

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

Issue 3, 2008

अंक 3, 2008

क्रिया

मातृ मृत्यु एवं रुग्णता

MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY

**RHM in Hindi
Issue 3, 2008**

Hindi edition published by:

Creating Resources for Empowerment in Action (CREA)

CREA is a feminist human rights organization based in New Delhi, India. CREA advances women's human rights and the sexual rights of all people by building leadership, influencing social movements, expanding discourses and creating enabling social and policy environments.

Coordinated by:

Asma Saleem
S. Vinita

Advisors for Selection of Articles:

Jashodhara Dasgupta, Sahayog
Sundari Ravindran, The Coalition for Maternal- Neonatal Health and Safe Abortion (CMNHSA)

Translation & Review:

Gaurav Bhargav
Rakesh Chandra Dhyani
Sominder Kumar

Cover Photo:

Anirban Dutta/ Metamorphosis Film Junction

Design and typesetting:

Brijbasi Art Press Limited

To get additional copies of this issue contact:

CREA
7 Jangpura B, Mathura Road
New Delhi-110014, India
Phone: 91-11-24377707, 24378700,
24378701
Fax: 91-11-24377708
E-mail: crea@vsnl.net
www.creaworld.org

Papers in this issue are from:

Reproductive Health Matters (RHM):
Volume 15, Issue 30, May 2007
Volume 13, Issue 25, May 2005
Volume 14, Issue 27, May 2006

'Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues',
Berer, Marge and Ravindran, Sundari TK(ed).
Blackwell Science, Oxford, England,
1999. :227-38.

©Reproductive Health Matters 2008

RHM is a Registered Charity in
England and Wales, No. 1040450
Limited Company Registered
ISSN 0968-8080

RHM is indexed in:

Medline
PubMed
Current Contents
Popline
EMBASE
Social Sciences Citation Index

Submission of papers:

Marge Berer, Editor
E-mail: mberer@rhjournal.org.uk

For any other queries:

Pathika Martin
E-mail: pmartin@rhjournal.org.uk

Guidelines available at:

www.rhjournal.org.uk
RHM is part of the Elsevier Health Resource
www.rhm-elsevier.com

RHM editorial office:

Reproductive Health Matters (RHM)
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, UK
Phone: 44-20-7267 6567
Fax: 44-20-7267 2551

(R E A)

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

Issue 3, 2008

अंक 3, 2008

मातृ-मृत्यु एवं रुग्णता

क्रिया

Table of Contents

	Foreword	
	Editorial	
7.	Marge Berer	Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?
	Articles	
28.	Iqbal H Shah, Lale Say	Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005: Uneven but Important Gains
46.	Della R Sherratt	Why Women Need Midwives for Safe Motherhood
67.	Asha George	Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed Service Delivery Constraints
91.	Alison Dembo Rath, Indira Basnett, Melissa Cole, Hom Nath Subedi, Deborah Thomas, Susan F Murray	Improving Emergency Obstetric Care in a Context of Very High Maternal Mortality: The Nepal Safer Motherhood Project 1997–2004
108.	Lauren S Blum, Tamanna Sharmin, Carine Ronsmans	Attending Home vs. Clinic-Based Deliveries: Perspectives of Skilled Birth Attendants in Matlab, Bangladesh
128.	Leena Susan Thomas, Ruxana Jina, Khin San Tint, Sharon Fonna	Making Systems Work: The Hard Part of Improving Maternal Health Services in South Africa
152.	Patricia Jeffery, Abhijit Das, Jashodhara Dasgupta, Roger Jeffery	Unmonitored Intrapartum Oxytocin Use in Home Deliveries: Evidence from Uttar Pradesh, India
165.	Carla AbouZahr, Marge Berer	When Pregnancy Is Over: Preventing Post-Partum Deaths and Morbidity
179.	TK Sundari Ravindran, R Savitri and A Bhavani	Women’s Experiences Of Utero-Vaginal Prolapse: A Qualitative Study from Tamil Nadu, India
193.	James McIntyre	Maternal Health and HIV

विषय-सूची

	प्रस्तावना	
	संपादकीय	
7.	मार्ज बेरर	मातृ-मृत्यु व मातृ-रुग्णता: क्या गर्भावस्था महिलाओं के लिए सुरक्षित हो रही है?
	लेख	
28.	इकबाल एच शाह, लाले साय	वर्ष 1990 से 2005 के दौरान मातृ मृत्यु दर और मातृत्व से संबंधित देखभाल: महत्वपूर्ण किन्तु असमान प्रगति
46.	डैला आर शेरॉट	सुरक्षित मातृत्व में जन्म सहायिकाओं की भूमिका
67.	आशा जॉर्ज	भारत के कर्नाटक राज्य के कोप्पल जिले में मातृ मृत्यु की घटनाओं की अधिकता: सेवायें देने में आने वाली समस्यायें
91.	एलिसन डैम्बो रथ, इन्दिरा बैसनैट, मैलिशा कोल, होम नाथ सुबेदी, दैबोराह थॉमस, सूज़न एफ मरे	मातृ मृत्यु की अधिकता के कारण आपातकालिक प्रसव सेवाओं में सुधार: नेपाल में सुरक्षित मातृत्व परियोजना 1997-2004
108.	लॉरेन एस. ब्लम, तमन्ना शर्मिन, कैरेन रोन्समन्स	घर पर और अस्पतालों में प्रसव कराने में अंतर: बंगलादेश के मातलब नगर के कुशल जन्म सहायकों के विचार
128.	लीना सूज़न थॉमस, रुकसाना जिना, खिन सैन तिन्त, शेरॉन फॉन	दक्षिण अफ्रीका में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने में आने वाली कठिनाईयां: व्यवस्थाओं को सुचारु रूप से चलाना
152.	पैट्रिशिया जैफ्री, अभिजीत दास, जशोधरा दासगुप्ता, रॉजर जैफ्री	घर पर प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन इंजेक्शन का बिना निगरानी प्रयोग किया जाना: भारत में उत्तर प्रदेश से प्राप्त जानकारियाँ
165.	कार्ला अबुज़हर, मार्ज बेरर	गर्भावस्था पूरी होने के बाद: प्रसव के बाद मृत्यु और रोग की स्थिति की रोकथाम
179.	टी के सुन्दरी रविन्द्रन, आर सावित्री तथा ए भवानी	महिलाओं में गर्भाशय या बच्चेदानी और योनि के नीचे की ओर खिसक जाने की घटनाओं के अनुभव: भारत के तमिलनाडु राज्य में किया गया गुणात्मक शोध अध्ययन
193.	जेम्स मैकन्टायर	मातृ स्वास्थ्य और एचआईवी

प्रस्तावना

क्रिया मुख्य रूप से महिलाओं के मानव अधिकारों और सभी के यौन अधिकारों को आगे बढ़ाने का काम करती है। इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए क्रिया नेतृत्व निर्माण, सामाजिक आंदोलनों को प्रभावित करने, विमर्श को आगे बढ़ाने और इनके हक में नीतियां बनाने के लिये माहौल तैयार करती है। इसके लिये अनेक माध्यमों का उपयोग किया जाता है, जैसे प्रशिक्षण, प्रकाशन, फिल्म समारोह, कार्यशालाएँ व चर्चा इत्यादि। इसके साथ ही क्रिया इन मुद्दों पर समुदाय, जिला, राष्ट्रीय तथा अंतरराष्ट्रीय स्तर पर नीतियों को प्रभावित करने के लिए वैचारिक, सैद्धांतिक तथा व्यावहारिक क्षमता प्रदान करने का प्रयास भी कर रही है।

अब तक यह समझा जाता रहा है कि विद्वता निर्माण एवं ज्ञान प्रसार का काम यूरोप एवं उत्तरी अमरीका के विद्वानों की जिम्मेदारी है। क्रिया का मानना है कि ज़मीनी स्तर पर काम कर रही संस्थाओं और विकासशील देशों की महिलाओं में यह क्षमता है कि वे सामाजिक परिवर्तन में योगदान दें और यह उनका अधिकार है कि इस से जुड़े मुद्दों एवं संबंधित सूचना तक उनकी पहुंच हो। क्रिया हिंदी और अंग्रेजी दोनों भाषाओं में काम करती है। द्वि-भाषी संस्था होने की हैसियत से क्रिया ने पाया कि यौनिकता, जेंडर और मानव अधिकारों के मुद्दों पर कार्यकर्ताओं एवं संस्थाओं के लिये हिंदी में सामग्री बहुत कम है या नहीं है। इस कमी को पूरा करने के लिये क्रिया इन मुद्दों पर हिंदी में सामग्री प्रकाशित करती है।

यौनिकता, जेंडर एवं अधिकार विषयों के संबंध में चल रही चर्चाओं को हिन्दी भाषा के माध्यम से एक मंच देने की आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए, क्रिया ने 'रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स' के साथ सहभागिता आरंभ की है। इस संबंध में दो संस्करण 'यौनिकता एवं अधिकार' और 'प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य तथा युवाओं के अधिकार' प्रकाशित हो चुके हैं। हिन्दी में प्रकाशित आर.एच.एम. लेखों का यह तीसरा संस्करण "मातृ-मृत्यु एवं रूग्णता" पर आधारित है।

एक महिला का गर्भ धारण करना मानव जीवन को आगे ले जाने की संभावना का एक सामाजिक अवसर होता है और इसी लिये समाज की जिम्मेदारी भी। इसलिये यह आवश्यक है कि महिला की गर्भावस्था बिना किसी समस्या के अपनी पूर्णता को प्राप्त हो और वह पूर्ण सुरक्षा के साथ एक इंसान को जन्म दे सके। इस सारी प्रक्रिया में महिला, ज़ाहिर है, एक बड़े भागीदार के रूप में सामने आती है।

उसका साथी, परिवार और समाज इसमें अपनी भूमिका निभाता है, जब वे ऐसी सारी सुविधायें उपलब्ध कराता है, जिन से सुरक्षित प्रसव प्रक्रिया निश्चित की जा सके। लेकिन सच्चाई यह है कि ज़्यादातर महिलायें ऐसी स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ उठाने से वंचित रहती हैं, जो गर्भकाल और

मातृत्व को एक सुखद, समृद्ध और एक नया जीवन जोड़ने वाला अनुभव बना दें। ये आंकड़े जिसे हम मातृ-मृत्यु दर कहते हैं, दर्शाते हैं कि पूरे विश्व, विशेष रूप से प्रगतिशील देशों में महिलायें एक नया जीवन संसार में लाने के दौरान मृत्यु का शिकार होती हैं।

भारत में बच्चा पैदा करने के दौरान प्रत्येक 48 औरतों में एक के मरने की आशंका होती है। यही हाल थोड़ा कम या ज़्यादा लगभग सारी तीसरी दुनिया का है, विशेष रूप से दक्षिण एशिया और हमारे उप महाद्वीप का, जहां स्वास्थ्य सेवाओं की भी कमी है और उन तक पहुंच भी एक समस्या है। कहीं सूचना का अभाव है, कहीं साधनों का। कहीं सामाजिक और सांस्कृतिक मान्यतायें रूकावट बनती हैं।

सब जानते हैं कि अच्छी स्वास्थ्य सेवायें मातृ-मृत्यु दर को कम करने में मददगार हो सकती हैं। पूरे विश्व में अनेक स्तरों पर इसके लिये प्रयास भी किये जा रहे हैं। मगर औरतों को स्वास्थ्य और प्रजनन स्वास्थ्य की अच्छी सुविधायें प्राप्त होना समाज के रवैये पर निर्भर करता है। यहां औरतों को मर्दों से कम तर समझने की धारणा बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है। औरत की ना बराबरी की यह धारणा बेटों की चाहत में लड़कियों को जान बूझकर पौष्टिक भोजन, स्वास्थ्य सेवाओं, शिक्षा, प्रशिक्षण से वंचित रखने, लिंग चयन के आधार पर गर्भपात और लड़कियों को जन्म देने वाली महिलाओं की मानसिक और शारीरिक प्रताड़णा के रूप में सामने आती है। जो मातृत्व के गौरव को मृत्यु और अस्वास्थ्य की परछाइयों से घेर देती है।

यही कारण है कि यह समस्या आधुनिकीकरण, प्रजातांत्रिक शासन व्यवस्था, शिक्षा के प्रसार, जेंडर समानता की संवैधानिक गारंटी, शादी, तलाक और विरासत के कानूनों में सुधार, सरकारों, समाज सेवी संस्थाओं और अंतरराष्ट्रीय एजेंसियों की हज़ार कोशिशों और वकालतों के बाद भी हल नहीं हो पा रही है। इसलिये मातृ-मृत्यु दर कम करने और मातृत्व को सुरक्षित रखने के लिये औरतों के बारे में समाज की धारणाओं में तब्दीली लाना बहुत ज़रूरी है।

औरतों के अधिकारों और सुरक्षित मातृत्व की दिशा में किये जा रहे प्रयासों से जुड़े अनेक पहलुओं पर प्रकाश डालता हुआ 'रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स' का यह अंक आपके हाथों में है। इसमें हमने भारत के अलावा विश्व के अन्य देशों में भी मातृ स्वास्थ्य की स्थिति को सामने लाने की कोशिश की है। इसलिये इस अंक में जो लेख शामिल हैं, वे सिर्फ मातृ स्वास्थ्य से जुड़ी सेवाओं पर ही नहीं, बल्कि इनके सामाजिक, सांस्कृतिक और राजनीतिक पहलुओं से भी संबंधित हैं। हमारी यह कोशिश कितनी कामयाब है, इस बारे में अपने बहुमूल्य सुझाव अंक के आखिर में दिये सुझाव पत्र द्वारा अवश्य भेजें। ताकि आने वाले अंकों को हम अधिक बेहतर और उपयोगी बना सकें। हमें उम्मीद है कि महिला अधिकारों, स्वास्थ्य अधिकारों और प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े मुद्दों पर काम करने वाले लोग इस से लाभांवित होंगे और अपने कार्य क्षेत्र में विशेष योगदान दे पायेंगे।



संपादकीय

मातृ मृत्यु व मातृ रुग्णता: क्या गर्भावस्था महिलाओं के लिए सुरक्षित हो रही है?

Marge Berer
मार्ज बेरर

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा चलाए जा रहे "सुरक्षित मातृत्व" कार्यक्रम को इस साल बीस वर्ष पूरे हो जाएँगे। इस कार्यक्रम को 1987 में नैरोबी में शुरू किया गया था। आने वाले समय में सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमों के लिए जानकारियाँ इकट्ठी करने के लिए आर एच एम की कोशिशों के अंतर्गत हमने यह सवाल उठाया कि क्या गर्भावस्था महिलाओं के लिए सुरक्षित हो रही है। यहाँ प्रकाशित लेखों से हमें पता चलता है कि इसका जवाब "हाँ" और "न" दोनों ही हैं।

"मातृ मृत्यु सूचक है, जनसंख्या के स्वास्थ्य की स्थिति का। जिससे हमारे समय की अनेक असमानताओं की जानकारी भी मिलती है" (लिन फ्रीडमैन)।

इस बारे में सही आँकड़े क्या हैं? 2005 में मातृ मृत्यु की घटनाओं का अंदाज़ा लगाने के लिए जिस तरीके का इस्तेमाल किया गया था, उसी तरीके का प्रयोग करते हुए दुनिया के मुख्य क्षेत्रों में 1990 के दौरान मातृ मृत्यु के

अनुपात को दोबारा निर्धारित करने की कोशिश की गई। जर्नल के इस अंक में प्रकाशित अपने लेख में इकबाल शाह और लाले साय* ने इन आँकड़ों से परिणाम निकालने का प्रयास किया है जिससे यह पता चलता है कि:

- 2005 में एक अनुमान के अनुसार गर्भावस्था के दौरान हुई जटिलताओं, प्रसव और असुरक्षित गर्भपात के कारण लगभग 5,36,000 महिलाओं की मृत्यु हुई। यह संख्या 1990 में पूरी दुनिया में मातृ मृत्यु के मामलों की तुलना में 7% कम है।
- 1990 से 2005 के बीच 15 वर्षों में पूरी दुनिया में मातृ मृत्यु के अनुपात में 5.4% की कमी आई। 1990 में प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर महिलाओं की मृत्यु की दर 430 से घटकर 2005 में 400 हो गई।
- उत्तरी अफ्रीका, लैटिन अमरीका व कैरिबियन देशों, ओशियाना और अधिक

*यह संपादकीय रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स (अंग्रेजी) नवम्बर 2007 के अंक से लिया गया है, जो मातृ मृत्यु एवं रुग्णता पर आधारित है। इस संपादकीय में कुछ अंश ऐसे भी हो सकते हैं, जो अंग्रेजी अंक के लिए तो प्रासांगिक हैं लेकिन इस हिन्दी संस्करण के लिए नहीं।

विकसित क्षेत्रों में मृत्यु के मामलों में कमी की दर 20% से अधिक रही।

- सहारा मरुस्थलीय प्रदेश ही एकमात्र ऐसा क्षेत्र था जहाँ 1990 से 2005 के दौरान मातृ मृत्यु के मामलों में बढ़ोतरी हुई। इसका कारण अधिक बच्चों का जन्म और मातृ मृत्यु दर (गर्भावस्था के कारण महिला की मृत्यु) में हुई थोड़ी बहुत कमी था।^f

अध्ययनों से पता चलता है कि मिस्र, हॉण्डुराज़, मलेशिया, श्रीलंका और थाइलैण्ड जैसे कुछ विकासशील देशों में 1987 से ही मातृ मृत्यु के मामलों में बहुत अधिक कमी आई है (वैंडी जे ग्राहम व अन्य)। इस बारे में अब कोई शक नहीं कि गर्भावस्था के दौरान पौष्टिक भोजन और एनीमिया, मधुमेह (डायबिटीज़), एचआईवी, टीबी और मलेरिया जैसी पुरानी बीमारियों का प्रभावी इलाज, कुशल व्यक्ति की देखरेख में प्रसव और ज़रूरत पड़ने पर जच्चा की उचित देखभाल उपलब्ध होने से महिलाओं और नवजात शिशुओं में अनावश्यक मृत्यु और रोग की स्थिति से बचा जा सकता है।

ऐसे में यह सवाल उठ खड़ा होता है कि यह बदलाव इतनी धीमी गति से क्यों हो रहे हैं और जिन देशों में कोई सुधार नहीं हुआ है या जहाँ स्थिति पहले से खराब हुई है, वहाँ आखिर किन कारणों से ऐसा हो रहा है? आर एच एम के इस अंक में गुणात्मक, संख्यात्मक और कार्यक्रम संबंधी आँकड़ों का सशक्त मिश्रण

दिखाई देगा जो यह जानने के वास्तविक अनुभवों पर आधारित है कि क्या सही या गलत हो रहा है और क्यों। इन आँकड़ों से हमें यह पता चलता है कि:

- स्वास्थ्य प्रणाली में बदलाव लाना एक तकनीकी कोशिश के अलावा सामाजिक अंतर्क्षेप की प्रक्रिया भी है;
- परिस्थितियों की प्रासंगिकता महत्वपूर्ण होती है;
- बदलावों को लागू करने की प्रक्रिया की देख-रेख की जानी चाहिए और जिन तरीकों को इस्तेमाल करके मॉनीटरिंग की जा रही है वे इस बात की स्वतंत्रता दें कि जिन लोगों को उनके द्वारा मॉनीटर किया जा रहा है वे इसके परिणामों से सीख ले सकें, तभी बदलाव संभव है।

जो देश गर्भावस्था को सुरक्षित बनाने के प्रयास कर रहे हैं उन्हें आगे के पृष्ठों में अपनी बहुत सी समस्याएं दिखाई दे जाएँगी। साथ ही साथ उन्हें यह जानकारी भी मिलेगी कि किस तरह दूसरे देश इन समस्याओं को समझने और इन्हें हल करने की कोशिश कर रहे हैं।

खुश होने की वजह

हमारे प्रसन्न होने के अनेक कारण हैं। बहुत अच्छे शोध कार्यों से अब यह पता चल गया है कि इक्लाम्पसिया और जटिल प्री-इक्लाम्पसिया के इलाज में मैग्नीशियम सल्फेट बहुत प्रभावी

^f इस बारे में पूरी रिपोर्ट अक्टूबर 2007 में "2005 में मातृ मृत्यु की घटनाओं के अनुमान" विषय से डब्ल्यूएचओ, यूनीसेफ, यूएनएफपीए और विश्व बैंक जिनेवा द्वारा प्रकाशित होने वाली पुस्तक में दी जाएगी। संदर्भ: डब्ल्यूएचओ, यूनीसेफ, यूएनएफपीए और विश्व बैंक, 2007

होता है; प्रसव पीड़ा के तीसरे चरण में रोग-निवारक माइसोप्रॉस्टोल (दवा) के प्रयोग से और प्रभावी रूप से देखभाल करने से प्रसव के बाद खून बहने को रोका जा सकता है; गर्भपात करने का तरीका (मैनुअल वैक्यूम एस्पीरेशन) और माइफीप्रिस्टोन-माइसोप्रॉस्टोल के प्रयोग से गर्भपात सुरक्षित हो सकता है। इसके साथ ही साथ अब हमें प्रभावी, प्रभावहीन और नुकसानदायी प्रसव उपचारों के बारे में भी अनेक प्रमाण मिले हैं (जूलिया हुसैन)।

खुश होने के साथ-साथ हमारे हताश होने के भी अनेक कारण हैं। उदाहरण के लिए हाल ही में यूगाण्डा में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि उन सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में जहाँ हर प्रकार की प्रसव देखभाल सुविधाओं की अपेक्षा की जा रही थी वहाँ ज़रूरी उपकरणों, साफ पानी, बिजली और ऑपरेशन थियेटरों जैसी मूल सुविधाओं का भी अभाव था। निरीक्षण किए गए स्वास्थ्य केन्द्रों में से 97.2% में ये कमियां पाई गईं¹।

इसी तरह भारत में कर्नाटक के ग्रामीण क्षेत्रों में किए गए एक अध्ययन (आशा जॉर्ज) से यह पता चला कि यद्यपि प्रसूति से जुड़ी समस्याओं का सामना कर रही महिलायें अनेक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के पास जा रही थीं, फिर भी मातृ मृत्यु दर लगातार अधिक बनी हुई थी। इसका क्या कारण है – जानकारी का अभाव, इलाज जारी न रखना, स्वास्थ्यकर्मियों को सुविधाओं की कमी, रैफरल प्रणाली के दोष और उत्तरदायित्व निर्धारित न किया जाना ही

इसके आरंभिक कारण हो सकते हैं। इसके अन्य कारण थे कि मातृ मृत्यु के कारणों की समीक्षा नहीं की जा रही थी, प्रसव से पहले की देखभाल और अस्पतालों में प्रसव कराये जाने को प्रसव के बाद की देखभाल और आपातकालिक प्रसव देखभाल से नहीं जोड़ा जा रहा था तथा स्वास्थ्य कर्मचारी अनावश्यक इंजेक्शन तो लगा रहे थे परन्तु एनीमिया या सैप्सिस का उपचार नहीं कर रहे थे। इसके लिए आमतौर पर निचले स्तर पर काम कर रहे स्वास्थ्यकर्मियों या स्वयं गर्भवती महिलाओं को ही दोषी ठहराया जाता था जबकि न तो अनौपचारिक रूप से सेवाएं प्रदान कर रहे अन्य लोगों की भूमिका की ओर कोई ध्यान दिया जा रहा था और न ही सेवाएं प्रदान करने में आने वाली दिक्कतों और उनके प्रबंधन से जुड़ी समस्याओं को हल करने के प्रयास किए जा रहे थे।

इस दिशा में प्रयास करने की इच्छा शक्ति या केवल हताश होना?

पूरी दुनिया में गर्भधारण के कारण महिलाओं की मृत्यु के प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष कारणों की हम सभी को जानकारी है हालांकि अलग-अलग जनसंख्या समूहों में इन कारणों के अनुपात में अंतर हो सकता है। बीमारियों की रोकथाम व उपचार तथा देखभाल की प्रक्रिया के बारे में की गई सिफारिशें भी एक जैसी ही हैं। परन्तु इस अंक में शामिल लेखों से यह पता चलता है कि समस्याओं के अनेक कारण हैं और किन्हीं भी दो देशों की समस्याएं एक समान नहीं हैं।

इसके अलावा हर जगह की परिस्थितियों के अनुसार ही इन समस्याओं के समाधान हो पाते हैं क्योंकि समाधान की प्रक्रिया में बहुत से लोग शामिल होते हैं जो एक दूसरे के सहयोग से काम करते हैं और जिनके काम सरकारी नीतियों और कार्यक्रम के परिणामों से भी प्रभावित होते हैं (लवडे पैनकेकाना व अन्य)।

आखिर ये समस्याएं हैं क्या? सबसे पहले और प्रमुख समस्या है कि हम सही दिशा में प्रयास नहीं करते।

“यद्यपि सामाजिक-आर्थिक असमानताओं से ही यह निर्धारित होता है कि महिलाओं के कौन से समूह गर्भधारण करने पर अधिक जोखिम का सामना करेंगे, फिर भी जेन्डर की असमानता होने के कारण गर्भवती महिलाओं में बीमारी और मृत्यु को बहुत कम समझ कर नकार दिया जाता है, इसे बहुत जटिल माना जाता है, यह समझा जाता है कि इसे बदला नहीं जा सकता और न ही मापा जा सकता है इसलिए इस पर अधिक ध्यान देने और निवेश करने की जरूरत नहीं समझी जाती। मातृ मृत्यु दर को नई सहस्राब्दि के विकास लक्ष्य क्रमांक 5 (Millenium Development Goal 5) के रूप में शामिल किए जाने से स्थायी रही मातृ मृत्यु दर के बारे में अपनी असमर्थता व्यक्त करने को बल मिलता है और यह सुनिश्चित हो जाता है कि अब इसे राष्ट्रीय योजनाओं में शामिल किया जाए। परन्तु इन प्रयासों को वास्तविक रूप से लागू करते समय बहुत अधिक ध्यान देने, व्यवस्था में परिवर्तन लाने की कटिबद्धता, क्षमता निर्माण, दीर्घकालिक निवेश और संयम की

आवश्यकता होगी जिसे व्यावहारिक रूप से बहुत कम स्वीकृति मिल पाती है” (लिन फ्रीडमैन)।

यह वास्तव में हाथ मलने की ही स्थिति है और अचानक ऐसा लगने लगा है कि इसमें बढ़ोतरी हुई है। परन्तु अब समय आ गया है कि इस दिशा में निवेश आरंभ हो और यह कार्य उन लोगों को सौंपा जाए जो गर्भावस्था और प्रसव को सुरक्षित बनाने और सुरक्षित गर्भपात निश्चित करने के इच्छुक हैं और इसमें समर्थ हैं। इस समय अफ्रीकी देशों की ओर विशेष ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है जहाँ स्थिति दिन-प्रतिदिन बदतर होती जा रही है।

धन की लगातार कमी

इस कार्य को सही तरीके से पूरा कर पाने के मार्ग में आने वाली दूसरी समस्या है पर्याप्त धनराशि की लगातार कमी। अब वह समय निकल चुका है जब अन्य किन्हीं अंतर्क्षेप के अतिरिक्त पारंपरिक जन्म सहायिकाओं या दाइयों को केवल सीमित प्रशिक्षण देना ही समस्याओं का समाधान माना जाता था। फिर भी, पिछले 20 वर्षों के दौरान विकासशील देशों में दुनियाभर की प्राथमिकताओं में से प्रसव सेवाएं ही एक ऐसा क्षेत्र रहा है जिसके लिए पर्याप्त धनराशि कभी उपलब्ध नहीं कराई गई है।

दुनिया के अत्यंत निर्धन देशों में से एक म्यांमार में प्रसव पीड़ा के तीसरे चरण में दाइयों द्वारा प्रसव के बाद खून बहना रोकने के लिए माइसोप्रॉस्टोल (दवा) के प्रयोग किए जाने के

बारे में हुए एक अध्ययन से यह पता चला कि अधिक जोखिम वाले प्रसव के मामलों में और रैण्डम आधार पर चुनी गई महिलाओं में भी प्रसव के बाद खून बहने की घटनाएं नहीं देखी गईं (थीन थीन हाइते)। यह भी पता चला कि इस साधारण सी उपचार प्रक्रिया को व्यावहारिक रूप से लागू कर पाना बहुत सरल था। अब सरकार को हर महिला के प्रसव के समय माइसोप्रॉस्टोल की गोलियाँ उपलब्ध कराने के लिए प्रतिवर्ष 15 लाख अमरीकी डॉलर की व्यवस्था करनी होगी। यदि वह इस कार्य में सफल रहती है तो यह जन्म देने वाली माताओं को सुरक्षित बनाने की दिशा में एक बड़ा कदम होगा परन्तु वह इस धनराशि की व्यवस्था किस प्रकार करे?

(विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2005) में यह अनुमान लगाया गया है कि वर्ष 2015 तक मातृ मृत्यु दर को आधा करने के लिए कुशल स्वास्थ्यकर्मियों की देखरेख में प्रसव कराए जाने के प्रयास से सबसे गरीब देशों के स्वास्थ्य बजट पर प्रति व्यक्ति 0.22 से 1.18 अमरीकी डॉलर का अतिरिक्त बोझ पड़ेगा। परन्तु प्रसव के समय कुशल देखभाल इस पूरी प्रक्रिया का केवल एक भाग मात्र है। फिर भी, प्रति व्यक्ति मात्र कुछ अमरीकी डॉलर खर्च करने से दुनियाभर की माताओं और शिशुओं का भविष्य सुरक्षित कर पाने का यह काम बहुत सस्ता प्रतीत होता है। लेकिन जब इस प्रति व्यक्ति खर्च को हजारों लाखों से गुणा किया जाए और इसमें गर्भावस्था को सुरक्षित बनाए रखने के दूसरे पहलुओं को भी जोड़ दिया जाए तब ऐसा

लगता है कि इतनी बड़ी धनराशि कहाँ से उपलब्ध हो पाएगी?

हाल ही में किए गए एक विश्लेषण से यह पता चला है कि मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धनदाताओं के योगदान से राशि एकत्रित किए जाने के रूझान में कमी आई है और इस कमी को दूर करने के लिए बहुत अधिक प्रयास किए जाने की आवश्यकता है। वर्ष 2004 में माताओं, शिशुओं और बच्चों के स्वास्थ्य की देखभाल सेवाओं पर लगभग 1990 मिलियन अमरीकी डॉलर खर्च किए गए। विकासशील देशों को दिए जाने वाले अनुदान का यह केवल 2% था जिसमें से अधिकांश राशि माताओं की बजाए बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च हुई होगी²। किसी भी दृष्टि से यह अपर्याप्त है और मातृ स्वास्थ्य प्राप्त करने के सहस्राब्दि विकास लक्ष्य 5 (एमडीजी 5) को प्राप्त किए जाने के प्रयासों को ध्वस्त करता है। पर्याप्त मात्रा में अनुदान राशि उपलब्ध न कराए जाने की स्थिति में यह बेहतर होगा कि इस कार्य के लिए धन उपलब्ध कराए जाने का जिम्मा इन देशों पर ही छोड़ दिया जाए। क्या उन में से कुछ देश अपने स्वयं के स्वास्थ्य बजट में से इसके लिए व्यवस्था कर पाएंगे जैसा कि ब्राजील और थाइलैण्ड ने दूसरी जन स्वास्थ्य समस्याओं के संदर्भ में किया है? इससे कार्यक्रमों पर इन देशों का नियंत्रण बनेगा और इन्हें लंबे समय तक चलाए रखना शायद संभव हो सकेगा। परन्तु यह भी कोई आसान समाधान नहीं है। संसाधनहीन अधिकांश देश अपने राष्ट्रीय बजट के 10% से भी कहीं कम बजट

को स्वास्थ्य पर खर्च करते हैं और संभव है कि उनमें इस दिशा में निवेश करने की इच्छा हो या न हो।

स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धनराशि की व्यवस्था करना आज एक जटिल विषय बन गया है और संसाधनहीन देशों की स्वास्थ्य सेवाओं को अपने को विशेषज्ञ बताने वाले उन लोगों ने खराब किया है जो इन सेवाओं को "अपने तरीके" से चलाना चाहते हैं। सेवाओं का प्रयोग करने वाले लोगों से ली जाने वाली धनराशि, जिससे कुछ संसाधनहीन देशों में स्वास्थ्य देखभाल कार्यों के 20% खर्च तक की भरपाई होती है, इसका एक महत्वपूर्ण उदाहरण है। अब यह सच्चाई सिद्ध हो गई है कि गरीब परिवारों द्वारा जटिल प्रसव समस्याओं के उपचार के लिए अपनी जेब से पैसा खर्च करने के विनाशकारी आर्थिक परिणाम हो सकते हैं। परन्तु फिर भी बहुत से विकासशील देशों में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को जारी रखने और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को भुगतान करने (जिन्हें वैसे भी बहुत कम भुगतान मिलता है), के लिए सेवाओं का प्रयोग करने वालों से सेवा शुल्क लिया जाता है। इसका एक अच्छा उदाहरण चीन में प्रसव से पहले और प्रसव के समय दी जाने वाली सेवाएं हैं जहाँ सरकार द्वारा धनराशि उपलब्ध कराए जाने में कमी आई है (अमाण्डा हैरिस व अन्य)। सेवा शुल्क लिए जाने की प्रक्रिया को रातोंरात नहीं बदला जा सकता। इसीलिए महिलाओं को कुशल स्वास्थ्यकर्मियों की देखरेख में प्रसव कराने और आपातकालिक देखभाल के लिए समय रहते

अस्पताल आने को प्रोत्साहन देने के लिए कुछ देशों ने प्रसव के दौरान देखभाल पर विशेष ध्यान देना आरंभ किया है। गर्भवती तथा/अथवा जन्म देने वाली महिलाओं के लिए अनेक योजनाओं को लागू किया गया है जिसमें पैसों के कूपन देने या व्यक्तिगत अथवा पूरे जिले में खर्च से मुक्त रखने या सामुदायिक स्तर पर बीमा सुविधा देने अथवा आवश्यकता पड़ने पर कर्ज देने के लिए धनराशि की व्यवस्था किया जाना शामिल है। स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और स्वास्थ्य केन्द्रों को अच्छी देखभाल सेवाएं देने के लिए प्रोत्साहित करने के उद्देश्य से अनेक तरह के पुरस्कार आदि देने की व्यवस्था की गई है ताकि इनकी अच्छी सेवाओं को देखकर अधिक से अधिक महिलाएं इन स्वास्थ्य केन्द्रों तक पहुँचें।

उदाहरण के लिए 2003 में घाना में एक योजना आरंभ की गई, जिसमें सभी गर्भवती महिलाओं को प्रसव के लिए होने वाले खर्च का भुगतान करने से छूट दे दी गई। इस योजना के अंतर्गत सेवा प्रदाता पहले से निर्धारित दरों पर इन सेवाओं के लिए सरकार के समक्ष दावा प्रस्तुत कर सकते हैं (सोफी विटर व अन्य)। भुगतान में छूट की इस योजना का भरपूर स्वागत हुआ परन्तु इसके लिए धनराशि के वितरण, अनुदान को जारी रखने, बजट बनाने और योजना का प्रबंधन करने के कार्यों में बड़ी महत्वपूर्ण समस्याएं उठ खड़ी हुईं। अधिक संख्या में महिलाओं द्वारा स्वास्थ्य केन्द्रों में आने से कर्मचारियों पर काम का बोझ बढ़ गया और सुविधाओं और कर्मचारियों के लिए धन की

व्यवस्था कर पाना बहुत ज़रूरी हो गया। दो वर्ष बाद जब यह योजना ठीक से आरंभ हो ही रही थी, उस समय एक राष्ट्रीय बीमा योजना आरंभ कर दी गई जिसका उद्देश्य हर तरह की मातृ स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान देना था। अब यह स्पष्ट नहीं हो पा रहा था कि भुगतान से छूट की यह योजना किस तरह से इस नई बीमा योजना में शामिल की जाएगी या फिर क्या इस योजना को बंद कर दिया जाएगा। यद्यपि नीतियों में इस प्रकार के परिवर्तन के दूरगामी लाभ अवश्य होंगे परन्तु फिर भी इतने कम समय में स्वास्थ्य क्षेत्र में इतने बदलाव लाने से यह क्षेत्र अवश्य ही अस्थिर हुआ होगा।

इसके अलावा यह भी एक विडंबना ही है कि स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए वित्त व्यवस्था करने का सबसे कम खर्चीला और सबसे समान प्रभाव वाला क्षेत्र – जो करों पर आधारित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली है, जिस तक हर व्यक्ति की पहुँच हो सकती है और जिसके अंतर्गत मुफ्त सेवाएं मिलती हैं – का प्रयोग विकासशील देशों द्वारा बहुत कम किया गया है। नव उदारवादी आर्थिक नीतियों के कारण जो स्वास्थ्य क्षेत्र की आवश्यकताओं पर अधिक प्रभावी सिद्ध हुई हैं, विकासशील और विकसित, दोनों ही देशों में समान रूप से स्वास्थ्य क्षेत्र के निजीकरण, अनियंत्रित निजी क्षेत्र बनाने, वाणिज्यिकरण की ओर अधिक ध्यान दिया गया है जबकि सार्वजनिक क्षेत्र को मजबूत करने और बनाए रखने में यहाँ की सरकारें नाकाम रही हैं। इसका परिणाम यह हुआ है कि लोगों की स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तक पहुँच और

उनकी स्वास्थ्य की स्थिति में बहुत अधिक असमानताएं उत्पन्न हुई हैं।

स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए धन की व्यवस्था किए जाने पर फिर से विचार करना आवश्यक हो गया है और यह ज़रूरी है कि प्रसव से पहले, प्रसव के दौरान, प्रसव के बाद और आपातकालिक प्रसूति देखभाल के क्षेत्र को बहुत अधिक मजबूत किया जाए। नार्वे ने इस वर्ष के आरंभ में स्वास्थ्य क्षेत्र को मजबूत करने के लिए एक ऐसी ही व्यवस्था लागू करने की सिफारिश की थी। गावी गठबंधन (GAVI Alliance) और एड्स, टीबी व मलेरिया (GFATM) के विरुद्ध ग्लोबल फण्ड के अनुभवों के आधार पर यह सिद्ध हो गया है कि विस्तृत कार्यक्रम योजनाओं के लिए यदि परिणामों के आधार पर दोबारा धनराशि उपलब्ध कराए जाने के कार्यक्रम बनाए जाएं तो आमतौर पर इनके अच्छे परिणाम मिलते हैं। यह उस स्थिति से काफी बेहतर है जहाँ सामान्य बजट सहायता के लिए बिना किन्हीं पूर्व शर्तों और परिणामों की अपेक्षा किए बिना धन उपलब्ध कराया जाता है। यूगाण्डा की अधिक मातृ मृत्यु दर इसी बात को स्थापित करती है।

इसे ध्यान में रखते हुए और यह जानते हुए कि विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा मातृ, नवजात शिशु और बाल स्वास्थ्य की योजना अनुदान देने की बजाए केवल पैरवी कार्य ही करना चाहती है, मुझे ऐसा लगा कि मातृ स्वास्थ्य के लिए एक विश्व कोष की स्थापना ही इस दिशा में सही कदम होगा। मैं स्वयं भी ऐसे ही किसी कोष की स्थापना करना चाहती

हूँ। परन्तु मैंने जब भी किसी को इस तरह के कोष की स्थापना की सलाह दी है तो मुझे यही उत्तर मिला है कि नहीं—नहीं एक और विश्व कोष की ज़रूरत नहीं है। परन्तु अगर हमें नतीजे प्राप्त करने हैं तो हमारे सामने इसके अलावा और कौन सा विकल्प है? यह एक ऐसा विषय है जिस पर राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर बहस लंबे समय से लंबित है। यह और भी जरूरी इसलिए हो गया है क्योंकि वास्तविक अनुदान सेवाएं अब अचानक दिखाई देने लग पड़ी हैं।

5 सितम्बर, 2007 को सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्यों (MDGs) की प्राप्ति के लिए एक अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य सहयोग कार्यक्रम की घोषणा की गई थी*। इस कार्यक्रम के अनुसार 26 सितम्बर को नार्वे ने मातृ एवं शिशु मृत्यु दर कम करने के लिए एक बिलियन अमरीकी डॉलर देने की प्रतिज्ञा की। हालांकि बाल स्वास्थ्य की रक्षा के लिए हमेशा ही बड़ी धनराशियाँ मिलती रही हैं परन्तु पिछले कई दशकों में मातृ स्वास्थ्य के लिए की गई यह एक बड़ी घोषणा थी। इस जर्नल के प्रकाशित होने तक हमें यह नहीं मालूम कि किस तरह यह धनराशि और आगे मिलने वाली धनराशियों का वितरण किया जाएगा, यह वितरण कौन करेगा और इसका कितना भाग मातृ स्वास्थ्य के लिए किया जाएगा। हमें उम्मीद है कि जैसे एमएनसीएच (MNCH) सहयोग कार्यक्रम में बाल स्वास्थ्य के लिए अधिक राशि उपलब्ध कराए

जाने की बजाए उन महिलाओं के स्वास्थ्य पर अधिक खर्च किया जाएगा जो इन बच्चों को जन्म देती हैं।

फिर भी, वास्तविकता यही है कि मातृ मृत्यु दर और उनमें रोग की स्थिति के स्तर को ऊंचा बनाए रखने वाली यह सभी समस्याएं और उनके हल राष्ट्रीय स्तर पर ही सफल या असफल सिद्ध होंगे।

प्रसव के समय कुशल देखभाल के लिए शिक्षा और प्रशिक्षण

तीसरी समस्या यह है कि राष्ट्रीय नीतियाँ प्रायः मातृ देखभाल के क्षेत्र में काम करने वाले स्वास्थ्यकर्मियों और प्रसव सेवाएं देने वाले दूसरे कुशल कर्मचारियों को शिक्षा और चिकित्सीय प्रशिक्षण से संबंधित मुद्दों को शामिल करने में असफल रहती हैं। उदाहरण के लिए मैक्सिको में अनुसंधानकर्ताओं के एक समूह ने प्रसूति सेवाएं देने वाली नर्सों, व्यावसायी दाइयों, चिकित्सकों को शिक्षा एवं चिकित्सीय प्रशिक्षण देने वाले तीन स्कूलों के पाठ्यक्रम का अध्ययन किया। उन्होंने जन्म सहायिकाओं के प्रशिक्षण निर्देशों के अंतरराष्ट्रीय संगठन द्वारा बनाए गए 214 संकेतकों से इस पाठ्यक्रम का अवलोकन किया। उन्हें पता चला कि जन्म सहायिकाओं को प्रशिक्षण देने के इस पाठ्यक्रम में कुशलता के केवल 83% विषयों को, सामान्य ज्ञान के 93% और सामान्य कुशलताओं के 86% विषयों को शामिल किया जा रहा था। प्रसूति नर्सों के

* इस घोषणा पर हस्ताक्षर करने वालों में यूके, नार्वे, जर्मनी, कनाडा, संयुक्त राष्ट्र की एजेंसियाँ व अन्य अंतरराष्ट्रीय एजेंसियाँ, बहुत से विकासशील देश और गेट्स फाउण्डेशन शामिल हैं।

स्कूल में इसका प्रतिशत क्रमशः 54%, 59% और 64% था जबकि चिकित्सीय विज्ञान के स्कूल में यह स्तर केवल 43%, 60% और 36% ही था। सामान्य चिकित्सकों के लिए बनाए गए पाठ्यक्रम में तीनों स्कूलों में सबसे कम कुशलताओं व ज्ञान पर ध्यान दिया जा रहा था। फिर भी वास्तविकता यही है कि मैक्सिको में अधिकांश प्रसवों के समय यही सामान्य चिकित्सक उपलब्ध रहते हैं। इसके विपरीत हर वर्ष केवल कुछ गिनी-चुनी व्यावसायिक जन्म सहायिकाओं को ही प्रशिक्षण दिया जाता है और प्रसूति नर्सों को तो औपचारिक रूप से सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत प्रसव कराने के लिए हाल ही के कुछ समय तक शामिल ही नहीं किया गया था। इन जानकारियों से पता चलता है कि यदि सभी नहीं तो बहुत से देशों में प्रसव एवं मातृ देखभाल सेवा प्रदाताओं की शिक्षा और चिकित्सीय प्रशिक्षण का फिर से जायज़ा लेने की आवश्यकता है।

यह साक्ष्य जन्म सहायिकाओं और प्रसूति नर्सों के प्रशिक्षण को सीमित समर्थन मिलने का केवल एक उदाहरण मात्र है। बेहतर गुणकारी प्रशिक्षण कार्यक्रमों और अधिक प्रशिक्षण संस्थानों के माध्यम से व्यापक प्रशिक्षण दिए जाने की आवश्यकता है। इसके अतिरिक्त हाल ही में आरंभ हुए प्रशिक्षण कार्यक्रमों का मूल्यांकन कर उन्हें प्रकाशित किया जाना भी जरूरी है।

साक्ष्यों पर आधारित मातृ देखभाल सेवाएं प्रदान करना

मेरी सूची में शामिल चौथी समस्या यह है कि सेवाओं की उपलब्धता और उन तक पहुँच और उन सेवाओं में देखभाल की गुणवत्ता अब भी एक कठिन विषय बना हुआ है। दशकों तक अनुसंधान करने के बाद प्रसव देखभाल सेवाओं में अपनाए जाने वाले व्यवहारों को विकसित किया गया है जो साक्ष्यों पर आधारित है। परन्तु अब भी इन व्यवहारों को लागू करने में कठिनाई आ रही है और पहले से अपनाई जा रही प्रक्रियाएं, जो साक्ष्यों पर आधारित नहीं हैं और नुकसानदायक भी हो सकती हैं, कि बहुलता एक चिन्ता का विषय है। ऐसा ही एक उदाहरण भारत के उत्तर प्रदेश में देखने को मिलता है (पैट्रिशिया जैफ्री व अन्य) जहाँ आमतौर पर घर पर प्रसव के दौरान स्थानीय पुरुष चिकित्सकों और जन्म सहायिकाओं द्वारा प्रसव पीड़ा को जल्दी पूरा करने के लिए मांसपेशियों में ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगा दिया जाता है और जिस पर कोई देखरेख नहीं होती। सहर हसन-बितार और लॉरा विक ने वैस्ट बैंक के एक सार्वजनिक रैफरल अस्पताल में ऐसी ही प्रथा अपनाए जाने की जानकारी दी है। आशा जॉर्ज ने भी भारत में कर्नाटक राज्य के ग्रामीण इलाकों में इसी तरह के इंजेक्शन दिए जाने की जानकारी दी है।

हसन-बितार और लॉरा विक ने प्रसव के समय ऐसी ही कुछ अन्य अनुचित प्रसव देखभाल प्रक्रियाओं को अपनाए जाने की

पहचान की। इनमें मुख्य हैं: प्रसव के समय महिलाओं के साथ महिला साथी को न रखने पर जोर देना, चलने-फिरने पर रोक और बार-बार योनि निरीक्षण। इक्लाम्पसिया या प्री इक्लाम्पसिया के लिए मैग्नीशियम सल्फेट का प्रयोग नहीं किया जा रहा था और प्रसव के बाद खून बहना एक आम घटना थी। जन्म सहायिकाओं की अत्यंत कमी देखी गई जिनका उपयुक्त निरीक्षण नहीं हो रहा था और उनमें कुशलता की कमी थी जिसके कारण देखभाल की गुणवत्ता प्रभावित होती थी। इन लेखकों ने यह बताया है कि सामान्य प्रसव को बढ़ावा देने वाली साक्ष्य आधारित प्रक्रियाओं का प्रयोग ऐसी परिस्थितियों में और भी महत्वपूर्ण हो जाता है जहाँ महिलाओं के बड़े परिवार हैं और संसाधनों की कमी है।

आपातकालिक प्रसूति देखभाल के लिए स्वास्थ्य प्रणालियों को मजबूत बनाना

पांचवी समस्या स्वास्थ्य प्रणालियों की कार्यशैली में कमी है जिससे कि मातृ स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल को गुणकारी बनाने के प्रयास भी प्रभावित होते हैं। हर कोने से स्वास्थ्य प्रणालियों को मजबूत बनाने की आवश्यकता को पहचाना जा रहा है और इसकी सिफारिश की जा रही है परन्तु इस काम को कैसे पूरा किया जाए इस बारे में लोगों के मन में बहुत कम योजनाएं हैं। जर्नल के इस अंक में इसी विषय पर नेपाल से प्राप्त दो लेखों को शामिल किया गया है जिनमें आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाओं को सुदृढ़ करने की ऐसी ही योजनाओं का ब्यौरा दिया गया है। नेपाल में तो

प्रसव सेवाओं को सुदृढ़ किया जा रहा है परन्तु यदि स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ करने के लिए बड़ी मात्रा में धन उपलब्ध कराया जाए तो क्या अन्य देशों में भी इस विषय को इतनी ही वरीयता दी जाएगी? या फिर प्रसव व गर्भावस्था से संबंधित देखभाल एक बार फिर से हाशिए पर धकेल दी जाएगी और हम हमेशा की तरह हाथ ही झटकते रह जाएंगे?

1997 से नेपाल को आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाएं बढ़ाने के लिए जिला स्तरीय स्वास्थ्य प्रक्रिया को मजबूत करने हेतु साक्ष्यों पर आधारित तकनीकी सहयोग मिलता रहा है। देश के 15% भाग में चलाई जा रही पंचवर्षीय परियोजना के अंतर्गत आपातकालिक प्रसव देखभाल आवश्यकताओं में औसतन 1.3% वार्षिक वृद्धि प्राप्त करने, परियोजना जिलों में 14% सार्वजनिक क्षेत्र की सुविधाओं तक पहुँचने में यह योजना सफल रही है (एलिसन डैम्बो रथ व अन्य)। मूलभूत सुविधाओं और उपकरणों की उपलब्धता में सुधार लाया गया है परन्तु इस तरह सेवाओं को लंबे समय तक जारी रख पाना, कुशल चिकित्सा की उपलब्धता, खून एवं एनिस्थीसिया सेवाओं की उपलब्धता अधिक बड़ी चुनौतियाँ थीं। इन जिलों में 70% आपातकालिक आप्रेशन नर्सों द्वारा किए गए जिन्हें इसके लिए अतिरिक्त प्रशिक्षण दिया गया था। मध्यम दर्जे के सेवा प्रदाताओं द्वारा इस तरह के नतीजे प्राप्त करना एक उल्लेखनीय घटना है। इस अंक में शामिल किए गए अनेक लेखों में ऐसे ही कार्यक्रमों का विवरण दिया गया है जिनमें गैर चिकित्सक क्लिनिक कर्मियों

और जन्म सहायिकाओं को मोज़ाम्बिक, मलावी और तंजानिया में ग्रामीण इलाकों में जहाँ चिकित्सक उपलब्ध नहीं होते, बहुत ही कम खर्च से आपातकालिक प्रसव एवं प्रसूति ऑपरेशन करने का सफल प्रशिक्षण दिया गया है (साउण्ड-अप)।

नेपाल में विशेषकर ग्रामीण इलाकों में संसाधनों और कर्मचारियों की कमी हमेशा ही कठिनाइयां उत्पन्न करती रही हैं। तकनीकी सहयोग के इस कार्यक्रम (कैरॉल ई बार्कर व अन्य) का उद्देश्य है कि क्षमता निर्माण द्वारा प्रसव सेवाएं देने के न्यूनतम आवश्यक पैकेज की स्थापना की जाए और साक्ष्य आधारित नीतियों के विकास को स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ करने के कार्य से जोड़ा जाए। इस सहयोग कार्यक्रम में लंबे समय के लिए योजनाएं बनाने, प्रसव के हर मामले में कुशल सेवा प्रदाता की उपस्थिति सुनिश्चित करने, सुरक्षित रक्त की आपूर्ति, कर्मचारियों के प्रशिक्षण, प्रबंधकों की क्षमता निर्माण, मॉनीटरिंग प्रक्रियाओं में सुधार तथा महिलाओं और सेवा प्रदाताओं के बीच सेवाओं की गुणवत्ता पर चर्चा आरंभ करने, साम्यता या सहभागिता बढ़ाने और जिला स्तर पर सेवाओं तक पहुँच को बढ़ाने पर जोर दिया गया है। गर्भपात को वैधानिक दर्जा दिए जाने के बाद सुरक्षित गर्भपात सेवाओं तक लोगों की पहुँच तेजी से बढ़ रही है।

बहुत कम की बजाए बहुत अधिक उपलब्धता की समस्या

ऐसा माना जाता है कि मातृ मृत्यु और रुग्णता

एक समस्या इसलिए है क्योंकि सभी आवश्यकताओं जैसे धन, प्रशिक्षण, मानव संसाधन, आपूर्ति व्यवस्थाओं, उपकरणों, यातायात तथा अच्छी सड़क व्यवस्था का अभाव होता है। परन्तु पिछले एक दशक से अधिक के दौरान प्रसव के दौरान देखभाल के क्षेत्र में "आवश्यकता से अधिक की उपलब्धता" छठी मुख्य समस्या के रूप में उभर कर सामने आई है। ऐसा केवल धनी देशों में नहीं बल्कि दूसरी जगहों पर भी देखा जा रहा है। बड़ी संख्या में एपिसियोटॉमी (प्रसव को आसान बनाने के लिए योनि को काट कर बड़ा करना) और सिजेरियन सैक्शन (ऑपरेशन द्वारा शिशु को बाहर निकालना) जैसे ऑपरेशनों का किया जाना हमेशा से एक ऐसा विषय रहा है जिस पर सबसे गुणकारी अनुसंधान संभवतः ब्राजील में किया गया³। सीरिया⁴ और वियतनाम⁵ में और अब चीन में प्रसव से पहले की जाँच के लिए और सार्वजनिक और निजी सेवा प्रदाताओं की आय बढ़ाने के उद्देश्य से आवश्यकता से अधिक अल्ट्रा-साउण्ड करना एक बड़ी समस्या बनकर उभरा है (अमाण्डा हैरिस व अन्य)। चीन के कुछ भागों में सामान्य प्रसव के दौरान अधिक चिकित्सीय एवं तकनीकी अंतर्क्षेप करना अन्य लगभग सभी देशों से अधिक है और योनि मार्ग से सामान्य प्रसव को अब एक ऐसा जोखिम मानकर परिभाषित किया जा रहा है जिसके लिए सामान्य अंतर्क्षेप करना ज़रूरी हो जाता है। भविष्य में किए जाने वाले प्रयासों की रूपरेखा से यह बिल्कुल नहीं मिलता जहाँ इस तरह के अंतर्क्षेपों को केवल लाभ कमाने के

लिए चलाई जा रही बाजार व्यवस्था का भाग समझा जाता है:

“नव उदारवादी स्वास्थ्य अर्थव्यवस्था में जहां अविकसित सरकारी नियंत्रक नीतियाँ लागू होती हैं, वहाँ उन लोगों को जो प्रसव सेवाओं के लिए भुगतान करने में सक्षम हैं, अपने स्वास्थ्य के प्रति एक नए तरह के जोखिम का सामना उन लोगों के कारण करना पड़ता है, जो इस व्यवस्था में लाभ कमाने की दृष्टि से आते हैं। जहां गरीब समुदायों की पहुंच मूल स्वास्थ्य सेवाओं तक भी नहीं हो पाती वहीं धनी सामाजिक-आर्थिक समूहों में गर्भावस्था के कारण महिलाओं में बीमारी होने और उनकी मृत्यु का खतरा इसलिए बढ़ जाता है क्योंकि उन्हें अनावश्यक अंतर्क्षेपों से गुजरना पड़ता है” (अमाण्डा हैरिस व अन्य)।

इस तरह सेवाओं की गुणवत्ता में सामंजस्य बनाए रखने के लिए देशों को यह जानना होगा कि क्या सामान्य प्रसव के दौरान अंतर्क्षेपों की बढ़ती दर से देखभाल की गुणवत्ता में कमी तो नहीं आ रही और कहीं इसके कारण अनावश्यक रोग तो नहीं बढ़ रहे।

एचआईवी संक्रमण और सुरक्षित मातृत्व का समाकलन

वर्ष 2010 तक एचआईवी संक्रमण में 50% की कमी करने के यूएनजीएसएस (UNGASS) के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए यह जरूरी है कि 80% गर्भवती महिलाएं प्रसव से पहले माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण (PMTCT) की रोकथाम संबंधी सेवाएं पा सकें।

परन्तु 2005 में यूनीसेफ और विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा 71 देशों के पुनरीक्षण के बाद पता चला कि केवल 7 देश इस लक्ष्य को प्राप्त करने की राह पर थे। वर्ष 2004 में 58 देशों में 7% के स्तर से बढ़कर पीएमटीसीटी (PMTCT) का स्तर 2005 में 71 देशों में 11% हो गया (च्यूई लुओ व अन्य)। जिन 31 देशों में आँकड़े उपलब्ध थे वहाँ पीएमटीसीटी (PMTCT) के लिए एंटी रेट्रो वॉयरल उपचार प्राप्त कर रही केवल 8% महिलाएं ही अपने स्वयं के स्वास्थ्य की रक्षा के लिए एंटी रेट्रो वायरल दवाएं ले रही थीं। यूएनजीएसएस (UNGASS) के लक्ष्यों को प्राप्त करने अर्थात् सातवीं समस्या को हल करने के लिए मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं में बड़ी मात्रा में निवेश और कटिबद्धता की जरूरत पड़ेगी। इसके साथ-साथ यह भी जरूरी होगा कि स्वास्थ्यकर्मी और स्वास्थ्य प्रणालियाँ पायलेट परियोजना चलाने से हटकर एक विकेंद्रित और एकीकृत सेवाएं देना आरंभ करें।

मातृ स्वास्थ्य सेवाओं के सामने मानवीय एवं वित्तीय संसाधनों की कमी जैसी समस्याएं आती हैं जिसके कारण एचआईवी की रोकथाम के प्रयासों को एकीकृत करने की उनकी कोशिशें प्रभावित होती हैं। एचआईवी और मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रमों, दोनों को ही प्रायः लक्ष्यों पर आधारित वित्तीय और तकनीकी सहयोग प्राप्त होता है और इन दोनों में ही एक दूसरे कार्यक्रम पर ध्यान नहीं दिया जाता (नेल ड्रूस व एन नोलॉन)। हालांकि 2007 में अनेक देशों द्वारा एड्स, टीबी और मलेरिया की रोकथाम के लिए

बनाए गए विश्व कोष के सामने प्रस्तुत प्रस्तावों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े कार्यक्रमों को भी शामिल किया गया है जिससे एचआईवी और कुछ मातृ स्वास्थ्य सेवाएं प्रभावित होंगी। ये प्रस्ताव दूसरे देशों के लिए उदाहरण बन सकते हैं। इसके अलावा बोत्सवाना, कीनिया और रवाण्डा जैसे देशों ने यह साबित कर दिया है कि यदि मातृ एवं नवजात शिशु देखभाल कार्यक्रमों के लिए देश में भरपूर प्रयास किए जाएं और संसाधन उपलब्ध कराए जाएं तो एचआईवी संक्रमण की रोकथाम की जा सकती है।

असुरक्षित गर्भपात अब भी जारी है

आठवीं समस्या असुरक्षित गर्भपात की है। लैन्सेट जर्नल में आने वाले दिनों में छपने वाले एक लेख से यह पता चला कि वर्ष 2003 में अनुमानित 42 मिलियन गर्भपात कराए गए जबकि 1995 में यह संख्या 46 मिलियन थी। वर्ष 2003 में दुनिया भर में 15 से 44 आयु वर्ष की महिलाओं द्वारा गर्भपात कराए जाने की दर 29 प्रति एक हजार रही जबकि 1995 में यह दर 35 थी। 2003 में कराए गए गर्भपात के कुल मामलों में से केवल 53% गर्भपात कानूनी रूप से मान्य थे। इसमें विकसित देशों के मामले भी शामिल हैं। लैटिन अमरीका और अफ्रीका में गर्भपात के लगभग सभी मामले और एशिया (पूर्वी एशिया को छोड़कर) में गर्भपात के दो तिहाई मामले असुरक्षित गर्भपात थे। यहाँ तक कि यूरोप में भी गर्भपात के 10% मामले असुरक्षित पाए गए। दुनियाभर में गर्भधारण के

हर 5 में से 1 का अंत गर्भपात के रूप में होता है⁶।

ऐसा लगता है कि असुरक्षित गर्भपात के कारण होने वाली मृत्यु के मामलों में धीरे-धीरे कमी आ रही है परन्तु जिन क्षेत्रों में गर्भपात को अभी भी कानूनी मान्यता नहीं मिली है वहाँ हर वर्ष असुरक्षित गर्भपात के कारण उत्पन्न जटिलताओं के उपचार के लिए लगभग 5 मिलियन महिलाएं अस्पतालों में भर्ती होती हैं। इसकी तुलना में विकसित देशों में गर्भपात के कारण उत्पन्न होने वाली जटिलताएं और अस्पताल में भर्ती किए जाने के मामले कभी-कभार ही देखे जाते हैं⁷। मेरे इस संपादकीय को लिखे जाते समय निकारागुआ में गर्भपात को पूरी तरह से गैर कानूनी बनाए रखने का निर्णय लिया गया है और यह घोषणा की गई है कि गर्भपात करवाने वाली महिलाओं और गर्भपात सुविधाएं देने वाले चिकित्सकों, दोनों को ही दोषी मानकर जेल की सजा दी जाएगी। गैर कानूनी रूप से गर्भपात सेवाएं देने वाले चिकित्सकों से प्रैक्टिस करने का अधिकार 2-5 वर्ष तक के लिए छीन लिया जाएगा। आने वाले समय में हम देखेंगे कि निकारागुआ में असुरक्षित गर्भपात के कारण मरने वाली महिलाओं की संख्या में वृद्धि होगी और असुरक्षित गर्भपात के बाद जटिलताओं का उपचार करने के लिए भी भयभीत चिकित्सक तैयार नहीं होंगे⁸। यह परिस्थितियाँ बहुत ही डरावनी और चिन्ताजनक हैं। चिली में भी गर्भपात को कानूनी मान्यता नहीं है भले ही किसी महिला का जीवन बचाने या उसकी

स्वास्थ्य सुरक्षा के लिए गर्भपात कराना कितना ही आवश्यक क्यों न हो। ऐसी परिस्थितियों में महिलाएं और चिकित्सा सेवा प्रदाता, दोनों ही संशयपूर्ण और अतिसंवेदनशील स्थिति में आ जाते हैं (बॉनी शैफर्ड और लीडिया कासास बैकेरा)। 1990 से गर्भपात की घटनाओं में शायद इसलिए कमी आई है क्योंकि अब गर्भनिरोधकों का प्रयोग बढ़ गया है और प्रजननशीलता कम हुई है। गर्भपात के कारण होने वाली जटिलताओं और मृत्यु के मामलों में भी कमी हुई है। हालांकि चिली के अस्पतालों में आधे-अधूरे गर्भपात के मामलों के उपचार के लिए अब भी डी एण्ड सी तकनीक का प्रयोग किया जाता है।

इस अंक के राउण्ड-अप लेख में उरुग्वे से भेजे गए एक लेख की चर्चा की गई है जहाँ गर्भपात से उत्पन्न जटिलताओं के कारण 29% गर्भवती महिलाओं की मृत्यु हो रही थी जबकि दुनिया भर में यह औसत 13% है। मॉन्टीवीडियो के एक सरकारी अस्पताल में मातृ मृत्यु के कुल मामलों में से 48% मामले असुरक्षित गर्भपात के कारण ही हुए थे। इन घटनाओं को देखते हुए वहाँ के स्त्री रोग एवं प्रसूति विशेषज्ञों ने 2004 में एक कार्यक्रम तैयार किया जिसे बाद में स्वास्थ्य मंत्रालय का औपचारिक समर्थन भी मिल गया। इस कार्यक्रम का नाम था "पब्लिक हेल्थ इनिशिएटिव अगेन्स्ट अनसेफ अर्बोशन" अर्थात् असुरक्षित गर्भपात के विरुद्ध सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की कोशिश। इस कार्यक्रम के अंतर्गत अनचाहे गर्भधारण या स्वयं में असुरक्षित गर्भपात का खतरा महसूस करने वाली हर

महिला को अस्पताल में सलाह दी जाती है। महिलाओं में गर्भावस्था की स्थिति का पता अल्ट्रा-साउण्ड द्वारा लगाया जाता है और यह भी जाँच की जाती है कि उनके गर्भपात में कोई कानूनी अड़चन तो नहीं आएगी। गर्भावस्था के ऐसे मामले जिनमें कानूनी रूप से गर्भपात नहीं किया जा सकता वहाँ महिलाओं को गर्भपात कराने में निहित खतरों के बारे में पूरी जानकारी दी जाती है। इस जानकारी में यह भी बताया जाता है कि उनके लिए माइसोप्रॉस्टोल की कितनी खुराक उपयुक्त होगी। महिलाओं को इस बात के लिए प्रेरित किया जाता है कि वे गर्भपात कराने के बाद या प्रसव पूर्व जाँच के लिए दोबारा अस्पताल आएँ। आधे-अधूरे गर्भपात के मामलों में महिलाएं यूट्रीन रगस्पिरेशन तकनीक से गर्भपात पूरा करवा सकती हैं (कार्यक्रम आरंभ होने के समय माइसोप्रॉस्टोल का प्रयोग किए जाने पर 30% मामलों में ऐसी घटनाएं देखी गईं परन्तु बाद में कार्यक्रम के जारी रहने पर यह घटकर 18% हो गई) और प्रभावी गर्भनिरोधक भी प्राप्त कर सकती हैं। इस कार्यक्रम के आरंभ होने के बाद से अस्पताल में गर्भपात से होने वाली जटिलताओं या मृत्यु का कोई मामला दर्ज नहीं हुआ है⁹।

अनुसंधान, मॉनीटरिंग और समीक्षा

जर्नल के इस अंक में छपे 5 लेखों में अनुसंधान, मॉनीटरिंग और समीक्षा विषय को उठाया गया है और इन सभी लेखों में बहुत अच्छे उदाहरण देकर यह बताया गया है कि देशों को अच्छे आँकड़ों की आवश्यकता क्यों

होती है और सीमित संसाधन होते हुए भी सेवाओं में सुधार लाने के लिए इन्हें कैसे प्रयोग किया जा सकता है। ब्राजील से प्राप्त एक लेख में पर्नाम्बको में मातृ मृत्यु के मामलों के स्तर और रूझानों में आए बदलाव का ब्यौरा दिया गया है। इसके लिए 1994 तथा 2003 के आँकड़ों में तुलना की गई है (सैन्ड्रा वॉलेनग्युरो एल्क्स) जिससे पता चलता है कि किस तरह वहाँ स्थिति में सुधार आया है। पिछले 10 वर्षों में इस राज्य में गर्भधारण के कारण महिलाओं की मृत्यु में 30% की कमी आई है परन्तु महिलाओं की मृत्यु को गलत तरीके से वर्गीकृत किया जाना वहाँ अब भी एक समस्या है और गर्भपात के गैर कानूनी होने के कारण भी मृत्यु के अनेक मामले सामने आए।

ब्राजील से प्राप्त एक दूसरे लेख में ऐसे अनेक अध्ययनों से प्राप्त जानकारियों का सारांश दिया गया है कि किस तरह गर्भपात के बाद महिलाओं में जटिल रोग उत्पन्न हुए और किस तरह इन जानकारियों से कुछ सीखा जा सकता है। “इस विषय के इतना विस्तृत होने, जल्दी-जल्दी अध्ययन के लिए मामलों के घटित होने और जटिलताएं झेल चुकीं महिलाओं से साक्षात्कार करने की संभावना होने के कारण महिलाओं में जटिल रोगों के अध्ययन को बढ़ावा मिलता है। इससे मातृ मृत्यु को कम करने के स्थानीय प्रयासों को भी दिशा मिल पाती है। इन प्रयासों में की गई प्रगति की मॉनीटरिंग, जन समुदायों में निगरानी और स्वास्थ्य सेवाओं की समीक्षा आदि शामिल हैं” (जोस ग्विलहर्म सिकैटी व अन्य)।

बोत्सवाना में 1998 में आरंभ हुए प्रसव के मामलों की मॉनीटरिंग करने के तरीके में मातृ मृत्यु और उससे संबंधित बीमारी के मामलों की समीक्षा की जाती है ताकि सेवाएं प्रदान करने के स्तर को सुधारने के प्रस्ताव तैयार किए जा सकें (कीतशोकिल दिन्तल मोगोबे व अन्य)। इसके लिए आँकड़ों का विश्लेषण राष्ट्रीय मातृ मृत्यु ऑडिट कमेटी द्वारा किया जाता है और यह आँकड़े प्रसव के बाद की समीक्षाओं और प्रक्रिया के संकेतकों के सर्वेक्षण से प्राप्त किए जाते हैं। 2001 में बोत्सवाना ने 70% गर्भवती महिलाओं ने प्रसव पूर्व जाँच करवाई हालांकि आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाओं तक पहुँच का स्तर बहुत अच्छा नहीं था। 2006 में प्रसव सेवाएं दे रहे 28 स्वास्थ्य केन्द्रों का सर्वेक्षण करने पर पाया गया कि वे चौबीसों घण्टे प्रसव सेवाएं दे रहे थे परन्तु वहाँ प्रयोगशाला, ऑपरेशन थिएटर और खून चढ़ाने की सुविधाएं सीमित थीं और केवल 50% डॉक्टरों तथा 67% जन्म सहायिकाओं को जीवन बचाने के लिए की जाने वाली प्रक्रियाओं में कुशलता हासिल थी। एंटी बायोटिक दवाएं पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध थीं परन्तु मैग्नीशियम सल्फेट, डायजीपॉम, ऑक्सीटॉसिक्स और मैनुअल वैक्यूम एस्पिरेशन किटों की कमी थी।

वर्ष 2004-05 के दौरान विश्व स्वास्थ्य संगठन के यूरोपीय क्षेत्र के 12 देशों में मातृ मृत्यु के मामलों के बारे में राष्ट्रीय स्तर पर गोपनीय जाँच पड़ताल किए जाने और स्वास्थ्य केन्द्रों में जटिलताओं के कारण रोग का सामना कर चुकी महिलाओं के मामलों की समीक्षा करने

की प्रणाली आरंभ की गई (एल्बर्टा बैसी व अन्य)। मालदोवा इस समीक्षा प्रक्रिया को आरंभ करने वाला पहला देश था और लेख में इस समीक्षा प्रक्रिया का विस्तृत ब्यौरा दिया गया है। इस प्रक्रिया में योजनाएं तैयार करने, समीक्षा करने के बारे में प्रशिक्षण देने और चिकित्सीय दिशा-निर्देश जिनके आधार पर इन समीक्षाओं की जाँच की जा सके, के बारे में एक तकनीकी कार्यशाला भी सम्मिलित थी। मालदोवा के 3 मुख्य रैफरल अस्पतालों में जटिलताएं होने के कारण उत्पन्न रोगों का शिकार हुई महिलाओं के मामलों की समीक्षा की गई है और स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा गोपनीय जाँच पड़ताल के लिए बनाई गई राष्ट्रीय समिति की दो बार बैठक हो चुकी है। कई दूसरे देशों में भी यह प्रक्रिया आरंभ हो गई है परन्तु इसमें धीमी प्रगति ही हुई है क्योंकि वहाँ चिकित्सकों के मन में यह डर है कि अगर उनकी देख-रेख में किसी महिला या बच्चे की मृत्यु हो गई तो उनके विरुद्ध कार्यवाही की जाएगी। भूतपूर्व सोवियत संघ के देशों में डॉक्टरों के मन में इस तरह का डर बहुत अधिक हुआ करता था।

अंत में स्वीडन से प्राप्त एक बहुत अच्छी अनुसंधान रिपोर्ट (कैरिन एलेब्रो व अन्य) में अफ्रीका (हॉर्न ऑफ अफ्रीका) से आए और स्वीडन में रह रहे प्रवासियों के बीच मातृ मृत्यु के मामलों की जाँच की गई है। इस समीक्षा का उद्देश्य मृत्यु के कारणों की जाँच करना था और यह जानना था कि क्या स्वीडन में मृत्यु के मामलों की रजिस्ट्री मातृ मृत्यु के मामलों के रूप में दर्ज हुई अथवा नहीं। मातृ मृत्यु के बहुत

से नए और संभावित मामलों का पता चला। लेखकों ने समीक्षा के अंत में यह सिफारिश की है कि गैर यूरोपीय प्रवासी माताओं की देखभाल करने वाली यूरोपीय जन्म सहायिकाओं और प्रसव सहायिकाओं की सांस्कृतिक जानकारी और चिकित्सीय कौशल को बढ़ाने की ओर अधिक ध्यान दिया जाना चाहिए ताकि इन महिलाओं में मातृ मृत्यु के कारण जो अब यूरोप में देखने में नहीं आते, जैसे टी.बी. का समय रहते पता लगाया जा सके।

मातृ मृत्यु के मामलों में कमी लाना केवल तकनीकी नहीं बल्कि एक सामाजिक अंतर्दृष्टि है

“मातृ स्वास्थ्य में सुधार लाने के कार्यक्रम केवल तकनीकी अंतर्दृष्टि न होकर सामाजिक अंतर्दृष्टि ही हैं और इनका आकलन इसी रूप में किया जाना चाहिए। इसके लिए आकलन के उन तरीकों का प्रयोग हो जो बदलाव लाने के लिए बनाए गए जटिल सामाजिक अंतर्दृष्टियों का आकलन करने के लिए किए जाते हैं। प्रभावी कार्यक्रमों के विभिन्न आयामों को पूरी दुनिया में परिभाषित किया गया है। हालांकि किसी विशेष परिस्थिति में कौन सी प्रक्रिया अधिक प्रभावी होगी यह वहाँ की परिस्थितियों पर निर्भर करता है” (लवडे पेनकेकना व अन्य)।

यह पैराग्राफ बार-बार तब तक पढ़ा जाना चाहिए जब तक कि इसमें कही गई बात आपके मन में पूरी तरह न समा जाए। इस जर्नल में बताई गई और बंगलादेश, रूस, दक्षिणी अफ्रीका और यूगाण्डा जैसे विशाल देशों से मिली सभी

महत्वपूर्ण जानकारी को इस पैराग्राफ में संक्षेप में बताया गया है। यह वह जानकारी है जो इस विषय पर इसी अंक में प्रकाशित एक अन्य दक्षिण अफ्रीकी अध्ययन (लीना सूजन थॉमस व अन्य) से मिली है:

“जानकारी प्राप्त करने के लिए बनाए जा रहे किसी संगठन के लिए जरूरी है कि मॉनीटरिंग और आकलन की नई संस्कृति और आत्म-मूल्यांकन का कौशल सभी स्वास्थ्यकर्मियों में हो और आँकड़ों को उन्हें एकत्रित किए जाने के समय ही प्रयोग किया जाए। कार्यक्रम व जिला स्तर के प्रबंधकों के बीच रिपोर्टिंग व्यवस्था में बदलाव लाने से विभिन्न अधिकारियों के बीच समन्वय में सुधार हो सकता है। यह भी जरूरी है कि कर्मचारियों के मूल्यांकन, पदोन्नति और उन्हें पुरस्कृत किए जाने की व्यवस्था में परिवर्तन लाया जाए। प्रशिक्षण कार्यक्रम के पाठ्यक्रम बनाने वाले व्यावसायिक संगठनों, प्रशिक्षण देने वाले संस्थानों और प्रशिक्षण व विकास के लिए धन उपलब्ध कराने वाले संगठनों के लिए जरूरी है कि वे स्वास्थ्य सेवाओं के विकास की चुनौती को स्वीकार करें और केवल किसी विशेष कार्यक्रम से जुड़े अंतर्दृष्टियों को बढ़ावा देना बंद करें”।

इसके साथ-साथ परिवार और समुदाय की भूमिका मातृ स्वास्थ्य और मातृ मृत्यु के मामलों का सामाजिक पहलू है जो हो सकता है कि उस पूरे प्रकरण से अछूता रह जाए। नेपाल में सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम के अंतर्गत समुदाय को जानकारी देने के एक ऐसे कार्यक्रम को

लागू किया गया था जिसे अन्य स्थानों पर भी आरंभ किया जा सकता है (रथ व अन्य)। जब तक इन परिवर्तनों को समुदाय में और प्रभावित लोगों द्वारा स्वीकार नहीं किया जाता तब तक अच्छी प्रसव पूर्व जाँच सुविधाएं होने, स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव कराने, समस्या उत्पन्न होने पर तुरन्त चिकित्सक के पास जाने और वहाँ तक पहुँचने के साधन उपलब्ध होने जैसे परिवर्तन होने की गति धीमी ही बनी रहेगी और गर्भवती महिलाओं का मरना जारी रहेगा।

प्रमुख निष्कर्ष: महिलाओं के महत्व को पहचानना

इस सब चर्चा के बाद प्रमुख निष्कर्ष यही निकलता है कि मातृ मृत्यु की घटनाओं में कमी लाना वास्तव में महिलाओं के महत्व को स्वीकार करना है। इस संदर्भ में इन पृष्ठों में कहीं 17 वर्षीय फिलिस्तीनी माँ द्वारा (हसन बितार व विक) की गई टिप्पणी हमें अंदर तक झकझोर देती है जिससे जब यह पूछा गया कि उसे जन्म देते समय कैसा अनुभव हुआ तो उसने कहा: “मालिक का शुक्र है कि वे मुझ पर चिल्लाये नहीं” मानो ऐसा करने से बाकी सारी चीजें स्वयं ही ठीक हो गई हों।

2005 में 5,36,000 महिलाओं की जीवन लीला समाप्त करने वाली स्थिति, दुःखद रूप से जस की तस बनी हुई है।

“महिलाओं की मृत्यु उनके जीवन के सबसे स्वर्णिम काल में हो रही है: वे समाज और अर्थव्यवस्था के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण हैं; वे आगे आने वाली पीढ़ी की जन्मदात्री हैं; वे कुल

उपलब्ध कर्मियों का आधा हिस्सा हैं... महिलाओं और बच्चों की बड़े पैमाने पर मृत्यु होते रहना एक विश्वव्यापी सामूहिक विफलता है" (वैंडी जे ग्राहम व अन्य)।

नेतृत्व की ज़रूरत

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम के शुरू होने से इसकी प्रभावशीलता के बारे में किए गए एक ऐतिहासिक अध्ययन में अनुसंधानकर्ता जर्मी शिफमैन और स्टीफानी स्मिथ इस निष्कर्ष पर पहुँचे हैं कि इसके पैरवीकारों को निम्नलिखित 4 राजनीतिक चुनौतियों का सामना करना होगा:

- उन्हें अपने आपस के झगड़ों को खत्म कर अंतरराष्ट्रीय और राष्ट्रीय राजनितिज्ञों के समक्ष संयुक्त रूप से अपनी आवाज़ उठानी होगी;
- इस पहल को दिशा देने और इसे जारी रखने के लिए प्रभावी संस्थाओं की स्थापना करनी होगी;
- जन सामान्य के बीच इस विषय को इस तरह से उठाना होगा कि राजनीतिक नेतृत्व को यह महसूस हो कि इस कार्य को प्राथमिकता दी जानी चाहिए; और
- ऐसे देशों में जहाँ मातृ मृत्यु अधिक होती है वहाँ किए जा रहे प्रयासों के साथ मज़बूत संयोजन या जुड़ाव तैयार करने होंगे।

अन्य विशेषताएं

1997 में भारत के उच्चतम न्यायालय ने कार्यस्थल पर होने वाले यौन उत्पीड़न को

मानवाधिकारों की अवहेलना के रूप में स्वीकार किया। इस अंक में छपे एक लेख (परमिता चौधरी) में वर्ष 2005-06 में भारत में पश्चिम बंगाल के कोलकाता नगर के चार अस्पतालों की 135 महिला डॉक्टरों, नर्सों, स्वास्थ्यकर्मियों, प्रशासनिक सहयोगियों व अन्य गैर चिकित्सीय महिला कर्मचारियों के बीच किए गए अध्ययन की जानकारी दी गई है। इस अध्ययन में पता चला कि पुरुष डॉक्टरों, मरीजों और दूसरे कर्मचारियों द्वारा उनके साथ मौखिक और मानसिक उत्पीड़न करने की कोशिश की जाती थी। ये महिलाएं शिकायत करने से हिचकिचाती थीं क्योंकि उन्हें लगता था कि ऐसा करने से उनकी नौकरी या मान-मर्यादा पर आँच आएगी। ये वही महिला स्वास्थ्यकर्मी हैं जिन पर मातृ मृत्यु को रोकने का दारोमदार है। ये भी महिलाएं हैं और कभी-कभी उन्हें स्वास्थ्य-कर्मियों के रूप में सुरक्षित रहने की चिन्ता सताती है।

अंत में, क्लीमैन्टीन रौज़ियर बर्किनाफासो में गर्भपात के संबंध में उत्पन्न होने वाली दो विषम परिस्थितियों के बारे में बताती हैं: वे कौन सी परिस्थितियाँ हैं जिनके कारण महिलाएं और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ऐसी बातें बताने के लिए बाध्य हो जाते हैं जिन्हें वे गोपनीय रखना चाहते हैं और महिलाएं दूसरों से गर्भपात सेवाओं की उपलब्धता के बारे में चर्चा करते हुए भी* अपने गर्भपात को किस प्रकार गोपनीय रख पाती हैं।

निर्धनता और मानवीय विकास विषय पर विशेष अंक

दो कारणों से जर्नल के इस अंक को समय से पहले प्रकाशित किया जा रहा है। पहला तो यह है कि पिछले वर्ष आरएचएम ने विज्ञान संपादकों की परिषद और 130 दूसरी पत्रिकाओं के साथ निर्धनता और मानवीय विकास पर आरंभ की जाने वाली पहल से जुड़ना स्वीकार किया था। इन सभी पत्रिकाओं ने आपस में मिल कर यह निर्णय लिया है कि वे इस प्रकाशन को 22 अक्टूबर 2007 को एक साथ जारी करेंगे। दूसरा कारण यह है कि इस जर्नल को अक्टूबर में *वूमैन डिलीवर* विषय पर लंदन में होने वाले सम्मेलन में वितरित किया जा सके।

आरएचएम की वेब-साइट पर इस अंक के बारे में जानकारियाँ

जर्नल के इस अंक में शामिल किए गए लेखों की संख्या और इनमें दिए गए विवरण को देखते हुए पिछले 6 महीने के दौरान प्रकाशित साहित्य का ब्यौरा देने वाले राउण्ड-अप सैक्शन को सम्मिलित कर पाना संभव नहीं है। इसलिए इसमें केवल मातृ मृत्यु और महिलाओं में रोग की स्थिति विषय पर सारांश ही शामिल किए गए हैं। शेष बचे राउण्ड-अप लेखों को आरएचएम की वेबसाइट www.rhmjournal.org.uk में आरएचएम जर्नल राउण्ड-अप विषय से

शामिल किया जाएगा। जिस दिन शेष जर्नल एल्साइवर की वेबसाइट पर जारी होगा उसी दिन इन्हें भी वेबसाइट पर जारी कर दिया जाएगा।

आरएचएम में संक्षेपाक्षरों का प्रयोग

आरएचएम के इस अंक के लिए आरंभ में जब लेख मंगाए गए तो उन लेखों में बहुत से संक्षेपाक्षरों का प्रयोग किया गया था। इनका ब्यौरा इस प्रकार है:

WHO, BTN, MMR, MPS, CEMD, NMCR, MOH, UNFPA, UNICEF, USAID, MCHRI, IMPAC, EOC, SSMP, DFID, DHS, HDI, MNH, UNDP, MoHP, HIS, PMTCT, MCH, ARV, UNGASS, ANC, ART, SRH, TB, MDG, UN, HIV, AIDS, IATT, EC, GFATM, ICPD, STI, RH, FP, USG, UK APPG, PEPFAR, VCT, SWAp, NGO, HRC, GAO, NAC, PSI, FHI, ICD, EmOC, RGI, RMP, PHC, ANM, MO, IIPS, GAVI, CS, GDP, OECD, IV, PPH, WCHD, IMR, EAG, NRHM, UP, SRS, RCH, CSSM, TBA, FRU, CHC, JSY, ASHA, BPL, NFHS, OR, AMTSL, IMNCI, BCC, IEC, CDC, CEE/CIS, HAART, CD4, AZT, 3TC, NVP, sdNVP, MTCT, DBS, PCR, M&E, SMI, MM&M, APH, MVA, SBA, NSMP, MCHW, BEOC, CEOC, VDC, FHD, HMG, ODC, DRC, INSD, UERD, AGI, D&C, MD, FONASA, CEDAW, ICESCR, PAHO, SERNAM, PMR, MOU, SDA, HW, HWC, HWFC, RPR, HR, ND, SB, CEDEPLAR, RAMOS,

* इस लेख के एक पहले मसौदे के बारे में अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त करने के लिए हम पॉल वैन लुक, जूलिया हुसैन, चैरी बर्ड, साइमॉन दिन्ज़ और लवडे पेनकेकना के आभारी हैं।

GERES, IRB, SIM, SINASC, IBGE, DATASUS, IFES, LTR, TFR, INSP, Ob/Gyn, UNAM, ENEO, SOM, PPT, ON, GP, SSA, ICM, FIGO, IUD, MANA, LEO, UC, HIPC, IMMPACT, KI, RHM

यही कारण है कि हम लेखकों से यह निवेदन करते हैं कि वे संक्षेपाक्षरों का प्रयोग न करें या उन्हीं संक्षेपाक्षरों का प्रयोग करें जो बहुत अधिक प्रचलित हैं और जिन्हें दुनिया भर में प्रयोग किया जाता है। पाठकों से यह आशा करना गलत होगा कि वे हर लेख में प्रयोग किए गए संक्षेपाक्षरों का ब्यौरा याद रखें और इससे लेखकों में भी शिथिलता आ जाती है। संक्षेपाक्षरों को उनके वास्तविक शब्दों की अपेक्षा बार-बार प्रयोग करना सरल होता है और ऐसा करने से प्रायः उनका वास्तविक अर्थ कहीं खो जाता है। आज लिखने और बातचीत करने में संक्षेपाक्षरों का प्रयोग एक तरह से कैंसर रोग की तरह है और इनके प्रयोग से बचना चाहिए।

2008 से आरएचएम शुल्क में बढ़ोतरी हो रही है

कई कारणों से वर्ष 2008 के आरंभ से आरएचएम के वार्षिक शुल्क में बढ़ोतरी की जा रही है: (1) हमने पिछले 4-5 वर्षों में इस शुल्क में बहुत कम बढ़ोतरी की है; (2) हमें एल्साइवर जर्नल के प्रबंधकों से यह सूचना मिली कि कीमतों में लगातार वृद्धि के चलते बहुत ही जल्द हमें प्रकाशन के इस कार्य में घाटा होने लगेगा जिसे हम वहन नहीं कर पाएंगे; (3) हमने कुछ खोजबीन की और यह पाया कि हमारे क्षेत्र से संबंधित दूसरे जर्नलों की अपेक्षा हमारी कीमत बहुत कम है; (4) पिछले कुछ

वर्षों से हम एक अतिरिक्त अंक और सीडी जारी करते रहे हैं जिसके लिए हमने कभी अतिरिक्त शुल्क नहीं मांगा; (5) संभवतः अगले वर्ष भी हम एक अनुपूरक (सप्लीमेंट) और सीडी जारी करेंगे और शीघ्र ही अंग्रेजी के अलावा यह जर्नल सात अन्य भाषाओं में भी उपलब्ध होगा। इसलिए हमें लगा कि यही समय है कि जब हमें शुल्क में बढ़ोतरी करनी चाहिए। हमें यह निर्णय लेना था कि यह बढ़ोतरी कितनी हो और क्या हम इसे एक ही बार कर पाएंगे या थोड़ा-थोड़ा कर कई वर्षों तक करते रहेंगे। हमें लगा कि अगले वर्ष एक ही बार में मूल्य वृद्धि कर इस विषय को यहीं समाप्त कर देना बेहतर होगा और बाद में हम महंगाई बढ़ने के साथ ही इसमें वृद्धि करेंगे। हम नहीं जानते कि हमारा यह निर्णय पूरी तरह सही है अथवा नहीं। फिर भी हम पाठकों को यह आश्वासन जरूर दे सकते हैं कि नए मूल्यों के बाद भी यह ध्यान में रखते हुए कि अब हर वर्ष जर्नल के दो की बजाए तीन अंक प्रकाशित हो रहे हैं, इस क्षेत्र में हमारे जर्नल का मूल्य सबसे कम है। निःशुल्क प्रतियाँ भेजने के बारे में नीति में कोई बदलाव नहीं किया गया है। हमें उम्मीद है कि आप आरएचएम जर्नल को पढ़ना और प्राप्त करना जारी रखेंगे।

संपादक, रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, लंदन, यू.के।

ई-मेल (नई) mberer@rhmjournal.org.uk

संदर्भ

1. Mbonye AK, Mutabazi MG, Asimwe JB. Declining maternal mortality ratio in Uganda:

- priority interventions to achieve the Millennium Development Goal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;98:285-90.
2. Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, et al. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn and child health. *Lancet* 2006;368:1077-87
 3. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):100-10.
 4. Bashour H, Hafez R, Abdulsalam A. Syrian women's perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):147-54.
 5. Gammeltoft T, Nguyen HTT. The commodification of obstetric ultrasound scanning in Hanoi, Viet Nam. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29):163-71
 6. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, et al. Induced abortion: a global reality with avoidable risks. *Lancet* 2007 (In press).
 7. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006;368:1887-92.
 8. Loaisiga Lopez L. Aborto terapeutico continuara penado. *La Prensa*. 13 September 2007 At: <www-usa.laprensa.com.ni/archivo/2007/septiembre/13/noticias/ultimahora/215429.shtml>.
 9. Briozzo L, Vidiella G, Rodriguez F, et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2006;95:221-26
 10. Shiffman J, Smith S. A protracted launch: the first two decades of the global safe motherhood initiative. Used at a maternal mortality consultation called by the MacArthur Foundation, 7 May 2007 (Unpublished).



वर्ष 1990 से 2005 के दौरान मातृ मृत्यु दर और मातृत्व से संबंधित देखभाल: महत्वपूर्ण किन्तु असमान प्रगति

Iqbal H Shah, Lale Say

इकबाल एच शाह^अ, लाले साय^ब

सारांश:

बहुत से देशों में मातृ मृत्यु, प्रजननशील आयु की महिलाओं में मृत्यु का मुख्य कारण होता है। पहले से प्रकाशित अध्ययनों के नतीजों और जनसंख्या एवं स्वास्थ्य सर्वेक्षणों से यह जानकारी मिली है कि 1990 से 2005 के दौरान मातृ मृत्यु दर को कम करने की दिशा में साधारण प्रगति ही हुई है। 2005 में मातृत्व के कारण 536,000 महिलाओं की मृत्यु हुई। 1990 में हर 100,000 जीवित शिशुओं के जन्म पर अनुमानित मातृ मृत्यु दर 430 थी जोकि 2005 में घट कर 400 हो गई। मातृ मृत्यु दर में सबसे ज्यादा कमी पूर्वी एशिया (4 प्रतिशत वार्षिक) और उत्तरी अफ्रीका (3 प्रतिशत वार्षिक) में देखी गई। अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों और दक्षिण पूर्व एशिया में मातृ मृत्यु और मृत्यु दर सबसे अधिक थी जबकि पूर्वी एशिया तथा लैटिन अमरीका/कैरिबियन देशों में यह सबसे कम थी। 53 देशों में इस बारे में आँकड़े इक्कठे किए गए। इनमें से 11 देशों में 25% से कम महिलाओं ने बच्चों के जन्म से पहले कम से कम 4 बार प्रसव पूर्व जाँच करवाई थी। 63% मामलों में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायिका मौजूद थी; अफ्रीका में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायिका की मौजूदगी की दर 47% थी तो लैटिन अमरीका/कैरिबियन में यह 88% तक थी। आपातकालिक प्रसूति देखभाल के आँकड़े 23 देशों में इक्कठे किए गए थे और उनसे पता चलता है कि उनमें से 16 देशों में आपातकालिक प्रसूति देखभाल के स्तर को 50% से कम तक ही प्राप्त किया गया था। 30 विकासशील देशों में अस्पताल में प्रसव कराने वाली महिलाओं में से केवल 61% को प्रसव के बाद जाँच सुविधा मिली थी। घर पर प्रसव कराने वाली महिलाओं में प्रसव के बाद देखभाल का प्रतिशत और भी कम था। जिन देशों में हर 100,000 जीवित शिशुओं के जन्म पर मातृ मृत्यु दर 750 से अधिक रही है वहाँ अधिक प्रजननशीलता, अनचाहे गर्भ, स्वास्थ्य सुविधाओं में संसाधनों की कमी और स्वास्थ्य कर्मचारियों के उपलब्ध न होने जैसी समस्याएं देखी गईं। इस बारे में हमें आगे बहुत अधिक मेहनत करनी होगी। © 2007 विश्व स्वास्थ्य संगठन, सर्वाधिकार सुरक्षित

मुख्य शब्द: मातृ मृत्यु, प्रसव पूर्व जाँच, जन्म के समय कुशल सहायिका की उपस्थिति, आपातकालिक प्रसूति देखभाल, प्रसव के बाद देखभाल, गर्भनिरोधकों का प्रयोग।

गर्भावस्था के दौरान या गर्भपात कराने के 42 दिन के अंदर यदि किसी महिला की मृत्यु हो जाए तो इसे मातृ मृत्यु का मामला कहा जाता है भले ही गर्भ की अवधि कितनी ही हो और मृत्यु का स्थान कहीं भी रहा हो। मृत्यु का कारण दुर्घटना के अलावा गर्भधारण के कारण या उससे संबंधित किए गए इलाज से उत्पन्न कोई जटिलता या समस्या होनी चाहिए। मातृत्व के कारण महिला की मृत्यु प्रसूति की समस्याओं, प्रसव या प्रसव के बाद होने वाले बुखार जैसे दिखाई पड़ने वाले कारणों से या फिर शरीर में पहले से मौजूद और गर्भावस्था के दौरान उत्पन्न या जटिल हुई बीमारियों आदि के कारण भी हो सकती है। “किसी महिला की मृत्यु को मातृ मृत्यु तब कहा जाता है जब मृत्यु के समय महिला गर्भवती हो या मृत्यु से 42 दिन पहले तक उसका गर्भपात हुआ हो भले ही मृत्यु का कारण कुछ भी हो।” रोगों के वर्गीकरण की दसवीं अंतरराष्ट्रीय सूची में यह बात कही गई है कि आधुनिक जीवन रक्षक प्रक्रियाओं से मृत्यु को टाला जा सकता है। इसलिए अब मातृ मृत्यु का एक नया वर्ग बनाया गया है। इसे इस तरह से परिभाषित किया गया है कि “प्रसव से संबंधित प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष कारणों से या गर्भपात कराने के 42 दिन बाद और एक साल से पहले महिला की मृत्यु”। अगर मृत्यु के सही कारण का पता न हो तो इसे मातृ मृत्यु का मामला नहीं माना जा सकता। यही कारण है कि आमतौर पर जिन देशों में ऐसे मामलों को दर्ज करने की और रिकॉर्ड रखने की अच्छी व्यवस्था है वहां भी

मातृ मृत्यु के मामले कम ही दर्ज हो पाते हैं। गर्भावस्था के शुरुआती दिनों में मृत्यु के मामलों को दर्ज न किए जाने की संभावना ज्यादा होती है।

मातृ मृत्यु दर (एमएमआर/MMR) का अनुपात प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर मृत्यु के मामलों के अनुपात में परिभाषित किया जाता है और मातृ मृत्यु के मामलों को बताने के लिए आमतौर पर इसी तरीके का इस्तेमाल किया जाता है। सहस्राब्दि विकास लक्ष्य 5 (एमडीजी 5) को प्राप्त करने के लिए हुई प्रगति को भी इसी आधार पर मापा जाता है। इसके लिए मातृ मृत्यु दर जैसे एक दूसरे तरीके का इस्तेमाल भी किया जाता है जिसमें प्रजननशील आयु की हर एक हजार महिलाओं में मातृ मृत्यु के मामलों को गिना जाता है। एक वयस्क महिला में मातृ मृत्यु होने का अनुमान लगाते समय प्रजननशील उम्र में उसके गर्भधारण करने और उस गर्भ के कारण उसकी मृत्यु की संभावनाओं को ध्यान में रखा जाता है।

बहुत से देशों में मातृ मृत्यु, प्रजननशील आयु की महिलाओं में मृत्यु का मुख्य कारण होता है। हाल ही में लगाए गए अनुमानों से पता चलता है कि वर्ष 2005 में गर्भावस्था के कारण उत्पन्न जटिलताओं, बच्चे के जन्म या असुरक्षित गर्भपात के कारण 536,000 महिलाओं की मृत्यु हुई (तालिका-1)²। यह अनुमान लगाया गया कि हर 100,000 जीवित शिशुओं के जन्म पर मातृ मृत्यु दर 400 की थी और हर 92 महिलाओं में से 1 के उसके पूरे प्रजनन काल में मरने की संभावना थी। पूरी दुनिया में

मातृ मृत्यु के मामलों में असमानता थी और यह मामले इन स्थानों पर प्रजननशील महिलाओं की जनसंख्या के अनुपात में नहीं थे। कुल मामलों में से लगभग आधे (270,000) मामले अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में देखे गए जहाँ 2005 में दुनिया की कुल प्रजननशील आयु (15-49 वर्ष) की महिलाओं में से केवल 10% महिलाएं ही रहती थीं। दक्षिण एशिया और अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में मातृ मृत्यु के कुल 458,000 मामले देखे गए जो दुनिया भर में मातृ मृत्यु के मामलों का 86% था जबकि यहाँ दुनिया की कुल प्रजननशील आयु की महिलाओं में से केवल 22% महिलाएं रहती थीं। अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में मातृ मृत्यु की दर प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर 900 है। किसी 15 वर्षीय लड़की के मातृत्व से जुड़े कारणों से मर जाने की संभावना भी यहाँ सबसे अधिक 22 में से 1 है। विकसित क्षेत्रों में मातृ मृत्यु दर 9 है और मातृत्व से जुड़े कारणों से किसी महिला की मृत्यु की संभावना 7300 में से 1 है। अगर इन दोनों में तुलना की जाए तो पता चलता है कि किसी विकसित देश की अपेक्षा अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में गर्भधारण के कारण महिला की मृत्यु का खतरा 100 गुणा ($900/9 = 100$) अधिक है। अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में अपने प्रजननकाल के दौरान महिलाओं में मृत्यु का खतरा विकसित देशों की अपेक्षा 332 गुणा ($7300/22 = 332$) अधिक है। ऐसा लगता है कि दुनिया के अलग-अलग प्रदेशों में स्वास्थ्य की स्थिति में असमानता दिखाने वाला इससे

बड़ा कोई संकेतक नहीं है।

विश्व में मातृ मृत्यु

आमतौर पर यह सवाल हमारे सामने उठ खड़ा होता है कि क्या समय बीतने के साथ-साथ मातृ मृत्यु के मामलों में कमी आई है? इस सवाल का जवाब दे पाना कठिन है क्योंकि इन मामलों का अनुमान लगाने के तरीके में बदलाव और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर तुलना कर पाने के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन, यूनीसेफ और यूएनएफपीए द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले मातृ मृत्यु के मामले के आँकड़ों की उपलब्धता में बदलाव आया है। इसके अलावा इन अनुमानों की सटीकता में इतना अधिक अंतर होता है कि इनमें तुलना कर पाना कठिन हो जाता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO), यूनीसेफ (UNICEF), यूएनएफपीए (UNFPA) और विश्व बैंक² (WORLD BANK)ने 2005 के लिए मातृ मृत्यु के मामलों की जानकारी देते समय 1990 और 2005 के आँकड़ों में एक ही तरीके से तुलना करते हुए (तालिका 2) इस समस्या को हल करने की कोशिश की है। इनसे पता चलता है कि पूर्वी एशिया (4% सालाना) और उत्तरी अफ्रीका (3% सालाना) में इस समय के दौरान मातृ मृत्यु के मामलों में बहुत कमी आई। अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों, पश्चिम एशिया और दक्षिण एशिया में जहाँ मातृ मृत्यु दर अपेक्षाकृत ज्यादा है वहाँ कम प्रगति देखी गई। यहाँ 1990 और 2005 के बीच मातृ मृत्यु दर में यह कमी क्रमशः 0.1%, 1.2% और 1.6% की रही। यह अनुमान लगाया गया है कि अगर सहस्राब्दि विकास लक्ष्य 5 (MDG5) को प्राप्त

करना है तो इस दर में वार्षिक 5.5% की कमी लाना आवश्यक होगा²। पूरी दुनिया में और इन क्षेत्रों में कमी के इस स्तर को प्राप्त करना संभव नहीं हो पाया है। हालांकि बंगलादेश, चीन, मलेशिया, थाइलैण्ड और श्रीलंका जैसे अनेक देशों में थोड़े ही समय में मातृ मृत्यु दर लगभग आधी हो गई है³।

चूंकि देशों से प्राप्त होने वाले आँकड़ों में, उन्हें एकत्र करने के तरीकों में, पूरी जानकारी न होना और जानकारी के अभाव में बहुत अधिक अंतर है इसलिए वर्ष 2005² के लिए अनुमान लगाते समय विभिन्न स्रोतों से प्राप्त आँकड़ों को मिलाकर इस्तेमाल करने की प्रक्रिया का प्रयोग किया गया है। 65 देशों में

तालिका-1: क्षेत्रों के आधार पर 2005 में प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर मातृ मृत्यु दर, मातृ मृत्यु के मामले और वयस्क महिला के जीवन में गर्भधारण के कारण मृत्यु का अंदेशा (आँकड़ों में से दशमलव हटा कर, पूर्ण संख्या दिखाई गई है)²

क्षेत्र	मातृ मृत्यु (संख्या)	मातृ मृत्यु दर (एमएमआर)	मातृ मृत्यु दर के अनुमानों में सटीकता का अभाव		वयस्क जीवन में मातृ मृत्यु की आशंका 1 प्रति
			न्यूनतम अनुमान	अधिकतम अनुमान	
विश्व	536,000	400	220	650	92
विकसित क्षेत्र	960	9	8	17	7,300
राष्ट्रमंडल के स्वतंत्र देश (सीआईएस)	1,800	51	28	140	1,300
विकासशील क्षेत्र	533,000	450	240	730	75
अफ्रीका	276,000	820	410	1,400	26
उत्तरी अफ्रीका	5,700	160	85	290	210
अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश	270,000	900	450	1,500	22
एशिया	241,000	330	190	520	120
पूर्वी एशिया	9,200	50	31	80	1,200
दक्षिण एशिया	188,000	490	290	750	61
दक्षिण-पूर्व एशिया	35,000	300	160	550	130
पश्चिम एशिया	8,300	160	62	340	170
लैटिन अमरीकी व कैरिबियन देश	15,000	130	81	230	290
ओशियाना	890	430	120	1,200	62

मातृ मृत्यु के मामलों के आँकड़े प्राप्त करने के लिए वहाँ सूचनाओं को दर्ज करने की प्रणाली का प्रयोग किया गया। इस प्रणाली में मृत्यु के कारणों के बारे में दी गई जानकारी पर ध्यान नहीं दिया गया। 28 देशों में (डाइरेक्ट सिस्टरहुड तरीके) घरों में किए गए जनसंख्या एवं स्वास्थ्य सर्वेक्षणों से मिली सीधी जानकारी प्रयोग की गई। 4 देशों में ये आँकड़े प्रजननशील आयु में मृत्यु के अध्ययनों से लिए गए और 13 देशों में रोग निगरानी, नमूना पंजीकरण, जनगणना और विशेष अध्ययनों से प्राप्त आँकड़े प्रयोग किए गए। बाकी के 61 देशों में जहाँ मातृ मृत्यु के मामलों के बारे में राष्ट्रीय स्तर पर आँकड़े उपलब्ध नहीं थे वहाँ सांख्यिकीय आधार पर अनुमान लगाए गए। आवश्यकता होने पर जानकारी न दिए जाने की घटनाओं को सम्मिलित करने के लिए इन आँकड़ों में फेर-बदल भी किया गया²। हालांकि मातृ मृत्यु दर का निर्धारण करने के लिए यही तकनीक सबसे अधिक व्यावहारिक लगी फिर भी, आँकड़ों के स्रोतों और अनुमान लगाए जाने की प्रक्रिया में विभिन्नता होने के कारण अलग-अलग देशों के समूहों में मातृ मृत्यु दर की तुलना करने में कठिनाई हुई।

जनसंख्या समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षण मातृ मृत्यु और स्वास्थ्य एवं जनसंख्या से जुड़े दूसरे पहलुओं की जानकारी देने का अच्छा स्रोत साबित हुआ है। यह खास तौर पर उन देशों में बहुत उपयोगी रहा जहाँ सूचनाओं को दर्ज करने की प्रणाली पूरी तरह से कारगर नहीं है और जहाँ मृत्यु के बहुत से मामलों की सूचना

स्वास्थ्य प्रणाली तक नहीं पहुँच पाती। इन सर्वेक्षणों में गर्भावस्था, प्रसव या शिशु जन्म अथवा गर्भपात के 2 महीने के भीतर महिला की मृत्यु के मामले को मातृ मृत्यु माना जाता है। इस तरीके में सर्वेक्षण में जवाब देने वाले लोगों की बहनों के जीवित रहने के आधार पर (इसे सिस्टरहुड मेथड कहते हैं) मातृ मृत्यु दर का अंदाजा लगाया जाता है। सर्वेक्षण के दौरान जवाब देने वाले लोगों से उनकी माँ से जन्में सभी बच्चों के जीवित रहने के बारे में अनेक सवाल पूछे जाते हैं। इन सवालों से प्राप्त जानकारी के आधार पर जन्म और मृत्यु के मामलों को कैलेण्डर पर दर्ज किया जा सकता है और जिस समय के लिए यह जानकारी ली जा रही हो, उस समय के दौरान अलग-अलग जेंडर और आयु में मृत्यु के मामलों की गिनती की जा सकती है। जनसंख्या समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षण प्रक्रिया के आधार पर सर्वेक्षण से पहले के 7 वर्षों में मातृ मृत्यु दर का अंदाजा लगाया जाता है। इस तरह इस लेख में जिन आँकड़ों का विश्लेषण किया गया है वे वर्ष 2000 या उससे पहले के हैं। जनगणना समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षण से प्राप्त आँकड़ों में कुछ दूसरी खामियाँ भी रहती हैं। इस प्रक्रिया में महिलाओं द्वारा दी गई जानकारी के आधार पर अनुमान लगाए जाते हैं जहाँ कुछ जानकारी के नहीं दिए जाने का डर रहता है तथा इन जानकारियों में गलती होने या गलत सूचना देने की संभावना रहती है। ऐसा पता चला है कि सिस्टरहुड मेथड से प्राप्त आँकड़ों के आधार पर मातृ मृत्यु के मामलों में लगाए गए अनुमान वास्तविक संख्या

से कम होते हैं^{4,5}। इस तरह आँकड़े एकत्रित कर मातृ मृत्यु के अनुमान लगाने के लिए बड़े पैमाने पर सर्वेक्षण करने जरूरी होते हैं और इनमें अनुमानों की विश्वसनीयता में अंतर का दायरा बढ़ जाता है। फिर भी, इस तरह से

प्राप्त आँकड़ों से अलग-अलग देशों के बीच तुलना की जा सकती है क्योंकि इन सभी में एक ही तरह के तरीके का प्रयोग किया जाता है।

42 में से 22 विकासशील देशों में जनसंख्या

तालिका-2: क्षेत्रों के आधार पर 1990 और 2005 में प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर मातृ मृत्यु दर, मातृ मृत्यु के मामले (आँकड़ों में से दशमलव हटा कर, पूर्ण संख्या दिखाई गई है) ²						
क्षेत्र	1990		2005		2005 और 1990 के बीच मातृ दर में प्रतिशत बदलाव	2005 तथा 1990 के बीच मातृ मृत्यु दर में वार्षिक प्रतिशत बदलाव
	मातृ मृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्म	मातृ मृत्यु (संख्या)	मातृ मृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्म	मातृ मृत्यु (संख्या)		
विश्व	430	576,000	400	536,000	-5.4	-0.4
विकसित क्षेत्र	11	1,300	9	960	-23.6	-1.8
राष्ट्रमंडल के स्वतंत्र देश (सीआईएस)	58	2,800	51	1,800	-12.5	-0.9
विकासशील क्षेत्र	480	572,000	450	533,000	-6.6	-0.5
अफ्रीका	830	221,000	820	276,000	-0.6	-0.0
उत्तरी अफ्रीका	250	8,900	160	5,700	-36.3	-3.0
अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश	920	212,000	900	270,000	-1.8	-0.1
एशिया	410	329,000	330	241,000	-19.7	-1.5
पूर्वी एशिया	95	24,000	50	9,200	-47.1	-4.2
दक्षिण एशिया	620	241,000	490	188,000	-21.1	-1.6
दक्षिण-पूर्व एशिया	450	56,000	300	35,000	-32.8	-2.6
पश्चिम एशिया	190	8,500	160	8,300	-16.2	-1.2
लैटिन अमरीकी व कैरिबियन देश	180	21,000	130	15,000	-26.3	-2.0
ओशियाना	550	1,000	430	890	-22.2	-1.7

समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षण के आँकड़ों के आधार पर मातृ मृत्यु दर की जानकारी उपलब्ध है (तालिका-3)⁶। सबसे अधिक मातृ मृत्यु के मामले अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश में दर्ज किए गए जहाँ हर एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर 500 से अधिक महिलाओं की मृत्यु होती है। सभी 42 देशों में से चाड में 1099 प्रति एक लाख जीवित जन्म पर मातृ मृत्यु दर सबसे अधिक है। दक्षिणी अफ्रीका में मातृ मृत्यु दर 150 प्रति एक लाख जीवित जन्म है और यह पूरे उप सहारा मरुस्थलीय अफ्रीकी प्रदेशों में सबसे कम है। आमतौर पर लैटिन अमरीकी और कैरिबियन देशों में मातृ मृत्यु दर कम रही है। केवल हाइती में यह 523 प्रति एक लाख जीवित जन्म है। जॉर्डन में मातृ मृत्यु दर सबसे कम पाई गई जहाँ यह 35 प्रति एक लाख जीवित जन्म थी।

प्रसव से पहले की देखभाल

प्रसव से पहले की जाँच और देखभाल मातृत्व स्वास्थ्य से संबंधित एक ज़रूरी काम है और इसमें कई विषयों को शामिल किया जाता है। इसके अंतर्गत किए जाने वाले मुख्य काम पोषण के बारे में जानकारी, टिटनेस के टीके लगाना, मलेरिया का उपचार, एचआईवी संक्रमण के बारे में जानकारी, टीकाकरण और प्रसव के समय संभावित जटिलताओं पर पहले से नज़र रखना शामिल होता है। प्रसव से पहले अच्छी देखभाल सेवाएं दिए जाने से मातृ मृत्यु के मामलों में प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष रूप से कमी की जा सकती है। विश्व स्वास्थ्य संगठन का सुझाव है कि

प्रत्येक गर्भवती महिला को सामान्य गर्भावस्था के दौरान कम से कम 4 बार ऐसे स्वास्थ्य केन्द्रों में जाँच के लिए जाना चाहिए जहाँ प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी (डॉक्टर, नर्स या दाई) मौजूद हों।

तालिका 3: 1994-2005 के दौरान अलग-अलग देशों में हर 100000 शिशुओं के जन्म पर मरने वाली महिलाओं की संख्या

लैटिन अमरीकी व कैरिबियन देश	
हाइती 2000	523
बोलिविया 2003	206
पेरू 2000	185
ब्राजील 1996	184
डॉमिनिकन गणराज्य 2002	162
ग्वाटे माला 1995	156
उत्तरी अफ्रीका, मध्य पूर्व	
यमन 1997	397
मोरक्को 2003-04	273
जॉर्डन 1997	35
दक्षिण तथा दक्षिण-पूर्व एशिया	
भारत 1998-99	540
नेपाल 1996	539
कम्बोडिया 2000	437
इंडोनेशिया 2002-03	333
बंगलादेश 1999-2000	322
फिलीपीन्स 1998	172

अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश	
मध्य अफ्रीकी गणराज्य 1994-95	1380
चाड 2004	1099
एरिट्रिया 1995	1018
मलावी 2004	984
इथियोपिया 2004	871
रवांडा 2005	750
मॉरिसियस 2000-01	745
ज़ाम्बिया 2001-02	729
कैमरून 2004	689
ज़िम्बाब्वे 1999	647
नाइजर 1992	614
तंजानिया 1996	612
कोत'दी आइवर 1994	598
माली 2001	582
गिनी 1999	528
यूगाण्डा 2000-01	524
मैडगाँस्कर 2003-04	519
गैबॉन 2000	519
कीनिया 2003	506
सेनेगल 1992-93	498
बैनिन 1996	498
मोज़ाम्बिक 2003	469
बुर्किनाफासो 1998-99	440
टोगो 1998	417
नामीबिया 2000	330
नाइजीरिया 1999	289
दक्षिण अफ्रीका 1998	150

जनसंख्या समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षण के आँकड़ों की उपलब्धता वाले 53 में से 11 देशों (बंगलादेश, कम्बोडिया, नेपाल, यमन, बुर्किनाफासो, चाड, माली, मौरिटैनिया, नाइजर, रवाण्डा और सेनेगल) में यह देखा गया कि पिछले 3 वर्षों के दौरान जीवित शिशुओं को जन्म देने वाली 25% से कम महिलाओं ने अपने आखिरी गर्भ के दौरान कुशल स्वास्थ्यकर्मियों की मौजूदगी वाले स्वास्थ्य केन्द्रों में कम से कम 4 बार प्रसव से पहले की जाँच के लक्ष्य को पूरा किया था (तालिका-4)। आमतौर पर यह देखा गया है कि गर्भावस्था के दौरान कम से कम 4 बार जाँच करवाने वाली महिलाओं के प्रतिशत में वृद्धि हो रही है। फिर भी कुछ देशों में इस काम में कमी भी देखी गई है। इण्डोनेशिया में यह कमी साफ दिखाई दी जब 2002-2003 में यह दर 1997 में 66% से घटकर 45% हो गई।

तालिका 4: सर्वेक्षण से पहले के तीन वर्षों में शिशु को जन्म देने वाली और अपने अंतिम गर्भ के समय कम से कम चार बार, प्रशिक्षित डॉक्टर, नर्स या दाई से प्रसव-पूर्व जाँच कराने वाली महिलाओं का प्रतिशत⁶

देश (वर्ष)	प्रतिशत	देश (वर्ष)	प्रतिशत
एशिया		अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश	
बंगलादेश (2004)	14	बेनिन (2001)	55
कम्बोडिया (2000)	8	बर्किनाफासो (2003)	17
भारत (1998-99)	29	कैमरून (2004)	57
इंडोनेशिया (2002-03)	46	मध्य अफ्रीकी गणराज्य (1994-95)	29
नेपाल (2001)	12	चाड (2004)	16
फिलीपीन्स (2003)	66	कॉमोरोस (1996)	43
वियतनाम (2002)	26	कोत'दी आइवर (1998-99)	36
उत्तरी अफ्रीका/पश्चिम एशिया/ मध्य पूर्व		एरिट्रिया (2002)	40
आर्मीनिया (2002)	62	गेबॉन (2000)	62
मिस्र (2000)	41	घाना (2003)	68
जॉर्डन (2002)	91	गिनी (1999)	48
मोरॉक्को (2003-04)	30	कीनिया (2003)	50
तुर्की (1998)	45	मेडागास्कर (2003-04)	37
यमन (1997)	12	मलावी (2000)	53
मध्य एशिया		माली (2001)	18
कज़ाकिस्तान (1999)	70	मॉरीटेनिया (2000-01)	8
किर्गिज गणराज्य (1997)	81	मोज़ाम्बिक (2003)	32
तुर्कमानिस्तान (2000)	83	नामीबिया (2000)	67
उज़्बेकिस्तान (1996)	78	नाइजर (1998)	12
लैटिन अमरीकी/कैरिबियन देश		नाइजीरिया (2003)	43
बोलिविया (2003)	55	रवाण्डा (2000)	10
ब्राजील (1996)	79	सेनेगल (1997)	17
कोलम्बिया (2005)	83	दक्षिण अफ्रीका (1998)	72
डॉमिनिकन गणराज्य (2002)	31	तंजानिया (1999)	37
ग्वाटेमाला (1998-99)	52	टोगो (1998)	27
हाइती (2000)	38	यूगाण्डा (2000-01)	38
निकारागुआ (2001)	55	जाम्बिया (2001-02)	65
पेरु (2000)	40	जिम्बाब्वे (1999)	63

कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी में प्रसव

कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी में किए जाने वाले प्रसव के प्रतिशत और मातृ मृत्यु दर में सीधा संबंध होता है। 19वीं शताब्दी के आखिरी कुछ सालों में कुछ विकसित देशों में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की सेवाएं देने के कारण मातृ मृत्यु दर घट कर आधी रह गई³। सहस्राब्दि विकास लक्ष्य 5 (MDG 5) को प्राप्त करने में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी की अहम भूमिका है। कुशल जन्म सहायकों द्वारा प्रसव कराए जाने के पूरी दुनिया के लक्ष्य 2005 तक 80%, 2010 तक 85% और 2015 तक 90% है।

“कुशल जन्म सहायक” का अर्थ एक ऐसे स्वास्थ्यकर्मी डॉक्टर, नर्स या दाई से है जिसकी कुशलता को प्रमाणित किया जा चुका हो और जिसे सामान्य गर्भावस्था, शिशु जन्म तथा प्रसव के बाद की देखभाल और महिलाओं व नवजात शिशुओं में होने वाले खतरे के लक्षणों की पहचान, उपचार व रैफरल विषयों पर शिक्षा एवं प्रशिक्षण दिया गया हो⁷। सुरक्षित प्रसव के लिए कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी जरूरी होती है लेकिन यह भी जरूरी नहीं कि केवल उसकी मौजूदगी से ही प्रसव सुरक्षित हो जाए। इसके लिए जरूरी है कि जटिलता से निपटने के लिए रैफरल स्वास्थ्य सेवाएं या अस्पताल भी उपलब्ध हों।

ऐसा अनुमान लगाया गया है कि लगभग 63% प्रसवों के समय कुशल जन्म सहायक

मौजूद थे⁸। विकासशील देशों में 59% की तुलना में कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी का प्रतिशत विकसित देशों में 99% था। इस बारे में पूरी दुनिया में अलग-अलग स्तर दिखाई दिए : अफ्रीका में 47%, एशिया में 61%, ओशियाना में 80%, लैटिन अमरीका व कैरिबियन देशों में 88% तथा यूरोप और उत्तरी अमरीका में 99% प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक मौजूद थे। हर क्षेत्र के भीतर भी उप क्षेत्रों और देशों में इस स्तर में अंतर था। उदाहरण के लिए अफ्रीका के सभी उप क्षेत्रों में कुशल जन्म सहायकों द्वारा प्रसव कराए जाने का प्रतिशत सबसे कम पूर्वी अफ्रीका में यह 34% और पश्चिम अफ्रीका में 40% था। एशियाई क्षेत्र में इसका सबसे कम प्रतिशत (44%) दक्षिण मध्य एशिया में देखा गया।

अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय उप प्रदेशों में न केवल प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी सबसे कम देखी गई बल्कि यह भी देखा गया कि 1990 से 2000 तक दस सालों में भी यहाँ इस बारे में कोई बदलाव नहीं आया। हाल ही में किए गए एक अध्ययन से पता चला है कि सभी विकासशील उप क्षेत्रों में कुशल जन्म सहायक द्वारा प्रसव कराए जाने के मामलों में बढ़ोतरी हुई है। सबसे अधिक बढ़ोतरी पूर्वी एशिया, दक्षिण पूर्व एशिया और उत्तरी अफ्रीका में देखी गई। इसके ठीक विपरीत अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय उप प्रदेशों में इस विषय में कोई प्रगति नहीं हुई (तालिका 5)। यहाँ 1990 में कुशल जन्म सहायकों द्वारा प्रसव कराए जाने का प्रतिशत

39.4 था और 2000 में भी यह 39.8% ही था⁹।

जनसंख्या समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षणों के आँकड़ों से पता चलता है कि सर्वेक्षण के लिए साक्षात्कार किए जाने के पिछले 3 वर्षों में जिन महिलाओं ने प्रसव की जानकारी दी थी उनमें से अंतिम प्रसव के समय बंगलादेश, चाड, हाइती, माली, मोज़ाम्बिक, नेपाल, नाइजर और यूगाण्डा जैसे देशों में 25% से कम महिलाओं का प्रसव प्रशिक्षित डॉक्टर, नर्स या दाई द्वारा कराया गया था⁹। नेपाल (12%) तथा बंगलादेश व चाड (प्रत्येक में 15%) देशों में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी का प्रतिशत बहुत ही कम था। जहाँ लगभग 5 वर्ष के अंतराल पर दो सर्वेक्षण किए गए वहाँ यह देखा गया कि कुशल जन्म सहायकों द्वारा प्रसव कराए जाने के प्रतिशत में आमतौर पर वृद्धि हुई थी। जॉर्डन, कज़ाकिस्तान, किर्गिस गणराज्य, तुर्कमेनिस्तान और उज़्बेकिस्तान में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी का प्रतिशत लगभग एक समान था (97–100%)। 5 वर्षों के दौरान प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी के प्रतिशत स्तर में मोरोक्को में 23%, वियतनाम में 21%, नमीबिया में 19%, मिस्र में 16% और भारत में 9% की बढ़ोतरी हुई। नेपाल और बंगलादेश में जहाँ आमतौर पर प्रसव अब भी घरों में ही होते हैं वहाँ भी 5 वर्षों में 3% की बढ़ोतरी देखी गई। लेकिन कुछ देशों में जन्म के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी के प्रतिशत में कमी भी हुई। इंडोनेशिया में यह प्रतिशत 1997 में 51% की तुलना में घटकर 2000–2003 में 43% हो

तालिका 5: 1990 और 2000 में विकासशील देशों के उप क्षेत्रों में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी का प्रतिशत⁹

	1990	2000
सभी विकासशील क्षेत्र	44.7	54.2
लैटिन अमरीकी/कैरिबियन देश	76.9	81.8
पश्चिम एशिया	77.1	88.6
दक्षिण-पूर्व एशिया	42.1	64.4
दक्षिण एशिया	32.3	41.4
पूर्वी एशिया	53.4	72.1
उत्तरी अफ्रीका	40.6	67.0
अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश	39.4	39.8

गया। मोज़ाम्बिक में 2003 में 1997 के 41% की तुलना में 23% हो गया और यूगाण्डा में यह 2000–01 में 1995 के 35% से घटकर 18% रह गया। इस कमी को दूर करने के लिए जरूरी है कि इसके कारणों की जाँच की जाए और इस बारे में और विस्तृत अध्ययन हों।

आपातकालिक प्रसूति देखभाल

लगभग हर क्षेत्र में 15% महिलाओं को गर्भावस्था तथा प्रसव के समय और प्रसव के बाद जटिलताओं का सामना करना पड़ता है। इसलिए मातृ मृत्यु को रोकने के लिए जरूरी है कि आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाएं आसानी से मिलें। आमतौर पर संसाधनहीन

गरीब क्षेत्रों में यह सुविधाएं मौजूद नहीं होती और यही कारण है कि बड़ी संख्या में मातृ मृत्यु के मामले देखे जाते हैं। तालिका-6 से पता चलता है कि जिन 23 विकासशील देशों में इन सेवाओं की ज़रूरत का अनुमान लगाने के लिए अध्ययन किए गए थे वहाँ इसके बारे में की गई सिफ़ारिशों की तुलना में जनसंख्या के आधार पर इन सेवाओं की उपलब्धता का स्तर कैसा था¹⁰। 23 में से 16 देशों में यह स्तर बताए गए स्तर के आधे से भी कम था।

प्रसव के बाद की देखभाल

मातृ मृत्यु के अधिकांश मामले गर्भावस्था के आखिरी 3 महीनों में या प्रसव अथवा गर्भपात के बाद के पहले एक हफ्ते में देखे जाते हैं³। जनसंख्या समूहों में किए गए स्वास्थ्य सर्वेक्षणों पर आधारित हाल ही की एक रिपोर्ट से पता चलता है कि 30 विकासशील देशों ने अस्पताल में प्रसव कराने वाली केवल 61% महिलाओं को प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं मिल पाई थीं¹¹। जिन जगहों पर अधिकांश प्रसव घर पर हुए थे वहाँ प्रसव के बाद देखभाल सेवाएं पाने वाली महिलाओं का प्रतिशत और भी कम था। उदाहरण के लिए इथोपिया में केवल 11%, बंगलादेश में 27% और नेपाल में 28% महिलाओं को ही प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं मिल पाईं। अस्पताल के बाहर प्रसव कराने वाली जो महिलाएं इन सेवाओं के लिए अस्पताल पहुँची उन्हींने भी प्रसव के बाद 3 या अधिक दिन की देरी की। असल में प्रसव के 24 घण्टे के भीतर यह जाँच की जानी चाहिए और सभी महिलाओं में यह जाँच होनी चाहिए।

तालिका 6: 1999 से 2003 के बीच चुने हुए देशों में आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाओं की उपलब्धता का स्तर¹⁰

देश तथा वर्ष	हर 5 लाख की जनसंख्या पर 5 आपातकालिक प्रसूति सेवा केन्द्र (प्राप्त स्तर का प्रतिशत)	सर्वेक्षण किए गए स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या
नेपाल (1999-2000) ^अ	18%	157
कैमरून (2000)	29%	487
मॉरिटैनिया (2000) ^अ	31%	67
होन्डुरस (2003)	33%	27
मोज़ाम्बिक (1999)	34%	27
बंगलादेश (1999) ^अ	35%	710
भारत (2000)	36%	82
मलावी (2000)	36%	193
माली (2000) ^अ	38%	153
श्रीलंका (1999)	38%	115
सेनेगल (2000) ^अ	39%	172
चाड (2002) ^अ	40%	40
एल-सेल्वाडोर (2003)	43%	33
यूगाण्डा (2002) ^अ	44%	197
पाकिस्तान (1999)	45%	70
बोलिलिया (2003)	48%	85
पेरु (1999-2000) ^अ	58%	31
बेनिन (2002) ^अ	67%	282
नाइजर (2000) ^अ	68%	85
मोरक्को (2000)	69%	510

निकारागुआ (1999–2000) ^अ	86%	123
रवाण्डा (2003)	86%	27
भूटान (2002) ^{अ,ब}	122%	31
संयुक्त राज्य अमरीका (2000) ^{अ,ब}	107%	3084
अ इनमें सरकारी और निजी स्वास्थ्य केन्द्र सम्मिलित हैं।		
ब इनमें हर 5 लाख की जनसंख्या पर 5 से अधिक आपातकालिक प्रसूति देखभाल केन्द्र दिखाए गए हैं।		

मातृ मृत्यु के मामलों में कमी करने में गर्भनिरोधकों की भूमिका

आमतौर पर प्रसव पूर्व जाँच, प्रसव व प्रसव के बाद की देखभाल और मातृ मृत्यु दर में विपरीत संबंध होता है। फिर भी कुछ देशों में ऐसा देखा गया है कि इन तीन संकेतकों में कोई खास प्रगति न होने के बाद भी मातृ मृत्यु दर में कमी आई। उदाहरण के लिए बंगलादेश में जहाँ अब भी लगभग 90% प्रसव घर पर ही अप्रशिक्षित जन्म सहायक या परिवार के लोगों की देखरेख में होते हैं¹² वहाँ पिछले 12 वर्षों में मातृ मृत्यु दर में 22% की कमी आई है और यह 1998–2000 में केवल 320 रह गई है। इस प्रगति का कारण पिछले कुछ वर्षों में गर्भनिरोधकों का बढ़ता हुआ प्रयोग और प्रजननशीलता व अनचाहे गर्भधारण में आई कमी माना जा सकता है। मातृ मृत्यु दर से किसी महिला के गर्भवती होने के बाद उसमें

प्रसूति की समस्याओं की जानकारी मिलती है लेकिन गर्भनिरोधकों के प्रयोग में बढ़ोतरी से प्रजननशील आयु की हर 1000 महिलाओं में मातृ मृत्यु की संख्या और वयस्क महिलाओं के जीवन में मातृ मृत्यु के खतरे सीधे ही कम हो जाते हैं क्योंकि गर्भनिरोधकों के प्रयोग से गर्भधारण के मामलों में कमी आती है। ऐसा अनुमान लगाया गया है कि वर्ष 2000 में गर्भपात के कारण हुई 90% और प्रसूति समस्याओं के कारण उत्पन्न 20% मृत्यु और बीमारी की घटनाओं को दुनिया भर में कम किया जा सकता था अगर गर्भधारण से बचने या और अधिक बच्चे न पैदा करने के लिए महिलाएं गर्भनिरोधकों का सही तरीके से इस्तेमाल करतीं¹³।

अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय उप प्रदेशों में आधुनिक गर्भ निरोधकों के प्रयोग की दर अब भी बहुत कम है (20%) और प्रजननशीलता बहुत अधिक (प्रति महिला 5 बच्चे) बनी हुई है और इन्हीं क्षेत्रों में मातृ मृत्यु की संख्या भी अधिक है। इस क्षेत्र में 24% विवाहित महिलाओं ने बताया कि उन्हें गर्भ निरोधकों की आवश्यकता होती है जोकि पूरी नहीं हो पाती¹⁴ और लगभग हर साल 30000 महिलाएं असुरक्षित गर्भपात के कारण मौत का शिकार हो रही हैं¹⁵।

गर्भधारण के कारणों से मरने वाली महिला के अधिक एवं कम स्तर वाले देशों का ब्यौरा

उन 5 देशों (चाड, कांगो, गिनी, मलावी, रवाण्डा) जिनके लिए जनसंख्या समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षण के हाल ही के आँकड़े मौजूद

हैं और जिनमें मातृ मृत्यु दर अब भी प्रति एक लाख जीवित जन्म पर 750 या अधिक है, उनमें अनेक समानताएं हैं। वे सभी गरीब देश हैं, वहाँ स्वास्थ्यकर्मियों की कमी है, प्रजननशीलता बहुत अधिक है तथा अनचाहे गर्भ (केवल चाड और गिनी को छोड़कर) और छोटी उम्र में गर्भधारण (रवाण्डा को छोड़कर) की दर बहुत अधिक है। मलावी के अतिरिक्त दूसरे देशों में आधुनिक

गर्भनिरोधकों का प्रयोग बहुत कम किया जाता है। (तालिका-7)। हाल ही में हुए प्रसवों में कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी का स्तर हालांकि चाड में 15% से लेकर कांगो में 85% के बीच था। इसी तरह यह भी देखा गया है कि सर्वेक्षण से पहले के तीन वर्षों में शिशुओं को जन्म देने वाली महिलाओं द्वारा 4 बार प्रसव-पूर्व जाँच कराए जाने के स्तर में भी बहुत

तालिका 7: 2004-2005 में अधिक मातृ मृत्यु दर वाले चुने हुए देशों में विभिन्न स्वास्थ्य संकेतकों का स्तर^{6,16,17}

स्वास्थ्य के संकेतक	चाड 2004	कांगो 2005	गिनी 2005	मलावी 2004	रवांडा 2005
मातृ मृत्यु दर (प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर)	1099	781	847	984	750
प्रति व्यक्ति सकल राष्ट्रीय आय (2005 में अमरीकी डॉलरों में)	400	950	440	160	230
सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत रूप में स्वास्थ्य सेवाओं पर कुल खर्च	4.2	2.5	5.3	12.9	7.5
हर 1000 लोगों पर मौजूद डाक्टरों की संख्या	0.04	0.20	0.84	0.02	0.05
हर 1000 लोगों पर मौजूद नर्सों की संख्या	0.24	0.11	0.47	0.59	0.42
कुल प्रजननशीलता (प्रति महिला बच्चों की संख्या)	6.3	4.8	5.7	6.0	6.1
अनचाहे गर्भधारण का प्रतिशत	17	33	14	40	35
कम उम्र में गर्भधारण का प्रतिशत (15 से 19 वर्ष की महिलाओं में)	37	27	32	34	4
इस समय गर्भनिरोधन के आधुनिक उपायों का प्रयोग कर रही महिलाओं का प्रतिशत	2	13	6	28	10
उन महिलाओं का प्रतिशत जिनमें गर्भनिरोधकों की आवश्यकता पूरी नहीं हो पाती	21	16	21	28	38
प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की सेवाएं पाने वाली महिलाओं का प्रतिशत	15	85	38	57	28

तालिका 8: 1998–2005 में कम मातृ मृत्यु दर वाले देशों में विभिन्न संकेतकों का स्तर^{6,16,17}

स्वास्थ्य के संकेतक	दक्षिण अफ्रीका 1998	नामीबिया 2000	मोरक्को 2003–04	बंगलादेश 2000 ^अ	चीन 2005 ^ब
मातृ मृत्यु दर (प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर)	150	330	227	380	30
प्रति व्यक्ति सकल राष्ट्रीय आय (2005 में अमरीकी डॉलरों में)	4770	7910	4360	2090	6600
सकल घरेलू उत्पाद के प्रतिशत रूप में स्वास्थ्य सेवाओं पर कुल खर्च	8.6	6.8	5.2	3.1	4.7
हर 1000 लोगों पर मौजूद डाक्टरों की संख्या	0.77	0.30	0.51	0.26	1.06
हर 1000 लोगों पर मौजूद नर्सों की संख्या	4.08	3.06	0.72	0.14	1.05
कुल प्रजननशीलता (प्रति महिला बच्चों की संख्या)	2.9	5.2	2.6	3.3	1.8 ^स
अनचाहे गर्भधारण का प्रतिशत	53	45.0	29.9	12.8	आँकड़े नहीं
कम उम्र में गर्भधारण का प्रतिशत (15 से 19 वर्ष की महिलाओं में)	16	17.6	6.5	14.7	आँकड़े नहीं
इस समय गर्भनिरोधन के आधुनिक उपायों का प्रयोग कर रही महिलाओं का प्रतिशत	55	42.7	54.8	43.4	90.0 ^स
उन महिलाओं का प्रतिशत जिनमें गर्भनिरोधकों की आवश्यकता पूरी नहीं हो पाती	15	22.1	10.0	15.3	आँकड़े नहीं
प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की सेवाएं पाने वाली महिलाओं का प्रतिशत	86	76	63	13	83

अ मातृ मृत्यु दर के आँकड़े विशेष घरेलू सर्वेक्षण से लिए गए हैं। अन्य संकेतक बंगलादेश में जनसंख्या समूहों में किए गए स्वास्थ्य सर्वेक्षणों (1999/2000) से लिए गए हैं।

ब रोग निगरानी व्यवस्था

स चीन में कुल प्रजननशीलता की दर और इस समय आधुनिक गर्भनिरोधकों के प्रयोग के आँकड़े संयुक्त राष्ट्र के जनसंख्या विभाग की वेब-साइट www.un.org/esa/population से लिए गए हैं।

अधिक अंतर था।

वे विकासशील देश (दक्षिण अफ्रीका, नामीबिया, मोरक्को, बंगलादेश, चीन) जहाँ मातृ मृत्यु दर आमतौर पर कम है, वहाँ भी उनकी सामाजिक, आर्थिक और प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति में अंतर देखा गया है (तालिका-8)। बंगलादेश को छोड़कर ये सभी देश अधिक मातृ मृत्यु दर वाले देशों से आर्थिक रूप से अधिक संपन्न हैं और यहाँ मूलभूत सुविधाएँ भी अधिक हैं। इसी तरह अधिक मातृ मृत्यु दर के देशों की तुलना में इन देशों में प्रजननशीलता, छोटी उम्र में गर्भधारण और अनचाहे गर्भधारण की घटनाएँ भी कम होती हैं। इन सभी में एकमात्र अपवाद नामीबिया है जहाँ 45% अनचाहा गर्भधारण होता है और 22% महिलाओं की गर्भनिरोधकों की उपलब्धता से जुड़ी जरूरतें पूरी नहीं हो पाती।

निष्कर्ष

बंगलादेश, चीन, मिस्र, मलेशिया, रोमानिया, श्रीलंका और थाईलैण्ड ने कम समय में मातृ मृत्यु के मामलों को कम करने में सफलता पाई है। इन देशों ने इसके लिए अलग-अलग तरीकों का प्रयोग किया है। रोन्समान्स व अन्य लेखकों ने इनमें से हर देश द्वारा इन मामलों में कमी किए जाने के लिए प्रयोग की गई कार्य योजनाओं की पहचान की है। इनमें रोमानिया द्वारा गर्भपात के नियमों में दी गई ढील, श्रीलंका में संक्रामक बीमारियों के नियंत्रण के लिए किए गए प्रयास, बंगलादेश में गर्भनिरोधकों का बढ़ता प्रयोग और मिस्र, हॉण्डुरस, मलेशिया

और थाईलैण्ड में अस्पतालों में तथा दाइयों द्वारा देखभाल किए जाने को बढ़ावा दिया जाना शामिल है।

अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय उप प्रदेशों को छोड़कर बाकी सभी क्षेत्रों में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी का स्तर बढ़ा है फिर भी, मातृ मृत्यु के मामलों पर इसका असर बहुत अधिक दिखाई नहीं दिया है। हाल ही में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा प्रकाशित एक अध्ययन जिसमें 188 देशों के आँकड़ों का प्रयोग किया गया, से पता चलता है कि प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की मौजूदगी से मातृ मृत्यु के मामलों में तब तक बहुत ज्यादा कमी नहीं होगी जब तक कि कम से कम 40% प्रसव के मामलों में कुशल जन्म सहायक मौजूद न हों। इसी तरह प्रसव से पहले 4 या अधिक बार जाँच कराने का महिलाओं की मृत्यु के मामलों पर बहुत अधिक असर तब तक नहीं पड़ेगा जब तक कि कम से कम 60% महिलाएँ प्रसव से पहले इस तरह की 4 बार जाँच न करवाएँ¹⁸। आमतौर पर महिलाओं की मृत्यु के मामलों को कम करने में बहुत अधिक प्रगति नहीं हुई है और इसी दर से यदि प्रगति हुई तो पूरी दुनिया में सहस्राब्दि विकास के लक्ष्य-5 (MDG 5) को पूरा कर पाना कठिन होगा¹⁹। इसके लिए ज़रूरी होगा कि और अधिक कोशिशें की जाएँ और कई तरीके से प्रयास किए जाएँ। उपलब्ध आँकड़ों को देखने से पता चलता है कि मातृ मृत्यु के मामलों को कम करने के लिए अभी हमें बहुत अधिक काम करने होंगे।

नोट

इस लेख में व्यक्त किए गए सभी विचार लेखकों के अपने हैं और यह जरूरी नहीं कि विश्व स्वास्थ्य संगठन भी ऐसे ही विचार रखता हो।

अभिस्वीकृति

हम एलिसाबेथ अहमन, कैथरीन डी'आर्कनगुइस, पॉल वैन लुक और विशेष कर शीरीन जिजीभॉय द्वारा प्रकट विचारों और सलाह के लिए उनके विशेष रूप से आभारी हैं।

अ वैज्ञानिक, प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग, विश्व स्वास्थ्य संगठन, जेनेवा, स्विटज़रलैण्ड, ई-मेल: shahi@who.int

ब चिकित्सा अधिकारी, प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग, विश्व स्वास्थ्य संगठन, जेनेवा, स्विटज़रलैण्ड,

संदर्भ

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision, Geneva: WHO, 1992.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA. World Bank. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Geneva: WHO, 2007. (In press)
3. Cited in Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006;368(9542):1189-200.
4. Hill K, El Arifeen S, Koenig M, et al. How

should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. Bulletin of World Health Organization 2006;84:173-80

5. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. Studies in Family Planning 2000;31:111-23
6. Vadanais D, Kols A, Abderrahim N. women's lives and experiences: changes in the past 10 years; Calverton MD: ORC Macro, 2006
7. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004
8. World Health Organization. Proportion of births attended by a skilled attendant: 2007 updates. Factsheet, Geneva: Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2007
9. Stanton C, Blanc AK, Croft T, et al. Skilled care at birth in the developing world; progress to date and strategies for expanding coverage. Journal of Biosocial Science 2007;39(1):109-20
10. Paxton A, Bailey P, Lubis SM, et al. global patterns in availability of emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006;93(3):300-07
11. Fort AL, Kothari MT, Abderrahim N. Postpartum care: levels and determinants in

- developing countries. DHS Comparative Reports No. 15, Calverton MD: Macro International, 2006
12. Koenig MA, Jamil K, Streatfield PK, et al. Maternal health and care-seeking behaviour in Bangladesh: findings from a national survey. *International Family Planning Perspectives* 2007;33(2):75-82.
 13. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati M, Rodgers A. Rodgers A, et al, editors. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: WHO, 2004. p-1255-320.
 14. Sedgh G, Hussain R, Bankole A. et al. Women with unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. New York: Guttmacher Institute, 2007.
 15. World Health Organisation. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*. 5th ed. Geneva: WHO, 2004.
 16. World Health Organization. *World Health Statistics 2007*. Geneva: WHO, 2007
 17. World Bank. Data and research. At: www.web.worldbank.org. Accessed 3 September 2007.
 18. McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 96:139-46.
 19. Hill K, Thomas R, AbouZhar C, et al. Global estimates of levels and trends in maternal mortality: 1990-2005. *Lancet* 2007. (Forthcoming).
-

सुरक्षित मातृत्व में जन्म सहायिकाओं की भूमिका

Della R Sherratt

डैला आर शेरॉट

सभी देशों में सुरक्षित मातृत्व सुनिश्चित करने का एकमात्र तरीका यह हो सकता है कि हर समुदाय शिशु जन्म की घटना को किसी महिला, परिवार और समाज में घटने वाली एक प्रमुख और महत्वपूर्ण घटना मानना, फिर से आरंभ करे। उपयुक्त जानकारी, कौशल और दृष्टिकोण वाले कुशल सेवाप्रदाताओं की मौजूदगी से मातृत्व को सुरक्षित बनाया जा सकता है। कुशल स्वास्थ्यकर्मी समुदाय के प्रमुखों और सूचनाप्रदाताओं तथा महिलाओं और परिवारों के साथ मिलकर शिशु जन्म के प्रति उनके दृष्टिकोण में परिवर्तन लाने का प्रयास करते हुए तथा महिलाओं को लाभ पहुँचाने वाले सामाजिक विकास का समर्थन करते हुए यह सब कार्य कर सकते हैं। सुरक्षित मातृत्व पर चर्चा करते समय हम आमतौर पर केवल यह विचार करते हैं कि मातृ मृत्यु की घटनाओं में किस तरह कमी लाई जाए। शिशु जन्म के दौरान या इस समय के आस-पास महिलाओं की मृत्यु होना सुरक्षित मातृत्व प्रक्रिया का केवल एक भाग होता है। बहुत सी महिलाएं बच्चों को जन्म देने के बाद भावनात्मक और शारीरिक रूप से दुखी जीवन की सच्चाइयों का सामना करती हैं क्योंकि उन्हें गर्भावस्था और प्रसव के दौरान उचित देखभाल नहीं मिल पाती। इसी कारण कई दूसरी महिलाओं की मृत्यु भी हो जाती है। इस लेख में अधिक मातृ मृत्यु दर वाले देशों से प्राप्त साक्ष्यों के आधार पर व्यवसायिक प्रशिक्षण देने के ज़रूरी अवयवों और स्वास्थ्य सेवाओं के मानकों को परिभाषित करने और उनका मूल्यांकन करने का प्रयास किया गया है। लेख में दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रों से प्राप्त आंकड़ों और उदाहरणों का प्रयोग किया गया है जहाँ मैंने अनेक वर्षों तक जन्म सहायिकाओं की प्रशिक्षक और परामर्शदाता के रूप में काम किया है। गर्भावस्था और प्रसव के दौरान तथा शिशु जन्म के बाद महिलाओं की देखभाल करने के लिए उचित शिक्षा एवं कुशलता प्राप्त जन्म सहायिकाओं की आवश्यकता होती है। किसी भी सामाजिक विकास की कार्य योजना, स्वास्थ्य देखभाल नीतियों और महिलाओं की देखभाल के कार्यक्रमों के अंतर्गत जन्म सहायिकाओं के कौशल को बढ़ाने और इस काम में निवेश करने को एक महत्वपूर्ण भाग माना जाना चाहिए।

नेपाल में जब भी कोई महिला गर्भवती होती है तो वह हर दस महिलाओं में गर्भधारण के कारण मृत्यु होने की आशंका वाली एक महिला होती है¹। इंग्लैंड व स्वीडन जैसे विकसित देशों की तुलना में जहाँ क्रमशः 5,100 में से 1 व 6,000 में से 1 महिला को गर्भधारण के कारण मृत्यु के खतरे का सामना करना पड़ता है वहीं बहुत से विकासशील देशों में महिलाएं गर्भवती होने पर अपने जीवन को जोखिम में डालती हैं¹।

हालांकि गर्भावस्था या गर्भधारण करना किसी भी महिला के जीवन में घटने वाली एक प्राकृतिक और शारीरिक घटना होती है फिर भी कुछ महिलाओं और शिशुओं को गर्भावस्था, प्रसव और प्रसव के बाद के समय में समस्याओं का सामना करना पड़ता है। कुछ अनुमानों के मुताबिक गर्भधारण की कुल घटनाओं में से 20–30% मामलों में समस्याएं उत्पन्न होती हैं²। किसी महिला के जीवन-यापन की परिस्थितियाँ और उसके प्रसव कराने का स्थान उसके जीवित रहने या जीवन के लिए खतरा होने जैसी परिस्थितियाँ उत्पन्न करते हैं। महिलाओं को समय पर उपयुक्त देखभाल सेवाएं मिल पाएं इसके लिए एकमात्र तरीका यह सुनिश्चित करना होगा कि अच्छी और गुणकारी प्रसव देखभाल सेवाओं तक उनकी पहुँच हो। इन सेवाओं में प्रसव सेवाएं देने में कुशल पढ़े-लिखे चिकित्सकों का सहयोग भी शामिल है। बंगलादेश में किए गए एक अध्ययन से पता चला है कि प्रसव सेवाएं देने में निपुण शिक्षित

स्वास्थ्यकर्मी मातृ मृत्यु दर और महिलाओं में रोग की दर (एमएमआर) को कम करने में सहायक हो सकते हैं³।

बहुत से देशों में अच्छी प्रसव देखभाल सेवाओं तक अब भी महिलाओं की पहुँच नहीं है। ये वही देश हैं जहाँ महिलाओं की स्थिति कमजोर है, उनके सामने संसाधनों की कमी है और उनके यहाँ-वहाँ आने जाने और निर्णय लेने पर पाबंदियाँ लगाई जाती हैं⁴। अकसर समाज और महिलाएं, दोनों ही शिशु जन्म के बाद मृत्यु होने या विकलांगता हो जाने को सहजता से स्वीकार कर लेते हैं और यह मानते हैं कि इस पर उनका कोई नियंत्रण नहीं हो सकता। बहुत से मामलों में तो महिलाओं को मदद उपलब्ध होने पर भी सहायता लेने से रोका जाता है या इसकी मनाही की जाती है। यही कारण है कि इतनी बड़ी संख्या में अनावश्यक रूप से गर्भावस्था से जुड़े कारणों से महिलाओं की मृत्यु होती है। अगर प्रजनन और शिशु जन्म को समाज के लिए एक ज़रूरी प्रक्रिया के रूप में देखा जाए तो गर्भधारण करने पर महिलाओं को होने वाले खतरों पर अधिक ध्यान दिया जा सकेगा और इस दिशा में कुछ सकारात्मक कदम भी उठाए जाएँगे। बहुत से समुदायों को लगता है कि आय की उत्पत्ति या आर्थिक सुधारों जैसे काम महिलाओं के स्वास्थ्य की तुलना में अधिक प्राथमिकता देने योग्य होते हैं। कई बार उन्हें लगता है कि आर्थिक समस्याओं को हल कर देने से ये सभी समस्याएं अपने आप ही ठीक हो जाएँगी।

अब भी कुशल जन्म सहायिकाओं की कमी क्यों है

देखभाल के विशिष्ट स्तर की पहचान कर पाना, उस देखभाल के लिए ज़रूरी वास्तविक कुशलताओं को जानना और पर्याप्त संख्या में इन कुशलताओं का प्रशिक्षण पाए हुए स्वास्थ्यकर्मियों की व्यवस्था कर पाना आदि ऐसी समस्याएं हैं जिनका सामना आज बहुत से विकासशील देशों को करना पड़ रहा है। फिर भी प्रसव देखभाल सेवाओं की कुशलता रखने वाले किसी भी स्वास्थ्यकर्मी के समुदाय या गर्भवती महिलाओं की देखभाल के लिए उपलब्ध होने को ही हमेशा से समर्थन दिया जाता रहा है। श्रीलंका में अक्टूबर 1997 में सुरक्षित मातृत्व विषय पर आयोजित तकनीकी विचार-विमर्श के दौरान भी यही विचार सामने आया⁵।

मेरे विचार से बहुत से दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों के सामने इस तरह की समस्या खड़ी होने का एक कारण यह है कि इनमें से बहुत से देशों में आमतौर पर ऐसे स्वास्थ्यकर्मियों की ही नियुक्ति की जाती है जिनमें प्रसव देखभाल सेवाएं देने की कुशलता बहुत अधिक नहीं होती। जिन देशों में प्रशिक्षित जन्म सहायिकाएं उपलब्ध हैं वहाँ या तो इनकी संख्या बहुत कम है, या ये बहुत अधिक पढ़ी-लिखी नहीं हैं अथवा ऐसे स्थानों पर तैनात नहीं की गई हैं जहाँ आमतौर पर महिलाएं प्रसव कराती हैं। उदाहरण के लिए भारत में एक लाख शिशुओं का जन्म कराने के लिए केवल 40 प्रशिक्षित जन्म सहायिकाएं उपलब्ध हैं। इंडोनेशिया में हालांकि पिछले दस वर्षों में प्रशिक्षित जन्म

सहायिकाओं की संख्या में बहुत अधिक वृद्धि हुई है लेकिन अब भी वहाँ एक लाख शिशुओं के जन्म के लिए केवल 16 प्रशिक्षित जन्म सहायिकाएं उपलब्ध हैं, जबकि नेपाल में तो यह संख्या केवल 14 है⁶। समुदाय में काम करने वाली जन्म सहायिकाओं में से कुछ अपवादों को छोड़ अधिकांश की शिक्षा या कुशलता का स्तर इतना अच्छा नहीं होता कि वे समय से प्रभावी और उचित देखभाल सेवाएं दे सकें, खासकर ऐसी परिस्थितियों में जब कोई आपात स्थिति आ जाए।

इस तरह के स्वास्थ्यकर्मी आमतौर पर सुरक्षित मातृत्व के सामने उत्पन्न होने वाली समस्याओं को दूर करने के लिए सामाजिक दृष्टिकोण में परिवर्तन लाने के ज़रूरी प्रयासों का समर्थन नहीं कर पाते क्योंकि उन्हें समुदाय के विशिष्ट व्यक्तियों या नीति निर्माताओं का समर्थन नहीं मिल पाता। इसके अलावा महिलाओं के शरीर के बारे में समाज में व्याप्त विचारों, विशेष रूप से महिलाओं में मासिक होने के कारण और पर्दा प्रथा बरतने जैसी मान्यताओं के चलते ही सामाजिक आधार पर प्रसव के दौरान महिलाओं की देखभाल करने वाले व्यक्तियों को भी दूषित या निचले तबके का माना जाता है। बंगलादेश और भारत^{7,8} में खासकर ऐसा होता है लेकिन ऐसे ही विचार पश्चिमी प्रशान्त क्षेत्रों⁹ में भी देखे जाते हैं। इसका परिणाम यह होता है कि बहुत से परिवारों के लोग अपने बच्चों को ऐसे निम्न स्तरीय समझे जाने वाले व्यवसायों में नहीं जाने देना चाहते। प्रसव के समय सहायता कार्य

करने जैसे गैर-चिकित्सीय कामों में नियुक्ति को शिक्षा के निचले स्तर से जोड़कर देखा जाता है और यह माना जाता है कि निम्न मध्यमवर्ग या कामकाजी तबके के लोग ही इस काम को करते हैं। इससे यह परिणाम निकलता है कि प्रसव के समय सहायता के प्रशिक्षण का पाठ्यक्रम तैयार करते समय शिक्षार्थियों में शिक्षा के अभाव को नज़रअंदाज करते हुए पाठ्यक्रम तैयार किया जाता है जिससे उनके प्रशिक्षण व उससे जुड़ी शिक्षा को भी कम महत्व दिया जाता है।

इन सबसे हमें यह जानकारी मिल सकती

है कि क्यों इतने अधिक दक्षिण एशियाई देशों में जहाँ मातृ मृत्यु और प्रसव के बाद महिलाओं की मृत्यु की दर सबसे अधिक है वहाँ प्रशिक्षित जन्म सहायिकाओं को तैयार करने की आवश्यकता महसूस नहीं की गई। खासकर इससे हमें यह समझने में भी सहायता मिलेगी कि क्यों इन देशों में एक विशेषज्ञ स्वास्थ्यकर्मी तैयार करने पर ध्यान नहीं दिया जाता या ऐसे व्यक्ति की नियुक्ति करना महंगा समझा जाता है जो समुदाय के स्तर पर काम करे और 'जन्म सहायिका' की अंतरराष्ट्रीय परिभाषा पर खरा उतरे (देखें बाक्स)।

जन्म सहायिका की अंतरराष्ट्रीय परिभाषा*

'ऐसा व्यक्ति जिसने अपने देश में मान्यता प्राप्त किसी प्रसव सहायक पाठ्यक्रम में नियमित प्रवेश लेने के बाद उस पाठ्यक्रम को सफलतापूर्वक पूरा किया हो और अब वह प्रसव देखभाल सेवाएं देने का लाइसेंस प्राप्त करने की योग्यता रखता हो'।

'जन्म सहायिका, गर्भावस्था, प्रसव और शिशु जन्म के बाद महिला की देखभाल करने और उसे सलाह देने की योग्यता रखती हो, खुद प्रसव करवा सके और नवजात शिशु की देखभाल कर सके। इस तरह की देखभाल में रोगों की रोकथाम के लिए उठाए जाने वाले कदम, माँ और शिशु में खतरे के लक्षणों की पहचान, डाक्टरी सहायता प्राप्त करना और सहायता न मिलने पर आपातकालिक देखभाल सेवाएं देना शामिल हैं। जन्म सहायिका के महत्वपूर्ण कामों में न केवल महिला को बल्कि इसके परिवार और समुदाय को स्वास्थ्य के बारे में जानकारी और शिक्षा देना भी शामिल होता है। उसके काम में प्रसव से पहले की जानकारी देना, महिला को मातृत्व और स्त्री रोगों व शिशु देखभाल के बारे में बताना भी शामिल होता है। वह अस्पतालों, क्लिनिक, स्वास्थ्य इकाइयों, घर पर या किसी अन्य सेवाओं के माध्यम से अपना काम कर सकती है'।

* यह परिभाषा 1973-74 में विश्व स्वास्थ्य संगठन / आईसीएम / एफआईजीओ द्वारा तैयार की गई थी और 1976 तथा 1992 में इसमें संशोधन किए गए।

बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों (मल्टीपरपज वर्कर) से सुरक्षित मातृत्व का लक्ष्य प्राप्त नहीं किया जा सकता

इंडोनेशिया और श्रीलंका को छोड़ अधिकांश दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों में सामुदायिक स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं देने के लिए 'बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों' (MPW) नियुक्त किए जाने का मॉडल अपनाया गया है। श्रीलंका में होने वाले 82% प्रसव अस्पतालों में होते हैं¹⁰। यहाँ भी गर्भावस्था, शिशु जन्म और प्रसव के बाद सामुदायिक सेवाएं देने के लिए बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों का ही सहारा लिया जाता है।

बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों और एक से अधिक तरह की कुशलता प्राप्त स्वास्थ्यकर्मियों (मल्टी स्किल्ड) के बीच के अंतर को जानना बहुत महत्वपूर्ण है। बहुत बार ऐसी स्थितियाँ उत्पन्न होती हैं जब स्वास्थ्यकर्मियों का अतिरिक्त कामों के लिए कुशल होना आवश्यक समझा जाता है। उदाहरण के लिए कभी-कभी उन्हें गाँवों में भी काम करना पड़ता है जहाँ कोई विशेषज्ञ डाक्टर या स्वास्थ्य केन्द्र नहीं होते। 'एक से अधिक कुशलता प्राप्त' (मल्टी स्किल्ड) का अर्थ यह है कि किसी व्यक्ति ने प्रशिक्षण के द्वारा अतिरिक्त कौशल प्राप्त किया हो जैसे कि कोई नर्स प्रसव देखभाल सेवाएं देने का प्रशिक्षण प्राप्त करे। दूसरी ओर बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों (MPW) का आमतौर पर यह अर्थ होता है कि उस व्यक्ति को स्वास्थ्य शिक्षा देने और स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार के उद्देश्य से सामान्य प्रशिक्षण दिया गया हो और कभी-कभी उसे टीकाकरण या बच्चों की स्वास्थ्य की

स्थिति की जाँच पड़ताल करने जैसे अतिरिक्त काम भी करने होते हों।

इन बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों (MPW) को इस क्षेत्र के अलग-अलग देशों में महिला स्वास्थ्यकर्मियों, परिवार कल्याण स्वास्थ्यकर्मियों, सामुदायिक कार्यकर्ता, बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता आदि नामों से जाना जाता है और आमतौर पर इन्हें कई तरह के कामों से लाद दिया जाता है। उनमें प्रसव देखभाल सेवाएं देने जैसे विशिष्ट कौशलों का अभाव होता है क्योंकि कुछ परिस्थितियों में इन्हें बहुत सीमित प्रशिक्षण मिल पाता है। कुछ देशों में तो इनके प्रशिक्षण के समय को बहुत कम कर दिया गया है। उदाहरण के लिए भारत में 1978 में इनके प्रशिक्षण की अवधि को दो साल से घटाकर 18 महीने कर दिया गया था ताकि दूसरे व्यवसायों की ओर आकर्षित होने वाली महिलाओं को इस काम में लगाया जा सके। इंडोनेशिया में भी ऐसा ही देखने को मिला।

1970 के दशक के मध्य में ही बंगलादेश की सरकार ने ऐसे स्वास्थ्यकर्मियों का प्रशिक्षण बंद कर दिया जो वास्तव में प्रशिक्षित जन्म सहायिकाएं थीं और इनके स्थान पर अब महिला कल्याण कर्मियों (F.W.Vs) की नियुक्ति की जाने लगी जिनका मुख्य काम सामुदायिक स्तर पर गर्भनिरोधकों के प्रयोग को बढ़ावा देना था¹¹। इसके परिणामस्वरूप प्रसव देखभाल सेवाओं पर बुरा असर पड़ा। बड़े अंतरराष्ट्रीय धनदाताओं के समर्थन के कारण लिए गए इस निर्णय के बहुत गंभीर परिणाम निकले हैं। इसका परिणाम यह हुआ कि समुदाय स्तर पर

महिलाओं को प्रसव देखभाल कार्यों में प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों की सेवाएं मिलनी बंद हो गई और आज भी यही स्थिति बरकरार है। बंगलादेश में आमतौर पर नर्सों अस्पतालों में काम करती हैं जहाँ 5% से भी कम प्रसव कराए जाते हैं। यहाँ बहुत कम नर्सों समुदायों में काम करती हैं और समुदायों में काम करने वाली ज्यादातर नर्सों किसी गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ) से जुड़ी हैं या किसी निजी चिकित्सक के पास नियुक्त हैं जो अपनी प्रैक्टिस करते हैं¹²।

दूसरे देशों में परिवार कल्याण सेवाएं देने वाले कर्मियों की तरह ही बंगलादेश में भी परिवार कल्याण कर्मियों (F.W.V) के प्रशिक्षण में उन्हें प्रसव देखभाल का कौशल देने के पर्याप्त प्रयास नहीं किए जाते। औसतन उन्हें विशिष्ट प्रसव देखभाल कौशलों के बारे में 8 सप्ताह तक पढ़ाया जाता है। उन्हें प्रसव और शिशु जन्म के बारे में व्यावहारिक ज्ञान नहीं दिया जाता बल्कि केवल कक्षा में ही जानकारी दे दी जाती है। यहाँ यह जानना रोचक होगा कि आमतौर पर इन्हीं लोगों को पारंपरिक जन्म सहायिकाओं या दाइयों को प्रशिक्षित करने या उनकी निगरानी करने का उत्तरदायित्व सौंपा जाता है। साथ ही साथ अब यह भी स्पष्ट होता जा रहा है कि लगातार बढ़ रहे काम के बोझ के कारण इन परिवार कल्याण स्वास्थ्यकर्मियों के काम की गुणवत्ता कम होती जा रही है। यहाँ यह तर्क भी दिया जा सकता है कि काम के बढ़ते बोझ के कारण ही ये परिवार कल्याण स्वास्थ्यकर्मी समझते हैं कि माँ एवं शिशु

स्वास्थ्य (एमसीएच) तथा प्रसव देखभाल सेवाएं देना उनका मुख्य काम नहीं है¹¹। अगर वे माँ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल और प्रसव कार्यों को प्राथमिकता भी दें तो भी उनके काम करने की परिस्थितियों के कारण वे प्रभावी देखभाल सेवाएं नहीं दे पातीं। इस तरह यह माना जा सकता है कि बंगलादेश में परिवार कल्याण स्वास्थ्यकर्मी ही महिलाओं के सामने गर्भावस्था के दौरान देखभाल सेवाएं प्राप्त करने के मार्ग में आने वाली बाधाएं हैं।

हालांकि ऐसे कोई अध्ययन नहीं किए गए हैं जिससे यह पता चले कि दूसरे देशों में भी बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों को इन्हीं कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है फिर भी 1995 में आयोजित एक कार्यशाला में लोगों के अनुभवों से पता चला कि इस पूरे क्षेत्र में प्राथमिक देखभाल के स्तर पर स्वास्थ्यकर्मियों को प्रसव देखभाल सेवाओं के बारे में पर्याप्त प्रशिक्षण नहीं दिया जाता¹³।

आज भी नीतियाँ बनाने वाले बहुत से लोग यह मानते हैं कि परिवार कल्याण स्वास्थ्यकर्मियों के होते हुए समुदाय के स्तर पर किन्हीं दूसरे स्वास्थ्यकर्मियों को नियुक्त करने की कोई आवश्यकता नहीं है। हालांकि बहुत से साक्ष्य उपलब्ध होने के बाद भी बंगलादेश में ऐसे कार्यक्रम (उदाहरण के लिए 1993 में बंगलादेश में यूनीसेफ का कार्यालय) थे जो यह मानते थे कि परिवार कल्याण स्वास्थ्यकर्मी ही सभी स्वास्थ्य सेवाएं दे सकते थे¹⁴। अब ऐसे संकेत मिलने लगे हैं कि सुरक्षित मातृत्व सुनिश्चित करने की दिशा में बंगलादेश

की सरकार के दृष्टिकोण में परिवर्तन हुआ है क्योंकि 'सुरक्षित मातृत्व के मानक' विषय पर हाल ही में आयोजित क्षेत्रीय परामर्श कार्यशाला के दौरान एक वरिष्ठ सरकारी अधिकारी की टिप्पणियों से ऐसा प्रतीत होता है¹⁵।

दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रों में यह माना जाता रहा है कि प्रसव देखभाल सेवाओं की सीमित कुशलता रखने वाले सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मी भी मातृत्व देखभाल सेवाएं दे सकते हैं। इस विचारधारा का इस क्षेत्र में सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमों की सफलता पर बहुत विपरीत प्रभाव पड़ा है क्योंकि इन स्वास्थ्यकर्मियों के पास आवश्यक शैक्षणिक योग्यताएं और कौशल नहीं होते और आमतौर पर वे ऐसे स्तर पर भी नहीं होते जहाँ परिवर्तन लाने तथा यथास्थिति को बदलने के लिए सामुदायिक संघटन कर पाने में सफल हों। चूंकि ये स्वास्थ्यकर्मी आमतौर पर महिलाएं होती हैं इसलिए प्रभावी देखभाल सेवाएं प्रदान करने में इनके सामने भी स्वतंत्रतापूर्वक आने-जाने में कठिनाई, आदर में कमी, समुदाय के प्रमुख पुरुषों को अपने विचारों से प्रभावित न कर पाने जैसी वही समस्याएं आती हैं, जिनके कारण इन क्षेत्रों में महिलाओं को पूरी तरह स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं नहीं मिल पातीं। कुल मिलाकर इसका परिणाम यह होता है कि महिलाएं और समुदाय दोनों ही इन महिला स्वास्थ्यकर्मियों और उनके द्वारा दी जाने वाली सेवाओं के महत्व को नहीं समझ पाते।

कार्यक्रमों की शुरुआत में ऐसा समझा जा रहा था कि बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों की

नियुक्ति करना एक कम खर्चीला कार्य होगा लेकिन मेरा मानना है कि ऐसा नहीं है। बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों की नियुक्ति किए जाने के कारण ही यह स्थिति उत्पन्न हो गई है कि इस क्षेत्र में बहुत से देशों को नई शताब्दी में मातृत्व एवं नवजात शिशु की मृत्यु में कमी लाने के लक्ष्यों को पूरा न कर पाने की स्थिति का सामना करना पड़ रहा है। कुछ मामलों में तो बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों को नियुक्त करने की कार्य योजना लागू किए जाने के कारण सार्वजनिक स्वास्थ्य तथा सामाजिक न्याय से जुड़े इस प्रमुख क्षेत्र पर पड़ने वाले छोटे-छोटे प्रभाव भी विफल हो गए हैं।

महिलाएं पहले से मौजूद स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोग क्यों नहीं करतीं

संभवतः बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों में प्रसव देखभाल सेवाओं के कम कौशल को देखते हुए महिलाएं और उनके परिवार गर्भावस्था और प्रसव के दौरान इन स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा दी जाने वाली सेवाओं से बहुत ज़्यादा उम्मीद नहीं रखते। इस बात के प्रमाण लगातार मिल रहे हैं कि बहुत से दक्षिण पूर्व एशियाई देशों में महिलाओं के मन में इन स्वास्थ्य केन्द्रों में देखभाल सेवाओं के लिए जाने पर मिलने वाली सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में विश्वास कम होता जा रहा है। यहाँ बड़ी संख्या में महिलाएं अपने निकट के किसी रिश्तेदार या परिवार के सदस्य से मदद लेना अधिक बेहतर समझती हैं। दक्षिण भारत में प्रसव के बाद महिलाओं में बीमारियों की स्थिति को जाँचने के लिए किए गए अध्ययन से यह पता चला है कि उप

स्वास्थ्य केन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के स्तर पर सरकारी सेवाओं का प्रयोग बहुत कम किया जा रहा था। लेखकों ने यह सब देखते हुए यह निष्कर्ष निकाला कि समुदाय के लोगों का यह मानना है कि इन केन्द्रों में दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता अच्छी नहीं है¹⁶।

दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रों में आमतौर पर महिलाएं या उनके परिवार या दोनों ही ऐसी अनेक घटनाएं बताते हैं जब महिलाओं ने विशेष देखभाल के लिए अस्पताल जाने से इसलिए मना कर दिया था क्योंकि उन्हें वहाँ मिलने वाली देखभाल पर संदेह था। हालांकि उस समय उनका अपना या उनके नवजात शिशुओं का जीवन खतरे में था। जब तक समुदायों या लोगों को पूरी तरह से यह विश्वास न हो जाए कि स्वास्थ्य केन्द्रों में उन्हें 'अच्छी' सेवाएं मिल पाएंगी तब तक वे इन स्वास्थ्य केन्द्रों में नहीं जाएंगे। आमतौर पर इसमें किसी एक डाक्टर या स्वास्थ्यकर्मी का दोष नहीं होता बल्कि यह एक कमजोर प्रबंधन व्यवस्था, खराब नीतियों या कमजोर प्रशासनिक व्यवस्था या फिर दूसरे स्वास्थ्यकर्मियों के इन सेवाओं के बारे में गलत विचारों का परिणाम होता है।

यहाँ यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि गर्भधारण करने से लेकर प्रसव तक और प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं देने की जिम्मेदारी आमतौर पर अलग-अलग डाक्टरों या स्वास्थ्यकर्मियों¹⁷ पर होती है जिनमें कई पारंपरिक और अनौपचारिक सेवाप्रदाता भी शामिल रहते हैं (तालिका-1)। इसके कारण देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता पर बुरा असर

पड़ता है और इससे असमंजस की स्थिति पैदा होती है। परिवारों का एक मात्र उद्देश्य यह होता है कि किसी न किसी तरह से गर्भावस्था या प्रसव के दौरान महिलाओं के लिए उचित देखभाल की व्यवस्था सुनिश्चित की जा सके। अलग-अलग स्वास्थ्य सेवाप्रदाता – निजी, एनजीओ और पारंपरिक चिकित्सक अकसर अपनी सेवाओं को बेहतर बताते हैं और आमतौर पर दूसरे चिकित्सक द्वारा दी गई सलाह को गलत बताते हैं – इसका परिणाम यह होता है कि लोगों के मन में संदेह उत्पन्न हो जाता है और वे यह नहीं समझ पाते कि ऐसी स्थिति में किस पर भरोसा करें या किस के पास देखभाल या सलाह के लिए जाएं।

इस बारे में प्राप्त अनेक रिपोर्टों से यह जानकारी मिली है कि महिलाएं इस स्थिति को बदलना चाहती हैं। महिलाओं की इच्छा है कि वे स्वस्थ जीवन जिएं और सुरक्षित गर्भावस्था और प्रसव करवा पाएं। उनका कहना है कि वे इन सेवाओं का प्रयोग तब करेंगी अगर इनकी गुणवत्ता में सुधार हो और स्वास्थ्यकर्मी सांस्कृतिक रूप से उनकी आवश्यकताओं के प्रति संवेदनशील हों और उन्हें संतानोत्पत्ति में प्रभावी रूप से सहायता कर सकें।

गुणकारी प्रसव देखभाल सेवाओं की आवश्यकता

मेरे विचार से किसी कुशल और जानकारीपूर्ण चिकित्सक, जिसके पास समुदाय के लोग स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने के लिए जा सकें, को नामजद कर देना ज्यादा अच्छा रहता है। हर

तालिका-1: 1996 में दक्षिण-पूर्व एशिया में कुछ प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाले विभिन्न स्वास्थ्यकर्मियों की स्थिति*								
	नर्स-जन्म सहायिका	नर्स	जन्म सहायिका	दाई	स्वास्थ्य सहायिका	परिवार कल्याण सहायिका	सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मी	बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता
बंगलादेश	X	X	X			X		
भूटान	X			X				
भारत	X			X				X
नेपाल	X	X		X		X		
म्यांमार	X	X	X	X		X		
थाइलैण्ड		X		X				
श्रीलंका	X	X	X					
मालदीव	X			X	X	X	X	X
कोरिया गणराज्य		X	X		X			
इंडोनेशिया	X	X						

*स्रोत: विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा सर्वेक्षण, 1996

देश में परिस्थितियों को देखते हुए इन चिकित्सकों की कुशलता के स्तर में अंतर हो सकता है लेकिन उनमें न्यूनतम स्वीकार्य जानकारी और कुशलताएं अवश्य होनी चाहिए। इस तरह के उपयुक्त कुशलता प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी को हर जगह एक ही नाम जैसे 'जन्म सहायिका' से पुकारा जाना चाहिए जो महिलाओं और समुदायों को गर्भावस्था, शिशु जन्म और प्रसव के बाद सहायता कर सके। ऐसा करने से इस स्थिति में काफी सुधार हो सकता है। सबसे पहले तो इसका परिणाम यह होगा कि आम व्यक्ति और समाज मातृत्व

देखभाल कार्यों को उचित महत्व देना आरंभ करेगा।

अगर यह जन्म सहायिकाएं महिलाओं के पक्ष में कार्य करें और यह सिद्ध कर दें कि वे महिलाओं की सहायता करने में सक्षम हैं तो समाज और समुदाय उनके महत्व को जानेंगे और इनका आदर करेंगे। ऐसा होने पर वे संवेदनशील स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं देने के कार्यक्रमों को भी प्रभावित कर पाना आरंभ कर सकेंगी। हो सकता है कि समय के साथ-साथ शिशु जन्म और प्रसव देखभाल सेवाओं के बारे में समाज के दृष्टिकोण में परिवर्तन हो और

समुदाय के स्तर पर काम करने वाली कुशल जन्म सहायिकाओं की सेवाओं की गुणवत्ता और मात्रा को बढ़ाया जा सके।

दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों में आमतौर पर प्रसव देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करते हुए किन्हीं विशिष्ट सेवाओं को सुधारने के प्रयास कर दिए जाते हैं। सभी गर्भवती महिलाओं को उचित गुणकारी देखभाल सेवाएं देने और इस स्तर को प्राप्त करने के लिए मूलभूत सुविधाओं में परिवर्तन करने को अकसर बहुत जटिल माना जाता है और यह समझा जाता है कि यह प्रयास सफल नहीं होंगे। मेरा मानना है कि इस तरह के बदलावों पर ध्यान दिए बिना यह संभावनाएं बहुत कम हैं कि अन्य किसी भी तरह की देखभाल सेवाओं में सुधार किए जाने के प्रयासों को पूरी तरह सफलता मिल पाएगी।

मेरा यह भी विचार है कि दूसरी जगह बताई गई पर्याप्त परिवार नियोजन, प्रभावी रैफरल प्रणाली और आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाओं जैसी कार्य योजनाओं के साथ-साथ प्रसव देखभाल सेवाओं में स्वीकार्य मानक स्थापित करना भी महत्वपूर्ण होता है। इन मानकों का निर्धारण महिलाओं और समुदायों की सलाह से किया जाना चाहिए। महिलाओं को गुणकारी प्रसव देखभाल और मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं की अपेक्षा रखने और इन्हें प्राप्त करने का अधिकार है और इसीलिए उन्हें यह भी अधिकार है कि वे बता सकें कि वे किस तरह की देखभाल सेवाएं चाहती हैं।

सभी विकासशील देशों के पास सीमित संसाधनों की उपलब्धता को देखते हुए यह ज़रूरी है कि संसाधनों का प्रयोग ज्यादा से ज्यादा लाभ और अधिकतम लोगों की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किया जाए। इसलिए देखभाल सेवाओं के मानक स्थापित करते समय, भले ही वे उपलब्ध संसाधनों के कारण सीमित ही रखे गए हों, यह ज़रूरी है कि इन्हें उपलब्ध साक्ष्यों और जाँची परखी प्रभावशीलता पर आधारित किया जाए। विश्व स्वास्थ्य संगठन और वर्ल्ड बैंक ने भी समुदाय में काम कर रही प्रशिक्षित प्रसव सहायिकाओं की कुशलता में बढ़ोतरी का समर्थन किया है और इसे एक कम खर्चीली प्रक्रिया माना है^{18,19}।

उपलब्ध साक्ष्यों से यह पता चलता है कि जिन देशों ने गर्भावस्था, प्रसव और प्रसव के बाद महिलाओं के स्वास्थ्य की देखभाल के क्षेत्र में अधिकतम सुधार करने में सफलता पाई है, उन्हीं देशों ने प्रशिक्षित जन्म सहायिकाओं की कुशलता में बढ़ोतरी के प्रयासों में भी निवेश किया है। उदाहरण के लिए श्रीलंका, इंडोनेशिया और मालदीव जैसे कुछ दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों ने हाल ही में अपने यहाँ प्रसव देखभाल सेवाएं देने में प्रशिक्षित कर्मियों की सेवाओं में बढ़ोतरी करने के कार्य आरंभ किए हैं। श्रीलंका में तो दूसरे प्रयासों के साथ-साथ इन प्रयासों के अच्छे परिणाम मिलने भी आरंभ हो गए हैं और हाल ही के वर्षों में वहाँ मातृ मृत्यु दर में उल्लेखनीय कमी आई है¹⁰। बहुत से लोगों का मानना है कि मातृ मृत्यु दर में इस

कमी का मुख्य कारण अस्पतालों में प्रसव कराए जाने को माना जा सकता है क्योंकि वहाँ अब लगभग सभी प्रसव अस्पतालों में ही कराए जाते हैं। हालांकि उप महाद्वीप के दूसरे देशों से यह जानकारियाँ भी मिल रही हैं कि मातृ मृत्यु दर में कमी लाने की दिशा में अस्पतालों में प्रसव कराना ही एकमात्र कारण नहीं है।

देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए मानकों और दूसरे प्रयासों की आवश्यकता

गुणकारी प्रसव देखभाल सेवाओं के विकास के लिए यह जरूरी है कि पर्याप्त संख्या में शिक्षित और कुशल जन्म सहायिकाएं उपलब्ध हों। प्रसव देखभाल सेवाओं को बढ़ाने के लिए निवेश करना और पहले से विद्यमान सेवाओं को मजबूत करना दो अलग-अलग काम हैं जैसे कि पहले से मौजूद स्वास्थ्यकर्मियों को प्रसव के तीसरे चरण में मॉसपेशियों में ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाए जाने के अतिरिक्त कौशल सिखाए जाते हैं। प्रसव देखभाल सेवाओं में सुधार करने के लिए इससे कहीं अधिक प्रयास करने की जरूरत होती है। इसमें गर्भावस्था, शिशु जन्म और प्रसव के बाद के समय के लिए न्यूनतम मानक स्थापित करना और इन मानकों के आधार पर इन सेवाओं का मूल्यांकन करना भी शामिल है। मानक स्थापित करना एक समस्यापूर्ण काम हो सकता है। दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों में जहाँ स्वास्थ्यकर्मियों की कुशलता का स्तर कम है और जहाँ महिलाएं और समुदाय इन स्वास्थ्य सेवाओं से बहुत ज्यादा उम्मीद नहीं रखते वहाँ इस तरह के

मानकों की स्थापना किसके द्वारा और कैसे की जाए?

दुर्भाग्य से इन बहुत से देशों में और दूसरे कई देशों में दी जाने वाली बहुत सी प्रसव देखभाल सेवाएं पुराने तरीकों, प्रक्रियाओं और सिद्धान्तों पर आधारित हैं और इनमें से अनेक की सफलता के साक्ष्य नहीं मिल पाते। इसलिए यह जरूरी है कि अनेक स्रोतों और बड़े पैमाने पर लोगों से विचार-विमर्श करने के बाद ये मानक विकसित किए जाएं और ऐसा करते समय सिर्फ डाक्टरों या चिकित्सा कर्मियों के विचारों को ही ध्यान में न रखा जाए। अब ऐसे बहुत से प्रमाण उपलब्ध हैं जिन्हें तकनीकी लेखों के रूप में अभिलिखित किया जा चुका है और जिनसे पता चलता है कि इन पुरानी प्रक्रियाओं को बदलने की आवश्यकता है। इस बारे में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा सामान्य प्रसव²⁰ के समय की जाने वाली देखभाल के बारे में जारी दिशानिर्देश एक अच्छा उदाहरण हैं।

प्रसव देखभाल सेवाओं के लिए निर्धारित मानक अच्छी वैज्ञानिक जानकारियों पर आधारित उपचारों को देखते हुए बनाए जाने चाहिए। यह मानक महिलाओं की दृष्टि से भी सहयोगकारी होने चाहिए। महिलाओं के लिए सहयोगी मानकों से मेरा तात्पर्य है कि महिलाओं का सम्मान ही इन मानकों का केन्द्र बिन्दु हो और इनके अंतर्गत यह माना जाए कि प्रसव देखभाल सेवाएं प्राप्त कर पाना प्रत्येक महिला, उसके शिशु और परिवार का अधिकार है। अगर महिलाओं और समुदायों से इस बारे

में विचार-विमर्श नहीं किया गया तो इनमें से किसी को भी इन मानकों पर विश्वास नहीं होगा और वे दी जा रही सेवाओं का प्रयोग नहीं करेंगे। इस बारे में जेंडर पर आधारित दृष्टिकोण अपनाए जाने की भी आवश्यकता है जिसमें गर्भवती महिला की शारीरिक और सामाजिक परिस्थितियों पर ध्यान दिया जाए²¹। मेरा मानना है कि हर तरह की परिस्थितियों में 'गुणकारी देखभाल सेवाएं' विकसित करने के लिए इस तरह के विचारों और व्यावहारिक बातों को अपना पाना संभव होगा। यह ऐसे देशों में भी संभव हो पाएगा जहाँ अधिकांश महिलाओं की आवाज सुनी नहीं जाती।


इस तरह की कार्य योजना बनाते समय स्थानीय स्तर पर किए जाने वाले कामों और समुदायों तथा प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाले प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों के विचारों को भी ध्यान में रखना होगा और सेवाएं देने वाले और सेवाओं का प्रयोग करने वालों को अलग-अलग समूहों की बजाय मिलकर सहयोगियों के रूप में इस चुनौती का सामना करना होगा। स्थानीय स्तर पर किए जाने वाले इन प्रयासों को राष्ट्रीय प्रक्रियाओं और कार्य योजनाओं का भी समर्थन मिलना चाहिए।

इस समय दुर्भाग्य से ऐसे बहुत कम मॉडल या संरचनाएं विद्यमान हैं जिन पर इस तरह की कार्य योजनाओं को आधारित किया जा सके या जिनके आधार पर सेवाओं का मूल्यांकन हो सके। अभी तक देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता जाँचने के लिए किए गए अधिकांश काम परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता जाँचने के

संदर्भ में ही किए गए हैं और इनमें सबसे प्रसिद्ध संरचना ब्रूस-जैन प्रक्रिया²² के नाम से जानी जाती है। प्रसव सहायिकाओं के अंतरराष्ट्रीय संगठन (आईसीएम) ने 1993 में वैंकूवर में आयोजित त्रैवार्षिक बैठक²³ में और दूसरों ने प्रसव देखभाल सेवाओं में गुणवत्ता आश्वासन की संरचनाएं तैयार कर ली हैं। लेकिन अभी तक इनके आधार पर किए गए मूल्यांकनों के नतीजे आने बाकी हैं। प्रमाणित संरचनाओं के उपलब्ध न होने पर भी अनेक तरह की संरचनाओं को तैयार किए जाने के सुझाव दिए गए हैं। उदाहरण के लिए इंग्लैण्ड में प्रसव सेवाओं में गुणवत्ता आश्वासन के लिए सबसे अधिक क्लीनिकल ऑडिट टूल²⁴ पर विश्वास किया जाता है। दूसरी कई संरचनाओं में गुणवत्ता आश्वासन को निगरानी से जोड़कर देखने²⁵ का सुझाव दिया जाता है हालांकि परिवार नियोजन सेवाओं के लिए आमतौर पर ब्रूस-जैन संरचना का ही पालन किया जाता है²²।

प्रसव देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता सुधारने के लिए कोई शॉर्ट-कट तरीका नहीं है; देखभाल सेवाएं देने वाले लोगों का प्रशिक्षित और कुशल होना बहुत ज़रूरी है और उनका यह प्रशिक्षण प्रसव देखभाल सेवाओं के उचित मानकों पर आधारित होना चाहिए। देखभाल सेवाओं में गुणवत्ता में सुधार के लिए मानक ही एकमात्र कुंजी है और इनमें लगातार सुधार होता रहना चाहिए (चित्र-1)। प्रसव देखभाल देने वाली स्वास्थ्यकर्मियों के कार्यों का विवरण देने के लिए भी मानक लाभप्रद हो सकते हैं

चित्र-1: देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए मानकों का विकास

1. उचित व्यवहारों पर आधारित मानक तैयार करना (इसके लिए पायलट परियोजनाओं की आवश्यकता होगी)
↓
2. मानकों को लागू करना
↓
3. मानकों की मॉनीटरिंग
↓
4. ऑडिट
↓
5. व्यवहारों को सुदृढ़ करने के लिए कार्य योजना का विकास और उसे लागू करना
↓
6. कार्य योजना लागू करने के बाद पुनः ऑडिट
↓
7. जानकारियों और प्राप्त नए साक्ष्यों के आधार पर परिवर्तनों को देखते हुए मानकों की पुनरीक्षा/मूल्यांकन
↓
8. इस पूरी प्रक्रिया को पुनः शुरू करना 

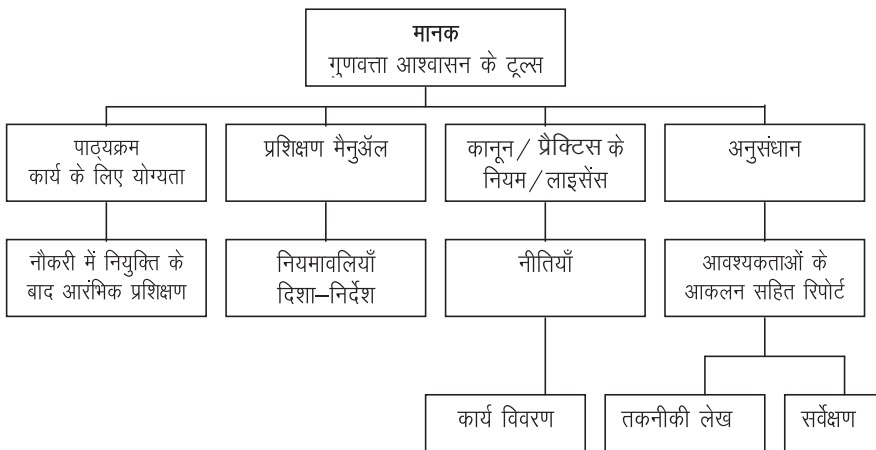
और उनके शैक्षणिक पाठ्यक्रम को परिभाषित करने में इनका विशेष महत्व होता है (चित्र-2)।

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा दक्षिण-पूर्वी एशियाई क्षेत्रों के लिए प्रैक्टिस के मानक

सदस्य देशों के आग्रह पर विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रीय कार्यालय में हाल ही में इस क्षेत्र के देशों की सहायता के लिए 'सुरक्षित मातृत्व के लिए प्रसव सेवाओं के मानक' विकसित किए हैं जिन्हें इस क्षेत्र के सभी देशों द्वारा अपनाया गया है²⁸। इन मानकों का विकास सभी सदस्य देशों से परामर्श के बाद किया गया और भूटान, इंडोनेशिया, नेपाल और थाइलैण्ड में इनकी जाँच की गई। यह मानक ऊपर बताए गए तरीके से बनाए गए हैं।

इन मानकों में आवश्यक प्रसव देखभाल देने के लिए प्रसव सेवाओं के प्रशिक्षित कर्मियों

चित्र-2: देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के टूल्स



द्वारा किए जाने वाले न्यूनतम कामों की पहचान की गई है जिनमें इन देशों में उपयुक्त और आवश्यक जीवन रक्षक उपचार शामिल हैं। हमने इन मानकों को विकसित करने के लिए 'संरचना-प्रक्रिया-परिणाम' मॉडल का प्रयोग किया और उपलब्ध साहित्य तथा वैज्ञानिक साक्ष्यों की पुनरीक्षा की। इस प्रक्रिया में हमने नीति-निर्माताओं, योजनाकारों, व्यावसायिक संस्थानों व संगठनों, शिक्षाविदों, समुदाय के प्रमुखों, महिलाओं व उनके परिवारों को भी शामिल किया।

इन मानकों में देखभाल सेवाओं के स्वीकृत स्तर को परिभाषित किया गया है और हर उपचार के लिए आवश्यक संसाधनों (संरचना संबंधी) की जानकारी भी दी गई है। इसके अतिरिक्त उपचार के मानकों को प्राप्त करने के लिए किए जाने वाले मुख्य कार्यों (प्रक्रिया संबंधी) को भी परिभाषित किया गया है और आवश्यकतानुसार संदर्भों और बिब्लियोग्राफी को इसमें शामिल किया गया है। जहाँ वर्तमान प्रक्रियाओं में बदलाव लाने की आवश्यकता महसूस हुई वहाँ हमने इस बदलाव के लिए किए गए अनुसंधान का हवाला देते हुए व्याख्याएं दी हैं।

हर मानक के लिए हमने आवश्यकताओं को शामिल किया है और स्वीकृत स्तर पर प्रसव देखभाल सेवाएं देने के परिणामस्वरूप प्राप्त होने वाले कुछ नतीजों को भी इसमें शामिल किया गया है ताकि पाई गई कमियों में आवश्यकतानुसार सुधार किया जा सके।

इन मानकों को स्थापित करने के बाद इनसे प्राप्त परिणामों का आकलन कर पाना बहुत कठिन है क्योंकि बहुत सी परिस्थितियाँ जैसे बाढ़, प्राकृतिक आपदा या देश में अशान्ति जैसी स्थितियाँ आदि प्रसव सेवाएं देने वाली जन्म सहायिकाओं और चिकित्सकों के नियंत्रण से बाहर होती हैं। इसलिए इन मानकों को लागू किए जाने की मॉनीटरिंग और ऑडिट करते समय मानकों की संरचना और प्रक्रिया पर अधिक ध्यान दिया जाता है और यह माना जाता है कि इससे प्राप्त होने वाले नतीजों को दीर्घकालिक मूल्यांकन में शामिल किया जाएगा।

मानकों का ऑडिट किया जाना इस प्रक्रिया का एक आवश्यक अंग है और यह सुझाव दिया गया है कि इसे जन्म सहायिकाओं के काम के नियमित मूल्यांकन और ऑडिट प्रक्रिया में शामिल किया जाना चाहिए। यह सुनिश्चित करने के लिए कि काम कर रहे व्यक्ति का मूल्यांकन करने की बजाए मानक का मूल्यांकन हो सके और इस प्रक्रिया को दंडात्मक न समझा जाए, ऑडिट के टूल को इस तरह विकसित किया गया है कि इसमें कई तरह के आँकड़े एकत्रित किए जाएं। इन आँकड़ों में महिलाओं, उनके परिवारों और कुछ मामलों में समुदाय के सदस्यों से परामर्श के नतीजे भी शामिल किए जाते हैं। यह आँकड़े अनेक स्रोतों से इक्कठे किए जाते हैं और इसमें सीधे निगरानी, रिकॉर्डों की जाँच, समकक्ष व्यक्तियों के विचार, रैफरल केन्द्रों से प्राप्त जानकारी तथा स्व-मूल्यांकन शामिल होता है।

इस तरह काम करने से स्थानीय प्रक्रियाओं को प्रयोग करने का अवसर मिलता है और साथ ही साथ एक नैतिक संरचना के अंतर्गत सुरक्षित मातृत्व के लक्ष्य प्राप्त करने के लिए आवश्यक न्यूनतम स्तर का भी पता चलता है। उदाहरण के लिए प्रसव पीड़ा के दौरान देखभाल किए जाने से संबंधित एक मानक यह है कि 'प्रसव देखभाल कार्यों में प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी सही तरह से यह समझ पाने में समर्थ हों कि प्रसव पीड़ा आरंभ हो गई है और वे पूरी प्रसव पीड़ा के दौरान उपयुक्त और सांस्कृतिक मान्यताओं के अनुसार स्वीकार्य मॉनीटरिंग कर पाने में समर्थ हों तथा महिला की इच्छा का सम्मान करते हुए आवश्यकतानुसार रैफरल कर सकें'।

मानकों का प्रयोग करते हुए प्राप्त होने वाले कुछ नतीजों की पहचान कर पाना संभव हो सकता है। जैसे कि यह जाना जा सकता है कि क्या लंबे समय तक प्रसव पीड़ा के कारण महिला की मृत्यु या रोगग्रस्त होने की स्थिति में सुधार हुआ है अथवा नहीं। देखभाल सेवाओं के इस स्तर को पाने के लिए आवश्यक स्थितियों को भी पहचाना जा सकता है जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं:

- आवश्यक विशिष्ट नीतियों या दिशा-निर्देशों का होना
- प्रसव पीड़ा आरंभ होने पर प्रसव सेवाएं देने में प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी को बुलाया जाना
- यह जान पाना कि किस प्रशिक्षण की आवश्यकता है

- आवश्यक उपकरणों और दवाओं का विवरण
- प्रभावी रैफरल प्रणाली को लागू कर पाना
- यह जानना कि किन दस्तावेजों या रिकॉर्डों की आवश्यकता है

मानकों को निर्धारित करते समय किए जाने वाले मुख्य कार्यों को भी परिभाषित किया जाना चाहिए। इससे ऑडिट के समय की आवश्यकताओं को भी जानने में सहायता मिलती है। इस पूरी प्रक्रिया का उद्देश्य यह होता है कि ऑडिट करने वाला व्यक्ति पक्षपातपूर्ण न हो सके और स्थानीय तरीकों और प्रक्रियाओं का प्रयोग करते हुए प्रसव सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मी निर्धारित मानकों को प्राप्त कर सकें।

उपचार व्यवस्थाओं के स्पष्ट मानक तैयार करने और सभी पणधारियों के लिए इन्हें उपलब्ध कराने से विशिष्ट परिणामों के संदर्भ में प्रसव देखभाल सेवाओं की प्रभावशीलता का मूल्यांकन कर पाना संभव हो सकता है। प्रसव सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा किए जा रहे कार्यों की स्वीकार्यता और समुदाय द्वारा इन सेवाओं से सन्तुष्ट होने के बारे में इन सेवाओं के उपयोग के स्तर का पता चलेगा।

अभी तक क्षेत्रों में इन मानकों की जाँच के बहुत उत्साहवर्धक परिणाम प्राप्त हुए हैं। उदाहरण के लिए इंडोनेशिया में प्रसव देखभाल करने वाली जन्म सहायिकाओं से पता चला कि जाँच की अवधि में प्रसव से पहले जाँच कराने

वाली महिलाओं की संख्या में वृद्धि हुई थी जिसके कारण उस जन्म सहायिका की आय भी बढ़ गई थी। चारों देशों से यह जानकारी मिली कि देखभाल सेवाएं प्राप्त कर रहे लोगों की संतुष्टि के स्तर में बढ़ोतरी हुई थी। थाईलैण्ड से यह जानकारी मिली कि इन मानकों के लागू होने के बाद प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाली जन्म सहायिकाओं का विश्वास बढ़ा था और वे अपने डाक्टर साथियों द्वारा पहले बताई जा रही प्रक्रियाओं में बदलाव लाने में भी सफल रही थीं और अब वे आमतौर पर महिला को एनीमा देना या उसकी प्रजनन अंगों के बाल साफ करने तक सीमित नहीं थीं। यहाँ यह जानकारी भी मिली कि प्रसव सेवाएं दिए जाने के विषय पर होने वाले अनुसंधान अध्ययनों में भी बढ़ोतरी हुई थी क्योंकि प्रसव सेवाएं देने वाली जन्म सहायिकाएं और दूसरे लोग अब यह प्रश्न खड़े करने लगे थे कि उन्होंने वे सब उपचार करना, जिन्हें पहले जरूरी बताया जाता था, अब क्यों शुरू कर दिया है।

इस पूरे पैकेज के बारे में आगे की जानकारी विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण-पूर्वी एशियाई क्षेत्रीय कार्यालय से मिलेगी जो आने वाले समय में इसे बड़े पैमाने पर समुदायों को उपलब्ध कराने का विचार रखते हैं। इस बारे में यह जानने का काम पहले ही शुरू कर दिया गया है कि क्या ये मानक या इनमें प्रयोग की गई संरचना को ऐसे किसी देश में प्रसव सेवाओं के मानक तैयार करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है जो अपने यहाँ प्रसव सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों की कुशलता बढ़ाने के

इच्छुक हों।

प्रसव सेवाएं देने वाली जन्म सहायिकाओं के प्रशिक्षण का "फिटनेस फॉर परपज" पाठ्यक्रम

गुणकारी सेवाएं देने के उद्देश्य से कुशल एवं प्रशिक्षित कर्मियों के लिए पाठ्यक्रम तैयार करते समय यह ध्यान रखा जाना चाहिए कि प्रशिक्षित किए जाने वाले कर्मचारी इस काम के लिए पूरी तरह योग्य हों अर्थात् वे ऐसे कर्मचारी हों जो नीचे बताई गई तीन महत्वपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा कर सकें:

- वे हर महिला की आवश्यकताओं को पूरा कर सकें।
- उपलब्ध संसाधनों और जनसंख्या के आंकड़ों के आधार पर देश की आवश्यकताओं को पूरा कर सकें।
- व्यावसायिक कुशलता की सामाजिक आवश्यकताओं को पूरा कर सकें।

इस प्रशिक्षण के लिए शैक्षणिक योग्यताएं निर्धारित करते समय यह देखा जाना चाहिए कि इस पाठ्यक्रम को पूरा करने वाले विद्यार्थियों को हर तरह के कौशल मिल सकेंगे अर्थात् वह सुरक्षित रूप से प्रसव सेवाएं दे सकेंगे और उनमें इसके लिए आवश्यक सकारात्मक दृष्टिकोण और कुशलता होगी। इनमें केवल तकनीकी कुशलता ही सम्मिलित नहीं होगी बल्कि समुदायिक विकास की कुशलता, अंतरवैयक्तिक कौशल और अपनी बात को प्रभावशाली रूप से कह पाने, महिलाओं

को सशक्त कर पाने और समुदाय के साथ काम करने तथा अनुसंधान से मिलने वाली जानकारियों को पहचानने और उनका प्रयोग करने की कुशलता भी होनी चाहिए।

योग्यता के आधार पर पाठ्यक्रम में प्रवेश देने की प्रक्रिया उनकी कुशलता पर आधारित होनी चाहिए और स्वीकृत व्यावसायिक मानकों के अनुरूप होनी चाहिए। इसका अर्थ यह है कि प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों में व्यावसायिक मूल्यों और कर्तव्यपरायणता की भावना भरी हो और वे एक विशेष तरीके से अपने काम को पूरी मुस्तैदी से कर सकें। उदाहरण के लिए प्रसव सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों का अंतरराष्ट्रीय संगठन सभी जन्म सहायिकाओं से यह अपेक्षा करता है कि वे हर तरह की परिस्थितियों और संस्कृतियों में मातृत्व को सुरक्षित बनाने के लिए अपने व्यावसायिक ज्ञान और कौशल का प्रयोग करें तथा हर तरह की परिस्थिति में स्वास्थ्य देखभाल पाने की इच्छुक महिलाओं की भावनात्मक, शारीरिक, मानसिक और आध्यात्मिक आवश्यकताओं को पूरा कर सकें²⁸।

इस पाठ्यक्रम में प्रशिक्षार्थियों की योग्यता के आधार पर प्रसव देखभाल सेवाएं देने के प्रशिक्षण कार्य में पाठ्यक्रम को प्रभावित करने वाले सभी कारकों पर ध्यान दिया जाता है। अगर इस पाठ्यक्रम का सही डिज़ाइन बनाया जाए और इसे ठीक से लागू किया जाए तो इससे कुशल जन्म सहायिकाओं को तैयार करने में सहायता मिलेगी जो कम खर्च पर उचित प्रसव देखभाल सेवाएं प्रदान कर सकेंगी जिससे

कि स्वास्थ्य की स्थिति के संकेतकों में सुधार होगा। कुल मिलाकर उन्हें इस तरह योग्य बना दिया जाएगा कि वे माँ और नवजात शिशु की मृत्यु या उनमें रोग की स्थिति पर सकारात्मक प्रभाव डाल सकें।

इस पाठ्यक्रम को प्रभावशाली बनाने के लिए यह ज़रूरी है कि इसके अंतर्गत कुशलताओं को विकसित करने पर अधिक ध्यान दिया जाए और यह प्रशिक्षण योग्य और कुशल अध्यापकों द्वारा कराया जाए जिन्हें विशेष रूप से इस काम के लिए तैयार किया गया हो। 1990 में जापान के कोबे शहर में आयोजित प्रसव सहायिकाओं के अंतरराष्ट्रीय संगठन (ICM) की काँग्रेस से पहले की कार्यशाला में इसी पाठ्यक्रम के आवश्यक विषयों पर चर्चा की गई। कार्यशाला की अंतिम रिपोर्ट में यह स्वीकार किया गया कि बहुत से विकासशील देशों में प्रसव देखभाल सेवाओं के बारे में प्रशिक्षण पुराने पाठ्यक्रम पर आधारित था जो अकसर दूसरे देशों की देखा-देखी अपना लिया जाता था²⁹। इसके अलावा यह पाठ्यक्रम न केवल दूसरे देशों के पाठ्यक्रम के आधार पर तैयार कर लिया जाता था बल्कि प्रसव देखभाल सेवाओं का प्रशिक्षण भी ऐसे अनुभवहीन प्रशिक्षकों द्वारा दिया जा रहा था जिन्हें स्वयं प्रसव देखभाल सेवाओं की पूरी जानकारी नहीं थी। इस तरह से यहाँ प्रसव देखभाल सेवाओं का प्रशिक्षण पूरी तरह से अनुपयुक्त और अनुचित रूप से दिया जा रहा था।

कोबे काँग्रेस के बाद के वर्षों में इस परिस्थिति में बदलाव लाने के लिए बहुत कुछ

किया गया है। अब प्रसव देखभाल सेवाओं का प्रशिक्षण देने के लिए बहुत सी सामग्री उपलब्ध है। उदाहरण के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन, यूनीसेफ और अन्य संगठनों के सहयोग से आईसीएम ने इस बदलाव को लाने की दिशा में बहुत से काम किए हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने प्रसव देखभाल सेवाकर्मियों के प्रशिक्षण के लिए प्रचलित और बहुत ज्यादा प्रयोग किए जाने वाले शिक्षण मॉड्यूल³⁰ का विकास किया जिन्हें कई बार क्षेत्रों में जाँचा परखा गया है और जो बहुत लाभकारी टूल सिद्ध हुए हैं।

आईसीएम ने प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों के लिए ज़रूरी कुशलताओं का सेट भी तैयार किया है जिसे 1999 में मनीला काँग्रेस के समय जारी किया गया और इस समय इसका गहन परीक्षण किया जा रहा है। जिनेवा स्थित विश्व स्वास्थ्य संगठन का मुख्यालय ऐसे टूल विकसित कर रहा है जिससे प्रसव देखभाल सेवाओं का प्रशिक्षण देने वाले अध्यापकों को गुणकारी प्रसव देखभाल सेवाओं को परिभाषित करने में सहायता मिलेगी। इसके अलावा जल्दी ही वे जिला स्तर पर आवश्यक प्रसव देखभाल सेवाओं का एक पैकेज भी जारी करने जा रहे हैं।

1997 में श्रीलंका में सुरक्षित मातृत्व विषय पर तकनीकी संगोष्ठी का आयोजन किया गया जिसमें सुरक्षित मातृत्व के लिए जन्म सहायिकाओं की केन्द्रीय भूमिका को फिर से स्वीकार किया गया। इस परामर्श सत्र में इस बात पर भी सहमति व्यक्त की गई कि हर तरह के सेवाप्रदाताओं के लिए प्रसव देखभाल सेवाओं

के मानक विकसित किए जाने चाहिए। विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा बनाए गए प्रसव देखभाल सेवाओं के मानकों से यहाँ के देशों को ऐसे आवश्यक टूल और प्रक्रियाएं प्राप्त हो गई हैं जिन्हें वे इस्तेमाल कर सकते हैं बशर्ते उनमें अच्छी शिक्षित जन्म सहायिकाओं को प्रशिक्षित करने की राजनीतिक इच्छा शक्ति हो। ये प्रशिक्षित जन्म सहायिकाएं इन देशों को सुरक्षित मातृत्व के लक्ष्यों को प्राप्त करने में सहायक हो सकती हैं।

अभी बहुत कुछ करना बाकी है लेकिन यह जानकर अच्छा लगता है कि विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण-पूर्वी एशियाई क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा नवंबर 1998 में प्रसव देखभाल सेवाओं में प्रशिक्षित कर्मियों द्वारा सेवाएं देने के अंतरदेशीय क्षेत्रीय विचार-विमर्श के दौरान सभी दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों ने अपने यहाँ इन मानकों को लागू करना स्वीकार किया। इससे लगता है कि प्रसव देखभाल सेवाओं के महत्व और आवश्यकता को पहचाना गया है और यह मान लिया गया है कि प्रशिक्षित जन्म सहायिकाएं सुरक्षित मातृत्व के लक्ष्यों को प्राप्त करने में सहायक हो सकती हैं। इस बारे में आने वाला समय ही सही जानकारियाँ देगा।

निष्कर्ष

सभी सरकारों और सामाजिक व्यवस्थाओं का यह नैतिक कर्तव्य है कि वे प्रसव प्रक्रिया से गुज़रने वाली महिलाओं की आवश्यकताओं को पूरा करे और ऐसी व्यवस्थाएं बनाएं जो उनके

नागरिकों को हर तरह की हानि से सुरक्षित रख सके। गर्भवती महिलाओं के मामले में इस उद्देश्य को पूरा करने के लिए यह ज़रूरी है कि गर्भावस्था और प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाले स्वास्थ्यकर्मी अपने काम को प्रभावी रूप से करें जिससे कि आम जनता को कोई हानि न पहुँचे। इसके लिए यह ज़रूरी है कि सभी स्वास्थ्यकर्मियों को ज़रूरी शिक्षा और प्रशिक्षण दिया जाए और वे पहले से स्वीकार्य ऐसे मानकों तथा व्यावसायिक सिद्धांतों के अनुसार आचरण करें जिन्हें भली-भाँति जाँचा परखा गया हो।

सबसे पहले 1972 में जन्म सहायिका की परिभाषा को स्वीकार किया गया था और बाद में समय-समय पर इस क्षेत्र में आए परिवर्तनों के अनुसार इसमें बदलाव किए जाते रहे। प्रसव देखभाल सेवाओं के लिए आवश्यक कार्यों को स्वीकृति दी गई है और दक्षिण-पूर्वी एशियाई देशों में सुरक्षित मातृत्व के मौलिक मानकों को विकसित किया गया है जिनमें कुछ ज़रूरी जीवन रक्षक कौशल भी शामिल हैं। इन मानकों को विकसित करने के बाद इनका परीक्षण भी किया गया है। इस समय इन्हें लागू करने के लिए आवश्यक संरचनाएं और टूल विद्यमान हैं।

मेरा यह मानना है कि जब तक समाज में पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षित और कुशल जन्म सहायिकाएं उपलब्ध नहीं होंगी जो किसी कुशल व्यक्ति की देखरेख में सभी महिलाओं का प्रसव सुनिश्चित करा सकें तब तक सुरक्षित मातृत्व के लक्ष्यों को प्राप्त नहीं किया जा सकता। बहुत से देशों के लिए यह एक बड़ी चुनौती होगी।

फिर भी अगर आने वाले समय में जन्म सहायिकाओं को उपयुक्त प्रशिक्षण दिया जाए और उन्हें इस लेख में बताए गए तरीकों से काम करने की कुशलता दी जाए तो इसमें कोई संदेह नहीं कि वे सुरक्षित मातृत्व के लक्ष्यों को प्राप्त करने की दिशा में महत्वपूर्ण योगदान कर सकती हैं।

अभिस्वीकृति

इस लेख के कुछ अंश लेखिका द्वारा फरवरी 1998 में नई दिल्ली में आयोजित जन्म सहायिकाओं के अंतरराष्ट्रीय संगठन की त्रैवार्षिक क्षेत्रीय कार्यशाला के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन जिनेवा में प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग में कार्यरत ऍन थाम्पसन के सहयोग से तैयार किए गए लेख पर आधारित है।

पत्र व्यवहार के लिए पता

डैला आर शेरॉट, विकास अध्ययन केन्द्र, सामाजिक विज्ञान एवं अंतरराष्ट्रीय विकास स्कूल, वेल्स विश्वविद्यालय, स्वानसी, इंग्लैण्ड।
ई-मेल d.r.sherratt@swansea.ac.uk

संदर्भ

1. WHO, 1996. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. World Health Organization, Geneva.
2. Hurdley VA. Cruickshank FM. Long GD et al. 1994. Midwifery-managed delivery unit : a randomised controlled comparison with consultant care. British Medical Journal.

- 309(Nov 26):1400-04.
3. Maine D. Akalin MZ. Chakraborty J et al. 1996. Why did maternal mortality decline in Matlab? *Studies in Family Planning*. 27(4):179-87.
 4. World Health Organization. 1997. Coverage of Maternity Care: Listing of Available Informaion. 4th edition. WHO. Family and Reproductive Health Division. Geneva.
 5. Safe Motherhood: Ten Years of Lessons and Progress Technical Consultation. Colombo. Sri Lanka 18-23 October, 1997.
 6. Fortney J. 1997. Ensuring Skilled Attendance at Delivery: The Role of TBAs. The Family Health Research Triangle Park. NC.
 7. Blanchet T. 1984. Women, Pollution and Marginality. Meanings and Rituals of Birth in Rural Bangladesh. University Press Limited, Dhaka.
 8. Jeffrey P, Jeffrey R, Lyon A, 1988. Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India. Zed Books Ltd., London.
 9. WHO WPRO. 1997. Women's Health in a Social Context in the Western Pacific Region. World Health Organisation Regional Office for the Western Pacific. Manila.
 10. de Silva D. 1993. Impact of the development of a comprehensive system for community midwifery services on national maternal health in Sri Lanka. Paper presented at Inter-Country Consultation on Training and Utilization of Health Personnel with Midwifery Skills. World Health Organization South-East Asia Region Office, New Delhi, India. 6-10 December.
 11. Simmons R. Koenig MA. Zahidul Huque AA. 1990. Maternal child health and family planning : user perspectives and service constraints in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 21(4):187-96.
 12. Sheratt DR. Hancock M. 1993. Evaluation of 4th year Nurse-Midwifery Curriculum. Project Report. British Council, Dhaka.
 13. WHO SEARO. 1995. National Programme Managers For Safe Motherhood. Report on an Inter-Country Workshop. India. 27 February-3 March 1995. New Delhi.
 14. UNICEF. 1993. Reduction of Maternal Mortality in Bangladesh during 1995-2000. A Concept Paper. UNICEF. Dhaka.
 15. WHO SEARO. 1998. Inter-Country Consultation on Implementation of Standards of Midwifery Practice for Safe Motherhood in SEAR Countries: World Health Organisation. Regional Office for South-East Asia. New Delhi. 24-26 November.
 16. Bhatia JC. Cleland J. 1996. Obstetric morbidity in South India: results from a community survey. *Social Science and Medicine*. 43(10):1507-16.
 17. WHO SEARO. 1996. Utilisation of Midwifery Trained Personnel in SEAR countries: Standards for Midwifery Practice for Safe

- Motherhood. Working Paper 1. An inter-country consultation. World Health Organization. South-East Asia Region Office. New Delhi. India November 1996.
18. WHO, 1994. Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health, World Health Organization, Geneva.
 19. World Bank 1993. World Development Report 1993. Investing in Health. World Bank/Oxford University Press. New York.
 20. WHO. 1996. Care in Normal Birth : A Practical Guide. Maternal and Newborn Health Safe Motherhood Unit Family and Reproductive Health. World Health Organization, Geneva.
 21. AbouZahr C. Vlassoff C. Kumar A. 1996. Quality of health care for women: a global challenge. Health Care for Women International . 17(5):449-67.
 22. Bruce J. 1990. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. In Studies in Family Planning. 21: 61-91.
 23. WHO/ICM/UNICEF. 1993. Midwifery Practice: Measuring, Developing and Mobilising Quality Care. Report of a Collaborative Pre-Congress Workshop. Vancouver 7-8 May.
 24. Dickenson V. 1998. Moving audit into midwifery practice. Practicing Midwife. 7/8 (July-August): 12-16.
 25. Gorzanski C. 1997. Raising the standards through supervision. Modern Midwife. 7(2):11-14.
 26. WHO SEARO 1998. Inter-Country Consultation on Implementation of Standards of Midwifery Practice for Safe Motherhood In SEAR Countries. World Health Organization. South-East Asia Region Office. New Delhi 24-26 November 1998.
 27. Morrow R. 1996. Concepts and methods assessing the quality of essential obstetric care. International Journal of Health Planning and Management. 6(3):119-34.
 28. ICM 1993. International Code of Ethics for Midwives. International Confederation of Midwives. London.
 29. WHO/ICM/UNICEF, 1991. Midwifery Education: Action for Safe Motherhood Report of a Collaborative Pre-Congress Workshop. Kobe. Japan 5-6 October 1990. World Health Organization. Maternal and Child Health & Family Planning Division of Family Health, Geneva.
 30. WHO, 1996. Midwifery Modules for Safe Motherhood Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health. World Health Organization, Geneva.



भारत के कर्नाटक राज्य के कोप्पल जिले में मातृ मृत्यु की घटनाओं की अधिकता: सेवाएं देने में आने वाली समस्याएं

Asha George
आशा जॉर्ज

सारांश:

दक्षिण भारत के कर्नाटक राज्य के सबसे गरीब जिले कोप्पल के निर्धन इलाकों की प्रसव समस्याओं से ग्रस्त गरीब महिलाएं वहाँ उपस्थित बहुत से स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के पास इलाज के लिए जाती हैं फिर भी उनकी मृत्यु होती है। आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाओं के लिए आने वाली महिलाओं के मामलों से प्राप्त जानकारीयों और सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में उपलब्ध सूचनाओं के आधार पर इस लेख में स्वास्थ्य सेवाएं देने में आने वाली उन सभी कमियों का उल्लेख किया गया है जिनके कारण कोप्पल में मातृ मृत्यु दर अब भी इतनी अधिक बनी हुई है। सूचना-तंत्र का कमजोर होना, इलाज को बीच में रोक देना, स्वास्थ्यकर्मियों को सहयोग न मिल पाना, दोषपूर्ण रैफरल प्रणाली और उत्तरदायित्व निर्धारित न करने की प्रक्रिया ही वे सब कारण हैं जो स्वास्थ्य सेवाएं देने में रुकावट बनते हैं। उदाहरण के लिए मातृ मृत्यु के मामलों की कम जानकारी दी जाती है और इनके कारणों की समीक्षा नहीं की जाती, प्रसव से पहले की जाँच और अस्पतालों में प्रसव कराने को प्रसव के बाद या आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाओं से नहीं जोड़ा जाता, स्वास्थ्यकर्मी अनावश्यक टीकों का प्रयोग तो करते हैं लेकिन एनीमिया या सेप्सिस का उपचार नहीं करते। परिवार के सदस्य अनेक डाक्टरों के पास जाने में अमूल्य समय और धन खर्च करते हैं परन्तु उन्हें प्रभावी उपचार नहीं मिल पाता और इसका दोष निचले दर्जे के स्वास्थ्यकर्मियों और महिलाओं पर मढ़ दिया जाता है कि वे प्रसव के लिए अस्पताल नहीं आईं। अंत में कार्यकारी स्वास्थ्य सेवाएं सुनिश्चित करने में प्रशासकों और नेताओं की भूमिका पूरी तरह स्पष्ट नहीं है। हालांकि महत्वपूर्ण चीजों की आपूर्ति और मांग को पूरा करने के लिए आवश्यक सुधार किए जा रहे हैं फिर भी इन्हें अनौपचारिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं पर लागू नहीं किया जाता और न ही इसके अंतर्गत सही सेवाएं दिए जाने की समस्या पर विचार किया जाता है। यह आवश्यक है कि प्रबंधन कार्यों में फेरबदल किया जाए जिसके बिना इस काम के लिए आबंटित धनराशि बेकार ही खर्च हो जाएगी और महिलाओं के जीवन की रक्षा पर इसका कोई प्रभाव नहीं हो पाएगा। © 2007 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द: मातृ मृत्यु, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, जिला स्तरीय स्वास्थ्य प्रबंधन, देखभाल की गुणवत्ता, उत्तरदायित्व, रैफरल, भारत।

1 998 में भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में मातृ मृत्यु के मुख्य कारण एनीमिया या खून की कमी (24%), गर्भावस्था के दौरान रक्तस्राव या प्रसव के दौरान संक्रमण (23%), गर्भपात (12%), इक्लाम्पसिया और टॉकसीमिया (10%), प्रसव के दौरान सैप्सिस (10%), गर्भ में बच्चे की गलत स्थिति (7%) और दूसरे कारण (14%) हैं। इन आँकड़ों से पता चलता है कि किस तरह मृत्यु के इन सभी मामलों की रोकथाम की जा सकती है। मृत्यु का कारण बनने वाले इन सभी मामलों के लिए उपचार आसानी से उपलब्ध हैं और अगर इन्हें समय रहते किया जाए तो ये कोई बहुत जटिल उपचार भी नहीं होते। यही कारण है कि भारत के पिछड़े इलाकों में गर्भवती महिलाओं द्वारा आरंभिक प्रसूति देखभाल सेवाएं प्राप्त करने के असफल प्रयास इतने त्रासदीपूर्ण हो जाते हैं।

गर्भवती महिलाओं की आवश्यकताओं को जानने और महिलाओं के प्रजनन अधिकारों तथा उन्हें जीवित रखने के लिए उत्तरदायित्व निर्धारित करने में जेंडर के आधार पर किया जाने वाला भेदभाव ही वह मुख्य कारण है जिसके कारण बड़ी संख्या में मातृ मृत्यु होना जारी रहा है²। इस तरह के विश्लेषण को ध्यान में रखते हुए इस लेख के माध्यम से मैंने स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने में आने वाली उन सभी अड़चनों पर ध्यान देने का प्रयास किया है जिनके कारण दक्षिण भारत के कर्नाटक राज्य के सबसे गरीब जिले कोप्पल में महिलाओं व उनके परिवारों द्वारा आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाएं प्राप्त करने के प्रयासों में

अड़चन आती है।

प्रक्रिया

यह लेख गीता सेन के नेतृत्व में बंगलौर के भारतीय प्रबंधन संस्थान और कर्नाटक के स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन विभाग के संयुक्त प्रयासों तथा महिला समाख्या कर्नाटक (एमएसके) नामक महिला सशक्तिकरण कार्यक्रम की सहभागिता से जेंडर और स्वास्थ्य समता परियोजना के अंतर्गत किए गए अनुसंधान कार्यों पर आधारित है। कार्यक्रम को लागू करने वाले प्रमुख सहभागी संस्थान के रूप में एमएसके संस्थान ऐसी सामुदायिक गतिविधियों का समर्थन करती है जो 60 गाँवों में महिला समूहों के माध्यम से महिलाओं के स्वास्थ्य के अधिकार को बढ़ावा देती है। इन 60 गाँवों में लगभग 82000 निवासी रहते हैं जो कोप्पल जिले के कोप्पल और यलबर्गा ताल्लुकों में 8 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों से स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करते हैं।

इस पूरे परियोजना क्षेत्र में भारतीय प्रबंधन संस्थान बंगलौर के अनुसंधान दल की सदस्या के रूप में मैंने वर्ष 2004 में 9 महीने तक सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं और प्रबंधन कार्यों का आकलन किया। मैंने 13 डाक्टरों, 10 कार्यक्रम अधिकारियों, 8 वरिष्ठ जिला स्तरीय अधिकारियों और राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग के 10 अधिकारियों का साक्षात्कार भी किया।

कोप्पल में रहते हुए हमें यह महसूस हुआ कि प्रसूति से जुड़ी आपदाओं के कारण

महिलाओं की मृत्यु हमारे अनुमानों से कहीं अधिक संख्या में हो रही थी। इसका परिणाम यह हुआ कि हमने गर्भवती महिलाओं की मृत्यु होने पर मामलों की जाँच करना आरंभ कर दिया। हमारे आसपास घट रही घटनाओं पर हमारे ध्यान दिए जाने का परिणाम यह हुआ कि सरकारी ताल्लुक स्वास्थ्य अधिकारी के साथ मिलकर संयुक्त जाँच कार्य आरंभ किए गए। देखरेख बैठकों में मामलों की पुनरीक्षा करने के सरकारी प्रयासों में सहयोग करते हुए और ताल्लुक के स्वास्थ्य अधिकारी के साथ क्षेत्रों के दौरे में समय लगाया गया। इन दौरों के दौरान उस अधिकारी ने परिवारों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से प्रत्येक महिला की मृत्यु के कारणों के बारे में जानकारी ली। तालुका के स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा किए गए प्रयासों के अतिरिक्त हमने स्वतंत्र रूप से स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, परिवार के सदस्यों और परियोजना से जुड़े कर्मचारियों से जानकारी एकत्रित की।

अगले 6 महीनों में हमने 12 महिलाओं के अनुभवों को सुनकर दर्ज कर लिया था। इन 12 में से 9 महिलाओं की मृत्यु हो गई थी। मैंने आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाएं पाने की कोशिश करने वाली 7 और मेरी सहयोगी आदिति अय्यर ने 1 मामले की जानकारी एकत्रित की। अंतिम 4 मामलों के बारे में हमें सरकारी बैठकों के दौरान जानकारी मिली थी लेकिन हम उनकी आगे जाँच इसलिए नहीं कर पाए क्योंकि तब तक मेरा कोप्पल से जाने का समय हो गया था। ये महिलाएं अलग-अलग जाति और वर्ग से संबंध रखती थीं। इनमें एक

समानता यह थी कि इन सभी के घर कोप्पल के ग्रामीण इलाकों में थे, इन सभी में प्रसव से संबंधित जटिलताएं उत्पन्न हुई थी और सभी ने कोप्पल में अनेक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से उपचार पाने की कोशिश की थी।

हमारे द्वारा जानकारी प्राप्त करने की कोशिशें महिलाओं को उपलब्ध होने वाली प्रसूति सेवाओं या मातृ मृत्यु से जुड़े किसी अध्ययन के अंतर्गत नहीं की जा रही थीं। इन सब कमियों के होते हुए भी हमें प्राप्त सूचनाओं से ऐसी जानकारी निकल कर सामने आई जिससे कोप्पल में आपातकालिक प्रसूति सेवाएं पाने की इच्छुक महिलाओं के सामने आने वाली अनेक चुनौतियों का पता चलता है। अपने शोध कार्य से प्राप्त जानकारियों की पुष्टि तालुका के स्वास्थ्य अधिकारी और बंगलौर के एक निजी स्त्री रोग विशेषज्ञ से करने के बाद विश्लेषण के सारांश और प्रशिक्षण की जरूरतों को सरकारी विभागों में काम कर रहे व्यक्तियों और निर्णायकों तक पहुँचाया गया। इसके बाद शोध प्रक्रिया के अंतर्गत लिखे गए विभिन्न लेखों^{2,3} में महिलाओं, उनके परिवारों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की गोपनीयता बनाए रखने के लिए उन्हें पहचानने वाली व्यक्तिगत जानकारियों को हटा दिया गया।

क्षेत्रीय विवरण

दक्षिण भारत के उत्तरी कर्नाटक में स्थित कोप्पल जिले की जनसंख्या 10 लाख से कुछ अधिक है। यहाँ रहने वाले निवासी आमतौर पर युवा हैं, वे मुख्य रूप से खेती-बाड़ी करते हैं

और उन्हें सूखे की स्थिति का सामना करना पड़ता है। कोप्पल में दैनिक मजदूरी और मौसम के आधार पर प्रवास करना ही बहुत से लोगों के लिए जीवन-यापन का एकमात्र तरीका है। इसके अलावा उनमें शिक्षा का स्तर बहुत कम है और जेंडर और जाति के आधार पर बहुत अधिक भेदभाव किया जाता है। इस तरह के अभावों से उनकी समस्याएं बहुत अधिक बढ़ जाती हैं जिसके कारण गर्भवती स्त्रियों के स्वास्थ्य पर भी बुरा असर पड़ता है। उदाहरण के लिए कोप्पल के ग्रामीण क्षेत्रों में 84% महिलाओं का विवाह 18 वर्ष की आयु से पहले हो जाता है, 80% ग्रामीण महिलाएं अनपढ़ हैं जबकि उनके अनपढ़ पतियों का प्रतिशत 48 है। 42% विवाहित महिलाएं परिवार नियोजन उपायों का प्रयोग करती हैं (41% की नसबन्दी हो चुकी है और शेष 1% अन्य गर्भनिरोधकों का प्रयोग करती हैं), 80% ग्रामीण महिलाएं प्रसव से पहले कुछ जाँच करवा पाती हैं और केवल 21% महिलाओं को पूरी प्रसवपूर्व जाँच सेवाएं मिल पाती हैं। लगभग 85% ग्रामीण महिलाओं का प्रसव घर पर ही होता है⁴। इन्हीं कारणों से सामाजिक विकास की दृष्टि से कोप्पल कर्नाटक के सभी जिलों से नीचे है⁵।

जहाँ तक स्वास्थ्य सेवाओं का प्रश्न है, कोप्पल के ग्रामीण इलाकों में स्वास्थ्य सेवाएं आमतौर पर निजी चिकित्सकों द्वारा दी जाती हैं। इनमें झाड़-फूंक करने वाले और पारंपरिक हकीम, टॉनिक और दवाईयाँ बेचने वाले

दुकानदार, पारंपरिक जन्म सहायिकाएं या दाइयाँ और ग्रामीण चिकित्सक या आरएमपी* डाक्टर शामिल हैं। ये ग्रामीण चिकित्सक वास्तव में निजी डाक्टर हैं जिन्होंने उपचार करने का कोई औपचारिक प्रशिक्षण प्राप्त नहीं किया होता। आमतौर पर वे किसी दूसरे डाक्टर के पास काम करते हुए डाक्टरी सीखते हैं और कानूनी रूप से भले ही उनके पास उपचार करने का कोई लाइसेंस नहीं होता फिर भी गाँव के लोग इनसे उपचार कराना पसंद करते हैं।

गाँवों में अनौपचारिक रूप से डाक्टरी करने वाले निजी क्षेत्र के इन डाक्टरों की तुलना में कस्बों में कुछ बेहतर प्रशिक्षित और उच्च स्तर के स्वास्थ्य केन्द्र भी मौजूद हैं। यहाँ सबसे बड़े कस्बों में एक या दो निजी विशेषज्ञ डाक्टर भी हैं। वे स्वयं और अपने सामान्य डाक्टर साथियों के साथ मिलकर नर्सिंग होम या क्लीनिक चलाते हैं जहाँ वे आम बीमारियों का उपचार करने के साथ-साथ छोटे-मोटे ऑपरेशन भी करते हैं। इन निजी क्लीनिकों के अलावा यहाँ कुछ सरकारी विशेषज्ञ डाक्टर और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भी हैं जो ऍलोपैथिक चिकित्सा पद्धति का मुख्य आधार हैं। पूरे जिले में कोई भी सरकारी या निजी रक्त बैंक (ब्लड बैंक) नहीं है जिसके कारण यहाँ आपातकालिक ऑपरेशन करने की संभावना वैसे ही खत्म हो जाती है।

कोप्पल में निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाओं के साथ-साथ सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों की भी

* इन ग्रामीण चिकित्सकों को रजिस्टर्ड मेडिकल प्रेक्टिशनर या आरएमपी डाक्टर भी कहते हैं हालांकि इनका पंजीकरण करने की व्यवस्था वर्षों पहले बंद कर दी गई है।

बहुतायत है। सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों की स्थापना जनसंख्या पर आधारित मानकों के अनुसार की गई है। तालिका-1 व 2 में इन अस्पतालों में दी जाने वाली सेवाओं, यहाँ नियुक्त किए जाने वाले स्वास्थ्यकर्मियों की संख्या और जनसंख्या जिसके लिए यह स्थापित होने चाहिए का विवरण दिया गया है।

तालिका-1: क्षेत्र में सहायक स्वास्थ्यकर्मियों के पदों का लिंग और वरिष्ठता के आधार पर विवरण		
स्वास्थ्य देखभाल सहायक	महिला	पुरुष
जूनियर	सहायक नर्स	पुरुष स्वास्थ्य कर्मी
सीनियर	महिला स्वास्थ्य परिचायिका	हैल्थ इंस्पेक्टर

यहाँ वास्तविकता यह है कि अस्पताल स्थापित करते समय न तो जनसंख्या के मानकों और न ही सेवाओं की उपलब्धता के मानकों पर ध्यान दिया जाता है। यहाँ स्वास्थ्य केन्द्रों की भरमार इसलिए भी हो गई है क्योंकि राजनेता समय-समय पर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना की अनुमति देते रहते हैं और अपने ही निर्वाचन क्षेत्र में अस्पताल स्थापित करने की कोशिश करते हैं। इसका

एक अन्य कारण यह भी है कि मूलभूत सुविधाओं के विकास के लिए धन भी उपलब्ध रहता है। हालांकि यहाँ स्वास्थ्य केन्द्रों के निर्माण और स्थापना किए जाने को राजनैतिक और प्रशासनिक समर्थन मिलता है फिर भी इन अस्पतालों को सही तरीके से चलाने पर बहुत कम ध्यान दिया जाता है जिसके कारण यहाँ सेवाओं की उपलब्धता पर बुरा असर पड़ता है। उदाहरण के लिए जब मैंने वर्ष 2000 में अपना यह शोध आरंभ किया था उस समय लगभग 33% डाक्टरों, 29% नर्सों, 46% पुरुष स्वास्थ्यकर्मियों और 52% महिला स्वास्थ्य परिचायिकाओं के पद खाली पड़े थे⁶। हालांकि इनमें से कुछ खाली स्थानों को भरा गया है फिर भी जिले में डाक्टरों की नियुक्ति किए जाने के प्रयासों के जवाब में पर्याप्त संख्या में एमबीबीएस* डाक्टर नहीं मिल पाए। इसके अलावा कोप्पल के किसी भी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में न तो 2000 में कोई विशेषज्ञ डाक्टर था और न ही अब वहाँ कोई विशेषज्ञ डाक्टर नियुक्त हुआ है।

इन सबसे यह निष्कर्ष निकलता है कि कोप्पल के गाँवों में बड़ी संख्या में इलाज करने वाले अनौपचारिक डाक्टर हैं और बड़े शहरों में कुछ निजी डाक्टर भी हैं और पूरे जिले में, गाँवों और शहरों में सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों का जाल बिछा हुआ है। ये सभी अस्पताल या स्वास्थ्य केन्द्र भले ही किसी भी स्तर के हों

* एमबीबीएस का अर्थ होता है बैचलर इन मैडिसिन एण्ड बैचलर इन सर्जरी। कॉमनवैल्थ देशों में यह एक 5 वर्षीय स्नातक स्तर का पाठ्यक्रम होता है जिसमें ऍलोपैथिक दवाएं देने का प्रशिक्षण दिया जाता है। भारत में इसके अलावा आयुर्वेद, होम्योपैथी, यूनानी, सिद्ध और योग पद्धति में प्रशिक्षित डाक्टर भी होते हैं जो इन प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में नियुक्त किए जा सकते हैं।

(अनौपचारिक या औपचारिक, सरकारी या निजी), यह देखने में आया है कि प्रत्येक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं में देखभाल की गुणवत्ता की कमी है जिसके कारण प्रसव के समय आपात स्थिति उत्पन्न होने पर यहाँ सही उपचार नहीं मिल पाता।

आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाएं प्राप्त करने में बार-बार विफलता

इस बहु-स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में जिले में और जिले के बाहर महिलाओं ने बार-बार प्रशिक्षित और अनौपचारिक सरकारी और निजी डाक्टरों के पास उपचार पाने की कोशिश की परन्तु फिर भी उन्हें प्रभावी प्रसव देखभाल सेवाएं नहीं मिल पाईं। इसका परिणाम यह हुआ कि 6 महीने के दौरान जिन 12 महिलाओं पर केस स्टडी तैयार की गई थी उनमें से 9 की मृत्यु हो गई हालांकि उन्होंने कई जगह उपचार कराने की कोशिश की थी। इनमें से 4 महिलाओं की मृत्यु सेप्सिस से, 2 की ज्यादा खून बहने से, 2 की एनीमिया* से और 1 की मृत्यु इक्वाम्पसिया के कारण हुई। तालिका-3 में इन 6 मामलों का विस्तृत ब्यौरा दिया गया है जिससे पता चलता कि उन्हें किस तरह की जटिलताओं का सामना करना पड़ा, उन्होंने किन स्वास्थ्य केन्द्रों में उपचार की कोशिश की, उन्हें किस तरह की सेवाएं मिल पाईं और उन्हें सही उपचार मिल पाने में किन कठिनाईयों का सामना करना पड़ा।

कासिम बी 24 घंटे के अंदर इलाज के लिए 8 डाक्टरों के पास गईं और अंत में ज्यादा

खून बह जाने के कारण उसकी मृत्यु हो गई। कुसुमा ने एक मृत बच्चे को जन्म दिया और अगले 48 घंटों में वह 4 अलग-अलग डाक्टरों के पास गईं। कोई भी डाक्टर प्रसव के दौरान उसमें होने वाले जोखिम या प्रसव के बाद की देखभाल की जरूरत को भांप नहीं पाया। 4 दिन बाद कुसुमा की मृत्यु सेप्सिस के कारण हो गई। मरियम्मा और कस्तूरबा के मामलों में स्वास्थ्यकर्मियों को उसके बीमार होने की संभावनाओं की जानकारी थी परन्तु फिर भी वे उसे सही उपचार नहीं दे पाए और न ही उसकी पूरी तरह देखभाल कर पाए।

कासिम बी और मरियम्मा की मृत्यु के कारण यहाँ विशेषज्ञ डाक्टरों का न होना माना जा सकता है। फिर भी इन सभी ब्यौरों से पता चलता है कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं देने में भी किस तरह स्थापित मानकों की अवहेलना की जाती है। डाक्टरों को मालूम हो गया था कि कस्तूरबा को गंभीर एनीमिया था लेकिन फिर भी न तो डाक्टर ने और न ही स्वास्थ्य देखभाल सहायक ने प्रसव से पहले या बाद में उसकी स्थिति में सुधार लाने का कोई प्रयत्न किया। दुर्गम्मा अपने प्रसव के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में गईं थी और बाद में वह प्रसव के बाद की जाँच के लिए भी आई थी, परन्तु फिर भी उसकी मृत्यु सेप्सिस के कारण हुई। एनीमिया और सेप्सिस जैसे रोगों का इलाज प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में किसी विशेषज्ञ डाक्टर की सहायता के बिना भी आसानी से किया जा सकता है यदि इन रोगों

* खून की कमी

तालिका-2: जिले में वर्तमान सरकारी सेवाओं का विवरण^अ

स्वास्थ्य सुविधा	स्थापना के लिए जनसंख्या के मानक	स्वास्थ्यकर्मियों की संख्या
उप स्वास्थ्य केन्द्र जहाँ कोई बिस्तर नहीं होता	5000 की जनसंख्या	1 नर्स सहायिका, 1 पुरुष स्वास्थ्यकर्मी
4-6 बिस्तरों वाला प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	30000 की जनसंख्या	1 डाक्टर, 1 स्टाफ नर्स, 1 महिला स्वास्थ्यकर्मी, 1 हेल्थ इंस्पेक्टर, 1 लैब टेक्नीशियन और साथ में संबंधित उपकेन्द्रों में नियुक्त नर्स सहायिकाएं और पुरुष स्वास्थ्यकर्मी
30 बिस्तरों वाला सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	1 लाख की जनसंख्या	3 विशेषज्ञ डाक्टर (प्रसूति-स्त्री रोग, बाल रोग और एनस्थीसिया) और साथ में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के समान अन्य स्वास्थ्यकर्मी
तालुका अस्पताल	रैफरल सेवाओं के लिए	
जिला अस्पताल	अन्य सभी अस्पतालों से आने वाले मरीजों की देखभाल	

अ क्षेत्र की भौगोलिक स्थिति और स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना के समय मानकों को देखते हुए स्टाफ की नियुक्ति में थोड़ा बहुत अंतर हो सकता है।

के लक्षणों को समय रहते पहचान लिया जाए और इनका लगातार उपचार जारी रहे।

उपचार की विफलताओं के कारण

फील्ड में मामलों की जाँच करने पर उपचार की विफलताओं के ये कारण सामने आए – जानकारीयों दिए जाने में कमी, इलाज बीच में छोड़ देना, स्वास्थ्यकर्मियों को मिलने वाले सहयोग की कमी, दोषपूर्ण रैफरल प्रणाली और

किसी तरह के उत्तरदायित्व निर्धारण की व्यवस्था का न होना।

सूचना प्रणालियों की कमियाँ

यद्यपि मृत्यु के सभी मामलों की सूचना दिए जाने का प्रावधान है फिर भी मातृ मृत्यु के मामलों में हमेशा ऐसा नहीं किया जाता। जिन 5 महीनों के दौरान हमने एक तालुका में 10 गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की सूचना दी वहीं

कोप्पल जिले के 3 अन्य तालुकों से मातृ मृत्यु के एक भी मामले की सूचना नहीं मिली। कर्नाटक के साथ लगे आंध्र प्रदेश राज्य के अनन्तपुर में किए गए एक ग्रामीण अध्ययन में यह पाया गया था कि गर्भवती महिलाओं की मृत्यु के 66% मामलों की जानकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं ने दर्ज नहीं की थी⁷।

जहाँ इन मामलों को दर्ज भी किया जाता है वहाँ सरकारी सेवाओं में मातृ मृत्यु के बारे में सूचना देने की प्रणालियों में उस महिला के बारे में कम से कम चिकित्सीय ब्यौरा लिखा जाता है और उस महिला के बारे में बहुत कम जानकारी दी जाती है। इससे यह विश्लेषण कर पाना संभव नहीं होता कि विफलता के क्या कारण हो सकते हैं और उस महिला के जीवन को बचाने के लिए क्या किया जा सकता था। कुसुमा के मामले में 4 घंटे तक चलने वाली तालुका स्तर की बैठक के अंत में उसकी मृत्यु के कारणों की समीक्षा 5 मिनट से कम समय में कर ली गई थी। इस पूरी पुनरीक्षा या विवेचना का परिणाम यह हुआ था कि नर्स सहायिका को उसके बारे में दर्ज कुछ विवरण को ठीक करने के निर्देश दिए गए थे। कुछ सरकारी अधिकारियों ने यह बताया कि ऐसे सरकारी आदेश जारी किए गए हैं कि किसी भी मातृ मृत्यु के मामलों को चिकित्सा अधिकारी और वरिष्ठ अधिकारी जाँचेंगे परन्तु ऐसा बहुत कम ही किया जाता है। गर्भवती महिलाओं की मृत्यु के कारणों की जाँच करने वाली समितियाँ जिनके पास विशेष कर्मचारी और अलग से संसाधन होते हैं, गठित ही नहीं की जाती।

इलाज को बीच में ही छोड़ देना

गर्भवती महिलाओं के बेहतर स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने की सरकारी नीति दो मुख्य धारणाओं पर आधारित है: प्रसव से पहले की देखभाल और अस्पताल में प्रसव। सैद्धान्तिक रूप से तो अगर सही तरीके से प्रसव से पहले की जाँच हो तो भारत में मातृ मृत्यु के मुख्य कारण, एनीमिया को पूरी तरह रोका जा सकता है। कोप्पल में 98% गर्भवती महिलाओं को किसी न किसी तरह का एनीमिया होता है और 22% गर्भवती महिलाओं में तो एनीमिया बहुत जटिल होता है⁴। फिर भी गर्भवती महिलाओं में जटिल एनीमिया के लक्षणों को पहचान लेने के बाद भी स्वास्थ्यकर्मी इन समस्याओं को पूरी तरह हल किया जाना सुनिश्चित नहीं करते। कस्तूरबा के मामले में गर्भावस्था के दौरान ही सहायक स्वास्थ्यकर्मियों और डाक्टर ने यह जान लिया था कि उसे एनीमिया था। लेकिन किसी ने भी यह कोशिश नहीं की कि गर्भावस्था के दौरान ही उसकी एनीमिया की स्थिति में सुधार हो जाए। प्रसव के बाद जब वह दोबारा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में आई तो उसे जिला अस्पताल में जाने के लिए कह दिया गया। वह अपने गाँव से जिला अस्पताल जाने वाली एकमात्र बस नहीं पकड़ पाई और उसी शाम उसकी मृत्यु हो गई। सरकारी स्वास्थ्य कर्मचारियों ने दूसरी यातायात व्यवस्थाओं के उपलब्ध होते हुए भी यह सुनिश्चित करने का प्रयास नहीं किया कि कस्तूरबा समय रहते इलाज के लिए जिला अस्पताल पहुँच जाती।

एनीमिया की शिकार महिलाओं का पूरा

तालिका-3: स्वास्थ्य सेवाएं और उनकी विफलता: अप्रैल-अगस्त 2004 में आपातकालिक प्रसव देखभाल की आवश्यकता वाली 12 में से 6 महिलाओं के मामलों का ब्यौरा			
महिला का विवरण	किया गया उपचार	उपचार की विफलता	रैफरल सेवाओं की विफलता
<p>कासिम बी, उम्र 38 वर्ष, तीसरी बार गर्भधारण</p> <p>जटिलताएं: गर्भ की थैली में एमिनॉटिक फ्लुएड की अधिकता, अत्यधिक रक्तस्राव</p>	<p>गर्भावस्था के दौरान उसने पास के गाँव में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के डॉक्टर से इलाज कराया। प्रसव के दौरान जन्म सहायिका ने उसे घर पर टीके लगाए। कुछ घंटों के बाद जन्म सहायिका कासिम बी को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में ले गई। वहाँ डाक्टरों ने उसे ड्रिप लगा दिया। कुछ घंटों के बाद डाक्टर ने कासिम बी से जिला अस्पताल जाने के लिए कहा। कासिम बी को जिला अस्पताल में भर्ती किया गया और नर्स ने उसे देखा। 4 घंटों के बाद ड्यूटी डाक्टर ने कासिम बी का परीक्षण किया। डाक्टर ने उसे कहा</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● डाक्टर प्रसव से पहले की जाँच के दौरान उसमें खतरे के लक्षणों की पहचान नहीं कर पाया। ● प्रसव के दौरान जन्म सहायिका ने उसमें जोखिम को नहीं पहचाना और प्रसव से पहले इंजेक्शन लगा दिया। ● प्रसव के दौरान डाक्टर ने भी जोखिम का सही आकलन नहीं किया। ● प्रसव के समय नर्स खतरे के लक्षणों की पहचान नहीं कर पाई। ● निजी क्लीनिक में खून की कमी। 	<ul style="list-style-type: none"> ● सरकारी छुट्टी होने के कारण जन्म सहायिका कासिम बी के साथ नहीं रही। ● डाक्टर ने उसे रैफर करने में देर की। ● डाक्टर ने जिला अस्पताल में फोन नहीं किया। ● नर्स ने ड्यूटी डाक्टर को नहीं बुलाया। ● डाक्टर ने निजी सर्जन को बुलाने की बजाय कासिम बी को बिना जरूरत समझाए उसके पास भेजा। ● निजी सर्जन ने जाँच कराना चाहा हालांकि इससे बहुमूल्य समय

	<p>कि बच्चा मर चुका है और वह किसी निजी सर्जन के पास चली जाए। निजी सर्जन ने कासिम बी से बहुत से टेस्ट कराने के लिए कहा। कासिम बी टेस्ट कराने के लिए एक निजी नर्सिंग होम में गई। वह सर्जन के पास वापिस आई और मरे हुए बच्चे को निकाल दिया गया। कासिम बी का खून बहने लगा। सर्जन ने उसे खून चढ़ाया। लेकिन यह काफी नहीं था। कासिम बी को जिले के बाहर एक निजी अस्पताल में भेजा गया। वहाँ उसे भर्ती कर लिया गया परन्तु जल्दी ही उसकी मृत्यु हो गई।</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र में खून की व्यवस्था न होना। ● सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र में विशेषज्ञ डाक्टर के उपलब्ध न होने पर कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं थी। 	<p>नष्ट हुआ।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● खून बहना आरंभ होने पर उसे जिले के बाहर के निजी अस्पताल में रैफर कर दिया गया। ● जिले के बाहर के निजी अस्पताल पहुँचने में देरी हुई क्योंकि गाड़ी में तेल खत्म हो गया।
<p>मरियम्मा, उम्र 17 वर्ष, पहला गर्भ जटिलताएं: इक्लाम्पसिया</p>	<p>गर्भावस्था के दौरान मरियम्मा इलाज के लिए निजी नर्सिंग होम में गईं जहां उसे इंजेक्शन लगवाने के लिए कहा गया। उसने यह इंजेक्शन एक</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● जन्म सहायिका का पद खाली पड़ा था। ● प्रसव से पहले की जाँच के दौरान निजी डाक्टर ने 	<ul style="list-style-type: none"> ● मरियम्मा को जिले के बाहर के सरकारी अस्पताल में भेजा गया क्योंकि जिले में इसकी सुविधा उपलब्ध नहीं थीं।

	<p>आरएमपी डाक्टर से लगवाए। पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता मरियम्मा के घर उसे देखने गया और उसने उसे टिटनेस का इंजेक्शन और खाने के लिए ऑयरन फॉलिक एसिड की गोलियाँ दीं। मरियम्मा को गर्भावस्था के अंतिम दिनों में ऐंठन होने लगी। उसे पास के शहर में किसी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में ले जाने की बजाए एक सरकारी डाक्टर के निजी क्लीनिक में ले जाया गया। डाक्टर ने उसे जिले के बाहर एक सरकारी अस्पताल में रेफर कर दिया। उसे सरकारी अस्पताल में भर्ती किया गया लेकिन जल्दी ही उसकी मृत्यु हो गई।</p>	<p>अनावश्यक उपचार किया।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्री-इक्लाम्पसिया के उपचार के नियमों का पालन नहीं किया गया और वहाँ रक्तचाप घटाने की गोलियाँ उपलब्ध नहीं थीं। ● डाक्टरों द्वारा उसे मैग्नीशियम सल्फेट देकर उपचार करने की व्यवस्था नहीं थी। 	<p>लेकिन उसे इतनी दूर भेजने से पहले उसकी स्थिति को स्थिर करने के लिए कोई उपचार नहीं किया गया।</p>
<p>दुर्गम्मा, आयु 21 वर्ष पहला गर्भ जटिलताएं: सैप्सिस</p>	<p>दुर्गम्मा का प्रसव पास के शहर के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में डाक्टर और नर्स की उपस्थिति में</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● अस्पताल में प्रसव कराए जाने के बाद भी उसे सैप्सिस हो गया। ● जन्म सहायिका ने 	<ul style="list-style-type: none"> ● दुर्गम्मा को बहुत देर से जिले के बाहर के अस्पताल में ले जाया गया।

	<p>कराया गया। 4 दिन बाद दुर्गम्मा वापिस आई और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में जन्म सहायिका से मिली। 17 दिन बाद वह दोबारा स्वास्थ्य केन्द्र पहुँची और उसे जिले के बाहर के सरकारी अस्पताल में रैफर कर दिया गया लेकिन रास्ते में ही उसकी मृत्यु हो गई।</p>	<p>जाँच में गलती की और सैप्सिस को मलेरिया मान लिया।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● प्रसव के बाद दुर्गम्मा की देखभाल नहीं की गई। 	
<p>कुसुमा, आयु 24 वर्ष, चौथा गर्भ</p> <p>जटिलताएं: देर तक प्रसव पीड़ा, मृत बच्चे का जन्म, नाल का बाहर न निकलना, सैप्सिस</p>	<p>कुसुमा ने अपने ही गाँव के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव पूर्व जाँच करवाई। प्रसव पीड़ा आरंभ होने पर गाँव के आरएमपी डाक्टर ने उसे इंजेक्शन लगाया। कुछ घंटों बाद वह प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के एक डाक्टर के पास गई जिसने उसे वापिस घर भेज दिया। अगले दिन वह प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में जन्म सहायिका से मिली जिसने उसे टिटनेस</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● डाक्टर ने प्रसव पीड़ा का गलत आकलन किया और इसलिए अस्पताल में प्रसव नहीं हो सका। ● डाक्टर गाँव छोड़कर बैठक के लिए बाहर चला गया और कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं की। ● जन्म सहायिका ने भी प्रसव पीड़ा का गलत आकलन किया इसलिए अस्पताल में प्रसव 	<ul style="list-style-type: none"> ● दाई ने कुसुमा को इलाज के लिए रैफर नहीं किया। ● आरएमपी डाक्टर ने भी उसे रैफर नहीं किया। ● स्वास्थ्य स्वयंसेवक और दूसरे डाक्टर ने उसे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में रैफर किया लेकिन परिवार वालों ने कुसुमा को वहाँ ले जाने में देर की। ● कुसुमा को जिले से बाहर ले जाने के लिए कोई

	<p>का टीका लगाया। उसी रात कुसुमा ने घर पर ही एक मृत शिशु को जन्म दिया और उसका प्रसव एक दाई ने करवाया। प्रसव के बाद घर पर ही आरएमपी डाक्टर ने कुसुमा को इंजेक्शन लगाया। दो दिन बाद एक स्वास्थ्य स्वयंसेवी और एक दूसरे सरकारी डाक्टर ने कुसुमा का घर पर ही निरीक्षण किया। यह सरकारी डाक्टर संयोग से उस समय गाँव में निरीक्षण के लिए आया था। अगले दिन कुसुमा फिर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में जाकर पहले डाक्टर से मिली। उसे एक निजी अस्पताल में ले जाया गया जहाँ दूसरे टेस्ट कराने और खून के लिए पैसे की जरूरत पड़ी। अगले दिन कुसुमा की मृत्यु हो गई।</p>	<p>नहीं हो सका।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● जन्म सहायिका ने कुसुमा के परिवारजनों से टिटनेस के कई टीकों के लिए भुगतान करने को कहा। ● दाई द्वारा प्रसव कराए जाने के बाद खतरे के लक्षणों को पहचाना नहीं गया। ● आरएमपी डाक्टर ने भी प्रसव के बाद खतरे के लक्षणों को नहीं पहचाना। ● डाक्टर या जन्म सहायिका ने उसी गाँव में होते हुए भी प्रसव के बाद कुसुमा की देखभाल नहीं की। ● निजी अस्पताल में इलाज शुरू करने से पहले टेस्ट कराने पर जोर दिया गया। 	<p>वाहन चालक तैयार नहीं हुआ।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● उसे जिला अस्पताल में सुविधा उपलब्ध न होने के कारण निजी अस्पताल में बहुत देर से भेजा गया।
--	--	---	---

<p>कस्तूरबा, आयु 23 वर्ष, तीसरा गर्भ</p> <p>जटिलताएं: जटिल एनीमिया / हृदय गति का रुकना</p>	<p>गर्भावस्था के दौरान उसके पति के गाँव में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के स्वास्थ्य स्वयंसेवक ने उसमें गंभीर एनीमिया पाया। कस्तूरबा अपने पैतृक गाँव के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में डाक्टर के पास गई जिसने उसे सरकारी अस्पताल में प्रसव कराने की सलाह दी। उसने गाँव में उपलब्ध एकमात्र वाहन, एक ट्रैक्टर को तीसरे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर जाने के लिए किराए पर लिया। उसने पास के गाँव के इस प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के बाहर मैदान में ही शिशु को जन्म दे दिया। उसने कर्मचारियों को इसलिए नहीं जगाया कि कहीं उसे पैसे न देने पड़े। दो दिन के बाद कस्तूरबा दूसरे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में डाक्टर से मिली</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● हालांकि पहले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में ही स्वास्थ्य स्वयंसेवक को उसमें खतरे का मालूम था फिर भी कोई फॉलो-अप कार्यवाही नहीं की गई। ● पहले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में जन्म सहायिका का पद खाली पड़ा था। ● खतरे की जानकारी होने पर भी दूसरे स्वास्थ्य केन्द्र के डाक्टर ने कुछ नहीं किया। ● दूसरे स्वास्थ्य केन्द्र में स्वास्थ्यकर्मियों के रहने की जगह उपलब्ध न होने के कारण रोगियों को भर्ती करने की व्यवस्था नहीं थी। ● तीसरे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में फीस 	<ul style="list-style-type: none"> ● पहले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में उसकी हालत में सुधार लाने के उद्देश्य से उसे रैफर नहीं किया गया। ● दूसरे डाक्टर ने उसे अस्पताल में प्रसव कराने की सलाह तो दी लेकिन और कोई सहायता नहीं की। ● दूसरे डाक्टर ने उसे जिला अस्पताल में जाकर आपातकालिक देखभाल देने के लिए कहा लेकिन उसके लिए यातायात की व्यवस्था करने की कोशिश नहीं की। हालांकि पास में ही सुरक्षित मातृत्व का कार्यक्रम चलाने वाले एक एनजीओ की गाड़ी स्वास्थ्यकर्मियों को
---	---	--	--

	<p>जिसने उसे सरकारी अस्पताल में भर्ती होने के लिए कहा। वह अपने गाँव से सरकारी अस्पताल जाने वाली बस नहीं पकड़ पाई और उसी रात कस्तूरबा की मृत्यु हो गई।</p>	<p>लिए जाने की अनौपचारिक व्यवस्था के कारण वह वहाँ भर्ती नहीं हुई।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● प्रसव के बाद देखभाल नहीं हो सकी। दूसरे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में जन्म सहायिका का पद खाली पड़ा था। ● खतरे की जानकारी होने के बाद भी दूसरे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में डाक्टर ने प्रसव के बाद कोई देखभाल नहीं की। 	<p>वापिस जिला कार्यालय ले जाने के लिए वहाँ मौजूद थी।</p>
<p>मंजुला, आयु 24 वर्ष, पहला गर्भ जटिलताएं: लंबे समय तक प्रसव पीड़ा</p>	<p>गर्भावस्था के दौरान मंजुला ने अपने गाँव की जन्म सहायिका से प्रसव पूर्व जाँच करवाई। प्रसव पीड़ा आरंभ होने पर एक जन्म सहायिका और दाई ने घर पर ही उसकी जाँच की। अगले दिन पहली जन्म सहायिका और एक आरएमपी डाक्टर</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● पहली जन्म सहायिका मंजुला के साथ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में नहीं गई क्योंकि उसे टीकाकरण करना था। डाक्टर शहर से बाहर मीटिंग के लिए चला गया। 	<ul style="list-style-type: none"> ● पहली जन्म सहायिका ने मंजुला को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में जाने की सलाह तो दी लेकिन उसे और कोई सहायता नहीं दी। ● दूसरी जन्म सहायिका ने भी मंजुला को जिला

<p>ने उसे घर पर ही इंजेक्शन लगाए। जन्म सहायिका और आएमपी डाक्टर ने उसे दूसरे शहर के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में भेज दिया जहाँ डाक्टर ने प्रसव कराने के लिए उसे ड्रिप लगा दिया। ड्रिप की सुई लगाने की जगह में सूजन आ गई। दूसरी नर्स ने ड्रिप हटा दिया और मंजुला को डिस्चार्ज कर दिया। बस स्टैंड के पास पहुँच कर मंजुला दूसरे आरएमपी डाक्टर के क्लीनिक में भर्ती हो गई जिसने उसे फिर से ड्रिप लगा दिया और उसका सामान्य प्रसव हुआ। पहले आरएमपी डाक्टर ने दूसरे आरएमपी डाक्टर के साथ प्रसव कराने की फीस के बारे में मोलभाव किया। मंजुला और उसके नवजात पुत्र की जीवन रक्षा हो गई।</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● वार्ड में कर्मचारी उपलब्ध नहीं था, परिवार के लोग स्टाफ क्वार्टर में सहायता ढूँढ़ने के लिए गए। ● दूसरी जन्म सहायिका ने समय से पहले मंजुला को डिस्चार्ज कर दिया। ● दूसरी जन्म सहायिका ने पहली नर्स से कहा कि वह उसे रैफर करने से पहले एक खाली कागज़ पर परिवार जनों के हस्ताक्षर ले ले। 	<p>मुख्यालय जाने के लिए कहा लेकिन कोई सहायता उपलब्ध नहीं कराई।</p>
---	--	--

उपचार न किए जाने का कारण यह नहीं है कि काम करने या निगरानी किए जाने की व्यवस्थाओं में कोई कमी है। वास्तविकता में इसका कारण है कि निगरानी प्रक्रियाओं में इलाज को जारी रखने की ओर विशेष ध्यान नहीं दिया जाता। जैसा कि हमने सुपरविज़न बैठकों में देखा, सुपरवाइज़र हमेशा स्वास्थ्यकर्मियों से प्रसव से पहले की गई कुल जाँचों, लगाए गए टिटनेस के टीकों, आयरन फॉलिक एसिड की दी गई गोलियों और उनके द्वारा कराए गए प्रसव के मामलों की कुल संख्या को एकत्रित कर दर्ज करने को कहते थे। इन सेवाओं से लाभ प्राप्त करने वालों को प्रदान की गई दवाओं के आधार पर परिभाषित किया जाता था और दवाओं के स्टॉक का सही रिकॉर्ड रखने पर भी स्वास्थ्यकर्मी का उत्तरदायित्व पूरा हो जाता था। इलाज के रिकॉर्ड में यह लिखा जाता है कि दवाएं दी जा रही हैं और मरीजों तक गोलियाँ और इंजेक्शन पहुँच रहे हैं। किसी भी सुपरविज़न मीटिंग में यह कभी नहीं पूछा जाता कि महिलाओं ने उन्हें दी गई आयरन फॉलिक एसिड की गोलियाँ खाईं या नहीं या फिर एनीमिया में कमी की जाँच के लिए उनके स्वास्थ्य का दोबारा परीक्षण किया गया या नहीं।

मातृ मृत्यु के मामलों को जानने के लिए हमारे द्वारा उठाए गए प्रश्नों से पहले किसी भी आम सुपरविज़न बैठक में प्रसव के बाद की गई देखभाल पर चर्चा नहीं की जाती। प्रसव के दौरान और तुरन्त बाद का समय बहुत महत्वपूर्ण होता है जब किसी महिला में प्रसव

से जुड़ी जटिलताएं उत्पन्न होने का सबसे ज्यादा खतरा होता है और कोप्पल में प्रसव के इसी चरण पर सबसे कम ध्यान दिया जाता है। अधिकांश महिलाएं घर पर बच्चे को जन्म देती हैं लेकिन बहुत कम प्रशिक्षित निजी या सरकारी स्वास्थ्यकर्मी इन महिलाओं के प्रसव के बाद उन्हें देखने उनके घर जाते हैं। अगर कोई महिला प्रसव के लिए अस्पताल भी जाती है तो प्रसव के बाद उसकी देखभाल की कोई गारंटी नहीं होती। कुसुमा और दुर्गम्मा प्रसव के लिए अस्पताल गई थीं और प्रसव के कई दिनों बाद उनकी मृत्यु सैप्सिस के कारण केवल इसलिए हुई क्योंकि उन्हें प्रसव के बाद प्रभावी देखभाल नहीं मिल पाई।

इन मामलों के अध्ययन से यह भी पता चला कि स्वास्थ्य संबंधी दूसरी आवश्यकताओं या प्रबंधन कार्यों पर अधिक ध्यान दिए जाने की स्थिति में प्रसव की जटिलताओं वाली इन महिलाओं के लिए कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं होती। हमने जिन महिलाओं के मामलों को दर्ज किया है उनकी देखभाल केवल इसलिए नहीं हो पाई क्योंकि स्वास्थ्य केन्द्र के डाक्टरों ने वहाँ आने वाले दूसरे मरीजों को देखना, पल्स पोलियो अभियान और नसबन्दी कैम्प का संचालन करना तथा सरकारी बैठकों में भाग लेना अधिक जरूरी समझा। यूनीसेफ और विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा नियुक्त किए गए कंसल्टेंट या डाक्टर नियमित रूप से सामान्य टीकाकरण, पोलियो, कुष्ठ रोग और टीबी रोग के मामलों की जानकारी लेने के लिए कोप्पल जाते रहते

हैं लेकिन गर्भवती महिलाओं के स्वास्थ्य पर ध्यान देने के लिए ऐसी कोई बाहरी मॉनीटरिंग की व्यवस्था नहीं है।

हालांकि सरकारी अधिकारी अस्पतालों में प्रसव कराए जाने के महत्व पर जोर देते हैं लेकिन वास्तविकता यह है कि अस्पतालों में प्रसव होने पर भी प्रसव के बाद की देखभाल और आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाएं नहीं मिल पाती। कार्यक्रमों के मानकों में सुरक्षित गर्भपात, ब्लड बैंक की व्यवस्था और विशेषज्ञ डाक्टरों की उपलब्धता पर जोर दिया जाता है लेकिन कोप्पल में इनमें से कोई भी सुविधा उपलब्ध नहीं है। हालांकि प्रसव से पहले की देखभाल और अस्पतालों में प्रसव कराया जाना कोई ऐसे विषय नहीं है जिन पर खास ध्यान न दिया जाए फिर भी अगर आपातकालिक प्रसूति देखभाल सुनिश्चित करने के लिए इन्हें लगातार देखभाल कार्यक्रमों से जोड़ा न जाए तो ये अपने आप में महिलाओं की जीवन रक्षा कर पाने में सक्षम नहीं है। कोप्पल में हमने जिन मातृ मृत्यु के मामलों को दर्ज किया, उन सभी महिलाओं ने प्रसव से पहले की जाँच कराई थी और वे किसी उप केन्द्र या प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के पास ही रहती थीं। फिर भी उनकी मृत्यु हो गई थी।

स्वास्थ्यकर्मियों में कौशल की कमी

लगातार उपचार जारी रखना सुनिश्चित कर पाने में विफल रहने के साथ-साथ महिलाओं के जीवन को बचाने के लिए जरूरी तकनीकी कौशल भी पूरी तरह नहीं मिल पाता। कई

मामलों में डाक्टरों और स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा फैसला लेने में की गई तकनीकी गलतियों की जानकारी मिली है। डाक्टर ने कुसुमा की प्रसव पीड़ा का सही आकलन नहीं किया और वे समय रहते कस्तूरबा के प्रसव में आने वाली अड़चनों को भी नहीं पहचान पाए। एक दूसरे मामले में जटिल एनीमिया को पीलिया मान लिया गया था। सैप्सिस के कारण एक अन्य महिला की मृत्यु के कारणों की पुनरीक्षा करते समय जन्म सहायिका ने कहा कि वह महिला बहुत अधिक मोटी होने के कारण मर गई थी। हालांकि दुर्गम्मा प्रसव के बाद बुखार के लक्षण लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में गई थी फिर भी उसका उपचार मलेरिया के लक्षणों के आधार पर किया गया और वह कुछ दिनों बाद सैप्सिस के कारण मर गई।

कोप्पल में जन्म सहायिकाओं को प्रभावी जाँच कर पाने के कौशल नहीं सिखाए जाते क्योंकि ब्लड प्रेशर मापने के उपकरण, स्टेथो-स्कोप और थर्मामीटर जैसे मूल उपकरण भी उप केन्द्रों में उपलब्ध नहीं होते। जन्म सहायिकाओं को इस तरह की कोई जाँच करने के लिए प्रोत्साहित भी नहीं किया जाता। एक सुपरवाइज़र ने यह जानकारी दी कि जन्म सहायिकाओं से 5 अधिकताओं पर निगाह रखने के लिए कहा जाता है। इसमें बहुत देर से गर्भधारण (35 वर्ष से ऊपर की आयु में), बहुत जल्दी गर्भधारण (15 वर्ष की आयु से पहले), बहुत नाटी स्त्री, बहुत अधिक गर्भधारण (5-8 से अधिक) और बहुत अधिक एनीमिया जैसे मामले शामिल होते हैं। इनमें से केवल बहुत

अधिक एनीमिया को ही चिकित्सीय जाँच माना जाता है और इसे सरकारी अधिकारी गंभीरता से नहीं लेते।

कोप्पल में मातृ मृत्यु के मामलों में हमें सबसे ज्यादा परेशान इस बात ने किया कि वहाँ स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच की कोई कमी नहीं थी लेकिन प्रसव के समय महिलाओं को अनावश्यक या अनुचित उपचार दिया जा रहा था। भले ही वे सरकारी डाक्टर हों, जन्म सहायिकाएं हों या आरएमपी डाक्टर हों, सभी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता प्रसव पीड़ा वाली महिला को बहुत जल्दी इंजेक्शन या ड्रिप लगा देते थे। हमें यह जानकारी भी मिली कि आरएमपी डाक्टर महिला के प्रसव की स्थिति की सही जानकारी लिए बिना ही उसे आक्सीटॉसिन, मैथार्गिन, विटामिन बी और टिटनेस के टीके लगा देते थे। प्रसव से पहले की जाँच की प्रक्रिया भी अब केवल आयरन और फॉलिक एसिड की गोलियाँ बाँटने और टिटनेस का इंजेक्शन लगाने तक ही सीमित रह गई थी। सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं के बाद की प्रभावी रैफरल सेवाओं के अभाव के कारण और एक अनियंत्रित बाजार व्यवस्था में प्रतिस्पर्धा के चलते स्वास्थ्यकर्मियों को अपनी सेवाओं की आवश्यकता पर ही प्रश्न चिन्ह लगा दिखाई पड़ता है। ऐसी स्थिति से बचने के लिए वे स्वास्थ्य देखभाल के अंतर्गत दिखाई देने वाले काम करते हैं जैसे कि टॉनिक, गोलियाँ और इंजेक्शन देते रहना भले ही चिकित्सीय रूप से इनकी आवश्यकता हो या नहीं।

दोषपूर्ण रैफरल प्रणाली

हमारे द्वारा अध्ययन किए गए मामलों से यह भी पता चलता है कि कोप्पल में मरीजों को रैफर किए जाने की प्रणाली दोषपूर्ण एवं जोखिम से भरी है। यह उचित देखभाल उपलब्ध कराने की समन्वयक व्यवस्था की बजाए व्यक्ति की किस्मत और मोलभाव कर पाने के उसके सामर्थ्य पर अधिक निर्भर करती है। जैसाकि कासिम बी के मामले में हुआ, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के डाक्टर द्वारा रैफरल की चिट्ठी लिखे जाने के बाद भी और स्वास्थ्य केन्द्र में टेलीफोन के होते हुए भी किसी ने जिला अस्पताल में टेलीफोन कर यह जानकारी देने की कोशिश नहीं कि कासिम बी के प्रसव में अड़चन आ रही थी और उसे सीजेरियन ऑपरेशन की जरूरत थी। जिला अस्पताल में आने पर कासिम बी को 4 घंटे तक डाक्टर के आने की प्रतीक्षा करनी पड़ी जिसने उसे एक निजी सर्जन के पास भेज दिया क्योंकि विशेषज्ञ डाक्टर पहले ही जा चुका था। फिर निजी सर्जन ने भी कई टेस्ट कराने के लिए कासिम बी को एक दूसरे निजी क्लीनिक पर भेजा जिससे लागत बढ़ने के साथ-साथ बहुमूल्य समय भी नष्ट हुआ। यह स्पष्ट नहीं हो पाया कि क्या वास्तव में चिकित्सीय रूप से इन सब कामों की आवश्यकता थी। ऐसी भी जानकारी मिली कि निजी क्लीनिक आरएमपी डाक्टरों और सरकारी डाक्टरों द्वारा रैफर किए जाने पर उन्हें घूस भी देते थे।

भले ही सरकारी स्वास्थ्यकर्मी प्रसवकाल की आपदाओं से निपटने के लिए पर्याप्त रूप

से प्रशिक्षित न हो या सरकारी सुविधाओं में इसकी उचित निगरानी न होती हो फिर भी वे आपातकालिक प्रसव देखभाल पाने वाली महिलाओं और उनके परिवारजनों की अपेक्षा अधिक पढ़े-लिखे होते हैं और उन्हें सरकारी नियमों के बारे में ज्यादा जानकारी होती है। इन सब के बाद भी महिलाओं और उनके परिवारों को सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में उचित देखभाल देने की बजाए उन्हें आमतौर पर आरएमपी डाक्टरों या दाइयों के भरोसे छोड़ दिया जाता है। इसके परिणामस्वरूप ही कासिम बी, मरियम्मा, कुसुमा, कस्तूरबा और दुर्गम्मा जैसी महिलाओं और उनके परिवारों को परेशान होकर एक डाक्टर से दूसरे डाक्टर के बीच धक्के खाने पड़ते हैं, जिले से बाहर जाने पर बहुत अधिक खर्च करना पड़ता है और फिर भी इसके परिणाम बुरे ही होते हैं।

रैफरल करने की प्रणाली केवल बेहतर संचार सुविधाओं, यातायात और अच्छी सड़कों तक ही सीमित नहीं होती। यह एक उत्तरदायित्व भरा मामला भी है ताकि महिलाओं के लिए अच्छी देखभाल सुनिश्चित हो सके और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को दवाओं की आपूर्ति और कुशलताएं लगातार मिलती रहें। इसका अर्थ यह होगा कि प्रसव संबंधी जटिलताओं वाली महिलाओं के साथ अगले स्वास्थ्य केन्द्र में जाने का उत्तरदायित्व रैफर करने वाले स्वास्थ्य केन्द्र का हो और स्वास्थ्य केन्द्रों से ऊपर एक अच्छी रैफरल व्यवस्था सुनिश्चित करने का उत्तरदायित्व स्वास्थ्य सेवा प्रबंधकों पर भी डाला जाए।

उत्तरदायित्व निर्धारित करने की प्रणाली में दोष

फिर भी यह पाया गया कि उत्तरदायित्व निर्धारित करने की प्रणाली इस तरह से काम नहीं कर रही थी। कुसुमा के मामले में जब मैंने रिव्यू मीटिंग के दौरान प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में उसकी मृत्यु पर चिंता व्यक्त की तो जन्म सहायिका पर यह दोष मढ़ा गया कि उसने कुसुमा के प्रसव पूर्व जाँच का ब्यौरा सही तरीके से नहीं भरा था हालांकि कुसुमा के मरने का यही एकमात्र कारण नहीं था। जैसा कि कई बार रिव्यू बैठकों और दूसरी निगरानी प्रक्रियाओं में देखा गया है कि उत्तरदायित्व निर्धारित करते समय स्थानीय समस्याओं को सकारात्मक रूप से हल करने की कोशिश करने की बजाए किसी न किसी बलि के बकरे की तलाश की जाती है। इसका परिणाम यह होता है कि स्वास्थ्यकर्मी अपने बचाव की कोशिश करने लगते हैं और जैसा मंजुला के मामले में हुआ, वे अपने साथियों को भी यह सलाह देना आरंभ कर देते हैं कि वे इलाज करने से पहले महिला के परिवारजनों से खाली कागज़ पर दस्तखत करवा लें।

प्रदत्त शक्तियों के दुरुपयोग को और अधिक रोकने के लिए यह जरूरी है कि केवल दाइयों या जन्म सहायिकाओं पर दोषारोपण करना बंद किया जाए। यह महिलाएं जो पूरी तरह से कुशल नहीं होती और आमतौर पर अलग-थलग रह कर काम करती हैं, अकेले ही मातृ मृत्यु को रोकने में सक्षम नहीं हो सकती।

प्रसव के समय या प्रसव के बाद जटिलताओं का सामना करने वाली महिलाओं को जल्दी से जल्दी बड़े अस्पतालों में विशेषज्ञों द्वारा इलाज के लिए भेजा जाना चाहिए। कोप्पल में वास्तविक स्थिति है कि यहाँ आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाएं केवल कागज़ों तक ही सीमित हैं।

इस जिले की स्थापना के 10 वर्ष बाद भी कोप्पल में 10 लाख से ज्यादा लोग आज भी विश्वसनीय आपातकालिक प्रसव सेवाओं की प्रतीक्षा में हैं। हालांकि मूलभूत सुविधाएं, विशेषज्ञ डाक्टरों की नियुक्ति और रक्त संचय करने की इकाइयों की स्थापना को मंजूरी मिल चुकी है, फिर भी किसी प्रशासनिक अधिकारी को इन मंजूरीयों को कार्यकारी सेवाओं में तब्दील करने के लिए उत्तरदायी नहीं ठहराया जाता। न ही कोई राजनेता कोप्पल में विशेषज्ञ डाक्टरों के तबादले में होने वाले व्यापार के लिए जवाबदेह होता है जिसके कारण लंबे समय तक विशेषज्ञ डाक्टर कोप्पल में नहीं ठहरते। जब तक कि आवश्यक सेवाओं को चलाने में अड़चन पैदा करने वाली इन समस्याओं को हल नहीं किया जाएगा तब तक महिलाओं को अस्पतालों में प्रसव कराने के लिए कहना व्यर्थ ही होगा जिसमें बहुमूल्य संसाधन तो नष्ट होंगे लेकिन इसके बेहतर परिणाम नहीं निकल पाएंगे।

वर्तमान स्थिति: कुछ बदलाव, अनेक चुनौतियाँ

वर्ष 2000 के बाद से कोप्पल में कुछ बदलाव अवश्य आया है। इसमें सबसे उल्लेखनीय

भारतीय प्रबंधन संस्थान, बंगलौर द्वारा कुसुमा की कहानी का नाट्य रूपान्तरण कर उसे जगह-जगह दिखाया जाना रहा है जिसके कारण गाँव-गाँव में बदलाव आने शुरू हुए हैं। इसके साथ-साथ कोप्पल में नियुक्त भारतीय प्रबंधन संस्थान बंगलौर के परियोजना दल के सदस्य प्रसव में आपात स्थिति उत्पन्न घटनाओं को दर्ज करते रहते हैं। हालांकि गर्भवती महिलाओं की मृत्यु के मामलों को पूरी तरह रोका नहीं जा सका है फिर भी प्रसव के दौरान आपात स्थिति उत्पन्न होने के बहुत से मामलों में महिलाओं की जीवन रक्षा कर ली गई है। जीवन रक्षा के ऐसे प्रत्येक मामले से जागरूकता और बढ़ी है और अब महिलाएं, उनके परिवार, स्थानीय स्वयंसेवक, समुदाय के प्रमुख, स्वास्थ्यकर्मी और परियोजनाकर्मी बढ़-चढ़कर तुरंत निर्णय लेने, धन एवं यातायात की व्यवस्था करने की कोशिश करते हुए रैफरल सेवाओं में सहयोग दे रहे हैं।

हालांकि जेंडर का भेदभाव, जिसके कारण घरों में महिलाओं की स्थिति कम करके आंकी जाती है, अब भी एक महत्वपूर्ण विषय है फिर भी कोप्पल में महिलाओं में सुरक्षित मातृत्व सुनिश्चित कर पाने में मुख्य चुनौती स्वास्थ्य सेवाएं देने से ही जुड़ी हुई है। जैसा पहले कहा गया है कि कोप्पल में और अधिक सुविधा और रक्त संचय इकाई स्थापित करने की मंजूरी दे दी गई है लेकिन इसका यह मतलब बिल्कुल नहीं है कि कोप्पल में रक्त और विशेषज्ञ डाक्टर अब उपलब्ध हो गए हैं। बाजार में विशेषज्ञों को मिलने वाले अधिक भुगतान के

चलते कोप्पल जैसे पिछड़े जिलों में ठेके पर विशेषज्ञ डाक्टरों को नियुक्त कर पाना बहुत कठिन हो रहा है। इसके अलावा एनीमिया या प्रसव के बाद भेंट करने जैसी समस्याओं को, जिनके लिए विशेषज्ञ डाक्टरों की आवश्यकता नहीं होती, को भी समर्थन नहीं मिल पा रहा है।

वर्ष 2006 में कर्नाटक में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) आरंभ किया गया। यह एक राष्ट्रीय कार्यक्रम है जिसे पहले से ही देश के अन्य भागों में चलाया जा रहा है और इसके अंतर्गत स्वास्थ्य सेवाओं के लिए बजट राशि में बढ़ोतरी की गई है। इसमें प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम शामिल किया गया है और आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाओं के लिए भी निवेश किए जाने, डाक्टरों को आपातकालिक कौशलों का प्रशिक्षण देने, प्रसव के समय कुशल जन्म सहायिकाओं की मौजूदगी सुनिश्चित करने व उन्हें प्रशिक्षण देने, हर जिले में रक्त संचय की चार इकाइयां बनाने और राष्ट्रीय मानकों के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की कुशलता बढ़ाने के लिए विशेषज्ञों की नियुक्ति आदि पर बहुत अधिक निवेश किए जाने का आश्वासन दिया गया है। इस कार्यक्रम में सेवाओं के प्रयोग को बढ़ाने के लिए मांग होने पर सेवाओं की उपलब्धता के लिए धन के प्रबंधन की व्यवस्था भी की गई है। महिलाओं और गाँवों में काम कर रहे स्वयंसेवकों को घर पर प्रसव कराने, अस्पतालों में प्रसव और सिजेरियन ऑपरेशन में सहायता करने के लिए मानदेय या पैसों का भुगतान भी किया जा रहा है।

बदलाव की इन सब संभावनाओं के होते हुए भी कर्नाटक में दो मुख्य चुनौतियां अब भी बनी हुई हैं। पहली तो यह है कि कर्नाटक के ग्रामीण चिकित्सकों या आरएमपी डाक्टरों द्वारा रैफरल पद्धति में दिए जाने वाले उनके सकारात्मक सहयोग को स्वीकार नहीं किया जाता और न ही प्रसव के दौरान उनके द्वारा अनावश्यक इंजेक्शन लगाए जाने के व्यवहार पर कोई कदम उठाए जा रहे हैं। इन आरएमपी डाक्टरों द्वारा इंजेक्शन लगाए जाने से स्वास्थ्य पर गंभीर दुष्प्रभाव हो सकते हैं, अनावश्यक खर्च बढ़ता है और इससे सरकारी सेवाओं द्वारा जनता का विश्वास जीतने के प्रयासों पर भी विपरीत असर पड़ता है। आरएमपी डाक्टरों द्वारा प्रैक्टिस किए जाने के विरुद्ध पुलिस द्वारा की जाने वाली कार्यवाही अप्रभावी सिद्ध हुई। ऐसे प्रयास किए जाने चाहिए कि रैफरल सेवाएं देने और स्वास्थ्य शिक्षा में उनकी सकारात्मक भूमिका बढ़े और साथ ही साथ उनके द्वारा जरूरत न होने पर भी इंजेक्शन दिए जाने, जिसे सामाजिक और वित्तीय स्वीकार्यता मिलती है, या अनावश्यक उपचार किए जाने जैसे नकारात्मक व्यवहार कम हों। कर्नाटक बड़े गर्व से निजी चिकित्सकों के साथ संपर्क कर उनके द्वारा स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने में प्रयासरत है। इस तरह के चिकित्सक तकनीकी रूप से तो कुशल हैं लेकिन पिछड़े जिलों में इनकी उपलब्धता न के बराबर होती है। इसलिए पिछड़े जिलों में आसानी से मिलने वाले इन अनौपचारिक डाक्टरों पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए।

दूसरे, हालांकि विकेन्द्रीकृत, आवश्यकताओं पर आधारित जिला स्तरीय योजनाएं बनाने पर महत्व दिया जाता है फिर भी इन सभी कार्यों में बजट अनुमोदन करने की प्रक्रिया में राज्य और केन्द्र सरकार का नियंत्रण बना रहता है। उत्तरी जिलों में, जहाँ आवश्यकताएं बहुत अधिक हैं, वहाँ कर्मचारियों की नियुक्ति के लिए बजट प्रावधानों में बढ़ोतरी की गई है, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सुधार हुआ है और हर जिले में दो डाक्टरों को आपातकालिक प्रसव देखभाल कामों में प्रशिक्षित किया गया है। यहाँ महत्वपूर्ण बात यह है कि सेवाओं की उपलब्धता से जुड़ी चुनौतियों (सूचना प्रणालियों, लगातार उपचार, कुशल स्वास्थ्यकर्मी, कार्यकारी रैफरल प्रणालियाँ और विश्वास बढ़ाने वाले उत्तरदायित्व निर्धारण) को हल करने के लिए आवश्यक प्रबंधकीय बदलाव अब भी बहुत कम हो रहे हैं जबकि बजट आबंटन करने और धनराशि बाँटने (मूलभूत सुविधाओं और मानदेय के लिए धन वितरण) जैसे आसान काम आगे बढ़ते जा रहे हैं। अगर राजनेता और प्रशासक सेवाओं में वृद्धि करने से जुड़ी इन समस्याओं के सही हल नहीं खोज पाए तो स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए अधिक धनराशि आबंटित करने और सुरक्षित मातृत्व के लिए सामुदायिक संघटन करने और स्वास्थ्यकर्मियों में विश्वास उत्पन्न करने जैसे कामों में हुई प्रगति व्यर्थ ही चली जाएगी।

अभिस्वीकृतियां

भारतीय प्रबंधन संस्थान बंगलौर में मेरी सहयोगी गीता सेन और आदिति अय्यर का अमूल्य सहयोग रहा है। मैं कोप्पल के जिला स्वास्थ्य कार्यालय और जेंडर तथा हैल्थ इक्विटी परियोजना के कर्मचारियों के सहयोग का भी धन्यवाद प्रकट करती हूँ। इस अध्ययन के लिए धन की व्यवस्था स्वीडन की अंतरराष्ट्रीय विकास एजेंसी और जॉन डी व कैथरीन टी मैकआर्थर, रॉकफैलर और फोर्ड फाउण्डेशन द्वारा की गई।

अनुसंधान विशेषज्ञ, भारतीय प्रबंधन संस्थान, बंगलौर, भारत, ई-मेल: ashasara@gmail.com

संदर्भ

1. Table No. 11.05: Number and percentage distribution of deaths by causes under 'child birth and pregnancy' (maternal deaths) by specific causes, their percentage to total deaths, total female deaths and female deaths under the reproductive age group 1997 and 1998. At: www.cbhidghs.nic.in/hii2003/11.05.htm. Accessed 1st August 2007.
2. George A, lyder A, Sen G. Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India. Institute of Development Studies working Paper 253. Bridgton: IDS, 2005.

3. George A. The outrageous as ordinary: maternal mortality and health workers' perspectives on accountability in primary health care in Koppal district, Karnataka state, India. Dphil dissertation. Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex, 2007.
4. International Institute for Population Sciences. Reproductive and Child Health District Level Household Survey (DLHS-2) India 2002-04. Round 2 Phase 1 : Koppal. Mumbai: International Institute for Population Sciences, 2006.
5. Government of Karnataka. Human Development in Karnataka. Bangalore: Planning Department, GOK, 2006.
6. Personal communication, Koppal District Health Officer, 2000.
7. Bhatia JC. A Study of Maternal Mortality in Anantpur District, Andhra Pradesh, India. Bangalore: Indian Institute of Management Bangalore, 1989.



मातृ मृत्यु की अधिकता के कारण आपातकालिक प्रसव सेवाओं में सुधार: नेपाल में सुरक्षित मातृत्व परियोजना 1997-2004

Alison Dembo Rath, Indira Basnett, Melissa Cole, Hom Nath Subedi, Deborah Thomas, Susan F Muray
एलिसन डैम्बो रथ^१, इन्दिरा बैसनैट^२, मैलिसा कोल^३, होम नाथ सुबेदी^४, दैबोराह थॉमस^५, सूज़न एफ मरे^६

सारांश:

1997 से 2004 के बीच चलाई गई नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना बड़े पैमाने पर चलाई जाने वाली ऐसी पहली परियोजना थी जिसमें नेपाल के 15% क्षेत्र में आपातकालिक प्रसव सेवाओं तक पहुँच बढ़ाने पर विशेष ध्यान दिया गया। इस परियोजना को मूल्यांकित करने के लिए 6 ऐसे कारकों का प्रयोग किया गया है जो मातृ मृत्यु को कम करने में सफल हुए हैं। इस परियोजना के दौरान आपातकालिक प्रसव सेवाओं तक पहुँच में हर वर्ष औसतन 1.3% की वृद्धि हुई और वर्ष 2004 तक परियोजना वाले जिलों के सरकारी अस्पतालों में इसका स्तर बढ़कर 14% हो गया। बड़े पैमाने पर देखभाल सुविधाओं में सुधार के लिए मूलभूत सुविधाओं और उपकरणों की व्यवस्था तो कर दी गई लेकिन इन सेवाओं को सही रूप से लंबे समय तक जारी रखना, प्रशिक्षित डाक्टर की उपलब्धता और खून तथा एनस्थीसिया* सुविधाओं की उपलब्धता एक बड़ी चुनौती बनकर सामने आई। 3 जिलों में नर्सों को अतिरिक्त प्रशिक्षण दिया गया और उन्होंने 70% मामलों में आपातकालिक प्रसव सेवाएं दीं। प्रशिक्षित कार्यकर्ताओं की कमी अब भी बनी हुई है। रैफरल सेवाओं में सुधार इस परियोजना की विषय-वस्तु नहीं थी। इसकी बजाय परियोजना के अंतर्गत समुदायों को गर्भावस्था व प्रसव के दौरान खतरे के लक्षणों को पहचानने के बारे में जानकारी दी गई और यह बताया गया कि किस तरह उन्हें ऐसी स्थिति होने पर तुरंत कुछ करना चाहिए। इस परियोजना के अंतर्गत प्रसव में जटिलताओं से निपटने के लिए एक आपातकालिक कोष की स्थापना की गई। रोगियों की ज़रूरतों को ध्यान में रखते हुए सेवाएं देने के लिए स्वास्थ्यकर्मियों के दृष्टिकोण में सकारात्मक परिवर्तन करने के भी प्रयास किए गए। बड़ी संख्या में मातृ मृत्यु को केवल आपूर्ति व्यवस्था के अंतर्द्वेषों द्वारा कम नहीं किया जा सकता। नेपाल में सामाजिक व्यवस्था के कारण ये स्थिति अधिक जटिल हो जाती हैं क्योंकि वहाँ महिलाओं, खासकर वे जो कुछ विशेष जाति समूहों और निम्न जातियों की हैं, के महत्व को नहीं समझा जाता तथा उनमें सशक्तिकरण की कमी भी होती है। मातृत्व सेवाओं के प्रयोग में भी इसी तरह के रुझान दिखाई पड़ते हैं। कार्यक्रमों के लिए जरूरी है कि इनके अंतर्गत सामाजिक वातावरण में बदलाव के प्रयास भी किए जाएँ। © 2007 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द: मातृ मृत्यु, आपातकालिक प्रसव देखभाल, मानव संसाधन, स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धन की व्यवस्था, स्वास्थ्यकर्मियों और रोगियों के बीच संबंध, नेपाल

* शरीर को संवेदनहीन बनाने की दवाई

नेपाल में राष्ट्रीय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम की शुरुआत 1997 में मातृ मृत्यु दर में कमी करने के उद्देश्य से की गई थी। उस समय नेपाल में मातृ मृत्यु दर 539 प्रति एक लाख जीवित जन्म के स्तर पर दक्षिण एशिया में सबसे अधिक थी (नेपाल परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, 1996)। इस कार्यक्रम को राष्ट्रीय प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम का दर्जा दिया गया और इसके लिए वित्तीय और तकनीकी सहायता अनेक परियोजनाओं से प्राप्त हुई। नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना (NSMP) नेपाल के स्वास्थ्य एवं जनसंख्या मंत्रालय और ब्रिटेन के अंतरराष्ट्रीय विकास विभाग (डीएफआईडी)* के साझे सहयोग से 1997 से 2004 के बीच चलाई गई। इस परियोजना का प्रबंधन ऑफ़िशन्स कन्सल्टेन्सी सर्विसेज़ द्वारा किया गया। यह बड़े पैमाने पर चलाई गई अपनी तरह की पहली परियोजना थी जिसमें अच्छी आपातकालिक प्रसव सेवाओं की पहुँच बढ़ाने पर विशेष ध्यान दिया गया।

नेपाल में अधिक संख्या में मातृ मृत्यु और अस्वस्थता की घटनाएँ वहाँ के सामाजिक व आर्थिक और स्वास्थ्य प्रणाली से संबंधित मुद्दों से जुड़ी हुई है। महिलाओं का निचला दर्जा, प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े मामलों में आवाज़ न उठा सकने की असमर्थता और गर्भावस्था तथा शिशु जन्म से जुड़ी पुरानी सांस्कृतिक मान्यताओं को मानते रहने के कारण भी मातृ मृत्यु और उनमें अस्वस्थता की स्थिति प्रभावित

होती है। हालांकि शिक्षा और साक्षरता के स्तर अब बढ़ रहे हैं फिर भी महिलाओं में इसका प्रसार कम है जिसके कारण पहले से चली आ रही प्रथाओं को बदलना और सुरक्षित मातृत्व से जुड़े विषयों पर उनकी समझ को बढ़ाना कठिन होता है।

नेपाल की दुर्गम भौगोलिक स्थिति और संचार साधनों की कमी के कारण रैफरल स्वास्थ्य केन्द्र तक पहुँच पाना अकसर बहुत महंगा और कठिन काम होता है। पिछले दस वर्षों से चले आ रहे सैन्य संघर्ष के कारण यहाँ स्थिति और भी खराब हो गई है। 2003 में एक परियोजना के अंतर्गत किए गए अध्ययन से यह पता चला कि सैन्य संघर्ष के कारण महिलाएं आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाओं का प्रयोग नहीं कर पाती क्योंकि उनके सामने पैसे की कमी और यात्रा में आने वाली कठिनाइयों की समस्याएं खड़ी हो जाती थीं।

मातृ स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाने के प्रयास करते समय ज़रूरी है कि कार्यक्रमों को लागू करते समय आई जटिलताओं के अनुभवों से जानकारी ली जाएँ। बहुत से विकासशील देशों में चलाए गए सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमों जिसके फलस्वरूप वहाँ मातृ मृत्यु दर में कमी ला पाना संभव हुआ है, के उदाहरणों का प्रयोग जानकारी लेने के लिए किया जा सकता है। उदाहरण के लिए कॉब्लिन्सकी और कैम्पबैल² ने बोलिविया, चीन, मिस्र, हॉण्डुरस, इंडोनेशिया, जमैका और जिम्बाब्वे जैसे देशों में कार्यक्रमों की

* DFID - Department for International Development

पुनरीक्षा करने के बाद मातृ मृत्यु दर को कम करने के प्रयासों में सफलता पाने के लिए 6 कारकों की पहचान की है:

- शिशु जन्म के लिए प्रसव केन्द्रों की पर्याप्त उपलब्धता
- घर के पास ही किसी प्रशिक्षित जन्म सहायिका की मौजूदगी
- समुदाय के स्तर पर स्वास्थ्यकर्मियों से शुरू होने वाली और बड़े स्वास्थ्य केन्द्रों के बीच रैफरल की सुविधाएं
- मुफ्त या कम खर्च पर सेवाएं दिया जाना और स्वास्थ्य केन्द्र तक पहुँचने के लिए यातायात साधनों की व्यवस्था
- स्वास्थ्यकर्मियों का जनता के प्रति उत्तरदायी होना, और
- सरकारी नीतियों द्वारा सही मार्गदर्शन

हमने नेपाल में मातृत्व को सुरक्षित बनाने की दिशा में इस परियोजना द्वारा दिए गए योगदान का विश्लेषण करने के लिए कॉब्लिनसिकी और कैम्पबैल द्वारा निर्धारित कारकों को आधार बनाया। इस परियोजना के पहले चरण में तीन जिलों (बागलुंग, कैलाली और सुर्खेत) के चुने हुए स्वास्थ्य केन्द्रों में आपातकालिक प्रसव सेवाओं और जन्म सहायिकाओं की सेवाओं में सुधार लाने की कोशिशें की गईं। इसके लिए दो मुख्य अवयव विकसित किए गए : (1) प्रजननशील आयु की महिलाओं को दी जाने वाली सेवाओं में सुधार किया गया। इसके अंतर्गत अस्पतालों में मूलभूत

सुविधाओं और उपकरणों को सुधारा गया, आपूर्ति व्यवस्थाओं को सुचारु बनाया गया और स्वास्थ्यकर्मियों को प्रशिक्षित किया गया: तथा (2) महिलाओं द्वारा प्रसव सेवाओं के बेहतर उपयोग के लिए सामाजिक विचारों और दृष्टिकोण में सुधार किए गए। वर्ष 2000 में परियोजना की आधी अवधि समाप्त होने पर किए गए मूल्यांकन के बाद इस परियोजना को 6 और जिलों (पर्बत, मयागदी, रुपेनदही, नवालपारसी, जुमला और दैलेख) में भी लागू किया गया जिसके चलते परियोजना के अंतर्गत कुल 15% जनसंख्या शामिल हो गई। परियोजना के अंतर्गत आने वाले जिले देश के मध्य और पश्चिमी भाग में स्थित गरीब इलाके थे।

इस लेख में जानकारियाँ देते समय परियोजना के दौरान तैयार दस्तावेजों और रिकॉर्डों का प्रयोग किया गया है। इन दस्तावेजों में 7 आंतरिक मूल्यांकनों और काम से होने वाले परिणामों की पुनरीक्षा, 10 बाहरी आकलनों और परियोजना के मुख्य सूत्रों के अध्ययन शामिल हैं³⁻¹²। इसके साथ इस लेख में परियोजना के दौरान आरंभ किए गए दूसरे शोध कार्यों^{1,13} और प्रकाशित लेखों¹⁴⁻¹⁷ व परियोजना के मूल्यांकन की रिपोर्ट¹⁸ से भी जानकारियाँ ली गई हैं।

प्राप्त जानकारियाँ

प्रसव केन्द्रों की उपलब्धता

नेपाल में आमतौर पर घर पर ही प्रसव कराए जाने की प्रथा है। 2001 में 88.9% प्रसव घर

पर ही कराए गए और इस व्यवहार में पिछले दशक में थोड़ा बहुत परिवर्तन देखा गया¹⁹। घर पर प्रसव कराए जाने की प्रथा अब भी जारी है और 2006 में 81.0% प्रसव घर पर हुए²⁰। यहाँ गर्भवती महिलाएं अस्पताल में भर्ती होने को आपातकालिक स्थिति समझती हैं और घर पर प्रसव कराया जाना इसलिए भी पसन्द किया जाता है क्योंकि यह अधिक सुविधाजनक होता है, अपनी जान-पहचान की दाई की देखरेख में होता है और इसके लिए भुगतान आराम से बाद में भी किया जा सकता है⁷।

नेपाल में सुरक्षित मातृत्व परियोजना चलाए जाने का मुख्य उद्देश्य महिलाओं द्वारा अच्छी मूलभूत और व्यापक प्रसव देखभाल सेवाओं के प्रयोग में बढ़ोतरी किया जाना था ताकि प्रसव की जटिलताओं के कारण होने वाली महिलाओं की मृत्यु को रोका जा सके। परियोजना के दौरान आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाओं की आवश्यकता और उनकी उपलब्धता के विषय पर धीमी किन्तु स्पष्ट प्रगति दिखाई दी। इस प्रगति को संयुक्त राष्ट्र के प्रक्रिया संकेतकों के आधार पर मापा गया था। 1997 में परियोजना के पहले चरण के जिलों में 5% से कम महिलाओं को आवश्यकता होने पर आपातकालिक सेवाएं उपलब्ध हुई थी²¹। परियोजना अवधि के दौरान हर वर्ष इस स्तर में 1.3% की वृद्धि देखी गई और वर्ष 2004 तक परियोजना क्षेत्र के जिलों के सरकारी अस्पतालों में यह स्तर बढ़कर 14% हो गया²²। यूनीसेफ के समर्थन से जिन दूसरे 4 जिलों में ऐसी ही परियोजना चलाई जा रही थी वहाँ ये स्तर

2000 में 1.9% से बढ़कर 2004 तक 16.9% हो गया²³। सभी जिलों के आँकड़ों को एक साथ प्रस्तुत करने से जिलों के बीच आवश्यकता होने पर सेवाओं की उपलब्धता का अंतर बढ़ जाता है। सुरक्षित मातृत्व परियोजना जिलों में ये स्तर 0.1% से 3.3% के बीच और यूनीसेफ की परियोजना वाले जिलों में ये 1.1% से 5.9% के बीच रहा²²।

परियोजना चलाए जाने वाले नौ जिलों की कुल जनसंख्या लगभग 3 मिलियन थी जिसके लिए संयुक्त राष्ट्र के दिशा-निर्देशों के अनुसार 26 प्राथमिक और 6 व्यापक सुविधाओं वाले आपातकालिक प्रसव सेवा केन्द्रों की ज़रूरत थी। 5 अस्पतालों में उपलब्ध सेवाओं के स्तर को सफलतापूर्वक बढ़ाते हुए इन्हें व्यापक सेवाएं देने वाले अस्पताल के रूप में परिवर्तित कर दिया गया। इसी तरह प्राथमिक सेवाएं देने के लिए भी 7 अस्पतालों में उपलब्ध सुविधाओं में बढ़ोतरी की गई। प्रसव संबंधी जटिलताएं उत्पन्न होने पर इनका उपचार करने के लिए परियोजना में सहभागिता करने वाले स्वास्थ्य केन्द्रों की क्षमता में भी उल्लेखनीय वृद्धि हुई। परियोजना के अंतर्गत किए गए कार्यों से स्वास्थ्य केन्द्रों में सेवाएं देने वाले विभिन्न कर्मचारियों के कौशल भी बढ़ाए गए¹¹, संक्रमण पर नियंत्रण¹⁶, ब्लड बैंक¹⁷ और आपूर्ति व्यवस्था में भी सुधार किया गया। इसके परिणामस्वरूप इन स्वास्थ्य केन्द्रों में न केवल महिला स्वास्थ्य देखभाल बल्कि अन्य स्वास्थ्य सेवाओं में भी सुधार हुआ। जब परियोजना के अंतर्गत एनिस्थीसिया सेवाओं (शल्य क्रिया से पहले

शरीर को असंवेदनशील बनाने की प्रक्रिया) की कमी की जानकारी मिली तो नर्सों और जन्म सहायिकाओं को अतिरिक्त प्रशिक्षण देकर एनिस्थीसिया सेवाएं देने में कुशल बनाया गया। एक मूल्यांकन के दौरान उनके इस कौशल का, विशेषकर सिजेरियन ऑपरेशन के दौरान रीढ़ की हड्डी में बेहोशी की दवा का इंजेक्शन लगाने का प्रदर्शन भी किया गया*।

हालांकि दूरदराज़ के क्षेत्रों में प्राथमिक प्रसव सेवाएं देने के केन्द्र स्थापित करने और व्यापक प्रसव सेवाएं देने वाले अस्पतालों की स्थापना करने के काम में बहुत कठिनाइयां हुईं। कभी-कभी महिला के परिजन जटिलता उत्पन्न होने पर ये निश्चित नहीं कर पाते थे कि महिला को किस स्तर के स्वास्थ्य केन्द्र में दिखाना है तथा सीधे ही बड़े अस्पताल में पहुँच जाते थे। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के अनुपात में व्यापक सेवाएं देने वाले अस्पतालों की संख्या में बढ़ोतरी करना महंगा कार्य होता। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित करने की पूंजीगत लागत 6.02 मिलियन नेपाली रुपये (USD 80267*) है जबकि व्यापक सेवाएं देने वाले अस्पताल के लिए 7.81 मिलियन नेपाली रुपये (USD 104,133) की आवश्यकता होती है। इसके अतिरिक्त इस पर होने वाले रोज़मर्रा खर्च का अनुपात भी बहुत अधिक होता है⁶। पहले से स्थित स्वास्थ्य केन्द्रों और अस्पतालों में सेवाओं का स्तर बढ़ाने के लिए मूलभूत सुविधाओं और उपकरणों की व्यवस्था करना अपेक्षाकृत आसान

सिद्ध हुआ। इन अस्पतालों में प्रसव सेवाओं में कुशलता प्राप्त डाक्टर की उपलब्धता के साथ रक्त सेवाओं और एनस्थीसिया सेवाएं देते हुए इन्हें लंबे समय तक चलाते रहने का काम वास्तव में चुनौतीपूर्ण था। परियोजना अवधि के दौरान विकसित किए गए सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में इन सब सुविधाओं को प्राप्त नहीं किया जा सका हालांकि इस दिशा में काफी प्रगति हुई।

इस अनुभव से यह पता चला कि स्वास्थ्य केन्द्रों में कुशल व्यक्ति द्वारा प्रसव देखभाल सेवाएं देने के लिए सुविधाओं की उपलब्धता बढ़ाने के प्रयासों को अनेक चुनौतियों का सामना करना पड़ता है। जहाँ एक ओर आपूर्ति व्यवस्थाओं में वृद्धि करते हुए एक कमज़ोर स्वास्थ्य प्रणाली को अच्छा बनाने की चुनौती उभर कर सामने आती है तो वहीं दूसरी ओर असमानताओं से भरे समाज में लोगों द्वारा देखभाल सेवाएं न लिए जाने के कारण इन सेवाओं की मांग को बढ़ाने में भी समस्याएं होती हैं।

घर के पास ही कुशल जन्म सहायिका की मौजूदगी

प्राथमिक व आवश्यक प्रसव देखभाल सेवाएं देने वाले जिन केन्द्रों को सफलतापूर्वक स्थापित किया जा सका वे इस बात का अच्छा उदाहरण हैं कि किस तरह नर्सों, कुछ अतिरिक्त प्रशिक्षण प्राप्त करने के बाद प्रसव में आने वाली अनेक ऐसी जटिलताओं में देखभाल कर सकती हैं

* पूरे लेख में यूएस डॉलर के लिए 2004 की विनिमय दर का प्रयोग किया गया है।

जिसके लिए ऑपरेशन करना जरूरी न हो। पहले चरण के तीन जिलों के मॉनीटरिंग आंकड़ों से पता चलता है कि यहाँ किए गए 1030 आपातकालिक प्रक्रिया में से 70% कार्य नर्सों ने किए थे। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में डाक्टरों को रोक पाना कठिन होता है इसलिए नर्सों के कौशल को बढ़ाना ही एक प्रभावी तरीका है जिससे कि महिलाओं को उनके घर के पास ही प्रसव के समय कुशल सेवाएं दी जा सकें। राष्ट्रीय स्तर पर कुशल व्यावसायिकों की कमी एक बड़ी समस्या है। 2001 में किए गए जनसंख्या एवं स्वास्थ्य सर्वेक्षण से पता चला कि हर वर्ष होने वाले लगभग 9 लाख प्रसवों में से केवल 3.1% प्रसव ही किसी जन्म सहायिका या नर्स के द्वारा कराए गए थे¹⁹। 2006 में यह संख्या बढ़कर 8.3% हो गई थी। 2004 में सरकारी क्षेत्र में काम करने वाली कुशल नर्सों की संख्या 800 से कुछ कम थी (यह देशभर में नर्सों की कुल संख्या का 56% है) तथा जन्म सहायिकाओं की संख्या 1254 (कुल प्रशिक्षित जन्म सहायिकाओं का 78%) थी। इन जन्म सहायिकाओं को 18 महीने का प्रशिक्षण दिया गया था²⁴। क्योंकि शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रशिक्षित व कुशल स्वास्थ्यकर्मियों की अधिकता होती है इसलिए ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्यकर्मियों के पद खाली रहना और उनका कार्यस्थल पर अनुपस्थित रहना एक सामान्य घटना है¹¹। सरकारी क्षेत्र में काम करने वाले बहुत से स्वास्थ्यकर्मियों निजी तौर पर भी काम करते हैं जिससे कि सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों में कर्मचारियों की उपलब्धता कम हो जाती है²⁵।

बहुत कम संख्या में नर्सों और जन्म सहायिकाओं के उपलब्ध होने के कारण इनके पदों पर नियुक्तियाँ बड़े अस्पतालों तक ही सीमित रखी जाती हैं। ऐसे में यह चुनौती उठ खड़ी होती है कि किस तरह जल्दी से जल्दी प्रसव के समय कुशल जन्म सहायिका की मौजूदगी को बढ़ाया जाए। नेपाल के सामने 2015 तक 60% प्रसव के मामलों में कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी सुनिश्चित करने का सहस्राब्दि विकास लक्ष्य है। यह एक ऐसा लक्ष्य है जो नेपाल के अलावा कई संसाधनहीन देशों को भी पूरा करना है। नेपाल में सुरक्षित मातृत्व परियोजना की अवधि के दौरान यहाँ अंतरिम कार्य योजना के अंतर्गत माध्यमिक स्तर के कर्मचारियों के कौशलों को बढ़ाने और उन्हें प्रमाणित किए जाने के बारे में बड़ी बहस छिड़ी थी²⁶।

नेपाल में ग्रामीण इलाकों की महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने के लिए 3132 उप स्वास्थ्य चौकियाँ हैं जिनमें माँ एवं शिशु स्वास्थ्यकर्मियों नियुक्त होती हैं। एक समय में इन स्वास्थ्यकर्मियों को नेपाल द्वारा कुशल स्वास्थ्य कार्यकर्ता की उपलब्धता बढ़ाने के लिए किया गया प्रयास माना जाता था। लेकिन अब 2006 की सरकारी नीति के अंतर्गत केवल डाक्टरों, नर्सों या अंतरराष्ट्रीय मानकों के अनुसार प्रशिक्षण लेने वाली जन्म सहायिकाओं को ही कुशल जन्म सहायिका के रूप में स्वीकार किया जाता है²⁷। उपयुक्त शैक्षणिक योग्यताओं वाली माँ एवं शिशु स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को कुशल जन्म सहायिका के रूप में प्रशिक्षण दिया जा

रहा है। पूरी दुनिया में इस बात पर बहस जारी है कि किस तरह व्यावसायिक देखभाल सेवाओं की उपलब्धता को तेजी से बढ़ाया जा सके²⁸, और नेपाल को अगर अपने लक्ष्यों को प्राप्त करना है तो उसे दूसरे कई विकल्पों पर भी ध्यान देना होगा।

नेपाल में स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और उनके प्रयोग पर जाति और जनजाति का बहुत गहरा असर होता है। एक अध्ययन के अंतर्गत जिन 51, माँ एवं बाल स्वास्थ्यकर्मियों का साक्षात्कार किया गया था उनमें से 76% उच्च जाति (ब्राह्मण/क्षत्रीय) की थीं। जिसके कारण निम्न जाति और जनजाति समूहों की महिलाओं द्वारा इनकी सेवाओं के प्रयोग का स्तर कम होने की संभावना है¹⁰। हालांकि इससे इंकार नहीं किया जा सकता कि स्वास्थ्यकर्मी की कुशलता का स्तर अच्छा हो, फिर भी यह ज़रूरी है कि सेवाओं को प्रभावी बनाने के लिए दूसरे कारकों पर भी बराबर ध्यान दिया जाए। इनमें नौकरी के लिए चुनाव किए जाने की नीतियां, सामाजिक और सांस्कृतिक मुद्दे और स्वास्थ्य प्रणालियों, समुदायों और परिवारों को प्रभावित करने वाली सामाजिक व्यवस्थाएँ हैं जो महिलाओं के सशक्तिकरण को भी प्रभावित करती हैं।

विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्रों के बीच रैफरल की औपचारिक प्रणालियाँ

काब्लिनिसकी और कैम्पबैल द्वारा की गई समीक्षा² से यह पता चलता है कि घर पर और अस्पतालों में प्रसव कराए जाने तथा विभिन्न

वर्गों के स्वास्थ्यकर्मियों का प्रयोग करने से मातृ मृत्यु की घटनाओं को कम करना संभव हो सकता है अगर प्रसव सेवाओं के अंतर्गत उचित प्रसव देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए सही व कार्यकारी रैफरल प्रणालियाँ मौजूद हों।

नेपाल के जिलों में काम कर रही नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना के अंतर्गत बहुत ही कमजोर व औपचारिक क्षेत्र की रैफरल प्रणाली में सुधार करने के काम को इस परियोजना की परिधि से बाहर समझा गया। इसकी बजाए परियोजना के अंतर्गत ऐसे प्रयास किए गए कि समुदायों और परिवारों को गर्भावस्था और प्रसव के समय होने वाले खतरे के लक्षणों को पहचानने और तुरंत कोई कार्यवाही करने के लिए जानकारी दी जाएँ। शीघ्र कार्यवाही करने में सहायता के लिए आपातकालिक कोष और यातायात सहायता योजनाओं से मदद मिलेगी। हालांकि स्थानीय आधार पर इस प्रयास के कुछ सफल परिणाम अवश्य निकले फिर भी इससे सरकारी रैफरल प्रणाली की कमजोरियों को पूरी तरह दूर नहीं किया जा सका और न ही इसमें बड़े पैमाने पर लोगों द्वारा औपचारिक और अनौपचारिक रूप से निजी डाक्टरों की सेवाओं के प्रयोग पर ध्यान दिया गया। परियोजना के अंतिम चरण में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि व्यापक देखभाल सुविधाओं वाले अस्पताल में प्रसव करवाने से पहले महिलाएं कितनी बार निजी दवा विक्रेताओं (व्यापक स्वास्थ्य सेवा का प्रयोग करने वाली महिलाओं में से 21% महिलाएं) और निजी क्लिनिकों (24%) में गई थी। नेपाल ने स्वास्थ्य क्षेत्र में

सुधार करने का एक ऐसा कार्यक्रम शुरू हुआ है जो सरकारी क्षेत्र में रैफरल सेवाओं में सुधार की चुनौती को पूरा कर पाएगा। परियोजना के दौरान प्राप्त साक्ष्यों से ऐसी जानकारी मिलती है कि औपचारिक और अनौपचारिक रूप से निजी डाक्टरों द्वारा रैफरल किए जाने को भी सरकारी रैफरल सेवाओं को सुदृढ़ करते समय ध्यान में रखा जाना चाहिए।

मुफ्त अथवा कम खर्चीली स्वास्थ्य तथा यातायात सेवाएं

परियोजना अवधि के दौरान सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों में मरीजों से लिया जाने वाला शुल्क आपातकालिक प्रसव सेवाओं के 100% के बराबर होता था क्योंकि स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए बजट प्रावधान बहुत कम थे। अस्पतालों और कर्मचारियों पर अस्पताल की आय बढ़ाने के लिए भी बहुत दबाव रहता है; डाक्टरों और दवा विक्रेताओं द्वारा की जाने वाली अनैतिक व्यावसायिक गतिविधियों के कारण परिवार के लोगों पर दवाओं और आपूर्तियों का खर्च बढ़ जाता है। परियोजना कार्यों के अंतर्गत महिला की देखभाल सेवाओं की लागत के बारे में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि कई परिवारों के लिए किसी स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव कराने का खर्च वहन करना मुश्किल था। परियोजना क्षेत्र और दूसरे जिलों में भी अस्पताल में सामान्य प्रसव पर आने वाले कुल खर्च का 60% तो केवल यातायात के प्रबंध पर ही खर्च होता था। ये कोई आश्चर्य की बात इसलिए नहीं है क्योंकि तराई क्षेत्र से किसी अस्पताल में पहुँचने के लिए औसतन 2.8 घंटे लगते थे जबकि

पर्वतीय क्षेत्रों से अस्पताल तक पहुँचने के लिए 8.3 घंटे तक लग जाते थे⁷। घर पर एक सामान्य प्रसव में औसतन 693 नेपाली रुपये (USD 9) खर्च होते थे जबकि अस्पताल में प्रसव कराने का खर्चा औसतन 5457 नेपाली रुपये (USD 73) था। अस्पताल में सिजेरियन ऑपरेशन कराने की लागत सामान्य प्रसव से लगभग दुगनी होती थी। अस्पताल में सामान्य प्रसव होने पर एक गरीब परिवार की औसतन तीन महीने की आय खर्च हो जाती थी जबकि ऑपरेशन से जचकी होने पर यह खर्च 6 महीने की आय के बराबर होता था। इस अध्ययन से यह जानकारी भी मिली कि मरीजों का मुफ्त उपचार करने की प्रक्रिया बिल्कुल प्रभावहीन थी और किसी अत्यंत गरीब महिला को भी किसी दूसरी महिला के बराबर ही भुगतान करना पड़ता था। परिवार के सदस्य आपातकालिक देखभाल सेवाओं के लिए खर्च करने के लिए तो तैयार होते थे परन्तु ऐसा करने के लिए उन्हें हमेशा किसी से उधार लेना पड़ता था या अपनी कोई चीज़ बेचनी पड़ती थी।

परियोजना के अंतर्गत किए गए मुख्य आर्थिक प्रयासों में से एक के द्वारा समुदायों को आपातकालिक कोष स्थापित करने के लिए प्रोत्साहन दिया गया। प्रसव संबंधी कोई आपात स्थिति पैदा होने पर परिवार के सदस्य इस कोष से पैसा उधार ले सकते थे। समुदाय आधारित ये कोष पहले से चलाए जा रहे कोषों के समान ही थे जिनमें जंगल का प्रयोग करने वाले लोगों का साझा कोष, बचत एवं ऋण देने वाले कोष और महिलाओं द्वारा स्थापित कोष

शामिल थे। इस बारे में किए गए एक मूल्यांकन से पता चला कि समुदाय के लोग इस कोष को महत्वपूर्ण मानते थे और अब उनके मन में आपात स्थिति से निपटने का विश्वास बढ़ गया था^{6,7}। परन्तु इस तरह के कोष से अपनी आवश्यकताओं को पूरा करने की योग्यता रखने वाले लोगों की संख्या सीमित हो सकती है²⁹। ऐसा पाया गया कि समुदाय के सबसे गरीब लोगों को इस कोष से ऋण नहीं मिल पाते थे क्योंकि उन्हें उधार दिए जाने योग्य नहीं समझा जाता था। इस तरह से हालांकि इस कोष से बहुत लोगों को आपातकाल के समय सहायता प्राप्त करने की सुविधा मिल पाई थी फिर भी यह कोष सामाजिक असमानताएं दूर करने में विफल रहे थे।

इस अनुभव से ऐसा महसूस हुआ कि राष्ट्रीय स्तर पर ऐसे प्रयास किए जाने चाहिए जिससे निर्धन व्यक्ति भी स्वास्थ्य सेवाओं की अधिक लागत के कारण उन्हें प्राप्त करने से वंचित न रह जाएं। नेपाल में हालांकि वंचित समूहों के लिए अलग से बजट आबंटित करने की केन्द्रीय नीतियां बनाई गई हैं फिर भी इस तरह के कार्यों के लिए किए गए भुगतान की सरकार द्वारा कोई भरपाई नहीं की जाती। बेहतर स्तर की स्वास्थ्य प्रणालियों में भी इस प्रकार के सुधार कार्यों को लागू करना एक चुनौती भरा काम हो सकता है। इंडोनेशिया में सामाजिक सुरक्षा की हकदार महिलाएं भी जटिलताएं होने पर सेवाओं का प्रयोग नहीं कर पाती थीं और बोलिविया में मुफ्त स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के बाद भी गरीब लोग इन सेवाओं

के प्रयोग से वंचित रह जाते थे²। जैसा कि पार्कहर्स्ट व अन्य लेखकों ने हाल ही में पूरे किए गए 4 देशों के तुलनात्मक अध्ययन में बताया है कि सेवाओं के प्रयोग में बाधा उत्पन्न करने वाली रुकावटें एक दूसरे को बढ़ावा देने वाली होती हैं। भविष्य में इस विषय पर और अधिक ध्यान दिए जाने की ज़रूरत है कि किस तरह औपचारिक और अनौपचारिक स्वास्थ्य सेवाओं पर लागत को उचित और प्रभावी रूप से कम किया जा सकता है और किस तरह इन सेवाओं के प्रयोग में सुधार किया जा सकता है।

इस परियोजना की समाप्ति के बाद नेपाल सरकार ने एक ऐसी नीति बनाई जिससे अस्पतालों में प्रसव कराने पर आने वाली वित्तीय बाधा को दूर किया जा सके। इसके अंतर्गत यातायात पर किए गए खर्च के लिए नकद भुगतान किया जाना था और सबसे गरीब जिलों में अस्पतालों में प्रसव की मुफ्त सेवाएं दी जानी थी। इस तरह के सुधार कार्यों को बहुत ध्यान से लागू करना होगा ताकि जहाँ निर्धनों को सेवाओं के लिए भुगतान से छूट मिले वहीं भुगतान करने में सक्षम लोगों में भी सेवाओं का भुगतान करने की इच्छा खत्म न हो। इससे यह तो स्पष्ट हो जाता है कि गरीबों की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए वित्तीय सहायता केन्द्रीय सरकार को करनी होगी, ये केवल स्थानीय अस्पतालों द्वारा इस दिशा में प्रयास करने से पूरा नहीं किया जा सकता। स्वास्थ्य के लिए आबंटित किए जाने वाले बजट प्रावधान भी बाहरी वित्तीय सहायता पर निर्भर करते हैं, तो जहाँ स्वास्थ्य मंत्रालय अब आवश्यक प्रसव

देखभाल सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता देने को तैयार है वहीं लंबे समय तक इसके लिए संसाधनों की व्यवस्था करने में समस्याएं खड़ी हो सकती हैं। लागत को बराबर बाँटने की नीति के लिए पर्याप्त धनराशि की उपलब्धता सुनिश्चित करने के महत्व पर इसीलिए जोर दिया गया है³¹।

लोगों के प्रति उत्तरदायित्व

एक ऐसी स्वास्थ्य प्रणाली में जहाँ स्वास्थ्यकर्मियों का लोगों के प्रति उत्तरदायित्व बहुत कम है, इस परियोजना के अंतर्गत स्वास्थ्यकर्मियों और रोगियों के बीच परस्पर संबंधों व व्यवहारों में सुधार लाने के प्रयास किए गए ताकि रोगियों को होने वाली संतुष्टि को मूल्यवान समझा जा सके। इसके लिए दो प्रमुख व्यवस्थाएं लागू की गईं। पहली व्यवस्था के अंतर्गत प्रबंधन कार्यों में बदलाव लाने के लिए "समर्थक जाँच प्रक्रिया" (एपरीशिएटिव इंक्वायरी) शुरू की गई जिसे स्थानीय तौर पर परिवर्तन के कारक भी कहा गया। दूसरे प्रयासों के अंतर्गत रोगियों के दृष्टिकोण को ध्यान में रखने और तकनीकी आधार पर देखभाल की गुणवत्ता के दिशा-निर्देशों का प्रयोग किया गया। इसके साथ ही साथ संयुक्त राष्ट्र द्वारा निर्धारित प्रक्रिया संकेतकों से स्वास्थ्य केन्द्रों में दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन कर पाने की कुशलता में भी बढ़ोतरी हुई और सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में समुदाय के दृष्टिकोण को जानने के लिए एक सहभागी मॉनीटरिंग टूल का प्रयोग आरंभ किया गया³²।

अंतरराष्ट्रीय साहित्य में हाल ही में की गई चर्चा से स्वास्थ्यकर्मियों को प्रेरित या हतोत्साहित करने वाली परिस्थितियों की जानकारी रखने के महत्व का पता चला है^{33,34}। इससे ये भी ज्ञात हुआ है कि मूलभूत सुविधाओं और मानवीय संसाधनों के विकास के बीच संतुलन कायम करने में क्या कठिनाइयाँ आ सकती हैं। इस बारे में परियोजना के अनुभवों से पता चला कि यह दोनों ही पहलू महत्वपूर्ण होते हैं और पारंपरिक रूप से अफसरशाही व्यवस्था पर आधारित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था में भी समर्थनकारी जाँच प्रक्रिया और सहयोग निर्माण कार्यों को स्वीकार किया जा सकता है। हालांकि यह व्यवस्था सार्वजनिक उत्तरदायित्व निर्माण नहीं कर पाई फिर भी रोगियों की देखभाल के प्रति एक सकारात्मक दृष्टिकोण कायम हुआ जिससे व्यवस्थाओं में बदलाव लाने की प्रक्रिया आरंभ हुई। स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता¹¹ के मूल्यांकन से पता चला कि स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग करने वाले लोगों को उनके स्वास्थ्य देखभाल अधिकारों के बारे में जागरूक बनाए जाने की आवश्यकता थी। यह एक ऐसा महत्वपूर्ण क्षेत्र है जिसके द्वारा आने वाले समय में लोगों के प्रति उत्तरदायित्व बढ़ाया जा सकता है।

वर्तमान स्वास्थ्य प्रणालियों के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं और उनके परिजनो को सशक्त किए जाने की चुनौती पर अधिक ध्यान देने की आवश्यकता है। उदाहरण के लिए, हालांकि आपातकालिक सामुदायिक कोष में उपलब्ध धन के प्रयोग का स्तर कम ही था⁵,

फिर भी समुदायों और परियोजना के पणधारियों को लगा कि समुदायों द्वारा इस कोष में उपलब्ध धन का स्वयं प्रबंधन कर पाना परियोजना की एक बड़ी उपलब्धि थी³⁵। यह जानकारी मक्वामपुर में किए गए नियंत्रित अध्ययन के परिणामों से मिलती-जुलती थी जहाँ यह पता चला था कि प्रसव के परिणामों को बेहतर बनाने के लिए स्थानीय महिला समूह को समस्या पहचानने में मदद की जाए और रैफरल सुविधाओं को सुधारा जाए³⁶।

अंतरराष्ट्रीय स्तर पर सुरक्षित मातृत्व प्राप्त करने के लिए अधिकारों पर आधारित दृष्टिकोण को अधिक अपनाया जा रहा है^{37,38}। नेपाल में आंतरिक मॉनीटरिंग और बाहरी आंकड़ों से इसकी आवश्यकता और स्पष्ट हो जाती है¹⁰। इन आंकड़ों और मूल्यांकन से यह पता चला है कि अध्ययन वाले 3 जिलों में आवश्यक प्रसव देखभाल सेवाओं का प्रयोग करने वाले अधिकांश लोग ऊंची जाति के समुदायों से थे जबकि उनकी संख्या निचली जाति के लोगों से कम थी। इससे पता चलता है कि बार-बार प्रयास करने के बाद भी यह परियोजना उस सामाजिक व्यवस्था को बदलने में विफल रही थी जिसमें ऊंची जाति के लोगों को सामाजिक संसाधनों के प्रयोग में प्राथमिकता दी जाती है।

हालांकि कार्यक्रम लागू करने के स्तर पर, सेवा प्रदाताओं के दृष्टिकोण को बदलने में परियोजना काफी हद तक सफल रही थी, उदाहरण के लिए पहले जटिलताओं के बारे में लोगों के मन में नकारात्मक सोच होती थी और वे स्वयं को किस्मत के भरोसे छोड़ देते थे

लेकिन अब उनमें परिवर्तन के प्रति आशावान दृष्टिकोण विकसित हुआ था, फिर भी इन बदले हुए दृष्टिकोणों का राष्ट्रीय नीतियों में भी दिखाई देना बहुत जरूरी था। नेपाल की वर्ष 2004 की मानव विकास रिपोर्ट में जोर देकर यह कहा गया है कि “नेपाल में निर्णय लेने की प्रक्रिया पर प्रभावी लंबे समय से चली आ रही संस्थागत व्यवस्था को बदल पाना तब तक संभव नहीं हो पाएगा जब तक कि इस व्यवस्था में काम करने वाले लोगों के दृष्टिकोण को न बदल लिया जाए”³⁹।

प्रभावी सरकारी नीतियों द्वारा मार्गदर्शन

नीतियां बनाए जाने की व्यवस्था के विश्लेषकों का सुझाव है कि किसी विशेष विषय की विशेषताओं को राजनीतिक संस्थाओं की विशेषताओं से मिलाने पर ही नीतिगत अवसरों के दरवाजे खुल या बंद हो सकते हैं^{40,41}। लेकिन सुरक्षित मातृत्व के लिए मजबूत राष्ट्रीय नीतियाँ जिन प्रक्रियाओं से प्रभावित होती हैं या जिनके फलस्वरूप विकसित होती हैं उन प्रक्रियाओं पर अभी हाल ही में ध्यान दिया जाना आरंभ हुआ है⁴²। इस बारे में परियोजना से प्राप्त अनुभवों से अच्छी नीतियां बनाए जाने की आवश्यकता और कार्यक्रम प्रबंधकों तथा नीति निर्माताओं के बीच आरंभ से ही निकट संबंध बनाए जाने का महत्व सिद्ध होता है। इस परियोजना के कारण कार्यक्रमों को लागू किए जाने के बारे में स्थानीय जानकारियाँ मिलीं और इस बारे में राजनीतिक प्रक्रियाओं को आगे ले जाने वाले प्रमुख व्यक्तियों को अंतरराष्ट्रीय स्तर की जानकारियां मिल पाईं जिससे कि सरकारी

नीति का विकास संभव हो सका। परियोजना के अंतर्गत सेवाएं प्राप्त करने वाले लोगों से लिए जाने वाले शुल्क और मुफ्त उपचार दिए जाने की व्यवस्था की कमियों के बारे में किए गए अनुसंधान के कारण ही सरकार ने 2004 में सभी लोगों के लिए कम लागत पर स्वास्थ्य सेवाएं देने की घोषणा की। परियोजना के अंतर्गत गैर सरकारी संगठनों द्वारा सरकारी अस्पतालों के लोगों को प्रशिक्षण दिए जाने और सेवाएं चलाने के लिए किए गए सहयोग के अनुभव के कारण भी स्थानीय नीति निर्माताओं के मन में यह विचार उत्पन्न हुआ कि गैर सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ सहयोग करते हुए काम किए जाएँ। गर्भपात को वैधानिक दर्जा दिए जाने की नीति निर्माण के दौरान यह परियोजना दूसरे देशों में गर्भपात से संबंधित नीतियों के बारे में जानकारी उपलब्ध कराने में सफल रही जिससे कि सरकार को इस क्षेत्र में निजी क्षेत्र के साथ मिलकर काम करने की प्रेरणा मिली।

इस तरह यह परियोजना नीति निर्माण और विकास के काम में सकारात्मक सहयोग देने में सफल रही। इसे नेपाल के स्वास्थ्य मंत्रालय और डीएफआईडी ने आरंभ में इस परियोजना के प्रमुख सरकारी लक्ष्य के रूप में स्वीकार किया था। इन नीतियों को आगे बढ़ाने का काम अब सरकार का उत्तरदायित्व है और गर्भपात को वैधानिक बनाए जाने के बाद गर्भपात के बाद की व्यापक देखभाल के लिए किए जा रहे प्रयास सरकारी तंत्र में सकारात्मक इच्छा शक्ति और प्रयत्नों के द्योतक हैं⁴³।

स्वास्थ्य सेवाओं में किए जा रहे वर्तमान सुधार कार्यों के द्वारा व्यवस्था के अनुभवों व जानकारी को एकत्रित कर उसे भविष्य के लिए नीतियाँ बनाते समय इस्तेमाल किया जाना चाहिए।

निष्कर्ष

कॉब्लिन्सकी और कैम्पबैल द्वारा किया गया मूल्यांकन उन क्षेत्रों में घटित मामलों पर आधारित था जहाँ मातृ मृत्यु का अनुपात 200 प्रति 1,00,000 जीवित जन्म से कम था। उन्होंने यह बात जान ली थी कि जहाँ मातृ मृत्यु दर इस स्तर पर पहुँच चुकी हो वहाँ इसे और कम करने के लिए प्रयास पहले ही आरंभ हो चुके होंगे। नेपाल जैसे देश इससे बहुत अलग स्थिति में हैं। यहाँ नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना जैसे कार्यक्रमों को शुरू करने पर बहुत ही कमजोर स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था का सामना करना पड़ा। यहाँ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की कमियों के साथ-साथ अत्यधिक गरीबी और सामाजिक असमानताएं भी मौजूद थी। यहाँ प्राप्त अनुभवों से सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमों का डिजाइन तैयार करते समय आमतौर पर स्वीकार की जाने वाली मान्यताओं के बारे में प्रश्न चिन्ह खड़े हो जाते हैं। इनमें संयुक्त राष्ट्र के प्रक्रिया संकेतकों पर आधारित क्लिनिकल मॉडल के आधार पर किन्हीं विशेष बातों पर ध्यान रखकर कार्यक्रम को लागू किए जाने के कार्य भी शामिल हैं।

इस परियोजना से यह तो स्पष्ट हो गया कि बहुत अधिक मातृ मृत्यु दर वाले क्षेत्रों में केवल आपूर्ति व्यवस्थाओं के विश्लेषण मात्र से

ही मातृ मृत्यु दर में कमी ला पाना संभव नहीं हो सकता। नेपाल में सामाजिक मान्यताओं और व्यवस्थाओं के कारण यह स्थिति और भी जटिल हो जाती है क्योंकि यहाँ महिलाओं के महत्व को नहीं समझा जाता और वे पूरी तरह शक्तिविहीन होती हैं। असमानताओं के चलते नीची जातियों और विशेष जनजातीय समूहों के लोग समाज से और भी अलग-थलग हो जाते हैं। मातृत्व देखभाल सेवाओं के प्रयोग में यह अंतर साफ दिखाई पड़ता है। गरीब देशों में मातृ स्वास्थ्य विषय पर लिखे अपने हाल ही के लेख⁴⁴ में कॉब्लिन्सकी और उनके साथियों ने मातृ स्वास्थ्य में सुधार लाने के लिए निर्धनता उन्मूलन और महिलाओं के सशक्तिकरण जैसी कार्य योजनाओं को भी लागू करने की आवश्यकता पर बल दिया है।

डीएफआईडी द्वारा नेपाल में सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम को समर्थन दिए जाने के अगले चरण में योजनाएं बनाने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और कार्यक्रम में सबको समान अवसर दिए जाने को आधार बनाया गया है। यहाँ यह सुनिश्चित करना एक चुनौती भरा काम होगा कि कार्यक्रम को समर्थन दिए जाने की ऐसी व्यवस्था में जहाँ धनदाताओं द्वारा उपलब्ध कराई गई राशि को सरकारी धन के साथ मिलाकर मातृत्व स्वास्थ्य के लिए प्रयोग किया जाता है वहाँ सामाजिक वातावरण के निर्माण के लिए इस तरह के अतिरिक्त समर्थक कार्यों को सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम की दीर्घकालिक सफलता के लिए आवश्यक समझा जाए।

अभिस्वीकृति

नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना (एनएसएमपी) नेपाल के स्वास्थ्य एवं जनसंख्या मंत्रालय और ब्रिटेन के अंतरराष्ट्रीय विकास विभाग के साझे सहयोग से चलाया गया कार्यक्रम था। इस परियोजना का प्रबंधन ऑप्शनस कन्सल्टैन्सी सर्विसेज़ द्वारा किया गया। इस लेख में व्यक्त विचार लेखकों के अपने हैं।

क भूतपूर्व परियोजना निदेशक, नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना, काठमाण्डू, नेपाल। वर्तमान में भारत, भुवनेश्वर में ऑप्शनस कन्सल्टैन्सी सर्विसेज़ में प्रजनन स्वास्थ्य की विशेषज्ञ

ख भूतपूर्व मानवीय संसाधन प्रबंधक, नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना। वर्तमान में राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रबंधक, टेक्नीकल कमेटी फॉर इम्प्लीमेंटेशन ऑफ कॉम्प्रीहेंसिव एबॉर्शन केयर इन नेपाल, काठमाण्डू, नेपाल में कार्यरत

ग वरिष्ठ कार्यक्रम प्रबंधक, ऑप्शनस कन्सल्टैन्सी सर्विसेज़, लंदन, यू.के.

घ भूतपूर्व सामाजिक विकास प्रबंधक, नेपाल सुरक्षित मातृत्व परियोजना। वर्तमान में इक्विटी एण्ड एक्सैस टेक्नीकल एडवाइज़र, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम, काठमाण्डू, नेपाल

च फ्रीलांस कन्सल्टैन्ट, दुबई, संयुक्त अरब अमीरात

छ अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विषय के वरिष्ठ लैक्चरर, किंग्स कॉलेज लंदन, लंदन, यू.के.

संदर्भ

1. Beun M, Neupane BD. Impact of conflict on accessibility of EOC services. 2003. At : [www.nsmf.org/pdf/Impact-of-Conflict-Accessibility-Beun-&-Neupane-\(with-photo.pdf](http://www.nsmf.org/pdf/Impact-of-Conflict-Accessibility-Beun-&-Neupane-(with-photo.pdf).
2. Koblinsky ME, Campbell O. Factors affecting the reduction of maternal mortality. In: Koblinsky ME, editor. Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe. Washington DC: World Bank, 2003. p.5-37.
3. John Snow International, Nepal Safer Motherhood Project Output to Purpose Review. London: JSI/DFID, 2000.
4. Development Resource Centre. An assessment of the performance of maternal and child health workers (MCHWs). 2003. Kathmandu: NSMP/Options/HMGN, 2003.
5. Neupane BD. Community-based emergency funds: an assessment of performance, management, utilisation and sustainability, 2004. At: www.nsmf.org.
6. Paudyal SR. Costing analysis of the increasing access component of the Nepal Safer Motherhood Programme. 2004. At: www.nsmf.org.
7. Borghi J, Ensor T, Neupane BD, et al. Coping with the burden of the costs of maternal health. 2004. At: [www.nsmf.org/publications_reports/documents/CopingwiththeBurdonoftheCostsofM](http://www.nsmf.org/publications_reports/documents/CopingwiththeBurdonoftheCostsofMaternalCare.pdf)
8. M&M Associates. Evaluation of performance of anaesthesia assistants in Nepal. (Undated). At: www.nsmf.org/publications_reports/documents/EvaluationofPerformanceofAnaesthesiaAssistantofNepal.pdf.
9. Adhikary K. Qualitative investigation of NSMP's radio programme launched in Surkhet District. 2004. At: www.nsmf.org/publications_reports/documents/QualitativeInvestigationofNSMPsRadioProgrammeLaunchedinSurkhetDistrict.
10. Institute of Medicine, Nepal. Study on utilisation of emergency obstetric care (EmOC) in selected districts of Nepal, 2005. At: www.nsmf.org/publications_reports/documents/UtilisationEvaluationRpt.pdf.
11. Organization Development Centre. Study of quality of care approach in selected health facilities of Nepal. 2004. At: www.nsmf.org/publications_reports/documents/QualityofCareAssessmentStudyforNSMPandFamilyHealthDivision.pdf.
12. Thomas D, Messerschmidt KC, Messerschmidt D, et al. Increasing access to essential obstetric care: a review of progress and process. 2004. At: www.nsmf.org/publications_reports/documents/IncreasingAccessstoEOC-AReviewofProgressandProcess.pdf.

13. Wilkinson D. The Nepal Safer Motherhood Project: a model for change, 2004. At: [www.nsmf.org/pdf/NSMP-A-model-for-Change-D-Wilkinson-\(with-photo\).pdf](http://www.nsmf.org/pdf/NSMP-A-model-for-Change-D-Wilkinson-(with-photo).pdf).
14. Carlough M, McCall M. Skilled birth attendance: what does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of mother and child health workers in Nepal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89:200-08.
15. Basnett I, Clapham S, Shakya G, et al. Evolution of the post abortion care program in Nepal: the contribution of a national Safe Motherhood Project. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;86(1):98-108.
16. Clapham S, Basnett I, Pathak L, et al. The evolution of a quality of care approach for improving essential obstetric care in rural hospitals in Nepal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;86:86-97.
17. Clapham S, Neupane R, Kafle G. Stimulating policy debate on blood transfusion services through the work of an Emergency Obstetric Care Project in Nepal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;88:194-2002.
18. Aitken JM, Thomas D. Synthesis of final evaluation findings from the Nepal Safer Motherhood Project. 2004. At: www.nsmf.org/publications_reports/documents/SynthesisofFinalEvaluationFindingsfromtheNSMP.pdf.
19. Ministry of Health. Nepal Demographic and Health Survey 20012. Kathmandu: HM Government of Nepal, 2001.
20. Ministry of Health and Population/New Era/Macro International/.Nepal Demographic and Health Survey 2006. Kathmandu: MOHP, 2007
21. Pathak LR, Kwast BE, Malla DS, et al. Process indicators for safe motherhood programmes: their application and implications as derived from hospital data in Nepal. *Regional Medicine & International Health* 2000;5(12):882-90
22. HM Government of Nepal. EOC Monitoring Data, Family Health Division, Kathmandu: HMGN, 2004, p.8
23. Rana TG, Chatuati BD, Shakya G, et al. Strengthening emergency obstetric care in Nepal: the Women's Right to Life and Health Project. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;98:271-77
24. Ministry of Health, Nepal. Nepal Strategic Plan for Human Resources for Health 2003-2017. Kathmandu: HMGN, 2004.
25. MacDonagh S, Neupane BD. Private Maternity Services in Nepal. Country Report London: Options/Department for International Development, 2003.
26. Chhetry BD, Clapham S, Basnett I. Community based maternal and child health care in Nepal: self-reported performance of maternal and child health worker. *Journal of Nepal Medical Association* 2005;4:1-7

27. Ministry of Health and Population, national Policy on Skilled Birth Attendants. Kathmandu: MOHP, 2006.
28. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein H. et al. Going to scale with professional skilled care. Maternal Survival Series 3. Lancet 2006;368(9544):1377-86.
29. Ensor T. Financing the costs of maternal care: cross-read of recent studies. 2004. At: www.nsmg.org.
30. Parkhurst JO, Penn-Kekana L, Blaauw D, et al. Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison. Health Policy 2005;73:127-38.
31. Borghi J, Ensor T, Somanathan A. et al. Mobilising financial resources for maternal health. Maternal Survival Series 4. Lancet 2006; 368(9545):1457-65.
32. Price N, Pokharel D. Using key informant monitoring in Safe Motherhood Programming in Nepal. Development in Practice 2005; 15:151-64.
33. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. Human Resource Health 2004;2:1.
34. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems : towards conceptual clarity and policy relevance. Health Policy and Planning 2004;19:371-79.
35. Messerschmidt L, Thomas D, Messerschmidt D. Barriers revisited and enablers revealed: increasing access to Essential Obstetric Care Services in Nepal, 2005. (Unpublished).
36. Manandhar PD, Osrin D, Prasad Shrestha B, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on births outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. Lancet 2004;364:970-79.
37. Department of International Development. Developing a human rights-based approach to addressing maternal mortality. London: DFID. 2005.
38. Cook RJ, Dickens BM, Wilson OAF, et al. Advancing safe motherhood through human rights. Geneva: World Health Organization, 2001. At: www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/index.html.
39. UNDP Nepal Human Development Report: Empowerment and Poverty Reduction. 2004. At: www.undp.org.np/publication/html/nhdr2004/index.php. Accessed 24 January 2007.
40. Howlett M, Ramesh M. Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. 2nd ed. Ontario: Oxford University Press, 2003.
41. Kingdon JW. Agendas, Alternatives and Public Policies. Boston: Little, Brown, 1984.
42. Shiffman J. Generating political will for safe motherhood in Indonesia. Social Science & Medicine 2003;56:1197-207.
43. Shakya G, Kishore S, Bird C. et al. Abortion

law reform in Nepal: women's right to life and health. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(Suppl 24):75-84.

44. Filippi V, Ronsmans C, Campbell O, et al. Maternal health in poor countries: the

broader context and a call for action. *Maternal Survival Series* 5, *Lancet* 2006;368(9546):1535-41.

घर पर और अस्पतालों में प्रसव कराने में अंतर: बंगलादेश के मातलब नगर के कुशल जन्म सहायकों के विचार

Lauren S Blum, Tamanna Sharmin, Carine Ronsmans

लॉरेन एस. ब्लम^अ, तमन्ना शर्मिन^ब, कैरेन रोन्समन्स^स

सारांश:

शिशु जन्म के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी को बढ़ाने की ज़रूरत को ध्यान में रखते हुए एशिया के कुछ देशों ने घर पर ही दाई की मौजूदगी में प्रसव कराए जाने को बढ़ावा देना शुरू किया है। फिर भी, इस क्षेत्र से ऐसी कोई जानकारीयाँ व तथ्य नहीं मिल रहे हैं जिनसे यह पता चले कि घर पर प्रसव देखभाल भी अस्पतालों में होने वाले प्रसव की तरह ही सुरक्षित और प्रभावी हो सकती है। 13 कुशल जन्म सहायकों द्वारा रखे गए विचारों की व्यावहारिकता को जाँचने के लिए बंगलादेश के एक ग्रामीण इलाके मातलब में 2003 और 2004 में, गुणात्मक अनुसंधान कार्य किए गए। इस कार्यक्रम के अंतर्गत मुख्य सूचनाप्रदाताओं से जानकारीयाँ ली गईं, विस्तृत साक्षात्कार किए गए और सामूहिक विचार-विमर्श किया गया। इस अध्ययन से प्राप्त जानकारीयाँ से घर पर प्रसव के दौरान आने वाली मुख्य कठिनाईयाँ की जानकारी मिली। इनमें मरीज को ले जाने के लिए यातायात की कठिनाई, प्रसव के लिए सही माहौल का न होना, आवश्यक सामान और उपकरणों की कमी, सुरक्षा की कमी तथा अपर्याप्त प्रशिक्षण व डॉक्टरों की देखरेख में कमी जैसी कठिनाईयाँ शामिल थीं जिसके कारण कुशल देखभाल कर पाना मुश्किल होता था। सबसे बड़ी कठिनाई तब आती थी जब परिवार प्रसव के पारंपरिक तरीकों को अपनाए जाने पर जोर देते थे। उन्हें मरीज को देखभाल के लिए अस्पताल ले जाने के लिए तैयार करना भी मुश्किल होता था। उन्हें अस्पतालों या स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव कराने के कई लाभों की जानकारी दी गई। इसमें सुरक्षित और साफ माहौल, ज़रूरी सामान की उपलब्धता, प्रसव से जुड़े दूसरे काम करने और मरीज को जल्द से जल्द इलाज के लिए किसी बड़े अस्पताल में भेजने की सहूलियत और ज्यादा लोगों को सेवाएं दे पाना संभव होना आदि शामिल था। इस अध्ययन से उन सभी व्यावहारिक, सांस्कृतिक और चिकित्सीय विषयों की जानकारी मिलती है जिन्हें घर पर या अस्पतालों में प्रसव कराए जाने के लिए बनाई जा रही कार्य योजनाओं में से किसी एक को चुनते समय और सुरक्षित मातृत्व के प्रयास करते समय ध्यान में रखना होगा। © 2006 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित

मुख्य शब्द: शिशु जन्म, सुरक्षित मातृत्व, प्रसव में सहायता, गुणात्मक अनुसंधान, बंगलादेश

शिशु जन्म के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी को बढ़ाने की जरूरत को ध्यान में रखते हुए एशिया के कुछ देशों ने घर पर ही दाई की मौजूदगी में प्रसव कराए जाने को बढ़ावा देना शुरू किया है^{1,2}। फिर भी, इस क्षेत्र से ऐसी कोई जानकारियां या तथ्य नहीं मिल रहे हैं जिनसे यह पता चले कि घर पर प्रसव भी अस्पताल में होने वाले प्रसव की तरह ही सुरक्षित और प्रभावी हैं। अनुसंधानों से यह पता चलता है कि घर पर प्रसव कराए जाने की कार्य योजनाओं में आमतौर पर पारंपरिक जन्म सहायकों या दाइयों को प्रशिक्षित किए जाने पर अधिक ध्यान दिया जाता रहा है^{3,4} और घर पर कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी में प्रसव कराए जाने को बहुत अधिक बढ़ावा नहीं मिला है।

बंगलादेश में मातृ मृत्यु के मामलों में बढ़ोतरी लगातार जारी रही है और इस समय यह 320 प्रति एक लाख जीवित जन्म के स्तर पर है⁶। इसे ध्यान में रखते हुए वहाँ राष्ट्रीय स्तर पर यह कोशिश की जा रही है कि ग्रामीण इलाकों में कुशल जन्म सहायकों की नियुक्ति की जाए⁵। इस समय लगभग 91% प्रसव घर पर ही कराए जाते हैं जिनमें से केवल 13% मामलों में कोई स्वास्थ्यकर्मी मौजूद रहता है⁷। महिलाओं के आने-जाने पर लगाई जाने वाली रोक और सांस्कृतिक परंपराओं के कारण आमतौर पर घर पर प्रसव कराए जाने पर अधिक जोर दिया जा रहा है^{8,9}।

प्रसव के दौरान देखभाल के काम में सबसे

ज्यादा महत्व कुशल जन्म सहायक द्वारा प्रभावी रूप से काम कर पाना होता है। सुरक्षित प्रसव के लिए जरूरी है कि प्रसव की जगह अच्छी व साफ हो, सभी दवाइयां और उपकरण उपलब्ध हों, स्वास्थ्यकर्मी का कौशल अच्छा हो और उसमें आत्मविश्वास हो तथा प्रसव के लिए अच्छा और सहायक माहौल हो¹⁰। हालांकि विकासशील देशों में महिलाओं को अच्छी प्रसव सुविधाएं न मिल पाने और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता पर काफी शोध हुए हैं¹¹⁻¹⁵ फिर भी महिलाओं के घर पर प्रसव कराने वाले कुशल जन्म सहायकों के विचारों और उनके अनुभवों पर कभी चर्चा नहीं की गई है और न ही इस बारे में बहुत अधिक जानकारी उपलब्ध है।

इस लेख में बंगलादेश के ग्रामीण इलाकों में घर पर और अस्पतालों में प्रसव कराने के बारे में कुशल जन्म सहायकों के अनुभवों में अंतर पर चर्चा की गई है। इस अनुसंधान से दुनिया के इस भाग में कुशल सहायकों द्वारा घर पर प्रसव कराए जाने की प्रक्रिया की व्यवहारिकता के बारे में महत्वपूर्ण प्रश्न उठ खड़े हुए हैं।

पृष्ठभूमि

मातलब में 1987 में प्रसव देखभाल कार्यक्रम एक ऐसे समय पर आरंभ किया गया था जब बंगलादेश में मातृ मृत्यु की अधिकांश घटनाएं घर पर होती थीं जिनका सीधा संबंध प्रसव प्रक्रिया या प्रसव के बाद उत्पन्न ऐसी जटिलताओं से होता था जिन्हें रोका जा सकता

था¹⁶। इन जानकारियों के मिलने के बाद यह विचार उभर कर सामने आया कि यदि समुदाय के स्तर पर कुशल जन्म सहायकों की नियुक्ति की जाए तो इससे महिलाओं के जीवन की रक्षा की जा सकेगी बशर्ते कि यह स्वास्थ्यकर्मी पूरी तरह प्रशिक्षित हों और प्रसव में आने वाली जटिलताओं का उपचार कर सकें। साथ ही साथ मरीज को आवश्यकता पड़ने पर अस्पताल में रैफर किए जाने की सुविधा भी उपलब्ध हो। इस कार्यक्रम का उद्देश्य यह था कि कुशल जन्म सहायक गर्भवती और प्रसव प्रक्रिया से गुजरने वाली महिलाओं के घर के आस-पास ही उपलब्ध रहें ताकि समस्या खड़ी होते ही वे तुरंत सहायता कर सकें।

इस कार्यक्रम को इस तरह तैयार किया गया था कि मातलब क्षेत्र में मौजूद चारों स्वास्थ्य केन्द्रों जो आईसीडीडीआर बी (ICDDR, B) (अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं जनसंख्या अनुसंधान) क्षेत्र में स्थित हैं, में चौबीसों घण्टे 2 कुशल जन्म सहायक मौजूद हों जो घर पर प्रसव कराने के लिए हर समय उपलब्ध रह सकें। हर स्वास्थ्य केन्द्र लगभग 25000 की जनसंख्या के लिए बनाया गया था जिसमें से 90% घर इस स्वास्थ्य केन्द्र के 3 किलोमीटर की परिधि में स्थित थे। इसके अतिरिक्त 2 अन्य कुशल जन्म सहायक आईसीडीडीआर बी (ICDDR, B) प्रसव केन्द्र में तैनात थे। तीन अन्य कुशल जन्म सहायक भी नियुक्त किए गए थे जो किसी दूसरे जन्म सहायक का काम देखते थे यदि वे बीमार हों, प्रसव में सहायता के लिए बुलावा आने पर यदि

वे मौजूद न हों अथवा पहली रात वे कोई प्रसव कराने में व्यस्त रहे हों। इन कर्मचारियों की समय-समय पर बदली की जाती थी ताकि सभी कर्मचारी हर स्थान पर काम कर सकें।

ये जन्म सहायक आमतौर पर नर्स-दाइयां थीं जिन्हें 4 वर्ष का प्रशिक्षण (3 वर्ष का बेसिक प्रशिक्षण और 1 वर्ष तक प्रसव कराने का प्रशिक्षण) दिया गया था या फिर ये महिला परिवार नियोजन सलाहकार अथवा पैरा-मैडिकल कार्यकर्ता थीं जिन्हें प्रसव कराने का कम से कम 6 महीने का प्रशिक्षण दिया गया था। दोनों ही तरह के जन्म सहायकों को यह निर्देश दिए गए थे कि वे शिशु के जन्म में सहायता देने के अतिरिक्त सामान्य प्रसव के प्रबंधन, गर्भावस्था की समस्याओं (आयरन की गोलियां और हाई ब्लड प्रेशर की दवा देना) और नवजात शिशु की देखभाल करने जैसे सभी कार्य करें। इन जन्म सहायकों की यह भी जिम्मेदारी थी कि अगर घर पर प्रसव कराना सुरक्षित न लगता हो तो वे मरीज को अस्पताल भेजने की व्यवस्था करें और स्वयं उसके साथ जाएं। पहले वे मातलब में स्थित आईसीडीडीआर बी (ICDDR, B) के आपातकालिक प्रसूति देखभाल केन्द्र में आती थीं और आवश्यकता पड़ने पर वे मरीज को चाँदपुर जिला मुख्यालय में स्थित विशेष आपातकालिक प्रसूति देखभाल केन्द्र (निजी अथवा सरकारी) में ले जाती थीं। उनकी दूसरी मुख्य जिम्मेदारियों में महिलाओं के घर जाकर उन्हें प्रसव से पहले की जाँच और प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं देना शामिल था।

मातृत्व को सुरक्षित बनाने के लिए ये जन्म सहायक परिवारों से मिलकर उन्हें प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की सेवाएं लेने के लिए प्रेरित करती थीं और पारंपरिक जन्म सहायक या दाइयों को सुरक्षित प्रसव और रैफरल के बारे में प्रशिक्षण देती थीं।

ये जन्म सहायक अपने काम में स्थानीय महिला समुदाय स्वास्थ्यकर्मियों की सहायता लेती थी जो उन्हीं इलाकों की रहने वाली थीं और मातृत्व, बाल स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन जैसे कार्यों से जुड़ी थीं। ये सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मी, समुदाय के सदस्यों और कुशल जन्म सहायकों, जो आमतौर पर रोगियों की अपेक्षा अधिक पढ़ी लिखी और अधिक संपन्न होती थीं, के बीच मेलजोल बढ़ाने जैसे महत्वपूर्ण काम करती थीं। कुशल जन्म सहायकों द्वारा दी जाने वाली सेवाओं को पाने के लिए परिवारों को ये निर्देश दिए जाते थे कि वे सबसे पहले गर्भवती महिला की स्थिति के बारे में सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मी को जानकारी दें। सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मी एक फार्म में पूरी जानकारी भरती थी जिसे बाद में परिवार के सदस्य स्वास्थ्य केन्द्र में जाकर कुशल जन्म सहायक को दे देते थे। इसके बाद कुशल जन्म सहायक को किन्हीं भी उपलब्ध साधनों— नौका, रिक्शा या पैदल — का प्रयोग कर गर्भवती महिला के घर प्रसव के लिए जाना होता था।

हर कुशल जन्म सहायक के साथ एक कुली तैनात रहता था जो सामान उठाने और आने-जाने की व्यवस्था करता था और यदि प्रसव रात के समय हो तो चौकीदार का काम

भी करता था। आपात स्थिति होने पर रोगी को लाने ले जाने के लिए एक मोटर नौका हमेशा उपलब्ध रहती थी।

यह कार्यक्रम 1996 तक जारी रहा और उसके बाद मातलब में अपनाई जा रही कार्य योजना में बदलाव आ गया। धीरे-धीरे प्रसव घर पर होने की बजाय अस्पतालों में होने लगे। 1996 और 2000 के बीच चारों स्वास्थ्य केन्द्रों में सुविधाएं बढ़ाई गईं और यहाँ प्रसूति देखभाल की सुविधाएं भी उपलब्ध करा दी गईं। अब जन्म सहायकों से कहा गया कि वे घर पर प्रसव के लिए न जाकर अस्पतालों में ही प्रसव सेवाएं दें।

अनुसंधान की प्रक्रिया

यह अनुसंधान कार्य बंगलादेश के मातलब उप जिला क्षेत्र में सितम्बर 2003 से लेकर जून 2004 के बीच किए गए। मातलब ढाका से 30 किलोमीटर दक्षिण-पूर्व में डेल्टा प्रदेश में स्थित है। इस ग्रामीण क्षेत्र की जनसंख्या आमतौर पर गरीब है और यहाँ खेती करना और मछली पकड़ना ही आय का मुख्य ज़रिया हैं। यहाँ साक्षरता का स्तर, खासकर महिलाओं में बहुत कम है। यहाँ रहने वाले अधिकांश लोग मुस्लिम हैं और हिन्दुओं की संख्या कम है। महिलाओं के इधर-उधर आने जाने पर अनेक प्रतिबंध रहते हैं। जैसा कि बंगलादेश के इस पूरे क्षेत्र में होता है, यहाँ भी साल में कई महीनों तक बाढ़ का पानी भरा रहता है।

इस सर्वेक्षण के लिए विस्तृत नमूने एकत्रित किए गए और इसमें उन सारे 13 कुशल जन्म

सहायकों को शामिल किया गया जो घर पर प्रसव कराते थे। 1996 में अस्पतालों में प्रसव कराए जाने की कार्य योजना शुरू करने से पहले ही चूंकि 3 कुशल जन्म सहायकों ने तबादले की अर्जी दी थी इसलिए इस अनुसंधान में उनसे केवल घर पर प्रसव कराए जाने के अनुभवों की जानकारी ली गई। इस कार्यक्रम के प्रबंधक, जिन्होंने कार्यक्रम के विकास और इसे लागू करने के काम में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई थी, उन्हें भी सर्वेक्षण में जानकारी देने के लिए शामिल किया गया।

अनुसंधान के दौरान कार्यक्रम प्रबंधक और 4 कुशल जन्म सहायकों से साक्षात्कार के माध्यम से लगातार जानकारियां प्राप्त की गईं। इन जन्म सहायकों का चुनाव उनकी वरिष्ठता और जन्म सहायकों के अनुभवों के बारे में जानकारी देने की उनकी कुशलता के आधार पर किया गया था। दूसरे 9 जन्म सहायकों के साथ गहन साक्षात्कार के माध्यम से बार-बार चर्चा की गई। इन चर्चाओं से अनुसंधान के दौरान एकत्रित की जाने वाली जानकारियों से जुड़े कुछ अन्य प्रश्न भी उठ खड़े हुए जिनसे सामूहिक विचार-विमर्श (FGD) को दिशा मिली। सभी उत्तरदाताओं को 6 और 7 के दो समूहों में बाँटा गया और हमने उनसे 6 बार सामूहिक चर्चा तब तक की जब तक हम आश्वस्त नहीं हो गए कि हमने सभी प्रश्नों पर चर्चा कर ली है। कार्यक्रम प्रबंधक व चार कुशल जन्म सहायकों से जानकारी लेने के लिए अलग से प्रश्नावली तैयार की गई ताकि पहले से प्राप्त जानकारियों की पुष्टि हो सके और इस बारे में

अधिक जानकारी और विचार प्राप्त किए जा सकें।

जानकारी एकत्रित करने के इस काम को दो वरिष्ठ अनुसंधान अन्वेषकों द्वारा किया गया जिन्हें गुणात्मक आँकड़े एकत्रित करने का लंबा अनुभव था। इंटरव्यू लेने से पहले सभी उत्तरदाताओं की सहमति प्राप्त की गई। इंटरव्यू के दौरान अनुसंधानकर्ता कही गई बातों को नोट करते थे और बाद में दी गई जानकारी पर और अधिक चर्चा करते थे। ये सभी साक्षात्कार बांग्ला भाषा में किए गए और बाद में इनका अनुवाद अंग्रेज़ी में कर दिया गया।

विश्लेषण करने के लिए कोड बनाए गए और मुख्य जानकारियों को इन कोड के माध्यम से दिखाया गया। आँकड़ों को प्रस्तुत करते समय केवल उन्हीं आँकड़ों को लिया गया जिनकी पुष्टि इंटरव्यू किए जाने वाले विभिन्न व्यक्तियों, मुख्य सूचना प्रदाताओं और सामूहिक विचार-विमर्श जैसे अलग-अलग स्रोतों से हो सकती हो।

प्राप्त जानकारियां: घर पर प्रसव

प्राप्त जानकारियों से उन सभी कठिनाईयों के बारे में पता चला जिनका सामना जन्म सहायकों को घर पर प्रसव कराने के दौरान करना पड़ा था। उनके विचार से स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव के समय कुशलतापूर्वक सहायता करने के लिए बेहतर माहौल मिल पाता है।

यातायात

सभी उत्तरदाताओं ने बार-बार यह जानकारी दी कि यातायात एक बड़ी समस्या थी खासकर

सूखे मौसम में जब उनके पास कहीं पहुँचने के लिए रिक्शा ही उपलब्ध हो पाता था या उन्हें पैदल चलना होता था। कार्यक्रम के आरंभ के समय सड़कों की खराब हालत के कारण रिक्शा का प्रयोग भी कठिन हो जाता था और उन्हें घर तक पहुँचने के लिए लंबी दूरी तक पैदल ही सफर करना पड़ता था। मानसून के दौरान नौका का प्रयोग किया जाता था और ज्यादा बारिश होने के बाद इधर-उधर पहुँच पाना आसान हो जाता था। हालांकि मानसून की शुरुआत में और इसके अंतिम दिनों में नौका से सफर करना भी अकसर संभव नहीं होता था।

आपात स्थिति में मोटर नौका मिल पाने में भी अकसर कठिनाई होती थी। जानकारी देने वाली एक जन्म सहायक ने उस महिला के बारे में बताया जिसके प्रसव के समय जब दाई ने प्लैसैन्टा को हाथ से निकालने का प्रयास किया तो उसका गर्भाशय नीचे आ गया। तब इस जन्म सहायक को बुलाया गया और महिला के जीवन के सामने उत्पन्न खतरे को देखते हुए यह ज़रूरी हो गया कि उसे तुरंत अस्पताल में भर्ती कराया जाए। जन्म सहायक ने नौका मंगाने के लिए संदेश भेजा लेकिन नौका आने में एक घण्टा लग गया और उससे पहले ही उस महिला ने दम तोड़ दिया।

प्रसव के लिए सही स्थान का अभाव

गाँव में आमतौर पर परिवार प्रसव के लिए घर के किसी गंदे और अंदर की ओर स्थित स्थान का चुनाव करते थे^{8,9,19}। इसके अलावा चूँकि

परिवार महिला को बुरी नज़र का शिकार होने से बचाने पर बहुत ज़ोर देते थे, इसलिए आमतौर पर प्रसव के लिए किसी अंधेरे स्थान को ही चुना जाता था। यहाँ आमतौर पर बहुत कम रोशनी होती है क्योंकि गाँवों में अधिकांश घरों में बिजली नहीं होती। रात के समय जब प्रसव होता है तो आमतौर पर रोशनी मिट्टी के तेल की डिबरी से ही मिलती है जो बहुत कम होती है खास तौर पर तब, जब एपिसियोटॉमी या प्रसव को आसान करने के लिए योनि में चीरा लगाना पड़े।

पारंपरिक रूप से बंगलादेश के लोग जन्म को गंदा मानते हैं और शिशु जन्म के बाद आमतौर पर प्रसव के समय प्रयोग किए गए बिस्तर आदि को फेंक देना होता है। इसलिए प्रसव के लिए वे जमीन पर ही एक पुराना कंबल या बोरी बिछा देते थे जिसके ऊपर पोलीथीन बिछा दिया जाता था। जमीन पर बैठकर प्रसव कराना जन्म सहायकों को बहुत कठिन लगता था और उन्हें लगता था कि ऐसा करने से उनकी कुशलता में कमी आ जाती थी।

घरों में आमतौर पर कमरों के बीच बाँस की चटाईयाँ लगी होती थीं। प्रसव के समय महिला की दूसरी रिश्तेदार और पड़ोसी महिलाएं चटाईयों के दूसरी ओर बैठकर प्रसव पीड़ा और बच्चे के जन्म के बारे में चर्चा करती रहती थी। वे आपस में बात करते हुए हँसती रहती थीं और बीच-बीच में कुशल जन्म सहायक से प्रसव की प्रगति के बारे में भी पूछती रहती थी। ऐसा करने से जन्म सहायकों का ध्यान बंटता था और उनके काम में कठिनाई आती थी।

जन्म सहायकों ने बताया कि इसके कारण कई बार तो इतनी विकट स्थिति हो जाती थी कि उनका मन करता था कि वे वहाँ से चली जाएं।

हिन्दुओं के घरों में जहाँ प्रसव के लिए कम लागत से अस्थायी तौर पर एक अलग कमरा (ऑस घर) बनाया जाता था, अधिक कठिनाइयां उत्पन्न करता था। इस कमरे में केवल माँ और उसके शिशु के लिए पर्याप्त स्थान होता था और प्रसव में सहायता करते समय कुशल जन्म सहायक को कमरे के बाहर से ही अपना काम करना होता था। मानसून के समय जन्म सहायक को बारिश से भी सुरक्षा नहीं मिलती थी। चूंकि खून और दूसरे द्रव्यों को गंदा माना जाता है इसलिए यह कमरा आमतौर पर एक गंदे स्थान पर बनाया जाता था।

“मेरे सिर पर बारिश का पानी गिर रहा था और मेरे शरीर का निचला हिस्सा गाय के पेशाब से भीग गया था क्योंकि यह ऑस घर गाय बाँधने के स्थान के बिल्कुल साथ बनाया गया था”। (जन्म सहायक का वक्तव्य)

हिन्दू छुआ-छुई (छुआछूत) में भी विश्वास करते हैं और यह मानते हैं कि यदि कोई अपवित्र व्यक्ति किसी चीज को छू ले तो वह भी अपवित्र हो जाती है और इसलिए इससे बचना चाहिए। इसका परिणाम यह होता था कि प्रसव के दौरान परिवार के सदस्य कोई भी सहायता करने या जन्म सहायक को कोई चीज पकड़ाने से मना कर देते थे क्योंकि उसे भी अपवित्र माना जाता था। अगर उसे पानी की

आवश्यकता होती थी तो उसे खुद नल से पानी लेना होता था या फिर घर का कोई दूसरा व्यक्ति उसकी ओक में पानी डाल देता था और ऐसा करते समय वह उससे पर्याप्त दूरी बनाए रखता था। इस तरह के व्यवहार से उत्तरदाताओं का मन खिन्न हो जाता था क्योंकि उन्हें यह उम्मीद होती थी कि ज़चगी कराने वाली महिला के परिवार वाले उनसे सहयोग करें और उन्हें आदर दें।

हिन्दू और मुस्लिम, दोनों ही परिवारों में जन्म के समय सहायता कराए जाने को घृणा से देखा जाता था और इसे अपवित्र माना जाता था। कई बार धार्मिक मान्यताओं में अंतर के कारण परिवारों और जन्म सहायक के बीच झगड़े की स्थिति भी खड़ी हो जाती।

“सुबह के समय मैंने सुना कि जच्चा का पति घर की नौकरानी को जोर से कह रहा था, ‘उस चराल (सबसे नीची जाति) औरत को थोड़ा चिड़वा दे दो’। मुझे इतना बुरा लगा कि मैं उस घर में एक घूंट पानी भी नहीं पी पाई” (किसी मुस्लिम घर में प्रसव कराने वाली हिन्दू जन्म सहायक का वक्तव्य)।

प्रसव प्रक्रियाओं को न अपनाना: प्रसव के लिए स्थिति और एपिसियोटॉमी*

आमतौर पर पारंपरिक रूप से महिलाएं प्रसव के समय घुटने मोड़ कर बैठ जाती हैं और अपने गुप्तांगों को कपड़े से ढक देती हैं। प्रसव कराने वाली दाई भी ग्रीवा या जन्म नलिका को देखती नहीं है बल्कि वह समय-समय पर उस पर

* प्रसव को आसान बनाने के लिए योनि में चीरा लगाया जाना।

हाथ डाल कर बच्चे की स्थिति और प्रसव की प्रगति की जाँच करती रहती है। इसकी तुलना में कुशल जन्म सहायकों को यह प्रशिक्षण दिया गया था कि वे प्रसव कराते समय महिलाओं को बिस्तर पर पीठ के बल लिटा दें। इससे यह लाभ होता है कि जन्म सहायक आसानी से प्रसव की प्रगति पर नजर रख सकती है और जन्म के समय बच्चे को आराम से बाहर निकाल सकती है ताकि महिला के शरीर का माँस आदि न फटे। प्रसव कराने वाली महिलाएं अकसर पीठ के बल लेटने या अपनी टाँगे फैलाने पर आपत्ति करती थीं। अगर प्रसव के समय जन्म सहायक उनके कपड़े ऊपर करने की कोशिश करती थी तो वह बहुत अधिक शर्म के मारे इसका विरोध करती थी। जानकारी दे रही कुछ जन्म सहायक हालांकि प्रसव कराने वाली महिला को अपने इच्छानुसार लेटने या बैठने देती थीं जबकि दूसरी जन्म सहायक इसमें किसी भी तरह का समझौता करने के लिए तैयार नहीं थी। ऐसी स्थिति पैदा होने पर जन्म सहायक और महिला के परिवार वालों की लंबी बहस होती थी। जन्म सहायक को खासकर तब समस्या होती थी जब प्रसव के समय आस-पास दूसरी बूढ़ी महिलाएं मौजूद रहती थी और वे ही प्रसव से जुड़े सभी मुख्य फैसले लेती थी।

प्रसव के दौरान एपिसियोटॉमी* किए जाने के डर से भी लोग घर पर प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की सेवाएं लेने से कतराते थे और परिवारों को एपिसियोटॉमी की आवश्यकता के बारे में बताने और उन्हें इसके लिए राजी करने में बहुत मुश्किल होती थी।

बूढ़ी औरतों को आमतौर पर एपिसियोटॉमी के बारे में बहुत सी ग़लतफ़हमियाँ होती थी और वे अकसर यह कहकर विरोध करती थी कि उन्होंने भी तो अपने बच्चे बिना इस तरह चीरा लगवाए ही पैदा किए थे और ज़चगी के दौरान माँस फट जाना एक प्राकृतिक घटना थी जो समय के साथ खुद ही ठीक हो जाती थी। इसके अलावा उन्हें यह भी चिन्ता रहती थी कि चीरा लगवाने से आगे चलकर यौन संबंधों पर बुरा असर पड़ेगा। आमतौर पर समुदाय के लोगों में एपिसियोटॉमी करा चुकी महिलाओं में संक्रमण या दर्द की शिकायत से जुड़ी कहानियां पहले से ही फैला दी जाती थी जिससे कि उनका विरोध और बढ़ जाता था।

प्रसव के बाद एक अन्य प्रक्रिया का भी पालन किया जाता था जिसमें शिशु को जन्म दे चुकी महिला दिन में कई बार लंबे समय तक गर्म कोयलों के ऊपर बैठकर योनि को सेंकती थी। ऐसा माना जाता था कि इससे वह स्थान जल्दी ठीक हो जाता था खासकर तब जब ज़चगी के दौरान महिला का माँस फट गया हो। एपिसियोटॉमी कराए जाने के बाद भी इस प्रक्रिया का पालन किया जाता था और टाँकों के गल जाने पर ही जन्म सहायक को इसकी सूचना दी जाती थी जिससे कि और अधिक समस्याएं खड़ी हो जाती थीं। एपिसियोटॉमी कराने के बाद भी महिलाओं के लिए जन्म सहायक की सलाह के मुताबिक आवश्यक साफ-सफाई रख पाना कठिन होता था। महिलाओं के पास सैनिटरी नेपकिन नहीं होते थे और वे प्रसव के बाद होने वाले स्राव

को सोखने के लिए कपड़े के टुकड़ों का इस्तेमाल करती थी। इस कपड़े को आमतौर पर साबुन से धोए बिना ही दुबारा इस्तेमाल कर लिया जाता था और चूंकि इन्हें अपवित्र समझा जाता था इसलिए इन्हें धोकर घर के किसी अंधेरे कोने में सीलन भरी जगह पर सुखाया जाता था जहाँ वे पुरुषों को नज़र न आएँ। इससे महिलाओं में संक्रमण का खतरा बढ़ जाता था।

आवश्यक सामान और उपकरणों की कमी

कुशल जन्म सहायक हमेशा सामान्य प्रसव के लिए ज़रूरी सामान और उपकरण से भरे दो थैले तैयार रखती थी। इनमें ब्लड प्रेशर मापने का उपकरण, स्टेथोस्कोप, फीटोस्कोप, दो जोड़ी रबर के दस्ताने, सुरक्षित प्रसव की किट, थर्मामीटर, कैंची, टॉर्च जिसकी आवश्यकता रात के समय प्रसव में पड़ती थी, और डिस्पोज़ेबल सिरिंजें होती थी। उनके पास एम्पिसिलीन, डायजीपॉम, पैरासीटामोल, जैन्शियन वॉयलट, आँख में डालने के लिए टैट्रासाइक्लीन, मैट्रोनिदाज़ोल और सैलाइन द्रव्य जैसी आवश्यक दवाएं भी होती थी। उत्तरदाताओं ने बताया कि उन्हें अकसर अतिरिक्त उपकरणों और दवाओं की ज़रूरत भी पड़ती थी लेकिन यातायात के साधन सीमित होने के कारण वे उन्हीं दवाओं से काम चलाती थी जो उनके पास थैलों में मौजूद रहती थी। अगर कोई ऐसी आवश्यकता खड़ी हो जाती जिसकी पहले से उम्मीद नहीं होती थी तो उन्होंने अकसर देखा

था कि उनके पास उपलब्ध दवाइयां पर्याप्त नहीं होती थी और उन्हें ये दवाएं लेने के लिए स्वास्थ्य केन्द्र वापस आना पड़ता था। कई बार जब नवजात शिशु को विशेष देखभाल की ज़रूरत होती थी तब उन्हें मजबूरन उस शिशु को भी अपने साथ स्वास्थ्य केन्द्र में लेकर आना पड़ता था।

रैफरल किए जाने का विरोध

उत्तरदाता जन्म सहायकों ने बताया कि उनके काम का सबसे कठिन भाग परिवारों को इस बात के लिए तैयार करना होता था कि वे मरीज़ को अस्पताल में रैफरल के लिए ले जाएँ। कुशल जन्म सहायकों को ये निर्देश थे कि वे सामान्य प्रसव में सहायता दें और ऐसे जटिल मामलों को, जब घर पर देखभाल न हो सके, मातलब के क्लीनिक में भेज दें। हालांकि लोगों के मन में, विशेषकर शुरुआती दिनों में, हमेशा यह अपेक्षा रहती थी कि कुशल जन्म सहायक स्वयं हर तरह के प्रसव की देखरेख कर सकते हैं; परिवार के सदस्यों को यह समझ में नहीं आता था कि क्यों कई बार वे प्रसव कराने में असमर्थ होती थी। अस्पताल में मरीज़ को रैफर किए जाने पर आमतौर पर परिवार के लोगों को लगता था कि जन्म सहायक अपनी जिम्मेदारी से बच रही है। बहुत से परिवारों में खास तौर पर महिला की सास को जच्चा को मातलब* अस्पताल भेजने में और प्रसूति क्लीनिक में की जाने वाली प्रक्रियाओं को लेकर चिन्ता होती थी। कई बार कुशल जन्म

* ऐसा माना जाता था कि गर्भवती महिलाओं को बुरी नज़र जल्दी लगती है और यही कारण था कि उनके यहाँ-वहाँ आने जाने पर रोक लगाई जाती थी^{89,111}। प्रसव पीड़ा और ज़वगी के समय उनमें यह खतरा बहुत अधिक माना जाता था। इसीलिए इन्हें गोपनीय रखने के लिए यह बहुत गुप्त स्थान पर कराए जाने चाहिए थे।

सहायकों को परिवारों को यह समझाने में कई घण्टे या पूरा दिन भी लग जाता था कि वे उन्हें उस महिला को मातलब प्रसूति केन्द्र में ले जाने की इजाजत दें।

कुशल जन्म सहायकों को लगता था कि उन्हें प्रसव के लिए न बुलाए जाने का एकमात्र कारण रैफरल का डर ही था, विशेष कर महिला को इस बात का डर रहता था कि उसे जन्म सहायक के साथ एम्बुलेंस से चाँदपुर स्थित आपातकालिक प्रसूति देखभाल केन्द्र में भेजा जाएगा जहाँ उसे सरकारी अस्पताल में भर्ती कर दिया जाएगा। ऐसा करने पर बहुत अधिक खर्च होता था। सिज़ेरियन ऑपरेशन करना पड़ जाए तो खर्च और बढ़ जाता था जिसके लिए कम से कम 10–15 हजार टका (1987–96 के दौरान 250–480 अमरीकी डॉलर के बराबर) का खर्च आता था। इसके अलावा गाँव के लोग मातलब और चाँदपुर के अस्पतालों के कर्मचारियों को पहचानते नहीं थे और वहाँ के शहरी वातावरण से भयभीत हो जाते थे।

कुशल जन्म सहायकों ने यह जानकारी दी कि ऐसी परिस्थितियों में अकेले काम करते हुए उनमें अकसर विश्वास की कमी उत्पन्न हो जाती थी और वे जल्दी ही महिला को रैफर कर देती थी। प्रसव में कोई समस्या या जटिलता होने पर वे सरकारी नीति के अनुसार अपने उत्तरदायित्व को मातलब में तैनात स्वास्थ्यकर्मियों पर डालने के लिए उत्सुक रहती थी जबकि महिला के परिवार के सदस्य उन पर बहुत अधिक जोर डालते थे कि वे मरीज

को अस्पताल में रैफर न करें। इस प्रकार की स्थिति से जन्म सहायकों के मन में बहुत अधिक चिन्ता उत्पन्न होती थी।

घर पर प्रसव के लिए प्रशिक्षण और चिकित्सीय देखभाल का अभाव

ज्यादातर जन्म सहायकों ने यह जानकारी दी कि विशेष रूप से घर पर प्रसव कराए जाने का प्रशिक्षण न दिए जाने और आवश्यक दवाओं और उपकरणों की कमी के कारण उनके कार्य कौशल पर बुरा असर पड़ता है। उनके सामने एक और बड़ी समस्या यह थी कि उनके काम पर डॉक्टरों की निगरानी नहीं थी। इस तरह की देखरेख आमतौर पर मातृत्व देखभाल कार्यक्रम के अंतर्गत हर महीने होने वाली बैठकों में ही की जाती थी जब वे दूसरे कर्मचारियों से चर्चा करते थे। इन बैठकों में उन्हें प्रसव, मृत शिशु के जन्म, प्रसव की जटिलताओं व रैफरल तथा उन परिस्थितियों पर चर्चा करने का मौका मिलता था जिनमें कोई मृत्यु हुई हो। लेकिन उन्हें लगता था कि बातचीत द्वारा इस तरह रिपोर्ट देने और निगरानी का यह तरीका पर्याप्त नहीं था। बहुत से जन्म सहायकों ने किसी चिकित्सक द्वारा सीधे ही फील्ड विज़िट कर उनके काम की जाँच किए जाने और उन्हें सलाह देने की आवश्यकता पर बल दिया ताकि उनका आत्मविश्वास बढ़ सके और वे कठिन परिस्थितियों में भी आसानी से निपटने के लिए तैयार हो सकें। घर पर कराए जाने वाले प्रसव से जुड़ा जोखिम उनके सामने एक बड़ी चिन्ता थी। उनका विचार था कि किसी सुपरवाइज़र

के होने से उनका उत्तरदायित्व (और उन पर मढ़ा जाने वाला दोष) खत्म हो जाएगा।

सामाजिक दबाव

कुशल जन्म सहायकों ने बताया कि उन्हें घर पर प्रसव कराने की स्थिति में खासकर अगर जीवन और मृत्यु का प्रश्न खड़ा हो जाए, तो बहुत अधिक सामाजिक दबाव का सामना करना पड़ता था। उन्हें लगता था कि अगर कुछ भी गलत हो जाए तो उन्हें ही परिवार, समुदाय और ICDDR, B के अधिकारियों के सामने ज़िम्मेदार ठहराया जाएगा। उनके विचार से इसका परिणाम यह होता था कि वे समस्यापूर्ण फैसले लेने के लिए तैयार नहीं होती थीं।

“मुझे वो दिन याद आते हैं जब मैं घर पर प्रसव कराया करती थी। मुझे बहुत डर लगता था। गाँव के घरों में गर्भस्थ शिशु के दिल की धड़कन कभी-कभी अलग सुनाई देती थी। मैं अकसर मरीज को मातलब रैफर इसलिए कर देती थी क्योंकि मुझमें पूरी जिम्मेदारी अपने ऊपर लेने का हौसला नहीं होता था” (महिला परिवार नियोजन सलाहकार)।

उन्होंने यह भी बताया कि समुदाय के लोगों को उनसे बहुत सी अपेक्षाएं होती थीं जिन्हें वे हमेशा पूरा नहीं कर पाती थी। उदाहरण के लिए उन्हें अकसर कहा जाता था कि वे प्रसव प्रक्रिया को जल्दी खत्म कर बच्चे का जन्म कराने के लिए महिला को इंजेक्शन लगाएं क्योंकि पारंपरिक दाइयाँ और गाँव में स्वास्थ्यकर्मी भी इसी की सलाह देते थे। कुशल जन्म सहायकों से यह उम्मीद की जाती थी

कि वे भी बच्चे का जन्म जल्दी कराने के लिए ऐसा ही करें ताकि प्रसव की प्रक्रिया की ओर लोगों का कम से कम ध्यान आकर्षित हो। इसके विपरीत कुशल जन्म सहायकों को यह प्रशिक्षण दिया जाता था कि वे प्रसव पीड़ा को प्राकृतिक तरीके से पूरा होने दें। जब वे महिला को इंजेक्शन लगाने से मना कर देती थीं तो उनकी काबिलियत और भरोसे पर सवाल उठाए जाते थे। उन पर हमेशा कुछ न कुछ गलत करने और दवाइयों को बाज़ार में बेच देने का आरोप लगाया जाता था। परिवार वाले अकसर यह सवाल भी उठाते थे कि कुशल जन्म सहायक ने अगर मरीज को अस्पताल ही भेजना था तो उसे उनके घर आने की क्या जरूरत थी और क्यों वे समुदाय की इच्छाओं को नहीं मान सकते थे जो अलग तरीके से ज़चगी कराने पर विश्वास रखता था।

सुरक्षा की कमी

जब यह कार्यक्रम आरंभ किया गया था तब इससे जुड़ने वाले ज़्यादातर कुशल जन्म सहायक उम्र में छोटे और अविवाहित थे। ऐसी परिस्थितियों में जहाँ शादी से पहले लड़कियों के कौमार्य पर बहुत अधिक जोर दिया जाता है और जहाँ महिलाओं को यौन एवं शारीरिक उत्पीड़न का डर रहता है²⁰, कुशल जन्म सहायकों को गाँवों में रहने और काम करने को लेकर और खासकर रात के समय यहाँ-वहाँ प्रसव कराने के लिए जाने को लेकर बहुत चिंताएं थीं। बंगलादेश में अब भी महिलाओं के इधर-उधर जाने पर रोक रहती है और रात के समय उनका यहाँ-वहाँ जाना बिल्कुल पसन्द

नहीं किया जाता और यह माना जाता है कि रात के समय घर से बाहर रहने वाली महिलाएं यौन उत्पीड़न की आसानी से शिकार हो सकती हैं²⁰। हालांकि रात के समय उनके साथ एक कुली भी रहता है फिर भी उन्हें अपनी व्यक्तिगत सुरक्षा की चिन्ता हमेशा ही रहती है। नीचे बताई गई एक घटना के बाद समुदाय के लोग इस जन्म सहायक से बहुत नाराज हो गए थे और उन्होंने कार्यक्रम प्रबंधक को इसकी शिकायत भी की थी:

“उस समय मैं अविवाहित थी। एक बार मेरी नौका के नाविक ने मुझसे कहा, ‘अप्पा (दीदी) अगले दो या तीन दिन तक सूरज ढलने के बाद इधर-उधर मत जाइएगा। मैंने सुना है कि कोई आपका अपहरण कर आपसे शादी करने की योजना बना रहा है’। उसी रात मुझे प्रसव में सहायता करने के लिए बुलाया गया और मैं नहीं गई। उस महिला की मृत्यु हो गई”। (मुख्य जानकारियां देने वाली जन्म सहायक का वक्तव्य)

काम के घण्टों से जुड़ी परेशानियां

जन्म सहायकों को शिशु को जन्म देने वाली महिला के घर तब तक रहना होता है जब तक कि उन्हें यह विश्वास न हो जाए कि बच्चे और माँ दोनों को और अधिक देखभाल की जरूरत नहीं होगी। इसलिए जब किसी जन्म सहायक को प्रसव के लिए बुलाया जाता है तब उसे यह नहीं मालूम होता कि वह कब वापस स्वास्थ्य केन्द्र में लौट सकेगी। जानकारी देने वाले सभी जन्म सहायकों का विचार था कि काम करने

के अनियमित घण्टों के कारण उनकी काम से होने वाली तसल्ली कम होती है और इससे उनका व्यक्तिगत जीवन भी प्रभावित होता है। इनके द्वारा बताई गई समस्याएं थी कि इन्हें कई बार लंबे समय के लिए माँ का दूध पीने वाले छोटे बच्चे को छोड़कर जाना पड़ता था या फिर परिवार में होने वाले आयोजनों से दूर रहना पड़ता था। बहुत से जन्म सहायकों को उनके विवाहित साथी के विरोध का सामना भी करना पड़ता था जिससे अकसर उनके विवाहित जीवन में समस्याएं उठ खड़ी होती थीं।

अस्पतालों में होने वाले प्रसव से तुलना

1996 में धीरे-धीरे नीतियों में परिवर्तन आने लगा और अब घर पर प्रसव कराने की बजाय अस्पतालों में प्रसव कराने को बढ़ावा देना शुरू किया गया। अस्पतालों में भी प्रसव कराने की जिम्मेदारी इन्हीं जन्म सहायकों और पैरा-मैडिकल कार्यकर्ताओं को सौंपी गई²¹। इस बारे में घर-घर जाकर समुदाय के लोगों को यह सूचना देने में कि अब घरों पर प्रसव नहीं कराए जाएंगे और ज़चगी के समय गर्भवती महिलाओं को अस्पताल ले जाना होगा, के काम में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने बहुत अहम भूमिका निभाई। स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव से पहले की जाँच के लिए आने वाली गर्भवती महिलाओं और उनके साथ आने वाले लोगों (उदाहरण के लिए माँ, भाभी या ननद) को कुशल जन्म सहायकों ने प्रसव कक्ष और वहाँ मौजूद सभी उपकरण दिखाए। बदलाव के आरंभिक समय में उन्होंने गाँव के मुखिया और

प्रमुख व्यक्तियों को भी प्रसव कक्ष दिखाएँ और उनसे कहा कि वे स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव कराने के लाभों के बारे में समुदाय के साथ चर्चा करें।

जन्म सहायकों ने इस बदलाव का स्वागत किया क्योंकि उनके विचार से ऐसा करने से उनकी कार्यकुशलता बढ़ सकती थी। इसके लिए उन्होंने निम्नलिखित कारण भी बताएँ :

- स्वास्थ्य केन्द्र से मातलब प्रसूति केन्द्र में मरीजों को जल्दी भेजा जा सकेगा।
- प्रसव की प्रगति पर निगाह रखते हुए वे दूसरे काम भी कर सकेंगी।
- एक समय पर वे एक से ज्यादा महिलाओं की देखरेख कर सकेंगी।
- चौबीस घण्टे देखभाल सेवाएं उपलब्ध हो सकेंगी।
- काम करने के लिए सुरक्षित माहौल मिलेगा।
- जटिलता वाले मामलों में वे सहायता कर पाएंगी।
- एपीसियोटॉमी जैसी प्रक्रियाएं करना आसान होगा।
- आवश्यकता पड़ने पर दूसरे जन्म सहायकों की मदद भी ली जा सकेगी।
- चौबीस घण्टे बिजली उपलब्ध रहेगी।
- आवश्यक दवाएं और उपकरण हमेशा मौजूद रहेंगे।
- काम करने का नियंत्रित और स्वच्छ माहौल

मिलेगा।

- काम करने के घण्टे नियमित हो सकेंगे।

इसके साथ ही साथ जन्म सहायकों ने यह भी माना कि स्वास्थ्य केन्द्रों में काम करते हुए अब वे समुदाय के लोगों के साथ अपने संबंधों के बारे में कम चिन्तित होंगी। महिलाओं और परिवार के सदस्यों के साथ उनके सीधे मेलमिलाप के दौरान भी ऐसा ही दिखाई दिया, क्योंकि हमने देखा कि इन स्वास्थ्यकर्मियों का व्यवहार महिलाओं और उसके परिवारजनों के प्रति बहुत रूखा था। हमने यह भी देखा कि जन्म सहायक महिलाओं को प्रसव के लिए देर से आने, प्रसव में बहुत अधिक समय लगने, एंठन होने पर चिल्लाने, अपने गुप्तांग दिखाने से मना करने और बहुत अधिक बच्चे पैदा करने के लिए डाँटती थीं।

विचार—विमर्श

इस अध्ययन से यह पता चला है कि घर पर प्रसव कराने वाले कुशल जन्म सहायकों को अनेक परेशानियों का सामना करना पड़ता है। सरकार द्वारा बंगलादेश में जन्म के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी सुनिश्चित करने के कार्यक्रम का आरम्भिक अध्ययन करने से अपर्याप्त देखरेख, घरों तक पहुँचने में तकलीफ और समुदाय के लोगों के असहयोग जैसी समस्याओं की जानकारी मिली है^{१०}। इसके अलावा गहन, गुणात्मक अनुसंधान से हमें ऐसे अतिरिक्त कारणों का पता चला जो उनकी परंपराओं में बसे हुए हैं और जिन पर ध्यान देना ज़रूरी होगा, अगर बंगलादेश की सरकार

राष्ट्रीय स्तर पर घरों में प्रसव देखभाल के काम में निवेश करना जारी रखती है।

घरों पर प्रसव कराए जाने से जुड़ी सांस्कृतिक मान्यताओं को देखते हुए ही प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी सुनिश्चित करने का कार्यक्रम शुरू किया गया था। फिर भी यह पता चला कि इनमें से ही बहुत सी सांस्कृतिक मान्यताएं कुशल जन्म सहायकों और गर्भवती महिलाओं व उनके परिवारों के बीच समस्याएं उत्पन्न कर देती थीं जिससे कि घर पर सुरक्षित प्रसव कराने का लक्ष्य पूरा नहीं हो पा रहा था। जन्म सहायकों को यह अपेक्षा होती थी कि प्रसव में सहायता पर बुलाए जाने पर परिवार उनके द्वारा अपनाई जा रही चिकित्सीय प्रणालियों को स्वीकार करें। लेकिन परिवारों को यह उम्मीद रहती थी कि घर पर प्रसव कराते समय किए जा रहे निर्णयों पर उनका अधिकार हो जैसा कि परिवार की बड़ी-बूढ़ी महिलाएं बताती थीं और सफल प्रसव में पारंपरिक और आधुनिक प्रक्रियाओं का मेल हो। लगता है कि पारंपरिक प्रसव और चिकित्सीय प्रणालियों में सबसे बड़ा विरोध यही था कि जन्म सहायकों से यह अपेक्षा की जाती थी कि वे सभी प्रसव घर पर ही करवाएं भले ही गर्भवती महिला की स्थिति कैसी भी क्यों न हो।

घर पर या स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसूति देखभाल सेवाएं देते समय विचारों और अपेक्षाओं की इस भिन्नता को ध्यान में रखना जरूरी है। इस बारे में किए गए दूसरे अनुसंधान कार्यों से भी जन्म सहायकों और सेवाएं प्राप्त कर रहे लोगों के

बीच परस्पर विरोध की जानकारी मिलती है जहाँ स्वास्थ्यकर्मी आधुनिक चिकित्सीय प्रणालियाँ अपनाना चाहते हैं^{22,23}। इसलिए यह जरूरी है कि यह पहचान की जाए कि कुशल प्रसव देखभाल के किन आयामों को बदल कर महिला के स्वास्थ्य के लिए खतरा पैदा किए बिना पारंपरिक अपेक्षाओं को पूरा किया जा सकता है। उदाहरण के लिए मातलब में महिलाओं को लिटाए बिना प्रसव कराने या उन्हें पूरी तरह ढक कर रखने से संभव है कि महिलाओं में इन सेवाओं की स्वीकार्यता बढ़ जाए और इन्हें परिवारों और समुदाय का समर्थन भी मिल सके।

हमें मिली जानकारियों से यह भी पता चलता है कि किस तरह घर पर प्रसव के समय आने वाली कठिनाइयों को कार्यक्रम की योजनाओं में फेर-बदल कर और अधिक प्रभावी बनाया जा सकता है। इनमें घर पर प्रसव कराने के लिए विशेष प्रशिक्षण देना और चिकित्सा अधिकारियों द्वारा समय-समय पर उस क्षेत्र में जाकर देखरेख करना शामिल है। अगर समुदायों को कुशल जन्म सहायकों द्वारा दी जाने वाली सेवाओं के बारे में जानकारी दी जाए तो उनके मन में व्याप्त बहुत सी चिंताएं खत्म हो सकती हैं और समुदाय के मन में इन जन्म सहायकों के प्रति विश्वास उत्पन्न हो सकता है। इन सब के बाद भी दूसरी बहुत सी समस्याएं रह जाती हैं जैसे कि घर-घर तक पहुँच पाने में कठिनाई, सुरक्षा, प्रसव करवाने में लगने वाला समय और घर में प्रसव की परिस्थितियाँ। इन सभी को हल करना ज्यादा

मुश्किल है। एक और बड़ी समस्या कुशल सहायकों के व्यवहार से भी जुड़ी है। हमने स्वास्थ्य केन्द्रों में यह देखा कि जन्म सहायक आमतौर पर गर्भवती महिला और उसके साथ आने वाले लोगों से बहुत अच्छा व्यवहार नहीं करते। हो सकता है वे ऐसा इसलिए करते हों क्योंकि इस तरह वे अपनी बेहतर सामाजिक स्थिति दर्शा सकें और यह बता सकें कि उनका इन स्थितियों पर नियंत्रण है। बंगलादेश के एक अस्पताल की प्रसूति इकाई में अध्ययन से यह भी पता चला कि नर्स-जन्म सहायक अपने प्रभुत्व को दर्शाने के लिए अकसर रोगियों को डाँटती थीं और उनकी बेइज्जती करती थीं²⁴। हो सकता है कि एक ऐसी संस्कृति में जहाँ पद लोगों और समूहों के बीच के व्यवहार को निर्धारित करते हों वहाँ स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा रोगियों के घर पर भी उन पर दबाव बनाने के प्रयास किए जाते हैं²⁵। इसलिए यह ज़रूरी है कि घर पर या अस्पताल में प्रसव, दोनों ही स्थितियों में सुरक्षित मातृत्व के कार्यक्रमों में यह जानकारी होनी चाहिए कि इन समस्याओं को निपटाना ज़रूरी है। जन्म सहायकों के व्यवहार को बदलने के लिए सांस्कृतिक रूप से उचित प्रशिक्षण की आवश्यकता होगी जिसमें समाज में उनकी स्थिति और पर्याप्त निगरानी पर ध्यान दिया जाए।

हालांकि प्रसव के समय देखभाल किए जाने के अनेक संस्थागत मॉडल विद्यमान हैं^{26,27} फिर भी पूरी दुनिया में यही प्रयास किए जाते हैं कि प्रसव के समय²⁸ कुशल जन्म सहायक मौजूद हो और जटिलता होने पर

आपातकालिक प्रसूति देखभाल मिल सके। इस कार्य में लगे राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तर के पणधारियों में लगातार यह बहस जारी है कि प्रसव के लिए कुशल जन्म सहायकों की नियुक्ति घर पर प्रसव के लिए की जाए या फिर अस्पताल में। घर पर प्रसव के लिए कुशल सहायकों की मौजूदगी के बारे में बहुत कम कड़े आकलन किए गए हैं। संभवतः इस बारे में सबसे अच्छा उदाहरण मलेशिया का है जहाँ घर पर प्रसव कराए जाने के एक कार्यक्रम के अंतर्गत मातृ मृत्यु के मामलों में बहुत अधिक कमी देखी गई^{26,27}। इस कार्यक्रम की सफलता के लिए यह कारण दिए गए कि पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षित जन्म सहायकों की नियुक्ति की गई, आवश्यक दवाओं की आपूर्ति बरकरार रखी गई, व्यापक देखभाल के लिए रैफरल सुविधाएं मौजूद रही हों, हर स्तर पर मुफ्त देखभाल सेवाएं दी गईं और स्थानीय परंपराओं की पहचान कर उनका आदर किया गया²⁶। इंडोनेशिया में हालांकि घर पर प्रसव कराए जाने की नीति से प्रसव के समय कुशल सहायकों की मौजूदगी तो नाटकीय रूप से बढ़ गई लेकिन यह कार्यक्रम महिलाओं के लिए आवश्यकता होने पर जीवनरक्षक देखभाल उपलब्ध करा पाने में सफल नहीं रहा²⁹।

इस बारे में आम सहमति है कि व्यावसायिक सहायकों द्वारा प्रभावी रूप से काम किए जाने के लिए ज़रूरी है कि बहुत सी परिस्थितियाँ एक साथ मौजूद हों। इनमें पर्याप्त संख्या में प्रसव देखभाल देने के लिए उचित कुशलता प्राप्त लोग हों और पर्याप्त दवाओं और

उपकरणों की उपलब्धता तथा अच्छी रैफरल प्रणाली वाली परिस्थितियां हों और कर्मचारियों का प्रशिक्षण और देखरेख लगातार जारी रहे^{10,30,31}। स्थानीय लोगों द्वारा चिकित्सीय प्रणालियों की स्वीकार्यता और समुदाय के समर्थन पर कम ध्यान दिया गया है। बंगलादेश के ग्रामीण प्रदेशों जैसी परिस्थितियों में हमारे अनुसंधान से सामने आई कठिनाइयों से यह सवाल उठ खड़ा होता है कि घर पर प्रसव कराए जाने पर देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सकती है या नहीं।

हालांकि अब से पहले हमेशा यही माना जाता रहा है कि अस्पतालों में दी जाने वाली प्रसूति सेवाओं को प्राप्त करने में महिलाओं के सामने सांस्कृतिक कारण रूकावट उत्पन्न करते हैं लेकिन मातलब के उदाहरण से यह पता चलता है कि अच्छी तरह चलाए जा रहे और बेहतर सेवाएं देने वाले किसी कार्यक्रम से इन बाधाओं पर विजय प्राप्त की जा सकती है। मातलब में स्वास्थ्य और जनसंख्या समूहों पर निगरानी की प्रक्रिया से प्राप्त आँकड़ों से पता चलता है कि घर पर प्रसव की बजाय स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव कराने पर कुशल जन्म सहायक एक ही समय में अनेक प्रसवों में सहायता कर सकते हैं। 1992 में जब घर पर प्रसव कराए जाने की योजना चलाई जा रही थी तब प्रसव के समय कुशल जन्म सहायकों की सेवाएं लेने वाली महिलाओं की अधिकतम संख्या 19.6% तक पहुँची थी जबकि अस्पतालों में प्रसव के आँकड़े इससे कई बेहतर हैं। स्वास्थ्य केन्द्रों को पूरी तरह चालू किए जाने के एक साल के

भीतर ही यह प्रतिशत 1996 में 6% से बढ़कर 2001 में 26.8% हो गया था²¹। 1992 में जब घर पर प्रसव कराए जाने की योजना अपने चरम पर थीं तब हर स्वास्थ्य केन्द्र में तैनात 2 जन्म सहायकों ने औसतन हर वर्ष 133 प्रसवों में सहायता की जबकि 2001 में हर स्वास्थ्य केन्द्र में सहायता की यह संख्या 183 प्रतिवर्ष थी। घर पर और स्वास्थ्य केन्द्र, दोनों में ही प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की सेवाएं लिए जाने में सामाजिक-आर्थिक असमानताएं बहुत अधिक थीं हालांकि स्वास्थ्य केन्द्रों में हुए जन्मों में यह असमानताएं कुछ अधिक थीं²¹। 2001 से स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव देखभाल सेवाओं में धीमे-धीमे बढ़ोतरी हुई है और 2003 और 2004 में क्रमशः 35.9% और 40.1% महिलाओं ने अस्पतालों में प्रसव कराया।

हालांकि कुछ लोग यह तर्क भी दे सकते हैं कि बंगलादेश के संदर्भ में मातलब में लंबे समय से चलाया जा रहा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम एक अलग मामला बन जाता है फिर भी आँकड़ों से पता चलता है कि जैसा कि लोग कहते हैं, मातलब सेवा क्षेत्र का उदाहरण उतना अलग नहीं है³²। वास्तविकता तो यह है कि समय के साथ-साथ मातलब से प्राप्त होने वाले महिलाओं की मृत्यु के आँकड़े भी राष्ट्रीय रुझानों से मिलते-जुलते हैं जिनकी पहचान जनसंख्या समूहों में स्वास्थ्य सर्वेक्षणों के माध्यम से की गई है। इसके अलावा अगर मातलब का उदाहरण अपने आप में अलग भी होता तो भी देश के बाकी भागों में जहाँ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं और स्वास्थ्य सेवाओं

का अभाव है, वहाँ परिस्थितियाँ इससे अधिक कठिन होतीं।

देश की सरकारों को इस बारे में प्रेरित किया जाना चाहिए कि वे स्पष्ट कर दें कि महिलाओं के प्रसव के स्थान के बारे में उनकी नीतियाँ और इच्छाएं क्या हैं और वे या तो केवल अस्पतालों में प्रसव कराए जाने की योजनाओं में ध्यान दें अथवा किसी अन्य विकल्प को चुने जाने के कारणों का स्पष्टीकरण दें। आमतौर पर यह तर्क दिया जाता है कि ग्रामीण इलाकों में कुशल देखभाल सेवाएं देने से कार्यक्रम का विस्तार होता है और घर पर प्रसव सेवाएं देने से महिलाओं की घर पर प्रसव कराने की मांग भी पूरी होती है। हालांकि जो स्वास्थ्य कार्यकर्ता महिलाओं के बहुत करीब नियुक्त हैं, उन्हें छोड़कर समुदाय स्तर पर नियुक्त जन्म सहायक कार्यक्रम में बहुत अधिक विस्तार नहीं कर सकते²¹। साथ ही साथ ग्रामीण इलाकों के घरों में मौजूद परिस्थितियाँ जन्म सहायकों द्वारा कुशल सहायता दिए जाने के काम में बाधा उत्पन्न कर सकती हैं। घर पर प्रसव देखभाल सेवाएं इसलिए भी कम प्रभावी होती हैं क्योंकि इसमें जन्म सहायक का समय अधिक लगता है और आपातस्थिति से निपटने की उनकी क्षमता कम हो जाती है। घर पर प्रसव कराए जाने की सेवाओं को वैसे भी लंबे समय तक जारी रख पाना कठिन होगा। घर पर प्रसव के समय कुशल देखभाल सेवाएं देने के कार्यक्रम को आगे बढ़ाने से पहले हमारे अनुसंधान से प्राप्त नतीजों से पता चला है कि घर पर प्रसव कराए

जाने की कार्य योजनाओं में निहित सुरक्षा और प्रभावशीलता की और जाँच की जाए ताकि महिलाओं को कुशल जन्म सहायता सेवाएं उपलब्ध कराई जा सकें।

अभिस्वीकृति

इस अनुसंधान कार्य के लिए धन की व्यवस्था संयुक्त राज्य अमरीका की अंतरराष्ट्रीय विकास एजेंसी (यूएसएआईडी) के साथ सहयोग करार संख्या 388-ए-00-97-00032-00, आईसीडीडीआर बी (ICDDR, B) के अनुदान संख्या जीआर-00089 के माध्यम से की गई। आईसीडीडीआर-बी यूएसएआईडी के प्रति केन्द्र के अनुसंधान प्रयासों के लिए कटिबद्धता को अभिस्वीकृत करते हुए आभार प्रकट करता है। कैरिन रोन्समन्स के लिए धन की व्यवस्था इंग्लैण्ड के अंतरराष्ट्रीय विकास विभाग द्वारा की गई। हम उन सभी कुशल जन्म सहायकों के आभारी हैं जिन्होंने अपने अनुभव हमारे साथ बाँटने के लिए अमूल्य समय दिया।

अ चिकित्सा जीवविज्ञानी, आईसीडीडीआर, बी, (ICDDR, B) सैन्टर फॉर हैल्थ एण्ड पॉपुलेशन रिसर्च, ढाका, बंगलादेश, ई-मेल laurensblum@yahoo.com

ब अनुसंधान अन्वेषक, आईसीडीडीआर, बी, (ICDDR, B) सैन्टर फॉर हैल्थ एण्ड पॉपुलेशन रिसर्च,

स प्रोफेसर, जानपदिक रोग विज्ञान व प्रजनन स्वास्थ्य, संक्रामक जानपदिक रोग इकाई, लंदन स्कूल ऑफ हाइजीन एण्ड ट्रॉपिकल मेडिसिन, लंदन, यू.के.

संदर्भ

1. Huque AZ, Leppard M, Mavalankar D, et al. Safe motherhood programmes in Bangladesh. In : Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Mother Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health matters, 1999. p.53-61.
2. Geefhuysen CJ. Safe motherhood in Indonesia: a task for the next century. In : Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 1999. p.62-72.
3. Sibley L, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. *Social Science and Medicine* 2004;59(8):1757-68.
4. Bergstrom S, Goodburn E. The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2001;17:77-96.
5. World Health Organisation. Skilled Birth Attendance: Review of Evidences in Bangladesh. Dhaka: WHO, 2004
6. Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001. Dhaka : National Institute of Population Research and Training, ORC Macro, Johns Hopkins University, ICDDR,B, 2003.
7. Bangladesh Demographic and Health Survey 2004. Dhaka: National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, and ORC Macro, 2004.
8. Rozario S. The dai and the doctor: discourses in women's reproductive health in rural Bangladesh. In: Ram K, Jolly M, editors. Modernities and Maternities: colonial and Postcolonial Experiences in Asia and the Pacific. Combridge: Combridge University Press, 1998. p. 144-76.
9. Blanchet T. Meanings and Rituals of Birth in Rural Bangladesh. Dhaka: University Press Ltd., 1984.
10. Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Studies in Health Services Organization & Policy* 2001; 17: 97-130
11. Goodburn EA, Gazi R, Chowdhury M. Beliefs and practices regarding delivery and postpartum maternal morbidity in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1995;26(1):22-32.
12. Afsana K, Rashid SF. The challenges of meeting rural Bangladesh women's needs in delivery care. *Reproductive Health Matters* 2001;9(18):79-89.
13. Matthews Z, Ramakrishna J, Mahendra S, et al. Birth rights and rituals in rural south India: care seeking in the intrapartum period. *Journal of Biosocial Science* 2005;37(4):385-411.

14. Thind A, Banerjee K. Home deliveries in Indonesia: who provides assistance? *Journal of Community Health* 2004;29(4):285-303.
15. Prevention of Maternal Mortality Network. Barriers to treatment of obstetric emergencies in rural communities of West Africa. *Studies in Family Planning* 1992;23(5):279-91.
16. Fauveau V, Stewart K, Khan SA, et al. Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *Lancet* 1991;338:1183-86.
17. Van Ginneken J, Bairagi R, de Francisco A, et al. Health and Demographic Surveillance in Matlab: Past, Present and Future. Special Publication No. 72. Dhaka: ICDDR.B, 1998.
18. Bhatia S. Traditional childbirth practices: implications for a rural MCH program. *Studies in Family Planning* 1981; 12(2):66-75.
19. Rozario S. Purity and Communal Boundaries: Women and Social Change in a Bangladesh Village. Dhaka : University Press Ltd. 2001.
20. Amin S, Diamond I, Raved RT, et al. Transition to adulthood of female garment-factory workers in Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1998;29:185-200
21. Chowdhury ME, Ronsmans C, Killewo J, et al. Equity in use of home-based or facility based skilled obstetric care in rural Bangladesh: An observational study. *Lancet* 2006;367:327-32.
22. Devries RG. The warp of evidence-based medicine: lessons from Dutch maternity care. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 2004;34(4):595-623.
23. Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2004; 4(1):3.
24. Leppard MJ. Obstetric Care in A Bangladesh District Hospital: An Organizational Ethnography. Unpublished PhD thesis. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000.
25. Kotalova J. Belonging to Others: Cultural Constructions of Womenhood among Muslims in a Village in Bangladesh: Uppsala University, 1993.
26. Koblinsky MA, Campbell O, Herichelheim J. Organizing delivery care : what works for safe motherhood? *Bulletin of World Health Organization* 1999;77(5):399-406.
27. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. *Studies in Health Service Organization & Policy* 2001;17:7-34.
28. Starr A. The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade, New York; Inter-Agency Group for Safe Motherhood. Family Care International, 2001.

29. Ronsmans C, Endang A, Gunawan S, et al. Evaluation of a comprehensive home based midwifery programme in South Kalimantan, Indonesia. *Tropical Medicine and International Health* 2001;6(10):799-810.
30. Safe Motherhood Inter-Agency Group. *Skilled Attendance at Delivery: A Review of the Evidence*, New York: Family Care International, 2000.
31. Travis P, Bennett S, Haines A, et al. Overcoming health systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004;364:900-06.
32. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, et al. Maternal mortality decline in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet* 1997; 350:1810-14.



दक्षिण अफ्रीका में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने में आने वाली कठिनाइयां: व्यवस्थाओं को सुचारु रूप से चलाना

Leena Susan Thomas, Ruxana Jina, Khin San Tint, Sharon Fonn
लीना सूज़न थॉमस^{अ,ब}, रुकसाना जिना^{अ,स}, खिन सैन तिन्त^अ, शेरॉन फॉन^अ

सारांश:

अनेक देशों में किए जा रहे एक अध्ययन के अंतर्गत दक्षिण अफ्रीका के गॉटेंग राज्य के एक ज़िले में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं की समीक्षा की गई। इस समीक्षा से पता चला कि यहाँ रिकॉर्ड सही तरीके से नहीं रखे जाते थे, निगरानी प्रक्रिया कमजोर थी, चिकित्सीय ज्ञान का स्तर कम था और जन्म सहायिकाओं द्वारा चलाई जा रही प्रसव इकाइयों का पूरी तरह प्रयोग नहीं हो रहा था। स्थानीय स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए सुझाए गए तरीकों को विकसित किया गया तथा उन्हें लागू कर उनका मूल्यांकन भी किया गया। इनमें कार्यक्रम संबंधी कार्य (माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम और नवजात शिशु की जीवन रक्षा करने का प्रशिक्षण) और व्यवस्था के अंतर्गत (आपसी संबंधों में सुधार और प्रक्रियाओं को सुचारु बनाना, निगरानी कार्यों के लिए सामान्य आँकड़ों का प्रयोग, निगरानी करने की कुशलता में सुधार) किए जाने वाले उपाय शामिल थे। इन उपायों से कुछ सकारात्मक परिणाम निकले। स्वास्थ्यकर्मियों की जानकारी का स्तर बढ़ा और रोगियों के रिकॉर्ड बेहतर ढंग से रखे जाने लगे। ऐसा प्रतीत हुआ कि बड़े अधिकारियों द्वारा निगरानी किए जाने में भी सुधार हुआ था। लेकिन व्यवस्था के अंतर्गत कार्यक्रमों में सुधार लाने के प्रयास कम सफल रहे। नई जानकारी प्राप्त करने के इच्छुक किसी संगठन के निर्माण के लिए जरूरी है कि सभी स्वास्थ्यकर्मी मॉनीटरिंग और मूल्यांकन तथा स्व-मूल्यांकन करने का कौशल विकसित करें। यह जरूरी है कि नतीजे निकालने के लिए आँकड़ों का प्रयोग उसी स्थान पर हो जहाँ यह आँकड़े एकत्रित किए जाते हैं। कार्यक्रमों और जिला प्रबंधकों के बीच जानकारी के आदान-प्रदान और रिपोर्ट देने की प्रक्रिया में बदलाव लाने से हो सकता है कि विभिन्न अधिकारियों के बीच बेहतर समन्वय विकसित हो सके। कर्मचारियों का आकलन करने, उन्हें पदोन्नति देने या उन्हें पुरस्कार देने की व्यवस्था में भी सुधार लाना जरूरी है। प्रशिक्षण के पाठ्यक्रम बनाने वाले व्यावसायिक संगठन, प्रशिक्षण देने वाले संस्थान तथा प्रशिक्षण और विकास के लिए धन उपलब्ध कराने वाले संगठनों को चाहिए कि वे स्वास्थ्य सेवाओं के विकास की इस चुनौती को स्वीकार करें और केवल कार्यक्रमों के माध्यम से सहायता करने की प्रक्रिया को बंद कर दें। © 2007 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित

मुख्य शब्द: स्वास्थ्य व्यवस्थाएं, मातृ स्वास्थ्य, कार्यकारी अनुसंधान, दक्षिण अफ्रीका

दक्षिण अफ्रीका, तंजानिया और केप वर्ड में किए गए इस अनुसंधान का उद्देश्य यह था कि केवल विशेष कार्यक्रम चलाने की बजाय पूरी स्वास्थ्य सेवाओं पर ध्यान देते हुए मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में सुधार के प्रयास किए जाएं। अनुसंधान के पहले चरण में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जानकारी लेने के लिए हर जगह एक ही प्रक्रिया के द्वारा आँकड़े एकत्रित किए गए। दूसरे चरण में आँकड़ों से प्राप्त जानकारी के आधार पर समय और संसाधनों की उपलब्धता को ध्यान में रखते हुए हर देश के लिए अलग-अलग अंतर्क्षेपों का विकास किया गया और इन्हें लागू किया गया। अंतिम चरण में भी हर देश में आँकड़े एकत्रित करने की एक जैसी प्रक्रिया का प्रयोग करते हुए यह जानने की कोशिश की गई कि यहाँ किए गए प्रयासों के कारण पहले की तुलना में मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में कुछ उल्लेखनीय सुधार हुआ है या नहीं। यह पूरी प्रक्रिया महिलाओं के पारंपरिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों से बहुत अलग थी जिनमें अकसर हर देश में अंतरराष्ट्रीय स्तर पर पहले से विकसित समान कार्यक्रम लागू कर दिए जाते हैं।

अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में खराब स्वास्थ्य के कारण जनसंख्या पर पड़ने वाले बुरे प्रभावों को भली-भाँति रिकॉर्ड किया गया है^{1,2}। मातृ मृत्यु दर और महिलाओं के स्वास्थ्य की स्थिति के संकेतकों में अकसर इस स्थिति को बहुत खराब स्तर का बताया जाता है³। एचआईवी महामारी के फैलने से मातृ

मृत्यु दर और मृत्यु की दूसरी घटनाओं में तेजी से वृद्धि हुई है। स्वास्थ्य की स्थिति में जो सुधार देखे गए थे वह अब फिर से खत्म हो गए हैं³। नवजात शिशुओं के मरने, औसत आयु में कमी तथा सामान्य और गर्भधारण के कारण अस्पतालों में भर्ती रोगियों के मरने की दर में वृद्धि हुई है। चूंकि महिलाओं के स्वास्थ्य की स्थिति के संकेतक एचआईवी रोग के फैलने से भी पहले बनाए गए थे इसलिए सुरक्षित मातृत्व योजनाओं जैसे अंतरराष्ट्रीय कार्यक्रमों से इस स्थिति पर वांछित प्रभाव नहीं पड़े हैं⁴।

सुरक्षित मातृत्व के लिए चलाए जा रहे कार्यक्रमों की आलोचना हुई, हालांकि बाद में इसके कारण भी स्पष्ट हो गए जब पता चला कि ये कार्यक्रम हमेशा साक्ष्यों पर आधारित नहीं होते थे⁵। इन अनुभवों से प्राप्त जानकारी का प्रयोग बाद में महिला स्वास्थ्य में सुधार लाने के प्रयासों में किया गया है⁶। फिर भी, इस कार्यक्रम और अन्य अंतरराष्ट्रीय कार्यक्रमों (उदाहरण के लिए एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं से उपचार) की आलोचनाएं होना जारी रहा है। इनमें वे सभी कार्यक्रम शामिल हैं जो हर जगह एक ही तरीके से लागू कर दिए जाते हैं और जिन्हें लागू करते समय स्थानीय आवश्यकताओं को ध्यान में नहीं रखा जाता। ऐसे कार्यक्रम चलाने से आमतौर पर कार्यक्रमों में दुहराव उत्पन्न हो जाता है और ये वर्तमान स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के इर्द-गिर्द से हटकर काम करते हैं। इस तरह के कार्यक्रम चलाने का परिणाम यह होता है कि किसी विशेष देश में लोगों की अनेक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को

पूरा करने की व्यवस्था लागू करने की बजाए इन कार्यक्रमों में अधिक धन उपलब्ध होने के कारण स्वास्थ्यकर्मी इनकी ओर खिंचे आते हैं⁷। बार-बार यह जानकारी मिलती रही है कि अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में स्वास्थ्य के क्षेत्र में हुए सुधारों का लाभ वहाँ के प्राथमिक स्वास्थ्य तंत्र की खराब कार्यशैली की वजह से नहीं मिल पा रहा है। एचआईवी महामारी से वहाँ स्वास्थ्य प्रणाली की खराब स्थिति की सच्चाई खुल कर सामने आ गई है। इस समय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में सुधार किए जाने पर विशेष जोर दिया जाना चाहिए⁸। स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिए क्या काम करने जरूरी हैं यह तो बार-बार बताया गया है लेकिन ये सभी काम किस तरह से किए जाएं इसके बारे में बहुत कम कहा गया है।

इस लेख में दक्षिण अफ्रीका में किए गए अध्ययन से प्राप्त जानकारियों को प्रस्तुत कर उन पर विचार-विमर्श किया गया है। इसमें विशेष कार्यक्रमों के माध्यम से और सामान्य स्वास्थ्य से जुड़ी व्यवस्थाओं की स्थिति में सुधार लाने के प्रयासों से मिली सफलताओं पर ध्यान दिया गया है।

दक्षिण अफ्रीका की जनसंख्या लगभग 47 मिलियन है और यहाँ वार्षिक जन्म दर 23 प्रति 1000 व्यक्ति है। महिलाओं में औसतन प्रजननशीलता 2.7 की है और पुरुषों और महिलाओं में साक्षरता का प्रतिशत क्रमशः 84% और 81% है⁹। ऐसा अनुमान है कि कुल वयस्क जनसंख्या (15 वर्ष से अधिक आयु) में से 19% लोगों को एचआईवी संक्रमण है और पुरुषों तथा

महिलाओं की औसत संभावित आयु क्रमशः 50 और 52 वर्ष है^{9,10}। दक्षिण अफ्रीका से प्राप्त आँकड़ों से पता चलता है कि इतनी ही आय वाले दूसरे देशों की तुलना में यहाँ मातृ मृत्यु दर (175-200 प्रति 1 लाख) और प्रसव के बाद महिलाओं की मृत्यु दर (40 प्रति 1 हजार) अनुमानों से कहीं अधिक है जबकि यहाँ 92% महिलाएं प्रसव से पहले जाँच करवाती हैं और 92% महिलाएं ही किसी स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव कराती हैं¹¹⁻¹³। इसका एक कारण है एचआईवी संक्रमण के कारण मृत्यु की घटनाओं में बढ़ोतरी होना। मातृ मृत्यु के 5 प्रमुख कारणों की वजह से लगभग 87% महिलाओं की मृत्यु होती है। गर्भधारण से असंबद्ध सैप्सिस की घटनाएं (आमतौर पर एचआईवी की वजह से) के कारण 38% मामलों में महिलाओं की मृत्यु होती हैं¹¹। इस तरह की घटनाओं की अधिकता का एक कारण रंगभेद की व्यवस्था से उत्पन्न असमानताएं हैं जिसके कारण न केवल स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक लोगों की पहुँच प्रभावित होती है बल्कि और भी कई तरह की असमानताएं विकसित होती हैं। 1998 में दक्षिण अफ्रीका में जनसंख्या और स्वास्थ्य सर्वेक्षण के लिए परिवारों को संपदा/धन संपत्ति के आधार पर विभाजित करने के लिए उनकी संपत्ति की जानकारी ली गई थी। इस सर्वेक्षण से पता चला कि सर्वेक्षण से पहले के 5 वर्षों में पैदा हुए कुल शिशुओं में से 14% मामलों में प्रसव बिना किसी प्रशिक्षित जन्म सहायिका की मदद से हुए थे। इनमें से 1.6% लोग धनी वर्ग के थे जबकि 30% लोग सबसे निर्धन वर्ग के थे¹⁴।

दक्षिण अफ्रीका में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के विभिन्न स्तरों पर मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं दी जाती हैं। पूरे देश में प्रसव से पहले की जाँच के स्वास्थ्य केन्द्र खुले हुए हैं। इनमें से कुछ अलग से खोले गए हैं जबकि कुछ अस्पतालों में स्थापित किए गए हैं। महिलाएं जन्म सहायिकाओं द्वारा चलाई जा रही प्रसव इकाइयों (एमओयू) में शिशुओं को जन्म दे सकती हैं। इन इकाइयों में जन्म सहायिकाएं या दाइयाँ चौबीसों घण्टे उपलब्ध रहती हैं। गॉटेंग में जन्म सहायिकाओं द्वारा चलाई जा रही प्रसव इकाइयों में हर महीने 150 प्रसव कराए जाने की उम्मीद की जाती है (गॉटेंग के स्वास्थ्य विभाग में मातृ एवं बाल स्वास्थ्य इकाई के निदेशक श्री एस मसीलएँला का व्यक्तिगत पत्र व्यवहार दिनांक 2 जुलाई, 2007)। पहले स्तर पर जिला अस्पताल सामान्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराते हैं। दूसरे स्तर के अस्पतालों में रोग विशेषज्ञों द्वारा सेवाएं दी जाती हैं व तीसरे स्तर के अस्पताल रैफरल सेवाएं और प्रसव सेवाएं देते हैं। राज्यों में स्वास्थ्य विभाग इन अस्पतालों की सफलता का आकलन इन अस्पतालों द्वारा राष्ट्रीय लक्ष्यों की प्राप्ति के आधार पर करते हैं – जैसे कि पहले प्रसव में जटिलताएं न होने और अब दूसरे प्रसव के दौरान एक से अधिक शिशुओं को जन्म देने की आशा रखने वाली कितनी महिलाओं को प्रसव के दौरान देखभाल के लिए निचले स्तर के स्वास्थ्य केन्द्रों में रैफर किया गया¹⁵।

उद्देश्य

पूरे अध्ययन का उद्देश्य दक्षिण अफ्रीका के एक उप जिले में स्थानीय स्वास्थ्य सेवा प्रबंधकों और सेवा प्रदाताओं के साथ मिलकर काम करते हुए स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करना था। अध्ययन के विशिष्ट उद्देश्य इस प्रकार थे:

- दक्षिण अफ्रीका के एक उप जिले में प्रसव देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता का आकलन और मूल्यांकन करना
- इस उप जिले में प्रसव देखभाल सेवाओं में सुधार लाने के लिए स्थानीय व उचित व्यवस्थाओं की पहचान करना
- स्थानीय स्वास्थ्य प्रबंधकों के साथ मिलकर व्यवस्थाओं को प्राथमिकता के आधार पर कार्य योजना द्वारा लागू करना
- व्यवस्थाओं का मूल्यांकन करना

अध्ययन का स्थान

राज्य के स्वास्थ्य सेवा प्रबंधकों ने अध्ययन के लिए गॉटेंग के एक अर्ध-शहरी जिले का चुनाव किया। दूसरे उप जिलों की तुलना में यहाँ अधिक गरीबी होने के कारण इस बात की जानकारी थी कि यहाँ स्वास्थ्य सेवाएं बहुत अच्छी तरह काम नहीं कर रही थी। यहाँ अनौपचारिक रूप से बस गए लोगों के समुदाय भी रहते थे। इस अनुसंधान परियोजना के समय (2002–04) इस जिले में धनदाताओं की सहायता से कुछ अनुसंधान परियोजना और कार्यक्रम चलाए जा रहे थे। जिले में प्रसव से पहले जाँच करने के लिए 61 क्लीनिक, जन्म

सहायिकाओं द्वारा चलाई जा रही 4 प्रसव इकाइयाँ, पहले स्तर का एक अस्पताल और दूसरे स्तर के 5 अस्पताल मौजूद थे। इस अध्ययन के लिए हमने रैफरल इकाइयों के मार्ग को चुना और उनमें आने वाली सभी रैफरल इकाइयों को इसमें शामिल कर लिया। उपचार व्यवस्थाएं को लागू करने से पहले के आँकड़े एकत्रित करने के लिए 6 प्रसव पूर्व जाँच क्लिनिकों, जन्म सहायिकाओं द्वारा चलाई जा रही एक प्रसव इकाई, पहले स्तर के एक अस्पताल और दूसरे स्तर के तीन अस्पतालों को शामिल किया गया। चूंकि जन्म सहायिकाओं द्वारा चलाई जा रही एक प्रसव इकाई में होने वाले प्रसवों की संख्या बहुत कम थी इसलिए जिले की चारों प्रसव इकाइयों को अध्ययन में शामिल किया गया ताकि उत्तरदायियों की संख्या बढ़ सके और ये भी पता चल सके कि दूसरी प्रसव इकाइयों का भी पूरी तरह प्रयोग हो रहा है या नहीं। अध्ययन के दौरान ही जिले की क्षेत्रीय सीमाओं में परिवर्तन हुआ जिसके कारण दूसरे जिलों की रैफरल इकाइयाँ इस जिले में आ गई। इसके अलावा निश्चित क्लिनिकों और अस्पतालों से प्राप्त आँकड़ों को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने वाले अलग-क्षेत्रों में निर्दिष्ट किया गया जिसके कारण आँकड़ों में बदलाव आया। उपचार व्यवस्थाएं देने के बाद के आँकड़े भी इन्हीं रैफरल इकाइयों के माध्यम से इक्कठे किए गए। जिसमें 6 प्रसव पूर्व जाँच क्लिनिक और पहले स्तर के अस्पताल को शामिल किया गया लेकिन पहले की तुलना में इन आँकड़ों को

एकत्रित करने के लिए दूसरे स्तर के केवल 2 अस्पताल ही शामिल किए गए। परियोजना के अंत तक हमारे द्वारा तैयार रैफरल इकाइयों का मार्ग और उप जिले के सीमा क्षेत्र में कोई सामंजस्य नहीं रह गया था और न ही उपचार व्यवस्थाएं लागू करने से पहले के और बाद के आँकड़ों में कोई तुलना हो सकती थी।

प्रक्रिया

पहले चरण में आँकड़े एकत्रित करने के लिए कई तरीकों का प्रयोग किया गया। इसमें स्वास्थ्यकर्मियों और रोगियों के साथ साक्षात्कार, अस्पतालों के दौरे और रोगियों के रिकॉर्डों की जाँच करना शामिल था। उपचार व्यवस्थाओं से होने वाले प्रभाव को भी इन्हीं तरीकों के द्वारा मापा गया। (तालिका-1 व 2)। हमने हर स्वास्थ्य केन्द्र में सभी कर्मचारियों से बातचीत करने और उपलब्ध सभी रजिस्ट्रों को जाँचने का प्रयास किया। प्रसव पूर्व जाँच और प्रसव से जुड़े हर तीसरे रिकॉर्ड की जानकारी लेकर तथा हर तीसरे रोगी से विचार-विमर्श कर हमने 30% सिस्टेमेटिक सैम्पल का इस्तेमाल किया।

संख्यात्मक आँकड़ों तथा साक्षात्कारों से प्राप्त जानकारीयों को साथ मिलाकर प्रयोग करके ये जाना गया कि स्वास्थ्य व्यवस्था कितनी अच्छी तरह काम कर रही थी और जिले में राष्ट्रीय लक्ष्यों को प्राप्त कर पाने में कितनी सफलता मिली थी।

इन सेवाओं की कार्यशीलता के स्तर को दर्शाने के लिए कई संकेतक तैयार किए गए। प्रसव पूर्व जाँच के लिए आई महिलाओं के

रिकॉर्डों में अगर सिफलिस की जाँच और टिटनेस टॉक्साइड के इंजेक्शन दिए जाने की जानकारी दर्ज पाई गई तो हमने यह मान लिया कि रोगों की रोकथाम संबंधी काम किए जा रहे थे। इन दोनों तरीकों से स्वास्थ्य प्रणाली की कार्यशीलता के बारे में कुछ हद तक जानकारियाँ मिलीं इनसे यह पता चला था कि सुईयाँ, सिरिंजें और दवाइयाँ आदि उपलब्ध थीं और प्रसव जाँच केन्द्रों तथा प्रयोगशालाओं के बीच संचार व्यवस्था क्रियाशील थी। प्रसव पूर्व जाँच के रिकॉर्ड पर 'प्रसव की योजना के बारे में महिला से चर्चा की गई' लिखा होने से यह पता चला कि स्वास्थ्यकर्मी प्रसव के समय कुशल देखभाल सेवाओं के महत्व को समझते थे और इन गर्भवती महिलाओं को प्रसव के लिए तैयार करने में सहायता देने को अच्छी सेवाओं का ही भाग समझते थे। प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद और प्रसव पूरा होने तक 'पार्टोग्राम' पूरा किए जाने से यह पता चला कि प्रसव के समय देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता बनाए रखी गई थी। स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति को जाँचने के लिए प्रयोग किए गए दूसरे तरीकों में स्वास्थ्यकर्मियों की चिकित्सीय देखभाल पर जानकारी तथा उनसे व प्रबंधकों से मॉनीटरिंग व्यवस्थाओं के बारे में जानकारी हासिल करना शामिल था। स्वास्थ्य की स्थिति पर जानकारी देने के आँकड़ों की जाँच कर सेवाओं की गुणवत्ता और प्रयोग के स्तर को जानने के प्रयास किए गए। हर संकेतक के अनुपातों की गणना की गई तथा उपचार व्यवस्थाएं लागू करने के पहले और बाद के

आँकड़ों में सांख्यिकीय अंतर को जानने के लिए 'चाई-स्क्वायर्ड' तरीके का प्रयोग किया गया।

परिणाम

लेख के इस भाग में हम उपचार व्यवस्था लागू करने से पहले की स्थिति, पहचान किए गए अंतक्षेपों और अंतक्षेप लागू करने के बाद की स्थिति की जानकारियाँ दे रहे हैं। आँकड़ों में तुलना के लिए हमने अंतक्षेप करने से पहले और बाद की स्थिति की जानकारियों को तालिकाबद्ध किया है।

सेवाओं की गुणवत्ता

अंतक्षेप लागू किए जाने से पहले की जानकारियों से पता चलता है कि अधिकतर रोगियों में सिफलिस की स्थिति को अंकित किया गया और आधे से कम को टिटनेस टॉक्साइड का टीका लगाया गया। यह भी मालूम हुआ कि 20% से कम गर्भवती महिलाओं के साथ प्रसव की तैयारियों के बारे में चर्चा की गई। आमतौर पर केवल एक तिहाई महिलाओं में ही पार्टोग्राम तैयार किए गए। (तालिका-3)।

तालिका-1: अंतर्क्षेप प्रक्रिया से पहले की स्थिति को जाँचने की प्रक्रिया और जनसंख्या		
आँकड़े एकत्रित करने का उद्देश्य और तरीका	लक्ष्य और नमूने का आकार	अध्ययन किए गए नमूने
प्रसव पूर्व जाँच के कार्ड: संपूर्णता का विश्लेषण	अध्ययन के दिन प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र तथा प्रसव के बाद के वार्ड से बाहर आने वाला हर तीसरा रोगी	प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र: 199/556 (35.8%) प्रसव के बाद के वार्ड: 167/532 (31.4%)
प्रसव पीड़ा रिकॉर्ड: संपूर्णता का विश्लेषण	अध्ययन के दिन प्रसव के बाद रोगियों को रखे जाने के वार्ड में हर तीसरे रोगी के रिकॉर्ड की जाँच	जन्म सहायिका प्रसव इकाई: 19/76 (11.9%) अस्पताल: 110/456 (24.1%)
प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र में रजिस्टर की जाँच: हर माह देखे गए रोगी	प्रसव पूर्व जाँच क्लिनिक में पिछले 12 महीने के जाँच रजिस्टर	प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र: 6/6 (100%) महिला प्रसव इकाई: 4/4 (100%) अस्पताल 4/4 (100%)
जन्म रजिस्टर की जाँच: लेबर वार्ड में हर माह आने वाले रोगी स्वास्थ्य कार्यकर्ता से	लेबर वार्ड के पिछले 12 महीने के रजिस्टर	महिला प्रसव इकाई: 4/4 (100%) अस्पताल 4/4 (100%)
साक्षात्कार: स्वास्थ्य सेवाओं पर उनकी जानकारी और विचारों को जानना	अध्ययन के दिन स्वास्थ्य केन्द्र में मौजूद स्वास्थ्यकर्मियों से साक्षात्कार	प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र: 17/40 (42.5%) महिला प्रसव इकाई: 23/84 (27.4%) अस्पताल 38/118 (32.2%)
प्रमुख स्वास्थ्य कार्यकर्ता से साक्षात्कार प्रसव सेवाओं के प्रबंधन के बारे में उनके विचारों को जानना	प्रसव पूर्व जाँच क्लिनिक, महिला प्रसव इकाई और लेबर तथा प्रसव के बाद के वार्ड में प्रमुख स्वास्थ्यकर्मी	प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र: 6/6 (100%) महिला प्रसव इकाई: 5/8 (62.5%) अस्पताल 7/8 (87.5%)
रोगियों से साक्षात्कार: प्रसव पूर्व जाँच और प्रसव के समय दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में विचार	अध्ययन के दिन प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र तथा प्रसव के बाद के वार्ड से बाहर आने वाला हर तीसरा रोगी	प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र: 216/556 (38.8%) प्रसव के बाद के वार्ड: 248/532 (46.6%)
*स्वास्थ्यकर्मियों की संख्या कुल नियुक्त स्वास्थ्यकर्मियों के प्रतिशत रूप में दिखाई गई है हालांकि अध्ययन के दिन शत-प्रतिशत स्वास्थ्यकर्मियों का साक्षात्कार किया गया।		

प्रसव सेवाएं देने वाले लगभग आधे स्वास्थ्य केन्द्रों में पिछले साल के दौरान जाँच करने के लिए कोई न कोई दौरा किया गया था हालांकि यह स्पष्ट नहीं हो पाया कि यह दौरा किस अधिकारी ने किया था। केवल 17% मामलों में प्रमुख स्वास्थ्यकर्मियों के पास इन दौरों का ब्यौरा था या फिर वे यह जानकारी दे पाए थे कि इस दौरे के दौरान कौन सी समस्याएं देखी गई थीं। 33% स्वास्थ्यकर्मियों ने बताया कि उनके यहाँ पिछले एक वर्ष में सुपरवाइज़र द्वारा जाँच के लिए दौरा किया गया था और इनमें से 59% दौरे प्रसव देखभाल सेवाओं की जानकारी लेने के लिए थे। जिन स्वास्थ्यकर्मियों के यहाँ सुपरवाइज़र का दौरा हुआ था उनमें से 68% ने इसे लाभकारी माना। 63% स्वास्थ्यकर्मियों ने बताया कि दौरे के दौरान सुपरवाइज़र ने उनके अच्छे काम की प्रशंसा की थी जबकि गलती करने पर आलोचना किए गए स्वास्थ्यकर्मियों की संख्या 74% थी।

स्वास्थ्यकर्मियों की जानकारी के स्तर को आँकने के लिए कई तरह के प्रश्न तैयार किए गए थे: स्वास्थ्यकर्मी प्रसव में रूकावट उत्पन्न होने के लक्षणों को पहचानने में कितने माहिर थे और क्या इस जानकारी को पार्टोग्राम के आधार पर पढ़ सकते थे; माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के बारे में उनकी जानकारी; प्रसव के बाद गर्भनाल के गर्भाशय में रह जाने और प्रसव के बाद खून को बहने से रोकने के लिए किए जाने वाले उपचार के बारे में उनकी जानकारी और बीमार नवजात शिशु की जीवन रक्षा करने के बारे में

उनके कौशल की जानकारी। बहुत कम स्वास्थ्यकर्मियों में जानकारी का पर्याप्त स्तर देखने को मिला (तालिका-4)।

सामान्य जानकारी से संबंधित बहुत से आँकड़े जिले के स्वास्थ्य केन्द्रों में एकत्रित किए जाते थे लेकिन इन आँकड़ों की गुणवत्ता बहुत कम थी। प्रसव पूर्व जाँच और शिशु जन्म के रजिस्ट्रों की जाँच से पता चला कि इनमें बहुत सी जानकारियाँ दर्ज नहीं की गई थीं। इन जानकारियों के अभाव के कारण स्वास्थ्य केन्द्रों में आपस में और दूसरे स्वास्थ्य केन्द्रों के साथ उनकी तुलना करना लगभग असंभव सा हो गया। स्वास्थ्य केन्द्र पर प्राप्त आँकड़ों का मिलान स्वास्थ्य विभाग के क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा उपलब्ध कराए गए आँकड़ों से किया गया और उनमें भी इसी तरह की कमियाँ पाई गईं। इसके साथ ही अधिकांश आँकड़े उन लोगों को नहीं मिल पा रहे थे जिन्हें इसकी सबसे ज्यादा आवश्यकता थी। हालांकि मातृ मृत्यु पर चर्चा के लिए आयोजित की जाने वाली मासिक बैठकों में कुछ आँकड़े तो प्रस्तुत किए जाते थे लेकिन उनमें कोई रुझान नहीं दर्शाए जाते थे और न ही इन आँकड़ों का प्रयोग करते हुए समस्याओं को जानने और उनके हल खोजने के प्रयास किए जाते थे।

तालिका-2: अंतक्षेप प्रक्रिया के बाद की स्थिति को जाँचने की प्रक्रिया और जनसंख्या

आँकड़े एकत्रित करने का उद्देश्य और तरीका	लक्ष्य और नमूने का आकार	अध्ययन किए गए नमूने
प्रसव पूर्व जाँच कार्ड: पूरी तरह भरे गए कार्डों के विश्लेषण से गुणवत्ता का प्रतिशत	अस्पतालों और महिला प्रसव इकाइयों तथा जाँच केन्द्रों में प्रसव पूर्व जाँच कार्ड पर हर महीने और 6 महीनों के दौरान दर्ज सूचनाओं की जाँच दस चैकलिस्ट द्वारा	698 / 720 (97%)
प्रसव पीड़ा के रिकॉर्ड: पूरी तरह भरे गए रिकॉर्ड तथा पार्टोग्राम के प्रयोग से गुणवत्ता प्रतिशत का विश्लेषण	अस्पतालों और महिला प्रसव इकाइयों में प्रसव पूर्व जाँच कार्ड पर हर महीने और 6 महीनों के दौरान दर्ज सूचनाओं की जाँच दस चैकलिस्ट द्वारा	356 / 360 (99%)
प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र में रजिस्टर की जाँच: हर माह देखे गए रोगी	प्रसव पूर्व जाँच क्लीनिक में पिछले 12 महीने में जाँच रजिस्टर का रिकॉर्ड	12 / 12 (100%)
जन्म रजिस्टर की जाँच: लेबर वार्ड में हर माह जाँचे गए रोगी	लेबर वार्ड के पिछले 12 महीने के रजिस्टर का रिकॉर्ड	6 / 6 (100%)
प्रश्नावली जिसे स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने स्वयं भरा: स्वास्थ्य सेवाओं पर उनकी जानकारी और विचारों को जानना	अध्ययन के दिन स्वास्थ्य केन्द्र में मौजूद स्वास्थ्यकर्मी	36 / 138 (26%)
प्रश्नावली जिसे प्रमुख स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने स्वयं भरा: प्रसव सेवाओं के प्रबंधन के बारे में उनके विचारों को जानना	प्रसव पूर्व जाँच क्लीनिक, महिला प्रसव इकाई और लेबर तथा प्रसव के बाद के वार्ड में प्रमुख स्वास्थ्यकर्मी	14 / 23 (61%)

प्रश्नावली जिसे स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अधिकारी ने स्वयं भरा: की गई सिफारिशों के बारे में विचार	ऍकुरहुलैनी मेट्रोपॉलिटिन म्यूनीसिपैलिटी में स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अधिकारी	2/2 (100%)
रोगियों से साक्षात्कार: प्रसव पूर्व जाँच और प्रसव के समय दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में विचार	अध्ययन के दिन प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र तथा प्रसव के बाद के वार्ड से बाहर आने वाले हर तीसरा रोगी	प्रसव पूर्व जाँच क्लीनिक: 215/215 (100%) प्रसव के बाद के वार्ड: 93/93 (100%)
* स्वास्थ्यकर्मियों की संख्या कुल नियुक्त स्वास्थ्यकर्मियों के प्रतिशत रूप में दिखाई गई है हालांकि अध्ययन के दिन शत-प्रतिशत स्वास्थ्यकर्मियों का साक्षात्कार किया गया।		

सेवाओं का प्रयोग

उपलब्ध रिकॉर्डों की जाँच से पता चला कि महिला प्रसव इकाइयों में हर माह औसतन 99 और अस्पतालों में 453 प्रसव होते थे। पूरे जिले में अधिकांश महिला प्रसव इकाइयों में हर महीने 150 प्रसव कराए जाने का लक्ष्य पूरा नहीं हो पा रहा था। प्रसव पूर्व जाँच करवाकर आने वाली महिलाओं से साक्षात्कार के दौरान 65% महिलाओं ने बताया कि वे अस्पतालों में प्रसव कराना बेहतर समझती हैं जबकि 28% महिलाएं, महिला प्रसव इकाइयों में शिशु को जन्म देना बेहतर समझती थीं। इसके मुख्य कारण यह बताए गए कि अस्पताल उनके घर से पास था और उनका यह विचार था कि वहाँ बेहतर सेवाएं मिल सकती थीं। प्रसव से पहले महिलाओं से साक्षात्कार करने से पता चला कि स्वास्थ्यकर्मी अधिक महिलाओं को (49%) प्रसव के लिए अस्पतालों में रैफर करते थे जबकि

महिला प्रसव इकाइयों में प्रसव के लिए केवल 18% महिलाओं को भेजा जाता था। रैफर की जाने वाली 24% महिलाओं को यह जानकारी नहीं थी कि उन्हें प्रसव के लिए किसी विशेष स्तर के स्वास्थ्य केन्द्र, महिला प्रसव इकाई या अस्पताल, में क्यों भेजा जा रहा है।

तालिका-3: जाँच प्रक्रिया से मातृ देखभाल सेवाओं पर प्रभाव

	अंतक्षेप से पहले (% कार्ड)	अंतक्षेप के बाद (% कार्ड)	प्रभाव का स्तर (पी वैल्यू)
प्रसव पूर्व जाँच कार्डों की गुणवत्ता			
सिफलिस की स्थिति	74	92	0.007
टिटनेस टॉक्साइड के लगाए गए टीके	49	97	0.0001
प्रसव की योजना	19	59	0.0001
प्रसव के दौरान पार्टोग्राम का प्रयोग			
गर्भस्थ शिशु की हृदय गति की जाँच	33	47	0.04
गर्भाशय में संकुचन	33	47	0.04
ग्रीवा का फैलना	35	55	0.005
शिशु का नीचे की ओर बढ़ना	34	52	0.01

अंतक्षेपों का विकास

एकत्रित जानकारियों पर जिले के प्रसव सेवा अधिकारियों से विचार-विमर्श किया गया। समस्याओं के मुख्य कारणों पर चर्चा की गई और अंत में प्राथमिकता के आधार पर 5 तरह के अंतक्षेप करने का निर्णय लिया गया:

- दक्षिण अफ्रीका में विकसित और विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा जाँची परखी हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज¹⁷ प्रक्रिया को लागू कर स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की कार्यशीलता और स्वास्थ्यकर्मियों के आपसी एवं स्वास्थ्यकर्मियों और रोगियों के बीच संबंधों की गुणवत्ता में सुधार करना।

- उस समय राष्ट्रीय प्रशिक्षण कार्य योजना में शामिल किए गए कुछ कौशल प्रदान करने के लिए प्रशिक्षण देना। इनमें माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम और बीमार नवजात शिशु की जीवनरक्षा करने के कौशल शामिल थे।
- महिला प्रसव इकाइयों में 'सभी के लिए खुला दिन' (ओपन डेज़) का आयोजन करते हुए इन इकाइयों में सेवाओं के प्रयोग और गुणवत्ता में सुधार करना। इस खुले दिन के आयोजन में समुदाय के लोगों को आमंत्रित किया जाना था और इस प्रयास के द्वारा स्वास्थ्यकर्मियों की महिला प्रसव इकाइयों में रैफर किए जाने की जानकारी

में सुधार करना शामिल था।

- सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में सुपरवाइज़र द्वारा जाँच की प्रक्रिया को सुदृढ़ करना जिसके लिए प्रसव पूर्व जाँच के समय और प्रसव के समय चेकलिस्ट और पार्टोग्राम¹² का प्रयोग करने पर बल देना शामिल था।
- कार्यकुशलता और निर्णय क्षमता में सुधार के लिए आंकड़ों को इकट्ठा करने, उनके विश्लेषण और उनके प्रयोग को सुदृढ़ करना। इसके लिए एक प्रमुख स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अधिकारी का चुनाव किया जाना था जो मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रबंधकों के साथ मिलकर काम कर सके।

स्वास्थ्य केन्द्रों, जिले और क्षेत्रीय कार्यालयों में तैनात सभी मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवा प्रबंधकों और सुपरवाइज़रों तथा स्थानीय कर्मचारियों के लिए आयोजित एक कार्यशाला के दौरान इन अंतर्दृष्टियों की जानकारी दी गई। इनमें से कुछ अंतर्दृष्टियों के बारे में विस्तार से जानकारी दूसरी जगह पर दी गई है। हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज एक कार्यशाला आधारित अंतर्दृष्टि है जिसका विवरण दूसरे प्रकाशनों में दिया गया है¹⁷। इस अध्ययन में अनुसंधान कर्मियों ने स्वास्थ्य केन्द्र के कर्मचारियों और क्षेत्रीय स्वास्थ्य प्रबंधकों को इस तरह की कार्यशालाएं आयोजित करने का प्रशिक्षण दिया। कार्यशाला में भाग लेने वाले सहभागियों को पहले से राष्ट्रीय स्तर पर चलाए जा रहे माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की

रोकथाम और बीमार नवजात शिशु की जीवन रक्षा करने का प्रशिक्षण भी दिया गया। प्रसव से पहले और प्रसव के दौरान देखभाल करने के लिए सुपरवाइज़रों द्वारा प्रयोग में आने वाली चेकलिस्ट का विकास दक्षिण अफ्रीका में किसी और स्थान पर किया गया था जिसे अध्ययन के समय इस जिले में प्रयोग नहीं किया जा रहा था¹²। अध्ययन के दौरान अनुसंधान कर्मियों ने कार्यक्रम प्रबंधकों को इस चेकलिस्ट का प्रयोग करने की भी जानकारी दी। उन्होंने उन बैठकों में हिस्सा लिया जहाँ मातृ एवं नवजात शिशुओं के बीमार होने और उनकी मृत्यु होने पर चर्चा की जाती थी। साथ ही उन्होंने सुपरवाइज़रों के लिए आयोजित बैठकों में भी भाग लिया। उन्होंने निगरानी जांच के दौरान आंकड़े एकत्रित किए जाने में सहयोग किया तथा स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के अधिकारी को आंकड़ों को एकत्रित करने और उनका विश्लेषण करने में सहयोग किया। स्थानीय स्वास्थ्य सूचना अधिकारी ने भी कई अंतर्दृष्टियों को लागू करने का सुझाव दिया। इनमें से प्रमुख थे कि सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में एक जैसे न्यूनतम आंकड़े प्रयोग किए जाएं, स्वास्थ्यकर्मियों को आंकड़ों के प्रयोग और खराब आंकड़ों से होने वाली समस्याओं की जानकारी पर प्रशिक्षण दिया जाए और आंकड़ों से मिलने वाले रुझानों की समय-समय पर जाँच की जाती रहे ताकि प्रगति को मापा जा सके। महिला प्रसव इकाइयों में 'खुले दिन' आयोजित करने की योजनाएं तैयार की गईं और इन्हें महिला प्रसव इकाई के कर्मचारियों द्वारा जिले के प्रबंधकों के

तालिका-4: अंतक्षेप आरंभ करने से पहले और बाद में स्वास्थ्यकर्मियों की जानकारी के स्तर में अंतर

निम्नलिखित के बारे में सही जानकारी देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों का प्रतिशत	आकलन से पहले	आकलन के बाद	प्रभाव का स्तर (पी वैल्यू)
लक्षणों के आधार पर प्रसव में रूकावट की जानकारी	8	97	0.0001
प्रसव में रूकावट के समय पार्टोग्राम का प्रयोग	8	8	
माँ से शिशु को एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के लिए उपचार	22	66	0.001
प्रसव के बाद गर्भनाल गर्भाशय में ही रह जाने पर	35	31	0.5
प्रसव के बाद रक्तस्राव	28	25	0.6
बीमार शिशु की जीवन रक्षा	35	50	0.03

सहयोग से चलाया गया। इस दौरान जिले में मौजूद अनुसंधान दल के सदस्यों ने जिले के प्रबंधकों को पूरा सहयोग देते हुए उनके मार्गदर्शक होने की भूमिका निभाई।

प्रभाव

जैसा कि तालिका-4 से पता चलता है कि अंतक्षेप आरंभ करने के बाद स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा लक्षणों के आधार पर प्रसव में रूकावट को पहचानने ($p=0.001$), माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम तथा बीमार शिशु की जीवन रक्षा कर पाने के कौशल के स्तर में सुधार हुआ था। अंतक्षेप से पहले और बाद की, दोनों ही स्थितियों में प्रसव में रूकावट के समय पार्टोग्राम का प्रयोग करने के बारे में

उनकी जानकारी का स्तर कम था।

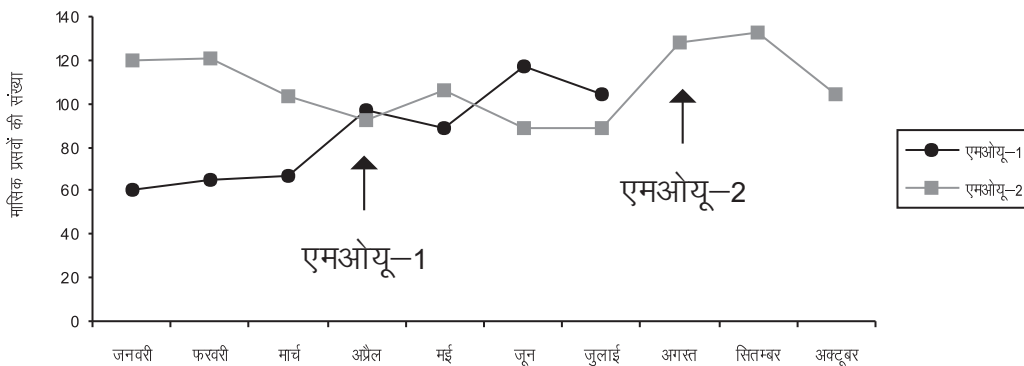
हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज अंतक्षेप के भी सकारात्मक प्रभाव पड़े। आकलन के समय कुछ लोगों ने इस तरह अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त की: 'इससे कर्मचारियों और रोगियों के बीच होने वाली बातचीत में सुधार हुआ'; 'रोगियों के प्रति स्वास्थ्यकर्मियों के व्यवहार में बदलाव आया है और अब वे उनकी ओर, विशेषकर महिला रोगियों से अधिक सांत्वना रखते हैं'; 'कार्यशाला के आयोजन के बाद रोगियों से मिलने वाली शिकायतों में कमी आई है'; 'जहाँ तक स्वास्थ्यकर्मियों में आपसी संबंधों का सवाल है, कुछ लोगों में बहुत अधिक सुधार आया है और दूसरे कुछ स्वास्थ्यकर्मी अब ठीक से काम न

कर रहे अपने सहयोगियों को चुनौती देने में अधिक आत्मविश्वास महसूस करते हैं। हालांकि जिन सुपरवाइज़रों को प्रशिक्षण देकर कार्यशालाएं आयोजित करने की जिम्मेदारी दी गई थी उनमें से सभी ने इसे पूरा नहीं किया। प्रशिक्षण पाने वाले 28 सुपरवाइज़रों में से 2 का तबादला जिले के बाहर हो गया और केवल 2 ने कार्यशालाएं आयोजित कीं।

अंतक्षेप के प्रयास किए जाने के बाद एकत्रित आंकड़ों से पता चला कि रिकॉर्ड रखने के काम में सुधार हुआ था। प्रसव पूर्व जाँच के 90% से ज्यादा कार्डों में सिफलिस की जाँच के परिणाम दर्ज किए गए; सिफलिस की जानकारी वाले लगभग सभी रोगियों (97%) को टिटनेस टॉक्साइड का टीका लगाया गया था और अंतक्षेप से पहले के स्तर की अपेक्षा अब तीन

गुना अधिक कार्डों (59%) में प्रसव की योजना के बारे में महिला से चर्चा किए जाने की जानकारी दर्ज की गई थी (तालिका-3)। हालांकि पार्टोग्राम के प्रयोग में हुई बढ़ोतरी सांख्यिकीय रूप से उल्लेखनीय दिखाई दी फिर भी रोगियों की फाइलें देखने पर पता चला कि 50% से अधिक मामलों में पार्टोग्राम का पूरी तरह प्रयोग नहीं किया गया था और ये एक ऐसी स्थिति थी जो चिकित्सीय रूप से बिल्कुल स्वीकार्य नहीं हो सकती। ऐसा लगता है कि देखभाल सेवाओं में सुधार दर्शाने के लिए रिकॉर्ड रखने में सुधार करने की सुपरवाइज़रों की चेकलिस्ट में जरूर कुछ बेहतर परिणाम देखने को मिले। इसके अलावा अब अंतक्षेप के बाद के समय में अधिक स्वास्थ्यकर्मियों की जाँच के लिए दौरे किए गए (पहले के 33% की

चित्र-1: 2004 में 2 महिला प्रसव इकाइयों में सेवाओं के प्रयोग की स्थिति



तुलना में 67%) और ज्यादा स्वास्थ्यकर्मियों (68% की अपेक्षा 97%, $P=0.0001$) ने इन दौरों को लाभकारी पाया। यह महत्वपूर्ण था क्योंकि इससे यह जानकारी मिली कि अब सुपरवाइज़र अधिक मुस्तैदी से और सकारात्मक कार्यों के लिए क्षेत्रों का दौरा करते थे। अध्ययन की अवधि समाप्त होने पर सुपरवाइज़र की चेकलिस्ट को राजकीय चिकित्सा सुपरविज़न मैनुअल में शामिल कर लिया गया। यह सुपरविज़न मैनुअल राष्ट्रीय स्तर पर प्रबंधन आकलन का टूल है।

चित्र-1 से इस उप जिले की 2 महिला प्रसव इकाइयों में सेवाओं के प्रयोग के रुझानों की जानकारी मिलती है। महिला प्रसव इकाई-1 में अप्रैल 2004 में खुले दिन (ओपन डे) का आयोजन किया गया जिसका परिणाम यह हुआ कि यहाँ हर महीने होने वाले प्रसवों की संख्या बढ़कर 90 प्रतिमाह हो गई। महिला प्रसव इकाई-2 में अगस्त 2004 में खुले दिन (ओपन डे) के आयोजन के बाद सेवाओं के उपयोग के स्तर में आरंभिक बढ़ोतरी देखी गई लेकिन यह जानकारी नहीं है कि यह बढ़ोतरी लगातार जारी रही अथवा नहीं। हो सकता है कि इन खुले दिनों के आयोजन से समुदाय के लोगों के दृष्टिकोण में बदलाव हुआ हो लेकिन महिलाओं को प्रसव कराने वाली जगह से संबंधित सुझाव देने में बदलाव नहीं हुआ था। महिलाओं को अब भी आमतौर पर प्रसव के लिए अस्पतालों में रैफर किया जा रहा था (49% नर्स महिलाओं को अस्पतालों में रैफर करती हैं जबकि केवल 16% नर्स उन्हें महिला

प्रसव इकाइयों में जाने की सलाह देती हैं) और यह स्थिति अंतक्षेप करने से पहले की स्थिति के समान ही है।

स्थानीय स्वास्थ्य सूचना अधिकारी द्वारा की गई सिफारिशों (सभी स्वास्थ्य केन्द्रों में एक जैसे न्यूनतम आंकड़े प्रयोग किए जाएं, स्वास्थ्यकर्मियों को आंकड़ों के प्रयोग और खराब आंकड़ों से होने वाली समस्याओं पर प्रशिक्षण दिया जाए और आंकड़ों से मिलने वाले रुझानों की समय-समय पर जाँच की जाती रहे ताकि हो रही प्रगति को मापा जा सके) को अपनाया नहीं गया था और न ही अंतक्षेप के बाद आंकड़े इकट्ठे किए गए। यहाँ आंकड़ों की गुणवत्ता अब भी बहुत खराब है और इनका प्रयोग कम ही किया जाता है।

परियोजना की कम अवधि को देखते हुए यह संभावना नहीं थी कि अंतक्षेपों के परिणामों में बदलाव हो जाएँगे। महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले बहुत से कारणों पर इस परियोजना के अंतर्गत ध्यान नहीं दिया गया था जिन्हें तालिका-5 में दिखाया गया है। यह आंकड़े भी राज्य में एकत्रित किए गए आंकड़ों से लिए गए थे। चूंकि परियोजना के समय में ही जिले की भौगोलिक सीमाओं में परिवर्तन हो गए थे इसलिए यह स्पष्ट नहीं है कि प्राप्त आंकड़ों और आधारभूत आंकड़ों को सही प्रकार से मापा गया था या नहीं क्योंकि इन परिवर्तनों को हुए बहुत अधिक समय नहीं हुआ था। हालांकि इन आंकड़ों का प्रयोग सावधानीपूर्वक किया जाना चाहिए लेकिन फिर भी यह कोई बहुत उत्साहवर्धक स्थिति नहीं

तालिका-5: अंतक्षेप प्रक्रिया के पहले और बाद की स्वास्थ्य स्थिति की तुलना

	अंतक्षेप प्रक्रिया से पहले की संख्या (%)	अंतक्षेप प्रक्रिया के बाद की संख्या (%)	परिवर्तन का स्तर
स्वास्थ्य केन्द्रों में एक वर्ष में होने वाले प्रसवों की संख्या ^अ	26504	16263	
जीवित जन्में बच्चों की संख्या ^अ	26047	16030	
कुल प्रसवों में से मृत शिशुओं का जन्म (प्रतिशत में) ^अ	627 (2.4%)	395 (2.4%)	0.7
जीवित जन्में शिशुओं में से नवजात शिशुओं की मृत्यु की घटनाएं (प्रतिशत में) ^अ	160 (0.6%)	150 (0.9%)	0.0001
प्रसव के बाद शिशु मृत्यु दर =मृत शिशुओं का जन्म+जन्म के बाद हर 1000 बच्चों पर मरने वाले नवजात शिशु	29 प्रति 1000 जन्म	33 प्रति 1000 जन्म	0.007
कुल प्रसवों के प्रतिशत के रूप में मातृ मृत्यु की घटनाएं ^अ	16 (0.06%)	54 (0.3%)	<0.0001
मातृ मृत्यु का अनुपात	61 प्रति एक लाख जीवित जन्म	337 प्रति एक लाख जीवित जन्म	<0.0001
कुल प्रसवों के प्रतिशत के रूप में ऑपरेशन द्वारा शिशु जन्म ^अ	3154 (12%)	2020 (12.4%)	0.108
कुल जन्मों में से रैफर किए गए मामले (प्रतिशत)	7739 (29%)	4466 (27%)	0.001
अ: आकलन से पहले के चरण की अपेक्षा बाद में अस्पतालों की संख्या कम थी।			

दर्शाते। अंतक्षेप प्रक्रिया के बाद सबसे अधिक विचलित करने की स्थिति यह है कि मातृ मृत्यु दर में अचानक बढ़ोतरी देखी गई। इस समस्या

को जल्दी ही पहचान लिया गया और परियोजना में उपलब्ध संसाधनों की सहायता से जाँच कार्य आरंभ कर दिए गए। एक स्वास्थ्य

केन्द्र में पाया गया कि वहाँ रोगियों की देखभाल व्यवस्था में कमियाँ थीं जिन्हें ठीक करने के लिए आवश्यक कदम उठाए गए। दूसरे आंकड़ों से स्वास्थ्य की खराब स्थिति की जानकारी मिलती है और यह पता चलता है कि अंतर्क्षेप किए जाने से पहले और बाद की स्थिति में कोई विशेष बदलाव नहीं आया था।

विचार-विमर्श

इस लेख में कार्यकारी अनुसंधान का ब्यौरा दिया गया है। जैसाकि परिभाषा से स्पष्ट है कि कार्यकारी अनुसंधान का स्वरूप वास्तविकताओं पर आधारित होना चाहिए। उदाहरण के लिए इस अध्ययन के समय जिस क्षेत्र की भौगोलिक सीमाओं में परिवर्तन हो गए थे वहाँ अंतर्क्षेप से पहले और बाद के आंकड़ों की तुलना कर पाना कठिन था। इस अध्ययन की अवधि या समय-सीमा से यह तो स्पष्ट था कि इससे स्वास्थ्य की स्थिति के परिणामों में बदलाव हो पाएंगे। पारंपरिक वैज्ञानिक अनुसंधान प्रक्रियाओं की अपेक्षा कार्यकारी अनुसंधान को अकसर ऐसी समस्याओं का सामना करना पड़ता है। लेकिन वैज्ञानिक अनुसंधान प्रक्रियाओं में यह समस्या आती है कि अनुसंधान किए जाने वाले स्थान के अलावा दूसरे स्थानों पर अंतर्क्षेप लागू किए जाने पर उसी तरह के परिणाम नहीं मिल पाते। इस अध्ययन में अनुसंधान के इस डिज़ाइन का प्रयोग करने का मुख्य कारण यही था कि संसाधनों की उपलब्धता बढ़ाए बिना ही स्वास्थ्य देखभाल की वास्तविक सेवाओं में काम किया जाए। इस परियोजना से यह जानने का प्रयास किया गया कि रोजमर्रा की स्वास्थ्य

सेवाओं में वास्तव में किन बदलावों को लाया जा सकता है। इसके अलावा इस परियोजना से यह जानने के प्रयास भी किए गए कि स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने के लिए क्या कदम उठाने जरूरी होंगे। इस तरह के अध्ययन करने के अनेक तरीके हो सकते हैं और कार्यकारी अनुसंधान के माध्यम से हमें कुछ विशेष जानकारियाँ मिल सकती हैं।

अध्ययन से प्राप्त जानकारियाँ बहुत सी अनिश्चिताओं को हमारे सामने प्रस्तुत करती हैं। उदाहरण के लिए कार्यक्रम संबंधी विशिष्ट प्रशिक्षण (नवजात शिशुओं की देखभाल करने का प्रशिक्षण या माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण को रोकने का प्रशिक्षण) देना एक आसान कार्य था जिसमें स्वास्थ्यकर्मियों ने भाग लिया और उनकी जानकारी का स्तर बढ़ गया। सुपरवाइज़रों द्वारा लगातार जाँच करते रहने से रिकॉर्डों को सही तरह से दर्ज करने के स्तर में भी सुधार देखा गया लेकिन इस बात के कोई साक्ष्य मौजूद नहीं थे कि बेहतर ढंग से रिकॉर्ड रखे जाने से सेवाओं में वास्तविक सुधार हुआ था। हालांकि पार्टोग्राम के प्रयोग की स्थिति में उल्लेखनीय सुधार हुआ परन्तु अब भी इसके प्रयोग का स्तर बहुत कम था। इस बात की भी कोई जानकारी नहीं थी कि स्वास्थ्यकर्मियों को मिली नई जानकारियों का प्रयोग किया गया था अथवा नहीं। अनुसंधान के ये परिणाम मातृत्व देखभाल सेवाओं के लिए दिए गए प्रशिक्षण के बारे में दूसरे अनुसंधानों से मिलते-जुलते हैं¹⁸। किए गए अंतर्क्षेपों से स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर कोई विशेष प्रभाव

नहीं पड़े और इसी के कारणों को समझने की कोशिश करेंगे।

अंतक्षेप कार्यों को हम दो भागों में बाँट सकते हैं: पहले कार्यक्रम संबंधी अंतक्षेप जिनके अंतर्गत किसी विशेष काम पर अधिक ध्यान दिया जाता है जैसे माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम या नवजात शिशुओं की देखभाल का प्रशिक्षण। दूसरे व्यवस्था से जुड़े अंतक्षेप जैसे कि स्वास्थ्य सूचना प्रणालियों में बदलाव के प्रयास, *हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज* कार्यशालाओं का आयोजन और निगरानी के नए तरीके आदि।

इस अध्ययन में और आमतौर पर सभी स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्थाओं में कार्यक्रम संबंधी अंतक्षेप लगभग एक समान होते हैं। प्रशिक्षण देना एक आम अंतक्षेप होता है जिसका आयोजन सामान्यतौर पर किया जाता है, लोग इससे परिचित होते हैं और यहाँ प्रशिक्षण प्राप्त करने के बाद वे नई जानकारियाँ हासिल करते हैं।

व्यवस्था से जुड़े अंतक्षेप कई तरीकों से भिन्न होते हैं। इन्हें बहुत जल्दी व तत्परता से अपनाया भी नहीं जाता और इन्हें इस तरह आसानी से न अपनाए जाने के कारणों को समझना भी बहुत जरूरी है। *हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज* प्रशिक्षण के दौरान हालांकि सभी सहभागियों ने कार्यशालाएं आयोजित करना स्वीकार किया था लेकिन बहुत कम संख्या में लोगों ने इन कार्यशालाओं का आयोजन किया। इस व्यवहार को जानने के उद्देश्य से हम इस

अंतक्षेप और इसे लागू करने वाले लोगों पर ध्यान देंगे। *हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज* एक कार्यशाला आधारित प्रक्रिया है जिसके अंतर्गत यह जरूरी होता है कि प्रबंधक स्तर पर नियुक्त लोग दूसरे स्वास्थ्यकर्मियों के साथ मिलकर समस्याओं को सुलझाने का प्रयास करें। कार्यशालाएं आयोजित करने के बाद उन्हें ऐसी व्यवस्थाएं लागू करनी होती हैं जो सेवाओं को पूरा कर पाने की बेहतर परिस्थितियाँ उत्पन्न कर सकें। (जैसे दवाओं और उपकरणों की आपूर्ति व्यवस्था, निगरानी करते हुए दंड देने की बजाय प्रोत्साहित करने के प्रयास आदि) शुरू में ऐसा लगता है कि इस तरह के अंतक्षेपों का मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के परिणामों से कोई सीधा संबंध नहीं होता। इसका एक कारण यह हो सकता है कि कार्यक्रम संबंधी कामों की तुलना में व्यवस्थाओं में सुधार लाने के परिणामों को सेवाओं में सुधार के लिए जरूरी नहीं समझा जाता और इसलिए इन्हें प्राथमिकता नहीं दी जाती। मातृ स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम के प्रबंधकों को इन व्यवस्थागत कामों से जुड़ना आवश्यक महसूस नहीं होता। हो सकता है कि वे कार्यशालाएं आयोजित करने जैसी प्रक्रियाओं को कर पाने में भी असहज महसूस करते हों क्योंकि कार्यशालाओं में अनौपचारिक वातावरण होता है। इस तरह का अंतक्षेप सामान्य अंतक्षेप नहीं है इसलिए वे समझते हैं कि पहले से बनी व्यवस्थाओं से अलग हटकर ऐसे अधिक उत्तरदायित्व क्यों लिए जाएं जिसके लिए उन्हें अतिरिक्त काम भी करना पड़े।

जिन प्रबंधकों ने इस तरह कार्यशालाएं आयोजित नहीं कीं उन्होंने इसका कारण यह बताया कि वह बहुत अधिक व्यस्त थे और उन्होंने इस काम में अपने वरिष्ठ अधिकारियों का सहयोग नहीं मिल रहा था। ऐसा जरूरी नहीं है कि जिन लोगों ने कार्यशालाएं आयोजित की थीं, उनकी व्यस्तता कुछ कम थी या फिर उन्हें अधिकारियों का अधिक सहयोग मिला था। यह जरूर है कि वे अधिक कार्यकुशल थे और अपने कामों को बेहतर ढंग से करते थे। यहाँ यह बताना भी आवश्यक है कि जिन लोगों ने कार्यशालाएं आयोजित की उन्होंने यह पाया कि ये कार्यशालाएं मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में सुधार के लिए आवश्यक थीं और इनसे कार्यक्रम से जुड़े किन्हीं विशेष लक्ष्यों को प्राप्त कर पाना भी संभव हुआ। अगर इन प्रबंधकों को कार्यशालाओं का आयोजन करना इतना जरूरी महसूस हुआ तो फिर यह जानना भी आवश्यक होगा कि इन प्रबंधकों में और दूसरे प्रबंधकों में क्या अंतर है। इन अंतरों को समझने से आगे किए जाने वाले अनुसंधान कार्य प्रभावित होंगे। अच्छे प्रबंधन के गुणों में आवश्यकतानुसार अपने कामों को प्राथमिकता देते हुए काम कर पाने का गुण शामिल है और इन जानकारियों से यह पता चला कि यह एक ऐसा बिन्दु है जिसके आधार पर प्रबंधकों में अंतर किया जा सकता है। प्रबंधकों में इस अंतर का एक कारण यह भी हो सकता है कि कुछ लोग दूसरों की अपेक्षा नए विचारों को अपनाने और नए कामों को करने में अधिक सक्षम होते हैं। आज भी स्वास्थ्य सेवाओं में ऐसे प्रबंधकों की कमी नहीं

है। ऐसे में यह सवाल उठ खड़ा होता है कि इस तरह के प्रबंधकों को किस तरह खोजा जाए और प्रोत्साहित किया जाए। व्यवस्था से जुड़ा एक अन्य प्रश्न यह भी है कि राजकीय अफसरशाही व्यवस्था में किए गए कामों का आकलन करते हुए किस तरह काम करने की इच्छा से किए गए प्रयासों को शामिल किया जा सकता है। क्या इस समय काम कर रहे उन प्रबंधकों को जो नए काम करने के इच्छुक प्रतीत नहीं होते, प्रशिक्षण आदि देकर नए कामों के लिए तैयार किया जा सकता है? सरकारी क्षेत्र में प्रबंधकों के लिए प्रशिक्षण सेवाएं चला रहे लोगों के लिए इसका क्या अर्थ होगा? क्या सार्वजनिक सेवाओं में आने वाले नए लोगों को दिए जा रहे प्रशिक्षण में बदलाव लाना संभव होगा ताकि उनका दृष्टिकोण बेहतर हो? दक्षिण अफ्रीका में इस समय नर्सों के दृष्टिकोण में बदलाव और प्रशिक्षण की आवश्यकता है इसीलिए वहाँ की नर्सिंग कॉउन्सिल को इस चुनौती का सामना करना होगा क्योंकि वही नर्सों के लिए पाठ्यक्रम निर्धारित करती है।

इस अध्ययन में जिन प्रबंधकों को *हैल्थ वर्कर्स फॉर चेंज* कार्यक्रम लाभदायक लगा वे दूसरों को भी इसके लिए प्रेरित करने में सहयोग दे सकते हैं। ऐसा करने के लिए जरूरी है कि स्वास्थ्य सेवाओं से जुड़े वरिष्ठ अधिकारी इसके महत्व को समझें और काम करने के इच्छुक लोगों के लिए बेहतर मौके उपलब्ध कराएं ताकि उनके प्रयासों के सकारात्मक प्रभाव पड़ सकें।

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली में सुधार के अंतर्क्षेप

को लागू करना आसान काम नहीं था। इसका एक कारण तो यह है कि सुपरवाइज़र की भूमिका और उसके लिए जरूरी कौशलों को औपचारिक रूप से परिभाषित नहीं किया गया है। बेस-लाइन आंकड़ों से यह जानकारी मिली कि सुपरविज़न या निगरानी के काम पर विशेष ध्यान नहीं दिया जा रहा था। ऐसे कोई दस्तावेज भी उपलब्ध नहीं थे जिनमें यह स्पष्ट किया गया हो कि सुपरवाइज़र के दौरे के समय किन बातों की जाँच की जाएगी। जाँच करने वालों और जाँच किए जाने वालों दोनों को ही जाँच के सही कारणों की जानकारी नहीं होती थी। अब जाँच कार्यों के लिए बनाई गई चेकलिस्ट बहुत स्पष्ट है और इसमें आंकड़ों को इकट्ठा करने के बारे में भी कुछ दिशा-निर्देश दिए गए हैं हालांकि सुपरवाइज़रों को इस चेकलिस्ट का प्रयोग कर पाने के लिए लगातार सहायता की आवश्यकता पड़ी और आगे भी इसके लिए लगातार प्रयास करने होंगे ताकि लोग इस चेकलिस्ट का प्रयोग करना जारी रखें। इस अध्ययन से यह जानकारी भी मिली कि आंकड़ों को इकट्ठा करने, उनका विश्लेषण करने और खासतौर पर मॉनीटरिंग करने के लिए इनका प्रयोग करने का ज्ञान लोगों में नहीं था। निर्णय लेने के लिए और कार्यक्रम के प्रबंधन के लिए आंकड़ों का सही तरीके से प्रयोग कर पाना न तो एक सामान्य कौशल है और न ही एक ऐसी व्यवस्था है जिसके बारे में लोग पहले से जानकारी रखते हों। यही कारण है कि स्वास्थ्य सूचना अधिकारी द्वारा योगदान दिए जाने की व्यवस्था लागू नहीं

हो सकी। जो लोग आमतौर पर आंकड़ों का प्रयोग नहीं करते वे सूचना अधिकारी द्वारा दिए जाने वाले सहयोग के महत्व को नहीं समझ पाते। इसके लिए जरूरी है कि मॉनीटरिंग और आकलन के कौशल को बढ़ावा दिया जाए क्योंकि हर स्तर के स्वास्थ्यकर्मियों के लिए यह एक प्राथमिक कौशल हो सकता है। इस काम में समय-समय पर हर स्तर के स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा स्व-मूल्यांकन किए जाने को शामिल किया जाना चाहिए। प्राप्त आंकड़ों को वहीं प्रयोग किया जाए जहाँ से इन्हें एकत्रित किया गया हो। यह एक अच्छा अवसर है जब हम नई चीजें सीखने के इच्छुक एक संगठन की स्थापना कर सकते हैं।

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के लिए किए जा रहे अंतर्दृष्टियों के सामने आई चुनौतियों का दूसरा मुख्य कारण व्यवस्था से जुड़ा था। हालांकि यह व्यवस्था से जुड़ा एक मुद्दा है फिर भी स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों को एक ऐसी प्रणाली में काम करने का प्रशिक्षण दिया जाता है जो मुख्यतौर से कार्यक्रमों पर आधारित होती है और कार्यक्रम ही जहाँ पूरी प्रक्रिया का आधार बनते हैं। कार्यक्रम के प्रबंधकों का पूरा ध्यान कार्यक्रम के परिणामों और इससे होने वाले प्रभावों पर होता है। ज्यादातर जिला प्रबंधक और कार्यक्रम प्रबंधक एक साथ मिलकर काम नहीं करते और न ही उनके लक्ष्य एक जैसे होते हैं। इसका हल खोजने के लिए वरिष्ठ स्तर पर प्रक्रियाओं का समन्वय किया जाना जरूरी है।

इस अध्ययन से व्यवस्था से जुड़े कुछ दूसरे जटिल मुद्दों की जानकारी भी मिली है। दक्षिण

अफ्रीका में अध्ययन के समय और अब भी सेवाओं की देखरेख अलग-अलग अधिकारियों द्वारा की जाती है। हालांकि यहाँ पर स्वास्थ्य सेवाएं जिलों में आधारित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के माध्यम से दी जाती हैं फिर भी वास्तविकता यही है कि स्वास्थ्य सेवाओं का आधार, जिला स्वास्थ्य व्यवस्था ही पूरी तरह से स्थापित नहीं हो पाई है¹⁹। यही कारण है कि स्थानीय स्वास्थ्य सूचना अधिकारी द्वारा हर जगह मातृ स्वास्थ्य के एक जैसे संकेतकों का प्रयोग किए जाने और इन पर प्रशिक्षण के सुझाव को लागू नहीं किया गया हालांकि एक संयुक्त कार्यकारी दल (राज्य और स्थानीय अधिकारियों के दल) ने इसे लागू करना स्वीकार कर लिया था। यह एक अच्छा उदाहरण है जिससे पता चलता है कि किस तरह अगर स्वास्थ्य व्यवस्था ही ठीक प्रकार से काम न कर रही हो तो व्यवस्था के स्तर पर नए प्रयासों को लागू कर पाना कितना कठिन होता है।

इस लेख के आरंभ में हमने यह विचार रखा था कि प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में बड़ी संख्या में महिलाओं के आने और प्रसव के समय कुशल जन्म सहायिकाओं की मौजूदगी के बाद भी मातृ मृत्यु की घटनाओं को कम नहीं किया जा सका है। संभवतः महिला स्वास्थ्य सेवाओं पर कार्यक्रमों का अधिक प्रभाव डालना आसान होता अगर हम सेवाओं के बहुत कम स्तर (सेवाओं का कम उपयोग, बहुत अधिक मातृ एवं नवजात शिशु मृत्यु दर) से कार्यक्रम आरंभ करते। केप वर्ड और तंजानिया में जहाँ

कार्यक्रमों में किए गए अंतर्दृष्टियों का प्रभाव पड़ा वहाँ दक्षिण अफ्रीका में किए गए कामों से तुलना करने पर ऐसी ही जानकारी मिली। संसाधनों की उपलब्धता होने पर कार्यक्रमों के माध्यम से अंतर लाने के प्रयास करने पर ही विभिन्न चुनौतियों का सामना होता है और यहीं पर हमें लगता है कि व्यवस्था से जुड़े मुद्दों पर ध्यान देना भी ज़रूरी है। जिले की स्वास्थ्य व्यवस्था में यह ज़रूरी होता है कि एक जिला प्रबंधक सेवाओं से जुड़े सभी कामों की देखरेख करे और कार्यक्रमों से जुड़े लोग सभी तरह की सूचनाएं किसी वरिष्ठ कार्यक्रम प्रबंधक को देने की बजाय संबंधित जिला प्रबंधक को दें। इस तरह की व्यवस्था की सफलता को जाँचने के लिए और अधिक शोध किए जा सकते हैं। विभिन्न कार्यक्रमों द्वारा मिल-जुलकर प्रयास किए जाने से कार्यक्रमों के अंतर्गत दी जा रही सेवाओं में सुधार के अवसर भी पैदा किए जा सकते हैं।

अंततः हमने इस बात पर अधिक ध्यान दिया है कि स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्थाओं का निर्माण या इनकी स्थापना किस तरह की जानी चाहिए। हमने एक ऐसी व्यवस्था लागू करने की आवश्यकता को जाना है जहाँ नई जानकारियों को सीखने पर जोर दिया जा सके। हमें ऐसी प्रशिक्षण व्यवस्थाओं से दूर होना होगा जिनमें केवल विशिष्ट कार्यक्रमों से जुड़ा तकनीकी प्रशिक्षण दिया जाता है। इस समय मिल-जुलकर ऐसे प्रयास करने की आवश्यकता है जो अनेक कार्यक्रमों को प्रभावित कर सकें। प्रशिक्षण से लोगों में इस तरह की कुशलता

विकसित की जानी चाहिए कि वे मिल-जुलकर समस्याओं का निवारण करने की कोशिश कर सकें। सेवाएं देते हुए हर स्तर पर आंकड़ों के प्रयोग करने और इन आंकड़ों की समय-समय पर पुनरीक्षा करने के लिए बैठकें आयोजित करने की व्यवस्था भी लागू की जानी चाहिए। वरिष्ठ प्रबंधकों को चाहिए कि वे ऐसे लोगों की पहचान कर सकें जो स्थानीय स्तर पर समस्याओं का निवारण करने में सफल रहे हों ताकि इन लोगों के उदाहरण दूसरों के सामने प्रस्तुत किए जा सकें। यह काम इस तरह से किए जाएं कि दूसरे लोगों को ऐसा करने से बुरा न लगे। प्राप्त जानकारियों को दूसरे कार्यक्रमों में भी प्रयोग कर पाना और जटिल व्यवस्थाओं में नए कामों को कर पाने की भी आवश्यकता है^{20,21}।

इस अनुसंधान में कई अंतक्षेपों की जानकारी भी मिली जिन्हें हम स्वास्थ्य सेवाओं में व्यवस्थात्मक परिवर्तन करना कह सकते हैं। इसमें कार्यक्रम और जिला प्रबंधकों के बीच सूचनाओं के आदान-प्रदान की प्रक्रिया में बदलाव, एक जिले या राज्य के अनेक अधिकारियों के बीच बेहतर समन्वय और लोगों का मूल्यांकन, आकलन कर उन्हें प्रोत्साहित करने की व्यवस्था में बदलाव लाना शामिल है।

इस अनुसंधान से ऐसे कई प्रमुख सहभागियों की जानकारी भी मिली है जो स्वास्थ्य सेवा से बाहर हैं लेकिन फिर भी स्वास्थ्य प्रणालियों के विकास में सहयोग कर सकते हैं। इनमें प्रशिक्षण का पाठ्यक्रम निर्धारित करने वाले व्यावसायिक संस्थान, प्रशिक्षण देने

वाले संस्थान और राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय विकास के लिए धन एवं प्रशिक्षण सुविधाएं देने वाली संस्थाएं शामिल हैं। इसमें विभिन्न फाउण्डेशनों, द्विपक्षीय और बहुपक्षीय एजेन्सियों, अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य संगठनों (चाहे वे प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम कर रहे हों या बाल स्वास्थ्य, एचआईवी/एड्स, टीबी या असाध्य रोगों पर काम करते हों) द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं के विकास की चुनौती को स्वीकार करना और केवल विशिष्ट अंतक्षेपों के लिए कार्यक्रम बनाने से बचना शामिल है।

अंत में इस अनुसंधान से कुछ ऐसे नए अंतक्षेपों की जानकारी भी मिली जिन्हें शोध कार्यक्रमों में शामिल किया जा सकता है। अगर स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने के प्रति वास्तविक कटिबद्धता हो तो यही वे अंतक्षेप हैं जिन्हें पूरा करने के लिए धन की व्यवस्था की जानी चाहिए।

अभिस्वीकृति

इस अनुसंधान परियोजना के लिए धन की व्यवस्था यूरोपीय यूनियन द्वारा अनेक देशों में स्थानीय साक्ष्यों और अपनाए गए अंतक्षेपों के आधार पर गर्भावस्था और प्रसव के समय दी जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए किए गए अध्ययन के अंतर्गत की गई थी। (अनुदान संख्या आईसीए4-सीटी-2001-10009)

अ जेंडर तथा स्वास्थ्य विभाग, स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ, विटवाटर्सरेण्ड विश्वविद्यालय, जोहांसबर्ग, दक्षिण अफ्रीका

ई—मेल: thomasleenas@gmail.com

ब प्रमुख निदेशालय, मानव संसाधन विकास,
गॉटेंग स्वास्थ्य विभाग, जोहांसबर्ग,
दक्षिण अफ्रीका

स जेंडर एवं स्वास्थ्य अनुसंधान इकाई,
चिकित्सा अनुसंधान परिषद, प्रिटोरिया,
दक्षिण अफ्रीका

संदर्भ

1. World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva: WHO, 2003.
2. World Health Organization. World Health Report 2004: Changing History. Geneva: WHO, 2004.
3. World Health Organization. World Health Report 2005: Make Every Other and Child Count. Geneva: WHO, 2005.
4. Maine D. Rosenfield A. The Safe Mother Initiative: why has it stalled? American Journal of Public Health. 1999 :89(4):480.
5. Chalmers I, Enkin M. Kairse M. editors. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. New York: Oxford University Press. 1989. p3-38.
6. Effective Health Care Alliance Programme. Better Births Initiative. Liverpool School of Tropical Medicine. 29 September 2003. At: <www.liv.ac.uk/evidence/BB/home.htm>.
7. Bill and Melinda Gates Foundation, McKinsey and Company. Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences. Florham Park: McKinsey & Company, 2005. At : <www.who.int/entity/healthsystems/gf16.pdf>. Accessed 11 May 2007.
8. World Health Organization. World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: WHO, 2006.
9. United Nations Children's Fund. South Africa: Statistics. At: <www.unicef.org/infobycountry/southafrica_statistics.html>. Accessed 2 July 2007.
10. World Health Organization. World Health Statistics 2007. Geneva. WHO. 2007.
11. Pattinson RC. editor. Saving Mothers 2002-2004: Third Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. Pretoria: Government Printer, 2006.
12. Pattinson RC, editor. Saving Babies: A Perinatal Care Survey of South Africa 2000. Pretoria: Medical Research Council, 2000.
13. South African Demographic and Health Survey 2003. Department of Health. <www.doh.gov.za/facts/sadhs2003/part1.pdf>. Accessed 2 July 2007.
14. South African Demographic Health Survey 1998. Department of Health. Pretoria: Government Printer, 1999.
15. South African Department of Health. Guidelines for Maternity Care in South Africa: A Manual for Clinics, Community Health Centres and District Hospitals. 2nd edition, March 2002.
16. Vlassoff C. Fonn S. Health Workers for

- Change as a health systems management and development tool. *Health Policy and Planning* 2001;16(Suppl. 1):47-52.
17. Fonn S. Xaba M. Health Workers for Change. Geneva: World Health Organization, Women's Health Project, 1996.
18. LeRoux E, Pattinson RC, Tsaku W. et al. does successful completion of the Perinatal Education Programme result in improved obstetric practice? *South African Medical Journal* 1998;88(2 Suppl.):180-82.
19. Schneider H. Barron P. Fonn S. The promise and the practice of transformation in South Africa's health system. In: Buhlungu S, Daniel J, Southall R, et al, editors: *State of the Nation South Africa 2007*. Cape Town: Human Science Research Council. 2006. p.289-311.
20. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, et al. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in southern Africa: service delivery and human resources challenges. *Reproductive Health Matters*;14(27):12-23.
21. Schneider H, Coetzee D. Strengthening the health system and ensuring equity in the widescale implementation of an antiretroviral therapy programme in South Africa. *South African Medical Journal*. 2003;93(10):772-73.



घर पर प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन इंजेक्शन का बिना निगरानी प्रयोग किया जाना: भारत में उत्तर प्रदेश से प्राप्त जानकारीयाँ

Patricia Jeffery, Abhijit Das, Jashodhara Dasgupta, Roger Jeffery
पैट्रिशिया जैफ्री^अ, अभिजीत दास^ब, जशोधरा दासगुप्ता^स, रॉजर जैफ्री^द

सारांश:

प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का प्रयोग करते समय इसे नियंत्रित मात्राओं में टीके से लगाया जाना चाहिए, ऐसा करते समय माँ और गर्भवती शिशु की लगातार निगरानी की जानी चाहिए और ऑपरेशन की सुविधा मौजूद होनी चाहिए क्योंकि इसके प्रयोग से कई बार दुष्प्रभावों की जानकारी मिली है। हालांकि उत्तर भारत के राज्य उत्तर प्रदेश में छोटे जनसंख्या समूहों और बड़े पैमाने पर किए गए सर्वेक्षणों से यह जानकारी मिली है कि घर पर प्रसव के दौरान प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद इसे जल्दी पूरा करने के लिए अपंजीकृत स्थानीय पुरुष डाक्टर और सरकार द्वारा नियुक्त जन्म सहायिकाएं महिला को ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाती हैं जिसकी कोई निगरानी नहीं की जाती। भारत में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की नीतियों के अंतर्गत इस तरह ऑक्सीटॉसिन के अनावश्यक प्रयोग पर ध्यान दिया जाना जरूरी है। 2007 में बनाई गई नई नीति के अनुसार सीमान्त क्षेत्रों में नियुक्त सरकारी महिला स्वास्थ्यकर्मियों को ऑक्सीटॉसिन के इंजेक्शन उपलब्ध कराए जाते हैं जिसे उन्हें प्रसव के तीसरे चरण में लगाना होता है और जिससे प्रसव के बाद ज़्यादा खून बहने को रोका जा सके। नीतियों में इस तरह के बदलाव के कारण भी ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाने के व्यवहार को बढ़ावा मिला है। चूंकि भारत की वर्तमान स्वास्थ्य नीतियों के अंतर्गत अस्पतालों में प्रसव कराने, प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी और आपातकालिक प्रसूति देखभाल के लिए रैफरल प्रणाली में सुधार लाने जैसे लक्ष्यों को निकट भविष्य में प्राप्त नहीं किया जा सकता इसलिए यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि घर पर होने वाले प्रसव माताओं और शिशु दोनों के लिए सुरक्षित बनाए जा सकें। उत्तर प्रदेश और दूसरे बड़े उत्तरी राज्यों में नवजात शिशुओं और मातृ मृत्यु की अधिक दर को देखते हुए इस बारे में और अधिक अनुसंधान किए जाने की आवश्यकता है कि ऑक्सीटॉसिन के अनुचित प्रयोग से गर्भवती महिलाओं और नवजात शिशुओं में रोग और मृत्यु की घटनाएं बढ़ रही हैं अथवा नहीं। © 2007 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित

मुख्य शब्द: गर्भवती महिलाओं में रोग और मातृ मृत्यु, शिशु जन्म, प्रसव के बाद का समय, ऑक्सीटॉसिन, भारत

ऑक्सीटॉसिन एक प्राकृतिक हार्मोन है जो महिलाओं में गर्भाशय में सिकुड़न और स्तनों में दूध का बहाव उत्पन्न करता है। आजकल व्यावसायिक रूप से निर्मित सिन्थेटिक ऑक्सीटॉसिन को दुनियाभर में प्रसव के दौरान और प्रसव के बाद के समय में प्रयोग किया जाता है¹। प्रसव के दौरान ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग के 3 मुख्य कार्य होते हैं:

- **प्रसव पीड़ा आरंभ कराना** – पश्चिमी देशों में आमतौर पर एक चौथाई मामलों में प्रसव पीड़ा कृत्रिम रूप से आरंभ कराई जाती है। गर्भाशय में सिकुड़न पैदा करने और सर्विक्स या ग्रीवा को फैलाने के लिए शिशु झिल्ली में चीरा लगा दिया जाता है और ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन दिया जाता है।
- **प्रसव को जल्दी पूरा करना** – अगर प्रसव पीड़ा बीच में ही रुक जाए या बहुत धीमे-धीमे सिकुड़न हो तो ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाया जाता है।
- **प्रसव के बाद खून का बहाव रोकने के लिए** – प्रसव के तीसरे चरण में अर्थात् शिशु जन्म के बाद लेकिन नाल (प्लैसेन्टा) निकलने से पहले ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन खून के बहाव को कम करने का बहुत प्रभावी तरीका होता है²।

प्रसव के बाद खून का बहाव रोकने के लिए ऑक्सीटॉसिन का प्रयोग करते समय कुछ सावधानियां बरती जानी चाहिए। प्रसव के दौरान या प्रसव पीड़ा आरंभ होने से लेकर शिशु

जन्म तक आमतौर पर सीमित मात्रा में ऑक्सीटॉसिन को आइसोटॉनिक द्रव के साथ मिलाकर धीमे-धीमे नसों में टीके द्वारा लगाते हैं। प्रसव पीड़ा आरंभ कराने या इसमें तेजी लाने के लिए ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग का फैसला बहुत ध्यानपूर्वक लिया जाना चाहिए और इस दौरान महिला और गर्भस्थ शिशु की निरंतर निगरानी/जाँच होनी चाहिए। यह भी जरूरी है कि आवश्यकता पड़ने पर सिजेरियन ऑपरेशन करने के लिए पर्याप्त सुविधाएं भी मौजूद हों^{1,3}। ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन माँसपेशियों पर नहीं लगाना चाहिए और क्योंकि ऑक्सीटॉसिन बहुत तेजी से पाचनतंत्र में स्थित आंतों द्वारा सोख लिया जाता है इसलिए इसे खाने की दवा के रूप में भी नहीं दिया जाना चाहिए।

ऑक्सीटॉसिन प्रसव प्रक्रिया में प्रयोग की जाने वाली एक महत्वपूर्ण दवा है। फिर भी प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद इसके प्रयोग से महिला और शिशु पर दुष्प्रभावों की अनेक जानकारियां मिली हैं। दुष्प्रभाव देखे जाने की यह घटनाएं अस्पतालों में भी देखने को मिलती हैं जहाँ निरंतर निगरानी/जाँच किए जाने की सुविधा भी उपलब्ध होती है। उदाहरण के लिए:

- ज्यादा मात्रा में ऑक्सीटॉसिन देने से प्रसव प्रक्रिया बहुत तेज हो सकती है जिसके कारण दर्द बढ़ सकता है, माँस व बच्चेदानी फट सकती है और गर्भस्थ शिशु के लिए खतरा उत्पन्न हो सकता है⁴।
- ऑक्सीटॉसिन से रक्तचाप कम हो सकता है और शरीर में सीरम इलैक्ट्रोलाइट

खासकर सोडियम की कमी हो सकती है (हाइपोनेट्रीमिया) जिससे उत्तकों में ज़्यादा पानी भर सकता है और शरीर में सूजन आ सकती है।

- प्रसव में तेजी उत्पन्न होने और ऑक्सीटॉसिन तथा प्रोस्टाग्लैण्डिन से आरंभ कराई गई प्रसव पीड़ा के बाद अगर प्रसव के पश्चात कोई ऑक्सीटॉसिक दवा न दी जाए तो खून का बहाव ज़्यादा होता है⁵।
- यह देखा गया कि इज़राइल में प्रसव के बाद खून बहने की घटनाओं में ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग से प्रसव पीड़ा आरंभ किया जाना और इसमें तेजी लाया जाना मुख्य कारण थे (दोनों मामलों में ओआर 1.4)⁶।
- 1995–2001 के बीच स्वीडन में पाया गया कि प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का प्रयोग बढ़ने से विशेष रूप से 12 घंटे से कम प्रसव पीड़ा⁷ होने पर ऑपरेशन द्वारा शिशु जन्म (ओआर 4.0; 95% सीआई 3.7–4.2); एंप्गार स्कोर 7 से कम (ओआर 2.3; 95% सीआई 1.8–2.9) और नवजात शिशु को गहन चिकित्सा में रखने (ओआर 1.6; 95% सीआई 1.5–1.7); की घटनाओं में बढ़ोतरी हुई।
- स्वीडन में किए गए एक अध्ययन से यह भी पता चला कि 1996 से 2003 के बीच गलत उपचार किए जाने के बारे में पेश किए गए 77 दावों में से एक तिहाई मामले ऑक्सीटॉसिन के अनावश्यक प्रयोग, गर्भस्थ

शिशु की मॉनीटरिंग के लक्षणों की ग़लत व्याख्या और बच्चे के संकट में होने को समझ न पाने से संबंधित थे जिसके कारण मस्तिष्क को नुकसान पहुँचा था या बच्चे की मृत्यु हो गई थी⁸।

- नेपाल के बी.पी. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान संस्थान में फरवरी 1999 से जनवरी 2004 के बीच बच्चेदानी या गर्भाशय के फटने की 126 घटनाओं का अध्ययन करने पर पता चला कि उन महिलाओं में बच्चेदानी फटने की घटनाएं अधिक हुई थीं जिनके पहले प्रसव में सिजेरियन ऑपरेशन हुआ था और जिन्हें दूसरे प्रसव के दूसरे चरण में ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाया गया था⁹।

उत्तर प्रदेश में प्रसव की प्रक्रिया

ऐसा अनुमान था कि मार्च 2007 में उत्तर प्रदेश की कुल जनसंख्या लगभग 186.8 मिलियन¹⁰ थी और यहाँ हर वर्ष लगभग 5.8–6 मिलियन बच्चों का जन्म होता था। अधिकांश जन्म, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में, घर पर ही होते हैं¹¹। 2005–2006 में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3 के अंतर्गत उत्तर प्रदेश में 15–49 वर्ष की 12183 महिलाओं का साक्षात्कार किया गया। इनमें से 8.8% महिलाओं ने सरकारी अस्पतालों, 13.9% ने निजी अस्पतालों और क्लीनिकों और शेष 77% से अधिक महिलाओं ने घर पर ही प्रसव कराया था¹²। अध्ययन से पहले के 3 वर्षों के दौरान घर पर प्रसव कराने वाली कुल महिलाओं में से 6.2% महिलाओं के

मामले में प्रसव के समय कुशल जन्म सहायिका और 8.3% मामलों में प्रशिक्षित डॉक्टर या नर्स मौजूद रहे थे; बाकी के सभी प्रसवों में देखभाल का काम रिश्तेदारों या अप्रशिक्षित दाइयों द्वारा किया गया था¹²। आमतौर पर गाँव के लोग अप्रशिक्षित ग्रामीण डाक्टरों और प्रशिक्षित एमबीबीएस डाक्टरों, दोनों के लिए “डाक्टर” शब्द का ही प्रयोग करते हैं इसलिए हो सकता है कि राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण में घर पर प्रसव के मामलों में इन अनौपचारिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की भूमिका को कम करके आंका गया हो। इसके अलावा इन सर्वेक्षणों में ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग के बारे में कोई सूचना एकत्रित नहीं की गई थी। इसलिए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण से उत्तर भारत में घर पर कराए जाने वाले प्रसवों के दौरान चिकित्सा सुविधाओं की उपलब्धता या ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग के बारे में कुछ विशेष जानकारी नहीं मिल पाती।

वहीं दूसरी ओर छोटे पैमाने पर किए गए अनेक अध्ययनों से यह पता चला है कि उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों में घर पर प्रसव के दौरान अप्रशिक्षित डाक्टरों की महत्वपूर्ण भूमिका रहती है और प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन इंजेक्शन का प्रयोग बड़े पैमाने पर किया जाता है। भारत के अन्य क्षेत्रों में किए गए अध्ययनों और बंगलादेश, नेपाल और पाकिस्तान से मिली जानकारियों (मार्ज कॉबलिनिसकी, इयान हार्पर और ख़ावर मुम्ताज़—व्यक्तिगत पत्राचार) से भी पता चला है कि इस तरह के व्यवहार बहुत प्रचलित हैं।

पश्चिमी उत्तर प्रदेश के बिजनौर जिले के दो गाँवों में किए गए अनुसंधान से पता चला है कि 1983–1987 के बीच प्रसव के 15% मामलों (कुल मामले 237) में एक सरकारी फार्मासिस्ट ने गैर-कानूनी रूप से अपनी निजी प्रैक्टिस चलाते हुए महिलाओं को माँस-पेशियों में ऑक्सीटॉसिन के इंजेक्शन लगाए थे¹³। 1998–2002 के बीच अप्रशिक्षित निजी ग्रामीण पुरुष डाक्टरों ने प्रसव के लगभग आधे मामलों में (48% – कुल मामले = 346) महिलाओं को ऑक्सीटॉसिन के इंजेक्शन लगाए थे¹⁴। इनमें से 62.3% (संख्या = 53) ऐसी महिलाओं को इंजेक्शन दिए गए थे जिनमें प्रसव पीड़ा के सामान्य से देर तक होने की संभावना थी। इसकी तुलना में सामान्य प्रसव की संभावना वाली 45% (संख्या = 293) को ये इंजेक्शन दिए गए थे। ऑक्सीटॉसिन इंजेक्शन का प्रयोग प्रसव पीड़ा आरंभ करने के लिए नहीं किया गया था बल्कि गाँव की महिलाओं का ये मानना था कि प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन देना ही प्रसव को जल्दी से पूरा कराने का एकमात्र प्रभावी तरीका है। 80 के दशक तक प्रचलित सभी पारंपरिक प्रथाएं सन् 2000 तक समाप्त हो गई थीं और अब प्रसव पीड़ा आरंभ होने पर पुरुष डाक्टरों को तब बुला लिया जाता था जब प्रसूता महिला या उसके रिश्तेदारों और दाई को यह लगता था कि प्रसव में देर हो रही है। इन इंजेक्शनों को ‘दर्द बढ़ाने’ के इंजेक्शन कहा जाता था और ये उन महिलाओं में बहुत प्रचलित थे जो चाहती थीं कि उनका प्रसव जल्दी से जल्दी

पूरा हो जाए। 2000 के दशक के शुरू के वर्षों में ऑक्सीटॉसिन का हर टीका 100–150 रुपये में लगता था और लोगों को यह बहुत महंगा नहीं लगता था। कुछ महिलाओं ने तो यह जानकारी भी दी कि उन्होंने कुछ ही घंटों के अंतर पर ऑक्सीटॉसिन के कई टीके लगवाए थे। दाइयाँ हालांकि, टीका लगाने के लिए स्थानीय पुरुष डाक्टर को बुलाने से पहले गर्भाशय में ऐंठन या योनि में फैंलाव की सामान्य रूप से जाँच नहीं करती थी। इसी तरह स्थानीय पुरुष डाक्टर भी गर्भवती महिला की आंतरिक जाँच नहीं करते थे और बच्चे की स्थिति जाँचने के लिए कभी-कभार ही महिला की बाहरी जाँच करते थे। कई महिलाओं ने यह जानकारी दी कि उनके प्रसव के समय बच्चा तिरछा हो गया था लेकिन ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन दिए जाने से पहले इसकी जाँच नहीं की गई। इसके अलावा इन स्थानीय पुरुष डाक्टरों या दाइयों के पास गर्भस्थ शिशु या माँ की स्थिति की निगरानी करते रहने की कोई व्यवस्था नहीं होती थी जिससे कि ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाने के बाद उनकी देखरेख की जा सके: उनके पास फीटल स्टेथस्कोप या ट्रम्पेट नहीं होता था और न ही महिला का रक्तचाप (ब्लडप्रेसर) या गर्भाशय में ऐंठन को मापने का कोई यंत्र होता था। हालांकि यहाँ दी गई कुछ जानकारियाँ स्वयं देखी गई घटनाओं पर आधारित है लेकिन अधिकांश सूचनाएं महिलाओं द्वारा अपने प्रसव के बारे में बताए गए अनुभवों पर ही आधारित हैं। इसलिए हम निष्कर्ष निकालते समय

प्रमाणिक रूप से कुछ नहीं कह सकते।

कानपुर देहात में किए गए अध्ययन से भी ऐसी ही जानकारियाँ मिलीं हालांकि वहाँ टीके के प्रयोग का प्रतिशत कुछ कम (23%; घटनाओं की संख्या = 527) था¹⁵। उत्तर प्रदेश के 12 जिलों में किए गए अध्ययन से भी ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग के बारे में ऐसी ही जानकारियाँ मिलीं (48.2%; कुल संख्या = 2992)। मुज़फ्फरनगर में टीके के प्रयोग की दर 74.7% थी तो चित्रकूट में यह 16.7% थी और इंजेक्शन लगवाने वाली लगभग दो तिहाई महिलाओं ने यह बताया कि उन्हें एक से ज्यादा बार इंजेक्शन दिए गए¹⁶। दोनों ही अध्ययनों से यह जानकारी भी मिली कि जिन महिलाओं में प्रसव के अपेक्षाकृत देर तक चलने की संभावना होती है उन्हें ऑक्सीटॉसिन का टीका लगाया जाना अधिक सामान्य था। अच्छी सामाजिक-आर्थिक स्थिति वाली और कुछ बेहतर पढ़ी-लिखी महिलाओं में भी अधिक टीके लगाए जाने की सूचना मिली जिससे यह पता चलता है कि ऑक्सीटॉसिन के टीके का प्रयोग आवश्यकता के आधार पर कम होता था और इसके लिए भुगतान कर पाने की क्षमता या "आधुनिक" विचारों का होना अधिक महत्व रखता था। सीतापुर जिले में किए गए एक अध्ययन से भी इसी तरह की जानकारी मिली है जिसमें अध्ययनकर्ता पिन्टो ने विचार रखा है कि आधुनिक बाँयो मेडिसिन के यह टीके लगाने से स्थानीय चिकित्सकों का महत्व बढ़ जाता है¹⁷। 12 जिलों में किए गए अध्ययन में देखा गया था कि टीका लगवाने का निर्णय आमतौर पर

दाई या जन्म सहायिका (क्रमशः 29.8% और 29.6%) लेती थीं और यह टीके स्थानीय निजी डाक्टर या जन्म सहायिका द्वारा लगाए (क्रमशः 48.2% और 32.8%) जाते थे¹⁶। कानपुर में किए गए अध्ययन में टीकों के प्रयोग और किसी स्वास्थ्यकर्मी (प्रशिक्षित या अप्रशिक्षित) की मौजूदगी में प्रत्यक्ष संबंध देखे गए जबकि ऑक्सीटॉसिन टीके के प्रयोग और प्रसव में होने वाली जटिलताओं की संभावनाओं के बारे में कोई स्पष्ट जानकारी नहीं मिली¹⁵।

कर्नाटक में किए गए अध्ययन में बताया गया है कि घर पर होने वाले प्रसवों में से 21% मामलों में ऑक्सीटॉसिक का प्रयोग किया गया। इनमें घर पर सरकारी जन्म सहायिकाओं की मौजूदगी में होने वाले प्रसव भी शामिल हैं¹⁸। अस्पतालों में होने वाले प्रसवों में कुल महिलाओं में से 90% से अधिक को और कोई जटिलता न होने वाली 75% से अधिक महिलाओं को प्रसव को जल्दी पूरा करने के लिए एक से अधिक बार ये टीके लगाए गए थे या नस में द्रव्य के साथ ऑक्सीटॉसिक्स दिए गए थे¹⁸। कर्नाटक के ग्रामीण इलाकों से भी प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद बड़े पैमाने पर ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन दिए जाने की जानकारियाँ मिली हैं¹⁹। चैन्नई में तो व्यस्त अस्पतालों में भीड़ को कम करने के लिए प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन देना सामान्य व्यवहार मान लिया गया था और घर पर प्रसव के दौरान स्थानीय बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मी द्वारा ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगा दिया जाना भी एक सामान्य घटना थी^{20,21}। दिल्ली के एक

निर्धन इलाके में किए गए अध्ययन में भी घर पर प्रसव के 68.9% मामलों में ऑक्सीटॉसिन इंजेक्शन दिए जाने की जानकारी मिली है। 86.8% मामलों में यह टीके निजी डाक्टरों द्वारा लगाए गए थे²²।

ये सभी अध्ययन आमतौर पर छोटे पैमाने पर किए गए थे और इनमें जनसंख्या समूहों में आंकड़ों को पहले से उपलब्ध जानकारियों से मिलाने की प्रक्रियाएं नहीं अपनाई गई थीं फिर भी यह देखा गया कि इंजेक्शन न लगवाने वाली महिलाओं की तुलना में प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगवाने वाली महिलाओं में मृत बच्चों को जन्म देने, नवजात शिशुओं की मृत्यु और उनमें रोग होने (संभवतः इसका संबंध प्रसव के समय सांस घुटने (एसफिक्सिया) से था) के अधिक मामले देखे गए^{15,16}। उत्तर प्रदेश के 12 जिलों में किए गए अध्ययन¹⁶ की जानकारियों का दो अलग-अलग मानकों पर आधारित आरंभिक विश्लेषण से पता चला कि जिन महिलाओं को ऑक्सीटॉसिन के टीके लगे थे उनमें अस्पतालों में प्रसव कराए जाने (ओआर 4.11; सीआई 3.21–5.27) और ऑपरेशन द्वारा बच्चे का जन्म (ओआर 2.59; सीआई 1.30–5.24) होने की घटनाएं अधिक थीं। इन महिलाओं को प्रसव के समय अधिक जटिलताएं (ओआर 5.72; सीआई 4.07–8.08) भी हुई थीं और उनका यह मानना था कि उनका प्रसव बहुत कठिन (ओआर 3.72; सीआई 2.93–4.74) रहा था। सर्वेक्षण में शामिल की गई महिलाओं की संख्या कम होने के कारण गर्भवती मातृ मृत्यु के मामले भी कम

घटित हुए थे और इस अध्ययन में ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगवाने वाली और न लगवाने वाली महिलाओं के बीच उल्लेखनीय अंतर दिखाई नहीं पड़ा लेकिन मृत बच्चों के जन्म (ओआर 1.74; सीआई 1.02–2.97), नवजात शिशुओं की मृत्यु (ओआर 1.52; सीआई 1.06–2.20), जन्म के समय बच्चे का बहुत कमजोर होना (ओआर 1.96; सीआई 1.56–2.93) और माँ द्वारा प्रसव के बाद 42 दिन तक के समय को बहुत कठिन समझे जाने (ओआर 2.13; सीआई 1.56–2.46) के बारे में उल्लेखनीय अंतर थे। बिजनौर के देहाती इलाकों में 2000 के दशक के आरंभिक वर्षों में ऑक्सीटॉसिन इंजेक्शन लगवाने वाली महिलाओं में से 20% ने अस्पतालों में प्रसव कराया था जबकि दोनों गाँवों की उन 9% महिलाओं की तुलना में जिन्होंने उस अवधि में शिशुओं को जन्म दिया था¹⁴।

इन सभी जानकारियों से केवल ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग और इन घटनाओं के संबंधों के संकेत ही मिलते हैं, इन जानकारियों से ऑक्सीटॉसिन के दुष्प्रभावों के बारे में निश्चित रूप से कुछ नहीं कहा जा सकता। इस बारे में और अधिक अनुसंधान किया जाना जरूरी है – धीमे-धीमे नसों में ऑक्सीटॉसिन लगाए जाने की बजाए माँसपेशियों में इसका टीका लगाया जाना, टीका लगाने से पहले माँ एवं गर्भस्थ शिशु की स्थिति जाँच लेने में विफलता और इसके प्रयोग पर निगरानी व्यवस्था का न होना, सभी कुछ ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग के बारे में स्थापित मानकों से अलग है।

निष्कर्ष और टिप्पणियाँ

लंबे समय से भारत में उत्तर प्रदेश और दूसरे बड़े उत्तरी राज्यों में मातृ मृत्यु और नवजात शिशुओं की अधिक मृत्यु की घटनाओं के संदर्भ में भारत में प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन टीके का प्रयोग किया जाता रहा है। 2005 में भारत में नवजात शिशु मृत्यु दर 58 (95%; सीआई 57–60) थी जबकि उत्तर प्रदेश में यह दर 73 (95%; सीआई 69–77) थी²³। 1998–99 के अनुमानों के अनुसार भारत में हर एक हजार शिशुओं के जन्म में से मृत पैदा होने वाले शिशुओं की दर 39 थी; नवजात शिशुओं की मृत्यु दर 43 प्रति 1000 जीवित जन्म थी। इनमें से 33% नवजात शिशुओं की मृत्यु जन्म के पहले सप्ताह में हो जाती थी²⁴। कुछ बड़े बच्चों की तुलना में प्रसव के तुरन्त बाद और नवजात शिशुओं की मृत्यु दर में बहुत धीरे-धीरे कमी आ रही है। भारत में, विशेषकर उत्तर प्रदेश जैसे बड़े उत्तरी राज्यों में मातृ मृत्यु दर अब भी बहुत अधिक है। पूरे भारत के लिए हाल ही में लगाए अनुमानों के अनुसार वर्ष 2000 में मातृ मृत्यु दर 500 प्रति 1 लाख जीवित जन्म²⁵ थी जोकि 2001–03 में घटकर 301 रह गई थी²⁶। बाद के अध्ययन से पता चला कि उत्तर प्रदेश में 2001–03 के दौरान मातृ मृत्यु दर 517 थी जिसका अर्थ यह है कि इस समय के दौरान भारत में मातृत्व के कारण मरने वाली महिलाओं में से 23% महिलाओं की मृत्यु उत्तर प्रदेश में हुई थी।

स्वतंत्रता के बाद शिशु एवं मातृ स्वास्थ्य की ओर ध्यान देने के लिए अनेक नीतियाँ

बनाई गई हैं^{27,28}। वर्तमान नीतियों में यह लक्ष्य रखा गया है कि वर्ष 2012 तक मातृ मृत्यु दर को घटाकर 100 प्रति एक लाख जीवित जन्म और नवजात शिशु मृत्यु को 30 प्रति एक हजार जीवित जन्म कर दिया जाए। वर्तमान नीतियों में इस बात पर ध्यान दिया जा रहा है कि प्रसव के समय कुशल जन्म सहायक मौजूद रहें और अस्पतालों में प्रसव कराए जाने को प्राथमिकता दी जाए। यहाँ हम प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन के प्रयोग से जुड़े केवल दो विषयों को उठाना चाहते हैं: प्रसव के बाद होने वाला रक्तस्राव और प्रसव में उत्पन्न होने वाली वे समस्याएं जिन्हें समुदाय के स्तर पर हल न किया जा सके।

सबसे पहले तो प्रसव के बाद होने वाला अत्यधिक रक्तस्राव ही भारत में 38% महिलाओं की मृत्यु का कारण होता है²⁶। प्रसव के तुरंत बाद बहुत ज़्यादा खून बहने से महिला की तुरंत मृत्यु हो सकती है इसलिए उसे दूर के किसी स्वास्थ्य केन्द्र में रैफर कर पाना संभव ही नहीं हो पाता। इसलिए यह ज़रूरी है कि जिस स्थान पर महिला का प्रसव हो वहीं उसमें प्रसव के बाद खून बहने को रोका जा सके। 2007 में बनाई गई नई नीति के अनुसार सीमान्त क्षेत्रों में नियुक्त सरकारी महिला स्वास्थ्यकर्मियों को ऑक्सीटॉसिन के इंजेक्शन उपलब्ध कराए जाते हैं जिसे उन्हें महिला को प्रसव के तीसरे चरण में लगाना होता है जिससे प्रसव के बाद ज़्यादा खून बहने को रोका जा सके। नीतियों में इस तरह के बदलाव के कारण भी प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का

इंजेक्शन लगा दिए जाने के व्यवहार (सरकारी और गैर-सरकारी स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा) को बढ़ावा मिला है।

दूसरे, अस्पतालों में प्रसव कराए जाने का समर्थन करने का एक मुख्य कारण यह है कि अस्पतालों में हर तरह की सुविधाएं उपलब्ध (या संभवतः शीघ्र ही उपलब्ध होंगी) होती हैं। गरीब महिलाओं को अस्पतालों में प्रसव कराने के लिए नकद भुगतान किए जाने की 'जननी सुरक्षा योजना' से ऐसा ही लगता है²⁹। उत्तर प्रदेश में सरकारी अस्पताल अब भी सामान्य प्रसवों को करा पाने में असमर्थ हैं और आपातकालिक देखभाल की स्थिति जैसी जटिलताएं उत्पन्न होने के बारे में तो सोचना ही नहीं चाहिए। उत्तर प्रदेश के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, जिन्हें यह माना जाता है कि वे जटिलता होने पर पहली रैफरल इकाई के रूप में काम करेंगे, में उपकरणों और कर्मचारियों की कमी है। वर्ष 2002-03 में उत्तर प्रदेश के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का सर्वेक्षण किया गया था (तालिका-1) और यह पाया गया कि उनमें से 20% से कम स्वास्थ्य केन्द्रों में आपातकालिक प्रसव सहायता के लिए आवश्यक 60% उपकरण उपलब्ध थे। केवल एक तिहाई सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 60% प्रशिक्षित चिकित्साकर्मि नियुक्त थे। मरीजों को शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों में रैफर किए जाने की स्थिति में उन्हें वहाँ ले जाने के लिए यातायात की सुविधाएं लगभग न के बराबर थीं।

सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं की कमियों के बारे में बताते हुए यह कहा जा सकता है कि

1993 से 2002 के बीच अध्ययन काल में बिजनौर के अस्पतालों में हुए कुल 54 प्रसवों में से 2 को छोड़ सभी प्रसव बिजनौर शहर के निजी नर्सिंग होम में हुए जिनमें से लगभग 20 नर्सिंग होम मरीजों को भर्ती करने की सुविधा उपलब्ध कराते हैं। इनमें से अधिकांश नर्सिंग होम छोटे स्तर के थे (लगभग आधों में 15 से कम बिस्तर उपलब्ध थे और बाकी में 20 से अधिक बिस्तर नहीं थे)। यहाँ इलाज के लिए ज़रूरी सुविधाओं (खून, आक्सीजन, रेजीडेंट एनस्थीसिस्ट, नवजात जीवित के पुनरुज्जीवन के लिए आवश्यक उपकरण और इनक्यूबेटर) का भी अभाव है³²। इस स्थिति में कुछ भी आश्चर्यजनक नहीं लगता³³। भारत के अन्य स्थानों की तरह यहाँ भी निजी क्षेत्र में प्रसव सुविधाएं प्राप्त करने की लागत और सिजेरियन ऑपरेशन कराने की लागत सरकारी सुविधाओं से बहुत अलग है³⁴⁻³⁶।

इस तरह से उत्तर प्रदेश में न तो सरकारी और न ही निजी स्वास्थ्य केन्द्र प्रसव आपदाओं की स्थिति का सामना करने वाली ग्रामीण महिलाओं के लिए उचित और कम खर्चीली स्वास्थ्य सेवाएं दे पाने में सक्षम हैं। ऑक्सीटॉसिन के अनुचित प्रयोग के बारे में इससे दो बातें सामने आती हैं। प्रसव देखभाल में ऑक्सीटॉसिन का प्रयोग तभी किया जाना चाहिए अगर आपात स्थिति उत्पन्न होने पर ऑपरेशन द्वारा प्रसव कराए जाने की सुविधाएं मौजूद हों। यह तो स्पष्ट है कि उत्तर प्रदेश में (और भारत के दूसरे कई भागों में) यह आवश्यकता पूरी नहीं हो रही। इसके अलावा कार्यकारी रैफरल प्रणालियों को रातों-रात लागू नहीं किया जा सकता और न ही यह सुनिश्चित किया जा सकता है कि सभी जन्म सहायिकाएं पर्याप्त रूप से कुशल हों। आने वाले कुछ समय तक, कम से कम ग्रामीण उत्तर प्रदेश की

तालिका-1: 2002-03 में उत्तर प्रदेश के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत (कुल संख्या = 256) जहाँ प्रसव और आपातकालिक प्रसूति देखभाल की सुविधाएं उपलब्ध हैं (अर्थात जो कुल आवश्यकता के कम से कम 60% स्तर तक हैं³¹)

आवश्यकता	प्रतिशत
मूलभूत सुविधाएं	66.4
चिकित्साकर्मि- प्रसूति/ स्त्री रोग विशेषज्ञ, बाल-रोग विशेषज्ञ और एनस्थीसिस्ट	34.0
पैरामैडिकल कर्मचारी- स्टाफ नर्स, जन्म सहायिका, फार्मासिस्ट, लैबोरेट्री टैक्नीशियन, सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता, एक-एक पुरुष एवं महिला स्वास्थ्य सहायक	66.0
आपूर्ति व्यवस्था- ट्यूबल रिंग, ऑपरेशन के लिए आवश्यक सामान, आपातकालिक प्रसूति देखभाल किट, नवजात शिशु देखभाल किट, प्रजननतंत्र में संक्रमण/ यौन संचारित संक्रमण जाँच किट और प्रसव किट	18.4
उपकरण- बॉयल्स उपकरण, शैडोलैस लैम्प और आक्सीजन का सिलेण्डर	57.8

अधिकांश महिलाओं का प्रसव अस्पतालों की बजाए घर पर ही होता रहेगा और इन प्रसवों की देखभाल रिश्तेदारों, दाइयों, अप्रशिक्षित निजी ग्रामीण पुरुष डाक्टरों या जन्म सहायिकाओं द्वारा ही की जाती रहेंगी। इसलिए यह बहुत ज़रूरी हो जाता है कि ऐसी नीतियाँ बनाई जाएं जिनसे घर पर होने वाले प्रसव माँ एवं बच्चे, दोनों के लिए सुरक्षित बन सकें।

वर्तमान में घर पर प्रसव के दौरान ऑक्सीटॉसिन का प्रयोग किए जाने के व्यवहार अंतरराष्ट्रीय सिफारिशों के स्तर से बहुत अलग है। हमारे विचार से यह चिन्ता का विषय है और इस बारे में और अधिक शोध किया जाना चाहिए जिससे यह पता लग सके कि क्या और किस हद तक प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद ऑक्सीटॉसिन का इंजेक्शन लगाए जाने से ग्रामीण उत्तर भारत में मातृ मृत्यु दर और नवजात शिशुओं में रोग और मृत्यु की दर लगातार इतनी अधिक बनी हुई है। अल्पावधि में मातृ और नवजात शिशु स्वास्थ्य के लिए चलाए जा रहे स्वास्थ्य अभियानों में ऑक्सीटॉसिन के गलत प्रयोग के बारे में संदेश दिया जाना चाहिए। नवजात एवं बाल रोगों के एकीकृत प्रबंधन और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन को भी इस पर विचार करना चाहिए। लंबे समय में यह ज़रूरी है कि राज्य प्रशासन गाँवों में चिकित्सा सुविधाओं को नियंत्रित करे जिससे यह सुनिश्चित किया जा सके कि स्वास्थ्य देखभाल के न्यूनतम मानकों का पालन हो।

अभिस्वीकृति

पैट्रिशिया और रॉजर जैफ्री इक्नॉमिक एण्ड सोशल रिसर्च काउन्सिल के प्रति आभार व्यक्त करना चाहते हैं जिन्होंने 1982–83 और 1985 में बिजनौर में किए गए अनुसंधान के लिए धन की व्यवस्था की। वे वेलकम ट्रस्ट के भी आभारी हैं जिन्होंने 2002–04 में किए गए अध्ययन के लिए धन की व्यवस्था की। अभिजीत दास उत्तर प्रदेश के 12 जिलों में अध्ययन करने के लिए महिला समाख्या संगठन के आभारी हैं जिन्होंने इस कार्य में सहयोग दिया।

- अ. सैन्टर फॉर साउथ एशियन स्टडीज़, यूनीवर्सिटी ऑफ एडिनबर्ग, स्कॉटलैण्ड में सामाजिक विज्ञान की प्रोफेसर ई—मेल: pjeffery@staffmail.ed.ac.uk
- ब. निदेशक, सैन्टर फॉर हैल्थ एण्ड सोशल जस्टिस, नई दिल्ली, भारत
- स. समन्वयक, सहयोग, लखनऊ, भारत
- द. सैन्टर फॉर साउथ एशियन स्टडीज़, यूनीवर्सिटी ऑफ एडिनबर्ग, स्कॉटलैण्ड में दक्षिण एशियाई सामाजिक विज्ञान विषय के प्रोफेसर

संदर्भ

1. Smith J, Merrill D. Oxytocin for induction of labor. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006; 49(3):595-608.
2. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, et al., Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews 2001 (4:CD001808).
3. Briggs GG, Wan SR. Drug therapy during labor and delivery, part 2. *American Journal of Helath-System Pharmacists* 2006; 63(15 June):1131-39.
 4. den Hertog CEC, de Groot ANJA, van Dongen PWJ. History and use of oxytocics. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 2001;94(1):8-12
 5. Phillip H, Fletcher H, Reid M. The impact of induced labour on postpartum blood loss. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004;24(1):12-15.
 6. Sheiner E, Sarid L, Levy A, et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. *Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine* 2005;18(3):149-54.
 7. Oscarsson M, Amer-Wahlin I, Rydhstroem H, et al. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(9):1094-98.
 8. Jonsson M, Norden SL, Hanson U. Analysis of malpractice claims with a focus on oxytocin use in labour. *Acta Obstericia et Gynecologica Scandinavica* 2007;86(3):315-19.
 9. Chuni N. Analysis of uterine rupture in a tertiary center in Eastern Nepal: lessons for obstetric cre. *Journal of Obstetric and Gynaecological Research* 2006;32(6):574-79.
 10. Registrar-General of India. Report of the Technical Group on Population Projections constituted by the National Commission on Population. Office of the Registrar General and Cencus Commissioner India, 2006.
 11. RamaRao S, Caleb L, Khan ME, et al. Safer maternal health in rural Uttar Pradesh: do primary health services contribute? *Health Policy and Planning* 2001;16(3):256-63.
 12. Ministry of Health and Family Welfare, NFHS-3 (2005-06) Fact Sheets (Provisional Results). 2006. At: <http://mohfw.nic.in/nfhsfactsheet.htm>. Accessed 5 April 2007.
 13. Jeffery P, Jeffery R, Lyon A. *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London: Zed books, 1989.
 14. Jeffery P, Jeffery R. Safe motherhood and/or the health care market: a twenty year perspective from UP. Paper presented at workshop on Post-Liberalization State in India. Stanford, June 2004 (Unpublished).
 15. Sharan M, Storbino D, Ahmed S. Intrapartum oxytocin use for labor acceleration in rural India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 90:251-57.
 16. Das A, Agarwal M, Tripathi K, et al. Use of pre-delivery injections during home deliveries in rural north India: implications for

- maternal and neonatal health programmes under NRHM. Paper presented at 10th International Women's Health Meeting, New Delhi, 21-25 September 2005. (Unpublished).
17. Pinto S. Development without institutions: ersatz medicine and the politics of everyday life in rural north India. *Cultural Anthropology* 2004;19(3):337-64.
 18. Matthews Z, Ramakrishna J, Mahendra S, et al. Birth rights and rituals in rural south India: cae seeking in the intrapartum period. *Journal of Biosocial Science* 2005;37:385-411.
 19. George A, Iyer A, Sen G. Gendered health system biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India. Working Paper 253, Brighton: Institute of Development Studies, 2005.
 20. Van Hollen C. Birth on the threshold: childbirth and modernity in south India. Berkeley: University of California Press, 2003.
 21. Van Hollen C. Invoking Vali: painful technologies of modern birth in South India. *Medical Anthropology Quarterly* 2003;17(1):49-77.
 22. Caleb LE. Women's health in the postpartum period and the influence of infant gender on postpartum practices in a low-income community in Delhi, India. Baltimore: Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1995.
 23. Registrar-General India. Sample Registration Bulletin 2006;41(1), New Delhi: Registrar-General India, 2006.
 24. International Institute for Population Sciences/ORC Macro, National Family Health Survey-2 1998-99: India. Mumbai/Calverton, MD: International Institute for Population Sciences/ORC Macro, 2000.
 25. Smit J. Millennium Development Goals: Progress in Asia and the Pacific 2006, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations Development Programme, Asian Development Bank.
 26. Registrar-General India. Maternal Mortality in India, 1997-2003: Trends, Causes and Risk Factors I. Registrar General/ Centre for Global Health Research, University of Toronto, 2006.
 27. Ministry of Health and Family Welfare. National Population Policy, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2000.
 28. Ministry of Health and Family Welfare, National Health Policy. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2002.
 29. Ministry of Health and Family Welfare, Janani Suraksha Yojana: Features and frequently asked questions and answers as in October 2006. New Delhi: Maternal Health Division, Government of India, 2006.

- At : http://mohfw.nic.in/dofw%20website/JSY_features_FAW-Nov-2006.htm.
Accessed 9 April 2007.
30. International Institute for Population Studies. Facility Survey National Report under Reproductive and Child Health Project Phase II, IIPS, 2003. At: www.rchindia.org/fs_india.htm.
31. Ministry of Health and Family Welfare. Uttar Pradesh Facility Survey 2002-2003. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2003.
32. Jeffery P, Jeffery R, "Money itself discriminates": obstetric emergencies in the time of liberalisation. Contributions to Indian Sociology (Forthcoming).
33. Jesani A. Social objectives of health care services: regulating the private sector. In : Prabhu KS, Sudershan R, editors, Reforming India's Social Sector: Poverty, Nutrition, Health and Education. New Delhi: Social Science Press, 2003. p.205-20.
34. Chakraborty S. Private Health Provision in Uttar Pradesh, India. In: Peters DH, Yazbeck AS, Sharma RR, et al. editors. Better Health systems for India's Poor. Washington DC: World Bank. 2002. p.257-77.
35. Jejeebhoy SJ, Caleb Varkey L. Maternal health and pregnancy-related care. In: Jejeebhoy SJ, editor. Looking Back, Looking Forward: A Profile of Sexual and Reproductive Health in India. Jaipur/New Delhi: Rawat Publications/Population Council, 2004. p.44-87.
36. Mishra S. Public health scenario in India. In : Parikh KS, Radhakrishna R, editors, India Development Report 2004-05. New Delhi : Oxford University Press for Indira Gandhi Institute of Development Research, 2005, p.62-83.

गर्भावस्था पूरी होने के बाद: प्रसव के बाद मृत्यु और रोग की स्थिति की रोकथाम

Carla AbouZahr, Marge Berer

कार्ला अबुज़हर, मार्ज बेरर

गर्भावस्था एक प्रक्रिया है जिसका हर चरण अपने से पहले चरण से प्रभावित होता है। प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद और प्रसव का तीसरा चरण पूरा हो जाने के दौरान और प्रसव के तुरंत बाद अगले 42 दिन तक देखभाल के लिए यह और भी सही है क्योंकि यही वह समय होता है जब जटिलताएं उत्पन्न होती हैं और उनके उपचार की ज़रूरत भी पड़ती है। विकसित देशों में तो प्रसव के बाद की देखभाल का काम प्रसव देखभाल सेवाओं का ही एक हिस्सा होता है लेकिन विकासशील देशों में प्रसव के बाद की देखभाल जैसी सेवाएं लगभग न के बराबर मिल पाती हैं और आमतौर पर इसके बहुत घातक परिणाम होते हैं। विश्व स्तरीय सीमित आंकड़े भी प्रसव के बाद की देखभाल सेवाओं की कमी को दर्शाते हैं। तीन में से एक विकासशील देश में प्रसव के बाद की देखभाल के आंकड़े राष्ट्रीय स्तर पर उपलब्ध होते हैं और शेष विकासशील देशों में प्रसव के बाद की सेवाएं दिए जाने का स्तर 5% से भी कम हो सकता है। अधिकतर मातृ मृत्यु प्रसव के दौरान या शिशु जन्म के बाद होती हैं और उनकी मृत्यु के कारण आमतौर पर प्रसव के दौरान उत्पन्न होते हैं। इसी तरह असुरक्षित गर्भपात के कारण होने वाली मृत्यु गर्भपात के कुछ घण्टों या दिनों के बाद होती है। इस तरह हम कह सकते हैं कि विकासशील देशों में महिलाओं को आवश्यकता के समय उस तरह की देखभाल नहीं मिल पा रही जो उन्हें मिलनी चाहिए। आमतौर पर जिसे हम प्रसव के बाद की देखभाल कह देते हैं और जो शिशु जन्म के बाद के महीनों में की जाती है वह आमतौर पर उसके स्वास्थ्य को बढ़ाने और रोगों की रोकथाम करने के लिए तो पर्याप्त होती है लेकिन महिला की जीवन रक्षा करने के उद्देश्य से नहीं की जाती। इस काम में सबसे बड़ी चुनौती ऐसे कार्यक्रमों को विकसित करने की है जो प्रसव के दौरान और तुरन्त बाद आपातकालिक सेवाएं दें सकें जिससे मातृ मृत्यु के मामलों में कमी की जा सके।

आमतौर पर गर्भवती महिलाओं को दी जाने वाली देखभाल सेवाओं को तीन भागों में बाँटा जाता है:

- **प्रसव से पहले की देखभाल (एंटी-पार्टम पीरियड):** गर्भधारण से लेकर प्रसव पीड़ा आरंभ होने तक।
- **प्रसव के दौरान देखभाल (इंट्रा-पार्टम पीरियड):** प्रसव पीड़ा शुरू होने से लेकर प्रसव का तीसरा चरण (गर्भ से प्लेसैन्टा और झिल्लियाँ निकल जाना) पूरा होने तक।
- **प्रसव के बाद की देखभाल (पोस्ट-पार्टम पीरियड):** प्रसव का तीसरा चरण पूरा होने से लेकर अगले 42 दिनों तक।

इस तरह गर्भावस्था को अलग-अलग भागों में बाँटने के कई लाभ हैं क्योंकि हर चरण में होने वाली समस्याएं अलग-अलग होती हैं। उदाहरण के लिए गर्भावस्था के शुरू के दिनों में होने वाली समस्याएं और उनके लक्षण प्रसव के समय या उसके बाद होने वाली समस्याओं से बिल्कुल अलग होते हैं।

लेकिन इस तरह स्पष्ट रूप से गर्भावस्था को तीन चरणों में विभाजित कर देने का एक नुकसान भी होता है। इस तरह अलग-अलग चरणों में बाँटने से यह वास्तविकता छिप जाती है कि गर्भावस्था एक पूरी प्रक्रिया है और इसके हर चरण पर उससे पहले के चरण का बहुत अधिक प्रभाव पड़ता है। आमतौर पर हम गर्भावस्था के दौरान और प्रसव के तुरन्त बाद के समय में अंतर कर लेते हैं जिससे कि प्रसव के तुरन्त बाद के समय में देखभाल की

आवश्यकताएं छिप सी जाती हैं और केवल प्रसव के बाद लंबे समय तक दी जाने वाली देखभाल सेवाओं को ही महत्वपूर्ण मान लिया जाता है। यह बहुत दुर्भाग्यपूर्ण स्थिति है और खासतौर पर जिस तरह की प्रसव के उपरांत सेवाएं विकासशील देशों में महिलाओं को मिल पाती हैं वहाँ इनके घातक परिणाम भी होते हैं।

पिछले 100 वर्षों के दौरान विकसित देशों में प्रसव देखभाल सेवाएं

विकसित देशों में जब से गर्भावस्था और प्रसव के समय आधुनिकतम देखभाल सेवाएं दिए जाने के मानक स्थापित हुए हैं तब से आमतौर पर वहाँ लंबे समय तक किसी अस्पताल में महिला की देखभाल किसी विशेषज्ञ डाक्टर या जन्म सहायिका द्वारा की जाती है। बीसवीं शताब्दी के आरंभिक वर्षों में यूरोप, उत्तरी अमरीका और जापान की धनी महिलाओं को प्रसव देखभाल सेवाएं दिए जाने की प्रक्रिया में घर पर प्रसव और किसी विशेषज्ञ द्वारा उससे घर पर कई बार जाकर भेंट करना शामिल होता था¹। 1930 के दशक के अंतिम वर्षों में आधुनिक प्रसूति देखभाल सेवाएं उपलब्ध हो जाने के बाद भी इस प्रथा में बदलाव नहीं आया लेकिन धीरे-धीरे अब यह पूरी प्रक्रिया घर से हटकर अस्पताल में प्रसव कराए जाने में बदल गई²। जिन महिलाओं में प्रसव से जुड़ी कोई जटिलताएं नहीं होती थीं, उन्हें आमतौर पर 10 दिनों तक अस्पताल में रखा जाता था जबकि जटिलताएं होने पर महिला को इससे काफी लंबे समय तक अस्पताल में रहना होता था।

1970 व 1980 के दशक में दो कारणों से धीरे-धीरे इस प्रक्रिया में बदलाव आने लगा: पहला यह कि आमतौर पर स्वस्थ महिलाओं और उनके शिशुओं को आवश्यकता से अधिक समय के लिए अस्पताल में रखने पर आने वाले खर्च पर चिन्ता व्यक्त की जाने लगी और दूसरा यह कि महिलाएं भी जल्दी घर वापस जाने की इच्छा रखने लगी। यही कारण थे कि प्रसव की प्रक्रिया में बदलाव लाने के अभियान चलाए गए जिसमें जन्म सहायिकाओं और महिलाओं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा भाग लिया गया। बहुत से विकसित देशों में यह अभियान अब भी जारी है³।

वर्तमान में अधिकांश विकसित देशों में घर पर प्रसव कराए जाने के अभियान पूरी तरह सफल नहीं रहे हैं और सामान्य गर्भावस्था वाली बहुत सी महिलाएं अब भी अपने बच्चों को अस्पतालों में जन्म देती हैं और उन्हें शिशु के जन्म के बाद कुछ ही घण्टों में या एक-दो दिनों में ही अस्पताल से छुट्टी दे दी जाती है। इसका यह मतलब बिल्कुल नहीं है कि उन्हें अस्पताल से घर आ जाने के बाद चिकित्सा देखभाल सेवाएं नहीं मिलती। अस्पताल से डिस्चार्ज मिल जाने के बाद भी कुशल स्वास्थ्यकर्मी, आमतौर पर जन्म सहायिकाएं, नर्स या स्वास्थ्यकर्मी उनके घर पर जाकर उन्हें प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं प्रदान करते हैं। डाक्टर भी महिला और उसके शिशु की प्रगति जाँचने के लिए नियमित रूप से उनके घर जाते हैं³⁻⁵।

इस तरह अधिकांश विकसित देशों में

गर्भवती महिलाओं को प्रसव और उसके बाद की देखभाल सेवाएं एक साथ मिलती हैं भले ही उन्होंने प्रसव के समय अस्पताल में थोड़ा ही समय बिताया होता है या भले ही लागत कम करने के प्रयासों के चलते समुदाय आधारित देखभाल सेवाओं में अब कमी आ गई हो जो किसी समय पर कुछ स्थानों में मिला करती थी⁶। इस तरह एकीकृत रूप से प्रसव एवं प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं दिए जाने का चलन 20वीं सदी के शुरुआती वर्षों से चला आ रहा है— हालांकि इसमें दी जाने वाली सेवाओं, की उपलब्धता और प्रयोग की जा रही तकनीकों में समय के साथ-साथ बहुत बदलाव आया है। प्रसव से पहले जाँच किए जाने का चलन बहुत बाद में शुरू हुआ और आमतौर पर इस तरह की सेवाएं दूसरे विश्व युद्ध के बाद ही उपलब्ध होने लगीं।

विकासशील देशों की बिल्कुल भिन्न स्थिति

विकसित देशों की तुलना में विकासशील देशों में प्रसव देखभाल सेवाओं का विकास एक दूसरे ही तरीके से हुआ। यहाँ आमतौर पर मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत सबसे पहले प्रसव पूर्व जाँच कार्यों के लिए संसाधनों की व्यवस्था की जाती है और इन सेवाओं को लागू किया जाता है। प्रसव के दौरान देखभाल (चाहे प्रसव घर पर हो या किसी अस्पताल में) के प्रयास बाद में किए जाते हैं⁸ और प्रसव के बाद की जाने वाली जाँच और देखभाल सेवाएं तो लगभग न के बराबर दी जाती हैं।

जिन महिलाओं के प्रसव के समय कोई

कुशल स्वास्थ्यकर्मी मौजूद रहता है या जो महिलाएं किसी स्वास्थ्य केन्द्र में बच्चे को जन्म देती हैं उन्हें भी प्रसव के बाद कुछ ही घण्टों में छुट्टी दे दी जाती है और प्रसव के बाद काफी लंबे समय तक वे किसी स्वास्थ्य विशेषज्ञ से नहीं मिलती। स्वास्थ्य विशेषज्ञ से उनकी मुलाकात आमतौर पर तभी होती है जब वे अपने शिशु को किसी जाँच या टीका लगवाने के लिए अस्पताल ले जाती हैं⁹। इस समय भी उनके स्वास्थ्य की स्थिति को अनदेखा किया जाता है। एक देश, जिसका हम यहाँ नाम नहीं लेना चाहते, ने मातृ सेवाओं के विस्तार के अपने आंकड़ों में यह बताया था कि वहाँ प्रसव के बाद लगभग शत-प्रतिशत मामलों में देखभाल सेवाएं दी जाती हैं। जाँच करने पर पता चला कि इन सेवाओं के नाम पर वहाँ केवल शिशुओं का टीकाकरण और उसकी मॉनीटरिंग के काम ही शामिल किए जाते हैं। संभवतः यह अपने आप में कोई अकेला उदाहरण नहीं है, इस तरह की स्थिति अन्य कई देशों में भी हो सकती है।

विश्व स्तर पर उपलब्ध सीमित आंकड़े भी प्रसव के बाद की देखभाल सेवाओं की उपलब्धता की कमी को दर्शाते हैं। तीन में से एक ही विकासशील देश में प्रसव के बाद की देखभाल सेवाओं के आंकड़े राष्ट्रीय स्तर पर उपलब्ध होते हैं और शेष विकासशील देशों में प्रसव के बाद की सेवाएं दिए जाने का स्तर 5% से भी कम हो सकता है। उपलब्ध सीमित आंकड़ों के आधार पर लगाए गए अनुमानों से पता चलता है कि विकासशील देशों में प्रसव के बाद की देखभाल सेवाओं के प्रयोग का स्तर 30% से कम है¹⁰। इसकी तुलना में इन देशों में केवल 50% से कुछ अधिक महिलाओं का ही प्रसव किसी कुशल स्वास्थ्यकर्मी की मौजूदगी में होता है और 65% गर्भवती महिलाएं प्रसव से पहले कम से कम एक बार प्रसव पूर्व जाँच कराती हैं (तालिका-1)।

मातृ मृत्यु की घटनाओं के समय के बारे में उपलब्ध जानकारियों को देखते हुए यह स्थिति और भी चिन्ताजनक हो जाती है।

तालिका-1: प्रसव-पूर्व से प्रसव के बाद तक की देखभाल सेवाओं के विस्तार में कमी¹⁰

	अधिक विकसित क्षेत्र	कम विकसित क्षेत्र
कम से कम एक बार प्रसव पूर्व जाँच कराने वाली महिलाओं का प्रतिशत	97%	65%
कुशल स्वास्थ्यकर्मी की मौजूदगी में प्रसव कराने वाली महिलाओं का प्रतिशत	99%	53%
प्रसव के बाद कम से कम एक बार देखभाल के लिए स्वास्थ्यकर्मी द्वारा जाँच करवाने वाली महिलाओं का प्रतिशत	90%	30%

दुनिया भर के समुदायों में किए गए अध्ययनों से पता चला है कि अधिकांश गर्भवती महिलाओं की मृत्यु प्रसव के दौरान या प्रसव के तुरन्त बाद के समय में होती है (तालिका-2)¹¹। प्रसव के बाद मृत्यु की लगभग आधी घटनाएं प्रसव के अगले ही दिन हो जाती हैं और लगभग 70% घटनाएं प्रसव के बाद के पहले सप्ताह में होती हैं। दूसरे शब्दों में यदि कहा जाए तो विकासशील देशों में महिलाओं की स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकताओं और उन्हें दी जा रही सेवाओं में मेल नहीं है और महिलाओं को, वास्तव में, यह सेवाएं उस समय नहीं मिल पातीं जब उन्हें इनकी सबसे ज्यादा आवश्यकता होती है।

नेपाल में हाल ही में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि किस तरह जटिलता उत्पन्न होने पर मातृ मृत्यु की अधिकांश घटनाएं जल्दी ही हो जाती हैं। अस्पताल में मरने वाली 30 महिलाओं में से 66% महिलाओं की मृत्यु भर्ती होने के 24 घण्टों के भीतर हो गई थी। समुदाय में जिन 82 महिलाओं की शिशु को जन्म देने के बाद मृत्यु हो गई थी उनमें से 50%

महिलाओं की मृत्यु प्रसव के 24 घण्टों के भीतर हो गई थी। जिन महिलाओं में प्रसव के बाद नाल (प्लैसेन्टा) बाहर नहीं निकला था उनमें यह अनुपात और भी अधिक था। मृत्यु की घटनाओं में मुख्य कारण प्रसव के बाद ज्यादा खून का बहना था और यह जन्म के बाद के पहले 6 घंटों में ही घातक सिद्ध हुआ था। नेपाल जैसे देशों में महिलाओं में खून की कमी को देखते हुए यह कोई आश्चर्यजनक बात नहीं है। जिन महिलाओं का प्रसव बीच में ही रुक गया था उनकी मृत्यु अगले 2-3 दिन में हो गई जबकि सैक्सिस का शिकार हुई महिलाओं की मृत्यु प्रसव के 15 दिन बाद हुई¹²।

अलग-अलग देशों और महिलाओं के समूह में जटिलता उत्पन्न होने के बाद मृत्यु के बीच के समय में अंतर होता है और यह अनेक कारणों पर निर्भर करता है। फिर भी, ऐसे सभी मामलों में मृत्यु बहुत जल्दी हो जाती है। तालिका-3 में 1990 में विकासशील देशों के लिए लगाए गए अनुमानों के अनुसार मातृ मृत्यु के मुख्य कारणों से मृत्यु होने का औसत समय बताया गया है¹³।

मातृ मृत्यु के मुख्य कारण – उनकी उत्पत्ति क्यों और कब!

मातृ मृत्यु का कारण बनने वाली परिस्थितियाँ गर्भधारण के समय पहले से ही मौजूद होती हैं। इनमें एनिमिया, पोषण की खराब स्थिति, एचआईवी संक्रमण या मलेरिया आदि शामिल हैं। उत्पत्ति के समय और कारणों के आधार पर मातृ मृत्यु को कई भागों में बाँटा जा सकता है¹⁴:

तालिका-2: विकासशील देशों में समय के आधार पर गर्भवती महिलाओं की मृत्यु का प्रतिशत	
मृत्यु का समय	प्रतिशत
प्रसव से पहले	23.9%
प्रसव के दौरान	15.5%
प्रसव के बाद	60.6%

तालिका-3: प्रसव संबंधी मुख्य जटिलताओं के मामले में हुई मृत्यु का अनुमानित औसत समय¹³

जटिलता	मृत्यु (औसत घंटों में)	मृत्यु (औसत दिनों में)
प्रसव से पहले खून बहना	12 घंटे	
प्रसव के बाद खून बहना	2 घंटे	
गर्भाशय का फटना		1 दिन
इक्लाम्पसिया		2 दिन
प्रसव का रुक जाना		3 दिन
प्युरपरल सैप्सिस		6 दिन

- गर्भावस्था के आरंभ में गर्भनलिकाओं में गर्भ ठहरने जैसी समस्याएं
- गर्भपात से होने वाली जटिलताओं के कारण उत्पन्न होने वाली परिस्थितियाँ जैसे कि सैप्सिस (अधिक खून बहना) या गर्भाशय का फटना। ऐसी अधिकांश समस्याएं असुरक्षित गर्भपात या गर्भपात करने के पुराने तरीकों को अपनाए जाने के कारण सामने आती हैं¹⁵।
- गर्भावस्था के बाद के दिनों में उत्पन्न होने वाली समस्याएं जैसे कि गर्भावस्था के दौरान रक्तचाप का बढ़ जाना जिससे इक्लाम्पसिया हो सकता है।
- प्रसव पीड़ा और जचगी के दौरान उत्पन्न होने वाली समस्याएं जैसे कि देर तक प्रसव पीड़ा या प्रसव में रूकावट होना, नाल (प्लैसेन्टा) का गर्भाशय से बाहर न

निकलना, योनि में चोट पहुँचना, गर्भाशय का फटना या पलट जाना। ये सभी समस्याएं आमतौर पर देखभाल में बरती गई लापरवाहियों के कारण उत्पन्न होती हैं।

- गर्भाशय या जचगी के दौरान किन्हीं घटनाओं के कारण होने वाली समस्याएं जो प्रसव के बाद के कुछ घण्टों, दिनों या हफ्तों में सामने आती हैं। इनमें अत्यधिक रक्तस्राव¹⁶ और सैप्सिस होना शामिल है जो देखभाल की लापरवाही के कारण उत्पन्न होती है।
 - जचगी के बाद उत्पन्न होने वाली वास्तविक समस्याएं जैसे – थ्रॉम्बोएम्बॉलिक डिज़ीज़ या खून में थक्के जमने की शिकायत होना।
- दुनिया भर में प्रसव के बाद होने वाले

अत्यधिक रक्तस्राव के कारण अधिकांश मातृ मृत्यु होती है। प्रसव के दौरान देखभाल की कमी या गलतियों के कारण ही प्रसव के तीसरे चरण के दौरान अधिकांश महिलाओं की मृत्यु होती है। प्रसव पीड़ा आरंभ होने और प्रसव पूरा होने के बीच के समय में आमतौर पर खून बहना शुरू हो जाता है। प्रसव के बाद या दो सप्ताह बाद आमतौर पर खून बहने (सैकेन्डरी हैमरेज) की घटनाएं नहीं देखी जाती। इसका मुख्य कारण एनिमिया होता है। प्रसव के दौरान नाल (प्लैसेन्टा) के बाहर न निकलने, गर्भाशय में रूकावट, योनि या ग्रीवा (सर्विक्स) में चोट या कभी-कभी गर्भाशय के फटने या पलट जाने के कारण भी खून बहना शुरू हो सकता है^{14,16,17}।

मातृ मृत्यु का दूसरा प्रमुख कारण प्रजननतंत्र में संक्रमण का उपचार न किए जाने के कारण उत्पन्न होने वाला सैप्सिस होता है। इसके प्रमुख लक्षण पेट में नीचे की ओर दर्द होना, तेज बुखार और बदबूदार स्राव होना होते हैं। लंबे समय तक होने वाली प्रसव पीड़ा, समय से पहले झिल्लियों के फट जाने, योनि के रास्ते गर्भस्थ शिशु की इलैक्ट्रानिक उपकरणों से जाँच और मुख्य रूप से सिजेरियन ऑपरेशन से ही सैप्सिस होता है। गर्भपात कराने के लिए असुरक्षित तरीकों और अस्वच्छ उपकरणों के प्रयोग से और अप्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा गर्भपात कराए जाने से और प्रसव के समय दाइयों या प्रसव की देखरेख करने वाले व्यक्तियों द्वारा साफ दस्ताने, पानी, साबुन आदि का प्रयोग न किए

जाने के कारण भी सैप्सिस हो सकता है^{14,17}। एक अध्ययन में यह पाया गया कि मिस्र में 10–20% महिलाओं ने प्रजनन अंगों में संक्रमण के एक या इससे अधिक लक्षणों के होने की सूचना दी थी¹⁸।

उच्च रक्तचाप के कारण होने वाली समस्याएं आमतौर पर गर्भावस्था के 20 सप्ताह पूरे होने पर आरंभ होती हैं। गर्भावस्था के दौरान उच्च रक्तचाप के कारण होने वाला इक्लाम्पसिया रोग या प्री-इक्लाम्पसिया दुनिया भर में गर्भधारण के कारण महिलाओं की मृत्यु का तीसरा प्रमुख कारण होता है। आमतौर पर गर्भावस्था के अंतिम दिनों में या प्रसव के दौरान इसके कारण शरीर में ऐंठन होनी आरंभ हो जाती है। लगभग 30% मामलों में प्रसव के बाद शुरू के दिनों में लक्षण दिखाई देने लगते हैं¹⁴। हाल ही में किए गए एक अध्ययन के दौरान प्रसव के बाद इक्लाम्पसिया के दौरे पड़ने की घटनाओं की जानकारी लेते हुए यह पता चला कि आधी या इससे ज्यादा घटनाएं प्रसव के तीन या ज्यादा दिन बाद आरंभ हुई थीं¹⁹।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आपातकालिक प्रसव सेवाएं देने में प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा समय से उचित देखभाल दिए जाने से अधिकांश जटिलताओं के विकसित होने को कम किया जा सकता है या फिर अगर ऐसी जटिलताएं हो जाती हैं तो उन्हें घातक होने से रोका जा सकता है। कोई एक समस्या होने पर उपचार में देरी करने से दूसरी समस्याएं खड़ी हो सकती हैं जिसके कारण एक से ज्यादा समस्याएं हो सकती हैं और महिला की मृत्यु हो

सकती है। उदाहरण के लिए देर तक प्रसव पीड़ा होने या प्रसव में रूकावट आने पर गर्भाशय के फटने का खतरा बढ़ जाता है।

उदाहरण के लिए इथोपिया के एक अस्पताल में गर्भाशय के फटने से पीड़ित 245 महिलाओं में लंबे समय तक होने वाली प्रसव पीड़ा (औसतन समय 29+ घण्टे) ही इसका मुख्य कारण था। लगभग सभी महिलाओं में प्रसव पीड़ा आरंभ होने पर उनकी जाँच किसी अप्रशिक्षित व्यक्ति ने की थी और उन्हें अस्पताल पहुँचने में औसतन 7 घण्टे का समय लगा था। 5 को छोड़ सभी महिलाओं का गर्भाशय पूरी तरह फट गया था और 8 महिलाओं का मूत्राशय भी फट गया था। इनमें से 6 महिलाओं का गर्भाशय निकालना पड़ा था और 238 महिलाओं के गर्भाशय को ठीक किया गया था। एक महिला इतनी बीमार थी कि उसके लिए कुछ नहीं किया जा सकता था। कुल 13 महिलाओं की मृत्यु हो गई थी।

शिशु जन्म के बाद महिलाओं के बीमार होने की घटनाएं

महिलाओं द्वारा प्रसव के बाद के कुछ महीनों में स्वास्थ्य समस्याओं का सामना किए जाने की घटनाएं बड़ी संख्या में देखी जाती हैं। भारत में जहाँ 23% महिलाओं को प्रसव के बाद के कुछ महीनों के दौरान समस्याओं का सामना करना पड़ता है वहीं इंग्लैण्ड में 47% महिलाओं में किसी एक रोग के लक्षण देखे जाते थे। इनमें से कुछ रोग तो कुछ सप्ताह या महीनों में ठीक हो जाते हैं जबकि दूसरे ठीक न होकर

जटिल रोग बन जाते हैं। इन समस्याओं¹⁴ में एनिमिया और अत्यधिक खून बहने या स्तनपान²³ कराने के कारण पोषण के स्तर में आई कमी, पीठ में दर्द²⁴, पेशाब पर नियंत्रण न रख पाने²⁵ जैसी समस्याएं, बार-बार होने वाला सिरदर्द, स्तनों में गाँठ या दूसरी तकलीफें, गुदा से खून बहना, कब्ज़, डिप्रेशन या तनाव (कभी-कभी प्यूरपरल साइकॉसिस), पेट में नीचे की ओर दर्द, एपिसियोटॉमी या योनि में चीरा लगाए जाने के बाद उसका ठीक न होना और योनि में फैलाव (जिससे यौन संबंध भी प्रभावित होते हैं)²⁶ जैसी समस्याएं शामिल हैं। इसके अलावा गर्भावस्था के बाद ग्रीवा में सूजन, गर्भाशय का पलट जाना या फिसच्युला जैसी तकलीफें भी होती हैं जिनके कारण प्रजनन अंगों में लगातार खुजली होना या संक्रमण होने जैसे दूसरे रोग भी हो सकते हैं। प्रजनन अंगों में बार-बार संक्रमण होने पर और उपचार न किए जाने के कारण प्रजननहीनता जैसी समस्याएं उत्पन्न होना भी असामान्य बात नहीं है।

आवश्यकताएं और उपचार

प्रसव पीड़ा के दौरान, प्रसव और प्रसव के बाद के समय में महिलाओं के लिए ज़रूरी और कभी-कभी आपातकालिक ज़रूरतों को और प्रसव के बाद के महीनों में उनकी प्राथमिक स्वास्थ्य ज़रूरतों को ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य सेवाओं की योजनाएं तैयार करने वालों और सेवाएं देने वालों को क्या कदम उठाने चाहिए? हालांकि ऐसे किन्हीं अचूक उपचारों की जानकारी नहीं है जो प्रसव के बाद होने वाली

समस्याओं²⁸ को रोक सके या पूरी तरह ठीक कर सके लेकिन फिर भी ऐसे उपचार उपलब्ध कराना आवश्यक है जिनसे महिलाओं की खास स्वास्थ्य समस्याओं को ठीक किया जा सके।

इन उपचारों में प्रसव के बाद खून बहने की घटनाओं^{29,30} को रोकने के लिए प्रसव के तीसरे चरण के दौरान ऑक्सिटॉसिक दवाएं दिया जाना; इक्लाम्पसिया³¹ के उपचार के लिए मैग्नीशियम सल्फेट देना; प्रसव के बाद गर्भाशय में रह गए प्लैसैन्टा और गर्भधारण से जुड़े दूसरे अवयवों को बाहर निकालना³²; ग्रीवा या पेडू में चोट पहुँचने पर ऑपरेशन से ठीक करना; सिजेरियन ऑपरेशन किए जाने, लंबे समय तक झिल्लियों के फटे रहने या प्लैसैन्टा निकालने के बाद¹⁴ एंटी बायोटिक दवाएं देना आदि शामिल हैं। विकसित देशों से यह जानकारीयां मिली हैं कि प्रसव के बाद अगर महिला जल्दी ही चलना फिरना आरंभ कर दे तो धमनियों में खून के थक्के जमने के रोग में बहुत अधिक कमी आती है³³।

गर्भपात के कारण उत्पन्न होने वाली जटिलताओं³⁴ का उपचार करने के बारे में दिशा-निर्देश जारी किए गए हैं और कुछ अस्पतालों में अब इन समस्याओं का उपचार करने के कार्यक्रम भी विकसित किए जा रहे हैं³⁵। लेकिन अगर गर्भपात कराने के लिए पहले ही असुरक्षित और पुराने तरीकों का प्रयोग न किया जाए तो इसके कारण होने वाली जटिलताएं बहुत कम होंगी और कभी-कभार ही गंभीर बन पाएंगी और उनके घातक होने की संभावना बिल्कुल नहीं रह जाएगी। गर्भपात के

सुरक्षित तरीके अपनाने वाले हर देश से यही निष्कर्ष मिले हैं।

प्रसव के बाद की जटिलताओं का उपचार करने के लिए ऊपर बताए गए सभी उपचारों के बारे में एक उल्लेखनीय बात यह है कि मातृ मृत्यु को रोकने में इन में से वही उपाय सबसे अधिक प्रभावी सिद्ध हुए हैं जो प्रसव के समय के आस-पास किए जाते हैं और इन्हें ही वास्तव में प्रसव देखभाल सेवाओं में शामिल किया जाना चाहिए। प्रसव के बाद उपचार करने में जितना अधिक समय लगेगा, उस उपचार से महिला की जीवन रक्षा होने की संभावना उतनी ही कम होती जाएगी। हालांकि प्रसव के कुछ समय बाद खून बहने, इक्लाम्पसिया, सैप्सिस या धमनियों में खून के थक्के जमने का जोखिम अब भी होता है लेकिन प्रसव के बाद समय बीतने पर इन जटिलताओं के होने का खतरा कम होता जाता है।

प्रसव के बाद के इस महत्वपूर्ण चरण की समाप्ति पर ही देखभाल सेवाएं जिन्हें हम प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं कहते हैं, देने पर विचार किया जाना चाहिए। इनमें शिशु को स्तनपान कराने और उसके पोषण से जुड़ी देखभाल या प्रसव के बाद लगातार दर्द, गर्भाशय का पलटना, फिसच्युला, पेशाब पर नियंत्रण न रहना या स्तनों में खिंचाव आदि शामिल हो सकते हैं। आमतौर पर इस तरह के उपचार और परिवार नियोजन और स्वास्थ्य जाँच सेवाएं जो कि गर्भावस्था समाप्त होने के बाद 6 या अधिक सप्ताह के बाद दी जाती हैं³⁸ जीवन रक्षक न होकर स्वास्थ्य में वृद्धि करने

और समस्याओं की रोकथाम से जुड़ी होती हैं।

स्वास्थ्य सेवाएं देना

प्रसव और उसके तुरन्त बाद किए जाने वाले उपचारों के महत्व को देखते हुए हमारे सामने यह सवाल उठ खड़ा होता है कि प्रसव के बाद की देखभाल सेवाओं तक लोगों की पहुँच किस तरह सुनिश्चित की जाए? यह सही है कि विकासशील देशों में अधिकांश महिलाओं का प्रसव घर पर ही होता है लेकिन फिर भी इसके लिए किसी प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी का मौजूद होना बहुत जरूरी है। इसके लिए सबसे जरूरी यह है कि प्रसव पीड़ा आरंभ होने के बाद और जचगी के बाद देखभाल किए जाने के कार्यक्रम विकसित किए जाएं जो सही समय पर महिला को यह उपचार उपलब्ध करा सकें। अब तक इस तरह के कुछ ही सफल कार्यक्रमों की जानकारी मिली है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जन्म सहायिकाओं को कुछ विशेष तरह के जीवन रक्षक कौशलों का प्रशिक्षण देना एक संभावना हो सकती है। उदाहरण के लिए इंडोनेशिया में सामुदायिक जन्म सहायिकाओं को प्रशिक्षित किए जाने के कार्यक्रम के अंतर्गत गाँव के स्तर पर कार्यरत 54,000 स्वास्थ्यकर्मियों को प्रशिक्षित किए जाने की कार्य योजना बनाई गई। इस प्रशिक्षण में उन्हें प्रसव के बाद हाथ से प्लैसेन्टा निकालने जैसे जीवन रक्षक उपायों और प्रसव के तीसरे चरण में अधिक खून बहने को रोकने के लिए ऑक्सिटॉसिक दवाएं देने जैसी रोकथाम संबंधी कुशलताओं का प्रशिक्षण दिया

गया³⁷।

नेपाल में यह देखते हुए कि प्रसव के बाद खून बहना ही मातृ मृत्यु का मुख्य कारण है, वहाँ स्वास्थ्य मंत्रालय ने प्रसव और प्रसव के बाद देखभाल सेवाओं तक लोगों की पहुँच बढ़ाने के लिए अनेक कदम उठाए। यह तो स्पष्ट ही है कि नेपाल की भौगोलिक स्थिति और प्रसव सेवाओं के विस्तार (वहाँ केवल 10% प्रसव ही किसी स्वास्थ्य केन्द्र में होते हैं) को देखते हुए प्रशिक्षित स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ताओं का प्रयोग करते हुए कार्यक्रम बनाना न तो उचित होता और न ही व्यावहारिक। इसकी बजाय नेपाल में सरकार ने एक दोहरी कार्य योजना बनाई जिसमें बड़े पैमाने पर जानकारी अभियान चलाए गए और समुदायों को खतरे के लक्षणों की जानकारी दी गई। इसके साथ ही साथ दूर-दराज के स्वास्थ्य केन्द्रों और सामुदायिक जन्म सहायिकाओं के घर पर प्राथमिक देखभाल सेवाएं दिया जाना आरंभ किया गया। समुदाय में तैनात हर जन्म सहायिका को एक फर्स्ट-एड बॉक्स दिया जाता है जिसमें खून बहना रोकने के लिए आक्सिटॉसिक दवाओं¹² सहित अन्य सभी जरूरी दवाएं होती हैं।

इस तरह के प्रयासों को और अधिक विकसित करने के लिए और उनकी व्यावहारिकता, लागत और प्रभावशीलता को जाँचने के लिए पहले से किए जा रहे प्रयासों की प्रभावशीलता को जाँचना और इस बारे में और अधिक अनुसंधान करना जरूरी होगा। इन कार्यक्रमों को देखकर लगता है कि ये महिलाओं

को ऐसे समय पर उपचार देने के कार्यक्रम हैं जब उन्हें देखभाल और उपचार की सबसे ज्यादा ज़रूरत होती है और जब अधिकांश मातृ मृत्यु की घटनाएं होती हैं; यह ज़रूरी है कि इस तरह के कार्यक्रमों पर और अधिक ध्यान दिया जाए और इन्हें पूरा समर्थन मिले।

अभिस्वीकृति

लेखक इस विषय पर आरंभिक विचार विकसित करने के लिए ऍरिका रॉयस्टन के आभारी हैं। संदर्भ उपलब्ध कराने में सहयोग और विचार-विमर्श के लिए वे ऍन थॉम्पसन का विशेष आभार प्रकट करते हैं। इस लेख में व्यक्त सभी विचार लेखकों के अपने हैं और यह ज़रूरी नहीं कि विश्व स्वास्थ्य संगठन का भी यही दृष्टिकोण हो।

पत्र व्यवहार के लिए पता

कार्ला अबुज़हर, प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग, विश्व स्वास्थ्य संगठन, 1211 जिनेवा 27, स्विटज़रलैण्ड।

फ़ैक्स: 41-22-791-4189।

ई-मेल: abouzahrc@who.ch

संदर्भ एवं नोट्स:

1. Loudon I, 1992. Death in Childbirth, Clarendon Press, Oxford
2. Campbell R. Macfarlane A. 1994. Who to be Born: The Debate and the Evidence. National Prenatal Epidemiology Unit, Oxford.
3. Changing Childbirth : Report of the Expert Maternity Group. Department of Health.

London, 1993. This UK- focused report proposed sweeping changes in the handling of childbirth based on principles and evidence-based practice, prepared by midwifery experts and advocates for women-centred birthing practices.

4. - Evans CJ. 1995. Postpartum home care in the United States. JOGNN 15:401-05.
- Glazener CMA et al. 1983 Postnatal care : time to change. Contemporary Review of Obstetrics and Gynecology. 5:130-36
- Garcia J. Renfrew M. Marchant S. 1994. Postnatal home visits by midwives. Midwifery. 10:40-43.
- Marchant S. 1995. What are we doing in the postnatal check? British Journal of Midwifery. 3:34-38
- Yelland J. et al. 1998. Support, sensitivity and satisfaction: Filipino, Turkish and vietnamese women's experience of postnatal hospital stay. Midwifery. 14:144-54.
- Young D. 1995. Changing Childbirth for better, for worse. Birth, 22:189-90
5. - Berner LS, 1995. Early discharge rules for mothers and newborns: penny wise and 8 pounds, 2 ounces foolish. Journal of Women's Health. 4:479-81.
- Carty EM, Bradley CF, 1990. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. Birth. 17:199-204.
- Margolis LH. Kotelchuck M . 1996.

- Midwives, physicians, and the timing of maternal postpartum discharge. *Journal of Nurse-Midwifery*. 41:29-35.
6. Thompson A. 1999. Personal communication.
 7. Macfarlane A. Mugford M. 1984. *Birth Counts: Statistics of Pregnancy and Childbirth*. HMSO, London.
 8. *The World's Women. 1995: Trends and Statistics. Social Statistics and Indicators. Series K. No. 12.* United Nations. New York.
 9. Ransjo-Arvidon AB et al. 1998. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomized controlled study in Zambia. *Journal of Epidemiology & Child Health*. 52:385-91.
 10. World Health Organization. 1997. *Coverage of Maternity Care: A listing of available Information.* 4th Edition. WHO/RHT/MSM/96.28.
 11. Li XF et al. 1996. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 54:1-10.
 12. Government of Nepal. Family Health Division. Department of Health Services. Ministry of Health. *Maternal Mortality and Morbidity Study, 1998.*
 13. Maine D. 1990. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues.* Centre for Population and Family Health. Columbia University, New York.
 14. World Health Organization. 1998. *Postpartum Care of the Mother and Newborn : A Practical Guide* WHO/RHT/MSM/98.3
 15. World Health Organization. 1993. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion.* 2nd edition. WHO, Geneva.
 - Alan Guttmacher Institute 1994. *Abortion: A Latin American Reality.* AGI. New York.
 - Kinoti Sn et al. 1996. *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa.* Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa. Arusha.
 16. Kwast B. 1991. Postpartum haemorrhage: its contribution to maternal mortality. *Midwifery* 7:64-70.
 17. World Health Organization. 1996. *Care in North Birth: A Practical Guide.* WHO, Geneva. WHO/FRH/MSM/96.24
 18. Egyptian Fertility Care Society, 1995. *Study of the prevalence and perception of maternal morbidity in Menoufeya governate, Egypt, Cairo 1995.*
 - See also El-Mouelhy MT. El-Helw M. Younis N et al. 1994. *Women's understanding of pregnancy-related morbidity in rural Egypt.* *Reproductive Health Matters.* 2(4):27-34.
 19. Lubarsky SL. Barton JR. Friedmand SA et al. 1994. Late postpartum eclampsia revisited. *Obstetrics and Gynecology.* 83:502-05.

20. Fekadu S. Kelly J. Lanchshire R et al. 1997. Ruptured uterus in Ethiopia. *Lancet*. 349 (March1):622.
21. Bathia JC. Cleland J. 1996. Obstetric morbidity in south India: results from a community survey. *Social Science and Medicine*. 43:1507-16
- See also Bathia JC. 1995. Levels and determinants of maternal morbidity: results from a community-based study in southern India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 50(Supp 2):S153-S163.
22. Glazener CMA. Abdalla M. Stroud P et al. 1995. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 102:282-87.
23. Kusin JA. Kardjati S (eds). 1994. *Maternal and Child Nutrition in Madrua*. Indonesia. KIT. Amsterdam.
24. Russell R. Groves PH. Taub N et al. 1993. Assessing long term backache after childbirth. *BMJ* 306:1299-1303.
25. Winberg J. Wilson PD. Herbison RM et al. 1996. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 103:154-61.
26. Glazner CMA. 1997. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 104:330-35.
27. Schrader E. 1996. Disability and reproductive rights: complications after regional anaesthesia. *Reproductive Health Matters*. 4(7):135-43.
28. Enkin M. Keirse MJNC. Renfrew M et al. 1995. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd edition. Oxford University Press, Oxford.
29. Nordstrom L et al. 1997. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo-controlled randomised trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 104:781-86.
30. World Health Organization. 1990 *The Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage*. WHO. Geneva.
31. Eclampsia Trial Collaborative Group. 1995. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet*. 345:1455-63.
- Magee LA. Ornstein MO. von Dadelszen P. 1999. Management of hypertension in pregnancy. *BMJ* 318:1332-36.
32. World Health Organization. 1995. *The Prevention and Management of Puerperal Infections*. WHO. Geneva. WHO/FHE/MSM/96.24
33. Swarbreck AB. 1950. Early rising for puerperal women. *BMJ*. 936-38.
- Treffers PE. Huidekoper BL. Weenink GH et al, 1983. Epidemiological observations of thrombo-embolic disease during pregnancy and in the puerperium in 56022 women. *International Journal of Gynecology and*

- Obstetrics. 21:327-31.
34. World Health Organization. 1994. Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. WHO, Geneva.
35. Langer A. Garcia-Barrios C. Heimbürger A et al. 1997. Improving post abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico. Reproductive Health Matters. 5(9):20-28.
36. Coeytaux F. Winikoff B. 1989. Celebrating Mother and Child on the 40th day: The Sfax. Tunisia Postpartum Programme. Quality /Calidad/Qualite Series No. 1. Population Council, New York.
- Brady M. Winikoff B (eds). 1993. Rethinking Postpartum Care: Robert H Ebert Program. Population Council, New York.
37. Muchtar W. 1998. Implementing a program to place midwives in the community. Report for the government of Inodnesia. Ministry of Health.

