

प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल एवं किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम

4.1 प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आर सी एच) कार्यक्रम मातृ एवं नवजात मृत्यु दर को कम करने तथा कुल प्रजनन दरों हेतु आर सी एच लक्ष्यों को प्रदान करने के लिए भारत सरकार (जी ओ आई) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम) छत्र के तहत व्यापक क्षेत्रवार प्रमुख कार्यक्रम है। आर सी एच कार्यक्रम का लक्ष्य गुणवत्ता युक्त प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल एवं प्रौढ़ स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच एवं उपयोग में होने वाली सामाजिक एवं भौगोलिक असमानताओं को कम करना है। राज्यों सरकारों के साथ साझेदारी में अप्रैल, 2005 में आरंभ, आर सी एच भारत सरकार की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2001 तथा सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के अनुरूप है। मातृ स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, पोषण, परिवार नियोजन, किशोर स्वास्थ्य (ए एच) तथा पी सी एण्ड पी एन डी टी प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के छह प्रमुख घटक हैं।

मातृ स्वास्थ्य समता बढ़ाने व गरीबी कम करने तथा सामाजिक पूंजी का निर्माण करने के रूप में किसी भी देश के विकास का केन्द्र है। भारत ने गत दो दशकों में मातृ मृत्यु दरों को कम करने में उल्लेखनीय प्रगति की है। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (एम डी जी) वर्ष 1990 व 2015 के बीच तीन क्वार्टरों द्वारा मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) को कम करना है। “ट्रेन्ड्स इन मैटर्नल मोर्टैलिटी: 1990 से 2013” प्रकाशन में यू एन इंटर-एजेंसी समूह के एम एम आर आकलन के आधार पर, भारत में एम एम आर हेतु एम डी टी लक्ष्य वर्ष 1990 में प्रति 100,000 जीवित जन्मों पर 560 के बेसलाइन को लेते हुए वर्ष 2015 तक प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 140 करना है।

भारत के महा पंजीयक नमूना पंजीकरण प्रणाली (आर जी आई-एम आर एस) की आधुनिक रिपोर्ट के अनुसार, भारत

में मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) में वर्ष 2007-09 की अवधि में प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर प्रति 212 से वर्ष 2010-12 की अवधि में प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 178 तक की गिरावट आई है। यदि एम एम आर में गिरावट की मौजूदा गति को कायम रखा जाए तो भारत प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 141 के एम एम आर को प्राप्त कर लेगा जो कि प्रति 1,00,000 जीवित जन्मों पर 140 के भारत के एम डी जी 5 के अनुमानित लक्ष्य के बहुत निकट है।

जे एस वाई स्कीम की अभूतपूर्व प्रगति को बढ़ाते हुए वर्ष 2011 में जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे एस एस के) आरंभ किया गया जो कि जन स्वास्थ्य संस्थानों में सीजेरियन सेक्शन तथा निःशुल्क उपचार सहित निःशुल्क प्रसव हेतु गर्भवती महिलाओं, बीमार नवजातों और शिशुओं के लिए पात्रता के रूप में सेवा सुनिश्चिता प्रदान करता है। इसमें घर से संस्थान आने-जाने का निःशुल्क परिवहन, आहार, निदान, औषधियां, अन्य उपभोज्य तथा आवश्यकता होने पर रक्त ट्रांसफ्यूजन शामिल है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एन एच एम) के तहत बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम व्यापक रूप से उन पहलों को एकीकृत करता है जो कि बाल उत्तरजीविता में सुधार तथा नवजात एवं पांच वर्ष की आयु तक के बच्चों की मृत्यु दर को कम करने में योगदान देते हैं। चूंकि नवजात शिशु की मौतें बाल मौतों में सबसे बड़ी अंशदाता होती है जो कि लगभग पांच वर्ष तक की आयु की मौतों का 57 प्रतिशत है, इसलिए बाल उत्तरजीविता नवजात शिशु के स्वास्थ्य पर निर्भर करती है। यह अब सर्वमान्य है कि बाल उत्तरजीविता में अलग से सुधार नहीं किया जा सकता है क्योंकि यह मातृ स्वास्थ्य से गहन रूप से संबद्ध होता है, जो कि आगे उसके स्वास्थ्य एवं किशोर के रूप में विकास द्वारा निर्धारित किया जाता है। इसलिए, परिचर्या की निरंतरता की अवधारणा जो कि बाल उत्तरजीविता में सुधार करने के लिए संकटपूर्ण जीवन

अवस्थाओं के दौरान परिचर्या पर बल देता है, का राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत अनुसरण किया जा रहा है। इस अभियान की अन्य दिशा यह सुनिश्चित करने की है कि समुदाय पहुंच तथा विभिन्न स्तरों (प्राथमिक, प्रथम रेफरल इकाइयां एवं तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा केन्द्र) के माध्यम से घर में अनिवार्य सेवाएं उपलब्ध कराई जाए। नवजात एवं बाल स्वास्थ्य प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल स्वास्थ्य, किशोर स्वास्थ्य (आर एम एन सी एच + ए) कार्यनीतिक दृष्टिकोण 2013 के मुख्य स्तंभ है।

वैश्विक नवजात कार्य योजना की अनुक्रिया में दिनांक 18 सितंबर, 2014 को भारत नवजात कार्य योजना को आरंभ किया गया था। आईएनएपी निवारण योग्य नवजात मृत्यु को समाप्त करने, प्रगति में वृद्धि करने तथा किफायती किन्तु, अत्यधिक प्रभावशाली उपचारों को बढ़ाने हेतु भारत के लिए विजन और योजना बनाती है। आईएनएपी का स्पष्ट विजन है जो उद्देश्यों, सामरिक उपचार पैकेज, वरीयता कार्रवाई और निगरानी रूपरेखा की सहायता पर बनी है। पहली बार आईएनएपी मृत जन्मों को रोकने के भारत सरकार के विशेष मनोयोग को स्पष्ट करता है। कार्यान्वयन, निगरानी और मूल्यांकन तथा प्रस्तावित समाधानों को बढ़ाने के लिए स्पष्ट निर्धारित समय-सीमा के साथ यह आशा की जाती है कि भारत में नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य में सुधार के लिए कार्य कर रहे सभी भागीदार “2030 तक एनएमआर को एक अंक में लाना” और “2030 तक एक अंक का एसबीआर” के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए पूरी निष्ठा से कार्य करेंगे। देश के पता लगाए गए 184 उच्च प्राथमिकता वाले जिले में प्रयासों को तेज किया गया है।

उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में नवजात के स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए जन्म के समय अनिवार्य नवजात परिचर्या प्रदान करने के लिए प्रसव स्थलों पर नवजात परिचर्या कार्नर (एनबीसीसी) स्थापित किए गए हैं जबकि विशेष नवजात परिचर्या एकक (एसएनसीयू) तथा नवजात स्थिरीकरण एकक (एनबीएसयू) में स्वास्थ्य संकेतकों के संबंध में इन सबसे कम प्राथमिकता वाले जिलों में रुग्ण नवजात शिशुओं को परिचर्या प्रदान करते हैं। जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के माध्यम से देश में सभी रुग्ण नवजातों और शिशुओं को निशुल्क परिवहन, औषधि, निदान और आहार के प्रावधान सहित समर्थ से अधिक व्यय को पूर्ण रूप से हटाने का कार्य सुनिश्चित किया जा रहा है। सभी सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र अब और उप

केन्द्रों में भी एनएम द्वारा जन्म के समय नवजातों को विटामिन के प्रोफिलेक्सिस इंजेक्शन की एक खुराक सुनिश्चित करने के लिए निर्देशित हैं।

