अनुलग्नक-I

क. स्वास्थ्य नीति संकेतक

i. राजनीतिक प्रतिबद्धता

उच्च स्तरीय प्रतिबद्धता नीति के विवरण की प्रक्रिया घोषणा समाचार पत्र रिपोर्ट। उनका महत्व बताने के लिए सबको सूचित करें।

ii. संसाधन आबंटन

स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय किया गया सकल राष्ट्रीय उत्पाद का अनुपात (यदि संभव हो पुनरावती को पूंजी से अलग करें), स्वास्थ्य संबंधी क्षेत्रों पर व्यय किए गए सकल राष्ट्रीय उत्पाद का अनुपात (शिक्षा, सामुदायिक विकास, जल आपूर्ति, सफाई, आवासन एवं पोषण सहित), प्राथमिक स्वास्थ्य सुरक्षा के लिए कुल स्वास्थ्य संसाधनों का अनुपात।

सरकार का वास्तविक व्यय विवरण तथा कार्य बजट

विभिन्न देशों, राज्यों व जिलों की तुलनाएं (यदि आकड़े उपलब्ध हो)।

iii. संसाधनों के वितरण की समानता

विभिन्न राज्यों और जिलों में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति खर्च

अस्पताल बिस्तरों, डाक्टरों तथा अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का जनसंख्या की तुलना में अनुपात

सरकारी रिपोर्टें, सांख्यिकी निर्देशिकाएं, संसाधन वितरण की समानता वृद्धि के लिए साधन आबंटित करना।

iv. सामुदायिक संलग्नता

स्वास्थ्य सेक्टर तथा अन्य सेक्टरों के बीच संचारण, राष्ट्रीय, राज्य अथवा जिला स्वास्थ्य समितियों का निर्माण, सेवाओं का एकीकरण।

ए डब्ल्यु डब्ल्यु गतिविधियों में समुदाय की संलग्नता
ए एन एम गतिविधियों में समुदाय की संलग्नता

निर्णय करने में सामुदायिक संलग्नता का कठिन-गुणात्मक अंश, विकेन्द्रीकरण का अंश

समुदाय के सदस्यों के साथ वस्तुतः पर्यवेक्षण एवं विचार निमर्श द्वारा। प्रतिबद्धताओं का निर्धारण।

ख- स्वास्थ्य सुरक्षा के प्रावधान के संकेतक

i.	उपलब्धता	जनसंख्या/स्वास्थ्य केन्द्र जनसंख्या/डाक्टर जनसंख्या/टीबीए जनसंख्या/परामैडिक
ii.	सुलभता	स्वास्य सुविधा के 5 किमी. के अंदर जनसंख्या का प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधा के 1 घंटे के अंदर जनसंख्या का प्रतिशत उपकेन्द्रों पर रहने वाले ए एन एम का प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत जहां आवश्यक कर्मचारी प्रा.स्वा.के. परिसर में रहते हैं।
iii.	सुरक्षा की गुणवत्ता	स्वास्थ्य सेवाओं से संतुष्ट जनसंख्या प्रतिशत पहली तिमाही में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत

स्वास्थ्य सेवाओं पर सलाह लेने वाले मरीजों का प्रतिशत।
कार्यात्मक निर्देशों के साथ सेवा केन्द्रों का प्रतिशत

ग- सामाजिक एवं आर्थिक संकेतक

i. जन्म दर
ii. मृत्यु दर
iii. जनसंख्या वृद्धि की दर
iv. सकल राष्ट्रीय उत्पाद
v. निर्भरता अनुपात
vi. साक्षरता दर
vii. विद्यालय में नामांकित 5 से 14 वर्ष के बच्चे
viii. व्यक्ति/आवांसीय कमरों की संख्या
ix . जल और सफाई सुविधाओं वाले घरों का प्रतिशत

घ प्राथमिक स्वास्थ्य सुरक्षा द्वारा कवरेज

i. स्वास्थ्य शिक्षा

मीडिया के माध्यम से स्वास्थ्य कार्यक्रम द्वारा पहुंचा गया प्रतिशत, स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा संपर्क किया गया प्रतिशत

ii. भोजन तथा पोषण : जन्म के समय 2500 ग्राम से कम वजन वाले बच्चों का प्रतिशत, आयु संबंधी वजन, आयु संबंधी कद, कद संबंधी वजन।

iii. जल तथा सफाईः सुरक्षित जल सुलभता वाले घरों का प्रतिशत
शौचालय सुलभता वाले घरों का प्रतिशत

iv.	आर सी एच :	प्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा जन्म पर हाजिरी का प्रतिशत जन्म पूर्व सुरक्षा प्रगति का प्रतिशत तथा आयरन व फालिक एसिड प्राप्त करने वालों का प्रतिशत िवटामिन ए की नियमित मात्रा (तथा अन्य सेवाएं) प्राप्त करने वालों का प्रतिशत। पूर्णतः टीकाकृत 12 से 23 महीने के बच्चों का प्रतिशत ओ आर टी जानने वाली माताओं का प्रतिशत ओआरएस दिए गए मामलों में डायरिया का प्रतिशत
v.	सामान्य बीमारियों का उपचार	बीमारी/चोटों के लिए पर्याप्त सुरक्षा प्राप्त करने वालों का प्रतिशत
vi.	आवश्यक दवाओं का प्रावधान	सेवा सुविधाओं का प्रतिशत जहां एक समय पर मानक दवाएं उपलब्ध हैं।
vii.	निर्दिष्ट प्रणाली द्वारा कवरेज	दो घंटे के यात्रा समय वाली निर्दिष्ट सुविधा के अंदर जनसंख्या का प्रतिशत
viii.	मानव शक्ति	जनसंख्या-कार्यकर्ता अनुपात, डाक्टर, नर्स अनुपात

ड. बेसिक स्वास्थ्य स्थिति संकेतक

I. <u>कम जन्म भार (प्रतिशत)</u>

परिभाषा

$$\frac{\text{जन्म के समय 2500 ग्राम से कम वजन वाले जीवित जन्मे बच्चे}}{\text{जीवित जन्में बच्चों की कुल संख्या}} \times 100$$

II. बच्चों की पोषण स्थिति

परिभाषा

आयु से संबंधित कम वजन, आयु से संबंधित कम कद तथा कद से संबंधित कम वजन की प्रतिशत के संबंध में सकेतकों की गणना के लिए जनसंख्या के राष्ट्रीय संदर्भ का प्रयोग किया जाता है।

III. लघु ऊपरी भुजापरिधि (प्रतिशत)

परिभाषा

लघु परिधि को पोषित बच्चों के आवृत्ति वितरण के 5 प्रतिशत के अनुरुप मान से कम मान के रुप में परिभाषत किया जा सकता है।

IV. शिशु मृत्यु दर

जीवित अवस्था में जन्मे प्रति 1000 बच्चों में से किसी अवधि में एक वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु संख्या।

V. शिशु मृत्यु दर

परिभाषाः

$$\frac{1000 \times \text{एक वर्ष के दौरान 1 से 4 वर्ष की आयु के बच्चों की मृत्यु संख्या}}{\text{वर्ष के मध्य में 1 से 4 वर्ष की आयु के कुल बच्चों की संख्या}}$$

VI. अशोधित मृत्यु दर

परिभाषाः किसी भी वर्ष में हुई मृत्यु की संख्या x 1000/वर्ष के मध्य वर्ष की जनसंख्या

VII. जीवन संभावना

परिभाषाः किसी निर्धारित आयु में जीवन संभावना से तात्पर्य इन वर्षों की औसत संख्या से है, जिसमें किसी व्यक्ति से उस समय जीवित रहने की अपेक्षा की जाती है। देश में विद्यमान मृत्यु प्रतिमान के अधीन जीवित रहने की अपेक्षा की जाती है। प्रत्येक लिंग की आयु विशिष्ट मृत्यु दर के आधार पर अक्सर अलग से गणना की जाती है।

VIII. मातृ मृत्यु दर

परिभाषाः मातृ मृत्यु को गर्भावस्था के दौरान , बच्चे के जन्म के दौरान, अथवा प्रसूति/गर्भपात के 42 दिनों के अंदर, संबंधित किसी कारण से, अथवा गर्भावस्था में समुचित, देखभाल न होने के कारण किसी महिला की मृत्यु के रुप में परिभाषित किया जाता है।

IX. रुग्णता दर

इसे, यथास्थिति, रोगों की संख्या के रुप में अथवा किसी अवधि विशेष में रुग्णता की संभावना वाले लोगों की संख्या के अनुपात के रुप में परिभाषित किया जाता है।

X. रुग्णता की प्रबलता का अनुपात

परिभाषाः इससे तात्पर्य आंशिक प्रबलता अथवा आवधिक प्रबलता से है। किसी विनिर्देष्ट अवधि में किसी विनिर्दिष्ट प्वाइंट की दृष्टि से लोगों की संख्या को रुग्णता की संभावना वाले लोगों की औसत संख्या से जोड़कर इसकी गणना की जाती है।

XI. दीर्धावधिक अपंगता की प्रबलता

परिभाषाः दीर्धावधिक अपंगता से ग्रसित लोगों की संख्या x 100

जांच किए गए लोगों की कुल संख्या

XII. <u>अशोधित जन्म दर</u>

परिभाषाः यह दर निम्न प्रकार से निकाली जाती है :

$$\frac{\text{एक वर्ष में जीवित रुप में जन्में बच्चों की संख्या} \times 1000}{\text{वर्ष के मध्य जनसंख्या}}$$

XIII. <u>कुल जनन क्षमता दर</u>

परिभाषाः अपने प्रजनन जीवन के दौरान किसी महिला द्वारा पैदा किए गए बच्चों की संख्या।

XIV. <u>प्रतिस्थापन स्तर की जनन क्षमता</u>

परिभाषाः यह स्थिति है, जब कोई स्त्री मां बनकर अगली पीढ़ी का रुप ग्रहण करती है, अर्थात जब कोई स्त्री, अपने प्रतिस्थापन के लिए, अपने पीछे किसी स्त्री को छोड़ जाती है। भारत के मामले में, कुल जनन क्षमता दर 2.1 है।

XV. <u>किसी रोग विशेष से होने वाली मृत्यु दर</u>

परिभाषाः यह दर निम्न प्रकार से निकाली जाती है :

$$\frac{\text{किसी कैलेंडर वर्ष के दौरान रोग विशेष से होने वाली मृत्यु की संख्या} \times 100{,}000}{\text{वर्ष के मध्य जनसंख्या}}$$

XVI. गर्भनिरोधकों के प्रचलन की दर। भारतीय कार्यक्रम में इसे दंपत्ति सुरक्षा दर के बराबर माना जाता है।

परिभाषाः परिवार नियोजन के लिए कोई न कोई तरीका अपना रहे दंपत्तियां का प्रतिशत

XVII. <u>मिश्रित गर्भनिरोधक</u>

परिभाषाः विभिन्न परिवार नियोजन पद्धतियों के प्रयोक्ताओं को गर्भनिरोधकों का वितरण

XVIII. बंध्यकरण को स्वीकार करने के समय महिला की औसत आयु।

XIX. बंध्यकरण को स्वीकार करने के समय महिला की औसत अनुरुपता।

यूनिट 8.3 प्रबोधन की तकनीक

8.3.1 उद्देश्य

इस यूनिट के अंत में छात्र निम्न बातें जान सकते हैंः

क- स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रबोधन के विभिन्न तरीकों का वर्णन करना, तथा

ख- स्वास्थ्य कार्यक्रमों तथा परियोजनाओं की उपयुक्त प्रबोधन प्रणाली तैयार करना।

8.3.2 मूल शब्द और संकल्पनाएं प्रबोधन प्रक्रिया, प्रबोधन के दृष्टिकोण, प्रबोधन प्रणाली

8.3.3 प्रस्तावना

प्रबोधन की किसी प्रक्रिया विशेष में निम्न कार्य सम्मिलित हैं :

i. प्रबोधन संकेतकों का चयन करना(केवल महत्वपूर्ण संकेतकों का)।

ii. इन संकेतकों के मानक या लक्ष्य तय करना

iii. नियमित आधार पर सूचना एकत्र करने के लिए रजिस्टर और रिपोर्ट तैयार करना।

iv. रिपोर्टो के विश्लेषण के आधार पर निर्णय लेना

v. वास्तविक मूल्यों की लक्ष्य से तुलना करना अथवा एक समय प्रवृत्ति को देखना।

vi. विचलनों अथवा अनापेक्षित प्रवृत्तियों की पहचान करना।

vii. विचलनों के कारणों का पता लगाना।

viii सुधारात्मक कार्रवाई करना।

ix. फीडबैक रिपोर्टो की प्रणाली तैयार करना।

पहचान निदान तथा सुधारात्मक कार्यवाही के लिए प्रयुक्त दृष्टिकोण भिन्न-भिन्न प्रबोधन प्रणालियों में अलग-अलग हो सकते हैं। नीचे हम उन प्रमुख दृष्टिकोण का वर्णन करें जो सकल रुप में या संयुक्त रुप में प्रबोधन प्रणाली का अंग हैं।

8.3.4 प्रबोधन के दृष्टिकोण

i. रिपोर्टिंग और फीडबैक प्रणाली

रिपोर्टिंग तथा फीडबैक प्रणाली प्रबोधन का सामान्यतः सबसे अधिक प्रयोग किया जाने वाला साधन है। इस प्रणाली में क्षेत्रीय कार्यकर्ता तथा संस्थान आवधिक (सामान्यतः मासिक) रुप से अपनी गतिविधियों तथा निर्गत की सूचना अगले उच्च स्तर को देते हैं। सभी सूचना देने वाली यूनिटों से ये ऑकड़े एकत्र किए जाते हैं तथा उनकी सूचना उच्च स्तर को दी जाती है। इस प्रक्रिया में प्रत्येक स्तर कुछ औपचारिक व अनौपचारिक फीडबैक अपने निम्न स्तर को देता है, जहां से रिपोर्ट प्राप्त की जाती है।

सिद्धांततः इस प्रणाली को सही प्रकार से कार्य करना चाहिए, परन्तु व्यवहार्यतः इसमें अनेक कमियां पाई गई हैं। प्रत्येक कार्यक्रम कार्य निष्पादन लाभ विशिष्टताओं, क्षेत्र-दौरों, स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधियों, औषधि आपूर्तियों तथा कर्मचारियों पर काफी आँकड़े एकत्र करता है। परंतु इन आंकड़ों

