



کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں جننی شیشو سرکشا کاریا کرم کی تاثیریت کا تجزیہ

تحقیقی مقالہ برائے پی ایچ۔ ڈی

معاشیات

مقالہ نگار

فضل الرحمان پی۔ کے۔ پٹر کڈاوان

(A181414 / 18PHEC001HY)

زیر نگرانی

ڈاکٹر سید حسن قائد

شعبہ معاشیات

اسکول برائے فنون و سماجی علوم

مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی

حیدرآباد

دسمبر 2022



ڈیکریشن

I, **Fasalurahman P K Patterkadavan**, student of Ph.D. hereby declare that the thesis entitled “**Analysis of the effectiveness of Janani Shishu Suraksha Karyakaram (JSSK) in Malappuram District of Kerala**” which is submitted by me to the Department of Economics, School of Arts & Social Sciences, Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad is original research carried out by me. No part of this thesis was published, or submitted to any other University/Institution for the award of any Degree/Diploma.

Fasalurahman P K Patterkadavan
Research Scholar
Department of Economics

Place: MANUU, Hyderabad

Date:



سرٹیفکیٹ

This is to certify that the thesis entitled “**Analysis of the effectiveness of Janani Shishu Suraksha Karyakaram (JSSK) in Malappuram District of Kerala**” submitted for the award of the Degree of Doctor of Philosophy in Economics to the Department of Economics, School of Arts & Social Sciences, Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad, is the result of the original research work carried out by **Mr. Fasalurahman P K Patterkadavan** under my supervision and to the best of my knowledge and belief, the work embodied in this thesis does not form part of any thesis/dissertation already submitted to any University/Institution for the award of any Degree/Diploma.

Dr.Syed Hasan Qayed
Research Supervisor

Prof. Farida Siddiqui
Head
Department of Economics

Prof. Farida Siddiqui
Dean
School of Arts & Social Sciences

Place: MANUU, Hyderabad

Date

اظہار تشکر

سب سے پہلے، میں اپنے سپروائزر، ڈاکٹر سید حسن قاید کا تہہ دل سے شکریہ ادا کرنا چاہتا ہوں، جنہوں نے اس مطالعے کے آغاز سے لے کر اس کے اختتام تک بصیرت افروز تبصرے، باریکی سے رہنمائی اور مسلسل تعاون کیا۔ ان کی مسلسل رہنمائی اور نگرانی نے مجھے کام کو مزید بہتر بنانے اور اس تحقیق کو کامیابی سے مکمل کرنے کے لیے ضروری مہارتیں پیدا کرنے میں بہت مدد کی۔

دوسرا، میں پروفیسر فریدہ صدیقی، اسکول آف آرٹس اینڈ سوشل سائنسز کی ڈین اور مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی کے شعبہ اقتصادیات کی سربراہ کا تہہ دل سے شکریہ ادا کرتا ہوں، جنہوں نے مطالعہ کے دوران میری حوصلہ افزائی کی اور اپنا تعاون، مفید تجاویز دیں۔ ماہرین تعلیم اور تحقیق میں انکی مہارت، تجربہ اور حرکیات نے مجھے مزید جانفشانی اور توانائی کے ساتھ کام کرنے کی ترغیب دی۔

میں ڈاکٹر امینہ تحسین، شعبہ خواتین مانو کے مطالعہ کی سربراہ، اور پروفیسر منوہر راؤ، ریٹائرڈ پروفیسر، شعبہ معاشیات، حیدرآباد یونیورسٹی، کا شکر گزار ہوں۔ ڈاکٹر رضا اللہ خان، ڈائریکٹر، ڈی ڈی ای، مانو اور ڈاکٹر اختر پرویز، لائبریرین مانو نے میری تحقیق کے مختلف مراحل میں ان کی مفید تجاویز اور رہنمائی کے لیے، جس نے اسے مزید پر جوش سبق آموز تجربہ بنا دیا۔

میں جناب محمد وسیم مانو، ڈاکٹر لنگراج ملک مانو، ڈاکٹر ابصار احمد، رانچی ویٹرنری کالج، اور ڈاکٹر توصیب عالم، سینٹرل یونیورسٹی آف کشمیر، سالم پی کے، سی ڈی ایس اور شاہد بشیر سی یو کے کا ان کے بصیرت انگیز تبصروں اور مدد کے لیے ان کا مقروض ہوں۔

میں جناب تیمور، ایل ڈی سی اور شعبہ کے ریسرچ اسکالرز سعدیہ بیگم، یاسر ابراہیم، ارشاد، گویشیہ، عاشق اور شبنم کا تہہ دل سے شکریہ ادا کرتا ہوں، جنہوں نے اس پورے عمل میں مدد اور تعاون کیا۔

میں ڈاکٹر سکینہ، ڈسٹرکٹ میڈیکل آفیسر، ملاپورم، اور ڈاکٹر شبولال، ڈسٹرکٹ پروگرام مینیجر، JSSK، ملاپورم کے ساتھ ساتھ سرکاری ڈیلیوری پوائنٹس کے میڈیکل سپرنٹنڈنٹس اور آشاو کرز کا ڈیٹا اکٹھا کرنے میں ان کی مدد کے لیے بھی شکریہ ادا کرتا ہوں۔

میں اپنے خاندان اور دوستوں کی طرف سے فراہم کردہ اخلاقی حمایت کے لیے شکر گزار ہوں۔ میں اپنے والدین، بہن بھائیوں اور سسرالی رشتہ داروں کی زندگی بھر ان کی محبت اور رہنمائی کے لیے ہمیشہ شکر گزار ہوں۔ میں اپنے بڑے بھائی

ڈاکٹر پی کے کا تہہ دل سے شکر گزار ہوں۔ ابو بکر، میری زندگی کے ہر پہلو میں مجھے متاثر کرنے کے لیے اور میرے سسر، کنہجھما میری، اور بہنوئی سہل حمدان کی مدد اور تعاون کے لیے۔

اس موقع پر میں اپنے پیارے والد مرحوم معیدین کٹی اور اپنے پیارے بھائی مرحوم پی کے کو یاد کرنا چاہوں گا جنہوں نے مجھے بہت سی اچھی یادیں دیں۔

یہ کام میری پیاری ماں کنہیری کٹی کو وقف ہے، جنہوں نے میرے تمام کارناموں میں اہم کردار ادا کیا ہے۔ میں اپنے بھائیوں احمد، حمید، اور ساگر، اور بہنوں آمنہ، فاطمہ، رابعیہ اور صرافو کا بھی شکر گزار ہوں۔

آخر میں، میری اہلیہ بنیسا میری میرے لیے اخلاقی اور جذباتی حمایت کے ساتھ ہیں۔ زندگی اس وقت مزید معنی خیز ہو جاتی ہے جب میری بیٹی فضانوال اور بیٹا بجل ابان ہمارے ساتھ شامل ہوتے ہیں۔ میں ہر اس شخص کا تہہ دل سے شکر یہ ادا کرنا چاہوں گا جو میری زندگی کا حصہ ہیں۔

فضل الرحمان۔ پی۔ کے۔ پیٹر کڈاوان

فہرست

i	ڈیکریشن	
ii.....	سرٹیفکٹ	
iii.....	اظہارِ تشکر	
xii	فہرست ٹیبل	
xiv	فہرست تصاویر	
1	تعارف	باب 1:
1	تعارف	1.1
2	دیہی ہندوستان میں صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنانا: NRHM کا کردار	1.2
5	ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنانے میں NRHM کا کردار	1.3
5	جنانی تحفظ یوجنا (2005)	1.3.1
7.....	جنانی شیشو تحفظ کار یا کر م (JSSK)	1.3.2
9	مطالعے کی نظریاتی بنیاد	1.4
9	ادب کا جائزہ	1.5
9	مطالعہ کی اہمیت	1.6
11	تحقیقی سوالات	1.7
11	مطالعے کے مقاصد	1.8
12	مطالعہ کے مفروضے	1.9
12	طریقہ کار	1.10
12	حدود	1.11
13	مطالعہ کی تنظیم	1.12
14.....	مطالعے کا نظریاتی پس منظر اور ادب کا جائزہ	باب 2:
14	مطالعے کا نظریاتی پس منظر:	2.1

16	..... فزیکل کوالٹی آف لائف انڈیکس (PQLI)	2.1.1
16	..... انسانی ترقی کا اشاریہ	2.1.2
16	..... کثیر جہتی غربت انڈیکس (MPI)	2.1.3
17	..... ملینیم ڈوہیلپمنٹ گولز	2.1.4
17	..... پائیدار ترقی کے اہداف	2.1.5
18	..... صنفی ترقی کا اشاریہ (GDI)	2.1.6
18	..... صنفی عدم مساوات انڈیکس (GII)	2.1.7
19	..... صحت کی دیکھ بھال کی طلب کا گرو سمین کا نظریہ	2.1.8
20	..... پبلک گڈ تھیوری	2.1.9
20	..... گیم تھیوری	2.1.10
21	..... متعلقہ ادب کا جائزہ	2.2
21	..... زچہ و بچہ کی صحت کی دیکھ بھال کے حوالے سے تبصرے	2.2.1
24	..... متعلقہ جائزے JSY اور NRHM سے	2.2.2
31	..... JSSK کے حوالے سے جائزے	2.2.3
36	..... آشا اور کرز اور میٹر نیٹ اینڈ چائلڈ ہیلتھ کیئر میں ان کا کردار	2.2.4
37	..... اختتام	2.3
38	..... طریقہ کار اور حلقہ مطالعہ کا خاکہ	باب 3:
38	..... ثانوی ڈیٹا کے ذرائع	3.1
39	..... بنیادی ڈیٹا کے ذرائع	3.2
39	..... علاقہ مطالعہ کا پروفائل	3.2.1
41	..... ضلع سطح پر انتخاب کا معیار	3.2.2
42	..... نمونہ بندی کی تکنیک اور نمونہ ڈیزائن	3.2.3
42	..... شمولیت کا معیار:	3.2.4
43	..... اخراج کا معیار:	3.2.5

43.....	نمونے کے سائز کا تعین:	3.2.6
46.....	ڈیٹا اکٹھا کرنے کے لیے ٹولز اور تکنیک	3.2.7
47.....	مستعمل شاریاتی تجزیہ اور اکاؤنٹ میٹرک ماڈلز	3.2.8
50.....	ہندوستان اور کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال	باب 4:
50.....	تعارف	4.1
51.....	اس سیکشن کے مقاصد اور طریقے	4.2
55.....	ہیلتھ انپٹ اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال	4.3
55.....	کل ریاستی این رائج ایم اخراجات	4.3.1
56.....	فرسٹ ریفرل یونٹس کی تعداد (FRUs)	4.3.2
57.....	برسر خدمت آشناور کرز:	4.3.3
59.....	صحت کے نتائج اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال	4.4
60.....	قبل از پیدائش کی دیکھ بھال (اے این سی)	4.4.1
61.....	ادارہ جاتی ولادت اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال	4.4.2
63.....	سرکاری صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران OoPE	4.4.3
65.....	ہندوستانی ریاستوں میں صحت کے اثرات کا تجزیہ	4.5
65.....	زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر)	4.5.1
68.....	بچوں کی اموات کی شرح (آئی ایم آر)	4.5.2
69.....	تجرباتی تجزیہ	4.6
71.....	ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر) کا تعین	4.6.1
72.....	ہندوستان میں بچوں کی اموات کے تناسب (آئی ایم آر) کے عوامل	4.6.2
73.....	مباحثہ	4.6.3
76.....	اختتام	4.6.4
77.....	کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال	4.7
78.....	کیرالہ کے کلیدی صحت کے بنیادی ڈھانچے کا ایک بین ضلعی تجزیہ	4.8

80.....	کیرالہ میں صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے کا بین ضلعی تجزیہ	4.8.1
86.....	کیرالہ میں صحت کے کلیدی نتائج کا بین اضلاع تجزیہ	4.8.2
87.....	آمدنی کی بنیاد پر خدمات سے استفادہ پر ارتکاز	4.8.3
90.....	مباحثہ	4.8.4
91.....	اختتام	4.8.5
93.....	کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کی تاثیریت	باب 5:
93.....	تعارف	5.1
93.....	ہندوستان میں JSSK کے استعمال کا تجزیہ: ایک بین ریاستی تجزیہ	5.2
94.....	ہندوستان میں حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK کا استعمال	5.2.1
96.....	ہندوستان میں بیمار بچوں کے ذریعے JSSK کا استعمال	5.2.2
98.....	کیرالہ میں حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK کا استعمال	5.2.3
99.....	کیرالہ میں بیمار بچوں کے ذریعے JSSK کا استعمال	5.2.4
101.....	کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کا استعمال	5.3
107.....	وضاحتی تجزیہ	5.4
108.....	JSSK کے بارے میں بیداری	5.5
108.....	آگاہی اور سماجی و معاشی خصوصیات	5.5.1
110.....	JSSK آگاہی کا بلاک وار تجزیہ	5.5.2
111.....	آگاہی اور علاقہ	5.5.3
112.....	آگاہی اور ادارے کی قسم	5.5.4
112.....	آگاہی اور عمر گروپ	5.5.5
113.....	آگاہی اور مذہب	5.5.6
113.....	آگاہی اور ذات	5.5.7
114.....	آگاہی اور دولت	5.5.8
114.....	آگاہی اور خاندان کی قسم	5.5.9

