ARYAVART SHODH VIKAS PATRIKA
RNI TITLED NO. UPBIL04292
RNI REG. NO. UPBIL/2014/66218 **PP. No.- 150-152**
I S S N NO. - 2347 – 2944 (Print)
e-I S S N NO.- 2582 – 2454 (Online)
Vol.-19, No.-I, Issues-35, YEAR-Jan-Mar. 2025

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन सामाजिक विकास की एक पहल

नीतू सिंह
शोध अध्येत्री– समाजशास्त्र, राजा श्रीकृष्ण दत्त पी.जी. कॉलेज जौनपुर (उ0प्र0) भारत

Received-02.03.2025, Revised-10.03.2025 Accepted-17.03.2025 E-mail : aaryvart2013@gmail.com

***सारांशः** 'एनएचएम के अंतर्गत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) शामिल हैं, जिनका लक्ष्य सभी नागरिकों को सुलभ, किफायती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना है। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए आशा कार्यकर्ताओं की नियुक्ति, जननी सुरक्षा योजना और टीकाकरण कार्यक्रमों का विस्तार किया गया। इन प्रयासों से संस्थागत प्रसव में वृद्धि हुई और मातृ एवं शिशु मृत्यु दर में कमी आई।शहरी स्वास्थ्य मिशन के तहत मलिन बस्तियों और घनी आबादी वाले क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता को बढ़ाने के प्रयास किए गए। सरकार ने चिकित्सा शिक्षा और तृतीयक देखभाल सेवाओं में सुधार के लिए नए मेडिकल कॉलेजों और अस्पतालों की स्थापना की। हालांकि, कई शोधों में यह स्पष्ट हुआ है कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं को प्रभावी बनाने में कुछ चुनौतियां बनी हुई हैं, जैसे प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों की कमी, स्वास्थ्य केंद्रों की अवसंरचना की अपर्याप्तता और पारंपरिक चिकित्सा पद्धतियों पर अत्यधिक निर्भरता। इसके अलावा, मातृत्व मृत्यु दर, कुपोषण और प्रसवपूर्व देखभाल से जुड़ी समस्याएं भी चिंता का विषय बनी हुई हैं। इस शोध पत्र से यह निष्कर्ष निकलता है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत भारत की स्वास्थ्य सेवाओं में महत्वपूर्ण सुधार हुए हैं, लेकिन सभी नागरिकों तक समान और प्रभावी स्वास्थ्य सेवाएं पहुंचाने के लिए अधिक समन्वित प्रयासों की आवश्यकता है। बेहतर बुनियादी ढांचे, स्वास्थ्य कर्मियों के प्रशिक्षण, जागरूकता अभियानों और आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं को सुदृढ़ करने से स्वास्थ्य सेवाओं की प्रभावशीलता को और अधिक बढ़ाया जा सकता है।*

***कुंजीभूत शब्द–** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, सामाजिक विकास, राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य*

भारत सरकार ने अप्रैल 2013 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत की, जिसका उद्देश्य शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में समान, सुलभ, वहनीय और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना है। यह एक व्यापक कार्यक्रम है, जिसमें दो प्रमुख घटक शामिल हैं दृ राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, जो 2005 से संचालित है, और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन, जिसकी शुरुआत 2013 में हुई। इस मिशन के अंतर्गत चार मुख्य घटक हैंः राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन, तृतीयक देखभाल कार्यक्रम और स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा के लिए मानव संसाधन। यह मिशन केवल प्रजनन और बच्चों के स्वास्थ्य तक सीमित न रहकर संक्रामक और गैर–संक्रामक रोगों की रोकथाम और उपचार पर भी ध्यान केंद्रित करता है। इसके तहत जिला और उप–जिला स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाओं के बुनियादी ढांचे में सुधार किया गया है। राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से प्राप्त अनुभवों को समन्वित किया गया है। वर्ष 2017–18 के लिए इस मिशन के तहत 26,690 करोड़ रुपये का बजट आवंटित किया गया, जिससे यह भारत सरकार की सबसे बड़ी केंद्र प्रायोजित योजनाओं में से एक बन गई।[1]