का भरपूर उपयोग नहीं हो पाता। दूसरे शब्दों में, बहुत अधिक आंकड़े एकत्र किए जाते हैं तथा प्रबोधन के लिए बहुत सारे आंकड़े अप्रयुक्त ही रह जाते हैं।

1. गतिविधियों तथा निर्गतों को निवेशों से नहीं जोड़ा जाता। सामान्यतः राज्य निश्चित कार्य निष्पादन संकेतकों के मूल्यों के अनुसार जिलों को श्रेणी प्रदान करते हैं तथा इन्हें जिलों को सूचित कर दिया जाता है। जिले अपने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को श्रेणी प्रदान करते हैं। तथापि कुछ संकटकालीन निवेशों की कमी के असंतोषजनक होने का कारण हो सकती हैं। आवश्यक निवेशों पर ध्यान दिए बिना लक्ष्यों की प्राप्ति पर अधिक जोर देना दुष्क्रियात्मक अनुत्पादक हो सकता है।
2. अधिक ध्यान दिए जाने की आवश्यकता वाली सूचना/संकेतकों की ओर प्रणाली ध्यान निर्देशित नहीं करती। अक्सर बहुत अधिक आंकड़े एकत्र कर लिए जाते हैं। अनेक सूचना प्रणालियों में इस अनुभव के आधार पर कि इन की आवश्यकता पड़ सकती है काफी मात्रा में आंकड़े एकत्र कर लिए जाते हैं। तथापि, आंकड़ों का अधिक मात्रा में दर्ज करना तथा उनकी सूचना देना, जिसका अक्सर प्रयोग नहीं होता, कर्मचारियों में अप्रसन्नता का कारण बनता है तथा परिणामस्वरुप आंकड़ों की गुणवत्ता खराब होती है।

   फीडबैक प्रणाली में, श्रेणी पद्धति की कमियों में एक कमी यह है कि श्रेणियां यूनिटों के बीच अंतरों के पूर्ण परिमाण को प्रतिबिंबित नहीं करतीं। अतः प्रबंधक यह नहीं जानते कि उन्हें अक्सर मिलने वाली निम्न श्रेणी के लिए चिंतित होना चाहिए या नहीं। कुछ तो यहां तक कहते हैं कि जब भी कोई श्रेणियां दी जाएगी, तो कोई हमेशा प्रथम होगा और कोई अंतिम।

3. प्रयुक्त नियम अव्यावहारिक हो सकते हैं तथा/अथवा स्थानीय स्थितियों को प्रतिबिंबित न करने वाले हो सकते हैं। अक्सर लक्ष्य जनसंख्या नियमों पर आधारित होते हैं तथा पर्यावरणिक परिवर्तनांकों- जैसे सामाजिक-आर्थिक दशाओं पर विचार नहीं करते। इस प्रकार खराब सामाजिक-आर्थिक स्थिति वाले क्षेत्रों में उनके कर्मचारियों द्वारा कड़ी मेहनत से काम किए जाने के बावजूद, अच्छी स्थिति वाले क्षेत्रों की तुलना में निम्न श्रेणी प्रदान की जाती हैं। इससे वे हतोत्साहित हो सकते हैं।

4. फीडबैक तुरंत नही दिया जाता। फीडबैक में अक्सर कई महीनों की देरी हो जाती है। इस अवधि में, स्थितियों में परिवर्तन सकता है, जिससे फीडबैक का अधिकांश मूल्य समाप्त हो सकता है।

सूचना प्रणालियां विचलनों का पता लगाने में सहायता कर सकती हैं। परंतु वे सुधारात्मक कारवाई के निर्धारण और उसकी पहचान करने में कम ही सहायता करती हैं। अतः उनकी अन्य घटकों जैसे पर्यवेक्षी क्षेत्रीय दौरों तथा मासिक बैठकों द्वारा अनुपूर्ति करने की आवश्यकता होती है।

उदाहरण

कार्य निष्पादन में सुधार करने की दृष्टि से, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के प्रबंधकीय नियंत्रण में सुधार लाने के लिए प्रबोधन प्रणाली तैयार की गई थी।मलेरिया, महामारी नियंत्रण, चिकित्सा, एम सी एच तथा परिवार नियोजन पांच प्रमुख कार्यक्रमों के निवेशों, गतिविधियों और परिणामों से संबंधित प्रमुख संकेतक चूंकि एक भी रिपोर्ट ऐसी नहीं थी, जिसमें निवेशों, गतिविधियों तथा निर्गतों के बारे में सूचना दी गई हो, अतः एक पृष्ठ की संक्षिप्त रिपोर्ट, तैयार की गई थी, जिसे प्रत्येक प्रा.स्वा.के. द्वारा प्रत्येक माह की पहली तारीख को भेजा गया था। एक जिले में प्रा.स्वा.के.के कार्य में, औसत ओर अंतर पर आधारित सहिष्णुता सीमाएं प्रत्येक संकेतक के लिए निर्धारित की गई थी निम्न फीडबैक सूचनाएं प्रत्येक माह तैयार की गई थीः

(क) प्रत्येक कार्यक्रम में प्रत्येक प्रा.स्वा.के. की प्रमुख सूचनाओं की समीक्षा करने वाली प्रा.स्वा.के. की कार्य निष्पादन रिपोर्ट

(ख) ध्यानाकर्षण रिपोर्ट की आवश्यकता वाले प्रा.स्वा.के. - निवेशों, गतिविधियों तथा निर्गतों में कमी वाले प्रा.स्वा.के. को, उनमें किस बात की कमी है इस पहचान के साथ, इस रिपोर्ट में सूचीबद्ध किया जाता है।

(ग) कार्य निष्पादन मूल्यांकन रिपोर्ट - कार्य निष्पादन मूल्यांकन रिपोर्ट प्रत्येक कार्यक्रम में प्रा.स्वा.के. के कार्य ग्रेडों का दर्शाती हैं। एक प्रा. स्वा.के., जहां एक कार्यक्रम के लिए संकेतक सहनशीलता श्रेणी के अंदर हैं, को 'औसत' के रुप में ऊपरी सीमा से ऊपर को 'उत्तम' के रुप में तथा निम्न सीमा से नीचे को 'खराब' के रुप में वर्गीकृत किया जाता है प्रभावकारी नियंत्रण के लिए, प्रशासक को कार्य में अंतर को कम करने तथा औसत कार्य को सुधारने की आवश्यकता होती है। उत्तम प्रा.स्वा. के. उन उपायों/रणनीतियों को इंगित करते हैं,

जिनसे कार्य में सुधार लाने में सहायता मिल सकती है तथा 'खराब' कार्य वाले प्रा.स्वा. के. को कार्य पर प्रभाव डालने वाले घटकों को समाप्त करने में सहायता की आवश्यकता है।

प्रणाली द्वारा प्रदान की जाने वाली फीडबैक सूचनाओं का उपयोग खराब कार्य के कारणों का पता लगाने में किया जा सकता है।

ii. पर्यवेक्षण दौरा

प्रबोधन के लिए सूचना तथा फीडबैक के पश्चात पर्यवेक्षण दौरा एक सर्वाधिक प्रयोग किया जाने वाला तरीका है। (मासिक बैठकें दूसरा तरीका है)। सूचना प्रणाली के ऊपर इसका लाभ यह है कि यह केवल विचलनों का पता लगाने के लिए ही अवसर प्रदान नहीं करता, बल्कि उसी स्थान पर समस्या का पता लगाने तथा सुधारात्मक कार्यवाई आरंभ करने का भी असवर प्रदान करता है। परंतु इसके लिए अधिक प्रयास और कुशलता की आवश्यकता होती है तथा यह महंगा भी है। दुर्भाग्यवश, अधिकतर स्वास्थ्य कार्यक्रमों में पर्यवेक्षण कमजोर होता है।

प्रभावशाली प्रबोधन के लिए पर्यवेक्षण दौरों का प्रयोग करने में दो उपायों की आवश्यकता होती हैः

1. यह इतना व्यापक होना चाहिए कि इसमें निवेशों, गतिविधियों तथा निर्गतों की जांच हो सके। इसे प्रक्रिया के गुणात्मक तथा मात्रात्मक पहलुओं जैसे कार्यकर्ताओं की दक्षता और प्रेरणा, गतिविधियों की एक योजना पर स्थिर रहना तथा समुदाय के साथ संबंधों की भी जांच करनी चाहिए। इसलिए, सुझाव है कि पर्यवेक्षण का संचालन करने के लिए जांच सूची का प्रयोग करें।
2. यह सहायक होना चाहिए। पर्यवेक्षक को कमियां बताने के अतिरिक्त पर्यवेक्षण के साथ साथ कमियों के निदान में भी लगा रहना चाहिए तथा आवश्यक सुधारात्मक कारवाई करने में उसकी सहायता करनी चाहिए। यदि स्थिति से निपटने के लिए उच्च स्तरों पर अनुसरणात्मक कार्रवाई की आवश्यकता होती है, तो उसका भी संचालन किया जाना चाहिए।

iii. मासिक बैठकें

यदि उनका उपयुक्त रुप से उपयोग किया जाय तो प्रबोधन के लिए मासिक बैठके एक महत्वपूर्ण वाहक हो सकती हैं। परंतु अधिकतर ऐसा नहीं होता। अक्सर मासिक बैठकों का उपयोग कार्य पर आंकड़े एकत्र करने, लक्ष्यों के साथ उसकी तुलना करने और कर्मचारियों को बेहतर कार्य के लिए प्रेरित करने के लिए होता है। सामान्यतः प्रबोधन कार्य रिपोर्टो का 'पता लगाने'वाला भाग मासिक बैठकों से पहले होना चाहिए। रिपोर्टों के विश्लेषण पर आधारित, मासिक बैठकों को सामूहिक रुप से कार्य की समीक्षा करनी चाहिए तथा योजनाओं और उपलब्धियों में विचलनों का पता लगाने में सलंग्न होना चाहिए तथा आवश्यक सुधारात्मक कार्यों की पहचान करनी चाहिए। इस प्रक्रिया के माध्यम से, कर्मचारी विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तकनीकी पहलुओं के साथ ही साथ प्रशासनिक पहलुओं के बारे में भी शिक्षित होते हैं तथा सुधारात्मक कार्यवाईयों के क्रियान्वयन के लिए प्रतिबद्धता के एक अनुभव में भागीदार होते हैं। (प्रभावकारी ढंग से बैठकों के संचालन का वर्णन यूनिट 4.4 में किया गया है)।

iv. समूहों/कार्यदल/समिति का उपयोग

अक्सर, कार्य में कमियों के कारण का पता लगाने के लिए विस्तृत जांच तथा अतिरिक्त आंकड़े एकत्र करना आवश्यक हो सकता है। ऐसे मामलों में, विशेष उप-समूहों का गठन ऐसे कार्यो के संचालन के लिए किया जा सकता है। यद्यपि समितियों का प्रयोग सरकार में आम बात है जिला कर्मचारियों द्वारा इसका प्रयोग बहुत कम किया जाता है। तथापि, यह क्रियाविधि तभी प्रभावकारी होगी, जब कर्मचारियों में आपसी विश्वास तथा सहभागिता की अनुभूति होगी। समितियां कभी-कभी सुधारात्मक कार्रवाई करने में देरी कर सकती हैं अथवा दूसरों को दोषी ठहराने के अवसर के रुप में कार्य कर सकती हैं, जिससे वे निष्क्रिय साबित हो सकती हैं।

वस्तुतः एक अच्छी निगानी प्रणाली सभी तरीकों, विशेषकर प्रथम तीन, को सम्मिलित करेगी। चौथा तरीका मूल रुप से कार्यक्रम के आवधिक मूल्यांकन के लिए अभिप्रेत हैं।

जांच बिन्दु

1. प्रबोधन के विभिन्न दृष्टिकोणों की तुलना करें।
2. आप ऐसा क्यों सोचते हैं कि जिला स्तर पर समस्याओं का हल करने के लिए 'समूहों' का बहुत कम प्रयोग किया जाता है?

8.3.5 प्रबोधन प्रणाली का आकार

प्रबोधन के लिए सूचना तथा फीडबैक प्रणाली विकसित करने की आवश्यकता का वर्णन हमने पीछे किया है। तथापि, एक व्यापक प्रबोधन प्रणाली में इसके अतिरिक्त पर्यवेक्षी दौरों, सामुदायिक साक्षात्कारों तथा मासिक बैठकों का न्यायोचित मिश्रण होना चाहिए। व्यापक प्रबोधन प्रणाली में आवश्यक तत्वों को दर्शाने के लिए हम नीचे महाराष्ट्र राज्य द्वारा प्रयोग की गई प्रबोधन प्रणाली का वर्णन करते हैं।

महाराष्ट्र राज्य में प्रबोधन प्रणाली

यूनिट 8.1 में इस बात का उल्लेख किया गया है कि महाराष्ट्र राज्य ने एक सूचना प्रबंधन प्रणाली (एम आई एस) लागू की है, जो अन्य उपायों के साथ प्रभावकारी प्रबोधन तथा कार्य में पर्याप्त सुधार में परिणत हुई है। यद्यपि इस प्रणाली का विकास अस्सी के दशक में किया गया था, कार्यक्रम के प्रबोधन के लिए एम आई एस विकसित करने तथा उसका प्रयोग करने के लिए उठाए गए कदमों को दर्शाने के लिए हम उदाहरण के रुप में इसका प्रयोग करते हैं। इसका उदाहरण दिया जाता है, क्योंकि इसने अपनी प्रभावकारिता सिद्ध कर दी तथा एम आई एस का उद्देश्य कार्यक्रम को मजबूत बनाने में बहुत सहायक था। नीचे प्रबोधन प्रणाली का कुछ विवरण दिया गया हैः

'मैने हमेशा यह विश्वास किया है कि 50-60% तक की सीमा तक सरकारी प्रणालियों में काफी ढीलापन होता है - तथा हमने इस ढीलेपन को समाप्त करने के लिए कदम उठाए हैं।' सचिव, सार्वजनिक स्वास्थ्य, महाराष्ट्र।

1981 के शुरु में एक प्रभावकारी प्रबोधन प्रणाली विकसित की गई थी, जिसके कारण निर्गत में काफी सुधार हुआ था। यह प्रणाली नीचे दिए गए लगभग 100 संकेतकों के प्रबोधन में सहायता करती हैं। (यह कहा जा सकता है कि इस प्रणाली का आविष्कार 1981में किया गया था तथा इस प्रकार इस प्रणाली में लिए गए संकेतक वे थे, जो उस समय महत्वपूर्ण थे। यदि इस प्रणाली को आज अपनाया जाना है तो नये संकेतकों को चुनने की आवश्यकता होगी - केवल वे ही संकेतक चुने जाएगें जिनकी आज के कार्यक्रम में प्रासंगिकता तथा उपयोगिता होगी। यहां दिए गए उदाहरण एम आई एस के विकास तथा प्रयोग के लिए आवश्यक कदम दर्शाने के लिए हैं):

