उत्तर प्रदेश एवं बिहार में बच्चों में निमोनिया के प्रबंधन हेतु घरेलू निर्णय क्षमता को विकसित करना

फॉरमेटिव शोधकार्य द्वारा निष्कर्षों की रिपोर्ट

मई 2014

प्रो0 शैली अवस्थी

किंग जार्ज चिकित्सा विश्वविद्यालय उ0प्र0, लखनऊ

अनुदायी संस्था

बिल एण्ड मिलिण्डा गेट्स फाउण्डेशन

वैश्विक स्वास्थ्य अनुदान संख्या - ओपीपी1093327

फॉरमेटिव शोधकार्य द्वारा प्राप्त निष्कर्षों का साराशं

कार्यकारणी सारांश

पृष्ठभूमिः–

वर्ष 2005 में 2.3 मिलियन शिशुओं की मृत्यु दर्ज की गयी जिनकी आयु 5 वर्ष से कम और एक माह से 5 वर्ष के बीच थी, जिनकी मृत्यु का कारण निमोनिया, डायरिया, परिवार वालों का बीमारी के बारे में देर से जानना, गरीबी के कारण देरी प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवाओं का अभाव, बीमारी में घरेलू इलाज, प्रशिक्षित और झोलाछाप डाक्टरों से इलाज, संतुलित आहार की कमी, गाँव में खाना बनाने के लिए गोबर के उपलों के प्रयोग से वायु का प्रदूषित होना तथा शरीर में प्रतिरोधक क्षमता की कमी आदि हैं।

अवधारणाः– समुदाय शिशुओं में बचपन से होने वाली निमोनिया को समाप्त करने के लिए प्रेरित कर रहा है। विपरीत परीस्थितियों और देरी हो जाने पर शिशुओं के विकास में होने वाली बाधाओं एवं दोषपूर्ण रवैये से होने वाली बीमारीयों के बारे में गहराई से विचार विमर्श करके उनका समाधान निकालना।

लक्ष्यः– उत्तरी भारत में शिशुओं में साँस संबंधी बीमारी का पता लगने पर घरेलू निर्णय लेकर विभिन्न सामग्री एकत्र करना।

उद्देश्यः– इस प्रोजेक्ट का एक उद्देश्य शोध कार्यों तथा ज्ञान के द्वारा निमोनिया के लक्षणों को पहचानना। इससे होने वाली बीमारीयों के प्रभाव के बारे में जानना। यह रिर्पोट रचनात्मक शोधों के प्रदर्शित करती है ।

स्थानः– चूंकि उत्तर प्रदेश और बिहार में विभिन्न बोलियाँ हैं, इस रचनात्मक शोध कार्य को कई विशेष गाँव और अलग–अलग बोलियों वालें स्थानों में किया गया । इसके अतिरिक्त उत्तर प्रदेश और बिहार के 7 जिलों के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केद्रों में किया गया। प्रत्येक जिलों में बोली जाने वाली बोलियाँ (अवधी) लखनऊ, (भोजपुरी) गोरखपुर, महोबा (बुंदेलखण्ड), (ब्रज) आगरा, (खड़ी बोली) मेरठ, उत्तर प्रदेश में है तथा (मघई) गया, (मैथली) दरभंगा बिहार की हैं।

विधियाँः– मुख्य जानकारी, अर्धस्वरूप साक्षात्कारों और केन्द्रीय समूह परिचर्चाओं के द्वारा जानकारियों का एकत्र किया गया जिसके लिए हिन्दी और अंग्रेजी भाषा का प्रयोग किया गया। इस प्रोजेक्ट का दूसरा भाग रोगियों के बारे में जानकरियों का एकत्र करना और उनका प्रयोग लधुचित्रों के द्वारा करना। इन लधुचित्रों का प्रयोग साक्षात्कारों, केन्द्रीय समूह परिचर्चाओं की सहायता से निर्णय लेने में किया जाता है। 5 वर्ष से कम उम्र के शिशुओं के वास्तविक जीवन के चलचित्रों के ए.आइ.आइ. के द्वारा किया गया। इनमें से तीन वीडियो क्लिपों का उपयोग 7 जिलों में लोगों द्वारा केन्द्रीय समूह परिचर्चा के द्वारा निमोनिया को पह**चान**ने के लिए किया गया कि वे कितने गंभीर हैं। सभी आँकडों को एकत्र करके उन जानकारियों को एकत्रित किया जो बचपन से ही निमोनिया में होती थी और उन सभी कारकों का जो

