

सारांश

बाद में यह कौन पूछता है कि क्या हुआ था? अगर कोई महिला मर गई तो वह मर गई। अगर कोई खुद को फांसी लगा ले तो यह पुलिस का मामला बन जाता है। लेकिन यदि अगर कोई अस्पताल में मर जाए तो किसी का ध्यान इस ओर नहीं जाता।

– सुरेश एस, मरने वाली गर्भवती महिला का पड़ोसी, उत्तर प्रदेश, 2 मार्च 2009

भारत विश्व में उभर कर सामने आने वाली वैश्विक आर्थिक शक्ति के रूप में विख्यात है लेकिन यहाँ मातृ मृत्यु का स्तर अब भी बहुत अधिक बना हुआ है। वर्ष 2005 के अंतिम उपलब्ध अंतरराष्ट्रीय आंकड़ों के अनुसार भारत में मातृ मृत्यु का अनुपात रूस की तुलना में 16 गुना, चीन की तुलना में 10 गुना और ब्राजील की तुलना में 4 गुना अधिक था¹। भारत में प्रजननशील आयु तक पहुँचने वाली प्रत्येक 70 लड़कियों में से 1 की मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव या असुरक्षित गर्भपात के कारण हो जाती है। इसकी तुलना में विकसित देशों में यह दर 1 प्रति 7300 है। बहुत सी अन्य लड़कियों को मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल की कमियों के कारण चोट, संक्रमण और विकलांगता का सामना करना पड़ता है जो अकसर बहुत गंभीर होती हैं और पूरी ज़िन्दगी उनका पीछा नहीं छोड़ती।

इस तरह मरने वाली गर्भवती महिलाओं के परिवारजन अकसर यह कहते हैं कि यह सब “भाग्य” या “किस्मत” का किया धरा है। वे यह नहीं जानते कि अगर लड़कियों और महिलाओं को उचित स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं मिलें तो मरने वाली हर 4 महिलाओं में से 3 की जीवन रक्षा हो सकती है।

लगातार 10 वर्षों तक प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों के इच्छानुसार परिणाम न मिलने पर भारत सरकार ने इस समस्या को स्वीकार किया और 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों में सुधार लाने और विशेषकर मातृ मृत्यु को कम करने के लिए कदम उठाए। हाल ही में प्राप्त आंकड़ों से पता चला है कि इन प्रयासों को कुछ सफलता मिली है। अखिल भारतीय आंकड़ों से पता चलता है कि 2003–2006 के बीच मातृ मृत्यु की घटनाओं में कमी आई है।

इस समस्या के विस्तार की तुलना में यह कमी बहुत कम है और इससे बहुत सी अन्य असमानताएं छिप जाती हैं। हरियाणा और पंजाब जैसे कुछ राज्यों में तो वास्तव में मातृ मृत्यु की घटनाओं में बढ़ोतरी देखी गई। आज भी हर राज्य में आय, जाति, निवास के स्थान और दूसरे कारणों से अनेक विसंगतियां देखी जा सकती हैं। ये ऐसे राज्य हैं जहाँ यह लगता है कि गर्भवती महिलाओं और माताओं के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में सुधार हुआ है। बहुत से समुदायों, विशेषकर उपेक्षित दलित (तथाकथित ‘अछूत’), अन्य निचली जातियों और आदिवासी समुदायों में मातृ स्वास्थ्य की स्थिति अब भी बहुत खराब है।

¹ प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर महिलाओं की मृत्यु की संख्या को मातृ मृत्यु का अनुपात कहते हैं।

भारत सरकार ने इस दिशा में यह सोचकर महिलाओं को अस्पतालों में प्रसव कराने के लिए प्रेरित करना शुरू किया कि शायद ऐसा करने से सुरक्षित प्रसव में बढ़ोतरी हो पाएगी। राष्ट्रीय और राज्य स्तर के अधिकारी भी देखभाल सुविधाओं को बढ़ाने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के स्तर में वृद्धि के लिए कदम उठा रहे हैं। वे एक नई स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली के माध्यम से स्वास्थ्य संकेतकों की मॉनीटरिंग में सुधार लाने के प्रयास कर रहे हैं और कुछ प्रमुख राज्यों में वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण आरंभ किया जा रहा है जिससे कि स्वास्थ्य संबंधी जानकारियों का स्तर बढ़ सके।

ये सभी महत्वपूर्ण कदम हैं और वास्तव में इनसे पता चलता है कि मातृ मृत्यु को कम करने और मातृ मृत्यु के बारे में "सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों" में की गई अंतरराष्ट्रीय कटिबद्धताओं को पूरा करने में भारत विकासशील देशों में अग्रणी रह सकता है। यह सब केवल तभी संभव है जब अधिकारी कमियों को पहचानने, देखभाल सेवाएं प्राप्त करने में आने वाली कठिनाईयों को दूर करने और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं, कार्यक्रमों तथा प्रक्रियाओं में लगातार सुधार करने के प्रयास करें। यह सब भी केवल तभी संभव है यदि अधिकारी ऐसी नीतियों का निर्माण सुनिश्चित करें जो सब महिलाओं और लड़कियों के जीवन में बदलाव ला सकें भले ही उनकी पृष्ठभूमि, आय का स्तर, जाति, धर्म, बच्चों की संख्या, निवास स्थान या दूसरे कारण कुछ भी क्यों न हों।

ह्युमन राइट्स वॉच का विश्वास है कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में उत्तरदायित्व एक ऐसा महत्वपूर्ण विषय है जिस पर आज तक पर्याप्त ध्यान नहीं दिया गया है। उत्तरदायित्व मानवाधिकारों का केन्द्रीय सिद्धान्त है और यह महिलाओं द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के अधिकार को पाने और मातृ मृत्यु दर में कमी लाने के सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों को पूरा करने के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण है।

हमने नवम्बर 2008 से अगस्त 2009 के बीच भारत में अनुसंधान और शोध कार्य किए। इस काम में उत्तर प्रदेश में पीड़ितों और उनके परिवारों के साथ क्षेत्र में जाकर जाँच कार्य तथा वहाँ और भारत के अन्य भागों में विशेषज्ञों और कार्यकर्ताओं के साथ किए गए परामर्श कार्य शामिल हैं। हमने क्षेत्रीय अन्वेषण के लिए विशेष रूप से उत्तर प्रदेश को चुना क्योंकि यहाँ मातृ मृत्यु का अनुपात अधिक है और यह उन कुछ राज्यों में से है जहाँ मातृ मृत्यु की हर घटना की जाँच किए जाने के शासकीय आदेश जारी किए गए हैं।

लक्षित अंतक्षेप

आमतौर पर जहाँ महिलाओं की सामाजिक स्थिति कमजोर होती है और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियाँ भली-भाँति काम नहीं करती वहाँ मातृ मृत्यु की दर अधिक होती है। भारत भी इससे अछूता नहीं है, यहाँ मातृ मृत्यु को कम करने के लिए महिलाओं के अधिकारों में वृद्धि करना और स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में सुधार लाना महत्वपूर्ण है। फिर भी सुविधाओं से अछूते समुदायों में विशेष रूप से जन्म के समय प्रशिक्षित व्यक्ति की मौजूदगी, आपातकालिक प्रसव देखभाल और बेहतर रैफरल प्रक्रियाओं जैसे लक्षित अंतक्षेपों का योगदान मातृ मृत्यु, रोग और चोट की घटनाओं को कम करने में महत्वपूर्ण सिद्ध हुआ है।