I. परिवार नियोजन

परिवार नियोजन की विभिन्न पद्धतियों के स्वीकारकर्ताओं की संख्या

लगाए गए बंध्यकरण कैम्पों के स्वीकारकर्ताओं की विशेषताएं
आई यू डी में प्रशिक्षितों की संख्या
गर्भ निरोधकों की आपूर्ति
अन्य एजेंसियों, निजी व्यक्तियों तथा औथोगिक संगठनों द्वारा प्रेरित परिवार नियोजन स्-वीकारकर्ता

(पुनः यह कहा जा सकता है कि आजकल अंतराल पद्धतियों के प्रयोग का विशेष रुप से प्रबोधन किया जाता है, क्योंकि जन्मों के बीच में अंतराल प्रजनन स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण संकेतक है)।

II. माता और बच्चे का स्वास्थ्य/प्रजनन स्वास्थ्य

विभिन्न प्रकार के प्रतिरक्षण
आयरन और फालिक एसिड के लाभग्राही
विटामिन ए के लाभग्राही
पंजीकृत और अनुसरित उच्च जोखिम शिशु तथा माताएं
विद्यालय स्वास्थ्य गतिविधियां
कोल्ड चेन (शीत श्रंखला) कार्यप्रणाली
प्रशिक्षित दाइयों की संख्या
टीकों के भंडार (स्टाक)

(आज के एम आई एस को प्रजनन स्वास्थ्य के विस्तृत कार्यक्रम के अधीन आने वाले और अधिक संकेतकों को प्रकाश में लाना है।)

III. राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम

एकत्र की गई रक्त स्लाइड
उपचारित ज्वर के मामलों की संख्या
रक्त नमूने
सकारात्मकता दर
उपचारित मलेरिया मामले

छिड़काव गतिविधियां
मलेरिया कार्यक्रम के अधीन मदों का सूची नियंत्रण
विशेष समस्याओं पर नोट

IV. राष्ट्रीय कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम

नये मामलों की कुल संख्या
निष्क्रिय प्रबोधन के द्वारा पता चले मामलों की संख्या
नये मामलों के जीवाणु परीक्षण की संख्या
असंक्रामक मामलों का प्रतिशत
नैदानिक संक्रामक मामलों का प्रतिशत
कुष्ठ निवारण कार्यक्रम के अधीन मदों की सूची नियंत्रण

V. राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम

नए मामलों की संख्या (सकारात्मक तथा नकारात्मक थूक के नमूने)
रोगमुक्त घोषित मामलों की संख्या
उपचाराधीन मामलों की संख्या
ओ पी डी उपस्थिति
क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अधीन मदों का सूची नियंत्रण

VI. राष्ट्रीय अंधता नियंत्रण कार्यक्रम

किए गए नेत्र ऑपरेशनों की संख्या तथा अन्य विवरण।

VII. स्वास्थ्य शिक्षा

फिल्म-शो की संख्या तथा अन्य गतिविधियां
15 दिन से अधिक समय तक खराब प्रोजेक्टरों की संख्या

VIII. महामारियां

हैजे का आक्रमण तथा मौतें
अन्य अतिसारक बीमारियों का प्रभाव
वितरित ओ आर एस पैकेटों की संख्या

IX. आवश्यक आंकड़े (केवल प्रा.स्वा.के.के. ग्रामीण मुख्यालय के लिए)

नवजात शिशु, बालक तथा माताओं की मृत्यु दर व मृत्यु के प्रमुख कारण

X. फाइलेरिया

सर्वेक्षण की गई जनसंख्या का प्रतिशत
मामलों की संख्या
उपचारित ज्ञात मामलों का प्रतिशत
रात्रि क्लिनिकों में उपचारित मामलों की संख्या
फाइलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम के अधीन मदों का सूची नियंत्रण

XI. सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रयोगशाला

एकत्र किए गए जल नमूनों की संख्या

विभिन्न नगरपालिकाओं द्वारा पूर्ण लक्ष्य का प्रतिशत

XII. परिवहन

0-15 दिनों, 16-30 दिनों तथा 30 दिन से अधिक समय तक खराब वाहनों का प्रतिशत।
खराब एंबुलैंसों का प्रतिशत

XIII. लेखा तथा लेखा परीक्षा रिपोर्टो का नियंत्रण

लंबित तथा निपटाई गई जांच रिपोर्टों की संख्या
दुर्विनियोजन मामलों की संख्या
पेंशन मामलों की संख्या
लंबित उपयोग प्रमाणपत्रों की संख्या

XIV. चिकित्सा

एकत्र की गई रक्त बोतलों की संख्या
विभिन्न कारणों से मौतों की संख्या
खराब उपकरण
संपूर्ण कर्मचारियों के लिए रिक्त स्थिति
महत्वपूर्ण दवा मदों की सूची स्थिति

XV. समेकित बाल विकास योजना (आई सी डी एस)
आई सी डी एस और गैर आई सी डी एस ब्लाकों के मध्य कार्य की तुलना
डी एच ओ (जिला मुख्यालय) द्वारा मासिक रिपोर्टें

XVI. अन्य

चल अस्पतालों का कार्य
बीमारी पहचान कैंपों की संख्या तथा उनके कार्य
वीडी आर एल परीक्षणों की संख्या
नए एसटीडी मामलों की संख्या

XVII. निर्माण

निर्माण कार्यों की प्रगति

यह प्रणाली कमियों का तुरंत पता लगाने तथा शीघ्र सुधारात्मक कार्रवाई करने में सहायता करती है। जिले तथा जिला परिषद को श्रेणी प्रदान करने में भी इसका प्रयोग किया जाता है। यह कलक्टर तथा जिला परिषद के मुख्य कार्यपालक अधिकारी को शामिल होने का अवसर प्रदान करती हैं।

नकद पुरस्कार तथा पदक प्रदान करने के लिए इस प्रणाली का प्रयोग किया जाता है। पुरस्कार कार्य में श्रेणी के आधार पर नहीं दिए जाते, बल्कि वे उन लोगों को प्रदान किए जाते हैं जो कार्य का एक निश्चित स्तर प्राप्त करते हैं। ये पुरस्कार केवल स्वास्थ्य कर्मचारियों तक ही सीमित नहीं होते, बल्कि जिला परिषदों, प्रमुख प्रचार-प्रसार अधिकारियों, अधिशासी-अभियंताओं के लिए भी आरंभ किए जाते हैं। अपने स्तरों पर पुरस्कार प्रदान करने के लिए जिला तथा क्षेत्रीय स्तर अधिकारियों को निधि उपलब्ध कराई जाती हैं।

कार्य में सुधार के लिए, कार्यक्रम के प्रत्येक पहलू की निगरानी करने की आवश्यकता होती है। कर्मचारी रिक्तियां, नगर पालिका, शहरी परिवार कल्याण केन्द्रों तथा पोस्ट पार्टम टीमों, स्वैच्छिक एजेंसियों, दाइयों तथा ए.एन.एम. का प्रशिक्षण, वाहन, जन संचार प्रयास आपूर्तियां तथा सरंचनात्मक ढांचे में वृद्धियों सहित संरचना के प्रमुख क्षेत्रों का प्रबोधन किया गया और जहां कहीं आवश्यकता पड़ी, सुधारात्मक कार्रवाई की गई। उदाहरणार्थ, जन संचार प्रयासों के लिए उपकरणों से सुसज्जित करके जिला चल दलों को सुसज्जित किया गया।

संकेतकों ने सेवाओं की मात्रा पर जोर दिया। इसलिए,मात्रा वाले पहलू को महत्व मिलने लगा था परंतु गुणवत्ता मापने वाले संकेतकों को अभी शामिल नहीं किया गया था। तथापि, स्वास्थ्य सेवाओं के प्रभाव के मूल्यांकन के लिए स्वास्थ्य स्थिति संकेतकों का विश्लेषण किया गया।

परंतु प्रबोधन प्रणाली को सावधानीपूर्वक प्रयोग करने की सावधानी बरती गई थी तथा उसका उपयोग केवल दंड तथा पुरस्कार के साधन के रुप में नहीं किया गया था। सभी स्तरों पर, हमेशा जो प्रश्न पूछा गया- वह यह था - क्या सुधारात्मक उपाय किए जाने चाहिए तथा कौन सी सहायता की आवश्यकता होगी? उदाहरणार्थ, यह पाया गया कि ऑपरेशन थियेटरों की कमी थी। जहां कहीं आ वश्यक था ऑपरेशन थियेटर बनाने के लिए निधियां आबंटित की गई।

प्रबोधन प्रणाली

यह इस प्रकार कार्य करती है। प्रत्येक माह की 9 तारीख को कूरियर प्रा.स्वा.केन्द्रों से रिपोर्ट लाता है जिन्हें मिलाया जाता है तथा 10 तारीख को जिले को भेजा जाता है। सिविल सर्जन तथा जिला स्वास्थ्य अधिकारी (डीएचओ) संकेतक-वार अलग-अलग समीक्षा टिप्पणियां लिखते हैं। 13 तारीख को सिविल सर्जन तथा डीएचओ कार्य की समीक्षा करने के लिए क्षेत्रीय स्तर पर मिलते हैं। अपनी समीक्षा टिप्पणी में वे क्षेत्र के उप-निदेशक, निदेशक तथा स्वास्थ्य सचिव से आवश्यक सहायता की ओर संकेत करते हैं। क्षेत्रीय स्तरों से आवश्यक सहायता सामान्यतः मदों जैसे प्रचार के लिए अनुदान, उपकरण, वाहनों, रिक्ति तथा स्थानातंरण के लिए होती है। आवश्यक कार्रवाईयों के लिए आदेश उसी दिन जारी कर दिए जाते हैं। मुबंई में उप-निदेशक की एक बैठक में प्रत्येक माह की 17 तथा 18 तारीख को स्वास्थ्य सचिव कार्य की समीक्षा करते हैं। 18 तरीख को सरकारी आदेश तैयार कर जारी किए जाते हैं। उप-निदेशक राज्य स्तर की बैठक से वापस आते हैं तथा राज्य स्तर पर विचार विमर्श किए गए जिन कार्यक्रमों को सुधारने के लिए कार्रवाई करने की आवश्यकता है, उन पर विचार करते हैं। अगले माह की पहली तारीख को, जिला स्वास्थ्य अधिकारी तथा सिविल सर्जन जिन कार्रवाइयों को किए जाने की आवश्यकता है, उनके बारे में बताने के लिए चिकित्सा अधिकारियों की बैठक बुलाते हैं। प्रत्येक माह की 3 तारीख को, इन कार्रवाइयों पर पुनः विचार-विमर्श करने के लिए प्रा.स्वा.के. पर प्रा.स्वा.के. के कर्मचारियों की बैठक होती है। प्रत्येक माह की 8 और 9 तारीख को प्रा. स्वा. के. के चिकित्सा अधिकारियों के साथ डीएचओ कार्य की समीक्षा करते हैं।

एक व्यक्ति को जिला तथा राज्य स्तर पर प्रबोधन प्रणाली संबंधी कार्यों के लिए उत्तरदायी बनाया गया था। डीएचओ ने भी अपने कार्यालयों में विभिन्न पर्यवेक्षकों को नियुक्त किया था, जो ि वशिष्ट प्रा.स्वा.के. का दौरा करते थे तथा उनकी समस्याओं तथा कमियों के विवरण प्राप्त करते थे। इस प्रकार कार्रवाई किए जाने, तथा कार्य में सुधार लाने के लिए लोगों के दिमाग में जो बातें थी, उन के बारे में विभिन्न स्तरों पर सूचनाओं का निरंतर आदान-प्रदान किया जाता। सूचनाओं का ऐसा निरंतर आदान-प्रदान कार्य में सुधार लाने में सहायता करता है।

आशा की जाती है कि यह प्रबोधन प्रणाली के उद्देश्यों, प्राथमिकताएं निर्धारित करने की प्र ाक्रियाओं, संसाधनों की योजना में सहायता करने, सूचनाओं को ऊपर तथा नीचे की ओर प्रवाहित करने तथा प्रतियोगिता की प्रेरणा देने को दर्शाती तथा स्पष्ट करती हैं।

जांच बिंदु

1. उपयुक्त मामले की समीक्षा करें तथा ऊपर वर्णित प्रबोधन प्रणाली के मजबूत और कमजोर बिंदुओं पर प्रकाश डालें।
2. संकेतकों की सूची की समीक्षा करें। क्या उनमें दक्षतापूर्ण और प्रभावशाली संकेतक सम्मिलित हैं? इस सूची को परिष्कृत करने के लिए सुझाव दें।
3. क्या प्रणाली का केन्द्र बिंदु कमजोरियों को हटाना-पर्याप्त है? प्रबोधन प्रणाली के अन्य प्रमुख उद्देश्य क्या हो सकते हैं? अपने तर्कसंगत विचार प्रकट करें।

8.3.6 परियोजना का प्रबोधन

अभी तक हमने कार्यक्रम गतिविधियों की निगरानी की चर्चा की है, जो एक नित्यक्रम का अनुसरण करती हैं। जिला जैसे कर्मचारियों का प्रशिक्षण, निर्माण गतिविधियां तथा महामारी नियंत्रण एक कालिक परियोजनाओं का भी संचालन करता है। संचालित की जाने वाली गतिविधियां कब की जाएंगी और किसके द्वारा की जाएंगी- को बताने वाली एक योजना ऐसी परियोजनाओं के लिए बनाई जानी अपेक्षित है। इन योजनाओं के क्रियान्वयन की निगरानी उनके समय पर पूर्ण होने के लिए महत वपूर्ण है।

प्रमुख बात समय पर क्रियान्वयन है। इसलिए, आवधिक रुप से वास्तविक प्रगति की नियोजित प्रगति से तुलना की जाती है तथा शीघ्र क्रियान्वयन तथा कमजोरियों, को दूर करने के लिए कार्रवाई की जाती है। जिन गतिविधियों में देरी हो रही है, यदि वे महत्वपूर्ण, गतिविधियां हैं (यानी उनके क्रियान्वयन में देरी होने से सारी परियोजना में देरी हो सकती है) तब शेष 'महत्वपूर्ण' गतिविधियों को तेज करने के प्रयासों की आवश्यकता होगी अथवा सारी परियोजना के पूर्ण होने में देरी हो जाएगी।

