Anusandhanvallari
Vol 2025, No.1
January 2025
ISSN 2229-3388

उत्तर प्रदेश राज्य के संदर्भ में आशा कार्यकर्ताओं की भूमिका और जिम्मेदारी पर एक अध्ययन

ललित कुमार, शोधार्थी, महर्षि स्कूल ऑफ़ साइंस एंड हुमैनिटीज, महर्षि यूनिवर्सिटी ऑफ़ इनफार्मेशन टेक्नोलॉजी, लखनऊ
डॉ. कुलदीप कुमार, असिस्टेंट प्रोफेसर, महर्षि स्कूल ऑफ़ साइंस एंड हुमैनिटीज, महर्षि यूनिवर्सिटी ऑफ़ इनफार्मेशन टेक्नोलॉजी, लखनऊ

सारांश

आशा की भूमिका चिंतित नागरिक सामाजिक कार्यकर्ताओं द्वारा गंभीर वकालत के प्रयासों के परिणामस्वरूप विकसित हुई। एक बहु-हितधारक पैनल ने कार्यक्रम की स्थापना की, जिसने आशा को तीन दायित्व सौंपे: स्वास्थ्य सेवाओं का सूत्रधार, सेवा प्रदाता और कार्यकर्ता। अध्ययन का मुख्य उद्देश्य उत्तर प्रदेश राज्य के संदर्भ में आशा कार्यकर्ताओं की भूमिका और जिम्मेदारी की जांच करना है। अध्ययन के दायरे में लखनऊ के काकोरी और सरोजनी नगर ब्लॉक और कानपुर जिले के शिवराजपुर और चौबेपुर ब्लॉक शामिल थे। प्रत्येक ब्लॉक से साक्षात्कार के लिए 100 आशाएं चुनी गईं। अध्ययन में 18 से 45 वर्ष की आयु की आशाओं ने भाग लिया। परिणाम से पता चलता है कि, प्रत्येक आशा को अपने विशिष्ट कौशल को बेहतर बनाने और समुदाय को बेहतर सेवा प्रदान करने में मदद करने के लिए उपयुक्त प्रशिक्षण मिलता है। आशाओं की अपने कार्यों और जिम्मेदारियों की धारणाएँ भौगोलिक क्षेत्रों में एक समान हैं।

परिचय

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन 2005-12 (एनआरएचएम) की स्थापना 2005 में संयुक्त राज्य अमेरिका में ग्रामीण लोगों को उत्कृष्ट स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लक्ष्य के साथ की गई थी, जिसमें 18 राज्यों पर विशेष जोर दिया गया था। एनआरएचएम के लक्ष्यों का वर्णन करता है। "एनआरएचएम की एक प्रमुख रणनीति" आशा योजना के माध्यम से देश भर के हर क्षेत्र में लाइसेंस प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) नामक एक नए सीएचडब्लू के माध्यम से उन्नत घर-आधारित स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच प्रदान करना था। भारत का राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) स्वास्थ्य सेवाओं को एकीकृत करने और देश की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को पुनर्गठित करने में एक महत्वपूर्ण प्रगति है। स्वास्थ्य देखभाल प्रक्रियाओं को सुव्यवस्थित करने के सबसे स्पष्ट तरीकों में से एक स्वास्थ्य उद्देश्यों और लक्ष्यों की पहचान करना है। उदाहरण के लिए, संयुक्त राज्य अमेरिका में, एक सरल लेकिन शक्तिशाली अवधारणा 'स्वस्थ लोग 2010' पहल है, जो स्वास्थ्य उद्देश्यों को इस तरह से देती है कि विभिन्न समूह अपने प्रयासों को जोड़ सकें और एक टीम के रूप में सहयोग कर सकें। भारत में भी, "सभी के लिए बेहतर स्वास्थ्य" के लिए एक रोड प्लान आवश्यक है ताकि संगठन, सरकारें, एजेंसियां और सभी क्षेत्र इसका पालन कर सकें। यह सार्वजनिक स्वास्थ्य पहलों के लिए धन आवंटन में बदलाव को भी प्रोत्साहित करेगा और

क्रॉस-सेक्टरल सहयोग के लिए एक मंच के रूप में काम करेगा, जिसके परिणामस्वरूप नीति में स्थिरता आएगी।
मिशन के लक्ष्य

- शिशु एवं मातृ मृत्यु दर में कमी
- भोजन और पोषण, स्वच्छता एवं स्वास्थ्य के लिए सार्वजनिक सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच
- सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच, जिसमें सेवाओं पर जोर दिया जाएगा
- महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य और सार्वभौमिक टीकाकरण पर ध्यान देना
- संचारी और गैर-संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण, जिसमें शामिल हैं।
- स्थानीय स्तर पर स्थानिक रोग
- एकीकृत व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच।
- जनसंख्या स्थिरीकरण, लिंग और जनसांख्यिकीय संतुलन।
- स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं और मुख्यधारा आयुष को पुनर्जीवित करना।
- स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देना।
- शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) और मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) को कम करना, महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य, जल, स्वच्छता, टीकाकरण और पोषण के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं तक व्यापक पहुंच।
- स्थानिक रोगों सहित संचारी और गैर-संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण
- एकीकृत व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच
- जनसंख्या स्थिरीकरण, लिंग और जनसांख्यिकीय संतुलन
- स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं और मुख्यधारा आयुष का नवीनीकरण
- स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देना।

अप्रैल 2005 में भारत सरकार द्वारा शुरू किए गए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का उद्देश्य ग्रामीण समुदायों, विशेष रूप से सबसे कमज़ोर लोगों को स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करना है। एनआरएचएम के तहत कई प्रगतियाँ शुरू की गईं। एनआरएचएम की प्राथमिक रणनीतियों में से एक सामाजिक कार्यकर्ता, आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) के माध्यम से प्रत्येक गाँव में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को बढ़ावा देना है। आशा का मिशन स्वास्थ्य जागरूकता बढ़ाना और समुदाय को कल्याण रणनीतियों और सेवा वितरण का समर्थन करने के लिए प्रेरित करना है। आशा एएनएम, उप-केंद्रों, पीएचसी, आईसीडीएस से आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं और समुदाय के लिए एक संयोजक, सुविधाकर्ता और संपर्क के रूप में कार्य करती है। उसे समुदाय को सार्वजनिक स्वास्थ्य परियोजनाओं की जिम्मेदारी संभालने की अनुमति देनी चाहिए। उसे चिकित्सा सहायता की आवश्यकता

वाले समुदाय के किसी भी व्यक्ति के लिए पहला संपर्क बिंदु बनने के लिए डिज़ाइन किया गया है। मिशन का मुख्य घटक राष्ट्र के प्रत्येक गांव को एक प्रशिक्षित महिला पड़ोस स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) प्रदान करना है, जो स्वास्थ्य सेवाओं की मांग करने वाले पड़ोसियों के लिए संपर्क का पहला बिंदु होगा। वह एक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता है जिसकी जिम्मेदारियों में स्वास्थ्य और उसके सामाजिक निर्धारकों के बारे में जागरूकता बढ़ाना, स्थानीय चिकित्सा योजना का समर्थन करने के लिए आबादी को जुटाना और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच को बढ़ावा देना शामिल है। उसका उद्देश्य स्वस्थ जीवन शैली प्रथाओं को प्रोत्साहित करना है। उसे उपचारात्मक उपचार का एक बुनियादी पैकेज प्रदान करना चाहिए जो कुछ हद तक ज़रूरत के लिए उपयुक्त और व्यावहारिक हो, साथ ही समय पर रेफरल भी।

आशा कार्यक्रम

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रमुख घटकों में से एक, आशा पहल को स्वास्थ्य प्रणाली के साथ जमीनी स्तर पर जुड़ाव बढ़ाने के उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए महत्वपूर्ण माना जाता है। आशा एक ऐसी महिला है जिसे लोगों में से चुना जाता है, जिसे प्रशिक्षित किया जाता है, तैनात किया जाता है और उसे अपने स्थानीय गाँव/समुदाय में काम करने के लिए समर्थन दिया जाता है ताकि यह सुनिश्चित करके सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार हो कि सभी को स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच मिले। आशा मुख्य रूप से निवासियों और सार्वजनिक चिकित्सा प्रणाली के बीच एक कड़ी के रूप में कार्य करती हैं। आशा, जिसका अंग्रेजी में अर्थ "आशा" है, कभी "मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता" का संक्षिप्त नाम था, लेकिन अब इसे एकल उपनाम के रूप में उपयोग किया जाता है। इस रणनीति को 2006 में अन्य राज्यों के आदिवासी क्षेत्रों और 18 उच्च-फ़ोकस काउंटियों में लागू किया गया था।

सरकार के अनुसार, आशा एक महिला स्वयंसेवी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता है जो अपने पड़ोस में एक हज़ार लोगों की सेवा करती है। उनके परिचय का प्राथमिक लक्ष्य ग्रामीण गरीब और कमज़ोर आबादी के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वाली प्रणाली को बढ़ावा देना था। एनआरएचएम और आशा कार्यक्रमों के कार्यान्वयन से पहले, भारत में एक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम था। पहला सीएचडब्लू कार्यक्रम 1977 में प्रभावी हुआ। इस पहल का ध्यान छठी कक्षा की शिक्षा वाले समुदाय द्वारा चुने गए सीएचडब्लू पर केंद्रित था, जिन्हें तीन महीने तक पीएचसी में अनौपचारिक रूप से पढ़ाया जाता था। 1977 से पहले और बाद में, देश के स्वैच्छिक/गैर-लाभकारी क्षेत्र में कई सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों ने समुदाय-आधारित स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ प्रयोग किया। कई उदाहरणों में शामिल हैं महाराष्ट्र के जामखेड में स्वास्थ्यकर्मी, और इंडो डच अंडरटेकिंग के गांव के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता; वीएचएस-अड्यार के आम एम्बुलेंस चालक; दक्षिण भारत के चाय बागानों के लिंक कर्मचारी; (ग्रामीण इकाई के स्वास्थ्य और सामाजिक मामले) आरयूएचएसए के परिवार देखभाल सहायता और कल्याण सहयोगी; सीआईएनआई-कलकत्ता के एमसीएच कार्यकर्ता; बनारस द्वीप समूह हिंदू विश्वविद्यालय-वाराणसी के स्वास्थ्य मित्र; बनवासी सेवा आश्रम, उत्तर प्रदेश के संयोजक;

