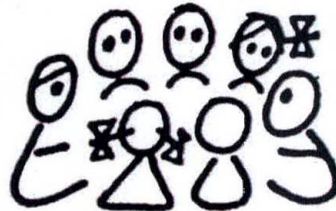
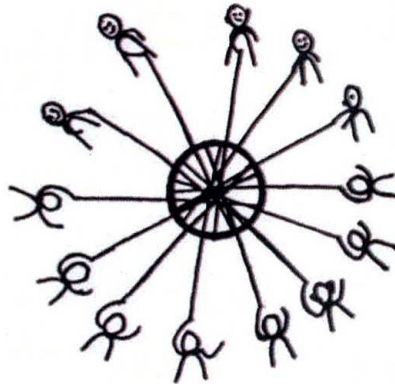


Community Health Learning Programme

*A Report on the Community Health Learning
Experience*

**KRISHNA PRATAP
SINGH**



School of Public Health Equity and Action
(SOPHEA)



Society for Community Health Awareness Research and Action

A Journey in search of Internal Humanity (Community Health Learning Program)

India is the most populated country in the world after China. As we all know Indian constitution come top to the most in our country and it says every citizen of India has it's own right to leave the peaceful life with full of dignity and also they have full liberation to express their views. They have right to health where basic need like food, Clothing, Housing and Medical care must be fulfilled by state.

But unfortunately distribution of resources are very injustice therefore

Acknowledgement

First of all my humble salutation goes to gracious God for their greatness so that I got opportunity to born in this world and able to learn the community & serve the community.

I am very grateful forever my life of Rev. Swami (Dr.) Varishthananda Jee Maharaj for his blessing otherwise it is not possible to me do such a fellowship programme.

I heartfelt thanks to Dr. Thalema Narayan & Dr. Ravi Narayan who's passion to serve the humanity for community people inspired my thinking toward to community people.

My specially thanks to Mr. As Mohammad, Mr. Sabu Kumar and Mr. Rahul ASGR for their guidance throughout the course of fellowship program & helped me to understand the importance of research & public health system research.

I am so thankful to our all faculties Mr.Chander, Mr. Kumar, Dr. Adithya, Mr. Prasanna Saligram, Dr.Deepak, Mrs. Sani, Mr. Prahlad who made their best effort to understand to each aspect of community health, Environment & Occupational health, ten axiom of communitization etc.

I would like thanks all technical person & non technical Mr. Victor, Mr. Naveen, Mrs. Maria, Mr. Hari, Mr.Tulsi, Mr. Joseph, Mrs. Kamala Amma without their support I could not sustain such a long duration.

My appreciation and thanks to those NGOs (SNEHDAAN, APD, FRLHT) who invite us as fellow to enhance my knowledge regarding their field.

CHLP-2011/FR 10

My would like to thanks to my field mentor Mr. Sanjay Kumar Karn & All Team Staff of Health Promotion Dept. Ramakrishna Mission Home Of Service Varanasi who helped me to do this fellowship program.

Why I choose this fellowship program.

After completion of my post graduation in Economics I felt without having practical skill, could not sustain my life easily. I heard several times from mother she did not want to give birth me and for this she swallowed abortion pills but still I born. This story compel me to think there is something meaning of my life.

In 2004 I joined Ramakrishna Mission Home Of Service, Varanasi which is a well known ancient charitable trust who delivers several type of services to society and I mainly engaged with out reach work. I usually go to school & village community for health education program & health activities etc. there I realized if I want to help someone who is needy and helpless I must have some practical life skill that should be update time to time. That make sense Learning throughout life. Some times I became depressed when community did not proper respond to me and other side our medical camp are warmly accepted by community. At this movement our project coordinator counseled me and appreciated to Health Education Programme and advised me If you want to better result of your work you have to prove it by enhancing your capacity in field of proper documentation, Attractive presentation and research.

But in spite of this I have a soft corner for Doctor & medicine. Till this time I prepared my self to do some course regarding this area. In between my Project coordinator informed me there is an organization named SOCHARA which running fellowship programme for community health. If you interested I talked with them for your nomination of fellowship. That time I replied him with doubts because my family is totally depend on me and for a long time how will I able to manage this. Then he clarified my doubts with that six month of field visit you can do in this organization. After that I thought this is the best time of my life I should never missed such opportunity than I resolved to do this fellowship program.

My Learning Objectives for this fellowship programme

1. To explore more knowledge about community health.
2. To enhance my documentation & presenting skills
3. Increase language skill
4. Learning skill how to write good report, abstract, project proposal
5. Most important thing research & its component and important on public health
6. To understand the proper computing skill (net surfing, Epi info, SPSS)
7. Understanding social marketing skill
8. Skill for organizing training & workshop on several topics

Reflection on collective session

Community means a group of people living together with multi dimensional aspects has the feeling of oneness, causing interdependency and interaction inspite of diversity in culture, language, religion and lead life through certain rules and regulations.

Community health is a process of enabling people, to exercise collectively their responsibility, to their own health and to demand as their right.

Axioms of community Health

1. Right and Responsibility
2. Autonomy over health
3. Integration of health and development activities
4. Building decentralized democracy of community and team level
5. Building equity and empowering community beyond social conflict
6. Promoting and enhancing the sense of community
7. Confronting the biomedical model with new attitude skill and approaches
8. Confronting the existing super structure of medical/ health care to be more people and community oriented.
9. A new vision of health and health care and not a professional package of actions
10. An effort to build a system in which health for all can become a reality.

Health Terminology

Health: Defined in the Constitution of the World Health Organization as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

Handicap: A disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal for that individual.

Disability: Restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being.

Impairment: Any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function.

Morbidity: Any departure, subjective or objective, from a state of physiological or mental well-being, whether due to disease, injury or impairment.

Population at risk: People who stand a chance of contracting a specified disease (for example, during an epidemic outbreak).

Incidence: Occurrence of new cases of a specified disease in a specified community during a specified period of time.

Prevalence: A measure of the total number of existing cases (episodes or events) of a disease or condition at a specified point in time. (If a period of time is specified, then the resulting disease measure is period prevalence.)

Crude death rate (CDR): $[\text{Total number of deaths occurring in a year} \times 1000] / \text{Mid-year population}$. The adjective "crude" refers to the overall death rate with no compensation for the effect of any associated factor, such as age, sex or race.

Age-specific death rate: $[\text{Total number of deaths in a specific age (or age group) in a year} \times 1000] / \text{Mid-year population of the same age (or age group) of the population}$.

Sex-specific death rate: $[\text{Total number of deaths in a specific sex group in a year} \times 1000] / \text{Mid-year population of the same sex group}$.

Age/sex-specific death rate: $[\text{Total number of deaths in a specific age and sex group in a year} \times 1000] / \text{Mid-year population of the same age and sex group}$.

Stillbirth (or late fetal death) rate: $[\text{Number of stillbirths occurring in a year} \times 1000] / \text{Total number of births in the same year}$.

Perinatal mortality rate: $[(\text{Number of stillbirths}) + (\text{number of infant deaths in the first week after birth})] \times 1000 / \text{Total number of births in the same year}$.

Perinatal mortality ratio: [(Number of stillbirths) + (number of infant deaths in the first week after birth) in a year X 1000] / Total number of live births in the same year.

Neonatal mortality rate: [Number of deaths of infants under 28 days of age in a year X 1000] / Total number of live births in the same year.

Post-neonatal mortality rate: [Number of deaths among infants aged between 28 and 364 days in a year X 1000] / Total number of live births in the same year.

Infant mortality rate: [Number of deaths under one year of age in a year X 1000] / Total number of live births in the same year.

Maternal mortality rate: [Number of female deaths due to complications of pregnancy, childbirth and the puerperium in a year X 1000] / Total number of live births in the same year.

Disease/cause-specific death rate: [Number of deaths due to a specified disease (cause) occurring in a year X 1000] / Mid-year population.

Case-fatality rate: [Number of deaths due to a given disease or condition occurring in a year X 1000] / Total number of persons who suffered from the same disease or condition in the same year.

Age-specific proportional death ratio: [Number of deaths at a specified age or in a specified age group (usually for 50+) in a year X 100] / Total number of deaths in the same year.

Cause-specific proportional death ratio: [Number of deaths from a specified cause in a year X 100] / Total number of deaths in the same year.

Age-specific fertility rate: [Number of live births to women of specified age or age group in a year X 1000] / Mid-year population of the specified age or age group.

Crude birth rate: [Number of live births in a year X 1000] / Mid-year population.

General fertility rate: [Number of live births in a year X 1000] / Mid-year population of women of childbearing age (15-44 years or 15-49 in some countries).

Gross reproduction rate: The total fertility rate restricted to female births only. It is the average number of daughters that a synthetic cohort of women would have at the end of the reproductive period, if there were no mortality among the women.

Net reproduction rate: Rate of replacement of females in the population per generation, with the current schedules of fertility and mortality.

Total fertility rate: Sum of all the age-specific fertility rates for each year of age from 15 to 49 years. It is the average number of children that a synthetic cohort of women would have at the end of the reproductive period, if there were no mortality among the women.

The following rates can be calculated for any period of time, as well as for a year.