इनसे संबधित थीं, स्वास्थ्य प्रदाताओं द्वारा एकत्र करके घरेलू उपचार व स्वयं उपचार के बारे में जानकारी प्राप्त की। प्राप्त आँकडों का अंग्रजी में अनुवाद किया गया। प्राप्त आँकडों को संकेतिक अंक प्रदान करके उक तालिका तैयार की गयी। थीम्स का आंकलन करके उन्हें चार क्षेत्रों में विभाजित किया गया (a) लक्षणों को पहचानना (b) कब और कहा उपचार हो (c) किस प्रकार सुविधा प्रदाताओं द्वारा अच्छी सेवा प्रदान करना (d) प्रत्यक्ष ज्ञान द्वारा बीमारी से लड़ना ये थीम हमें संदेशों द्वारा विकसित करते हैं।

खोजः– उत्तर प्रदेश और बिहार के 7 जिलों में 43 साक्षात्कारों, 42 अर्ध–साक्षात्कारों, 42 केन्द्रीय समूह परिचर्चाओं का आयोजन किया गया। हमने अक्टूबर 2013 से जनवरी 2014 के बीच में 303 देखभाल कर्ताओं और 75 स्वास्थ्य सुविधाप्रदाता करवाने वाले भर्ती किए। जिनमें से 215/303 (70.9 %) देखभाल कर्ता और 58/75 (77.3 %) स्वास्थ्य सुविधाप्रदाता कराने वाले उत्तर प्रदेश से थे शेष बिहार के थे। देखभाल कर्ताओं में इनमें कम उम्र और अधिक उम्र के देखभाल कर्ता एवं पिता सम्मिलित हैं। स्वास्थ्य सुविधाप्रदातों में सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मी और गाँव के झोलाछाप सम्मलित है। इन देखभाल कर्ताओं में से 91.7% हिन्दू, 7.9% मुसलमान है। लगभग 39.7% देखभाल कर्ताओं पिछड़ी जाति के, (35.31%) देखभाल कर्ता अनुसूचित जाति के, 23.10% सामान्य जाति के और शेष बचे हुए अनुसूचित जनजाति के हैं। एक तिहाई (31.35) देखभाल कर्ता अनपढ़ थे और 72.61% गृहणी थे। इस अध्ययन से प्रतिभागियों से उनके घरों में उपल्ब्द्ध संचार के माध्यम जैसे मोबाइल, समाचार पत्र, टी.वी. बिना सैटेलाइट नेटवर्को, टी.वी. सैटेलाइट नेटवर्को के साथ व रेडियों आदि के बारे में सूचना एकत्र की गयी। जिनमें सबसे ज्यादा प्रयोग होने वाला साधन रेडियों था। इस अध्ययन में 67% सामुदायिक कार्यकर्ताओं ने भाग लिया, जिनमें से 77.61% उत्तरप्रदेश तथा 22.38% बिहार से थे। 60 सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने केन्द्रीय समूह परिचर्चा में भाग लिया, जबकि 7 ने मुख्य सूचना प्रदान करने वाले साक्षात्कारों के माध्यम से जानकारियाँ एकत्रित की। 60 सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं जिन्होंने केन्द्रीय समूह परिचर्चा में भाग लिया उनमें से 95% (57/60) हिन्दू थीं और 48.94% (23/47) सामान्य श्रेणी से थीं। 53.33% (32/60) सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता एकल परिवार से थीं तथा 51.67% (31/60) का परिवार 0 से 5 सदस्यों का था। लगभग आधे 45% (27/60) स्वास्थ्यकर्ता जिन्होंने केन्द्रीय समूह परिचर्चा में भाग लिया, कक्षा–12 तक शिक्षित थे। 8 गाँव के प्रशिक्षित डाक्टर साक्षात्कार के लिए सम्मलित किए गये थे, सबसे कम उम्र के झोलाछाप की आयु 33 वर्ष तथा सबसे अधिक उम्र के झोलाछाप की आयु 65 वर्ष की थी। गया के झोलाछाप डाक्टर का अनुभव सबसे अधिक लगभग 35 वर्ष का था। 3 झोलाछाप डाक्टरों की शैक्षिक योग्यता के बारे में जानकारी थी जबकि अन्य की शैक्षिक योग्यता के बारे में कोई जानकारी नहीं थी। प्रशिक्षित गाँव के डाक्टर अपने आपको (B.A.M.S) बताते है।