115.....	آگاہی اور تعلیم	5.5.10	
115.....	آگاہی اور پیشہ	5.5.11	
115.....	آگاہی اور ولادت کی نوعیت	5.5.12	
116.....	آگاہی اور JSSK سے مستفید ہونے والے	5.5.13	
116.....	JSSK کے بارے میں آگاہی کے ذرائع	5.5.14	
117.....	آگاہی کا وقت	5.5.15	
117.....	JSSK کے تحت حاملہ خواتین کے لیے مفت استحقاق کے بارے میں بیداری	5.5.16	
118.....	بیمار نوزائیدہ بچوں کے مختلف حقوق کے بارے میں آگاہی	5.5.17	
120.....	ملاپورم میں JSSK کے بارے میں بیداری کو متاثر کرنے والے عوامل:	5.5.18	
121.....	لاجٹ ماڈل کے نتائج	5.5.19	
123.....	ماڈل فٹ کا اندازہ لگانا:	5.5.20	
124.....	JSSK اسکیم کا استعمال	5.6	
127.....	حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK استحقاق کا استعمال	5.6.1	
129.....	استعمال اور رقبہ	5.6.2	
129.....	ادارے کی قسم اور استعمال	5.6.3	
130.....	جواب دہندگان کی عمر اور استعمال	5.6.4	
130.....	مذہب اور اسکیم کا استعمال	5.6.5	
131.....	ذات اور JSSK کا استعمال	5.6.6	
131.....	دولت اور استعمال	5.6.7	
132.....	خاندان کی قسم اور استعمال	5.6.8	
132.....	تعلیم اور JSSK کا استعمال	5.6.9	
132.....	پیشہ اور JSSK کا استعمال	5.6.10	
133.....	ولادت کی نوعیت اور JSSK کا استعمال	5.6.11	
133.....	کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم کے استعمال کے عامل متغیرات	5.6.12	

135.....	لاجسٹک ریگريشن کا نتیجہ	5.6.13
136.....	ماڈل فٹ کا تخمینہ کرنا:	5.6.14
138.....	بیداری اور JSSK کے استعمال کے درمیان تعلق	5.6.15
139.....	JSSK کے تحت حاملہ خواتین کے لیے مفت استحقاق اور ان کا استعمال	5.6.16
140.....	بیمار نوزائیدہ بچوں کے مفت استحقاق اور ان کا استعمال:	5.6.17
141.....	مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کا بلاک وار استعمال	5.6.18
141.....	JSSK کا استعمال اور ترغیب	5.6.19
143.....	آشاور کرز اور JSSK کا استعمال	5.6.20
143.....	JSSK اسکیم کی درجہ بندی	5.6.21
	مباحثہ 144	5.6.22
	اختتام 146	5.6.23
147.....	باب 6: کیرالہ اور ملاپورم ضلع میں ادارہ جاتی ولادت کے دوران نجی اخراجات	
147.....	تعارف	6.1
150.....	کیرالہ میں ولادت کے دوران جیب سے باہر کا خرچ (OoPE):	6.1.1
152.....	تجرباتی تجزیہ	6.1.2
153.....	کیرالہ میں عوامی صحت کے مراکز میں ولادت کے دوران OoPE کے اجزاء:	6.1.3
155.....	کیرالہ میں سماجی و معاشی خصوصیات اور OoPE:	6.1.4
158.....	کیرالہ میں جیب سے باہر اخراجات (OoPE) کے تعین کرنے والے:	6.1.5
164.....	ملاپورم میں ولادت کے دوران OoPE:	6.2
165.....	تجرباتی تجزیہ:	6.2.1
167.....	پورم میں سماجی و معاشی خصوصیات اور OoPE:	6.2.2
171.....	ضلع ملاپورم کے لیے جنرل انڈلاسنر ماڈل (GLM) ریگریشن تجزیہ:	6.2.3
173.....	مباحثہ	6.2.4
175.....	اختتام	6.2.5

176.....	نتائج کا خلاصہ، تجاویز اور پالیسی سفارشات	باب 7:
176.....	تعارف	7.1
178.....	ثانوی ڈیٹا پر مبنی نتائج:	7.1.1
182.....	بنیادی ڈیٹا پر مبنی نتائج:	7.1.2
187.....	تجاویز اور پالیسی کی سفارشات:	7.2
187.....	صحت کا بنیادی ڈھانچہ:	7.2.1
189.....	JSSK اسکیم کے بارے میں بیداری میں اضافہ:	7.2.2
190.....	مزید مطالعہ کے لیے دائرہ کار:	7.2.3

فہرست ٹیبل

Table 3-1 :Key demographic features of Malappuram district, Kerala.....	40
<i>Table 3-2:Distribution of sample by delivery points</i>	<i>44</i>
<i>Table 3-3:Distribution of total Sample by revenue Blocks</i>	<i>45</i>
Table 4-1:Key Health Inputs in mother and child healthcare in India	55
Table 4-2:Key Health Outcomes in mother and child healthcare in India.....	59
Table 4-3: Key health impact in mother and child healthcare in India	66
Table 4-4: Attributes of Variables.....	70
Table 4-5: Matrix of Correlation.....	70
Table 4-6: Results of Random Effect Model (Dependent Variable-MMR)	71
Table 4-7: Results of Random Effect Model (Dependent Variable-IMR)	72
<i>Table 4-8: District Wise Availability of Health Infrastructure in Kerala 2019-20.....</i>	<i>81</i>
<i>Table 4-9: District-wise pregnant women registered for ANC-public facility ratio in Malappuram</i>	<i>83</i>
Table 4-10: District wise deprivation index for health infrastructure in Kerala, 2019-20	84
<i>Table 4-11: District wise development index for health infrastructure in Kerala, 2019-20 ...</i>	<i>85</i>
<i>Table 4-12: Classification of districts as per the development of Health Infrastructure</i>	<i>85</i>
<i>Table 4-13: Inter-district analysis of mother and childcare in Kerala, 2019-20</i>	<i>86</i>
<i>Table 4-14: Result of Concentration Index for selected health outcomes</i>	<i>89</i>
<i>Table 5-1: Utilisation of the JSSK scheme for pregnant women in India, 2020-21</i>	<i>94</i>
<i>Table 5-2: Utilisation of JSSK programme as a percentage of pregnant women registered for ANC</i>	<i>95</i>
<i>Table 5-3: Utilisation of the JSSK scheme for sick infants in India, 2020-21</i>	<i>96</i>
<i>Table 5-4: Utilisation of JSSK by Sick Infants as a percentage of women registered for ANC</i>	<i>97</i>
<i>Table 5-5: Utilisation of JSSK scheme for Pregnant Women in Kerala, 2020-21</i>	<i>98</i>
<i>Table 5-6: Utilisation of JSSK as a percentage of women registered for ANC in Kerala</i>	<i>99</i>
<i>Table 5-7: Sick Infants utilized JSSK scheme in Kerala, 2020-21</i>	<i>100</i>
<i>Table 5-8: Utilisation of JSSK as a percentage of pregnant women registered for ANC in Kerala</i>	<i>100</i>
<i>Table 5-9: Utilisation of JSSK scheme for Pregnant Women in Malappuram (2015-16 to 2020-21).....</i>	<i>101</i>
<i>Table 5-10: Infrastructure facilities available at delivery points in Malappuram (as of November 1, 2021).....</i>	<i>105</i>
<i>Table 5-11: Percentage of JSSK Utilisation based on delivery points</i>	<i>106</i>
<i>Table 5-12: Demographic profile and socio-economic characteristics of the respondents ..</i>	<i>107</i>
<i>Table 5-13:Socio-economic characteristics and awareness of the JSSK scheme</i>	<i>109</i>
<i>Table 5-14: Block-wise analysis of JSSK awareness.....</i>	<i>110</i>
<i>Table 5-15: Awareness and Area</i>	<i>111</i>
Table 5-16: Type of Institution and awareness about JSSK.	112
Table 5-17: Age group and awareness about JSSK.	112
Table 5-18: Religion and JSSK Awareness	113
<i>Table 5-19: Awareness and Caste</i>	<i>113</i>
Table 5-20: Wealth and JSSK Awareness	114
Table 5-21: Family type and JSSK Awareness	114
Table 5-22: Education and JSSK Awareness	115
Table 5-23: Occupation and JSSK Awareness	115

Table 5-24: Nature of delivery and JSSK Awareness	116
Table 5-25: JSSK Beneficiaries and JSSK Awareness.....	116
Table 5-26: Sources of JSSK Awareness	117
<i>Table 5-27: Time of JSSK awareness</i>	<i>117</i>
<i>Table 5-28: Awareness on various entitlement to pregnant women under JSSK.....</i>	<i>118</i>
<i>Table 5-29: Awareness on various JSSK entitlements to sick new-born</i>	<i>119</i>
<i>Table 5-30: Result of the logit model on awareness of JSSK and its predictors.....</i>	<i>122</i>
<i>Table 5-31: Result of the model fitness</i>	<i>124</i>
<i>Table 5-32: Details of JSSK registration.</i>	<i>125</i>
<i>Table 5-33: Utilisation of JSSK scheme and profile of the respondents.....</i>	<i>128</i>
Table 5-34: Utilisation of JSSK scheme and Area.....	129
Table 5-35: Utilisation of JSSK scheme and Types of Institution.....	129
Table 5-36: Age of the respondents and utilization of JSSK	130
Table 5-37: Religion and utilisation of the scheme.....	130
Table 5-38: Caste and utilisation of JSSK scheme.....	131
Table 5-39: Wealth and utilisation of JSSK	131
Table 5-40: Family type and Utilisation of JSSK scheme	132
Table 5-41: Education and Utilisation of JSSK scheme	132
Table 5-42: Occupation and Utilisation of JSSK scheme.....	133
Table 5-43: Nature of delivery and Utilisation of JSSK scheme.....	133
Table 5-44: Result of the binary logistic model for the predictors of JSSK utilisation	134
<i>Table 5-45: Result of the model fitness</i>	<i>137</i>
<i>Table 5-46: Relation between awareness and utilization of JSSK.....</i>	<i>138</i>
<i>Table 5-47: Utilisation of various free entitlements under JSSK to pregnant women</i>	<i>139</i>
<i>Table 5-48: Free entitlements to sick new-born and their utilisation</i>	<i>140</i>
Table 5-49: Block-wise analysis of JSSK Utilisation	141
<i>Table 6-1: OoPE in Government Health Institutions</i>	<i>150</i>
<i>Table 6-2: Shapiro-Wilk test for normal data.....</i>	<i>153</i>
<i>Table 6-3: The result of Paired t test : mOoPEPHI mOoPEGHI.....</i>	<i>153</i>
<i>Table 6-4: Out-of-Pocket expenditure during delivery in government health institutions, 2019-21</i>	<i>153</i>
<i>Table 6-5: Average OoPE during delivery in Kerala.....</i>	<i>156</i>
<i>Table 6-6: Variance inflation factor.....</i>	<i>160</i>
<i>Table 6-7: Result of multivariable logistic regression between OoPE on hospital delivery and its predictors.....</i>	<i>160</i>
<i>Table 6-8: Result of Mixed-effects GLM on non-zero positive OoPE.....</i>	<i>163</i>
<i>Table 6-9: Mean and Median OoPE in Malappuram</i>	<i>165</i>
<i>Table 6-10: Percentage of mothers incurred OoPE during delivery</i>	<i>165</i>
<i>Table 6-11: Shapiro-Wilk test for normal data</i>	<i>166</i>
<i>Table 6-12: Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test</i>	<i>166</i>
<i>Table 6-13: Average OoPE during delivery in Kerala</i>	<i>168</i>
<i>Table 6-14: Result of the multivariate logistic regression between OoPE & its predictors .</i>	<i>170</i>
<i>Table 6-15: Result of Generalized Linear Model analysis between OoPE and its predictors in Malappuram district</i>	<i>171</i>

