

स्वीकारोक्ति (एक्नॉलेजमेंट)

मातृ मृत्यु की मौखिक विवेचना का मकसद मातृ मृत्यु के कारणों को जानना और सभी स्तरों पर मदद प्रदान करना है। इस समीक्षा से हमें यह समझने में मदद मिलेगी कि नेशनल रुरल हेल्थ मिशन (एन.आर.एच.एम.) के कार्यक्रमों ने मुसलिम व दलित महिलाओं के स्वास्थ्य की गुणवत्ता किस स्तर तक बढ़ायी है। यह समीक्षा सेंटरफॉर हेल्थ एंड रिसोर्स मैनेजमेंट ने की है जिसे पुअरेस्ट एरिया सिविल सोसायटी (पैक्स) का समर्थन प्राप्त था।

सेंटरफॉर हेल्थ रिसोर्स मैनेजमेंट स्वास्थ्य व आइ.सी.डी.एस. विभागों के कर्मियों और राजगीर, सिलाव, नूरसराय, बिहारशरीफ, हिलसा, इसलामपुर व अस्थावां पी.एच. सी. के कर्मचारियों को धान्यवाद देना चाहेगा। उनके प्रति आभार प्रकट करना चाहेगा। उनके सहयोग व समर्थन के बिना यह काम संभव नहीं था।

हम पुअरेस्ट एरिया सिविल सोसायटी (पैक्स) के आभारी हैं जिसकी ओर से हमें महत्वपूर्ण सहयोग व सुझाव शुरु से मिलते रहे।

हम उन समुदाय के सदस्यों का भी आभार प्रकट करना चाहेंगे, जिन्होंने हमें अपना बहुमूल्य समय दिया। अनुभवों को इमानदारी के साथ साझा किया और चुनौतियाँ बतायी।

डॉ शकील उर रहमान
सेंटर फॉर हेल्थ एंड रिसोर्स मैनेजमेंट
पटना
दिसम्बर, 2013

विषय

1. सारांश 01
- 2.

सारांश

नालंदा जिले के दलितों व मुसलमानों में मातृ मृत्यु (मैटरनल डेथ) की समीक्षा के लिए सात प्रखंडों का चयन किया गया था। इनमें राजगीर, सिलाव, नूरसराय, बिहारशरीफ, हिलसा, इसलामपुर और अस्थावां प्रखंड शामिल थे। इनमें मातृ मृत्यु के 59 मामलों की मौखिक विवेचना (वर्बल ऑटोप्सी) की गयी। इन महिलाओं में 47 अनुसूचित जाति (एस.सी.) व 12 मुसलिम समुदाय की थी।

सबसे अधिक 38 मौतें 18 से 25 साल के उम्र की महिलाओं की हुई। 25 से 35 साल के बीच की 14 महिलाओं की मौत हुई। 35 या इससे अधिक उम्र की चार जबकि 18 साल से कम उम्र की तीन महिलाएँ मरी। प्रसव के बाद सबसे अधिक 32 महिलाओं की मौत हुई। प्रसव से पहले 16 जबकि प्रसव के दौरान 11 महिलाएँ मौत की शिकार बनी। सबसे अधिक 25 महिलाएँ सरकारी अस्पतालों में मरी। प्राइवेट में 13 और घर में 10 महिलाओं की मौत हुई। अस्पताल ले जाते समय 11 महिलाओं ने दम तोड़े।

पहली बार गर्भधारण करने वाली 9 महिलाओं की मौत हुई। सबसे अधिक मृत्यु (22) उन महिलाओं की हुई जिन्होंने चौथी बार या इससे अधिक बार गर्भधारण किया था। दूसरी बार गर्भधारण करने वाली 17 महिलाओं और तीसरी बार गर्भधारण करने वाली 11 महिलाओं की मौत हुई। लगभग सभी महिलाओं (56) की मौत गर्भधारण के 28वें सप्ताह के बाद हुई। मरनेवाली महिलाओं में 41 ऐसी थीं जिनकी शादियाँ 18 से 25 साल की उम्र में हुई थी। 18 साल से कम उम्र में ब्याही गयी 18 महिलाओं की मौत हुई।

मौत का शिकार हुई 33 महिलाओं ने विलेज हेल्थ एंड न्यूट्रीशन डे के दौरान प्रसव पूर्व जांच कराये थे। इलाज कराने का फैसला लेने और इलाज कराने में देरी के चलते 25 महिलाएँ मरी। मरनेवाली महिलाओं में 20 को खून की बहुत कमी (सीवियर एनीमिया) थी।

प्रखंडवार मातृ मृत्यु	
राजगीर	02
सिलाव	04
नूरसराय	07
बिहारशरीफ	14
हिलसा	11
इसलामपुर	17
अस्थावां	05

परिचय व पृष्ठभूमि

भारत में प्रत्येक आठ मिनट पर गर्भ से संबंधित समस्या से एक महिला की मौत होती है। इस मुल्क में हर साल लगभग दो करोड़ 80 लाख महिलाएं गर्भ धारण करती हैं जिनमें से करीब दो करोड़ 60 लाख जीवित बच्चों को जन्म देती है। सभी गर्भों में से करीब 15 फीसदी में जटिलता आने की आशंका रहती है। हर साल इनमें से 67 हजार मातृ मृत्यु होती है और दस लाख नवजात मौत का ग्रास बनते हैं। इसके अलावा लाखों महिलाएँ व नवजात जन्म और गर्भ से जुड़ी बीमारियों से जूझते हैं। इस प्रकार भारतीय महिलाएँ व उनके नवजात गर्भ से जुड़ी मौत व अस्वस्थता का कहर झेलते हैं। वर्ष 2005 में दुनिया भर में पांच लाख 36 हजार मातृ मृत्यु की घटनाएँ हुईं। जिसमें 99 प्रतिशत मौतें विकासशील मुल्कों में दर्ज की गयी। पूरी दुनिया में मातृ मृत्यु की जितनी घटनाएँ होती हैं, उनमें से 50 फीसदी उत्तरी अफ्रीका के रेगिस्तानी क्षेत्रों व 35 फीसदी दक्षिण एशिया में होती है। दुनिया में मातृ मृत्यु की जितनी घटनाएँ होती हैं, उनमें से 22 फीसदी भारत के खाते में आती है। दक्षिण एशिया में होने वाली मातृ मृत्यु की घटनाओं में से 62 फीसदी भारत में दर्ज होती है।