Beginners' rate: $[\text{Number of new users of any contraceptive method in a specified period} \times 100] / \text{Total number of non-users}$.

Current users' rate: $[\text{Number of current users of any contraceptive method in a specified period} \times 1000] / \text{Total number of target population}$. This rate can be calculated specifically, by using several variables, such as method and education.

Induced abortion rate: $[\text{Number of induced abortions in a specified period} \times 1000] / \text{Total number of live births in this specified period}$. Abortions performed for medical purposes and spontaneous abortions are excluded.

Open birth interval: Interval between last birth and the date of the study. Real birth cohort: A group of births occurring at the same time.

Synthetic birth cohort: An artificial birth cohort, composed of a cross-sectional sample of the population.

Annual rate of population change: Relative change in population size (increase or decrease) per annum.

Arithmetic Progression: A series of figures is said to be in arithmetic progression when the difference between any two adjacent figures is the same. For example, the series 3, 5, 7, 9, 11, 13, is in arithmetic progression. Population sizes over a period of years are in arithmetic progression if the size changes by a constant amount each year.

Change in population structure (age and sex): Alteration in the age-composition and sex-composition of the population, as a result of births, deaths and migration.

Demographic Transition: The process by which, over a number of years, continuous changes in one or more of the fertility, mortality and migratory rates in the population produce alterations in the characteristics and structure of the population.

Expectation of life at birth: Number of years a newborn is expected to live, given the prevailing mortality conditions.

Geometric Progression: A series of ordered numbers is said to be in geometric progression if the proportion between any two adjacent numbers is the same. For example, the series 3, 9, 27, 81 is in geometric progression, population size over a

period of years is said to follow a geometric pattern of growth if the proportional change is constant in successive years.

Migration: Movement of people from one geographical location to another within the same country or across country borders.

Natural growth: Change in population as a result of births and deaths, and excluding migration.

Population dynamics: The study of changes in population size and structure over time.

Population explosion: Rapid increase in population size.

Population pyramid: A method of graphically depicting the age-sex composition of a population.

Probability of survival: Chance that somebody alive at a particular age will still be alive at a given older age.

Rate of natural increase: Relative change in population size brought about solely by the balance between births and deaths; it is obtained as the difference between the crude birth and death rates.

Rate of population growth: Relative change in population size as a result of births, deaths and net migration.

Stationary population: A population with no migration and for which the crude birth rate is equal to the crude death rate.

Young and old populations: The median age is usually used as a basis for describing a population as "young" or "old". Populations with medians under 20 years may be described as young, those with medians of 30 years or over as old, and those with medians between 20 and 29 as of intermediate age.

The proportion of elderly persons can also be used as an indicator of young or old population. On this basis, populations with 10% or more people aged 65 years and over may be said to be old.

Zero population growth: Absence of growth in the population.

- **Objective (of a health programme):** A measurable state a health programme is expected to be in, at a given time, as a result of the application of programme activities, procedures and resources.

Example: An objective of an expanded programme of immunization could be effectively to immunize at least 90% of the eligible children by the end of the current 5-year national health programme.

- **Process indicator:** A measure of the extent, efficiency or quality of service performance.

Example: Proportion of pneumonia cases seen who receive standard case management at health facilities.

- **Proxy indicator:** An indicator used in place of a direct indicator which may be more difficult to measure or compute. Example: School absenteeism may be used as a proxy indicator for general morbidity in school-age children.
- **Relevance:** The extent to which an indicator contributes to the understanding of the phenomena of interest. Example: The proportion of preschool children (under 5 years of age) more than 2 SD below the median height-for-age of the WHO/National Center for Health Statistics reference population contributes to the understanding of childhood moderate and severe stunting.
- **Reliability:** The indicator should be reproducible if measured by different people under similar circumstances. Example: Infant mortality is a reliable indicator of early childhood mortality in countries with comprehensive birth and death registration.
- **Sensitivity:** The degree to which an indicator reflects changes in the phenomena of interest.

Examples: The quantity of non-expired drugs by category at a health facility is a sensitive indicator of drug supply at the facility. In many developing countries, outpatient attendance rates at public health facilities are a sensitive (proxy) indicator of the supply of drugs at those facilities.

- **Specificity:** The ability of an indicator to reflect changes in only the specific phenomena of interest.

Example: The amount of drugs dispensed daily at a health facility is not a specific indicator of drug supply at the facility.

Indicators of mortality

- **Infant mortality rate:** the annual number of deaths of infants under one year of age per 1000 live births.

Indicators of childhood nutrition

- **Underweight prevalence:** proportion of preschool children (under 5 years of age) more than 2 SD (moderate and severe) or more than 3 SD (severe) below the median weight-for-age of the WHO/National Center for Health Statistics reference population.

Indicators of water and sanitation

- Proportion of the population with access to an adequate amount of safe drinking-water in a dwelling or located within a convenient distance from the user's dwelling.
- Proportion of the population with access to a sanitary facility for human excreta disposal in a dwelling or located within a convenient distance from the user's dwelling.

Indicators of disability

- **Disability type-specific prevalence:** the total number of persons with disability, specifying the number having serious difficulty in seeing, hearing or speaking, moving, learning or comprehending, or having strange or unusual behavior, or other disability of duration of at least six months or of an irreversible nature, in the following age groups: 0-4, 5-14, 15-19 and 20 and over.
- **Antenatal care:** proportion of women attended at least once during pregnancy by trained health personnel.
- **Indicators of child spacing**
- **Contraception:** proportion of women of childbearing age (15-49) currently using contraceptive methods (either modern or traditional).

Fertility: fertility rate of women 15-49 years of age.

Indicators of immunization coverage

- Proportion of children immunized against diphtheria, pertussis, and tetanus (DPT, 3 doses) before their first birthday.
- Proportion of children immunized against measles before their first birthday.
- Proportion of children immunized against poliomyelitis (OPV, 3 doses) before their first birthday.
- Proportion of children immunized against tuberculosis before their first birthday.

The Alma Ata Declaration

The Alma Ata declaration of 1978 emerged as a major milestone of the twentieth century in the field of public health, and it identified primary health care as the key to the attainment of the goal of health for all. The following are excerpts from the declaration.

The international conference on primary health care, meeting in Alma Ata this twelfth day of September in the year nineteen hundred and seventy eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health for all the people of the world, hereby makes the following declaration :

1. The conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.
2. The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is therefore, of common concern to all countries.
3. Economic and social development, based on a new international economic order, is the basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.
4. The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.
5. Government have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining the target as the part of development in the spirit of social justice.
6. Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self reliance and self

determination. It forms an integral part both of country health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

7. Primary health care

- A. Reflects and evolves from the economic conditions and socio cultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience.
 - B. Addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly
 - C. Includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious disease; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common disease and injuries; and provision of essential drugs;
 - D. Involves, in addition to the health sector, all related sectors of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
 - E. Requires and promotes maximum community and individual self reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
 - F. Should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all and giving priority to those most in need;
 - G. Relies at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.
8. All government should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national

health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

9. All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/ UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.
10. An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The international conference on primary health care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a new international economic order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this declaration.

Field Visit in APD Bangalore: It is a good educational excursion for us. APD stands for The Association of people with disability. This is situated in Bangalore and working for more than last 30 years. Founder member of this organization is Mr. Hema who is already faced with disability. The vision and mission are also inspired me to think about this topic. Their aim is to create such a society where people with disability are accepted with into mainstream economic & social life. A culture and eco system where they can earn, live and sustain with dignity & respect. It's vision is equality & Justice for people with disability. Their main focus aria of education, health care, Livelihood and ecosystem. Most of time people with disabilities are seen by their relative as burden of the family. They are assaulted many times by the family member and loss their self respect and dignity. In such situation this organization are the hope of their life and happiness. There we got opportunity to see the classes, whorkshops rooms, physiotherapy room and other faculties. They taught us about the disability like what is disability, type of disability, method of early identification, and also explained how they managed all program etc. We visited their horticulture department also, there we found variety of plant, vegetable and flowers. All these are managed by children with disability.

There they got their training on this domain for survive their livelihood.

Protest against GM Food : I surprised to know that food which we consume for survival are not useful for health all time. First time I heard about GM Food how it's adverse effect on health of people & marginal farmer. GM food brought in the market for only gaining more profit by private companies. In some case it's found it is poisonous for our health and leads to several fatal disease like cancer. Our country is the country of farmers & most of the populations are depend on agriculture. In such situation if we introduce this technology absolutely we are allowed to monster company to kill our farmer. Which is totally unjust with the farmer. To be a human being it is my duty to help the people & save humanity against this artificial hazard.

Visit in SNEHDAAN : It is one of the most memorable & touch to heart field visit. This organization are working with HIV people. A number of people live with this type of fatal disease in Bangalore not only Bangalore but all over the world. They are more vulnerable not because of their disease also social stigma contribute major role. Most of the type they are not responsible for having this disease but they suffer due to their life partner or someone else. There in a short meeting I got opportunity to know more thing about this like what is HIV, Window period, NACCO Program, ART, prevention etc. I met with some HIV patient who are too old. They are waiting for their last day of the life. Few of them are not worried about the disease but felt unhappy with their own relative. They devoted their whole life to make them happy but they ignored & scold them due to their false name in society. I met some innocent children having with HIV positive. They got this disease from their parent in inheritance. Sometime they do not know why they

are so far from their parents and why they have to eat medicine daily. It is really unjust with them. They are suffering due to their parent's mistake.

