Policy Brief
Uttar Pradesh

December 2017

किशोर स्वास्थ्य:

उत्तर प्रदेश में राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके) के लिए प्राथमिकताएं और अवसर

परिचय

भारत सरकार ने 2014 में एक राष्ट्रीय रणनीति राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके) के माध्यम से किशोर स्वास्थ्य के प्रति अपनी प्रतिबद्धता का संकेत दिया था। इसमें स्कूल जाने वाले और स्कूल से बाहर के किशोरों, विवाहित या अविवाहित, और वंचित समूहों के सभी किशोरों के लिए स्वास्थ्य सूचना और सेवाओं की सार्वभौमिक उपलब्धता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से 10–14 और 15–19 आयु वर्ग के किशोरों को लक्षित किया गया है। यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के भी अतिरिक्त किशोर स्वास्थ्य को संबोधित करने के लिए एक तरह से पूरी तरह बदलाव की परिकल्पना वाले आरकेएसके को छह क्षेत्रों में विस्तारित किया गया है:, पोषण, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, लिंग आधारित हिंसा समेत आघात/चोट और हिंसा, नशीले पद्वार्थों का दुरुपयोग व गैर संचारी बीमारियां (एनसीडीएस)। यह नीतिसंक्षेप उत्तर प्रदेश में कार्यक्रम के लिए एक आधारभूत रूपरेखा, छह आरकेएसके प्राथमिकता वाले क्षेत्रों पर 2015–16 से किशोर स्वास्थ्य पर संक्षिप्त साक्ष्य प्रस्तुत करती है।

मुख्य निष्कर्ष

- **आरकेएसके की कार्यनीति उदया के अध्ययन द्वारा पाये गय स्वास्थ्य समास्यों के साथ संरेखित को ध्यान में रखकर बनाई गई है। मुख्य मुद्दे हैं:**
  - सभी किशोरों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में निम्न स्तर की जानकारी
  - यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के जोखिम वैवाहिक स्थिति, उम्र और लिंग के अनुसार भिन्न हैं
  - विशेषकर ज्यादा उम्र की और कम उम्र की लड़कियों में एनिमिया का उच्च स्तर
  - विवाहित लड़कियों में मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याऐं और अंतरंग साथी की हिंसा
  - बड़े लड़कों में तंबाकू का उपयोग और चोट लगना मुख्य स्वास्थ्य समस्याऐं
- **सेवाओं की गुणवत्ता में कमी और उसमे शामिल चुनौतियां:**
  - अगुवा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ कम जुड़ाव और किशोर अनुकूल स्वास्थ्य क्लीनिकों का अति सीमित उपयोग
  - विद्वान शिक्षकों की उपलब्धता सुनिश्चित कर सूचना का आदान–प्रदान और सेवाओं का उपयोग बढ़ाकर सुगमता प्रदान की जा सकती है
  - साथी सलाहाकार के लिय एक सतत भर्ती और प्रशिक्षण योजना विकसित की जानी चाहिए
- **आरकेएसके के लिए मुख्य अवसर:**
  - जागरूकता में सुधार, सेवा प्रदान करने में मजबूती या नए सिरे से बनाना, और समुदाय–आधारित पहुंच कार्यनीतियों का मूल्यांकन करना

उदया अध्ययन

Understanding the lives of adolescents and young adults (उदया), पॉपुलेशन कौंसिल द्वारा संचालित शोध का एक कार्यक्रम है। उदया का लक्ष्य है कम उम्र (10–14) और ज्यादा उम्र (15–19) के किशोरों की स्थिति और जरूरतों को समझना, समय के साथ उनकी स्थिति व जरूरतों में बदलाव को व्याख्यायित करना, और किशोरावस्था से युवावस्था में उनके परिवर्तन के दौरान प्रभावकारी तत्वों का आकलन करना।

उत्तर प्रदेश में, अध्ययन में पार–अनुभागीय (cross-sectional) सर्वे, के दो दौर, एक कार्यक्रम लैंडस्केपिंग व गुणात्मक उप–अध्ययन भी शामिल किए गए। 2015–16 में, पॉपुलेशन कौंसिल ने अविवाहित लड़कियों और लड़कों (10–14 तथा 15–19) और 15–19 वर्ग की विवाहित लड़कियों का आंकड़े एकत्रित किये। 2018–19 में, हम इस समूह का नए सिरे से साक्षात्कार करेंगे जो तब 13–17 तथा 18–22 आयु वर्ष में होंगे, और अविवाहित लड़कों और लड़कियों (10–14 व 15–19 वर्ष) और विवाहित लड़कियों (15–19) का एक ताजा नमूने से आंकड़ा एकत्र करेंगे।

यह नितिसंक्षेप 10,161 किशोरों के एक प्रतिनिधिक नमूने के 2015–16 के लैंडस्केपिंग अध्ययन विवरणात्मक तथा बहुआयामी विश्लेषण से प्राप्त निष्कर्षों को प्रस्तुत करता है। 2015–16 में किशोरों के एक उप–नमूने का वजन और उचाई मापा गया था और हिमोग्लोबिन जांच भी की गई।

POPULATION COUNCIL
Ideas. Evidence. Impact.