मिलेनियम डेवलपमेंट गोल 5 (एम.डी.जी-5) का लक्ष्य हासिल करने की दिश में कितनी प्रगति हुई, यह आंकना मुश्किल है। क्योंकि मातृ मृत्यु पर भरोसे लायक आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं। खास कर विकासशील मुल्कों के जहाँ मातृ मृत्यु अधिक होती है। विकासशील मुल्कों में मौत दर्ज करने का सिस्टम ठीक से काम नहीं करता जिससे समुदायों में होने वाली मौतों का पता नहीं चलता। अगर मौत दर्ज किया भी जाता है, तो उसके कारण ठीक से नहीं दर्ज किये जाते हैं। ऐसे हालात में मातृ मृत्यु का निबंधन भी अपवाद नहीं है।

मातृ स्वास्थ्य को बेहतर बनाना मिलेनियम डेवलपमेंट गोल के आठ लक्ष्यों में से पांचवां लक्ष्य है जिसे मिलेनियम सम्मिट में अंगीकार किया गया है। अंतरराष्ट्रीय समुदाय ने तय किया है मिलेनियम डेवलपमेंट गोल की निगरानी ढाँचे के दायरे में वर्ष 1990 से 2015 के बीच मातृ मृत्यु अनुपात (एम.एम.आर.) में 75 फीसदी कमी लायी जाये। मिलेनियम डेवलपमेंट गोल 5 को हासिल करने की दिशा में मातृ मृत्यु अनुपात एक महत्वपूर्ण सूचक बन जाता है।

मातृ मृत्यु को एक महिला की उस मौत के तौर पर परिभाषित किया जाता है जो गर्भ से संबंधित या उससे जनित किसी कारण से हुई हो (आक्सिमक अथवा अकाल कारणों को छोड़ कर) समय व गर्भ की स्थिति की परवाह किये बगैर इसमें गर्भावस्था के दौरान देखभाल या बच्चा जनने अथवा गर्भपात के 42 दिनों के भीतर हुई मौत भी शामिल है।

प्रत्येक एक लाख जीवित बच्चों के पैदा होने पर गर्भ से सम्बंधित या उससे जनित किसी कारण होने वाली महिलाओं की मौत को मातृ मृत्यु अनुपात (एम.एम.आर) कहा जाता है। समय व गर्भ की स्थिति की परवाह किये बगैर गर्भावस्था के दौरान देखभाल या बच्चा जनने अथवा गर्भपात से हुई मौत भी शामिल है।

मातृ मृत्यु अनुपात भारत व बिहार

भारत में मातृ मृत्यु अनुपात एम.एम.आर. में गौर करने वाली गिरावट देखी गयी है। साल 1997-98 में एक लाख जीवित बच्चे पैदा होने के दौरान 398 (398/100000) माताएँ काल का ग्रास बन जाती थी। साल 2001-03 में यह आंकड़ा घटकर 301/100000 पर चला आया। साल 2004-06 में मातृ मृत्यु अनुपात 254/100000 हो गया और 2011 में यह आंकड़ा घटकर 212 पर पहुंच गया। ये आंकड़े सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम (आर.जी.आई -एस.आर.एस.) के की ओर से अप्रैल, 2011 में जारी सर्वे रिपोर्ट पर आधारित है। हालांकि, मातृ मृत्यु अनुपात में कमी लाने की गति और तेज करनी होगी। मिलेनियम डेवलपमेंट गोल व नेशनल रुरल हेल्थ मिशन का लक्ष्य हासिल करने के लिए इसे प्रति एक लाख जिंदा बच्चे के जन्म पर सौ माताओं की मौत (100/100000) तक लाना होगा। इसके लिए मातृ स्वास्थ्य को बेहतर करने के लिए तकनीकी रणनीति को प्रोत्साहित करना होगा। आपातकालीन प्रसव सेवा, प्रसव पूर्व देखभाल, एनीमिया का स्तर, महिलाओं में शिक्षा का स्तर समेत अन्य कारणों से अलग-अलग क्षेत्रों में मातृ मृत्यु के स्तर में अंतर दिखता है।

बिहार में हर साल करीब 30 लाख महिलाएँ गर्भवती होती हैं। उनमें से लगभग 8500 मौत के मुँह में समा जाती है। भारत में जीवन अवधि में मातृ मृत्यु का खतरा 0.7 फीसदी के मुकाबले बिहार में यह 1.2 फीसदी है।

दो तिहाई मातृ मृत्यु सशक्त कार्रवाई समूह (इंपॉवर्ड एक्शन ग्रुप) में शामिल राज्यों में होती है। इस समूह में बिहार, झारखंड, ओडिशा, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, उत्तराखंड व असम शामिल है। ये राज्य नेशनल रुरल हेल्थ मिशन के तहत हाइ फोकस्ड राज्यों में शुमार है।

बिहार में मातृ मृत्यु अनुपात में कमी आयी है। साल 1997-98 में 531 मातृ मृत्यु हुई थी जो साल 2004-2006 में घटकर 312 हो गयी। साल 2011 में यह आंकड़ा घट कर 305 पर पहुंच गया। ये आंकड़े 2012 में जारी एनुअल हेल्थ सर्वे के मुताबिक प्रति 100000 जीवित बच्चे के जन्म व इस क्रम में हुई माताओं की मौत पर आधारित है।

मातृ मृत्यु के कारण

मातृ मृत्यु के प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष कारण होते हैं। प्रत्यक्ष कारणों में ऑब्सटेट्रिक व नॉन ऑब्सटेट्रिक कारण होते हैं जिसमें हैमरेज, सेप्सिस, एक्लेम्पसिया, ऑब्सट्रक्टेड लेबर, अबॉर्शन, एनीमिया आदि शामिल है। अप्रत्यक्ष कारणों में सामाजिक, व्यवहारिक, सांस्कृतिक व आर्थिक कारण शामिल है।

मातृ मृत्यु के कारणों में वे तीन विलंब प्रमुख हैं जिनकी वजह से माताओं की मौत होती है। ये हैं-निर्णय लेने में विलंब, समुचित स्वास्थ्य सुविधा केंद्र तक पहुंचने में विलंब व स्वास्थ्य सुविधा मिलने में देरी।

मातृ मृत्यु समीक्षा क्यों की गयी

मातृ मृत्यु की समीक्षा का मकसद मातृ मृत्यु व माताओं की रुग्णता को कम करना है। मातृ मृत्यु समीक्षा (मैटरनल डेथ रिव्यू) का उद्देश्य इसके कारणों को जानना और उसी के मुताबिक सभी स्तरों पर कार्यक्रमों को मजबूती प्रदान करना है। मातृ मृत्यु समीक्षा मातृ मृत्यु के कारणों व कमियों को जानने की दिशा में ले जाता है ताकि उन कमियों को दूर करने की दिशा में ठोस कदम उठाये जा सके। सेवा प्रणाली को दुरुस्त बनाया जा सके। मातृ मृत्यु समीक्षा का इस्तेमाल सेवा प्रदाताओं के खिलाफ दंडात्मक कार्रवाई के लिए नहीं होना चाहिए।

