

## मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रम

### 4.1 प्रस्तावना

मातृ एवं बाल स्वास्थ्य को बढ़ावा देना भारत में परिवार कल्याण के अत्यधिक महत्वपूर्ण उद्देश्यों में से एक है। एनआरएचएम (2005-2012) और आरसीएच कार्यक्रम चरण II (2005-10) के अंतर्गत भारत सरकार सभी के लिए अनिवार्य प्रसूति और नवजात देखभाल, प्रत्येक जन्म के दौरान दक्ष परिचारक की उपस्थिति, जटिलताओं वाले रोगियों की आपातकालीन प्रासविकी देखभाल और रेफरल सेवाओं की चार प्रमुख रणनीतियों पर ध्यान केन्द्रित कर मातृ मृत्यु दर के लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु सक्रियता से कार्रवाई कर रही है। अन्य प्रमुख नीतियां हैं, सुरक्षित गर्भपात सेवाओं और आरटीआई और एसटीआई के लिए सेवाओं का प्रावधान करना। इस नीति में सिफारिश की गई है कि आधारभूत स्तर पर समग्र रूप से अंतर क्षेत्रीय समन्वय स्थापित करने के लिए सार्थक नीति अपनाई जाए और मातृ मृत्यु अनुपात और शिशु मृत्यु दर को कम करने के लिए एनजीओ, सिविल सोसायटियों, पंचायती राज संस्थाओं और महिला समूहों को शामिल किया जाए। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में 2010 तक एमएमआर को 100 प्रति 100000 जीवित जन्म तक कम करने का लक्ष्य निर्धारित किया गया है। तदनुसार, योजनाएं और कार्यक्रम विकसित किए गए हैं और मातृ मृत्यु को कम करने पर कई नीतियां केन्द्रित हैं। भारत में मातृ मृत्यु का अनुपात 212 प्रति 100000 जीवित जन्म है (एसआरएस, आरजीआई : 2007-09 मातृ मृत्यु संबंधी रिपोर्ट) भारत में प्रतिवर्ष 57000 से अधिक महिलाओं की गर्भावस्था से संबंधित कारणों से मौत हो जाती है।

### 4.2 मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर)

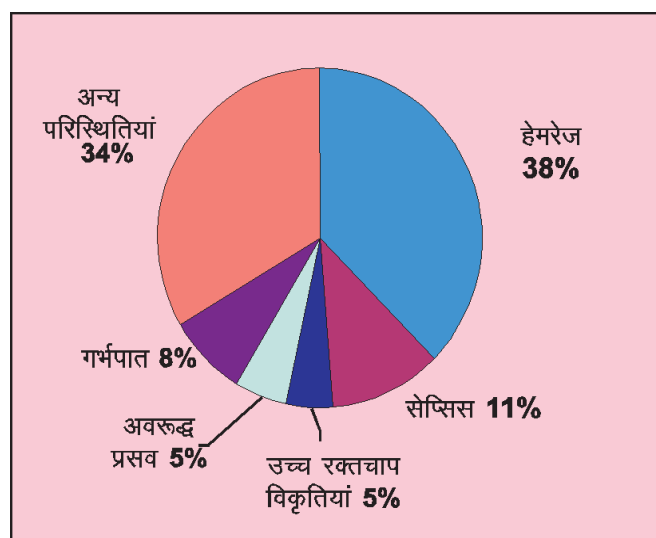
एमएमआर से तात्पर्य प्रति 100000 जीवित शिशु जन्मों पर गर्भावस्था से संबंधित कारणों अथवा गर्भपात से संबंधित कारणों अथवा गर्भपात के 42 दिनों के भीतर, गर्भावस्था के स्थान अथवा अवधि पर ध्यान दिए बगैर होने वाली मातृ मृत्यु है।

**भारत में एमएमआर:** एमएमआर का राष्ट्रीय औसत 212 प्रति 100000 जीवित जन्म है (एसआरएस-2007-09) जो अंतरराष्ट्रीय परिदृश्य की तुलना में काफी अधिक है जैसे स्वीडन (5), यूएसए

(24), ब्राजील (58), और यहां तक कि पड़ोसी देशों जैसे : बांग्लादेश (340), पाकिस्तान (260), श्रीलंका (39) और थाईलैंड (48) (स्रोत - मातृ मृत्यु में रुझान 1990 - 2008 डब्ल्यूएचओ, यूनिसेफ, यूएनएफपीए और वर्ल्ड बैंक) आरजीआई-एसआरएस की 2007-09 की रिपोर्ट के अनुसार उच्च मातृ मृत्यु वाले कुछ राज्य हैं:

राज्य	एमएमआर
● उत्तर प्रदेश / उत्तराखंड	: 359
● राजस्थान	: 318
● मध्य प्रदेश / छत्तीसगढ़	: 269
● बिहार / झारखंड	: 261
● असम	: 390

**मातृ मृत्यु के कारण :** मातृ मृत्यु गंभीर चिंता का कारण है। इन मौतों का मुख्य कारण हेमरेज (प्रसव पूर्व और प्रसवोपरांत दोनों), टोक्सेमिया (गर्भावस्था के दौरान उच्च रक्तचाप), एनीमिया, अवरुद्ध प्रसव, प्यूरपेरल सेप्सिस (डिलीवरी के पश्चात होने वाला संक्रमण) और असुरक्षित गर्भपात है।



जैसाकि देखा जा सकता है कि एक तिहाई से अधिक मौतें हेमरेज के कारण होती हैं इसके बाद प्यूरपेरल सेप्सिस और गर्भपात से होने वाली मौतों का स्थान है। इनके अतिरिक्त, एनीमिया (खून की कमी) के कारण भी अनके मौतें होती हैं जिसे अन्य कारणों के अंतर्गत दर्शाया गया है। यदि प्रसव पूर्व महिला की सही देखभाल हो, गर्भावस्था के दौरान उत्पन्न होने वाली समस्याओं की समय से पहचान हो जाए तथा उसका उचित इलाज हो जाए एवं प्रसव के समय उत्पन्न होने वाली आपात स्थिति से समय से निपटने की व्यवस्था हो तो इनमें से अधिकांश को मरने से बचाया जा सकता है। इसके अतिरिक्त, सामाजिक कारणों जैसे कि निरक्षरता, निम्न सामाजिक-आर्थिक स्थितियां, स्वास्थ्य सुविधाओं की सुलभता में कमी के कारण भी अधिक मृत्यु होती है।

### 4.3 मातृ स्वास्थ्य संकेतक

राज्यों व संघ शासित प्रदेशों के स्तरों पर होने वाला मातृ मृत्यु संबंधी आकलन कोई बहुत सटीक आंकड़ा प्रस्तुत नहीं करता। एमएमआर से किसी देश की मातृ स्वास्थ्य स्थितियों का मात्र एक संकेत ही मिल सकता है। इसलिए इसके सही आकलन के लिए मातृ-स्वास्थ्य स्थितियों को दर्शाने वाले अन्य संकेतकों (घटकों) जैसे प्रसव पूर्व जांच, अस्पताल, नर्सिंग होम आदि में प्रसव प्रशिक्षित दाई द्वारा प्रसव आदि का उपयोग किया जाता है। इन सब घटकों से मातृ-स्वास्थ्य स्थितियों को जानकारी प्राप्त होने के साथ-साथ चल रहे कार्यक्रमों की प्रभावशीलता का भी पता चलता है। क्रमशः 2002-04 एवं 2007-08 में कराए गए जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण (डीएलएचएस II एवं III) के अनुसार इन संकेतकों के समूचे भारत के आंकड़े क्रमशः निम्न तालिका में दर्शाए गए हैं:

	डीएचएचएस III (2007-08) (%)	डीएचएचएस II (2002-04) (%)
प्रसवपूर्व कोई जांच	75.2	73.6
तीन या अधिक बार प्रसवपूर्व जांच	49.8	50.4
कुल संस्थागत वाले प्रसव	47.0	40.9
सुरक्षित प्रसव	52.7	48
आईएफए गोलियों का 100 दिनों तक सेवन	46.6	20.5
प्रसव के दो सप्ताह के भीतर पीएनसी	49.7	उपलब्ध नहीं