उदाहरण

एक प्रशिक्षण कार्यक्रम के लिए योजनाएं निम्न अनुसार तैयार की गई थीः

गतिविधि
स्वीकृति प्राप्त करना
नामांकन प्राप्त करना
नामांकनों का अनुसरण
सामग्री भेजना

सामग्री रखना
प्रशिक्षण देना
फीडबैक प्राप्त करना
रिपोर्ट लिखना

1 मई, 1 जून, 1 जुलाई, 1 अगस्त, 1 सितंबर, 1 अक्टूबर, 1 नवम्बर 15 नवम्बर।

20 अगस्त को, यह पाया कि केवल 6 नामांकन प्राप्त हुए थे, जबकि पाठ्यक्रम 25 प्रतिभागियों के लिये था। नामांकन प्राप्त करने के लिए टेलीग्राम तथा टेलीफोन किए गए। सामग्री नहीं भेजी जा सकी तथा अन्त में 18 प्रतिभागियों के लिए पाठ्यक्रम आयोजित किया गया। प्रबोधन न होने से पाठ्यक्रम में तो देरी नहीं हुई परंतु इसकी गुणवत्ता प्रभावित हुई। जहां कहीं भी समय पर क्रियान्वयन महत्वपूर्ण है, परियोजना प्रबोधन आवश्यक है। हमने परियोजना प्रबोधन पर बहुत संक्षेप में चर्चा की है। परंतु जिनकी इस क्षेत्र में रुचि है, वे इस विषय पर उपलब्ध उत्तम पुस्तकों का अध्ययन कर सकते हैं।

8.3.7 यूनिट की समीक्षा तथा प्रश्न

1. 'प्रबोधन के विभिन्न दृष्टिकोण अपनी प्रकृति में एक-दूसरे के पूरक हैं' इस कथन की समीक्षा कीजिए।
2. बृहत प्रबोधन प्रणली की प्रमुख विशेषताओं पर प्रकाश डालिए।
3. अपने जिला स्वास्थ्य संगठन की प्रबोधन प्रणाली की समीक्षा कीजिए तथा उन विभिन्न दृष्टिकोणों का निर्धारण कीजिए, जिनका अनुसरण किया जा रहा है।

8.3.8 परीक्षण मदें

निम्नलिख्त में से सर्वाधिक उपयुक्त और सही उत्तर का चयन कीजिए और उनके सामने सही का निशान लगाइएः

1. जिला स्वास्थ्य संगठन द्वारा प्रबोधन का सर्वाधिक प्रयोग किया जाने वाला साधन है :

क- डी एच ओ द्वारा सामुदायिक साक्षात्कार
ख- जिला स्वास्थ्य अधिकारी (डीएचओ) द्वारा पर्यवेक्षी दौरे

ग- जिले को प्रा.स्वा.के. की मासिक रिपोर्टे तथा अनौपचारिक फीडबैक
घ- जिले की मासिक बैठक

2. जिला कार्य सुधार के लिए डीएचओ को ध्यान केन्द्रित करना चाहिए :

क- संरचना के प्रमुख क्षेत्रों पर
ख-संसाधनों की आवश्यकता पर
ग- कार्यक्रम समाविष्टि तथा उसकी गुणवत्ता पर
घ- उपरोक्त सभी पहलुओं पर

3. परियोजना प्रबोधन उपयोगी है :

क- प्रभाव निर्धारण के लिए
ख- समय पर क्रियान्वयन के लिए
ग- क्रियान्वयन की गति तेज करने के लिए
घ- उपर्युक्त में से कोई भी नहीं।

4. प्रभावकारी प्रबोधन प्रणाली निर्भर करती है :

क- कार्यक्रम के लिए आवश्यक कर्मचारियों की उपलब्धता पर
ख- संयुक्त गतिविधियों के नियोजन पर
ग- कार्यक्रम रणनीति के बारे में जानकारी पर
घ- प्रभावी प्रबंधन की सूचना प्रणाली पर

5. प्रबोधन के एक साधन के रुप में पर्यवेक्षी दौरे प्रभावकारी हो सकते है, यदि :

क- वह कार्य निष्पादन कमियों की पहचान करने का अवसर प्रदान करें
ख- वह एक औचक दौरा हो

ग- वह नियोजित हो और सुधारात्मक कार्यवाही करने में पर्यवेक्षण में सहायक हो।

घ- वह कमियों और समस्याओं की विस्तृत सूची एकत्र करे और उसे उच्च अधिकारियों को भेजे।

8.3.9 अन्य अध्ययन सामग्री

1. एबलिन एट अल, मेजरमेंट इन हेल्थ प्रमोशन एण्ड प्रोटेक्शन (एप्रोचेज एंड क्वांटिटेटिव मेथड्स टु एसेस प्रोग्रेस) डब्ल्यू.एच.ओ., यूरो न. 22, जिनेवा 1987
2. किर्स डी थॉमस, लोकल एरिया मॉनीटरिंग, इनफार्मेशन सपोर्ट टु हेल्थ सिस्टम डेवलपमेंट एंड मैनेजमेंट, डब्ल्यू, एच एस क्यू वॉल्यूम 4 (1), जनेवा, 1988
3. जे. बेनबिज एंड सेवायर, हेल्थ प्रोजेक्ट मैनेजमेंट, डब्ल्यू.एच.ओ., जिनेवा, 1974
4. स्कॉट वोल्फ, कम्युनिटी बेस्ड हेल्थ रपोर्टिंग, इंफोर्मेशन सपोर्ट टु हेल्प सिस्टम डेवलपमेंट एंड मैनेजमैंट डब्ल्यू एच एस वॉल्यूम 4 (1) जिनेवा, 1988
5. रोसी पी.एच. एंड एच.ई. फ्रीमेन (1993) इवेल्यूएशनः ए सिस्टेमेटिक एप्रोच. सेज पब्लिकेशंस।
6. फ्रीमेन एच.ई. एट अल (1993) वर्कबुक फॉर इवेल्यूएशन ए सिस्टेमेटिक एप्रोच, सेज पब्लिकेशंस।
7. पी. एच एंड एच.ई. फ्रीमेन (1993) इवेल्यूएशनः ए सिस्टेमेटिक एप्रोचः सेज पब्लिकेशंस।
8. फट्ज गिब्बन, सी.टी. एंड एल.आई मॉरिश (1987) हाऊ टु डिजाइन ए प्रोग्राम इवेल्यूएशनः सेज पब्लिकेशंस।
9. किंग जे.ए. एट अल (1987) हाऊ टू एसेस प्रोग्राम इंप्लीमेंटेंशनः सेज पब्लिकेशंस।

यूनिट 8.4 मूल्यांकन की पद्धतियां और तकनीक

8.4.1 उद्देश्य

इस यूनिट के अंत में विद्यार्थी निम्न बातें जान सकेंगेः

i. मूल्यांकन की प्रक्रिया को परिभाषित करना
ii. मूल्यांकन की विभिन्न पद्धतियों की पहचान करना; तथा
iii. विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों तथा गतिविधियों में मूल्यांकन तकनीकों का प्रयोग करना

8.4.2 मूल शब्द और संकल्पनाएं

मूल्यांकन, मूल्यांकन के दबाव, मूल्यांकन की प्रक्रिया, तीव्र मूल्यांकन।

8.4.3 प्रस्तावना

प्रयोजन

मूल्यांकन के दो प्रमुख प्रयोजन हैं - (1) कार्यक्रम के प्रभाव का निर्धारण करना, तथा (2) विशेष स्तर के प्रभाव के लिए उत्तरदायी घटकों की पहचान करना। निर्धारित लक्ष्यों, प्रभाव संकेतकों के आधार स्तरों की परिणामों के साथ तुलना करके अथवा ऐसे अन्य कार्यक्रमों के निर्धारित मानदंडों के साथ उपलब्धियों की तुलना करके प्रभाव का मापन किया जा सकता है। प्रभाव उपलब्धियों के संदर्भ में, यह कहा जा सकता है कि स्वास्थ्य संकेतक जैसे शिशु रुग्णता तथा मृत्यु अथवा अन्य ऐसे संकेतक समय की लंबी अवधि में परिवर्तन दर्शाते हैं तथा इस प्रकार एक लघु समयावधि में ऐसे संकेतकों में परिवर्तनों का मापन सही नहीं हो सकता। ऐसी स्थिति में, स्वास्थ्य कार्यक्रम का प्रभाव सामान्यतः माध्यमिक परिवर्तनांकों, जैसे स्वास्थ्य सेवाओं की स्वीकार्यता तथा स्वास्थ्य से संबंधित व्यावहारिक क्रियाकलापों में परिवर्तन, जो तीन से पांच वर्ष की एक छोटी अवधि में प्रभावित हो सकते हैं, द्वारा मापा जा सकता है। अनुमान है कि यदि माध्यमिक परिवर्तनांक एक लघु अवधि में प्रभाव दर्शाते हैं, तो स्वास्थ्य संकेतक एक दीर्घाविधि में परिवर्तन दर्शाएंगे।

मूल्यांकन अध्ययन का एक महत्वपूर्ण घटक उन तथ्यों की पहचान करना है, जिन्होंने या तो उपलब्धियों में योगदान दिया है अथवा उपलब्धियों में बाधक सिद्ध हुए हैं। एक मूल्यांकन अध्ययन का यह भाग कार्यक्रम से सबक सीखने की भावना के लिए अनिवार्य है ताकि आगे चलने वाले कार्यक्रम के लिए उपयुक्त कार्यवाही की जा सके अथवा इन अनुभवों/पाठों से भविष्य के ऐसे कार्यक्रमों का निर्माण किया जा सके।

यहां यह जोर देकर कहा जा सकता है कि कई बार प्रबोधन तथा मूल्यांकन शब्दों का प्रयोग एक ही अर्थ में किया जाता है, संभवतः यह बताने के लिए कि दोनों समान हैं तथा दोनों का एक ही लक्ष्य है। यह अनुमान सही हो सकता है, यदि दीर्घाविधि लाभ देखें जाएं, परंतु लघुअवधि परिप्रेक्ष्य में यह सही नहीं है। उनके लक्ष्य एक हो सकते हैं, परंतु वे समान नहीं हैं। प्रबोधन कार्यक्रम को अच्छा और सरल बनाने के लिए निर्धारण की एक अनवरत प्रक्रिया है ताकि यह अपना लक्ष्य प्राप्त कर सके, जबकि मूल्यांकन वस्तुतः यह निर्धारित करने की प्रक्रिया है कि लक्ष्य की प्राप्ति कहां तक हुई है। मूल्यांकन समय की एक पर्याप्त अवधि के समाप्त होने पर तब आरंभ किया जाता है जब कार्यक्रम कुछ परिणाम दर्शा सके। इसके विपरीत, प्रबोधन एक अनवरत प्रक्रिया है, कार्यक्रमों का प्रबोधन अधिकतर हर माह के आधार पर किया जाता है।

मूल्यांकन के दबाव

निम्न गतिविधियों की प्रकृति के कारण मूल्यांकन स्वास्थ्य कार्य में विशेष समस्याएं प्रस्तुत करता हैः

1. परिमाणात्मक उद्देश्य

पूर्व-निर्धारित, परिमाणयोग्य उद्देश्यों की तुलना में जो उद्देश्य प्राप्त किए जाते हैं, उनके मापन तक ही स्वास्थ्य स्थिति को सीमित नहीं रखा जा सकता। इसीलिए, अक्सर यह अनिवार्य ही होता है कि जहां कहीं संभव हो, माध्यमिक मूल्यांकन संकेतकों पर विश्वसनीय परिमाणयोग्य सूचना से समर्थित गुणात्मक निर्णय लागू किए जाएं।

2. जटिल अन्तः संबंध

स्वास्थ्य तथा अन्य सामाजिक-आर्थिक क्षेत्रों के बीच जटिल संबंधों पर विचार किया जाना है। स्वास्थ्य स्थिति में परिवर्तन अक्सर स्वास्थ्य क्षेत्र से बाहर के तत्वों द्वारा लाए जाते हैं, जो विशेषकर प्रभावशालिता तथा प्रभाव के मूल्यांकन को और कठिन बना देते हैं। इसलिए हमें, स्वास्थ्य स्थिति अथवा स्वास्थ्य सुरक्षा प्रदान करने में सुधार में परिवर्तनों की पहचान के लिए विश्वसनीय तथा संवेदनशील संकेतकों की परिभाषा करने की आवश्यकता है। इन संकेतकों के लिए सूचनाएं एकत्रित करने से संबंधित समस्याएं उनके प्रयोग की संभावना को प्रभावित करती हैं।

3. आत्म रक्षा

मूल्यांकन परिणामों को स्वीकार करने के लिए अक्सर एक स्वाभाविक प्रतिरोध होता है, क्योंकि वे कार्य को प्रतिबिंबित करते हैं। आत्म-रक्षा के कारण अक्सर मूल्यांकन के निष्कर्षों को नामंजूर कर दिया जाता है, कार्यक्रम निर्णय करने के लिए सुदृढ़ आधार प्रदान करने के लिए मूल्यांकन प्रक्रिया बहुत अधिक वैज्ञानिक नहीं है ऐसा साबित करना अथवा प्रयुक्त निश्चित मानदंड की वैधता को चुनौती देकर मूल्यांकन परिणामों को नकार देना कोई कठिन कार्य नहीं है। इसलिए, मूल्यांकन के लिए सृजनात्मक आलोचना के योग्य खुले मस्तिस्क की आवश्यकता होती है। इसके लिए पालिसी से संबंधित विभिन्न समूहों तथा स्वास्थ्य प्रणाली अन्य संबंधित सामाजिक- आर्थिक प्रणालियों के साथ उपयुक्त रुप से सूचना के आदान-प्रदान की आवश्यकता होती है।

4. आधार

मूल्यांकन का अभिप्राय है – सावधानीपूर्व मूल्यांकन आधारित निर्णय तथा किसी स्थिति विशेष का आलोचनात्मक मूल्यांकन, जिसके फलस्वरुप उचित निर्णय लिए जाएं तथा भविष्य की कार्यवाई के लिए उपयोगी प्रस्ताव रखे जाएं। एक न्यायिक अर्थ में इसे 'दंड की घोषणा' के रुप में नहीं देखा जाना चाहिए। निर्णय वैध, प्रासंगिक, उद्देश्यपूर्ण तथा संवेदनशील सूचना, उपलब्ध है और जो उनको उपलब्ध कराई जाती है, जिनको उसकी आवश्यकता है, के आधार पर लिया जाना चाहिए।

मूल्यांकन की बारंबारता

प्रायः स्वास्थ्य कार्यक्रम का प्रभाव जानने के लिए 3 से 5 वर्ष तक की आवश्यकता होती है। इसलिए प्रगति और दक्षता का मूल्यांकन निरंतर किया जा सकता है, वहीं प्रभाव के मूल्यांकन में लम्बे समय की आवश्यकता होगी।

जांच बिन्दु

1. प्रबोधन और मूल्यांकन में क्या-क्या समानताएं और असमानताएं हैं?
2. मूल्यांकन के प्रमुख दबाव क्या हैं?
3. क्रियान्वयनकर्ताओं और मूल्यांकनकर्ताओं के बीच के संभावित संघर्ष को कैसे कम किया जा सकता है?