मातृ मृत्यु समीक्षा दो रूपों में लागू किया जाना अपेक्षित है। पहला फैसिलिटी बेस्ड मैटरनल डेथ रिव्यू (एफ.बी.एम. डी.आर.) और दूसरा कम्युनिटी बेस्ड मैटरनल डेथ रिव्यू (सी.बी.एम.डी.आर.) । ये दोनों इस प्रकार परिभाषित हैं।

एफ.बी.एम.डी.आर. वह प्रक्रिया है जिसके सहारे मातृ मृत्यु के उन कारणों खास कर क्लीनिकल व व्यवस्थागत खामियों की जांच व पड़ताल की जाती है जिनकी वजह से स्वास्थ्य सेवा नहीं मिलने पर मातृ मृत्यु की घटनाएं होती हैं। इस प्रक्रिया से मातृ मृत्यु रोकने की दिशा में उचित कदम उठाने में मदद मिलती है।

सी.बी.एम.डी.आर. वह प्रक्रिया है जिसके सहारे मृतका के परिजनों, रिश्तेदारों या अन्य सूचकों व सेवा प्रदाताओं के इंटरव्यू वर्बल ऑटोप्सी तकनीक से करते हैं। मातृ मृत्यु के अलग-अलग कारणों मेडिकल, सामाजिक-आर्थिक या व्यवस्थागत कारणों को जानते हैं। फलस्वरूप इस प्रकार की मौतें रोकने के लिए स्वास्थ्य प्रणाली को प्रभावी बनाया जाये ताकि अलग-अलग स्तर पर सुधार किया जाये।

गर्भावस्था से जुड़ी वजहों से महिलाएँ क्यों मरती हैं, यह जानने के दूसरे तरीके भी हैं, जैसे गोपनीय जाँच, मरते-मरते बची माताओं के अनुभव और सबूतों पर आधारित क्लीनिकल ऑडिट।

मातृ मृत्यु दर्ज करने का सिस्टम

भारत में मातृ मृत्यु दर्ज करने व ठोस आंकड़े जुटाने के लिए ये तरीके अपनाये जा रहे हैं:

1. सिविल रजिस्ट्रेशन सिस्टम
2. हेल्थ डिपार्टमेंट एम.आइ.एस.
3. सैंपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम (एस.आर.एस.)
4. इंटेगरेटेड चाइल्ड डेवलपमेंट प्रोग्राम (आइ.सी.डी.एस.)

मातृ मृत्यु निरीक्षण चक्र (मैटरनल डेल्थ सर्विलांस साइकिल)

मातृ मृत्यु निरीक्षण चक्र मातृ मृत्यु के मामलों की पहचान से शुरू होता है। मामलों की समीक्षा, टालने योग्य कारणों की तलाश, कार्य प्रणाली में बदलाव, बदलाव के असर की समीक्षा और अध्ययन के आधार पर रणनीति में सूक्ष्म परिवर्तन करना।

इस परिप्रेक्ष्य में इन समुदायों में हाशिए पर पड़े समूह में मातृ मृत्यु की मौखिक समीक्षा (वर्बल ऑटोप्सी) की गयी ताकि मातृ मृत्यु के कारणों को जाना जाये और माताओं की मौत व रुग्णता को कम किया जाये।

समुदाय आधारित मातृ मृत्यु की समीक्षा (कम्युनिटी बेस्ड मैटरनल डेथ रिव्यू) का मुख्य उद्देश्य विलंब के उन कारणों को जानना है जिसकी वजह से मातृ मृत्यु होती है। स्वास्थ्य व्यवस्था को दक्ष बनाना है ताकि अलग-अलग स्तरों पर सुधार के उपाय लागू किये जायें। इस प्रक्रिया में मातृ मृत्यु की पहचान करना पहला चरण होगा। दूसरा चरण होगा उन कारणों व कारकों की पहचान जिसकी वजह से मातृ मृत्यु होती है। ये मेडिकल, सामाजिक-आर्थिक या व्यवस्थागत कारण या कारक हो सकते हैं। तीसरा चरण होगा समुचित व उपचारात्मक उपाय जो अलग-अलग मांग पर आधारित होगा।

नालंदा जिले का जनसांख्यिकीय खाका (डेमोग्राफिक प्रोफाइल ऑफ नालंदा)

आबादी	पुरुष	महिला	कुल
1500839	1371581	2872420	
ग्रामीण आबादी %	84.94	85.24	85.01
साक्षरता %	66.4	38.6	53.2
एससी आबादी %	20.4	19.3	20.0
लिंग अनुपात %	915		

स्वास्थ्य संरचना

1.	सब सेंटर	370
2.	प्राइमरी हेल्थ सेंटर	20
3.	कम्युनिटी हेल्थ सेंटर (अस्थावा, इसलामपुर व चंडी)	03
4.	फर्स्ट रेफरल यूनिट (जिला अस्पताल, एसडीएच हिलसा, एसडी एच राजगीर, रफेरल अस्थावा, चंडी व इसलामपुर)	06
5.	एएनएम ट्रेनिंग सेंटर	01

चौबीस घंटे सातों दिन सेवा देनेवाली स्वास्थ्य संरचनाएँ (जिला अस्पताल छोड़कर)

एस.डी.एच	सी.एच.सी	पी.एच.सी	ए.पी.एच.सी
02	03	20	02

मेथडोलॉजी

समीक्षा का उद्देश्य

बिहार के नालंदा जिले में दलित व मुसलिम महिलाओं में मातृ मृत्यु की वजहों की तलाश करना।

समीक्षा की रूपरेखा

समीक्षा के लिए गुणात्मक तरीके अपनाये गये। अन्वेषकों ने समीक्षा अवधि में पिछले दो सालों के भीतर हुई 59 मातृ मृत्यु से संबंधित जानकारियाँ मौखिक तरीके (वर्बल ऑटोप्सी) से हासिल की। इसके आधार पर मातृ मृत्यु की परिस्थितियों व कारणों को समझने की कोशिश की गयी। मौखिक विवेचना (वर्बल ऑटोप्सी) एक ऐसी तकनीक है जिसके सहारे मृत माताओं के परिजनों, संबंधियों पड़ोसियों, देखभाल करनेवालों या अन्य सूचनादाताओं से बातचीत की जाती है। उनसे अपने शब्दों में उन हालात का वर्णन करने को कहा जाता है जिन वजहों से एक माँ की मौत गर्भावस्था, गर्भपात के 42 दिनों के भीतर या प्रसव के बाद हो गयी। उनसे मेडिकल, नॉन मेडिकल (सामाजिक व आर्थिक दोनों) कारकों को भी चिह्नित करने को कहा जाता है जो मातृ मृत्यु के कारण बने।

