



# राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की कार्य प्रणाली से ग्रामीण महिलाओं में स्वास्थ्य परिवर्तन

डॉ० पूनम प्रिया

होली एन्जिल्स स्कूल

वार्ड संख्या:-20, सुभाष चौक के पश्चिम

डॉ. सतीश चंद्र घोष पथ

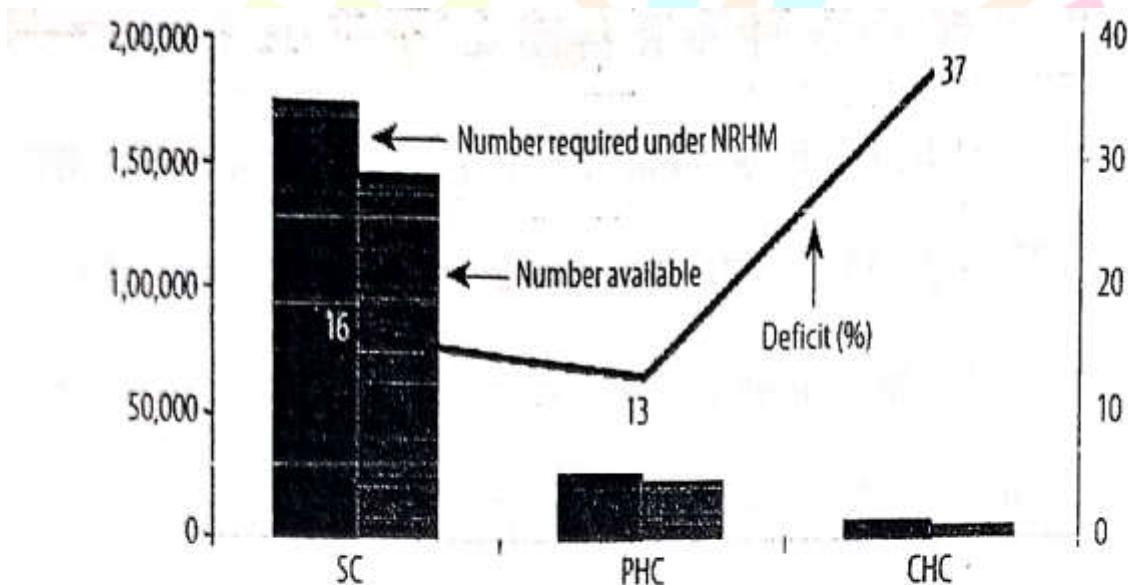
मधेपुरा, बिहार पिन:- 852113

1978 में अल्मा-अटा घोषणा में सभी सरकारों से कहा गया कि वे व्यापक राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली के भाग के रूप में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल शुरू करने और बनाए रखने के लिए राष्ट्रीय नीतियों, रणनीतियों और कार्य योजनाएं तैयार करें। भारत में, केंद्र और राज्य बजट में स्वास्थ्य को पारंपरिक रूप से कम प्राथमिकता दी जाती है। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य क्षेत्र पर होने वाले खर्च में विश्व में सबसे कम के 1999-10 में सकल घरेलू उत्पाद (GDP) का 1% से भी कम शामिल था। इसके अलावा, स्वास्थ्य नीतियों और निवेश रणनीतियों में महत्वपूर्ण शहरी पक्ष भी थे - लगभग 75% संसाधन और अवसंरचना शहरी भारत (पाटील एट अल 2002) में केंद्रित थे। इसके परिणामस्वरूप संचारी और असंक्रामक दोनों रोगों की घटनाओं में वृद्धि हुई और ग्रामीण क्षेत्रों में खराब स्वास्थ्य सुविधाओं के साथ-साथ शिशु और मातृ मृत्यु दर भी बढ़ी। जहाँ युनाइटेड प्रोग्रेसिव अलायंस सरकार ने सार्वजनिक स्वास्थ्य को एकीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य को उनके न्यूनतम कार्यक्रम में एक महत्वपूर्ण घटक के रूप में देखा है। इस उद्देश्य को ग्रामीण जनता को, जो भारत की जनसंख्या का तीन-चौथाई हिस्सा है। कुशल तथा वांछनीय स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान किए बिना नहीं प्राप्त किया जा सकता है। लेकिन 74 करोड़ से अधिक की जनसंख्या को सेवा प्रदान करने में लगे विशाल आर्थिक और बुनियादी स्तर के प्रयासों के लिए ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना में सुधार, स्वास्थ्य जनशक्ति की पर्याप्त उपस्थिति सुनिश्चित करने तथा स्थानीय आवश्यकताओं और चिंताओं को दूर करने की आवश्यकता है। ग्रामीण भारत के समन्वित लक्ष्यीकरण की जरूरत के तहत सरकार ने वर्ष 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) को अपना स्वास्थ्य प्रमुख योजना बनाने के लिए नेतृत्व किया। इस योजना का उद्देश्य "मूल स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में आवश्यक स्थापत्य सुधार करना था। गरीबों, महिलाओं और बच्चों के लिए विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों द्वारा गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता और पहुंच को सुधारना।" (भारत सरकार 2001:1)। महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता भर्ती करने, तीन स्तर के सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करने, पंचायती राज संस्थाओं की भागीदारी के माध्यम से सामुदायिक भागीदारी को बढ़ाने और प्रमाणित योजना, निगरानी और पर्यवेक्षण की सुविधा प्रदान करने के लिए आंकड़ों के संग्रहण के लिए क्षमता का मजबूत बनाने के उद्देश्य से इस उद्देश्य को हासिल करने की कोशिश की जा रही है। वर्ष 2012 में समाप्त होने तक इस योजना की समयसीमा के साथ, यह NRHM की सफलता का मूल्यांकन करने का उचित समय है। तीन साझा समीक्षा मिशन (CRMS) पूरा हो चुका है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की ओर से चुनिंदा जिलों में त्वरित मूल्यांकन विधियों के आधार पर जनसंख्या अनुसंधान केंद्रों ने मिशन का प्रथम दौर मूल्यांकित किया है: 1. वे प्रतिवेदन और NRHM वेबसाइट से उपलब्ध आंकड़ों अब तक की प्रगति की डेस्क समीक्षा के लिए द्वितीयक सूचनाओं के उपयोगी स्रोत प्रदान करते हैं। 2. इस पत्र में कुछ प्रमुख मुद्दों पर ध्यान केंद्रित करते हुए ऐसे मूल्यांकन का प्रयास किया गया है: प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) के माध्यम से घर में स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल का प्रावधान करना, ग्रामीण लोक स्वास्थ्य सुविधाओं को सुदृढ़ बनाना, पंचायतों में स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान को नियंत्रित करने और प्रबंधित करने के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र का विकेंद्रीकरण करना और स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली बनाना।

**ग्रामीण जन स्वास्थ्य सुविधाओं को सुदृढ़ बनाना:** जनसंख्या को सुलभ स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने के लिए मुख्य योजना उप-केंद्रों (SC), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों जैसी स्वास्थ्य सेवा वास्तव में प्रदान की जाती है। तदनुसार, NRHM ने 2001 की जनसंख्या मानदंडों के अनुसार नई अनुसूचित जातियों की मंजूरी, मौजूदा अनुसूचित जातियों का उन्नयन, प्राथमिक स्वास्थ्य शिक्षा केंद्रों में से आधे में 24 घंटे की सेवा का प्रावधान, सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और 3222 प्राथमिक रेफरल इकाइयों के रूप में 0 आदि की परिकल्पना की गई है।