UDAYA
TOWARDS ADULTHOOD

आरकेएसके की कार्यनीति

आरकेएसके की कार्यनीति प्राथमिक तौर पर अगुवा स्वाथ्य कार्यकर्ताओं (FLWs) और युवा क्लबों जैसे मंचों की स्थापना के माध्यम से किशोरों के लिए स्वास्थ्य संवर्धन और निवारक गतिविधियां विस्तारित करती है। आरकेएसके की मदद से सामुदायिक स्तर पर एक किशोर स्वास्थ्य दिवस और एक हेल्पलाइन समेत नई पहल भी की गई है। कार्यनीति के तहत राज्यों से भी कहा गया है कि वे किशोर अनुकूल स्वास्थ्य क्लीनिकों (एएफएचसी) पर समर्पित परामर्शदाताओं और हर गांव में समूह बनाने, भागीदारी सत्र आयोजित करने के लिए कम से कम चार शिक्षक भर्ती करें जो रेफरल्स में भी सहयोग दें। अंततः, आरकेएसके, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण तथा सभी प्रासंगिक विभागों जैसे कि महिला और बाल विकास तथा युवा मामलों व खेल दोनों में किशोरों के लिए गतिविधियों के समन्वय को प्रोत्साहित करता है।

निरंतर बोझः एनिमिया और खराब यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य

■ पोषण

किशोरों के बीच कुपोषण और एनिमिया आम थी (Table 1) 10–14 वर्ष आयु वाले 10 लड़कों में 3 दुबले की श्रेणी में रखे गए। हालांकि दुबलापन लड़कियों के बीच कम व्याप्त पाया गया, अविवाहित और विवाहित लड़कियों के 21–30 प्रतिशत के बीच मध्यम या गंभीर एनिमिया मिला। कुल मिलाकर, 3 में 2 लड़कियां और 3 में 1 लड़का एनिमिया से ग्रस्त पाया गया। शहरी क्षेत्रों में पांच प्रतिशत से कम किशोर ज्यादा वजन वाले अथवा मोटापे के शिकार थे।

Table 1: Nutritional status amongst adolescents

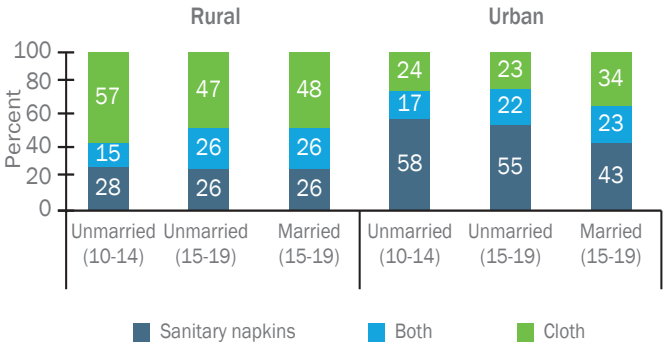
Nutritional indicator	Boys (10–14)	Boys (15–19)	Girls (10–14)	Unmarried girls (15–19)	Married girls (15–19)
Thinness	29.6	19.6	19.8	10.7	10.8
Mild anemia	28.8	19.3	39.8	44.0	36.8
Moderate/ severe anemia	8.4	13.2	14.0	20.7	29.5

■ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य

मासिक धर्म स्वच्छता

आरकेएसके की मासिक धर्म स्वच्छता का उद्देश्य सेनिटरी नैपकिन के उपयोग को प्रोत्साहित करना है। 10–14 आयु वर्ग की करीब 30 प्रतिशत लड़कियां मासिक धर्म के प्रति अनभिज्ञ थीं, शहरी और ग्रामीण लड़कियों की जानकारी में बहुत कम भिन्नता पाई गई। जिन लड़कियों को माहवारी आना शुरू हो गया था, उनमे से ग्रामीण क्षेत्र की करीब दो में से एक लड़की या तो केवल नैपकिन अथवा नैपकिन व कपड़ों के संयोजन का उपयोग करने वाली, शहरी क्षेत्रों में अरोग्यकारी पट्टियों का अधिक उपयोग करने वाली पाई गईं (Figure 1)। कुछ लड़कियों को सेनिटरी नैपकिन उनके स्कूलों या स्वास्थ्य कार्यकर्ता से प्राप्त हुईं (अविवाहित और विवाहित लड़कियों का 3–4%)। सेनिटरी नैपकिन्स का उपयोग न करने के लिए कारणों में खरीदने की क्षमता न होना, ग्रामीण क्षेत्रों की लड़कियों के लिए उन तक पहुंच या शर्मीलापन भी प्रमुख पाया गया।

