



मातृ स्वास्थ्य की समुदायिक निगरानी

सामुदायिक संवाददाताओं / समुदायिक परीवेक्षकों के लिए वीडियो वालंटियर्स' की मार्गदर्शिका



लेखन: बनीं कराचिवाला

[मनीष कुमार , जेसिका मेडेरी और स्टालिन के. से जानकारी के साथ]

यह मार्गदर्शिका वीडियो वॉलंटियर्स द्वारा एक ऑक्सफैम समर्थित प्रॉजेक्ट के लिए बनाई गयी है
जनवरी 2015

मातृत्व स्वास्थ्य की सामुदायिक निगरानी

सामुदायिक संवाददाताओं के लिए गाइड

द्वारा

बानीन कराचीवाला

(मनीष कुमार, जेसिका मेबेरी, तथा स्टालिन के. से प्राप्त इनपुट्स के साथ)

यह गाइड, ऑक्सफैम इंडिया समर्थित परियोजना के भाग के रूप में वीडियो वालंटियर्स द्वारा तैयार की गई है।

जनवरी 2015

विषय सूची

● परिचय	3
○ मातृत्व स्वास्थ्य क्या है?	4
○ यह मसला कितना गंभीर है?	
○ एक महिला की गर्भावस्था के चरण कौन से होते हैं?	5
○ मुख्य चुनौतियां कौन सी हैं?	6
● मातृत्व स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए सरकारी सेवाएं तथा सुविधाएं	7
○ आंगनवाड़ी केंद्र	9
○ जननी सुरक्षा योजना (JSY) तथा जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (JSSK)	11
○ एकीकृत बाल विकास योजना	12
● केस अध्ययन	
○ केस अध्ययन 1	14
○ केस अध्ययन 2	15
○ केस अध्ययन 3	15
○ केस अध्ययन 4	16
○ केस अध्ययन 5	17
○ केस अध्ययन 6	18
○ केस अध्ययन 7	19
○ केस अध्ययन 8	20
○ केस अध्ययन 9	20
○ केस अध्ययन 10	21
● पक्षासमर्थन अभियानों हेतु कार्यवाही का आह्वान	22
● तथ्य पत्र, बिहार	22
● तथ्य पत्र, झारखण्ड	26
● तथ्य पत्र, छत्तीसगढ़	28
● तथ्य पत्र, उड़ीसा	30

परिचय

भारत में विगत वर्ष 56,000 महिलाओं की मृत्यु प्रसव के समय हुई। यह भयावह है, क्योंकि वर्तमान स्वास्थ्य सेवा को देखते हुए, किसी भी महिला की मृत्यु प्रसव के दौरान होना अनिवार्य नहीं है। इनमें से लगभग हर एक मौत को रोका जा सकता था— यदि उन महिलाओं को गर्भावर्था के समय सहायक नर्स मिडवाइफों द्वारा तथा प्रसव के समय डॉक्टरों द्वारा वह देखभाल मिल सकी होती जिसके लिए वे कानूनन हकदार हैं। इन सभी मौतों से क्या परिवर्तन हुआ? किसे जेल भेजा गया? कौन से नए कानून बनाए गए? किन डॉक्टरों को बर्खास्त किया गया? इन मौतों को लेकर सरकार ने किस प्रकार की राष्ट्रीय आपातस्थिति घोषित की? कदाचित् कुछ मामलों में कुछ परिणाम निकले हों, कदाचित् कुछ लोगों को जिम्मेदार ठहराया गया हो। समाचारपत्र पढ़ने से आप यह कभी नहीं जान पाते। क्योंकि जब इतनी सारी महिलाएं मर जाती हैं, तो उनमें से कोई भी खबर का केंद्र नहीं बनती।

इसलिए हमें सामुदायिक संवाददाताओं के रूप में उनकी कहानियां उजागर करने की ज़रूरत है, ताकि उनके परिजनों को न्याय मिल सके। काल—कवलित हो चुकी स्त्रिया को वापस लाने के लिए तो हम कुछ नहीं कर सकते, लेकिन हम निश्चित ही ऐसी अन्य बहुत सी मौतों को होने से रोक सकते हैं। क्योंकि इन मौतों की रोकथाम के लिए प्रभावी कार्यवाही हमारे गांवों में ही की जा सकती है। इसकी शुरुआत इस तरह से हो सकती है कि हमारी एएनएम का कार्य बेहतर बने, यह सुनिश्चित किया जाए कि आपके गांव के लोगों को वे सेवाएं मिलें जिनके वे हकदार हैं, और यह सामुदायिक संवाददाता के रूप में हमारी सामर्थ्य में है।

मातृत्व स्वास्थ्य क्या है?

- इसका आशय गर्भावस्था, बच्चे के जन्म, तथा प्रसव के तत्काल पश्चात महिला के स्वास्थ्य से है।
- क्योंकि महिलाएं, बच्चे का पालन करती हैं, इसलिए मातृत्व स्वास्थ्य में महिलाओं की शिक्षा तथा वित्तीय दशाओं तथा उनके परिवार में उन्हें सशक्त बनाने से संबंधित चीजें, जैसे कि उनकी निर्णय क्षमता आदि को भी शामिल किया गया है।
- मातृत्व स्वास्थ्य में बाल स्वास्थ्य भी सम्मिलित है।

यह मसला कितना गंभीर है?

- भारत में गर्भावस्था, तथा प्रसव की जटिलताओं के कारण प्रत्येक दस मिनट पर एक महिला की मृत्यु हो जाती है।
- वर्ष में 56,000 महिलाओं की मृत्यु प्रसव के समय हो जाती है।
- प्रजनन आयु प्राप्त करने वाली 70 में से एक भारतीय महिला की मृत्यु प्रसव या इससे संबंधित जटिलताओं के कारण हो जाने की संभावना होती है।
- भारत ने वर्ष 2000 में अंतर्राष्ट्रीय दिशानिर्देशों के एक महत्वपूर्ण सेट 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (MDG)' पर हस्ताक्षर किए थे, जिसमें मृत्यु दर में काफी कमी लाने की वचनबद्धता प्रदर्शित की गई थी।
- **एमडीजी लक्ष्य यह है: प्रत्येक 100,000 प्रसवों पर 109 से कम मातृत्व मौतें।**
- वर्ष 2004–2006 में, प्रत्येक 100,000 में से 212 महिलाओं की मृत्यु हुई। 2010–2012 में, प्रत्येक 100,000 में से 178 महिलाओं की मृत्यु हुई। हमें अभी एक लम्बा सफर तय करना है।
- लिंग अनुपात के आंकड़े— विगत दस वर्षों में देश में लिंगानुपात की स्थितियों में कुछ सुधार हुआ है। यह 2001 में 933 था जो 2011 की भारतीय जनगणना के अनुसार 940 हो गया है।
- स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण मंत्रालय और जनजातीय मामलों के मंत्रालय, जनजातीय स्वास्थ्य से संबंधित एक संयुक्त विधेयक की तैयारी कर रहे हैं। यह अन्य के साथ मातृत्व स्वास्थ्य, नवजात तथा शिशु स्वास्थ्य, तथा कुपोषण आदि दशाओं पर भी केंद्रित है। ऐसे विधेयक का उझीसा, म.प्र., छत्तीसगढ़, झारखण्ड, और पश्चिम बंगाल में स्वास्थ्य सेवा पणालियों पर उल्लेखनीय प्रभाव पड़ेगा। यह इस अर्थ में सहायक होगा कि जनजातीय जनसंख्या के दुर्बल स्वास्थ्य संकेतकों को सुधारने की दिशा में विशेष ध्यान दिया जाएगा।
- सरकार ने 7 रोगों—डिथीरिया, काली खांसी, टिटनस, पोलियो, तपेदिक, खसरा और हैपेटाइटिस के लिए टीकाकरण रहित या आंशिक टीकाकृत बच्चों को 2020 तक कवर करने के लिए मिशन इंद्रधनुष नामक एक टीकाकरण अभियान शुरू किया है।

महिला की गर्भावस्था के चरण कौन से हैं?