वर्बल ऑटोप्सी के लिए अन्वेषकों की छह टीमें बनायी गयी थी। जांच में नेशनल रुरल हेल्थ मिशन (एनआरएचएम) के लिए समुदाय आधारित मातृ मृत्यु की समीक्षा के लिए बनाये गये फॉर्मेट का इस्तेमाल किया गया। प्रशिक्षण के तत्काल बाद अन्वेषकों की छह टीमों ने जुलाई से अगस्त, 2013 के बीच मातृ मृत्यु के मामलों की समीक्षा की।

पड़ताल का दायरा

पिछले दो सालों के दौरान प्रजननीय उम्र (15-49साल) में हुई मातृ मृत्यु की घटनाओं को जाँच के दायरे में रखा गया।

पड़ताल का क्षेत्र

नालंदा जिले के 20 प्रखंडों में से सात प्रखंडों में मातृ मृत्यु की पड़ताल की गयी। इसमें राजगीर, सिलाव, नूरसराय, बिहारशरीफ, हिलसा, इसलामपुर और अस्थावां प्रखंडों को शामिल किया गया।

2011 की जनगणना के मुताबिक नालंदा की कुल आबादी 28 लाख 27 हजार 523 है। इस जिले में बिहार की कुल आबादी के 2.75 फीसदी लोग बसते हैं। नालंदा की 64.4 फीसदी आबादी साक्षर है। इस जिले में 53.1 फीसदी महिलाएँ साक्षर हैं। नालंदा जिले की कुल आबादी में 7.5 फीसदी मुसलिम है। जबकि दलितों की तादाद 20 फीसदी है। आदिवासियों की तादाद नगण्य (0.4 फीसदी) है।

अवलोकन (ऑब्जर्वेशन)

मातृ मृत्यु का पंजीकरण अपेक्षाकृत बहुत कम होता है, जो मौतें सरकारी अस्पतालों में होती हैं वही पंजीकृत होती हैं। ग्रामीण इलाकों में मातृ मृत्यु के मामले निबंधित नहीं हो पाते हैं। ग्रामीण इलाकों में मातृ मृत्यु की अधिकतर घटनाएँ घरों में होती हैं, इस वजह से भी ये निबंधित नहीं हो पाती हैं।

यद्यपि रजिस्ट्रेशन ऑफ बर्थ एण्ड डेथ एक्ट 1962 के अनुसार भारत में जन्म व मृत्यु का निबंधन अनिवार्य है। लेकिन ऐसा न करने पर व्यक्ति विशेष के खिलाफ किसी सजा का कोई प्रावधान नहीं है। शवदाह स्थलों या कब्रगाहों में दफनायी अथवा जलायी गयी लाशों के बारे में गाँवों या ब्लॉक हेडक्वार्टरों से ऐसी कोई रिपोर्ट नहीं आती है जैसी अमूमन नगर निगम क्षेत्रों से आती है।

वर्ष 2011 की सालाना स्वास्थ्य सर्वे (एनुअल हेल्थ सर्वे) के मुताबिक नालंदा जिला जो पटना कमिश्नरी में पड़ता है, उसमें हर साल प्रत्येक एक लाख जीवित बच्चों के पैदा होने पर 258 महिलाओं की मृत्यु होती है।

एक विकासशील इलाके में महिलाओं की कुल मौत के आंकड़ों में संतान पैदा करने की उम्र (विमेन इन रिप्रोडक्टिव एज) वाली 20 से 30 फीसदी माताओं का शुमार होना गौर करने वाली बात है। नालंदा जिले का कुल मृत्यु दर 8.0 प्रतिशत है।

प्रजननीय उम्र (विमेन इन रिप्रोडक्टिव एज) में महिलाओं की मौत का विश्लेषण

अलग-अलग उम्र समूहों के आधार पर किये गये विश्लेषण से पता चलता है कि नालंदा जिले में मातृ मृत्यु के दर्ज 59 मामलों में सबसे अधिक 18 से 25 साल की उम्र की 38 महिलाएँ हैं। जबकि इनमें 18 साल से कम उम्र की केवल तीन महिलाएँ हैं। (देखें टेबल 1)

टेबल: 01	संख्या 59
प्रजननीय उम्र में मृत्यु का उम्रवार वर्गीकरण	
उम्र समूह	फ्रिक्वेंसी
18 साल से कम	03
	38
18 से 25 साल	
25 से 35 साल	14
35 साल या अधिक	04

इन मौतों के विश्लेषण से एक और बात सामने आयी है कि अधिकतर महिलाएँ प्रसव के बाद मौत के मुंह में समा गयीं। आंकड़े बताते हैं कि 59 में से 32 महिलाओं ने बच्चा पैदा करने के बाद दम तोड़े। जबकि 16 महिलाएँ प्रसव से पहले मरीं और 11 महिलाओं ने प्रसव के दौरान दुनिया छोड़ दिया। (देखें टेबल 2)

टेबल:2	संख्या 59
मृत्यु के प्रकार का वर्गीकरण	
मृत्यु के प्रकार	फ्रिक्वेंसी
प्रसव से पहले	16
प्रसव के दौरान	11
प्रसव के बाद	32

मातृ मृत्यु का स्थान (प्लेस ऑफ मैटरनल डेथ)

आंकड़े बताते हैं कि मातृ मृत्यु की सबसे अधिक घटनाएँ सरकारी अस्पतालों में हुईं। 59 में से 25 मौतें सरकारी अस्पतालों में हुईं। इसका एक कारण यह हो सकता है कि प्रसव के लिए जिला या अनुमंडल स्तर के सरकारी अस्पतालों में लायी गयीं महिलाएँ काफी चिंताजनक हालत में होती हैं। इस प्रकार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पी.एच.सी.) के मुकाबले अनुमंडल या सदर अस्पतालों में मौत के आंकड़े बढ़ जाते हैं। दूसरा कारण यह भी है कि अधिकतर महिलाएँ बच्चा पैदा करने के लिए सरकारी अस्पताल जा रही हैं क्योंकि वहाँ प्रसव करानेवाली महिलाओं को सरकारी सहायता मिलती है।