One more thing that they are more susceptible for tuberculosis. If we want to bring a smile on their face first of all we should remove social stigma from their life. HIV are not associated only the sex but there are so many causes.

If we want to decrease the ratio of People with HIV we should focus on prevention aspect. We should concentrate on awareness & education programme

FRLHT Visit : It was really an informative trip. It is situated outside of the Bangalore city and near the airport road. FRLHT stands for Foundation For Revitalization Of Local Health Traditions. Most of the Indian population depend on agriculture & Forest. Both's survival are depend to each other. Regarding this area this organization are doing with much with a higher objective. To engage in high priority, trans disciplinary research that bridges Ayurveda with Biomedicine, life science, engineering, pharmaceuticals and the social science, art & culture and build new paradigms, standards, products, processes, technologies and communication strategies. To engage in research to uncover the algorithms of theoretical foundation and therapeutic strategies of Ayurveda and to use digital technology platforms for documentation and interpretations. To engage in clinical research to establish the clinical theories and practice of Ayurveda and promote good clinical management. To design and demonstrate conservation strategies including the creation of geospatial database focused on threatened species. To design and demonstrate augmentation strategies for sustainable use of natural resources used by the Indian medical heritage.

To design and implement innovative online and offline educational programs for rural and urban households, school and university students and folk healers. To design and implement strategic outreach programs for widespread dissemination of validated health interventions derived from traditional health sciences and practices which can impact rural and urban communities in India and globally. We visited their herbarium and garden where we saw a variety of plants & herbals which are very useful to our day to day life. They inform us there are more than 1000 plants in that campus and they explained more about their documentation process, herbarium, other department of their organization, they took a little session on above topics etc. they have arranged our lunch also.

2. सामाजिक स्वास्थ्य सुधारों का अभाव - स्वास्थ्य का अधिकार होने पर भी जीवन के अभाव तथा परिणीत हो गई।

1. पारिवारिक शैक्षिक अभाव भी इस घटना का प्रमुख कारण था। क्योंकि जानकारी के अभाव में ही यह बीमारी इतना गंभीर रूप ले ली तथा समाधान होने के बावजूद यह दृष्ट बीमारी मृत्यु में

निष्कर्ष :

साथ अपने मायके में अपने मां पिता के पास रह रही थीं।
किये अपने परिवार तक बंध दिए थे परन्तु सारा प्रयास निकल रहा। हमारे जानकारी तक वह अपने बच्चों के कर दिया था कि उसने अपने पति के इलाज के लिये अपने तथा अपने बच्चों के भविष्य का परवाह कर दे। परन्तु स्वास्थ्य में ज्यादा सुधार नहीं हो पाया तथा कुछ पहर बाद डाक्टरों ने उसके पति को मृत्यु घोषित कर दिया था। तब वह अपने पति को लेकर बाघाणसी स्थित रामकेशु मिशन अस्पताल में भर्ती हुए की एवं दवा भी नियमित रूप से चल रहा था। परन्तु दो माह पश्चात एक दिन अचानक उसके पति का ती उसने अपने गांव में रामकेशु मिशन सेवाश्रम बाघाणसी द्वारा आयोजित सचल लिकेस्मालय केंद्र में अपनी दवा समीक्षा की छोटी सी दृकन शुरू कर दी। परन्तु कुछ दिनों पश्चात उसके पति का स्वास्थ्य फिर से खराब होने लगा उसकी परिवार से अलग कर दिया। ऐसे परिस्थिति में अपनी लीविकोपार्जन हेतु अपने घर में ही पानी पूरी एवं चाट परन्तु दवा पर आर्थिक खर्च एवं दृष्टी के कारण दवा बीच में ही छोड़ दी। इसी बीच उसके पति के माईयां ने इलाज कराई परन्तु उससे आराम नहीं मिला। तब दो सी स्थित एक टीबी लिकेस्मालय में अपनी इलाज शुरू कराई थी। संयुक्त परिवार था। परन्तु कुछ समय पश्चात राजकुमार जी बीमार रहने लगे। एक स्थानीय दवाखाने से अपनी



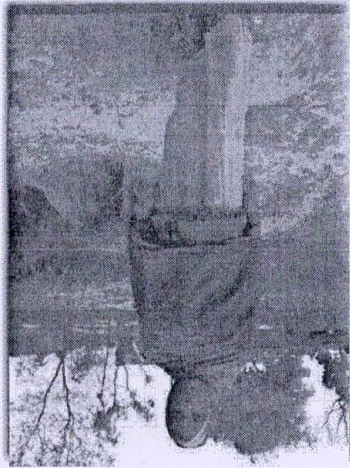
था। उसके पति नौकरी करते थे। परिवार की आर्थिक स्थिति अच्छी अच्छा नहीं था। घाटी के समय उसके परिवार में सबकुछ ठीक ठीक 15 वर्ष पहले इस गांव में हुई थी। परिवार में शैक्षिक स्तर ज्यादा समस्या के बारे में बताना शुरू की। उसकी घाटी श्री राजकुमार गुप्ता से विरल में जानकारी जाननी चाही तो उसने अपने पति एवं पारिवारिक मित्राधी। जो काफी दृढ़ पतले बीमार दिख रहे थे। हमने थोड़ी समाधान के लिये अपने घर पर बुलायी। वहाँ उसने हमें अपने पति से स्वास्थ्य काव्यकर्ता के रूप में अपनी पारिवारिक स्वास्थ्य समस्या के स्वास्थ्य के संदर्भ में उस समुदाय में भ्रमण कर रहा था। उसने हमें उससे हमारी मुलाकात आम मंडीवा निवापुर में हुई थी। मैं सामुदायिक परिवार में एक बीमार पति के अलावा तीन छोटे-छोटे बच्चे भी थे।

Case Study :

1. स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक शिक्षा, जाति, धर्म, गरीबी इत्यादि की इस घटना में बराबर भूमिका रही। क्योंकि इनके दृश्यभावों के कारण ही वह अपने अधिकारों से वंचित रह गया।

निर्देश :

टीबी की दवा चल रही था देहान्त ही गया तथा वह महिला गम्भीरी थी एवं उसका डैलाज भी चल रहा था। मैं भ्रमण का मौका मिला तो उस परिवार की स्थिति जानने की इच्छा हुई तो पता चला कि उसका पति जिसको जाकर डाक्टरों से मिलने को बोला जिससे उसका पूर्ण रूप से उपचार हो सके। कुछ माह पश्चात् दूबारा उसी क्षेत्र के सेंट्रल में मैंने उससे स्वास्थ्य चर्चा की तथा उसे रामकृष्ण मिशन द्वारा आयोजित सचल चिकित्सालय पर उसकी खाली आना बंद हो जाता है परन्तु दवा महँगी होने के कारण उसे बीच बीच में छोड़ देती है। बुरा बलाव भी किया जाता है। उसने यह भी बताया कि ज्यादा चक्कर आने पर बाजार से कोई दवा ले आती है और प्रेन का चक्कर है और यह अपने मायके से ले आई है तथा इस बीमारी के लिये कई बार उसके साथ बहुत हुआ तथा उसने यह भी बताया कि उसके घर के लोग इसके लिये उसके माँ को गाली देते हैं और बोलते कि यह धरिज जल गया। पछुते पर कि यह बीमारी कब से आ रही है? तो उसने बताया कि घाटी के बाद यह बीमारी शुरू हुई के पास बैठ कर खाना बना रही थी कि अचानक झटका आई और जलती अंगारे पर गिर पड़ी और उसका जले हुए हाथों पर पड़ी। तो मैंने उसके बारे में पूछा तो पता चला कि उसको भी झटका की बीमारी है। एक रात न ही पाना। इस बीमारी के उचित आहार क्या हो सकता है इस पर बात हो ही रही थी कि सैरी व्हिट रामदेई के वजह से दवा मिल पा रही थी। परन्तु कमजोरी बनी रही जिसका प्रमुख कारण घर में पर्याप्त खाना (प्रोटीन युक्त) की। प्रारम्भ में दवा के लिये परेशानी होती थी। किन्तु बाद में किसी स्वास्थ्य कार्यकर्ता से जान पहचान होने के दूबारा बीमारी गम्भीर होने पर मधुपुर स्थित जे.एस.के. से डैलाज शुरू दवा एवं भाड़े के लिये वैसे की डैलाजाम न ही पाना था। उसके पश्चात् शुरू की किन्तु थोड़े समय के बाद दवा बन्द कर दी जिसका कारण मैं इसकी डैलाज के लिये रोजी बिहार गये और वही से इसकी डैलाज की ललाष में बाहर गये थे और वही से यह बीमारी लाये थे। शुरू शुरू दवा चल रही है। थोड़ी विस्तृत जानकारी लेने पर पता चला कि काम पति काफी बीमार चल रहे थे। पछुते पर पता चला कि उनकी टीबी की परिवार में इनके पति के अलावा तीन बच्चे तथा षष्टर भी है। इनके किशो डैर जमान के समीप है। इनसे मिलने पर पता चला कि इनके समा के बावलातवा बस्ती में हुई। यह बस्ती मुख्य मार्ग से करीब 3