गर्भावस्था के तीन चरण होते हैं और इनमें से प्रत्येक चरण में महिलाआ द्वारा सामना की जाने वाली चुनौतियों पर आप वीडियो बना सकते हैं:

गर्भाधान—पूर्व चरण

- महिलाओं के गर्भाधारण के बीच पर्याप्त अंतर नहीं रहता। महिलाओं को गर्भाधारण के बीच कम से कम 3–5 वर्ष प्रतीक्षा करनी चाहिए। यदि वे ऐसा नहीं करतीं, तो वे प्रसव के समय समस्याओं का सामना कर सकती हैं।
- प्रायः महिलाएं बहुत कम उम्र में ही गर्भवती हो जाती हैं। यदि वे कम आयु में गर्भवती होती हैं तो वे रक्तस्राव, एकलैम्पिसा इत्यादि से पीड़ित हो सकती हैं। साथ ही, वे इतनी परिपक्व भी नहीं होतीं कि दृढ़निश्चयी रह सकें और अपने शरीर पर नियंत्रण रख सकें।

गर्भावस्था (नवजात—पूर्व चरण)

- कृपोषण। खराब स्वास्थ्य सेवाएं, कृपोषण की कारण हैं। कृपोषण से संबंधित कुछ समस्याओं में मेरेस्मस (वेरिटंग) और कमियों वाले रोग शामिल हैं जैसे कि ऑस्टियोपोरोसिस (कैल्शियम की कमी), एनीमिया (लौह तत्व की कमी), तथा घोंघा (आयोडीन की कमी), तथा संक्रामक बीमारियों का प्रचलन जैसे कि तपेदिक (ट्यूबरकलोसिस), तथा विविध यौन संचारी रोग (एसटीडी जैसे कि सिफलिस और एचआईवी) कुछ अन्य रोग हैं जो गर्भाधारण में, गर्भावस्था अवधि पूरी करने में तथा प्रसव में कठिनाईयां उत्पन्न करते हैं।
- कुछ सबसे अधिक प्रचलित रोगों जैसे कि हैपेटाइटिस, तपेदिक और रूबेला के विरुद्ध टीकाकरण अभियानों की विफलता, मातृत्व स्वास्थ्य संबंधी जटिलताओं का एक अन्य स्रोत है। और यह एक अन्य ऐसा क्षेत्र है जिसमें बेहतर तथा अधिक जागरूक स्वास्थ्य सेवा सुलभता तथा आपूर्ति द्वारा समस्याओं को हल किया जा सकता है।
- लिंग जांच पर आधारित गर्भपात तथा कन्या भ्रूण हत्या।
- महिलाओं को अपने शरीर के बारे में निर्णय लेने की स्वतंत्रता नहीं दी जाती— आहार संबंधी निषेध, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को चुनना, इत्यादि।

शिशु जन्म/प्रसव तथा नवजात पश्चात चरण

- घरेलू प्रसव: कुछ मामलों में, महिलाएं प्रशिक्षित चिकित्सकीय व्यक्ति की अनुपस्थिति में घर में ही बच्चे को जन्म देती हैं। चाहे प्रशिक्षित दाईयां उपलब्ध हों, लेकिन वे भी सदैव जटिलताओं को संभाल नहीं सकतीं।
- देश के अनेक भागों में एम्बुलेन्स सेवा नहीं है।
- स्वास्थ्य कर्मियों की अपर्याप्तता के कारण महिलाएं, आवश्यक देखभाल नहीं प्राप्त कर पातीं। सेवाप्रदाता, कार्यभार की अधिकता के कारण तनाव में रहते हैं।
- डॉक्टरों तथा अग्रिम पंक्ति के कार्यकर्ताओं द्वारा अमल में लाई जाने वालों अश्पृश्यता।
- आरंभिक संक्रमण, तथा अपर्याप्त नवजात—पश्चात देखभाल विशेषकर सी सेक्शंस के पश्चात।
- बंध्याकरण: प्रत्येक वर्ष किए जाने वाले लगभग 40 लाख बंध्याकरणों में से, पुरुषों की हिस्सेदारी कुल में लगभग 1 लाख है।

प्रसव के समय सामना की जाने वाली मुख्य चुनौतियां कौन सी हैं?

चिकित्सा सहायता प्राप्त करना, भारत में बड़ी चुनौतियों में से एक है। चुनौतियों की समग्र निगरानी में निम्न मसलों पर केंद्रित हुआ जा सकता है:

- क्या महिलाएं कह सकती हैं कि वे कहां और किन दशाओं में जन्म दे रही हैं?
- महिलाएं, कहां जन्म दे रही हैं: घर में या अस्पताल में?
- क्या अस्पताल / स्वास्थ्य सेवा केंद्र निकट दूरी पर उपलब्ध हैं?
- महिलाएं, उस लोकेशन तक कैसे पहुंचती हैं? उदा. क्या उनको अस्पताल ले जाने के लिए एम्बुलेन्स उपलब्ध हैं? अस्पताल पहुंचने में किन कठिनाईयों का सामना करना पड़ता है? एम्बुलेन्सों की अनुपलब्धता में वे अस्पताल किस प्रकार पहुंचती हैं? कुछ सामान्य अपनाई जाने वाली विधियां कौन सी हैं?
- अस्पताल में, क्या महिलाओं को पर्याप्त चिकित्सकीय देखभाल और परिचर्या प्राप्त होती है? क्या स्वच्छ शैयाएं उपलब्ध हैं? क्या डॉक्टर और नर्स उपलब्ध हैं? क्या व प्रसव करने वाली महिलाओं की ज़रूरतों पर कार्यवाही करते हैं?

यदि इनमें से किसी प्रश्न का उत्तर इन सेवाओं और देखभाल की अनुपलब्धता के रूप में है, तो उपलब्ध लोगों से साक्षात्कारों तथा चर्चाओं के माध्यम से इसके कारणों की पड़ताल करें।

महिलाओं की मृत्यु क्यों होती है?

मौतें अनेक कारणों से होती हैं जो मातृत्व स्वास्थ्य के विभिन्न चरणों, तथा स्त्री के जीवन के विभिन्न घटकों में विद्यमान रहते हैं। इनमें से कुछ निम्न हैं:

- प्रसव के समय विसंक्रमित (स्टेराइल) किट का उपयोग न करने के कारण संक्रमण
- प्रशिक्षित सेवाप्रदाताओं के बिना घरेलू प्रसव
- प्रशिक्षित सेवाप्रदाता से देखभाल न कराने के परिणामस्वरूप प्रसव पश्चात समस्याएं
- कम आयु में गर्भधारण
- रक्ताल्पता (एनीमिया)
- असुरक्षित गर्भपात

सरकारी स्वास्थ्य सेवा की संरचना

- A. जिला अस्पताल या सामान्य अस्पताल: राज्य सरकार द्वारा नियंत्रित हैं और इनमें 100 से 300 शैयाएं होती हैं।
- B. तालुक अस्पताल (उपखंड / उपजिला): तालुक स्तर के अस्पताल, राज्य सरकार द्वारा नियंत्रित होते हैं और संबंधित तालुकों में लोगों को सेवाएं प्रदान करते हैं।
- C. सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी): सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, नगरीय क्षेत्रों में आधारभूत स्वास्थ्य इकाई में उपलब्ध हैं जहां 30 से 50 शैयाएं होती हैं और 100,000 से 500,000 जनसंख्या को सेवाएं प्रदान करते हैं।
- D. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र: सबसे आधारभूत सुविधाओं वाली सबसे आधारभूत इकाई, जो विशेषकर ग्रामीण भारत को सेवाएं प्रदान करती है। इसमें एक चिकित्सा अधिकारी या मेडिकल डॉक्टर का स्टॉफ होता है और सामान्यतः दो शैयाओं की सुविधा के साथ 30,000 से 50,000 की जनसंख्या को सेवा प्रदान करती है।
- E. उप केंद्र: प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, जहां सहायक नर्स मिडवाइफ (एएनएम) का स्टॉफ होता है और लगभग 5000 की जनसंख्या को सेवा प्रदान करती है। एएनएम प्रायः महिलाओं, शिशुओं और बच्चों के लिए कार्य करती है और ग्रामीण क्षेत्रों में पांच या छह गांवों को सेवाएं प्रदान करती है।

	जिला अस्पताल	उप संभागीय अस्पताल	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	उप केंद्र
कितने डॉक्टर हैं?	29-50 शैयाओं की संख्या के अनुसार	20-24	12	2	0
कितनी नर्स हैं?	45-135	18-35	10	3	0
कितनी एएनएम / आशा हैं?	0	0	0	0	1
कितनी शैयाएं हैं?	100-300	31-50/51-100	30	6	0
कोई टीकाकरण सुविधाएं हैं?	हां	हां	हां	हां	नहीं
कोई सर्जिकल सुविधाएं हैं?	हां	हां	हां	नहीं	नहीं
यह किस जनसंख्या या भौगोलिक क्षेत्र को कवर करता है?	32,000 से 30 लाख	1,00,000 से 5,00,000	30,000 से 50,000	20,000 से 30,000	3000 से 5000
इकाई का मुख्य कौन है और सेवाएं न दिए जाने की स्थिति में हम कहां शिकायतें कर	चिकित्सा अधीक्षक	अस्पताल अधीक्षक	प्रखंड चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा अधीक्षक	चिकित्सा अधिकारी	एएनएम

सकते हैं?					
-----------	--	--	--	--	--

गर्भावस्था के दौरान प्रत्येक गर्भवती महिला के निम्न अधिकार और पात्रताएं होती हैं:

- उप केंद्र पर एएनएम द्वारा निश्चय किट के उपयोग द्वारा गर्भावस्था की मुफ्त जांच
- सीएचसी और जिला अस्पतालों पर मुफ्त सम्पूर्ण गर्भपात चिकित्सा
- उप केंद्र पर एएनएम द्वारा मुफ्त (चार) एएनएम जांचें, जिनमें निम्न शामिल हैं:
 - ब्लड ग्रुप, एचआईवी (एक बार) तथा मलेरिया के लिए खून की जांच
 - मूत्र, रक्तचाप, तथा पेट का परीक्षण प्रत्येक एएनसी
 - दा टीटी (दो प्रथम गर्भधारण के लिए तथा एक अन्य के लिए)
 - आईएफए (आयरन फोलिक एसिड) (100 टिकियाँ)
 - अल्बेन्डाजोल टिकिया एक बार
 - महिला को यह तय करने में सहायता के लिए एक प्रसव पूर्वतैयारी योजना, कि वह कहाँ प्रसव कराना चाहती है।

आंगनवाड़ी केंद्र

आंगनवाड़ी केंद्रों को भारत सरकार द्वारा एकीकृत बाल विकास सेवाएं कार्यक्रम के अंतर्गत बच्चों में भूख और कुपोषण की समस्या दूर करने के लिए शुरू किया गया था। प्रत्येक 1000 की जनसंख्या पर एक आंगनवाड़ी केंद्र होना आवश्यक है।

1. किस प्रकार का पौष्टिक भोजन वितरित किया जाना चाहिए और कितनी मात्रा में?