परिचर्या की निरंतरता को सुनिश्चित करने के लिए, सुविधा-केन्द्र आधारित परिचर्या को गृह आधारित नवजात शिशु परिचर्या से संबद्ध किया गया है जो कि जोखिम संकेतों के शीघ्र निदान, नवजात परिचर्या सुविधा-केन्द्र हेतु प्रावधान के साथ उपयुक्त स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में शीघ्र रेफरल के अवसर प्रदान करता है। सभी ग्रामीण जीवित जन्मों को आशा कर्मियों द्वारा घरों का बार-बार दौरा करने के माध्यम से गृह आधारित नवजात परिचर्या प्राप्त करने के लिए लक्ष्य निर्धारित किया जाता है। वर्तमान में सहायक नर्स धात्री समय से पहले प्रसव पीड़ा से पीड़ित गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व कोर्टिकोस्टेराइड (इंजेक्शन डेक्सामिथेसोन) का रेफर करने से पूर्व की खुराक और सेप्सिस के उपचार के लिए नवजातों (2 माह की आयु तक) को जेंटामाइसिन इंजेक्शन और सिरप एमोक्सिलिन की रेफर पूर्व खुराक देने के लिए समर्थ हैं।

पोषण पुनर्वास केन्द्र, सुविधा आधारित इकाइयां हैं जो चिकित्सीय जटिलता वाले अत्यधिक गंभीर कुपोषण (एसएएम) वाले 5 वर्ष की आयु से कम बच्चों को चिकित्सा और पोषण प्रदान करता है। इसके अतिरिक्त शिशु परिचर्या और स्तनपान क्रियाओं में माताओं के कौशल में सुधार लाने पर विशेष ध्यान दिया जाता है जिससे कि शिशु घर पर ही पर्याप्त परिचर्या प्राप्त कर सके। अत्यधिक आवश्यकता वाले क्षेत्रों जैसे जनजातीय ब्लॉकों में एनआरसी का विस्तार सुनिश्चित किया गया है। एन आर सी के विस्तार को उच्च आवश्यकता वाले क्षेत्रों में सुनिश्चित किया गया है जैसे कि जनजातीय ब्लॉक। बाल्यावस्था संबंधी अतिसारजनक रोगों की रोकथाम एवं प्रबंध के लिए, राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को ओ आर एस एवं जिंक की प्राप्ति तथा प्रत्येक जन स्वास्थ्य सुविधा-केन्द्र में इनकी आपूर्तियों के लिए पर्यवेक्षित किया जा रहा है।

दक्षिण-पूर्वी एशियाई क्षेत्र को दिनांक 27 मार्च, 2014 को क्षेत्रीय प्रमाणन आयोग द्वारा पोलियो मुक्त प्रमाणित किया गया है तथा भारत इस क्षेत्र के 11 देशों में से एक है जिसने देश के जन स्वास्थ्य के क्षेत्र में बड़ी उपलब्धि हासिल की है। मातृ एवं नवजात शिशु टेटनस उन्मूलन को 28 राज्यों/संघ

राज्य क्षेत्रों में विधिमान्य किया गया है तथा देश शेष राज्यों को वर्ष 2015 तक विधिमान्य बनाने के लिए प्रतिबद्ध है।

भारत सरकार राष्ट्रीय प्रतिरक्षण तकनीकी सलाहकार समूह की सिफारिशों के अनुसार सामान्य प्रतिरक्षण कार्यक्रम में तीन नए टीकों की शुरुआत करने के लिए योजना बना रही है: रूबेला सम्मिलित टीका, निष्क्रिय पोलियो टीका तथा रोटा वायरस टीका (आर वी)।

परिवार नियोजन को न सिर्फ जनसंख्या स्थायीकरण प्राप्त करने के लिए एक रणनीति रूप में बल्कि मातृ एवं बाल मृत्यु-दर कम करने के लिए एक महत्वपूर्ण क्रियाकलाप के रूप में प्रतिस्थापित किया गया है। नए उपकरण सी यू आई यू सी डी 375 तथा एक नई विधि पी पी आई यू सी डी की शुरुआत होने से विविध प्रकारों का विस्तार किया गया है। वर्ष 2014-15 में नसबंदी हेतु पारितोषिक योजना को 11 उच्च ध्यान केन्द्रित राज्यों के लिए बढ़ाया गया था। इसके अतिरिक्त, पी सी आई यू सी डी के प्रचार हेतु पारितोषिक योजना को पी पी आई यू सी डी सेवा प्रदाताओं एवं आशाकर्मियों के लिए शुरू किया गया था। परिवार नियोजन सेवाओं को प्रदान करने के लिए और अधिक सुविधा-केन्द्रों के प्रचालन पर काफी जोर दिया गया है।

जारी आशा स्कीमों (गर्भ निरोधकों को घर पहुंचाना) जन्म के बीच अंतर सुनिश्चित करना/गर्भावस्था जांच किटें ने एफ पी कार्यक्रम की समुदाय पहुंच को बढ़ाया है। आई ई सी/बी सी सी के अलावा, आर एम एन सी एच+ ए परामर्शकों की शुरुआत, जागरूकता पैदा करने तथा एफ पी सेवाओं हेतु मांग का एक उपकरण है।

253 मिलियन किशोरों की समस्याओं एवं स्वास्थ्य आवश्यकताओं से निपटने के लिए भारत ने दिनांक 7 जनवरी, 2014 को राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर के एस के) आरंभ किया था। आर के एस के पुरुष व महिला, ग्रामीण व शहरी, विवाहित व अविवाहित, स्कूल जाने वाले, न जाने वाले किशोरों सहित सभी किशोरों तक पहुंच बनाता है। इस कार्यक्रम की सोच है कि भारत के सभी किशोर अपने स्वास्थ्य एवं तंदरुस्ती से संबंधी सुविज्ञ एवं जिम्मेदार निर्णयों को लेने के लिए अपनी पूरी क्षमता का प्रयोग करने में सक्षम होते हैं।

राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर बी एस के) इस

साक्ष्य पर टिका है कि स्वास्थ्य क्रियाकलापों हेतु किशोरावस्था जीवन चक्र में सर्वाधिक महत्वपूर्ण अवस्था होती है। किशोर संबंधी स्वास्थ्य आवश्यकताओं पर ध्यान देने से प्रजनन, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य समस्या सहित कई स्वास्थ्य एवं विकास संबंधी समस्याओं का निवारण होगा।

राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर के एस के) अपने प्रकार का पहला ऐसा कार्यक्रम है जो यौन एवं प्रजनन संबंधी स्वास्थ्य तक राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर के एस के) अपने प्रकार की पहली ऐसी पहल है जो यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तक सीमित न होकर भारत में किशोर स्वास्थ्य प्रोग्रामिंग के स्कोप का विस्तार करता है, इसमें अब पोषण, क्षतियां तथा हिंसा (लिंग आधारित हिंसा सहित), गैर-संक्रामक रोग, मानसिक स्वास्थ्य एवं पदार्थ दुरुपयोग शामिल है। इस कार्यक्रम की शक्ति इसका स्वास्थ्य उन्नयन दृष्टिकोण है। यह मौजूदा क्लिनिक आधारित सेवाओं से उन्नयन एवं रोकथाम तथा किशोरों तक उनके वातावरण जैसे कि स्कूलों एवं समुदायों तक पहुंचने का प्रतिमान विस्थापन है।