स्वास्थ्य कार्यक्रम हेतु क्षेत्र भ्रमण के दौरान सोनभद्र जिले के लोहरा ग्राम दैनिक मजदूरी एवं वनों से लकड़ी काटना। हमारी मुलाकात सामुदायिक स्तर नहीं के बराबर था। इनके परिवार के भरण पोषण का मुख्य स्रोत रामदेई उस 35 वर्ष के एक गरीब दलित परिवार से थी जहाँ शिक्षा का

5. अस्पष्टित कार्य क्षेत्र में स्वास्थ्य जाँचम भी इस तरह के घटना के लिये जिम्मेदार है। जिसके परिणाम स्वरूप इसकी निदान देर से हो पाई। जिम्मेदार है। क्योंकि प्रकृशात में इस परिवार तथा समाज एवं स्थानीय डाक्टरों से छिपाया गया
4. इस बीमारी को एक सामाजिक कलंक के रूप में ही रही पहचान भी इस घटना के लिये होती हुए भी इस घटना की कोई जाँच नहीं हो पाई।
3. सांख्यिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में ही रही अस्टाचार के वजह से राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम के

1. सामाजिक निष्पक्ष गरीबी, जाति, धर्म, वर्ग, इत्यादि का इस परिवार को प्रभावित किया है। एकांकी परिवार तथा काम की तलाश में पति का बाहर जाना भी एक इस घटना के लिये जिम्मेदार था। क्योंकि सीमित संसाधन के अभाव में बच्चे को सही से इलाज नहीं करा पाई।
2. ज्यादा समय से पारिवारिक विषम परिस्थितियों को झेलते झेलते अन्दर की मानवीय संवेदनाएँ लगभग समाप्त हो जाती हैं।
3. कूड़ेक लोरी द्वारा निजी लाभ के लिये ग्रामीण के बीच गलत अफवाह फैलाना कि सरकारी एवं मूपल दवायें असरदार नहीं होती हैं ऐसी घटनाओं में प्रमुख भूमिका निभाती है।
4. सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं का सही मानीटरिंग एवं मूल्यांकन न होने के कारण बहुत सारे ऐसे परिवार सामने नहीं आ पाते।

निकर्षः

कि उसका बच्चा मर गया। और अंत तक कारण के बारे में जानकारी नहीं मिल पाई। सलाह दी। जब एक माह पछात उस गाँव में जाने का मौका मिला तो ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता के से पता चला पोशाक आहार के बारे में जानकारी दी। यथासंभव आर्थिक मदद की तथा उसे कैंप से जाकर बच्चे को दिखाने की इस बच्चे को कैंप में दिखाने के बारे में पुछा गया तो डर उबर करके बात को टाल दी। मैंने अपने तब से घरेलू उसने कहाँ उसे पहले से भी इस सेवा के बारे में जानकारी है और पहले भी इसका लाभ उठा चुकी है। जब उससे एक बच्चा था। जब उसे रामकृष्ण मिशन द्वारा आयोजित सचल लिकेचर्स कैंप के बारे में जानकारी दी गई तो है। उसके पास एक जमीन का छोटा टुकड़ा है। जिस पर थोड़ी बहुत कृषि हो जाता है। उस माँ के गाँव में भी बातचीत की तो पता चला कि उसका पति दैनिक मजदूरी का कार्य करता है और उसके लिये भी वह बाहर गया सिरप था। बच्चे की माँ से कुछ और विषयाँ पर



30 यह घटना माह मई 2014 का है। मैं बिर्जपुर जिले के नौगाँवाँ ग्राम सभा के सरदार पुर बस्ती में एक स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम में सहभागीता हेतु गया था। इस बस्ती में ज्यादातर कौल समुदाय के लोग थे। स्वास्थ्य शिक्षा का कार्यक्रम चल रहा था एवं स्वास्थ्य शिक्षक द्वारा स्वास्थ्य के

2. सार्वजनिक क्षेत्र के स्वास्थ्य कार्यकर्ता एवं स्वास्थ्य सेवाओं का सही सही मूल्यांकन न हो पाना भी इस घटना का एक प्रमुख कारण है इसके परिणाम स्वरूप कई ऐसे परिवार इन स्वास्थ्य सुविधाओं तक नहीं पहुँच पाते हैं।
3. पंचायती राज व्यवस्था में आज भी व्यवहारिक रूप से इस प्रकार के परिवार भी दूर हैं।
4. आज भी सार्वजनिक अधिकार की अनुपालन की अंशतया अभाव है।

5. प्रजातंत्र एवं पंचायती राज व्यवस्था जैसी आदर्श व्यवस्था होने पर भी ऐसे घटना को होना अपने आप में एक शर्मनाक हादसा है।

My learning from Field visit

To attend Health Education Programme.

HEALTH may be defined as a state of complete physical, mental, social and spiritual well-being and not merely absence of disease or infirmity.

EDUCATION is the manifestation of the perfection already within man.

Therefore, Health Education is essentially a positive and practical science. Positive in the sense that it has an ideal, which is far greater than the narrow connotations (meaning) generally ascribed to it; as for example being physically healthy is not only to be free from disease or infirmity, but complete well-being implies having vigorous work capacity and boundless enthusiasm besides being physically well-built. Same applies to mental, social and spiritual health. At the same time the science is immensely practical for the ideas and information regarding all the aspects of health have to be practiced day and night till perfection is manifested. **THUS PRACTICE forms the core of Health Education.**

1. Health education through multimedia in school & colleges.
2. Health education through multimedia in village & clusters.

HEMM IN SCHOOL

According to census 2014 literacy rate of our country 74.04. out of male literacy is 82.14 and in female literacy 65.46. where as in uttar Pradesh total literacy rate is 67.68 and out of them male literacy rate is 77.28 and 51.36 in female. As it is said that children are the future of the country. Growth of any country depend on its younger population of that country. If they are more educated and especially life skill education, the population will be more healthy and productive.

In uttar Pradesh numbers of primary school are more than 1 lakh and enrolled upper primary school are more than 35000.

Most of the rural school are facing several challenge like poor infrastructure, burden of overload of students, lack of sufficient & efficient teacher, etc. these are affect school education. Some time student do not get the proper opportunity to develop their potentiality. And teacher also feel the pressure of completing their curriculum in time so they do not focused on any extra curriculum or life skill education. In this area Health education through Multimedia programme in school try to reduce above described gap. RKMHOS developed various documentary film on several topics like tobacco use prevention, Food for health, Stop tuberculosis, roll back malaria, Exercise the true bodyguard, Acute Respiratory infection, Diarrheal disease, Child health care- I & II, Women Health I & II, etc.

Health education on water borne disease like diarrhea in school. In this region care sought for diarrhea is around 85 % according to AFHS 2013 – 14. So they focused school health education and targeted to school student.

Objective of school health education;-

1. To enhance the knowledge of student & teacher on water borne disease like diarrhea.
2. To develop their skill about ORAL REHYDRATION SOLUTION & it's preparation in home.
3. To focus on prevention aspect of this disease.
4. To escape themselves from unnecessary & dangerous medicine.
5. To identify the severity of this disease.
6. To enhance their communicative skill.
7. To improve their thinking & decision making capacity.
8. To develop the ability to solve their day to day life problem & life threaten.
9. Team work
10. To bring a feeling or sensitiveness about their responsibility for community.

Process of school health education:

1. **Contacting the schools:**

- Dissemination Team leader / Doctor / Health Educator meets the school principal with a formal letter.
- Explains the whole process including requirements.
- Gets the **Information Form** filled, which has information about the presentation room / hall size, total numbers of boys and girls (class wise), alternate power supplies arrangement.
- Settles on date and time of presentation.
- Also determines school appointed facilitator to help team arrange the session on the date of presentation.

2. Presentation Day

- On the presentation day, all equipment to be used is tested at the project office. The Information Form for the school is also reviewed, based on which the required number of **student information sheet, program evaluation sheet, Assignment Sheets** and **Summary Sheets** are packed. A checklist containing details about the equipment, literature etc. that is being carried is filled and retained in the office records.
- A 4-wheeler is prepared for the trip, and all equipment is loaded on it.
- Dissemination Team consisting of a health educator, a computer operator / field assistant and a driver reach the school half an hour before the scheduled presentation.
- A senior team member contacts the school's designated coordinator for the program. Next, the team unloads and sets up the equipment in the presentation hall.
- After setting up the equipment, the team sets a class-wise sequence according to the presence of the students on that day, as well as the hall size. Students are then called in batches to view the presentation. The team also insists that all the teachers and staff should watch the presentation as far as this is possible.
- After students are seated, a brief introduction about the SIS & evaluation sheet. These sheets are filled by student immediately then program begins.
- After the presentation is over, the doctor or the health educator conducts a '**Question & Answer**' session. He involves and encourages the students to actively participate in the discussion.
- Immediate post evaluation forms filled by student. For anyone seeking medical counseling, the doctor if present tries to provide it after the session is over. For other

medical help they are called to our hospital, where we provide free medical services and free medicines, as available, to the patients.