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन– लोगों के रहन–सहन और स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाना, स्वतंत्रता के बाद से ही देश में स्वास्थ्य सेवाओं को प्राथमिकता दी गई है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 के तहत सभी को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के उद्देश्य से 12 अप्रैल 2005 को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू किया गया। इस मिशन का लक्ष्य स्वास्थ्य प्रणाली में संरचनात्मक सुधार करना है, जिसमें समुदाय की भागीदारी बढ़ाने, बेहतर कार्यक्रम प्रबंधन, लचीले वित्तपोषण, संयुक्त अनुदान और मानव संसाधन के संवर्धन जैसे उपाय शामिल हैं। इस मिशन के अंतर्गत देशभर में जनसंख्या के अनुपात में सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) की नियुक्ति की गई, जिससे स्वास्थ्य सुविधाओं को अधिक सुलभ और प्रभावी बनाया जा सके।

इसके बाद, शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की जरूरत को पूरा करने के लिए अप्रैल 2013 में एक नया कार्यक्रम शुरू किया गया, जिसका उद्देश्य 50,000 से अधिक आबादी वाले शहरों और मलिन बस्तियों में रहने वाले लोगों को वहनीय स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करना था। गर्भवती महिलाओं और नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य को ध्यान में रखते हुए कुछ महत्वपूर्ण योजनाएं लागू की गईं, जिनमें जननी सुरक्षा योजना और जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम प्रमुख हैं। इनका उद्देश्य मातृ मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर और कुल प्रजनन दर को कम करना है।

उन्नत स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में क्षेत्रीय असंतुलन को दूर करने के लिए एक योजना लागू की गई, जिसका उद्देश्य किफायती और भरोसेमंद तृतीयक स्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराना था। इसके तहत पहले चरण में छह प्रमुख चिकित्सा संस्थानों की स्थापना की गई, जबकि दूसरे और तीसरे चरण में और अधिक मेडिकल कॉलेजों को उन्नत बनाने की योजना बनाई गई।

टीकाकरण को बढ़ावा देने के लिए 25 दिसंबर 2014 को एक विशेष अभियान शुरू किया गया, जिसका लक्ष्य 2020 तक उन सभी बच्चों तक पहुंचना था, जिन्हें टीकाकरण नहीं मिला था या आंशिक रूप से टीके लगाए गए थे। इसमें सात बीमारियों जैसे डिप्थीरिया, काली खांसी, टिटनेस, पोलियो, तपेदिक, खसरा और हेपेटाइटिस के खिलाफ प्रतिरक्षण शामिल था । संपूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं को सुलभ बनाने के लिए 2014 में एक नया मंत्रालय बनाया गया और इसके तहत एक राष्ट्रीय कार्यक्रम शुरू किया गया। इसका उद्देश्य पारंपरिक चिकित्सा प्रणालियों जैसे आयुर्वेद, योग, प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्धा और होम्योपैथी को बढ़ावा देना था। इसी क्रम में, सितंबर 2014 में संयुक्त राष्ट्र महासभा द्वारा 21 जून को योग दिवस के रूप में मनाने की घोषणा की गई। एन.एफ.पी.ए. द्वारा बिहार मध्य प्रदेश उड़ीसा राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश में जननी सुरक्षा योजना का एक समवर्ती मूल्यांकन अध्ययन प्रारंभ किया गया अध्ययन के तहत पंजीकरण प्रसवोत्तर देखभाल, परिवहन सहायता निगरानी सहित जननी सुरक्षा योजना की संपूर्ण संरचना और योजना के कार्यों आज की जांच की गई। अध्ययन से प्राप्त निष्कर्ष से स्पष्ट हुआ कि प्रदर्शन करने वाले राज्यों में संस्थागत प्रसव में जननी सुरक्षा योजना की लोकप्रियता में अत्यधिक वृद्धि हुई है, साथ ही आशा कार्यकर्त्रियों की सहभागिता के स्तर को प्राप्त किया जाना अभी बाकी है राज्यों में जननी सुरक्षा योजना के तहत नगद भुगतान के मामले में विविधता है।[2] सिंह सुखबीर और सिंह सावन

अनुरूपी लेखक/ संयुक्त लेखक

I S S N NO. - 2347 – 2944 (Print)
e-I S S N NO.- 2582 – 2454 (Online)
Vol.-19, No.-I, Issues-35, YEAR-Jan-Mar. 2025

द्वारा हरियाणा के अंबाला जिले पर आधारित मातृ एवं बाल स्वास्थ्य देखभाल की आशा की भूमिका का अध्ययन किया निष्कर्ष निकला की आधे से अधिक प्रत्यार्थियों के प्रसव के समय आशा उनके साथ थी एवं अधिकांश का पी.एन.सी . के तहत स्वास्थ्य देखभाल आशा द्वारा किया गया। उक्त तथ्य से स्पष्ट होता है कि आशा को स्वास्थ्य सुविधाओं एवं स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग से संबंधित जानकारी का महत्वपूर्ण स्रोत प्रदान किया जा सकता है।[3]

