

प्रशिक्षण कार्यक्रम

10.1 प्रस्तावना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत परिकल्पित “ढांचागत सुधार” के मुख्य घटकों में से एक घटक सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में सामुदायिक भागीदारी को सुदृढ़ करना है। आशा कार्यक्रम ऐसी सामुदायिक भागीदारी का प्रमुख घटक है।

10.2 आशा कार्यक्रम

आशा कार्यक्रम को स्वास्थ्य प्रणाली के साथ सामुदायिक भागीदारी बढ़ाने के लक्ष्य को हासिल करने के लिए महत्वपूर्ण माना जाता है तथा यह राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के मुख्य घटकों में से एक है। आशा एक महिला होती है जिसका चयन समुदाय, समुदाय के निवासी द्वारा किया जाता है, उसे स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं तक लोगों की पहुँच सुनिश्चित करके समुदाय की स्वास्थ्य स्थिति को बेहतर करने के लिए उसके अपने गांव में कार्य करने हेतु प्रशिक्षित तथा तैनात किया जाता है तथा सहायता दी जाती है। वह इसे उन्नत स्वास्थ्य परिचर्या पद्धतियों तथा व्यवहार के जरिए तथा स्वास्थ्य परिचर्या की व्यवस्था के जरिए करती है जो कि समुदाय स्तर पर अनिवार्य, व्यवहार्य एवं जीवन रक्षक होता है आशा शब्द जिसका स्वच्छंद रूप से अंग्रेजी रूपान्तरण ‘HOPE’ है, पर सबसे पहले “प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता” के लिए परिवर्णी शब्द के रूप में विचार किया गया था किन्तु अब इसका इस्तेमाल खुद अपने आप एक विशिष्ट रूप में होता है। इस कार्यक्रम को वर्ष 2006 में 18 उच्च फोकस वाले राज्यों तथा सभी अन्य राज्यों के जनजातीय क्षेत्रों में शुरू किया गया था। दो वर्षों के भीतर 300,000 से अधिक आशाओं का चयन किया जा चुका है और इनकी तैनाती की जा चुकी है। जनप्रिय प्रशंसा एवं सराहना के प्रत्युत्तर में वर्ष 2009 के आरंभ में इस कार्यक्रम का विस्तार समूचे देश में कर दिया गया है। आज यह कार्यक्रम 30 राज्यों एवं संघ राज्य क्षेत्रों – दो छोटे राज्यों (हिमाचल प्रदेश एवं गोवा) तथा तीन संघ राज्य क्षेत्रों (पुदुच्चेरी, दमण एवं दीव एवं चंडीगढ़) को छोड़ कर जिन्होंने कार्यक्रम का विकल्प नहीं चुना है, में चल रहा है।

आशा के लिए राष्ट्रीय दिशानिर्देशों में उसे सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवी के रूप में परिभाषित किया जाता है किन्तु उसे कुछ स्थितियों जैसे कि प्रशिक्षण कार्यक्रमों, मासिक समीक्षा बैठकों तथा अन्य बैठकों में भाग लेने, जिसका अर्थ एक दिन के पारिश्रमिक की हानि हो, में व्यतीत समय के लिए प्रतिपूर्ति की जरूरत होती है।

इसके अलावा, वह विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत प्रदान किए जाने वाले प्रोत्साहनों की हकदार है। वर्ष 2011 में मिशन संचालन समूह ने नवजात मृत्यु की समस्या पर काबू पाने के लिए गृह आधारित नवजात एवं प्रसवोत्तर परिचर्या की व्यवस्था के लिए माता तथा नवजात के यहां घरेलु दौरे करने के लिए आशा को 250 रु. का प्रोत्साहन अनुमोदित किया। आशा को एक ऐसे सामाजिक संप्रेषक तथा संघटनकर्ता के रूप में देखा जाना चाहिए जो समुदाय तथा स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली के बीच तालमेल स्थापित करती है किन्तु उसे स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए। सहायक नर्सधात्री (एएनएम) सार्वजनिक जन स्वास्थ्य प्रदानगी प्रणाली में निम्नतम स्तरीय स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक है।

10.3 आशा का चयन

आशा के लिए चयन के मापदंड राष्ट्रीय दिशानिर्देशों में निर्धारित किए गए थे और इनका अधिकांश राज्यों में तत्त्वतः अनुपालन किया जाता है। चयन के लिए सामान्य मानदंड ‘प्रति 1000 जनसंख्या पर एक आशा’ है जिसे जनजातीय, पहाड़ी तथा रेगिस्तानी क्षेत्रों में शिथिल किया जा सकता है। उनमें शामिल हैं:— विवाहित महिलाएं, कक्षा VIII तक शिक्षा प्राप्त, उसी ग्राम/निवास स्थान की निवासी। अनेक राज्यों ने सामुदायिक भागीदारी को समर्थ बनाने के साधन के रूप में ग्राम की बजाय पंचायत प्रणाली के तौर-तरीके का इस्तेमाल किया।

10.4 आशा के चयन में की गई प्रगति

वर्तमान में 888,887 आशाओं की आवश्यकता के मुकाबले 835,808 आशा तैनात है (94 प्रतिशत) (तालिका-1)

तालिका 1: नवम्बर, 2011 तक आशा के चयन की स्थिति

राज्य का नाम	आशा की प्रस्तावित संख्या	चयनित आशा की संख्या	चयनित आशा की प्रतिशतता
उच्च फोकस वाले राज्य	483,679	468,067	96.8 प्रतिशत
पूर्वोत्तर राज्य	54,411	53,890	99 प्रतिशत
गैर-उच्च फोकस वाले राज्य	349,632	313,010	89.5 प्रतिशत
संघ राज्य क्षेत्र	1,165	1,020	87.6 प्रतिशत
कुल	888,887	835,987	94 प्रतिशत

10.5 आशा का प्रशिक्षण

राष्ट्रीय दिशानिर्देशों में निर्धारित किया गया है कि आशा को प्रथम वर्ष 23 दिनों का तथा तत्पश्चात प्रत्येक अनुवर्ती वर्ष 12 दिनों का प्रशिक्षण अवश्य ही दिया जाना चाहिए। कुल मिलाकर आशा के प्रशिक्षण के लिए सात माड्यूल तैयार किए गए हैं – जैसा कि तालिका 2 में चर्चा की गई है।

तालिका 2: आशा के लिए प्रशिक्षण माड्यूल

आशा के लिए प्रशिक्षण माड्यूल	विषय
1. माड्यूल 1	परिचय
2. माड्यूल 2	मातृ एवं बाल स्वास्थ्य
3. माड्यूल 3	परिवार नियोजन, एचआईवी/एड्स तथा एआरएसएच
4. माड्यूल 4	राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम, आयुश, तथा छोटी बीमारियों का उपचार तथा बन्स के लिए प्राथमिक उपचार
5. माड्यूल 5	नेतृत्व व महिला अधिकारिता
6. माड्यूल 6	कौशल जिनसे जीवन बचते हैं – मातृ एवं नवजात स्वास्थ्य पर बल
7. माड्यूल 7	कौशल जिनसे जीवन बचते हैं – बाल स्वास्थ्य एवं पोषण पर बल