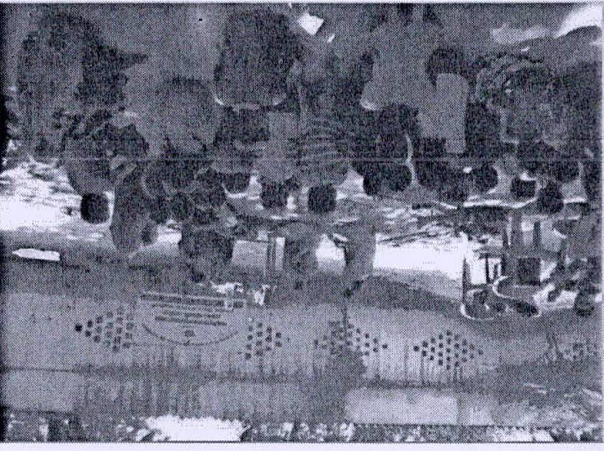
- A few photographs are taken, and sometimes a video is shot of the presentation as well as the Q/A session.
- Necessary instructions are next provided on how to fill the **Assignment Sheets**. The students are also encouraged to use the **Summary Sheets** to spread awareness and information on the subject (e.g., by discussing the matter on the sheets with neighbors, using the sheet to communicate the information to any illiterate people working in their home, etc)
- The viewing beneficiaries are informed of the requirement to return the completed **Assignment Sheets** to the school authority by a certain date. The **Assignment Sheets** and **Summary Sheets** are then distributed to each participant, with the help of the person deputed by the school.
- Before leaving the school the team meets with the authorities again, and reminds them about the date of collection of **Assignment Sheets**. It also takes their views on the presentation.
- All the team members then reload all the equipment that was taken to the site on the jeep. On the return trip to the office, a general discussion on the day's presentation follows. Based on the discussion, comments are placed in the **Comments Book**.
- On returning back to the office, all the equipment is unloaded from the jeep. It is checked by the staff deputed in the office with the help of the checklist, which was left with him.

3. Community workshops by peer educator on disseminated health education topic.

On the school health education day they selected few enthusiastic students who shown their interest to do some awareness program in their community. They enlisted such a student and talked with school principal and fixed a day for special training for those student. On that day one team goes to school and trained them for community workshop. In this workshop mainly focused on what is community workshop? What are the benefits of these workshop, how community workshop organized in community and day setting for the community workshop.

अतिनिहित क्षमताओं के द्वारा लोगों के बीच जागरूकता का कार्य किया। लोगों ने नृतकंड नाटक, गीत एवं भाषण के माध्यम से गांधीयों के बीच अपने विषु का लम्बाई मापना, विषु का विकास चार्ट भरना आदि कौशल सीखे तत्पश्चात उन के सीखे। माँ का पहला दृष्ट विषु के लिये क्यूँ आति आवश्यक है, विषु का वजन लेना, स्वास्थ्य की अलख जमाने की संकल्प ली। जिसके लिये वे लोग मूलभूत जीवन कौशल विद्यालय सांस्कृति एवं साहित्यिक वतना मंदिर के विद्यालयों ने अपने गाँव में विषु इस कार्यपाला के आयोजन में मिर्जापुर जनपद के सिकरी ग्राम सभा के समीप स्थित 20 माँ के दृष्ट एवं विषु पाशक आहार के महत्व के बारे में आयोजित सामुदायिक कार्यपाला:

दरस्त के बचाव के बारे में लोगों को जागरूक किया। उनके बीच उन्ही दरस्त का कारण, सबसे अच्छा उपचार औ आर एस बनाना एवं उन्ही की तैयारी की थी। बच्चे अवकाश के दिन भी गाँव में जाकर स्वयं लोगों को बुलाया। उन्हाइ के साथ स्वास्थ्य जागरूकता के लिये विभिन्न प्रकार के रोल प्ले, गीत, व्याख्यान उन्होंने इसके लिये बच्चों को विषय प्रकार का प्रविक्षण दिया और विद्यालयों ने विषय आयोजन किया। इस कार्यक्रम में विद्यालय के प्रधानाचार्य की भी विषय भूमिका रही। हुए दरस्त जैसे विमरियों के प्रति लोगों का जागरूक करने के लिये इस कार्यपाला का विद्यालयी स्वास्थ्य शिक्षा के पश्चात अपने समुदाय के प्रति अपनी जिम्मेदारियों को समझते स्वास्थ्य टीम द्वारा की गई स्वास्थ्य शिक्षा कैंप से हुई। इस कार्यक्रम के अन्तर्गत वे

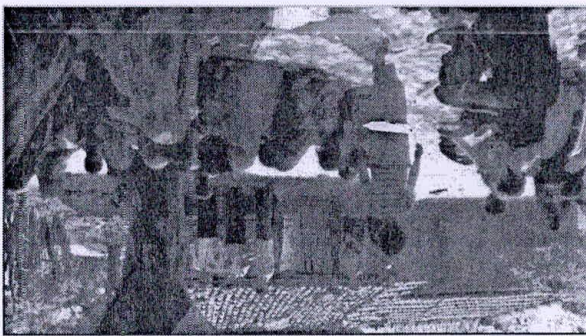


रामकंद्रेण मिषन सेवाश्रम वाराणसी के था। इस कार्यक्रम की शुरूआत स्कूल के विद्यालयों द्वारा किया गया मंडवा बाजार स्थित कौश्लिज एकडमी लिले के मंडवा ग्राम सभा के पास कार्यपाला का आयोजन मिर्जापुर सामुदायिक कार्यपाला : इस 10 दरस्त एवं उन्ही पर आधारित



40 सदी- बुखार जैसी
 अत्यकालिक विमारियाँ पर
 आधारित सामुदायिक
 कार्यपालना : सदी बुखार जैसी
 अत्यकालिक विमारियाँ के बारे
 स्वास्थ्य शिक्षा पाकर रामनगर
 पूर्व माध्यमिक विद्यालय के
 छात्र छात्राओं ने अपने

सीखा कि किस तरह से आहार उनके जीवन लक्ष्य के लिये कैसे मददगार हो सकता है। निम्नलिखित विषयों पर विशेष कौशल अर्जन किया। नियमित हरे पत्तेदार सब्जी एवं मौसमी फल का उपयोग करना। खाद्यपान का वयन बुद्धिमत्तापूर्वक करना। प्रास्ट फूड से बचना। सबल मौसमविषयों के लिये प्रोटीन युक्त आहार लेना, साबुत अनाज लेना एवं अपने आँगन में किचन गार्डन अथवा बॉरे वाली खेती करना जिससे हर मौसम लेना एवं अपने आँगन में किचन गार्डन अथवा बॉरे वाली खेती करना जिससे हर मौसम में उपलब्ध हो सक। इस सामुदायिक कार्यक्रम के लिये विद्यार्थियों ने कहानी के माध्यम से, पोस्टर के माध्यम से, गीत के माध्यम से, भाषण के माध्यम से ग्राफीकों के बीच में पोषण आहार के महत्व को बतलाया तथा साथ ही साथ वजन लेना, लम्बाई मापना, रक्त स्तर का जाँच करना आदि जीवन उपयोगी कौशल भी सीखे।

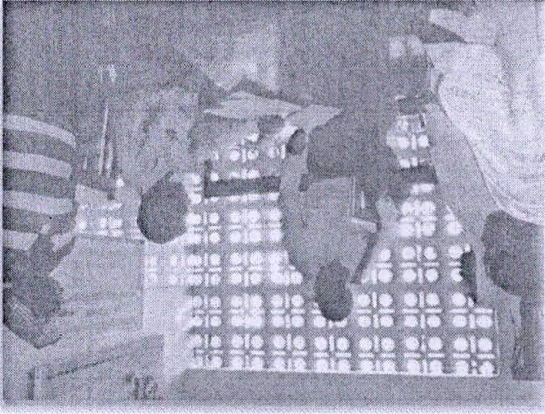


30 संवृलित आहार के विषय में
 आयोजित सामुदायिक कार्यपालना :
 सानमद लिले के लोहरा ग्राम सभा के
 पास आदर्ष बाल विद्या मंदिर गौरही
 के छात्र- छात्राओं ने सर्वप्रथम से
 स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम के माध्यम से

- सर्वोत्तम साधन है।
6. इस प्रकार के कार्यवाही से विद्यार्थियों के बीच सामाजिक विषमताओं को कम करने एक सैनहता अवसर भी था।
 5. इस प्रकार का कार्यवाही के माध्यम से विद्यार्थियों के अन्तर्निहित क्षमताओं के प्रदर्शन के कार्यवाही के दौरान सक्रिय सहभागिता कर रहे थे।
 4. इस कार्यक्रम के माध्यम से बहुरित से बच्चों के आत्मविश्वास में वृद्धि देखा गया। क्योंकि शुरुआत में विद्यार्थियों में स्वास्थ्य शिक्षा के प्रति आत्मविश्वास कम था जो सामुदायिक
 3. इस कार्यक्रम के माध्यम से बच्चों में अपने समुदाय के प्रति अपनी जिम्मेदारी की भाव दिखाई दिया।
 2. अधिकतर छात्र छात्राओं के लिये यह प्रथम अवसर था कि अपने समुदाय के बीच
 1. ज्यादातर कार्यवाही के प्रतिभागी कक्षा 7 से लेकर कक्षा 12 तक विद्यार्थी थे।
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यवाही का सहभागिता विद्यार्थियों पर प्रभाव :

