की भी कमी पाई जाती है, वे कमजोर है ।गॉव में किसी भी प्रकार की जल निकासी का प्रबंध न होने की बजह से स्वास्थ्य एवं स्वच्छता की समस्या बनी रहती है। इन्ही आधारो पर हमने

इस प्रक्रिया के दौरान यह पाया कि इस गॉव की स्वास्थ्य समस्याये यहॉ के भौगोलिक एवं आर्थिक न्यूवता के कारण है।जैसे टायफाइड मलेरिया एवं सर्दी खॅासी जैसी बीमारिया आम है। साथ ही यहॉ महिलाओ से संबंधित बीमारियो की अधिकता है।

यदि हम समस्याओ को वि लेशणात्मक रूप से देखे तो हमें यही पता चलेगा कि मलेरिया एवं टायफाइड जैसी बीमारिया पानी की निकासी पर निर्भर करता है। जल निकासी की उचित सुविधाये न होने से यह समस्या विकराल रूप धारण करती जा रही है। अन्य बीमारिया जैसे खुजली वायरल सर्दी खॉसी , निमोनिया आदि स्वच्छता की कमी के कारण क्षेत्र में व्यापक रूप से है।महिला प्रजनन संबंधी बीमारियॉ जैसे ल्यूकोरिया कमरदर्द क्रम ाः माहवारी के दौरान अस्वच्छ कपड़ो के इस्तेमाल से एवं कमरदर्द मुख्य है।



समुदाय कभी स्वास्थ्य अपनी प्राथमिकता में ाामिल नहीं करता हैं । उसे अपनी स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं के बारे के बारे में कोई जानकारी नही होती हैं । इसलिए वह विभाग कि समुदाय के प्रति जबावदेही सुनि चत नही हो पाती । समुदाय का स्वास्थ्य सेवाओं का कोई स्वामित्व नहीं होता आर्थिक कारणों व सामाजिक जडता के कारण लोगों का स्वास्थ्य व बिमारियों को लेकर नजरिया अधंवि वास से भरा होता है । जिसके कारण स्थानीय आयुर्वेद परंपरा मजबूत करने कि जगह झाड फूक जैसे निरर्थक कामों को बढावा मिलता हैं ।

समाधान नियोजन :

यह ग्राम मूलतः किसानो का ग्राम हैं किन्तु इनकी वार्षिक आय में कृषि का योगदान औसतन 30 प्रतिशत सें अधिक नही है। स्वास्थ्य की समस्याओ के समाधान नियोजन में जल निकासी की उचित सुविधा जैसे रिचार्ज पिट एवं पानी की शुद्धता हेतु प्रबंधन जागरूकता एवं साफ सफाई जैसे विशयो पर संगठित तौर पर कार्य करने की आवश्यकता है।

3. महिला स्वास्थ्य

किसी भी समाज में लोगो का स्वास्थ उसके विकास का प्रमुख सूचक होता है अपने नागरिको को न स्वास्थ सुविधा देना राज्य की जिम्मेदारी होती है .हमारे देश में शिशु व् उसको जन्म देने वाली माँ का स्वास्थ मुख्य रूप से महिला एवं बाल विकास एवं स्वास्थ विभाग की जिम्मेदारी है पर अनेक प्रयासों के बावजूद भी माँ व् बच्चे का स्वस्थ एक चुनौती बना हुआ है.

महिलाओ को अपने प्रजनन काल में में गर्भ काल व् प्रसव के दौरान अनेक जोखिमों का सामना करती है जिनमे से अनेक उसकी मौत का कारण बन जाते है अपनी शारीरिक जटिल संरचना के कारण वे अनेक प्रजनन से संबधित बीमारियो से पीड़ित रहती है. इसी प्रकार अपने जन्म से लेकर पांच वर्ष की आयु तक बच्चे अपने विकास की सबसे सवेदन शील दौर से गुजरते है महिलाओ तथा बच्चों का ये वर्ग आबादी का 60 प्रतिशत है मातृ एवं शिशु स्वास्थ कार्यक्रम भोरे समिति की सिफारिशों के रूप में 1952 में प्राथमिक स्वास्थ केंद्र की स्थापना के समय से ही प्राथमिक स्वास्थ सेवा वितरण प्रणाली का अभिन्न अंग रही है xi

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के उद्देश्य

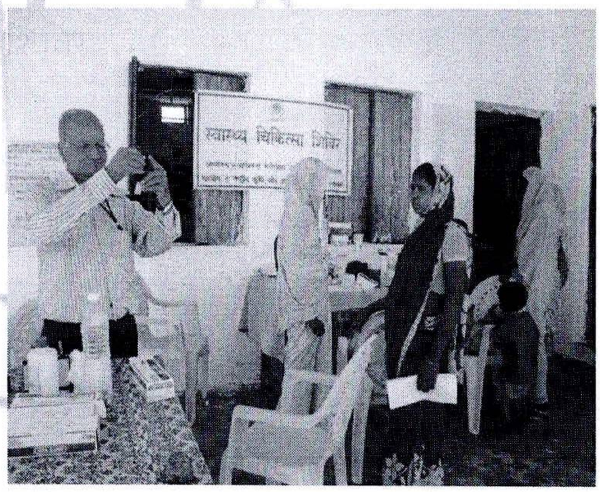
- माताओ नवजात शिशुओ और बाल्यकाल की म्रत्यु दर ओर बीमारियो को कम करना
- प्रसव पूर्व व् प्रसव के बाद देखभाल करना
- बच्चो ओर किशोर किशोरियो के शारीरिक और मानसिक विकास की वृधि करना

महिला स्वास्थ्य की गई गतिविधियां

- महिला स्वास्थ्य शिविर
- समूह चर्चा
- आर सी एच

3.1 महिला स्वास्थय शिविर

तथापि[गपप] संस्था मध्यप्रदेश के छिंदवाडा जिले में महिला स्वास्थ को लेकर कार्य शुरू करने जा रही थी इसके लिए उसने जिले के दो विकासखंड तामिया और अमरवाडा का चयन किया तामिया दोनो ही विकास खंड में तथापि संस्था ने 10 -10 गाँवों का चयन किया स्थानीय स्तर पर तामिया में नागेश्वर चेरीटेबल ट्रस्ट तथा अमरवाड़ा में संजीवनी संस्था का सहयोग लिया चयनित 10-10 गाँवों स्थानीय समुदाय की मदद से एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता जिसे संजीवनी के नाम से जाना गया तथापि ने सर्वप्रथम तामिया में महिला स्वास्थ्य शिविर का आयोजन किया



उदेश्य

- महिलाओ की स्वास्थ्य की स्थित जानना
- स्वास्थ्य सुविधाओ की उपलब्धता
- समुदाय की स्वास्थय परम्परा को समझाना
- महिलाओ की बीमारियो की जानकारी लेना
- प्रशिक्षण विषय वस्तु तैयार करना

प्रक्रिया

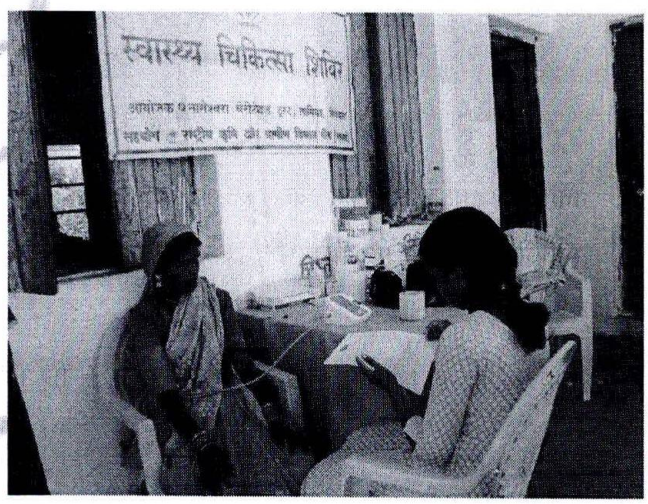
मार्च 2010 को तामिया के जैतपुर ग्राम में दो दिवसीयमहिला स्वास्थ्य शिविर लगा , महिला स्वस्थ्य पर केन्द्रित था

- महिला शिविर के पहले दिन 130 महिलाये तथा दूसरे दिन 80 महिलाये आयी ।

विश्लेषण

- शिविर महिला स्वास्थ्य जिसमें प्रजनन मार्ग संक्रमण, माहवारी, पर विशेष केन्द्रित था एंव स्वास्थ्य के अन्य मुद्दे जैसे समान्य जॉच व अन्य बिमारियों का भी ध्यान रखा गया ।
- शिविर के पहले दिन 130 महिला तथा दूसरे दिन 80 महिला आयी ।
- महिलाये ~~60~~ 20 से ~~20~~ 60 वर्श कि आयु वर्ग कि थी ।
- ज्यादातर महिलाये ल्यूकारिया, कमर दर्द, रक्तस्राव से पीडित थी ।
- 210 महिलाओं मे से केवल 12 महिलायें ऐसी थी जिनका विवाह 20 वर्ष की आयु में हुआ था बाकी सभी का विवाह माहवारी शुरू होने वाले वर्ष या उसके एक वर्ष बाद हो गया था, औसतन विवाह कही आयु 16–17 वर्ष की थी ।
- अधिकांश महिलायें नसबंदी का आपरेशन करा चुकी थी । ये ऑपरेशन औसत 3 या 4 बच्चों के बाद कराया गया था ।
- शिविर महिलाएं यूल्कोरिया अधिक अन्तरस्राव कमर दर्द, जोडो का दर्द, बदन दर्द, कमजारी बुखार से पीडित थी, व गर्भवती महिलाए भी आयी थी ।
- महिलाये अपना कमर दर्द नसबंदी,आपरेशन से जोडकर देख रही थी।
- शिविर में बाह्य शारीरिक जॉच के अतिरिक्त अन्दरूनी अंगों की जॉच हुई ।
- महिला की लम्बाई व उम्र के अनुसार वनज कम था, प्राय सभी महिलाऐ कुपोशण से ग्रसित हैं ।
- 210 महिलाओं में 17 में गंभीर रूप से बिमारियों के लक्षण थें ।

<u>जिन्हें आगे रिफर किया गया ।</u>



इन 17 महिलाओं में से एक को स्तन केंसर , तीन को हायपर टेंशन, तीन को थायराइट ग्रंथि में वृद्वि, तीन को महामारी व अत्यधिक रक्त स्राव से संबधित समस्या , एक को बेहाशी , दो को जोडो संबंधी समस्या, दो को गभीर त्वचा रोग व एक गर्भाशय ग्रीवा संबंधी गंभीर बिमारियों के लक्षण थे ।

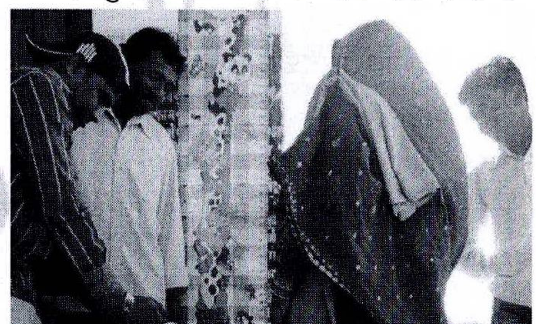
3.2 समूह चर्चा

स्वास्थ्य शिविर के बाद सभी चयनित गांवों में महिलाओ के साथ सामूहिक चर्चा की गई जिसमे चर्चा के मुद्दे शिविर से निकल कर आयी स्वास्थ्य समस्या तथा उनके प्रति महिलाओ के नजरिया था इस समूह चर्चा का उदेश्य थे –

- **महिलाओ के स्वास्थ्य समस्याओं को लेकर उनके नजरिये को समझने का प्रयास करना**
- **महिलाओ के पोषण की स्थिति व् आहार सबंधित आदतों को समझना**
- **संजीवनी चयन करना**

विश्लेषण -

- महिला आहार संबंधी आदतों के विशय जानकारी दी की वह सुबह 8–9 बजे के बाद रात में 8–9 बजे रात्री भोजन करती है । बीच में बहुत कम महिलाऐं खाना खाती थी ।



  - सुबह के भोजन में सब्जी , दाल, रोटी , कनकी (चावल) तथा रात्री के भोजन में कनकी दाल, रोटी लेती है ।
- अनाज में मक्का,कनकी , कोदो, कुटकी, गेहूँ , दलहन में बल्लहर की दाल, तुअर, उडद की दाल लेती व सप्ताह में तीन या चार दिन कनकी (चावल) भी भोजन में शामिल होता हैं । तुअर की दाल का बाजार मूल्य अधिक होने के कारण वह भोजन का नियमित हिस्सा नहीं हैं ।
- ज्यादातर महिलाओं के गर्भपात या 1 वर्ष के अंदर शिशु की मौत हुई थी । ये पहले व दूसरे प्रसव में ज्यादा हुआ था ।

3.3 प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य प्रशिक्षण-

सिधौली ग्राम में दो दिवसीय प्रजनन एवं शिशु स्वस्थ्य प्रशिक्षण आयोजित किया गया यह कार्यक्रम नागेश्वर ट्रस्ट द्वारा आयोजित किया गया था इसमें प्रथम दिवस प्रसव पूर्व देखभाल प्रसवपूर्व तैयारी गर्व्निरोधक सुरशित गर्वपात तथा सुरक्षित प्रसव के विषय में बातचीत की गई दूसरे दिन नवजात शिशु की देखभाल टीकाकरण आगंवादी से मिलाने वाले पोषण आहार के महत्त्व पर चर्चा पर बात चीत की प्रजनन एवं शिशु स्वस्थ्य प्रशिक्षण के दौरान हमने महिलाव से बच्चो के स्वास्थ्य बीमारी व पोषण को लेकर सव्वाद किया गया तथा उनसे जब ये कहा गया की क्यों न हम उपलब्ध भोजन से पौष्टिक आहार बनने की कोशिश करे इस पर सभी महिलाव ने सहमति जताई लेकिन इस प्रक्रिया को शुरू करने के लिए उन्होंने त्यौहार के बाद का समय उपयुक्त माना इस प्रशिक्षण के डी आरंभिक निरिक्क्षण के दौरान बी.एम.ओ. तथा सी एम एच ओ भी प्रशिक्षण स्थल पर आये तथा पी.डी हर्थ के बारे में सेधान्तिक जानकारी दी

4 शिशु स्वास्थ्य

स्वास्थ्य विभाग के आलावा बाद दूसरा राष्ट्रीय कार्यक्रम एकीकृत बाल विकास योजना है जो ६ वर्ष से कम उम्र के बच्चो की आवश्कताओ पर केंद्रित है इस योजना में बच्चो को पूरक पोषण स्वास्थ्य व् स्कुल पूर्व शिक्षा को पूरी करता है बच्चो का स्वास्थ्य उनकी माँ से अलग कर के नहीं देखा जा सकता इसलिए ये कार्यक्रम किशोरी गर्भवती धात्री माओ को भी समेटता है [गपपप]