**शारीरिक बुनियादी ढांचे का क्रमी:** NRHM पोर्टल से आंकड़ों का इस्तेमाल करते हुए हमने अपेक्षित इकाइयों की संख्या, उपलब्ध संख्या और कमी (उपलब्ध इकाइयों के एक हिस्से के रूप में) का आकलन किया है। यह देखा जा सकता है कि एक उप स्थिरता घाटा, विशेष रूप से CHC स्तर पर जारी है। 24 घंटों तक चलने वाले PHCs के अनुमानों के माध्यम से उपलब्धियों में लक्ष्यों की कमी का अनुमान भी लगाया जा सकता है। 44% (2005 और 2010 के बीच) की उनकी संख्या में वृद्धि के बावजूद PHC में अखिल भारतीय स्तर पर केवल 36% और उच्च फोकस वाले राज्यों में 27% शामिल हैं। CHS के लिए ये आंकड़े आंकड़े क्रमशः 93% और 88% हैं। उन्नयन के मामले में प्रगति चिंता का विषय है। चक्की का लगभग 71% उन्नयन के लिए चुना गया है। जहाँ CHS के 95% क्षेत्रों में तथ्य: सर्वेक्षण किए गए हैं, वहाँ भौतिक उच्चीकरण की प्रक्रिया केवल 65% CCS में आरंभ की गई है और इसे केवल एक तिहाई CHS में पूरा किया गया है। परेशान करने वाली एक और बात यह है कि सरकारी भवनों के लगभग 46% अनुसूचित जातियों का संचालन नहीं हो रहा है।

**Figure 1: Infrastructural Deficiency under NRHM (2008)**



Source: Estimated from [http://www.mohfw.nic.in/NRHM/Documents/Executive\\_summery\\_January10.pdf](http://www.mohfw.nic.in/NRHM/Documents/Executive_summery_January10.pdf)

49% अधिक राज्यों के केन्द्र में यह आंकड़ा काफी ऊँचा है। प्राथमिक प्रशासनिक समिति द्वारा किए गए मूल्यांकन सर्वेक्षणों से यह भी पता चलता है कि कार्यात्मक श्रम कक्षाओं की उपलब्धता बहुत कम है और सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों का सर्वेक्षण अनुसूचित जाति (तालिका 1) के बहुमत में किया जाना बाकी है। गिल का अध्ययन सी उत्तर प्रदेश जैसे कुछ राज्यों में नियमित बिजली आपूर्ति की कमी का उल्लेख करता है।

**Table 1: Facilities and Personnel Available in Public Health Facilities in High Focus States (2009, in %)**

Indicators	Uttar Pradesh	Madhya Pradesh	Assam	Jammu and Kashmir	Chhattisgarh	Himachal Pradesh	Rajasthan
Sub-centres surveyed (number)	60	36	24	24	12	12	24
Functioning in own government building	61.7	53.4	91.7	75.0	8.3	91.7	100
IPHS facility survey done	25.0	0	29.2	100	100	33.3	29.2
Sub-centres with ANM quarter	41.7	37.5	41.7	4.2	16.7	83.3	58.3
Labour room available	36.7	22.4	16.7	4.2	8.3	0	37.5
Labour room currently in use	25.0	0	0	4.2	8.3	0	37.5
Primary health centres surveyed (number)	20	12	8.0	8	4	4	8
With 4-6 beds	45.0	58.3	37.5	62.5	50	25.0	50
Labour room available	40	91.7	87.5	75.0	50	75.0	100
New born care corner	0	16.7	25.0	12.5	0	0	0
Names of JSY beneficiaries maintained in record	50	75.0	100	75.0	0	50	100
IPHS facility survey done	10	25.0	37.5	100	100	50	25.0
Functioning 24x7	20	33.3	62.5	25.0	0	25.0	37.5
Provide basic obstetric services	45.0	41.7	62.5	62.5	0	0	62.5
Labour room currently in use	25.0	83.3	87.5	62.5	0	25.0	100
Community health centres surveyed (number)	10	6	4	4	2	2	4
CHCs with 30 or more beds	40	16.7	50	25.0	100	50	75.0
Operation theatre available	100	100	75.0	75.0	100	100	50
Operation theatre used for gynaecological purposes	20	33.3	25.0	25.0	0	50	50
Labour room available	100	100	100	100	100	100	100
Functioning on 24x7 basis	90	100	100	100	100	50	100
IPHS facility survey done	30	66.7	50	100	100	50	0
Surgery facilities available	50	16.7	50	50	50	0	50
Blood storage facility available	0	0	25.0	0	0	0	0
Emergency care for sick children available	60	0	25.0	25.0	0	0	25.0
Mobile medical unit available	20	33.3	25.0	0	0	0	50

ANM – auxiliary nurse midwife, JSY – Janani Suraksha Yojana.