6 माह से 3 वर्ष आयु समूह के बच्चे: इनको आईसीडीएस योजना के अंतर्गत टेक होम राशन/घर ले जाने के लिए राशन (टीएचआर) दिया जाता है। हालांकि सूखा या कच्चा राशन (गेहूं और चावल), जिसे प्रायः केवल बच्चे द्वारा नहीं बल्कि पूरे परिवार द्वारा उपभोग कर लिया जाता है, देने की वर्तमान मिश्रित विधि के अतिरिक्त टीएचआर इस रूप में दिया जाना चाहिए कि जो पूरे परिवार के बजाय बच्चे के लिए सुस्वादु रूप में हो।

3 से 6 वर्ष आयु समूह के बच्चे: इनको आईसीडीएस योजना के अंतर्गत आंगनवाड़ी केंद्रों तथा मिनी आगनवाड़ी केंद्रों पर गर्म पका भोजन परोसा जाता है। चूंकि इस आयु वर्ग के बच्चे, एक बार में 500 कैलोरी का आहार खाने में सक्षम नहीं होते, इसलिए उनको एक से अधिक बार आहार दिया जाता है यदि वे आंगनवाड़ी केंद्रों पर आते हैं। दूध/केला/अंडा/मौसमी फल/सूक्ष्मपाषक तत्वों से समृद्ध आहार इत्यादि दिया जाता है।

गर्भवती महिलाएं तथा दूध पिलाने वाली (धात्री) महिलाएं इनको भी 500 कैलोरी वाला भोजन दिया जाना चाहिए।

2. आंगनवाड़ी केंद्र पर कौन से टीके और दवाएं उपलब्ध होनी चाहिए?

निम्न की रोकथाम हेतु छह वैक्सीनें उपलब्ध होनी चाहिए— पोलियोमाइलिटिस, डिशीरिया, परट्यूसिस, टेटनेस, तपेदिक और खसरा। साथ ही, खांसी, जुकाम और बुखार आदि की रोकथाम की साधारण दवाएं भी अवश्य उपलब्ध होनी चाहिए।

3. आंगनवाड़ी का मुख्य कौन होता है और सेवाएं न दिए जाने की स्थिति में हम कहां शिकायत कर सकते हैं?

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आंगनवाड़ी की मुख्य होती है। यदि सेवाएं नहीं दी जाती हैं, तो आप मुख्य सेविका से शिकायत कर सकते हैं जो आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों की पर्यवेक्षक होती है या उच्चस्तर पर बाल विकास परियोजना अधिकारी (सीडीपीओ) के यहां शिकायत कर सकते हैं।

मुख्य सेविका की भूमिका: प्रत्येक 10 आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों को सेवाकालीन मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए एक आंगनवाड़ी सुपरवाइजर होती है जो मुख्य सेविका भी कहलाती है। स्वास्थ्यसेवा, पोषण और शैक्षिक कार्यों के अतिरिक्त आंगनवाड़ी सुपरवाइजर के निम्न दायित्व होते हैं:

- निम्न आय स्तर वाले लाभार्थियों की सूची की जांच करना, जो गंभीर रूप से कुपोषित हों
- बच्चों की आयु के सही निर्धारण, बच्चों का भार तौलने की सही विधि, तथा वृद्धि चार्ट पर उनके भार के अंकन के बारे में आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों को मार्गनिर्देशित करना

- माताओं को स्वास्थ्य एवं पोषण संबंधी शिक्षा प्रदान करने की कारगर विधियों से आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों को परिचित कराना
- आंगनवाड़ी के आंकड़ों का रखरखाव करना।

आशा कार्यकर्त्रियों एक्रेडिटेड सोशल हेल्थ एकिटिविस्ट्स (ASHAs) की भूमिका ये भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (MoHFW) द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के अंतर्गत चयनित सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं। उसे उसके गांव से ही चयनित किया जाता है और समुदाय तथा सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच सेतु के रूप में कार्य करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। वह आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री तथा अन्य समितियों के सहयोग से कार्य करती है और उसकी भूमिकाएं निम्न हैं

- स्वास्थ्य, पोषण, आधारभूत स्वच्छता, साफ—सफाई की आदतों, स्वास्थ्यप्रद जीवनशैली तथा कार्य दशाओं, मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जानकारी, तथा स्वास्थ्य, पोषण एवं परिवार कल्याण सेवाओं को समय पर उपयोग किए जाने की आवश्यकता के बारे में **जागरूकता सृजित करना।**
- बच्चे को जन्म देने हेतु पूर्वतैयारी, सुरक्षित तथा संस्थागत प्रसव के महत्त्व, स्तनपान, टीकाकरण, गर्भनिरोध, आरटीआई/एसटीआई की रोकथाम, पोषण, तथा स्वास्थ्य संबंधी अन्य समस्याओं के बारे में **परामर्श देना।**
- **लामबंदी:** आंगनवाड़ी केंद्रों, उप केंद्र, पीएचसी, सीएचसी, तथा जिला अस्पतालों में उपलब्ध सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचना और उनके लाभ प्राप्त करने हेतु सुविधा प्रदान करना।
- **ग्राम स्वास्थ्य योजना:** ग्राम स्वास्थ्य योजना विकसित करने के लिए स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के साथ मिलकर कार्य करना।
- **मार्गदर्शन/साथ देना:** ज़रूरतमंद रोगियों को देखभाल व उपचार के लिए संस्थान तक पहुंचने में मदद करना। वह प्रसवपीड़ा ग्रस्त महिला को संस्थान तक साथ लेकर आएगी और संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देगी।
- **प्राथमिक चिकित्सा स्वास्थ्य देखभाल का प्राविधान:** मामूली समस्याओं जैसे कि बुखार, मामूली चोटों व दस्त आदि के लिए प्राथमिक चिकित्सा।
- जन्म, मृत्यु, तथा असाधारण स्वास्थ्य समस्याओं, या रोगों के प्रसार के बारे में **सूचित करना।**
- घरेलू शौचालयों के निर्माण को **प्रोत्साहित करना।**

जननी सुरक्षा योजना (JSY) तथा जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (JSSK)

पृष्ठभूमि: ये दोनों योजनाएं, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के अंतर्गत शुरू की गई थीं। मुफ्त संस्थागत देखभाल उपलब्ध कराते हुए मातृत्व तथा नवजात मौतों को कम करना, इन योजनाओं का उद्देश्य है।

- ये दोनों योजनाएं, उन सभी गर्भवती महिलाओं के लिए उपलब्ध हैं जिनकी आयु 19 वर्ष या अधिक है, और जो गरीबी रेखा से नीचे (BPL) वाले परिवारों से संबंधित हैं
- जेएसवाई योजना, केवल दो जीवित प्रसवों तक ही लागू है
- नवजात बीमार बच्चे अपने जन्म के 30 दिन बाद जेएसएसके योजना के लिए पात्र हैं।

अधिकार: एक महिला के रूप में, आपके अधिकार हैं! जेएसवाई और जेएसएसके के अंतर्गत निम्न अधिकार दिए गए हैं:

- निःशुल्क आर नकदीरहित (कैशलेस) प्रसव
- निःशुल्क सी—सेक्शन
- निःशुल्क दवाएं और उपभोग्य सामग्री
- निःशुल्क डायग्नोस्टिक्स
- निःशुल्क आहार, स्वास्थ्य संस्थान में ठहराव की अवधि के दौरान
- रक्ताधान का निःशुल्क प्राविधान
- उपयोक्ता शुल्कों से छूट
- घर से स्वास्थ्य संस्थान तक निःशुल्क परिवहन सुविधा
- संदर्भित किए जाने की स्थिति में इकाईयों के बीच निःशुल्क परिवहन सुविधा
- 48 घंटे तक ठहराव के पश्चात संस्थान से निःशुल्क घर तक पहुंचाने की सुविधा।

एकीकृत बाल विकास योजना

पृष्ठभूमि: यह योजना, गर्भवती महिलाओं, 0–6 आयु वर्ग के बच्चों, तथा धात्री माताओं को सहायता प्रदान करने के लिए चलाई गई है। ये सेवाएं, आंगनवाड़ी कार्यकर्तियों द्वारा ग्राम स्तर पर उपलब्ध कराई जाती हैं, जो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (PHCs) से सम्बद्ध होते हैं।

अधिकार:

- निःशुल्क स्वास्थ्य जांच ($0 = 6$ वर्ष)
- भावी माताओं की प्रसव पर्व देखभाल तथा धात्री माताओं की प्रसव—पश्चात देखभाल
- शारीरिक भार रिकार्ड करना
- टीकाकरण
- कुपोषण प्रबंधन हेतु संपूरक पोषक आहार
- स्कूल—पूर्व अनौपचारिक शिक्षा
- पोषण तथा स्वास्थ्य शिक्षा
- (पेट के) कीड़े मारने की दवा

समाधान:

यदि उक्त अधिकार प्राप्त नहीं होते हैं तो:

1. इससे मुख्य सेविका तथा ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति को अवगत कराया जाना चाहिए। स्वास्थ्य जागरूकता में सुधार करना, तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक समुदाय की पहुंच बनाना इन समितियों को रक्षाप्रिय करने का आधार है। यह समिति विशिष्ट स्थानीय ज़रूरतों के समाधान में भी सहायता कर सकती है और समुदाय आधारित नियोजन तथा निगरानी के लिए प्रणाली के रूप में कार्य करती है। भारत में अधिकांश स्थानों पर, ये समितियां मौजूद हैं। यदि आपका सामना किसी ऐसे ग्राम/क्षेत्र से होता है जहां यह नहीं है तो आप इसका गठन न होने के कारणों की खोज करते हुए एक वीडियो बना सकते हैं।
2. प्रत्येक आंगनवाड़ी पर आदर्श रूप में एक ‘माता समिति’ होनी चाहिए जहां आंगनवाड़ी संबंधित मसलों पर चर्चा की जा सके। यह राज्य के अनुसार विशिष्ट हो सकती है। झारखण्ड में इसका प्राविधान है।
3. हालांकि वारस्तव में अधिकांश गांवों में ऐसी सुदृढ़ संरचनाएं नहीं हैं। इसलिए उन्हें उस प्रखंड/जिले में प्रखंड अधिकारियों—प्रखंड चिकित्सा अधिकारी या सीडीपीओ को रिपोर्टिंग पर निर्भर होना पड़ता है।

नीचे कुछ ऐसी समस्याएं दी गई हैं, जो आप क्षेत्र में देख सकते हैं। यदि आप चाहें तो इस बारे में वीडियो बनाना ठीक रहेगा:

- 1) आयरन फोलिक एसिड (IFA) टिकियाओं की अनियमित आपूर्ति
- 2) जनसंख्या के लिए समुचित एम्बुलेन्स सेवाओं का अभाव, जिस कारण गर्भवती महिलाओं की मौतें हो जाती हैं

- 3) आईसीडीएस केंद्रों पर दी जाने वाली सेवाएं नहीं हैं या अपर्याप्त हैं। पूर्ण एएनसी, विशेषकर पेट की जांच नहीं की जाती, बीपी की नियमित जांच नहीं की जाती, भार तौलने वाली मशीन ठीक से कार्य नहीं करती
- 4) पीएचसी तथा जिला अस्पतालों पर सुविधाओं का अभाव, जिस कारण माताएं, 48 घंटे की अनिवार्य ठहराव अवधि पूरी करने से पहले ही अस्पताल छोड़ने पर विवश हो जाती हैं
- 5) इकाईयों पर एएनएम, नसॉ, और डॉक्टरों की अनुपस्थिति/रिक्त पद
- 6) स्वास्थ्य केंद्रों पर अनिवार्य दवाओं की उपलब्धता न होना
- 7) उप केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का सामुदायिक स्तर पर कार्य न करना
- 8) बहुत कमजोर पशासन तथा जवाबदेही, जो कि स्वास्थ्य सेवा की कमजोर गुणवत्ता का एक मुख्य कारण है
- 9) पेशेवरों की उदासीनता, जिसके परिणामस्वरूप लक्षित जनसंख्या द्वारा सेवाएं प्राप्त नहीं की जाती हैं
- 10) शिकायत निस्तारण प्रणालियों तथा मातृ/शिशु मृत्यु समीक्षाओं की अनुपस्थिति
- 11) भ्रष्टाचार
- 12) अवांछित खर्च
- 13) अपर्याप्त प्रशिक्षित स्टॉफ
- 14) लापरवाहीपूर्ण, और यहां तक कि शत्रुतापूर्ण वातावरण
- 15) जांचें प्रायः उदासीनतापूर्वक/रस्मअदायगी की तरह की जाती हैं और क्लीनिकल गुणवत्ता कमजोर होती है
- 16) जटिलताओं के दौरान संदर्भन तथा देखभाल के लिए संस्थान में आंतरिक व्यवस्थाओं का कमजोर होना
- 17) प्रचार-प्रसार तथा सामुदायिक जागरूकता का अभाव
- 18) संक्रमण की रोकथाम के अपर्याप्त उपाय

केस अध्ययन/उदाहरण

निर्देशिका का यह अनुभाग, आपको उस प्रकार के घटनाक्रम समझने में मदद करेगा जो आप अपने कार्य क्षेत्रों में पा सकते हैं। ये उदाहरण, आपको वे विविध उल्लंघन समझने में भी सहायता करेंगे जो किसी एक घटनाक्रम या मामले में हो सकते हैं।

केस अध्ययन 1: शीघ्र विवाह

पृष्ठभूमि: शीघ्र विवाह एक बड़ी समस्या के रूप में देखा जाता है जो महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। सर्वक्षणों से पता चलता है कि देश में 47% महिलाओं का विवाह 18 वर्ष की आयु तक हो जाता है। यह भी ज्ञात हुआ है कि जो महिलाएं बहुत कम उम्र में गर्भवती होती हैं उनको रुग्णता और मरणशीलता के उच्च जोखिम का सामना करना पड़ता है।

घटनाक्रम: मीता, झारखण्ड की 18 वर्ष की आदिवासी लड़की है जिसका विवाह सामाजिक दबाव के कारण शीघ्र ही हो गया। अपने प्रथम गर्भधारण के दौरान उसे कई तरह की समस्याओं का सामना करना पड़ा—मलेरिया, पीलिया, पांवों और चेहरे की सूजन, एनीमिया। आदिवासी होने के कारण, गांव में उसके बाले हिस्से में एएनएम नहीं आती थी, इसलिए उसे एएनसी की सुविधा नहीं प्राप्त हुई। आधी रात को उसे प्रसवपीड़ा शुरू हुई और 3 इकाईयों का चक्कर लगाने के पश्चात मीता की एकलैम्पिसिया के कारण मृत्यु हो गई।

कमियां और उल्लंघन: मीता के मामले में 2 उल्लंघन हुए:

1. अपर्याप्त एएनसी, तथा उसके प्रथम गर्भधारण के समय चिकित्सकीय देखभाल तक पहुंच उपलब्ध न होना
2. संदर्भन के दौरान कोई जवाबदेही नहीं

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव: यदि आप उनके समुदायों में शीघ्र विवाह या मातृत्व मौतों का होना, तथा समुदाय/गांव के कुछ हिस्सों में एएनसी देखभाल उपलब्ध न होना देखें तो आपको निम्न प्रश्न पूछने चाहिए: क्या इस गांव में शीघ्र विवाह बहुत सामान्य बात है? अनुसूचित जनजाति वाले पुरवों में एएनएम, एएनसी देखभाल क्यों नहीं प्रदान करती है? यह कितने समय से होता चला आ रहा है?

समाधान: आप ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति से कार्यवाही का आहवान कर सकते हैं जिसे प्रखंड चिकित्सा अधिकारी को मामले से लिखित रूप में अवगत कराना चाहिए और एएनएम द्वारा कर्तव्य पालन न किए जाने के कारण उसे निलम्बित किए जाने की मांग करनी चाहिए। साथ ही, समिति को गांव से किसी को उस पद के लिए प्रेरित करने तथा प्रशिक्षण दिलाने के लिए भी प्रयास करना चाहिए।

केस अध्ययन 2: शीघ्र विवाह तथा शीघ्र प्रथम गर्भधारण की रोकथाम के लिए ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता समिति द्वारा पहल

पृष्ठभूमि: अपनी बेटी, अपना धन (एबीएडी), भारत का एक पहला सशर्त नकदी हस्तांतरण कार्यक्रम है, देश भर में शीघ्र विवाहों को हतोत्साहित करना जिसका उद्देश्य है। 'किसी अन्य सशर्त नकदी हस्तांतरण का विवाह विलम्बित करने पर ऐसा फोकस नहीं है। यह अभिभावकों द्वारा उनकी बेटियों को मूल्यवान समझ जाने हेतु प्रोत्साहित करने के लिए एक पहल है।'

घटनाक्रम: सबिता कुमारी, आयु 16 वर्ष, हजारीबाग जिले में निवास करती है। वह 10वीं कक्षा में थी जब उसकी माता ने उसकी इच्छा के विरुद्ध उसका विवाह तय कर दिया क्योंकि परिवार, आर्थिक कठिनाईयों का सामना कर रहा था और वर पक्ष की ओर से किसी धनराशि की मांग नहीं की गई थी। एक दिन स्कूल से लौटने पर वह गांव के साथी शिक्षक (पीआर एजुकेटर) से मिलने गई और अपनी चिंताएं बताई। पीआर एजुकेटर ने सहिया (सामुदायिक प्रेरक) तथा (ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता तथा पोषण समिति) वीएचएसएनसी सदस्यों से मुलाकात की और साथ मिलकर उन्होंने एक ग्राम स्तरीय बैठक का आयोजन किया। इस बैठक में, सविता की माता को समझाया गया कि 18 वर्ष से कम आयु की लड़कियों के विवाह पर कानूनी प्रतिबंध है, तथा ऐसी कुछ समस्याओं पर भी चर्चा की जिनका सविता को आगे चलकर सामना करना पड़ सकता था क्योंकि वह अभी गृहस्थी का बोझ और जिम्मेदारियां तथा मातृत्व का भार उठाने के लिए तैयार नहीं थी। कानूनी कार्यवाही के भय से डरकर सविता की माता ने अपना निर्णय बदल लिया। गांव में ऐसे निर्णय को प्रोत्साहित करने के लिए, वीएचएसएनसी के सदस्यों ने संकल्प लिया कि सविता जब अपनी कानूनी आयु प्राप्त कर लेगी, तो वे उसके विवाह हेतु सामूहिक रूप से योगदान करेंगे।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव: यदि आप ऐसे कोई घटनाक्रम देखें तो इस 'सफलता का वीडियो' बनाना उचित होगा और इसे दूसरे गांवों में दिखाएं। यह वीडियो, दूसरे समुदायों को ऐसी ही सकारात्मक कार्यवाहियों के लिए प्रेरित करेगा, जिससे हमें मातृत्व मौतों को कम करने का हमारा लक्ष्य प्राप्त करने की दिशा में मदद मिलेगी।