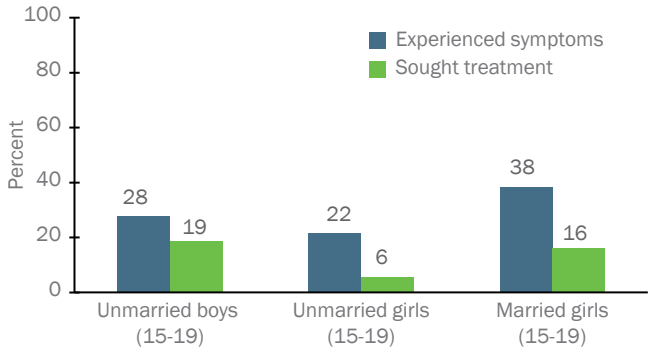
Figure 1: Use of sanitary napkins amongst adolescent girls in rural and urban areas



जननांग संक्रमण और मासिक धर्म संबंधी समस्याएं

ज्यादा उम्र वाले किशोरों में, पिछले तीन महीनों में 22–38 प्रतिशत लड़कियों में जननांग संक्रमण (जैसे कि जननांग अल्सर, खुजली, सूजन, असामान्य स्राव) के लक्षणों से पीड़ित होने की शिकायत की। उपचार चाहने वाले समूहों में विविधता पायी गयीः 2 विवाहित लड़कियों में करीब 1, 3 अविवाहित लड़कों में 2, और 4 अविवाहित लड़कियों में 1 ने देखभाल की जरूरत रखी (Figure 2)। लड़कों ने मुख्य रूप से दवा की दुकानों और निजी क्षेत्र के प्रदाताओं से उपचार कराना चाहा, जबकि बहुतायत लड़कियों ने निजी क्षेत्र के प्रदाताओं का उपयोग किया। उपचार के अन्य स्रोत सरकारी प्रदाताओं (किशोरों के 19–26 प्रतिशत द्वारा उपयोग किया गया) के साथ घरेलू नुस्खे और अयोग्य चिकित्सक थे। मासिक धर्म संबंधी समस्याओं से 11 प्रतिशत अविवाहित और विवाहित बडी लड़कियां पीड़ित थीं, जिनमें से 31–37 प्रतिशत ने निजी क्षेत्र में उपचार को प्रमुखता प्रदान की।

Figure 2: Prevalence of self-reported symptoms of genital infection and treatment-seeking, 15–19 years



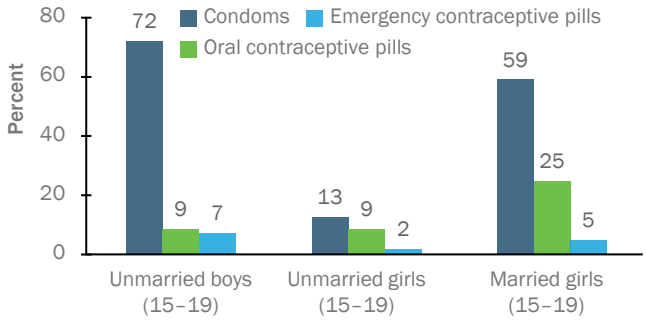
यौन (लैंगिकता) और यौन स्वास्थ्य

17 प्रतिशत लड़कों और 6–10 प्रतिशत अविवाहित तथा विवाहित लड़कियों ने विवाह पूर्व यौन संबंध रखने को स्वीकार किया। ज्यादा उम्र के किशोरों में, अविवाहित लड़कियों और लड़कों में एक चौथाई से भी कम, विवाहित लड़कियों में 2 में से 1 को पता होता है कि पहले सेक्स में ही महिला गर्भवती हो सकती है। ज्यादा उम्र वाले 5 में से 1 से भी कम लड़कों और ज्यादा उम्र की 6–7 प्रतिशत लड़कियों ने प्रदर्शित किया कि उन्हें एचआईवी/एड्स का गहन ज्ञान है।

गर्भ निरोधक

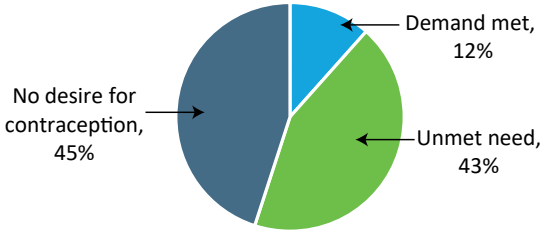
करीब 4 में से 3 ज्यादा उम्र वाले किशोर लड़कों और 5 में से 3 विवाहित लड़कियों – तथा 15–19 उम्र में 8 में से केवल 1 अविवाहित लड़कियों ने बताया कि उन्हें कंडोम का सही, विशेष ज्ञान है। सभी समूहों में मुह के जरिये गर्भ निरोधकों का उपयोग और आपात गर्भ निरोधक के बारे में सही ज्ञान काफी कम पाया गया (Figure 3)।

