महाराष्ट्र शासन

बालमृत्यू मूल्यमापन समिती

Govt of Maharashtra

द्वितीय व अंतिम अहवाल

बालमृत्यू व कुपोषणावर उपाय

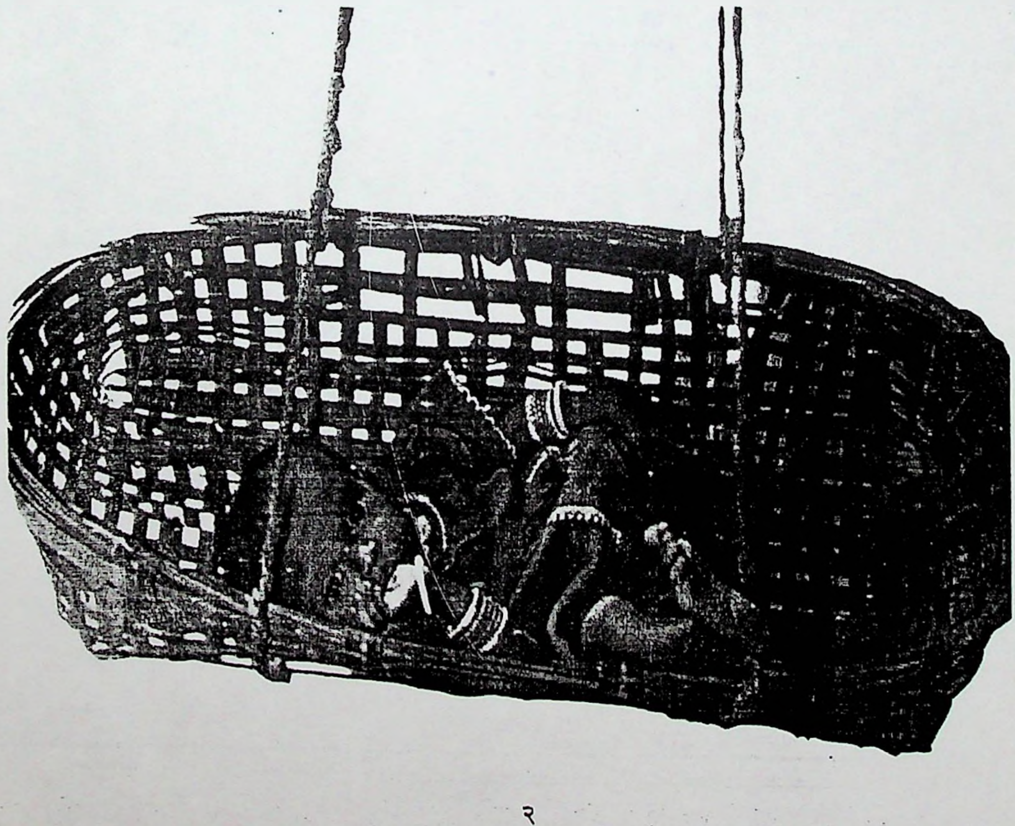
(२४ मार्च २००५)

24th March, 2005

“मी तुम्हाला अेक जादूचा तावीज देतो. ‘काय करावे ?’ अन्य गंभीर प्रश्न जेव्हा तुमच्या पुढे निर्माण होईल किंवा स्वार्थ फार प्रबळ होईल तेव्हा आपल्या मन:चक्षुंपुढे तुम्ही आयुष्यात पाहिलेल्या सर्वात दुर्दैवी, असहाय मानवाचा चेहरा आणा; आणि स्वत:ला विचारा, “माझ्या पुढच्या पाऊलाने याचे दु:ख दूर होईल का ? याची असहायता कमी होईल का ?”

तुमच्या प्रश्नाचे अुत्तर तुम्हाला मिळेल.”

महात्मा गांधी



बालमृत्यू मूल्यमापन समिती, महाराष्ट्र शासन

१.	डॉ. अभय बंग, सर्च, गडचिरोली	अध्यक्ष
२.	श्रीमती अॅना दाणी, प्रधान सचीव, कुटुंब कल्याण, महाराष्ट्र शासन	सदस्य
३.	श्री. अनिल शिदोरे, मेळघाट मित्र, पुणे	सदस्य
४.	डॉ. (श्रीमती) अपर्णा श्रोत्री, स्त्रीरोग तज्ञ, पुणे	सदस्य
५.	डॉ. अशोक दयालचंद, संचालक, अिन्स्टीट्यूट ऑफ हेल्थ मॅनेजमेंट, पाचोड, औरंगाबाद	सदस्य
६.	डॉ. डी.बी. शिरोळे, बालरोग तज्ञ, पुणे	सदस्य
७.	डॉ. मनोरमा पुरवार, प्राध्यापिका व विभाग प्रमुख, प्रसूती शास्त्र व स्त्रीरोग. शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, नागपूर	सदस्य
८.	डॉ. प्रमोद जोग, बालरोग तज्ञ, पुणे	सदस्य
९.	डॉ. रजनीकांत आरोळे, संचालक, सी.आर.अेच.पी. जामखेड, जि. अहमदनगर	सदस्य
१०.	डॉ. रमेश पोतदार, सचिव, सेंट फॉर स्टडी ऑफ सोशल चेंज, मुंबई	सदस्य
११.	डॉ. रविंद्र कोल्हे, वैरागड ता. धारणी, जि. अमरावती	सदस्य
१२.	डॉ. श्याम अष्टेकर, संचालक, स्कूल ऑफ हेल्थ सायन्स, नाशिक	सदस्य
१३.	डॉ. सुभाष साळुंके, महासंचालक, आरोग्य सेवा, मुंबई	सदस्य
१४.	डॉ. टी.के. रॉय, संचालक, आय.आय.पी.अेस, देवनार, मुंबई	सदस्य
१५.	डॉ. विकास आमटे, आनंदवन, वरोरा, जि. चंद्रपूर	सदस्य
१६.	श्री. डब्लू. जी. गोरडे, माजी सचीव, महिला व बालविकास, महाराष्ट्र शासन	सदस्य
१७.	डॉ. पी.पी. डोके, अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा (कुटुंब कल्याण), पुणे	सदस्य **सचिव**

संपर्क : १) अध्यक्ष,
बालमृत्यू मूल्यमापन समिती
द्वारा - सर्च, गडचिरोली. ४४२ ६०५
फोन ०७१३८-२५५४०७, फॅक्स : ०७१३८-२५५४११
E-mail – search@satyam.net.in

२) सचिव, बालमृत्यू मूल्यमापन समिती,
अतिरिक्त संचालक, आरोग्य व कुटुंब कल्याण,
पत्ता - कुटुंब कल्याण भवन, पुणे रेल्वे स्टेशन समोर
पुणे - ४११ ००१
फोन : २०-२६१२१९९६, फॅक्स : २०-२६१२१७६६

अनुक्रमणिका

पृष्ठ क्र.

i) प्रस्तावना ५

ii) सारांश व प्रमुख शिफारसी ७

१. पार्श्वभूमी १३
- बालमृत्यू मूल्यमापन समिती व कार्यकक्षा १३
- समितीच्या दोन अहवालांचे विषय १३
- महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाचे आव्हान १४

२. महाराष्ट्राचे घोषित ध्येय १५
- अहवालाचे ध्येय १६

३. कार्यपध्दती १७

४. बालमृत्यू व कुपोषणाची प्रमुख कारणे १८

५. अुपाय योजना व शिफारसी. २५
- क) कक्षा २५
- ख) विशेष दुर्बल व वंचित घटक कोणते ? २५
- ग) कुपोषणावर अुपाय योजना २६
- घ) आदिवासी भागातील कुपोषणावर अुपाय ३०
- ङ) बालमृत्यू कमी करण्यासाठी आरोग्य अुपाय ३४
- च) मातामृत्यू कमी करण्यासाठी आरोग्य अुपाय ३७
- छ) आरोग्य सेवा ४२
- ज) आरोग्य धोरण व प्रशासकीय अुपाय ४५

६. समितीच्या शिफारसींवर कृती व पाठपुरावा ५१

७. संदर्भ ५२

८. पारिभाषिक शब्द व त्यांचे अर्थ ५४

९. पुरवणी ५६

I) बालमृत्यू मूल्यमापन समितीच्या प्रथम अहवालाचा सारांश
II) Bellagio Child Survival Study Group, Lancet 2003
III) Home-based Neonatal Care : Field Trial in Gadchiroli.
  a) Lancet 1999
  b) Journal of Perinatology Supplement 2005.
IV) The State of Maternal Health : Prof Dilip Mavlankar
V) Suggestions to reduce maternal deaths
VI) बालमृत्यू समितीच्या प्रथम अहवालातील शिफारसी.
VII) Suggestions by the Health Department, Govt. of Maharashtra, on the appointment and transfer policy.

प्रस्तावना

राज्यातील कुपोषण व बालमृत्यूंच्या समस्येने महाराष्ट्र व्यथित आहे. समस्या भीषण आहे, वास्तव दुःखद आहे. पण त्यामुळे महाराष्ट्र व्यथित आहे हे सुचिन्ह आहे.

महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्येचे रोगनिदान - समस्या काय आहे, का आहे, किती मोठी आहे हे वास्तव आणि त्या हिमनगाचे केवळ टोकच मोजले जाते, संपूर्ण हिमनग लपलेलाच राहतो हे सत्य समितीच्या प्रथम अहवालात विस्तृतपणे मांडले होते. तो अहवाल २४ ऑगस्ट २००४ ला शासनाला सादर करण्यात आला. १९ डिसेंबर २००४ रोजी तो विधान परिषदेत मांडण्यात आला.

महाराष्ट्राचे माननीय राज्यपाल, मुख्यमंत्री, आरोग्यमंत्री या सर्वांनी त्या अहवालाची दखल घेऊन सकारात्मक प्रतिसाद दिला आहे. कुपोषण व बालमृत्यू कमी करण्यास शासन कटिबध्द आहे हे जाहीर केले आहे. मान. उच्च न्यायालय, मुंबई यांनी जून २००४ मधे स्वतः पुढाकार घेऊन या विषयावर जनहित याचिका दाखल करुन सुनावणी सुरु केली आहे. ह्या सर्व स्वागतार्ह घटना आहेत.

समितीचा हा दुसरा व अंतिम अहवाल बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्यांवर शासनाला उपाय योजना सुचवितो.

ह्या समस्या निर्माण होण्यात ब-याच अंशी अनेक सामाजिक, आर्थिक व प्रशासकीय कारणे कारणीभूत हातभार आहेत. त्यासाठी व्यापक स्वरुपाचे उपाय लागतील. उपलब्ध काळ व आपल्या कार्यकक्षा व निधीच्या मर्यादामुळे सर्व शासकीय योजनांचा विस्तृत आढावा घेणे व मूल्यमापन करणे समितीला शक्य झालेले नाही. परंतु मर्यादांमध्ये राहून समितीने या अहवालात मुख्यतः आरोग्य विभाग व एकात्मिक बालविकास सेवा योजना (ICDS) या मार्फत लागू करुन पुढील पाच वर्षात बालमृत्यू व कुपोषण कमी करता यावेत या उद्देशाने उपाय योजना सुचविल्या आहेत. यामुळे सुचविलेले उपाय निवडक आहेत, सर्वसमावेशक नाहीत. त्यांची अंमलबजावणी होऊन परिणाम साधला जावा हा मुख्य हेतु आहे.

(बहुतेक बालमृत्यू हे सार्वजनिक आरोग्याच्या सोप्या उपायांनी टाळता येतील या वैज्ञानिक रीत्या सिध्द गृहितावर या अहवालाची मांडणी आहे.) तसे होण्यासाठी महाराष्ट्रातील प्रत्येक गावात व वस्तीत, प्रत्येक घरापर्यंत आरोग्यविषयक योग्य माहिती व उपाय पोचविणे आवश्यक आहे. त्यासाठी महागडी रुग्णालये व उपलब्ध नसलेल्या डॉक्टरांवर विसंबून न राहता ग्रामीण व आदिवासी भागातील माता-पित्यांना आपली बालके वाचविण्यासाठी सक्षम करणे, मदत करणे अशा उपाययोजना व त्यासाठी अनुरुप अशी आरोग्य व पोषण सेवा सुचविलेली आहे. आरोग्यसेवा अधिक लोकाभिमुख आणि जबाबदार (accountable) करण्यावर शिफारसींचा भर आहे.

या अहवालात व या पूर्वीच्या प्रथम अहवालात सुचविलेल्या विविध उपायांची प्रभावी अंमलबजावणी, पाठपुरावा व परिणामांचे नेमके मोजमाप केल्यास महाराष्ट्रातील बहुतांश

बालमृत्यू व कुपोषण टाळता येईल असा समितीला विश्वास वाटतो.

अेक सावधगिरीची सूचना आवश्यक वाटते. हे सर्व अुपाय अन्यत्र यशस्वी झाले असले तरी महाराष्ट्रातील शासन यंत्रणा या अुपायांचा अंमल किती चांगल्या रीतीने व प्रभावी पध्दतीने करु शकते या गुणवत्तेवर या अुपायांचा अंतिम परिणाम अवलंबून आहे. म्हणून गुणवत्तेचा आग्रह धरणे व सतत मूल्यमापन व सुधारणा करीत राहणे आवश्यक आहे.

समितीचे सदस्य हे अनुभवी व प्रत्यक्ष कार्य केलेले वरीष्ठ तज्ञ अथवा प्रशासक आहेत. त्यांनी जीव ओतून आणि त्यांचा दुर्मिळ वेळ या कामासाठी विनामूल्य देअून या अहवालातील शिफारसी शक्य तितक्या अनुरुप व वास्तववादी करण्याचा प्रयत्न केला आहे. त्या सर्वांचे मी मनःपूर्वक आभार मानतो.

समिती बाहेरचे अनेक अधिकारी, पत्रकार, लेखक, कलावंत, वैज्ञानिक, समाजसेवक, स्वयंसेवी कार्यकर्ते, व डॉक्टर्स यांनी वेळोवेळी सूचना करुन समितीला समृध्द केले आहे. त्यांचेही मी समितीच्या वतीने आभार मानतो.

या समितीचे प्रयत्न व शिफारसी या मुख्यतः शासनाला अुद्देशून आहेत. म्हणून अहवालाची दखल व अंमलबजावणी ही मुख्यतः लोकप्रतिनिधी, राजकीय नेतृत्व व शासकीय अधिकारी यांच्या हातात आहे. राज्यातील लक्षावधी कुपोषित व मृत्यूच्या धोक्यातील बालकांना वाचविण्याची मुख्य भूमिका त्यांच्याकडे आहे. या कार्यात त्यांना सुयश मिळो ही शुभेच्छा.

या समितीच्या निमित्ताने गेले सव्वा वर्ष समितीतील सदस्यांचा व माझा बराच वेळ आणि शक्ती या कामात लागली. समितीतील, शासनातील व समाजातील अनेक घटकांना सोबत घेअून अंतिमतः सकारात्मक परिणामांकडे पोहोचण्यासाठी हे प्रयत्न केले. ते सर्व प्रयत्न आम्ही महाराष्ट्राला कृतज्ञतेने अर्पण करीत आहोत.

२४ मार्च २००५

डॉ. अभय बंग
अध्यक्ष
बालमृत्यू मूल्यमापन समिती

महाराष्ट्र शासन

बालमृत्यू मूल्यमापन समिती : द्वितीय व अंतिम अहवाल

सारांश

अ) बालमृत्यू मूल्यमापन समिती व कार्यकक्षा

महाराष्ट्र शासनाने १२ डिसेंबर २००३ रोजी विधानभवनात केलेल्या घोषणेनुसार 'बालमृत्यू मूल्यमापन समिती'ची स्थापना केली. (शासन निर्णय क्र. बामुस/२००३/प्र.क्र. २८१/२००३, कु.क.३, दि. १२/१२/२००३). डॉ. अभय बंग या समितीचे अध्यक्ष असून समितीत सुरवातीस तेरा सदस्य व जानेवारी २००५ पासून १७ सदस्य आहेत.

समितीची कार्यकक्षा पुढील प्रमाणे आहे -

१. राज्यातील अर्भक मृत्यू, बालमृत्यूंची पडताळणी करणे.

२. आदिवासी भागातील कुपोषित मुलांचा आढावा घेणे.

३. बालमृत्यू, अर्भक मृत्यू, माता मृत्यू, कुपोषण अित्यादी कमी करण्यासाठी कार्यान्वित असलेल्या सर्व योजनांचा आढावा घेणे व त्यातील त्रुटी दूर करण्यासाठी अुपाययोजना प्रस्तावित करणे.

आ) समितीच्या दोन अहवालांचे विषय

प्रथम अहवाल (२४ ऑगस्ट २००४) : हा महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्यांची व्याप्ती, कारणे आणि शासनाने यापूर्वी काढलेल्या आदेशांची अंमलबजावणी यावर केंद्रीत आहे.

द्वितीय व अंतिम अहवाल : कुपोषण व बालमृत्यूच्या समस्या सोडविण्यासाठी शासनाला अुपाय योजना सुचविणे यावर केंद्रित आहे.

इ) बालमृत्यू व कुपोषणाचे आव्हान :

- भारत सरकारच्या अंदाजानुसार महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर ४५ असून त्यात गेली ७ वर्षे जवळपास सुधारणा नाही.
- महाराष्ट्रात भारत सरकारच्या अंदाजानुसार दरवर्षी १,२०,००० आणि स्वयंसेवी संस्थांच्या अंदाजानुसार १,७५,००० बालमृत्यू घडत असावेत.
- महाराष्ट्रातील ५.४% म्हणजे जवळपास ८ लक्ष मुले तीव्र कुपोषित व २१%, म्हणजे ३२ लक्ष मुले मध्यम कुपोषित आहेत.

ई) ध्येय

महाराष्ट्राचा सध्या ४५ वर असलेला अर्भक मृत्युदर कमी करुन वर्ष २०१० पर्यंत तो १५ पर्यंत कमी करणे हे महाराष्ट्र शासनाच्या लोकसंख्या व नीतीचे घोषित ध्येय आहे.

बहुतेक बालमृत्यू हे कुपोषण व जंतुदोषांचे रोग अशा संयुक्त कारणांनी होतात. नवजात बालमृत्यू, न्युमोनिया व हगवण ह्या तीन कारणांमुळे राज्यातील जवळपास ८०% बालमृत्यू होतात. या तीन कारणांवर साध्या व सोप्या अुपाय पध्दती अस्तित्वात असल्याने महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंबाबत अुपाययोजना शक्य आहे.

उ) कक्षा

सामाजिक व आर्थिक कारणांचे महत्व मान्य करुनही ही समिती मुख्यत: आरोग्य व पोषण कार्यक्रम याबाबत शिफारसी देण्यासाठी गठित केलेली असल्याने या समितीने आपले लक्ष तत्काळ अंमलबजावणी करुन पुढील पाच वर्षात बालमृत्यू व कुपोषण झपाट्याने कमी करता येण्यासारख्या आरोग्य व पोषणाशी संबंधित अुपायांवर केंद्रित करण्याचे ठरविले.

ऊ) अुपाय योजना व शिफारसी

या शिफारसींमधे मुख्य दिशा खालील प्रमाणे आहे.

क) बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्यांना शासनात अुच्च प्राथमिकता देणे व त्यावरील अुपाय योजनांसाठी आवश्यक निधी उपलब्ध करणे आणि प्रशासकीय व्यवस्था व सर्व पातळ्यांवर उत्तरदायित्व व्यवस्था (accountability) लागू करणे आवश्यक आहे. प्राथमिकतेसाठी वंचित भाग/गट सुचवले आहेत.

ख) प्रत्येक गाव, वस्ती, पाडा, झोपडपट्टी मधे अंगणवाडी आणि अेक स्थानिक समुदाय आरोग्य कार्यकर्ती असावी. पोषण व आरोग्याचे प्रस्तावित अुपाय त्यांनी घरोघरी पोचवावे.

ग) बालमृत्यू व कुपोषण कमी करणे यासाठी आवश्यक तांत्रिक अुपायांचे पॅकेज व टप्पे सुचविले आहेत.

घ) शासकीय कार्यक्रमांचे नियमीत संनियंत्रण (Monitoring) व मूल्यमापनाची गरज तसेच बालमृत्यू - कुपोषणाविरुध्द लढाईत जनसहभागासाठी अुपाय सुचविले आहेत.

१) राज्याचे धोरण

i) बालमृत्यू व कुपोषण कमी करणे ही राज्य शासनाची तातडीची प्राथमिकता व्हावी. त्यासाठी राज्याच्या सर्वोच्च नेतृत्वाखाली अेक समयबध्द अभियान सुरु करावे.

ii) राज्यातील १४% लोकसंख्या बालकांची आहे म्हणजेच सुमारे दीड कोटी बालके जोखीमग्रस्त आहेत. हे बघता राज्याच्या अंदाजपत्रकात कुपोषण व बालमृत्यूंच्या

निवारणामाठी पुरेसा व स्वतंत्र निधी प्राथमिकतेने द्यावा.

iii) अर्भकमृत्यूदर आणि कुपोषण यांच्या प्रमाणानुसार राज्यातील वंचित जिल्हे, आदिवासी तालुके आणि लोकसंख्या गटांची यादी तयार करावी. बालमृत्यू व कुपोषण निवारणामाठी त्या भागांना / गटांना त्या प्रमाणात अधिक निधी व मनुष्यबळ मिळावे.

यामाठी ही समिती महाराष्ट्रातील खालील भाग / समूह यांना विशेष दुर्बल व वंचित गट म्हणून सुचविते. हे भाग/समूह कळीचे व प्राथमिकतेचे मानावे.

१. महाराष्ट्रातील सर्व आदिवासी तालुके
२. ज्यांचा अर्भक मृत्युदर राज्याच्या सरासरीपेक्षा जास्त आहे अशा जिल्ह्यांतील ग्रामीण भाग.
३. अुर्वरित जिल्ह्यातील दुर्गम तालुके / गावे.
४. शहरी झोपडपट्ट्या व फुटपाथवर राहणारे बेघर
५. रोजगारासाठी तात्पुरते स्थलांतर करणारे मजूर समूह

iv) 'संत गाडगेबाबा ग्रामस्वच्छता अभियान' च्या धर्तीवर 'मातामृत्यू व बालमृत्यु-मुक्त गाव' व 'कुपोषण-मुक्त गाव' यांची निवड करुन त्यांना बक्षिसे द्यावीत. यातून प्रचंड लोकशिक्षण व जनसहभाग घडेल. ग्रामपंचायती व महिला बचत गटांना बालमृत्यू-कुपोषण निवारणात जबाबदारी व निधी द्यावा.

v) राज्यातील कुपोषण, बालमृत्यू व मातामृत्यू कमी करण्याचे शासकीय कार्यक्रम मुख्यत: 'राजमाता जिजाउ माता-बाल आरोग्य व पोषण मिशन' व आरोग्य विभाग यांच्या मार्फत अंमलात आणावे. या प्रस्तावित मिशनच्या ध्येयामध्ये राज्यातील बालमृत्यू कमी करणे ही प्राथमिकता असावी.

२) प्रशासकीय अुपाय

i) बालमृत्यू टाळणे याला आरोग्य विभागाने सर्वोच्च प्राधान्य द्यावे. विभागातील अधिकारी व कर्मचाऱ्यांच्या आढाव्यात व मूल्यांकनात ठळकपणे प्रकट व्हावे.

ii) जिल्हा परिषदेचे मुख्य कार्यपालन अधिकारी व विभागीय आयुक्त घेत असलेल्या आढाव्यात तसेच त्यांच्या स्वत:च्या मूल्यांकनात ही प्राथमिकतेची बाब व्हावी.

iii) बालमृत्यू व कुपोषण कमी करण्याबाबत आरोग्य विभागात व ICDS मधे गावपातळीपासून ते सर्वोच्च पातळीपर्यंत performance accountability लागू करावी.

iv) तशा मूल्यांकनासाठी व मॉनिटरिंगसाठी बालमृत्यूंची बिनचूक व १०० टक्के नोंद ही अत्यावश्यक बाब असल्याने आरोग्य विभागाच्या माहिती व्यवस्थेत (MIS) सुधारणा करुन सर्व बालमृत्यूंची माहिती मिळविणे ही तातडीची गरज आहे. त्यासाठी

समितीच्या प्रथम अहवालात सुचविलेल्या शिफारसींवर अंमलबजावणी करावी.

v) डॉक्टर, नर्सेस व आरोग्य विभागातील कर्मचारी व अधिकारी यांच्या नेमणुका व बदल्यांबाबत पारदर्शक धोरण व नियमावली असावी व त्याची काटेकोरपणे अंमलबजावणी व्हावी. त्यासाठी सूचना अहवालात दिल्या आहेत.

vi) मातामृत्यू, कुपोषण व बालमृत्यूंबाबत विविध शासकीय योजनांची अंमलबजावणी व खर्चाच्या तुलनेत प्रत्यक्ष परिणाम यांचे सखोल मूल्यांकन अशासकीय सक्षम संघटनेकडून दर दोन वर्षांनी करुन घ्यावे. खालील कार्यक्रमांचे तातडीने असे मूल्यांकन करुन या सुधारणांची सुरवात करावी.

   i) गरोदर स्त्रियांना व मातांना वाटण्यात येणाऱ्या लोहाच्या गोळ्या.
   ii) मातृत्व अनुदान योजना
   iii) कुपोषण नियंत्रणासाठी अंगणवाडीतून ३-६ वर्षांच्या मुलांना पूरक आहार देणे.
   iv) आरोग्य विभागातील माहिती व्यवस्था (MIS)
   v) बालमृत्यू कमी करण्याचे सध्याचे व आगामी कार्यक्रम

vii) आरोग्य विभागाच्या प्रशासनात विकेंद्रीकरणासाठी व जनसहभागासाठी गाव पातळीपासून ते राज्य पातळीपर्यंत मॉनिटरिंग समित्या गठीत त्यांच्याकडे आरोग्य योजनांवर देखरेखीची जबाबदारी द्यावी.

३) कुपोषणावर उपायांसाठी ICDS मधे सुधारणा

i) ICDS सेवांची व्याप्ती वाढवून १००% बालके योजनेअंतर्गत आणावी. (केंद्रशासनाच्या २००५ च्या बजेट मधे त्यासाठी उपलब्ध निधी भरगोस वाढविला आहे.)

ii) ICDS कार्यक्रमांचा सध्याचा भर निव्वळ ३-६ वर्षे वयोगटावर आहे, तो बदलून खालील लक्षगटांवर अधिक भर द्यावा.

   - नवजात बालके, ०-२ वर्षे वयोगटाची बालके व गरोदर-स्तनदा माता व किशोरवयीन मुली हे लक्षगट व्हावे.
   - आरोग्य शिक्षण, नवजात बाळांची काळजी, बालकांमधील आजारांचे निदान व उपचार आणि पूरक आहार शिक्षण हे महत्वाचे कार्यक्रम व्हावे.
   - अंगणवाडीत अन्न वाटपाऐवजी घरोघरी पोचून वरील सेवा देणे यावर भर असावा.

iii) ICDS मधील कुपोषणाबाबत आकडेवारी विश्वासार्ह वाटत नसल्याने ती भारत सरकारच्या NNMB कडून तपासून कुपोषण मोजण्याची पध्दत दुरुस्त करुन घ्यावी व नियमीतपणे प्रमाणित करुन घ्यावी.

iv) तीव्र कुपोषण निर्माण झाल्यावर कृती करण्यापेक्षा बालकांच्या वाढीत गतिरोध (growth

faltering) ओळखून तत्काळ अुपाय सुरु करणे यावर भर द्यावा.

v) अंगणवाडीत पोषण सेवांसोबतच आरोग्य शिक्षण व बालकांच्या निवडक आजारांवर अुपचार व औषधे मिळावीत.

vi) किशोरवयीन मुलींचे आरोग्य आणि बालविवाह थांबवणे याकडे विशेष लक्ष द्यावे.

४) आदिवासी भागातील कुपोषणावर अुपाय

i) विकासाच्या नियोजनात व कार्यक्रमात आदिवासींच्या ग्रामसभांचा सहभाग.

ii) सर्वांगीण विकास व विविध विभागांच्या समन्वयासाठी प्रकल्प अधिकारी म्हणून वरीष्ठ सनदी अधिकाऱ्यांची नेमणूक.

iii) दारिद्र्य निर्मूलनासाठी जंगलातून मिळणारे फायदे आणि रोजगार हमी योजना यांची नीट अंमलबजावणी.

iv) व्यापक लोकशिक्षणाद्वारे आरोग्यविषयक माहिती देणे व अंधश्रध्दा दूर करणे.

v) प्रत्येक गाव/पाड्यामध्ये अेक आरोग्य कार्यकर्ती प्रशिक्षित करावी व तिने आरोग्याचे विविध अुपाय गावातील प्रत्येकापर्यंत पोचवावे.

vi) बालकांना रोज दोनदा पूरक आहार देण्याचा प्रयोग करावा.

vii) या अहवालात अन्यत्र सुचविलेल्या विविध अुपायांची काटेकोर अंमलबजावणी.

५) बालमृत्यू कमी करण्यासाठी आरोग्य अुपाय

सार्वजनिक आरोग्याच्या सोप्या अुपायांनी आजचे दोन तृतियांश बालमृत्यू टाळता येअू शकतात. म्हणून खालील अुपायांचा अंतर्भाव राज्यातील आरोग्य कार्यक्रमांमधे करावा.

i) प्रभावी आरोग्य शिक्षणाद्वारे माता-पित्यांची माहिती व वर्तन यात सुधारणा.

ii) "घरोघरी नवजात बालसेवा" ही यशस्वी पध्दत व्यापकरीत्या अुपलब्ध करून देणे.

iii) बालकांमधील न्युमोनिया, अतिसार, हगवण, मलेरिया, गोवर व जंत अि. यांचा गावातच प्रशिक्षित आरोग्य कार्यकर्तीद्वारे अुपचार

iv) आवश्यक तेव्हा रुग्णालयात अुपचार.

६) मातामृत्यू कमी करण्यासाठी अुपाय

i) सामान्य बाळंतपणे प्राथमिक आरोग्य केंद्रात व धोक्याची बाळंतपणे ग्रामीण रुग्णालय/जिल्हा रुग्णालयात व्हावी. त्यासाठी आवश्यक त्या तातडीच्या प्रसूतीसेवा नेहमी अुपलब्ध असाव्यात.

ii) शासकीय रुग्णालयात बाळंतपणासाठी प्रस्तावित प्रोत्साहन रक्कम देअू नये. त्याअैवजी तेथील सेवांची गुणवत्ता व कर्मचाऱ्यांची वागणूक सहृदय व तत्पर व्हावी.

iii) अजुनही घरी होणारी बाळंतपणे सुरक्षित व्हावी म्हणून दाईंना प्रशिक्षण व प्रशिक्षित

दाईना 'डिलिव्हरी किट' द्यावी.

iv) तातडीच्या प्रसूतीसाठी गावात तत्काळ प्राप्त होईल असा "वाहन व प्रसूती निधी" अुपलब्ध करुन द्यावा व 'माता-मदत गट' बनवून त्यांना जबाबदारी द्यावी.

v) खाजगी प्रसूती सेवांचा गुणवत्ता चांगली राखण्यासाठी तिचे नियमन व देखरेख.

७) आरोग्य सेवा प्रभावी करण्यासाठी अुपाय

महाराष्ट्रातील बालमृत्यू कमी करण्यासाठी वर सुचवलेले विविध अुपाय राज्यात सर्वत्र अुपलब्ध करुन देणे हे आरोग्यसेवांचे काम आहे. त्यासाठी -

i) राज्यातील प्रत्येक गावात/पाड्यावर/झोपडपट्टीत अेक स्थानिक समुदाय आरोग्य कार्यकर्ती (Community Health Worker) असावी. तिची योग्य निवड, अुत्तम प्रशिक्षण, प्रेरणा, देखरेख, तिला साधन सामुग्रीचा पुरवठा व मूल्यमापन करणे आवश्यक राहील. यामध्ये राज्यातील चांगल्या स्वयंसेवी संस्थाची मदत घ्यावी.

ii) ही समुदाय आरोग्य कार्यकर्ती शासकीय कर्मचारी असू नये. तिचे नियंत्रण 'ग्राम-आरोग्य समिती'कडे असावे.

iii) केंद्रशासनाने जाहीर केलेल्या 'नॅशनल रुरल हेल्थ मिशन' मधे अशी आरोग्य कार्यकर्ती प्रस्तावित असल्याने त्या योजनेत महाराष्ट्राचा समावेश करावा.

iv) बालमृत्यू कमी करण्याचे (वर खंड ६ मध्ये)प्रस्तावित आरोग्य अुपाय दोन टप्प्यात कालबध्दरित्या राज्यभर अुपलब्ध करुन द्यावे.

ए) समितीच्या शिफारसींवर कृती व पाठपुरावा

i) समितीच्या प्रथम व द्वितीय अहवालातील शिफारसींवर अंमलबजावणीचे नियमीत संनियंत्रण (monitoring) व्हावे. त्यासाठी अेक उच्चस्तरीय गट बनवावा.

ii) अंमलबजावणीची माहिती तसेच कुपोषण व बालमृत्यूवरील परिणामांची माहिती दर वर्षी जाहीर करावी.

-------xxxxx--------

१. पार्श्वभूमी

अ) बालमृत्यू मूल्यमापन समिती व कार्यकक्षा

महाराष्ट्र शासनाने १२ डिसेंबर २००३ रोजी विधानभवनात केलेल्या घोषणेनुसार 'बालमृत्यू मूल्यमापन समिती'ची स्थापना केली. (शासन निर्णय क्र. बामुस/२००३/प्र.क्र. २८१/२००३, कु.क.३, दि. १२/१२/२००३).

डॉ. अभय बंग या समितीचे अध्यक्ष असून समितीत सुरवातीस तेरा सदस्य व जानेवारी २००५ पासून १७ सदस्य आहेत.

समितीची <u>कार्यकक्षा</u> पुढील प्रमाणे आहे -

४. राज्यातील अर्भक मृत्यू, बालमृत्यूंची पडताळणी करणे.

५. आदिवासी भागातील कुपोषित मुलांचा आढावा घेणे.

६. बालमृत्यू, अर्भक मृत्यू, माता मृत्यू, कुपोषण अित्यादी कमी करण्यासाठी कार्यान्वित असलेल्या सर्व योजनांचा आढावा घेणे व त्यातील त्रुटी दूर करण्यासाठी अुपाययोजना प्रस्तावित करणे.

समितीने दर सहा महिन्यांनी शासनाला अहवाल देणे अपेक्षित होते.

१० जानेवारी २००५ रोजी काढलेल्या नव्या शासकीय आदेशानुसार (क्र. बामुस-२००३/प्र.क्र.-२८१/०३/कु.क.३) समितीचा कार्यकाल ३१ मार्च २००५ पर्यंत मर्यादित करण्यात आला व त्यापूर्वी समितीने अंतिम अहवाल शासनाला द्यावा असे सुचविण्यात आले.

आ) समितीच्या दोन अहवालांचे विषय

प्रथम अहवाल :

२४ ऑगस्ट २००४ ला शासनाला सादर केलेला समितीचा प्रथम अहवाल हा महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्यांची व्याप्ती व कारणे तसेच बालमृत्यूची पूर्ण माहिती मिळावी म्हणून शासनाने यापूर्वी काढलेल्या आदेशांच्या अंमलबजावणी, यांवर केंद्रीत आहे. (<u>संलग्न; पुरवणी क्र. १: प्रथम अहवालाचा सारांश</u>,)

द्वितीय व अंतिम अहवाल :

सदर अहवाल हा महाराष्ट्रातील कुपोषण व बालमृत्यूच्या समस्या सोडविण्यासाठी शासनाला अुपाय योजना सुचविणे यावर केंद्रित आहे.

इ) महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाचे आव्हान

समितीच्या प्रथम अहवालात विस्तृतपणे याची चर्चा केली आहे. (सारांश - संलग्न, पुरवणी १)

१९८० ते १९९६ पर्यंत या काळात महाराष्ट्रातील अर्भक मृत्युदर बराच कमी झाला. (Sample Registration System (SRS), Govt. of India) महाराष्ट्रातील कुटुंब नियोजनाच्या व लसीकरणाच्या कार्यक्रमाचेही यश ठळकपणे दिसून येते. या अुपलब्धींसाठी आरोग्य विभागाचे अभिनंदन करायला हवे. परंतु गेल्या दहा वर्षात महाराष्ट्रातील कुपोषण व बालमृत्यू हे गंभीर प्रश्न म्हणून वारंवार पुढे आले आहेत. समस्यांचे गांभीर्य भारत सरकारच्या खालील अंदाजांतून प्रकट होते.

- महाराष्ट्रातील ५.४% (जवळपास ८ लक्ष) मुले तीव्र कुपोषित आहेत व २१.२% (जवळपास ३२ लक्ष) मुले मध्यम कुपोषित आहेत. (National Nutrition Monitoring Bureau (NNMB) 2002)
- महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर दर हजार जन्मांमागे ४५ आहे. तो कमी होणे गेली ६ वर्ष (१९९६-२००२) जवळपास थांबले आहे. (Sample Registration System, (SRS) Govt. of India).
- महाराष्ट्रात दरवर्षी १,२०,००० बालमृत्यू होत असावेत असा SRS च्या आकडेवारीवरुन अंदाज निघतो.
- स्वयंसेवी संस्थांनी व्यक्त केलेला अंदाज याहूनही अधिक (१,७५,०००) आहे. (Child Death Study Action Group, Maharashtra, Economic and Political Weekly, 2002)

कोणत्याही अंदाजाने समस्या अतिशय गंभीर व तातडीची आहे आणि गेली अनेक वर्षे त्यात जवळपास सुधारणा झालेली नाही.

------xxxxx--------

२. ध्येय

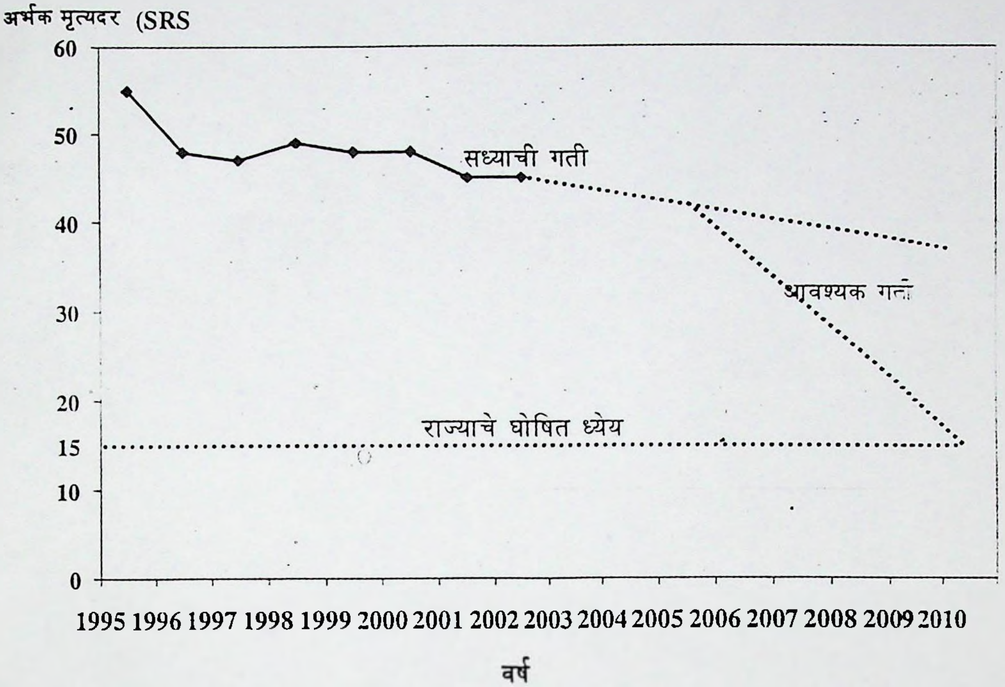
१. महाराष्ट्राचे घोषित ध्येय

- राज्याच्या लोकसंख्या धोरणानुसार महाराष्ट्रातील अर्भक मृत्युदर २०१० साली १५ पर्यंत कमी करणे हे शासनाचे घोषित ध्येय आहे. (Population Policy, Govt. of Maharashtra, 2000)
- महाराष्ट्राच्या आर्थिक व शैक्षणिक विकासाची पातळी बघता हे ध्येय योग्यच आहे. (केरळचा अर्भक मृत्युदर सध्या ११ आहे.)
- महाराष्ट्राच्या सामाजिक न्यायाच्या परंपरेला अनुसरुन हे ध्येय प्राप्त करणे महाराष्ट्राची नैतिक जबाबदारी आहे.
- संयुक्त राष्ट्र संघाद्वारे (U.N.) द्वारे २००० साली घोषित जागतिक (ज्यात भारत सहभागी आहे) Millennium Development Goals (MDG) नुसार अर्भक मृत्युदर व कुपोषण दोन तृतियांश ने कमी करणे हे जागतिक ध्येय आहे.
- हे केवळ स्वप्नरंजन नसून सार्वजनिक आरोग्याच्या सध्या उपलब्ध सोप्या उपायांची नीट व व्यापक अंमलबजावणी केल्यास अविकसित देशांतील दोन तृतियांश बालमृत्यू टाळता येतील असा निश्कर्ष जगातील प्रमुख तज्ञांच्या गटाने नुकताच काढला असून या उपायांची व्यापक उपलब्धी करुन देण्यासाठी जागतिक आवाहन केले आहे. (Bellagio Child Survival Study Group, Lancet, 2003). (संलग्न : पुरवणी २) जागतिक आरोग्य संघटना याच्याशी सहमत आहे. WHO च्या महासंचालकांनी वरील अहवालाला समर्थनाची टिप्पणी जोडली आहे. (पुरवणी-२)

महाराष्ट्राचे घोषित ध्येय प्राप्त करायचे असल्यास अर्भकमृत्यु कमी करण्याबाबत राज्याच्या सध्याच्या कृती व गतीमधे गुणात्मक बदल करावा लागेल. (आकृती-१)

आकृती - १

महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्यदर : सध्याची गती व सुधारणेची गरज



यासाठी नेतृत्वाची राजकीय अिच्छाशक्ती व दृढ निश्चय, आरोग्य विभागात प्रभावी व्यवस्थापन व परिणामकारता आणि समाजातील सर्व स्तरांमधून सक्रीय सहकार्य आवश्यक राहील.

२. अहवालाचे ध्येय

या पार्श्वभूमीवर, बालमृत्यू मूल्यमापन समितीच्या या अहवालाचे ध्येय वर्ष २०१० पर्यंत राज्यातील अर्भक मृत्युदर १५ पर्यंत कमी करण्यासाठी तसेच बालकांमधील कुपोषण व मातामृत्यू कमी करण्यासाठी महाराष्ट्र शासनाला आवश्यक अुपाय सुचविणे हे आहे.

------xxxxx-------

३. कार्यपध्दती

१. बालमृत्यू व कुपोषणाची पडताळणी करणे व आढावा घेणे, या समितीच्या दोन कार्यकक्षा समितीच्या प्रथम अहवालात पूर्ण करण्यात आल्या आहेत.

२. बालमृत्यू, मातामृत्यू व कुपोषणाशी संबंधित शासकीय योजनांचा आढावा घेणे व उपाय योजना प्रस्तावित करणे ही तिसरी जबाबदारी आहे (शासकीय आदेश, बामूस २००३/प्र. क्र.२८१/०३/कु.क.३ दिनांक १२ डिसेंबर २००३). परंतु १० जानेवारी २००५ च्या नवीन शासकीय आदशानुसार (सार्वजनिक आरोग्य विभाग निर्णय क्र. बामुस-२००३/प्र.क्र. -२८१/०३/कु.क.३)

   i) या समितीची कालमर्यादा ३१ मार्च २००५ अशी ठरवली आहे.

   ii) समितीने स्वतः सर्वेक्षणे करु नयेत अशी मर्यादा घातली आहे.

   iii) स्वतंत्र मूल्यमापनासाठी समितीला बजेट मंजूर केलेले नाही.

या तीन मर्यादांमधे काम करून महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्या सोडविण्यासाठी शासनाला उपाय योजना सुचविण्यासाठी समितीने खालील कार्यपध्दती वापरली.

१. कुपोषण, बालमृत्यू व मातामृत्यूंशी संबंधित सध्याच्या सर्व शासकीय योजनांचे, त्यांच्या कार्यान्वयनांचे आणि परिणामकारकतांचे, मूल्यमापन मर्यादांमध्ये राहून समितीला करणे अशक्य आहे. परंतु तसे मूल्यांकन करण्याची आवश्यकता वादातीत आहे. म्हणून शासनाने तसे मूल्यांकन शासनबाह्य स्वतंत्र यंत्रणेकडून पुरेसे बजेट व कालावधी देऊन करवून घ्यावे, व ते दर दोन वर्षांनी करण्याची व्यवस्था करावी अशी शिफारस करण्याचे ठरवले.

२. समितीने खालील चार स्रोतांच्या आधारे आपल्या शिफारसी ठरवल्या.

   i) समितीतील तज्ञ सदस्यांचे ज्ञान, अनुभव व निरीक्षणे.

   ii) समितीतील आजी व माजी वरिष्ठ शासकीय अधिकाऱ्यांची शासकीय योजनांतील त्रुटी व अडचणींबाबतची निरीक्षणे व अनुभव.

   iii) समिती बाहेरील वरीष्ठ शासकीय अधिकाऱ्यांचे सादरीकरण.

   iv) महाराष्ट्रातील, भारतातील व जागतिक अभ्यास व अहवालांतील महत्वाचे पुरावे व शिफारसी.

द्वितीय अहवालासाठी समितीच्या ५ बैठकी झाल्या. अशा तऱ्हेने प्रथम अहवालासाठी व द्वितीय अहवालासाठी मिळून या समितीच्या गेल्या सव्वा वर्षात एकूण दहा बैठकी व ५ विभागीय भेटी व बैठकी झाल्या.

-------XXXXX--------

४. बालमृत्यू व कुपोषणाची प्रमुख कारणे

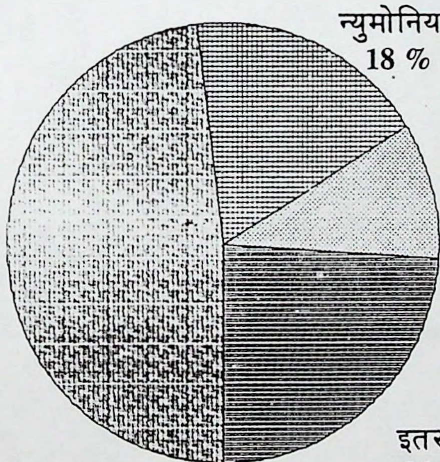
अ	आ	इ
१. बालकांचे रोग २. बालकांचे कुपोषण ३. मातांचे कुपोषण व रोग	४. आरोग्यविषयक योग्य ज्ञान व वर्तनांचा अभाव ५. आरोग्य सेवांचा व पोषण सेवांचा अभाव ६. प्रशासकीय कमतरता	७. सामाजिक व आर्थिक कारणे

१) बालकांचे रोग :

जागतिक आरोग्य संघटनेच्या ताज्या अंदाजानुसार अविकसित देशांमधील बालमृत्यू खालील प्रमाणात विविध रोगांनी होतात. (Black R B etal. Child.Survival, Lancet, 2003)

WHO, (Lancet, 2003)

(आकृती - २)



नवजात बालमृत्यूची कारणे - बालमृत्यूंचे हे सर्वात मोठे कारण असून जवळपास निम्मे बालमृत्यू यामुळे होतात. हे नवजात मृत्यू मुख्यत: खालील कारणांनी होतात. (State of the World's Newborns, 2001)

१. नवजात बाळांना जंतुदोष	३२%.
२. जन्मतांना गुदमरणे	२९%.
३. अपुऱ्या महिन्यांचा जन्म (pre-term)	२४%.

४. जन्मजात व्यंग १०%

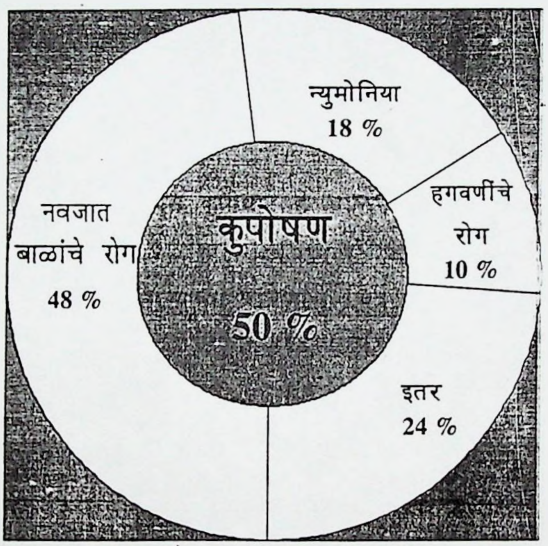
५. अितर ५%

२) बालकांचे कुपोषण :

बालकांचा मृत्यू अंतिमतः रोगांनी होत असला (आकृती ३) तरी कुपोषित बालकांमधे मृत्यू जास्त प्रमाणात होतात. म्हणून कुपोषण हे बालमृत्यूंचे अेक पूरक कारण आहे. जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अंदाजानुसार ५० बालमृत्यूंमधे कुपोषण हे अेक पूरक कारण असते. हे पूरक कारण जोडून पाहिले असता बालमृत्यूंच्या कारणाचे चित्र असे दिसते. (आकृती- ३)

(आकृती - ३)

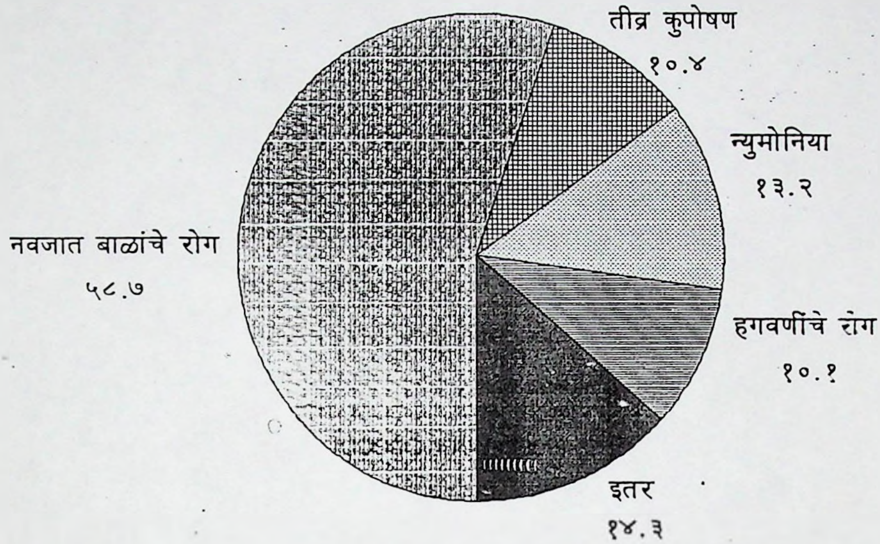
(WHO च्या आकडेवारीवर आधारित)



वरील आकडेवारी ही जागतिक झाली. महाराष्ट्रात केलेल्या अभ्यासात बालमृत्यूंची कारणे ही आकृती ५ मधे दाखवल्याप्रमाणे आढळली आहेत.(CDSAG, EPW, 2002)

(आकृती - ४)

महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंची कारणे .
(CDSAG, EPW, 2002)



टीप - काही मृत्यूंसाठी अेकाहून अधिक महत्वाची कारणे असल्याने अेकूण बेरीज १०० टक्क्यांपेक्षा थोडी जास्त आहे.

महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंबाबत प्रमुख निरीक्षणे -

१. लसीकरणामुळे टाळता येअू शकणाऱ्या बालमृत्यूंबाबत राज्यात ठळक यश मिळाले आहे. गोवर, धनुर्वात ही मृत्यूची कारणे आता जवळपास आढळत नाहीत.

२. नवजात बालकांचे मृत्यू हे बालमृत्यूंचे सर्वात महत्वाचे कारण आहे. बालमृत्यूंपैकी ५८% व अर्भक मृत्यूंपैकी ७५% मृत्यू नवजात बाळांमधे होतात.

३. न्युमोनिया व हगवण ही सहज अुपचार करता येण्यासारखी कारणे आहेत.

४. तीव्र कुपोषण हे प्रमुख कारण म्हणून या सर्वेक्षणात १०.४% बालमृत्यूंमधे आढळले.

बालमृत्यू कुपोषणाने होतात की रोगांनी ?

WHO च्या आकडेवारीनुसार ५० टक्के बालमृत्यूंमधे कुपोषण हे अेक पूरक कारण म्हणून अुपस्थित असते. कुपोषणामुळे बालकांची प्रतिकारशक्ती कमी होते, जंतुदोष (न्युमोनिया, हगवण) पट्कन होतात. या अुलट जंतुदोष हे बालकांचा आहार कमी करतात, शक्तीचा ऱ्हास करतात व कुपोषण निर्माण करतात किंवा वाढवतात. अशा रीतीने कुपोषण व जंतुदोषांचे रोग

यांचे परस्पर पूरक असे विषचक्र आहे.

"बालमृत्यू कुपोषणाने झाले" असे म्हणणे राज्यकर्ते टाळू अिच्छितात कारण त्यात 'अुपासमारीने मृत्यू' असा अर्थ निघण्याची त्यांना काळजी वाटते. वस्तुतः कुपोषण केवळ अुपासमारीमुळे निर्माण होत नाही. जंतुदोष व अज्ञानही त्याला कारणीभूत असतात. तसेच बालमृत्यू हे केवळ कुपोषण किंवा केवळ जंतुदोषांच्या रोगांनी होत नाही. बहुतेक बालमृत्यू हे कुपोषण, अज्ञान व जंतुदोष यांच्या संयुक्त परिणामामुळे होतात.

निष्कर्ष :

बहुतेक बालमृत्यू हे कुपोषण व जंतुदोषांचे रोग अशा संयुक्त कारणांनी होतात. नवजात बालमृत्यू, न्युमोनिया व हगवणीचे रोग ह्या तीन कारणांमुळे राज्यातील जवळपास ८०% बालमृत्यू होतात. या तीन कारणांवर साध्या व सोप्या अुपाय पध्दती शक्य असल्याने महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंबाबत अुपाययोजना करणे शक्य आहे.

३. मातांचे कुपोषण व रोग

मातांचे कुपोषण व रोग यांचा बालमृत्यूवर परिणाम होतो. कुपोषित आईला होणारे बाळ गर्भाशयातच कुपोषित असल्याने कमी वजनाचे (low birth weight) जन्माला येते. भारतातील ३०% मुले अशी कमी वजनाची जन्माला येतात. (State of World's Newborns 2001) अशा low birth weight बाळांमधे अर्भक मृत्यूचे प्रमाण जास्त असते. मातेच्या अंगात कमी रक्त अथवा जंतुदोष (मलेरिया, प्रजनन मार्गात जंतुदोष) असल्यास बाळ low birth weight जन्माला येण्याचा धोका वाढतो. गर्भावस्थेच्या छोटया काळात मातेचे कुपोषण दूर करणे सहसा शक्य होत नाही. म्हणून सामाजिक सुधारणांद्वारे स्त्रीचे सामाजिक स्थान अुंचावणे (अुदा. केरळ), लग्नाचे वय वाढवणे अथवा लग्नापूर्वीच (किशोरवयीन मुलींना) पोषण व लोह देअून त्यांचे आरोग्य सुधारणे हे अधिक संभाव्य मार्ग असू शकतात. शिवाय गर्भावस्थेतील आरोग्य तपासणींद्वारे जंतुदोष ओळखून त्यांचा वेळीच अुपचार करणे हाही अेक अुपाय असू शकतो.

४. माहिती व योग्य वर्तनांचा अभाव

कुपोषण व बालमृत्यूंसाठी आर्थिक व सामाजिक कारणे कारणीभूत ठरतात. ती बऱ्याचदा पालकांच्या योग्य ज्ञान व वर्तनांच्या अभावाद्वारे आपला प्रभाव पाडतात. उदा. निरक्षर आई-वडील लसीकरण करून घेत नाहीत किंवा मूल आजारी असल्यास तत्काळ आरोग्य उपचार स्वीकारत नाहीत. या तऱ्हेने खालील कारणे कुपोषण व बालमृत्यूंना कारणीभूत होऊ शकतात.

- निरक्षरता, विशेषतः स्त्रियांमधील निरक्षरता.
- माता व बालकांच्या संगोपन व आरोग्याविषयी माहितीचा अभाव.
- गैरसमजुती
- अंधश्रध्दा
- घातक चालीरीती
- आरोग्य कार्यक्रमांची व सेवांची माहिती नसणे

म्हणून, योग्य माहिती व योग्य वर्तन हे कुपोषण/बालमृत्यू कमी करण्याचे प्रभावी साधन आहे.

५. आरोग्यसेवा व पोषण सेवांची कमतरता

गरीबी व सामाजिक मागासलेपण असतांनाही १९८० ते १९९६ च्या दरम्यान योग्य आरोग्य उपायांनी महाराष्ट्रातला अर्भक मृत्युदर झपाट्याने कमी झाला. बांगला देशमधे, पंजाब मधील नारंगवाल येथील प्रयोगात अथवा गडचिरोलीमधील "सर्च" संस्थेच्या प्रयोगात असे (पुरवणी-३) घडले की माता-बालकांपर्यंत पोचू शकणारी प्रभावी आरोग्यसेवा व आरोग्य शिक्षण दिल्याने अर्भक मृत्युदर झपाट्याने कमी झाला. मोठ-मोठाल्या रुग्णालयांद्वारे या आरोग्यसेवा दिल्या नव्हत्या. वरील सर्व प्रयोगात गावपातळीच्या प्राथमिक आरोग्य सेवांमुळे परिणाम झाला.

असा परिणाम शक्य असूनही प्रत्यक्षात प्राथमिक आरोग्यसेवा व बालपोषणाच्या योजना व्यापक प्रमाणात राज्यातील माता-बालकांपर्यंत पोचत नसल्याने टाळता येऊ शकणारे कुपोषण व बालमृत्यू मोठ्या प्रमाणात घडत आहेत. रुग्णालये व आरोग्य केंद्रांच्या इमारती बांधून किंवा डॉक्टर्सच्या नेमणुका करूनही शासकीय कार्यक्रमांचा अपेक्षित परिणाम घडतांना आढळत नाही. शासकीय कार्यक्रमांचा अपेक्षित परिणाम (उदा. अर्भक मृत्युदर कमी होणे) अंतिमतः घडतो

NUT-115
11145 P05

आहे की नाही व नसल्यास का हे शासनात पुरेसे तपासले जात नाही. त्यामुळे मोठ्या प्रमाणात प्रयत्न व पैसा वाया जात राहतो.

६. प्रशासकीय कमतरता

आरोग्यसेवा व पोषण सेवा (ICDS) यांच्याद्वारे बालमृत्यू व कुपोषण कमी करणे संभव असूनही आज तसे घडत नाही. याचे अेक प्रमुख कारण या विभागांमधील प्रशासकीय कमतरता आहे. त्यांचे स्वरुप खालील प्रमाणे आहे.

१. प्राथमिक आरोग्य सेवांना आवश्यक डॉक्टर्स व नर्सेसची अनुपलब्धी व गैरहजेरी

२. गाव पातळीवर आरोग्य कार्यकर्ती नसणे.

३. शासकीय कर्मचाऱ्यांमधे प्रेरणा व प्रभावी प्रशिक्षणाचा अभाव. त्यामुळे गुणवत्तेवर परिणाम.

४. आरोग्य विभागाच्या व ICDS च्या कार्यक्रमांचा भर योग्य टार्गेट ग्रूपवर किंवा बालमृत्यू-कुपोषणाच्या मुख्य कारणांवर नसणे.

५. विभागीय माहिती व्यवस्था (MIS) विश्वासार्ह नसणे.

६. विविध स्तरावरील अधिकाऱ्यांनी MIS चा पुरेसा व प्रभावी अुपयोग न केल्यामुळे केलेल्या कामाचे योग्य monitoring न होणे.

७. कर्मचारी व अधिकारी या दोन्ही पातळींवर उत्तरदायित्वाचा (accountability) अभाव.

८. विविध विभागांमधे व विविध पातळ्यांवर समन्वयाचा अभाव.

७. सामाजिक व आर्थिक कारणे

- गरीबी, बेरोजगारी
- भौगोलिक विभागांचे मागासलेपण
- रस्ते व दळणवळणाच्या साधनांचा अभाव
- स्वच्छता व पाणी पुरवठ्याचा अभाव.
- स्त्रियांना दुय्यम स्थान
- स्त्री शिक्षणाचा अभाव
- जातिप्रथा व त्यामुळे काही समाजघटकांचे मागासलेपण
- बालविवाह

- रोजगारासाठी स्थलांतर
- अितर

समाजाचा आर्थिक विकास व सामाजिक विकास यांचे कुपोषण व बालमृत्यूच्या समस्यांशी नाते सर्वमान्य आहे. कुटुंबाचा आर्थिक स्तर सुधारला किंवा स्त्रियांचे स्थान व शिक्षण सुधारले की अर्भक मृत्युदर झपाट्याने कमी होतो. त्यासाठी प्रयत्न व्हावयालाच हवेत.

-------xxxxx--------

५. अुपाय योजना व शिफारसी

क) कक्षा

सामाजिक व आर्थिक कारणांचे महत्व मान्य करुनही ही समिती मुख्यत: आरोग्य व पोषण कार्यक्रम याबाबत शिफारसी देण्यासाठी गठित केलेली असल्याने या समितीने आपले लक्ष तत्काळ अंमलबजावणी करुन पुढील पाच वर्षात बालमृत्यू व कुपोषण झपाट्याने कमी करता येण्यासारख्या आरोग्य व पोषणाशी संबंधित अुपाय योजनांवर केंद्रित करण्याचे ठरविले. म्हणून या अहवालातील शिफारसी मुख्यत: बालकांचे रोग, कुपोषण, मातांचे आरोग्य, योग्य माहिती व वर्तनाचा अभाव, आरोग्य सेवांचा अभाव व प्रशासकीय कमतरता या सहा कारणांवर अुपाय करण्यावर लक्ष केंद्रित करतात. आदिवासी भागांसाठी वेगळा समग्र विचार केला आहे. तसेच महाराष्ट्रातील दुर्बल/वंचित भाग/घटक ओळखून त्यांना प्राथमिकता देण्याची शिफारस केली आहे.

ख) विशेष दुर्बल व वंचित घटक कोणते ?

बालके व माता हे जैविक दृष्ट्या दुर्बल व धोक्यात असलेले गट आहेतच. पण राज्यातील खालील भागांतील किंवा समूहांतील बालके व त्यांच्या माता हे विशेष वंचित आहेत. हे ठरविण्याचा मुख्य आधार त्या जिल्ह्यातील किंवा समूहांतील अर्भक मृत्युदर जास्त असणे हा आहे, किंवा इतर धोक्यांच्या आधारावर हे गट निवडले आहेत.

ही समिती महाराष्ट्रातील खालील भाग / समूह यांची बालमृत्यू व कुपोषणाबाबत विशेष दुर्बल व वंचित गट म्हणून निवड करते.

१. महाराष्ट्रातील सर्व आदिवासी तालुके

२. अर्भक मृत्युदर राज्याच्या सरासरीपेक्षा जास्त असलेल्या जिल्ह्यांतील ग्रामीण भाग.

३. अुर्वरित जिल्ह्यातील दुर्गम तालुके / गावे.

४. शहरी झोपडपट्ट्या व फुटपाथवर राहणारे बेघर

५. रोजगारासाठी तात्पुरते स्थलांतरित मजूर समूह

या शिवाय अितरही काही जनसमूह (अुदा. भटक्या जमाती, बिगरआदिवासी तालुक्यात राहणारे आदिवासी) हे वंचित गटात येतील. पण या व अशा अनेक वंचित घटकांमधील बालमृत्यू व कुपोषणाच्या प्रमाणाबाबत नेमकी आकडेवारीच अुपलब्ध नाही. ती

गोळा करणे ही या दुर्बल गटांना ओळखण्याची पूर्वअट असेल.

बालमृत्यू व कुपोषण कमी करण्याचे प्रयत्न व उपायांमधे या वंचित समूहांना प्राथमिकता देणे तीन कारणांमुळे आवश्यक आहे.

२) समस्येची भीषणता व मानवी न्यायाची गरज

३) बालमृत्यू व कुपोषणाचे सर्वाधिक प्रमाण या समूहांत असल्याने येथे केलेल्या उपायांमुळे समाजाला जास्त फायदा मिळेल.

४) येथील बालमृत्यू व कुपोषण कमी केल्याखेरीज राज्याचे एकूण चित्र फार सुधारण्याची संभावना नाही.

बालमृत्यू व कुपोषणाविरुध्द युध्दाच्या रणनीतीमधे हे वंचित विभाग/समूह अतिशय कळीचे व प्राधान्याचे मानावे.

ग) कुपोषणावर उपाय योजना

पार्श्वभूमी :

महाराष्ट्रातील बालकांमधे तीव्र व मध्यम कुपोषणाचे प्रमाण याबाबत विस्तृतपणे प्रथम अहवालात आणि या अहवालाच्या सुरवातीस चर्चा केली आहे. भारत सरकारच्या आकडेवारीनुसार (NNMB, 2000 व 2002)

- ग्रामीण भागात ५.४% व आदिवासी भागात १४% मुले तीव्र कुपोषित आहेत.
- ग्रामीण भागात २१% मुले मध्यम कुपोषित आहेत.
- म्हणजे राज्यात जवळपास ८ लक्ष मुले तीव्र कुपोषित व ३२ लक्ष मुले मध्यम कुपोषित आहेत.
- गेल्या १५ वर्षात या प्रमाणात जवळपास सुधारणा नाही.

बालकांमधील कुपोषण टाळणे/कमी करणे यासाठी सध्या शासनात अनेक विभाग/योजना कार्यरत आहेत. त्यातील महत्वाचे कार्यक्रम खालील प्रमाणे आहेत :

१) एकात्मिक बालविकास योजना (ICDS)

२) आरोग्य विभागाद्वारे होणारे रोग नियंत्रणाचे कार्यक्रम (लसीकरण, हगवण व श्वसन रोगावर कार्यक्रम, आरोग्य शिक्षण, माता आरोग्याचे कार्यक्रम, कुटुंब नियोजन)

३) ग्रामविकास विभाग

४) आदिवासी विकास विभागाचे कार्यक्रम

५) रोजगार हमी योजना व सार्वजनिक अन्न वितरण व्यवस्था

६) शालेय व बहिर्शालेय शिक्षण

७) स्त्रियांच्या विकासाचे कार्यक्रम

या सर्वांचे महत्वाचे योगदान असले तरी ICDS ही कुपोषण नियंत्रणाची प्रमुख योजना असल्याने अिथे समितीमधील चर्चा व शिफारसी ICDS मधील सुधारणांवरच मर्यादित ठेवण्यात आली आहे. सामाजिक व आर्थिक सुधारणा आवश्यक असल्या तरी या समितीच्या कार्यकक्षा आणि मर्यादा बघता या अहवालाअंतर्गत त्यांचा विशेष अुहापोह केलेला नाही. त्यांची चर्चा आदिवासी भागासाठी अुपाय योजना या अंतर्गत केली आहे.

ICDS मधे आवश्यक सुधारणांसाठी शिफारसी

१. <u>राजमाता जिजाअु माता बाल आरोग्य मिशन</u> : महाराष्ट्र शासनाने बालकांमधील कुपोषण व बालमृत्यू निवारणासाठी वेगळे मिशन स्थापन करण्याचा निर्णय जाहीर केला आहे. तो स्वागतार्ह आहे. त्या मिशनच्या मार्फत ICDS मधील सुधारणा व सक्षमीकरण करावे. मिशन मार्फत ICDS, आरोग्य विभाग व संबंधित अन्य विभागांचे सुसुत्रीकरण व्हावे.

२. <u>१००% व्याप्ती साध्य करावी</u> : सहा वर्षेपर्यंत वयाच्या राज्यातील जवळपास अेक कोटी चाळीस लक्ष बालकांपैकी ICDS अंतर्गत ६२ लक्षांची नोंदणी झाली तरी प्रत्यक्षात ४८ लक्ष बालकांनाच सेवा मिळते. ही व्याप्ती वाढवून (शहरी मध्यम व अुच्च वर्गीय भाग सोडून) राज्यव्यापी करण्यात यावी व १००% व्याप्ती साध्य करावी. (केंद्र शासनाने नुकतेच यासाठी वाढीव बजेट घोषित केलेले आहे)

३. <u>लक्षगट ग्रूप व कार्यक्रमांचा केंद्रबिंदू बदलावा</u> : अंगणवाडीमधे मुख्यत: ३ ते ६ वर्षाची मुले पोचतात व त्यांना पूरक आहार दिला जातो. पण खालील गट अंगणवाडीत सहसा येत नाहीत.

- सर्वाधिक बालमृत्यू होणारा नवजात बालकांचा वयोगट,
- कुपोषण जेव्हा सुरु होते व सर्वात धोक्याचे असते तो ६ महिने ते २ वर्ष हा वयोगट,
- गरोदर व स्तनदा माता

कुपोषण थांबवण्यासाठी निव्वळ कुपोषित बालकांवर लक्ष केंद्रित करण्याऐवजी गरोदरपण, नवजात काळ, अर्भक काळ, २ वर्ष वयापर्यंतचा काळ आणि स्तनदा माता असे क्रमाने लक्ष द्यावे व उपाय करावे. म्हणून अंगणवाडी कार्यकर्तीच्या कामाचा मुख्य भर अंगणवाडी केंद्रात मुलांना निव्वळ अन्न वाटप ऐवजी घरोघरी पोचून वरील धोक्याचे वयोगट व मातांपर्यंत पोचणे हा असावा. यासाठी पूरक आहार वाटपासोबत ICDS चा प्रमुख भर खालील कामावर असावा :

- मातांचे आहार शिक्षण व आरोग्य शिक्षण.
- नवजात बाळांचे आरोग्य.
- बालकांच्या जंतुदोषांचा प्रतिबंध व उपचार. (न्युमोनिया, हगवण, मलेरिया, जंत)
- १००% बालकांचे पूर्ण लसीकरण.
- ६ महिने वयानंतर पूरक आहार सुरु करणे.

४. <u>कुपोषणाच्या आकडेवारीची तपासणी</u> : कुपोषित बालकांची संख्या व प्रमाण या बाबत ICDS मधील आकडेवारीची विश्वासार्हता तपासण्याची गरज आहे. केवळ ०.३५% मुले तीव्र कुपोषित आहे असे ICDS ची आकडेवारी असतांना National Nutrition Monitoring Bureau (NNMB) या भारत सरकारच्या शास्त्रीय यंत्रणेला ग्रामीण महाराष्ट्रातील बालकांत तीव्र कुपोषणाचे प्रमाण ५.४% व आदिवासी भागात १४% आढळले. (NNMB, 2002)

ICDS विभागाने आपल्या यंत्रणेद्वारे कुपोषण मोजण्याच्या व अहवालित करण्याच्या पध्दतींचे व त्रुटींचे NNMB च्या मदतीने मूल्यांकन करुन आपल्या यंत्रणेसाठी प्रशिक्षण, प्रोत्साहन व प्रशासन या पध्दतींनी बालकांमधील कुपोषण मोजण्याचे प्रमाण विनचूक करावे. ते वेळोवेळी स्वतंत्र यंत्रणेद्वारे तपासून घ्यावे.

५. <u>कुपोषण निर्माण होण्याअगोदर कृती करावी</u> : बालकांचे वजन मोजून तीव्र कुपोषण शोधून मग त्यांच्यावर उपाय करेपर्यंत फार उशीर झालेला असतो. म्हणून ICDS चा भर केवळ कुपोषणाच्या वर्गीकरणावर न ठेवता

i) बालकाच्या वजनाची नियमीत वाढ थांबताच (Growth faltering) ताबडतोब उपाय करण्यावर असावा. यामुळे कुपोषण निर्माण होण्याच्या सुरवातीलाच अशी बालके ओळखली जातील.

ii) Growth faltering होताच आई-वडिलांना मार्गदर्शन व बालकांना पूरक आहार, द

जंतुदोषांचा अुपचार मिळावा.

iii) वारंवार जंतुदोष होणाऱ्या किंवा आजारी पडणाऱ्या बालकांना हमखास कुपोषण होते. म्हणून अशा बालकांचा शोध घेअून त्यांची डॉक्टरांद्वारे आरोग्य तपासणी व अुपचाराची नियमीत व्यवस्था सुरु करावी.

६. <u>अंगणवाडीत आरोग्य सेवा व अुपचार द्यावीत</u> : अंगणवाडी ही निव्वळ खाअू वाटप केंद्र न राहता गावात आई व बालकांना आवश्यक किमान आरोग्यसल्ला व कांही जंतुदोषांचा अुपचार (अुदा. हगवण, न्युमोनिया, मलेरिया, ताप) ICDS मार्फत देखील अुपलब्ध व्हावा. त्यामुळे या अुपचारांचे व्याप्ती व परिणामकारकता वाढेल. यासाठी अंगणवाडी कार्यकर्तीचे आवश्यक प्रशिक्षण करावे आणि आवश्यक ती औषधे अंगणवाडी केंद्रात अुपलब्ध करुन द्यावीत.

७. अंगणवाडी केंद्रांना नेहमी लागणाऱ्या औषधांचा पुरवठा दर तीन महिन्यांनी करावा व तो गरजेनुसार असावा.

८. पोटातील जंतांमुळे कुपोषण वाढते. म्हणून सर्व बालकांचे नियमीत de-worming करावे.

९. <u>कुपोषण थांबवण्यासाठी आहार शिक्षण</u> :

नवजात बालकांना योग्य स्तनपान व ६ महिने वयानंतर पूरक आहाराची सुरवात ही कुपोषण थांबवण्यासाठी अतिशय महत्वाची पाअुले आहेत. हे व्यवस्थित होण्यावर भर असावा, त्याचे मॉनिटरिंग व मूल्यांकन व्हावे.

१०. <u>वजन वाढीत पालक व समुदायाच्या सहभागासाठी</u> :

i) बालकांचे वजन वाढीचे कार्ड हे पालकांजवळ ठेवावे. बालकांचे वजन व growth faltering ओळखणे व त्यावर योग्य प्रतिसाद देणे या प्रक्रीयेत पालकांना जबाबदारी घेण्यास मदत करावी.

ii) शेजार-पाजार व ग्रामसमूहातील अितर लोकांचा आई-वडिलांच्या वागणुकीवर परिणाम होतो. म्हणून प्रत्येक मोहल्ला/वार्ड मधील मातांना अेक दुसऱ्यांच्या बालकांच्या वजन वाढीतील समस्यां ओळखण्यात व अुपाय करण्यात सक्रीय करावे.

११. <u>आदिवासी भागात रोज दोन वेळा पूरक आहार</u> : आदिवासी भागातील तीव्र कुपोषणाचे अुच्च प्रमाण (१४%) (NNMB, 2002) व गरीबी बघता आणि लहान मूल अेकावेळी जास्त अन्न खाअू शकत नसल्याने आदिवासी भागातील अंगणवाड्यात दिवसांतून दोनदा पूरक आहार दिल्यास कुपोषण कमी होते का ही संभावना तपासून बघावी.

१२. आहाराचा प्रकार : ICDS मधे देण्यात येणाऱ्या पूरक आहारात व तीव्र कुपोषणाच्या उपचारासाठी देण्यात येणाऱ्या थेरॅप्यूटिक आहारात स्थानिक अुपलब्ध अन्नाचे प्रकार व मुलांची आवड बघून लवचिकता असावी.

१३. लोह, जीवनसत्वे व आयोडीनयुक्त मीठ :

i) गर्भवती महिला, माता व बालकांना पूरक अन्नासोबतच स्त्रियांना स्वीकारार्ह असणाऱ्या स्वरुपात लोह व जीवनसत्वे द्यावीत.

ii) कुटुंबाद्वारे आयोडिनयुक्त मीठाचा बाजारातून विकत घेअून वापर वाढावा.

१४. मुलींकडे विशेष लक्ष : मुलींकडे होणारे दुर्लक्ष व भेदभाव यामुळे मुलींमधे कुपोषण व मृत्यूचे प्रमाण अधिक आहे. ICDS मधे मुलींकडे विशेष लक्ष व प्राथमिकता द्यावी. ती प्राथमिकता कार्यक्रमात व मूल्यांकनात प्रकट व्हावी.

१५. किशोरवयीन मुलींसाठी :

i) किशोरवयीन मुलींना तसेच नुकतेच लग्न झालेल्या मुलींना व अल्पवयीन मातांना जीवन विषयक शिक्षण, आहार शिक्षण तसेच लोहयुक्त गोळ्या देण्यावर विशेष भर द्यावा.

ii) १८ वर्षे वयापूर्वी मुलींचे लग्न व २० वर्षे वयापूर्वी बाळंतपण झाल्यास कमी वजनाची बालके जन्मास येतात व बालकांमधे कुपोषण व मृत्यूचे प्रमाण वाढते. तसे होअू नये यासाठीं वयाची नोंदणी, लग्नाच्या वयावर लक्ष व बालविवाह प्रतिबंध करण्यासाठी ICDS मार्फत प्रयत्न करावे व त्याचे सन्नियंत्रण (मॉनिटरिंग) करण्यासाठी ग्रामसेवकास संपूर्णपणे मदत करावी. ग्रामसेवकाला बालविवाह प्रतिबंधक अधिकारी नामनिर्देशित करुन व बालविवाह तत्काळ रिपोर्ट करण्याची जबाबदारी द्यावी.

घ) आदिवासी भागातील कुपोषणावर अुपाय

पार्श्वभूमी

महाराष्ट्रातील आदिवासी भागात लहान मुलांमधील कुपोषणाचे प्रमाण लक्षणीय आहे. भारत सरकारच्या NNMB च्या आकडेवारी नुसार महाराष्ट्रात सुमारे १४ टक्के आदिवासी मुले तीव्र कुपोषित आहेत. (NNMB. 2002) ही बाब चिंता करण्याजोगी आहे. या समितीच्या प्रथम

अहवालात मांडल्याप्रमाणे राज्यातील आदिवासी भागातील अर्भक मृत्युदर सर्वात जास्त, म्हणजे ८० च्या दरम्यान असावा.

ही समिती असे मानते की आदिवासींमधील घनघोर दारिद्र्य, जंगलांसारख्या त्यांच्या पारंपारिक अुपजीविकेच्या साधनांपासून त्यांची होत असलेली फारकत, रोजगाराची कमतरता, शिक्षणाचा अभाव, अज्ञान आणि अंधश्रध्दा ह्या सर्वांच्या अेकत्रित परिणामातून कुपोषण जन्माला येते.

ह्या खेरीज आदिवासी विकासाकडे शासनाचे म्हणावे तितके लक्ष आहे असं दिसत नाही. वास्तविक शासनाच्याच धोरणानुसार, लोकसंख्येचे प्रमाण लक्षात घेअून, राज्याच्या अंदाजपत्रकातील सुमारे ९% खर्च हा आदिवासी विभागातील विकास कामांवर व्हायला हवा. मात्र तसे होताना दिसत नाही. गतवर्षीची आकडेवारी पाहिली तर सुमारे तीन टक्क्यांच्या आसपास खर्च शासनाने आदिवासी विकासावर केलेला दिसतो.

त्यामुळे अेका बाजूला भीषण दारिद्र्य, दुसऱ्या बाजूला शासन दाखवत असलेली आदिवासी विकासाबाबतची अनास्था आणि तिसरे, सुरु असलेल्या शासकीय कार्यक्रमांची निकृष्ट अंमलबजावणी ह्या तिन्ही गोष्टींमुळे आदिवासींमधील कुपोषणाचे प्रमाण आटोक्यात येताना दिसत नाही. खंबीर पाउले अुचलली नाहीत तर हे चित्र आपोआप बदलण्याची शक्यता नाही. शिवाय शासकीय योजनांची आखणी व अंमलबजावणी यामधे आदिवासी समाजाचा सहभाग नसल्याने केवळ नोकरशाहीच्या दृष्टिकोणानुसार व बळावर आदिवासी विकासाच्या योजना राबविल्या जातात. अंमलबजावणी करणाऱ्या यंत्रणेमधे बऱ्याचदा प्रेरणा, सहानुभूती व कार्यक्षमतेचा अभाव असतो. म्हणून आदिवासींच्या विकासाचा अभाव व कुपोषण हे निसर्ग निर्मित नसून मानवी अपयश आहे.

अुपाय योजना :

<u>आदिवासींच्या सहभागाने सर्वांगीण विकासाची गरज व शासकीय विभागांमधे समन्वय</u> - आदिवासींचे जीवन जंगलाशी निगडीत आहे. त्यामुळे जंगलापासून मिळत असलेल्या नैसर्गिक संपत्तीमधे त्यांना वाटा मिळणे आवश्यक आहे. जंगल विभागासोबत ग्रामीण विकास, रोजगार हमी, शिक्षण, पाणी व सार्वजनिक स्वच्छता आणि महसूल ह्या सर्व विभागांमध्ये समन्वय राखून सर्व विभागांनी आदिवासी विकासाचा हेतू मनात ठेवून अेकत्रित काम करण्याची आवश्यकता आहे.

त्यासाठी आदिवासी विकास प्रकल्प पातळीवर वरिष्ठ सनदी अधिकाऱ्यांचीच नेमणूक करावी आणि त्या अधिकाऱ्यांवर शासकीय निर्णयांच्या काटेकोर अंमलबजावणीची आणि विविध विभागातील समन्वयाची जबाबदारी द्यावी. तसेच निर्णय प्रक्रियेत प्रत्येक पातळीवर आदिवासींच्या सहभाग आवश्यक आहे.

१. <u>काटेकोर मोजमाप</u> - महाराष्ट्राच्या सर्व आदिवासी भागांमधील कुपोषणाची आणि बालमृत्यूची नेमकी परिस्थिती आपणास माहित नाही. आपण मोजलेच नाही तर अुपाययोजनाही करता येणार नाही.

म्हणून महाराष्ट्राच्या विविध आदिवासी भागांमध्ये आणि विशिष्ठ गावांमध्ये कुपोषणाच्या परिस्थितीची सखोल माहिती सातत्याने जमा करत रहावी. पुढील किमान दहा वर्षासाठी अेखाद्या नामवंत आणि स्वतंत्र सामाजिक संशोधन संस्थेकडून हे काम अत्यंत काटेकोरपणे करत रहावे. त्याचप्रमाणे दर दोन वर्षांनी त्याचा अहवाल समाजासमोर येत रहावा म्हणजे त्यावर आधारित नियोजन करता येईल आणि परिस्थितीवर देखरेख ठेवता येईल.

२. <u>आरोग्य अुपाय व कुपोषणावरील अुपायांची प्रभावी अंमलबजावणी</u> : या अहवालात 'कुपोषण', 'बालमृत्यू', 'मातामृत्यू' व 'आरोग्यसेवा' या विविध शीर्षकांखालील भागात शिफारसी केलेले अुपाय आदिवासी भागात प्राथमिकतेने व प्रभावीपणे अंमलात आणावे. (त्यांची पुनरावृत्ती अिथे केलेली नाही)

३. <u>वस्ती-पाड्यांवर प्रशिक्षित आरोग्यसेविका</u> - आदिवासी विभागाचे आणखी अेक विशेष म्हणजे पाड्यांवरची, टोल्यांवरची विरळ लोकसंख्या आणि दुर्गमता.

अशा परिस्थितीत ह्या अहवालात इतरत्र सुचविल्याप्रमाणे लहान मुलांच्या आरोग्यावर लक्ष ठेवणारी प्रशिक्षित स्थानिक समुदाय आरोग्यसेविका, (CHW), प्रत्येक वस्तीत प्रशिक्षित केली जावी. ही आरोग्यसेविका बाळाची आई आणि पारंपारिक दाईसोबत काम करेल आणि ती जोमदार प्रशिक्षणानी सज्ज असेल. ती विविध आरोग्य अुपाययोजनांना आदिवासी गावात अुपलब्ध करुन देईल व सर्वांपर्यंत पोचून बालमृत्यू टाळेल.

५. <u>आरोग्य शिक्षणावर भर</u> - आदिवासींमधील कुपोषण कमी करायचे तर त्यासाठी आदिवासी

समाजात वेगवेगळ्या पातळ्यांवर व्यापक प्रबोधन होण्याची गरज आहे. ह्या सर्व प्रयत्नातून आदिवासी समाजात 'कुपोषण' हा विषय प्राधान्यानं स्विकारला जाईल असे प्रयत्न करावेत, आणि तसं करताना आदिवासींची विशिष्ठ संस्कृती, भाषा, परंपरा आणि रुढी यांच्या कलाने नियोजन केले जावे.

ह्या आरोग्य शिक्षणासाठी आणि जाणीव जागृतीसाठी आदिवासी समाज आणि जीवनपध्दतीत महत्वाच्या असणाऱ्या पारंपारिक, सांस्कृतिक आणि सामाजिक लोकसंस्थांना सोबत घेण्याचा तर प्रयत्न व्हावाच पण सहभागी पध्दतीने निर्णय घेण्याच्या आदिवासींमधील व्यवस्थेची आणि जातपंचायती, संत व पुजारी ह्यासारख्या प्रभावशाली व्यक्तिंची देखील ह्या आरोग्य शिक्षणासाठी मदत घ्यावी.

६. <u>रोजगार हमी योजना</u> - महाराष्ट्रामध्ये रोजगार हमी योजनेसारखा अेक अत्यंत प्रागतिक आणि गरीबाला न्याय देणारा कायदा आहे. ज्यात ग्रामीण महाराष्ट्रात मागेल त्याला काम आणि कामाप्रमाणे दाम मिळू शकते. रोजगार हमीसारखा कायदा जगात अन्यत्र कुठेही नाही जिथे सरकारने सर्व ग्रामीण गरिबांना रोजगाराची खात्री दिलेली आहे.

महाराष्ट्रामध्ये प्राधान्याने आदिवासी भागात रोजगार हमीची कामे काढावीत. त्यात मजुरांना आपल्या गावाच्या आसपास काम मिळावे आणि आदिवासींना कामासाठी वणवण फिरावे लागू नये म्हणून शासनाने विशेष खबरदारी घ्यावी. रोजगार हमीवरच्या सोयीसुविधांकडेही अधिक गांभीर्याने लक्ष द्यावे.

७. <u>गाव पातळीवरील महिला मंडळे बळकट करणे</u> - आदिवासी भागात पाडा-पाडयांवर किंवा गावपातळीवर महिला मंडळांकडे अधिक भूमिका देण्याची आवश्यकता आहे. नवजात बाळांचे आरोग्य हा विषय आदिवासींमधील महिला मंडळांनी प्राधान्याने घ्यावा असा प्रयत्न करायला हवा. अशी महिला मंडळे किंवा महिला संघटना यांचा कुपोषण व बालमृत्यू रोखणे हा अेक प्रमुख विषय बनला पाहिजे. आदिवासींमधील कुपोषण कमी करण्यासाठी अशा रचना मूलभूत कामगिरी बजावू शकतील. अशा महिला मंडळांच्या शिक्षणासाठी विशेष अुपक्रम राबवले गेले पाहिजेत. लहान मुलांपर्यंत पोचण्यासाठी ही महिला मंडळे म्हणजे अतिशय प्रभावशील अशी माध्यमे आहेत.

८. <u>सार्वत्रिक लोकशिक्षणाला चालना</u> - आदिवासी समाज जीवनाविषयी समाजात सर्वसाधारणपणे बरेच गैरसमज आहेत. हे गैरसमज आदिवासी प्रश्नाकडे दुर्लक्ष केल्यामुळे आणि सामाजिक विकासाच्या प्रक्रियेत आदिवासींना वगळण्याच्या वृत्तीमुळे जास्त आहे. समाजातील मुख्य प्रवाह आणि आदिवासी समाज जीवन यामध्ये एक मोठी दरी आहे. समाजात बिगर आदिवासी भागात आदिवासी समस्यांविषयी जाणीवा फारशा स्पष्ट नाहीत आणि ज्या आहेत त्या वास्तवतेपासून दूर आहेत. आदिवासींच्या ह्या प्रश्नांविषयी व्यापक लोकजागृतीची आवश्यकता आहे त्यातून समाजाचे सर्वसाधारण मानस बनले जाईल.

९. <u>पाणी आणि सार्वजनिक स्वच्छता यावर भर</u> - सर्वसाधारण आरोग्याच्या संदर्भात आदिवासी भागांमध्ये पाणी आणि सार्वजनिक स्वच्छता हे विषय दुर्लक्षित आहेत.

सांडपाण्याची व्यवस्था, शोषखड्डे, गोठे प्रत्यक्ष राहण्याच्या ठिकाणापासून लांब करणे व न्हाणीघराची सोय, व्यक्तीगत स्वच्छता यासारख्या गोष्टी प्राधान्याने आदिवासी भागात घेतल्या गेल्या पाहिजेत.

ङ) बालमृत्यू कमी करण्यासाठी आरोग्य अुपाय

पार्श्वभूमी :

१) आज होणाऱ्या बालमृत्यूंपैकी दोन तृतियांश बालमृत्यू सार्वजनिक आरोग्याच्या सोप्या अुपायांमुळे टाळता येतील असा जागतिक तज्ञ समूहाचा निर्वाळा आहे. (Bellagio Group on Child Survival, Lancet, 2003) बालमृत्यूंच्या विविध कारणांवर कोणते आरोग्य अुपाय प्रभावी आहेत याचा वैज्ञानिक पुरावा व ते अुपाय सर्व बालकांपर्यंत पोचल्यास किती बालमृत्यू कमी होतील याचे स्पष्ट गणित त्यांनी मांडले आहे. (<u>संलग्न पुरवणी २</u>). त्या अुपायांपैकी बहुतेक अुपाय महाराष्ट्रात अुपयोगी ठरतील.

२) सध्याच्या बालमृत्यूंपैकी जवळपास ५०% बालमृत्यू हे नवजात बालकात (०-१ महिना वयोगट) होतात. बालमृत्यू कमी करण्यासाठी हा सर्वात महत्वाचा वयोगट आहे हे आता मान्य झाले आहे. (State of the World's Newborns, (2001), State of India's Newborn's, (2004), New born Health Series, Lancet (2005)) ग्रामीण भागात नवजात बालकांची योग्य काळजी घेणारे विविध प्रयोग महाराष्ट्रात गेल्या ३० वर्षात झाले. (डॉ. प्रतिनिधी, नातू व शहा, डॉ. सुभाष दाग)

गडचिरोली जिल्ह्यात "सर्च" संस्थेने केलेल्या प्रयोगाने "घरोघरी नवजात बालसेवा" ही पध्दत

i) गावातील ९.३% लोकांना स्वीकारार्ह आहे, ती गावा-गावात शक्य आहे, ती अर्भक मृत्युदर ५०% नी कमी करण्यास सक्षम आहे आणि कमी खर्चात होणारी (cost effective) आहे असे सिध्द झाले आहे (Lancet, (1999), Journal of Perinatology, 2005) (संलग्न पुरवणी ३).

ii) या पध्दतीने महाराष्ट्रातील अन्य जिल्ह्यात स्वयंसेवी संस्थेद्वारे नवजात बालसेवा देण्याचे प्रयोग (अंकुर प्रकल्प २००२) व

iii) शासकीय आरोग्य विभाग (Action Research Project, UNFP and Govt of Maharashtra) द्वारे सुरु झाले आहेत.

iv) भारत सरकारच्या आरोग्य व कुटुंब कल्याण विभागाने Indian Council of Medical Research मार्फत पाच प्रांतात (महाराष्ट्रासकट) हा प्रयोग सुरु केला आहे. (२००३)

v) मा. अुच्च न्यायालय, मुंबई यांनी ७ जुलै २००४ ला दिलेल्या आदेशात ही पध्दत महाराष्ट्रातल्या सर्व आदिवासी भागात अुपलब्ध करुन द्यावी असा आदेश दिला आहे.

अुपाय योजना व शिफारसी

या पार्श्वभूमीवर ही समिती असे सुचविते की महाराष्ट्रातील बालमृत्यू कमी करण्यासाठी खालील आरोग्य अुपायांचा अुपयोग करावा.

१. माता-पित्यांचे, समुहांचे व समाजाचे आरोग्य शिक्षण :
प्रभावी आरोग्य शिक्षणाद्वारे गैरसमजुती व बाल संगोपनाच्या अयोग्य सवयी बदलाव्या. अुपयोगी वर्तन व सवयी वाढवाव्या. तसेच आरोग्य सेवेतील विविध कार्यक्रमांचा स्वीकार व वापर वाढावा. प्रसार माध्यमांद्वारे याबाबतचे संदेश प्रभावीरीत्या लोकांपर्यंत पोचवावे.

२. घरोघरी नवजात बालआरोग्य सेवा : ५०-६०% बालमृत्यू नवजात बालकांमधे घडतात. पण या बालकांच्या जन्माच्या वेळेस घरी दाईला मदत करतांना कोणी प्रशिक्षित आरोग्य कार्यकर्ती नसणे व पुढे या नवजात बाळांना सहसा कोणतीही आरोग्यसेवा न मिळणे यामुळे हे घडणारे मृत्यू टाळता येत नाहीत. गावातील अेका साक्षर बाईला (Community Health Worker, CHW) तसे प्रशिक्षण देअून याबाबत जबाबदारी, अुपकरणे व औषधे

देऊन बहुतांश (६०-७०%) नवजात बालमृत्यू टाळता येतात. तसे दाखविणाऱ्या 'घरोघरी नवजात बाल-आरोग्य सेवा' या गडचिरोली मधील प्रयोगाच्या धर्तीवर ही असावी. (Lancet 1999, and Journal of Perinatology, 2005) (संलग्न पुरवणी-३).

घरोघरी नवजात बालसेवेत खाली घटक येतात.

- गरोदर महिला व प्रसूती पश्चात मातांचे आरोग्य शिक्षण
- गरोदरपणात तपासणी, धनुर्वात लस, लोहाच्या गोळ्या व स्त्रीला रोग असल्यास वैद्यकीय उपचार.
- सुरक्षित बाळंतपण : प्रशिक्षित दाईच्या मदतीने किंवा रुग्णालयात.
- बाळंतपणाच्या वेळेस दाईसोबत प्रशिक्षित CHW ची उपस्थिती व तिच्याद्वारे नवजात बाळ जन्मतांना गुदमरलेले असल्यास तत्काळ उपाय
- बाळाला उबदार ठेवणे
- स्तनपान
- कमी वजन असलेल्या बाळांची घरीच विशेष काळजी
- जंतुदोष टाळणे
- जंतुदोषांचा ॲंटिबायटिक्सने उपचार
- आई व बाळाला वारंवार गृहभेटी, तपासणी, सल्ला
- आवश्यक तेव्हा रुग्णालयात पाठवणे
- कुटुंब व गावाचे सहकार्य व मदत.

अहवालाच्या पुढील उपखंडात या पध्दतीचा उपयोग राज्याच्या विविध भागात दोन टप्प्यात कसा सुरु करावा याविषयी सूचना दिल्या आहेत.

३. **बालकांमधील रोगांचा तत्काळ उपचार :**

- श्वसनदाह (न्युमोनिया) : ॲंटिबायटिक्सद्वारा (WHO)
- हगवणीचे रोग - जलसंजीवनी, स्तनपान व आवश्यक तेव्हा ॲंटिबायटिक्स (WHO)
- मलेरिया
- गोवर
- कुपोषण

- गंभीर आजारी मुलांना शोधून तावडतोब रुग्णालयात पाठवणे.

हे सर्व अुपचार अथवा कामे योग्य प्रशिक्षण दिलेली गावातील आरोग्य कार्यकर्ती (CHW) करू शकते. त्यामुळे हे अुपचार गावोगावी पोचविणे संभव आहे.

४. लसीकरण

५. अन्य आरोग्य अुपाय

i) मलेरियाग्रस्त भागात कीटकनाशक भारित मच्छरदाण्यांचा वापर वाढविणे. (WHO)

ii) नियमीत जंत-निर्मूलन (de worming)

iii) व्यक्तिगत स्वच्छता व हात धुणे

iv) पाणी व परिसर स्वच्छता.

v) बाळांना सहा महिन्यापासून घरी पूरक आहार

vi) पूरक 'अ' जीवनसत्व

६. आवश्यक तेव्हा रुग्णालयात अुपचार.

७. स्त्री-भ्रूणहत्या : महाराष्ट्रात मोठ्या प्रमाणात गर्भलिंग परीक्षा व स्त्रीलिंगी गर्भाचा गर्भपात घडत आहेत. त्या विरुध्द असलेल्या कायद्याची कडक अंमलवजावणी व्हावी.

८. कुटुंब नियोजन

च) मातामृत्यू कमी करण्यासाठी अुपाय

पार्श्वभूमी :

माता-मृत्युदर : मातामृत्यूंच्या नेमक्या अंदाजासाठी फार मोठी सँपल साईज आवश्यक असल्याने महाराष्ट्राचे वेगळे व विश्वासार्ह अभ्यास अुपलब्ध नाहीत. अुपलब्ध अंदाजांनुसार महाराष्ट्रातील माता मृत्युदर (दर अेक लक्ष जन्मामागे) १३५ (SRS, Registrar General of India) ते ३६५ (Indian Institute of Helath and Family Welfare, Hyderabad) या दरम्यान आहे. (पुरवणी-४) वर्ष २०१० पर्यंत भारतातील मातामृत्युदर (दर अेक लक्ष जन्मामागे) १०० पेक्षा कमी करणे हे राष्ट्रीय लोकसंख्या नीतीचे तसेच आरोग्य नीतीचे घोषित ध्येय आहे.

मातामृत्यू कमी करण्यासाठी भारत सरकारच्या विविध कार्यक्रम व योजनांचा आढावा नुकताच अिंडियन अिन्स्टीट्यूट ऑफ मॅनेजमेंट, अहमदाबादच्या प्रो. दिलीप मावळंकर यांनी

घेतला आहे. तो अहवाल व त्यातील विश्लेषण या समस्येवर अुपाय शोधण्यास मदतरूप आहे. (संलग्न पुरवणी-४).

माता-मृत्यूची भारतातील प्रमुख कारणे (रोग) हे खालील क्रमाने आहेत. (SRS, भारत शासन) (पुरवणी-४)

१. अचानक रक्तस्त्राव	३०%
२. अंगात रक्ताची कमी (ॲनिमिया)	१९%
३. बाळंतपणानंतरचा जंतुदोष	१६%
४. अडलेले बाळंतपण	१०%
५. गर्भपात	९%
६. गरोदरपणातील ब्लडप्रेशर वाढीचा रोग	८%

यातील अचानक रक्तस्त्राव व अडलेले बाळंतपण ह्या वैद्यकीय तातडी असून त्यांच्यावर अुपाय प्रामुख्याने सुसज्ज रुग्णालयातच होअून शकतो. म्हणून तशा बाळंतपणांच्या वेळी मातांना तत्काळ रुग्णालयात नेण्याची गरज ओळखणे, रुग्णालयात हलवणे (वाहन), रुग्णालय अुपलब्ध असणे, तिथे तज्ज्ञ डॉक्टर व रक्त देण्याची सोय असणे, व त्यांनी तत्काळ कृती करणे व या सर्वांसाठी आवश्यक पैसा/क्षमता कुटुंबात असणे या आवश्यक बाबी आहेत.

मातामृत्यूंच्या अितर कारणांचा (रक्ताची कमी, जंतुदोष, रक्तदाब, गर्भपात अि.) प्रतिबंध किंवा अुपचार गर्भवती स्त्रियांना सेवा, प्रसूती पश्चात सेवा आणि अुपचार तसेच कुटुंब नियोजन, आणि वैद्यकीय गर्भपाताची सोय या राष्ट्रीय कार्यक्रमांच्या योग्य अंमलबजावणीने करता येअू शकतो.

अुपाय योजना व शिफारसी

सध्या अस्तित्वात असलेल्या शासकीय कार्यक्रमांमधे ही समिती खालील अुपाय/सुधारणा सुचवीत आहे

अ) गावात/घरी करायच्या अुपाय योजना

१. जरी रुग्णालयात होणारे बाळंतपण वैद्यकीय दृष्टया अधिक सुरक्षित असले व म्हणून अधिकाधिक बाळंतपणे रुग्णालयात व्हावीं अशी आजची दिशा आहे तरी अजूनही ग्रामीण भागात व शहरी झोपडपट्ट्यांमधे मोठ्या प्रमाणात घरी बाळंतपणे होतात. ती

सुरक्षित व्हावी म्हणून

i) गावात कार्यरत दाईंना योग्य प्रशिक्षण द्यावे व डिलिव्हरी पॅक (ब्लेड, सावण, धागा, अि.) चा पुरवठा करावा.

ii) गावात घरी होणारी बाळंतपणे प्रशिक्षित दाई व प्रस्तावित Community Health Worker (CHW) च्या जोडीने मिळून करावी.

iii) ज्या गावात दाई नसेल तिथे CHW ला बाळंतपणाचे कामही शिकवण्यात यावे

२. बहुतांश मातामृत्यू हे प्रसूती पश्चात काळात होतात, पण सध्या प्रसूती पश्चात सेवा जवळपास अस्तित्वात नाहीत. सर्व बाळंतिणींना प्रसूती पश्चात सेवा अुपलब्ध व्हावी. या अहवालात अन्यत्र शिफारस केलेल्या 'घरोघरी नवजात बाळ सेवा' सोबत ही प्रसूती पश्चात सेवा जोडून घेता येईल.

३. प्रसूतीतील तातडीच्या वेळी मातांना आवश्यक वाहन व पैसा तत्काळ मिळावा म्हणून गावात तत्काळ मिळू शकणारा निधी व मदत गट स्थापन करावे. केंद्र शासनाने यासाठी ग्रामपंचायतींकडे दिलेल्या ५००० रु. निधीची माहिती गावकऱ्यांना मिळणे व गरज असतांना तत्काळ तो निधी गरजू मातांसाठी मिळू शकणे यासाठी गावातील स्त्रियांना घेअून माता-मदतगट बनवावे.

४. किशोरी मुलींचे प्रजनन-शिक्षण, क़िशोरी मुलींना लोह फोलीक ॲसीडयुक्त गोळ्या व धनुर्वाताची लस देणे हे शाळांमधून चांगल्यारीतीने करता येईल.

५. लग्नाचे वय १८ वर्षानंतर असावे याचा आग्रह धरावा. यासाठी असलेल्या कायद्याची चोख अंमलबजावणी.

६. कुटुंबातील/गावातील पुरुषांचे माता आरोग्याबाबत जाणीव व भान वाढविणे.

७. कुटुंब नियोजन व पाळणा लांबवण्यासाठी स्त्रियांना हव्या असलेल्या पध्दतींचा वापर करुन याबाबतची अतृप्त गरज (unmet need) पूर्ण करावी.

८. लोहयुक्त गोळ्या गरोदर व स्तनदा मातांना दिल्या जातात.कोट्यावधी गोळ्या नियमीतपणे वाटल्या जातात. पण स्त्रियांच्या मनातील विविध गैरसमजांमुळे त्या गोळ्या न खाता मोठ्या प्रमाणात फेकून दिल्या जातात. त्या गोळ्यांमुळे व्यापक प्रमाणात मातांचे रक्ताचे प्रमाण वाढल्याचा परिणाम दिसत नाही. यासाठी गोळ्यांसोबत प्रभावी पध्दतीने योग्य माहिती देणे व लोह देण्याचे स्वरुप बदलून तो अधिक

स्वीकारार्ह स्वरुपात दिला जाईल यासाठी नव्या पध्दतीचा शोध घ्यावा.

आ) <u>आरोग्य अुपकेंद्रावर</u> :

१) ANM द्वारा गावात प्रसूतीपूर्व तपासणी केली जाते. पण बहुतांश वेळा ती अपुऱ्या गुणवत्तेची असते. अुदा. त्यात प्रजनन जंतुदोष ओळखणे व अुपचार, आवश्यक त्या स्त्रियांना रुगणालयात पाठवणे अित्यादी बाबी कमजोर असतात. तिची गुणवत्ता सुधारणे, मॉनिटर करणे व ती मॉनिटर करण्यासाठी गुणवत्ता सूचकांक वापरणे सुरु करावे.

२) अुपकेंद्रात सध्या अल्प प्रमाणात बाळंतपणे होतात (१२%, MIS, आरोग्य विभाग, महाराष्ट्र). प्रति उपकेंद्राला वर्षाला सरासरी २० बाळंतपणे होतात. त्यात वाढ व्हावी म्हणून शासनाने प्रोत्साहन योजना सुरु केल्या आहेत. पण बाळंतपणात तातडीची गंभीर स्थिती निर्माण झाल्यास (रक्तस्त्राव, अडलेले बाळंतपण, फिटा) तिचा अुपचार करण्याची कोणतीच सोय किंवा प्रशिक्षण ANM चे नसल्याने, तिच्याकडे रुग्णवाहिका नसल्याने, शिवाय आपल्या कामाने रोज ANM ला परगावी दौऱ्यावर जाणे आवश्यक असल्याने आरोग्य अुपकेंद्रात बाळंतपणे करण्याचे धोरण शासनाने पुन्हा तपासावे.

३) माता आरोग्याबाबत ANM ची प्रमुख भूमिका चांगली प्रसूतीपूर्व तपासणी, आरोग्य शिक्षण, जोखमिची प्रसूती रेफरल व प्रसूती पश्चात सेवा हे असावे.

अि) <u>प्राथमिक आरोग्य केंद्र (PHC)</u>

१) साधी (नार्मल) बाळंतपणे PHC मधे करावीत, व धोक्याची बाळंतपणे तत्काळ रुग्णालयात पाठवता यावीत ही नीती असावी.

२) प्रत्येक PHC मधे डॉक्टरची अुपस्थिती, दोन प्रशिक्षित नर्सेस, ६ बेड्स, डिलीव्हरी रुम, रुग्णवाहिका, स्वच्छता व्यवस्था या सोयी २४ तास अुपलब्ध असाव्या व कार्यान्वयित असाव्यात.

३) डॉक्टर व नर्ससचे तातडीची प्रसूतीसेवा याबावत मधे आवश्यक प्रशिक्षण झालेले असावे.

४) अुपकरणे, औषधे अुपलब्ध असावीत

५) गर्भपात, जंतुदोष, ॲनिमिया व वाढलेला रक्तदाब हे धोके PHC मधे हाताळता यावेत.

६) प्रभावी कुटुंब नियोजनाचे कार्यक्रम केल्याने जन्मदर कमी होअून मातामृत्यू कमी होतील.

ई) कम्युनिटी हेल्थ सेंटर्स (CHC) / ग्रामीण रुग्णालये

प्रत्येक २ लक्ष लोकसंख्येमागे (वार्षिक ४००० बाळंतपणे) जवळपास ६०० धोक्याची बाळंतपणे (ज्यात सिझेरियनची गरज पडेल) होतात. त्यासाठी प्रत्येक २ लक्ष लोकसंख्येमागे किमान अेक सुसज्ज शासकीय रुग्णालय असावे जिथे प्रसूतीतज्ञ, भूल देण्याची सोय, रक्त पुरवठा व तातडीच्या ऑपरेशनची सोय २४ तास, सर्व दिवशी अुपलब्ध असावी. याच रुगणाल्यात स्त्रियांना हवे असलेली गर्भपाताची सोयही अुपलब्ध असावी. बाळंतपणाच्या बऱ्याचेक तातडीच्या केसेस अिथे हाताळता याव्यात.

उ) जिल्हा रुग्णालय

- प्रसूतीतज्ञ, भूलतज्ञ, बालरोगतज्ञ
- रक्तपेढी
- ऑपरेशन थिअेटर

सदैव सक्रीय व अुपलब्ध असावे.

ऊ) जिल्ह्यातील सर्व मातामृत्यूंचे death audit व्हावे आणि ती कारणे पुढे टाळावीत.

ए) प्रोत्साहन पैशा ऐवजी सेवांची गुणवत्ता वाढवावी : शासकीय संस्थांमधे येअून स्त्रियांनी बाळंतपण करुन घेण्यासाठी शासनातर्फे प्रोत्साहन रुपात पैसे देण्याची योजना प्रस्तावित आहे. शासकीय आरोग्यसेवा वापरण्यासाठी पैसे देणे ही चूक पध्दत वाटते. त्या ऐवजी शासकीय प्रसूतीसेवांची (PHC, CHC, जिल्हा रुग्णालय) गुणवत्ता व कर्मचाऱ्यांची प्रेरणा, तत्परता व सहृदयता या सुधारण्यावर भर दिल्यास बाळंतपणासाठी स्त्रिया आपोआप तिथे येतील.

ऐ) खाजगी वैद्यकीय सेवांमधील गुणवत्तेचे नियमन : वरील पैकी काही सेवा मोठ्या प्रमाणात खाजगी वैद्यकीय सेवांद्वारे पुरवण्यात येत आहेत. त्या सेवांमधे चांगल्या गुणवत्तेचा आग्रह धरणे व विनाकारण अुपचार व खर्च टाळला जाणे आवश्यक आहे. त्यासाठी खाजगी वैद्यकीय सेवांच्या गुणवत्तेचे नियमन करावे.

माता मृत्यू कमी करण्यासाठी सुचविलेले अन्य काही अुपाय संलग्न आहेत. (पुरवणी – ५)

-------xxxxx--------

छ) आरोग्य सेवा (Health Services)

पार्श्वभूमी :

वैद्यकीय शास्त्राकडे असलेले प्रभावी अुपाय माता व बालकांपर्यंत परिणामकारकरीत्या पोचविणे हे कार्य आरोग्यसेवांचे आहे. त्यासाठी राज्यात सार्वजनिक आरोग्यसेवांचे जाळे आहे. त्याशिवाय ICDS, स्वयंसेवी संस्था व खाजगी वैद्यकीय व्यवसायिक हे ही कार्यरत आहेत. सार्वजनिक आरोग्याच्या विविध कार्यक्रमांमुळे आरोग्यसेवांना काही ठळक यश मिळालेले आहे. अुदा - जन्मदर कमी होणे, लसीकरणाचे प्रमाण वाढणे, १९८०-९६ या काळात अर्भक मृत्युदर बराच कमी होणे अि. तरी देखील मोठ्या प्रमाणात बालमृत्यू घडतात याचाच अर्थ धोक्यात असलेल्या माता व बालकांपर्यंत पूर्ण प्रमाणात पोचण्यात किंवा आवश्यक तो परिणाम करण्यात आरोग्य सेवांना अपयश येते आहे.

आरोग्य सेवांमधील काही कमतरता किंवा समस्या

महाराष्ट्रातील बालमृत्यू कमी करण्यासाठी विविध आरोग्य अुपाय राज्यभरातील गरजू माता व बालकांपर्यंत पोचणे आवश्यक आहे. या प्रचंड आव्हानासाठी आरोग्य सेवेतील कर्मचारी व्यवस्था अपुरी सिध्द होते आहे. कारण

- प्राथमिक आरोग्य अुपकेंद्रावर प्रत्यक्षात ५,०००-१०,००० लोकसंख्येमागे अेक नर्स असल्याने तिचे मुख्यालयाचे गाव सोडून अितर गावात कोणीच आरोग्य सेविका नसणे.
- गावाबाहेरील पाडे, वस्त्या आरोग्य सेवांपासून जवळपास वंचित असणे
- आदिवासी गावांची अवस्था चिंताजनक असणे. बरेचदा ही गावे जंगलात विखुरलेली व दूरवर असतात.
- डॉक्टर, नर्सेस, रुग्णालये या अुपचार पध्दतींची खर्चिकता.
- ग्रामीण व आदिवासी भागात डॉक्टर व नर्सेसची अनुपलब्धी किंवा प्रेरणेचा अभाव.
- शहरी झोपडपट्ट्यांमधे मोठ्या प्रमाणात रोगराई असूनही प्राथमिक आरोग्य सेवांचा अभाव.
- आरोग्यसेवेच्या धोरणातील व प्रशासनातील कमतरता.

दुष्परिणाम

- गेल्या काही वर्षात न घटलेले बालमृत्यूचे प्रमाण (SRS, Govt of India)
- अजूनही राज्यात बऱ्याच प्रमाणात असुरक्षित बाळंतपण होणे (NFHS II)
- न्युमोनिया किंवा हगवण झाल्यावर तत्काळ योग्य अुपाय न मिळणे (NFHS II)
- नवजात बालसेवांचा अभाव
- कुपोषण (NNMB, 2002)

या पार्श्वभूमीवर अेक अुपाय प्रभावी सिध्द झालेला आहे, तो म्हणजे त्या त्या समूहातून (गाव, वस्ती, पाडा, झोपडपट्टी) अेका योग्य स्त्रीला निवडून सामुहिक आरोग्य कार्यकर्ती (Community Health Worker) (CHW) म्हणून प्रशिक्षित व सक्षम करणे व तिने गावातील दाई, स्त्रिया व नेतृत्वाच्या सहकार्याने व योग्य त्या वैद्यकीय आणि व्यवस्थापकीय मदतीने आपल्या गावात आरोग्याचे काम करणे.

या धर्तीचे प्रयोग जगभरात व भारतात अनेक जागी यशस्वी झाले असून नुकताच भारत सरकारनेही या पध्दतीचा स्वीकार करुन 'ASHA' या नावाने अशी सामूहिक आरोग्य कार्यकर्ती प्रत्येक गावातून निवडून प्रशिक्षित करण्याचे ठरविले आहे. प्रस्तावित National Rural Health Mission च्या अंतर्गत भारतातील १८ प्रांतात व जवळपास ३ लक्ष खेड्यात ही पध्दत लागू होणार आहे.

आरोग्य सेवांसाठी शिफारसी

अ) <u>समुदाय आरोग्य कार्यकर्ती (CHW)</u>

१. राज्यातील प्रत्येक गावात, वस्ती/पाड्यात व झोपडपट्टीमधे तेथील स्त्रियांमधून निवडून प्रशिक्षित केलेली 'समुदाय आरोग्य कार्यकर्ती' (Community Health Worker (CHW)) असावी. तिच्या विविध जबाबदाऱ्यांमधे "माता-बाल आरोग्य सेवा" ही सर्वात प्रमुख जबाबदारी असावी. यासाठी आवश्यक ते अुपचार प्रशिक्षण व औषधेही तिला द्यावीत. अर्थात यासाठी तिची योग्य निवड, अुत्तम प्रशिक्षण, सुपरव्हिजन, प्रेरणा, पुरवठा, नियमीत मॉनिटरिंग व गुणवत्ता सांभाळणे व तिच्या कामाचा योग्य मोबदला देणे हे सर्व काळजीपूर्वक आखावे व अंमलात आणावे लागेल. स्वयंसेवी क्षेत्रात याचे अनेक यशस्वी प्रयोग झालेले असून त्यांचे मार्गदर्शन घेता येईल.

२. केंद्रशासनाच्या 'नॅशनल रुरल हेल्थ मिशन' अंतर्गत व ASHA कार्यक्रमांतर्गत महाराष्ट्राचाही अंतर्भाव करावा.

३. पूर्वीच्या अनुभवांवरुन ही काळजी घेणे आवश्यक आहे की CHW ही शासकीय कर्मचारी अथवा आरोग्य यंत्रणेची सर्वात तळाची कर्मचारी होऊ नये किंवा खाजगी प्रक्टीस करणारीही होऊ नये. ती गावाच्या गरजा पूर्ण करणारी गावाची आरोग्य कार्यकर्ती व्हावी. तिचे नियंत्रण हे गाव समुहाच्या हातात असावे. (ग्रामसभेच्या अंतर्गत 'ग्राम-आरोग्य समिती') तिला ग्राम-आरोग्य समितीकडून लोकसंख्येच्या प्रमाणात व कामानुसार मोबदला मिळावा. शासनाने ग्राम-आरोग्य समितीला यासाठी अनुदान द्यावे.

४. CHW, दाई, अंगणवाडी कार्यकर्ती, अे.अेन.अेम्. व प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांचे सहकार्य व समन्वय असावे.

५. जिथे स्वयंसेवी संघटनांमार्फत सध्या CHW कार्यरत आहेत किंवा जिथे चांगल्या स्वयंसेवी संस्था CHW मार्फत आरोग्य सेवा देण्याची जबाबदारी घेऊ शकतात तिथे हा उपक्रम स्वयंसेवी संस्थामार्फत राबविण्यास प्राथमिकता द्यावी. त्यासाठी आवश्यक तो निधी शासनाने द्यावा.

आ) <u>बालमृत्यू कमी करण्यासाठी अुपाय योजनांचे टप्पे</u>

राज्यात बालमृत्यू कमी करण्यासाठी या पूर्वीच्या प्रकरणात शिफारसी केलेले विविध आरोग्य अुपाय खालील टप्प्यांमधे अुपलब्ध करुन द्यावेत.

पहिला टप्पा (२००५-०७) :

i) नर्स किंवा प्रा. आ. केंद्र असलेली गावे (जवळपास ११०००) :

- घरोघरी नवजात बालसेवा (पूर्ण "सर्च" पॅकेज) : नर्स + अंगणवाडी कार्यकर्तीद्वारा अुपलब्ध करावा.
- माता-बाल आरोग्याचे अन्य कार्यक्रम : CHW, नर्स व अंगणवाडी कार्यकर्ती द्वारा अुपलब्ध करावे.

ii) आदिवासी भागातील गाव, पाडे :

- घरोघरी नवजात बालसेवा (अिंजेक्शन वगळून) : CHW द्वारा किंवा मिनी अंगणवाडी द्वारा अुपलब्ध करावे.
- माता-बाल आरोग्याचे अन्य अुपाय : CHW, अंगणवाडी अथवा मिनी

अंगणवाडी, नर्स द्वारा.

iii) अन्य ग्रामीण भाग

- माता-बाल आरोग्याचे कार्यक्रम CHW, अंगणवाडी व नर्स द्वारा या CHW, ची निवड बचत गटाच्या महिलांमधून किंवा स्वर्णजयंती शहरी रोजगार योजने अंतर्गत स्वयंसेविकेतून करता येईल.

iv) शहरी झोपडपट्ट्या :

- माता-बाल आरोग्य कार्यक्रम - CHW, अंगणवाडी व नर्स द्वारा.

पुढील टप्पा (२००७-२०१०)

- वरील सर्व कार्यक्रम
- उर्वरित ग्रामीण व आदिवासी भागात "घरोघरी नवजात बालसेवा" (पूर्ण पॅकेज), CHW द्वारा.
- शहरी झोपडपट्ट्यांमधे घरोघरी नवजात बालसेवा (पूर्ण पॅकेज) CHW व नर्स द्वारा.

इ) गाव/वस्ती पातळीवरील या कामांना आवश्यक ते वैद्यकीय पाठबळ देण्यासाठी प्राथमिक आरोग्य केंद्र व ग्रामीण रुग्णालये सक्रीय व परिणामकारक करावीत. तेथील कर्मचाऱ्यांची सेवा तत्पर व वागणूक सहृदय व्हावी. उपचारांची गुणवत्ता चांगली असावी.

ई) महाराष्ट्रात नवीन सुरु होणार असलेले 'राजमाता जिजाउ माता-बाल आरोग्य व कुपोषण मिशन' अंतर्गत होणारे कार्यक्रम हे अतिशय महत्वाचे असून आरोग्य विभागाचे व मिशनचे सर्व पातळ्यांवर सघन सहकार्य असावे. या मिशनच्या प्रमुख उद्दिष्टांमधे बालमृत्यू कमी करणे ही प्राथमिकता जोडावी.

ज) आरोग्य धोरण व प्रशासकीय उपाय

अ) राज्य शासनाची प्राथमिकता, अभियान व नेतृत्व

१) बालमृत्यू व कुपोषण कमी करणे ही राज्यशासनाची प्राथमिकता व्हावी. महाराष्ट्राच्या लोकसंख्या नीतीत जाहीर केल्याप्रमाणे राज्यातील अर्भक मृत्युदर १५ पर्यंत कमी करणे या उद्दिष्ट पूर्तीसाठी राज्याच्या सर्वोच्च नेतृत्वाने या विशेष अभियानाचे नेतृत्व करावे.

NUT-115
11145 P05

२) राज्य शासनाने घोषित केलेले 'राजमाता जिजाउ माता-बाल आरोग्य व पोषण मिशन' आणि आरोग्य विभाग या दोन विभागांद्वारे हे विशेष अभियान कार्यान्वित करावे.

आ) <u>प्राथमिकता व निधी</u> :

१) राज्यातील जवळपास १४% लोकसंख्या ही बालकांची आहे व ती सर्वात अधिक धोक्यात आहे. ही तातडीची स्थिती बघता राज्याच्या बजेटमधे बालकांमधील कुपोषण व बालमृत्यूबाबत उपाय योजनांसाठी प्राधान्याने निधी द्यावा.

२) अर्भक मृत्यूदर व कुपोषण यांच्या प्रमाणानुसार राज्यातील वंचित जिल्हे, आदिवासी तालुके, व लोकसंख्या गट यांची यादी बनावी. ही परिस्थिती सुधारण्यासाठी त्या जिल्ह्यांना / तालुक्यांना / गटांना त्या प्रमाणात अधिक निधी व मनुष्यबळ मिळावे. यासाठी ही समिती खालील वंचित विभाग / लोकसमूहांची यादी सुचविते :

१. महाराष्ट्रातील सर्व आदिवासी तालुके

२. ज्या जिल्ह्यांतील अर्भक मृत्युदर महाराष्ट्राच्या सरासरी अर्भक मृत्यु दरापेक्षा जास्त आहे अशा जिल्ह्यांतील ग्रामीण भाग

३. उर्वरित जिल्ह्यातील दुर्गम तालुके / गावे.

४. शहरी झोपडपट्ट्या व फुटपाथवर राहणारे बेघर

५. रोजगारासाठी तात्पुरते स्थलांतरित मजूर समूह

इ) <u>जनसहभाग व गावातून सक्रीय कृतीसाठी विशेष योजना</u> :

१) सर्व आमदार, जिल्हा परिषद अध्यक्ष, सभापती, महिला लोकप्रतिनिधी, महिला ग्रामसभा आणि महिला बचत गट यांचा सहभाग घ्यावा.

२) ग्रामपंचायती व महिला बचत गटांना आपआपल्या गावातील कुपोषण व बालमृत्यू कमी करण्याच्या कार्यक्रमात जबाबदारी द्यावी व प्रोत्साहन रक्कम द्यावी.

३) 'संत गाडगे महाराज ग्रामस्वच्छता अभियाना'च्या धर्तीवर "मातामृत्यू व बालमृत्यू मुक्त गाव" व "कुपोषण-मुक्त गाव" यांची निवड करुन त्यांना बक्षिस द्यावे. यातून प्रचंड लोकशिक्षण व लोक सहभाग घडू शकेल.

ई) <u>विभागीय प्राथमिकता व प्रशासन</u>

१) बालमृत्यू टाळणे ही आरोग्य विभागाची सर्वोच्च प्राथमिकता व्हावी. विभागाच्या कार्यक्रमांचे नियोजन, संनियंत्रण (मॉनिटरिंग) व मूल्यांकन या तीनही मध्ये ही प्राथमिकता सर्व अधिकारी व कर्मचाऱ्यांना स्पष्टपणे अनुभवात यावी.

२) आरोग्य विभागाच्या सोबतच जिल्हा परिषदेचे मुख्यकार्यकारी अधिकारी आणि विभागीय आयुक्त यांची देखील बालमृत्यू ही प्राथमिकता व्हावी. ते घेत असलेल्या आढावा बैठकीत हा प्रथम मुद्दा व्हावा. त्यांच्या स्वतःच्या मूल्यांकनात ही ठळक बाब व्हावी.

३) या समस्यांच्या निवारणासाठी आरोग्य विभाग व ICDS यांमध्ये सहकार्य व सुसूत्रता असावी. ती ग्रामपातळी, ब्लॉक पातळी, जिल्हा पातळीवर मुख्यकार्यकारी अधिकारींच्या मार्फत, विभाग पातळीवर आयुक्तांमार्फत व राज्य पातळीवर सचिवांच्या मार्फत प्रत्यक्षात यावी.

उ) <u>आरोग्य विभागात अपेक्षित परिणामांसाठी उत्तर दायित्व (Performance accountability)</u>

i) बालमृत्यू कमी करण्याबाबत आरोग्य विभागातील सर्व पातळीवर, खालून ते सर्वोच्च पातळीवर, performance accountability लागू करावी.

ii) चांगल्या performance साठी प्रोत्साहन द्यावे.

वाईट performance साठी खालील अुपाय वापरावे i) problem solving ii) प्रेरणा वाढविण्याच्या मानसशास्त्रीय पध्दतींचा अुपयोग iii) बेजबाबदारपणा व निष्क्रीयतेसाठी शिक्षा.

iii) बालमृत्यू कमी करणे, त्यांचे संनियंत्रण (monitoring) करणे व performance based evaluation करणे यासाठी आरोग्य विभागाची माहिती व्यवस्था MIS मोजकी व खरी असावी. तिचे तत्काळ विश्लेषण व त्यानुसार कृती व्हावी. त्यात जन्म व बालमृत्यूंचे १००% रिपोर्टिंग व्हावे. यासाठी समितीच्या प्रथम अहवालात विस्तृतपणे सूचना केल्या आहेत. (<u>संलग्न : शिफारसी-पुरवणी ६</u>) ही आरोग्य विभागाची तातडीची प्राथमिकता व्हावी.

ऊ) <u>नेमणुका व बदल्यांसाठी पारदर्शक धोरण :</u>

अधिकारी व कर्मचाऱ्यांच्या जागा भरल्या जाव्यात तसेच त्यांच्या नेमणुका व

बदल्यांमधे नियमानुसार सुसूत्रता व पारदर्शकता यावी म्हणून आरोग्य विभागाने नेमणुका व बदल्याबाबत अेक नीती नियमावली स्वीकारावी. त्यासाठी काही प्रस्ताव संलग्न आहेत. (संलग्न : आरोग्य विभागातर्फे प्रस्तावित धोरण व नियमावली पुरवणी-७).

ए) डॉक्टर्स व तज्ञांची भरती :

१) आदिवासी व ग्रामीण भागात शासकीय सेवेसाठी MBBS डॉक्टर्स मिळणे किंवा टिकणे हे दिवसेंदिवस कठीण होत असल्याने अशा जागांवर आवश्यक्ता असल्यास BAMS डॉक्टरांची नेमणूकचा पर्याय स्वीकार करावा व त्यांना आवश्यक ते प्रशिक्षण द्यावे. या संबंधीच्या कायदेशीर बाबी तपासून घ्याव्या.

२) ग्रामीण रुग्णालये आणि जिल्हा रुग्णालयांमधे आवश्यक ते विशेषज्ञ डॉक्टर (प्रसूतीतज्ञ, बालरोगतज्ञ व भूलतज्ञ) मिळणे व टिकणे दिवसेंदिवस कठीण होत असल्याने जनतेला आवश्यक सेवांपासून वंचित रहावे लागते. यासाठी शासकीय सेवेंमधील MBBS डॉक्टर्सना निवडक जिल्हा रुग्णालयात तज्ञ डॉक्टरांच्या मार्गदर्शनाखाली कालबध्द प्रशिक्षण द्यावे. तातडीच्या केसेस चांगल्या रीतीने हाताळण्याची क्षमता निर्माण झाल्याची खात्री करुन या प्रशिक्षित डॉक्टरांना ज्युनिअर स्पेशॅलिस्ट म्हणून ग्रामीण रुग्णालयांमधे नेमावे. त्यांना याची पदवी देऊ नये अन्यथा ते शासकीय सेवा सोडून खाजगी व्यवसायाकडे वळतील.

ऐ) प्राथमिक आरोग्यसेवा धोरण :

जनतेला सार्वत्रिक प्राथमिक आरोग्यसेवा देण्यास (Comprehensive Primary Health Care) शासन वचनबध्द आहे. पण विविध प्रभावाखाली अेकउद्देशीय आरोग्य कार्यक्रम (unipurpose vertical programs) प्राथमिकता प्राप्त करतात व त्यामुळे प्राथमिक आरोग्य सेवेच्या कार्यक्रमाकडे दुर्लक्ष होते. आरोग्य विभागाने अेक उद्देशीय आरोग्य कार्यक्रमाअैवजी जनतेला comprehensive primary health care देण्यावर व त्यासाठी आवश्यक तशी आरोग्य सेवा व्यवस्था (Health Services System) निर्माण करण्यावर भर द्यावा. या अहवालात माता-बाळ आरोग्यासाठी सुचवलेली आरोग्य व्यवस्था ही यासाठी अनुरुप व पूरक आहे.

ओ) <u>शहरी झोपडपट्ट्यांसाठी आरोग्यसेवा :</u>

वाढत्या शहरीकरणामुळे महाराष्ट्रात जवळपास २०-२५ टक्के लोकसंख्या झोपडपट्ट्यात राहते. गरीबी, अज्ञान, आरोग्य सेवांचा अभाव यामुळे तेथील कुपोषण व बालमृत्यूंची स्थिती चिंताजनक आहे. त्यामुळे शासनाने आदिवासी व ग्रामीण भागासोबतच शहरी झोपडपट्ट्यांसाठी आरोग्य सेवांची आखणी करावी व तेथील कुपोषण व बालमृत्यू कमी करण्यावर तत्काळ लक्ष द्यावे.

औ) <u>शासकीय कार्यक्रमांचे स्वतंत्र मूल्यांकन</u>

१. मातामृत्यू, बालमृत्यू व कुपोषणाशी संबंधित विविध शासकीय कार्यक्रमांची अंमलबजावणी व परिणामकारकता यांचे सक्षम अशासकीय संघटनेकडून दर दोन वर्षांनी सखोल मूल्यमापन करुन घ्यावे.

२. नवीन उपक्रम, विशेष किंवा प्रायोगिक प्रकल्प यांच्या कार्यपध्दती व परिणामांचे सखोल मूल्यांकन करुन मगच त्यांच्या व्यापक अंमलबजावणीबाबत निर्णय घ्यावा.

३. वर्षानुवर्षे मोठ्या प्रमाणात सुरु असलेल्या काही कार्यक्रमांच्या परिणामकारकते विषयी व Cost-effectiveness विषयी गंभीर प्रश्नचिन्ह निर्माण झाले आहेत. शासनाने खालील कार्यक्रमांची Cost-effectiveness तपासून बघावी व त्या कार्यक्रमांमधे प्रभावी सुधारणा करण्याविषयी विचार करावा.

- गरोदर स्त्रियांना वाटण्यात येणाऱ्या लोहाच्या गोळ्या. (बहुतेक स्त्रिया या गोळ्या खात नसल्याने त्या वाया जातात)
- कुपोषण टाळण्यासाठी बालकांना पूरक आहार वाटपाचा व्यापक कार्यक्रम. (जागतिक आरोग्य संघटनेच्या अहवालानुसार खर्चाच्या तुलनेत या उपायाची परिणामकारकता फारच अल्प आहे. (WHO-CHOICE)
- आरोग्य विभागात व ICDS मधे नर्सेस व अंगणवाडी कार्यकर्तीकडून नियमीतपणे मागविण्यात येणारी प्रचंड मोठी माहिती (MIS) ही फार जास्त असल्याने कार्यकर्त्यांचा बराच वेळ व शक्ती ती आकडेवारी संकलित करण्यात जाते. शिवाय त्या माहितीची गुणवत्ता संशयास्पद असल्याने एवढ्या अवाढव्य माहितीचा पुरेसा उपयोग व्यवस्थापनाला करता येत नाही.
- आरोग्य उपकेंद्रामध्ये ANM द्वारा वर्षाला सरासरी तीस बाळंतपण केली जातात.

मातामृत्यू कमी करण यासाठी या पध्दतीची cost effectiveness तपासून बघावी.

अं) आरोग्य विभागात विकेंद्रीकरण व सुसुत्रता :

आरोग्य विभागाच्या प्रशासनात विकेंद्रीकरण व प्रभावी अंमलबजावणी यासाठी काही संभाव्य अुपाय असे -

i) जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्याकडे असलेली मोठी जबाबदारी बघता तालुका आरोग्य अधिकारी हे पद निर्माण करुन त्यांच्या अंतर्गत तालुक्यातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रे द्यावीत.

ii) ग्रामीण रुग्णालये ही प्राथमिक आरोग्य केंद्रांच्या गरजपूर्तीशी प्रशासकीय रीत्या जोडली जावीत. त्यासाठी ग्रामीण रुग्णालयांचे प्रशासन हे जिल्हा शल्य चिकित्सका ऐवजी जिल्हा आरोग्य अधिकाऱ्यांकडे द्यावे. प्राथमिक आरोग्य केंद्रांना ग्रामीण रुग्णालयांशी प्रशासकीय रीत्या जोडावे. जिल्हा शल्य चिकित्सक हे ग्रामीण रुग्णालयांसाठी सल्लागार असावे.

iii) आरोग्य विभागाच्या सर्व कार्यक्रमांच्या नियोजन व प्रशासनात जनसहभाग वाढावा. त्यामुळे कार्यक्रम लोकाभिमुख तसेच लोकांना जबाबदार होतील. त्यासाठी प्रांत पातळीपासून गाव पातळीपर्यंत प्रत्येक पातळीवर निवडक लोकप्रतिनिधी, स्वयंसेवी संस्था, तज्ञ आणि त्या त्या पातळीवरील शासकीय अधिकारी यांची मिळून संनियंत्रण (monitoring) समिती बनावी. या समित्यांकडे विविध आरोग्य कार्यक्रमांचे संनियंत्रण, (monitoring) उत्तरदायित्व व निधीचे वितरणावर देखरेख हे अधिकार असावे.

-------xxxxx--------

६) समितीच्या शिफारसींवर कृती व पाठपुरावा

i) महाराष्ट्रातील कुपोषण व बालमृत्यूंचा भीषण प्रश्न गेली अनेक वर्षे कायम आहे. त्यावर प्रभावी अुपाययोजनांची तत्काळ गरज आहे. त्यामुळे समितीच्या प्रथम अहवालात व या द्वितीय अहवालात केलेल्या सूचनांवर तातडीने अंमलबजावणीची गरज अधोरेखांकित करणे आवश्यक आहे. तसे झाले तरच कुपोषण व बालमृत्यू कमी होतील.

ii) समितीच्या शिफारसींच्या अंमलबजावणीचे नियमीत संनियंत्रण (monitoring) व्हावे. त्यासाठी वरीष्ठ पातळीवर अेक स्वतंत्र मॉनिटरिंग ग्रूप बनवावा. त्याने नियमीतपणे अंमलबजावणी व प्रगतीचे मॉनिटरिंग करावे.

iii) अंमलबजावणीची माहिती आणि कुपोषण व बालमृत्यूंवरील परिणामांची माहिती दरवर्षी जाहीर करावी.

iv) या समितीच्या प्रथम अहवालातील व या अहवालातील विविध शिफारसींवर शासकीय प्रतिसाद व निर्णय यांची माहिती या समिती सदस्यांना कळवावी.

References

Bang AT, Bang RA, Baitule SB, et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India, **The Lancet** (1999) Vol. 354 : 1955-61.

Bang AT, Bang RA, Reddy HM. Home-based neonatal care: summary and applications of the field trial in rural Gadchiroli, India (1993-2003). **J of Perinatology** (2005); 25: S108-S122.

Bellagio Group on Child Survival, **The Lancet**, 2003; 361: 1, and the Child Survival Series.

Black RB et al. Where and why are 10 million children dying every year? **The Lancet** 2003, 361:2226-34.

Child Death Study Action Group, Child Mortality in Maharashtra. **Economic and Political Weekly** 2002; 37: 4947-65.

CHOICE, World Health Organization. Cost-effectiveness analysis results for South-East Asia Region. 2000, (on website, as on 21st July 2004).

Daga SR, Daga AS. Reduction in neonatal mortality with simple interventions. **J Trop Paediatrics.** 1989; 35: 191-5.

Government of Maharashtra. Population Policy, 8th March 2000, Mumbai.

Horton Richard. Newborn Survival: Putting children at the centre. **The Lancet** 2005; 365:821, and the Newborn Health Series.

Lee Jong-wook, World Health Organization. Child Survival: a global health challenge. **The Lancet**. 2003; 362:262.

National Family Health Survey II. International Institute of Population science. Deonar, Mumbai, (2000).

National Nutrition Monitoring Bureau. Diet and nutritional status of rural population. NNMB Technical Report No 21. National Institute of Nutrition, Hyderabad. (2002).

National Nutrition Monitoring Bureau. Diet and nutritional status of tribal population. NNMB Technical Report No 19. National Institute of Nutrition, Hyderabad, (2000) Table 68.

National Rural Health Mission, Dept of Health and Family Welfare, Govt of India, New Delhi, (2005).

Pratinidhi A, Shah U, Shroti A, Bodhani N. Risk approach strategy in neonatal care. **Bulletin of WHO**, 1986; 64 (2): 291-7.

Sample Registration System. Registrar General of India. SRS, Ministry of Home Affairs,

Government of India. New Delhi. Annual Reports. 1995, 1996, 1997. 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.

State of India's Newborns. Save the Children and National Neonatology Forum, India, New Delhi, 2004.

State of World's Newborns. Save the Children; Washington DC, 2001.

United Nations General Assembly. United National Millennium Declaration: Resolution 55/2 September 18, 2000.

काही पारिभाषिक शब्द व त्यांचे अर्थ

१. जन्म दर = अेका वर्षात दर हजार लोकसंख्येमध्ये झालेले जिवंत जन्म.

२. बालमृत्यू = जन्मल्यापासून ५ वर्षांपर्यंत वयाच्या बालकांचे मृत्यू.

३. बालमृत्यू दर = अेका वर्षात दर हजार जिवंत जन्मांमागे झालेले बालमृत्यू.

$$= \frac{\text{बालमृत्युंची अेकूण संख्या} \times 1000}{\text{त्या लोकसंख्येत त्या वर्षी झालेले अेकूण जिवंत जन्म}}$$

मृत्यूच्या वेळेस असलेल्या वयानुसार बालमृत्यूचे ३ पोटभाग असे :

४. नवजात बालमृत्यू = जन्मल्यापासून ते २८ दिवसांच्या वयोगटातील बाळांचे मृत्यू.

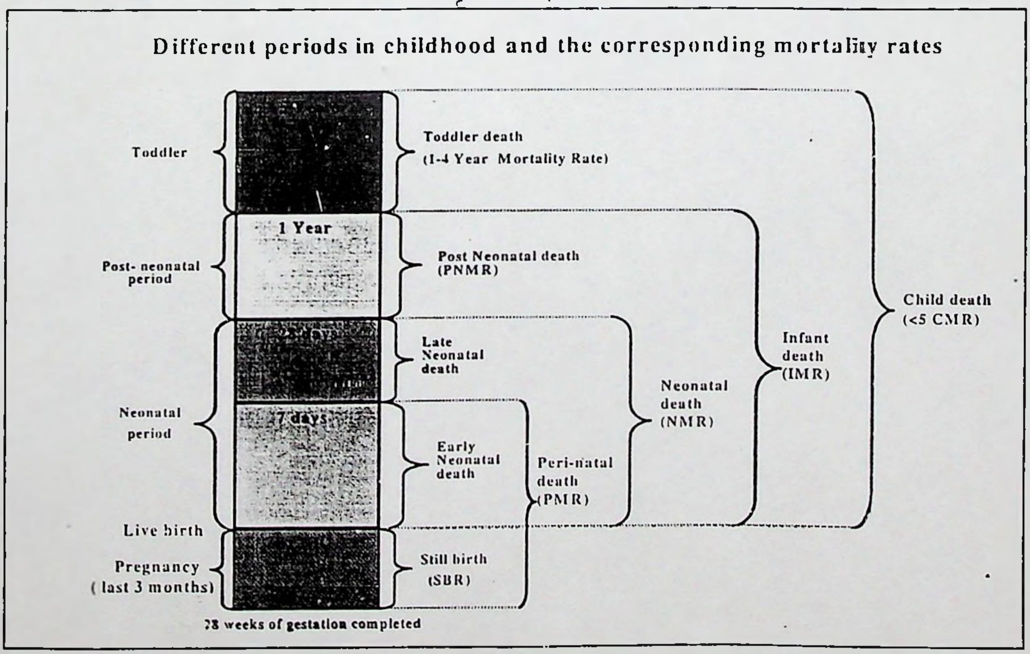
५. अर्भक मृत्यू = जन्मल्यापासून ते १ वर्ष पूर्ण पर्यंतच्या वयोगटातील बालमृत्यू.

६. अर्भकोत्तर बालमृत्यू = १ वर्षे ते ५ वर्षे या वयोगटातील बालमृत्यू.

७. 'मृतजन्म' (Still-birth) = जन्माला येण्यापूर्वी होणाऱ्या गर्भाशयातील मृत्यूंना मृतजन्म असे म्हणतात. कठीण बाळंतपणात गर्भ गुदमरल्यामुळे अथवा गर्भाशयात असतांनाच रोगामुळे गर्भाचा मृत्यू होतो. ते बालमृत्यू मध्ये मोजले जात नाहीत. वेगळे मोजले जातात.

८. मातामृत्यू = गरोदरपणात किंवा बाळंतपणानंतर ४२ दिवसात झालेले स्त्रियांचे मृत्यू जे गर्भावस्था किंवा तिच्या परिणामांमुळे झाले.

आकृती - ५



ANC = (Antenatal Care) = गरोदर स्त्रियांची तपासणी व काळजी

ANM = (Auxiliary Nurse Midwife) = आरोग्य अुपकेंद्रावरील परिचारिका

CDSAG = (Child Death Study Action Group, Maharashtra) स्वयंसेवी संस्थाचा अभ्यास गट.

CHW = (Community Health Worker) गाव/वस्ती/झोपडपट्टीतील अेका स्त्रीला प्रशिक्षण देअून सक्षम बनवलेली आरोग्य कार्यकर्ती

EPW = Economic and Political Weekly

ICDS = (Integrated Child Development Scheme) = एकात्मिक बालविकास योजना

IMCI = (Integrated Management of Childhood Illnesses) = जागतिक आरोग्य संघटनेचा बालमृत्यू कमी करण्याचा अेक कार्यक्रम

IMNCI = (Integrated Management of Newborn and Childhood Illnesses. = भारतातील नवजात बालरोग संघटनेने IMCI अैवजी सुचविलेला सुधारित कार्यक्रम.

LBW = (Low birth weight) = जन्माच्या वेळेस बालकाचे वजन २.५ किलोपेक्षा कमी असणे.

MIS = (Management Information System) = व्यवस्थापनासाठी माहिती व्यवस्था

NFHS = (National Family Health Survey – भारत सरकार व US-AID च्या मदतीने १९९२ व १९९८ मधे झालेले राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण

NNMB = National Nutrition Monitoring Bureau (Government of India)

PHC = (Primary Health Centre) = प्राथमिक आरोग्य केंद्र

SRS = Sample Registration System = भारत सरकारची देशभरातील नमूना लोकसंख्येतून नियमीतपणे जन्म-मृत्यूंबाबत माहिती गोळा करण्याची व्यवस्था

WHO = World Health Organisation = जागतिक आरोग्य संघटना

पुरवणी

1) बालमृत्यु मूल्यमापन समितीच्या प्रथम अहवालाचा सारांश.
2) Bellagio child Survival Study Group, Lancet 2003
3) Home-based Neonatal Care : Field Trial in Gadchiroli.
   v) Lancet 1999
   vi) Journal of Perinatology Supplement 2005.
4) The State of Maternal Health : Note by Prof. Dilip Mavlankar, IIM Ahmedabad.
5) Suggestions to reduce Maternal Mortality by Committee
6) बालमृत्यु समितीच्या प्रथम अहवालातील शिफारसी.
7) Suggestions by the Health Department, Govt. of Maharashtra, on the appointments and transfer policy.