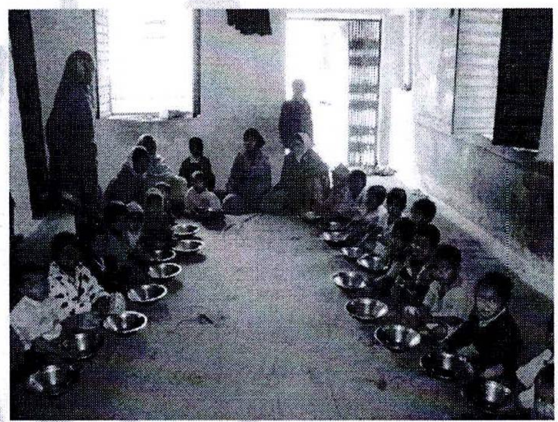
बाल विकास सेवा के उदेध्श

- पूरक आहार
- टीकाकरण
- स्वास्थ्य परिक्षण
- परामर्श सेवा
- महिलाओ को स्वास्थ्य व् पोषण शिक्षा (राज्य की पोषण निति)

4.1 आगनबाडी की स्थिति का अध्यन

उद्देश्य-

- पातालकोट के दुर्गम क्षेत्रो में चल रही आगनबाड़ी की वर्तमान स्थिति को समझना
- पातालकोट के दुर्गम क्षेत्र में समुदाय व् कार्यकर्ता को आने वाली कठनाइयों को जानना
- बेहतर सुविधाओं के लिये परियोजना प्रस्ताव हेतु प्राथमिक आकडे एकत्रित करना

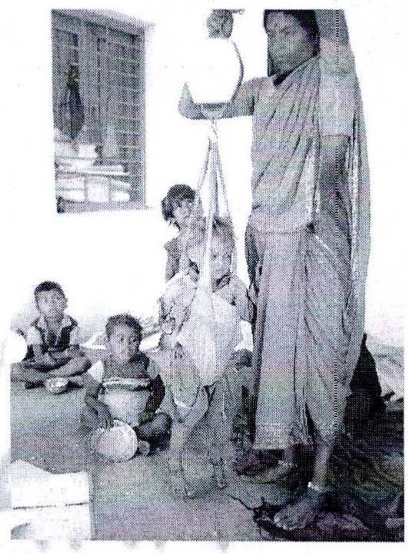


विधि

- साक्षात्कार(प्रपत्र सलग्न)
- प्रश्नावली
- अवलोकन

विश्लेषण

1. ऑगनबाड़ी की सामान्य जानकारीय ग्रेड संबंधी जानकारी बच्चो से संबंधित जानकारी टीकाकरण की जानकारी पोषण पुनर्वास केन्द्र ऑगनबाड़ी में समूह से संबंधित जानकारी रिकार्ड संबंधी जानकारी ऑगनबाड़ी के प्रशिक्षण से संबंधित जानकारी **जैसे विषय जानकारी एकत्रित की गई इसके अलावा आगनवाड़ी की स्थिति पोषण आहार वितरण की** दक्ष हैं। अन्य कार्यकर्ता की शिक्षा का निम्न स्तर है उन्हें दक्षता बढ़ाने, प्रशिक्षण देने, रिकार्ड पूरा करने के लिए मदद की आवश्यकता है। कम पढ़ी–लिखी आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं के लिए पुनः प्रशिक्षण तथा नवाचार सहित प्रशिक्षण मददगार हो सकता है।



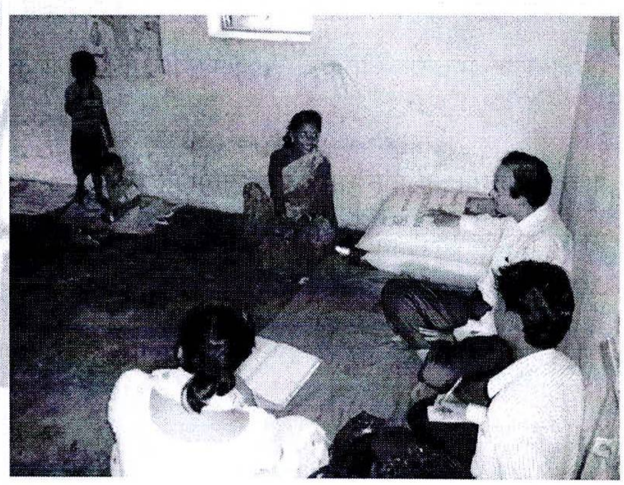
जानकारी एवं कार्यकर्ताओ के शिक्षा के स्तर

स्वाथ्य विभाग साथ व् आशा के समन्वय की जानकारी का विश्लेषण किया गया

निष्कर्ष

2. कुछ कार्यकर्ता शिक्षित हैं तथा आंगनबाड़ी के द्वारा दी जाने वाली सेवाओं में आंगनबाड़ी कार्यकर्ता अपनी क्षमता अनुसार मेहनत कर रही हैं तथा अत्यंत दुर्गम स्थान में बच्चों व महिलाओं के स्वास्थ्य के लिए प्रयासरत हैं।
3. क्षेत्र की दुर्गमता के कारण आंगनबाड़ी सुपरवाइजर नियमित भ्रमण नहीं कर पा रही हैं। एएनएम की बिजिट भी काफी अनियमित है। फलस्वरूप आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा किये जाने वाले कामों में मदद नहीं मिल पा रही है तथा बच्चों का टीकाकरण एवं गर्भवती महिलाओं की देखभाल की गुणवत्ता प्रभावित हो रही है।
4. य योजनाओं में लाड़ली लक्ष्मी योजना काफी लोकप्रिय है। मंगल दिवस तथा किशोरी बालिका सप्ताह के बारे में जागरूकता है। अन्य कार्यक्रम के बारे में जागरूकता कार्यक्रम चलाने की आवश्यकता है।
5. साझा चूल्हा का प्रभाव अच्छा हुआ है। भोजन पकाने की जिम्मेवारी आंगनबाड़ी कार्यकर्ता तथा शिक्षक के अलावा स्वयं सहायता समूह को देने से अब वे अपने मूल काम के लिए ज्यादा समय दे पा रहे हैं। कुछ स्थानों पर जहां गांव ढानों में बंटा है तथा दुर्गम है वहां बच्चों की संख्या की सही जानकारी न पहुंच पाने के कारण ज्यादा भोजन तैयार हो जाता है जो उपयोग नही हो पाता।

4.2 सकारत्मक बदलाव के लिए व्यहार परिवर्तन



समुदाय एवं उसके सदस्यों को स्थानीय स्तर पर उपलब्ध संसाधनों के माध्यम से के लोगो द्वारा सामुदायिक समस्याओ के समाधान की विकासात्मक अवधारणा है. जो माधयम से व्यक्तिगत सकारात्मक व्यवहारों एवं अभ्यासो को पहचानकर स्थाई

तौर पर समस्या का समाधान करती है यह एक विकासात्मक अवधारणा है इसमे समुदाय के लोगो द्वारा समुदाय में प्रचलित व्यवहारों ,अभ्यासो से

अलग हटकर समस्या का स्थाई समाधान किया जाता है.

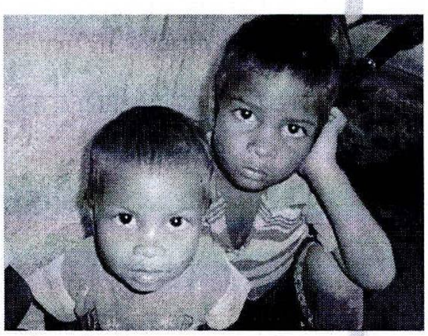
सकरात्मक बदलाव के क्रियान्वयन से हमें परिणाम बहुत जल्दी मिलते है यह समुदाय ये आसानी से समुदाय के साथ किया जा सकता है क्योंकि इसमें समुदाय कि सहभागिता बहुतायत में है यह पूरी तरह समुदाय के ज्ञान पर आधारित होता है इसे सामाजिक और सांस्क्रतिक स्वीकृति प्राप्त होती है ।

उदेश्य

1.कुपोषित बच्चों का पुनर्वास करना
2.कुपोषित बच्चों की विकास को नियमित स्थाई करना
3.भविष्य व् वर्तमान में परिवार एवं समुदाय के स्तर पर कुपोषण को होने से रोकना

ग्राम चयन का आधार

कुपोषण के मुद्दे पर समुदाय में सकारत्मक बदलाव के लिए तामिया विकासखंड का सिधोली गाव का



चयन किया गया इस ग्राम की बसाहट प्रदेश सबसे उचे क्षेत्र की बसाहट है यंहा प्रदेश के आदुम जन जातीय समूह भारिया बसते है सिधौली ग्राम में आगनवाड़ी प्राथमिक शाला पी डी एस पंचायत द्वारा संचालित जलप्रदाय योजना उपस्वास्थ्य केन्द्र है सामुदायिक संगठनों में स्वयं सहायता समूह ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति शिक्षक पालक संघ ग्राम विकास समिति है ११ओ घरों की कुल आबादी ८१० है .

चयन का आधार

प्रदेश का कुपोषण का स्तर दुनिया भर के बच्चों से कही ज्यादा है जनजाति क्षेत्रो में समस्या की जटिलता अपनी भौगोलिक दुर्गमता के कारण और भी डैड जाती है सिधोली गाव की आगनावादी सबसे आदर्श मानी जाती है फिर भी गाव के ज्यादातर बच्चे मध्यम कुपोषण कुछ बच्चे गभीर कुपोषण की में आते है महिलाये भी रक्त अल्पता का शिकार है यही करण है जमीनी स्तर पर कुपोषण को समझने का प्रयास किया गया ०-३ वर्ष की आयु में बच्चे के शारीरिक विकास की बुनियाद रहती है तभी वह सबसे जायदा कुपोषण के शिकार होता है इस लिए इस आयु वर्ग को चुना गया

विधि

विभाग से समन्वय

सकारात्मक बदलाव के लिए खाका तैयार करना

समुदाय से संवाद

- ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति
- मासिक ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस
- व्यक्तिगत साक्षात्कार
- पूछताछ
- अवलोकन

विश्लेषण :–

सिन्धोली गाव में इस समय गाव में 88 बच्चे 03 वर्ष के मिले कुच्छ परिवार में इस आयु वर्ग के बच्चे थे लेकिन वे परिवार पलायन या उन कारणों से बहार गए थे 38 बच्चो में से 16बालिकाएं 22 बालक है जो वजन के हिशाब से लड़कियों में 9 सामान्य 6 माध्यम कुपोषण में है जबकि लडको में 6 सामान्य 13 माध्यम व 3 गंभीर कुपोषण में आती है जिन माओ के तीन शाल के अंदर दो बच्चे है उनके दोनों बच्चे माध्यम कुपोषण से गमीर कुपोषण में है सभी माओ ने कहा है 6 माह तक उन्होंने केवल स्तनपान कराया लेकिन 6 माह से अधिक आयु तक बच्चो को वे केवल दो समय तक ही खाना दिया डी भर स्तन पान करती 6माह में आगनवाड़ी में हुए अन्नप्राशन के बाद भी माँ एक से डेड साल तक नियमित ठोस आहार नहीं दिया बच्चो को दो बार से आधिक नियमित खाने देने वाले परिवार बड़े परिवार थे ऐसे परिवारों में युवा महिलाव की संख्या अधिक थी तथा बच्चे भी सामान्य थे जिन परिवारों में बच्चो की देखभाल बुजुर्ग तथा बच्चे करते है वह माध्यम कुपोषण अधिक हैमाँ बच्चे को खाना पकड़ा देती थी है जिससे बच्चा ठीक से नहीं खा पता वह खाना निचे गिरा देता है वाही खाता है खाना देकर माँ काम में लग जाती है केवल दो माओ ने बताया की वो बच्चो को अलग से खाना बना कर देती है 20परिवार में दो पहर में भोजन मागने पर नहीं मिला केवल 10 परिवार में दोपहर के समय खाने के समय केवल मक्का की रोटी मिली दोपहर को विस्कुट मक्के की रोटी का टुकड़ा तथा कुरकुरे जैसी जीजे खाते मिले

निष्कर्ष -

बच्चो के पास कोई खिलोने नहीं होते वे अकेले या माँ के पिछे या बड़े भाई बहनों के साथ खेलते है ये मौसम हर्रा संग्रहण का है सभी घरों में हर्रा बिखरा था बच्चे उसी में खेल रहे थे कुच्छ बच्चे साफ सुथरे थे पर मिटटी से थे बच्चो को रोता देख कर माँ आकेला छोड़ कर चली गयी एक परिवार में 9-10 साल की बच्ची ७ भाई बहिनों को सभाल रही थी बच्चे पालतू जानवरों के बच्चे से खेल रहे थे कृषि का तरीका बदल रहा है आधिक उत्पादन देने वाले बीज पोषण कम कर रहे है

5 अवसर

5 .1 प्रशिक्षण राज्य स्त्रोत व्यक्ति

जिला स्तरीय स्रोत व्यक्ति प्रशिक्षण -पाचवे माड्यूल पर आशा प्रशिक्षण
जबलपुर भोपाल एवं ग्वालियर

आशा पाचवे माड्यूल प्रशिक्षण की बिषय वास्तु आशा के व्यक्तित्व व कौशल विकास पर आधारित है ,चार दिवसीय प्रशिक्षण जिला स्तरीय स्रोत व्यक्ति के लिए था .प्रशिक्षण पूरी तरह सहभागी सिन्धंत पर आधारित था बिभिन्न संकल्पों के प्रति आशा को संब्बेदन शील बनने व आपनी भूमिका प्रभावी रूप से निभाने के लिए कौसल बिकास की विभिन्न कारण पर आधरित था चार दिवशीय जिला स्रोत व्यक्ति

प्रकिया

प्रशिक्षण में पहला दिन सहभागी गतिबिधि तैयार की गई थी ,ये शभी गतिबिधिया खेल रोल प्ले समूह चर्चा व प्रस्तुत प्रशिक्षण के सिन्धंत पर था दूसरा दिन कौसल विकास तथा अंतिम २ दिन आभ्यास सत्र थे जिसमे प्रशिक्षण प्रतिभागी सत्र लेते थे आर इनके इस आभ्यास को आर बेहतर बनाने के लिए सुझाव दिए जाते सर्वप्रथम १९से २२ दिसंबर तक जबलपुर के रीजनल हेल्थ एंड फेमली बेल फेयर प्रशिक्षण संसथान प्रशिक्षण प्रतिभागी के तौर पर भाग लिया उसके बाद क्रमशः एक प्रशिक्षण ग्वालियर तीसरा प्रशिक्षण भोपाल व एक प्रशिक्षण जबलपुर में हुआ जिसमे मेरी भूमिका राज्य स्रोत व्यक्ति के पर रही

पाचवे प्रशिक्षण में कुल १४१ प्रतिभागी जिला स्रोत व्यक्ति बने जो १६ जिलो का प्रति निधित्व करते है प्रदेश के विभिन्न आचालो से आये लोगो ने अपनेअपने क्षेत्र में आशा को लेकर अपने अनुभव बाटे सामंत वादी क्षेत्रो से लेकर आदिवासी बाहुल्य क्षेत्रो से आये प्रतिनिधियों ने आशा किच्यां की प्रक्रिया से लेकर अब तक की स्थिति पर चर्चा की उन्होंने माना की लगातार प्रशिक्षण व् सकारात्मक संवाद से आशा के व्यक्तिव् का विकास किया जा सकता है जिसे ३ स्तरों पर समझा गया .आशा के व्यक्तव की पहचान स्वास्थ्य अधिकारों को समझना तथा कौसल को विकसित करना इससे आशा स्वास्थ्य बिभाग की अंतिम कर्मी न रहकर समुदाय कौसल को विकसित करना इससे आशा स्वास्थ्य विभाग का प्रतिनिधित्व कर सकेगी व् सही आर्थो में एक्टिविस्ट की भूमिका में आ सकती है

