मृत औरतों की आवाज

भारत में मातृत्व मृत्यु पर सिविल सोसायटी रिपोर्ट

बी शुभा श्री, रेणु खन्ना
कॉमन हेल्थ और जन स्वास्थ्य अभियान

मार्च 2015

श्रेय और आभार

कॉमन हेल्थ के नेतृत्व में वृहद् नागरिक समाज द्वारा की गयी पहल का परिणाम है यह रिपोर्ट, जिसमें कई संस्थाओं, समुदाय आधारित संगठन व नेटवर्क का योगदान है। नीचे इन संस्थाओं का संक्षिप्त परिचय दिया जा रहा है।

1. **आम्ही आमच्या आरोग्यासाठी** – 'हम अपने स्वास्थ्य के लिए' एक एकीकृत ग्रामीण विकास संस्था है, जो महाराष्ट्र के गडचिरोली जिले में 1980 से कार्यरत है। संस्था के संस्थापक, जयप्रकाश नारायण द्वारा सम्पूर्ण क्रांति के स्वप्न को पूर्ण करने के उद्देश्य से स्थापित 'छात्र युवा संघर्ष वाहिनी' नामक युवा संघटन के सक्रिय सदस्य थे। संस्था के संस्थापकों ने उत्तरी गडचिरोली में जमीन के अधिकार का मुद्दा उठाकर और रोज़गार हामी योजना के कार्यान्वयन पर जोर देकर, इस काम की शुरुआत की। आगे चलकर इस समूह ने अपने व्यक्तिगत रूचि के क्षेत्र में रचनात्मक कार्य करना तय किया और, 1984 में पंजीकृत समिति के रूप को अपना लिया। संस्थापक सदस्यों में से एक डा. गोगुलवार ने स्वास्थ्य समस्या का सिर्फ शरीर में दवा के उपयोग से नहीं बल्कि जीवन को सम्पूर्ण मानकर हल करने के विनोभा भावे के नज़रिए से प्रभावित हो कर काम शुरू किया। जीवन की सम्पूर्णता को जोड़ते हुए आजीविका, जल आदि मुद्दों को हल करते हुए स्वास्थ्य क्रांति लाने के रचनात्मक कार्य के प्रति उनकी लगन थी। और उसका तरीका था कि हम अपना मार्ग स्वयं तलाशें, अत: संस्था का नाम पड़ा 'आम्ही आमच्या आरोग्य साठी'।

2. **आनंदी (ANANDI)** – एरिया नेटवर्किंग एंड डेवेलपमेंट इनिशिएटिव गुजरात के चार जिलों में 7000 निम्न आय समूह की ग्रामीण गरीब महिलाएं, जैसे– आदिवासी, प्रवासी परिवार, नमक श्रमिक, सीमान्त श्रमिक, खेतिहर व संनिर्माण मजदूर और मछुआरों के साथ काम कर रही है। आनंदी, इन महिलाओं को संगमों में संगठित कर और टिकाऊ आजीविका तैयार करने और जीवन स्तर बेहतर बनाने के लिए उन्हें बदलाव के सक्रिय प्रवर्तक बना रही है, साथ ही महिलाओं को वंचित करने वाले ढांचागत सत्ता की दिशा व प्रकृति को बदलने का प्रयास कर रही है। संस्था के काम के प्रभाव को महिलाओं की नेतृत्वकारी भूमिका में बढती सहभागिता तथा समुदाय के जीवन स्तर पर होते सम्पूर्ण सुधार के रूप में देखा जा सकता है। आनंदी मातृत्व स्वास्थ्य में सामाजिक उत्तरदायिता को बढाने के लिए भी काम कर रही है।

3. **अर्थ (ARTH)** – एक्शन रिसर्च एंड ट्रेनिंग फॉर हेल्थ एक निजी, गैर–लाभकारी, शोध एवं प्रशिक्षण संस्थान है, जिसकी स्थापना 1997 में पेशेवर समूह द्वारा भारत में वंचित समुदायों के स्वास्थ्य स्थिति बेहतर करने में योगदान देने के उद्देश्य से किया गया था । अर्थ ग्रामीण व शहरी बस्तियों के रहवासियों और साथ ही, दुर्बल समूह, जैसे कि किशोर, महिलाएं, प्रवासी और असंगठित मजदूरों की स्वास्थ्य जरूरतों पर ध्यान देता है। अर्थ का लक्ष्य शोध व प्रशिक्षण पहल द्वारा समुदाय को सहयोग करने का है, ताकि वे अपनी जरुरत और क्षमता अनुरूप स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और प्रबंध कर पायें। अर्थ जिन कार्यक्रम क्षेत्रों में कार्य करता है, वे है– यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य, नवजात व शिशु स्वास्थ्य और स्वास्थ्य व्यवस्था व नीतियाँ।

4. **आशा (ASHA), पश्चिम बंगाल** – एसोशिएशन फॉर सोशल एंड हेल्थ एडवांसमेंट (ASHA) एक गैर–लाभकारी, गैर–राजनैतिक, गैर–सरकारी संस्था जो वर्ष 1998 से वंचित ग्रामीण व शहरी समुदायों की सामाजिक–आर्थिक व स्वास्थ्य दशा को सुधारने के लिए कार्यरत है। आशा, सामाजिक–आर्थिक व स्वास्थ्य सेक्टर में विकासमूलक कार्यक्रम चलाता है और अन्य संस्था/संस्थानों के लिए

तकनीकी सहयोग एजेंसी के रूप में काम करता है और सरकारी व गैर-सरकारी एजेंसिस के साथ सहयोग करता है। इसमें प्रशिक्षण, एक्शन रिसर्च और मूल्यांकन कार्य, साथ ही एड्वोकेसी और नेटवर्किंग शामिल है। आशा, मुख्यत: कमज़ोर व वंचित समुदाय, जैसे अल्पसंख्यक, अनुसूचित जनजाति और अनुसूचित जातियों की महिलाएं, किशोर और बच्चों के साथ काम करती है, और विकासमूलक कार्यों को पश्चिम बंगाल के मुर्शिदाबाद, बाँकुड़ा, पुरुलिया और मालदा जिलों के पिछड़े और दुर्गम इलाकों में और कोलकाता के शहरी बस्तियों में इलाके कार्यान्वित कर रही है। आशा मानती है कि महिलाओं का सशक्तिकरण सामाजिक विकास की पहली जरुरत है, और ऐसे कार्रवाई के लिए प्रतिबद्ध है जो महिला और पुरुषों के बीच समानता लाता हो। आशा, सैद्धांतिक रूप से प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा दृष्टिकोण को अपनाती है, जो लोगों को स्वास्थ्य सेवा के मध्य में रखती है। आशा प्रदेश व केंद्र सरकार और संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों, अंतर्राष्ट्रीय व राष्ट्रीय एन.जी.ओ. के साथ घनिष्ट सहयोग करती है । आशा NAMHHR का संस्थापक सदस्य और वर्तमान में उसके संचालन समिति का सदस्य भी है।

5. **सेहत (CEHAT)**- सेंटर फॉर इन्क्वारी इंटू हेल्थ एंड अलाइड थीम्स अनुसन्धान ट्रस्ट का एक शोध केंद्र है। यह केंद्र स्वास्थ्य व सम्बंधित विषय पर शोध, प्रशिक्षण, सेवा और जनवकालत के कार्यों में लगा हुआ है। सेहत का लक्ष्य वंचित लोगों के बेहतरी के लिए सामाजिक रूप से प्रासंगिक और परिशुद्ध शैक्षणिक स्वास्थ्य शोध और कार्रवाई करना है जिससे जन स्वास्थ्य आन्दोलन मज़बूत हो और स्वास्थ्य का अधिकार और स्वास्थ्य सेवा का अधिकार पाया जा सके। सेहत प्रगतिशील जन आंदोलनों और शिक्षाविदों के मध्य सेतु का काम करता है. हमारी रणनीतियां है-स्वास्थ्य के विभिन्न सामाजिक-राजनीतिक आयामों पर सामाजिक रूप से प्रासंगिक शोध और एडवोकेसी के प्रोजेक्ट करना, यह प्रदर्शित करने के लिए कि कैसे स्वास्थ्य सेवा नैतिक व समान रूप से उपलब्ध करायी जा सकती है प्रत्यक्ष सेवा व कार्यक्रम स्थापित करना, और डेटाबेस और प्रासंगिक प्रकाशनों के जरिये जानकारी का प्रसार करना। सेहत कई वर्षों से सुरक्षित गर्भपात के मुद्दे सहित मातृत्व स्वास्थ्य के बहुत से मुद्दों पर काम कर रहा है।

6. **चेतना** - सेंटर फॉर हेल्थ एजुकेशन, ट्रेनिंग एंड न्यूट्रीशन अवेयरनेस (स्वास्थ्य शिक्षण, प्रशिक्षण और पोषण जागरूकता केंद्र) वर्ष 1980 में स्थापित अहमदाबाद स्थित एक गैर सरकारी सहायता संस्था है। चेतना, अधिकार के नजरिये से महिलाओं के जीवन के विभिन्न चरणों में स्वास्थ्य व विकास के मुद्दे पर काम करती है। चेतना सरकारी व गैर-सरकारी संस्थाओं को शिक्षाविदों, चिकित्सकों, पर्यवेक्षकों, प्रबंधकों की प्रबंधकीय क्षमता बढ़ा कर उन्हें बच्चों, युवा और महिलाओं पर उनके कार्यक्रमों को सम्पूर्णता व जेंडर के नज़रिए से लागू करने व लोक-केन्द्रित नीतियों हेतु एडवोकेसी के लिए योग्य बनाने के लिए सहयोग करती है । चेतना की मुख्य गतिविधियाँ है- क्षमता निर्माण और स्थानीय, क्षेत्रीय व राष्ट्रीय स्तर पर साझेदारी बढ़ाना, जनवकालत और पाठन सामग्री का विकास और फैलाव। चेतना, मुख्यत: गुजरात और राजस्थान में कार्यरत है।

7. **कॉमनहेल्थ** - कोइलेशन फॉर मैटरनल - निओनेटल हेल्थ एंड सेफ एॅबोर्शन (मातृत्व-नवजात स्वास्थ्य व सुरक्षित गर्भपात के लिए गठबंधन) भारत में संस्थाओं और व्यक्तियों का बहु-प्रादेशिक गठबंधन है जो मातृत्व व नवजातों की अस्वीकार्य उच्च मृत्युदर, सुरक्षित गर्भपात की सुलभता का अभाव, और खर्चीली व निम्न गुणवत्ता की मातृत्व-नवजात स्वास्थ्य व सुरक्षित गर्भपात सेवाओं का मुद्दा उठाने के लिए प्रतिबद्ध है । कॉमनहेल्थ राष्ट्रीय स्तर पर विमर्श को प्रभावित करने के लिए विविध क्षेत्रों से आवाज़ लाने की कोशिश करता है। यह विविधता सिर्फ भौगोलिक ही नहीं, बल्कि विभिन्न विशेषज्ञता वाले क्षेत्रों से, जैसे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, जन स्वास्थ्य शोधार्थी, गैर-सरकारी संघटनों, शोध व सेवा प्रदाता संस्था, मानवाधिकार वकील, जमीनी कार्यकर्त्ता, सार्वजनिक क्षेत्र के कार्यक्रम प्रबंधक आदि से

है। वर्ष 2006 में गठित यह कोइलेशन एक स्टीयरिंग कमिटी से संचालित होता है, जिसमें मातृत्व स्वास्थ्य, सुरक्षित गर्भपात और नवजात स्वास्थ्य, इन तीन में से एकाधिक विषय के विशेषज्ञता वाले व्यक्ति सदस्य होते हैं।

8. **ग्रामीण पुनर्निर्माण संस्थान (GPS)** – की स्थापना 10 दिसंबर 1992 को विश्व मानवाधिकार दिवस के दिन ग्यारह सामाजिक रूप से प्रतिबद्ध युवाओं के द्वारा उत्तर प्रदेश के आजमगढ़ जिले के अतरौलिया ब्लाक में हुई थी। जी.पी.एस. ने अपने काम का लक्ष्य ग्रामीण महिलाओं और उन्हें SHG/CBO बनाने में मदद करने पर रखा है । संस्था ने बहुत से स्थानीय मुद्दे उठायें हैं और महिलाओं की अपनी आजीविका बेहतर बनाने के कार्यक्रम चलायें हैं । GPS की समुदाय में गहरी पैठ है, और महिलाओं के भोजन के अधिकार, काम के अधिकार, स्वास्थ्य के अधिकार, ग्रामसभा जागरूकता और दलित अधिकार पर काम करते रहे हैं । जी.पी.एस. मातृत्व स्वास्थ्य के अधिकार पर सामाजिक उत्तरदायिता को बढाने का भी काम करता रहा है।

9. **जन स्वास्थ्य सहयोग – जन स्वास्थ्य सहयोग (JSS)** – स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा चलायी जा रही एक स्वयंसेवी, गैर–लाभकारी, पंजीकृत संस्था है, जो कम–लागत पर प्रभावकारी स्वास्थ्य कार्यक्रम, जिसमें आरोग्यकर और निवारक सेवाएँ दोनों है, पिछले 14 वर्षों से छत्तीसगढ़ के बिलासपुर क्षेत्र के ग्रामीण और आदिवासी इलाकों में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम और एक अस्पताल वाले ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्र के जरिये प्रदान कर रही है। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम बेहद ही कम लागत में छत्तीसगढ़ और करीबी मध्य–प्रदेश के 2500 गावों और कस्बों के मरीजों को बेहतर दर्जे कि विस्तृत मेडिकल, सर्जिकल और प्रसूति सेवाएँ उपलब्ध करा रहा है। अस्पताल में 70 बिस्तर वाली वार्ड सेवा और एक आपरेशन संकुल जिसमे उच्च दर्जे के शल्य–उपकरण लगे हैं। दूसरी तरफ, ग्राम–आधारित कार्यक्रम के जरिये 70 गावों के 45000 लोगों को स्वास्थ्य सुविधा मुहैया करायी जा रही है, और प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा को विस्तार एवं जज्बे से लागू कर पाने में कामयाब रहें हैं, और इस प्रक्रिया में देश के सीमांत ग्रामीण जनता के लिए सीख भी रहे हैं। जन स्वास्थ्य सहयोग JSS गाँव और मध्य–स्तर के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण के लिए एक कोर्स भी ANM और सामान्य नर्स मिडवाईफ प्रशिक्षण स्कूल के जरिये चला रहा है । पिछले कुछ सालों से जे.एस.एस. छत्तीसगढ़ सरकार, योजना आयोग व अन्य एजेसियों में एक तकनीकी संसाधन समूह के रूप में काम करता है । चुने हुए मंचों पर JSS ने महत्वपूर्ण जन स्वास्थ्य की समस्याएँ – जैसे फाल्सीपेरम, मलेरिया, स्वास्थ्य व भूख, आवश्यक दवाओं के मूल्य–नियंत्रण और 3 के नीचे का कुपोषण जैसे मुद्दों पर वकालत करने की कोशिश की।

10. **नेशनल अलायन्स फॉर मेटेर्नल हेल्थ एंड ह्यूमन राइट्स** – NAMHHR जनवरी 2010 में शुरू हुआ। भारत में रोकी जा सकने वाली मातृत्व मृत्यु की समस्या की गंभीरता को देखते हुए सात राज्यों के बहुत से सिविल सोसाइटी संघटन एक साथ आकर मातृत्व स्वास्थ्य को महिला मानवाधिकार के मुद्दे के रूप में मज़बूत करने की जरुरत पर सहमत हुए । इस समूह का मानना है कि महिला संघठन, स्वास्थ्य संस्थाएँ, कानून व मानवाधिकार पर काम करने वाले समूहों और जनसंघठनों को भारत में हजारों महिलाओं की टाली जा सकने वाली मौतों के प्रति जवाबदेही तय करने के लिए अधिकार आधारित रणनीतियों को उपयोग करने की फौरी जरुरत है।

11. **ऑक्सफैम इंडिया** – ऑक्सफैम इंडिया एक अधिकार आधारित संस्था है, जो गरीबी और अन्याय के खिलाफ काम करते हुए, साथी संस्थाओं के जरिये जमीनी स्तर के कार्यक्रमों को स्थानीय, राष्ट्रीय और वैश्विक पैरवी और नीति–निर्माण से जोडती है। ऑक्सफैम इंडिया का स्वप्न एक समान, न्यायपूर्ण व शाश्वत विश्व की स्थापना करना है, जिसमे सभी के लिए जीवन और अस्मिता का अधिकार हो। ऑक्सफैम इंडिया, अपने विजन के जरिये, गरीबों और वंचितों को अपने अधिकार की मांग करने के लिए सशक्त बनाना चाहता है,

जो गरीब नहीं है, उन्हें जोड़कर सक्रिय व मददगार नागरिक बनाना चाहती है, ताकि वे जवाबदेह और प्रभावी राज्य की पैरवी करे, और बाज़ार को गरीब और वंचितों के हित में खड़ा देखना चाहता है। ऑक्सफैम इंडिया 130 जमीनी संस्थाओं के साथ सात प्रदेशों– आसाम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखण्ड, ओडिशा, उत्तर प्रदेश और उत्तराखंड में चार सामाजिक समूह– दलित, आदिवासी, मुस्लिम और महिलाओं के साथ काम करता है। वर्ष 2012 से ऑक्सफैम इंडिया स्थानीय साथी संस्थाओं के साथ छः प्रदेशों में सामुदायिक निगरानी में मातृत्व स्वास्थ्य सेवा सुधारने के लिए काम कर रहा है।

12. **सहज (SAHAJ)** – वड़ोदरा, गुजरात में स्थित सोसायटी फॉर हेल्थ अल्टरनेटिव्स (सहज) की स्थापना 1984 में स्वास्थ्य व विकास के क्षेत्र में विशुद्ध रूप से काम करने वाले लोगों के लिए सहयोगी व प्रेरक माहौल देने के विचार से की गयी। सामाजिक प्रक्रिया व लोगों के जीवन में व्यावहारिक अंतर उत्पन्न करने का प्रयास करते हुए सहज के सभी कामों का सम्मिलित सूत्र वंचित व सीमांत समुदायों पर सचेतन ध्यान बनाये रखने का रहा है। सहज शहरी गरीबों के साथ बच्चों के अधिकार, आश्रय का अधिकार, प्रजनन व लैंगिक स्वास्थ्य अधिकार, महिला स्वास्थ्य व किशोरों का अधिकार से सम्बंधित मुद्दों पर काम कर रहा है। पांच जिलों में साझेदार संस्थाओं के साथ सहज मातृत्व स्वास्थ्य व किशोरों के अधिकार पर सामाजिक उत्तरदायिता प्रोत्साहित करने के लिए काम कर रहा है।

13. **समा (SAMA)** – महिला स्वास्थ्य पर एक संसाधन समूह है, जो वर्ष 1999 में पंजीकृत हुआ था। समा का महिला और स्वास्थ्य के मुद्दे पर स्वायत्त महिला आन्दोलन के सन्दर्भ में जुड़ाव हुआ और वह महिला स्वास्थ्य के प्रश्न को व्यापक सामाजिक–एतिहासिक, आर्थिक व राजनैतिक यथार्थ के सन्दर्भ में ढूंढने के प्रयास करती है। समा स्वास्थ्य को मौलिक मानव अधिकार मानती है और विश्वास करती है कि प्रत्येक नागरिक को किफायती और उत्कृष्ट स्वास्थ्य सेवा देना राज्य की जवाबदारी है। समा समुदाय आधारित संगठन, गैर सरकारी संगठन, महिला समूहों, स्वास्थ्य पर नेटवर्क व गठबन्धनों, स्वायत्त निकाय, जैसे राष्ट्रीय मानव अधिकार आयोग (NHRC) और राष्ट्रीय महिला आयोग (NCW), युवा, पारंपरिक वैद्यों और दाइयों, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, मेडिकल पेशेवरों और मीडिया के साथ काम करती है।

14. **सेवा रूरल (SEWA RURAL)** एक स्वयंसेवी विकास संस्था है जो 1980 से गुजरात के झगडिया के ग्रामीण आदिवासी क्षेत्र में स्वास्थ्य व विकासात्मक गतिविधियों में शामिल है। यह कार्य उन युवा पेशेवरों के एक समूह ने शुरू किया, जिनकी शिक्षा व अनुभव भारत और विदेशों में हुई थी और वे स्वामी विवेकानंद और गाँधी जी के आदर्शों और विचारों से प्रेरित थे। सभी कार्यक्रमों का फोकस दुर्बल महिलाएं, युवा, बच्चें, बुजुर्ग और गरीबों पर रहा है। सभी गतिविधियों में प्रयास किया गया है कि तीन मूल सिद्धांतों में संतुलन बनाये रख कर उन्हें शामिल रखा जाये – समाज सेवा, वैज्ञानिक दृष्टिकोण और अध्यात्मिक नज़रिया। सेवा ग्रामीण की गतिविधियों में एक 100 बिस्तर वाला कस्तूरबा अस्पताल है, जो आस पास के 1500 गाँव के लोगों को सेवा प्रदान करता है और जिसे गुजरात सरकार और यूनिसेफ ने प्रथम रेफरल इकाई के रूप में मान्यता दी है। अन्य कार्यक्रम में मातृत्व व नवजात मृत्यु को घटाने के उद्देश्य से झगडिया ब्लाक में 1,71,000 की जनसँख्या पर एक सामुदायिक स्वास्थ्य प्रोजेक्ट, मोबाईल टेक्नोलोजी का प्रयोग करते हुए आशा को सशक्तिकरण और गुजरात के सरकारी व स्वयंसेवी सेक्टर के कार्यकर्ताओं को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पर प्रशिक्षण देना है। महिला सशक्तिकरण कार्य जैसे– पापड़, नमकीन व वस्त्र, और किशोरों के लिए जागरूकता व आत्म–सुरक्षा को सम्बंधित प्रतिष्ठान शारदा महिला विकास सोसायटी द्वारा संचालित किया जाता है।

15. **शिखर प्रशिक्षण संस्थान** सामाजिक विकास के लिए ग्राम स्वराज के दर्शन से प्रेरित लोगों के समूह ने 1997 में की। इसका स्वपन एक जातिविहीन, शोषण विहीन और आत्म–निर्भर समाज का निर्माण करना है, जहाँ हर कोई अपना अधिकार पा सके, और इसका उद्देश्य समाज के सबसे कमजोर तबके, विशेषकर SC, ST वंचित और गरीबतम लोगो को क्षमता निर्माण और जागरूकता के जरिये सशक्त बनाना है, ताकि वे समाज की मुख्यधारा में जुड़ सके और राष्ट्रीय विकास में भागीदार बन सके। संस्था समाज के कमजोर तबके, जैसे महिला, बच्चे, SC/ST व गरीबों के साथ काम करती है। यह महिला स्वास्थ्य अधिकार मंच (MSAM) की सक्रिय सदस्य है, जो मातृत्व स्वास्थ्य अधिकार के मुद्दे पर जमीनी स्तर पर महिलाओं को संगठित करती है।

16. **सोचारा – सोसायटी फॉर कम्युनिटी हेल्थ अवेयरनेस रिसर्च एंड एक्शन (SOCHARA)** सामुदायिक स्वास्थ्य पेशेवरों का एक अंतर–विषयक संसाधन समूह है, जो सभी के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्य को प्रोत्साहित और सहज बनाने बहुत से तरीकों का प्रयोग करती है। यह सामुदायिक कार्रवाई व साझेदारी, शिक्षण व प्रशिक्षण पहल, शोध, ज्ञान का प्रसार, नीति वकालत व जन स्वास्थ्य व्यवस्था के साथ जुड़ाव के जरिये काम करती है। यह जन स्वास्थ्य व्यवस्था के विकास, स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर कार्रवाई और सामाजिक न्याय के दृष्टिकोण से स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक कार्रवाई पर फोकस करती है। आज सोचारा एक उत्प्रेरक है, जो नेटवर्क और श्रृंखला खड़ा करती है, आन्दोलनों और अभियान के साथ जनस्वास्थ्य में 'जन' को लाने के लिए और जनस्वास्थ्य के विमर्श में समुदाय की आवाज़ लाने का काम करती है। सोचारा के सदस्य सामुदायिक स्वास्थ्य एक्शन, नीति वकालत, भारत में सामुदायिक स्वास्थ्य पर संवाद और संकलन, एक्शन रिसर्च, और स्थानीय, राष्ट्रीय, प्रादेशिक व वैश्विक स्तर पर सीख को संकलित करने पर काम करते हैं।

17. **सोसायटी फॉर डेवलपमेंट एक्शन (SODA–सोडा)** एक गैर–सरकारी, गैर–राजनैतिक, गैर–धार्मिक, गैर–दलीय, धर्मनिरपेक्ष और गैर–लाभकारी स्वयंसेवी संगठन है जो ओडिशा में 1984 से विकासात्मक कार्य में संलग्न है। यह युवा पेशेवरों, वकीलों, डॉक्टरों, सामाजिक कार्यकर्ताओं, शोधकर्ताओं, संप्रेषक और विश्विविद्यालय व नामी संस्थानों के संकाय सदस्यों का संघटन है, जिनका लोकतंत्र, सामूहिक निर्णय प्रक्रिया, और नौकरशाही व पदक्रम से मुक्त कार्य–व्यवस्था में ठोस विश्वास रखते है। संस्था का प्रमुख उद्देश्य देशज स्वास्थ्य ज्ञान व कार्यकर्त्ता को औपचारिक व्यवस्था में एकीकृत करना है, स्वास्थ्य व्यवस्था के प्रारूप में सुधार करना जैसे पोषण, पानी, आवास, कृषि, पर्यावरण, लोक शिक्षण और स्वच्छता, लोगों के बीच लोकप्रिय व आकर्षक तरीके से उनके सर्वांगीण कल्याण व विकास से सम्बंधित ज्ञान का प्रसार करना। संघटन के मुख्य हितग्राहियों में आम जन, विशेषकर ग्रामीण और दुर्गम क्षेत्रों के आदिवासी, दलित और गरीब प्रमुख है । सोडा का मिशन लोगों को उनके अधिकार, संसाधन और आजीविका के बारे में सशक्त करना है।

18. **शौमिक बैनर्जी और उनकी टीम** कई वर्षों से झारखण्ड के गोड्डा जिले में स्थानीय समुदायों के साथ आजीविका, टिकाऊ खेती, स्वास्थ्य और पोषण पर काम कर रहे हैं। मातृत्व मृत्यु संकलन के प्रोजेक्ट पर उनकी टीम ने पूरे साल काम कर जिले के दो ब्लाक से मातृत्व मौतों पर आंकड़े एकत्रित किये। यह बिना किसी बाहरी वित्तीय सहयोग के एक पूर्णत: स्वतंत्र प्रोजेक्ट था।

19. **तरुण विकास संस्थान** उत्तर प्रदेश के बांदा जिले में वर्ष 1990 से समतामूलक समाज बनाने के लिए समुदाय की आवाज़ मजबूत कर और मानवाधिकार को बढ़ावा देने चेतना पैदा करने के काम में लगा हुआ है। इसका लक्ष्य जेंडर के मुद्दों पर अधिकार आधारित पैरवी करना और महिला, बच्चें और युवाओं के स्वास्थ पर सामाजिक जवाबदेही तय करना है। संस्था, समुदाय की महिलाओं को संगठित कर मातृत्व स्वास्थ्य की उत्तरदायिता पर भी काम कर रही है।

20. **द एंट** – द एंट, निचले आसाम के रोवमारी में अक्टूबर 2000 से स्थापित है। यह सीधे 150 गाँव में, जो 5 कार्य समूह में हैं में विकास की गति को आगे बढाने के लिए काम करता है, जो निचले आसाम के बोडोलैंड के चिरांग जिले में पड़ते हैं (जो आसाम की राजधानी गुवाहाटी से 170 किमी दूर है)। अन्य स्तर पर, द एंट पूर्वोत्तर में स्वयंसेवी सेक्टर को बनाने में लगा हुआ है। द एंट भूटान सीमा से लगे चिरांग जिला, जो बोडोलैंड टेरीटोरीयल एरिया डिस्ट्रिक्ट का हिस्सा है, के गरीब और वंचित गाँव में बगैर समुदाय, वर्ग या धार्मिक सम्बद्धता में फर्क किये काम करता है। इसके काम को 6 विषय-क्षेत्रों में बांटा जा सकता है – महिला व लड़कियों का सशक्तिकरण, सामुदायिक स्वास्थ्य, शिशु व युवा विकास, दूरस्थ क्षेत्र विकास कार्यक्रम-जंगल क्षेत्र व संघर्ष से निर्मित राहत शिविरों में रह रहे आन्तरिक विस्थापित जनों व वन-निवासियों के अधिकारों को बढ़ावा देना, न्याय व शांति प्रोत्साहन-संघर्षरत समुदायों के बीच संवाद के अवसर बनाकर शांति, विविधता व बहुलवाद को बढ़ावा देना; युवा शांति कार्यक्रम; शांति व अहिंसा के लिए एन.जी.ओ. मंच बनाना, और छोटे किसानों की टिकाऊ आजीविका के लिए सूक्ष्म-ऋृण।

21. **त्रिभुवनदास फाऊंडेशन (TF)** – एक पब्लिक धर्मार्थ न्यास है, जो गुजरात के खेडा जिले में अमूल दुग्ध सहकारी समिति के साथ काम करता है. इसने1980 में कार्य करना शुरू किया और अभी यह मुख्यत: प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य पर काम करने वाली एक सामुदायिक स्वास्थ्य संस्था है। फ़ाउडेंशन, अमूल की ग्रामीण दुग्ध सहकारी समितियों के माध्यम से आनंद और खेडा जिले के 18 तालुकों के 682 गावों में गाँव काम करता है। वर्ष 2008-09 में इसने आनंद जिले के उमरेठ, अंकलाव और आनंद तहसील और खेडा जिले की बालासिनोर और वीरपुर तहसील के सभी गाँव की ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों के सदस्यों को प्रशिक्षित किया । सामुदायिक स्वास्थ्य के अलावा त्रिभुवनदास फाऊंडेशन (TF) बच्चों के लिए बालवाडी कार्यक्रम और महिलाओं की आजीविका उन्नयन के लिए हस्तशिल्प कार्यक्रम चलाता है । त्रिभुवनदास फाऊंडेशन (TF) ने अपने कार्यक्षेत्र में तंबाखू विरोधी अभियान भी चलाया है।

आभार

डॉ सुंदरी रविन्द्रन और डॉ राखाल गायतोंडे को उनके प्रतिबद्ध सहयोग और इस रिपोर्ट के कई मसौदों पर विस्तृत फीडबैक के लिए बहुत धन्यवाद । उन दो वरिष्ठ प्रसूति विशेषज्ञों को हमारा धन्यवाद, जिन्होंने इस रिपोर्ट में मौतों के संभावित कारणों को प्रमाणित किया। हमारे साथी समीक्षकों डॉ श्रीधर श्रीकांत और डॉ सुनील कौल को भी बहुत धन्यवाद, आपकी टिप्पणियां सारगर्भित और पैनी थी। ममता तापडिया को ग्राफिक्स में मदद के लिए और डॉ. शिवानी पटेल को संपादन के लिए धन्यवाद।

ऑक्सफैम इंडिया को इस रिपोर्ट का हिंदी अनुवाद करवाने और पुनर्प्रकाशित कराने के लिए विशेष आभार।

विषय-सूची

अध्याय -1	परिचय	12
अध्याय -2	कार्य प्रणाली	15
अध्याय -3	समग्र परिणाम	20
अध्याय -4	दुर्बलताएं और मातृत्व मृत्यु	30
अध्याय -5	आपात प्रसूति सेवा - अनुपलब्ध, धीमी और अनुपयुक्त	38
अध्याय -6	पूर्व प्रसव और प्रसवोत्तर सेवा - अपर्याप्त या अनुपलब्ध	45
अध्याय -7	रेफरल और आपात परिवहन - सेवा की खोज में औरतों का यातनायी सफ़र	48
अध्याय -8	निजी क्षेत्र में सेवाएँ - जरुरत पूरी करती है, पर ख़राब गुणवत्ता की	57
अध्याय -9	एनीमिया से निपटना	60
अध्याय -10	महिलाओं की जानकारी पर अपूर्ण जरूरतें	64
अध्याय -11	निष्कर्ष और सिफारिशें	67
सन्दर्भ		79
परिशिष्ट -1	124 मातृत्व मृत्यु का विश्लेषण और विवरण	
परिशिष्ट -2	मातृत्व मृत्यु की सोशल ऑटोप्सी के उपकरण	

तालिका, चित्र और बॉक्स की सूची

तालिका स.	विषय	पृष्ठ क्र.
तालिका 1	प्रदेश और जिले वार मौतों का वर्गीकरण	9
तालिका 2	महिलाओं की उम्र का वर्गीकरण	9
तालिका 3	महिलाओं की जाति का वर्गीकरण	10
तालिका 4	प्रसवों की संख्या	10
तालिका 5	महिलाओं का कार्य–व्यवसाय	10
तालिका 6	मृत्यु का समय काल	11
तालिका 7	मृत्यु की जगह	12
तालिका 8	मृत्यु का संभावित चिकित्सीय कारण	12
तालिका 9	मृत्यु होते समय मृत्यु का संभावित चिकित्सीय कारण	13
तालिका 10	मृत्यु होने के स्थान से मृत्यु का संभावित चिकित्सीय कारण	14
तालिका 11	स्वास्थ्यगत व्यय का रुझान	52

चित्र स.	शीर्षक	पृष्ठ क्र.
चित्र 1	प्रदेश और जिले को प्रदर्शित करता मानचित्र जहाँ से मातृत्व मृत्यु संकलित की गयी	8
चित्र 2	महिलाओं की उम्र का वर्गीकरण	9
चित्र 3	महिलाओं की जाति का वर्गीकरण	10
चित्र 4	मृत्यु का समय	11
चित्र 5	जटिलता की स्थिति में महिलाओं द्वारा सेवा पाने का प्रयास	11
चित्र 6	मृत्यु का स्थान	12
चित्र 7	मौत का संभावित चिकित्सकीय कारण	13
चित्र 8	गरली की यात्रा	32
चित्र 9	उर्मिला की यात्रा	35
चित्र 10	सोनी की यात्रा	36

बॉक्स स.	शीर्षक	पृष्ठ स.
बॉक्स 1	सोशल ऑटोप्सी	4
बॉक्स 2	विश्लेषण का एस.एस.एस.आर. फ्रेमवर्क	5
बॉक्स 3	धानी की मौत	18
बॉक्स 4	हीना की मौत	19
बॉक्स 5	नयना की मौत	19
बॉक्स 6	आपात प्रसूति देखभाल की परिभाषा	21

अध्याय 1

परिचय

सन्दर्भ –

पिछले कुछ वर्षों से भारत राष्ट्रीय मातृत्व मृत्यु दर (MMR) में सतत गिरावट दर्ज कर रहा है । नवीनतम रिपोर्टों के अनुसार, वर्ष 2004–06 में मातृत्व मृत्यु दर (MMR) प्रति 1 लाख जीवित जन्मों पर 254 से गिर कर वर्ष 2007–09 में 212 पर पहुँच गयी थी। 2010–12 में तो यह प्रति 1 लाख जन्म पर यह 178 हो गयी थी। (1–4) हालाँकि, यह पाँचवे सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (MDG) के 2015 के तय लक्ष्य 1 लाख पर 109 के आंकड़े से काफी पीछे है। अब यह काफी हद तक निश्चित है कि भारत MDG–5 को पाने में असफल रहेगा । (5) यह दक्षिण एशिया के कई छोटे मुल्क जैसे–नेपाल, बांग्लादेश और भूटान से विसंगत है, जो या तो पहले से ही MDG–5 के लक्ष्यों को प्राप्त कर चुके हैं या तो प्राप्त करने की राह में हैं । (6–8)

पिछले दशक से, और विशेषकर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) की वर्ष 2005 में शुरुआत होने के बाद से, भारत सरकार ने देश में मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति सुधारने के लिए महत्वपूर्ण प्रयास किये है । इन प्रयासों का मुख्य जोर संस्थागत प्रसवों को बढ़ावा देना रहा है । जननी सुरक्षा योजना (JSY), जो अस्पताल में प्रसव कराने पर महिला को सशर्त नकद प्रोत्साहन प्रदान करती है,(9) और हाल ही में शुरू हुई जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (JSSK)(10) इस हेतु रखे गए कार्यक्रम हैं । इसके अतिरिक्त NRHM ने स्वास्थ्य व्यवस्था की मजबूती के लिए महत्वपूर्ण प्रयास किए है, जिसमें विभिन्न स्तरों पर आपात प्रसूति सेवा प्रदान करने के लिए विशिष्ट सुविधाएँ शामिल हैं । अन्य महत्वपूर्ण कार्यक्रमों में आपात यातायात के रूप में एम्बुलेंस का प्रावधान और इस उद्देश्य से विशिष्ट योजना के तहत निजी वाहन को किराये पर लेने की व्यवस्था करना रहा है । NRHM के सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता कार्यक्रम के तहत आशा की जवाबदारी है कि महिला को पूर्व प्रसव सेवा का प्रावधान सुनिश्चित करे और उसे संस्थागत प्रसव के लिए प्रोत्साहित करें। राज्यों में सरकार प्रायोजित योजनाएँ , जैसे – गुजरात में चिरंजीवी योजना और तमिलनाडु में मुत्तुलक्ष्मी रेड्डी योजना है, जिसका मुख्य फोकस संस्थागत प्रसव पर ही है ।

हालाँकि, नागरिक समाज नेटवर्क जैसे कॉमनहेल्थ और जनस्वास्थ्य अभियान संस्थागत जन्म पर अतिरिक्त जोर देने पर चिंता जताते रहे हैं, और सुझाव देते हैं , कि मातृत्व स्वास्थ्य नीति को संस्थागत प्रसव के प्रतिमान से हट कर सुरक्षित प्रसव पर ध्यान देने की जरुरत है । (11) हमारा मानना रहा है, कि संस्थागत प्रसव भीड़ भरे और अपर्याप्त सुविधा वाले ऐसे अस्पतालों में होता है, जहाँ रक्त असंक्रमण (असेप्सिस) का ठीक से पालन नहीं किया जाता हो, उसे कहीं से भी सुरक्षित प्रसव का पर्याय नहीं माना जा सकता है, जिसे प्राय: 'सुरक्षित' कहा जाता है । यह समझना महत्वपूर्ण है, कि महिलाओं के सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करने पर ध्यान रहें, यानि सिर्फ माओं और नवजातों की मृत्यु और रुग्णता (मॉर्बिडीटी) न हो यही काफी नहीं, बल्कि तकनीकी रूप से उच्च गुणवत्ता की सम्मानजनक और देखभाल युक्त सेवा हो ।

जबकि मातृत्व स्वास्थ्य मातृत्व मृत्यु से कहीं बड़ा तत्व है, मातृ मृत्यु दर (MMR) को देश की मातृत्व स्वास्थ्य दशा का संकेतक माना जाता है । हालाँकि, MMR आंकड़ों का जोड़ यह नहीं बताता कि कौन सी औरत मर रही है । देश के विभिन्न हिस्सों में किए गए अध्ययन बताते है कि मातृ मृत्यु आंकड़ों में आदिवासी और दलित जैसे वंचित समुदायों की महिलाओं का उनके अनुपात से अधिक प्रतिनिधित्व है । (12 –14)

भारत और अन्य राज्यों के लिए MMR आंकड़ों की गणना करने के अलावा, पिछले कुछ वर्षों में इस बात के कई प्रयास किए गए है कि व्यक्तिगत मातृत्व मृत्यु के लिए जिम्मेदार कारण और उसे बढ़ाने वाले तत्वों का विश्लेषण किया जाए और उससे निकले निष्कर्षों को स्वास्थ्य व्यवस्था में

सुधार करने में इस्तेमाल हो । विश्व स्वास्थ्य संगठन ने मातृत्व मृत्यु पर वर्बल ऑटोप्सी के लिए दिशानिर्देश प्रकाशित किए थे जिसे दुनिया के बहुत से देशों ने उपयोग किया।(15,16) हमारे देश में, दक्षिण के राज्य तमिलनाडु ने मातृत्व मौतों की वर्बल ऑटोप्सी के पश्चात, 1990 के दशक के आखिर के बाद से जिला स्तरीय मातृत्व मृत्यु समीक्षा करवाते रहा है। (17) इस सफल प्रयास को आगे बढ़ाते हुए वर्ष 2010 में भारत सरकार ने देश भर में मातृत्व मृत्यु की जिला स्तर पर समीक्षा को अनिवार्य करने संबधी दिशा–निर्देश जारी किए थे ।(18)

मातृत्व मृत्यु समीक्षाओं (MDR) को संस्थापित करने में भारत सरकार के प्रयासों को महत्त्वपूर्ण चुनौती का सामना करना पड़ा। सरकार की अपनी स्वीकारोक्ति है, कि मार्च 2012 की स्थिति में, मातृत्व मृत्यु समीक्षा की प्रक्रिया के अंतर्गत सिर्फ 18 % संभावित मातृत्व मौतें ही दर्ज हो पायी और उसमें भी सिर्फ 2/3 मौतों की ही MDR की जिला स्तरीय समिति द्वारा समीक्षा की गई थी। यह प्रयास भी मौतों की चिकित्सकीय वजह जानने तक सीमित रही न कि स्वास्थ्य व्यवस्था में कमी की पहचान करने और सुधारात्मक कार्यवाही करने में, जो कि इस प्रक्रिया का असल उद्देश्य था। (19)

इसके अलावा, भारत सरकार द्वारा कराए गए MDR प्रक्रिया की सबसे बड़ी कमजोरी रही कि इस प्रक्रिया से उत्पन्न जानकारी सार्वजनिक क्षेत्र में नहीं आ पाई । बहुत से अन्य देशों में जहाँ मातृत्व मृत्यु पर गोपनीय जाँच हुई , वहाँ मौत से संबद्ध व्यक्तियों व संस्थानों के बारे में जानकारी तो छुपाई गई ताकि नैतिक स्तर बना रहें, पर उसके कारण, जिम्मेदार तथ्यों और जाँच से निकली सीख को सार्वजनिक किया गया। लेकिन भारत में ऐसा मामला नहीं रहा जहाँ समीक्षा या उसके निष्कर्ष से निकली कोई भी जानकारी सार्वजनिक की गई हो । यह अन्य हितधारियों, जैसे– नागरिक समाज, शिक्षाविद, व्यवसायिक संगठनों आदि को इस प्रक्रिया से जुड़ने से रोकता है, और जवाबदेही की गंभीर कमी को इंगित करता है ।

मातृत्व मौतों को संकलित करने का एक अन्य प्रयास यूनिसेफ द्वारा मेटेर्नल एंड प्रीनेटल डेथ एंड रेस्पोंस (MAPEDIR) के रूप में किया गया, जिसमें मातृत्व मौतों को रेखांकित करते परिवार, समुदाय और परिवेशीय कारकों की पहचान की गई थी । विशेष रूप से तैयार MAPEDIR वर्बल ऑटोप्सी उपकरण का उपयोग करते हुए प्रशिक्षित अग्रिमपंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने घरों से मातृत्व मृत्यु पर जानकारी एकत्रित किये थे। इसके तहत जो जानकारी संग्रहित की गई थी, उसका उपयोग मातृत्व मृत्यु को रोकने में लगे हुए और अन्य सम्बंधित लोगों की जागरूकता बढ़ाने के लिए किया गया। 2005 से 2009 के बीच MAPEDIR पहल को देश के उच्च मातृत्व दर वाले 8 राज्यों के 18 जिलों में लागू किया गया था। इस प्रयास के परिणामस्वरूप मातृत्व मृत्यु के गैर–चिकित्सकीय निर्धारकों के बहुत से गहन नजरिये सामने आये और सावधानीपूर्ण एकत्रित की गयी जानकारी ने स्वास्थ्य क्षेत्र में तथा परिवार और समुदायों के बीच बदलाव लाने की सम्भावना भी दर्शाई ।

डेड वीमेन टॉकिंग (Dead Women Talking) पहल

उच्च मातृत्व मृत्यु दर का सतत बना रहना, सरकार का सुरक्षित प्रसव पर के बजाय संस्थागत प्रसव पर ध्यान, मृत्यु की सामाजिक विषमता की अनदेखी और मातृत्व मृत्यु के संकलन में पारदर्शिता का अभाव कुछ ऐसे सन्दर्भ थे जब देश की बहुत सी संस्थाएँ वर्ष 2012 में कामन हेल्थ की पहल– डेड वीमेन टॉकिंग[1] के लिए एक साथ आयी।

यह समझ में आया कि गरीब और सबसे कमजोर तबके मातृत्व मृत्यु से बहुत ज्यादा प्रभावित है, और देश में जहाँ भी मातृत्व मृत्यु को देखो वहाँ लगातार जवाबदेही का प्रश्न उठता रहा है । साथ ही, प्रचलित मौखिक ऑटोप्सी उपकरण तकनीकी मुद्दे पर ज्यादातर ध्यान देते हैं जबकि मातृत्व मृत्यु की सामाजिक व व्यवस्थागत वजह ज्यादातर अनसुलझी ही रहती है। इसलिए, बेवजह मृत औरतों के परिवारों और समुदाय के जीवंत

1 डेड वीमेन टॉकिंग कामनहेल्थ के नेतृत्व में नागरिक समाज की पहल है, जिसका लक्ष्य भारत में मातृत्व मृत्यु को सामाजिक निर्धारक व मानवाधिकार के नजरिये से परखना है। इस प्रक्रिया ने एक सोशल ऑटोप्सी उपकरण तैयार करने और विभिन्न प्रदेशों में नागरिक समाज के सहयोगपूर्ण प्रयास से मातृत्व मौतों को संकलित करने का काम किया है ।

अनुभवों को केंद्र में लाने सकने के लिए यह पहल शुरू की गयी, और मर चुकी औरतों की आवाज सबके सामने लायी गई। यह प्रयास भारत में मातृत्व मौतों का सामाजिक निर्धारकों और मानवाधिकार के दृष्टिकोण से परीक्षण करना चाहता है। यह प्रयास देश के विभिन्न हिस्सों में घटित मातृत्व मौतों को व्यवस्थित रूप से संकलित करने की नागरिक संगठन और समुदाय आधारित प्रक्रिया का हिस्सा है।

यह रिपोर्ट भारत के विविध क्षेत्रों से डेड वीमेन टॉकिंग पहल के तहत दो वर्षों तक संकलित की गई मातृत्व मौतों का वर्णन करती है। यह उन परिस्थितियों की तरफ ध्यान आकृष्ट करने का प्रयास है जिसमें महिलाएँ गर्भावस्था, प्रसव और प्रसव-पश्चात् मर जाती है, और स्वास्थ्य व्यवस्थागत कारकों और सामाजिक निर्धारकों का ध्यान दिलाती है। हमें उम्मीद है कि यह रिपोर्ट मातृत्व मृत्यु के मुद्दे पर जन चेतना बनाने में, राज्य व समुदाय से बेहतर जवाबदेही कायम करने और भविष्य में टाली जा सकने वाली मातृत्व मौतों को रोकने के लिए सुधारात्मक कार्यवाही करने में सफल होगी।

रिपोर्ट का ढाँचा

इस परिचयात्मक अध्याय के बाद जो रिपोर्ट के उद्देश्य और सन्दर्भ को रखती हैं , शेष रिपोर्ट इस तरह से बनी है।

अगला अध्याय इन मातृत्व मृत्यु को संकलित करने की प्रविधि का वर्णन करता है । यह अध्याय सामने आयी चुनौतियों, उसे कैसे संबोधित किया गया और प्रक्रिया में रही कमियों को सूचित करता है ।

उसके बाद अगले कुछ अध्यायों में डेड वीमेन टॉकिंग पहल से निकले निष्कर्षो का जिक्र है और इन महिलाओं की मौत के लिए जिम्मेदार माने गए स्वास्थ्य व्यवस्था के विशिष्ट मुद्दों का वर्णन करते है। दो अलग तरह के मुद्दे चर्चा हुए है। पहले वर्ग में वो मुद्दे शामिल हैं, जिन्हें विशेष कार्यक्रमों के जरिये लक्षित किया गया है, लेकिन जिनमें जमीनी स्तर पर कार्यान्वयन में कई कमियाँ पाई गई है, जैसे आपात प्रसूति सेवा, रेफरल, आपात परिवहन। दूसरे वर्ग में उस तरह के मुद्दे हैं, जिन्हें राष्ट्रीय कार्यक्रमों में पूरी तरह नजरअंदाज किया गया है, जैसे एनीमिया। दोनों वर्गों के मुद्दे के लिए अलग अध्याय है ।

रिपोर्ट अंत में निष्कर्षों का सार रखती है, जो स्वास्थ्य व्यवस्था के विभिन्न मुद्दों को एक साथ लाकर ध्यान दिलाती है कि कैसे यह इन महिलाओं की विशिष्ट दुर्बलताओं को बढ़ाती है, और इस रिपोर्ट द्वारा इंगित विभिन्न नीतिगत कमियों को दूर करने के सुधारात्मक उपायों की सिफारिशों के साथ ख़त्म होती है।

अध्याय 2

कार्यविधि

रिपोर्ट जनवरी 2012 से दिसम्बर 2013 के दरमियान दो वर्ष के समय में ढूंढी और संकलित की गई 124 मातृत्व मौतों के विश्लेषण से तैयार की गई है। देश के 10 राज्यों के 31 जिलों से मौतों के पर्पसिव सैम्पल लिए गए हैं। यह भाग इन मातृत्व मौतों की पहचान और संकलन की कार्यविधि का विवरण देता है।

समग्र प्रक्रिया और टूल विकास

डेड वीमेन टॉकिंग प्रक्रिया के तहत (देखें-परिचय), सोशल ऑटोप्सी उपकरण (देखे बॉक्स 1) मातृत्व स्वास्थ्य कार्यकर्ता और अकादमीशियन के समूह द्वारा विकसित किया गया। जून 2012 में एक कार्यशाला के बाद, जहाँ मातृत्व मृत्यु को भारतीय सन्दर्भ[2] में देखते हुए एक फ्रेमवर्क तैयार किया गया। यह टूल मौत की संभावित मेडिकल वजह ढूंढने के अलावा स्वास्थ्य व्यवस्था की कमियाँ और मातृत्व मृत्यु के लिए जिम्मेदार सामाजिक निर्धारकों को ध्यान में रख कर तैयार किया गया था। टूल तैयार करने की प्रक्रिया दोहराव मूलक थी, और मातृत्व मौतों को संकलित करने और जमीनी स्तर पर टूल उपयोग करने का अनुभव रखने वाली संस्थाओं के फीडबैक के आधार पर लगभग 2 वर्ष के समय में बार-बार संशोधित किया गया था। झारखण्ड और राजस्थान में मातृत्व मौतों को वहां काम कर रही संस्थाओं द्वारा तैयार किये उपकरण का उपयोग कर संकलित किया गया था। उससे डेड वीमेन टॉकिंग के सोशल ऑटोप्सी टूल से मिलती जुलती ही जानकारी मिली ।

बॉक्स 1

सोशल ऑटोप्सी

सोशल ऑटोप्सी की परिभाषा है। "मातृत्व व शिशु मौतों के लिए जिम्मेदार सामाजिक, स्वभावजन्य व स्वास्थ्य व्यवस्था की पहचान के उद्देश्य से तैयार एक साक्षात्कार प्रक्रिया।" (21) सोशल ऑटोप्सी मातृत्व शिशु मृत्यु की मौखिक ऑटोप्सी को के लिए है, जो मृत शिशु/औरत के परिवार के साक्षात्कार के जरिये मृत्यु की चिकित्सकीय वजह के बारे में निष्कर्ष निकाल पाए। सोशल ऑटोप्सी को एक ऐसे टूल के रूप में जाना जाता है, जिसमें नीति-निर्माताओं व कार्यक्रम प्रबंधकों को जानकारी देने की क्षमता है, जो टाली जा सकने वाली मौतों को रोक सके। साथ ही यह टूल समुदाय को परिवार और समुदाय के बर्ताव में परिवर्तन लाने के सम्बन्ध में जानकारी उपलब्ध करा सके, और दूसरी तरफ स्वास्थ्य कार्यक्रमों से जवाबदेही की मांग कर सके ।

सोशल ऑटोप्सी अध्ययनों की एक विशद साहित्य समीक्षा(21) ने निम्नलिखित पात्रता का उपयोग कर यह आंकलन किया कि टूल या कार्यविधि वह थी या नहीं जो सोशल ऑटोप्सी की अनुमति देती है -

1) सेवा प्राप्त करने की प्रक्रिया के प्रमुख तत्वों का परीक्षण - निम्लिखित आठ तत्वों को जाँचा गया : बीमारी की पहचान, घर पर पर्याप्त देखभाल मिली या नहीं, घर से बाहर की किस प्रकार की सेवा चाही गई अथवा नहीं, औपचारिक स्वास्थ्य सेवा लेने में देरी और रुकावटें, और गुणवत्तापूर्ण सेवा पर उत्तरदाता का नजरिया ।
2) मौत के लिए जिम्मेदार पारिवारिक , समुदाय और स्वास्थ्य व्यवस्था के कारकों का संकलन ।
3) या तो स्वास्थ्य कार्यक्रम को मदद करने या नीति तैयार करने या फिर सामुदायिक सशक्तिकरण के लिए वृहद पैमाने के आंकड़े उपलब्ध कराए गए।

जांचकर्ताओं का प्रशिक्षण

टूल विकसित करने के बाद दस राज्यों[3] में मातृत्व स्वास्थ्य पर काम करने वाली विभिन्न संस्थाओं के स्टाफ को सोशल ऑटोप्सी करने के लिए प्रशिक्षित किया गया। चिकित्सक जैसे प्रसूति रोग विशेषज्ञ, प्रजनन अधिकार कार्यकर्ता और जन स्वास्थ्य शोधार्थियों द्वारा प्रशिक्षण दिया गया। यह

2. इस पर और विस्तृत रिपोर्ट के लिए, दी डेड वीमेन टॉकिंग कार्यशाला के लिए जाएँ-
http://www.commonhealth.in/workshop-eports-pdf/6a%20report%20dead%20women%20talking%20june%202012.pdf
3. सैम्पल के जिले एवं राज्यों की सूची देखने के लिए सम्पूर्ण परिणाम पर अध्याय 3 देखिये

प्रशिक्षण मातृत्व मृत्यु की महामारी विज्ञान, आम प्रसूति समस्याएं व उसके प्रबंधन पर तकनीकि ज्ञान, मातृत्व मृत्यु पर अधिकार आधारित दृष्टिकोण और टूल के वास्तविक उपयोग पर कौशल आधारित प्रशिक्षण विषय पर थी[4]।

मातृत्व मृत्यु की पहचान और संकलन

इस रिपोर्ट में दर्ज मातृत्व मृत्यु के मामले सैम्पल जिलों में काम करने वाली संस्थाओ के समुदाय के लोगों द्वारा ढूंढे और दर्ज किए गए थे । जैसे ही मौत की खबर मिलती है , वैसे ही मृतक के घर जा कर संस्था या समुदाय को प्रशिक्षित स्टाफ मातृत्व मृत्यु प्रमाणित करता है । इसके बाद मृतक महिला के परिवार से संपर्क कर सोशल ऑटोप्सी की जाती है।

परिवार का साक्षात्कार 2 से 5 प्रशिक्षित अन्वेषकों द्वारा सामान्यत: शुरूआती शोक ख़त्म होने के बाद लिया जाता है। पहले से तैयार सोशल ऑटोप्सी टूल का उपयोग कर मृत्यु से जुड़े विवरण इकट्ठे किए जाते हैं। यह साक्षात्कार मौखिक सूचित सहमति प्रक्रिया के बाद लिए जाते हैं, जिसमें इस प्रक्रिया का उद्देश्य बताया जाता है, और गोपनीयता आश्वस्त की जाती है। जहाँ जरुरी हो, वहाँ मृतका के ससुराल और मायके पक्ष के भी साक्षात्कार लिए जाते हैं । जहाँ प्रासंगिक है, समुदाय में सामाजिक मुद्दों और स्वास्थ्य तथा अन्य लोक सेवाओं से सम्बंधित मुद्दों को समझने के लिए समुदाय के अन्य सदस्यों से भी संपर्क करने के प्रयास किए जाते हैं। जहाँ तक संभव हो, आशा, ANM व सम्बंधित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के चिकित्सा अधिकारी जैसे अग्रिमपंक्ति स्वास्थ्य प्रदाताओ के भी साक्षात्कार लिए जाते हैं। एक मातृत्व मौत को संकलित करने के लिए जाँच टीम को परिवार और समुदाय का कई बार दौरा करना जरुरी हो जाता है।

इस पूरी प्रक्रिया के दौरान कॉमनहेल्थ और अन्य संस्था के वरिष्ठ सदस्य जुड़े रहे और जो आंकड़े इकट्ठे कर रहे थे उनसे समय समय पर मिलकर सुनिश्चित करते रहे कि तकनीकी और नैतिक मानक बना रहे । वे सभी जो इस प्रक्रिया में जुड़े थे आंकड़े एकत्र करने के दौरान दो कार्यशालाओं में भाग लेकर आंकड़ों का परीक्षण और कमियों को पूरा करते रहे। इससे आंकड़े इकट्ठे करने के वक्त आ रही दिक्कतों को समझने और उसे दूर करने में मदद मिली[5]।

संचयन और विश्लेषण

मातृत्व मौतों के विवरण को राज्यवार और एकसाथ इकट्ठे कर स्वास्थ्य व्यवस्थागत कमियां, सामाजिक निर्धारकों और मौत के लिए जिम्मेदार अधिकारों के उल्लंघन की पहचान कर पहले से तैयार फ्रेमवर्क के आधार पर विश्लेषण किया गया। प्रत्येक मौत पर यह देखने के लिए कि कौन से संभावित कदम उठाये जाते कि महिला की जान बच सकती

बॉक्स 2–

विश्लेषण के लिए SSSR फ्रेमवर्क

मातृत्व मौतों का विश्लेषण करने के लिए SSSR फ्रेमवर्क गुजरात इंस्टिट्यूट ऑफ़ डेवेलपमेंट रिसर्च में डा. प्रकासम्मा के प्रस्तुति पर आधारित चर्चा के उपरांत कॉमनहेल्थ द्वारा विकसित किया गया। (जुलाई 2012) यह फ्रेमवर्क मातृत्व मृत्यु को संकलित करने के हमारे पिछले अनुभव पर आधारित था जहाँ मातृत्व मृत्यु के लिए जवाबदार तत्वों को चार प्रक्षेत्रों में बांटा जा सकता है–

- तकनीकी कारक (या, विज्ञान संबंधी तत्व)
- स्वास्थ्य व्यवस्था कारक
- सामाजिक कारक
- मानवाधिकार

अंग्रेजी में इनके संक्षिप्ताक्षर से मिलकर बना है SSSR

डेड वीमेन टॉकिंग पहल में प्रतिभागियों को विश्लेषण के इस फ्रेमवर्क में प्रशिक्षित किया गया था और प्रत्येक मृत्यु को इन चार प्रक्षेत्रों पर विश्लेषित किया गया था। इसके अलावा, जहाँ भी संभव था, हरेक मौतों के पीछे संभावित मेडिकल कारण पता लगाये गए। प्रत्येक प्रक्षेत्रों के तहत मौत के लिए जिम्मेदार कमियों को ढूँढ कर लिखा गया. प्रत्येक पाई गयी कमियों को दूर करने के लिए उठाये जा सकने वाले कदमों को अनुशंसा के तौर पर रखा गया।

निश्चित भौगोलिक इलाकों में घटित सभी मौतों से सम्बंधित अनुशंसाओं को जोड़कर स्वास्थ्य व्यवस्था और समुदाय के लिए कार्रवाई की जाने वाली सिफारिशों को रखा गया।

4. प्रशिक्षण पर और ज्यादा जानकारी के लिए www.commonhealth.in पर विशिष्ट प्रशिक्षण कार्यशाला रिपोर्ट देखें
5. इन कार्यशालाओं की विस्तृत रिपोर्ट www.commonhealth.in पर उपलब्ध है।

थी, एक चूक–अवसर विश्लेषण भी किया गया। विश्लेषण के दौरान, आन्तरिक तारतम्य बनाये रखने के लिए आंकड़ों की वैधता जाँच की गयी थी। जहाँ तक संभव था, शुरुआत में एक प्रसूति विशेषज्ञ, और बाद में दो वरिष्ठ विशेषज्ञों, जो देश के नामी चिकित्सा संस्थान के विभाग प्रमुख थे, से पुन:जाँच और सत्यापन कर मौत की मेडिकल वजह तय की गयी।

नैतिक विचारण

डेड वीमेन टॉकिंग प्रोजेक्ट उन स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की पहल है, जिनकी स्वास्थ्य सुधार के लिए चिरकालिक प्रतिबद्धता है और उन समुदायों के साथ गहरा सम्बन्ध है जिनके बीच मौतों की जाँच की गई है । अत: यह काम साझेदार संस्थाओं की सेवा और पैरवी कार्य का विस्तार ही है। यह प्रक्रिया सामान्यीकृत ज्ञान को अनन्य उन्नत बनाने के लिए शोध अध्ययन के उद्देश्य से नहीं की गई है, बल्कि इसे जन पैरवी का माध्यम बनाया गया है। अत: इस हेतु किसी बाह्य एजेंसी से कोई औपचारिक नैतिक स्वीकृति नहीं ली गई थी। दूसरे जिन्होंने ऐसी ही प्रक्रिया अपनाई, ने भी कहा है कि ऐसा करना जरुरी नहीं। (21)

इसके बावजूद, हमने आंकड़े एकत्र करने और विश्लेषण करने में नैतिक मानक और अनुशासन बनाए रखा। जिनका भी साक्षात्कार लिया गया उनसे मौखिक सूचित सहमति ली गई। मृत महिलाओं और नवजातों की गुमनामी निश्चित रखते हुए गोपनीयता बरक़रार रखी गई। आंकड़े संग्रहण के समय उठे नैतिक मुद्दें और उन्हें हल करने के तरीके शुरुआती प्रशिक्षण और उसके बाद के कार्यशालाओं का हिस्सा था। अंतत: इस कार्य के परिणामों को समुदाय और नीतिनिर्माताओं के साथ साझा किया गया और इस ढंग से रखा गया कि समुदाय, जिनसे यह जानकारी एकत्र की गई, को सीधा लाभ मिल सके।

सीमाएँ

1. मातृत्व मौतों को संकलित करना एक गुणवत्तामूलक कार्य था, जो इन मौतों की वजहों और कारकों पर केन्द्रित था। यह किसी क्षेत्र में घटित सभी मातृत्व मौतों को दर्ज करने के लिए नहीं बनाया गया था, अत: यह सभी मातृत्व मौतों की घटनाओं का प्रतिनिधित्व नहीं करता।
2. हमारे पास मृत महिलाओं की सभी मेडिकल रिपोर्टो तक पहुँच नहीं थी, सिवाय उनके, जहाँ परिवार ने ऐसे कुछ रिकॉर्ड की प्रतियाँ उपलब्ध करा दी थी। अत: ज्यादातर विश्लेषण परिवार और अन्य लोगों द्वारा बयाँ किए गए घटनाओं से निकला गया था। हालाँकि, हम मानते हैं, कि यह विश्लेषण भी महिलाओं की मृत्यु के लिए जिम्मेदार कारकों से संबंधित निष्कर्ष निकालने के लिए पर्याप्त सामग्री उपलब्ध कराता है।

चुनौतियाँ

1. क्षेत्र में व्याप्त चुनौतियाँ

क. यह पाया गया कि संस्थाओं के स्टाफ को सोशल ऑटोप्सी करने के लिए एक बार दिया गया प्रशिक्षण अपर्याप्त था। जो उपकरण तैयार किया गया था और जिसे क्षेत्र में उपयोग भी किया गया था, में बदलाव /संशोधनों के लिए फिर से प्रशिक्षण की जरुरत है। यह भी पाया गया कि इन संस्थानों के समुदाय से आए सदस्यों को मानक परिभाषा के अनुसार मातृत्व मृत्यु की पहचान करने और मृत्यु की जानकारी दर्ज करने के लिए प्रशिक्षण की जरुरत थी।