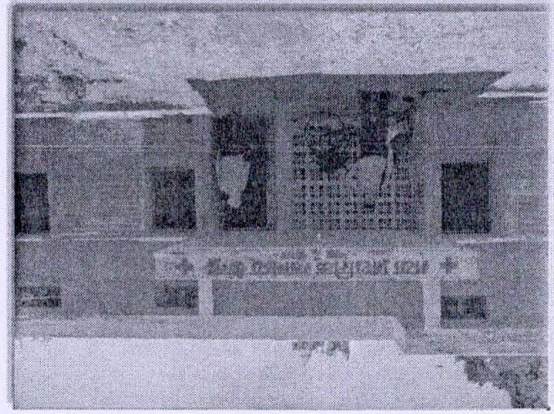
जानकारी दी।

समुदाय में सटीक बुखार जैसी अत्यधिक विमरियों के घरेलू उपचार, नाक कान साफ करने की मूलभूत कौशल तथा बच्चों में निमीन्या की पहचान एवं इससे बचाव के उपर



एम श्रीमती धर्मा देवी को बुलाकर मातृ शिक्षण स्वास्थ्य कार्यक्रम के बारे में जानकारी देने के लिये कहा। श्रीमती धर्मा देवी जी से बातचीत के कम में उन्होंने बताया कि उनके द्वारा

तथा मधुपुर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर कशैब 11.30 बजे पहुँचे। वहाँ पर हमारी मुलाकात 10 पाठक एवं 10 आर पी सिंह से हुई। हमने उनकी अपने कार्यादेश की जानकारी दी तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मधुपुर एवं वहाँ चल रहे स्वास्थ्य योजनाओं के बारे में जानकारी के लिये उनसे आग्रह किया। उन्होंने हमें अपना समय दिया और अपने केन्द्र पर कार्यरत ए एन



माह अप्रैल 2014 शीघ्र ऋतु का समय था। हम लोग सेनामद जिले के एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के भ्रमण का योजना बनाई। हमारे साथ अमरेंद्र जी भी थे। हम लोगों ने इसके लिये मधुपुर स्थित प्राथमिक स्वास्थ्य का चयन किया गया। यह हमारे बाराणसी केन्द्र से कशैब 85 किमी0 दूर स्थित है। हमलोग इसके लिये सुबह 7.30 बजे प्रस्थान किया



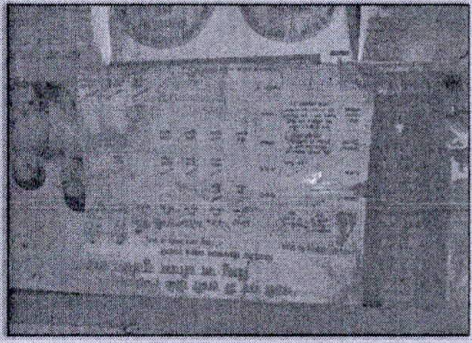
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का भ्रमण

मौका मिला।

7. कार्यक्रम के द्वारा विद्यार्थियों को अपने स्वास्थ्य अधिकारों के बारे में जाने व समझने का

अस्पताल की बुनियादी जरूरत पूरी करना मुश्किल हो जाता है। दवा के बारे में चर्चा करने कटौती के कारण एक्सरे मशीन एवं रेडिओलॉजिस्ट कोर्ड्स भी ठीक से कार्य नहीं करता जिससे क्षमिति के यहाँ नये उपकरणों के लिये प्रार्थना पत्र दिये हैं। बिजली अनियमित एवं लगातार एवं स्वास्थ्य उपकरणों पर चर्चा करने पर पता चलता है कि हाल में ही जिला रेग्नी कल्याण सफ़ दूध, कृत्ता के काटने के मशीन भी आते हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के आधारभूत संरचना होती है और ज्यादातर मशीन बुखार, कमजोरी, अस्थमा, हड्डि की बिमारी वाले, बिच्छू दूध, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पिछले कुछ वर्षों में ही बनाया गया। यहाँ मशीनों की संख्या अधिक जानकारी दी और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के बारे में जानकारी देते हुये उन्होंने बताया कि यह भेज देती है। तपस्यात हम लोग 10 पाठक के पास गये उन्होंने अपने ओपीडी के बारे में टीका मंगाती है और टीकाकरण पूरा होने के बाद बचे हुए टीका को वापस सा र केन्द्र पर आती है जिस दिन टीकाकरण होता है उसी दिन 15 किमी दूर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र से कटौती के कारण केंद्र का रेडिओलॉजिस्ट नियुक्त पठा हुआ है। इसके लिये उनको बहुत मुश्किल टीके के प्रमाणीकरण के संदर्भ में कोल्ड चेन के बारे में पूछने पर पता चला कि बिजली तीन टीके, खसरा का टीका, पोलियो खुराक, हेपेटाइटिस बी के टीके बच्चों को दिये जाते हैं। चर्चा करते हुए उन्होंने टीकाकरण के बारे में बताया कि उनके केंद्र से बीसीजी, डीपीटी के वाले परिवार से है तो उसे 500 रुपये की प्रोत्साहन राशि मानदेय होती है। शिशु स्वास्थ्य की प्रसव घर पर करवाया गया है तो गर्भवती माता यदि गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने निजी स्वास्थ्य केंद्र में प्रसव करवाती है तो उसे यह प्रोत्साहन राशि नहीं मानदेय है। यदि योजना के अन्तर्गत 1400 रुपये की प्रोत्साहन राशि मिलती है। परन्तु यदि कोई गर्भवती माता को भती नहीं करते उन्हें प्रसव के बाद छुट्टी दे देते हैं। प्रत्येक गर्भवती माताओं जननी सुरक्षा चला कि बिजली एवं पंखा की सुविधा न होने के कारण, इस भीषण गर्मी में गर्भवती माताओं उन्होंने हमें गर्भवती बाई दिखायें जिसमें एक भी महिला भती नहीं थी। कारण पूछने पर पता हमलोगों ने प्रसव गृह तथा जांच व्यवस्था एवं गर्भवती बाई दिखाने का आग्रह किया तो गर्भवती माताओं को एक आर यू के लिये जिला अस्पताल सौभद्र भेज देती है। इसी कम में जाती है तथा प्रसव की सुविधा भी वहाँ उपलब्ध है। उन्होंने बताया अत्यधिक जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं को पंजीकरण, प्रसवपूर्व देखभाल की सभी जांच व सुविधाएँ मुहैया कराई

पिछले कुछ वर्षों से कार्यभार संभाली है उनको लोहरा के अलावा एक दो और भी गाँव देखने लिये उनसे आग्रह किया। श्रीमती सुषीला जी ने चर्चा के दौरान बताया कि वह वहाँ पर हुए अपने कार्यदेष्टा का समझाया तथा वहाँ के स्वास्थ्य योजनाओं के बारे में जानकारी के सुषीला पटेल से हुई जो वहाँ पर ए. एन. एम. एम. ए. पर कार्यरत है। उनसे अपना परिचय देते



गया। यहाँ पहुँचने पर हमारी मुलाकात श्रीमती लिये इस उप स्वास्थ्य केंद्र का चयन किया सेवा क्षेत्र के स्वास्थ्य कार्यकर्ता के जानकारी के लिये इस उप स्वास्थ्य केंद्र का चयन किया गया। यह योजना का एक कार्य क्षेत्र है। यह योजना लोहरा ग्राम समीप रामकेशव निधन सेवाश्रम

उप स्वास्थ्य केंद्र लोहरा का भ्रमण

- के सैद्धान्तिक एवं व्यवहारिक दोनों पक्ष मजबूत होने चाहिए।
4. सामाजिक निर्धारकों के दृष्टप्रभाव को कम करने के लिये सार्वजनिक स्वास्थ्य योजनाओं आपसी सहयोग पर निर्भर करता है।
 3. किसी भी स्वास्थ्य योजनाओं के सफलता स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं लाभार्थियों के योजना के मॉनिटरिंग एवं मूल्यांकन की प्रमुख भूमिका होती है।
 2. किसी भी स्वास्थ्य योजना को लागू करने एवं उसको लाभार्थी तक पहुँचाने में उस अपने जिम्मेदारी की भाव का पूर्णतया अभाव दिख रहा था।
 1. स्वास्थ्य की मूलभूत सुविधाओं के प्रति स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं लाभार्थियों के बीच
- निष्कर्ष :