प्रथम प्रशिक्षण ग्वालियर २७ दिसंबर से ३० दिसम्बर २०११ - ग्वालियर में २४ प्रतिभागी थे जिसमे आधिकंस लोग स्वं सेवी संस्थानों से थे वे सभी प्रशिक्षण लेने व देने में काफी उत्साहित थे इस प्रशिक्षण में ग्वालियर मुरेना दतिया गुना भिंड के लोगो ने भाग लिया सभी प्रतिभागी जल्दी ही

आनौप्चारिक हो गए उन्होंने रोल प्ले खेल से नेतृत्व विकास संचर कौशल आशा मूल्य व् समन्वय को बहुत अच्छे से समझा अभ्यस सत्र में सभी सहभागियो ने काफी परिश्रम के साथ भाग लिया सत्र प्रस्तुत कारण के बाद मिलने वाले सुझवो से लगातार सुधार हुआ

भोपाल प्रशिक्षण २ से ५ २०११ -२ से ५ तक चले इस प्रशिक्षण में भोपाल होशंगबद उज्जैन देवास शाजापुर राजगढ़ सीहोर के लोगो ने भाग लिया इस प्रशिक्षण में ज्यादातर लोग विभाग की तरफ से थे कुल प्रशिक्षद्त्यो की संख्या ३६ थी विभाग की तरफ से बी,पी.एम् .सिस्टर ट्यूटर व ए एन एम सबसे अधिक संख्या में थे इनका आशा को देखने का नजरिया एकदम आलग था समूह का मानना था की उनेह अपने काम के लिए गाव में एक स्रोत मिल गया ,बी.पी.एम्.तथा अन्य विभागीय कर्मचरियो का मानना था की वे आशा के साथ बेहतर काम करना चाहते है लेकिन अन्य व्यस्तथाओ के चलते इस कम को प्राथमिकता नहीं दे पाते उन्हें आदेशानुसार ही काम करना पड़ता है फिर भी उनका प्रयास रहेगा की वे जिला स्तरीय प्रशिक्षण में शामिल हो भोपाल प्रशिक्षण १५ से २० जनवरी २०११ भोपाल के इस दूसरे प्रशिक्षण में बैतुल शाजापुर सीहोर राजगढ़ हरदा व सागर के लोगो ने भाग लिया .इस प्रशिक्षण में कुल १४ प्रशिक्षारती थे हरदा के आलावा सभी जिलो से विभागीय लोग थे प्रशिक्षण के दौरान उनके नकारात्मक नजरिया में काफी परिवर्तन आया

भोपाल प्रशिक्षण २१ से २४ जनवरी २०११ दृप्रशिक्षण में इंदौर दमोह रीवा सतना सागर के १६ प्रतिभागियों ने भाग लिया जिसमे ज्यादातर लोग विभाग के थे इस प्रति भागी समूह में आशाओ को जिले में प्रशिक्षण देने के कार्यक्रम को बहुत अच्छे से नियोजित किया दमोह तथा इंदौर के प्रति भागी पुरे प्रशिक्षण के दौरान बहुत अच्चा प्रस्तुत किया जबलपुर प्रशिक्षण २७.से ३० जनवरी २०११ दृइस प्रशिक्षण में दमोह सिवनी जबलपुर छतरपुर पन्ना सतना अशोकनगर बलाघाट एवं सीधी के ३६ प्रतिभागियों ने भाग लिया इस समूह में भी विभाग के लोग ज्यादा थे यह समूह बहुत उर्जावान था इन्होने आपने अभ्यास सत्र में बहुत नवाचार किये और आशाओ के स्तर पर अनेक गतिबिधि की इस समूह के सभी लोग स्वेछा से आये थे इसलिए उन्हें आशाओ को जिला स्तर पर भी प्रशिक्षण देने में काफी उत्सुकता है

निष्कर्ष

जिला स्तरीय आशा स्रोत प्रशिक्षण में एम् ओ से लेकर एम्.पी.डब्ल्यू तक प्रशिक्ष्नार्थी थे सहभगी प्रशिक्षण पदाति के कारण इसमें आपस में समता का भाव देख गया प्रशिक्षण के आरभ में आशा को लेकर सबसे ज्यादा नकारात्मक रवैया ए.एन.एम्.और एम् पी डब्ल्यू का था प्रशिओक्षण के अंतिम दिन तक उनके नजरिये में काफी बदलाव देखा गया विभाग से लो केवल सी एम्.ओ.के आदेश पर आ गए थे उन्होंने प्रशिक्षण लेने और देने में कोई रूचि नहीं थी ऐसे लोगो को जब दी ए नहीं मिला तो उनका रहा सहा उत्साह भी समाप्त हो गया बी.पी.एम्. का प्रशिक्षण के दौरान सबसे निराशा जनक प्रदर्शन रहा .वे आपने

पद को लेकर बैठा रहे और उनका रवैयाक भी अश्योगात्मग्क रहा एन जी ओ .प्रमुख प्रशिक्षण लेंने लेकिन जिला स्तर किसी और व्यक्ति देना था जिससे प्रशिक्षण गुणवता प्रभावित होगी छतरपुर और सागर के प्रतिभागियों का कहना था की प्रशिक्षण लेने हम आ गए है जिला स्तर पर ये प्रशिक्षण कब हो पायेगा हमें पता भी नहीं चलेगा ऐसे प्रतिभागी थे जिनेह आशा एन आर एच एम् का बिलकुल भी अनुभव नहीं था

सभी विभागीय कर्मचारी परिवार नियोजन कार्यक्रम में अत्यादिक व्यस्त थे इस लिए अछे स्रोत व्यक्ति नहीं आ पाए पुरे प्रशिक्षण के दौरान संचार कौशल समन्वय अधिकार नेनेतृत्व प्रतिभागी में सबसे अधिक प्रभावी रहा .जबकि आशा मूल्य सबसे अधिक विवादस्पद रहा स्वंय की प्रतिक्रिया दृप्रशिक्षण के दो तरीके थे एक में एक्टिविस्ट पर जोर दिया गया था और दूसरे में आशा को केंद्र में रखा गया पहले तरीके में जानकारी ठोस तरीके से राखी जाती इससे जिन प्रतिभागियो में आशा ए एन.एम्. एन आर एच एम् की जानकारी नहीं थी उनकी जानकारी का स्तर एक जैसा था पवार प्वांट प्रस्तुति कारण पर प्रतिभागियो की सकारात्मक प्रभाव पड़ता है जबकि दूसरे तरह का प्रशिक्षण बहुत ही जमीनी स्तर का था पहले तरीके में अवधारणा कौशल व अभ्यास स्पस्ट नहीं होते थे कौसल में तारतम्य नहीं होती राज्य स्तरीय कौशल प्रशिक्षण में स्रोत व्यक्ति का तरीका एक जैसा था परन्तु प्राप्त होने वाली जानकारी का स्तर एक जैसा था जिससे प्रतिभागीओ को एक से स्तर की जानकारी स्पस्ट नहीं हो पाती थी दो तरीको को मिला कर एक तरीका अपनाया जिसमे जानकारी को आशा के स्तर तक बनाने का प्रयास किया गया

5.2 भोजन के लिए अधिकार सम्मलेन

भोजन के अधिकार का चौथा सम्मेलन –

रोजी रोटी अधिकार अभियान का चौथा राष्ट्रीय अधिवेशन उड़ीसा के मीरा भवन में 6 अगस्त से 8 अगस्त 2010 तक हुआ। इस अधिवेशन में देश के 18 राज्यों के 2500 से भी ज्यादा प्रतिनिधियों ने हिस्सा लिया। इनमें सक्रिय कार्यकर्ता, शिक्षविदों, पत्रकारों तथा जनांदोलनों के प्रतिनिधियों, दलित आंदोलन, आदिवासी आंदोलन, महिला आंदोलन, मजदूर संघों, विस्थापन के खिलाफ आंदोलन कर रहे लोगों के अलावा अपनी लैंगिक पहचान की वजह से हाशिए पर पड़े लोग, एकाकी महिलाओं के संगठन, बाल अधिकार समूह तथा विकलांगता समूह के प्रतिभागी भी शामिल थे। इस अधिवेशन में मुख्य तौर पर भूख, खाद्यान्न असुरक्षा तथा उसके निर्धारकों, जल, जंगल, व जमीन जैसे संसाधनों पर नियंत्रण, प्रस्तावित खाद्य सुरक्षा कानून, सरकारी की खाद्यान्न व आजीविका संबंधी योजनाओं तथा संघर्ष प्रभावित व विस्थापन वाले क्षेत्रों में भोजन के अधिकार सरीखे मसलों पर बहस हुई। इसमें एक साथ कई सत्र व कार्यशालाऐं आयोजित की गई। बाइस सामानान्तर कार्यशालाओं में विभिन्न मसलों पर विस्तुत बहस की गई। हर कार्यशाला में बहस के मुद्दे पर आधारित प्रस्ताव तैयार व स्वीकार किया गया। बाद में सभी कार्यशालाओं में मान्य प्रस्तावों की सूची दी गई है जिन्हें अधिवेशन के दौरान स्वीकार किया गया।

अनुभव

भोजन के लिए अधिकार सम्मलेन उडीसा में हुआ ये प्रदेश गरीबी भूख और कुपोषण तथा प्राक्रतिक आपदाओ के कारण हमेशा सुर्खियो में रहा है ये अवसर यहाँ के समुदाय के नजरिये को समझने का अवसर मिला राउलकेलाके ज्यादा तर उद्योगपति बाहर से आये है उनका समस्या को देखने का नजरिया एकदम अलग वो समुदाय को इस स्थिति के लिए जिम्मेवार मानते है उन्हें व्यवस्था में कोई कमी नहीं लगाती यहाँ लोगो को सम्मलेन के विषय में जानकारी नहीं थी इस सम्मेलन में देश के सभी प्रान्त के सभी लोगो को जानने समझने का मौका मिला

6. लेखन अध्ययन

समाज कार्य में जितना आवशयक जमीनी स्तर पर कार्य करना है उतना ही जरुरी अपने जानकारी के स्तर को बनाए रखना है

किसी मुद्दे को लेकर दुनिया भर में क्या कार्य चल रहा है क्या नवाचार होरहे है उनके क्या परिणाम है .इसके लिए निरंतर पठन पाठन आवशयक है अध्ययन की तरह लेखन भी बहुत जरुरी है अपने अनुभव के प्रामणिकता के साथ दस्तावेजी करण कैसे किया जाये ये अध्ययन से संभव है किसी मुद्दे को कोई लिखने अपनी राय व्यक्तिगतहित हो सकते है समुदाय का हित हो सकता या वर्ग विशेष का हित हो सकता है ये समझ निरंतर अध्ययन लेन से संभव है

उदेश्य- अपने कार्यों का प्रामाणिकता के साथ दस्तावेजी करण

स्वास्थ्य के मुद्दों पैर दुनिया बार के सफल असफल अनुभव् को जानना

स्वास्थ्य व् विकास के मुद्दों पैर दुनिया में चल रही राजनीती को समझना

स्त्रोत संदर्भ के साथ अध्ययन करना

किया गया लेखन अध्ययन

6.1 सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (संलग्न –1)

6.2 स्वास्थ्य ग्राम समिति प्रशिक्षण सामग्री (संलग्न –2)

6.3 सफलता की कहानी (संलग्न – 3)

संलग्न – 1

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता – संभावनाऐं व उम्मीदें

"सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता उस समूह का सदस्य होना चाहिए जहाँ वह काम करता है उसका चयन समुदाय द्वारा होना चाहिए । वह अपने कार्यों के लिए समुदाए के लिये जवाहदेह हो उसे स्वास्थ्य प्रणाली से सहयोग मिलना चाहिए पर ये जरूरी नहीं है कि वह उसका सदस्य हो उसके पास दक्षता का प्रशिक्षण होना चाहिए ।"

विश्व स्वास्थ्य संगठन

स्वास्थ्य कार्यकर्ता पेशेवर नहीं होते, ये आव्यवसायिक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आधारभूत तरीके से समुदाय के कार्यकर्ता हैं, जिन्हें स्थानीय ग्राम स्त्रोत व्यक्ति ग्राम स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा अन्य स्थानीय नामों से जाना जाता है । अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के 36 विभिन्न नामों से अलग–अलग देशों में जाना जाता है। (Battacharya Gllroy and wich 2001) भारत में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता एक ऐतिहासिक विचारधारा है । हमारे देश में लोक स्वास्थ्य परम्परा राजशाही दौर से है । परंम्परागत रूप से वैद्य दाईयों तथा आर्युवेद का समूह इतिहास रहा है । लेकिन आधुनिक चिकित्सा पद्वति में इन परम्पराओं का ह्रास होता गया, आजादी के बाद 1963 में बनी चाड़ह कमेटी में 10,000 की आबादी पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता की विसतृत व्याख्या की गई । रिपोर्ट में कहा गया– राज्य के नियंत्रण में पेशेवर कर्मचारी द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं पर अतयाधिक जोर देने व उसे ठीक करने के नाकारात्मक नतीजे निकले हैं अतः हमें भारी संख्या में अंशकालिक अर्द्ध पेशेवर स्वंय समुदाय से आने वाले कार्यकर्ताओं की जरूरत है जो लोगों के नजदीके होंगे, उनके साथ रहेंगे और संवर्धन तथा रोकथाम स्वास्थ्य सेवाओं के अलावा जिसमें परिवार कल्याण से संबंधित सेवायें भी शामिल हैं रोजमर्रा की सामान्य बीमारियों जो सभी बीमारियों 80 प्रतिशत से अधिक है का आधारभूत इलाज करेंगे ।

अतंराष्ट्रीय स्तर पर सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता का इतिहास 50 वर्ष पुराना है । जिसमें सबसे अधिक जाना पहचाना कार्यक्रम चीन के बेयरफुट डाक्टर का है । पचासवें दशक का ही थाईलैंड के ग्रामीण स्वास्थ्य स्वंय सेवक तक तथा संप्रेषक का उदाहरण है । (Kauffman and mycrs 1977) अफ्रीका के तंजानिया तथा जिम्बाबे का तर्क संगत रूप से चलाया गया सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता व कार्यक्रम दोनों देशों के राजनैतिक बदलाव के दौर का है, जब दोनों ही देश आत्म निर्भरता ग्रामीण विकास गरीबी व सामाजिक असमानता पर ध्यान दे रहे थे ।