4.2 मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रम

मातृ स्वास्थ्य के तहत कार्यकलाप मातृत्व स्वास्थ्य बढ़ती सामाजिक समानता और गरीबी को कम करने के संदर्भ में किसी भी देश के विकास के लिए महत्वपूर्ण पहलुओं में एक है। माताओं की उत्तरजीविका और कुशलता न केवल उनके अधिकार के संदर्भ में आवश्यक है अपितु अत्यधिक व्यापक, आर्थिक, सामाजिक और विकासात्मक चुनौतियों का समाधान करने का केन्द्र भी है।

मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) किसी भी देश की स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता का पता लगाने के लिए महत्वपूर्ण संकेतकों में से एक है। भारत ने पिछले दशकों में मातृ मृत्यु दरों को कम करने में उल्लेखनीय प्रगति की है। वर्ष 1990 में, भारत में प्रति सौ हजार जीवित जन्मों में बच्चे के जन्म के दौरान 600 महिलाओं के मरने के साथ मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) बहुत ज्यादा था जिसका मतलब लगभग डेढ़ लाख महिलाओं की प्रति वर्ष मौत हो रही है। वैश्विक स्तर पर उस समय एम एम आर 400 था, जो कि प्रति वर्ष लगभग 5.4 लाख महिलाओं की मौतों में परिवर्तित होता है। सार्वभौमिक मातृ मौतों में उस समय भारत का प्रतिशत 27 था। वर्ष 2010 में सार्वभौमिक एम एम आर 210 था। इस पर भारत में आधुनिक एस आर एस अनुमानित एम

एम आर में वर्ष 2011 में प्रति सौ हजार जीवित जन्मों पर 178 तक की गिरावट हुई है, भारत का अब सार्वभौमिक मातृ मौतों में केवल 16 प्रतिशत है। वैश्विक स्तर पर, वर्ष 1990 से 2010 के बीच 47 प्रतिशत की गिरावट हुई है। इसकी तुलना में वर्ष 1990 से 2011 के बीच भारत ने 70 प्रतिशत की गिरावट पंजीकृत की है। भारत में गिरावट की गति ने वर्ष 2001-03 के दौरान गिरावट की 4.1 प्रतिशत वार्षिक दर से वर्ष 2004-06 में 5.5 प्रतिशत से वर्ष 2007-09 में 5.8 प्रतिशत की बढ़ती प्रवृत्ति को दर्शाया है तथा यह वर्ष 2010-12 में 5.7 प्रतिशत के लगभग समान स्तर पर बना हुआ है।

गिरावट की उच्चतम दरें वर्ष 2004-06 से प्रत्यक्ष हैं, जो कि संयोग से एन आर एच एम के आरंभ के ठीक बाद की अवधि से मेल खाती है, तथा जननी सुरक्षा योजना (जे एस वाई) सहित इस महत्वपूर्ण स्कीम के तहत शुरू की गई विभिन्न पहले इसके आरंभ होने से संस्थागत प्रसवों में बेहतर प्रदर्शन के रूप में सामने आई हैं। फिलहाल, जन स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव करने वाली लगभग 1.66 करोड़ महिलाओं की सूचना है।

जे एस वाई की अत्यधिक प्रगति को ध्यान में रखते हुए 2011 के दौरान आरम्भ जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसवाईके) नामक नई पहल शुरू की है जो सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में प्रसव करवाने वाली गर्भवती महिलाओं, बीमार नवजात और शिशुओं को सीजेरियन सेक्शन सहित पूर्णतया निःशुल्क और व्यय रहित प्रसव हेतु पात्र बनाती है। इसमें गर्भवती महिलाएं स्वास्थ्य केंद्र तक रेफरल के मामले में दो स्वास्थ्य केंद्रों तथा वापिस घर छोड़ने हेतु निःशुल्क वाहन, आहार, औषध, अन्य उपभोज्य, निदान, यथापेक्षित निःशुल्क रक्त शामिल है। इस योजना के लिए 2013-14 में 2000 करोड़ रुपये से अधिक स्वीकृत किए गए थे।

तथापि, अनुमानित 47,000 माताओं की गर्भावस्था, प्रसव तथा प्रसवोत्तर अवधि से संबंधी कारणों की वजह से प्रत्येक वर्ष अब भी मौत हो रही है। इन मौतों के प्रमुख चिकित्सीय कारण रक्तालापता सहित हेमारेज, सेप्सिस, गर्भपात, हाइपरटेन्सिव विकृतियां, ऑब्स्ट्रक्टेड लेबर एवं 'अन्य' कारण है। बहुत से सामाजिक-आर्थिक-सांस्कृतिक निर्धारक जैसे कि निरक्षरता, निम्न सामाजिक-आर्थिक स्तर, कम आयु में विवाह, निम्न महिला वरीयता तथा अन्य कारकों की वजह से विलंब होता है

जिनसे ये मौतें होती हैं।

4.3 गिरता मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर):

- मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) भारत के महापंजीयक- एस आर एस आंकड़े के अनुसार वर्ष 2001-03 में प्रति 100,000 जीवित जन्मों में 301 से कम होकर वर्ष 2004-06 में 254 हुआ तथा इसके आगे कम होकर वर्ष 2007-09 में 212 तथा वर्ष 2010-12 में 178 हुआ है।
- गिरावट की गति ने गिरावट की वार्षिक दर को वर्ष 2001-03 के दौरान 4.1 प्रतिशत से वर्ष 2004-06 में 5.5 प्रतिशत से वर्ष 2007-09 में 5.8 प्रतिशत से वर्ष 2010-12 में 5.7 प्रतिशत की बढ़ती प्रवृत्ति को प्रदर्शित किया है और
- 1990 से 2010 की अवधि के दौरान भारत के एम एम आर में विश्वव्यापी एम एम आर की तुलना में अतिशीघ्र गिरावट आई है जिसमें विश्वव्यापी स्तर पर गिरावट को वार्षिक दर के 2.4 प्रतिशत तुलना में भारत का 5.6 प्रतिशत है।

4.4 मातृ मृत्यु अनुपात (आर जी आई- एस आर एस 2010-12)

मुख्य विशेषताएं

- भारत के महा पंजीयक (आर जी आई) द्वारा जारी नवीनतम आंकड़ों के अनुसार, भारत का मातृ मृत्यु दर अनुपात (एम एम आर) प्रति 100,000 जीवित जन्मों के लिए वर्ष 2007-09 की अवधि के लिए 212 की तुलना में 2010-12 की अवधि के लिए 178 है। एम एम आर में वार्षिक गिरावट 2004-06 से 2007-09 के दौरान 5.8 % की तुलना में 2007-09 से 2010-12 के दौरान 5.7 % रही है।
- असम अब भी उच्चतम एम एम आर (328) वाला राज्य है जिसके बाद उत्तर प्रदेश/उत्तराखंड (292) तथा राजस्थान (255) राज्य हैं।
- केरल (66), महाराष्ट्र (87) तथा तमिलनाडु (90) राज्यों

ने 100 से कम स्तर का एम एम आर प्राप्त किया है।

- यह नोट करना प्रशंसनीय है कि आंध्र प्रदेश (6.4 प्रतिशत), बिहार/झारखंड (5.7 प्रतिशत), गुजरात (6.2 प्रतिशत), कर्नाटक (6.8 प्रतिशत), केरल (6.6 प्रतिशत), राजस्थान (7.1 प्रतिशत), उत्तर प्रदेश/उत्तराखंड (6.7 प्रतिशत) तथा पश्चिम बंगाल (6.9 प्रतिशत) ने राष्ट्रीय गिरावट की तुलना में समान या उच्चतम गिरावट को पंजीकृत किया है।