धर्मार्थ क्षेत्र में इन सीएचडब्लू की समीक्षा से पता चलता है कि वे अधिकतर महिलाएँ थीं जो स्वयंसेवकों के रूप में काम करती थीं या थोड़ी सहायता के साथ कार्यकर्ताओं को जोड़ती थीं। एनआरएचएम के कार्यान्वयन के साथ, सीएचडब्लू को एक महत्वपूर्ण भूमिका मिली, जिसमें 800,000 से अधिक महिला स्वास्थ्य पेशेवर शामिल थीं, जिन्हें एक नया नाम दिया गया: मान्यता प्राप्त सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा)। आशा की गतिविधियों में गर्भवती महिलाओं की पहचान करना, प्रसवपूर्व (एएनसी) परीक्षाओं की व्यवस्था करना, एएनसी जाँच के दौरान महिलाओं को संस्थागत जन्म देने के लिए प्रोत्साहित करना और बाल टीकाकरण अभियान आयोजित करना शामिल है। स्वैच्छिक कार्यकर्ताओं के रूप में, आशा से घर-घर जाकर काम करने, ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस (वीएचएनडी) और ग्राम स्वास्थ्य और स्वच्छता समिति (वीएचएससी) में सहायता करने, गर्भवती महिलाओं को संस्थानों में प्रसव के लिए साथ रखने और रिकॉर्ड रखने की अपेक्षा की जाती है।

आशा के कार्यों में स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं के बारे में समुदाय को जागरूक करना, बीमारी के दौरान देखभाल करना और गर्भवती महिला, शिशु, 2 वर्ष से कम उम्र के बच्चों, कुपोषित बच्चे या वंचित परिवारों के घरों में जाने को प्राथमिकता देना शामिल है। सेवाओं के लिए अनुरक्षण करना वैकल्पिक है। हालाँकि, उसे कई तरह की सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए प्रदर्शन-आधारित प्रोत्साहन मिलते हैं, जिसमें संस्थागत प्रसव, टीकाकरण, परिवार नियोजन सलाह और प्रत्यक्ष रूप से देखे जाने वाले उपचार लघु पाठ्यक्रम (डीओटीएस) देना शामिल है। वह जागरूकता बढ़ाने, समुदाय को संगठित करने और सेवाओं को अनुरक्षण करने के अलावा रिकॉर्ड और दैनिक पत्रिका बनाए रखने के लिए जिम्मेदार है। भारतीय परिवेश में आशा की जिम्मेदारियों पर विचार करते समय, यह पहचानना महत्वपूर्ण है कि समाज के स्वास्थ्य-चाहने वाले व्यवहार को बदलने में उनका प्रदर्शन महत्वपूर्ण है।

आशा की अवधारणा मुख्य रूप से छत्तीसगढ़ सरकार के मितानिन कार्यक्रम से प्रभावित है, जो राज्य में एक बड़ी सफलता थी। छत्तीसगढ़ सरकार द्वारा नागरिक समाज समूहों के साथ मिलकर 2002 में शुरू की गई मितानिन पहल को राज्य में शिशु मृत्यु दर को 85 (देश में दूसरा सबसे अधिक) से घटाकर 2005 में 65 करने का श्रेय दिया जाता है। इसी अवधि के दौरान, राज्य में कम वजन वाले बच्चों की हिस्सेदारी 61 से घटकर 52% हो गई, जबकि 12-24 महीने के आयु वर्ग में पूरी तरह से टीकाकरण की दर 22 से बढ़कर 49% हो गई। मितानिनों को नवजात शिशु की देखभाल, पोषण संबंधी परामर्श, बचपन की बीमारियों के लिए उपचार, और बुनियादी सार्वजनिक सेवाओं तक पहुँच, महिलाओं को सशक्त बनाने और आईसीडीएस और मध्याह्न भोजन के लिए भागीदारी जैसी अधिकार-आधारित गतिविधियों सहित घर-घर जाकर लोगों तक पहुँचने के लिए प्रशिक्षण और सहायता दी गई। मितानिनों को वेतन नहीं दिया जाता है, बल्कि उन्हें लोगों द्वारा निर्धारित रोपण या अन्य मुआवजे के लिए भूमि दी जाती है।

आशा कार्यक्रम दिशा-निर्देशों में आशा के लिए 3 अलग-अलग जिम्मेदारियाँ निर्धारित की गई हैं। आशा ग्रामीण और वंचित आबादी को स्वास्थ्य सेवाओं से जोड़ने वाली एक लिंकवर्कर के रूप में काम करती हैं। आशा को सिखाया जाता है और उन्हें कंडोम, मौखिक गर्भनिरोधक गोलियाँ और डिलीवरी किट जैसी वस्तुओं सहित

एक पैकेज दिया जाता है, ताकि वे "सेवा विस्तार कार्यकर्ता" के रूप में काम कर सकें। तीसरा, उन्हें सामुदायिक कल्याण कार्यकर्ता के रूप में बनाया गया है, जो स्वास्थ्य और इसके आर्थिक चरों के बारे में जागरूकता बढ़ाएँगे, साथ ही स्थानीय स्वास्थ्य रणनीति और वर्तमान स्वास्थ्य सेवाओं के अधिक उपयोग और जिम्मेदारी के लिए अभियान चलाने के लिए समुदाय को संगठित करेंगे।

आशा की भूमिकाएं और जिम्मेदारियां

दूसरी समस्या, जो 1977 की सीएचडब्लू योजना में आम है, सीएचडब्लू का कार्य है, अर्थात आशा। "आशा की भूमिका की परिभाषा चिंतित नागरिक समाज कार्यकर्ताओं द्वारा गंभीर वकालत प्रयासों के परिणामस्वरूप विकसित हुई।" एक बहु-हितधारक पैनल ने कार्यक्रम की स्थापना की, जिसने आशा को तीन दायित्व सौंपे: स्वास्थ्य सेवाओं का सुविधाकर्ता, सेवा प्रदाता, और कार्यकर्ता।" (एनएचएस आरसी 2011, मुख्य रिपोर्ट)। इस स्थिति में, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और नागरिक समाज कार्यकर्ताओं सहित कई खिलाड़ी थे। एक जोखिम था कि सीएचडब्लू के रूप में आशा की ज़रूरतें कार्यक्रम डिज़ाइन में प्राथमिकता ले सकती हैं, जिसमें तीन कार्य शामिल थे।

एनएचएसआरसी (2011) अध्ययन ऊपर सूचीबद्ध तीन गतिविधियों में आशा की कार्यप्रणाली और उपयोगिता की जांच करता है। शोध के अनुसार, "अधिकांश आशाएँ व्यावहारिक हैं (यानी, किसी निर्दिष्ट कार्य को करना) चाहे परिस्थिति या अन्य बाधाएँ कुछ भी हों।" सीमा, कवरेज और परिणाम बहुत भिन्न होते हैं, जिससे सामान्यीकरण असंभव हो जाता है।" (एनएचआरसी 2011, कार्यकारी सारांश, पृष्ठ 15)। सीमाओं को देखते हुए भी, अध्ययन 3 कार्यों में आशा के प्रदर्शन का अवलोकन प्रदान करना चाहता है।

एनएचएसआरसी (2011) के अनुसार, आशा को एक 'सुविधाकर्ता-लिंकवर्कर' के रूप में दो सेवाओं में स्पष्ट रूप से सफल पाया गया, जो हैं गर्भवती महिलाओं को प्रसव के लिए प्रतिष्ठानों तक लाना तथा गर्भवती महिलाओं और छोटे बच्चों को गांव के टीकाकरण सत्रों तक लाना।

हालांकि, इस कर्तव्य को कैसे निष्पादित किया जाए, इस पर कुछ बाधाएं थीं। अध्ययन ने इस संभावना को उठाया कि आशा द्वारा इन दोनों सेवाओं का विपणन प्रोत्साहनों से इतना निकटता से जुड़ा हुआ है कि वह बच्चे के जीवित रहने के लिए आवश्यक मातृ व्यवहार में आवश्यक परिवर्तनों का पालन नहीं करती है। एक सुसंगत निष्कर्ष यह है कि घर पर प्रसव का विकल्प चुनने वाली महिलाओं को आशा द्वारा पूरा नहीं किया गया या उन्हें कोई और देखभाल प्रदान नहीं की गई। आशा द्वारा संस्थागत जन्मों की बढ़ती मांग को पूरा करने के लिए सुविधा-स्तरीय देखभाल में सुधार की मांग की गई है।

अध्ययन से पता चलता है कि अगर हमारी कथित चिकित्सा आवश्यकताओं को पूरा किया जाए तो वंचित व्यक्ति संस्थागत प्रसव और टीकाकरण कार्यक्रमों के प्रति बेहतर प्रतिक्रिया दे सकते हैं। जबकि चुनौतियाँ स्पष्ट रूप से कार्यक्रम निष्पादन से जुड़ी हुई हैं, अध्ययन में आशा और गर्भवती माताओं के 2सेवाएँ प्रदान करने और प्राप्त करने के अनुबंध संबंधी दायित्वों की उपेक्षा की गई है, जो एक अलग दृष्टिकोण प्रदान कर सकता है।

आशा की सफलता सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों को पूरा करने वाले और स्वास्थ्य व्यवहार को प्रभावित करने में प्रभावी व्यक्ति के रूप में अपनी दूसरी निर्दिष्ट भूमिका में सीमित रही है। इस तत्व को कम प्रशासनिक सहायता प्राप्त करने के रूप में माना जाता है, इस तथ्य के बावजूद कि आशा लगभग 50% बीमारी के मामलों की देखभाल करने और गतिविधि के 3 दिनों के भीतर शिशुओं का दौरा करने में कार्यात्मक पाई जाती है (एनएचएसआरसी 2011, कार्यकारी सारांश)।