Figure 3: Correct, specific knowledge of contraception, 15–19 years



2 में से करीब 1 विवाहित लड़कीं ने बताया कि वे प्रसव के लिए अंतराल या सीमा चाहती हैं। जो अपने पति के साथ रहना शुरू कर चुकी 13 प्रतिशत विवाहित महिलाओं ने बताया कि वे पहले बच्चे के जन्म में देरी के लिए गर्भ निरोधक, और 12 प्रतिशत ने बताया कि वे गर्भ निरोधक (मुख्यतः कंडोम) का उपयोग करती हैं।

Figure 4: Contraceptive use and unmet need amongst married girls, 15–19 years

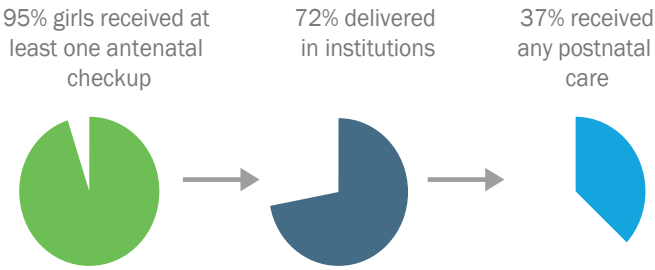


शेष की, या तो अपूर्ण जरूरतें (43%) थी या फिलहाल गर्भधारण में देरी की कोई इच्छा नहीं है (Figure 4)। सभी विवाहित लड़कियों में 3 में से करीब 2 ने बताया कि गर्भ निरोधकों के लिए उन्हें किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या दवा की दुकान पर जाने में शर्म की अनुभूति होती है।

मातृत्व स्वास्थ्य सेवाएं

सभी विवाहित लड़कियों के बीच, लगभग 3 में से 1 इस बारे में जागरूक थी कि गर्भवती महिला की कम से कम चार बार जन्म पूर्व जांच होनी चाहिए। सहवाह करने वाली, 41 प्रतिशत विवाहित लड़कियां प्रसव शुरू कर चुकी थीं। बहुतायत लड़कियों को मातृत्व और शिशु स्वास्थ्य सेवाएं पूरी निरंतरता में प्राप्त नही हो सकी थी (Figure 5)।

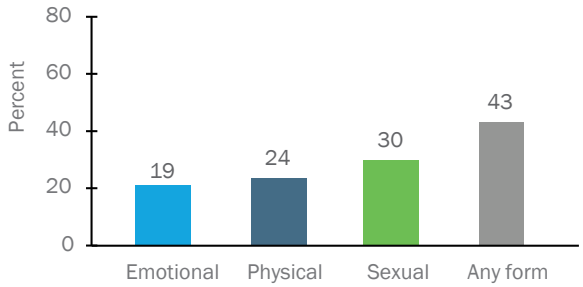
Figure 5: The continuum of maternal and child health care (first birth)



लिंग आधारित हिंसा

जो अपने पति के साथ रहना शुरू कर चुकी, 10 में से चार (43%) विवाहित लड़कियों ने बताया कि उन्हें वैवाहिक जीवन में या तो भावनात्मक, शारीरिक अथवा यौन हिंसा का शिकार होना पड़ता है (Figure 6)।

Figure 6: Violence ever experienced in marriage by married girls, 15–19 years



36 प्रतिशत लड़कियों ने बताया कि उन्हें पिछले वर्ष में शारीरिक या यौन हिंसा का सामना करना पड़ा। लड़कों और लड़कियों दोनों, पति द्वारा हिंसा, समव्यस्को, और समुदाय में होने वाली हिंसा को सामान्य मानते थे (Table 2)। लड़कों और छोटी लड़कियों के बीच आपसी लड़ाई झगड़े आम तौर पर पाए गए।

नए बोझः गैर संचारी बीमारियों से की व्यापकता और संबंधित जोखिम कारक

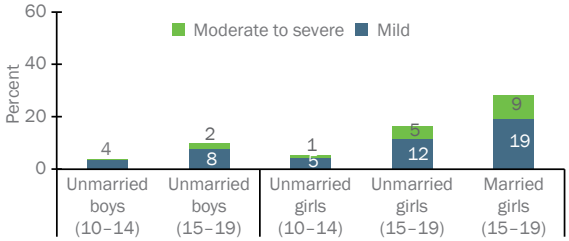
उदया के अनुमान मानसिक स्वास्थ्य मुद्दों, चोट, और नशीले पद्वार्थों के सेवन को किशोर केंद्रित रणनीतियों के लिए जरूरी मानते हैं। समग्रता में, ज्यादा उम्र की किशोर लड़कियों ने अवसाद के लक्षणों के उच्चतर प्रसार के बारे में बताया (Figure 7)। विवाहित लड़कियों में 9 प्रतिशत ने