فہرست تصاویر

39	تصویر 3.1: کیرالہ اور ملاپورم ضلع کا نقشہ
44	تصویر 23: ڈبلیوری پوائنٹس پر مبنی نمونے کی تقسیم
45	تصویر 3.3: ریونیو بلاک پر مبنی نمونے کی تقسیم
56	تصویر 4.1: کل ریاستی ان آرائیج ایف اے اخراجات
57	تصویر 4.2: فرسٹ ریفرل یونٹس (FRUs) کی کل تعداد
58	تصویر 4.3: برسر خدمت آشاور کررز
58	تصویر 4.4: ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں 2010-11 سے 2019-20 کے دوران صحت کی معلومات میں تبدیلیاں
60	تصویر 4.5: حاملہ خواتین کا فیصد جنہوں نے 3 یا اس سے زیادہ اے این سی کے دورے کیے تھے
61	تصویر 4.6: ادارہ جاتی ولادت کی کل رپورٹ شدہ ولادت کا فیصد
62	تصویر 4.7: صحت عامہ کے اداروں میں ڈبلیوری کے دوران جیب سے خرچ
67	تصویر 4.8: ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر)
68	تصویر 4.9: ہندوستان میں بچوں کی اموات کی شرح (آئی ایم آر)
69	تصویر 4.10: ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں 2010-11 سے 2019-20 کے دوران صحت کے اثرات میں تبدیلیاں
89	تصویر 4.11: Concentration Index کا نتیجہ
104	تصویر 5.1: ملاپورم میں حاملہ خواتین کا JSSK اسکیم کا استعمال (2015-16 سے 2020-21 تک)
111	تصویر 5.2: آگاہی کا بلاک وار تجزیہ
117	تصویر 5.3: JSSK جانکاری کے ذرائع
117	تصویر 5.4: JSSK کی جانکاری کا وقت
118	تصویر 5.5: حاملہ خواتین کی مختلف استحقاق کے بارے میں آگاہی
119	تصویر 5.6: JSSK کے تحت بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے مختلف حقوق کے بارے میں آگاہی
119	تصویر 5.7: خاندان کے افراد کے درمیان بیداری
120	تصویر 5.8: پڑوسیوں میں آگاہی
124	تصویر 5.9: ROC خط (AUC) کے نیچے کا علاقہ
125	تصویر 5.10: JSSK کے تحت رجسٹرڈ خواتین کا %
126	تصویر 5.11: رجسٹریشن کا وقت
126	تصویر 5.12: رجسٹریشن میں مدد
127	تصویر 5.13: پہلے استعمال کا وقت
127	تصویر 5.14: رجسٹریشن کی جگہ
137	تصویر 5.15: ROC خطوط (AUC) کے نیچے کا رقبہ
139	تصویر 5.16: حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK کے استحقاق کا استعمال

- 140.....تصویر 5.17: بہار نوزائیدہ بچوں کے لیے مفت استحقاق اور ان کا استعمال
- 141تصویر 5.18: JSSK کے استعمال کی ترغیب
- 142.....تصویر 5.23: آشنا کی دستیابی
- 142.....تصویر 5.21: آتش سروس کی درجہ بندی
- 142.....تصویر 5.22: آشنا کا برتاؤ
- 142.....تصویر 5.20: آتش سروس کا اطمینان
- 142.....تصویر 5.19: JSSK کے استعمال کی وجہ
- 143.....تصویر 5.24: JSSK کی ریٹنگ
- 151تصویر 6.1: صحت عامہ کے اداروں میں ولادت کے دوران جیب سے باہر کا اوسط خرچ
- 154.....تصویر 6.2: کیرالہ میں سرکاری صحت کے اداروں میں ڈیلیوری کے دوران جیب سے باہر کا خرچ

باب 1: تعارف

1.1 تعارف

صحت مند باشندے ملک کی سماجی اور معاشی ترقی کے لیے سب سے اہم ضروریات میں سے ایک ہے۔ خدماتِ صحت کو ہر ایک فرد بالخصوص کم خوش قسمت لوگوں کے لیے زیادہ قابل رسائی بنا کر اس ضرورت کو پورا کیا جاسکتا ہے۔ خدماتِ صحت سے مراد وہ تمام اقدامات ہیں جو متعلقہ حکام اور حکومت بیماریوں کی روک تھام اور علاج کے ساتھ ساتھ صحت مند طرز زندگی کی عادات کی حوصلہ افزائی کے لیے اٹھاتی ہے۔ اس میں بیماریوں کی تشخیص اور علاج، افراد کو تعلیم، حفاظتی ٹیکوں اور ضروری طبی ڈھانچے کی فراہمی کے ذریعے ہر قسم کی بیماری سے محفوظ رکھنا شامل ہے۔

سرکاری اور نجی دونوں ادارے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرتے ہیں۔ عوامی صحت کی دیکھ بھال کا نظام وہ نظام ہے جو حکومت فراہم کرتی ہے۔ بھور کمیٹی 1943 میں ہندوستان کی طبی صورتحال کا جائزہ لینے کے لیے قائم کی گئی تھی۔ اس نے علاج اور حفظِ ماقتدم دونوں کی ضرورت پر زور دیا۔ بھور کمیٹی کی تجاویز کو ہندوستانی حکومت نے 1952 میں اپنایا، اور صحت عامہ کا ایک نظام قائم کیا گیا۔ 1978 میں الماعطا اعلامیے کے "سب کے لیے صحت" کے مطالبے نے اسے تقویت دی۔ لہذا، حکومت، کئی ایجنسیوں کے ذریعے، خدمات کی فراہمی، صحت کی دیکھ بھال تک رسائی میں مساوات، اور ہندوستان کے صحت کے نظام کی ترقی اور تقویت میں اہم کردار ادا کرتی ہے۔

ہندوستان کو بہت ساری وجوہات کی بنا پر بالعموم صحت عامہ اور بالخصوص ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے ایک ٹھوس نظام کی ضرورت ہے۔ ہندوستان میں ہر سال 10 لاکھ نوزائیدہ بچوں کو نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال کے خصوصی یونٹ (SNCUs) سے ڈسچارج کیا جاتا ہے، 1.7 ملین بچے پیدائشی نقائص کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں، اور 3.5 ملین سے زیادہ بچے قبل از وقت پیدا ہوتے ہیں۔ ان نوزائیدہ بچوں کے لیے اموات، غذائی قلت اور نشوونما میں تاخیر کے خطرات کافی زیادہ ہیں۔ یونیسف کی رپورٹ کے مطابق ہندوستان میں 2016 میں پانچ سال سے کم عمر کے بچوں میں کل 1.08 ملین اموات

کے ساتھ سب سے زیادہ اموات ہوئیں۔ ہر ہزار میں سے 69 بچے پانچ سال کے ہونے سے پہلے ہی مر جاتے ہیں۔ دنیا بھر میں ہونے والی تمام بچوں کی اموات کے پچیس فیصد اور زچگی کی تمام اموات کے بیس فیصد کے لیے ہندوستان ذمہ دار ہے۔ دیہی علاقوں میں صرف انتیس فیصد لوگ حفاظتی ٹیکے لگائے جاتے ہیں۔ ہندوستان میں، 15 سے 49 سال کی عمر کی 57 فیصد خواتین کو خون کی کمی ہے¹۔ وقت گزرنے کے ساتھ، حکومت نے ان مسائل کو حل کرنے کے لیے صحت کی دیکھ بھال کے کئی پروگرام بنائے۔ صحت کی دیکھ بھال کے مختلف اقدامات کو یکجا کرنے کے لیے، 2005 میں قومی دیہی صحت مشن (NRHM) کو قائم کیا گیا۔

1.2 دیہی ہندوستان میں صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنانا: NRHM کا کردار

NRHM صحت کے شعبے میں ایک جامع اور مشن پر مبنی سرکار کی شمولیت تھی۔ اس مشن کا بنیادی مقصد دیہی باشندوں کو گھریلو صحت کی حالت کو بڑھانے کے ذریعے قابل رسائی، سستی اور اعلیٰ معیار کی صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنا تھا۔ پچاسی راج اداروں کی شمولیت کمیونٹی کی شمولیت پر مزید زور دیتی ہے۔ قومی دیہی صحت مشن کو ملک کے صحت کے نظام میں کئی نظامی خامیوں جن میں ایک جامع نقطہ نظر کی کمی، انسانی وسائل اور بنیادی ڈھانچے کی کمی، کمیونٹی کی ملکیت اور جو اب ہی کی کمی، بیماریوں کے عمودی انتظامی پروگراموں کے انضمام کی کمی، رد عمل کی کمی، اور مالی وسائل کی کمی شامل ہیں کے حل کے لیے قائم کیا گیا تھا۔ NRHM صحت سے متعلق مسائل جیسے کہ غذائیت، صفائی ستھرائی اور پینے کے صاف پانی تک رسائی کو بھی ہدف بناتا ہے۔ اس نے مساوات اور جو اب ہی کو بڑھایا، کمیونٹی کی ملکیت میں سہولت فراہم کی اور، بہتر رسائی، موثر خدمات کی فراہمی کے لیے صحت عامہ کے نظام کو مضبوط کیا، اور دیہی آبادی، خاص طور پر خواتین اور بچوں جیسے کمزور گروہوں کو موثر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے لامرکزیت کی حوصلہ افزائی کی۔

قومی دیہی صحت مشن کے بنیادی اہداف یہ تھے:

¹ Levels and trends in child mortality, UNICEF report, 2017.

1. نوزائیدہ اور زچگی کی شرح اموات کو کم کرنا۔
2. اس بات کو یقینی بنانا کہ تمام شہریوں کو صحت عامہ کی خدمات تک رسائی حاصل ہو۔
3. متعدی اور غیر متعدی بیماریوں کو کنٹرول کرنا اور روکنا۔
4. آبادی میں اضافے کا انتظام کرنا اور صنفی اور آبادیاتی توازن کو برقرار رکھنا۔
5. آیوش (آیورید، یوگا اور نیچر و پیٹھی، یونانی، سدھا اور ہومیو پیتھی) کے ذریعے متبادل طبی طریقوں اور صحت مند طرز زندگی کو فروغ دینا۔

NRHM اور NHM کے تعارف نے صحت کی دیکھ بھال کی عالمی رسائی کو مساوی اور مستابند دیا ہے، اور صحت کی دیکھ بھال کی خدمات اب لوگوں کے مطالبات کے لیے ذمہ دار اور جوابدہ ہیں۔ "اقوام متحدہ کی ایک نئی تحقیق کے مطابق، 1990 سے ہندوستان میں بچوں کی شرح اموات اور زچگی کی شرح اموات میں نمایاں کمی آئی ہے، اس کے باوجود ہندوستان میں، نائیجیریا جیسے کچھ افریقی ممالک کے ساتھ، اب بھی پچھلے سال پانچ سال سے کم عمر کی تمام اموات میں سے تقریباً ایک تہائی تھی²۔ NRHM کے آغاز کے ساتھ، ہندوستان نے دیہی غریبوں کو قابل رسائی صحت کی دیکھ بھال کی خدمات دینے میں شاندار پیش رفت حاصل کی ہے، اور ملک کے نظام صحت نے اضافی جسمانی اور انسانی سرمایہ حاصل کیا ہے۔ ہندوستان کی تمام ریاستوں میں زیادہ تر نوزائیدہ بچوں کو ٹیکے لگ چکے ہیں، اور NRHM کی مدت کے دوران تقریباً تمام صوبوں میں ادارہ جاتی ڈیلیوری میں نمایاں اضافہ ہوا ہے۔ تاہم، کچھ مسائل اور چیلنجز بھی ہیں، جیسے کہ تربیت یافتہ عملے کی کمی، مقامی خود حکومتی اداروں کی شرکت، یونائیٹڈ فنڈز کا استعمال، پبلک پرائیویٹ پارٹنرشپ وغیرہ۔ ان تمام مشکلات کے باوجود، NRHM صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے میں کامیاب رہا ہے۔ دیہی علاقوں میں، 2005 سے 2020 کے درمیان ذیلی مراکز میں اوسطاً 6.42 فیصد اضافہ ہوا۔ اسی عرصے میں ملک میں PHCs میں اوسطاً 7.24 فیصد اور CHCs میں اوسطاً 54.90 فیصد اضافہ ہوا۔

² United Nations, WMR, 2019

CHCs میں ماہر ڈاکٹروں کی اوسط شرح 39.63 فیصد بڑھی³۔ کل زرخیزی کی شرح 18.52 فیصد کی شرح سے کم ہوئی۔ اس مدت کے دوران⁴ MMR میں 59.45 فیصد اور⁵ IMR میں 47.37 فیصد کی شرح سے کمی واقع ہوئی۔

