

sochara
building community health

Center for Public Health & Equity, Bhopal

Nov. 2011

संपादकीय

कम्यूनिटी हेल्थ फ़ेलोशिप का पहला बैच पूरा होने जा रहा है - इसकी हम सभी को बेहद खुशी है। ये दो साल कई लोगों के जीवन में यादगार रहेंगे - सभी फ़ेलो के लेखन और प्रस्तुतिकरण से यह झलकता है कि उन्होंने अपने आप में कई क्षमताओं विकसित होते हुए पाया है। अड्वाइसरी समूह की सदस्या के रूप में मैंने जो समय-समय पर देखा है, यह पाया कि सभी फ़ेलो सामुदायिक स्वास्थ्य की समझ काफी विकसित कर पाए और अपना आत्मविश्वास व प्रस्तुतिकरण की क्षमताएँ भी। दो साल के समय में इतना कर पाना वाकई काबिले तारीफ़ है। इसमें सोचारा भोपाल के सभी सदस्यों का भरपूर योगदान रहा है और सोचारा बैंगलोर का भरपूर सहयोग और प्रोत्साहन भी।

इस न्यूज़लेटर में फ़ेलो के अनुभवों और विश्लेषण के साथ-साथ, मेंटर टीम के भी कुछ विचार और अध्ययन शामिल हैं।

अड्वाइसरी समूह की ओर से हम सभी को शुभकामनाएँ - फ़ेलो और सोचारा टीम दोनों को ही। आशा है कि यह समूह आपस में सम्पर्क रखेगा, शीघ्र ही एक नया बैच शुरू होगा और सामुदायिक स्वास्थ्य के इस समूह में बढ़ोतरी होती जाएगी।

शुभकामनाओं सहित,

अंजलि नरोना

11.11.2011

there is a shortfall of 1568 SHCs, 521 PHCs and 147 CHCs in accordance with Census 2001 population. On the human resources front the scenario is not any different with 574 SHCs (36.6%) without any Health Worker (Female), called Auxilliary Nurse Midwife (ANM), 262 PHCs (22.8%) without any doctor, there are 727 specialists' positions vacant against the required 1080 (67.3%)¹².

Public Private Mix

In an earlier study conducted in the state of Madhya Pradesh, of the 11354 health centres/polyclinics surveyed (both urban and rural) 10970 were in the public health system and only 384 were in the private which means nearly 97% of it is public health system and these made-up 92% of the rural facilities. But in the case of hospitals/nursing homes the public system has 1123 out of the 2260 facilities and shows a sharper rural-urban divide. In rural areas 92% of the hospitals are public (657 out of 714 facilities) whereas in urban areas the private facilities dominate with 69.8% (1080 out of 1546 urban facilities). But the private is completely dominating when it comes to solo out-patient clinics with 133412 clinics against none in the Public system and most of the private facilities are in rural areas with 87.9% being in rural areas. Regarding human resources, physicians from all the systems of medicine (Western, Ayurvedic, Unani, Siddha and Homeopathy) are working in the state. Out of the total 24807 qualified doctors, 77.3% were serving in urban areas (19176) but at the same time, this contrasts with qualified non-doctors (trained paramedics, pharmacists and so on) who were 71.5% (67153 out of 94019) of the service providers in rural areas. Thus the state has its health facilities as well as the human resources skewed towards the private facilities.

- Prasanna Saligram

सीधी जिले के संदर्भ में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के प्रयास एवं हस्ताक्षेप

ऋतुजनित व्याधियाँ

सीधी जिले का कुसमी विकास खण्ड आदिवासी बाहुल्य एवं पिछड़ा हुआ क्षेत्र है। जहाँ बरसात के मौसम में प्रायः लोगों का आवागमन भी अवरूद्ध हो जाता है। कुसमी विकास खण्ड का यह क्षेत्र घने जंगलों से आच्छादित है, जिसे संजय नेशनल पार्क (संजय दुबरी अभयारण्य) के नाम से जाना जाता है। यहाँ गरीबी, कुपोषण, तो है ही साथ ही यहाँ बीमारी का प्रकोप वर्ष भर बना रहता है किन्तु बरसात के समय मौसमी बीमारी से लोग ज्यादा प्रभावित होने लगते हैं। ऐसे समय में यदि इनको उपचार की सुविधा नहीं मिल पाती तो सीधे मौत के मुँह में समा जाते हैं। इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य व्यवस्था के नाम पर केवल झोला छाप विद्यमान रहते हैं जो दूनी रकम लेकर भी लोगों में आपसी विश्वास और अपनी पैठ बनाये हुये हैं। गाँव के लोगों के लिए डॉक्टर कहलाने वाले केवल झोला छाप होते हैं, क्योंकि ऐसे जंगली क्षेत्रों में



सरकारी डॉक्टरों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को तो लोग जानते ही नहीं हैं। इसलिए सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था को लोग शायद भूल बैठे हैं और इसीलिए बीमारी से छुटकारा पाने के लिए कर्ज के बोझ से लदते जा रहे हैं। आज भी जहाँ एक ओर सरकार ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले गरीबों और महिलाओं व बच्चों के लिए तमाम तरह की बुनियादी स्वास्थ्य सेवाएँ और सुविधाएँ देने की बात कर रही है वहाँ सिर्फ झोला छाप के आलवा इन लोगों के लिए और कोई स्वास्थ्य सुविधाएँ नजर नहीं आती हैं। इन स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता एक कल्पना मात्र है। निमोनिया, मलेरिया, उलटी दस्त जैसी मौसमी बीमारियों से शिशुओं की मृत्यु इस क्षेत्र में एक आम बात है। ऐसे में अगर ए.एन.एम. गांव में आएगी तो उसका केवल एक ही लक्ष्य होगा और वह है सिर्फ टीकाकरण। जिसमें नियमितता भी नहीं रहती। कभी 4 माह बाद तो कभी 6-6 माह तक टीकाकरण ही नहीं किया जाता। इन परिस्थितियों में ऐसे कौन-कौन से तरीके हो सकते हैं जिससे हमारी पहुँच लोगों तक हो सके और लोगों को बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएँ/सेवाएँ दी जा सकें इस बारे में सोचना आवश्यक है।

जिस समय क्षेत्र में मौसमी बीमारियों का प्रकोप बहुत ज्यादा था उस दौरान हमारी कोशिश यह थी कि हमें प्रतिदिन उस क्षेत्र की हर रोज की जानकारी मिलती रहे। इसके लिए उस क्षेत्र में 4 दिन लगातार रहकर हमने प्रत्येक गांव का भ्रमण किया। क्षेत्र से वापस आने पर फोन द्वारा वहाँ की जानकारी लेते रहना और लगातार 2-3 दिन के अन्तराल में फील्ड पहुँचते रहना हमारे लिए आवश्यक हो गया था। क्षेत्र में ऐसी स्थिति निर्मित हो चुकी थी कि झोला छाप को एक पल भी उस क्षेत्र से निकलने की फुर्सत ही नहीं मिल पा रही थी। ऐसा लग रहा था जैसे किसी बड़े शिविर का आयोजन है। झोला छाप गांव में आकर बैठ गया था और पूरा गांव भीड़ लगाये हुये था। हर घर में 3-4 लोग बीमार थे।

हमने ये नजारा देखा इसके बाद बी.एम.ओ., मलेरिया इन्स्पेक्टर, बी.ई.ई. एवं गांव स्तर पर सरपंचों से क्षेत्र स्थिति को लेकर चर्चा की तथा जिला मलेरिया अधिकारी को क्षेत्र में बुखार से हुई मौतों के बारे में पत्र लिखकर उन्हें सूचित किया और तत्काल शिविर लगाये जाने हेतु निवेदन किया। इसके अलावा कई बार बी.एम.ओ. से फोन में तत्काल शिविर लगाने के संबंध में चर्चा भी की। इस दौरान फील्ड में प्रत्येक गांवों की विजिट भी करते रहे। साथ ही गांव में शिविर के संबंध में लोगों को सूचना दी गई एवं मुनादी भी करवाई गई, जिससे अधिक से अधिक बीमारी व्यक्ति शिविर में आकर उपचार का लाभ ले सकें। दूसरे ही दिन दिनांक 24 सितम्बर 2010 को कार्यक्षेत्र के ग्राम चिनगवाह में स्वास्थ्य विभाग की पूरी टीम आई और स्वास्थ्य परीक्षण शिविर का आयोजन किया गया। इस शिविर के माध्यम से 300 लोगों का उपचार और उनका परीक्षण किया गया। समस्या इस बात की थी कि क्षेत्र के जितने भी लोग बीमार थे वो पहले से बहुत दवाईयाँ झोला छाप से ले चुके थे, जिसके कारण मलेरिया किट में परीक्षण के दौरान पाजिटिव केस नहीं आ पाए। जबकि शिविर से पहले ग्राम चिनगवाह में ही 2 लोगों की मौत (श्रीमती सुमेरिया पति लालजी बैगा एवं श्री जीतेन्द्र पिता रामधनी बैगा) बुखार आने और दवा न मिल पाने के कारण हो गई थी। शिविर के दौरान बी.एम.ओ. द्वारा ए.एन.एम. को उपस्वास्थ्य केन्द्र चिनगवाह हेतु दवाईयों का पर्याप्त स्टॉक दिया गया और उसे केन्द्र में ही रहने का निर्देश भी दिया गया। साथ ही उनके द्वारा क्षेत्र में बरसात बाद दीनदयाल चलित वाहन भेजने का आश्वासन उपस्थित जनों को दिया शिविर के दूसरे दिन जब मैं कार्यक्षेत्र के ग्राम खैरा गया तो जाते ही मुझे सुनने को मिला कि हमारे गांव में एक लड़की की मौत हो गई। उसके बारे में पूछा गया तो पता चला कि डेढ़ साल की लड़की थी जो अभी 2 दिन पहले बहुत स्वस्थ थी। उसे दिनांक 25 सितम्बर को निमोनिया हो गया और उसे झोला छाप के पास दिखाने ले जा रहे थे कि उसकी मौत रास्ते में ही हो गई। मुझे यह घटना बहुत ही अप्रिय लगी। जब उसकी माँ श्रीमती सावित्री सिंह से मिलने गये तो वो बार-बार यह कह रही थी कि हमारी लड़की इतना खेलती थी और बहुत चंचल और स्वस्थ भी थी। ऐसी कितनी माताएँ अपने बच्चों के विरह में जीती होंगी। सिर्फ दवा के अभाव में एक दिन में ही मौत हो जाती है। जबकि इसी गांव में एक लड़की उल्टी दस्त से दिनांक 20 सितम्बर 2010 को मर चुकी थी। इसकी मौत भी एक दिन में ही हो गई थी। इसके बाद ग्राम बिटखुरी गये जहाँ पर 2 बच्चों के मरने की खबर मिली और 4 बच्चों को लोग सायकल में बिठाकर झोला छाप के पास दवा करवाने ले जा रहे थे।

- केदार रजक

हे प्रभु इस दास की विनय सुन लीजिए

हे प्रभु इस दास की इतनी विनय सुन लीजिए
मार ठोक कर मेरी फैलोशिप पूरी कर दीजिए।
मैं नहीं डरता प्रलय से तूफान से
बस मेरी रूह कांपती है कलेक्टिव टीचिंग के नाम से
योजनानुसार कार्य करना, फिर
प्रस्तुति में अपने ही मुंह से अपनी ताकत व कमजोरी
बताना।

कितना मुश्किल है प्रभु
दिन-रात समुदायिक स्वास्थ्य को समझता हूँ प्रभु
पर भाग्य में न जाने मेरे कौन सा अभिशाप है
कलेक्टिव में समझता हूँ प्रभु पर कलस्टर तक मैदान
साफ है

पी गई इंग्लिश हमारे खोपड़ी के खून को
मैं नहीं समझ पाया इस बेतुके मनमून को
सड़ गया माथा मेरे बीमारीयों के नाम से
पैदा हुए वायरस और आजादी से घूम रहे इस जहां में
पर हमें इनमें क्या रस (वायरस)

शारीरिक स्वास्थ्य को देखूं
तो बिगड़ा है मानसिक स्वास्थ्य क्या करूं
फिर याद आती है प्रसन्ना जी की बात
तुम क्या चाहते हो ?

ध्यान कर फिर अर्जुन का
भेद देता हूँ लक्ष्य को
अब तो मन में ठाना है,
बहुत दूर मुझको जाना है।

- धीरेन्द्र आर्या



फेलो द्वारा कुपोषण के स्तर की जाँच हेतु फिल्ड विजिट

फेलोशिप के अलग-अलग पहलू



सामुदायिक प्रक्रिया को समझने हेतु फेलो द्वारा फिल्ड विजिट

कुछ धूल हटी है पत्तों से

कुछ शाख से पत्ते अलग हुए।
पतझड़ का मौसम गुजर गया।
अब पेड़ों पर हरयाली है।
कुछ धूल हटी है पत्तों से।

अब फूलों पर शबनम बैठी है।
कुछ रंगों में गहरापन है।
अब शाख पे कोपल आई है।
कुछ जड़ों में भी गहराई है।
कुछ धूल हटी है पत्तों से

हर मौसम में टिक जाऊँगा।
फल फूलों से झुक जाऊँगा।
इसकी छाया राहगीर की है।
इसकी खुशबू फल सबके है।

कुछ धूल हटी है पत्तों से।
कुछ शाख से पत्ते अलग हुए।

कम्प्युनिटी हेल्थ फेलोशिप प्रोग्राम कलेक्टिव टीचिंग
भोपाल में कम्प्युनिटी अप्रोच सेशन के बाद एक फेलो के
अनुभव एक ब्रक्ष के रूप में।

मोहम्मद इरशाद खान
कम्प्युनिटी हेल्थ फेलो

आठवें बच्चे का टीकाकरण

फेलेशिप कार्यक्रम के प्रारंभ में सीधी जिले में अपने कार्यक्षेत्र के चयन और उसके अंतर्गत आने वाले सभी गाँवों के भ्रमण के दौरान वहाँ आयोजित टीकाकरण दिवस के बारे में जानने और देखने का अवसर मुझे मिला। अवलोकन करने पर यह सामने आया कि गाँव की महिलाएँ अपने शिशुओं के स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं को खुलकर नहीं बता पाती थी और कम संख्या में आती थी। जिसका मुख्य कारण टीकाकरण करने हेतु सिर्फ एम पी डब्ल्यू (पुरुष) का गाँव में आना था। अधिक जानकारी एकत्रित करने पर यह भी पता चला कि उस समय बरमानी उपस्वास्थ्य क्षेत्र के अन्तर्गत ए एन एम (महिला कार्यकर्ता) पदस्थ नहीं थी तथा एम पी डब्ल्यू द्वारा अकेले ही सभी 9 गाँवों का टीकाकरण किया जाता था। एम पी डब्ल्यू से बात करने पर मालूम हुआ कि वहाँ पूर्व पदस्थ ए एन एम का स्थानान्तरण हो चुका है एवं उनके स्थान पर नयी ए एन एम क्षेत्र में अभी नहीं आई है जिस कारण सारे कार्य का अत्यधिक बोझ एम पी डब्ल्यू को ही उठाना पड़ता है। इसी तरह स्वच्छता समिति कि बैठक में स्वास्थ्य के मुद्दों एवं टीकाकरण सम्बन्धी चर्चा के दौरान वहाँ के उपस्वास्थ्य केंद्र की बदहाली के बारे में भी मालूम हुआ। जिस कारण सिर्फ टीकाकरण के दिन एम पी डब्ल्यू द्वारा आंगनवाडी में बैठकर टीकाकरण किया जाता है। जिससे सभी गाँव वालों का समय पर दवाईयां तथा स्वास्थ्य संबंधी कोई भी सुविधा नहीं मिल पाती है। प्रारंभ में उपस्वास्थ्य केन्द्र बरमानी में ताला बन्द रहता था। केन्द्र के अन्दर और चारों ओर गंदगी और बड़ी बड़ी घास उगी रहती थी। बैठक में समिति के सदस्यों ने मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी के लिए एक आवेदन बनाया और सभी ने बैठक में निर्णय लिया कि अनटाइड फण्ड की राशि से उपस्वास्थ्य केन्द्र की सफाई और पुताई कराने का कार्य करवाया जाएगा। दूसरे दिन मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को समिति ने आवेदन दिया और उपस्वास्थ्य केन्द्र में दवाईयाँ उपलब्ध कराने की मांग की और ए एन एम को पदस्थ करने की बात की। बरमानी उपस्वास्थ्य केन्द्र की बदहाली तथा ए एन एम के संबंध में हमने स्वयं बी एम ओ एवं सी एम एच ओ से चर्चा की एवं उन्हें टीकाकरण की स्थिति और महिलाओं की समस्याओं से अवगत कराया। लगभग 3 माह बाद बरमानी केन्द्र में एक ए एन को पदस्थ कर भेजा गया। ए एन एम के आने के बाद भी स्वास्थ्य जांच हेतु उपकरणों एवं पर्याप्त दवाईयाँ के अभाव में टीकाकरण के दिन सिर्फ टीका ही लगाया जाता था।