Source: Estimated from State Fact Sheets, NRHM site /www.mohfw.nic.in/NRHM/PRC\_Reports.htm

सर्वेक्षण किये गये राज्यों में PHC और CHC की स्थिति भी उतनी ही चिंताजनक है। सर्वेक्षण किये गये राज्यों में PHCs की 46 बिस्तारों से या नए नवजात शिशुओं के लिए उनकी देखभाल के लिए कोई स्थान नहीं है। 24 घंटे के आधार पर कुछ PHCDs प्रदर्शन कर रहे हैं। असम, जम्मू कश्मीर और राजस्थान को छोड़कर अन्य सभी पिछड़े हुए क्षेत्रों में तनाव का प्रावधान कम है। यद्यपि CHS की मूल संरचनात्मक अभिलक्षणों के संबंध में स्थिति संतोष जनक बताई गई है गिल (2009) को कई एससी, पीएचसी और सीएचसी में शौचालय की सुविधा और चिकित्सा अपशिष्ट निपटान प्रणाली की अनुपस्थिति मिली। पर्याप्त संख्या में सफाई कर्मचारियों की मौजूदगी के बावजूद PHC और CHC की सामान्य सफाई भी पूरी तरह से खराब है। गिल का सुझाव है कि इस ढिलाई को इस तथ्य से समझाया जा सकता है कि नियमित या संविदात्मक सफाई की नीतियों को प्रदान करना कुछ संरक्षण उपकरणों में से एक था, जिसका उपयोग छोटे समय के विकेंद्रीकृत कार्यकलापों जैसे कि अस्पताल विकास सोसाइटी के सदस्यों द्वारा किया जाता है, ताकि लोगों को रोजगार मिल सके और वेतन पर पैसे।

**उपकरण और दवा की कमी :** राज्यों द्वारा चिकित्सा उपकरणों की कमी को दूर करने की आवश्यकता है। PRCS द्वारा किए गए तेजी से मूल्यांकन सर्वेक्षण में बुनियादी उपकरणों की कमी देखी गई। इस संबंध में कुछ सबूत (1) कानपुर देहात में सर्वेक्षण किए गए सामुदायिक केन्द्रों में से किसी में भी इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (ECG) मशीनें, ऑपरेशन थियेटर या देखभाल घूमन तंत्र और ORS के लिए कार्डियक मॉनिटर नहीं थे। (2) मध्य प्रदेश के सीधी जिले में सर्वेक्षण किए गए PHLCs में शिशु पालने, लैरींगोस्कोप, वेंटिलेटर की कमी देखी गई। (3) श्रावस्ती (ऊपर) में सर्वेक्षण किए गए किसी भी PHC में ऑक्सीजन सिलेंडर, शिशु वार्मर, बेबी क्रेडल, लैरींगोस्कोप या व्हील चेरर नहीं थे, जबकि 75% PHC में डिलीवरी टेबल नहीं थी। (4) अनुपपुर (मध्य प्रदेश) में सर्वेक्षण किए गए लगभग 42% SC में थर्मामीटर और भ्रूण नहीं थे, 83% में स्टेपलाइजर की कमी थी। और जी 2% में मूत्र परीक्षण के लिए रीजेंट स्ट्रिप्स नहीं थे। (5) सिद्धार्थ नगर (UP) में सर्वेक्षण किए गए लगभग 42% SC में रक्त चाप की कमी पाई गई और 75% में भ्रूण नहीं था। प्रत्येक स्तर पर सामान्य कमियों की पहचान करना तथा ऐसी कमियों को प्राथमिकता के आधार पर दूर करने का प्रयास करना आवश्यक है। वैद्यक भण्डार में भी इसी प्रकार की कमी पाई गई।