केस अध्ययन 3: पितृसत्तात्मक मानकों तथा लैंगिक हिंसा के कारण अपने शरीर तथा प्रजनन संबंधी स्वास्थ्य के बारे में निर्णय करने में अक्षमता

पृष्ठभूमि: पुरुषों और महिलाओं के बीच लैंगिक शक्ति की असमानताएं, बालकों और बालिकाओं की भूमिकाओं में परिलक्षित होती है, जिन्हें भिन्न तरह से व्यवहार करने की व्यवस्थित शिक्षा दी जाती है, उनकी दिखावट और पहनावे, गतिविधियों और खेलकूद, व्यवहार, भावनाओं, जिम्मेदारियों तथा बौद्धिक आकांक्षाओं तक में भिन्नता कर दी जाती है।

घटनाक्रम: जब झांसी 15 वर्ष की थी, तभी उसके अभिभावकों ने उसका विवाह सुरेश नामक एक 17 वर्ष के लड़के से कर दिया। सुरेश की मां ने झांसी से सारा घरेलू कार्य कराना शुरू कर दिया—उसे खाना पकाना होता, झाड़ू—बुहारी करनी होती, कपड़े धोने होते और पानी लाना होता। उसे अपनी पढ़ाई जारी रखने या बाहर कार्य करने की अनुमति नहीं थी।

अपने विवाह के लगभग 8 माह बाद झांसी गर्भवती हो गई। एक दिन जब झांसी पानी खींचने के बाद घर वापस आ रही थी, तो वह आंगनवाड़ी कार्यकर्त्ता से मिली। उसने उससे पूछा कि वह इतनी बीमार और कमजोर क्यों दिख रही है। झांसी ने उसे अपनी गर्भावस्था के बारे में बताया और यह भी कहा कि वह हर समय थकान महसूस करती है। आंगनवाड़ी कार्यकर्त्ता ने उसे लौह तत्व की कमी/एनीमिया की रोकथाम के लिए आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) की कुछ गोलियां दीं। जब सुरेश की मां को पता चला कि झांसी उसकी अनुमति के बिना आंगनवाड़ी केंद्र पर गई थी, और दवाएं लेनी शुरू कर दी हैं, तो वह बहुत क्रोधित हुई और सुरेश ने झांसी को मारा।

कमियां और उल्लंघन: झांसी के साथ दो उल्लंघन हुए हैं:

- 1) एएनसी देखभाल प्राप्त करने के लिए उसके पारिवारिक सदस्यों द्वारा अनुमति न दिया जाना
- 2) सभी स्वरूपों में लैंगिक हिंसा: शारीरिक, मनोवैज्ञानिक, और भावनात्मक

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव: यदि आप ऐसी परिस्थितियां देखें, तो आपको सामुदायिक सदस्यों से निम्न प्रश्न पूछने चाहिए: 1) विवाह की कानूनी आयु कितनी है? 2) क्या आपके समुदाय में शीघ्र विवाह होते हैं? 3) किसी लड़की को उसकी इच्छा के विपरीत जबरदस्ती विवाह करने के लिए विवश करने और विवाह कराने के बारे में क्या विचार है? 4) क्या इस गांव में लड़कों और लड़कियों से उनके कार्य, आहार, घरेलू कार्य, विवाह इत्यादि के संबंध में उनसे किए जाने वाले व्यवहारों में भेदभाव होता है? 5) किसी महिला के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारक कौन से हैं? (उत्तर: शीघ्र विवाह; शीघ्र गर्भधारण, अत्यधिक कार्यभार; कमजोर खानपान; पर्याप्त आराम न मिलना; गतिशीलता का अभाव तथा स्वास्थ्यसेवा तक पहुंच न होना; निर्णय करने की शक्तियों का अभाव; गर्भावस्था के दौरान विश्राम से जुड़ी भ्रांतियां; घरेलू हिंसा)

आपके निकट पी2सी में, आपको निम्न प्रश्नों के उत्तर खोजने चाहिए:

1. क्या झांसी की कहानी, हमारे समाज में अनेक लड़कियों की कहानी है?
2. यह हमें समाज में महिला की स्थिति के बारे में क्या बताती है?

समाधान: इस प्रकार के मसलों पर बनाए गए वीडियो, आपके समुदाय में लोगों के छोटे समूहों में दिखाए जाने चाहिए। इसे किसी सरकारी कार्मिकों को दिखाना व्यावहारिक नहीं है। साथ ही, मामले पर चर्चा करने के लिए समुदाय के प्रमुख पक्षकारों (हितधारकों) को एकजुट किया जा सकता है ताकि मसले पर आम सहमति बनाई जा सके।

केस अध्ययन 4: पीएचसी तथा जिला अस्पताल में सुविधाओं और कर्मचारियों की कमी के कारण अवांछित खर्चे।

पृष्ठभूमि: सार्वजनिक स्वास्थ्य इकाईयों पर मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं निःशुल्क मानी जाती हैं, और जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम की शुरुआत के साथ, गर्भावस्था, प्रसव, तथा प्रसव-पश्चात अवधि के दौरान आपूर्ति बिंदु पर सेवाओं की निःशुल्क आपूर्ति की गारंटी दी जाती है।

घटनाक्रम: रीता अपने बच्चे को (PHC) पर जन्म देना चाहती थी लेकिन उसकी अनुमानित तिथि से एक महीना व्यतीत हो जाने के बाद भी उसे प्रसव पीड़ा शुरू नहीं हुई। इसलिए पीएचसी के डॉक्टर ने उसे बंगलौर में (एक टर्शियरी केयर सरकारी अस्पताल) में जाने के लिए कहा। वह अपने परिवार द्वारा किराए पर ली गई कार से बंगलौर गई और वहां 5 दिनों तक भर्ती रही। वहां उसे दर्द बढ़ाने के लिए इंजेक्शन दिए गए और तब भी उसे प्रसव पीड़ा शुरू नहीं हुई। डॉक्टर ने कहा कि उसका ऑपरेशन करना पड़ सकता है। परिवार द्वारा रु. 20000 का भुगतान किए जाने पर सेवा प्रदाता ने उसका प्रसव कराया। रीता के परिवार ने कुल रु 70000 खर्च किए और अब उसे इतना भय और चिंता है कि उसका कहना है कि वह अगली बार बच्चे को अपने घर में ही जन्म देगी चाहे इसमें उसकी जान पर बन आए।

कमियां और उल्लंघन: रीता के मामले में 4 उल्लंघन हुए हैं:

1. जटिलताएं संभालने के लिहाज से जिला अस्पताल में अपर्याप्त सुविधाएं और सेवाप्रदाता
2. निःशुल्क एम्बुलेन्स सेवाएं न होना
3. संदर्भन के दौरान कोई जवाबदेहो नहीं
4. परिवहन, स्वास्थ्य सेवा, दवाओं, और अनौपचारिक भुगतानों के रूप में अवांछित खर्चे।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव: यदि आप देखें कि महिलाओं को जटिल समस्याओं, या क्षेत्र में देखभाल की अनुपलब्धता के कारण उच्चतर इकाईयों के लिए संदर्भित किया जा रहा है, तो आपको महिला या उसके परिवार वालों से निम्न प्रश्न पूछने चाहिए: क्या प्रसव के लिए आपका नियोजित विकल्प, वास्तविक से भिन्न था, और यदि हां, तो क्यों? रीता को पीएचसी से टर्शियरी केयर अस्पताल तक पहुंचाने के लिए एम्बुलेन्स सुविधा क्यों उपलब्ध नहीं हुई? क्या रीता के साथ एक संदर्भ टिप्पणी भेजी गई जिसमें उसका इतिहास और जटिलताएं दर्ज हों? क्या रीता के वापस घर आ जाने के बाद उसे उचित प्रसव पश्चात देखभाल मिलना सुनिश्चित करने के लिए एएनएम द्वारा उससे संपर्क किया गया?