SOCHARA

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता शब्द जो आजकल प्रचलन में है, शुरूआत में इसका अर्थ केवल स्वास्थ्य देखभाल, सेवा प्रदाता नहीं था, वह तो समुदाय की वकालत करने वाला परिवर्तनकारी कारक था । वह समुदाय की आवाज था, जो सभ्यता, विकास हक, के लिए लड़ता, सरकारी तंत्र को अपनी जरूरत समझता, यहाँ डेविड बर्नर का प्रसिद्ध कथि उल्लेखनीय हे । जिसकी झलक अल्मा आटा घोषणा पत्र में भी मिलती है । वह "The Health worker Liberator rather than lackey" सामुदायिक कार्यकर्ता ने केवल स्वास्थ्य में बल्कि शिक्षा कृषि, हर दिशा में समुदाय का पहलकर्ता होता है ।

1980 में आर्थिक मंदी के दौर ने कई विकासशील देशों की अर्थ व्यवस्था को खतरे में डाल दिया उस दौर में संकट से उबरने के लिये ये देश उदारनीतियों पर ध्यान देने लगे, तब लोकतंत्र, आत्म निर्भरता, आधारभूत जरूरतों के अनुसार विकास की जगह विश्व बैंक की नीतियों लाई गई विश्व बैंक द्वारा चलायी गई ढाँचागत समायोजना जैसी नीति की वजह से सरकारों द्वारा चलाये गये राष्ट्रीय कार्यक्रम ढह गये इसका पहला पीड़ित हुआ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता ।

1982 में इंडोनिशिया ने अपने स्वास्थ्य कार्यक्रम को फिर से बनाया, इसमें जिला स्वास्थ्य विकास को ध्यान में रखा गया प्रत्येक जिले में समुदाय स्वास्थ्य सेवक की नियुक्ति व उसका भुगतान समुदाय द्वारा किया गया जो टीकाकरण, पोषण स्वास्थ्य शिक्षण परिवार नियोजन जैसे–जैसे कार्य करता था । इस कार्यक्रम की आरंभिक रिपोर्ट में स्वास्थ्य के स्तर में बहुत परिवर्तन आया नाटकीय ढंग से न केवल स्वास्थ्य का स्तर बढ़ा बल्कि सात सालों में 30 प्रतिशत शिशु मृत्यु दर भी कम हुई, और टीका करण स्तर भी बढ़ा (Yahya 1980)

आज सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को नये सिरे से देखा जा रहा है । विशेषकर उन समुदायों में जहाँ स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध नहीं है, और वहाँ HIV / AIDS के कारण स्वास्थ्य संबंधी जरूरत व समस्याऐं बढ़ गई है । व्यवसायिक सेवा प्रदाता इन्हीं जरूरतों और समस्याओं से उलझे हुए हैं ऐसे में मातृ शिशु स्वास्थ्य पोषण, मातृ शिशु मृत्यु दर व टीकाकरण जैसे स्वास्थ्य संकेतांक असर पड़ रहा है और यहीं पर सामुदायिक स्वास्थ्य कार्य ने अपने कार्य से इन स्वास्थ्य संकेतांकों को चमत्कारिक रूप से सुधारा है, जहाँ व्यवसायिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की कमी है । वहाँ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को प्राथमिक उपचारात्मक सेवाओं की नींव के रूप में देखा जा रहा है ।

SOCHARA

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता का चयनः–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कौन है ? उसे कैसे चुना जाये ? लिंग, उम्र, सामाजिक स्थिति शिक्षा के आधार पर उसका चयन स्वास्थ्य विभाग समुदाय, स्वशासन की भागीदारी से हो इसके कई जवाब हो सकते हैं । अन्तराष्ट्रीय अनुभव के शुरूआती साहित्य में उसके कई विविधता पूर्ण जवाबों की झलक है, सामुदायिक कार्यकर्ता को उसी समुदाय का होना चाहिए तथा उसके पढ़ना, लिखना, आना चाहिए, उसके बाद औपचारिक शिक्षा होना जरूरी नहीं है ।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता का लिंग एक महत्वपूर्ण व दिलचस्प आधार है, भारतीय उपमहाद्वीप में विशेषकर पाकिस्तान, बंगलादेश, में इसके विशेष अनुभव है, भारत ने भी मितानिन व साथिन भी ऐसे कार्यक्रम है पर अफ्रीकी तथा लेटिन अमेरिका देशों में लिंग को महत्व नहीं दिया गया पर फिर भी लिंग एक बड़ा मुद्दा है, जो सामाजिक अध्यास विश्वास तथा परम्पराओं से प्रभावित है । महिला सामुदायिक कार्यकर्ता महिला व बच्चों को स्वास्थ्य को बेहतर समझती है – सोमाली के सामुदायिक कार्यकर्ता पुरूष थे जिनका सीधा संपर्क माँ से नहीं था, बच्चे के बीमार पड़ने पर पिता दवाई तथा

ओ.आर.एस. लेकर आता है, पुरी जानकारी व प्रक्रिया माँ को नहीं दे पाता ये जानने पर नई रणनीति बनी जिसमें हर समुदाय से एक महिला कार्यकर्ता चुनी गई जो पुरूष सामुदायिक कार्यकर्ता को मदद करती और समुदाय की जानकारी देती । उससे ओ.आर.एस. गर्भावस्था एनिमिया के बारे में प्रशिक्षित किया गया ये सहायक महिला ओ.आर.एस. आयरन क्लोसेक्वीन की आपूर्ति, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के माध्यम से करने लगी (बेटली 1989) ।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के चयन में उम्र का आधार क्या होना चाहिए इसका सीधा तर्कसंगत जवाब है । वह व्यस्क हो उसकी उम्र सोचने व काम करने में व्ययस्कता होनी चाहिए भारत के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में भी आशा कार्यक्रम में उम्र सीमा 20 से 45 के बीच आदर्श मानी गई है। अफ्रीकी देशों में भी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की आयु 19 से 57 के बीच है औसतन आयु– 27 वर्ष है । सामुदायिक कार्यकर्ता की वैवाहिक व सामाजिक स्थिति भी मायने रखती है, शादी शुदा महिला की स्वीकार्यता सर्वाधिक देखी गई है ।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के चयन में शिक्षा की जरूरत उसकी उम्र को प्रभावित करती है, शिक्षित व्यक्ति आयु में कम हो सकता है जबकि ऐसा देखा गया है अधिक उम्र का सामुदायिक कार्यकर्ता समुदाय में ज्यादा सम्मान का पात्र है (भट्टाचार्य) भारत के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा चयन में शिक्षित होने की बाध्यता ने कई पारंपरिक रूप से स्वास्थ्य सेवा प्रदाता तथा दाईयों को मौके नहीं दिये जो शायद बेहतर कार्य कर सकती थीं, और समुदाय में उनकी स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में पहचान स्थापित थी ।

अन्तराष्ट्रीय स्तर पर भी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के बहुत से कार्यक्रमों में निश्चित स्तर तक की साक्षरता आवश्यक है । कांगो, पेरू, सोमालियाँ और यूगांडा में भी साक्षरता पहली आवश्यकता थी, तजानिया तथा केन्या के कार्यक्रम में सातवी कक्षा तक प्राथमिक शिक्षा जरूरी है, जबकि पूर्वी नाईजर में पढ़ने व लिखने की योग्यता के साथ

स्थानीय मातृभाषा में दक्षता जरूरी है । भारत में पारंपरिक वैद्य व चिकित्सा सेवा प्रदाता श्रृति परम्परा व अनुभव से लोक स्वास्थ्य को आगे बढ़ाते थे ।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के चयन के आधार में राष्ट्रीय/अन्तराष्ट्रीय स्तर में एक रूपता मुश्किल हो सकती है, कुछ सुझावों के आधार पर ये स्वास्थ्य कार्यकर्ता महिला/पुरूष हो सकते हैं युवा/प्रौढ़ हो सकते हैं शिक्षित/अशिक्षित हो सकते हैं पर सबसे महत्वपूर्ण बात है कि जिस समुदाय के वह है, उस पर उनका स्वामित्व, रीति रिवाज, परम्पराओं, मान्यताओं और विश्वास के जरिऐ भी होना चाहिऐ ।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की चयन प्रकिया में समुदाय व स्वास्थ्य विभाग स्थानीय प्रशासन, स्वशासन की भूमिका महत्वपूर्ण है इन सभी पक्षों की सकिय भूमिका सकारात्मक रूप में आगे बढ़ती है, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन आशा का चयन प्रेरक, समुदाय पंचायत विभाग की प्रकियाओं से गुजरता है–

विभाग : चयनित उम्मीद्वार की सूची जारी करना ।

पंचायत : ग्राम सभा में अनुमोदन कराकर विभाग में नाम भेजना ।

समुदाय : कार्यक्रम के अनुरूप उम्मीद्वार का चयन करना ।

प्रेरक : समुदाय को प्रेरित कर कार्यक्रम जानकारी देकर सभी सहभागिता सुनिश्चित करना ।

समुदाय – कार्यकर्ता– जवाबदेही:–

समुदाय और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता में सहसंबंध ही स्वस्थ्य समाज की दिशा का सफर तय करता है । स्वास्थ्य किसी भी समुदाय को दिया नहीं जा सकता, स्वास्थ्य व्यवस्था स्वयं को समुदाय से ऊपर रखती है, पर जिनके लिए स्वास्थ्य व्यवस्था है, उन्हें स्वस्थ्य रहने की कोई चिंता नहीं है पर सरकार को उन्हें किसी न किसी तरह स्वस्थ्य रखना है । इस व्यवस्था में समुदाय निष्क्रिय रहता है उसकी कोई सहभागिता नहीं होती । स्वास्थ्य व्यवस्था और समुदाय में अंतराल बनता जाता है, और नकारात्मक नतीजे निकलते है । इस अंतराल में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता, समुदाय और स्वास्थ्य व्यवस्था के बीच पुल का कार्य करता है । समुदाय और सामुदायिक कार्यकर्ता के सकारात्मक संबंध ही स्वास्थ्य संकेतांकों तथा समुदाय के स्वास्थ्य को सुधार सकते हैं ।

SOCHARA

समुदाय स्थापना में वयवहार हस्तक्षेप से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता समुदाय की स्वास्थ्य संबंधी आदतों को बेहतर बना सकता है । जैसे हाथ धोना, स्तनपान, स्वच्छता संबंधी आदतें आदि वह कुछ सुरक्षात्मक हस्तक्षेप भी कर सकता है जैसे– मच्छरदानी का प्रयोग पोषण, गर्भास्य शिशु का एच.आई.बी. से बचाव आदि इसके, द्वारा सामुदायिक कार्यकर्ता बच्चों की बीमारियों निमोनिया, डायरिया, सेपसिस का बेहतर ढंग से प्रबंधन कर सकता है । वह समुदाय की स्वास्थ्य संबंधी धारणाओं को बदल सकता है, तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक समुदाय की पहुँच बनाता है।

हमारे देश में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम में आशा कार्यकर्ता समुदाय और स्वास्थ्य व्यवस्था में कड़ी के रूप में मानी गयी है । वह समुदाय में न केवल मातृ–शिशु व प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के अलावा टीकाकरण पोषण व स्वास्थ्य शिक्षण जैसे कार्यों को करती है । समुदाय का स्वास्थ्य सेवाओं पर स्वामित्व लाने के लिए, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति का निर्माण हुआ जिसमें गॉव के सभी वर्गों का प्रतिनिधित्व होगा । इस समिति की सचिव आशा तथा अध्यक्ष पंचायत प्रतिनिधि होगा जिससे समुदाय की एवं स्थानीय स्वशासन की न केवल स्वास्थ्य में बल्कि स्वास्थ्य के संकेतांक को बेहतर बनाने में भूमिका सुनिश्चित की जा सकेगी। छत्तीसगढ़ के मितामिन कार्यक्रम के शुरूवाती वर्ष में ही नाटकीय ढंग से शिशु मृत्यु दर कम हुई चीन के वेयरफूट डॉक्टर व अफ्रीका के अनुभव से यही धारणा बनती है कि सामुदायिक कार्य समुदाय की व्यवस्थागत स्वास्थ्य विसंगतियों को कम कर स्वास्थ्य संकेतांक को बेहतर बनाता है और वह अपने समुदाय को बेहतर समझता है ।

जवाबदेही:–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम में स्वामित्व व प्रशासन किसका है वो किसके प्रति जवाबदेह है । ये एक यक्ष प्रश्न है इस कार्यक्रम में ये माना गया है कि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम समुदाय द्वारा चलाया जाना चाहिए तथा इस कार्यक्रम में समुदाय का स्वामित्व होना चाहिए सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की जवाबदेही भी समुदाय के प्रति होनी चाहिए पर ये आदर्श स्थिति सच्चाई से दूर है ।

सामुदायकि स्वास्थ्य कार्यकर्ता की जवाबदेही, समुदाय की भागीदारी तथा औपचारिक स्वास्थ्य सेवाओं के बीच तय होती है । सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को दिया जाने वाला भुगतान भी उसकी जवाबदेही तय करता है यह प्रोत्साहन राशि प्राप्तकर्ता औपचारिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति व स्वेच्छिक कार्यकर्ता समुदाय के प्रति जवाबदेह होते हैं ।

SOCHARA

प्रशिक्षणः–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता जब एक कार्यक्रम की तरह प्रायोजित होता है तो प्रशिक्षण उसकी क्षमता को उभरता है, और उसका आत्म विश्वास बढ़ता है । प्रशिक्षण कितना लंबा हो जिस स्वरूप में कितनी बार हो क्या विषय वस्तु हो ? कैसी हो ? प्रशिक्षण कौन किस प्राविधि से कहाँ दे रहा है ये पूरे प्रशिक्षण का महत्वपूर्ण पक्ष है । अन्तराष्ट्रीय स्तर पर जहाँ अनेक सफल अनुभव रहे वहाँ ािारत में सरकारी गैर सरकारी प्रयासों के मिले जुले अनुभव रहें।

अन्तराष्ट्रीय परिप्रेक्ष्य में अफ्रीका के नाइजर देश में ग्रामीण डिस्पेंसरी में 07 से 10 दिन का प्रशिक्षण दिया गया (जिसमें 7 दिन मेडीकल प्रशिक्षण तीन दिन साक्षरता कार्यक्रम) ये प्रशिक्षण आसान तथा स्थानीय भाषा में था प्रशिक्षण कार्यक्रम सामान्य रूप से अवधरणा आपात्कालीन रेफरल सेवायें संक्रमण रोग स्वास्थ्य शिक्षण जरूरी स्वास्थ्य सेवायें पर्यावरण स्वच्छता और रिकार्ड कीपिंग जैसे विषय सम्मिलित है इसके साथ ही सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के लिए हर वर्ष 10 दिन का रिफ्रेशर कोर्स भी रखा गया है । जिसमें नये विषयों जैसे कुपोषण का उपचार जैसे विषयों को सम्मिलित किया जाता था ।

तंजानिया से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को तीन से छः महीने के प्रशिक्षण से गुजरना होता था । जबकि नाईजीरिया में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को तीन महीने के लिए 20 सदस्यों के समूह में प्रशिक्षण प्राप्त कर साल में दो बार रिफ्रेशर कोर्स करना होता था।

ब्राजील में प्रशिक्षण औपचारिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा दिया गया लेकिन जहाँ ये कार्यक्रम संस्थाऐं चलाती थी वहाँ ये प्रशिक्षण भी उन्हीं के द्वारा दिया जाता गया ।

