

CHFP-2009.8/FR123

# Community Health Fellowship Programme

## Report

November 2009 to October 2011



Prepared by :

**RAGINI MISHRA**

**Community Health Fellow**

**Gram Sudhar Samiti, Sidhi**

## अनुक्रमणिका

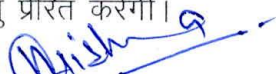
क्र.	विषय-वस्तु	पृष्ठ क्रमांक
1.	आभार	03
2.	पृष्ठभूमि	04
3.	प्रोफाइल -संस्था, जिला, ब्लॉक, कार्यक्षेत्र	05-18
4.	कार्य ढांचा	19
5.	<b>सामुदायीकरण</b> ○ आशा ○ ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति ○ समुदाय	20-39
6.	<b>मातृत्व स्वास्थ्य</b> ○ ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस का आयोजन ○ ग्राम स्वास्थ्य पोषण दिवस पर अध्ययन ○ प्रसव	40-52
7.	<b>शिशु स्वास्थ्य</b> ○ टीकाकरण	53-55
8.	<b>कुपोषण</b> ○ आंगनवाड़ी ○ परामर्श ○ पी.डी. हर्थ ○ एन.आर.सी	56-73
9.	<b>संक्रामक बीमारी</b> ○ बैठक	74-75
10.	<b>स्वयं का क्षमता वर्धन</b> ○ लेखन ○ पढ़ाई ○ अनुभवों का आदान-प्रदान ○ मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी से चर्चा	76-85
11.	<b>संलग्न- (1-8)</b> ○ मासिक कार्ययोजना ○ मासिक रिपोर्ट ○ टी.बी. कार्यशाला रिपोर्ट ○ प्रोफाइल ○ निबन्ध ○ रिसर्च स्टेटमेन्ट ○ आर्टिकल लेखन ○ एल.एफ.ए.	86-142

## आभार

यह कहना मेरे लिए गर्व की बात होगी कि मुझे सामुदायिक प्रक्रिया और कम्युनिटी हेल्थ फेलोशिप कार्यक्रम के साथ कार्य करने का सुनहरा अवसर मिला। इस कार्यक्रम में सीखने और ग्रहण करने की मनःस्थिति को पूरे समय बनाए रखा गया। यह पूरा कार्यक्रम सामुदायिक प्रक्रिया पर ही आधारित रहा है। कार्यक्रम के दौरान सामुदायिक प्रक्रिया से सीखने सिखाने की गतिविधियाँ प्रारम्भ की गईं। पूरी निष्ठा और समन्वय के साथ समता का भाव रखते हुये सेन्टर फॉर पब्लिक हेल्थ एण्ड इक्विटी (सी.पी.एच.ई.) के साथियों ने इस पूरे 2 वर्ष में अपने सभी फेलोज साथियों का ज्ञान, कौशल एवं दक्षता बढ़ाने में कड़ी मेहनत से अनूठा प्रयास किया है। कार्यक्रम प्रबंधक प्रसन्ना शालीग्राम जी का मैं हृदय से आभार व्यक्त करना चाहूँगी जिन्होंने इस पूरे 2 वर्षीय फेलोशिप कार्यक्रम को चलाने में, साथियों का संबल बढ़ाने में, पूर्वाग्रह से बाहर निकालने में, दृष्टिकोण बदलने में, हर परिस्थिति में समन्वय बनाये रखने तथा साथियों का लगातार सहयोग करते रहने में अपनी महती भूमिका निभाई है। साथ ही सी.पी.एच.ई. के सभी टीम मेम्बर्स को धन्यवाद देना चाहूँगी, जिन्होंने मेंटर्स के रूप में हमें दिशा और मार्गदर्शन देने में अपनी अहम भूमिका निभाई है।

सोचारा (सोसायटी ऑफ कम्युनिटी हेल्थ अवेरनेस, रिसर्च एण्ड एक्शन) टीम की समन्वयक डॉ. थैलमा नारायण जी को कोटिशः आभार, जिन्होंने अपने आदर्श व्यक्तित्व, और संघर्षपूर्ण जीवनी से हमें प्रेरणा दी। डॉ. रवि नारायण जी का आभार, जिनकी कहानियाँ हमारे लिए समतापूर्ण सामुदायिक नजरिया बदलने में प्रेरणा का स्रोत रहीं हैं। आस मोहम्मद जी का आभार, जिन्होंने बड़े ही सहजता से हमें रिसर्च एवं आर्टिकल की दिशा में आगे बढ़ने हेतु ज्ञान व सीख बढ़ाने में हमारी मदद की। डॉ. नीलम टोप्पो जी का आभार, जिन्होंने हमें मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य को समझने हेतु आवश्यक जानकारी दी। इसके साथ ही मैं उन सभी स्रोत व्यक्तियों का कोटिशः आभार व्यक्त करना चाहती हूँ, जिन्होंने स्वास्थ्य के विभिन्न विषयों पर हमारा ज्ञान और कौशल बढ़ाया है। मैं अपने सभी स्वास्थ्य साथियों को धन्यवाद दूँगी, जिनके साथ रहकर 2 साल तक अपने अनुभवों को बाँटने और आपस में हमें उनसे सीखने को मिला है।

कम्युनिटी हेल्थ फेलोशिप कार्यक्रम कार्यान्वयन के अनुभव से मिली सीखों को इस रिपोर्ट में एक साथ लाने का प्रयास किया गया है। हमारी आशा है कि यह रिपोर्ट सामुदायिक प्रक्रिया की दिशा में पाठकों को सोचने हेतु प्रेरित करेगी।

  
समिती मिश्रा

स्वास्थ्य साथी

ग्राम सुधार समिति, सीधी

अक्टूबर 2011,

**पृष्ठभूमि** — विकास खण्ड सीधी तहसील एवं विधान सभा क्षेत्र गोपद बनास के नाम से जाना जाता है। जो उत्तरी अक्षांश 23.48–24.36 तथा पूर्वी देशान्तर 81.18–82.12 पर स्थित है। विकास खण्ड के अन्तर्गत ग्रामीण एवं नगरीय क्षेत्र दोनो आते हैं। सीधी विकास खण्ड के दोनों ओर पूर्व की ओर गोपद नदी एवं पश्चिम की ओर बनास नदी सीमा बनाती है जिसे गोपद बनास के नाम से जाना जाता है। यहाँ की प्रमुख नदियाँ सोन, गोपद एवं बनास है। यहाँ ठाकुर ब्राम्हण, गुप्ता, केवट, धोबी, बारी, लोहार, मुस्लिम नाई कहार, गोड़, बैगा, पनिका, कोल अगरिया आदि हैं तथा अनुसूचित जाति में बसोर कुम्हार, साकेत जाति के लोग रहते हैं। गोपद बनास विधान सभा क्षेत्र के अन्तर्गत यहाँ कुल ग्राम पंचायतों की संख्या 115 तथा गांवों की संख्या 291 है। कुल भौगोलिक क्षेत्रफल 844 वर्ग कि.मी. है जबकि जनसंख्या घनत्व 274 प्रतिवर्ग कि.मी. है। कुल जनसंख्या 232028 है। जिसमें पुरुष 112224 और महिला 110804 हैं। लिंगानुपात 914 प्रतिहजार है। कुल जनसंख्या में अनुसूचित जनजाति 30 प्रतिशत व अनुसूचित जनजाति 12 प्रतिशत है। यहाँ की कुल साक्षरता 59.55 प्रतिशत है। जिसमें नगरीय साक्षरता 81.12 प्रतिशत एवं ग्रामीण साक्षरता 53.84 प्रतिशत है <sup>1</sup>। स्वास्थ्य के क्षेत्र में 36 उपस्वास्थ्य केन्द्र 3 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं 1 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र है। उपस्वास्थ्य केन्द्रों में 78 ए.एन.एम., प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 2 डॉक्टर एवं 17 स्टाँफ हैं और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 1 डॉक्टर सहित 22 लोगों का स्टाँफ है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में 94 समितियों का गठन हुआ है तथा 258 आशाएँ कार्यरत हैं <sup>2</sup>। आंगनवाड़ी केन्द्रों में यहाँ 538 आंगनवाड़ी केन्द्र हैं जिसमें 497 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं 503 सहायिकाएँ कार्यरत हैं <sup>3</sup>। यहाँ के सभी गांवों में पहुँच रोड है। यहाँ पर मक्का, अरहर, धान, गेहूँ, जौ, उड़द, चना, अलसी, सरसों, मसूर आदि है। कृषि के क्षेत्र में यहाँ बड़े किसानों द्वारा ही जिनके पास साधन हैं, मुख्य फसलें ज्यादा मात्रा में उगाई जाती है। आदिवासियों की स्थिति अभी भी उनकी आजीविका को मजबूत नहीं बनाती क्योंकि उनके पास जमीन कम और सिंचाई के साधनों का अभाव है। कृषि कार्य के अलावा ये लोग मजदूरी व वनोपज से प्राप्त होने वाले तेंदू, महुआ, डोरी एवं तेंदू पत्ता से अपनी आजीविका चलाते हैं। साथ ही बड़े किसानों के यहाँ हल बटाई का काम करते हैं। इनकी आस्थाएँ देवी-देवताओं से बहुत ज्यादा जुड़ी हुई हैं। फेलोशिप में कार्य करने के लिए उपस्वास्थ्य केन्द्र बरमानी के 6 गांव रौसर, बड़ेरा, सूखी, भंगोहः, उड़ैसा एवं बरमानी लिये गये। ये सभी गांव जिला मुख्यालय सीधी से दक्षिण दिशा में 40 से 50 कि.मी. की दूरी पर हैं। कार्यक्षेत्र में की कुल जनसंख्या 4750 है जिसमें पुरुष 2418 एवं महिला 2332 है। कुल जनसंख्या में अनुसूचित जनजाति 78 प्रतिशत, अनुसूचित जाति 5 प्रतिशत हैं। ये सभी गांव रोड से जुड़े हुये हैं जहाँ आसानी से पहुँचा जा सकता है।

<sup>1</sup> जनगणना 2001 के अनुसार

<sup>2</sup> जिला मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सीधी 2010

<sup>3</sup> महिला एवं बाल विकास विभाग सीधी 2010

## Organizational Profile of GSS

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

## Legal Status and Identity

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

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

## **Main Objective of the Organization**

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

▪ **Staff Details :-**

**Table-2**

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

**Organizational Area**

▪ **Geographical Area :**

**Table-3**

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

▪ **Profile of Issue:-**

**Table-4**

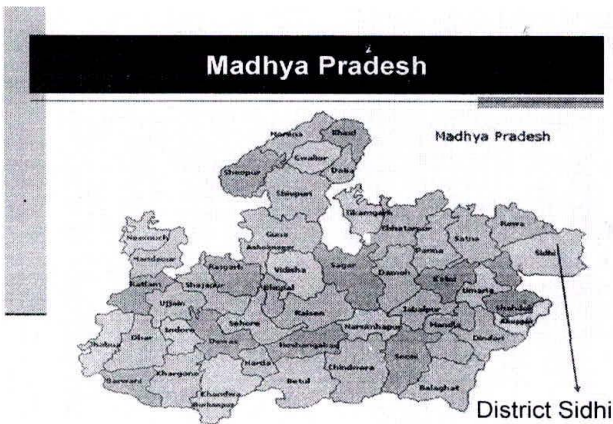
District	Tehsil/Block	Issue	Community
Sidhi	Gopad Banas/Sidhi	Primary Education	Goand, Baiga, Panika & Agariya Tribs
Sidhi	Gopad Banas/Sidhi, Majhauri, Kusmi	Right to Food	Goand, Baiga, Panika & Agariya Tribs
Sidhi	Majhauri, Sidhi Kusmi, & Sihawal	Land & Water Management	Goand, Baiga, Panika & Agariya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

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

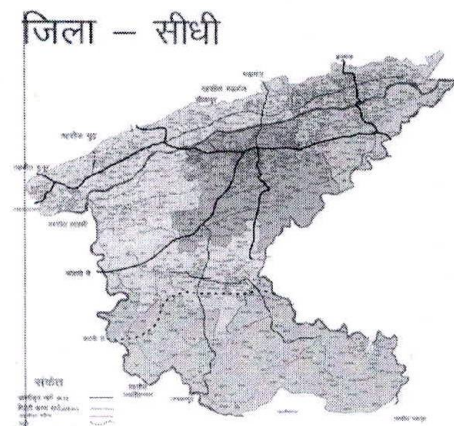


## जिला प्रोफाइल

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



चित्र-1



चित्र-2

- **संजय दुबरी अभयारण्य** – यह अभयारण्य सीधी से 80 कि.मी. दूर कुसमी विकास खण्ड में है। जो 364.59 वर्ग कि.मी. तक फैला हुआ है। इस अभयारण्य में प्रमुख रूप से भालू बारहसिगा, सांभर, तेदुआ, हिरण, भेंड़िया, नीलगाय, सुअर आदि जानवर पाए जाते हैं।
- **सोनघड़ियाल अभयारण्य** – यह अभयारण्य सीधी एवं शहडोल जिले के 209 वर्ग कि.मी. में फैला हुआ है। इस अभयारण्य में प्रमुख रूप से घड़ियाल एवं मगरमच्छ पाए जाते हैं।
- **जिले का निकटतम रेल्वे स्टेशन** – जिले का निकटतम रेल्वे स्टेशन रीवा है। जिसकी दूरी 80 कि.मी. है। 2009 की स्थिति में जिले के 6 गांवों में छोटे-छोटे रेल्वे स्टेशन जैसे दुबरी कलॉ, उमरिया, जोवा, मड़वास, भदौरा एवं सरई है। निकटतम हवाई अड्डा खजुराहो है, जिसकी दूरी 250 कि.मी. है।
- **हवाई पट्टी** – सीधी से 6 कि.मी. दूर पनवार में हवाई पट्टी है।

■ जिले की जानकारी <sup>4</sup>:-

टेबल-5

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

■ जिले की जानकारी <sup>5</sup>:-

टेबल-6

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

टेबल-7

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

<sup>4</sup> सन् 2009 जिला सांख्यिकीय विभाग

<sup>5</sup> सन् 2001 जनगणना

■ जिले में कुल शैक्षणिक संस्थानों की जानकारी <sup>6</sup>:- टेबल-8

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

■ जिले में स्वास्थ्य संस्थानों की जानकारी :- टेबल-9

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

टेबल-10

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

टेबल-11

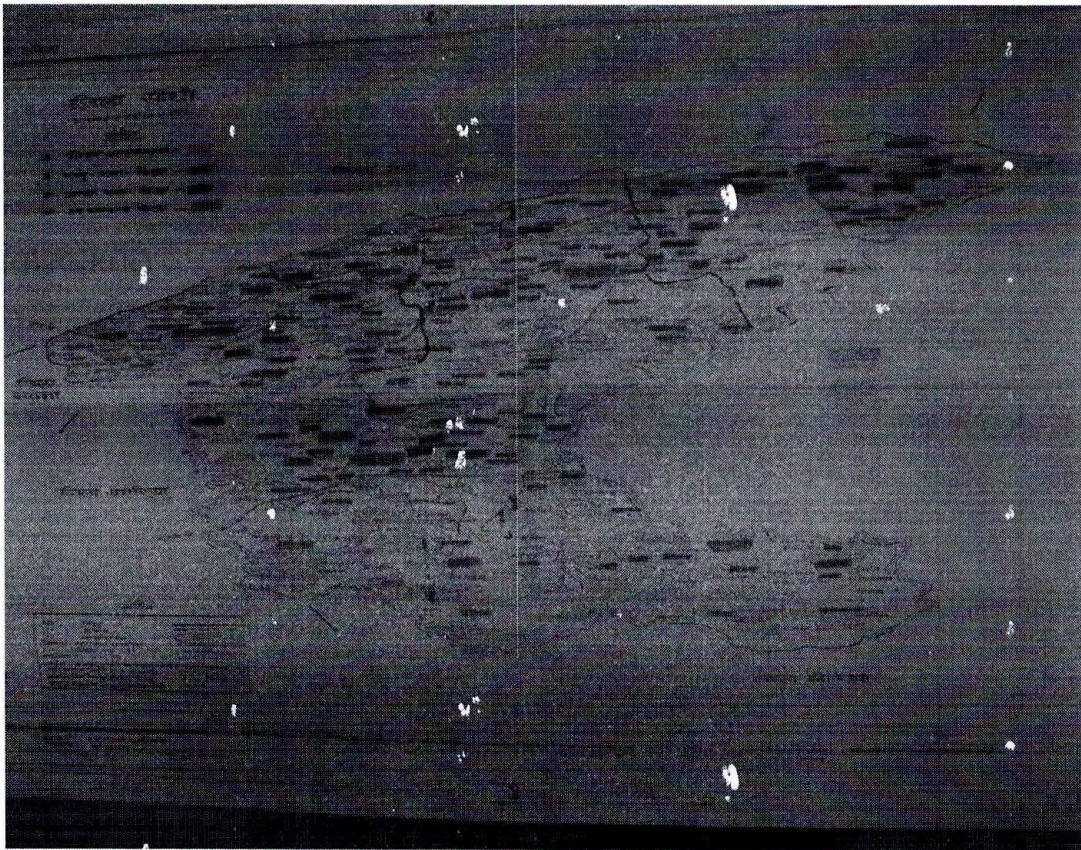
Block wise Details of BPL Families (No. of Household)									
Block	Total	BPL	SC	ST	OBC	Minority	Land less	Marginal farmers	Small farmers
Rampur nekin	37490	26684	4460	7212	8810	359	19437	4854	2393
Majholi	27297	15450	1310	5180	4315	281	6687	5600	3163
Sidhi	40696	26091	4737	9119	8294	479	15524	7342	3225
Sihawal	43070	27179	3747	5976	1433	1696	17156	3279	6744
Kusmi	13258	6450	548	4146	1418	08	2775	2210	1465
<b>Total</b>	<b>166811</b>	<b>101854</b>	<b>14802</b>	<b>31633</b>	<b>24270</b>	<b>2823</b>	<b>61579</b>	<b>23285</b>	<b>16990</b>

(Source – District Statistical Hand Book – 2004)

<sup>6</sup> सन् 2001 जनगणना

■ जिले की स्वास्थ्य स्थिति <sup>7</sup> – टेबल-12

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



जिला में स्वास्थ्य केन्द्रों का चित्रण – चित्र-3

<sup>7</sup> मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सीधी 24.05.2010

## ब्लॉक प्रोफाइल

### विकास खण्ड सीधी

विकास खण्ड सीधी तहसील एवं विधान सभा क्षेत्र गोपद बनास के नाम से जाना जाता है। जो उत्तरी अक्षांश 23.48–24.36 तथा पूर्वी देशान्तर 81.18–82.12 पर स्थित है। समुद्र तल से इसकी ऊँचाई 487 मी. है। विकास खण्ड सीधी के अन्दर नगरीय एवं ग्रामीण क्षेत्र दोनों आते हैं। यहाँ सामान्य में ठाकुर, ब्राम्हण, गुप्ता पिछड़ा वर्ग में केवट, धोबी, बारी लोहार, मुस्लिम, नाई कहार, आदिवासियों में गोड़, बैगा, पनिका, कोल और अगरिया तथा अनुसूचित जाति में बसोर, कुम्हार व साकेत आदि प्रमुख रूप से निवासरत है। गोपद बनास विधान सभा के अन्तर्गत यहाँ कुल ग्राम पंचायतों की संख्या 115 तथा गावों की संख्या 291 है। जिनमें से आवाद ग्राम 284 एवं 7 गांव बीरान हैं।

यहाँ की मुख्य फसलें मक्का, अरहर धान, गेहूँ जौ, चना, उड़द, अलसी, सरसों एवं मूग है। यहाँ की प्रमुख नदी, सोन, गोपद, एवं बनास है। सीधी विकास खण्ड के दोनो ओर पूर्व की ओर गोपद नदी एवं पश्चिम की ओर बनास नदी सीमा बनाती है, जिससे इसे गोपद बनास के नाम से जाना जाता है।

कृषि के क्षेत्र में यहाँ बड़े किसानों द्वारा ही मुख्य फसलें ज्यादा मात्रा में ली जाती हैं। ऐसे बड़े किसान जिनके पास सिंचाई सुविधा व कृषि के साधन उपलब्ध हैं। कृषि के क्षेत्र में आदिवासियों की स्थिति अभी सुदृढ़ नहीं है क्योंकि इनके पास जमीन की कमी है तथा सिंचाई के साधन विकसित नहीं किये गये है। सिंचाई के अभाव में ये लोग मक्का, धान, जौ, अरहर, गेहूँ एवं चना की खेती बहुत कम मात्रा में करते हैं। कृषि कार्य के अलावा ये लोग मजदूरी व वनोपज से प्राप्त होने वाले तेंदू, महुआ, डोरी एवं तेंदू पत्ता से अपनी जीविका चलाते हैं।

इन क्षेत्रों में आदिवासियों एवं दलितों की आर्थिक स्थिति कमजोर होने का कारण गरीबी और अशिक्षा है। अशिक्षा और जागरूकता की कमी इन्हें अंधविश्वास और रूढ़िवादी परम्पराओं की ओर ले जाती है। जिससे ये लोग झाड़-फूँक पर अधिक विश्वास करते हैं और इनमें बीमारी का प्रकोप इनमें बढ़ता जाता है। इनकी आस्थाएँ भी दवी-देवताओं में ज्यादा रहती हैं। त्योहार के रूप में यहाँ होली, दशहरा, दीवाली, रामनवमी, जन्माष्टमी, तीज प्रमुखता से मनाते हैं।

आदिवासी संस्कृति में शैला एवं करमा लोकनृत्य का बहुत महत्व है। किसी भी धार्मिक त्योहार और ठण्ड के समय मनोरंजन के रूप में करते हैं।

■ विकास खण्ड सीधी की जानकारी <sup>8</sup> – टेबल-13

क्षेत्रफल वर्ग कि. मी.	कुल जनसंख्या			अनु. ज.जा.	अनु. जा.	साक्षरता			लिंगानुपात प्रति हजार	जनसंख्या घनत्व प्रति वर्ग कि.मी.
	महिला	पुरुष	कुल			ग्रामीण	नगरीय	कुल		
	844	110804	121224	232028	70007				28375	53.84%

■ स्वास्थ्य सुविधा <sup>9</sup> – टेबल-14

स्वास्थ्य केन्द्र	संख्या	पद	स्वीकृत पद	कार्यरत पद	रिक्त पद
उपस्वास्थ्य केन्द्र	36	ए.एन.एम.	78	78	NIL
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	03	चिकित्सा अधिकारी	03	02	01

■ समुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में पदस्थ कर्मचारियों की जानकारी – टेबल-15

पद	संख्या
खण्ड चिकित्सा अधिकारी	01
बी.ई.ई.	01
एल.एच.व्ही.	01
नेत्र सहायक	01
लैब टेक्नीशियन	01
कम्पाउण्डर	01
स्टॉफ नर्स	03
ए.एन.एम.	02
ड्रेसर	01
भृत्य	02
बार्ड वॉय	02
बार्ड आया	01
डायवर	01
स्वीपर	

<sup>8</sup> सन् 2001 जनगणना के अनुसार

<sup>9</sup> CHC Semaria 2010

एन.आर.एच.एम. से	
बी.पी.एम.	01
लेखापाल	01
ए.एन.एम.	02
कम्प्यूटर ऑपरेटर	01
योग –	23

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति – सीधी विकास खण्ड में कुल 94 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों का गठन हुआ है।

आशा – सीधी विकास खण्ड में पुरानी चयनित आशाओं की संख्या 258 एवं नई चयनित आशाओं की संख्या 157 सहित कुल 415 आशा हैं।

आंगनवाड़ी केन्द्र – सीधी विकास खण्ड में कुल 538 आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित हैं जिसमें 497 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं 503 सहायिक कार्यरत है।



विकास खण्ड सीधी में स्वास्थ्य केन्द्रों का चित्रण – चित्र-4

## कार्यक्षेत्र की प्रोफाइल

### विकास खण्ड सीधी, जिला-सीधी

सीधी विकास खण्ड के ग्राम रौसर, सूखी, भंगोहर, बड़ेरा, बरमानी, उड़ैसा आदिवासी बाहुल्य वाले गांव है। जिसकी दूरी जिला मुख्यालय सीधी से 40 कि.मी. एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सेमरिया से 55 कि.मी. है। इन गांवों के अन्तर्गत उपस्वास्थ्य केन्द्र बरमानी है, जहाँ ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू द्वारा बनाये गये कैलेण्डर के अनुसार टीकाकरण का कार्य किया जाता है।

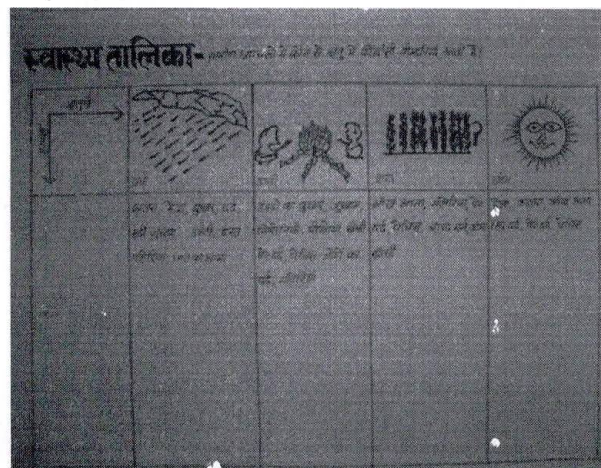
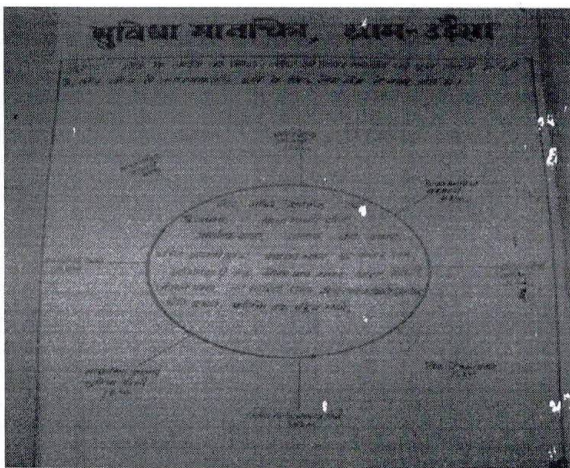
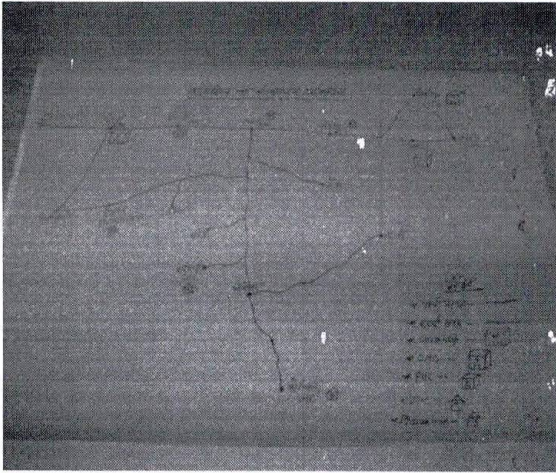
यह क्षेत्र आर्थिक रूप से पिछड़ा हुआ है। यहाँ का मुख्य व्यवसाय खेती एवं मजदूरी है। कृषि में यहाँ धान, मक्का, गेहूँ, ज्वार, अरहर एवं जौ की खेती की जाती है। यहाँ की जनसंख्या में 78 प्रतिशत आदिवासी हैं जिसमें गोंड एवं बैगा तथा दलित में कुम्हार एवं साकेत है। आवागमन के साधनों में यहाँ केवल एक बस चलती है उसके अलावा गांव से आने जाने के लिए दूसरा साधन नहीं मिलता इसके लिए लोग अपने गांव से पैदल चलकर खाम्हा घाटी से बस पकड़ने आते हैं। रौसर गांव सबसे अन्दर स्थित है। यहाँ जाने के लिए रास्ता रास्ता बहुत दुर्गम है जिससे यहाँ सबसे ज्यादा प्रसव घर में ही होते हैं। यह क्षेत्र आर्थिक रूप से पिछड़ा हुआ है। लोगों में शिक्षा और जागरूकता की कमी है।

हाई स्कूल की शिक्षा के लिए यहाँ से कोचिला जाते हैं जिसकी दूरी 10 से 12 कि.मी. है। यहाँ के लोग प्रसव कराने पी.एस. सी. करवाही जाते हैं जिसकी दूरी 20 कि.मी. है। वर्ष 2010 से इस क्षेत्र में लोगों को संस्थागत प्रसव सुविधा मिलने हेतु उपस्वास्थ्य केन्द्र कोचिला में व्यवस्था कर दी गई है जिससे अब प्रसूतियाँ कोचिला जाती हैं।



■ सीधी विकास खण्ड के 6 गांव की प्रसव सीधी जानकारी <sup>10</sup> – टेबल-16

ग्राम का नाम	कुल प्रसव	घर में प्रसव	संस्थागत प्रसव
उड़ैसा	14	03	11
बरमानी	11	09	02
बड़ेरा	14	02	12
रौसर	13	11	02
सूखी	12	09	03
भंगोहर	13	03	10
<b>योग –</b>	<b>77</b>	<b>37 (48%)</b>	<b>40 (52%)</b>



पी.आर.ए. मैप – चित्र-5 एवं 6

चित्र-7 एवं 8

<sup>10</sup> आशा का रजिस्टर अप्रैल 2009 से जनवरी 2010 तक

टेबल-17

कार्यक्षेत्र की जनसंख्या जनगणना 2001 के अनुसार

क्र.	गांव का नाम	ग्राम पंचायत	परिवार संख्या	जनसंख्या			अनुसूचित जाति			अनुसूचित जन जाति		
				महिला	पुरुष	कुल	महिला	पुरुष	कुल	महिला	पुरुष	कुल
1.	उड़ैसा	उड़ैसा	380	684	721	1405	23	22	45	517	530	1047
2.	बरमानी	बरमानी	372	549	493	1042	20	16	36	468	412	880
3.	बड़ेरा	भंगोहर	127	295	348	643	46	62	108	232	270	502
4.	रौसर	बरमानी	88	204	204	408	—	—	—	202	201	403
5.	सूखी	भंगोहर	119	302	334	636	—	—	—	275	302	577
6.	भंगोहर	भंगोहर	112	298	318	616	29	29	58	133	154	287
	<b>योग —</b>	<b>—</b>	<b>1198</b>	<b>2332</b>	<b>2418</b>	<b>4750</b>	<b>118</b>	<b>129</b>	<b>247</b>	<b>1827</b>	<b>1869</b>	<b>3696</b>

टेबल-18

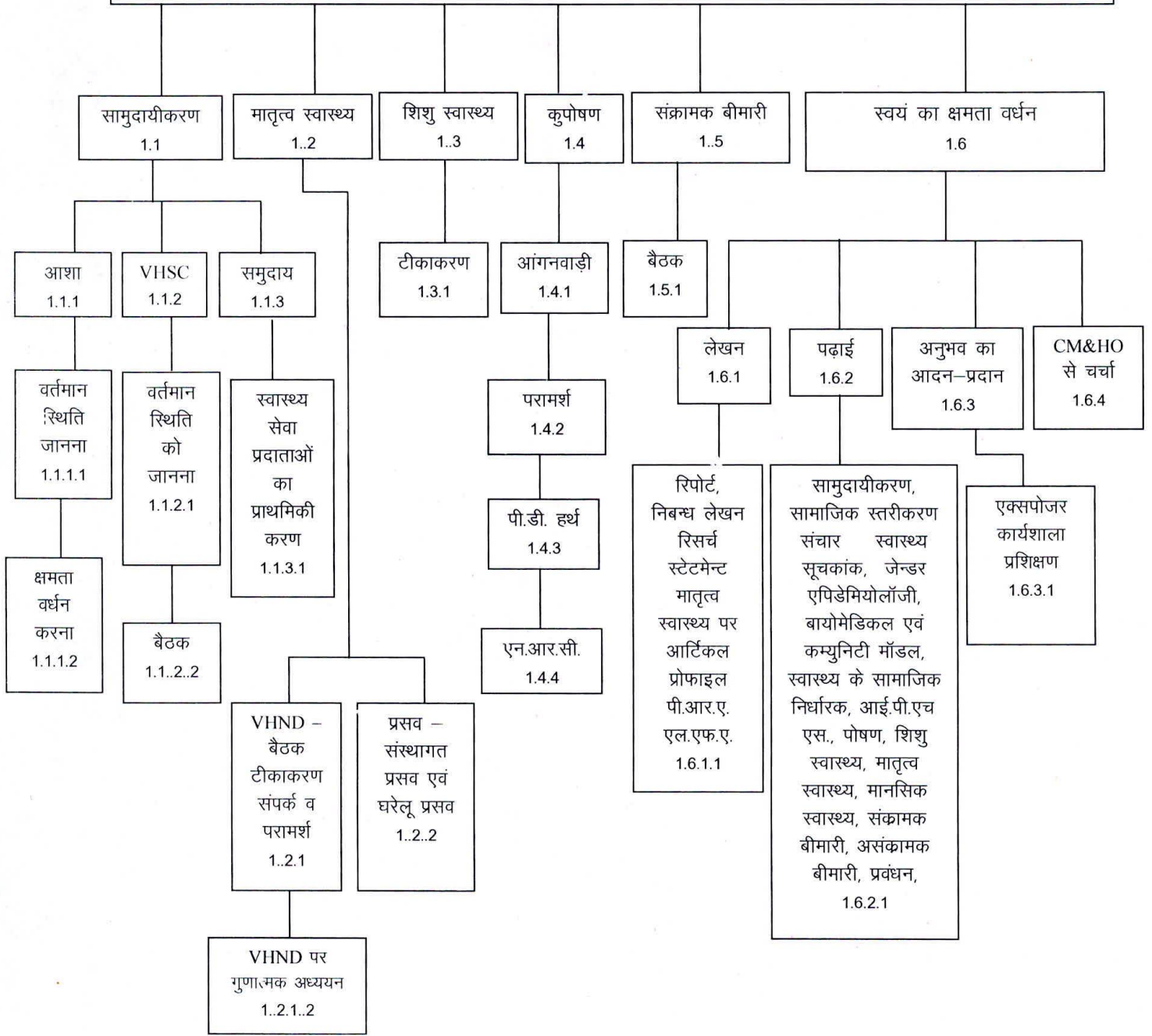
आंगनवाड़ी, आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति

क्र.	गांव का नाम	आंगनवाड़ी केन्द्र संख्या	आशा	ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति	उपस्वास्थ्य केन्द्र का नाम एवं दूरी
1.	उड़ैसा	02	02	01	बरमानी 4 कि.मी.
2.	बरमानी	02	02	01	बरमानी
3.	बड़ेरा	02	02	01	बरमानी 3 कि.मी.
4.	रौसर	01	01	01	बरमानी 3 कि.मी.
5.	सूखी	02	02	01	बरमानी 5 कि.मी.
6.	भंगोहर	01	01	01	बरमानी 3 कि.मी.
	<b>योग —</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>06</b>	<b>01 (उपस्वास्थ्य केन्द्र)</b>

# कार्य ढाँचा

लक्ष्य :- सीधी जिले के सीधी विकास खण्ड के 6 गांवों में एन.आर.एच.एम. का सामुदायीकरण तथा मातृत्व स्वास्थ्य एवं शिशु स्वास्थ्य को समझना।

1



## 1.1 सामुदायीकरण

### 1.1.1 आशा –

**प्रस्तावना (Introduction)**— एन.आर.एच.एम. (National Rural Health Mission) के सामुदायीकरण में दिशा-निर्देश के अनुसार आशा को समुदाय के बीच सामुदायिक कार्यकर्ता के रूप में बताया गया है। आशा चयन हेतु कुछ प्राथमिकताएँ रखी गई हैं जिसमें समुदाय से स्वयं निकलकर आने वाली ऐसी महिला जो सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में कार्य करने हेतु अपनी इच्छा रखती हो, उस गांव की बहू हो, विधवा हो या परित्यक्तता हो, जिसकी शैक्षणिक योग्यता पाँचवी पास न्यूनतम रखी गई है और उसकी आयु 25 वर्ष या उससे अधिक हो।

आशा का चयन गांव की ग्राम सभा करेगी। जिसके लिए आशा हेतु इच्छुक महिला अपना आवेदन पत्र ग्राम सभा में देगी। ग्राम सभा प्राप्त आवेदनों पर विचार करेगी और प्राथमिकता के आधार पर सामुदायिक कार्यकर्ता हेतु आशा का चयन करेगी। अगर आशा काम नहीं कर पाती और समुदाय द्वारा उसके कार्यों पर असंतोष व्यक्त किया जाता है तो ऐसी स्थिति में ग्राम सभा आशा को पृथक कर सकती है। आशा समुदाय के लिए उत्तरदायी होगी, और समुदाय उसकी परेशानियों को समझेगा तथा उसके कार्यों में आने वाली कठिनाईयों को दूर करने में आवश्यक सहयोग प्रदान करेगा। आशा को सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता बनाने के लिए उसे सतत प्रशिक्षण दिया जाएगा। आशा को गांव में लोगों तक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ पहुँचाने और उसे सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की जिम्मेदारी निभाने के लिए उन्हें कुशल प्रशिक्षित टीम द्वारा वर्ष में चार बार (पहला प्रशिक्षण सात दिन का, दूसरा प्रशिक्षण चार दिन का, तीसरा प्रशिक्षण चार दिन का और चौथा प्रशिक्षण चार दिन का) प्रशिक्षण दिया जाएगा।

प्रशिक्षण के दौरान प्रत्येक आशाओं को भोजन, आवास, स्वच्छता, परिवेश और उनके छोटे बच्चों की देख-भाल, आने-जाने का किराया तथा प्रशिक्षण पाठ्य वस्तु की मूल प्रति देने की व्यवस्था की गई है। प्रत्येक आशाओं को एक बार में तीस-तीस के बैच में आवासीय प्रशिक्षण देने का प्रावधान है। साथ ही आशाओं को उनके द्वारा किये जाने वाले कार्यों के लिए प्रोत्साहन राशि देने की बात की गई है <sup>11</sup>।

#### 1.1.1.1 उद्देश्य (Objective)— आशा की वर्तमान स्थिति को जानना।

<sup>11</sup> Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2006). , NATIONAL RURAL HEALTH MISSION, Meeting People's Health Needs in Rural Areas, Framework for Implementation 2005-2012, at , <http://www.mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20%20Framework%20for%20Implementation.pdf> accessed on 27 Jan 2010

## ❖ क्या किया (Activity)–

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सेमरिया जाकर बी.एम.ओ. एव बी.पी.एम. से परिचय किया और फेलोशिप कार्यक्रम के उद्देश्यों को बताया तथा सीधी विकास खण्ड के चयनित 6 गांवों रौसर, सूखी, भंगोहर, बरमानी, बड़ेरा एवं उडैसा की जानकारी दी। साथ ही उन्हें बताया कि इन गांवों में फेलोशिप कार्यक्रम के दौरान आशा को आने वाली दिक्कतों एवं उनके कार्यों में आवश्यक सहयोग देने का काम करना है। प्राप्त जानकारी से बी.एम.ओ. और बी.पी.एम. ने प्रभावित होकर आशा की सूची उपलब्ध करवाई और उन्होंने कहा कि इसी तरह अगर जानकारी मिलती रहेगी तो निश्चित रूप से समय-समय पर आपके कार्यों में सहयोग देते रहेंगे। उन्होंने अपनी सी.एच.सी. का भ्रमण करवाया और अपनी टीम से मिलवाया और सभी से परिचय करवाया <sup>12</sup>।

सभी 6 गांवों में जाकर लोगों से मिलकर आशा के संबंध में जानकारी ली और उनसे चर्चा की। इसके बाद आशाओं से मिले उनसे परिचय किया। आशा की वर्तमान स्थिति को जानने के लिए स्वयं द्वारा बनाये गये प्रपत्र के अनुसार आशा का साक्षात्कार किया। प्रपत्र का प्रारूप निम्नानुसार है –

### टेबल-19

आशा का नाम	योग्यता	चयन का तरीका	प्रशिक्षण	कार्य	दवा किट	प्रोत्साहन राशि	रिकार्ड	दिक्कतें
------------	---------	--------------	-----------	-------	---------	-----------------	---------	----------

उपरोक्त प्रपत्र के अनुसार 6 आशाओं से व्यक्तिगत मिलकर उनकी वर्तमान स्थिति की जानकारी ली गई और उनकी केस स्टडी बनाई। इन 6 गांवों में नई आशाएँ भी चयनित थीं उनसे भी मिलकर उनकी जानकारी ली गई। आशाओं से मिलकर यह जानकारी प्राप्त की गई कि उन्हें दो चरण में 4 माड्यूल तक का प्रशिक्षण मिला है जिसमें पहली बार सात दिन का और दूसरी बार चार दिन का प्रशिक्षण मिला है। प्रशिक्षण के दौरान इन्हें आशा माड्यूल की 2 किताबें, कापी और प्रमाण पत्र दिया गया। इन्हें एक बैच में 30 लोगों का प्रशिक्षण दिया गया। प्रशिक्षण में पेय जल स्रोतों, घर, परिवार एवं आस-पास की स्वच्छता रखने, गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों के टीकाकरण तथा प्राथमिक उपचार हेतु आवश्यक दवाइयों की जानकारी दी गई। आशाओं को दवाइयों में आयरन की गोलियाँ, ब्लीचिंग पाउडर, एलबेन्डाजोल, क्लोरीन की गोलियाँ, पैरासिटामॉल एवं ओ. आर.एस. के पैकेट दिये जाते हैं। आशा ये दवाइयों प्रत्येक माह चौफाल सेक्टर जाकर स्वयं से लाती हैं।

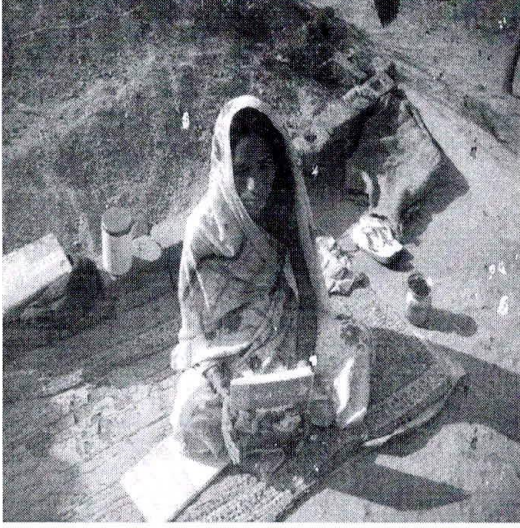
<sup>12</sup> CHC Semaria

आशाओं ने अपने द्वारा किये जाने वाले कार्यों को बताया कि गांव का सर्वे, टीकाकरण के लिए गर्भवती व धात्री महिलाओं को सूचना देना, एम.पी.डब्ल्यू के साथ रहकर टीकाकरण में सहयोग एवं प्रसव करवाने प्रसूतियों को पी.एच.सी. करवाही लेकर जाना। इसके अलावा इनके द्वारा जन्म पंजीयन, मृत्यु पंजीयन, गर्भवती पंजीयन, टीकाकरण पंजीयन आदि रजिस्टर बनाये गये हैं। किये गये कार्यों के लिए प्रोत्साहन राशि में प्रसव हेतु 350/- टीकाकरण हेतु 150/- पल्स पोलियो हेतु 225/- नसबन्दी हेतु महिला के लिए 150/- पुरुष के लिए 200/- तथा ए.एन.सी. व पी.एन.सी. चेक अप में 150/- मिलता है। आशाओं ने बताया कि यह प्रोत्साहन राशि हमारे द्वारा किये गये कार्यों के लिए समय पर मिल जाती है, और कोई दिक्कत नहीं आती।

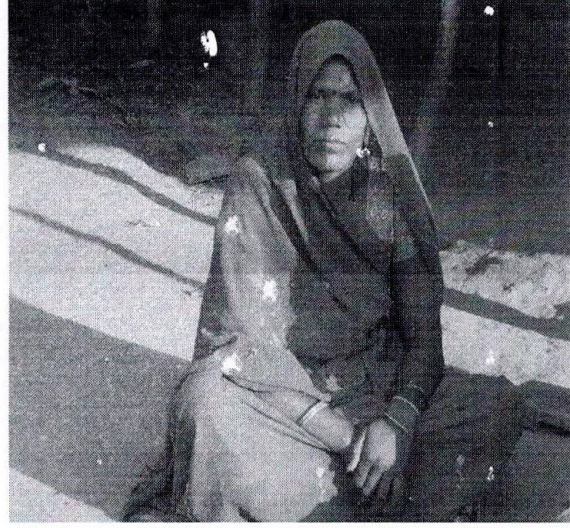
### टेबल-20

क्र.	ग्राम का नाम	आशा का नाम	योग्यता	प्राप्त प्रशिक्षण	रिमार्क
1	उड़ैसा	श्रीमती कुसुमकली	8वीं	7दिन एवं 4दिन	पुरानी
2	उड़ैसा	श्रीमती केशकली सिंह	8वीं	प्रशिक्षण नहीं	नई आशा
3.	सैजवानी	श्रीमती चम्पाबाई सिंह	10वीं	प्रशिक्षण नहीं	नई आशा
4.	बरमानी	श्रीमती कृष्णावती	10वीं	7दिन एवं 4दिन	पुरानी
5.	बरमानी	श्रीमती रेखा पयासी	12वीं	प्रशिक्षण नहीं	नई आशा
6.	बड़ेरा	श्रीमती कुसुमकली	8वीं	7दिन एवं 4दिन	पुरानी
7.	बड़ेरा	श्रीमती राजकुमारी	10वीं	7 दिन	नई आशा
8.	रौसर	श्रीमती चन्द्रवती	12वीं	7दिन एवं 4दिन	पुरानी
9.	सूखी	श्रीमती सीता सिंह (विधवा)	8वीं	7 दिन	पुरानी
10	सूखी	श्रीमती रामकली	12वीं	7 दिन	नई आशा
11	भंगोहर	श्रीमती श्यामा शर्मा (विधवा)	8वीं	7 दिन	पुरानी