आंकड़ों के विश्लेषण से पता चलता है कि 59 में से 13 महिलाओं की मौत प्राइवेट अस्पतालों में हुई। दस महिलाओं ने घर में और 11 ने अस्पताल के रास्ते में दम तोड़ा। यानी वे समय पर अस्पताल पहुंच नहीं पायीं। (देखें टेबल 3)

टेबल:3	संख्या 59
मौत के स्थान के आधार पर मातृ मृत्यु का वर्गीकरण	
मौत का स्थान	फ्रिक्वेंसी
सरकारी अस्पताल	25
प्राइवेट अस्पताल	13
घर	10
रास्ता	11

गर्भवार मातृ मृत्यु (ग्रेविडावाइज मैटरनल डेथ)

मातृ-मृत्यु के आंकड़े बताते हैं कि जिन 59 महिलाओं ने दम तोड़ा, उनमें से 19 ने पहली बार गर्भधारण किया था। दूसरी और तीसरी बार गर्भधारण करने वाली 22 महिलाओं की मौत हुई। तीसरी बार गर्भधारण वाली 11 और चौथी या इससे अधिक बार गर्भधारण करने वाली 17 महिलाओं की मौत हुई। (देखें टेबल 4)

टेबल:4	संख्या 59
गर्भवार मातृ मृत्यु का वर्गीकरण	
गर्भ	फ्रिक्वेंसी
01	09
02	17
03	11
04 व अधिक	22

गर्भावस्था के अलग-अलग चरणों में मातृ मृत्यु

गर्भावस्था के 28वें सप्ताह से उपर सबसे अधिक 56 महिलाओं ने दम तोड़े। तीन महिलाएं गर्भावस्था के 16 से 28 वें सप्ताह से पहले मौत का शिकार हुईं। लेकिन गर्भावस्था के 16वें सप्ताह में एक भी मौत नहीं हुई। (देखें टेबल 5)

टेबल:5	संख्या 59
गर्भावस्था (सप्ताह) के आधार पर वर्गीकरण	
गर्भ का सप्ताह	फ्रिक्वेंसी
16 सप्ताह	00
16 से 28वां	03
28 से अधिक	56

शादी की उम्र के आधार पर मातृ मृत्यु का विश्लेषण

मातृ मृत्यु के आंकड़े बताते हैं कि मौत का शिकार हुई 59 महिलाओं में से 41 महिलाएँ ऐसी थीं जिनकी शादी 18 से 25 वें साल के बीच में हुई थी। 18 साल से कम उम्र में शादी करने वाली 18 महिलाओं ने दम तोड़ा। लेकिन मरनेवाली महिलाओं में एक भी ऐसी महिला नहीं थी जिसने 25 से 30 साल की उम्र के बीच शादी की थी। (देखें टेबल 6)

टेबल:6	संख्या 5
शादी के वक्त उम्र के आधार पर मातृ मृत्यु का वर्गीकरण	
शादी के वक्त उम्र	फ्रिक्वेंसी
18 साल	18
18 से 25 साल	41
25 से 30	00

प्रसव पूर्व जांच में निजी स्वास्थ्य सेवाओं को भी तरजीह

सर्वेक्षण से पता चलता है कि जिन 59 गर्भवती महिलाओं ने दम तोड़ा वे कमजोर सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि से थीं, लेकिन प्रसव पूर्व जांच के लिए उन्होंने निजी स्वास्थ्य सेवाओं को तरजीह दिया। आंकड़े बताते हैं कि 33 महिलाओं ने विलेज हेल्थ एण्ड न्यूट्रीशन डे (वी.एच.एन.डी.) के दौरान अपनी जांच करायी। सरकारी अस्पतालों में 13 महिलाएँ जांच कराने गयी। प्राइवेट अस्पतालों में नौ महिलाएँ जांच कराने पहुंची। चार महिलाएँ ऐसी थीं जिन्होंने प्रसव पूर्व किसी प्रकार की जांच नहीं करायी। (देखें टेबल 7)

तीन विलंब (श्री डिलेज)

गर्भावस्था के दौरान मौत के मामलों की पड़ताल से पता चलता है कि मातृ मृत्यु के 59 मामलों में से सबसे अधिक 25 महिलाएँ जांच को लेकर अनिर्णय व उपचार में विलंब के कारण मरीं. उपचार में विलंब की वजह से 18 और निर्णय लेने व अस्पताल पहुंचने में देरी के कारण 10 महिलाओं ने दम तोड़ा। पाँच महिलाओं की मौत निर्णय लेने में विलंब की वजह से हुई। (देखें टेबल 8)

टेबल:7	संख्या 59
प्रसव से पहले जांच	
जांच स्थल	फ्रिक्वेंसी
वीएचएनडी	33
सरकारी अस्पताल	13
प्राइवेट अस्पताल	09
जांच नहीं	04

टेबल:8	संख्या 59
विलंब के प्रकार	
विलंब के प्रकार	फ्रिक्वेंसी
अनिर्णय	05
परिवहन	01
उपचार	18
अनिर्णय व उपचार	25
अनिर्णय व परिवहन	10

मातृ मृत्यु के कारणों की मौखिक विवेचना से पता चलता है कि उपचार में विलंब के तीन मामलों में परिवहन सेवा न मिलने से प्रसूता को समय पर अस्पताल नहीं पहुंचाया जा सका।

आपातकालीन प्रसव सेवा का अभाव (इमरजेंसी ऑब्स्टेट्रिक केयर)

जाहिर है कि आपातकालीन प्रसव सेवाएँ न मिलने की वजह से प्रसूताओं की मौतें हुईं। परिजनों से मिली सूचनाओं से पता चलता है कि 59 में से 20 महिलाएँ खून की गंभीर कमी (सीवियर एनीमिया) के कारण मरीं। एक महिला खून की गंभीर कमी व प्रसव के बाद जौंडिस की वजह से मरी। उपचार के अभाव में 13 महिलाओं ने दम तोड़ दिया। प्रसव के दौरान बहुत अधिक खून बह जाने से 10 महिलाओं की जानें गयीं। एक महिला डायरिया की वजह से मरी। दो महिलाएँ पुराइन (प्लासेंटा) फंस जाने के कारण मर गयीं। संक्रमण के कारण दो महिलाएँ मरीं। टेटनस, कैंसर व तेज बुखार, सर्जरी व एनस्थिसिया, तेज बुखार, चैंपियन, हार्ट अटैक और ब्लड प्रेशर व ब्रेन हैमरेज की वजह से एक-एक महिलाओं की जानें गयीं। तीन महिलाओं ने देर तक प्रसव पीड़ा में रहने की वजह से दम तोड़ दिया। (देखें टेबल 09 व 10)