زچہ و بچہ کی صحت کی دیکھ بھال (MCH) کی خدمات حمل اور پیدائش سے منسلک خطرات کو کم کرنے کے لیے ضروری ہیں۔ اگرچہ ماں اور نوزائیدہ بچوں کی موت کی شرح کو کم کرنے والا کوئی ایک واحد وسیلہ نہیں ہے، لیکن ماضی کی تحقیق سے یہ بات سامنے آئی ہے کہ ہنرمند لیبر اور ڈیلیوری سپورٹ، بعد از پیدائش اور قبل از پیدائش دیکھ بھال، اور صحت کی دیکھ بھال کا ایک مضبوط نظام ان تمام شرحوں کو ڈرامائی طور پر کم کر سکتا ہے۔ قبل از پیدائش دیکھ بھال (ANC) سے ماؤں اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال کو بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ANC صحت کی تعلیم، تشخیص کی ٹیکہ کاری، دیگر بیماریوں کے خلاف ٹیکہ کاری، IFA گولیاں لینے اور علاج کے ساتھ حمل سے متعلق خطرات اور نتائج کا پتہ لگانے میں مدد کرتا ہے۔ ڈیلیو ایچ او ہر پیدائش کے وقت پیشہ ورانہ نگہداشت کی وکالت کرتا ہے اور یہ دعویٰ کرتا ہے کہ اعلیٰ معیار کی زچگی کی دیکھ بھال ماؤں اور ان کے پیدا ہونے والے بچوں دونوں کی جان بچا سکتی ہے۔ بچے اور زچگی کی موت سے بچنے کے لیے بعد از پیدائش کی دیکھ بھال اہم ہے اور یہ پیدائش کے بعد کے خدشات کا پتہ لگانے میں مدد کر سکتی ہے۔ کل زرخیزی کی شرح 2.7 فیصد (2005-06) سے گر کر 2 فیصد (2019-21) پر آگئی۔ اس وقت کے دوران، کم از کم چار ANC حاصل کرنے والی خواتین کا فیصد، 2005-2006 میں 37 فیصد سے بڑھ کر 2019-21 میں 58 فیصد ہو گیا۔ وقت کے ساتھ اداروں میں ہونے والی پیدائشوں کا تناسب 38.7 فیصد سے بڑھ کر 88.6 فیصد تک پہنچ گیا۔ ان ماؤں کا فیصد جنہوں نے بچے کی پیدائش کے دودن کے اندر ڈاکٹر، نرس، یا دیگر ہنرمند صحت کے پیشہ ور افراد سے بعد از پیدائش دیکھ بھال حاصل کی اس وقت کے دوران 34.6% سے بڑھ کر 78.2% ہو گئی۔ مکمل طور پر حفاظتی ٹیکے لگانے والے نوجوانوں کی فیصد میں بھی نمایاں اضافہ ہوا، جو

³ Calculated from Rural Health Statistics, 2005 and 2020 data

⁴ "By dividing the estimated number of maternal deaths by the estimated number of live births within the same period, then multiplying by 100,000, one may determine the maternal mortality ratio."

⁵ "The number of infant deaths for every 1,000 live births is known as the infant mortality rate."

2005 میں 34.6 فیصد سے بڑھ کر 2019-21 میں 78.2 فیصد ہو گیا۔ نتیجتاً، اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ NRHM کی کارکردگی میں علاقائی تفاوتوں کے باوجود، NRHM اور اس کے جزوی پہلوؤں کی وجہ سے ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی حالت اور حیثیت بدل گئی ہے۔

1.3 ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنانے میں NRHM کا کردار

عالمی، قومی اور مقامی ترقی کے ایجنڈوں میں، ماں اور بچے کی صحت کو بہتر بنانا اولین ترجیح کے طور پر نامزد کیا گیا ہے۔ زچگی کی شرح اموات میں کمی کو ملینیم ڈیولپمنٹ گولز (MDG) کے گول چار سے منسلک کیا گیا ہے، جبکہ بچوں کی اموات میں کمی کو گول پانچ سے منسلک کیا گیا ہے۔ MDGs اور SDGs میں نگرانی کے کلیدی معیارات میں سے ادارہ جاتی ترسیل کو بہتر بنانا ہے، جسے ماں اور بچے کی اموات کو کم کرنے کے سب سے زیادہ کفایتی طریقے کے طور پر فروغ دیا گیا۔ ترقی پذیر ممالک میں کئی فلاحی حکومتوں نے ادارہ جاتی ولادت کو بڑھانے کے لیے مشروط رقم کی منتقلی کی اسکیم کا استعمال کیا ہے، جسے اکثر ڈیمانڈ سائیڈ فنانسنگ (DSF) کہا جاتا ہے⁶۔ 2015 میں، ہندوستان میں پانچ سال سے کم عمر کی اموات کی دنیا بھر میں سب سے زیادہ شرح تھی اور زچگی کی تمام اموات کے پانچویں حصے کا ذمہ دار تھا⁷۔ اگرچہ وقت کے ساتھ زچگی اور نوزائیدہ بچوں کی اموات کی شرح میں کمی آرہی ہے، لیکن ان کا تناسب حصہ برقرار ہے۔ NRHM کے تحت دو فلگ شپ پروگرام "جنانی تحفظ یوجنا" (2005) اور "جنانی شیشو تحفظ کاریا کریم" (2011) نے ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے خدو خال کو نمایاں طور پر بدل دیا۔

1.3.1 جنانی تحفظ یوجنا (2005)

جے ایس وائی نیشنل میٹرنٹی بینیفٹ اسکیم کا ایک ترمیم شدہ ورژن اور ایک محفوظ زچگی پروگرام تھا⁸۔ قومی دیہی صحت مشن (NRHM) کے تحت، اس یوجنا کو تمام ریاستوں اور مرکز کے زیر انتظام علاقوں (UTs) میں لاگو کیا گیا تھا،

⁶ Ensor T et al, 2107; Kuwawenaruwa A et al, 2016; Rahman M.M and Pallikadavath S, 2018

⁷ Liu L et al, 2016

⁸ Sharma, 2008

جس میں کم کارکردگی والے علاقوں پر توجہ مرکوز کی گئی تھی۔ اس کے اہداف دیہی اور شہری علاقوں میں پسماندہ حاملہ خواتین کے درمیان ادارہ جاتی ولادت کا فروغ کر کے زچگی، نوزائیدہ اموات، اور بیماری کو کم کرنا تھے (ترویدی 2014)۔ یہ اسکیم سو فیصد مرکزی طور پر سپانسر شدہ ہے اور حاملہ خواتین کو مربوط مالی مدد فراہم کرتی ہے۔ "حکومت ہند نے 2005 میں جنانی تحفظ یوجنا (JSY)، ایک مشروط نقد رقم کی منتقلی کی پہل جو غریب اور پسماندہ خواتین کو ادارہ صحت میں ولادت کے لیے مالی مراعات دیتی ہے کا آغاز کیا۔ قومی دیہی صحت مشن کے تحت 2009-10 میں 19.8 بلین INR کے متوقع اخراجات کے ساتھ، JSY حکومت کے ذریعے اسپانسر شدہ سب سے بڑے مشروط کیش ٹرانسفر پروگراموں میں سے ایک ہے⁹۔ 2016-17 میں، ایک بلین مستفیدین کو بے ایس وائی نے کور کیا تھا¹⁰۔ یہ طریقہ ریاستوں کو ادارہ جاتی ولادت کی شرح کی بنیاد پر کم کارکردگی والی ریاستوں (LPS) اور اعلیٰ کارکردگی والی ریاستوں (HPS) میں تقسیم کرتا ہے اور LPS ریاستوں کی ماؤں کو ترجیح دیتا ہے۔ LPS نے خواتین کو شہری علاقوں میں 1,000 INR اور دیہی علاقوں میں 1,400 INR عوامی یا مستند نجی صحت کے اداروں میں جنم دینے کے لیے ادا کیے ہیں۔ اعلیٰ کارکردگی والی ریاستوں میں اس کی لاگت بالترتیب 600 اور 700 INR ہے۔ اس کے علاوہ، جے ایس وائی نے تسلیم شدہ سماجی صحت کے کارکنوں کو جو مقامی ماہرین صحت (ASHAs) ہیں کو مراعات کی پیشکش کی ہے۔ اعلیٰ اور کم کارکردگی والی دونوں ریاستوں میں، شہری علاقوں میں یہ 400 INR اور دیہی علاقوں میں 600 INR ہے۔

تمام مائیں جو سرکاری یا تسلیم شدہ نجی اسپتالوں میں جنم دیتی ہیں وہ کم کارکردگی والی ریاستوں میں اس فائدے کے لیے اہل ہیں، جب کہ اچھی کارکردگی والی ریاستوں میں، تمام بی پی ایل، ایس سی، اور ایس ٹی حاملہ خواتین جو سرکاری سہولیات کا انتخاب کرتی ہیں وہ جے ایس وائی مراعات کے لیے اہل ہوں گی۔

ہندوستان میں کئی مطالعات نے قومی، ریاستی اور مقامی سطحوں پر ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال پر

⁹ Trivedi, 2014

¹⁰ MoHFW, 2018

جے ایس وائی پروگرام کے اثرات اور فوائد کی جانچ کی ہے۔ جے ایس وائی نے ادارہ جاتی ولادت میں کامیابی کے ساتھ اضافہ کیا ہے اور زچگی اور بچوں کی اموات کو کم کیا ہے اور صحت کے تباہ کن اخراجات میں کمی آئی ہے¹¹۔ پروگرام کے شروع سے ہی آشنا کارکنوں نے اس بات کو یقینی بنانے کے لیے ناقابل یقین حد تک محنت کی۔ بہت کم مراعات کے باوجود، تمام ٹارگٹ شدہ حاملہ خواتین نے ادارہ جاتی قبل از پیدائش چیک اپ کا استعمال شروع کر دیا اور پیدائش کے لیے ہسپتالوں کو گھروں پر ترجیح دی۔

1.3.2 جنانی شیشو تحفظ کار یا کرم (JSSK)

جنانی تحفظ یوجنا (JSY) کے تعارف کے بعد کے بعد، ہندوستان میں ادارہ جاتی پیدائش میں نمایاں اضافہ ہوا۔ تاہم، خواتین کی ایک بڑی تعداد ہسپتال میں قیام کے دوران ہونے والے جیب خرچ، ادویات، ہسپتال میں قیام کے دوران خوراک، تشخیص، خون کے انتظامات، ٹرانسپورٹ، یوزر چارج وغیرہ کی وجہ سے بچے کی پیدائش کے لیے ادارہ صحت کا دورہ کرنے سے کتراتے تھیں۔ اس پس منظر میں، وزارت صحت و خاندانی بہبود، حکومت ہند نے حاملہ خواتین کو مکمل طور پر مفت اور کیش لیس خدمات، بشمول نارمل ڈیلیوری اور سی سیکشن، اور بیمار نوزائیدہ بچوں کا مفت علاج فراہم کرنے کے لیے تمام ریاستوں سے معاہدات کرنے کی ایک اہم کوشش شروع کی ہے۔ JSSK کو جون 2011 میں متعارف کرایا گیا تھا تاکہ حاملہ خواتین اور بیمار نوزائیدہ دونوں کے لیے جیبی اخراجات کو ختم کیا جاسکے، جو کہ JSY اسکیم کی کامیابی پر مبنی ہے۔ اس پروگرام کا مقصد ان حاملہ خواتین کی مدد کرنا تھا جو بچے کی پیدائش کے لیے سرکاری صحت کی سہولیات کا استعمال کرتی ہیں۔ تمام ریاستوں اور علاقوں نے اس پروگرام کو نافذ کیا ہے۔ 2014 میں تمام قبل از پیدائش اور بعد از پیدائش کے چیک اپ کو بھی پروگرام میں شامل کیا گیا، اور تمام بیمار نوزائیدہ اور بچوں (ایک سال تک کی عمر تک) کے لیے مفت استحقاق قائم کیے گئے ہیں جو صحت عامہ کے اداروں میں صحت کی خدمات حاصل کرتے ہیں۔

¹¹ Lim S.S et al, 2010; Mohanty S.K and Srivastava A, 2012

حاملہ خواتین اور بیمار بچوں کے لیے کچھ فوائد دستیاب ہیں۔ صحت عامہ کے اداروں میں جنم دینے والی تمام حاملہ خواتین JSSK کے حقوق کے تحت مکمل طور پر مفت ڈیلیوری کی حقدار ہیں، بشمول سیزیرین۔ ان حقوق میں مفت ادویات اور استعمال کی اشیاء، نارمل ڈیلیوری کے لیے تین دن تک اور سی سیکشن کے دوران سات دن تک مفت کھانا، مفت تشخیص، اور اگر ڈیلیوری کے دوران ضرورت ہو تو مفت خون شامل ہیں۔ مزید برآں، گھر سے ادارے تک، ریفرل کی صورت میں اداروں کے درمیان، اور گھر واپس جانے کی مفت نقل و حمل فراہم کی جاتی ہے۔ اسی طرح کے حقوق تمام بیمار نوزائیدہ بچوں کو دیے گئے ہیں جو ایک سال کی عمر تک صحت عامہ کے اداروں میں دیکھ بھال کے خواہاں ہیں۔ اس اقدام کا مقصد سرکاری صحت کی سہولیات استعمال کرنے والی حاملہ خواتین اور بیمار بچوں کے لیے جیبی اخراجات کو ختم کرنا ہے۔

اپنے قیام کے بعد سے، JSSK نے ہر ہندوستانی ریاست پر اپنا اثر چھوڑا ہے۔ دیہی علاقوں میں، عوامی سہولیات میں جنم دینے والی خواتین کا فیصد 2014 میں 41 فیصد سے بڑھ کر 2017-18 میں 68 فیصد ہو گیا، جبکہ اے این سی خدمات کے لیے صحت عامہ کی سہولیات کا استعمال کرنے والی خواتین کا فیصد 2014 میں 28 فیصد سے بڑھ کر 2017 میں 76 فیصد ہو گیا، اور PNC خدمات کے لیے عوامی سہولیات استعمال کرنے والی خواتین کی شرح 2014 میں 40 فیصد سے بڑھ کر 2017 میں 75 فیصد ہو گئی۔ جب کہ شہری علاقوں میں عوامی سہولیات میں بچے کو جنم دینے والی خواتین کا تناسب 2014 میں 31 فیصد سے بڑھ کر 2017-18 میں 48 فیصد تک، اے این سی خدمات کے لیے صحت عامہ کی سہولیات استعمال کرنے والی خواتین کا تناسب 2014 میں 37 فیصد سے بڑھ کر 2017 میں 53 فیصد ہو گیا، اور PNC خدمات کے لیے عوامی سہولیات کا استعمال کرنے والی خواتین کا تناسب 2014 میں 31 فیصد سے بڑھ کر 2017-18 میں 51 فیصد ہو گیا¹²۔

تمام ریاستوں نے JSSK کے استحقاق کو لاگو کیا ہے، جو حاملہ خواتین اور ایک سال کی عمر تک کے بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے جیبی اخراجات کو نمایاں طور پر کم کرتے ہیں۔ ہر ریاست میں مفت استحقاق کے بارے میں پالیسی بیانات اور

¹² MoHFW, pib., 13th March 2020

معلوماتی مہمات ہیں۔ JSSK پروگرام کے تحت حاملہ خواتین کے حقوق کے بارے میں بیداری کی سطح میں اضافہ ہوا ہے۔ تمام ریاستوں میں مفت ادویات، تشخیص، مفت خوراک، گھر گھر سہولت کی ضمانت، اور ڈراپ آف خدمات کی دستیابی میں اضافہ ہوا ہے۔ تمام ریاستوں میں حاملہ خواتین مفت آؤٹ پشٹ (OPD) اور داخل مریضوں (IPD) کی دیکھ بھال کے لیے اہل ہیں۔ زیادہ تر ریاستوں میں، حاملہ خواتین کے لیے اب بہت زیادہ مفت تشخیصی خدمات دستیاب بشمول سادہ خون کی جانچ سے لے کر الٹراساؤنڈ اسکیننگ کی سہولیات ہیں۔ زیادہ تر ریاستوں میں، حاملہ خواتین کو ڈیلیوری کے بعد ہسپتال میں قیام کے دوران مفت خوراک ملتی ہے۔

1.4 مطالعے کی نظریاتی بنیاد

اس مطالعے کا نظریاتی تناظر باب 2 میں بیان کیا گیا ہے۔

1.5 ادب کا جائزہ

باب 2 اس مطالعے سے متعلقہ لٹریچر کا جائزہ فراہم کرتا ہے۔

1.6 مطالعہ کی اہمیت

آزادی کے بعد، حکومت ہند نے فرض کے ساتھ اپنے شہریوں کی جسمانی صحت کی ترقی، بہتری اور مضبوطی پر توجہ دی۔ اس وجہ سے، کئی پروگرام اور پالیسیوں کو ڈیزائن کیا گیا اور لاگو کیا گیا ہے۔ پروگرام کا آغاز اس بات کی ضمانت نہیں دے تا کہ اس کے اہداف پورے ہوں گے۔ ہندوستان میں صحت کی خدمات کو بڑھانے اور صحت کے اشاریوں کو بہتر بنانے کے لیے، 2005 میں قومی دیہی صحت مشن کا قیام عمل میں آیا۔ تاہم، ہندوستانی صحت کے شعبے نے NRHM کے متعارف ہونے کے بعد بھی مطلوبہ کارکردگی کا مظاہرہ نہیں کیا ہے۔ حالانکہ صحت کے اہم اعداد و شمار میں بہتری آئی ہے تاہم، رسائی میں مساوات، معیاری صحت کی دیکھ بھال، دائمی بیماریوں پر قابو پانے، اچھی صفائی ستھرائی، پینے کے صاف پانی کی دستیابی وغیرہ سب میں بہتری کی ضرورت ہے۔ واشنگٹن یونیورسٹی کے انسٹی ٹیوٹ آف ہیلتھ میٹرکس اینڈ ایپلیویشن کی جانب سے

بیماریوں کے عالمی بوجھ پر کی گئی ایک حالیہ تحقیق میں 195 ممالک میں ہندوستان کا نمبر 154 ہے، جو چین، سری لنکا اور بنگلہ دیش جیسے ممالک سے بہت نیچے ہے۔ مزید برآں، ہندوستان میں ماؤں اور بچوں کو اعلیٰ معیار کی طبی دیکھ بھال نہ ملنے کا زیادہ خطرہ ہے۔ قبل از پیدائش، نوزائیدہ اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال کے معیار کو نمایاں طور پر بہتر کیا جانا چاہیے۔ زیادہ تر مائیں اور بچے آئرن اور وٹامن کی کمی کا شکار ہیں۔ ٹیکہ پروگرام بھی توقعات سے کم ہیں۔ JSY اور JSSK جیسے پروگراموں کو وسیع پیمانے پر اپنانے کی ضرورت ہے، جس کے لیے مزید معلومات، تعلیم، اور مواصلات (IEC) اور اعلیٰ بیداری کی ضرورت ہے۔ زچگی کی دیکھ بھال کی خدمات کی ایک حد کے لیے ابھی بھی جیبی اخراجات موجود ہیں، بشمول ادویات، تشخیصی، اور نقل و حمل، ان سبھی کی تصدیق اور دستاویز کی ضرورت ہے۔ بیمار بچوں کے حقوق کے حوالے سے، پروگرام پر عملدرآمد بدستور ناقص ہے۔

صحت کی بات کی جائے تو ہندوستانی ریاستوں کی فہرست میں کیرالہ سرفہرست ہے۔ اس میں زچگی اور بچوں کی بیماری اور موت کی شرحیں غیر معمولی طور پر کم ہیں۔ ادارہ جاتی ولادت تقریباً سو فیصد ہے۔ لیکن کیرالہ میں، صحت عامہ کی سہولیات میں ادارہ جاتی ولادت 20-2019 (NFHS-5) میں صرف 34.1 فیصد تھی، جبکہ 2005-2006 میں یہ 35.6 فیصد تھی۔ (NFHS-3)۔ اس مطالعے کے علاقے ملاپورم میں یہ صرف 19.3 فیصد پر آتا ہے۔ 34.1 فیصد حاملہ خواتین قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کے لیے عوامی سہولت کا استعمال کرتی ہیں۔ ملاپورم ضلع میں یہ شرح 32.7 فیصد ہے۔ حاملہ خواتین کو JSSK کے فوائد حاصل کرنے کے لیے سرکاری صحت کے اداروں کو ترجیح دینی چاہیے، تاہم کیرالہ میں JSY اور JSSK کو اپنانے کے باوجود ایسا نہیں ہو رہا ہے۔ اس کے علاوہ، کیرالہ میں بچے کی پیدائش سے متعلق جیب سے باہر ہونے والے اخراجات ہندوستان میں سب سے زیادہ ہیں۔ ملاپورم ضلع میں ہر ڈیلیوری کی قیمت 29,538 روپے ہے جو ریاست کی اوسط 28,358 روپے سے زیادہ ہے¹³۔ کوئی بھی شخص صرف JSSK اسکیم کے لیے انتخاب کر سکتا ہے، جو ان

¹³ National Family Health Survey, 2019-21

شرائط کے تحت جیب سے باہر کے اخراجات فراہم نہیں کرتی ہے، تاہم شواہد سے پتہ چلتا ہے کہ کیرالہ اور ملاپورم کی آبادی نے اس پروگرام کے متعلق اچھا رد عمل نہیں دیا ہے۔ لہذا، کیرالہ اور ملاپورم میں اسکیم کی تاثیر، خاص طور پر بیداری اور استعمال کا مطالعہ ضروری ہے۔

1.7 تحقیقی سوالات

1. کیا NRHM اور اس کے جزوی پروگرام، جیسے JSY اور JSSK کا ہندوستان اور کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال پر کوئی اثر ہے؟
2. کیرالہ اور ملاپورم میں حاملہ خواتین میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے صحت عامہ کی سہولیات کا استعمال کیوں کم ہے؟
3. کیا لوگ ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی مختلف پالیسیوں، جیسے JSY اور JSSK سے واقف ہیں؟
4. کیرالہ میں ڈیلیوری کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کے اجزاء کیا ہیں؟

1.8 مطالعے کے مقاصد

1. ہندوستان اور کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال پر NRHM اور اس کے جزوی پروگراموں، جیسے JSY اور JSSK کا جائزہ لینا۔
2. ملاپورم، کیرالہ میں جنانی شیشو تحفظ کاریا کریم (JSSK) کے بارے میں لوگوں کی بیداری اور بیداری اور سماجی معاشیاتی عوامل کے درمیان تعلق کا جائزہ لینا۔
3. ملاپورم میں جنانی شیشو تحفظ کاریا کریم (JSSK) کے استعمال کی حد کو جاننا اور سماجی و معاشیاتی عوامل اور JSSK کے استعمال کے درمیان تعلق کا اندازہ لگانا۔
4. ملاپورم میں بیداری اور JSSK کے استعمال کے درمیان تعلق کا جائزہ لینا۔

5. ڈیلیوری کے دوران JSSK سے فائدہ اٹھانے والوں اور غیر مستفید ہونے والوں کی طرف سے کیے گئے جیب سے باہر کے اخراجات (OoPE) کی جانچ کرنا اور OoPE کے اجزا کی نشاندہی کرنا۔
6. JSSK کی بیداری اور اس کے استعمال میں آشکارا کاروں کے کردار کا پتہ لگانا۔
7. کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کے استعمال میں طلب اور رسد کے فرق کی نشاندہی کرنا۔

1.9 مطالعہ کے مفروضے

1. کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں مختلف سماجی گروہوں اور جناتی شیشو تحفظ کار یا کرم (JSSK) کی بیداری کے درمیان کوئی خاص فرق نہیں ہے۔
2. کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں مختلف سماجی گروہوں اور جناتی شیشو تحفظ کار یا کرم (JSSK) کے استعمال میں کوئی خاص فرق نہیں ہے۔
3. ولادت پر اوسط خرچ JSSK سے مستفید ہونے والوں اور غیر مستفید ہونے والوں کے لیے یکساں ہے۔
4. کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں طلب اور رسد میں کوئی فرق نہیں ہے۔

1.10 طریقہ کار

تحقیق کا طریقہ کار تیسرے باب میں بیان کیا گیا ہے۔

1.11 حدود

1. چونکہ موجودہ مطالعہ کیرالہ کے ایک مخصوص ضلع میں کیا گیا تھا، اس کا عام اطلاق نہیں کیا جاسکتا۔ نمائندہ آبادی رکھنے کے لیے، مطالعے کے علاقے کو ایک بڑے جغرافیائی علاقے تک پھیلا یا جانا ہو گا۔
2. وہ جواب دہندگان جنہوں نے پچھلے تین سالوں میں جنم دیا تھا ڈیٹا کا بنیادی ذریعہ تھے۔
3. CoVID-19 کی وجہ سے پیدا ہونے والے غیر معمولی صحت بحران کی وجہ سے، حاصل کردہ ڈیٹا کی رسپانس کی

شرح اور درستی متوقع سے کم تھی۔

4. JSSK اسکیم مطالعہ کا اہم موضوع ہے، اور JSSK پر زیادہ درست ثانوی ڈیٹا موجود نہیں ہے۔

1.12 مطالعہ کی تنظیم

موجودہ مطالعہ سات ابواب پر مشتمل ہے:

باب 1: پہلے باب میں تعارف، مطالعے کی اہمیت، تحقیقی سوالات، مقاصد، مفروضے اور حدود کا احاطہ کیا گیا ہے۔

باب 2: دوسرے باب میں نظریاتی پس منظر اور ادب کا جائزہ لیا گیا ہے۔

باب 3: تیسرا باب مطالعہ کے لیے استعمال کیے جانے والے طریقوں اور تکنیکوں کی تفصیلی وضاحت کرتا ہے۔

باب 4: چوتھا باب ہندوستان، کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی حالت کا جائزہ لیتا ہے۔

باب 5: پانچواں باب کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کی تاثیر کا جائزہ لیتا ہے۔ اس باب میں ہندوستان اور

کیرالہ میں JSSK کی تاثیر کی ایک مختصر تفصیل بھی شامل ہے۔

باب 6: چھٹا باب کیرالہ اور ملاپورم میں ڈیلیوری کی دیکھ بھال کے لیے جیب سے باہر ہونے والے اخراجات کی

تحقیقات کرتا ہے۔

باب 7: مطالعے کے آخری باب میں خلاصہ، اہم نتائج، اور تحقیقی سفارشات شامل ہیں۔ اس باب میں تحقیق سے

پیدا ہونے والے پالیسی مضمرات بھی شامل ہیں۔

باب 2: مطالعے کا نظریاتی پس منظر اور ادب کا جائزہ

2.1 مطالعے کا نظریاتی پس منظر:

ترقی کے نظریات میں صحت ایک کلیدی جز ہے۔ اچھی صحت معاشی ترقی کو فروغ دیتی ہے۔ رابرٹ فوگل کا انگلیڈ کا طویل المدتی مطالعہ اس بات کو ثابت کرتا ہے۔ صنعتی ممالک میں ایک صدی سے زیادہ کے مطالعے اس کی تصدیق کرتے ہیں۔ لاطینی امریکہ میں متوقع عمر کا تعلق آمدنی سے ہے۔ اسی طرح، ہندوستان میں محنت کی پیداواری صلاحیت اور بیماری کی لاگت معاشی ترقی کو براہ راست متاثر کرتی ہے۔ بچوں کی صحت اسکول کی تعلیم پر اثرات کے ذریعے مستقبل کی آمدنی کو متاثر کرتی ہے۔ صحت مند، اچھی پرورش پانے والے نوجوان اسکول میں بہتر کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں، جس سے ان کی مستقبل کی آمدنی میں اضافہ ہوتا ہے۔

میکرو اکنامک ریسرچ یہ اشارہ دیتی ہے کہ صحت ترقی کو بڑھاتی ہے۔ 50 سے 70 سال تک متوقع عمر میں 40 فیصد اضافہ ہر سال 1.4 فیصد کی شرح نمو کو فروغ دے گا¹⁴۔ لاطینی امریکہ اور کیریبین میں اس گروپ کی عمر پہنچنے تک زندہ رہنے کے امکان کا ترقی کے ساتھ ایک اہم طویل مدتی تعلق ہے¹⁵۔ مختلف عمر کے گروپوں کے لیے صحت کے اشارے کے طور پر متوقع زندگی اور موت کی شرح کو استعمال کرتے ہوئے، میکسیکو میں 1970-1995 کے درمیان صحت اور ترقی کے درمیان براہ راست تعلق کا جائزہ ظاہر کرتا ہے کہ صحت طویل مدتی معاشی ترقی کے ایک تہائی حصے کا ذمہ دار ہے۔ صحت انسانی سرمائے اور معاشی ترقی کے لیے ضروری ہے۔ صحت مند ملازمین زیادہ توانا اور مضبوط، مستعد اور اچھی تنخواہ کمانے والے ہوتے ہیں۔ وہ اپنی یا اپنے خاندان کی بیماری کی وجہ سے کام کو کم ترک کرتے ہیں۔ صحت شماریاتی طور پر معاشی ترقی کو بڑھاتی ہے۔ متوقع عمر میں ایک سال کا اضافہ پیداواری صلاحیت میں چار فیصد اضافہ کرتا ہے¹⁶۔

¹⁴ Barro, 1996

¹⁵ Mayer, 2001

¹⁶ David E. Bloom, David Canning, Jaypee Sevilla, 2001

عالمی سطح پر صحت اور معاشی ترقی کے درمیان اہم تعلق کو مد نظر رکھتے ہوئے کچھ اہداف (ملینیم ڈویلپمنٹ گولز) بنائے گئے تھے، اور حکومتوں نے ان اہداف کو پورا کرنے کے لیے خصوصی حکمت عملی وضع کی تھی۔ MDGs کو حاصل کرنے کے لیے ہندوستان کا اقدام NRHM تھا۔ NRHM بنیادی طور پر صحت کے صنف پر مبنی پہلوؤں پر مرکوز تھا۔ جنانی شیشو تحفظ کاریا کریم (2011) NRHM کے کلیدی عناصر میں سے ایک تھا۔ لہذا، صنف سے متعلق صحت کے نظریے کے بارے میں بات کرنا مناسب معلوم ہوتا ہے۔

اس مطالعے کی تائید درج ذیل نظریات سے ہوتی ہے:

1. فزیکل کوالٹی آف لائف انڈیکس (PQLI)

2. انسانی ترقی کا اشاریہ (HDI)

3. کثیر جہتی غربت انڈیکس (MPI)

4. ملینیم ڈویلپمنٹ گولز (MDG)

5. پائیدار ترقی کے اہداف (SDGs)

6. صنفی ترقی کا اشاریہ (GDI)

7. صنفی عدم مساوات انڈیکس (GII)

8. صحت کی دیکھ بھال کی طلب کا گرا سمین کا نظریہ

9. پبلک گڈ تھیوری

10. نظریہ بازی

ہم مختصر ادرج ذیل نظریات پر توجہ دیں گے:

2.1.1 فزیکل کوالٹی آف لائف انڈیکس (PQLI)¹⁷

1970 کی دہائی کے وسط میں، مورس ڈیوڈ مورس نے اوور سیز ڈیولپمنٹ کونسل کے لیے فزیکل کوالٹی آف لائف انڈیکس بنایا۔ فزیکل کوالٹی آف لائف انڈیکس (PQLI) ایک مفید سماجی تقسیم کے اشارے کی تعمیر کی ایک کوشش ہے جو ترقی کے طور پر GNP کی خامیوں کو پورا کرے گی۔ یہ تین اشارے استعمال کرتا ہے: ایک سال کی عمر میں متوقع عمر، بچوں کی اموات، اور خواندگی۔ ہر ایک کو 1 اور 100 کے درمیان پہلے سے طے شدہ اسکور دیا جاتا ہے۔ بہترین (100) اس لحاظ سے قائم کیا جاتا ہے کہ اگلے 50 سالوں کے دوران کیا حاصل کیا جاسکتا ہے، جبکہ بدترین (1) کا تعین پچھلے تجربے کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ جامع اشاریہ تینوں اشاریوں کو ایک ساتھ جوڑ کر اور ان کا وزن برابر کر کے بنایا جاتا ہے۔ مزید برآں، بچوں کی اموات اور متوقع عمر کے درمیان نمایاں اوور لیپ کی وجہ سے یہ تنقید کا نشانہ بنا۔ یو این ہیومن ڈیولپمنٹ انڈیکس فلاح و بہبود کی پیمائش کرنے زیادہ وسیع پیمانے پر استعمال ہونے والا پیمانہ ہے۔

2.1.2 انسانی ترقی کا اشاریہ¹⁸

1990 میں، پاکستانی ماہر معاشیات محبوب الحق نے ایچ ڈی آئی تیار کیا، جسے اقوام متحدہ کے ترقیاتی پروگرام (یو این ڈی پی) نے پھر ممالک کی ترقی کا اندازہ لگانے کے لیے استعمال کیا۔ معاشی ترقی اور معاشی بہبود کو HDI سے ماپا جاتا ہے۔ ہیومن ڈیولپمنٹ انڈیکس 0 اور 1 کے درمیان مجموعی سکور کو تین اہم معاشی ترقی کے اشاریوں کو دیکھ کر شمار کرتا ہے: متوقع عمر (عالمی متوقع عمر کے مقابلے میں اوسط متوقع عمر)، تعلیمی حصول (مطلب اسکولنگ کے سال اور اسکولنگ کے متوقع سال)، اور آمدنی کی سطح (PPP میں GNI)۔ 0 بہت کم معاشی ترقی کو ظاہر کرتا ہے، جبکہ 1 ایک اعلیٰ ڈگری کو ظاہر کرتا ہے۔

2.1.3 کثیر جہتی غربت انڈیکس (MPI)¹⁹

کثیر جہتی غربت انڈیکس (MPI) غربت کی پیمائش کا ایک نیا طریقہ ہے۔ UNDP کے HDR آفس اور آکسفورڈ

¹⁷ Morris D. Morris, 1978

¹⁸ <https://hdr.undp.org>

¹⁹ <https://hdr.undp.org>

یونیورسٹی کے (Oxford Poverty and Human Development Initiative) OPHI نے مشترکہ طور پر جولائی 2010 میں اس کا آغاز کیا تھا۔ MPI کو Alkire-Foster (AF) طریقہ کار دیا گیا نام ہے کیونکہ اسے سپینا الکاٹر اور جیمز فوسٹر، 2007 کا استعمال کر کے بنایا گیا تھا۔ غربت میں زندگی گزارنے والوں کی ایک جامع تصویر فراہم کر کے، MPI قوم کو ترقی کے لیے وسائل مختص کرنے میں اور بھی زیادہ مؤثر طریقے سے مدد کرتا ہے۔ یہ گھریلو سطح پر تین زمروں میں اوور لیپنگ محرومیاں تلاش کرتا ہے، بشمول:

(1) تعلیم - تعلیم کے سال اور بچوں کا اندراج ہر ایک کا وزن 1/6 ہے۔

(2) صحت - غذائیت اور بچوں کی اموات کا وزن 1/6 ہے۔

(3) معیار زندگی - بجلی، صفائی، پانی، فرش، کھانا پکانے کا ایندھن، اور اٹاٹھے، جس کا وزن 1/18 ہے۔

اس طرح، MPI کا تخمینہ فی طول و عرض دس مساوی وزن والے اشاریات کا استعمال کرتے ہوئے کیا جاتا ہے۔

2.1.4 ملینیم ڈویلپمنٹ گولز²⁰

ملینیم ڈویلپمنٹ گولز (MDGs) 2000 میں اقوام متحدہ کے ملینیم سمٹ کے دوران بنائے گئے تھے۔ MDGs انتہائی غربت کو ختم کرنے، بچوں کی اموات کو کم کرنے، ایڈز جیسی بیماریوں سے لڑنے اور عالمی ترقیاتی شراکت داری قائم کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ MDGs میں 2015 تک آٹھ مقاصد، 21 اہداف، اور ٹھوس اشارے شامل ہیں۔ UNDP کے رکن کے طور پر، ہندوستان نے MDG کے تین، چار اور پانچ مقاصد کی توثیق کی ہے، جو بچوں کی صحت، ماں کی صحت اور بیماریوں سے متعلق ہیں۔ حکومت نے عالمی اہداف کو پورا کرنے کے لیے ایک عظیم عزم کیا۔

2.1.5 پائیدار ترقی کے اہداف²¹

پائیدار ترقی کے اہداف (SDGs) سترہ باہم مربوط عالمی مقاصد کا مجموعہ ہیں جو ہمارے سیارے کو تبدیل کرنے

²⁰ WHO, Newsroom, Fact Sheet, 2018

²¹ <https://sdgs.un.org/Goals>

کے لیے وضع کیے گئے ہیں۔ پائیدار ترقی کے لیے اقوام متحدہ کے 2030 ایجنڈے کے ایک حصے کے طور پر، انہیں ہر ایک کے لیے ایک بہتر اور زیادہ پائیدار مستقبل کے حصول کے لیے ایک فریم ورک تصور کیا گیا۔ ستمبر 2015 میں 193 ممالک نے ان سے اتفاق کیا۔ 17 مقاصد میں سے ہر ایک کا مقصد موسمیاتی تبدیلی، غربت کو کم کرنا اور تعلیم، صحت اور معاشی ترقی میں اضافہ کرنا ہے۔ اقوام متحدہ کا کہنا ہے کہ SDGs کا مقصد "کرہ ارض کا دفاع اور دنیا بھر میں زندگی کو بڑھانا ہے۔" SDGs ہر مقصد کے لیے عالمی رہنما خطوط دیتے ہیں۔ SDGs میں سے تین کا ہدف (MMR) 70/100,000 فی زندہ پیدائش)، نوزائیدہ اور بچوں کی اموات (بالترتیب 12 اور 25 فی 1,000 زندہ پیدائش) کو کم کرنا اور 2030 تک ایڈز جیسی وباؤں کو قابو کرنا ہے۔

2.1.6 صنفی ترقی کا اشاریہ (GDI)²²

اقوام متحدہ کا ترقیاتی پروگرام (یو این ڈی پی) اس انڈیکس کو استعمال کرتا ہے، جسے اقوام متحدہ نے اپنی سابقہ سالانہ انسانی ترقی کی رپورٹ میں پانچ اشاریوں میں سے ایک کے طور پر بنایا تھا۔ GDI تین بنیادی جہتوں کا اندازہ کرتا ہے:

- (1) صحت: پیدائش کے وقت زنانہ اور مردانہ متوقع عمر کو اس کا حساب لگانے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔
- (2) تعلیم: خواتین اور مرد بچوں کے لیے متوقع تعلیم کے سال اور 25 سال سے زیادہ عمر کی خواتین اور مردوں کے اوسط تعلیم کے سال ہیں۔

(3) معاشی وسائل: مردوں اور عورتوں دونوں کی تخمینہ شدہ کمائی ہوئی آمدنی۔

2.1.7 صنفی عدم مساوات انڈیکس (GII)²³

GII تین شعبوں میں صنف پر مبنی ناموافق صورت حال کی پیمائش کرتا ہے: تولیدی صحت (زچگی کی شرح اموات اور نوعمروں کی پیدائش کی شرح)، باختیاریت (کم از کم ثانوی تعلیم کے ساتھ خواتین اور مردوں کا تناسب اور پارلیمنٹ میں

²² <https://hdr.undp.org/> Gender Development Index (GDI), Human Development Reports

²³ <https://hdr.undp.org/> Gender Inequality Index

نشستوں کی اکثریت)، اور محنت بازار۔ (مزدور طاقت میں خواتین اور مردوں کا تناسب)۔ پیمانہ 0 ہو جاتا ہے، جب مرد اور عورت یکساں کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں، 1 ہوتا ہے جب ایک جنس کل ملا کر ممکنہ حد تک بری کارکردگی کا مظاہرہ کرتی ہے۔

2.1.8 صحت کی دیکھ بھال کی طلب کا گرو سمین کا نظریہ²⁴

گراسمین (1881-1950) اس بات میں دلچسپی رکھتے تھے کہ لوگ صحت پیدا کرنے کے لیے وسائل کیسے خرچ کرتے ہیں۔ یہ نقطہ نظر عام طلب کے تجربے سے بالاتر ہے اور صحت کی معاشیات پر اس کا نمایاں اثر پڑا ہے۔ یہ نظریہ صرف اور پیداوار کے درمیان مصنوعی تقسیم کو ختم کر کے ایک صحت پیدا کرنے والے شخص کے تصور کو استعمال کرتا ہے۔ یہ بازار (محنت بازار) اور غیر بازار (گھریلو شعبے) دونوں میں نتائج کو بڑھانے کے لیے انسانی سرمایے جیسے کہ صحت اور تعلیم میں سرمایہ کاری پر زور دیتا ہے۔ یہ مفروضہ اس مفروضے کی بنیاد پر وضع کیا گیا تھا کہ:

1. صحت کی دیکھ بھال زندگی بھر کی سرمایہ کاری ہے۔
2. افراد صحت کو ترجیح دیتے ہیں، لیکن کسی اور چیز پر نہیں۔
3. لوگوں کے پاس اپنی صحت اور دیگر سرگرمیوں کو سہارا دینے کے لیے محدود ذرائع ہیں، جن میں سے کوئی بھی مفت نہیں ہے۔
4. چونکہ انسانی سرمایے میں سرمایہ کاری صارفین کی عادات، صحت کی دیکھ بھال کے استعمال اور ماحول کو متاثر کر سکتی ہے، اس لیے اس کا صحت پر نسبتاً زیادہ کنٹرول ہے۔

یہ خیال اس بات پر روشنی ڈالتا ہے کہ صحت کی دیکھ بھال کی طلب صحت کی طلب سے حاصل ہوتی ہے، جو افادیت کی طلب سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ صحت کو اشیائے سرمایہ کہتا ہے کیونکہ یہ وقت کے ساتھ ساتھ گرتی جاتی ہے۔ اس کے

²⁴ <https://www.healthcare-economist.com/2019/12/04/the-grossman-model>

علاوہ، یہ صحت کی دیکھ بھال اور عمر، آمدنی اور تعلیم کی طلب کے درمیان تعلق کو بیان کرتا ہے۔

2.1.9 پبلک گڈ تھیوری²⁵

عوامی شے وہ ہے جس کے استعمال سے وہ مقدار کم نہ ہو جو دوسرے لوگوں کے لیے قابل رسائی ہو۔ اسے غیر حریف صرف کے طور پر جانا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر، سگنل کے دائرے میں موجود تمام افراد کو ٹیلی ویژن چینل تک رسائی دی جاسکتی ہے جس کی فی الحال صرف ایک شخص کو رسائی ہے۔ ایک ڈیم جو سیلاب کو کم کرتا ہے، متاثرہ علاقے میں ہر ایک کی مدد کرتا ہے، اور دوسروں کو فائدہ کم کیے بغیر ہر ایک شخص کو فائدہ پہنچاتا ہے۔ لہذا، عوامی اشیا کو تقسیم نہیں کیا جاسکتا۔ صحت عامہ سے متعلق ادارے اور خدمات عوامی اشیا کی بہترین مثالیں ہیں اور ان میں غیر مسابقت اور عدم استثنائی جیسی صفات ہیں۔

2.1.10 گیم تھیوری²⁶

گیم تھیوری کا استعمال کرتے ہوئے صحت عامہ کے کئی بڑے موضوعات، بشمول اعضاء کا عطیہ، ٹیکہ کاری، اخلاقیات، اور مریض اور فراہم کنندہ کے باہمی تعامل کے ماڈلز تیار کیے گئے ہیں۔ گیم تھیوری صحت عامہ کے ماہرین کو طاقتور ماڈلنگ ٹول فراہم کرتی ہے اور جب افراد کے محرکات اجتماعی ترقی میں رکاوٹ بنتے ہیں تو عوامی شمولیت کی ضرورت کو اجاگر کرتی ہے۔ صحت عامہ کے مضمرات میں یہ حقیقت شامل ہے کہ جو تکنیک افراد یا گروہوں کے لیے بہترین ہو وہ ہمیشہ پوری آبادی کے لیے بہترین حکمت عملی نہیں ہوتی۔ صحت عامہ کے ماہرین کو ان منفرد حالات پر پوری توجہ دینا چاہیے اور تربیتی نظام کو بہتر بنانے کے لیے مداخلتوں کو نافذ کرنا چاہیے۔

آخر میں، ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ یہ تمام نظریات صحت کو ترقی کے ایک لازمی پہانے کے طور پر دیکھتے ہیں۔ ان میں سے زیادہ تر صحت کے صنفی پہلوؤں پر زور دے رہے ہیں اور ترقی کے اشارے کے طور پر خواتین اور بچوں کو باختیار بنانے کی ضرورت کی تصدیق کر رہے ہیں۔ ہندوستان جیسے ترقی پذیر ممالک میں صحت کو ایک قیمتی عوامی اثاثے کے طور پر دیکھا جاتا

²⁵ Tyagi, BP, 2010

²⁶ Malhotra, 2012

ہے، اس لیے حکومت کو چاہیے کہ اسے بغیر کسی معاوضے کے دستیاب کرائے اور اس بات کو یقینی بنائے کہ اسے ضروری معیار کے ساتھ مناسب طریقے سے فراہم کیا جائے۔

2.2 متعلقہ ادب کا جائزہ

اس تحقیق سے متعلق موجودہ ادبی تبصرے کو درج ذیل درجہ بند کیا جاسکتا ہے:

1. ماں اور بچے کی صحت کے حوالے سے تبصرے

2. NRHM اور JSY سے متعلق تبصرے

3. JSSK پر مطالعات

4. ASHAs پر مطالعات

2.2.1 زچہ و بچہ کی صحت کی دیکھ بھال کے حوالے سے تبصرے

پارول پوری وغیرہ (2020) کے مطابق، نوجوان، غیر تعلیم یافتہ، سماجی طور پر الگ تھلگ، اور غریب والدین کا تعلق بچوں کی خراب صحت سے ہے۔۔۔ یہ تحقیق بتاتی ہے کہ ہندوستان میں بچوں کی صحت کو بڑھانے کے لیے غریب خاندانوں کو ہدف بنانے کے لیے مداخلت کی ضرورت ہے۔

رنجن سنگھ وغیرہ (2019) نے مشاہدہ کیا کہ یوپی میں صحت کے کارکنوں کے ساتھ زیادہ قبل از پیدائش رابطہ رکھنے والی، جن کا بڑے پیمانے پر میڈیا سے سابقہ پڑتا ہے اور غیر پسماندہ طبقے کی خواتین کے کم از کم تین ANC دورے کرنے کا امکان زیادہ ہے۔

P H.Nguyen وغیرہ (2018) نے دریافت کیا کہ 2006 اور 2016 کے درمیان بچوں کے Hb اور خون کی

کمی میں بہتری آئی ہے۔ متعدد عوامل جیسے زچگی کی تعلیم، NHI، کورنگ، صفائی وغیرہ نے ہندوستانی بچوں اور حاملہ خواتین میں خون کی کمی کو تبدیل کیا ہے۔

ارنب جانا اور روناگ باسو (2017) نے پایا کہ دیہی اور شہری افراد سفری اخراجات کو کم کرنے کے لیے قریبی سہولیات کا انتخاب کرتے ہیں۔ علاقائی صحت کی پالیسی کی افادیت مختلف ہوتی ہے۔ خواندگی اور صحت کی حیثیت مضبوطی سے منسلک ہیں۔ اس لیے صحت کی دیکھ بھال تک رسائی میں بہار سب سے نیچے اور کیرالہ سب سے اوپر ہے۔

پاپاچین بی (2017) نے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ معاشی ترقی کے باوجود، ہندوستان میں بچوں کی اموات کی شرح بلند ہے، جس میں ریاستوں کے بائیں اور ریاستوں کے اندر کافی تفاوت ہے۔ غربت، غذائیت کی کمی اور ناکافی صفائی بھارت میں بچوں کی اموات کا سبب بنتی ہے۔

دویا (2014) کے مطابق، بھارت میں تقریباً 60 فیصد حاملہ خواتین خون کی کمی اور غذائی قلت کا شکار ہیں۔ ان ماؤں کے کم وزن کے، غیر صحت مند بچے ہوتے ہیں۔ آئرن کی کمی، B12 کی کمی، اور سماجی معاشی عوامل بشمول ناخواندگی، علم کی کمی، اور ٹرانزٹ سہولیات کی کمی حاملہ خواتین میں خون کی کمی کا باعث بنتی ہے۔

ڈمارو (2014) کے مطابق، ادارہ جاتی ولادت کی خدمات کا استعمال 72.9 فیصد، یعنی قومی اوسط سے زیادہ تھا۔ نسل، شوہر کی تعلیم، صحت کی دیکھ بھال کی دوری اور دستیابی، صحت سے متعلق پیشہ ورانہ طرز عمل، فیصلہ سازی میں شوہر کی مصروفیت، اور گھر کی پیدائش کے خطرے کے کا شعور وغیرہ تمام ادارہ جاتی ولادت کو متاثر کرتے ہیں۔

جو تھی (2014) نے پایا کہ زیادہ تر جواب دہندگان کو دیہی علاقوں میں بعد از پیدائش کی دیکھ بھال نہیں ملی اور انہیں بعد از پیدائش مشکلات کا سامنا کرنا پڑا، اس لیے زیادہ تر خواتین نے نجی اسپتالوں کا انتخاب کیا۔ رپورٹ کے مطابق، ASHA اور ANM کو PNC خدمات فراہم کرنے اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال اور نوزائیدہ بچوں کے خطرے کے اشارے کے بارے میں بیداری پیدا کرنے کے لیے سخت محنت کرنی چاہیے۔

روی پرکاش اور ابھیشیک کمار (2013) نے ہندوستان میں شہری غربت اور ماں اور بچے کی صحت کا مطالعہ کیا۔ انہوں نے پایا کہ شہری غریب افراد کے پاس ANC کی دیکھ بھال، محفوظ ولادت اور بچوں کی ٹیکہ کاری کی شرح کم ہے، خاص

طور پر غریب ریاستوں میں۔

بسواراجا وغیرہ۔ (2012) نے پایا کہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال، محفوظ ڈیلیوری، اور حفظان صحت کا ماحول زچگی کی شرح اموات کو کم کرتا ہے۔ ANC کو روک تھام کے طریقہ کار کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے اور اس کا تعلق ماں کی اموات میں کمی اور ہنگامی زچگی خدمات تک رسائی سے ہے۔ دیہی اور شہری ہندوستان میں ANC کے طریقہ کار کو تبدیل کرنے سے زچگی کی شرح اموات کو کم کیا جاسکتا ہے۔

سنتھوس کمار وغیرہ (2012) نے ہندوستان میں ہسپتال کی پیدائش کا مطالعہ کیا۔ اینڈو جینس پلیسمنٹ کی صحت کی سہولیات کے لیے، انہوں نے Two Stage Residual Inclusion (SRI2) اور پروبوٹ ماڈلز کو استعمال کیا۔ تحقیق سے معلوم ہوا کہ ہسپتالوں کے قریب رہنے والی خواتین کے وہاں بچے پیدا کرنے کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ ہسپتال کے فاصلے میں ایک کلو میٹر کا اضافہ ہسپتال کی پیدائش کو کم کرتا ہے۔

کیرول ونجیر او غیرہ (2011) نے کینیا کے منتخب صحت کے اداروں میں بچوں کی بہبود کی خدمات حاصل کرنے والی خواتین میں ولادت کے طریقہ کار اور متعلقہ خصوصیات کا مطالعہ کیا۔ ماں کے علم، تعلیم نے صحت کو متاثر کیا۔ ا بھیجیت ساہا وغیرہ (2009) نے چند ی گڑھ کی صحت کی دیکھ بھال میں صنفی تعصب پر تحقیق کی۔ انہوں نے ہسپتال میں مفت UIP ویکسین کے استعمال میں صنفی تعصب کا پتہ لگایا، اس خیال کو مسترد کرتے ہوئے کہ معاشی حیثیت بچیوں کے کم ویکسین کے استعمال کی بنیاد ہو سکتی ہے۔