## आशा जिनका साक्षात्कार किया गया



चित्र-9



चित्र-10

❖ **कैसे किया (Method)**— सी.एच.सी.सेमरिया का भ्रमण, ग्राम भ्रमण, आशा से साक्षात्कार करके जानकारी एकत्रित की गई।

❖ **क्या पाया (Result)**— आशाओं की वर्तमान स्थिति जानने के बाद पाया गया कि आशाओं का चयन सेक्टर सुपरवाइजर के सहयोग से ग्राम सभा में ही उम्र के आधार पर किया गया। समुदाय के बीच आशा अच्छा कार्य कर रही हैं जिससे आशाओं की पहचान समुदाय के बीच में है। आशा की किसी भी परेशानी में समुदाय उनके साथ बैठता है और आपस में चर्चा करते हैं। क्योंकि इन गांवों में आदिवासियों के बीच आदिवासी महिलाएँ ही आशा के लिए चुनी गई हैं। जो सबके घरों में जाती हैं और छुआछूत की भावना नहीं है।

यहाँ आशा, आंगनवाड़ी, समुदाय और स्वास्थ्य विभाग के साथ अच्छा समन्वय देखने को मिला। जिससे स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति लोगों की सोच सकारात्मक है। आशाओं के अन्दर उनके काम को लेकर रुचि भी है जिससे वो सामुदायिक कार्यों में हिस्सा लेती हैं और रुचि के साथ अपने दायित्वों का निर्वहन कर रही हैं। साथ ही आशाओं द्वारा जो रिकार्ड बनाया गया उनको देखकर यह पाया गया कि उनके रिकार्ड में गांव की समस्त जन्म मृत्यु की जानकारियाँ दर्ज रहती हैं। जिन महिलाओं का प्रसव घर में होता है सूचना मिलने पर वो उनके घर जाकर संपर्क करती हैं।

❖ **निष्कर्ष** — आशाओं का चयन ग्राम सभा में स्वप्रेरित आदिवासी महिलाओं का उम्र, योग्यता विधवा, परित्तताओं को भी प्राथमिकता में रखते हुये किया गया है। इनमें से सभी आशाओं की योग्यता 8वीं से 12वीं तक पाई गई। इसके अलावा उनके द्वारा किये जा रहे कार्यों से यह पाया गया कि मिशन की अवधारणा में की गई कल्पना के अनुसार आशाओं को सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में चयन किया गया है, जो समुदाय के बीच रहकर प्राप्त जानकारी के अनुसार कार्य कर रही हैं। सभी आशाएँ अपने ही गांव से चुनी गई हैं जिससे उन्हें अपने कार्यों में कठिनाईयों का सामना नहीं करना पड़ता और उन्हें समुदाय का भी सहयोग मिलता है। किन्तु उन्हें और अधिक प्रशिक्षण की आवश्यकता है ताकि उनके अन्दर मातृ और शिशु स्वास्थ्य को समझने और कार्य करने की और अधिक क्षमता बढ़ाई जा सके। जैसा कि डेबिट बर्नर के आर्टिकल में कहा गया है कि एक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को ए.एन.एम. के बराबर कार्य करने की क्षमता होनी चाहिए।

❖ **1.1.1.2 उद्देश्य** — आशा का क्षमता वर्धन करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

क्षमता वर्धन प्रशिक्षण हेतु आशाओं को 2 दिन पहले सूचना देने हेतु गांव जाकर उनसे इस संबंध में बात-चीत की गई और उनसे मिलकर समय व स्थान निश्चित किया गया। आशाओं ने आंगनवाड़ी केन्द्र ग्राम बड़ेरा में प्रशिक्षण करने के लिए स्थान का चयन किया क्योंकि वहाँ बैठने एवं पानी की व्यवस्था आसानी से हो सकती थी। प्रशिक्षण हेतु विषय वस्तु तैयार किया गया। जिसमें समय सुबह 11 बजे से रखा गया और उसमें आशा की स्वयं की पहचान, निर्णय लेने की क्षमता, नेतृत्व क्षमता, आशा की जबाबदेही, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवा में आशा की भूमिका, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की भूमिका, अनटाइड फण्ड की जानकारी, बैठक कैलेण्डर के संबंध में चर्चा आदि विषयों को शामिल किया गया। साथ ही खेल गतिविधि एवं गीत भी प्रशिक्षण में शामिल किया गया।।

सुबह 11 बजे से प्रारम्भ किया गया जिसमें 21 आशाओं ने भाग लिया, जिनमें से दूसरे गांव की आशा एवं नई आशा भी प्रशिक्षण में शामिल हुईं। प्रशिक्षण की शुरुआत परिचय के साथ "मुँह सी के अब जी ना पाउँगी" गीत के साथ की गई। प्रशिक्षण के दौरान आशाओं द्वारा आ रही दिक्कतों को जानने का प्रयास किया गया जिसमें उन्होंने बताया कि हमारे कार्यक्षेत्र में ए.एन.एम. 6 माह से न होने के कारण सिर्फ टीकाकरण ही हो पाता है किन्तु गर्भवती महिलाओं की जांच नहीं हो पाती। आशाओं को इस संबंध में जानकारी दी गई कि यदि गर्भवती महिलाओं की 6 माह से जांच नहीं हो पा रही है तो प्रसव



के समय आप गर्भवती महिलाओं को होने वाले खतरों की जानकारी कैसे दे सकती हैं। उन्हें बताया गया कि यदि अनटाइड फण्ड की राशि से थर्मामीटर, बजन मशीन, बी.पी. मशीन समिति के माध्यम से खरीद लें तो इसकी जानकारी आपको दे देने से आप स्वयं ही अपने गांव की गर्भवती महिलाओं की जांच कर सकती हैं। प्रशिक्षण में उनकी क्षमता वर्धन हेतु उन्हें निर्ण और नेतृत्व पर ज्यादा जोर दिया गया और इसके लिए उन्हें खेल के माध्यम से समझाया गया।

प्रशिक्षण में पोस्टर के माध्यम से भी उन्हें मातृ स्वास्थ्य एवं शिशु स्वास्थ्य को समझाया गया। मातृत्व स्वास्थ्य में उन्हें साफ-सफाई, स्वच्छता, टीकाकरण, आयरन फोलिक एसिड की गोलियां, गर्भवती महिलाओं का बजन, हीमोग्लोबिन की जांच, मलेरिया जांच तथा प्रसूतियों को सुरक्षित प्रसव हेतु समय से अस्पताल पहुँचाना और उनके साथ रहकर आवश्यक सलाह देना। साथ ही घरेलू प्रसव में भी उन्हें सहयोग व सलाह देने की बात बताई गई। शिशु स्वास्थ्य में उन्हें लगने वाले टीके, जन्म के तुरन्त बाद बच्चे को दूध पिलाना, बच्चे का बजन कराना, कंगारू विधि की जानकारी, साफ सफाई एवं स्वच्छता व बच्चे की देख-भाल की भी जानकारी दी गई। इसके अलावा आशाओं को नेतृत्व व निर्णय लेने की क्षमता के लिए रोल प्ले करवाया गया। जिसमें उन्हें बताया गया कि समुदाय के बीच बैठकर पाँच अगल-अगल कलर के पेन रखिए और उनमें से समुदाय को चुनने के लिए कहिए। आप के पास जैसे-जैसे जबाब आते जाएँ उनके अंक लिखते जाइए। इस प्रकार जिस रंग के पेने को अधिक अंक प्राप्त हों उसी पेन को आप चुनिए। यही आपके निर्णय का समुदाय की ओर से सही तरीका होगा। जिससे आपके द्वारा लिए गए निर्णय से समुदाय संतुष्ट होगा और आप दोषी होने से बच जाएंगे। साथ ही यह स्पष्ट किया गया कि आप जितना अधिक लोगों के संपर्क में रहेंगी लोगों की भागीदारी आपके कार्यों में उतनी ही अधिक रहेगी।

प्रशिक्षण में यह स्पष्ट कर दिया गया कि आप सब कुछ समुदाय के द्वारा ही प्राप्त करें जिससे आप पर लोगों का विश्वास बढ़ेगा, और लोग सहयोग भी ज्यादा देना चाहेंगे।

ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति की जानकारी ली गई तो आशाओं ने बताया कि सभी समितियों में 10 से 12 सदस्य हैं। समिति का खाता खुल चुका है और समिति को पाँच हजार रुपये भी प्राप्त हो चुके हैं, जिससे समिति के द्वारा दरी, कुर्सी, टेबिल एवं साइन बोर्ड पर खर्च भी किया जा चुका है। आशाओं से यह जानकारी मिली कि यहाँ पर समितियों की बैठकें नहीं होती हैं, जिस कारण सदस्यों को समिति के कार्यों की जानकारी नहीं दे पाते। तत्पश्चात् प्रशिक्षण के दौरान आशाओं को समिति बैठक की जिम्मेदारी दी गई और उनके साथ बैठकर समिति के बैठक हेतु कैलेंडर तैयार करवाया गया।

## टेबल-21

### ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति का बैठक कैलेंडर

क्र.	गांव का नाम	मासिक बैठक दिनांक	बैठक स्थल	समय
1.	बरमानी	प्रत्येक माह 27 को	सामुदायिक चबूतरा में।	सायं 4 बजे से
2.	रौसर	प्रत्येक माह 3 को	आंगनवाड़ी केन्द्र पर	दोपहर 12 बजे से
3.	सूखी	प्रत्येक माह 17 को	आशा के घर में	दोपहर 12 बजे से
4.	बड़ेरा	प्रत्येक माह 21 को	आशा के घर में	सुबह 11 बजे से
5.	उड़ैसा	प्रत्येक माह 12 को	आशा के घर में	दोपहर 12 बजे से
6.	भंगोहर	प्रत्येक माह 19 को	पंचायत भवन में	दोपहर 2 बजे से

टीप :- बैठक कैलेंडर के अनुसार यदि किसी निर्धारित दिन को बैठक नहीं हो पाती है तो उसे आगे-पीछे किसी भी दिन सूचना देकर बदल सकते हैं।

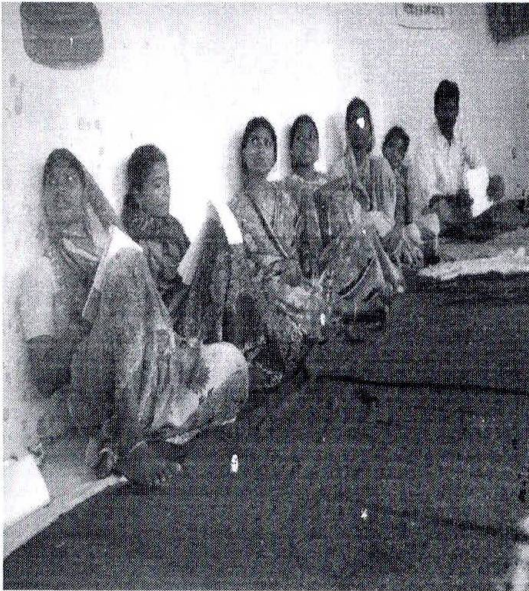
प्रशिक्षण के अन्त में सभी को शेर और बकरी का खेल खिलवाया गया जिसके माध्यम से आशाओं को बताया गया कि आपकी ताकत तभी मजबूत हो सकती है जब आपके साथ समुदाय होगा और समुदाय के साथ आप। अन्त में गीत के द्वारा प्रशिक्षण समाप्त किया गया।

## टेबल-22

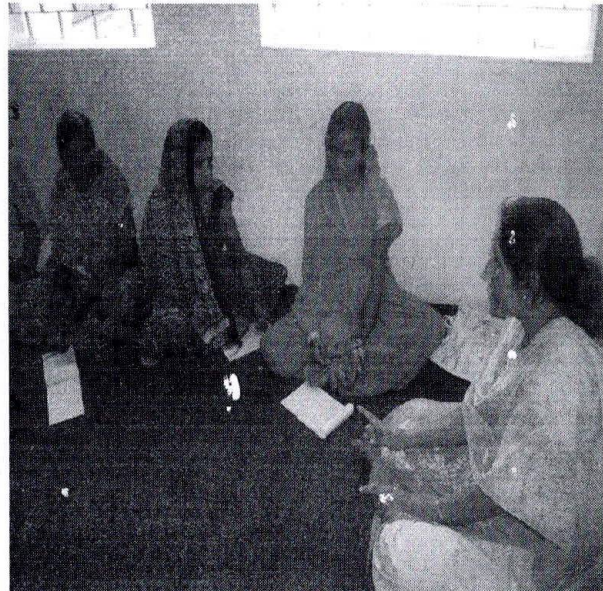
क्रमांक	नम	पद	ग्राम
1.	श्रीमती कृष्णावती सिंह	आशा	बरमानी
2.	श्रीमती चन्द्रवती सिंह	आशा	रौसर
3.	श्रीमती सीता सिंह	आशा	सूखी
4.	श्रीमती राजकुमारी सिंह	आशा	बड़ेरा
5.	श्रीमती रामकली सिंह	आशा	सूखी
6.	श्रीमती श्यामा शर्मा	आशा	भंगोहर
7.	श्रीमती कुसुमकली सिंह	आशा	उड़ैसा
8.	श्रीमती जयकली सिंह	आशा	ठेंगरही
9.	श्रीमती कुसुमकली सिंह	आशा	मुरकुदा
10.	श्रीमती सुमन सिंह	आशा	सलैहा
11.	श्रीमती चम्पा वाई सिंह	आशा	उड़ैसा

12.	श्रीमती उर्मिला सिंह	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	बड़ेरा
13.	श्रीमती संगीता सिंह	आंगनवाड़ी सहायिका	बड़ेरा
14.	श्री रामधनी साकेत	ग्रामीण जन	बड़ेरा
15.	श्री जयबली साकेत	ग्रामीण जन	बड़ेरा
16.	श्री हीरालाल साकेत	ग्रामीणजन	बड़ेरा
17.	श्री रामकरन सिंह	ग्रामीणजन	बड़ेरा
18.	श्रीमती शिवबती साकेत	संस्था कार्यकर्ता	बड़ेरा
19.	श्री अवधराज सिंह	संस्था कार्यकर्ता	छवारी
20.	रागिनी मिश्रा	स्वास्थ्य साथी	सीधी
21.	केदार रजक	स्वास्थ्य साथी	सीधी

### क्षमता वर्धन प्रशिक्षण में भाग लेती हुई आशा



चित्र-11

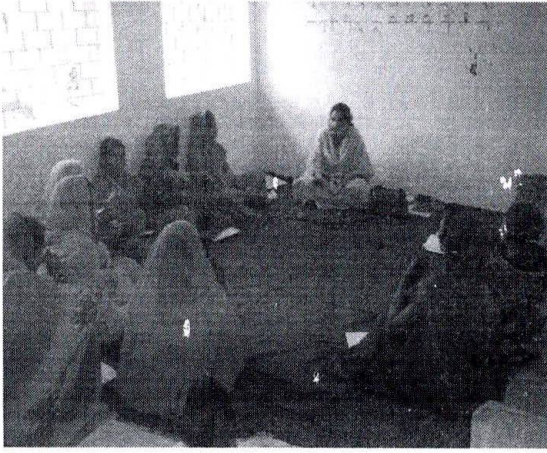


चित्र-12

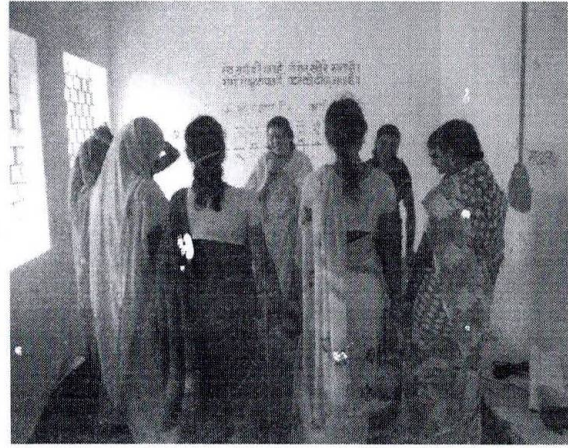
❖ **कैसे किया (Method)**— सूचना देना, गांव जाना, आशा से मिलना, चर्चा करना, प्रशिक्षण के लिए के लिए उपयुक्त जगह तय करना, विषय वस्तु बनाना, रोल प्ले, गीत, खेल एवं संस्था के कार्यकर्ताओं का सहयोग लेकर, स्थल पर बैठक व्यवस्था, नाश्ते की व्यवस्था एवं पेन पैड की व्यवस्था एवं पोस्टर आदि।

❖ **क्या पाया (Result)**— प्रशिक्षण 6 गांव की आशाओं के लिए आयोजित किया गया था लेकिन उन गांव के आस पास की आशाएँ सुनकर प्रशिक्षण में आई। नेतृत्व एवं निर्णय लेने की क्षमता हेतु कराया गया रोल प्ले एवं खेल सभी आशाओं को प्रभावित किया क्योंकि निर्णय लेने के लिए उन्हें समुदाय स्तर पर उपयुक्त तरीके समझ में नहीं आ रहे थे। जिसके कारण वो निर्णय लेने में सफल नहीं हो रहीं थी। उनके अन्दर काम करने की क्षमताएँ तो हैं लेकिन जानकारी न होने के कारण उनकी भूमिका समुदाय स्वास्थ्य की गतिविधियों में नहीं हो पा रही है। उन्हें सतत् प्रशिक्षण और फॉलोअप की जरूरत है जिससे उनके कार्यों में आने वाली कठिनाइयों को दूर किया जा सके और उन्हें मार्गदर्शन दिया जा सके ताकि वो और अधिक सीख सकें।

### क्षमता वर्धन प्रशिक्षण में आशा के साथ खेल गतिविधि



चित्र-13



चित्र-14

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**— आशाओं के कार्यों में जो बाधाएँ देखी गई उनमें से समाज की सामाजिक मान्यताएँ, परम्पराएँ, पर्दा प्रथा, मर्यादाएँ आदि व्याप्त हैं जिसके कारण आशा खुलकर महिलाओं को परामर्श व सलाह देने में संकोच करती हैं। क्योंकि आशा भी उसी समाज की बहू है। जिससे उस समाज के अन्दर उसके रिश्तेदार भी शामिल हैं। जिनकी बातें भी उन्हें माननी पड़ती हैं। जैसे— घर में होने वाली प्रसव पर माँ को 3 दिन बाद खाना खिलाना, जब तक दलित महिला (दाई) नहीं आती तब तक बच्चे का नारा नहीं काटा जाता, बच्चे को 3 दिन बाद ही दूध पिलाना आदि समस्याएँ उभरकर आशाओं के सामने आती हैं जिन्हें सुलझाना उनके बस में नहीं होता। आशा चयन 2006 से किया गया है किन्तु उन्हें अभी तक सिर्फ 2 ही प्रशिक्षण मिल पाया है जो उनकी क्षमता वर्धन के लिए अनुकूल नहीं लगा <sup>13</sup>।

<sup>13</sup> स्वयं के द्वारा आयोजित प्रशिक्षण— आशा

### 1.1.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति

**प्रस्तावना** — राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की परिकल्पना की गई है। समिति का कार्यकाल ग्राम पंचायत के कार्यकाल जितना ही होगा। नई ग्राम पंचायत के गठन पश्चात् ग्राम सभा समिति के सदस्यों को पुनर्गठित करेगी। समिति की बैठक प्रत्येक माह में एक बार आयोजित की जाएगी। जिसमें वह पिछले माह के कामों की समीक्षा तथा आगामी कार्ययोजना तैयार करेगी। समिति द्वारा प्रत्येक ग्राम सभा की बैठक में अपने किये गये कार्यों को प्रस्तुत करेगी और ग्राम सभा की सलाह और सहमति से नए कार्यों को अपनी कार्ययोजना में शामिल करेगी। समिति स्वास्थ्य और स्वच्छता से जुड़े सेवा प्रदाताओं एवं योजनाओं व क्रियान्वयन की स्थिति, लाभार्थियों की परिस्थितियाँ और आय-व्यय संबंधी जानकारियों एवं दस्तावेजों को ग्राम सभा में प्रस्तुत करेगी। समिति अपने गांव की वार्षिक स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाएगी, जिसमें गांव की स्वास्थ्य समस्याओं को शामिल किया जा सकेगा।

स्वास्थ्य व्यवस्था को अच्छा और मजबूत बनाने के लिए यह समझना जरूरी होगा कि गांव के लोगों की वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति क्या है, लोगों का स्वास्थ्य क्यों खराब होता है, गांव की परिस्थिति और गांव में उपलब्ध संसाधनों के आधार पर स्वास्थ्य से संबंधित योजना तैयार करना। समिति की यह जिम्मेदारी होगी कि वह बनाई गई कार्ययोजना का क्रियान्वयन करे। इसके साथ ही गांव में राष्ट्रीय स्तर के कार्यक्रमों जैसे टीकाकरण, स्वास्थ्य स्वच्छता को बढ़ावा तथा संक्रामक रोगों की रोकथाम, को लागू करना होगा। समिति हेतु प्रत्येक वर्ष 10 हजार अनटाइड फण्ड की राशि उपलब्ध कराई जाएगी। जिससे समिति द्वारा गांव की साफ-सफाई हेतु घर की स्वच्छता, गांव की स्वच्छता, गंदे पानी की निकासी, स्वच्छ शौचालय एवं कूड़ा कचरे का निपटान आदि के उपाय एवं प्रबंधन करना।

समिति द्वारा गांव में प्रचार-प्रसार हेतु दीवारों पर नारे लिखवाना, समिति का साइन बोर्ड बनवाना, जिस पर समिति के सदस्यों के नाम तथा समिति के कार्यों का वर्णन, ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस हेतु लोगों के बैठने के लिए दरी तथा पेय जल हेतु मटका आदि की व्यवस्था करना, तथा इस दिवस के दिन उपस्थित महिलाओं के लिए चाय एवं विस्किट का प्रबंध अपने अनटाइड फण्ड से कर सकते हैं। साथ ही गांव के कुपोषित बच्चों को अस्पताल भेजने, खुले में शौच न करने एवं व्यक्तिगत शौचालय उपयोग करने संबंधी जागरूकता पैदा करने के लिए, बिद्यालय में बच्चों को स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता देने में तथा ए.एन.सी. पी. एन.सी. आदि में आशा का सहयोग प्रदान करने हेतु दाई का योगदान लेना एवं उसे कुछ न्यूनतम राशि देना आदि कार्यों में अनटाइड फण्ड की राशि का उपयोग किया जा सकता है। अर्थात् ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की राशि अनावद्ध राशि है, जिसे समिति गांव की आवश्यकता को देखते हुये सदस्यों के निर्णय के अनुसार खर्च कर सकती है।

समिति का गठन ग्राम सभा में पूर्ण कोरम से किया जाएगा। इस समिति में न्यूनतम 10 और अधिकतम 12 सदस्य होंगे, जिसमें ग्राम पंचायत के 2 सदस्य, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं ए.एन.एम. सहित 3 सदस्य, स्व सहायता समूह के 3 सदस्य, स्थानीय स्तर पर कार्यरत सामुदायिक संस्था से 2 सदस्य होंगे। समिति सदस्यों का चयन उनके द्वारा दिये जाने वाले समय, रूचि और जिम्मेदारी लेने की इच्छा को देखकर किया जाएगा। समिति की अध्यक्ष आदिवासी महिला पंच एवं आशा सचिव होगी। समिति गठन के पश्चात् ग्राम सभा से अनुमोदन पश्चात् उसकी सूची स्वास्थ्य विभाग को देना होगा। ग्राम सभा समिति के सदस्यों के काम-काज से संतुष्ट नहीं होने पर उन्हें बदल सकती है। साथ ही यदि समिति का कोई भी सदस्य लगातार 3 बैठकों में नहीं आता तो उसकी सदस्यता कम से कम 50 प्रतिशत सदस्यों के अनुमोदन पश्चात् समाप्त कर दी जाएगी <sup>14</sup>।

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

**❖ क्या किया (Activity)**—

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की जानकारी व सूची प्राप्त करने हेतु सी.एच.सी. सेमरिया जाकर बी.एम.ओ. से बात-चीत की गई। सी.एच.सी. के अन्तर्गत आने वाले समस्त ग्रामों की बी.एम.ओ. सेमरिया द्वारा ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की सूची उपलब्ध कराई गई <sup>15</sup>।

गांव जाकर आशा से मिले और ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति के सदस्यों की जानकारी ली गई। जिसमें आशा अपने-अपने गांव के समिति सदस्यों के नाम बताये। आशा ने बताया कि समितियाँ बनी हैं किन्तु किसी भी गांव समितियों की बैठकें नहीं होती हैं। समिति के खाता संचालन के संबंध में आशा ने बताया कि आशा सचिव एवं महिला पंच अध्यक्ष के संयुक्त हस्ताक्षर से चौफाल बैंक में खाता संचालित है। इस वर्ष समिति को पॉच-पॉच हजार रुपये की राशि प्राप्त हुई है, जिसका उपयोग दरी, कुर्सी, साइन बोर्ड आदि में किया गया है। लेकिन राशि का उपयोग समिति के सदस्यों के निर्णय से नहीं बल्कि स्वास्थ्य विभाग के दिशा-निर्देशों के अनुसार किया गया है। इस संबंध में समिति की बैठक भी नहीं की जा सकी है।

<sup>14</sup> VHSC Guideline

<sup>15</sup> CHC Semaria

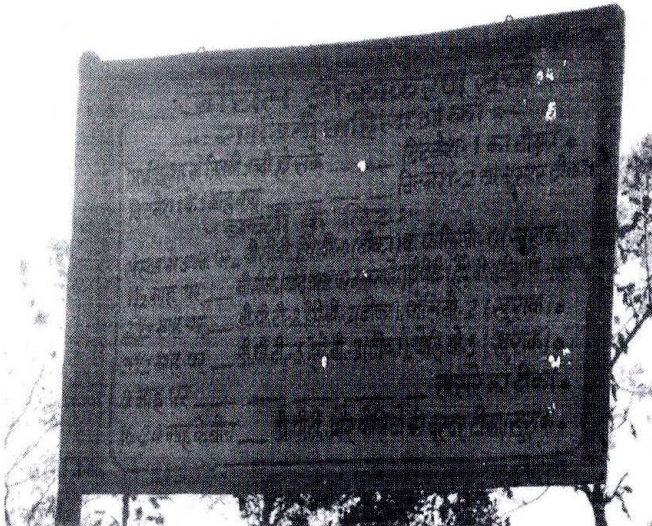
आशाओं द्वारा ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की सदस्य संख्या तथा समिति को प्राप्त राशि की जानकारी बताई गई, जो निम्न है :-

**टेबल-23**

क्रमांक	गांव का नाम	सदस्य संख्या	अनटाइड फण्ड
1	सूखी	11	5000.00
2	भंगोहर	12	5000.00
3	रौसर	12	5000.00
4	बड़ेरा	12	5000.00
5	बरमानी	11	5000.00
6	उड़ैसा	12	खाता नहीं खुला था।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों से सभी 6 गांवों में जाकर उनके साथ संपर्क किया गया। उनसे समिति के बारे में पूजा गया, जिससे उन्होंने कोई जबाब नहीं दिया। क्योंकि समिति के संबंध में उन्हें कोई जानकारी नहीं थी। वह केवल यह जानते थे कि गांव में कोई समिति बनी है जिसमें हम सदस्य हैं लेकिन समिति का नाम उन्हें मालूम नहीं था। क्योंकि समिति गठन के बाद उनकी कोई भी बैठकें नहीं हुई और न ही सदस्य आपस में एक-दूसरे से मिले। आशा भी समिति के सदस्य के रूप में अन्य सदस्यों से नहीं मिल पाई।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के अनटाइड फण्ड से बनवाया गया सूचना बोर्ड



**चित्र-15**



**चित्र-16**

❖ **कैसे किया (Method)**— सी.एच.सी. सेमरिया से सूची लेना, आशा से समिति के बारे में चर्चा करना तथा समिति के सदस्यों से व्यक्तिगत चर्चा।

❖ **क्या पाया (Result)**— सभी 6 गांवों के ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में यह पाया गया कि ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की सदस्य संख्या 11 से 12 है। समिति में सदस्यों की संख्या दिशा-निर्देश में निर्धारित सदस्यों की संख्या के अनुसार पाया गया। सदस्यों को समिति में सदस्य होने की जानकारी है किन्तु समिति का नाम उन्हें मालूम नहीं है।

समिति का गठन ग्राम सभा में ही किया गया है किन्तु सेक्टर सुपरवाइजर के द्वारा ग्राम सभा में प्रपत्र के माध्यम से कार्यवाही पूर्ण कराई गई है। चर्चा के दौरान यह पाया गया कि समिति के सदस्यों को समिति के कार्यों और अनटाइड फण्ड की स्पष्ट जानकारी नहीं है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की 6 गांवों में स्थिति यह पाई गई कि सभी समितियों में आदिवासी महिला पंच अध्यक्ष है एवं आशा सचिव है। अध्यक्ष और सचिव के संयुक्त हस्ताक्षर से समिति का खाता खोला गया है। 5 समितियों का खाता चौफाल बैंक में खुलने के कारण उन्हें उनके खाते में अनटाइड फण्ड की राशि प्राप्त हुई है किन्तु एक समिति का खाता नहीं खुल पाने के कारण उन्हें अनटाइड फण्ड की राशि नहीं मिली है।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**— समिति की वर्तमान स्थिति जानने के बाद यह निष्कर्ष निकाला गया कि एन.आर.एच.एम. की अवधारणा के अनुसार समिति के गठन प्रक्रिया को महत्व दिया गया है। जिसमें ए.एन.एम., आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा, पंच एवं ग्रामीण सदस्यों को शामिल किया गया है। समिति की राशि निर्धारित मदों में ही खर्च की गई है किन्तु समिति का निर्णय शामिल नहीं किया गया है।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति से जब इस संबंध में चर्चा की गई और उनके कार्यों के बारे में बताया गया तो उनकी रुचि बढ़ रही थी और उन्होंने अगले माह अपनी बैठकें करने के लिए भी इच्छा व्यक्त की। समिति के सदस्य यह चाह रहे थे कि हमारी बैठकें होनी चाहिए जिससे उन्हें समिति के बारे में पूरी जानकारी मिल सके <sup>16</sup>।

<sup>16</sup> स्वयं द्वारा एकत्र की गई जानकारी, समिति के सदस्य, आशा



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

❖ **क्या किया (Activity)**—

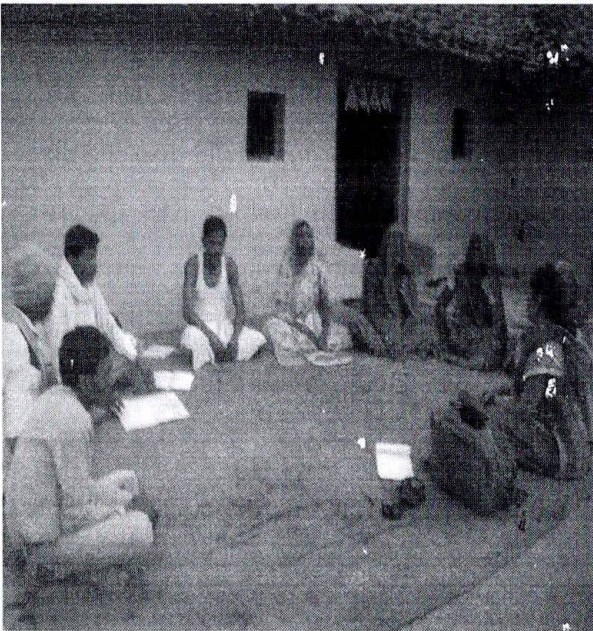
सभी 6 गांवों में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों एवं आशा से संपर्क किया गया और उनसे मिलकर बैठक करने के लिए स्थान, दिनांक व समय निश्चित किया गया। पूर्व चर्चा के अनुसार समिति के सदस्यों से बैठक के संबंध में चर्चा की गई। जिससे समिति के लोग बैठक करने के लिए इच्छुक थे और उनके द्वारा स्वयं बैठक में आने तथा समिति के सभी सदस्यों को सूचित करने की जिम्मेदारी भी ली गई। सदस्यों ने बताया कि प्रशिक्षण के बाद वापस आने पर आशाओं द्वारा समिति की बैठक के संबंध में उन्हें बताया गया है।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक शुरू करने से पहले सभी सदस्यों का आपस में परिचय किया गया। समिति की अध्यक्षता को सम्बोधित करते हुये, उनका स्वगत किया गया और उनकी अध्यक्षता में बैठक सम्पन्न की गई। बैठक में कार्यवाही रजिस्टर रखा गया और आशा को कार्यवाही लिखने हेतु प्रेरित किया गया तथा कार्यवाही लिखने हेतु प्रारूप बताया गया। आशा द्वारा समिति के बैठक की कार्यवाही लिखी गई। सदस्यों ने स्वच्छता समिति की बैठक में उपस्थित होकर प्रसन्नता व्यक्त की। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों की बैठक सभी 6 गांवों में निर्धारित समयानुसार की गई। समिति के सदस्यों ने अपने-अपने गांव की स्वास्थ्य समस्याओं पर बैठक में चर्चा की और उसके समाधान हेतु आपस में विचार भी किया।

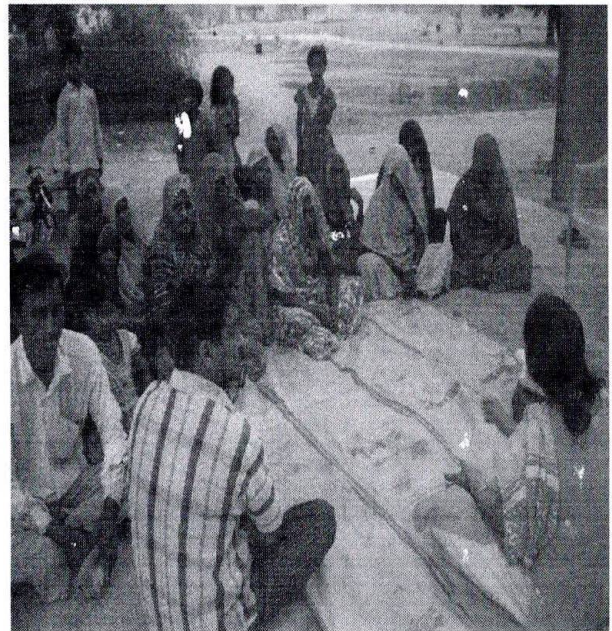
बैठक में आशा ने समिति को अभी तक अनटाइड फण्ड से प्राप्त राशि एवं अपने द्वारा किये गये आय-व्यय की जानकारी दी और बताया कि अनटाइड फण्ड से प्रथम किश्त में पाँच-पाँच हजार रुपये मिले थे जिससे समिति द्वारा बैठक के लिए दरी, कुर्सी, टेबिल साइन बोर्ड आदि पर व्यय किया गया है। जिसका बिल भी आशा द्वारा समिति के सदस्यों को दिखाया गया और बताया गया कि मार्च के समय राशि उपलब्ध हुई थी जो कि वित्तीय वर्ष समापन की ओर था, जिससे हमें जो निर्देश विभाग द्वारा दिये गये उन्हीं कार्यों में व्यय किया गया। बैठक में सदस्यों को वाकि कार्ययोजना बनाने की जानकारी दी गई और उन्हें कार्ययोजना में शामिल करने हेतु निम्न गतिविधियाँ बताई गई जिसमें गांव की साफ-सफाई हेतु घर की स्वच्छता, गांव की स्वच्छता, गंदे पानी की निकासी, स्वच्छ शौचालय एवं कूड़ा कचरे का निपटान आदि के उपाय एवं प्रबंधन करना।

समिति द्वारा गांव में प्रचार-प्रसार हेतु दीवारों पर नारे लिखवाना, समिति का साइन बोर्ड बनवाना, जिस पर समिति के सदस्यों के नाम तथा समिति के कार्यों का वर्णन, ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस हेतु लोगों के बैठने के लिए दरी तथा पेय जल हेतु मटका आदि की व्यवस्था करना, तथा इस दिवस के दिन उपस्थित महिलाओं के लिए चाय एवं विस्किट का प्रबंध अपने अनटाइड फण्ड से कर सकते हैं। साथ ही गांव के कुपोषित बच्चों को अस्पताल भेजने, खुले में शौच न करने एवं व्यक्तिगत शौचालय उपयोग करने संबंधी जागरूकता पैदा करने के लिए, बिद्यालय में बच्चों को स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता देने में तथा ए.एन.सी. पी.एन.सी. आदि में आशा का सहयोग प्रदान करने हेतु दाई का योगदान लेना एवं उसे कुछ न्यूनतम राशि देना आदि कार्यों में अनटाइड फण्ड की राशि का उपयोग किया जा सकता है। साथ ही उन्हें समिति को मिलने वाली अनटाइड फण्ड की सालाना राशि दस हजार के संबध में बताया गया और उसके उपयोग के लिए बताया गया कि उन्हें प्रत्येक माह बैठक करना होगा, जिसमें सदस्यों द्वारा गांव की वार्षिक स्वास्थ्य कार्ययोजना बनाई जावेगी और उसके अनुसार ही राशि खर्च की जाएगी। इसके अलावा समिति के बैठक में लिए गए निर्णय के अनुसार समिति के कार्यों एवं आय-व्यय की जानकारी होने वाली ग्राम सभा में दी जाए और ग्राम सभा से समिति की आगामी कार्ययोजना हेतु सलाह एवं सुझाव लिये जाए, जिससे समिति के कार्यों को गांव के सभी लोग जान सकेंगे और सभी के सुझाव शामिल कर समिति में समुदाय की ओर से सकारात्मक निर्णय लिया जा सकेगा।

### ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक



चित्र-17



चित्र-18

❖ **कैसे किया (Method)**— सूचना, भ्रमण, संपर्क एवं बैठक तथा आशा एवं समिति के सहयोग से प्रभावी ढंग से बैठकों का आयोजन किया गया।

❖ **क्या पाया (Result)**— आशाओं के साथ पूर्व में क्षमता वर्धन प्रशिक्षण के दौरान बनाये गये स्वास्थ्य समिति के बैठक कैलेंडर के अनुसार ही आशाओं द्वारा गांव में बैठकें आयोजित की गईं। समिति के सदस्य ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति एवं उसके कार्यों से परिचित हुये। आशा के प्रयास से गांव में स्वच्छता समिति की बैठकें शुरू हुईं।

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के बिषय में सिर्फ आशा जो कि सचिव है और पंच जो कि समिति की अध्यक्ष है उन्हीं को ही केवल अनटाइड फण्ड के बारे में मालूम था, लेकिन उसका उपयोग कैसे करना है, उनको भी यह स्पष्ट नहीं था। जानकारी के अभाव में समितियों की बैठकें नहीं हो रही थी। केवल आशा ही समिति की भूमिका में सक्रिय दिखाई दी। बैठक में समिति की राशि व्यय करने में समिति की भूमिका बताई गई तो ग्राम बरमानी में समिति के लोगों ने बैठक के दौरान आपस में यह निर्णय लिया कि यहाँ के उपस्वास्थ्य केन्द्र में बहुत ज्यादा गंदगी है, जो कि काफी समय से बन्द है, ए. एन.एम. के न होने से इस केन्द्र की सेवाएँ लोगों को नहीं मिल रही है। अगर उसकी साफ-सफाई अनटाइड फण्ड से करवा दी जाए तो केन्द्र में लोगों का आना-जाना प्रारम्भ हो सकता है और एम.पी. डब्ल्यू. के माध्यम से उसको संचालित करवाया जा सकता है। इसके लिए सदस्यों ने मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को देने के लिए अपना सामूहिक प्रस्ताव भी बनाया।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**— ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों तथा आशाओं से प्राप्त जानकारी के अनुसार मालूम हुआ कि अनटाइड फण्ड का उपयोग सभी आशाओं ने एक ही तरह से किया है। जिससे यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि यदि समय पर समिति को राशि उपलब्ध हो और उसके बारे में समितियों को जानकारी दी जाए, उनकी बैठकें की जाएं तो समितियों अपना निर्णय गांव के स्वास्थ्य हित में ले सकेंगी और समितियों की भूमिका सामुदायिक स्वास्थ्य के प्रति सक्रिय भागीदारी के रूप में उभरकर आएगी। साथ ही अनटाइड फण्ड का उपयोग हेतु समिति का अपना निर्णय शामिल हो सकेगा <sup>17</sup>।

<sup>17</sup> ग्रा. स्वा. स्वच्छता समिति के सदस्य और आशा,

### ❖ 1.1.3 समुदाय

**प्रस्तावना (Introduction)**— समुदाय की ओर से की जाने वाली गतिविधि जिसमें स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करके लोगों द्वारा यह देखना कि कौन सी सेवाएँ हमें ज्यादा मिल रहीं हैं और क्यों मिल रही हैं तथा कौन सी सेवा कम मिल रही है और क्यों नहीं मिल रही है। इस प्रक्रिया के द्वारा यह निकालना कि जो सेवाएँ उन्हें ज्यादा मिल रहीं हैं क्या वो उनके अनुकूल हैं। यह जानने के बाद लोगों द्वारा उसका विश्लेषण करके उसके हल के लिए प्रयास करना, जिससे लोगों की पहुँच में जो सेवाएँ हैं, उनकी कमियों को दूर करने में सामुदायिक प्रयास के द्वारा पंचायत से जुड़े लोगों एवं खण्ड स्वास्थ्य अधिकारी के समक्ष यह रिपोर्ट प्रस्तुत करके उसके समाधान की ओर कदम बढ़ाये जाने की पहल की जा सके। इस सामुदायिक प्रक्रिया में स्थानीय भाषा को सम्मान देते हुये समुदाय के बीच किये जा रहे कार्यों की पारदर्शिता को बनाये रखना।

समुदाय में किसी भी कार्य को करने के लिए सभी के दृष्टिकोण अलग-अलग होते हैं, इन सभी के दृष्टिकोणों को महत्व देना और समुदाय में सबकी बातें शामिल करने हेतु सभी को मौका देना। किसी एक मुद्दे पर सबकी साझा समझ बनाते हुये समुदाय को एक मत पर लाना तथा समुदाय द्वारा स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करना <sup>18</sup>।

❖ **1.1.3.1 उद्देश्य (Objective)**— स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

ग्राम सूखी में स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करने के लिए बैठक आयोजन हेतु आशा और वालेन्टियर्स से चर्चा की गई, जिसके माध्यम से लोगों को सूचना दी गई।

स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण करने हेतु ग्राम सूखी में बैठक करने के उद्देश्य से गांव जाकर आशा से बात-चीत की। आशा द्वारा 4 बार अलग-अलग दिन को बैठक आयोजित की गई किन्तु बरसात ज्यादा होने के कारण किसी भी दिन बैठक में लोगों का पहुँचना संभव नहीं हो पाया। इस गतिविधि हेतु पाँचवी बार पुनः बैठक आयोजित की गई जिसमें स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण लोगों द्वारा किया गया।

<sup>18</sup> सैम जोसेफ, कलेक्टिव टीचिंग भोपाल, मई एवं सितम्बर 2011

टेबल-24

समूह विवरण	स्वास्थ्य सेवा प्रदाता							
	ओझा	झोला छाप	आशा	ए.एन. एम.	आंगनवाड़ी	पी.एच. सी. करवाही	सी.एच. सी सेमरिया	जिला अस्पताल सीधी
लाइन नहीं लगानी पड़ती	09	09	09	09	09	05	03	02
आराम मिल जाता है।	03	05	01	05	01	00	06	09
गांव में रहता है।	09	09	09	00	09	00	00	00
हर समय मिल जाता है।	09	09	09	04	09	00	05	09
किराया नहीं लगता।	09	09	09	09	09	00	00	00
उधारी इलाज कर देता है।	09	09	00	00	00	00	00	00
पहचान एवं विश्वास है।	09	09	06	07	05	00	00	00
तुरंत इंजेक्शन बोतल लगाता है।	00	09	00	00	00	00	00	00
बुलाने पर घर आ जाता है।	09	09	04	03	04	00	00	00
फीस नहीं पर दवा में पैसा ज्यादा लगता है।	00	09	00	00	00	05	05	06
बोतल में रंगीन दवा डालता है।	00	09	00	00	00	00	00	00
डिग्रीधारी है।	00	00	00	00	00	00	09	09
भर्ती की सुविधा है।	00	00	00	00	00	00	05	09
बाजार से दवा खरीदनी पड़ती है।	00	00	00	00	00	00	06	07
फीस देने पर जांच ठीक से की जाती है।	00	00	00	00	00	00	05	08
आराम न मिलने पर रेफर कर दिया जाता है।	00	00	00	00	00	00	08	03

पर्ची बनवानी पड़ती है।	00	00	00	00	00	00	06	09
पहुँचने में समय ज्यादा लगता है।	00	00	00	00	00	03	09	09
दीनदयाल कार्ड की सुविधा मिल जाती है।	00	00	00	00	00	00	07	09
टीकाकरण होता है।	00	00	00	09	00	00	00	00
प्राथमिक दवा मिल जाती है।	00	09	06	08	04	00	09	09
टीकाकरण के दिन नियमित आती है।	00	00	09	09	09	00	00	00
खून की जांच करती है।	00	00	00	09	00	00	09	09
बच्चों एवं महिलाओं का बजन होता है।	00	00	00	09	09	00	00	00
गर्भवती महिलाओं की वी.पी. की जाँच करती है।	00	00	00	09	00	00	09	09
बीमार होने पर जाते हैं।	09	09	00	00	00	00	00	09
सभी मर्ज के डॉक्टर हैं।	00	00	00	00	00	00	05	09
पोषण आहार मिलता है।	00	00	00	00	09	00	00	00
<b>योग –</b>	<b>75</b>	<b>113</b>	<b>62</b>	<b>90</b>	<b>77</b>	<b>13</b>	<b>106</b>	<b>134</b>