टेबुल-9	संख्या- 59
मृत्यु के लिये बतलाई गई वजह	फ्रिक्वेंसी
मृत्यु की वजह	
खून की गंभीर कमी	20
उपचार का आभाव	13
प्रसव के दौरान अधिक रक्त श्राव	10
प्रसव के बाद पुराइन	2
संक्रमण	2
देर तक प्रसव पीड़ा	3
अन्य कारण	9

चर्चा

मातृ मृत्यु के मामले देश की स्वास्थ्य प्रणाली के लिए अग्नि परीक्षा है। मातृ मृत्यु को टाला नहीं जा सकता है। भारत मातृ मृत्यु के मामले में दुनिया के अग्रणी देशों में शामिल है। लेकिन अब भी भारत के कई राज्यों में मातृ मृत्यु के मामले व्यवस्थित ढंग से सूचित नहीं होत या उनकी व्याख्या नहीं की जाती है। कई राज्यों में जन्म व मृत्यु के निबंधन में ढेर सारी बाधाएँ हैं। भारत में बीमा, उत्तराधिकार व कानूनी प्रक्रिया के लिए मृत्यु प्रमाण पत्र आवश्यक है। लेकिन प्रायः महिलाओं व बच्चों के नाम से कोई संपत्ति या जीवन बीमा पॉलिसी नहीं होती है। अमूमन ऐसी मौतें निबंधित नहीं होती हैं क्योंकि संपत्ति स्थानांतरण, बीमा राशि का दावा जैसी कोई बात होती नहीं है।

सरकारी अस्पतालों को सभी मौतों की सूचना देनी है। लेकिन सरकारी अस्पताल में मातृ मृत्यु के मामलों की अलग कोई सूची नहीं बनती है। मातृ मृत्यु के मामलों का अंकेक्षण तो नालांदा जिले में भी नहीं होता है जबकि यह बिहार की राजधानी से नजदीक है। यह मुख्य मंत्री बिहार का गृह जिला भी है। यहीं स्वास्थ्य विभाग का मुख्यालय है।

मौजूदा समय में जिला स्वास्थ्य विभाग ने मातृ मृत्यु की गणना करने के लिए कोई गंभीर प्रयास नहीं किया है। जिले में होनेवाली मातृ मृत्यु पर नजर रखने के लिए ऐसे किसी अधिकारी की तैनाती नहीं की गयी है जो केवल यही काम देखें। प्रजननीय उम्र में मरनेवाली महिलाओं की जानकारी जुटाने व उसके कारणों की विवेचना करने के लिए गंभीर प्रयास की जरूरत है। स्वास्थ्य अधिकारी अनौपचारिक तौर पर मातृ मृत्यु के मामलों को दबाने का दबाव डालते हैं और यह साबित करने की कोशिश करते हैं कि यह मातृ मृत्यु का मामला नहीं है। दरअसल लोगों के मन में एक भय समाया रहता है कि सूचना देने पर कोई खामियाजा न भुगतना पड़े।

मातृ मृत्यु के मामलों की सूचना मिले व उसकी सूची बने, इसके लिए तत्काल कदम उठाने की जरूरत है। मातृ मृत्यु की सूचना एकत्रित करने की दिशा में तेजी आये इसके लिए विभिन्न विभागों, मसलन स्वास्थ्य, आइ.सी.डी.एस., पंचायत आदि के बीच समन्वय और समर्पण समय की मांग है।

पहली पंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ता (फ्रंटलाइन हेल्थ वर्कर्स) जैसे ए.एन.एम, ए.डब्ल्यू.डब्ल्यू व आशा मातृ मृत्यु की समीक्षा करने के लिए प्रशिक्षित नहीं हैं। तीन में से दो विलंब मसलन, निर्णय लेने में देरी और परिवहन की समस्या को बहुत हद तक कम किया जा सकता है बजते गर्भवती महिलाओं की देखभाल करनेवाले फ्रंटलाइन हेल्थ वर्कर्स, देखभाल करनेवालों को प्रसव के दौरान, प्रसव के बाद और बच्चा जनने की तैयारी के क्रम में खतरों से आगाह कर सकें।

उचित व पर्याप्त देखभाल मिलने में विलंब अलग समय व अलग कारणों से हो सकता है। जब कभी किसी भी कारण से विलंब हो, यह खतरनाक होता है क्योंकि यह मौत का कारण बन सकता है। मातृ मृत्यु से बचाव व सुरक्षित मातृत्व को बढ़ावा देने के लिए सभी प्रकार के विलंब को टालना होगा। उपचार मिलने में विलंब देखरेख करनेवाले की अयोग्यता के कारण होता है क्योंकि वह हालात की गंभीरता व भयावहता को समझ नहीं पाता है। इससे कई कारक संबद्ध है जैसे परिवार का शैक्षणिक व आर्थिक स्तर, परिवार में महिला की हैसियत, स्वास्थ्य के प्रति नजरिया, उपचार को लेकर परिवार में निर्णय कौन लेता है व बीमारी किस प्रकार की है। यह इस बात से भी जुड़ा है कि फ्रंटलाइन हेल्थ

वर्कर्स ने मातृत्व स्वास्थ्य के प्रारंभिक खतरों के बारे में मां व देखभाल करनेवाले को किस प्रकार का परामर्श दिया गया है।

स्वास्थ्य प्रदाता तक पहुंचने में विलंब के कई कारण हो सकते हैं। मसलन, घर से स्वास्थ्य केंद्र की दूरी, परिवहन साधनों की उपलब्धता, सड़क व परिवहन लागत के कारण विलंब हो सकता है। सरकार की बहुप्रचारित निःशुल्क एंबुलेंस सेवा अब भी दलितों व मुसलमानों के लिए दूर की कौड़ी बना हुआ है।

पर्याप्त इलाज मिलने में विलंब में कई चीजें शामिल हैं। मसलन काबिल स्टाफ़, दवा, रोगाणुमुक्त उपकरण और चढ़ाने को खून नहीं मिलना।

कमज़ोर आधारभूत संरचना और प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों का घोर आभाव गर्भधारण के प्रतिकूल परिणाम को और भी मदद देता है। बिहार में 534 पी.एच.सी में से मात्र 480 ऐसे हैं जो 24x7 सेवाएँ देते हैं। स्टाफ़ नर्सों की कमी की वजह से केवल 281 पी.एच.सी. में 3 स्टाफ़ नर्स मौजूद हैं। इसके अलावा 70 पी.एच.सी., 46 अनुमण्डलीय अस्पताल और 36 जिला अस्पताल सातों दिन 24 घंटा सेवाएँ देने में समर्थ हैं। राज्य में सिर्फ़ 149 अस्पताल फ़र्स्ट रेफरल यूनिट के तौर पर कार्यरत हैं जो दस करोड़ से ज्यादा आबादी के लिये बहुत कम हैं।