के लिये धन्यवाद देकर वापस लौटे।

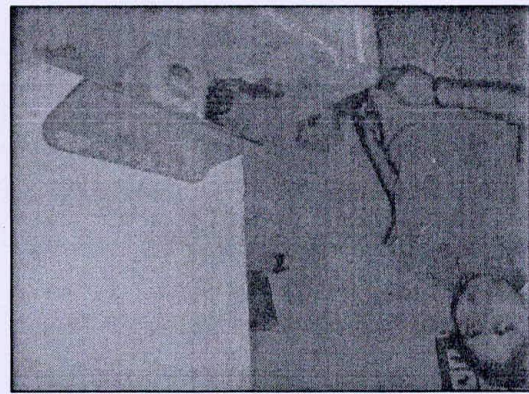
पाठक, डा० आर पी सिंह एवं श्रीमती धर्मा देवी को जानकारी उपलब्ध कराने एवं सहयोग देने लैब तकनीक निधन छुट्टी पर था इसलिए उसके बारे में जानकारी नहीं मिल पाई। अंत में डा० और ज्यादातर मरीजों को यही की दवा लिखते हैं। केंद्र में एक डाट्स केंद्र भी चल रहा था। पर पता चला कि ज्यादातर स्टेर में जैनेरिक दवा है। जिसका एक व्यवस्थित स्टॉक होता है

उनके इस सहयोग के लिये आभार प्रकट करते हुए हमलोग वापस कार्यालय को लौट आये।

टीकाकरण चाट के बारे में समझायी। अंत में पड़ते हैं। टीकाकरण फारमेट दिखाते हुए जिसके लिये उनको कई सारे फारमेट भरने सारी जानकारी कम्प्यूटर में अंकित हो जाती है। एच. फारमेट दिखाते हुए बोला कि आजकल की तौल मधीन भी बिगड़ा हुआ था। एम. सी. का षौचालय क्षतिग्रस्त अवस्था में था एवं बच्चों



फारमेट दिखाने की आग्रह की तो उन्होंने प्रसव गृह दिखाया जो काफी अंधेरा था। तथा पास कंजम में अस्पताल की आषका जाती है। इसी कम में हमने प्रसव गृह एवं एम. सी. एच. सचल चिकित्सा केंद्र से लेती रहती है। इसका कारण पूछने पर पता चला कि महिलाओं ने संख्या में निरोध एवं माला एन पड़ा है परन्तु महिलाएँ नहीं ले जाती और रामकृष्ण मिशन



संदर्भ में उन्होंने बताया कि उनके यहाँ ज्यादा विधवाओं पर जानकारी दी। परिवार नियोजन के कोलेस्ट, मरकतअल्पता की जाँच इत्यादि हिलेवरी बोबी के केयर के लिये कंगारू थैपी, वाराणसी से आती जाती है। उन्होंने प्री टर्म व्यवस्था न होने के कारण वो रोज 70 किमी० दूर अस्पताल सोनमद भेज देती है। तथा आवास की

कार्य में मदद मिल जाती है। जोखिम गर्भवती माताओं को एक.आर.यू. के अन्तर्गत जिला मिशन वाराणसी द्वारा आयोजित सचल ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्र के कारण बहुत कुछ उनको अपने जैसी अनेक जिम्मेदारियाँ निभानी पड़ती है। बातचीत के कम में उन्होंने बताया कि रामकृष्ण एवं प्रसव, प्रसव ष्यात देखभाल, बच्चों में टीकाकरण, माताओं को स्वास्थ्य जानकारी देना पड़ते हैं। सेवा के संदर्भ में बताया कि गर्भवती माताओं के पंजीकरण से प्रसव पूर्व देखभाल

संज्ञा ग्राम सभा में आषा, अंगनवाड़ी कार्यकर्त्री एवं ए एन एम से एक मुलाकात

- सहभागिता होनी चाहिए।
- उसके प्रति षतप्रतिषत जागरूकता होनी चाहिए तथा उसको अपना अधिकार समझ कर
5. सार्वजनिक स्वास्थ्य योजनाओं का षतप्रतिषत अमलीकरण के लिये समुदाय के लोगों में
 4. कुछेक व्यक्तियों के निजिगत स्वार्थ भी सामुदायिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है।
सफलता को तय करती है।
 3. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं एवं लाभार्थियों के आपसी विचार एवं सहभागिता कार्यक्रम के प्रति उसकी तत्परता एवं जिम्मेदारी भाव पर भी असर पड़ सकता है।
 2. यदि स्वास्थ्य प्रदाताओं के अनिवार्य आवश्यकताओं की पूर्ति न होने पर उसकी सेवा के के प्रभाविकता पर प्रश्न चिन्ह उठ सकते हैं।
 1. यदि स्वास्थ्य सेवाओं के लिये बुनियादी जरूरतों की पूर्ति न होने पर स्वास्थ्य सेवाओं

1. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन कार्यक्रम में आषा एक अति महत्वपूर्ण कड़ी है। जो सार्वजनिक स्वास्थ्य योजनाओं एवं समुदाय को आपस में जोड़ने का कार्य करती है।
 निदेशक :

को लगता है कि यह उनका व्यक्तिगत स्वार्थ है। बताया कि कई बार उन लोगों को बुलाने के बाद भी नहीं आते हैं। कई बार समुदाय के लोगों रहा था। लोगों के उपस्थिति के बारे में पता चला कि आज संख्या काफी कम है। उन्होंने कुछ माताएँ एवं बच्चे थे जिनको टीका लगा रहा था। तथा एक एक पैकेट में कुछ सत्यु दिया जा कार्य चल रहा था। यह एक कच्चा मकान था जिसमें रंगीन टेलीविजन चल रही थी वहाँ पर



वहाँ ले गई जहाँ टीकाकरण एवं पोषणवितरण का पिछले वर्ष उनकी प्रशिक्षण मिला था। तत्पश्चात हमें कि उन्हें कार्य आधारित पारितोषिक मिला है। है। तत्पश्चात के बारे में चर्चा करने पर पता चला प्रदाताओं की कार्यनिम्नदायी भी उन्हें सौंप दी जाती है। कई बार दूसरे स्वास्थ्य उनका कहना था कि कई बार उन्हें अपने समुदाय

कहना था कि ज्यादातर उनका समय ऑकड़ों एकत्रित करने में ही समाप्त हो जाता है। कई तरह के कार्य निम्नदायियों सौंपी गई है। उनका उन्हें 1200 की जनसंख्या वाला क्षेत्र मिला है। उन्हें आग्रह किया तथा बातचीत के कम में पता चला कि



अपने बारे में परिचय देते हुए जनकारी के लिये उनसे

मुलाकात वहाँ के एक आषा कार्यकर्त्री से हुई। हमने मंडवा ग्राम सभा के छोटे सी बस्ती कजरहिया में हमारी

के रूप में न्यूनतम मिलता है जिससे परिवार का खर्च चलाना मुश्किल हो जाता है। तत्पश्चात् लीस से वालीस प्रतिष्ठान नाम निकालना पड़ता है। ऐसा इसलिए भी करना पड़ता है कि वेतन कोई नकारात्मक रिपोर्ट न लाना दे। इसके पश्चात् मेरा एवं मेरे परिवार की संवृद्धि के लिये कड़ीब पत्नीस प्रतिष्ठान नाम कार्यक्रम के सुपरवाइजर एवं अधिकारियों को देना होता है ताकि वही से हमें उसका भुगतान देना पड़ता है। गोदाम से आंगनवाड़ी तक पोषक आहार आते आते नीचे से ही नहीं बल्कि ऊपर से ही है अर्थात् जिस गोदाम से पोषक आहार निर्गत होता है वहाँ भी तो बच्चों को उनके हक के बराबर पोषण आहार नहीं दे सकते क्योंकि यह गड़बड़ी स्पष्ट न होने के कारण थोड़ा विस्तृत में बताने का आग्रह किया तो उन्होंने बताया कि हम है जो इस कार्यक्रम को चलाने के लिये वेतन के रूप में भुगतान प्राप्त कर रहे हैं। घटना आती रहती है। यह समस्या समुदाय के तब तक से ही नहीं है बल्कि उसमें जो लोग भी शामिल करती है। बातचीत के कम में उन्होंने बताया कि यह कार्यक्रम में उन्हें कोई तरह से समस्याएँ समीकित कार्यक्रम के अन्तर्गत एक महिला से हुईं जो आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री के रूप में कार्य यह उत्तरप्रदेश के मीरजापुर जिले के एक गाँव में हमारी मुलाकात महिला बाल विकास

एक आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री से साक्षात्कार

2. आषा को समुदाय की सहभागिता न मिलने का कारण षायद अपने समुदाय में स्वयं का
3. चूँकि आषा सरकारी सेवा प्रदाना न होने के कारण उसको कार्य को ज्यादा महत्व नहीं दिया जाता है।
4. अतः अतिउत्तम ईमक पदबमदलपत्रम होने के कारण केवल उसी कार्य पर ज्यादा जोर दिया जाता है जिस पर पदबमदलपत्रम अधिक तय रहते हैं जिसके कारण कम पदबमदलपत्रम आधारित कार्य उपेक्षित हो जाते हैं। जो किसी भी तरह स्वास्थ्य जैसे महत्वपूर्ण विषय को सहना पड़ता है जिसका एक कारण उसी समुदाय का एक अंग होना है।
5. कभी कभी सार्वजनिक स्वास्थ्य योजनाओं की खामियों को के दृष्टपरिणाम को भी आषा के लिये उचित नहीं है।

समुदाय के लोगों में से उनलोगों को ध्यान में रखना पड़ता है जो कार्यक्रम की गड़बड़ी की शिकायत कर सकते हैं। इन सब के पश्चात बच्चों एवं गर्भवती माताओं एवं धात्री माताओं को उनका भाग मिलता है उनमें से उनको ही मिलता है जो इस कार्यक्रम के बारे में जागरूक हैं। इसके अलावा कई बार ऑकड़े प्रस्तुत करना भी एक बड़ी महत्वपूर्ण कार्य होता है ।

निष्कर्ष:

1. इस कार्यक्रम के कार्यप्रणाली में व्याप्त भ्रष्टाचार ही इसको सफल न होने में सबसे बड़ा बाधा होता है।
2. इस कार्यक्रम में सेवाप्रदाताओं के बीच के वैतनिक मतभेद भी इस गड़बड़ी को बढ़ावा देता है।
3. जेंडर का प्रभाव भी इस कार्यक्रम के कार्यप्रणाली पर अपना प्रभाव डालता है।
4. अधिकांशतः सामाजिक निर्धारक जैसे जाति,धर्म,वर्ग,पैक्षणिक स्तर, भौगोलिक स्थिति आदी सभी का इस कार्यक्रम पर प्रभाव पड़ता है।
5. कभी कभी पोशण आहार की गुणवत्ता भी इस कार्यक्रम को प्रभावित करती है।

Beneficiaries	Calories	Grams of Protein	Ready to Eat food Supplement	
1.	Children 0-3 years	300	10-15	NULL
2.	Children 3-6 years	300	10-15	70 Gram
3.	Pregnant & Lactating Women	500	20-25	140 Grams
4.	Adolescent Girl	500	20-25	140 Grams
5.	Malnourished Children	600	20-25	140 Grams

सामुदायिक आधारित मानसिक स्वास्थ्य का एक व्यवहारिक कैंप एवं कार्यशाला: सोनभद्र जिले के लोहरा ग्राम में इस कार्यशाला का आयोजन किया है। इस कार्यशाला के रिसोर्स परसन के रूप में मधुहर मनोचिकित्सक श्री आमियों बनर्जी थें जो इस कार्यक्रम के लिये संस्था के टीम मेंटर भी है।

एक ऐसा अभियान जो आम जनता की अच्छाई के लिये आम जनता के विचारों को ध्यान में रखकर, आम जनता को साथ लेकर आगे बढ़ना। जिसका कोई अपना पंजीकरण नहीं होता है। वह आम जनता के समूह के साथ रहता है। किन्तु अच्छे उद्देश्य होने के कारण इसके पास नीति निर्धारण की शक्ति भी बहुत अधिक होती है। यह विभिन्न मुद्दों पर विशेष जोर देता है।

5. स्वास्थ्य अधिकार के बारे में जोर देना। चूंकि जब तक संवैधानिक अधिकारों के तहत स्वास्थ्य को शामिल नहीं किया जायेगा तब तक आसानी से सभी के लिये स्वास्थ्य प्राप्त करना संभव नहीं है।

इस हमारी अर्थव्यवस्था में कम बजट वाले स्वास्थ्य योजनाओं का विरोध करना क्योंकि बिना स्वास्थ्य के किसी देश की उन्नति नहीं हो सकती है।

6. सार्वजनिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में नितिकरण का विशेष करना एक महत्वपूर्ण कार्य है।

कठिनाई को प्रकट करना विशेषकर स्वास्थ्य के क्षेत्र में एवं उनको प्रकट कराना एवं प्रशिक्षण की व्यवस्था करना।

7. स्वास्थ्य के लिये अति आवश्यक एवं जरूरी दवाओं को ही बढ़ावा देना उदाहरणार्थ के लिये पर राजस्थान माडल एक आदर्श स्थिति है।

8. दवाओं के कीमतों पर नियंत्रण रखना। जिससे यह आम जनता के लिये लाभप्रद हो सके।

9. सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में व्यापक प्रशिक्षण का उन्मूलन करना अति आवश्यक है क्योंकि कितना भी सुन्दर स्वास्थ्य योजना हो यदि स्वास्थ्य कार्य प्रणाली में भरतदार होगा तो उसका अच्छा परिणाम कभी नहीं आ सकता है।

10. एक अच्छे सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को उसके नीति निर्धारण से लेकर, उसके कार्यान्वयन एवं परिणाम के लिये अति आवश्यक है कि समुदाय आधारित मानिटरिंग होना।

क्योंकि ऐसा होने पर समुदाय को भी अपने निम्नदर्शी का एहसास होता है।

11. यह अभियान बड़े चिकित्सा पद्धति को प्रोत्साहन देता है। क्योंकि किसी एक चिकित्सा पद्धति पर निर्भर होकर सभी के लिये स्वास्थ्य प्राप्त करना संभव नहीं है। सभी चिकित्सा

पद्धति के अपने अपने गुण दोगे हैं। किसी के लिये कोई चिकित्सा पद्धति उपयुक्त होती है तो किसी के लिये अन्य।

12. इस अभियान के मुख्य उद्देश्य सामाजिक स्वास्थ्य सभी के लिये इसको ध्यान में रख कर कार्य करना।

District Pro

file

1. Geographical Area.

4521 Sq. km.

2. Population.

Total population	Male	Female	S C	S T	Rural	Urban
2074709	1093849	980860	554102	1302	1788203	286506

3. No. of educated personnel

Total	Male	Female
917960	611282	306678

4.

Tehsils	Dev. Block	Nagar Palika	Gaon Sabhas	Nyay Panchayat
4	12	3	758	105

5. Police Station

Total	Urban	Rural
15	7	8

6.

Total Villages	Abad Villages	Gair Abad Villages
1966	1748	218

7.

Railway Stations	18
-------------------------	-----------

8. Post Offices

Total	Rural	Urban
192	173	19

9.

Facility	No.
Telegraphs Offices	2
Telephone connection	25338
Branches of Nationalised Bank	61
Gramin Bank	35
Co Operative Bank	15
Development Bank	3
Other commercial Bank	18
Bio Gas Plant	4332
Cold Storages	10

No of Cheap Food grain Shops

Total	Rural	Urban
973	854	119

Net Area Sown	199439 Hect
Area Sown more than Once	108573 hect.
Net irrigated Area	114954 hect.

Rain fall	Normal	1043 mm
Rain fall	Actual	789 mm
Temperature	Highest	45. centigrade
Temperature	Lowest	4.8 centigrade
Irrigation	Length of canals	1317 km
Irrigation	No. of Govt. tubewell	370
Irrigation	No. of Private tubewell	8449

Animal husbandry	No of cattle hospitals	24
	No of cattle development centres	27
	No of insemination centres	18
Co operative	No of Agricultural loan co-operative societies	86
	No of members of cooperatives societies	125589

No of School/ educational Institutions.

Junior Besic schools	Seniour besic schools	Higher secondary schools	Degree colleges	Industrial Training Institues	Polytechnic college
1631	456	120	9	3	1

Allopathic	10
Ayurvedic	49
Homiopathic	24
Unanie	4
Primary Health care	47
F C welfare centre	17
F C welfare sub centre	251

Indicator	Uttar Pradesh	India
Total Population (In Crore) (Census 2011)	19.96	121.01
Decadal Growth (%) (Census 2001)	20.09	17.64
Crude Birth Rate (SRS 2013)	27.2	21.4
Crude Death Rate (SRS 2013)	7.7	7
Natural Growth Rate (SRS 2013)	19.5	14.4
Infant Mortality Rate (SRS 2013)	50	40
Maternal Mortality Rate (SRS 2010-12)	392	178
Total Fertility Rate (SRS 2012)	3.3	2.4
Sex Ratio (Census 2001)	908	940
Child Sex Ratio (Census 2011)	899	914
Schedule Caste population (In Crore) (Census 2001)	3.51	16.67
Schedule Tribe population (In crore)(Census 2001)	0.01	8.43
Total Literacy Rate (%) (Census 2011)	69.72	74.04

Indicator	Uttar Pradesh	India
Male Literacy Rate (%) (Census 2011)	79.24	82.14
Female Literacy Rate (%) (Census 2011)	59.26	65.46

Health Infrastructure of Uttar Pradesh

Particulars	Required	In position	shortfall
Sub-centre	31037	20521	10516
Primary Health Centre	5172	3692	1480
Community Health Centre	1293	515	778
Health worker (Female)/ANM at Sub Centres & PHCs	24213	22464	1749
Health Worker (Male) at Sub Centres	20521	1729	18792
Health Assistant (Female)/LHV at PHCs	3692	2040	1652
Health Assistant (Male) at PHCs	3692	4518	*
Doctor at PHCs	3692	2861	831
Obstetricians & Gynecologists at CHCs	515	475	40
Pediatricians at CHCs	515	547	*
Total specialists at CHCs	2060	1740	320
Radiographers at CHCs	515	181	334
Pharmacist at PHCs & CHCs	4207	5582	*
Laboratory Technicians at PHCs & CHCs	4207	1836	2371
Nursing Staff at PHCs & CHCs	7297	2627	4670

Community Health Learning Programme is the third phase of the Community Health Fellowship Scheme (2012-2015) and is supported by the Sir Ratan Tata Trust, Mumbai and International Development Research Centre, Canada.



School of Public Health, Equity and Action (SOPHEA)

SOCHARA

359, 1st Main,

1st Block, Koramangala,

Bengaluru – 560034

Tel: 080-25531518; [www .sochara.org](http://www.sochara.org)