### स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के प्राथमिकीकरण हेतु समुदाय के साथ बैठक



चित्र-19



चित्र-20

- ❖ **कैसे किया (Method)** — कार्ड बनाकर, सामूहिक चर्चा के माध्यम से स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का प्राथमिकीकरण किया गया।
- ❖ **क्या पाया (Result)** — इस प्रक्रिया से सेवा प्रदाताओं को जो अंक प्राप्त हुये, वो उनकी वास्तविक स्थिति को दर्शाता है। जैसे कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जहाँ पर केवल प्रसव के दौरान ही प्रसूतियाँ जाती हैं। इलाज के संबंध में गांव से कोई भी पी.एच.तक. नहीं पहुँचता। ए.एन.एम. के संबंध में जो अंक आए है, वो भी उपयुक्त हैं क्योंकि इस क्षेत्र में ए.एन.एम. द्वारा लोगों को कुछ हद तक सेवाएँ और सलाह मिल जाती हैं। ए.एन.एम. से झोला छाप को ज्यादा अंक प्राप्त इसलिए प्राप्त हुये हैं क्योंकि ए.एन.एम. कभी-कभी उपलब्ध रहती है जिससे लोगों का जुड़ाव और विश्वास अभी भी ज्यादा झोला छाप पर ही है, क्योंकि वो सरलता से किसी भी समय गांव के लोगों की जरूरतों के अनुसार गांव में उपलब्ध रहता है। किन्तु इस प्रक्रिया के द्वारा यह पाया गया कि सरकारी सुविधाएँ जो कि लोगों के लिए हैं उन तक लोगों की पहुँच बहुत कम हो रही है जबकि प्रायवेट सुविधाओं की ओर लोगों का रुझान ज्यादा है, जो उनके अनुकूल नहीं है क्योंकि इसमें लोगों का ज्यादा पैसा खर्च होने के साथ-साथ उन्हें कर्ज भी लेना पड़ता है और उन्हें सही इलाज भी नहीं मिल पाता, जिससे वो बीमार बने रहते हैं।
- ❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — चार्ट में जो अंक निकलकर आए उनमें सबसे कम अंक पी.एच.सी. करवाही को मिले। कम अंक मिलने का कारण भी यही पाया गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तक लोगों को जो सुविधाएँ मिलनी चाहिए, उन सुविधाओं से समुदाय अभी तक बंचित है। क्योंकि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र करवाही का अपना कोई भवन नहीं है। यह केन्द्र करवाही के पुराने पंचायत भवन में लगती है, जहाँ पर सुविधाओं का अभाव है। यहाँ प्रसव के समय ही प्रसूतियों को ले जाया जाता है। लोगों की जरूरतों के अनुसार स्वास्थ्य सुविधाओं और सेवाओं का लाभ नहीं मिल पाता। इस प्रक्रिया को करने के बाद इसे स्वास्थ्य विभाग के अधिकारियों और पंचायत प्रतिनिधियों के सामने समुदाय की ओर से प्रस्ताव बनाकर प्रस्तुत करना था जिससे कि सेवा प्रदाताओं की कमियों को दूर करने का प्रयास किया जा सके किन्तु प्राथमिकीकरण के बाद आगे की प्रक्रिया नहीं की जा सकी। क्योंकि बहुत ज्यादा बरसात हो रही थी <sup>19</sup>।

<sup>19</sup> समुदाय के साथ बैठक एवं चर्चा

## ❖ 1.2 मातृत्व स्वास्थ्य

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— मातृत्व स्वास्थ्य को बेतरतर बनाने के लिए ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस तथा जननी सुरक्षा योजना जैसे कार्यक्रम चलाये जा रहे हैं। मातृत्व स्वास्थ्य में तीन तरह की सेवाओं पर विशेष जोर दिया गया है। 1. **प्रसव पूर्व देखभाल सेवाएँ** जिसमें सभी गर्भवती महिलाओं का पंजीयन करना जिसमें महिला की पूरी जानकारी उम्र एवं पूर्व में पैदा हुये बच्चों का इतिहास जानना, ए.एन.सी. (Antenatal Care) की 5 जांचें जिसमें बजन, हीमोग्लोबिन की जांच, पेसाब की जांच, ब्लड प्रेसर की जांच, महिला की ऊँचाई को नापना शामिल किया गया है। साथ ही ए.एन.एम. द्वारा गृह भेंट हेतु 3 विजिट करना और गर्भ संबंधी 3 जांच सुनिश्चित की गई है, जिसमें महिला की जोखिम स्थितियों को जानना और उन्हें आवश्यक परामर्श देना। इसके अतिरिक्त गर्भवती महिला को स्वच्छता, दिन में 2 घण्टे आराम करने, भारयुक्त बस्तुओं को न उठाने, तथा उन्हें खाना-पान की सलाह देना भी शामिल किया गया है। साथ ही उन्हें टिटनेस के 2 टीके, एनीमिक महिलाओं को आयरन फोलिक एसिड की 100 गोलियां खिलाने हेतु उनका निरन्तर फालोअप करना। प्रसव पूर्व देखभाल सेवाओं में आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं ए.एन.एम. द्वारा ग्राम स्तर पर ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस आयोजित कर किया जाना सुनिश्चित है। 2. **प्रसव के दौरान देखभाल जिसमें** घरेलू प्रसव और संस्थागत प्रसव को बताया गया है। जब तक कोई जोखिम स्थिति या जटिलताएँ न हों तो प्रसव के लिए सबसे उपयुक्त स्था उसका घर होता है। क्योंकि यही वह स्थान होता है, जिसे दुनिया की सबसे गरीब देशों की माताएँ वहन कर सकती हैं। घरेलू प्रसव हेतु प्रशिक्षित महिला का होना आवश्यक है। लेकिन जिन महिलाओं में खतरे के लक्षण मौजूद हों उनका प्रसव अस्पताल में ही कराया जाना चाहिए। घर या अस्पताल में होने वाले सुरक्षित प्रसव के लिए 5 स्वच्छताओं जैसे साफ हाथ, साफ ब्लेड, साफ धागा, साफ स्थान एवं साफ दस्ताना पर विशेष ध्यान देना चाहिए। इसके अलावा बच्चे का नाल साफ रखना और उसमें कुछ भी न लगाना आवश्यक है क्योंकि उससे संक्रमण फैलने के खतरे हो सकते हैं और सबसे ज्यादा मृत्यु भी संक्रमण के कारण ही होती है। 3. **प्रसव पश्चात् देखभाल सेवाएँ** जिसमें प्रसव के बाद माँ और बच्चों दोनों को स्वास्थ्य देखभाल हेतु 48 घण्टे तक अस्पताल में रखा जाता है। साथ ही बच्चे का बजन, उसका स्वास्थ्य परीक्षण, संक्रमण से बचाव, एवं स्तनपान हेतु जन्म के 1 घण्टे बाद माँ को प्रोत्साहित किया जाना है। माँ को साफ-सफाई, स्वच्छता, पोषण एवं परिवार नियोजन के साधनों की सलाह दी जाती है तथा माँ के स्वास्थ्य देखभाल में गर्भाशय संबंधी संक्रमण से बचाव एवं जानकारी तथा ज्यादा खून आने पर उनका उपचार किया जाता है।



प्रसव पश्चात् देखभाल सेवाओं की आवश्यकता इसलिए जरूरी है क्योंकि बहुत सी महिलाएँ बच्चे को जन्म देने के बाद संक्रमण या ज्यादा खून बह जाने से मरती हैं! केवल ज्यादा खून बह जाने से हर साल एक लाख पचास हजार महिलाएँ मर जाती हैं। इनमें से दस में से नौ महिलाएँ प्रसव के 4 घण्टों में ही मर जाती हैं। बहुत से बच्चे जन्म के बाद स्तनपान के गलत तरीकों, संक्रमण, अज्ञानता, उपेक्षा तथा नवजात टेटनस से मरते हैं। उपरोक्त सभी बिन्दुओं पर यदि ध्यान दिया जाए तो मातृत्व स्वास्थ्य को बेहतर बनाया जा सकता है और प्रसव के समय होने वाली माँ और बच्चों की मौतों को भी कम किया जा सकता है। संस्थागत प्रसव हेतु जननी सुरक्षा योजना चलाई गई है। जिसमें ग्रामीण क्षेत्र की प्रसूतियों को जननी सुरक्षा के लिए 1400.00 रुपये प्रसूति महिला को मिलता है एवं आशा को प्रेरक राशि 600.00 रुपये वाहन सहित दिया जाता है। इसके अलावा जो महिलाएँ बी.पी.एल. परिवार की हैं और उनका प्रसव घर में हुआ है तो उन्हें 500.00 रुपये घरेलू प्रसव के लिए आर्थिक सहायता प्रदान की जाती है। यह राशि घर में हुये प्रसव के 2 दिन के अन्दर ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के खाते से आशा द्वारा हितग्राहियों को दिया जाएगा<sup>20</sup>।

### ❖ 1.2.1 VHND

❖ **उद्देश्य (Objective)**— ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के महत्व को बताना।

❖ **क्या किया (Activity)** —

ग्राम पंचायत भवन भंगोहर में पंचायत प्रतिनिधियों के साथ ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के संबंध में चर्चा की गई। सरपंच, सचिव द्वारा इस कार्यक्रम के बारे में कई सवाल जैसे क्यों करना है, किसकी जिम्मेदारी है, क्या फायदा होगा, कहाँ करना है, कब करना है आदि के बारे में पूछा। उन्होंने बताया कि अभी तक इसे आंगनवाड़ी में मंगलवार के दिन पोषण दिवस के रूप में मनाया जाता है जिसमें गर्भवती और धात्री महिलाओं को पोषण आहार दिया जाता है। लेकिन इस तरह के किसी भी कार्यक्रम के लिए आंगनवाड़ी या स्वास्थ्य विभाग द्वारा पंचायत सदस्यों के साथ और न ही ग्रामवासियों के साथ कोई बैठकें नहीं की गईं और पंचायत की ओर से भी हम लोगों ने जानने का कोई प्रयास नहीं किया। इसलिए हम लोगों को जानकारी नहीं है। पंचायत प्रतिनिधियों एवं उपस्थित गांव के लोगों को ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की जानकारी दी गई कि यह प्रत्येक गांव में मनाया जाएगा, जिसमें आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, ए.एन.एम. एवं एम.पी. डब्ल्यू, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्य और पंचायत प्रतिनिधि सभी लोग आपस में मिलकर

<sup>20</sup> क्लस्टर मीटिंग जबलपुर अप्रैल 2010, डॉ. नीलम टोप्पो, म.प्र.रा.ग्रा.स्वा.मि.के अन्तर्गत जननी सुरक्षा योजना की मार्गदर्शिका, के.पार्क.की बुक, पी.एच.आर.एच.की बुक

- ❖ **कैसे किया (Method)** – पंचायत प्रतिनिधियों के साथ बैठक, महिलाओं के साथ बैठक, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के साथ बैठक, स्वास्थ्य विभाग एवं महिला बाल विकास विभाग के साथ चर्चा। स्थल की व्यवस्था, पानी की व्यवस्था, बैठक व्यवस्था, जांच एवं टीकाकरण हेतु टेविल एवं तखत की व्यवस्था, चाय, नाश्ता की व्यवस्था।
- ❖ **क्या पाया (Result)** – समुदाय जिसमें महिलाएँ, पंचायत प्रतिनिधि, समिति के सदस्य, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका, किशोरियों एवं स्वास्थ्य विभाग का आपस में अच्छा समन्वय देखा गया, जो कि सभी के साझा प्रयास से बहुत ही रोचक और प्रभावी ढंग से किया गया, जिसमें सभी की भूमिका दिखाई दी। ए.एन.एम. एवं एम.पी.डब्ल्यू के सहयोग से ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस को प्रभावी बनाने के लिए गर्भवती महिलाओं की जांच हेतु बजन मशीन, बी.पी. मशीन, निडिल कटर एवं कचरा प्रबंधन हेतु डिब्बा की व्यवस्था की गई। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा बच्चों का बजन एवं गर्भवती महिलाओं एवं धात्री महिलाओं तथा किशोरियों को पोषण आहार दिया गया। कार्यक्रम के दौरान पूरे समय ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्य मौजूद रहे और उन्होंने गांव की सभी गर्भवती, धात्री, महिलाओं एवं बच्चे को बैठने तथा पूरी टीम हेतु पेय जल की व्यवस्था की। आशा द्वारा इस कार्यक्रम में ए.एन.एम. का सहयोग किया गया।
- ❖ **निष्कर्ष (Reflection)** – ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के दौरान बहुत ज्यादा संख्या में लोग एकत्रित हुये, जिससे गर्भवती महिलाओं के पेट की जांच नहीं हो सकी क्योंकि टीकाकरण के साथ-साथ गांव के बीमार व्यक्ति भी आ गये जिससे भीड़ ज्यादा होने के कारण उन्हें देख पाना संभव नहीं हो पाया। ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के लिए अपनाया गया तरीका सकारात्मक रहा, क्योंकि उसके लिए सिर्फ सूचना ही नहीं बल्कि सभी के साथ अलग-अलग बैठकर कार्यक्रम के महत्व के बारे में बताया गया, जिसका प्रभाव यह रहा कि सभी का प्रयास और भूमिका कार्यक्रम में शामिल हुई। कार्यक्रम हेतु की गई बैठकों से यह निष्कर्ष निकलकर आया कि किसी भी कार्यक्रम को ग्राम स्तर पर करने के लिए समुदाय को अलग-अलग समूहों में उसके फायदे और महत्व को बताना चाहिए, जिससे लोगों के जानकारी का स्तर बढ़ता है और उनकी भागीदारी भी रहती है जिससे कार्यक्रम की सफलता सकारात्मक और प्रभावी ढंग से हासिल की जा सकती है। जैसा कि अक्सर गांव में देखा गया है कि जहाँ महिलाओं का बजन लिया तो जाता है किन्तु उन्हें उसके बारे में नहीं बताया जाता, जिससे उसके बारे में वो कोई जानकारी नहीं रख पातीं और पूछने पर यह कह देती हैं कि बजन नहीं होता <sup>21</sup>।

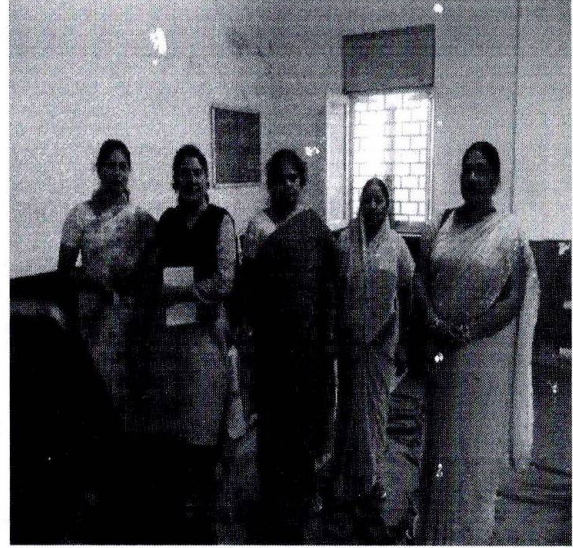
<sup>21</sup> गर्भवती महिलाएँ, किशोरियों, ग्रा.स्वा.स्व.समिति, पंचायत प्रतिनिधि, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, स्वास्थ्य विभाग की टीम, आयोजित ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस

❖ **कैसे किया (Method)** – टीम को 2 दलों में बाँटा गया तथा एक गांव में 2 दिन जाकर किया गया। पहले दिन टीकाकरण में और दूसरे दिन समुदाय के साथ बैठकर जानकारियाँ एकत्रित की गईं। प्रपत्र और प्रश्नावली से साक्षात्कार किया गया। साथ ही सी.एच.सी. रामपुर नैकिन में साप्ताहिक सेक्टर मीटिंग में जाकर जानकारी ली गई।

### सेक्टर मीटिंग सी.एच.सी. रामपुर



चित्र-29



चित्र-30

❖ **क्या पाया (Result)** – सभी साक्षात्कार करने के बाद यह निकलकर आया कि ग्राम स्तर पर कार्य करने वाले सेवा प्रदाता, स्थानीय संगठन, पंचायत एवं लाभार्थियों के बीच आपस में कोई समन्वय नहीं है। ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की जानकारी साक्षात्कार किये जा चुके किसी भी व्यक्ति को नहीं है। गांव में सभी टीकाकरण के नाम से जानते हैं। यहाँ तक कि स्वास्थ्य सेवा प्रदाता और आंगनवाड़ी को इसकी गाइड लाइन के विषय की जानकारी नहीं है और इस संबंध में उन्हें कोई प्रशिक्षण या निर्देश नहीं प्राप्त हुये हैं। अध्ययन के दौरान ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की स्थिति अच्छी इसलिए नहीं पाई गई क्योंकि इसका प्रचार-प्रसार ही नहीं किया गया। जबकि ग्राम सूखी एवं मऊ में कार्यस्थल पर ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के जैसा ही टीकाकरण कार्यक्रम को मनाया जाता है जिसमें जांच, परामर्श, टीकाकरण, पोषण आहार आदि पाया गया किन्तु इसकी जानकारी न होने से ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस का नाम लोगों के जुबान में नहीं है।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — जहाँ-जहाँ टीम गई वहाँ लोगों के अन्दर काफी भय देखने को मिला लोगों को लग रहा था कि कोई हमारी जांच करने आया है। पेन कागज और प्रपत्र देखकर लोग बहुत हैरान थे। ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की गाइड लाइन के संबंध में बी.पी.एम. सी.एच.सी. रामपुर नैकिन ने बताया कि हमारे यहाँ नहीं है। विभाग और समुदाय के बीच आपसी ताल-मेल देखने को नहीं मिला और समुदाय से लेकर सभी सेवा प्रदाताओं में आपस में बहुत गैप है, जिसके कारण सामुदायिक भावना बिल्कुल देखने को नहीं मिली। सेक्टर मीटिंग में केवल ए.एन.एम. को हिदायत दी जा रही थी, क्योंकि ए.एन.एम. ही जिम्मेदार पर्सन है। बैठक में ए.एन.एम. के लिए किये जा रहे भाषा का उपयोग भी बहुत नकारात्मक था। एम.पी.डब्ल्यू. की कोई समीक्षा नहीं की जाती। क्योंकि एम.पी.डब्ल्यू. सहयोगी व्यक्ति के रूप में होता है। एम.पी.डब्ल्यू. को टीकाकरण में इंजेक्शन देने का भी अधिकार नहीं है, किन्तु यदि एन.एन.एम. नहीं है और एम.पी.डब्ल्यू. टीका लगाते हैं और केश बिगड़ जाता है तो एम.पी.डब्ल्यू. के पास दावा करने के लिए कोई चारा नहीं होता। यदि टीकाकरण नहीं होता तो ए.एन.एम. के साथ एम.पी.डब्ल्यू. की भी वेतन काट ली जाती है <sup>22</sup>।

## ❖ 1.2.2 प्रसव

❖ **1.2.1 उद्देश्य (Objective)**— संस्थागत प्रसव और घरेलू प्रसव को जानना।

❖ **क्या किया (Activity)** —

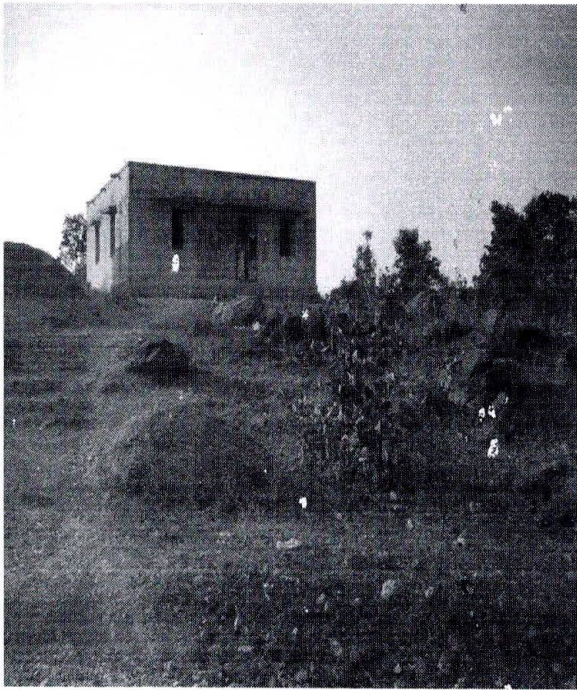
संस्थागत प्रसव की स्थिति को जानने के लिए उस क्षेत्र की पी.एच.सी. का भ्रमण किया गया। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र करवाही सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र सेमरिया से 50 कि.मी. एवं जिला चिकित्सालय सीधी से 40 कि.मी. दूर है। करवाही पी.एच.सी. के अन्तर्गत आस-पास के 16 गांव की प्रसूतियाँ प्रसव हेतु यहाँ आती हैं। यहाँ वार्षिक प्रसव संख्या 423 है। भवन में बिजली की सुविधा न होने के कारण प्रसव कार्य लालटेन के प्रकाश से किये जाते हैं। पी.एच.सी. में 1 ए.एन.एम. एवं 1 एल.एच.व्ही. 1 डेसर और 2 भृत्य पदस्थ हैं, जो नियमित सेवाएँ देती हैं। यहाँ प्रसव हेतु 5 बेड हैं जिनमें से 3 बेड प्रसव के लिए उपयोग किये जाते हैं। यह पी.एच.सी. गांव के पंचायत भवन में लगती है जो पहाड़ी पर और गांव से दूर एकान्त में स्थित है। दरवाजों में कुन्डी टूटी हुई है। भवन की स्थिति उपयुक्त और लोगों की जरूरतों के अनुसार ठीक नहीं है। पानी की कोई सुविधा नहीं है। खाशकर गर्मी के दिनों में पानी गांव के कुओं से लाना पड़ता है। पास में ही एक नाला है किन्तु फरवरी मार्च तक सूख जाता है। ऐसी स्थिति में काफी जोखिम के साथ एल.एच.व्ही

<sup>22</sup> Centre for health and Social Justice New Delhi, GSS Sidhi, Health Dept. , PRIS, AWW, Asha, SHG, Benifceries

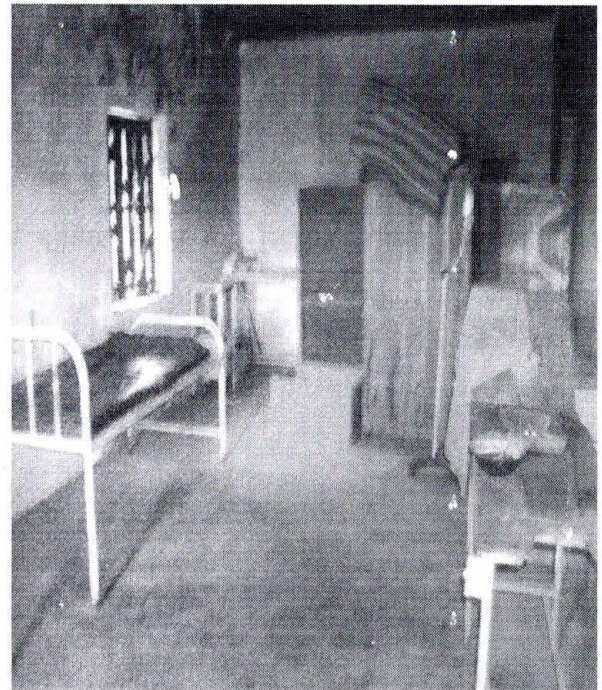
और ए.एन.एम. द्वारा प्रसव किया जाता है। कोई कठिनाई आने पर और कोई विकल्प नहीं है। एल.एच.व्ही. से बात करने पर उनके द्वारा बताया गया कि पी.एच.सी. भवन हेतु मंजूरी मिल गई है किन्तु गांव में कोई अपनी जमीन देने के लिए तैयार नहीं है इसलिए इस तरह की दिक्कतों का सामना करना पड़ रहा है। इस संबंध में गांव के सरपंच से बात की गई तो उन्होंने कहा कि हमारा पहला कार्य पी.एच.सी. भवन बनवाना और हैण्ड पम्प की व्यवस्था करना है इसके लिए हम गांव में विधायक जी को भी बुलाएंगे।

5 साल से पी.एच.सी. करवाही पंचायत भवन में ही चल रही है इसके पहले गांव के बीच में एक मंदिर में संचालित की जा रही थी। गांव वालों ने विरोध किया कि धार्मिक स्थान में अस्पताल लगाना ठीक नहीं है। सबने मिलकर इसके लिए सरपंच से बात करके पंचायत भवन में सबकी सहमति से संचालित करवाया तब से अभी तक यह कार्य पंचायत भवन में ही संचालित हो रहा है<sup>23</sup>।

### पंचायत भवन में संचालित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र करवाही



चित्र-31



चित्र-32

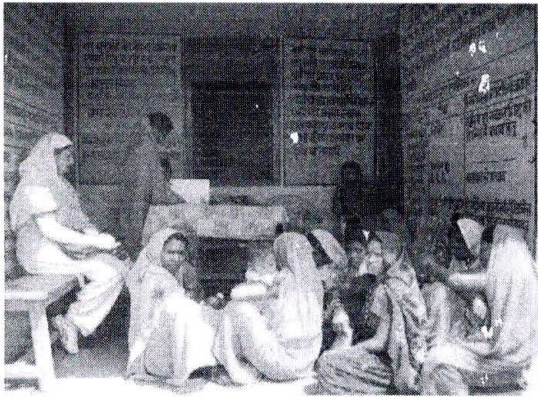
<sup>23</sup> PHC Staff, PRIS

❖ **घरेलू प्रसव** — आशा के साथ घरेलू प्रसव के संबंध में बी.पी.एल. परिवार की महिलाओं से उनके घर जाकर चर्चा की गई, जिनका प्रसव घर में हुआ है। उनसे यह जानने की कोशिश की गई कि प्रसव कराने का तरीका, नारा काटने की परम्परा, बच्चे को दूध पिलाने की जानकारी, प्रसव के बाद माता को खाना देने की बात की गई। उन्होंने बताया कि घर में प्रसव स्थानीय दाई या घर की अनुभवी महिला द्वारा ही कराया जाता है। जो प्रसव के बाद बच्चे को नहलाती हैं और कपड़े में लपेटकर बच्चे को सूपा में रखती हैं। नारा काटने का काम साकेत (दलित) महिला द्वारा ही किया जाता है। नारा काटने के लिए इन्हें अलग से बुलाया जाता है। जब तक दलित महिला नहीं आती तब तक नारा नहीं काटा जाता, नारा काटने के लिए 6 से 8 घण्टे तक लग जाते हैं, क्योंकि यदि रात्रि में बच्चा पैदा हुआ है तो सुबह सूचना देने के बाद ही वह महिला घर पर आती है, और बच्चे का नारा काटती है। नारा काटने के लिए उसे साड़ी और पैसा या अनाज अपनी हैसियत के अनुसार देती हैं।

गांव में ऐसी परम्परा है कि यदि कोई महिला नारा काटेगी तो उन्हें समाज से अलग कर दिया जाएगा और पुनः समाज में वापस लाने के लिए उस महिला को पूरे समाज को भोजन कराना होगा। प्रसव के बाद माँ को 3 दिन बाद नहलाया जाता है और उसे भोजन दिया जाता है। जब माँ को भोजन दे दिया जाता है तभी वह बच्चे को दूध पिलाती है। इससे पहले बच्चे को बकरी का दूध या शहद दिया जाता है। इसके बाद उनसे घरेलू प्रसव के दौरान मिलने वाली सहायता राशि के बारे में जानकारी ली गई। महिलाओं ने बताया कि अभी तक कोई राशि उपलब्ध नहीं हुई है और उन्हें इस राशि के बारे में जानकारी भी नहीं है। महिलाओं को बताया गया कि घरेलू प्रसव में बी.पी.एल. परिवार की महिला को जननी सुरक्षा योजना के तहत 500.00 रुपये की राशि मिलती है।

22 मार्च 2011 को टीकाकरण के दिन ग्राम सूखी जाने पर ए.एन.एम. व एम.पी.डब्ल्यू. से घरेलू प्रसव के संबंध में जानकारी ली तो उन्होंने ने बताया की 23 मार्च 2011 को उपस्वास्थ्य केन्द्र खाम्ह में दोपहर 12 बजे से घरेलू प्रसव की राशि जिन महिलाओं के नाम बी.पी.एल सूची में हैं उनको दिये जाएंगे। उन्होंने कहा इसके लिए सभी गांव की आशाओं को सूचित करना है जिसमें आपकी सहायता आवश्यक है, क्योंकि सूचना देने के लिए सिर्फ आज का ही समय बचा है और हमें अभी पूरे दिन टीकाकरण में लग जाएंगे। इसके बाद सभी 5 गांवों में जाकर आशाओं को घरेलू प्रसव हेतु मिलने वाली राशि की जानकारी दी गई और उन्हें महिलाओं को बी.पी.एल. कार्ड लेकर उपस्वास्थ्य केन्द्र खाम्ह में आने के लिए कहा गया।

## घरेलू प्रसव की राशि वितरण के समय उपस्वास्थ्य केन्द्र में बैठी महिलाएँ



चित्र-33 एवं 34

चित्र-35 एवं 36

- ❖ **कैसे किया (Method)** — पी.एस.सी. भ्रमण किया और बी.पी.एल. परिवार की महिला जिनका प्रसव घर में हुआ उनसे जानकारी ली गई। आशा के माध्यम से महिलाओं को घरेलू प्रसव की राशि वितरण की सूचना देना।
- ❖ **क्या पाया (Result)** — गांव में घरेलू प्रसव हेतु भ्रमण और जानकारी से यह निकलकर आया कि घरेलू प्रसव जो कि साफ-सफाई, स्वच्छता का ना होना, उपयुक्त स्थान का ना होना, और नारा काटने में लगने वाली देरी, तथा जोखिम की स्थिति से निपटने के लिए कोई तैयारी न करना, स्तनपान में देरी, माँ को खाना देने में देरी से माँ और बच्चे का स्वास्थ्य पूर्णतः असुरक्षित है। किन्तु कार्यक्षेत्र के पी.एच.सी. की स्थिति भी ठीक नहीं पाई गई, जिससे महिलाएँ अपने घर में ही प्रसव होना ज्यादा ठीक मानती हैं। उनको अपने घर में पारिवारिक सहयोग मिल जाता है, जिसकी उन्हें प्रसव के समय ज्यादा जरूरत होती है। इसलिए महिलाएँ घर में ज्यादा आराम महसूस करती हैं। संस्थागत प्रसव के लिए जो महिलाएँ जाती भी हैं तो उन्हें वहाँ से तुरन्त नवजात शिशु को लेकर वापस आना पड़ता है, क्योंकि पी.एच.सी. पहाड़ी पर होने के कारण वहाँ छाया, पानी, बिजली और रुकने की कोई व्यवस्था नहीं है।

कार्यक्षेत्र के 6 गांवों में आशा और ए.एन.एम. से प्राप्त जानकारी के अनुसार 1 वर्ष में कुल 77 प्रसव हुये जिसमें से घरेलू प्रसव 37 (48%) एवं संस्थागत प्रसव 40 (52%) हुये। उप स्वास्थ्य केन्द्र खाम्ह में लगभग 20 गांव की महिलाओं को दोपहर 12 बजे से ही बुला लिया गया। ये महिलाएँ अपने गांव से 10 से 15 कि.मी. दूर पैदल चलकर अपने छोटे बच्चों को तपती धूप में लेकर आईं। इनमें से दूसरे सेक्टर की बहुत सी ऐसी महिलाएँ थीं, जिनका नाम गरीबी रेखा में नहीं जुड़ा था और उन्हें ए.एन.एम. द्वारा ठीक से सूचना नहीं दी गई। जिसके कारण ये महिलाएँ भी आ गई थी, जिन्हें वापस भेज दिया गया। महिलाओं को जब पता चला कि सिर्फ गरीबी रेखा वाली महिलाओं को ही राशि मिलनी है। तब उन्होंने कहा कि यदि इसकी जानकारी हमें पहले से बताई गई होती तो हम इस धूप में पैदल चलकर नहीं आते। घरेलू प्रसव की राशि हेतु चेक वितरण के समय उपस्वास्थ्य केन्द्र खाम्ह, बरमानी एवं करवाही की ए.एन.एम./एम.पी.डब्ल्यू. एवं एल.एच.व्ही. उपस्थित रहीं। किन्तु बी.पी.एम. जिनके पास राशि वितरण की चेक बुक थी, वो 2 बजे आये और उसी दिन छवारी में स्वास्थ्य शिविर आयोजित होने के कारण बी.एम.ओ. वहीं उपस्थित थे। अंत में जिन महिलाओं के पास बी.पी.एल कार्ड था उन्हीं महिलाओं को सायं 5 बजे 500 रुपये का चेक दिया गया।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**—संस्थागत प्रसव हो या घरेलू प्रसव हो, दोनों जगह सुरक्षित प्रसव की बात की गई है, किन्तु यह पाया गया कि जननी सुरक्षा योजना से मिलने वाली राशि के कारण ही लोगों की पहुँच संस्था तक है। उनके लिए संस्था में कोई सुरक्षा या मिलने वाली सेवाओं की उपलब्धता नहीं है और ना ही प्रसूतियों से गृह भेंट कर उन्हें आवश्यक परामर्श दिया जाता है। घरेलू प्रसव के चेक वितरण की प्रक्रिया देखने के बाद बी.पी.एम. से जब घरेलू प्रसव में महिलाओं को दी जाने वाली राशि के संबंध में गाइड लाइन की बात की गई तो उन्होंने बताया कि मार्च का अंत चल रहा है और अगर ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति के खाते में राशि भेजते हैं तो भुगतान नहीं हो पाएगा जिस बजह से यह प्रक्रिया अपनाई गई है। घरेलू प्रसव की राशि के रूप में महिलाओं को चेक द्वारा भुगतान किया गया। चेक लेने महिलाएँ अपने छोटे बच्चों को साथ लाई थी जिनके बैठने के लिए वहाँ पर कोई व्यवस्था नहीं थी। उस समय गर्मी का समय और तपती धूप में महिलाएँ 12 बजे से आकर बाहर लू में ही बैठी थी। एक महिला अपने आठ दिन के बच्चे को लेकर आई थी। चेक वितरण का काम दोपहर 2 बजे के बाद से किया गया। महिलाओं को चेक भुनाने के लिए कितने बार बैंक का चक्कर लगाना पड़ेगा और कितना खर्च वहन करना पड़ेगा कुछ नहीं कहा जा सकता। क्योंकि बैंक के लिए उन्हें चौफाल आना पड़ेगा जो उनके गांव से 15 से 20 कि.मी. दूर है <sup>24</sup>।

<sup>24</sup> ए.एन.एम., एम.पी.डब्ल्यू. पी.एच.सी. करवाही, आशा, हितग्राही



### ❖ 1.3 शिशु स्वास्थ्य (टीकाकरण)

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— 0 से 5 वर्ष के बच्चों को 6 जानलेवा बीमारियों टिटनेस, टी.बी, डिप्थीरिया, काली खांशी, पोलियो, खसरा से बचाने के लिए राष्ट्रीय बाल रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम (टीकाकरण) चलाये गये हैं। जिसके द्वारा बच्चों को इन 6 जानलेवा बीमारियों से होने वाली मौतों को रोका जा सकता है। हर साल लगभग 40 लाख बच्चे इन बीमारियों से मरते हैं, जिनकी रोकथाम उपलब्ध टीकों से की जा सकती है। बच्चों के स्वास्थ्य कार्ड तैयार कर उन्हें उम्र के आधार पर टीके लगाये जाने चाहिए। पहला टीका जन्म के समय बी.सी.जी., पोलियो1 बूस्टर और हैपेटाइटिस बी1 दिया जाना चाहिए। दूसरा टीका छः सप्ताह (डेढ़ माह) में डी.पी.टी.1, पोलियो2 और हैपेटाइटिस बी2 का, तीसरा टीका दस सप्ताह (ढाई माह) में डी.पी.टी.2, पोलियो3 और हैपेटाइटिस बी3, चौथा टीका चौदह सप्ताह (साढ़े तीन माह) में डी.पी.टी.3 और पोलियो4, पांचवाँ टीका नौ माह में खसरा विटामिन ए 100000 आईयू (International Unit) का दिया जाना चाहिए। इसके अलावा 3 वर्ष की उम्र तक प्रति छः माह में विटामिन ए सिरप भी 200000 आईयू देना चाहिए। जब एक बच्चे को जन्म के पहले वर्ष में बी.सी.जी. का एक टीका, डी.पी.टी. के तीन टीके, पोलियो की तीन खुराकें, खसरे का एक टीका लग जाता है तब यह कहा जा सकता है कि बच्चे का टीकाकरण पूरा हो गया है। जो माताएँ अपने बच्चे को समय पर टीका पूरा करती हैं। उन्हें आदर्श माताएँ घोषित करते हुये टीकाकरण के दिन सम्मानित भी किया जा सकता है और उन्हें प्रोत्साहन के लिए कुछ पुरस्कार स्वरूप भेंट भी दिया जा सकता है, जिससे दूसरी महिलाएँ उनका अनुकरण कर खुद में भी बदलाव ला सकेंगी और बच्चों के टीका में ज्यादा ध्यान देंगी <sup>25</sup>।

❖ **1.3.1 उद्देश्य (Objective)**— टीकाकरण की स्थिति को समझना।

❖ **क्या किया (Activity)**— टीकाकरण कार्यक्रम में जाना तथा टीकाकरण के संबंध में ए.एन.एम. और एम.पी.डब्ल्यू. से जानकारी लेना। इनके द्वारा बताये जाने पर छूटे हुये बच्चों के माता-पिता को उनके घर जाकर उन्हें प्रेरित करने हेतु टीके के महत्व को बताना और होने वाले रोगों से बचाव की जानकारी देना तथा टीका लगने के बाद उनके लक्षणों जैसे बुखार का आना आदि के बारे में समझाना। साथ ही उनमें व्याप्त भ्रान्तियों को दूर करने हेतु गांव में जिन बच्चों का टीका पूरा किया गया है उनका उदाहरण देना और उनमें जागरूकता लाने के लिए परिवार के उन बड़े सदस्यों को बताया गया जो इसका विरोध कर रहे थे।

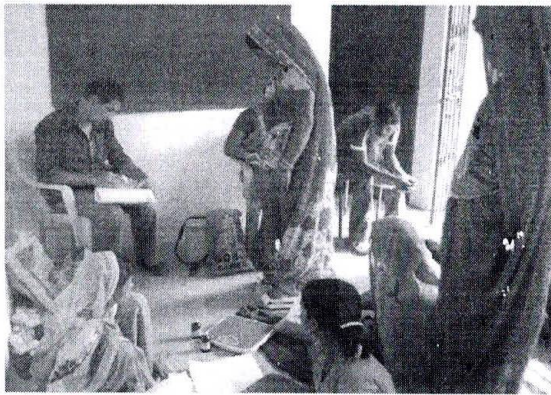
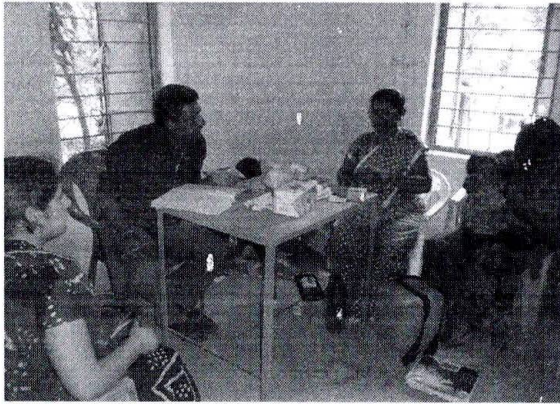
<sup>25</sup> टेड लेन्केस्टर की बुक, के.पार्क को बुक

❖ **कैसे किया (Method)** – ए.एन.एम. और एम.पी.डब्ल्यू से टीकाकरण कैलेंडर लिया गया और उसी के आधार टीकाकरण के दिन जाकर पूरे समय कार्यक्रम में रहकर महिलाओं को सलाह व आवश्यक सहयोग देना।

### टेबल-25

गांव का नाम	समय	दिन	स्थान
बरमानी	11 से 5 बजे तक	प्रथम मंगलवार	उपस्वास्थ्य केन्द्र
रौसर	11 से 5 बजे तक	प्रथम शुक्रवार	आंगनवाड़ी केन्द्र
उड़ैसा	11 से 5 बजे तक	द्वितीय शुक्रवार	आंगनवाड़ी केन्द्र व पंचायत भवन
बड़ेरा	11 से 5 बजे तक	तृतीय मंगलवार	आंगनवाड़ी केन्द्र
सूखी	11 से 5 बजे तक	चौथा मंगलवार	आशा के घर पर
भंगोहर	11 से 5 बजे तक	चौथा शुक्रवार	आंगनवाड़ी केन्द्र

### टीकाकरण



चित्र-37 एवं 38

चित्र-39 एवं 40

❖ **क्या पाया (Result)** — बच्चों का सर्वे रजिस्टर तैयार किया गया है, जिसके आधार पर टीका लगने वाले बच्चों की जानकारी रजिस्टर में बनाई जाती है। साथ ही बच्चों का कार्ड भी प्रत्येक माह देखा जाता है। ए.एन.एम. और एम.पी.डब्ल्यू द्वारा जो रजिस्टर बनाये गये हैं उनमें यह देखा गया कि टीकाकरण के दिन यदि कोई महिला कार्ड लाना भूल जाती है तो उसके बच्चे को लगने वाले टीके की प्रत्येक माह की जानकारी रजिस्टर में दर्ज रहती है, जिसके आधार पर बच्चे को टीका लगाया जाता है। टीकाकरण के दिन सेवा प्रदाता अपने बनाये गये कैलेंडर के अनुसार निश्चित रूप से उस गांव में समय से पहुँचते हैं। गांव में काम के समय जब महिलाएँ ज्यादा व्यस्त रहती हैं तो उस दौरान सेवा प्रदाता महिलाओं के आने तक गांव में रुकते हैं। टीका लगाने का तरीका और टीकों की गुणवत्ता पर विशेष ध्यान दिया जाता है, जैसे— टीके को आइसबॉक्स से बाहर निकालकर ज्यादा देर तक न रखना, खसरे का टीका जिसको खोलने के बाद उसके उपयोग का समय 4 घण्टे तक ही होता है उसके लिए जब 2-4 बच्चे आ जाते हैं तभी उसे खोलकर लगाया जाता है। टीकाकरण के समय निडिल कटर की ब्यवस्था की जाती है जिसे लगाने के बाद तुरन्त नष्ट कर दिया जाता है। ए.एन.एम. को इंजेक्शन देने की तकनीकी जानकारी है जिससे बच्चे को सही जगह पर टीका दिया जाता है। सर्वे रजिस्टर के आधार पर आवश्यकता के अनुसार टीका लाया जाता है जिससे न तो टीका बरबाद होता और न ही बच्चों के लिए कम पड़ता है।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)**—जिस बच्चे को टीका लगाया जाता है उसके बारे में माँ को बताया जाता है कि उसे कौन सा टीका दिया गया है। यदि कोई बच्चा फिर भी छूट जाता है तो उसके लिए आशा के द्वारा उन्हें सूचना देकर बुला लिया जाता है। क्योंकि ए.एन.एम. द्वारा ऐसा कैलेंडर बनाया गया है कि अगला टीकाकरण उसके बगल के ही गांव में हो। टीका लगवाने जो महिलाएँ अपने बच्चों को लेकर नहीं आती उनके घर भी सेवा प्रदाता परामर्श हेतु जाते हैं। कुछ स्थितियों गांव में ऐसी बनती है जब महिलाएँ अपने मायके चली जाती हैं और टीका लगवाने नहीं आती और न ही कार्ड ले जाती हैं जिससे उनके बच्चों को टीका लगने में बीच में 2 से 3 माह का अन्तर आ जाता है। ऐसी माताओं को रिकार्ड में चिन्हित किया जाता है और उनके वापस आने पर उन्हें बुलाया जाता है और बताया जाता है कि टीका लगवाने में इस तरह से बच्चों के साथ लापरवाही नहीं करनी चाहिए। सभी टीके समय पर लगने से ज्यादा प्रभावी परिणाम मिलेंगे। कार्यक्षेत्र में सभी के प्रयास और ए.एन.एम. के आ जाने से टीकाकरण में महिलाओं की भागीदारी व रुचि बढ़ी है। साथ ही टीकाकरण में महिलाओं को परामर्श मिलने से उनकी जानकारी का स्तर बढ़ रहा है। जिससे महिलाएँ काम छोड़कर टीकाकरण के दिन अपने बच्चों के साथ आने लगीं हैं तथा कार्ड रखना भी जरूरी समझने लगीं है <sup>26</sup>।

<sup>26</sup> टीकाकरण दिवस, ए.एन.एम., एम.पी.डब्ल्यू

## ❖ 1.4 कुपोषण

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— भोजन की कमी के कारण यह रोग के रूप में उभरकर दिखाई देता है जिसे कुपोषण का नाम दिया गया है। यह ज्यादातर बच्चों, गर्भवती महिलाओं, किशोर और बड़ों में होता है। विशेषरूप से 6 माह के बाद से 3 वर्ष तक के बच्चों में ज्यादा कुपोषण होता है। क्योंकि इस उम्र में बच्चा रोता रहता है और माँ उसे समझ नहीं पाती, जिससे समय-समय पर उसे भोजन नहीं मिल पाता और उसका बजन कम होने लगता है और वह कुपोषित हो जाता है। कुपोषण अर्थात् शरीर में भोजन की कमी। कुपोषण प्रोटीन और ऊर्जा की कमी वाला कुपोषण तथा सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी वाला कुपोषण होता है।

प्रोटीन और ऊर्जा की कमी से कुपोषण को दो तरह से पहचाना जा सकता है (1.) सूखापन, जिसमें झुर्रिया पड़ जाती हैं, बच्चे की खाल या हड्डियाँ भर दिखाई देती हैं, बच्चे को बहुत भूख लगती है, जिन्हें खिलाना बहुत आसान होता है। जिसे मरास्मस या सूखा रोग के नाम से भी जाना जाता है। ऐसे बच्चों को आसानी से बचाया जा सकता है, क्योंकि बच्चा आसानी से खाता है। (2.) बच्चों का शरीर या टांगे सूज जाती हैं, त्वचा पपड़ीदार हो जाती है तथा बाल लाल और पतले हो जाते हैं, ऐसे बच्चे आमतौर पर सुस्त होते हैं तथा उन्हें भूख नहीं लगती इसलिए उन्हें खाना खिलाना मुश्किल होता है, जिसे क्वाशियोरकर कहते हैं। इन दोनों कुपोषण में क्वाशियोरकर सबसे खतरनाक होता है जिससे बच्चे को बचाना मुश्किल होता है।

