বাংলাদেশ মাতৃমৃত্যু ও স্বাস্থ্যসেবা জরিপ ২০১৬: সারসংক্ষেপ

পটভূমি

মাতৃমৃত্যু হ্রাস করা বাংলাদেশ সরকারের অন্যতম অগ্রাধিকার। ২০২২ সালের মধ্যে মাতৃমৃত্যু হার প্রতি ১,০০,০০০ জীবিত জন্মে ১২১-এ কমিয়ে আনার লক্ষ্য নিয়ে চতুর্থ স্বাস্থ্য, জনসংখ্যা ও পুষ্টি সেক্টর কর্মসূচি (এইচপিএনএসপি) পরিচালিত হচ্ছে। এছাড়া ২০৩০ সালের মধ্যে মাতৃমৃত্যু হার ৭০-এ কমিয়ে আনার টেকসই উন্নয়ন অভীষ্ট (এসডিজি) লক্ষ্যমাত্রা নির্ধারণ করা হয়েছে। চতুর্থ এইচপিএনএসপি ও এসডিজি-এর বেইজলাইন নির্ধারণ এবং মাতৃস্বাস্থ্য সেবা ব্যবহার সম্পর্কে তথ্য আহরণের উদ্দেশ্যে বাংলাদেশ মাতৃমৃত্যু ও স্বাস্থ্যসেবা জরিপ (বিএমএমএস) ২০১৬ পরিচালিত হয়।

২০০১ থেকে ২০১০ সালের মধ্যে বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু হার প্রতি ১,০০,০০০ জীবিত জন্মে ৩২২ থেকে ১৯৪-এ হ্রাস পায়। এটি একটি উল্লেখযোগ্য সফলতা। এ সফলতা প্রধানত: ফার্টিলিটি হ্রাস, মাতৃস্বাস্থ্য সেবা পাওয়ার সুযোগ বৃদ্ধি, গর্ভকালে, প্রসবকালে ও প্রসব পরবর্তী সময়ে মাতৃস্বাস্থ্য সেবার ব্যবহার বৃদ্ধি এবং আর্থসামাজিক অগ্রগতির ফলে অর্জন করা সম্ভব হয়েছে।

মুখ্য ফলাফল

২০১০ থেকে ২০১৬ সালের মধ্যে বাংলাদেশে মাতৃস্বাস্থ্য সেবা ব্যবহারে উল্লেখযোগ্য অগ্রগতি হয়েছে, কিন্তু মাতৃমৃত্যু হার স্থিতাবস্থায় রয়েছে।

- ২০০১ থেকে ২০১০ সালের মধ্যে বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু হার হ্রাস পেলেও ২০১০ সালের পর তা স্থিতাবস্থায় রয়েছে। ২০১৬ সালে বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু হার প্রতি ১,০০,০০০ জীবিত জন্মে ১৯৬, যা ২০১০ সালে প্রাপ্ত হারের অনুরূপ।
- দক্ষ সেবাদানকারীর সহায়তায় ২০১৬ সালে ৫০% প্রসব সম্পাদিত হয়েছে, ২০১০ সালে এ হার ছিল ২৭%। স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার বৃদ্ধির ফলে দক্ষ প্রসব সহায়তার হার বৃদ্ধি পেয়েছে। স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার ২০১০ সালের ২৩% থেকে ২০১৬ সালে ৪৭% এ বৃদ্ধি পেয়েছে। তবে দক্ষ সেবাদানকারীর সহায়তায় বাড়িতে প্রসবের হার ২০০১-২০১৬ সময়কালে ৩-৪% এ সীমিত রয়েছে।
- প্রধানত: প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে প্রসবের হার বৃদ্ধি পাওয়ায় স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার বেড়েছে। ২০১০ থেকে ২০১৬ সালের মধ্যে প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে প্রসবের হার ১১% থেকে ২৯% এ বৃদ্ধি পেয়েছে। আর সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার বেড়েছে ১১% থেকে ১৪%। সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সম্পাদিত ১৪% প্রসবের মধ্যে ১৩% সম্পাদিত হচ্ছে উপজেলা বা উচ্চতর পর্যায়ের স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্রে। এনজিও স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার ২০১০ সালের ২% থেকে বৃদ্ধি পেয়ে বর্তমানে ৪% হয়েছে।
- সিজারিয়ান প্রসবের হার আশংকাজনকভাবে বৃদ্ধি পেয়ে ২০১০ সালের ১২% থেকে ২০১৬ সালে ৩১% হয়েছে। প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে সম্পাদিত সকল প্রসবের ৮৩% প্রসব সিজারিয়ান। সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সিজারিয়ান প্রসবের হার ৩৫% এবং এনজিও হাসপাতাল/ক্লিনিকে ৩৯%।
- মায়েদের সবধরনের মাতৃত্বকালীন সেবা (প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত সেবাদানকারীর কাছ থেকে গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসব পরবর্তী সেবা) গ্রহণের হার ২০০১ সালের ৫% থেকে বৃদ্ধি পেয়ে ২০১০ সালে ১৯% এবং ২০১৬ সালে ৪৩% হয়েছে।
- মাতৃত্বকালীন জটিলতায় স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে চিকিৎসা গ্রহণের হার ২০১০ সালের ২৯% থেকে ২০১৬ সালে ৪৬%-এ বৃদ্ধি পেয়েছে।