हमारे देश में गैर सरकारी प्रयासों में जहाँ जामखेड़, मांडवा, परिचे, गढ़ चिरौली के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित कर क्षमता वृद्धि व नेतृत्व विकास के कार्यक्रम अन्तराष्ट्रीय ख्यातिलब्ध रहे है वही सरकारी प्रयासों में छत्तीसगढ़ का मितानिन कार्यक्रम भी प्रशिक्षण के मामले में अनुकरणीय है । उसी से प्रेरित देश कई भागे में चला । आशा कार्यक्रम प्रशिक्षण के मामले में मध्यप्रदेश के विशेष संदर्भ में बहुत सफल नहीं कहा जा सकता तीन वर्ष पुराने इस कार्यक्रम में 19 दिवसीय प्रशिक्षण की केवल दो चार – पाँच बाते ही आशा कार्यकर्ता को याद रही इस प्रशिक्षण के तौर तरीके भी काफी परम्पारिक रहे नवाचार जैसी कोई बात नहीं दिखाई दी ।

वर्णनात्मक प्रशिक्षण क्लास रूम अध्ययन प्रणाली जटिल पाठ्यक्रम अनुपयुक्त तौर तरीके स्वास्थ्य कार्यकर्ता प्रशिक्षण की बहुत आम समस्या थी । पर पिछले कुछ वर्षों से ये नजरिया बदला है । आज क्षमता आधारित नजरियें का उपयोग किया जाता है । सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की क्षमता व कौशल को समझ कर उसका मानकीकृत प्रक्रिया से चरणबद्ध तरीके से विशिष्ट कौशल विस्तार की जरूरत है । प्रशिक्षण की सामग्री और गतिविधियों का सीखने वाले की क्षमता पर जोर होना चाहिए । प्रशिक्षण का सबसे उपर्युक्त स्थल वह है जहाँ व्यवहारिक तौर पर सीखने के सर्वाधिक अवसर हो स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र जहाँ

रोगीयों की अधिक संख्या होती है वहाँ व्यवहारिक तौर पर नये सामुदायिक कार्यकर्ता को अधिक कौशल विकास का मौका होता है ।

प्रशिक्षण कार्यक्रमों के राष्ट्रीय अनुभव हो या अंतराष्ट्रीय अनुभव प्रशिक्षण के बाद रिफ्रेशर कोर्स व फालोअप का भी उतना ही महत्व होता है, अनेकों अध्ययन बताते हैं कि अनियमितता रिफ्रेशर प्रशिक्षण से कार्यकर्ताओं ने मुख्य प्रशिक्षण में प्राप्त कौशल को भी तेजी से खोया है । जैसे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत आशा प्रशिक्षण कार्यक्रम

किन परिस्थितियों में स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सफलता :–

सामुदायिक कारणः–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सफलता उसके इर्द गिर्द आयामों में निहित है, ये सफलता समुदाय सामाजिक राजनैतिक स्थिति, स्वास्थ्य प्रणाली कार्यकर्ता को मिलने वाली आर्थिक मद्द, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम की सफलता की सबसे पहली सीढ़ी तय करती है, सक्रिय समुदाय की भागीदारी सुदायय अपना एक नुमाइंदा चुनता है जो न केवल उनकी स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को न केवल समझ सकता है । बल्कि उन जरूरतों को समुदाय को समझा कर उनकी भागीदारी भी सुनिश्चित करता है । भारत में सरकारी सिफारिशों में 1963 से सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता का उल्लेख है लेकिन यह कार्यक्रम लगातार असफल रहा क्योंकि इसमें समुदाय की सहभागिता नहीं थी उसी समुदाय में पारंपरिक रूप से दाई वैद्य अपनी सेवायें समुदाय को देते थे उनके अनुभव को सम्मान से देखा जाता था और वे समुदाय को समझते थे । औपचारिक रूप से पहला सरकारी सफल कार्यक्रम मितानिन का माना गया नेपाल के अनुभव में भी देखा गया कि पूरे समुदाय का सहयोग नहीं होने पर भी केवल महिलाओं की भागीदारी से मातृ शिशु स्वास्थ्य बेहतर हुआ है। समुदाय की स्थिति व संरचना सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सफलता पर असर डालती है। अलग–अलग बसा समुदाय को परिवहन, सेवा उपलब्ध जैसी चुनोतियों का सामना करना पड़ता है ।

राजनैतिक एवं सामाजिक कारणः–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम की सफलता में सामाजिक राजनैतिक कारक भी अहम होते हैं । शिशु के जीवित रहने की संभाव्वता तथा मृत्यु दर में कमी के बेहतर परिणाम गतिशील व सक्रिय समुदाय में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता व स्वास्थ्य कर्मियों की वजह से आते हैं पर जब समुदाय अलोकतांत्रिक तरीके से जाति व वर्ग में विभाजित होता है तो सामुदायिक कार्यकर्ता भी ठीक से कार्य नहीं कर पाता जहाँ राजनैतिक तौर पर प्रबंधन की जिम्मेदारी बढ़ जाती है विशेषकर जहाँ कमजोर राजनैतिक वयवस्था हो वहाँ सामुदायिक कार्यकर्ता स्थानीय राजनीति व स्वशासन के समर्थन से कार्य करते है समुदाय में किसी प्रकार से अभिप्रेरित नहीं होते तथा सकरकारी मूल्यांकन से बाहर होते हैं पाकिस्तान के हाला क्षेत्र में ऐसे 20 प्रतिशत सामुदायिक कार्यकर्ता थे, जो कि विभिन्न जगहों से आकर काम कर रहे थे जो कि

स्पष्ट रूप से सरकारी तौर पर गैर कानूनी था । मजबूत सामुदायिक भागीदारी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के चयन प्रणाली मानीटरिंग के दोषों को दूर कर देती है, पर ये आम लोगों की राजनीति भागीदारी से संभव है ।

स्वास्थ्य प्रणालीः–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के कार्यक्रम की सफलता का एक महत्वपूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली से सम्बंध है, स्वासथ्य कर्मियों को सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता से संवाद नजरिया इस कार्यक्रम में जटिल पहलू पर असर डालता है जैसे– सतत् प्रशिक्षण चयन पर्यवेक्षण, स्वास्थ्य प्रणाली के कर्मियों द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से व्यवहार उनकी उपलब्धि की सराहना मार्गदर्शन व सहयोग उनकी प्रेरणा के स्तर को बढ़ाता है और वह बेहतर परिणाम देते है । विभाग द्वारा संसाधनों की आपूर्ति निर्देशन तथा समय–समय पर मार्गदर्शन बेहतर प्रदर्शन के मौके देते है । समुदाय के स्तर पर स्वास्थ्य कर्मीयों व सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के मैदानी स्तर पर रिश्ते भी कार्यक्रम व सफलता को तय करते हैं । राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा कार्यकर्ता के ऑगनबाड़ी कार्यकर्ता तथा ए.एन.एम. के साथ बुरे अनुभव ने न केवल उनके मनोबल को गिराया बल्कि उन्होंने काम भी छोड़ दिया ।

आर्थिक पक्षः–

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सफलता में उसके प्रोत्साहन राशि की कितनी भूमिका है यह शुरूआत से ही बहस का विषय रहा है । राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा को निश्चिय मानदेय दिया जाना चाहिए, या नहीं ये अभी तक बहस का विषय है ।

अधिकांश सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यर्ता कार्यक्रमों में मानदेय दिया जाता है ये कहीं–कहीं प्रोत्साहन राशि के रूप में दिया जाता है । इस तरह का मानदेय/प्रोत्साहन राशि स्वयंसेवी संस्था व सरकारी कार्यक्रम दोनों में दिया जाता है, आशा को भी उसके काम के आधार पर प्रोत्साहन राशि दी जाती है, ये राशि कार्यक्रम की सफलता तथा भागीदारी तय करती है, लेकिन छत्तीसगढ़ का मितानिन कार्यक्रम बिना प्रोत्साहन राशि के सफलता पूर्वक चला ।

SOCHARA

सीमाऐं:–

- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की चयन प्रकिया में समुदाय की उदासीनता ।
- चयन प्रकिया में पंचायत तथा स्थानीय स्व–शासन का स्वार्थ निहित दखल
- अपर्याप्त प्रशिक्षण, प्रशिक्षण का स्तर सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता में क्षमता वृद्धि व नेतृत्व का विकास नहीं हो पाता ।
- प्रशिक्षण केवल बिमारियों पर केन्द्रित हो जाता है वह स्वास्थ्य के बहुउद्देशीय आयामों पर बात नहीं करना उससे कार्यकर्ता की बहुमुखी प्रतिमा तथा स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न पहलू पर नजरिया नहीं विकसित हो पाता ।
- स्वास्थ्य प्रणाली का पर्यवेक्षण व सहयोग अपर्याप्त होता है ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा हेय दृष्टि से देखा जाता है ।
- जाति वर्ग में बटे समुदाय में अक्सर समुदाय कार्यकर्ता समता के नजरियें से कार्य नहीं कर पाता ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को दी जाने वाली राशि उसके काम को प्रभावित करती है ।

SOCHARA

संलग्न -२

ग्राम स्वास्थ्य योजना

जिला **स्वास्थ समिति** साल भर के लिये अपने जिले की योजना बनाता है, ये योजना पूरे जिले की साल भर की जरूरतों के हिसाब से बनती है । जिसका उद्देश्य लोगो के बेहतर स्वास्थ्य सुविधायें देना तथा मातृ व शिशु स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर बनाना व संक्रामक बीमारियों की दर को कम करना है । राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में स्वास्थ्य योजना की यह प्रक्रिया गांव से सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से जिले तक पहुंचती है .

ग्राम स्तर पर बनाने वाली योजना को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ मिशन में प्रथामिकता से शामिल किया गया है

ग्राम स्वास्थ योजना बनाने में पंचायत की भी महती भूमिका है पंचायत स्वास्थ के क्षेत्र में अपनी भूमिका तय कर स्वास्थ की वास्तविक स्थिति दर्शा सकेंगे .ये छत्तीसगढ़ के स्वस्थ ग्राम पंचायत के अनुभव से जाहिर है की पंचायत स्वस्थ को अपनी कार्ययोजना में शामिल कर स्वास्थ की समस्याओ पर कारगर योजाना बना कर उसकी बेहतर निगरानी कर सकती है

योजना प्रक्रिया

1 उपलब्ध स्वास्थ सेवाओ की निगरानी (गतिविधि 1)

2 स्वास्थ सेवाओ की समस्याओ तथा जरूरतों को सहभागी प्रक्रिया से पहचानना

3 उपलब्ध संसाधनों के आधार पर योजना बनाना

1 उपलब्ध स्वास्थ सेवाओ की निगरानी -

-समिति को ग्राम स्तर पैर मिलने वाली सभी 32सेवा जानना चाहिए ये सेवा कहाँ मिलती है तथा किसकी जिम्मेदारी है. (संलग्न - १)

SOCHARA

समिति पर, पेय जल एवमं स्वछता पोषाहार कार्यक्रम व् ग्राम स्तर पर मिलने वाली स्वास्थ सेवाओ के सशक्त निर्वाहन का उत्तरदायित्व भी है समन्वित रूप से ग्राम स्वास्थ योजना बनाने में इन विषय पर हाली स्थिति जानने व् उसकी निगरानी करने की जरूरत है.

-तय समय पर सेवा उपलब्ध हो पा रही है या नहीं तथा उनकी गुणवत्ता कैसी है

-सेवा उपलब्ध कराने में विभाग की ओर से समस्याओ को जानना

-सेवा लेने में समुदाय के नजरिये को समझाना तथा उसे जागरूक करना

-विभिन्न विभागों की स्वास्थ को प्रभावित करने वाली सेवाओ के बीच तालमेल बनाना तथा स्वास्थ सेवा की स्थिति का विश्लेषण करना .(संलग्न 2)

विभाग की सीमाओ तथा समुदाय में उपलब्ध संसाधनों व् क्षमताओ को पहचानना

-सहभागी प्रकिया से समस्या,संसाधनों को समझ कर योजना बनाना (गतिविधि 2)

क्यों जरुरी है सहभागी प्रक्रिया से योजना बनाना-

समुदाय के सभी वर्गों द्वारा सक्रीय भागीदारी से अपनी जरूरतों, समस्याओं व् स्थानीय संसाधनों के आधार उद्देश प्राप्ति के लिए बनायीं गयी योजना को सहभागी प्रक्रिया कहते है इस प्रक्रिया में समुदाय के सभी वंचित वर्गों के हितों का ध्यान रखा जाता योजना निर्माण के सभी चरणों में उनकी भागीदारी सुनिश्चित की जाती है .तथा समस्याओ का विश्लेषण भी इस समूह के नजरिये से कराया जाता है

SOCHARA

सहभागी प्रक्रिया से योजना बनाना

स्वस्थ ग्राम समिति-ग्राम स्वास्थ योजना

अवधि – 4 घंटे

गतिविधि-- समूह चर्चा पी आर ऐ

सामग्री – चार्ट पेंसिल दृ रंगोली – मैदान या चौपाल

विशेष निर्देश - 1 - समूह चर्चा में ग्राम के सभी लोगो का प्रतिनिधित्व होना चाहिए

2 - महिलाओ को विशेष रूप बोलने के लिए प्रोसाहित करे

3 - समूह चर्चा के दौरान सेवा प्रदाता को भी सम्मलित करे

गतिविधि क्रियान्वन

सामाजिक मानचित्र

अवधि -2 घंटे

सामग्री –चार्ट रंगीन पेन

गतिविधि

1 - ग्राम सभा में स्वस्थ ग्राम समिति के सदस्यों को इस गतिविधि पर चर्चा करके इसके उद्देश को विस्तार से बताएं

2- सभी के साथ मिल कर अब ग्राम का शीट पैर एक मानचित्र बनायेगें जिसमे दर्शायेगें –

- ग्राम के सभी घर की स्थिति दिखाएंगें
- पेयजल स्रोत को प्रदर्शित करेंगें (नीले रंगके पेन से)
- वे घर जहाँ पिछले 3 वर्ष से कम आयु के बच्चे है (हरे रंग के पेन से)
- परम्परागत उपचारक /प्रशिक्षित दाई /छडड्डॅ /ॉण्का घर (पीले रंग के पेन से)
- निजी वाहन धारको का निवास
- अन्तोदय कार्ड धारक (लाल रंग से)

निर्देश

सारी जानकारी की रिपोर्ट तैयार करे तथा चर्चा में महिलाओ कीभागीदारी विशेष ध्यान रखें

मौसमी चित्रण

अवधि -१ घंटा

सामग्री – कलर पेन चार्ट

गतिविधि

- चार्ट पर 12 महीनो का कालम बनायें
- हर महीने फैलने वाली बिमारियों को महीनें के सामने लिखे

.बिमारियो के नीचे उनके फैलने के कारण लिखें

महीने												
बीमारी												
कारण												
उपचार												

निर्देश –

जानकारी का विश्लेषण करे तथा ये तय करे की इन बिमारियो से स्थनीय स्तर पर कैसे निपटा जा सकता है .