माड्यूल 5 में आशा का प्रशिक्षण बिहार को छोड़कर सभी उच्च फोकस वाले राज्यों में शुरू किया जा चुका है। मध्य प्रदेश ने अपने प्रशिक्षण कार्यक्रमों को तेज कर दिया है तथा बाकियों की अपेक्षा काफी विलंब से माड्यूल 5 में प्रशिक्षण शुरू किए जाने के बावजूद इसने माड्यूल 5 में करीब 82 प्रतिशत आशा को प्रशिक्षित कर दिया है। राजस्थान में केवल 53 प्रतिशत को प्रशिक्षित किया गया है हालांकि वहां शुरुआत जल्दी हुई। पूर्वोत्तर में सभी राज्यों ने माड्यूल 5 तक का प्रशिक्षण पूरा कर लिया है। गैर-उच्च फोकस वाले राज्यों में अधिकांश राज्यों में माड्यूल 5 प्रशिक्षण चल रहा है। हिमाचल प्रदेश सरकार ने नवजात तथा बाल उत्तरजीविता के लिए अनिवार्य गृह आधारित एवं समुदाय स्तरीय परिचर्या का मूलभूत पैकेज प्रदान करने हेतु आशा के चुनिंदा स्वास्थ्य संबंधी कार्यों का निष्पादन करने के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के मौजूदा संवर्ग को “संपर्क कार्यकर्ताओं” के रूप में प्रशिक्षित करने का निर्णय लिया है। आशा के माड्यूल 5, 6 एवं 7 को समेकित किया गया है तथा राज्य की आवश्यकता के अनुसार अनुकूलित किया गया है। नवम्बर, 2011 में दौर एक में हिमाचल के 40 प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया है।

राज्यों में प्रशिक्षण की स्थिति का ब्यौरा नीचे तालिका में दिया गया है (तालिका 3-6)

तालिका 3 – उच्च फोकस वाले राज्यों में प्रशिक्षण की स्थिति			
राज्य	माड्यूल 4 से कम (2011 से पहले पूर्ण)	माड्यूल 4 तक (2011 से पहले पूर्ण)	वर्ष के दौरान माड्यूल 5 प्रशिक्षण वर्ष
बिहार	66 प्रतिशत	66 प्रतिशत	> आशा के माड्यूल 5,6 एवं 7 के लिए 19 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया > 4 राज्य प्रशिक्षण केन्द्र चुने गए।
छत्तीसगढ़	100 प्रतिशत	मितानिनों को माड्यूल 1 से 12 में प्रशिक्षित किया गया	> 83.3 प्रतिशत माड्यूल 13 में प्रशिक्षित किया गया। > 73.58 प्रतिशत माड्यूल 14 में प्रशिक्षित किया गया। > 71.89 प्रतिशत माड्यूल 15 में प्रशिक्षित किया गया।
झारखंड	95.73 प्रतिशत	87.08 प्रतिशत	100 प्रतिशत > 14 राज्य प्रशिक्षकों को “टी” में प्रशिक्षित किया गया। > 46 आशा प्रशिक्षकों तथा 454 डीआरपी के प्रशिक्षण की शुरुआत दिसम्बर के अंत में।
मध्य प्रदेश	93.83 प्रतिशत	91.35 प्रतिशत	82.41 प्रतिशत > 22 राज्य प्रशिक्षकों तथा 507 जिला प्रशिक्षकों को माड्यूल 6 एवं 7 में प्रशिक्षित किया गया। > 29 नवम्बर, 2011 से 10 जिलों में आशा प्रशिक्षण का प्रथम चरण शुरू किया गया।

उड़ीसा	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	> 12 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया। > 154 जिला प्रशिक्षकों को चुना गया। जिला प्रशिक्षकों के प्रथम दल का प्रशिक्षण कार्य प्रगतिशील है। > राज्य प्रशिक्षकों का द्वितीय चरण प्रशिक्षण प्रगतिशील है।
राजस्थान	71.35 प्रतिशत	71.35 प्रतिशत	53.25 प्रतिशत	> 11 राज्य प्रशिक्षकों तथा 152 जिला प्रशिक्षकों को माड्यूल 6 एवं 7 में प्रशिक्षित किया गया। > आशा प्रशिक्षण का प्रथम चरण नवम्बर 2011में प्रारंभ किया गया।
उत्तर प्रदेश	94.31 प्रतिशत	94.31 प्रतिशत	95 प्रतिशत	> राज्य माड्यूल 6 एवं 7 में प्रशिक्षण का दायित्व उठाने पर विचार कर रहा है। राज्य की आवश्यकतानुसार माड्यूलों को अनुकूलित किया जा रहा है।
उत्तराखंड	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	81 प्रतिशत	> 6 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया। > 231 जिला प्रशिक्षकों को 6 एवं 7 प्रशिक्षण के चरण में प्रशिक्षित किया गया। > 99 प्रतिशत आशा मददगारों को प्रशिक्षित किया गया(7 दिनों तक) > 93 प्रतिशत आशाओं को 5 दिन के प्रथम चरण में > 87 प्रतिशत आशाओं को द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।

तालिका 4- पूर्वोत्तर राज्यों के प्रशिक्षण की स्थिति

राज्य का नाम	माड्यूल 4 से कम (2011 से पहले पूर्ण)	माड्यूल 4 तक (2011 से पहले पूर्ण)	वर्ष के दौरान माड्यूल 5 प्रशिक्षण	वर्ष 2011 के दौरान माड्यूल 6 एवं 7 प्रशिक्षण
असम	93.04 प्रतिशत	92.9 प्रतिशत	91.6 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 3 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया (उपलब्ध) 246 जिला प्रशिक्षकों को चुना गया और प्रशिक्षण शीघ्र ही शुरू होगा।
अरुणाचल प्रदेश	91.65 प्रतिशत	91.2 प्रतिशत	91.1 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 96 प्रतिशत आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया (5 दिनों तक) 4 राज्य प्रशिक्षकों को द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।
मणिपुर	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 100 प्रतिशत आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया (5 दिनों तक) 3 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया। 2 जिलों में द्वितीय चरण शुरू हुआ।
मेघालय	99.8 प्रतिशत	99.8 प्रतिशत	99.8 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 82.5 प्रतिशत आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया (5 दिनों तक) 2 राज्य प्रशिक्षकों को द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।
मिजोरम	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	98.9 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 100 प्रतिशत आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया (5 दिनों तक) 3 राज्य प्रशिक्षकों को द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।
नागालैंड	90.5 प्रतिशत	93.4 प्रतिशत	99.4 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 92.7 प्रतिशत आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया (5 दिनों तक) 3 राज्य प्रशिक्षकों को द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।

सिक्किम	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 100 प्रतिशत आशाओं को संयुक्त 1 तथा 2 चरणों में प्रशिक्षित किया गया (8 दिनों तक) 3 राज्य प्रशिक्षकों तथा 20 आशा प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया।
त्रिपुरा	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	100 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> 94.5 प्रतिशत आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया (5 दिनों तक) द्वितीय चरण 5 राज्य प्रशिक्षकों के लिए पूरा किया गया।