8.4.4 मूल्यांकन की प्रक्रिया

प्रभाव का निर्धारण

मूल्यांकन प्रक्रिया में प्रभाव का निर्धारण सबसे कठिन कार्य है। एक बात तो यह है कि स्वास्थ्य कार्यक्रम के उद्देश्य प्राप्त किए जाने के बावजूद, समग्र स्वास्थ्य स्थिति में सुधार नहीं लाया जा सकता। वैकल्पिक रुप से, स्वास्थ्य स्थिति में सुधार को जिले की सामाजिक-आर्थिक स्थिति के परिवर्तनों का परिणाम माना जा सकता है। इसलिए, किसी प्रभाव का मूल्यांकन प्रायः नियंत्रण और कार्यक्रम क्षेत्रों का चयन करके किया जाता है। संबंधित सामाजिक-आर्थिक स्थितियों में नियंत्रण तथा कार्यक्रम क्षेत्र लगभग समान होंगे तथापि, नियंत्रण क्षेत्र में मूल्यांकनाधीन स्वास्थ्य कार्यक्रम को क्रियान्वित नहीं किया गया होगा।

उदाहरणार्थ, दो प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सामाजिक- आर्थिक स्थिति एवं स्वास्थ्य स्थिति की दृष्टि से लगभग समान थे। एक प्रा.स्वा.के. में, 6 माह से 36 माह तक के बच्चों के लिए एक विशेष पोषण कार्यक्रम आरंभ किया गया। एक वर्ष की समाप्ति पर, दोनों प्रा.स्वास्थ्य केन्द्रों में बच्चों की पोषण स्थिति में सुधार आ गया, परंतु प्रयोगात्मक प्रा.स्वा.के. में अन्य प्रा.स्वा.के. की तुलना में सुधार काफी अधिक था, जिससे यह संकेत मिलता था कि कार्यक्रम का उक्त निश्चित प्रभाव था। तथापि, इसके विपरीत, ऐसे कार्यक्रम हैं जो राष्ट्रीय रुप से लागू किये जाते हैं, उनके मूल्यांकन के लिए कार्यक्रम के बिना कोई भी नियंत्रण क्षेत्रों का आसानी से पता नहीं लगा सकता। ऐसी स्थितियों में, जैसा कि पहले उल्लेख किया गया है संकेतक तुलनाएं उपलब्ध आधार आंकड़ों के साथ, अथवा परिमाणात्मक कार्यक्रम उद्देश्य जैसे प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम में जन्म-पूर्व समाविष्ट के लिए निर्धारित लक्ष्य के साथ की जा सकती हैं।

मूल्यांकन परिणामों की रिपोर्टिंग

निष्कर्ष निकालने के उद्देश्य से कार्यक्रम के लक्ष्यों, तरीकों पद्धतियों तथा परिणामों की समीक्षा किए जाने की आवश्यकता है। वास्तविक निर्णय लेने में मूल्यांकन कार्यक्रम के परिणामों के प्रयोग की प्रमुख बाधा वह प्रारुप हैं, जिसमें वे प्रस्तुत किए जाते हैं। प्रायः मूल्यांकन रिपोर्ट बहुत लम्बी होते हैं तथा उन्हें पढ़ना मुश्किल होता है। एक सामान्य नियम के रुप में 'सबसे संक्षिप्त सबसे बेहतर' मूल्यांकन रिपोर्ट तैयार करने का दिशानिर्देश होना चाहिए। प्रत्येक मूल्यांकन रिपोर्ट के साथ मूल्यांकन के प्रयोजन, महत्वपूर्ण निष्कर्ष, संवेदनशील निष्कर्ष और भावी कार्रवाई के सुझावों सहित एक समीक्षा प्रस्तुत की जानी चाहिए। भावी कार्यवाइयों की संस्तुतियों में समस्याओं के पुनर्निर्धारण, कार्यक्रमों की पुनर्संरचना, संस्थाओं अथवा सेवाओं के कार्य तथा ढांचे को पुनः परिभाषित करना, उद्देश्यों, पद्धतियों, तकनीकों तथा साधनों के संशोधन तथा कार्यक्रम को समाप्त करना शामिल होना चाहिए।

जांच बिन्दु

1. मूल्यांकन प्रक्रिया के घटकों की सूची तैयार करें।
2. प्रासंगिकता, प्रगति, दक्षता, प्रभावशालिता तथा प्रभाव के बीच प्रमुख अंतर क्या हैं? स्वास्थ्य कार्यक्रम का एक उदाहरण देते हुए वर्णन करें।

8.4.5 मूल्यांकन की कार्य प्रणालियां

मूल्यांकन की कार्य प्रणालियां मूल्यांकन तथा विचाराधीन नीति/कार्यक्रम/सेवाओं/संस्थाओं के प्रयोजन पर निर्भर करेगी। आंकड़े एकत्र करने के लिए निम्न कार्यनीतियों का अक्सर प्रयोग किया जाता हैः

1. राष्ट्रीय स्वास्थ्य सूचना प्रणाली से रिकॉर्डों की समीक्षा

महत्वपूर्ण घटनाओं, रजिस्टरों, स्वास्थ्य सेवा रिपोर्टों, महामारी विज्ञान संबंधी सतर्कता, रोग रजिस्टरों, तथा स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा नियमित रुप से एकत्रित और अनुरक्षित आंकड़ों और रिपोर्टों की समीक्षा का प्रयोग स्वास्थ्य की देख-भाल से संबंधित मूल्यांकन में किया जा सकता है। ये मूल्यांकन

माध्यमिक आंकड़ों पर आधारित होते हैं। आवधिक रिपोर्टे भी उपयोगी सूचना प्रदान करती हैं। तथापि, नियमित प्रणालियां सामान्यतः समस्याओं की पहचान समग्र रुप में कर पाती हैं।

2. रोग अध्ययन

चयनित समुदायों अथवा सीमित वातावरण के अंदर स्वास्थ्य रक्षा की गहन तस्वीर प्राप्त करने के लिए रोग अध्ययन एक सर्वोत्तम साधन है। संतुष्टि के उपाय तथा जिन सेवाओं को नियमित प्रबोधन से हटाए जाने की संभावना है, उनका प्रयोग न करने के कारणों जैसी सूचनाओं को एकत्र करने में इसका प्रयोग किया जा सकता हैं। तथापि, रोग अध्ययनों को कभी-कभार बड़े प्रशासकीय समूहों के लिये वर्गीकृत किया जा सकता है।

3. नियंत्रित प्रयोग

किसी कार्यक्रम में किए गए स्वास्थ्य संबंधी निवेश के प्रभाव से तथा प्रभाव के बिना मूल्यांकन के नियंत्रित प्रयोग किए जा सकते हैं। परंतु नियंत्रित प्रयोग समय और धन की दृष्टि से प्रायः मंहगे होते हैं, इसलिए उनका प्रयोग प्रायः कम ही किया जाता है। इस पद्धति में, दो समान क्षेत्रों का चयन किया जाता है तथा संबद्ध स्वास्थ्य संकेतकों पर आधारभूत आकड़े एकत्र किए जाते हैं। एक क्षेत्र में, जिसे प्रयोगिक क्षेत्र कहा जाता है, हस्तक्षेप किया जाता है। दूसरे क्षेत्र में, जिसे नियंत्रित क्षेत्र कहा जाता है, इस बात का ध्यान रखा जाता है कि स्थिति में कोई व्यवधान न हो। उपयुक्त समय अंतराल की समाप्ति पर, दोनों क्षेत्रों में संबद्ध स्वास्थ्य संकेतकों पर आंकड़े पुनः एकत्र किए जाते हैं। स्वास्थ्य संकेतकों के मूल्यों में अंतर का प्रयोग हस्तक्षेप के प्रभाव का निर्धारण करने में किया जाता है।

4. नमूना सर्वेक्षण

घरेलू और स्वास्थ्य की देखभाल से संबंधित स्तरों पर किए जाने वाले विशेष रुप से तैयार किए गए नमूना सर्वेक्षण मूल्यांकन के लिए सर्वाधिक प्रयोग की जाने वाली कार्य प्रणाली हैं। यह प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति की उद्देश्यपूर्ण तस्वीर के साथ स्वास्थ्य सुरक्षा के चुनिंदा पहलुओं पर विशिष्ट सूचना, प्रक्रिया संकेतकों तथा एक सीमा तक प्रभाव अथवा परिणामी संकेतकों के आकलन भी प्रस्तुत कर सकते हैं। यदि नमूना सर्वेक्षण वैज्ञानिक ढंग से संचालित किए जाएं तो मात्रात्मक अर्थो में सभी संकेतकों का आंकलन प्राप्त किया जा सकता है। विचाराधीन जनसंख्या का एक प्रतिनिधि नमूना लेकर विश्वास के पूर्वानुमेय स्तरों की सहायता से उन्हें अधिक

जनसंख्याओं के लिए भी सामान्यीकृत किया जा सकता है। इस प्रकार सर्वेक्षण अक्सर कम खर्च पर तीव्र परिणाम तथा त्वरित पुनर्निवेशन प्रदान करते हैं। तथापि उन्हें सावधानी पूर्वक किया जाना चाहिए तथा संकेतकों की अपेक्षाकृत छोटी संख्या के सावधानीपूर्वक चुनाव पर केन्द्रित करना चाहिए।

1) सर्वेक्षण डिजाइन

सर्वेक्षण डिजाइन को घरेलू स्तर, सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मचारी तथा सामुदायिक नेता स्तर तथा स्वास्थ्य सुविधा स्तर, प्रशासकीय स्तर जिस पर स्वास्थ्य सुरक्षा वितरण के अनुमानों का प्रयास किया जाना चाहिए, स्वास्थ्य सुरक्षा का तत्व जिसे सर्वेक्षण में शामिल किया जाए पर सूचना के चयन पर सापेक्षिक महत्व देने पर विचार करना चाहिए। सामान्यतः घरेलू सर्वेक्षणों को जनसंख्या की इकाइयों के लिए आयोजित किया जाना चाहिए, जो प्रचालन अथवा प्रशासकीय स्तरों, जिन पर कार्यक्रम प्रबंधकों को निर्णय करने के लिए सूचना की आवश्यकता है, के समरुप हो।

2) नमूना डिजाइन

घरेलू स्तर पर सेवाओं के लिए, दो अवस्थाओं वाली नमूना प्रकियाओं का प्रयोग किया जाता है। प्रथम अवस्था के रुप में गावों अथवा अन्य स्वाभाविक रुप से आने वाले घरों का और दूसरी अवस्था की इकाई के रुप में घरेलू नमूना इकाईयों का प्रयोग किया जाता है। किसी घर में बहुधा प्रयोग की जाने वाली परिभाषा है - साथ रहने वाले लोगों का वह समूह, जो एक ही रसोई का खाना खाता है। आकार की आनुपातिक संभाव्यता के अनुरुप गांवों का चयन किया जाना चाहिये। दूसरे स्तर पर, यदि घरों की अपेक्षित पूर्ण सूची उपलब्ध है तो घरों का चयन बेतरतीब नूमने अथवा प्रणालीबद्ध तरीके से किया जाना चाहिये। इससे एक ऐसा महत्वपूर्ण डिज़ाइन प्राप्त होता है, जिसे हमेशा वरीयता दी जाती है। नमूने का आकार सांख्यिकी विशेषज्ञों की सहायता से निर्धारित किया जा सकता है। यदि गांव स्तर पर घरों की पूर्ण सूची प्राप्त करना या बनाना संभव नहीं है, तो टीकाकरण सर्वेक्षणों में बहुधा प्रयोग की जाने वाली समूह नमूना पद्धति सर्वोत्तम विकल्प है। अवश्य ही, निष्कर्ष निकालते समय व्यक्ति को इसकी सीमाओं को ध्यान में रखना चाहिए। इस पद्धति में, जनसंख्या को 30 नमूना क्षेत्रों में विभाजित किया जाता है तथा प्रत्येक नमूना क्षेत्रों में एक समूह स्थान प्रणालीबद्ध तरीके से चयन किया जाता है। प्रत्येक समूह स्थान पर, सामुदायिक स्थिति के साथ अनुकूल विकल्पों के एक समूह का प्रयोग करके, किसी घर का चयन किया जाता है, जिसके माध्यम से सूचना एकत्र करना प्रारंभ किया जाता है। जब तक लक्ष्य समूह में प्रत्यर्थियों की एक निर्धारित संख्या का साक्षात्कार नहीं कर लिया जाता, पड़ोसी घरों का दौरा जारी रहता है। प्रत्यर्थियों की कुल संख्या से विभाजित करके नमूने में सेवा प्राप्त करने वालों की संख्या लेकर विभिन्न सेवाओं के कवरेज की

गणना की जाती है। समूह नमूने को प्रयोग करने में यह कठिनाई है कि परिणाम कुछ एकतरफा हो सकते हैं। एक समूह के सभी सदस्यों से सर्वेक्षण प्रश्नों के समान उत्तर मिलते हैं जैसे कि सेवाओं की दूरी। जब इस प्रकार का समूह आता है, नमूना आकार प्रभावकारी ढंग से छोटा होता है तथा इन ऑकलनों की परिशुद्धता प्रायः अनुमानित से ज्यादा खराब होती है। ऐसे अनुमानों के लिए भविष्य वाणी योग्य विश्वास स्तर, प्रदान करना भी संभव नहीं है।

यदि लोगों के चुने गए समूहों पर सूचना, जैसे शहरी गंदी बस्ती अथवा भूमिहीन मजदूर अथ वा अन्य सामाजिक-आर्थिक सामुदायिक समूह श्रेणियां जिनकी स्वास्थ्य स्थिति खराब होने का अनुमान है, अपेक्षित हैं, तो समान सेर्वक्षण साधन अथवा भिन्न साधनों का प्रयोग करके इन लोगों के लिए एक अलग अनुपूरक सर्वेक्षण किया जा सकता है।

3) सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और लीडरों से संबंद्ध सर्वेक्षण

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता, सामुदायिक नेता तथा अन्य महत्वपूर्ण व्यक्तियों के गांव स्तर अथवा वार्ड स्तर पर नमूना लिया जाना चाहिए तथा उसे सर्वेक्षण में सम्मिलित किया जाना चाहिए। यह घरेलू सर्वेक्षण के संचालित किए जाने के समय ही किया जाना चाहिए। हो सके तो घरेलू स र्वेक्षण द्वारा मापे गए प्रक्रिया संकेतकों के लिए सामुदायिक नेताओं तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से एकत्र की गई सूचना को शामिल किया जाना चाहिए।

4) स्वास्थ्य सुविधाओं का सर्वेक्षण

समूहों के सामीप्य में स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोजनयुक्त नमूना लेना घरेलू सर्वेक्षण के साथ संयुक्त रुप में व्यवहार योग्य हो सकता है। ऐसा नमूना लेना समुदायों तथा स्वास्थ्य सुविधा के मध्य संबंधों की पहचान करने में उपयोगी होगा। परंतु सुविधाओं के एक ऐसे नमूने से देश में सभी सुि वधाओं का सामान्यीकरण करने, उदाहरणार्थ जनसंख्या में सावधानी बरतनी चाहिए, क्योंकि इस प्र ाकार चुने गए नमूना आकार की प्रायः छोटा होने की संभावना होती है। यह भी ध्यान देने योग्य है कि एक विशेष स्वास्थ्य सुविधा के क्षेत्र में गावों में घरेलू सर्वेक्षण के परिणामों से प्रभाव उत्पन्न करने की अपेक्षा हो तथा समीपस्थ सुविधा से प्रदान की गई सेवाओं के कार्य के मूल्यांकन के लिए गांवों की एक छोटी संख्या से परिणाम प्रयोग करने में हमेशा सावधानी बरतनी चाहिए। यदि स्वास्थ्य से वाओं के बारे में सामान्यकृत परिणाम अनिवार्य समझे जाते हैं, तो सुझाव है कि एक अलग नमूना प्र फेम का प्रयोग करके स्वास्थ्य सुविधाओं के नमूने लिए जाएं। यह भी सुझाव है कि स्वास्थ्य सुविधाओं

के ये नमूने भारत अथवा इंडोनेशिया के आकार के एक देश में अथवा काफी छोटे आकार के देशों के लिये राष्ट्रीय स्तर पर राज्यों के तुलनायोग्य स्तर पर लिए जाएं।

5) सर्वेक्षण सामग्री का डिज़ाइन

यह स्थापित हो चुका है कि मूल्यांकन के लिए घरेलू सर्वेक्षणों में प्रयोग की जाने वाली ि वशेष सामग्रियों (जैसेः साक्षात्कार सूची, प्रत्यक्ष माप आदि) को प्रयोजनों, उद्देश्यों तथा सैद्धांतिक ढांचे के पश्चात बनाया जाना चाहिए। यह ध्यान में रखा जाए कि परिवार कल्याण कार्यक्रम के निर्धारण के लिए भारत में अनेक सर्वेक्षण सामग्री विकसित की गई हैं। वे परिवार कल्याण कार्यक्रम के विभिन्न पहलुओं पर भलीभांति परीक्षित प्रश्न हैं। यह सलाह योग्य है, कि जब भी आवश्यक अधिक विश वसनीय सूचना के लिए उनका प्रयोग किया जाए।

साक्षात्कारकर्ताओं को कैसा प्रशिक्षण मिला है, निर्देशों का पालन करने में उनकी संचेतना, पूछे गये प्रश्नों का प्रकार किस शुद्धता के साथ आकड़ों को कोड किया व लिखा गया है तथा अनुसंधान साधन के सर्वेक्षण की लंबाई सहित अनेक घटक हैं जो सर्वेक्षण आंकड़ों की विश्वसनीयता एवं वैधता को प्रभावित करते हैं। सर्वेक्षण परिणामों की विश्वसनीयता एवं वैधता में सुधार के लिए पर्य वेक्षण कर्मचारियों को सारे नमूनों से कुछ बेतरतीब नमूनों का चयन करना चाहिए तथा इन घरों का पुनः सर्वेक्षण करना चाहिए। स्थानीय पर्यवेक्षक को क्षेत्र गतिविधियों की निरंतर जांच करनी चाहिए। घरेलू साक्षात्कारों को लगभग 30 मिनट तक रखना चाहिए, क्योंकि लम्बे साक्षात्कार गलत रिकार्डिग की संभावना को बढ़ाते हैं।

6) ऑकड़ों का विश्लेषण

ऑकड़ों के विश्लेषण में कम्प्यूटरों में आंकड़ों का संपादन, कोडीकरण, तथा आंकड़ों की प्रि वष्टि, प्रविष्टि किए गए आंकड़ों की वैधता जांच, तालिका बनाना, सांख्यिकीय विश्लेषण तथा आंकड़ों की व्याख्या सम्मिलित है। आंकड़ा विश्लेषण का प्रयोजन पूर्ण पर्यवेक्षण की इस तरह से समीक्षा करना है कि उनसे अनुसंधान प्रश्नों के उत्तर प्राप्त हों। विश्लेष्ण की अनेक प्रक्रियाएं हैं। तथापि, उपयुक्त प्रक्रिया का चयन, अनुसंधान प्रश्न, प्रारुप व ऑकड़े एकत्र करने की पद्धतियों के लिये आनुषंगिक हैं।

एक विश्लेषण का सरलतम रुप एक परिवर्तनांक के एक नमूने को तालिकाबद्ध करना है, जैसा कि नीचे दिखाया गया है :

उदाहरण 1 - आंकड़ों का निर्वचन

किसी तीन माह की अवधि के दौरान भारत में एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का प्रयोग करने वाले रोगियों के अध्ययन के एक पहलू से निम्न आंकड़े प्राप्त हुए :

केन्द्र से गांव की दूरी (कि.मी.)	रोगियों का प्रतिशत	जनसंख्या का प्रतिशत
1 से कम	61.8	50
1-2	18.4	15
2-3	3.4	5
3-4	9.5	20
4-5	1.5	10
5 से अधिक	5.0	-

आंकड़ों का सावधानीपूर्वक अध्ययन करें और निम्न प्रश्नों का उत्तर दें :-

1. आंकड़े कौन से प्रश्नों का उत्तर देने का प्रयास करते हैं?
2. इन आंकड़ों से आप क्या निष्कर्ष निकालते हैं?
3. क्या रोगियों का संकेन्द्रण स्वास्थ्य केन्द्र से अधिक दूरी पर लोगों के लिए सेवाओं की पहुंच न होने का द्योतक है?
4. आप अब जानते हैं कि स्वास्थ्य केन्द्र प्रमुखतया किसी पांच कि.मी. की परिधि के अंदर रहने वाले लोगों के लिये अभिप्रेत है। क्या दूरी स्वास्थ्य केन्द्र सेवाओं के उपयोग के लिए एक महत्वपूर्ण बाधा है?

उदाहरण-2

नीचे किसी स्कूल के भोजन कार्यक्रम के मूल्यांकन से संबंधित ब्योरे दिए गए है :

1. कार्यक्रम का उद्देश्य बाल पोषण में सुधार करना था।
2. प्रोफेसर यह देखने के उत्सुक थे कि कार्यक्रम में किसी भी बच्चे का हिमोग्लोबिन काउंट 10 से कम न हो।
3. कार्यक्रम एक वर्ष तक चलाया जाना था।
4. कार्यक्रम आरंभ करने से पहले, मेडिकल कॉलेज के 10 अंतिम वर्ष के विद्यार्थियों के एक समूह द्वारा बच्चों की जांच की गई। उन्होंने पाया कि 65 प्रतिशत बच्चों का हिमोग्लोबिन काउंट 8-9 ग्राम के बीच था, 9:15 प्रतिशत का 10 ग्रा. तथा उससे ऊपर था, तथा 20 प्रतिशत का 8 ग्रा. से कम था। 30 प्रतिशत आंशिक रुप से बहरे थे। 40 प्रतिशत की आंखें खराब थी।
5. केन्द्रीय पोषण प्रयोगशाला ने भोजन के लिए सुझाए गए फार्मूला में स्थानीय रुप से उपलब्ध सस्ते पदार्थों पर विचार नहीं किया।
6. प्रधानाचार्यो ने इसे अच्छा समझा था कि उनके विद्यार्थियों को कुछ अतिरिक्त भोजन मिल रहा है, परंतु शिक्षकों के ऊपर यह एक अतिरिक्त भार था जिसके लिए उन्हें अतिरिक्त भत्ता मिलना चाहिए था।
7. कुल मिलाकर, शिक्षकों का यह विचार था कि ये विद्यार्थी सांध्य कक्षाओं में बेहतर ध्यान केन्द्रित कर सकेंगे तथा उनकी भागीदारी अधिक थी।
   परंतु वे कोई सांख्यिकीय आंकड़े प्रदान नहीं कर सके।
8. गांव के बेरोजगार युवकों ने यह महसूस किया था कि उन्हें भी सम्मिलित किया जा सकता था।
9. मेडिकल कॉलेज के विद्यार्थियों द्वारा लिया गया दूसरा सर्वेक्षण यह दर्शाता है कि विद्यार्थियों के हिमोग्लोबिन स्तर में महत्वपूर्ण वृद्धि हुई है। 8 से कम के समूह के छात्रों में 33 प्रतिशत, 8-9.9 के समूह में 22 प्रतिशत तथा 10 तथा ऊपर के समूह में 15 प्रतिशत की वृद्धि ध्यान देने योग्य थी।
10. संक्रामक रोगों से रुग्णता की दर तथा बाल मृत्यु की दर अपरिवर्तित रही।

विचार-विमर्श के बिन्दु

1. उपर्युक्त तथ्यों से अपने प्रमुख निष्कर्ष निकालें?
2. ऐसी किसी योजना का एक मूल्यांकन अध्ययन तैयार करें

जांच बिन्दु

1. जिला स्तर पर किसी स्वास्थ्य कार्यक्रम के मूल्यांकन के सूचना स्रोत क्या हैं?
2. समूह नमूना पद्धति के क्या लाभ तथा हानियां हैं?

5. मूल्यांकन/ त्वरित आंकलन की गुणात्मक पद्धति

एक दूसरी पद्धति भी है जो मूल्यांकन आंकड़ों को एकत्र करने, विशेषकर कार्यक्रम के कार्य को समझने तथा कार्यक्रम की उपलब्धियों में जो घटक सहायक अथवा बाधक हैं, उनको समझने के लिए अक्सर अपनाई जाती है। कार्यक्रम से सीखे गए पाठों के रुप में यह सूचना उपयोगी है, जारी कार्यक्रम तथा भविष्य में ऐसे कार्यक्रमों के लिए उनका प्रयोग किया जा सकता है। इस पद्धति को सामान्यतः आंकड़ों को एकत्र करने की गुणात्मक पद्धति कहा जाता है। गुणात्मक पद्धति के व्यापक अर्थ में दो महत्वपूर्ण सामूहिक चर्चा प्रणालियां हैः क्रियाकलाप केन्द्र की तथा गहन साक्षात्कार।

मूल्यांकन की मात्रात्मक तथा गुणात्मक पद्धतियों में यह अंतर है कि जब किसी की रुचि संकेतकों के कुछ मूल्यांकन का अनुमान लगाने में होती है, तो मात्रात्मक पद्धति का प्रयोग किया जाता है तथा गुणात्मक पद्धति में, बिना कोई अनुमान लगाए कोई चीज क्यों हुई है, यह समझने में रुचि जब कोई चीज समझी जा रही है, तो गुणात्मक पद्धति प्रकृति में अधिक प्रभावात्मक है। यह दोनों पद्धतियां प्रकृति से एक-दूसरे की पूरक है- एक हमें बताती है कि क्या प्राप्त किया गया है तथा दूसरी हमारी यह समझने में सहायता करती है कि उपलब्धियां कैसे हुई हैं। अधिकतर मूल्यांकन इन दोनों पद्धतियों का प्रयोग करते हैं, यद्यपि यह नियम नहीं है।

8.4.6 मूल्यांकन के एक मामले का अध्ययन

यह मूल्यांकन बहुत पहले किया गया था, परंतु यह आंकड़ों को एकत्र करने में अपनाई गई प्र णालीबद्ध पद्धति के दर्शाने के लिए उपयोगी है। इस प्रकार मामले का यह अध्ययन एक पद्धति के एक उदाहरण के रुप में यहां सूचीबद्ध किया गया है।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने इसके क्रियान्वयन के लगभग दस वर्षों के बाद टीकाकरण कार्यक्रम की एक राष्ट्रीय समीक्षा करने का निर्णय लिया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान की एक केन्द्रीय संस्थान के रुप में पहचान की गई थी और सन् 1989 में उसको यह दायित्व सौंपा गया था।

उद्देश्य

1. स्वास्थ्य प्रशासन के विभिन्न स्तरों अर्थात केन्द्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर ईपीआई/यूआईपी के लिए कार्रवाई नीतियों, रणनीतियों तथा कार्य योजनाओं की समीक्षा करना।
2. कार्यक्रम की गति बढ़ाने, सुगमता लाने, समाविष्टि, मृत्यु तथा रुग्णता दर में कमी लाने के लक्ष्यों के संबंध में ईपीआई/यूआईपी की क्रियान्वयन प्रगति का मापन करना।
3. कार्यक्रम क्रियान्वयन के विभिन्न स्तरों पर टीकाकरण कार्यक्रम की प्रगति के लिए कमियों तथा दबावों की पहचान करना।
4. दबावों तथा समस्याओं को समाप्त करने के लिए संस्तुतियां करना तथा इसके द्वारा इस प्रयोजन के लिए आवश्यक अतिरिक्त संसाधनों के निर्धारण सहित गुणात्मक तथा मात्रात्मक रुप से कार्यक्रम के क्रियान्वयन में सुधार करना।

सभी 18 प्रमुख राज्यों, 7 छोटे उत्तर-पूर्वी राज्यों तथा 4 शहरी महानगरीय क्षेत्रों में एक अध्ययन किया गया।

नीतियों, रणनीतियों तथा संसाधनों, कार्यक्रम, क्रियान्वयन प्रक्रियाओं के ब्योरे विभिन्न संसाधनों के प्रबंधन, लाभ प्राप्त करने वाली जनसंख्या की समाविष्टि सीमा के रुप में कार्यक्रम के निष्पादन तथा पोलियो एवं नवजात शिशुओं को टिट्नस की बीमारी होने के रुप में कार्यक्रम के प्रभाव के जैसे कार्यक्रम निवेशों के रुप में विभिन्न पहलुओं को शामिल करते हुए इस कार्यक्रम पर समग्रतः विचार किया गया।

आंकड़े एकत्र करने की विधियां

आंकड़े एकत्र करने के लिए प्रयोग की गई विभिन्न विधियां निम्न प्रकार थी -

1. केन्द्रीय, राज्य, जिला, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, उप-केन्द्र तथा गांव स्तर पर कार्यक्रम अधिकारियों तथा कर्मचारियों के साथ साक्षात्कार/विचार विमर्श।
2. रिकार्डों, रिपोर्टों, दिशानिर्देशों, तथा अन्य संबद्ध दस्तावेजों का अध्ययन।
3. टीकाकरण गतिविधियों, सेवा परिसरों, शीत श्रृखंला के अनुरक्षण आदि का पर्यवेक्षण।

4. 12-23 माह की आयु के बचों तथा गर्भवती महिलाओं के बीच 30 समूह नमूना पद्धतियों का प्रयोग करके टीकाकरण समाविष्ट का सर्वेक्षण।
5. लंगड़ेपन तथ नवजात शिशुओं को टिट्नस का रोग सर्वेक्षण करना।
6. समुदाय के सदस्यों, नेताओं तथा गैरसरकारी एजेंसियों के प्रतिनिधियों के साथ साक्षात्कार।

नमूना प्रक्रिया

जनसंख्या आकार के नमूना लेने की आनुपातिक संभाव्यता का प्रयोग करके प्रत्येक प्रमुख राज्य में दो जिलों का चयन किया गया। पहला जिला उस समूह से था, जहां 1985-87 के दौरान यूआईपी लागू की गई थी तथा दूसरा 1987-88 के समूह से था। यद्यपि सात छोटे उत्तर-पूर्वी राज्यों के लिए प्रचालन विवरणों का अलग से उल्लेख किया गया था, तथापि टीकाकरण समाविष्टि तथा रोग सर्वेक्षण के लिए सभी सातों राज्यों को एक यूनिट के रुप में एक साथ संयुक्त किया गया था, प्रत्येक महानगरीय क्षेत्र को एक राज्य माना गया था।

प्रयुक्त जनशक्ति

कार्यक्रम के विभिन्न पहलुओं के बारे में सूचना एकत्र करने के उद्देश्य से, 21 विशेषज्ञ दल अभिनिर्धारित किए गए। इनके सदस्यों में मेडिकल कॉलेजों के संकाय सदस्य तथा विभिन्न संगठनों के सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ सम्मिलित थे। सर्वेक्षणों के लिए लगभग 20-30 अर्धचिकित्सा कर्मचारी भी सम्मिलित थे।

प्रमुख अवलोकन

नीतिगत पहलू

राज्यों ने कार्यक्रम के संचालन का कार्य स्वीकार किया है तथा उसके लिए तकनीकी मिशन बनाए हैं, तथापि, शहरी क्षेत्रों में टीकाकरण कार्यक्रम लागू करने की स्पष्ट नीतियां तैयार नहीं की गई है।

लगभग सभी प्रकार की स्वास्थ्य सुविधाओं/संस्थानों को शामिल करके एक समेकित तरीके से कार्यक्रम का क्रियान्वयन किया जा रहा था, तथापि, जिला टीकाकरण अधिकारियों को पर्याप्त प्र

ाशासनिक प्राधिकार की कमी जैसी कुछ समस्याओं तथा अन्य जिला स्वास्थ्य अधिकारियों के साथ संबंधों के संबंध में दोहरेपन का सामना करना पड़ा।

संसाधन उपलब्धता

अपेक्षित मानदंडों की तुलना में तेरह जिलों (31.0 प्रतिशत) में बहुत कम उप-केन्द्र थे। उप-केन्द्रों की संख्या में प्रतिशत की कमी 10-40 प्रतिशत के बीच थी। 75 प्रतिशत उपकेन्द्रों में महिला कर्मचारी या तो क्षेत्र के अंदर रह रही थीं या उप-केन्द्र भवन में रह रही थी। 4 जिलों को छोड़कर सभी जिलों के मुख्यालयों में यूआईपी के लिए कम से कम एक वाहन था। सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर वाहन थे। सामान्यतः प्रत्येक जिले में एक से लेकर चार तक वाहन थे, पर वे मरम्मत की कमी के कारण खराब पड़े थे।

कर्मचारियों की विभिन्न श्रेणियों में निम्न रिक्तियां विद्यमान थीं :

डी आई ओ	9 (21.4%)
रेफ्रीजरेटर मैकेनिक	21(50.0%)
सांख्यिकीय सहायक	14(35.7%)
ड्राइवर	12(28.5%)

अध्ययन जिलों में अन्य कर्मचारियों की स्थिति निम्न प्रकार थीः

तालिकाः विभिन्न कर्मचारी श्रेणियों में रिक्तियों के प्रतिशत के साथ जिलों की संख्या

प्रतिशत रिक्ति	चिकित्सा अधिकारी	कर्मचारियों की श्रेणी	
		स्वास्थ्य सहायक (महिला)	स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)
शून्य	7	12	13
<10	7	7	9
10-20	9	6	8
21-30	5	3	3
31-40	3	1	2
41 +	5	7	1
कोई सूचना नहीं	6	6	6

जिलों की कुल संख्या	42	42	42

टीके तथा शीत श्रृंखला अनुरक्षण प्रणाली

जिला मुख्यालयों तथा प्रा.स्वा.के. पर शीत श्रृंखला अनुरक्षण प्रणालियों के संबंध में किए गए अवलोकन नीचे दिए गए हैं-

		जिला	प्रा.स्वा.के.
1.	चालू हालत में रेफ्रीजरेटर तथा फ्रीजर	97.6	81.5
2.	सभी रेफ्रीजरेटरों में एक थर्मामीटर है	88.0	73.0
3.	सभी रेफ्रीजरेटरों में उचित रुप से रखा जाने वाला दैनिक तापमान रिकॉर्ड	78.57	67.2
4.	दर्ज किया गया अनियमित तापमान	71.0	16.4
5.	आई एल आर में एक थर्मामीटर है	97.6	74.1
6.	समाप्त तिथि के बाद स्टाक में पाए गए टीके	-	3.7
7.	डी पी टी अथवा टीटी टीके जमे पाए गए	2.4	4.8
8.	स्टाक में पाई गई खुली टीका शीशियां (वायल)	-	6.3
9.	चिन्हित वापस की गई अनखुली शीशियां	76.1	49.2
10.	पहले आया पहले प्रयोग किया सिद्धान्त का पालन	86.1	68.8
11.	विद्यमान टीकों की तीन माह से अधिक की आपूर्ति	11.9	15.3
12.	विद्यमान टीकों की एक माह से कम की आपूर्ति	7.2	52.1
13.	रेफ्रीजरेटर में टीकों के साथ पाया गया भोजन व पीने का पानी	2.6	6.9
14.	फ्रीजर में उपलब्ध जमी बर्फ के पैक	96.0	61.9
15.	रखे गए टीका स्टॉक रजिस्टर,	97.6	85.2
16. i.	उचित रुप से की गई स्टॉक बुक प्रविष्टियां	90.0	79.4
ii.	की गई स्टाक की प्रविष्टियां	90.0	80.4
iii.	वास्तविक शेष स्टाक के अनुकूल स्टाक प्रविष्टियां	90.0	77.2

प्रचालनात्मक तथा प्रबंधात्मक प्रक्रियाएं

33 जिलों के पास कार्य योजना उपलब्ध थी तथा आवश्यक टीकों का अनुमान लगाने के लिए सही सूचना प्रयोग की गई थी। विशेष जनसंख्या मानदंड का प्रयोग करके 29 जिलों के पास आबंटित लक्ष्य थे। 20 जिलों में पहुंच योग्य क्षेत्रों में विशेषरणनीतियां अपनाई गई थीं।

उपकेन्द्रों में 383 कार्यकताओं में से, 542 प्रतिशत ने टीकाकरण सूची में व्यवधान अनुभव करने को उल्लेख किया था, व्यवधान के कारण निम्नलिखित थे -

क्र.सं.	व्यवधान के कारण	प्रतिशत प्रत्यर्थी
1.	टीका/तनुकरण की कमी	50.6
2.	अन्य कार्यों के लिए बुलाए गए	37.6
3.	कार्यकर्ताओं की अनुपस्थिति	28.8
4.	ट्रासंपोर्ट की कमी	23.2
5.	सिरिंजों की कमी	7.4
6.	सुइयों की कमी	6.8

पर्यवेक्षण

कुल मिलाकर, कार्यक्रम प्रबंधन में कमजोर क्षेत्रों में से एक क्षेत्र पर्यवेक्षण पाया गया, जिले के पर्यवेक्षण क्रियाकलापों के बारे में विवरण नीचे दिया गया हैः

	जिलों की संख्या
तय तिथियों के अनुसार कर्मचारयों द्वारा पर्यवेक्षी दौरे	17 (40.4%)
दौरे के दौरान, कोल्ड चेन, टीका स्टाक तथा कार्य रिकार्डो की जांच	20(47.6%)
दौरे के दौरान रोग निगरानी की भी जाचं	14 (33.3%)
दर्ज दौरा पर्यवेक्षण	11.(26.19%)
मासिक बैठक का रखा गया रिकार्ड	32(76.19%)
जिले में समस्याओं तथा प्रतिकूल प्रतिक्रियाओं पर रिपोर्ट	38(90.4%)
स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के कार्य से संतुष्ट जिला अधिकारी	24 (57.1%)

टीकाकरण कवरेज

नीचे की तालिका में टीकाकरण कवरेज तथा उसमें कमी की दर दर्शाई गई है :

तालिका 1 : टीकाकरण कवरेज (कुल जिले 43)

कवरेज प्रतिशत	पूर्णतः टीकाकृत खसरा वाले	पूर्णतः टीकाकृत बिना खसरा वाले	डीपीटी	ओ पी यू	बी सी जी	खसरा	गर्भवती महिलाओं को टी टी
<25	16	9	2	2	4	11	1
26-50	25	14	2	2	10	21	7
51-75	2	16	25	24	21	11	17
76-85	-	4	6	6	5	-	7
86+	-	-	5	5	3	-	11

तालिका 2 : डी पी टी तथा ओ पी वी की कमी को दर्शाती है:

प्रतिशत कमी	जिलों की संख्या	
	डी पी टी	ओ पी वी
<10	13	7
11-20	16	10
21-30	8	11
30+	4	6
आंकड़े उपलब्ध नहीं	2	1
कुल	43	35

टीकाकरण सत्रों का अवलोकन

चुने गए गुणवत्ता पहलुओं के लिए उपकेन्द्रों तथा उपकेन्द्रों से बाहर के स्थानों पर हुए टीकाकरण सत्रों का अवलोकन किया गया जिनके निष्कर्ष नीचे दिए गए है:

क्रम सं.	पूर्ण की गई विनिर्दिष्ट शर्ते	सत्रों का अनुपात	
		उप-केन्द्र	उप केन्द्रों से बहार के स्थान
1.	सही प्रकार भरा गया टीकाकरण कार्ड	80.5	70.2
2.	समाप्ति तिथि के अंदर टीके	78.8	-
3.	प्रत्येक टीकाकरण के लिए प्रयुक्त अलग सिरिंज तथा सुई	73.0	75.6
4.	सत्र की समाप्ति पर रद्द किए गए आंशिक रुप से प्रयुक्त शीशियां (वायल)	87.0	83.1
5.	उचित रुप से सूचित माताएं	82.8	74.4

रोग निगरानी

5 वर्ष की उम्र से कम प्रति 1000 बच्चों में पोलियों की अनुमानित प्रचलित दर 4.5 थी। तथापि प्रचलन में व्यापक रुप से भिन्नता थी। एक महत्वपूर्ण अवलोकन यह था कि पोलियो से ग्रसित लगभग 20 से 30 प्रतिशत बच्चों को उसके विरुद्ध टीका लगाए जाने की सूचना दी गई थी। नवजात शिशुओं की टिटनस मृत्युदर के संबंध में, 8 यूनिटों ने किसी मामले की सूचना नहीं दी तथा अन्य 10 ने प्रति 1000 जीवित जन्मे बच्चों में 1 से कम की सूचना दी। 2 जिलों ने प्रति 1000 मृत्यु दर 10 होने की सूचना दी।

प्रमुख अवलोकन तथा नीतिगत सिफारिशें

क्रम संख्या	अवलोकन	सिफारिशें
	नीतिगत	
1.	निचले स्तर पर प्रतिबद्धता सुधारने की आवश्यकता	प्रधानमंत्री तथा मुख्यमंत्री को शामिल होना चाहिए, पंचायत को सक्रिय भाग लेना चाहिए।
2.	शहरी क्षेत्रों में स्पष्ट नीति	स्पष्ट नीति निर्धारित करें, उच्च बीमारी दर वाले क्षेत्रों जैसे गंदी बस्ती पर अधिक जोर दें।
3.	केन्द्र 100% लागत निधि देता है, अतः यदि केन्द्र समर्थन वापस ले ले, तो कार्यक्रम आगे नहीं चलेगा।	राज्यों को धीरे-धीरे अपना अंश बढ़ाना चाहिए
4.	यू आई पी को अन्य एम सीएच सेवाओं से अलग करके देखा जाता है।	एमसीएच कार्यक्रम के अन्य भागों के साथ यू आई पी को विकसित करना चाहिए।
योजना		
5.	कार्य योजनाएं लक्ष्यपरक हैं तथा ऊपर से नीचे की ओर हैं	उप-केन्द्रों तथा प्रा.स्वा.के. पर माइक्रो-लेवल की योजना प्रक्रियाएं आरंभ करें।
6.	रणनीति- दुर्गम क्षेत्रों तथा जनसंख्या के लिए उपयुक्त रणनीतियां विकसित नहीं की गई हैं।	वैकल्पिक तरीके तथा क्षेत्र विशेष नहीं प्रचालन रणनीतियां तैयार की जाएं।
7.	अच्छा और खराब कार्य करने वाले क्षेत्र समान रणनीति का अनुसरण करते हैं।	खराब कार्य करने वाले क्षेत्रों की पहचान की जाए तथा समस्यामूलक कार्यवाही की जाए।
8.	कुछ जिलों में तो तीन माह की आयु से कम के बच्चे भी पोलियो से प्रभावित थे।	कम आयु में ओ पी वी देने पर विचार किया जाए।
9.	कुछ राज्यों में, टीकाकरन सत्र नियमित रुप से अथवा निर्धारित के अनुसार नहीं हुए।	सभी स्तरों पर सत्र नियत दिनों में होने चाहिए।
10.	दूरस्थ गांवों के दौरों की आवृत्ति कम थी।	पुरुष कार्यकर्ताओं को यह दायित्व सौंपा जाए।
संगठन तथा ढांचा		
11.	टीकाकरण अभियान तथा अन्य कार्यालयों के मध्य भूमिका संबंध स्पष्ट नहीं हैं।	भूमिकाएं तथा दायित्व स्पष्ट किए जाएं।
12.	जिला तथा निचले स्तरों पर कर्मचारी रिक्तियां विद्यमान हैं।	रिक्तियों को तुरंत भरा जाए।
13.	चिकित्सा अधिकारी तथा अन्य कर्मचारी क्षेत्र से बाहर रहते हैं।	ऐसी स्थितियों से बचने के लिए तुरंत कार्यवाई की जाए।