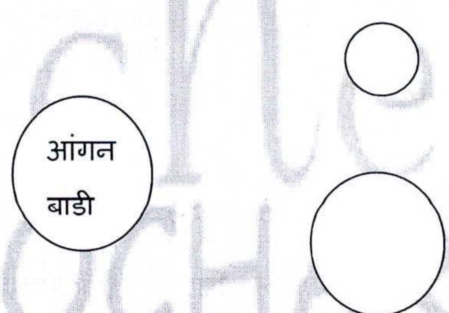
चपाती चित्रण –

अवधि -१/२ घंटा

सामग्री –कार्ड पेन

गतिविधि

इस गतिविधि में हम ये जानने की कोशिश करेंगें ग्राम स्तर पर किस सेवा प्रदाता का कितना असर है जिस सेवा प्रदाता का असर अधिक होगा उसकी चपाती बड़ी होगी तथा जिसका असर कम होगा उसकी चपाती छोटी होगी .इसी प्रकार हम कौन सी सेवा कितनी दुरी पर ये भी इस प्रक्रिया से जान पायेंगें जोसेवा गाँव जीतनी दूर होगी उसकी उसकी चपाती उतनी छोटी होगी



मेट्रिक्स रैकिंग

अवधि -१ घंटा

सामग्री – चार्ट पेन

चरण

- सर्वप्रथम समूह सवाल करे की सबसे अधिक किस बीमारी से प्रभावित होते है

-सबसे अधिक असर डालने वाली बीमारी को सबसे अधिक अंक दे इस प्रकार कम प्रभाव वाली बीमारी को क्रम से कम अंक दे

- साल भर में पड़न बीमारियो पर होने वाले खर्च का विश्लेषण करे तथा अपनी आय का कितना भाग हम बीमारी पैर खर्च करते है इसे ग्राम स्तर पर पर निकाले

परिणाम –

१ इस प्रक्रिया से हमे ग्राम स्वस्थ योजना बनाने में समझ बनेगी समिति अपने स्थनीय संसाधनों तथा जरूरतों को पहचान सकेंगे जिसके आधार पर बनी योजना में स्थानिय लोगो की भागीदारी तथा स्वामित्व रहेगा

२ इस प्रक्रिया में आशा तथा सेवा प्रदाता शामिल होगें जिससे उनके कामो में पारदर्शीता होगी तथा समिति के सदस्य भी सेवाओ के विषय में सवाल कर सकेगें.

१० हम स्वास्थ सबंधित अपनी समस्या की प्रथामिकताएं तय करेंगें तथा ग्राम स्तर पर मिलाने वाले संसाधनों तथा विभाग की ओर से चाही गयी सहायता पर रिपोर्ट तैयार कर संबधित विभाग को दे देगें.

1० स्थानीय स्तर पर होने वाले समाधानो के लिए एक कार्ययोजना तैयार करे तथा उसकी जिम्मेदारी व् अवधि तय करे

2० योजना के निर्माण में समुदाय की भागीदारी से स्वास्थ सेवा में समुदाय का स्वामित्त्व आता है

स्वस्थ ग्राम समिति

ग्राम स्वस्थ योजना प्रपत्र

ग्राम का नाम

पंचायत

विकासखंड

जिला

कुल आबादी

क्रम	समस्या	कारण	योजना (बचाव उत्प्रेरण /इलाज /पुरवास पर आधरित)	जिम्मेदारी	संसाधन	कब तक

अध्यक्ष के हस्ताक्षर

आशा के हस्ताक्षर

संदर्भ-छतीसगढ़ स्वस्थ ग्राम पंचायत अधयन

- ग्राम स्वस्थ एवम स्वच्छता कमेटी झारखण्ड मानुअल

SOCHARA

स्वस्थ ग्राम समिति बैठक

स्वस्थ ग्राम समिति की बैठक नियमित तौर पर होनी चाहिए .समिति की बैठक हमेंशा ऐसी जगाह होनी चाहिए जिसमे सभी लोग आ सकें .स्वस्थ ग्राम समिति की बैठक में कुछ बातों का ध्यान रखना जरुरी है-

- सर्वप्रथम आशा/सचिव को यह समिति में रखें जाने वाले सभी मुद्दों की सूचि तैयार कर लेनी चाहिए जो बैठक की कार्यसूची होगी .ये भी तय करे किस किस को बैठक में बुलाना है .
- बैठक में सबसे पहले कार्यसूची पर चर्चा करे बैठक में उसके उद्देशो व् कार्यसूची के विषय में सभी को स्पष्ट होना.
- बैठक में हर व्यक्ति को अपने विचार प्रगट करनें का मौका मिलना चाहियें . अन्य सदस्य द्वारा रखी गयी समस्याओ पैर भी खुली चर्चा होनी चाहियें चर्चा करते समय ग्राम के लिए आवशक गतिविधियो तय की जानी चाहिए जिसमे कुपोषित बच्चों की स्थित छूटे हुए वर्ग टोले महिलाओ विकलांगो अनुसूचित जाती जनजाति का विशेष ध्यान रखना चाहिए
- पूर्व निधारित गतिविधियो की समीक्षा सिलसिलेवार होना चाहिए

- मुक्त राशि के व्यय का लेखा जोखा बैठक में रखना चाहिए तथा आगामी योजना बनाना चाहिए तथा अन्य स्त्रोतों से प्राप्त आय के ध्यान में रखतें हुए योजना बनायें

- बैठक परिणाम देने वाली होनी चाहिए अगर बैठक में कोई निर्णय लिया जाता है तो उस के विषय में भी जानकारी देना चाहिए

-यदि बैठक के बाद कोई कार्यवाही तय होती है तो कौन जिम्मेदार होगा कौन मदद करेगा तथा क्या समय सीमा होगी ये भी तय होना चाहिए. बैठक पंजी

SOCHARA

बैठक दस्तावेजी करण

तारीख समय स्थान

बैठक के मुद्दे १----------------

२---------------

३--------------

क्रम	सदस्यों के नाम	सद्स्यता पद	हस्ताक्षर

बैठक में हुई चर्चा -

पूर्व अनुमोदित कार्यों की स्थिति

बैठक में हुए निर्णय व् नुमोदित खर्चे

अनुवर्ती कार्यवाही

कार्यवाही	कौन करेगा	कौन सहायता करेगा	कार्य पूरा होने की तिथि

SOCHARA

संलग्न -३

आशाएं . ...

कमला

भहमारा तो मायका और ससुराल दोनों पांढ़ू पिपरिया में है सालों से यही रहते है पर अब गांव में लोग अलग पहचान के साथ शुरू में इसी गांव में इस तरह से घूमना बातें करना अजीब लगता था पर धीरे धीरे आत्मविश्वास बड़ा .
ये कहना था पांढ़ू पिपरिया की कमला उएके का जो 2006 में आशा बनी .शुरू में काम में स्पष्टता नहीं होने की वजह से उन्हें काम करने में बहुत दिक्कत हुई उनके और आगनवाड़ी कार्यकर्ता दाई के बीच काफी तनाव रहा लेकिन धीरे धीरे सब ठीक हो गया

अब कमलां उइके नियमित तौर पर आंगनबाड़ी जाती है टीकाकरण । में भाग लेती है .। का भी कहना था पहले उसे टीकाकरण के लिए महिलाओ के पास जाना पड़ता था लेकिन अब टीकाकरण में महिलाएं आ जाती है पहले परिवार नियोजन के लिए बहुत समझाना पडता था लेकिन अब आशा के लगातार संपर्क से ये काम आसान होगया है .लोग अब आसानी तैयार हो जाती है

कमला ने अपने घर के बाहर बोर्ड लगाया है जो उन्हे गांव में गर्भवती महिलाओ की संख्या । चेकअप , टीका करण आगनवाड़ी में दर्ज बच्चों की संख्या आदि सभी जानकारी दर्ज थी .कमला उइके आशा बनने के बाद अपनी सबसे बड़ी उपलब्धि बताती कि उन्होंने धीरे धीरे लोगो की इस मानसिकता को बदला है कि सरकारी इलाज अच्छा नहीं रहता कम दवाएं मिलती है बंगाली डाक्टर ज्यादा अच्छा है . कमला का मानना था ऐसा वो इसलिये कर पायी क्योंकि वो लगातार सामुदायिक स्वास्थ केंद्र बी ऍम ओ ए एन एम् के संपर्क में रहती है और उनकी खुद की धारणा बदली है वो तभी गांव वालो को भी अपनी बात समझा पाई .कमला बीमार ग्रामीणों को लेकर भी सामुदायिक स्वास्थ केंद्र लेकर जजाती है !

गांव के लोगो से मिला सम्मान उन्हें सबसे ज्यादा प्रेरित करता है .बतौर ग्राम स्वास्थ एवम स्वच्छता समिति के सचिव कमला ने पेयजल के स्रोत के रख रखाव पर भी काम किया है

ललिता

ललिता कि कहानी कुछ अलग अन्य आशाओं से अलग है. बांकी गांव कि इस आशा कार्यकर्त्ता को पहले उन्ही लोगो से विरोध का सामना करना पड़ा जो आज उसके साथ खड़े है ललिता का आशा के लिए चयन ही दाई आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता के विवादों का त्रिकोण था तमाम दबाव के बावजूद ललिता का चयन उसकी योग्यता के आधार पर हुआ !

ललिता ने अपने काम कि शुरुवात ही आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता के साथ तनाव से शुरू किया उसे ज्यादातर हितग्राहियो से बातचीत के लिए टीकाकरण के लिए आगनवाड़ी जाना होता वंहा ज्यादातर महिलाएं आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता के प्रभाव मे ललिता की उपेक्षा करती थी .इस स्थिति में ललिता गांव में ठीक से काम नहीं कर पाती थी. फिर उस गांव में ग्राम स्वास्थ एवम स्वच्छता समिति का निर्माण हुआ .जिसमे आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता और ललिता दोनों ही थे .इस समिति के तीन दिवसीय प्रशिक्षण हुआ इस प्रशिक्षण में ललिता तथा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने अपने विवाद खुल कर सामने रखें जिसे बी ऍम ओ द्वारा सुलझाया गया

प्रशिक्षण के बाद आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता व् ललिता में आपसी समझ बनी पर ग्रामीण महिलाओ के रुख में कोई खास परिवर्तन नहीं आया वे अभी संस्थागत प्रसव के लिए आगनवाड़ी कार्यकर्त्ता को महत्त्व देती ऐसी स्थिति में ललिता ने एक संस्था कि सलाह उस गांव में चलने वाले स्वं सहायता समूह की बैठक में नियमित जाने लगी और महिलाओ के हाल पूछ कर दवाई आदि देने लगी. महिलाओ ने शुरुवात में तो शिकायत कि लेकिन दो तीन बैठक के बाद उनका रुख बदलने लगा ललिता कि इस पहल कदमी से महिलाओ भी सकारात्मक हो गयी

आज ललिता न केवल अच्छा काम कर पा रही है बल्कि वह ग्राम स्वास्थ एवम स्वछता समिति का भी सञ्चालन करती है

रुबीना

मैंने 9 तक पढाई की थी, पहले कभी सोचा नहीं था आगे पढाई करुँगी लेकिन आशा बनने के बाद मई लगातार अस्पताल जाने लगी और मुझे गांव में भी मान मिलने लगा वही से मुझे लगा कि मुझे और पढाई करनी है और इस साल मै दसवी कि परीक्षा दे रही हू ये कहना था बिजौरी की आशा कार्यकर्त्ता रुबीना का जो 2006 में आशा बनी

रुबीना तामिया विकासखंड के बिजौरी गांव में काम करती है 1100 आबादी वाले इस गन की दूरी सामुदायिक स्वास्थ केंद्र से महज 3 किलोमीटर है .संस्थागत प्रसव के साथ ही वह अपने गांव के बीमार लोगों को भी लेकर यंहा आती है रुबीना प्रसव पूर्व तथा प्रसव के बाद की पूरी जानकारी रखती है

रुबीना बहुत आत्मविश्वास के साथ अपने गांव की जानकारी रखती है गांव में कितने नवविवाहित जोड़े है ,कितनी गर्भवती महिलाएं है,धात्री माँ है ,जन्म म्रत्यु ,के विषय में बताया वे बताती है की 2010 में उनके गांव में एक भी प्रसव घर में नहीं हुयें रुबीना का अन्य आशा की तरह आगनवाडी कार्यकर्त्ता से तनाव नहीं है वाही बच्चों और महिलाओ को टीका करण के लिए नियमित तौर पर जमा करती है रुबीना से कई महिलाओ ने अपने यौन रोगों के विषय में बताया और उसके साथ वह महिला चिकित्सक से भी मिल कर इलाज करा रही है .रुबीना का कहना तथा परिवार नियोजन के लिए भी उसका प्रयास रहता है ककी वह पुरूषों को तैयार करे इस वर्ष उसने दो पुरुषों को तैयार किया

रुबीना ने ग्राम स्वास्थ एवम स्वच्छता समिति को भी सक्रिय बनाये रखा है वह समिति कई नियमित बैठक करती है सभी सदस्यों को आमंत्रित कर जलपान कई व्यवस्था कर काम के लिए मशवरा लेती है,लेकिन इन सब पर विशेष कर मुक्त निधि पर वह ज्यादातर बी एम् ओ की सलाह पर काम करती है

कमला .ललिता .रुबीना .तमाम आशा निराशा के दौर से गुजरती हुई अग्रसर हो रही है .

SOCHARA

आशा से बातचीत के लिए प्रश्नावली

1. सर्वेक्षण करने वाले का नाम :

संस्था : तारीख :

1.1 आशा का नाम : उम्र :

पता : पंचायत

गाँव : तहसील :

जिला :

फोन :

1.2 आपके गांव में कितने ढाने/टोले हैं।

1.3 गांव की जनसंख्या कितनी है।

1.4 अपने गांव के अलावा किन–किन गांवों में कार्य करती हैं।

1.5 शिक्षित है? हाँ नहीं

अगर हाँ तो, किस कक्षा तकः

1.6 जाति :

1.7 विवाहित/अविवाहित/विधवा :

क्या चयन के समय आशा कोई अन्य काम कर रही थी? (जैसे आंगनवाड़ी में, या स्वास्थ्य कार्यकर्ता, या मज़दूरी, या अन्य कुछ)

SOCHARA

चयन की प्रक्रिया

2.1 आपको आशा कार्यक्रम के बारे में कहाँ से जानकारी मिली ?

2.2 'आशा' के काम के लिये आपका चयन और नियुक्ति कैसे हुआ?

2.3 क्या आपके चयन के पहले गांव में कोई मीटिंग हुई थी? हाँ/नहीं
अगर हाँ तो कहाँ हुई थी ?

गाँव में आम सभा	
पंचायत ऑफिस में	
स्वास्थ्य केंद्र में	
किसी के घर में	
कहीं और	

2.4 क्या आशा बनने के लिये आपको कोई कार्यवाही करनी पड़ी? परीक्षा, इन्टव्यू, कागज़–पत्री देना पड़ा ? अगर हाँ, तो क्या?

3. काम की शर्तें

3.1 आप कब से आशा का काम कर रही हैं?