महिलाओं में गर्भाशय या बच्चेदानी और योनि के नीचे की ओर खिसक जाने की घटनाओं के अनुभव: भारत के तमिलनाडु राज्य में किया गया गुणात्मक शोध अध्ययन

TK Sundari Ravindran, R Savitri and A Bhavani
टी के सुन्दरी रविन्द्रन, आर सावित्री तथा ए भवानी

सारांश:

इस लेख में महिलाओं में गर्भाशय या बच्चेदानी के नीचे की ओर खिसक जाने के उनके अनुभवों पर चर्चा की गई है साथ ही इसके कारणों पर उनके विचार जानने पर भी चर्चा की गई है। लेख में दी गई जानकारीयां महिलाओं के साथ किए गए साक्षात्कारों और उनकी चिकित्सीय जाँच पर आधारित हैं। भारत के तमिलनाडु के ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाली जिन 37 महिलाओं ने महिला रोग विशेषज्ञ से जाँच कराने की हामी भरी उनमें से चिकित्सीय जाँच के बाद 32 में गर्भाशय के नीचे की ओर खिसक आने की पुष्टि हुई। ये सभी 32 महिलाएं खेतों में मज़दूरी करती थीं। इस रोग के लक्षण दिखाई देना आरंभ होने के समय उनकी औसत आयु 26.2 वर्ष थी। 2 महिलाओं को छोड़ शेष सभी महिलाओं के प्रसव बिना किसी परेशानी के हुए थे फिर भी, उनमें से 13 महिलाओं को गर्भाशय खिसक आने का पहला अनुभव अपने पहले या दूसरे प्रसव के बाद हुआ था। बहुतांसी महिलाएं तो 10 वर्षों से अधिक समय से इस समस्या का सामना कर रही थीं। इन महिलाओं को लगता था कि प्रसव के तुरन्त बाद ही भारी काम-काज शुरू कर देने से उनमें यह समस्या आरंभ हुई थी। इसके अलावा उनका मानना था कि बार-बार प्रसव होते रहने या ऑपरेशन कराने से ग्रीवा या पेल्विस की सतह में लगी चोट के कारण ही गर्भाशय नीचे की ओर खिसक आता है। गर्भाशय के नीचे हो जाने से प्रभावित महिलाओं के जीवन पर गंभीर असर पड़ता था। इससे न केवल उनका शारीरिक स्वास्थ्य खराब होता था बल्कि उनके काम करने और रोजी-रोटी कमाने पर भी असर पड़ता था तथा उनके यौन संबंधों पर भी इसका बुरा असर होता था। इस रोग के लिए चिकित्सीय सहायता प्राप्त करने में उन्हें अनेक कठिनाईयों का सामना करना पड़ा था जिसके कारण उनका सफल इलाज नहीं हो पा रहा था। सब कठिनाईयों में परिवार के सहयोग की कमी, डॉक्टर को अपनी समस्या के बारे में बताने में हिचक, लंबा इलाज, उपचार का प्रभावी न होना और इलाज पर होने वाला खर्च तथा इलाज कराने के कारण आमदनी में होने वाली कमी जैसे कारण शामिल थे। समुदाय आधारित कोई महिला स्वास्थ्य संगठन इन महिलाओं को इस स्थिति की रोकथाम की शिक्षा देते हुए उनकी सहायता कर सकता है। इस तरह के संगठन महिला के परिवारजनों को भी यह समझा सकते हैं कि वे सही इलाज करवाने में महिला की सहायता करें।

आमतौर पर गर्भाशय या बच्चेदानी के नीचे की ओर खिसक जाने की घटना मुश्किल प्रसव के बाद देखी जाती है^{1,2}। प्रसव में हुई कठिनाई के कारण गर्भाशय को संभाले रखने वाली माँसपेशियाँ और अस्थिबंध (लिगामैन्ट) कमजोर होकर ढीले पड़ जाते हैं जिससे कि गर्भाशय नीचे की ओर खिसक आता है। कभी-कभी महिलाओं में स्त्री रोगों का इलाज करने के लिए किए गए ऑपरेशन के बाद भी यह स्थिति उत्पन्न हो जाती है। प्रसव के दौरान ग्रीवा का मुँह पूरी तरह खुलने से पहले ही गर्भाशय पर जोर पड़ने से ग्रीवा को हुए नुकसान की वजह से भी कभी-कभी ऐसा हो जाता है। इस स्थिति में गर्भाशय नीचे योनि तक पहुँच जाता है और कभी-कभी तो योनि के बाहर भी दिखाई देने लगता है। कई बार इसके लक्षण रजोनिवृत्ति होने तक दिखाई नहीं पड़ते और रजोनिवृत्ति के बाद माँसपेशियों में ढील आ जाने के कारण या अस्थिबंध (लिगामैन्ट) के कमजोर हो जाने के कारण यह लक्षण उजागर हो जाते हैं³।

गर्भाशय के योनि में उतर आने या प्रोलैप्स होने के तीन स्तर होते हैं। पहले स्तर के प्रोलैप्स में केवल महिला के नीचे बैठने पर ग्रीवा या पैल्विस की सतह योनि से बाहर दिखाई देने लग जाती है। दूसरे स्तर के प्रोलैप्स में ग्रीवा योनि से बाहर लटकने लगती है। तीसरे स्तर में पूरा गर्भाशय और योनि के अंदर की माँसपेशियाँ बाहर निकल आती हैं और इसे प्रोसिडेन्शिया कहते हैं।

हल्के प्रोलैप्स से पीड़ित महिलाओं को ग्रीवा

की सतह के व्यायाम करने से आराम पहुँच सकता है। प्रोलैप्स के कारण असहजता होने पर उपचार के लिए वैजॉइनल हिस्ट्रैक्टमी (गर्भाशय को शरीर से निकालने के लिए किया गया ऑपरेशन) ऑपरेशन से गर्भाशय को हटा दिया जाता है। अगर कोई महिला ऑपरेशन के लिए बेहोश किए जाने की स्थिति में न हो या उसका स्वास्थ्य बहुत खराब हो तो ऐसी हालत में ऑपरेशन नहीं किया जा सकता। गर्भाशय निकाल दिए जाने के ऑपरेशन से बचने की इच्छुक महिलाओं के सामने एक अन्य विकल्प मैन्चेस्टर (फॉर्दरजिल) ऑपरेशन होता है जिसमें बड़े हुए सर्विक्स या ग्रीवा का कुछ भाग काट कर अलग कर दिया जाता है। कभी-कभी ग्रीवा के योनि में नीचे खिसक आने को रोकने के लिए पॉलीथीन का छल्ला भी लगाया जाता है। इस पॉलीथीन के छल्ले को साल में एक बार बदलना होता है। इसे योनि में ग्रीवा की सतह से कुछ ऊपर लगा दिया जाता है जिससे कि ग्रीवा इस छल्ले से नीचे न खिसके⁴। भारत में गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित महिलाओं का उपचार वैजॉइनल हिस्ट्रैक्टमी के ऑपरेशन द्वारा ही किया जाता है। योनि में संक्रमण के खतरे को देखते हुए पॉलीथीन छल्ले का प्रयोग बहुत कम होता है। कम आयु वर्ग की महिलाएं आमतौर पर ऑपरेशन नहीं कराती क्योंकि या तो उनका स्वास्थ्य खराब होता है या फिर वे ऑपरेशन का खर्च वहन नहीं कर सकती। सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में इस स्थिति के उपचार के लिए आने वाली महिलाओं को अकसर इस स्थिति से होने वाले संक्रमण, छालों

और दर्द को खत्म करने के लिए दर्दनिवारक दवाएं देकर उपचार किया जाता है।

प्रोलैप्स से पीड़ित महिला योनि में कोई गॉठ होने की शिकायत करती है या उसे ऐसा लगता रहता है कि योनि से कोई चीज नीचे की ओर आ रही है। उसे पीठ में दर्द, योनि में भारीपन, पेटदर्द, योनिस्त्राव, पेशाब निकल जाने, बार-बार पेशाब आने, तनाव, मल त्यागने में कठिनाई, मासिक के समय अधिक रक्तस्त्राव, समय-समय पर योनिस्त्राव या बाहर निकले हुए प्रोलैप्स पर छाले हो जाने के कारण खून बहने जैसी समस्याओं का सामना भी करना पड़ता है। प्रोलैप्स के और अधिक जटिल हो जाने पर सूजन के कारण महिला को चलने-फिरने या रोजमर्रा के काम करने में भी परेशानी हो सकती है⁵।

गर्भाशय के प्रोलैप्स के बारे में अभी तक किए गए सभी अध्ययन अस्पतालों या स्वास्थ्य केन्द्रों में आए रोगियों पर आधारित रहे हैं और इनमें इस स्थिति से पीड़ित महिलाओं की संख्या, उनके लक्षणों और ऑपरेशन द्वारा उपचार किए जाने के बाद की स्थिति पर विचार किया जाता है⁶⁻¹⁰। भारत में 1952-54 के दौरान किए गए एक आरंभिक अध्ययन से यह पता चला था कि बंगाल, दिल्ली, पंजाब और उत्तर प्रदेश के निजी स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाली स्त्री रोगों की समस्याओं से पीड़ित 5494 महिलाओं में से हर पाँचवी महिला गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित थी¹। हाल ही में 1991 में पूर्वी भारत के एनजीएम अस्पताल में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि स्त्री

रोग की समस्याओं के कारण अस्पताल में भर्ती होने वाली 20% महिलाएं जननेंद्रियों के प्रोलैप्स से पीड़ित थीं²।

इस लेख में समुदायों में किए गए अध्ययन के आधार पर महिलाओं के मन में गर्भाशय के प्रोलैप्स के संभावित कारणों और इसकी वजह से उन्हें होने वाली समस्याओं की जानकारी दी गई है। यह अध्ययन भारत के तमिलनाडु के बहुत से गाँवों में इस समस्या से ग्रस्त रही महिलाओं के बीच किया गया। लेख में दर्शाए गए आँकड़े उन 37 निर्धन ग्रामीण महिलाओं से मिली जानकारी पर आधारित है जिन्होंने स्त्री रोग विशेषज्ञ द्वारा जाँच कराए जाने के लिए अपनी सहमति व्यक्त की। हालांकि यह आँकड़े महिलाओं के एक छोटे समूह के अनुभवों पर आधारित हैं फिर भी यह आँकड़े इसलिए महत्वपूर्ण हो जाते हैं क्योंकि इनमें यह बताया गया है कि महिलाएं गर्भाशय के प्रोलैप्स के लिए किन कारणों को उत्तरदायी समझती हैं और इस स्थिति से उनके रोजमर्रा जीवन पर क्या प्रभाव पड़ता है।

पृष्ठभूमि और कार्यप्रणाली

इस लेख में जिन महिलाओं के विचारों और अनुभवों की जानकारी दी गई है वे सब भारत में तमिलनाडु राज्य के चेंगलपट्टू नगर के आसपास के गाँवों में रहने वाली महिलाएं हैं। एक सामुदायिक स्वास्थ्य परियोजना के अंतर्गत इन गाँवों में काम कर रहे ग्रामीण महिला सामाजिक शिक्षण केन्द्र (रूसैक RUWSEC) नामक संगठन को, जो एक अस्पताल का

संचालन भी करता है, एक बेसलाइन सर्वेक्षण (किसी परियोजना को शुरू करने से पहले किया गया सर्वेक्षण) से यह जानकारी मिली कि परियोजना के अंतर्गत आने वाले गाँवों की 15–50 वर्ष आयुवर्ग की 4117 महिलाओं में से 106 महिलाएं दूसरे या तीसरे स्तर के गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित थी। यह जानकारीयों स्वयं महिलाओं द्वारा ही दी गई थी। इस जानकारी के बाद समुदाय में यह माँग उठी कि सभी महिलाओं की चिकित्सीय जाँच करवाई जाए¹¹।

चिकित्सीय जाँच का आयोजन तिरुकञ्जुकुन्द्रम नामक कस्बे में स्थित सामुदायिक कक्ष में किया गया जो परियोजना क्षेत्र के बीचों बीच स्थित था और सभी गाँवों से यहाँ पहुँचने के लिए सार्वजनिक बसों की सुविधा उपलब्ध थी। जाँच के लिए आने वाली महिलाओं को बस किराए का भुगतान किया गया और उनकी निःशुल्क चिकित्सीय जाँच की गई। जाँच के बाद योनि में संक्रमण, छाले और दर्दनिवारक दवाएं भी मुफ्त बांटी गईं।

इस शिविर के आयोजन के दिन पहले गर्भाशय और योनि के प्रोलैप्स के उपचार और प्रबंधन विषय पर एक कार्यशाला आयोजित की गई। इस कार्यशाला में महिलाओं को विचार-विमर्श करने, प्रश्न पूछने और अपनी शंकाएं दूर करने के लिए पर्याप्त समय दिया गया। इसके बाद एक वरिष्ठ स्त्री रोग विशेषज्ञ ने इन महिलाओं की चिकित्सीय जाँच की।

रूसैक संगठन के वरिष्ठ सामुदायिक कार्यकर्ताओं ने गर्भाशय के प्रोलैप्स के बारे में

महिलाओं के विचार और अनुभव एकत्रित किए। इसके लिए पहले से तैयार की गई एक चेकलिस्ट का प्रयोग किया गया। साथ ही साथ स्त्री रोग विशेषज्ञ ने दूसरे कमरे में इन महिलाओं की चिकित्सीय जाँच का काम जारी रखा। महिलाओं के साथ किए गए साक्षात्कार अकेले में किए गए और महिलाओं से साक्षात्कार किए जाने की सहमति पहले ही ले ली गई। इन आँकड़ों को एकत्रित करने का उद्देश्य रूसैक द्वारा इन पर आधारित गतिविधियां तैयार करना था।

जाँच कराने वाली महिलाओं की विशिष्टताएं और उनमें गर्भाशय के प्रोलैप्स का स्तर

चिकित्सीय जाँच के लिए सामने आने वाली और कार्यशाला में भाग लेने वाली सभी 37 महिलाएं भूमिहीन कृषि मजदूर परिवारों से संबंध रखती थीं और अनुसूचित जाति की थीं। वे सभी खेतों में दिहाड़ी मजदूरी करती थीं। लगभग सभी महिलाएं (37 में से 34) अनपढ़ थीं।

जाँच से पता चला कि 37 में से 32 महिलाएं (87%) गर्भाशय-योनि के प्रोलैप्स से पीड़ित थी जबकि शेष 5 में स्त्रीरोग के कोई लक्षण नहीं थे। यहाँ यह जानना महत्वपूर्ण है कि महिलाओं द्वारा स्वयं अपनी समस्याओं के बारे में दी गई जानकारी और चिकित्सीय जाँच से मिलने वाली जानकारी में बहुत अधिक समानता देखी गई। प्रोलैप्स से पीड़ित महिलाओं की जाँच के समय औसत आयु

37.5 वर्ष थी*। सबसे पहले इस स्थिति के लक्षणों का सामना होने के समय इन महिलाओं की औसत आयु 26.2 वर्ष रही थी और बहुत सी महिलाएं तो 10 वर्ष से भी अधिक समय से इस समस्या का सामना कर रही थीं (औसत समय 12.3 वर्ष)।

32 में से 13 महिलाओं (40%) ने यह बताया कि उनमें गर्भाशय के प्रोलैप्स के लक्षण पहले प्रसव (10 महिलाएं) या दूसरे प्रसव (3 महिलाएं) के बाद दिखाई दिए थे। 11 महिलाओं में गर्भाशय के प्रोलैप्स के लक्षण तीसरे प्रसव के बाद दिखाई पड़े थे जबकि 9 महिलाओं में यह लक्षण चौथे से छठे प्रसव के बीच आरंभ हुए थे। 2 महिलाओं ने यह लक्षण उनके नौवें प्रसव के बाद दिखाई दिए थे।

35 महिलाओं के सामान्य प्रसव हुए थे जबकि 1 महिला के प्रसव के समय फॉरसैप (एक प्रकार का औज़ार) लगाया गया था और दूसरी 1 महिला को मृत शिशु पैदा हुआ था। 32 में से 13 महिलाओं (40%) के सभी प्रसव घर पर ही हुए थे जबकि 9 महिलाओं (28%) के सभी प्रसव सरकारी अस्पताल में हुए थे। शेष 10 महिलाओं ने अपने कुछ शिशुओं को घर पर जन्म दिया था तो कुछ को – खासतौर पर पहले और अंतिम बच्चे को – अस्पताल में।

इन 32 में से 22 महिलाओं ने अस्पताल में नसबन्दी करवाई थी। इनमें अस्पताल में प्रसव कराने वाली 19 महिलाओं के अलावा दूसरी 3 महिलाएं भी शामिल थीं।

यह देखा गया कि प्रोलैप्स से पीड़ित इन महिलाओं की विशिष्टताएं चिकित्सीय किताबों में बताई गई विशिष्टताओं से कुछ अलग थीं। उदाहरण के लिए चिकित्सा शास्त्र में आमतौर पर प्रोलैप्स से पीड़ित महिला को लगभग 50 वर्ष की महिला बताया जाता है जिसने अनेक बच्चों को जन्म दिया हो और जिसे प्रसव के समय बहुत तकलीफ हुई हो या जन्म के समय जिसके शिशुओं का आकार बहुत बड़ा रहा हो⁸। औद्योगिक देशों में किए गए सर्वेक्षणों में भी यह बताया गया है कि महिला की आयु, अधिक वजन तथा अधिक बच्चों को जन्म देने से उनमें गर्भाशय का प्रोलैप्स होने का खतरा बढ़ता है^{7,9}।

हालांकि कुछ विकासशील देशों में किए गए अध्ययनों से यह भी पता चला है कि कम उम्र की महिलाओं में भी गर्भाशय के प्रोलैप्स की घटनाएं देखी गई हैं। अस्पतालों में प्रसव कराने वाली ग्रामीण महिलाएं यद्यपि सभी महिलाओं का प्रतिनिधित्व नहीं करती फिर भी 1989 से 1993 के बीच केन्या के 2 अस्पतालों में किए गए अध्ययन के दौरान एक अस्पताल में

* बेसलाइन सर्वे में गर्भाशय-योनि के प्रोलैप्स से पीड़ित होने की जानकारी देने वाली 106 महिलाओं और चिकित्सा जाँच के लिए सहमति देने वाली 37 महिलाओं की विशेषताओं की तुलना से पता चलता है कि ये 106 महिलाएं बहुत कम आयु वर्ग की थीं (औसत आयु 31.9 वर्ष)। इससे महिलाओं द्वारा उपचार कराए जाने के व्यवहार की जानकारी मिलती है और यह पता चलता है कि महिलाएं तब तक उपचार लेना आरंभ करतीं जब तक उनकी समस्या असहनीय नहीं हो जाती। इन महिलाओं में से लगभग 60% महिलाओं का पहला प्रसव किसी अस्पताल में हुआ था और कुल प्रसवों में से 50: प्रसव भी अस्पतालों में ही हुए थे। इनमें से 98% सामान्य प्रसव थे और गर्भावस्था की अवधि पूरी होने के बाद हुए थे। समय से पहले और फॉरसैप की सहायता से कराए गए प्रसवों का प्रतिशत क्रमशः 1, 1 था।

गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित 156 तो दूसरे में 195 महिलाएं मुख्य रूप से ग्रामीण क्षेत्र की कम आयु की महिलाएं थी¹²। दकार में जननेंद्रियों के प्रोलैप्स की 104 घटनाओं के बारे में किए गए एक अन्य अध्ययन से पता चला कि यहाँ महिलाओं की औसत आयु 30 वर्ष थी और 64% महिलाएं 20–39 वर्ष के बीच थीं¹³। हैदराबाद के उस्मानिया अस्पताल के प्रसूति वार्ड में भर्ती होने वाली 214 महिलाओं के बारे में 1951–54 में किए गए अध्ययन से भी यही जानकारी मिली कि यह जरूरी नहीं है कि बार-बार प्रसव कराए जाने के कारण ही गर्भाशय का प्रोलैप्स हो, यह स्थिति पहली बार प्रसव के दौरान भी पेल्विस की सतह पर चोट पहुँचने के कारण उत्पन्न हो सकती थी¹⁴।

संभावित कारणों के बारे में धारणाएं

महिलाओं से यह पूछे जाने पर कि उनमें गर्भाशय का प्रोलैप्स हो जाने के क्या कारण रहे होंगे, 32 में से 18 महिलाओं ने बताया कि प्रसव के बाद एक सप्ताह से 15 दिन के भीतर ही भारी कामकाज आरंभ करने के कारण ही ऐसा हुआ था। सभी 18 महिलाओं ने एक जैसी जानकारी दी कि उन्होंने पानी से भरे भारी घड़े उठाए थे या धान अथवा ज्वार कूटने के लिए भारी मूसल उठाया था और उसके तुरन्त बाद ही उन्हें प्रोलैप्स होना महसूस होने लगा था।

“मैंने अपने पहले बच्चे को अपने पति के घर पर जन्म दिया क्योंकि मेरी माँ बहुत गरीब होने के कारण मुझे जचगी के लिए अपने यहाँ

नहीं ला पाई थी। मुझे एक सप्ताह भी आराम नसीब नहीं हुआ। एक दिन मुझे गोबर से भरी एक भारी टोकरी उठानी पड़ी। जब मैं इसे उठाकर अपने सिर पर रखने के लिए झुकी तो मुझे लगा जैसे मेरे अंदर से कुछ अचानक नीचे खिसक गया हो।” (तीन बच्चों को जन्म दे चुकी 30 वर्षीय महिला का कथन)

“मेरी तीसरी जचगी के बाद मुझे अगले ही दिन से घर के सारे कामकाज करने पड़े। मुझे धान कूटने के लिए उसे उबालना पड़ता था। आग के पास कई घण्टों तक बैठे रहने के बाद जब मैंने पानी निकालने के लिए बड़े पतीले को उठाया तो मैं अचानक बेहोश हो गई। इसके बाद से ही मुझे प्रोलैप्स की यह समस्या है।” (तीन बच्चों को जन्म दे चुकी 42 वर्षीय महिला का कथन)

“हम बहुत गरीब हैं। उन दिनों मैं और मेरे पति दोनों ही दिहाड़ी मजदूरी करते थे। जचगी के बाद जल्दी ही मुझे जलावन की लकड़ियों का भारी गठ्ठर सिर पर लाद कर ले जाना पड़ा। उसके बाद ही मुझे यह समस्या हुई।” (नौ बच्चों को जन्म दे चुकी 45 वर्षीय महिला का कथन)

अपने पहले या दूसरे प्रसव के बाद गर्भाशय के प्रोलैप्स की समस्या का सामना कर रही महिलाओं में से 3 को छोड़कर (13 में से 10) सभी ने इसी तरह की घटनाओं की जानकारी दी। बाकी बची 3 महिलाओं में से 2 का मानना था कि उनमें पहले प्रसव के दौरान हुई कठिनाई के कारण ही प्रोलैप्स हुआ था। शेष

एक महिला ने अपनी पहली गर्भावस्था के बाद मृत शिशु को जन्म दिया था। वह प्रसव के बाद अस्पताल से ऑटो रिक्शा में घर लौट रही थी जब उस ऑटो रिक्शा का एक्सीडेंट हो गया और वह महिला बाहर जा गिरी। उसे गंभीर चोट आई और वह बताती है कि तब से ही उसे गर्भाशय का प्रोलैप्स हो गया था।

इसके अतिरिक्त जिन 11 महिलाओं ने गर्भाशय का प्रोलैप्स होने के अन्य कारणों की जानकारी दी थी, उनमें से 4 ने बताया कि बहुत कम आयु में पहला प्रसव (15-18 की आयु के बीच) होने और बाद में बार-बार प्रसव होने के कारण ऐसा हुआ था। भारत में महिलाओं को परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत बच्चों के जन्म में अंतर रखने के लिए कॉपर-टी के अलावा दूसरे कुछ ही विकल्प उपलब्ध कराए जाते हैं। ऐसा देखा गया है कि महिलाएं प्रजननतंत्र में संक्रमण और ज्यादा रक्तस्राव होने जैसे कारणों से कॉपर-टी लगाने से परहेज़ करती हैं।

अन्य 5 महिलाओं ने बताया कि उनमें ऑपरेशन के बाद प्रोलैप्स हो गया था। इनमें से तीन महिलाओं में नसबन्दी के लिए ऑपरेशन किया गया था, एक महिला का ऑपरेशन के द्वारा गर्भपात किया गया था और एक अन्य महिला का ऑपरेशन गर्भाशय में गाँठें हटाने के लिए किया गया था। एक महिला का गर्भपात हो गया था और उसके बाद ही उसमें प्रोलैप्स के लक्षण दिखाई देने लगे थे।

एक महिला ने बताया कि उसके पति द्वारा

उसके साथ मारपीट करने के बाद ही उसमें यह समस्या आरंभ हुई थी। इस महिला को नसबन्दी के लिए लगाए गए टाँकों को दोबारा लगाने के लिए अस्पताल जाना पड़ा था। इस पर उसका पति बहुत नाराज था कि वह फिर अस्पताल गई थी जबकि उसे अकेले ही पूरा घर संभालना पड़ रहा था। अस्पताल से लौटने पर वह लेटी हुई थी और इस पर उसके पति को गुस्सा आ गया और उसने उसकी पिटाई कर दी।

एक अन्य 26 वर्षीय महिला के अनुभव तो सबसे ज्यादा दुःखी कर देने वाले थे जिसके दोनों बच्चों की मृत्यु बचपन में हो गई थी। वह दूसरे स्तर के गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित थी और वह एक और बच्चे को जन्म देने से बहुत घबराती थी। लेकिन साथ ही साथ वह एक और बच्चा पैदा करना इसलिए भी चाहती थी क्योंकि उसका पति दोबारा विवाह करने की सोच रहा था।

प्रोलैप्स से जुड़ी दूसरी स्वास्थ्य समस्याएं

32 में से 16 महिलाएं (50%) दस वर्षों से भी अधिक समय से गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित थीं जबकि 6 महिलाएं पिछले 6-10 वर्षों से इस समस्या का सामना कर रही थीं। शेष दस महिलाओं में यह समस्या पिछले 5 वर्षों में विकसित हुई थी। जिन महिलाओं में प्रोलैप्स की समस्या लंबे समय से थी उन्होंने बताया कि समय बीतने के साथ-साथ प्रोलैप्स के कारण उनकी दिक्कतें बढ़ती ही जा रही थीं और अब उनके लिए इसे और अधिक झेल पाना बहुत

कठिन होता जा रहा था।

ये महिलाएं गर्भाशय के प्रोलैप्स के कारण होने वाली दूसरी कई स्वास्थ्य समस्याओं का भी सामना कर रही थीं। इसके कारण होने वाली आम समस्या यह थी कि खड़े होने या बैठने में बहुत दिक्कत होती थी, हमेशा ऐसा लगता था कि कहीं कोई रूकावट आ रही है (16 महिलाएं) और कमर में दर्द होता था (14 महिलाएं)। पेशाब करते समय या मल त्यागने में होने वाली कठिनाई (7 महिलाएं) प्रोलैप्स के कारण होने वाली एक अन्य सामान्य समस्या थी। 4 महिलाओं को पेट में नीचे की ओर तेज दर्द उठता था और 6 दूसरी महिलाओं ने बताया कि उन्हें योनि से बदबूदार तेज स्राव होता था जिसके कारण खारिश भी होती थी। प्रोलैप्स से जुड़ी दूसरी समस्याओं में बार-बार मूत्र मार्ग में होने वाला संक्रमण (4 महिलाएं) और मासिक के समय अत्यधिक रक्तस्राव (3 महिलाएं) शामिल था। कुछ महिलाओं को इनमें से एक से अधिक समस्याओं का सामना भी करना पड़ रहा था।

गर्भाशय के प्रोलैप्स के तीसरे स्तर से पीड़ित 3 महिलाओं ने बताया कि गर्भाशय का जो भाग शरीर से बाहर निकला रहता है, उन्हें वहाँ पर छाले हो गए थे। इन 3 महिलाओं सहित कुल 5 महिलाओं ने यह भी बताया कि शरीर से बाहर निकला हुआ गर्भाशय का यह भाग काम करते समय साड़ी में फंस जाता था जिससे उस पर छाले हो जाते थे और खून निकलना शुरू हो जाता था।

“जब मैं खड़ी होती हूँ, तो मेरी साड़ी इसमें फंस जाती है और घाव से पानी बहना शुरू हो जाता है। मुझे मासिक के समय भारी रक्तस्राव होता है।”

“मेरे गुप्तांगों में असहनीय पीड़ा होती है।”

“मैं कोई भी काम नहीं कर पाती और बहुत अवसाद महसूस करती हूँ। मुझे पेशाब करते समय अकसर तेज दर्द और जलन होती है। कई बार तेज बदबूदार सफेद स्राव भी होता है।”

हालांकि केवल 8 महिलाओं ने छाले होने जैसी समस्याओं की जानकारी दी, चिकित्सीय जाँच से यह पता चला कि 16 महिलाओं की सर्विक्स की सतह पर घाव थे या छाले हो रखे थे। उन्हें सर्वाइकल कैंसर की जाँच कराने के लिए बॉयोप्सी (शरीर में कैंसर की कोशिका की मौजूदगी के बारे में पता करने वाली जाँच) कराने के लिए कहा गया।

घर के कामकाज और मजदूरी करने में आने वाली कठिनाइयाँ

गरीब महिलाओं के लिए जो अपनी रोजी-रोटी चलाने के लिए मजदूरी करती हैं, गर्भाशय के प्रोलैप्स की समस्या होने पर जीवन-बसर करना स्वास्थ्य समस्या से भी बड़ी समस्या बन जाता है। 32 में से 21 महिलाओं ने उन समस्याओं की जानकारी दी जिनका सामना उन्हें हर रोज भारी सामान न उठा पाने (7 महिलाएं) तथा खेतों में काम करने में दिक्कत होने (14 महिलाएं) के कारण करना पड़ता था।

“मैं पिछले दो सालों से फसल काटने के काम पर नहीं जा पा रही क्योंकि मैं काटे गए धान के बड़े-बड़े गट्टर सिर पर नहीं ढो सकती या धान का छिलका निकालने का काम नहीं कर सकती। (धान का छिलका निकालने के लिए धान की टोकरी को सिर के ऊपर तक ले जाकर धान नीचे गिराना होता है)..... और आप तो जानते ही हैं कि सबसे ज्यादा मजदूरी फसल काटने के समय ही मिल पाती है।”

गर्भाशय के प्रोलैप्स के तीसरे स्तर से पीड़ित सभी महिलाओं ने और दूसरे स्तर के प्रोलैप्स से पीड़ित 13 में से 10 महिलाओं ने बताया कि जैसे-जैसे उनकी आयु बढ़ती जा रही थी वैसे-वैसे उन्हें घर पर पानी लाने, जलाने के लिए लकड़ी लाने या खाना बनाते समय चूल्हे पर से बर्तन उठाने जैसे सामान्य कामों में भी कठिनाई होने लगी थी।

“जब मैं कुछ भारी सामान उठाती हूँ तो यह और भी नीचे की ओर आ जाता है। ऐसे में मुझे चलना भी मुश्किल लगता है”

“कपड़े और बर्तन धोने के लिए नीचे बैठ पाना अब बहुत अधिक कठिन और पीड़ादाई होता जा रहा है”

यौन संबंधों में आने वाली समस्याएं

यौन संबंधों में होने वाली तकलीफ के कारण इन महिलाओं के अपने पतियों से संबंध भी प्रभावित हो रहे थे। 22 महिलाओं ने बताया कि वे सैक्स से बचने की कोशिश करती हैं और यही उनके और उनके पतियों के बीच लगातार तनाव का मुख्य कारण होता है। 12 महिलाओं

को तो लगता था कि सैक्स करना एक ऐसी सजा थी जिसे भुगतना उनकी मजबूरी बन गई थी और ज्यादा से ज्यादा वे दो सप्ताह में एक बार सैक्स करती थीं। दूसरी महिलाओं में तो सैक्स संबंध की घटना और भी कम, कई महीनों में एक बार होती थी। शेष बची दस महिलाओं ने बताया कि उन्हें सैक्स करने में कोई आनन्द नहीं आता था और इसमें बहुत अधिक दर्द भी होता था लेकिन फिर भी उनके पति उनके साथ जबरदस्ती करते थे। 10 में से 8 महिलाओं ने बताया कि जबरन सैक्स किए जाने से मना करने पर उन्हें हिंसा और मार-पिट्टाई का सामना भी करना पड़ता था।

“इस वर्ष मैं इस समस्या के कारण खेतों में काम करने के लिए नहीं जा पाई। मेरा पति रोज मेरी पिटाई करता है क्योंकि मैं न तो खेतों पर काम कर पाती हूँ और न ही उसके साथ सोने के लिए तैयार होती हूँ”।

“मेरे पति को मेरी बात पर यकीन नहीं होता कि मुझे दर्द हो रहा है। वह कहता है कि तुम्हें क्या तकलीफ है, तुम देखने में तो भली-चंगी और तंदरुस्त दिखाई देती हो। अगर मेरे साथ सैक्स नहीं करना है तो क्या तुम किसी और का इंतजार कर रही हो।”

“जब वह नशे में होता है तो वह कुछ नहीं सुनता। जब वह नशे में नहीं होता तब मेरी बात सुनता है और मेरा ध्यान रखता है।”

उपचार कराने में आने वाली कठिनाइयाँ

32 में से 20 महिलाएं अपनी स्थिति के उपचार के लिए किसी स्वास्थ्य केन्द्र में नहीं गई थी।

पूछे जाने पर उनमें से अधिकांश ने (15 महिलाओं ने) इसका कोई कारण नहीं बताया। इस प्रश्न का उत्तर देने वाली 5 महिलाओं ने बताया कि उन्हें ऑपरेशन से डर लगता था (2 महिलाएं), या समय का अभाव था (1 महिला) या उनका पति इस समस्या के उपचार के लिए डॉक्टर के पास जाने से मना करता था (1 महिला)।

4 महिलाओं ने इस समस्या के लिए उपचार आरंभ किया था और वे कुछ समय तक इसके लिए दवाइयां भी लेती रहीं थी लेकिन वे यह बताने में असमर्थ थी कि यह दवाइयां संबंधित संक्रमण के लिए ली जा रही थीं या फिर दर्दनिवारक दवाइयां थीं। उन्होंने बताया कि उनका इलाज कर रहे डाक्टर या दूसरे स्वास्थ्यकर्मियों ने यह नहीं बताया था कि इस स्थिति का उपचार करने के लिए क्या किया जाएगा। चूंकि उन्हें आराम नहीं पहुँचा था इसलिए उन्होंने दवाएं खाना बंद कर दिया था।

“मैं दस साल पहले अस्पताल गई थी। वहाँ मुझे बताया गया कि मैं दवाइयां खाकर ही ठीक हो जाऊँगी और इसके लिए ऑपरेशन की जरूरत नहीं पड़ेगी। इलाज से मुझे कोई लाभ नहीं हुआ इसलिए मैंने दवाइयां खानी बंद कर दी और दोबारा अस्पताल नहीं गई।”

एक महिला ने बताया कि हालांकि वह कई बार अस्पताल गई लेकिन वह कभी भी डॉक्टर को यह नहीं बता पाई कि वह गर्भाशय के प्रोलैप्स के उपचार के लिए वहाँ आई थी। इसकी बजाय उसने हर बार सांस फूलने, चलने

में तकलीफ होने, शरीर में दर्द होने की जानकारी दी थी और उसे उम्मीद थी कि डॉक्टर और अधिक जाँच कर स्वयं ही जान जाएगा। लेकिन ऐसा कभी नहीं हुआ और उसे अकसर 'ताकत' की गोलियाँ दे दी जाती थीं।

एक अन्य महिला भी कई बार अस्पताल गई लेकिन उसे हर बार यही कहा गया कि वह महीने दो महीने बाद वापस आकर ऑपरेशन कराने के लिए अस्पताल में भर्ती हो जाए क्योंकि स्त्रीरोगों से जुड़े ऑपरेशन कराने के लिए लंबी प्रतीक्षा करनी पड़ती थी। चार बार अस्पताल जाने के बाद उसने वहाँ जाना छोड़ दिया था।

6 महिलाओं को जाँच और ऑपरेशन के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया था लेकिन अनेक कारणों से वे बिना उपचार कराए वापस आ गईं। 2 अन्य महिलाएं अस्पताल से इसलिए वापस आ गईं थीं क्योंकि उनके घर पर अचानक कोई घटना घट गई थी— एक महिला के ससुर की मृत्यु हो गई थी और दूसरी महिला की छोटी उम्र की लड़की मर गई थी। जिस महिला की छोटी लड़की की मृत्यु हुई थी उसकी उम्र 50 वर्ष थी, जिसे यह लगता था कि अपने छठे गर्भ के समय गर्भपात कराने के बाद ही उसे प्रोलैप्स हुआ था, ने बताया कि उसके पास वापस अस्पताल जाने के लिए समय नहीं था। 2 अन्य महिलाएं एक महीने तक अस्पताल में भर्ती रहीं और ऑपरेशन किए जाने की प्रतीक्षा करती रही थीं। बाद में थक हार कर वे डॉक्टर की सलाह के विरुद्ध वापस आ गईं थीं क्योंकि वह और लंबे समय तक

अस्पताल में भर्ती नहीं रह सकती थीं। 2 अन्य महिलाओं को अस्पताल में भर्ती करने के बाद ऑपरेशन करने से इसलिए मना कर दिया गया था क्योंकि वे बहुत कमजोर थीं और खून की कमी के कारण उनका ऑपरेशन करना जोखिम भरा काम माना जा रहा था।

साक्षात्कार की गई महिलाओं में से 29 ने रूसैक संगठन से आग्रह किया कि वे उन्हें चिकित्सीय सहायता उपलब्ध कराए। 5 महिलाओं को बताया गया कि पैल्विक व्यायाम कैसे किए जाते हैं। उन्हें यह सलाह दी गई कि वह 6 महीने तक यह व्यायाम करें और फिर दोबारा जाँच के लिए आएँ। शेष सभी महिलाएँ जिनके लिए ऑपरेशन (11 महिलाएँ) या बायोप्सी (16 महिलाएँ) कराने की सलाह दी गई थी, वे इसके लिए तत्पर थीं लेकिन उन सभी के लिए इस पर आने वाला खर्च एक समस्या था। हालांकि रूसैक द्वारा चलाए जा रहे अस्पताल में उपचार पर 50% की छूट दी जाती है, लेकिन यह महिलाएँ इतना खर्च करने में भी सक्षम नहीं थीं। उन्होंने आग्रह किया कि उनसे एकमुश्त 500 रुपये (12.50 अमरीकी डॉलर) ले लिए जाएँ। यह राशि भी उनकी मासिक आय का 80% थी लेकिन इससे अस्पताल की लागत के कुल 10% की ही भरपाई हो सकती थी⁺।

अगर महिलाओं की खर्च की समस्या को दूर भी कर दिया जाता तो भी यह जरूरी नहीं

था कि उन सभी को उपचार मिल पाता। 4 महिलाओं को यह डर था कि 500 रुपये का भुगतान करने पर भी उनके पति उन्हें ऑपरेशन नहीं कराने देंगे क्योंकि इस काम में दूसरे खर्च भी होंगे। मरीज को देखने आने पर होने वाला खर्च और अस्पताल में भर्ती होने पर उनके साथ रहने वाली महिला के लिए भोजन की व्यवस्था पर होने वाला खर्च भी होगा। इसके अलावा महिला के घर से दूर रहने के कारण उनके पति को बहुत अधिक असुविधा भी होगी। 2 महिलाओं को यह चिन्ता थी कि अस्पताल में भर्ती होने के समय उनके बच्चों की देखभाल कौन करेगा और ऑपरेशन के बाद घर के कामकाज में उनकी सहायता कौन करेगा।

निष्कर्ष

गर्भाशय के प्रोलैप्स जैसे प्रसूति रोगों के बारे में उपलब्ध किताबों में यह नहीं बताया जाता कि इससे वर्षों तक पीड़ित रही महिलाओं के क्या अनुभव होते होंगे जिन्हें उनके पति का सहयोग नहीं मिलता या जिन्हें उचित चिकित्सा सहायता नहीं मिल पाती।

इस समूह में शामिल महिलाओं का मानना था कि प्रसव के तुरन्त बाद भारी कामकाज आरंभ कर देने के कारण ही गर्भाशय का प्रोलैप्स हो जाता था। बार-बार प्रसव कराने या ऑपरेशन के बाद पैल्विस की सतह को पहुँचे नुकसान के कारण ही यह स्थिति उत्पन्न होती थी। बहुत सी महिलाओं में छोटी उम्र में ही

⁺रूसैक संगठन ने यह निर्णय लिया कि जो महिलाएँ कुछ भी भुगतान कर पाने में असमर्थ हों उन्हें कम खर्च पर उपचार उपलब्ध कराने के लिए और उन्हें ऑपरेशन कराने में सहायता करने के लिए धन एकत्रित किया जाए।

पहले या दूसरे प्रसव के बाद इस रोग के लक्षण दिखाई देने लग गए थे।

गर्भाशय प्रोलैप्स की समस्या से जूझ रही महिलाओं के जीवन का स्तर भी इसके कारण बहुत अधिक प्रभावित हो रहा था। इससे न केवल उनके शारीरिक स्वास्थ्य पर बुरा असर पड़ रहा था बल्कि उनके यौन जीवन और काम करने की क्षमता पर भी इसका विपरीत प्रभाव होता था। उन्हें गर्भाशय प्रोलैप्स का उपचार कराने में भी अनेक कठिनाइयों और रूकावटों का सामना करना पड़ता था। कभी तो वे खुद ही डॉक्टर को इसके बारे में नहीं बता पाती थी या फिर कभी उनके पति उन्हें उपचार कराने की अनुमति नहीं देते थे। उपचार का सही प्रभाव न हो पाने और इस पर आने वाली अधिक लागत और इसके कारण काम की हानि के चलते भी बहुत सी महिलाएं उपचार नहीं करा पाती थी। अस्पतालों में ऑपरेशन कराने के लिए लंबी प्रतीक्षा भी उपचार न कराने का एक कारण थी।

महिलाओं द्वारा स्वयं दी गई जानकारीयों और चिकित्सा जाँच द्वारा गर्भाशय के प्रोलैप्स का पता चलने में बहुत अधिक समानता देखी गई (37 में से 32 महिलाएं—86.5%)। इस्तांबुल में किए गए एक अध्ययन में भी इसी प्रकार महिलाओं द्वारा दी गई जानकारी और जाँच के परिणामों में समानता पाई गई। वहाँ समानता का स्तर 95.7% था¹⁵। इससे पता चलता है कि अगर भली-भाँति तैयार प्रश्नावलियों के आधार पर सामुदायिक सर्वेक्षण किए जाएं तो यह गर्भाशय-योनि के प्रोलैप्स से पीड़ित

महिलाओं की पहचान करने के प्रभावी और अचूक तरीके सिद्ध हो सकते हैं। वर्तमान अध्ययन में महिलाओं द्वारा गर्भाशय के प्रोलैप्स के संभावित कारणों की जानकारीयां भी सही पाई गईं और उल्लेखनीय है कि वे चिकित्सीय रूप से पहले से सिद्ध कारणों के अनुसार सही थीं।

गर्भाशय की माँसपेशियों के ढीला पड़ने और इसके कारण जननेंद्रियों में कुछ हद तक प्रोलैप्स हो जाने को पूरी तरह से रोका नहीं जा सकता। खासकर महिलाओं में उम्र बढ़ने के साथ-साथ ऐसा होना सामान्य होता है। लेकिन फिर भी इस अध्ययन में बताए गए गंभीर प्रोलैप्स की घटनाओं को रोका जा सकता है और ग्रामीण एवं गरीब समुदाय की महिलाओं को भी इससे सुरक्षित रखा जा सकता है। महिलाओं के स्वास्थ्य की रक्षा के लिए काम करने वाले रूसैक जैसे सामुदायिक संगठन ऐसे प्रयास आरंभ कर सकते हैं जिनसे इस समस्या से पीड़ित गरीब महिलाओं की तकलीफों को दूर किया जा सकता है। इस दिशा में किए जाने वाले प्रयासों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- समुदाय में महिलाओं में छोटी उम्र में ही गर्भाशय के प्रोलैप्स को रोकने के लिए जानकारी बढ़ाने के प्रयास किए जाएं। उन्हें यह बताया जाए कि गर्भवती महिलाओं को जचगी के दौरान गर्भाशय का मुँह पूरी तरह खुलने से पहले जोर नहीं लगाना चाहिए, जचगी के बाद महिलाएं कम से कम 6 सप्ताह तक कोई भारी काम करने से परहेज करें और प्रसव के बाद पैल्विस की

सतह को पुष्ट करने के लिए उपयुक्त व्यायाम करें।

- बच्चों के जन्म में अंतर रखने के लिए महिलाओं को अनेक तरह के अस्थायी गर्भनिरोधक उपलब्ध कराए जाएं।
- पीड़ित महिलाओं को रोजमर्रा होने वाली कठिनाइयों को कम करने या इन्हें दूर करने के तरीके सुझाए जाएं। उदाहरण के लिए महिलाओं को, उनके पति या परिवारजनों को यह बताया जा सकता है कि वे महिलाओं की इस समस्या को समझें और उनके साथ सहयोग करें।
- गर्भाशय के प्रोलैप्स से पीड़ित महिलाओं की सहायता के लिए महिला समूह बनाए जाएं जो अस्पताल जाने में या घर के कामकाज में उनकी सहायता कर सकें।
- महिलाओं के लिए उपयुक्त चिकित्सीय सहायता उपलब्ध कराने के तरीके खोजे जाएं और उन्हें इलाज तथा ऑपरेशन पर होने वाले खर्च में छूट देने की व्यवस्था की जाए।

पत्र व्यवहार के लिए पता

टी के सुन्दरी रविन्द्रन, ग्रामीण महिला सामाजिक शिक्षा केन्द्र, नेहरु नगर, वल्लम पोस्ट, चैंगलपट्टू 603002, तमिलनाडु, भारत।
टेलीफोन/फैक्स: 91-4111430682

संदर्भ

1. Satur DM, Chakraverti J, 1955. A statistical

survey of prolapse of the uterus with respect to age and parity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*. 6:147-50.

2. Kamini Naik, Ahuja M, Kaduskar N et al, 1993. Are the trends in genital prolapse changing? *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 1:426-31.
3. Gynecological examinations and managing common gynecological problems: Training course in Women's Health, Module 4, 1993. Institute for Development Training, New York.
4. Chamberlain G (ed). 1996. *Gynaecology by Ten Teachers*, 16th edition. Elbs, London.
5. Padubiri VG, Daftary SN (eds.), 1994. *Shaw's Textbook of Gynaecology*. Hawkins and Bourne. (11th edition).
6. Dutta DK, Dutta B, 1994. Surgical management of genital prolapse in an industrial hospital. *Journal of Indian Medical Association*. 92(11):366-67.
7. Virtanen HS, Makinen JI, 1993. Retrospective analysis of 711 patients operated on for pelvic relaxation in 1983-89. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 42(2):109-15.
8. Allabadia Gn. 1992. Reproductive performance following sleeve excision anastomosis operation for genital prolapse. *Australia New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 32(2):149-53.
9. Mant J, Painter R, Vessey M, 1997. *Epidemiology of genital prolapse :*

- observations from the Oxford Family Planning Association Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 104(5):579-85.
10. Banu LF, 1997. Synthetic sling for genital prolapse in young women. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(1):57-64.
11. Report of the baseline survey on women's health, 1996-97. Chengalpattu (India), rural Women's Social Education Centre, Unpublished monograph. May 1998.
12. Lukman Y, 1995. Utero-vaginal prolapse : a rural disability of the young. *East African Medical Journal*. 72(1):2-9.
13. Dia A, toure CT, Diao MB et al. 1991. Les prolapsus genitaux a Dakar. *Dakar Medecine*. 36(1):39-46.
14. Ramachandran AS, 1955. A statistical survey of prolapse of the uterus in relation to parity and age. *Journal of Obstetrics and Gynaecology in India*. 6:162-65.
15. Filippi V, Marshall T, Bulut A et al, 1997. Asking questions about women's reproductive health: validity and reliability of survey findings from Istanbul. *Tropical Medicine and International Health* 2(1):47-56.



मातृ स्वास्थ्य और एचआईवी

James McIntyre
जेम्स मैकन्टायर

सारांश:

एचआईवी संक्रमण से बाधित 20 मिलियन महिलाओं और हर साल एचआईवी बाधित 2 मिलियन महिलाओं द्वारा गर्भधारण किए जाने को देखते हुए एचआईवी/एड्स की महामारी महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारण है। महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की अधिकांश घटनाएं संसाधनों की कमी वाली परिस्थितियों में उत्पन्न होती हैं; जहाँ मातृत्व के कारण महिलाओं में रोग होने और उनकी मृत्यु होने का जोखिम भी बहुत ज्यादा होता है। इन्हीं परिस्थितियों में गर्भावस्था, शिशु जन्म और गर्भपात के कारण हर वर्ष 529,000 महिलाओं की मृत्यु की घटनाएं होती हैं। इस बात के स्पष्ट प्रमाण मौजूद हैं कि एचआईवी/एड्स के कारण गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की संख्या में लगातार वृद्धि हो रही है और एचआईवी संक्रमण की बहुतायत वाले कुछ क्षेत्रों में तो प्रसव से जुड़ी समस्याओं की तुलना में एड्स गर्भवती महिलाओं की मृत्यु का प्रमुख कारण बनता जा रहा है। उपचार के लिए एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की उपलब्धता बढ़ने के साथ-साथ एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं के उपचार की आवश्यकता वाली गर्भवती महिलाओं को उपचार दिए जाने में प्राथमिकता मिलनी चाहिए। विकसित देशों में तो माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के लिए कार्य योजनाएं मौजूद हैं लेकिन दुनिया के शेष भागों में इस तरह की योजनाओं की बहुत कमी है। इस बारे में एक व्यापक दृष्टिकोण की ज़रूरत है। बच्चों में संक्रमण को रोकने की वर्तमान कोशिशों में गर्भवती महिलाओं के लिए उचित उपचार और महिलाओं और पुरुषों में नए संक्रमण को रोकने के प्रयासों को भी शामिल किया जाना चाहिए। © 2005 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित

मुख्य शब्द: एचआईवी/एड्स, गर्भावस्था, मातृ मृत्यु, प्रजननशीलता, टीबी और मलेरिया के साथ-साथ एचआईवी संक्रमण, अफ्रीका

एचआईवी/एड्स की महामारी महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारण है। दुनियाभर में एचआईवी संक्रमित 37.8 मिलियन लोगों में लगभग आधी

संख्या महिलाओं की है और हर वर्ष एचआईवी संक्रमित 2 मिलियन महिलाएं गर्भधारण करती हैं¹। इनमें से अधिकांश महिलाएं ऐसी संसाधनहीन परिस्थितियों में रहती हैं जहाँ

मातृत्व के कारण रोग उत्पन्न होने और मातृ मृत्यु की आशंका बहुत अधिक होती है और हर वर्ष गर्भधारण, शिशु जन्म व गर्भपात के कारण होने वाली मृत्यु की 5,29,000 में से अधिकांश घटनाएं यहीं पर घटित होती हैं²। अलग-अलग देशों में गर्भवती महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की दर में बहुत अंतर पाया जाता है और यह 1% से लेकर 40% के बीच पाया जाता है। हालांकि कुछ एशियाई देशों में एचआईवी संक्रमण का फैलाव बहुत तेजी से बढ़ा है फिर भी अफ्रीका में एचआईवी संक्रमण की दर अब भी सबसे अधिक है।

मातृ मृत्यु के मामलों में एचआईवी/एड्स के कारणों की सही भूमिका को जान पाना कठिन है क्योंकि गर्भवती महिलाओं में संक्रमण की स्थिति की हमेशा जानकारी नहीं मिल पाती, इसलिए इस संदर्भ में उपलब्ध वर्तमान आँकड़े इस समस्या को कम करके ही आँकते हैं, लेकिन इस बात के भी प्रमाण मिल रहे हैं कि एचआईवी/एड्स के कारण मातृ मृत्यु के मामलों में बहुत अधिक वृद्धि हुई है। एचआईवी संक्रमण की बहुतायत वाले कुछ क्षेत्रों में तो प्रसव से जुड़ी समस्याओं की तुलना में एड्स गर्भवती महिलाओं की मृत्यु का प्रमुख कारण बनता जा रहा है³। गर्भवती स्त्रियों के स्वास्थ्य पर गर्भधारण और एचआईवी के संभावित दुष्परिणाम केवल प्रसव के 42 दिन तक ही सीमित नहीं रहते, जिस अवधि को आमतौर पर मातृ मृत्यु के मामलों के आँकड़ों में शामिल किया जाता है। यही कारण है कि एचआईवी संक्रमण और मातृ मृत्यु के मामलों में संबंध

दर्शाने वाले आँकड़े इन दो परिस्थितियों से उत्पन्न परिणामों का और गर्भधारण के बाद के पहले वर्ष में उनसे होने वाले प्रभावों का कम आकलन करते हैं। हो सकता है कि स्वास्थ्य केन्द्रों के स्तर पर मातृ मृत्यु और एचआईवी में संबंध स्पष्ट न हो सके क्योंकि आमतौर पर इन दोनों को अलग-अलग स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और प्रबंधकों द्वारा संभाला जाता है⁴।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के "3X 5" और GFATM के प्रयासों के परिणामस्वरूप एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की उपलब्धता में लगातार बढ़ोतरी हो रही है। एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं के उपचार की आवश्यकता वाली गर्भवती महिलाओं को उपचार दिए जाने में प्राथमिकता मिलनी चाहिए ताकि माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम की जा सके और परिवार की आरंभिक देखभाल करते हुए एड्स के कारण अनाथ होने वाले बच्चों की संख्या में कमी की जा सके।

विकसित देशों में माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण के जोखिम को कम करने के लिए अपनाई जा रही सफल कार्य योजनाओं के परिणामस्वरूप बच्चों में एचआईवी का संक्रमण लगभग समाप्त हो गया है। यह कार्य योजनाएं अन्य कम संसाधनों वाले देशों में भी सफल सिद्ध हो रही हैं⁵। माँ से बच्चे को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम (पीएमटीसीटी) से संबंधित कार्यक्रमों का विस्तार दुनिया भर में बढ़ गया है लेकिन एचआईवी संक्रमण की अधिकता वाले प्रदेशों में अब भी अधिकांश गर्भवती महिलाओं को एचआईवी के

बारे में सलाह और जाँच सुविधाएं नहीं मिल पाती। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने पीएमटीसीटी कार्यक्रमों के लिए एक चार सूत्री कार्य योजना अपनाए जाने का सुझाव दिया है जो नए संक्रमणों की रोकथाम और एचआईवी संक्रमित महिलाओं में अनचाहे गर्भ को रोकने के साथ-साथ शिशुओं में संक्रमण की रोकथाम और उचित देखभाल सेवाओं पर विशेष ध्यान देता है⁶।

संयुक्त राष्ट्र के सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (MDGs) में एचआईवी और मातृ स्वास्थ्य के बारे में भी कुछ लक्ष्य निर्धारित किए गए हैं जिन्हें एक-दूसरे से मेल खाते हुए देखा जाना चाहिए। मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रमों का लक्ष्य है कि 1990 से 2015 के बीच मातृ मृत्यु में दो तिहाई कमी की जाए। एचआईवी/एड्स के लिए बनाए गए लक्ष्यों में यह सोचा गया है कि एचआईवी/एड्स के प्रसार को रोककर इसमें लगातार कमी की जाए। गर्भधारण के कारण महिलाओं की मृत्यु के 99% मामले विकासशील देशों में देखे जाते हैं और अन्य क्षेत्रों की तुलना में अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में यह 50 गुणा अधिक होते हैं। जून 2001 में संयुक्त राष्ट्र की जनरल असेंबली के विशेष सत्र (यूएनजीएएसएस) में 189 देशों द्वारा कटिबद्धता की घोषणा के बाद एचआईवी से संक्रमित शिशुओं के अनुपात में 2005 तक 20% और 2010 तक 50% की कमी करने का लक्ष्य रखा गया है⁷।

पीएमटीसीटी (PMTCT) कार्यक्रमों की बढ़ती उपलब्धता और इस बारे में जागरूकता के स्तर

में वृद्धि होने के कारण एचआईवी के बारे में स्वैच्छिक रूप से परामर्श दिए जाने और जाँच कराए जाने के प्रयासों में गर्भवती महिलाओं पर विशेष ध्यान दिया जाता है। गर्भावस्था के कारण महिलाओं और पुरुषों तक एचआईवी की रोकथाम और उपचार प्रक्रियाओं को पहुँचा पाने का अच्छा अवसर मिलता है। यही वह समय होता है जब कुछ महिलाएं स्वास्थ्यकर्मियों के संपर्क में आती हैं और अपने बच्चों को संक्रमण से बचा पाने की संभावनाओं को देखकर उनमें व्यवहार परिवर्तन हो सकता है। कुछ परिस्थितियों में गर्भावस्था और प्रसव के बाद के समय में एचआईवी संक्रमण का खतरा बढ़ जाता है क्योंकि गर्भावस्था के दौरान या इसके बाद सैक्स न किए जाने जैसी सांस्कृतिक मान्यताओं के कारण संभव है कि इन महिलाओं के यौन साथी किन्हीं दूसरी महिलाओं के साथ संबंध बनाते हों।

एचआईवी/एड्स तथा प्रजननशीलता

अमरीका, यूरोप तथा अफ्रीका में किए गए अध्ययनों से पता चलता है कि एचआईवी संक्रमित महिलाओं में प्रजननशीलता कम हो जाती है और एचआईवी संक्रमित महिलाओं में अचानक गर्भपात होने या मृत शिशु पैदा होने की आशंका भी बढ़ जाती है^{8,9}। अफ्रीका में एचआईवी संक्रमण के लक्षण दिखाई देने वाली महिलाओं में दूसरी महिलाओं (जिनमें एचआईवी संक्रमण के लक्षण नहीं दिखाई देते) की अपेक्षा प्रजननशीलता में ज्यादा कमी देखी जाती है और रोग के आखिरी चरणों में यह और भी अधिक बढ़ जाती है। यूगाण्डा में किए गए एक

अध्ययन से पता चला कि एचआईवी संक्रमण होने के बाद एड्स होने तक प्रजननशीलता में लगातार कमी होती रहती है¹⁰। बहुत से मामलों में एचआईवी के कारण प्रजननशीलता की कमी ऐसी परिस्थितियों में ही दिखाई पड़ती है जहाँ महिलाओं को स्वेच्छा से एचआईवी के बारे में परामर्श और जाँच सेवाएं न मिल पाई हों और उन्हें अपनी एचआईवी स्थिति की जानकारी न हो। जहाँ महिलाओं को अपने संक्रमित होने की जानकारी होती है वहाँ इस जानकारी का प्रभाव महिलाओं द्वारा गर्भधारण किए जाने जैसे निर्णयों पर भी पड़ता है। हो सकता है कि परिवार के सदस्यों या अपने साथी को संक्रमण की जानकारी न दिए जाने के कारण, प्रजनन करने के लिए संगी-साथियों द्वारा डाले जाने वाले दबाव या बच्चे को एचआईवी संक्रमण होने से जुड़े खतरे के बारे में विचारों से भी गर्भधारण करने या न करने के फैसले प्रभावित होते हों^{11,12}।

एचआईवी संक्रमण के कारण प्रजननशीलता में कमी का परिणाम यह हो सकता है कि एचआईवी के कारण होने वाली मातृ मृत्यु या फिर सामान्य मातृ मृत्यु के मामलों में कमी आ जाए क्योंकि एचआईवी संक्रमित महिलाएं कम ही गर्भधारण करना चाहेंगी। ली-कोइयर व अन्य ने कांगो के पॉइन्टनॉयर स्थान पर प्रजननशील आयु की एचआईवी संक्रमित और गर्भवती महिलाओं की मृत्यु के मामलों की जाँच की और यह पाया कि एचआईवी संक्रमण के कारण गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की घटनाओं में वृद्धि होती है। मृत्यु

के बाद की गई जाँच से यह जानकारी मिली कि इस आयु समूह की एचआईवी संक्रमण से मुक्त महिलाओं की अपेक्षा एचआईवी संक्रमित महिलाओं में मृत्यु दर 32 गुणा अधिक होती है। गर्भवती महिलाओं की तुलना में गर्भधारण न करने वाली महिलाओं में यह दर और भी अधिक होती है¹³।

एचआईवी संक्रमण पर गर्भधारण करने का असर

गर्भावस्था के दौरान जिन महिलाओं में एचआईवी संक्रमण का पता चलता है उनमें से अधिकांश में गर्भावस्था खत्म होने तक एड्स विकसित नहीं होता। माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण के विषय पर अफ्रीका और एशिया में किए गए अध्ययनों से पता चला है कि केवल 10–20% महिलाओं में सीडी-4 कोशिकाओं (CD4 सैल) की संख्या 200 प्रति घन मिमी (200/mm³) से कम होती है या उनमें ऐसी बीमारियों के लक्षण होते हैं जिनसे एड्स होने का पता चलता है। इसका अर्थ यह होता है कि इन महिलाओं को अब लंबे समय तक एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं देना शुरू कर देना चाहिए^{14–16}। ऐसा लगता है कि गर्भधारण करने से महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की स्थिति पर कोई विशेष प्रभाव नहीं पड़ता; हालांकि इस संदर्भ में अधिकांश जानकारी और विश्लेषण में प्रयोग किए गए सभी आंकड़े संसाधनों की अधिकता वाले प्रदेशों से लिए गए हैं¹⁷। संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में गर्भावस्था के कारण एचआईवी संक्रमण की स्थिति पर होने वाले प्रभाव के बारे में बहुत कम आँकड़े उपलब्ध

हैं हालांकि चिकित्सीय अनुभवों से भी यही पता चलता है कि गर्भधारण करने से एचआईवी संक्रमण की स्थिति पर कोई विशेष प्रभाव नहीं पड़ता। संसाधनों की अधिकता वाले प्रदेशों और थाइलैण्ड से ऐसी जानकारियाँ मिली हैं कि गर्भावस्था के बाद (शिशु जन्म के बाद) के समय में एचआईवी संक्रमण पर कुछ प्रभाव अवश्य पड़ता है लेकिन अफ्रीकी देशों में किए गए अनेक अध्ययनों में ऐसी जानकारियाँ मिली हैं कि प्रसव के बाद एचआईवी संक्रमित महिलाओं की मृत्यु की घटनाएं बढ़ जाती हैं। मृत्यु की घटनाओं के बारे में आंकड़े एकत्रित करते समय इस जानकारी को ध्यान में रखना जरूरी होगा¹⁸⁻²⁰।

गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की घटनाओं पर एचआईवी संक्रमण का प्रभाव

विकसित देशों की तुलना में संसाधनहीन क्षेत्रों में मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) 10-100 गुना अधिक होती है। संसाधनों की अधिकता वाले क्षेत्रों में जहाँ हर एक लाख जीवित जन्मों पर 10 महिलाओं की मृत्यु होती है वहीं संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में यह दर 1000 तक हो सकती है। पहले अधिक मातृ मृत्यु दर होने के मुख्य कारणों में रक्तस्राव, अत्यधिक उच्च रक्तचाप (हाई-ब्लड प्रेशर), प्रसव में रूकावट या असुरक्षित गर्भपात के कारण होने वाली जटिलताओं जैसे कारण होते थे। अब कई स्थानों पर इस स्थिति में बदलाव आ रहा है और एड्स के कारण अधिक अनुपात में मातृ मृत्यु हो रही है^{21,22} और अफ्रीका के कई देशों में एड्स मातृ मृत्यु का मुख्य कारण बनता जा

रहा है²³। संसाधनों की कमी वाले दूसरे क्षेत्रों से बहुत अधिक आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं हालांकि वहाँ भी ऐसी ही स्थिति देखने को मिलती है। विकसित देशों में भी एचआईवी/एड्स मातृ मृत्यु का एक कारण होता है लेकिन वहाँ इन गर्भवती महिलाओं को उपयुक्त एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं से उपचार मिल पाता है²⁴ जिसके कारण गर्भावस्था के दौरान एड्स से होने वाली जटिलताओं में कमी आ रही है^{25,26}।

जैसे-जैसे इस महामारी को फैलते हुए समय गुजर रहा है और बड़ी संख्या में महिलाओं में लंबे समय से एचआईवी संक्रमण मौजूद रहा है, वैसे-वैसे अधिक संख्या में गर्भवती महिलाओं में एचआईवी/एड्स के कारण होने वाली जटिलताएं ज्यादा दिखाई देने लगी हैं और इससे मातृ मृत्यु दर भी प्रभावित हो रही है। एचआईवी/एड्स से संक्रमित महिलाओं के गर्भवती होने के बाद उनमें प्रसव के बाद अधिक रक्तस्राव, सैप्सिस या सिजेरियन ऑपरेशन से होने वाली प्रसव संबंधी कारणों से मृत्यु होने का खतरा बढ़ जाता है क्योंकि एड्स के कारण एनीमिया हो जाता है और महिला की रोग-प्रतिरोधक क्षमता कम हो जाती है। गर्भवती महिलाओं की मृत्यु सीधे एड्स के कारण भी हो सकती है या जिन मामलों में एचआईवी संक्रमण हो या संक्रमण के कारण होने वाले टीबी जैसे दूसरे संक्रमण जब तेजी से फैलें तो भी परोक्ष कारणों से उनकी मृत्यु हो सकती है।

पिछले एक दशक में मातृ मृत्यु दर में कमी लाने के संबंध में हुई प्रगति पर एड्स के कारण उल्टा असर पड़ रहा है। हालांकि मातृ मृत्यु के

मामलों में हुई बढ़ोतरी को राष्ट्रीय स्तर के आंकड़ों में सीधे-सीधे एचआईवी संक्रमण के कारण हुई मृत्यु नहीं माना जाता क्योंकि अधिकांश महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की जाँच ही नहीं हो पाती। तंज़ानिया में 90 के दशक के मध्य तक एड्स प्रजननशील आयु की महिलाओं की मृत्यु का मुख्य कारण बन गया था²⁷। अब यह स्थिति दूसरे गरीब देशों में भी सामान्य रूप से देखी जा रही है। पिछले दो दशकों के दौरान ज़ाम्बिया में बेहतर प्रसव सेवाओं की उपलब्धता के बाद भी मातृ मृत्यु दर में आठ गुणा वृद्धि हुई है²⁸। मलावी और ज़िम्बाब्वे में एड्स की महामारी बढ़ने के साथ-साथ गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की घटनाएं क्रमशः 1.9 और 2.5 गुणा बढ़ गई हैं²²।

1998 में दक्षिण अफ्रीका में मातृ मृत्यु के बारे में राष्ट्रीय स्तर पर एक गोपनीय जाँच प्रक्रिया आरंभ की गई। प्राप्त आंकड़ों से पता चला कि 1998 में एड्स गर्भवती महिलाओं की मृत्यु का दूसरा मुख्य कारण बन गया था और मृत्यु की कुल घटनाओं में से 13% एड्स के कारण ही हुई थी²³। 1999-2001 के बीच 17% मामलों में मृत्यु का कारण एड्स बताया गया हालांकि यह संभव है कि यह आँकड़े बहुत कम हों क्योंकि केवल 36% मामलों में ही महिलाओं की सही एचआईवी स्थिति की जानकारी उपलब्ध थी³।

गर्भावस्था के दौरान एचआईवी संक्रमण, टीबी और मलेरिया

एचआईवी संक्रमित गर्भवती महिलाओं में

तपेदिक (टीबी) मृत्यु के मुख्य कारणों में से एक होता है। संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में यह देखा गया है कि एचआईवी संक्रमण होने पर टीबी भी हो जाती है और दुनियाभर में प्रजननशील आयु की महिलाओं में संक्रामक रोगों से होने वाली मृत्यु का यह (टीबी) मुख्य कारण होता है²⁰। अनेक अध्ययनों से यह मातृ मृत्यु, टीबी और एचआईवी संक्रमण में गहरे संबंध होने का पता चला है। दक्षिण अफ्रीका के डरबन में टीबी के कारण 54% मातृ मृत्यु हुई जिसका सीधा संबंध एचआईवी संक्रमण से था। इससे यह पता चलता है कि एचआईवी संक्रमित महिलाओं में टीबी होने की आशंका बढ़ जाती है और यह उनकी मृत्यु का मुख्य कारण होता है²⁹।

गर्भावस्था के दौरान एचआईवी संक्रमण और मलेरिया में भी संबंध देखे गए हैं और यह भी मालूम हुआ है कि मलेरिया के कारण एनीमिया जैसी जटिलताएं भी हो जाती हैं। गर्भावस्था के प्रत्येक चरण में एचआईवी संक्रमण के कारण महिलाओं में मलेरिया होने का खतरा बढ़ जाता है हालांकि इसके कारणों के बारे में स्पष्ट जानकारी नहीं है³⁰। इन महिलाओं को सल्फाडॉक्सिन-पायरीमिथामाइन दवाओं से मानक उपचार भी मलेरिया रोग के जीवाणु को पूरी तरह नष्ट करने में सहायक नहीं होते³¹।

गर्भावस्था के दौरान एचआईवी संक्रमण का उपचार व देखभाल

गर्भवती महिलाओं में स्वैच्छिक रूप से एचआईवी संक्रमण की परामर्श और जाँच

(VCT) सेवाएं देने से संक्रमण का जल्दी पता चल जाएगा और जानलेवा जटिलताओं का उपचार संभव हो जाएगा। जहाँ एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं उपलब्ध हों वहाँ गर्भवती महिलाओं में आवश्यकता होने पर गर्भावस्था के दौरान ही उपचार आरंभ कर देना चाहिए ताकि मातृ मृत्यु के जोखिम को कम किया जा सके।

गर्भवती महिला के भोजन में पोषण की कमी से भी एचआईवी संक्रमण तेजी से फैलता है। तंजानिया में अकस्मात् आधार पर नियंत्रित अध्ययन से पता चला कि मल्टी विटामिन की गोलियाँ देने से एचआईवी संक्रमित महिलाओं में एचआईवी के प्रसार को धीमा किया जा सकता है और ऐसा करने से कम लागत से ही एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं द्वारा उपचार आरंभ करने में देर की जा सकती है³²।

माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम

हर वर्ष 7 लाख से ज्यादा बच्चों में एचआईवी संक्रमण होता है और इनमें से 90% बच्चे संसाधनों की कमी वाले गरीब देशों के होते हैं और अधिकांश में यह संक्रमण प्रसव के बाद होता है¹। इसका कोई उपचार न होने पर स्तनपान न कराने वाली महिलाओं में माँ से बच्चे को होने वाले एचआईवी संक्रमण के फैलने की दर 15–30% हो सकती है और लंबे समय तक स्तनपान कराने वाली महिलाओं के बच्चों में यह 30–45% तक भी बढ़ सकती है¹⁶। स्तनपान द्वारा संक्रमण के जोखिम को कम करने के लिए शिशु को स्तनपान कराए जाने

के व्यवहारों में बदलाव ला पाना बहुत ही कठिन काम होता है और स्तनपान के माध्यम से फैलने वाले संक्रमण के बारे में अभी और शोध किए जाने की जरूरत है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा आरंभ की गई “चार सूत्री कार्य योजना”⁶ में यह माना गया है कि इस समस्या को दूर करने के लिए एकीकृत और व्यापक प्रयासों की जरूरत होगी और एचआईवी संक्रमित महिलाओं और उनके बच्चों पर ध्यान दिए जाने के लिए चलाए जा रहे कार्यक्रमों में संक्रमण की आरंभिक रोकथाम पर अधिक ध्यान देना होगा। हालांकि एचआईवी संक्रमित महिलाओं से उनके शिशुओं में फैलने वाले संक्रमण को रोकने के लिए किए जा रहे कार्यों पर बहुत अधिक ध्यान दिया जा रहा है लेकिन मातृ मृत्यु को कम करने के लिए महिलाओं और पुरुषों में नए संक्रमण को रोकना भी पीएमटीसीटी कार्यक्रमों का एक प्रमुख लक्ष्य है। एचआईवी संक्रमित महिलाओं को उपयुक्त परिवार नियोजन सेवाएं देना भी इसी कार्य योजना का एक अन्य महत्वपूर्ण पहलू है¹²। एचआईवी संक्रमण के बारे में जानकारी और शिक्षा को मातृ स्वास्थ्य देखभाल और परिवार नियोजन सेवाओं के साथ जोड़ दिया जाना चाहिए और इन दोनों ही कार्यक्रमों में महिलाओं को स्वैच्छिक रूप से एचआईवी संक्रमण की जाँच और उपचार की सेवाएं दिए जाने का लक्ष्य निर्धारित करना चाहिए। सुरक्षित यौन व्यवहारों के बारे में सलाह, एचआईवी और माँ से बच्चे को होने वाले संक्रमण के बारे में जानकारी, पुरुष और महिला कण्डोम का

वितरण, यौन संचारित संक्रमणों की जाँच व उपचार आदि सभी कामों को इन सेवाओं में शामिल किया जाना चाहिए। बहुत कम पीएमटीसीटी कार्यक्रमों को पुरुषों को साथ लेकर चल पाने में सफलता मिली है जोकि अन्यथा कार्यक्रमों की सफलता और समुदायों द्वारा कार्यक्रम को स्वीकार किए जाने के लिए आवश्यक है। इस लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए अभी और उपयुक्त कार्य योजनाएं बनाए जाने की ज़रूरत है।

1994 में माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण के जोखिम को कम करने में एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की सफलता की रिपोर्ट आने के बाद³³ के दशक में संसाधनों की अधिकता वाले देशों में बच्चों में एचआईवी संक्रमण लगभग पूरी तरह समाप्त कर दिया गया है। गर्भावस्था के दौरान महिला को उपचार के लिए सक्रिय एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं देने और प्रसव के बाद शिशु को 6 सप्ताह तक ज़ीडोवुडीन (ZDV)* देने, 38 सप्ताह के गर्भ के बाद सिज़ेरियन ऑपरेशन से प्रसव कराने (प्रसव पीड़ा आरंभ होने और झिल्ली फटने से पहले) और शिशु को बिल्कुल स्तनपान न कराने जैसे व्यवहारों को अपनाकर संक्रमण के प्रसार की दर को घटा कर 2% तक कर दिया गया है¹⁶।

संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में अधिक व्यावहारिक और कम खर्चीली कार्य योजनाएं बनाने के लिए किए गए शोध कार्यों में बहुत

अधिक प्रगति हुई है। विकासशील देशों में कम समय तक एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं से उपचार तथा माँ एवं शिशु को नैविरापीन* (HIVNET 012) की एक ही खुराक देते हुए संक्रमण के प्रसार की दर को कम कर 10% के स्तर पर लाया गया है। गर्भ के 28वें सप्ताह के बाद ज़ीडोवुडीन दवा देने और प्रसव के बाद नैविरापीन की खुराक देने से थाइलैण्ड में प्रसार की दर 2% तक घट गई है जोकि लंबे समय तक दवाएं दिए जाने से मिलने वाले परिणामों के बराबर हैं³⁴। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने 2004 में जारी दिशा-निर्देशों में यह सिफारिश की है कि संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में इसी उपचार को प्राथमिकता दी जाए¹⁶।

संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में इन कार्य योजनाओं को लागू कर पाना अधिक कठिन साबित हो रहा है। महिलाओं को एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं देने और उन्हें शिशु को आहार देने के बारे में सलाह देने के लिए ज़रूरी होता है कि स्वैच्छिक आधार पर महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की जाँच करवा कर उनकी स्थिति की जानकारी ली जाए। संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में सिज़ेरियन ऑपरेशन द्वारा प्रसव कराए जाने की सुविधाएं बहुत कम मिल पाती हैं और यह पूरी तरह सुरक्षित भी नहीं होतीं। यहाँ शिशुओं को स्तनपान न कराने का व्यवहार स्वीकार नहीं किया जाता और व्यावहारिक रूप से भी संभव नहीं हो पाता। पहले से ही अत्यधिक बोझ से

* (ZDV) व नैविरापीन: एक प्रकार की एंटी रेट्रो वायरल दवा जो एचआईवी के प्रसार को कम करती है।

दबी स्वास्थ्य सेवाओं पर पीएमटीसीटी सेवाओं का अतिरिक्त भार डालने से स्वास्थ्यकर्मियों का दायित्व बहुत अधिक बढ़ जाता है। इस तरह के प्रयासों को सफल बनाने के लिए आवश्यक होता है कि सामुदायिक संगठन हो और इस काम में पुरुषों का सहयोग मिले। इसके अलावा हाल ही में यह भी मालूम चला है कि नैविरापीन की एक खुराक देने या लैमिवुडीन की मिश्रित खुराक देने के बाद जीवाणुओं (वायरस) में इन दवाओं के प्रति प्रतिरोधक क्षमता विकसित हो जाती है। इन दवाओं को देने से गर्भवती महिलाओं के स्वास्थ्य पर लंबे समय तक होने वाले दुष्प्रभावों और महिलाओं के लिए उपलब्ध उपचारों से होने वाले दुष्प्रभावों के बारे में चिन्ताएं बढ़ गई हैं और इन पर और अधिक शोध की आवश्यकता है।

अनुशासन / सिफारिशें

एचआईवी की रोकथाम और देखभाल सेवाएं देना आरंभ करने से पहले स्वैच्छिक आधार पर एचआईवी की जांच कराना और परामर्श लेना बहुत महत्वपूर्ण होता है। पीएमटीसीटी सेवाओं को सफलतापूर्वक लागू करने और एड्स के कारण मातृ मृत्यु को कम करने के प्रयास वीसीटी सेवाएं आरंभ किए जाने और इन्हें मजबूत करने पर निर्भर करेगा। इन सेवाओं को आरंभ करना और इन्हें मजबूत करना महिलाओं की स्वास्थ्य देखभाल से जुड़ा हुआ काम है। त्वरित (रैपिड) एचआईवी जांच प्रक्रियाओं और प्रशिक्षित परामर्शदाताओं का प्रयोग करते हुए इन सेवाओं को स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रत्येक स्तर पर लागू किया जा सकता है।

वीसीटी सेवाओं तक लोगों की पहुँच बढ़ाने के काम को प्राथमिकता के आधार पर करना होगा।

संयुक्त राष्ट्र की जनरल असेंबली के विशेष सत्र (यूएनजीएसएस) में निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए जरूरी होगा कि पीएमटीसीटी सेवाओं तक लोगों की पहुँच बढ़ाई जाए। विश्व स्वास्थ्य संगठन की कार्य योजना के अन्य तीन सूत्रों को सुदृढ़ करने के साथ-साथ एचआईवी संक्रमित माताओं के लिए व्यावहारिक और प्रभावी उपचार आरंभ करने होंगे। एचआईवी संक्रमित महिलाओं को दी जाने वाली परिवार नियोजन सेवाओं में सुधार करना होगा। एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं ले रही एचआईवी संक्रमित महिलाओं को सुरक्षित और उपयुक्त परिवार नियोजन सेवाएं दिए जाने पर अधिक ध्यान देना जरूरी है। एचआईवी के आरंभिक संक्रमण को रोकने और पीएमटीसीटी कार्यक्रमों की सफलता के लिए जरूरी है कि पुरुषों को सक्रिय रूप से इन कार्यक्रमों में सम्मिलित किया जाए। मातृ मृत्यु को कम करने के लिए भी पुरुषों का सहयोग आवश्यक होगा ताकि एचआईवी संक्रमित गर्भवती महिलाओं को समय रहते उपयुक्त उपचार मिल सके।

जिन गर्भवती महिलाओं को एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की आवश्यकता हो उन्हें गर्भावस्था के दौरान ही यह उपचार मिलना चाहिए और इसके लिए प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों और रैफरल प्रणाली की आवश्यकता होगी। एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं के उचित उपयोग से एड्स के कारण गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की

घटनाओं में कमी हो सकती है। एचआईवी संक्रमण के अधिक प्रसार वाले इलाकों में प्रसव सेवाएं देने वाले अधिकांश स्वास्थ्यकर्मियों को गर्भवती महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की पहचान करने और इसका उपचार करने का पर्याप्त प्रशिक्षण नहीं दिया गया है। यह आवश्यक है कि स्वास्थ्यकर्मियों और सेवाओं का प्रयोग करने वाली महिलाओं को एचआईवी/एड्स के बारे में शिक्षित किया जाए। इन कार्य योजनाओं को सफल बनाने के लिए समुदाय को शिक्षित करना और उनका सहयोग लेना बहुत ज़रूरी होगा। जिन स्थानों पर एचआईवी संक्रमण का बहुत अधिक प्रसार है वहाँ भी इसे कलंक की नज़र से देखा जाता है। यह ज़रूरी है कि समुदायों और राजनीतिक नेताओं को पीएमटीसीटी सेवाओं और मातृ मृत्यु की घटनाओं को कम करने के कार्यक्रमों के बारे में शिक्षित करने के प्रयासों में तेजी लाई जाए।

अभिस्वीकृति

यह लेख न्यूयॉर्क में यूएनएफपीए द्वारा 10–11 मई, 2004 को आयोजित एचआईवी/एड्स एण्ड रिप्रोडक्टिव हैल्थ इन द न्यू मिलेनियम टैक्नीकल राउण्ड टेबल सम्मेलन के लिए तैयार किए गए बैकग्राउण्ड पेपर पर आधारित है।

पत्र व्यवहार के लिए पता

निदेशक, पैरीनेटल एचआईवी रिसर्च यूनिट, यूनीवर्सिटी ऑफ द विटवाटर्सरेण्ड, जोहेन्सबर्ग, दक्षिण अफ्रीका, ई-मेल: mcintyre@pixie.co.za

संदर्भ

1. UNAIDS, AIDS epidemic update 2004 UNAIDS/WHO – 2004 UNAIDS/04.45E (English original, December 2004). Geneva : UNAIDS, 2004.
2. World Health Organization. Beyond the Numbers : Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: WHO, 2004.
3. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. Saving Mothers 1999-2001. Pretoria: Department of Health, Sough Africa, 2003.
4. Berer M, HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care. In. Sae Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 2000. At www.rhmjournal.org.uk.
5. Thorne C, Newell ML. Prevention of mother-to-child-transmission of HIV infection. Current Opinion in Infectious Diseases 2004; 17(3):247-52.
6. World Health Organization. Prevention of HIV in infants and Young Children: Review of Evidence and WHO's Activities. WHO/HIV/2002.). Geneva: WHO, 2002.
7. UNAIDS. Follow-up to the 2001 United Nations Assembly Special Session on HIV/AIDS. Progress report on the global response to the HIV/AIDS epidemic, 2003 UNAIDS/03.44E (English original, September 2003). Geneva: UNAIDS, 2003.

8. Gray RH, Wawer MJ, Serwadda D, et al. Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *Lancet* 1998;351(9096):98-103.
9. Hunter SC, Isingo R, Boerma JT. Et al. The association between HIV and fertility in a cohort study in rural Tanzania. *Journal of Biosocial Science* 2003;35(2):189-99.
10. Ross A, Morgan D, Lubega R, et al. Reduced fertility associated with HIV: the contribution of pre-existing subfertility. *AIDS* 1999;13(15):2133-41.
11. Rutenberg N, Biddlecom AE, Kaona FAD. Reproductive decision-making in the context of HIV and AIDS: a qualitative study in Ndole, Zambia, *International Family Planning Perspectives* 2000;26(3):124-30.
12. Preble EA, Huber D, Piwoz EG. *Family Planning and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Technical and Programmatic Issues*, Arlington, VA:Advance Africa, 2003.
13. LeCoeur S, Khat M, Halembokaka G, et al. HIV and the magnitude of pregnancy-related mortality in Pointe Noire, Congo. *AIDS* 2005;19(1):69-75.
14. Petra Study Team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;359(9313):1178-86
15. Lallemand M, Jourdain G, LeCoeur S, et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(3):217-28.
16. World Health Organization. *Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings. Recommendations for use. 2004 Revision*. Geneva: WHO. 2004.
17. French R, Bocklehurst P. The effect of pregnancy on survival in women infected with HIV: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998 105(8):827-35.
18. McDermott JM, Slutsker L, Steketee RW, et al. Prospective assessment of mortality among a cohort of pregnant women in rural Malawi. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1996; 55(1 Suppl.) : 66-70.
19. Ryder RW, Nsuami M, Nsa W, et al. Mortality in HIV- 1-seropositive women, their spouses and their newly born children during 36 months of follow up in Kinshasa, Zaire *AIDS* 1994;8(5):667-72.
20. McIntyre J. Mother infected with HIV. *British Medical Bulletin* 2003;67:127-35.
21. Sewankambo NK, Gray RH, Ahmad S, et al. Mortality associated with HIV infection in rural Rakai District, Uganda. *AIDS* 2000; 14(15):2391-400

22. Bicego G, Boerma JT, Ronsmans C. The effect of AIDS on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. *AIDS* 2002; 16(7):1078-81.
23. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. A review of maternal deaths in South Africa during 1998. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths, South African Medical Journal 2000;90(4):367-73.
24. Bullough C. HIV infection, AIDS and maternal deaths. *Tropical Doctor* 2003;33(4);194-96.
25. Public Health Service Task Force, Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. 16 June 2003.
26. Rosenfield A, Yanda K. AIDS treatment and maternal mortality in resource-poor countries. *Journal of American medical Women's Association* 2002;57(3):167-68.
27. Urassa E, Massawe S, Mgaya H, et al. Female mortality in reproductive ages in Dar es Salaam, Tanzania. *East Africa Medical Journal* 1994; 71(4):226-31.
28. Ahmed Y, Mwaba P, Chintu C, et al. A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1999;3(8):675-80.
29. Khan M, Pillay T, Moodley JM, et al. Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. *AIDS* 2001; 15(14):1857-63.
30. Ticconi C, Mapfumo M, Dorrucchi M, et al. Effect of maternal HIV and malaria infection on pregnancy and perinatal outcome in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2003; 34(3):289-94.
31. Verhoeff FH, Brabin BJ, Hart CA, et al. Increased prevalence of malaria in HIV-infected pregnant women and its implications for malaria control. *Tropical Medicine and International health* 1999;4(1):5-12.
32. Fawzi WW, Msamanga GI, Spiegelman D, et al. Randomised trial of effects of vitamin supplements on pregnancy outcomes and T cell counts in HIV-1-infected women in Tanzania. *Lancet*1998;351(9114):1477-1482.
33. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. New England Journal of Medicine* 1994;331(18):1173-80.
34. Lalletant M, Jourdain G, LeCoeur S, et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(3):217-28.

सुझाव पत्र

नाम:

पता:

पेशा:

निम्नलिखित पैमाने के प्रयोग द्वारा, कृपया इस अंक 'मातृ मृत्यु एवं रुग्णता' का मूल्यांकन करें:

5-बहुत अच्छा	4-अच्छा	3-ठीकठाक	2-साधारण/असंतोषजनक	1-खराब		
इस अंक में दी गई जानकारी		5	4	3	2	1
प्रस्तुति		5	4	3	2	1
अंक की उपयोगिता		5	4	3	2	1
भाषा की सरलता		5	4	3	2	1

आप यह प्रकाशन अपने काम में किस तरह उपयोग कर सकते हैं?

भविष्य में मातृ-मृत्यु एवं रुग्णता से जुड़े किन किन मुद्दों पर प्रकाशन आप पसंद करेंगे?

रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स के भविष्य के लिये कोई विशेष सुझाव?

कृपया इस फार्म को निम्नलिखित पते पर भेजें:

क्रिया

7, मथुरा रोड

दूसरी मंजिल, जंगपुरा बी

नई दिल्ली - 110014

दूरभाष: 91-11-24377707

फैक्स: 91-11-24377708



क्रिया

7, मथुरा रोड, जंगपुरा बी, दूसरी मौजिल, नई दिल्ली - 110 014, भारत
दूरभाष : 91-11-24377707

ई-मेल : crea@vsnl.net वेबसाईट : www.creaworld.org