Table 2: Involvement in and attitudes towards physical violence

	Boys (10–14)	Unmarried boys (15–19)	Girls (10–14)	Unmarried girls (15–19)	Married girls (15–19)
Justified wife-beating if wife does not listen to or obey husband	-	29.5	-	19.9	27.4
Involved in physical fights with individuals of same-sex	44.9	26.6	29.5	9.8	1.9
Believe it is acceptable to beat up someone who insults a female family member	59.1	65.6	46.0	41.0	38.7

पिछले दो सप्ताहों में मध्यम से गंभीर अवसाद के लक्षणों के बारे में और 9 प्रतिशत ने आत्मघाती प्रवृत्ति के बारे में बताया।

Figure 7: Reported prevalence of symptoms of depression



पिछले 3 महीने में चोटें – लड़कों में सबसे ज्यादा – जो ज्यादातर झगड़ों, गिरने या पशुओं के काटने के, 8–9 प्रतिशत कम उम्र या ज्यादा उम्र के लड़कों ने सड़क दुर्घटनाओं से आघात के बारे में बताया। 6 में करीब 1 ज्यादा उम्र के लड़कें ने कम से कम सप्ताह में एक बार तंबाकू के उपयोग के बारे में बताया जो हृदय (कार्डियोवास्क्यूलर) और फेफडे की बीमारियों के जोखिम के शुरुआती कारकों में से हैं। शराब का उपयोग बहुत ही कम बताया गया।

उदया ने एनसीडीएस (NCDs) के लिए शारीरिक निष्क्रियता को भी एक अग्रणी जोखिम तत्व कारक के रूप में बताया। छोटे और बड़े लड़कों, उसी तरह अविवाहित लड़कियों ने विवाहित लड़कियों अविवाहित बड़ी लड़कियों की तुलना में खेलों और क्रीड़ाओं में संलिप्तता के उच्च स्तर के बारे में बताया– के आधे से कम अविवाहित लड़कियों और 8 में से 1 विवाहित लड़कियां खेलों और क्रीड़ाओं में संलिप्त थीं।

सेवा की पहुंच और खोज के लिए व्यापक अवसरों की मौजूदगी

उदया ने संकेत दिया था कि बहुतायत किशोर आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं और मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य गतिविधियों (ASHAs) के बारे में सुन रखा है – सुझाव दिया गया है कि इन FLWs की सूचनाओं और सेवाओं के साथ किशोरों तक अच्छी पहुंच हो सकती है। हालांकि, मात्र 31 प्रतिशत विवाहित लड़कियों ने ही मुख्य रूप से प्रजनन स्वास्थ्य से संबंधित जानकारियों के लिए FLWs के साथ संपर्क की जानकारी दी। सभी समूहों में डीवार्मिंग और आयरन तथा फोलिक एसिड की पहुंच काफी कमजोर थी। विद्यालयों में दाखिला प्राप्त छात्रों में 20 प्रतिशत या उससे भी कम छात्रों ने विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम या इसी तरह की पहलों से जानकारियां प्राप्त करने के बारे में बताया। पारिवारिक जीवन शिक्षा का विस्तार भी इसी तरह काफी कम है। दरअसल, पिछले एक वर्ष में किसी भी उत्तरदाता ने AFHCs का उपयोग नहीं किया।

नीति और कार्यक्रमों की परख

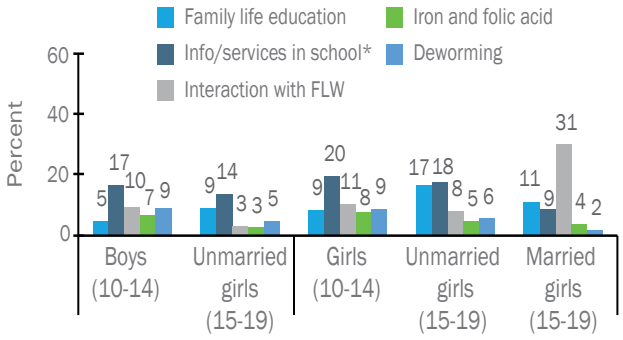
राष्ट्रीय दिशानिर्देशों और बढ़ती राजनीतिक प्राथमिकताओं दोनों के साथ, आरकेएसके किशोरों की विशिष्ट आवश्यकताओं को संबोधित करने की स्थिति में है। समुदाय के स्तर पर विभिन्न प्रकार के मौजूदा सेवा प्रदाताओं के बीच समन्वय के बहुत सारे आयामों और एकीकृत बाल विकास सेवाओं के माध्यम से दी जा रही सेवाओं की तरह चल रही पहलों के साथ संबद्धता की जरूरत है।