हमने लगातार टीकाकरण के दिन जाना शुरू किया और ए एन एम से गर्भवती महिलाओं की जांच के संबंध में चर्चा करते रहे। इसके बाद हमने गाँव में टीकाकरण को ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के रूप में मानने के लिए ए एन एम, एम पी डब्ल्यू, आशा, आंगनवाडी, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति, समुदाय की गर्भवती एवं धात्री महिलाओं एवं बाल विकास परियोजना अधिकारी से अलग अलग बैठकर ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस के आयोजन हेतु चर्चा की। पूरी तैयारी के साथ ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस का आयोजन किया गया। जिसमें अधिक संख्या में महिलाओं ने भाग लिया और उस दिन उन सभी का वजन लिया गया तथा रक्त की स्लाइड, हीमोग्लोविन की जांच एवं रक्त चाप की जांच की गई और आवश्यक दवाईयाँ का भी वितरण किया गया। साथ

ही सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से बी एम ओ एवं बी ई ई महोदय का भी इस कार्यक्रम में सक्रिय भागीदारी रही। जिसके फलस्वरूप क्षेत्र में टीकाकरण के प्रति एक अच्छा और सकारात्मक माहौल बना। समुदाय के महिलाओं में टीकाकरण के प्रति रुचि बढ़ी। इस कार्यक्रम के बाद प्रत्येक टीकाकरण के दिन नवीनता आने लगी और अब सभी गांवों में बहूत ही अच्छे ढंग से टीकाकरण हो रहा है। ए एन एम द्वारा सबसे पहले अनटाईड फण्ड से उपस्वास्थ्य केन्द्र बरमानी की साफ सफाई और पुताई करवाई गई। अभी उपस्वास्थ्य केन्द्र बरमानी की स्थिति काफी बेहतर हो चुकी है। केन्द्र खुलने लगा है और नियमित टीकाकरण निर्धारित तिथि को किया जाता है। जिसमें सभी को आवश्यक दवाईयां भी प्रदाय की जाती है। अब यहां एम पी डब्ल्यू एवं ए एन एम दोनों पदस्थ हैं इनकी भूमिका सराहनीय और सकारात्मक होने के कारण उपस्वास्थ्य केन्द्र बरमानी के अन्तर्गत आने वाले 9 गांवों में टीकाकरण की स्थिति बेहतर हो रही है। उनके द्वारा महिलाओं की जांच हेतु उप स्वास्थ्य केन्द्र के अनटाईड फण्ड से रक्त चाप मापने की मशीन, स्टेथसकोप और वजन मशीन खरीदा गया जिससे गर्भवती महिलाओं का वजन एवं खून की जांच एवं रक्त चाप की जांच भी किया जाने लगा है। टीकाकरण के दौरान कचरे का डिब्बा, निडिल कटर मशीन, रक्त चाप की मशीन, वजन मशीन, हेमोग्लोबिन परिक्षण किट, स्टेथसकोप एवं दवाईयाँ उपलब्ध रहती हैं। साथ ही बरसात के दिनों में ब्लीचिंग पाउडर एवं क्लोरिन की गोलियां भी परामर्श के साथ दी जाती हैं।

ऐसे ही एक बार ग्राम रौसर में टीकाकरण के दिन भ्रमण के दौरान आशा द्वारा एक महिला श्रीमती सूरजबती बैगा पति श्री जगभान बैगा के बारे में पता चला। आशा ने बताया कि सूरजबती ही गांव में एक ऐसी महिला हैं जिसके 8 बच्चे हो चुके हैं जिसमें से 5 बच्चे किन्ही कारणों से मृत्यु का ग्रास बन चुके हैं। लेकिन उसने आज तक एक भी टीका नहीं लगवाया है। आशा ने बताया कि कई बार हम और एम पी डब्ल्यू उसके घर उसे बुलाने गये और बच्चों का टीकाकरण कारवाने के लिए उसे समझाया भी किन्तु वह भय वश टीका लगवाने नहीं आई। तब हम सूरजबती के घर गये और उससे मिलकर उसकी समस्याओं को जनाने का प्रयास किया तथा टीका न लगवाने के कारणों को पूछा। उसने बताया कि हमारे सभी बच्चों का प्रसव घर में ही हुआ है टीका लगवाने से हमें डर लगता है इसलिए हम टीका नहीं लगवाते। तब हमने उसे समझाया और उसे टीकाकरण से होने वाले फायदे व महत्व के बारे में बताया। बहुत समझाने के बाद उसने कहा कि अगले माह हम अपने बच्चे को टीका लगवायेगे। अगले माह जब गांव में टीकाकरण हुआ तो इस महिला ने जाकर आंगनवाडी केन्द्र में बड़ी प्रसन्नता के साथ अथक प्रयासों के बाद पहली बार अपने आठवें बच्चे को टीका लगवाया।

उसी कार्यक्षेत्र के ग्राम उडैसा में भ्रमण के दौरान यह पाया गया कि आंगनवाडी कार्यकर्ता द्वारा केन्द्र का संचालन ठीक से नहीं किया जा रहा था एवं कई बार यह देखा गया कि टीकाकरण दिन भी कार्यकर्ता केन्द्र पर नहीं रहती थी और ताला बन्द रहता था। ऐसी स्थिति में केन्द्र के पास पेड के नीचे ही टीकाकरण का कार्य किया जाता था। गांव में सभी महिलाओं ने आंगनवाडी कार्यकर्ता के प्रति सकारात्मक जबाव नहीं दिया और सभी ने बताया कि यह कार्यकर्ता टीका लगवाने हेतु आने वाली किसी भी महिला के कार्ड नहीं बनाती न ही पोषण आहार देती है और समय पर केन्द्र में भी उपस्थित नहीं रहती है। सहायिका आकर कभी कभी केन्द्र खोलती है। ए एन एम ने भी हमसे कहा कि इस आंगनवाडी कार्यकर्ता के लिए आप लोग ही प्रयास करें। इस सम्बन्ध में सबसे पहले हमारे द्वारा उस कार्यकर्ता से चर्चा की गयी और उसे समझाया गया। उसके बाद महिला एवं बाल विकास विभाग की परियोजना

अधिकारी को भी इस संबंध में अवगत कराया गया। जिसके लिए परियोजना अधिकारी ने सेक्टर सुपरवाइजर को इस आंगनवाडी केन्द्र की विजिट करने के लिए कहा और कार्यकर्ता को केन्द्र में रहने का निर्देश दिया। उसके बाद से कार्यकर्ता द्वारा इस आंगनवाडी का ठीक से संचालन किया जाने लगा और टीकाकरण में भी उसकी उपस्थिति से सक्रिय सहयोग और भागीदारी देखने को मिली।

किसी भी समस्या का सामाधान करने के लिए अपने आपको समुदाय से जोड़ना तथा उनकी समस्याओं को जानना जरूरी है। किन्तु इसके लिए आवश्यक है कि उस समस्या के विषय में स्वयं के अन्दर कौशल एवं

दक्षता हो। साथ ही समुदाय की समस्याओं को समझने व उसे सुलझाने हेतु आपस में स्वयं का समन्वय एवं समुदाय के बीच निरन्तर संपर्क बनाये रखना किसी भी सफलता को दर्शाता है। लेकिन जब तक समस्या को समुदाय स्तर पर प्राथमिकता नहीं दी जाती तब वह समस्या वास्तव में उनकी समस्या नहीं होती है और न ही उनके द्वारा समस्या के निदान के लिये कोई रुचि दिखाई जाती है। टीकाकरण हेतु समुदाय के लोगों एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ता के साथ साथ सम्बंधित अधिकारियों से लगातार संपर्क में बने रहना ही उपरोक्त सफलता का प्रमुख कारण रहा है। जिसमें समुदाय और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के सहयोग से ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस का आयोजन करना, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, आशा, आंगनवाडी और समुदाय को लगातार प्रेरित करना जैसी गतिविधियां भी सम्मिलित हैं।



सामुदायिक सुदृढीकरण हेतु गुण एवटीविटी

— रागिनी मिश्रा

कुछ प्रतिक्रियाएँ

“People who are already working at community level are trained and are provided skills before sending them back in to the community”

- Ms. Archana Chouhan

“It would have taken 10 Yrs, for me to acquire the knowledge and skills which this training program has provided me in one year with proper mentoring”

- Mr. Sayyed Ali

“समुदाय का सरकार के साथ तथ्यों के साथ अपने मुद्दों का प्रस्तुतिकरण कराने का प्रयास इस कार्यक्रम से सीखने का पूरा प्रयास है”

- Ms.Sapna Kanera

तपेदिक (टी बी) रोग के उन्मूलन में सामुदायिक प्रयास

तपेदिक सार्वजनिक रूप से पहचाना गया एक स्वास्थ्य समस्या है। हर वर्ष पूरी दुनिया में तपेदिक रोग के 9.2 मिलियन मामले मिलते हैं। भारत में लगभग 1.98 लाख का फैलाव है। विश्व में टी.बी. के मामले में भारत पाँचवे स्थान पर है।¹ अभी तक क्षय नियंत्रण के लिये कई कार्यक्रम एक दशक से भी अधिक समय से किये जा रहे हैं जिसके लिये संशोधित ठोस प्रयास भी किये गये हैं। स्वास्थ्य सेवकों के माध्यम से कुछ नीतियों व कार्यक्रमों के द्वारा तपेदिक को रोकने हेतु किये जा रहे सारे प्रयासों के साथ सामुदायिक प्रयास भी मुख्यतः किये जा रहे हैं। वर्तमान में किये गए विश्लेषणों से संकेत मिलता है कि तपेदिक की घटना व उनके प्रभावों को कम करने हेतु सम्बंधित सुधार, निदान और उपचारात्मक प्रयासों को अतिरिक्त निवारक प्रयासों के साथ संयुक्त करने की जरूरत है जिससे टीके का दबाव व सेवाओं में क्रांतिकारी बदलाव हो।² तपेदिक की उत्पत्ति में सहायक द्वितीयक कारकों जैसे अधिक धूम्रपान, कुपोषण, शराब, मधुमेह की स्थिति और वायु प्रदूषण आदि के रोकथाम एवं प्रभाव को सीमित करने के लिये भी एक मजबूत ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता है ताकि ठोस कार्य योजनाएँ बनाई जा सकें और उन पर यथावश्यक कार्यवाही की जा सके।

समुदाय स्तर पर ऐसी स्वास्थ्य प्रणाली को बनाना होगा जो समुदाय से स्वोकार्य हो, उनके अनुरूप हो और सामुदायिक रूप से भी स्थाई हो तथा जो व्यवहार विकल्प रणनीतियों को तपेदिक के ईलाज की जरूरतों के रूप में पहचान कर समुदाय में स्थापित कर सके। कुछ इसी तरह की रणनीति अफ्रीका देश में अपनाई गई जहाँ पर डॉट्स को लेकर सामुदायिक व्यावहारिक रणनीतियों में प्रत्यक्ष प्रेक्षण के लिये सार्वजनिक स्वास्थ्य के प्रयास किये गए। जो प्रशिक्षित संस्थाओं के माध्यम से और भी बेहतर किया गया।³ तपेदिक के उपचार सम्बन्धी सेवाओं के सफल प्रबंधन भी किये जाने की आवश्यकता है जो एक सफल प्रयास होगा, जैसे - स्वयंसेवकों के द्वारा समुदाय के साथ शामिल होकर उनकी क्षमता वर्धन हेतु कार्य व सहयोग करना। ऐसे स्वयं सेवियों (वालंटियर) की पहचान करना और उन्हें बढ़ावा (प्रोत्साहन राशि) देते हुए तपेदिक के उपचार हेतु सहयोग में लाना एक उचित सामुदायिक प्रयास सिद्ध होगा। नेपाल में स्वयंसेवी के सहयोग से योजनाबद्ध कार्य किया गया। समुदाय से स्वयं सेवी की पहचान कर उन्हें प्रोत्साहन तथा किये जाने वाले प्रोग्राम की संपूर्ण जानकारी देते हुए उनकी समस्याओं के ऊपर कार्य कर स्वयं सेवक को सफल बनाया गया जिससे समुदाय भी जाग्रत हुआ।⁴ स्वयंसेवी और प्रोवाईडर के रूप में कृषकों, स्कूल के छात्रों, अशिक्षित युवा एवं गाँव के शिक्षित लोगों की अहम भूमिका को भी निरूपित कर पहचान करना होगा। परन्तु इनको प्रशिक्षित कर सहयोग प्राप्त करना अच्छा होगा। विकासशील देशों में गाँव और शहरी क्षेत्रों में कृषकों के माध्यम से ऐसे प्रयास किये गये।⁵ दक्षिण अफ्रीका में ऐसे प्रयासों के फलस्वरूप 211 कृषक प्रेरित होकर सहयोग में आये जिससे तपेदिक के उपचार में 85-87 प्रतिशत सफलता मिली। नेपाल में भी इसी प्रक्रिया से 85 प्रतिशत तपेदिक रोगी ठीक हुए और मुख्यतः

फलिया, मंजरे, टोले के स्वयं सेविओं के माध्यम से 90 प्रतिशत सफल प्रयास रहे।⁸⁹ तमिलनाडू में साक्षर और निरक्षर समुदाय में खकार का सेंटर खोला गया और छात्रों के द्वारा समुदाय के लोगों को प्रेरित किया गया जिससे 20 प्रतिशत केस ज्यादा पाये गये। छात्रों ने छूटे हुए केसों को दवाईयाँ दी जिससे 83 प्रतिशत सफलता मिली व छूटे हुए नये केस 5.7 प्रतिशत पाये गये जिनका दस्तावेजीकरण भी किया गया और जो परिवारजन से शेयर किया गया।¹⁰