प्राथमिक स्वास्थ्य अधिकारियों के सर्वेक्षण से PHCs को आवश्यक औषधियों की आपूर्ति में महत्वपूर्ण कमी महसूस हुई। गुलाटी एट अल ने पाया कि आयरन फोलिक एसिड की गोलियाँ, मौखिक गोलियाँ, विटामिन ए, खसरा टीका, मौखिक रिहाइड्रेशन साल्ट्स और इन्ट्राबायटरीन डिवाइस (अपा) नियमित रूप से उनके द्वारा सर्वेक्षण किए गए चार में से हर तीन में उपलब्ध नहीं थे। यहाँ तक कि बेसिक दवाएँ जैसे अल्बेंडाजोल/मेबेंडाजोल गोलियाँ, पट्टियाँ, कोटाइमोक्सॉजोल सिरप आदि भी स्टॉक से बाहर अथवा अनियमित आपूर्ति में पाई गईं। स्वास्थ्य सुविधाओं में दवाओं और सामग्रियों की गैर-उपलब्धता के कारण रोगियों को उन्हें निजी स्रोतों से खरीदने पर मजबूर होना पड़ता है, जहाँ दवा की लागत काफी अधिक होती है (मध्यस्थों द्वारा बनाए गए बड़े लाभ के कारण)। इसके कारण जनसंख्या के कमजोर वर्गों को सुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने तथा गरीबी रेखा से नीचे आने वाले परिवारों को धकेलने के उद्देश्य को विफल कर दिया गया है।

स्थानीय जरूरतों को पूरा करने के लिए स्वायत्तता और लचीलापन प्रदान करने की जरूरत को महसूस करते हुए NRHIH ने कहा था कि अनुसूचित जातियों, चित्रों और CCS की क्रमशः 10,000 रुपये, 25,000 रुपये और 50,000 रुपये वार्षिक रूप से बिना शर्त अनुदान प्राप्त होगा। वर्ष 2008-09 में अनुसूचित जातियों के लिए अनछुए अनुदान के वितरण के आंकड़ों के आधार पर इस घटक के अंतर्गत शामिल अनुसूचित जातियों के अनुपात का अनुमान लगाने का प्रयास किया गया। ऐसा प्रतीत होता है कि केवल 49% SC को ही इस तरह के फंड प्राप्त हुए हैं, उत्तर पूर्वी क्षेत्र (40%) में उच्च फोकस वाले राज्यों में यह आंकड़ा और भी कम है। खाद्य एवं सार्वजनिक वितरण केंद्र के लिए संबंधित आंकड़े क्रमशः 36% एवं 42% हैं। मूल्यांकन रिपोर्ट में यह सुझाव दिया गया है कि यह धन आम तौर पर टेलीफोन और बिजली बिलों, रखरखाव, दवाओं की खरीद और रोगियों के लिए सुविधाओं की पूर्ति पर खर्च किया जाता था। मूल्यांकन सर्वेक्षणों के दौरान स्थानीय अधिकारी अनारक्षित निधियों के उपयोग के लिए दिशानिर्देशों से अनजान पाए गए। दूसरी ने यह भी बताया कि दिशानिर्देशों में परिवर्तन से भ्रम पैदा हो गया है। इससे मालूम होता है कि अनाधिकृत निधियाँ खर्च करने की प्रक्रिया में और अधिक सरलीकरण की आवश्यकता है। विभिन्न शीर्षों के अंतर्गत इस प्रकार की निधियों के खर्च के अनुपात की निगरानी भी जरूरी है।

**जनशक्ति में कमी :** अच्छे स्वास्थ्य परिणाम प्रदान करने में स्वास्थ्य कार्यबल की गुणवत्ता महत्वपूर्ण है। मूल्यांकन रिपोर्टों में PHC स्तर पर डॉक्टरों की जनशक्ति तथा विशेषज्ञ पद (तालिका 2) में कमी के बारे में बताया गया।