उत्तर प्रदेश में, उच्च प्राथमिकता वाले 25 जिलों में शुरू की गई आरकेएसके की मुख्य सेवाओं – AFHCs सहकर्मी शिक्षा, मासिक धर्म स्वच्छता और आयरन फोलिक एसिड का अनुपूरण को बाद में अन्य जिलों में भी लागू करना। उदाहरण के तौर पर, अध्ययन के समय किशोरों के अनुकूल सेवाओं का ढांचा 75 में से 57 जिलों में और आयरन फोलिक एसिड अनुपूरण 75 जिलों में से 40 तक उपलब्ध हो चुका था। उदया कार्यक्रम के प्रारंभिक चरणों में संचालित किया गया था। इसके अनुसार, जैसा कि आंकड़े संकेत देते हैं कि इसका कार्यान्वयन और पहुंच अत्यंत सीमित थी। जबकि आरकेएसके संकेतक आधारित निगरानी आंकड़ा पर नजर रखता है, विशेष सेवाओं की पहुंच और गुणवत्ता दोनों के मूल्यांकन के लिए भिन्न–भिन्न किस्म की जानकारियों की जरूरत होगी।

नीति निर्माताओं और कार्यक्रम क्रियावन्यन करने वालों के साथ विचार–विमर्श से संकेत मिलता है कि बीते वर्ष में आरकेएसके की पहुंच बढ़ी है। जबकि, कुछ सेवाओं में सरकारी खरीद मुद्दों, भर्ती, प्रशिक्षण और विभिन्न विभागों के बीच समन्वय से कुछ देरी हुई है। यद्यपि FLWs जैसे सेवा प्रदाता समुदाय में उपलब्ध हैं, जिनके द्वारा आरकेएसके व्यवस्था और किशोरों तक पहुंच बनाने की इच्छा के बीच व्यापक एकीकरण की आवश्यकता है। इसी तरह, एएफएचसीएस के लिए सलाहकारों ने तकनीकी ज्ञान और संप्रेषण कौशल दोनों पर प्रशिक्षण की आवश्यकता बताई, जिसे आरकेएसके के माध्यम से किया जाना है।

मासिक धर्म स्वच्छता के मामले में, विद्यालयीय किशोरों तक पहुंच बनाने के लिए विशेष रणनीति की आवश्यकता है। भर्तियों और योग्य शिक्षकों तथा सलाहकारों को बनाए रखने में कठिनाई अभी भी बड़ी चुनौती है। आरकेएसके के हिस्से के रूप में, उत्तर प्रदेश ने इसका पहला किशोर स्वास्थ्य दिवस अक्टूबर 2016 में लागू किया। नीति निर्माताओं ने इन दिनों को राज्य में उपलब्ध विभिन्न प्रकार के कार्यक्रमों के साथ किशोरों तक पहुंच के लिए कौशल निर्माण के लिए कार्यक्रम जैसे वृहद अंतःक्षेत्रीय सम्मिलन का उल्लेख किया है। बेहतर, ज्यादा संसक्त, स्वास्थ्य संचार और संचार रणनीतियां सभी सेवाओं के लिए बड़ी जरूरत के रूप में उभरकर सामने आई हैं। किशोरों के लिए नई लागू की गई सेवाओं के लिए मूल्यांकन एक मुख्य जरूरत बन कर सामने आई है। उदाहरण के लिए, उपयोग का अनुमान लगाना सुलभता तथा किशोरों के अनुकूल स्वास्थ्य सेवाओं की उपयोगिता अगले अध्ययन के लिए एक क्षेत्र के रूप में चिन्हित किया गया।

Figure 8: Services received by adolescents, 2015–16



*Note: *Information and services limited to those currently enrolled in school*

संस्तुतियां

■ प्राथमिकता क्षेत्र

एनीमिया और स्वस्थ आहार प्रथाएं

एनीमिया खास कर लड़कियों के बीच काफी व्यापक था। पूरक आहार तक कम पहुंच को देखते हुए, योजना के भावी पुनर्निर्धारण की सूचना के लिए कार्यान्वयन अनुसंधान के साथ, लोहा और फोलिक एसिड के वितरण में सुधार निरूसंदेह प्राथमिकता होनी चाहिए। स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों में पोषण और आहार प्रथाओं पर स्पष्ट, संदर्भ से जुड़ी जानकारियों को प्राथमिकता होनी चाहिए।