हरियाणा में दुकानदारों के द्वारा दिए गये क्षेत्र में प्रत्येक सप्ताह भ्रमण कर परीक्षण हेतु खकार जमा किया गया जिससे उन्हें 21 महोने की अवधि के दौरान 1608 कुल रोगी अधिक मिले जिनका आर.एन.टी.सी.पी. के अन्तर्गत उपचार किया गया।¹¹ सामुदायिक प्रयास में बेरोजगारी को हटाना तपेदिक के उपचार तक पहुँच बढ़ाने के लिए बहुत अच्छा उपचार हो सकता है। जो व्यक्ति परिवार में बेरोजगार है, जो सामाजिक सहयोग की रूचि रखता हो, जिसमें पारदर्शित हो तथा अनौपचारिक रूप से प्रोत्साहन राशि लेकर कार्य करने में सक्षम हो उसको प्रशिक्षण देकर सामुदायिक तपेदिक उन्मूलन में सहभागिता हेतु प्रेरित किया जा सकता है। ऐसा प्रयास समाज की बेरोजगारी को भी कम कर सकता है। जिससे स्वयं सेवी के तौर पर परिवार का कार्य भी होगा और सहयोग भी। दक्षिण अफ्रीका में युगाण्डा तथा मालावी में ऐसा ही प्रयास किया गया। जिसमें परिवार के सदस्य का उपरोक्त संपूर्ण प्रशिक्षण होने के उपरांत ही सहभागिता स्वीकार्य की गई। कुल 8 परिवार के लोग इसमें शामिल हुए और प्राथमिकता में उन्हें मिलाया जो बहुत इस रोग की वजह से तनाव में थे।¹² एक मुख्य प्रयास यह भी हो सकता है कि उन्हें छोटे-छोटे ऋण भी दिये जा सके जिससे क्षय रोगी के परिवार को भी बेहतर लाभ होगा और विकास बढ़ेगा। ऐसे ही आर्थिक स्थिति के पहलू पर ध्यान देने का प्रयास कम्बोडिया में किया गया।¹³ जहाँ पर महिलाओं ने गाँवों में माइक्रो क्रेडिट बैंक के द्वारा प्रभावित रोगियों को और उनके प्रभावित परिवार को ऐसे ऋण सहायता दी गई। जिसमें 599 महिलाएँ शामिल थी और क्षय रोग से प्रभावित रोगी और परिवार शामिल थे। जिसमें से संपूर्ण सफल केस 95 रहे।¹⁴

गुणात्मक और मात्रात्मक माध्यमों के प्रयोग की क्षय रोग से सम्बन्धित प्रशिक्षण में व जागरूकता लाने में महत्वपूर्ण भूमिका होती है। जैसे - सामूहिक चर्चा (जी.डी.) एवं केंद्रित सामूहिक चर्चा (एफ.जी.डी.) का उपयोग। जिसके माध्यम से सामाजिक भ्रांतियाँ, गलत फहमियाँ, अलगाव, अनुपालन आदि के प्रति व्यवहार परिवर्तन और विश्वास में बदलाव किया जा सकता है। ऐसे ही मानवीय व्यवहार के आंतरिक बदलाव को प्राथमिकता दिया जाना आवश्यक होगा ताकि समाज और रोगी संपूर्ण जीवन क्षेत्र में बदलाव महसूस करें। दक्षिण इथियोपिया में ऐसे ही गुणात्मक, मात्रात्मक, व्यवहारात्मक माध्यमों के प्रयोग से कुशलतापूर्वक रोगी के मानसिक एवं सामाजिक बदलाव की तरफ ध्यान दिया गया।¹⁵ समूह व क्लब बनाकर भी उपचार की प्रक्रिया में विकास करना होगा तथा सशक्तिकरण कर रोगी की समीक्षा करना होगा।^{16 17}

इसके उपचार में प्राथमिकता हमें जागरूकता को ही देना होगा। इसमें समुदाय की औपचारिक व अनौपचारिक भागीदारी होना आवश्यक है।¹⁸ जिसके अन्तर्गत प्रचार-प्रसार व जागरूकता बढ़ाने के लिए संदेश पहुँचाने को बढ़ावा देना होगा व पालन भी करना होगा। मरीजों के ईलाज के लिए प्रतिकूल प्रभाव पहचानना व नए मामले का पता लगाना ही जागरूकता का उद्देश्य है। इस कार्यान्वयन में हमें टी.बी. रोग के लिये, दवा वितरण के लिये घर का दौरा करना होगा जो बहुत सुविधाजनक हो। जिन

क्षेत्रों में नियंत्रण के प्रयास में बढ़ावा आ रहा है वहाँ नियमित दवा की आपूर्ति के लिये समुदाय आधारित तपेदिक का मुख्य ध्यान केन्द्रित किया जाना चाहिए। मुख्यतः सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के साथ अच्छा संचार बनाना होगा जो स्थिर और सुनिश्चित हो। ऐसे जागरूकता को व्यावहारिक जीवन में लाने के प्रयास समुदाय में उनके द्वारा, उनके साथ एवं उनके लिये करने होंगे।

- आरती पवार

1 Govt. of India, Ministry of Health & Family Welfare

2 T.B. India Status 2008-2010 (RNTCP Status Report)

3 Mengiste M Mesfin, T.W.T., Isreal G Tareke and Madeley RJ Richard., Community health workers: their knowledge on pulmonary tuberculosis and willingness to be treatment supervisors in Tigray, northern Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Health Development*, 2005 Volume 19, (Special issue, 2005,): p. 1-34

4 Thomas, C., J. N. Newell, S. C. Baral, and L. Byanjankar. 2007. The contribution of volunteers to a successful community-orientated tuberculosis treatment centre in an urban setting in Nepal. *Journal of Health Organization and Management* 21, no. 6: 554-572

5 Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ, Diwan VK. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9:673-679

6 Bhattacharji, S. et al. Evaluating community health worker performance in India, *Health Policy and Planning* 1(3) :232-239, 1986

7 Ravichandran N, Tuberculosis control in developing countries: A Generalized Community Health Worker Model, IIMA Working Papers, 2004 - iimahd.ernet.in

8 Maher D, Gorkom van J L C, Gondrie P C F M, Raviglione M. Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 762-768

9 Sharma BV. Community contribution to TB care: an Asian perspective. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.302)

10 M. Hadley and D. Maher, Community involvement in tuberculosis control: lessons from other health care programmes. *Int J Tuberculosis and Lung Dis* 4 5 (2000), pp. 401-408

11 Singh AA, Parasher D, Shekhavat GS, Sahu S, Wares DF, Granich R. Effectiveness of urban community volunteers in directly observed treatment of tuberculosis patients: a field report from Haryana, North India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8 : 800-2

12 Wise, H. B., Torrey, E. F., McDade, A., et al. The Family Health Worker. *Am. J. Public Health* 58:1828-1835, 1968

13 Rocha C, Montoya R, Zevallos K, et al. Innovative socioeconomic interventions against TB (ISIAT) – an operational assessment. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15 (suppl 2): 550-57

14 Oum S, Chandramohan D, Cairncross S: Community-based surveillance: a pilot study from rural Cambodia. *Trop Med Int Health* 2005, 10:689-697

15 Okeibunor JC, Onyeneho NG, Chukwu JN, Post E: Barriers to care seeking in directly observed therapy short-course (DOTS) clinics and tuberculosis control in southern Nigeria: a qualitative analysis. *International Quality Community Health Education* 2007, 27:23-37

16 Demissie M, Getahun H, Lindtjorn B. Community tuberculosis care through "TB clubs" in rural North Ethiopia. *Soc Sci Med* 2003; 56: 2009-18

17 Macq, J., Torfoss, T., & Getahun, H. (2007). Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. *Tropical Medicine & International Health*, 12, 873-85.

18 Hadley M, Maher D. Community involvement in tuberculosis control: Lessons from other health care programmes. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:401-8

मेरी मां कहती है
 माँ बनना मेरी नियति है
 जब तुमने जन्म लिया
 मेने दुनिया से लड़ना सीख लिया
 जब तुमने चलना सीखा,
 मेने भी कदम बढ़ाना सीख लिया
 जब तुमने मां कहना सीखा,
 तब मेने हंसना सीख लिया
 जब तुमने पढ़ना सीखा,
 मेने अपना अधिकार जान लिया
 जब तुमने लड़ना सीखा,
 मेने माँ का अर्थ समझ लिया
 जब तुमने भी मां बनना सीखा,
 मेने भी अपना अधिकार जान लिया
 अब मेरी मां कहती है
 मां बनना मेरी नियति नहीं मेरी
 आरजू है।

— शिल्पा जैन

आंगन में बगिया लगा लेना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 किशोरी व गर्भवती महिला को पूरा भोजन करा देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 आयरन की गोली खिला देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 गर्भवती की पूरी जांच करवा देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 सुविधायुक्त अस्पताल में प्रसव करा देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 मां का दूध का पहला टीका लगा देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 पर बाकी टीके भी लगा देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 6 माह में उपरी आहार शुरू करवा देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 नियमित वजन करवा देना।
 बीमारी में अस्पताल ले जाना।
 बच्चे, घर और आसपास की सफाई कर देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।
 सबको ये बातें बता देना।
 जच्चे बच्चे को स्वस्थ बना देना।

— धीरेन्द्र आर्य

शिशुओं में कुपोषण : समस्या से समाधान की ओर कदम

इस तथ्य को किसी भी तरह से कम करके नहीं आंका जा सकता है कि बच्चों में बीमारी और मृत्यु के पीछे मौजूदा एक बड़ा कारक वह परिस्थितियाँ हैं जो लंबे समय तक कम भोजन मिलने और उससे जनित कुपोषण से हैं। बच्चों में कुपोषण के घातक परिणाम होते हैं। तेज विकास की इस अवधि में बच्चों के विकास के लिये जरूरी सही मात्रा में और सही प्रकार के पोषक तत्व बच्चों को नहीं मिल पाते। कुपोषित बच्चा जल्दी बीमार पड़ता है, उसका मस्तिष्क और शरीर ठीक तरह से विकसित नहीं हो पाता। कुपोषण जन्म से या उससे भी पहले शुरू हो जाता है। जन्म के समय कम वजन का बच्चा कमजोर रूप से विकसित होता है। जन्म के समय कम वजन का स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव अक्सर बचपन तक सीमित नहीं रहता, उसके बाद भी बना रहता है। जन्म के समय कम वजन कुपोषण को एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी तक पहुँचाने में भी प्रमुख भूमिका निभाता है। हालांकि कुपोषण मुख्यतः 6 महीने से 3 वर्ष की उम्र के बीच तेज गति पकड़ता है। इस अवस्था में बढ़ते हुए शिशु के लिए केवल माँ का दूध पर्याप्त नहीं होता। बच्चा न तो खुद खा सकता है और न ही ज्यादा की मांग कर सकता है। इस अवधि में उसे संक्रमण का भी खतरा अधिक होता है। इस उम्र के बच्चे को बार-बार नरम भोजन की जरूरत होती है जो उसे कोई वयस्क ही दे सकता है। आजीविका के लिए काम पर जुटे रहने की वजह से कई माताएं इतना भी नहीं कर पाती और बच्चों को उनकी जरूरत के मुताबिक बार-बार भोजन नहीं करा पातीं।

बच्चों को कम मात्रा में और बार-बार भोजन दिए जाने की जरूरत है और भोजन का संतुलित होना भी आवश्यक है। इस बुनियादी जानकारी का अभी भी कई परिवारों में अभाव है। मध्यप्रदेश में 49 प्रतिशत बच्चों का विकास समुचित पोषक आहार न मिल पाने के कारण बाधित हुआ है। तथा 54 प्रतिशत बच्चे आयु के अनुसार कम वजन वाले पाए गए हैं।⁹ इन आकड़ों में दर्शाए गए आयु के अनुसार कम वजन वाले बच्चों तथा कुपोषित बच्चों की संख्या में बढ़ोतरी से सरकार के प्रयासों पर गंभीर सवाल खड़े होते हैं। लोगों के पोषण और जीवन के स्तर को उठाने के साथ ही जनस्वास्थ्य को बेहतर बनाना राज्य की प्राथमिक जिम्मेदारी है। शिशु सम्बन्धी एनीमिया के अध्ययन में समिल्लित 19 में से 11 राज्यों में 75 प्रतिशत से ज्यादा बच्चे एनीमिया के शिकार हैं इन 11 राज्यों में मध्यप्रदेश तो शामिल है¹⁰ ही और यह सभी बातें ग्रामीण क्षेत्र तथा आदिवासी क्षेत्र से ज्यादा जुड़ी हुई है।

वर्तमान स्थिति को बदलने के लिए सर्वप्रथम इसका आंकलन और विश्लेषण करना आवश्यक हो जाता है ताकि सामुदायिक भागीदारी एवं सामूहिक प्रयासों को बढ़ावा दिया जा सके। उपयुक्त आंकड़ों के संकलन के लिए सही मेथड का उपयोग होना चाहिए जिससे सही परिस्थिति का पता चल सके जैसा कि उत्तरप्रदेश के आगरा जिले के 2 ब्लॉक बिचपुरी और फतेपुर सिकरी के 152 गाँव के 211 आंगनवाड़ी केन्द्रों के आसपास सामाजिक अंकेक्षण के माध्यम से तीन चरणों में किया गया। पहले चरण में मार्च 2001 से अप्रैल 2002 के मध्य बच्चों की मौतों का निर्धारण किया गया, दूसरे चरण में मृत्यु से सम्बंधित सामाजिक कारणों जैसे परिवहन आदि का पता लगाना और तीसरे चरण में मौतों को रोकने के लिए प्रयासों पर ध्यान देना और आने वाले समय कैसे समाधान कर सकते हैं इन बातों पर विचार किया गया है।¹¹

हमारे देश में स्तनपान से जुड़ी काफी भ्रांतियाँ भी हैं मध्यप्रदेश के सतना जिले में आदिवासी कोल समुदाय में 70 प्रतिशत माताएं पहले दिन बच्चों को स्तनपान नहीं कराती हैं वह 3 दिन के बाद शिशु को दूध पिलाती हैं।¹² प्रसव के पूर्व या पश्चात स्तनपान के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए खासकर कोलोस्ट्रम के लिए। बिहार के छोटे अस्पताल में स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा अस्पताल के कार्यकर्ता को इस बारे में सिखाया गया जिसके सफल परिणाम सामने आये हैं।¹³ गृह आधारित स्तनपान प्रशिक्षण जैसी गतिविधि से स्तनपान को बढ़ावा मिल सकता है जैसा कि मेक्सिको देश में 130 माताओं पर किया गया जिसमें उन्हें दो वर्गों में बांटा गया पहले वर्ग को गृह आधारित स्तनपान प्रशिक्षण दिया गया दूसरे वर्ग को कंट्रोल में रखा गया। प्रशिक्षित किये वर्ग में गृह आधारित स्तनपान का व्यवहार 55 प्रतिशत बढ़ा दिखा जबकि कंट्रोल वर्ग में 15 प्रतिशत ही रहा।¹⁴ इसी प्रकार का उदाहरण बांग्लादेश के ढाका में देखने को मिला जहाँ 40 क्षेत्रों का चयन कर दो वर्गों में बांटा गया। पहले वर्ग को स्वास्थ्य कार्यकर्ता के द्वारा प्रशिक्षण दिया गया और दूसरे वर्ग को कंट्रोल में रखा गया। प्रशिक्षित किये वर्ग में गृह आधारित स्तनपान का व्यवहार 70 प्रतिशत तक बढ़ा और कंट्रोल वर्ग में स्तनपान 6 प्रतिशत था।¹⁵

छत्तीसगढ़ के कोरिया जिले में आदिवासी अधिकार समिति के मितानिनों और सामुदायिक कार्यकर्ता ने आंगनवाड़ी कार्यक्रम पर 2003 में अपना अभियान बड़े पैमाने पर बच्चों का वजन लेकर प्रारम्भ किया था। इस प्रयोग ने दिखाया कि 3 साल से कम उम्र की 79 लड़कियाँ और 67 प्रतिशत लड़के कुपोषित हैं।¹⁶ हालांकि राज्य सरकार ने गंभीरता को नहीं पहचाना। बच्चों के पोषण पर थोड़ा बहुत प्रशिक्षण लेने के बाद मितानिनों के गांव स्तरीय बैठक और परिवार परामर्श सत्र आयोजित किया। प्रत्येक बस्ती में आदिवासी और दलित महिलाओं की देखरेख समिति बनायी गयी। इससे प्रेरित होकर तमाम लोग आंगनवाड़ी का