आशा कार्यकर्ताओं ने बच्चों की मृत्यु दर को कम करने के लिए लाभकारी हस्तक्षेप किए होंगे, जैसे कि तत्काल घर-आधारित प्रथम संपर्क देखभाल, घर-आधारित अनुवर्ती कार्रवाई, तथा त्वरित निदान और सहायता का साधन। जैसा कि पहले उल्लेख किया गया है, कई सार्वजनिक स्वास्थ्य और नागरिक समाज पेशेवरों ने मुख्य रूप से इसी कारण से आशा पहल का समर्थन किया। इस अध्ययन के अनुसार, आशा कार्यकर्ताओं की इस भूमिका में पर्याप्त रूप से काम करने में असमर्थता अपेक्षित कौशल और सहायता की कमी के कारण है, न कि प्रोत्साहन या इच्छा की कमी के कारण।

रिपोर्ट में ऐसे कर्तव्यों के लिए प्रशासन के अपर्याप्त समर्थन के कारणों के बारे में विस्तार से नहीं बताया गया है, जिससे आशा की भागीदारी बढ़ सकती थी। इसके बजाय, यह पर्यवेक्षण और प्रशिक्षण संरचनाओं, दवा आपूर्ति और प्रोत्साहन कार्यक्रमों जैसे आधिकारिक संगठनों में अंतराल के संदर्भ में मुद्दे को संबोधित करता है।

'कार्यकर्ता' के रूप में आशा की स्थिति के बारे में डेटा से पता चलता है कि उनकी भागीदारी सीमित है। अध्ययन (एनएचएसआरसी 2011) ने प्रशिक्षण मॉड्यूल के आधार पर आशा हस्तक्षेपों में परिवर्तनों की जांच की और पाया कि जब मॉड्यूल 5 में सक्रियता के कुछ घटकों को शामिल किया गया, तो ग्राम स्वास्थ्य समितियों की स्थापना और गतिविधि में वृद्धि हुई, इस तथ्य के बावजूद कि कुछ राज्यों ने इस मॉड्यूल को आशा प्रशिक्षण में शामिल नहीं किया। कुछ सरकारों द्वारा मॉड्यूल 5 को लागू करने के लिए अनिच्छुक होने के कारणों पर अटकलें लगाने का कोई प्रयास नहीं किया गया है। हालांकि, शोध से पता चलता है कि जिन क्षेत्रों में इस मार्ग पर शुरुआती मजबूत धक्का था, वहां भी आशा को दी जाने वाली सहायता का स्तर कायम नहीं रहा। अध्ययन ने ग्राम स्वास्थ्य क्लबों की स्थापना में राज्य सहायता की कमी के कारणों पर गौर नहीं किया।

- समुदाय को जानकारी प्रदान करने के लिए जागरूकता पैदा करें।
- माताओं को जन्म की तैयारी, सुरक्षित प्रसव, आहार पद्धति, संगठन, परिवार नियोजन, आरटीआई आदि पर परामर्श दें।
- स्वास्थ्य देखभाल एवं सुविधाओं तक समुदाय की पहुंच को सुगम बनाना।
- गर्भवती महिलाओं और बच्चों को स्वास्थ्य सुविधा केंद्र तक ले जाएं
- छोटी-मोटी बीमारियों के लिए देखभाल प्रदान करें।
- ओआरएस, आईएफए, डीडीके, मौखिक गोलियां, कंडोम के लिए डिपोहोल्डर के रूप में कार्य करें।
- डीओटीएस प्रदाता

- नवजात शिशु की देखभाल एवं बाल्यावस्था रोग का उपचार (आईएमएनसीआई)
- राज्य, जिला और ब्लॉक कार्यालयों द्वारा आयोजित सभी प्रशिक्षण गतिविधियों में भाग लेना।
- सभी स्तरों पर बैठकों में भाग लें।
- एएनएम, एमओ, पीएचसी, वीएचएसएनसी, फैसिलिटेटर, ब्लॉक मोबिलाइजर, जिला मोबिलाइजर के साथ समन्वय
- गांव स्तर पर गृह-आधारित नवजात देखभाल (एचबीएनसी) का कार्यान्वयन
- जन्म और मृत्यु, तथा रोग प्रकोप की सूचना दें।
- शौचालयों का निर्माण।

साहित्य की समीक्षा

सिंह और सिंह (2015) ने हरियाणा के अंबाला जिले में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में आशा कार्यकर्ताओं की भूमिका पर एक अध्ययन किया। यह पाया गया कि लगभग एक तिहाई उत्तरदाताओं (76.6%) ने अपनी पहली प्रसवपूर्व देखभाल नियुक्तियों के दौरान आयरन फोलिक एसिड की गोलियाँ लीं। आशा कार्यकर्ताओं ने 74.7% उत्तरदाताओं को प्रसव के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में पंजीकरण करने के लिए प्रोत्साहित किया। आधे से ज़्यादा (52.5%) उत्तरदाताओं को प्रसव के दौरान आशा कार्यकर्ताओं द्वारा अनुरक्षित किया गया। आशा कार्यकर्ताओं ने प्रसवोत्तर देखभाल के अधिकांश (79.5%) दौरे किए। 94.5% मामलों में आशा कार्यकर्ताओं ने घर पर माँ और बच्चे से मुलाक़ात की। अध्ययन से पता चला कि आशा कार्यकर्ता अध्ययन क्षेत्र में उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधाओं और स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग के बारे में जानकारी का एक मूल्यवान स्रोत थीं।

रूथ जे. एट अल. (2016) ने एडवा वोरेडा, टिग्रे क्षेत्र में मातृ स्वास्थ्य देखभाल के बारे में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और माताओं की राय की जांच की। यह एक गुणात्मक शोध है जिसमें मातृ स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों के सामाजिक संदर्भ को बेहतर ढंग से समझने के लिए एचइडब्लू और महिलाओं दोनों को शामिल किया गया है। मुद्दों में स्वास्थ्य सेवाओं में बाधाएँ, महिलाओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति और गतिशीलता, और विशेषज्ञ जन्म परिचारिका देखभाल के बारे में उनकी राय शामिल थी। आँकड़ों के अनुसार, 2011इडीएचएस में, वर्तमान में विवाहित महिलाओं में से 13 प्रतिशत ने अपने स्वास्थ्य देखभाल के फैसले खुद लिए, जबकि 25% ने कहा कि उनके पतियों ने ऐसा किया। ये निष्कर्ष डेटा के बढ़ते शरीर में योगदान करते हैं जो दिखाते हैं कि सामुदायिक स्वास्थ्य पेशेवर मातृ स्वास्थ्य को बढ़ाने के लिए महिला संगठनों के साथ सहयोग कर सकते हैं, इसलिए कम आय वाले देशों में आपातकालीन प्रसूति की आवश्यकता कम हो सकती है।

सरीन एट अन्य (2017) ने छह भारतीय राज्यों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रसूति और नवजात शिशु देखभाल के लिए गुणवत्ता सुधार हस्तक्षेप का मूल्यांकन किया। दिल्ली, हरियाणा, पंजाब, हिमाचल प्रदेश,

झारखंड और उत्तराखंड में किए गए एक अध्ययन के निष्कर्षों के अनुसार, देखभाल की निम्न गुणवत्ता को भारत और अन्य जगहों पर मातृ और नवजात शिशु मृत्यु के लिए एक प्रमुख कारक के रूप में पहचाना जा रहा है। जबकि मानकीकरण, प्रशिक्षण, प्रोत्साहन और निगरानी जैसी पारंपरिक रणनीतियाँ सेवा वितरण को बढ़ाने के लिए महत्वपूर्ण हैं, वे स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के लिए उपलब्ध एकमात्र विकल्प नहीं हैं। अध्ययन के निष्कर्षों का तात्पर्य है कि लक्ष्य नियोजन, टीम गठन और पुनरावृत्त लक्ष्य प्राप्ति जैसी गुणवत्ता सुधार रणनीतियाँ स्वास्थ्य सेवा संस्थानों में नियमित नैदानिक अभ्यास वितरण में सुधार कर सकती हैं।

ए. एन. एस. खान व अन्य (2018) बांग्लादेशी स्वास्थ्य संस्थानों में नैदानिक विगनेट्स का उपयोग करके एमएनएच समस्याओं के प्रबंधन में एमएनएच चिकित्सकों की योग्यता की जांच करते हैं, साथ ही यह भी कि पेशेवर गुण और एमएनएच सेवा पेशकश उनकी क्षमताओं को कैसे प्रभावित करती है। अध्ययन में 15 सरकारी अस्पताल शामिल थे, जहाँ अगस्त और सितंबर 2016 के बीच 134 एमएनएच पेशेवरों ने एक संरचित प्रश्नावली और प्रसूति जटिलताओं जैसे कि प्रसवपूर्व रक्तस्राव और प्री-एक्लेमप्सिया, साथ ही नवजात शिशु देखभाल (कम जन्म वजन और नवजात शिशु देखभाल) पर नैदानिक विगनेट्स का उपयोग करके साक्षात्कार लिया था। यह पाया गया कि एमएनएच पेशेवरों की योग्यता कम है।

ए. ओलानिरन अन्य (2019) के अनुसार, सामुदायिक स्वास्थ्य पेशेवर निम्न और मध्यम आय वाले परिवेशों में काम करते हैं, और उनमें से अधिकांश को किसी न किसी तरह की मातृत्व और नवजात स्वास्थ्य (एमएनएच) देखभाल प्रदान करने की आवश्यकता होती है। उपर्युक्त अध्ययन ने बांग्लादेश, भारत, केन्या, मलावी और नाइजीरिया में एमएनएच सेवाएँ प्रदान करने वाले सीएचडब्लू को देखा। इसने विभिन्न संदर्भों में एमएनएच देखभाल प्रदान करने के लिए सीएचडब्लू के अभ्यास के दायरे की जाँच की। अध्ययन ने विभिन्न स्थितियों में सीएचडब्लू के विभिन्न प्रकारों के साथ-साथ उनकी ज़िम्मेदारियों, भूमिकाओं, प्रशिक्षण अवधि और मुआवज़े को बेहतर ढंग से समझने के महत्व पर ज़ोर दिया। अध्ययन में 23 नीति पाठों का विश्लेषण किया गया, 36 फ़ोकस समूह चर्चाएँ शामिल की गईं और 131 महत्वपूर्ण सूचनादाताओं का साक्षात्कार लिया गया। फिर डेटा की विषयगत रूप से जाँच की गई।