- उच्चतम वार्षिक गिरावट राजस्थान में (7.1 प्रतिशत) तथा उसके बाद कर्नाटक (6.8 प्रतिशत), उत्तर प्रदेश (6.7 प्रतिशत) और केरल (6.6 प्रतिशत) में प्रेषित की गयी है और
- पश्चिम बंगाल राज्य ने एम एम आर को करने तथा 2004-05 से 2007-09 की अवधि के दौरान प्रेषित बढ़ोतरी को पलटने के लिए उल्लेखनीय कार्य किया है।

4.4.1 मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर): उद्देश्य

संकेतक	उद्देश्य एनएचएम (2012)	लक्ष्य एमडीजी 5	प्रगति
मातृ मृत्यु दर अनुपात	प्रति 100000 जीवित जन्म पर 100	2015 तक वर्ष 1990 के एमएमआर को तीन चौथाई तक कम करना	वर्ष 2001-03 में प्रति 100000 जीवित जन्म पर 301 से वर्ष 2004-06 में 254 तक की गिरावट, वर्ष 2007-09 में 212 तक की गिरावट तथा वर्ष 2010-12 आरजीआई-एसआरएस के अनुसार यह प्रति 100000 जीवित जन्मों पर 178 है।

4.4.2 मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर) प्रगति प्रवृत्तियाः

एमएमआर का अद्यतन अनुमान वर्ष 2010-12 हेतु उपलब्ध है। भिन्न-भिन्न अवधियों का एमएमआर निम्न प्रकार से है:-

अवधि	एमएमआर (प्रति 100000 जीवित जन्मों पर)	प्रति वर्ष मातृ मौतों की अनुमानित संख्या
1999-01	327	100,000
2001-03	301	80,000
2004-06	254	67,000
2007-09	212	56,000
2010-12	178	47,100

4.4.3 एम एम आर आवधिकता

मातृ मौतें कभी-कभी होने वाली घटनाएं हैं तथा एक वर्ष के आंकड़े एम एम आर के पूर्ण पुरुष आंकलन हेतु अपेक्षित पर्याप्त सैम्पल साइज को प्रदान नहीं करते हैं। अतः एम एम आर का आंकलन भारत के महापंजीयक (आर जी आई) की नमूना पंजीकरण प्रणाली (एस आर एस) के माध्यम से विश्वसनीय अनुमान प्राप्त करने के लिए तीन वर्षीय डाटा

की पूलिंग के द्वारा आवधिक रूप से किया जाता है। राज्य वार आंकड़े केवल अधिक जनसंख्या वाले राज्यों के लिए ही उपलब्ध हैं।

9 अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों हेतु एमएमआर (एसआरएस व एचएस) की तुलना

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	एमएमआर				
	एसआरएस		एचएस		
	2007-09	2010-12	2010-11	2011-12	2012-13
असम	390	328	381	347	301
बिहार	261	219	305	294	274
छत्तीसगढ़	-	-	275	263	244
झारखंड	-	-	278	267	245
मध्य प्रदेश	269	230	310	277	227
ओडिशा	258	235	277	237	230
राजस्थान	318	255	331	264	208
उत्तर प्रदेश	359	292	345	300	258
उत्तराखंड	-	-	188	162	165

4.5 अन्य मातृ स्वास्थ्य संकेतक

मातृ स्वास्थ्य हेतु कुछ प्रमुख संकेतक प्रसव पूर्व जांच, संस्थागत प्रसव तथा प्रशिक्षित और दक्ष कार्मिकों द्वारा प्रसव, प्रसवोत्तर आदि हैं। अन्य मातृ स्वास्थ्य संकेतक स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली के माध्यम से तथा साथ ही

समय-समय पर जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण (डी एल एच एस), राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन एफ एच एस) तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण (ए एच एस) के माध्यम से भी मॉनीटर किए जाते हैं। स्वछंद सर्वेक्षण जैसे कि यूनीसेफ द्वारा कवरेज मूल्यांकन सर्वेक्षण (सी ई एस) भी किए जा रहे हैं।

4.5.1 डीएलएचएस II (2002-04), डीएलएचएस III (2007-08), सीईएस (2009) एवं एसआरएस 2010 में एमएच संकेतकों की तुलना

संकेतक	डीएलएचएस -II (2002-04)	डीएलएचएस -III (2007-08)	सीईएस 2009	एसआरएस 2010	एसआरएस 2012
प्रसव पूर्व परिचर्या कराने वाली माताएं (प्रतिशत)	73.6	75.2	89.6	-	
3 या अधिक प्रसव पूर्व परिचर्या वाली माताएं (प्रतिशत)	50.4	49.8	68.7	-	
जिन माताओं की पूरी एएनसी जांच हुई है (प्रतिशत)	16.5	18.8	26.5	-	
संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	40.9	47.0	72.9	60.5	73.1
सुरक्षित प्रसव (प्रतिशत)	48	52.7	76.2	-	
100 दिनों तक आईएफए टैबलेट ली हो	20.5	46.6			
प्रसव के दो सप्ताह के भीतर प्रसव पश्चात परिचर्या कराने वाली माताएं	उपलब्ध नहीं	49.7	60.1*	-	

*10 दिन में पी एन सी

4.5.2 मातृ स्वास्थ्य की प्रमुख कार्यनीतियां

4.5.2 (क) जन स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में निःशुल्क सेवा प्रतिभूतियाँ: जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे एस एस के)

जे एस वाई के पूरक के तौर पर भारत सरकार ने 01 जून, 2011 को जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे एस एस के) को आरंभ किया था, ताकि गर्भवती महिलाओं एवं बीमार नवजातों और शिशुओं हेतु दवाइयों, आहार, निदानों, उपभोक्ता प्रभारों, निर्दिष्ट परिवहन, आदि पर होने वाले अतिरिक्त व्यय को समाप्त किया जा सके। यह योजना जन स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव करने वाली सभी गर्भवती महिलाओं को बिल्कुल निःशुल्क एवं सीजेरियन सेक्शन सहित बिना खर्च के प्रसव की पात्रता देती है। यह पहल घर से संस्थान आने, निर्दिष्ट करने की स्थिति में सुविधा केन्द्रों के बीच तथा वापस घर जाने के लिए निःशुल्क परिवहन की

सेवा भी प्रदान करती है। समान पात्रताएं जन स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में पहुंचने वाले सभी नवजातों व शिशुओं को भी दी गयी है।

जे एस एस के तहत निःशुल्क पात्रताएं प्रदान करने के लिए वर्ष 2013-14 हेतु राज्यों को 2000 करोड़ रुपए से अधिक रुपए आबंटित किए गए हैं जबकि प्रजनन बाल स्वास्थ्य (आर सी एच) व राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन आर एच एम) फ्लेक्सीपूल के तहत वर्ष 2012-13 के दौरान 2107 करोड़ रुपए आबंटित किए गए थे।

4.5.2 (ख) अनिवार्य एवं आपातकालीन प्रसूति देखरेख:

कुछ विशेषताएँ निम्नलिखित हैं:

- जन्म के समय कौशलपूर्ण सेवा (आवासीय व स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र)– राज्य रिपोर्टों के अनुसार, लगभग 69,760 ए एन एम, एल एच वी तथा स्टॉफ नर्सों को एस