कार्य क्षेत्र–1 लक्षण पहचानना

यह पाया गया है कि विश्वभर में देखभाल कर्ता निमोनिया शब्द को जानते थे। परन्तु यह नहीं जानते थे कि निमोनिया शब्द किससे सम्बन्धित है। विश्व भर में तेज साँस को निमोनिया का लक्षण नहीं माना जाता है। देखभालकर्ता केवल पसली चलना और तेजी से साँस चलने को गम्भीर मानते हैं। वे निमोनिया के लक्षणों को सांस लेने में कठिनाई से पहचानते थे और उन्होनें हमारे द्वारा दिखाये चलचित्रों में सुनायी देने वाली आवाज जैसे घरघराहट, कराहना जैसे निमोनिया के लक्षणों को नहीं पहचान पाये । उनको बच्चे की छाती देख कर साँस की गति की दर को मापने का कोई तरीका नहीं मालूम था। बुखार को उन्होने साँस सम्बन्धी बीमारी का लक्षण नहीं माना। उन्होने निमोनिया के प्रारंभिक लक्षण को जब साँस तेजी से चल रही थी को अनदेखा कर दिया। जिससे बीमारी को पहचानने में देरी हो गयी।

संदेश विकास का मूल विषय (कार्य क्षेत्र–1)

देखभालकर्ता को इस बात की जानकारी देनी चाहिये कि तेज साँस लेना निमोनिया का प्रारंभिक लक्षण है और पसली चलना सामान्यतया बाद का लक्षण है। यदि शिशु को खाँसी या सर्दी हो तो कपड़ों को हटा कर घर पर छाती का गहन निरीक्षण करना चाहिये।

कार्य क्षेत्र 2: कब और कहाँ स्वास्थ्य संबंधी उपचार कराना चाहियेः देखभालकर्ता /स्वास्थ्यप्रदाता बीमारी की गंभीरता को देखते हुए उपचार की सुविधाओं का चयन करते है। सामुदायिक स्तर पर अनौपचारिक रुप से गम्भीर रोगियों को पहले चिकित्सा देने की परम्परा है। देखभालकर्ता या तो घर पर ''प्रतीक्षा करते है या झाड़फूँक करने वाले के पास जाते है या गाँव के डाक्टर को दिखाते है जब शिशु कम बीमार हो। जब शिशु गंभीर रूप से बीमार हो तो देखभालकर्ता ब्लाक में प्राइवेट डाक्टर के पास इलाज के लिए ले जाना पसंद करते है। अधिक गंभीर स्थिति में शिशु को ब्लाक में प्राइवेट डाक्टर के पास ले जाना अधिक पसंद करेंगें। इस तरह गंभीर स्थिति में सरकारी अस्पताल को बहुत कम वरीयता दी जाती है, क्योंकि समुदाय को जन स्वास्थ्य प्रणाली में विश्वास नहीं है।

संदेश विकास का मूल विषय (कार्य क्षेत्र–2)

प्रारम्भिक देखभाल को बढ़ावा देना चाहिये। समुदाय के सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली के प्रति विश्वास को मजबूत करना चाहिये। देखभालकर्ता को यह विश्वास दिलाना चाहिये कि यदि गाँव के डाक्टर से इलाज करायेगें तो निमोनिया बढ जायेगा और उसके उपचार में आने वाला खर्च भी बढ़ जायेगा। उन्हें यह भी बताना चाहिये कि पसली चलने पर और तेज साँस लेने पर ध्यान देना चाहिये, बीमारी से उत्पन्न खतरे के चिन्हों को ध्यान से देखना चाहिये जिससे देखभालकर्ता शीध्र से शीध्र उपचार उपलब्ध करा सके।