उपयोग करने लगे। जब यह सामुदायिक गोलबंदी मजबूत हुई तो खराब हालत की कई आंगनवाड़ियों में बड़े सुधार देखे जाने लगे। इस तरह के प्रयास स्वास्थ्य व्यवस्था को अच्छे काम करने पर मजबूर करती हैं और हमारे प्रयास कुछ इसी प्रकार से होना चाहिए जिससे समुदाय स्वयं प्रेरित होकर कार्य करता रहे, जिसमें अन्य लोगों का हस्तक्षेप न हो एवं समुदाय स्वयं अपनी जिम्मेदारी समझे और समस्या को समाधान की ओर ले जाने हेतु तत्पर हो।

मध्यप्रदेश में समुदाय द्वारा आंगनवाड़ी का गोद लिया¹¹ जाना भी प्रेरणा के तौर पर सामुदायिक जिम्मेदारी को दृष्टांत करता है। स्पंदन समाज सेवा समिति संस्था के द्वारा भी कुछ इस तरह का काम कई सालों से दलित समुदाय के बीच रह कर किया जा रहा है। हाल ही में उन्होंने 6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के अधिकारों को अपने अभियान के प्रमुख मुद्दे के रूप में लिया है। जिसमें उन्होंने डाभिया गाँव जिला खण्डवा के आंगनवाड़ी क्रमांक 1 को समुदाय द्वारा गोद लेने को प्रेरित किया। साथ ही महिला मण्डल को भी इस प्रक्रिया में सम्मिलित होने और स्थानीय उपज से बच्चों का खाना बनाने के लिए प्रोत्साहित किया। आंगनवाड़ी के बजट के पूरक के तौर पर महिला मण्डल ने पूरे गाँव में पिता माता और अन्य लोगों से चंदा जुटाया और आंगनवाड़ी का नवीनीकरण किया। जब इस तरह की पहल होती है तो आस पास के लोग भी प्रभावित होते हैं एवं आगे आकर सहयोग प्रदान करते हैं यह सामुदायिक प्रयास के द्वारा सकारात्मक बदलाव की एक कड़ी है।

सकारात्मक बदलाव एक ऐसी प्रक्रिया है¹² जिसमें समुदाय एक प्रकार से वास्तविक स्थिति से अवगत होता है और सीखता है कि कैसे इन प्रयासों से कुपोषण को कम किया जा सकता है। 1990 के दशक में सकारात्मक बदलाव के सफल तथ्य सामने आये और यह सफल होने के बाद अन्य देशों में उपयोग लाया गया¹³। इस पद्धति में स्थानीय उपलब्ध संसाधनों में से ही पौष्टिक व्यंजन की पहचान की जाती है और उसके उपयोग के द्वारा सामुदायिक भागीदारी से भोजन बनवाते हैं। साथ ही शिशु की एवं माता की साफ सफाई के बारे में बताया जाता है। समुदाय में उपस्थित एक स्वस्थ बच्चे की माता को भी बुलाया जाता है ताकि वह स्वास्थ्य सम्बन्धी सकारात्मक अनुभव बाकी माताओं से बाँट सके। ऐसी माताओं द्वारा 0 से 6 महीने के बच्चों को कैसे स्तन पान कराया जाता है भी सिखाया जा सकता है।

कुपोषण को कम करने के लिए गाँव की महिलाओं की भूमिका भी सुनिश्चित करना आवश्यक है। ग्रामीण महिलाओं को स्वास्थ्य एवं पोषण पर प्रशिक्षण देकर भी हम प्रेरित कर सकते हैं। इस तरह के कार्यक्रम ऐसी जगह सफल हुए हैं जहाँ पर आईसीडीएस सफल नहीं रही हैं। हरियाणा राज्य में समुदाय के 552 महिलाओं पर प्रयोग किया गया जिसके अन्तर्गत उन्हें सामुदायिक स्वास्थ्य और पोषण कार्यकर्ता द्वारा स्थानीय स्तर पर प्रशिक्षण दिया गया और उनका सफलता पूर्वक उपयोग किया गया।¹⁴ आंध्रप्रदेश में नरसापुर मंडल के 5 गाँव में 7 वीं पास महिलाओं को प्रशिक्षण देकर स्वास्थ्य एवं पोषण का सफल काम किया गया है।¹⁵ एक समुदाय आधारित प्रयास में मुख्य भूमिका समुदाय की ही होती है और जब समुदाय सक्रिय हो जाता है तो वह सरकार का भी ध्यान हमारी ओर आसानी से खींच सकता है। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के द्वारा भी कुपोषण कम करने में सहयोग रहता है क्योंकि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता स्थानीय होने के साथ ही स्थानीय लोगों या परिवारों को कुपोषण कम करने हेतु उत्साहित भी कर सकते हैं। वह प्रशिक्षित भी होते हैं। यह कारगर कदम मेक्सीको देश के ग्वाटेमले में 3 गाँव में चलाया गया जोकि काफी सफल रहा एवं बच्चों के मृत्यु दर में 5 प्रतिशत सुधार था।¹⁶ जब इस प्रकार के कदम उठाने से समस्या से समाधान की ओर जा सकते हैं तो इनका क्रियान्वयन करते समय ध्यान रखना चाहिए। स्वास्थ्य का मुद्दा शिक्षा से

भी जुड़ा हुआ है। कुपोषण एवं स्वास्थ्य का मुद्दा परिवार में भी शिक्षित होना चाहिए। मुख्य रूप से शिशु की माता जो तत्पश्चात सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का सही उपयोगी करेगी¹⁷। हमारे देश की ज्यादा जनसंख्या ग्रामीण क्षेत्र में रहती है, जहाँ पर शिक्षा की कमी है। यदि इस पर भी काम किया जाये तो आसानी से कुपोषण कम करने में आसानी होगी।

कुपोषण से समाधान की ओर जाने के लिए हमें प्रयासों में सामुदायिक प्रक्रिया का उपयोग करना होगा और यह बात तुलनात्मक अध्ययन से सामने आयी है उन प्रयासों का क्रियान्वयन भी सही रूप से होना चाहिए चाहे वह सामाजिक अंकेक्षण हो, गृह आधारित स्तनपान प्रशिक्षण हो या सकारात्मक बदलाव की प्रक्रिया हो।

- नीलेश सनोतिया

-
- 1 Secretariat, Right to Food Campaign, Gunvatta ke saath lokvyapikaran-samekit baal vikaas sewa me pahal: ek praveshika , 2006
 - 2 Secretariat, Right to Food Campaign, Gunvatta ke saath lokvyapikaran-samekit baal vikaas sewa me pahal: ek praveshika , 2006
 - 3 Vikash samvad book page no.14
 - 4 Government of India, NFHS 3 Fact Sheet 2005-06, Key Indicators for India from NFHS 3, New Delhi. India
 - 5 Nandan D, Mishra SK, Jain M, Singh D, Verma M, Sethi V. Social Audits for Community Action: A tool to initiate community action for reducing child mortality. Indian Journal of Community Medicine 2005; 30(3): 78-80.
 - 6 Tiwari BK, Rao VG, Mishra DK, Thakur CSS 2007. Infant feeding practices among Kol tribal community of Madhya Pradesh. Indian Journal of Community Medicine, 32(3): 228.
 - 7 Prasad B, Costello AM de L. Impact and sustainability of a 'baby friendly' health education intervention at a district hospital in Bihar, India. BMJ 1995; 310: 621±3.
 - 8 Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD 1999 Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. Lancet 353:1226-1231,
 - 9 Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of communitybased peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial [see comments]. Lancet 2000;356:1643- 47
 - 10 Secretariat, Right to Food Campaign, Gunvatta ke saath lokvyapikaran-samekit baal vikaas sewa me pahal: ek praveshika , 2006
 - 11 Secretariat, Right to Food Campaign, Gunvatta ke saath lokvyapikaran-samekit baal vikaas sewa me pahal: ek praveshika , 2006
 - 12 David M, *Positive Deviance/Hearth Manual* / 14
 - 13 Marsh DR, Schroeder DG, The positive deviance approach to improve health outcomes: experience and evidence from the field: preface. Food Nutr Bull 2002;23(suppl 4):5-8
 - 14 Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, et al. an educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana. India J Nutr 2004; 134:2342-8.
 - 15 Bamji MS, USE OF VILLAGE BASED WOMEN VOLUNTEER LINK WORKERS IN IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH INDICES, nutritionfoundationofindia.res.in
 - 16 Communtiy Health worker program in Guatemmalan village
 - 17 Borooh, V. (2002). the role of maternal literacy in reducing the risk of child malnutrition in india. ICER - International Centre for Economic Research.

Yoga: An impede on NCD

Globally, health status of the population is changing as the burden of Non Communicable Diseases is gradually increasing. This health transition as explained by science and non science alternative followers is because of imbalance in body and mind leading to unhelpful habitual or maladaptive physiologically conditioned responses further resulting in physical inactivity, excessive eating, unhealthy diets, stress and substance abuse. These life style generated diseases are preventable as they are directly related to habits and behaviors. Therefore it calls for a need of behavioral interventions into health and society. The biomedical and pharmacological interventions has failed to do so in terms of health related outcomes because of their higher chances of adverse side effects which is not likely to be there in interventions emphasizing on behavioral and life style modifications. In the need for non drug and most relevant cost effective interventions a shifting from biomedical model to self management model based programs for handling high incidences of chronic or Non Communicable diseases should be encouraged.

Yoga as a behavioral intervention and Self management practice is more effective in influencing the health practices in the population. As a discipline it also encompasses a broad range of routines and alternatives to incorporate into life style depending on personal preferences. In the present context of Non Communicable illnesses various forms of Ashtanga Yoga like Physical postures (Asana's), Breath Holding and control techniques (Pranayama), hand gestures (Mudras) and Cleansing methods (Shad Karma) can be practiced in combination or separately to get the desired benefits and results.

In Hypertensive Patients Yogic breathing techniques like Bhramari Pranayama (Expiration by producing specific sound through throat), Bhastrika Pranayama (Forceful abdominal Breathing) acts on Autonomic Nervous System of the sympathetic chain and regulates and control Autonomic activities like High Blood Pressure, Pulse Rate. In overweight obese with Coronary artery Disease (CAD) performing Anuloma-Vilom (breathing through a particular nostril) and Kapaalbhati Pranayam (slow forceful Breathing) for 10 minutes twice a day on empty stomach have been found to increase oxygen consumption therefore enhance sympathetic discharge to increase metabolism and helps in loosing excessive fat and improves lung functions which can be used for rehabilitation of CAD patients. Regular practice of these breathing techniques increases the overall capacity of lungs and gradually improves the ventilatory functioning of lungs thus helping in prevention, control and rehabilitation of many respiratory diseases. It has been studied that a combination intervention of Asanas and Pranayama also reduces hypertension and obesity related pregnancy outcomes like preterm delivery and intra uterine growth retardation. Sudarshan Kriya yoga (SKY), a sequence of specific breathing techniques (ujjayi, bhastrika, and Sudarshan Kriya) can alleviate anxiety, depression, everyday stress, post-traumatic stress, and stress-related medical illnesses.

Yoga views body and mind as a single unit and equalize their reciprocal impact on each other thus keeps apart the common negative forms of psyche by enhancing emotional well being. It has been considered superior to other physical exercises like walking for its more positive effect on anger, mood, anxiety, stress, depression and other psychotic conditions like schizophrenia. Yogic Asanas improves the flexibility, agility and gait with reduction in pain and disability due to Repetitive Stress Injuries (RTI) in long run occupational health hazards which are more seen in young computer users. A visual cleansing yogic exercise Trataka when practiced for 10 minutes in combination to asanas and pranayam for 60 days improved visual discomforts like 'drying of eyes' in computer professionals. Physical postures like Uttanasana, Ardh Garudasana, Urdhva Hastasana and Tadasana were successfully used to treat Carpel tunnel Syndrome. Use of combination yoga regime also found useful in Tension type headaches and Migraine. Ekpadasana in conjunction with Anulom-Vilom has been demonstrated to be

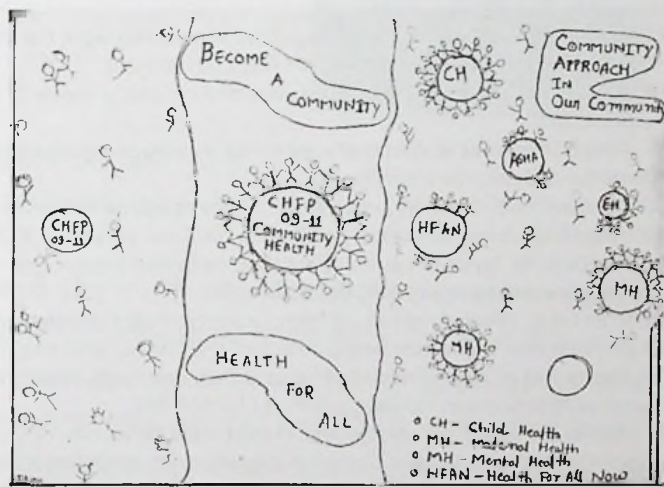
beneficial in Children's Attention Deficit Hyperactivity (ADHD) which is more common in school going Kids. Relaxation Asanas like Shavasana and Drudhasana are useful in treating Mild to Moderate Diastolic Essential Hypertension. Individuals practicing Shavasana for 10 minutes daily can face stress more effectively than non practitioners. Subjects on Yoga Nidra (one form of guided progressive deep relaxation technique) with drug regimen were found to have better control in their fluctuating blood glucose and symptoms associated with diabetes compared to those were on oral hypo glyceemic alone.

Yoga intervention has successfully reduced gastrointestinal symptoms associated with Irritable Bowel Syndrome in adolescents. Yoga also emphasizes on internal cleaning through its 'Shad Karma' process. Daily use of hypertonic saline nasal irrigation (Jal Neti) one of the cleansing techniques in yogic Shad karma improves sinus-related quality of life, decreases symptoms, and decreases medication use in patients with frequent sinusitis. Certain yoga asanas and stretching postures if practiced regularly are known to have beneficial effects on human body through various, Somato-Neuro-Endocrine mechanisms to have therapeutic effects and improve quality of life as observed in Patients with Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM), End Stage Renal Disease (ESRD), Cancer and Chronic Pain.

Yoga can take the form of a 'self help educational program' and can be implemented in schools, Colleges or work places for life style modification and stress management keeping in mind that yoga has beneficial effects on many human behaviors ranging from addiction to creativity and school performance. People often begin their individual yoga practice by first attending a class on a regular basis and then develop a personal practice of yoga which leads to many positive health factors. The routine practice of yoga depends upon positive experience with yoga and yoga instructors facilitating the practice. Though people know about variety of benefits they get from yoga and also acknowledge that, many times in absence of any prior positive experience with its practice they try to bring personal factors as barrier in following the regimen.

Yogic practices in conjunction with prescribed meditation, traditional rehabilitation therapies and the practitioner's advice can be successfully used to control the complications in Non Communicable Diseases for betterment of quality of life. It penetrates into the poor life styles and when presented in a comprehensive manner tends to convince the patient that a good life style is not only healthier but also more enjoyable. A simplified yoga based program can be safely and effectively used for rehabilitation of patients suffering from chronic disorders but the effectiveness depends on the nature of acceptance of such programs and practices by people.

Yoga intervention can be utilized and tested for enhancing health promotion goals and influencing specific disease treatment outcomes. State and the National Health Systems can successfully incorporate yoga based practices and principles in various Rehabilitation Programs to increase self confidence, physical and psychological integration, character of positive initiativeness, optimistic outlook, efficiency in life, decision making and selection. For the health practices to be effective in the population at larger scale there is a need to provide knowledge of health risks along with benefits of yoga practices and its components. More deep rooted perceived self efficacy to be implanted in the population when they can exercise control over their own health habits for desired benefits and outcomes for aiming at health goals.