जोडी हेमैन अन्य (2019) ने लैंगिक असमानता को खत्म करने और लैंगिक मानदंडों को सीमित करने के साथ-साथ स्वास्थ्य परिणामों को बढ़ाने के उद्देश्य से पूरी तरह से परखे गए कार्यक्रमों का साहित्य विश्लेषण किया। हमने चार परस्पर सुदृढ़ परिवर्तन कारकों की खोज की: बहुक्षेत्रीय गतिविधि, बहुस्तरीय, बहु-हितधारक जुड़ाव, विविध प्रोग्रामिंग, सामाजिक जुड़ाव और सशक्तिकरण। राष्ट्रीय स्तर के कानून और नीति विकास के परिणामों पर बहुत कम अध्ययन किया गया है। परिणामस्वरूप, इस समीक्षा को शिक्षा, कार्य और आय से संबंधित कानूनों और नीतियों के साथ-साथ स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर उपन्यास अर्ध-प्रयोगात्मक शोध द्वारा पूरक बनाया गया था, जब लैंगिक असमानता मौजूद थी।

महिलाओं का मूल्य (2019) 'परिप्रेक्ष्य' लेख में लैंसेट अंक से चिकित्सा में महिलाओं पर प्रमुख विषयों का सारांश दिया गया है। इसमें "लिंग-पक्षपाती प्रणाली" और "समाजों के भीतर शक्ति के असमान वितरण" जैसे विषयों पर चर्चा की गई है। हाल के दशकों में, समानता पर बहस करते समय, निष्पक्षता और सामाजिक न्याय की

अवधारणाएँ बाज़ार के तर्क और बयानबाजी से प्रभावित हुई हैं। पत्रकार आनंद गिरिधरदास ने क्लिंटन ग्लोबल इनिशिएटिव सम्मेलन में लड़कियों और महिलाओं की सतत विकास के लिए क्षमता का दोहन करने पर एक सत्र का वर्णन करते हुए कहा कि चर्चाएँ प्रतिस्पर्धात्मक बढ़त और व्यावसायिक संभावनाओं पर केंद्रित थीं जो महिलाओं की उन्नति से उत्पन्न होंगी।

अघाई अन्य (2020) ने दक्षिण एशिया में तीन वैश्विक नेटवर्क स्टेशनों से डेटा प्राप्त किया। मातृ और नवजात जनसांख्यिकी, नैदानिक विशेषताएँ, समय से पहले जन्मे बच्चों की दरें, प्रारंभिक नवजात मृत्यु दर (1-7 दिन), देर से समय से पहले जन्मे बच्चों की मृत्यु (8-28 दिन), 29-42 दिनों के बीच मृत्यु दर और प्रसव के बाद अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता वाले शिशुओं की आवृत्ति सभी की जाँच की गई और पुरुष और महिला शिशुओं के बीच तुलना की गई। डेटा से पता चला कि पुरुष नवजात शिशुओं में महिला शिशुओं की तुलना में मृत जन्म और समय से पहले नवजात मृत्यु का जोखिम अधिक था, लेकिन जीवन के पहले सप्ताह के अलावा मृत्यु दर में बहुत कम भिन्नता थी। ये निष्कर्ष मृत्यु दर में लिंग के प्रभाव के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए प्रारंभिक और देर से प्रसवोत्तर अवधि के दौरान नवजात मृत्यु की अलग-अलग जाँच करने की आवश्यकता को रेखांकित करते हैं।

गोगोई (2020) के अध्ययन, "मानव संसाधन के रूप में आशा कार्यकर्ता और कोविड-19 से पहले और बाद में उनके सामने आने वाली समस्याएं," ने असम में आशा कार्यकर्ताओं के सामने आने वाली समस्याओं का पता लगाया। कोविड-19 महामारी से पहले किए गए सर्वेक्षण के अनुसार, सबसे बड़ी मुश्किलें कम वेतन, सामाजिक कलंक और फील्ड विजिट के दौरान यौन हिंसा थीं। कोविड-19 के बाद के समय में आशा कार्यकर्ताओं के लिए कई बाधाएँ आईं, जैसे मास्क और सैनिटाइज़र की कमी, पड़ोस में अपमान और अपर्याप्त परिवहन सुविधाएँ। रिपोर्ट के अनुसार, पैदल चलने वाले मजदूरों को भविष्य निधि, ग्रेच्युटी या पेंशन जैसे लाभ नहीं मिलते हैं और उनके महत्वपूर्ण कार्यभार के बावजूद उनका वेतन कम है।

राजबंगशी (2021) ने आशा मुद्दों (04 नमूना आकार) को संबोधित करने के लिए "सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता: असम, भारत राज्य में संघर्ष-प्रभावित सेटिंग्स में काम करने वाले मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की चुनौतियां और कमजोरियां" शीर्षक से एक गुणात्मक अध्ययन किया। रिपोर्ट के अनुसार, आशाओं को युद्ध के दौरान और उसके बाद स्वास्थ्य सेवा तक पहुँचने में समस्याओं का सामना करना पड़ता है। उन्हें परिवहन संबंधी समस्याएँ थीं और दूरदराज के चिकित्सा क्लीनिकों में सेवा में बाधाएँ थीं। युद्ध के समय, उनकी व्यक्तिगत सुरक्षा और सुरक्षा को खतरा था। आशाओं ने सामाजिक बंधनों के टूटने, विस्थापन से आघात और परिवार के सदस्यों, विशेष रूप से पत्नियों को खोने के परिणामस्वरूप जिन आबादी की वे सेवा करती थीं, उनके प्रति प्रतिकूल विचारों की सूचना दी।

बनर्जी (2021) ने ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच स्वास्थ्य सेवा उपयोग में महत्वपूर्ण असमानताओं की पहचान की, जिसके परिणामस्वरूप ग्रामीण निवासियों के लिए नुकसान हुआ। सर्वेक्षण ने संकेत दिया कि शहरी भारत में वृद्ध लोग अपने ग्रामीण समकक्षों की तुलना में 7% अधिक स्वास्थ्य सेवा का उपयोग करते हैं। स्वास्थ्य सेवा उपयोग में अंतर ज्यादातर लोगों के शैक्षिक स्तर और आर्थिक स्थिति से निर्धारित होता है, जो दोनों ही

सामाजिक आर्थिक स्थिति के सूचकांक हैं। इन चरों ने मिलकर स्वास्थ्य सेवा उपभोग में देखी गई ग्रामीण-शहरी असमानता का 41% हिस्सा बनाया।

जैकब (2021) का अध्ययन ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणालियों पर केंद्रित था। अध्ययन के अनुसार, ग्रामीण और दूरदराज के क्षेत्रों में पर्याप्त स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच सुनिश्चित करना एक स्वस्थ राष्ट्र के निर्माण के लिए महत्वपूर्ण है। यह कहा गया है कि स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली को ऐसे अनुकूलित मॉडल बनाने पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए जो संसाधन सीमाओं को ध्यान में रखते हुए इन स्थानों पर स्थायी तरीके से स्वास्थ्य सेवा सुविधाएँ प्रदान कर सकें। इसने स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान को बढ़ावा देने के महत्व पर भी जोर दिया जो ग्रामीण क्षेत्रों को लक्षित स्वास्थ्य सेवा वितरण विधियों की पहुँच, उपयोग और व्यवहार्यता को प्रभावित करने वाले मुद्दों की जाँच करता है। अध्ययन के निष्कर्षों के अनुसार, सूचना और संचार प्रौद्योगिकी, विशेष रूप से टेलीमेडिसिन का उपयोग करके, ग्रामीण और दूरदराज के स्थानों में स्वास्थ्य सेवा पहुँच और वितरण में अंतराल को दूर करने में सहायता मिल सकती है।

एंड्रिया के ब्लैंचर्ड अन्य (2021) ने पाया कि आशा कार्यकर्ताओं ने कम आय वाले परिवारों की कई गर्भवती महिलाओं से संपर्क स्थापित किया, उन्हें परामर्श दिया और उनकी मदद की। स्वास्थ्य देखभाल प्रसव और प्रसवकालीन मृत्यु दर में चल रही असमानताएँ, उन प्रासंगिक चिंताओं के कारण और भी बदतर हो गईं जो आशा के अधिकार क्षेत्र से बाहर थीं। इन चुनौतियों पर काबू पाने और हस्तक्षेप कवरेज, प्रक्रियाओं और प्रसवकालीन स्वास्थ्य प्रभावों में समानता के बीच संबंधों को बेहतर बनाने के लिए, आशा कार्यकर्ताओं को सामुदायिक समूहों और सामान्य रूप से स्वास्थ्य देखभाल नीति के साथ सहयोग करना चाहिए।

अस्थाना और मायरा (2022) ने बताया कि कैसे कोविड-19 महामारी के दौरान स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में काम करने वाली कई महिलाओं के सराहनीय प्रयासों को उनकी महत्वपूर्ण जिम्मेदारियों के लिए स्वीकार किया गया। इन कर्तव्यों में निगरानी, लौटने वाले प्रवासियों की जांच, जागरूकता बढ़ाना, संपर्क का पता लगाना, कोविड-19 से संबंधित सर्वेक्षणों का समर्थन करना और सहायता तक पहुंच की गारंटी देना शामिल है। सुरक्षा गियर (पीपीई) की कमी और तत्काल चिकित्सा सहायता की निश्चितता की कमी के बावजूद, इन महिलाओं ने जानबूझकर खुद को और अपने परिवार को कोविड-19 होने के महत्वपूर्ण खतरे में डाल दिया है, जिसके परिणामस्वरूप उनके समुदायों में शर्म, हिंसा और सामाजिक अलगाव हुआ है। अपने गैर-महामारी कार्यों के अलावा, वे गर्भवती महिलाओं को अस्पतालों में प्रसव पूर्व देखभाल और प्रसव प्राप्त करने में मदद करती हैं।