समाधान: यदि ये उल्लंघन हुए हों, तो मामले से ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति को अवगत कराना चाहिए जो प्रत्येक गांव में गठित मानी जाती है। तब यह समिति की जिम्मेदारी है कि वह सेवाप्रदाता की जांच करे और आवश्यक कार्यवाही करे। हालांकि वास्तव में अधिकांश गांवों में ऐसी सुदृढ़ संरचनाएं नहीं हैं। यदि वीएचएसएनसी नहीं है तो आप द्वारा उस प्रखंड/जिले के प्रखंड चिकित्सा अधिकारी या सीडीपीओ से कार्यवाही की मांग करनी चाहिए।

केस अध्ययन 5: पीएचसी तथा जिला अस्पतालों पर सुविधाओं का अभाव, जिसके कारण माताएं 48 घंटे का अनिवार्य ठहराव पूरा करने से पहले हो अस्पताल छोड़ने पर विवश हो जाती हैं

पृष्ठभूमि: चूंकि अधिकांश मातृत्व मौतें, या तो प्रसव के दौरान या प्रसव के पश्चात आरंभिक 24 घंटों में होती हैं। यह महत्वपूर्ण है कि सामान्य प्रसव के पश्चात माता और शिशु को 24 से 48 घंटों तक के लिए किसी कुशल परिचारक की निगरानी में रखा जाए। अच्छी गुणवत्ता की देखभाल के लिए महिला तथा नवजात हेतु प्रसव—पश्चात देखभाल के बारे में सलाह बहुत आवश्यक है और यह कदाचित ही दी जाती है।

केस अध्ययन: मीरा बिहार में रहती थी और अनुसूचित जाति के समुदाय से संबंधित थी। मीरा को जब प्रसव पीड़ा हुई तो उसे पीएचसी पर ले जाया गया और सामान्य प्रसव हुआ। जन्म के समय बच्चे का भार कम पाया गया, और ऑक्सीजन के साथ लगभग 12 घंटों के उपचार के पश्चात मीरा और उसके शिशु को डिस्चार्ज कर दिया गया क्योंकि पीएचसी पर केस भार बढ़ जाने के कारण शैयाएं उपलब्ध नहीं थीं। एक बार घर पहुंच जाने के पश्चात मीरा को बुखार आ गया—अगले दिन उसे फिर पीएचसी पर ले जाया गया जहां उसे डॉक्टर द्वारा कुछ दवाएं देकर घर भेज दिया गया। हालांकि उसकी दशा खराब होती गई और एक सप्ताह के पश्चात उसकी मृत्यु हो गई।

कमियां और उल्लंघन: 1. मीरा को निर्धारित 48 घंटे से पहले अस्पताल से डिस्चार्ज कर दिया गया, विशेषकर ऐसी स्थिति में जबकि उसके शिशु का जन्म के समय भार कम था (एलबीडब्ल्यू 2500 ग्राम से कम)। 2. प्रसवपश्चात या नवजात की देखभाल के विषय में कोई सलाह नहीं दी गई।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव, कमियों को लिखने के लिए: यदि आप देखें कि महिलाओं को किसी इकाई से 24 घंटे के अंदर डिस्चार्ज किया जा रहा है, तो आपको निम्न प्रश्न पूछने चाहिए: क्या 24–48 घंटे से पहले डिस्चार्ज होना आपका अपना निर्णय था? यदि नहीं, तो आपको इकाई में 48 घंटों तक ठहराया क्यों नहीं गया? क्या वहां पर्याप्त शैयाएं या कर्मचारी नहीं थे? क्या आपसे अनुवर्तन (फॉलो-अप) विजिट के लिए फिर से जाने को कहा गया या क्या एएनएम को सूचित किया गया कि आपको वापस घर भेज दिया गया है?

समाधान: प्रत्येक ग्राम में कार्यरत मानी जाने वाली ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता एवं पोषण समिति को पीएचसी पर शैयाओं की कमी के बारे में प्रखंड स्तर पर सूचित करना चाहिए और आग्रह करना चाहिए कि और शैयाओं के प्राविधान के लिए निधियां जारी करें या इस मामले को सुलझाने के लिए अन्य विकल्प प्रदान करें। इसके अतिरिक्त, जनहानि के लिए मुआवजा तथा जवाबदेह/जिम्मेदार व्यक्ति की जिम्मेदारी तय करने की मांग लिखित में सीधे चिकित्सा अधीक्षक से की जानी चाहिए।

केस अध्ययन 6: अग्रिम पंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं तथा सरकारी अस्पताल के कर्मचारियों का व्यवहार

पृष्ठभूमि: महिला की शारीरिक व भावनात्मक आवश्यकताओं के लिए प्रसव के समय सामाजिक समर्थन, बहुत महत्वपूर्ण है। भारत में अधिकांश इकाई आधारित प्रसवों में प्रसव कक्ष में सहायक की अनुमति नहीं दी जाती। यशोदा ममता कार्यक्रम, जो कि केवल मध्य प्रदेश, उड़ीसा, बिहार और राजस्थान में लागू है, यह महिला को प्रसव संबंधित सहायता तथा नवजात देखभाल के बारे में परामर्श देने के लिए अस्पताल में गैर-चिकित्सकीय सहायक कार्यकर्ता का प्राविधान करता है, और यह ऐसे कार्यक्रम का उदाहरण है जो प्रसव के समय महिला की देखभाल व आराम म सुधार का प्रयास करता है।

घटनाक्रम: अंजली को आधी रात में प्रसव-पीड़ा शुरू हुई और उसे सरकारी अस्पताल ले जाया गया। वहां दो नर्स थीं। अंजली की मां नर्स के पास गई और उससे कहा कि क्या वह अपनी पुत्री के साथ रह सकती है, और उन्होंने उसे उपेक्षित करते हुए असम्मानजनक व्यवहार किया। अंजली दर्द बर्दाश्त करने में असमर्थ थी और नर्स ने उसके गाल पर तमाचा मारते हुए कहा कि क्या तुम यह थोड़ा सा दर्द भी नहीं सहन कर सकतीं? चूंकि वे किसी अन्य अस्पताल से परिचित नहीं थीं, और नर्स ने हमें काफी दुखी किया, हम वहां ठहरे और प्रसव हुआ।

कमियां और उल्लंघन: 1. सामाजिक समर्थन का अभाव, 2. ऐसी परिस्थितियों में अग्रिम पंक्ति के कार्यकर्ताओं का असम्मानजनक व्यवहार, जब लोगों को उनसे सहारे की उम्मीद होती है।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव, कमियां लिखने के लिए: आप ऐसी परिस्थितियों को तभी जान सकते हैं जब आप समुदाय के उन सदस्यों से बात करें जिनके घरों में प्रसव हुए हों। यदि आप इस प्रकार की परिस्थितियां देखें तो इस प्रकार के प्रश्न पूछे जा सकते हैं: यदि आप मध्यप्रदेश, बिहार, उड़ीसा या राजस्थान में हैं तो भावनात्मक सहारे के लिए यशोदा मौजूद क्यों नहीं थी? इस प्रकार का व्यवहार किए जाने पर आपको किस प्रकार की भावनाएं महसूस हुईं?

समाधान: यदि ये उल्लंघन हुए हों, तो रुखे और लगभग लापरवाही भरे व्यवहार से ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता तथा पोषण समिति को अवगत कराया जाना चाहिए। मामले को इस प्रकार सुलझाया जाना चाहिए कि जिसमें नर्सों से यह पूछा जाए कि उन्होंने इस बुरी तरह व्यवहार क्यों किया, और उन्हें चेतावनी दी जानी चाहिए। यदि उस गांव में वीएचएसएनसी नहीं है, तो आपको प्रखंड चिकित्सा अधिकारी या उस जिले के सीडीपीओ से कार्यवाही के लिए कहना चाहिए और आपको यशोदा कार्यकर्त्री के निलम्बन हेतु भी आग्रह करना चाहिए।

केस अध्ययन 7: आईसीडीएस केंद्रों पर सेवाओं में सुधार

पृष्ठभूमि: आईसीडीएस (एकीकृत बाल विकास योजना), छह वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए निःशुल्क स्वास्थ्य जांच तथा स्वास्थ्य देखभाल, और इसके साथ ही भावी माताओं हेतु प्रसव-पूर्व देखभाल तथा धात्री माताओं हेतु प्रसव-पश्चात देखभाल को कवर करती है। आमतौर से पूर्ण

प्रसव—पूर्व जांचें नहीं की जातीं, विशेषकर पेट की पूरी जांच। रक्त चाप की जांच नियमित रूप से नहीं की जाती और प्रायः वजन तौलने वाली मशीनें ढंग से काम नहीं करतीं।

घटनाक्रम: गीता, छत्तीसगढ़ की एक 21 वर्षीय आदिवासी महिला है। उसके गांव को बाघ अभ्यारण्य क्षेत्र में घोषित कर दिए जाने के कारण उसके परिवार को पुनर्वासित होना पड़ा। पुनर्वासित गांव, सड़क से 10 किमी. दूर था और वर्षाकाल में वहां पहुंचना संभव नहीं था। गांव में एक छोटा आईसीडीएस केंद्र था, एनएम वहां रोजाना नहीं आती थी बल्कि माह में कुछ दिन ही आती थी, और टीकाकरण नियमित रूप से नहीं किया जाता था। अतएव, पहली बार गर्भवती होने वाली गीता को पूरी प्रसव—पूर्व देखभाल प्राप्त नहीं हुई।

कमियां और उल्लंघन: 1. आईसीडीएस का पूरी तरह कार्य न करना और एएनएम/एडब्ल्यूडब्ल्यू की अनुपस्थिति। 2. स्टॉफ की अनियमितता के कारण, एएनसी अनियमित रूप से और कभी—कभी पूरी तरह से अनुपलब्ध। 3. भार तौलने वाली मशीन और बीपी मशीन का सही तरह से कार्य न करना। 4. महिला और उसके परिवार के लोगों को प्रसव हेतु स्थान संबंधी परामर्श तथा प्रसव हेतु पूर्वतैयारी की योजना न बनाया जाना।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव, कमियां लिखने के लिए: यदि आप देखें कि महिलाओं को आईसीडीएस केंद्र से समुचित तथा आवश्यक देखभाल प्राप्त नहीं होती है, तो आपको निम्न प्रश्न पूछने चाहिए: पिछली बार कब आईसीडीएस केंद्र पूरी तरह से कार्य करता था? क्या इस गांव में आंगनवाड़ी कार्यकर्त्ता/एएनएम है? समाधान खोजने के लिए किसी के द्वारा यह मसला किसी के समक्ष न उठाए जाने के क्या कारण हैं? क्या इस गांव में कोई प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवा प्रदाता – जैसे कि मिडवाइफ (दाई) है? क्या इस समुदाय में कोई ऐसा व्यक्ति है जिसे यह पद भरने के लिए प्रशिक्षित किया जा सकता है?