तालिका 5— पूर्वोत्तर राज्यों के प्रशिक्षण की स्थिति				
राज्य का नाम	माड्यूल 4 से कम (2011 से पहले पूर्ण)	माड्यूल 4 तक (2011 से पहले पूर्ण)	वर्ष के दौरान माड्यूल 5 प्रशिक्षण	वर्ष 2011 के दौरान माड्यूल 6 एवं 7
आंध्र प्रदेश	सभी आशाओं को 30 दिन के प्रशिक्षण कार्य में प्रशिक्षित किया गया जो कि एनआरएचएम से पहले हुआ। महिला एवं शिशु स्वास्थ्य को प्रशिक्षण में शामिल किया गया।			<ul style="list-style-type: none"> > 12 राज्य प्रशिक्षकों को प्रथम व द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया। > जिला प्रशिक्षकों (383) के प्रथम चरण का प्रशिक्षण अभी जारी है।
दिल्ली	माड्यूल 1-4 सम्मिलित होकर बने माड्यूल 1,2,3-57.3 प्रतिशत आशाओं को प्रशिक्षित किया गया माड्यूल 5 माड्यूल 4 के रूप में -47.3 प्रतिशत आशाओं को प्रशिक्षित किया गया			<ul style="list-style-type: none"> # राज्य प्रशिक्षण उपलब्ध है। माड्यूल 6 एवं 7 को अनुकूलित बनाया गया एवं छपने के लिए जा रहा है।
गुजरात	79.83 प्रतिशत	94.36 प्रतिशत	61.19 प्रतिशत	4 राज्य प्रशिक्षकों को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया।
हरियाणा	100 प्रतिशत	94.36 प्रतिशत	42 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> > 60.4 प्रतिशत आशाओं को एनआईपीआई द्वारा समर्थित एचबीपीएनसी माड्यूल में प्रशिक्षित किया गया। यह माड्यूल माड्यूल 6 के ज्यादातर विषयों को सम्मिलित करता है। शेष के विषयों को सम्मिलित करने के लिए प्रशिक्षण का दूसरा चरण शुरू किया जाएगा। > 9 राज्य प्रशिक्षकों को माड्यूल 6 एवं 7 में प्रशिक्षित किया गया।
जम्मू एवं कश्मीर	94.73 प्रतिशत	94.73 प्रतिशत	87 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> > 7 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया। > 225 जिला प्रशिक्षकों को प्रथम तथा द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।
कर्नाटक	माड्यूल 5 तक- 99.5 प्रतिशत को प्रशिक्षित किया गया।			<ul style="list-style-type: none"> > 15 राज्य प्रशिक्षकों > प्रशिक्षकों के प्रथम व द्वितीय चरण का प्रशिक्षण पूरा हो चुका है। > 4000 आशाओं को 11 जिलों में प्रथम एवं द्वितीय चरण में प्रशिक्षित किया गया।
केरल	88.5 प्रतिशत	80.56 प्रतिशत	57.83 प्रतिशत	अनुपलब्ध
महाराष्ट्र	34.95 प्रतिशत	15.33 प्रतिशत	14.59 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> > प्रथम चरण (5 दिन का) में एक जिले से 400 आशाओं को तथा प्रथम चरण में 3624 आशाओं को जनजातीय क्षेत्रों में प्रशिक्षित किया गया। > 14 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया, 422 आशाओं को प्रशिक्षित किया (प्रथम चरण में)
पंजाब	97.55 प्रतिशत	97.55 प्रतिशत	97 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> > 5 राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया गया। > 336 आशा प्रशिक्षकों को चुना गया।
तमिलनाडु	केवल जनजातीय जिलों में 100 प्रतिशत आशाओं को माड्यूल 1-5 में प्रशिक्षित किया गया।			#
प. बंगाल	67.01 प्रतिशत	67 प्रतिशत	62.21 प्रतिशत	<ul style="list-style-type: none"> > 17 राज्य प्रशिक्षक उपलब्ध हैं और 73 जिला प्रशिक्षकों को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया। > 25 आशाओं को प्रथम चरण में प्रशिक्षित किया गया।

अभी शुरू होना है।

तालिका 6 – केन्द्र शासित क्षेत्रों में प्रशिक्षण स्थिति

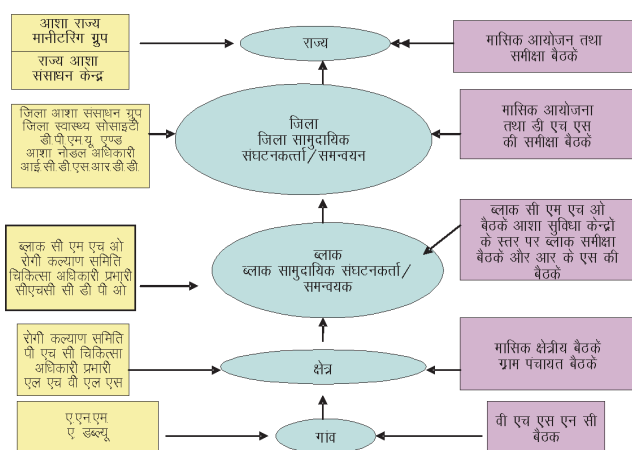
केन्द्र शासित क्षेत्रों का नाम	माड्यूल 4 से कम (2011 से पहले पूर्ण)	माड्यूल 4 तक (2011 से पहले पूर्ण)	वर्ष के दौरान माड्यूल 5 प्रशिक्षण	वर्ष 2011 के दौरान माड्यूल 6 एवं 7
अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	100 प्रतिशत	95 प्रतिशत	95 प्रतिशत	#
चंडीगढ़	माड्यूल 1-4 संयुक्त। 7 प्रतिशत आशाओं को प्रशिक्षित किया।			#
दादरा एवं नगर हवेली	85 प्रतिशत	85 प्रतिशत	85 प्रतिशत	18 प्रतिशत आशाओं को माड्यूल 6 में प्रशिक्षित किया गया।
लक्षद्वीप	100 प्रतिशत	#	#	#

अभी शुरू होना है।

10.6 आशा के लिए सहायक ढांचा

आशा को कार्य में सहायता प्रदान करने तथा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में उसे अधिक प्रभावी बनाने के लिए आशा कार्यक्रम में उससे जुड़ी हुई सहायक संरचनाओं का एक सेट है। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं:-

- राष्ट्रीय आशा परामर्शदायी समूह
- राज्य स्तरीय परामर्शदायी समूह
- राज्य आशा संसाधन (या मौजूदा राज्य स्तरीय निकायों के अंतर्गत एक दल जैसे कि राज्य स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान तथा राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केन्द्र)
- जिला सामुदायिक संघटनकर्ता/समन्वयक
- ब्लॉक सामुदायिक संघटनकर्ता/समन्वयक
- आशा फैसिलिटेटर
- ग्राम स्तर पर, ग्राम स्वास्थ्य तथा सफाई समिति (वीएचएससी) आंगनवाड़ी कार्यकर्ता तथा सहायक नर्सधात्री (एएनएम) उसे सहायता प्रदान करती है।



10.7 आशा परामर्शदायी समूह

राष्ट्रीय आशा परामर्शदायी समूह एनएचएसआरसी तथा एमओएचएफडब्ल्यू को आशा कार्यक्रम में संबंधित मुख्य नीतिगत मामलों पर इनपुट प्रदान करता है। वर्तमान में यह समूह आशा कार्यक्रम की समीक्षा करने तथा नीतिगत इनपुट प्रदान करने के लिए द्विवर्षी आधार पर बैठक आयोजित करता है। अनेक सदस्य राज्य स्तरीय आशा परामर्शदायी समूहों के भी सदस्य होते हैं और इस प्रकार विभिन्न राज्यों में इस मंच पर महत्वपूर्ण क्षेत्र अर्न्तदृष्टि लाते हैं। एनएचएसआरसी राष्ट्रीय आशा परामर्शदायी समूह के लिए सचिवालय के रूप में कार्य करता है। विगत वर्षों में राज्य स्तर पर तथा उससे नीचे सहायक संस्थागत नेटवर्क में तेजी से विस्तार हुआ है क्योंकि ये राज्य सामुदायिक प्रक्रिया घटक का उन्नयन करने के लिए एक प्रबल सहायक संरचना की आवश्यकता के प्रति अधिकाधिक जागरूक हो गए हैं।

कार्यक्रम की हालिया अद्यतन जानकारी के अनुसार नवम्बर, 2011 तक अधिकांश राज्यों ने राज्य, जिला, ब्लाक तथा उप ब्लाक स्तरों पर सहायक तथा पर्यवेक्षी तंत्र स्थापित किए हैं। हालांकि कुछ राज्यों जैसे कि उत्तर प्रदेश तथा मध्य प्रदेश में कोई राज्य आशा संसाधन केन्द्र नहीं है, फिर भी वहां समर्पित दल है जो एआरसी से संबंधित कार्यों का निर्वहन करता है। जिला स्तरीय सहायक तंत्र उच्च फोकस वाले सभी राज्यों में स्थापित किए जा चुके हैं किन्तु ब्लाक सामुदायिक संघटनकर्ता केवल बिहार, छत्तीसगढ़, राजस्थान तथा उत्तर प्रदेश में ही तैनात हैं। मध्य प्रदेश जिला तथा ब्लाक सामुदायिक संघटनकर्ताओं की नियुक्ति कर रहा है। पूर्वोत्तर में ब्लाक स्तर तक अत्यंत उत्कृष्ट सहायक प्रणालियां हैं।