बी ए में प्रशिक्षित किया गया है।

- क्रिटिकल विशेषताओं में कुशल जनशक्ति की कमी से निपटने के लिए डॉक्टरों की बहु-कुशलता जीवन रक्षक चेतनशून्यता कौशल (एलएसएस) तथा व्यापक आपातकालीन प्रसूति परिचर्या (सी-सेक्शन सहित) पर प्रशिक्षण। 1,862 चिकित्सा अधिकारियों को एल एस ए एस में तथा 1,352 चिकित्सा अधिकारियों को व्यापक आपातकालीन प्रसूति परिचर्या (ई एम ओ सी) में प्रशिक्षित किया गया है।
- चिकित्सा अधिकारियों हेतु मूलभूत आपातकालीन प्रसूति परिचर्या (बीईएमओसी) पर 10 दिनों का प्रशिक्षण राज्यों में आयोजित किया जा रहा है तथा
- 'प्रसव बिन्दु': 17000 से अधिक 'प्रसव बिन्दु' जो कि निष्पादन के निर्धारित बेन्च मार्को को पूरा करने वाले स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र हैं, को निम्नलिखित संस्थानों के लिए अभिज्ञात किया गया है—अवसंरचना, उपकरण, परिवार नियोजन एवं किशोर हेतु सेवाओं के साथ व्यापक प्रजनन, मातृ, नवजात एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित जन-शक्ति।

4.6 व्यापक गर्भपात परिचर्या सेवाएं (सी ए सी):

भारत में मातृ मृत्यु में से 8 प्रतिशत मौतें असुरक्षित गर्भपात की वजह से होती है। इसके अतिरिक्त, वे महिलाएं जो असुरक्षित गर्भपात के बाद जीवित बच जाती हैं उन्हें लंबे समय तक प्रजनन रुग्णता से जूझना पड़ता है। व्यापक गर्भपात परिचर्या आर एम एन सी एच+ए कार्यनीति के प्रजनन स्वास्थ्य घटक में महत्वपूर्ण तत्व है।

- "प्रसव केन्द्रों" पर ध्यान देने के साथ 24x7 पी एच सी/एफ आर यू (डी एच/एस डी एच/सी एच सी) सहित जन स्वास्थ्य सुविधा-केन्द्रों में व्यापक सुरक्षित गर्भपात सेवाओं का प्रावधान (लगभग 17000 स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र नियत बेंचमार्क से ऊपर प्रसवों/सी-सेक्शनों का निष्पादन कर रहे हैं)
- चिकित्सीय गर्भपात हेतु उपकरण एवं औषधों के प्रापण सहित स्वास्थ्य सुविधा-केन्द्रों में सुरक्षित गर्भपात सेवाओं के परिचालन हेतु राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को

निधियां प्रदान की जा रही है।

- सुरक्षित एम टी पी तकनीकों में चिकित्सा अधिकारियों तथा गर्भनिरोधक को अपनाने सहित एमटीपी और गर्भपात पश्चात परिचर्या प्रचार हेतु गोपनीय काउंसलिंग प्रदान करने हेतु एएनएम, आशा एवं अन्य क्षेत्र के कार्यकर्ताओं का क्षमता निर्माण।
- गुणवत्ता एम टी पी सेवाएं प्रदान करने के लिए जिला स्तरीय समितियों के माध्यम से निजी एवं एन जी ओ सेक्टर सुविधा केन्द्रों का प्रमाणन।
- गर्भावस्था की पूर्व पहचान हेतु उपकेन्द्रों को निश्चय गर्भावस्था पहचान किटों की आपूर्ति।
- राज्यों के साथ सहभागी सीएसी पर आईईसी/बीसीसी हेतु मुद्रण सामग्री।

4.6.1 यौन संक्रमण एवं प्रजनन मार्गीय संक्रमणों का प्रबंधन (आरटीआई एवं एसटीआई)

- यौन संक्रमण (एसटीआई) तथा प्रजनन मार्गीय संक्रमण (आर टी आई) भारत में मुख्य जन स्वास्थ्य समस्या है। अध्ययन बताते हैं कि भारत की 6 प्रतिशत प्रौढ़ जनसंख्या एक या अधिक आरटीआई/एसटीआई से ग्रसित है।
- ये सेवाएं प्रसव स्थानों पर प्राथमिकता के साथ सभी सी एच सी तथा 24x7 पी एच सी में प्रदान की जानी हैं। रोगी प्रबंधन प्रयोगशाला सेवाएं, एच आई वी सेवाओं, एंटी-रेट्रोवायरल दवाओं, उपकरण एवं रक्त सुरक्षा तथा कौशलपूर्ण एवं प्रशिक्षित जनशक्ति हेतु सेवाओं के प्रावधान के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के साथ समाभिरुपता अनिवार्य है।
- आर टी आई/एस टी आई के सिंड्रोम प्रबंधन, कलर-कोडेड किटों की उपलब्धता, सायफिलिस तथा साथ ही एच आई वी के लिए संपूर्ण रक्त फिंगर प्रिक जांच के लिए आर पी आर जांच किटों को सुनिश्चित किया जा रहा है।

4.6.2 ग्राम स्वास्थ्य व पोषण दिवस (वीएचएनडी)

(व्यापक मातृ व बाल स्वास्थ्य परिचर्या हेतु आउटरीच

सेवाएं): जून, 2014 तक 4.81 करोड़ से अधिक ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस आयोजित किए गए हैं। (एनआरएचएम-एमआईएस)

4.6.3 मातृ एवं बाल संरक्षण (एम सी पी) कार्ड:—स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा महिला एवं बाल विकास मंत्रालय के संयुक्त मातृ एवं बाल संरक्षण (एम सी एच) कार्ड को सभी राज्यों द्वारा एम सी एच की मॉनीटरिंग तथा गुणवत्ता में सुधार करने और पोषण कार्यकलापों के लिए साधन के रूप में प्रयोग किया जा रहा है।

4.7 मातृ एवं बाल ट्रेकिंग प्रणाली (एमसीटीएस)

ए एन सी, जे एस वाई लाभ, प्रतिरक्षण आदि सहित गर्भवती महिलाओं एवं शिशुओं के लिए सामयिक सेवाएं सुनिश्चित करने एवं इसकी निगरानी करने के लिए प्रत्येक गर्भवती महिला एवं शिशु को ट्रेक करने के लिए भारत सरकार द्वारा एक नाम, दूरभाष, पता आधारित वेब इनेबल्ड प्रणाली की शुरुआत की गई है। जहां गुजरात, तमिलनाडु एवं राजस्थान के पास पहले से ही ऐसी ट्रेकिंग प्रणाली है वहीं अन्य इस प्रणाली को अपनाने और बढ़ाने के लिए आगे बढ़ रहे हैं।

4.8 मातृ मृत्यु समीक्षा (एम डी आर)

मातृ मृत्यु समीक्षा (एम डी आर) को न सिर्फ चिकित्सीय कारणों बल्कि कुछेक सामाजिक आर्थिक सांस्कृतिक निर्धारकों के साथ-साथ प्रणाली में कमियों का पता लगाने के लिए जिनकी वजह से ऐसी मृत्यु होती है, के लिए देशभर के सुविधा-केन्द्रों एवं समुदाय दोनों में संस्थापित किया गया है। इसका उद्देश्य उपयुक्त स्तरों पर सुधारात्मक कार्रवाई करना तथा प्रसूति परिचर्या की गुणवत्ता में सुधार करना है।

4.9 मातृ एवं बाल स्वास्थ्य (एम सी एच) विंग

29,000 अतिरिक्त पलंगों के साथ 477 समर्पित मातृ एवं बाल स्वास्थ्य विंग्स (एस सी एच विंग्स) को 20 राज्यों में स्वीकृत किया गया है। इन 100/50/30 पलंगों वाले अत्याधुनिक एम सी एच विंग्स को इन सुविधा केन्द्रों में बढ़ते हुए मरीजों के भार की बाधाओं से निपटने तथा संस्थागत प्रसव के लिए जिला अस्पतालों/ जिला महिला अस्पतालों/उप-जिला अस्पतालों/सी एच सी-एफ आर यू में स्थापित किया जा रहा है।