नवम्बर, 2009 से जनवरी, 2010 तक भारत में कवरेज मूल्यांकन सर्वेक्षण नामक एक राष्ट्रव्यापी सर्वेक्षण किया गया था जिसमें भारत के सभी राज्यों एवं संघ राज्य क्षेत्रों को शामिल किया गया था। यह सर्वेक्षण संयुक्त राष्ट्र बाल कोष (यूनीसेफ) द्वारा शुरू किया गया था एवं ओआरजी-सेंटर फार सोशल रिसर्च को सर्वेक्षण करने का कार्य सौंपा गया था।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने प्रतिचयन, सर्वेक्षण कार्य प्रणाली, प्रश्नावली, गुणवत्ता मार्गदर्शन, सारणीयन योजना, आंकड़ा विश्लेषण तथा अंतिम सारणीयन एवं आंकड़ा प्रस्तुति सहित सीईएस-2009 से संबंधित विभिन्न कार्यकलापों की निगरानी करने तथा इनमें समन्वय स्थापित करने के लिए एक तकनीकी सलाहकार समिति (टीएसी) गठित की। आंकड़ा संग्रहण की मानीटरिंग जनसंख्या संसाधन केन्द्रों के सहयोग से राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली द्वारा स्वतंत्र रूप से की गई थी।

रिपोर्ट में मातृ स्वास्थ्य संकेतक भी अत्यंत आशाजनक है। मातृ स्वास्थ्य के प्रमुख संकेतक जैसे कि

- 3+एनसी 68.7 प्रतिशत के रूप में सूचित की गई है।
- संस्थागत प्रसव 73 प्रतिशत के रूप में सूचित किया गया है।
- दक्ष जन्म परिचर्या (संस्थागत + घर) 76.2 प्रतिशत के रूप में सूचित की गई है।

### 4.4 प्रसूति देखभाल सेवाओं में सुधार की योजनाएं

#### 4.4.1 सेवाएं:

एनआरएचएम के अंतर्गत मातृ मृत्यु में कमी लाने के उद्देश्य की प्राप्ति हेतु कई विशिष्ट पहलों का कार्यान्वयन किया जा रहा है। यह पहलें निम्नलिखित हैं:-

#### 4.4.1 क. अनिवार्य प्रासविकी देखभाल:

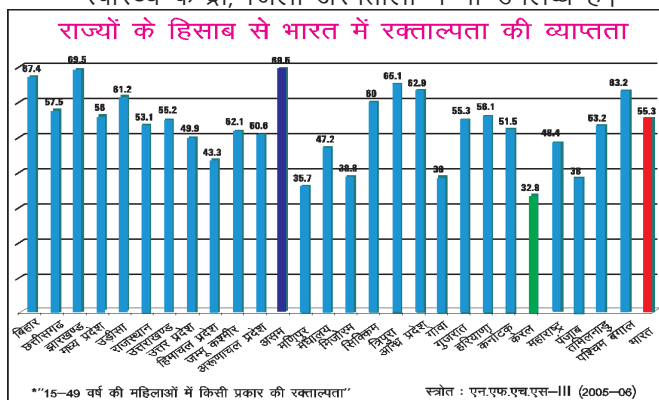
इनमें एनीमिया की रोकथाम और उपचार संस्थागत/सुरक्षित डिलीवरी सेवाओं और प्रसव उपरांत देखभाल सहित गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल शामिल है। अनिवार्य प्रसूति सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए भारत सरकार 24x7 सेवाओं के लिए पीएचसी का प्रचालन कर रही है और एसएन/एलएचवी/ एएनएम को जन्म के दौरान कौशलयुक्त परिचर्या के क्षेत्र में भी प्रशिक्षण दिया जा रहा है।

#### 4.4.1 ख. गुणवत्तापूर्ण प्रसव पूर्व देखभाल:

गुणवत्तापूर्ण एएनसी में भौतिक एवं उदरीय जांचों समेत पहली तिमाही में जल्दी पंजीकरण समेत कम से कम 4 एएनसी, एचवी प्राक्कलन व मूत्र जांच, टीटी टीकों की दो खुराकें और 100 दिन तक आईएफए गोलियों का सेवन शामिल है।

#### 4.4.1 ग. प्रोफाइलेक्सिस और पोषण सम्बन्धी एनीमिया का उपचार:

- एनएफएचएस III (2005-06) के परिणामों के अनुसार 15-49 वर्ष की 55.3 प्रतिशत महिलाएं देश में रक्त की कमी से पीड़ित हैं तथा राज्यवार व्याप्तता नीचे दंड चार्ट में दिखाई गई है। गर्भावस्था के दौरान समस्या और अधिक गंभीर हो जाती है जब 58.7 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं (15-49 वर्ष) और 63.2 प्रतिशत स्तनपान कराने वाली महिलाएं रक्त की कमी से पीड़ित हैं। रोग निरोधन एवं रक्ताल्पता के उपचार के लिए एक कार्यक्रम देश भर में वर्ष 1997-98 से कार्यान्वित किया जा रहा है।
- एनआरएचएम और आरसीएच- II के अंतर्गत गर्भवती एवं स्तनपान कराने वाली महिलाओं को 100 दिन तक रोजाना एक गोली (जिसमें 100 मिलीग्राम तात्विक आयरन एवं 0.5 मिग्रा. फोलिक एसिड हो) मुहैया कराने का प्रावधान है। जो महिलाएं एनीमिया से काफी गंभीर रूप से ग्रसित हैं उन्हें रोजाना ऐसी दो गोलियां दिए जाने का प्रावधान है। इस समय भारत सरकार आरसीएच किट ए. में तथा ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवसों में आउटरीच कार्यकलापों के जरिए गोलियों एवं द्रव्य मिश्रण के रूप में आईएफए की आपूर्ति कर रही है तथा उपकेन्द्रों के जरिए महिलाओं एवं बच्चों को वितरित कर रही है। ये देश भर में अन्य स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों जैसे कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, जिला अस्पतालों में भी उपलब्ध है।



\*15-49 वर्ष की महिलाओं में किसी प्रकार की रक्ताल्पता  
 स्रोत: एनएफएचएस-III (2005-06)

#### एनआरएचएम के अंतर्गत एनीमिया के लिए उपाय

	बच्चे		गर्भवती एवं दूध पिलाने वाली महिलाएं
	6 महीने-5 वर्ष	6-10 वर्ष	
आईएफए की अनुपूरक खुराक	20 मिग्रा. इलेमेंटल आयरन एवं 100 मि.से.ग्रा. फॉलिक अम्ल, प्रत्येक मिली. द्रव्य मिश्रण में	30 मि.ग्रा. इलेमेंटल आयरन एवं 250 मि.से.ग्रा. अम्ल प्रतिदिन प्रत्येक बच्चे के लिए	<ul style="list-style-type: none"> <li>● रक्ताल्पता से बचने के लिए 100 मि.ग्रा. इलेमेंटल आयरन एवं 0.5 मि.ग्रा. फॉलिक अम्ल, कम से कम 100 दिनों के लिए</li> <li>● रक्ताल्पता वाली महिलाओं को इन गोलियों की दोगुनी खुराक दी जाती है।</li> <li>● विविध प्रकार का आहार देने के लिए स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा, आयरन फोलेटयुक्त भोजन एवं भोजन सामग्री जो आयरन को अवशोषित करने में सहायता करती है।</li> </ul>

#### 4.4.1 घ. पीएचसी में 24 घंटे डिलीवरी सेवाओं का प्रावधान:

आरसीएच II के अंतर्गत सभी सीएचसी और 50 प्रतिशत पीएचसी में 3-5 स्टाफ नर्सों और एक मेडिकल ऑफिसर की तैनाती कर 24 घंटे डिलीवरी सेवाएं प्रदान करने हेतु इन्हें प्रचालित किया जा रहा है।

#### 4.4.1 ड. मां एवं नवजात की प्रसव उपरांत देखभाल:

प्रसव के पहले 24 घंटों के भीतर प्रसवोत्तर देखभाल सुनिश्चित करना और तत्पश्चात तीसरे, सातवें और 42वें दिन घर का दौरा करना, प्रसव उपरांत अवधि के दौरान होने वाली आपात स्थितियों की पहचान और प्रबंधन के लिए महत्वपूर्ण घटक है। एएनएम, एलएचवी और स्टाफ नर्सों को भी इन दौरों के दौरान चिन्हित आपात स्थितियों का समाधान करने के लिए इनकी जानकारी दी जा रही है और उनका अभिमुखीकरण भी किया जा रहा है।

#### 4.4.2 जन्म के समय दक्ष लोगों की उपस्थिति

भारत सरकार सामुदायिक और संस्थागत स्तर दोनों पर ही होने वाले प्रत्येक जन्म के दौरान दक्ष लोगों की व्यवस्था करने के प्रति वचनबद्ध है।

#### 4.4.2 क. जन्म के समय कुशल परिचर्या के क्षेत्र में नई पहलें

- जन्म के समय कुछ सामान्य प्रासविक आपातकालों को नियंत्रित करने एवं इनसे निपटने के लिए भारत सरकार ने स्टाफ नर्सों तथा सहायक नर्सधात्रियों (एएनएम) को माता के जीवन को बचाने के लिए विशिष्ट आपातकालीन स्थितियों में कतिपय इंजेक्शन देने व कुछ उपाय करने के लिए अनुमति देने हेतु नीतिगत निर्णय लिया है।
- प्रशिक्षण कार्यनीति में स्टाफ नर्सों/एएनएम/एलएचवी के लिए जन्म के समय कुशल परिचर्या के क्षेत्र में 3 सप्ताह का प्रशिक्षण शामिल है। इसके लिए पाठ्यचर्या व तकनीकी दिशानिर्देश संशोधित कर दिए गए हैं और तदनुसार सभी राज्यों व संघ राज्य क्षेत्रों में प्रशिक्षण चलाया जा रहा है।

#### 4.4.3 एफआरयू में आपातकालीन प्रासविकी और प्रसव पूर्व देखभाल का प्रावधान:

एफआरयू में आपातकालीन प्रासविकी और प्रसव पूर्व देखभाल का प्रावधान देश में सभी एफआरयू को प्रचालित करके किया जा रहा है। प्रचालन के दौरान ध्यान महत्वपूर्ण घटकों जैसे जनशक्ति, रक्त भंडार इकाइयों और रेफरल लिंकेज आदि पर केन्द्रित होता है। प्रशिक्षित जनशक्ति की उपलब्धता को (एमबीबीएस डॉक्टरों हेतु कौशल आधारित प्रशिक्षण) को एफआरयू के प्रचालन के साथ जोड़ा जाना चाहिए। इस संबंध में की गई पहलें निम्न हैं।

#### 4.4.3 क. प्रसव की आपातकालीन जरूरतों के मद्देनजर कुशलतापूर्वक संवेदनाहरण (एनेस्थिसिया) देने में सक्षम बनाने के लिए एमबीबीएस डॉक्टरों को प्रशिक्षण:

प्रसव के समय या गर्भावस्था के दौरान उत्पन्न जटिलताओं से गर्भवती महिलाओं की जान बचाने के लिए आपातकालीन प्रसव देखभाल (ईएमओसी) की पर्याप्त एवं समयोचित व्यवस्था का प्रावधान करना वैश्विक स्तर पर अत्यन्त आवश्यक माना गया है। गर्भवती महिलाओं को उप-जिला अर्थात् सीएचसी स्तर पर ईएमओसी की सुविधा प्रदान करने के लिए प्रथम रेफरल यूनिट्स

(एफआरयू) को चालू करना आसीएच- II की महत्वपूर्ण रणनीति है। इस पर बहुत ज्यादा ध्यान देने की जरूरत है। इन एफआरयू के अब तक चालू नहीं हो पाने के अनेक कारण हैं। उनमें सर्वाधिक महत्वपूर्ण कारण हैं, स्त्री-रोग विशेषज्ञों जैसे विशेषज्ञ मानवशक्ति की कमी, खासकर जिला एवं उप-जिला स्तर पर।

इसे देखते हुए निचले स्तर पर आपाती प्रसूति आवश्यकताओं के प्रभावी एवं बेहतर मूल्यांकन हेतु भारत सरकार ने नीतिगत निर्णय लिया है और एफआरयू में आपाती प्रसूति परिचर्या के लिए जीवन सहायक संवेदनाहरण कौशल में एमबीबीएस डॉक्टरों के प्रशिक्षण हेतु 18 सप्ताह का कार्यक्रम कार्यान्वित कर रही है।

फिलहाल प्रशिक्षण कार्यक्रम पूर्वोत्तर क्षेत्र सहित सभी प्रमुख राज्यों में लगभग 100 मेडिकल कॉलेजों में प्रशिक्षण कार्यक्रम कार्यान्वित किया जा रहा है।

#### 4.4.3 ख. प्रसव प्रबंधन कौशल में प्रशिक्षण:

भारत सरकार ने फेडरेशन आफ ऑब्स्टेट्रिक एंड गाइनाकोलॉजिकल सोसायटी आफ इंडिया के सहयोग से एमबीबीएस डॉक्टरों को प्रसव प्रबंधन में कुशल बनाने हेतु प्रशिक्षण कार्यक्रम की शुरुआत की है। इसके तहत राज्यों में लगभग 25 मेडिकल कॉलेज और जिला अस्पतालों के स्तर पर प्रसव प्रबंधन कौशल का 16 सप्ताहों का प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाया जा रहा है जिसके अंतर्गत सिजेरियन ऑपरेशन करने का प्रशिक्षण भी शामिल है।

#### 4.4.3 ग. समुदाय एवं संस्थान दोनों स्तरों पर रेफरल सेवाएं:

विशेषकर आपातकालीन स्थितियों के दौरान सेवाओं का उपयोग करने के लिए यह महत्वपूर्ण है कि समुदाय एवं जहां केस को रेफर किया जाए, इन दोनों के बीच सुविधाजनक आवाजाही संबंध स्थापित हों। चूंकि प्रसव की प्रक्रिया के दौरान उत्पन्न होने वाली आपात स्थितियों का पूर्वानुमान नहीं लगाया जा सकता, अतः रेफर किए जाने वाले स्थान पर पहुंच इतनी आसान होनी चाहिए कि गर्भवती महिलाओं को कोई कठिनाई न हो।

वर्तमान में राज्यों को सुनिश्चित रेफरल प्रणाली स्थापित करने की छूट दी गई है जिसमें विभिन्न मॉडल शामिल हैं। उदाहरणार्थ झारखंड के खूंटी जिले में खूंटी मॉडल, गुजरात में आपातकालीन परिवहन सुविधा, असम में मृत्युंजय 108 (ई.एम.आई.आई) मॉडल, 1298 केरल मॉडल, गुना मॉडल, मध्य प्रदेश इत्यादि।

#### 4.4.4 अन्य प्रमुख उपाय निम्नवत् हैं:-

##### 4.4.4 क. सुरक्षित गर्भपात सेवाएं/गर्भ का चिकित्सीय समापन (एमटीपी)

गर्भपात भारत की महत्वपूर्ण चिकित्सीय एवं सामाजिक समस्या है। आईसीएमआर के 1989 के अध्ययन के अनुसार प्रति 1000 गर्भों में से सुरक्षित (वैध) व असुरक्षित (अवैध) गर्भपातों की दर क्रमशः 6.1 एवं 13.5 थी। स्पष्ट है कि लगभग दो तिहाई गर्भपात अधिकृत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों से बाहर अनाधिकृत एवं अकुशल लोगों द्वारा संपन्न कराए जाते हैं।

गर्भ का चिकित्सीय समापन अधिनियम को भारतीय संसद द्वारा 1971 में पारित किया गया था तथा यह 1 अप्रैल, 1972 से लागू हुआ। इस कानून का उद्देश्य असुरक्षित गर्भपातों के कारण होने वाली मातृ-मृत्यु और अस्वस्थता को कम करना था। एमटीपी एक्ट 1971 में इन बातों से संबंधित प्रावधान है कि किन स्थितियों में गर्भ को समाप्त किया जाए तथा किस स्थान पर यह किया जा सकेगा। वर्ष 2003 में इस कानून में संशोधित कर किस स्थान पर एमटीपी केन्द्रों को चलाया जाए इसके अनुमोदन के अधिकार को विकेन्द्रीकृत करते हुए राज्यों से जिलों को दे दिया गया ताकि सुरक्षित एमटीपी सेवा प्रदाताओं के नेटवर्क को व्यापक बनाया जा सके। इस संशोधन द्वारा उन लोगों को दंडित किए जाने का भी प्रावधान किया गया, जो अप्रशिक्षित लोगों द्वारा एमटीपी कराते हैं तथा ऐसे स्थानों पर कराते हैं जो सरकार द्वारा अनुमोदित नहीं हैं।

गर्भपात चाहे अपने आप हुआ हो अथवा किया गया हो, कई दशकों से चिंता का विषय है विशेषकर इसलिए क्योंकि इसके साथ सेप्सिस और अन्य जटिलताएं जुड़ी होती हैं। मातृ-मृत्यु में से 8 प्रतिशत मृत्यु गंभीर गर्भपातों का कारण होती हैं। इसकी रोकथाम की जा सकती है। यह सुरक्षित गर्भपात की अपूर्ण आवश्यकताओं की ओर भी संकेत करता है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में सुरक्षित गर्भपात का प्रावधान महत्वपूर्ण प्रचलनात्मक रणनीतियों में से एक है। 24x7 पीएचसी, सीएचसी और एफआरयू में एमटीपी सेवाओं को राज्यों द्वारा चिकित्सा जनशक्ति को एमटीपी तकनीकों का प्रशिक्षण देकर सुदृढ़ बनाया जा रहा है।

##### 4.4.4 ख. कार्यनीतियां

###### ● सामुदायिक स्तर पर:

- ✓ समुदाय में सुरक्षित एमटीपी के बारे में जागरूकता का प्रचार करना और तत्संबंधी सेवाएं प्रदान करना।
- ✓ सुरक्षित एमटीपी के लिए गोपनीय परामर्श को

सुगम बनाना और यह परामर्श देने के लिए एएनएम, एडब्ल्यू डब्ल्यू और संपर्क कार्यकर्ताओं / आशा को प्रशिक्षण देना।

- ✓ गोपनीयता बरतते हुए एएनएम, संपर्क कार्यकर्ताओं/आशा तथा एडब्ल्यूडब्ल्यू के जरिए गर्भपात उपरांत परिचर्या को बढ़ावा देना।

###### ● सुविधा स्तर :

- ✓ सभी सीएचसी और कम से कम 50 प्रतिशत पीएचसी जिन्हें 24 घंटे डिलीवरी सेवाएं देने हेतु सुदृढ़ बनाया जा रहा है, को गुणवत्ता पूर्ण एमवीए (मैनुअल वैक्यूम एस्पीरेशन) उपलब्ध कराना।
- ✓ सभी एफआरयू में व्यापक और उच्च गुणवत्ता वाली एमटीपी सेवाएं प्रदान करना।
- ✓ निजी क्षेत्रों और एनजीओ को गुणवत्तापूर्ण एमटीपी सेवाएं देने के लिए प्रोत्साहित करना।

चिकित्सा अधिकारियों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सुरक्षित गर्भपात कराने के लिए 8 सप्ताह तक की अवधि तक मैनुअल वैक्यूम एस्पीरेशन के लिए दिशानिर्देश कार्यान्वयन हेतु राज्यों को परिचालित कर दिए गए हैं।

चिकित्सीय गर्भपात कराने और इसके लिए परिधीय स्वास्थ्य सेवा अवसंरचना के माध्यम से सेवाएं प्रदान करने सहित सुरक्षित गर्भपात कराने हेतु व्यापक दिशानिर्देश तैयार किए जा रहे हैं।

##### 4.4.5 आरसीएच- II के अंतर्गत मूलभूत आपातकालीन प्रसूति परिचर्या (बीईएमओसी) संबंधी प्रशिक्षण की भी व्यवस्था की जा रही है

राज्यों में मूलभूत आपातकालीन प्रसूति परिचर्या (बीईएमओसी) संबंधी एक 10 दिवसीय प्रशिक्षण शुरू किया गया है जिसके लिए एनआईएचएफडब्ल्यू, नई दिल्ली में वर्तमान में मास्टर प्रशिक्षकों को प्रशिक्षण दिया जा रहा है।

##### 4.4.6 आरसीएच- II के अंतर्गत सभी एफआरयू, सीएचसी तथा 24x7 पीएचसी में आरटीआई/एसटीआई सेवाओं की भी व्यवस्था की जा रही है

(जनन मार्गीय संक्रमण/यौन संचारित संक्रमण (आरटीआई/एसटीआई) को हाल तक जन स्वास्थ्य समस्या के रूप में नहीं देखा जाता था। भारत में प्रजनन अस्वस्थता की प्रमात्रा को



प्रमाणित करने के लिए हुए अनुसंधान से ऐसे संक्रमण की घटनाएं सामने आई हैं और इसने इन्हें प्रजनन स्वास्थ्य के एजेंडा में शामिल कर दिया है। भारत में पिछले दशक के दौरान किए गए कई अध्ययन महिलाओं में प्रजनन संबंधी अस्वस्थता की उच्च व्याप्तता को दर्शाते हैं। डीएलएचएस III (2007-08) के अनुसार लगभग 1/5 (18.3 प्रतिशत) महिलाओं में आरटीआई/एसटीआई के कुछ लक्षण सूचित हुए, फिर भी उस प्रतिशतता से संबंधित आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं जिसने इसके लिए उपचार कराया। एचआईवी संक्रमण का फैलना और इसके संक्रमण में आरटीआई/एसटीआई की भूमिका के कारण भी समस्या और गंभीर हो गई है। जनन मार्गीय संक्रमणों की पहचान करना और इसका प्रबंधन करना आरसीएच कार्यक्रम का महत्वपूर्ण उद्देश्य है।

#### 4.4.7 आरसीएच II के अंतर्गत कार्यनीतियां

- सामान्य निचले जनन वाहिका संक्रमण की रोकथाम, शीघ्र पहचान और प्रभावी प्रबंधन को विद्यमान प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना के माध्यम से अनिवार्य देखभाल के घटक के रूप में शामिल किया गया है।
- इन सेवाओं के प्रावधान में रोगी प्रबंधन हेतु सेवाओं के उपयोग, प्रयोगशाला सेवाओं, परामर्श सेवाओं, औषधि, उपकरण, रक्त सुरक्षा इत्यादि के संदर्भ में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी) के साथ अभिसरण की मांग की जा रही है।
- आरसीएच II के अंतर्गत उप जिला स्तर पर कम से कम 50 प्रतिशत पीएचसी में और सभी एफआरयू में आरटीआई/एसटीआई सेवाओं का कार्यान्वयन किया जा रहा है जिसमें औषधियां, प्रशिक्षण, निपटान योग्य (डिस्पोजेबल) उपकरण शामिल हैं तथा प्रयोगशाला तकनीशियनों का व्यवस्था है।
- आरटीआई/एसटीआई के प्रबंधन हेतु राष्ट्रीय प्रजनन स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, मुंबई के सहयोग से (आईसीएमआर के अंतर्गत) राष्ट्रीय दिशानिर्देश तैयार किए गए हैं और इन्हें राज्यों में परिचालित कर दिया गया है।
- एसटीआई/आरटीआई सेवाएं राज्यों के जिला अस्पतालों तथा मेडिकल कॉलेजों में 938 नाको समर्थित नामोदिदष्ट एसटीआई/आरटीआई क्लिनिकों से प्रदान की जाती हैं। इसके अलावा, एनआरएचएम के तहत सहायताप्राप्त प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों

में सेवाएं प्रदान की जाती हैं। नाको द्वारा सहायता प्राप्त टीआई परियोजनाओं के अंतर्गत उच्च जोखिम वाली समूह जनसंख्या को एसटीआई/आरटीआई सेवाएं प्रदान करने के लिए 5744 अधिमान निजी सेवा प्रदायकों की भी पहचान की गई है। नाकों आवश्यक प्रयोगशाला सहायता तथा गोनोकोक्की के प्रति औषध प्रतिरोध की मानीटरिंग के जरिए वैज्ञानिक साक्ष्य सृजित करने व सिफलिस ईक्यूएस का कार्यान्वयन करने के लिए 7 क्षेत्रीय एसटीआई केन्द्रों की भी सहायता करता है।

- राज्य में विशेषज्ञ व्यक्तियों को प्रशिक्षित करने के लिए प्रशिक्षकों, आरसीएच अधिकारियों एवं एसटीआई/आरटीआई फोकल व्यक्तियों के प्रशिक्षण के लिए अनेक क्षेत्रीय कार्यशालाएं पूरी की गई हैं।
- आरटीआई/एसटीआई सिण्ड्रोमिक किटों का प्रापण केन्द्रीय स्तर पर किया जाता है तथा राज्यों को इनकी आपूर्ति की जाती है।

#### 4.4.8 एफआरयू में रक्त भंडारण केन्द्र (बीएससी) की स्थापना करना:

एफआरयू में खून चढ़ाने की सुविधा उपलब्ध न रहने के कारण गर्भावस्था के दौरान होने वाली अनेक बीमारियों का समय पर उपचार नहीं हो पाता है ऐसे एफआरयू में रक्त भंडारण केन्द्रों की स्थापना का मार्ग प्रशस्त करने के लिए औषध एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम को संशोधित किया गया है।

#### 4.5 जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई)

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) जो राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत सुरक्षित मातृत्व क्रियाकलाप है, को निर्धन गर्भवती महिलाओं में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के उद्देश्य से 12 अप्रैल, 2005 को आरंभ किया गया था। यह योजना सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में क्रियान्वित की जा रही है। जननी सुरक्षा योजना एक शत-प्रतिशत केन्द्रीय प्रायोजित योजना है।

यह योजना उन राज्यों, जहां पर संस्थागत प्रसव दर कम होती है जैसे कि उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, उड़ीसा, राजस्थान और जम्मू और कश्मीर के लिए विशेष व्यवस्था सहित निर्धन गर्भवती महिलाओं पर लक्ष्य केन्द्रित करती है। जबकि 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।

मातृ परिचर्या के अलावा इस योजना में प्रसव परिचर्या के लिए सभी पात्र माताओं को नकद सहायता दी जाती है।

इस योजना में आशा, प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को स्वास्थ्य सुविधा एवं समुदाय के बीच एक प्रभावी कड़ी के रूप में निर्धारित किया गया है।

#### 4.5.1 नकद सहायता के लिए पात्रता

राज्य श्रेणी	पात्रता
निम्न निष्पादन वाले राज्य	सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों जैसे कि उप केन्द्रों / प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों / प्रथम रेफरल एकाई / जिला या राज्य के अस्पतालों के सामान्य वार्डों या प्रत्यायित निजी संस्थाओं में बच्चे को जन्म देने वाली सभी गर्भवती महिलाएं।
उच्च निष्पादन वाले राज्य	उपर्युक्त संस्थाओं में जन्म देने वाली निर्धनता रेखा से नीचे की ओर उससे अधिक उम्र की गर्भवती महिलाएं तथा एससी/एसटी गर्भवती महिलाएं।

#### 4.5.2 संस्थागत प्रसव के लिए नकद सहायता (रूप में)

श्रेणी	ग्रामीण क्षेत्र			शहरी क्षेत्र		
	माता का पैकेज	आशा का पैकेज	कुल	माता का पैकेज	आशा का पैकेज	कुल
निम्न निष्पादन वाले राज्य	1400	600	2000	1000	200	1200
उच्च निष्पादन वाले राज्य	700	200'	900	600	200'	800
उच्च निष्पादन वाले राज्य (अधिसूचित जनजातीय क्षेत्र)		600''				

\*10 अप्रैल 2009 से प्रभावी

\*\*15 जून 2010 से प्रभावी

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के संचालन समूह (एमएसजी) ने 15 जून, 2010 को हुई अपनी बैठक में उच्च निष्पादन वाले राज्यों – आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, प.बंगाल, हिमाचल प्रदेश, गुजरात, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, केरल, अंडमान व निकोबार द्वीप समूह, दादरा एवं नगर हवेली, दमण एवं दीव एवं लक्षद्वीप में ग्रामीण जनजातीय महिला के संबंध में संस्थागत प्रसव को सुसाध्य बनाने के लिए 600 रु. आशा पैकेज को बढ़ाने के लिए अनुमोदन दे दिया है।

#### 4.5.3 संस्थागत प्रसवों के लिए नकद सहायता की सीमाएं

निम्न निष्पादन वाले राज्य में	स्वास्थ्य केन्द्र सरकारी या प्रत्यायित निजी स्वास्थ्य संस्थाओं में जन्म दिए गए सभी बच्चों पर
उच्च निष्पादन वाले राज्य में	02 (दो) जीवित जन्मों तक

#### 4.5.4 सीजेरियन सेक्शन की इमदादी लागत

यह योजना सीजेरियन सेक्शन की लागत अथवा प्रसव संबंधी जटिलताओं के प्रबंधन के लिए उन सरकारी संस्थानों को प्रति प्रसव 1500/- रूपए तक की आर्थिक सहायता देती है जहां सरकारी विशेषज्ञ तैनात न हो।

#### 4.5.5 घर पर प्रसव के लिए सहायता

गरीबी रेखा से नीचे रहने वाली ऐसी सभी गर्भवती महिलाओं जिनकी आयु 19 वर्ष तथा इससे अधिक है, और जो घर पर प्रसव कराने को प्राथमिकता देती है, दो जीवित जन्मों तक प्रति प्रसव 500/- रूपए की नकद सहायता की हकदार है।

#### 4.5.6 जननी सुरक्षा योजना की प्रगति

जननी सुरक्षा योजना की कवरेज वर्ष 2005 में इसकी शुरुआत के बाद से बढ़ती जा रही है। लाभार्थियों की संख्या जो वर्ष 2005-06 में 7.39 लाख थी वर्ष 2006-07 में बढ़कर 31.58 तथा 2007-08 में 73.37 लाख तथा 2008-09 में 90.37 लाख तथा 2009-10 में 98.93 लाख तथा 2010-11 में 113.38 लाख हो गई। जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत व्यय जो 2005-06 में 38.29 करोड़ था वर्ष 2006-07 में बढ़कर 258.22 करोड़, 2007-08 में 880.17 करोड़ 2008-09 में 1241.33 करोड़, 2009-10 में 1473.76 करोड़ तथा 2010-11 में 1618.39 करोड़ रूपए हो गए।

#### 4.5.7 ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस

गर्भवती महिलाओं को प्रसवपूर्व/प्रसवोपरांत सुरक्षा प्रदान करने, संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने और विभिन्न सेवाओं के अलावा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करने के लिए आंगनवाड़ी केन्द्र में माह में कम से कम एक बार ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस का आयोजन किया जाता है। संस्थागत प्रसव को बढ़ावा, प्रशिक्षण, परिवार नियोजन एवं पोषण ऐसी अन्य विभिन्न सेवाएं हैं जो इस दौरान प्रदान की जाती हैं।