पात्रा, एस. के. रामदास, एम. और अनम एल.) के द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन और उड़ीसा की स्वास्थ्य स्थिति में उड़ीसा राज्य की स्वास्थ्य अवसंरचना के आधार पर एन. आर. एच. एम. के प्रभावों के विश्लेषण को प्रस्तुत किया गया। निष्कर्ष में पाया कि अध्ययन क्षेत्र में स्वास्थ्य स्थिति बहुत निम्न है किंतु एन. आर. एच. एम. के कार्यान्नयन से उड़ीसा राज्य के स्वास्थ्य की स्थिति में धीरे–धीरे सुधार हो रहा है।[4] यशवंत राव, अनुराधा एवं संध्या द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में ग्रामीण भारत को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में एन आर एच एम द्वारा निभाई गई भूमिका का अध्ययन किया एवं एन. आर. एच. एम. के प्रभाव का भी विश्लेषण किया अध्ययन में पाया कि ज्यादातर लोग कुपोषण और कुपोषित होने के कारण एवं बीमारियों की जानकारी के अभाव में बार–बार बीमार पड़ रहे हैं एवं केंद्र और राज्य सरकारों द्वारा एन. आर. एच. एम. योजना ग्रामीण भारत को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने की दिशा में सकारात्मक कदम है यदि अच्छे तरीके से इस योजना को लागू किया जाए तो निश्चित रूप से ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य के परिदृश्य को बदला जा सकता है।[5] सारस्वत रितु ने अपने अध्याय में बताया कि यूनिसेफ की रिपोर्ट के अनुसार हर 7 मिनट में एक भारतीय महिला की मृत्यु प्रसव के दौरान या गर्भावस्था कल में हो जाती है । विश्व की संपूर्ण जनसंख्या में 16.5 प्रतिशत भागीदारी निभाने वाला भारत विश्व में व्याप्त बीमारियों में भी 20 प्रतिशत का योगदान करता है। भारत में लगभग 32 करोड़ महिलाएं प्रजनन संबंधी रोगों से ग्रस्त हैं एवं भारत में स्वास्थ्य सुविधाओं का स्तर बहुत ही निम्न है साथ ही महिला स्वास्थ्य से जुड़े आंकड़े और भी भयावह तस्वीर प्रस्तुत करते हैं।[6]

बाघमारे, रमेश, अलका, बरुआ एवं वेंकटेश्वरन, एस. द्वारा भारत में उपलब्ध मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं का अध्ययन किया। अध्ययन में प्राप्त हुआ कि भारत में परिवार कल्याण कार्यक्रम के तहत संचालित मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य सुविधाओं की निम्नता पाई जाती है । इसमें सुधार हेतु मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य स्वास्थ्य सुविधाओं का स्तर कार्यक्रम आयोजन प्रक्रिया के तहत

उपकरणों की अनुपलब्धता, दवाइयां एवं गर्भनिरोधक औषधीयों का अभाव, प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्ता आदि विषयों को समायोजित कर अध्ययन किया गया। महाराष्ट्र के अहमद नगर जिले के ग्रामीण क्षेत्र में 7 वर्षीय अनुसंधान प्रोजेक्ट जो की राज्य व जिले के संबंधित सहयोग के द्वारा छोटे स्तर पर मातृत्व शिशु स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार हेतु चलाया गया जिसमें चार प्रकार के नीतिगत परिवर्तन लागू किया गया निष्कर्ष से स्पष्ट हुआ कि ग्रामीण क्षेत्रों में घर–घर जाकर लोगों को स्वास्थ्य केंद्र उपचार हेतु बुलाया जाए। सभी प्रकार की कार्यप्रणाली व्यवस्था का कठोरता से निरीक्षण किया जाए एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को कार्य करने के साथ–साथ प्रशिक्षण भी दिया जाए। इस प्रशिक्षण से स्वास्थ्य कार्य क्षमता में वृद्धि होगी।[7]

सरीन एवं मिचेल द्वारा भारत में सुरक्षित मातृत्व विषयक अध्ययन किया निष्कर्ष में पाया कि वर्तमान समय में भी ज्यादातर महिलाओं का प्रस्ताव घर पर ही होता है। जहां पर प्रशिक्षित दाई की अनुपस्थिति के साथ भी कभी–कभी घरेलू महिलाओं में प्रसव संबंधी ज्ञान की सीमितता के बीच ही प्रसव की प्रक्रिया को पूर्ण किया जाता है। जिससे हमेशा जच्चा– बच्चा के लिए खतरा बना रहता है मातृत्व मृत्यु दर व रुग्णता को प्रभावित करने की विभिन्न कारक पाए जाते हैं। जैसे –प्रसव के पूर्व पश्चात परंपरागत प्रक्रियाओं में विश्वास, मातृ व शिशु चिकित्सा सुरक्षा का अभाव, प्रसव के दिनों में महिला के शरीर में खून की कमी का होना, साथ ही चिकित्सा सुविधाओं का अभाव, खराब सड़क एवं यातायात के साधन की अनुपलब्धता आदिकारक भी जिम्मेदार है। इसके अलावा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम, परिवार नियोजन, शिशु उत्तरजीवित आदि का अपेक्षाकृत कम ध्यान दिया जाना। साथ ही प्रसव पूर्व एवं पश्चात तथा प्रसव के समय दी जाने वाली सुविधाओं , सलाहों आदि की भी खबर स्थित का भी उक्त स्थितियों के पीछे महत्वपूर्ण योगदान रहा है।[8]

राव, बी. एन. और गनता, बी. आर. द्वारा महाराष्ट्र के औरंगाबाद और अहमदनगर जिलों के 400 गांवों में किए गए अध्ययन में मातृत्व मृत्यु दर के कई महत्वपूर्ण कारणों की पहचान की गई। अध्ययन में पाया गया कि मातृत्व मृत्यु के प्रत्यक्ष कारणों में प्रसव के दौरान अत्यधिक रक्तस्राव, सेप्सिस, गर्भावस्था से संबंधित उच्च रक्तचाप और लंबे समय तक प्रसव से उत्पन्न जटिलताएं प्रमुख थीं। अप्रत्यक्ष कारणों में कुपोषण, एनीमिया और अन्य सामान्य स्वास्थ्य स्थितियों का गर्भावस्था पर नकारात्मक प्रभाव शामिल था। स्वास्थ्य सेवाओं की अनुपलब्धता, जैसे प्रशिक्षित दाइयों और स्वास्थ्य कर्मियों की कमी, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की सीमित पहुंच और आपातकालीन सेवाओं का अभाव, मृत्यु दर को बढ़ाने वाले कारक थे। सामाजिक और आर्थिक कारक, जैसे गरीबी, महिलाओं की शिक्षा की कमी, और पारिवारिक निर्णयों में उनकी सीमित भागीदारी, स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को प्रभावित करते थे। परिवहन की कमी और स्थानीय स्वास्थ्य केंद्रों की दूरी के कारण आपातकालीन स्थितियों में स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचने में देरी होती थी। अधिकांश गर्भवती महिलाएं कुपोषण और एनीमिया से ग्रस्त थीं, जिससे गर्भावस्था और प्रसव के दौरान जोखिम बढ़ गया। अध्ययन ने सुझाव दिया कि प्राथमिक और सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ करना, प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मियों की संख्या बढ़ाना, नियमित स्वास्थ्य जांच को बढ़ावा देना, पोषण सुधार के लिए कार्यक्रम चलाना, और सामाजिक जागरूकता अभियान के माध्यम से सांस्कृतिक बाधाओं को कम करना आवश्यक है। यह निष्कर्ष मातृत्व मृत्यु दर को कम करने के लिए बहुआयामी दृष्टिकोण अपनाने की आवश्यकता को रेखांकित करता है।[9]