सुरक्षित यौन स्वास्थ्य ज्ञान और व्यवहार में सुधार

सुरक्षित यौन व्यवहार और गर्भनिरोधक के बारे में जानकारी के अभाव को फौरन दूर किया जाना चाहिए। किशोर शिक्षा कार्यक्रम के विस्तार और वयानुसार पारिवारिक जीवन या सभी किशोरों के लिए संपूर्ण काम शिक्षा की आवश्यकता है। यौन और जीवन–कौशल शिक्षा को जोड़ने वाले गैरसरकारी संगठनों के कार्यक्रमों के उदाहरणों ने यौन एवं प्रजनन मामलों के बारे में जागरुकता बढ़ाने और सुरक्षित व्यवहार अपनाने में मदद करने के संदर्भ में संभावनाएं प्रदर्शित की हैं।[1,2] आशा कार्यकर्ताओं को इस समूह की अत्यधिक अपूर्ण जरूरतों को पूरा करने के लिए विवाहित महिलाओं में गर्भनिरोध के प्रावधानों को सुधारना चाहिए।

हिंसा की रोकथाम और हस्तक्षेप

अंतरंग साथी द्वारा हिंसा का प्रचलन हिंसा रोकने और समर्थन सेवाएं उपलब्ध कराने, दोनों के लिए रणनीति की मांग करता है। भारत में, बिहार में – दो कदम बराबरी की ओर – जैसे प्राथमिक हस्तक्षेपों से निम्न उम्मीदें जगती हैं रू: लैंगिक परिवर्तनकारी जीवन–कौशल शिक्षा, हिंसा के प्रति दृष्टिकोण बदलने के लिए खेल प्रशिक्षणय और हिंसा के खतरे में पड़ी महिलाओं की पहचान करने और उन्हें सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए फ्रंटलाइन कार्यकर्ताओं का प्रशिक्षण।[3,4,5]

मानसिक स्वास्थ्य

अवसाद का प्रसार विशेष रूप से विवाहित महिलाओं के लिए मापनीय रणनीतियों की जरूरत का संकेत देता है। भारत में इसके उभरते प्रमाण बताते हैं कि जीवन–कौशल शिक्षा, परामर्श, और सामान्य लोगों पर नजर रखना/खतरे में पड़े व्यक्ति की पहचान करना जैसे समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप मानसिक विकारों के लक्षणों के निवारण में मदद कर सकते हैं।[6,7,8,9]

■ सूचना प्रसार को मजबूती प्रदान करना

किशोरों को सूचनाएं पहुंचाने के लिए आरकेएसके साथी सलाहकारों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और समुदायिक कार्यक्रमों में निवेश कर रहा है। साथी सलाहकारों और, FLWs को किशोर–विशिष्ट संचार सामग्रियों लैस होना चाहिए, और किशोरों तक प्रभावी पहुंच में आने वाली बाधाओं को दूर करने में प्रशिक्षित होना चाहिए। उदया ने पाया कि ज्यादा उम्र के 90 प्रतिशत से अधिक किशोर लड़के और 84–93 प्रतिशत ज्यादा उम्र की लड़कियां की मोबाइल फोन तक पहुंच, और ज्यादा उम्र के किशोर लड़के मे करीब 3 में से 2 और ज्यादा उम्र की 2 में से एक लड़कियों ने बताया कि टेलिविजन और फिल्मों तक नियमित पहुंच होती है। इसी के अनुरूप, सर्वाधिक असुरक्षितों पर समुदाय आधारित प्रयास, मीडिया और तकनीक जारी रखे जाने चाहिए जो विस्तार और संदेश भेजने को मजबूती प्रदान करने में सहायक साबित हो सकते हैं।

■ मजबूत निगरानी, कार्यान्वय शोध और मूल्यांकन सुनिश्चित करें

फ्रन्टलाईन कार्यकर्ताओं की पहुंच गतिविधियां

FLWs मात्र करीब 1 से 10 या उससे भी कम अविवाहित किशोर लड़कियों और लड़कों तक पहुंचे, और कीड़ा रहित और सेनिटरी नैपकिन जैसी समुदाय आधारित सेवाओं की पहुंच अत्यंत सीमित रही। किशोरों तक पहुंच में मौजूदा FLWs की व्यवहार्यता और प्रभावशीलता चिन्हित करने के लिए वितरण सुधार रणनीतियों और पहुंच में बाधाओं की पड़ताल की जानी चाहिए।

साथी सलाहकारा

जैसा कि आरकेएसके विद्वान शिक्षकों को सूचना स्रोत की तरह इसके साथ–साथ AFHCs को निर्दिष्टकारी संपर्क के रूप में परिकल्पित करता है, अभ्यास में उनकी भूमिका की निगरानी करना कठिन होगा और जांच–पड़ताल करना कि कहां और कैसे वे ज्ञान में सुधार और स्वास्थ्य सेवाओं के बेहतर उपयोग के लिए तैनात किए जा सकते हैं। कार्यान्वयन की जांच पड़ताल और चल रही भर्ती के साथ संबद्ध कीमत, कार्यक्रम की प्रभाविकता के मूल्यांकन के साथ किशोर विद्वानों के प्रशिक्षण तथा संघर्षण की भूमिका की सिफारिश की गई है।