अनुसंधान और शोध कार्यों के दौरान हमने उत्तर प्रदेश में मातृ मृत्यु दर के लगातार अधिक बने रहने के 4 कारणों की पहचान की। ये इस प्रकार हैं : आपातकालिक देखभाल में आने वाली कठिनाईयाँ, दोषपूर्ण रैफरल प्रणाली, प्रसव से पहले और बाद में देखभाल जारी न रहना और स्वास्थ्य सेवाएं देने के लिए धन के भुगतान की अनुचित मांग करना।

हमने यह भी पाया कि स्वास्थ्य प्रणालियों के कार्यनिष्पादन और पहचान से जुड़ी कमियों की मॉनीटरिंग के लिए अधिकारियों द्वारा प्रयोग की जा रही प्रक्रियाओं में अनेक गंभीर कमियां थीं और समय पर हस्तक्षेप न कर पाने का भी प्रभाव पड़ता था। संभव है कि उत्तरदायित्व निर्धारित करने के लिए उठाए जा रहे कदम शुष्क या अस्पष्ट प्रतीत होते हों लेकिन वास्तविकता यही है कि इनसे जीवन या मृत्यु का अंतर हो सकता है।

जैसाकि नीचे विवरण दिया गया है, हमारा मानना है कि उत्तरदायित्व निर्धारित करने के दो प्रमुख क्षेत्रों में होने वाली विफलताएं ही वह प्रमुख कारण हैं जिसके कारण इतनी बड़ी संख्या में उत्तर प्रदेश जैसे राज्य में महिलाओं और लड़कियों को अनावश्यक ही गर्भावस्था, प्रसव या प्रसव के बाद के समय में मृत्यु या गंभीर रोगों का सामना करना पड़ता है।

- जिला स्तर पर मातृ मृत्यु की घटनाओं के स्थान, समय और कारणों के बारे में आवश्यक जानकारी एकत्रित करने की विफलता जिसके फलस्वरूप उपयुक्त समाधान ढूँढ़े जा सकते हों; और
- आपातकालिक देखभाल प्रणालियों सहित समस्याओं की सुनवाई और निवारण प्रक्रियाओं की विफलता

असमानताएं : वैश्विक से स्थानीय स्तर तक

पूरे विश्व में हर वर्ष गर्भावस्था, प्रसव और असुरक्षित गर्भपात (मातृ मृत्यु की घटनाएं) के कारण 5 लाख से अधिक महिलाओं और लड़कियों की मृत्यु हो जाती है। इनमें से लगभग 80 प्रतिशत घटनाएं सीधे-सीधे प्रसूति संबंधी जटिलताओं जैसे ज्यादा खून बहना, प्रसव में रुकावट या इकलाम्पसिया (गर्भावस्था के कारण होने वाली जकड़न) से जुड़ी होती हैं। बहुत सी महिलाएं गर्भावस्था के दौरान या शिशु जन्म के बाद टीबी, हैपेटाइटिस या मलेरिया जैसे अप्रत्यक्ष कारणों से भी मर जाती हैं। इस तरह मरने वाली महिलाओं से 20-30 गुना अधिक कई हजार महिलाओं को संक्रमण का सामना करना पड़ता है या फिर वे गर्भावस्था से जुड़ी जटिलताओं के कारण फिश्चुअला जैसी विकलांगताओं से ग्रस्त हो जाती हैं। बहुत सी अन्य महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान एनीमिया या रतौंधी जैसी स्वास्थ्य समस्याओं का सामना करना पड़ता है।

मृत्यु की किसी विशेष घटना के प्रत्यक्ष चिकित्सीय कारणों से केवल कहानी के एक पहलू का पता चलता है। मातृ मृत्यु की एक घटना पहले से ही जटिल किसी कहानी का दुखांत होती है जिसके कई भाग – सामाजिक-आर्थिक, सांस्कृतिक और चिकित्सीय – होते हैं जो अलग-अलग स्तरों – व्यक्तिगत, पारिवारिक, सामुदायिक – पर कार्य करते हैं। मातृ मृत्यु की घटनाओं को बढ़ाने वाले कारणों में छोटी उम्र में विवाह, महिलाओं के लिए उनकी पसंद के गर्भनिरोधक उपायों का आसानी से न मिलना, महिला द्वारा स्वास्थ्य देखभाल का निर्णय पति या सास द्वारा लिया जाना, कुपोषण सहित स्वास्थ्य के स्तर में कमी, निर्धनता, स्वास्थ्य के बारे में शिक्षा और जानकारी का अभाव, घरेलू हिंसा और गुणकारी स्वास्थ्य सेवाओं व प्रसूति सेवाओं तक पहुंच न होना शामिल है।

मातृ मृत्यु और महिलाओं में रोग की घटनाओं के आकलन से दुनियाभर में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और इन तक पहुंच में व्याप्त विसंगतियों का पता चलता है। विश्व में होने वाली मातृ मृत्यु की 99 प्रतिशत घटनाएं भारत सहित विकासशील देशों में ही होती हैं। वर्ष 2005 के अंतिम उपलब्ध अंतरराष्ट्रीय आंकड़ों से पता चलता है कि दुनियाभर में मातृ मृत्यु की कुल एक चौथाई से कुछ कम घटनाएं केवल

भारत में ही घटित होती हैं और यहाँ मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) 450 प्रति 1 लाख जीवित शिशु जन्म है (इसकी तुलना में आयरलैण्ड में मातृ मृत्यु दर 1 है और सियरा लियोन में यह दर 5400 है)²।

भारत के राज्यों में मातृ मृत्यु दर में परस्पर बहुत अधिक भिन्नता है। उत्तर प्रदेश में मातृ मृत्यु की दर सबसे अधिक है जोकि दक्षिण के तमिलनाडु राज्य की तुलना में तीन गुना अधिक है। राज्यों के अंदर भी मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुँच और इनके प्रयोग का स्तर क्षेत्र (ग्रामीण या शहरी), जाति, धर्म, आय तथा शिक्षा के आधार पर अलग-अलग होता है। उदाहरण के लिए 2007 में यूनीसेफ द्वारा भारत के 6 उत्तरी राज्यों में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि उस अध्ययन में अभिलिखित मातृ मृत्यु की घटनाओं में से 61 प्रतिशत घटनाएं दलित और आदिवासी समुदायों में घटित हुई थीं।

स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों की लगातार विफलताएं

भारत सरकार की नीतियों और कार्यक्रमों का लक्ष्य होता है कि निर्धन ग्रामीण महिलाओं को मुफ्त समग्र आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाएं मिलें ताकि उन्हें शिशु जन्म के दौरान जीवन को संकट में डालने वाली परिस्थितियों से सुरक्षित रखा जा सके। इसके बाद भी हजारों महिलाएं अधिक खून बहने, प्रसव में रुकावट या उच्च रक्तचाप जैसी जटिलताओं के कारण अब भी मरती हैं।

भारत की केन्द्र सरकार के सात वर्षीय ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, से ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं विशेषकर मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं में बहुत से परिवर्तन आए हैं। इस मिशन के अंतर्गत ग्रामीण क्षेत्र के निर्धन लोगों के लिए अनेक तरह की सेवाएं प्रदान करने की गारंटी दी जाती है जिसमें प्रसव से पहले और प्रसव के दौरान देखभाल, अस्पताल देखभाल सेवाएं, समग्र आपातकालिक प्रसूति देखभाल, जटिलता होने पर रैफरल और प्रसव के बाद की देखभाल सेवाएं शामिल हैं। लेकिन इस पूरे मिशन की एक बड़ी कमी यह है कि इसमें यह निगरानी नहीं हो पाती कि क्या सेवाओं के स्तर वास्तव में सुनिश्चित हो रहे हैं और क्या महिलाओं को इनकी जानकारी है। इसका परिणाम यह होता है कि स्वास्थ्य प्रणालियों या कार्यक्रमों में ऐसी समस्याएं उत्पन्न हो जाती हैं जिन्हें व्यावहारिक रूप से प्रभावी तरीके से हल नहीं किया जा रहा है।

उत्तर प्रदेश में किए गए हमारे शोध कार्यों से पता चला है कि यद्यपि स्वास्थ्य प्राधिकारी सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के स्तर में वृद्धि कर रहे हैं, फिर भी उन्हें अभी एक लंबी दूरी तय करनी है। इस समय अधिकांश सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र जहाँ प्राथमिक और समग्र आपातकालिक प्रसूति देखभाल सेवाएं दिया जाना निश्चित किया गया है, ने अभी यह सेवाएं देना आरंभ नहीं किया है। प्रसव के कार्य में प्रशिक्षित कोई स्वास्थ्यकर्मी किसी गर्भवती महिला के जीवन की रक्षा के लिए तब तक कुछ नहीं कर सकती जब तक कि उसे एक कार्यशील स्वास्थ्य प्रणाली से सहयोग न मिले जिसमें प्रसव संबंधी प्राथमिक चिकित्सा, आपातकालिक प्रसव देखभाल के लिए दवाओं की पर्याप्त आपूर्ति और खून बहने, प्रसव में रुकावट होने या रक्तचाप बढ़ने जैसी जटिलताएं होने पर रैफरल प्रणालियाँ स्थापित न हों।

उदाहरण के लिए उत्तर प्रदेश के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में कार्यरत अधिकांश स्वास्थ्यकर्मियों ने बताया कि वे केवल 'सामान्य प्रसव' ही कराती हैं। जटिलताओं के साथ स्वास्थ्य केन्द्र में आने वाली महिलाओं को किसी अन्य अस्पताल में भेज दिया जाता है और इस तरह रैफर करते समय उन्हें कोई सुविधा भी नहीं दी जाती। उत्तर प्रदेश में भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानकों के अनुसार 583

² विश्व स्वास्थ्य संगठन व अन्य, "मेटर्नल मॉर्टैलिटी इन 2005, एस्टीमेट्स डेवलप्ड बाई डब्ल्यूएचओ, यूनीसेफ, यूएनएफपीए एण्ड द वर्ल्ड बैंक", 2007, www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf. (22 नवम्बर 2008 को ली गई जानकारी। राष्ट्र स्तर के आंकड़ों के समायोजन के बारे में अधिक विवरण के लिए 'प्रक्रिया' शीर्षक के अंतर्गत 'नोट्स ऑन एस्टीमेट्स' देखें)

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की कमी है। एक तिहाई से कम सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में कोई प्रसूति या स्त्रीरोग विशेषज्ञ नियुक्त है और लगभग 45 प्रतिशत स्वास्थ्य केन्द्रों के पास वहाँ मौजूद एकमात्र एंबुलेंस को चलाने के लिए भी धन उपलब्ध नहीं है। वास्तविकता यही है कि उत्तर प्रदेश में स्थापित हर 20 में से केवल 1 प्राथमिक रैफरल अस्पताल (समग्र आपातकालिक प्रसूति देखभाल सुविधा केन्द्र) में ही ऑपरेशन द्वारा प्रसव कराया जाता है और केवल 100 में से 1 ईकाई में खून भंडार करने की सुविधा उपलब्ध है।

ह्युमन राइट्स वॉच ने उत्तर प्रदेश के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और जिला अस्पतालों का दौरा किया। यहाँ कर्मचारियों से यह जानकारी मिली कि वे जटिलताओं वाली गर्भवती महिलाओं को कभी-कभी खून चढ़ाने या ऑपरेशन से प्रसव कराने के लिए 100 किलोमीटर (60 मील) से भी अधिक दूर के स्वास्थ्य केन्द्रों में रैफर करते थे।

इस समय हमारे यहाँ कोई स्त्रीरोग विशेषज्ञ उपलब्ध नहीं है और न ही खून भंडार करने की सुविधा है। इसलिए अगर हमारे यहाँ कोई ऐसा मरीज आ जाए जिसे खून चढ़ाना पड़े तो हम उसे इलाहाबाद के सद्गुरु सेवा ट्रस्ट अस्पताल (100 किलोमीटर से अधिक दूर) में रैफर कर देते हैं..... यहाँ हम केवल सामान्य मामले ही लेते हैं और कोई भी जटिल मामला नहीं लेते। मेरे समय में (दो वर्ष से अधिक) हमारे यहाँ ऑपरेशन से प्रसव कराने का एक ही मामला हुआ है।

— उत्तर प्रदेश के चित्रकूट जिला अस्पताल में नियुक्त स्वास्थ्यकर्मी, मार्च 7, 2009। इस अस्पताल में गर्भावस्था से संबंधित सभी जटिलताओं के निवारण के लिए हर तरह की आपातकालिक प्रसूति देखभाल सुविधाओं की उपलब्धता होनी निर्धारित है।

महिलाओं को अकसर एक स्वास्थ्य केन्द्र से दूसरे स्वास्थ्य केन्द्र में रैफर कर दिया जाता है जब तक कि वे किसी ऐसे क्लीनिक या अस्पताल में नहीं पहुँच जाती जहाँ उनके लिए आवश्यक आपातकालिक देखभाल सुविधाएं उपलब्ध हों। अपनी पड़ोसन को प्रसव के समय एक सरकारी अस्पताल से वापस भेज दिए जाने के अनुभव को याद करते हुए उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्र की निवासी तृष्णा टी कहती हैं : “हमें वापस भेजने का क्या मतलब था। अगर डॉक्टर को इस मामले को यहाँ नहीं सुलझा सकता तो हम उस डॉक्टर के पास जाएं ही क्यों? क्या यह सिर्फ 1400 रुपए पाने के लिए? (अस्पतालों या स्वास्थ्य केन्द्रों में प्रसव कराने के लिए महिलाओं को 28 अमरीकी डॉलर की प्रोत्साहन राशि दी जाती है) क्या हम इतनी दूर खुद को मारने के लिए ले जाएं?” अकसर रैफरल करते समय आपातकालिक यातायात की कोई व्यवस्था नहीं की जाती और न ही यह जानकारी उपलब्ध कराई जाती है कि जहाँ उस महिला को रैफर किया जा रहा है वहाँ उसकी जटिलता को हल करने के लिए पर्याप्त सुविधाएं उपलब्ध हैं या नहीं।

बछरावन (समग्र आपातकालिक प्रसूति देखभाल केन्द्र) से उन्होंने मामले को रायबरेली अस्पताल भेज दिया और वहाँ से मरीज को लखनऊ अस्पताल जाने के लिए कहा गया। परिवार के सदस्य लखनऊ जाने तक का खर्च नहीं उठा सकते थे इसलिए वे वापस सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में आ गए और प्रभारी डॉक्टर के पाँव पड़ने लगे। उन पर दया करके उसने उस महिला को स्वास्थ्य केन्द्र में दाखिल कर लिया। हमने कह दिया हमारे (महिला वार्ड) वार्ड में नहीं। तो वह डॉक्टर उसे पुरुष वार्ड में ले गया। उस महिला की मृत्यु हो गई। वह नहीं चाहता था कि महिला सड़क पर मरे। इस मामले में हम भी कुछ नहीं कर सकते थे। हमारे पास कोई सुविधा उपलब्ध नहीं थी।

— अपने केन्द्र से रैफर किए गए मरीज की मृत्यु का विवरण देती हुई उत्तर प्रदेश के एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में नियुक्त निर्मला एन, स्वास्थ्यकर्मी, फरवरी 27, 2009

हम उसे (कविता के) को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में ले गए और वहाँ उन्होंने कहा, 'हम इसे यहाँ नहीं देख सकते'। तो फिर हम उसे हैदराबाद के अस्पताल में ले गए। हैदराबाद से हम बलरामपुर गए और वहाँ से लखनऊ। ये सभी सरकारी अस्पताल थे। बुधवार से इतवार तक – 5 दिनों तक हम उसे एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल ले जाते रहे। उसे कोई भर्ती नहीं करना चाहता था। लखनऊ में उन्होंने उसे भर्ती कर लिया और इलाज शुरू किया। लगभग एक घंटे तक इलाज करने के बाद उसकी मृत्यु हो गई।

– सूरज एस, उत्तर प्रदेश की कविता के के पिता प्रसव के बाद कविता को इलाज की आवश्यकता पड़ने पर अपने अनुभवों को याद करते हुए, 27 फरवरी, 2009

अच्छे से अच्छे अस्पताल में प्रसव कराने से भी किसी गर्भवती स्त्री या नवजात शिशु को जन्म देने वाली माँ की जीवन रक्षा नहीं की जा सकती अगर प्रसव के तुरंत बाद के समय (24–72 घण्टे) में जटिलताएं उत्पन्न होने पर उसकी सही देखभाल न हो सके। प्रसव से पहले और बाद के समय में देखभाल की कमी उत्तर प्रदेश जैसे राज्यों में लगातार समस्या बनी हुई है। वर्ष 2008 में सरकार द्वारा किए गए एक सर्वेक्षण से पता चला है कि प्रसव के बाद के 48 घण्टों के पश्चात उत्तर प्रदेश में महिला की देखभाल में बहुत कमी आ जाती है।

धन की कमी के कारण ही लड़की और महिलाओं को देखभाल सेवाएं प्राप्त करने में कठिनाई होती है। यद्यपि सरकारी कार्यक्रमों के अंतर्गत मुफ्त बाह्य रोगी प्रसव सेवाएं, दवाएं और अस्पताल में भर्ती होने वाली रोगियों को आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाएं जैसी सेवाएं दिए जाने की गारण्टी दी जाती है फिर भी वास्तविकता में देखभाल सेवाएं कभी-कभार ही मुफ्त मिल पाती हैं। सरकार द्वारा आयु और पहले जन्म बच्चों की संख्या के आधार पर स्वास्थ्य देखभाली कार्यक्रमों के अंतर्गत महिलाओं के साथ भेदभाव किए जाने का सबसे स्पष्ट उदाहरण मातृ सुरक्षा योजना (*जननी सुरक्षा योजना*) है। बहुत से राज्यों में 19 वर्ष से कम आयु की गर्भवती लड़कियों या पहले से दो संतान वाली महिलाओं और लड़कियों को जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत लाभ नहीं दिए जाते हैं। हालांकि कम आयु की माताओं और कई बार गर्भधारण कर चुकी महिलाओं को इस तरह की चिकित्सीय देखभाल की अधिक आवश्यकता होती है।

अस्पतालों और स्वास्थ्य केन्द्रों में बहुत से स्वास्थ्यकर्मी देखभाल सेवाएं देने के लिए गैर कानूनी रूप से धन की मांग करते हैं। आमतौर पर इसे शिशु जन्म के समय परिवारों द्वारा स्वैच्छिक रूप से दी जाने वाली धनराशि कहकर सही ठहराया जाता है। इस तरह की प्रथाओं को रोका जाना चाहिए क्योंकि इनसे निर्धन परिवारों पर बहुत अधिक बोझ पड़ता है। जहाँ कहीं महिला द्वारा गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले व्यक्ति के लिए जारी कार्ड के आधार पर मुफ्त सेवाएं दिए जाने का प्रावधान है वहाँ इस तरह का कार्ड जारी न हो पाने से वह महिला इन सेवाओं के प्रयोग से वंचित रह जाती है।

किसी को कुछ भी मुफ्त नहीं मिलता। जब हम किसी महिला को प्रसव के लिए अस्पताल ले जाते हैं तो उसे अपनी नाल कटवाने, दवाईयों के लिए पैसा देना पड़ता है। सफाई आदि करने के लिए भी कुछ पैसा देना पड़ता है। स्टाफ नर्स भी पैसा मांगती है। स्टाफ नर्स सीधे-सीधे परिवार से पैसे की मांग नहीं करती... हमें (आशा कार्यकर्ताओं को) परिवार से पैसा मांग कर उन तक पहुँचाना पड़ता है और जो आशा कार्यकर्ता स्टाफ नर्स की बात नहीं सुनती या शिकायत करने की धमकी देती है तो वे हमारे नाम याद कर लेती हैं। वे हमारी शकलें याद रखती हैं और अगली बार अस्पताल में जाने पर हमारे द्वारा ले जाए गए रोगी का अच्छी तरह ध्यान नहीं रखतीं। वे हमारी ओर देखती हैं और सामान्य प्रसव का मामला होने पर भी रैफरल कर देती हैं।

– नीरजा एन, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता या आशा, उत्तर प्रदेश, 26 फरवरी 2009

मैं एक आदमी को जानती हूँ जो अपनी बीबी को प्रसव के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में ले गया था। पत्नी को प्रसव के लिए लाने हेतु उसने अपना 10 किलो गेहूँ बेचा था। उसके पास लगभग 200-300 रुपए (4-6 अमरीकी डॉलर) थे। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उससे कम से कम 500 रुपए (10 अमरीकी डॉलर) लाने के लिए कहा गया। नाल काटने के लिए 50 रुपए और सफाई कर्मचारी के लिए 50 रुपए की अलग से मांग की गई। मैंने उनसे पूछा कि वे पैसा क्यों मांग रहे हैं। यह सुनते ही नर्स ने मुझे इतनी गंदी गालियाँ देनी शुरू की कि मुझे शर्म आने लगी और मैं वहाँ से भाग जाना चाहती थी। आप खुद की अंदाज़ा लगा लीजिए कि मदद मांगने गए किसी आम व्यक्ति को ऐसे में कैसा महसूस होगा।

—स्थानीय गैर-सरकारी संगठन की कार्यकर्ता, उत्तर प्रदेश, 2 मार्च 2009

उत्तरदायित्व में वृद्धि : बेहतर मॉनीटरिंग और समय रहते अंतर्क्षेप की मुख्य आवश्यकता

जिला स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा वर्तमान स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के सही तरीके से लागू न किए जाने के बारे में जानकारी एकत्रित करने में इस समय प्रयोग की जा रही प्रणालियाँ बहुत अधिक सहायक सिद्ध नहीं हुई हैं। इन प्रणालियों में स्वास्थ्य प्रणाली में आने वाली रुकावटों या कमियों के बारे में मुख्य जानकारी छिपी रह जाती है। यहाँ मुख्य मुद्दा प्रभावी मॉनीटरिंग करने का है : मातृ मृत्यु के मामलों में की गई जाँच पड़ताल और उपयुक्त मॉनीटरिंग सूचकों से जीवन रक्षा करने तथा नुकसान को कम करने के लिए आवश्यक आंकड़े इकट्ठे होने चाहिए।

केन्द्र और राज्य के अधिकारी अक्सर अस्पतालों में हुए प्रसवों को प्रगति के महत्वपूर्ण सूचक मानते हैं। यह एक लाभप्रद तरीका हो सकता है क्योंकि कुछ परिस्थितियों में अस्पतालों में हुए प्रसव और मातृ मृत्यु दर में होने वाली कमी में संबंध दिखाई पड़ते हैं – लेकिन इनसे आमतौर पर यह जानकारी नहीं मिलती कि क्या प्रसव के बाद या प्रसव काल के कुछ समय पश्चात महिला बिना किसी चोट, संक्रमण या विकलांगता का शिकार हुए बिना जीवित रह पाई।

प्रगति के सूचक के रूप में 'अस्पतालों में हुए प्रसव'

जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत जन्म के समय कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी सुनिश्चित करने के लिए अस्पतालों में प्रसव कराए जाने को प्रमुखता दी जाती है। इसके लिए ग्रामीण क्षेत्रों में गर्भवती महिलाओं को 1400 रुपए (28 अमरीकी डॉलर) की नकद प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया जाता है। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को भी प्रोत्साहन राशि दी जाती है। सिद्धान्त रूप से जननी सुरक्षा योजना नकद प्रोत्साहन राशि के भुगतान को प्रसव पूर्व और प्रसव के बाद की देखभाल से जोड़ना चाहती है। 2005 के मध्य से लेकर मार्च 2009 तक लगभग 2 करोड़ भारतीय महिलाओं ने अस्पतालों में प्रसव कराया। अधिकारियों का मानना है कि यह जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत दी जाने वाली प्रोत्साहन राशि के कारण ही संभव हो पाया है। भारत की केन्द्र और राज्य सरकारें अस्पताल में इस तरह कराए गए प्रसवों की संख्या को मातृ स्वास्थ्य के विषय पर हुई प्रगति को मापने के लिए प्रयोग करती हैं।

यद्यपि जननी सुरक्षा योजना से अस्पतालों में प्रसव कराए जाने की मांग बड़ी है फिर भी केवल यही आंकड़े की गई प्रगति के पर्याप्त सूचक नहीं हैं।

उत्तर प्रदेश में क्षेत्र में अन्वेषण करते समय ह्युमन राइट्स वॉच ने पाया कि अस्पतालों में प्रसव कराने वाली महिलाओं की संख्या की गणना नकद प्रोत्साहन राशि प्राप्त करने वाली महिलाओं की संख्या के आधार पर की जाती है। कई मामलों में ग्रामीण क्षेत्र की महिलाओं ने यह जानकारी दी कि स्वास्थ्यकर्मी उनके पास यह कहने के लिए आए थे कि वे यदि चाहें तो घर पर प्रसव करा सकते हैं लेकिन उन्हें अधिकारियों को यह बताना होगा कि उनका प्रसव अस्पताल में हुआ था। ऐसा करने के बाद सरकार से मिलने वाली प्रोत्साहन राशि का कुछ भाग स्वास्थ्यकर्मी को भी देना होगा।

सही मायने में सिर्फ अस्पतालों में हुए प्रसव की संख्या को गिन लेना भ्रामक हो सकता है जब तक कि हम प्रसव के बाद

के समय में गर्भावस्था के वास्तविक परिणामों की मॉनीटरिंग नहीं कर लेते। इस समय हमें यह जानकारी नहीं मिल पाती कि क्या जिस गर्भवती महिला को प्रसव के दौरान अधिक खून बहने, प्रसव में रुकावट या इकलाम्पसिया (प्रसव के समय की जकड़न) जैसी जीवन को संकट में डालने वाली जटिलताओं का सामना करना पड़ा था, क्या उसे समय रहते वे आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाएं मिल पाई थीं जिनकी गारण्टी राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत दी गई है। स्वास्थ्य अधिकारी ह्यूमन राइट्स वॉच को अस्पतालों में हुए प्रसवों से संबंधित आंकड़े तो दे पाए लेकिन वे यह नहीं बता पाए कि इन महिलाओं को किस तरह की देखभाल सेवाएं मिल पाई थीं।

स्वास्थ्य विशेषज्ञों का कहना है कि यदि अस्पताल में हुए प्रसव को सुरक्षित प्रसव माना जाना हो तो उसके लिए निम्नलिखित परिस्थितियों का पालन आवश्यक है।

प्रशिक्षित जन्म सहायक को न केवल सामान्य मामलों का प्रबंधन करने का पूरा प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए बल्कि वे जटिलताओं को पहचानने, उनका उपचार करने और आवश्यकता पड़ने पर रैफरल करने में भी सक्षम होने चाहिए। (विश्व स्वास्थ्य संगठन, आईसीएम, एफआईजीओ का संयुक्त वक्तव्य)

प्रसव के समय कुशल देखभाल के लिए आवश्यक है कि 'मान्यता प्राप्त और कुशल' प्रशिक्षित जन्म सहायक के पास सभी आवश्यक उपकरण होने चाहिए और उसे एक कार्यकारी स्वास्थ्य प्रणाली का सहयोग भी उपलब्ध होना चाहिए जिसमें आपातकालिक प्रसव देखभाल के लिए यातायात तथा रैफरल की सुविधा हो। (विश्व स्वास्थ्य संगठन, आईसीएम, एफआईजीओ का संयुक्त वक्तव्य)

उत्तर प्रदेश और भारत के अन्य कई भागों में आमतौर पर इन परिस्थितियों का पालन नहीं होता।

हालांकि मातृ मृत्यु और महिलाओं में रोग की स्थिति को कम करने के लिए न्यूनतम और समग्र आपातकालिक प्रसव देखभाल सेवाओं तक पहुँच बढ़ाना बहुत ज़रूरी है लेकिन अभी तक भारत की केन्द्र सरकार और उत्तर प्रदेश जैसे राज्यों में इस तरह की सेवाओं की उपलब्धता और उनके प्रयोग के स्तर की मॉनीटरिंग नहीं की है। 1997 में यूनीसेफ ने संकेतकों के एक सेट को स्वीकार किया था जिनसे मातृ मृत्यु को कम करने के लिए आवश्यक अंतर्दृष्टियों की मॉनीटरिंग की जानी थी। इन संकेतकों में आपातकालिक प्रसव देखभाल सुविधाओं की उपलब्धता और आपातकालिक देखभाल सुविधाओं से लैस अस्पतालों में जटिलताएं उत्पन्न होने पर हुई मृत्यु के मामलों की संख्या के संकेतक भी शामिल थे।

भारत में इन संकेतकों का बहुत अधिक प्रयोग नहीं हो रहा है। हाल ही में भारत सरकार ने स्वास्थ्य प्रबंधन जानकारी प्रणाली आरंभ की है जिसमें पहली रैफरल ईकाई या समग्र आपातकालिक प्रसव देखभाल सुविधाओं से लैस अस्पताल तक पहुँच को संकेतक के रूप में दर्ज किया जाता है। इस प्रणाली का भी उत्तर प्रदेश में पूरी तरह से पालन नहीं किया जा रहा है।

मातृ मृत्यु के मामलों की जाँच कर स्वास्थ्य प्रणाली में आई कमियों को उजागर करना, जिला स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल योजनाओं के क्रियान्वयन और उनकी प्रभावशीलता की मॉनीटरिंग करने की एक महत्वपूर्ण प्रक्रिया है। भारत के विभिन्न भागों में किए गए अध्ययनों से बार-बार स्वास्थ्य देखभाल योजनाओं की कमियों को पहचानने और उन्हें दूर करने में, विशेषकर उपेक्षित क्षेत्रों में, इन प्रक्रियाओं की उपयोगिता का पता चला है। भारत सरकार इस तरह की जाँच प्रक्रियाओं को संस्थागत रूप देने के लिए भी कदम उठा रही है लेकिन इस तरह की किसी भी प्रणाली को सफलतापूर्वक लागू किए जाने के लिए यह ज़रूरी है कि अधिकारी ऐसे कदम उठाएं जिनसे मातृ मृत्यु के मामलों की सही जानकारी मिल पाना सुनिश्चित किया जा सके।

ह्युमन राइट्स वॉच ने उत्तर प्रदेश में मातृ मृत्यु के मामलों की जानकारी दिए जाने में आने वाली कई समस्याओं को अभिलिखित किया। इनमें से कुछ का संक्षिप्त विवरण इस प्रकार है:

- 1) मातृ मृत्यु के मामलों की आवृत्ति और कारणों से संबंधित आंकड़ों को इकट्ठा करने और इन्हें प्रयोग करने को कम प्राथमिकता दिया जाना।

मातृ मृत्यु से संबंधित जानकारी हम तक नहीं पहुँचती क्योंकि जानकारियों के फार्म से हमें यह सूचनाएं नहीं मिलतीं। मातृ मृत्यु की घटनाओं की जानकारी के लिए हमारे पास कोई कॉलम नहीं है।

– वरिष्ठ स्वास्थ्य अधिकारी, परिवार कल्याण निदेशालय, उत्तर प्रदेश, मार्च 2009

पहले जब निगरानी के लिए हमारे पास सीएसएसएम फार्म (*चाइल्ड सर्वाइवल एण्ड सेफ मदरहुड फॉर्म*) होते थे तब उनमें मातृ मृत्यु की घटनाओं का कॉलम भी होता था। पिछले वर्ष से हमें नए फॉर्म दिए गए हैं जिन्हें 'सामान्य टीकाकरण फार्म' कहा जाता है। इसके द्वारा एकत्रित किए जाने वाले सभी आंकड़े, प्रसव संबंधी आंकड़े भी लगभग एक समान हैं लेकिन इसमें से मातृ मृत्यु का कॉलम हटा दिया गया है। मुझे लगता है कि गलती से यह हटा दिया गया है।

– परिवार कल्याण निदेशालय का एक अधिकारी, उत्तर प्रदेश, मार्च 2009

- 2) मातृ मृत्यु को लेकर स्वास्थ्यकर्मियों के बीच स्पष्ट जानकारी का अभाव।

इस जानकारी में हम मरने वाले व्यक्ति का नाम, मृत्यु की तारीख, आयु और कारण लिखते हैं। हम लिख लेते हैं कि क्या मरने वाला बच्चा था, पर कभी-कभी हम वयस्क भी लिखते हैं। अगर मरने वाली कोई गर्भवती महिला हो तो हम इसे भी लिख लेते हैं – हमें यह जानकारी देनी पड़ती है – प्रसव के दौरान या प्रसव के बाद के 6-8 घण्टे में हुई मृत्यु... इसके बाद हम मृत्यु का कारण लिखते हैं। मृत्यु के और भी कारण होते हैं जैसे बुखार या कुछ और। इस तरह के मामले मातृ मृत्यु के नहीं होते तो हम इन्हें मातृ मृत्यु कैसे कह सकते हैं।

– रत्ना आर, स्वास्थ्यकर्मी, उत्तर प्रदेश, फरवरी, 2009

- 3) देखभाल सेवाओं को जारी रखने से संबंधित कमियां, प्रसव के तुरंत बाद के समय में या उसके बाद हुई महिलाओं की मृत्यु की घटनाओं को रिकॉर्ड में से हटा देना।
- 4) अधिकार क्षेत्र से जुड़े विषय जब स्वास्थ्यकर्मी ऐसे मामलों के लिए सेवाएं देने या मृत्यु की घटनाओं को दर्ज करने से मना करते हैं जिन्हें वे अपने अधिकार क्षेत्र में नहीं मानते। बहुत से स्वास्थ्यकर्मियों ने यह बताया कि उन्हें इस तरह के निर्देश दिए गए हैं कि जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत केवल विवाहित और अपने पति के घर में रह रही महिलाओं को ही सेवाएं उपलब्ध कराई जाएं।

यह रोहिणी का मायका है इसलिए उसकी मृत्यु का मामला यहाँ दर्ज नहीं होगा। हम उन महिलाओं की मृत्यु की जानकारी दर्ज नहीं करते जो अपने मायके में रह रही होती हैं।

– रत्ना आर, स्वास्थ्यकर्मी, उत्तर प्रदेश, फरवरी, 2009

मुझे उसका नाम लिखने की ज़रूरत नहीं क्योंकि मैंने उसका प्रसव नहीं कराया था। केवल हमारे गाँव की बहुओं की जानकारी दर्ज की जाती है। प्रशिक्षण के दौरान हमें बताया गया था कि हमें केवल बहुओं

को अस्पताल में प्रसव कराने के लिए प्रोत्साहित करना है। अगर हम उन्हें नसबंदी कराने के लिए प्रोत्साहित करती हैं तो हमें हर मामले पर 150 रुपए (3 अमरीकी डॉलर) प्रोत्साहन राशि मिलती है। इससे फर्क नहीं पड़ता कि नसबंदी कराने के लिए वह महिला कहाँ से आई है। मैंने यह सब प्रशिक्षण के दौरान सीखा।

– पूजा पी, स्वास्थ्यकर्मी, उत्तर प्रदेश, मार्च 2009

- 5) मृत्यु की घटनाओं की जानकारी देने वाले स्वास्थ्यकर्मियों और स्वास्थ्य केन्द्रों के विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्रवाई किए जाने का डर।

मातृ मृत्यु की घटनाओं की निगरानी और मॉनीटरिंग की हालत बहुत खराब है। आप किसी एक महिला (सरकारी जन्म सहायिका या एएनएम कार्यकर्ता) से और कितनी उम्मीद रख सकते हैं। मातृ मृत्यु की घटनाओं की बहुत कम जानकारियाँ दी जाती हैं। मेरा व्यक्तिगत अनुभव है कि बहुत सी एएनएम कार्यकर्ता मृत्यु की घटनाओं को छुपा जाती हैं। वे बहुत व्यस्त रहती हैं – 10 दिन के लिए तो पोलियो की दवा पिलाने के लिए व्यस्त रहती हैं। वे सभी गाँवों में नहीं जा पातीं। मगर इस दौरान मातृ मृत्यु की कोई घटना हो जाए तो वे इसकी जानकारी नहीं देतीं।

– जी एस वाजपेयी, जिला निगरानी अधिकारी, उत्तर प्रदेश, मार्च 2009

- 6) स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा जाति भेद के आधार पर किया जाने वाला भेदभाव जिसके कारण बहुत से समुदायों को देखभाल सेवाएं नहीं मिल पातीं और इसके परिणामस्वरूप उनकी जानकारी भी दर्ज नहीं होती।

अगर कभी स्वास्थ्यकर्मी आते भी हैं तो अपने साथ चमार जाति के किसी व्यक्ति को ले आते हैं। पोलियो की दवा वही पिलाता है। नर्स मिश्रा (ऊंची जाति) की है और इसलिए वह हमारे बच्चों को हाथ नहीं लगातीं।

– तृष्णा टी, हाल ही में शिशु को जन्म देने वाली महिला, उत्तर प्रदेश, मार्च 2009

- 7) निजी अस्पतालों द्वारा कम जानकारी दिया जाना जहाँ भारत के लगभग 20 प्रतिशत प्रसव कराए जाते हैं।

अपने अनुसंधान के दौरान मैं हमने तमिलनाडू का भी दौरा किया जहाँ अधिकारियों ने मातृ मृत्यु की घटनाओं की जानकारी देने और इनकी जाँच करने की प्रक्रिया को सुधारने के लिए कदम उठाए हैं। हालांकि तमिलनाडू में अभी सुधार की और भी गुंजाइश है फिर भी वहाँ की प्रणाली के कुछ सकारात्मक पहलू जिन्हें भारत के अन्य भागों में भी अपनाया जा सकता है, इस प्रकार हैं :

- मातृ मृत्यु के बारे में जागरूकता अभियान
- एक से अधिक स्रोतों, परिवारजनों व स्वास्थ्यकर्मियों, से मातृ मृत्यु की घटनाओं की जानकारी प्राप्त करने को प्रोत्साहन
- सभी गर्भवती महिलाओं की मृत्यु की घटनाओं की जानकारी दिए जाने को प्रोत्साहन भले ही मृत्यु का कारण कुछ भी रहा हो
- स्वास्थ्यकर्मियों को मातृ मृत्यु की घटनाओं की जाँच करने का विशेष प्रशिक्षण

- सार्वजनिक और निजी, सभी तरह की स्वास्थ्य सुविधाओं पर ध्यान दिया जाना
- मृत्यु की घटनाओं की जानकारी देने के लिए सहयोगी वातावरण का निर्माण और स्वास्थ्यकर्मियों को इस जानकारी को दिए जाने की आवश्यकता के बारे में बताना
- इस जाँच के निश्चित उद्देश्य निर्धारित करना कि स्वास्थ्य सेवा प्रणालियों में सुधार लाने के लिए यह जाँच की जा रही है।

मातृ मृत्यु की घटनाओं के रूझानों की प्रभावशाली और लंबे समय तक चलने वाली मॉनीटरिंग तथा मातृ मृत्यु को प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित करने वाली कम आयु या जबरन विवाह जैसी प्रथाओं के विरुद्ध नियमों को लागू करने के लिए यह जरूरी है कि एक नागरिक पंजीकरण प्रणाली सुचारू रूप से काम करे जिसमें सभी मृत्यु और जन्म की घटनाओं तथा मृत्यु के कारणों की जानकारी दर्ज की जाए। भारत में 1969 के जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण अधिनियम के तहत नागरिक पंजीकरण प्रणाली लागू की गई है जिसमें मातृ मृत्यु की घटनाओं को दर्ज करने का भी प्रावधान है। लेकिन इस प्रणाली को लगातार भली-भांति अभी तक लागू नहीं किया जा सका है। उत्तर प्रदेश में पंजीकरण प्रणाली का स्तर पूरे देश में सबसे खराब है। रजिस्ट्रार जनरल द्वार वर्ष 1996–2005 के लिए प्रमुख आंकड़ों से संबंधित रिपोर्ट में उत्तर प्रदेश के बारे में कोई जानकारी नहीं दी गई है और इससे पता चलता है कि राज्य द्वारा कोई भी वार्षिक रिपोर्ट प्रस्तुत नहीं की गई है। चूंकि भारतीय संविधान के अनुसार प्रमुख आंकड़ों को इक्कठा किए जाने का उत्तरदायित्व केन्द्र और राज्य सरकारों का साझा उत्तरदायित्व है इसलिए उत्तर प्रदेश में नागरिक पंजीकरण प्रणाली का सीधा उत्तरदायित्व भारत सरकार का है। एक ऐसा देश जो दुनियाभर में अपने अनुसंधान कार्यों, सूचना प्रौद्योगिकी और चिकित्सीय कुशलता के लिए प्रख्यात है, में इस तरह की स्थिति से उस देश की क्षमता की कमी का नहीं बल्कि राजनीतिक इच्छा शक्ति का पता चलता है।

उत्तरदायित्व में सुधार : शिकायत एवं निराकरण प्रक्रिया में सुधार और आपातकालिक कार्यवाही प्रणाली की स्थापना

अपने अनुसंधान के दौरान हमें यह भी पता चला कि जब महिलाओं को अनावश्यक हानि का सामना करना पड़ता है या उन्हें अपने उपचार के बारे में शिकायत होती है तो अपनी बात कहने, शिकायत करने और समस्याओं को सुलझाने के लिए कोई व्यावहारिक तरीका नहीं होता। अक्सर शिकायत और निराकरण की वे प्रणालियाँ काम नहीं करती जिन्हें अन्यथा मातृ देखभाल कार्यों में कमियों की पहचान के लिए महिलाओं को सशक्त करना चाहिए। इस तरह की प्रणालियाँ बहुत आवश्यक हैं ताकि न सिर्फ पूर्व में हुई गलतियों के लिए लोगों को उत्तरदायी ठहराया जा सके बल्कि भविष्य में इसी तरह के व्यवहार होने से रोके जा सकें।

वर्तमान शिकायत एवं निराकरण प्रणालियों की समस्याएं :

- 1) महिलाओं को विभिन्न योजनाओं के अंतर्गत अपने अधिकारों की जानकारी नहीं होती।
- 2) शिकायत करने की स्पष्ट प्रक्रिया और समयबद्ध जाँच किए जाने की प्रणाली का अभाव।
- 3) आपातकालिक कार्यवाही प्रणाली का अभाव ताकि कठिनाईयों का सामना कर रहे परिवारों को उपयुक्त देखभाल मिल सके।

- 4) निर्धन अनपढ़ या कम पढ़ी लिखी महिलाओं के लिए शिकायत करने की प्रक्रिया तक पहुँच का अभाव।
- 5) शिकायतों पर की गई कार्रवाई की जानकारी पाने की व्यवस्था का अभाव। उदाहरण के लिए दिहाड़ी कमाने वाले मज़दूर बार-बार साक्ष्य देने के लिए मानवाधिकार या अन्य किसी आयोग के सामने प्रस्तुत होने में सक्षम नहीं होते।
- 6) शिकायत पर कार्रवाई आरंभ होने पर डॉक्टरों और स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा बदले की कार्रवाई का डर।
- 7) निष्पक्ष जाँच का अभाव।

जब आपातकाल में कोई समस्याएं उत्पन्न हो जाएं जैसे कि जब किसी महिला को भेदभाव के कारण या भुगतान न कर पाने के कारण अस्पताल में भर्ती करने से मना कर दिया जाए तो ऐसी स्थिति में अधिकारियों को तुरंत सजग करने की कोई व्यवस्था होनी चाहिए। तुरंत कार्यवाही किए जाने की प्रणाली को सुदृढ़ करने से उन लोगों को समय रहते जानकारी मिल पाएगी जो इस स्थिति में परिवर्तन करने के लिए कुछ कर पाने में सक्षम हों।

जिन क्षेत्रों में सुधार होने के बाद मातृ मृत्यु और रोग की घटनाओं में कमी आई है वहाँ भी एक अच्छी शिकायत और निराकरण प्रणाली से इन सुधारों के दुबारा रुक जाने की चेतावनी मिल सकती है और मातृ स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं पाने के लिए आने वाली लड़कियों व महिलाओं की भेदभाव और बुरे बर्ताव जैसी शिकायतें भी दूर की जा सकती हैं।

व्यक्तिगत शिकायत के मामलों में व्यक्तिगत उत्तरदायित्व निर्धारित होने पर मुआवज़ा दिए जाने या अन्य किसी तरह की कार्यवाही की व्यवस्था की जा सकती है। व्यक्तिगत उत्तरदायित्व निर्धारित करने की व्यवस्था केवल स्वास्थ्यकर्मियों और डॉक्टरों तक ही सीमित नहीं होनी चाहिए। किसी भी शिकायत की जाँच करते समय जिला और उपजिला स्तर पर योजना कार्यों की कमियों और विफलताओं को भी ध्यान में रखा जाना चाहिए।

सात प्रमुख सिफारिशें

भारत सरकार पहले ही मातृ मृत्यु और रोग को मानवाधिकार दृष्टिकोण से देखने के प्रति कटिबद्ध है और उसने कई तरह से अपनी कटिबद्धता जाहिर की है। भारत की केन्द्र एवं राज्य सरकारें उत्तरदायित्व निर्धारित कर, मातृ मृत्यु में कमी लाने के सहस्रत्राब्दी विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने में विकासशील देशों में अग्रणी भूमिका अदा करने की ओर अग्रसर हैं। यह भारत जैसे देश की प्रतिष्ठा, जहाँ पूरी दुनिया में मातृ मृत्यु की सबसे अधिक घटनाएं होती हैं, को दोबारा स्थापित करने की दिशा में एक बड़ा कदम होगा।

इस लक्ष्य की प्राप्ति के लिए भारत की केन्द्र सरकार और उत्तर प्रदेश तथा दूसरी राज्य सरकारों को चाहिए कि वे :

- सभी सार्वजनिक और निजी अस्पतालों के लिए गर्भावस्था से संबंधित मृत्यु के सभी मामलों की औपचारिक सूचना दिए जाने को अनिवार्य करें।

- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत मातृ मृत्यु की घटनाओं की जाँच की प्रक्रिया को संस्थागत रूप दें। जाँच के दौरान प्रक्रिया संबंधी कमियों पर ध्यान दिया जाए और इससे प्राप्त परिणामों को जिला और राज्य स्तर की योजनाएं बनाते समय एकीकृत किया जाए।
- एक सहभागी और पारदर्शी प्रक्रिया के माध्यम से जननी सुरक्षा योजना के मॉनीटरिंग संकेतकों की समीक्षा कर उनमें बदलाव लाया जाए जिससे कि गर्भावस्था के खराब परिणामों की जाँच हो सके। यह संकेतक प्रसव सेवाओं की उपलब्धता और उपयोग संबंधी 'विश्व स्वास्थ्य संगठन के संकेतकों' के अनुरूप होने चाहिए।
- उत्तर प्रदेश में नागरिक पंजीकरण प्रणाली के क्रियान्वयन की देखरेख के लिए एक पूर्णकालिक विशेष अधिकारी की नियुक्ति की जाए और क्रियान्वयन के लिए धन की व्यवस्था करने सहित विशेष योजना बनाई जाए।
- एक सहभागी और पारदर्शी प्रक्रिया के माध्यम से अस्पताल आधारित या क्षेत्रीय शिकायत निवारककर्ता (ऑम्बड्समैन) की प्रणाली विकसित की जाए जो शिकायतें प्राप्त करे और समय रहते उनके निवारण पर नज़र रखे। यह प्रक्रिया अनपढ़ और कम पढ़ी लिखी महिलाओं के लिए भी आसानी से उपलब्ध होनी चाहिए।
- शीघ्र कार्यवाही प्रणालियाँ स्थापित की जाएं जिनके अंतर्गत प्रसव स्वास्थ्य संबंधी आपात स्थिति उत्पन्न होने पर महिलाओं द्वारा प्रयोग के लिए टेलीफोन हॉटलाइन स्थापित की जाएं।
- धनदाता देश और अंतरराष्ट्रीय एजेंसियाँ मातृ मृत्यु की घटनाओं की जानकारी और जाँच को बढ़ाने के लिए तकनीकी और वित्तीय सहायता प्रदान करें। वे सरकार द्वारा सभी स्वास्थ्य अंतर्क्षेपों की, विशेषकर इन एजेंसियों द्वारा वित्त पोषित कार्यक्रमों की संयुक्त राष्ट्र प्रक्रिया संकेतकों के अनुसार मॉनीटरिंग और आकलन करना सुनिश्चित करने के लिए तकनीकी एवं वित्तीय सहयोग दें।