कुपोषण के मुख्य कारण अशिक्षा, गरीबी, स्वच्छता की कमी, स्वास्थ्य सेवाएँ न मिलना, लम्बी अवधि की बीमारी जैसे (टी.बी., खसरा, काली, खांसी, बार-बार दस्त होना), कम बजन का होना, कम उम्र में शादी होना, बच्चे को सही समय पर दूध व ऊपरी आहार न देना आदि प्रमुख हैं। कार्यक्षेत्र में कुपोषण की स्थिति जन्म के समय बच्चों में ज्यादा देखी गई, जिसका कारण यह पाया गया कि महिलाएँ गर्भावस्था के दौरान खान-पान की आदतों में अपना ध्यान नहीं दे पाती हैं। साथ ही गर्भावस्था के दौरान बीमारी के कारण एनीमिक हो जाती है। ऐसी स्थिति में जन्म के समय से ही बच्चा कुपोषित पैदा होता है। बच्चों में कुपोषण को दूर करने तथा माताओं में अच्छी आदतों को बताने के लिए पी.डी. हर्थ प्रक्रिया के द्वारा समुदाय में सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन किया जा सकता है। यह प्रक्रिया महिलाओं के समय को ध्यान में रखते हुये व स्थानीय संसाधनों के माध्यम से सबकी सामूहिक सहभागिता के द्वारा की जाती है, जिससे माताओं को खना बनाने की आदतों और साफ-सफाई, स्वच्छता, स्तनपान, टीकाकरण, बच्चों की देखभाल करना सिखाया जाता है।

अगर यह प्रक्रिया लोगों को तैयार करके किया जाए तो बच्चों के कुपोषण में कमी लाई जा सकती है<sup>27</sup>। म.प्र. में 60 प्रतिशत सूखारोग वाला कुपोषण होता है। कुपोषण से बचने के लिए ग्राम स्तर पर आंगनवाड़ी केन्द्र जिसमें बच्चों का बजन के आधार पर ग्रोथ चार्ट तैयार करना, पोषण आहार देना तथा स्वास्थ्य शिक्षा और स्वच्छता संबंधी परामर्श देने की व्यवस्था की गई है, एवं ब्लॉक स्तर पर पोषण पुनर्वास केन्द्रों की स्थापना की गई है। पोषण पुनर्वास केन्द्र के माध्यम से गंभीर कुपोषित बच्चे जिनको हाइट फार वेट के आधार पर लिया जाता है। बच्चे को केन्द्र में 14 दिन के लिए रखा जाता है, जिसमें माँ भी बच्चे के साथ रहती है। माँ को इसके लिए प्रोत्साहन राशि एवं बच्चे की देख-भाल एवं खाना बनाने व खिलाने के तरीकों के संबंध में परामर्श दिया जाता है। साथ ही उनका फॉलोअप भी किया जाता है<sup>28</sup>।

## ❖ आंगनवाड़ी केन्द्र

❖ **1.4.1 उद्देश्य (Objective)**— आंगनवाड़ी केन्द्र द्वारा संचालित गतिविधियों को समझाना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

आंगनवाड़ी केन्द्रों का भ्रमण किया गया। भ्रमण के दौरान पाया गया कि 6 गांव में 10 आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित हैं, जिनमें से 5 गांव में आंगनवाड़ियों के लिए भवन निर्मित है, एक गांव में रौसर में आंगनवाड़ी भवन नहीं है। आंगनवाड़ी केन्द्रों में चलाई जा रही गतिविधियों की जानकारी कार्यकर्ता और सहायिका से ली गई। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा बताया गया कि गांव में गर्भवती महिलाओं, धात्री महिलाओं, 0 से 5 वर्ष तक के बच्चों एवं किशोरियों का सर्वे करते हैं। सर्वे के दौरान केन्द्र में पंजीयन रजिस्टर बनाया जाता है। जिसकी जानकारी विभाग को भेजी जाती है। सर्वे में प्राप्त जानकारी के अनुसार केन्द्र में धात्री माता को 600 ग्राम का पैकेट एवं गर्भवती महिला और किशोरियों को 750 ग्राम का पैकेट पूरक पोषण आहार का दिया जाता है। पोषण आहार में बच्चों व महिलाओं के लिए खिचड़ी का पैकेट दिया जाता है। जिसके लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता और आंगनवाड़ी में बैठी गर्भवती व धात्री महिलाओं से उसको बनाने और खाने के संबंध में जानकारी ली गई, जिससे यह पाया गया कि

<sup>27</sup> Collective Teaching Jabalpur Dr. Reeta Mohan June 2010

<sup>28</sup> Department of Public Health and family welfare, Govt of MP: 'management of severe acute malnutrition at facility based care in Madhya pradesh'

Govt. of Madhya Pradesh, Department of Public Health and family welfare (2010) 'Guidelines for Nutrition Rehabilitation Center (2010)

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

महिलाएँ उसे धोकर बनाती हैं। जिसका कारण महिलाओं ने बताया कि कड़वा लगता है। जब उसे धोकर बनाते हैं तो कड़वा नहीं लगता। इस खिचड़ी के पैकेट को खोलकर महिलाओं के सामने ही उसका स्वाद लिया गया तो पाया गया कि उसका स्वाद बहुत अच्छा है और कड़वा भी नहीं है, जिसके बारे में महिलाओं को समझाया गया कि इसको धोकर नहीं बनाना है, इसमें चावल, नमक, हल्दी, और सोयाबीन का तेल मिला हुआ है, जो कि आपके स्वास्थ्य के लिए बहुत पौष्टिक है। इसको धो देने से यह सिर्फ चावल ही रह जाएगा और इसमें मिलाये गये पोषक तत्व धुलकर नष्ट हो जाएंगे। महिलाओं को उसके फायदे और महत्व के बारे में ठीक से समझ नहीं थी। इसलिए वो उसे सिर्फ खिचड़ी ही समझ रही थी। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने बताया कि इसको बनाने के लिए महिलाओं को बताया गया है लेकिन फिर भी वो इसे अपने ढंग से ही इस्तेमाल करती हैं।

आंगनवाड़ी में खाना साझा चूल्हा कार्यक्रम के अन्तर्गत स्व सहायता समूह की महिलाओं द्वारा बनाकर केन्द्र में पहुँचाया जाता है। 3 से 6 वर्ष तक के बच्चों के लिए सप्ताह भर का भोजन का मीनू है, जिसके आधार पर बच्चों को भोजन दिया जाता है। साप्ताहिक मीनू में सोमवार को सब्जी-रोटी, मंगलवार को खीर-पूड़ी, बुधवार को दाल-रोटी, गुरुवार को दाल-चावल, शुक्रवार को दाल-रोटी एवं शनिवार को सब्जी रोटी निर्धारित है। केन्द्र में टाट-पट्टी, कुर्सी, टेवल, बजन मशीन, ग्रोथ चार्ट, आयरन की गोलियाँ, पोषण आहार, पानी की टंकी आदि सामग्री उपलब्ध है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को 1 माह एवं 7 दिन का प्रशिक्षण प्राप्त है।

इनका कार्य अनुभव 4 से 15 वर्ष तक है। इनके द्वारा बच्चों का पंजीयन, गर्भवती पंजीयन, किशोरी पंजीयन रजिस्टर एवं ग्रोथ चार्ट तैयार किया जाता है। आंगनवाड़ी केन्द्र में मनाये जाने वाले उत्सव के रूप में मंगल दिवस की जानकारी दी गई और बताया गया कि प्रथम मंगल को गोद भराई कार्यक्रम किया जाता है, जिसमें 3 से 6 माह तक की गर्भवती महिलाओं को नारियल, चूड़ी एवं बिन्दी से उनकी गोद भरी जाती है। दूसरे मंगल को अन्नप्राशन किया जाता है जिसमें 6 माह के बच्चों को खीर बनाकर खिलाई जाती है और उन्हें कटोरी चम्मच दिया जाता है। तीसरे मंगल को जन्म दिवस होता है जिसमें 1 वर्ष के बच्चों को जन्म दिन मनाया जाता है और उन्हें खिलौने, पेसिल एवं पोषण आहार दिया जाता है। चौथे मंगल को किशोरी दिवस मनाते हैं जिसमें 11 से 18 वर्ष की किशोरियों को खीर-पूड़ी, पेसिल एवं पेन दिया जाता है तथा उन्हें इस दिन आयरन फोलिक एसिड की गोलियाँ, एवं पूरक पोषण आहार का पैकेट एक सप्ताह के लिए दिया जाता है। साथ ही उन्हें साफ-सफाई एवं स्वच्छता की जानकारी दी जाती है।

## आंगनवाड़ी केन्द्र



चित्र-41



चित्र-42

10 आंगनवाड़ियों में से 2 आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की प्रोफाइल बनाई गई। प्राप्त जानकारी के अनुसार उनकी प्रोफाइल तैयार की गई, जिसमें नाम, शैक्षणिक योग्यता, अनुभव, केन्द्र से मिलने वाली सेवाओं एवं उनकी दिक्कतों के बारे में जानकारी ली गई।

❖ **कैसे किया (Method)** – भ्रमण, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं सहायिका से मौखिक साक्षात्कार किया गया।

❖ **क्या पाया (Result)** – आंगनवाड़ी केन्द्रों के भ्रमण के दौरान ग्राम उड़ैसा की आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का सहयोग टीकाकरण में नहीं रहता रहा। गांव जाने पर गर्भवती महिलाओं ने बताया कि हम लोगों का कार्ड भी नहीं बनाया जाता और न ही आंगनवाड़ी से कभी पोषण आहार मिलता है। केन्द्र का संचालन सहायिका द्वारा किया जाता है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों और ए.एन.एम. ने कहा कि इस कार्यकर्ता का कार्य संतोषजनक नहीं है। इनका सहयोग टीकाकरण के कार्यक्रमों में भी कभी नहीं रहता है। गांव आने पर मिलती भी नहीं है। ए.एन.एम. द्वारा कहा गया कि हम इनकी बात विभाग से नहीं कर सकते क्योंकि इनका विभाग ही अलग है। कार्यकर्ता के संबंध में सभी ने कहा कि कुछ पहल की जाए जिससे अन्य गांव के जैसे यहाँ भी आंगनवाड़ी के द्वारा लोगों को अच्छी सेवाएँ मिल सकें। इसके अतिरिक्त गांव की अन्य आंगनवाड़ी केन्द्रों में सप्ताहिक मीनू के अनुसार बच्चों को भोजन दिया जाता है। सभी आंगनवाड़ी समय पर नियमित खुलती हैं, किन्तु कार्यकर्ताओं द्वारा गृह भेंट में माताओं और गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य शिक्षा व परामर्श प्रभावी ढंग से नहीं किया जाता।

आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चों को खाने से पहले हाथ धुलवाया जाता है किन्तु साबुन उपलब्ध नहीं रहता। पोषण आहार के संबंध में दिये गये पैकेट का उपयोग किस तरह किया जा रहा है उसका फालोअप ठीक से नहीं किया जाता। भ्रमण के दिन 10 महिलाओं को आंगनवाड़ी केन्द्र से मिलने वाले पोषण आहार को उपयोग में लाने के तरीके सिखाए गये और उसके फायदे बताये गये।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — कार्यक्षेत्र में 10 आंगनवाड़ियों में से 9 आंगनवाड़ियों का संचालन नियमित ढंग से किया जाता है। समुदाय की गर्भवती महिलाओं, माताओं, बच्चों एवं किशोरियों का पंजीयन व पोषण आहार भी समय-समय पर दिया जाता है। जो महिलाएँ पोषण आहार लेने नहीं आतीं उनसे गृह भेंट कर आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा केन्द्र में आने के लिए कहा जाता है।

किन्तु 1 आंगनवाड़ी ग्राम उडैसा की जो नियमित नहीं खुलती। उसके नियमित न खुलने एवं केन्द्र में कार्यकर्ता न रहने की जानकारी महिला एवं बाल विकास विभाग के परियोजना अधिकारी को दी गई। परियोजना अधिकारी द्वारा सेक्टर सुपरवाइजर को उस गांव का भ्रमण करने और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को केन्द्र में रहने व गर्भवती महिलाओं का पंजीयन करने तथा पोषण आहार देने के साथ-साथ टीकाकरण के दिन आवश्यक सहयोग देने की बात की। जिससे उसके कार्य में यह बदलाव देखने को मिला कि अगले माह जब टीकाकरण किया गया तो वह कार्यक्रम में रही और महिलाओं को पोषण आहार का वितरण भी किया।

भ्रमण के दौरान जिन आंगनवाड़ियों से जानकारी ली गई उनके केन्द्र में जाने पर उनके द्वारा दी गई जानकारी उसके अनुसार ही पाई गई किन्तु केन्द्र में यह देखा गया कि ऐसे बच्चे जिनका बजन कम है कुपोषित हैं उनको किसी प्रकार की परामर्श आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा उनके घर जाकर माताओं को नहीं दी जाती। अगर आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा महिलाओं से घर जाकर एक घण्टे भी संपर्क किया जाए और उनके साथ बैठकर बच्चों की साफ-सफाई, पोषण आहार, स्तनपान खाना बनाने और खाने के तरीकों जैसी जरूरी बातें बताई जाएं तो माताओं की आदतों और उनके व्यवहार में परिवर्तन किया जा सकता है <sup>29</sup>।

---

❖ <sup>29</sup> स्वयं द्वारा एकत्र की गई जानकारी, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका, ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति के सदस्य, ए.एन. एम., एम.पी.डब्ल्यू. ग्रामीण महिलाएँ



#### ❖ 1.4.2 परामर्श

❖ **उद्देश्य (Objective)**— कुपोषित बच्चों की माताओं को परामर्श देना।

❖ **क्या किया** — आंगनवाड़ी में भ्रमण के दौरान जो बच्चे कुपोषित पाए गये उन बच्चों के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के साथ उनके घर जाकर माताओं को स्तनपान कराने के लिए उन्हें बताया गया कि बच्चे को हर बार बैठकर ही स्तनपान कराना चाहिए, सही लगाव के लिये जरूरी है कि बच्चे की ठोंडी स्तन से लगी हो, बच्चे का मुंह पूरा खुला हुआ हो, बच्चे का निचला होंठ बाहर की तरफ मुड़ा हुआ हो तथा नीचे की अपेक्षा एरियोला ऊपर की ओर अधिक दिखाई दे। अगर इस तरह से स्तनपान नहीं कराया जाता तो बच्चा सही ढंग से दूध नहीं पी पाता जिसके कारण वह भूखा रह जाता है और चिड़चिड़ाने लग जाता है। साथ ही माँ को कंगारू विधि की जानकारी दी गई और बताया गया कि बच्चे को सिर्फ टोपी, लंगोट और मोजा पहनाये और उसके सभी कपड़े उतार दें, फिर उसे अपनी छाती से लगायें, और बच्चे को अच्छी तरह ढंक लें, बच्चे को मुँह के बल माँ की छाती पर लिटायें, व सीधा स्तनों के बीच रखें, जिससे त्वचा का त्वचा से लगाव हो सके। बच्चे का मुँह एक तरफ कर दें जिससे उसे सांस लेने में कठिनाई न हो। इस विधि को करने से बच्चे को शरीर की गर्मी मिलेगी और बच्चा दूध अधिक पियेगा, जिससे उसका बजन बढ़ेगा। यह कंगारू विधि पुरुष भी कर सकते हैं। स्तनपान एवं कंगारू विधि की जानकारी माताओं को पोस्टर में बने चित्रों को दिखाकर भी दी गई जिससे उन्हें समझने में आसानी हुई। साथ ही उन्हें बताया गया कि रात में भी बच्चे को गोद में बिठाकर ही दूध पिलाये, इससे बच्चा आराम महसूस करता है। अगर बच्चा ज्यादा देर तक सो रहा है तो उसे जगाकर दूध पिलाये। बच्चे का पेट किसी भी समय खाली न रहे। इसके अलावा माँ को साफ-सफाई एवं स्वच्छता, बच्चे की देखभाल के बारे में बताया गया। ऐसे बच्चों के घर जाकर माताओं से लगातार संपर्क किया गया तथा बच्चे की जानकारी और उसके बजन के संबंध में उनसे पूछते रहे। माँ से उसके दूध निकलने के बारे में पूछा तो उसने कहा कि हमको दूध भी कम निकलता है। इसके लिए उसे बताया गया कि चावल का माड़, दाल का पानी एवं दलिया गुड़ खाने से तुम्हारे स्वास्थ्य में भी सुधार होगा और दूध भी ज्यादा निकलेगा।

❖ **कैसे किया (Method)** — घर जाकर, पोस्टर दिखाकर तथा आंगनवाड़ी केन्द्र में जाकर माताओं को परामर्श दी गई।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — परामर्श देने के लिए खुद में आत्मविश्वास और सही जानकारी का होना आवश्यक है। परामर्श देने के लिए उस परिवार से खुद को जोड़ना और भावनात्मक लगाव होना भी आवश्यक होता है। जैसा कि दिलखुश को देखने सुबह-सुबह 7 बजे उसके घर पहुँच जाना। कई बार उससे मिलने किसी भी समय जाना। उसके घर में कुछ देर तक बैठना, जिससे उसके मुहल्ले की महिलाएँ भी बच्चे के संबंध में चिन्ता व्यक्त करतीं और आपस में माँ को सलाह देने लगतीं! या फिर माँ को दी जाने वाली सलाह को ध्यान से मुहल्ले की महिलाएँ सुनतीं और उसका अनुकरण करतीं है। जब किसी को विश्वास के साथ परामर्श दी जाती है तो समुदाय के लोग उसका पूर्ण विश्वास के साथ पालन भी करते हैं<sup>30</sup>।

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

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

❖ **उद्देश्य (Objective)**— पी.डी. हर्थ एप्रोच के माध्यम से समुदाय में सकारात्मक बदलाव लाने हेतु अच्छी आदतों को बताना।

#### ❖ **क्या किया (Activity)**—

**ग्राम चयन** — पी.डी. हर्थ के लिए ग्राम बड़ेरा का चयन किया गया। इस गांव के चयन का कारण यह था कि टीकाकरण के दिन जब बच्चों का बजन लिया जाता था तो यहाँ सबसे अधिक कुपोषित बच्चे मिले, जिनमें से 4 अतिकुपोषित बच्चों को एन.आर.सी. में भर्ती करवाया गया। इस गांव में पैदा होने वाले बच्चे जन्म से ही कुपोषित पाये गये। पूर्व में बच्चों की माँ से गृह भेंट करने गये और गृह भेंट के पश्चात् उनके व्यवहार में सकारात्मक बदलाव भी आया। गृह भेंट के दौरान उनके बच्चों के बजन में काफी सुधार आया, जिससे वो अपने बच्चों को एन.आर.सी. लेकर आ सकीं। जबकि इसके पहले इस क्षेत्र की कोई भी महिला अपने बच्चों को एन.आर.सी. लेकर नहीं आई।

**माताओं के साथ बैठक** — बच्चों को कुपोषण से बचाने के लिए माताओं के साथ समूह में बैठकर बच्चों के खान-पान, घर की साफ-सफाई, बच्चों की स्वच्छता, टीकाकरण, देख-रेख को लेकर विस्तृत चर्चा की गई। चर्चा में यह पाया गया कि माँ अपने बच्चों के टीकाकरण के प्रति अधिक सक्रिय रहतीं हैं तथा निर्धारित दिन को टीकाकरण के लिए समय पर आंगनवाड़ी केन्द्र में जाकर अपने बच्चों को टीका लगवाती

<sup>30</sup> आंगनवाड़ी, मुहल्ले की महिलाएँ, माता-पिता, दिलखुश

हैं। टीकाकरण के प्रति महिलाओं में सक्रियता इसलिए ज्यादा दिख रही थी क्योंकि इस गांव में प्रत्येक माह निर्धारित दिवस को टीकाकरण नियमित रूप से किया जाता है, जिसमें ए.एन.एम. और एम.पी.डब्ल्यू. प्रत्येक माह आते हैं और बच्चों की बीमारी के संबंध में आवश्यक सलाह भी देते हैं। किन्तु बच्चों के देख-रेख, खान-पान, स्वच्छता एवं साफ-सफाई की ओर विशेष ध्यान नहीं दिया जाता जैसे यदि माँ काम पर गई है या कृषि कार्य में लगी हुई है तो स्वयं भी समय पर नहीं खाती और बच्चों के खान-पान में भी ध्यान नहीं दे पाती। शौच के बाद अपना हाँथ ठीक से साफ न करना, बच्चों को शौच क्रिया के बाद कपड़ों से पोंछकर गन्दे कपड़े में ही लपेट देना। बच्चे को सुलाने के लिए कपड़ों की सफाई न करना, स्तनपान स्वच्छतापूर्ण ढंग से न कराना, बच्चे को स्तनपान आराम से बैठकर न कराना, रास्ता चलते हुये या फिर काम करते हुये बच्चे को स्तनपान कराना, स्तनपान कराते समय कोई घर का काम आ गया तो बच्चे को रोते हुये छोड़कर पहले काम को प्राथमिकता देना, जब तक बच्चा रोए ना तक तब उसे दूध ना पिलाना, अगर बच्चा थोड़ा बीमार हो गया और उसने कुछ खाया पिया नहीं तो एक-दो दिन तक माँ को गहरी चिन्ता न होना, अगर बच्चा कमजोर पैदा हुआ तो उसे भगवान की ही देन समझना, खाने-पीने की वस्तु को ढंककर न रखना, ठण्डा खाना (बासी) खाना आदि बातों पर खुलकर महिलाओं से चर्चा की गई।

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

**गांव में उपलब्ध संसाधनों एवं स्थानीय स्रोतों की जानकारी एकत्र करना** — पी.आर.ए. (संसाधन मानचित्र) एवं एफ.जी.डी. के माध्यम से गांव में उपलब्ध संसाधनों की जानकारी एकत्र की गई। जैसे गांव में कौन-कौन सी सुविधाएँ हैं, स्वास्थ्य सुविधाएँ उन्हें कहाँ से और कैसे प्राप्त होती हैं, पीने का पानी कहाँ से प्राप्त होता है, कृषि उपकरणों की जानकारी, सिंचाई के साधन, रोजगार, शिक्षा, पोषण, पशुपालन आदि की जानकारी ली गई।

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

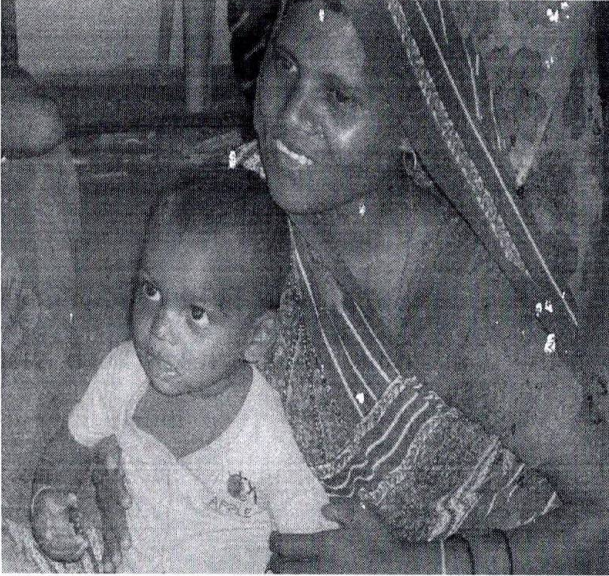
**समुदाय के स्तर पर उपलब्ध खाद्यान्नों की जानकारी लेना** — समुदाय स्तर पर बैठक करके खरीफ एवं रबी की फसलों की जानकारी ली गई। जिसमें पाया गया कि खरीफ में मक्का, कोदौ, कुटकी, अरहर, तिल, ज्वार, उड़द, मूंग एवं धान की फसल मुख्य रूप से लेते हैं जिसमें से मक्का और कोदौ बहुतायत में

रिपोर्ट के तथ्यों को समुदाय में बॉटना – रिपोर्ट तैयार करने के बाद गांव स्तर पर जाकर समुदाय के बीच बैठक की गई। बैठक के दौरान सर्वे के दौरान प्राप्त जानकारी से लोगों को अवगत कराया गया।

चयनित परिवार की महिलाओं के साथ बैठक करना व पी.डी. हर्थ के सत्र के बारे में बताना – मंगल दिवस के दिन आंगनवाड़ी में महिलाओं के साथ बैठकर पी.डी. हर्थ के सत्र प्रारम्भ करने के संबंध में चर्चा करना व आवश्यक जानकारी देना तथा सत्र लगाने के संदर्भ में स्थान का चयन करना।

सकारात्मक व नकारात्मक आदतों व बच्चों का पालन-पोषण करने वाले लोगों को भागीदारी के लिए तैयार करना – अच्छी आदतों वाली माताओं का जो उसी आर्थिक स्थिति में होते हुये भी अपने घरेलू काम के अलावा अपने बच्चों के पालन-पोषण, साफ-सफाई, स्वच्छता एवं खान-पान में ध्यान देती है। उनके उदाहरणों को दूसरी अन्य महिलाएँ जिनके बच्चों में कुपोषण है उनके बीच रखना।

#### पी.डी. हर्थ प्रक्रिया में अपने बच्चों के साथ माताएँ



चित्र-47



चित्र-48

❖ **कैसे किया (Method)** – ग्राम बैठकें, भ्रमण, संपर्क, सर्वे, प्रशिक्षण, गृह भेंट

- गर्भवती महिलाएँ, धात्री महिलाएँ, किशोरियों एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के साथ बैठक।
- आशा, आंगनवाड़ी, एम.पी.डब्ल्यू, ए.एन.एम. एवं महिला एवं बाल विकास विभाग के साथ चर्चा।
- घर-घर जाकर सर्वे करना।
- वालेन्टियर तैयार कर उन्हें सर्वे प्रपत्र हेतु प्रशिक्षित करना।
- सर्वे के माध्यम से परिवारों का चयन करना।

**बजन मशीन की जांच** – बच्चों का बजन करने से पहले बजन मशीन का परीक्षण किया गया। मशीन में आंगनवाड़ी में पोषण आहार के 750 ग्राम का पैकेट रखकर देखा गया, जिसका माप सही पाया गया। तब बच्चों का बजन शुरू किया गया। इस प्रक्रिया में गांव के लोग भी शामिल थे जिन्हें यह पता चला कि मशीन भी गलत हो सकती है इसलिए बजन लेने से पहले उसकी भी जांच करना अनिवार्य है। इसके अलावा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं आशा को भी यह प्रक्रिया मालूम हुई।

**पी.डी. हर्थ के समय आने वाली कठिनाइयाँ** – पी.डी. हर्थ के लिए समय विल्कुल भी अनुकूल नहीं था। कारण यह था कि बरसात का मौसम था, लोगों के पास काम का अत्यधिक बोझ तो था ही साथ ही बीमारी का प्रकोप भी बहुतायत में था। किसी तरह सत्र प्रारम्भ करने की कोशिश भी की गई किन्तु सत्र में चयनित महिलाओं की भागीदारी पर्याप्त नहीं रही, जिससे सत्र पूर्ण नहीं किया जा सका।

### **पी.डी. हर्थ के लिए दुबारा प्रयास**

ग्राम बड़ेरा में पी.डी. हर्थ के संदर्भ में महिलाओं के साथ बैठक की गई जिसमें माँ और बच्चे के स्वास्थ्य के विषय में चर्चा की गई। चर्चा में गांव के कुपोषित बच्चों की माँ और अन्य 5 साल तक के बच्चों की माँएँ शामिल रहीं। जिन्हें विशेष रूप से बच्चों की देखभाल, सफाई, स्तनपान, बच्चों को आंगनवाड़ी केन्द्र में भेजने तथा बच्चों का टीकाकरण व बजन कराने हेतु आवश्यक सलाह दी गई। उन्हें बताया गया कि बच्चों का बजन कम होने पर उनके खान-पान में विशेष ध्यान देने की जरूरत होती है। बैठक के माध्यम से ही पी.डी.हर्थ की प्रक्रिया पूर्ण करने की कोशिश की गई क्योंकि सत्र के आयोजन हेतु महिलाएँ ठण्ड की बजह से रुचि नहीं ले रहीं थीं जिसके कारण उनके घर में ही बैठकर आस-पास की महिलाओं को एकत्रित कर उनसे आवश्यक चर्चा की गई और उन्हें बच्चों की देखभाल हेतु समय-समय पर माँ को ध्यान देने की आदत डालने हेतु बिन्दुवार जानकारी दी गई। इस तरह से गांव में 5 बैठकें अलग-अलग टोलों में की गई जहाँ पर 5-6 महिलाएँ सरलता से आ जाती थी। बैठक के दौरान महिलाओं की ओर से यह बात निकलकर सामने आने लगी कि आज तक गांव में लोग सिर्फ विकास की बातें करते रहे हैं लेकिन अब आप लोगों द्वारा स्वास्थ्य की बातों पर ज्यादा जोर क्यों दिया जा रहा है। इस तरह की चर्चा का असर गांव में जोरों के साथ हुआ और महिलाओं को पता चला कि बच्चा कमजोर हो जाता है इसका मतलब स्तनपान और भोजन का ठीक से न मिल पाना है। आज तक हम यही समझते रहे हैं कि हमारा बच्चा दुबला-पतला और कमजोर है तो वो जन्म से ही बीमार है और हम बीमारी समझकर बच्चे के भोजन और उसके साफ-सफाई में भी ध्यान नहीं दे पाते थे। महिलाओं को बताया गया कि बच्चा यदि बीमार भी हो जाए तो भी उसे स्तनपान और पोषक आहार देते रहना चाहिए।

## महिलाओं के घर पर पी.डी. हर्थ प्रक्रिया



चित्र-49



चित्र-50

**महिलाओं द्वारा अपने बच्चों की देख-भाल** – इन महिलाओं से सबसे पहले इनकी आदतों के बारे में जानकारी ली गई कि कैसे ये अपने बच्चों की देखभाल करती हैं। कामकाजी महिलाएँ बच्चों को किसके सहारे घर पर छोड़कर जाती हैं। महिलाओं ने बताया कि गांवों में छोटे बच्चों के पास या अपने सास-ससुर जो सयाने हो जाते हैं और घर पर ही रहते हैं उनके पास छोड़कर जाते हैं। अगर कोई नहीं है तो बच्चे को घर पर अकेले ही छोड़कर जाना पड़ता है। महिलाओं से पूछा गया कि बच्चे को दूध कब पिलाती हैं तो उन्होंने बताया कि जब बच्चा जोर-जोर से रोने लगता है तब उसे दूध पिलाते हैं। जन्म के बाद बच्चों को तीसरे दिन दूध पिलाते हैं और माँ को भी तीसरे दिन हल्दी चावल दिया जाता है।

**महिलाओं को बच्चों की देखभाल के लिए महत्वपूर्ण बातों पर ध्यान देने हेतु बताया गया** – जन्म के तुरन्त बाद बच्चे को स्तनपान कराना— माँ का पहला दूध बच्चे को रोगों से लड़ने की ताकत देता है जिससे वह बीमार नहीं पड़ता। इसलिए जन्म के तुरन्त बाद माँ का गाढ़ा पीला दूध बच्चे को जरूर पिलाना चाहिए।

**परामर्श** – बच्चा यदि दूध नहीं पी रहा है तो उसे तुरन्त डॉक्टर को दिखाना।

**बच्चे का बजन कराना**— यदि जन्म के समय बच्चा 2.50 कि.ग्रा. से कम है तो उसकी ज्यादा देखभाल करना तथा उसके लिए कंगारू विधि अपनाना।

**बच्चे को साफ कपड़ों में रखना**— बच्चे के लिए साफ-सफाई और स्वच्छता रखना बहुत जरूरी होता है क्योंकि गंदगी से बच्चे को बीमारी जल्दी आती है। बच्चे को जन्म के समय नहलाना नहीं बल्कि उसे अच्छी तरह साफ कपड़े से पोंछकर साफ करना चाहिए।

**बच्चे को जन्म के बाद ठण्ड से बचाना**— बच्चे को ठण्ड से बचाना जरूरी है क्योंकि बच्चा ठण्डा पड़ने पर दूध नहीं पिएगा, कमजोर हो जाएगा, बजन कम होगा, बीमार पड़ सकता है उसे निमोनिया हो सकता है। बच्चे को ठण्ड से बचाने के लिए सबसे अच्छा तरीका कंगारू विधि है जिसके द्वारा बच्चे को गर्म रखा जा सकता है।

**बच्चे को टीका लगवाना**— बच्चे को 6 जानलेवा बीमारियों टिटनेस, टी.वी., पोलिया, ज़ाली खाशी, डिप्थीरिया एवं खसरा से बचाने के लिए आवश्यक टीके जरूर लगवाना।

**बच्चे को जन्म से 6 माह तक सिर्फ़ माँ का ही दूध पिलाना**— उपरी आहार कुछ भी नहीं देना।

6 माह के बाद माँ के दूध के साथ-साथ बच्चे को उपरी आहार में मसला हुआ भोजन, दाल का पानी देना जरूरी होता है। यदि बच्चे को दस्त लग रहे हो तो भी उसे समय-समय पर स्तनपान और उपरी आहार देते रहना है। बच्चे को भोजन तब तक दें जब तक बच्चा वर्तन में छोड़ न दे।

महिलाओं को बैठक में अपने अनुभव से भी परिचित कराया गया और उदाहरण के तौर पर उन्हें कुछ उदाहरण उनके गांव के आस-पास के ही बताये गये। जैसे ग्राम बरमानी में मैं आशा के घर जाने पर वहाँ देखा गया कि उसने बेटी को जन्म दिया था जो उस वक्त 1 माह की थी। जब उसके घर गये तो आशा उसी वक्त सेमरिया सी.एच.सी. से वापस अपने घर आई थी उसने हमारे सामने ही अपने हाथ-पैर धोकर घर का ताला खोला और अन्दर गई वहाँ से बेटी को लेकर बाहर आई तब उससे पूछा कि यह बेटी किसकी है तो उसने बताया कि हमारी है अभी 1 माह की है। तब अन्दर जाकर देखा गया कि यह लड़की अन्दर कैसे थी और बाहर से ताला बन्द था, तो देखा कि एक बड़ी टोकरी थी जिसे रस्सी से बाँधकर जमीन से उपर लटकाया गया था और उसमें कपड़े बिछे हुये थे यह झूले के जैसा बना हुआ था और उसी में उसकी लड़की 4-5 घण्टे सोती रही। यह देखकर बहुत आश्चर्य हुआ।

आशा ने कहा कि किसके पास छोड़कर जाएं हम तो ऐसे ही छोड़कर चले जाते हैं। तब उससे पूछा गया कि तुम्हारी बच्ची जब पैदा हुई थी तब कितने किलो की थी उसने बताया कि 3 किलो की थी, उस समय भी वह बच्ची स्वस्थ थी। तब समझ में आया कि इस प्रकार कि लापरवाही जिसमें 4-5 घण्टों तक माताएँ उन्हें भूखा छोड़ देती हैं, जो कि बच्चों में कुपोषण का सबसे बड़ा कारण है। बैठक में महिलाओं को बताया गया कि भले ही बच्चा स्वस्थ पैदा हुआ हो किन्तु अगर उसकी नियमित देखभाल नहीं कर पाते और समय-समय पर स्तनपान नहीं कराते तो धीरे-धीरे बच्चा कमजोर होने लगता है और एक दिन वह कुपोषण का शिकार बन जाता है।

❖ **क्या पाया (Result)** — पी.डी. हर्थ प्रक्रिया प्रारम्भ करने के लिए प्रारंभ में जो सर्वे किया गया उनमें से 95 बच्चों का बजन लिया गया। बजन के दौरान 16 बच्चे कुपोषित एवं 9 बच्चे अति कुपोषित पाये गये। लिये गये बजन से बच्चों में 26 प्रतिशत कुपोषण निकलकर आया। महिलाओं के साथ जब बैठकें की गईं और उनके बीच पी.डी. हर्थ करने की जानकारी दी गई तो सबकी रुचि थी, कि उनके साथ इस तरह के कार्य किये जाएं जिससे उन्हें सीखने को मिलेगा। जो वालेन्टियर्स थे उनका इस कार्य को पूर्ण करवाने में सामुदायिक प्रयास रहा। जिससे तैयारी करने में दिक्कतों का सामना नहीं करना पड़ा। महिलाओं ने स्वास्थ्य समस्याओं को सामने रखा जिससे उन्हीं के बीच, उनके ही द्वारा उनको समाधान की ओर ले जाया गया। उन्होंने माना कि अगर इस तरह की बातें उनके बीच लगातार की जाएं तो उन्हें जानकारी होगी, जिससे वो अपना भी ख्याल रख सकती हैं। महिलाओं के घर जाकर पीडी हर्थ सत्र की चर्चा करने से महिलाएँ अत्यन्त प्रभावित थीं। उन्होंने बड़े उत्साह के साथ अपने घर में महिलाओं के बैठने की व्यवस्था की थी। उन्हें यह खुशी हो रही थी कि उनके घर में बैठकर उनके स्वास्थ्य की चर्चा की जा रही है जो उनके लिए गर्व की बात थी। महिलाओं को साफ-सफाई और स्वच्छता तथा बच्चों की देखभाल व स्तनपान संबंधी जानकारी मिलने से उनकी सीखने समझने और जानने हेतु रुचि बढ़ रही थी।

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — कार्यक्षेत्र में पी.डी. हर्थ के दौरान यह विश्लेषण किया गया और देखा गया कि सीधी "विकास खण्ड में 38 प्रतिशत कुपोषण है, जबकि कार्यक्षेत्र के ग्राम बड़ेरा में 26 प्रतिशत कुपोषण की स्थिति सीधी ब्लॉक की तुलना में कम है। बड़ेरा में कुपोषण का कम होना वहाँ की सेवाओं को जोड़कर देखा गया और पाया गया कि वहाँ पर आंगनवाड़ी की सेवाएँ, सलाह व परामर्श और टीकाकरण नियमित रूप से लोगों को मिल रही हैं। साथ ही आंगनवाड़ी में मीनू के अनुसार बच्चों को भोजन दिया जाता है। इसके अलावा आंगनवाड़ी केन्द्र से समुदाय का अच्छा जुड़ाव देखा गया, जिसमें लोगों से बात करने पर आंगनवाड़ी की सेवाओं को लोगों ने सकारात्मक ढंग से बताया।" सत्र लगाने के लिए दो बार प्रयास किये गये फिर भी सत्र नहीं लगा पाए। इसके लिए महिलाओं के साथ उनके ही घरों में बैठा गया, जिससे पाया गया कि महिलाएँ जिनके घर बैठना था उन्होंने अपने घर की साफ-सफाई अच्छे ढंग से की थी और अपने बच्चों को साफ-सुथरा रखा तथा जो महिलाएँ मुहल्ले की आई थी वो भी साफ-सुथरे ढंग से आईं। महिलाओं में बच्चों के स्वास्थ्य को लेकर जागरूकता और शिक्षा की कमी है। महिलाएँ भी एनीमिक हैं, गरीबी और आर्थिक स्थिति के कारण उनका स्वास्थ्य ठीक नहीं हो पाता। साथ ही उन्हें श्रममूलक कार्य ज्यादा करने पड़ते हैं जिससे वे अपना और अपने बच्चों का स्वास्थ्य देखभाल नहीं कर पाती<sup>31</sup>।

<sup>31</sup> स्वयं, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सहायिका, महिलाएँ



### ❖ कैसे किया (Method)–

ए.आर.सी. भ्रमण के माध्यम से काउन्सलर से जानकारी प्राप्त की।

### ❖ क्या पाया (Result) –

कार्यक्षेत्र के 5 बच्चों को एन.आर.सी. भिजवाया गया। जिनमें से 2 बच्चों को भर्ती नहीं किया जा रहा था, जिसके लिए महिला एवं बाल विकास विभाग के परियोजना अधिकारी से बात करने के बाद उन्हें भर्ती कराया गया। एन.आर.सी. के अन्दर व्यवस्थित साफ-सुथरा किचन है। जिसमें बच्चों को उनके कुपोषण की स्थिति व बजन के आधार पर उन्हें उतनी मात्रा में पोषण आहार दिया जाता है। इसके अलावा बच्चों के मनोरंजन हेतु टी.बी की ब्यवस्था एवं उनके खेलने हेतु खिलौने और कमरे की व्यवस्थित ढंग से सजावट की गई है।

### ❖ निष्कर्ष (Reflection) –

सीधी जिले में 5 विकास खण्ड हैं जहाँ 60 प्रतिशत से ज्यादा कुपोषण है। लेकिन सीधी जिले में जिला अस्पताल में सिर्फ एक ही एन.आर.सी. संचालित है जो कि केवल 20 बेड की है। एन.आर.सी. की भर्ती प्रक्रिया लोगों को मालूम नहीं होने के कारण कई बार लोग वापस लौटकर चले जाते हैं। आंगनवाड़ी और एन.आर.सी. में बच्चों के कुपोषण का मापदण्ड अलग-अलग है जिससे आंगनवाड़ी द्वारा भेजे गये कुपोषित बच्चे एन.आर.सी. के मापदण्ड में नहीं आते और उन्हें वापस जाना पड़ता है। कार्यक्षेत्र में एन.आर.सी. के विषय में लोगों को जानकारी नहीं थी, इसलिए अभी तक कोई भी बच्चा एन.आर.सी. नहीं गये थे। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने बताया कि एन.आर.सी. जाने के लिए माताएँ तैयार नहीं होती हैं। महिलाओं को जब एन.आर.सी. में बच्चों को ले जाने की बात की गई तो कार्यक्षेत्र से 5 बच्चे एन.आर.सी. में भर्ती हुये। बच्चों को भर्ती करवाने में महिला एवं बाल विकास की परियोजना अधिकारी का सहयोग मिला। लोगों को एन.आर.सी. में मिलने वाली सेवाओं के बारे में बताया।<sup>32</sup>

<sup>32</sup> एन.आर.सी., कुपोषित बच्चे व माताएँ

## ❖ 1.5 संक्रामक बीमारियों

❖ **प्रस्तावना (Introduction)**— संक्रामक बीमारियों के कारणों में 1. सामाजिक आर्थिक कारण (Socio Economic Factor) है, जिसमें गरीबी, अस्वच्छता, साफ पेय जल न होना, ब्यस्तता, भीड़-भाड़, भोजन की आदते आदि। 2. जोखिम कारण (Risk Factor), जिसमें घनी बस्ती, माताओं की शिक्षा में कमी, जन्म के समय कम बजन आदि। 3. व्यावहारिक कारण (Behavioral Factors), जिसमें माताओं द्वारा बच्चों जन्म से 6 माह तक केवल स्तनपान (Exclusive Breast Feeding) नहीं कराया जाना, बल्कि एकाएक दुग्धपान बन्द करके ऊपरी आहर देना प्रारम्भ कर देना, बोतल का दूध पिलाना, पीने का पानी एवं खाद्य पदार्थों का खुला रखना, नित्यक्रिया के बाद हाथ की सफाई न रखना, बच्चों के मल को उसी स्थान पर धोकर या पोंछकर रख देना आदि। 4. Host Factor है, जिसमें रोगों से लड़ने की क्षमता न होना, खसरा एवं कुपोषण आदि हैं। जल जनित बीमारियों जो जल से उत्पन्न होती हैं जैसे डायरिया, टायफाइड कृमि, पोलियो, हैजा, पीलिया, पेचिस, डेंगू, मलेरिया खुजली आदि हैं। ये बीमारिया जल अन्दर मल के मिलने से एवं जिन स्थानों में सतही जल का उपयोग लोगों द्वारा निस्तार में किया जाता है। देश में 20 लाख बच्चे प्रतिवर्ष डायरिया से मरते हैं। जल जनित बीमारिया फैलाने वाले 5 वाहक 1. मक्खी (Fly), 2. अंगुली (Finger), 3. भोजन (Food), 4. पानी (Fluid), 5. बस्तुएँ (Fomites) हैं <sup>33</sup>।

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

❖ **क्या किया (Activity)**—

ग्राम बरमानी उपस्वास्थ्य केन्द्र में टीकाकरण दिवस के दिन गांव के लोगों के साथ बैठक की गई और उन्हें पानी से होने वाली बीमारियों के बारे में बताया गया। इन बीमारियों से बचने के लिए उन्हें साफ पानी पीने हेतु कुओं में ब्लीचिंग पाउडर और क्लोरीन की गोलियाँ डालने के संबंध में पूछा गया। लोगों ने बताया कि कुओं में ब्लीचिंग पाउडर डालने हेतु दिया गया तथा जो लोग हैंड पम्प का पानी पीते हैं उन्हें क्लोरीन की गोलियाँ उपलब्ध कराई गई, जिन लोगों को पानी में डालने हेतु ब्लीचिंग पाउडर और क्लोरीन की गोली दी गई उनके साथ हमने सामूहिक चर्चा की जिस पर यह बात निकलकर आई

<sup>33</sup> क्लस्टर मीटिंग जबलपुर, जुलाई 2011, डॉ. नीलम टोप्पो, सैयद अली

## ❖ 1.61 लेखन कार्य

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

❖ **क्या किया (Activity)**—

- **मासिक कार्ययोजना** – प्रत्येक माह आगामी किये गये जाने वाले कार्यों के लिए कार्ययोजना तैयार की गई, जिसमें लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति एवं समयावधि को शामिल किया गया। साथ ही टीम मेन्टर्स के मागदर्शन एवं सुझाव को भी कार्ययोजना में शामिल किया गया। (संलग्न:-1)
- **मासिक प्रगति प्रतिवेदन** – मासिक कार्ययोजना के आधार पर प्रत्येक माह किये गये कार्यों की प्रगति प्रतिवेदन तैयार की गई। प्रतिवेदन तैयार करने के पश्चात् मासिक कार्ययोजना को रखकर अपने कार्यों की समीक्षा करना। (संलग्न:-2)
- **कलेक्टिव टीचिंग की रिपोर्ट** – 2 नवम्बर से 11 दिसम्बर 2009 तक भोपाल में आयोजित 42 दिवसीय फेलोशिप प्रशिक्षण एवं 15 दिवसीय मई कलेक्टिव टीचिंग 2011 की रिपोर्ट तैयार की गई।
- **टी.वी. कार्यशाला की रिपोर्ट** – दिनांक 12 मार्च एवं 13 मार्च 2011 को अक्षय प्रोजेक्ट द्वारा एन.जी.ओ. नेटवर्किंग हेतु समर्पित संस्था सतना द्वारा गुरुकुल शिक्षण संस्थान सीधी में 2 दिवसीय कार्यशाला का आयोजन किया गया जिसकी रिपोर्ट बनाई। (संलग्न-3)
- **प्रोफाइल** – टीकाकरण, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, कुपोषित बच्चे की प्रोफाइल बनाई गई। (संलग्न:-4)
- **पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन** – प्रत्येक 3 माह में कलेक्टिव टीचिंग में सभी साथियों के बीच प्रस्तुत करने के लिए पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन तैयार किये गये। प्रजेन्टेशन तैयार करने के लिए टीम मेन्टर्स का सुझाव एवं आवश्यक सलाह लिए गए। जिससे प्रजेन्टेशन तैयार करने में आवश्यक बिन्दुओं को ध्यान में रखा गया।
- **निबन्ध लेखन** – पहला निबन्ध डेबिड बर्नर का आर्टिकल पढ़कर लिखा गया जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा के बिषय पर लिखा गया। दूसरा निबन्ध सामुदायिक प्रक्रिया पर पी. डी.हर्थ के संदर्भ में लिखा गया। (संलग्न:-5)

- **दैनिक डायरी** – प्रतिदिन किये जाने वाले कार्यों को दैनिक डायरी में लिखा गया। दैनिक डायरी का प्रस्तुतीकरण टीम मेन्टर्स के समक्ष क्लस्टर मीटिंगों में किया गया।
- ❖ **कैसे किया (Method)** – फील्ड भ्रमण, ग्राम बैठकें, क्लस्टर मीटिंग, कलेक्टिव टीचिंग, लिटरेचर रिव्यू टीम मेन्टर्स एवं फील्ड मेन्टर्स के साथ चर्चा करना, विभागीय समन्वय बनाकर आदि।
- ❖ **क्या पाया (Result)** – लेखन कार्य से दस्तावेजीकरण करने हेतु स्पष्टता आई जिससे लेखन कार्य में आंशिक सुधार हुआ। प्रोफाइल तैयार करने से स्वयं के अन्दर विश्लेषण करने की समझ बनी। रिपोर्टिंग में भाषा का उपयोग एवं स्रोत के महत्वों को समझा गया और उसका उपयोग किया गया। प्रजेन्टेशन बनाने का तरीका तथा अपनी बातों को प्रभावी ढंग से रखने का कौशल बढ़ा। एल.एफ.ए. बनाना सीखा।
- ❖ **निष्कर्ष (Reflection)** – रिसर्च स्टेटमेन्ट और आर्टिकल लेखन से भाषा में सुधार हुआ। लेखन कार्य में व्यवस्थित लिखने की प्रक्रिया में आगे बढ़े। आर्टिकल लेखन में रूचि थी लेकिन लिटरेचर रिव्यू न कर पाने के कारण स्रोतों के साथ अपनी बातों को ठीक से नहीं रख पाए। जितनी आर्टिकल लेखन में रूचि और समझ बनी उतनी रिसर्च स्टेटमेन्ट में नहीं रही, क्योंकि रिसर्च स्टेटमेन्ट पर फीडबैक और सुझाव नहीं मिले जिससे स्वयं में आत्मविश्वास नहीं बन पाया।

## ❖ 1.6.2 पढ़ाई

❖ **उद्देश्य (Objective)**— स्वयं का ज्ञान बढ़ाना।

❖ **क्या किया (Activity)**—

- **सामुदायीकरण** – आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति, जिसमें चयन की प्रक्रिया, कार्य, मिलने वाली राशि।
- **समाजिक स्तरीकरण** – परिवार, समुदाय और समाज, सत्ता, जेन्डर
- **संचार** – माध्यम, संदेश, देने वाला और प्राप्त करने वाला
- **कुपोषण** – सूखारोग (गरास्मस) और सूजन (क्वाशियोरकर) इनके कारण, लक्षण और बचाव के तरीको की जानकारी।

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

❖ **निष्कर्ष (Reflection)** — आत्मविश्वास के साथ प्रशिक्षण देने गये जहाँ पर ऐसा लगा जैसे हम अपने फील्ड के कार्यकर्ताओं के साथ बैठे हैं कहीं कोई गैप नजर नहीं आया। लोगों को अपनी बात समझा पाए, जिससे प्रशिक्षण प्रभावी रहा। जयपुर वाले कार्यक्रम में कोई उद्देश्य स्पष्ट नहीं हो पाये। गिनियारी जाने पर शिशु स्वास्थ्य पर सीखने को ज्यादा मिला। योगेश जी द्वारा शिशु स्वास्थ्य पर बड़ी बारीकियों के साथ स्पष्ट जानकारी स्थानीय भाषा में दी गई।

#### ❖ 1.6.4 मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी से चर्चा

❖ **उद्देश्य (Objective)**— फेलोशिप कार्यों से अवगत कराना और उनका सहयोग लेना।

#### • **क्या किया (Activity)**—

**मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी से संपर्क** —दिनांक 26 फरवरी 2010 को CPHE के प्रोग्राम मैनेजर प्रसन्ना जी के साथ रागिनी एवं केदार एन.आर.एच.एम. के सामुदायीकरण में आशा एवं ग्राम स्वास्थ्य समितियों को मजबूत करने के संबंध में आवश्यक सहयोग हेतु सीधी जिले की मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी डॉ. पद्मावती पाण्डेय से मिलने गये। डॉ. पाण्डेय ने हम सभी का परिचय लिया। प्रसन्ना जी द्वारा डॉ. थैलमा नारायण और SOCHARA Organization का संदर्भ देते हुये अपना परिचय दिया और यहाँ आने का उद्देश्य बताया। सीधी की मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी इस समय अत्यधिक व्यस्त थीं क्योंकि विधान सभा प्रश्नों का जबाब, साथ ही जिले में प्रमुख सचिव (CS) और मुख्यमंत्री का प्रोग्राम था। फिर भी उन्होंने अपने व्यस्त समय में से हम लोगों को काफी समय दिया। उन्होंने हम लोगों द्वारा तैयार की गई सीधी विकास खण्ड एवं कुसमी विकास खण्ड की केस स्टडी को बहुत गौर से पढ़ा और उस पर विचार किया। अध्ययन रिपोर्ट के मुताबिक कुसमी

विकास खण्ड की दयनीय हालात पर उन्होंने अफसोस व्यक्त किया और कहा कि आपने 10 गांव की आशा, आंगनवाड़ी एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति तथा प्रसव संबंधी प्रोफाइल तैयार की है इसमें जो जानकारी आपने दी है वो बिलकुल सही है। आपने बहुत ही अच्छा काम किया है। इसके लिए मैं आपको धन्यवाद देती हूँ। क्योंकि इन 10 गांवों में आपने जो पाया है वो कुसमी विकास खण्ड के एक गांव में मैंने भी भ्रमण के दौरान इसी तरह की जानकारी प्राप्त की थी। वास्तविकता तो यही है, जिन बिन्दुओं को आपने फोकस करने का प्रयास किया है। अगर आप चाहें तो 1 बजे से आज हमारी स्वास्थ्य विभाग की बैठक होने वाली है जिसमें आप लोग शामिल हो सकते हैं और वहाँ भी सबके सामने अपनी बातों को रख सकते हैं। क्योंकि इस बैठक में बी.एम.ओ., सभी ब्लॉक के बी.पी.एम., बी.ई.ई., स्टॉफ नर्स, एम.ओ., एल.एच.व्ही. एवं ए.एन.एम. सभी उपस्थित रहेंगे।

❖ **कैसे किया (Method)** – मुख्य चिकित्सा अधिकारी के पास पत्र और रिपोर्ट के माध्यम से गये।

❖ **क्या पाया (Result)** –

**जिला स्तर पर स्वास्थ्य विभाग की बैठक में जाना** – दिनांक 26 फरवरी 2010 को दोपहर 1 बजे से मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सीधी द्वारा समस्त स्वास्थ्य अधिकारियों एवं कर्मचारियों की आकस्मिक बैठक आयोजित की गई। बैठक में सभी विकास खण्ड के बी.एम.ओ., बी.पी.एम. एम.ओ., स्टॉफ नर्स, ए.एन.एम. एवं बी.ई.ई. उपस्थित रहे। कुसमी विकास खण्ड से कोई उपस्थित नहीं हो पाया। इसके लिए डॉ. पाण्डेय ने बहुत नाराजगी व्यक्त की। इसके बाद उन्होंने सबकी उपस्थिति को जानते हुये सबसे पहले डॉ. पाण्डेय ने जो केश स्टडी पढ़ी थी और हम लोगों से उनकी जो बात हुई थी उसके संबंध में सबसे पहले चर्चा की गई। उन्होंने बताया कि हमारे सामने ग्राम सुधार समिति से रागिनी मिश्रा आई हुई हैं इन्होंने बहुत अच्छी जानकारी सीधी ब्लॉक की और कुसमी ब्लॉक की निकाली है, जिसमें आशा के बारे में वहाँ के समुदाय को मालूम ही नहीं है, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में शामिल सदस्यों को जानकारी नहीं है कि समिति बनी है और हम लोग उसके सदस्य हैं, अनटाइड फण्ड की राशि नहीं भेजी गई है और जहाँ भेजी जा चुकी है वहाँ आशाओं को मालूम नहीं है कि कैसे खर्च करना है, 2 गांवों में ढाई माह से टीकाकरण नहीं हो रहा है। आप लोग इन सभी बिन्दुओं पर ध्यान दीजिए। उन्होंने कहा कि स्वास्थ्य का मतलब सिर्फ पल्स पोलियो कार्यक्रम, परिवार नियोजन, ANC/PNC जांच और टीकाकरण ही नहीं है इसके आगे और बहुत चीजें हैं उन पर भी ध्यान दीजिए। उन्होंने उपस्थित सभी अधिकारियों और कर्मचारियों को आशा की क्षमता बढ़ाने, उन्हें दवाई किट रिफिलिंग करने, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की प्रत्येक माह बैठक करने और उन्हें अनटाइड फण्ड के उपयोग के बारे में जानकारी देने को कहा और इसके लिए कड़ाई से पालन करने का निर्देश

दिया। उन्होंने यह भी कहा कि कुसमी जैसे क्षेत्र में जहाँ आशाओं को कुसमी जाने के लिए 3 दिन लगते हैं और 300 रुपये खर्च होते हैं उनके लिए स्थानीय स्तर पर जो शासकीय बैंक हो वहीं खाता संचालित कराया जाए और चेक अतिशीघ्र उनके खातों में भेजा जाए। कल्पना कीजिए कि एक गरीब महिला कभी 300 रुपये खर्च करके कुसमी जा सकती है क्या! आप नहीं जानते कि अभी और कितने सवाल खड़े होने वाले हैं सामुदायिक स्वास्थ्य को लेकर। अभी कुसमी और मझौली विकास खण्ड के गावों के भ्रमण में प्रमुख सचिव आ रहे हैं। फिर मुख्यमंत्री एन.आर.एच.एम. का अवलोकन करने आ रहे हैं कब तक आप लोग बचते रहोगे। इसलिए अब काम करो। इन्होंने जो रिपोर्ट बनाई है वो एन.आर.एच.एम. के डायरेक्टर तक पहुँचेगी। इसलिए इनके अध्ययन से जो-जो बिन्दु निकलकर सामने आये है, उनको मजबूत करने में कल से ही जुट जाओ एन.आर.एच.एम. के विभिन्न पहलुओं को मजबूत करो। इसके अलावा आज की बैठक में मुख्य रूप चर्चा की गई—

प्रत्येक शनिवार को उसी सेक्टर में ही होना चाहिए। सेक्टर मीटिंग के लिए जिम्मेदार सेक्टर सुपरवाइजर है। सेक्टर सुपरवाइजर सेक्टर मीटिंग के दिन ए.एन.एम. को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को सक्रिय करने हेतु जानकारी दें। सभी जगह सेक्टर वाइज कैम्प लगाये जाएं ताकि किसी को आने में दूरी न जय करना पड़े। आप सभी लोग सेक्टर सुनिश्चित कर लें कि कहाँ-कहाँ कैम्प लगाये जाएंगे। ऑपरेशन के लिए जिले में सर्जन केवल डॉ. मन्जू सिंह हैं जो क्रमशः सभी सेक्टरों में जाकर आपरेशन करेंगी उनके साथ एक डॉ. और रहेंगे। एक दिन में 3-3 कैम्प करने हैं। कैम्प में आपरेशन हेतु आवश्यक सभी सुविधाएँ, स्वच्छता, सर्जन को मास्क एवं यूनिफार्म में होना आवश्यक है। साथ ही एल.टी.टी. और एन.एस.व्ही.टी में 60 प्रतिशत उपलब्धि चाहिए। क्योंकि हम पिछले वर्ष से लगातार 37 प्रतिशत तक ही पहुँच रहे हैं। इसके लिए आप बार-बार गांव जाइए लोगों को खूब समझाइए स्लोगन लिखवाइए और जमीन में बैठकर उनकी समस्याओं को समझिए और उन्हें अच्छे से समझाइए दीजिए। उन्होंने कहा कि कुर्सी में बैठकर काम करना छोड़ दीजिए। गांव के लोग जमीन में बैठते हैं तो आप लोग भी जमीन में बैठकर उनसे बात कीजिए, उन पर प्रभाव डालिए। इन बैठकों में आपके साथ आशा एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता जरूर रहें। रोगी कल्याण समिति का पैसा खर्च नहीं होता इसकी बजह के संबंध में समीक्षा की गई। स्वास्थ्य के स्लोगन सभी उपस्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में आवश्यक जानकारियों के साथ तत्काल लिखे जाये। नये एन.आर.सी. सेन्टर खोलने के लिए उन्होंने कुसमी, रामपुर एवं मझौली विकास खण्ड में विज्ञापन निकालने को कहा है।

अनटाइड फण्ड के उपयोग के लिए आशाओं को कार्ड छपवाकर दिये जाएं जिससे वो इस राशि को सही दिशा में खर्च कर सकें। उन्होंने कुछ उदाहरण दिये जैसे — कचरादान, गड्डों का निर्माण,

## संलग्न :-2 मासिक रिपोर्ट 1 मार्च से 13 अप्रैल 2011 तक। विकास खण्ड सीधी

### किये गये कार्य –

- **साहित्यों को पढ़ना** – 1. पी.एच.आर.एन. की बुक अध्याय –3 (मातृ मृत्यु घटाने की रणनीतियों को लागू करने में कठिनाईयों) 2. एन.आर.एच.एम. ऑपरेशनल गाइड लाइन-ऑकड़ें, 3. टेड लैंकेस्टर-सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम, 4. जहाँ महिला डॉक्टर न हों, 5. Park and Park Text Book- Preventive Medicine and obstetrics Peadiateric Geriatrics, Primary Health Care 6. Dr. D.K.Pal, Dr. Neelam Toppo, Y.L.Tekhre, J.K.Das, Bandna Bhattacharya, S.Mennan and Deoki Nandan-(Janani Sahyogi Yogana)
- **टी.बी. की कार्यशाला में जाना** – दिनांक 12 एवं 13 मार्च 2011 को गुरुकुल शिक्षण समिति विवेकानन्द आश्रम सीधी में समर्तिन संस्था सतना द्वारा आयोजित टी.बी. की 2 दिवसीय कार्यशाला में गये। समर्तिन संस्था द्वारा यह कार्यशाला एन.जी.ओ. नेटवर्किंग के जरिये टी.बी. मरीजों की पहचान और उनका तुरन्त उपचार कैसे किया जाए इसके लिए आयोजित की गई। जिसमें सीधी जिले में कार्यरत 07 एन.जी.ओ. के साथ चर्चा की गई। कार्यशाला में पहले दिन सबसे परिचय किया गया एवं आर.एन. टी.सी.पी. में एन.जी.ओ. की भूमिका और और टी.बी. रोग के बारे में तथा उसके बचाव के तरीकों पर चर्चा की गई और टी.बी. संबंधी विस्तृत जानकारी डॉ. के.पी.गुप्ता. डी.टी.ओ. सीधी द्वारा दी गई। दूसरे दिन संस्था की प्रोफाइल बनाकर समर्तिन संस्था को दी गई और समर्तिन के साथ काम करने हेतु योजना पर विचार गोष्ठी की गई।
- **कार्यशाला की रिपोर्ट बनाना** – दिनांक 14 मार्च को टी.बी. कार्यशाला की रिपोर्ट तैयार किया और सभी फेलोज् व मेन्टर्स को मेल द्वारा भेजा गया।
- **कुपोषित बच्चे का फॉलोअप करना** – दिनांक 21 मार्च 2011 को ग्राम बड़ेरा दिलखुख से मिलने उसके घर गये। उसके घर जाकर उसके माँ और बच्चे और उसके पूरे परिवार से मिले। माँ से बच्चे के बारे में पूछा उसने बताया कि अब हमारा बच्चा पहले से बहुत ठीक है अब वह 1 साल का हो गया और खाना भी खाने लगा है अब बह चलता भी है। उसका बजन अभी 6.50 कि. ग्रा. है। तभी उसकी बड़ी बहन बच्चे को गोद में लेकर बाहर आई और उसे दिखाया। हमने बच्चे को देखा जो कि अच्छी स्थिति में है। मैंने उसकी माँ को बताया कि अभी भी तुम्हारे बच्चे को ध्यान देने की बहुत जरूरत है इसलिए तुम इसके खान-पान में ध्यान देती रहना। लापरवाही करोगी तो बच्चा अस्वस्थ हो जाएगा। उसकी माँ ने बताया कि हम साल भर से बच्चे के कारण कहीं भी नहीं जाते हमारा पूरा ध्यान अपने बच्चे पर ही रहता है।



➤ **टीकाकरण में जाना** – दिनांक 22 मार्च 2011 मंगलवार को टीकाकरण दिवस पर ग्राम सूखी गये। सूखी में टीकाकरण सत्र सुबह 11 बजे से शायं 5 बजे तक ए.एन.एम. श्रीमती निर्मला सिंह द्वारा किया गया। जिसमें सभी गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों का टीकाकरण और बजन किया गया तथा गर्भवती महिलाओं को आयरन फोलिक एसिड की गोलियाँ दी गईं। टीकाकरण के दिन बूथ पर ब्लड प्रेशर मशीन, निडिल कटर और प्लास्टिक का डिब्बा भी उपलब्ध था। जबकि पूर्व में टीका लगाने के बाद निडिल और सिरिज के रखने की व्यवस्था नहीं हो पाती थी। जिस पर प्रत्येक टीकाकरण दिवस पर ए.एन.एम., एम.पी.डब्ल्यू. आशा और ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यों से चर्चा की जाती रही कि इनके रखने का समुचित प्रबंधन होना चाहिए अगर कुछ नहीं है तो कोई प्लास्टिक का डिब्बा ही लाकर बूथ पर रखा जा सकता है। इसलिए अब प्रत्येक टीकाकरण में प्लास्टिक का एक डिब्बा और निडिल कटर रखा जाता है जिससे टीकाकरण के दौरान कचरे का प्रबंधन किया जाने लगा है। टीकाकरण के दिन ए.एन.एम. ने बताया की बी.पी. मशीन तो आ गई है किन्तु अभी स्टेथसकोप नहीं मिल पाया है, अगले माह तक इसकी भी व्यवस्था हो जाएगी जिससे बी.पी. मशीन का उपयोग भी किया जाने लगेगा। साथ ही ए.एन.एम. ने टीकाकरण के संबंध में यह जानकारी दी कि अब एक दिन में एक ही गांव में टीकाकरण किया जाता है जबकि पूर्व में एक दिन में 2 गांव टीकाकरण के लिए निर्धारित किया गया था।

➤ **सामुदायिक प्रक्रिया** – ग्राम सूखी में 2 आंगनवाड़ी केन्द्र हैं। टीकाकरण के दौरान महिलाओं ने बताया कि पूर्व टोला की आंगनवाड़ी नहीं खुलती और न ही ठीक से पोषण आहार दिया जाता है। उन्होंने कहा कि हम लोगों का बजन किया जाता है तो पता ही नहीं चल पाता कि मशीन सही है या नहीं। इसके बाद ए.एन.एम. ने हम लोगों को कहा कि महिला बाल विकास की परियोजना अधिकारी से आप इस संबंध में बात करिये ताकि इन्हें समय पर नियमित पोषण आहार मिल सके और टीकाकरण के दिन तो आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का होना अनिवार्य है। ए.एन.एम. ने कहा कि हम अपने स्तर से इसमें सुधार लाने का प्रयास करेंगे। जिस महिला ने बजन मशीन की गुणवत्ता पर शंका व्यक्त की उसे हमने बताया कि आप खुद मशीन की जांच कर सकती हैं। उसने पूछा कि हम कैसे करेंगे, तो हमने उसे बताया कि आप लोग पोषण आहार का जो पैकेट मिलता है उसे मशीन में रखकर देखना वो पैकेट 750 ग्रा. का होता है अगर उसका बजन उसमें 750 ग्राम बताता है तो मशीन सही है अन्यथा मशीन खराब है। इसके बाद आप लोग ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की बैठक में बजन मशीन की गुणवत्ता हेतु अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त कर सकते हैं, और उसे लिखित रूप में महिला एवं बाल विकास परियोजना अधिकारी को दे सकते हैं जिससे उसमें अवश्य सुधार होगा।

➤ **टीकाकरण हेतु प्रेरणा** – टीकाकरण के दिन एक महिला श्रीमती सोनाकली पति श्री मोहन बैगा जो कि पिछले टीकाकरण में भी नहीं आई थी ए.एन.एम. द्वारा सोनाकली की जानकारी आशा से ली गई और पूछा गया कि वो क्यों नहीं आई टीकाकरण में। आशा ने बताया कि हमने सूचना दी है लेकिन वो टीका लगवाने से डरती है इसलिए वो नहीं आती। मैंने उस महिला का घर पूछा कि कहाँ पर रहती है और मैं उसे बुलाने उसके घर गई। सोनावती अपने खेत पर थी उसके घर में उसकी बड़ी बहन मिली। उसका पति घर पर नहीं था वह मजदूरी करने कहीं बाहर गया हुआ था। उसकी बहन से बात-चीत करने के बाद सोनाकली को बुलाया गया और उसके साथ बैठकर बात-चीत की। सोनाकली पहले तो खुलकर बात नहीं कर रही थी बार-बार अन्दर चली जाती थी फिर हमने उससे कहा कि हम तुमसे ही बात करने आये हैं, इसलिए तुम हमारे पास बैठो। हमने उसे अपने बारे पूरी जानकारी दी। धीरे-धीरे हमने उससे टीकाकरण के संबंध में पूछना शुरू किया और उसे बताया कि आज तुम्हारे गांव में टीकाकरण है तुम टीका लगवाने क्यों नहीं गई वहाँ ए.एन.एम. तुम्हें पूछ रही थी। उसने बताया कि हमें किसी ने सूचना ही नहीं दी थी जब हमें सूचना मिलती है तो हम टीका लगवाने जाते हैं। उसने अपने 1 साल के बच्चे को पूरे टीके लगवाये हैं। मैंने उससे कहा कि तुम तैयार हो जाओ और हमारे साथ चलो टीका लगवाने। वह अपने दोनों बच्चे को तैयार करके टीका लगवाने के लिए चल दी लेकिन दोनों बच्चों को संभाल पाना मुश्किल था। क्योंकि 1 बच्चा उसका 1 माह का था और दूसरा 1 साल का था जो अभी तक चलता भी नहीं है। तब हमने उसकी मदद के लिए उसकी बड़ी बहन को तैयार किया। दोनों ने एक-एक बच्चे को लिया और टीकाकरण बूथ पर आई।

➤ **घरेलू प्रसव संबंधी मिलने वाली राशि की जानकारी** – टीकाकरण के दिन ही एन.एन.एम. और एम.पी.डब्ल्यू द्वारा बताया गया कि कल दिनांक 23 मार्च 2011 को सुबह 12 बजे से खाम्ह उप स्वास्थ्य केन्द्र में होम डिलेवरी का पैसा माताओं को दिया जाना है। इसके लिए आप कुछ गांवों में महिलाओं को सूचित कर दें ताकि सभी को इसका पैसा मिल सके। हम 22 तारीख को ही शाम को सूखी से लौटने के बाद बड़ेरा, बरमानी और उड़ैसा गये और आशाओं को इसकी सूचना दी और उन्हें बताया कि गांव में जिन महिलाओं का प्रसव घर में हुआ है तथा उनका नाम गरीबी रेखा में हो ऐसी महिलाओं को सरकार की ओर से 500 रुपये देने का प्रावधान है। जो कि खाम्ह उपस्वास्थ्य केन्द्र में सुबह 12 बजे से दिया जाना सुनिश्चित है। इसलिए कल सुबह आप लोग अपने-अपने गांव की महिलाओं को खाम्ह उप स्वास्थ्य केन्द्र तक पहुँचाएँ जिन्हें घरेलू प्रसव का 500 रुपये प्राप्त हो सके। आशाओं को बताया गया था कि सभी महिलाएँ अपना बी.पी.एल कार्ड लेकर ही जाएँ तभी पैसा मिलेगा।

➤ **घरेलू प्रसव संबंधी मिलने वाली राशि की वास्तविक स्थिति** – गाइड लाइन के अनुसार घरेलू प्रसव में राशि मिलने का प्रावधान गरीबी रेखा के नीचे जीवन-गापन करने वाली महिलाओं को है। जिन्हें ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति द्वारा चिन्हित करके सूची स्वास्थ्य सेवा प्रदाता (ए.एन.एम./एम.पी.डब्ल्यू.) को उपलब्ध कराये जिसकी राशि समिति के खाते में प्राप्त हो और समिति चिन्हित महिला को राशि का भुगतान गांव में ही करे किन्तु स्वास्थ्य विभाग द्वारा इस तरह की गाइड लाइन का फालोअप नहीं किया गया बल्कि उप स्वास्थ्य केन्द्र खाम्ह में लगभग 20 गांव की महिलाओं को दोपहर 12 बजे से ही बुला लिया गया। ये महिलाएँ अपने गांव से 10 से 15 कि.मी. दूर पैदल चलकर अपने छोटे बच्चों को तपती घूप में लेकर आईं। इनमें से बहुत सी ऐसी महिलाएँ थीं, जिनका नाम गरीबी रेखा में नहीं जुड़ा था। जब उनसे चर्चा की गई तो उन्होंने बताया कि सिर्फ गरीबी रेखा वाली महिलाओं को ही राशि मिलनी है। यदि इसकी जानकारी हमें पहले से बताई गई होती तो हम इस घूप में पैदल चलकर नहीं आते। उपस्वास्थ्य केन्द्र खाम्ह, बरमानी एवं करवाही की ए.एन.एम./एम.पी.डब्ल्यू. एवं एल.एच.व्ही. उपस्थित रहीं। किन्तु बी.पी.एम. जिनके पास राशि वितरण की चेक बुक थी, वो 2 बजे आये और उसी दिन छवारी में स्वास्थ्य शिविर आयोजित होने के कारण बी.एम.ओ. वहीं उपस्थित थे। बी.पी.एम. से जब इस संबंध में बात की गई तो उन्होंने बताया कि मार्च का अंत चल रहा है और अगर ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति के खातें राशि भेजते हैं तो भुगतान नहीं हो पाएगा जिस बजह से यह प्रक्रिया अपनाई गई है। अंत में जिन महिलाओं के पास बी.पी.एल कार्ड था उन्हीं महिलाओं को सायं 5 बजे 500 रुपये का चेक दिया गया। अब ये महिलाएँ चेक भुनाने के लिए कितने बार बैंक का चक्कर लगाना पड़ेगा और कितना खर्च वहन करना पड़ेगा कुछ नहीं कहा जा सकता। क्योंकि बैंक के लिए उन्हें चौफाल आना पड़ेगा जो उनके गांव से 15 से 20 कि.मी. दूर है।

➤ **आर्टिकल लिखना** – दिनांक 27 मार्च 2011 को आर्टिकल लिखा गया, किन्तु कम्प्यूटर में समस्या आने के कारण मेल नहीं हो सका। फिर दूसरे दिन दिनांक 28 मार्च 2011 को आर्टिकल मेल किया गया। आर्टिकल के संबंध में प्राप्त फीडबैक दिनांक 29 मार्च को पढ़ा गया लेकिन आर्टिकल दुबारा सुधारित करके भेजना संभव नहीं हो पाया।

➤ **कठिनाईयों** – आर्टिकल लिखने में निम्न कठिनाईयों का सामना करना पड़ा –

1. **लिटरेचर रिव्यू** – साहित्यों का गहन अध्ययन नहीं किया गया, जिससे स्पष्ट समझ नहीं बन पाई और आर्टिकल लिखते समय भटकाव की स्थिति बनी रही। पढ़ाई तो की किन्तु अपने शीर्षक के अनुसार उसे जोड़कर नहीं लिख पाये।

2. **साहित्य की उपलब्धता** – मेन्टर्स द्वारा जो भी साहित्य नेट के जरिये उपलब्ध करवाये गये वो सभी इंग्लिश में और काफी विस्तार से थे जिसे समयानुकूल पढ़ने और समझने की क्षमता हमारे अन्दर नहीं थी। इसलिए जो भी हमारे पास हिन्दी के साहित्य उपलब्ध थे उन्हीं को पढ़कर लिखने का प्रयास किया गया जो कि पर्याप्त नहीं थे।
  3. **लिखने में कठिनाई** – पढ़ने के बाद जो भी समझा था उसे आर्टिकल का स्वरूप नहीं दे पाये क्योंकि प्रत्येक बात को रिफरेन्स के साथ जोड़ना था और जहाँ हमें आवश्यक लगा वहाँ बिना रिफरेन्स और सबूत के भी हमने अपनी बातों को सामान्य ढंग से लिख दिया। हमारे जो अनुभव या सुझाव थे उन्हें कैसे सबूतों के साथ लिखें ये बिल्कुल स्पष्ट नहीं हो पाया और न ही हम उन्हें रिफरेन्स के साथ जोड़कर लिख पाये। इसलिए आर्टिकल का बहाव धारा प्रवाह में नहीं लिख पाया। फीडबैक आने के बाद अच्छा लगा। अपनी मेहनत समझ में आई और अपना ही लिखा आर्टिकल पढ़ने में खुद को भी संतोषप्रद नहीं लगा। आर्टिकल लिखने के बाद महसूस किया गया कि इसके लिए गहन अध्ययन की आवश्यकता है।
  4. **सुझाव** – कलेक्टिव टीचिंग के दौरान ही यदि विषय तय कर लिया जाता और उन्हीं के अनुसार सभी को लिटरेचर उपलब्ध करा दिये जाते तो शायद इतनी मशक्कत सभी को नहीं करनी पड़ती और न ही लिटरेचर रिव्यू के लिए इधर-उधर भागना पड़ता।
- **संस्थागत कार्य** – कलेक्टिव टीचिंग के बाद दिनांक 28 फरवरी 2011 से 04 मार्च 2011 तक संस्थागत कार्य किया जिसमें भारत सरकार द्वारा आए मूल्यांकन और जांच टीम के साथ फील्ड विजिट एवं कार्यों की रिपोर्ट बनाकर दी। इसके अलावा रोजगार गारंटी के कार्यों के रिकार्ड, एम.आई.एस. फीडिंग कराने में आवश्यक सहयोग किया।
  - **दस्तावेजीकरण** – कलेक्टिव टीचिंग की 2 हफ्ते की रिपोर्ट, संस्थागत रिपोर्ट, संस्था की प्रोफाइल, टी. बी. कार्यशाला की रिपोर्ट, आर्टिकल, मासिक रिपोर्ट, केश स्टडी, सरकार द्वारा घरेलू प्रसव की राशि उपलब्ध कराने की प्रक्रिया पर रिपोर्ट बनाई गई।
  - **पढ़ाई** – आर्टिकल लिखने हेतु सभी लिटरेचर जो कि मातृत्व स्वास्थ्य से संबंधित थे उनका अध्ययन किया गया।

## पृष्ठभूमि :

मध्यप्रदेश के सीधी जिले में पुनरीक्षित राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम हेतु 2 दिवसीय कार्यशाला का आयोजन दिनांक 12 एवं 13 मार्च 2011 तक विवेकानन्द आश्रम, गुरुकुल शिक्षण संस्थान, अंधियार खोह सीधी में सुबह 11 बजे से किया गया। यह कार्यक्रम "अक्षय प्रोजेक्ट" समर्तिन सोशल सर्विसेज संस्थान सतना से श्री सत्यनारायण मिश्रा द्वारा आयोजित किया गया। कार्यक्रम में रिशोर्स पर्सन डॉ. के.पी.गुप्ता डी. टी.ओ (District Tuberculosis Officer) जिला अस्पताल सीधी से रहे। इस कार्यशाला हेतु 16 संस्थाओं को बुलाया गया था किन्तु अन्तिम दिन तक केवल 7 संस्थाओं ने ही अपनी सहभागिता जताई। पहले दिन केवल 5 लोगों की ही उपस्थिति रही और दूसरे दिन 10 लोगों की उपस्थिति रही।

## ● कार्यक्रम का उद्देश्य -

1. मध्यप्रदेश को टी.बी. से मुक्त करने के लिए स्थानीय स्वैच्छिक संगठनों (NGO) के साथ नेटवर्किंग करना।
2. RNTCP में एन.जी.ओ. की भूमिका पर और योजना पर चर्चा।

## ● कार्यक्रम की रूपरेखा-इस दो दिवसीय कार्यशाला में चर्चा के लिए निम्न विषय रखे गये थे -

1. RNTCP (पुनरीक्षित राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम) की गाइड लाइन पर चर्चा।
2. टी.बी. की उपचार प्रक्रिया
3. डॉट्स सिस्टम क्या है !
4. RNTCP में एन.जी.ओ. का क्या रोल हो सकता है !
5. युवा मण्डल, महिला मण्डल, स्व सहायता समूह, किशोरी समूह, को हम कैसे इस प्रोग्राम में जोड़ेंगे और कैसे जागरुकता लाएंगे !
6. रोल प्ले - हम संस्था के प्रतिनिधि होने के नाते टी.बी. मरीज के लिए क्या सहयोग कर सकते हैं !
7. समर्तिन द्वारा टी.बी. पर किये गये कार्यों की जानकारी व अनुभवों का आदान-प्रदान।

## ➤ कार्यशाला में डॉ. के.पी. गुप्ता (डी.टी.ओ.) द्वारा दी गई जानकारी -

स्रोत व्यक्ति डॉ. के.पी. गुप्ता जी द्वारा टी.बी का इतिहास और विभिन्न राष्ट्रीय कार्यक्रमों के बारे में विस्तार पूर्वक जानकारी दी गई। टी.बी. (क्षय रोग है) जो बहुत पुराना रोग है, जिसे राजरोग भी कहा

जाता है। पहले टी.बी. का कोई उपचार नहीं था, उस समय टी.बी. के मरीजों को घर से बाहर खुले स्थानों पर रखा जाता था। WHO के अनुसार 10 प्रमुख बीमारियों में टी.बी. का 7वां स्थान है।

भारत में क्षय नियंत्रण कार्यक्रम 1950 से ही चलाया जा रहा है। लेकिन उसमें मॉनीटरिंग, नियमितता और काउंसिलिंग का कोई तरीका नहीं अपनाया गया था।

भारत में 1955 में स्ट्रेप्टोमाइसीन का इंजेक्शन आया। वैज्ञानिक रावर्ट रॉक द्वारा 24 मार्च को माइक्रोवैक्टीरियम ट्यूबर क्लोसिस की खोज की गई जिसे माइक्रोवैक्टीरियम ट्यूबर क्लोसिस प्रोग्राम के नाम से जाना जाता है। तभी से 24 मार्च को टी.बी. दिवस के रूप में मनाया जाता है।

WHO ने 1987 में टी.बी. को अपने हाथ में लिया और इसमें जो कमियाँ थी उसे सुधार कर RNTCP के नाम से एक नया कार्यक्रम चलाया और डॉट्स (DOTs) (Direct observation short course Therapy) की शुरुआत की गई। डॉट्स का मतलब है कि अपने सामने दवा खिलाना। इसमें मरीज को दवा नहीं दी जाती बल्कि इसके लिए डॉट्स प्रोवाइडर होते हैं जो अपने सामने मरीज को दवा खिलाते हैं।

RNTCP (पुनरीक्षित राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम) विश्व के 117 देशों में चलाया जा रहा है। RNTCP का कार्यक्रम भारत में 2006 से चलाया जा रहा है और म.प्र. में दिसम्बर 2004 से चल रहा है।

विश्व में 14 मिलियन मरीज टी.बी. के हैं और इसका एक तिहाई (1/3) भाग हिन्दुस्तान में है। जिससे भारत में हर 3 मिनट में टी.बी. के कारण 2 मरीजों की मौत हो जाती है। 1 लाख की आबादी पर 216 टी.बी. के मरीज साल भर में मिलते हैं। 10 हजार की आबादी पर 22 मरीज और यदि 1000 की आबादी है तो वहाँ पर 2 टी.बी. के मरीज होंगे।

इन 216 टी.बी. के मरीजों में से 80 मरीज ऐसे होते हैं जो टी.बी. पॉजिटिव होते हैं जिनके स्पुटम (खखार) में टी.बी. के बेसलाई (कीटाणु) रहते हैं। 80 मरीज निगेटिव और 40 मरीज रेकरेन्स वाले या डिफाल्टर होते हैं। 16 मरीज एक्स्ट्रा पलमोनरी वाले होते हैं।

टी.बी. का मरीज जितने दिन बिना दवा के रहेगा उतने नये टी.बी. के मरीज तैयार होंगे। यदि टी.बी. का एक मरीज बिना उपचार के रह गया तो वह एक साल में 10 नये टी.बी. के मरीज पैदा कर देगा,

इसलिए टी. बी. मरीज के लिए तुरन्त खोज, तुरन्त उपचार करना (Early Dignosis, Early Promt Treatment) जरूरी है।

भारत में हर रोज 5000 टी.बी. के नये मरीज जुड़ रहे हैं। टी.बी. प्रभावितों में से 1 लाख बच्चे स्कूल नहीं जा पाते। इस बीमारी का सीधा असर उनकी आजीविका पर पड़ता है जिससे भोजन, आवास, शिक्षा और आर्थिक स्थिति बिगड़ती चली जाती है। सीधी जिले में प्रत्येक माह 300 से 400 टी.बी. के मरीज पंजीकृत होते हैं।

### ➤ कैसे और किनको आती है टी.बी की बीमारी

टी.बी. के बेसलाई (कीटाणु) सभी व्यक्तियों में मौजूद होते हैं किन्तु टी.बी. उन्हें ही होती है जिनके शरीर की रोग प्रतिरोधक क्षमता कम हो जाती है। टी.बी. शरीर के किसी भी अंग में हो सकती है, जैसे हड्डी की टी.बी., फेफड़े की टी.बी., आँख की पुतली पर टी.बी., त्वचा पर टी.बी. किन्तु 75 प्रतिशत टी.बी. फेफड़े की ही होती है। व्यक्ति के छींकने और खांसने से टी.बी. के कीटाणु बाहर निकलते हैं, और नये लोगों में टी.बी. को बीमारी पैदा कर देते हैं। निम्न लोगों में टी.बी. होने की संभावनाएँ ज्यादा होती हैं –

1. डायबिटीज का मरीज हो
2. कैंसर का मरीज हो
3. एच.आइ.वी. पॉजिटिव हो
4. कुपोषित बच्चों में
5. संकीर्ण आवास व्यवस्था
6. स्लम एरिया जहाँ सघन वस्ती हैं।
7. पलायन
8. नशीली बस्तुओं का सेवन करने वाले जैसे – शराब, गांजा पीने वालों को
9. गरीबों को जिनके पास भोजन की कमी है

➤ **लक्षण** – 2 सप्ताह तक लगातार खांशी आना, बलगम में खून आना, बजन कम होना, खून की कमी, पसीना आना, फेफड़े में दर्द रहना, हल्का-हल्का बुखार रहना।

➤ **माइक्रोस्कोपिक सेन्टर** – सीधी जिले में स्पुटम जांच हेतु 12 माइक्रोस्कोपिक सेन्टर हैं –

1. सीधी 2. सेमरिया 3. चुरहट 4. रामपुर, 5. खड्डी 6. अमिलिया 7. अमरपुर 8. सिहावल
9. मझौली 10. मड़वास 11. कुसमी, 12. पोड़ी-बस्तुआ,

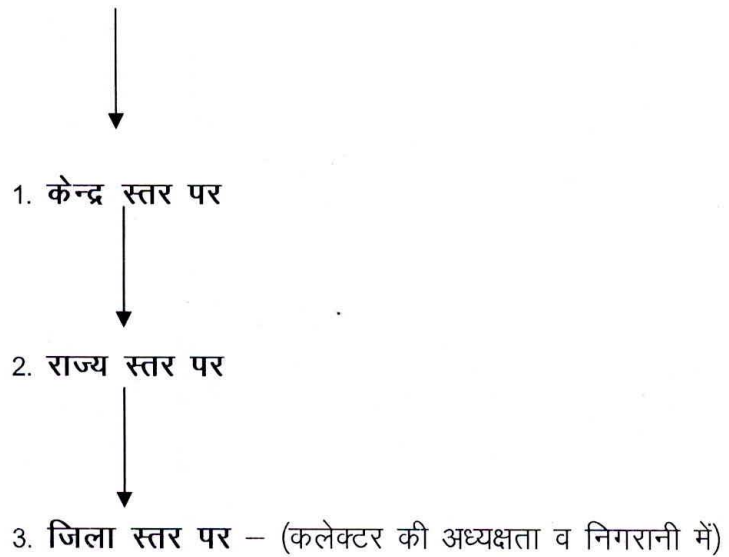
➤ **जांच** – स्पुटम जांच 2 प्रकार से होती है – 1. मार्निंग सैम्पल 2. स्पॉट सैम्पल

➤ **स्पुटम एकत्र करने की विधि** – स्पुटम मग द्वारा स्पुटम जांच की जाती है। मरीज को स्पुटम मग दिया जाता है जिसमें वो अपना स्पुटम कलेक्ट करके देते हैं तब स्पुटम की जांच की जाती है। मरीज को 2 हफ्ते से ज्यादा खांशी आने पर जरूर उसकी स्पुटम की जांच करवाना चाहिए।

➤ **माइक्रोस्कोपी सेन्टर** – सामान्य क्षेत्रों में 1 लाख की आवादी पर तथा आदिवासी क्षेत्रों में 50 हजार की आवादी पर 1 माइक्रोस्कोपी सेन्टर की व्यवस्था स्पुटम जांच हेतु की गई है। दूरस्थ अंचलों के लिए स्पुटम कलेक्शन सेन्टर खोले जाते हैं जहाँ से प्रोवाइडर द्वारा स्पुटम कलेक्ट करके माइक्रोस्कोपी सेन्टर में पहुँचाया जाता है, जिससे मरीजों को नहीं भटकना पड़ता।

➤ **राजनैतिक और प्रशासनिक** दोनों पहलुओं को RNTCP में जोड़ा गया है और 3 स्तरों पर क्षय नियंत्रण समितियाँ बनाई गई हैं –

#### क्षय नियंत्रण समितियाँ





- **DOTs पद्धति – Direct observation Therapy Short Course.** अर्थात् इस पद्धति में मरीज को दवा नहीं दी जाती बल्कि डॉट्स प्रोवाइडर मरीज को अपने सामने दवा खिलाता है।
- **दवाईयों की उपलब्धता –** टी.बी. मरीजों के लिए पूरी अवधि के लिए बॉक्स बनाये जाते हैं जिसमें गुणवत्ता और नियमितता रहती है।
- **मॉनीटरिंग कंट्रोल एवं सुपरवीजन की व्यवस्था – RNTCP** के जरिये **टी.बी.** मरीजों की निगरानी और परामर्श देने की व्यवस्था है, जिससे मरीज को आसानी से समय पर दवाईयों मिल सकती हैं। इसके माध्यम से डॉट्स प्रोवाइडर खुद मरीजों से संपर्क करेगा और समय-समय पर उन्हें दवाईयों खाने को देगा और उसकी यह जिम्मेदारी होगी कि मरीजों को पूरी खुराक मिले बीच में गैप न होने पाये।
- **डॉट्स प्रोवाइडर को सहयोग राशि –** डॉट्स प्रोवाइडर मरीज के घर के आस-पास का कोई भी पढ़ा-लिखा व्यक्ति हो सकता है। डॉट्स प्रोवाइडर स्कूल टीचर, आशा, संगठन लीडर कोई भी हो सकता है। उसे प्रति केश 250/- सरकार देती है, यदि डॉट्स प्रोवाइडर समय पर मरीज की जांच कराता है, उसको दवा खिलाता है और पूरी निगरानी व देख-रेख करता है तो।
- **उपचार –** उपचार के 2 चरण होते हैं –
  1. **Intensive Face** (तीव्र चरण)– सप्ताह में 3 दिन ही दवा खानी पड़ती है। एक-एक दिन के गैप से। अर्थात् सप्ताह में 3 दिन फिक्स करके दवा खिलाना।
    - **Intensive Face** में **Category – 1** में 2 माह का **Dose** और **Category – 2** में 6 माह का **Dose** होता है।
  2. **Continuation Face** (निरन्तर चरण) – मरीज को एक-एक सप्ताह की दवाईयों दी जाती हैं अर्थात् 1 से 7 दिन तक लगातार खाने के लिए दवा दी जाती है, फिर 8वें दिन मरीज को फिर दवाईयों दी जाती हैं।
    - **Continuation Face** में **Category – 1** में 4 माह का **Dose** और **Category – 2** में 6 माह का **Dose** होता है।