समाधान: यदि ये उल्लंघन हुए हैं तो कदाचित कोई समुदाय में से किसी को आंगनवाड़ी केंद्र चलाने के लिए प्रशिक्षण दिलाने पर विचार कर सकता है ताकि लोगों को सेवाएं प्रदान की जा सकें। साथ ही, वीएचएसएनसी के पास उपलब्ध निधियों से बीपी और भार तौलने वाली मशीन की मरम्मत कराई जा सकती है।

केस अध्ययन 8: लिंग चयनात्मक गर्भपात

पृष्ठभूमि: ऐसा अनुमान है कि विगत दो दशकों में भारत में लगभग 1 करोड़ कन्या भूण हत्याएं की गई हैं। यद्यपि प्रसवपूर्व लिंग की जांच तथा लिंग चयनात्मक गर्भपात कराना गैरकानूनी है, लेकिन यह कानून पूरी तरह से अमल में नहीं है। डॉक्टर, नर्स, तथा अन्य स्वास्थ्य पेशेवर नियमित रूप से इस प्रतिबंध का उल्लंघन करते हैं, और कन्या भूण हत्याओं में योगदान करते हुए आर्थिक लाभ प्राप्त करते हैं।

घटनाक्रम: 25 वर्षीया रेनू तथा उसका पति, शिक्षित दंपति हैं। रेनू की पहले से ही एक पुत्री थी, जब वह दूसरी बार गर्भवती हुई। उसने अल्ट्रासाउंड स्कैन कराने पर कन्या भ्रूण का पता लगने पर गर्भपात कराया। वह अब एक पुत्र चाहती थी।

कमियां और उल्लंघन: प्रसवपूर्व जांच तकनीक अधिनियम और गर्भावस्था को चिकित्सकीय ढंग से समाप्त किए जाने संबंधी अधिनियम, जो लिंग चयनात्मक गर्भपातों को निषिद्ध करता है, वह प्रवर्तित नहीं है और इसका नियमित रूप से उल्लंघन किया जाता है।

कमियां लिखने के लिए सुझाव:

यदि आप किसी गांव में लड़कियों से अधिक लड़के देखें या यदि आपको किन्हीं गर्भपात के मामलों के बारे में पता लगे, तो आपको इस प्रकार के प्रश्न पूछने चाहिए: इस गांव में लड़कियों की संख्या अधिक क्यों नहीं है? क्या कोई सेवाप्रदाता हैं जो इस क्षेत्र में गर्भपात की सुविधाएं उपलब्ध कराते हैं? किन इकाईयों पर अल्ट्रासाउंड किए जाते हैं?

समाधान: इन उल्लंघनों की रिपोर्ट वीएचएसएनसी के अलावा प्रखंड/जिला स्तर के अधिकारियों के समक्ष भी की जानी चाहिए। कन्या भ्रूण हत्याओं की ये गैरकानूनी गतिविधियां करने वाले सेवाप्रदाताओं को जेल भेजा जा सकता है और सजा दिलाई जा सकती है। साथ ही यह भी महत्वपूर्ण है कि अपने वीडियो के माध्यम से लिंग चयनात्मक गर्भपातों तथा बालिकाओं की उपेक्षा करने के प्रभावों के बारे में जागरूकता बढ़ाएं।

केस अध्ययन 9: बंध्याकरण

पृष्ठभूमि: राज्य सरकारें, अक्सर एक राष्ट्रीय कार्यक्रम के अंतर्गत वृहद नसबंदी शिविरों के आयोजन करती हैं जिनमें यह प्रक्रिया कराने के एवज में प्रोत्साहन स्वरूप महिलाओं को रु 1,000 तथा पुरुषों को रु 2,000 दिए जाते हैं। सरकारी आंकड़े दर्शाते हैं कि 2003 और 2012 के दौरान 1,434 बंध्याकरण संबंधी मौतें हुईं, जिनमें 247 मौतों के आंकड़ों के साथ 2009 सबसे खराब वर्ष रहा। विगत 10 वर्षों में प्रत्येक माह औसतन 12 मौतें हुईं।

केस अध्ययन: एक वार्षिक परिवार नियोजन शिविर में 83 महिलाओं पर बंध्याकरण प्रक्रिया की गई। यद्यपि यह सरकार द्वारा संचालित शिविर था, लेकिन उनकी नसबंदी एक निजी अस्पताल के ऑपरेशन थिएटर में की गई, जो अभी पूरी तरह से चालू नहीं था। ऑपरेशन थिएटर का पिछले चार माह से उपयोग नहीं किया गया था।

कमियां और उल्लंघन: 1) लक्ष्य पूरे करने के लिए एक दिन में बड़ी संख्या में सर्जरी किया जाना, 2) डॉक्टरों की लापरवाही, 3) शिविर में दवाओं की गुणवत्ता, सर्जरी का मानक, ऑपरेशन पश्चात सावधानियां, तथा अन्य।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव, कमियां लिखने के लिए: यदि आपको इस प्रकार के शिविरों या नसबंदी के विफल मामलों की जानकारी मिले, तो आपको यह पूछना चाहिए: क्या शिविर

में सेवाप्रदाताओं की संख्या पर्याप्त थी? क्या प्रक्रिया में पर्याप्त समय दिया गया या सेवाप्रदाता जल्दी में था? क्या स्वच्छतापूर्ण दशाएं रखी गई थीं? क्या प्रक्रिया के पश्चात आपको ठीक होने के लिए पर्याप्त समय और जगह मिली? क्या आपके पति ने यह प्रक्रिया कराना चुना या आपने अपनी इच्छा से कराई?

समाधान: दोषी डॉक्टरों तथा अन्य लिप्त लोगों के विरुद्ध कठोर कार्यवाही की मांग करें। आप चिकित्सा अधीक्षक से कार्यवाही के लिए आग्रह करें। चिकित्सा अधीक्षक का पक्ष जानने और कार्यवाही के लिए प्रतिबद्धता जानने के लिए उसका साक्षात्कार लेना ठीक रहेगा।

केस अध्ययन 10: समुचित एम्बुलेन्स सेवाओं का अभाव

पृष्ठभूमि: 108 के अलावा, एक राष्ट्रीय एम्बुलेन्स सेवा शुरू की गई है जिसके अंतर्गत कुछ राज्यों में 4769 वाहनों को शामिल किया गया है। आपको ज्ञात करना चाहिए कि क्या आपके राज्य में यह सेवा मौजूद है। इन एम्बुलेन्सों द्वारा गर्भवती महिलाओं को प्रसव के समय, तथा आपातस्थितियों के दौरान समयबद्ध परिवहन सेवा उपलब्ध कराए जाने की आशा है।

केस अध्ययन: नीता को अपेक्षित तिथि से दो सप्ताह पहले ही प्रसव—पीड़ा शुरू हो गई और तत्काल अस्पताल ले जाने की आवश्यकता हुई। ममता वाहन बुलाया गया, लेकिन उसे आने में 6 घंटे लग गए। आ जाने पर ड्राइवर ने महिला को ले जाने के लिए पैसों की मांग की। नीता ने अस्पताल जाते हुए रास्ते में एम्बुलेन्स में ही अपने शिशु को जन्म दिया।

कमियां और उल्लंघन: ममता वाहन/एम्बुलेन्स आने में विलम्ब, तथा पैसों की मांग किया जाना।

सामुदायिक संवाददाता के लिए सुझाव, कमियां लिखने के लिए: आपातकालीन वाहन/एम्बुलेन्स को आने में इतना अधिक समय क्यों लगा? क्या कोई अन्य मामले भी ऐसे हुए हैं जिनमें एम्बुलेन्स के ड्राइवर/सहायक द्वारा पैसों की मांग की गई हो?

