

सतत विकास लक्ष्य – ३ के परिप्रेक्ष्य में भारत में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का तुलनात्मक अध्ययन – मुरादाबाद मंडल के विशेष संदर्भ में

उमेश कुमार¹, डॉ० सूरज शर्मा²

¹शोधार्थी, क्षेत्रीय अर्थशास्त्र विभाग, महात्मा ज्योतिबा फुले रोहिलखण्ड विश्वविद्यालय, बरेली (उ०प्र०)

आरएमएस आईडी— 22PHD0139, नामांकन सं० 12183134

²शोध निर्देशक, असिस्टेंट प्रोफेसर, अर्थशास्त्र, श्यामसुन्दर (पी०जी०) कॉलेज, चन्दौसी, सम्भल (उ०प्र०)

¹Email - ukumar22714@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.64880/theresearchdialogue.v5i3.13>

ARTICLE DETAILS

सार

Research Paper

Received: 12-09-2026

Accepted: 18-10-2026

Published: 21-10-2026

Corresponding Author:

उमेश कुमार

प्रमुख शब्द – मातृत्व स्वास्थ्य, प्रसवपूर्व जाँच, संस्थागत प्रसव, सेवा-निरंतरता, मुरादाबाद मंडल, सतत विकास लक्ष्य – ३।

OPEN ACCESS

मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति समझने के लिए केवल स्वास्थ्य संस्थान में प्रसव होने की गणना पर्याप्त नहीं है। गर्भावस्था के दौरान समय पर जाँच, पोषण संबंधी परामर्श, आवश्यक औषधियों का सेवन, सुरक्षित प्रसव तथा प्रसवोत्तर देखभाल तक पहुँच को परस्पर संबद्ध सेवाओं के रूप में देखना आवश्यक है। प्रस्तुत अध्ययन का उद्देश्य राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के चौथे तथा पाँचवें चरण और उत्तर प्रदेश के स्वास्थ्य विवरणिका में प्रकाशित सूचनाओं के आधार पर मुरादाबाद मंडल के अमरोहा, बिजनौर, मुरादाबाद, रामपुर तथा सम्भल जिलों में मातृत्व सेवाओं के उपयोग की तुलनात्मक समीक्षा करना है। अध्ययन वर्णनात्मक तथा जिला-स्तरीय है; किसी नए व्यक्तिगत सर्वेक्षण या कारणात्मक प्रभाव का दावा नहीं किया गया है। प्रदेश में चार अथवा अधिक प्रसवपूर्व जाँच २६.४ से बढ़कर ४२.४ प्रतिशत तथा संस्थागत प्रसव ६७.८ से बढ़कर ८३.४ प्रतिशत हुआ। पाँच जिलों में चार जाँच का न्यूनतम स्तर सम्भल में ३२.६ और अधिकतम रामपुर में ५०.४ प्रतिशत मिला, जबकि संस्थागत प्रसव ७४.२ से ८३.७ प्रतिशत के मध्य था। मुरादाबाद में दोनों सूचकों के बीच ४७.१ प्रतिशत-बिंदु का सबसे बड़ा अंतर दर्ज हुआ। परिणाम संकेत करते हैं कि प्रसव तक संस्थागत पहुँच के विस्तार के साथ प्रसवपूर्व नियमित संपर्क, पोषण संबंधी सहायता और सेवाओं की गुणवत्ता पर ध्यान देना आवश्यक है। स्थानीय प्रबंधन, अग्रिम पंक्ति के स्वास्थ्यकर्मियों तथा जोखिम-आधारित अनुवर्ती व्यवस्था के संबंध में साक्ष्य-संगत सुझाव दिए गए हैं।

१. प्रस्तावना

मातृत्व स्वास्थ्य किसी राष्ट्र की सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था की पहुँच, समावेशिता और संवेदनशीलता का महत्वपूर्ण संकेतक है। गर्भावस्था के दौरान महिलाओं को समय पर उपयुक्त सेवाएँ उपलब्ध हों तो संभावित जटिलताओं को पहचानने, पोषण संबंधी जोखिम घटाने तथा आवश्यकता पड़ने पर उच्चतर संस्थान में भेजने के अवसर बढ़ते हैं। जन्म की प्रक्रिया को केवल चिकित्सालय तक पहुँचने की घटना के रूप में सीमित कर देना मातृत्व अनुभव के उन अनेक पहलुओं को अदृ

श्य कर देता है जो माँ और नवजात के स्वास्थ्य से संबंधित हैं। इस दृष्टि से प्रसवपूर्व, प्रसवकालीन और प्रसवोत्तर अवस्थाओं की संयुक्त विवेचना सार्वजनिक नीति के लिए आवश्यक है (१, २)।

सतत विकास लक्ष्य – ३ का केंद्रीय आशय सभी के लिए स्वस्थ जीवन और कल्याण सुनिश्चित करना है। इसके अंतर्गत लक्ष्य ३.१ वर्ष २०३० तक वैश्विक मातृ मृत्यु अनुपात को प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर ७० से कम रखने की दिशा निर्धारित करता है। साथ ही प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों की उपस्थिति में होने वाले प्रसव का पृथक सूचक प्रयुक्त होता है। प्रस्तुत शोध उन लक्ष्यों की पृष्ठभूमि में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को देखता है, पर सेवाओं के प्रतिशतों को मातृ मृत्यु अनुपात का प्रत्यक्ष माप नहीं मानता। संस्थागत प्रसव और प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी की उपस्थिति भी अलग-अलग परिभाषित सूचक हैं (२६)।

भारत में स्वास्थ्य कार्यक्रमों का विस्तार, सामुदायिक कार्यकर्ताओं की भूमिका और प्रसव के समय संस्थागत सुविधाओं को प्रोत्साहन देने वाली योजनाएँ सेवाओं के व्यापक उपयोग से जुड़ी रही हैं। फिर भी विभिन्न जिलों और सामाजिक समूहों के बीच नियमित प्रसवपूर्व जाँच की स्थिति एक समान नहीं है। उत्तर प्रदेश में नवीन सर्वेक्षण के अनुसार संस्थागत प्रसव ८३.४ प्रतिशत होने के साथ चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच ४२.४ प्रतिशत ही है। यह अंतर उस व्यापक प्रश्न को सामने लाता है कि क्या स्वास्थ्य संस्थान तक प्रसव के समय पहुँच बढ़ने के समानांतर गर्भावस्था में नियमित देखभाल भी आगे बढ़ रही है (२७)।

छायाचित्र १ – गर्भवती महिला से संपर्क करती सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता



चित्र-श्रेय – विश्व स्वास्थ्य संगठन, भारत। मूल छायाचित्र

अतः अध्ययन का मूल प्रतिपाद्य सेवा-उपयोग की बहुचरणीय प्रकृति है। चार प्रसवपूर्व जाँच, पहली तिमाही में जाँच, लौह एवं फोलिक अम्ल का पर्याप्त सेवन, संस्थागत प्रसव और दो दिन के भीतर प्रसवोत्तर देखभाल अलग-अलग आयामों को अभिव्यक्त करते हैं। इन्हें एक साथ प्रस्तुत करने से उपलब्धि और अपेक्षाकृत कमजोर चरणों की पहचान में मदद मिल सकती है। साथ ही प्रत्येक सूचक की पात्र जनसंख्या तथा संदर्भ अवधि को ध्यान में रखना अनिवार्य है।

२. साहित्य समीक्षा एवं शोध-अंतर

२.१ प्रसवपूर्व देखभाल और गुणवत्ता

तुनचाल्प तथा सहलेखकों ने प्रसवपूर्व सेवा को रोगों की पहचान और उपचार भर तक सीमित न रखते हुए महिलाओं के सम्मान, निर्णय-क्षमता तथा सकारात्मक गर्भावस्था अनुभव से जोड़ा। उनकी विवेचना दर्शाती है कि पर्याप्त समय पर संपर्क, जानकारी और देखभाल की गुणवत्ता स्वयं महत्वपूर्ण परिणाम हैं (१)। कुमार तथा सहकर्मियों ने राष्ट्रीय सर्वेक्षण के आधार

पर बताया कि चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच का उपयोग, आवश्यक प्रतिरक्षण और लौह-फोलिक सेवन को जोड़कर देखे जाने पर पूर्ण देखभाल का स्तर अधिक सीमित दिखाई देता है (३)।

ठक्कर और सहलेखकों ने नवीनतम सर्वेक्षण अवधि के आधार पर प्रसवपूर्व जाँच के कम उपयोग से संबंध सामाजिक और क्षेत्रीय कारकों की पहचान की तथा अपेक्षाकृत वंचित आबादी तक सेवाओं के विस्तार की आवश्यकता पर बल दिया (४)। गिरोत्रा और सहकर्मियों के विश्लेषण में प्रसवपूर्व संपर्क की संख्या और देखभाल की पर्याप्त गुणवत्ता के बीच वैचारिक अंतर महत्वपूर्ण रहा (५)। निहाल और शेखर के अध्ययन ने भी यह रेखांकित किया कि केवल उपस्थिति दर्ज होना गुणवत्तापूर्ण जाँच का पर्याप्त पर्याय नहीं है (६)। इसलिए वर्तमान शोध में उपलब्ध आँकड़ों के आधार पर सेवा-उपयोग की विवेचना की गई है, गुणवत्ता के अप्रकाशित स्थानीय स्तर का अनुमान नहीं लगाया गया।

२.२ असमानताएँ, शिक्षा और सामाजिक संदर्भ

अली और चौहान ने ग्रामीण भारत में मातृत्व सेवाओं के उपयोग की असमानताओं का विश्लेषण करते हुए शिक्षा, आर्थिक स्थिति तथा सूचना तक पहुँच जैसे घटकों की महत्वपूर्ण भूमिका दिखाई (७)। शहरी भारत के अध्ययन में भी सुविधाओं तक अपेक्षाकृत बेहतर भौगोलिक पहुँच के बावजूद सामाजिक-आर्थिक असमानताओं का बने रहना उल्लेखनीय है (८)। पाल ने आय से संबंधित असमानता की संरचना का अध्ययन कर परिवार की आर्थिक अवस्था और शैक्षिक पृष्ठभूमि को महत्वपूर्ण बताया (९)।

संस्थागत प्रसव से संबंधित राष्ट्रीय अध्ययन में शिक्षा, परिवार की आर्थिक स्थिति और प्रसवपूर्व संपर्क से जुड़े संबंधों की पहचान हुई (१०)। महिला शिक्षा के प्रभाव पर केंद्रित शोध ने भी सेवाओं के उपयोग के साथ शिक्षा का सकारात्मक संबंध दर्ज किया (११)। तथापि जिले के औसत साक्षरता स्तर और औसत जाँच-प्राप्ति के साथ-साथ बदलने से यह सिद्ध नहीं होता कि किसी विशेष महिला की शिक्षा ही उसके सेवा-उपयोग का प्रत्यक्ष कारण है। वर्तमान अध्ययन में इसी भेद को स्पष्ट रखते हुए समष्टिगत आँकड़ों की सीमाओं का सम्मान किया गया है।

२.३ स्वास्थ्य व्यवस्था, सामुदायिक संपर्क और देखभाल की निरंतरता

ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रभावों पर अध्ययन से संकेत मिलता है कि सेवाओं की उपलब्धि में सुधार तथा विभिन्न सामाजिक वर्गों के बीच समानता का प्रश्न अलग-अलग है (१२)। गांधी और सहकर्मियों ने गर्भावस्था से प्रसवोत्तर अवधि तक सेवाओं के क्रमिक उपयोग में क्षैतिज असमानता की ओर ध्यान आकर्षित किया (१३)। ग्रामीण भारत में मातृत्व और नवजात देखभाल की पूरी शृंखला पर केंद्रित भौगोलिक अध्ययन ने यह स्पष्ट किया कि अलग-अलग क्षेत्रों में सभी अनिवार्य चरण प्राप्त करने की संभावना समान नहीं रहती (१४)।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से संबंधित अध्ययनों के अनुसार आशा कार्यकर्ता महिलाओं को जाँच के लिए प्रेरित करने, प्रसव स्थान की तैयारी और प्रसवोत्तर संपर्क में सहायता दे सकती हैं, किंतु उनका वास्तविक योगदान स्थानीय स्वास्थ्य तंत्र, प्रशिक्षण और समय पर उपलब्ध सेवाओं से प्रभावित होता है (१५, १६, १७)। उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों में किए गए गुणात्मक अध्ययन ने असमान सामाजिक समूहों की महिलाओं तक गृह-भेंट के प्रभावी उपयोग और सेवा-संपर्क की चुनौतियों को रेखांकित किया (१८)। इस साहित्य से प्राप्त महत्वपूर्ण संदेश यह है कि संपर्क की निरंतरता को स्थानीय व्यवस्था, अभिलेख-प्रबंधन और स्वास्थ्यकर्मी की कार्यक्षमता से जोड़कर समझना चाहिए।

२.४ योजनाएँ तथा सेवा की वास्तविक उपयोगिता

जननी सुरक्षा योजना के प्रभाव के राष्ट्रीय मूल्यांकन में संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करने की नीति के महत्व के साथ राज्यों के बीच कार्यान्वयन की भिन्नता भी सामने आई (१९)। उच्च प्राथमिकता वाले राज्यों के बहुस्तरीय अध्ययन ने व्यक्तिगत विशेषताओं के साथ समुदाय और जिले में उपलब्ध सेवाओं के अंतर को भी महत्वपूर्ण पाया (२०)। गर्भावस्था में

पोषण संबंधी पूरक व्यवस्था पर शोध और लौह-फोलिक सेवन की नियमितता पर नवीन अध्ययन इस बात की ओर संकेत करते हैं कि केवल दवा उपलब्ध होना और निर्धारित अवधि तक उसका वास्तविक सेवन एक ही बात नहीं है (२१, २२)। प्रसव के समय सम्मानजनक व्यवहार और स्वास्थ्य सुविधा की गुणवत्ता भी सेवा के अर्थपूर्ण उपयोग से जुड़े पहलू हैं। गुजरात के प्रत्यक्ष अवलोकन आधारित अध्ययन और भारतीय शोधों की व्यवस्थित समीक्षा में देखभाल के सम्मान, निजता तथा निर्णय में भागीदारी को गुणवत्ता के अंग के रूप में रेखांकित किया गया (२३, २४)। उत्तर प्रदेश की प्रसव-सुविधाओं पर गुणात्मक शोध से भी प्रवेश से छुट्टी तक देखभाल की निरंतर गुणवत्ता के महत्त्व का संकेत मिलता है (२५)। प्रसवोत्तर सेवाओं पर नवीन अध्ययन से पता चलता है कि सेवाओं की कुल उपलब्धि बढ़ने पर भी आयु और सामाजिक परिस्थिति के अनुसार विषमताएँ बनी रह सकती हैं (२६)।

२.५ शोध-अंतर

इन अध्ययनों में राष्ट्रीय, ग्रामीण-नगरीय, सामाजिक और स्वास्थ्य-व्यवस्था संबंधी आयामों पर पर्याप्त चर्चा हुई है। फिर भी एक ही मंडल के सभी पाँच जिलों को नवीन राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के समान संकेतकों पर एकत्र रखकर प्रसवपूर्व नियमित जाँच तथा संस्थागत प्रसव का अंतर दर्शाने वाली सरल और नीति-उन्मुख तुलना का पृथक उपयोग है। यही इस शोध का क्षेत्रीय योगदान है। अध्ययन किसी विशिष्ट कारण को सिद्ध नहीं करता, बल्कि प्रकाशित स्थानीय सूचकों में अंतर पहचानकर आगामी कार्यक्रम समीक्षा के उपयुक्त प्रश्न तैयार करता है।

३. अध्ययन के उद्देश्य, अनुसंधान प्रश्न और परीक्षण योग्य कथन

इस अध्ययन के उद्देश्य मुरादाबाद मंडल के पाँच जिलों में मातृत्व सेवाओं के उपयोग का तुलनात्मक मूल्यांकन करना; चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच और संस्थागत प्रसव के बीच अंकगणितीय अंतर को मापना; उत्तर प्रदेश के दो राष्ट्रीय सर्वेक्षण दौरों की प्रवृत्ति के संदर्भ में जिले की स्थिति स्पष्ट करना; महिला साक्षरता के साथ प्रसवपूर्व जाँच का वर्णनात्मक सह-परिवर्तन देखना; तथा सतत विकास लक्ष्य – ३ के संदर्भ में स्थानीय कार्यान्वयन संबंधी प्राथमिकताएँ सुझाना है।

मुख्य अनुसंधान प्रश्न यह है कि क्या सभी जिलों में नियमित गर्भावस्था जाँच और संस्थागत प्रसव की उपलब्धि एक समान है। दूसरा प्रश्न यह है कि कौन-से जिले राज्य औसत से पीछे हैं और कहाँ दोनों सूचकों का अंतर अधिक है। तीसरा प्रश्न यह है कि महिला साक्षरता के जिला-स्तरीय वितरण और प्रसवपूर्व जाँच के प्रतिशत के बीच कोई सरल, एकरूप क्रम दिखाई देता है या नहीं।

परीक्षण योग्य प्रथम कथन है कि चार अथवा अधिक प्रसवपूर्व जाँच का प्रतिशत पाँच जिलों में भिन्न है। दूसरा कथन यह है कि प्रत्येक जिले में संस्थागत प्रसव का प्रतिशत चार जाँच के प्रतिशत से अधिक है। इन कथनों की जाँच वर्णनात्मक आँकड़ों के आधार पर की गई है। नमूना-आधारित मानक त्रुटियों और सर्वेक्षण योजना के संयुक्त विश्लेषण के अभाव में सांख्यिकीय महत्त्व या कारण-प्रभाव का दावा नहीं किया गया।

४. अध्ययन क्षेत्र – मुरादाबाद मंडल

उत्तर प्रदेश के पश्चिमी भाग में स्थित मुरादाबाद मंडल में अमरोहा, बिजनौर, मुरादाबाद, रामपुर और सम्भल जिले सम्मिलित हैं। अध्ययन में इन पाँचों जिलों को समग्र रूप से शामिल किया गया है, इसलिए मंडल के भीतर जिला चयन की यादृच्छिक प्रक्रिया लागू नहीं होती। मंडल प्रशासन की संरचना और जिलों के नाम के लिए आधिकारिक प्रशासनिक विवरण का सहारा लिया गया है (३०)।

मंडल के भीतर नगरीय और ग्रामीण आबादी, परिवहन के साधन, चिकित्सा संस्थानों की स्थिति तथा स्वास्थ्यकर्मियों के कार्यभार में भिन्नता संभव है। किन्तु यहाँ इन घटकों के जिलावार स्वतंत्र परिमाण उपलब्ध नहीं हैं। इस कारण किसी जिले के कम प्रसवपूर्व जाँच प्रतिशत को केवल दूरी, गरीबी, सामाजिक परंपरा अथवा किसी एक योजना की विफलता का परिणाम

घोषित करना तर्कसंगत नहीं होगा। जिला तुलना का उद्देश्य स्थानीय तथ्य-आधारित प्रश्न सामने लाना है जिन्हें आगे सुविधा-स्तरीय और महिला-स्तरीय सूचना से जाँचा जा सके।

कई आधिकारिक पुरानी सारणियों में अमरोहा जिले का नाम ज्योतिबा फुले नगर मिलता है। तुलनीयता के लिए दोनों नामों को एक ही जिले के रूप में माना गया है। सभी तालिकाओं और चार्टों में वर्तमान नाम अमरोहा प्रयुक्त किया गया है। पाँच जिलों की सीमा एक प्रशासनिक सीमा है, किसी सामाजिक या चिकित्सा व्यवहार की समानता का पूर्वानुमान नहीं।

छायाचित्र २ – आशा और सहायक नर्स-दाई की सामुदायिक स्वास्थ्य बैठक



चित्र-श्रेय – विकिमीडिया कॉमन्स; हेमंत; साझा श्रेय-समरूप लाइसेंस; तेलंगाना का दृश्य। मूल छायाचित्र

५. शोध पद्धति एवं सूचना-स्रोत

५.१ अध्ययन की प्रकृति, इकाई और अवधि

वर्तमान अध्ययन द्वितीयक स्रोतों पर आधारित वर्णनात्मक, तुलनात्मक और विवेचनात्मक अनुसंधान है। मुख्य विश्लेषण इकाई जिला है तथा राज्य का औसत पृथक संदर्भ स्तर के रूप में प्रयुक्त हुआ है। पाँच जिलों के प्रमुख सूचक पाँचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण की वर्ष २०१६ – २१ अवधि के हैं। उत्तर प्रदेश के परिवर्तन की विवेचना चौथे सर्वेक्षण की वर्ष २०१५ – १६ अवधि के साथ की गई है। इन सर्वेक्षण वर्षों के परिणामों को वर्ष २०२६ में सेवाओं की वास्तविक वर्तमान अवस्था के रूप में प्रस्तुत नहीं किया गया।

५.२ प्रमुख स्रोत और सत्यापन

चार प्रसवपूर्व जाँच, संस्थागत प्रसव और महिला साक्षरता के जिलावार आँकड़े राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र की उत्तर प्रदेश स्वास्थ्य विवरणिका की जिला-सारणी और स्वास्थ्य मंत्रालय के सर्वेक्षण तथ्यों से लिए गए हैं (२७, २८)। राज्य-स्तरीय प्रवृत्तियों की गणना मूल सर्वेक्षण के समेकित प्रतिशतों से की गई है। सतत विकास लक्ष्य की अवधारणा संयुक्त राष्ट्र के आधिकारिक सूचक विवरण से स्पष्ट की गई है (२९)।

सूचना की जाँच करते समय संदर्भ वर्ष, पात्र आयु-समूह, संबंधित जन्म की अवधि, सेवा का स्वरूप और रिपोर्ट में प्रयुक्त मापन-पद्धति पर ध्यान दिया गया। विशेष सावधानी यह रखी गई कि स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली के प्रशासनिक पंजीकरण प्रतिशतों को राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के घर-आधारित प्रश्नों से प्राप्त प्रतिशतों के समान न माना जाए। प्रतिशतों को एक दशमलव तक दर्शाया गया है; दो प्रतिशतों का घटाव प्रतिशत-बिंदु में व्यक्त किया गया है।

५.३ विश्लेषण विधि और अर्थ-सीमाएँ

प्रत्येक जिले के लिए प्रदेश से अंतर की गणना जिले का प्रतिशत घटाकर नहीं, बल्कि जिले का प्रतिशत में से प्रदेश का प्रतिशत घटाकर की गई है। संस्थागत प्रसव और चार जाँच के बीच सेवा-क्रम अंतर की गणना संस्थागत प्रसव प्रतिशत

में से चार जाँच प्रतिशत घटाकर की गई। यद्यपि ये दोनों सूचक एक ही सामान्य मातृत्व विषय से जुड़े हैं, फिर भी इनके पात्र उत्तरदाता और मापन संदर्भ पूरी तरह समान नहीं हो सकते। इसलिए गणना किया गया अंतर किसी महिला के प्रसवपूर्व देखभाल से बाहर होने, सेवा छोड़ने या बाद में वापस आने का प्रत्यक्ष प्रमाण नहीं है।

दृष्टांत के लिए यदि किसी जिले में संस्थागत प्रसव ८० प्रतिशत और चार प्रसवपूर्व जाँच ३५ प्रतिशत हो तो अंतर ४५ प्रतिशत-बिंदु होगा। इसका अर्थ यह नहीं है कि वही ४५ प्रतिशत महिलाएँ जाँच से वंचित रहकर संस्थान पहुँचीं। इस प्रकार के निष्कर्ष हेतु महिला-स्तर पर क्रमिक सूचनाओं की आवश्यकता होगी। यही सावधानी महिला साक्षरता एवं प्रसवपूर्व जाँच के जिला-स्तरीय संबंध पर भी लागू की गई है।

तालिका १ – अध्ययन में प्रयुक्त संकेतकों की परिचालन परिभाषाएँ

संकेतक	मापन का आशय	मुख्य स्रोत
चार प्रसवपूर्व जाँच	अंतिम जन्म से जुड़ी गर्भावस्था में कम-से-कम चार जाँच प्राप्त माताएँ	पाँचवाँ राष्ट्रीय सर्वेक्षण
संस्थागत प्रसव	स्वास्थ्य संस्थान में संपन्न जन्मों का प्रतिशत	पाँचवाँ राष्ट्रीय सर्वेक्षण
महिला साक्षरता	निर्धारित आयुवर्ग की साक्षर महिलाओं का प्रतिशत	स्वास्थ्य विवरणिका
पहली तिमाही की जाँच	गर्भधारण के आरंभिक तीन माह में जाँच	राज्य तथ्यपत्रक
लौह-फोलिक सेवन	गर्भावस्था में कम-से-कम सौ दिन सेवन	राज्य तथ्यपत्रक
प्रसवोत्तर देखभाल	प्रसव के दो दिन के भीतर पात्र कर्मी से देखभाल	राज्य तथ्यपत्रक

तालिका की व्याख्या – प्रत्येक पंक्ति एक पृथक मापन को दर्शाती है। संबंधित प्रतिशतों का अर्थ समझते समय उस सूचक की पात्र जनसंख्या और समयावधि को साथ पढ़ना आवश्यक है।

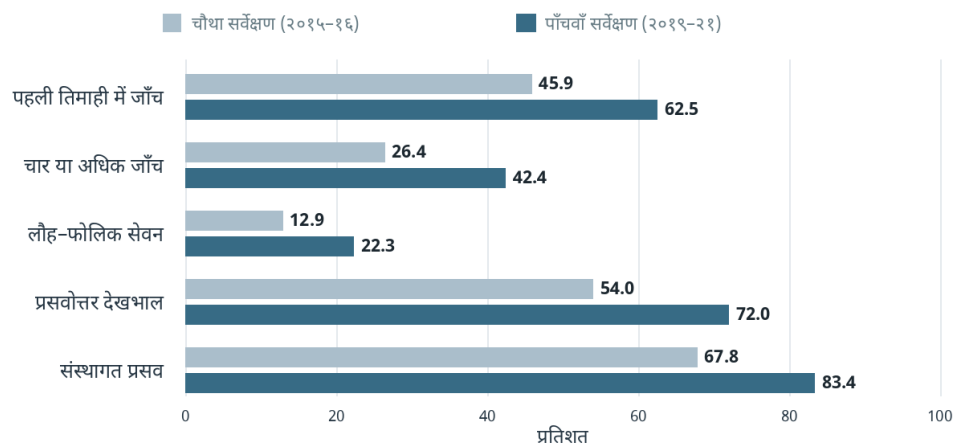
६. उत्तर प्रदेश में मातृत्व सेवाओं की समयानुसार स्थिति

उत्तर प्रदेश के चौथे तथा पाँचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के बीच पाँच चयनित सूचकों में वृद्धि दर्ज होती है। पहली तिमाही में जाँच का प्रतिशत ४५.६ से बढ़कर ६२.५ हुआ। कम-से-कम चार प्रसवपूर्व जाँच २६.४ से ४२.४ और सौ दिन लौह-फोलिक सेवन १२.६ से २२.३ प्रतिशत पर पहुँचा। दो दिन के भीतर मातृ प्रसवोत्तर देखभाल ५४.० से ७२.० प्रतिशत तथा संस्थागत प्रसव ६७.८ से ८३.४ प्रतिशत रहा। सर्वेक्षण-दौरों के बीच यह परिवर्तन प्रगति का संकेत देता है, किंतु सभी आयामों के बीच असमान स्तर भी स्पष्ट करता है (२७)।

तालिका २ – उत्तर प्रदेश में दो सर्वेक्षण अवधियों की तुलना (प्रतिशत)

सेवा-सूचक	चौथा सर्वेक्षण	पाँचवाँ सर्वेक्षण	अंतर (अंक)
पहली तिमाही में जाँच	४५.६	६२.५	+१६.६
चार या अधिक जाँच	२६.४	४२.४	+१६.०
सौ दिन लौह-फोलिक सेवन	१२.६	२२.३	+९.७
दो दिन के भीतर मातृ देखभाल	५४.०	७२.०	+१८.०
संस्थागत प्रसव	६७.८	८३.४	+१५.६

चित्र 9 – उत्तर प्रदेश के मातृत्व सेवा संकेतकों में दो सर्वेक्षणों के बीच परिवर्तन



व्याख्या – सभी पाँच सूचकों में वृद्धि है, लेकिन नवीन सर्वेक्षण में नियमित चार जाँच और निर्धारित अवधि तक लौह-फोलिक सेवन का स्तर संस्थागत प्रसव से बहुत कम है। यह केवल सेवा की संख्या नहीं, बल्कि नियमितता और अनुपालन को भी नीति की प्राथमिकता बनाने का संकेत है। स्रोत – राज्य तथ्यपत्रक (२७)।

समग्र स्तर पर संस्थागत प्रसव में १५.६ प्रतिशत-बिंदु तथा चार जाँच में १६.० प्रतिशत-बिंदु की वृद्धि हुई। वृद्धि की मात्रा लगभग बराबर प्रतीत हो सकती है, पर नवीन दौर में दोनों का स्तर क्रमशः ८३.४ और ४२.४ प्रतिशत है। इस प्रकार उच्च आधार स्तर वाला प्रसव-सूचक पर्याप्त प्रगति दिखाता है, जबकि नियमित गर्भावस्था जाँच का समग्र स्तर अभी भी कम है। इसी अंतर को देखते हुए प्रसव पूर्व सेवाओं की समय-सीमा, पुनःसंपर्क और फॉलोअप को कार्यक्रम प्रबंधन में अलग से मापना उपयोगी होगा।

प्रसवोत्तर देखभाल में १८.० प्रतिशत-बिंदु की वृद्धि विशेष रूप से ध्यान देने योग्य है। फिर भी इसे शत-प्रतिशत कवरेज नहीं माना जा सकता। प्रसवोत्तर जाँच के अलग-अलग समय और स्वास्थ्यकर्मी की अलग परिभाषाओं वाले सूचकों को सीधे एक श्रृंखला के रूप में जोड़ना भी उचित नहीं होगा। राष्ट्रीय शोध में देखभाल की निरंतरता पर जो बल दिया गया है, उसके अनुरूप यहाँ इन आँकड़ों को प्रासंगिक, पर पृथक माप समझा गया है (२, १३, २६)।

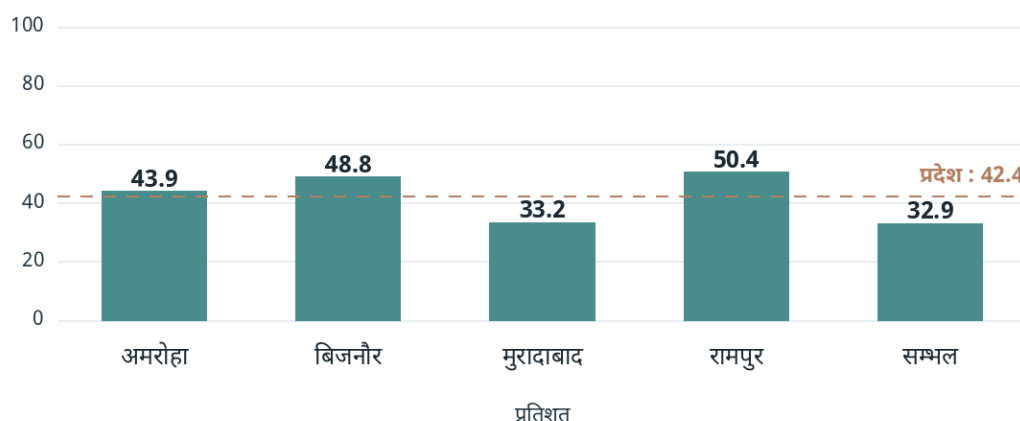
७. मुरादाबाद मंडल के पाँच जिलों में तुलनात्मक स्थिति

मंडल के जिलों में चार प्रसवपूर्व जाँच का प्रतिशत ३२.६ से ५०.४ के बीच पाया गया। सबसे अधिक प्रतिशत रामपुर में और उसके बाद बिजनौर में है; अमरोहा राज्य औसत के थोड़ा ऊपर है, जबकि मुरादाबाद और सम्भल उससे नीचे हैं। दूसरी ओर संस्थागत प्रसव के प्रतिशतों का अंतर अपेक्षाकृत संकुचित है, यद्यपि सम्भल का मान अन्य जिलों से स्पष्ट रूप से कम है। इस दोहरी स्थिति से यह संकेत मिलता है कि किसी जिले की संस्थागत प्रसव उपलब्धि देखकर उसकी प्रसवपूर्व नियमितता का अनुमान नहीं लगाया जाना चाहिए (२८)।

तालिका ३ – पाँच जिलों के प्रमुख मातृत्व सेवा सूचक (प्रतिशत)

जिला	चार जाँच	संस्थागत प्रसव	महिला साक्षरता
अमरोहा	४३.६	८१.१	६१.२
बिजनौर	४८.८	८३.७	७२.८
मुरादाबाद	३३.२	८०.३	६६.७
रामपुर	५०.४	८१.०	५७.०
सम्भल	३२.६	७४.२	५१.३
उत्तर प्रदेश	४२.४	८३.४	६६.१

चित्र २ – जिलेवार चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच तथा प्रदेश की संदर्भ रेखा



व्याख्या – रामपुर में ५०.४ और बिजनौर में ४८.८ प्रतिशत के साथ ऊँचा स्तर दिखाई देता है। मुरादाबाद ३३.२ तथा सम्भल ३२.९ प्रतिशत पर राज्य औसत ४२.४ से क्रमशः ६.२ और ६.५ प्रतिशत-बिंदु पीछे हैं। ये अंतर स्थानीय कार्यक्रम समीक्षा की प्राथमिकता तय करने में सहायक हो सकते हैं। स्रोत – स्वास्थ्य विवरणिका (२८)।

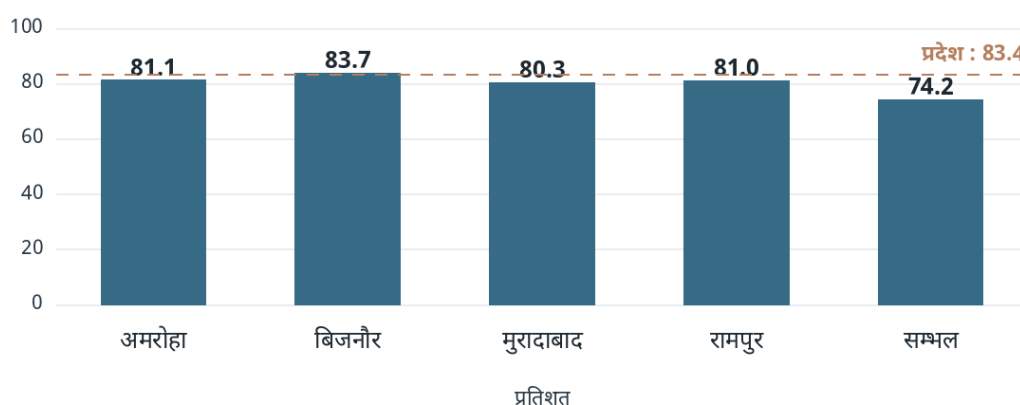
प्रदेश औसत से तुलना करने पर अमरोहा का चार-जाँच सूचक १.५ प्रतिशत-बिंदु, बिजनौर का ६.४ और रामपुर का ८.० प्रतिशत-बिंदु अधिक है। मुरादाबाद का अंतर ऋण ६.२ तथा सम्भल का ऋण ६.५ प्रतिशत-बिंदु है। मंडल के भीतर उच्चतम और न्यूनतम जिले का अंतर १७.५ प्रतिशत-बिंदु है। इतना अंतर यह दर्शाने के लिए पर्याप्त है कि मंडल के औसत के सहारे सभी जिलों की एक जैसी आवश्यकता मान लेना उचित नहीं होगा।

रामपुर में चार जाँच का स्तर सबसे अधिक होने पर भी वह पूर्ण उपलब्धि से दूर है। बिजनौर भी इस दृष्टि से अपेक्षाकृत बेहतर, किन्तु पूर्ण कवरेज वाला जिला नहीं है। दूसरी ओर मुरादाबाद और सम्भल में पंजीकृत गर्भवती महिलाओं की जाँच-सूची, समय पर पुनःसंपर्क तथा जोखिम की पहचान जैसी प्रक्रियाओं की समीक्षा विशेष उपयोगी हो सकती है। यह सुझाव प्रकाशित प्रतिशतों से प्रेरित है; किसी विशिष्ट अवरोध को प्रत्यक्ष रूप से मापा हुआ निष्कर्ष नहीं है।

८. संस्थागत प्रसव – उपलब्धि और व्याख्या

संस्थागत प्रसव के मामले में बिजनौर का स्तर ८३.७ प्रतिशत है, जो राज्य औसत ८३.४ प्रतिशत के लगभग बराबर तथा उससे ०.३ प्रतिशत-बिंदु अधिक है। अमरोहा ८१.१, रामपुर ८१.० और मुरादाबाद ८०.३ प्रतिशत पर हैं। सम्भल में यह स्तर ७४.२ प्रतिशत है, जो राज्य औसत से ६.२ प्रतिशत-बिंदु कम है। मंडल के उच्चतम और न्यूनतम जिले के बीच ६.५ प्रतिशत-बिंदु का अंतर है (२७, २८)।

चित्र ३ – मुरादाबाद मंडल में संस्थागत प्रसव की जिलावार स्थिति



व्याख्या – बिजनौर राज्य के समग्र स्तर के निकट है। सम्भल में अपेक्षाकृत कम संस्थागत प्रसव को देखते हुए स्थानीय प्रसव-सुविधाओं की उपलब्धता, परिवहन, पूर्व-निर्धारित रेफरल और प्रसव-कक्ष की तैयारी का अलग आकलन आवश्यक प्रतीत होता है। चार्ट से किसी एक कारण की पुष्टि नहीं की जा सकती। स्रोत – स्वास्थ्य विवरणिका (२८)।

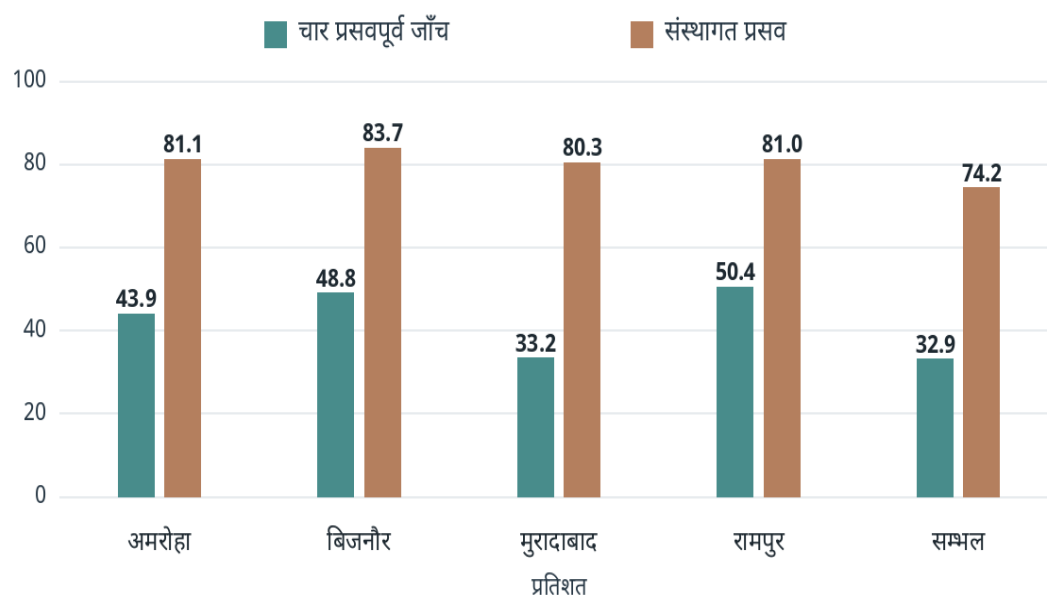
संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करने वाली नीति की उपयोगिता को समझने के लिए परिवार की मांग, स्वास्थ्य केंद्र में पहुँचने की सुविधा और वहाँ उपलब्ध वास्तविक चिकित्सकीय क्षमता – तीनों को साथ देखना आवश्यक है। राष्ट्रीय प्रभाव मूल्यांकन ने संस्थागत प्रसव में योजनागत प्रोत्साहन की भूमिका पर प्रकाश डाला, किन्तु सेवा विस्तार को स्वास्थ्य परिणामों में स्वतः और समान परिवर्तन के रूप में नहीं पढ़ा जा सकता (१६)। प्रसव के लिए संस्थान चुनने का निर्णय समय, आर्थिक साधन, परिवार, सूचना, विश्वास तथा पूर्व अनुभव जैसे अनेक आयामों से प्रभावित हो सकता है (१०, २०)।

जिलावार प्रकाशित प्रतिशतों में सरकारी और निजी संस्थानों की पृथक तुलना उपलब्ध न होने से वर्तमान शोध किसी जिले में निजी क्षेत्र के विस्तार या सरकारी संस्थानों की कमी का परिमाण नहीं बताता। इसी तरह संस्थान में जन्म होने और कुशल प्रसव-सहायक की उपस्थिति के आधिकारिक सूचक को समान नहीं माना गया है। गुणवत्ता की दृष्टि से स्वच्छता, प्रसूति की आवश्यक औषधियाँ, आपात स्थिति के प्रबंधन और सम्मानजनक व्यवहार जैसे तत्वों का स्वतंत्र आकलन अनिवार्य होगा (२३, २४, २५)।

६. प्रसवपूर्व नियमित जाँच और संस्थागत प्रसव में अंतर

मातृत्व देखभाल का क्रम गर्भावस्था में पहचान, नियत समय पर जाँच, जोखिम-प्रबंधन, सुरक्षित प्रसव और प्रसवोत्तर संपर्क की अवधारणा पर आधारित है। इस क्रम में चार प्रसवपूर्व जाँच और संस्थागत प्रसव दो महत्वपूर्ण, पर अलग तरह से मापे जाने वाले सूचक हैं। इनके समानांतर प्रदर्शन से सेवा प्रणाली के किन चरणों पर अतिरिक्त ध्यान चाहिए, इसकी प्रारंभिक दिशा प्राप्त की जा सकती है (२, १३, १४)।

चित्र ४ – चार प्रसवपूर्व जाँच और संस्थागत प्रसव की पाँच जिलों में समानांतर तुलना



व्याख्या – प्रत्येक जिले में संस्थागत प्रसव का प्रतिशत चार जाँच की तुलना में अधिक है। मुरादाबाद में दोनों का अंतर सबसे बड़ा दिखाई देता है। यह परिणाम नियमित जाँच की अपेक्षाकृत कम व्यापकता दर्शाता है; यह महिलाओं के व्यक्तिगत उपचार-पथ का प्रत्यक्ष अनुगमन नहीं है। स्रोत – स्वास्थ्य विवरणिका (२८)।

तालिका ४ – दो सेवा-सूचकों का अंकगणितीय अंतर (प्रतिशत-बिंदु)

जिला	चार जाँच	संस्थागत प्रसव	अंतर
अमरोहा	४३.६	८१.१	३७.२
बिजनौर	४८.८	८३.७	३४.६
मुरादाबाद	३३.२	८०.३	४७.१
रामपुर	५०.४	८१.०	३०.६
सम्भल	३२.६	७४.२	४१.३
उत्तर प्रदेश	४२.४	८३.४	४१.०

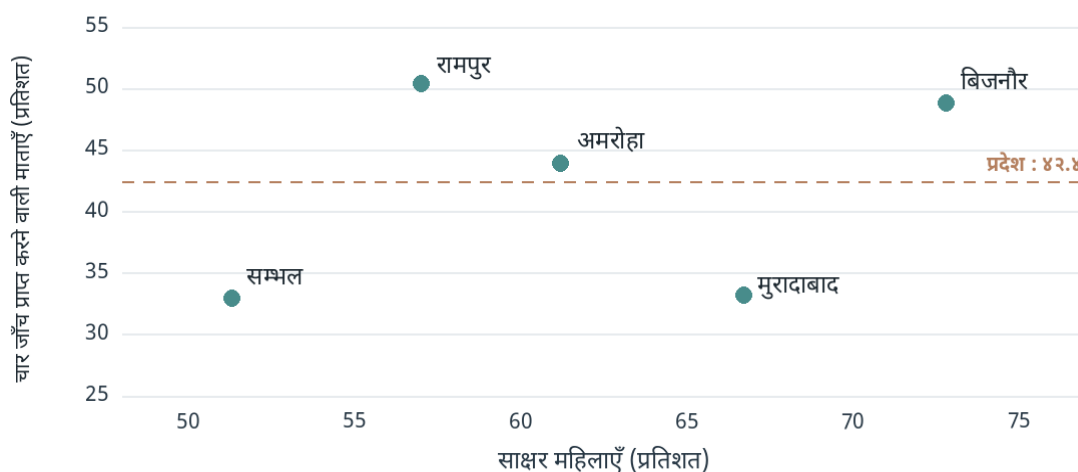
मुरादाबाद में ४७.१ प्रतिशत-बिंदु का अंतर अधिकतम तथा रामपुर में ३०.६ प्रतिशत-बिंदु का अंतर न्यूनतम है। सम्भल में अंतर ४१.३, अमरोहा में ३७.२ और बिजनौर में ३४.६ प्रतिशत-बिंदु है। प्रदेश का संबंधित अंतर ४१.० प्रतिशत-बिंदु है। इसलिए मुरादाबाद का अंतर प्रदेश से ६.१ प्रतिशत-बिंदु अधिक, जबकि रामपुर का अंतर १०.४ प्रतिशत-बिंदु कम है। यह तुलना बताती है कि केवल संस्थागत प्रसव को सफलता की एकमात्र कसौटी बनाने पर नियमित गर्भावस्था जाँच की चुनौती अपेक्षाकृत कम दिखाई दे सकती है।

प्रस्तुत अध्ययन की दोनों वर्णनात्मक परिकल्पनाओं को संख्यात्मक स्तर पर समर्थन मिलता है। चार जाँच का प्रतिशत पाँच जिलों में समान नहीं है और प्रत्येक जिले में संस्थागत प्रसव का प्रकाशित प्रतिशत अधिक है। फिर भी इन निष्कर्षों को सांख्यिकीय परीक्षण की स्वीकृति नहीं माना गया। विश्वसनीय परिकल्पना परीक्षण हेतु मूल नमूना, भार तथा जटिल सर्वेक्षण डिजाइन पर आधारित मानक त्रुटियाँ आवश्यक होंगी। बेहतर नीतिगत समझ के लिए जिला औसत के साथ विकासखंड, उपकेंद्र और लाभार्थी स्तर की अनुवर्ती जानकारी भी उपयोगी होगी।

१०. महिला साक्षरता का सामाजिक संदर्भ

शिक्षा महिलाओं की जानकारी, स्वास्थ्य निर्णय और सेवाओं की पहचान में सहायक हो सकती है, किन्तु किसी जिले की साक्षरता और प्रसवपूर्व जाँच का समष्टिगत संबंध अनेक अन्य परिस्थितियों से प्रभावित होता है। वर्तमान तुलना में बिजनौर की महिला साक्षरता ७२.८ प्रतिशत और चार जाँच ४८.८ प्रतिशत है। रामपुर की साक्षरता ५७.० प्रतिशत होने पर भी चार जाँच ५०.४ प्रतिशत है। मुरादाबाद में साक्षरता ६६.७ प्रतिशत होने के बावजूद चार जाँच ३३.२ प्रतिशत है। ये उदाहरण किसी सरल रैखिक व्याख्या को चुनौती देते हैं (६, ११)।

चित्र ५ – महिला साक्षरता और नियमित प्रसवपूर्व जाँच का जिला-स्तरीय संबंध



व्याख्या – बिजनौर तथा रामपुर का स्थान दिखाता है कि साक्षरता और जाँच का प्रतिशत सभी जिलों में एक ही दिशा से क्रमबद्ध नहीं है। पाँच जिलों का यह बिंदु-आलेख वर्णनात्मक है; इससे व्यक्तिगत महिला के व्यवहार या शिक्षा के कारणात्मक प्रभाव की गणना नहीं की गई है। स्रोत – स्वास्थ्य विवरणिका (२८)।

सम्भल में दोनों सूचक अपेक्षाकृत कम हैं, किन्तु इससे स्वयं यह सिद्ध नहीं होता कि सीमित शिक्षा ही नियमित जाँच न होने का कारण है। सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों की भौतिक उपलब्धता, महिला के कार्यभार, परिवार की सहमति, प्रतीक्षा समय, परिचारिका से संपर्क और परिवहन के साधन जैसे कारकों का स्वतंत्र आंकलन आवश्यक होगा। इसी प्रकार रामपुर में अपेक्षाकृत कम साक्षरता के बावजूद चार-जाँच उपलब्धि अधिक होने के कारणों की खोज बिना स्थानीय जाँच नहीं की जा सकती।

इस अध्ययन के पाँच अवलोकन किसी स्थिर सांख्यिकीय संबंध का पर्याप्त आधार नहीं हैं। जिला औसत के आधार पर व्यक्ति के व्यवहार की व्याख्या करना समष्टिगत भ्रांति का जोखिम उत्पन्न करता है। इसलिए प्राप्त परिणामों को स्थानीय खोज के प्रश्न के रूप में लिया गया है। विस्तृत अनुसंधान के लिए महिला शिक्षा, परिवार की आर्थिक स्थिति, ग्रामीण-नगरीय निवास, गर्भधारण क्रम तथा वास्तविक यात्रा दूरी की सूचनाओं को एक ही महिला-स्तरीय फाइल में जोड़कर बहुचर विश्लेषण करना होगा।

११. परिणामों का समेकित विमर्श

११.१ राज्य में प्रगति और अंतर का सहअस्तित्व

राज्य के दो सर्वेक्षणों के बीच मातृत्व सेवाओं के अधिकांश उपलब्ध संकेतकों का बढ़ना स्वास्थ्य कार्यक्रमों के विस्तार के अनुकूल प्रवृत्ति है। किन्तु संख्या का बढ़ना उपलब्धि के प्रत्येक आयाम की समान गुणवत्ता का प्रमाण नहीं है। एक ओर संस्थागत प्रसव का स्तर ८३ प्रतिशत से ऊपर है, दूसरी ओर चार जाँच और सौ दिन तक लौह-फोलिक सेवन का प्रतिशत क्रमशः ४२.४ और २२.३ है। इस अंतर में गर्भावस्था के लंबे समय तक चलने वाले संपर्क की चुनौती निहित है। प्रसव के समय संस्थान पहुँचने का एक अवसर, चार नियत जाँचों और औषधीय अनुपालन की पूरी प्रक्रिया से अलग है (३, ४, ५, २१)।

११.२ एक ही मंडल में अलग-अलग स्थानीय प्राथमिकताएँ

मुरादाबाद और सम्भल में नियमित चार-जाँच का अपेक्षाकृत कम स्तर प्राथमिक स्वास्थ्य संपर्क की निगरानी बढ़ाने का तर्क देता है। सम्भल में संस्थागत प्रसव भी कम होने के कारण दो स्तरों – गर्भावस्था की सेवाएँ और प्रसव तक वास्तविक पहुँच – की पृथक समीक्षा उपयोगी होगी। रामपुर में चार जाँच का अपेक्षाकृत ऊँचा स्तर भविष्य में सर्वोत्तम स्थानीय कार्यप्रणालियों को समझने का आरंभिक बिंदु हो सकता है, बशर्ते उच्च प्रतिशत के पीछे की विधियों और गुणवत्ता की स्वतंत्र पुष्टि हो। बिजनौर में संस्थागत प्रसव का राज्य औसत के निकट होना संपूर्ण मातृत्व सेवा-निरंतरता के पूर्ण होने का प्रमाण नहीं है।

११.३ नियमित संपर्क और सम्मानजनक देखभाल

राष्ट्रीय साहित्य यह स्पष्ट करता है कि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की संलग्नता, पर्याप्त जानकारी, परिवार का विश्वास तथा स्वास्थ्य सुविधा का व्यवहार सेवाओं के उपयोग से जुड़े पहलू हैं (१५, १६, १७, १८)। यदि पंजीकरण के बाद नियत जाँच की तिथि, आशा कार्यकर्ता का अनुवर्ती संपर्क, समय पर जाँच और आवश्यक परामर्श एक दर्ज प्रक्रिया के रूप में संचालित हों, तो कार्यक्रम प्रबंधन में छूट जाने वाली नियुक्तियों की पहचान अधिक व्यवस्थित हो सकती है। इसे इस अध्ययन में सिद्ध परिणाम नहीं, बल्कि व्यवहार्य नीतिगत दिशा के रूप में देखा गया है।

केवल महिलाओं को केंद्र तक भेज देना पर्याप्त नहीं होगा; केंद्र पर रक्तचाप, आवश्यक प्रयोगशाला जाँच, उचित औषधि, सलाह तथा जोखिम पहचान की क्षमता भी होना चाहिए। प्रसव के समय स्वास्थ्यकर्मी की दक्षता, परिवार की जानकारी और महिला की गरिमा का संरक्षण भी जरूरी है। प्रकाशित अध्ययनों में देखभाल के सम्मान तथा गुणवत्ता पर सामने आई चुनौतियाँ इस विचार को बल देती हैं कि उपयोग की मात्रा के साथ सेवा अनुभव को भी मापा जाए (२३, २४, २५)।

११.४ सतत विकास लक्ष्य का अर्थपूर्ण स्थानीय अनुवाद

सतत विकास लक्ष्य – ३ के लिए स्थानीय स्तर पर प्रगति समझने का व्यावहारिक मार्ग उन संपर्कों को सुधारना है जिनसे मातृ जोखिम समय पर पहचाने और प्रबंधित किए जा सकें। तथापि इसका यह अर्थ नहीं है कि यहाँ उपलब्ध पाँच जिलों के सेवा प्रतिशतों से मातृ मृत्यु अनुपात का अनुमान संभव है। मातृ मृत्यु अनुपात ज्ञात करने के लिए पृथक विश्वसनीय मृत्यु और जीवित जन्म-संबंधी आँकड़ों की आवश्यकता होती है। इसी प्रकार संस्थागत प्रसव प्रतिशत प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी की उपस्थिति का स्थानापन्न नहीं है। इस भेद को बनाए रखना अंतरराष्ट्रीय सूचकों की सही व्याख्या के लिए अनिवार्य है (२६)।

१२. योजनाएँ तथा नीतिगत अनुशासनाएँ

१२.१ मौजूदा कार्यक्रमों का उपयोग

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत आशा, सहायक नर्स-दाई तथा स्वास्थ्य संस्थानों का परस्पर संपर्क मातृत्व सेवाओं तक पहुँच बढ़ाने की आधारभूमि है। प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान गर्भवती महिलाओं की नियत दिनों में जाँच और उच्च जोखिम की पहचान के लिए उपयोगी नीतिगत मंच प्रदान करता है। जननी सुरक्षा योजना संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करने तथा जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम सार्वजनिक सेवाओं तक आर्थिक और व्यवहारिक पहुँच को सहारा देने के संदर्भ में प्रासंगिक हैं। किन्तु किसी जिले में इन योजनाओं का विशिष्ट प्रभाव इस अध्ययन के आँकड़ों से पृथक सिद्ध नहीं किया गया है।

छायाचित्र ३ – सुरक्षित मातृत्व अभियान की प्रसवपूर्व जाँच संबंधी गतिविधि



चित्र-श्रेय – स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार। मूल छायाचित्र

१२.२ जिलेवार प्राथमिक कार्य

मुरादाबाद और सम्भल के लिए पहला कदम गर्भवती महिलाओं के आरंभिक पंजीकरण तथा चार नियत जाँच की पूर्णता का समयबद्ध अभिलेख तैयार करना हो सकता है। पहली तिमाही में संपर्क न हो पाने के मामलों का पृथक अनुवर्तन तथा

नियत तिथि बीतने पर पुनःभेंट की प्रक्रिया स्थापित की जा सकती है। जहाँ गर्भावस्था उच्च जोखिम वाली हो, वहाँ आवश्यक जाँच, चिकित्सकीय परामर्श और अग्रिम रेफरल की स्पष्ट जिम्मेदारी निर्धारित करना उपयोगी होगा।

सम्भल में अपेक्षाकृत कम संस्थागत प्रसव की पृष्ठभूमि में प्रसव की संभावित तिथि से पहले परिवहन की जानकारी, उपलब्ध संस्थान की क्षमता, रेफरल संपर्क और रात के समय सेवा—प्राप्ति जैसी व्यवस्थाओं का स्थानीय सत्यापन उपयोगी होगा। अमरोहा, बिजनौर और रामपुर में तुलनात्मक रूप से बेहतर कुछ सूचकों के साथ भी मातृत्व सेवाओं के अन्य चरणों तथा गुणवत्ता की समान गंभीरता से समीक्षा होनी चाहिए। अच्छा जिला—औसत भीतर स्थित कमजोर समुदायों को अदृश्य नहीं कर देना चाहिए।

92.3 कार्यक्रम निगरानी एवं जवाबदेही

जिला तथा विकासखंड स्तर पर पाँच सूचकों की नियमित समीक्षा रखी जा सकती है — पहली तिमाही में पंजीकरण, चार अथवा अधिक प्रसवपूर्व जाँच, कम—से—कम सौ दिन लौह—फोलिक सेवन, संस्थागत प्रसव और दो दिन के भीतर मातृ प्रसवोत्तर जाँच। सूचक के साथ उसकी पात्र जनसंख्या, अभिलेख का स्रोत, मासिक पूर्णता और लंबित संपर्क की संख्या दर्ज की जाए। महिला की पहचान सुरक्षित रखते हुए प्रत्येक स्वास्थ्य उपकेंद्र पर पुनःसंपर्क की व्यवस्था बनाई जा सकती है।

कार्यक्रम सुधार का मूल्यांकन केवल पंजीकरण संख्या से नहीं, बल्कि वास्तविक रूप से पूरी हुई जाँचों और उनकी गुणवत्ता से किया जाना चाहिए। त्रैमासिक समीक्षा में अपेक्षाकृत कम उपलब्धि वाले क्षेत्रों की पहचान, संस्थानों पर आवश्यक सामग्री की जाँच, स्वास्थ्यकर्मियों का सहायक पर्यवेक्षण और महिला से प्राप्त सेवा अनुभव को जोड़ा जा सकता है। ये सुझाव भविष्य के स्थानीय कार्यान्वयन के लिए हैं; सर्वेक्षण में इन उपायों की प्रभावशीलता का कोई प्रयोगात्मक आकलन प्रस्तुत नहीं है।

93. अध्ययन की सीमाएँ तथा अनुसंधान नैतिकता

अध्ययन की प्रमुख सीमा यह है कि पाँच जिलों के प्रकाशित समष्टिगत प्रतिशतों के आधार पर वर्णनात्मक तुलना की गई है। एक ही महिला के गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर संपर्क का क्रमिक अभिलेख उपलब्ध नहीं था। फलतः दो सूचकों के बीच अंतर को वास्तविक उपचार छोड़ने या पूर्ण देखभाल प्राप्त करने की दर नहीं माना जा सकता। जिले के भीतर ग्रामीण—नगरीय, आर्थिक, सामाजिक और स्वास्थ्य सुविधा—स्तर की असमानताओं का पृथक अनुमान भी नहीं किया गया। जिला संख्या केवल पाँच है तथा नमूना—भार, मानक त्रुटि एवं सर्वेक्षण की जटिल नमूना योजना के संयुक्त सूक्ष्म आँकड़े इस विश्लेषण का हिस्सा नहीं हैं। इसीलिए सहसंबंध का अनुमान, सांख्यिकीय महत्व का परीक्षण या कारणात्मक निष्कर्ष प्रस्तुत नहीं किए गए। सर्वेक्षण की अवधि २०१६ — २१ है; उसके बाद हुए परिवर्तन के संदर्भ में इस शोध के मानों को अद्यतन वर्तमान उपलब्धि नहीं कहा जा सकता। जिलेवार मातृ मृत्यु अनुपात का विश्वसनीय पृथक अनुमान भी इस अध्ययन में उपलब्ध नहीं है।

संपूर्ण विवेचना सार्वजनिक रूप से प्रकाशित आँकड़ों तथा शोधग्रंथों पर आधारित है। किसी महिला की व्यक्तिगत पहचान, चिकित्सकीय विवरण या नया क्षेत्रीय साक्षात्कार शामिल नहीं है। स्रोतों का स्पष्ट उल्लेख, अलग—अलग सूचक की परिभाषा और छायाचित्रों के श्रेय इस शोध की नैतिक अपेक्षाएँ हैं। वास्तविक इंटरनेट छायाचित्रों का उपयोग केवल सामुदायिक एवं संस्थागत गतिविधियों के उदाहरण के रूप में है; उन्हें मुरादाबाद मंडल की वास्तविक क्षेत्रीय तस्वीर नहीं बताया गया।

94. निष्कर्ष

यह अध्ययन दर्शाता है कि उत्तर प्रदेश में दो राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण अवधियों के मध्य मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के कई प्रमुख सूचकों में सुधार हुआ है। फिर भी संस्थागत प्रसव की अपेक्षाकृत ऊँची उपलब्धि को नियमित गर्भावस्था जाँच

और पोषण संबंधी देखभाल की समान उपलब्धि नहीं समझा जा सकता। चार जाँच और सौ दिन लौह-फोलिक सेवन के अपेक्षाकृत सीमित स्तर सेवा-उपयोग के ऐसे चरणों की ओर संकेत करते हैं जिनमें निरंतर संपर्क और गुणवत्ता पर अतिरिक्त ध्यान देना होगा।

मुरादाबाद मंडल के पाँच जिलों में नियमित चार-जाँच तथा संस्थागत प्रसव के प्रकाशित प्रतिशत भिन्न हैं। रामपुर और बिजनौर चार जाँच में अपेक्षाकृत आगे हैं; मुरादाबाद और सम्भल राज्य औसत से नीचे हैं। सम्भल में संस्थागत प्रसव भी अपेक्षाकृत कम है, जबकि मुरादाबाद में दोनों सेवा-सूचकों का अंकगणितीय अंतर सबसे अधिक है। महिला साक्षरता के वितरण से कोई सरल एक-दिशात्मक जिला-क्रम स्थापित नहीं होता। इन तथ्यों के आधार पर स्थानीय प्राथमिकता तय की जा सकती है, किन्तु अकेले जिला औसत से कारण निश्चित नहीं किया जा सकता।

सतत विकास लक्ष्य – ३ की दिशा में अर्थपूर्ण स्थानीय प्रगति के लिए प्रसवपूर्व समयबद्ध जाँच, उच्च जोखिम पहचान, औषधीय अनुपालन, सक्षम और सम्मानजनक प्रसव सेवाएँ तथा समय पर प्रसवोत्तर संपर्क की संयुक्त निगरानी आवश्यक है। निष्कर्ष का सार यह है कि मातृत्व स्वास्थ्य की सफलता केवल संस्थान में जन्म तक सीमित न होकर गर्भावस्था से प्रसवोत्तर अवधि तक उपलब्ध उपयुक्त सेवाओं की नियमितता और गुणवत्ता पर निर्भर करती है। इस साक्ष्य-आधारित तथा सीमित जिला तुलना को भविष्य के महिला-स्तरीय एवं सुविधा-स्तरीय अनुसंधान के लिए आधार बनाया जा सकता है।

१५. संदर्भ सूची

प्रकाशित शैक्षणिक अध्ययनों के स्थायी डिजिटल पहचानकर्ता सक्रिय संपर्क के रूप में दिए गए हैं। प्रशासनिक तथा सर्वेक्षण स्रोतों के लिए संबंधित सरकारी मूल संपर्क प्रस्तुत हैं; उनके लिए अलग डिजिटल शोध पहचानकर्ता जारी नहीं है।

1. तुनचाल्प एवं सहलेखक (२०१७)। सकारात्मक गर्भावस्था अनुभव हेतु प्रसवपूर्व देखभाल – जीवन-रक्षा से आगे। संदर्भ खोलें
2. सिंह, स्टोरी एवं मोरान (२०१६)। दक्षिण एशिया तथा अफ्रीका में मातृत्व स्वास्थ्य की निरंतर देखभाल का मूल्यांकन। संदर्भ खोलें
3. कुमार एवं सहलेखक (२०१६)। भारत में समग्र प्रसवपूर्व देखभाल का उपयोग, समानता और निर्धारक। संदर्भ खोलें
4. ठक्कर, आलम एवं सक्सेना (२०२३)। भारत में प्रसवपूर्व देखभाल के कम उपयोग से संबंधित कारक। संदर्भ खोलें
5. गिरोत्रा एवं सहलेखक (२०२३)। भारत में पर्याप्त गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व सेवाओं का उपयोग एवं निर्धारक। संदर्भ खोलें
6. निहाल एवं शेखर (२०२४)। भारत में पर्याप्त गुणवत्तापूर्ण गर्भावस्था देखभाल का आकलन। संदर्भ खोलें
7. अली एवं चौहान (२०२०)। ग्रामीण भारत में मातृत्व सेवा उपयोग की असमानताएँ। संदर्भ खोलें
8. अली, देबनाथ एवं अनवर (२०२१)। शहरी भारत में मातृत्व सेवाओं के उपयोग की असमानताएँ। संदर्भ खोलें
9. पाल (२०१५)। भारत में मातृत्व सेवाओं के उपयोग में असमानता का विश्लेषण। संदर्भ खोलें
10. बरमन एवं सहलेखक (२०२०)। भारत में संस्थागत प्रसव से संबद्ध निर्धारक। संदर्भ खोलें
11. बरमन, साहा एवं चौहान (२०२०)। शिक्षा का स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग पर प्रभाव। संदर्भ खोलें
12. वेलक्कल एवं सहलेखक (२०१७)। मातृत्व सेवा असमानताओं में बदलाव का अध्ययन। संदर्भ खोलें
13. गांधी, दाश एवं बाबू (२०२२)। भारत में मातृत्व देखभाल की निरंतरता में क्षेत्रीय असमानता। संदर्भ खोलें
14. त्रिपाठी एवं सहलेखक (२०२४)। भौगोलिक अंतर एवं निर्धारक। संदर्भ खोलें
15. नाडेला एवं सहलेखक (२०२१)। भारत में प्रसवपूर्व एवं शिशु स्वास्थ्य पर प्रभाव। संदर्भ खोलें
16. अग्रवाल एवं सहलेखक (२०१६)। मातृत्व देखभाल के क्रम में महिलाओं को बनाए रखने में सामुदायिक कार्यकर्ताओं की भूमिका। संदर्भ खोलें

17. सपरी एवं सहलेखक (२०१५)। अवसर एवं चुनौतियाँ। संदर्भ खोलें
18. ब्लैचर्ड एवं सहलेखक (२०२१)। प्रसवकालीन स्वास्थ्य समानता। संदर्भ खोलें
19. लिम एवं सहलेखक (२०१०)। जननी सुरक्षा योजना – स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव हेतु प्रोत्साहन का प्रभाव मूल्यांकन। संदर्भ खोलें
20. प्रशांत कुमार सिंह एवं सहलेखक (२०१४)। नौ उच्च प्राथमिकता राज्यों में मातृत्व सेवाओं के बहुस्तरीय निर्धारक। संदर्भ खोलें
21. प्रशांत कुमार सिंह एवं सहलेखक (२०२०)। भारत में गर्भावस्था के पोषण, लौह-फोलिक सेवन तथा पूरक आहार पर राष्ट्रीय अध्ययन। संदर्भ खोलें
22. सेनगुप्ता, प्रकाश एवं दत्ता (२०२६)। भारत की गर्भवती महिलाओं में लौह-फोलिक सेवन का अपूर्ण अनुपालन। संदर्भ खोलें
23. रावल एवं सहलेखक (२०२१)। सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में सम्मानजनक मातृत्व देखभाल का प्रत्यक्ष अवलोकन। संदर्भ खोलें
24. अंसारी एवं येरावडेकर (२०२०)। भारत में सम्मानजनक मातृत्व देखभाल – व्यवस्थित समीक्षा। संदर्भ खोलें
25. सक्सेना एवं सहलेखक (२०१८)। उत्तर प्रदेश में भर्ती से छुट्टी तक प्रसव देखभाल की गुणवत्ता का गुणात्मक अध्ययन। संदर्भ खोलें
26. अंशिका सिंह एवं सहलेखक (२०२६)। भारत की किशोर माताओं में प्रसवोत्तर देखभाल की प्रवृत्तियाँ। संदर्भ खोलें
27. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय। उत्तर प्रदेश – पाँचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण का राज्य तथ्यपत्रक। संदर्भ खोलें
28. राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (२०२१)। उत्तर प्रदेश स्वास्थ्य विवरणिका – जिलावार संकेतक। संदर्भ खोलें
29. संयुक्त राष्ट्र सांख्यिकी प्रभाग। सतत विकास लक्ष्य – ३.१ एवं संबंधित सूचकों की आधिकारिक व्याख्या। संदर्भ खोलें
30. मुरादाबाद मंडल प्रशासन। प्रशासनिक क्षेत्र एवं मंडल का परिचय। संदर्भ खोलें

Cite the Article:

कुमार, उमेश, शर्मा डॉ० सूरज. (2026). सतत विकास लक्ष्य – ३ के परिप्रेक्ष्य में भारत में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का तुलनात्मक अध्ययन – मुरादाबाद मंडल के विशेष संदर्भ में. The Research Dialogue, 5(3) 115-129, ISSN: 2583-438X (Online), Volume 05, Issue 03, October-2026., DOI: - <https://doi.org/10.64880/theresearchdialogue.v5i3.13>

Disclaimer: The views, opinions, interpretations, analyses, conclusions, recommendations, and statements expressed in this research article are solely those of the author(s) and do not necessarily represent the views, policies, or positions of the Publisher, Chief Editor, Editors, Editorial Board, Reviewers, or their affiliated institutions. The author(s) bear full responsibility for the originality, accuracy, authenticity, and integrity of the manuscript and for ensuring compliance with applicable academic and ethical standards, including those relating to plagiarism, AI-generated or AI-assisted content, copyright infringement, data fabrication or falsification, and other forms of research or academic misconduct.