#### 4.5.8 किए जा रहे अन्य समकालिक उपाय निम्नलिखित हैं:

- एनआरएचएम के अंतर्गत आवश्यकतानुसार संविदा आधार पर डॉक्टरों एवं नर्सों सहित स्टाफ को किराए पर लेने के लिए राज्यों को निधियां प्रदान की गई हैं।
- स्टाफ नर्स/एनएचएम/लेडी हेल्थ विजिटर्स के सेवा पूर्व पाठ्यक्रम में एसबीए कौशलों को शामिल कर लिया गया है।
- सेवाओं की बढ़ती मांग को पूरा करने के लिए स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में बिस्तरों की संख्या में वृद्धि करना
- सभी जिलों एवं अधिक ध्यान दिए जाने वाले चुनिंदा खंडों को प्रबंधकीय कौशलों, डाटा प्रबंधन एवं वित्तीय प्रबंधन में सुविज्ञता वाले व्यक्तियों के साथ सुदृढ़ किया गया है ताकि सेवाओं की आयोजना एवं कार्यान्वयन सुनिश्चित किया जा सके।
- राज्यों में भौगोलिक स्थान, आदिवासी जनसंख्या, अल्पसेवित क्षेत्र, वामपंथी अतिवादी प्रभावित क्षेत्रों आदि के अनुसार सर्वाधिक कठिन एवं दुर्गम क्षेत्रों की पहचान कर ली गई है। इन क्षेत्रों के लिए मानव संसाधन प्राप्त करने में कठिनाई को देखते हुए ऐसे राज्यों ने इन क्षेत्रों में चिकित्सा अधिकारियों एवं विशेषज्ञों की कमी को पूरा करने के लिए राज्यों में ऐसे क्षेत्रों के लिए विशेषज्ञों एवं चिकित्सा अधिकारियों हेतु विशेष प्रोत्साहनों का प्रस्ताव किया है।
- खुली निधियों, एएमजी एवं कार्पस के जरिए राज्यों एवं जिलों की निधियन में नम्यता।

#### 4.5.9 सरकारी निजी भागीदारी (पीपीपी) के अंतर्गत कौशल आधारित प्रशिक्षण के लिए व्यावसायिक संघों की सहभागिता

- सार्वजनिक-निजी भागीदारी के जरिए मांग पक्ष की विभिन्न वित्तपोषण योजनाओं के अंतर्गत प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने हेतु निजी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की सेवाएं ली जा रही हैं। कई राज्ये जैसे कि गुजरात, (चिरंजीवी योजना), प.बंगाल (आयुष्मती योजना) को सरकारी-निजी भागीदारी के अंतर्गत योजनाएं कार्यान्वित कर रहे हैं। इसके बेहतर कार्यान्वयन के लिए राज्यों को भारत सरकार के दिशानिर्देश जारी कर दिए गए हैं।

- एएनएम/स्टाफ नर्स/ एलएचवी के लिए एसबीए प्रशिक्षण बढ़ाने हेतु प्राइवेट स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की सेवाएं लेने के लिए राज्यों को भारत सरकार के मार्गनिर्देश भी जारी कर दिए गए हैं।

#### 4.6 जननी-शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)

- भारत सरकार ने 1 जून, 2011 को जननी-शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे.एस.एस.के.) शुरू किया है। इस पहल के तहत जन स्वास्थ्य संस्थाओं में बच्चे को जन्म देने वाली सभी गर्भवती माताओं को बिल्कुल निःशुल्क तथा बिना किसी खर्च के प्रसव की पात्रता प्रदान की गई है। जिसमें सिजेरियन सेक्शन भी शामिल है। इन पात्रताओं में निःशुल्क औषध एवं उपभोग्य पदार्थ सामान्य प्रसव के दौरान तीन दिनों तक तथा सिजेरियन सेक्शन के लिए सात दिनों तक निःशुल्क आहार, निःशुल्क निदान सुविधाएं तथा जहां कहीं आवश्यक हो, निःशुल्क रक्त की व्यवस्था शामिल है। इस पहल में घर से स्वास्थ्य संस्था, रेफरल की स्थिति में एक सुविधा केन्द्र से दूसरे सुविधा केन्द्र के बीच तथा घर वापस छोड़ने के लिए निःशुल्क परिवहन की भी व्यवस्था है। ऐसी ही पात्रताएं जन-स्वास्थ्य संस्थाओं में ले जाए जाने वाले सभी बीमार नवजातों के लिए जन्म के बाद 30 दिनों तक प्रदान की गई है।
- इस योजना से 12 मिलियन से अधिक गर्भवती महिलाओं को लाभ प्राप्त होने का अनुमान है जो अपने प्रसव के लिए सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र जाती हैं। इसके अलावा, इससे वैसी महिलाएं भी संस्थागत प्रसवों का विकल्प अपनाने के लिए अभिप्रेरित होंगी जो अभी भी घरों में ही बच्चे को जन्म देना पसंद करती हैं।
- हांलाकि 35 राज्यों एवं संघ राज्य क्षेत्रों में से 32 ने इस योजना का कार्यान्वयन शुरू किया है, 20 ने सभी पात्रताएं शुरू की हैं, 12 ने भी एक या दो पात्रताओं को छोड़कर योजना का कार्यान्वयन शुरू किया है तथा पूर्वोत्तर में शेष 3 राज्यों (सिक्किम, मिजोरम एवं नागालैंड) द्वारा इस योजना को जल्द ही शुरू किए जाने की आशा है।

#### 4.7 मातृ मृत्यु समीक्षा (एमडीआर)

- भारत सरकार ने स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों एवं समुदाय दोनों में प्रत्येक मातृ मृत्यु की समीक्षा करने का नीतिगत निर्णय लिया



है। जिसके लिए राज्यों को दिशा निर्देश उपलब्ध करा दिए गए हैं।

समीक्षा का उद्देश्य सेवा प्रदानगी में अंतर दूढ़ना है जिससे मातृ-मृत्यु में वृद्धि होती है और सेवा प्रदानगी की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए और सेवा प्रदाताओं के विरुद्ध दण्डात्मक कार्यवाही न करने के लिए सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है!

- एम डी आर दिशानिर्देश मार्च, 2011 में प्रसारित किए गए हैं। गुणवत्ता विश्लेषण प्रमुख चिकित्सा कारकों और प्रणालीगत/सेवा अंतरों की पहचान, मातृ मृत्यु इत्यादि की संकेन्द्रता वाले जिलों की पहचान) के लिए और राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में एमडीआर के कार्यान्वयन की प्रगति की मानीटरिंग के लिए राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों को मानीटरिंग साधन उपलब्ध कराए गए हैं।
- सभी राज्य एमडीआर प्रक्रिया से संस्थागत किए गए हैं और हुई प्रगति की रिपोर्ट कर रहे हैं। एमडीआर की प्रमुख चुनौतियां रिपोर्टों की नियमितता, सम्पूर्णता और प्रभावी बीसीसी/आईईसी के माध्यम से रिपोर्ट की जाने वाली मातृ मृत्यु और जागरूकता सृजन और समुदाय को एकत्रित करने और प्रदान की जाने वाली सेवा की गुणवत्ता समीक्षा और विश्लेषण है।

#### 4.8 प्रसव केन्द्र

- सरकारी क्षेत्र में प्रदान की जाने वाली कुल स्वास्थ्य सुविधाओं में से वे सुविधा केन्द्र जो प्रदानगी सेवाएं (बेंचमार्क से ऊपर) प्रदान कर रहे हैं, उन पर ध्यान दिया जा रहा है। पहचान किए गए निष्पादन बेंचमार्क प्रतिमाह 3 प्रसव करवाने वाले उपकेन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और सातों दिन 24 घंटे कार्य करने वाले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और प्रति माह 10 से अधिक प्रसव करवाने वाले गैर प्रथम रेफरल एकक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र प्रतिमाह 20 से अधिक प्रसव करवाने वाले प्रथम रेफरल एकक, जिला अस्पताल, जिला महिला अस्पताल तथा एक माह में 50 से अधिक प्रसव करवाने वाले चिकित्सा महाविद्यालयों और सीजेरियन सेक्शन चलाने वाले स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र हैं!
- राज्यों को प्रसव बिन्दु के नामों में शेयर करने और उसे सार्वजनिक डोमेन 33 में अपलोड करने, पहचान किए गए प्रसव बिन्दुओं में सेवाओं की गुणवत्ता सुधार पर ध्यान

देने, मानव संसाधनों और अन्य पूरक सुविधाओं, नियमित निष्पादन मानीटरिंग को सुनिश्चित करने के लिए कहा गया है।