4.9.1 प्रशिक्षित प्रयोगशालाएं

- सेवा प्रदाताओं के प्रशिक्षण के भिन्न-भिन्न संवर्गों के क्षमता निर्माण की गुणवत्ता को सुदृढ़ करने के लिए, राज्यों में प्रशिक्षित प्रयोगशालाएं स्थापित की जा रही हैं।
- गृह प्रसव के दौरान प्रसवोत्तर हेमरेज की रोकथाम के लिए माइसोप्रॉस्टाल के उन्नत वितरण हेतु प्रचालनात्मक दिशा-निर्देशों एवं रेफरेंस नियमावली को घर में प्रसव करने वाली महिलाओं हेतु घर के पी पी एच की रोकथाम हेतु राज्यों को प्रसारित किया गया है।

4.10 नए नीति निर्णय

भारत को मौजूदा एमडीजी के अलावा सीमाओं और लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए तैयार होने की आवश्यकता है जिसके लिए शीघ्र प्रगति की आवश्यकता होगी। इस शीघ्रता को सुनिश्चित करने के लिए यह आवश्यक है कि हम समुदाय के साथ-साथ सुविधा-केन्द्रों के सभी स्तरों पर मातृ मृत्यु दर एवं रूग्णता के कारणों के लिए पूरे स्पेक्ट्रम की जांच करें। इसकी समाप्ति के लिए मातृ स्वास्थ्य प्रभाग निम्नलिखित की जांच के लिए प्रचालनात्मक दिशा-निर्देशों की तैयारी प्रक्रियाधीन है:

- गोस्टेशनल डायबिटीज मेलिटस
- गर्भावस्था में कनेजनाइटल साइफिलिस
- गर्भावस्था के दौरान उच्च जोखिम समूह हेतु हाइपोथाइरोडिज्म
- स्तन कैंसर
- सर्वाइकल कैंसर
 - सीजेरियन सेक्शन करने के लिए सामान्य सर्जनों का प्रशिक्षण
 - ए एन सी के दौरान कैल्शियम सप्लिमेन्टेशन
 - गंभीर रक्ताल्पता के उपचार हेतु IV ऑयरन सुक्रोज
 - 20 प्रतिशत से अधिक एस टी एच वार्म इन्फेक्शन

मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर) (प्रति 1,00,000 जन्मों के अनुसार)			वार्षिक परिवर्तन का : कंपाउंड रेट		
भारत	2004-06	2007-09	2010-12	2007-09	2010-12
आंध्र प्रदेश	154	134	110	-4.5	-6.4
असम	480	390	328	-6.7	-5.6
बिहार/झारखंड*	312	261	219	-5.8	-5.7
गुजरात	160	148	122	-2.6	-6.2
हरियाणा	186	153	146	-6.3	-1.5
कर्नाटक	213	178	144	-5.8	-6.8
केरला	95	81	66	-5.2	-6.6
मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़*	335	269	230	-7.1	-5.1
महाराष्ट्र	130	104	87	-7.2	-5.8
ओडिशा	303	258	235	-5.2	-3.1
पंजाब	192	172	155	-3.6	-3.4
राजस्थान	388	318	255	-6.4	-7.1
तमिलनाडु	111	97	90	-4.4	-2.5
उत्तर प्रदेश/उत्तराखंड *	440	359	292	-6.6	-6.7
पश्चिम बंगाल	141	145	117	0.9	-6.9
भारत	254	212	178	-5.8	-5.7

* संयुक्त अनुमान

रुझान: संस्थागत प्रसव

राज्य	संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	
	डीएलएचएस -3 (2007-08)	सीईएस -2009
आंध्र प्रदेश	71.8	94.3
अरुणाचल प्रदेश	47.6	69.9
असम	35.1	64.4
बिहार	27.5	48.3
छत्तीसगढ़	18	44.9
दिल्ली	68.7	83.6
गोवा	96.4	99.8

राज्य	संस्थागत प्रसव (प्रतिशत)	
	डीएलएचएस -3 (2007-08)	सीईएस -2009
गुजरात	56.4	78.1
हरियाणा	46.8	63.3
हिमाचल प्रदेश	48.3	50.3
जम्मू एवं कश्मीर	54.9	80.9
झारखंड	17.7	40.1
कर्नाटक	65.1	86.4
केरल	99.4	99.9
मध्य प्रदेश	46.9	81
महाराष्ट्र	63.5	81.9
मणिपुर	41	80
मेघालय	24.5	63.7
मिजोरम	55.7	83
नागालैंड	--	30.4
ओडिशा	44.1	75.5
पंजाब	63.1	60.3
राजस्थान	45.4	70.4
सिक्किम	49.5	68.9
तमिलनाडु	94	98.4
त्रिपुरा	46.2	82.6
उत्तर प्रदेश	24.5	62.1
उत्तराखंड	30	53.5
पश्चिम बंगाल	49.1	69.5
संघ राज्य क्षेत्र		
अंडमान एवं निकोबार	76.4	88.1
चंडीगढ़	76.1	
दमन एवं द्वीप	64.1	
दादर एवं नागर हवेली	44	
लक्षद्वीप	90.7	
पुडुचेरी	99	
भारत	47	72.9

वाले स्थानिक मारी क्षेत्रों में सॉयल ट्रांसमिटेड हेल्मिन्थ्स (एस टी एच) हेतु गर्भावस्था के दौरान डीवॉर्मिंग।

4.11 जननी सुरक्षा योजना (जे एस वाई)

जननी सुरक्षा योजना (जे एस वाई) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एच एच एम) के तहत सुरक्षित मातृत्व क्रियाकलाप है। यह विश्व की सबसे बड़ी नियमबद्ध स्कीमों में से एक है और इसे गर्भवती महिलाओं के बीच संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के द्वारा मातृ एवं नवजात शिशु मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य के साथ क्रियान्वित किया जा रहा है। 12 अप्रैल, 2005 को आरंभ हुई जे एस वाई को निम्न निष्पादन राज्यों (एल पी एस) पर विशेष ध्यान देने के साथ सभी राज्यों एवं संघ राज्य क्षेत्रों (यू टी) में कार्यान्वित किया जा रहा है। जे एस वाई एक केन्द्रीय प्रायोजित स्कीम है जो कि प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य सेवा कर्मी (आशा) को सरकार एवं गर्भवती महिलाओं के बीच प्रभावी कड़ी के रूप में प्रयोग करने के द्वारा प्रसव एवं प्रसवोत्तर परिचर्या का नकद सहायता के साथ एकीकृत करती है।

4.11.1 जेएसवाई की प्रमुख विशेषताएं

यह योजना गर्भवती महिलाओं पर केन्द्रित है, जिसमें संस्थागत प्रसव दर कम होने वाले राज्यों जैसे उत्तर प्रदेश,

4.11.3 संस्थागत प्रसव के लिए नकद सहायता (रु. में)

भिन्न-भिन्न श्रेणियों की माताओं के लिए नकद सहायता हकदारी निम्नानुसार है:

श्रेणी	ग्रामीण क्षेत्र		कुल	शहरी क्षेत्र		कुल (रुपए में)
	माता का पैकेज	आशा का पैकेज*		माता का पैकेज	आशा का पैकेज**	
एलपीएस	1400	600	2000	1000	400	1400
एचपीएस	700	600	1300	600	400	1000

*ग्रामीण क्षेत्र में 600 रु. के आशा भत्ते में 300 रु. एएनसी घटक के लिए तथा 300 रु. संस्थागत प्रसव हेतु गर्भवती महिलाओं को लाने के लिए हैं।

**शहरी क्षेत्र में 400 रु. के आशा भत्ते में 200 रु. एएनसी घटक के लिए तथा 200 रु. संस्थागत प्रसव हेतु गर्भवती महिलाओं को लाने के लिए हैं।