गुणात्मक इमर्जेन्सी ऑब्स्टेट्रीक केयर के आभाव में मातृ मृत्यु दर को बिहार में घटाना एक बड़ी चुनौती है। दलित और मुसलमान औरतों के लिए यह चुनौती तो और भी गंभीर है क्योंकि आधी आबादी गरीबी रेखा से नीचे है। अकेले लिये प्राइवेट अस्पताल में इलाज कराना नामुमकिन जैसा है।

मामलों का अध्ययन (केस स्टडी)

गर्भावस्था में नियमित चेकअप की कमी और प्रसव के बाद अत्यधिक खून का रिसाव मातृ मृत्यु के बड़े कारण है। ऐसे दो मामलों की विवेचना नीचे की गयी है।

1. रुबी देवी साल 2005 में हुलासगंज प्रखंड की सेवापुर पंचायत के गोह में हरेंद्र प्रसाद से ब्याही गयी थी। तब रुबी 19 की और हरेंद्र 21 के थे। दो साल बाद 2007 में रुबी गर्भवती हुई। उसकी सभी तरह की जाँच हुई और उसने टेटनस के इंजेक्शन भी लगवाये। उसने एक बच्ची को जन्म दिया। वह अब तीन साल की है। साल 2011 में रुबी दूसरी बार गर्भवती हुई। उसने सभी चेकअप करवाये और टेटनस के इंजेक्शन भी लगवाये। एक दिन उसे लगा कि डिलीवरी का समय निकलता जा रहा है और उसका गर्भ करीब दस माह का हो गया है। उसे तत्काल हुलासगंज में एक क्लीनिक में ले जाया गया। वहां उसे प्रसव पीडा बढ़ाने का इंजेक्शन दिया गया, लेकिन उसे तेज प्रसव पीडा नहीं हुई। गर्भ की अवधि जानने के लिए उसका अल्ट्रासाउंड कराने को कहा गया।

रुबी घर लौट गयी, लेकिन दो दिनों बाद उसे फिर उसी क्लीनिक में ले जाया गया। वहां उसे दुबारे प्रसव पीडा बढ़ाने का इंजेक्शन दिया गया। इस बार उसे प्रसव पीडा हुआ और उसने एक बच्ची को जन्म दिया। बच्ची अचेत थी। उसे ऑक्सीजन देने के लिए इसलामपुर में सुरेंद्र प्रसाद की क्लीनिक में ले जाया गया। वहां उसे मृत घोशित कर दिया गया।

प्रसव के चार घंटों बाद रुबी ने बताया कि उसकी तबीयत ठीक नहीं है। नर्स को बुलाया गया। उसने उसका चेकअप किया और यह कहते हुए उसे दूसरे डॉक्टर के यहां रेफर कर दिया कि रुबी का उपचार करना उसके बूते से बाहर है।

रुबी को तेज रक्तस्राव हो रहा था। उसे इसलामपुर में डॉ कृष्णा प्रसाद की क्लीनिक में ले जाया गया। वहां कुछ उपचार के बाद रुबी ने पानी व चाय पी। लेकिन उसका रक्तस्राव बंद नहीं हो रहा था। उसकी मां ने बताया कि प्रसव के समय रुबी को रक्तस्राव नहीं हो रहा था। प्रसव के दो घंटे बाद रक्तस्राव शुरू हुआ जो बंद नहीं हुआ। आठ घंटे बाद रुबी ने दम तोड़ दिया।

2. अनिता देवी की शादी साल 1988 में 18 साल की उम्र में हुई थी। जब वह मरी, तब 38 साल की थी और 2-3 साल के अंतराल पर आठ बच्चों को जन्म दे चुकी थी। आठ बच्चों में तीन लड़कियाँ व पांच लड़के थे। पहला बच्चा शादी के दो साल बाद 1990 में हुआ था। हर एक साल बाद बच्चा जनने के कारण वह काफी कमजोर हो चुकी थी। यह उसका नौवा बच्चा था जो प्रसव के दस घंटे बाद ही मर गया।

नौवें प्रसव के दौरान अनिता ने टेटनस के दो इंजेक्शन लगवाये थे और सभी जरूरी चेकअप करवाये थे। उसे गर्भ के नौवें माह में प्रसव पीडा होने पर अस्पताल ले जाया गया। वहां उसने दो-तीन घंटे बाद बच्चे को जन्म दिया। उसे बहुत तेज रक्तस्राव हो रहा था। डॉक्टर ने बेहतर इलाज के लिए उसे दूसरे अस्पताल में रेफर कर दिया। लेकिन वहां से ले जाने से पहले ही अनिता ने दम तोड़ दिया।

3. 20 वर्षीय अशरफी परवीन की शादी सन् 2007 में यवाई मोहल्ला, बिहारशरीफ निवासी मो0 फिरोज आलम से हुई। 2008 में वह पहली बार गर्भवती हुई और उसका सामान्य प्रसव हुआ। इस दौरान वह बहुत कमजोर हो गई। दूसरे साल उसे फिर एक बच्चा पैदा हुआ जो पाँच दिनों के अन्दर की मर गया। इस बार पहले से ज्यादा कमजोर हो गई।

उसने प्राइवेट में कमजोरी का इलाज करवाया लेकिन उसे कोई फायदा नहीं हुआ। तब उसके शौहर उसे बिहारशरीफ सदर अस्पताल ले गये, वहाँ उसके खून और पेशाब का जाँच कराया गया। जाँच के बाद पता चला कि उसे टी.बी. की बीमारी है। उसने 6 महीने में अपना मुक्कम्मल इलाज करावाया।

टी.बी. की बीमारी से ठीक होने के दो साल बाद वह तीसरी बार गर्भवती हुई। 2011 नवम्बर में उसने सामान्य प्रसव में एक बच्चा पैदा हुआ। वह फिर बहुत कमजोर हो गई। प्रसव के 15 दिन बाद उसे पेट में तेज़ दर्द हुआ। उसके शौहर ने बगल के दुकान से लाकर दवा दी जिससे उसे आराम हो गया।

फिर वह बेहतर इलाज़ के लिए अपने मायके चली। डॉक्टर के यहाँ जाँच कराने पर उसे जान्डिस की बीमारी निकली। जनवरी 2012 में उसकी मौत हो गई जब उसका नवजात बच्चा सिर्फ़ ढ़ाई महीने का था।