नीतू कुमारी अन्य (2023) के लेख का उद्देश्य चुने हुए क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर बनाने में आशा द्वारा किए गए काम की जांच करना है, साथ ही आशा परियोजनाओं के परिणामस्वरूप ग्रामीण स्वास्थ्य में सुधार भी करना है। डिजाइन/पद्धति/दृष्टिकोण: प्राथमिक डेटा एक स्व-संगठित सर्वेक्षण का उपयोग करके प्राप्त किया गया था, जिसमें गरनई के दस गांवों, अर्थात् गंगल, लोटागरनई, अपर गरनई, क्रिया, डेला, नागलिया, बिशोरा, पैडर, मुलगलबाई और टुंडे तलाय की तुलना में नब्बे उत्तरदाताओं से उद्देश्यपूर्ण नमूनाकरण के साथ पांच-बिंदु लाइकर्टस्केल का उपयोग किया गया था, साथ ही ग्रामीणों के साथ गहन साक्षात्कार भी किया गया था। डेटा का विश्लेषण पीएलएस तकनीक का उपयोग करके किया गया था।

को अन्य (2023) ने अनुभवजन्य मूल्यांकन करने के लिए 2019-2021 के राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण से क्रॉस-सेक्शनल डेटा का विश्लेषण किया। इस डेटासेट में दो अलग-अलग समय अवधियों के डेटा शामिल हैं: मार्च 2020 से पहले और बाद में, जब भारत के 36 राज्यों या केंद्र शासित प्रदेशों में से 13 में देशव्यापी लॉकडाउन लागू किया गया था। इस कार्यक्रम का उद्देश्य लगभग 800 मिलियन लोगों या भारत की लगभग दो-तिहाई आबादी को मासिक खाद्यान्न और दालें उपलब्ध कराना था। इस कार्यक्रम के अस्तित्व के कारण प्रकोप से पहले और बाद में बाल पोषण की स्थिति में अपेक्षाकृत स्थिर या थोड़ी बिगड़ती प्रवृत्ति देखी जा सकती है। इसने बच्चों के स्वास्थ्य का समर्थन करने के लिए गैर-महामारी समय के दौरान भी राहत गतिविधियों को जारी रखने के महत्व को भी रेखांकित किया। इसके अलावा, महामारी के दौरान पारस्परिक स्वच्छता को बढ़ावा देने से बच्चों के स्वास्थ्य के बेहतर परिणाम प्राप्त हो सकते हैं, जैसे कि दस्त और तीव्र श्वसन संक्रमण की कम दर।

गहलोत (2024) ने अपनी रिपोर्ट 'एनएचएम बजट में कटौती से सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा में आशाओं के प्रभाव पर सीधा असर कैसे पड़ता है' में एनएचएम क्षमताओं को अधिकतम करने और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा को मजबूत करने में भारत की महत्वपूर्ण भूमिका पर जोर दिया।

कामना कंडपा अन्य (2024) ने उत्तराखंड के बागेश्वर जिले में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) की दुर्दशा पर प्रकाश डाला। फरवरी 2021 से अगस्त 2023 तक बागेश्वर जिले के बिलोनसेरा, कठायतबारा और मन्युरा माफ़ी में क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन किया गया। फील्ड रिसर्च में जमीनी स्तर के कार्यकर्ताओं के सामने आने वाली बाधाओं और मुद्दों के बारे में आख्यानों की जांच की गई। यह शोध सामुदायिक स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा संबोधित चुनौतियों के केस स्टडी पर केंद्रित है। इसके अलावा, इस मुद्दे की जांच करने के लिए समाचार पत्रों की सामग्री का विश्लेषण किया गया। रिपोर्ट में प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य अधिवक्ताओं (आशा) के लिए वेतन और लाभ सुधार के सुझाव भी दिए गए हैं।

अध्ययन के उद्देश्य

1. आशा कार्यकर्ताओं की अपनी जिम्मेदारियों के प्रति धारणा की जांच करना।
2. वर्तमान परिस्थितियों में आशा कार्यकर्ताओं की भूमिका और कार्य का मूल्यांकन करें।

शोध क्रियाविधि

वर्तमान अध्ययन के लिए वर्णनात्मक पद्धति का उपयोग किया गया। स्तरीकृत नमूना पद्धति का उपयोग करके डेटा प्राप्त किया गया। विभिन्न स्तरों के पर्यवेक्षकों और आशा कार्यकर्ताओं जैसे कई स्रोतों से डेटा एकत्र किया गया। यह अध्ययन उत्तर प्रदेश के लखनऊ और कानपुर जिले में किया गया है। मई 2023-2024 में उत्तर प्रदेश सरकार के स्वास्थ्य विभाग ने 166975 आशा कार्यकर्ताओं को नियुक्त किया। राज्य स्वास्थ्य विभाग को आठ प्रशासनिक प्रभागों में विभाजित किया गया है। इस अध्ययन के उद्देश्य से शोधकर्ता ने स्वास्थ्य संकेतक प्रदर्शन के आधार पर 2 जिलों का चयन किया है। दूसरी ओर, लखनऊ और कानपुर बेहतर प्रदर्शन करने वाले

जिले हैं, जिन्हें इस तरह से नामित नहीं किया गया है। लखनऊ और कानपुर जिलों में कुल 398 आशा कार्यकर्ताओं से पूछताछ की गई। प्रत्येक जिले से कुल 199 आशा कार्यकर्ताओं का साक्षात्कार लिया गया। वर्तमान अध्ययन के लिए डेटा के प्राथमिक और द्वितीयक दोनों स्रोतों को एकत्र किया गया था। आशा कार्यकर्ताओं और उनके नेताओं से एकत्र किए गए डेटा को विश्लेषण और हेरफेर के लिए कंप्यूटर में दर्ज करने से पहले कोडिंग कुंजी का उपयोग करके सत्यापित, मात्राबद्ध और कोडित किया गया था। प्रतिशत, डेटा वितरण तालिकाओं, क्रॉसओवर और प्रतिगमन गुणांक की गणना करने के लिए सामाजिक विज्ञान के लिए सांख्यिकीय कार्यक्रम (एसपीएसएस 29वी) का उपयोग किया गया था।

समंक विश्लेषण और समंक व्याख्या

नीचे दी गई तालिका 1 लखनऊ और कानपुर जिले के नमूनों के आधार पर आशा कार्यकर्ताओं के अपने कार्यों और जिम्मेदारियों के दृष्टिकोण को प्रदर्शित करती है। शोधकर्ता ने पाँच-बिंदु पैमाने पर राय का मूल्यांकन किया: पाँच (बहुत महत्वपूर्ण), 4 (महत्वपूर्ण), 3 (औसत), 2 (कम महत्वपूर्ण), और 1 (बिल्कुल भी महत्वपूर्ण नहीं)। अध्ययन माध्य और मानक विचलन का उपयोग करके किया गया था।

तालिका 1: भूमिकाओं और जिम्मेदारियों के बारे में आशा की धारणाएँ

क्रम संख्या	गतिविधियाँ	लखनऊ		कानपुर	
		मीन	एसडी	मीन	एसडी
1	जेएसवाई के तहत गर्भावस्था के दौरान प्रदान की गई सेवाएं ।	4.72	.46	5.01	.00
2	गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव के लिए प्रेरित करें ।	4.56	.51	2.45	.51
3	आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियाँ वितरित की गईं ।	2.01	.00	1.93	.71
4	आशा मोबिलिटी - यात्रा व्यय की प्रतिपूर्ति ।	4.01	.00	3.01	0.00
5	जे.एस.वाई. के अंतर्गत गर्भावस्था के दौरान सेवाएं प्रदान करना तथा प्रसव के लिए महिलाओं को अनुरक्षित करना ।	4.56	.51	2.51	.51
6	15 से 49 आयु वर्ग की महिलाओं की मृत्यु की जानकारी।	3.35	.61	5.01	.00
7	एचबीएनसी - 5 से अधिक गृह दौरे।	5.01	.00	4.65	.47
8	एल.बी.डब्लू. शिशुओं की अनुवर्ती देखभाल के लिए प्रोत्साहन।	2.35	.75	3.14	.63
9	महिलाओं को ट्यूबेक्टोमी उपचार के लिए प्रेरित किया गया।	4.25	.92	2.47	.51
10	पुरुष नसबंदी के लिए प्रेरित लाभार्थी।	1.01	.01	5.01	.00
11	एनआरसी से छुट्टी पाए बच्चों का तीसरा दौरा।	1.15	.36	1.33	.46
12	एमएए (मातृ निरपेक्ष प्रभाव) के अंतर्गत प्रोत्साहन।	3.58	.48	3.52	.51
13	कंडोम के पैकेट वितरित किये गये।	1.01	.00	5.01	.00
14	वितरित गर्भनिरोधक दवा चक्र।	2.85	.98	3.68	.45

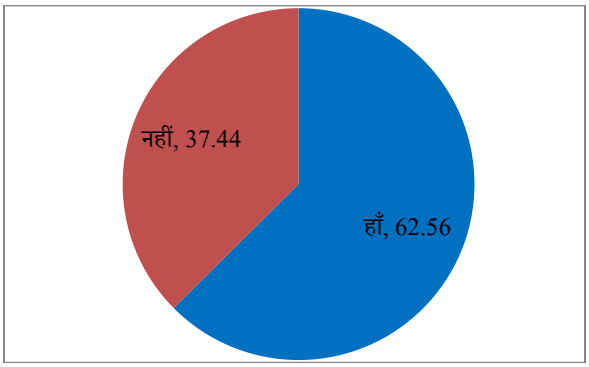
15	जन्मों में अंतराल सुनिश्चित करने के तहत आशा को प्रोत्साहन।	2.07	.85	2.04	.76
16	सहकर्मी शिक्षक के चयन के लिए प्रोत्साहन।	1.66	.46	1.38	.48
17	रिकॉर्ड अद्यतन के लिए प्रोत्साहन और आशा कार्यकर्ताओं को सहायता।	4.38	.48	4.67	.46
18	गर्भवती महिलाओं की एचआईवी पॉजिटिव स्थिति की पुष्टि करना।	4.38	.48	4.47	.51
19	किशोरियों की मासिक बैठक आयोजित की गई।	3.02	1.42	3.18	.78
20	आशा मासिक बैठक	4.38	.48	4.63	.48
21	मरीजों का अनुवर्ती परीक्षण (वर्ष में दो बार)	1.01	.00	1.17	.37
22	सिकल सेल - स्वयं सहायता समूहों को प्रेरित करना।	1.43	.51	1.01	.00
23	सिकल सेल- गृह भ्रमण के लिए प्रोत्साहन।	1.01	.00	1.01	.00
24	प्रशामक देखभाल कार्यक्रम- मरीजों का रजिस्टर	1.01	.00	1.01	.00
25	प्रशामक देखभाल कार्यक्रम - पुष्टि के बाद	1.01	.00	1.01	.00