4.11.4 भौतिक एवं वित्तीय प्रगति

इस स्कीम के तहत लाभार्थियों की संख्या कई गुना बढ़ी है अर्थात् वर्ष 2005-06 में 7.38 लाख से बढ़कर वर्ष 2013-14 में 106.48 लाख। इसी प्रकार, व्यय वर्ष 2005-06 में 38.29 करोड़ रु. से बढ़कर वर्ष 2013-14 में 1762.82 करोड़ रु. हुआ है।

उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, राजस्थान, ओडिशा और जम्मू कश्मीर के लिए विशेष व्यवस्था की गई है। इन राज्यों को कम निष्पादन वाले राज्य (एलपीएस) के रूप में वर्गीकृत किया गया है। शेष राज्यों को उच्च निष्पादन वाले राज्यों (एचपीएस) का नाम दिया गया है।

4.11.2 नकद सहायता के लिए पात्रता

जननी सुरक्षा योजना के तहत नकद सहायता के लिए पात्रता नीचे दर्शाई गई है:

निम्न निष्पादन वाले राज्य (एलपीएस)	सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में जन्म देने वाली सभी गर्भवती महिलाएं, जैसे कि उप केन्द्र (एससी)/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी)/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी)/प्रथम रेफरल यूनिटें (एफआरक्यू)/जिला या राज्य अस्पतालों या प्रत्यायित निजी संस्थान
उच्च निष्पादन वाले राज्य (एचपीएस)	सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों या मान्यता प्राप्त निजी संस्थानों में जन्म देने वाली सभी गरीबी रेखा से नीचे/अनुसूचित जाति(अ.जा.)/अनुसूचित जनजाति (अ.ज.जा.) गर्भवती महिलाएं, जैसे की एससी/पीएचसी/सीएचसी/एफआरक्यू/जिला या राज्य अस्पतालों या प्रत्यायित निजी संस्थान

4.11.5 सीजेरियन सेक्शन की छूट-प्राप्त लागत

यह योजना प्रसूति समस्याओं के प्रबंधन हेतु सीजेरियन सेक्शन की लागत में सरकारी संस्थानों को प्रति प्रसव 1500/- रुपए की वित्तीय छूट प्रदान करती है, जहां सरकारी विशेषज्ञ पदस्थ नहीं है।

4.11.6 गृह प्रसव के लिए नकद सहायता

संस्थागत प्रसव हित के अतिरिक्त, घर पर प्रसव को प्राथमिकता देने वाली गरीबी रेखा से नीचे वाली गर्भवती महिलाएं जेएसवाई के तहत प्रति प्रसव के लिए 500 रु. की नकद सहायता के लिए पात्र होती हैं। गर्भवती महिलाओं की आयु की शर्तों को दिनांक 8.5.2013 से हटा दिया गया है अर्थात् 19 वर्ष या इससे अधिक की आयु तथा केवल 2 ही बच्चे।

4.11.7 जे एस वाई के तहत सीधा हित हस्तांतरण (डी बी टी)

सीधा हित हस्तांतरण (डी बी टी) भुगतान प्रक्रिया को दिनांक 1.1.2013 से 43 जिलों में तथा दिनांक 1.7.2013 से 78 जिलों में शुरू किया गया है। इस पहल के अंतर्गत आधार संख्या के माध्यम से गर्भवती महिलाएं अपने बैंक खातों में सीधे जे एस वाई लाभ प्राप्त करने के लिए हकदार होती हैं। डी बी टी प्रक्रिया के माध्यम से दिनांक 17.11.2014 तक का किया गया भुगतान निम्न प्रकार से हैं:-

अवधि: 01.01.2013 से 17.11.2014	संख्या	राशि (रुपए में)
आधार आधारित भुगतान	60355	5,00,53,152
कोर बैंकिंग सॉल्यूशन (सीबीबीएस)	790082	77,09,24,874
कुल	850437	82,09,78,026

4.12 किशोर स्वास्थ्य (एएच)

किशोर स्वास्थ्य घटक में निम्नलिखित शामिल हैं :

- (क) किशोरी प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य कार्यक्रम (ए आर एस एच)
- (ख) मासिक धर्म स्वच्छता योजना (एम एच एस) एवं
- (ग) साप्ताहिक आयरन फोलिक एसिड पूरक कार्यक्रम (डब्ल्यू आई एफ एस) घटक

नवीनतम आरंभ राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके) इन घटकों को व्यापक कार्यक्रम के रूप में शामिल करता है। प्रत्येक घटक की उपलब्धि तथा आरकेएसके की मुख्य विशेषताएं निम्न प्रकार से हैं:

(क) किशोरी प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य (ए आर एस एच) कार्यक्रम

- परिचर्या के सभी स्तर पर नामित किशोर व्यावहारिक स्वास्थ्य क्लिनिकों में प्रचारक, निवारक एवं उपचारात्मक सेवाओं के प्रावधान के माध्यम से किशोरी प्रजनन एवं यौन स्वच्छता कार्यक्रम (ए आर एस एच) किशोरियों की सेवा आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए मौजूदा जन स्वास्थ्य प्रणाली को पुनःसंगठित करने पर ध्यान देता है।
- प्रचालनात्मक किशोर व्यावहारिक स्वास्थ्य क्लिनिकों की संख्या दो वर्षों की अवधि में 94 प्रतिशत की वृद्धि को दर्शाते हुए 2011-12 में 3356 से बढ़कर 2013-14 में 6519 हुई है।
- किशोर व्यावहारिक स्वास्थ्य क्लिनिकों में काउंसलिंग सेवाएं प्रदान करने के लिए 697 समर्पित किशोर स्वास्थ्य परामर्शदाताओं को नामांकित किया गया है।

(ख) मासिक धर्म स्वच्छता के प्रचार हेतु योजना

- मासिक धर्म स्वच्छता के प्रचार हेतु योजना को ग्रामीण क्षेत्रों में 10-19 वर्ष के आयु समूह की किशोरियों हेतु आरंभ किया गया है। इस कार्यक्रम का लक्ष्य यह सुनिश्चित करना है कि लड़कियों को मासिक धर्म स्वच्छता के बारे में पर्याप्त जानकारी एवं सूचना हो तथा सुरक्षित निस्तारण प्रक्रिया के साथ उच्च गुणवत्ता के सैनेट्री नैपकीन तक पहुंच हो।
- योजना के अंतर्गत प्रमुख गतिविधियां निम्नलिखित हैं:
 - मासिक धर्म स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए लक्ष्य जनसंख्या के लिए सामुदायिक एवं आउटरीच स्वास्थ्य शिक्षा।
 - किशोरियों के लिए सैनेट्री नैपकीनों की नियमित उपलब्धता को सुनिश्चित करना।
 - सैनेट्री नैपकीनों की सोर्सिंग एवं प्राप्ति।
 - किशोरियों के लिए सैनेट्री नैपकीनों का स्टोरेज एवं वितरण।

- o मासिक धर्म स्वास्थ्य के बारे में आशा एवं नोडल शिक्षणों को प्रशिक्षण देना।
- o सैनेट्री नैपकीनों का सुरक्षित निस्तारण।
- मासिक धर्म स्वच्छता के प्रचार हेतु योजना को 'फ्रीडेज' सैनेट्री नैपकिन्स की केन्द्रीय आपूर्ति के माध्यम से 17 राज्यों के 1012 ब्लॉकों में पहुंचाया गया है। जून 2014 तक, 2.9 करोड़ से अधिक ग्रामीण किशोरियों तक पहुंच बनाई गयी है तथा कुल 4.5 करोड़ सैनेट्री नैपकिन पैक का वितरण किया गया है।