निष्कर्ष व अनुशासण

निष्कर्ष (क)

मातृ मृत्यु की घटनाओं में गिरावट आये, इसके लिए जरूरी है कि मातृ मृत्यु के मामले पूरी तरह व सही तरीके से सामने लायी जायें। इस जिले में स्वास्थ्य महकमे में इमानदार व समर्पित तरीके से मातृ मृत्यु के मामले की गणना व विश्लेषण करने का अभाव है। मातृ मृत्यु के मामले सही ढंग से दर्ज करने व सूचित करने के लिए हमने कुछ प्रक्रियाओं की अनुशासना की है।

1. मातृ मृत्यु के मामले सही तरीके से दर्ज करने के लिए जिला स्वास्थ्य विभाग को एक जिला मातृ स्वास्थ्य मैनेजर (डी.एम.एच.एम.) की तैनाती करनी चाहिए। डी.एम.एच.एम. को जिले मातृ स्वास्थ्य से जुड़ी सभी सेवाओं से समन्वय स्थापित करनी चाहिए। साथ ही मातृ मृत्यु के मामले दर्ज व विश्लेषित करने चाहिए।
2. फ्रंटलाइन हेल्थ वर्कर्स (ए.डबल्यू.डबल्यू, ए.एन.एम.) को प्रजननीय उम्र (विमेन इन रिप्रोडक्टिव एज, 15 से 49 साल) में महिलाओं की मौत के मामलों की सूचना कारण सहित सीधो डी.एम.एच.एम को देनी चाहिए।
3. डी.एम.एच.एम. को सभी प्राइवेट प्रसूति गृहों से संपर्क बनाकर मातृ मृत्यु के आंकड़े जुटाने चाहिए।
4. राज्य सरकार को मातृ मृत्यु पर सालाना रिपोर्ट प्रकाशित करनी चाहिए।

निष्कर्ष (ख)

1. गर्भवती महिला को तत्काल निःशुल्क एंबुलेंस के जरिये अस्पताल पहुंचाना की समस्या मातृ मृत्यु कम करने की दिशा में एक लाचारी है। इससे स्वास्थ्य सेवा मिलने में विलंब होता है।

हम गर्भवती महिला को आपात हालत में अस्पताल पहुंचाने के लिए निःशुल्क एंबुलेंस सेवा उपलब्ध कराने की सिफारिश करते हैं।

निष्कर्ष (ग)

1. फ्रंटलाइन हेल्थ वर्कर्स की ओर से गर्भावस्था व प्रसव के दौरान खतरों को पहचानने की जानकारी घर के लोगों को पूरी तरह नहीं दी जाती है। यह गर्भवती महिला को इलाज मिलने में विलंब का कारण बनता है। हम स्वास्थ्य विभाग व आइ.सी.डी.एस से सिफारिश करते हैं कि उसे मातृ स्वास्थ्य को लेकर घर के लोगों को सचेत व सजग बनाने वाले संदेश तैयार कराये। मल्टीमीडिया चैनलों पर इसका प्रचार-प्रसार कराये। हम यह भी सिफारिश करते हैं कि फ्रंटलाइन हेल्थ वर्कर्स गर्भवती महिलाओं की सूची बनायें और प्रसव पूर्व (एंटीनेटल केयर) चार व प्रसव बाद कम-से-कम तीन घरों का मुआयना करे।

निष्कर्ष (घ)

मातृ मृत्यु रिपोर्ट बताती है कि प्राथमिक व माध्यमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर इमरजेंसी ऑब्स्टेट्रिक केयर सेवा की जरूरत है। उपलब्धा सेवा ठीक नहीं रहने के कारण दलित व मुसलिम महिलाओं को आसपास के निजी क्षेत्र के अस्पतालों में जाना पड़ता है।

हम सिफारिश करते हैं कि सरकार को प्राथमिकता के आधार पर भौतिक व मानव संसाधन संरचना मजबूत करनी चाहिए। प्राथमिक व माध्यमिक स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं को समुचित साज-सामान और उपकरण उपलब्ध कराने चाहिए ताकि बेहतर इमरजेंसी ऑब्स्टेट्रिक सेवा दी जा सके।

निष्कर्ष (ङ)

राज्य से समुदाय आधारित मातृ मृत्यु समीक्षा निष्कर्ष (कम्युनिटी बेस्ड मैटरनल डेथ रिव्यू) नहीं हो रही है। हम समुदाय आधारित मातृ मृत्यु समीक्षा को बढ़ावा देने के लिए निम्नलिखित सिफारिश करते हैं।

1. प्रखंड स्वास्थ्य अधिकारी को प्रजननीय उम्र (विमेन इन रिप्रोडक्टिव एज) में माताओं की सभी मौत की मौखिक समीक्षा करनी चाहिए। उनका विश्लेषण करना चाहिए। मातृ मृत्यु की मौखिक समीक्षा जिले व राज्य में मातृ स्वास्थ्य को बेहतर बनाने की प्रक्रिया को दिशा देगा।
2. तमिलनाडु की तरह हमारे यहाँ भी सभी मातृ मृत्यु के बारे में जिला विकास अधिकारी या कलेक्टर को सार्वजनिक पूछताछ करनी चाहिए।
3. समुदाय आधारित मातृ मृत्यु समीक्षा (कम्युनिटी बेस्ड मैटरनल डेथ रिव्यू) को संस्थागत व सुदृढ़ बनाने के लिए विलेज हेल्थ एंड सैनिटेशन कमेटी (वी.एच.एस.सी) और सिविल सोसायटी ऑर्गेनाइजेशन (सी.एस.ओ) को मौखिक समीक्षा में शामिल करना चाहिए।

Reference

1. WHO. (2007). Maternal Mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf)
2. Puwar. Tapaswi I, Raman. Parvathy S, Mavalankar. Dileep V; (2009): Situational Analysis of Reporting and Recording of Maternal Deaths in Gandhinagar District, Gujrat state, IIM, Ahmedabad
3. SRS. (2006). Maternal Mortality in India: 1997-2003 Trends, Causes and Risk Factors. New Delhi: Registrar General Of India
4. Bihar Annual Health Survey Bulletin. (2012): censusindia.gov.in/vital.../07-Bihar_AHS_Bulletin_pdf
5. Bihar Annual Health Survey Bulletin. (2012); DLHS-3 (2007-08)
6. Maine D. Safe Motherhood Programs: Options and Issues 1993, p. 9
7. Report of 5th Common Review Mission, Bihar, Government of India, November 2011