धीरेन्द्र आर्या

- Dr. Durbha Rohini Kumar

- 1 WHO: Chronic diseases. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en. accessed 2011
- 2 Ghaffar A, Reddy K.S, Singhi M. Burden of NCD in South Asia, *BMJ* 2004; 328;807-10
- 3 Michele C, Franco S. et al. tackling of unhealthy diets, physical inactivity and obesity: health effects and cost effectiveness. *The Lancet*, 2010
- 4 Shetty PS. Nutrition transition in India, *Public health nutrition*, 2002 5 (1A) 175-182
- 5 Williams GC, McGregor H et al. measuring tobacco dependence treatment outcomes: a perspective from the behavior change consortium, *annals of behavioral medicine*, 2005
- 6 Bandura A. Health promotions by social cognitive means, *Health education and behavior*, vol.31: 143-161
- 7 Patanjali yoga sutra
- 8 Pramanik T et al. immediate effect of slow pace Bhramari pranayama on Blood Pressure and Heart rate, *Nepal Med. College Journal*, 2010
- 9 Pramanik T, Sharma HO, Mishra S et al. immediate effect of slow pace Bhastrika pranayama on Blood Pressure and Heart rate, *Journal of Alt. Med.* 2009, 15(3);293-295
- 10 Yadav A. et al. role of pranayama breathing exercises in rehabilitation of coronary artery patients-a pilot study, *Indian Journal of Traditional Knowledge*, vol. 8(3), July 2009 pp 455-458
- 11 Shivraj PM et al. Effect of selected breathing techniques on respiratory rate And breath holding time in healthy adults, *International Journal of Applied Biology and Pharmaceutical Technology*, Volume: 2: Issue-3: 2011
- 12 Narendra S, Nagendra R et al. efficiency of yoga on pregnancy out comes, *Journal of alternative and complementary medicine*, April 2005, 11(2): 237-244
- 13 Brown RP, Gerbarg PL. Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: part I-neurophysiologic model. *J Altern Complement Med.* 2005 Feb; 11(1):189-201.
- 14 Ross A et al. the health benefits of yoga and exercise: a review of comparative study, *the journal of alternative and complementary medicine*, 2010
- 15 Chris C Streeter et al. effects of yoga versus walking on mood, anxiety and brain GABA levels: a randomized controlled trial *journal of alternative and complementary medicine*, 2010
- 16 Duraiswamy G, Thirthalli J et al. yoga therapy as add on treatment in the management of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial, *Acta. Psychiatria scandinavica* 2007, vol. 116 pp 226-232
- 17 Benedetto M, Taylor A et al. the effect of gentle Iyengar yoga program on gait in the elderly: exploratory study, *Archives of physiological medicine and rehabilitation*, 2005 vol. 86, issue 9
- 18 Telles S et al. Effect of yoga on self-rated visual discomfort in computer users, *Head & Face Medicine* 2006, 2:46
- 19 Garfinkel et al. yoga based intervention for Carpel Tunnel Syndrome, *The journal of the American medical Association*, p. 1601, 1998
- 20 Bhatia R et al. Role of temporalis muscle over activity in chronic tension type headache: effect of yoga based management , *Indian Journal of Pharmacology Physiology*, 2007; 51 (4) :333-344
- 21 Akhila .J.S. could pranayama and ekapadasana be an alternative modality in the management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children. *Journal of Clinical and Diagnostic Research [serial online]* 2010 August [cited: 2010 August 31]; 4:2997-3000
- 22 Falguni D. Ona V. A study to determine the effectiveness of yoga, biofeedback & music therapy in management of hypertension, *The Indian Journal of Occupational Therapy: Vol. XXXIII: No. 2*
- 23 G. Sharma, L. K. Sharma & S. Sood : Synergistic Approach Of Applied Physiology & Yoga To Combat Lifestyle Diseases. *The Internet Journal of Alternative Medicine* 2009 Volume 7 Number 1
- 24 Amita S et al. Effect of Yoga Nidra on Blood Glucose level in Diabetics, *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 2009; 53 (1) :97-101
- 25 L Kuttner, CT Chambers, J Hardial, DM Israel, K Jacobson, K Evans. A randomized trial of yoga for adolescents with irritable bowel syndrome, *Pain Res Manage* 2006; 11 (4):217-223
- 26 Rabago D et al Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: A randomized controlled trial, *The Journal of Family Practice*, December 2002 vol.51, no. 12
- 27 Malhotra V, Singh S et al, Study of yoga asanas in assessment of pulmonary function in NIDDM patients, *Indian journal of physiology and pharmacology* 2002 Jul;46 (3):313-20.
- 28 Yurtkuran M. A modified yoga-based exercise program in hemo dialysis patients: A randomized controlled study Volume 15, Issue 3, Pages 164-171, 2007
- 29 Culos RS, Carlson LE, Daroux LM, et al discovering the physical and psychological benefits of yoga for cancer survivors, *Int. J Yoga Therapy.* 2004;14: 45-52
- 30 Vallath N. Perspectives on Yoga inputs in the management of chronic pain, *Indian Journal of Palliative Care*, 2010; 16(1): 1-7
- 31 Milligan, C. K. Yoga for stress management program as a complementary alternative counseling resource in a university counseling center, *Journal of College Counseling*, 2006, p.181
- 32 John Ding, Young E et al. meditation as a voluntary hypo metabolic state of biological estivation, *news physiol. science*, 1998, vol. 13
- 33 Nancy L A, Rachel P. benefits, barriers and cues to action of yoga practice: a focused group approach, *American journal of health behavior*, 2009
- 34 Sharma R, Gupta N, Bijlani R L. effect of yoga based intervention on subjective well being, *Indian journal of physiology and pharmacology*, 2008, vol. 52(2): 123-131
- 35 Barros, N. F. Siegel, P. Yoga in Brazil and the National Health System, *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine* July 30, 2009
- 36 Malathi A, Damodaran A. stress due to exams in medical students: role of yoga, *Journal of physiology and pharmacology*, 1999

जब 22 जुलाई 10 आशा अमलियार झाबुआ विकासखण्ड के नेगाड़िया गांव से जब जीवन ज्योति अस्पताल की एन.आर.सी. भर्ती होने आयीं तो वह अपनी अंतिम सांसों से गिन रही थी और उसकी इस स्थिति के कारण अस्पताल का हर कर्मचारी चिंतित था क्योंकि सभी उससे मिलने आये थे क्योंकि अस्पताल में पहली बार कोई इतना कुपोषित बच्चा आया था। आशा जब एन.आर.सी. में भर्ती हुई तब



उम्र	— 3 साल,
वजन	— 4 किलो 565 ग्राम
एम.यू.ए.सी.	— 8 से.मी.

28 दिन भर्ती रहने के बाद

वजन	— 8 किलो 98 ग्राम
एम.यू.ए.सी.	— 12 से.मी.

आशा को एन.आर.सी. के अनुसार अपना लक्ष्यगत वजन 5 किलो 249 प्राप्त करना अनिवार्य था परन्तु एन.आर.सी. की सेवाओं से आज का वजन लक्ष्यगत वजन से ज्यादा है।

नेगाड़िया गांव में कार्यरत हमारे क्षेत्रीय कार्यकर्ता जब ग्राम भ्रमण के लिए गये तो आशा की दादीमों ने उन्हें अपने घर आशा को देखने के लिए बुलाया तब कार्यकर्ता आशा की स्थिति को देखकर काफी भयभीत हो गये क्योंकि एक 3 साल की बच्ची के शरीर में सिर्फ हड्डीयां ही दिख रही थी मांस तो जैसे समाप्त हो गया था और वह जोर जोर से सांस लेने की कोशिश कर रही थी तब कार्यकर्ता द्वारा उसे तुरंत मेघनगर एन.आर.सी. ले जाने के लिए कहा इस पर उसके पिता व दादी पहले तैयार नहीं हुए फिर बाद में उन्होंने कहा हम कल जायेंगे इस पर कार्यकर्ता द्वारा बार-बार समझाइश दी गयीं और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को समझाइश देखकर आशा को एन.आर.सी. में भर्ती करने हेतु कहा गया।

आशा के घर में उसके माता पिता तथा दादी हैं और दो भाई जिसमें 1 उससे छोटा तथा 1 बड़ा हैं। आशा के परिवार की आर्थिक स्थिति इतनी अच्छी नहीं है गांव में एक कच्चा मकान है जिसमें केवल एक ही कमरा है और 2-3 बीघा जमीन है जिसमें वह केवल एक ही फसल ले पाते हैं और वर्ष भर आजीविका के लिए पुरा परिवार गुजरात पलायन के लिए जाता है। जिस कारण बच्चों की देखभाल और पोषण आहार उचित रूप से नहीं हो पाता परन्तु जबसे आशा की माता पिता ने एन.आर.सी. में बच्चे की देखभाल और समय-समय पर उन्हें खिलाने की प्रक्रिया देखी है तो वह भी इसको अपने लगे हैं और आशा आज अपनी जीवन कुशलता के साथ बिता रही हैं।

नेहा और बादल अब जुड़ा दिखते हैं

नेहा और बादल को हमारे क्षेत्रीय कार्यकर्ता के द्वारा एक साथ देखा गया तो दोनों जुड़ावा हैं यह सोचकर यकीन नहीं हुआ फिर कारण जानने पर पता चला कि नेहा अतिकुपोषित है तो उनके पिता को समझाया कि इसे जीवन ज्योति के बाल शक्ति वार्ड में भर्ती करवा दो 3 दिन पश्चात 12 जून 10 को नेहा की मां हकरी ने अस्पताल में भर्ती करवा दिया नेहा ग्राम सजेली नानियासात की निवासी थी। नेहा की मां हकरी उस समय गर्भवती थी जब उससे गर्भ का माह पुछा गया तो उसने 7 माह बताया फिर एन.आर.सी. में नेहा के साथ हकरी की देखभाल भी प्रारंभ हो गई जब नेहा एन.आर.सी. में भर्ती हुई थी तब

उम्र	— 2 साल,
वजन	— 4 किलो 665 ग्राम
एम.यू.ए.सी.	— 9.3 से.मी.

4 दिन पश्चात सुबह 5 बजे हकरी ने अस्पताल में एक बच्ची को जन्म दिया अब चिंता यह थी की नेहा का पिता माला नेहा और उसकी माता हकरी को घर ले जाने की हठ करने लगा अब नेहा की देखभाल कैसे होगी इसकी चिंता अस्पताल प्रबंधन को सता रही थी फिर नेहा के पिता को समझाया गया कि यहां दोनों की देखभाल होगी और नेहा की मां अपने दोनों बच्चों के साथ एन.आर.सी. में वहीं देखभाल के लिए कभी-कभी नेहा की दादी आ जाती थीं वैसे नेहा तीन भाईयों में इकलौती बहन थीं पर अब एक छोटी बहन और आ गई थी। नेहा के माता पिता की आर्थिक स्थिति इतनी अच्छी नहीं थी सजेली मालजी सात ग्राम में एक छोटे से कच्चे मकान में वह रहते हैं और 2 बीघा जमीन पर एक फसल लेते हैं और भरण पोषण करने हेतु पुरा परिवार पलायन पर मजदूरी हेतु जाता है नेहा का पिता शराब पीकर उसकी माता से झगड़ा भी करता है और माता बच्चों पर पुरी तरह ध्यान नहीं दे पाती है इस कारण नेहा कुपोषित हो गई पर आज अस्पताल में नेहा की स्थिति में सुधार देख नेहा की मां खुश हैं। और अब 24 दिन बाद



वजन — 5 किलो 75 ग्राम
 एम.यू.ए.सी. — 11.5 से.मी.

नेहा का वजन एन.आर.सी. के लक्ष्यगत वजन 5 किलो 364 ग्राम से अधिक हो गया है।

दादा बने धाय मां

26 जनवरी 11 के दिन ग्राम पीपला देबर से रसीला मेढा के दादा गलाल मेढा रसीला को भर्ती करने हेतु एन.आर.सी. में आए तो स्टॉफ द्वारा रसीला की माता के बारे में पूछा तो उन्होंने बताया कि पिता की मृत्यु तो रसीला के जन्म लेने के पहले ही हो गई थी और चिंता की बात तब हुई जब रसीला ने जन्म लिया और उसकी मां भी उसे अकेला छोड़ इस दुनिया से चली गई तब से रसीला की देखभाल में दादा दादी को ही करनी पड़ती है और दादी के द्वारा अन्य बच्चों की देखभाल एवं घर के कार्य के कारण दादा ने कहा एन.आर.सी. में रहूंगा इस तरह 19 महिलाओं के बोच 1 पुरुष ने किसी भी प्रकार की झिझक न महसूस करते हुए 15 दिन रहना स्वीकार किया और अपनी पौती रसीला के अच्छे होने तक एन.आर.सी. में रहें गलाल का स्वभाव शांत और सरल था वह जल्द ही लोगों में घुलमिल जाते थे।



उम्र — 3 साल 2 माह
 वजन — 7 किलो 720 ग्राम
 एम.यू.ए.सी. — 12.2 से.मी.

15 दिन भर्ती रहने के बाद

वजन — 8 किलो 268 ग्राम
 एम.यू.ए.सी. — 12.6 से.मी.

रसीला के चाचाओं द्वारा आर्थिक मदद की जाती है वह पलायन पर गुजरात पर रहते हैं और वहां से पैसे भेजते हैं जिससे इनका जीवन यापन चलता है रसीला के दो भाईयों के साथ अन्य चचेरे भाई बहनों की देखभाल भी दादा दादीयों के द्वारा की जाती है। इस तरह बुजुर्ग दम्पति अपना जीवन बच्चों की सेवा में गुजर रहे हैं और पहले बच्चों को पाला अब बच्चों के बच्चों को पाल रहे हैं। गलाल रसीला को झाबुआ व थांदला एन.आर.सी. में भी भर्ती किया था उसके पश्चात जीवन ज्योति मेघनगर एन.आर.सी. आये और 15 दिन रहने के बाद अब सुधार हुआ है और निरंतर सुधार हो रहा है यह दो फॉलोअप में देखा गया कि रसीला का वजन बढ़ रहा है।

क्रं.	दिनांक	वजन	एम.यू.ए.सी.
1	28.02.11	7.735	13
2	14.03.11	8.365	12.5

मरीया 12 साल में बर्नी मां

आज 13 दिसम्बर 10 को ग्राम दुंडका से एक महिला जिसके साथ 12 साल की बच्ची थी और उस बच्ची के गोद में 3 साल 10 माह का बच्चा था जब स्टॉफ द्वारा महिला से बात की गई तो पता लगा की वह आंगनवाड़ी कार्यकर्ता है और उसके साथ जो दो बच्चे थे उसमें बड़ी बच्ची जिसका नाम मरिया जो अपने भतीजे को एन.आर.सी. में भर्ती एवं स्वयं उसकी देखभाल के लिए आयी थी जब कार्यकर्ता द्वारा मरीया से बात की गई तो उसने बताया कि मेरी मां इस दुनिया में नहीं है और मेरे पिता भी बाहर रहकर काम करते हैं और जब कभी आते हैं तो हमेशा शराब के नशे में रहते हैं और अब जब से मेरी भाभी पंकज को जन्म देते ही मर गई हैं और तबसे मुझे ही पंकज को संभालना पड़ता है और इस कारण मुझे चौथी कक्षा के बाद पढ़ाई छोड़नी पड़ी और अब मुझे पूरी तरह पंकज की देखभाल करनी पड़ती है और अब मैं खेलने भी नहीं जा पाती मेरी सहेलीयां भी मुझे चिढ़ती है जा अपने बच्चे को संभाल अब मुझे खुद खाना बनाना पड़ता है पंकज को भी खिलाती हूं पंकज के पापा और बाकी सदस्य भी बाहर काम पर जाते हैं क्योंकि आय का ओर कोई जरीया नहीं है हमारे पास पर जब मरिया पंकज को लेकर 14 दिन रही तो स्टॉफ द्वारा उससे दोस्ती की गई और उसे एक दोस्त की भांती समझाया गया और वह धीरे-धीरे समझने लगी। तब



उम्र	— 3 साल 10 माह
वजन	— 7 किलो
एम.यू.ए.सी.	— 12 से.मी.