लखनऊ जिले में, घर आधारित नवजात शिशु देखभाल यात्राओं के लिए अधिकतम औसत स्कोर 5.00 है, और न्यूनतम औसत स्कोर 1.01 है। प्रोत्साहनों में सिकल सेल फॉलो-अप, सैनिटरी नैपकिन की बिक्री, गांव में टीकाकरण सत्रों में भाग लेने के लिए उपशामक देखभाल, वीएचएसएनसी बैठकें और कंडोम और मौखिक गोलियों का वितरण शामिल है। यह स्पष्ट रूप से दर्शाता है कि अधिकांश आशा कार्यकर्ता एचबीएनसी गतिविधियों और सिकल सेल फॉलो-अप, सैनिटरी नैपकिन की बिक्री, उपशामक देखभाल, गांव में टीकाकरण सत्रों में भाग लेने के लिए प्रोत्साहन, वीएचएसएनसी बैठकें और कंडोम और मौखिक गोलियों के वितरण के लिए प्रोत्साहन चुनती हैं।

इससे स्पष्ट है कि अधिकतर आशा कार्यकर्ता जे.एस.वाई. के तहत गर्भावस्था के दौरान सेवाएं प्रदान करने वाली आशा कार्यकर्ताओं के कार्य को प्राथमिकता दे रही हैं; जन्म में अंतराल के तहत प्रोत्साहन; 15-49 वर्ष की महिलाओं की मृत्यु की रिपोर्टिंग; कंडोम का वितरण; पुरुष नसबंदी के लिए लाभार्थियों को प्रेरित करना तथा सैनिटरी नैपकिन की बिक्री को सबसे कम प्राथमिकता; मातृ निरपेक्ष प्रभाव; सहकर्मी शिक्षकों के चयन के लिए प्रोत्साहन; आई.डी.सी.एफ. के तहत प्रोत्साहन; राष्ट्रीय कृमि मुक्ति दिवस पर काम करने के लिए आशा कार्यकर्ताओं को प्रोत्साहन।

तालिका 2: टीबी दवा प्रदाता के बारे में जानकारी

प्रतिक्रिया	**संख्या**	**%**
हाँ	249	62.56
नहीं	149	37.44
कुल	398	100.00

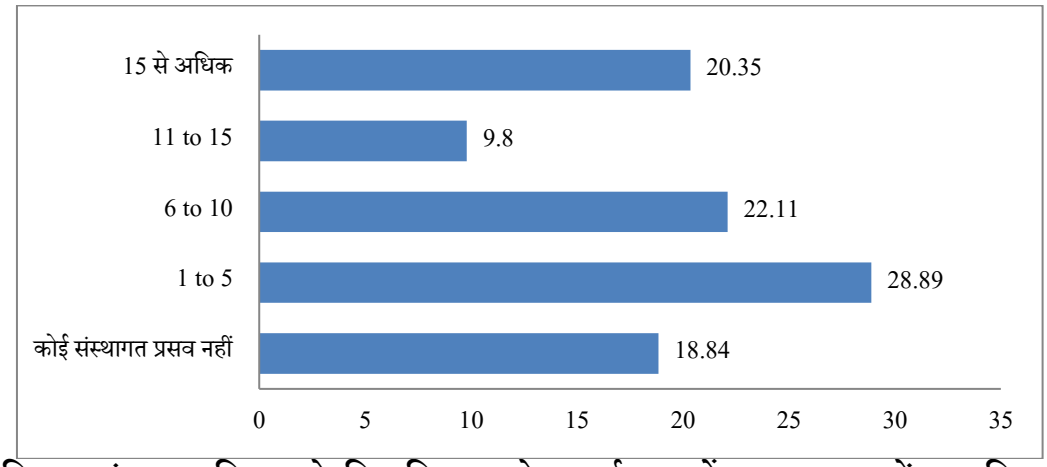


चित्र 1: टीबी दवा प्रदाता के बारे में जानकारी।

तालिका 2 में बताया गया है कि क्या उत्तरदाता टीबी रोगियों को दवा उपलब्ध कराने के अपने दायित्व को पूरा करते हैं। शोधकर्ता ने प्रश्न हाँ/नहीं शैली में पूछा। उत्तरदाताओं में से अधिकांश (62.56%) ने सकारात्मक उत्तर दिया, जबकि 37.44% ने नकारात्मक उत्तर दिया। डेटा से पता चलता है कि 50% से अधिक आशा कार्यकर्ता अपने कर्तव्य के बारे में जानते हैं और टीबी रोगियों को दवा उपलब्ध कराने के अपने दायित्व को पूरा करते हुए उसी के अनुसार कार्य करते हैं। आशा कार्यकर्ताओं की एक छोटी लेकिन महत्वपूर्ण संख्या अपने कर्तव्यों को प्रभावी ढंग से पूरा नहीं करती है। आदर्श रूप से, सभी को टीबी रोगियों के उपचार में अपनी भागीदारी के बारे में पता होना चाहिए। हालाँकि, यह संभवतः इसलिए हो सकता है क्योंकि संदर्भ अवधि के दौरान उन्हें कोई टीबी रोगी नहीं मिला, या उन्हें प्रशिक्षण के माध्यम से अधिक जानकारी की आवश्यकता है।

तालिका 3: संस्थागत प्रसव के लिए लिये गए जेएसवाई मामले

प्रतिक्रिया	**संख्या**	**%**
कोई संस्थागत प्रसव नहीं	75	18.84
1 to 5	115	28.89
6 to 10	88	22.11
11 to 15	39	9.80
15 से अधिक	81	20.35
कुल	398	100.00



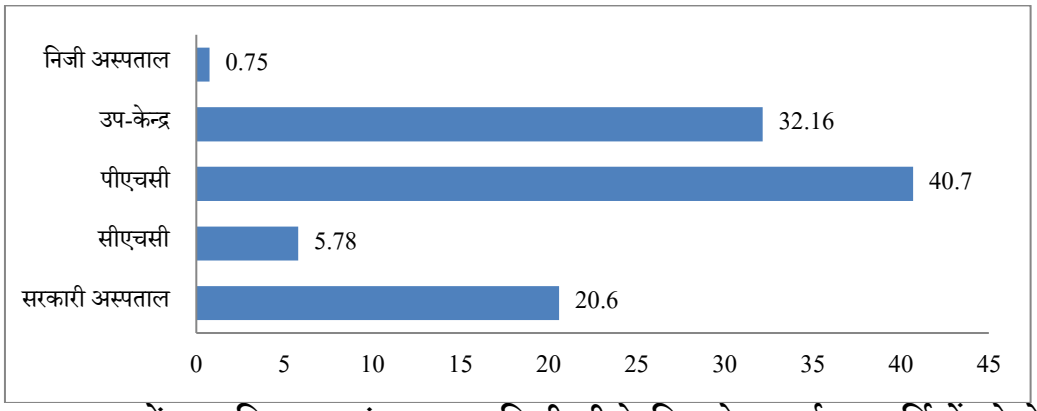
चित्र 2: संस्थागत वितरण के लिए लिए गए जेएसवाई मामलों पर उत्तरदाताओं का प्रतिशत

तालिका 3 में जेएसवाई दावेदारों की संख्या दर्शाई गई है, जिन्हें प्रसव के लिए अस्पताल ले जाया गया था। अधिकांश उत्तरदाताओं (28.84%) ने प्रसव के लिए जेएसवाई ग्राहकों को अस्पताल ले जाने की सूचना दी। जबकि 22.11 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने 6 से 10 जेएसवाई प्राप्तकर्ताओं को अस्पताल ले जाने की सूचना दी, 20.35 प्रतिशत ने 15 से अधिक लाभार्थियों को ले जाने की सूचना दी, और 9.80 प्रतिशत ने 11 से 15 लाभार्थियों को ले जाने की सूचना दी। 18.84 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने प्रसव के लिए किसी भी लाभार्थी को अस्पताल नहीं ले जाया क्योंकि प्रसव घर पर ही किया गया था। यह आश्चर्यजनक है कि लगभग 19% आशा कार्यकर्ता जेएसवाई लाभार्थियों को संस्थागत प्रसव के लिए प्रेरित करने के लिए अतिरिक्त प्रोत्साहन प्राप्त करने के बावजूद, प्रसव के लिए अस्पताल जाने के लिए राजी करने में असमर्थ रहीं।

तालिका 4: उत्तरदाता डिलीवरी के लिए जेएसवाई लाभार्थियों को कहां ले जाना पसंद करते हैं।

प्रतिक्रिया	**संख्या**	**%**
सरकारी अस्पताल	82	20.60
सीएचसी	23	5.78
पीएचसी	162	40.70
उप-केन्द्र	128	32.16
निजी अस्पताल	3	0.75
कुल	398	100.00

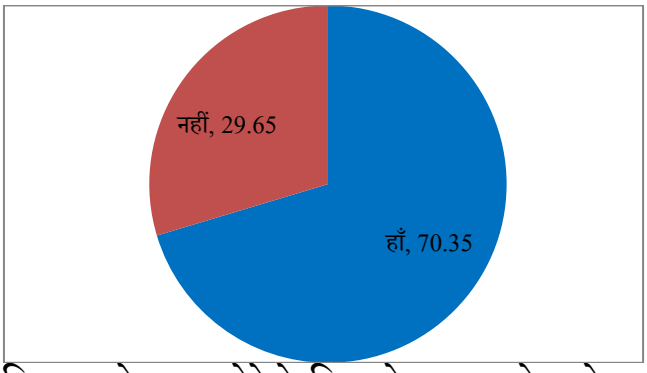
तालिका 4 में स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए उत्तरदाताओं की प्राथमिकताओं को बताया गया है, जहाँ वे जेएसवाई लाभार्थियों को स्वीकार करते हैं। अधिकांश उत्तरदाताओं (40.70%) ने जेएसवाई लाभार्थियों को प्रसव के लिए पीएचसीएस में ले गए। 32.16 प्रतिशत रोगियों को उप-केंद्रों में, 20.60% ने सरकारी अस्पतालों में और 5.78% ने सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में ले गए। ऊपर दी गई तालिका से पता चलता है कि अधिकांश उत्तरदाताओं (41%) ने जेएसवाई लाभार्थियों को पीएचसीएस में पहुँचाया।