आशा फैसिलिटेटर (प्रति 10 आशाओं पर 1) को आशा कार्यक्रम का अभिन्न अंग माना जाता है। उसे आशा के चयन से भी पहले तैनात किया जाना प्रत्याशित है। उनका उद्देश्य आशा का समुदाय आधारित चयन करने में सहायता प्रदान करना है।

हालांकि कुछ राज्यों ने चयन के लिए उनकी नियुक्ति तो की थी परन्तु आशा की तैनाती के बाद उनकी मंशा उन्हें हटा देने की थी। राज्यों जैसे कि उत्तराखंड, छत्तीसगढ़, झारखंड तथा अधिकांश पूर्वोत्तर राज्यों ने अब आशा फ़ैसिलिटेटर विनियोजित कर लिए हैं। मध्य प्रदेश, बिहार तथा उड़ीसा द्वारा शीघ्र ही उनकी नियुक्ति किए जाने की आशा है।

गैर-उच्च फोकस वाले राज्यों में राज्य से नीचे तथा अनेक मामलों में राज्य स्तर पर भी कोई सहायक तंत्र नहीं है। तथापि, वे आशा कार्यक्रम का प्रबंधन एवं उसे सहायता प्रदान करने के लिए मौजूदा कार्यक्रम ढांचों का इस्तेमाल कर रहे हैं। राज्यों में एक चुनौती सहायक ढांचे को प्रशिक्षित करने की है जिससे कि वे आशा तथा सामुदायिक प्रक्रियाओं के परिणाम सुनिश्चित करने के अपने कार्यों का प्रभावी ढंग से निर्वहन कर सकें।

10.8 निष्पादन आधारित प्रोत्साहन

(i) **आशा का भुगतान:** राष्ट्रीय आशा दिशानिर्देशों में उसे ऐसे स्वयंसेवी के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसे अनेक स्थितियों जैसे कि प्रशिक्षण कार्यक्रमों, मासिक समीक्षा बैठकों तथा अन्य बैठकों में शामिल होने में लगने वाले समय के लिए मुआवजे की जरूरत पड़ती है क्योंकि इनसे दैनिक पारिश्रमिक की हानि होती है। इसके अलावा वह विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत प्रदान किए जाने वाले प्रोत्साहनों की भी हकदार होती हैं। वह बंधीकरण को बढ़ावा देने के लिए भी प्रोत्साहन की हकदार होती है किन्तु चूंकि सहायक नर्स धात्री, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता तथा लाभार्थी खुद प्रोत्साहन का दावा कर सकते हैं इसलिए आशा को शायद ही यह प्रोत्साहन मिल पाता है। यदि आशा इस क्रियाविधि को प्रोत्साहित करती है तो उसे परिवार नियोजन प्रोत्साहन के लिए प्राथमिकता दी जानी चाहिए। आशा मलेरिया प्रवण क्षेत्र में ज्वर के रोगियों के लिए रक्त स्लाइड बनाने तथा आरडी के जांच करने के लिए प्रोत्साहन की हकदार होती है। उसे विशिष्ट परिणामों के लिए वीएचएससी की अबद्ध निधियों में से प्रतिपूर्ति दी जा सकती है। सामान्यतौर पर सभी राज्य जननी सुरक्षा योजना, टीकाकरण तथा समीक्षा बैठकों में भागीदारी के लिए आशा को प्रोत्साहन प्रदान करते हैं और प्राप्त अधिकांश प्रोत्साहन तीन कार्यकलापों के लिए ही होते हैं। मोतियाबिन्द शल्यक्रिया के लिए रोगियों की पहचान, परिवार नियोजन के लिए पात्र दंपतियों के रेफरल, क्षयरोग के लिए डॉट्स सेवा प्रदायक के रूप में कार्य करने तथा जल तथा स्वच्छता कार्यक्रम में सहायता के लिए भी कुछ राज्यों में आशा के लिए प्रोत्साहन विद्यमान हैं किन्तु ऐसे मामलों की संख्या अल्प है तथा पूर्ण राशि के संदर्भ में अर्जन सीमित होगा। इसके अलावा, अनेक अन्य राज्य विशिष्ट

प्रोत्साहन हैं जिन्हें प्रतिवर्ष अद्यतन बनाया जाता है तथा ये वर्षानुवर्ष तथा राज्य- दर- राज्य अलग-अलग होते हैं।

हाल ही में मिशन संचालन समूह ने नवजात मृत्यु की समस्या पर काबू पाने के लिए गृह आधारित नवजात एवं प्रसवोत्तर परिचर्या की व्यवस्था को समर्थ बनाने के लिए माता तथा नवजात के लिए अनेक गृह दौरे करने हेतु आशा को 250 रु. का प्रोत्साहन अनुमोदित किया है।

(ii) **गैर-मौद्रिक प्रोत्साहन:** राज्य आशा को अभिप्रेरित करने तथा कार्यक्रम में उसकी रूचि को बनाए रखने के साधनों के रूप में गैर-मौद्रिक प्रोत्साहन जैसे कि बैज, साड़ियां, साइकिल, मोबाइल फोन भी प्रदान करते हैं। आशा को अधिक प्रभावी बनाने तथा अधिक सम्मान का अनुभव कराने के लिए माता या बच्चों के साथ रहने पर उसके इस्तेमाल के लिए स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा केन्द्रों में विश्राम गृहों, विलंब कम करने के लिए स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में हेल्प डेस्क तथा सीधे ही फौरन रेफरल की व्यवस्था की जाती है तथा इससे उसके कार्य परिणाम में सुधार आता है। कई राज्यों में अपेक्षित शैक्षणिक अर्हताओं वाली आशा के लिए एएनएमटीसी में सीटों का आरक्षण कैरियर प्रोन्नति की दिशा में एक कदम है।

10.9 आशा विषयक डायरी और ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर

आशा कार्यक्रम जिसे सभी राज्य संचालित कर रहे हैं, के सुदृढीकरण के लिए दो साधारण अनिवार्य साधन आशा के लिए डायरी और ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर है। आशा डायरी उसके द्वारा निष्पादित सभी कार्यों को अविलम्ब साधारण रूप से दर्ज करने के लिए है। यह उसके कार्य के सहायक पर्यवेक्षण के लिए उपयोगी साधन है, ग्राम स्वास्थ्य नियोजन का डाटा सोर्स है और निष्पादन के लिए महत्वपूर्ण साधन है।

ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर सेवा प्रदाय तक पहुंच और उसकी पूर्णता सुनिश्चित करने का महत्वपूर्ण साधन है और ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य नियोजन संबंधी सूचना का महत्वपूर्ण साधन है। ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर घरेलू और पारिवारिक स्तर का डाटा मुहैया कराता है। ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर पात्र दंपतियों, प्रशिक्षित नहीं किए गए तीन वर्ष से कम के बच्चों तथा गर्भवती महिलाओं का यह सुनिश्चित करने हेतु पता लगाने का साधन है कि वे अपनी जरूरत की सेवाएं प्राप्त कर सकें। इसमें प्रत्येक परिवार में होने वाली गंभीर बीमारियों को भी दर्ज किया जा सकता है।

10.10 आशा औषध किट

आशा को उपयुक्त प्रथम स्तरीय संपर्क परिचर्या प्रदान करने में उसे समर्थ बनाने हेतु एक औषध किट प्रदान की जाती है जिसमें औषधों/उत्पादों का एक सेट होता है। आशा से एक औषध