(ग) साप्ताहिक आयरन एवं फोलिक एसिड पूरक (डब्ल्यू आई एफ एस) कार्यक्रम :

- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने किशोर लड़कियों एवं लड़कों के बीच रक्ताल्पता की उच्च व्याप्तता तथा भार से निपटने के लिए वर्ष 2012-13 में साप्ताहिक आयरन एवं फोलिक एसिड पूरक (डब्ल्यू आई एफ एस) को आरंभ किया है।
- इसका दीर्घ लक्ष्य रक्ताल्पता की इंटरजनरेशनल चक्र को तोड़ना है, लघु कालिक लाभ पोषण रूप से उन्नत मानव पूंजी है।
- डब्ल्यू आई एफ एस में निम्नलिखित शामिल हैं: स्कूल जाने वाले किशोर एवं किशोरियों तथा स्कूल से बाहर की किशोरियों के लिए आयरन एवं फॉलिक एसिड अनुपूरकों का साप्ताहिक पर्यवेक्षित व्यवस्था, माध्यमिक/गंभीर रक्ताल्पता हेतु लक्ष्य समूहों की जांच एवं रेफरल, द्विपक्षीय डीवार्मिंग तथा सूचना एवं काउंसलिंग का प्रावधान तथा
- डब्ल्यू आई एफ एस 10-19 वर्ष की आयु के बीच के कुल 11.7 करोड़ किशोरों का लक्ष्य रखता है। 6 से 12 वीं कक्षाओं तक सरकारी/सरकारी सहायता प्राप्त तथा नगरपालिका स्कूलों में जाने वाले 9.1 करोड़ किशोर-किशोरियों को कार्यक्रम के तहत कवर किया गया है। डब्ल्यू आई एफ एस द्वारा 2.6 करोड़ स्कूल से बाहर की किशोरियों को लक्ष्य निर्धारित किया गया है। फिलहाल डब्ल्यू आई एफ एस ने 3.8 करोड़ किशोर-किशोरियों तक पहुंच बनाई है।

4.13 नई नीति एवं कार्यक्रम पहल: राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके)

- राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके) को 253 मिलियन किशोर-किशोरियों, ग्रामीण एवं शहरी, विवाहित एवं अविवाहित, स्कूल जाने वाले, स्कूल से बाहर के किशोर-किशोरियों तक पहुंच बनाने के लिए दिनांक 7 जनवरी, 2014 को आरंभ किया गया था।
- राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर बी एस के) इस साक्ष्य पर टिका है कि स्वास्थ्य क्रियाकलापों हेतु किशोरावस्था जीवन चक्र में अतिमहत्वपूर्ण अवस्था होती है।

आरकेएसके की मुख्य विशेषताएं हैं:

- o आरकेएसके स्वास्थ्य उन्नयन दृष्टिकोण का प्रयोग करता है तथा समुदाय एवं सुविधा केन्द्र दोनों स्तरों में परिचर्या के सभी स्तरों पर किशोर-किशोरियों के लिए सूचना, काउंसलिंग एवं सेवाएं प्रदान करते हैं।
- o यह कार्यक्रम यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तक सीमित न होकर भारत में किशोर स्वास्थ्य प्रोग्रामिंग के स्कोप का विस्तार करता है, इसमें अब पोषण, क्षतियां तथा हिंसा (लिंग आधारित हिंसा सहित), गैर-संक्रामक रोग, मानसिक स्वास्थ्य एवं पदार्थ दुरुपयोग शामिल है, तथा
- o आरकेएसके क्लिनिक आधारित सेवाओं से उन्नयन एवं रोकथाम तथा किशोरों तक उनके वातावरण जैसे कि स्कूलों एवं समुदायों तक पहुंचने का प्रतिमान विस्थापन है।

4.13.1 आरकेएसके के अंतर्गत प्रदान की जाने वाली सेवाओं का पैकेज:-

- सामुदायिक आधारित क्रियाकलाप:-
 - o पीयर एजुकेशन (पीई);
 - o तिमाही किशोर स्वास्थ्य दिवस (ए एच डी);
 - o साप्ताहिक आयरन एवं फॉलिक एसिड अनुपूरण कार्यक्रम (डब्ल्यू आई एफ एस) व

- o मासिक धर्म स्वच्छता योजना (एम एच एस)
- सुविधा-केन्द्र आधारित क्रियाकलाप:-
 - o किशोर व्यावहारिक स्वास्थ्य क्लिनिक (एएफएच सी)
- अन्य विभागों / स्कीमों के साथ अभिसरण:-
 - o स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के भीतर
 - o अन्य विभागों / स्कीमों के साथ
- अंतर व्यक्तिगत संचार पर ध्यान देने के साथ सामाजिक व्यावहारिक परिवर्तन संचार

4.13.2 समुदाय स्तरीय क्रियाकलापों में समुदाय में किशोरों हेतु सूचना एवं सहयोग नेटवर्क स्थापित करने के लिए "चार पीयर एजुकेटर (पी ई) प्रति एक हजार जनसंख्या" का चयन शामिल होता है। पी ई को निम्नलिखित मुद्दों से संबंधित विषयों के व्यापक सेट में प्रशिक्षित किया जाएगा, आर के एस के के उद्देश्य पी ई की भूमिकाएं एवं जिम्मेदारियां, किशोरों की व्यस्कता में अवस्थांतर

को समझना, लिंग एवं यौन पहचान, किशोरों की स्वास्थ्य समस्याएं, पीयर प्रेशर, भावात्मक तनाव एवं बाल विवाह की अन्य विशिष्ट समस्याएं लिंग आधारित हिंसा, बाल एवं ए आर एस एच अधिकार आदि।

किशोर स्वास्थ्य दिवस के दिन प्रदान की जाने वाली सेवा:

- सूचना: पोषण पर आई ई सी एवं आई पी सी, एस आर एच, मानसिक स्वास्थ्य, जी बी वी, एन सी डी एवं पदार्थ का दुरुपयोग।
- माल: सैनिटरी नैपकिन, आई एफ ए, एल्बेन्डाजोल, एंटी-स्पैस्मेटिक टैबलेट्स एवं गर्भ निरोधक
- सेवाएं: पंजीकरण, सामान्य स्वास्थ्य जांच (बी एम आई, रक्ताल्पता एवं मधुमेह), ए एफ एच सी के रेफरल (काउंसलिंग एवं क्लिनिकल सेवाओं के लिए)।

4.13.3 सुविधा केन्द्रों में किशोर व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाएं

सर्विस पैकेज	स्तर: एससी, पीएचसी, सीएचसी एवं डीएच
गर्भवती किशोरियों हेतु एएनसी	सभी स्तर
पोषण पर काउंसलिंग, त्वचा, विवाह पूर्व काउंसलिंग, यौन समस्याएं, गर्भ निरोधक, गर्भपात, आरटीआई/एसटीआई, पदार्थ दुरुपयोग, लर्निंग समस्याएं, तनाव, डिप्रेशन, आत्महत्या करने की प्रवृत्ति, हिंसा, यौन उत्पीड़न, अन्य मानसिक स्वास्थ्य मामले	सभी स्तर (एससी में एएनएम द्वारा)
मासिक धर्म विकृतियां, क्षतियां (दुर्घटना एवं हिंसा) एवं एनसीडी जैसे कि हाइपरटेंशन, आघात, हृदय संबंधी रोग एवं मधुमेह सहित अन्य किशोर विशिष्ट स्वास्थ्य सेवाएं	पीएचसी, सीएचसी, डीएच
विशेषज्ञों द्वारा उपचार	सीएचसी, डीएच
रेफरल	सभी स्तर