भाटिया, जे.सी. और क्लेलैंड, जे. ने दक्षिण भारत में मातृत्व देखभाल से संदर्भित जनमानस की सोच एवं निर्णय पर आधारित अपने अध्ययन में निष्कर्ष प्रस्तुत करते हुए इस बात की पुष्टि की कि मुस्लिम महिलाओं में प्रसव पूर्व और पश्चात देखभाल के मामले में पारंपरिक प्रथाओं और धार्मिक विश्वासों का महत्वपूर्ण प्रभाव है। मुस्लिम समुदाय में कई महिलाएं पारंपरिक दवाओं और घरेलू उपचारों को प्राथमिकता देती हैं और अस्पतालों में जाने से हिचकिचाती हैं, खासकर जब तक कोई गंभीर समस्या उत्पन्न नहीं होती। किंतु हिंदू महिलाओं के बीच चिकित्सीय देखभाल की ओर झुकाव अधिक था, हालांकि वे भी कुछ हद तक पारंपरिक उपचारों का सहारा लेती थीं।अध्ययन ने यह भी दिखाया कि दोनों समुदायों में सामाजिक दबाव और परिवार के निर्णयों का गहरा प्रभाव होता है। मुस्लिम महिलाओं के लिए धार्मिक और सांस्कृतिक परंपराएं उनकी स्वास्थ्य देखभाल के विकल्पों पर हावी रहती हैं, जबकि हिंदू महिलाओं के लिए चिकित्सा पेशेवरों से सलाह लेना आम बात थी। प्रसव पूर्व और पश्चात देखभाल के संबंध में, हिंदू महिलाओं में

स्वास्थ्य सेवाओं का अधिक उपयोग देखा गया, जबकि मुस्लिम महिलाओं में घर–परिवार के सदस्यों द्वारा देखभाल को प्राथमिकता दी जाती थी।[10]

लक्ष्मीराम ने उत्तर प्रदेश के वाराणसी जनपद के ग्रामीण क्षेत्र पर आधारित अपने शोध में ग्रामीण समाज की परंपरागत सोच और मानसिकता का विश्लेषण किया। उनके अध्ययन में यह स्पष्ट किया गया कि ग्रामीण समाज में आर्थिक स्थिति के आधार पर साफ–सफाई और स्वच्छता के स्तर में भिन्नता पाई जाती है। उच्च आर्थिक स्थिति वाले संपन्न परिवारों के सदस्य अपेक्षाकृत व्यक्तिगत स्वच्छता और अपने घर तथा परिवेश की सफाई बनाए रखने में कम सफल हैं, जबकि कम आय और आर्थिक रूप से विपन्न परिवारों के लोग अपेक्षाकृत अधिक सफाई का ध्यान रखते हैं। यह निष्कर्ष ग्रामीण समाज की सामाजिक संरचना और मानसिकता को दर्शाता है, जहां संपन्नता के बावजूद स्वच्छता के प्रति जागरूकता में कमी है। अध्ययन से यह भी पता चला कि आजादी के तीन दशक बाद भी ग्रामीण समाज में रोग और उपचार के प्रति परंपरागत अंधविश्वास और मान्यताओं को अधिक महत्व दिया जाता है। झाड़–फूंक, टोना–टोटका, ओझा और देवी–देवताओं की मन्नत जैसे परंपरागत उपाय अभी भी प्रमुखता से देखे जाते हैं। ग्रामीणों में वैज्ञानिक सोच और आधुनिक चिकित्सा के प्रति रुचि बढ़ी है, जिसका कारण शिक्षा, ज्ञान–विज्ञान और संचार माध्यमों का विस्तार है। हालांकि, इन प्रयासों के बावजूद, परंपरागत मान्यताओं का प्रभाव पूरी तरह समाप्त नहीं हो पाया है।

गुप्ता, वी.एम. और मारवाह, एस.एम. के अध्ययन में ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता पर प्रशासनिक मशीनरी की भूमिका का विश्लेषण किया गया। अध्ययन में यह पाया गया कि स्वास्थ्य सेवाओं को तीन स्तरोंकृप्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, जिला स्वास्थ्य केंद्र और मेडिकल कॉलेजकृपर संचालित किया जाता है। हालांकि, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के संचालन में प्रशासनिक मशीनरी द्वारा अपने कार्यों और उत्तरदायित्वों को प्रभावी ढंग से निभाने में कमी पाई गई। इसका मुख्य कारण शासन द्वारा संचालित स्वास्थ्य सेवाओं के विभिन्न अभिकरणों के बीच पर्याप्त समन्वय और तालमेल का अभाव है। इस समन्वयहीनता के परिणामस्वरूप ग्रामीण स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता बाधित होती है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, जो ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की नींव माने जाते हैं, अन्य उच्च स्तर के स्वास्थ्य केंद्रों और प्रशासनिक निकायों के साथ जुड़ाव स्थापित करने में अक्षम रहते हैं। यह स्थिति स्वास्थ्य सेवाओं के प्रभावी वितरण और योजनाओं के क्रियान्वयन में रुकावट पैदा करती है। अध्ययन इस बात पर जोर देता है कि स्वास्थ्य सेवाओं के सभी स्तरों के बीच मजबूत समन्वय स्थापित करना अत्यावश्यक है ताकि ग्रामीण समुदायों को बेहतर स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान की जा सकें। 11