➤ **निष्कर्ष** – इस कार्यशाला से यही सीखने को मिला कि डाट्स अपनाइये और इसे बेहतर बनाने का प्रयास स्वैच्छिक संस्थाओं के माध्यम से कैसे किया जा सकता है। अगर हम सब मिलकर किसी कार्य को करने लगे तों शायद अच्छा प्रयास और परिणाम प्राप्त हो सकता है। सरकारी कार्यक्रमों को लोगों तक पहुँचाने और उन्हें गुणवत्तापूर्ण बनाने के लिए जरूरी है कि हम लोगों को जागरूक करें और व्यापक रूप से प्रचार-प्रसार करें जिससे लोगों को रोग और उसके दुष्परिणामों की जानकारी के साथ ही साथ निराकरण और उपायों की भी जानकारी हो सके। समुदाय में भी रोगों के निदान हेतु पहल करने की शुरुआत की जा सके।

समर्टिन संस्था वर्तमान में टी.बी./एच.आई.बी./एड्स एवं मलेरिया नियंत्रण पर कार्य कर रही है। इनका हेड ऑफिस सतना में है एवं क्षेत्रीय कार्यालय सीधी एवं सिंगरौली में है। सीधी जिले में टी.बी. के संदर्भ में समर्टिन संस्था सतना की ओर से यह पहला और अनूठा प्रयास किया गया जिसमें एन.जी.ओ. के साथ मिलकर काम करने की सोच लेकर कार्यशाला का आयोजन किया गया। साथ ही RNTCP की गाइड लाइन के संबंध में जानकारी मिली और यह मालूम हुआ कि इसमें एन.जी.ओ. की भूमिका भी सुनिश्चित की गई है। इसे आप लोग भी देख सकते हैं इसकी वेबसाइट है – [tbcindia.org](http://tbcindia.org)

➤ **सुझाव** – टी.बी बीमारी का निदान केवल सरकारी इलाजों को थोपने से संभव नहीं बल्कि उसके लिए मरीजों की परेशानियों को जानना और उन्हें हल करना भी जरूरी है। समाज में व्याप्त परम्पराओं और रूढ़िवादियों और अज्ञानता को समझने और उन्हें दूर करने के लिए मित्रवत व्यवहार करना होगा, समुदाय को भरोसा दिलाना होगा, जिससे मरीज तक आसानी से पहुँचा जा सके। तभी लोग हमारी बात मानेंगे और हमारे द्वारा बताये गये रास्तों पर चलेंगे। डाट्स प्रोवाइडर कितने कुशल हैं। क्या उन्हें टी.बी. बीमारी की गंभीरता के बारे में जानकारी है। क्या वो मरीज को वास्तव में समझा पाते हैं। क्या वो यह जानते हैं कि हमारी लापरवाही कितना बड़ा अंजाम दे सकती है। एक मरीज को ही डिफास्टर घोषित कर देना आसान है किन्तु हम और हमारी व्यवस्था कितनी डिफाल्टर है, शायद इस पर कभी विचार नहीं किया गया और न ही इस विषय पर सोचने की कभी बात ही की जाती है। अभी तक किसी भी टी.बी. के मरीज को डाट्स की दवा प्रोवाइडर द्वारा खिलाते हुये नहीं देखा गया है। जो भी मरीज मिलते है वो अपनी संतुष्टि और थोड़ा आराम महसूस करने के लिए आज भी झोला छाप से दवा लेकर खाते हैं। जो उन्हें काफी मंहगी पड़ती हैं। उनकी आर्थिक स्थिति और भी कमजोर हो जाती है क्योंकि टी.बी. का मरीज मेहनत नहीं कर सकता जिससे उसकी श्रम की कमाई भी चली जाती है और जो बचा रहता है वो उसकी दवाई के लिए भी कम पड़ता है और वो कर्ज लेने लगता है! किसी तरह

दवाई तो करवा लेता है किन्तु खाने की समस्या खड़ी हो जाती है और धीरे-धीरे बच्चों की पढ़ाई भी छूट जाती है। इसीलिए अपने देश में टी.बी. प्रभावितों में से 1 लाख बच्चे स्कूल जाने से बंचित रह जाते हैं। हम कैसे टी.बी. से निजात पाएँगे, इसके लिए समुदाय स्तर पर हमारे द्वारा कुछ प्रयास किये जा सकते हैं जैसे – संस्थाओं द्वारा गठित युवा मण्डल, किशोरी समूहों, स्व सहायता समूहों, पंचायत प्रतिनिधियों और ग्राम सभाओं के द्वारा भी इस तरह के मुद्दों पर गहल की जाये। इसके लिए समुदाय स्तर पर इन सबके बीच टी.बी. जैसी बीमारियों के लिए प्रशिक्षण व बैठकों के माध्यम से विस्तृत जानकारी दी जा सकती है।

स्कूलों में भी इन विषयों पर चर्चा की जा सकता है अर्थात् माह में एक बार स्कूलों में अध्यापन कार्य के दौरान ही इस तरह के कार्यक्रम बच्चों के बीच आयोजित किये जा सकते हैं जिससे बच्चों के जरिये साफ-सफाई और बीमारियों से बचाव हेतु समुदाय में अपने-अपने घरों में चर्चा की जा सकती है। बच्चों के माध्यम से भी टी.बी. की गंभीरता को समुदाय में समझाया जा सकता है तथा बच्चे अपने बचाव हेतु सावधानी बरत सकते हैं क्योंकि आजकल बच्चों में बहुत ज्यादा नशे की आदतें बढ़ रही हैं जिसे कम करने के लिए उनके बीच बातें करना भी जरूरी है।

➤ कार्यशाला में उपस्थित प्रतिभागी –

टेबल-29

क्र.	नाम	संस्था का नाम	पद
1.	श्री आर.एन. शास्त्री	गुरुकुल शिक्षण संस्थान सीधी	निदेशक
2.	श्री भागवत प्रसाद त्रिपाठी जी	गुरुकुल शिक्षण संस्थान सीधी	समन्वयक
3.	श्रीमती रेखा सिंह	सव्य साँची संस्थान, सीधी	
4.	रामायण प्रसाद मिश्रा	ओम शिक्षा समिति, सीधी	निदेशक
5.	श्रीमती माया सोनी	आदर्श एवं व्यावसायिक शिक्षा समिति	निदेशक
6.	विवेक मिश्रा	गुरुकुल शिक्षण संस्थान सीधी	अधीक्षक
7.	रागिनी मिश्रा	ग्राम सुधार समिति, सीधी	समन्वयक
8.	केदार रजक	ग्राम सुधार समिति, सीधी	समन्वयक
9.	प्रमोद मिश्रा	नन्द मानव कल्याण समिति	निदेशक
10	शिवसरन पनिका	अभिव्यक्ति संस्था	समन्वयक

### 1. "सूरजबती बैगा ने अपने आठवें बच्चे को पहली बार लगवाया टीका"

सीधी विकास खण्ड के ग्राम रौसर में सूरजबती पति श्री जगभान बैगा को अभी तक कुल आठ बच्चे पैदा हो चुके हैं। सात बच्चों तक इन्होंने अपने किसी भी बच्चे को कोई टीका नहीं लगवाया। जबकि इनके 5 बच्चे 3 से 4 वर्ष की उम्र में ही खतम हो गये। अभी इनका आठवां बच्चा पैदा हुआ है जो घर में पैदा हुआ है और अभी 3 माह का है। इसकी जानकारी जब हम रौसर गांव में बैठक करने गये तो बैठक में उपस्थित आशा, आंगनवाड़ी एवं ग्रामीण महिलाओं से टीकाकरण के संबंध में चर्चा की गई और उन्होंने बताया कि हमारे यहाँ नियमित टीकाकरण होता है। किन्तु गांव की एक ऐसी महिला है जिसने आज तक न तो अपने और ना ही अपने बच्चे को कोई टीका लगवाया।

जब उस महिला के टीका न लगवाने का कारण पूछा गया तो बैठक में यह बताया गया कि टीका लगवाने से वह डरती है। आशा ने बताया कि हम स्वयं एम.पी.डब्ल्यू. के साथ उस महिला के घर गये और उसे समझाने का प्रयास किये किन्तु वह किसी की बात न तो समझने को तैयार है और ना ही टीका लगवाने के लिए। इसके बाद हम सूरजबती के घर गये और उसके साथ बैठकर उसकी स्थिति को जानने का प्रयास किये। उसके घर और उसकी स्थिति को देखकर यह समझ में आया कि यह महिला आर्थिक रूप से बहुत ही गरीब है। वह हमें बैठाने के लिए कुछ बिछाना चाहती थी, लेकिन उसके पास बिछाने की बस्तु भी नहीं थी, हम अपने आप ही जमीन पर बैठ गये। इसके बाद उससे उसके बच्चों और परिवार के विषय में जानकारी लेने लगे। पहले वह महिला खुलकर अपनी बातें नहीं बता रही थी। फिर उसने धीरे-धीरे अपनी स्थिति बताना शुरू किया।

जब उससे टीकाकरण के संबंध में चर्चा की तो उसने कहा कि हमने आज तक इस डर से कि बच्चे का टीका पक जाएगा, बच्चा बीमार हो जाएगा, बच्चा मर जाएगा इसलिए कोई भी टीका नहीं लगवाया। इसके बाद उसको समझाया कि बिना टीका लगवाये आपके 5 बच्चे खतम हो गये, हो सकता है उनको कोई बीमारी हुई हो। टीका लगवाने से बच्चे की बीमारी को रोका जा सकता था और मरने वाले बच्चों को बचाया जा सकता था। टीका बच्चों की बीमारी और उन्हें मौत से बचाने के लिए ही लगवाया जाता है। इसलिए आप अब अपने इस बच्चे को जरूर टीका लगवाना। टीका लगवाने से बच्चा बीमार नहीं होता उसे हल्की बुखार एक-दो दिन के लिए आ सकती है। उसमें डरने की कोई बात नहीं होती।

उसको हमने कहा कि आप अपने आंगनवाड़ी केन्द्र में माह के पहले शुक्रवार को जाकर अपने बच्चे को टीका लगवाना और उसका बजन भी करवाना। सूरजबती को हमारी बातों से कुछ विश्वास बढ़ा और उसने

दिनांक 5 फरवरी 2010 को अपने आठवें बच्चे को आंगनवाड़ी केन्द्र में ले जाकर पहली बार टीका लगवाने की शुरुआत की। जब इसकी जानकारी हमें आशा से मिली तो हम उससे मिलने पुनः उसके घर गये। वह हमसे मिलकर बहुत खुश हुई। उसने बताया कि हमने अपने बच्चे को टीका लगवाया और उसका बजन करवाया, हमारे बच्चे का कार्ड बनाया गया है। कार्ड भी उसने बड़ी खुशहाली के साथ दिखाया।

उसने बताया कि अभी हमारा बच्चा 4 माह का है और उसका बजन 7 किलो है। तब हमारे द्वारा उसे बताया गया कि अब हर माह अपने बच्चे का बजन करवाना और समय-समय पर पूरे टीके जरूर लगवाना। इसके बाद बताया गया कि अब अपने बच्चे की देखभाल ठीक से करना। साफ-सुथरा रखना और 6 माह तक केवल अपना ही दूध पिलाना इसके अलावा कुछ भी पानी भी मत देना।

### श्रीमती सूरजबती बैगा अपने आठवें बच्चे के साथ



चित्र-53

## 2 . “सोनाकली बैगा भी समुदाय का एक हिस्सा है”

दिनांक 22 मार्च 2011 को ग्राम सूखी में टीकाकरण के दिन टीका लगवाने हेतु इस महिला को प्रेरित करने के उद्देश्य से इसके घर तक पहुँचे। घर पहुँचने पर देखा कि बैगा समुदाय की आदिवासी महिला श्रीमती सोनाकली बैगा का घर एक पहाड़ी पर बना हुआ है, जिसके घर में कुछ मुर्गिया पलीं हुई थी जो इनके आजीविका का साधन थीं। पीने का पानी आंगनवाड़ी केन्द्र के पास हैण्डपम्प से मिलता है जो कि घर से नजदीक तो है किन्तु उतार-चढ़ाव ज्यादा होने के कारण काफी मुश्किल भरा लगता है। सोनाकली के 6 बच्चे हैं। जिनमें से 5 लड़के और 1 लड़की है। इनके पास जमीन बिल्कुल नहीं है। मजदूरी से ही इनका गुजारा किसी तरह चलता है। इसकी पहली शादी जिस आदमी से हुई थी उसने इसे छोड़ दिया था। जिससे इसने दूसरी शादी कर ली और सूखी गांव में आकर अपने पिता के घर में रहने लगी। इसकी बड़ी बहन जो कि 12-13 साल पहले टी.बी. की मरीज थी वो 45 साल की उम्र में ही टी.बी. की बीमारी के कारण मर गई और भाई छोटे में ही खतम हो गया था। उसने बताया कि मैं और मेरी बड़ी बहन जिसे टी.बी. थी अकसर साथ में ही रहते थे और बाहर काम करने भी साथ में ही जाते थे। सोनाकली ने बताया कि पिछले 8-9 साल से मुझे भी टी.बी. की बीमारी है। पूछने पर बताया कि मेरा इलाज ग्राम कारीमाटी में क्रिस्चियन सोसायटी के अस्पताल में किया गया, उसने टी.बी. की पूरी दवाईयों लीं हैं किन्तु अभी भी उसकी हालत ठीक नहीं है। उसकी सांस फूलती हैं और शारीरिक रूप से बहुत कमजोर है। फिर भी उसने 1 माह पहले ही अपने 1 बच्चे को जन्म दिया जो बहुत मुश्किल भरा और चुनौतीपूर्ण लग रहा था। इस बच्ची के जन्म के संबंध में जानकारी ली गई तो उसने बताया कि यह बच्चा घर पर ही हुआ है। हमें बहुत आश्चर्य हुआ क्योंकि उसके घर पर भी कोई सहयोगी नहीं था केवल उसकी एक बड़ी बहन थी। उसकी बड़ी बहन जो कि बच्चे के जन्म के समय मौजूद थी उसने बताया कि हमने ही प्रसव कराया लेकिन बहुत मुश्किल से प्रसव हुआ। उसने बताया कि हमारे समाज में खुद ही प्रसव करा लेते हैं और नारा भी स्वयं ही काट देते हैं। अच्छी बात तो यह है कि नारा काटने के लिए किसी का इन्तजार नहीं करते बल्कि स्वयं ही नारा काट देते हैं जो कि बहुत ही जरूरी होता है। दूसरे समाजों में तो नारा काटने को ही छूत का काम समझते हैं और दाई के आने के लिए उन्हें कई घण्टे इन्तजार भी करना पड़ता है, जिससे बच्चे पर संक्रमण फैलने के मौके बढ़ जाते हैं। सोनाकली की स्थिति को देखते हुये यह महसूस किया गया कि आज भी हमारे प्रदेश में बंचित समुदाय के लोगों की जिन्दगी भगवान भरोसे ही चलती है और पुरानी परम्पराओं के अनुसार ही प्रसव की जटिलताओं को सुलझाने का प्रयास किया जाता है तथा जंगली जड़ी-बूटियों का सेवन कराकर उनकी रक्षा की जाती है। ऐसी स्थिति में गांव की महिलाओं द्वारा अच्छे स्वास्थ्य और पोषण आहार संबंधी सूचनाएँ इनके घरों तक पहुँचती ही नहीं हैं। अगर इन्हें कोई सलाह दी जाए तो मिलने

वाली सेवाओं में निश्चित रूप से भागीदार हो सकती हैं क्योंकि इनकी जरूरतें भी हैं। रामाज में ऐसे समुदायों को उपेक्षित समझा जाता है जिस कारण इनके घरों तक ठीक से सूचनाएँ भी नहीं पहुँच पातीं। आशा जिसे सामुदायिक कार्यकर्ता के रूप में गांव में रखा गया है उनके अन्दर भी भेद-भाव है। उनके अन्दर भी ऐसी महिलाओं के प्रति कोई लगाव या दिलचस्पी नहीं दिखाई देती।

अगर आशा इन समुदायों के बीच नहीं पहुँच पाती तो कैसे अन्य सुविधाओं के पहुँचने की कल्पना की जाए। टीकाकरण के दिन ही जब हमारे प्रयास से यह महिला टीकाकरण के लिए आई तो टीका लगाने के तुरन्त बाद ही वहाँ बैठी महिलाओं ने तथा आशा ने सोनाकली को कहा कि अब तुम घर जा सकती हो। जबकि उसे कुछ देर वहाँ रुकने की जरूरत थी क्योंकि वह धूप में थककर आई और तुरन्त ही वापस उसे चले जाना पड़ा। इस दिशा में समाज की विचार-धारायें बदलना आवश्यक है। जब तक समाज बंचित समुदाय को समाज का मुख्य हिस्सा नहीं मानती तब तक ऐसी ही बिसंगतियाँ देखने को मिलती रहेंगी और स्वस्थ समाज की कल्पना कोरी रह जाएगी।

### श्रीमती सोनाकली बैगा अपने छठवें बच्चे के साथ



चित्र—54

### 3 . “दिलखुश के चेहरे पर आई खुशी”

श्रीमती सीता साकेत पति श्री रामराज साकेत, ग्राम बड़ेरा जिनका प्रसव 20 मार्च 2010 को उपस्वास्थ्य केन्द्र कोचिला में हुआ। जिनके बच्चे का नाम दिलखुश है। सीता साकेत अपने बच्चे को लेकर 20 अप्रैल 2010 को जब आंगनवाड़ी केन्द्र में आई तब इनके बच्चे को देखा गया और उसका बजन करवाया गया। उसका बजन डेढ़ किलो था। बच्चा सुस्त था, आँखे नहीं खोलता था, रोता नहीं था और ना ही हांथ पैर चलाता था। सीता की पूर्व की स्थिति जानी गई तो पता चला कि माँ भी गर्भावस्था के दौरान बुखार और बीमारी से पीड़ित होने के कारण कमजोर (एनीमिक) थी। दिलखुश की माँ से पूछा गया कि बच्चा इतना कमजोर क्यों हैं तो उसने बताया कि जन्म से ही ऐसा है। माँ बहुत परेशान और चिन्तित थी उसने कहा हमारे बच्चे को कोई ठीक कर दे हमें कुछ भी समझ में नहीं आ रहा है। उसे समझाया गया और बताया गया कि तुम्हारा बच्चा ठीक हो सकता है, चिन्ता करने की बात नहीं है। लेकिन जब तुम चाहोगी तभी यह बच्चा ठीक होगा। माँ के अन्दर काफी उत्साह था। उसने कहा कि हम अपने बच्चे की देखभाल में कमी नहीं आने देंगे लेकिन हमको करना क्या होगा।

इस संबंध में टीकाकरण बूथ पर ही उसको परामर्श के साथ जानकारी दी गई कि पहले तो बच्चे की, अपनी और घर की साफ-सफाई पर ध्यान देना होगा। उसे गर्मी और ठण्डी दोनों से बचाना पड़ेगा। बच्चे को समय-समय पर स्तनपान कराते रहो, बच्चा सुस्त है रोता भी नहीं इसका मतलब यह नहीं कि उसे दूध पिलाना भूल जाएं। उसे हर आधे घण्टे से एक घण्टे में गोद में लेकर अच्छी तरह से दूध पिलाओ। बच्चे को सिर्फ अपना दूध ही पिलाना है इसके अलावा उसे कुछ भी नहीं देना है। बच्चा जब दूध खींचकर पिये तब समझो कि बच्चे की दूध पिलाने की स्थिति ठीक है। उसे कंगारू विधि के लिए बताया गया कि बच्चे को लंगोटी, टोपी और मोजा पहनाकर कम से कम दिन में 4 घण्टे तक अपने शरीर से लगाकर रखना है और बाहर से कपड़े से ढक लेना है। इसे आपके पति भी कर सकते हैं। जिससे बच्चा दूध ज्यादा पियेगा और उसका बजन बढ़ेगा।

इसके बाद एक हफ्ते बाद सुबह 7 बजे उसके घर गये। घर जाकर देखा कि उसका बच्चा कैसा है, बच्चे में ज्यादा तब्दीली नहीं दिखी तो उसकी माँ से कारण पूछा। उसने कहा कि हम पूरी तरह से बच्चे का ध्यान रख रहे हैं। लेकिन हमको दूध नहीं निकलता है, इसके लिए उसे उपाय बताया गया कि चावल का माड़, दाल का पानी और दलिया गुड़ के साथ खाओ जिससे ज्यादा मात्रा में दूध निकलेगा। साथ ही उसे अपने सामने बच्चे को दूध पिलाने के लिए कहा और उसे सही तरीका बताया।



इस तरह से दिलखुश की चिन्ता हमारे लिए भी उसकी माँ से कम नहीं थी क्योंकि पहली बार ऐसा मौका मिला और सामने वही बच्चा दिखा जिससे भावनात्मक जुड़ाव हो गया। इसलिए उसकी माँ को परामर्श देने 10 से 15 दिन में उसके घर पहुँच जाते और फोन से भी बीच-बीच में उससे बात करते और उसकी समस्याएँ जानते रहते थे। इस तरह जब बच्चा ढाई माह का हो गया तब बच्चे को देखने फिर से टीकाकरण के दिन गये जहाँ पर बच्चे को देखा जिसमें पहले से कुछ सुधार दिखाई दिया। उसकी माँ बहुत खुश थी और उसने बताया अब हमारा बच्चा रोने लगा है और हाँथ पैर चलाने लगा है। आँखें नहीं खोलता था लेकिन अब आस-पास की चीजों को देखता है और दूध भी अच्छे से पीता है। उसका बजन देखा गया, लेकिन उसका बजन ज्यादा नहीं बढ़ा, बजन ढाई माह में ढाई किलो था। इसके बाद लगातार कोशिशें जारी रहीं, उससे मिलते रहे। अगले माह जब देखने गये तो बच्चा पहले से काफी तन्दुरुस्त दिखा। 4 माह में उसका बजन 6 कि. पाया गया। बच्चे को देखकर बहुत तसल्ली हुई। माँ ने बताया कि आपने जैसा बताया था उसमें कहीं भी लापरवाही नहीं की गई। यहाँ तक कि किसी के शादी-विवाह के निमंत्रण में भी नहीं गये और ना ही काम करने गये इसी बच्चे को लेकर घर में ही रहे आए। यह बातें समूह में ही की जा रहीं थी जिससे दूसरी माताएँ जिनके बच्चे कुपोषित थे, उनको भी प्रत्यक्ष उदाहरण देखने को मिला कि बच्चे की देखभाल से ही बच्चा ठीक हो सकता है।

**परामर्श और माता की देखभाल से घर में ही दिलखुश के स्वास्थ्य में हुआ सुधार**



**चित्र-55**

## आशा (ASHA) -4

### ग्राम बड़ेरा, ग्राम पंचायत भंगोहर, विकास खण्ड सीधी

**आशा का नाम** – श्रीमती कुसुमकली सिंह/पति श्री मणिराज सिंह वर्ष 2006 से आशा के रूप में समुदाय में कार्य कर रही है। **योग्यता** -- इनकी शैक्षणिक योग्यता 8वीं पास है। **चयन** – इनका चयन ग्राम सभा में किया गया। ये पुरानी आशा हैं।

**प्रशिक्षण** – इन्हें 7 दिन एवं 4 दिन का प्रशिक्षण मिला है। प्रशिक्षण के दौरान इन्हें आशा प्रशिक्षण की 2 किताबें, कापी और प्रमाण पत्र दिया गया है, जो इनके पास उपलब्ध हैं। प्रशिक्षण के दौरान आवास एवं भोजन की अच्छी व्यवस्था थी। आशा प्रशिक्षण एक बैच में 30 लोगों का किया गया। प्रशिक्षण देने वाले लोग अच्छे थे, और जो बताया जाता था, ठीक से समझ में आ आया। प्रशिक्षण में सफाई, स्वच्छता, टीकाकरण, नसवन्दी, गर्भवती महिलाओं की 3 जांच एवं प्रसव संबंधी जानकारी दी गई। इनका आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के साथ अच्छा ताल-मेल है, और ये ज्यादा सक्रिय हैं। इनमें क्षमता बहुत है और इनकी क्षमता बढ़ाई जा सकती है। इन्हें अभी **मलेरिया की स्लाइड बनाने का प्रशिक्षण** दिया जाएगा।

**दवाई** – आशाओं को दवाई के रूप में पैरासिटामोल खसरा, पेट दर्द, आयरन की गोली, ब्लीचिंग पाउडर, कृमि की दवा, क्लोरीन की गोली, बुखार, एवं उल्टी-दस्त की मिल जाती हैं। आशा स्वयं प्रत्येक माह चौफाल सेक्टर जो यहाँ से 25 कि.मी. की दूरी पर है वहाँ जाकर दवाईयों ले आती हैं। सी.एच.सी. सेमरिया लगती है जो यहाँ से 60 कि.मी. दूर है। दवाईयों के लिए आशा को सेमरिया सी.एच.सी. नहीं जाना पड़ता।

**कार्य** – इस वर्ष कुल 12 प्रसव संस्था में करवायी हैं। प्रसव करवाने महिलाओं को पहले पी.एच.सी. करवाही लेकर जाते थे किन्तु वर्ष 2009 से उपस्वास्थ्य केन्द्र कोचिला जिसकी दूरी 7 कि.मी. है। जहाँ प्रसव सुविधा हो गई है। अब वहीं लेकर जाते हैं। गांव में टीकाकरण दिवस के एक दिन पहले महिलाओं को सूचना देते हैं और घर-घर संपर्क करते हैं तथा एम.पी.डब्ल्यू के साथ टीकाकरण करवाते हैं। इसके अलावा गांव का सर्वे करते हैं।

**रजिस्टर** – जन्म पंजीयन, मृत्यु पंजीयन, गर्भवती पंजीयन, टीकाकरण पंजीयन स्वयं रजिस्टर खरीद कर बनाती हैं।

**ए.एन.एम.** – गांव में पहले ए.एन.एम. थी, जिनका सेक्टर बदल दिया गया है इसलिए अब 2 माह से गांव में ए.एन.एम. नहीं है केवल एम.पी.डब्ल्यू. समरबहादुर सिंह हैं, जिससे महिलाओं का **ANC** एवं **PNC**. चेक अप नहीं हो पाता।

**दिक्कतें** – विभाग की ओर से नसबन्दी कार्य हेतु केश के लिए दबाव डाला जाता है और कहा जाता है कि यदि आप लोग इस कार्य में रूचि नहीं रखेंगे तो आपका पैसा काट देंगे। नसबन्दी कार्य हेतु दिक्कत ये रहती है कि जब व्यक्ति को नसबन्दी के बाद गांव वापस लाना होता है तो उन्हें कोई सुविधा नहीं रहती पैदल ही लेकर आना पड़ता है। टीकाकरण में पूरे दिन एम.पी.डब्ल्यू. के साथ गांव में घूमना पड़ता है। प्रसव हेतु गांव से 17 कि.मी. दूर करवाही पी.एच.सी. तक प्रसूता को लेकर जाना पड़ता है, जिसके लिए वाहन सुविधा उपलब्ध नहीं है और न ही गांव में किसी भी प्रकार की निजी वाहन सुविधा मिल पाती है। करवाही पी.एच.सी. में विजली और पानी की सुविधा बिल्कुल नहीं है जिससे रात्रि में लालटेन से ही प्रसव कराया जाता है।

**प्रोत्साहन राशि**— प्रसव में 350/— टीकाकरण में 150/— पल्स पोलियो में 225/— नसबन्दी में महिला में 150/— पुरुष में 200/— **ANC** एवं **PNC**. चेक अप ममें 150/— रुपये मिलता है। प्रेरक राशि का पैसा समय पर मिल जाता है तथा जन्मनी सुरक्षा की राशि भी सभी महिलाओं को समय से मिल जाती है।

**नई आशा का नाम** – श्रीमती राजकुमारी सिंह/रामकरण है। इनकी योग्यता 10वीं तक है। इनका चयन ग्राम सभा द्वारा किया गया है। इन्हें एक बार प्रशिक्षण जनवरी 2010 में 7 दिन का मिला है। इन्होंने बताया कि प्रशिक्षण में धात्री महिला, प्रसव, गर्भवती जांच, साफ-सफाई, टीकाकरण की जानकारी दी गई। इन्हें दवाई किट नहीं मिला है। ये पुरानी आशा के साथ रहकर अपने काम का अनुभव बढ़ा रहीं हैं तथा आपस में एक-दूसरे का सहयोग कर रही हैं।

## आंगनवाड़ी-5

### ग्राम उड़ैसा (लेदरीपार), ग्राम पंचायत उड़ैसा, विकास खण्ड सीधी

**आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम** – श्रीमती पार्वती सिंह है। जो वर्ष 2007 से कार्यरत हैं। इनकी शैक्षणिक योग्यता 12वीं है। आंगनवाड़ी भवन निर्मित हो चुका है किन्तु अभी उद्घाटन नहीं हुआ है इस बजह से अभी केन्द्र ग्राम उड़ैसा (लेदरी पार) में कच्चे भवन में संचालित होता है।

**सप्ताहवार मीनू** – आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ने 3 से 6 वर्ष के बच्चों को सप्ताह भर का मीनू बताया जैसे सोमवार को सब्जी-रोटी, मंगलवार को खीर-पूड़ी, बुद्धवार को दाल-रोटी, गुरुवार को दाल-चावल, शुकवार को दाल-रोटी, शनिवार को सब्जी-रोटी केन्द्र में बनाकर बच्चों को खिलाया जाता है।

**उपलब्ध सामग्री** – केन्द्र में टाट पट्टी, कुर्सी, टेबल, बजन मशीन, बृद्धि चार्ट, आयरन की गोली, पोषण आहार, उपलब्ध रहता है।

**पंजीयन रजिस्टर** –सर्वे रजिस्टर, 0 से 5 वर्ष तक के बच्चों का पंजीयन रजिस्टर, गर्भवती पंजीयन रजिस्टर, किशोरी रजिस्टर, है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को आयरन की गोलियाँ स्वास्थ्य वर्कर दे जाते हैं।

**केन्द्र में दर्ज बच्चों की संख्या** – केन्द्र में कुल चिन्हित 108 बच्चे दर्ज हैं जिनमें से प्रतिदिन 20 बच्चे आते हैं। 0 से 3 वर्ष के बच्चे जो केन्द्र में नहीं आ सकते हैं उनकी माँ को 600 ग्राम अतिरिक्त पोषण आहार का 1 पैकेट एक सप्ताह के लिए घर में हलुआ बनाकर खिलाने के लिए दिया जाता है। साथ ही गर्भवती महिलाओं को भी 750 ग्राम अतिरिक्त पोषण आहार का एक पैकेट एक सप्ताह के लिए दिया जाता है।

**केन्द्र में कुपोषित बच्चों की संख्या** – केन्द्र में कुल 4 बच्चों कुपोषित है जिनमें से 3 ठीक हो चुके हैं और एक बच्चा ठी होने की स्थिति में है। प्रशिक्षण 7 दिन का और 1 माह का सीधी में मिला है। जिसमें बृद्धि चार्ट का 7 दिन का प्रशिक्षण फिर से दिया जाएगा।

कार्यक्रम (मंगल दिवस) –

टेबल-30

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

(1)

➤ **शीर्षक** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा।

➤ **प्रस्तावना** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आधारित स्वास्थ्य व्यवस्था की शुरुआत विगत कुछ वर्ष पूर्व राज्य में स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने हेतु की गई। शुरुआत में डॉक्टरों द्वारा इसका विरोध किया गया। लेकिन स्वास्थ्य की स्थिति में आवश्यक सुधार लाने, ग्रामीण और पहुँच विहीन क्षेत्रों एवं गरीब तबके के लोगों, खाशकर महिलाओं और बच्चों तक स्वास्थ्य सुविधाएँ पहुँचाने के लिए समुदाय आधारित स्वास्थ्य की कल्पना की गई। ताकि ग्रामीण क्षेत्रों में हो रही मातृ मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर को कम किया जा सके।

कुछ अध्ययन और आंकड़ों से यह स्पष्ट हुआ कि स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने के साथ-साथ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता सामाजिक परिवर्तन लाने में भी कारगर साबित हो सकते हैं। इसी तारतम्य में आशा को सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता बनाया गया। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा की भूमिका और उसकी जबाबदेही को समझ पाना, आशा और समुदाय दोनों के लिए जरूरी था, क्योंकि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को तथा उनके प्रयासों को समुदाय की ओर से स्वीकार कर पाना आसान नहीं है। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को सामाजिक व्यवस्था में शामिल प्रतिरोधों का सामना भी करना पड़ता है। सामाजिक भ्रान्तियों के कारण स्वास्थ्य कार्यकर्ता कभी-कभी अपनी महती भूमिका निभाने में पीछे हो जाते हैं।

आशा वैसे भी समुदाय की एक साधारण महिला है जो कभी गांव से बाहर सामाजिक कार्यों का हिस्सा नहीं रही है। इसलिए उसे अपने आप को समझने और समुदाय को अपने काम से जोड़ने के लिए आवश्यक जानकारी, प्रशिक्षण, सहयोग एवं सलाह की आवश्यकता होगी।

सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता जो उसी समुदाय की महिला है, स्थानीय है, भाषा की दिक्कत नहीं है, उसकी अपनी व्यवहारिक जान-पहचान है, किन्तु पूरे समाज को दिशा देना, समुदाय के बीच अपनी बात रखना इन दोनों कामों में बहुत बड़ा फर्क है। इसलिए सामाजिक कार्यकर्ता को बेहतर स्वास्थ्य के लिए समुदाय से जोड़कर उनकी आवश्यकता के अनुसार प्रशिक्षण तथा कौशल बढ़ाने का सक्रिय प्रयास करना जिससे वो समुदाय के बीच आने वाली हर रुकावटों, प्रतिरोधों का सामना करते हुये आगे बढ़ सके और एक अच्छा, स्वस्थ और आदर्शपूर्ण वातावरण निर्मित कर सके।

➤ **चयन प्रक्रिया** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा का चयन किया गया है। आशा समुदाय की ही एक महिला है, जो घरेलू काम-काज से समय निकालकर सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल में भी अपना समय दे सके। कहने के लिए तो आशा को समुदाय ने ग्राम सभा में ही चुना है, जो प्राथमिक स्वास्थ्य हेतु समुदाय आधारित स्वास्थ्य कार्यों में ठीक से रुचि लेकर काम कर सकें। वास्तविक रूप में यदि देखा जाए तो आशा का चयन न तो ग्राम सभा में हुआ है और न ही समुदाय द्वारा। अगर आशा को समुदाय द्वारा प्रस्तावित किया जाता तो समुदाय को भी आशा के बारे में मालूम होता और उसे समुदाय द्वारा ज्यादा महत्व दिया जाता। लेकिन आशा का चयन स्वास्थ्य तंत्र के माध्यम से सरपंच और सचिव को सूचित करके आवेदन मंगा लिया गया।

ग्राम पंचायत द्वारा औपचारिक रूप से ग्राम सभा के माध्यम से स्वयं अपने ही निर्णय से गांव की किसी भी महिला को आशा के लिए आवेदन दे दिया गया। आशा, जिसका आवेदन ग्राम सभा में दिया गया है, इस बात की जानकारी उसको भी नहीं हुई कि मैंने ग्राम सभा में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा के लिए आवेदन दिया है। आशा से जब इस संबंध में जानकारी ली गई तो आशा ने बताया कि किस प्रक्रिया से मैं आशा बन गई हूँ यह मुझे नहीं मालूम। जब हमें प्रशिक्षण के लिए बुलाया गया तब मालूम हुआ कि मैं एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में आशा बन गई हूँ।

सीधी ब्लॉक में आशाओं का चयन ग्रामवार एवं ऑगनवाड़ी की संख्या के आधार पर किया गया है। नई आशाओं का चयन वर्ष 2009 में इसी प्रक्रिया के तहत किया गया है।

➤ **समुदाय और कार्यकर्ता के बीच संबंध और जवाबदेही** – चयन प्रक्रिया से लेकर अभी तक आशा केवल व्यवस्था के ऊपर आश्रित होकर रह गई है। आशा यह मानती है कि हमें व्यवस्था ने बनाया है और हम व्यवस्था के लिए ही जिम्मेदार हैं। आशा स्वतंत्र नहीं बल्कि सीमित हो गई है और उन दायरों में उलझी हुई है जहाँ केवल अपना अधिकतम समय देती चली जा रही है। आशा के लिए केन्द्र बिन्दु उसका अपना समुदाय है, जिसके लिए वह जवाबदेह है। वह उसी समुदाय की बहू भी है पत्नी भी है और एक साधारण महिला भी है। जिसे सामाजिक और पारिवारिक बंधनों से गुजर कर अपने परिवार व बच्चों की देखभाल तथा घर-गृहस्थी के संपूर्ण कार्य करने के बाद उसे समुदाय के लिए समय निकालकर समुदाय के स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान देना है। यह कार्य वह आसानी से कर सकती है और समुदाय के बीच अच्छे रिश्ते और संबंध स्थापित कर सकती है। किन्तु जब वह किसी तरह समय निकालती है तो व्यवस्था के उसूलों में उलझ कर रह जाती है। इसके लिए आशा को सतत प्रशिक्षण की आवश्यकता है।

आशा कौन है, क्या है और किसलिए है उसके लिए यह समझना बहुत जरूरी है। जब तक आशा के अन्दर उसके काम के लिए स्वयं निर्णय लेने का कौशल नहीं बढ़ेगा तब तक शायद वह स्वास्थ्य तंत्र द्वारा चलाए जा रहे विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों तक ही सीमित रह जाएगी। आशा को सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की दृष्टि से समुदाय में अपनी पहचान बनाने के लिए गांव की तमाम जानकारी रखनी होगी, समुदाय के बीच उसे सुख-दुख में भागीदार बनना होगा, उसे समुदाय को भी बताना होगा कि मैं कौन हूँ और आपके बीच मेरी जबाबदेही क्या है। यह तभी संभव होगा जब आशा स्वयं को पहचानेगी और स्वयं अपने काम करने के तरीकों में बदलाव लाएगी तथा खुद निर्णय लेने में सक्षम होगी। आशा समुदाय और व्यवस्था के बीच की कड़ी है, जिसे प्राथमिकता के तौर पर अपने काम को समझने की जरूरत है। आशा व्यवस्था के प्रति जिम्मेदार नहीं बल्कि व्यवस्था ही आशा के प्रति जिम्मेदार होगा जब आशा समुदाय की कड़ी बनकर काम करेगी और समुदाय के हित में आवश्यक पहल करेगी।

यहाँ पर जो कल्पना की गई है सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की उसके अनुरूप कार्य और व्यवहार में स्थानीय स्तर पर जमीनी हकीकत में फर्क है। आशा अभी केवल स्वास्थ्य कार्यक्रमों द्वारा मिलने वाली प्रेरक राशि के कार्यों में ही समुदाय के बीच अपना संबंध स्थापित कर पाई हैं जैसे नसबन्दी कार्यक्रम, पल्स पोलियो, टीकाकरण, जननी सुरक्षा के तहत संस्थागत प्रसव, गर्भवती महिला की जांच आदि। क्योंकि इन कार्यों से आशा को कुछ प्रोत्साहन राशि मिल जाती है किन्तु यह उसके लिए पूर्ण नहीं है। इन्हीं कार्यक्रमों के जरिये आशा की पहचान गांव में है किन्तु समुदाय के बीच आशा के संबंध इतने प्रगाढ़ और मजबूत नहीं हैं कि समुदाय विश्वास के साथ अपना मत दे सकें।

अतः समुदाय और आशा दोनों के बीच आपसी समझ बनाने की जरूरत है ताकि समुदाय आशा को ठीक से पहचान सके। आशा पहली बार घर से बाहर निकलकर प्रशिक्षण से कुछ सीखी है और कुछ पढ़ी लिखी भी है इसलिए उसकी कुशलताओं को सामाजिक कार्यकर्ता के रूप में बढ़ाया जा सकता है।

- **प्रशिक्षण** – समुदाय की ऐसी महिला जो 8वीं से 10वीं तक पढ़ी हैं। उन्हें सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा के रूप में प्रशिक्षण दिया गया है। इन्हें आशा के 4 माड्यूल तक का प्रशिक्षण दिया गया है। वर्ष 2006 से लेकर अभी तक आशा को 2 चरणों में प्रशिक्षण दिया गया है। प्रथम चरण में 7 दिन का और द्वितीय चरण में 4 दिन का प्रशिक्षण ब्लॉक मुख्यालय सेमरिया में किया गया है। प्रशिक्षण में आशाओं के आवास एवं भोजन की व्यवस्था थी। आशा को अभी तक जितना प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए था, आपेक्षित प्रशिक्षण नहीं मिल पाया है। इसलिए आशा की सक्रियता, कौशल विकास, समझ एवं जबाबदेही पूर्ण रूप से विकसित नहीं हो पाई है। आशा को सामुदायीकरण की भूमिका को लेकर



ज्यादा सक्रिय करने की जरूरत है जिससे समुदाय और आशा के बीच आपसी समझ विकसित होगी और वो आशा के रूप में स्वास्थ्य हित में आशा की महती भूमिका निभा पाएगी। सीधी जिले के सी.एच. सी. सेमरिया अन्तर्गत चौफाल सेक्टर के 5 गांवों में नई आशाओं को प्रथम चरण में 7 दिन का प्रशिक्षण दिया जा चुका है। पूरे जिले में आशाओं को फॉलोअप प्रशिक्षण नहीं दिया गया है।

➤ **किन परिस्थितियों में कार्यकर्ता की सफलता** – सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सफलताएँ तभी संभव होंगी जब उन्हें उनकी जरूरतों के अनुसार आवश्यक प्रशिक्षण, जानकारी, अवसर समुदाय के बीच आपसी संबंध एवं विश्वास, स्वयं की समझ और जबाबदेही सुनिश्चित होगी। इसे 2 बिन्दुओं में देखा जा सकता है। पहला बिन्दु है आन्तरिक कारण और दूसरा बिन्दु बाहरी कारण। अगर किसी स्वास्थ्य कार्यकर्ता को आन्तरिक सहयोग जैसे –परिवार, समुदाय, स्थानीय परम्पराएँ, लोक रीतियाँ, सांस्कृतिक व्यवहार तथा उसका उपना स्वयं का कौशल विकास इन सभी को दृष्टिगत करते हुये देखा जाए तो सामुदायिक कार्यों में बहुत ही कम लोगों को सफलताएँ मिल पाती हैं। क्योंकि इनके पीछे बहुत सारी विभिन्नताएँ और तकलीफें सामने आती हैं जो आशा के लिए मुसीबतों का जड़ होती हैं। इसी तरह बाहरी पक्ष को भी हम देखें तो उसमें – शिक्षा, आर्थिक स्थिति, लोकाचार, राजनैतिक दबाव, अवसरों की अनुपलब्धता, सामाजिक मतभेद, आदि शामिल हैं। जो चारों ओर से रूकावटें पैदा करती हैं। इन रूकावटों को तोड़कर जो अपने स्व विवके से समुदाय में मजबूती के साथ उतरता है, वही सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में सफल हो सकता है। अभी कार्यक्षेत्र में ऐसी संघर्षपूर्ण स्थिति देखने में नहीं आई है। सभी के साथ अपनी अलग-अलग समस्याएँ और कठिनाइयों हैं। जननी सुरक्षा के चलते प्रेरक और प्रोत्साहन राशि मिलने के कारण संस्थागत प्रसव को बढ़ावा दिया गया है, किन्तु सुरक्षित प्रसव की जो कल्पना है वो साकार नहीं हो रही है।

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

डैबिट बर्नर ने कहा है कि एक प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मी/डॉक्टर उस समुदाय का बाहरी व्यक्ति है और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता उसी समुदाय का भाग है और कठिन स्वास्थ्य परिस्थितियों में उसे डॉक्टर की अपेक्षा अधिक समय अपने समुदाय के साथ बिताना है। अतः समुदाय का दबाव और उसके प्रति जबाबदेही उसे डॉक्टर से अधिक झेलनी होती है। यह परिस्थितियाँ उसके निर्णय लेने की क्षमता को प्रभावित करती है और उसकी कुशलताओं को सीमित करती है।

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

- **सारांस** – ग्रामीण क्षेत्रों में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को लेकर बेहतर स्वास्थ्य की जो कल्पना की गई है वह पूरी तरह से परिलक्षित नहीं हो पा रही है। क्योंकि आवागमन की सुविधा न होने के कारण एवं स्वास्थ्य तंत्र में भौतिक संसाधनों एवं मानव संसाधनों की कमी होने के कारण स्वास्थ्य स्थितियों में कोई विशेष परिवर्तन नहीं हुआ है। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के साथ भी इसी तरह की दिक्कतें हैं न तो उन्हें समय पर जानकारी और प्रशिक्षण मिलता है और न ही आवश्यक दवाईयों के किट उपलब्ध कराये जाते हैं। पहुँच विहीन क्षेत्रों में आज भी पुरानी मान्यताओं के आधार पर ही प्रसव आदि गांव की सामान्य अप्रशिक्षित महिलाओं द्वारा किये जाते हैं।

जिस कल्पना के साथ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को लाया गया है कि वह समुदाय से निकलकर समुदाय के प्रति कार्य करने में अपनी महती भूमिका निभा सके। किन्तु ऐसा नहीं हो रहा है। उसे व्यवस्था के द्वारा ऐसा बना दिया गया है कि वह सिर्फ स्वास्थ्य कार्यक्रमों तक ही अपने आप को देख रही है। समुदाय के लिए अपनी निरन्तर सेवा नहीं दे पा रही है। आशाओं में कार्य करने की इच्छा शक्ति प्रबल है किन्तु सामाजिक परम्पराओं एवं रूढ़िवादिता के चलते अभी भी वह अपने लक्ष्य तक पहुँचने में कारगर साबित नहीं हो पा रही है।

जिस परिपेक्ष्य में आशा का चयन गांव आधारित समुदाय के द्वारा ग्राम सभा से होना चाहिए वो एक कल्पना मात्र कागज की खानापूर्ति बनकर रह गई है। साथ ही प्रशिक्षण के माध्यम से उनकी क्षमता का जितना विकास होना चाहिए वो भी अभी स्पष्ट रूप से उनके कार्यों को नहीं दर्शा रहा है। जहाँ तक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता और समुदाय के संबंधों की बात है, उसमें अभी समुदाय और आशा दोनों के बीच आपसी समझ नहीं बन पाई है क्योंकि चयन प्रक्रिया से लेकर अभी तक सिर्फ व्यवस्था ही आशा और समुदाय के बीच एक पहचान बनकर रह गई।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा द्वारा ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में मिलने वाली राशि की जानकारी गांव में दी जाती है, किन्तु सभी आशाओं को इसकी जानकारी नहीं है।

(2)

## सामुदायिक प्रक्रिया पर एक टिप्पणी

- **सामुदायिक प्रक्रिया क्या है ?**

➤ समुदाय का, समुदाय के लिए, समुदाय द्वारा किया गया सामाजिक प्रयास अथवा हस्तक्षेप सामाजिक प्रक्रिया है। अर्थात् सामुदायिक प्रक्रिया में समुदाय की सहभागिता, साझेदारी, समन्वय, निगरानी और नियंत्रण शामिल हो और सरकार द्वारा प्राप्त सुविधाओं का उपयोग अपने हक या अधिकार के अनुसार सामाजिक, राजनैतिक, व्यावहारिक दृष्टिकोण से नैतिक जिम्मेदारी और सामूहिक जवाबदेही के साथ निःस्वार्थ भावना से लोगों के हितों में किया जाने वाला सामूहिक कार्य सामुदायिक प्रक्रिया है।

- **सामुदायिक प्रक्रिया क्यों है ?**

➤ सामुदायिक प्रक्रिया एक सामाजिक और व्यावहारिक प्रयास है, जिसके द्वारा समुदाय को योजना और गतिविधि के बारे में जानने और समझने का अवसर मिलता है। सामुदायिक प्रक्रिया द्वारा कार्यकताओं को समाज में समुदाय के साथ समन्वय स्थापित करने और समता की भावना विकसित करने का अवसर मिलता है, जिससे समाज और समुदाय के बीच परस्पर सहयोग और अपनेपन की भावना पैदा होती है। इस प्रक्रिया से लोगों की सोच और उनके व्यवहार में बदलाव लाने के लिए उनकी अच्छी और बुरी आदतों की पहचान कर उन्हें सही रास्ते पर लाने हेतु सामुदायिक प्रक्रिया की जाती है। जिससे उनके अन्दर आत्मविश्वास और स्वप्रेरणा की भावना तथा नेतृत्व क्षमता का विकास होता है।

- **सामुदायिक प्रक्रिया कहाँ की जाती है और इसमें कौन भागीदार होता है ?**

➤ सामुदायिक प्रक्रिया समुदाय स्तर पर की जाती है। ऐसे स्थान पर जहाँ पर ज्यादा संख्या में सभी वर्ग के लोगों की पहुँच हो। समुदाय में रहने वाले ऐसे लोग जिनके लिए गतिविधि चलाई जा रही है। जिन्हें सामुदायिक प्रक्रिया में शामिल किया गया है तथा जिन्हें इसकी जानकारी है। लक्षित समूह जिसके लिए कार्यक्रम चलाया गया हो।

## ● सामुदायिक प्रक्रिया कब की जाती है ?

- सामुदायिक प्रक्रिया ऐसे समय पर की जाती है जब लोगों के पास समय हो, लोगों की राय के अनुसार। इस प्रक्रिया में लोगों का समय स्थान समुदाय में ही सुनिश्चित किया जाता है, जिससे लोग अपनी रुचि के साथ बराबर की सहभागिता निभाते हैं। अगर सब कुछ हम तय कर लें और लोगों को सहभागी बनाने की अपेक्षा करें तो शायद हम फेल हो जाएंगे और समुदाय तक प्रभावी रूप से अपनी बात नहीं पहुँचा पाएंगे।

## ● सामुदायिक प्रक्रिया कैसे की जाती है ?

- सामुदायिक प्रक्रिया प्रारंभ करने के लिए सबसे पहले लोगों के बीच अपनी खुद की पहचान बनाना। लोगों के बीच रहकर उनकी भाषा, संस्कृति और परम्पराओं को सीखना। समुदाय की समस्याओं को जानना और उन्हें हल करने का एक माध्यम बनना। समुदाय के बीच कठिनाइयों और चुनौतियों को स्वीकार करते हुये अपना विश्वास स्थापित करना और उनके बीच एक कड़ी के रूप में जुड़े रहना। सूचनाओं का आदान-प्रदान करना। ' सामुदायिक प्रक्रिया को अपनाकर प्रशासनिक पद्धतियों को समुदाय में उतारने के लिए स्वयं सक्षम होना और खुद करके दिखाना तथा समुदाय को प्रशासन व्यवस्था से जोड़ना। समुदाय के बीच लोगों की मर्यादाओं का ध्यान रखते हुये कोई भी कदम बढ़ाना, ऐसा न हो कि हमारी बातों या हमारे व्यवहार से उनको ठेस पहुँचे। लोगों के साथ छोटे-छोटे समूहों में बैठक करना, धीरे-धीरे सभी को जोड़ने का प्रयास करना और समुदाय के हर वर्ग के संबंध में बात-चीत करना और समुदाय स्तर पर ही एक-दूसरे के उदाहरणों से उन्हें समझाने का प्रयास करना। जब लोगों का भरोसा और सहभागिता हो तब सामुदायिक प्रक्रिया को आगे बढ़ाया जा सकता है। जिससे लोग खुद प्रयास करेंगे, खुद समस्या का हल ढूँढेंगे, खुद विकल्प चुनेंगे और विकल्प बनेंगे भी।

उदाहरण के लिए समुदाय में सकारात्मक बदलाव लाने तथा उनके व्यवहार में परिवर्तन लाने हेतु सामुदायिक प्रक्रिया द्वारा 'पाजिटिव डेविएशन हर्थ' किया गया। इसके संदर्भ में यदि देखा जाए तो इसमें पूरी की पूरी सामुदायिक प्रक्रिया निभाई गई। जिसके तहत समुदाय में व्यवहार परिवर्तन के लिए लोगों के अन्दर खाशतौर पर बच्चों का पालन-पोषण करने वाली माताओं के बीच अच्छी और बुरी आदतों की पहचान कर सकारात्मक ढंग से उनमें अच्छी आदतों के विकास के लिए उनके साथ मिलकर उनके ही उदाहरणों को उनके बीच रखते हुये उन्हें इस हेतु प्रेरित

करना, प्रशिक्षित करना, उनके साथ गांव की जानकारियाँ जुटाना, बैठने हेतु समय और स्थल का चयन करना, उन्हें उनके समयानुसार बैठाना और उन्हें बच्चों के लिए भोजन बनाने और उन्हें खिलाने के तरीकों को सिखाना। इस प्रक्रिया में स्थानीय संसाधनों और सामुदायिक प्रक्रिया में भागीदार महिलाओं द्वारा ही भोजन सामग्री जुटाना और उन्ही के द्वारा तैयार करवाने की प्रक्रिया की गई। यह प्रक्रिया पूरे 12 दिन के लिए है, जिसके द्वारा महिलाएँ स्वयं समय निकालकर अपनी पूरी भागीदारी के साथ इसका हिस्सा बनती हैं। साथ ही इस प्रक्रिया का प्रभाव जानने के लिए उनके घर जाना और फालोअप करना। यह देखना कि सामूहिक प्रक्रिया द्वारा किया गया प्रयास कितना कारगर हुआ।

### ● सामुदायिक प्रक्रिया से क्या असर होता है ?

➤ समुदाय की समझ बनती है, उन्हें सीखने का अवसर मिलता है, की गई गतिविधि समुदाय के बीच आपस में चर्चा का विषय बनता है। इच्छाशक्ति, उत्साह, लगन और सीखने की प्रवृत्ति बढ़ती है, नवाचार आता है। लोगों के अनुभव निकलकर सामने आते हैं, उनके अनुभवों का फालोअप होता है, जिससे उन्हें अपनापन सा लगता है। समुदाय के लोग काम करने वाले को अपना अभिन्न अंग समझने लगते हैं। सूचनाओं का बराबर आदान-प्रदान होने लगता है। समुदाय द्वारा समस्याओं पर समझ बनती है और उसके निराकरण के लिए आपस में बैठकर प्रयास करते हैं। सरकार द्वारा चलाई जा रही गतिविधियों में उनकी भागीदारी बढ़ती है, उनका सहयोग मिलता है जिससे काम करने में आसानी होती है।

### ● सामुदायिक प्रक्रिया में वर्तमान अनुभव क्या हैं ?

➤ वर्तमान में जमीनी स्तर पर यदि देखा जाए तो सामुदायिक प्रक्रिया की कल्पना एक कोरी कल्पना नजर आती है। उदाहरण के लिए एन.आर.एच.एम. में सामुदायीकरण की प्रक्रिया में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति तथा आशा का चयन समुदाय स्तर पर किया गया है। इनके क्षमता विकास के लिए गुणवत्तापूर्ण प्रशिक्षणों का आयोजन समय-समय पर होना चाहिए किन्तु अभी कहीं ऐसा देखने को नहीं मिल रहा है। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के चयन प्रक्रिया में भी बहुत भ्रन्तियाँ हैं। अभी तक लोगों को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति और आशा के बारे में सही जानकारी नहीं हो पाई है। साथ ही आशा और ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति के सदस्यों

को भी यह नहीं मालूम है कि हम कौन हैं, हमारी समुदाय के बीच भूमिका क्या है तथा हमें क्या करना चाहिए ? इसलिए सामुदायिक प्रांकेया की कड़ी अभी बहुत कमजोर है, जिसमें समुदाय और सामुदायीकरण में भागीदार अंग दोनों ओर से शिथिल नजर आते हैं। इसी प्रकार आंगनवाड़ी को भी लोगों ने सरकारी व्यवस्था का हिस्सा मान लिया है जिसके लिए समुदाय की अपनी ओर से पहुँच नहीं हो पा रही है। व्यवस्था और समुदाय दोनों के बीच विरोधाभाष की स्थिति बनी हुई है। इसलिए ये दोनों अलग-थलग नजर आते हैं और कही भी सामुदायिक प्रक्रिया नजर नहीं आती।

### • सामुदायिक प्रक्रिया में कमियाँ क्या हैं ?

- सामुदायिक प्रक्रिया में भागीदार सेवा प्रदाताओं/कार्यकताओं की समझ सामुदायिक कार्यों में नहीं है। जो भी सरकारी कार्यक्रमों का संचालन करने वाले अंग हैं वो महज एक सरकारी हिस्सा बन चुके हैं। उनका ध्यान समुदाय की ओर जाता ही नहीं है कि वो किसके लिए है। कार्यक्रम जो चलाया जा रहा है वो किसके लिए है, उनकी भूमिका किनके बीच होनी चाहिए। इन बाधाओं के कारण समुदाय भी उन्हें सरकारी ढांचा के अनुरूप ही देखता है। समुदाय की भी अभी तक यह समझ नहीं बन पाई है कि हमारी भागीदारी किनके बीच किण तरह से, कितनी और क्यों होनी चाहिए। सामुदायिक कार्यक्रमों की संचालन प्रक्रिया में अगर समुदाय को शामिल किया जाता और उन्हें इस हेतु प्रेरित किया जाता तथा उन्हें सामुदायिक प्रक्रिया में भागीदार बनने का अवसर दिया जाता तो निश्चित रूप से समुदाय की सहभागिता और उनकी भागीदारी बढ़ती और उसका लाभ भी समुदाय को मिलता, जिसे वो अपना समझते और अपने व्यवहार में लाते। जैसा कि पी. डी. हर्थ में समुदाय को साथ लिया गया और उन्हीं के सहयोग से पूरी प्रक्रिया चलाई गई जिसे समुदाय ने समझा और यह प्रक्रिया क्यों चलाई जा रही है, उसका असर क्या होगा, इसको समझने में उन्हें आसानी हुई। क्योंकि यह पूरी प्रक्रिया समुदाय ने स्वयं अपनी जिम्मेदारी और सहभागिता से किया इसमें कही भी सरकार का या खर्च का कोई रोल ही नहीं था। सारे संसाधन स्थानीय स्तर पर समुदाय द्वारा ही जुटाये गये। इस प्रक्रिया में समुदाय का उत्साह भी देखने को मिला।

- 1 **पृष्ठभूमि** — कृषि प्रधान देश में आजादी के 64 वर्ष बाद भी अगर देखें तो आज भी गांव में बसने वाले अधिकांश आदिवासी क्षेत्रों में भोजन की भरपाई नहीं हो पा रही है। कारण यह है कि लोगों के पास खेती करने के लिए जमीन तो है लेकिन उत्पादन बहुत कम मिलता है क्योंकि सिंचाई के साधन विकसित नहीं है, जमीन समतल नहीं है, प्राकृतिक संसाधन भी उपलब्ध नहीं है तथा वर्षा जल का भी अभाव है। आज से 20 साल पहले की अगर हम बात करें तो लोगों की आजीविका महुआ, तेंदूपत्ता, चार-चिराजी, एवं वर्षा आधारित एक फसलीय खेती जिसमें सिर्फ कोदो, कुटकी, मक्का एवं धान से होता था,। फिर भी लोगों का स्वास्थ्य आज से बेहतर था क्योंकि वारिस खूब होती थी पर्याप्त जंगल था आर लोगों के पास पशुधन के रूप में गाय एवं भैंस पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध थे। उस समय दूध ओर घी का इस्तेमाल घर पर ही खाने में किया जाता था। लेकिन आज यह परम्परा लगभग गांव में समाप्त हो चुकी है। जिससे आज के बच्चों को दूध तो खाने में मिलता ही नहीं है। पी. आर.ए. के दौरान यह पाया गया कि जिनके यहाँ 15 भैंसे थी उनके यहाँ आज एक भी नहीं है। आज लोगों के सामने भोजन की समस्या मुंह बाए खड़ी है। भोजन के अभाव में उन्हें रोजगार की तलाश होती है, जो गांव में उपलब्ध नहीं है। रोजगार के लिए उन्हें गांव से शहर तक दर-दर भटकना पड़ता है और अपनी आजीविका चलाने के लिए गांव के 80 प्रतिशत लोग अपना परिवार छोड़कर शहरों की ओर पलायन कर जाते हैं। जिसका जबरदस्त असर उनके बच्चों के स्वास्थ्य एवं शिक्षा पर पड़ता है। गांव में जो महिलाएँ बचती हैं वो अपने बच्चों की परवरिश के लिए तथा इलाज के लिए सेठ साहूकारों से कर्ज लेती हैं। जब पलायन से 4 माह बाद लौटकर आना होता है तो जो कमाई होती है उसी से कर्ज पटाया जाता है। इन स्थितियों को देखते हुये बच्चों में व्याप्त कुपोषण को गंभीरता से देखने का प्रयास किया गया।
- 2 **प्रस्तावना** — सीधी जिले के सीधी विकास खण्ड के ग्राम बड़ेरा में 0 से 5 वर्ष के बच्चों में कुपोषण की स्थिति का अध्ययन किया गया है, अध्ययन हेतु सबसे पहले गांव की समस्याओं को देखा गया। साथ ही उपलब्ध संसाधनों की जानकारी ली गई। जिसमें मुख्य रूप से बच्चों के खान-पान एवं उनकी देख-भाल, टीकाकरण, स्वच्छता, घर में होने वाली प्रसव की स्थिति, सुरक्षित प्रसव, आंगनवाड़ी की स्थिति एवं बच्चों का बजन, स्तनपान एवं तुरन्त स्तनपान विषय पर जानकारी ली गई। इसके लिए पी.आर.ए. पी.डी.हर्थ एवं फोकस ग्रुप डिस्कसन आंगनवाड़ी केन्द्र, ए.एन.एम. एवं माताओं से चर्चा की गई। पी.आर.ए. के दौरान गांव का सामाजिक एवं संसाधन मैप के जरिये वहाँ उपलब्ध संसाधन देखे गये जिससे निकलकर आया कि गांव में 2 आंगनवाड़ी केन्द्र हैं, तथा टोलों तक पहुँच मार्ग नहीं है। गांव से 2 कि.मी. दूर उपस्वास्थ्य केन्द्र है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गांव से 10 कि.मी. की दूरी पर करवाही में है जो कि पहाड़ी के उपर पंचायत भवन में संचालित की जाती है जिसमें स्वास्थ्य व्यवस्था बहुत कमजोर है। जिला चिकित्सालय 38 कि.मी. की दूरी पर है। जहाँ जाने के लिए एक ही बस

चलती है। गांव में मुख्य रूप से अ.जा. एवं जनजातियों में गोंड़, कोल, साकेत, अगरिया एवं कुम्हार जाति के लोग हैं। जो अगल-अलग मजरो-टोलों में रहते हैं। बड़ेरा ग्राम में कुल घरों की संख्या 127 है, कुल जनसंख्या 643 है जिनमें महिला 295, पुरुष 348 तथा बच्चों की संख्या 92 है। इन 92 बच्चों में से 70 बच्चे सामान्य, 13 कुपोषित एवं 06 बच्चे अतिकुपोषित की श्रेणी में हैं। गांव में महिलाओं की शिक्षा का प्रतिशत 37 है। जो कि केवल साक्षर हैं। ;स्रोत – स्वयं द्वारा गांव का अवलोकन, पी.आर.ए., समूह चर्चा, आशा, आंगनवाड़ी, ए.एन.एम. एवं पंचायत के पंच सरपंच एवं सचिवों से बात-चीत करके जानकारी निकाली गई है।

### 3 समस्या पहचान –

- भोजन की कमी
- असुरक्षित प्रसव
- स्तनपान में अनियमितता
- बच्चों के खान-पान व देखभाल में कमी
- टीकाकरण नियमित न होना
- पोषण संबंधी जानकारी का अभाव
- स्वच्छता की कमी।
- स्वच्छ पेय जल का अभाव।

### 4 प्राथमिकीकरण – टेबल-31

	भोजन की कमी	असुरक्षित प्रसव	स्तनपान में अनियमितता	खान-पान एवं देख-भाल में कमी	टीकाकरण नियमित ना होना	पोषण संबंधी जानकारी का अभाव	स्वच्छता की कमी	स्वच्छ पेय जल का अभाव
प्रासंगिकता	2	2	2	3	2	2	2	2
दोहराव	2	2	2	2	2	2	2	2
सुविधा एवं	2	3	3	3	3	3	3	3



उपयोगिता								
राजनैतिक स्वीकार्यता	2	2	1	3	3	2	1	2
सुझाव एवं मान्यता	3	3	3	3	3	3	3	3
तथ्यों की जरूरत	2	2	2	3	2	2	2	2
नैतिक स्वीकार्यता	3	3	3	3	3	3	3	3
कुल -	16	17	16	20	18	17	16	17

टेबल-32

प्रासंगिकता	यह दलितों एवं आदिवासियों की समस्या है। समस्या से सबसे अधिक बच्चे प्रभावित हैं। इस समस्या का समाधान गांव के आदिवासी समुदाय के लोग प्राथमिकता से करना चाहते हैं।
दोहराव	गांव स्तर पर इस प्रकार का अध्ययन नहीं किया गया है, राष्ट्रीय एवं अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर है।
सुविधा एवं उपयोगिता	समस्या के विषय में जाने गये कारण एवं प्रभाव समस्या के समाधान योजना निर्माण एवं ग्रामीणों की कठिनाईयों को भी जानने में उपयोगी होगा।
राजनैतिक स्वीकार्यता	पंचायत स्तर पर इस विषय पर कोई पहल नहीं की जा रही है। अतः इस विषय को जानने व समझने की उत्सुकता पंचायत को है।
सम्भावना	अनुसंधान में लगने वाला समय, धन, संसाधन एवं मार्गदर्शन तथा समुदाय का सहयोग उपलब्ध हो सकेगे।
तथ्यों की जरूरत	महिला एवं बाल विकास विभाग द्वारा कुपोषण पर किये जाने वाले अनुसंधान को आंकड़ों के आधार पर देखा जा सकता है।
नैतिक स्वीकार्यता	लोगों को नैतिक रूप से स्वीकार होगा क्योंकि इस तरह के अनुसंधान से लोगों का कहीं भी किसी प्रकार से नैतिक पतन नहीं होगा तथा लोगों की स्वीकार्यता के अनुसार अनुसंधान पूर्ण किया जा सकेगा।

टेबल-33

	कारक	
	अप्रत्यक्ष	प्रत्यक्ष
कुपोषण	1. खाद्य सुरक्षा	भोजन की कमी
बीमारी	2. अशिक्षा	जानकारी का अभाव/अस्वच्छता
शिक्षा एवं स्वास्थ्य	3. आर्थिक स्थिति	माँ एवं बच्चे के स्वास्थ्य पर असर
परिवार एवं बच्चों की देख-भाल	4. पलायन	कर्ज का बोझ/बीमारी
खर्च का बोझ	5. शुद्ध पेय जल	बीमारी
आमदनी और आजीविका	6. कृषि उत्पादन में कमी	सिंचाई सुविधाओं का अभाव

3 शीर्षक – “छुपी हुई भूख”।

4 लक्ष्य – सीधी विकास खण्ड के 1 गांव में 0 से 5 वर्ष के बच्चों में कुपोषण के कारणों को जानना।

5 सामान्य उद्देश्य – माताओं की स्थिति एवं बच्चों की देख-भाल की जानकारी लेना।

6

7 विशिष्ट उद्देश्य –

1- आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्थिति का आंकलन करना।

2. 0 से 5 वर्ष के सभी बच्चों की संख्या लेना तथा उनका बजन लेना।

3 टीकाकरण की स्थिति को देखना।

4 माताओं से बच्चों की देखभाल एवं स्तनपान के संबंध में चर्चा करना।

5 बच्चों के बीच अन्तराल रखने हेतु अपनाई जाने वाली विधियों को जानना।

6 महिलाओं की ववाहिक स्थिति एवं शक्षणिक स्थिति को जानना।

7 घर में होने वाली प्रसव की स्थिति को जानना।

8 सुरक्षित प्रसव एवं तुरन्त स्तनपान की जानकारी देना।

## आर्टिकल

शीर्षक – “मातृ मृत्यु को कम करने के लिए ए.एन.सी. का महत्व”

### प्रस्तावना –

देश की हर गर्भवती महिला को अच्छे स्वास्थ्य, अच्छे भोजन तथा अपने परिवार व समुदाय के प्रेम व सहारे की आवश्यकता होती है। अनेक महिलाएँ गर्भावस्था में एकदम स्वस्थ महसूस करती हैं और उन्हें कठिन प्रसव भी नहीं होता है। अधिकांश बच्चे स्वस्थ पैदा होते हैं। फिर भी, गर्भावस्था एक महिला के जीवन में मुख्य खतरा भी है, विशेषतः निर्धन देशों में। इनमें से अधिकांश मौतों को मूलभूत देखभाल से रोका जा सकता है। भारत में हर 1 लाख जीवित जन्म पर 407 महिलाओं की गर्भावस्था व प्रसव संबंधी कारणों से मौत हो जाती है। मातृत्व मृत्यु का मतलब है कि प्रसव के दौरान या प्रसव के 42 दिन के भीतर गर्भावस्था संबंधी किसी कारण से माँ की मौत हो जाना [1]। प्रसव के समय प्रसूतियों की किन-किन कारणों से मौतें होती हैं – 1. रक्तस्राव या हेमरेज जो कि जन्म के समय या उसके एकदम बाद होता है। 2. असुरक्षित गर्भपात जिससे संक्रमण तथा स्वच्छ सुविधाओं व प्रक्रियाओं की कमी से विभिन्न प्रकार की जटिलताएँ उत्पन्न हो जाती हैं। 3. रक्त विषाक्तता अर्थात् उच्च रक्तचाप तथा अधिक आयु में गर्भधारण करना तथा सूजन से दौरा पड़ने और मृत्यु का खतरा होता है। 4. अवरुद्ध प्रसव जिसमें गर्भाशय फटने या अत्याधिक थकान के कारण माँ की मौत होती है। 5. प्रसव के बाद संक्रमण के कारण भी प्रायः माँ की मौत हो जाती है। इसके अलावा एनीमिया से पीड़ित महिलाओं में इनमें से किसी भी कारण से मरने की आशंका अधिक होती है। अफ्रीका के उष्ण कटिबंधीय क्षेत्रों में मलेरिया तथा आयरन की कमी एनीमिया का सबसे बड़ा कारण होती है [2]।

विश्व में 15 लाख महिलाएँ हर साल गर्भावस्था से संबंधित कारणों से मर जाती हैं। जटिल समस्याओं को प्रभावी होने से रोककर अधिकांश मौतों को इनमें से कम किया जा सकता है। इनमें से 99 प्रतिशत मौतें विकासशील देशों में होती हैं। अफ्रीका के उप सहारा क्षेत्र में हर 12 में से एक महिला गर्भावस्था संबंधित कारणों से मरती है। कई विकसित देशों की तुलना में एशिया तथा अफ्रीका के सबसे गरीब क्षेत्रों में अपने बच्चे को जन्म देते समय एक माँ के मरने की संभावना 200 गुना अधिक होती है। दुनिया भर में अन्य कई लाख महिलाएँ लम्बी अवधि के लिए जटिलताओं से पीड़ित रहती हैं। जिनमें से कई लाख प्रसव के समय नलिका से पेशाब तथा मल निकलने से पीड़ित रहती हैं। जो उन्हें प्रत्यक्ष रूप से जाति से अलग कर देता है। अफ्रीका के उप-सहारा क्षेत्र में केवल 40 प्रतिशत महिलाओं के प्रसव में कोई सहायिका मौजूद होती है।

इसका दूसरा कारण है जन्म के समय बच्चों की अनावश्यक मौत तथा जन्म के बाद उनको विकलांग होने से रोकना। भारत में हर साल 80 लाख नवजात शिशु मरते हैं या माताएँ मरे हुये शिशुओं को जन्म देती हैं। यही मूल कारण है जिसकी बजह से माताओं की मृत्यु होती है। इन भयावह आंकड़ों से लड़ने के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन ने सुरक्षित मातृत्व पहल की स्थापना की है। इसके तहत गर्भावस्था तथा प्रसव को सुरक्षित बनाने के लिए राष्ट्रीय नीतियों का निर्माण किया जाता है। समुदाय आधारित स्वास्थ्य देखभाल हेतु सुरक्षित मातृत्व पहल के दिशा-निर्देशों को व्यवहार में लाने की महती आवश्यकता है [2]।

प्रदेश में विभिन्न क्षेत्रों के साथ-साथ विभिन्न समुदायों की महिलाओं की स्वास्थ्य की स्थिति भी अलग-अलग है। उदाहरण के लिए 49.2 प्रतिशत आदिवासी महिलाओं का और 39.9 प्रतिशत दलित महिलाओं का बी.एम.आई सामान्य से कम है। मध्यप्रदेश की महिलाओं की जीवन प्रत्यासा केवल 57.5 वर्ष है। इन आंकड़ों से ही स्पष्ट किया जा सकता है कि मध्यप्रदेश में महिलाओं की स्वास्थ्य की क्या स्थिति है। इसके साथ ही प्रदेश में पुरुषों के अनुपात में महिलाएँ कम जिन्दा रहती हैं जबकि जैविक दृष्टि से देखा जाए तो महिलाओं की शारीरिक प्रतिरोधक क्षमता अधिक होने से दुनिया में उनके अधिक समय तक जिन्दा रहने की संभावना रहती है। भारत में पुरुषों की जीवन प्रत्यासा 62.3 है जबकि महिलाओं की 63.9 हैं। दरअसल जीवन प्रत्यासा एक परिणाम है। ऐसी परिस्थितियाँ जिनसे प्रभावित होकर महिलाएँ गुजरती हैं और जिनसे उनका स्वास्थ्य विपरीत रूप से प्रभावित होता है। प्रदेश की मातृ मृत्यु दर 397 प्रति लाख एवं शिशु मृत्यु दर 70 प्रति हजार है जबकि इसी में महिला शिशु मृत्यु दर 93 प्रति हजार है। गर्भवती महिलाओं में खून की कमी 57.9 प्रतिशत है। प्रदेश की 54.3 प्रतिशत महिलाएँ मलेरिया संभावित क्षेत्रों में रहती हैं। मातृत्व स्वास्थ्य के लिए सरकारी नीतियाँ, स्वास्थ्य विभाग की ढांचागत कमियाँ और समाज की सामंती मानसिकता बुनियादी तौर पर जिम्मेदार है, जिनके कारण मातृत्व स्वास्थ्य और प्रसव के दौरान होने वाली मौत को कम करने के लिए प्रसूति देखभाल और उन तक स्वास्थ्य सेवाओं और सुविधाओं की पहुँच नहीं हो पा रही है [3]। सीधी जिले में अपने प्रसव के पूर्व 3 नियमित जॉच कराने वाली महिलायें 78.47 प्रतिशत एवं प्रथम एन्टीनेटल चेक अप 44.26 प्रतिशत की ही होती है [4]।

पूरे मध्यप्रदेश में एन्टीनेटल चेक अप की स्थिति बहुत ही कमजोर है जिस कारण मातृ मृत्यु की अधिकता बनती जा रही है। अभी हाल ही में बड़वानी जिले में प्रसव के दौरान 26 महिलाओं की मौत हुई जिसका सीधा कारण एन्टीनेटल चेक अप का न होना तथा आपातकालीन प्रसूति व्यवस्था उपलब्ध न हो पाना, मानव संसाधनों की कमी विशेषकर स्त्री रोग विशेषज्ञ की आपूर्ति न होना आदि मुख्य कारण पाये गये और 4 से 5 माह के अन्दर 26 महिलाएँ प्रसव पीड़ा से मौत के मुँह में समा गईं, जब अध्ययन रिपोर्ट आई तो पता चला कि अधिकांश महिलाएँ एनीमिक थीं जिनमें खून की कमी पाई गई और प्रसव के दौरान कोई सुविधा नहीं

मिल पाने पर अत्यधिक रक्तस्राव के कारण उनकी मौत हो गई। अतः मातृत्व देखभाल इसलिए जरूरी है क्योंकि गर्भावस्था व बच्चे को जन्म देते समय बड़ी संख्या में माताओं की अनावश्यक मृत्यु तथा प्रसव के बाद होने वाली जटिलताओं को रोका जा सके। प्रसव के समय या बाद में होने वाली माताओं की मृत्यु विकसित देशों में 1 प्रतिशत और विकासशील देशों में 99 प्रतिशत है। जिससे स्पष्ट होता है कि विकासशील देशों में मातृत्व स्वास्थ्य पर विलकुल ध्यान नहीं दिया जाता है और न ही इसके लिए सरकार के पास संसाधनों व सेवाओं की उपलब्धता है [5]। मध्यप्रदेश में प्राथमिक चिकित्सा केन्द्रों से लेकर जिला अस्पतालों और मेडिकल कॉलेज के अस्पतालों तक का ढांचा है लेकिन जनसंख्या के अनुपात में इसकी संख्या काफी कम है सामुदायिक चिकित्सा केन्द्र 561 होना चाहिए लेकिन इनकी संख्या केवल 278 है। प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र 2245 के स्थान पर 1814 है और उप स्वास्थ्य केन्द्र 17506 के बजाय केवल 8834 हैं। लेकिन इनमें भयावह स्थिति यह है कि इन चिकित्सा केन्द्रों में भी व्यवस्थाएँ अमानवीयता की स्थिति तक खराब हैं। वर्ष 2010 में जिला अस्पताल सीधी में एक दलित महिला प्रसव के लिए आई जिसे जिला अस्पताल में भर्ती तो कर लिया गया लेकिन उसे कोई सुविधा नहीं दी गई। स्त्री रोग विशेषज्ञ द्वारा उसका इलाज अस्पताल में पैसे के लालच में किया जा रहा था। उस महिला से स्त्री रोग विशेषज्ञ ने 4000 रुपये प्रारंभ में ही ले लिये थे। उसकी हालत में सुधार न हो पाने की बजह से तीसरे दिन उस महिला से पुनः पैसे की मांग की गई। जब वह पैसा देने में असमर्थ हो गई तब उसे रीवा मेडिकल कॉलेज के लिए रेफर कर दिया गया। उस महिला के पास रीवा जाने के लिए भी पैसा नहीं था और उसकी हालत बहुत बिगड़ चुकी थी। ऐसी आपतकालीन स्थिति में उसे अस्पताल में भी जगह नहीं दिया गया और कहा गया कि तुम्हें जहाँ जाना हो जाओ हम कुछ नहीं कर सकते। ऐसी स्थिति में उसका पिता जो उसके साथ में था वो उसे घर ले जाने लगा जहाँ हजारों की भीड़ में सुबह 10 बजे मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी के कार्यालय के सामने उसका प्रसव हो गया। वो गरीब महिला प्रसव पीड़ा से छटपटा रही थी। प्रसव के बाद बच्चा मर चुका था माँ की हालत बहुत गंभीर थी और उसके साथ उसके परिजनो में से केवल उसका पिता साथ में था। ऐसी अनेक घटनाएँ प्रदेश में होती रहती हैं। इस प्रकार से प्रदेश में रोज 24 महिलाएँ प्रसूति के दौरान अकाल मृत्यु की शिकार होती हैं [3]।

प्रदेश के चिकित्सालयों में सुविधाओं के अभाव के अलावा चिकित्सकों, नर्शों और अन्य कर्मचारियों की जबरदस्त कमी है। मध्यप्रदेश में हर चार में से एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर चिकित्सक और अन्य कर्मचारी नहीं है। और इसका सबसे बुरा असर महिलाओं पर ही पड़ता है। सीधी जिले के ताला, करवाही, खड़ौरा, बरिगवां, भुईमाड़ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में भी यही स्थिति है जिनमें चिकित्सक, नर्श व भवन, पानी तथा बिजली की कोई सुविधा नहीं है। जिसके कारण महिलाएँ संस्थागत प्रसव के लिए अगर जाती भी हैं तो उनकी कोई देखभाल नहीं की जाती। स्वास्थ्य केन्द्रों में जाने पर प्रसूतियों को यह लगता है कि

इससे अच्छा तो हमारे लिए हमारा घर ही है जहाँ पर हमें आस-पड़ोस और परिवार का सहयोग भी मिल जाता है। संस्थागत प्रसव के लिए गरीब महिलाएँ सिर्फ इसलिए जाती हैं कि उनके भरण-पोषण हेतु उन्हें जननी सुरक्षा योजना के तहत राशि उपलब्ध हो जाती है। लक्ष्य आधारित काम अस्पतालों के मानवीय काम को अमानवीय बना रहे हैं। जबकि मातृ मृत्यु को कम करना और संस्थागत प्रसूतियों की संख्या को बढ़ाना राज्य सरकार का उद्देश्य है जिसके चलते प्रदेश के चिकित्सालयों में प्रसव के बाद अति गंभीर अवस्था के बावजूद भी तुरन्त प्रसूता की छुट्टी कर दी जाती है। इस तरह की लक्ष्य आधारित काम करने की तकनीक प्रदेश की महिलाओं की जिंदगी और उनके स्वास्थ्य को सुरक्षित नहीं कर सकती है। वास्तविक तौर पर सरकारी आंकड़ों में उनकी अकाल मृत्यु दर्ज नहीं की जाती है [3]। वर्तमान में यह माना गया और देखा गया कि प्रत्येक वर्ष आधे मिलियन के आस-पास प्रसव के दौरान होने वाली जटिलताओं और बच्चे के जन्म के समय में महिलाओं की मौत हो जाती है। भारत में वर्तमान मातृ मृत्यु दर 301 प्रति लाख जीवित जन्मों पर है। जिनमें से माताओं की प्रसव पूर्व देखभाल, प्रसव के दौरान देखभाल और प्रसव पश्चात देखभाल करना यदि सुनिश्चित कर लिया जाए तो एक बड़ी संख्या में इन मौतों को कम किया जा सकता है। प्रत्येक मरने वाली महिलाओं में से 30 से अधिक महिलाएँ जख्म, संक्रमण, असमर्थता और मौत का शिकार होती हैं। सामान्यतः कमजोर और क्षीण महिलाओं का उपचार नहीं किया जाता, जिनके साथ अपमानजनक और अभद्रतापूर्ण व्यवहार किया जाता है। ऐसे जोखिम स्थिति का परिणाम यह होता है कि महिलाएँ मर जाती हैं और गर्भावस्था से लेकर शिशु जन्म के दौरान उनकी जीवन प्रत्यासा कम हो जाती है, इसलिए जरूरी है कि भारत में मातृ मृत्यु को कम करने के लिए गुणवत्ता, समता और नीतिगत मुद्दों पर ध्यान देना जरूरी है [7]।

मातृत्व सेवा सुविधाओं की पहुँच और उसके वितरण में भिन्नताओं और अन्यायपूर्ण रवैये के विरुद्ध मिलेनियम डवलवमेन्ट गोल 5 के द्वारा वर्ष 1990 और 2015 के बीच में 75% मातृ मृत्यु को कम करने की चुनौती स्वीकार की गई है जिसमें एक बड़े जनसंख्या पर हस्तक्षेप कर उनके परिणाम को समेटने की रणनीति और विकल्पों का सामना प्रायः स्वास्थ्य सुविधाओं की असफलताओं को दिखाना जिससे मौलिक मानव अधिकारों को विद्यमान कर अधिकतम लोगों को मातृ मृत्यु से बचाने के लिए सूचित किया जा सके। विकास में मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति असमतल, अन्यायपूर्ण और पूर्णतः असन्तोषजनक है, संसाधनों का समान वितरण व समतापूर्ण व्यवहार की पूर्णतः कमी है। भारत में मिलेनियम डवलवमेन्ट गोल और मातृत्व सेवा – वर्ष 2015 तक मिलेनियम डवलवमेन्ट के 8 गोल प्राप्त करने का लक्ष्य रखा गया। जिसमें एम.डी.जी. 5 में 1990 और 2015 के बीच मातृत्व स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए 75% मातृ मृत्यु दर में कमी लाने का उद्देश्य रखा गया और भारत के लिए 2015 तक 108 एम.एम.आर. लक्ष्य प्राप्त हेतु रखा गया। एम.डी.जी. गोल 5 में मातृ

मृत्यु को कम करने तथा संस्थागत प्रसव को बढ़ाने और गुणवत्तापूर्ण बनाने की बात की गई है [7]। 15 अक्टूबर 2006 को मध्यप्रदेश में मातृत्व स्वास्थ्य के लिए जननी सहयोगी योजना प्रारम्भ की गई। इस योजना में सुरक्षित प्रसव और शिशु जन्म सेवा को बढ़ाने और बेहतर बनाने हेतु जननी सहयोगी योजना द्वारा बी.पी.एल. परिवार के लिए प्राइवेट सर्विस प्रोवाइडर्स की बात की गई। जननी सहयोगी योजना के तहत एन्टेनेटल अवधि के दौरान 88% गर्भवती महिलाओं को 3 ए.एन.सी. जांच की उपलब्धता कराई गई। 89% गर्भवती महिलाओं को टिटनेस टॉक्साइड का टीका, 82% लोगों को आयरन फोलिक एसिड की गोलियों, 61% गर्भवती जांच के दौरान खतरे की स्थिति में पाई गई [8]। गर्भावस्था के दौरान 3 ए.एन.सी. विजिट किया जाना सुनिश्चित किया गया जिससे अधिक जोखिम वाली महिलाओं पर विशेष ध्यान दिया जा सके। साथ ही महिलाओं के अन्दर प्रसव को भय की स्थिति, चिन्ता और डर को निकालकर उन्हें इस हेतु प्रेरित करना। ए.एन.सी. की प्रथम विजिट 20 सप्ताह में गर्भ की स्थिति जानने हेतु सुनिश्चित है। द्वितीय विजिट 32 सप्ताह में और तीसरी विजिट 36 सप्ताह में सुनिश्चित की गई है [9]।

एन.एफ.एच.एस. 3 की रिपोर्ट बताती है कि प्रदेश में परिवार नियोजन अपनाने के लिए वे 91 प्रतिशत महिलाएँ जिनकी संतानों में से एक लड़का और एक लड़की है लेकिन समाज में व्याप्त पुत्र इच्छा के चलते जिन महिलाओं की दोनों संताने लड़कियाँ हैं ऐसी केवल 376 महिलाएँ परिवार नियोजन अपनाने के लिए तैयार हैं। इस तरह से पुत्र इच्छा जनसंख्या वृद्धि का एक बहुत बड़ा कारण है। इसके अलावा यह सामाजिक दबाव महिला की स्वास्थ्य की स्थिति को भी कमजोर बनाता है। प्रदेश में आज भी 44 प्रतिशत बच्चियों के विवाह 18 वर्ष के पहले हो जाते हैं। जिनमें से 15 से 19 वर्ष आयु वर्ग की 13.6 प्रतिशत लड़कियाँ विवाहित थी और माँ बन चुकी थीं या गर्भवती थीं। आज भी महिलाएँ घर के अन्दर या बाहर विभिन्न प्रकार की हिंसा का शिकार होती हैं। प्रदेश में ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं की साक्षरता का प्रतिशत 56 है [3]।

#### ❖ समस्याएँ / कड़िनाईयाँ –

**परिवहन व्यवस्था** – प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर जननी सुरक्षा हेतु एक एम्बुलेन्स उपलब्ध होना चाहिए। साधारण तौर पर यदि देखा जाए इसकी सुविधा समुचित रूप से उपलब्ध नहीं हो पाती। या तो गाड़ी की हालत ठीक नहीं होती है या फिर वाहन चालक ग्रामीण क्षेत्रों में रात के समय जाने को तैयार ही नहीं होते हैं। इसके अलावा भी जननी एक्सप्रेस के वाहन चालक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के आस-पास 10-12 कि.मी पर ही रहना चाहते हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए जिले में एम्बुलेन्स की कमी है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र या जिला अस्पताल पर उपलब्ध एम्बुलेन्स कभी-कभी मरीजों को उच्च सुविधाओं तक ले जाती है। पर गांव से आकर मरीज ले जाने का बुलावा आने पर बहुत कम ही

जबाब आते हैं। कारण बताया जाता है कि वाहन की मरम्मत हो रही है, ड्रायवर छुट्टी पर है, या वाहन स्टॉक लेने गया है अथवा किसी विशेष व्यक्ति के साथ है और अस्पताल ड्यूटी के लिए उपलब्ध नहीं है। जननी एक्सप्रेस या एम्बुलेन्स सुविधा को ठीक से चुने गये एक एनजीओ को दिया जाए जो इसकी सेवायें संगठित करने का इच्छुक हो। कुछ संस्थाएँ जैसे भूतपूर्व सैनिक असोसिएशन या रेडक्रास खासकर यह भूमिका अदा करने की इच्छुक हैं। इस सुविधा के लिए सक्रिय ब्लॉक चिकित्सा अधिकारी द्वारा काफी काम किया जा सकता है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर खण्ड चिकित्सा अधिकारी द्वारा यह सुनिश्चित किया जा सकता है कि ड्रायवर लगभग हमेशा उपलब्ध रहे और उसकी अनुपस्थिति में दूसरा कुशल/प्रशिक्षित आदमी उसकी जगह लेने को तैयार हो। वह जनता को भी इस सेवा के उपयोग के लिए प्रोत्साहित कर सकता है और इसके प्रयोग को लक्ष्य की तरह प्रोत्साहित कर सकता है [6]।

**संदर्भ संपर्क** – उपस्वास्थ्य केन्द्र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के बीच संदर्भ संपर्क व्यवस्था होनी चाहिए। समस्या का एक आयाम प्रत्येक बस्ती के प्रत्येक परिवार को प्रथम संदर्भ केन्द्र से जोड़ना है। पर ये संदर्भ परिवहन व्यवस्था द्वारा प्रत्येक उपस्वास्थ्य केन्द्र और प्रत्येक पी.एच.सी. को पी.एच.सी. से जोड़ने की अलग से त्वरित आवश्यकता है। ऐसा इसलिए कि प्रसव के समय कुशल सहायता में प्रशिक्षित होने के बाद, सब सेन्टर और पी.एच.सी. संस्थागत प्रसव के स्थान हो जाएंगे तथा मातृ मृत्यु घटाने में इसके अधिकतम प्रभाव के लिए संदर्भ संपर्क महत्वपूर्ण है। चूंकि यहाँ बहुत ज्यादा प्रसव होंगे और संपर्क का महत्व यहाँ अधिक होगा। वास्तव में सिद्धान्त यह होना चाहिए कि यदि प्रसव पीड़ा में कोई गर्भवती पी.एच.सी. या यहाँ तक कि सबसेन्टर पर पहुँचती है तो कोई पेचीदगी होने पर स्वास्थ्य व्यवस्था द्वारा उसे अपने खर्च पर प्रथम संदर्भ केन्द्र तक भेजना चाहिए। इसके बिना परिधीय सुविधाओं में रहकर संस्थागत प्रसव को बढ़ावा नहीं दिया जा सकता। इस सबका मतलब यह है कि एक फोन संपर्क संभव होना चाहिए और यदि जरूरत हो तो निकटतम फोन पर एक संदेशवाहक के साथ जिसके द्वारा कोई व्यक्ति आधे घण्टे के भीतर पीएचसी या सब सेन्टर पहुँचने वाली एम्बुलेन्स बुला सके। सभी पी.एच.सी. के बिना यह फौरन तथा सभी सबसेन्टरों के लिए जल्द ही संभव होना चाहिए [6]। ये सेवाएँ लगभग संभव तो करा दी गई हैं किन्तु संदर्भ संपर्क सेवाएँ मनमानी ढंग से ही चलती हैं। समुदाय के हित का ध्यान बिल्कुल नहीं रखा जाता। जननी एक्सप्रेस वाहन के जो चालक हैं उन्हीं के अनुसार संदर्भ संपर्क जारी है। यदि कोई प्रसूति परेशान है और उसे वाहन सुविधा नहीं मिल पा रही और वह फोन लगाती है तो ड्रायवर अधिक पैसा मांगते हैं या फिर कह देते हैं कि रात हो गई है और अब जंगली रास्ते में हम नहीं आ सकते हैं। जननी परिवहन की समस्या गांव में अधिकांश लोगों को है। आस-पास के पहुँच वाले गांवों में आराम से वाहन पहुँच जाते हैं किन्तु अन्दर के गांवों में तो कल्पना करना भी बेकार है। इसके लिए गांव स्तर पर जो भी वाहन सुविधा उपलब्ध हो उनसे संपर्क किया जाना चाहिए और उन्हें ही इस कार्य हेतु प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।