किट भंडार रिकार्ड अनुरक्षित करने की आशा की जाती है। इस किट में शामिल रहते हैं:— पैरासीटामोल गोलियां, अल्बेनडैजोल गोलियां, आयरन फोलिक एसिड गोलियां, मुख्य सेव्य गर्भनिरोधक गोलियां, ओ आर एस (ओरल रिहाइड्रेशन साल्ट), क्लोरोक्वीन गोलियां, कंडोम, नेत्र मरहम, सोट्रिमोक्सजोल, थर्मामीटर, ग्लास स्लाइडें तथा लांसेट या आरडीके (त्वरित नैदानिक किट)। नवजात वजन मशीन, थर्मामीटर, बेबी रैप इत्यादि आशा के 7वें माड्यूल प्रशिक्षण के बाद प्रदान किए जा रहे हैं। ये अंतरवस्तुएं राज्य-दर-राज्य अलग होती हैं। देश भर में 11 दिसम्बर, 2011 तक 7,47,336 आशा को औषध किटें मिल चुकी हैं।

10.11. ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस

मासिक स्वास्थ्य और पोषण दिवस को एडब्ल्यूडब्ल्यू/एएनएम की सहायता से प्रत्येक ग्राम में आयोजित किए जाने की आशा है। आशा और ए डब्ल्यू डब्ल्यू प्रतिकक्षण, गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं, नवजात और शिशुओं के पोषण स्तर का सावधानी से निर्धारण, प्रसवपूर्व परिचर्या/प्रसवोत्तर परिचर्या तथा महिलाओं और बच्चों की अन्य प्रकार की सेहत की जांच, गर्भवती महिलाओं और बच्चों का वजन लेने आदि की अन्य प्रकार के विविध सभी स्वास्थ्य क्रियाकलापों जैसी मासिक स्वास्थ्य दिवसीय गतिविधियों के लिए महिलाओं, बच्चों और कमजोर जनता को जुटाती है। कुल 30238292 मासिक ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस 30 सितम्बर, 2011 तक देश भर में आयोजित किए गए।

10.12. आशा नवाचार

इस कार्यक्रम में विविध प्रकार के राज्य विशेष नवाचार हैं। इनमें से कुछ का नाम है – आशा गुहा (आराम सदन उड़ीसा में), मिटेनिन मदद पटल (छत्तीसगढ़ में), आशा दिवस ((मासिक समीक्षा बैठक—उत्तर प्रदेश में), आशा रेडियो कार्यक्रम (असम, छत्तीसगढ़, मणिपुर और त्रिपुरा में), आशा के लिए साइकिलें, स्वास्थ्य चेतन यात्रा (राजस्थान) इत्यादि।

10.13. आठ राज्यों में एएनएम/आशा का मूल्यांकन

राष्ट्रीय आशा मानीटरिंग समूह द्वारा मूल्यांकन किया गया था और प्रत्येक आठ राज्यों (पांच अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों असम, बिहार, उड़ीसा, राजस्थान और झारखंड एवं तीन कम ध्यान दिए जाने वाले राज्यों – आंध्र प्रदेश, प. बंगाल और केरल) में एन एच एस आर सी द्वारा समन्वित किया गया और दो जिलों में एक को अच्छा संपादन करने और दूसरे को अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति वाला आबादी होने के कारण इस प्रयोजनार्थ चयनित किया गया था। एक यथार्थवादी दृष्टिकोण

अपनाया गया था और मूल्यांकन दो चरणों में किया गया था। प्रथम चरण मुख्यतया द्वितीयक डाटा की समीक्षा सहित राज्य और जिला स्तर पर प्रमुख स्टेकहोल्डर्स के साथ गहन विचार-विमर्श सहित गुणवत्तात्मक था। चरण-2, 200 आशा के नमूने, 1200 सेवा उपभोक्ताओं— 0 से 6 माह के आयु के बच्चों की माताएं, 800—सेवा उपभोक्ताओं – 1 माह से 2 वर्ष की आयु वाले बच्चे जिनके पिछले माह में कोई बीमारी थी, की माताएं, 200 – आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं, 200 पीआरआई सदस्यों और 50 एएनएम को शामिल करते हुए गुणवत्तात्मक था। मूल्यांकन रिपोर्ट मई, 2011 में प्रकाशित की गई थी। मूल्यांकन के प्रमुख निष्कर्ष नीचे विस्तृत रूप में दिए गए हैं।

मूल्यांकन के मुख्य निष्कर्ष

आशा की नियुक्ति का घनत्व पूरे देश और राज्यों तथा 1000 से कम आबादी को पूरा करने के लिए 50 प्रतिशत से अधिक आशा वाले राज्यों में भिन्न-भिन्न है। झारखंड, खम्मम और बांसवाड़ा के आदिवासी क्षेत्रों में आशा का घनत्व लगभग क्रमशः 25 प्रतिशत, 36 प्रतिशत और 19 प्रतिशत में प्रत्येक 500 पर 1 से कम है। जिससे पता चलता है कि राज्य कुछ मात्रा तक अपने संदर्भ को उपयुक्त बनाने के लिए मानदंड बनाए हैं।

अधिकांश आशा कार्यशील हैं (अर्थात् निर्धारित कार्य करती हैं) भले ही उनका संदर्भ कोई भी हो, उन पर अन्य दबाव हो, यद्यपि आशा द्वारा कार्यान्वित किए जाने वाले कार्यों एवं सेवाओं के यथा तथ्य सेट, संभावित प्रयोक्ताओं जिन्हें सेवाएं (कवरेज) प्रदान की जाती हैं; की प्रतिशतता तथा किए जाने वाले कार्य की प्रभावकारिता में व्यापक भिन्नता होती है। प्रभावकारिता को वांछित व्यवहार परिवर्तन (व्यापक रूप से निवारात्मक और संवर्धनात्मक भूमिका), बाल्यावस्था रोग जैसे तीव्र श्वसन संक्रमण या अतिसार के लिए उपयुक्त परिचर्या प्रदान करने या रेफर करते समय स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में सेवा के वास्तविक उपयोग के संदर्भ में परिभाषित किया जाता है।

कवरेज के संदर्भ में आशा सेवाओं की पहुंच केरल में 85 प्रतिशत आशा से प्राप्त सेवाओं की सूचना संभावित प्रयोक्ताओं से मिली और आंध्र प्रदेश में सबसे कम 50 प्रतिशत थी जबकि उड़ीसा, असम, राजस्थान और झारखंड में 73—36 प्रतिशत थी। अत्यधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों में से उड़ीसा और राजस्थान 93 प्रतिशत इसके बाद बिहार में 82 प्रतिशत संस्थागत प्रसव दर अत्यधिक था। केरल और आंध्र प्रदेश में कम से कम तीन प्रसव पूर्व परिचर्या अधिकतम 89 और 82 प्रतिशत सेवा प्रयोक्ताओं को दी गई जबकि अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों में उड़ीसा 54 प्रतिशत से कम तथा बिहार में सबसे कम 21 प्रतिशत था।