उपरोक्त विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की प्रभावशीलता कई कारकों पर निर्भर करती है, जिनमें शिक्षा का अभाव, जागरूकता की कमी, आर्थिक अस्थिरता, और स्वास्थ्य अवसंरचना की अपर्याप्तता प्रमुख हैं। शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण समाज आधुनिक चिकित्सा प्रणाली को कम स्वीकार करता है, जिसका मुख्य कारण जागरूकता और सुविधाओं तक सीमित पहुंच है। ग्रामीण महिलाओं, विशेष रूप से गर्भवती महिलाओं, के लिए स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति और भी चिंताजनक है। उनके लिए प्रजनन स्वास्थ्य, कुपोषण, और गर्भावस्था से जुड़ी समस्याएं गंभीर चुनौती हैं। इसके अलावा, सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में कर्मचारियों की अनुपस्थिति, दवाओं और तकनीकी उपकरणों की कमी, और स्वच्छता संबंधी मुद्दे स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता को प्रभावित करते हैं। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) को ग्रामीण स्वास्थ्य सुधार की दिशा में एक सकारात्मक कदम माना गया है। विशेष रूप से, जननी एवं शिशु सुरक्षा कार्यक्रम ने गर्भवती महिलाओं और शिशुओं के स्वास्थ्य में सुधार की दिशा में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। हालांकि, अध्ययन यह भी इंगित करता है कि स्वास्थ्य अवसंरचना को और मजबूत बनाने, जागरूकता बढ़ाने, और संसाधनों की उपलब्धता सुनिश्चित करने की आवश्यकता है। सरकार द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं पर अधिक व्यय और योजनाओं के प्रभावी क्रियान्वयन पर बल देने से ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार लाया जा सकता है।

सन्दर्भ ग्रंथ सूची

1. Ministry of Health and Family Welfare (2013), Maternal Health Janani Suralsha Yojana. NHM, Government of India.
2. UNFPA. (2016) Concurrent Assessment of Janani Suraksha Yojana in Selected States', URL: india.unfpa.org
3. Singh S, Sawaran S, (2015) Role of ASHA in utilization of maternal and child health services, The journal of Global healthcare system, vol 5, no. 3.
4. Suresh Kumar Patra, L.Annam & Prof. M. Ramadass, (2013) National Rural Health Mission (NRHM) & Health Status of Odisha: An Economic Analysis', Language in India, Vol. 13:4 April 2013, 305-315
5. Yeshwant Rao N, Anuradha T.S, Sandhaya C (2011), National Rural Health Mission: An Analytical Study', Elk Asia Journal of Marketing & Retail Management, 339-349
6. सारस्वत ऋतु, स्वस्थ भारत का अधूरा सपना'' अप्रेल योजना 2009 वर्ष 53 अंक 4। Jejeebhoy, S., Ramasubhan, J and Radika. (2000) "Women's Reproductive Health In India", Rawat Publication Jaipur And New Delhi.
7. V.N. Rao And B.R. Ganata (1998) "Too Far, Too Little, Too Late: A Community- Based Case Control Study Of Maternal Mortality In Rural West Maharashtra, India", Bulletin Of The WHO.
8. Kumari, Radha (1997) "A Study On the Impact Of Child Survival And Safe Motherhood Programmed" Thesis Submitted To S.K. University Of Rural Development And Social Work Anantpur.
9. Dave, N.V, (1994) "Hospital Management" Deep And Deep Publication, New Delhi.
10. Goel, S.L. (1980) "Health Care Administration", Sterling Publishers Pvt. Ltd, New Delhi.
11. लक्ष्मीराम, (1977) 'एक ग्रामीण समुदाय में स्वास्थ्य की दशाओ का अध्ययन'' वाराणासी जनपद के ग्राम बर्थरां कला पर आधारित, पी०एच०डी० शोध प्रबन्ध काशी हिन्दू विश्वविद्यायलय वाराणसी ।pGupta V.M and Marwah, S. M. (1971) "Role For Hospital In Community Health Of Primary Health Center Level District Level And Medical College Level With Ilustrative Example In Chiraigon Block Workshop In Role Of Hospital In Community" Organized By Coordinating Agency For Health Planning, New Delhi At Varanasi.

*****