প্রত্যাশা ছিল, মাতৃস্বাস্থ্য সেবার ব্যবহার বৃদ্ধির সাথে সাথে মাতৃমৃত্যু হার কমে আসবে। কিন্তু ২০১০-২০১৬ সময়কালে মাতৃমৃত্যু হার স্থিতাবস্থায় রয়েছে।

মাতৃমৃত্যু হার অপরিবর্তিত থাকার সম্ভাব্য ব্যাখ্যা

বাংলাদেশের মত অন্যান্য অনেক দেশে মাতৃমৃত্যু হ্রাসে মাতৃস্বাস্থ্য সেবা ব্যবহার বৃদ্ধির প্রভাব পরিলক্ষিত হয়নি।

- নিম্ন ও মধ্যম-আয়ের অনেক দেশে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে মাতৃস্বাস্থ্য সেবা গ্রহণের হার বৃদ্ধির পরেও মাতৃমৃত্যু হার অপরিবর্তিত রয়েছে।
- সাব-সাহারা আফ্রিকা এবং দক্ষিণ ও দক্ষিণ-পূর্ব এশিয়ার ৩৭টি দেশে মাতৃমৃত্যু হারের সাথে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের খুবই দুর্বল আন্ত:সম্পর্ক পরিলক্ষিত হয়েছে।

- এ থেকে প্রতীয়মান হয়, স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার বৃদ্ধি করা গুরুত্বপূর্ণ তবে তা মাতৃমৃত্যু হার হ্রাসের জন্য যথেষ্ট নয়।

মানসম্মত সেবা মাতৃস্বাস্থ্য ক্ষেত্রে সুফল পাওয়ার জন্য অত্যাবশ্যক।

- অন্যান্য দেশে সম্পাদিত বিভিন্ন গবেষণায় মাতৃস্বাস্থ্য সেবা উন্নয়নে মানসম্মত স্বাস্থ্যসেবার গুরুত্ব তুলে ধরা হয়েছে।
- বাংলাদেশে স্বাস্থ্যসেবার মান সন্তোষজনক নয়।
- আমাদের আশা মাতৃস্বাস্থ্য সেবার ব্যবহার বৃদ্ধির ফলে মাতৃমৃত্যু হার কমে আসবে। কারণ মাতৃস্বাস্থ্য সেবার ব্যবহার বৃদ্ধির ফলে মাতৃত্বকালীন জটিলতা সহজেই চিহ্নিত করা যাবে এবং দ্রুত চিকিৎসা দেয়া সম্ভব হবে। তবে জটিলতা চিহ্নিত করা এবং চিকিৎসা দেয়ার জন্য ভাল মানের সেবা প্রয়োজন।
- মাতৃমৃত্যু হার কমানোর জন্য মাতৃস্বাস্থ্য সেবার ব্যবহার বৃদ্ধির মাধ্যমে মাতৃত্বকালীন জটিলতা সহজেই চিহ্নিত করা এবং দ্রুত চিকিৎসা দেয়া সম্ভব। তবে জটিলতা চিহ্নিত করা এবং চিকিৎসা দেয়ার জন্য মানসম্মত সেবা প্রদান অত্যাবশ্যক।

বাংলাদেশে অধিকাংশ স্বাস্থ্যকেন্দ্র মানসম্মত মাতৃস্বাস্থ্য সেবা প্রদানের জন্য পুরোপুরি প্রস্তুত নয়।

- বাংলাদেশ হেলথ ফ্যাসিলিটি সার্ভে ২০১৪ সহ অন্যান্য গবেষণার তথ্য থেকে জানা যায়, মানসম্মত মাতৃস্বাস্থ্য সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে সরকারি ও প্রাইভেট স্বাস্থ্যকেন্দ্রসমূহের প্রস্তুতিতে যথেষ্ট ঘাটতি রয়েছে।
- স্বাভাবিক প্রসব সেবাদানকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্রেসমূহের মাত্র ৩৯% কেন্দ্রে ২৪ ঘন্টা সেবা দেয়ার জন্য নিজস্ব বা অন-কল সেবাদানকারী রয়েছে। তবে মাত্র ৩% স্বাস্থ্যকেন্দ্রে মানসম্মত স্বাভাবিক প্রসব সেবা প্রদানের প্রস্তুতি রয়েছে।
- মায়েরা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যাওয়ার পর যদি সেখানে প্রয়োজনীয় সেবাদানকারী উপস্থিত থাকেন এবং তারা জরুরী পরিস্থিতি মোকাবেলায় প্রস্তুত থাকেন তবেই মাতৃমৃত্যু রোধ করা সম্ভব।
- মাত্র ৪৬% উপজেলা বা উচ্চতর পর্যায়ের সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে এবং মাত্র ২০% প্রাইভেট স্বাস্থ্যকেন্দ্রে জরুরী প্রসূতি সেবার ওপর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কমপক্ষে একজন সেবাদানকারী রয়েছেন।
- উপজেলা বা উচ্চতর পর্যায়ের ৩০% সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সিজারিয়ান প্রসব হয়, কিন্তু মাত্র ১০% সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে কম্প্রিহেনসিভ জরুরী প্রসূতি সেবা প্রদানের ব্যবস্থা আছে। প্রায় সকল প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে (৯৬%) সিজারিয়ান প্রসব হয়, কিন্তু মাত্র ১৬% প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে কম্প্রিহেনসিভ জরুরী প্রসূতি সেবা প্রদানের ব্যবস্থা আছে।
- প্রধানত: প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে প্রসবের হার বৃদ্ধির ফলে ২০১০ থেকে ২০১৬ সালের মধ্যে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের হার বৃদ্ধি পেয়েছে। তবে প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে উপজেলা বা উচ্চতর পর্যায়ের সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রের তুলনায় প্রসব সেবার প্রস্তুতি দুর্বল।

রক্তক্ষরণ ও একলাম্পশিয়ার কারণে ৫৫% মা মারা যান। ২০১০ থেকে ২০১৬ সালের মধ্যে এ দু'টি কারণে মাতৃমৃত্যু হার অপরিবর্তিত রয়েছে। এসব জটিলতা চিকিৎসায় অগ্রগতি কম।

- এখনো ৫০%-এর বেশি প্রসব বাড়িতে হয়। কমিউনিটি পর্যায়ে মাত্র ১৭% প্রসবের ক্ষেত্রে রক্তক্ষরণ প্রতিরোধের জন্য মিসোপ্রসটল ট্যাবলেট প্রদান করা হয়।
- মাত্র ৪০% স্বাস্থ্যকেন্দ্রে (কমিউনিটি ক্লিনিক ছাড়া) রক্তক্ষরণ বন্ধ করার জন্য অক্সিটোসিন ইনজেকশন সরবরাহ রয়েছে।
- মাত্র ২৮% স্বাস্থ্যকেন্দ্রে একলাম্পশিয়া চিকিৎসার জন্য ম্যাগনেসিয়াম সালফেট ইনজেকশন সরবরাহ আছে।

চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় মাত্রার চেয়ে বাংলাদেশে সিজারিয়ান প্রসবের হার অনেক বেশি।

- বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার মতে চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় সিজারিয়ান প্রসবের হার মোট প্রসবের ১০-১৫%-এর মধ্যে সীমিত থাকবে। বাংলাদেশে সিজারিয়ান প্রসবের হার বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা নির্ধারিত হারের দ্বিগুণেরও বেশি (৩১%)।
- দেশে বর্তমানে বছরে প্রায় ১০ লক্ষ সিজারিয়ান প্রসব হচ্ছে। মোট সিজারিয়ান প্রসবের ৭৯% প্রাইভেট হাসপাতাল/ক্লিনিকে সম্পাদিত হয়।
- ল্যাটিন আমেরিকায় এক লক্ষ জন্মের ওপর পরিচালিত গবেষণায় সিজারিয়ান প্রসব বৃদ্ধির ফলে মাতৃত্বজনিত অসুস্থতা এবং মাতৃমৃত্যু বৃদ্ধির প্রমাণ পাওয়া যায়।
- বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পরিচালিত একটি আন্তর্জাতিক গবেষণায় দেখা যায়, প্রয়োজন ছাড়া সিজারিয়ান অপারেশন করা হলে তাৎক্ষণিক জটিলতা বৃদ্ধিসহ নিবিড় পরিচর্যা ইউনিটে ভর্তি, রক্ষ পরিসঞ্চালন, জরায়ু অপসারণ এবং মৃত্যুর ঝুঁকি বৃদ্ধি পায়।
- ব্রাজিলে পরিচালিত সাম্প্রতিক গবেষণা থেকে জানা যায়, প্রধানত: রক্তক্ষরণ ও এনেসথেসিয়াজনিত জটিলতার কারণে স্বাভাবিক প্রসবের চেয়ে সিজারিয়ান প্রসবের পর মৃত্যু হার ৩ গুণ বেশি।

২০১০ থেকে ২০১৬ সালের মধ্যে মাতৃমৃত্যু হার অপরিবর্তিত থাকার পেছনে কোন পদ্ধতিগত কারণ খুঁজে পাওয়া যায়নি।

- সাধারণত: মাতৃমৃত্যু সনাক্তকরণে অধিক মৃত্যুর চেয়ে কম মৃত্যু সংখ্যা পাওয়ার আশংকা থাকে। তবে এ সার্ভেতে মাতৃমৃত্যু সনাক্ত করার ক্ষেত্রে এ ধরনের সমস্যা পরিলক্ষিত হয়নি।
- বিএমএমএস ২০১৬ অনুযায়ী ৯৫% আস্থা সীমায় (confidence interval) মাতৃমৃত্যু হার প্রতি ১,০০,০০০ জীবিত জন্মে ১৫৯ ও ২৩৪ এর মধ্যে বিদ্যমান। একই সময়ে প্রকাশিত বাংলাদেশ পরিসংখ্যান ব্যুরোর সেম্পল ভাইটাল রেজিস্ট্রেশন সিস্টেম এবং জাতিসংঘের ইন্টার এজেন্সী গ্রুপ কর্তৃক প্রকাশিত মাতৃমৃত্যু হার এ সার্ভেতে প্রাপ্ত আস্থা সীমার মধ্যে রয়েছে।
- এ সার্ভেতে প্রাপ্ত মাতৃমৃত্যুর কারণ বিএমএমএস ২০০১ ও ২০১০ সালে প্রাপ্ত তথ্য এবং অন্যান্য উৎসের তথ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

This publication was produced with the support of the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of MEASURE Evaluation cooperative agreement AID-OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation is implemented by the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill in partnership with ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health; Palladium; and Tulane University. Views expressed are not necessarily those of USAID or the United States government. FS-17-245