किशोरों के अनुकूल स्वास्थ्य क्लिनिक

AFHCs किशोरों द्वारा वस्तुतः अप्रयुक्त रहीं, और किशोरों के एक छोटे हिस्से ने यौन संक्रमणों के लक्षणों के लिए किसी सरकारी सेवा का उपयोग करने के बारे में बताया। आरकेएसके को AFHCs के निरंतर उपयोग और पहुंच प्रयासों का उपयोग बढ़ते उपयोग में कितना प्रभावी है, का मूल्यांकन करना चाहिए। सार्वजनिक और निजी क्षेत्र में प्रदाता आधार का विस्तार करने और सामाजिक विपणन के माध्यम से मांग को बढ़ाने जैसी अतिरिक्त रणनीतियों का भी पता लगाया जाना चाहिए और मूल्यांकन किया जाना चाहिए।

Acknowledgements

The author is grateful to Nicole Haberland and K.G. Santhya for insightful comments on earlier versions of this brief, to Tripti Pant Joshi for the landscaping exercise, and to the Bill & Melinda Gates Foundation and the David & Lucile Packard Foundation for financial support for UDAYA.

This brief is based on data collected by the UDAYA study, the report of which is available at www.projectudaya.in[10]

POPULATION COUNCIL
Ideas. Evidence. Impact.

UDAYA
TOWARDS ADULTHOOD

References

1. Pandey, N., S. J. Jejeebhoy, R. Acharya et al. 2016. *Effects of the PRACHAR Project's Reproductive Health Training Programme for Adolescents: Findings from a Longitudinal Study*. New Delhi: Population Council.
2. Mehra, S., R. R. Singh, V. Nair, et al. 2016. *Addressing adolescent girls' vulnerability to HIV/AIDS: Lessons from the Meri Life Meri Choice project*. New Delhi: Population Council.
3. Jejeebhoy, S.J., R. Acharya, N. Pandey et al. 2017a. *The Effect of a Gender Transformative Life Skills Education and Sports-Coaching Programme on the Attitudes and Practices of Adolescent Boys and Young Men in Bihar*. New Delhi: Population Council.
4. Jejeebhoy, S. J., K. G. Santhya, S. Singh et al. 2017b. *Feasibility of Screening and Referring Women Experiencing Marital Violence by Engaging Frontline Workers: Evidence from Rural Bihar*. New Delhi: Population Council.
5. Das, A, E. Mogford, S. Singh et al. 2012. "Reviewing responsibilities and renewing relationships: an intervention with men on violence against women in India," *Culture, Health and Sexuality* 14(6): 559-675.
6. Srikala, B and Kishore Kumar K. V. 2010. "Empowering adolescents with life skills education in schools – School mental health program: Does it work?," *Indian Journal of Psychiatry* 52(4): 344–49.
7. Balaji, M., T. Andrews, G. Andrew, et al. 2011. "The acceptability, feasibility, and effectiveness of a population based intervention to promote youth health: An exploratory study in Goa, India," *Journal of Adolescent Health* 48(5): 453–60.
8. Rajaraman, D., S. Travasso, A. Chatterjee, et al. 2012. "Acceptability, feasibility and impact of a lay health counselor delivered health promoting schools programme in India: a case study evaluation," *BMC Health Services Research* 12:127.
9. Patel, V., H. A. Weiss, N. Chowdhary et al. 2010. "Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial," *The Lancet* 376(9758): 2086–95.
10. Santhya, K.G., R. Acharya, N. Pandey, et al. 2017. *Understanding Lives of Adolescents and Young Adults (UDAYA) in Uttar Pradesh*. New Delhi: Population Council.

Study supported by

BILL & MELINDA GATES foundation

the David & Lucile Packard FOUNDATION

The Population Council confronts critical health and development issues—from stopping the spread of HIV to improving reproductive health and ensuring that young people lead full and productive lives. Through biomedical, social science, and public health research in 50 countries, we work with our partners to deliver solutions that lead to more effective policies,programs, and technologies that improve lives around the world. Established in 1952 and headquartered in New York, the Council is a nongovernmental, nonprofit organization governed by an international board of trustees.

Suggested Citation

Desai, S. 2017. *Adolescent health: Priorities and opportunities for Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram (RKSK) in Uttar Pradesh. Policy Brief.* New Delhi: Population Council.

Population Council
Zone 5A, Ground Floor
India Habitat Centre, Lodi Road
New Delhi, India 110 003
Phone: 91-11-24642901
Email: info.india@popcouncil.org
Website: www.popcouncil.org

© 2017. The Population Council, Inc.