नवजात परिचर्या के लिए सेवा प्रयोक्ताओं की अत्यधिक मात्रा में स्तनपान शीघ्र शुरू करने पर सलाह प्राप्त करने की सूचना मिली है और सभी राज्यों में 73 प्रतिशत से अधिक था, केवल असम और बिहार को छोड़कर जिसमें 64-69 प्रतिशत था और राजस्थान जहां यह सबसे कम था। तथापि, आशा से बेहतर निष्पादन की अपेक्षा के समर्थन के संदर्भ में एकल व्यापक अपेक्षा के रूप में बेहतर प्रशिक्षण के लिए लगभग 70 से 90 प्रतिशत की आवश्यकता को स्पष्ट किया गया। वित्तीय सहायता और ड्रग किट्स की नई आपूर्ति दूरवर्ती समर्थन है। कार्यक्रम के लिए राजनीतिक और प्रशासनिक स्तर भी राज्यों के बीच भिन्न-भिन्न है। वरिष्ठ नेतृत्व स्तर में स्थिरता से बेहतर परिणामों का संबंध प्रतीत होता है जैसा कि असम, उड़ीसा और आंध्र प्रदेश में देखा गया है। केरल सिद्ध करता है कि जब कार्यक्रम के वास्तविक कार्यान्वयन के लिए निर्णय लेने हेतु उच्च राजनीतिक प्रतिबद्धता मूल सिद्धान्त है, डिजाइन, परिणाम और सहायता में स्पष्टता कार्यक्रम के लिए आशा प्रभावकारिता चुनना सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण योजनागत तत्व हैं, इन पर स्वतः ध्यान नहीं दिया गया। राजस्थान, बिहार और झारखंड में कार्यक्रम की धीमी गति और सीमित प्रभावकारिता का मूल्यांकन करने के लिए एक कारक निरन्तर नेतृत्व परिवर्तन और अल्प अभियान तथा मध्य स्तरों पर शुरुआत कर सकता है।

आशा कार्यक्रम संस्थागत प्रसवों और नेमी रोग प्रतिरक्षण के संवर्द्धन के संदर्भ में सफल रहा है। यद्यपि यहां अंतिम कार्य नामतः उपेक्षित लोगों तक पहुंच को भी बढ़ाना है जो कुछ जिलों में 15 से 50 प्रतिशत तक महिलाओं के बीच नहीं पहुंची है। आशा असरकारक महत्वपूर्ण स्वास्थ्य व्यवहारों जैसे तीन प्रसवपूर्व परिचर्या जांच, स्तनपान संपूरक आहार की पर्याप्तता उसी प्रगाढ़ता में प्रभावकारी नहीं है जो स्वास्थ्य परिणामों में परिवर्तन लाने में अपनी प्रभावकारिता में क्षति पहुंचाती है। अध्ययन का परिणाम है कि गैर सरकारी संगठनों के साथ अत्यधिक सार्थक नियोजन, सामर्थ्य आधारित प्रशिक्षण का प्रावधान, पर्याप्त औषधि आपूर्ति और परामर्श और अभिप्रेरणा (नकद प्रोत्साहन से परे) के माध्यम से आशा के स्वास्थ्य अधिकार आयाम को व्यापक सहायता दी जानी है। सीएचडब्ल्यू कार्यक्रम पर किए गए व्यापक अनुसंधान से पता चलता है कि ऐसी सहायता से बच्चों एवं नवजातों का जीवन बच जाता है। भारत के लिए ऐसी सहायता नवजातों और रूग्ण बच्चों की समुदाय आधारित परिचर्या के एक प्रभावी प्रदायक बनने, उसकी विश्वसनीयता बढ़ाने और उपेक्षित समुदायों में उनकी पहुंच बढ़ाने के लिए आशा को समर्थ बनाएगी। एनआरएचएम इस सहायता के बिना समुदाय आधारित परिचर्या सहित व्यापक कवरेज के अवसर को खो देगा और संभवतः आशा कार्यक्रम में वास्तविक निवेश संबंधी कम प्रत्यर्पण का सामना करेगा।

10.14. एएनएम/एलएचवी के मौलिक प्रशिक्षण की केन्द्र प्रायोजित योजना

समुदाय को गुणवत्तात्मक सेवाओं की उपलब्धता व्यापक रूप से कार्यक्षमता पर निर्भर करती है जिसमें स्वास्थ्य कार्यकर्ता अपनी जिम्मेदारी संभालते हैं, जो बाद में मुख्य रूप से उनकी शिक्षा और प्रशिक्षण पर निर्भर करेगा। परिवार कल्याण विभाग ने पंचवर्षीय योजनाओं को शीघ्र शुरू होते ही ग्रामीण समुदाय को प्रभावी और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने में स्वास्थ्य कार्मिक के प्रशिक्षण की महत्वपूर्ण भूमिका निभाने को मान्यता दी थी। विभिन्न स्वास्थ्य कार्मिक श्रेणियों के लिए निम्नलिखित योजनाओं/क्रियाकलापों के माध्यम से सेवापूर्व और सेवाकाल में प्रशिक्षण दिए जाते हैं।

एएनएम/एलएचवी ग्रामीण क्षेत्रों में एमसीएच तथा परिवार कल्याण सेवा में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। इसलिए यह अनिवार्य है कि उन्हें उचित प्रशिक्षण दिया जाए ताकि गुणवत्ता युक्त सेवाएं ग्रामीण जनता को मुहैया कराई जा सकें।

इस प्रयोजन के लिए 319 एएनएम/बहु प्रयोजनी स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) विद्यालय लगभग 13,000 की प्रवेश क्षमता वाले तथा एलएचवी/स्वास्थ्य सहायक (महिला) के लिए 34 संवर्धक प्रशिक्षण विद्यालय 2600 की प्रवेश क्षमता है। ये प्रशिक्षण संस्थान देश में उप केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, ग्रामीण परिवार कल्याण केन्द्रों और स्वास्थ्य केन्द्रों के संचालन हेतु एएनएम तथा एलएचवी को अपेक्षित संख्या में तैयार करने के वास्ते पूर्व सेवा प्रशिक्षण प्रदान कर रहे हैं। एएनएम के प्रशिक्षण कार्यक्रम की अवधि डेढ़ वर्ष है तथा इस पाठ्यक्रम में प्रवेश की न्यूनतम जरूरत 10वीं कक्षा में उत्तीर्ण होना है। वरिष्ठ एएनएम को 5 वर्षों के अनुभव के बाद एलएचवी/स्वास्थ्य सहायक (महिला) बनने के लिए छह: महीनों का संवर्द्धक प्रशिक्षण दिया जाता है। स्वास्थ्य सहायक (महिला) उक्त केन्द्रों में एएनएम को सहयोगी पर्यवेक्षण और तकनीकी निर्देशन प्रदान करती है। इन प्रशिक्षण कार्यक्रमों की पाठ्यचर्या भारतीय उपचर्या परिषद द्वारा मुहैया कराई जाती है। सहायता का वित्तीय पैटर्न पिछली बार 7.2.2001 को संशोधित किया गया था।

कार्यक्रम के अंतर्गत निधियों को राज्यों द्वारा प्रस्तुत परीक्षित लेखों के आधार पर परिवार कल्याण, बजट अनुभाग द्वारा जारी किया जाता है। दिसम्बर, 2011 तक 9393.07 लाख रु. जारी किए गए हैं।

10.15. बहु प्रयोजनी स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष) के बुनियादी प्रशिक्षण की केन्द्र प्रायोजित स्कीम

बहु प्रयोजनी स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष) की बुनियादी प्रशिक्षण योजना छठी पंचवर्षीय योजना में अनुमोदित की गई और उसे 100 प्रतिशत केन्द्र प्रायोजित स्कीम के रूप में 1984 में लागू किया

गया। यह प्रशिक्षण स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केन्द्रों तथा बहु प्रयोजनी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (पुरुष) के बुनियादी प्रशिक्षण स्कूलों के भी जरिए प्रदान किया जाता है। प्रशिक्षण की अवधि एक साल है तथा प्रशिक्षण के सफल होने पर पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता को उपकेन्द्र में तैनात किया जाता है। सहायता के वित्तीय पैटर्न को पिछली बार दिनांक 7.2.2001 को संशोधित किया गया।

कार्यक्रम के अंतर्गत निधियों को राज्यों द्वारा प्रस्तुत परीक्षित लेखों के आधार पर परिवार कल्याण, बजट अनुभाग द्वारा जारी किया जाता है। दिसम्बर, 2011 तक 1434.48 रूपए जारी किए गए हैं।