कार्य क्षेत्र–3 किस प्रकार देखभाल उपलब्ध कराने वाले के पास पहुचना अच्छी गुणवत्ता की_देखभाल प्रदान करेः– देखभालकर्ता को उपचारक की योग्यता और समुदाय में उसकी प्रतिष्ठा से कोई मतलब नहीं था। देखभाल की सही गुणवत्ता की कोई अवधारणा नहीं थी, शायद समुदाय देखभाल की गुणवत्ता और सशक्तीकरण को पहचानने में सक्षम नहीं थे। उन्होंने गाँव के डाक्टरों का चयन किया जो योग्य नहीं होते है। ब्लाक के डाक्टर अधिक योग्य होते है, परन्तु वह गाँव के डाक्टर की अपेक्षा पाँच गुना ज्यादा फीस लेते हैं। ब्लाक डाक्टर स्वयं की दवा नहीं देते हैं, परन्तु दवाओं ओर जाचों के लिए लिख देते हैं, 24/7 गाँव के डाक्टर मौजूद थे और माताएं उनके पास अपना निर्णय ले कर स्वतंत्र रूप से जाती थी। उनके बीच उपचार में लगे समय का लेकर कोई अवधारणा नहीं थी। उन्हे बीमारी के दौरान शिशुओं के स्तनपान और खानपान में हुए परिवर्तन के बारे में बताया गया। समुदाय के लोग संतुष्ट हो गये, जब उन्हे बताया गया कि निमोनिया सर्दी से होता है। देखभालकर्ता को निमोनिया को जाँचने की सलाह नहीं दी गयी थी। उपचारक ने उनको इस बारे में नहीं बताया था (a) बीमारी में सुधार अथवा जटिलता को कैसे पहचाने ? (b) उपचार लेने के कितने समय तक इंतेजार करना चाहिये। (c) स्थिति ज्यादा खराब होने पर कहाँ जायें।

संदेश विकास का मूल विषय (कार्य क्षेत्र–3)

देखभालकर्ता को यह बताना कि उपचारक से यह पूछना कि लक्षणों का ठीक होने के लिए कितने समय इंतेजार करना चाहिये तथा स्थिति गंभीर होने पर कहाँ जाना चाहिये?

कार्य क्षेत्र–4ः–बीमारी का ज्ञान होने पर संभावित खतराः देखभालकर्ता WHO-IMNCI के सभी चिन्ह बारे में बताने में असमर्थ थे। सिर्फ कुछ उत्तरदाताओं ने खाना–पीना ना खाना, ज्यादा रोना, सुस्त हो जाना, और बेहोश हो जाना बताया। अतिरिक्त लक्षणों जैसे बुखार, सर्दी, खाँसी को WHO-IMNCI के खतरनाक चिन्ह से अधिक खतरनाक चिन्ह माना गया। देखभालकर्ता को इस बात का पता नहीं था कि केवल बुखार सुधार का लक्षण नहीं है। वे इस बात से भी अनजान थे कि यदि माता–पिता में सर्दी–खाँसी के लक्षण है ,तो वही लक्षण शिशु में भी हो सकते हैं। इसके अतिरिक्त देखभालकर्ता इस बात से भी अनजान थे कि सर्दी खाँसी के एक ही शिशु या अलग–अलग शिशुओं में अलग–अलग परिणाम हो सकते हैं।

संदेश विकास का मूल विषय (कार्य क्षेत्र– 4)

बच्चों में खाँसी या सामान्य सर्दी जानलेवा निमोनिया को बढ़ावा दे सकती है, उनमें से अधिकतर में गंभीर बीमारी का रूप धारण कर सकती है। इसलिये यह बहुत आवश्यक था कि निमोनिया के शुरूआती लक्षणों को पहचाना जाये।