14.	लगभग सभी जगह, प्रेरणा की कमी सूचित की गई।	प्रशासनिक समस्याओं जैसे टीए/डीए की समस्याओं का समाधान किया जाए। सुविकसित राष्ट्रीय मानव संसाधन विकास की नीतियां आरंभ की जाएं।
15.	डी आई ओ के पास पर्याप्त प्रशासनिक अथवा वित्तीय शक्तियां नहीं हैं।	ये शक्तियां प्रदान की जाएं।
16.	पर्यवेक्षण उत्तर दायित्व क्षेत्र-आधारित होने के बजाय कार्यक्रम-आधारित हैं।	उत्तर दायित्व क्षेत्र-आधारित होने चाहिए।
17.	अनेक राज्यों में स्वास्थ्य संबंधी गाइड कमोवेश अप्रचलित हो गई है।	स्वास्थ्य संबंधी गाइड स्कीम के विषय में स्पष्ट निर्णयों की आवश्यकता है।
18.	आपूर्तियां - आपूर्तियां आवश्यकताओं तथा वास्तविक खपत पर आधारित नहीं हैं।	टीकों की मासिक आपूर्ति, स्टाक, खपत आवश्यकताओं के आधार पर होनी चाहिए।
19.	कोल्ड-चेन उपकरण तथा अन्य आपूर्तियां अनेक स्थानों पर कम थी।	बाह्य संस्थानों की आवश्यकता के अनुरुप ये आपूर्तियां और उपकरण भेजे जाने चाहिए।
20.	अनेक एयरपोर्टो पर भंडारण की सुविधाएं नहीं हैं।	ऐसी सुविधाओं के प्रावधान किए जाएं।
21.	गैर-सरकारी चिकित्सकों द्वारा टीकाकरण में वृद्धि हुई है। उन्हं उचित रुप से अभिमुख होना चाहिए।	कोल्ड-चेन के अनुरक्षण के लिए निजी स्रोतों की टीका आपूर्ति का निरीक्षण किया जाना चाहिए।
टीके की गुणवत्ता का प्रबोधन		
22.	लिए गए नमूनों की संख्या अपर्याप्त है।	प्रयोगशालाओं की संख्या बढाई जानी चाहिए।
23.	नमूना परिणामों के उपलब्ध होने से पहले ही टीकों का प्रयोग किया जाता है।	लगभग 30-40 प्रतिशत ओ.पी.वी. से नमूने असंतोषजनक पाए गए हैं। नमूनों के परिणाम तुरंत उपलब्ध कराए जाने चाहिए।
24.	ऊंचे तापमानों पर अनुरक्षित पाए जाने पर भी टीके को नष्ट नहीं किया जाता।	इस प्रभाव के स्पष्ट निर्देश जारी किए जायें तथा प्रवृत्त किए जायें।
25.	अनेक बार खुली/प्रयुक्त शीशियां पुनः प्रयोग की जाती हैं।	कम दवा वाली शीशियों की आपूर्ति की जाये।
प्रशिक्षण		
26.	पहले के प्रशिक्षण कार्यक्रम शेष हैं। ज्ञान और कुशलता में अपर्याप्ततायें हैं। आई. ई.सी प्रशिक्षण का अभाव है तथा टीम प्रशिक्षण नहीं दिया जाता है।	प्रशिक्षण कार्यक्रमों मे तीव्रता लाई जानी चाहिये। नए प्रशिक्षण तथा टीम प्रशिक्षण कार्यक्रम आरम्भ किए जाने चहियें।
27.	डी.आई.ओ तथा एम.ओ. के पास प्रशिक्षण गतिविधियों के संचालन के लिए पर्याप्त समय नहीं है।	जिला प्रशिक्षण टीमों का उपयोग किया जाना चाहिये।
पर्यवेक्षण		
28.	पर्यवेक्षण की अनदेखी की जाती है, जांच सूचियों का प्रयोग नहीं किया जाता है। पर्यवेक्षकों को डी.ए./टी.ए. का भुगतान अक्सर नियमित रुप से नहीं किया जाता।	इन कमियों का हल निकाला जाए।
29.	प्रबोधन लक्ष्य प्राप्तियों तक ही सीमित है।	अन्य संबंधित मामलों पर विचार विमर्श किया जाए। प्रबोधन की जांच सूची तैयार की जाए।
30.	रिकार्डों और रिपोर्टों की अनदेखी की जाती है।	पूर्णता के लिए रजिस्टरों की जांच की जाए। टीकाकरण कार्डों का गृह-आधारित रिकार्डों के रुप में प्रयोग किया जाए। मानकीकृत रजिस्टर तथा फार्म प्रयोग किए जायें।
31.	कवरेज मूल्यांकन नियमित नहीं होते।	ऐसे मूल्यांकन नियमित अन्तरालों पर किए जाने चाहियें।

32.	रोग निगरानी बहुत कमजोर है।	प्रहरी केन्द्रों से संबंध स्थापित किए जायें। कार्यक्रम प्रशासक तथा प्रहरी केन्द्रों के बीच में नियमित रुप से बैठकें होनी चाहियें। आवधिक रोग सर्वेक्षणों का संचालन किया जाए। नवजात शिशुओं की टेटनस से हुई मृत्यु के मामलों की जांच की जाए।
33.	पोलियो-ग्रस्त लगभग 20-30% बच्चों को टीकाकृत किया जाना सूचित किया गया।	ऐसे मामलों की जांच की जानी चाहिए व जनता को विश्वास में लिया जाना चाहिये।
34.	उत्तेजक लकवारोगी पोलियो के मामले सूचित किए गए।	कम श्रेणी के बुखार को ओपीवी के लिए प्रतिकूल संकेत के रुप में लेना चाहिये।
35.	आई.ई.सी. गतिविधियां बहुत कमजोर थीं।	कर्मचारियों की व्यवस्था, प्रशिक्षण तथा सामग्री के संबंध में की जानी चाहिये।
अन्य		
36.	मेडिकल कालेज, गैर-सरकारी प्रेक्टिशनर तथा व्यावसायिक निकाय सक्रिय रुप से संलग्न नहीं थे।	उनके सक्रिय सहयोग के लिए प्रयास किए जाने चाहियें।

विचार विमर्श के बिन्दु

1. उपरोक्त मूल्यांकन अपने विनिर्दिष्ट उद्देश्यों में कितना सफल हुआ? निर्धारित करें।
2. क्या मूल्यांकन की कार्य प्रणाली उपयुक्त है?
3. यदि आप टीकाकरण कार्यक्रम के अध्यक्ष होते, तो आप इन निष्कर्षों का प्रयोग कैसे करते?

8.4.7 यूनिट के समीक्षात्मक प्रश्न

1. स्वास्थ्य कार्यक्रमों में अनेक मूल्यांकन किए जाते हैं। परन्तु केवल कुछ ही कार्रवाइयों में परिणत होते हैं। इसके आप कौन से मुख्य कारण समझते हैं? इस स्थिति के निवारण के लिए आपके क्या सुझाव हैं?
2. मूल्यांकन की कार्य प्रणालियां क्या हैं?
3. अपने जिले की किसी ऐसी समस्या का वर्णन करें, जहां गुणात्मक कार्य प्रणाली अथवा तीव्र मूल्यांकन कार्य प्रणाली उपयुक्त होगी?

8.4.8 परीक्षण मदें

निम्न में से सर्वाधिक उपयुक्त अथवा सही उत्तर चुनें तथा उसके सामने सही का निशान लगायें:

1. सामान्यतः मूल्यांकन के निष्कर्ष निम्न को प्रकट नहीं करतेः

क- किसी नीति के सफ्ल पहलुओं को

ख- क्रियान्वयन की समस्याओं और उनके कारणों को

ग- संस्तुत कार्यवाही के आधार को

घ- निष्पादित कार्यों के विश्लेषण अथवा परिणामों को

2. निम्न में से कौन मूल्यांकन के दबाव के रुप में कार्य करता हैः

क- गुणात्मक निर्णय के प्रयोग की आवश्यकता

ख- अन्य सेक्टरों पर स्वास्थ्य की निर्भरता

ग- कार्यक्रम प्रबंधकों द्वारा मूल्यांकन

घ- जिलों के अपने कार्य निष्पादन का अनुचिंतन

3. प्रगति की समीक्षा के संचालन का प्रयोजन हैः

क- स्वास्थ्य कार्यक्रम से प्राप्त परिणामों का विश्लेषण

ख- प्रबोधन तथा प्रचालन नियंत्रण गतिविधियों का सरलीकरण

ग- क्या समस्याओं को स्पष्ट रुप से परिभाषित किया गया है, यह निर्धारण करना

घ- क्रियान्वयन की कार्य योजना तैयार करना

4. एक गहन तस्वीर प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य कार्यक्रम के मूल्यांकन करने में प्रयुक्त कार्य प्रणाली हैः

क- नमूना सर्वेक्षण

ख- रिकार्डों की समीक्षा

ग- मामलों के अध्ययन

घ- नियंत्रित प्रयोग

8.4.9 अन्य अध्ययन सामग्री

1. डब्ल्यू.एच.ओ. मैनेजमैंट डवेलपमैंट इन एमसीएच एण्ड एफपी प्रोसीडिंग्स ऑफ एन इंटर कंट्री वर्कशाप एईएआरओटी पब्लि. 11 नई दिल्ली, 1988

2. डब्ल्यू.एच.ओ., इवेल्यूएशन ऑफ द स्ट्रेटेजी फॉर हैल्थ फॉर ऑल, सेवंथ रिपोर्ट, वा.iv जिनेवा, 1987.

3. डब्ल्यू एच ओ, मॉनीटरिंग एण्ड इवेल्यूएशन ऑफ ओरल हैल्थ, ए सिस्टेमेटिक मैथडोलॉजी ट ीआरएस, 782, जिनेवा, 1989.
4. गुप्ता जे.पी एट एल, नेशनल रिव्यू ऑफ इम्यूनाइज़ेशन प्रोग्राम इन इण्डिया, एनआईएचएफडब्ल्यू, नई दिल्ली, 1989.
5. डब्ल्यू.एच.ओ., इवेल्यूएटिंग हैल्थ केयर इन साऊथ ईस्ट एशिया, प्रोसीडिंग्स ऑफ ए रीजनल सेमिनार , एस.ई.ए.आर.ओ टेक पब्लि. न.4, नई दिल्ली, 1984
6. कार्लसन ए बेयरली, हाऊसहोल्ड सर्वे फॉर मानीटरिंग एण्ड इवेल्यूएशन ऑफ प्राइमरी हैल्थ केयर इन डेवलपिंग कन्ट्रीज़, डब्ल्यू.एच.एस., वा.38 (1), जिनेवा, 1985
7. कार्ल एल व्हाइट, हैल्थ सर्वेज़, हू, वाह्य एण्ड वॉट, डब्ल्यू.एच.एस., वा.38 (1), जिनेवा, 1985
8. रोसी, पीएच एण्ड एच ई फ्रीमेन (1993), इवेल्यूएशन : ए सिस्टेमेटिक एप्रोच, सेज पब्लिकेशन्स
9. फ्रीमेन एच ई एट एल (1993), वर्कबुक फॉर इवेल्यूएशन : ए सिस्टेमेटिक एप्रोच, सेज पब्लिकेशन्स
10. पी.एच. एण्ड एच.ई. फ्रीमेंन (1993), इवेल्यूएशन : ए सिस्टेमेटिक एप्रोच, सेज पब्लिकेशन्स
11. फ्रीमेन एच ई एण्ड एट एल (1993), वर्कबुक फॉर इवेल्यूएशन : ए सिस्टेमेटिक एप्रोच
12. मोहर एल.बी. (1995) इम्पेक्ट एनालिसिस फॉर प्रोग्राम इवेल्यूएशन, सेज पब्लिकेशन्स
13. फिट्स गिब्बन, सी.टी. एण्ड एल आई मॉरिश (1987) हाऊ टू डिज़ाइन ए प्रोग्राम इवेल्यूएशन, सेज पब्लिकेशन्स
14. पैटन, एम क्यू (1987) हाऊ टू यूज़ क्वालिटेटिव मैथड्स, सेज पब्लिकेशन्स
15. मार्शल सी. एण्ड रॉसमेन जी.बी. (1995), डिज़ाइनिंग क्वालिटेटिव रिसर्च,सेज पब्लिकेशन्स
16. क्रूगर आर.ए. (1994) फोकस ग्रुप : ए प्रेक्टिकल गाइड फॉर एप्लाइड रिसर्च, सेज पब्लिकेशन्स

माड्यूल - 8

परीक्षण मदों की कुंजी

यूनिट का परीक्षण कर लेने के पश्चात अपनी प्रगति की जांच के लिए कुंजी देखें।

यूनिट 8.1

1 (घ) 2(ग) 3(क) 4(घ)
5(ख) 6(ग)

यूनिट 8.2

1(घ) 2(ग) 3(ग) 4(क)
5(ख)

यूनिट 8.3

1(ग) 2(घ) 3(ख) 4(घ)
5(ग)

यूनिट 8.4

1(ग) 2(ग) 3(ख) 4(ग)
5(क)