3.2 क्या आपको पता है कि आप कब तक ये काम करेंगी?

3.3 क्या आपको कोई निर्देश देता है, कि आपको गाँव में क्या करना है? अगर हाँ तो कौन देता है?

3.4 क्या आपको किसी को रिपोर्ट–वगैरह देना पड़ता है? हाँ/नहीं

3.5 क्या आपके पास डायरी या रजिस्टर हैं? हाँ/नहीं

SOCHARA

3.6 प्राप्त प्रोत्साहन राशि के संबंध में

क्र.	किस कार्य के लिए प्रोत्साहन राशि मिलती है	किस कार्य के लिए प्रोत्साहन राशि प्राप्त हुई	पिछले माह कितनी राशि मिली (रूपयों में)	पिछले वर्ष कितनी राशि मिली (रूपयों में)	भुगतान का प्रकार नगद या चैक
1.	जननी सुरक्षा योजना				
2.	टीकाकरण				
3.	नसबंदी				
4.	पल्स पोलियो				
5.	डॉट प्रोवाइडर				
6.	कुपोषित बच्चों के लिए				
7.	प्रसव पूर्व जांच				
8.	प्रसव पश्चात जांच				
9.	मलेरिया जांच				
10.	अन्य				

3.7 क्या आशा के काम के लिये आपको गाँव से बाहर जाना पड़ता है ? अगर हाँ तो आप कैसे जाती हैं?

3.8 क्या आपको आने–जाने का किराया मिलता है ? हाँ / नहीं

CHC SOCHARA

4. **प्रशिक्षण (ट्रेनिंग) के बारे में**

क्र.	प्रशिक्षण संख्या	कितने दिनों का प्रशिक्षण	कितनी आशाएं प्रशिक्षण में शामिल हुई	प्रशिक्षण कहां हुआ (ब्लाक या जिला)	आवासीय / गैर आवासीय	किसने प्रशिक्षण दिया	किस विषय पर प्रशिक्षण किया गया	आपको कितनी राशि प्राप्त हुई

4.1 प्रशिक्षण की गुणवत्ता

1. अच्छी 2. बहुत अच्छी 3. असंतोष जनक

4.2 ठहरने के स्थान से आप संतुष्ट थीं? हॉ / नहीं

4.3 क्या प्रशिक्षण के दौरान आपके बच्चों के लिए झूलाघर की व्यवस्था थी? हॉ / नहीं

4.4 क्या प्रशिक्षण के दौरान या बाद में आपको पुस्तिका या किट प्रदान की गई?

5. गाँव में काम

5.1 आशा बनने के बाद से गाँव में क्या काम किया है? (पिछले कुछ महीनों में क्या काम किया है?)

5.2 क्या आप अकेली काम करती हैं? या कोई साथ देता है? अगर कोई साथ जाता है, तो कौन?

5.3 क्या जरूरत पड़ने पर आपको गाँव से / पंचायत से सहायता मिलती है? (पिछले दिनों में कुछ ऐसी घटना हुई तो, विवरण)

5.4 क्या पिछले दिनों में किसी गंभीर मरीज (गर्भवती महिला, घायल व्यक्ति आदि) को प्रा. स्व.के./सा.स्व.कें. जैसी जगह पर भेजना पड़ा? अगर हाँ, तो कैसे किया ?

5.5 क्या किसी का कोई इलाज किया? दवाई दिया ?

5.6 क्या पिछले दिनों में कोई कैम्प–मेला का आयोजन किया ? महिलाओं का मीटिंग किया ?

5.7 खुद किया या किसी के आदेश पर किया ?

5.8 क्या आपके पास दवाईयों का किट है? हाँ / नहीं
अगर है, तो क्या उसमें से दवाईयाँ बांटती हैं? दवाईयाँ कब मिलीं ?

5.9 किट में कौन–कौन सी दवायें हैं (नाम लिखें)

5.10 क्या किट के लिए दवाएं लेने की आवश्यकता पड़ी ? हॉ/नहीं

5.11 किट के लिए दवाएं कहां से प्राप्त होती हैं ?

5.12 क्या आपको कोई दस्तावेज, वगैरह तैयार करना पड़ता है? कोई सर्वे करना पड़ता है ?

SOCHARA

6. आशा का ए.एन.एम., आंगनवाड़ी, ग्राम स्वास्थ्य समिति, के साथ संबंध

6.1 क्या आपको ए.एन.एम. के साथ काम करना पड़ता है ? हाँ / नहीं

अगर हाँ तो, कैसा काम? नियमित तौर पर ? या कभी–कभी?

6.2 क्या आंगनवाड़ी में काम करना पड़ता है? हाँ / नहीं

अगर हाँ तो कैसा काम है ?

6.3 ग्राम स्वास्थ्य समिति के साथ काम – हाँ / नहीं

अगर हाँ तो कैसा काम है ?

6.4 क्या गांव में दाई हैं ?

6.5 दाई से क्या सहयोग मिलता है ?

SOCHARA

7. कार्य का परिणाम

7.1 पिछले वर्ष कितनी महिलाओं को संस्थागत प्रसव हेतु लेकर गई ?

अ. सरकारी अस्पताल का नाम

ब. प्रायवेट अस्पताल का नाम

7.2 कितनी महिलाओं को रैफर किया कहां पर ?

7.3 आपके रैफर किये गये मरीजों को क्या सुविधा मिली ?

7.4 टीकाकरण में क्या मदद की ?

7.5 स्वच्छता हेतु क्या प्रयास किये ?

7.6 कितने मरीजों को दवा दी ?

मरीजों का प्रकार ?

1. 2. 3. 4.

SOCHARA

8. गांव में आपके कार्य का प्रभाव

गांव में लोगों का क्या सहयोग मिला है?

9. सहयोग के लिए आपके सुझाव

1.

2.

3.

4.

5.

आशा से बातचीत के लिए प्रश्नावली

1. सर्वेक्षण करनेवाले का नाम :

संस्था : तारीख :

1.1 आशा का नाम : उम्र :

पता :

गाँव : पंचायत

जिला :

1.2 आपके गांव में कितने ढाने/टोले हैं।

1.3 गांव की जनसंख्या कितनी है।

1.4 अपने गांव के अलावा किन–किन गांवों में कार्य करती हैं।

1.5 शिक्षित है? हाँ नहीं

अगर हाँ तो, किस कक्षा तक:

1.6 जाति :

1.7 विवाहित/अविवाहित/विधवा :

क्या चयन के समय आशा कोई अन्य काम कर रही थी? (जैसे आंगनवाड़ी में, या स्वास्थ्य कार्यकर्ता, या मज़दूरी, या अन्य कुछ)

SOCHARA

आशा से बातचीत के लिए प्रश्नावली

1. सर्वेक्षण करनेवाले का नाम :

संस्था : तारीख :

1.1 आशा का नाम : उम्र :

पता :

गाँव : पंचायत

जिला :

1.2 आपके गांव में कितने ढाने/टोले हैं।

1.3 गांव की जनसंख्या कितनी है।

1.4 अपने गांव के अलावा किन–किन गांवों में कार्य करती हैं।

1.5 शिक्षित है? हाँ नहीं

अगर हाँ तो, किस कक्षा तक:

1.6 जाति :

1.7 विवाहित/अविवाहित/विधवा :

क्या चयन के समय आशा कोई अन्य काम कर रही थी? (जैसे आंगनवाड़ी में, या स्वास्थ्य कार्यकर्ता, या मज़दूरी, या अन्य कुछ)

SOCHARA

2. चयन की प्रक्रिया

2.1 आपको आशा कार्यक्रम के बारे में कहाँ से जानकारी मिली ?

2.2 'आशा' के काम के लिये आपका चयन और नियुक्ति कैसे हुआ?

2.3 क्या आपके चयन के पहले गांव में कोई मीटिंग हुई थी? हाँ / नहीं
अगर हाँ तो कहाँ हुई थी ?

गाँव में आम सभा	
पंचायत ऑफिस में	
स्वास्थ्य केंद्र में	
किसी के घर में	
कहीं और	

2.4 क्या आशा बनने के लिये आपको कोई कार्यवाही करनी पड़ी? परीक्षा, इन्टव्यू, कागज़–पत्री देना पड़ा ? अगर हाँ, तो क्या?

3. काम की शर्तें

3.1 आप कब से आशा का काम कर रही हैं?

3.2 क्या आपको पता है कि आप कब तक ये काम करेंगी?

SOCHARA

3.3 क्या आपको कोई निर्देश देता है, कि आपको गाँव में क्या करना है? अगर हाँ तो कौन देता है?

3.4 क्या आपको किसी को रिपोर्ट–वगैरह देना पड़ता है? हाँ / नहीं

3.5 क्या आपके पास डायरी या रजिस्टर हैं? हाँ / नहीं

3.6 प्राप्त प्रोत्साहन राशि के संबंध में

क्र.	किस कार्य के लिए प्रोत्साहन राशि मिलती है	किस कार्य के लिए प्रोत्साहन राशि प्राप्त हुई	पिछले माह कितनी राशि मिली (रूपयों में)	पिछले वर्ष कितनी राशि मिली (रूपयों में)	भुगतान का प्रकार नगद या चैक
1.	जननी सुरक्षा योजना				
2.	टीकाकरण				
3.	नसबंदी				
4.	पल्स पोलियो				
5.	डॉट प्रोवाइडर				
6.	कुपोषित बच्चों के लिए				
7.	प्रसव पूर्व जांच				
8.	प्रसव पश्चात जांच				
9.	मलेरिया जांच				
10.	अन्य				

3.7 क्या आशा के काम के लिये आपको गाँव से बाहर जाना पड़ता है ? अगर हाँ तो आप कैसे जाती हैं?

SOCHARA

3.3 क्या आपको कोई निर्देश देता है, कि आपको गाँव में क्या करना है? अगर हाँ तो कौन देता है?

3.4 क्या आपको किसी को रिपोर्ट–वगैरह देना पड़ता है? हाँ / नहीं

3.5 क्या आपके पास डायरी या रजिस्टर हैं? हाँ / नहीं

3.6 प्राप्त प्रोत्साहन राशि के संबंध में

क्र.	किस कार्य के लिए प्रोत्साहन राशि मिलती है	किस कार्य के लिए प्रोत्साहन राशि प्राप्त हुई	पिछले माह कितनी राशि मिली (रूपयों में)	पिछले वर्ष कितनी राशि मिली (रूपयों में)	भुगतान का प्रकार नगद या चैक
1.	जननी सुरक्षा योजना				
2.	टीकाकरण				
3.	नसबंदी				
4.	पल्स पोलियो				
5.	डॉट प्रोवाइडर				
6.	कुपोषित बच्चों के लिए				
7.	प्रसव पूर्व जांच				
8.	प्रसव पश्चात जांच				
9.	मलेरिया जांच				
10.	अन्य				

3.7 क्या आशा के काम के लिये आपको गाँव से बाहर जाना पड़ता है ? अगर हाँ तो आप कैसे जाती हैं?

3.8 क्या आपको आने–जाने का किराया मिलता है ? हाँ / नहीं

4. प्रशिक्षण (ट्रेनिंग) के बारे में

क्र.	प्रशिक्षण संख्या	कितने दिनों का प्रशिक्षण	कितनी आशाएं प्रशिक्षण में शामिल हुई	प्रशिक्षण कहां हुआ (ब्लाक या जिला)	आवासीय / गैर आवासीय	किसने प्रशिक्षण दिया	किस विषय पर प्रशिक्षण किया गया	आपको कितनी राशि प्राप्त हुई

4.1 प्रशिक्षण की गुणवत्ता

1. अच्छी 2. बहुत अच्छी 3. असंतोष जनक

4.2 ठहरने के स्थान से आप संतुष्ट थीं? हॉ / नहीं

4.3 क्या प्रशिक्षण के दौरान आपके बच्चों के लिए झूलाघर की व्यवस्था थी? हॉ / नहीं

4.4 क्या प्रशिक्षण के दौरान या बाद में आपको पुस्तिका या किट प्रदान की गई?

5. गाँव में काम

5.1 आशा बनने के बाद से गाँव में क्या काम किया है? (पिछले कुछ महीनों में क्या काम किया है?)

5.2 क्या आप अकेली काम करती हैं? या कोई साथ देता है? अगर कोई साथ जाता है, तो कौन?

5.3 क्या जरूरत पड़ने पर आपको गाँव से/पंचायत से सहायता मिलती है? (पिछले दिनों में कुछ ऐसी घटना हुई तो, विवरण)

5.4 क्या पिछले दिनों में किसी गंभीर मरीज (गर्भवती महिला, घायल व्यक्ति आदि) को प्रा.स्व.के./सा.स्व.कें. जैसी जगह पर भेजना पड़ा? अगर हाँ, तो कैसे किया?

SOCHARA

5.5 क्या किसी का कोई इलाज किया? दवाई दिया?

5.6 क्या पिछले दिनों में कोई कैम्प–मेला का आयोजन किया? महिलाओं का मीटिंग किया?

5.7 खुद किया या किसी के आदेश पर किया?

5.8 क्या आपके पास दवाईयों का किट है? हाँ / नहीं

अगर है, तो क्या उसमें से दवाईयाँ बांटती हैं? दवाईयाँ कब मिलीं?

5.9 किट में कौन–कौन सी दवायें हैं (नाम लिखें)

5.10 क्या किट के लिए दवाएं लेने की आवश्यकता पड़ी? हॉ/नहीं

5.11 किट के लिए दवाएं कहां से प्राप्त होती हैं?

5.12 क्या आपको कोई दस्तावेज, वगैरह तैयार करना पड़ता है? कोई सर्वे करना पड़ता है?

SOCHARA

6. आशा का ए.एन.एम., आंगनवाड़ी, ग्राम स्वास्थ्य समिति, के साथ संबंध

6.1 क्या आपको ए.एन.एम. के साथ काम करना पड़ता है? हाँ / नहीं
अगर हाँ तो, कैसा काम? नियमित तौर पर? या कभी–कभी?

6.2 क्या आंगनवाड़ी में काम करना पड़ता है? हाँ / नहीं
अगर हाँ तो कैसा काम है?

6.3 ग्राम स्वास्थ्य समिति के साथ काम – हाँ / नहीं
अगर हाँ तो कैसा काम है?

6.4 क्या गांव में दाई हैं ?

6.5 दाई से क्या सहयोग मिलता है

7. कार्य का परिणाम

7.1 पिछले वर्ष कितनी महिलाओं को संस्थागत प्रसव हेतु लेकर गईं?

अ. सरकारी अस्पताल का नाम

ब. प्रायवेट अस्पताल का नाम

7.2 कितनी महिलाओं को रैफर किया कहां पर ?

7.3 आपके रैफर किये गये मरीजों को क्या सुविधा मिली?

7.4 टीकाकरण में क्या मदद की?

7.5 स्वच्छता हेतु क्या प्रयास किये?

7.6 कितने मरीजों को दवा दी?

मरीजों का प्रकार?

1. 2. 3. 4.

SOCHARA

8. गांव में आपके कार्य का प्रभाव

गांव में लोगों का क्या सहयोग मिला है?

9. सहयोग के लिए आपके सुझाव

1.