10.16. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केन्द्र का रखरखाव

49 स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केन्द्रों को परिवार नियोजना कार्यक्रमों में गुणवत्ता और दक्षता सुधारने तथा स्वास्थ्य सेवाओं के प्रदाय में संलग्न कार्मिकों के लिए सेवा कालीन प्रशिक्षण कार्यक्रमों के जरिए उनके रूख में बदलाव लाने के उद्देश्य से देश के अंदर स्थापित किया गया। ये प्रशिक्षण केन्द्र स्वास्थ्य और परिवार कल्याण प्रशिक्षण केन्द्र के रख रखाव की केन्द्र प्रायोजित योजना के तहत सहायता पाते हैं।

ये प्रशिक्षण केन्द्र परिवार कल्याण विभाग के विविध सेवाकालीन प्रशिक्षण कार्यक्रमों का संचालन कर रहे हैं। सेवाकालीन शिक्षण के अलावा कुछ चयनित केन्द्र पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता के लिए एक वर्षीय मौलिक प्रशिक्षण पाठ्यक्रम के संचालन की जिम्मेदारी भी लिए हुए हैं जहां एमपी डब्ल्यू प्रशिक्षण केन्द्र उपलब्ध नहीं हैं। सहायता के वित्तीय पैटर्न को पिछली बार दिनांक 7.2.2001 को संशोधित किया गया।

कार्यक्रम के अंतर्गत निधियों को राज्यों द्वारा प्रस्तुत परीक्षित लेखों के आधार पर परिवार कल्याण, बजट अनुभाग द्वारा जारी किया जाता है। दिसम्बर, 2011 तक 2158.87 रूपए जारी किए गए हैं।

10.17 राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान (एनआईएचएफडब्ल्यू) एनआरएचएम के अंतर्गत वर्ष 2010-11 की प्रशिक्षण क्रियाकलापों की रिपोर्ट

राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान को मार्च, 2012 तक एनआरएचएम और आरसीएच के अंतर्गत प्रशिक्षण के लिए नोडल संस्थान के रूप में अभिज्ञात किया गया है। एनआईएचएफडब्ल्यू देश के विभिन्न भागों में 18 सहयोगी प्रशिक्षण संस्थानों के माध्यम से राष्ट्र स्तरीय प्रशिक्षण पाठ्यक्रमों के आयोजन तथा एनआरएचएम / आरसीएच प्रशिक्षण क्रियाकलापों के समन्वय की जिम्मेदारी लिया है। चार और अर्थात्

आरएचएफडब्ल्यूटीसी श्रीनगर और जम्मू एवं कश्मीर, आरआईएचएफडब्ल्यू हल्द्वानी, उत्तराखंड में क्षेत्रीय परा चिकित्सा और उपचर्या विज्ञान संस्थान, एजवाल और जन स्वास्थ्य संस्थान, रांची, झारखंड सीटीआईएस के रूप में कार्य करने के लिए अनुमोदित किए गए हैं।

वर्ष 2011-12 में एनआईएचएफडब्ल्यू द्वारा आयोजित क्रियाकलाप

केन्द्रीय प्रशिक्षण योजना

सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों द्वारा प्रस्तुत पीआईपी और उनके बजट जैसा कि वर्ष 2011-12 के लिए संबंधित आरओपी में दर्शाया गया है, के आधार पर, सभी 6 विषयक क्षेत्रों (मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, अर्श, राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम और अन्य कार्यक्रम) के लिए केन्द्रीय प्रशिक्षण योजना वर्ष 2011-12 के लिए एनआईएचएफडब्ल्यू द्वारा बनाई गई थी, जो मार्च, 2012 तक कार्यान्वित की जाएगी। सीटीपीएनआईएचएफडब्ल्यू की वेबसाइट पर लोड कर दिया गया है।

इस योजना का राज्यों द्वारा उनकी आवश्यकतानुसार एनआरएचएम/आरसीएच के अंतर्गत बनाई गई सभी प्रशिक्षण का समन्वय और मानीटरिंग करने के लिए मुख्य यंत्र के रूप में उपयोग किया गया है।

मानव संसाधन

देश में एनआरएचएम के अंतर्गत प्रशिक्षण का समन्वय और मानीटरिंग करने के लिए एनआईएचएफडब्ल्यू में एक दल गठित किया गया है। निदेशक, एनआईएचएफडब्ल्यू आरसीएच/एनआरएचएम के अंतर्गत प्रशिक्षण का नोडल अधिकारी है और समग्र दायित्व सहायक नोडल अधिकारी को प्रत्यायोजित किया गया है।

एनआईएचएफडब्ल्यू में मानव संसाधन की स्थिति: भर्ती सीधे ही साक्षात्कार की प्रक्रिया द्वारा की गई है जो एनआईएचएफडब्ल्यू में अप्रैल माह, 2011 में आयोजित की गई थी।

वर्तमान मानव संसाधन स्थिति इस प्रकार है—

क्र.स.	पदनाम	कार्यरत व्यक्तियों की संख्या
1.	नोडल अधिकारी	1
2.	सहायक नोडल अधिकारी	
	परामर्शदाता	1
1.	वरिष्ठ परामर्शदाता (तकनीकी)	1
2.	वरिष्ठ परामर्शदाता (वित्त)	1
3.	परामर्शदाता (चिकित्सा)	4
4.	परामर्शदाता (प्रबंधन)	1
5.	परामर्शदाता (एमआईएस)	2
6.	परामर्शदाता	19
	(आरओ तकनीकी सहायक)	
1.	तकनीकी सहायक (सी)/लेखाकार	2

सीटीआईएस में मानव संसाधन की स्थिति: 18 सीटीआईएस में कुल 43 परामर्शदाता और 44 तकनीकी सहायक कार्यरत हैं।

क्रियाकलाप: क्रियाकलाप जो 18 सीटीआईएस की सहायता से एनआईएचएफडब्ल्यू में इस आरसीएच यूनिट द्वारा अप्रैल से सितम्बर, 2011 के दौरान किए गए हैं:-

प्रशिक्षण की प्रगति की मानीटरिंग

1. राज्यों से मासिक प्रगति रिपोर्ट एकत्रित, संकलित और नियमित आधार पर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की तिमाही में भेजे गए हैं।
11. उनके प्रशिक्षण कार्यभार के प्रति प्रशिक्षण की प्रगति के विश्लेषण किए गए हैं और राज्यों को फीडबैक दिए गए हैं।

तिमाही प्रगति रिपोर्ट में, तिमाही में उपलब्धि का विश्लेषण, सभी 6 विषयक क्षेत्रों में प्रशिक्षण में उपलब्धि, श्रेणीवार उपलब्धि और विभिन्न स्तरों पर आयोजित प्रशिक्षण शामिल हैं। तिमाही प्रगति रिपोर्ट में उपलब्धि का राज्यवार ब्यौरा भी शामिल है। एनआरएचएम / आरसीएच के अंतर्गत 30 सितम्बर, 2011 तक प्रशिक्षण में हुई प्रगति परिशिष्ट 1 में दी गई है।

प्रशिक्षण के गुणवत्ता की मानीटरिंग

(क) अद्यतन जांच सूची की मानीटरिंग

प्रशिक्षण योजना के कार्यान्वयन की मानीटरिंग करने के लिए मानीटरिंग दौरा, आयोजित की जा रही प्रशिक्षण की गुणवत्ता और प्रशिक्षित कार्मिक की उपयोगिता का मूल्यांकन करने (राज्य स्तरीय सूचना, जिला स्तरीय सूचना, जिला अस्पताल, एफआरयू/सीएचसी, 24 घंटे सात दिन कार्यशील प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और उप केन्द्र) के लिए जांच सूची को अद्यतन किया गया है। आरसीएच प्रशिक्षण के प्रेक्षण आईएमएनसीआई, एनएसएसके, एसबीए प्रशिक्षण की जांच सूची को भी अद्यतन किया गया है।