आजकल 4-5 गांवों के बीच 1 वाहन तो उपलब्ध हो ही सकता है, इस कार्य के लिए वाहन खर्च देने पर स्थानीय स्तर पर वाहन तैयार हो सकते हैं किन्तु प्रयास की जरूरत है [7]।

**प्रसव के समय कुशल सहायता** – सेवा प्रदाताओं की कौशल क्षमता बढ़ाने के लिए उन्हें प्रशिक्षित किया जाना जिससे माताओं को उनके द्वारा प्रसव के समय कुशल सहायता उपलब्ध कराई जा सके। प्रत्येक प्रसव के समय मिडवाइफरी कौशल वाले स्वास्थ्य कार्यकर्ता की उपस्थिति तथा आपातकालीन स्थिति में संदर्भ परिवहन की सहायता मातृत्व को सुरक्षित बनाने में संभवतः सर्वाधिक महत्वपूर्ण हस्तक्षेप साबित हो सकता है। ए.एन.एम. को पुनः प्रशिक्षित करने के कोई नियमित कार्यक्रम नहीं हैं अतः उन्हें पुनः प्रशिक्षण दिये जाने की वैकल्पिक व्यवस्था की जानी चाहिए। एएनएम को सेवा पूर्ण प्रशिक्षण में भी पर्यवेक्षण के अन्तर्गत प्रसव में सहायता करने का बहुत कम मौका मिलता है। क्योंकि अब एएनएम से अपेक्षा किये जाने वाले कौशल स्तरों में भी बढ़ोत्तरी कर दी गई है तथा उसमें आधारभूत प्रसूति देखभाल के बहुत से तत्व डाल दिये गये हैं। जबकि कुछ ए.एन.एम के पास ही यह कौशल स्तर है। बिना कौशल स्तरों के एएनएम प्रसव सहायक के तौर पर तो उपयोगी होंगी पर वे मातृ मृत्यु को कम नहीं कर पाएंगी [3]।

**ए.एन.सी. जांच एवं एएनसी विजिट** – निर्धारित मापदण्ड के अनुसार गर्भावस्था के दौरान 3 एएनसी विजिट और 3 जांच अनिवार्य है किन्तु अभी भी ए.एन.एम. के पास सम्पूर्ण जांच उपकरण उपलब्ध नहीं हैं जिसके कारण टीकाकरण के अलावा बजन, बी.पी, खून की जांच, यूरिन, गर्भ उंचाई आदि की जांच नहीं की जाती और न ही समय-समय पर एएनएम द्वारा कोई विजिट ही की जाती है [6]।

**आपातकालीन प्रसूति देखभाल** – मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर बनाने के लिए स्वास्थ्य ढांचे, उपकरण और मानवशक्ति की उपलब्धता अनिवार्य है। लेकिन पूरी तरह से कहीं भी ये सुविधाएँ उपलब्ध नहीं हैं। प्रत्येक गांव से एक या दो घण्टे की दूरी पर एफ.आर.यू. का होना सुनिश्चित है। इसलिए पहले जिला अस्पताल और बाद में उप जिला अस्पताल द्वारा यह काम करना शुरू कर सकते हैं और बाद में ऐसी स्थिति वाली सी.एच.सी. को ले सकते हैं। जिससे सरलता से सुविधाएँ मुहैया कराई जा सकती हैं [6]।

**विशेषज्ञ कमियों को दूर करना** – आपातकालीन सेवाओं के क्रियान्वयन में अवरोध भी हैं जैसे पर्याप्त सीमॉक एवं बीमॉक संस्थाओं की कमी। विशेषज्ञ डॉक्टर की कमी एवं रक्त चढ़ाने या ब्लड बैंक की सुविधा की कमी, एनस्थीशियन, गाइनोकोलोजिस्ट की कमी। भारत में अभी भी (BAG) ब्लड, एनस्थीशियन, गाइनोकॉलोजिस्ट की कमी है। 70 प्रतिशत सीमॉक ब्लड बैंक से सम्पर्क में नहीं है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन ने प्रत्येक जिले में 2 ब्लॉक को सीमॉक बनाने का लक्ष्य रखा है। इनकी पूर्ति के लिये रोगी कल्याण समिति का फण्ड का उपयोग किया जा सकता है। विशेषज्ञों की कमी को पूरा करने के लिये पदों को

सर्जित कर उन्हें भरा जा सकता है। ऐसे अनेक राज्य जैसे तमिलनाडु, छत्तीसगढ़, पश्चिम बंगाल, राजस्थान में हुआ है। विशेषज्ञों की कमी को पूरा करने के लिये स्थानांतरण तमिलनाडु आसाम में किया गया नवीन भर्ती सार्वजनिक निजी साझेदारी एवं बहु कौशल विकास कर आपातकालीन सेवाओं को उन्नत किया गया है। एफआरयू में कुछ प्रकार के विशेषज्ञ कौशल होना आवश्यक है। आपातकालीन प्रसूति देखभाल, आपातकालीन सर्जरी के लिए आवश्यक एनस्थीसिया और खून देना सुनिश्चित करने के लिए तकनीकी सहायता आवश्यक न्यूनतम विशेषज्ञ कौशल की उपलब्धता [3]।

**सुरक्षित गर्भपात (एम.टी.पी.) सेवाएँ** – मातृ मृत्यु का एक प्रमुख कारण असुरक्षित गर्भपात के कारण होने वाली मौतें हैं। इन्हें रोकने के लिए सबसे महत्वपूर्ण तरीका एफआरयू सुविधा वाले प्रत्येक केन्द्र में चिकित्सकीय गर्भपात की व्यवस्था करना है। क्योंकि इसके लिए जरूरी कौशल सीजेरियन सेक्शन है। अतः एक एमबीबीएस डॉक्टर को भी तुलनात्मक रूप से आसानी से यह प्रशिक्षण दिया जा सकता है। इसके जो अवरोध हैं उनमें से यह है कि निश्चित समय अंतराल में कोई नियमित सुरक्षित एम.टी.पी. प्रशिक्षण कार्यक्रम नहीं हैं। इसे हर बार केन्द्रीय सरकार की पहली वाली योजना में एक अलग उर्ध्वाधर कार्यक्रम की तरह शुरू करना पड़ता है। एफ.आर.यू. को आपातकालीन प्रसूति सेवाओं के शुरू करने की तरह संकुचित रूप से बताया जाता है और सभी तत्वों को एक साथ लेकर चलने का महत्व समाप्त हो जाता है [3]।

**प्रयास/सुझाव** – गर्भावस्था के दौरान अक्सर गरीब समुदायों में माताओं की देखभाल की जरूरत महसूस नहीं की जाती। माताओं और शिशुओं का अच्छा स्वास्थ्य उनके पति सहित समूचे परिवार के लिए लाभदायक होगा, इसलिए हम सबको समुदाय को समझाने में मदद करनी चाहिए। केवल माता ही नहीं बल्कि पूरे परिवार की जागरूकता बढ़ाने का मानवीयता पूर्ण ढंग से समता के आधार सार्थक प्रयास किया जाना चाहिए न कि लक्ष्य आधारित कार्यक्रम के जरिये अमानवीयता और दुर्व्यवहारपूर्ण रवैया अपनाया जाना चाहिए [3]। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में वर्ष 2005 से लेकर 2012 तक मातृत्व एवं पेरीनेटल मौतों को कम करने का लक्ष्य है। मातृत्व स्वास्थ्य के क्षेत्र में लक्ष्य प्राप्ति हेतु अपने उद्देश्यों को लेकर सतत और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं पर मातृत्व स्वास्थ्य हेतु प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ, अनिवार्य 3 जांचें, आपातकालीन फस्ट रेफरल यूनिट सुविधा एन.आर.एच.एम. के जरिये उपलब्ध कराई गई है तथा जो उनके लक्ष्यों और उद्देश्यों में शामिल प्रसव पूर्व देखभाल (गर्भावस्था के दौरान देखभाल)– गर्भावस्था के दौरान कम से कम 4 बार अपनी जांच कराने वाली महिलाओं की संख्या में बढ़ोत्तरी करना और मिशन को लक्ष्य प्राप्ति हेतु समुदाय आधारित गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को सक्रिय करना आवश्यक है [4]।

**प्रसव के दौरान देखभाल (इन्ट्रार्पार्टम देखभाल)** – सुरक्षित प्रसवो की संख्या में बढ़ोत्तरी करना तथा प्रशिक्षित टी.बी.ए. सी.एच.डब्ल्यू. या अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की देखरेख में एक रोगाणुरहित प्रसव किट

दाईयों को प्रशिक्षित होना चाहिए और सभी दाईयों के पास प्रसव किट आवश्यक रूप से उपलब्ध होना चाहिए [1]। प्रसूतियों के लिए जननी सुरक्षा एक्सप्रेस सुविधा सभी गांवों में उनकी जरूरतों के मुताबिक उपलब्ध होनी चाहिए। इसके लिए स्थानीय स्तर पर संसाधनों को ढूँढना और उनसे संपर्क बनाना तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर उपलब्ध वाहन सुविधा की पहुँच प्रसूति महिलाओं तक बनाने के लिए मोबाइल फोन टोल फ्री नं. के जरिये आसान बनाना। जिससे प्रसूतियों को अनेक कठिनाईयों से बचाया जा सकता है और उन्हें संस्थागत प्रसव के लिए आसानी से अस्पताल लाया जा सकता है। अगर प्रसूता कठिन परिस्थिति में है और उसके पास तक वाहन सुविधा नहीं पहुँच सकता तो उसके लिए नर्स द्वारा घर में ही सुरक्षित प्रसव कराने का दायित्व निभाना चाहिए [8]। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि समुदाय तक सुविधाओं की पहुँच और जानकारी देने हेतु सेवा प्रदाताओं की सोच में परिवर्तन लाना चाहिए। लोगों की हाली स्थिति से अवगत हुये बिना कोई भी कार्य बेहतर ढंग से नहीं किया जा सकता। ए.एन.सी. जांच के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को प्रशिक्षित कर देने से वह अपने गांव में गर्भवती महिलाओं की जांच कर सकती है और उनसे मिलकर उसको सलाह भी दे सकती है। इसके लिए आवश्यक उपकरणों की व्यवस्था ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के अनटाइड फण्ड से की जा सकती है। ऐसा करने पर निश्चित रूप से ऐसी गर्भवती महिलाएँ जो प्रसव के समय या प्रसव पश्चात् मौत का शिकार हो रहीं हैं उनमें कमी लाई जा सकती है। सुरक्षित गर्भपात के लिए समुदाय की महिलाओं को इस हेतु जानकारी देकर प्रेरित करना चाहिए क्योंकि यह एक सामाजिक समस्या और जटिलता भी है। इसे लोग धृणित कार्य मानते हैं और जो महिला गर्भपात जानबूझकर कराती है या इसके लिए स्वयं का निर्णय लेती है उसके प्रति समाज का नजरिया बहुत बुरा होता है। इसलिए महिलाओं को इस संबंध में यह बताना जरूरी है कि गर्भपात कराना क्यों जरूरी है तथा एम.टी.पी. एक्ट के बारे में महिलाओं को अवगत कराना जरूरी है तभी सुरक्षित गर्भपात की कल्पना की जा सकती है। इसके लिए जो व्यवस्था बनाई जाती है उनको भी इस पर ध्यान देने की आवश्यकता है [3]।

गर्भावस्था व बच्चे को जन्म देते समय बड़ी संख्या में माताओं की अनावश्यक होने वाली मौतों को रोकने के लिए विभिन्न एकीकृत कार्यक्रमों को एक साथ मिलकर सफल क्रियान्वयन किया जाना चाहिए तथा बेहतर सफलता औश्र निगरानी के लिए सभी एकीकृत कार्यक्रमों को जोड़ने हेतु सार्थक कदम उठाये जाने चाहिए। जैसे : टीकाकरण सत्र के नित्यक्रम में खसरे का शिविर और एन्टीनेटल सुरक्षा रखने और प्रसूता को मलेरिया प्रभावित होने से बचाने के लिए कीट उपचारित मच्छरदाँियों का उपयोग बताना और उन्हें उपलब्ध कराना महत्वपूर्ण और जरूरी है। अन्य संभावित कार्यक्रम को भी जोड़ा जा सकता है जैसे प्रजनन स्वास्थ्य को मजबूत करने हेतु किशोरियों को न्यायसंगत जानकारी और परामर्श देना आवश्यक है। इन कार्यक्रमों के दौरान प्रसव के पहले, प्रसवकाल में तथा प्रसव के बाद प्रसूता की स्वास्थ्य देखभाल और

का उपयोग किया जाना चाहिए। यह भी सुनिश्चित करना कि आपातकालीन रेफरल सुविधाएँ (आपातकालीन सीजेरियन प्रभाग सहित) लक्ष्य क्षेत्र के जितने निकट हो और एक अच्छी परिवहन व्यवस्था भी मौजूद हो। सुरक्षित मातृत्व और बेहतर मातृत्व स्वास्थ्य हेतु संस्थागत प्रसव को व्यवस्थित रूप से बढ़ावा दिया जाना चाहिए। महिला स्वास्थ्य एक सामाजिक समस्या भी है इसलिए समाज में जनता और विशेष रूप से महिला के स्वास्थ्य का संबंध केवल चिकित्सालय और उससे जुड़ी स्वास्थ्य सेवाओं से ही नहीं होता बल्कि समाज में फैली बेरोजगारी, गरीबी, अशिक्षा, संपत्ति, संपत्ति का असमान वितरण और पितृसत्तात्मक समाज व्यवस्था से भी होता है। पितृसत्तात्मक व्यवस्था का महिला के प्रति दृष्टिकोण ही इस व्यवस्था का महिला स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव दिखाई देते हैं। पारम्परिक और सामाजिक रूप से यह समझ विकसित करनी चाहिए कि महिला को परिवार में गर्भावस्था के दौरान पौष्टिक और भरपूर भोजन की मात्रा मिलनी चाहिए। साथ ही उन्हें शिक्षा और स्वास्थ्य सुविधाओं का भी भरपूर अवसर दिया जाना चाहिए। जिससे महिलाओं में खून की कमी, एनीमिया, और कुपोषण जैसी स्थितियाँ निर्मित न होने पाये। उनके लिए सामाजिक मान्यताओं और रूढ़िवादी परम्पराओं को ध्यान में रखते हुये घर व परिवार में स्वास्थ्य जागरूकता नुक्कड़-नाटक, पोस्टर व चलचित्र दिखाकर किया जाना चाहिए [3]।

**प्रसव पश्चात् देखभाल** – ऐसी गर्भवती महिलाएँ जो क्लिनिक या समुदाय में कम से कम दो बार देखभाल व सलाह के लिए अपनी जांच कराती है। किन्तु अनेक ऐसी महिलाएँ जो प्रसव पश्चात अपनी जांच नहीं करा पाती हैं उन्हें भी प्रसव पश्चात् आवश्यक देखभाल व जांच हेतु प्रोत्साहित करना चाहिए और उन्हें इस हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के द्वारा उनसे संपर्क कर उन्हें जानकारी देना चाहिए [3]।

**पारम्परिक प्रसव सहायिकाओं को प्रशिक्षण (टी.बी.ए.) (Trained Birth Attendant)** – ज्यादातर समुदायों में पारंपरिक प्रसव सहायिकाएँ होती है। इन्हें सावधानीपूर्वक दिये गये प्रशिक्षण और उनके ज्ञान में बढ़ोत्तरी के माध्यम से वे प्रभावी स्वास्थ्य दाईयाँ बन सकती हैं। और घर में माताओं के ज्यादातर प्रसव करा सकती हैं। आदिवासी क्षेत्रों में तो आज भी दाईयों के माध्यम से ही प्रसव कराये जा रहे हैं। दाईयों का समुदाय में अच्छा विश्वास भी है और उनकी अपनी परम्परागत पहचान भी है। दाईयों को सामाजिक मान्यताएँ और सामाजिक स्वीकार्यता भी है। क्योंकि उनकी जरूरत के समय स्थानीय स्तर पर उपलब्ध दाईयाँ ही प्रसव काल में पहुँचती हैं। सीधी जिले के कुसमी विकास खण्ड में आज भी 90 प्रतिशत प्रसव घर में ही होते हैं जो कि पूरी तरह से दाईयों के माध्यम से ही कराये जाते हैं। दाईयों के द्वारा जो प्रसव कराये जाते हैं वो ज्यादा सुरक्षित महसूस होते हैं क्योंकि संस्थागत प्रसव के लिए अगर पूर्ण सुविधाएँ नहीं हैं तो प्रसव के लिए घर से अच्छी कोई जगह नहीं है। दाईयाँ प्रसव काल में संकट के समय शिशु को नहीं बल्कि माँ को बचाती हैं। अप्रशिक्षित दाईयों द्वारा किसी प्रकार की सावधानी नहीं बरती जाती। इसलिए

नवजात शिशु के संचारण और सुरक्षा के लिए एचआईवी एड्स संबंधी जानकारी से अवगत कराया जाना चाहिए तथा संक्रमण से बचाने हेतु आवश्यक सावधानियाँ रखी जानी चाहिए। विभिन्न हस्तक्षेपों हेतु आवश्यक निगरानी को बढ़ावा दिया जाना चाहिए और निगरानी के जरिये प्रमाणिक आंकड़ों के लिए प्रारूप तैयार किया जाना चाहिए। प्रसवकाल के दौरान मरने वाली माताओं का वार्षिक अंकेक्षण की प्रक्रिया को बढ़ावा दिया जाना चाहिए जिससे मातृ मृत्यु और नवजात शिशुओं की मृत्यु को कम किया जा सके। साथ ही प्रमाणिकता के तौर पर छूटे हुये आंकड़ों को वार्षिक अंकेक्षण के जरिये गुणवत्तापूर्ण सेवा के लिए बेहतर संचालन किया जाना चाहिए और इसकी सतत निगरानी की जानी चाहिए [10]।

समुदाय आधारित मातृत्व स्वास्थ्य के द्योत्र में कार्यकर्ता द्वारा कार्य स्थापना और विस्थापित समुदाय के बीच हस्तक्षेप तथा परिवार, समुदाय, स्वास्थ्य कार्यकर्ता और माताओं का क्षमता विकास करने हेतु उन्हें जागरूक और सशक्तीकरण किया जाना आवश्यक है [11]। शिशु एवं मातृत्व स्वास्थ्य के सुधार के लिए विकास परियोजनाओं के असर को मापने हेतु समुदाय आधारित निगरानी को बढ़ावा देना चाहिए जिससे कि स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच, गुणवत्ता और स्वास्थ्य सेवाओं की देखभाल को आसान बनाया जा सके। इन कार्यों के लिए समुदाय को जागरूक करना और उन्हें इसके प्रति जबाबदेह बनाना आवश्यक है, जिससे समुदाय में यह भावना विकसित हो सके कि स्वास्थ्य उनका अधिकार है। सामुदायिक भाव को जगाने का प्रयास करना होगा और समुदाय को यह बताना बहुत आवश्यक है कि स्वास्थ्य उनका है, स्वास्थ्य सुविधाएँ उनके लिए है और उनके द्वारा किये गये प्रयास से ही उन्हें बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएँ मुहैया हो सकेगी [12]। पी.एन.सी. और एस.बी.ए. के उपयोग के लिए समुदाय को प्रोत्साहन देना जिससे गरीब समुदाय तक प्रसव सुविधा को बेहतर ढंग से पहुँचाया जा सकता है इसके लिए सरकारी प्रयास भी आवश्यक हैं। साथ ही स्थानीय स्तर पर परम्परागत रूप से काम करने वाली दाईयों को प्रसव के संबंध में कौशल बढ़ाने का प्रशिक्षण व प्रोत्साहन दिया जाना चाहिए। उनके द्वारा विषम परिस्थितियों में बेहतर ढंग से किये जाने वाले जटिल कार्यों को समुदाय में रखना और इसके लिए उन्हें प्रोत्साहित करना चाहिए [13]।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाओं व सेवाओं की गुणवत्ता और पहुँच को आसान बनाने के लिए मेडिकल ऑफीसर को सक्रिय करना और ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को मजबूत करना आवश्यक है, जिससे उसके द्वारा समुदाय में स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर बनाने के लिए निगरानी और निरीक्षण की प्रक्रिया पर विशेष ध्यान दिया जा सकता है। लोक स्वास्थ्य दाई/धात्री (Public Health Midwife.) को समुदाय व ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के द्वारा सक्रिय करना ताकि क्षेत्रीय कार्यकर्ता अपनी जबाबदेही समझ सकें और परिवार स्वास्थ्य गतिविधियों के बारे में अनुमानिक जनसंख्या के अनुसार कार्यक्षेत्र में बेहतर संचालन कर सके। टीकाकरण को सक्रिय बनाने के लिए वैक्सीन पहुँचाने की

वैकल्पिक व्यवस्था होनी चाहिए। समुदाय और VHSC के माध्यम से टीकाकरण व ग्राम स्वास्थ्य व पोषण दिवस के महत्व को समझना और उसे नियमित रूप से सुनिश्चित कराना तथा संस्थागत प्रसव के लिए समुदाय को जागृत करना। [14]। गर्भवती और प्रसूता के लिए घर में शौच होना आवश्यक है। इसके लिए ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति एवं ग्राम पंचायत द्वारा गांव में समग्र स्वच्छता अभियान के तहत गर्भवती और प्रसूता महिलाओं के घर में शौचालय का निर्माण कराया जा सकता है जिससे माँ और बच्चों को स्वच्छ वातावरण मिलेगा और गर्भावस्था के दौरान उन्हें गंदे वातावरण से बचाया जा सकेगा। ऐसी स्थिति निर्मित हो जाने पर संक्रमित बीमारी और विकलांगता को भी कम किया जा सकता है। साथ ही गर्भवती महिलाओं को शौच के लिए दूर जाने से रोका जा सकता है और उन्हें खतरों से भी बचाया जा सकता है [15]।

**निष्कर्ष** – महिलाओं के बेहतर स्वास्थ्य और मातृ मृत्यु को कम करने के लिए जिन जटिलताओं, कठिनाईयों और समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है। उन्हें दूर करने के लिए समाज में महिलाओं की स्थिति के सामाजिक स्तरीकरण में भी आवश्यक बदलाव लाने की दिशा में पहल करना चाहिए। साथ ही ऐसे दूरस्थ क्षेत्र जहाँ तक स्वास्थ्य सुविधाओं व संसाधनों की पहुँच आम लोगों से दूर है ऐसे स्थानों पर परम्परागत स्थानीय स्तर पर उपलब्ध दाईयों को प्रसव की जटिलताओं की दिशा में प्रशिक्षण देकर उनके कौशल को बढ़ाया जा सकता है। साथ ही सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आशा को ए.एन.सी. के आवश्यक बातों जैसे बजन, वी,पी, खून की जांच, यूरिन की जांच तथा गर्भवती महिला से निरन्तर संपर्क करने और प्रसव पूर्व व जटिल प्रसव की स्थिति में आवश्यक तैयारी हेतु उनके कौशल को बढ़ावा दिया जाना चाहिए। संस्थागत प्रसव को भी सफल ढंग से बढ़ाने के लिए जिन क्षेत्रों में जननी सुरक्षा वाहन आसानी से नहीं पहुँच सकती वहाँ पर स्थानीय स्तर पर उपलब्ध वाहनों को चिन्हित करना और उनसे संपर्क बनाना तथा वाहनों का उपयोग जननी सुरक्षा हेतु करना। गर्भवती महिलाओं को नियमित टीकाकरण में उनकी भागीदारी सुनिश्चित करना और उन्हें पोषण आहार, खान-पान और जोखिम वाले कार्यों से अवगत कराना चाहिए। टीकाकरण के दिन ही गर्भवती महिलाओं को मलेरिया के प्रभाव से बचाने के लिए कीट उपचारित मच्छरदानियों का वितरण कराना और उन्हें उसके फायदे बताना। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं एवं सुविधाओं की गुणवत्ता पर आवश्यक पहल करना और इस हेतु सतत निगरानी कर स्वास्थ्य सुविधाओं तक समुदाय की पहुँच सुनिश्चित करना। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को बढ़ावा देना। मातृ मृत्यु को घटाने के लिये समग्र रणनीति अपनाना गुणवत्ता आधारित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को सुनिश्चित करना महिला शिक्षा के स्तर में सुधार लाना तथा प्राथमिक स्वास्थ्य तंत्र को मजबूत बनाना, ए.एन.सी. के प्रतिशत को बढ़ाना, आपातकालीन प्रसूति सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना, जटिलताओं की पहचान तथा प्रभावी प्रसूति सेवायें, संदर्भ परिवहन व्यवस्था, एफ आर यू की उपलब्धता,

मातृत्व स्वास्थ्य शिक्षा को स्थापित करना आवश्यक है। मातृ मृत्यु संबंधी ऑडिट कराना जिससे मृत्यु संबंधी छूटे हुये आंकड़ों को शामिल किया जा सके और मृत्यु के वास्तविक कारणों का पता लगाया जा सके तथा उससे बचने के तरीके भी अपनाने का प्रयास किया जाये।

**Resources :-**

- 1- जहाँ महिला डाक्टर न हो।
- 2- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (टेडलेन्केस्टर)
- 3- मध्यप्रदेश जन अभियान परिषद, जन ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी रिपोर्ट वर्ष 2006/07
- 4- एन.आर.एच.एम. पीआईपी. 2010/11
- 5- Shubhashri et al 2011
- 6- PHRN Book –अध्याय 3 मातृ मृत्यु घटाने की रणनीतियों में कठिनाईयें
- 7- Satish Kumar chief Unicef officer Chennai : Reducing Maternal Mortality in India: Policy, Equity and Quality Issues
- 8- D.K. Pal, Neelam A.Toppo, Y.L. Tekhare, J.K. Das, Vandana Bhattacharya, S. Menon and Deoki Nandan : An Appraisal of Janani Sahyogi Yojana In the State of Madhya Pradesh
- 9- Park and Park Text Book of Preventive and Social Medicine.
- 10- Delivery of An Effective Maternal and Child Health services in Nigeria. (Prof. O.A. LADIPO, FRCOG, OON)
- 11- Impact of Community Based Maternal Health workers on Coverage Essential Maternal Health Intervention among Internally displaced Communities in Eastern Burma : the MOM Project (Luke C. Mullany et al)
- 12- Development Projects to Improve Maternal and Child Health : Assessing the Impact (Yemane Berhane)
- 13- Economic Inequalities in Maternal Health Care : Prenatal Care and Skill Birth Attendance in India, 1992-2006 (Praveen Kumar Pathak et al)
- 14- Basic Indicators : Health Situation in South East Asia, World Health Organization, South East Asia Region- 2004, Improving Maternal, NewBorn and Child Health in the South East Asia Region.
- 15- Indian Journal of Public Health : (Dr. Col. A.L. Sharma Raipur et al.)

**एल.एफ.ए. – डायविटीज टेबल-34**

**समस्या** – ग्वालियर जिले के भितरवार ब्लॉक में 25 से 40 वर्ष के आयु वर्ग में मधुमेह बीमारी के फैलाव में कमी लाना।

कारण	बदलाव	गतिविधियों / हस्तक्षेप
डिब्बा बन्द खाद्य पदार्थों के दुष्प्रभावों की जानकारी न होना।	डिब्बा बन्द खाद्य पदार्थों के हानिकारक प्रभावों की जानकारी देना	वालेन्टियर का गठन एवं उनका क्षमता वर्धन करना। ब्लॉक के प्रत्येक ग्रामों में कार्यशाला का आयोजन करना। जागरुकता रैली निकालना। नुक्कड़ नाटक व पोस्टर प्रदर्शनी लगाना।
खेल गतिविधियों के महत्व में कमी	खेलों के महत्व को मधुमेह के संदर्भ में बताना।	खेल प्रतियोगिताओं का आयोजन करना। खेल प्रशिक्षण करना।
अति व्यस्त दिनचर्या	स्वयं का प्रबंधन	नुक्कड़ नाटक का आयोजन। प्रशिक्षण देना। पीडीहर्थ का आयोजन इन्टर पर्सनल कम्युनिकेशन
नमक शक्कर और बसायुक्त भोजन	आहार की आदतों के बारे में जागरुक करना।	समितियों हेतु व्यवहारिक प्रशिक्षण का आयोजन करना। फिल्म प्रदर्शन, नुक्कड़ नाटक करना कार्यशाला
बंशानुगत होना	मधुमेह के संभावित परिवारों को जागरुक करना।	चिन्हित परिवारों के साथ परामर्श/मंत्रणा
मोटापा	शारीरिक व्यायाम और आहार नियंत्रण की जानकारी देना	आहार परिवर्तन हेतु प्रशिक्षण देना। योग शालाओं का आयोजन करना।



कोल्डडिन्क्स और एल्कोहॉल जैसे पेय पदार्थों का बढ़ना	दुष्प्रभावों को बताना।	जागरुकता शिविर लगाना। रैली का आयोजन
बीमारी के लक्षणों की जानकारी न होना	मधुमेह की बीमारी के पूर्व लक्षणों की जानकारी देना।	स्कूल, कॉलेज, समितियों और वालेन्टियर को प्रशिक्षण देना। कार्यकर्ताओं के द्वारा ग्राम स्तर पर बैठकें करना।
व्यायाम न करना	नियमित व्यायाम हेतु प्रेरित करना।	युवा समूहों का गठन और नियमित व्यायाम हेतु प्रशिक्षण देना। खेल-कूद प्रतिस्पर्धाओं का आयोजन करना।

**लॉजिकल फ़ेमवर्क एनालिसिस – टेबल-35**

संक्षिप्त विवरण	उद्देश्य परक सूचकांक	प्रमाणिकता के मापक	अनुमान
<b>लक्ष्य—</b> वर्ष 2011 से 2016 तक ग्वालियर जिले के भितरवार ब्लॉक में 25 से 40 वर्ष के महिला एवं पुरुषों में मधुमेह बीमारी के फैलाव में 15 प्रतिशत कमी लाने हेतु जागरुकता लाना।	आयु समूह फैलाव का प्रतिशत समयावधि	मधुमेह रोगियों का पंजीयन रजिस्टर	संसाधनों की आपूर्ति हुई और प्राकृतिक आपदाएँ न आईं तो
<b>उद्देश्य/आउट का</b> 1. भितरवार ब्लॉक में जागरुकता से 15 प्रतिशत मधुमेह बीमारी के फैलाव में कमी हुई।	पूर्व एवं वर्तमान आंकड़े वर्ष 2016 तक मधुमेह बीमारी के फैलाव में 15 प्रतिशत कमी।	सर्वे रिपोर्ट पंजीयन रजिस्टर	
<b>आउट पुट</b> 1.1 200 कार्यशालाओं के माध्यम से 20000 महिला पुरुषों में जागरुकता आई। 1.2 200 प्रशिक्षण से 6000 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये।	25 से 40 आयु वर्ग के महिला पुरुषों में मधुमेह बीमारी के प्रति 15 प्रतिशत जागरुकता आई।	कार्यशाला रिपोर्ट, रजिस्टर, प्रशिक्षण रिपोर्ट रजिस्टर, बैठक रिपोर्ट रजिस्टर, युवा	

1.3	400 बैठकों में 16000 महिला पुरुषों को मधुमेह बीमारी के बारे में जानकारी हुई।		समूह गठन रजिस्टर, वालेन्टिर क्षमता वर्धन प्रशिक्षण रिपोर्ट रजिस्टर एवं सर्वे रिपोर्ट	
1.4	200 गांव में 200 पोस्टर प्रदर्शनी व नुक्कड़ नाटक से 30000 महिला पुरुषों को मधुमेह बीमारी की जानकारी हुई।			
1.5	200 गांवों में 200 युवा समूहों का गठन हुआ।			
1.6	200 गांव में 200 वालेन्टिर की क्षमता बृद्धि हुई।			
<b>गतिविधियाँ</b>				
1.1.1	200 कार्यशालाओं का आयोजन	20000 महिला पुरुष शामिल हुये।	कार्यशाला रिपोर्ट, रजिस्टर,	
1.1.2	200 प्रशिक्षणों का आयोजन	6000 महिला पुरुष प्रशिक्षण में आए।	प्रशिक्षण रिपोर्ट रजिस्टर,	
1.1.3	400 बैठके।	16000 महिला पुरुषों ने बैठक में हिस्सा लिया।	बैठक रिपोर्ट रजिस्टर, युवा	
1.1.4	200 पोस्टर प्रदर्शनी व नुक्कड़ नाटक करना।	पोस्टर प्रदर्शनी व नुक्कड़ नाटक में 30000 महिला पुरुष आए।	समूह गठन रजिस्टर, वालेन्टिर क्षमता	
1.1.5	200 युवा समूहों का गठन,	200 युवा समूहों का गठन हुआ।	वर्धन प्रशिक्षण रिपोर्ट रजिस्टर	
1.1.6	200 वालेन्टियर का क्षमता वर्धन	200 वालेन्टिर की क्षमता बृद्धि हुई।	एवं सर्वे रिपोर्ट	
<b>इनपुट</b>		पूर्व एवं वर्तमान की स्थिति का आंकलन।	सर्वे रिपोर्ट	
2016 में मधुमेह बीमारी के फैलाव में 25 से 40 वर्ष के महिला पुरुषों में 15 प्रतिशत कमी हुई।।				

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

<b>Activity –</b> <b>1.1.1.1</b> समुदाय के साथ बैठक। <b>1.1.2.1</b> नुक्कड़ नाटक एवं फिल्म प्रदर्शन <b>1.1.3.1</b> रैली एवं जल सम्मेलन <b>1.1.4.1</b> एक्सपोजर विजिट	बीस बैठकें हुई। दस नुक्कड़ नाटक एवं 5 फिल्म प्रदर्शन हुये। दो रैली एवं जल सम्मेलन हुये। चार एक्सपोजर विजिट हुई।	बैठक एवं रिपोर्ट रजिस्टर	
<b>Out Come –</b> <b>1.2</b> मिट्टी पानी के संरक्षण व संवर्धन तथा आजीविका को मजबूत बनाने के लिए 17 प्रशिक्षणों का आयोजन करना।	17 प्रशिक्षण हुये।	प्रशिक्षण एवं रिपोर्ट रजिस्टर	
<b>Out Put –</b> <b>1.2.1</b> जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन नियोजन एवं कार्यों के विषय पर 2 प्रशिक्षण से 60 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये। <b>1.2.2.</b> स्व सहायता समूह के 3 प्रशिक्षण से 60 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये। <b>1.2.3</b> आय मूलक गतिविधियों (मछली पालन, मुर्गीपालन, अगरबत्ती बनाना, सब्जी उत्पादन) के 4 प्रशिक्षण से 160 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये। <b>1.2.4</b> 2 कृषि प्रशिक्षण (नकदी ली जाने वाली फसलों) से 60 किसान प्रशिक्षित हुये। <b>1.2.5</b> उपयोगकर्ता दलों के 4 प्रशिक्षण से 280 हितग्राही प्रशिक्षित हुये। <b>1.2.6</b> जल ग्रहण समिति के 2 क्षमता वर्धन प्रशिक्षण से 30 सदस्य प्रशिक्षित हुये।	17 प्रशिक्षणों से 650 महिला पुरुष प्रशिक्षित हुये।	प्रशिक्षण एवं रिपोर्ट रजिस्टर	
<b>Activity –</b> <b>1.2.1.1</b> जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन नियोजन एवं कार्यों पर प्रशिक्षण। <b>1.2.2.1</b> स्व सहायता समूहों का प्रशिक्षण। <b>1.2.3.1</b> आय मूलक गतिविधियों का प्रशिक्षण।	दो प्रशिक्षण हुये। तीन प्रशिक्षण हुये। चार प्रशिक्षण हुये।	प्रशिक्षण एवं रिपोर्ट रजिस्टर। साक्षात्कार अवलोकन प्रश्नावली	

<p>1.2.4.1 कृषि प्रशिक्षण ।</p> <p>1.2.5.1 उपयोगकर्ता दलों का प्रशिक्षण ।</p> <p>1.2.6.1 जल ग्रहण समिति के सदस्यों का क्षमता वर्धन प्रशिक्षण ।</p>	<p>दो प्रशिक्षण हुये ।</p> <p>चार प्रशिक्षण हुये ।</p> <p>दो प्रशिक्षण हुये ।</p>		
<p><b>Out Come –</b></p> <p>1.3 35 प्रतिशत सिंचाई एवं आम निस्तार हेतु जल संग्रहीत संरचनाओं का निर्माण करना ।</p>	<p>35% सिंचाई का क्षेत्र बढ़ा ।</p> <p>5 क्विंटल प्रति हेक्टेयर फसल उत्पादकता में वृद्धि हुई ।</p> <p>1.50 मीटर भूजल स्तर बढ़ा ।</p> <p>25 हेक्टेयर मीटर पानी उपलब्ध हुआ</p>	<p>रिकार्ड</p> <p>पटवारी रिपोर्ट</p> <p>कूप सर्वेक्षण रजिस्टर रिपोर्ट</p> <p>रजिस्टर जल बजट</p>	
<p><b>Out Put –</b></p> <p>1.3.1 30 जल संग्रहीत संरचनाओं से 120 हेक्टेयर भूमि सिंचित हुई । आम निस्तार एवं कृषि कार्य हेतु 300 परिवारों को पानी उपलब्ध हुआ ।</p>	<p>120 हेक्टेयर भूमि की सिंचाई हुई ।</p> <p>300 परिवार को पानी उपलब्ध हुआ ।</p> <p>5 क्विंटल प्रति हेक्टेयर फसल उत्पादकता में वृद्धि हुई ।</p> <p>1.50 मीटर भूजल स्तर बढ़ा ।</p> <p>25 हेक्टेयर मीटर पानी उपलब्ध हुआ ।</p>	<p>रिकार्ड</p> <p>पटवारी रिपोर्ट</p> <p>जल बजट</p> <p>कूप सर्वेक्षण रजिस्टर</p>	
<p><b>Activity –</b></p> <p>1.3.1.1 तालाब निर्माण 10 नग</p> <p>1.3.1.2 मैसोनरी चेक डैम 2 नग</p> <p>1.3.1.3 स्टॉप डैम निर्माण 3 नग</p> <p>1.3.1.4 मिट्टी नाला बंधान 5 नग</p> <p>1.3.1.5 फार्म पॉण्ड 5 नग</p> <p>1.3.1.6 कूप निर्माण 5 नग</p>	<p>दस तालाबों का निर्माण हुआ ।</p> <p>दो मैसोनरी चेक डैम बने ।</p> <p>तीन स्टॉप डैम का निर्माण हुआ ।</p> <p>पाँच मिट्टी नाला बंधान निर्मित हुये ।</p> <p>पाँच फार्म पॉण्ड बने ।</p> <p>पाँच कूपों का निर्माण हुआ ।</p>	<p>संसाधन मैप</p> <p>भौतिक प्रगति रिपोर्ट</p> <p>पटवारी रिपोर्ट</p> <p>उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	
<p><b>Out Come –</b></p> <p>1.4 सतही जल प्रवाह को कम करने एवं 15 प्रतिशत भूमि क्षरण को रोकने के लिए संरचनाएँ निर्मित करना ।</p>	<p>सतही जल का प्रवाह कम हुआ ।</p> <p>15 प्रतिशत भूमि का क्षरण कम हुआ ।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट</p> <p>भौतिक प्रगति रिपोर्ट</p> <p>उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	

<p><b>Out Put –</b>  <b>1.4.1</b> सतही जल प्रवाह कम हुआ एवं भूमि क्षरण रुका जिससे 180 परिवार लाभान्वित हुये।</p>	<p>70 हेक्टेयर कृषि भूमि के रकवे में बढ़ोत्तरी हुई।  20 हेक्टेयर पड़त भूमि का रकवा घटा।  7 किंवटल प्रति हेक्टेयर कृषि उत्पादकता में बृद्धि हुई।  180 परिवार की आजीविका सुदृढ़ हुई।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट  भौतिक प्रगति रिपोर्ट  उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	
<p><b>Activity –</b>  <b>1.4.1.1</b> कंटूर बंडिंग 50 हेक्टेयर  <b>1.4.1.2</b> गली प्लग 80 नग  <b>1.4.1.3</b> कंटूर टेन्च 40 हेक्टेयर  <b>1.4.1.4</b> सी.पी.डब्ल्यू. 2000 र.मीटर  <b>1.4.1.5</b> सी.पी.टी. 5000 र.मीटर</p>	<p>50 हेक्टेयर भूमि में कंटूर बंडिंग हुई।  80 गली प्लग बने।  40 हेक्टेयर भूमि पर कंटूर टेन्च बने।  2000र.मी. सी.पी.डब्ल्यू. का निर्माण हुआ  5000 र.मी. सी.पी.टी का निर्माण हुआ।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट  भौतिक प्रगति रिपोर्ट  उपयोगकर्ता दल रजिस्टर</p>	
<p><b>Out Come –</b>  <b>1.5</b> 6प्रतिशत भूमि पर पर्यावरण विकास, जलावन एवं आय के साधन बढ़ाने हेतु बृक्षारोपण करना।</p>	<p>6 प्रतिशत भूमि पर बृक्षारोपण हुआ।  40 किंवटल प्रतिवर्ष जलाऊ लकड़ी की उपलब्धता हुई।  15 प्रतिशत परिवार की आय में बढ़ोत्तरी हुई।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट  भौतिक प्रगति रिपोर्ट,समूहचर्चा  उपयोगकर्ता दल रजिस्टर  साक्षात्कार</p>	
<p><b>Out Put –</b>  <b>1.5.1</b> 30 हेक्टेयर भूमि पर बृक्षारोपण कार्य से पर्यावरण का विकास हुआ, जिससे 120 परिवार लाभान्वित हुये एवं उनकी आय में बृद्धि हुई।</p>	<p>30 हेक्टेयर भूमि पर बृक्षारोपण कार्य हुआ।  120 परिवारों की आय बढ़ी।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट  भौतिक प्रगति रिपोर्ट  उपयोगकर्ता दल रजिस्टर  साक्षात्कार  समूह चर्चा</p>	
<p><b>Activity –</b>  <b>1.5.1.1</b> उद्यानिकी पौध रोपण  आम – 1000 पौध  आंवला – 3000 पौध  नीबू – 2000 पौध  कटहल – 2000 पौध  अमरूद – 2000 पौध  <b>1.5.1.2</b> वानिकी पौध रोपण  नीम – 4000 पौध  शीशम – 2000 पौध  बॉस – 4000 पौध  सागौन – 2000 पौध  बबूल – 3000 पौध</p>	<p>10 हजार उद्यानिकी प्रजाति के पौधे रोपित हुये।   13 हजार वानिकी प्रजाति के पौधे रोपित हुये।</p>	<p>पटवारी रिपोर्ट  भौतिक प्रगति रिपोर्ट  उपयोगकर्ता दल रजिस्टर  साक्षात्कार  समूह चर्चा  अवलोकन</p>	

<b>Out Come –</b> <b>1.6.</b> 4 प्रतिशत भूमि पर पशुओं के लिए चारागाह का विकास करना।	4 प्रतिशत भूमि में चारागाह का विकास हुआ। दो लीटर प्रति पशु दुग्ध उत्पादन बढ़ा। 8 प्रतिशत परिवारों की आय में बृद्धि हुई।	पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार अवलोकन	
<b>Out Put –</b> <b>1.6.1</b> 20 हेक्टेयर भूमि पर चारागाह विकास से 70 परिवार लाभान्वित हुये एवं 450 पशुओं के लिए चारा उपलब्ध हुआ।	20 हेक्टेयर भूमि पर चारागाह का विकास हुआ। 70 परिवार दुग्ध उत्पादन से जुड़े। 450 पशुओं को चारा उपलब्ध हुआ।	पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार अवलोकन	
<b>Activity –</b> <b>1.6.1.1</b> दीनानाथ एवं सूडान घास का रोपण।	दीनानाथ एवं सूडान घास का रोपण हुआ।	पटवारी रिपोर्ट भौतिक प्रगति रिपोर्ट समूहचर्चा उपयोगकर्ता दल रजिस्टर साक्षात्कार अवलोकन	
<b>Out Come –</b> <b>1.7.</b> 4 आयमूलक गतिविधियों से 22 समूहों को जोड़ना।	22 समूह आयमूलक गतिविधि से जुड़े। 220 परिवार की आर्थिक स्थिति सुदृढ़ हुई।	समूह रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर साक्षात्कार, अवलोकन	
<b>Out put –</b> <b>1.7.1</b> 15 समूह अगरवत्ती बनाने लगे। <b>1.7.2</b> 2 समूह मछली पालन करने लगे। <b>1.7.3</b> 2 समूह मुर्गीपालन करने लगे। <b>1.7.4</b> 3 समूह सब्जी उत्पादन करने लगे।	150 परिवारों की आमदनी बढ़ी। 20 परिवारों की आय में बृद्धि हुई। 20 परिवारों की आय में बृद्धि हुई। 30 परिवारों की आमदनी बढ़ी।	समूह रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर साक्षात्कार, अवलोकन	
<b>Activity –</b> <b>1.7.1.1</b> अगरवत्ती बनाना <b>1.7.2.1</b> मछली पालन <b>1.7.3.1</b> मुर्गी पालन <b>1.7.4.1</b> सब्जी उत्पादन	अगरवत्ती बनी। मछली पालन हुआ। मुर्गीपालन हुआ। सब्जी का उत्पादन हुआ।	समूह रजिस्टर रिपोर्ट रजिस्टर साक्षात्कार, अवलोकन	
<b>Impact –</b> सीधी जिले के कुसमी विकास खण्ड के ग्राम खरबर में 500 हेक्टेयर भूमि पर अप्रैल 2011 से मार्च 2016 तक जल ग्रहण क्षेत्र प्रबंधन द्वारा 430 परिवारों के लिए आजीविका का स्थाई साधन विकसित हुआ।	---	---	---