चित्र 3: उत्तरदाताओं का प्रतिशत, जहां उत्तरदाता डिलीवरी के लिए जेएसवाई लाभार्थियों को ले जाना पसंद करते हैं।

तालिका 5: संस्थागत वितरण को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन प्राप्त करना।

प्रतिक्रिया	**संख्या**	**%**
हाँ	280	70.35
नहीं	118	29.65
कुल	398	100.00



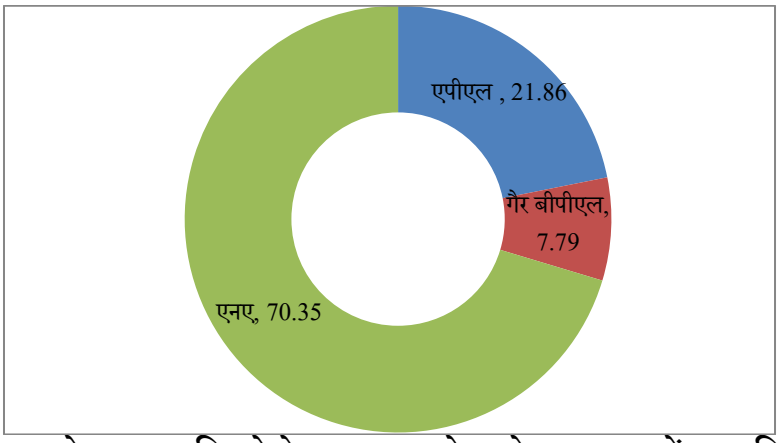
आंकड़ा 4: संस्थागत वितरण को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन पाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत

तालिका 5 में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन पाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत दर्शाया गया है। यह प्रश्न हाँ/नहीं के रूप में पूछा गया था। अधिकांश उत्तरदाताओं (70.35%) ने दावा किया कि उन्हें संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन मिला, जबकि 29.65 प्रतिशत ने कहा कि उन्हें ऐसा नहीं मिला।

तालिका 6: प्रोत्साहन न मिलने का कारण

कारण	संख्या	**%**
एपीएल	87	21.86
गैर बीपीएल	31	7.79
एनए	280	70.35
कुल	398	100.0

तालिका 6 दर्शाती है कि उत्तरदाताओं को संस्थागत प्रसव को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहन क्यों नहीं मिल रहे हैं। उपरोक्त तालिका के अनुसार, 29.65 प्रतिशत लाभार्थियों का दावा है कि उन्हें संस्थागत सेवा को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन नहीं मिलता है। शोधकर्ता ने प्रोत्साहन न मिलने के कारणों के बारे में पूछताछ की। लगभग 21.86% उत्तरदाताओं को संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन नहीं मिलता है क्योंकि उनके लाभार्थी खुले समूह में हैं, जबकि 7.79% ने संकेत दिया कि उनके लाभार्थी गरीबी रेखा से नीचे की श्रेणी में नहीं हैं। हालांकि यह सरकारी नीति के अनुसार है, लेकिन इससे उन उत्तरदाताओं का मनोबल गिरता है, जिनकी आबादी गैर-जेएसवाई लाभार्थियों की संख्या से अधिक है। फिर भी, आशा कार्यकर्ताओं को संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए प्रोत्साहन मिलता है। नतीजतन, वे ओपन समूह में गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव चुनने के लिए प्रोत्साहित करने में कम से कम चिंतित हो सकते हैं। यह ओपन श्रेणी के लाभार्थियों के बीच नाखुशी का कारण भी बनता है।

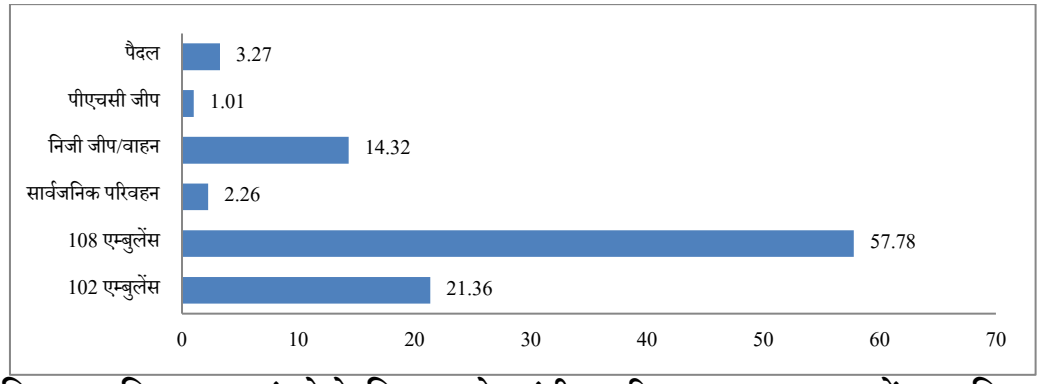


चित्र 5: प्रोत्साहन न मिलने के कारण बताने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत

तालिका 7: सुविधा तक पहुंचने के लिए सबसे पसंदीदा परिवहन

परिवहन	**संख्या**	**%**
102 एम्बुलेंस	85	21.36
108 एम्बुलेंस	230	57.78
सार्वजनिक परिवहन	9	2.26

निजी जीप/वाहन	57	14.32
पीएचसी जीप	4	1.01
पैदल	13	3.27
कुल	398	100.00



चित्र 6: सुविधा तक पहुंचने के लिए सबसे पसंदीदा परिवहन पर उत्तरदाताओं का प्रतिशत

तालिका 7 दर्शाती है कि उत्तरदाता गर्भवती महिलाओं को निकटतम संस्थान तक कैसे पहुँचाते हैं। अधिकांश उत्तरदाता (57.78%) निकटतम सुविधा तक पहुँचने के लिए 108 एम्बुलेंस का उपयोग करते हैं, उसके बाद 102 एम्बुलेंस (21.36%) का स्थान आता है। 14.32 प्रतिशत उत्तरदाता निजी जीप का उपयोग करते हैं। 2.26% सार्वजनिक परिवहन का उपयोग करते हैं। 1.01 प्रतिशत पीएचसी वाहन का उपयोग करते हैं, जबकि 3.27 प्रतिशत अपने लाभार्थियों के साथ पैदल जाते हैं। जब शोधकर्ता ने पैदल जाने वाले उत्तरदाताओं से बात की, तो उन्होंने पाया कि सुविधा समुदाय के भीतर स्थित थी। ऊपर दी गई तालिका स्पष्ट रूप से दिखाती है कि अधिकांश उत्तरदाता (58%) अपने लाभार्थियों को 108 एम्बुलेंस के माध्यम से स्वास्थ्य केंद्र तक पहुँचाते हैं।

तालिका 8: होम डिलीवरी के कारण

कारण	संख्या	%
आस-पास उचित स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध नहीं है।	98	24.62
आवश्यकता पड़ने पर परिवहन उपलब्ध नहीं।	149	37.44
होम डिलीवरी से अधिक महंगा	85	21.36
कर्मचारियों का व्यवहार उचित नहीं है।	31	7.79
पारिवारिक/सांस्कृतिक कारण	107	26.88
जेएसवाई योजना के बारे में अनभिज्ञता	27	6.78
रात बहुत हो गई है।	3	0.75
निरक्षरता	18	4.52

अस्पताल में तीन दिन रहने के कारण घर में परेशानियां।	3	0.75
टांकों के कारण/सिजेरियन के डर से	156	39.20

उत्तरदाताओं के अनुसार, तालिका 8 दर्शाती है कि प्राप्तकर्ता घर पर डिलीवरी क्यों चुनते हैं। चूँकि यह एक बहुविकल्पीय प्रश्न है, इसलिए उत्तरदाताओं की संख्या कुल 398 उत्तरदाताओं से अधिक थी। अधिकांश उत्तरदाताओं (39.20%) ने लाभार्थियों के सीज़ेरियन और टांके के डर को घर पर डिलीवरी के कारणों में से एक बताया। 37.44% उत्तरदाताओं के अनुसार, घर पर डिलीवरी का एक कारण परिवहन की कमी है। 26.88 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने घर पर डिलीवरी के लिए पारिवारिक संस्कृति को एक तर्क के रूप में उद्धृत किया। 24.62 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने कहा कि उन्होंने घर पर प्रसव इसलिए चुना क्योंकि आस-पास कोई स्वीकार्य स्वास्थ्य सुविधा नहीं थी, जबकि 21.63 प्रतिशत ने दावा किया कि संस्थागत प्रसव अधिक महंगा था। केवल 7.79 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने घर पर प्रसव के लिए महिला कर्मचारियों के व्यवहार को कारण बताया। 6.78 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने घर पर प्रसव के लिए जेएसवाई योजना के बारे में जागरूकता की कमी को कारण बताया, जबकि 0.75 प्रतिशत ने देर रात होने वाली प्रसव पीड़ा और संस्थागत प्रसव के लिए तीन दिन के प्रवास के दौरान परिवार के बाकी सदस्यों की देखभाल के लिए घर पर कोई नहीं होने को लाभार्थियों द्वारा घर पर प्रसव चुनने के कारणों के रूप में बताया। शोध के अनुसार, 40 प्रतिशत महिलाएँ सीजेरियन और टांके के डर के कारण संस्थागत प्रसव से बचती हैं। ऐसा प्रतीत होता है कि समुदाय में संस्थागत प्रसव के बारे में उचित जानकारी का अभाव है।