(ख) प्रशिक्षण संबंधी फीडबैक

परामर्शदाता अपने क्षेत्र दौरों के दौरान एमओ, एसएन और एएनएम से फीडबैक लिया जिन्होंने पिछले दो वर्षों में प्रशिक्षण प्राप्त किया था। फीडबैक का विश्लेषण किया गया जिससे प्रशिक्षण की गुणवत्ता कायम रखने में अंतर की अभिज्ञात करने में सहायता मिली। परामर्शदाताओं ने जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उप केन्द्रों के अपने दौरों के

दौरान सेवा प्रदायकों को उचित स्थान / सुविधा केन्द्र पर नियुक्त किए जाने का पता लगाने का प्रयास किया गया था ताकि प्रशिक्षण के माध्यम से अर्जित कौशलों का उपयोग करने के लिए उन्हें समर्थ बनाया जा सके। सुविधा केन्द्र में उपकरणों और वस्तुगत सहायता की उपलब्धता का पता लगाने के लिए एक प्रयास भी किया गया था जहां प्रशिक्षित व्यक्ति प्रशिक्षण के बाद नियुक्त किए जाते हैं। प्रत्येक स्तर पर उचित कार्रवाई के लिए संबंधित जिला प्राधिकारियों से विचार-विमर्श किया गया था।

मानीटरिंग दौरा

राज्य व्यापक प्रशिक्षण योजना तथा उनकी पीआईपी में और अनुमोदित आरओपी में कार्यान्वयन की समीक्षा करने के लिए जिलों, प्रशिक्षण सुविधा केन्द्रों और सेवा प्रदानगी सुविधा केन्द्रों में मानीटरिंग दौरा किया जाता है। यह भी सुनिश्चित किया गया था कि दौरा के समग्र प्रशिक्षण केन्द्रों द्वारा प्रशिक्षण गुणवत्ता अनुरक्षित की जा रही है। चल रहे प्रशिक्षणों का प्रेक्षण किया गया, मानीटरिंग दौरों के दौरान प्रशिक्षित सेवा प्रदायकों से फीडबैक लिया गया था। मानीटरिंग दौरा के लिए 264 अधिक ध्यान दिए जाने वाले जिलों को प्राथमिकता दी गई थी। एनआईएचएफडब्ल्यू और सीटीआई के परामर्शदाताओं द्वारा पिछले 4 माह के दौरान 85 जिलों को शामिल किया गया है। परामर्शदाता भी स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के एककृत मानीटरिंग दौरा दलों के भी भाग थे।

प्रशिक्षण

1. बीईएमओसी प्रशिक्षण (3 दिवस)

बीईएमओसी प्रशिक्षण (3 दिवस): 7 पूर्वोत्तर राज्यों, जम्मू व कश्मीर, हरियाणा, राजस्थान, उत्तराखंड और छत्तीसगढ़, गुजरात, पंजाब, आंध्र प्रदेश और प. बंगाल सहित 12 राज्यों के 82 राज्य स्तरीय मास्टर प्रशिक्षु एनआईएचएफडब्ल्यू में 2-4 मई, 18-20 जुलाई और 10-12 अक्टूबर, 2011 के दौरान 3 बैचों में प्रशिक्षित किए गए हैं।

2. एनआईएचएफडब्ल्यू में सीटीआई/एनआईएचएफडब्ल्यू से परामर्शदाताओं के लिए पुनर्अभिमुखी कार्यक्रम:

सीटीआईऔर एनआईएचएफडब्ल्यू में कई नए परामर्शदाता शामिल किए गए हैं, यह आवश्यकता महसूस की गई कि उनके संबंधित राज्यों में उन्हें समन्वित और मानीटर किए जाने वाले कार्य और प्रशिक्षण में उन्हें अभिमुख किए जाने की आवश्यकता है, इसलिए एनआईएचएफडब्ल्यू में 13 से 15 जुलाई, 2011 तक सीटीआई

और एनआईएचएफडब्ल्यू के सभी परामर्शदाताओं के लिए पुनर्भिक्षी कार्यक्रम आयोजित किया गया था। 12 सहयोगी प्रशिक्षण संस्थान के परामर्शदाताओं, एनआईएचएफडब्ल्यू आरसीएच परामर्शदाताओं सहित 70 भागीदारों ने कार्यक्रम में भाग लिया था। संसाधन व्यक्तियों में मंत्रालय के विभिन्न तकनीकी प्रभागों के कार्यक्रम अधिकारी और एनआईएचएफडब्ल्यू के संकाय और परामर्शदाता शामिल हैं।

3. एनआईएचएफडब्ल्यू में 25-26 अगस्त, 2011 से सहयोगी प्रशिक्षण संस्थानों (आरसीएच- II / एनआरएचएम प्रशिक्षण के लिए (सीटीआई)) के निदेशकों / प्राचार्यों की समीक्षा बैठक।
4. उत्तराखंड के राज्य, जिला और खंड पीएमएसयू अधिकारियों की क्षमता निर्माण कार्यक्रम।

5. डीएमओ के लिए प्रबंधन, जन स्वास्थ्य और स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार में व्यवसायिक विकास पाठ्यक्रम।

अब तक इस प्रशिक्षण में कुल 1945 भागीदारों ने भाग लिया है। इस वर्ष दिसम्बर तक पीडीसी में 165 भागीदारों ने प्रशिक्षण लिया।

अनुसंधान अध्ययन

उत्तराखंड में आयुष कार्यान्वयन का मूल्यांकन

उत्तराखंड सरकार के अनुरोध पर राज्य में एनआरएचएम के अंतर्गत आयुष के बारे में एनआईएचएफडब्ल्यू ने इस मूल्यांकन अध्ययन को शुरू किया है जिसका उद्देश्य प्रावधान, कार्यान्वयन, वित्तीय उपयोगिता की स्थिति, भूमिका, कार्य और प्रशिक्षण स्थिति का पता लगाना और अतिरिक्त सुधार के लिए सुझाव देना है।

31 अक्टूबर, 2011 तक एनआरएचएम/आरसीएच के अंतर्गत प्रशिक्षण में प्रगति
जुलाई, 2011 से सितम्बर, 2011 तक प्रशिक्षण उपलब्धि और
अप्रैल, 2005 से सितम्बर, 2011 तक संचयी उपलब्धि

प्रशिक्षण का प्रकार	वर्ष 2011-12 के लिए प्रत्येक प्रशिक्षण का भार	अप्रैल, 2011 से सितम्बर, 2011 के दौरान उपलब्धि	अप्रैल, 2005 से सितम्बर, 2011 तक संचयी प्रगति
बीईएमओसी	7558	2640	3338
ईएमओसी	912	277	3185
एसबीए	20359	7692	54257
बीएसयू	1316	201	1049
आरटीआई/एसटीआई	22710	5043	13590
एमटीपी	3082	350	9713
एलएसएस	974	205	1671
आईएमईपी	8007	2643	5829
एमडीआर	300	0	0
आईएमएनसीआई	127406	24875	248909
एफ-आईएमएनसीआई	26168	4242	10356
एनएसएसके	35402	10977	43108
इम्यूनाइजेशन	80523	2956	29022
एसएनसीयू	4449	174	793
एफबीएनसी	4288	147	5746
आईवाईसीएफ	2320	1417	12119
एनएसयू	6526	136	136
आईयूसीडी	54003	5496	39659
एनएसवी	1318	91	2524
लैप-बंधीकरण	2099	133	4657
मिनी लैप	3058	254	10138
कंट्रा. अपडेट	5633	87	17979
अर्श	67228	5270	25554
एनवीबीडीसीपी	16925	1040	53920
आरएनटीसीपी	79513	1083	176044
एनएलईपी	13447	1595	18776
एनपीसीबी	2788	120	2994
आईडीएसपी	26797	1199	29010
एनपीपीसीडी	163	295	295
एनएमएचपी	4900	0	0