- उन्हें इन प्रसव बिन्दुओं में एमएच, सीएच, एफपी रोग प्रतिरक्षण, अर्श के लिए व्यापक किस्म की सेवाएं प्रदान करने के लिए एचआर, उपकरण इत्यादि के संदर्भ में सर्वप्रथम प्रसव बिन्दुओं को सुदृढ़ करने के लिए कदम उठाने के लिए कहा गया है।
- राज्यों द्वारा पहचान किए गए प्रसव बिन्दुओं की नियमित निष्पादन मानीटरिंग अब शुरू की गई है।

#### 4.9 गर्भवती महिलाओं का नाम आधारित पता रखना (ट्रैकिंग)

- भारत सरकार ने प्रसव पूर्व परिचर्या, संस्थागत प्रसव और नवजात शिशु के रोग प्रतिरक्षण के साथ-साथ प्रसवोत्तर परिचर्या प्रदान करने हेतु प्रत्येक गर्भवती महिला का पता रखने का नीतिगत निर्णय लिया गया है।
- सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के लिए एक आन लाईन एमसीटीएस प्रचालनात्मक बनाया गया है। स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों की मास्टर डाटा एंट्री अधिकांश राज्यों द्वारा लगभग पूरी कर ली गई है और अब राज्य आन लाईन प्रणाली में माताओं और 5 वर्ष से कम आयु वाले बच्चों के नामों की एंट्री करना शुरू कर दिए हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर चिकित्सकों और स्वास्थ्य कामगारों को एक बार डाटा-बेस उपलब्ध हो जाने पर किसी समय सेवाएं प्रदान करने के लिए एएनएम और आशा के लिए एक कार्य-योजना सृजित की जा सकती है। लाभार्थियों को बुलाने और उनके डाटा को वैध बनाने के लिए एमसीटीएस कॉल सेंटर स्थापित किया गया है!
- माता के एसएमएस और शिशु काउन्ट प्रतिदिन राष्ट्रीय, राज्य और जिले स्तर पर विभिन्न वरिष्ठ अधिकारियों के पास भेजे जाते हैं। एसएमएस एएनएम/आशा के पास भी भेजे जाते हैं जो उनके नामों, मोबाइल नंबरों और एसएमएस के माध्यम से उनको कार्य योजनाएं भेजने के लिए आवश्यक प्रयोजन के साथ अवस्थिति विवरणों को वैध करने के लिए एमसीटीएस में पंजीकृत हैं।

#### 4.10 सेवा प्रदानगी की मानीटरिंग एवं मूल्यांकन:

एनआरएचएम / आसीएच-2 कार्यक्रम के अंतर्गत मातृ एवं बाल स्वास्थ्य के लिए स्वास्थ्य सेवाओं के कार्य निष्पादन एवं गुणवत्ता की मानीटरिंग के लिए कई तंत्र जैसे कि कार्य निष्पादन, आंकड़े, सर्वेक्षण, सामुदायिक मानीटरिंग, गुणवत्ता आश्वासन, क्षेत्र दौरे जैसे कई तंत्र इन कार्यक्रम के अंतर्गत मुख्य सूचकों एवं कार्यनीतियों की मानीटरिंग एवं मूल्यांकन को सुदृढ़ करने के लिए स्थापित किए गए हैं।

- **स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एच.एम.आई.एस.)**  
जिला से राज्य और फिर राष्ट्रीय स्तर तक भौतिक एवं वित्तीय प्रसूति की सूचना के प्रवाह हेतु मंत्रालय के एम एवं ई प्रभाग द्वारा एक वेब आधारित प्रणाली स्थापित की गई है। स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों अर्थात् उपकेन्द्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों/जिला अस्पतालों द्वारा रिपोर्टिंग हेतु फार्मेटों का व्यापक समूह मासिक/तिमाही तथा वार्षिक रिपोर्टिंग के लिए उपलब्ध है। आंकड़ों के तेजी से आदान-प्रदान करने एवं मुख्य सूचकों के मूल्यांकन हेतु ई-गवर्नेंस की विधि का उपयोग किया जा रहा है।
- **गुणवत्ता आश्वासन (क्यू ए) सेल:** आरसीएच-II/एनआरएचएम के अंतर्गत प्रशिक्षण सहित विभिन्न कार्यनीतियों की निगरानी और मूल्यांकन करने के लिए जिला और राज्य स्तर पर गुणवत्ता आश्वासन सेल स्थापित करने के लिए राज्यों से अनुरोध किया गया है।
- **कार्यक्रम प्रबंधन एकक (पी.एम.यू.):** राज्य और जिला में नियमित रूप से क्षेत्र दौरों, आंकड़ों के मूल्यांकन के जरिए उनके क्षेत्र में कार्यक्रम की मानीटरिंग और मूल्यांकन करने के लिए राज्य कार्यक्रम प्रबंधन एकक/जिला कार्यक्रम प्रबंधन एकक स्थापित किए गए हैं।
- **मूल्यांकन सर्वेक्षण:** एम एंड ई प्रभाग जनांकिकी और अन्य देशों में किए गए स्वास्थ्य सर्वेक्षण, समय समय पर कार्यक्रमों/क्रियाकलापों के परिणाम/प्रभाव का निर्धारण और मूल्यांकन करने के लिए जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षणों की तर्ज पर व्यापक पैमाने पर सर्वेक्षण अर्थात् राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण भी करता है।
- **संयुक्त/सामान्य समीक्षा मिशन:** क्रमशः आरसीएच-II और एनआरएचएम कार्यक्रम की समीक्षा और समवर्ती

मूल्यांकन करने के लिए विकास भागीदारों और राज्य प्रतिनिधियों की सहभागिता से नियमित समीक्षा मिशन आयोजित किए जाते हैं। इन मिशनों में राज्य विवरणों, क्षेत्र दौरे और राज्य रिपोर्ट में राज्य स्तरीय सूचना अंततः परिणति शामिल है जिनका उपयोग कार्यक्रम के कार्यान्वयन में प्रगति/अडचनों का मूल्यांकन करने के लिए किया जाता है और इस प्रकार सुझाव अनुशंसा/अगली कार्रवाई की जानी होती है।

- **एकीकृत मानीटरिंग दल का दौरा:** दौरे के लिए दल बनाए गए हैं जो अधिक ध्यान दिए जाने वाले जिलों का नियमित दौरा करते हैं और आरसीएच संकेतकों के अनुसार उनके निष्पादन की मानीटरिंग करते हैं।
- **वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण:** प्रथम बार मुख्य स्वास्थ्य संकेतकों जैसे: जिला स्तर पर कुल प्रजननता दर, अशोषित जन्म और मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर इत्यादि और क्षेत्रीय स्तर पर मातृ मृत्यु दर संबंधी आंकड़ा प्रदान करने के लिए एक वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण शुरू किया गया है। यह सर्वेक्षण भारत के महापंजीयक के सहयोग से आयोजित किया जा रहा है और 9 राज्यों नामतः बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड, उड़ीसा, राजस्थान और असम के 284 जिलों में शुरू किया गया है।
- **राज्य कार्यक्रम क्रियान्वयन योजनाओं का मूल्यांकन:** एनआरएचएम /आरसीएच कार्यनीतियों और क्रियाकलापों से संबंधित गतिविधियों के लिए निधियां जारी करने से पहले उप-समितियों और समितियों के माध्यम से प्राप्त परिणामों और लक्ष्यों और पूर्ववर्ती वर्ष में उपयोग की जाने वाली निधियों पर आधारित।

#### 4.10.1 चुनौतियां/अडचनें

- **स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन:** संस्था में आवश्यक एवं इस समय कार्यरत संसाधनों में काफी अंतर है।
- **शासन संबंधी विषय:** प्रमुख अधिकारियों, जिनमें प्रधान सचिव, राज्य एनआरएचएम निदेशक, राज्य स्तर पर निदेशालय अधिकारी, मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी एवं खंड चिकित्सा अधिकारी शामिल हैं, को कार्य अवधि सुनिश्चित नहीं होती है। इससे उनमें कार्यक्रम के प्रति लगाव और उपायों को जारी रखने की भावना नहीं होती है।