14 दिन भर्ती रहने के बाद

वजन	— 8 किलो 230 ग्राम
एम.यू.ए.सी.	— 13.8 से.मी.

और भले ही मरीया की मजबूरी उससे यह काम करवा रहीं है पर एन.आर.सी. आकर खुद का कैसे ध्यान रखना है यह भी सिखने लगी है और यहां वह सभी कार्यकर्ताओं की दोस्त हो गई है और जब उसे समय मिलता है वह एन.आर.सी. सबसे मिलने के लिए आती हैं हम उसकी पढ़ाई के लिए सोच रहे हैं कि क्या कर सकते हैं।

—धीरेन्द्र आर्या

Sharda

Sharda, a mother of four, lived in a small village in Western India. Since her last pregnancy five months back she was feeling very weak and tired with a nagging cough. After a couple of weeks, she visited the local private practitioner who gave some cough mixtures, antibiotics for a month and a half and when her cough did not subside advised her to go to the local Primary Health Centre (PHC). Not able to find the time to go to the PHC town she continued to take some home-made remedies given by her mother-in-law.

On further deterioration of her condition, she is sent to her mother's place by her in-laws to get cured. A health worker, their neighbour, advises her to get her sputum tested, which frightens the family as they know that sputum testing is associated with tuberculosis which carried high stigma. To maintain discretion, her brother took her to a reputed private doctor in the city, who confirmed she had tuberculosis and would need to take medicines for the next 6-8 months. They visited two more doctors before resigning themselves to the truth. The medications were costly which her brother could not afford to buy with his meagre earnings. When they went to the local PHC it had no stock of the drugs. Her brother tried to get her medicines as and when he had money and she would take the same. There was no improvement in her condition. Sharda then turned to an indigenous healer whose medications and diet do not provide any relief either, even though she followed it strictly.

Later on her brother comes to know that the PHC has got fresh supply of medications and Sharda was registered with the PHC to receive tuberculosis drugs. She had to go every month to the out-patient department to collect her drugs listening to the barbed remarks of the neighbours as well as bear with the rude behaviour of the PHC staff. Added to this the medicines had adverse effects. In spite of all this, she willed herself to take the medications for the sake of her husband and children. After about 8 months of treatment Sharda was declared cured of tuberculosis. But after her cure her in-laws refused to take her back fearing health and reputation of the family. Two months later Sharda was informed that her husband had decided to get remarried! This shocked her and made her lose all interest in life. She developed tuberculosis again but refused to take medications this time and her family watch her getting weaker as each day passes (Rangan & Uplekar, 1999)

Jean

*Jean Dubuisson, lived in a small village in Haiti's central Plateau, where he tilled a tiny plot of land. He shared a two room hut with his wife and three surviving children. His parents lost their prime agricultural land to the Péligré Hydroelectric dam, which drove the family into poverty. Much before his illness, feeding the family was a struggle with two of his children having died before age of five. In 1990, he began coughing. He ignored it for a couple of weeks. There was no clinic in his village and even though Marie, his wife, wanted him to seek professional help, the costs of going to the closest clinic was prohibitive. He instead drank herbal remedies. His condition deteriorated slowly and he started coughing blood in December 1990. Jean and family knew that they he was *pwatrinè* – stricken with tuberculosis, and they had to either seek biomedical help or the voodoo priest. Jean decided to take biomedical option. At the clinic, he paid \$2 for multivitamins and got the advice to eat well, drink clean water, go to a hospital which had little relevance to them. When his condition further worsened he is admitted to a hospital near Port-au-Prince. There he paid \$4 per day for bed, for medications and finally had to discharge himself as the family ran out of money. Later on, his tuberculosis is cured in a project running in a different village after his family shifts to that village (Farmer, 1999).*

Sharda's and Jean's cases of tuberculosis illustrate the various socio-cultural and structural dimensions of the disease in two different cultural settings. Tuberculosis is the largest killer among all the infectious diseases. In 2007, globally, Tuberculosis incidence rates were at 9.27 million with a prevalence rate of 13.7 million cases, an estimated 1.3 million deaths occurred, 98% of these cases are in the developing world, there were an estimated 0.5 million cases of multi-drug resistant TB (MDR-TB) worldwide (WHO, 2009).

Historically anthropologists have been involved to study human behavioural, social and cultural factors associated with infectious diseases like tuberculosis. They have tried to understand and interpret the ethnomedical systems embedded in local cultures. On the other hand, there have been attempts made by another set of anthropologists to address the political economic factors that have defined illnesses. This essay seeks to critically analyse the relationship between the cultural aspects and larger political economic context in which tuberculosis is situated.

Section I looks at the multicultural aspects of health and illness, various ethnographic studies of the cultural aspects of tuberculosis are then looked at. Biomedicine in and as a culture itself is also explored. The political economy of tuberculosis is detailed in section II where larger contexts of inequalities, poverty, political power vis-a-vis health and illness are dealt with. Section III explores the attempt of Alma Ata to address the political economy and the subsequent scuttling of Alma Ata by the neoliberal forces through vertical programs like DOTS. Section IV then deals with the relationship between culture and political economy looking at the health belief model with its assumptions of patient autonomy. The constraints imposed on the patient by macro level issues are looked at. The shifting of the onus to the individual to "comply" with the treatments with its significant barriers to access are brought out. Finally this essay concludes with the stance that even though the cultural aspects help to study human behaviours and responses to infectious diseases, it is the forces of the broader political economy that shape some of these behaviours and constrain the patient agency's health-seeking behaviour.

I. Cultural Aspects of health and illness

Man is a social animal. There are certain ways in which man organises himself socially, politically and economically. Culture is one of the ways in which man organises and legitimises himself in a particular society. Culture is all the shared and acquired knowledge by man as a member of society (Helman, 1984). Culture is a set of guidelines or rules that direct the way in which people live, interact in that society. It involves material factors like economic systems and non-material factors like beliefs, values and ideas (Brown, 1997). Cultures change with time and are evolutionary. Cultural aspects could be borrowed from other groups. Culture also supplies fully socially transmitted information within a society (Durham, 2002).

The perceptions of illnesses are also different in different cultures. Culture affects health in a myriad ways like food habits, living environment, humour perceptions like “hot” and “cold” etc.,. One central feature of cultures have been the creation of own medical systems, with the associated beliefs and practices, to respond to illnesses. Each medical system has a patient-healer relationship and in some cultures, it is closely associated with the religious system. Many healing systems co-exist in particular societies resulting in medical pluralism. In all class-based societies a hierarchy of medical systems exist as a reflection of the social divide. Western medical system, also referred to as Biomedicine, is one such system. Biomedicine grew into a dominant position due to the support of the capitalist class that it served, and spread worldwide alongwith industrial capitalism (Baer et al., 2003). The story of Sharda illustrates the sociocultural beliefs in India associated with tuberculosis in this case the stigma and fear attached to the disease, the home-made remedies tried out etc.,. Stigma associated with tuberculosis has been revealed in other social settings from Philippines (Nichter, 1997) to Vietnamese refugees in the US (Ito, 1999) as well. In addition how other socio-cultural factors, like humour and gender roles, affect health knowledge of tuberculosis has been studied in Mexico (Rubel & Moore, 2001). The study of the semantics of illnesses provide a social focus to the health care seeking behaviour of populations and medicine compliance as in the “weak lungs” study of Philippines (Nichter, 1997). In Ethiopia, in a study among the Sidama population, 52.1% of the participants felt traditional remedies can cure tuberculosis better than biomedicine (37.8%) and 8.3% believed that good food could cure the disease (Vechchiato, 1997). Some of the above instances bring out the multicultural environment of an infectious disease like tuberculosis. The understanding of these will go a long way in designing a culture-specific, culture-sensitive health programs that could help in inducing behaviour change both at the staff as well as the community level (Inhorn & Brown, 1997).

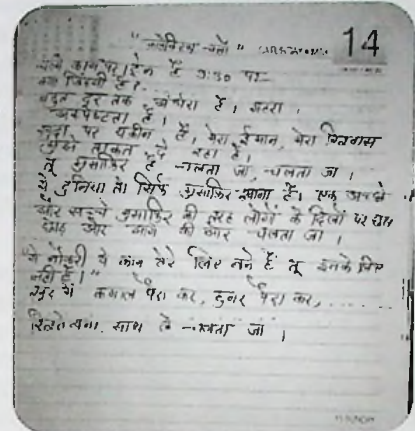
Biomedicine in and as culture

Biomedicine is supposed to be “scientific”, “objective” and culture neutral. But this is far from true. It is necessary to understand Biomedicine as a part of the culture and also as a culture in itself. It gets shaped according to the culture in which it is practised. In a seminal study, Payer (1989) demonstrated the different biomedicine practices in four countries of France, Germany, Britain and United States. For the same symptoms he found out that British doctors prescribed fewer drugs than the French. A British patient is half as likely as an American to get surgery prescribed and so on (Payer, 1989).

Biomedicine itself is a culture. A culture where the body is treated as a machine and diseases are disturbances caused by external pollutants which need to be “fixed”, a capitalist culture which believed that biomedicine would fix the machine so that the productivity is restored back. It has its own technical language and fixed specific clinical names to the diseases. It fixes the etiology of the disease to discrete external agents (pathogens) than on the existing social and economic order. It follows a reductionist process which would label a personal or social problem in terms of “disease” and propose a medical treatment, leading to medicalization. Through this process the physician is able to exercise social control and any default is branded as “deviance” or “non-compliant” (Loustanaou & Sobo, 1997).

क्लेक्टव चलो

फैलो की डायरी से



(14 मई 2011 शनिवार की डायरी से) –
चलो काम पर ट्रेन है 9:30 पर
क्या जिंदगी है? बहुत दूर तक अंधेरा है
गहरा।

अस्पष्टता है।

खुदा पर यकीन है, मेरा ईमान, मेरा विश्वास
मुझे ताकत दे रहा है।

तू मुसाफिर है चलता जा चलता जा
ये दुनिया तो सिर्फ मुसाफिर खाना है एक
अच्छे और सच्चे मुसाफिर की तरह लोगों के
दिलों पर छाप छोड़ आगे की और
चलता जा।

“ ये नौकरी तेरे काम के लिए बने हैं तू इनके
लिए नहीं है।”

खुद में कमाल पैदा कर, हुनर पैदा कर.....

.....

रिश्ते बना, साथ ले, चलता जा

.....

“स्वास्थ्य मेला – सी.एच.सी कोटा – 16

जनवरी 2010

II. Political Economy of health

Traditionally health can be looked at from two angles: the functional health – needed to carry out the economic productivity activity seen in capitalist societies and experiential health - more in the form of freedom from illness, human development, social justice etc., seen in pre-industrial or socialist societies (Baer et al., 2003). The political economy of health is concerned more with the experiential health. This analysis places the human behaviour and responses to the illness in the wider political and economic forces. Baer (1982) defines the political economy of health as "... a critical endeavor which attempts to understand health-related issues within the context of the class and the imperialist relations inherent in the capitalist world system"(Baer, 1982: 1). This has its origins in such statements as that of the legendary physician Rudolf Virchow, who made the famous remark "politics is nothing but medicine on a grand scale". He described economic deprivation, inequalities and powerlessness as the root cause for the higher mortality and morbidity. His solutions for better health were better wages, agricultural cooperatives, higher taxation etc., and not more hospitals (Dewalt & Pincus, 2003).

Socio-economic inequalities

Socio-economic inequalities are massive and are widening around the world. The social class distinctions are drawn up based on the socio-economic inequalities. There are other types of distinctions to measure the social characteristics based on race, gender etc.. The social class analysis brings out the level of health or education inequalities in a society (Butler & Watt, 2007). There is difference in the experience of the diseases by the different groups with the lesser advantaged more prone to chronic illness and disability at younger ages. Health of the individuals is also preconditioned by their social environments. The famous Whitehall studies conducted by Marmot establishes a 'social gradient of health', showing the relationship between social environment and Life expectancy at birth (Marmot, 2006).

Poverty and illness

Poverty is the major cause of poor health. In turn, sickness causes poverty through the loss of productivity or hospitalisation costs and even though the relationship between poverty and illness is two-way, it is not symmetric as loss of productivity is just one of the factors for being poor in addition to the other socio-economic and political factors (Katz, 2008).

There is a clear association between socio-economic factors and the incidence of Tuberculosis throughout the world. Poverty, malnutrition and overcrowding are some of the prime factors for the breeding of Tuberculosis. Not all of them infected with the Bacilli will go on to develop the disease. Changes in the host immunity and nutrition status results in the bacilli becoming active. It is for this reason that WHO has declared Tuberculosis as one of the "Diseases of Poverty" (Grange, 1999).

Political aspect of health and illness

Politics is about exercise of the power and about public allocation and distribution of resources. Naturally there is enough jostling and negotiations to determine as to who gets what and how much. Health is a highly political subject and is not value neutral. World is characterised by the concentration of the economic and political power in the hands of dominant classes in both the developed and developing countries. The poor classes lack the power and resources to have their voices heard and are subjected to exploitation which are some of the reasons for poverty and diseases (Navarro, 2004).

Globally, the international community, dropped the vigil on Tuberculosis in the period of 1970's to 1990's. In New York city, the budgetary provisions for Tuberculosis control were cut down by the political forces. This coupled with the HIV/AIDS epidemic resulted in the resurgence of the Tuberculosis in New York city and that too in a drug resistant form and in the 1980's almost 20% of tuberculosis detected in New York city were resistant to Rifampicin and Isoniazid (Walt, 1999).

III. Primary Health Care and the efforts to address the political economy

In 1978, the landmark Alma Ata Declaration of "Health for All by the year 2000", was signed enthusiastically by member countries of World Health Organization (WHO). This was to be achieved by means of Comprehensive Primary Health Care (PHC). The emphasis on PHC, which was revolutionary of its times, took the realm of health care beyond the narrow confines of Biomedicine into the realm of Health as a Human Right based on the principles of social justice, equity and solidarity. PHC concept called for addressing the socio-economic disparities and advocated an integrated approach and coordination between the various non-healthcare sectors like education, sanitation, housing etc., The stress was on preventive and promotive aspects of health care with a community-centric approach and empowerment of communities (Lawn et al., 2008).

Structural Adjustment Programs

This declaration was followed by an oil crisis and a global recession putting severe restrictions on the resources available. IMF and World Bank followed the structural adjustment programs (SAP) as a tool to "help" poor countries overcome their balance of payment problems. SAP prescribed the policies of user fees, reduction of government budgets and role in social programs like health and education and advocated for increased privatisation of the public services (Chan, 2008).