समाधान: वीएचएसएनसी, तथा समुदाय के सदस्यों को एम्बुलेन्स के ड्राइवर के भ्रष्ट व्यवहार के बारे में प्रखंड चिकित्सा अधिकारी इत्यादि से जवाबदेहो अवश्य करनी चाहिए। इसके अलावा, यदि ऐसी समस्याएं प्रायः देखने में आती हों, तो गांव को एक वाहन की व्यवस्था करनी चाहिए जो प्रसवपीड़ा के समय महिला को तत्काल इकाई तक पहुंचा सके।

पक्षसमर्थन अभियानों के लिए कार्यवाही हेतु आह्वान:

मातृत्व स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं तथा एनजीओ द्वारा निम्न कुछ मांगें की गई हैं। जब आप अपने मसले का वीडियो बनाएं, तो देखें कि क्या आप इस वृहद पक्षसमर्थन उद्देश्य के समर्थन में इनमें से किसी को समावेशित कर सकते हैं।

- आपातकालीन परिवहन सेवाएं निःशुल्क ही होनी चाहिए और कॉल किए जाने के बाद 30 मिनट के निर्धारित समय के अंदर पहुंचनी चाहिए।
- सभी इकाईयों (उप केंद्र, पीएचसी, सीएचसी, इत्यादि) पर रिक्त पदों को भरा जाए।
- एएनसी और पीएनसी देखभाल (इकाई पर तथा सामुदायिक स्तर पर) में सुधार।
- शिकायत निस्तारण प्रणाली स्थापित की जानी चाहिए। परिवारों को इसके बारे में स्पष्ट तौर पर जागरूक किए जाने की आवश्यकता है ताकि उनको शिकायत करने का फोरम मिले और उनकी शिकायतों के संतोषजनक समाधान किए जाएं।
- समस्त स्वास्थ्य संस्थानों द्वारा चिकित्सा रिकार्डों का रखरखाव किया जाए।

स्वास्थ्य सेवाओं की अनिवार्य सामुदायिक निगरानी, मातृत्व स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत एनजीओ तथा विशेषज्ञों द्वारा की गई मांगों में से एक है। वीडियो वालंटियर्स इस मांग का पूरा समर्थन करते हैं। वास्तव में, हमारा कार्य ही यही है। जब आप ऐसे वीडियो बनाकर प्रस्तुत करते हैं जो अक्षम या अपर्याप्त स्वास्थ्य सेवाओं को उजागर करते हैं और ये वीडियो संबंधित सरकारी कार्मिकों को दिखाते हैं, तो हम सामुदायिक निगरानी को ही प्रभावी बनाते हैं। वीडियो के उपयोग द्वारा सामुदायिक निगरानी।

हम उन स्वास्थ्य सेवाओं और कार्यक्रमों, जिनके लिए हम हकदार हैं, की जितनी ही अधिक निगरानी करेंगे, हमारी स्वास्थ्य सेवाएं उतनी ही अधिक बेहतर बनेंगी। हमारे समुदायों में मातृत्व मौतों को रोकने का यह एक प्रभावी तरीका है।

तथ्य पत्र / बिहार

बिहार में कुल प्रजनन दर 33.7 है। शिशु मृत्यु दर 44 है और मातृत्व मृत्यु अनुपात 261 (SRS 2007 - 2009) है जो राष्ट्रीय औसत से अधिक है। राज्य में लिंगानुपात 916 (देश के लिए 914 के सापेक्ष) है।

संकेतक	बिहार	भारत
मातृत्व मृत्यु दर (SRS 2007-09)	261	212

बिहार की स्वास्थ्य संरचना

विवरण	आवश्यकता	उपलब्धता	कमी
उप—केंद्र	18533	9696	8837
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	3083	1863	1220
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	770	70	700
उप केंद्रों तथा पीएचसी पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) / एएनएम	11559	16943	*
उप केंद्रों पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)	9696	1074	8622
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (महिला) / एलएचवी	1863	358	1505
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	1863	556	1307
पीएचसी पर डॉक्टर	1863	3532	*
* सीएचसी पर ऑक्सट्रीशियन तथा गायनेकोलॉजिस्ट्स (स्त्री रोग विशेषज्ञ)	70	39	31
सीएचसी पर पीडियाट्रीशियन (बाल रोग विशेषज्ञ)	70	43	27

सीएचसी पर कुल स्पेशलिस्ट (विशेषज्ञ)	280	151	129
सीएचसी पर रेडियोग्राफर्स	70	13	57
पीएचसी और सीएचसी पर फार्मासिस्ट	1933	439	1494
पीएचसी और सीएचसी पर प्रयोगशाला तकनीशियन	1933	498	1435
पीएचसी और सीएचसी पर नर्सिंग स्टॉफ	2353	1736	617

(स्रोत: RHS बुलेटिन, मार्च 2012, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार)

FACT SHEET | JHARKHAND

तथ्य पत्र/झारखण्ड

राज्य में कुल प्रजनन दर ३ है। शिशु मृत्यु दर ४२ है और मातृत्व मृत्यु अनुपात २६१ (SRS 2007 - 2009) है जो राष्ट्रीय औसत से अधिक है। राज्य में लिंगानुपात ९४७ (देश के लिए ९४० के सापेक्ष) है।

संकेतक	झारखण्ड	भारत
मातृत्व मृत्यु दर (SRS 2007-09)	261	212

झारखण्ड की स्वास्थ्य संरचना

विवरण	आवश्यकता	उपलब्धता	कमी
उप—केंद्र	6043	3958	2085
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	964	330	634
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	241	188	53
उप केंद्रों तथा पीएचसी पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)/एएनएम	4288	6574	*
उप केंद्रों पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)	3958	957	3001
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (महिला)/एलएचवी	330	70	260
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	330	30	300
पीएचसी पर डॉक्टर	330	407	*
* सीएचसी पर ऑफिसियल तथा गायनेकोलॉजिस्ट्स (स्त्री रोग विशेषज्ञ)	188	30	26

सीएचसी पर पीडियाट्रीशियन (बाल रोग विशेषज्ञ)	188	16	172
सीएचसी पर कुल स्पेशलिस्ट (विशेषज्ञ)	752	86	666
सीएचसी पर रेडियोग्राफर्स	188	58	130
पीएचसी और सीएचसी पर फार्मासिस्ट	518	298	220
पीएचसी और सीएचसी पर प्रयोगशाला तकनीशियन	518	371	147
पीएचसी और सीएचसी पर नर्सिंग स्टॉफ	1646	976	774

(स्रोत: RHS बुलेटिन, मार्च 2012, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार)

तथ्य पत्र/छत्तीसगढ़

राज्य में कुल प्रजनन दर 3.0 है। शिशु मृत्यु दर 48 है और मातृत्व मृत्यु अनुपात 335 (SRS 2004 - 2006) है जो राष्ट्रीय औसत से अधिक है। राज्य में लिंगानुपात 989 (देश के लिए 933 के सापेक्ष) है। प्रमुख स्वास्थ्य एवं जनांकिक संकेतकों के तुलनात्मक आंकड़े निम्नानुसार हैं:

संकेतक	छत्तीसगढ़	भारत
मातृत्व मृत्यु दर (SRS 2007-09)	269	212

छत्तीसगढ़ की स्वास्थ्य संरचना

विवरण	आवश्यकता	उपलब्धता	कमी
उप-केंद्र	4904	5111	*
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	776	755	21
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	194	149	45
उप केंद्रों तथा पीएचसी पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला)/एएनएम	5866	16943	*
उप केंद्रों पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)	5111	2514	2597
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (महिला)/एलएचवी	755	749	6
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	755	153	602
पीएचसी पर डॉक्टर	755	435	302
सीएचसी पर ऑब्स्टेट्रीशियन तथा गायनेकोलॉजिस्ट्स (स्त्री रोग विशेषज्ञ)	149	18	131

सीएचसी पर पीडियाट्रीशियन (बाल रोग विशेषज्ञ)	149	19	130
सीएचसी पर कुल स्पेशलिस्ट (विशेषज्ञ)	596	71	525
सीएचसी पर रेडियोग्राफर्स	149	87	62
पीएचसी और सीएचसी पर फार्मासिस्ट	904	611	293
पीएचसी और सीएचसी पर प्रयोगशाला तकनीशियन	904	444	460
पीएचसी और सीएचसी पर नर्सिंग स्टॉफ	1798	552	1246

(स्रोत: RHS बुलेटिन, मार्च 2012, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार) राज्य प्रोफाइल—उड़ीसा

तथ्य पत्र/उड़ीसा

बिहार में कुल प्रजनन दर 2.3 है। शिशु मृत्यु दर 61 है और मातृत्व मृत्यु अनुपात 258 (SRS 2007 - 2009) है जो राष्ट्रीय औसत से अधिक है। राज्य में लिंगानुपात 978 (देश के लिए 940 के सापेक्ष) है।

आइटम	उड़ीसा	भारत
मातृत्व मृत्यु दर (SRS 2007-09)	258	212

उड़ीसाकी स्वास्थ्य संरचना

विवरण	आवश्यकता	उपलब्धता	कमी
उप—केंद्र	8136	6688	1448
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	1308	1226	82
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	327	377	*
उप केंद्रों तथा पीएचसी पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला) / एएनएम	7914	8211	*
उप केंद्रों पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (पुरुष)	6688	3827	2861
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (महिला) / एलएचवी	1226	629	597
पीएचसी पर स्वास्थ्य सहायक (पुरुष)	1226	0	1226
पीएचसी पर डॉक्टर	1226	1069	157
सीएचसी पर ऑब्स्टेट्रीशियन तथा गायनेकोलॉजिस्ट्स (स्त्री रोग विशेषज्ञ)	377	152	225
सीएचसी पर पीडियाट्रीशियन (बाल रोग विशेषज्ञ)	377	76	301

सीएचसी पर कुल स्पेशलिस्ट (विशेषज्ञ)	1508	317	1191
सीएचसी पर रेडियोग्राफर्स	377	55	322
पीएचसी और सीएचसी पर फार्मासिस्ट	1603	1515	88
पीएचसी और सीएचसी पर प्रयोगशाला तकनीशियन	1603	371	1232
पीएचसी और सीएचसी पर नर्सिंग स्टॉफ	3865	867	2998

(स्रोत: RHS बुलेटिन, मार्च 2012, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार)