

उत्तर प्रदेश एवं भारत में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का तुलनात्मक विश्लेषण: 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

सारांश

सुरक्षित मातृत्व के लिए गर्भावस्था का समयबद्ध पंजीकरण, पर्याप्त प्रसवपूर्व परीक्षण, प्रशिक्षित देखभाल, सुरक्षित संस्थागत प्रसव तथा प्रसवोत्तर स्वास्थ्य जाँच की निरंतरता आवश्यक है। प्रस्तुत अध्ययन भारत एवं उत्तर प्रदेश में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग की तुलना करता है तथा मुरादाबाद मंडल के मुरादाबाद, अमरोहा, बिजनौर, रामपुर और सम्भल जिलों की उपलब्ध प्रशासनिक प्रगति की पृथक विवेचना करता है। अध्ययन में चौथे राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (२०१५-१६), पाँचवें सर्वेक्षण (२०१९-२१) और १५ नवंबर २०२२ की प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य पोर्टल समीक्षा के प्रकाशित द्वितीयक आँकड़ों का वर्णनात्मक विश्लेषण किया गया है। पाँचवें सर्वेक्षण में चार अथवा अधिक प्रसवपूर्व जाँच का राष्ट्रीय स्तर ५८.१ प्रतिशत और उत्तर प्रदेश में ४२.४ प्रतिशत था, जबकि संस्थागत प्रसव क्रमशः ८८.६ और ८३.४ प्रतिशत दर्ज हुआ। राज्य में नियमित प्रसवपूर्व जाँच के शहरी-ग्रामीण अंतर तथा मंडल के प्रशासनिक संकेतकों में जिलावार विविधता स्पष्ट होती है। निष्कर्ष बताते हैं कि संस्थागत प्रसव बढ़ना समग्र मातृत्व देखभाल की पूर्णता का विकल्प नहीं है। शीघ्र पंजीकरण, नियमित अनुवर्ती जाँच, सम्मानजनक प्रसव सेवाओं, प्रभावी रेफरल तथा अभिलेखों के बेहतर मिलान पर आधारित स्थानीय कार्ययोजना आवश्यक है।

प्रमुख शब्द : मातृत्व स्वास्थ्य, प्रसवपूर्व जाँच, संस्थागत प्रसव, प्रसवोत्तर देखभाल, स्वास्थ्य सेवा उपयोग, मुरादाबाद मंडल, उत्तर प्रदेश, क्षेत्रीय असमानता।

१. प्रस्तावना

१.१ मातृत्व स्वास्थ्य का सार्वजनिक स्वास्थ्य में महत्व

मातृत्व स्वास्थ्य केवल प्रसव के समय चिकित्सा सहायता उपलब्ध होने का विषय नहीं है, बल्कि गर्भधारण से लेकर प्रसव के बाद की शुरुआती अवधि तक जुड़े अनेक स्वास्थ्य एवं सामाजिक निर्णयों की सतत प्रक्रिया है। रक्तचाप, रक्ताल्पता, संक्रमण, भ्रूण की वृद्धि और प्रसव-संबंधी जोखिम की समय पर पहचान इसी प्रक्रिया का हिस्सा है। नियमित जाँच के अवसर से महिला को पोषण, उचित आहार, चेतावनी संकेतों और आपातकालीन परिवहन की जानकारी भी मिलती है। इस कारण मातृत्व देखभाल की सफलता का मूल्यांकन एकल सुविधा-आधारित उपलब्धि के बजाय देखभाल की निरंतरता और गुणवत्ता के आधार पर करना आवश्यक है। दीर्घकालीन शोध ने यह दिखाया है कि देखभाल पाने का निर्णय, संस्थान तक पहुँचने की क्षमता और संस्थान में उपयुक्त उपचार मिलने में होने वाली देरी स्वास्थ्य परिणामों की अलग-अलग चुनौतियाँ हैं (थैडियस एवं मेन, १९९४ [९]; हमाल एवं सहलेखक, २०२० [३])।

१.२ राष्ट्रीय औसत के भीतर छिपी असमानताएँ

राष्ट्रीय औसत बढ़ने पर भी राज्य और जिले के बीच सेवा उपयोग का अंतर बना रह सकता है। महिला की शिक्षा, आर्थिक स्थिति, आवासीय क्षेत्र, दूरी, जानकारी तथा परिवार में निर्णय की भूमिका मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के नियमित उपयोग से संबंधित हो सकती है। इसलिए राष्ट्रीय उपलब्धियों के साथ क्षेत्रीय असमानताओं की अलग समीक्षा आवश्यक है (कुमार एवं सहलेखक, २०१९ [२]; मिश्रा एवं सहलेखक, २०२१ [१२])।

२. अध्ययन की पृष्ठभूमि एवं समस्या

२.१ मातृत्व सेवा उपयोग की अवधारणा

प्रस्तुत अध्ययन में मातृत्व सेवा उपयोग को पाँच परस्पर जुड़े चरणों में समझा गया है। पहला चरण गर्भावस्था की पहली तिमाही में पंजीकरण अथवा प्रथम प्रसवपूर्व जाँच का है, ताकि प्रारम्भ से जोखिम की पहचान हो सके। दूसरा चरण कम-से-कम चार जाँचों के माध्यम से नियमित चिकित्सकीय संपर्क का है। तीसरा चरण आयरन एवं फोलिक अम्ल, पोषण परामर्श और आवश्यक परीक्षण जैसे देखभाल-संबंधी तत्वों से जुड़ा है। चौथा चरण चिकित्सकीय सुविधा में सुरक्षित प्रसव तथा पाँचवाँ चरण प्रसव के बाद प्रारम्भिक दो दिनों के भीतर देखभाल है। ये सभी सूचक अलग-अलग घटनाओं को मापते हैं; इनके प्रतिशत को किसी एक समग्र स्कोर के रूप में जोड़ना पद्धतिगत रूप से अनुचित होगा (जेम्स एवं सहलेखक, २०२२ [२७]; कोथावले एवं मेहर, २०२१ [५])।

२.२ भारत तथा उत्तर प्रदेश में विद्यमान चुनौती

पाँचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के सार के अनुसार चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच में भारत का आँकड़ा ५८.१ प्रतिशत और उत्तर प्रदेश का ४२.४ प्रतिशत है। इसके विपरीत संस्थागत प्रसव क्रमशः ८८.६ और ८३.४ प्रतिशत है। इससे ज्ञात होता है कि प्रसव के लिए संस्थान तक पहुँच का विस्तार नियमित प्रसवपूर्व देखभाल की तुलना में अधिक है। उत्तर प्रदेश के ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों के बीच जाँच उपयोग में स्पष्ट अंतर एक दूसरी चुनौती दर्शाता है। इस विषमता को केवल व्यक्तिगत जागरूकता की कमी नहीं माना जा सकता; संस्थागत संपर्क, समय, परिवहन और खर्च की बाधाओं का भी परीक्षण आवश्यक है (ठक्कर एवं सहलेखक, २०२३ [१३]; विद्वान एवं सहलेखक, २०१६ [१८])।

३. प्रासंगिक साहित्य की समीक्षा

३.१ सेवाओं के निरंतर उपयोग से संबंधित अध्ययन

लॉन्गचार एवं सहलेखकों (२०२५ [१]) ने राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के दो चरणों का उपयोग करके मातृत्व देखभाल की निरंतरता का विश्लेषण किया। उनके अनुसार प्रसवपूर्व जाँच से संस्थागत प्रसव और फिर प्रसवोत्तर देखभाल तक पूरी श्रृंखला का उपयोग बढ़ा, किंतु जाँच चरण पर अपूर्णता एक प्रमुख अवरोध बनी रही। गांधी एवं सहलेखकों (२०२२ [४]) ने दर्शाया कि निरंतर सेवाओं के उपयोग का संबंध महिला एवं परिवार की पृष्ठभूमि तथा स्वास्थ्य प्रणाली के संपर्क से है। कोथावले एवं मेहर (२०२१ [५]) ने भी मातृ, नवजात और बाल स्वास्थ्य सेवाओं की श्रृंखला में अलग चरणों पर छूट जाने वाली महिलाओं की ओर ध्यान दिलाया। इन निष्कर्षों से सिद्ध होता है कि प्रसवपूर्व जाँच की नियमितता का पृथक मूल्यांकन अनिवार्य है।

३.२ संस्थागत प्रसव, सार्वजनिक योजनाएँ और पहुँच

लिम एवं सहलेखकों (२०१० [११]) ने जननी सुरक्षा योजना का मूल्यांकन करते हुए स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव को प्रोत्साहित करने वाली नकद सहायता नीति के प्रभाव की जाँच की। रांदिवे एवं सहलेखकों (२०१३ [१०]) ने संस्थागत प्रसव के अनुपात और मातृ मृत्यु के संबंध में सावधानी की आवश्यकता बताई। इन अध्ययनों से यह स्पष्ट होता है कि अस्पताल में प्रसव के बढ़ते अनुपात को परिणामों में स्वतः समान सुधार नहीं मानना चाहिए। मिश्रा एवं सहलेखकों (२०२१ [१२]) ने सामाजिक समूहों की असमान पहुँच के आधार पर योजना लाभ के वितरण पर ध्यान दिया। इस संदर्भ में योजना की जानकारी, पात्रता का निर्धारण, भुगतान तथा सेवाओं का व्यवहारिक अनुभव सभी महत्वपूर्ण बनते हैं।

३.३ क्षेत्रीय, सामाजिक एवं जिला-स्तरीय प्रमाण

उस्मान एवं सहलेखकों (२०२२ [६]) ने जिलों में मातृत्व देखभाल की पूर्ण श्रृंखला के भौगोलिक समूहों का विश्लेषण कर स्थानीय अंतर पर प्रकाश डाला। गोली एवं सहलेखकों (२०२२ [७]) ने भारत में जिला-स्तरीय मातृ मृत्यु के अनुमान और उससे संबंधित कारकों का अध्ययन किया, जिससे छोटे भौगोलिक स्तरों के विश्लेषण का महत्त्व स्पष्ट होता है। उत्तर प्रदेश में मातृत्व देखभाल के बहुस्तरीय निर्धारकों संबंधी पूर्व शोध (२०१७ [२९]) से भी यह संकेत मिलता है कि संसाधन और सामाजिक परिस्थितियाँ एक समान नहीं हैं। हालांकि उक्त अध्ययन मुरादाबाद मंडल के वर्तमान प्रशासनिक सूचकों के सीधे विकल्प नहीं हैं।

३.४ साहित्य में अनुसंधान अंतर

पूर्ववर्ती शोध प्रायः राष्ट्रीय स्तर की सेवाओं, विशेष राज्यों की सामाजिक असमानताओं, या सरकारी योजनाओं के व्यापक मूल्यांकन पर केंद्रित है। मुरादाबाद मंडल के पाँच जिलों को एक क्षेत्रीय इकाई मानकर उनके प्रशासनिक सूचकों की तुलना को राष्ट्रीय और राज्यस्तरीय प्रतिनिधिक सर्वेक्षणों के साथ सुसंगत रूप से पढ़ने की आवश्यकता बनी हुई है। इस अध्ययन की विशिष्टता यह है कि यह दो प्रकार के प्रमाणों का संयुक्त विवेचन करता है, किंतु उनके अलग नमूना-आधार और गणना विधि को स्पष्ट रखता है।

४. शोध के उद्देश्य, प्रश्न एवं परीक्षण योग्य कथन

४.१ शोध उद्देश्य

इस अध्ययन का प्रथम उद्देश्य भारत और उत्तर प्रदेश में चौथे एवं पाँचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण से प्राप्त प्रमुख मातृत्व संकेतकों की तुलना करना है। दूसरा उद्देश्य उत्तर प्रदेश के शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में प्रथम तिमाही जाँच, चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच, संस्थागत प्रसव और शुरुआती प्रसवोत्तर जाँच के अंतर का विश्लेषण करना है। तीसरा उद्देश्य मुरादाबाद मंडल के पाँच जिलों के उपलब्ध प्रशासनिक प्रगति सूचकों की अंतर्जिला तुलना प्रस्तुत करना है। चौथा उद्देश्य साहित्य के आधार पर संभावित सामाजिक, भौगोलिक और संस्थागत बाधाओं की विवेचना करना तथा पाँचवाँ उद्देश्य जिलेवार निगरानी और स्वास्थ्य सेवा सुधार के व्यावहारिक सुझाव देना है।

४.२ शोध प्रश्न

मुख्य प्रश्न यह है कि पाँचवें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण में उत्तर प्रदेश की मातृत्व सेवा उपयोग स्थिति राष्ट्रीय स्तर से कितनी भिन्न है। इसके साथ यह पूछा गया है कि दो सर्वेक्षण अवधियों में चार जाँचों तथा संस्थागत प्रसव के अनुपात में कितना परिवर्तन हुआ; राज्य में शहरी-ग्रामीण अंतर किस चरण में अधिक है; और मुरादाबाद मंडल की प्रशासनिक प्रगति में किन संकेतकों पर सर्वाधिक अंतर्जिला भिन्नता दर्ज हुई।

४.३ परीक्षण योग्य कथन

पहला परीक्षण योग्य कथन यह है कि उत्तर प्रदेश में चार अथवा अधिक प्रसवपूर्व जाँच का प्रतिशत राष्ट्रीय प्रतिशत से कम है। दूसरा कथन यह है कि उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्र में चार जाँचों का प्रतिशत शहरी क्षेत्र से कम है। तीसरा कथन यह है कि मुरादाबाद मंडल के पाँच जिलों के प्रकाशित प्रशासनिक प्रसवपूर्व प्रगति सूचक समान नहीं हैं। इन कथनों की यहाँ केवल वर्णनात्मक संख्या-आधारित जाँच की गई है। प्रकाशित समग्र प्रतिशत मात्र से सांख्यिकीय महत्त्व, विश्वासांतराल या कारणात्मक प्रभाव निकालने का प्रयास नहीं किया गया।

५. शोध-विधि एवं आँकड़ों की प्रकृति

५.१ शोध अभिकल्प और अध्ययन क्षेत्र

अध्ययन का स्वरूप वर्णनात्मक, तुलनात्मक एवं द्वितीयक आँकड़ों पर आधारित है। राष्ट्रीय इकाई भारत, राज्य इकाई उत्तर प्रदेश और मंडलीय इकाई मुरादाबाद मंडल है। मुरादाबाद मंडल में मुरादाबाद, अमरोहा, बिजनौर, रामपुर और सम्भल जिले सम्मिलित किए गए हैं। राष्ट्रीय एवं राज्यस्तरीय निष्कर्षों के लिए क्रमशः चौथे (२०१५-१६) तथा पाँचवें (२०१९-२१) राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के प्रकाशित तथ्यपत्रों तथा सारणियों को आधार बनाया गया है। मंडलीय जिलों के प्रशासनिक मूल्यांकन में १५ नवंबर २०२२ की उत्तर प्रदेश राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन संबंधी प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य पोर्टल प्रदर्शन समीक्षा में प्रकाशित चयनित प्रतिशत उपयोग किए गए हैं।

५.२ चयनित संकेतक और गणना

राष्ट्रीय-राज्य तुलना में पहली तिमाही की प्रसवपूर्व जाँच, चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच, संस्थागत प्रसव, प्रसव के दो दिनों के भीतर देखभाल तथा शल्यक्रिया प्रसव के अनुपात शामिल हैं। शहरी-ग्रामीण तुलना में पहले चार सूचक लिए गए हैं। प्रशासनिक जिलावार विश्लेषण में समयबद्ध पंजीकरण, सभी प्रसवपूर्व जाँच का प्रगति सूचक और संस्थागत प्रसव का प्रगति सूचक सम्मिलित हैं। तुलना का मूल परिमाण प्रतिशत-बिंदु अंतर है, जिसका अर्थ दो प्रतिशतों का साधारण अंतर है; इसे प्रतिशत परिवर्तन नहीं कहा गया है। चौथे और पाँचवें सर्वेक्षण के बीच परिवर्तन की गणना बाद की अवधि के प्रतिशत में से पहले की अवधि का प्रतिशत घटाकर की गई है।

५.३ आँकड़ों की तुलनीयता, नैतिकता और सीमाएँ

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण परिवारों और महिलाओं के प्रतिनिधिक नमूनों पर आधारित है; प्रशासनिक पोर्टल का प्रतिशत कार्यक्रम की लक्ष्य और उपलब्धि संबंधी रिपोर्टिंग पर आधारित हो सकता है। इसलिए जिलावार प्रशासनिक प्रतिशतों को माताओं की जनसंख्या-आधारित सेवा कवरेज के रूप में नहीं पढ़ा गया है। पहली तिमाही का संपर्क, चार जाँच, प्रसव और प्रसवोत्तर सेवा के लिए अलग-अलग पात्र समूह और स्मरण अवधि हो सकते हैं; अतः अलग सूचकों के अंकों का घटाव उपयोगी वर्णनात्मक संकेत है, किन्तु महिलाओं के व्यक्तिगत स्तर पर सेवा छूटने का प्रत्यक्ष मापन नहीं है। किसी महिला का व्यक्तिगत स्वास्थ्य अभिलेख, पहचान अथवा अप्रकाशित जानकारी इस शोध में प्रयुक्त नहीं हुई।

६. भारत एवं उत्तर प्रदेश: प्रमुख मातृत्व संकेतकों की तुलना

६.१ पाँचवें सर्वेक्षण की तुलनात्मक स्थिति

तालिका १ : भारत एवं उत्तर प्रदेश में चयनित मातृत्व सेवा उपयोग सूचक (प्रतिशत)

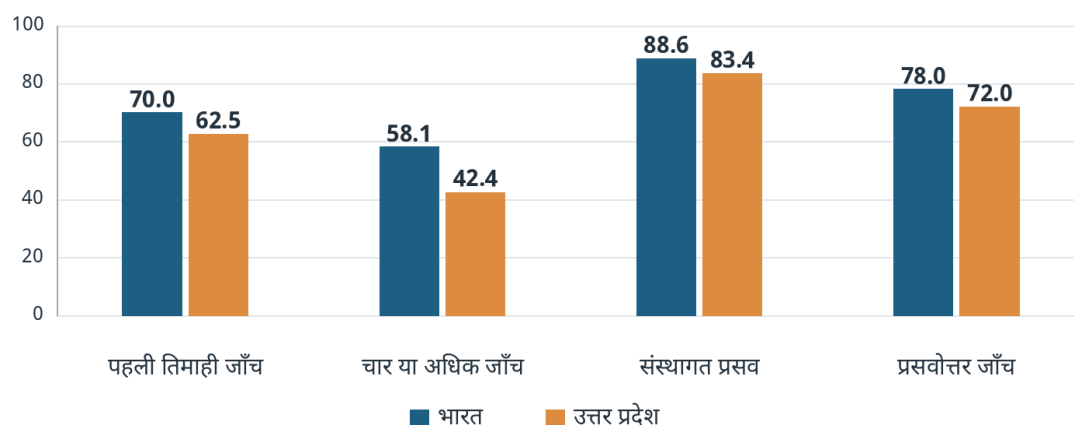
मातृत्व सेवा सूचक	भारत	उत्तर प्रदेश	अंतर
प्रथम तिमाही प्रसवपूर्व जाँच	७०.०	६२.५	-७.५
चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच	५८.१	४२.४	-१५.७
संस्थागत प्रसव	८८.६	८३.४	-५.२
दो दिनों में प्रसवोत्तर जाँच	७८.०	७२.०	-६.०
शल्यक्रिया प्रसव	२१.५	१३.७	-७.८

स्रोत : पाँचवाँ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, २०१९-२१, भारत एवं उत्तर प्रदेश के प्रकाशित तथ्यपत्रक; अंतर = उत्तर प्रदेश का प्रतिशत घटा भारत का प्रतिशत।(सरकारी तथ्यपत्रक)

तालिका १ से स्पष्ट है कि सूचीबद्ध सभी संकेतकों पर उत्तर प्रदेश का अंक राष्ट्रीय औसत से कम है, किंतु इस अंतर का अर्थ प्रत्येक सूचक में समान नहीं है। चार अथवा अधिक प्रसवपूर्व जाँचों का अंतर १५.७ प्रतिशत-बिंदु है, जो अन्य प्रमुख उपयोग सूचकों से अधिक है। प्रथम तिमाही की जाँच में ७.५ प्रतिशत-बिंदु और दो दिनों के भीतर प्रसवोत्तर देखभाल में ६.० प्रतिशत-बिंदु का अंतर है। संस्थागत प्रसव का अंतर अपेक्षाकृत ५.२ प्रतिशत-बिंदु है। यह तथ्य नियमित जाँच की क्षमता बढ़ाने को राज्यस्तरीय कार्ययोजना में विशिष्ट प्राथमिकता देने का आधार बनता है।

शल्यक्रिया प्रसव के राष्ट्रीय तथा राज्य स्तर के अनुपातों का अंतर किसी एक क्षेत्र के बेहतर अथवा खराब परिणाम का प्रत्यक्ष प्रमाण नहीं है। इस सेवा की उपयुक्तता जोखिम प्रोफाइल, चिकित्सकीय आवश्यकता, रेफरल व्यवस्था और उपचार की गुणवत्ता पर निर्भर करती है। इसलिए

तुलनात्मक नीति निष्कर्ष मुख्य रूप से नियत प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर सेवाओं पर केंद्रित रखे गए हैं (कुलकर्णी एवं सहलेखक, २०२१ [२५]; मेह एवं सहलेखक, २०२१ [८])।

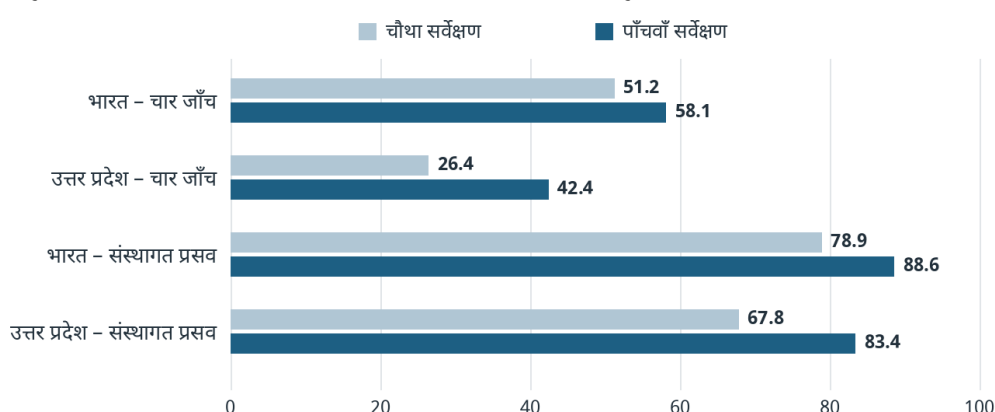


चित्रात्मक आलेख १ : भारत एवं उत्तर प्रदेश के प्रमुख मातृत्व संकेतक

स्रोत : पाँचवाँ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण; सभी अंक प्रतिशत में हैं।

६.२ चौथे से पाँचवें सर्वेक्षण तक परिवर्तन

दो सर्वेक्षण अवधियों में भारत के चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच का प्रतिशत ५१.२ से ५८.१ तक बढ़ा, अर्थात् ६.९ प्रतिशत-बिंदु की वृद्धि हुई। उत्तर प्रदेश में यही अनुपात २६.४ से बढ़कर ४२.४ प्रतिशत हुआ, जिसमें १६.० प्रतिशत-बिंदु का परिवर्तन दर्ज हुआ। संस्थागत प्रसव के मामले में भारत का अनुपात ७८.९ से ८८.६ प्रतिशत तथा उत्तर प्रदेश का ६७.८ से ८३.४ प्रतिशत पहुँचा। इस प्रकार दोनों स्तरों पर वृद्धि हुई और राज्य में परिवर्तन की मात्रा अधिक थी; इसके बावजूद पाँचवें सर्वेक्षण में उत्तर प्रदेश का स्तर राष्ट्रीय औसत से नीचे रहा। दो बिंदुओं वाली इस तुलना को किसी निरंतर वर्षवार प्रवृत्ति के प्रमाण के रूप में प्रस्तुत नहीं किया जाना चाहिए।



चित्रात्मक आलेख २ : चौथे और पाँचवें सर्वेक्षण में परिवर्तन

स्रोत : चौथा एवं पाँचवाँ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण; अलग-अलग सर्वेक्षण वर्ष (राष्ट्रीय रिपोर्ट)

७. उत्तर प्रदेश का शहरी-ग्रामीण विश्लेषण

७.१ आवासीय क्षेत्र के अनुसार मातृत्व सेवा उपयोग

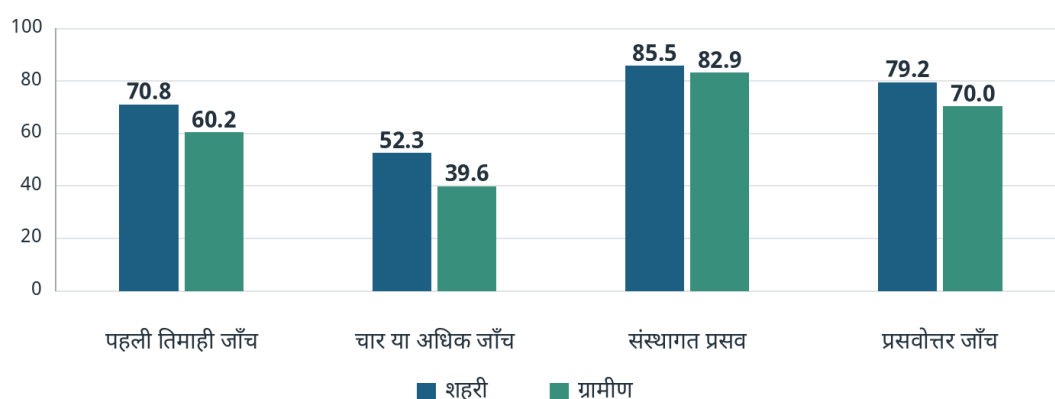
तालिका २ : उत्तर प्रदेश में शहरी और ग्रामीण मातृत्व संकेतक (प्रतिशत)

मातृत्व सेवा सूचक	शहरी	ग्रामीण	शहरी-ग्रामीण अंतर
प्रथम तिमाही जाँच	७०.८	६०.२	१०.६

मातृत्व सेवा सूचक	शहरी	ग्रामीण	शहरी—ग्रामीण अंतर
चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच	५२.३	३९.६	१२.७
संस्थागत प्रसव	८५.५	८२.९	२.६
दो दिनों में प्रसवोत्तर जाँच	७९.२	७०.०	९.२

स्रोत : पाँचवाँ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, उत्तर प्रदेश तथ्यपत्रक; अंतर = शहरी प्रतिशत घटा ग्रामीण प्रतिशत।

राज्य के शहरी क्षेत्रों में चार या अधिक प्रसवपूर्व जाँच ५२.३ प्रतिशत और ग्रामीण क्षेत्रों में ३९.६ प्रतिशत है। अंतर १२.७ प्रतिशत-बिंदु है। इसी प्रकार प्रथम तिमाही जाँच में शहरी और ग्रामीण अंतर १०.६ प्रतिशत-बिंदु तथा प्रसवोत्तर शुरुआती जाँच में ९.२ प्रतिशत-बिंदु है। इसके विपरीत संस्थागत प्रसव में २.६ प्रतिशत-बिंदु का अपेक्षाकृत छोटा अंतर दिखाई देता है। यह असमानता संकेत देती है कि गर्भावस्था की निरंतर जाँच और प्रसवोत्तर संपर्क को ग्रामीण कार्यक्रमों में विशेष प्राथमिकता देने की आवश्यकता है।



चित्रात्मक आलेख ३ : उत्तर प्रदेश में शहरी—ग्रामीण सेवा उपयोग का अंतर

स्रोत : पाँचवाँ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, उत्तर प्रदेश तथ्यपत्रक।

७.२ ग्रामीण सेवा उपयोग की संभावित बाधाएँ

ग्रामीण क्षेत्रों के संबंध में दूरी, परिवहन सुविधा, परिवहन पर होने वाला खर्च, समय पर परीक्षण की उपलब्धता और कार्यदिवस में परिवार के सहयोग जैसे आयाम महत्वपूर्ण हैं। स्वास्थ्य केंद्र पर उपस्थित होना तथा वहाँ नियत चिकित्सकीय परीक्षण पूरा होना भी अलग घटनाएँ हैं। मातृ शिक्षा और आर्थिक स्थिति के प्रभाव पर प्रकाशित शोध इन बाधाओं की व्याख्या के लिए उपयोगी आधार देता है (ठक्कर एवं सहलेखक, २०२३ [१३]; प्रुस्ती एवं सहलेखक, २०१५ [१९]; विद्वर एवं सहलेखक, २०१६ [१८])। तथापि केवल इस तालिका के आधार पर उत्तर प्रदेश के किसी विशिष्ट ग्रामीण जिले में दूरी या आय की भूमिका को संख्यात्मक रूप से निश्चित नहीं किया जा सकता।

८. मुरादाबाद मंडल का क्षेत्रीय संदर्भ

८.१ अध्ययन क्षेत्र एवं प्रशासनिक सीमा

मुरादाबाद मंडल पश्चिमी उत्तर प्रदेश के पाँच जिलों—मुरादाबाद, अमरोहा, बिजनौर, रामपुर और सम्भल—का प्रशासनिक समूह है। क्षेत्रीय स्वास्थ्य व्यवस्था की समझ के लिए ग्रामीण एवं शहरी बस्तियों, प्राथमिक तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, जिला चिकित्सालयों, निजी मातृत्व संस्थानों, आशा कार्यकर्ताओं और सहायक नर्स दाइयों के बीच के संपर्क का अध्ययन आवश्यक है। मंडलीय संरचना समान होने के बावजूद जिलों में आबादी के वितरण, आवासीय पैटर्न, परिवहन मार्गों तथा सेवा केंद्रों तक पहुँच की दशाएँ अलग हो सकती हैं। इस पृष्ठभूमि में तुलनात्मक प्रशासनिक आँकड़े एक आरंभिक निगरानी उपकरण के रूप में उपयोगी हैं।

८.२ समुदाय स्तर पर समयबद्ध संपर्क

समुदाय आधारित सेवाओं में आशा कार्यकर्ता एवं सहायक नर्स दाई गर्भावस्था के प्रारंभिक पंजीकरण, नियमित जाँच, जोखिम पहचान तथा समय पर रेफरल को जोड़ सकती हैं। महिला और परिवार के साथ स्थानीय भाषा में परामर्श सेवा उपयोग की निरंतरता के लिए उपयोगी हो सकता है (सिंह, राय एवं सिंह, २०१२ [२४]; पॉल एवं चौहान, २०१९ [१६])।



चित्र १ : समुदाय-आधारित स्वास्थ्य जाँच का वास्तविक प्रकाशित दृश्य

स्रोत : इंडिया हेल्थ एक्शन ट्रस्ट, उत्तर प्रदेश में समुदाय स्वास्थ्य सेवा से संबंधित प्रकाशित फोटो; मुरादाबाद मंडल के इस अध्ययन का प्रत्यक्ष निरीक्षण नहीं। (मूल छायाचित्र)

९. मुरादाबाद मंडल में जिलावार प्रशासनिक प्रगति

९.१ उपलब्ध कार्यक्रम रिपोर्टिंग के चयनित मान

तालिका ३ : १५ नवंबर २०२२ को उपलब्ध जिलावार प्रशासनिक प्रगति (प्रतिशत)

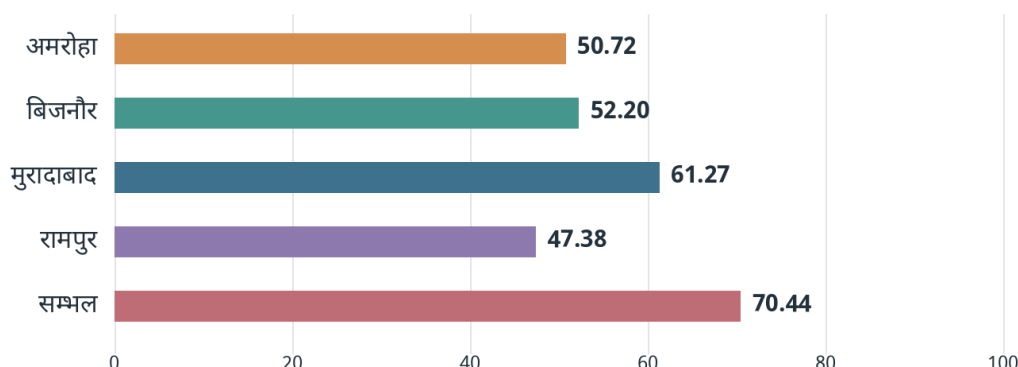
जिला	समयबद्ध पंजीकरण	सभी प्रसवपूर्व जाँच	संस्थागत प्रसव
अमरोहा	७३.२८	५०.७२	४५.४९
बिजनौर	७८.३९	५२.२०	५४.५२
मुरादाबाद	७८.७३	६१.२७	५७.७०
रामपुर	८६.४७	४७.३८	५१.९२
सम्भल	९०.०७	७०.४४	६८.२१

स्रोत : उत्तर प्रदेश राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन; सम्भल जनपद से संबद्ध १५ नवंबर २०२२ की प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य पोर्टल प्रदर्शन समीक्षा। ये लक्ष्य/कार्यक्रम-आधारित प्रशासनिक प्रतिशत हैं, प्रतिनिधिक सर्वेक्षण कवरेज प्रतिशत नहीं। (जिला प्रगति रिपोर्ट)

प्रशासनिक प्रगति के अनुसार समयबद्ध पंजीकरण में सम्भल ९०.०७ प्रतिशत पर तथा अमरोहा ७३.२८ प्रतिशत पर है। दोनों के बीच १६.७९ प्रतिशत-बिंदु का अंतर दर्ज है। सभी प्रसवपूर्व जाँच के संकेतक में सम्भल ७०.४४ प्रतिशत और रामपुर ४७.३८ प्रतिशत पर है, अर्थात् २३.०६ प्रतिशत-बिंदु का अंतर। संस्थागत प्रसव के प्रशासनिक संकेतक में सम्भल ६८.२१ प्रतिशत और अमरोहा ४५.४९ प्रतिशत पर दर्ज हैं; इनके बीच २२.७२ प्रतिशत-बिंदु का अंतर है। आँकड़े दर्शाते हैं कि एक ही मंडल के भीतर अलग कार्यक्रम चरणों में जिलेवार प्रगति एक समान नहीं है।

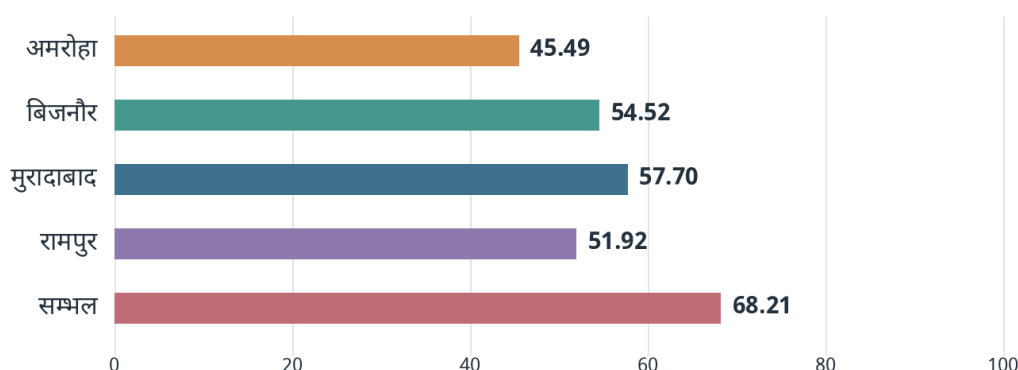
१.२ सूचकों के बीच अंतरजिला भिन्नता की व्याख्या

रामपुर में पंजीकरण का अंक ऊँचा और सभी प्रसवपूर्व जाँच का प्रशासनिक अंक सबसे कम है। इसका अर्थ यह नहीं कि पंजीकृत महिलाओं ने आवश्यक चार जाँचें पूरी नहीं कीं, क्योंकि इन सूचकों के लक्ष्य एवं हर अलग हो सकते हैं। यह अंतर जिला प्रबंधन में संपर्क तथा अभिलेख सत्यापन की समीक्षा की आवश्यकता दिखाता है; इससे वास्तविक मातृ स्वास्थ्य परिणामों की रैंकिंग नहीं निकाली जा सकती।



चित्रात्मक आलेख ४ : सभी प्रसवपूर्व जाँच का प्रशासनिक प्रगति सूचक

स्रोत : १५ नवंबर २०२२ की प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य पोर्टल प्रदर्शन समीक्षा (जिला प्रगति रिपोर्ट)



चित्रात्मक आलेख ५ : संस्थागत प्रसव का प्रशासनिक प्रगति सूचक

स्रोत : १५ नवंबर २०२२ की प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य पोर्टल प्रदर्शन समीक्षा (जिला प्रगति रिपोर्ट)

दोनों चित्रात्मक आलेख कार्यक्रम रिपोर्टिंग में क्रमिक अंतर को स्पष्ट करते हैं। ये सूचक पाँचवें परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के संस्थागत प्रसव की ८८.६ प्रतिशत राष्ट्रीय अथवा ८३.४ प्रतिशत राज्य दर से सीधे तुलना योग्य नहीं हैं। पद्धतियों के बीच यह अंतर बनाए रखना क्षेत्रीय विश्लेषण की विश्वसनीयता के लिए आवश्यक है।

१०. मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं सेवा उपयोग के निर्धारक

१०.१ प्रमुख सार्वजनिक कार्यक्रमों की भूमिका

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत जननी सुरक्षा योजना का केंद्रीय उद्देश्य संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित करना है। जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम पात्र महिलाओं एवं शिशुओं के लिए निःशुल्क सेवाओं तथा परिवहन सहायता का प्रावधान प्रस्तुत करता है। प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान गर्भावस्था के दौरान नियत समय पर गुणवत्तापूर्ण जाँच और विशेषज्ञ संपर्क पर केंद्रित है। लक्ष्य पहल प्रसव कक्ष एवं मातृत्व शल्यकक्ष की गुणवत्ता में सुधार से संबंधित है, जबकि सुरक्षित मातृत्व आश्वासन पहल सम्मानजनक, समुचित तथा अधिकार-आधारित देखभाल पर बल देती है। इन कार्यक्रमों की नीति-भूमिका को स्वीकार करना और इनके कारण किसी विशेष जिले में परिणाम बदलने का दावा करना अलग बात है; वर्तमान अध्ययन में ऐसा कारणात्मक आकलन नहीं किया गया [२१] (लिम एवं सहलेखक, २०१० [११]; रांदिवे एवं सहलेखक, २०१३ [१०])।

१०.२ शिक्षा, सामाजिक स्थिति और परिवार का सहयोग

स्वास्थ्य साक्षरता गर्भावस्था के संकेतों को पहचानने, उचित समय पर परीक्षण कराने तथा उपलब्ध सेवाओं की जानकारी लेने में सहायक हो सकती है। शिक्षा का प्रभाव आर्थिक संसाधनों, पारिवारिक समर्थन और स्थानीय मान्यताओं के साथ जुड़ा होता है। अनेक अध्ययनों में शिक्षा तथा बेहतर आर्थिक स्थिति के साथ प्रसवपूर्व और संस्थागत सेवाओं का अधिक उपयोग संबंधित पाया गया है (कुमार एवं सहलेखक, २०१९ [२]; थिंद एवं सहलेखक, २००८ [१७]; पॉल एवं चौहान, २०१९ [१६])। फिर भी किसी विशिष्ट जिले में शिक्षा की कमी को दर्ज प्रशासनिक अंतर का सिद्ध कारण मानने के लिए महिला-स्तरीय प्रमाण आवश्यक होंगे।

१०.३ सेवा की गुणवत्ता और प्रसवोत्तर निरंतरता

मातृत्व सेवा की गुणवत्ता में प्रशिक्षित कर्मियों की उपलब्धता, जोखिम के अनुसार उपचार, उचित संक्रमण नियंत्रण, आपातकालीन रेफरल और महिला के प्रति सम्मानपूर्ण व्यवहार शामिल हैं। केवल संस्थागत प्रसव दर्ज होना इन सभी गुणों को प्रमाणित नहीं करता। स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की संवाद शैली [२२] तथा गोपनीयता का सम्मान भविष्य में जाँच और प्रसवोत्तर सेवाओं के प्रति विश्वास बनाने में भूमिका निभा सकता है (गौतम एवं सहलेखक, २०१९ [१५]; मालहोत्रा एवं दो, २०१३ [२८])। प्रसव के बाद महिला और नवजात के शुरुआती दिनों में समय पर देखभाल विशेष रूप से महत्वपूर्ण है। सेवा अनुसरण की कमी जोखिम के लक्षण पहचानने और उचित परामर्श तक पहुँचने में विलंब उत्पन्न कर सकती है।



चित्र २ : ग्रामीण उत्तर प्रदेश में घरेलू स्वास्थ्य संपर्क का वास्तविक प्रकाशित दृश्य

स्रोत : शिवानी कछवाहा / अंतरराष्ट्रीय खाद्य नीति अनुसंधान संस्थान; उत्तर प्रदेश मातृत्व पोषण संबंधी प्रकाशित सामग्री। (मूल छायाचित्र) प्रकाशित छवि समुदाय स्तर पर संपर्क, रक्तचाप जाँच और परामर्श की उपयोगिता का दृश्य उदाहरण है। यह किसी उत्तरदाता का अनुसंधान-जनित साक्ष्य नहीं है तथा इससे कार्यक्रम का संख्यात्मक प्रभाव निर्धारित नहीं किया जा सकता।

११. तुलनात्मक परिणामों की समेकित चर्चा

११.१ राष्ट्रीय वृद्धि के साथ राज्य का अंतर

भारत और उत्तर प्रदेश में चौथे से पाँचवें सर्वेक्षण तक प्रसवपूर्व तथा संस्थागत देखभाल में वृद्धि हुई; फिर भी राज्य में चार अथवा अधिक जाँच का अनुपात राष्ट्रीय स्तर से १५.७ प्रतिशत-बिंदु कम रहा। इससे सिद्ध होता है कि प्रगति के साथ नियमित जाँच की अपूर्णता भी बनी हुई है। अधिक संस्थागत प्रसव को संपूर्ण मातृत्व देखभाल की उपलब्धि मानना उचित नहीं है (लॉन्गचार एवं सहलेखक, २०२५ [१])।

११.२ क्षेत्रीय निष्पादन और समता का प्रश्न

राज्य के शहरी और ग्रामीण भागों में चार जाँचों का १२.७ प्रतिशत-बिंदु अंतर तथा मंडल के जिलों के प्रशासनिक सूचकों की विविधता, दोनों स्थानीय नियोजन की उपयोगिता दर्शाते हैं। किंतु इन प्रमाणों को जोड़कर किसी जिले के गरीब, ग्रामीण अथवा अल्पशिक्षित परिवारों की सेवा उपयोग दर निकालना संभव नहीं है। असमानता की प्रकृति समझने के लिए लिंग, आय, सामाजिक समूह, दूरी, परिवहन एवं सुविधा

प्रकार के संबंध में महिला-स्तरीय प्रमाण आवश्यक होगा। भारत में सेवा उपयोग के भौगोलिक समूहों [२६] का शोध इस प्रकार के सूक्ष्म विश्लेषण के पक्ष में साक्ष्य प्रदान करता है (उस्मान एवं सहलेखक, २०२२ [६]; गोली एवं सहलेखक, २०२२ [७])।

११.३ वर्णनात्मक कथनों की सीमा

तालिका ३ का एकल समय-बिंदु किसी जिले की दीर्घकालीन प्रगति, मातृ मृत्यु में बदलाव या किसी योजना के कारणात्मक प्रभाव को सिद्ध नहीं करता। पाँच जिलों का समेकित औसत तभी उचित होगा, जब सूचकों की परिभाषा, लक्ष्य समूह, संदर्भ अवधि और जनसंख्या भार समान आधार पर उपलब्ध हों। केवल प्रकाशित प्रतिशतों से सांख्यिकीय महत्त्व का परीक्षण भी नहीं किया गया (कुमार एवं मेटिल्डा, २०२१ [२३])।

१२. नीति सुझाव एवं स्थानीय कार्ययोजना

१२.१ पाँच जिलों के लिए चरणबद्ध सुधार

क्षेत्रीय कार्ययोजना का प्रथम लक्ष्य गर्भावस्था की पहचान होते ही महिला का समयबद्ध संपर्क सुनिश्चित करना होना चाहिए। इसके लिए आशा कार्यकर्ता एवं सहायक नर्स दाई के स्तर पर पंजीकृत महिलाओं की सूची, निर्धारित जाँच-तिथियों तथा अनुपस्थित महिलाओं का नियमित मिलान उपयोगी हो सकता है। दूसरे चरण में चार या अधिक जाँचों की पूर्णता पर ध्यान देते हुए प्रत्येक महिला को परीक्षण कैलेंडर, आवश्यक परामर्श और जोखिम के अनुरूप उच्च संस्थान में रेफरल की जानकारी दी जा सकती है। तीसरे चरण में सुरक्षित प्रसव तथा प्रसवोत्तर जाँच की सुविधा को एक ही देखभाल-पथ का हिस्सा बनाया जाना चाहिए।

तालिका ४ : मुरादाबाद मंडल हेतु प्रस्तावित कार्यान्वयन एवं निगरानी रूपरेखा

प्राथमिकता	सुझाई गई कार्रवाई	निगरानी का संकेतक
समयबद्ध जाँच	आशा एवं सहायक नर्स दाई द्वारा संपर्क	पहली तिमाही पंजीकरण
जाँच की पूर्णता	व्यक्तिगत जाँच कैलेंडर एवं गृहभेंट	चार अथवा अधिक जाँच की पूर्णता
सुरक्षित प्रसव	समन्वित रेफरल एवं वाहन व्यवस्था	निर्धारित समय पर संस्थागत प्रसव
प्रसवोत्तर संपर्क	दो दिनों में जाँच एवं आवश्यक गृहभेंट	प्रारम्भिक प्रसवोत्तर जाँच
अभिलेखों की गुणवत्ता	मासिक सत्यापन एवं जिला समीक्षा	पूर्ण एवं सुसंगत कार्यक्रम रिकॉर्ड

१२.२ निगरानी, गुणवत्ता और जवाबदेही

प्रत्येक जिले में पंजीकरण तथा सभी प्रसवपूर्व जाँच की मासिक समीक्षा की जाए। कम उपलब्धि होने पर वास्तविक सेवा बाधा और कार्यक्रम रिपोर्टिंग की कमी अलग जाँची जाए। सार्वजनिक-निजी संस्थानों में सेवाओं की उपलब्धता, उच्च जोखिम गर्भावस्था के रेफरल तथा प्रसवोत्तर देखभाल को पृथक रूप से दर्ज करना उपयोगी होगा। भारतीय अध्ययनों में भी कार्यक्रमों की गुणवत्तापूर्ण निगरानी पर बल दिया गया है (शर्मा एवं सहलेखक, २०२० [२०]; सिंह एवं सहलेखक, २०२२ [१४])।

१२.३ अपेक्षित उपयोगिता और भविष्य के अनुसंधान

प्रस्तावित सुधारों से जाँच की निरंतरता, जोखिम पहचान और अभिलेख गुणवत्ता बेहतर होने की संभावना है; इन्हें इस अध्ययन से सिद्ध परिणाम नहीं माना जा सकता। भविष्य में पाँच जिलों के नवीन तथ्यपत्रक, पूर्ण वर्ष के प्रशासनिक रिकॉर्ड और महिलाओं के अनुभव संकलित करना चाहिए। उपयुक्त नमूने के साथ शिक्षा, दूरी, व्यय और सेवा उपयोग के संबंधों का पृथक अध्ययन आवश्यक है।

१३. निष्कर्ष एवं अध्ययन की सीमाएँ

भारत और उत्तर प्रदेश में मातृत्व सेवा उपयोग बढ़ा है, किंतु उत्तर प्रदेश में नियमित प्रसवपूर्व जाँच राष्ट्रीय औसत से कम है। चार या अधिक जाँचों में १५.७ प्रतिशत-बिंदु राष्ट्रीय-राज्य अंतर और राज्य के भीतर १२.७ प्रतिशत-बिंदु शहरी-ग्रामीण अंतर इस सेवा पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता दर्शाते हैं। संस्थागत प्रसव के साथ नियमित तथा प्रसवोत्तर देखभाल की अलग चुनौतियों को पहचानना जरूरी है।

मुरादाबाद मंडल की नवंबर २०२२ की प्रशासनिक समीक्षा में पंजीकरण, सभी प्रसवपूर्व जाँच और संस्थागत प्रसव के कार्यक्रम सूचक जिलावार अलग हैं। सम्भल के कुछ अंक अधिक हैं, जबकि रामपुर और अमरोहा में चुनिंदा प्रशासनिक संकेतक अपेक्षाकृत कम हैं। इनसे जनसंख्या कवरेज, मातृ मृत्यु या सेवा गुणवत्ता की सीधी रैंकिंग नहीं की जा सकती। जिलेवार नियमित जाँच, सम्मानजनक सेवा, परिवहन, रेफरल और रिकॉर्ड सत्यापन प्राथमिकताएँ होनी चाहिए। अध्ययन केवल प्रकाशित द्वितीयक आँकड़ों पर आधारित है; व्यक्तिगत कारणों की पुष्टि के लिए आगे प्रतिनिधिक सर्वेक्षण तथा गुणात्मक अनुसंधान आवश्यक हैं।

संदर्भ सूची : शोध लेख एवं सक्रिय शोध-अभिज्ञापक कड़ियाँ

- [१] लॉन्गचार, कोडाली एवं हेंस (२०२५)। मातृत्व सेवाओं के उपयोग की भारतीय प्रवृत्तियाँ और निर्धारक। वैज्ञानिक रिपोर्ट्स। <https://doi.org/10.1038/s41598-025-87975-9>
- [२] कुमार, चौधरी एवं सहलेखक (२०१९)। भारत में पूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल: उपयोग एवं असमानता। गर्भावस्था एवं प्रसव अनुसंधान। <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2473-6>
- [३] हमाल, डीलमैन, डी ब्राउवेरे एवं सहलेखक (२०२०)। मातृत्व स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों की भारतीय समीक्षा। सार्वजनिक स्वास्थ्य समीक्षाएँ। <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00125-6>
- [४] गांधी, गांधी, दाश एवं सहलेखक (२०२२)। भारत में निरंतर मातृत्व देखभाल के उपयोग के पूर्वानुमानक। स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान। <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07876-9>
- [५] कोथावले एवं मेहर (२०२१)। भारत में मातृ एवं नवजात देखभाल की श्रृंखला में पूर्णता। गर्भावस्था एवं प्रसव अनुसंधान। <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04198-2>
- [६] उस्मान, रेड्डी, सिद्दीकी एवं सहलेखक (२०२२)। भारत के जिलों में मातृत्व देखभाल का स्थानिक वितरण। प्लोस वन। <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279117>
- [७] गोली, पुरी, साल्वे, पल्लिकडावत एवं सहलेखक (२०२२)। भारत में जिला-स्तरीय मातृ मृत्यु का अनुमान। प्लोस वैश्विक सार्वजनिक स्वास्थ्य। <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000441>
- [८] मेह एवं सहलेखक (२०२१)। भारत में दो दशकों की मातृ मृत्यु प्रवृत्ति। ब्रिटिश प्रसूति एवं स्त्रीरोग पत्रिका। <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16888>
- [९] थैडियस एवं मेन (१९९४)। मातृ मृत्यु और सेवा तक पहुँच में देरी। सामाजिक विज्ञान एवं चिकित्सा। [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)
- [१०] रांदिवे, दीवान एवं दा कोस्ता (२०१३)। जननी सुरक्षा योजना, संस्थागत प्रसव और मातृ मृत्यु। प्लोस वन। <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067452>
- [११] लिम एवं सहलेखक (२०१०)। जननी सुरक्षा योजना का प्रभाव मूल्यांकन। द लैंसेट। [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60744-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60744-1)
- [१२] मिश्रा, वीरपांडियन एवं चौधरी (२०२१)। जननी सुरक्षा लाभों में सामाजिक-आर्थिक असमानता। प्लोस वन। <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247935>
- [१३] ठक्कर, आलम एवं सक्सेना (२०२३)। भारत में प्रसवपूर्व देखभाल के कम उपयोग के कारक। प्लोस वन। <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285454>
- [१४] सिंह एवं सहलेखक (२०२२)। गुणवत्तापूर्ण मातृ एवं नवजात सेवाओं की पहुँच। वैश्विक स्वास्थ्य वार्षिकी। <https://doi.org/10.5334/aogh.3586>

- [१५] गौतम एवं सहलेखक (२०१९)। उत्तर प्रदेश में निजी मातृत्व सेवा संस्थानों की प्रतिस्पर्धा। स्वास्थ्य नीति एवं नियोजना <https://doi.org/10.1093/heapol/czz056>
- [१६] पॉल एवं चौहान (२०१९)। बाल विवाह एवं मातृ स्वास्थ्य सेवा उपयोग। मिडवाइफरी। <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.007>
- [१७] थिंद, मोहानी, बनर्जी एवं हागिगी (२००८)। भारत में प्रसव-स्थान के चयन का विश्लेषण। सार्वजनिक स्वास्थ्य अनुसंधान। <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-29>
- [१८] विद्वर एवं सहलेखक (२०१६)। कर्नाटक में मातृत्व सेवा उपयोग के निर्धारक। प्रजनन स्वास्थ्य। <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0138-8>
- [१९] प्रुस्ती, गौड़ा एवं प्रधान (२०१५)। ओडिशा में मातृत्व सेवा उपयोग की असमानता। अंतरराष्ट्रीय जनसंख्या अनुसंधान पत्रिका। <https://doi.org/10.1155/2015/531485>
- [२०] शर्मा एवं सहलेखक (२०२०)। ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस का पुनर्गठन। भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य पत्रिका। https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_444_19
- [२१] मेहता, अलम्बुषा, मिश्रा, मेहता एवं सहलेखक (२०२३)। गर्भवती महिलाओं द्वारा सरकारी सेवाओं का उपयोग। प्लोस वन। <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285715>
- [२२] ठाकुर, कर, पाठक एवं ठाकुर (२०१९)। भारत में सार्वजनिक-निजी मातृत्व देखभाल उपयोग। नैदानिक महामारी विज्ञान एवं वैश्विक स्वास्थ्य। <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2017.12.003>
- [२३] कुमार एवं मेटिल्डा (२०२१)। दक्षिण भारत में मातृ मृत्यु की गोपनीय समीक्षा। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य विषय। <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.2009657>
- [२४] सिंह, राय एवं सिंह (२०१२)। विवाहित किशोरियों का मातृ एवं शिशु सेवा उपयोग। जीव-सामाजिक विज्ञान पत्रिका। <https://doi.org/10.1017/S0021932011000472>
- [२५] कुलकर्णी, क्षीरसागर, बेगम, पाटिल एवं सहलेखक (२०२१)। भारत में मातृत्व निकट-मृत्यु की घटनाएँ। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान पत्रिका। https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_928_19
- [२६] मुस्तफा एवं शेखर (२०२१)। हिमालय और शेष भारत में मातृत्व सेवा उपयोग की तुलना। गर्भावस्था एवं प्रसव अनुसंधान। <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04081-0>
- [२७] जेम्स, मिश्रा, पल्लिकडावत एवं सहलेखक (२०२२)। मातृ एवं शिशु देखभाल चरणों का क्रमिक योगदान। जीव-सामाजिक विज्ञान पत्रिका। <https://doi.org/10.1017/S002193202100016X>
- [२८] मालहोत्रा एवं दो (२०१३)। भारत में स्वास्थ्य प्रणाली की उत्तरदायित्वशीलता में असमानता। स्वास्थ्य नीति एवं नियोजना। <https://doi.org/10.1093/heapol/czs051>
- [२९] श्रीधरन, डे, सेठ, चंदुरकर एवं सहलेखक (२०१७)। उत्तर प्रदेश में मातृत्व सेवा उपयोग के बहुस्तरीय कारक। वैश्विक स्वास्थ्य क्रिया। <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1287493>

Cite the Article:

कुमार, उमेश, शर्मा, डॉ० सूरज. (2026). उत्तर प्रदेश एवं भारत में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का तुलनात्मक विश्लेषण: मुरादाबाद मंडल के विशेष संदर्भ में. Shiksha Samvad International Open Access Peer-Reviewed & Refereed Journal of Multidisciplinary Research, 4(1) 303-316, ISSN: 2584-0983 (Online), Volume 04, Issue 01, September-2026., DOI: - <https://doi.org/10.64880/shikshasamvad.v4i1.35>

Disclaimer/Publisher's Note: The views, findings, and opinions expressed in this publication are solely those of the author(s). The publisher and editorial team are not responsible for any errors, claims, or consequences arising from the use of the published content.