ख. यह भी ज्ञात हुआ कि अक्सर परिवार सोशल ऑटोप्सी के लिए अपर्याप्त जानकारी देते थे। उदाहरण के लिए, बहुत बार परिवार वाले लड़का चाहने के लिए लिंग आधारित गर्भपात या हिंसा या पोषण और घरेलू काम के बोझ जैसे मुद्दे पर विस्तार से बात नहीं करते थे ।

परिवार के सदस्यों को प्रसव कक्ष में नहीं जाने दिया जाता था, या मौत के समय की स्थिति पर पर्याप्त जानकारी नहीं दी जाती थी, और इसलिए वे अस्पताल में हुई मौत पर कोई विशेष जानकारी नहीं दे पाते थे। अत: यह जरुरी हो जाता था कि उनसे प्राप्त जानकारियों को सच्चाई के करीब लाने के लिए अन्य स्त्रोतों से पुष्ट किया जाता, जैसे आशा और ANM जैसे अग्रिमपंक्ति के स्वास्थ्यकर्ताओं के साक्षात्कार लेना, और हर उस अस्पताल का दौरा करना, जहाँ महिला को ले जाया गया था या रेफर किया गया था, और मृतका के मायके के परिवारों का साक्षात्कार करना। ऐसी सूरत में प्रत्येक सोशल ऑटोप्सी के लिए कम से कम तीन बार क्षेत्र का दौरा करना पड़ा और परिवार के साथ प्रत्येक साक्षात्कार कम से कम एक घंटे का था। इस तरह यह बहुत ही गहन प्रक्रिया थी, जिसमें यातायात व्यय व व्यक्तिगत समय के निवेश की जरुरत थी।

ग. पूरी जानकारी एकत्र करने के हमारे प्रयास के बावजूद, असुरक्षित गर्भपात की वजह से मौत, घर में प्रसव की वजह से मौत और प्रसव के कुछ दिनों बाद हुई मातृत्व मौतों की जानकारी संभवत: हमसे छूट गई। इनकी पहचान करने के लिए सामुदायिक संगठनों के प्रशिक्षण सहित विशेष प्रयास करने की जरुरत है।

2. स्वास्थ्य व्यवस्था के साथ काम करने की चुनौतियाँ

क. मातृत्व मौतों पर स्वास्थ्य व्यवस्था का नजरिया समझना काफी मुश्किल रहा है ।

(i) लगभग सभी जिलों में जहां यह संकलन किया गया, वर्बल ऑटोप्सी कराने के लिए सरकार के साथ संबंध स्थापित करने के हमारे प्रयास असफल रहें हैं ।

(ii) सामाजिक संस्थाओं द्वारा की जाने वाली सोशल ऑटोप्सी पर सहयोग करने के लिए स्वास्थ्य व्यवस्था से सामान्यत: प्रतिरोध ही रहा है। जब भी हमने सोशल ऑटोप्सी की जानकारी स्वास्थ्य अधिकारियों को बताने की कोशिश की, तो उन्होंने बजाय इसके परिणाम पर विचार करने के इन ऑटोप्सी की योग्यता, विश्वसनीयता और हमारी विशेषज्ञता पर सवाल उठाए।

ख. ऐसा लगता है, कि स्वास्थ्य व्ययवस्था के पदक्रम में सबसे नीचे रहने वालों पर दोष डालने का चलन है। अक्सर परिवार को ही जिम्मेदार ठहराया जाता है, या फिर आशा, ANM और ICDS स्टाफ जैसे सीमान्त कार्यकर्ता मौतों के बारे में कुछ भी बोलने से झिझकते थे । इनके द्वारा मातृत्व मृत्यु की रिपोर्टिंग पर भी इसका असर पड़ता है।

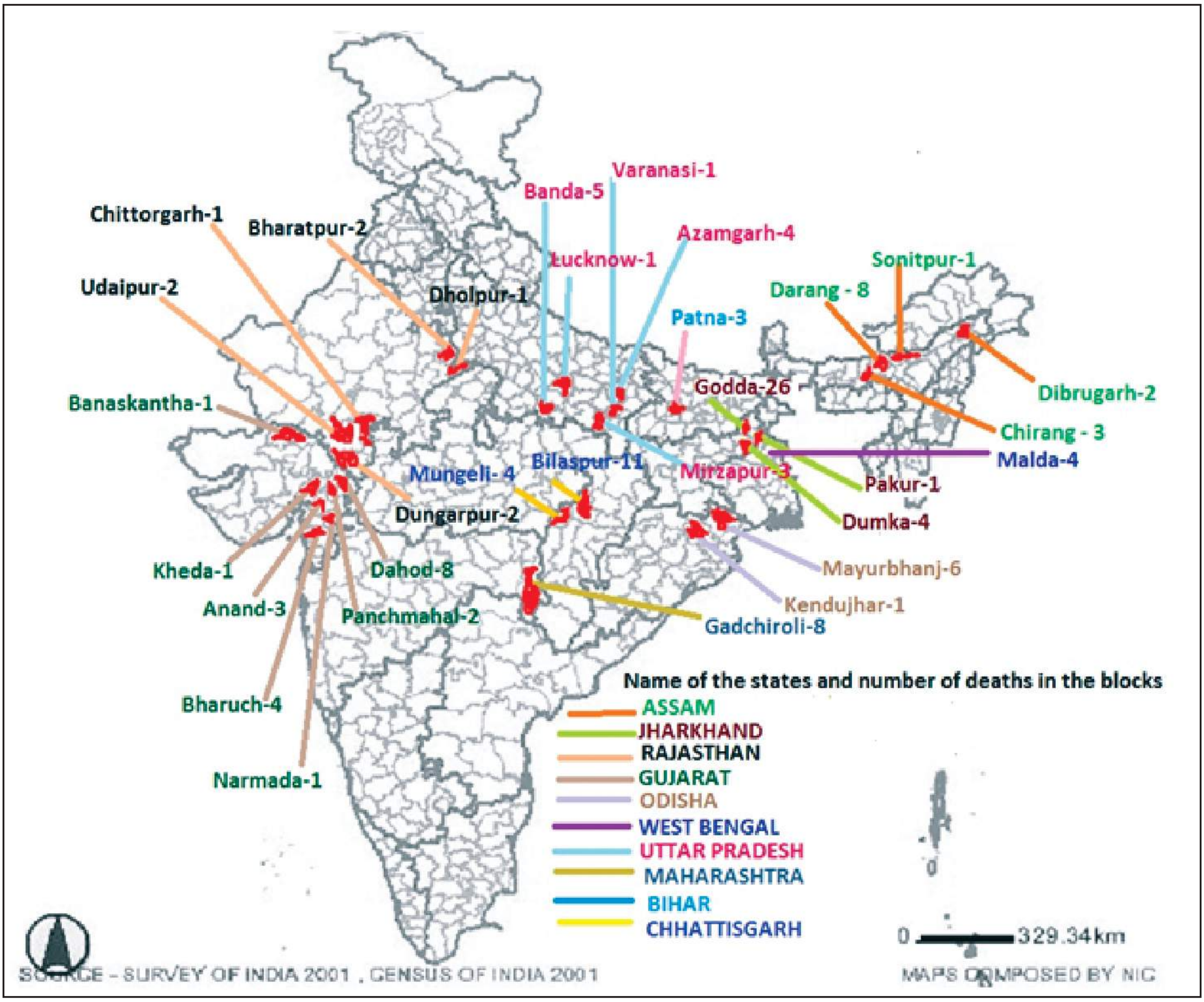
अध्याय 3

सम्पूर्ण परिणाम

जनवरी 2012 से दिसंबर 2013 के दो वर्षों के दौरान कुल 124 मातृत्व मौतों को दस राज्यों से संकलित किया गया। यह राज्य थे – महाराष्ट्र, छत्तीसगढ़, राजस्थान, झारखण्ड, ओडिशा, आसाम, पश्चिम बंगाल, उत्तर–प्रदेश, बिहार और गुजरात।

तालिका 1 और चित्र 1 में इन मौतों के वर्गीकरण वाले राज्य और जिलों को दिखाया गया है । इनमे से 92 मौते सशक्त कार्यवाही समूह (EAG) के सात राज्यों से और 32 मौतें तीन अन्य गैर–उच्च फोकस राज्यों से हैं ।

चित्र 1 – प्रदेश और जिले को प्रदर्शित करता मानचित्र जहाँ से मातृत्व मृत्यु संकलित की गयी



6. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन ने निम्न स्वास्थ्य संकेतकों वाले राज्यों को सशक्त एक्शन ग्रुप (EAG) राज्यों के रूप में वर्गीकृत किया है। इन राज्यों को कार्यक्रम अंतर्गत ज्यादा वित्तीय आवंटन सहित गहन इनपुट दिए जाते हैं।

तालिका 1 प्रदेश व जिलेवार मौतों का वितरण	
प्रदेश	**मौतों की संख्या**
इ.ए.जी. राज्य	
आसाम	**14**
चिरांग	3
दरांग	8
डिब्रूगढ़	2
सोनितपुर	1
बिहार	**3**
पटना	3
छत्तीसगढ़	**15**
बिलासपुर	11
मुंगेली	4
झारखण्ड	**31**
दुमका	4
गोड्डा	26
पाकुड़	1
ओडिशा	**7**
क्योंझर	1
मयूरभंज	6
राजस्थान	**8**
भरतपुर	2
चितौडगढ़	1
डूंगरपुर	2
धौलपुर	1
उदयपुर	2
उत्तर प्रदेश	**14**
आजमगढ़	4
बाँदा	5
लखनऊ	1
मिर्ज़ापुर	3
वाराणसी	1
सब टोटल	**92**
गैर इ.ए.जी. राज्य	
प. बंगाल	**4**
मालदा	4
गुजरात	**20**
आनंद	3
बनासकांठा	1
भरूच	4
दाहोद	8
खेडा	1
नर्मदा	1
पंचमहल	2
महाराष्ट्र	**8**
गढ़चिरोली	8
सब टोटल	**32**
टोटल	**124**

कौन थी वह मृत औरतें ?

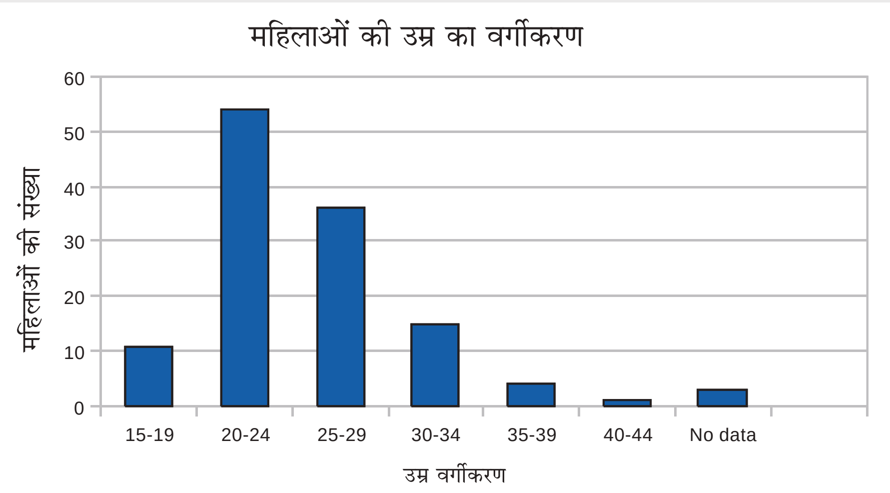
यह खंड उन महिलाओं की पृष्ठभूमि की कुछ जानकारी देता है, जिनकी मौतों से इस रिपोर्ट का आधार तैयार हुआ है ।

तालिका 2 और चित्र 2 में मृतक महिलाओं की उम्र का वर्गीकरण दिया गया है। अधिकतर महिलाएँ (43.5 %) 21–25 वर्ष की आयु समूह में थी। तालिका का आखरी खंड सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम (एस.आर.एस.) के विशेष बुलेटिन 2010–2012 के आंकड़ो को दिखाता है।[(4)]

तालिका 2 – महिलाओं की उम्र का वर्गीकरण

उम्र (वर्ष)	महिलाओं की संख्या	प्रतिशत	एस.आर.एस. 2010–12 व (कान्फिंस इंटरवेल)
15-19	11	8.9	7 (5-8)
20-24	54	43.5	39 (35-42)
25-29	36	29.1	28 (25-32)
30-34	15	12.1	17 (14-19)
35-39	4	3.2	7 (5-9)
40-44	1	0.8	2 (1-3)
आंकड़े अनुपलब्ध	3	2.4	लागू नहीं
Total	**124**	**100.0**	

चित्र 2

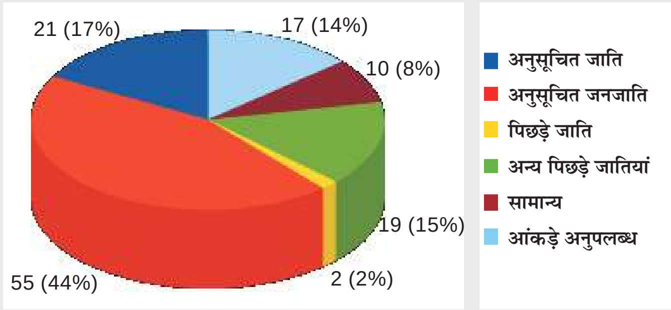


तालिका 3 और चित्र 3 मृतकाओं की जाति वर्गीकरण को दिखाता है। लगभग 45% मृतक महिलाएँ आदिवासी समुदाय से थी और 17 % दलित (अनु.जाति[7]) से आती थी। हालाँकि जिन जिलों से इन मौतों का संकलन किया गया था, वे ज्यादातर आदिवासी[8] बहुल जिले थे, इसलिए ज्यादा कुछ निष्कर्ष नहीं निकाला जा सकता।

7. अनुसूचित जातियां और अनुसूचित जनजातियाँ भारत में एतिहासिक रूप से वंचित समूह है जिन्हें भारतीय संविधान ने स्वीकार कर सकारात्मक प्रावधान के अंतर्गत विशेष दर्जा दिया है ।
8. आदिवासी शब्द भारत की देशज जनजातियों के लोगों के लिए प्रयोग होता है. उन्हें भारत के संविधान के अंतर्गत अनुसूचित जनजाति के रूप में वर्गीकृत किया गया है ।

तालिका 3 – महिलाओं की जाति का वर्गीकरण		
जाति	**महिलाओं की संख्या**	**प्रतिशत**
अनुसूचित जाति	21	16.9
अनुसूचित जनजाति	55	44.4
पिछड़े जाति	2	1.6
अन्य पिछड़े जातियां	19	15.3
सामान्य	10	8.1
आंकड़े अनुपलब्ध	17	13.7
कुल	**124**	**100.0**

चित्र 3 महिलाओं की जाति का वर्गीकरण



तालिका 4 – मृतक महिलाओं द्वारा गर्भधारण की संख्या को दर्शाता है, जिसमें मृत्यु के समय पर धारित गर्भ भी शामिल है। इससे यह पता चलता है कि लगभग 40 % महिलाएँ अपने पहले प्रसव में ही मर गई और अन्य 38 % दूसरे और तीसरे प्रसव में । सिर्फ 24 % यानि 124 में से 28 महिलाओं को चार या अधिक प्रसव हुए ।

तालिका 4 – प्रसवों की संख्या		
प्रसवों की संख्या	**महिलाओं की संख्या**	**प्रतिशत**
1	49	39.5
2	24	19.5
3	22	17.7
4 – 5	21	16.9
6 – 8	6	4.8
11	1	0.8
आंकड़े अनुपलब्ध	1	0.8
कुल	**124**	**100.0**

तालिका 5 – महिलाओं का कार्य-व्यवसाय/पेशा		
पेशा	**महिलाओं की संख्या**	**प्रतिशत**
खेतिहर मजदूर	8	6.5
दिहाड़ी मजदूर	25	20.2
प्रवासी मजदूर	6	4.8
आशा	2	1.6
आंगनवाड़ी सहायिका	1	0.8
मध्यान्ह भोजन प्रभारी	1	0.8
गृहणी	34	27.4
घरेलू बीड़ी श्रमिक	4	3.2
जीवन बीमा एजेंट	1	0.8
आंकड़े अनुपलब्ध	42	33.9
कुल	**124**	**100.0**

जैसा कि तालिका 5 में दिखाई देता है कि अधिकतर मृत औरतें दिहाड़ी मजदूर थी। जिन पर अपने घरेलू काम की भी जिम्मेदारी थी। छह महिलाएँ प्रवासी मजदूर थी और चार घर पर मजदूरी करने वाली बीड़ी श्रमिक थी।

यह ध्यान देने योग्य बात है कि दो महिलाएं स्वयं आशा[9] थी, एक आंगनवाड़ी[10] में सहायिका थी और एक स्कूल[11] में मध्यान्ह भोजन की प्रभारी थी। यह भी तथ्य महत्वपूर्ण है कि जब यह महिलाएं सार्वजानिक संस्थानों में कार्यरत थी, ये इन संस्थानों के पदक्रम में सीमांत थी और सबसे नीचे आती थी।

कब और कहाँ यह मौत हुई ?

124 मौतों में से, अधिकांश (82 महिलाएं 66%) प्रसवोत्तर (पोस्ट–पार्टम)काल में हुई। उनमें से 52 महिलाएं की मौत प्रसव के 24 घंटों के अन्दर हो गयी थी। इसमें कोई आश्चर्य नहीं कि अधिकतर मातृत्व मौतें प्रसवोत्तर–काल के तत्काल दौरान होती है। (22)

9. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को दिया गया नाम है–आशा या एक्रीडीटेड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट (ASHA).आशाओं को समुदाय द्वारा चुना जाता है और NHRM के तहत प्रशिक्षित किया जाता है।
10. आंगनबाड़ी एकीकृत बाल विकास योजना (ICDS) के अंतर्गत शैशवकालीन (अर्ली चाइल्डहुड) पोषण एवं शिक्षा के लिए गावों में एक सुविधा है । प्रत्येक आंगनवाड़ी के लिए एक आंगनवाड़ी कार्यकर्ता और उसकी मदद के लिए एक सहायिका का कर्मीदल होता है।
11. मध्यान्ह भोजन कार्यक्रम स्कूल जाने वाले बच्चों की पोषण जरूरतों को पूरा करने के लिए चलाया जाता है, जिसमे बच्चों को सरकारी स्कूल में दोपहर में ताज़ा पका हुआ भोजन दिया जाता है?

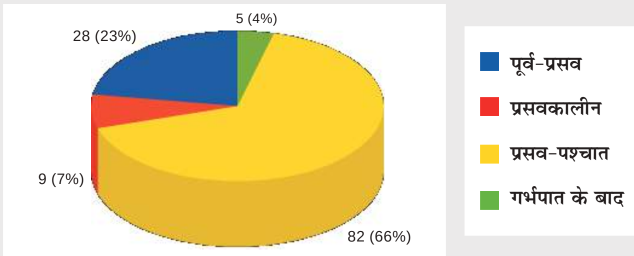
28 मौतें पूर्व–प्रसव (एंटे–नेटल)काल में हुई और 9 प्रसव के दौरान (इंट्रा–नेटल) काल में पाँच महिलाएं गर्भपात के दौरान या उसके तुरंत बाद मर गयी।

पूर्व–प्रसव काल में बड़ी संख्या में मौतों का नीति और कार्यक्रमों पर असर होता है, क्योंकि इन्हें हल करने के लिए उठाए गए कदम प्रसवकालीन और प्रसव पश्चात् काल के दौरान उठाये गए कदमों से अलग होंगे। आगे के अध्याय में हमने दिखाया है कि कैसे पूर्व–प्रसव काल में सेवाओं की गंभीर कमी रही है, जिसके फलस्वरूप मौतें हुई। उसी तरह, गर्भपात के बाद के समय में हुई मौतों के मामलों का असर व्यापक सुरक्षित गर्भपात सेवा पर पड़ा।

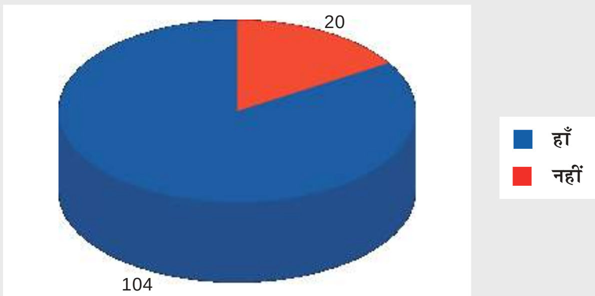
तालिका 6 – मृत्यु का समय काल

मृत्यु का समय काल	महिलाओं की संख्या	प्रतिशत
पूर्व–प्रसव	28	22.6
प्रसवकालीन	9	7.3
प्रसव–पश्चात	82	66.1
गर्भपात के बाद	5	4.0
कुल	**124**	**100.0**

चित्र 4 मृत्यु का समय काल



चित्र 5



दो मौतें देर से हुई मातृत्व मौत थी (प्रसव के 42 दिन बाद)। जबकि, मातृत्व मृत्यु दर्ज करने की मानक माप प्रक्रिया, जैसे सैम्पल पंजीकरण व्यवस्था (SRS) या भारत सरकार की अपनी मातृत्व मृत्यु समीक्षा सिर्फ 42 दिन के भीतर हुई मौतों को ही दर्ज करती है। हाल में हुए अध्ययन दर्शाते है कि उक्त समय के पश्चात हुई मौत भी प्रसव से जुडी हो सकती है। हमारे द्वारा संकलित दो मौतें, जो 42 दिनों के बाद हुई, इस बात को पुष्टी करती है, और ऐसी मौतों को संकलित करने की जरुरत को रेखांकित करती है।

जैसा कि तालिका 7 में दिखाया गया है , 124 में से 32 महिलाएँ घर पर ही मर गई , गौरतलब है कि, उनमें से 12 महिलाएँ एक या अधिक अस्पताल में ईलाज लेने गयी, चाहे वह सरकारी या निजी अस्पताल था, लेकिन घर लौटने से पहले ही मृत हो गयी (चित्र 5)। यह दर्शाता है कि लगभग 60% महिलाएँ जटिलता की हालत में अस्पताल तक पहुँच सकने में कामयाब रही।

124 में से 60 महिलाओं की मृत्यु स्वास्थ्य संस्थानों में हुई, जिसमे से 42 की मौत शासकीय और 18 की निजी संस्थानों में हुई।

31 महिलाएं अस्पताल ले जाते समय रास्ते में गुजर गयी – उनमें से 7 महिलाओं की प्रथम अस्पताल पहुँचने तक हो चुकी थी। 22 महिलाएँ एक अस्पताल से दूसरे तक पहुँचते हुए रास्ते में मौत के हवाले हो गई यह बताती है कि मृत्यु से पहले उन्होंने अस्पताल में ईलाज पाने की कोशिश की, और दो महिलाएँ तब मरी, जब उन्हें घर लाया जा रहा था क्योंकि उनके परिवार वालों ने आगे और ईलाज कराने से मना कर दिया था। एक महिला ऐसे ANM के घर पर प्रसूति जटिलता के चलते मर गई , जो अयोग्य और गर्भपात सेवाओं के लिए अनाधिकृत प्रदाता थी[12]।

12. 1972 में पारित मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ़ प्रिगनेंसी एक्ट उन शर्तों को रखता है, जिसके अधीन गर्भपात कराया जा सकता है। यह कानून अनुमति देता है कि वैधानिक तरीके से साफ तौर पर परिभाषित कारणों से बीस हफ्ते के अन्दर योग्य प्रसूति–विशेषज्ञ या विशेष रूप से प्रशिक्षित एलोपेथिक डाक्टर से विशिष्ट लाइसेंसधारी अस्पताल में गर्भपात करवाया जा सकता है।

मौत की वजह

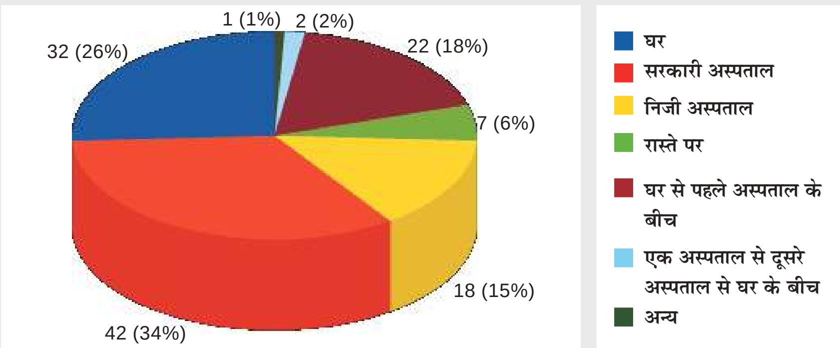
जहाँ कस ंभवह ेस काप रिवारक े क थनोंस ेम ेतक ेस ंभाव्य मेडिकल कारण निर्धारित करने की भरपूर कोशिश की गई। शुरुआत में एक प्रसूति विशेषज्ञ और बाद में दो वरिष्ठ प्रसूति विशेषज्ञों के परामर्श से यह किया गया। जहाँ प्रासंगिक था, एक ही मौत के लिए एक से अधिक वजह भी निर्धारित की गई। टेबल 8 में यह दिखाया गया है ।

मौत की सबसे सामान्य वजह थी, प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव (29 महिलाएँ 23.4%), उसके बाद एनीमिया (22 महिलाएँ 17.7%), प्रसव पूर्व रक्तस्त्राव की वजह से 6 मौतें हुई, 14 महिलाएँ (11.3%) गंभीर

तालिका 7 – मृत्यु का स्थान

मृत्यु का स्थान	महिलाओं की संख्या	प्रतिशत
घर	32	25.8
अस्पताल	60	48.4
सरकारी	42	33.9
निजी	18	14.5
रास्ते पर	31	25.0
घर से पहले अस्पताल के बीच	7	5.6
एक अस्पताल से दूसरे	22	17.8
अस्पताल से घर के बीच	2	1.6
अन्य	1	0.8
कुल	**124**	**100.0**

चित्र 6



पूर्व–गर्भाक्षेप / गर्भाक्षेप (प्री–एक्लाम्प्सिया / एक्लाम्प्सिया) के चलते मर गयी । विशेष रूप से, संक्रामक बिमारियों की वजह से 4 मौतें हुई– 2 मलेरिया से और 2 तपेदिक (टी.बी.) से 7 5 मामलों में चिकित्साजन्य कारण जवाबदार थे – 3 शल्यजनन (सिजेरियन सेक्शन) से हुई जटिलता के चलते और 2 मामलों में खून चढ़ाने पर हुए रिएक्शनक े क ारण7 19म ामलोंम ेंप रिवारक े बयानों के आधार पर मौत की वजह निश्चित नहीं हो पायी ।

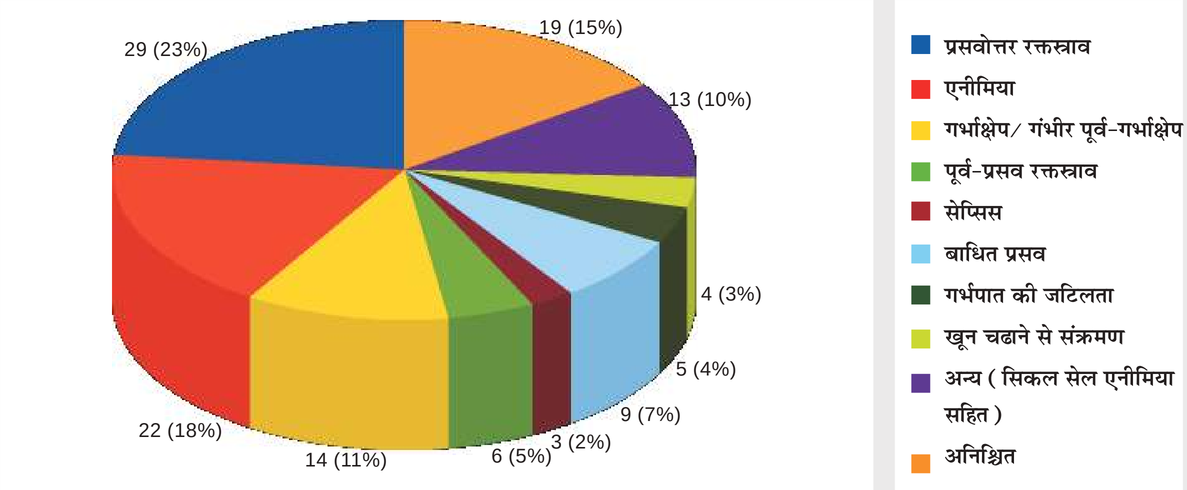
तालिका 8 – मौत का संभाव्य कारण

मौत का संभाव्य कारण	महिलाओं की संख्या	प्रतिशत
प्रसवोत्तर रक्तस्राव	29	23.5
एनीमिया	22	17.8
गर्भाक्षेप/ गंभीर पूर्व–गर्भाक्षेप	14	11.3
पूर्व–प्रसव रक्तस्राव	6	4.8
सेप्सिस	3	2.4
बाधित प्रसव	9	7.3
गर्भपात की जटिलता	5	4.0
मलेरिया	2	1.6
तपेदिक	2	1.6
सिजेरियन जटिलता	3	2.4
खून चढाने से संक्रमण	2	1.6
ह्रदय की बीमारी	2	1.6
अन्य (सिकल सेल एनीमिया सहित)	6	4.8
अनिश्चित	19	15.3
कुल	**124**	**100.0**

124 में से 35 महिलाओं में मौत की एक से ज्यादा वजह पहचानी गयी थी। तालिका 8 में प्रदर्शित किये गए कारणों के अलावा एनीमिया (4), प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव (6), गर्भाक्षेप (4), सेप्सिस (4), सिकल सेल एनीमिया (2) और तपेदिक (1) शामिल है।

तालिका 9 मृत्यु के समय और मौत के संभावित कारणों का विश्लेषण करता है। यहाँ यह देखा जा सकता है कि जो 28 मौतें प्रसव पूर्व हुई, उनमें 9 की वजह गर्भाक्षेप /गंभीर पूर्व–गर्भाक्षेप और 4 एनीमिया से हुई थी। इन सब मौतों को बेहतर गुणवत्ता की प्रसव पूर्व सेवा दे कर रोका जा सकता था। प्रसव पश्चात् मृत्यु में 18 एनीमिया से हुई। इन मामलों में भी जल्द ही एनीमिया की पहचान कर मौतों को रोका जा सकता था और पर्याप्त ढंग से एनीमिया को जन्म के वक्त और प्रसव पश्चात् काल में उपचारित किया जा सकता था ।

चित्र 7



तालिका 9 – मृत्यु होते समय मृत्यु का संभावित चिकित्सीय कारण

	मौत का समय				
मौत की संभाव्य कारण	**गर्भपात के बाद**	**पूर्व प्रसव**	**प्रसव के दौरान**	**प्रसव के बाद**	**कुल**
प्रसवोत्तर रक्तस्राव	0	3	0	32	35
एनीमिया	0	4	0	18	22
गर्भाक्षेप/ गंभीर पूर्व-गर्भाक्षेप	0	9	0	5	14
पूर्व-प्रसव रक्तस्राव	0	0	0	3	3
सेप्सिस	0	0	5	4	9
गर्भपात की जटिलता	5	0	0	0	5
मलेरिया	0	1	0	1	2
तपेदिक	0	0	0	2	2
अन्य	0	4	1	8	13
अनिश्चित	0	7	3	9	19
कुल	**5**	**28**	**9**	**82**	**124**

तालिका 10 दर्शाता है कि मौत की जगह के अनुसार मौत की संभावित मेडिकल वजह। इसमें दिखाई दे रहा है कि 8 महिलाएँ प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव (PPH) से मर गयी जब वे एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल ईलाज के लिए जा रही थी।

जबकि, इस अध्याय में महिलाओं की पृष्ठभूमि, समय, स्थान और मातृत्व मौत की संभावित मेडिकल वजह को रेखांकित किया गया है, अगले अध्याय में उन विशिष्ट मुद्दों पर चर्चा की गई है, जो इन मौतों का वर्णन करते समय विशेष रूप से सामने आए हैं। परिशिष्ट1 में प्रत्येक ऐसी मौतों की विस्तृत जानकारी सारणी बना कर दी गई है। पाठ्य सामग्री में व्यक्तिगत केस के सरल क्रमांक दिए गए है, ताकि उन्हें तालिका में आसानी से ढूंढा जा सके।

तालिका 10 – मृत्यु होने के स्थान से मृत्यु का संभावित चिकित्सीय कारण

मौत का संभाव्य कारण	मौत की जगह							
	अस्पताल		घर पर	रास्ते में			अन्य	कुल
	सरकारी	निजी		एक अस्पताल से दूसरे	घर से अस्पताल	अस्पताल से घर		
प्रसवोत्तर रक्तस्राव	10	1	7	8	3	0	0	29
एनीमिया	7	4	7	2	0	2	0	22
गर्भाक्षेप/ गंभीर पूर्व–गर्भाक्षेप	6	1	3	2	2	0	0	14
पूर्व–प्रसव रक्तस्राव	3	1	1	1	0	0	0	6
सेप्सिस	2	0	1	0	0	0	0	3
बाधित प्रसव	3	3	0	3	0	0	0	9
गर्भपात की जटिलता	2	1	1	0	0	0	1	5
मलेरिया	0	0	2	0	0	0	0	2
तपेदिक	0	1	1	0	0	0	0	2
अन्य	1	4	3	4	1	0	0	13
अनिश्चित	8	2	6	2	1	0	0	19
कुल	**42**	**18**	**32**	**22**	**7**	**2**	**1**	**124**

अध्याय 4

दुर्बलताएं और मातृत्व मौतें

कौन थी वह मृत महिलाएं पर पिछले खंड में यह दिखाई दिया कि यह महिलाएं विविध आधार पर बेहद दुर्बल रहीं है। इस अध्याय में हम इन महिलाओं की जीवन परिस्थितियों पर ब्यौरा देकर इनमें से कुछ दुर्बलताओं को उजागर करने की कोशिश करेंगे।

सामाजिक-जनांकिकीय दुर्बलताएं

उम्र

जैसा कि पिछले अध्याय में दिखाया गया था, अधिकतर (124 में से 78) महिलाएँ बहुत कम उम्र में, 25 वर्ष से कम में मर गयी। हालाँकि, यह तर्क दिया जा सकता है कि ज्यादातर प्रसव इसी आयु समूह में होता है, लेकिन यह नि:संदेह ही जवान औरतों के जीवन का दुखद अंत है,जो प्रजनन की सामाजिक भूमिका का निर्वाह करते हुए मरी।

महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली प्रमुख समस्या के तौर पर कम उम्र विवाह को देखा जाता रहा है। एन.एफ.एच.एस. 3 बताता है कि देश में 47% युवा महिलाएँ 18 वर्ष की उम्र तक ब्याह दी जाती है। (23) इस सैंपल में 124 में से 26 महिलाएँ 16 से 20 वर्ष की उम्र में मर गयी, और उनमें से एक को छोड़कर शेष शादीशुदा थी। महिला जिनका कम उम्र में प्रसव हो जाता है, उनकी रुग्णता और मौत के खतरे बढ़ जाते है। इसके बावजूद वृतांत बताते हैं, कि सैंपल में कई जवान औरतें ऐसी थी जिन्हें अपनी गर्भावस्था में एक बार भी कोई प्रसव-पूर्व सेवा नहीं मिली। (पहचान छुपाने के लिए सभी नाम बदल दिए गए हैं)

- उदाहरण के लिए, रीता झारखण्ड से एक 16 वर्षीय आदिवासी महिला थी जो पहली बार गर्भवती थी । उसे गर्भावस्था के दौरान बहुत सी समस्याएँ थी - मलेरिया, पीलिया, चेहरे और तलवे में सूजन, रतौंधी-लेकिन उसे पूर्व-प्रसव देखभाल के नाम पर टेटनस टॉक्साइड की एक खुराक ही मिली। वह गर्भाक्षेप से मर गई। (यह एक ऐसी स्थिति है, जिसमें जवान औरतें ज्यादा खतरे की स्थिति में होती है और पूर्व-प्रसव काल के दौरान ऐसे खतरों की पहचान कर उपयुक्त कदम उठाकर इसे टाला जा सकता है) [क्र .18]

इस हालात के दूसरे छोर पर बड़ी उम्र की औरतें थी, जिन्हें कई बार प्रसव हुआ था। यह सर्वविदित है कि इन महिलाएँ की एक तो, उनकी उम्र और दूसरे, उनकी बार-बार गर्भधारण की वजह से उच्च खतरे के समूह में आती है। यह समूह भी देखभाल के दायरे से छूटता दिखाई देता है।

- उर्मिला की कहानी भी कुछ ऐसी ही है - कॉटन मिल में काम करने वाली 32 वर्षीय प्रवासी मजदूर। उसे पहले तपेदिक की बीमारी रही थी जिसका ईलाज किया गया था। उसके पिछले तीन प्रसव में से एक निर्माण स्थल (जहाँ वह काम कर रही थी) पर ही हुआ था और बाकी दो घर पर हुए थे। उसकी चौथी गर्भावस्था पर वह पूर्व-प्रसव सेवा के लिए एक बार PHC गई थी, जहाँ उसे टेटनस टॉक्साइड का इंजेक्शन लगा था और आयरन फोलेट की दस टेबलेट थमा दी गई थी। न तो उसका हिमोग्लोबिन जाँचा गया और न ही रक्तचाप। आगे चलकर उर्मिला को गंभीर रूप से साँस की तकलीफ हो गई और सात अलग अस्पतालों में 5 से अधिक दिन तक व्याकुलता से ईलाज पाने की कोशिश करने के बाद उसके परिवार की हिम्मत जवाब दे गयी, और वे उसे वापस घर ले आए, जहाँ उसकी मौत हो गई । (क्र .4)

- उसी तरह झारखण्ड की 28 वर्षीय आशा कार्यकर्त्ता अपने पाँचवे प्रसव में चल बसी। उसके पिछले दो बच्चे अपने शैशव काल में ही मर गए । उसे कोई पूर्व-प्रसव सेवा नहीं मिली थी। (क्र .36)

- क्र. 40 और 42 में जो महिलाएँ हैं, उनकी कहानी भी बड़ी उम्र और बहु-प्रसव वाली महिलाओं को पूर्व-प्रसव सेवा की कमी को रेखांकित करती है।

इस तरह जवान और उम्रदराज बहु-प्रसूता महिलाओं को सेवा नहीं मिलना पूर्णत: संयोगवश नहीं है, विशेषकर यह मानते हुए कि हाल तक दोनों ही समूह की महिलाएँ जननी सुरक्षा योजना के दायरे से छूटी हुई थी। (9,11) इनको इस योजना में शामिल नहीं किए जाने की वजह से अग्रिमपंक्ति के स्वास्थ्य प्रदाताओं को उनकी देखभाल करने के लिए मिलने वाली प्रोत्साहन राशि (भत्ते) के लिए अयोग्य बनाता है। विभिन्न जमीनी कार्यकर्ताओं द्वारा बतायी गई कहानियों में यह दर्ज है कि, इसी वजह से इन महिलाओं को जरुरी सेवाएँ नहीं मिल पाती है[13]।

जाति और धर्म

अधिकतर औरतें जिनकी कहानियों को हमने संकलित किया है, वे आदिवासी (अनुसूचित जनजाति), दलित (अनुसूचित जाति) और पिछड़े वर्गों से आती थी, यह ऐसे सामाजिक समूह रहे हैं, जो ऐतिहासिक रूप से नए विकास के लाभ से वंचित हैं। पिछले अध्याय भी यह साबित कर चुके हैं कि इन सामाजिक समूहों में असंगत रूप से उच्च मातृत्व मृत्यु दर है। (12-14)

गौरतलब है कि, आसाम में सभी 8 औरतें जिनकी मौत दारांग जिले से संकलित की गई, बंगाली मुस्लिम थी। यह सर्वविदित है कि यह समूह पारंपरिक तौर पर सीमांत है, और जिनकी नागरिकता पर प्रश्नचिन्ह लगे हैं, जो उन्हें बहुत सी सुविधाओं से वंचित करता है।

जिम्मेदारी का दोहरा भार

उनकी घरेलू जवाबदारी के अलावा 52% से अधिक महिलाएँ, जिनके कार्य-व्यवसाय पर आंकड़े उपलब्ध है, दिहाड़ी मजदूर और अन्य मजदूरी का काम करते थे। कहानियों से निकले तथ्य बताते है कि इनमें से कुछ अपने गर्भावस्था के अंतिम महीने तक काम पर जाते रहें, जो उनकी अति गरीबी को बयान करता है ।

भौगोलिक स्थिति

और एक महिलाओं का समूह ,जो अत्यंत दुर्बल और देखभाल से अछूता रहा, वह था जो दूरस्थ टोले/पारे/माजरों में रहती थी। उनके परिवारों ने यह तथ्य उजागर किया था कि इन टोलों के लिए किसी भी किस्म की सेवा उपलब्ध नहीं थी।

- कमला, झारखण्ड में एक आदिवासी टोले में रहती थी, जहाँ से समीप की सड़क भी 10 किमी दूर थी। ANM और ममता वाहन[14] भी वहीं तक आते थे, जहाँ तक सड़क पहुँचती थी। स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के लिए कमला को अपने गाँव से 10 किमी पैदल चलना पड़ता था। इसमें कोई आश्चर्य नहीं कि कमला ने अपनी गर्भावस्था के दौरान कोई भी पूर्व-प्रसव सेवा प्राप्त की हो। जब उसे प्रसव पीड़ा उठी थी, तो वह कैसे भी ममता वाहन के पिक-अप पॉइंट तक नहीं पहुँच सकती थी, क्योंकि उसका पति बीमार था और कोई अन्य उसे 10 किमी दूर तक छोड़ने के लिए नहीं था। अत: उसने घर में ही बच्चे को जन्म दिया और कुछ घंटे बाद मर गयी।(क्र.24)
- रूपा की कहानी भी कुछ ऐसी ही है। वह छत्तीसगढ़ में रहने वाली 17 वर्षीय आदिवासी युवती थी। उसके परिवार को अपनी जगह से हटना पड़ा था, क्योंकि उस गाँव को बाघ रिजर्व क्षेत्र घोषित कर दिया गया था। पुनर्वासित गाँव सड़क से 10 किमी दूर थी और बरसात में वहाँ नहीं पहुँचा जा सकता था। गाँव में कोई ICDS केंद्र भी नहीं था, और न ही ANM आती थी जो टीकाकरण करती। रूपा अपने पहले बच्चे के लिए गर्भवती थी और उसे कोई पूर्व-प्रसव सेवा नहीं मिली। उसने घर में ही बच्चा दिया, जिसके बाद

13. कृपया डेड वीमेन टॉकिंग की 2 और 3 कार्यशालाओं की रिपोर्ट www.commonhealth.in पर देखिये

14 भारत में जन स्वास्थ्य सुविधाएँ चरणबद्ध तरीके से नियोजित की गयी है । उप-स्वास्थ्य केंद्र ए.एन.एम. द्वारा संचालित होता है, जो 5000 की जनसँख्या को सेवा देने के लिए होता है। उसके ऊपर, मेडिकल अधिकारी द्वारा संचालित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 30000 की आबादी के लिए होता है। एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र कुछ विशेषज्ञों द्वारा एक लाख की जनसँख्या पर चलाया जाता है और प्रत्येक जिला मुख्यालय पर एक जिला अस्पताल होता है, और उससे तृतीयक स्तर की सेवा अपेक्षित रहती है। इनमें से, NRHM ने प्रत्येक PHC को BMOCस्तर की सेवा और प्रत्येक CHC को CMOC स्तर की सेवा प्रदान करने के लिए निर्दिष्ट किया है।

प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव हुआ और इससे पहले कि परिवार वाले उसे अस्पताल ले जाने के लिए वाहन का इंतजाम कर पाते, वह चल बसी ।(क्र.99)

प्रवासी मजदूर

दुर्बल महिलाओं का एक समूह और है जो स्वास्थ्य व्यवस्था के दायरे से बाहर है, वो है प्रवासी मजदूर। सैंपल में 124 मृत महिलाओं में से कम से कम 6 प्रवासी मजदूर थी। इन महिलाओं के लिए अलग–अलग स्थानों पर सेवा मिलना एक बड़ी समस्या थी। प्रवासी महिलाएँ पूर्व–प्रसव सेवा या ICDS सेवा के अंतर्गत नहीं आती थी, और जब उनकी मृत्यु हुई तो उसे आधिकारिक तौर पर दर्ज नहीं किया गया, क्योंकि वे किसी के भी इलाक़े में नहीं आती थी। इस अध्याय के पिछले खंड 'उम्र' में बयान की गई उर्मिला की कहानी काम के लिए पलायन करने वाले मजदूरों द्वारा सामना की जा रही समस्याओं को रेखांकित करती है।

आसाम के चाय बागानों में काम करने वाले प्रवासियों का एक अलग समूह है। असम के डिब्रूगढ़ जिले के हमारे सैंपल में दो महिलाएँ आदिवासी थी जो चाय बागान में रहती और काम करती थी। इन बागानों में काम करने वाली संस्थाओं की राय थी कि इन आदिवासियों के लिए स्वास्थ्य सुविधाएँ लगभग अस्तित्वहीन थी। असम में बंगाली मुस्लिमों को भी बाहरी माना जाता है , और इसलिए वे प्रवासी हैं।

उसी तरह, स्वास्थ्य कार्यक्रमों में महिला का अपने ससुराल और मायके के बीच फिरते रहने की रीति को पर्याप्त मान्यता नहीं दी गई। ऐसी महिलाएँ को कुछ सेवा व सुविधाओं से शायद अपात्र मान लिया गया, यह मानकर कि यह सुविधाएँ सिर्फ बहुओं के लिए है, बेटियों के लिए नहीं।

जेंडर एक समावेशी (Cross-Cutting) मुद्दा

अन्य सामाजिक दुर्बलताओं से परे जेंडर मुद्दों को समावेशी रूप से देखा गया है। महिलाओं का निर्णय न ले पाने का हक़, उनके जीवन को कम मूल्यवान मानना, और महिलाओं पर असर करने वाले मुद्दों की स्वास्थ्य व्यवस्था द्वारा उपेक्षा आदि मुद्दे, लोगो के वृतांतों से जाहिर हुआ, जिसकी अगले अध्यायों में सविस्तार चर्चा की जाएगी।

कैसे लड़के को तरजीह देना, मातृत्व मौत के लिए एक प्रधान निर्धारक हो सकता है, यह गुजरात के बनासकांठा जिले की बरिया की कहानी से पता चलता है। उसे गर्भावस्था के शुरुवाती दिनों में ह्रदय संबंधी बीमारी का पता चला। बरिया को पहले से ही एक लड़के सहित तीन बच्चें थे। लेकिन, दो लड़कों की चाह में उसने चौथे बच्चे के लिए गर्भधारण किया, जबकि उसका परिवार इस खतरे से वाकिफ था।(क्र .123)

बिन ब्याह का गर्भ होना देखभाल के पूर्ण अभाव और सामाजिक कलंक से जुड़ा हुआ है, और महिला को गंभीर दुर्बलता का विषय बना देता है। झारखण्ड के पोरेयाहाट की नीरू की कहानी इस बात की नज़ीर है। शादी से पहले उसके गर्भवती हो जाने के कारण असुरक्षित गर्भपात कराने के चलते उसकी मौत हो गयी।(क्र. 20) यद्यपि, युवाओं का प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने का अधिकार, जिसमें गर्भपात सेवा भी शामिल है, को अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार कानून ने मान्य किया है, भारत में भी MTP कानून और विभिन्न कार्यक्रमों में स्वीकृति मिली है, पर ऐसे मामले दिखाते हैं कि यह जमीनी हकीकत में नहीं बदल पाते।

व्यवस्था–प्रेरित दुर्बलताएं

शांता, जो महाराष्ट्र के गडचिरोली जिले की आदिवासी महिला है, का मामला प्रमुखता से रेखांकित करता है कि कैसे अग्रिमपंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की सोच पर परिवार नियोजन कार्यक्रम और दो–बच्चे रखने का मानदंड का प्रभाव रहता है, और वह मातृत्व स्वास्थ्य पर भी असर करता है।

- अपनी तीसरी गर्भावस्था में शांता लड़का पैदा करने के लिए अत्यधिक दबाव में थी, क्योंकि, उसे पहले से दो लड़कियां थी। ANM ने उसके पति को नसबंदी करने पर जोर दिया, क्योंकि उनके पहले से दो बच्चे थे। इस स्थिति में शांता को समय पर कोई पूर्व–प्रसव

सेवा नहीं मिली, न ही उसने प्रयास किया । बाद में उसे लड़का पैदा हुआ, लेकिन अपरिपक्कता के कारण चल बसा। शांता डिप्रेसन में चली गयी और पैर में बुरी तरह संक्रमित फोड़े के चलते चार माह बाद मर गयी। (क्र.50)

ऊपर वर्णन किया गया है कि कैसे, जननी सुरक्षा योजना औरतों की दुर्बलताओं को हल करने में विफल रही है। हाल तक, यह कार्यक्रम उम्र की अति की शिकार महिलाओं को अपवर्जित करके रखी है, और कई राज्यों में गरीबी का दस्तावेजी साक्ष्य लगता है, जिससे बहुत सी गरीब औरतें नगद भत्ते के लिए पात्रता नहीं रख पाती। अत: सबसे कमजोर महिला लाभ से वंचित रह जाती है. कार्यक्रम का पूरा तर्क कि महिला को अस्पताल लाने का मतलब सुरक्षित प्रसव निश्चित मन लेना है, पर प्रश्नचिन्ह लगाता है। (11) हम अगले अध्यायों में दिखायेंगे कि कैसे महिलाओं ने अस्पतालों में सेवा प्राप्त करना चाहा और अति ख़राब दर्जे की सेवा का सामना किया।

महिलाओं की सामाजिक-आर्थिक दुर्बलताएं - स्वास्थ्य व्यवस्था की क्या भूमिका हो?

जैसा कि ऊपर वर्णन किया गया है, ज्यादातर जो औरतें मरी थी, वे सामाजिक और आर्थिक रूप से दुर्बल थी। इनमे से बहुतों की जिंदगी में यह बहु-दुर्बलताएं एक साथ मिलकर संचयी प्रभाव पैदा करती है। इन दुर्बलताओं की वजह से इन औरतों को स्वास्थ्य सुविधा हासिल करने में कठिन चुनौतियों का सामना करना पड़ा। जन स्वास्थ्य सेवा-दोनों समुदाय आधारित और अस्पताल आधारित का उद्देश्य पूर्व-प्रसव सेवा, आपात प्रसूति सेवा और प्रसव-पश्चात सेवा सहित सेवाओं को अधिकतम सुलभ बनाना है। सर्वव्यापी पहुँच स्थापित करने में अधिकार आधारित दृष्टिकोण का जोर समता, न्याय और दुर्बलताग्रस्त महिलाओं को सेवा की सुलभता सुनिश्चित कराने के लिए विशेष प्रावधान करने पर होता है। हांलांकि, मौतों के वृतांत के आधार पर ऐसा दिखता है कि जिस तरह से वर्तमान में स्वास्थ्य सेवा को संचालित और प्रदान किया जाता है, दुर्बलताग्रस्त औरतें पूर्व-प्रसव और प्रसव-पश्चात सेवाओं से वास्तविकता में छूट जाती है। हमने नीचे कुछ घटनाओं को रेखांकित किया है, जहाँ बहु-दुर्बलताएं औरतों के जीवन में संलीन हो जाती है, और कैसे स्वास्थ्य व्यवस्था उनकी समस्याओं को हल करने में पीछे रह जाती है।

बॉक्स 3

धानी की मौत (क्र .84)

असम के सोनितपुर जिले में रहने वाली धानी 26 वर्षीया आदिवासी महिला थी। उसके दो लड़के थे , एक 4 साल का और दूसरा 3 साल का। धानी और उसका पति दोनों ही दिहाड़ी मजदूर थे। उनके घर के नाम पर सिर्फ मिट्टी की झोपड़ी थी, जिसकी छत फूस की थी। उनके पास खेती की भी कोई जमीन नहीं थी, सिर्फ जमीन का वह टुकड़ा था जिस पर उनकी झोपड़ी खड़ी थी।

धानी की सास के अनुसार वह अपने तीसरे गर्भ के समय सामान्य थी, और हमेशा की तरह काम कर रही थी। बच्चे के जन्म के हफ्ते भर पहले उसे दर्द शुरू हो गया, और उसे शौच करने में दिक्कत होने लगी , दो दिनों के बाद वह मूत्र नहीं त्याग पा रही थी और बेहद दर्द में थी।

परिवार वालो ने उसे डॉक्टर के पास ले जाना तय किया, और इस हेतु उन्हें अपनी एकमात्र गाय बेचनी पड़ी। पर वे धानी को किसी योग्य डॉक्टर के पास नहीं ले गए। बल्कि एक कार किराये पर लेकर पास की किसी फार्मेसी में ले गए, जहाँ किसी ने जैसे-तैसे उसके ब्लेडर से मूत्र निकाल दिया। दवाई देने वाले ने उन्हें धानी को शहर में किसी अच्छे डॉक्टर को दिखाने की सलाह दी, पर वे धानी को घर वापस ले आए। जब उनसे पूछा गया कि वे सरकारी अस्पताल क्यों नहीं गए, तो धानी की सास ने कहा कि एक बार स्थानीय आशा उनके घर पर आई और कुछ टेबलेट देकर धानी को जाँच के लिए उप-स्वास्थ्य केंद्र आने को कहा , पर धानी नहीं गई। जब धानी की तबियत बिगड़ने लगी तो वे उसे सरकारी अस्पताल ले जाने की सोचकर चिंतित होने लगे कि कहीं ख़राब हालात में अस्पताल ले जाने से अस्पताल का स्टाफ उनसे बुरा बर्ताव तो नहीं करेगा, और धानी को ध्यान नहीं देगा। वे अस्पताल के स्टाफ से जहाँ तक संभव हो बचना चाहते थे, क्योंकि वे अक्सर बदतमीजी करते थे।

कुछ दिनों बाद जब उसे शाम में प्रसव पीड़ा उठी थी, तो उन्होंने पारम्परिक दाई को बुलाया। उसने धानी को बालिका शिशु को जन्म देने में मदद की। धानी का लगातार खून बह रहा था, हालाँकि बहुत ज्यादा नहीं। उसका पेट फूला हुआ था। लगभग 6 घंटे बाद धानी मर चुकी थी।

जब उनसे पूछा गया कि क्यों उसे अस्पताल ले जाने के लिए एम्बुलेंस नहीं बुलाया , तो धानी की सास ने समझाया कि उनके लिए एम्बुलेंस, पैसा, गाड़ी या किसी भी तरह के अन्य संसाधनों का इंतजाम करना कितना मुश्किल है, विशेषकर रात के समय। नदियों से घिरे हुए गाँव में लोगों को बाहरी दुनिया से जुड़ना आसान नहीं होता। उनके जैसे लोगों के लिए यह लगभग असंभव है कि रात में वे नदी के दूसरे पार से मदद प्राप्त कर सके, जबकि एक टूटा हुआ लकड़ी का पुल ही बाहर जाने का एकमात्र जरिया है।

धानी के पति का साक्षात्कार नहीं लिया जा सका क्योंकि वह काम के लिए बाहर गया था। उसकी बीवी को मरे कुछ ही दिन बीते थे, फिर भी वह अपने को काम पर जाने से नहीं रोक सकता, क्योंकि उसे अपने 6 सदस्य वाले परिवार का पेट भरना था।

बॉक्स 4

हीना की मौत (क्र.58)

हीना 22 साल की आदिवासी औरत थी, जो ओड़िसा के क्योंझर जिले में रहती थी। वह और उसका पति दोनों अनपढ़ थे। उनके पास कोई जमीन नहीं थी जो उन्हें गरीबी रेखा से नीचे रखने के लिए काफी थी। उसके पति के अनुसार, बहुत बार उनके पास खाने के लिए कुछ नहीं होता था। वे एक सुदूर बस्ती में रहते है, जहाँ से करीब की पक्की सड़क भी 10 किमी से भी दूर पड़ती है और एम्बुलेंस मिलने की सबसे पास की जगह भी 40 किमी दूर होती है।

यह हिना का दूसरा प्रसव था। उसका पहला बच्चा एक फोड़े के संक्रमण से छः माह का होकर चल बसा। सबसे करीब का उप-स्वास्थ्य केंद्र 6 किमी दूर है, हालाँकि ANM माह में एक बार आ जाती है, पर ख़राब मौसम में बस्ती तक पहुंचना मुमकिन नहीं होता। हिना को गर्भावस्था के दौरान कोई देखभाल नहीं मिली न उसने कोशिश की।

जब हिना को प्रसव पीड़ा शुरू हुई तो, उसके पति ने उसे अस्पताल ले जाने ANM के लिए किसी वाहन की व्यवस्था की थी, जिसके लिए उसे आठ घंटे लग गए थे। उनके पास न तो जननी एक्सप्रेस का फोन नंबर था और न ही किसी आशा या ए.एन.एम. ने उनकी मदद की। उन्हें पास के सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र जाना पड़ा जिसकी दूरी पचास किमी थी। हिना ने रास्ते में ही बच्चे को जन्म दिया और कुछ देर में ही मर गयी, शायद ज्यादा रक्तस्राव की वजह से।

बॉक्स-5

नैना की मौत (क्र. 66)

उत्तर-प्रदेश के आजमगढ़ में एक दलित समुदाय से आती थी नैना। उसकी 14 वर्ष में ही शादी हो गई थी और अपने 5 वें गर्भ के समय उसकी उम्र 25 वर्ष थी । अपने पिछले प्रसवों में से उसके तीन बच्चे बचे थे ।

नैना और उसका पति काम की तलाश में दिल्ली पलायन कर गए थे । वहाँ पर जाँच में नैना को तपेदिक की बीमारी का पता चला और ईलाज कराया गया । ठीक होने पर नैना घर वापस आ गई । 6 माह होने तक उसे पता नहीं चला कि वह गर्भवती है । तब तक उसके पति का काम भी छूट गया था, जिसके चलते घर पर खाना मिलने की समस्या हो गई थी। पोषण की कमी से वह कमजोर होती चली गई। जब नैना की हालत ख़राब हो गई तो उसके परिवार ने उसकी जाँच कराने ले गए। उसे फिर से तपेदिक हो गया था, जिसका ईलाज निकटतम CHC में शुरू हुआ। तब तक नैना को प्रसव पीड़ा शुरू हो गई थी। उसे 108 एम्बुलेंस से सी.एच सी.ले जाया गया जहाँ उसे सामान्य प्रसव हुआ। शिशु का वजन कम था और ऑक्सीजन के साथ दिन भर के ईलाज के बाद दोनों नैना और उसके बच्चे को अगले दिन छोड़ दिया गया। घर आने पर, नैना को बुखार आने लगा उसे फिर दूसरे दिन PHC ले जाया गया, जहाँ उसे डॉक्टर ने कुछ दवाईयाँ दी और घर भेज दिया। हालाँकि उसकी हालत लगातार ख़राब होती रही। लगभग एक हफ्ते बाद उसे पास के शहर के निजी अस्पताल में भर्ती कराया गया। यद्यपि ईलाज शुरू कर दिया गया था, पर नैना कुछ घंटे बाद चल बसी ।

इन महिलाओं की मौतों की यह कहानियाँ दर्शाती है कि कैसे बहु-सामाजिक निर्धारक मिलकर प्रतिकूल स्वास्थ्य परिणाम तैयार करते हैं। ग्रामीण आवास, पलायन , खाद्य-सुरक्षा, तपेदिक, प्रसव नतीजे, नवजात परिणाम, आदि इन बयानों में स्पष्ट दिखाई देते हैं। इन महिलाओं द्वारा झेली जा रही कुछ समस्याओं को कम करने में स्वास्थ्य व्यवस्था कई तरीकों से हस्तक्षेप कर सकता था। इसके विपरीत हमने पाया, कि ऐसा कर पाने में वह पूरी तरह विफल रहा है। उदाहरण के तौर पर नैना सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा में तपेदिक के ईलाज के लिए पंजीकृत हुई थी। जबकि, उसने उसी अस्पताल में बच्चे को जन्म दिया, उसे प्रसवोत्तर काल में कोई विशिष्ट सेवा नहीं दी गई और तो और उसे अनिवार्य 48 घंटे के पहले ही छुट्टी दे दी गई। प्रसव-पश्चाात् बुखार के लिए वह सरकारी अस्पताल में ईलाज कराने आई, तब भी उसके तपेदिक और बुखार के संबंध को पकड़ा न जा सका, जिसका उसे गंभीर परिणाम भुगतना पड़ा। हालाँकि पलायन, आजीविका का नुकसान और भोजन सुरक्षा की कमी जैसे कारक उसकी मौत के जिम्मेदार रहे थे, लेकिन स्वास्थ्य व्यवस्था निश्चित तौर पर उसकी जिंदगी बचा सकती थी। उसने अलग-अलग समय में कम से कम तीन बार सरकारी अस्पताल में ईलाज कराया, यदि उसके प्रसव देखभाल और तपेदिक ईलाज के बीच जरा भी समन्वय होता और उसमें गुणवत्ता का ध्यान रखा जाता तो उसकी जान निश्चित बचती।

उसी तरह हीना और धानी के मामलों में उनके टोलों/पारों की कई दशकों से व्यवस्थागत उपेक्षा स्वाभाविक है, जिसमें सड़क और संचार की कमी शामिल है, जिन्हें निश्चित ही ठीक किया जाना चाहिए था। हालाँकि अल्प-समय में स्वास्थ्य व्यवस्था में कुछ विशेष इंतजाम किए जा सकते थे, जैसे धानी के मामले में नाव एम्बुलेंस से यह निश्चित किया जा सकता था कि उसे समय पर आपात सेवा दी जा सकती थी।

भारत सरकार बहुत से अंतर्राष्ट्रीय घोषणाओं और मानवाधिकार समझौतों पर हस्ताक्षर कर चुकी है। भारत सरकार को सभी नागरिकों के अधिकारों को पूरा करने, संरक्षण करने और सम्मान करने की संवैधानिक बाध्यता भी है। हालाँकि हम यहाँ देखते है कि ज्यादातर वंचित समुदाय जैसे–दलित, आदिवासी, प्रवासी व गरीब समाज की महिलाओं को या तो जीवन रक्षक स्वास्थ्य सेवा से वंचित किया जा रहा है, और या तो उन्हें यहाँ अप्रत्याशित विलम्ब के बाद यह मिलती है। ऐसा घटित होने देकर, राज्य मानवाधिकार संरक्षण के अपने कर्तव्य पालन में विफल रहा है।

स्वास्थ्य व्यवस्थागत मुद्दे

अध्याय 5

आपात प्रसूति सेवा : अनुपलब्ध, धीमी और अनुपयुक्त

अब यह सर्वविदित तथ्य है कि सभी गर्भवती महिलाओं के लिए आपात प्रसूति सेवा (इमरजेंसी ओब्सट्रेटिक केयर EmOC) की सुलभता मातृत्व मृत्यु घटाने के लिए अहम कार्यक्रम है। (24) भारत सरकार ने विशिष्ट अस्पतालों के जरिये चिकित्सा व पराचिकित्सकीय कार्मिकों की क्षमता निर्माण कर EmOC, दोनों मौलिक EmOC (BEmOC) और विस्तृत EmOC (CEmOC) को मजबूत करने की पहल की है। (बॉक्स 3 देखें) हालाँकि, 124 मृत महिलाओं की कहानियों से एक बिल्कुल ही अलग दृश्य उभरता है[15], ऐसे कई मामलें थे, जिसमें महिलाएँ आपात स्थिति में अस्पताल पहुँचने के बावजूद मर गई। इस अध्याय में हम सेवाओं की ख़राब गुणवत्ता और उपलब्धता की कमी पर चर्चा करेंगें और देखेंगे की कैसे यह महिलाओं के जीवन को बचाने के खोए हुए अवसर के रूप में परिणित होते है।

बॉक्स - 6

मौलिक और विस्तृत आपात प्रसूति सेवाओं की पहचान के लिए संकेत प्रकार्य	
BEmOC	CEmOC
1. संक्रमण के विरुद्ध दवाइयां	(1-6) सभी जो BEmOC में है
2. गर्भाशय के आंकुचन के लिए दवाइयां	7. सिजेरियन करना
3. दौरे रकने के लिए दवाइयां	8. रक्त चढ़ाना
4. गर्भनाल को हटाना	
5. रुके हुए अंग को हटाना	
6. यौनिक डिलीवरी में सहायता	

इन महिलाओं की कहानियों से पता चलता है कि प्रसूति आपात सेवा कई तरह से कमियों से ग्रस्त थी। इसमें शामिल है, विलम्ब, ईलाज की कमी, अनुपयुक्त ईलाज और जवाबदेही का अभाव। जब हमने कहानियों को तीन विलम्ब फ्रेमवर्क से विश्लेषित किया[16],(25) तो हमने 124 में से 38 मौतों में पाया कि साफ़ तौर पर वह तीसरे चरण की देरी के मामले थे। हमने बाद में इसका जिक्र किया है कि कैसे तीन विलम्ब फ्रेमवर्क महिलाओं द्वारा सहन किये गए ईलाज में देरी तथा दोयम दर्जे की सेवा के कारणों और सूक्ष्म अंतर को समझाने में असफल रहा है।

जटिलताओं को पहचानने में प्रदाताओं की असफलता

परिवारों ने प्राय: आपात स्थिति में मेडिकल अस्पताल पहुँचने की कहानियां बयान की है, जहाँ या तो कोई सेवा उपलब्ध नहीं थी या फिर अपर्याप्त थी।

प्राय: प्रदाताओं से जटिलताओं को पहचानने में चूक हुई या ऐसा करने से पूर्व बहुत सा समय व्यर्थ किया गया। बहुत बार, यह उनकी प्रवीणता की कमी की वजह से था। इसमें बाधित प्रसव का निदान, मेल-प्रजेन्टेशन को चूक जाना और प्रसवोत्तर रक्तस्राव लक्षण को न पहचानने की विफलता शामिल है।

15. 1994 में प्रस्तावित तीन विलम्ब फ्रेमवर्क महिलाओं द्वारा प्रसूति संबंधी जटिलताओं के लिए चाही गयी सेवा में हुई देरी को तीन चरणों में वर्गीकृत करती है। पहला, सेवा पाने के लिए लिए गए फैसले में हुई देरी, दूसरा, स्वास्थ्य केंद्र/अस्पताल पहुँचने में हुई देरी, और तीसरा, पर्याप्त व समुचित ईलाज/सेवा प्राप्त करने में हुआ विलम्ब।

16. NHRM का एक प्रमुख कार्यक्रम है- दोनों तरह के आपात परिवहन की कमी को दूर करना- एक घर से अस्पताल और अस्पताल से अस्पताल तक. हांलांकि, इसमें बहुत सी कमियाँ है, और उस पर अध्याय में चर्चा की गयी है।

- उदाहरण के तौर पर, सुनीता ने अपनी तीसरी संतान को गुजरात के दाहोद जिले के सरकारी अस्पताल में जन्म दिया, उसे प्रसव के तुरंत बाद खून आने लगा, पर उसे प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव की पहचान होते तक 3 घंटे इंतजार करना पड़ा। उसे बड़े रेफरल केंद्र भेजते तक वह रास्ते में मर गई। (प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव या प्रसव के बाद अत्यधिक खून बहने से दो घंटे के अन्दर मौत हो सकती है और ईलाज शुरू करने या पहचान में देरी करने का मतलब बहुत सा खून बह जाना और फिर महिला की जान को खतरा होना होता है) (क्र .9)

- अनीता एक 22 वर्षीय सिकलसेल एनीमिया-ग्रस्त महिला थी, जिसे गर्भाशय का मुख पूर्ण खुल जाने की स्थिति (डाईलेशन) में महाराष्ट्र के गढ़चिरोली जिले की एक पी.एच.सी. में अपना पहला प्रसव कराने भर्ती किया गया था। प्रथमगर्भा या औरत जो पहली बार बच्चा जन्म देने वाली हो को, डाइलेशन के 2 घंटे के अन्दर उसे शिशु को जन्म दे देना चाहिए; लेकिन इससे ज्यादा देर होती हो तो उसे सिजेरियन सेक्शन की जरुरत होती है। फिर भी अनीता को 5 घंटे रोककर आगे रेफर किया गया, जब उसे चीरा देने पर भी प्रसव नहीं हुआ। अनीता जिला अस्पताल में भर्ती करने के पूर्व ही चल बसी थी। यह नोट किया जाना चाहिए की सिकलसेल एनीमिया ने उसे प्रसव के दौरान जटिलता होने के उच्च खतरे पर ला दिया था और उसे विशेष देखभाल की जरुरत थी। उसे साधारण सेवा भी नहीं मिलना दुखदायी है। अगले अध्याय में इस मुद्दे को ज्यादा विस्तार से खंगाला गया है। (क्र.45)

- 22 वर्षीया सीमा छत्तीसगढ़ में प्रथमगर्भा थी। अंतिम दो दिन वह तीन बार CHC गई लेकिन जिस डॉक्टर ने उसे देखा, वह गर्भाक्षेप (एक्लेम्पसिया) का निदान नहीं कर पाया बल्कि उसे घर वापस भेज दिया। जबकि उसके परिवार ने बताया था कि उसे दौरे के साथ बेहोशी हो रही थी। यह स्पष्ट नहीं है कि CHC में उसका रक्तचाप लिया गया था या नहीं। तीसरी बार दिखाने के बाद उसके परिवार ने तय किया कि उसे मेडिकल कॉलेज अस्पताल ले जायेंगे, परन्तु वह रास्ते में ही चल बसी। (क्र.15)

बहुधा नर्से ही त्वरित देखभाल करने वाली वास्तविक प्रदाता होती है जो शायद जटिलताओं को पहचानने में असक्षम होती है, और डॉक्टर या तो अनुपलब्ध होते हैं, या बुलाए नहीं जाते, या फिर बहुत देर से बुलाए जाते हैं ।

- जब गरली, जो राजस्थान की एक आदिवासी महिला थी, ने अपने पाँचवे बच्चे को CHC में जन्म दिया, तो उसका गर्भनाल रह गया था। सामान्यत: बच्चा होने के कुछ मिनट बाद ही गर्भनाल निकल आता है। अगर 30 मिनट बाद भी वह नहीं निकलता तो सेवा प्रदाता से हस्तक्षेप की उम्मीद की जाती है, ताकि प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव न हो। अत: नर्स ने कोई इंजेक्शन दिया और डॉक्टर को बुलाने से पूर्व एक घंटे तक इंतजार किया। डॉक्टर ने भी उसे आगे रेफर करने से पहले तक डेढ़ घंटे इंतजार किया। क्योंकि परिवार वालों को एम्बुलेंस नहीं दी गई थी, बल्कि निजी वाहन का इन्तजाम करने को कहा गया था, कीमती वक्त और भी नष्ट होता गया और गरली ने बड़े अस्पताल की ओर जाते हुए रास्ते में दम तोड़ दिया[17]। गरली की हालत की गंभीरता को देखते हुए एक एम्बुलेंस तो भारत सरकार के JSSK कार्यक्रम के तहत दी ही जानी चाहिए थी। (क्र .115)

कभी-कभार काम के अतिरिक्त दबाव और स्टाफ की कमी की वजह से भी आपात स्थिति में पहुँची महिलाओं पर ध्यान नहीं दे पाए।

- राधा, छत्तीसगढ़ के बिलासपुर जिले में सिकलसेल एनीमिया से ग्रस्त महिला थी, जिसने मेडिकल कॉलेज में अपनी तीसरी संतान को जन्म दिया था और उसके बाद बेहद रक्तस्त्राव झेल रही थी। नर्स उसको नहीं देख पा रही थी, क्योंकि वह एक और प्रसव करवा रही थी। जब तक कि उसका ईलाज शुरू होता, बहुत देर हो चुकी थी और उसके तुरंत बाद राधा मर चुकी थी। (क्र .97)

---

17. पारंपरिक प्रसव परिचारक

उपयुक्त ईलाज शुरू करने में विलम्ब

जहाँ उपर्युक्त मामले जटिलताओं को नजरअंदाज करने का वर्णन करते हैं, वहीँ प्राय: उपयुक्त ईलाज शुरू करने में देरी भी होती रही। (तीन विलम्ब फ्रेमवर्क में तीसरे चरण की देरी)

- गीता, जिसे पहले दो सिजेरियन ऑपरेशन हो चुके थे, को प्रसव के लिए ओड़िसा के जिला अस्पताल में भर्ती कराया गया। यह मामला उसे तुरंत सर्जरी के लिए उचित कारण बनाता है, क्योंकि उसके पिछले दो सिजेरियन उसके गर्भाशय के फटने का खतरा बढ़ा देते हैं। इसके बावजूद उसका 8 घंटे तक ऑपरेशन नहीं किया गया क्योंकि वह ऑपरेशन के लिए जरुरी साजों–सामान नहीं खरीद पाई थी। और वह जिला अस्पताल में मर गई। यह जानना चाहिए कि यह एक बड़ा जिला अस्पताल था जहाँ आपात सिजेरियन ऑपरेशन की सुविधा होती है। (क्र .70)

- एक अन्य मामले में, सविता छत्तीसगढ़ के मेडिकल कॉलेज में प्रसव–पूर्व रक्तस्त्राव के लिए भर्ती की गई थी। जिसके लिए तुरंत कार्यवाही करने की जरुरत थी, पर 8 घंटे बाद ही उसका ऑपरेशन किया गया। उसे सर्जरी के बाद प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव शुरू हो गया और 12 घंटे बाद उसकी मृत्यु हो गई। (क्र .76)

- छत्तीसगढ़ की ही अर्चना जिसका घर में ही प्रसव कराया गया, को पाँच दिन बाद दौरे आने लगे और उसे CHC ले जाया गया। नर्सिंग स्टाफ उसके लिए उपयुक्त दवाइयां ढूंढने में नाकाम रहने पर ईलाज के लिए मना कर दिया और उसे मेडिकल कॉलेज भेज दिया गया। अर्चना को सुबह कमरे साफ़ होने के चलते इंतजार करना पड़ा और इससे पहले कि उसे देखा जाता, उसकी मौत हो चुकी थी। (क्र.98)

अस्पतालों में आपात तैयारी की कमी

अस्पतालों में आपात प्रसूति सेवाओं की कमी की एक वजह थी कि वे अलग–अलग स्तरों पर आपात स्थितियों को सँभालने के लिए संस्थानिक तौर पर बुरी तरह अपर्याप्त रहे हैं। आपात सेवा चाहने वाली महिलाओं को प्राथमिकता के लिए कोई प्रोटोकॉल दिखाई नहीं देता। अस्पतालों में आपात स्थिति में जटिलता के साथ पहुँचने के बावजूद महिलाओं को प्राय: अपनी बारी का इंतजार करना होता था।

- रजिया ने पश्चिम बंगाल के PHC में अपने दूसरे बच्चे को जन्म दिया और उसे प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव के कारण मेडिकल कॉलेज रेफर किया गया था। उसे डॉक्टर को दिखाने के पूर्व 20 मिनट तक इंतजार करना पड़ा था। (यह सामान्य ज्ञान की बात है कि किसी महिला को PPH के दौरान प्रति मिनट आधा लीटर खून बहता है, और वह 2 घंटे में मर सकती है) वह भी इसके तुरंत बाद नहीं रही। (क्र. 60)

ईलाज शुरू करने में हुई देरी प्राय: ख़राब स्थिति को और बदतर बना देती है।

- गीता (इस खंड का पहला पैरा देखिए) जिसे सिजेरियन के लिए 8 घंटे तक इंतजार करना पड़ा था, शायद अपना गर्भाशय फटा बैठी थी जब उसे सिजेरियन सेक्शन के लिए भर्ती होने के लिए जिला अस्पताल में इंतजार करना पड़ रहा था।

- सविता के मामले में (इस खंड का प्रथम पैरा देखें), पूर्व–प्रसव रक्तस्त्राव को न रोकने की असफलता तुरंत प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव के लिए जिम्मेदार थी।

इसके अलावा, अस्पताल प्राय: आपात स्थिति में अपने स्तर पर जो भी संभव था कर पाने की तैयारी में नहीं दिखाई दिए। बहुधा, औरतें एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल बिना किसी ईलाज के धक्के खाती रही, यहाँ तक कि प्राथमिक उपचार भी नहीं मिला, जिससे ईलाज में विलम्ब बढ़ता गया। यहाँ तक कि जहाँ निम्न स्वास्थ्य केंद्र में प्रारंभिक उपचार किया जा सकता था, वह भी नहीं हुआ। रक्तस्राव होती महिलाओं को बिना मानक

उपचार के वापस भेज दिया गया, गर्भाक्षेप से ग्रसित औरतों को मैग्नीशियम सल्फेट नहीं दिया गया था। सभी स्तर के अस्पतालों और विभिन राज्यों में बहुत सी समस्याएँ थी। उदहारण के तौर पर–प्रसूता के लिए प्राथमिक सेवा शुरू करने में विफलता, आपात यातायात वाहन की कमी–नतीजतन, और अधिक विलम्ब, जबकि परिवार आपात हालात में निजी वाहन खोजते रहे, और महिला को बड़े अस्पताल ले जाते समय यात्रा में साथ चलने में असमर्थता, ताकि उसे सतत देखभाल मिल सकती थी। यह सब ज्यादा विस्तार से अध्याय 7 में दिया गया है।

मातृत्व जटिलताओं का तत्परता से ईलाज में असफलता का मतलब है शिशु के लिए ख़राब परिणाम। 124 में से कुल 82 महिलाएं, शिशु को जन्म देने के बाद मर गयी। उन मृत महिलाओं में से पैदा हुए बच्चों में, 22 मृतजात थे और 12 अपने जीवन के पहले हफ्ते में ही चल बसे।

आपात स्थिति में अपर्याप्त व अनुपयुक्त ईलाज

ऊपर बयाँ किये अनुसार काफी विलम्ब के बाद, जिन मामलों में जहाँ अंततः ईलाज शुरू किया गया वह प्रायः अपर्याप्त लगा था। बहुत सी कहानियाँ यह बयान करती है, कि वहाँ पर मानक प्रोटोकॉल नहीं अपनाया गया और ईलाज अपर्याप्त व अनुपयुक्त था।

गंभीर रूप से पूर्व–गर्भाक्षेप (सीवियर प्री–एक्लेम्पसिया) और गर्भाक्षेप (एक्लेम्पसिया) के मानक प्रबंधन के लिए महिला का यथासंभव जल्द प्रसव करना जरुरी हो जाता है। हांलांकि, ऐसे मामलों में प्रसव के लिए कई घंटो, बल्कि दिनों की देरी हुई थी, शायद महिलाओं की मौतों की एक बड़ी वजह बनकर।

- झारखण्ड की मीना का मामला भी कुछ ऐसा ही था। उसे जिला अस्पताल में गर्भाक्षेप की वजह से भर्ती किया गया था और बाद में पड़ोसी प्रदेश बिहार के मेडिकल कॉलेज में 4 घंटे बाद कोई इंजेक्शन (शायद मैग्नेशियम सल्फेट) दे कर रिफर कर दिया गया। मीना ने मेडिकल कॉलेज में दो दिनों बाद शिशु को जन्म दिया और उसके तुरंत बाद मर गयी। उसकी जिन्दगी बचाई जा सकती थी यदि सिजेरियन सेक्शन के जरिये उसका प्रसव जल्दी कराया जाता। (क्र.28)

उसी तरह ज्यादा रक्त बहने के मामलों में चाहे वह प्रसव–पूर्व या प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव हो, ईलाज अपर्याप्त दिखाई देता है। शाक(बहुत खून बह जाने वाली स्थिति) का पर्याप्त ईलाज नहीं होता दिखा और रक्त चढ़ाना भी प्रायः अपर्याप्त था।

- रानी जिसने झारखण्ड के एक CHC में अपनी पहली संतान को जन्म दिया उसे पी.पी.एच. के लिए जिला अस्पताल भेजा गया जहाँ उसे कुछ इंजेक्शन और IV द्रव्य दिया गया। उसे फिर वहाँ से 70 किमी आगे बिहार के मेडिकल कॉलेज भेजा गया जब तक वह बेहोश हो चुकी थी। उसे रास्ते में क्या ईलाज दिया गया, अगर दिया गया था तो वह स्पष्ट नहीं है। हालाँकि उसे मेडिकल कॉलेज में तीन दिनों के लिए भर्ती रखा गया था, पर उसे 2 यूनिट खून ही दिया गया था। जिस स्तर की हानि का आंकलन किया गया था उस लिहाज़ से स्पष्टतः उसे द्रव्य और खून विलम्ब से व अपर्याप्त दिया गया था और जिसके लिए उसे जिला अस्पताल से भी आगे भेजने की नौबत आ गई थी। (क्र .11)

- रेखा और उमा ने ओड़िसा के एक उप–संभाग अस्पताल में प्रसव कराये थे, उन्हें प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव हुआ और उसी अस्पताल में दो घंटे के अन्दर उनकी मौत हो गई। इसका मतलब रक्तस्त्राव को ठीक से संभाला नहीं गया। ध्यान देने योग्य बात यह है कि एक उप–संभागीय अस्पताल में कम से कम BEmoC स्तर की सेवा प्रदान करने की अपेक्षा रहती है, जिसमें रक्तस्त्राव का शुरूआती प्रबंध और जरुरी हो तो रेफरल शामिल होता है। (क्र. 54 व 57)

अस्पतालों में देखभाल की निम्न गुणवत्ता

महिलाओं द्वारा आपातकाल में भुगते गए सेवा के निचले स्तर के अलावा, कुछ कहानियां राज्यों में सभी स्तर के स्वास्थ्य सुविधाओं में सेवा के मानदंडों का निम्न स्तर को उजागर करती है।

सभी सात महिलाएं, जो सेप्सिस की वजह से मरी थी, उन्होंने संस्थानिक प्रसव कराया था। यह इस बात का सबूत है कि या तो प्रसव के समय विसंक्रमण सावधानियों का पालन ठीक से नहीं किया गया, या सेप्सिस के उच्च खतरे वाली औरतों की पहचान करने और उनका समुचित ईलाज करने में नाकाम रहे हैं।

ओक्सीटोसीन के इंट्रामस्कुलर इंजेक्शन से प्रसव बढाने जैसी अतार्किक तरीके भी प्रचलन में है। यह सर्वविदित है कि ऐसे तरीकों का गंभीर नकारात्मक परिणाम माँ और बच्चे दोनों पर हो सकता है।

- रंजना राजस्थान के एक CHC में भर्ती की गई थी, उसे प्रसव पीड़ा लाने के लिए 8 से 10 इंजेक्शन दिए गए थे और अंततः उसे निजी अस्पताल में ले जाया गया जहाँ उसका सिजेरियन सेक्शन किया गया और उसने मृत शिशु को जन्म दिया। यह सर्वविदित है कि बगैर निगरानी के प्रसव पीड़ा बढ़ाने के लिए इंजेक्शन देने से अत्यधिक दबावपूर्ण गर्भाशय सिकुड़न हो सकती है जिससे बच्चे को श्वासरोध (एस्फिक्सिया) हो सकता है और मृत शिशु हो सकता है। वह बाद में खून विषाक्तता (सेप्सिस)से मर गई, जो संभवतः बहुत लम्बे समय तक प्रसव पीड़ा की वजह से हुआ। (क्र .118)
- उसी तरह सावित्री को छत्तीसगढ़ के CHC में नर्स द्वारा प्रसव पीड़ा बढ़ाने के लिए 4 इंजेक्शन दिए गए थे। जब उसकी पीड़ा रुकी (यह इस बात का संकेत था कि उसका गर्भाशय फट चुका था) उसके परिवार वालो ने उसे निजी अस्पताल लेकर गए जहाँ उसकी हालत और बिगड़ने लगी और वह बिना जन्म दिए ही चल बसी। (क्र .96)

व्यवस्थागत लापरवाहियां

बहुत सी कहानियाँ स्वास्थ्य सेवा प्रोफेशनल्स के गैर–जिम्मेदाराना व्यवहार को उजागर करती है। इसे मेडिकल आपात स्थिति में आयी महिलाओं के प्रति जानबूझ कर की गई लापरवाही के रूप में देखा जा सकता है, जो स्वास्थ्य व्यवस्था में व्याप्त निर्दयता को इंगित करता है।

मसलन, 124 महिलाओं में से दो औरतें शायद अस्पताल पहुंचे के बावजूद, बगैर कोई उपचार प्राप्त किये मर गयी।

1. लक्ष्मी अपनी तीसरी गर्भावस्था के दौरान 8 घंटे से अधिक हो रहे दर्द में ओडिशा के एक सी.एच.सी. में गई। उसे वहाँ एक घंटे से ज्यादा समय तक देखा नहीं गया क्योंकि डॉक्टर आराम कर रहा था और वह मर गई, जब तक कि वह आ पाता। (क्र .55)

2, सुधा को चादर में लपेट कर लाया गया, जब उसे पीड़ा उठी और फिर उसे 108 एम्बुलेंस द्वारा गुजरात के एक तालुका अस्पताल में लाया गया। वहाँ कोई डॉक्टर नहीं था। उसे नर्स द्वारा एक इंजेक्शन दिया गया और छोड़ दिया गया। कुछ समय पश्चात् वह मर चुकी थी। (क्र .8)

कुछ अन्य महिलाओं को काफी देर से देखा गया जब वे संकटापन्न आपातस्थिति में अस्पताल पहुंचे थे, जबकि इसकी वजह व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के नियंत्रण में थी।

- अमिता जिसे प्रसव के बाद PPH हो गया था उत्तर प्रदेश के एक जिला अस्पताल में नर्स या डॉक्टर द्वारा नहीं देखी गई, क्योंकि वह ड्यूटी बदलने का समय था। प्रसव के थोड़ी देर बाद ही वह मर गई। (क्र.67)

- सुमित्रा ने राजस्थान के एक PHC में प्रसव करवाया। नर्स और ANM दोनों,जो उसे देख रहे थे, उसके प्रसव के आधे घंटे के अन्दर घर चले गए, इससे पहले कि अगली पाली की नर्स आ पाती। जब सुमित्रा का खून बहना शुरू हुआ तो उस वक्त उसके परिवार वालों ने डॉक्टर को कई बार फोन लगाया। डॉक्टर PHC परिसर में नहीं रहता था और एक घंटे देर से पहुँचा और उसने सुमित्रा को 40 किमी दूर मेडिकल कॉलेज में रिफर कर दिया। क्योंकि PHC में कोई वाहन नहीं था, परिवार को मजबूरन निजी वाहन का इंतजाम करने में समय बर्बाद करना पड़ा। सुमित्रा रास्ते में मर चुकी थी। (क्र.120)

ऊपर के उदाहरणों में, यह तो मानना होगा कि संभवत: स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के पास इस तरह के बर्ताव करने के प्रमाणिक कारण थे, जैसा कि उन्होंने किया। उदहारण के तौर पर, लक्ष्मी के मामले में डॉक्टर को लम्बे समय के काम के बाद आराम की जरुरत रही होगी– लेकिन सच्चाई यह है कि स्वास्थ्य व्यवस्था का कर्तव्य है कि महिलाओं की जिंदगी बचाने की प्राथमिकता सबसे ऊपर रहे।

रक्त– एक महत्वपूर्ण कमी

रक्तस्राव और शॉक जैसी कुछ मेडिकल आपातस्थिति में रक्त संचरण एक जीवन रक्षक मेडिकल प्रक्रिया हो सकती है । गर्भ के आखिरी दिनों में गंभीर एनीमिया से ग्रसित प्रसुताओं को रक्त चढ़ाना पड़ सकता है।ज्यादातर आपातस्थिति में खून अनुपलब्ध रहता है। लोगों के कथानक में यह दिखाई देता है कि आपात स्थितियों में खून चढ़ाना में या तो विलम्ब किया गया या खून अपर्याप्त था। रक्त उपलब्ध कराने का दायित्व परिवार पर छोड़ा जाता था, जबकि क्रिटिकल इमरजेंसी उपलब्धता की जवाबदारी उस अस्पताल की होनी चाहिए थी, और बगैर देरी के खून उपलब्ध कराया जा सकता था। मृत महिलाओं के परिवार को अक्सर काफी सारे पैसे खर्चने के बावजूद कम समय में खून का इंतजाम करने रक्तदाता को खोजना पड़ता था।

- झारखण्ड की बायसी को बिहार के मेडिकल कॉलेज में शिशु आड़ा होने (मेल्प्रसेंटेसन) के चलते रिफर किया गया था। बच्चे का हाथ भी बाहर आ गया था। उसका वहाँ पर सिजेरियन किया गया, लेकिन बायसी उसके बाद ही मर गई। जब वह मरी तब तक एक यूनिट खून ही चढ़ा था और दूसरे यूनिट का इंतजाम किया जा रहा था। बायसी के पति ने बताया था कि, जबकि उसने दोनों ही बार खून दिया था। (क्र.27)
- चंद्रा छत्तीसगढ़ के मेडिकल कॉलेज में जुड़वाँ बच्चों को जन्म देकर PPH की शिकार हुई जिसे सिर्फ। यूनिट खून ही चढ़ाया गया था और वो 12 घंटे बाद मर गई। (क्र .73)
- सलमा आसाम के सिविल अस्पताल में भर्ती करायी गई थी जब उसे दूसरी गर्भावस्था के पाँचवे माह में खून आने लगा। उसके बाद परिवार वालों को बताया गया कि उसका D&C कराना होगा, और इसलिए खून की व्यवस्था करनी होगी। जब तक वे ऐसा कर पाते डॉक्टर जा चुका था। अत: सलमा को खून नहीं चढ़ सका और वह उसके ठीक बाद मर गई । (क्र .89)

हमने देखा कि आपात प्रसूति सेवा, जिसके प्रावधान पर महत्वपूर्ण कार्य कर काफी खर्च किया गया है, बेहद नाकाफ़ी रही। अत:, महिलाएं जिन्होंने गंभीर आपात स्थिति में अस्पताल तक पहुँचने में बहुत दिक्कत उठाई, उन्हें जीवन पर मंडराते खतरे की स्थिति से निपटने अकेले छोड़ दिया गया, अक्सर देखभाल के अभाव में अपनी जान की कीमत चुका कर।

अध्याय 6

पूर्व–प्रसव और प्रसवोत्तर सेवा : अपर्याप्त या अनुपलब्ध

जब भी महिलाएं और उनके परिवार अस्पताल गए तो उन्हें कम गुणवत्ता की सेवा ही मिली, समुदाय आधारित सेवाओं की गुणवत्ता कोई बेहतर प्रतीत होती नहीं दिखाई देती। यहाँ, हम पूर्व–प्रसव और प्रसवोत्तर सेवा जैसी समुदाय आधारित सेवाओं में व्याप्त कमियों को इंगित कर रहें है।

अनुपलब्ध या अपर्याप्त पूर्व–प्रसव सेवा

विश्व स्वास्थ्य संघटन ने कम खतरे वाली गर्भावस्था की महिलाओं के लिए न्यूनतम चार पूर्व प्रसव सेवा के लिए जाँच कराने की सिफारिश की है। (26) हांलांकि, पूर्व–प्रसव देखभाल से अपने आप मातृत्व मौतें नहीं रुक जाती, पर यह खास तरीके से मदद कर सकती है। उस सूरत में जहाँ गर्भावस्था में एनीमिया होने की दर लगातार ऊँची बनी रहती है और बड़ी संख्या में मातृत्व मौतों के लिए जिम्मेदार होती है। पूर्व–प्रसव देखभाल बच्चे के जन्म के पूर्व एनीमिया के निदान और ईलाज में मदद कर सकता है। इसके अलावा, पूर्व–प्रसव सेवा उन महिला की जाँच में मददगार हो सकती है, जिन्हें जोखिम के कुछ लक्षण होते है और जिन्हें करीबी निगरानी और देखभाल की जरुरत होती है– जैसे जिन्हें सिकल सेल एनीमिया, मेलप्रशेंटेशन, पहले सिजरियन सेक्शन या बाधित प्रसव रहा हो। पूर्व–प्रसव सेवा का समय एक ऐसे अवसर के रूप में उपयोग किया जा सकता है, जहाँ महिला और उसके परिवार को जन्म की तैयारी और आपातस्थिति से निपटने की तत्परता की जानकारी और परामर्श दिया जा सकता है। महिला और उसके परिवार का जन स्वास्थ्य व्यवस्था में विश्वास बनाये रखने में भी इस समय का उपयोग किया जा सकता है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत एक समुदाय आधारित तय दिवस पूर्व–प्रसव सेवा का मॉडल 'ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस' के रूप में कार्यान्वित किया जा रहा है। हांलांकि, परिवारों के वृतांत बताते हैं कि बहुत सी महिलाएं या तो पूर्व प्रसव सेवा ले ही नहीं पायी या फिर बहुत ही निम्न गुणवत्ता की हासिल कर पायी।

- 124 मृत महिलाओं में से कम से कम 12 ने किसी भी किस्म की पूर्व–प्रसव सेवा का लाभ नहीं लिया था। इसमें से एक झारखण्ड में खुद आशा थी, जिसने बाद में घर पर प्रसव कराया और PPH से उसकी मौत हो गयी (क्र .36)
- कई महिलाओं के मामलों में, पूर्व–प्रसव सेवा टेटनस टॉक्साइड का इंजेक्शन या आयरन फोलिक एसिड की गोलियां देने तक सीमित रह गयी। उस पर भी, सौ गोलियों की पूरी खुराक नहीं दी गयी और कुछ परिवारों ने शिकायत की कि उनकी महिलाओं को 10 से 50 गोलियां ही दी गयी थी।

एनीमिया एक बड़ी समस्या के रूप में सामने आया है और मातृत्व मृत्यु के लिए जिम्मेदार एक बड़ा कारक रहा है। एनीमिया के उपचार में रही कमियों को अलग से अध्याय 9 में वर्णन किया गया है।

प्रसवोत्तर देखभाल का अभाव

जहाँ तक पूर्व–प्रसव सेवा का सम्बन्ध है, उसे प्रदान करने के राष्ट्रीय स्तर पर कम से कम कुछ तो प्रयास दिखाई देते हैं। लेकिन, प्रसव बाद की सेवा अस्पताल और समुदाय दोनों में ही पूरी तरह नदारद नज़र आती है। यह सर्व ज्ञात है कि अधिकतर मातृत्व मृत्यु प्रसवोत्तर काल के पहले हफ्ते में होती है। (22) 124 मौत के नमूने में 82 मृत्यु प्रसवोत्तर काल में ही हुई थी, जिनमें से 52 प्रसवोत्तर–मौतें तो प्रसव के 24 घंटों के अन्दर घटी थी 7 जबकि, प्रसवोत्तर सेवा बेहद ही अपर्याप्त साबित हुई थी।

अस्पतालों में प्रसवोत्तर सेवा

अस्पतालों में प्रसवोत्तर सेवाएँ ज्यादातर नदारद ही दिखाई दी और इसके बावजूद महिलाओं को प्रसव के तुरंत बाद स्वास्थ्य केन्द्रों से मुक्त कर दिया जाता था और किसी जटिलता के मामले में उन्हें परिवार के भरोसे छोड़ दिया जाता था। ऐसा प्रतीत होता है कि जैसे ही औरत बच्चे को जन्म देती थी, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता अपनी जवाबदारी छोड़ देते थे।

- सैयदा ने पश्चिम बंगाल के एक ब्लाक PHC में अपने पाँचवे बच्चे को जन्म दिया और उसे 24 घंटे से भी कम समय में डिस्चार्ज कर घर भेज दिया गया। जब तीसरे दिन उसे बुखार आ गया तो उसके परिवार ने एक अनौपचारिक डॉक्टर के पास ईलाज के लिए ले गए। प्युरपेरल सेप्सिस या पेल्विक ऑर्गन का संक्रमण ज्यादातर प्रसव के दौरान ठीक से असंक्रमित (असेप्सिस) नहीं करने की वजह से हो जाता है और इसके लक्षण प्रसव के 24 घंटो बाद दिखाई देने लगते है जैसा कि इस मामले में था। अंततः उसे मेडिकल कॉलेज ले जाया गया जब आठवें दिन उसकी हालत बहुत ख़राब हो चुकी थी। और उसके बाद जल्दी ही वह चल बसी। (क्र.59)

- शरीफा ने अपना तीसरा शिशु आसाम के एक सिविल अस्पताल में जन्म दिया। उसके परिवार को रक्त का इंतजाम करने के लिए कहा गया था। यह स्पष्ट नहीं है, कि क्या अस्पताल ने खून की व्यवस्था करने का कोई प्रयास किया, पर चूँकि परिवार वाले कहीं से भी खून का इंतजाम नहीं कर सके, उसे पाँचवे दिन घर वापस ला लिया गया। उसी शाम शरीफा चल बसी, इतनी गंभीर हालत में होने के बावजूद उसे घर भेज दिया गया। (क्र.91)

- छत्तीसगढ़ से सरिता का मामला दिखाता है कि कैसे प्रसवोत्तर देखभाल में घोर लापरवाही बरती जाती है। जबकि महिला उसी अस्पताल में भर्ती हो। सरिता का मेडिकल कॉलेज में सामान्य प्रसव हुआ लेकिन उसके बच्चे को एन.आई.सी.यु. में भर्ती करना पड़ा। सरिता को तो प्रसव के दूसरे ही दिन छोड़ दिया गया और एन.आई.सी.यु. के बाहर वह अपने बच्चे की देखभाल के लिए रुकी रही। जब तीसरे दिन उसे बुखार आने लगा, उसे फिर से प्रसव पश्चात् वार्ड में भर्ती कर दिया गया, परन्तु, कोई ईलाज शुरू नहीं किया गया। उसके परिवार ने उसे मेडिकल स्टोर्स से दवाईयाँ ला कर दे दी। सातवें दिन जब वह बेहोश हो गई तभी उस पर ध्यान दिया गया। लेकिन तब तक बहुत देर हो चुकी थी और उसके तुरंत बाद वह मर गई। (क्र.95)

समुदाय में प्रसवोत्तर सेवा

जहाँ, अस्पतालों में प्रसवोत्तर सेवा अपर्याप्त दिखाई देती है, समुदाय में इसकी स्थिति बदतर है । एक बार महिला को अस्पताल से घर के लिए छुट्टी देने के बाद, ऐसा प्रतीत होता है कि, उसके साथ फ़ॉलो-अप करने की और न ही उसे सेवा प्रदान करने की कोई व्ययवस्था है।

- शांति को साँस की तकलीफ और भ्रुण में हलचल न होने की वजह से गुजरात के पंचमहल जिले में एक प्राइवेट डाक्टर के पास जाना पड़ा। जाँच में उसके गर्भाशय के अन्दर मृत भ्रुण का पता चला, और उसे सिविल अस्पताल रिफर किया गया। चूँकि, वहां पर कोई डॉक्टर नहीं था, उसके परिवार ने उसे दो अलग अस्पतालों में ले गये, और बाद में एक में भर्ती किया जहाँ उसने एक मृतजात को जन्म दिया। जब उसे वहां से डिस्चार्ज कर घर भेजा गया, तो कोई सेवा नहीं दी गयी। उसे पाँचवे दिन से खून आना शुरू हो गया। देर से आया या द्वितीयक PPH, जो 24 घंटे के बाद होता है, सामान्यतः गर्भाशय के संक्रमण से होता है। जो प्रायः गर्भनाल के अन्दर छूट गए टुकड़ों से फैलता है। संक्रमण के पहले पहल लक्षणों जैसे बुखार, बदबूदार योनिस्राव, गर्भाशय का बड़ा होना, आदि को पहचानने के लिए प्रसवोत्तर देखभाल महत्वपूर्ण है, जो ईलाज की जरुरत को दर्शाती है, इससे पहले कि भयंकर रक्तस्राव शुरू हो। अगली सुबह, 108 एम्बुलेंस को उसके घर पर बुलाया गया, पर उसे तीन-चौथाई किलीमीटर चादर में उठा कर एम्बुलेंस तक ले जाना पड़ा, जब वह मर गयी थी। (क्र. 7)

- 22 वर्षीया टीना ने अपने पहले बच्चे को झारखण्ड के गोड्डा जिले के अपने घर में जन्म दिया। आठ घंटे बाद, उसके शरीर में दौरे और बेहोशी आने लगी, और उसके परिवार ने आशा को उसे देखने बुलाया। हांलांकि, आशा ने समस्या को गंभीरता से नहीं लिया। दौरे और बेहोशी के प्रति आशा का नजरिया उनकी प्रसवोत्तर जटिलताओं की अज्ञानता को प्रदर्शित करता है, और इस सम्बन्ध में उनके प्रशिक्षण पर भी सवालिया निशान लगाता है। तब परिवार ने व्यक्तिगत गाड़ी किराये पर करने के लिए कुछ जेवर गिरवी रखे और उसे दो अलग अस्पतालों में ले गए. जिला अस्पताल पहुँचते तक उसे कोई ईलाज नहीं मिला, जहाँ उसे मृत घोषित कर दिया गया। (क्र .22)

दोनों ही प्रकरण बच्चे के जन्म के बाद समुदाय में किसी भी किस्म की सेवा के अभाव और अग्रिमपंक्ति कार्यकर्ताओं का प्रसवोत्तर जटिलताओं को पहचानने की अपर्याप्त प्रशिक्षण को दर्शाते है।

पूर्व–प्रसव देखभाल जैसी सेवाएँ ,जो जीवन को खतरे में डालने वाली समस्याओं को जल्दी पहचान लेने में मददगार हो सकती है, बेहद अपर्याप्त और ख़राब गुणवत्ता की निकली । राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत इन दोनों घटकों पर बहुत सा निवेश किया गया है, जो ध्यान देने योग्य है।

अध्याय 7

रेफरल और आपात परिवहन : सेवा की खोज में औरतों का यातनायी सफ़र

इस रिपोर्ट में संकलित 124 मातृत्व मौतों में से सिर्फ 20 महिलाओं ने कोई सेवा नहीं ली थी, जब वे प्रसूति आपात स्थिति से गुजरी। शेष ने स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं का इस्तेमाल करने की कोशिश की और या तो अस्पताल में या रास्ते में मर गई। 12 महिलाओं के मामलों में, उनकी मौत अस्पताल से घर लौटने के वक्त हुई, जब उन्होंने तय किया कि आगे और ईलाज नहीं कराना है। हाँलाकि, यह कहानियां उन महिलाओं के प्रयासों को उजागर करती है, जिन्होंने स्वास्थ्य सुविधा की चाह में एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल के चक्कर लगाये और उस दरमियान थोड़ी सेवा ही प्राप्त कर सके ।

124 महिलाओं में से, जिनकी मौत से यह रिपोर्ट आकार ली है, 36 महिलाओं ने प्रसूति आपातस्थिति को झेलते हुए 3 और उससे अधिक अस्पताल में स्वास्थ्य सेवा पाने की चेष्टा की, जिसमें से एक महिला तो 7 अस्पतालों में भटकती रही। इसके अलावा 124 में से 36 और महिलाओं को दो अलग अस्पतालों में भटकना पड़ा, जब तक कि उन्हें कोई देखभाल मिल पाती।

सेवा के तलाश में एक अस्पताल से दूसरे औरतों को एक अस्पताल से दूसरे में रिफर किया जाता था, कभी बार–बार, और कभी तब भी, जब वह अस्पताल स्थिति को सँभालने में समर्थ थे।

- रानी, झारखण्ड के गोड्डा जिले में रहने वाली एक 23 साल की महिला थी, जिसने वहां के सी.एच.सी. में अपनी पहली संतान को जन्म दिया। इसके तुरंत बाद उसे अत्यधिक रक्तस्राव शुरू हो गया। यह स्पष्ट नहीं हुआ, कि उस CHC में शुरुआत में उसे क्या ईलाज दिया गया, पर उसे वहां से जिला अस्पताल रेफर कर दिया गया। वह तीन घंटे बाद वहां पहुँची, जहाँ उसे कुछ इंजेक्शन और I.V. फ्लूड्स दिए गए। हांलांकि, उसका खून लगातार बहता रहा, और इसलिए उसे 70 किमी दूर पड़ोसी राज्य के मेडिकल कालेज ले जाया गया। हमने पाया कि जिला अस्पताल को CMOC सेंटर का दर्जा दिया गया है, जो PPH, जो कि मुख्य प्रसूति–समस्या है, को सँभालने में सक्षम है। जिला अस्पताल का CMOC सेंटर की आवश्यकता को पूर्ण न कर पाने की अक्षमता का मतलब है कि पूरे जिले में CMOC प्रदान करने वाली सुविधा का न होना। जब तक रानी मेडिकल कालेज पहुँचती, वह अचेतन हो चुकी थी, और उसके तीन दिन बाद ईलाज के बावजूद उसकी मौत हो गयी। (क्र.11)

प्राय:, जब उन्हें दूर के बड़े अस्पताल में जाने को कहा जाता, परिवार पास के प्राइवेट अस्पताल की सेवा चुनते। यह निजी अस्पताल या तो भर्ती करने से मना कर देते या फिर ईलाज शुरू कर देते और जब महिला की हालत और बिगडती तो उसे सरकारी अस्पताल में रिफर कर देते । इन सब पर विस्तार से चर्चा अध्याय 8 में की गयी है।

छोटे अस्पताल में कोई प्रसूति प्रथमोपचार नहीं

यह सर्व विदित है कि अधिकतर प्रसूति इमरजेंसी में शुरूआती सेवा प्रदान की जा सकती है, ताकि समुचित ईलाज शुरू होते तक महिला की हालात स्थिर हो जाए, चाहे अस्पताल में स्थिति सँभालने के लिए जरुरी सुविधायें न भी हो। उदहारण के तौर पर रक्तस्राव के मामले में, साधारण तरीके से IV लाइन शुरू कर IV फ्लूड देने, या गर्भाक्षेप की स्थिति मंफ मग्नेशियम सल्फेट का पहला डोज़ देना, जीवन बचा सकता है, चाहे महिला को छोटे अस्पताल में ही क्यों न रखा गया हो। यह सब मानक चिकित्सकीय प्रोटोकॉल का हिस्सा है, जो भारत सरकार की ओर से भी

जारी हुआ है। (27,28) इन सब के सिवाय, परिवारों के वृतांत से जो विशिष्ट बात चलती है कि जब भी कोई प्रसूता आपात स्थिति में अस्पताल पहुँचती, तो वहाँ पर बगैर कुछ भी शुरुआती उपचार दिए उन्हें आगे रिफर कर दिया जाता था। कुछ मामलों में, महिलाओं को स्वास्थ्य प्रदाताओं ने देखा तक नहीं, बल्कि इसके पहले कि वह वाहन से उतर पाती, उन्हें आगे भेज दिया गया।

- बानिया, एक 26 वर्षीया आदिवासी महिला जो झारखण्ड के गोड्डा जिले से आती थी। जब वह अपने पाँचवे बच्चे के लिए गर्भवती थी, उसे गर्भ के आखरी दिनों में खून का तेज रिसाव शुरू हो गया। उसके परिवार वाले उसे खाट पर लादकर 1 किमी दूर स्थित एक मिशन औषधालय में ले गए, हालाँकि वहाँ कोई डॉक्टर नहीं था। उसके बाद उसके परिवार ने एक निजी वाहन का इंतजाम किया, जिसमें 3 घंटे लग गए और उसके बाद उसे 20 किमी दूर मिशन अस्पताल रिफर कर दिया गया जहाँ जिला मुख्यालय में से उसे 70 किमी दूर पड़ोसी राज्य के एक और मिशन अस्पताल भेज दिया गया। जब तक वहाँ ईलाज शुरू होता बहुत देर हो चुकी थी और बानिया मर चुकी थी। चारों अस्पताल में जहाँ भी उसने सेवा प्राप्त करनी चाही किसी में भी उसे कोई देखभाल नसीब नहीं हुई। सच्चाई तो यह है कि बानिया इन अस्पतालों में एम्बुलेंस (वाहनों) से बाहर ही नहीं निकली। खून बहने के बावजूद भी बानिया का जीवन बचाया जा सकता था, यदि अंतिम अस्पताल पहुँचते तक उसे आई.वी. फ्लूड दे दिया जाता। (क्र .14)

- झारखण्ड से एक आदिवासी महिला, सिमली को अपनी पहली प्रेगनेंसी में गर्भाक्षेप हो गया था। जब उसे दौरे पड़ने लगे, तो उसके परिवार ने पहले पारंपरिक ओझा को बुलाया, और उसके बाद किसी स्थानीय डाक्टर ने कुछ इंजेक्शन दिया। चूँकि, उसकी हालात में कोई सुधार नहीं होता दिखा, तो अंततः ममता वाहन को बुलाया गया, तब तक उसे दौरे पड़े 6 घंटे हो चुके थे। गाडी भी दो घंटे बाद पहुँची, उसे 35 किमी दूर CHC ले जाया गया, लेकिन वहां भी बगैर ईलाज के उसे आगे 40 किमी दूर जिला अस्पताल रिफर कर दिया गया। जब तक सिमली वहां पहुँचती, उसे दौरे आये 10 घंटे हो चुके थे. जिला अस्पताल में भी उसे मेडिकल कालेज भेजने के लिए कहा गया, जो और 70 किमी दूर था। चूँकि, उसके परिवार ने उसे उतनी दूर ले जाने में असमर्थता जताई, उसे वहीँ भर्ती कर लिया गया और कुछ इंजेक्शन दिया गया। लेकिन, वह बच न सकी ।इस मामले में भी, CHC में ही उसे मैग्नेशियम सल्फेट दे दिया जाना चाहिए था, जो सिमली को जिला अस्पताल पहुँचने पर 3-4 घंटे की देरी से मिल पाया। (क्र.17)

- उपर्युक्त कहानी से मिलती जुलती ही कहानी है झारखण्ड के दुमका जिले की भागमती की। उसकी पहली गर्भावस्था के आठवें महीने में उसे दौरे आने शुरू हो गए। उसे टेम्पो में पास के उप-स्वास्थ्य केंद्र में ले जाया गया, लेकिन वहां से आगे 14 किमी दूर एक CHC रिफर कर दिया गया, और फिर वहाँ से भी एक मेडिकल कॉलेज में, जो कि 81 किमी दूर था। हांलांकि, उसके परिवार ने उसे 29 किमी दूर एक निजी अस्पताल में ले गए, और फिर 52 किमी दूर दूसरे अस्पताल में भी, जहाँ दोनों में ही उसे सेवा देने से मना कर दिया। दोनों ही अस्पताल ने कोई ईलाज शुरू नहीं किया था, जहाँ वह गयी थी । आखिरकार, उसे मेडिकल कॉलेज ले जाया गया, जहाँ बच्चे को जन्म देने से पूर्व ही वह चल बसी। (क्र.29)

- क्रमांक 37, 98, 101, 105 में भी ऐसी ही मिलती-जुलती कहानियां है।

रेफरल के दरमियान जवाबदेही की कमी-महिलाओं को फुटबॉल बना दिया गया

पूरे वृतांतों में एक और विषय है, जवाबदेही की कमी जब महिला को रिफर किया जाता था । जन-स्वास्थ्य व्यवस्था एक इकाई के तौर पर काम करती नहीं दिखती, जहाँ कोई औरत किसी एक जगह पर व्यवस्था में आती हो, और वह व्यवस्था उसकी देखभाल के लिए जिम्मेदारी वहन करती हो । एक आदर्श स्थिति में, स्वास्थ्य व्यवस्था महिला को शुरूआती इंतजाम निश्चित करने के लिए जवाबदार होती, शीघ्र बड़े अस्पताल पहुँचाने के लिए परिवहन की व्यवस्था करती, यात्रा के दौरान सतत देखभाल का इंतजाम करती और उच्चतर अस्पताल में जवाबदार प्रदाता को

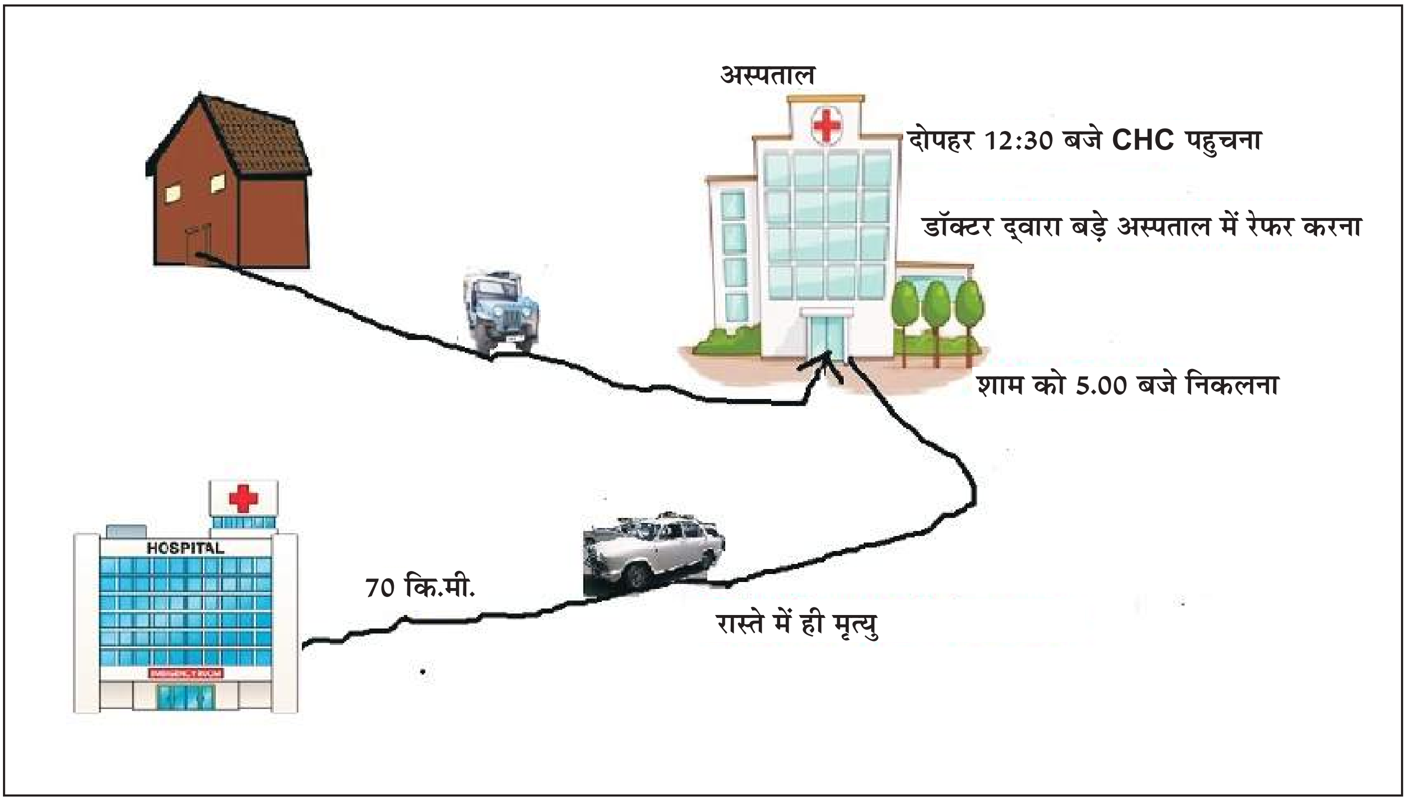
सौंपती ।दरअसल, जिस तरह से बहुत से रेफरल हुए थे, ऐसा प्रतीत होता है कि स्वास्थ्य प्रदाता वास्तव में चाहते थे कि महिला जितने जल्दी हो सके उनके अस्पताल से चले जाए, इस डर से कि कहीं वह मर गयी और उसकी मौत न उनके रिकार्ड में दर्ज हो जाए।

कुछ जगह पर रेफेरल प्रोटोकॉल के रूप में अच्छी पद्धति रही है, एक ऐसा ही उदहारण है तमिलनाडु में संग अंतरण (अकम्पनीड ट्रांसफर) प्रोटोकॉल, जिसमें रेफेर की गयी महिला के साथ स्वास्थ्य सेवा कार्यकर्त्ता चलती है ।(29) इससे महिला के लिए सतत देखभाल सुनिश्चित होती है, तब भी जब वह रास्ते में हो या बड़े अस्पताल में अंतरण के पूरे समय में भी। ऊपर व्यक्त कहानियां, हालाँकि, बताती है कि जिन क्षेत्रों में मौतों का संकलन किया गया, वहां यह सुविधा प्रचलन में नहीं थी। दरअसल, इन कहानियों से तो यही लगता है कि यहाँ रेफरल तो कुछ नहीं होता, बल्कि महिलाओं को फुटबॉल की तरह एक अस्पताल से दूसरे तक उछाला जाता है।

कुछ कहानियां जो जवाबदेही के अभाव को रेखांकित करती है, नीचे दोहराई जा रही है-

- गरली ने राजस्थान के एक CHC में प्रसव कराया, जहाँ उसकी गर्भनाल अन्दर रह गयी। जब उसे ढाई घंटे के विलम्ब से बड़े अस्पताल रिफर किया गया तो उसे वाहन उपलब्ध नहीं कराया गया, जबकि उसका खून बह रहा था, न ही किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने उसके साथ जाने की जवाबदारी ली। जब तक उसका पति पैसे का इंतजाम कर उसे ले जाने के लिए गाड़ी बुला पाता, और 1½ घंटे निकल चुके थे। बड़े अस्पताल ले जाते वक्त गरली रास्ते में ही चल बसी (क्र.115)

चित्र 8 – गरली की यात्रा



- सुमित्रा के मामले में, जिसे राजस्थान के एक PHC में PPH हो गया था, चिकित्सा अधिकारी ने उसे बिना कोई वाहन उपलब्ध कराये एक बड़े अस्पताल में रिफर कर दिया और ईलाज शुरू करने व भेजते समय उपचार जारी रखने का कोई प्रयास भी नहीं किया गया ।देरी करना महंगा साबित हुआ और सुमित्रा ने उसकी कीमत अपनी जान गवां के चुकाई (क्र. 120)

- झारखण्ड के गोड्डा जिले की कांता ने अपने पहले बच्चे को एक उप-केंद्र में जन्म दिया। उसे प्रसव के आधे घंटे बाद तेज पेट दर्द शुरू हो गया। कांता को ममता वाहन से 18 किमी दूर CHC में ले जाया गया। कई ANM कांता के साथ गाड़ी में बैठ गए, पर सभी अपने अपने घर के रास्ते में उतर गयी, और जब वह CHC पहुँची तो उसके साथ कोई नहीं था। उसे कोई रिफरल नोट भी नहीं दिया गया था, अत: CHC ने उसे ईलाज देने से मना कर दिया और उसे 20 किमी आगे जिला अस्पताल के लिए रिफर कर दिया । जिला अस्पताल में, जहाँ वो प्रसव के 3 घंटे बाद पहुँची थी, परिवार को पता नहीं था कि उसे कहाँ ले जाना है, और जब वे बेचैनी से पता करने की कोशिश कर रहे थे, कांता ने गाड़ी में ही दम तोड़ दिया। कांता का परिवार उसका पोस्ट-मार्टम नहीं चाहते थे, तो उन्होंने उसका शव हड़बड़ी में वापस घर ले आये (क्र.26)

- अनीता की कहानी पहले बयाँ की जा चुकी है - अनीता, सिकल सेल एनीमिया से पीड़ित थी, जब दर्द आने पर अपना पहला प्रसव कराने एक PHC गयी, तब उसके गर्भाशयग्रीवा में पूरा फैलाव आ चूका था। फिर भी, वह अगले पांच घंटे तक उसे प्रसव नहीं हुआ, जबकि उसकी एपिसियोटोमी (भगछेदन) की गयी। आखिरकार, जब उसे जिला अस्पताल रिफर किया गया, वह अचेतन हो चुकी थी । तथापि, कोई स्वास्थ्य प्रदाता उसके साथ नहीं गया और संभवत: बाधित प्रसव की जटिलताओं की वजह से, जिला अस्पताल पहुँचने पर उसे मृत घोषित कर दिया गया। (क्र. 45)

- उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले के एक CHC में रत्ना को उसके पांचवे प्रसव के लिए भर्ती किया गया था। शुरू में उसके परिवार को बताया गया कि कुछ घंटे में उसे डिलीवरी हो जाएगी, उसे 32 घंटो तक भी प्रसव नहीं हुआ। तब डॉक्टर ने उसका परिक्षण किया और कहा कि बच्चा ब्रीच स्थिति (जब शिशु का नितम्ब बाहर आ रह हो) में है। क्योंकि, शुरू में डॉक्टर ने जटिलता की वजह से बच्चा निकालने से मना कर दिया था, तो परिवार ने प्रसव कराने के लिए डॉक्टर को 5000 रुपये दे दिए. कठिन ब्रीच डिलीवरी के बाद रत्ना को तीव्रता से खून आना शुरू हो गया। उसके बाद, डॉक्टर ने उसके लिए निजी वाहन का इंतजाम कर दिया, ताकि उसका परिवार उसे मेडिकल कॉलेज ले जा सके, यद्यपि, किसी स्वास्थ्य प्रदाता ने रत्ना के साथ चलने की जहमत नहीं उठाई और न ही इस बारे में कोई जानकारी दी गयी कि रेफरल से पहले क्या ईलाज दिया गया था। मेडिकल कॉलेज पहुँचने पर पता चला कि रत्ना मर चुकी थी (क्र.63)

- उत्तर प्रदेश के बांदा जिले की रौशनी अपने तीसरे बच्चे के लिए गर्भवती थी। पिछले प्रसव में उसे मृतजात शिशु हुआ था और गर्भनाल भी अन्दर रह गयी थी। इस प्रेगनेंसी में उसका एक ही बार पूर्व-प्रसव जाँच एक प्राइवेट नर्सिंग होम में हुई थी, जहाँ उसका अल्ट्रासाउण्ड तो हुआ था पर रक्तचाप नहीं जाँचा गया था। जब रौशनी को प्रसव पीड़ा शुरू हुई, तो उसे दो बार स्थानीय उप-केंद्र ले जाया गया, चूँकि वहां पर टाला लटका था, उसने अंतत: घर पर ही दाई[18] की मदद से प्रसव कराया। इस बार भी, गर्भनाल बाहर नहीं आया। पाँच घंटे बाद, रौशनी को टेम्पो में 11 किमी दूर सी.एच.सी. ले जाया गया। परिवार के मुताबिक, वहां नर्स ने गर्भनाल को टुकड़ों में निकाला, और जब उसे तीव्रता से खून बहने लगा तो उसे 30 किमी दूर जिला अस्पताल भेज दिया गया। रौशनी की ख़राब हालात के बावजूद, उसे कोई वाहन नहीं दिया गया और न ही कोई उसके साथ बड़े अस्पताल जाने को तैयार हुआ। बल्कि, रौशनी को CHC से बाहर कर दिया गया, जब उसका परिवार उसे जिला अस्पताल ले जाने गाडी का इंतजाम करने में लगे थे। वह CHC, के बाहर गाड़ी का इंतजार करते हुए, हमेशा के लिए सो गयी (क्र. 69)

कई परिवारों के वृतांत में यह प्रमुखता से रेखांकित हुआ कि आपातस्थितियों में ईलाज का इंतजाम करने की जवाबदारी परिवार वालों पर डाल दी जाती थी।

---

18. मोटरसायकल का एक रूप, जिसमें बदलाव करके एक यात्री डिब्बा जैसे जुड़ा हुआ होता है, जिसे गुजरात के ग्रामीण इलाकों में लोगों को लाने ले जाने में उपयोग में लाया जाता है.

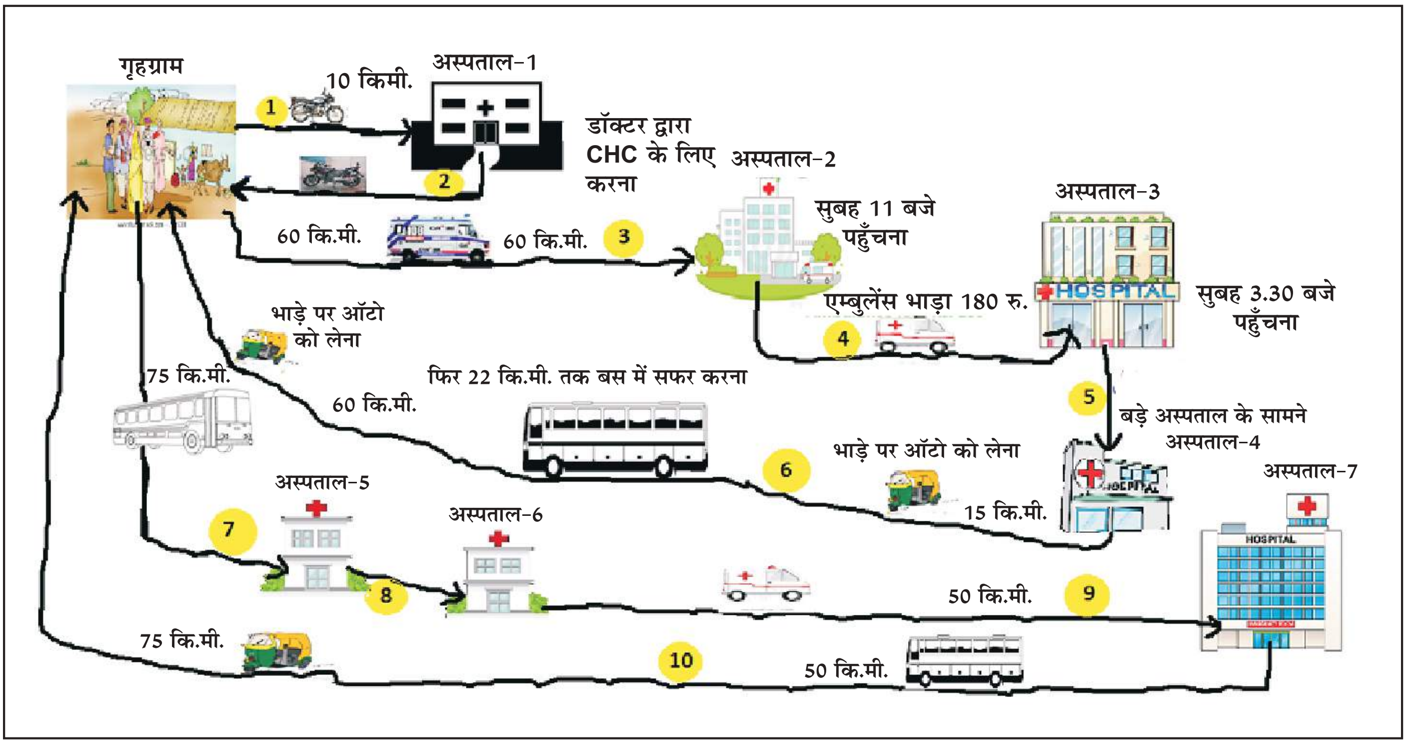
- गरली के मामले में, उसके पति को निजी गाड़ी करने के लिए पैसों का इंतजाम करने मजबूर हो कर अपने गाँव वापस जाना पड़ा, जब गरली अन्दर रह गए गर्भनाल की वजह से रक्तस्त्रावित हो रही थी (क्र . 115)
- गुजरात के दाहोद जिले की प्रेमा एक सिविल अस्पताल में एनीमिया की वजह से भर्ती की गयी थी, पर खून बहना शुरू होते ही जिला अस्पताल रिफर कर दी गयी। आखिरकार, परिवार ने उसे प्राइवेट गाड़ी में प्राइवेट अस्पताल ले गए। अस्पताल से उसे कोई वाहन नहीं दिया गया। वहां उसका सिजेरियन किया गया, लेकिन वह जल्द ही मर गयी (क्र . 2)

परिवार की बैचेनी : महिलाएं घर में जाकर मरी

जैसे कि ऊपर बयाँ किये गए अनुभव थे जिनमें, परिवार प्राय: एक अस्पताल से दूसरे, कभी सरकारी तो कभी निजी, बेचैनी से ईलाज के लिए भटकते रहे। यहाँ, यह समझने की जरुरत है कि जैसे पहले भी कहा गया है कि बहुत सी महिलाएं जो मरी, वे सीमांत समुदायों से आती थी, जिनके पास संसाधनों की कमी थी और जिन्हें ऐसी स्वास्थ्य व्यवस्था से निपटने का अनुभव नहीं था। ऐसी परिस्तिथियों में, कुछ परिवारों ने महिला को दूसरे अस्पताल ले जाने के बीच में घर ले आए ताकि पैसों का इंतजाम कर सके, जिसकी वजह से ईलाज में और भी देरी होती गई। कुछ मामलों में, परिवार ने बताया कि कैसे इस पूरे वाकये से उन्हें निराशा हुई, और अंतत: वो महिला को घर ले आए क्योंकि ईलाज के लिए भागना उनके वश में नहीं रहा।

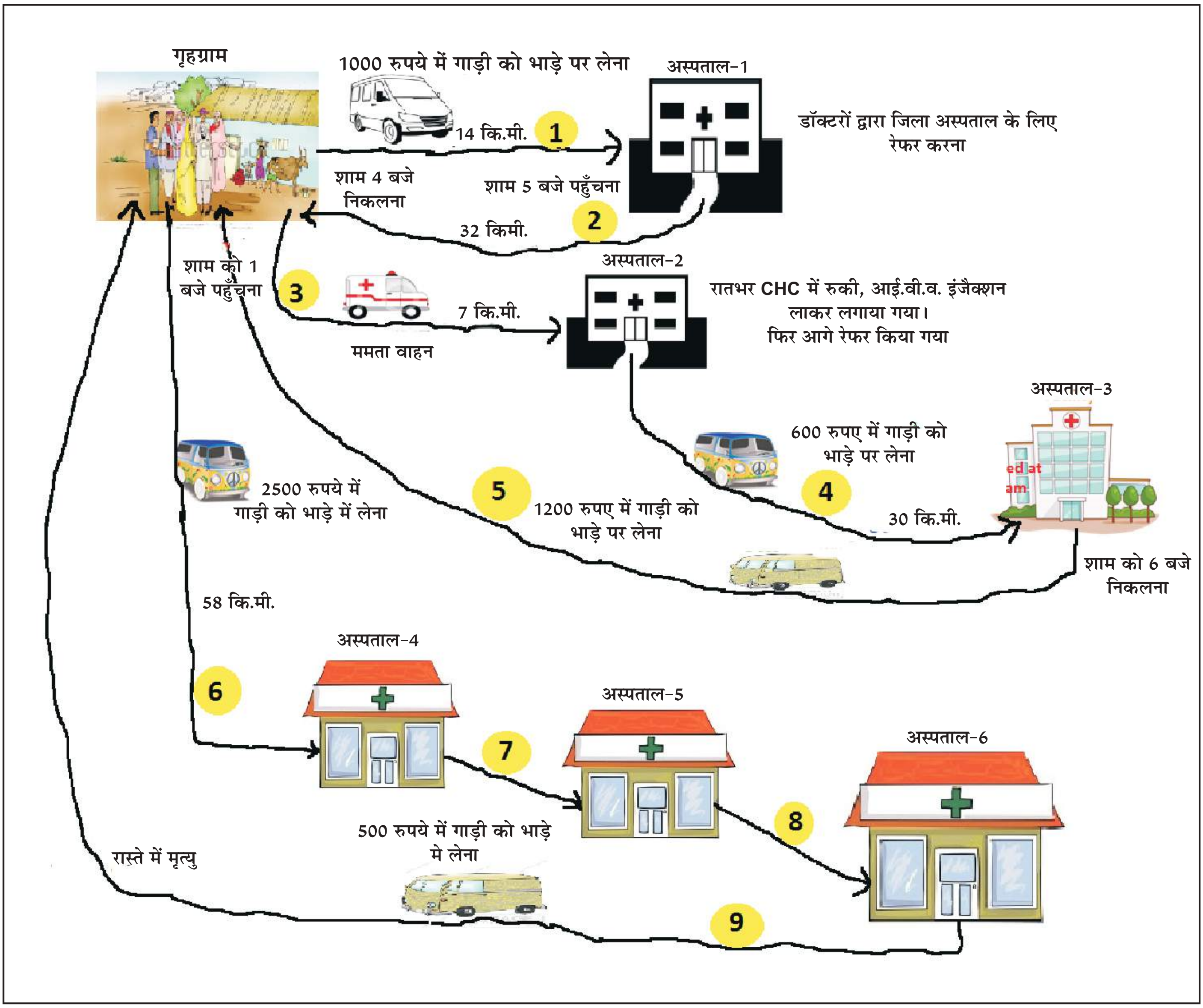
- उर्मिला, गुजरात के पंचमहल से 32 वर्षीया आदिवासी महिला थी, जिसे पहले तपेदिक की बीमारी थी और वह एक सूती मिल में प्रवासी मजदूर थी। यह उसका चौथा गर्भ था, जिसमें उसने पूर्व–प्रसव सेवा के नाम पर टेटनस टॉक्साइड का इंजेक्शन और आयरन फोलिक एसिड की दस टेबलेट पाई थी। जब आठवें महीने में उसे सांस लेने की तकलीफ होने लगी, तो उसके परिवार ने उसे पहले स्थानीय PHC में मोटरसायकल पर बिठा कर ले कर गए। वहां से उसे तालुका अस्पताल में रिफर किया गया। हांलांकि, उसे ले जाने के लिए 108 एम्बुलेंस सेवा का इंतजाम किया गया था, पर उसे 3 किमी बाईक पर बिठा कर नदी पार कर 108 के पिक–अप पॉइंट तक पहुँचाना पड़ा। तालुका अस्पताल से उसे आगे जिला अस्पताल रिफर कर दिया गया। यहाँ, डॉक्टर ने उन्हें बताया कि वह रात में नहीं मिलता है, तो परिवार ने उसे नजदीक के निजी अस्पताल में ले गए । यहाँ भी, उसे उपचार देने से मना कर दिया गया और किसी बड़े अस्पताल ले जाने को कहा गया, तो उर्मिला को परिवार वालों ने और पैसे का इंतजाम करने वापस घर ले आये। घर लौटने की यात्रा छकड़ा , बस और आखिर में रिक्शा से पूरी हुई । परिवार को पैसे का इंतजाम करने में तीन दिन लग गए, तब तक उर्मिला की हालत बहुत बिगड़ चुकी थी। इस बार, परिवार ने उसे दूसरे शहर के निजी अस्पताल में ले जाना तय किया। वहाँ उसका ईलाज करने से मना कर दिया गया और फिर दूसरे अस्पताल में भी इनकार कर दिया गया। तब परिवार वालों ने निजी एम्बुलेंस कर उसे मेडिकल कॉलेज अस्पताल में ले गए। उसे वहां भर्ती कर लिया गया और परिक्षण किये गए, लेकिन अगली सुबह डॉक्टर ने बताया कि मेडिकल कॉलेज में उसका ईलाज संभव नहीं है, और उसे किसी दूसरे प्राइवेट अस्पताल में ले जाना चाहिए। इस स्थिति में पहुँच कर उर्मिला के परिवार ने हार मान ली और जब यह तय हो गया कि आगे और ईलाज करने का खर्च नहीं उठा पाएंगे, तो उन्होंने उसे वापस घर लाने का फैसला किया। उसी रात, उर्मिला चल बसी। उसे सात अलग अलग अस्पतालों में पांच दिनों तक उत्कृष्ट ईलाज के बिना भटकना पड़ा, यहाँ तक कि तृतीयक स्तर के जन स्वास्थ्य संस्थान (मेडिकल कॉलेज) में भी (क्र . 4)

चित्र 9 - उर्मिला की यात्रा



- झारखण्ड के दुमका जिले की सोनी को CHC में प्रसव के लिए ले जाया गया, जब उसे दर्द उठा। लेकिन उसे वहां से जिला अस्पताल भेज दिया गया क्योंकि, उसके एनीमिक होने का पता चला। पर उसे कोई वाहन उपलब्ध नहीं कराया गया, बल्कि उसे 500 रुपये यात्रा सहयोग के रूप में दिए गए । हांलांकि, उसके परिवार ने और पैसों के इंतजाम होने तक उसे घर ले आये । उस रात उसे दौरे पड़ने लगे, तब उसके परिवार वालों ने ममता वाहन बुलाया, जो उसे लेकर दूसरे सी.एच.सी गयी। उसे कुछ इंजेक्शन और IV फ्लूड दिया गया, और अगली सुबह जिला अस्पताल के लिए रवाना कर दिया गया । उसके परिवार ने 600 रुपये में एक निजी वाहन किराये पर लेकर उसे जिला अस्पताल ले कर गए। जिला अस्पताल में उसे भर्ती कर, कुछ और इंजेक्शन दिए गए, पर उस शाम उसके परिवार को सोनी को बड़े अस्पताल ले जाने के लिए कहा गया। उसके परिवार ने पैसों का इंतजाम करने, उसे फिर वापस घर ले कर आये, जिसके लिए 1200 रुपये गाड़ी भाड़ा चुकाना पड़ा। यह सोच कर कि जन स्वास्थ्य व्यवस्था पर्याप्त तरीके से ईलाज नहीं कर रही है, फिर वे सोनी को दूसरी तरफ के कस्बे में 58 किमी दूर लेकर गए । एक निजी अस्पताल में भर्ती करने से पहले उन्होंने 2-3 प्राइवेट क्लिनिक में गए, जिन्होंने उसे देखने से मना कर दिया। यह यात्रा, जो उन्होंने प्राइवेट गाड़ी से की थी, 2500 रूपए की पड़ी। निजी अस्पताल में सोनी का सिजेरियन ऑपरेशन हुआ, लेकिन अगले दिन वो बेहोश हो गयी। जब तीसरे दिन अस्पताल ने उसे और आगे रिफर किया, तब परिवार, जिसने अब तक 25000 रूपए खर्च कर चुके थे और जमीन भी गिरवी रख चुके थे, उसे घर वापस ले जाने का फैसला किया। घर लौटते हुए सोनी हमेशा के लिए दुनिया छोड़ चुकी थी। (क्र . 30)

चित्र 10 – सोनी की यात्रा



अच्छे प्रयासों के उदाहरण

- श्यामला गुजरात के पंचमहल में एक मध्यान्ह भोजन प्रभारी थी, जिसके पहले प्रसव के समय सिजेरियन सेक्शन हुआ था, और वह अब दूसरे बच्चे के लिए गर्भवती थी। उसे सातवें महीने में ही समय से पहले प्रसव पीड़ा शुरू हो गई और जाँच में उसके गर्भाशय के अन्दर भ्रूण मृत पाया गया, जिसे एक निजी अस्पताल में सिजेरियन करके निकाला गया। उसकी सर्जरी 6 घंटे तक चली और ऑपरेशन में बहुत खून बह जाने की वजह से गर्भाशय हटाने की शल्यक्रिया करनी पड़ी। उसे दो यूनिट खून चढ़ाया गया और जिला मुख्यालय के एक अन्य निजी अस्पताल में एम्बुलेंस में ले जाना पड़ा। उसे एक नर्स के साथ भेजा गया और दो अतिरिक्त यूनिट खून और दो यूनिट प्लाज्मा एम्बुलेंस में ही लगाया गया। हालाँकि श्यामला रास्ते में ही मर गई। (क्र .5)

- क्र . संख्या 111 में बयान गुजरात का वृतांत रेखांकित करता है, कि कैसे एक डॉक्टर और एक नर्स एम्बुलेंस में एक महिला को लेकर बड़े अस्पताल ले जाते हैं।

आपात परिवहन – विलम्ब और इंकार

यह सर्वविदित है कि यातायात वाहन के इंतजाम में जो देरी होती है, वह मातृत्व मौतों के रास्ते में बहुत महत्वपूर्ण है। यही तीन विलम्ब फ्रेमवर्क के दूसरे चरण के विलम्ब के लिए प्रमुख रूप से भागीदार है। (25) मातृत्व स्वास्थ्य पर केन्द्रित राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) का एक मुख्य कार्यक्रम गर्भवती महिलाओं को बगैर देरी किए अस्पताल पहुँचाने के उद्देश्य से आपात वाहन उपलब्ध कराने का प्रयास रहा है। इमरजेंसी मैनेजमेंट एंड रिसर्च इंस्टिट्यूट (EMRI) का सार्वजनिक निजी साझेदारी (PPP) मॉडल का जो कई राज्यों में 108 एम्बुलेंस सेवा चलाती है, ऐसा एक प्रयास है। (30,31) इसके अलावा कई और राज्यों की राज्य पोषित योजना जैसे ममता एक्सप्रेस या ममता वाहन है, जो निजी वाहन मालिको से अनुबंध कर गर्भवती महिलाओं को वाहन सेवा उपलब्ध कराती है। (32) साथ ही जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम ने अब घर से अस्पताल व वापसी के लिए गर्भवती महिला और उसके नवजात के लिए वाहन सेवा मुफ्त कर दी है। (10)

इन सब प्रयासों के बावजूद, हमने पाया कि इस सैम्पल के कम से कम 40 मामलों में द्वितीय चरण की देरी हुई थी। मृत महिलाओं के परिवारों के कथन परिवहन के मुद्दे को बार बार उठाते है। जबकि एक अस्पताल से दूसरे तक महिलाओं को ले जाने के लिए वाहन का इंतजाम करने में दिक्कतों को सामना करना पड़ा, जैसा कि पिछले खंड में वर्णन किया गया है। परिवारों ने बताया कि आपात स्थिति में महिला को अस्पताल पहुँचाने के लिए एम्बुलेंस या गाड़ी को घर तक बुलाने में उन्हें खासा परेशान होना पड़ा । वाहन प्राय: 30 मिनट के अपने तय समय पर नहीं पहुँच पाते थे, बल्कि, बहुत बाद में पहुँचते थे, जिससे महिला को अस्पताल ले जाने में देरी हुई ।

- उदाहरण के लिए झारखण्ड के गोड्डा जिले के पोरियाहाट में सिमली के परिवार को स्थानीय डॉक्टर ने उसे दूसरे अस्पताल ले जाने को कहा, जब वह गर्भावस्था के अंतिम दिनों में दौरे व बेहोशी आने के ईलाज से ठीक नहीं हो रही थी। हालाँकि, ममता वाहन बुलाने के बाद दो घंटे देर से आया। इस विलम्ब से उसकी जटिलताएँ बढ़ गई और बाद में वह जिला अस्पताल में मर गई। (क्र .17)
- जब महाराष्ट्र के गढ़चिरोली जिले में कांति प्रसव पीड़ा में पहुँची, तब एम्बुलेंस 3 घंटे तक इंतजार करने पर आयी। फलस्वरूप उसकी माँ को घर पर ही उसका प्रसव करना पड़ा। उसे पी.पी.एच. हो गया, जिसके लिए उसे अस्पताल में भर्ती कराना पड़ा। अपने प्रसव के 39वें दिन उसका देहांत हो गया। (क्र .46)
- उसी तरह आसाम के चिरांग जिले में रोमा ने घर पर प्रसव कराया, क्योंकि एम्बुलेंस समय पर नहीं पहुँची. गंभीर एनीमिया के चलते 7 दिनों बाद, अंतत: वह मर गई। (क्र.81)
- गुजरात के दाहोद जिले से सुधा को प्रसव पीड़ा शुरू होने पर 108 एम्बुलेंस के लिए दो घंटे इंतजार करना पड़ा । उसके बावजूद उसे ¾ किमी चादर में लपेट कर एम्बुलेंस तक जाने के लिए ले जाना पड़ा। (क्र .8)

इस विलंब का यह भी मतलब हो सकता है कि किसी भौगोलिक क्षेत्र में वहाँ की जरुरत पूरी करने लायक पर्याप्त वाहन नहीं थे। इन आपात वाहनों के संधारण का भी सवाल था।

- उदाहरण के तौर पर, गुजरात के भरूच जिले की कृष्णा ने घर में प्रसव किया और उसे रक्तस्त्राव शुरू हो गया। जब 108 को बुलाया गया तो परिवार वालों को पता चला कि वह एम्बुलेंस किसी और केस के लिए गई है। अत: दूसरी 108 को 70 किमी दूर से बुलाया गया, जिसे पहुँचने में डेढ़ घंटे लगे। इस समय तक कृष्णा बेहोश हो चुकी थी। चूँकि CHC में कोई डॉक्टर नहीं था, 108 ने उसे एक निजी अस्पताल में पहुँचाया, जहाँ उसे भर्ती कर खून चढ़ाया गया। अगले दिन जब उसकी हालत बिगड़ गई, तो उसे मेडिकल कॉलेज के बगल में एक और निजी अस्पताल में रिफर कर दिया गया। हालाँकि, उसे मेडिकल कॉलेज ले जा रही 108 रास्ते में ही ख़राब हो

गई थी। फिर भी, एक डॉक्टर और नर्स उसे ले जा रहे थे, उन्हें दूसरी 108 आने का इंतजार करना पड़ा। जब तक वे मेडिकल कॉलेज पहुँचते, कृष्णा मर चुकी थी। (क्र .111)

परिवारों ने ऐसे कई मौकों का वर्णन किया, जब एम्बुलेंस ने आने से मना कर दिया, खासकर रात में

- आसाम के दरांग जिले की अंजुम को गर्भावस्था के अंतिम दिनों, एक रात तेज सरदर्द हुआ। 108 ने आने से मना कर दिया ,क्योंकि वह रात का वक्त था। उसे घर पर ही प्रसव कराने के लिए मजबूर होना पड़ा। अंजुम को प्रसव के तुरंत बाद खून आना और फिर दौरे पड़ना शुरू हो गए। जब तक कि उसका परिवार वाहन जुटा पाता, वह घर पर ही मर गई थी। (क्र. 86)
- दरांग जिले से ही शरीफा के परिवार ने बताया कि जब उसे प्रसव पीड़ा शुरू हुई तो उन्होंने एम्बुलेंस बुलाई थी, पर उसने आने से मना कर दिया। (क्र. 91)
- उसी तरह, झारखण्ड में जब बेनी के परिवार ने ममता वाहन को बुलाया, क्योंकि उसे दौरे पड़ने शुरू हो गए थे, तो उसने आने से मना कर दिया था क्योंकि वह रात का समय था। (क्र .12)

कुछ परिवारों ने बताया कि ममता वाहन तभी आया जब उसे महिला को प्रसव कराने ले जाना था, लेकिन प्रसूति जटिलताओं के लिए बुलाने पर मना कर दिया गया।

- झारखण्ड के गोड्डा जिले की शिखा को गर्भावस्था के अंतिम दिनों दौरे पड़ने शुरू हो गए, तो आशा ने ममता वाहन बुलाया, लेकिन उसने यह कह कर आने से मना कर दिया कि यह सिर्फ प्रसव के लिए ही आती है. प्राइवेट वाहन का इंतजाम होने के पहले ही शिखा की मौत हो गयी थी। (क्र. 15)

जेब से स्वयं का खर्च

जन स्वास्थ्य संस्थानों में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाएँ मुफ्त दी जानी चाहिए, और 1 जून 2011 से प्रारंभ हुई जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम के साथ गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर काल के लिए अस्पताल तक लाने ले जाने की मुफ्त सुविधा की ग्यारंटी है। (10) हमारे संकलन में अलग से जेब से हुए खर्च के आंकड़ो को एकत्रित नहीं किया गया है। हालाँकि, कई परिवारों ने बताया कि उन्होंने परिवहन, स्वास्थ्य सेवा, दवाईयाँ और कई तरह के खर्चो पर पैसे खर्च किए। कुछ मामलों में यह राशि बहुत ज्यादा थी, कोई दस हजार से लेकर एक मामले में डेढ़ लाख रुपए तक। कुछ परिवारों ने बताया कि उन्हें पैसे जुटाने के लिए अपने मवेशी बेचने पड़े और जमीन गिरवी रखनी पड़ी।

हालाँकि यह दलील दी जा सकती है कि इनमें से कुछ खर्चे निजी अस्पतालों में सेवा लेने के लिए किए गए थे, जैसा कि ऊपर के खंड में बताया गया है। सरकारी अस्पतालों में सेवाओं की कमी एक अहम कारण था जिसने परिवारों को निजी अस्पतालों की शरण में जाने के लिए मजबूर कर दिया।

अत: ज्यादातर मामलों में हमने देखा कि महिलाएँ और उनके परिवार ने आपात स्थिति में सेवा प्राप्त करने का प्रयास किया, कभी तो बहुत व्याकुलता से। हालाँकि, जवाबदेह रेफरल व्यवस्था व प्रोटोकॉल के अभाव में, और आपातकालीन परिवहन की अनुपलब्धता और विलम्ब के चलते ऐसी स्थितियाँ बनती थी, जहाँ देखभाल मिलने की बजाय महिलाएँ या तो अस्पतालों में या रास्ते में मर जाती थी। जबकि इन मौतों को पूर्णत: रोका जा सकता था।

अध्याय 8

निजी क्षेत्र में सेवाएँ : जरुरत पूरी करती है, पर ख़राब गुणवत्ता की

महिलाओं की मौत के वृतांत बताते हैं कि उदासीन जन–स्वास्थ्य व्यवस्था की वजह से किसी भी किस्म की सेवा पाने की झटपटाहट में ज्यादातर परिवार अक्सर औपचारिक या अनौपचारिक डॉक्टर वाले निजी प्रदाता के पास पहुँच जाते थे। इन निजी प्रदाताओं का उपयोग सभी राज्यों में व्याप्त है। गुजरात में अन्य राज्यों के मुकाबले ज्यादा बार महिलाओं को निजी अस्पताल और नर्सिंग होम ले जाया गया, शायद चिरंजीवी योजना के कारण। राजस्थान में भी प्राइवेट सेक्टर का इस्तेमाल अधिक दिखाई देता है। छत्तीसगढ़ और ओडिशा जैसे प्रदेशों मे औपचारिक निजी प्रदाताओं का उपयोग कम दिखाई देता है। इन प्रदेशों में निजी प्रदाता ज्यादातर अनौपचारिक प्रैक्टिशनर थे, जो घर पर आते थे, और इंजेक्शन, IV फ्लूड्स देते थे, और एक मामले में तो खून भी चढ़ाये थे। झारखण्ड में, मुख्यत: मिशन अस्पताल ही थे जो वृतांतों में प्राइवेट सेक्टर का अंग दिखाई देते है। इन राज्यों में, और उत्तर प्रदेश और बिहार में भी पारंपरिक बैद्य पर ज्यादा निर्भरता प्रतीत होती है। आसाम के डिब्रूगढ़ जिले में चाय बागान अस्पतालों को प्राइवेट सेक्टर माना गया है।

परिवारों ने बताया कि महिलाओं को विभिन्न कारणों से औपचारिक और अनौपचारिक निजी प्रदाताओं के पास ले कर गए थे। कुछ मामलों में, सार्वजनिक अस्पतालों में कोई कर्मी ही नहीं थे, जिस वजह से उन्हें कहीं और ईलाज के लिए जाना पड़ा, कुछ अन्य मामलों में, उन्हें सरकारी अस्पतालों से काफी दूरी के बड़े अस्पताल के लिए रिफर किया गया, जिससे उन्हें घर के करीब के निजी अस्पतालों में सेवा लेने के लिए बाध्य होना पड़ा। अन्य स्थितियों में, परिवारों में महसूस किया कि सरकारी अस्पतालों में घटिया दर्जे की सेवा थी और उन्हें प्राइवेट सेक्टर में बेहतर सेवा मिल सकती थी।

निजी क्षेत्र में घटिया गुणवत्ता की सेवा

हालाँकि निजी क्षेत्र प्रदाता के जरिये दी जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता के साथ बहुत समस्याएँ थी। कई परिवारों ने बताया कि जब वे महिला को गंभीर हालत में निजी प्रदाताओं के पास ले गए तो उन्होंने मना कर दिया या भगा दिया । उन्हें प्राय: कई निजी प्रदाताओं के पास जाना पड़ता था जब तक कि कोई महिला को भर्ती करने और उसका ईलाज करने के लिए अगर तैयार होता था।

- आशा ने उत्तर–प्रदेश में एक PHC में अपने पहले बच्चे को जन्म दिया और उसे रक्तस्त्राव शुरू हो गया। नर्स को यह एक घंटे बाद पता चल सका और उसे 10 किमी दूर जिला अस्पताल रिफर कर दिया गया। उसके परिवार ने उसे नजदीक के निजी क्लिनिक ले जाने का फैसला किया, लेकिन क्लिनिक ने उसका ईलाज करने से मना कर दिया। वह अन्य निजी अस्पताल में ईलाज चाहने के प्रयास में रास्ते में ही मर गई। (क्र .64)

- झारखण्ड की रेशमा को गर्भावस्था के अंतिम दिनों में चेहरे, हाथ और पैर में सूजन आ गई थी। आशा कार्यकर्ता उसे CHC ले कर गई, पर चूँकि, वहाँ कोई लैब सुविधा नहीं थी, वह उसे निजी क्लिनिक ले गई। रेशमा को जब साँस लेने में बहुत ज्यादा दिक्कत होने लगी, तो उसके परिवार वालों ने जिला मुख्यालय के कई निजी अस्पतालों के चक्कर काटे, लेकिन उन्हें निराशा ही हाथ लगी। आखिरकार, वे जब तक उसे जिला अस्पताल में भर्ती करते, तब तक बहुत देर हो चुकी थी और रेशमा अस्पताल पहुँचने के थोड़ी ही देर बाद मर चुकी थी। (क्र. 38)

निजी प्रदाता भी शुरूआती ईलाज के बाद महिलाओं को उनकी हालात बिगड़ने पर सरकारी अस्पतालों में रेफर करते थे।

- उदाहरण के तौर पर उत्तर-प्रदेश की मालती को गर्भ के अंतिम दिनों में दौरे आने शुरू हो गए थे, उसके परिवार ने उसे पास के कस्बे के एक निजी डॉक्टर के पास ले गए। वहाँ से उसे एक और निजी डॉक्टर के पास 8 किमी दूर कस्बे में भेज दिया गया। यहाँ उसे दो घंटे के लिए भर्ती करके रखा गया और दो इंजेक्शन और ऑक्सिजन लगाया गया और फिर जिला अस्पताल के लिए आगे भेज दिया गया। जब उसे वहाँ भर्ती किया गया, तो उसके परिवार को बताया गया कि बच्चा गर्भ में मर गया है, अत: सिजेरियन करना पड़ेगा। लेकिन, इससे पहले कि ऑपरेशन किया जाता, मालती मर चुकी थी। (क्र .101)

निजी अस्पतालों में सेवा की तार्किकता सवालों से परे नहीं थी। दो महिलाएं जो खून चढाने से हुए संक्रमण से मरी, दोनों ने ही निजी सेक्टर में डिलीवरी करायी थी और उन्हें प्रसवोत्तर काल में शायद अनावश्यक संकेतकों के लिए खून चढ़ाया गया था । (क्र. 65 व 119)

प्राइवेट सेक्टर में सेवा की सामान्य गुणवत्ता भी ख़राब निम्न नज़र आती है। यह सार्वजनिक सेक्टर जनित समस्याओं के मुकाबले निजी सेक्टर की नाम मात्र की भी जवाबदेही के अभाव को और बढाती है, जैसे महिलाओं को बिना किसी शुरुआती प्राथमिक देखभाल के रिफर कर देना। 124 मृत महिलाओं में से पांच को सिजेरियन सेक्शन के बाद दिक्कत पैदा हो गयी थी, उनमे से चार ने यह सिजेरियन ऑपरेशन निजी सेक्टर में कराया था।

राजस्थान की कविता का मामला भी इस बात की नजीर बन गई, वह उत्तर-प्रदेश के किसी पड़ोसी शहर से पलायन कर मजदूरी के लिए आई थी। उसे शहर के एक निजी अस्पताल में ले जाया गया जब जाँच में पता चला कि उसे जुड़वाँ बच्चे होने वाले हैं, जिसमे से एक का कुल्हा बाहर आने लगा था। उसे सिजेरियन कराने की सलाह दी गई थी। सर्जरी के लगभग डेढ़ घंटे बाद उसे दिक्कत होने लगी जिसके लिए फिर से सर्जरी की जरुरत पड़ी। जब सर्जरी के समय परेशानी होने लगी तो डॉक्टर ने उसे उसी शहर के मेडिकल कॉलेज में भेज दिया। मेडिकल कॉलेज में भर्ती करने के थोड़ी देर बाद उसकी मौत हो गई। (क्र. 116)

अनौपचारिक प्रेक्टिशनर

अस्पताल आधारित निजी प्रदाताओं के अलावा, अनौपचारिक प्राइवेट प्रेक्टिशनर एक समूह था जो सेवा देता था । झारखण्ड जैसे राज्यों के दूरस्थ आदिवासी जिलों में सार्वजनिक अस्पतालों के मुकाबले ये ज्यादा आसानी से पहुँच में प्रतीत होते है, प्रसव पीड़ा के समय इन्हें अक्सर इंजेक्शन लगाने के लिए बुलाया जाता था (क्र. 22, 72), प्रसवोत्तर समय में बुलाया जाता था यदि गर्भनाल अन्दर छूट जाता था या रक्तस्राव होता था (क्र. 36), और पूर्व-प्रसव जटिलताओं के मामलों में जैसे गर्भाक्षेप या सूजन । (क्र. 12, 15, 17, 37, 38)

मंजू का मामला भी ध्यान देने योग्य है, जो झारखण्ड में खुद एक आशा कार्यकर्ता थी। उसने घर में ही प्रसव कराया और उसकी गर्भनाल अन्दर ही रह गई। उसके परिवार ने स्थानीय डॉक्टर को घर बुलाया, लेकिन उसके थोड़ी देर बाद ही वह मर गई। (क्र .36)

अनौपचारिक चिकित्सकों द्वारा दी जाने वाली सेवा की गुणवत्ता पर बड़े सवालिया निशान लगते है, क्योंकि वे खतरे के लक्षणों को नहीं पहचान पाते हैं।

छत्तीसगढ़ की निर्मला को पूर्व-प्रसव काल में एनीमिया, सिरदर्द और छाती में दर्द के निदान के लिए पी.एच.सी. ले जाया गया। नर्स ने उसे देखा और उसे मेडिकल कॉलेज ले जाने का सुझाव दिया। PHC में कम्पाउंडर ने हालाँकि परिवार को दिलासा दिया कि वह घर में जाकर ईलाज कर सकता है, और वह भी कुछ लिए बगैर। उसने खून का भी इंतजाम किया और घर में ले जाकर चढ़ा दिया। जब उसे 6 घंटे बाद दौरे के साथ बेहोशी होने लगी तो उसने उसे शहर ले जाने की सलाह दी, और निर्मला शहर तक कभी न पहुँच सकी। (क्र .79)

गर्भपात सेवा एक और क्षेत्र है जहाँ महिलाएं निजी सेक्टर से सेवा लेने के लिए बाध्य नज़र आती है। असुरक्षित गर्भपात की वजह से हुई पांच मौतों में से तीन गर्भपात उत्प्रेरित था, यानि अनचाहे गर्भ की वजह से महिलाओं ने खुद करवाया था। सभी तीनों महिलाएं जिन्होंने अनचाहे गर्भ को ख़त्म करने की प्रक्रिया में अपने जीवन से हाथ धो बैठी, अयोग्य प्रदाताओं के पास गयी थी, दो पारंपरिक वैद्यों के पास और एक उस ANM के पास गयी थी, जो घर पर गर्भपात सेवा मुहैया कराती थी। इन पांच महिलाओं में से तीन ने सरकारी अस्पतालों में सेवा प्राप्त करना चाहा, जब उन्हें जटिलता होने लगी, लेकिन एक को भी कोई निश्चित ईलाज नहीं दिया गया, जो उनकी मौत के लिए जिम्मेदार साबित हुआ । (क्र. 68, 71, 89)

अध्याय 9

एनीमिया से निपटना

सैम्पल में 124 में से 22 मौतों का कारण एनीमिया था और कम से कम 4 और मौतों की वजह भी बना। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे (NFHS) भी देश भर में गर्भावस्था में एनीमिया की उच्च प्रचलित दर (58%) दिखाता है। (23) उसके बाद भी, प्रसवपूर्व देखभाल में एनीमिया की पहचान और उसका उपचार, प्राथमिकता नही दिखती और न ही एनीमिया का प्रसवकालीन प्रबंधन पर्याप्त था।

पूर्व प्रसव देखभाल में एनीमिया को ठीक नहीं किया गया

हिमोग्लोबिन का आंकलन और प्रसव से पहले एनीमिया का ईलाज पूर्व-प्रसव देखभाल का एक महत्वपूर्ण अंग है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के तहत ग्राम स्वास्थ्य व पोषण दिवस के एक हिस्से के रूप में समुदाय में सभी गर्भवती महिलाओं का हिमोग्लोबिन आंकलन किया जाना जरुरी है। (28) हमारे साक्षात्कार में बहुत से परिवारों ने बताया कि पूर्व-प्रसव सेवा के वक्त रक्त जाँच नहीं की गयी थी। जहाँ परिवारों ने जांचकर्ताओं को पूर्व-प्रसव कार्ड दिखा पाने में कामयाब रहें, वहीँ पर रिकार्ड से मिलान हो पाया। अगर रक्त जाँच (शायद हीमोग्लोबिन अनुमान) की भी गई तो उन्हें इस बारे में नहीं बताया गया कि क्या परिणाम सामान्य थे। कुछ मामलों में परिवार वालों ने जानकारी दी कि उन्हें बताया तो गया था कि महिला एनीमिया से ग्रस्त है, लेकिन कुछ आयरन की गोली देने के सिवाय एनीमिया का उपचार करने के लिए कुछ विशेष नहीं किया गया।

- गुजरात के दाहोद जिले की प्रेमा अपनी गर्भावस्था में 2 ग्रा./डीएल. के हीमोग्लोबिन के साथ गंभीर रूप से एनीमिक थी। हालाँकि उसे एक निजी नर्सिंग होम से आयरन की गोलियां देकर भेज दिया गया। उसके बाद से उसे पूर्व-प्रसव रक्तस्त्राव हो गया और उसकी मृत्यु हो गई। (क्र .2)

- ओड़िसा के मयूरभंज से उमा पिछली गर्भावस्था से ही एनीमिक थी और उसे खून भी चढ़ाया गया था। तब भी, उसके हीमोग्लोबिन की जाँच इस गर्भावस्था में नहीं की गई थी। उसने अंततः उप-संभागीय अस्पताल में बच्चे को जन्म दिया और उसके दो घंटे बाद प्रसव पश्चात् रक्तस्त्राव से मर गई। (क्र .57)

- छत्तीसगढ़ की निर्मला को अपनी तीसरी गर्भावस्था में VHND में गंभीर एनीमिया निकला था। हालाँकि उसे कोई उपचार नहीं दिया गया था। वह आख़िरकार गर्भाक्षेप और गंभीर एनीमिया से मर गई। (क्र .79)

अगर कहीं एनीमिया का कुछ निदान कर उपचार शुरू किया गया, वहां पर भी महिला का पर्याप्त ईलाज होता हो उस पर निगरानी या नियमन सुनिश्चित करने का कोई फ़ॉलो-अप तरीका दिखाई नहीं दिया। एनीमिया के महत्त्व और उसके ईलाज के सम्बन्ध में औरतों को जागरूक करने की जरुरत निम्न वृतांतों से उपजते है। बहरहाल, जैसा कि हम अगले अध्याय में वर्णन करेंगे, इसके लिए कोई तौर-तरीका नहीं हैं-

- उदाहरण के लिए, सुरेखा झारखण्ड के गोड्डा जिले में एक 20 वर्षीय आदिवासी महिला आठवें महीने में एनीमिया के कारण जिला अस्पताल में भर्ती की गई। जब उसके परिवार ने बगैर ईलाज के लौटने का फैसला किया, तो उसके हालात का जायजा लेने कोई फॉलो-अप समुदाय में नहीं था। जब उसे प्रसव पीड़ा शुरू हो गई, तो उसे CHC ले जाया गया और उसे सामान्य प्रसव हुआ, लेकिन उसके बाद वह बेहोश हो गई। बड़े अस्पताल ले जाते समय सुरेखा की मौत हो गई । (क्र.19)

- दाहोद जिले की आदिवासी महिला, मैना अपनी पहली गर्भावस्था में एनीमिक निकली (हीमोग्लोबिन 8 ग्रा/डीएल.)। हालाँकि, उसे कोई आयरन की टेबलेट भी नहीं दी गई थी। निजी अस्पताल में प्रसव के बाद उसे जिला अस्पताल खून चढ़ाने के लिए रिफर कर दिया गया, लेकिन उसके परिवार ने उसे वापस घर लाने का फैसला किया। न तो निजी अस्पताल से और न ही जन-स्वास्थ्य व्यवस्था से कोई फॉलो-अप किया गया कि, उसे किसी उच्च स्वास्थ्य केंद्र में ईलाज के लिए ले जाना निश्चित किया जाता। मैना घर लौटते समय रास्ते में ही मर गई। (क्र. 6)

एनीमिया से जटिल होता प्रसव और ख़राब गुणवत्ता की देखभाल

गर्भावस्था में उच्च व्यापकता का एनीमिया होने और पूर्व-प्रसव काल के हालात में पर्याप्त निदान और ईलाज के न होने से, बहुत से औरतों को पहले से ही कम हिमोग्लोबिन के साथ प्रसव पीड़ा शुरू होती है, जो थोड़े से भी खून के बहने को खतरनाक बना देता है। यह भी सर्व विदित है कि सामान्य से गंभीर एनीमियाग्रस्त महिलाओं को प्रसव पीड़ा और डिलीवरी के लिए विशेष देखभाल की जरुरत होती है, ताकि उन्हें बहुत ज्यादा खून न जाये और वह डिलीवरी के फ़ौरन बाद वाले घंटे में ह्रदयगति रुकने (कार्डिएक फेलर) के खतरा न रहे। हांलांकि, स्वास्थ्य केन्द्रों में ख़राब दर्जे की सुविधा का यही मतलब दिखाई देता है कि महिलाएं ऐसी कोई भी सेवा नहीं प्राप्त कर पाती।

इस रिपोर्ट में संकलित 22 में से कमसे कम 11 महिलाओं की मौत एनीमिया से हुई, जिसमें मृत्यु की त्वरित वजह कार्डिएक फेलर थी। इन महिलाओं को बचाया जा सकता था, यहाँ तक कि उस चरण में भी अगर कार्डिएक फेलर रोकने के लिए पर्याप्त मेडिकल प्रबंधन उपलब्ध होता। इसके अलावा, कम से कम आठ मौतें, जो रक्तस्राव की वजह से हुई थी, एनीमिया ने उसे और बढ़ा दिया था और वह उसके लिए संभवत: एक जिम्मेदार कारक था।

- 20 साल की बुला, गुजरात में दाहोद की रहने वाली थी। अपनी गर्भावस्था के दौरान साँस की तकलीफ होने से वह एक निजी अस्पताल गई, तो पता चला कि वह एनीमियाग्रस्त है। फिर भी उसे आई.वी. फ्लूड ही दिया गया। बाद में उसने मेडिकल कॉलेज अस्पताल में एक मृतजात बच्चे को जन्म दिया, प्रसव के तुरंत बाद गंभीर साँस की तकलीफ शुरू हुई और कुछ घंटो बाद चल बसी (क्र.1)

- छत्तीसगढ़ की हेमा का वजन बेहद कम था (35 किलो) और गर्भावस्था के दौरान हिमोग्लोबिन भी कम था। यह स्पष्ट नहीं है कि इसके लिए उसने कोई ईलाज लिया था। निजी अस्पताल में डिलीवरी के पश्चात, उसे सूजन और साँस की तकलीफ हो गयी और वह बहुत चिढ़चिढ़ी होने लगी। उसे एक यूनिट रक्त लगाया गया ,लेकिन वह 12 घंटे के अन्दर मर गई। (क्र.80)

- ओड़िसा के मयूरभंज जिले की उमा की कहानी इस अध्याय के पहले अनुच्छेद में दी गई है, जो बताती है कि कैसे पूर्व-प्रसव काल में अनुपचारित एनीमिया पी.पी.एच. से हुई मौत के लिए जवाबदार है। (क्र .57)

प्रसवोत्तर काल में अनुपचारित एनीमिया

वृतांतों से यह भी दिखाई देता है कि प्रसवोत्तर देखभाल की कमी की वजह से आमतौर पर एनीमिया प्रसवोत्तर काल में अनुपचारित ही रहा। जबकि, अनुपचारित एनीमिया बाद की मातृत्व मौतों के लिए खुद कारण रहा है, हिमोग्लोबिन की सतत कमी, जो अनुपचारित हो, भविष्य में होने वाले गर्भको प्रभावित कर सकता है।

- इस अध्याय के पहले अनुच्छेद में दिखाई गई उमा की कहानी ऐसे दुष्चक्र का सटीक उदाहरण है। उसे अपनी पिछली गर्भावस्था में एनीमिया था,जो अभी उसे खून चढ़ाने की प्रमाणिक वजह के लिए काफी था। इस गर्भावस्था में हालाँकि उसका हीमोग्लोबिन जाँच

भी नहीं की गई ताकि एनीमिया का पता चल सके। बाद में वह प्रसव के दो घंटे के भीतर ही उप–संभागीय अस्पताल में PPH से मर गई। (क्र .57)

बहुत से दुर्बलताओं में एक एनीमिया

एनीमिया बहुत सी दुर्बलताओं के साथ मौजूद होता है। एनीमिया पीड़ित महिलाएं भी बहुत तरीकों से कुपोषित थी, वो प्रवासी मजदूर थी, उन्हें अन्य रुग्णता थी, जैसे तपेदिक या दुर्गम टोलों में घर था जहाँ सुविधाओं तक सीमित सुगमता थी। इन बहु– दुर्बलताओं ने एक दूसरे को बारी–बारी मजबूत किया और महिला को मरने के लिए मजबूर कर दिया।

- गुजरात के दाहोद से प्रेमा एक आदिवासी महिला, अपने तीसरे बच्चे के लिए गर्भवती थी। उसके दोनों बच्चे अपनी शैशवास्था में ही चल बसे थे। वह पहले मजदूरी के लिए मौसमी पलायन करती थी और रतौंधी व एनीमिया से पीड़ित थी। वर्तमान गर्भ के दौरान एक निजी अस्पताल में वह गंभीर रूप से एनीमिक पाई गई जिसमें उसका हीमोग्लोबिन स्तर खतरनाक ढंग से मात्र 2ग्रा/डीएल पर था। लेकिन उसे सिर्फ आयरन गोलियां दे कर ईलाज किया गया । बाद में उसे पूर्व–प्रसव रक्तस्त्राव हो गया और एक निजी अस्पताल में भर्ती होने और ऑपरेशन कराने से पूर्व 5 अलग–अलग अस्पतालों में भटकना पड़ा । यद्यपि, सर्जरी के बाद उसे चार यूनिट खून चढ़ाया गया, पर तब तक बहुत देर हो चुकी थी और वह कुछ घंटे बाद मर गई ।(क्र.2)

- उसी तरह, उर्मिला पंचमहल, गुजरात की एक आदिवासी महिला थी, जो कॉटन मिल में प्रवासी मजदूर थी। यह उसकी चौथी गर्भावस्था थी। उसने अपना पहला बच्चा एक विनिर्माण स्थल पर जन्म दिया था, जहाँ वह काम कर रही थी, और अगले दो बच्चों को घर पर। उसे पहले तपेदिक का संक्रमण भी हो गया था, जो पूरी तरह उपचारित हो गया था। उर्मिला सिर्फ एक बार ही ANC के लिए PHC गई थी। लेकिन उसका हीमोग्लोबिन नहीं जाँचा गया था और उसे सिर्फ दस आयरन फ़ॉलिक एसिड की गोलियाँ दी गई थी। आख़िरकार उसे श्वांस की तकलीफ शुरू हो गई थी और घर लौटने से व मरने से पहले उसने विभिन्न जगहों पर सेवा ली। शायद एनीमिया और कार्डिएक फेलर से। (क्र .4)

- रूपा, छत्तीसगढ़ के एक पुनर्वासित गाँव में रहती थी, क्योंकि उसके गाँव को बाघ रिजर्व घोषित कर दिया गया था । वह सिर्फ 17 वर्ष की थी और अपने पहले बच्चे के लिए गर्भ से थी। चूँकि वह एक पुनर्वासित गाँव में रहती थी, जो किसी भी सड़क मार्ग से 10 किमी दूर था, उसको कोई भी सेवा नहीं मिली, न तो उसके गाँव में कभी कोई ANM आई, न ही वहाँ कोई ICDS केंद्र था। उसे बताया गया था कि वह एनीमिक है, जब उसने किसी स्थानीय प्रेक्टिशनर से पूर्व–प्रसव जाँच करायी थी। पर उसके लिए कोई ईलाज नहीं ली। घर पर दाई से प्रसव कराने पर उसे खून बहना शुरू हो गया और इससे पहले कि किसी अस्पताल तक ले जाने के लिए किसी वाहन का इंतजाम होता वह मर चुकी थी। (क्र.99)

सिकल सेल एनीमिया और मलेरिया – संदर्भित मुद्दे जिन्हें हल नहीं किया गया

यह सच है कि, देश के कुछ इलाके मलेरिया ग्रसित है। उसी तरह कुछ इलाकों में सिकल सेल एनीमिया व्याप्त है। इन दोनों ही हालात में एनीमिया हो सकता है या बढ़ सकता है। यह बहुत सी कहानियों में भी दिखाई दिया। हालाँकि ऐसी जगह जहाँ यह ज्यादा व्यापक हैं, इन्हें ठीक करने के लिए कोई विशेष प्रयास नहीं किए गए।

- गढ़चिरोली महाराष्ट्र की 22 वर्षीया अनीता की प्रथम गर्भावस्था में नियमित जाँच के दरमियान सिकल सेल एनीमिया की पहचान हुई। हालाँकि उससे निपटने के लिए कोई योजना नहीं बनाई गई थी। तदनंतर, वह बाधित प्रसव (Obstructed Labour) से मर गई, जिसे ठीक ढंग से न निदान किया गया था न प्रबंध। (क्र.45)

- गढ़चिरोली जिले से ही वीणा, एक 23 वर्षीया डिप्लोमाधारी थी, जिसे सिकल सेल एनीमिया था, लेकिन उसने अपने पति या ससुराल वालों को सामाजिक अभिशाप के चलते कभी नहीं बताया। शादी के तुरंत बाद बच्चा पैदा करने के दबाव के कारण, वीणा गर्भावस्था के दौरान बहुत सी दिक्कतों में घिर गई, उसे बार–बार यौनिक संक्रमण और डेंगू हो गया था। जिला अस्पताल में सामान्य प्रसव के बाद उसकी हालात बिगड़ने लगे। उसका हीमोग्लोबिन और प्लेटलेट्स बहुत नीचे गिर गया था। बच्चे के जन्म के तीन दिन बाद वह मर गई, बावजूद इसके कि उसका गहन ईलाज निजी अस्पताल में चल रहा था। (क्र .49)

- रीता, अपने पहले बच्चे के लिए गर्भवती 16 वर्षीया आदिवासी युवती थी, जो झारखण्ड के गोड्डा जिले में रहती थी। उसकी गर्भावस्था के दौरान उसे मलेरिया हो गया था और वह रतौंधी व एड़ी की सूजन से ग्रसित थी। टेटनस टाक्साइड की एक खुराक के सिवाय उसे कोई पूर्व–प्रसव सेवाएँ नहीं मिली । नौवें माह के गर्भ के समय उसे गर्भाक्षेप हो गया और उसे पड़ोसी राज्य बिहार के मेडिकल कॉलेज रिफर कर दिया गया, जहाँ उसे सिजेरियन से प्रसव हुआ। वह बहुत कमजोर हो गई थी और उसे श्वांस की तकलीफ होने लगी, यद्यपि उसे 2 यूनिट खून दिया गया, पर दसवें दिन उसकी हालत बिगड़ने लगी और वह मर गई । (क्र .18)

इस अध्याय में जो कहानियां थी, वे रेखांकित करती है कि कैसे एनीमिया जैसे महत्वपूर्ण मुद्दों को विभिन्न स्तरों पर हस्तक्षेप की जरुरत होती है, जो पूरी तरह से बगैर हल किये ही छूट गए। प्रजनन के दौरान महिलाओं की कठिन जरूरतों के प्रति समुदाय को संवेदनशील बनाना भी इसमें शामिल है।

अध्याय 10

जानकारी के सन्दर्भ में महिलाओं की अधूरी जरुरतें

जन्म की तैयारी (बर्थ प्रीपेडनेस) या आपातस्थिति से निपटने (इमरजेंसी रेडीनेस) पर कोई जानकारी नहीं

पिछले अध्यायों में भी इंगित किया गया है कि पूर्व –प्रसव सेवा जिसे समुदाय के बीच ही प्रदान किया जाना चाहिए था, पूरी तरह गायब थी। इसका परिणाम महिलाओं द्वारा पर्याप्त पूर्व–प्रसव सेवा का न मिलना है, इसका यह भी मतलब है कि महिला और उसके परिवार के लिए गर्भावस्था के दौरान अच्छे प्रयासों से संबधित जानकारी का कोई प्रावधान नहीं था । अब यह साबित हो गया है कि जन्म के लिए तैयारी और आपातस्थिति से निपटने की तत्परता सुरक्षित प्रसव और डिलीवरी सुनिश्चित करने का तरीका है । उन मृत महिलाओं की कहानियां बताती है कि वैसी तैयारियों में बहुत से मामलों में घोर कमियाँ थी।

- उदाहरण के लिए सुधा गुजरात के दाहोद जिले की एक आदिवासी महिला थी, जिसका यह पाँचवा गर्भ था और पहले उसे एक मृतजात शिशु पैदा हुआ था । उसकी बहु–प्रसवता और पिछला खराब प्रसव परिणाम उसे इस बार अपने आप जटिलता के उच्च खतरे पर रखता था । हालाँकि, अपनी पूरी गर्भावस्था में एक बार भी उसे पूर्व–प्रसव जाँच सेवा नहीं मिली । पूर्व–प्रसव देखभाल की आवश्यकता पर उसे कोई भी जानकारी नहीं दी गई थी, न ही उसके प्रसव कराने के लिए कोई योजना तैयार थी । बल्कि स्थनीय आशा ने उसे उसकी पूरी गर्भावस्था के दौरान एक बार भी देखने नहीं गई। जब उसे प्रसव का दर्द उठा, तो उसके परिवार ने 108 एम्बुलेंस सेवा को बुलाया। उसे एम्बुलेंस के आने का दो घंटे तक इंतजार करना पड़ा और जहाँ एम्बुलेंस पहुँची वहाँ ङकिमी तक उसे चादर में उठा कर ले जाना पड़ा। बाद में तालुका अस्पताल में बगैर किसी डॉक्टर के देखे उसका देहांत हो गया । (क्र .8)

- झारखण्ड से स्वयं आशा की कहानी जन्म की तैयारी और योजना की कमी को उजागर करती है, यह उसका पाँचवा गर्भ था और दो बच्चे अपने शैशव–काल में ही मृत हो चुके थे। फिर भी उसे किसी भी किस्म की पूर्व–प्रसव सेवा नहीं मिली थी और घर पर ही उसका प्रसव हुआ । अन्दर रह गए गर्भनाल की वजह से रक्तस्त्राव से उसकी मौत हो गई थी। (क्र .36)

ऐसा प्रतीत होता है कि गर्भावस्था के दौरान खतरे के चिन्ह और आपात स्थिति में क्या किया जाए इसकी जानकारी महिलाओं और उसके परिवार के लोगों को पता नहीं होती। इसका परिणाम यह हुआ कि बहुत से परिवार जीवन को खतरे में डालने वाली जटिलताओं का सामना करते हुए, कीमती समय नष्ट कटे हुए पारम्परिक वैद्य और स्थानीय अनौपचारिक चिकित्सकों की सेवा लेने लगे। जैसा कि पहले वर्णन किया जा चूका है, कि सच्चाई तो यह थी कि आपातकालीन वाहन ने रात में आने से मना कर दिया था या संकटग्रस्त महिला को ले जाने से इंकार कर दिया था, और प्राइवेट गाड़ियाँ महंगी थी और मुश्किल से मिलती थी, जिससे विलम्ब बढ़ता गया।

- झारखण्ड के गोड्डा जिले के सुन्दर पहाड़ी की बेनी अपनी गर्भावस्था के दौरान कोई भी पूर्व–प्रसव सेवा प्राप्त नहीं कर सकी। आठवें माह के दौरान उसे दौरे आने लगे पर उसके परिवार वाले आने वाले संकट को पहचान नहीं पाए। कुछ घंटों बाद भी उन्होंने स्थानीय प्रेक्टिशनर को दिखाने में समय व्यर्थ किया और फिर उसको पड़ोस के गाँव में एक पारम्परिक ओझा को दिखाने के लिए ले गए। जब उसकी हालत में कोई सुधार नहीं हुआ तो परिवार वालो ने आख़िरकार ममता वाहन को बुलाने का फैसला किया, पर उसने रात होने की वजह से आने से मना कर दिया । बेनी किसी अस्पताल में आने से पहले ही मर गई। (क्र .12)

- गोड्डा जिले से ही शिखा की कहानी भी मिलती जुलती है। उसे भी कोई पूर्व–प्रसव सेवा नहीं मिली और वह खतरों के लक्षण से वाकिफ़ नहीं थी। पाँचवे महीने के बाद से उसके पैरों की सूजन के बावजूद उसने कोई सेवा नहीं ली। जब उसे सिरदर्द और दौरा आने

लगा तो उसके परिवार को गंभीरता समझ आई। उन्होंने स्थानीय डॉक्टर से संपर्क किया जिसने मलेरिया का ईलाज शुरू कर दिया था। जब आख़िरकार आशा द्वारा ममता वाहन बुलाया गया, तो उसने आने से मना कर दिया और शिखा मर गई। इससे पहले कि कोई और वाहन का इंतजाम हो पाता । (क्र .15)

- झारखण्ड के गोड्डा के पोरियाहाट की सिमली टेटनस टाक्साइड के एक इंजेक्शन के अलावा कोई पूर्व-प्रसव सेवा हासिल नहीं कर पाई। उसके परिवार को गर्भावस्था के खतरे के लक्षणों पर कोई जानकारी नहीं दी गई थी। जब उसे दौरे शुरू हुए तो परिवार ने पारंपरिक वैद्य की सेवा लेने के लिए तीन दिन बर्बाद करने के बाद उसे अस्पताल ले कर गए। (क्र .15)

- ओड़िसा के मयूरभंज जिले की लेखा ने वी.एच.एन.डी. में पूर्व-प्रसव जाँच करायी। हालाँकि, घर पर प्रसव कराने के उपरांत गर्भनाल बाहर नहीं आया, तो भी उसके परिवार ने 16 घंटे तक कोई सेवा नहीं ली, बल्कि एक पारम्परिक बैद्य को दिखाना पसंद किया। वह घर पर ही मर गई। (क्र .53)

इनमें से कई जगहों पर जहाँ यह महिलाएं रहती थी, बजाय औपचारिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जाने के पारंपरिक बैद्य और स्थानीय डॉक्टर से सेवा लेने के परिवार के फैसले को वहां पर सीमित आपात सेवा ने भी कुछ हद तक प्रभावित किया। रेफरल में जवाबदेही का अभाव और यह सच्चाई कि परिवार को समस्या की गंभीरता और तुरंत ईलाज की जरुरत को समझने के लिए पर्याप्त जानकारी बहुधा नहीं दी जाती थी, की वजह से भी परिवार कभी औपचारिक अस्पताल तो कभी पारंपरिक वैद्यों के बीच दौड़ते-भागते रहते थे।

- जनका, जो उत्तरप्रदेश के बाँदा से थी, का मामला भी एक उदाहरण है। वह पेट दर्द के लिए उप-स्वास्थ्य केंद्र चली गई, जहां उसे बताया गया कि उसे प्रसव का दर्द हो रहा है, और उसे कुछ घंटे रखकर शाम को घर भेज दिया गया । जब अगली सुबह वह लगातार पेट दर्द के चलते वह जिला अस्पताल गई, तो उसे बताया गया कि वो एनीमिक है और उसे मेडिकल कॉलेज जाने को कहा गया। इस स्थिति में उसके परिवार ने उसे पारम्परिक ओझा को दिखाने का फैसला किया। अगले दो दिनों तक उन्होंने जनका को सात अलग-अलग जगहों पर ओझा को दिखाया, जबकि उसकी स्थिति लगातार बिगड़ रही थी। आख़िरकार, तीसरे दिन वे उसे CHC वापस ले आए , जहाँ से उसे आगे रिफर कर दिया गया। मेडिकल कॉलेज ले जाते समय रास्ते में उसकी मौत हो गई। (क्र.103)

पारंपरिक वैद्यों से सेवा लेने के परिणामस्वरुप प्राय: जटिलताओं के उपयुक्त ईलाज शुरू करने में विलम्ब होता है, लेकिन कुछ मामलों में, स्थानीय अनौपचारिक प्रेक्टिशनर महिला की स्थिति की गंभीरता को समझ लेते थे, और उसे बड़े अस्पताल ले जाने की सलाह देते दिखाई देते थे। यह तथ्य इन प्रेक्टिशनर के साथ काम करने की जरुरत पर बल देता है, कम से कम संसाधन-विहीन इलाकों में, जहाँ वे अब भी सेवा मिलने के पहले स्रोत है। प्रसूति जटिलताओं को पहचानने की उनकी क्षमता बढ़ाने की जरुरत है, ताकि जीवन को खतरे में डालने वाली आपातस्थिति में हुए विलम्ब को रोका जा सके।

अस्पतालों में जानकारी का अभाव

पूर्व-प्रसव काल में पर्याप्त जानकारी का अभाव जहाँ महिलाओं को उपयुक्त स्वास्थ्य सुविधा प्राप्त करने के अवसर सीमित करता है, वहीँ कुछ मामलों में, महिला और उसके परिवार को जन स्वास्थ्य केन्द्रों में भी स्वास्थ्य सेवा पाने के लिए पर्याप्त जानकारी नहीं मिली। बल्कि परिवारों को यहाँ से वहाँ व्याकुलता से दौड़ भाग करने छोड़ दिया गया।

- रीमा पहली बार गर्भवती हुई, मयूरभंज(ओड़िसा) की एक 19 वर्षीया आदिवासी महिला थी। वह दूरस्थ इलाके जंगल के भीतर अपनी मौसी सास के साथ रहती थी। चूँकि, यहाँ उसका ससुराल नहीं था उसे कोई भी हकदारी सेवाएँ नहीं मिली। न तो पूर्व-प्रसव देखभाल और न ही ICDS सेवाएँ। जब सातवें माह में उसे खून आना शुरू हुआ तो स्थानीय आशा कार्यकर्ता ने उसे अस्पताल भेजने

की सलाह दी, परन्तु वह उसके साथ नहीं गई क्योंकि रीमा उसके कार्यक्षेत्र में नहीं रहती थी । रीमा का पति अपने गाँव पैसों का इंतजाम करने वापस चला गया और वे दो दिन बाद उसे CHC ले गए। ऐसी परेशानी के साथ CHC पहुँचने पर, दो घंटे से भी ज्यादा समय तक उसे देखा नहीं गया था । उन्हें नहीं पता था कि कहाँ जाए, आख़िरकार वे वनग्राम में अपने घर लौट आए, जहाँ रीमा को लगातार खून बहता रहा और अगले दिन वह मर गई। (क्र .56)

- रिफरल खंड में बयाँ की गई झारखण्ड के गोड्डा जिले की कांता की कहानी।(क्र.26) भी वैसी ही है। उप स्वास्थ्य केंद्र में प्रसव के बाद जब कांता को तेज पेट दर्द शुरू हुआ तो बड़ी मुश्किल से उसके परिवार वालों ने उसे जिला अस्पताल तक ले गए। और जब वे वहाँ पहुंचे तो उन्हें नहीं पता था कि उन्हें कहाँ जाना है, और कैसे। और जब तक परिवार व्यग्रता से पता कर पाते कांता गाड़ी में ही मर गई। तब भी परिवार को उपयुक्त जानकारी नहीं मिल पाई इस डर से कि उनके ऊपर दोष लगाया जाएगा, और पोस्टमार्टम भी होगा, वे जल्दी से कांता की लाश घर ले आए।

अध्याय 11

निष्कर्ष और सिफारिशें

पिछले अध्यायों में 124 मातृत्व मौतों के लिए जिम्मेदार विभिन्न कारकों का हमने विस्तार से कारण देने का प्रयास किया है। हालाँकि, इस अध्ययन के लिए चयनित प्रतिदर्श सोद्देश्य (purposive sample) थे, फिर भी निष्कर्ष में ऐसा कुछ नहीं था जो इंगित करे कि चयनित किये गए केस असाधारण या असामान्य थे। इन कहानियों से सरासर यही निकलता है कि लगभग सभी मौतों को टाला जा सकता था। हमने रिपोर्ट में परिशिष्ट–1 के तालिका के आखरी कॉलम में उन चुके–अवसरों को सूचीबद्ध किया है, जो प्रत्येक मौतों को रोक सकती थी। जो, आपात सेवा सहित मातृत्व स्वास्थ्य सेवा देने के लिए स्वास्थ्य व्यवस्था की गंभीर विफलता को उजागर करती है। यद्यपि, अध्ययन से निकले परिणाम मातृत्व स्वास्थ्य पर केन्द्रित रहे हैं, पर हमारे शुरूआती आंकड़े इंगित करते है कि स्वास्थ्य व्यवस्था के गड़बड़ा जाने से नवजातों का स्वास्थ्य भी बुरी तरह प्रभावित होता है – जिसका आगे अध्ययन किया जाना चाहिए।

पिछले 15–20 वर्षों में दुनिया भर में मातृत्व स्वास्थ्य विकास का महत्त्वपूर्ण आयाम बन कर उभरा है। मातृत्व मृत्यु में कमी को सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (MDG) में शामिल करने से इसे अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर आगे बढ़ाया गया है। इससे मातृत्व मृत्यु पर बेहतर ध्यान देना संभव हुआ, जिससे सरकारों को मातृत्व मृत्यु घटाने के लक्ष्य को प्राप्त करने की प्रगति पर समय–समय पर रिपोर्ट देना होता है।

मातृत्व स्वास्थ्य विगत 15–20 वर्षों में दुनिया भर में विकास का महत्वपूर्ण आयाम बन कर उभरा है। मातृत्व मृत्यु में कमी को सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (MDG) में शामिल करने से इसे अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर प्रसार मिला है. इससे मातृत्व मृत्यु पर बेहतर ध्यान देना संभव हुआ है जिससे सरकारों को मातृत्व मृत्यु घटाने के लक्ष्य को प्राप्त करने की प्रगति पर समय समय पर रिपोर्ट देना होता है।

हालाँकि, MDG ने मातृत्व स्वास्थ्य को सिर्फ मातृत्व मृत्यु घटाने और कौशलपूर्ण प्रसव (स्किल्ड अटेंडेंस एट बर्थ) के लक्ष्य पाने तक सीमित रख दिया है, जिसका दुर्भाग्यपूर्ण असर मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले व्यापक निर्धारकों को भूल जाना रहा है। ऐतिहासिक रूप से यह ऐसी स्थिति में परिणित हो गया जहाँ ICPD POA1994 का फायदा जिसने प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार को परिभाषित किया था, बहुत हद तक खत्म हो गया। (33) दूसरा परिणाम यह भी हुआ कि वैश्विक दानदाता अन्य कार्यक्रमों को छोड़कर कौशलपूर्ण प्रसव पर ध्यान देने लगे और उन रणनीति पर पैसा लगाने लगे जो संस्थानिक प्रसव को कौशलपूर्ण प्रसव मान लेती है, उदाहरण के तौर पर, जननी सुरक्षा योजना।(9)

स्वास्थ्य व्यवस्था को मजबूत करने के उद्देश्य से पिछले आठ साल में भारत सरकार ने कई हजार करोड़ रूपए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में लगा चुकी है, और मातृत्व मृत्यु पर वैश्विक एकाग्रता बनाए रखते हुए इस निवेश का बड़ा हिस्सा मातृत्व स्वास्थ्य सेवा पर केन्द्रित रखा है। हालाँकि, हमने पाया कि इन 124 महिलाओं को विभिन्न समय में स्वास्थ्य व्यवस्था से बारम्बार असफलता हाथ लगी ।

- समुदाय में पूर्व–प्रसव सेवा कमोबेश अनुपलब्ध थी और जितना भी महिलाओं को मिली वह अपर्याप्त थी। उच्च खतरे के कारकों की पहचान और उन्हें हल नहीं किया गया था।
- एनीमिया, हांलांकि, एक बड़ी समस्या रही है, फिर भी चाहे पूर्व–प्रसव हो, प्रसव के दौरान या प्रसवोत्तर काल में उसे बगैर पहचाने और ईलाज के छोड़ दिया जाता है।
- आपात स्थिति में परिवहन के लिए हालाँकि, कई कार्यक्रम बनाये गए हैं, लेकिन वे अनुपलब्ध होते है या उनमे विलम्ब होता हैं और मुख्य रूप से दूसरे चरण की देरी के लिए जिम्मेदार होते हैं।
- तीसरे चरण की देरी के बहुत से उदाहरण रहे हैं और आपात प्रसूति सेवाएँ अनुपलब्ध, विलम्ब से और अनुपयुक्त थी।

- रेफरल व्यवस्था ठीक से नहीं चल रही थी, परिणामत: महिलाओं को एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल बिना उपयुक्त ईलाज के धकेला जाता था, जबकि जीवन को खतरे में डालने वाली जटिलताओं से वे पीड़ित थी।

- प्रसवोत्तर सेवा अनुपलब्ध थी, जबकि यही वह सबसे महत्वपूर्ण समय होता है, जब मृत्यु हो सकती है।

इनमे से बहुत से मुद्दे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के तहत पहले से अस्तित्व में रहे मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम द्वारा हल किये जाने चाहिए थे। हांलांकि, जननी सुरक्षा योजना जैसे कार्यक्रम अपने लक्ष्य से भटकते नज़र आते है, जो संस्थागत प्रसव के लिए मांग पैदा करते हैं, जबकि स्वास्थ्य व्यवस्था की मजबूती पीछे रह गयी है। यह निम्न उदाहरणों से स्पष्ट दिखाई देता है।

- खून की उपलब्धता का अभाव एक गंभीर कमी बनी हुई है, बावजूद इसके कि प्रत्येक जिले में ब्लड बैंक और हरेक रक्त में रक्त भंडार इकाई (Blood Storage Unit) स्थापित करने की योजना है। हमारे सैंपल के कुछ जिलों में एक भी ब्लड बैंक नहीं था।

- वर्तमान में सार्वजनिक सेक्टर अस्पतालों के अंतर्गत चरणबद्ध EmOC सुविधा देने के लिए विस्तृत योजना बनायीं गयी। फिर से, इनका क्रियान्वयन नहीं हुआ। वृतांतों से हम देखते है कि जिला अस्पताल CEmOC कार्य में और PHC व सी.एच.सी. BEmOC स्तर की सेवा में असक्षम है, जिसकी वजह से काफी देर होती है. हाल के विस्तृत डेटाबेस से जो भी आंकड़े उपलब्ध है,वे भी इस बात की तस्दीक करते हैं।

इसके अलावा, हमने देखा कि व्यापक अधोसंरचना जैसे कि सड़क के अभाव भी कई इलाको में रहे हैं, जहाँ इन महिलाओं की मौत हुई। बेशक, जब मौतों के सैम्पल का विश्लेषण किया गया, स्वास्थ्य व्यवस्था की असफलता इतनी व्याप्त थी कि हमने पाया कि तीन विलम्ब फ्रेमवर्क मातृत्व मृत्यु के विश्लेषण के लिए अपर्याप्त थी। बहुत से मामलों में विलम्ब बार–बार और चक्रीय था।

- सेवा की चाह में महिलाएं विभिन्न अस्पतालों के चक्कर लगाती रही, उन्हें मना करने पर वे तीन विलम्ब के चक्र में हर बार पुनर्प्रवेश कर जाती थी।

- उसी तरह अस्पतालों की संवृति थी जो किसी भी तरह की सेवा से इंकार कर रहे थे, जबकि वह उन्हें वास्तव में MOC केंद्र निर्धारित किया गया था, इस तरह तीसरे चरण के विलम्ब में एक नया आयाम जुड़ गया।

- उसी तरह, गंभीर एनीमिया, जो पूर्व–प्रसव काल में अनुपचारित रहने से बाद में प्रसव के वक्त मौत के लिए जिम्मेदार रहा, जैसी समस्याओं से ग्रसित महिला के लिए घटिया पूर्व–प्रसव सेवा तीन विलम्ब फ्रेमवर्क में फिट नहीं बैठती है, क्योंकि इस फ्रेमवर्क में आकस्मिक अनर्थकर आपातस्थिति की आशंका बनी रहती है।

- उसी तरह, प्रसवोत्तर सेवा का अभाव जिसके चलते महिला अस्थिर हालत में घर भेजी जाती थी, और जिससे प्रसवोत्तर काल में और भी ज्यादा ख़राब हालत हो जाती थी, जिसकी वजह से तीन विलम्ब चक्र में पुन: प्रवेश कर जाती थी।

उस सन्दर्भ में जहाँ स्वास्थ्य व्यवस्था निकृष्ट दर्जे की सेवा प्रदान करती है, और अनियंत्रित वातावरण में बहुत से निजी प्रदाताओं उपस्थित रहते हैं, तीन विलम्ब फ्रेमवर्क को यथा संशोधित किया जाना चाहिए, अगर हम इन मौतों से कुछ सीख पा रहे हों।

हम यहाँ पर यह बताना चाहते हैं कि जब हमने डेड वीमेन टॉकिंग पहल दो वर्ष पहले शुरू किये थे, तब हमने ज्यादातर मातृत्व मौतों के लिए जिम्मेदार सामाजिक निर्धारकों पर ध्यान देने का सोचा था। हमें यह लगा कि जेंडर, गरीबी, सत्ताहीनता की इन मौतों में बड़ी भूमिका है, हांलांकि,

हमारा संकलन स्वास्थ्य व्यवस्था की ऐसी बड़ी असफलता को उजागर करता है जिसे हमने पाया कि बेअसर स्वास्थ्य व्यवस्था हर अन्य कारणों के ऊपर हावी थी जिसकी वजह से यह मौतें हुई। सच्चाई तो यह है कि यह निकृष्ट स्वास्थ्य व्यवस्था हर उस जगह मिली जहाँ सीमांत समुदाय अपने सत्ताविहीनता के साथ जीते है, और यह महज संयोग नहीं हो सकता। और, हमने शुरू में ही यह चित्रित किया कि यह पहल स्वास्थ्य व्यवस्था की खुद की मातृत्व मृत्यु समीक्षा की प्रक्रिया की पूरक बनेगी। लेकिन सच्चाई यह है कि ऐसा नहीं हुआ और हमारे विश्लेषण सीमित रह गए क्योंकि हमें मेडिकल रेकार्ड्स हासिल नहीं हो सके। इससे यह तथ्य रेखांकित होता है कि स्वास्थ्य व्यवस्था और नागरिक समाज संगठन के काम इस प्रक्रिया में एक दूसरे के पूरक होने चाहिए जहाँ दोनों समस्याओं के अलग अलग आयामों पर काम करते हैं। ताकि, इन बदकिस्मत मौतों से सबक को मजबूती से लिया जाये और सुधारात्मक कार्रवाई की जा सके।

हमने देखा कि स्वास्थ्य नीति व कार्यक्रम जन स्वास्थ्य के बेहद महत्त्व के बहुत से मुद्दों को नज़रंदाज़ करते हैं, खासतौर पर सीमांत समुदायों की महिलाओं के उदहारण के लिए, बृहत् आंकड़े और सूक्ष्म अध्ययन दोनों एनीमिया की उच्च दर और गर्भावस्था में उसका कहर बरपाता परिणाम दिखा चुके हैं। (13,23) उसके बावजूद, हमने पाया कि एनीमिया को दूर करने के लिए कोई संगठित प्रयास नहीं किये जा रहे हैं। यहाँ तक कि पूर्व–प्रसव काल में उन जगहों पर जहाँ ये मौतें हुई, एनीमिया की जाँच का कोई अस्तित्व ही दिखाई नहीं देता। उसी तरह, मलेरिया और सिकल सेल एनीमिया जैसे मुद्दे, जो विशेष भौगोलिक इलाकों में काफी महत्वपूर्ण है, को भी गर्भावस्था के दौरान कार्यक्रम बना कर पर्याप्त रूप से हल नहीं किया गया। इससे यह प्रश्न उठता है कि क्या आंकड़े और साक्ष्य स्वास्थ्य नीति और कार्यक्रम को स्वरुप देने में उपयोगी है, सबके लिए एक जैसी नीति भारत जैसे विविधता वाले देश में नहीं चल सकती।

एक और मुद्दा जो पूरी तरह से कार्यक्रम अवधान से हट गया है, वह है सुरक्षित गर्भपात का। जहाँ वह बहुत से राज्यों के कार्यक्रम क्रियान्वयन योजना में दिखाई देता है, वहीँ उसके लिए पर्याप्त निधि का आवंटन नहीं किया जाता, जो असुरक्षित गर्भपात की समस्या के हल के लिए प्राथमिकता की कमी को उजागर करता है। (34)

भारत शासन का आदेश है कि सभी मातृत्व मृत्यु दर्ज हो और उनकी मौखिक ऑटोप्सी की जाये। इन मौतों की समीक्षा जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी (CMO) के नेतृत्व में एक जिला स्तरीय टीम के द्वारा की जाती है। (18) सरकारी रिपोर्टों और कहानियों से पता चलता है कि समीक्षा प्रकिया में काफी खामियां है । (19) इन मौतों के सैम्पल में, हमारे पास सिर्फ 124 में से 53 मौतों के आंकड़े थे जिसमें पता चल सके कि स्वास्थ्य विभाग की टीम द्वारा जांच करायी गयी थी या नहीं। उनमे से सिर्फ 21 मौतों (40%) में ही जाँच हुई थी, शेष मामलों (32) में परिवार वालों ने बताया कि स्वास्थ्य विभाग की टीम से कोई भी मौत के कारणों की जाँच करने उनके पास नहीं आया। अत:, यह दिखाई देता है कि कम से कम आधी से अधिक मातृत्व मौते दर्ज नहीं की गयी थी और उनसे सबक लेने और सुधारात्मक उपाय करने का मूल्यवान अवसर खो दिया गया।

हम यहाँ पर दु:ख और चिंता के साथ यह दर्ज करना चाहते है कि हमने स्वास्थ्य व्यवस्था की चूक के लगभग इसी तरह के मामले लगभग 3 वर्ष पूर्व, 2011 के शुरुवात में बडवानी मातृत्व मौतों के फैक्ट फाइंडिंग के समय उठाये थे, (13) पर तबसे स्थिति में कोई सार्थक सुधार देखने को नहीं मिला है। उससे भी ज्यादा चिंता का सबब यह है कि जहाँ बडवानी को एक संसाधन विहीन, व्यवस्था से उपेक्षित आदिवासी जिले का प्रतिनिधित्व करते हुए देखा जा सकता है, उससे मिलते जुलते निष्कर्ष देश के दस राज्यों के विविध परिस्थितयों के इस वृहद् संकलन में नज़र आते हैं।

कई व्यापक मुद्दे वर्तमान स्थिति के लिए जिम्मेदार है और उन्हें हल किया जाना चाहिए. हमने उनमे से कुछ की सूची बनायीं है–

- स्वास्थ्य के क्षेत्र में सार्वजानिक निवेश बेहद कम है। यहाँ तक कि पिछली सरकारों ने हेल्थ सेक्टर के लिए वित्तीय आवंटन बढाने का वादा तो किया था, जबकि ऐसा हुआ ही नहीं, जैसा कि टेबल 9 में दिया गया है। भारत लगातार दुनिया में स्वास्थ्य पर सबसे कम सार्वजानिक व्यय करने वाला देशों में एक है।

- एक तरफ, जहाँ राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) जन स्वास्थ्य व्यवस्था को मज़बूत करने की बात करता है, वहीं सरकार प्रायोजित बीमा योजना और राज्यों की विशिष्ट योजना जैसे चिरंजीवी योजना सहित बहुत से प्रयास से निजीकरण को बढ़ावा मिल रहा है। (35,36)

तालिका 11 - स्वास्थ्यगत व्यय का रुझान

(स्रोत - राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा सांख्यिकी, विश्व स्वास्थ्य संगठन)

वर्ष	1998	2000	2002	2009	2010	2011	2012
जी.डी.पी. % में कुल स्वास्थ्यगत व्यय	5.2	6.3	6.1	3.9	3.7	3.9	4.0
जी.डी.पी. त्न में स्वास्थ्यगत सार्वजानिक व्यय	1.4	1.3	1.3	1.07	1.04	1.19	1.32
जी.डी.पी. % में स्वास्थ्यगत निजी व्यय	3.8	4.9	4.8	2.83	2.66	2.71	2.6

- मेडिकल और पैरामेडिकल शिक्षा में पर्याप्त सार्वजनिक निवेश नहीं हुआ है, जिसकी वजह से इस क्षेत्र में ज्यादातर निजी सेक्टर का कब्जा हो गया है (37-40)और, सार्वजानिक क्षेत्र मानव संसाधन की कमी से जूझ रहा है। सरकार की अपनी कॉमन रिव्यु मिशन सहित बहुत से मूल्यांकन और रिपोर्टों में पब्लिक सेक्टर में मानव संसाधन बढ़ाने के लिए निवेश की जरुरत को बारम्बार रेखांकित किया गया है, पर उसके लिए दीर्घकालीन मानव संसाधन नीति बनाने का कोई गंभीर प्रयास नहीं हो रहा है। (41,42)

- गवर्नेंस और जवाबदेही में कमियाँ प्रमुख मुद्दे हैं। पूर्व-प्रसव व प्रसवोत्तर सेवा जैसी समुदाय-आधारित सेवाओं की पूर्ण उपेक्षा, अस्पतालों में दोयम दर्जे की सेवा, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और सहयोगी स्टाफ का निर्दिष्ट कर्तव्यों को निभाने से इनकार करना, संकटापन्न स्थिति में आये मरीजों के प्रति संस्थानिक उदासीनता, ऐसे कुछ उदाहरण है। जन स्वास्थ्य व्यवस्था के अंतर्गत गवर्नेंस और जवाबदेही बेहतर करने का कोई गंभीर प्रयास होते हमें नहीं दिखाई देता। उसके विपरीत, जबकि भारत शासन ने NHRM के एक आधारभूत स्तम्भ के तौर पर स्वास्थ्य व्यवस्था का सामुदायिकरण और समुदाय-आधारित जवाबदेही प्रणाली तैयार की है,(43) वास्तविकता में, बहुत से राज्यों ने नाम-मात्र के सामुदायिक जवाबदेही प्रणाली से भी हाथ पीछे खिंच लिए, जिन्हें पाइलट/आरंभिक चरण कार्यक्रम के रूप में परिक्षण किया गया था। (42)

- सच्चाई यह है कि, सामाजिक निर्धारक जैसे गरीबी, ग्रामीण परिवेश, जाति व जेंडर महिला के स्वास्थ्य परिणामों को प्रभावित करते हैं, वृतांत भी इस बातों को रेखांकित करते हैं कि यह निर्धारक महिलाओं के स्वास्थ्य पर गहरा प्रभाव डालते है। जैसा कि अध्याय 4 में उल्लेखित है, इन महिलाओं की दुर्बलताएं सामाजिक और व्यवस्थागत बहु-कारकों के पारस्परिक प्रभावों का प्रतिबिंबित करते हैं। हांलांकि, विशेष प्रावधान न करके जिसमें यह महिलाएं सेवाएँ प्राप्त करें, स्वास्थ्य व्यवस्था, बजाय स्वास्थ्य सुरक्षित करने का प्रयास कर, इनकी दुर्बलताओं को और बढ़ाता है।

इन महिलाओं की कहानियाँ मातृत्व स्वास्थ्य, संक्रमित बीमारियाँ, पोषण और सामाजिक निर्धारकों के मध्य बहुल पारस्परिक प्रभावों को उजागर करती है। जबकि, विशिष्ट क्रियाएं जैसे-आपात प्रसूति सेवाएँ तत्काल चिकित्सकीय जटिलताओं को हल करने के लिए आवश्यक है, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा को मज़बूत करने के लिए दीर्घकालीन निवेश जरुरी है, इससे स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले मूलभूत निर्धारकों को हल करने में मदद मिलेगी।

इसके अलावा, जाति और जेंडर सहित विभेद के सामाजिक व सांस्कृतिक धुरी को ख़त्म करने के प्रयासों की जरुरत है। हमारे संविधान ने सरकार

को समता व सामाजिक न्याय स्थापित करने के लिए सकारात्मक कार्रवाई करने का जनादेश दिया है । हालाँकि, सच्चाई यह है कि, गरीब और सीमान्त महिलाएं ऐसे कारणों से लगातार मर रही है जिसे रोका सकता है, जो इस बात का संकेत है कि इस दिशा में लागू किये गए कार्यक्रम संविधान की उस भावना के अनुरूप नहीं क्रियान्वित किये जा रहे है। सिर्फ सकल घरेलू उत्पाद (GDP) बढ़ा कर आर्थिक प्रगति ला कर विकास नहीं किया जा सकता । भारत का मानव विकास सूचकांक हमारे कुछ छोटे पड़ोसी देशों से भी लगातार बहुत नीचे रह रहा है । (44) हमारे मानव विकास के पैमाने को इस तरह से बेहतर बनाने की दिशा में गंभीर प्रयासों की जरुरत है कि यह सबसे सीमांत लोगों के अधिकारों का सम्मान कर सके।

इन 124 महिलाओं की मौत की कहानियां, जो इस रिपोर्ट का आधार है, में सबसे त्रासद है मानवधिकारों के हनन में सरकार की सक्रिय सांठ–गांठ होना । यह सांठ–गांठ इसलिए प्रतीत होती है, कि ऐसी नीतियाँ बनायीं गयी जो कमज़ोर महिलाओं को स्वास्थ्य व्यवस्था से बाहर कर देती है, और, ऐसी प्रक्रिया नहीं बनायी जाकर जो कार्यक्रम का क्रियान्वयन सुनिश्चित करे। साथ ही, सार्वजनिक क्षेत्र के प्रदाताओं द्वारा सेवा प्रदान करने से इंकार करने और सेवा के सभी नैतिक नियमों के उल्लंघन करने देने की अनुमति देकर, रेफरल व्यवस्था को महिलाओं को फुटबॉल की तरह बर्ताव करने की छूट देकर और इन महिलाओं की जिंदगी बचाने की पर्याप्त इच्छाशक्ति का प्रदर्शन न करने की वजह से यह सरकार की ओर से घोर लापरवाही लगती है। सरकार को इन महिलाओं की मौतों के लिए जवाबदेह होना पड़ेगा, इसलिए भी कि ये सभी जिंदगियां पहले से स्थापित साधारण प्रयासों से बचायी जा सकती थी।

सिफारिशें

इस खंड में सूचीबद्ध अनुशंसायें कोई नयी नहीं हैं। यह भारत शासन और राज्यों के स्वास्थ्य विभाग की सभी नीतियों और कार्यक्रम दस्तावेजों में बार–बार कही गयी बातों का दोहराव है। हांलांकि, यह महत्वपूर्ण है कि, हमारे अध्ययन ने इस साक्ष्य को मज़बूत किया है कि अधिकतर कार्यक्रम को जमीन पर ठीक से क्रियान्वित नहीं किया गया है। फिर भी, हमने इन्हें स्पष्ट समझाने की कोशिश की है और सुझाया है कि कैसे यह जमीनी स्तर पर कारगर साबित हो सकते हैं।

दी गयी सिफ़ारिशों को दोनों ही दीर्घकालीन व आकांक्षी, और विशिष्ट व अल्पकालीन के रूप में वर्गीकृत किया गया है।

हांलांकि, यह एक लंबी सूची दिखाई देती है, हम यह दोहराना चाहते है कि मातृत्व मौतों को घटाने के लिए कोई जादू की छड़ी नहीं हो सकती. जब तक कि पूरे स्वास्थ्य व्यवस्था की मजबूती के लिए दीर्घकालीन निवेश नहीं किया जाता। हम स्वास्थ्य व्यवस्था से सिर्फ मातृत्व स्वास्थ्य के लिए काम करने की उम्मीद नहीं कर सकते। उसी तरह, सामाजिक निर्धारक और जेंडर के मुद्दे को हल करने की जरुरत है, यदि मातृत्व मौतों के मूल कारणों को हल करना है। हमने हांलांकि, कुछ विशिष्ट कार्रवाई सुझाई है, जिन्हें फ़िलहाल तुरंत के लिए कार्यान्वित किया जा सकता है।

दीर्घकालीन और अति–महत्वपूर्ण सिफारिशें

1. **प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा को मज़बूत कर स्वास्थ्य सेवा को सर्वव्यापी सुलभ बनाना (यूनिवर्सल एक्सेस टू हेल्थ केयर)** –

    क. मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं को अलग से बेहतर नहीं बनाया जा सकता। मातृत्व स्वास्थ्य जैसे एक विशिष्ट क्षेत्र पर संकीर्ण फोकस रखने वाले खांचेदार दृष्टिकोण का परिणाम संसाधनों का अकुशल निवेश और स्वास्थ्य व्यवस्था की कमजोरी के रूप में होगा। मातृत्व स्वास्थ्य सेवा को स्वास्थ्य सेवा की सर्वव्यापी सुलभता के वृहद् हस्तक्षेप के अंतर्गत कार्यान्वित करना होगा।

    ख. मातृत्व स्वास्थ्य सेवा को विस्तृत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा दृष्टिकोण के अंतर्गत स्थापित करना होगा, तभी मातृत्व

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को लक्ष्य किया जा सकेगा। यह स्वास्थ्य के दूसरे मुद्दे, जैसे एनीमिया और संक्रमण को मातृत्व स्वास्थ्य से जोड़कर उन्हें हल कर पाना निश्चित कर पायेगा।

ग. मातृत्व स्वास्थ्य सेवा को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर दी जाने वाली वृहद् प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत प्रदान किया जाना चाहिए।

2. **स्वास्थ्य पर ज्यादा सार्वजनिक व्यय** –

क. स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय को तुरंत बढ़ाया जाना चाहिए। स्वास्थ्य व्यय पर जेब से किया गया खर्च का अनुपात घटा कर शासकीय व्यय के अनुपात को प्राथमिकता के आधार पर बढ़ाना चाहिए।

ख. कर–राजस्व आधारित फंडिंग जो टार्गेटेड कवरेज की जगह सर्वव्यापी हो, जैसा कि अंतर्राष्ट्रीय उदाहरणों में दिखता है, ही भविष्य का तरीका है।

3. **सुदृढ़ स्वास्थ्य व्यवस्था** – जन–स्वास्थ्य व्यवस्था में ज्यादा निवेश एक फौरी जरुरत है। मातृत्व स्वास्थ्य सेवा के सुधार के लिए स्वास्थ्य व्यवस्था की मजबूती लक्ष्य होना चाहिए न कि सिर्फ जे.एस.वाय. के जरिये नकदी हस्तांतरण। दोनों ही स्तर पर, प्राथमिक स्तर का सुदृढ़ीकरण और द्वितीयक व तृतीयक सेवा सुविधाओं की मजबूती शुरू कर आपात प्रसूति सेवा प्रदान किया जाना चाहिए।

4. **स्वास्थ्य मानव संसाधन में निवेश** – स्वास्थ्य मानव संसाधन नीति तैयार कर लागू की जानी चाहिए। जिसमें दीर्घकालीन व लघुकालीन स्वास्थ्य जरूरतों के लिए बेहतर (गुणवत्तापूर्ण) मानव संसाधन लगाया जाना शामिल हो।

5. **विभिन्न कार्यक्रमों में अभिसरण(कन्वर्जेन्स)** – स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के स्तर पर सभी अवलंबित कार्यक्रमों को जोड़ना होगा, जैसे–मलेरिया और मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम, तपेदिक नियंत्रण और मातृत्व स्वास्थ्य सेवाएँ को दोनों तपेदिक नियंत्रण कार्यक्रम और मलेरिया निरोधक एवं नियंत्रण कार्यक्रम, और मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम के जरिये एक साथ लाना होगा।

6. **अंतर–क्षेत्रक अभिसरण(इंटर–सेक्टोरल कन्वर्जेन्स)** – उसी तरह मातृत्व स्वास्थ्य समस्याओं को दूर करने के लिए अंतर–क्षेत्रक अभिसरण जरुरी है। गर्भवती महिलाओं के बीच व्याप्त कुपोषण से निपटने के लिए, ICDS, स्वास्थ्य विभाग, जनवितरण प्रणाली, और शिक्षा विभाग को एक साथ कार्रवाई कर लड़कियों और औरतों के जीवन–चक्र के जरिये कुपोषण और एनीमिया को दूर करना होगा। सड़क एवं परिवहन विभाग को भौगोलिक पहुँच के मुद्दे को सुलझाना होगा।

7. **वैश्विक एजेंडे की जगह संदर्भित नियोजन(कोंटेक्स्चुअल प्लानिंग) के साथ राष्ट्रीय प्राथमिकता तय करना** –

क. राष्ट्रीय प्राथमिकता के आधार पर स्वास्थ्य लक्ष्य तय किये जाने चाहिए और स्थानीय सन्दर्भ के हिसाब से कार्यक्रम। कार्यक्रम जैसे सशर्त नकद प्रोत्साहन (कंडीशनल कैश इंसेंटिव), जो कि वैश्विक दानदाता संस्थाओं के दबाव में चलाया जाता है, को हमारी नीति और कार्यक्रम प्राथमिकताओं को तय नहीं करने दिया जाना चाहिए।

ख. एक ही तरह के सबके लिए एक जैसी नीति विभिन्न क्षेत्र की विविधतापूर्ण समस्याओं का हल नहीं खोज सकती। क्षेत्र विशेष संदर्भित योजना का प्रावधान कार्यक्रम निर्धारण में ही होना चाहिए।

8. **अनुश्रवण और मूल्यांकन** – ऊपर दी गयी सभी सिफारिशें प्राय: दुहरायी जाती है, पर उसका मतलब यह नहीं कि राज्य इसे

गंभीरता से ध्यान देकर हल करने की जरुरत न समझे। यह सुनिश्चित करने के लिए कि इन सिफ़ारिशों को गंभीरता से लिया जाए, हम अनुशंसा करते है कि–

क. विशिष्ट समय–सीमा के साथ विस्तृत योजना बनाकर उपरोक्त सभी सुझावों को लागू किया जाना चाहिए।

ख. इन सभी के लिए अनुश्रवण के संकेतकों को तैयार कर सिविल सोसायटी सहित अन्य बहु पक्षधारियों से समय–समय पर निगरानी करने की जरुरत है। जवाबदेही व पारदर्शिता बनाए रखने के लिए इन्हें नियमित रूप से सार्वजनिक किया जाना चाहिए।

तुरंत कदम उठाने के लिए सिफारिशें

1. आपात प्रसूति सेवा में सुधार – इसके लिए अलग–अलग स्तरों पर हस्तक्षेप की जरुरत होगी ।

क. रक्त व CEmOC में पर्याप्त संख्या में अलग अलग कैडर के कर्मी सुनिश्चित किये जाये। इसके लिए दो चरणों में नियोजन की जरुरत होगी– एक त्वरित और दूसरा, दीर्घकालीन।

1. अल्प काल में, उपलब्ध मानव संसाधन को यह सुनिश्चित करते हुए सुझबुझ के साथ लगाना होगा कि चयनित अस्पतालों, जो भौगोलिक रूप से बराबर बंटे हो और विशेष तौर पर जो दुर्गम क्षेत्रों में हो, पूर्णतः चल रहे हो। गुणवत्ता से समझौते किये बिना, देश और विदेशों के बेहतर उदाहरणों से सीखकर मानव संसाधन की कमी का सृजनात्मक तरीके से प्रबंध करने की जरुरत है।

2. दीर्घ काल में, स्वास्थ्य क्षेत्र में अनुमानित जरुरत को पूरा करने के लिए मानव संसाधन सरकार को सार्वजानिक क्षेत्र के अंतर्गत मेडिकल और पैरा–मेडिकल शिक्षा में निवेश करना होगा। इसमें स्वास्थ्य क्षेत्र में मानव संसाधन सुधार को सम्मिलित करना चाहिए, जिसमें शामिल है मिड–वाईफ का केडर तैयार करना और समर्पित स्टाफ की पोस्टिंग जो प्रसव–कक्ष में ही रहें।

ख. सभी कर्मियों को संवेदनशील, सजग और जिम्मेदार स्वास्थ्य सेवा प्रदाता बनना होगा । यह उनके शुरुआती और लगातार प्रशिक्षण का हिस्सा होना चाहिए।

ग. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को प्रसूति आपात स्थिति में जटिलताओं को पहचानने में प्रशिक्षित और जीवनरक्षक कौशल को विकसित करना पड़ेगा । सभी राज्यों और जिलों में लेबर कक्ष स्टाफ के लिए एक टीम के रूप में अनुरूपक(सिमुलेशन) प्रशिक्षण प्रदान कराना होगा, और तत्संबंधी ज्ञान और कौशल की कमियों को निश्चित समय–सीमा में दूर करना होगा । त्वरित ईलाज प्रदान करने में असफल रहने के परिणाम को केस स्टडी के माध्यम से प्रदर्शित किया जाना चाहिए। प्रशिक्षण के उपरांत समुचित निगरानी प्रक्रिया स्थापित कर सहयोगात्मक पर्यवेक्षण (सपोर्टिव सुपरविजन) प्रदान किया जाना चाहिए ।

घ. अस्पतालों में आपातस्थिति सँभालने की तैयारी सुनिश्चित की जानी चाहिए, स्टाफ को पीड़ित महिला के स्थायित्व के लिए प्राथमिक देखभाल शुरू करना चाहिए, दवाइयों की उपलब्धता सुनिश्चित करना चाहिए, उपयुक्त रेफेरल सेंटर पहुँचाने के लिए आपातकालीन परिवहन उपलब्ध होना चाहिए।

ङ औचक मौक ड्रिल सभी BEmOC और CEmOC में करवाई जानी चाहिए ताकि पता चले कि क्या चालू हालत में है और क्या नहीं तथा कौन से तुरंत सुधारात्मक उपाय करने है।

2. **सेवा के मानकों का पालन** –

क. मानक नियमों/प्रोटोकाल का व्यापक प्रचार और स्टाफ की उस पर प्रशिक्षण की जरुरत।

ख. इन प्रोटोकॉल का कड़ाई से पालन होना चाहिए और उसका गंभीर अनुश्रवण हो। निगरानी के जरिये तार्किक प्रक्रियाएं, जैसे ऑक्सीटोसिन का समुचित प्रयोग, और सेप्सिस रोकने हेतु विसंक्रमित प्रक्रिया सुनिश्चित किया जाना चाहिए।

ग. प्रक्रिया और परिणाम सकेतकों को देखने के लिए नियमित क्लिनिकल ऑडिट स्थापित होना चाहिए।

3. **रक्त आपूर्ति निश्चित हो** – रक्त को परिवार की जिम्मेदारी न मानकर क्रिटिकल आपात आपूर्ति मानना चाहिए।

क. रक्त भण्डारण यूनिट को चालू रखने के लिए त्वरित कदम उठाने की जरुरत है।

ख. राज्य को स्वैच्छिक रक्तदान को बढ़ावा देने का अभियान चलाना चाहिए और ब्लडबैंक में पर्याप्त स्टाक रखना चाहिए।

ग. खून की कम आपूर्ति को दूर करने के लिए वैकल्पिक रणनीतियों पर विचार करने की जरुरत है– जैसे, रक्त के अंगों का उपयोग, रक्त का विकल्प (ब्लड सबस्टीटुट्स), मात्रा वृद्धिकारक (वोल्यूम एक्स्पानडर)की जरुरत का मूल्यांकन।

घ. अनबैंकड डायरेक्ट ब्लड ट्रांस्फ्युशन को निषिद्ध करती वर्तमान नीति का गंभीर मूल्यांकन कर PPH जैसी जीवन संकट स्थिति के सन्दर्भ में पुनर्रचित करने की जरुरत है।

4. **पूर्व प्रसव सेवा में सुधार** –

क. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं में उच्च खतरे के दृष्टिकोण (हाई रिस्क एप्रोच) के सम्बन्ध में सामान्य रूप से गलत अवधारणा है। उच्च खतरे का दृष्टिकोण अब सिर्फ एक ही सिद्धांत अपनाता है कि कोई भी महिला को कम खतरे में मानकर नज़रंदाज़ नहीं किया जा सकता, लेकिन इसका मतलब यह नहीं कि विशेष खतरे के कारक वाली महिला को विशेष देखभाल नहीं दी जानी चाहिए। पूर्व प्रसव देखभाल के लिए एनीमिया, और अन्य जोखिम तत्व, जैसे सिकल सेल एनीमिया, पिछला शल्यजनन प्रसव और प्रसव बाधा की निगरानी सुनिश्चित करने की जरुरत है।

ख. समुदाय आधारित पूर्व प्रसव सेवा के लिए नियमित समय सारणी को नियोजित करने की, उसको प्रचारित करने की और क्रियान्वयन करने की जरुरत है। इस हेतु स्वास्थ्य सेवा कर्मियों को पर्याप्त यात्रा सहयोग दिया जाना चाहिए। पूर्व प्रसव सेवा, पोषण कार्यक्रम और टीकाकरण जैसी चयनित सेवा पैकेज प्रदाय करने, और उसकी निगरानी करना सुनिश्चित किया जाए।

ग. जन्म और आपात स्थिति की तैयारी के लिए परिवार और निकटस्थ सदस्यों को तैयार करना पूर्व प्रसव सेवा का अभिन्न अंग होना चाहिए। जन्म के लिए तैयारी में निम्लिखित मुद्दे आने चाहिए –

1. आपातस्थिति में रेफर करना पड़ सकता है, और समर्थ व्यक्ति, जो निर्णय ले सकता हो वह वहां उपस्थित रहे।

2. रक्त संचरण करना पड़ सकता है– परिवार और समुदाय के सदस्य को रक्तदान करने के लिए या अल्प सूचना पर रक्त का इंतजाम करने के लिए तैयार रहना चाहिए।

3. आपात परिवहन और रेफरल सेवाओं का फोन नंबर परिवार के पास होना चाहिए।

4. व्यक्तिगत दुर्बलता के कारकों की चर्चा कर और जन्म की तैयारिया कर महिला की दुर्बलता का उसके स्वास्थ्य और प्रसव परिणाम पर प्रभाव को कम किया जा सकता है।

5. प्रसव पश्चात देखभाल में सुधार –

क. अस्पताल और घर दोनों ही जगह प्रसव पश्चात् देखभाल बेहतर होनी चाहिए, अग्रिम पंक्ति के स्वास्थ्य प्रदाताओं को प्रसव पश्चात् जरूरतों पर और प्रसव पश्चात् जटिलताओं की स्थिति संभालने की प्रवीणता के लिए प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है।

ख. सेवा की निरंतरता (कंटीन्यूम ऑफ़ केयर) को दो तरीकों से निश्चित किया जा सकता है– समुदाय से अस्पताल और अस्पताल से समुदाय–अस्पताल आधारित और समुदाय आधारित स्टाफ के बीच सम्बन्ध स्थापित कर ऐसा किया जा सकता है।

6. रेफरल सिस्टम ठीक करना –

क. रेफरल सिस्टम को जवाबदेह बनाना जरुरी है।

ख. रेफरल प्रोटोकॉल तैयार कर सभी स्वास्थ्य स्टाफ को उस पर प्रशिक्षित करना जरुरी है। इसमें शामिल है

1. महिला को रेफर करने से पहले प्रथमोपचार देकर स्थिर करना।

2. सबसे उपयुक्त अस्पताल रेफर करना, जहाँ उसके विशिष्ट जटिलता को देखा जा सके (न कि सबसे करीब का स्टाफ की कमी/संसाधन की कमी से जूझता अस्पताल)।

3. सभी जरुरी चिकित्सकीय वर्णन सहित लिखित रेफरल पर्ची ।

4. महिला के आगमन के लिए अग्रिम में उस अस्पताल में फोन कर सूचना देना जहाँ महिला को रेफर किया जा रहा है।

5. अंतरण के समय किसी उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को महिला के साथ रेफेरल के समय भेजना और रास्ते में लगातार देखभाल सुनिश्चित करना।

ग. नियमित रेफरल ऑडिट होना चाहिए ताकि अनावश्यक रेफरल कम किया जा सके और रेफरल की गुणवत्ता बढ़ाई जा सके।

7. आपात वाहन व्यवस्था –

क. प्रसूति जटिलताओं के लिए मुफ्त आपात परिवहन व्यवस्था सुनिश्चित की जाए।

ख. पर्याप्त संख्या में ऐसे वाहन हो और क्षेत्रों में बराबर बंटे हो कि उन्हें बुलाने पर अधिकतम 30 मिनट के भीतर पहुँच जाएँ ।

ग. इस परिवहन व्यवस्था के स्टाफ को इस भांति प्रशिक्षित किया जाए कि वे जटिलताग्रस्त महिलाओं की पहचान कर समुचित स्थान तक पहुँचा दे, जहाँ पर्याप्त ईलाज संभव हो।

घ. सुदूर इलाकों में यातायात के लिए समुचित साधन व सृजनात्मक हल निकाले जाने चाहिए, जैसे असम में नाव एम्बुलेंस होना चाहिए।

8. सार्वजनिक क्षेत्र में सुरक्षित गर्भपात सेवा का प्रावधान

क. प्राथमिक देखभाल स्तर पर ही सुरक्षित गर्भपात सेवाएँ प्रदान की जानी चाहिए। इसके लिए पर्याप्त नियोजन की जरुरत है, जिसमें शामिल है – मानव संसाधन का सृजनात्मक उपयोग, उदाहरण के लिए बड़े अस्पताल से विशेषज्ञों को सप्ताह में भेजना।

ख. मैन्युअल वैक्यूम एस्पिरेशन (हाथ से दिया जाने वाला निर्वात श्वास) जैसे नवीन तरीकों का उपयोग और समुचित प्रशिक्षण और पर्यवेक्षण में चिकित्सकीय गर्भपात करवाना।

9. एनीमिया दूर करना

क. एनीमिया दूर करने के लिए ठोस प्रयास करने होंगें। जबकि सिर्फ गर्भावस्था में एनीमिया को हल करना काफी नहीं है, प्रसव–पूर्व देखभाल के दौरान एनीमिया के निदान और उपचार के लिए ठीक व्यवस्था करनी होगी। अग्रिम पंक्ति के स्वास्थ्य प्रदाताओं को प्रशिक्षित करने और एनीमिया का निदान करने फील्ड स्तरीय यंत्र दिए जाने की जरुरत है। एनीमिया पीड़ित महिलाओं का उपचार पर्याप्त फोलो–अप और अस्पताल व समुदाय के मध्य अंतर–रेफेरल सहित सुनिश्चित किया जाना चाहिए।

ख. एनीमिया दूर करने के लिए जीवन–चक्र तरीके को मजबूत करना होगा जिसमें एनीमिया ग्रस्त किशोरी बालिकाओं की पहचान और ईलाज करना एक महत्वपूर्ण अंग हो।

ग. एनीमिया का ईलाज स्वास्थ्य सेक्टर से ऊपर उठ कर किया जाना चाहिए, जिसमें पोषण, खाद्य सुरक्षा, शिक्षा व जेंडर के मुद्दों को अधिकार आधारित दृष्टिकोण से हल किया जाए।

10. गर्भवती महिलाओं के लिए नकद विहीन सेवाएँ देना होगा – इसका JSSK में वादा किया गया है और इसे जमीनी स्तर पर सुनिश्चित किया जाना चाहिए।

11. शिकायत निवारण

क. शिकायत निवारण प्रणाली स्थापित की जानी चाहिए। इसके बारे में परिवारों को स्पष्ट बताया जाना चाहिए ताकि शिकायत करने और उसके संतोषपूर्ण हल के लिए उनके पास एक मंच हो।

ख. शिकायत निवारण दो स्तरों पर होनी चाहिए – एक त्वरित प्रतिक्रिया व्यवस्था और एक व्यवस्थित प्रतिक्रिया व सुधार व्यवस्था।

ग. शिकायत निवारण प्रक्रिया किसी स्वतंत्र प्राधिकार से संचालित होना चाहिए ।

12. निजी व सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों की जवाबदेही और अभिशासन बेहद महत्व का है ।

क. सभी स्वास्थ्य संस्थानों को मेडिकल रिकॉर्ड रखना अनिवार्य किया जाना चाहिए। केस शीट में दर्ज जानकारी की गुणवत्ता का मानक तय कर निगरानी होनी चाहिए।

ख. जिला अस्पतालों, तालुक अस्पतालों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में विस्तृत आपात प्रसूति सेवा (CEmOC) और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में प्राथमिक आपात प्रसूति सेवा (BEmOC) को जवाबदेह और कार्यशील बनाने के लिए समस्या निवारण के लिए व्यवस्था के अन्दर से ही सहायक निगरानी करनी होगी।

ग. स्वास्थ्य सेवाओं की सामुदायिक निगरानी भी अनिवार्य की जानी चाहिए। मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी के लिए रोगी कल्याण समिति की भूमिका को और मज़बूत बनाया जाना चाहिए।

घ. निजी क्षेत्र के अस्पताल और मेटरनिटी होम की सेवा की गुणवत्ता और रोगी को लगने वाली लागत पर निगरानी होनी चाहिए।

लोगों तक सेवाओं के लिए अन्य सिफारिशें

1. सामाजिक निर्धारको के प्रति संवेदनशीलता निश्चित करना और जैव चिकित्सा तत्वों से बाहर जा कर उच्च–खतरे को समझना –

क. प्रसूति पूर्व काल के दौरान महिलाओं पर खतरे के मूल्यांकन में विभिन्न सामाजिक निर्धारकों जैसे कम उम्र, साक्षरता, जाति और जातियता, पलायन, पोषण और जेंडर के मुद्दे को शामिल किया जाना चाहिए। यह सुनिश्चित हो कि, ऐसी उच्च खतरे वाली महिलाओं का ध्यानपूर्वक फॉलो–अप किया जाए ताकि उनकी गर्भावस्था, बच्चों का जन्म और प्रसव पश्चात् काल में सहायता मिले।

ख. सीमान्त स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता– जैसे आशा, ए.एन.एम. और ICDS कर्मी को विशेष तौर पर प्रशिक्षित करने की जरुरत है, ताकि वे शुरू में ही दोनों, जैव–चिकित्सकीय उच्च खतरों और सामाजिक दुर्बलता घटकों की पहचान कर सके।

ग. सामाजिक आयामों सहित दुर्बलताओं के बहु –आयामों को व्यवस्थित तरीकों से मातृत्व स्वास्थ्य सेवा योजनाओं में जोड़े जाने की जरुरत है और जन्म तैयारी की योजना, स्वास्थ्य सेवा प्रदाय और फ़ॉलो–अप योजनाओं में ध्यान रखने की जरुरत है।

घ. प्रवासी महिलाओं के विरुद्ध संस्थानिक पक्षपात को ध्यान में रख कर स्वास्थ्य स्टाफ का नियमित रूप से संवेदीकरण कार्यक्रम चलाया जाए।

ङ प्रवासी लोगों के लिए जागरूकता कार्यक्रम शुरू किया जाना चाहिए । सामग्री को उस क्षेत्र की सभी भाषाओं में बनाया जाना चाहिए, और उसमें भी जिसे ये लोग समझते हो। अस्पताल में चिन्ह भी अलग अलग स्थानीय भाषाओं में होने चाहिए।

2. पूर्व प्रसव सेवा के लिए परिवारों को शिक्षित करना

क. पूर्व–प्रसव सेवा के सभी तत्व और उसके तर्कों के महत्व पर परिवार को शिक्षित किया जाना चाहिए – पूर्व प्रसव, प्रसव और प्रसवोत्तर समय में उच्च खतरों के लक्षण के बारे में भी।

ख. इसके अलावा ICDS में मातृत्व लाभ की जानकारी, पहुँच और उपयोग, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम और JSY के माध्यम से वित्तीय सहयोग और नगद व अनाज के रूप में मुफ्त स्वास्थ्य सेवा और सहायता बहुत महत्वपूर्ण है।

3. **स्थानीय स्वास्थ्य प्रदाताओं के लिए सकारात्मक भूमिका तैयार करना** – समुदाय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं को प्रभावित करने वाले बहुत से स्थानीय विश्वास और सांस्कृतिक व्यवहार होते हैं। स्थानीय संसाधन जैसे दाई और अनौपचारिक स्वास्थ्य प्रदाता स्थानीय तौर पर काफी भरोसेमंद होते हैं, उन्हें समुदाय के सदस्यों को मातृत्व स्वास्थ्य और सुरक्षित प्रसव पर शिक्षित करने के लिए उपयोग में लेना चाहिए।

मातृत्व मृत्यु समीक्षा प्रक्रिया के लिए सिफारिशें

1. **बहु हितधारियों को शामिल करना –**

    1. सिविल सोसायटी संगठन व समुदाय आधारित संघटनों, जैसे स्थानीय संगठन और जनसंगठन स्थानीय शासन की संस्थाएँ, पंचायत और ग्राम स्वास्थ्य व स्वच्छता समितियों को मातृत्व मृत्यु की रिपोर्टिंग को बढ़ाने के लिए रिपोर्टिंग प्रक्रिया में शामिल किया जाना चाहिए।

    2. सिविल सोसायटी संगठनों को MDR टीम का हिस्सा बनना चाहिए ताकि वे मातृत्व मृत्यु समीक्षा में सामाजिक व सामुदायिक नजरिया दे सके।

    3. सिविल सोसायटी संगठनों को जिला स्तर पर MDR समितियों में भी शामिल किया जाना चाहिए , जिससे वे MDR विश्लेषण से सीख लेकर समुदाय को दे सके। यह समुदाय की मातृत्व स्वास्थ्य के प्रति जिम्मेदारी की चेतना बढ़ा सकता है। MDR समिति में व्यापक भागीदारी स्वास्थ्य व्यवस्था के दबदबे वाली समिति के द्वारा MDR करने के हित द्वन्द को भी रोकेगा।

2. **सार्वजनिक क्षेत्रों में रिपोर्ट को पहुँचाना –**

    1. एम.डी.आर. कमेटी की बैठकों में कार्यवाही रपट एजेंडा में शामिल कर सार्वजनिक किया जाना चाहिए। रोकी जा सकने वाली मातृत्व मृत्यु से सीख लिया जा सके, ऐसा सुनिश्चित करने के लिए फीडबैक लूप होना चाहिए जिसका स्वास्थ्य व्यवस्था व सामुदायिक कार्यवाही के लिए उपयोग हो सके।

नागरिक समाज के लिए सिफारिशें

मातृत्व स्वास्थ्य और मातृत्व मृत्यु पर चर्चा एक सार्वजनिक मुद्दा बनना चाहिए। सभी पक्षधारियों को मातृत्व स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए कदम बढ़ाने की जरुरत है। सामुदायिक संगठन और सामुदायिक नेतृत्व की स्थानीय स्तर पर मातृ मृत्यु रोकने और मातृत्व स्वास्थ्य प्रात्साहित करने में अहम् भूमिका है। नागरिक समाज संगठनों की भूमिका स्वास्थ्य व्यवस्था के सभी स्तरों और समुदायों के मध्य समन्वय व संवाद कायम करने की है । साथ ही मातृत्व स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक कार्रवाई को सहयोग करने की होनी चाहिए।

सन्दर्भ

1. आर.जी.आई. सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम : मैटरनल मोर्टेलिटी इन इंडिया : 1997–2003. ट्रेंड्स, कॉजेस एंड रिस्क फेक्टर्स, नयी दिल्ली : रजिस्ट्रार जनरल, इंडिया; 2003।

2. आर.जी.आई. सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम : स्पेशल बुलेटिन ऑन मैटरनल मोर्टेलिटी इन इंडिया, 2004–06. नयी दिल्ली : रजिस्ट्रार जनरल, इंडिया; 2009।

3. आर.जी.आई. सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम : स्पेशल बुलेटिन ऑन मैटरनल मोर्टेलिटी इन इंडिया, 2007–09, नयी दिल्ली : रजिस्ट्रार जनरल, इंडिया; 2011।

4. आर.जी.आई. सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम : स्पेशल बुलेटिन ऑन मैटरनल मोर्टेलिटी इन इंडिया, 2010–12, नयी दिल्ली : रजिस्ट्रार जनरल, इंडिया; 2013।

5. मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्ज़ : इंडिया कंट्री रिपोर्ट । नयी दिल्ली : सामाजिक सांख्यिकी विभाग, सांख्यिकी व कार्यक्रम कार्यान्वियन मंत्रालय, भारत शासन, 2014 । http://mospi.nic.in/Mospi_New/upload/mdg_2014_28jan14.pdf

6. नेपाल मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्ज़ प्रोग्रेस रिपोर्ट, काठमांडू : गवर्नमेंट ऑफ़ नेपाल, नेशनल प्लानिंग कमीशन; 2013। http://www.npc.gov.np/new/uploadedFiles/allFiles/mdg-report-2013.pdf

7. मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्ज़ बांग्लादेश प्रोग्रेस रिपोर्ट 2012, ढाका : जनरल इकोनोमिक्स डिविज़न, बांग्लादेश प्लानिंग कमीशन, गवर्नमेंट ऑफ़ दी पीपल्स रिपब्लिक ऑफ़ बांग्लादेश; 2013। http://www.bd.undp.org/content/dam/bangladesh/docs/MDG/MDG%20Report%202012.pdf

8. एम.डी.जी. 5 इम्प्रूव मेटेर्नल हेल्थ : वेयर वी आर. यूनाइटेड नेशंस डेवलपमेंट प्रोग्रेम। [उद्धरण 2014 Aug ww], http://www.bt.undp.org/content/bhutan/en/home/mdgoverview/overview/mdg5/

9. जननी सुरक्षा योजना : फीचर एंड फ्रीक्वेंटली आस्क्ड क्वेस्चन एंड आंसर। नयी दिल्ली : मातृत्व स्वास्थ्य विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत शासन; 2006 । http://mohfw.nic.in/WriteReadData/1892s/file28-99526408.pdf

10. गाइडलाइंस फॉर जननी : शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे.एस.एस.के.) नयी दिल्ली : मातृत्व स्वास्थ्य विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत शासन; 2011। http://nrhm.gov.in/images/pdf/programmes/jssk/guidelines/guidelines_for_jssk.pdf

11. श्री बी.एस.खन्ना आर. मेटेर्नल हेल्थ पालिसी इन इंडिया : फ्रॉम इंस्टीट्युश्नल डिलीवरी टू सेफ डेलिवरी। वडोदरा : कॉमनहेल्थ, जन स्वास्थ्य अभियान; 2012। http://www.commonhealth.in/reportpdf/4a.%20monograph%20Maternal%20Health%20Policy%20in%20India-2012.pdf

12. यूनिसेफ मेटेर्नल एंड पेरिनेटेल डेथ इन्क्वायरी एंड रेस्पोंस। नयी दिल्ली: यूनिसेफ; 2008।

13. श्री बी एस, सरोजिनी एन, खन्ना आर. एन इन्वेस्टिगेशन ऑफ़ मेटेर्नल डेथ फोलोविंग पब्लिक प्रोटेस्ट इन अ ट्राइबल डिस्ट्रिक्ट ऑफ़ मध्य प्रदेश, सेन्ट्रल इंडिया, रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।2012; 39(12):1120।

14. बैनर्जी एस, जॉन पी, सिंग एस. स्टेयरवे टू डेथ। इकोनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली। 2013; xlvill(31):12330।

15. केम्पबेल ओ, रोंसमंस सी. वर्बल औटोप्सिस फॉर मेटेर्नल डेथ : रिपोर्ट ऑफ़ अ डब्ल्यू एच ओ वर्कशॉप, लन्दन, 10–13 जनवरी 1994. जिनेवा : वर्ल्ड हेल्थ ओर्गनाइजेशन; 1995।

16. वर्बल ऑटोप्सी स्टैंडर्ड्स : दी 2012 डब्ल्यू एच ओ वर्बल ऑटोप्सी इंस्ट्रूमेंट। जिनेवा– वर्ल्ड हेल्थ ओर्गनाइजेशन; 2012।

17. पदमनाभन पी, रमन पी.एस, मावलंकर डी.वी. इनोवेशंस एंड चेलंजेस इन रेड्युसिंग मेटेर्नल मोर्टेलिटी इन तमिलनाडु, इंडिया. जे हेल्थ पोपुल नुट्र. 2009;27(2): 20219।

18. एम.ओ.एच.एफ.डब्ल्यू. मेटेर्नल डेथ रिव्यु गाइडबुक। नयी दिल्ली : मातृत्व स्वास्थ्य विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत शासन; 2011।

19. मल्होत्रा एम. मेटेर्नल डेथ रिव्यु : कंट्री पर्सपेक्टिव : प्रेसेंटेशन एट डब्ल्यू एच ओ मल्टीकंट्री वर्कशॉप, बैंकाक, थाईलैंड, सितम्बर 24– 28, 2012. नयी दिल्ली – उप आयुक्त, मेटेर्नल हेल्थ, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत शासन; 2012।

20. काल्टर एच.डी, मोहन पी, मिश्रा ए, गोवंकर एन, बिस्वास ए.बी, बालकृष्ण एस, अन्य. मेटेर्नल डेथ इन्क्वायरी एंड रेस्पोंस इन इंडिया : दी इम्पैक्ट ऑफ़ कोंटेक्स्चुअल फेक्टर्स ऑन डिफाइनिंग एन ऑप्टीमल मॉडल टू हेल्प मीट क्रिटिकल मेटेर्नल हेल्थ पालिसी ओब्जेक्टिव्स। हेल्थ रिसर्च पालिसी एंड सिस्टम्स. 2011; 9(41)।

21. काल्टर एच.डी, सल्गादो आर, बबिल्ले एम, कोफ्फी ए.के., ब्लैक आर.इ. सोशल ऑटोप्सी फॉर मेटेर्नल एंड चाइल्ड देथ्स : अ कॉम्प्रिहेंसिव लिटरेचर रिव्यु टू एक्सामिन दी कांसेप्ट एंड दी डेवलपमेंट ऑफ़ दी मेथड पोपुलेशन हेल्थ मेट्रिक्स।2011;9(45)

22. रोंसमंस सी, ग्रैहम डब्ल्यू जे. मेटेर्नल मोर्टेलिटी : व्हू, व्हेन, वेयर, एंड व्हाई। लांसेट ।2006; 368:1189-200

23. इंटरनेश्नल इंस्टिट्यूट फॉर पोपुलेशन साइंस(आई.आई.पी.एस.) एंड मैक्रो इंटरनेश्नल । नेशनल फॅमिली हेल्थ सर्वे (एन.एफ.एच.एस.-3), 2005-06, इंडिया : कीय फाइंडिंग, मुंबई - IIPS; 2007

24. मोनिटरिंग इमरजेंसी ओब्सटेट्रीक केयर : अ हैण्डबुक। जेनेवा : वर्ल्ड हेल्थ ओर्गनाइजेशन; 2009

25. थाड़ीयस एस,मेइन डी. टू फार टु वाक : मेटेर्नल मोर्टेलिटी इन कॉन्टेक्स्ट। सोशल साइंस एंड मेडिसिन। 1994;38(8) : 1091-110

26. डब्ल्यू एच ओ एंटीनेटल केयर रेन्दोमाइज़्द ट्रायल। मैन्युअल फॉर दी इम्प्लीमेंटेशन ऑफ़ दी न्यू मॉडल। जिनेवा : वर्ल्ड हेल्थ ओर्गनाइजेशन; 2002

27. इंटिग्रेटेड मैनेजमेंट ऑफ़ प्रेगनेंसी एंड चाइल्डबर्थ मनेजिंग कोम्प्लिकेशन इन प्रिगनेंसी एंड चाइल्डबथ : अ गाइड फॉर मिडवाइव्स एंड डॉक्टर्स। जेनेवा-वर्ल्ड हेल्थ ओर्गनाइजेशन; 2000

28. गाइडलाइंस फॉर एंटे-नेटल केयर एंड स्किल्ड अटेंडेंस एट बर्थ बाई ए.एन.एम. एंड एल.एच.वी., नयी दिल्ली, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय; 2005

29. नो टैली ऑफ़ दी अन्गुइश : एकाउंटेबिलिटी इन मेटेर्नल हेल्थ केयर इन इंडिया। न्यू यॉक - ह्यूमन राइट्स वाच; 2009

30. स्टडी ऑफ़ इमरजेंसी रेस्पांस सर्विस: इ.एम.आर.आई. मॉडल । नयी दिल्ली : नेशनल हेल्थ सिस्टम रिसोर्स सेंटर; 2009

31. सुन्दररामन टी, चक्रबर्ती जी, नायर ए, मोकाशी टी, वेद आर. पब्लिकली फिनेंस्ड इमरजेंसी रेस्पोंस एंड पेशेंट ट्रांसपोर्ट सिस्टम्स अंडर एन.आर.एच.एम. नयी दिल्ली : नेशनल हेल्थ सिस्टम्स रिसोर्स सेंटर; 2012

32. केस स्टडी: जननी एक्सप्रेस योजना हेल्थ रेफेरल ट्रांसपोर्ट फैसिलिटी। नयी दिल्ली : गवर्नेंस नॉलेज सेंटर, प्रशासनिक सुधार और जन शिकायत विभाग, कार्मिक, जन शिकायत व पेंशन मंत्रालय, भारत शासन; 2012

33. खन्ना आर. एम.डी.जी. 5 इन इंडिया : व्हिदर रिप्रोडक्टिव एंड सेक्सुअल राइट्स? कॉमनहेल्थ, सहज एंड आर.यू.डब्ल्यू.एस.इ.सी; 2013

34. रविन्द्रन टी के एस, सुनील बी. पालिसी एंड प्रोग्रामेटिक कमिटमेंट टू प्रमोटिंग एक्सेस टू सेफ एॅबोर्शन सर्विसेस इन सलेक्टेड स्टेट्स इन इंडिया। वडोदरा : कॉमनहेल्थ; 2012

35. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना।[उद्धरण 2014 अगस्त 23]. http://www.rsby.gov.in/about_rsby.asp&

36. सिंग ए, मावलंकर डी.वी, भट आर, देसाई ए, पटेल एस, सिंह पी, अन्य. प्रोवाइडिंग स्किल्ड बर्थ अटेंडेंट एंड इमरजेंसी ओब्सटेट्रीक केयर टू दी पुअर थ्रू पार्टनरशिप विथ प्राइवेट सेक्टर ओब्सटेट्रीसियन इन गुजरात, इंडिया. बुलेटिन ऑफ़ दी वर्ल्ड हेल्थ ओर्गनाइजेशन. 2009; 87:960-4

37. रिपोर्ट ऑफ़ दी वर्किंग ग्रूप ऑन मेडिकल एजुकेशन। नयी दिल्ली - राष्ट्रीय ज्ञान आयोग; 2005

38. रिपोर्ट टास्क फ़ोर्स ऑन मेडिकल एडुकेशन फॉर दी नेशनल रूरल हेल्थ मिशन । नयी दिल्ली - स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय; 2005

39. कदीर आई. दी रियल क्राइसिस इन मेडिकल एजुकेशन। इंडियन जर्नल ऑफ़ मेडिकल एथिक्स।2006;3(3)

40. जॉय एस, रविन्द्रन आर, विजयन एस, उगार्गो ए.पी. मशरुमिंग ऑफ़ प्राइवेट मेडिकल स्कूल्स इन इंडिया, दी प्रेजेंट स्टूडेंट प्रोफाइल एंड कास्ट ऑफ़ मेडकल एडुकेशन एंड इट्स इम्पैक्ट ऑन इक्विटी, हेल्थ केयर एक्सेसिबिलिटी, कास्ट एंड पेरसिव्ड क्वालिटी ऑफ़ हेल्थ केयर. iHEA 2007 6वी विश्व कांग्रेस : एक्सप्लोरेशंस इन हेल्थ एकानोमिक्स पेपर http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=992143

41. फोर्थ कॉमन रिव्यु मिशन रिपोर्ट। नयी दिल्ली : स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय; 2010

42. 6वीं कॉमन रिव्यु मिशन रिपोर्ट। नयी दिल्ली : स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय; 2012

43. नेशनल रूरल हेल्थ मिशन : मीटिंग पीपल्स हेल्थ नीड्स इन रूरल एरियास। फ्रेमवर्क फॉर इम्प्लीमेंटेशन 2005-2012 । नयी दिल्ली : स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय; 2005

44. सम्मरी ह्यूमन डेवलपमेंट रिपोर्ट 2014 सस्टेनिंग ह्यूमन प्रोग्रेस: रेड्युसिंग वल्नेराबिलिटी एंड बिल्डिंग रेसैलेंस । न्यू यॉर्क; यूनाइटेड नेशंस डेवेलपमेंट प्रोग्रेम्स; 2014

परिशिष्ट 1

124 मातृत्व मृत्यु का विवरण और विश्लेषण

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
1	गुजरात	दाहोद	20	कोली	5	कृषि, दिहाड़ी मजदूर, गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	वी.एच.एन.डी.में ए.एन.सी., एनीमिया, श्वांस लेने में तकलीफ, पीलिया, दो निजी अस्पतालों में दिखाया-निजी चिरंजीवी अस्पताल में ग्लूकोस चढ़ाया गया	करीब के निजी अस्पताल में गए आई.यू.डी.देने कहा गया ,मेडिकल कॉलेज रेफेर किया गया |(108) भर्ती किया और आई.वी. दिया गया |प्रसव पीड़ा शुरू करने के लिए अगले दिन सामान्य प्रसव |और उसके बाद श्वांस लेने में तकलीफ हुई और मर गयी |	मेडिकल कॉलेज	सामान्य प्रसव	मृतजात	पब्लिक मेडिकल कॉलेज	प्रसव पश्चात् (कुछ घंटे)	सी.सी.एफ.के साथ एनीमिया
2	गुजरात	दाहोद	30	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, प्रवासी मजदूर, गृहणी	हाँ	आदिवासी	3	पहले दोनों शिशु मृत (1 साल की उम्र से पहले मृत्यु), रतौंधी ,गंभीर एनीमिया (2 ग्राम.%)7 वे महीने में पता चला - निजी अस्पताल में आयरन की गोलिया दी गयी	प्रसव-पूर्व समय में गंभीर एनीमिया ,ईलाज नहीं किया गया ,सूजन होने पर निजी अस्पताल गए -सिविल अस्पताल रेफर किया गया |प्रसव पीड़ा शुरू करने के लिए दवाई दी गयी, रक्तस्राव के कारण जिला अस्पताल रेफर किया गया, वाहन नहीं दिया गया, स्वयं के वाहन द्वारा निजी अस्पताल ले जाया गया जहाँ भर्ती करने से मना कर दिया, जिला मुख्यालय के दूसरे निजी अस्पताल में गए जहाँ सिजेरियन हुआ - 4 यूनिट खून दिया , परन्तु उसके बाद तुरंत मर गयी |	निजी अस्पताल	सिजेरियन	मृतजात	निजी अस्पताल	प्रसव पश्चात् (कुछ घंटे)	ए.पी.एच.(टूटना) गंभीर एनीमिया
3	गुजरात	दाहोद	21	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूर, गृहिणी, निर्माण मजदूर (प्रवासी) 5 महीने तक	हाँ	आदिवासी	1	ईलाज के बाद शादी के 4 साल बाद गर्भधारण हुआ, PHC व सिविल अस्पताल में ANC मिली, हिमो 9 ग्रा.	7 वे माह में बुखार, दाई ने सिविल अस्पताल ले गयी (108) जहाँ मलेरिया निकला, ईलाज शुरू हुआ और जिला अस्पताल रिफर किया गया, अगले दिन वापस आ गयी- वैद्य से ईलाज- अगले दिन मृत	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (7 वा माह)	मलेरिया
4	गुजरात	पंचमहल	32	अनु.जन.	निरक्षर	कॉटन मिल में प्रवासी मजदूर	हाँ	आदिवासी	4	पहला 3 प्रसव घर पर हुआ (पहला निर्माण स्थल पर), पहले टी.बी.थी, ईलाज हुआ, 1 ANC PHC में मिली- सिर्फ TT व 10 IFA गोली, कोई Hb, BP जाँच नहीं, 8वे माह में दर्द और साँस की दिक्कत	दर्द और साँस की दिक्कत के कारण PHC गयी. वहां से तालुक फिर जिला अस्पताल रिफर. डा ने रात में आने से मना किया, निजी अस्पताल ले जाया गया, पर वहां ईलाज से मना कर दिया गया. घर वापस आ गयी. पैसों के इंतजाम में 3 दिन गुजर गए. अन्य शहर में निजी अस्पताल ले जाया गया और फिर वहां से अन्य अस्पताल. वहां IUD लगाने के लिए बोला गया, इसलिए शहर के मेडिकल कालेज जाने कहा गया. एम्बुलेंस का इंतजाम कर वहां गयी. जाँच के बाद अगले दिन डा ने शहर के ही अन्य निजी अस्पताल रिफर किया. कहीं ईलाज न होने से घर लौटने का तय किया. उसी रात मौत हो गयी.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (7 वा माह)	CCF में एनीमिया?
5	गुजरात	पंचमहल	31	अ.पि.व.	बी.ए., बी.एड.	मध्यान भोजन प्रभारी	नहीं	हिन्दू	2	पहले CS. VHND में नियमित जाँच, फिर निजी अस्पताल में नियमित, Hb 13 ग्रा. USG हुआ.	7 महीने में प्रसव पीड़ा, आई.यू.डी. का निदान, निजी अस्पताल में सिजेरियन, 6 घंटे चला, ऑपरेशन के दौरान रक्तस्राव, गर्भाशय निकालना पड़ा, 2 यूनिट खून चढ़ाया. जिला मुख्यालय के निजी अस्पताल में रेफर किया गया. नर्स साथ गयी. 2 यूनिट खून और प्लाज्मा दिया गया. रास्ते में मृत्यु.	निजी अस्पताल	CS	SB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	PPH, CS जटिलता
6	गुजरात	दाहोद	20	अनु.जन.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर, महुआ विक्रय, गृहणी	हाँ	आदिवासी	1	16 की उम्र में शादी, ममता कार्ड नहीं, PHC में एक ANC - Hb 8 ग्रा., आयरन गोली नहीं	समय पर प्रसव, पहले दाई को बुलाया फिर प्रसव के लिए निजी अस्पताल लेकर गए, प्रसव के बाद खून के लिए जिला अस्पताल रिफर किया, परन्तु घर गए और रास्ते में ही मौत हो गई	निजी अस्पताल	ND	LB	रास्ते में (अस्पताल से घर)	PN (कुछ घंटों में)	CCF में एनीमिया
7	गुजरात	दाहोद	26	अनु.जन.	निरक्षर	प्रवासी मजदूर	हाँ	आदिवासी	1	VHND में ANC – BP सामान्य, Hb नहीं लिया, सिर्फ 10 IFA गोली दी. गर्भावस्था में साँस की दिक्कत, निजी डा. के पास, सब सामान्य कहा	8वे माह में साँस लेने में दिक्कत व भ्रूण हलचल की कमी के कारण निजी डा. के पास गयी. IUD निकला, सिविल अस्पताल भेजा. कोई डा. नहीं था, जिला मुख्यालय में निजी अस्पताल गयी, मना किया गया. दूसरे अस्पताल गयी. मृतजात पैदा हुआ. 5वे दिन रक्तस्राव, अगले दिन 108 बुलाया गया. एम्बुलेंस तक पहुँचाने 6 किमी तक चादर में ले जाते हुए मृत्यु	निजी अस्पताल	ND	SB	घर	PN (5 दिन)	द्वितीयक PPH, सेप्सिस
8	गुजरात	दाहोद	32	अनु.जन.	निरक्षर	प्रवासी मजदूर	हाँ	आदिवासी	5	पिछला एक मृतजात. कोई ANC नहीं, Hb, BP नहीं. आशा की विजिट नहीं	समय पर प्रसव पीड़ा. 108 बुलाया. 2 घंटे इंतजार करना पड़ा. 108 तक पहुँचने 3/4 किमी चादर में ले जाया गया. तालुक अस्पताल में डा. नहीं था. नर्स द्वारा इंजेक्शन. कुछ समय बाद मृत	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	ब्लाक अस्पताल, पब्लिक	इंट्रानेटल	?
9	गुजरात	पंचमहल	31	चौहान	प्राथमिक	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी	हाँ	आदिवासी	3	ANC नहीं, Hb नहीं, BP नहीं. IFA दिया .	समय पे प्रसव. तालुक अस्पताल ले जाया गया. तुरंत ND. ++ रक्तस्राव. निदान और PPH सँभालने में देरी, रेफरल के 3 घंटे बाद मेडिकल कॉलेज भेजा. एम्बुलेंस में दौरा. रास्ते में मौत.	तालुक अस्पताल	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
10	गुजरात	दाहोद	28	बारिया	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी	हाँ	हिन्दू	4	दूसरी शादी, पिछले 2 मृतजात, ANC, Hb, BP हुआ.	समय में प्रसव. घर पर दाई से डिलीवरी. ज्यादा रक्तस्राव नहीं पर जल्दी ही मृत्यु	घर	ND	SB	घर	PN (कुछ घंटों में)	? एनीमिया
11	झारखण्ड	गोड्डा	23	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	ANC सिर्फ TT	प्रसव पीड़ा. CHC गयी (आशा के साथ ममता वाहन में). CHC में ND . PPH हुआ. जिला अस्पताल रिफर. डिलीवरी के 3 घंटे बाद पहुँची. IV दिया गया. पर + ब्लीडिंग. 70 किमी दूर दूसरे राज्य के मेडिकल कालेज रिफर. तब तक बेहोश. 3 दिन ईलाज. सिर्फ 1.5 यूनिट खून दिया गया. तीसरे दिन मृत.	सी.एच.सी.	ND	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (3 दिन)	पी.पी.एच.
12	झारखण्ड	गोड्डा	18	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	ANC नहीं .	8वे माह बुखार व दौरे- स्थानीय ईलाज. खाट में मायके ले गए और स्थानीय वैद्य को दिखाए. आखिर में ममता वाहन बुलाये पर रात में नहीं आयी. मौत	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (8 वा माह)	गर्भाक्षेप, ? मलेरिया (बुखार)
13	झारखण्ड	गोड्डा	28	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	3	सिर्फ TT, 7वे माह में गर्भपात और बिस्तर पर ही बीमार, मलत्याग, कोई अटेंडर नहीं, अपर्याप्त खाना	गिरने के दस दिन बाद प्रसव पीड़ा. आशा के साथ ममता वाहन से CHC गयी. जिला अस्पताल रिफर. बिस्तर नहीं, सो फर्श पे रखा गया. आशा ममता वाहन से वापस अ गयी. उसके साथ कोई नहीं था. मृत पाई गयी	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	सरकारी अस्पताल, जिला अस्पताल	AN (7 वा माह)	?

रेफरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
हाँ , निजी चिरंजीवी से मेडिकल कॉलेज	2	हाँ	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं		प्रसव-पूर्व एनीमिया -ठीक से ईलाज नहीं किया गया	1 मेडिकल कॉलेज में खून देने की कोई जानकारी नहीं | 2 मेडिकल कॉलेज में प्रसव के दौरान एनीमिया के लिए चिकित्सा अपर्याप्त थी |		1 प्रसव-पूर्व एनीमिया की तुरंत जाँच और पर्याप्त ईलाज 2 प्रसव के दौरान एनीमिया की उपयुक्त व्यवस्था - खून चढ़ाना , ए.एम.टी.एस.एल.
हाँ निजी चिरंजीवी से सिविल अस्पताल ,सिविल अस्पताल से निजी अस्पताल ,फिर वहां से जिला मुख्यालय में निजी अस्पताल में (स्वयं के वाहन द्वारा)	4	नहीं	जानकारी नहीं	19200	1 एम्बुलेंस नहीं दी गयी 108 ने आने से मना कर दिया | 2 गंभीर एनीमिया और ए.पी .एच. के साथ महिला को रेफर करने में कोई जवाबदेही नहीं |	प्रसव -पूर्व गंभीर एनीमिया का ठीक से ईलाज नहीं किया गया |2 आपातकाल में एम्बुलेंस नहीं दी गयी , 108 ने आने से मना कर दिया |	1 .(2 ग्राम) के साथ गंभीर एनीमिया में खून चढ़ाने के बजाय आयरन की गोलिया दी गयी | 2 प्रसव पीड़ा में एनीमिया , ए.पी.एच.- सिविल अस्पताल में अपर्याप्त व्यवस्था |	1 परिवार ने निजी अस्पताल ले गए बजाय जिला अस्पताल के , वैसे जिला अस्पताल में भी देखभाल की गुणवत्ता खराब थी |2 प्रवासी मजदूर -कुपोषण (एनीमिया,रतौंधी	1 प्रसव-पूर्व एनीमिया का पर्याप्त ईलाज -खून चढ़ाना 2 ए.पी.एच. की पर्याप्त व्यवस्था -
हाँ, जिला अस्पताल, लेकिन नहीं गयी	1	हाँ	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं		1. प्रिगनेंसी में महिला को मलेरिया का कोई फ़ॉलोअप नहीं 2. स्थिति की गंभीरता पर परिवार को पर्याप्त सलाह नहीं दी गयी	मलेरिया की गंभीरता के निदान में देरी, देरी से रिफर	1.प्रवासी मजदूर, खेती, घर पर मवेशियों की देखभाल-काम का दबाव 2. मलेरिया के ईलाज के लिए DH जाने से मना किया, बल्कि ओझा से ईलाज करवाया.	1. मलेरिया का पर्याप्त ईलाज –परिवार को ईलाज की जरुरत व स्थिति की गंभीरता पर जानकारी का प्रावधान 2. परिवार के लिए महिला की जीवन की कीमत और ईलाज जारी रखने का फैसला
हाँ, कई बार. PHC (बाइक) से तालुक अस्पताल (108-नदी के उस पर बाइक से 3 किमी) से जिला अस्पताल (एम्बुलेंस), ईलाज नहीं, निजी अस्पताल, मेडिकल कालेज भेजा, घर गयी (छकड़ा, बस, रिक्शा), अन्य निजी अस्पताल (बस), फिर अलग अस्पताल, फिर मेडिकल कालेज (निजी एम्बुलेंस), निजी अस्पताल **रिफर घर गयी (बस छकड़ा) पुरे**	7	नहीं	जानकारी नहीं	990	1. मेडी.कालेज सहित कई सरकारी अस्प. में ईलाज से इनकार 2. प्रदाताओं की जवाबदारी नहीं– ईलाज से मना किया और गंभीर हालत में महिला को निजी अस्प. रिफर किया, 3. आपात स्तिथि में निजी सेक्टर ने मरीज को मना किया	1. 5 दिनों तक बिना कोई ईलाज दिए सरकारी व निजी अस्पतालों के बीच रिफर करने का खेल.	1. आपात स्थिति में महिला की कोई देखभाल नहीं	1. ईलाज के लिए परिवार ने कई अस्पताल ले गयी, लेकिन अंततः परेशान होकर घर ले आये.	1. पूर्व प्रसव में एनीमिया का त्वरित निदान व पर्याप्त उपचार, 2. आपात स्थिति में अलग अलग अस्पतालों में तुरंत ईलाज 3. प्रदाताओं का जिम्मेदाराना व्यव्हार
हाँ, निजी अस्पताल (1 घंटा, बाइक पर) से जिला मुख्या. के निजी अस्पताल (एम्बुलेंस, 40 मं, 40 किमी)	2	नहीं	नहीं	2300		1. खून का इंतजाम करना परिवार की जिम्मेदारी	1.CS के संकेत स्पष्ट नहीं 2.शल्य क्रिया के मध्य जटिलता– अधिक रक्तस्राव से चढ़ाया गया रक्त अपर्याप्त		1.अंतर-शल्यक्रिया का कुशल प्रबंधन
हाँ, पर नहीं गयी	1	हाँ	हाँ	1320		1. AN काल में एनीमिया- ठीक से ईलाज नहीं 2. आशा से कोई जानकारी नहीं – पता नहीं था 108 को कैसे बुलाना है.		1. कम उम्र में शादी 2. परिवार ने उसकी स्थिति को गंभीरता से नहीं लिया और घर वापस ले आये	1. पूर्व प्रसव में एनीमिया का त्वरित निदान व पर्याप्त उपचार, 2. परिवार को ईलाज की जरुरत व स्थिति की गंभीरता पर जानकारी का प्रावधान 2. परिवार के लिए महिला की जीवन की कीमत और ईलाज के लिए जिला अस्प. ले जाने का फैसला
निजी डा, सिविल अस्पताल रिफर, डा. नहीं था, जिला मुख्य. में निजी अस्पताल, भर्ती से इंकार, दूसरे अस्पताल गयी, मृतजात हुआ,D/S. पाँचवे दिन रक्तस्रावें, अगली सुबह 108 बुलाया, एम्बुलेंस तक ले जाते **हुए मृत (6 किमी चादर में पैदल)**	4	नहीं	हाँ	जानकारी नहीं		1. ANC में hb नहीं –एनीमिया की पहचान हुई न ईलाज हुआ, सिर्फ 10 IFA. 2. आपात में तालुक अस्प. में कोई स्टाफ नहीं 3.मातृत्व मौत के रूप में दर्ज नहीं क्योंकि वह किस इलाके से थी इस पर विवाद था.	1. प्रसव पूर्व व प्रसव के दौरान एनीमिया का निदान और ईलाज अपर्याप्त, 2. संस्थानिक जन्म के बाद सेप्सिस हुआ 3. PN केयर की कमी	1. शराबी पति, हिंसा, परिजन के साथ रहती थी, 2. खून जाने के दूसरी सुबह एम्बुलेंस बुलाई गयी	1.पूर्व प्रसव में एनीमिया का त्वरित निदान व पर्याप्त उपचार, 2. प्रसव दौरान एनीमिया का उपयुक्त-रक्त संचंरण, AMTSL 3. प्रसव के दौरान असेप्सिस 4. PNC से सेप्सिस को पकड़ना और तुरंत ईलाज करना 5. परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था और तुरंत ईलाज के लिए एम्बुलेंस बुलाया.
नहीं	1	हाँ	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	1. तालुक अस्प. में मरने के लिए अकेले छोड़ दिया.	1. उच्च खतरे वाली महिला को कोई ANC नहीं– पिछला मृतजात 2. आशा का दौरा नहीं, 3. तालुक अस्प. में डा.नहीं 3. संकटकालीन स्थिति में महिला के लिए कोई आपात सुविधा नहीं		1. उसे अस्पताल ले जाने के निर्णय में देरी– पति 108 को कॉल करने से कतराता था. .	1. उच्च खतरे की प्रिगनेंसी के रूप में पहचान और पर्याप्त ANC, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 3. तुरंत एम्बुलेंस उपलब्ध, 4. डा द्वारा तुरंत निदान व ईलाज की शुरुवात
हाँ, मेडिकल कालेज	1	नहीं	नहीं	जानकारी नहीं	1. रेफरल पर कोई जवाबदारी नहीं - कोई स्थरीकरण नहीं, कोई स्वास्थ्य कर्मचारी साथ नहीं गया	1. कोई ANC नहीं	1. PPH के निदान में देरी		1. पर्याप्त ANC एनीमिया का पर्याप्त उपचार, 2. AMTSL से PPH से बचाव 3.PPH का तुरंत निदान व ईलाज की शुरुवात, 4. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल
नहीं	0	हाँ	हाँ	जानकारी नहीं				1. परिवार ने समस्या की गंभीरता को समझा नहीं. मुख्य सड़क सिर्फ 100 फीट दूर थी, फिर भी ईलाज नहीं कराया.	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था और तुरंत ईलाज के लिए एम्बुलेंस बुलाया.
हाँ. घर से CHC (ममता वाहन में) से जिला अस्पताल (18 किमी, एम्बुलेंस) से मेडिकल कालेज (70 किमी, एम्बुलेंस, 500 रु सहायता)	3	जानकारी नहीं	70 किमी	4500	1. रेफरल में जवाबदेही नहीं- स्थरीकरण नहीं, साथ नहीं	1. ANC में खराब दर्जे की सेवा– सिर्फ TT 2. जिले में कोई CemOC नहीं- दूसरे राज्य जाना पड़ा	1. CHC व DH में PPH का अपर्याप्त mx – खून नहीं दिया गया 2. नुकसान के हिसाब से कम खून दिया गया		1.पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. PPH की AMTSL के साथ रोकथाम 3.PPH का तुरंत निदान व ईलाज शुरू करना. 4 आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल 5. पर्याप्त खून चढ़ा
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	1000	1. आपात वाहन ने रात में आने से मना किया	1. ANC, नहीं 2. खतरे के लक्षणों पर जानकारी नहीं, पारपरिक प्रेक्टिशनर पर निर्भरता		1. इमरजेंसी में पारंपरिक बैद्य पर निर्भरता, ईलाज लेने में देरी	1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार लक्षणों से अवगत था और विलब टला, 4. आपात परिवहन की तुरंत उपलब्धता
Yes, Sahiya to हा, सहिया से CHC (2किमी) to जिला अस्प. (22 किमी, ममता वाहन)	2	जानकारी नहीं	70 किमी	आ.अनु.	1. बिस्तर नहीं दिया 2. स्टाफ का ख़राब व्यव्हार. 3. मरने के लिए छोड़ दिया.			शराबी पति, ध्यान नहीं देता था. कई दिनों तक भूखी रही.	1. गिरने के बाद तुरंत ईलाज 2. परिवार का सहयोग 3.पर्याप्त पोषण 4. अस्प. में तुरंत देखभाल

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
14	झारखण्ड	गोड्डा	26	अनु.जन.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	5	8 वे माह में हल्का रक्तस्त्राव मौत से पहले प्रसव पीड़ा और रक्तस्त्राव	APH हुआ. मिशन औषधालय खाट पे लेकर गए. डा. नहीं मिला तो मिशन अस्पताल निजी वाहन में ले गए. 3 घंटे इंतजाम करने में लगे. जिले के दूसरे मिशन अस्पताल रिफर. फिर वहां से 70 किमी दूर दूसरे राज्य के मिशन अस्पताल भेजा. अस्पताल में खून न होने से बहुत जगह रिफर. मिशन अस्पताल में भी रिश्तेदार को खून के लिए मेडिकल कालेज भेजा, इससे पहले कि खून मिलता, प्रसव हुआ और फिर मौत.	निजी अस्पताल (मिशन)	ND	जल्दी ND	निजी अस्पताल (मिशन)	PN (कुछ घंटों में)	APH और PPH
15	झारखण्ड	गोड्डा	20	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	ANC नहीं . एक बार PHC गयी पर डा. नहीं	ANC नहीं. 5वे माह से पैर में सूजन. मौत से पहले सर दर्द व दौरा. स्थानीय डा. को बुलाया, मलेरिया के किये इंजेक्शन दिया, अस्पताल ले जाने को कहा. आशा ने ममता वाहन बुलाया, पर आने से मना किया क्योंकि वह प्रसव के लिए था. निजी वाहन के इंतजाम होते तक मृत्यु हो गयी.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (8 वा माह)	गर्भाक्षेप
16	झारखण्ड	गोड्डा	आ.अनु.	अनु.जन.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	6	पहली गर्भावस्था में साँस लेने में दिक्कत, पहले समय से पूर्व एक प्रसव, इस गर्भावस्था में 5 वे महीने में धनुष की तरह ऐंठन, करीबी दवा दुकान से ईलाज , मौत से पहले साँस की दिक्कत (गर्भ-काल अनुपलब्ध)	साँस में दिक्कत. पति पास के कस्बे से गाड़ी का इंतजाम करने गया. उसके वापस आने के पहले ही मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (जेस्टे NA)	? CCF एनीमिया
17	झारखण्ड	गोड्डा	आ.अनु.	अनु.जन.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	केवल एक TT. 8 वें महीने में ऐंठन (तीन दिन पहले भी - ओझा से ईलाज)	ऐंठन– पारंपरिक बैद्य को बुलाया, 3 दिन बाद फिर से दौरे – पारंपरिक बैद्य को दिखाया, सुधार नहीं, स्थानीय डाक्टर को बुलाया- IV और सुई दिया, सुधार नहीं, दौरे के 6 घंटे बाद माता वाहन को बुलाया, 2 घंटे देर से आयी. CHC गयी, वहां से DH रिफर किया, पहुंचे में 10 घंटे लगे. आगे 70 किमी दूर मेडी कालेज रिफर किया गया, लेकिन परिवार ने न जाना तय किया. इंजेक्शन (?Mg SO4) DH में, उसके तुरंत बाद मर गयी	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	अस्पताल, जिला अस्प.	AN (8 वा माह)	गर्भाक्षेप
18	झारखण्ड	गोड्डा	16	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	केवल एक TT.गर्भावस्था के दौरान मलेरिया और पीलिया, पैरों में सूजन, रतौंधी, 9 वें महीने में दौरे.	आधी रात में प्रसव पीड़ा. आशा ममता वाहन नहीं बुला पाई क्योंकि फोन चार्ज नहीं था. उसके बाद दौरे, सुबह CHC ले गए, 2 inj दिए, शाम में DH (18 km) रिफर किये. IVF व inj.दूसरे राज्य के मेडिकल कालेज रिफर, अगले दिन शाम में पहुंचे, टेढ़े हुए शिशु के लिए CS, प्रसव के बाद बेहद कमजोर व साँस की तकलीफ, 2 यूनिट खून, D10 में साँस की तकलीफ, inj, O2 दिए, मगर मृत.	मेडिकल कॉलेज	CS	LB (22वे दिन मृत)	मेडिकल कॉलेज	PN (10 दिन)	गर्भाक्षेप, एनीमिया
19	झारखण्ड	गोड्डा	20	अनु.जन.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	TT और IFA दिया , 8 वें माह में एनीमिया निकला और DH में भर्ती किया, परन्तु मेडिकल सलाह नहीं मानी गई और घर लौट आये	बाद में प्रसव – CHC गयी (ममता वाहन, 14 km) CHC में ND, प्रसव के बाद बेहोश, निजी गाड़ी में DH रिफर लेकिन रास्ते में मृत	सी.एच.सी.	ND	SB	रास्ते में (CHC से जिला अस्प.)	PN (कुछ घंटों में)	?
20	झारखण्ड	गोड्डा	17	अनु.जन.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	साथ में रहते हैं , शादी नहीं की , परिवार द्वारा अमान्य .	गर्भपात के लिए हर्बल दवाई और मृत. कोई जानकारी नहीं. परिवार ने बताने से मना किया	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (पहले कुछ महीने)	असुरक्षित गर्भपात
21	झारखण्ड	गोड्डा	18	अ.पि.व.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	TT और IFA दिया , 8 वें माह में एनीमिया निकला और DH में भर्ती किया, परन्तु मेडिकल सलाह नहीं मानी गई	8वे माह में बेहोशी व सूजन, DH (20 किमी) ले गए, गाड़ी से भी नहीं उतारा गया, मेडी कालेज (70 किमी) रिफर और मृत. विवरण नहीं. मायके में मौत. ससुराल से कोई जानकारी नहीं.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, अस्पताल, मेडिकल कालेज	AN (8वा माह)	?
22	झारखण्ड	गोड्डा	22	अनु.जन.	बी.ए.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	नहीं	प्रसव –दाई से घर पर ND (स्था. डा. ने इंजे दिया). 8 घंटे बाद मरोड़ (दौरे?) जलन. आशा को बुलाया गया, पर PN जटिलता को पकड़ नहीं पाई. परिवार ने जेवर गिरवी रखे और निजी गाड़ी से जिला मुख्या. में मिशन अस्पताल (22किमी) ले गए- डा. नहीं. फिर निजी अस्पताल गए, लेकिन ईलाज नहीं. फिर DH. DH में मृत पहुँची	घर	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	गर्भाक्षेप
23	झारखण्ड	पाकुड़	20	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	दूसरे माह से सूजन , खाना बहुत कम- मुरमुरा, लाल चाय , बहुत थकी हुई , अंततः बेहोश .	स्था. डाक्टर को बुला न सके जब रात में बेहोश हो गयी. रात में घर पर मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (जेस्ट NA)	?
24	झारखण्ड	गोड्डा	35	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	8	पहले 6 बच्चे , एक गर्भपात, ANC नहीं, गर्भावस्था के बीच-बीच में पेट दर्द .स्थानीय डा.से इंजेक्शन के साथ ईलाज कराया .	प्रसव पीड़ा हुई. पास की सड़क 10 किमी दूर. पति ठीक नहीं तो ममता वाहन तक ले जाने वाला कोई नहीं था., तो घर पर प्रसव कराने का फैसला. उसके बाद कमज़ोर और थकी और 7 घंटे बाद मृत. कोई ईलाज नहीं लिया.	घर	ND	SB	घर	PN (कुछ घंटों में)	? एनीमिया
25	झारखण्ड	गोड्डा	28	अनु.जन.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	3	ANC नहीं . TT या IFA नहीं	घर पर प्रसव. 10 दिन बाद पैरों में कमजोरी, स्था डा से ईलाज और बेहतर हुई. 46वे दिन, हाथ पैर में लकवा, अर्द्ध बेहोशी, दौरे. घर पर स्था डा से ईलाज. घर पर मौत	घर	ND	LB (15 दिन में माँ के मरने के बाद मृत)	घर	PN (46 दिन) बाद में मातृत्व मौत	?

रेफरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
हाँ. मिशन औषधालय (1 किमी, खाट पे) से मिशन अस्पताल (20 किमी, निजी वाहन, 3 घंटे इंतजाम) से मिशन अस्प.(1/2 घंटे, जिला मुख्या.) से मिशन अस्प.(70 किमी) (सभी प्राइवेट गाड़ी से, बिना उतरे)	4	जानकारी नहीं	70 किमी	9700	1.खून जुगाड़ने की जवाबदारी परिवार को दे दी गयी- देरी हुई	1. दवाखाने बिस्तर पर ले गए, 3 घंटे गाड़ी के इंतजाम में इंतजार करना पड़ा. 2. जिले में कोई CemOC नहीं	रास्ते में पड़ने वाले किसी भी अस्पताल ने मरीज को स्थिर करने की कोशिश नहीं की		1. आपात परिवहन की त्वरित उपलब्धता, 2.रास्ते के अस्पताल में प्राथमिक Rx दिया गया, 3. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल, 4. खून के त्वरित उपलब्धता
स्था.डा.ने अस्पताल रिफर किया लेकिन वाहन के इंतजाम तक मृत	0	जानकारी नहीं	70 किमी	आ.अनु.	1.ममता वाहन ने इमरजेंसी केस को मना किया, क्योंकि वह सिर्फ प्रसव के लिए सेवा देते हैं.	ANC में महिला द्वारा प्रयास- पर PHC में डा नहीं.		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC और पूर्व गर्भाक्षेप का त्वरित mx के साथ निदान, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था. 4. तुरंत ईलाज के लिए एम्बुलेंस बुलाया.
पति गाड़ी के इंतजाम में गया, उसके आने तक मृत	0	जानकारी नहीं	70 किमी	आ.अनु.		1. ANC नहीं, AN काल में एनीमिया का निदान या Rx नहीं. 2. पहले साँस की तकलीफ व प्री-टर्म के बावजूद लक्षणों की पहचान नहीं. 3. गर्भ जटिलता का दवा वाले से ईलाज.			1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था, 4. तुरंत ईलाज के लिए एम्बुलेंस बुलाया.
ओझा, स्था.डा., CHC भेजा (35 किमी), DH रिफर(40 किमी), मेडिकल कालेज रिफर (70 किमी) लेकिन नहीं गयी	2	जानकारी नहीं	70 किमी	700		1. अपर्याप्त ANC, 2.CHC में स्थरीकरण mx नहीं- वहां MgSO4 दिया जाना चाहिए था. 3. रेफरल में जवाबदारी नहीं		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1.पर्याप्त ANC और पूर्व गर्भाक्षेप का त्वरित mx के साथ निदान, 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था और ईलाज चाहते थे. 4. आपात परिवहन की तुरंत उपलब्धता, 5. CHC में Mg SO4 दिया गया, 6.आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल
सहिया से CHC (15 किमी, 8 घंटे बाद ममता वाहन, फोन चार्ज नहीं था), से जिला अस्प. (18 किमी, 8 घंटे बाद), से मेडिकल कालेज (70 किमी, 36 घंटे बाद)	3	जानकारी नहीं	70 किमी	16500		1. अपर्याप्त ANC, खतरे के चिन्ह नहीं पकडे गए, 2. ममता वाहन की देरी, 3. रेफरल के वक्त जवाबदेही नहीं	1. गर्भाक्षेप के लिए अपर्याप्त mx, पता नहीं MgSO4 CHC में दिया गया या नहीं, 2. 2 दिन के देरी के बाद CS. 3. पोस्टनटैली एनीमिया को ठीक से नहीं संभाला गया- सिर्फ 2 यूनिट खून दिया. 4. मेडी कालेज में CCF की mx नहीं.		1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था 4. आपात परिवहन की तुरंत उपलब्धता. 5. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल, 6. प्रसव की जल्दी, 7. पोस्टनटैली एनीमिया का पर्याप्त Mx
CHC से जिला अस्प. (निजी वाहन)	2	जानकारी नहीं	70 किमी	2000	1. रेफरल में जवाबदारी नहीं– CHC से एम्बुलेंस नहीं दी गयी	1. एनीमिया पीड़ित महिला का समुदाय आधारित फ़ॉलो अप नहीं	1. एनीमिया का निदान व ईलाज अपर्याप्त	1. एनीमिया के rx की जरुरत नहीं समझी और LAMA छोड़ दिया.	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2.जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों को जानता था और ईलाज जारी रखा, 4.एनीमिया का पर्याप्त इंट्रानेटल Mx - रक्त संचरण, AMTSL, 5. CHC से एम्बुलेंस की उपलब्धता, 6. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	आ.अनु.	1. सुरक्षित गर्भपात की सुविधा अनुपलब्ध			1. शादी नहीं हुई थी अतः परिवार का सहयोग नहीं 2. अयोग्य प्रदाता से गर्भपात सेवा प्राप्त की	1. किशोर सहज SRH सेवाएँ उपलब्ध, 2. गर्भनिरोधक की सेवा और जानकारी की सुलभता, 3.सुरक्षित गर्भपात सेवा की सुलभता
घर, जिला अस्प. से मेडिकल कालेज (70 किमी)	2	जानकारी नहीं	70 किमी	आ.अनु.		1. DH में स्थरीकरण mx नहीं- वहाँ MgSO4 दिया जाना चाहिए था. 2. जिले में CemOC केंद्र नहीं		गाँव के उसी टोले पर दूसरी मातृत्व मृत्यु.	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित 4. पूर्व प्रसव में एनीमिया के ईलाज में परिवार का सहयोग 5. DH में शुरुवाती ईलाज- Mg SO4 दिया. 6. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल
सहायिका नहीं आयी. निजी गाड़ी से मिशन अस्प. (22किमी, ½ घंटे), से निजी नर्सिंग होम, से जिला अस्प.	3	जानकारी नहीं	70 किमी	1300		1. आशा PN जटिलता को नहीं पहचान पाई. 2. आपात परिवहन नहीं			1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.आशा ने PN जटिलता को पहचाना और तुरंत कदम उठाया, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. पहले ही अस्पताल में ईलाज शुरू हुआ, 5. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल
नहीं	0	जानकारी नहीं	आ.अनु.	आ.अनु.		1.ANC नहीं, खतरे के लक्षणों पर कोई जानकारी नहीं		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित और ईलाज चाहा
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	आ.अनु.		1. ANM 10 किमी दूर तक ही आती थी और उसे ANC के लिए उतने दूर जाना होता था			1. सड़क व परिवहन सुविधा की सुलभता, 2. VHND मनाने के लिए ANM को यात्रा सहयोग दिया, 3. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 4. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 5. घर पर डिलीवरी के लिए SBA की उपलब्धता 6. आपात परिवहन की उपलब्धता, 7. गर्भनिरोधक की सुलभता
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	1800		1. कोई ANC नहीं		ईलाज के लिए स्थानीय डा के पास चांदी के जेवर गिरवी रखने पड़े	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 2. पर्याप्त PN देखभाल व जटिलता की पहचान

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
26	झारखण्ड	गोड्डा	19	अ.पि.व.	3	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	2 TT, मायके में कोई ICDS सेवा नहीं	प्रसव पीड़ा. आशा HSC ले गयी. HSC में प्रसव. आधे घंटे बाद गंभीर पेट दर्द. ममता वाहन से CHC (18 किमी) ले गए, सभी ANMs रास्ते में अपने अपने घर उतर गयी. रेफरल पर्ची नहीं, अतः CHC से DH रिफर किया गया (20 किमी). DH (3घंटे बाद) में, पता नहीं कहाँ जाना था, गाड़ी में ही मृत. परिवार PM नहीं कराना चाहता था अतः जल्दी से वापस घर ले आये.	पब्लिक, स्वा.उप.केंद्र	ND	LB (4थे माह में मौत)	रास्ते में(CHC से DH)	PN (कुछ घंटों में)	?PPH, ? गर्भाशय का इन्वेर्शन
27	झारखण्ड	गोड्डा	25	अनु.जाति.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	अल्पसंख्यक	5	3 जीवित बच्चे, 2 TT, निजी क्लिनिक में 2 ANC	प्रसव पीड़ा में CHC गयी. हाथ बाहर आ गया (?हैण्ड प्रोलेप्स) – DH रिफर. रातभर रखा, Iv व इंजे दिया और फिर दूसरे राज्य के मेडी कालेज रिफर किया. मेडी कालेज में CS, 1 यूनिट खून चढ़ा, दूसरा यूनिट इंतजाम होते तक मृत. दोनों बार पति ने दिया था.	मेडिकल कॉलेज	CS	SB	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	बाधित प्रसव, ? गर्भाशय फटन
28	झारखण्ड	गोड्डा	20	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	नहीं	9 वे माह में दौरे. ममता वाहन में DH ले गए – 4 घंटे बाद पहुंचे. कुछ इंजे दिय गया, फिर दूसरे राज्य के मेडिकल कालेज रिफर. दो दिन बाद मेडी कालेज में प्रसव, साँस की तकलीफ और फिर कुछ घंटे में मौत.	मेडिकल कॉलेज	ND	LB (जल्दी ND)	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	गर्भाक्षेप
29	झारखण्ड	दुमका	21	अनु.जाति.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	शादी के बाद से मानसिक तनाव	8 वे माह में दौरे. टेम्पो से HSC (पास में) ले गए, CHC(14 किमी) रिफर और वहां से दूसरे राज्य के मेडी कालेज में (81 किमी) लेकिन निजी अस्प. (29 किमी) ले गए और फिर दूसरे निजी अस्प. (52 किमी) और फिर मेडी कालेज (उसी शहर के). मेडी कालेज में बिना प्रसव के मौत. समयसीमा की जानकारी नहीं.	मेडिकल कॉलेज	NA	NA	मेडिकल कॉलेज	AN (8वा माह)	गर्भाक्षेप
30	झारखण्ड	दुमका	25	अनु.जन.	साक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	2 TT, निजी क्लिनिक में 2 ANC . प्रसव में दौरे .एनीमिया के कारण रिफर	प्रसव के लिए घर से CHC. एनीमिक होने की वजह से DH रिफर (रेफरल परिवहन के लिए 500 रु दिए), लेकिन घर आ गयी, दौरे आने लगे. दूसरे CHC (ममता वाहन) ले गए – IV व इंजे दिए और अगली सुबह DH रिफर. DH में शाम तक रखा– IV, इंजे. फिर आगे रिफर. परिवार ने वापस घर ले आये. उसी रात दूसरे क़स्बा ले कर गए, वहां निजी अस्पताल में भर्ती करने से पहले 2-3 निजी क्लिनिक में दिखाए. अगले दिन CS. दूसरे दिन बेहोश और तीसरे दिन आगे रिफर. तब तक 25000 रु खर्च, जमीन गिरवी, अतः उसे घर लेन ला फैसला किया, रास्ते में लौटते हुए मौत.	निजी अस्पताल	ND	LB	रास्ते में (घर आते समय)	PN (3 दिन)	गंभीर एनीमिया, गर्भाक्षेप
31	झारखण्ड	दुमका	26	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	3	2 TT.	तेज पेट दर्द. PHC ले गए. CHC फिर DH रिफर किया गया. बहुत से रिफरल, लेकिन ईलाज नहीं. DH में भर्ती करने के तुरंत बाद मृत्यु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, जिला अस्प.	पूर्व प्रसव	?अब्रप्शन
32	झारखण्ड	गोड्डा	25	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	5	7 वें माह में डायरिया	स्थ. डा. से घर पर ईलाज. कोई सुधार नहीं. 24 घंटे बाद CHC ले गए (ममता वाहन). DOA	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	रास्ते में (घर से CHC)	AN (7 वा माह)	डायरिया, निर्जलीकरण
33	झारखण्ड	गोड्डा	22	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	2	पिछला गर्भपात . इस बार कोई ANC नहीं, TT नहीं , IFA नहीं,सूजन	समय आने पर प्रसव. घर पर ND. डिलीवरी के बाद कमज़ोर और परेशां और 1 घंटे बाद मौत.	घर	ND	LB	घर	PN (1 घंटा)	?PPH, ? एनीमिया
34	झारखण्ड	गोड्डा	22	अनु.जन.	साक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	दूसरे महीने में तेज पेट दर्द	स्थानीय ANM ने निजी डा के पास भेजा. इंजे, IV दिया, ईलाज के बाद घर वापस और कुछ घंटे बाद बेचैनी, पसीना फिर मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (दूसरे माह)	? गर्भाशय के बाहर गर्भ और नली का प्रस्फुटन
35	झारखण्ड	गोड्डा	20	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	कोई ANC नहीं	घर पर प्रसव. अत्यधिक खून. दौरा. 1 घंटे के अन्दर मौत	घर	ND	LB (जल्द ND)	घर	PN (1 घंटा)	पी.पी.एच.
36	झारखण्ड	गोड्डा	28	अनु.जन.	6	आशा	आ.अनु.	आ.अनु.	5	पहले 2 नवजात मौते, इस गर्भावस्था में ANC नहीं , TT नहीं	सहिया, घर पे प्रसव, स्था.डा. को बुलाया, गर्भनाल निकला नहीं, 1 घंटे के अन्दर मौत	घर	ND	LB	घर	PN (1 घंटा)	PPH, गर्भनाल अन्दर रहना
37	झारखण्ड	गोड्डा	27	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	TT और IFA लिया . पैरों में सूजन .	सरदर्द. 5 घंटे बाद दौरे (गर्भकाल पता नहीं), बेहोश. स्था.डा. बुलाया. अस्प. जाने बोला. 2 घंटे बाद CHC गए (ममता वाहन), DH रिफर. पर जिला मुख्या. में निजी अस्प. गयी क्योंकि परिवार को DH में ईलाज की गुणवत्ता ख़राब लगी. 18 घंटे बाद बिना डिलिवरी के मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	निजी अस्पताल	AN (जेस्ट NA)	गर्भाक्षेप

रेफेरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
उप स्वा. केंद्र (ममता वाहन, 1.5 किमी) से CHC (18 किमी, ममता वाहन) से DH (20 किमी)	3	जानकारी नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं	1. रेफरल में जवाबदारी नहीं, साथ में गयी सभी ANMs रास्ते में उतर गयी. 2. परिवार को पता नहीं कहाँ जाना था- विलम्ब.	1. ससुराल और मायके के बीच कोई सेवा बदलने की सुविधा नहीं. 2.रेफरल पर्ची नहीं. CHC में स्थरीकरण की mx नहीं, बिना ईलाज के रिफर क्योंकि रिफरल पर्ची नहीं.			1. AMTSL के साथ PPH की रोकथाम 2.HSC में जटिलता की तुरंत पहचान और Rx की शुरुवात, 3. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल, 4. अस्पताल में सूचना डेस्क. 5.आपात स्थिति को प्राथमिकता से सँभालने के लिए प्रोटोकॉल
CHC (12 किमी, ममता वाहन) से DH से मेडिकल कालेज (70 किमी)	3	जानकारी नहीं	70 किमी	12000	1.खून जुगाड़ने की जवाबदारी परिवार को दे दी गयी-देरी हुई. पति ने दो बार रक्तदान किया. स्टाफ को अनौपचारिक पेमेंट.	1DH में टेढ़ा शिशु के लिए CS में देरी. 2. जिले में CemoC केंद्र नहीं		1. टेढ़े शिशु के लिए अपर्याप्त mx – देरी, 2. इंट्रानटली एनीमिया के लिए अपर्याप्त mx	1. मेलप्रेसेंटेशन का एंटेनेटल निदान, 2. टेढ़े शिशु का तुरंत mx -CS, 3. एनीमिया का पर्याप्त mx- तुरंत खून चढ़ा
ममता वाहन से DH (20 किमी) से मेडी. कालेज (निजी गाड़ी, 70 किमी)	2	जानकारी नहीं	70 किमी	4390		1. DH को गर्भाक्षेप संभालना चाहिए था, लेकिन 70 किमी दूर रिफर किया, 2.जिले में CemoC केंद्र नहीं	1. गर्भाक्षेप के मामले में प्रसव में देरी– 2 दिन लगे.		1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान 2. DH में प्रोटोकॉल के अनुसार MgSO4 दिया गया, 3. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल 4. DH/ मेडी कालेज में डिलीवरी जल्दी
HSC से CHC (14किमी, टेम्पो), मेडी.कालेज रिफर(81 किमी) पर निजी क्लिनिक गयी(29किमी) से दूसरे निजी क्लिनिक(52किमी) से मेडी.कालेज	5	जानकारी नहीं	81 km	जानकारी नहीं	1. रेफरल में जवाबदारी नहीं – प्राथमिक देखभाल नहीं, साथ या सतत सेवा नहीं	1. बहुत से अस्पताल में गर्भाक्षेप की अपर्याप्त mx. 2. जिले में CemoC केंद्र नहीं	1. गर्भाक्षेप के मामले में प्रसव में देरी.		1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान 2. अस्पताल में प्रोटोकॉल के अनुसार MgSO4 दिया गया, 3.आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल 4. DH/ मेडी कालेज में डिलीवरी जल्दी
घर से CHC (निजी गाड़ी, 14 किमी, 1000 रु), जिला अस्प. रिफर, लेकिन घर चली गयी और फिर दूसरे CHC (7किमी, ममता वाहन), DH रिफर (30 किमी, निजी गाड़ी, 600 रु), घर वापस गयी(निजी गाड़ी, 1200 रु), फिर दूसरे शहर में निजी क्लिनिक में (58किमी, 2500 रु,निजी वाहन), फिर वापस घर D3 (500 रु, निजी गाड़ी से)	6	जानकारी नहीं	आ.अनु.	24800		1. आगे पीछे बहुत से रेफरल– फॉलो अप, साथ जाना, सतत सेवा के लिए जवाबदेही नहीं 2. ख़राब गुणवत्ता	1. एनीमिया व गर्भाक्षेप दोनों का अपर्याप्त mx.	परिवार को जमीन गिरवी रखनी पड़ी	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित 4. CHC में शुरुवाती ईलाज- Mg SO4 दिया. 6. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल 7. DH में डिलीवरी जल्दी, 8. इंट्रानेटली एनीमिया का पर्याप्त Mx – रक्त चढ़ाना, AMTSL, 9. निशुल्क देखभाल उपलब्ध, पब्लिक सेक्टर में अच्छी क्वालिटी
दाई से PHC (1 किमी) से CHC (11किमी) से DH (49किमी, निजी गाड़ी, 500 रु रेफरल परिवहन के लिए, 600 रु ऐतिरिक्त देने पड़े)	3	जानकारी नहीं	आ.अनु.	1700		1. रेफरल में कोई जवाबदेही नहीं- PHC या CHC में स्थरीकरण mx नहीं. साथ या सतत सेवा नहीं, परिवार को आपात परिवहन के लिए पैसे देने पड़े			1. PHC/CHC में AN जटिलता को जानने पर्याप्त नैदानिक कौशल, 2. आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता
नहीं	1	जानकारी नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं			निर्जलीकरण का अपर्याप्त ईलाज	खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 2. परिवार को खतरे के लक्षण का पता था, तुरंत एम्बुलेंस बुलाया और तुरंत देखभाल, 3. निर्जलीकरण का तुरंत व पर्याप्त Rx
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं				खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित और तुरंत कार्रवाई
घर से स्था.डा. (8किमी, निजी गाड़ी)	1	जानकारी नहीं	70 किमी	2000				खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. स्थति का तुरंत निदान, 2.स्थरीकरण सेवा की शुरुवात 3. रिफरल के साथ जाकर सतत देखभाल
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं		1. कोई ANC नहीं		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित और ठीक से देखभाल
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं		स्वयं आशा. कोई ANC नहीं.		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC , 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित और ठीक से देखभाल, 4. आपात परिवहन की उपलब्धता
स्था.डा. से घर, ममता वाहन से CHC (10किमी), DH रिफर, लेकिन निजी अस्प. गयी	2	जानकारी नहीं	70 किमी	2600		1.CHC में स्थरीकरण mx नहीं- MgSO4 दिया जाना चाहिए था. 2. Perceived QoC in DH में खराब दर्जे की सेवा-अतः निजी अस्प. गए.	18 घंटे से भी ज्यादा भर्ती रखने पर निजी अस्प. में डिलीवरी जल्दी नहीं.		1.पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान, 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित 4. तुरंत आपात परिवहन की उपलब्धता 5. CHC में MgSo4 शुरु किया गया 6.आपात परिवहन और सतत देखभाल के साथ जिम्मेदाराना रिफरल, 6. डिलीवरी जल्दी,

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
38	झारखण्ड	दुमका	25	अ.पि.व.	साक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	3	9 वें माह में चेहरे,पैर हाथ में सूजन,साँस लेने में दिक्कत	गंभीर सूजन, मायके आ गयी. सहिया ने CHC ले गयी, पर लैब सुविधा नहीं, तो निजी क्लिनिक गयी. बाद में गंभीर साँस की तकलीफ, स्था. डा. ने बड़े केंद्र रिफर किया. ऑटोरिक्शा से जिला मुख्या. (55 किमी) गयी, बहुत से निजी क्लिनिक में ईलाज खोजा, लेकिन मना किया गया. फिर DH गयी, जल्द ही मौत हो गयी.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	DH	AN (9वा माह)	CCF में एनीमिया
39	झारखण्ड	गोड्डा	24	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	2	कोई ANC नहीं	घर पर ND.6 दिन बाद बेहोश, अगले दिन स्था.डा. ने PF malaria बताया. बच्चे को भी बुखार आया और 10 दिन बाद मौत.	घर	ND	LB (जल्द ND)	घर	PN (6 दिन)	मलेरिया
40	झारखण्ड	गोड्डा	35	अनु.जन.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	6	कोई ANC नहीं	घर पर ND. गर्भनाल निकला नहीं, बहुत रक्तस्राव. स्था. डा. घर पर आया. जल्दी मर गयी	घर	ND	LB	घर	PN (6 घंटे)	PPH, गर्भनाल रह गया
41	झारखण्ड	गोड्डा	29	अनु.जन.	8	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	3	नहीं	9वे माह में तेज़ उल्टियाँ. ममता वाहन में CHC ले गए. DH रिफर (20 किमी). अगली सुबह दूसरे राज्य के मेडी. कालेज रिफर. पर परिवार ने उसी शहर के निजी अस्पताल ले गया. वहां से मेडी. कालेज रिफर. निजी क्लिनिक में IV व इंजे दिया. मेडी कालेज ले जाते समय रास्ते में प्रसव और DOA	रास्ते में	ND	SB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	?
42	बिहार	पटना	32	अनु.जाति.	निरक्षर	सब्जी विक्रेता	हाँ	हिन्दू	8	पहले एक SB. ANC नहीं. 9वे माह में दर्द व रक्तस्राव.	दर्द व रक्तस्राव. ठेला में PHC ले गए. ANM निजी क्लिनिक ले गयी, USG हुआ. मेडी कालेज रिफर. डा हड़ताल पर, तो कोई ईलाज नहीं. लगातार ब्लीडिंग. मृत शिशु हुआ, खून बहने से मौत. ईलाज पाने की बहु-प्रयास- मेडी कालेज में देखभाल का अभाव.	मेडिकल कॉलेज	ND	SB	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	APH, PPH
43	बिहार	पटना	27	अ.पि.व.	निरक्षर	गृहणी	नहीं	मुस्लिम	2	दूसरी शादी. झोला छाप द्वारा ANC.	झोला छाप के पास प्रसव के लिए भर्ती. CS के लिए कहा, बाहर से sx के लिए डा बुलाया. CS का कारण पता नहीं. साँस की तकलीफ शुरू हुई, दूसरे डा को रिफर. बड़े अस्पताल जाने बोला. बहुत से क्लिनिक में ईलाज की कोशिश. अंत में, उसी झोला छाप के पास और मौत. पूछने पर उसने कभी भी ईलाज देने से इंकार किया.	निजी अस्पताल, ओझा	CS	LB (जल्द ND)	अस्प., निजी(झोला छाप)	PN (2 दिन)	?
44	बिहार	पटना	35	अनु.जाति.	साक्षर	सहायिका	हाँ	हिन्दू	4	ANC के बारे में परिवार को पता नहीं.	बहुत देर से प्रसव पीड़ा होने के कारण आशा ने उसे PHC ले गयी, बच्चा उल्टा था तो ANM ने CS के लिए मेडी कालेज रिफर किया, पर आशा ने झोला छाप के पास ले गयी और फिर निजी नर्सिंग में CS. CS के बाद मेडी कालेज रिफर बाद में कुछ IV inj दिया, (कारण?) पर मेडी कालेज में DOA	निजी अस्पताल	CS	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	CS जटिलता
45	महाराष्ट्र	गडचिरोली	22	अनु.जाति.	9	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	1	सिकल सेल एनीमिया(SS). ANC– उच्च खतरे के रूप में चिन्हित .	प्रसव पीड़ा, PHC जाने में देरी. PHC में पूर्ण डाईलेशन में भर्ती. 5 घंटे तक डिलीवरी नहीं. Episiotomy दिया. रक्तस्राव और बेहोशी. DH रिफर. DOA	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	रास्ते में	इंट्रानेटल	बाधित प्रसव, सिकल सेल एनीमिया
46	महाराष्ट्र	गडचिरोली	27	अनु.जन.	4	आ.अनु.	हाँ	हिन्दू	2	ANC 3 रिकार्ड में, पर परिवार के अनुसार मौत के बाद भरा गया	माँ से घर पर प्रसव (TBA) एम्बुलेंस 3 घंटे तक नहीं आयी. PPH – PHC ले गए और टाँके. प्रसव पश्चात बुखार, छाती में दर्द, जलन- स्था. PHC व स्था डा. का ईलाज, पर पक्का नहीं. 39वे दिन सीने में दर्द व मौत	घर	ND	LB	घर	PN (39 दिन)	? सेप्सिस, ? पल्मोनरी एम्बोलिस्म
47	महाराष्ट्र	गडचिरोली	23	अनु.जन.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	1	नही पता था कि गर्भवती थी. 3 माह में बुखार के लिए ईलाज.	बुखार का स्था. डा. से ईलाज. इंजेक्शन व टेबलेट. पैरों में छाले. RH में गर्भधारण का निदान, चेचक. अंत में पारंपरिक बैद्य के पास.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (3/12)	?
48	महाराष्ट्र	गडचिरोली	21	अनु.जन.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर, गृहणी	हाँ	हिन्दू	1	RH में ANC .प्रसव-पूर्व समय के दौरान एक पैर में सूजन	प्रसव दर्द –RH में प्रसव. उसके बाद चक्कर व बुखार, DH रिफर, 2 दिन रही, फिर निजी अस्प. ले गए, फिर मेडी कालेज, सुधार न होने पर एक दिन बाद घर ले आए	पब्लिक, RH	ND	MSB	घर	PN (5 दिन)	गर्भाक्षेप, ?मलेरिया
49	महाराष्ट्र	गडचिरोली	23	अ.पि.व.	डी.एड.	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	सिकलसेल एनीमिया, ससुराल वाले नहीं जानते थे.शादी के एक हफ्ते पहले 2-3 बार खून चढ़ाया गया, निजी प्रेक्टिसनर ने पहली तिमाही में MTP की सलाह दी, पर मना कर दिया. दूसरे महीने में टायफाईड, गर्भावस्था के दौरान UTI (ईलाज किया गया) और डेंगू (ईलाज नहीं किया गया)	प्रसव पीड़ा – ANM ने निजी डा. को रिफर किया. CHC रिफर. फिर DH. DH में सामान्य प्रसव. 24 घंटे बाद बुखार, तो परिवार ने निजी अस्पताल ले गए, यह सोचकर कि DH में सेवा ख़राब. निजी अस्प. में वेंटिलेटर पर, Hb 4, कम पैलेट्स, मेडी कालेज भेजा, रास्ते में मृत	पब्लिक, DH	ND	LB	रास्ते में	PN (3 दिन)	सिकल सेल एनीमिया
50	महाराष्ट्र	गडचिरोली	29	अनु.जन.	8	कृषि, गृहकार्य	हाँ	हिन्दू	3	अवसाद(शुरूआती गर्भावस्था के दौरान माता की मृत्यु हो गई) ANC नहीं जैसा कि ANM ने पति को नसबंदी के लिए कहा,इसलिए पति डर कर वापस हो गया , 6 वें महीने से बाएँ पैर में सूजन, छाले और फोड़े	6वे माह में बाये पैर में घाव. DH गयी पर दिवाली के लिए घर वापस LAMA. फिर नहीं गयी. घर पर समय पूर्व प्रसव- लड़का मृत, अवसाद बढ़ा. मायके चली गयी. आगे ईलाज नहीं ली. घाव बदतर हो गया (मग्गोट्स). बिस्तर पर पड़ गयी. 4थे माह में मर गयी.	घर	ND	LB (जल्द ND)	घर	PN (4 माह)	?
51	महाराष्ट्र	गडचिरोली	24	अनु.जाति.	निरक्षर	गृहणी	नहीं	हिन्दू	3	8 साल से विवाहित, 2 पहले गर्भपात 9 वें महीने में खून की उल्टी और बाएँ कंधे से शुरू होकर सीने में दर्द	प्रसव दर्द व छाती दर्द के लिए PHC ले गए. SDH रिफर. रात भर रखे और DH रिफर (12 घंटे रही) – खांसी व साँस की तकलीफ. पैदा करने से पूर्व मृत्यु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, DH	इंट्रानेटल	?
52	महाराष्ट्र	गडचिरोली	21	अनु.जाति.	9	कृषि	हाँ	हिन्दू	1	एनीमिया (7 ग्रा.) , बच्चा बड़ा और पेल्विस छोटा है कहा गया ,इसलिए CS की सलाह दी गई	प्रसव पीड़ा. PHU गयी. DH भेजा गया, लेकिन घर वापस और अगले दिन DH गयी. वहां CS. आपरेशन के बाद अचानक साँस की तकलीफ और मौत.	पब्लिक, DH	CS	LB (जल्द ND)	पब्लिक, DH	PN (कुछ घंटों में)	CCF में एनीमिया, ? पल्मोनरी एम्बोलिस्म (रिकार्ड के अनुसार)

रेफरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
सूजन के लिए सहिया से CHC (5 km), फिर निजी क्लिनिक. अंत में ऑटो द्वारा जिला मुख्या. (55किमी)बहुत से निजी क्लिनिक (भर्ती से इंकार) और फिर DH	6	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	3500	1. निजी अस्प. द्वारा संकटापन्न स्थिति में मरीज के ईलाज से मना	1. CHC में लैब सुविधा नहीं. 2. CHC व DH में सेवा की ख़राब गुणवत्ता- अतः निजी अस्प. गए.			1.पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. CHC में एनीमिया का निदान और तुरंत ईलाज- खून या आयरन सुक्रोस, 3. निजी अस्प. से जिम्मेदार रिफरल- प्राथमिक देखभाल शुरू व आपत परिवहन और सतत देखभाल के साथ रिफरल 4. DH में CCF व एनीमिया का तुरंत mx
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं		1. कोई ANC नहीं 2. PN देखभाल नहीं		PN काल में मलेरिया के लिए ईलाज नहीं लिया.	1. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. पर्याप्त PN देखभाल व जटिलता की पहचान, 3. एनीमिया का तुरंत पहचान व ईलाज
नहीं	0	जानकारी नहीं	70 किमी	600		1. कोई ANC नहीं		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.परिवार खतरे के लक्षणों से परिचित 4. ठीक से देखभाल, 5. आपात परिवहन की उपलब्धता
घर से CHC (ममता वाहन), DH रिफर (20किमी), मेडी.कालेज रिफर, निजी क्लिनिक गयी, मेडी.कालेज रिफर (70 किमी), रास्ते में मृत	4	जानकारी नहीं	70 किमी	1500		1. जिले में CemOC केंद्र नहीं 2. रेफरल में जवाबदारी नहीं– फ़ॉलो-अप, साथ, सतत देखभाल नहीं			1. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. तुरंत निदान व पर्याप्त Rx, 3. रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल
घर पर ICDS कर्मी से PHC (ठेला पर) से निजी क्लिनिक से मेडी. कालेज	3	नहीं	12 किमी	14000	1. डाक्टर हड़ताल पर, अतः मेडी कालेज में देखभाल नहीं- रक्तस्राव से मौत	1. No ANC. 2. रेफरल में जवाबदारी नहीं-PHC से आधिकारिक रेफरल नहीं, ANM ने देखा और निजी क्लिनिक में USG. शुरुवाती देखभाल नहीं, साथ नहीं, सतत देखभाल नहीं.	1. PHC में APH की अपर्याप्त Mx	पति ने मेडी कालेज ले गया, जबकि दूसरों ने निजी अस्प. ले जाने की सलाह दी पर खर्च की वजह से.	1.पर्याप्त ANC, 2. PHC में शुरुवाती स्थरीकरण, 3.जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, सतत देखभाल, 4. मेडी कालेज में तुरंत देखभाल- खून चढ़ा, APH का निदान व mx. 5. AMTSL से PPH की रोकथाम. 6. PPH का तुरंत M – रक्त संचरण.
हाँ. झोला छाप क्लिनिक से निजी क्लिनिक, मेडी.कालेज रिफर, लेकिन 2 निजी क्लिनिक और मिशन अस्प. गए (प्रवेश नहीं) वापस झोला छाप क्लिनिक में	5	नहीं	5 किमी	8000	अनौपचारिक प्रेक्टिशनर से अतार्किक ईलाज.	1. निजी सेक्टर, अनौपचारिक डा. को निगमित करने में असफल	1. शायद गैरजरूरी CS. 2. ओपरेशन बाद की जटिलता का अपर्याप्त Mx	अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1. पर्याप्त ANC 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3.प्रसव व पीड़ा का तार्किक mx, 4.एनीमिया का पर्याप्त इंट्रानेटल mx – खून चढ़ाना, AMTSL, 5. ओपरेशन बाद की जटिलता का तुरंत निदान व Mx
PHC से मेडी.कालेज, झोला छाप के पास, फिर निजी क्लिनिक, फिर मेडी. कालेज रिफर	3	जानकारी नहीं	12 किमी	3000		1. निजी सेक्टर, अनौपचारिक डा. को निगमित करने में असफल	CS में खराब गुणवत्ता	अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1. पर्याप्त ANC 2.जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. मेलप्रेसेंटेशन का AN निदान, 4.बेहतर हालत में CS – आपरेशन के दौरान व बाद में पर्याप्त देखभाल
हाँ. PHC(2-3 किमी) से DH (55 किमी)	2	हाँ	55 किमी	जानकारी नहीं	1. अस्पताल स्टाफ का ख़राब व्यव्हार, 2. पोस्टमार्टम के लिए पैसे भुगतान	रेफरल में जवाबदारी नहीं– साथ नहीं सतत सेवा नहीं	1. सिकल सेल एनीमिया- ANC निदान, पर mx प्लान नहीं. 2. इंट्रानेटल Mx की खराब गुणवत्ता – बाधित प्रसव को पहचान नहीं पाए	शादी से पहले गर्भ, परिवार के इच्छा के खिलाफ शादी – ससुराल व मायके से सहयोग का अभाव	1. पर्याप्त ANC 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. पर्याप्त इंट्रानेटल mx – पर्टोग्राम, बाधित प्रसव का शुरू में निदान, 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
नहीं	0	हाँ	70 किमी	जानकारी नहीं	1. ANC नहीं, 2. रिकार्ड से छेड़-छाड़- मौत के बाद ANC दिखाया, घर पर प्रसव को संस्थागत प्रसव बताया.	1. एम्बुलेंस देर से- अतः घर पर प्रसव. 2. अंत में – आशा को बुलाया पर मासिक बैठक में गयी थी.	PN देखभाल नहीं	शराबी पति – प्रिगनेंसी में शारीरक व लैंगिक हिंसा. मायके में रुकी.	1. पर्याप्त ANC 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. जटिलता के तुतंत पहचान व Rx के साथ पर्याप्त PN देखभाल
नहीं	1	नहीं	आ.अनु.	जानकारी नहीं		1. निजी सेक्टर , अनौपचारिक प्रेक्टिशनर पर विनियम नहीं, 2. दूरस्थ क्षेत्रों में सरकारी अस्पतालों का चलने का अभाव		अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1. तुरंत निदान व ईलाज
घर से RH (14 किमी). DH रिफर (एम्बुलेंस, 130 किमी) से निजी अस्प. (60 किमी) से मेडी.कालेज(110 किमी) से घर(214 किमी)	4	नहीं	130 किमी	जानकारी नहीं		1.रेफरल में जवाबदारी नहीं –सतत सेवा नहीं		दोनों परिजन अपंग, घर का भार.	1. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. अपर्याप्त PN केयर– जटिलता की पहचान, 3. तुरंत निदान व जटिलता का Rx, 4.जिम्मेदाराना रिफरल– साथ जाना, सतत देखभाल,
घर (ANM) से प्राइवेट डा. (19किमी) से CHC (6किमी) से DH (70 किमी, यहाँ प्रसव हुआ) से निजी अस्प. (55 किमी) से मेडी.कालेज (110 किमी, रास्ते में मृत)	5	नहीं	70 किमी	जानकारी नहीं		1. सिकल सेल एनीमिया ANC के समय नहीं पकडाया 2. DH में खराब दर्जे की सेवा. 3. DH में खून चढाने की सुविधा नहीं,		1. सिकल सेल एनीमिया का अभिशाप. 2. शादी के तुरंत बाद बच्चा करने का दबाव 3. अंतिम संस्कार ठीक से नहीं. मायके वालों ने महसूस किया कि ससुराल पक्ष ने उसकी जिंदगी बचाने पैसे खर्च नहीं किये.	1.पर्याप्त ANC व सिकल सेल एनीमिया की तुरंत mx के साथ निदान, 2. सिकल सेल एनीमिया का पर्याप्त इंट्रानेटल व पोस्टनेटल Mx, 3.जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
अनौपचारिक डा., से स्था. डा. ,से DH, घर वापस	0	नहीं	आ.अनु.	जानकारी नहीं	दो बच्चे का चलन- तीसरी प्रिगनेंसी के लिए ANC से मना किया	1.ANC नहीं, 2. Rx की जरुरत पर परिवार को कोई परामर्श नहीं, 3. समुदाय में फ़ॉलो-अप देखभाल नहीं 4.PN केयर नहीं, 5. मानसिक स्वास्थ्य सेवा नहीं	ANC व ईलाज समय पर नहीं	1. लड़के की प्राथमिकता, लापरवाही, कोई ईलाज नहीं	1. पर्याप्त ANC, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 3. महिला की अस्पताल से छुट्टी के बाद समुदाय में पर्याप्त फ़ॉलो-अप, 4. जटिलता की जल्दी पहचान व ईलाज सहित पर्याप्त PNC
घर से PHC (1 किमी) से SDH (26 किमी) से DH (70 किमी)	3	हाँ	70 किमी	जानकारी नहीं	1. स्वास्थ्य कर्मियों का खराब व्यवहार, 2. अनौपचारिक भुगतान	1. रेफरल में जवाबदारी नहीं– सतत देखभल, साथ देना	1. इंट्रानटली ख़राब गुणवत्ता– संभावित बाधित प्रसव का निदान नहीं.		1. पर्याप्त इंट्रानेटल Mx – पर्टोग्राम, जटिलता का निदान 2. जवाबदार रेफरल– सतत देखभल, साथ देना, 3. DH में तुरंत निदान व mx
घर से जन स्वास्थ्य इकाई, (3 किमी) DH रिफर, पर घर वापस और अगले दिन DH गयी (32 km)	2	नहीं	30 किमी	जानकारी नहीं	1. अनौपचारिक भुगतान (CS के लिए 700 रु दिए),	1. AN काल में एनीमिया -पर्याप्त ईलाज नहीं. 2. रिफरल के समय जवाबदेही नहीं.	1. एंटेनेटाली व इंट्रानटली एनीमिया का निदान व Rx अपर्याप्त		1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2.आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. PHU से जवाबदेह रिफरल– आपात परिवहन, शुरुवाती Rx, साथ, 4. DH में तुरंत निदान व Mx, 5. एनीमिया का इंट्रानटली Mx – रक्त संचरण, AMTSL

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावि मेडिकल वजह
53	ओडिशा	मयुरभंज	23	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी	हाँ	हिन्दू	3	दूसरी गर्भावस्था में गर्भपात , VHND में ANC	घर पे प्रसव, 16 घंटे से अधिक तक गर्भनाल अन्दर, पारंपरिक बैद्य को बुलाया, अस्पताल नहीं गए	घर	ND	LB	घर	PN (कुछ घंटों में)	PPH, गर्भनाल अन्दर रह गय
54	ओडिशा	मयुरभंज	29	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	CHC में ANC, VHND	प्रसव पीड़ा के कारण CHC लेकर गए. 5 घंटे बाद SDH रिफर क्योंकि कोई सुधार नहीं (सरकारी गाड़ी). डिलीवरी हुई, रक्तस्राव, DH रिफर, पर 2घंटे में मौत (गाड़ी का इंतजाम नहीं हुआ)	पब्लिक, SDH	ND	SB	पब्लिक, SDH	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
55	ओडिशा	मयुरभंज	25	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी, वनोपज संकलन	हाँ	हिन्दू	3	VHND में ANC	प्रसव पीड़ा. पति बाहर, तो अस्पताल ले जाने में 8 घंटे की देरी. फिर CHC गए. डा आराम कर रहा था तो 1 घंटे तक देखा नहीं. तब तक वह बरामदे में ही मर गयी	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, CHC	इंट्रानेटल	?
56	ओडिशा	मयुरभंज	19	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी, वनोपज संकलन	हाँ	हिन्दू	1	VHND में 1 ANC- TTऔर IFA. मलेरिया प्रवण क्षेत्र – गर्भावस्था के दौरान मलेरिया , एनीमिया, 7 वें माह में हल्का रक्तस्त्राव	जंगल क्षेत्र में चाची सास के साथ रहती थी, अपने ससुराल से अलग, तो कोई सेवा का लाभ नहीं 7वे माह में रक्तस्राव. गाँव की आशा ने CHC जाने की सलाह दी लेकिन साथ नहीं गयी, पति पैसे लेने अपने गाँव वापस आ गया, दो दिन बाद CHC गयी, दो घंटे तक किसी ने भी नहीं देखा, वापस अपने गाँव चली गयी, लगातार रक्तस्राव, अगले दिन मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (7 वा माह)	APH, मलेरिया एनीमिया
57	ओडिशा	मयुरभंज	25	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि, दिहाड़ी मजदूरी, गृहणी	हाँ	हिन्दू	5	पहली गर्भावस्था में जुड़वे मृत बच्चे हुए , चौथी गर्भावस्था में गर्भपात, पूर्व गर्भावस्था में एनीमिया(खून चढ़ाने की जरुरत थी) VHND में ANC, Hb नहीं,केवल TT और IFA	SDH में प्रसव के लिए गयी. सामान्य डिलीवरी, रक्तस्राव, 2 घंटे के अन्दर मौत	पब्लिक, SDH	ND	LB	पब्लिक, SDH	PN (कुछ घंटों में)	PPH, गंभीर एनीमिया
58	ओडिशा	क्योंझर	22	अनु.जन.	निरक्षर	गृहणी	हाँ	हिन्दू	2	पहला नवजात शिशु की मृत्यु , VHND में एक ANC (TT,IFA). Hb नहीं	दूरस्थ टोले में रहती थी. पास के सड़क 10 किमी दूर, पास का एम्बुलेंस पकड़ने की जगह 40 किमी दूर. गाड़ी लेन में 8 घंटे लगे, CHCगयी, पर रास्ते में प्रसव और मौत	रास्ते में	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	? पी.पी.एच.
59	प. बंगाल	मालदा	30	आ.अनु.	निरक्षर	घरेलू बीड़ी मजदूर	हाँ	मुस्लिम	5	VHND में ANC (TT, IFA, Hb, BP).	प्रसव पीड़ा– मत्र्याँ से BPHC. BPHC में डिलीवरी, 24 घंटे से कम में d/s. तीसरे दिन बुखार, झोला छाप से ईलाज, सुधार नहीं, साँस में दिक्कत, 8वे दिन BPHC गयी. इंजे दिया, मेडी कालेज रिफर, भर्ती, IVF, इंजे दिया, पर थोड़े देर बाद मौत	पब्लिक, BPHC	ND	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (8 दिन)	सेप्सिस
60	प. बंगाल	मालदा	24	आ.अनु.	10 वी	घरेलू बीड़ी मजदूर	हाँ	मुस्लिम	2	VHND में ANC (TT, IFA, Hb, BP).	PHC में प्रसव. PPH. मेडी कालेज रिफर. डा ने 20 मिनट बाद देखा. उसके बाद मर गयी.	पब्लिक, PHC	ND	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
61	प. बंगाल	मालदा	22	आ.अनु.	बी.ए.	घरेलू बीड़ी मजदूर	नहीं	मुस्लिम	1	VHND में ANC (TT, IFA, Hb, BP).	प्रसव के लिए PHC गयी. 3 घंटे बाद मेडी कालेज रिफर (?). मेडी कालेज में 18 घंटे रुके, कोई सुधार नहीं, CS के लिए भेजा, पर दौरे आने लगे, CS नहीं हुआ, परिवार ने निजी नर्सिंग होम ले गए, थोड़ी देर में मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	निजी अस्पताल	इंट्रानेटल	बाधित प्रसव, गर्भाक्षेप
62	प. बंगाल	मालदा	38	आ.अनु.	8	घरेलू बीड़ी मजदूर	नहीं	मुस्लिम	5	पहले चार प्रसव घर पर , VHND में ANC(TT ,IFA,Hb,BP)	लेबर में BPHC गयी, 4 घंटे बाद मेडी कालेज रिफर(?), पर निजी अस्प. गयी. 5 घंटे बाद CS किया. होश नहीं आया. 6 घंटे बाद मौत.	निजी अस्पताल	CS	SB	निजी अस्पताल	PN (6 घंटे)	CS के बाद जटिलता, ? एनेस्थैटिक जटिलताएं
63	उ.प्र.	लखनऊ	30	अनु.जाति.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	नहीं	हिन्दू	5	पहली चार लड़कियां , VHND में ANC	CHC में लेबर के लिए भर्ती, 2 घंटे में डिलीवरी होगी ऐसा बताया, पर 32 घंटे तक कुछ नहीं हुआ, ब्रीच, 5000 रु लिए गए, मुश्किल से ब्रीच प्रसव, PPH. मेडी कालेज रिफर (डा ने निजी गाड़ी बुलाया, साथ नहीं गया) DOA	सी.एच.सी.	ND	SB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	बाधित प्रसव, PPH
64	उ.प्र.	वाराणसी	20	यादव	8	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	ANC, VHND, PHC और निजी क्लिनिक में TT और IFA	प्रसव पीड़ा. ऑटो से मेन रोड गयी वहां से 108 से PHC. PHC में प्रसव. PPH. सिर्फ नर्स, डा नहीं, 1 घंटे तक कोई नहीं देखा. फिर DH रिफर, पर पास के निजी अस्पताल गयी, मना किया. फिर दूसरे निजी अस्पताल गयी(108). DOA.	पब्लिक, PHC	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
65	गुजरात	नर्मदा	27	अनु.जन.	10	आशा	हाँ	हिन्दू	2	प्रसव के दूसरे महीने में पति मर गया , निजी अस्पताल में ANC	निजी अस्प में ND. Hb 9 ग्रा., लेकिन खून दिया गया. दूसरे थैली खून के साथ रिएक्शन. रिफर. रास्ते में मौत.	निजी अस्पताल	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	रक्त संचरण दुष्प्रभाव
66	उ.प्र.	आजमगढ़	25	अनु.जाति.	5	गृहणी	नहीं	हिन्दू	5	पहले एक नवजात मृत्यु (? कारण) पिछला H/O TB, ईलाज किया गया ,6 वें माह में TB निकला और CHC में ईलाज हुआ , प्रसव के बाद बुखार	टीबी का पुराना H/O. प्रिगनेंसी में फिर हुआ- Rx पे. प्रसवपश्चात बुखार. PHC में डा ने कुछ टेबलेट दिया. और खराब स्थिति. 12वे दिन दो निजी डा के पास गयी- एनीमिक बताया. भर्ती, IV व इंजे दिया. उसके तुरंत बाद मौत.	सी.एच.सी.	ND	LB	निजी अस्पताल	PN (12 days)	TB, सेप्सिस

रेफेरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
नहीं	0	हाँ	45 किमी	जानकारी नहीं	स्वास्थ्य सुविधा सुलभ नहीं	ढांचागत मुद्दे– गाव राष्ट्रीय उद्यान के अन्दर था. संपर्क एक बड़ी समस्या थी. फोन का नेटवर्क नहीं. अस्पताल के लिए 50 किमी सायकल या पैदल जाना होता है. (CemOC सुविधा नहीं).		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. घर पर प्रसव के लिए SBA की उपलब्धता. 4.परिवार खतरे के लक्षणों को तुरंत पहचाने व ईलाज लिए 5. आपात परिवहन की उपलब्धता
हाँ, घर से CHC (आशा, जननी एक्स., 12 किमी) से SDH (26 किमी, 40 मि., सरकारी वाहन). आगे DH रिफर, लेकिन गाड़ी के इंतजाम होते तक मृत.	2	हाँ	14 किमी	1200		SDH में आपात परिवहन के लिए गाड़ी नहीं.	SDH मेंPPH की अपर्याप्त mx .	प्रेम विवाह, ससुराल से सहयोग नहीं, मायके में रहती थी.	1. CHC में प्रोलोंग्ड लेबर का शुरू में निदान–पर्टोग्राम, 2. SDH में PH की रोकथाम – AMTSL, 4.SDH में PPH का तुरंत निदान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, 5. जिम्मेदाराना तुरत रिफरल– आपात परिवहन, स्थायीकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल,
घर से CHC (14 किमी)	1	हाँ	30 किमी	500	CHC में 1 घंटे तक प्रसव पीड़ित व शायद प्रसूति जटिलता से ग्रस्त महिला को नहीं देखा – गलियारे में मरने के लिए छोड़ दिया			महिला के लिए निर्णय का अधिकार नहीं – अस्पताल जाना तय करने के लिए पति के लौटने तक इंतजार.	1. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. आपात स्थिति की तुरंत पहचान व परिवार द्वारा ईलाज चाहा, 3.आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. CHC में तुरंत ध्यान, निदान व आपात सेवा
आशा से CHC (22 किमी, जननी ऍक्स्प) से घर	1	हाँ	65 किमी	400	1. मायके, ससुराल व निवासरत गाँव के बीच सेवा की एकरूपता नहीं. आशा ने साथ चलने से मना किया क्योंकि वह उसके गाँव की नहीं थी, 2. CHC में कोई मार्गदर्शन नहीं कि कहाँ जाये और आपात स्थिति में आयी महिला के साथ क्या करे	1. आपात स्थिति में आयी महिला को सँभालने का प्रोटोकॉल नहीं. 2. मलेरिया प्रवण क्षेत्र में प्रिगनेंसी में मलेरिया के लिए कार्यक्रम नहीं	APH आपात स्थिति के रूप में मान्य नहीं.	खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. प्रवासी होने के बावजूद पर्याप्त ANC, 2. प्रिगनेंसी में मलेरिया की पहचान व पर्याप्त Rx, 3. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, खतरे के लक्षण की पहचान योग्य, 4. मुफ्त आपात परिवहन की उपलब्धता, 5. ASHA महिला को लेकर अस्पताल गयी, 6. अस्पताल में मार्गदर्शन के लिए हेल्प डेस्क, 7. तुरंत निदान व् ईलाज
घर से SDH (8 किमी, भाड़े ऑटो)	1	हाँ	8 किमी	1100	खून के इंतजाम में देरी	1. एनीमिया का खतरा– पूर्व प्रसव काल में न निदान न mx.	1. गर्भावस्था व प्रसव के दौरान एनीमिया का mx अपर्याप्त, 2. PPH का अपर्याप्त mx.		1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. एनीमिया का पर्याप्त इंट्रानेटल Mx – रक्त संचरण, 3. PPH की रोकथाम– AMTSL, 4. PPH की तुरंत mx – Oxytocics, द्रव्य, खून
घर से CHC (28 किमी, निजी गाड़ी किराये पर लिया)	0	हाँ	55 किमी	0		ढांचागत मुद्दे – रोड, परिवहन के बगैर दूरस्थ टोले			1. दूरस्थ टोले के बावजूद पर्याप्त ANC, ANM के परिवहन के लिए प्रावधान 2. सड़क व आपात परिवहन की उपलब्धता, 3. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श और ईलाज लेने का तुरंत निर्णय, 4.घर पर प्रसव के लिए SBA की उपलब्धता
हाँ. BPHC में प्रसव, घर गयी. D8 – BPHC (निजी कार, 5 किमी), मेडी.कालेज रिफर (एम्बुलेंस, 40 किमी)	2	जानकारी नहीं	40 किमी	जानकारी नहीं		1. अस्पताल में जन्म के बाद सेप्सिस, 2. प्रसवोत्तर सेवा नहीं	सस्थागत प्रसव के बाद सेप्सिस – संक्रमण नियंत्रण में गुणवत्ता अपर्याप्त.	खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. प्रसव के दौरान पर्याप्त असेप्सिस, 2.अस्पताल में 48 घंटे बाद छुट्टी, 3. पर्याप्त PN केयर और जटिलता की तुरंत पहचान व रेफरल
हाँ. घर से PHC (3 किमी) से मेडी. कालेज (एम्बुलेंस, 40 किमी, 40 मिनट)	2	जानकारी नहीं	40 किमी	जानकारी नहीं			1.PHC में PPH का अपर्याप्त mx. 2. मेडी कालेज में आपात स्थित में देरी.		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. PHC में PPH की तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, 3. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
हाँ. PHC (8 किमी) से मेडी. कालेज (48 किमी, सरकारी गाड़ी). यहाँ से निजी अस्प.	3	जानकारी नहीं	50 किमी	जानकारी नहीं		1. मेडी कालेज में ख़राब गुणवत्ता की सेवा 2. मेडी कालेज में बाधित प्रसव व गर्भक्षेप का अपर्याप्त mx.	प्रोलोंग्ड लेबर- ठीक से नहीं संभाला	निजी सेक्टर पर निर्भर	1. PHC में प्रोलोंग्ड लेबर का शुरू में निदान–पर्टोग्राम, 2. जिम्मेदाराना रिफरल– साथ जाना, सतत देखभाल, 3. 1. मेडिकल कालेज में प्रोलोंग्ड लेबर का शुरू में निदान–पर्टोग्राम, 4. प्रसव के समय रक्तचाप पर निगरानी, हायपरटेंशन का शुरू में निदान व mx.
घर से (निजी कार , 5किमी)से मेडी.कालेज(40किमी), पर निजी अस्पताल गए (40 किमी,निजी गाड़ी)	2	जानकारी नहीं	40 किमी	जानकारी नहीं		1. मेडी कालेज में ख़राब गुणवत्ता की सेवा 2. BPHC में देर से प्रसव का अपर्याप्त mx.	CS की खराब गुणवत्ता.	निजी सेक्टर पर निर्भर	1. PHC में प्रोलोंग्ड लेबर का शुरू में निदान–पर्टोग्राम, 2. जिम्मेदाराना रिफरल– साथ जाना, सतत देखभाल,, 3. बड़े अस्पताल में बगैर देरी के CS
घर से CHC (30 किमी, निजी गाड़ी) से मेडी.कालेज (निजी गाड़ी, 35 किमी)	2	जानकारी नहीं	35 किमी	जानकारी नहीं	मरीज व रिश्तेदार को गाली. अंतिम संस्कार के समय पता चला कि गर्भाशय के अन्दर कपडे रखे गए थे. PM हुआ और FIR दर्ज की.	डा. ने मानव संसाधन की कमी बताया	खराब गुणवत्ता- बाधित प्रसव, मल्प्रेसेंटेशन व PPH का अपर्याप्त mx.		1. पर्याप्त ANC व मेल्प्रेसेंटेशन का निदान, 2. मेलप्रेसेंटेशन व प्रोलोंग्ड लेबर का शुरू में निदान–पर्टोग्राम, 3. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल, 4. PPH की रोकथाम– AMTSL, 5. PPH का तुरंत पहचान व Mx – oxytocics, द्रव्य, खून
घर से PHC (ऑटो , 108, 8 किमी)से DH (10किमी),पर निजी अस्पताल गए (निजी गाड़ी)से दूसरे निजी अस्पताल(108)	3	जानकारी नहीं	20किमी	जानकारी नहीं		रेफरल में जवाबदारी नहीं, आपात परिवहन नहीं दिया	PPH निदान नहीं, mx में विलम्ब		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. PPH का तुरंत पहचान व Mx – oxytocics, द्रव्य, खून, 3. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
	2	हाँ	20 km	0			अनावश्यक खून चढ़ाना. PN एनीमिया को आयरन सुक्रोस या ओरल आयरन से संभाला जा सकता था		1. पोस्टपार्टम एनीमिया का ओरल आयरन व आयरन सुक्रोस के साथ Mx, 2. खून चढाने का प्रोटोकॉल की इज़ाज़त.
12 वें दिन –निजी डा.के पास गए (वहाँ नहीं), दूसरे निजी डा.(27 किमी)	2	जानकारी नहीं	35 km	जानकारी नहीं		1. गर्भावस्था में टीबी – अपर्याप्त निदान व Rx. 2. PN केयर नहीं.		निजी सेक्टर पर निर्भरता. बेरोज़गारी, खाने की कमी.	1. गर्भावस्था में टीबी का पर्याप्त निदान व Mx 2. जटिलता के तुरंत निदान व mx के साथ पर्याप्त PN देखभाल

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
67	उ.प्र.	आजमगढ़	32	अ.पि.व.	निरक्षर	गृहणी	नहीं	हिन्दू	4	एक पहली नवजात मौत , CHC में ANC , DH	CHC में प्रसव के लिए गयी. DH जाने के लिए बोला. भर्ती के दो घंटे बाद डा ने देखा. 4 घंटे बाद प्रसव. PPH – नर्स/डा ने नहीं देखा क्योंकि ड्यूटी बदल रही थी.	पब्लिक, DH	ND	LB	पब्लिक, DH	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
68	उ.प्र.	बाँदा	23	अनु.जाति.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	नहीं	हिन्दू	2	7 वें माह तक पत्थर की खदान में काम किया,7 वे माह में बुखार और रक्तस्त्राव	7वे माह में बुखार व ब्लीडिंग-2 दिन तक पारंपरिक बैद्य. फिर टेम्पो में अस्पताल, पर रास्ते में गर्भपात, तो घर वापस. लगातार रक्तस्राव. अगले दिन जीप से निजी नर्स.होम. बचे हुए का D&C. फिर भी 2 दिन तक रक्तस्राव. तो CHC रिफर (निजी गाड़ी से). वहां बगैर भर्ती किये DH भेजा 108 से. DH, नहीं देखा- मेडी कालेज रिफर. निजी नर्स.होम गए. भर्ती और 1 हफ्ते ईलाज, लेकिन मृत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	निजी अस्पताल	गर्भपात के बाद	असुरक्षित गर्भपात,सेप्सिस
69	उ.प्र.	बाँदा	24	अनु.जाति.	बी.ए.	गृहणी	हाँ	हिन्दू	3	पिछला एक मृतजात हुआ, गर्भनाल अन्दर रह गया , इस गर्भावस्था में - निजी नर्सिंगहोम में एक ANC (USG हुआ, पर BP नहीं हुआ)	प्रसव पीड़ा. दो बार HSC गयी, पर ताला लगा था. तो घर पर दाई से प्रसव. गर्भनाल अन्दर रह गया. CHC ले गए(टेम्पो) 5 घंटे बाद. नर्स ने टुकड़ों में गर्भनाल निकाला. फिर DH रिफर. पर CHC के बाहर मृत.	घर	LB	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	PPH, गर्भनाल अन्दर रह जाना
70	ओडिशा	मयुरभंज	27	अनु.जन.	प्राथमिक	दिहाड़ी मजदूर	नहीं	हिन्दू	3	पहली शादी से पिछले दो CS.एक नवजात मृत्यु .अब दूसरी शादी .	पीड़ा, अगले दिन PHC गयी(पैसा नहीं). DH रिफर. भर्ती और दवाई लाने कहा गया. 8 घंटे बाद मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, DH	इंट्रानेटल	गर्भाशय फटना
71	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	29	अनु.जन.	3	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	4	पिछले तीन घर में प्रसव , सभी जीवित	3रे माह में अनचाहा गर्भ. पारंपरिक दाई से गर्भपात. 6वे दिन– घर पर भ्रूण बाहर और रक्तस्राव. रात में ईलाज नहीं मिल पाया. अगली सुबह CHC गयी– भर्ती, इंजे दिया. 1 घंटे बाद मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, CHC	गर्भपात के बाद	असुरक्षित गर्भपात, गर्भपात के बाद रक्तस्त्राव
72	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	21	अनु.जाति.	10	गृहणी	हाँ	हिन्दू	1	गर्भावस्था में एनीमिया-IFA दिया	प्रसव पीड़ा– झोला छाप ने इंजे दिया. फिर मेडी कालेज रिफर. 108 ने CHC पहुँचाया. नर्स ने देखा और मेडी कालेज भेजा. 11 घंटे भर्ती व CS. 2 दिन बाद-चक्कर, योनि में जलन, पेट दर्द. कुछ घंटे बाद मौत.	मेडिकल कॉलेज	CS	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (3 days)	एनीमिया
73	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	25	अनु.जन.	आ.अनु.	कृषि कार्य	हाँ	हिन्दू	4	पिछला एक सामान्य प्रसव , एनीमिया – IFA दिया	मितानिन ने PHC ले गयी. डा नहीं, तो CHC रिफर. मेडी कालेज रिफर. जुड़वाँ का पता चला. कुछ घंटे बाद ND (जुड़वाँ). रक्तस्राव, इंजेक्शन, 2 यूनिट ब्लड, 12 घंटे बाद मौत.	मेडिकल कॉलेज	जुड़वाँ प्रसव	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
74	छत्तीसगढ़	मुंगेली	25	सामान्य	बी.ए.	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	नहीं	PROM. 6 घंटे बाद निजी अस्प. ले गए. तुरंत ND. 3रे चरण में गर्भाशय प्रोलेपस्ड (?उल्टा). रक्तस्राव. 1 यूनिट खून दिया गया, पर 4 घंटे बाद मृत.	निजी अस्पताल	ND	LB	निजी अस्पताल	PN (कुछ घंटों में)	PPH, गर्भाशय का इन्वेर्शन
75	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	20	अनु.जाति.	10	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	8 वें माह में सूजन और पीलिया	सूजन, पीलिया के साथ CHC गए .बाहर USG कराने की सलाह दी .अगले दिन CHC में भर्ती किया, 1 यूनिट खून और D/S दिया.उस रात ऐंठन हुई. CHC (108)ले गए .एक दिन भर्ती किया ,इंजेक्शन और D/S दिया. उस रात कफ़ और खून की उल्टी हुई .फिर से CHC में भर्ती किया और कुछ दवाईयां दी . CHC में ख़राब QoC के चलते मेडी.कालेज में भर्ती किया.निजी वाहन - 4 घंटे लगे (ट्राफिक जाम). DOA.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	रास्ते में	AN (8 वा माह)	गर्भाक्षेप
76	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	40	अनु.जाति.	निरक्षर	कृषि कार्य	हाँ	हिन्दू	11	पिछले सभी घर में प्रसव , 8 बच्चे जीवित , ANC नहीं , समय पर साँस लेने में दिक्कत और रक्तस्त्राव	प्रसव के वक्त रक्तस्राव. CHC ले गए(108). मेडी कालेज रिफर(2 घंटे). निजी केंद्र में USG. बहुत ज्यादा रक्तस्राव. 8 घंटे बाद मेडी कालेज में CS. PPH. 12 घंटे के अन्दर मौत.	मेडिकल कॉलेज	CS	SB	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	APH, PPH
77	छत्तीसगढ़	मुंगेली	26	अनु.जाति.	5	गृहणी	हाँ	हिन्दू	3	पिछले घर में प्रसव , पहली गर्भावस्था में सभी जगह सूजन , इस बार सूजन,साँस लेने में दिक्कत,पीठ का दर्द	3 दिनों से पीठ दर्द ,सूजन और साँस लेने में दिक्कत के कारण घर पर ही झोला छाप डा. और तांत्रिक से ईलाज कराया .तीसरी रात बदतर स्थिति .रात को अस्पताल नहीं ले जा सके .अगले दिन गाड़ी मिलने के पहले ही मर गई .	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (7 वा माह)	गंभीर एनीमिया
78	छत्तीसगढ़	मुंगेली	20	अ.पि.व.	8	कृषि कार्य	हाँ	हिन्दू	1	ANM के साथ ANC (TT, IFA).हाथ और पैरों में सूजन	घर में प्रसव. बेहद ब्लीडिंग. तुरंत निजी अस्पताल ले गए (20 मिनट). DOA.	घर	ND	LB (जल्द ND)	रास्ते में	PN (1 hour)	पी.पी.एच.

रेफेरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ. सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
घर से CHC (निजी गाड़ी, 12किमी) से DH (35किमी, निजी गाड़ी)	2	जानकारी नहीं	35 km	जानकारी नहीं	परिवार ने स्टाफ को अत्यधिक रक्तस्राव के बारे में बार बार बताया, लेकिन कुछ नहीं किया. ड्यूटी बदलने के समय के कारण नर्स व डा. ने देखने से मना किया.		PPH की पहचान या ईलाज नहीं.		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. DH में PPH का तुरंत पहचान व Mx – oxytocics, द्रव्य, खून
घर से निजी नर्सिंग होम(निजी गाड़ी, 20किमी),से CHC (निजी गाड़ी, 1किमी)से DH (एम्बुलेंस, 35 किमी),मेडी.कालेज रिफर(130 किमी),पर निजी नर्सिंग होम गए (5किमी)	4	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	रेफरल के वक्त जवाबदेही नहीं	पब्लिक सेक्टर में सुरक्षित गर्भपात सेवा सुलभ नहीं.	सेप्सिस का निदान या ईलाज अपर्याप्त.	पति विकलांग, शराब व नशे का आदि, बेकाम.	1. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. आपात परिवहन की उपलब्धता, 3. पब्लिक सेक्टर में सुरक्षित गर्भपात सेवा सुलभ, 4. सेप्सिस के निदान व mx सहित गर्भपात पश्चात पर्याप्त देखभाल
घर सेCHC (निजी गाड़ी, 11किमी) से DH (30किमी),पर उसके पहले ही मर गई	1	जानकारी नहीं	45 किमी	जानकारी नहीं	रेफरल के वक्त जवाबदेही नहीं		CHC में PPH व छूटे गर्भनाल का अपर्याप्त mx .		1.जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. HSC में SBA की उपलब्धता, 3. PPH की रोकथाम– AMTSL, 4. PPH व छूटे गर्भनाल की तुरंत पहचान व Mx – oxytocics, द्रव्य, 5. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल, 6.CHC में छूटे गर्भनाल का पर्याप्त Mx – हाथ से निकालना, खून, द्रव्य, oxytocics
PHC (1.5किमी, निजी गाड़ी)से DH (50 किमी, निजी गाड़ी)	2	जानकारी नहीं	50 किमी	1200	CS के लिए DH में 8 घंटे भर्ती– देखा नहीं गया, DH में मृत.	दवा व मौलिक आपूर्ति की अनुपलब्धता.		शराबी पति- बेकाम, पैसा नहीं.	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.बगैर देरी के ईलाज माँगा, 3.आपात परिवहन की उपलब्धताt, 4.DH में तुरंत CS
घर से CHC (29किमी)	1	जानकारी नहीं	29 किमी	350 रु	सुरक्षित गर्भपात सेवा की सुलभता नहीं.		CHC में रक्तस्राव सहित अधूरे गर्भपात का Rx नहीं– सिर्फ सुई दिए, एवेकुअशन नहीं	पति बच्चा रखना चाहता था, तो उसे गर्भपात के बारे में नहीं बताया.	1. गर्भनिरोधक की सुलभता, 2. पब्लिक सेक्टर में सुरक्षित गर्भपात सेवा सुलभ, 3. परिवार को परामर्श व खतरे के लक्षणों से वाकिफ, 4.गर्भपात पश्चात सेवा उपलब्ध, 5.आपात परिवहन की उपलब्धता, 6. CHC में गर्भपात जटिलता की तुरंत पहचान व Mx – युटरीन एवेकुएशन, द्रव्य, खून.
घर सेCHC (108, 10 किमी)से मेडी.कालेज(108, 32 किमी)	2	जानकारी नहीं	42 किमी	7000	आपात प्रसूति सेवा सुलभ नहीं, भर्ती के 11 घंटे बाद CS		मेडी कालेज में सेप्सिस का पर्याप्त निदान व ईलाज नहीं	आपात में पारंपरिक बैद्य पर निर्भरता	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.बिना देरी के ईलाज, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. CHC से जिम्मेदाराना रिफरल– साथ जाना, सतत देखभाल. 5.मेडी कालेज में पर्याप्त असेप्सिस के तहत CS, 6. मेडी कालेज में पर्याप्त PN केयर, 7. सेप्सिस की तुरंत पहचान व mx
मितानिन से PHC (108, 12 किमी)से CHC (108, 4 किमी)से मेडी.कालेज(निजी गाड़ी , 3500 रु.)	3	जानकारी नहीं	16 किमी	3500			1. AN काल में जुड़वाँ का निदान नहीं. 2. मेडी कालेज में PPH का अपर्याप्त mx. रक्त संचरण अपर्याप्त.	जल्दी शादी (16 साल), बेटे की प्राथमिकता	1. जुड़वाँ के निदान के साथ पर्याप्त ANC. 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श. 3. जिम्मेदाराना रिफरल– साथ जाना, सतत देखभाल,, 4. PPH की रोकथाम– AMTSL, 5. PPH का तुरंत Mx – oxytocics, द्रव्य, खून
नहीं	1	जानकारी नहीं	आ.अनु.	जानकारी नहीं			1. तीसरे चरण का mx अपर्याप्त 2. PPH का अपर्याप्त mx. रक्त चढ़ाना भी अपर्याप्त.		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. पर्याप्त तीन चरण mx, 3. PPH का mx और तुरंत पहचान– Oxytocics, द्रव्य, रक्त
तीन बार CHC गए(4 किमी), उसके बाद मेडी.कालेज(20 किमी,4 घंटे लगे, 700 रु.,निजी गाड़ी)	4 (CHC 3 visits)	जानकारी नहीं	4 किमी	1300	आपात मेडिकल केयर तुरंत सुलभ नहीं		CHC में खराब गुणवत्ता की सेवा– जटिलता को नहीं पकड़ पाए, गर्भाक्षेप से पीड़ित महिला को घर भेजा.		1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान, 2. आपात तैयारी पर परिवार के लिए परामर्श 3. CHC में जटिलता की तुरंत पहचान और $MgSO_4$ देना शुरू करना, 4. आपात परिवहन के साथ जवाबदेह रेफरल, साथ जाना और सतत देखभाल
घर सेCHC (108) से मेडी.कालेज (20 किमी)	2	जानकारी नहीं	6 किमी	600	USG के लिए मेडी.कालेज से निजी सेंटर भेजा	गर्भनिरोधक की सुलभता	1. APH को आपात स्थिति के रूप में नहीं माना– 8 घंटे बाद CS. 2. मेडी.कालेज में PPH का अपर्याप्त Mx.		1. पर्याप्त ANC 2. आपात स्थिति व जन्म तैयारी पर परिवार के साथ परामर्श 3. APH की तुरंत पहचान और CHC से जिम्मेदाराना रिफरल– स्थायीकृत देखभाल (fluids), साथ जाना, सतत देखभाल, 4.मेडी कालेज में तुरंत देखभाल- तुरंत CS, रक्त5. PPH में पर्याप्त mx – द्रव्य, oxytocics, खून
नहीं	0	जानकारी नहीं	20 किमी	जानकारी नहीं				खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब. आपात स्थिति में पारंपरिक तरीके पर निर्भरता	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. खतरे के लक्षण पर परिवार को सलाह और देखभाल, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता
नहीं	1	जानकारी नहीं	21किमी	जानकारी नहीं			संभावित एनीमिक- निदान व ईलाज अपर्याप्त		1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. खतरे के लक्षण पर परिवार को सलाह और देखभाल, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
79	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	24	अनु.जाति.	8	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	3	VHND में ANC –गम्भीर एनीमिया बताया (ईलाज ?).9 वें माह में गंभीर सिरदर्द ,सीने में दर्द	9 वें महीने में सिरदर्द,सीने में दर्द .घर पर झाड़-फूंक.कोई सुधार नहीं होते देख 6 घंटे बाद PHC गए.नर्स ने मेडी.कालेज रिफर किया .पर कंपाउंडर ने घर पर ईलाज करने का वादा किया ,इसलिए घर चले गए .कंपाउंडर ने घर पर 1 यूनिट खून चढ़ाया .6 घंटे बाद झटके .कंपाउंडर ने मेडी.कालेज रिफर किया . रास्ते में मौत .	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	रास्ते में	AN (9/12)	गर्भाक्षेप, गंभीर एनीमिया
80	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	24	अनु.जन.	एम.ए.	गृहणी	हाँ	हिन्दू	1	कभी-कभी जोड़ों में दर्द , सीने और पेट में दर्द ,गर्भावस्था के शुरुआत में बीमार ,VHND में ANC– Hb कम,वजन कम (35kg)	प्रसव पीड़ा ,निजी अस्पताल में भर्ती किया .प्रसव के बाद सूजन,सीने में दर्द .एक यूनिट खून चढ़ाया गया .चिढ़चिढ़ा,असामान्य व्यवहार .12 घंटे बाद मौत .	निजी अस्पताल	ND	LB (देरी से ND)	निजी अस्पताल	PN (12 घंटे)	गंभीर एनीमिया
81	आसाम	चिरांग	19	अ.पि.व.	7	गृहणी	हाँ	हिन्दू	1	ANC (सिर्फ TT). IFA नहीं दिया. एनीमिक थी. ASHA ने सलाह नहीं दी.	प्रसव पीड़ा. 108 बुलाया, पर पहले ही घर पर प्रसव. 108 वापस. अगले दिन हालत बदतर. दवाखाने ले गए (डा नहीं), फिर निजी NH. कुछ दिन रखा-पीलिया– LAMA और ओझा के पास ले गए, हालत फिर खराब, अंत में निजी अस्प. (मना किया). मौत	घर	ND	LB	निजी अस्पताल	AN (7 वा माह)	गंभीर एनीमिया
82	आसाम	चिरांग	23	अनु.जन.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	2	पिछला गृह में प्रसव. गर्भ के समय एनीमिया	दाई से घर में ND. कुछ रक्तस्राव और साँस की तकलीफ– ओझा को बुलाया, लेकिन मर गयी	घर	सामान्य	LB	घर	PN (1 घंटा)	गंभीर एनीमिया, ? पल्मोनरी एम्बोलिस्म
83	आसाम	चिरांग	16	अनु.जन.	7	गृहणी	हाँ	हिन्दू	1	16 साल. 3 ANC, 2 TT. प्रिगनेंसी के आखिर में सिरदर्द	सुबह 4 बजे प्रसव पीड़ा. पति बाहर, देरी हुई, आशा ने 108 बुलाई– CHC गयी(500m,डा नहीं), सिविल अस्प ले गए (देखा नहीं गया?) फिर निजी NH (पीड़ा शुरू होने के 16 घंटे बाद). अगली सुबह CS. अगले दिन मौत.	निजी अस्पताल	CS	SB	निजी अस्पताल	PN (1दिन)	बाधित प्रसव
84	आसाम	सोनितपुर	26	अनु.जन.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	3	गर्भ के आखरी दिनों मूत्र अवरोध- फार्मासिस्ट ने निकाला	घर पर दाई से ND, फिर रक्तस्राव. ईलाज नहीं लिया. मृत.	घर	ND	LB	घर	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
85	आसाम	दारांग	25	बंगाली मुस्लिम	7	गृहणी	नहीं	मुस्लिम	2	सिविल अस्पताल में नियमित ANC	8वे माह पेट दर्द– 108 नहीं आयी– तो 2 घंटे बाद निजी वाहन से – सिविल अस्प. गए. सलाइन, इंजे, टैब दिया. कैथेटर(कारण?). कई इंजेक्शन दिए गए. परिवार को महिला की अवस्था के बारे इ नहीं बताया गया. अगली सुबह मेडी कालेज रिफर.पर तुरंत मर गयी.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	सिविल अस्पताल	AN (8 वा माह)	?
86	आसाम	दारांग	24	बंगाली मुस्लिम	निरक्षर	गृहणी	हाँ	मुस्लिम	2	उप-स्वास्थ्य केंद्र में नियमित ANC	तेज़ सिरदर्द. ओझा को बुलाया. रात में हालत ख़राब. 108 ने आने से मना किया. घर पर प्रसव. आधे घंटे बाद ऐंठन, रक्तस्राव. 24 घंटे बाद गाड़ी बुलाई, पर उसके पहले मौत.	घर	ND	LB	घर	PN (1 day)	गर्भाक्षेप, PPH
87	आसाम	दारांग	34	बंगाली मुस्लिम	निरक्षर	गृहणी	हाँ	मुस्लिम	6	15 साल में शादी, उप-स्वास्थ्य केंद्र में ANC, ICDS में अनियमित राशन, 7वे माह में दस्त	दस्त के लिए कोई Rx नहीं. 3 दिन बाद शौचालय में प्रसव. 2 घंटे के अन्दर मौत.	घर	ND	SB	घर	PN (कुछ घंटों में)	?
88	आसाम	दारांग	21	बंगाली मुस्लिम	4	गृहणी	हाँ	मुस्लिम	2	उप-स्वास्थ्य केंद्र में नियमित ANC	प्रसव समय आने पर ANC के लिए सरकारी दवाखाने गयी. भर्ती करने कहा गया. दवाखाने में ND. उसके बाद रक्तस्राव. सिविल अस्प. रिफर (निजी गाड़ी) डा ने इंजे देने की कोशिश की, पर हाँथ पैर काँप रहे थे. थोड़ी देर में मौत.	पब्लिक,स्टेट डिस्पेंसरी	ND	LB	पब्लिक,सिविल अस्पताल	PN (7 hrs)	पी.पी.एच.
89	आसाम	दारांग	26	बंगाली मुस्लिम	7	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	मुस्लिम	2	5 वे माह में बुखार, उलटी व रक्तस्राव.	5वे माह में बुखार, उलटी व रक्तस्राव. 2 दिन बाद सरकारी दवाखाने गयी, 3 दिन रही- कोई सुधार नहीं, सिविल अस्प. रिफर. बताया गया कि तुरंत D&C और खून लगेगा. जब परिवार खून इंतजाम करके लौटे, तो अस्पताल में डा नहीं था. अतः खून दिया न जा सका और उसकी मौत हो गयी.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक,सिविल अस्पताल	AN (5/12)	गर्भपात के बाद रक्तस्त्राव
90	आसाम	दारांग	21	बंगाली मुस्लिम	१०वी मदरसा	गृहणी	नहीं	मुस्लिम	1	चौथे माह में गिरना	4थे माह में गिर गयी. सिविल अस्प ले गए. सामान्य बताया गया. घर पर प्रसव. डिलीवरी के 15 मं बाद बात करना बंद. अस्पताल ले गए, पर रास्ते में मृत.	घर	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	?, ? पल्मोनरी एम्बोलिस्म
91	आसाम	दारांग	26	बंगाली मुस्लिम	6	दिहाड़ी मजदूर, ईंट भट्टा मजदूर	हाँ	मुस्लिम	3		पति द्वारा हिंसा. 10 दिन बाद मायके चली गयी. दर्द हुआ. 108 बुलाया, आने से मना किया. निजी गाड़ी से सिविल अस्प ले गए. IUD का निदान किया गया. मृतजात. परिवार को खून का इंतजाम करने बोला, पर नहीं कर सके. 5 दिन बाद D/S और निजी प्रेक्टिशनर को दिखाया. दवा का खर्च न उठा सके. उसी शाम मौत.	पब्लिक,सिविल अस्पताल	ND	SB	घर	PN (5दिन)	गंभीर एनीमिया

रेफ़रल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थाग त जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ. सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
हाँ. PHC (½ किमी) से मेडी. कालेज, लेकिन घर वापस. फिर से मेडी.कालेज (निजी गाड़ी, 30 किमी, 500 रु), लेकिन रस्ते में मृत	1	जानकारी नहीं	30 किमी	1500		PHC में कोई डा.नहीं था, कंपाउंडर ने ईलाज किया घर पर खून चढ़ाया		अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1.पर्याप्त ANC और एनीमिया का एंटीनटली ईलाज, 2. PHC में एनीमिया का निदान, 3.जिम्मेदाराना रिफरल–स्थारिकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल, 4. बड़े अस्प. में एनीमिया का तुरंत mx –खून
घर से निजी अस्पताल	1	जानकारी नहीं	22 किमी	जानकारी नहीं		प्रसव-पूर्व एनीमिया - उपयुक्त ईलाज नहीं किया गया			1.पर्याप्त ANC और एनीमिया का एंटीनटली ईलाज, 2. एनीमिया का इंट्रानेटल Mx– खून, AMTSL, 3. पर्याप्त प्रसवोत्तर सेवा के साथ जटिलता का तुरंत Rx
हाँ, सरकारी दवाखाने से निजी NH (निजी गाड़ी), फिर ओझा, फिर निजी NH, फिर निजी अस्प.	4	हाँ	46किमी	45000	रेफरल के वक्त जवाबदेही नहीं	प्रसव-पूर्व एनीमिया - उपयुक्त ईलाज नहीं किया गया	सरकारी दवाखाने में सेवा की गुणवत्ता का पता नहीं.	अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. आपात परिवहन की उपलब्धता, 3. पर्याप्त प्रसवोत्तर सेवा के साथ जटिलता का तुरंत Rx, 4. गंभीर एनीमिया का पर्याप्त PN Mx – खून 5. जिम्मेदाराना रिफरल– स्थायीकृत देखभाल (fluids), साथ जाना, सतत देखभाल,
नहीं	0	नहीं	46 किमी	0		प्रसव-पूर्व एनीमिया - उपयुक्त ईलाज नहीं किया गया		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब. पारंपरिक बैद्य पर निर्भरता	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. खतरे के लक्षण पर परिवार को सलाह और देखभाल, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता 4. खतरे के लक्षण पर परिवार को सलाह और देखभाल
हाँ, आशा से CHC से सिविल अस्पताल(26 किमी) से निजी नर्सिंग होम(7 किमी).	3	नहीं	19 किमी	1 लाख	1. पब्लिक सेक्टर में आपात सेवा नहीं.	1. AN काल में संभावित एनीमिया- ठीक से ईलाज नहीं.	बाधित प्रसव में अपर्याप्त mx. CS में विलम्ब.	पति प्रवासी– बाहर, निर्णय लेने में देरी. खर्च करीब एक लाख	1. पर्याप्त ANC 2. आपात स्थिति व जन्म तैयारी पर परिवार के साथ परामर्श 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. खतरे के लक्षण पर परिवार को सलाह और देखभाल, 5. जिम्मेदाराना रिफरल– स्थरीकरण देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल, 6. प्रोलॉन्ग्ड लेबर की जल्द पहचान–पर्टोग्राम, CS. 7. एनीमिया का इंट्रानेटल Mx – खून
नहीं	0	नहीं	30 किमी	10000	गरीबी की वजह से सुलभ नहीं	ढांचागत मुद्दे- गाय बेच दी. अस्पताल जाने के लिए संसाधन नहीं. रास्ता खराब (नदी पर टूटा पुल). ईलाज न कराने का फैसला.		अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1.पर्याप्त ANC, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 3. घर पर प्रसव के लिए SBA उपलब्ध 4. आपात परिवहन की उपलब्धता 5. खतरे के लक्षणों की तुरंत पहचान व ईलाज, 6. पब्लिक सेक्टर में मुफ्त व बढ़िया सेवा
हाँ,घर से सिविल अस्पताल से मेडी.कालेज(30 किमी) (सिविल अस्पताल में मर गई)	1	नहीं	जानकारी नहीं	5000	परिवार को पता नहीं महिला किससे पीड़ित थी		सिविल अस्पताल में क्या Rx दिए पता नहीं– उपयुक्तता का पता नहीं.		1. आपात परिवहन की उपलब्धता, 2. आपात स्थिति की तुरंत पहचान व Mx, 3. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल
नहीं	0	नहीं	जानकारी नहीं	300	आपात परिवहन की सुलभता नहीं– 108 को बुलाया पर नहीं आयी			अनोपचारिक डा. पर निर्भर	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.बगैर देरी के ईलाज, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता
नहीं	0	नहीं	जानकारी नहीं	0				खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC, 2.जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.बगैर देरी के ईलाज, 3.आपात परिवहन की उपलब्धता
हाँ,स्टेट डिस्पेंसरी से सिविल अस्पताल	2	नहीं	जानकारी नहीं	5000			PPH का अपर्याप्त mx.		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. पर्याप्त तृतीय चरण mx, 3. PPH का तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून, 4.जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, स्थायीकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल,
स्टेट डिस्पेंसरी से सिविल अस्पताल(10 किमी)	2	नहीं	जानकारी नहीं	7000	यद्यपि, परिवार ने खून का इंतजाम कर लिया, डाक्टर नदारद, नर्स ने गंभीरता को नहीं समझा और परिवार को डाक्टर का इंतजार करने कहा जबकि मरीज को आपात सेवा चाहिए थी		अधूरे गर्भपात के ईलाज में देरी. रक्तस्राव व एनीमिया का अपर्याप्त mx		1.जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. खतरे के लक्षणों की तुरंत पहचान व ईलाज, 3. सरकारी दवाखाने में जटिलता की तुरंत पहचान व Rx शुरू 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल, 5.सिविल अस्पताल में अधूरे गर्भपात का तुरंत देखभाल- युटरीन एवेकुशन, रक्त
नहीं	0	नहीं	जानकारी नहीं	2000				मदरसा शिक्षक- धार्मिक कारणों से अस्पताल नहीं जाना चाहती थी.	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. खतरे के लक्षणों की पहचान और तुरंत ईलाज, 3.आपात परिवहन की उपलब्धता
घर से सिविल अस्पताल, उसके बाद निजी प्रेक्टिसनर	2	नहीं	जानकारी नहीं	5000		1. आपात परिवहन नहीं, 108 ने आने से मना किया.2. खून इंतजाम करने की जवाबदारी परिवार को दे दी गयी	सिविल अस्प. में 5 दिनों तक PN एनीमिया के लिए Rx नहीं	पति ने पेट पर ईंट से मारा, प्रसव तक काम करती थी	1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. आपात परिवहन की उपलब्धता 3. पर्याप्त PN केयर – जटिलता की तुरंत पहचान व जल्द Mx.

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
92	आसाम	दारांग	26	बंगाली मुस्लिम	निरक्षर	गृहणी	हाँ	मुस्लिम	2	उप-स्वास्थ्य केंद्र में नियमित ANC, ICDS में अनियमित राशन	प्रसव पीड़ा– PHC गयी(108). डा नहीं. सरकारी दवाखाने भेजा. कुछ घंटे बाद ND. उसके बाद रक्तस्राव. इंजे, सेलाइन दिया. सिविल अस्प. रिफरएम्बुलेंस). लगातार रक्तस्राव. उसी रत मौत.	पब्लिक, स्टेट डिस्पेंसरी	ND	LB	पब्लिक, सिविल अस्पताल	PN (कुछ घंटों में)	PPH
93	आसाम	डिब्रूगढ़	25	अनु.जन.	निरक्षर	गृहणी	हाँ	हिन्दू	2	पहले सिजेरियन और चाय बागन अस्पताल में 7 यूनिट खून चढ़ाया गया था.	एनीमिक और पीलिया, प्रिगनेंसी में दस्त. TE अस्प में दर्द के लिए 7 दिनों से भर्ती. मेडी कालेज रिफर- ND. बच्चा अगले दिन मृत (कारण?). प्रसव के बाद रक्तस्राव. 4 यूनिट खून दिया. 8वे दिन टीबी वार्ड ले गए. O2 पर रखा गया. 9वे दिन मौत. उसकी मौत के लिए आशा निलंबित.	मेडिकल कॉलेज	ND	LB (जल्द ND)	मेडिकल कॉलेज	PN (9 दिन)	एनीमिया, TB
94	आसाम	डिब्रूगढ़	22	अनु.जन.	10	गृहणी	हाँ	हिन्दू	1	प्रसव से 1 माह पूर्व, खांसी व सूजन- चाय बागन अस्पताल में मौखिक रूप से टी.बी. होना बाते. कोई ईलाज नहीं	AN काल में टीबी? ईलाज नहीं. मेडी कालेज में ND. दो दिन बाद, पैर में सूजन. कुछ दिन बाद TE अस्प में भर्ती. पूजा की छुट्टी के लिए LAMA. वजन गिरा. 1 माह बाद मौत	मेडिकल कॉलेज	ND	LB	घर	PN (32 दिन)	TB
95	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	27	अनु.जन.	निरक्षर	कृषि	नहीं	हिन्दू	4	पहले 3 गर्भपात. उप-केंद्र व निजी में ANC (TT, IFA, abd परिक्षण).	प्रसव पीड़ा. CHC गयी. 6 घंटे बाद मेडी कालेज रिफर. कुछ घटे बाद ND. शिशु को NICU में अगले दिन भर्ती. माँ की दूसरे दिन छुट्टी और NICU के बाहर इंतजार. 3रे दिन से बुखार. PN वार्ड में पुनः भर्ती. कोई ईलाज नहीं, तो परिवार ने दुकान से बुखार की दवाई लायी. बुखार बना रहा. 7वे दिन बेहोश, IV दिया. जल्द मर गयी.	मेडिकल कॉलेज	ND	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (7 दिन)	सेप्सिस
96	छत्तीसगढ़	मुंगेली	24	अ.पि.व.	निरक्षर	गृहणी	नहीं	हिन्दू	2	पहले बाधित प्रसव- मृतजात. CHC में एक बार ANC (BP, वजन, abd परिक्षण, Hb, TT).	Lप्रसव पीड़ा. CHC गयी. भर्ती व नर्स ने 4 इंजे दिए. दर्द रुका. तो परिवार ने निजी अस्प ले गए. Hb 10.6. CS करवाने की जरुरत बताई गयी. खून इंतजाम करने बोला. खून मिला (3000 रु). खून चढाने के बाद हालत खराब, रिफर, गाड़ी के इंतजाम के पहले मृत्यु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	निजी अस्पताल	इंट्रानेटल	बाधित प्रसव? गर्भाशय का फटना
97	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	24	अ.पि.व.	8	गृहणी	हाँ	हिन्दू	3	K/C/O सिकल सेल एनीमिया. पहले 2 लड़कियां. मेडिकल कालेज में ANC. प्रसव के वक्त BP 120/90, Hb 11.8.	समय पर दर्द. मेडी कालेज गयी (108, 1 घंटे). 1 घंटे बाद ND. बहुत खून बहा. नर्स को बताया- वह दूसरा प्रसव करा रही थी तो नहीं देखी. जब ज्यादा ब्लीडिंग हुई तो डा को बताया. IV, इंजे व 1 यूनिट खून दिया. पर 3 घंटे में मर गयी.	मेडिकल कॉलेज	ND	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (3घंटे)	PPH, सिकलसेल एनीमिया
98	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	30	अ.पि.व.	2	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	3	पहले 2 प्रसव घर पर, लड़कियां, VHND में ANC (3रे माह में BP – सामान्य)	अप्रशिक्षित दाई से घर पर ND. ठीक थी. हाथ व चेहरे में सूजन. 5वे दिन शाम से झटके. घर पर बैद्य से दिखाया. बरसात, अस्प न जा सके. अगली सुबह CHC. नर्से ने भर्ती किया, CHC या मेडकल स्टोर में इंजेक्शन नहीं मिला. 1 घंटे बाद मेडी कालेज रिफर. मेडी कालेज में भर्ती में देरी (कमरे की सफाई हो रही थी, डा नहीं). भर्ती के बाद तुरंत मौत.	घर	ND	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (6 दिन)	गर्भाक्षेप
99	छत्तीसगढ़	बिलासपुर	17	अनु.जन.	5	आ.अनु.	आ.अनु.	हिन्दू	1	कोई ANC नहीं. सुखी खांसी. स्था. डा. ने एनीमिक बताया	टाइगर रिज़र्व के चलते पुनर्वासित गाँव में रहती थी. रोड से 10 किमी दूर, बरसात में कट जाता था. ICDS केंद्र नहीं. ANM नहीं आयी. गाँव में टीकाकरण नहीं. घर पर दाई से ND. तब बहुत ज्यादा रक्तस्राव. 1 घंटे बाद अस्पताल ले जाने का फैसला. गाड़ी इंतजाम करने में देरी. रास्ते में मौत.	घर	ND	SB	रास्ते में	PN (2घंटे)	पी.पी.एच.
100	उ.प्र.	आजमगढ़	25	अ.पि.व.	निरक्षर	गृहणी	हाँ	हिन्दू	3	पहले समयपूर्व ND, पिछला गर्भपात. CHC में 3 माह से कम ANC. IFA नहीं दिया (साइड इफेक्ट)	प्रसव पीड़ा. आशा CHC ले गयी(मोटरसायकिल, 2किमी). 4 घंटे बाद ND. 1 ½ घंटे बाद कुछ ब्लीडिंग, साँस की तकलीफ व सीने में जलन. कुछ इंजेक्शन दिया गया. हालत ख़राब- खून चढाने DH रिफर(एम्बुलेंस, 3 घंटे बाद पहुँची). IVF, इंजेj, O2 दिया. खून चढाने से पहले मौत.	सी.एच.सी.	ND	LB	पब्लिक, DH	PN (कुछ घंटों में)	CCF में एनीमिया
101	उ.प्र.	आजमगढ़	22	अनु.जाति.	8	कृषि	हाँ	हिन्दू	2	पिछला गर्भपात, 3 ANC (IFA, TT, 2 USG). चेहरे व हाथ में सूजन, नज़र धुंधली, 4 दिन बाद दौरे	प्रसव समय के करीब ऐंठन. स्था.प्रेक्टिशनर के पास ले गए (6 घंटे बाद निजी गाड़ी). दूसरे शहर में निजी NH रिफर (2 घंटे). 2 इंजे, O2 दिया. 3 घंटे बाद DH रिफर. 2 इंजे दिए, IUD का निदान, CS की तैयारी. लेकिन उसके पहले मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, DH	AN	गर्भाक्षेप
102	उ.प्र.	बाँदा	19	अ.पि.व.	8	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	CHC में ANC .एनीमिक बताया गया (IFA). 8वे माह में बुखार.	पेट दर्द – निजी डा के पास ले गए, प्रसव नहीं. फिर HSC ले गए– नर्स ने बताया 2F डिलेटेड है शाम तक प्रसव होगा. इंजे दिया. पर शाम में घर भेज दिया. दर्द जारी रहा, तो अगले दिन सुबह DH ले गए, एनीमिक बताया और मेडी कालेज रिफर किया. पर अगले 2 दिनों तक 7 अलग बैद्यों से दिखाते रहे. बदतर हालत, तीसरे दिन CHC ले गए, मेडी कालेज रिफर, रास्ते में मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	रास्ते में	AN (8 वा माह)	?अबरप्शन, ? बाधित प्रसव
103	उ.प्र.	बाँदा	21	अ.पि.व.	8	दिहाड़ी मजदूर	नहीं	हिन्दू	2	पिछला ND. VHND में 3 ANC . कहा एनीमिक है. गर्भावस्था में बुखार और पीलिया	पीड़ा. HSC गयी, इंजे दिया, 6 घंटे बाद मेडी कालेज रिफर किया. निजी NH गयी. दूसरे निजी अस्प रिफर. एनीमिया व पीलिया बताया. खून दिया. मृतजात पैदा. बेहोश. कुछ घंटे बाद मौत.	निजी अस्पताल	ND	SB	निजी अस्पताल	PN (कुछ घंटों में)	एनीमिया ?हिपेटाइटीस

रेफेरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
PHC से स्टेट डिस्पेंसरी से सिविल अस्पताल (10 किमी)	3	नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं		विविध अस्पतालों में PPH की अपर्याप्त mx.			1. PPH की रोकथाम – AMTSL, 2. पर्याप्त तृतीय चरण mx, 3. PPH की तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून, 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, स्थायीकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल
TE अस्पताल से मेडी.कालेज(30 किमी)	2	नहीं	जानकारी नहीं	10200	कोई बिस्तर न होने से फर्श पर रखी गयी. और परिवार को वार्ड बहुत गन्दा लगा, और लगा कि वह बच सकती थी यदि घर ले आते.	AN काल में एनीमिया- ठीक से ईलाज नहीं.			1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. एनीमिया, प्रोलोंग लेबर की पर्याप्त इंट्रानेटल Mx– पर्टोग्राम, रक्त संचरण, 3. PPH की रोकथाम– AMTSL, 4. PPH की पर्याप्त Mx – oxytocics, द्रव्य, खून 5.पर्याप्त PN केयर – जटिलता की तुरंत पहचान व Mx
T.E. अस्पताल से मेडी.कालेज अस्पताल(एम्बुलेंस, 30 किमी, 30-40 मिनट).	2	नहीं	जानकारी नहीं	7000			AN काल में टीबी का अपर्याप्त Rx.	परिवार की लापरवाही– पहले अस्पताल में छोड़ दिए थे.	1.पर्याप्त ANC और टी.बी. का ईलाज. 2. पर्याप्त PN केयर- टीबी के Rx के लिए फ़ॉलो अप निश्चित
घर से CHC से मेडी.कालेज(108, 30 किमी)		जानकारी नहीं	19 किमी	जानकारी नहीं	मेडी कालेज में भर्ती करते वक्त निजी मेडिकल दुकान से परिवार को दवाई खरीदनी पड़ी		संस्थागत प्रसव के बाद सेप्सिस– संक्रमण नियंत्रण में गुणवत्ता अपर्याप्त. निदान नहीं या ईलाज अधुरा.		1.प्रसव के दौरान असेप्सिस अधुरा, 2.अपर्याप्त PN केयर – जटिलता की पहचान व तुरंत Rx
CHC (12किमी), परिवार के द्वारा निजी अस्पताल ले गए(निजी गाड़ी, 400 रु., 30 मिनट, 8 किमी)	2	जानकारी नहीं	7 किमी	400	खून जुगाड़ने की जवाबदारी परिवार को दे दी गयी- देरी हुई	पिछला बाधित प्रसव. खतरे के रूप में नहीं देख पाया	CHC में नर्स से संभावित प्रसव बढ़ाया.		1. पर्याप्त ANC 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श. 3. CHC में प्रसव पीड़ा का पर्याप्त Mx – पर्टोग्राम, बाधित प्रसव का जल्द निदान, दर्द बढाने के लिए IM ओक्सिटोसीन नहीं. 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, 5. तुरंत CS.
नहीं	1	जानकारी नहीं	14 किमी	जानकारी नहीं			मेडी कालेज में PPH का अपर्याप्त mx. कम खून चढ़ाया.	लड़के की प्राथमिकता	1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. पर्याप्त तीसरे चरण की mx, 3. PPH का तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून
घर से CHC (निजी गाड़ी,30 मिनट) से मेडी.कालेज(108, 1000 रु.)	2	जानकारी नहीं	18किमी	2600	1. 108 के लिए भुगतान 2. मेडी कालेज में दवाइयाँ खरीदनी पड़ी	CHC व मेडी कालेज में देरी – दवा नहीं. आपात स्थिति की प्राथमिकता नहीं.		खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब 2. लड़के की प्राथमिकता	1.जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. खतरे के लक्षण की पहचान व तुरंत ईलाज, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. CHC में प्रारंभिक Mx - MgSO4,. 5. जिम्मेदाराना रिफरल– स्थायीकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल, 6. मेडी कालेज में तुरंत Rx
घर से CHC (निजी गाड़ी, 2000 रु.), रास्ते में मर गई	0	जानकारी नहीं	9किमी	2000		ढांचागत मुद्दे- बगैर रोड, यातायात के दूरस्थ टोले. पुनर्वासित गाँव में कोई सुविधा नहीं.		जल्दी विवाह (17 साल)	1. पुनर्वासित गाँव में रोड व अन्य सुविधा. 2. ANC में ANM के लिए यात्रा प्रावधान. 3. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श. 4. आपात परिवहन की उपलब्धता इलाके के हिसाब से, 5.घर पर प्रसव के लिए SBA की उपलब्धता. 6. खतरे के लक्षण की तुरंत पहचान और ईलाज.
घर से CHC (आशा,मोटरसाइकिल, 2 किमी). प्रसव के बाद DH रिफर (एम्बुलेंस, 40किमी., 1 घंटा)	2	जानकारी नहीं	40किमी	जानकारी नहीं		AN काल में एनीमिया- पर्याप्त ईलाज नहीं.	PN काल में PPH व एनीमिया का अपर्याप्त Mx.		1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. PPH की रोकथाम– AMTSL, 3. PPH का त्वरित Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून, 4. पर्याप्त PN केयर– जटिलता की तुरंत पहचान और mx. 5. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
घर से स्थानीय प्रेक्टिसनर(निजी गाड़ी, 8 किमी, 300रु.), से निजी नर्सिंगहोम(निजी गाड़ी, 8 किमी, 300रु.), से DH (40 किमी, 2 घंटे)	3	जानकारी नहीं	50 किमी	जानकारी नहीं			निजी सेक्टर में गर्भाक्षेप का अपर्याप्त Mx.	खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. आपात परिवहन की उपलब्धता 4. निजी क्लिनिक में जटिलता की तुरंत पहचान और MgSO4 देना, 5. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
हाँ,निजी नर्सिंगहोम(14 किमी,मोटरसाईकिल), फिर HSC (10किमी,मोटरसाईकिल),फिर DH (35 किमी,मोटरसाईकिल) मेडी.कालेज रिफर . 2 दिन बाद CHC गए (निजी गाड़ी, 22 किमी),मेडी.कालेज रिफर (निजी गाड़ी, 150 किमी). रास्ते में मौत	4	जानकारी नहीं	35किमी (म.प्र. में)	जानकारी नहीं	रेफरल के वक्त जवाबदेही नहीं. मरीज सही में गया या नहीं यह देखने की जवाबदारी नहीं	AN काल में एनीमिया- अपर्याप्त ईलाज.		आपात स्थिति में पारंपरिक तरीके, ओझा पर निर्भरता	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. प्रोलोंग्ड लेबर व एनीमिया का पर्याप्त इंट्रानेटल Mx – पर्टोग्राम, 3. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना. 4.प्रोलोंग्ड/बाधित प्रसव का तुरंत Mx
घर से HSC (मोटरसाईकिल, 1 किमी) से मेडी.कालेज.निजी नर्सिंगहोम गए(निजी गाड़ी, 100किमी, 5 घंटे) और फिर निजी अस्पताल (निजी गाड़ी, 5 किमी) .	3	जानकारी नहीं	42 किमी (जिला अस्पताल)	जानकारी नहीं		AN काल में एनीमिया- पर्याप्त ईलाज नहीं.	खतरे के लक्षण– बुखार, पीलिया- HSC में पहचान नहीं.	खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1.पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. एनीमिया का पर्याप्त इंट्रानेटल Mx – रक्त संचरण, 3. PPH की रोकथाम– AMTSL, 4. एनीमिया का पोस्टनेटल Mx – खून

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
104	उ.प्र.	बाँदा	30	अनु.जाति.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	नहीं	हिन्दू	6	पिछले 5 बच्चे जीवित .गर्भनिरोधक नहीं.अवांछित गर्भ	अवांछित गर्भ. 4थे माह पुख्ता. ANM के घर गयी- योनि में टैब डालकर घर भेज दिया. अगले दिन खूब रक्तस्राव. ANM घर आयी व इंजे दी. कुछ घंटे बाद ANM घर ले गयी क्योंकि खून लगातार बह रहा था. कुछ और इंजे दी. खून बहता रहा और कुछ घंटे बाद मृत्यु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	ANM के घर	AN (4था माह)	असुरक्षित गर्भपात,गर्भस्त्रावोत्तर रक्तस्त्राव
105	उ.प्र.	मिर्ज़ापुर	20	यादव	9	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	6 वें माह से चेहरे और हाथों में सूजन .8 वें माह में पेट दर्द	6वे माह से सूजन घर पर बैद्य से दिखाया. कुछ घंटे बाद आशा को बुलाया- एम्बुलेंस से PHC ले गए, वहां से DH भेजा. मेडी कालेज भेजा गया, पर रास्ते में मौत हो गयी. इस बीच कहीं ईलाज नहीं.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	रास्ते में	AN (8 वा माह)	गंभीर पूर्व गर्भाक्षेप
106	उ.प्र.	मिर्ज़ापुर	30	पाल	5	गृहणी	नहीं	हिन्दू	4	कोई ANC नहीं.बहुत कमजोर , बोल नहीं सकती थी (?बेहोश)8 वें माह में	बोलना बंद हो गया, इसलिए PHC ले कर गए (?बेहोश).IVF दिया. CHC रिफर. 8वे दिन भर्ती. फिर D/S और पारपरिक ईलाज. बदतर हालत, फिर मायके वालों ने मिशन अस्प ले गए. 2-3 दिन बाद घर ले आये और अगले दिन मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	घर	AN (8 वा माह)	?
107	उ.प्र.	मिर्ज़ापुर	25	ब्राह्मण	10	गृहणी	नहीं	हिन्दू	3	पिछला समय से पूर्व प्रसव ,नवजात मृत्यु . PHC में ANC ?पहले हृदय की बीमारी थी ?	समय पर PROM. आशा ने निजी गाड़ी से DH ले गयी. 3 घंटे में ND. प्रसव के 10 मिनट बाद ऐंठन. टेबलेट देकर वार्ड में शिफ्ट किया. 3-4 घंटे बाद सीने में दर्द. IVF, इंजे दिया. 2-3 घंटे बाद मौत.	पब्लिक, DH	ND	LB (जल्द ND)	पब्लिक, DH	PN (कुछ घंटों में)	?,पल्मोनरी एम्बोलिस्म
108	गुजरात	भरूच	19	अनु.जन.	5	गृहणी	नहीं	हिन्दू	1	VHND में ANC.8 वें महीने में गंभीर एनीमिया(4.5 ग्राम हिमोग्लोबिन) के चलते NGO अस्पताल में भर्ती किया गया. डेंगू का निदान	8वे माह में NGO अस्प में भर्ती- गंभीर एनीमिया व डेंगू. 10 दिन बाद भी सुधार नहीं, तो मेडी कालेज रिफर (एम्बुलेंस). भर्ती, और बाहर से 11000 रु की दवा लेन कहा गया. घर वापस आये, क्योंकि पैसा नहीं था. अगले दिन पूर्व-समय प्रसव. समय पूर्व ND. उसके बाद सूजन, बुखार. 7वे दिन स्था डा. को दिखाया. IVF व इंजे दिया. 4 दिन बाद बदतर हालत. बाइक पर स्था. डा. के पास ले जाते समय मौत.	घर	ND	LB (जल्द ND)	रास्ते में	PN ((15 दिन के अन्दर)	गंभीर एनीमिया, डेंगू
109	गुजरात	भरूच	22	अनु.जन.	निरक्षर	दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	2	VHND में पहला ANC.	4थे माह में आल्टार्ड सेंसोरियम. बैद्य को बुलाया, फिर MPW होम. बदतर, बेहोश. निजी अस्प ले गए (25किमी, निजी गाड़ी). मेडी कालेज रिफर. दूसरे निजी अस्प ले गए. ICU में भर्ती व ईलाज. अस्प की निदान पर्ची– हेपेटाइटिस, ARDS, कन्वल्सन, septicaemia	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	निजी अस्पताल	AN (4था माह)	हिपेटाइटीस, ?मस्तिष्कविकृति
110	गुजरात	भरूच	22	अनु.जन.	निरक्षर	गृहणी	नहीं	हिन्दू	2	निजी डा.के पास ANC .9 वें माह में गंभीर पेट दर्द और बुखार	तेज़ पेट दर्द और बुखार 9वे माह में. NGO अस्प. लाया गया. सिकल सेल एनीमिया का निदान. ईलाज के बावजूद 2 दिन में मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	अस्पताल, NGO	AN (9 वा माह)	सिकलसेल बीमारी -संकट
111	गुजरात	भरूच	24	अनु.जन.	स्नातक	गृहणी	नहीं	हिन्दू	2	शुरूआती गर्भावस्था से थकान और चक्कर.ईलाज के लिए दो बार निजी अस्पताल में भर्ती किया .समय होने पर भर्ती करने की सलाह दी ,परन्तु मना कर दिया क्योंकि उनके घर पर कोई धार्मिक कार्यक्रम था .	दाई के पहुँचने के पूर्व घर पर ND. बहुत रक्तस्राव. 108 व्यस्त थी तो दूसरी 108 को 70 किमी दूर से आना पड़ा, 1 ½ घंटे बाद. तब तक बेहोश. 108 ने CHC ले गयी, वहां डा/नर्स नहीं. तो निजी NH पहुंचे. भर्ती व 5 यूनिट खून चढ़ाया. दूसरे दिन साँस की तकलीफ, तो दूसरे निजी अस्प रिफर, 1 और यूनिट खून दिया. पर हालत ख़राब. तो 11 घंटे बाद मेडी कालेज रिफर. 108 में, लेकिन बीच में खराब. दूसरी 108 बुलाया जो मेडी कालेज ले गयी (डा व नर्स भी साथ थी), पर पहुँचने से पहले मृत्यु.	घर	ND	LB	रास्ते में	PN (3 किमी)	गंभीर एनीमिया, pph
112	गुजरात	आनंद	31	अनु.जाति.	7	गृहणी	आ.अनु.	आ.अनु.	4	पिछली लड़कियाँ और एक लड़का (अंधे) यह गर्भावस्था लड़के के कारण . HSC में 3 ANC (BP 110/70, Hb 9.5).8 वें माह तक हर माह USG ,उसके बाद सप्ताह में एक बार	समय पर प्रसव पीड़ा, धर्मार्थ अस्प गए, घर भेजा, दर्द बढ़ता गया और उस रात वापस. उसके बाद ऐंठन (अंक स्थिर व मुंह से खून) डा 15 मिनट में आये और इंजे दिया. फिजिशियन ने कहा कि हृदय मात्र 25% काम कर रहा था- दूसरे अस्पताल के ICU व वेंटीलेटर पर रखे थे. एक घंटे में मौत r.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	निजी अस्पताल	इंट्रानेटल	हृदयरोग
113	गुजरात	आनंद	27	वाघेला	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	1	SC में ANC. 7 वें माह में उच्च रक्तचाप के कारण PHC में रिफर किया	7वे माह उच्च बीपी के कारण PHC गयी. वहां से निजी अस्प रिफर (चिरंजीवी). वहां से चेरिटेबल अस्प. हृदय की बीमारी की आशंका और दूसरे चेरिटेबल अस्प रवाना. हृदय में छेद का निदान, दवा दी. समय पर प्रसव- वापस चेरिटेबल अस्प. (108). CS – LB. ICU में, तीसरे दिन वार्ड में शिफ्ट करने के बाद ऐंठन. वापस ICU में. रिश्तेदारों को खून का इंतजाम करने कहा गया- निगेटिव समूह का होने के कारण 3 अलग ब्लड बैंक में 6-7 घंटे खोजने के बाद मुश्किल से मिला. D/S और घर ले गए, लगातार झटके, फिर किसी दूसरे अस्प ले गए- 2-3 दिन बाद भी कोई सुधार नहीं, तो घर ले गए. दूसरे दिन मर गयी.	निजी अस्पताल	CS	LB	घर	PN (10 दिन)	हृदय की बीमारी
114	गुजरात	आनंद	20	अनु.जाति.	10	आ.अनु.	हाँ	आ.अनु.	1	HSC और निजी अस्पताल में ANC – जुड़वाँ पता चला. बच्चेदानी के मुंह पर टांका लगा.	8वे माह निजी अस्प में प्रसव के लिए ले गए. वैक्यूम की मदद से जुड़वाँ पैदा? .उसके बाद अल्टार्ड सेंसोरिय्म. तो दूसरे निजी अस्प रिफर– MRI, CT हुआ –ईलाज के बाद सुधार नहीं. तो अन्य अस्प रिफर- गंभीर एनीमिया बताया. सुधार नहीं. 6ठे दिन मौत.	निजी अस्पताल	इंस्ट्रुमेंटल	LB (जुड़वाँ)	निजी अस्पताल	PN (6 दिन)	?

रेफेरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
नहीं	0	जानकारी नहीं	35 km (जिला अस्पताल)	जानकारी नहीं	सुरक्षित गर्भपात सेवा उपलब्ध नहीं	मौत के बाद ANM की गिरफ़्तारी.		पति गर्भपात के लिए तैयार नहीं था. गर्भपात के लिए अपनी पायल दे दी.	1. गर्भनिरोधक की सुलभता, 2.पब्लिक सेक्टर में सुरक्षित गर्भपात की सुलभता, 3. खतरे के लक्षणों के प्रति परिवार को सलाह व जागरूकता, 4. गर्भपात के बाद की सेवा की उपलब्धता, 5. आपात परिवहन की उपलब्धता, 6. गर्भपात से जुडी जटिलता की तुरंत पहचान व Mx.
आशा से PHC (एम्बुलेंस) से DH (102) से मेडी.कालेज(रिज़र्व ऑटो).रास्ते में मौत	2	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं			बहुत से अस्पतालों में गर्भाक्षेप का अपर्याप्त mx– रस्ते में किसी अस्पताल में MgSO4 नहीं दिया गया.	खतरे के लक्षण की पहचान नहीं- विलम्ब	1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श3.आपात परिवहन की उपलब्धता 4. PHC में जटिलता की तुरंत पहचान और MgSO4 दिया जाना, 5. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
हाँ,PHC से DH, फिर मिशन अस्पताल	3	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं		ANC नहीं. AN काल में एनीमिया- पर्याप्त ईलाज नहीं.		दूसरी शादी, दूसरी बीवी (पहली को कोई बच्चे नहीं). हिंसा- कभी कभी घर से निकल दिया जाता था.	1. पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. ख़तरे के लक्षण की तुरंत पहचान और देखभाल, 5. इमरजेंसी का तुरंत निदान व Mx
घर से DH	1	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं					1. पर्याप्त PN देखभाल – जटिलता का Mx और निदान
हाँ, NGO अस्पताल से मेडी.कालेज(एम्बुलेंस)	2	हाँ	45 किमी (NGO अस्पताल)	300	मेडी.कालेज में बाहर से दवा मंगाई गयी-कोई फॉलोअप नहीं किया गया	निशुल्क दवाओं की अनुपलब्धता			1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2. मेडी कालेज में निशुल्क दवाइयों सहित तुरंत मुफ्त ईलाज
निजी अस्पताल.मेडी.कालेज रिफर,पर दूसरे निजी अस्पताल गए	2	हाँ	25 किमी (NGO अस्पताल)	10000				निजी सेक्टर पर निर्भर	1. तृतीयक आसंकट देखभाल का फौरी प्रावधान
नहीं	1	हाँ	10 किमी (NGOअस्पताल)	0	दूसरी जाती में शादी, इसलिए आदिवासी के रूप में मान्य नहीं किया गया,उच्च खतरा सिकलसेल का और AN जाँच नहीं हुई				1.पर्याप्त ANC व उच्च प्रवणता समूह में सिकल सेल एनीमिया का निदान
हाँ,घर से CHC (डा.नहीं) इसलिए निजी नर्सिंगहोम.फिर निजी अस्पताल.मेडी.कालेज रिफर,पर पहुँचने से पहले मौत	3	हाँ	40 किमी	37000		आपात परिवहन की सुलभता- पहले, 108 लेट आयी, दूसरे, 108 खराब थी, तीसरे में मरीज मर गयी, ANC काल में एनीमिया का निदान नहीं हुआ		धार्मिक कार्यों के ऊपर स्वास्थ्य को तरजीह नहीं.	1.एंटेनेटल पर्याप्त ANC और एनीमिया का ईलाज, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 3. आपात परिवहन की उपलब्धता, 4. CHC में PPH का तुरंत mx – द्रव्य, oxytocics
हाँ. घर से चैरिटी अस्प. (रिक्शा, 8 किमी, ½ घंटे) फिर निजी अस्प.	2	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	गर्भावस्था में अतार्किक देखभाल (ज्यादा दवाइयां) – बार बार USG			लड़के की प्राथमिकता	1. पर्याप्त ANC और संभावित हृदय बीमारी का निदान, 2. हृदय बीमारी का पर्याप्त इंट्रानेटल Mx
हाँ. HSC से PHC से निजी अस्प. से चेरिटेबल अस्प. से अन्य चेरिटेबल अस्प (AN काल में). फिर प्रसव के लिए– चेरिटेबल अस्प, घर, फिर निजी अस्प.	6	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	खून के इंतजाम की जवाबदारी परिवार को- विलम्ब हुआ				1. पर्याप्त प्रसव पश्चात देखभाल और जटिलताओं के लिए mx
हाँ, निजी अस्प. से अन्य निजी अस्प. से दूसरे निजी अस्प.	3	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	1.5 लाख		AN काल में एनीमिया- अपर्याप्त ईलाज.			1. पर्याप्त प्रसव पश्चात देखभाल और जटिलताओं के लिए mx

क्र.	प्रदेश	जिला	महिला की उम्र	जाति	शिक्षा	पेशा	बी.पी.एल.स्तर	धर्म	गर्भ की कुल संख्या अब तक इसके सहित	कोई महत्त्वपूर्ण इतिहास पूर्व या वर्तमान गर्भावस्था में	घटनाक्रम	प्रसव का स्थान	प्रसव का प्रकार	प्रसव का परिणाम	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का समय	मृत्यु की संभावित मेडिकल वजह
115	राजस्थान	उदयपुर	32	अनु.जन.	निरक्षर	प्रवासी मजदूर, दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	5	ANM के द्वारा 2 ANC (TT,IFA, Hb 9.6, BP सामान्य)	समय पर प्रसव पीड़ा. CHC ले गए.तुरंत बाद ND. गर्भनाल रह गया. नर्स ने इंजे दिया. 1 घंटे बाद डाक्टर को बुलाया. काफी रक्तस्राव. IVF, इंजे दिया. 2 ½ घंटे बाद मेडी कालेज रिफर. CHC में गाड़ी नहीं, तो निजी गाड़ी का इंतजाम करने कहा. पति गाँव वापस पैसे इंतजाम करने गया, निजी गाड़ी किराये पे लाये (प्रसव के 4 घंटे बाद). रास्ते में मृत.	सी.एच.सी.	ND	LB (देर से ND)	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	PPH, गर्भनाल अन्दर रहा
116	राजस्थान	धौलपुर	22	अ.पि.व.	5	प्रवासी मजदूर, दिहाड़ी मजदूर	हाँ	हिन्दू	1	ANC पर परिवार से कोई जानकारी नहीं	पड़ोसी राज्य के शहर में प्रवासी मजदूर. समय पर प्रसव दर्द, शहर के निजी अस्प गए. जुड़वाँ है, बताया गया, उनमे से एक टेढ़ा, उसी रात CS से डिलीवरी. Sx 1 ½ घंटे चला, वार्ड में शिफ्ट किये. 2 घंटे बाद, पेट फुला, बेचैनी, मूत्र नहीं, साँस उखड़ने लगी. डा ने देखा फिर Sx के लिए ले गया. दूसरे sx में भी जटिलता, तो 3 घंटे बाद उसी शहर के मेडी कालेज रिफर. वहां भर्ती कराते ही मौत.	निजी अस्पताल	CS	LB (जुड़वां, देर से ND दोनों)	मेडिकल कॉलेज	PN (कुछ घंटों में)	CS जटिलता
117	राजस्थान	भरतपुर	21	अ.पि.व.	निरक्षर	आ.अनु.	आ.अनु.	हिन्दू	1	3 बार ANC, Hb 9, गर्भधारण में सूजन	पीड़ा में DH में भर्ती. उच्च BP व एनीमिया बताया गया, CS की जरुरत. 1 यूनिट खून दिया गया, CS हुआ. CS के बाद होश नहीं आया. पहले दिन पेट फुला, बेचैनी, मूत्र नहीं. मेडी कालेज रिफर (185 किमी) CS के 36 घंटे बाद. पहुँचने में 5 घंटे लगे. भर्ती, इंजे, O2 दिया. उसके तुरंत बाद मौत. ब्रेन हेम्ब्रेज बताया.	पब्लिक, DH	CS	LB	मेडिकल कॉलेज	PN (2 दिन)	गंभीर पूर्व गर्भाक्षेप
118	राजस्थान	भरतपुर	24	अनु.जाति.	9	आ.अनु.	आ.अनु.	हिन्दू	2	3 ANC.पैर, हाथ व चेहरे अपर सूजन. थकान, वजन 36 किलो	पीड़ा में CHC में भर्ती. दर्द बढाने 8-10 इंजे दिए. कोई सुधार नहीं. 8 घंटे बाद DH रिफर. परिवार ने निजी अस्प ले गए. IUD बताया गया, बाधित प्रसव. 7 घंटे बाद CS. उसके बाद पेट फुलना, दर्द, साँस की तकलीफ. दो दिन बाद मेडी कालेज रिफर. परिवार DH ले कर गए, वहां से फिर मेडी कालेज रिफर किया (185 किमी). रास्ते में मौत.	निजी अस्पताल	CS	SB	रास्ते में	PN (2 दिन)	बाधित प्रसव, सेप्सिस
119	राजस्थान	चित्तोडगढ	22	सामान्य	8	आ.अनु.	आ.अनु.	मुस्लिम	3	पिछला 2 गर्भपात. म.प्र. में ससराल. राजस्थान में मायके के नर्सिंग होम में ANC. एनीमिक बताया गया.	PROM के लिए निजी अस्प में 9वे माह में भर्ती. पीड़ा बढाने इंजे दिया, लेकिन प्रसव नहीं आया. तो 8 घंटे बाद CS (50 किमी दूर कसबे से प्रसूति विशे. को बुलाया). कसबे से 2 यूनिट खून भी मंगाया. 1 यूनिट sx के बाद दिया गया. अगले दिन 2री यूनिट शुरू की- बेचैनी हुई. तो रोका गया, खून की थैली IV स्टैंड में लगी रही- उसी थैली से 6 घंटे बाद खून चढ़ाया. फिर बेचैनी, पर जारी रहा. साँस अटकी, बेचैनी, मुंह से झाग. डा ने अस्प की गाड़ी से दूसरे शहर (50 किमी) ले गया, लेकिन रास्ते में मौत.	निजी अस्पताल	CS	LB	रास्ते में	PN (1 दिन)	खून संचरण का रिएक्शन
120	राजस्थान	उदयपुर	20	अ.पि.व.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	हिन्दू	1	निजी अस्पताल में ANC, खून व मूत्र जाँच, सामान्य बताया गया	9 वे माह प्रसव दर्द. PHC ले गए (½ किमी). जल्दी प्रसव होगा बताया गया, तो घर वापस गए और 5 घंटे बाद लौटे. ANM ने प्रसव कराया– उसके तुरंत बाद घर लौटे. स्टाफ नर्स इ कहा कि रात की दुति वाली नर्स अभी आएगी, और खुद चल दी. डेलिवरी के 1 घंटे बाद रक्तस्राव. परिवार ने डा को 8-10 बार बुलाने की कोशिश की, 1 घंटे बाद आया और मेडी कालेज रिफर कर दिया. PHC में गाड़ी नहीं. निजी गाड़ी का इंतजाम (600 रु) से मेडी कालेज (40 किमी). रास्ते में मौत.	Public, PHC	ND	LB (जल्द ND)	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.
121	राजस्थान	डूंगरपुर	20	अनु.जन.	2	प्रवासी मजदूर, दिहाड़ी मजदूर	आ.अनु.	हिन्दू	1	ANM द्वारा ANC.तालुक अस्पताल में टेढ़ा बच्चा होना बताया गया.	9 वे माह प्रसव दर्द. तालुक अस्प ले गए. नर्स ने देखा और बड़े अस्प ले जाने को कहा. तालुक अस्प की महिला डा के घर पर दिखाने ले गए, उसने भी बड़े अस्प जाने कहा. अगले राज्य के DH गए(100 किमी). तुरंत CS हुआ , रक्तस्राव बढ़ा, 6 घंटे से अधिक OT में थी. बताया गया कि उसे खून लगेगा और मेडी कालेज रिफर (100 किमी) . वहां भर्ती किये, पर ईलाज की जानकारी नहीं, अगले दिन मौत.	पब्लिक, DH	CS	SB	मेडिकल कॉलेज	PN (2 दिन)	PPH, CS जटिलता
122	राजस्थान	डूंगरपुर	20	अ.पि.व.	5	आ.अनु.	आ.अनु.	हिन्दू	2	CHC में ANC – सामान्य बताया गया	पप्रसव पीड़ा में DH गयी. 3 दिन तक लेबर बढाने के लिए इंजे दिया. कोई फायदा नहीं. तीसरे दिन मौत.	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, DH	इंट्रानेटल	बाधित प्रसव
123	गुजरात	बनासकांठा	आ.अनु.	अनु.जन.	आ.अनु.	कृषि कार्य	आ.अनु.	आ.अनु.	4	पिछले गर्भ के समय छाती में दर्द था. पति को ANC के बारे में पता नहीं.	8 वें माह में सीने में दर्द होने पर PHC लेकर गए,उच्च संस्थान में जाने की सलाह दी.घर चले गए उसके बाद पास के शहर के निजी क्लिनिक गए,2 क्लिनिक में मना कर दिया गया, इसलिए रात में रिश्तेदार के घर पर रुके और अगली सुबह सिविल अस्पताल गए. भर्ती किया,IVF दिया,और मेडिकल कॉलेज(145किमी)ले जाने कहा,अगले दिन घर चले गए.एक दिन बाद सीने और पेट में गंभीर दर्द हुआ.दूसरे शहर में वापस निजी क्लिनिक गए,सिविल अस्पताल रिफर किया,मेडिकल कॉलेज रिफर किया, परन्तु गाड़ी के इंतजाम करने से पहले ही मौत हो गई .	आ.अनु.	आ.अनु.	आ.अनु.	पब्लिक, सिविल अस्पताल	AN (8 वा माह)	?
124	गुजरात	खेडा	21	आ.अनु.	12	एल.आई.सी. एजेंट	आ.अनु.	आ.अनु.	1	उप स्वास्थ्य केंद्र में ANC(TT व IFA)	समय होने पर निजी नर्सिंग होम गए, कुछ घंटो में सामान्य प्रसव, अत्यधिक रक्तस्त्राव,प्रोस्टाग्लैंडीन इंजेक्शन दिया गया, 2 घंटे बाद CHC रिफर किया गया . DOA.	निजी अस्पताल	ND	LB	रास्ते में	PN (कुछ घंटों में)	पी.पी.एच.

रेफेरल	ले जाये गए अस्पतालों की कुल संख्या	स्वास्थ्य व्यवस्थागत जाँच	करीबी सी.इ.एम.ओ.सी.सुविधा	स्वयं वहन किया गया खर्च	सेवा के दौरान अधिकारों का हनन	स्वास्थ्य व्यवस्था में कमियाँ	तकनिकी सेवा में कमियाँ	सामाजिक क्षेत्र में कमियाँ	चूके हुए जीवन बचाने के अवसर
हाँ, घर से CHC (निजी गाड़ी, 500 रु) से मेडी. कालेज (निजी गाड़ी)	1	नहीं	15 किमी	2000	रिफरल के वक्त कोई जवाबदेही नहीं- रेफरल परिवहन उपलब्ध नहीं. हेल्थ स्टाफ द्वारा मरीज को संकट स्थिति में कोई साथ नहीं.		छूट गए गर्भनाल, PPH को सँभालने ने देरी,.		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. पर्याप्त तृतीय चरण mx, 3. PPH व छूटे गर्भनाल की तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून, 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
हाँ, निजी अस्प. से मेडी.कालेज	2	नहीं	उसी शहर में	29000		प्रिगनेंसी में जुड़वाँ का पता नहीं चला	CS में ख़राब गुणवत्ता.		1. पर्याप्त ANC और जुड़वाँ की पहचान, 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 3. अच्छे हालात में Sx, 4. अंतर-शल्यक्रिया जटिलता में तुरंत निदान व Mx, 5. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
हाँ, DH से मेडी.कालेज (एम्बुलेंस, 185 किमी, 5 घंटे)	2	नहीं	उसी शहर में	22000			गंभीर पूर्व-गर्भाक्षेप का अपर्याप्त mx.		1. पर्याप्त ANC व पूर्व-गर्भाक्षेप की तुरंत mx के साथ निदान 2. आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श 3. DH में जटिलता की तुरंत पहचान व MgSO4 शुरू करना, 5. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,
हाँ. CHC से DH. निजी अस्प. गए. DH रिफर किया गया था, फिर मेडी. कालेज (185 किमी). रास्ते में मृत.	3	नहीं	35 किमी	35000			प्रसव में ओक्सिटोसीन का अतार्किक उपयोग. CHC में बाधित प्रसव का निदान नहीं.	निजी सेक्टर पर निर्भर	1. बाधित प्रसव की जल्दी निदान होने पर पर्याप्त mx– partogram. 2. प्रसव पीड़ा न आने पर अन्तःमांसपेशी में ओक्सिटोसीन न देना. 3.जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,, 3. असेप्टिक स्थिति में तुरंत CS. 4. पर्याप्त PN देखभाल – जटिलता की तुरंत पहचान व mx.
हाँ, निजी NH से अगले शहर (50 किमी, अस्प की गाड़ी), रास्ते में मृत	1	नहीं	45 किमी	10000			अनावश्यक खून चढ़ाना. PN एनीमिया को आयरन सुक्रोस से संभाला जा सकता था		1. समुचित प्रसव-पूर्व एनीमिया Mx-मुंह से आयरन, आयरन सुक्रोस.
हाँ, PHC से मेडी.कालेज (निजी वाहन, 40 किमी, 600 रु)	1	नहीं	40 किमी	10000	प्रसव के तुरंत बाद अकेला छोड़ दिया. रेफरल के वक्त कोई जवाबदेही नहीं- कोई आपात परिवहन नहीं.	PHC में दो डा. पोस्ट, लेकिन दोनों ही वहां नहीं रहते थे.	PPH का अपर्याप्त mx – विलम्ब		1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. पर्याप्त तृतीय चरण mx, 3. PPH की तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून, 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, स्थायीकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल
हाँ, तालुक अस्प. से DH (दूसरे राज्य, 100 किमी) से मेडी. कालेज (100 किमी)	3	नहीं	100 किमी	8500		AN टेढ़ा बच्चा पता चला, लेकिन प्रसव की कोई योजना नहीं बनी			1. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, साथ जाना, सतत देखभाल,, 3. तुरंत CS. 4. PPH का पर्याप्त mx – Oxytocics, द्रव्य, खून
घर से DH	1	हाँ	जानकारी नहीं	1000	CS करने के लिए 1500 रु डा. को अनौपचारिक भुगतान .		बाधित प्रसव का निदान नहीं हुआ		1. बाधित प्रसव, पर्टोग्राम व CS का शीघ्र निदान
हाँ. PHC से 2 निजी क्लिनिक से सिविल अस्प. से मेडी. कालेज (बीच में घर आना जाना करते हुए)	4	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं				पहले एक लड़का था, पर एक और चाहिए था, इस डर से कि कहीं एक लड़का मर गया तो पति कोसते रहेगा.	1. PHC में तुरंत निदान 2. जन्म तैयारी व आपात तैयारी के लिए परिवार को परामर्श, 2.बगैर देरी किये ईलाज, 3. आपात परिवहन की सुविधा
हाँ, निजी अस्प. से CHC	2	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं	जानकारी नहीं		प्राइवेट डा के अनुसार ANC में Hb नहीं लिया गया			1. PPH की रोकथाम– AMTSL, 2. पर्याप्त तृतीय चरण mx, 3. PPH की तुरंत पहचान व Mx – Oxytocics, द्रव्य, खून, 4. जिम्मेदाराना रिफरल– आपात परिवहन, स्थायीकृत देखभाल, साथ जाना, सतत देखभाल

परिशिष्ट 1 के लिए संक्षिप्ताक्षर की सूचि

संक्षिप्ताक्षर	विवरण
?	निश्चित नहीं है ।
? डाइग्नोसिस	संभावित निदान परन्तु अनिश्चित
ए.एम.टी.एस.एल.	एक्टिव मैनेजमेंट ऑफ़ थर्ड स्टेज ऑफ़ लेबर (प्रसव की तीसरी अवस्था में सक्रिय प्रबंधन)
ए.एन.	एंटीनेटल (पूर्व-प्रसव)
ए.एन.सी.	एंटीनेटल केयर (पूर्व-प्रसव देखभाल)
ए.एन.एम	ऑक्सलरी नर्स मिडवाइफ
ए.पी.एच.	एंटीपार्टम हेमरेज (प्रसवपूर्व रक्तस्त्राव)
ए.डब्लू.	आंगनवाड़ी
बी.पी.	ब्लड-प्रेशर (रक्तचाप)
बी.पी.एच.सी.	ब्लॉक प्राइमरी हेल्थ सेंटर (ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र)
बी.पी.एल.	बिलो पावर्टी लाइन (गरीबी रेखा के नीचे)
सी.सी.एफ.	कंजेस्टिव कार्डिअक फेलर
सी.एच.सी.	कम्युनिटी हेल्थ सेंटर(सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र)
सी.एस.	सिजेरियन सेक्शन
डी.	डेज (दिन)
डी.नंबर	डे नंबर (दिन संख्या)
डी.एच.	डिस्ट्रिक्ट हॉस्पिटल (जिला अस्पताल)
डी.ओ.ए.	डेड ऑन अराइवल (अस्पताल पहुंचने के समय मृत)
डी/एस.	डिस्चार्जड (अस्पताल से छुट्टी)
इ.एम.जी.	इमरजेंसी (आपातकालीन)
इ.एन.डी.	अर्ली निओनेटल डेथ (जन्म के पहले 7 दिन में नवजात मृत्यु)
एफ.एम.	फीटल मूवमेंट (भ्रूण हलचल)
एच.बी.	हीमोग्लोबिन
एच/ओ.	हिस्ट्री ऑफ़
एच.क्यू.	हेडक्वार्टर (मुख्यालय)
एच.आर.	आवर (घंटा)
एच.एस.सी.	हेल्थ सब सेंटर (उप स्वास्थ्य केंद्र)
आई.एफ.ए.	आयरन फ़ॉलिक एसिड
आई.यु.डी.	इंट्रा यूटेराइन डेथ (गर्भ में ही मृत)
आई.वी.एफ.	इंट्रा वीनस फ्लुड्स
के/सी/ओ	नोन केस ऑफ़ (पहले से निदान के हुई बीमारी)
एल.ए.एम.ए.	लेफ्ट अगेंस्ट मेडिकल अडवाईस (चिकित्सकीय सलाह के विरुद्ध घर जाना)

संक्षिप्ताक्षर	विवरण
एल.बी.	बर्थ (जीवित जन्म)
एम.एस.बी.	मेसरेटेड स्टीलबर्थ (सड़ा हुआ मृतजात)
एम.टी.पी.	मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ़ प्रेगनेंसी (वैद्यकीय गर्भपात)
एम.एक्स.	मैनेजमेंट (प्रबंधन)
एन.ए.	नॉट अप्लिकेबल (लागू नहीं है)
एन.डी.	नार्मल डिलीवरी (सामान्य प्रसव)
एन.एच.	नर्सिंग होम
एन.आई.सी.यु.	निओनेटल इंटेंसिव केयर यूनिट
एन.के.	नॉट नोन (ज्ञात नहीं)
नंबर/12	नंबर ऑफ़ मंथ्स (महीनों की संख्या)
ओ.बी.सी.	अदर बेकवर्ड कास्ट (अन्य पिछड़ा वर्ग)
ओ.टी.	ऑपरेशन थिएटर
पी.एच.सी.	प्राइमरी हेल्थ सेंटर (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र)
पी.एच.यु.	पब्लिक हेल्थ यूनिट (सार्वजनिक स्वास्थ्य इकाई)
पी.एल.टी.एस.	प्लेटलेट्स (बिम्बाणु)
पी.एन.	पोस्ट नेटल (प्रसवोत्तर)
पी.एन.सी.	पोस्ट नेटल केयर (प्रसवोत्तर देखभाल)
पी.पी.एच.	पोस्ट-पार्टम हेमरेज (प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव)
क्यू.ओ.सी.	क्वालिटी ऑफ़ केयर (देखभाल की गुणवत्ता)
आर.एच.	रूरल हॉस्पिटल (ग्रामीण अस्पताल)
आर.पी.टी.	रिपीट (दोहराव)
आर.एक्स.	ट्रीटमेंट (ईलाज)
एस.बी.	स्टिल बर्थ
एस.बी.ए.	स्किल्ड बर्थ अटेंडेंट
एस.सी.	शेड्यूल्ड कास्ट (अनुसूचित जाति)
एस.डी.एच.	सब डिस्ट्रिक्ट हॉस्पिटल (उप जिला अस्पताल)
एस.टी.	शेड्यूल्ड ट्राइब (अनुसूचित जनजाति)
एस.एक्स.	सर्जरी (शल्यक्रिया)
टी.बी.	ट्यूबरक्लोसिस (तपेदिक)
टी.बी.ए.	ट्रेडिशनल बर्थ अटेंडेंट (दाई)
टी.इ.	टी एस्टेट
टी.टी.	टेटनस टोक्साइड
यु.एस.जी.	अल्ट्रासोनोग्राम
यु.टी.आई.	यूरिनरी ट्रैक्ट इन्फेक्शन (मूत्र का संक्रमण)
वी.एच.एन.डी.	विलेज हेल्थ एंड न्यूट्रीशन डे (ग्रामीण स्वास्थ्य और पोषण दिवस)

परिशिष्ट 2

मातृत्व मौतों की सोशल ऑटोप्सी के लिए उपकरण

परिशिष्ट 2

सोशल ऑटोप्सी उपकरण का निर्णायक विवरण

मृतक महिला का नाम	उम्र	जाति (कृपया उपयुक्त विकल्प पर टिक करें और जाति का नाम उल्लेख करें) अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग/ पिछड़ा वर्ग/अन्य
शिक्षा (सही विकल्प पर टिक करें) कोई नहीं / 1–5/6–10/11 12 / डिप्लोमा / स्नातक / स्नातकोत्तर	धर्म	सत्यापित बी.पी.एल. (सही विकल्प पर टिक करें) हाँ/नहीं
मृत्यु की तारीख और समय	मृत्यु कब हुई (सही विकल्प पर टिक करें) पूर्व–प्रसव/प्रसव के दौरान/प्रसवोत्तर/गर्भपात	मृत्यु की जगह (सही विकल्प पर टिक करें) घर/रास्ते में/अस्पताल (यदि अस्पताल तो अस्पताल का नाम उल्लेखित करें और सरकारी या निजी)
पति का नाम	पति की शैक्षणिक योग्यता	गाँव
ब्लॉक	जिला	राज्य
जाँच की तिथि (सभी तिथियाँ इंगित करें)	जांचकर्ताओं के नाम/पद	उत्तरदाता का नाम और मृतका से उसका संबंध

1. पृष्ठभूमि की जानकारी

1. परिवार का प्रकार

   अ. संयुक्त परिवार

   ब. एकल परिवार

	पुरुष	महिला	एस.एच.जी./पी.आर.आई./ सहकारी–समिति/आशा/ ए.एन.एम./ के सदस्य (अन्य स्पष्ट करें)
कुल सदस्य			
काम करने वाले वयस्क			
5 वर्ष से कम उम्र के बच्चे			
70 वर्ष से अधिक उम्र के बुजुर्ग			

2. परिवार की सामाजिक आर्थिक स्थिति

अ) क्या परिवार के पास कोई जमीन है ?

1. भूमि-धारक (कृषि योग्य)
2. भूमि-धारक (कृषि अयोग्य)
3. भूमिहीन

ब) घर के प्रकार जिसमें रहते है -

1. पक्का
2. आधा पक्का
3. कच्चा

स) सभी स्रोतों से प्राप्त मासिक पारिवारिक आय (नरेगा, मजदूरी, कृषि आय इत्यादि)

3. क्या परिवार के पास राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना कार्ड है? हाँ/नहीं

यदि हाँ, तो क्या मृतक महिला ने आर.एस.बी.वाय. का फायदा उठाया?

(सन्दर्भ आधारित राज्य की विशिष्ट योजनाओं को शामिल करें)

4. इस गर्भावस्था के दौरान क्या महिला को आई.सी.डी.एस. द्वारा राशन मिला ? हाँ/नहीं

यदि हाँ, तो क्या प्रदत्त घर ले जाने वाला राशन उसने खाया ? हाँ/नहीं

5. परिवार में प्रवास/विस्थापन का कोई इतिहास- क्या महिला व उसके पति काम के लिए मौसम के अनुसार बाहर जाते हैं?

अ) हाँ (स्पष्ट करें और ब्यौरा दे)

ब) नहीं

2. मृत महिला का व्यक्तिगत इतिहास

1. शादी के समय उम्र (यदि अविवाहित, तो लागू नहीं है लिखें)
2. मृतका का पेशा (सभी उपयुक्त विकल्पों पर टिक करें)

गृहणी	**सरकारी कर्मचारी**
कृषि मजदूर	औपचारिक निजी क्षेत्र (उल्लेख करें)
कृषक	स्व-रोजगार (उल्लेख करें)
गैर-कृषि मजदूर	अन्य (उल्लेख करें)

3. क्या महिला ने इस गर्भावस्था के दौरान मातृत्व अवकाश/मातृत्व लाभ लिया? विवरण दें ।

उत्तरदाता के अपने शब्दों में महिला की मृत्यु की घटना का विवरण दें।

रेफरल (निम्न दिशानिर्देशों के आधार पर वृतांत का वर्णन करे) फिल्ड स्टाफ द्वारा तय गई दूरी और ले जाये गए अस्पतालों को लिखें ।

1. महिला कौन से अस्पताल पहले गई? (निजी/सरकारी,एस.सी./पी.एच.सी./सी.एच.सी. अन्य)
2. वह उसके घर से कितने दूर था ?(किमी में लिखें)
3. उसे घर से अस्पताल कैसे ले जाया गया ?
4. उसे कुल कितने अस्पताल ले जाया गया ?
5. रेफरल का क्या कारण था ?
6. क्या नर्स अथवा डॉक्टर ने रेफरल नोट लिखा था, जब उसे अन्य अस्पताल भेजा गया?
7. क्या नर्स अथवा डॉक्टर ने परिवार के सदस्यों को रेफरल का कारण बताया ?
8. क्या कोई स्वास्थ्य सेवा प्रदाता उसके रेफरल के दौरान साथ था ?
9. एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल उसे कैसे ले जाया गया ?
10. कॉल करने के कितनी देर बाद इमरजेंसी एम्बुलेंस/वाहन पहुँचा ?
11. यदि महिला ने 108 सेवा का उपयोग किया,तो क्या 108 एम्बुलेंस के चालक ने पैसो की मांग की?
12. इसने घर से अस्पताल और एक अस्पताल से दूसरे तक पहुँचने में कितना समय लिया?
13. उसे रास्ते में/अस्पताल में क्या ईलाज दिया गया?

3. मृतक महिला का प्रजनन इतिहास

गर्भवस्था की संख्या	गर्भावस्था का परिणाम (उपयुक्त विकल्प लिखें–गर्भपात, जीवित पैदाइश, मृतजात)	प्रसव की जगह (घर या स्वास्थ्य केंद्र अथवा रास्ते में)लागू नहीं लिखें, यदि गर्भपात हुआ हो	प्रसव के दौरान या बाद में कोई जटिलता (हाँ/नहीं) यदि हाँ, विवरण दें	(जैसे–बढ़ा हुआ रक्तचाप, रक्तस्राव, दीर्घकालिक प्रसव पीड़ा, सिजेरियन, सेप्सिस)	बच्चे का लिंग (पुरुष/ महिला)	क्या अभी बच्चा जीवित है? (हाँ/नहीं)

हाल ही की गर्भावस्था के पहले क्या महिला या उसके पति ने कोई गर्भनिरोधक उपयोग किया ?

4. मृतका का मेडिकल इतिहास

क्या मृतका को कोई बीमारी थी जिसके लिए उसे लम्बे ईलाज की जरुरत थी ? यदि हाँ, तो स्पष्ट करें ।

5. वर्तमान गर्भावस्था का पूरा ब्यौरा

1. वर्तमान प्रसव के दौरान पूर्व–प्रसव जाँचों की संख्या

अ) कोई नहीं

आ) 1

इ) 2

ई) 3

उ) >3

2. पूर्व–प्रसव जाँचों का स्थान (यदि विभिन्न जगहों पर अलग–अलग समयों पर ले जाया गया, तो एक से अधिक विकल्प पर टिक करें)

वी.एच.एन.डी.	जिला अस्पताल
पी.एच.सी.	मेडिकल कॉलेज अस्पताल
सी.एच.सी.	निजी क्षेत्र (उल्लेख करें)
	उप–जिला अस्पताल

3. हाल ही की गर्भावस्था में पूर्व–प्रसव सेवा प्राप्त हुई या नहीं (उपयुक्त जवाब पर चिन्ह लगाये)

सेवा	हाँ	नहीं
बी.पी.रिकॉर्डिंग		
पेट की जाँच		
हीमोग्लोबिन जाँच		
आयरन गोलियाँ (कम से कम 100)		
टेटनस टॉक्साइड इंजेक्शन		

4. क्या आपको कभी बताया गया था कि महिला में हिमोग्लोबिन का स्तर काफी कम है या महिला में पर्याप्त मात्रा में खून नहीं है? (यदि हिमोग्लोबिन मापा गया तो क्या इसे ए.एन.सी. कार्ड में दर्ज किया गया)

5. क्या किसी स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने महिला या महिला के परिवार को प्रसव के लिए संभावित स्थानों/विकल्पों के विषय में सूचित किया ? कोई मदद की या निर्णय लेने में मदद की ?

6. क्या किसी भी स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने गर्भावस्था, प्रसव या प्रसवोत्तर अवधि के दौरान संभावित खतरे के संकेतो के विषय में आपको (परिवार के सदस्य) बताया था ? यदि हाँ तो क्या आप कुछ खतरे के संकेत याद कर सकते हैं?

7. क्या आपको किसी भी स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने बताया कि आपात स्थिति में क्या करना है – जैसे किससे संपर्क करना है, कहाँ जायेंगे, एम्बुलेंस कैसे बुलाएँगे ?

प्रसव-पूर्व (गर्भावस्था) अवधि के दौरान होने वाली मौतें

1. गर्भावस्था का महिना जिसमें मौत हुई, लिखें ?

2. क्या महिला को प्रसव-पूर्व की अवधि के दौरान कोई समस्या हुई थी ?

   क) हाँ

   ख) नहीं

   ग) पता नहीं

3. यदि हाँ, तो क्या समस्या थी नीचे दी गई तालिका में टिक करें

सिरदर्द	रक्तस्त्राव
सूजन	पेट में बच्चे का न घूमना
एनीमिया	दौरे आना
साँस लेने में तकलीफ	अचानक तेज पेट दर्द
उच्च रक्तचाप	तेज बुखार
अन्य (बताएं)	

   क) गर्भावस्था के किस महीने के दौरान यह समस्या घटित हुई ?

   ख) वह उस के लिए किसी देखभाल के लिए गई ? हाँ/नहीं

   ग) यदि हाँ तो,

      1. वह ईलाज के लिए कहाँ गई ?

      2. क्या उसे कोई ईलाज मिला ?

      3. ईलाज किसने किया ?

      4. वहाँ क्या ईलाज दिया गया? (टिक करे और गर्भावस्था के महीने का उल्लेख करें)

दवाईयाँ	इंजेक्शन
ड्रिप चढ़ाया	ऑपरेशन
खून चढ़ाया गया	अन्य (स्पष्ट करें)
लैब और रेडिओलाजी जाँच	

4. क) क्या परिवार वालों को कुछ बताया गया था, कि महिला को कौन सी जटिलता है या उसे कौन सी दवा दी जा रही है?

   ख) क्या परिवार को कुछ कागज़ी दस्तावेज या कोई पर्ची जिसमें जटिलता बताई गई हो, दी गई थी ?

5 क) महिला को समस्या होने के कितना समय बीत जाने के बाद महिला/परिवार के सदस्यों ने उसका ईलाज कराने का फैसला लिया था ?

ख) अगर देरी हुई, देरी की वजह क्या थी?

1. समस्या की गंभीरता को समझने में वक्त लगा

2. धन जुटाने में कठिनाई

3. यातायात की व्यवस्था करने में कठिनाई

4. अन्य (स्पष्ट करें)

6. यदि महिला को कोई जटिलता थी और उसे कोई ईलाज नहीं मिला तो,उसके क्या कारण थे? (चिन्ह लगाये)

जटिलताओं की गंभीरता के बारे में ज्ञात नहीं	स्वास्थ्य सुविधा की दूरी
पैसे की कमी	यातायात व्यवस्था की कमी
कोई साथ में रहने वाले नहीं थे	सेवा प्रदाता का व्यवहार
मान्यता व प्रथाएँ	अन्य (स्पष्ट करें)

गर्भपात के दौरान या बाद में मृत्यु

(इनमें से कुछ सवाल संवेदनशील प्रकृति के हैं, अत: परिवार व रिश्तेदारों से बातचीत करते समय संयम से पता लगाकर जवाब वृतांत के रूप में लिखें)

1. क्या महिला अपनी गर्भावस्था के साथ खुश थी ?

2. यदि नहीं, तो
   - क) क्या गर्भ को समाप्त करने का कोई प्रयास किया गया था?
   - ख) क्या गर्भपात सेवाएँ प्राप्त की गई थी ?
   - ग) गर्भपात सेवा पाते समय उसे क्या दिक्कतें हुई ?

3. क्या उसकी मृत्यु गर्भपात कराने के दौरान हुई ?
   - क) हाँ
   - ख) नहीं
   - ग) पता नहीं

4. गर्भावस्था के किस महीने में गर्भपात सेवा चाही गई ?(हफ्तों में बताएं)

5. गर्भपात के लिए कौन सा तरीका अपनाया गया ?
   - क) मौखिक दवाई
   - ख) पारम्परिक जड़ी बूटी का योनि में प्रयोग
   - ग) मेडिकल यंत्रो का उपयोग करके
   - घ) अन्य कोई तरीका (स्पष्ट करें)
   - ङ) पता नहीं

6. गर्भपात कहाँ किया गया ?
   - क) घर
   - ख) सरकारी अस्पताल (उल्लेख करें)
   - ग) निजी अस्पताल /क्लिनिक
   - घ) अन्य कोई (उल्लेख करें)
   - ङ) पता नहीं

7. गर्भपात किसने किया ?
   - क) डॉक्टर
   - ख) आयुष प्रेक्टिशनर्स
   - ग) नर्स
   - घ) अनौपचारिक प्रेक्टिशनर
   - ङ) दाई
   - च) कोई अन्य (स्पष्ट करें)

8. क्या महिला को गर्भपात के दौरान या बाद में कोई समस्या हुई थी ?
   - क) हाँ
   - ख) नहीं
   - ग) पता नहीं

9. यदि हाँ, तो क्या समस्या थी ?

क) बुखार

ख) रक्तस्त्राव

ग) पेट दर्द

घ) बदबूदार स्त्राव

ङ) अन्य कोई (स्पष्ट करें)

10. क्या उसके लिए उसने कोई सेवा ली ?

क) हाँ (उल्लेख करें कहाँ)

ख) नहीं

11. यदि नहीं, तो कारण क्या था ?

जटिलताओं की गंभीरता के बारे में ज्ञात नहीं	स्वास्थ्य सुविधा की दूरी
पैसे की कमी	परिवहन की कमी
कोई साथ में रहने वाले नहीं थे	सेवा प्रदाता का व्यवहार
मान्यता व प्रथाएँ	अन्य (बताएँ)

12. क) महिला को समस्या होने के कितना समय बीत जाने के बाद महिला/परिवार के सदस्यों ने उसका ईलाज कराने का फैसला लिया था ?

ख) अगर देरी हुई, देरी की वजह क्या थी?

1. समस्या की गंभीरता को समझने में वक्त लगा
2. धन जुटाने में कठिनाई
3. यातायात की व्यवस्था करने में कठिनाई
4. अन्य (स्पष्ट करें)

13. क) उसने कहाँ स्वास्थ्य सेवा लिया? उन सभी जगहों का उल्लेख करें, जहाँ सेवाएँ ली गई थी।

ख) क्या उसे ईलाज मिला? सभी जगहों का विवरण दें ।

ग) किसने ईलाज किया? जहाँ-जहाँ गए उसका विवरण दें ।

प्रसव काल के दौरान मृत्यु

1. गर्भावस्था के किस महीने में महिला को प्रसव पीड़ा शुरू हुई ?

2. क्या पीड़ा शुरू होने पर महिला किसी अस्पताल में गई ? हाँ/नहीं

3. यदि हाँ, तो

   क) अस्पताल का नाम और प्रकार बताएँ जहाँ सेवा चाही गई ?

   ख) प्रसव किसके द्वारा किया गया ?

      1. परिवार के सदस्य
      2. दाई
      3. अनौपचारिक प्रेक्टिशनर
      4. ए.एन.एम.
      5. नर्स
      6. डॉक्टर
      7. कोई अन्य (स्पष्ट करें)

4 क्या प्रसव के समय कोई समस्या थी ?

   क) हाँ

      1. लम्बे समय तक प्रसव पीड़ा (पहला बच्चा>12 घंटे, पहला न हो तो >8 घंटे)
      2. प्रसव पीड़ा अचानक बंद हो गई
      3. अत्यधिक रक्तस्त्राव
      4. सिजेरियन की जरुरत
      5. दौरे आना
      6. साँस लेने में दिक्कत
      7. बेहोशी
      8. अन्य (स्पष्ट करें)

   ख) नहीं

5. क्या महिला घर पर थी जब तकलीफ शुरू हुई ,

   क) क्या वह उसके लिए किसी देखभाल की तलाश में थी ?

      1. हाँ (बताएँ कहाँ, किसने सेवा दी और क्या ईलाज दिया गया)
      2. नहीं

   ख) यदि नहीं, तो क्या कारण था?

जटिलताओं की गंभीरता के बारे में पता नहीं था	स्वास्थ्य सुविधा की दूरी
पैसे की कमी	परिवहन की कमी
कोई साथ में रहने वाले नहीं थे	सेवा प्रदाता के व्यवहार का डर
मान्यता व प्रथाएँ	अन्य (स्पष्ट करें)

ग) महिला को समस्या होने के कितना समय बीत जाने के बाद महिला/परिवार ने उसका ईलाज कराने का फैसला लिया ?

घ) यदि फैसला लेने में देरी हुई, तो क्या कारण थे ?

1. समस्या की गंभीरता को समझने में वक्त लगा
2. धन जुटाने में कठिनाई
3. यातायात की व्यवस्था करने में कठिनाई
4. अन्य (स्पष्ट करें)

ड.) यदि महिला ने समस्या के लिए सेवा चाही

1. कहाँ ईलाज मिला ?
2. क्या वहाँ उसे कोई ईलाज दिया गया ?
    1. हाँ (स्पष्ट करें– ईलाज का प्रकार,किसने दिया,कोई देरी)
    2. नहीं

6. यदि महिला समस्या होने पर किसी अस्पताल गई थी

क) किसने समस्या को देखा ?

1. परिवार के सदस्य
2. दाई
3. नर्स
4. डॉक्टर

ख) क्या समस्या के लिए कोई ईलाज दिया गया था ?यदि हाँ, विवरण दें क्या ईलाज हुआ? किसने ईलाज किया?

ग) क्या वहाँ ईलाज मिलने में कोई देरी हुई ?

घ) क्या परिवार वालों को महिला की स्थिति के बारे में बताया गया था कि महिला को कौन सी दवा दी जा रही है ?क्या परिवार को कुछ कागज़ी दस्तावेज या कोई पर्ची दी गई थी ?

प्रसव पश्चात अवधि के दौरान होने वाली मौतें

1. प्रसव का स्थान
   - क) उप–स्वास्थ्य केंद्र / पी.एच.सी.
   - ख) सी.एच.सी./ उप–जिला अस्पताल
   - ग) जिला अस्पताल
   - घ) मेडिकल कॉलेज अस्पताल
   - ङ) निजी क्षेत्र
   - च) एन.जी.ओ./ चैरिटी अस्पताल
   - छ) रास्ते में (यात्रा के दौरान / अस्पताल को रिफर करते समय)
   - ज) घर
   - झ) अन्य कोई

2. प्रसव किसने कराया ?
   - क) परिवार के सदस्य
   - ख) दाई
   - ग) ए.एन.एम.
   - घ) नर्स
   - ङ) डॉक्टर
   - च) अनौपचारिक प्रेक्टिशनर
   - छ) अन्य कोई (स्पष्ट करें)

3. प्रसव के समय महिला को कितने माह का गर्भ था ? (इंगित करें– माह/सप्ताह और यदि समय–पूर्व हो तो भी,प्रसव की तारीख भी लिखें)

4. प्रसव के कितने घंटे / दिन बाद मृत्यु हुई ?

5. प्रसव का प्रकार
   - क) सामान्य
   - ख) उपकरण की मदद से प्रसव (फोरसेप)
   - ग) सिजेरियन

6. प्रसव का परिणाम
   - क) जीवित जन्म (क्या बच्चा अभी जीवित है?)
   - ख) मृतजात /मृत प्रसव (नया मृत प्रसव–जब बच्चे की प्रसव के दौरान मृत्यु हुई हो और एक सामान्य बच्चे की तरह दिखाई देता है, एक मैसरेटीड "सड़ा हुआ" – जब बच्चा प्रसव पूर्व गर्भ में ही मर गया हो और देखने में छिला हुआ या सूजा हुआ लग रहा हो)
     1. नया मृत प्रसव
     2. सड़ा हुआ (मैसरेटीड)

7. यदि प्रसव संस्थागत था तो महिला अस्पताल में प्रसव के कितने समय बाद तक रुकी थी ?

क) <12 घंटे

ख) 12–24 घंटे

ग) 24–48 घंटे

घ) >48 घंटे

8. यदि 48 घंटे तक नहीं रुकी तो क्या वजह थी ?

9. प्रसव पश्चात् देखभाल मिली

	टिक करें यदि प्रसव पश्चात् देखभाल मिली	प्रसव पश्चात् देखभाल किसने की
प्रसव के दिन		
प्रसव के तीसरे दिन		
प्रसव के सातवें दिन		
प्रसव के 42वें दिन		

10. क्या महिला को प्रसव पश्चात् अवधि के दौरान कोई समस्या हुई थी ?

अत्यधिक रक्तस्त्राव	अचानक सीने में दर्द
बुखार	पैरों में गंभीर दर्द और सूजन
बदबूदार स्त्राव	स्तन में दर्द और सूजन
बेहोशी	असामान्य व्यवहार
गंभीर एनीमिया	अन्य कोई (स्पष्ट करें)

क) यदि हाँ, तो समस्या को किसने पहचाना ?

परिवार के सदस्य	नर्स
दाई	डॉक्टर
ए.एन.एम.	अनौपचारिक प्रेक्टिशनर
आशा	अन्य कोई

ख) क्या इसके लिए महिला को कोई उपचार दिया गया ? हाँ / नहीं

यदि महिला को उपचार दिया गया तो,

1. फैसला लेने में कितना समय लगा ? यदि देरी हुई तो क्या कारण था ?

2. किसने उपचार किया ?

3. क्या उपचार किया ?

ग)	यदि नहीं ,तो क्या कारण थे ?

समस्या की गंभीरता की जानकारी नहीं थी	स्वास्थ्य सुविधा की दूरी
पैसे की कमी	परिवहन की कमी
कोई साथ रहने वाला नहीं था	सेवा प्रदाता का व्यवहार
मान्यता और प्रथाएँ	अन्य (स्पष्ट करें)

घ)	क्या अस्पताल में महिला को ईलाज मिलने में कोई देरी हुई ?

ङ)	क्या परिवार वालों को कुछ बताया या समझाया गया था कि महिला को कौन सी जटिलता है या उसे कौन सी दवा दी जा रही है ? क्या परिवार को कुछ कागज़ी दस्तावेज या कोई पर्ची दी गई थी ?

अधिकार खंड

गुणवत्ता और अस्मिता

- क्या आप महिला के ईलाज के तरीके से खुश थे ?
- क्या आपने कोई विभेद, दूरव्यवहार,हिंसा या ऐसा कुछ भी जिससे आप परेशान थे?
- क्या ईलाज ने निजता और अस्मिता सुनिश्चित की ?(शरीर का ढका होना,पुरुषों का अन्दर आने से रोकना आदि)

शिकायत

- मानो कि आपको कोई शिकायत या प्रश्न हो तो क्या आपको पता है कि कैसे शिकायत दर्ज करनी है ? क्या कोई नोटिस या टोल फ्री नंबर लिखा था या कोई हेल्प डेस्क था ?
- क्या किसी ने आपके ऊपर शिकायत बदलने के लिए दबाव बनाया ?
- क्या किसी ने आपको मुआवजा दिया या माफ़ी मांगी ?
- अस्पताल में मौत के मामले में क्या आपको मृत्यु का कारण बताया गया था और कैसे समझाया गया था ?
- क्या आपको मृत्यु प्रमाण पत्र, पोस्टमार्टम मिला ?
- क्या लाश को घर ले जाने के लिए कोई मदद मिली ?

भ्रष्टाचार

- क्या आपको कोई भी सेवा या लाभ लेने के लिए किसी भी समय कोई अनौपचारिक भुगतान करना पड़ा? यदि हाँ,तो वर्णन करें?

परिवार में औरत का अधिकार

(इनमें से कुछ सवाल संवेदनशील प्रकृति के हैं,अत: परिवार व रिश्तेदारों से बातचीत करते समय संयम से पता लगाकर जवाब वृतांत के रूप में लिखें)

1. परिवार में महिला की स्थिति (उदाहरण- बेटी, बहु, बड़ी, छोटी)
2. उसकी दिनचर्या क्या थी? (प्रसव से पूर्व/दरमियाँ/बाद में उसके द्वारा किये गए घर पर/दिहाड़ी काम के बारे में जानकारी प्राप्त करें)
3. रोज़ कितने घंटे सोती थी (दिन और रात मिला कर)
4. महिला की शराब या कोई और पदार्थ लेने का रिकार्ड? यदि हाँ तो वर्णन करें.
5. पति द्वारा शराब या किसी अन्य पदार्थ का सेवन
6. हिंसा का इतिहास

    अ) पति/ससुराल वालों द्वारा हिंसा करने का इतिहास

    आ) परिवार के बाहर किसी व्यक्ति द्वारा हिंसा करने का इतिहास

7. महिला में किसी अपंगता का इतिहास? यदि हाँ, तो वर्णन करें.

अस्पताल का दौरा

अस्पताल में देखने के लिए चेकलिस्ट

- हेल्प-डेस्क, सूचना-पटल, टोल-फ्री नंबर का प्रदर्शन
- शव वाहन
- ड्यूटी पर डॉक्टर की सूचि? ड्यूटी पर नर्स की सूचि, फोन नंबर सहित
- मांगने पर परिवार को महिला के ईलाज से सम्बंधित सभी रिकार्ड क्या उपलब्ध कराये गए?
- जब महिला मरी तो क्या डाक्टर ड्यूटी पर थे?
- महिला कहाँ मरी, उसे कौन देख रहा था? कौन प्रसव संभाल रहा था?
- लेबर रूम की स्थिति क्या थी? कितने बिस्तर थे? प्राय: कितनी महिलाएं आती थी?
- क्या लेबर रूम में डिस्प्ले चार्ट/निर्देश लगे थे कि कुछ गड़बड़ हो तो क्या करे? जटिलता का सँभालने के लिए कोई प्रोटोकॉल था?
- स्वास्थ्य कर्मियों के अधिकार- उनका काम का बोझ, काम के घंटे, हाल ही में हुआ प्रशिक्षण और पर्यवेक्षण

सामुदायिक स्तर पर चर्चा का विवरण

सामुदायिक स्तर की चर्चा में से निकले मुद्दे

- सामाजिक आर्थिक व्यवहार
- विभेद
- स्वास्थ्य सेवाओं से भौगोलिक वजह से बहिष्कृत
- एच.आई.वी., अपंगता की वजह से बहिष्कृत

स्वास्थ्य सुविधा, सेवा व परिवहन की उपलब्धता

1. क्या समुदाय में पारंपरिक दाई थी?
2. आई.सी.डी.एस.
   - अ) घर से समीप का आई.सी.डी.एस केंद्र
   - आ) आई.सी.डी.एस केंद्र में प्रदान की जाने वाली सेवाएँ– स्वास्थ्य शिक्षा, पोषण. सभी जाति/टोलों के लिए
3. उपकेन्द्र
   - अ) करीबी उप–स्वास्थ्य केंद्र का नाम और स्थान,घर से उप–स्वास्थ्य केंद्र की दूरी
   - आ) क्या वह सभी समय और मौसम में खुला रहता है?
4. ए.एन.एम. कितनी बार गाँव आती थी ?क्या सभी जाति/टोले बराबर जाती थी ?
5. जन–स्वास्थ्य सुविधा
   - अ) करीब के स्वास्थ्य सुविधा का नाम व स्थान। स्पष्ट करें PHC,CHC,DH.
   - आ) इन स्वास्थ्य केन्द्रों की घर से दूरी
   - इ) क्या ये साल भर सभी मौसमों में खुला रहता है ?
6. क्या समुदाय में स्वास्थ्य सुविधा के निजी प्रदाता भी है ?
   - अ) हाँ
     1. औपचारिक योग्य
     2. अनौपचारिक
   - आ) नहीं

7. आपात प्रसूति सेवा

अ) BEmOC

1. करीब के सरकारी सेवा केंद्र जिसमें मौलिक आपात प्रसूति देखभाल केंद्र का नाम व स्थान

2. घर से दूरी

3. क्या ये साल भर सभी मौसमों में खुला रहता है ?

आ) CEmOC

1. करीब के सरकारी सेवा केंद्र जिसमें विस्तृत आपात प्रसूति देखभाल केंद्र का नाम व स्थान

2. क्या उपरोक्त केंद्र में गयनाकोलोजिस्ट, अनेस्थिटिस्ट उपलब्ध थे?

3. घर से दूरी

4. क्या ये साल भर सभी मौसमों में खुला रहता है?

8. एम्बुलेंस

अ) क्या समुदाय में किसी ने पिछले एक साल में एम्बुलेंस सेवा का उपयोग किया? (108 या अन्य राज्य विशिष्ट सेवा)

आ) समीप के एम्बुलेंस पिक-अप पॉइंट की दूरी

इ) पास की पक्की सड़क की दूरी

मातृत्व मृत्यु के लिए जिम्मेदार कमियों का विश्लेषण और सिफारिश

	कमियाँ	अनुशंसित कार्यवाही	किसके द्वारा	टिप्पणी
विज्ञान (तकनिकी) मुद्दे				
व्यवस्थागत मुद्दे				
सामाजिक मुद्दे				
अधिकार के मुद्दे				