- **विकेन्द्रीकृत योजना:** विकेन्द्रीकृत योजना क्षमताएं अपर्याप्त हैं, जिसमें जिला योजना के लिए स्थानीय रूप से उपलब्ध आंकड़ों का प्रयोग करने की क्षमता शामिल है। अधिकतर राज्यों द्वारा सुविधा सर्वेक्षण कर लिए गए हैं, तथापि इन राज्यों में संसाधनों एवं कमियों का पता लगाने और प्रचालन/सुदृढीकरण हेतु सुविधा केन्द्र-वार माइक्रो योजनाएं तैयार करने के लिए इनका सिलसिलेवार ढंग से विश्लेषण नहीं किया है।
- **ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियां:** इनको बेहतर परिणामों के लिए सुदृढ एवं सक्रिय करने की आवश्यकता है।
- **मॉनीटरिंग एवं पर्यवेक्षण:** राज्य एवं जिला स्तर पर पर्यवेक्षण संबंधी ढांचे कमजोर हैं। कई स्थानों पर मॉनीटरिंग एवं पर्यवेक्षण के लिए कोई तंत्र नहीं है।
- **आरसीएच सेवाओं में सरकारी-निजी भागीदारी अपेक्षित स्तर पर नहीं है और इसे बढ़ाए जाने की आवश्यकता है।**

#### 4.11 किशोरवय प्रजनन और यौन स्वास्थ्य (ए.आर.एस.एच)

##### 4.11.1 पृष्ठभूमि

वर्ष 2001 जनगणना आंकड़ा के अनुसार, 225 मिलियन किशोर युवा है जिसमें भारत की कुल जनसंख्या (जनगणना 2001) का लगभग एक-पांचवा (22 प्रतिशत) हिस्सा है। कुल किशोर युवा जनसंख्या में से 12 प्रतिशत 10 से 14 वर्ष की आयु के हैं और लगभग 10 प्रतिशत 15 से 19 वर्ष के हैं। इस आयु समूह में ऐसे व्यक्ति शामिल हैं जिनके जीवन में पोषण, शिक्षा, परामर्श और स्वास्थ्य वयस्क में उनके विकास को सुनिश्चित करने के लिए मार्गदर्शन के स्थाई चरण में हैं। तथापि, एनएफएचएस-III, डीएलएचएस-III और एसआरएस सहित राष्ट्रीय सर्वेक्षण से किशोर युवा संबंधी आंकड़ों पर उनके आयु समूह के लिए स्वास्थ्य के बारे में विशेष ध्यान दिया जाना अपेक्षित है।

- 15 से 19 वर्ष की आयु वाली आधे से अधिक लड़कियां रक्ताल्पता से ग्रस्त हैं- 56 प्रतिशत (एनएफएचएस-3)
- आधे से अधिक (58 प्रतिशत) भारतीय महिलाओं की शादी 18 वर्ष की आयु पूरी होने से पहले कर दी जाती है (एनएफएचएस-3)
- 15 से 19 वर्ष की आयु वाली केवल 14 प्रतिशत महिलाएं बच्चों को जन्म देना शुरू कर देती हैं और 12 प्रतिशत महिलाएं जीवित बच्चों को जन्म देती हैं।

- 15 से 19 वर्ष की केवल 14 प्रतिशत महिलाओं को पूर्ण प्रसव पूर्व परिचर्या प्राप्त होता है।
- वर्तमान में विवाहित 62 प्रतिशत किशोर युवा लड़कियों को गर्भावस्था के दौरान जटिलताएं होती हैं।
- 15 से 19 वर्ष की 52 प्रतिशत महिलाओं को घर पर प्रसव करवाया जाता है।
- इस आयु वर्ग की सभी 8.3 प्रतिशत गर्भावस्थाओं में स्वतः गर्भपात हो जाता है।
- 15 से 24 वर्ष की आयु में होने वाली सभी मातृ मृत्यु 45 प्रतिशत है और नवजात मृत्यु दर अधिकतम 1000 में 54 उनमें से 15 से 19 वर्ष की आयु की महिलाओं में होती है। ग्रामीण युवा लड़कियों में नवजात मृत्यु दर अधिकतम 100 पर 60 है।
- 20 वर्ष से कम आयु वाली माताओं में शिशु मृत्यु का अत्यधिक जोखिम 50 प्रतिशत है (एनएफएचएस-3)।
- 20 वर्ष से कम आयु वाली केवल 66.2 प्रतिशत गर्भवती लड़कियों को नवजात परिचर्या के भाग के रूप में आयरन और फोलेट टेबलेट दिया गया है या खरीदा गया है (एनएफएचएस-3)।
- प्रति वर्ष 6000 किशोर माताओं की मौत रक्ताल्पता के कारण होती है एनएफएचएस-3।
- इस आयु समूह की 47 प्रतिशत लड़कियां कम वजन वाली हैं (एनएफएचएस-3)।

##### 4.11.2 अर्श कार्यनीति:

आरसीएच-II कार्यक्रम के अंतर्गत भारत सरकार का लक्ष्य आईएमआर, एमएमआर और टीएफआर में कमी लाना है। इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए आरसीएच-II के अंतर्गत चार तकनीकी कार्यनीतियां हैं। इन चारों में एक किशोर स्वास्थ्य है।

आरसीएच-II राष्ट्रीय कार्यक्रम क्रियान्वयन योजना के एक भाग के रूप में अर्श की कार्यनीति में किशोरों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए मौजूदा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को पुनः शुरू करने पर ध्यान दिया जाता है। नेमी उप केन्द्र औषधालयों के दौरान किशोरों के लिए उन्नत सेवा प्रदानगी सुनिश्चित करने तथा पीएचसी और सीएचसी स्तरों पर नियत दिन और समय पर सेवा प्रदानगी सुनिश्चित करने के लिए कदम उठाए जा रहे हैं। कुछ

राज्यों में इस संबंध में आउटरीच गतिविधियां भी शुरू की गई हैं। सेवाओं के मुख्य पैकेज में निवारक, संवर्धनात्मक, रोग नाशक और परामर्शी सेवाएं शामिल हैं।

सभी किशोरों—विवाहित और अविवाहित लड़कियों और लड़कों को औषधालय सेवा के दौरान—किशोर मित्रता सहसेवा उपलब्ध करवाई जाएगी परन्तु नेमी घंटों के दौरान सेवाओं का वंचित नहीं किया जाएगा। सभी राज्यों को उनकी राज्य पीआईपी में इसे शामिल किया गया है। वे पूरे जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 3000 किशोर सह मित्रता स्वास्थ्य औषधालयों से संबद्ध हैं। इन औषधालयों तथा नेमी ओपीडी में प्रशिक्षित स्टाफ की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए प्रयास जारी है। पूरे देश में किशोर मित्रता स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के संबंध में 5527 चिकित्सा अधिकारियों और 16728 एएनएम/एलएचवी/परामर्शियों को प्रशिक्षित किया गया है।

इस नेटवर्क को विस्तारित करने की आवश्यकता है और किशोरों के लिए गुणवत्ता सेवाएं प्रदान करने के लिए पहुंच में वृद्धि करने हेतु इसे सुदृढ़ करने की आवश्यकता है।

#### 4.11.3 ग्रामीण भारत में किशोर लड़कियों (10–19 वर्ष) में मासिक स्वच्छता संवर्धन हेतु योजना:

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने ग्रामीण क्षेत्रों में 10 से 19 वर्ष की आयु समूह की किशोर लड़कियों में मासिक स्वच्छता के संवर्धन हेतु एक नई योजना शुरू किया है। इस योजना का उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों में किशोर लड़कियों (10 से 19 वर्ष) में पर्याप्त ज्ञान सुनिश्चित करना तथा मासिक स्वच्छता और स्वच्छ नैपकिन के उपयोग को सुनिश्चित करना है। यह योजना देश के 25 प्रतिशत जिलों अर्थात् प्रथम चरण में पूरे 20 राज्यों के 152 जिलों में शुरू की जा रही है।