Research Through Innovation

**Table 2: Manpower Availability in Rural Public Health Facilities (as on 31 January 2010, in %)**

Indicators	Uttar Pradesh	Madhya Pradesh	Assam	Jammu and Kashmir	Chhattisgarh	Himachal Pradesh	Rajasthan
Sub-centres surveyed (number)	60	36	24	24	12	12	24
ANM staying in sub-centre	18.3	15.1	20.9	0	8.3	8.3	54.2
Health worker male in position	70	44.1	0	58.4	33.3	91.7	0
Health worker female in position	91.7	61.8	70.8	70.9	83.3	50	62.5
Additional ANM contractual	60	42.9	83.4	29.2	0	0	37.5
No ANM	5.0	0	4.2	20.9	16.7	50	0
Arrangement for deliveries and referral between 8 PM and 8 AM	6.7	0	0	4.2	8.3	0	37.5
ANM been trained on the insertion/removal of IUD A380	68.3	46.0	50	8.4	25.0	25.0	95.9
IUCD insertions being carried out using IUD A380	48.3	42.2	25.0	0	25.0	25.0	83.3
Primary health centres surveyed (number)	20	12	8	8	4	4	8
At least one medical officer	65.0	100	100	100	75.0	50	100
MO AYSUH available	20	33.3	37.5	100	0	0	25.0
Community health centres surveyed (number)	10	6	4	4	2	2	4
General surgeon available	70	33.3	25.0	50	0	0	25.0
Physician available	50	33.3	0	50	0	0	25.0
Obstetrician and gynaecologists available	70	16.7	75.0	50	0	0	0
Paediatrician available	70	50	25.0	25.0	0	0	0
MO trained in sbstetrics available	50	0	0	50	50	0	0
MO trained in anaesthesia available	20	0	0	0	0	0	0
Anaesthetist available	30	33.3	75.0	0	0	0	0

MO – Medical officer.

Source: Estimated from State Fact Sheets, NRHM site [www.mohfw.nic.in/NRHM/PRC\\_Reports.htm](http://www.mohfw.nic.in/NRHM/PRC_Reports.htm)

स्वास्थ्य मंत्रालय के आंतड़ों से पता चलता है कि 11% जन स्वास्थ्य अधिकारियों के पास डॉक्टर नहीं हैं (यह 17% उच्च फोकस वाले राज्यों में है)। केंद्रीय सहकारी समिति स्तर पर अभी तक आवश्यक विशेषज्ञ पदों में से केवल 49% को मंजूरी दे दी गई है और 25% स्थान पर आवश्यक संख्या में से एक तिहाई से कम कर्मचारी नर्सों को तैनात किया गया है। कई राज्यों में सहायक नर्स दाइयों (ANMS) का अनुपात कई राज्यों में कम हो गया है। उनके लिए क्वार्टर की अनुपलब्धता के कारण ANMS स्टाफ क्वार्टर में रहने की अनिच्छा का कारण भी है, जो क्वार्टर की खराब परिस्थितियों, अवसंरचनात्मक सुविधाओं और सुरक्षा चिंताओं की कमी है। इसके परिणामस्वरूप रात्रि प्रसव की व्यवस्था के साथ अनुसूचित जाति अनुपात में वृद्धि हुई है, और जिला अस्पतालों और निजी प्रदाताओं पर ग्रामीण आबादी की निरंतर निर्भरता के लिए जिम्मेदार है। विशेष रूप

से वितरण व्यवस्था की उपलब्धता की कमी ने श्रेष्ठ को प्रभावित किया है। कई क्षेत्रों में, जिससे आशा की भूमिका सीमित हो गई है। ग्रामीण क्षेत्रों में जनशक्ति की कमी अन्य विकासशील देशों में भी एक बड़ी समस्या बनकर उभरी है!

### संदर्भ

1. वी होरविट्ज और मधु किश्वर : "1982" फैमिली लाईफ द अनइक्ल डील विमेन्स कंडीशन एंड फैमिल लाइफ एमंग एग्रीकल्चरल लेबरर्स एंड स्माल फारमर्स इन ए पंजाब विलेज, मानुषी संख्या 11
2. पी. टी. आई. विज्ञान सेवा : "1985" द हेजार्ड्स आफ फार्म डस्ट, फाइनेंशियल एक्सप्रेस, 15 सितम्बर।
3. मधुसरीन : "1986" सम इनसाइटेंस इन टू रूरल विमेंस लाईव्स ए सटडी आफ विलेज प्रोजेक्ट्स इन हरियाणा / मानुषी संख्या 35
4. मोना सक्सेना : "1987" ए रिपोर्ट आन अनऔरगनाईज्ड विमेन वकर्स इन एन एग्रीकल्चरल विलेज इन मध्य प्रदेश, स्वास्थ्य कार्यदल।
5. विज्ञान और प्रौद्योगिकी विभाग