निष्कर्ष

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत, भारत सरकार प्रत्येक गांव में एक महिला को आशा के रूप में नियुक्त करना चाहती है, जो एएनएम और समुदाय के बीच संपर्क का काम करेगी और पंचायत को रिपोर्ट करेगी। आशाओं को सार्वभौमिक टीकाकरण, आरसीएच के लिए रेफरल और एस्कॉर्ट सेवाओं, घर में शौचालय निर्माण और अन्य स्वास्थ्य सेवा वितरण गतिविधियों को बढ़ावा देने में उनकी सफलता के आधार पर मुआवजा दिया जाएगा। वर्तमान अध्ययन का निष्कर्ष है कि आशाओं के चयन के लिए स्थापित नियमों के अनुसार, चयन प्रक्रिया में व्यावहारिक रूप से सभी दिशा-निर्देशों का पालन किया जाता है, जिसमें आयु, योग्यता, वैवाहिक स्थिति आदि शामिल हैं। सामाजिक रूप से पिछड़ी आबादी का संतोषजनक चित्रण देखा गया है। ग्रामपंचायत/ग्रामसभा ने आशा कार्यकर्ताओं का चयन किया। स्वास्थ्य सेवा सेवाओं को बनाए रखने और मजबूत बनाने के लिए व्यक्तिगत कौशल विकास महत्वपूर्ण है। परिणामस्वरूप, प्रत्येक आशा को अपने विशिष्ट कौशल को बेहतर बनाने और समुदाय को बेहतर सेवा प्रदान करने में मदद करने के लिए उपयुक्त प्रशिक्षण प्राप्त होता है। आशा कार्यकर्ताओं की अपने कार्यों और जिम्मेदारियों के बारे में धारणाएँ भौगोलिक क्षेत्रों में एक समान हैं। आशा कर्मचारी अपने द्वारा प्राप्त प्रोत्साहनों से असंतुष्ट हैं और अपने काम के लिए एक निश्चित वेतन को प्राथमिकता देते हैं। स्वास्थ्य पर्यवेक्षकों के अनुसार, आशा कार्यकर्ताओं ने स्वास्थ्य परियोजनाओं में समुदाय का विश्वास बढ़ाने में मदद की है। निरंतर अनुवर्ती कार्रवाई, गर्भवती महिलाओं और परिवारों के साथ पर्याप्त संपर्क, और गर्भवती महिलाओं को

जन्म के लिए अस्पताल ले जाना, इन सभी ने संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने में महत्वपूर्ण अच्छा प्रभाव डाला है। आशा कार्यकर्ताओं ने स्वास्थ्य सेवाओं को वंचित लोगों के दरवाजे तक पहुंचाया है।

संदर्भ

[1] नेशनल हेल्ह सिस्टम्स रीसर्च सेंटर (एन ए एस आर सी) 2011, होप द वे फॉरवर्ड एन ए एस आर सी नई दिल्ली, इंडिया

[2] सिंह, एस., सिंह, एस. (2015)। द रोल ऑफ़ आशा एस इन द एटिलिज़शन ऑफ़ मैटर्नल एंड चाइल्ड हेल्थ सर्विसेज जर्नल ऑफ ग्लोबल हेल्थ केयर सिस्टम, 5(3)।

[3] रूथ एट अल. (2016) एट्टीटुडेज ऑफ़ हेल्थ एक्सटेंशन वर्कर्स एंड मदर्स टूवर्डस मैटर्नल हेल्थ सर्विस एटिलिज़शन एंड एक्सेप्टेन्स इन एडवा वोरेडा, टिग्रे रेगियन इथियोपिया पीएलओएस वन। 2016 मार्च 10;11(3):e0150747. doi:10.1371/journal.pone.0150747. PMID: 26963507; PMCID: PMC4786113.

[4] सरीन एट अल. (2017) एवल्यूशन ऑफ़ क्वालिटी इम्प्रूवमेंट इंटरवेंशंस फॉर ओब्स्टेट्रिक एंड नूबोर्न केयर इन सलेक्टेड पब्लिक हेल्थ फैसिलिटीज इन सिक्स स्टैटेज ऑफ़ इंडिया बीएमसी प्रेग्नेंसी चाइल्डबर्थ 17, 134 (2017)। https://doi.org/10.1186/s12884-017-1318-4

[5] ए. एन. एस. खान एट अल. (2018) कम्पेटेन्सी ऑफ़ हेल्थकेयर प्रोफ़ेशनल्स इन दिएगनोसिन्ग एंड मैनेजिंग ओब्स्टेटेक्रीक एंड डेलीवेरिंग नूबोर्न केयर ए क्लीनिकल विग्नेट बसेड अस्सेस्मेंट इन डिस्ट्रिक्ट एंड सब डिस्ट्रिक्ट हॉस्पिटल्स इन नॉथर्न बंगालदेश बीएमजे ओपन, 2019, 9:e028670, doi: 10.1136/bmjopen-2018-028670।

[6] ओलानिरन, ए., मदाज, बी., बार-ज़ेव, एस., एट अल. रॉलेज ऑफ़ कम्युनिटी हेल्थ वर्कर्स हु प्रोवाइड मैटर्नल एंड नूबोर्न हेल्थ सर्विसेज केस स्टडीज फ्रॉम अफ्रीका एंड एशिया बीएमजे ग्लोबल हेल्थ, 2019, 4:e001388।

[7] हेमैन, जे., लेवी, जेसिका के., बोस, बी., रियोस-सलास, वी., मेकोनेन, वाई., स्वामीनाथन, एच., ओमीदाख्श, एन., गडोथ, ए., हुह, के., ग्रीन, मार्गरेट ई., डार्मस्टैड, गैरी एल.,ऑन बेहेल्फ ऑफ़ द जेंडर एकवेल्टी नॉर्म्स एंड हेल्थ स्टीयरिंग कमिटी इम्प्रूविंग हेल्थ प्रोग्रॅममेटिक लीगल एंड पॉलिसी अप्पोरचेज टू रेडक जेंडर इन क्वालिटी एंड चेंज रेस्ट्रिक्टिव जेंडर नॉर्म्स थर्ड इन ए सीरीज ऑफ़ फाइव पेपर्स पब्लिशेड ऑनलाइन इन लैंसेट 3 मई, 2019; 393: 2522–34, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30656-7.

[8] अघाई एट अल. (2020), जेंडर वैरिएशंस इन नोनटल एंड अर्ली इन्फेंट मोर्टेलिटी इन इंडिया एंड पाकिस्तान ए सेकण्डरी एनालिसिस फ्रॉम द ग्लोबल नेटवर्क मैटरनल न्यूबॉर्न हेल्थ रजिस्ट्री रिप्रोड हेल्थ 17 (सप्ल 3), 178. https://doi.org/10.1186/s12978-020-01028.

[9] गोगोई, एम.एम. (2020)। आशा वर्कर्स ऐज ह्यूमन रासोर्सेज एंड द प्रॉब्लम्स दे फेस बेफोर एंड आफ्टर कोविंड -19 पालआर्च जर्नल ऑफ़ इजिप्शन अर्चेओलोजी एगीपटोलॉजी , 17(6), 11172 - 11178। https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/2826

[10] राजबंग्शी, पी.आर., नांबियार, डी. एंड श्रीवास्तव, ए. (2021)। कम्युनिटी हेल्थ वर्कर्स चैलेंजेज एंड वलनेराबिलिटिज ऑफ़ एक्रेडिटेड सोसिअल हेल्थ एक्टिविस्ट्स वर्किंग इन कन्फ्लिक्ट एफ्फेक्टेड सेटिंग इन द स्टेट ऑफ़ असम बीएमसी हेल्थ सर्व रिसर्च 21, 829 (2021)। https://doi.org/10.1186/s12913-021-06780-y.

[11] बनर्जी, एस. (2021). डेटर्माइनेन्ट्स ऑफ़ रूरल डिफरेंसेज इन हेल्थ केयर अटीलिज़ेशन अमोंग द एल्डर्ली पॉपुलेशन इन इंडिया बीएमसी पब्लिक हेल्थ 21, 939. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10773-1

[12] मनोना जैकब, ए. (2021).हेल्थ केयर डिलीवरी सिस्टम्स इन रूरल एरियाज इंटेकपन इंटेकोपेन। doi: 10.5772/intecopen.98184

[13] एंड्रिया के. ब्लैंचर्ड एट अल. (2021) अंडरस्टैंडिंग द रोल ऑफ़ कम्युनिटी हेल्थ वर्कर्स इन इम्प्रोविंग प्रिंटल हेल्थ अक्वालिटी इन रूरल उत्तर प्रदेश ए क्वालीटेटिव स्टडी इंटरनेशनल जर्नल ऑफ इक्विटी हेल्थ। 2021 फरवरी 23;20:63. doi:10.1186/s12939-021-01406-5.

[14] अस्थाना, एस., एंड मायरा, के. (2022)। इंडिया वन मिलियन एक्रेडीटेड सोसिअल हेल्थ एक्टिविट्स (आशा) विन ग्लोबल हेल्थ लीडर्स अवार्ड एट 75 द वर्ल्ड हेल्थ अस्संबली टाइम टू मूव बियॉन्ड रिहटोरिक टू एक्शन द लैंसेट रीजनल हेल्थ - साउथईस्ट एशिया, 3,100029।

[15] नीतू कुमारी, दिव्या।मासुरिंग द रोल ऑफ़ एक्रेडिटेड सोसिअल हेल्थ एक्टिविस्ट्स (आशा) इन अपलिफ्टिंग हेल्थ सर्विसेज अंडर एनएचएम मिथ ओर रेअलीटी अडवेंसेज । 21 सितंबर, 2023। DOI: 10.22541/au.169528155.50020227/v1।

[16] को एस., किम. आर., सुब्रमण्यन., एस.वी. (2023). पैटर्न्स इन चाइल्ड हेल्थ आउ टकॉमेज बेफोर एंड आफ्टर द कोविड-19 ऑउटब्रेक इन इंडिया जामा नेटवर्क ओपन.6(6):e2317055. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.17055.

[17] गहलोत, डी. (2024)बडगेट कट्स डाइरेक्टली इम्पैक्ट आशा इम्पैक्ट पब्लिक हेल्थ केयर न्यूज़क्लिक https://www.

[18] कामना कंडपा एट अल. (2024) एक्सामिनिंग द रिलेशनशिप बिटवीन मोटिवेशन एंड इन्सेन्टिवेज इन द कॉसेप्ट ऑफ़ मैटर्नल हेल्थ अवेर्नेस ए स्टडी आशा वर्कर्स इन उत्तराखंड द साइंटिफिक टेम्पर (2024) वॉल्यूम 15 (3): 2846-2853 ई-आईएसएसएन: 2231-6396, आईएसएसएन: 0976-8653 डीओआई: 10.58414/SCIENTIFICTEMPER.2024.15.3.55 https://scientifictemper.com/.