Vertical disease oriented programs

Alma Ata based on social justice and human rights advocated for the experiential health was a threat to the hegemony of

Biomedicine. Within a short period of time, under constrained resources, the grand long term vision of Alma Ata was made to "look" daunting (it was estimated that 5.4 to 9.3 billion dollars was needed to be spent by year 2000) and instead smaller, measurable, rapid and less risky choices of selective, disease based programmes were conceived. The Biomedicine community hand-in-glove with the capitalist and neoliberal forces came back with a vengeance to unleash a series of technocratic disease-centric programs what came to be known as the selective primary health care (SHPC) which was launched at a conference in 1985 at Bellagio, Italy (Italian Global Health Watch, 2008). This conference was supported by Rockefeller Foundation, a Foundation which aggressively promoted the single disease programs throughout the world. Most of these programs had failed like the single disease program to eliminate hookworm in the tea plantations of Ceylon (Inhorn & Brown, 1997). Equity was replaced by cost-effectiveness, technocratic and market based solutions replaced the social redistributive and democratic mechanisms (Green, 2008). One such vertical program has been the Direct Observed Therapy, Short course (DOTS) for the treatment of the tuberculosis

IV. The Relationship between Culture and Political Economy in Tuberculosis

The Health Belief Model assumption of the patient agency as a sort of utilitarian who would make the right cost-benefit choices with regard to healthcare seeking is highly misplaced. This model fails to take into account many of the global and local power relations that constrain the agency's care-seeking behaviour. The treatment of culture as the proxy to the behaviour of the individuals fails to take some of the structural factors like global policies, poverty, inequality, politics which are beyond the control of the agency (Singer, 1986).

STRUCTURAL VIOLENCE

A. Global Policies and infectious diseases

A displacement brought about by the construction of Péligré dam in Haiti, a decision taken at a global level, over which Jean's family had little control, is the etiology of his tuberculosis. Such large-scale internationally sponsored capitalist projects result in environmental disturbances and contribute to the emergence of what Inhorn and Brown (1997) call as "develop-ogenic diseases" (Inhorn & Brown, 1997: 40). Structural forces like globalization lead to migration from urban to rural, developing country to developed country etc. The case of tuberculosis in Chinese immigrants during the migratory journeys and cramped stays in the detention centers is an illustration of this (Ho, 2003). In such a globalised scenario, culture blurs rather than explains the facts of these larger forces. Culture fails to speak truth to the power (Trouillot, 2002).

B. Failure to address poverty and inequalities

Culture is sought to explain everything about the state of the world today. There is an underlying argument about culture being able to explain inequalities, especially economic, between countries and continents (Harrison and Huntington, 2000). Biomedical culture, with its reductionist tendency reduces the illness to pathogens and its focus on the individual away from the social causes of illness. The conceiving of the DOTS program itself can be thought as a reaction to the failure to address the larger issues of poverty and social inequality. It is ironic that WHO which recognized tuberculosis as a disease of poverty moved away from addressing the same and instead took umbrage under such 'magic bullets'. Such programs tend to increase the social control and coercion and rather than looking at its own failed delivery systems it places the onus on the individual to "comply" with these rigid regimens (Ogden, 1997).

फेलो की डायरी से



मलेरिया नियंत्रण की सामग्री का प्रदर्शन

मच्छर, लार्वा, ओर गम्बूसिया मछली का जीवंत प्रदर्शन, लोगों में न केवल कौतुहल व जिज्ञासा पैदा करता है बल्कि हकीकत में यह अविस्मरणीय ज्ञान होता है ।

सी.एच.सी में काम किस तरह होता है या यूँ कहें कि व्यवस्था का ढांचा अपनी जिम्मेदारियाँ किस प्रकार निभाता है

नये लोग, नया खून, नये जोश के साथ काम में लगा होता है। अनुभवी और सयाने लोग थक चुके हैं। काम हो रहा है घिसट रहा है चल रहा है ।

मंच से नेतागण प्रलाप कर रहे हैं। सारी व्यवस्था ठोस है आपकी मां, मेरी मां, आपकी बहने मेरी बहन। यदि किसी मरीज को कोई सुविधा नहीं मिले तो हमसे कहें.....। वास्तविकता में लगभग 1 किमी लम्बी खाई है कथनी एवं करनी के बीच ।

मेले की शोभा, यानी बीमार मरीजों को सामुदायिक केंद्र तक लाने वाली VHW भितानिन इस पूरे सिस्टम में अपने अस्तित्व के लिए संघर्षरत, स्टाल पर डाक्टर नहीं ? नये डाक्टर इलाज सेवा करने के लिए इच्छुक तो हैं पर VHW कौन ? क्या ? कहाँ से ?

शाम चार बजे तक मरीज देखे जा रहे हैं दवाईयाँ ही दवाईयाँ मिल रही हैं। कुछ जांचें भी हो रहीं हैं अच्छा है लोगों के हित में है। पर मेले ही क्यों? भ्रष्टाचार का अवसर भी दिलाते हैं मेले। हमारा समन्वय शानदार रहा, व्यवस्था के साथ समन्वय" ।

Poor "compliance" to treatment might show correlation with the ethnic or cultural origins but as a matter of fact might be due to relative poverty and to the social class. Poor people are in a general state of denial of illness, as with Sharda and Jean, due to the other pressing needs of food and shelter and put healthcare-seeking as the last priority. In fact, the ethnographic studies of Philippines, Ethiopia, India of the previous section also conclude that access to healthcare is more dependent on socio-economic conditions rather than folk beliefs (Nichter, 1997; Rangan & Uplekar, 1999; Vechchiato, 1997). The effects of displacement, war, poverty, gender etc., are all structured by larger forces beyond the control of the individual what Farmer (1997) famously calls it as 'structural violence'. As Farmer (1997) rightly puts it "Throughout the world those least likely to comply are those least able to comply" (Farmer, 1997: 353). For instance, the DOTS program in India is administered to patients who have an address to live with and the population most affected by Tuberculosis is the migratory populations but the individual who is not able to avail of these medications is deemed "non-compliant" (Qadeer, 2005)

It has been historically seen that improvements in health have mostly come from interventions from outside the healthcare sector. Better living and wage conditions fought for through collective action of the labour class brought down the tuberculosis epidemic in England and Wales. In spite of this, the authorities genuinely believe in the power of medical technology to solve the disease. The separation of the black working class being ghettoised far away from the white middle class, during apartheid regime, has been one of the prominent reasons for tuberculosis in South Africa (Packard, 1989).

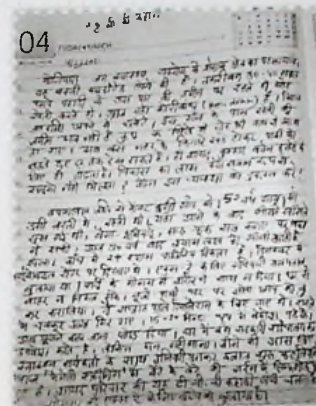
C. Barriers to healthcare access

Attention to the folk beliefs and folk cultures often excludes critical analysis of the larger structural issues of unequal distribution of health care, social inequalities and industrial policies that burden poor communities with ill health and barriers to health systems which originate in biomedicine rather than among the folk (Good, 1994).

Public healthcare infrastructure were fragmented and weakened as a result of the SAPs in combination with the vertical programs. Healthcare budgets were reduced. Focus was on just a few diseases with vertical programs. These ate into national health systems' capacities, interfered in the public health system delivery, resulted in duplication of efforts and huge transaction costs. This led to the weakening of the health systems (Rawaf et al., 2008). UNICEF attributes nearly half a million children to have died just in the year 1988 to the SAPs implemented in developing countries (UNICEF, 1989). As the case of Sharda illustrates, Crumbled public healthcare infrastructure result in staff shortage, maldistribution of clinical facilities, drug stock-outs, erratic supply of drugs which lead to sub-optimal usage of the drug regimens and increased privatisation (Rubel & Garro, 1992).

There are other significant barriers to access to care experienced by the populations like costs of care, health bureaucracies etc., The access to "free" DOTS medications come at a cost like the transport costs and loss of wages (Atre & Mistry, 2005). Transport costs acted as a deterrent to a large number of tuberculosis patients in Kenya from coming to the clinic (Foster, 1976). The convenience of healthcare personnel results in inconvenient opening timings. Hence patients miss collection of drugs. In addition the insensitivities of the staff, as it happened to Sharda, puts people off from utilising the facilities (Rubel & Garro, 1992). Top-down, 'one-size-fits-all' programs like DOTS designed elsewhere without the involvement of the communities result in inequitable access ((Pronyk & Porter, 1999).

फेलो की डायरी से



कोरी पारा जन स्वास्थ्य सहयोग के कार्यक्रम क्षेत्र का पहला गांव है। यह बस्ती विस्थापित लोगों की है। यह लगभग 30 – 40 साल पहले पहाड़ी के उस पार रहते थे। और खेती करते थे। आप वहां कोरी बांध है विशाल जलराशी अपने में समेटे। इस गांव के लोगों के पास खेती की ज़मीन अब नहीं है, कुछ पेसे मिले थे वो भी कब के खत्म हो गए हैं। अब बस नहर के पार खड़े होकर पानी को बहते हुए दूर तक देख सकते हैं। शायद कुम्हार बर्तन दूसरों के लिए ही गढ़ता है। विकास का लाभ क्यों सबको समान रूप से नहीं मिल पाता? कौन इस समस्या को दुरुस्त करे?

श्यामलाल जाति से केवर इसी गांव से, 52 वर्ष आयु। मां उसी बस्ती में रहती थी। यहां आने के बाद खांसते खांसते सूख गई थी। बैगा, भूनियाई, झाड़फूंक सब कराए पर बच न सकी। आज 30 वर्ष बाद श्याम लाल को खांसी आती है। खखार जांच में 2+ स्प्यूटम पाजिटिव निकला है। दिसम्बर में शिवतराई मोबाइल हेल्थ सेंटर पर दिखाए थें। एक्स रे के लिए गनियारी अस्पताल बुलाया था। सर्दी के मौसम में शरीर ने साथ न दिया, घर से न निकल सके। सूजि पानी घर पर झोला छाप डाक्टर को बुलाकर करा लिया। दो सप्ताह पहले दिसा मेदान के लिए गए थे। रास्ते में चक्कर आया गिर गए। 15-20 मिनट घूप में बेहोश पड़े रहे। अब घर घूप में बाहर जाना भी छोड़ दिया। घर में बने सरकारी शौचालय का प्रयोग करते हैं। लेकिन मन नहीं माना, जीने की आस लिए स्वास्थ्य कार्यकर्ता के साथ गनियारी आकर इलाज शुरू करा लिया है। आज फेमिलि स्क्रीनिंग में बेटे के बेटे की गर्दन में लिम्फनोड फूले हुए हैं। शायद परिवार की यह टी. बी. की कहानी लम्बी चलना है। सोमवार को एक्स-रे के लिए बच्चे को बुलाया है।

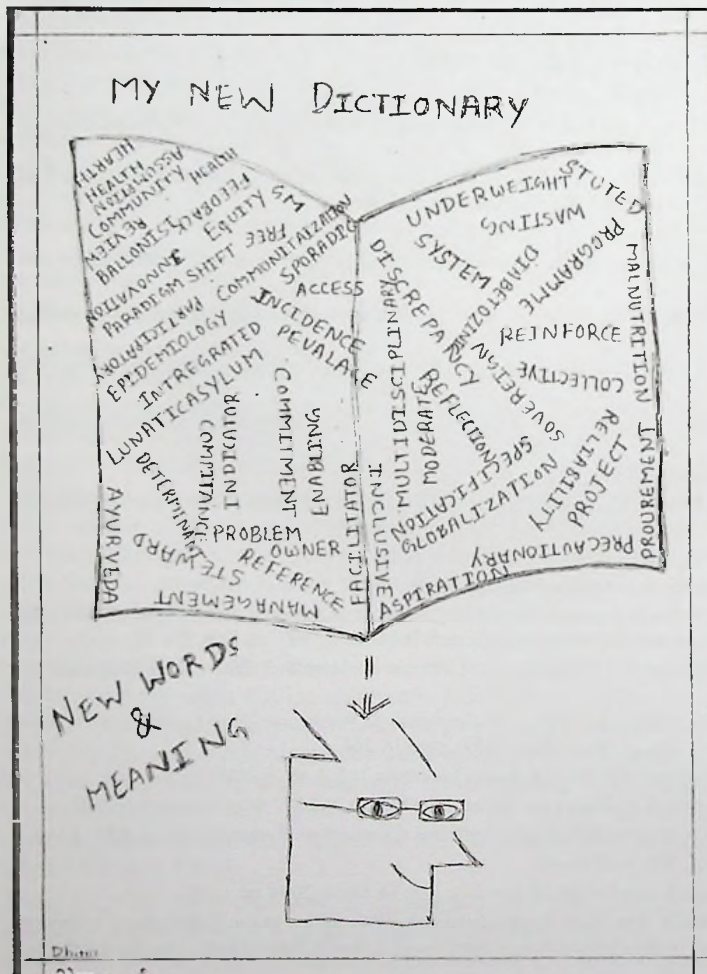
Conclusion

This article has looked at the sociocultural aspects as well as the political economic factors of an infectious disease like tuberculosis. One can conclude that there is a value in itself studying the subjective illness experiences in order to understand the social situation so that culture-specific design of the programs are evolved. The argument of culture being able to explain all the inequalities is not completely true. The emphasis on the autonomy of the patient agency fails to recognise the structural barriers erected by the larger socio-economic forces for humans to realise their full potential in a human rights framework. The powerful forces have scuttled the attempts made by the world health community to address the larger issues of health through Alma Ata in favour of the dominant capitalist mode of medicalization. As it turns out, these are the forces which actually determine the care-seeking behaviour more than illness beliefs and need to be questioned and collectively fought against in order to realise the dream of "Health for all".

References:

1. Atre, SR and Mistry, NF (2005). 'Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) in India: An Attempt to Link Biosocial Determinants, Journal of Public Health Policy, Vol. 26. No. 1. 2005. pp. 96-114
2. Baer, HA (1982). 'On the Political Economy of Health'. Medical Anthropology Newsletter, Vol. 14, No. 1 (Nov., 1982), pp. 1-2+13-17
3. Baer, H.A., Singer, M. & Susser, I. 2003. Medical Anthropology and the World System. Westport, CT: Praeger. 2003. ch. 1 & 2. pp. 1-55
4. Brown, PJ (1997). "Culture and Global Resurgence of Malaria". In Inhorn, Maria C and Peter J Brown (eds.) (1997) The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives. Gordon and Breach Publishers ch. 5 pp. 119-145
5. Butler, T and Watt, P (2007). 'Understanding Social Inequality'. London: SAGE. 2007. 222p.
6. Chan, M (2008). 'Return to Alma Ata'. The Lancet, Vol.372, sept 2008 pp 865-866
7. Dewalt, DA and Pincus, T (2003). 'The Legacies of Rudolf Virchow: Cellular Medicine in the 20th Century and Social Medicine in the 21st Century'. IMAJ 2003;5:395±397
8. Durham, WH (2002). "Cultural variation in Time and Space: The Case for a Populational Theory of Culture". In Fox, Richard G and King, Barbara J (eds) (2002) 'Anthropology beyond Culture', 2002. New York: Oxford. Ch. 9 pp. 193-209
9. Farmer, P (1997). 'Social Scientists and the new tuberculosis'. Social Science and Medicine, vol. 44, pp. 347-358
10. Farmer, Paul (1999). Infections and Inequalities: The Modern Plagues. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. ch. 7 pp. 184-210
11. Foster, GM (1976). 'Medical Anthropology and International Health Planning'. Medical Anthropology Newsletter, Vol. 7, No. 3 (May, 1976), pp. 12-18
12. Good, BJ (1994). 'Medicine, rationality and experience – An anthropological perspective'. New York: Cambridge University Press. 1994. ch. 1 & 2. pp. 1-65
13. Grange, JM (1997). "The Global Burden of Tuberculosis". In Porter J and Grange JM 1999(eds.) Tuberculosis: An Interdisciplinary Perspective. Imperial College Press ch. 1 pp. 1-32
14. Green A (2008). 'Reflections on Alma Ata'. Global Social Policy, 2008; 8; p 155
15. Harrison, LE (2000). "Why Culture matters". In 'Harrison, LE and Huntington PS (eds.) (2000). 'Culture Matters', 2000. New York: Perseus Books. pp. xvii – xxxiv
16. Helman, C (1984). 'Culture, Health and Illness'. London: Wright PSG. 1984. ch. 1 pp. 1-6
17. Ho, MJ (2003). 'Migratory Journeys and Tuberculosis Risk'. Medical Anthropology Quarterly, Vol. 17. No. 4. pp. 442-458
18. Inhorn, MC and Brown PJ (1997). "Anthropology of Infectious diseases". In Inhorn, Maria C and Peter J Brown (eds.) (1997) The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives. Gordon and Breach Publishers. 1997. ch. 2 pp. 31 - 71
19. Italian Global Health Watch (2008). 'From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy'. Social Medicine. Vol. 3, no. 1. 2008. pp. 36-48
20. Ito, KL (1999). 'Health Culture and the Clinical Encounter: Vietnamese Refugees' Responses to Preventive Drug Treatment of Inactive Tuberculosis'. Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 13, No. 3 (Sep., 1999), pp. 338-364
21. Katz, A (2008). "'New Global Health" A reversal of logic, history and principles'. Social Medicine. Vol. 3, no. 1. 2008. pp. 1-3.
22. Lawn et. al (2008). 'Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise'. The Lancet, Vol.372, sept 2008 pp 917-927
23. Loustaunau, MO and Sobo, EJ (1997). 'The Cultural Context of Health, Illness and Medicine'. Connecticut: Bergin & Garvey. 1997. 221p.
24. Marmot, M (2006). 'Health in an unequal world', Lancet 2006; 368; pp2081-94
25. Navarro, V (2004). 'The World Health Situation'. International Journal of Health Services, Vol. 34. No. 1. 2004. pp. 1-10
26. Nichter M (1997) "Illness Semantics and International Health: The Weak Lungs-Tuberculosis Complex in the Philippines". In Inhorn, Maria C and Peter J Brown (eds.) (1997) The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives. Gordon and Breach Publishers.
27. Ogden, JA (1997). "Compliance versus Adherence: Just a matter of language". In Porter J and Grange JM 1999(eds.) Tuberculosis: An Interdisciplinary Perspective. Imperial College Press ch. 9 pp. 213-233
28. Packard, Randell (1989). 'White Plague, Black Labour: Tuberculosis and the Political economy of Health and Disease in South Africa'. Berkeley: University of California Press.
29. Payer, L (1989). 'Medicine & culture : notions of health and sickness in Britain, the U.S., France and West Germany'. London : Gollancz, 1989. 204p.
30. Pronyk, P and Porter J (1997). "Public Health and Human Rights: The Ethics of International Public Health Interventions for Tuberculosis". In Porter J and Grange JM 1999(eds.) Tuberculosis: An Interdisciplinary Perspective. Imperial College Press ch. 5 pp. 99-120
31. Qadeer, I (2005). Unpacking the Myths: Inequities and maternal mortality in South Asia. Development, Vol. 2005, No. 48(4), pp. 120-126

32. Rangan S and Uplekar M (1997). "Socio-Cultural Dimensions in Tuberculosis Control". In Porter J and Grange JM 1999(eds.) Tuberculosis: An Interdisciplinary Perspective. Imperial College Press ch. 11 pp. 265-282
33. Rawaf, S et al. (2008). 'From Alma-Ata to Almaty: A new start to Primary Health Care'. The Lancet, Vol.372, Oct. 2008, pp 1365-1367
34. Rubel, AJ and Garro, LC (1992). 'Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis', Public Health Reports. Vol. 107, No. 6 (Nov. - Dec., 1992), pp. 626-636
35. Singer, M (1986). 'Developing a Critical Perspective in Medical Anthropology', Medical Anthropology Quarterly, Vol. 17, No. 5 (Nov., 1986), pp. 128-129
36. Trouillot, MR (2002). "Adieu, culture: A new duty arises". In Fox, Richard G and King, Barbara J (eds). (2002) 'Anthropology beyond Culture'. 2002. New York: Oxford. Ch. 2 pp. 37-60
37. UNICEF, (1989). 'State of the World's children'. Washington: Oxford University Press. 1990. pp 129
38. Vecchiato, NL (1997). 'Sociocultural Aspects of Tuberculosis Control in Ethiopia'. Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 11, No. 2. Knowledge and Practice in International Health (Jun., 1997), pp. 183-201
39. Walt, G (1997). "The Politics of Tuberculosis". In Porter J and Grange JM 1999(eds.) Tuberculosis: An Interdisciplinary Perspective. Imperial College Press ch. 4 pp. 67-98
40. World Health Organization (2009). 'Global Tuberculosis Control – Epidemiology Strategy Financing'. Geneva: World Health Organization. 2009



The future of Dais in India

In the past when there was no doctor and ASHA in villages the whole villagers were depend on a single hope that is Dai ,but why suddenly the name Dai is diaper from the vocabulary, it may be the modern changes, the new policy NRHM or the education and employment.

Dai was a doctor of the community who doesn't have any degree but she was able to recognize about the coming child and the problems ,who is going to born girl or boy ,in fact she protect the mother and child from any kind of infection etc.

That time she was worshiped by villagers and there was a close bond between family and Dai, and in the interior and unreachable villages were blessed with the Dai and now she is ignored and being blamed as a reason of MMR and IMR.

She should not be blamed like that because she was the best opinion in that time when there was nothing in the village for a pregnant lady, and now when we are facing the problem of MMR and IMR we are pointing towards the Dai and forgetting her contribution to the community.

Today there are different views about a Dai and her work in the community in a village of district Hoshangabad a ASHA is being helped by the Dai in recognizing the delivery time and both are getting equal respect and acceptance from the community ,

on the other side in Aligarh the department is blaming the Dai for the high percentage of MMR and IMR and the less involvement of ASHA in her work and people said that Dai keep fighting with the ASHA if she follows a pregnant lady ,in the same matter a member of the organization Magalam said that we should not encourage the Dai to get active in the village if we want to save our child and their mother .

"in a brief we can say that a Dai can be a great support for the community and in the prevention of MMR and IMR ,if she gets a little technical supports otherwise there is no match for her traditional knowledge, experience"

-Preeti Verma

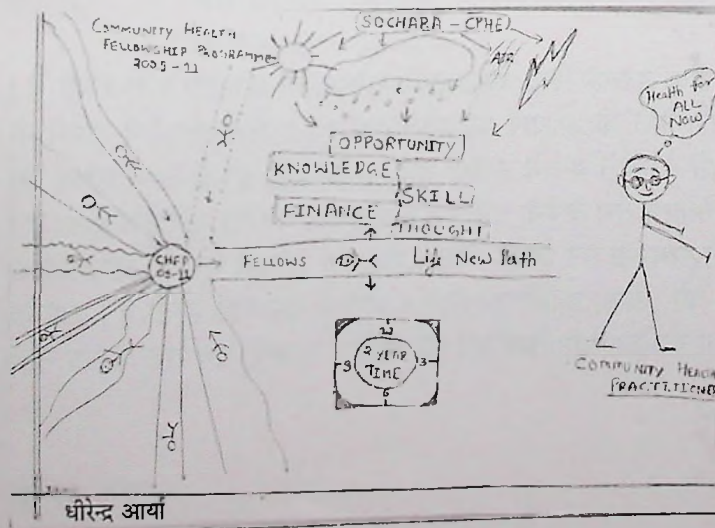
ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति का पुनर्गठन

हरदा जिले के खिरकिया ब्लॉक के 167 गाँवों में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों की स्थिती एन आर एच एम की गाईड लाईन्स के बिल्कुल विपरीत है। 10 गाँवों की ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों की समुदायिक क्षमता वर्धन गतिविधि के दौरान मैंने यह पाया व देखा कि जिन गाँवों में स्वास्थ्य स्थिति में सुधार लाने के लिए ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति बनी है वह गाँव में वास्तविक तौर पर मौजूद नहीं है, वह केवल कागजों पर गठन की गई है। समिति के सदस्यों को समिति के निर्माण के बारे में पता नहीं है, कोई जानकारी नहीं है। समिति के सदस्य उनके उत्तरदायित्व व भूमिका से बेखबर है। इस स्थिती मे सुधार लाने के लिए मेरे द्वारा प्रयास किया गया है।

सर्वप्रथम ब्लाकस्तरीय स्वास्थ्य अधिकारी से समिती की सूची प्राप्त की और उनसे मौखिक साक्षात्कार किया गया। जिसमें यह निकलकर आया कि खिरकिया ब्लॉक के 167 गाँवों की सम्पूर्ण समितियों का गठन हो गया है। जबकि सूची में सम्पूर्ण सदस्यों के नाम नहीं थे, सूची के नाम पर केवल समिति के अध्यक्ष (पंच) और सचिव (आशा कार्यकर्ता) का ही नाम था। इसके अलावा सूची में कहीं कहीं सचिव के रूप में आशा कार्यकर्ता की जगह ANM का नाम ले लिया गया, जो गाइड लाइन के अनुसार गलत है। आशा की जगह आँगनवाड़ी कार्यकर्ता सचिव हो सकती है जो की गाँवों में उपलब्ध रहती है।

परन्तु स्वास्थ्य अधिकारी से साक्षात्कार में निकलकर आया कि ये सारी समितियां ऊपर से आदेश मिलने पर जल्दबाजी में बनाई गई है और इस सूची में जो नाम है वह ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की अनटाइट फन्ड की राशि के भुगतान हेतु बैंक में जो खाते खुलवाये गए है, उन खातों की पुस्तिका से प्राप्त की है।

विभाग द्वारा प्राप्त सूची के आधार पर गाँव की आशा कार्यकर्ता से मुलाकात की गई। कार्य स्थल पर आशा कार्यकर्ता के साथ जुड़कर ग्राम प्रतापपुरा और जूनापानी की अध्यक्ष व अन्य समिति सदस्यों के बारे में जानकारी एकत्र की गयी। लेकिन मोरगढ़ी, छूरीखाल और गोपालपुरा इन तीन गाँवों में समिति के सदस्यों के बारे में जानकारी नहीं मिल पायी।



ग्राम प्रतापपुरा और जूनापानी में सदस्यों से व्यक्तिगत तौर पर मिलकर चर्चा की। बातचीत मे पता चला कि वो लोग कैसे सदस्य बने? ग्राम प्रतापपुरा में किसी भी सदस्य को पता नहीं था कि उनका नाम समिति में डाला गया है, एवं वो ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्य है। समिति कब बनी, क्यों बनी इसकी जानकारी किसी भी सदस्य को नहीं थी। “हमें क्या करना

हैं पता नहीं” सदस्यों का कहना था। ग्राम जूनापानी में सदस्यों ने बताया कि गाँव की आशा कार्यकर्ता के ससुर जो कि पहले जन स्वास्थ्य रक्षक रह चुके हैं के कहने पर सभी का नाम समिति में डाला गया था। इन सदस्यों में भी समिति को लेकर कोई भी जानकारी नहीं पाई गई।



कर्मविद्युत टीचिंग के दौरान क्लबसम्म गतिविधि

समिति के सदस्यों को समिति की गाइड लाइन के अनुसार जानकारी देकर जागरूक किया गया। यह अहसास दिलाया गया कि गाँव में उनकी महत्वपूर्ण भूमिका है। मैं जूनापानी, प्रतापपुरा में समिति के सदस्यों से लगातार 4 माह तक मिलती रही, और उनको प्रोत्साहित किया। गाँव और समुदाय के विकास के लिए समिति तथा सदस्यों की भूमिका को लेकर और मिलकर एक साथ कार्य करने के लिए एक जुट किया।

समिति के सदस्यों को प्रोत्साहित कर गाँव के अन्य लोगों के साथ बैठक करवाई। जिसमें ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति फण्ड (10,000 की अनुदान राशि) के खर्च को लेकर विवाद होने लगा, तथा आशा कार्यकर्ता से सवाल जवाब होने लगे, जिसमें गांव एवं समिति दोनों की अपनी जिम्मेदारी और जवाबदेही है ऐसा बताकर विवाद को शांत किया। पिछली गलती को सुधार कर आगे बढ़ने के लिए प्रोत्साहित किया।

संस्था (समावेश) के साथ मिलकर गाँव-गाँव में एवं ग्राम सभा में समिति की गाइड लाइन के अनुसार प्रचार प्रसार किया गया। जूनापानी और प्रतापपुर गावों में ग्राम सभा के द्वारा 2 समितियों को सक्रिय किया गया। मोरगढ़ी, छूरीखाल और गोपालपुरा गाँवों में 15 अगस्त 2010 को ग्राम सभा में पूर्ण कोरम की सहमति से 3 समितियों का पुनर्गठन किया गया। ग्राम प्रतापपुरा एवं जूनापानी की 9 बैठकों के आयोजन में समिति ने जूनापानी के उपस्वास्थ्य केन्द्र के अधूरे कार्य एवं पीने के पानी के लिए हेण्ड पम्प लगवाने के कार्य पर सबकी सहमति से प्रस्ताव बनाकर ग्राम सभा के कार्यों में प्रस्तावित करवाया एवं समिति के फण्ड से आशा ने गर्भमाताओं के वजन मशीन खरीदने का निर्णय लिया।

सामुदायिक भागीदारी के कार्यों में नियमितता हो सके इसके लिए एक लम्बे समय की आवश्यकता होती है। उपरोक्त कार्य में पुनर्गठन की प्रक्रिया और सही रणनीति के आधार पर सफलता हुई। लेकिन गठन करने के पश्चात समिति की बैठकों की नियमितता एवं सदस्यों में रुचि बनाये रखना कठिन कार्य है, इसमें लम्बे समय की जरूरत है। गाँव की समस्याओं के आधार पर प्राथमिकता तय करना एवं इस क्षमता को बढ़ाना मुश्किल होता है। क्योंकि समुदाय के स्तर पर लोग पहले प्रतिदिन की समस्या पर ज्यादा ध्यान देते हैं। उनकी भूख व आजीविका का सवाल रहता है। दूसरी ओर समिति के सदस्यों को हमेशा कार्यों पर निर्णय लेने में कठनाई होती है। क्योंकि यह देखने में आया है कि बैठक में जब तक बाहर का व्यक्ति समितियों को प्रोत्साहित न करें, तब तक बैठक नहीं होती है।

Contributors For This Newsletter

Ms. Aarti Pawar	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Mr. Dharendra Arya	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Mr. Mohd Irshad Khan	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Mr. Kedar Rajak	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Mr. Nilesh Sanothiya	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Ms. Preeti Verma	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Ms. Ragini Mishra	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Ms. Sapna Kanera	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Ms. Shilpa Jain	:	M.P. Community Health Fellow 2009-11 Batch
Mr. Prasanna Saligram	:	Project Manager, CPHE
Mr. Juned Kamal	:	Field Office, CPHE
Mr. Bhagwan Verma	:	Field Training Officer, CPHE
Dr. Durbha Rohini Kumar	:	Training Co-Ordinator, CPHE
Mrs. Anjali Noronha	:	Member Advisory Committee, CPHE

Editorial Team

Mrs. Anjali Noronha
Mr. Prasanna Saligram
Dr. Durbha Rohini Kumar
Mr. Prabhu Saran Masih
Ms. Preeti Verma



सामुदायिक स्वास्थ्य फेलो : प्रथम बैच



sochara
building community health

CENTRE FOR PUBLIC HEALTH AND EQUITY

A Functional Unit of the Society for Community Health Awareness, Research and Action
(SOCHARA)

E-8/74, Basant Kunj, Arera Colony, Bhopal - 462039

Tel : 0755-2561511

E-mail : cphehbhopal@sochara.org

Website : www.sochara.org