2.

3.

4.

5.

SOCHARA

संलग्न – ५ ऑगनबाड़ी में समूह से संबंधित जानकारी (प्रपत्र –04)

क्र.	ग्राम का नाम	समूह संख्या	समूह का नाम	स्मूह का राशन कहाँ से आता है	समूह एक माह राशन पर लागत	3–6 वर्ष के बच्चो की भोजन मात्रा	धात्री महिलाओ को भोजन देने का समय	गर्भवती महिलाओ को भोजन देने का समय	बच्चो के नाश्ते की मात्रा
1.	खमारपुर	1	लक्ष्मी	सोसायटी / बाजार	3000	50–60 ग्रा.	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	**2 बड़ा चम्मच**
2.	हर्रा कछार	1	दुर्गा	सोसायटी / बाजार	4000	50–60 ग्रा.	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	**2 बड़ा चम्मच**
3.	जड़ मादल	1	शारदा	सोसायटी / बाजार	1800	50–60 ग्रा.	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	**2 बड़ा चम्मच**
4.	सेहरापचगोल	1	जय मंगल	सोसायटी / बाजार	4000	50–60 ग्रा.	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	**160 ग्रा.**
5.	घटलिंगा	7	रानू	सोसायटी / बाजार	3500	मीनू के आधार पर	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	भोजन देते है	160 ग्रा.
6.	गुड़ी छतरी	1	दुर्गा	सोसायटी / बाजार	2500	50–60 ग्रा.	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	160 ग्रा.

SOCHARA

7.	घाना कौडिया	**अभी समूह नही बनाया गया,ऑगनबाडी में ही खाना बनता है —**			—			**प्रति मंगल.खीर पूड़ी**	
8.	कारयाम	**1**	**जैन समूह दिसम्बर में खुला है पर चालू नही है**		नही देते	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	नही देते	**प्रति मंगल.खीर पूड़ी**	
9.	चिमटीपुर	1	करिश्मा	सोसायटी/बाजार	प्रति मंगल.खीर पूड़ी	50–60 ग्रा.	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	प्रति मंगल. खीर पूड़ी	2 चम्मच
10.	रातेड़	1	नही पता	सोसायटी/बाजार	प्रति मंगल.खीर पूड़ी	रू. के हिसाब से बताकर देते है जैसे 1रू.2 रू.			
11.	गैलडुब्बा	1	पलानी	सोसायटी/बाजार	प्रति मंगल.खीर पूड़ी	अंदाज से	प्रति मंगल. भोजन देते है	1 बड़ा चम्मच	

SOCHARA

रिकार्ड संबंधी जानकारी (प्रपत्र –05)

	ग्राम का नाम	रजिस्टर के प्रकार							पूरक पोषण आहार
		हाजरी,	स्टॉक पंजी	टीकाकरण पंजी	वृद्धिचार्ट,	जन्म मृत्यु, पंजी	विवाह, पंजी	सर्वे पंजी	
1.	खमारपुर	ळॉ	हॉ	अधूरा	अधूरा	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ
2.	हर्रा कछार	ळॉ	हॉ	अधूरा	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ
3.	जड़ मादल	ळॉ	नही	हॉ	न्ही	हॉ	हॉ	नही	हॉ
4.	सेहरापचगोल	अधूरा	अधूरा	नही	भरा नही	नही	नही	नही	अधूरा
5.	घटलिंगा	ळॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ	अधूरा	हॉ
6.	गुड़ी छतरी	अधूरा	नही	अधूरा	अधूरा	नही	नही	नही	नही
7.	घाना कौडिया	न्ही	अधूरा	नही	न्ही	अधूरा	अधूरा	हॉ	नही
8.	कारयाम	अधूरा	नही	नही	न्ही	हॉ	नही	अधूरा	अधूरा
9.	चिमटीपुर	अधूरा	अधूरा	नही	न्ही	अधूरा	नही	नही	अधूरा
10.	रातेड़	ळॉ	हॉ	अधूरा	अधूरा	नही	नही	अधूरा	अधूरा
11.	गैलडुब्बा	दिलाया नही गया	हॉ	अधूरा	अधूरा	हॉ	नही	नही	अधूरा

SOCHARA

ऑंगनबाड़ी के प्रशिक्षण से संबंधित जानकारी (प्रपत्र –06)

क्र	ग्राम का नाम	कितने दिनो का प्रशिक्षण / स्थान	कितने दिनो का प्रशिक्षण स्थान	कितने दिनो का प्रशिक्षण स्थान	कुल प्रशिक्षण	प्रशिक्षण में क्या बताया गया
1.	खमारपुर	15 / छिन्दवाड़ा	52 / छिन्दवाड़ा	3 / तामिया	3 दिन	बच्चो का आहार वृद्धि चार्ट गर्भवती महिला के स्तनपान के बारे में बताया गया
2.	हर्रा कछार	3माह / मंडला 2004	1माह छिन्दवाड़ा 1998	7 / तामिया 1999	3 दिन	बच्चो की औपचारिक शिक्षा
3.	जड़ मादल	7दिन / छिन्दवाड़ा 2008	1 माह / छिन्दवाड़ा 2009	3 दिन / तामिया 2009	3 दिन	चार्ट व रजिस्टर भरना
4.	सेहरापचगोल	3 दिन / छिन्दवाड़ा 2009	गर्भवती के कारण लौटा दिया गया	5 दिन / तामिया 2008	2 दिन	चार्ट व रजिस्टर भरना
5.	घटलिंगा	48दिन / मंडला	29 दिन / मंडला	12 दिन / छिन्दवाड़ा	3 दिन	अनौपचारिक शिक्षा गर्भवती देखभाल किशोरी बालिका पोषण आहार
6.	गुड़ी छतरी	4 दिन /देला खारी 1995	15 दिन / छिन्दवाड़ा 1998	52 दिन छिन्दवाडा2004	3	औपचारिक शिक्षा रजिस्टर आदि
7	घाना कौडिया	2 दिन /	1 दिन / तामिया 2009	3 दिन तामिया 2009	3	गोली के बारे में गर्भवती महिलाओं के बारे में

.		तामिया2009				
8.	करयाम	52 दिन / छिन्दवाड़ा	15 दिन / तामिया	3 दिन / 6 दिन तामिया	4	रजिस्टर गर्भवती ,धात्री,बच्चो का पोषण आहार
9.	थ्चमटीपुर	8 दिन / छिन्दवाड़ा2008	ऑगनबाडी कार्यकर्ता नही थी इसलिए सहायिका ने प्रशिक्षण लिया			बच्चो की देखभाल
10.	रातेड़	3 माह / सिवनी1992	20 दिन / छिन्दवाड़ा2004	15 दिन +3 दिन / छिन्दवाडा2006	4	चार्ट में रंग भरना व स्तनपान
	गैलडुब्बा	15 दिन / छिन्दवाडा	7 दिन / छिन्दवाडा		2	गर्भवती महिला व अनौपचारिक शिक्षा पोषण आहार की जानकारी मिली

SOCHARA

ऑगनबाड़ी सुपरवाइजर एवं ए.एन.एम. से संबंधित जानकारी (प्रपत्र –07 अ)

क्र.	ग्राम का नाम	सुपरवाइजर भ्रमण	पिछला भ्रमण	ए.एन.एम. का पिछला भ्रमण	ए.एन.एम. का पिछला भ्रमण के पूर्व भ्रमण की स्थिती
1.	खमारपुर	वर्ष में एक बार	पता नही	**MMPW 05-01-10**	–
2.	हर्रा कछार	वर्ष में एक बार	पता नही	**MMPW 20-12-2009**	–
3.	जड़ मादल	अभी तक नही आई	पता नही	**MMPW 09-12-2009**	–
4.	सेहरापचगोल	वर्ष में एक बार	2009 मे	**MMPW 25-11-2009**	–
5.	घटलिंगा	प्रत्येक माह	17.12.2009	03.01.2010	–
6.	गुड़ी छतरी	प्रत्येक माह	17.11.2009	17.12.2009	–
7.	घाना कौडिया	पता नही	2008 मे	कभी कभी रविवार कों आती है	3 माह में एक बार
8.	कारयाम	विगत 11वर्ष से नही आई		15.09.2009	3 माह में कभी भी
9.	चिमटीपुर	2 वर्ष में 1–2 बार	नही पता	18.12.2009	20.06.2009
10.	रातेड़	प्रत्येक माह	अक्टू.2009	05.01.2010	पता नही
11.	गैलडुब्बा	6माह में एक बार	नही पता	01.12.2009	–

SOCHARA

ए.एन.एम. से संबंधित जानकारी (प्रपत्र –07 ब)

क्र	ग्राम का नाम	स्वास्थ्य कार्यकर्ता का नाम	ऑगनबाड़ी में कलेण्डर है/नही	टीकाकरण आखरी बार कब हुआ	टीकाकरण के अलावा किया जाने वाला कार्य	पर्सनल ट्रीटमेंट	ए.एन.एम. ऑगनबाड़ी में दी जाने वाली दवाये
1	खमारपुर	दीपक नवरेती	हॉ	20.12.09	न्ही	हॉ	ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
2	हर्रा कछार	दीपक नवरेती	नही	5.1.2010	न्ही	नही	ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
3	जड़ मादल	दीपक नवरेती	नही	9.12.09	न्ही	नही	ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
4	सेहरापचगोल	दीपक नवरेती	नही	25.नवम्बर	न्ही		ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
5	घटलिंगा	देवरती वरकडे	नही	3.1.2010	न्ही	नही	ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
6	गुड़ी छतरी	देवरती वरकडे	नही	17.11.09	न्ही	नही	ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
7	घाना कौडिया	धन कुमारी	नही	नहीमालूम	न्ही	नही	ओ.आर.एस.,मलेरिया किट,वायरस आयरन,पैरासीटामाल
8	कारेयाम	रामबाई	नही	15.9.09	न्ही	नही	सिर्फ मलेरिया की दी 3 माह में
9	चिमटीपुर	रामबाई	नही	8.12.09	न्ही	नही	

10	रातेड़	रामबाई	हॉ	5.1.2010	न्ही	नही	मलेरिया किट साधारण बुखार की गोली
11	गैलडुब्बा	धनकुमारी	नही	1.12.09	न्ही	नही	–

जननी सुरक्षा योजना (प्रपत्र –07 स)

क्र	ग्राम का नाम	ऑगनबाड़ी द्वारा संस्थागत प्रसव की संख्या	बच्चो का पूर्ण टीकाकरण संख्या	
			2008	2009
1.	खमारपुर	2	6	4
2.	हर्रा कछार	6	–	7
3.	जड़ मादल	–	–	–
4.	सेहरापचगोल	नही पता	–	–
5.	घटलिंगा	13	10	20
6.	गुड़ी छतरी	–	–	–
7.	घाना कौडिया	4	–	–
8.	करयाम	1 स्वयं	–	–
9.	चिमटीपुर	–	रिकार्ड नही है	–
10.	रातेड़	–	6	3
11.	गैलडुब्बा	नही बताया गया	कोई रिकार्ड नही है।	

बच्चो से संबंधित जानकारी (प्रपत्र–08)

क्र	ग्राम का नाम	उपस्थिती के प्रयास	बच्चो की साफ सफाई	टीकाकरण	टीके का नाम				एन.आर.सी की जानकारी हॉ/नही
					बी.सी.जी.	डी.पी.टी.	खसरा	'विटामिन ए'	
1.	खमारपुर	सहायिका द्वारा घर से लाया जाता है	अच्छी नही	तृतीय मंगल	हॉ	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ –0
2.	हर्रा कछार	––"––	––"––	प्रथम मंगल	हॉ	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ –1
3.	जड़ मादल	––"––	––"––	द्वितीय बुध	नही पता	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ –0
4.	सेहरापच गोल	––"––	––"––	माह की 25 तारीख	––"––	नही पता	नही पता	नही पता	हॉ–0
5.	घटलिंगा	––"––	––"––	प्रथम मंगल	हॉ	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ –1
6.	गुड़ी छतरी	––"––	––"––	दूसरा मंगल	हॉ	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ–1
7.	घाना कौडिया	––"––	––"––	नही पता	नही	नही	नही	नही	नही –0
8.	कारयाम	––"––	––"––	3 माह में 1 बार	नही	नही	नही	नही	नही –0
9.	चिमटीपुर	––"––	––"––	दूसरा मंगल	नही पता	नही पता	नही पता	नही पता	नही –0
10.	रातेड़	––"––	––"––	प्रथम मंगल	हॉ	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ–0
11.	गैलडुब्बा	––"––	––"––	प्रथम मंगल	हॉ	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ–0

SOCHARA

योजना संबंधी जानकारी (प्रपत्र –09)

क्र	ग्राम का नाम	बाल शक्ति	लाड़ली लक्ष्मी	महिला जाग्रति शिविर	मंगल दिवस	घरेलू हिंसा,ऊषा किरण	किशोरी बालिका सप्ताह	स्तन पान सप्ताह	पोषण आहार सप्ताह	बाल पोषण माह	सझा चूल्हा
1	खमारपुर	नही जानती	हॉ	हॉ	हॉ	वारदात नही	ळॉ	हॉ	नही	नही	हॉ
2	हर्रा कछार	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ	वारदात नही	ळॉ	हॉ	हॉ	नही	हॉ
3	जड़ मादल	नही जानती	हॉ	नही जानती	हॉ	नही जानती	ळॉ	हॉ	नही जानती	नही जानती	हॉ
4	सेहरापचगोल	नही	हॉ	नही जानती	हॉ	नही जानती	नही जानती	नही जानती	नही जानती	नही जानती	हॉ
5	घटलिंगा	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ	वारदात नही	ळॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ
6	गुड़ी छतरी	हॉ	हॉ	नही जानती	हॉ	हॉ	ळॉ	हॉ	हॉ	नही जानती	हॉ
7	घाना कौडिया	नही जानती	हॉ	नही जानती	हॉ	नही जानती	ळॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ
8	कारेयाम	नही मालूम	हॉ	नही मालूम	हॉ	नही मालूम	नही मालूम	नही मालूम	नही मालूम	नही मालूम	नही मालूम
9	चिमटीपुर	नही जानते	नही जानते	नही जानते	हॉ	वारदात नही	ळॉ	नही जानते	नही जानते	नही जानते	नही जानते
10	रातेड़	नही मालूम	हॉ	हॉ	हॉ	नही जानते	ळॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ
11	गैलडुब्बा	नही जानते	हॉ	नही जानते	हॉ	नही जानते	ळॉ	हॉ	हॉ	हॉ	हॉ

SOCHARA

संदर्भ

1. NIC

2. जिला पंचायात छिंदवाड़ा ।

3. जिला चिकित्साक छिंदवाड़ा ।

4. मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय ।

5. मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी कार्य्रालय ।

6. मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी कार्य्रालय ।

7. मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी कार्य्रालय ।

8. लोक संसाधन नेटवर्क ।

9. सामुदायिक निगरानी क्रियाचंयन ।

10. लोक संसाधान नेटवर्क ।

11. तामिया – महिला स्वास्थ व सशक्तीकरण पर काम उसे वाली अग्रणी संस्था ।

12. आंगनबाडी कार्यक्रम की पहल ।

SOCHARA