مصطفیٰ کمال (2009) نے کہا کہ خواتین کی تعلیم اور دولت کے انڈیکس نے زچگی کی دیکھ بھال کے استعمال کو متاثر کیا۔ وورا کے ایس وغیرہ (2009) نے پایا کہ جغرافیائی اور معاشرتی تنوع تمام ریاستوں میں صحت کے شعبے کی تبدیلیوں کو یکساں طور پر انجام دینا ناممکن بنا دیتا ہے۔ یہ زچگی کی اموات کی بہتر رپورٹنگ، شوہد پر مبنی، ہدفی اقدامات، اور موثر پیش رفت کی نگرانی کی وکالت کرتا ہے۔ یہ زچگی کی صحت کو بہتر بنانے کے لیے پبلک پرائیویٹ تعاون اور اقدامات، مضبوط سیاسی

ارادے اور بہتر انتظامی مہارتوں کو بھی فروغ دیتا ہے۔

ویکنکار امانپا اور سمباشیواراؤ (1998) نے اننت پور ضلع، آندھرا پردیش، ہندوستان میں کیے گئے اپنے مطالعے میں پایا کہ مریضوں کے سماجی معاشی پہلوؤں نے صحت کی دیکھ بھال کی سہولت کے استعمال کو متاثر کیا۔ جتنا امیر اور زیادہ تعلیم یافتہ ہے، وہ اتنا ہی زیادہ سرکاری ہسپتالوں کا استعمال کرتے ہیں۔ اس نے فاصلے کو متاثر کیا۔

2.2.2 NRHM اور JSY سے متعلق جائزے

مجموعہ ماہانہ وغیرہ (2021) کے مطابق، آروگیا کیرالم اسکیم (NHM، کیرالم) پر عمل درآمد، فنڈنگ کا بہاؤ، نگرانی، ریکارڈنگ اور رپورٹنگ اچھی طرح سے ترتیب دی گئی تھی۔ پروگرام استفادہ کنندگان کے خاندانوں کی حفاظت کرتا ہے۔ پروگرام کے بارے میں کم عوامی بیداری، ایک اپ ڈیٹ پالیسی کی ضرورت، فنڈنگ کی کمی، اور مہارت اور سہولیات کی کمی کو مسائل کے طور پر بتایا گیا۔ ہسپتال کے مکمل الیکٹرانک ریکارڈ، پروگرام اکاؤنٹ، عملے کی از سر نو ترتیب اور تربیت، اضافی تشخیص، اور تشخیصات پر زور دیا گیا۔

کرشنا کماری کے (2020) نے مشاہدہ کیا کہ کیرالم میں، سرکاری درجہ کنندہ نجی شعبے کے مقابلے دو گنا ہو گیا۔ 93.4 فیصد جواب دہندگان نے کہا کہ یہ زیادہ سرکاری سہولیات اور خدمات کی وجہ سے ہے۔ آشنا کارکنوں نے سب سے زیادہ (84.7 فیصد) سرکاری خدمات کے بارے میں آگاہ کیا۔ انہوں نے وارڈ ہیلتھ نیوٹریشن ڈے، لیکچر ز اور کیپسوں کو فروغ دیا۔ مطالعے کا کہنا ہے کہ دیہی علاقوں میں میٹروپولیٹن سے زیادہ خدمات ہیں۔ ممکنہ طور پر شہری صحت کے عملے کی کمی کی وجہ سے۔ وارڈ ہیلتھ سینیٹیشن ڈے میں LSGI کے 78 فیصد ممبران شرکت کرتے ہیں۔ NRHM میں درد اور فالج کا علاج موثر ہے۔ ہوم کیئر، وہیل چیئر، اور ننھے فراہم کیے جاتے ہیں۔ تمام PHCs میں NCD کلینک ہیں جو BMI، BP، اور BG کا جائزہ لیتے ہیں۔ تحقیق کے تمام اجزاء ظاہر کرتے ہیں کہ NRHM کے اہداف پورے ہو گئے تھے۔

مومنتی، ایس کے (2020) نے پایا کہ ہندوستان میں صحت عامہ کے مراکز غریبوں کے حامی ہیں اور ان میں کافی

معاشی تقسیم ہے۔ 16 فیصد امیر ماؤں کے مقابلے 28 فیصد غریب ماؤں نے صحت عامہ کے مراکز میں بچے کی پیدائش کے لیے ادائیگی نہیں کی۔ بینیفٹ انڈینس اسٹڈیز پرائمری اور اس کے بعد ادارہ جاتی نگہداشت کی غریب حامی تخصیص کی نشاندہی کرتی ہے۔

آدیہ گپتا وغیرہ (2018) یہ نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ جے ایس وائی نے ہندوستانی ماؤں اور بچوں کی صحت کے شعبے میں بڑی پیش رفت کی ہے، لیکن صحت کی سہولت پر معیاری علاج، گھر اور صحت کی سہولت کے درمیان روابط، اور کمیونٹی/گھریلو سیاق و سباق کے حوالے سے مختلف چیلنجز سے نمٹنا ہے۔

UNFPA (2016) نے JSY پر بہار، مدھیہ پردیش، اڑیسہ، راجستھان اور اتر پردیش میں ایک مطالعہ شروع کیا۔ مطالعے نے مجموعی طور پر اور پسماندہ گروپوں کے لیے JSY کو رتیج کا جائزہ لیا اور اسکیم کے ANC رجسٹریشن، قبل از پیدائش کی دیکھ بھال، سفری امداد، جانچ، اور نگرانی کا جائزہ لیا۔ تجزیہ JSY پلان کی وجہ سے کم کارکردگی والی ریاستوں میں ادارہ جاتی ولادت میں بڑے اضافے کو ظاہر کرتا ہے۔ تحقیق سے پتہ چلا ہے کہ ASHAs بہتر طور پر مصروف نہیں ہیں۔ ریاست بھر میں ادائیگی کی تقسیم میں فرق ہے، اور ASHAs کو یونیورسل پرفارمنس پر مبنی ری ایبلمنٹ تصویر کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکایت سیل کو آشنا اور فائدہ اٹھانے والے کی عدم ادائیگی کے الزامات کی تحقیقات کرنی چاہیے۔

مکوپادھیائے وغیرہ (2016) کی تحقیق کے نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ نمونے کی آبادی کا 74.7 فیصد JSY-اہل تھا۔ JSY-نااہل ماؤں میں سے 36.8 فیصد اور 90.2 فیصد ان ماؤں کو جنہوں نے تین قبل از پیدائش چیک اپ (ANCs) کروائے تھے نقد رقم ملی۔ تمام گروہوں نے سرکاری سہولیات پر جنم دینے کا انتخاب کیا، قطع نظر اس کے کہ وہ جے ایس وائی کے لیے اہل ہیں، رقم وصول کرتے ہیں، یا ان کے قبل از پیدائش دورے بہت زیادہ ہیں۔

وکاش کمار وغیرہ (2015) کے یوپی کے مطالعے کے نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ تمام سماجی معاشی زمروں میں قبل از پیدائش کے اندراج اور بعد از پیدائش کی جانچ میں اضافہ ہوا ہے، اور سرکاری صحت کی سہولت حاملہ خواتین میں ڈیوری کے

لیے زیادہ مقبول انتخاب بن گئی ہے۔ JSY کے نفاذ کے بعد کی مدت میں 96.34 فیصد خواتین نے قبل از پیدائش رجسٹریشن حاصل کی۔ تعلیم یافتہ خواتین نے بے ایس وائی کے نفاذ کے بعد سرکاری صحت کی سہولت میں ڈیلیوری سے ان پڑھ خواتین سے زیادہ فائدہ اٹھایا۔ اعلیٰ طبقے کی خواتین سے زیادہ نچلے طبقے کی خواتین نے فائدہ اٹھایا۔ جب سے جنائی تحفظ یوجنا نافذ ہوئی ہے، قبل از پیدائش رجسٹریشن، ادارہ جاتی ڈیلیوری، بعد از پیدائش جانچ میں اضافہ ہوا، اور سماجی معاشی طور پر مفلس لوگوں کو فائدہ ہوا ہے۔

پریم (2014) نے پایا کہ نیشنل رورل ہیلتھ مشن کا 5 سال بعد بہت کم اثر ہوا ہے۔ ڈاکٹروں، ماہرین، عملہ نرسوں، اور آپوش طبی کارکنوں جیسے افرادی قوت میں کچھ ترقی ہوئی ہے، لیکن نئے طبی اداروں اور ANMs معاون نرس دایوں دیگر سہولیات جیسے بستر، لیب اور رہائشی کوارٹربنانے میں کوئی پیش رفت نہیں ہوئی ہے۔

تھمہ اور ممتا (2014) نے کرناٹک میں نیشنل رورل ہیلتھ مشن اور دیہی صحت کا مطالعہ کیا۔ مقصد کرناٹک میں صحت کے بنیادی ڈھانچے اور صحت کے اشارے بشمول IMR، MMR، CDR، اور TFR پر NRHM کے اثر و رسوخ کا تجزیہ کرنا تھا۔ 2005 اور 2010 کے درمیان ذیلی مراکز، بنیادی صحت مراکز، اور کمیونٹی ہیلتھ سینٹرز کی تعداد میں اضافہ ہوا۔ نیشنل رورل ہیلتھ مشن نے IMR، MMR، CDR، اور TFR کو کم کر دیا ہے۔

ساہو اور کمار (2014) نے میگھالیہ کے مغربی خاصی ہلز ڈسٹرکٹ میں اپنی تحقیقات کیں۔ تحقیق میں نیشنل رورل ہیلتھ مشن کی تاریخی کارکردگی کا جائزہ لیا گیا۔ مطالعے سے معلوم ہوا کہ صرف تین دیہات میں صحت کے ادارے تھے، جب کہ نو گاؤں میں نہیں؛ پانچ گاؤں میں دھاتی سڑکیں تھیں، چار میں کچی سڑکیں تھیں، اور تین میں چلنے کے قابل سڑکیں تھیں۔ تین دیہاتوں میں مفت ادویات کی تقسیم دستیاب تھی۔

مارڈی (2014) نے "قومی دیہی صحت مشن کا جائزہ" میں کہا کہ اس مشن نے دیہی برادریوں کو فائدہ پہنچایا۔ فوکل

ریاستوں کے ہیلتھ میٹرس میں بہتری آئی ہے۔ NRHM کے نفاذ کے بعد بچوں کی اموات 2005 میں 58 فی 1000 زندہ

پیدائشوں سے گھٹ کر 2008 (آل انڈیا) میں 53 رہ گئی۔

میری این جی وغیرہ۔ (2014) ایم پی میں بے ایس وائی اور زچگی کی شرح اموات کے درمیان کوئی ربط نہیں ڈھونڈ سکے۔ پروگرام کی اعلیٰ ادارہ جاتی ولادت کی شرح نے شرح اموات کو کم نہیں کیا ہے۔ سپلائی سائیڈ تاثیر کی کمی کی وضاحت کر سکتی ہیں۔ اگر سپلائی سائیڈ معیاری دیکھ بھال فراہم نہیں کر سکتی ہے تو JSY بہت کم موثر ہوگی۔

تھملہ اور متا (2014) نے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ زیادہ JSY وصول کنندگان کے ساتھ، ادارہ جاتی پیدائش کے واقعات میں اضافہ ہوا ہے، جس سے بچوں کی اموات میں کمی آئی ہے۔ تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ ہندوستانی حکومت کی طرف سے متعارف کرایا گیا NRHM دیہی آبادی کے لیے نمایاں صلاحیت کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر حکومت NRHM بیداری کو بڑھاتی ہے تو کرناٹک MDGs کو پورا کرنے کے لیے بچوں اور زچگی کی شرح اموات کو کم کر سکتا ہے۔

راجیش (2013) نے دیہی اور شہری مقامات پر IMR پر NRHM کے اثرات کا مطالعہ کیا۔ دیہی ہندوستان میں 2000 اور 2009 کے درمیان آئی ایم آر 74 سے گر کر 52 فی 1000 زندہ پیدائشوں پر آگیا۔ NRHM سے پہلے IMR فی 1000 زندہ پیدائشوں پر 58 تھا۔ NRHM کے بعد، 2012 IMR میں 58 فیصد سے کم ہو کر 42 فیصد رہ گیا۔

انتم پتر اور رام داس (2013) کے مطالعے سے پتا چلا ہے کہ اوڈیشہ میں NRHM کے نفاذ کے بعد 2005-2009 کے درمیان سب سینٹر اور پرائمری ہیلتھ سنٹر کی سطح پر ہیلتھ ورکرز، ریڈیو گرافرز، اور فارماسسٹ کی تقریروں میں اضافہ ہوا ہے۔

پانڈیان وغیرہ۔ (2013) یہ نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ خواتین پر مبنی پالیسیوں، NRHM سپورٹ، مناسب انفراسٹرکچر کے ساتھ PHCs کو بہتر بنانے، اور 7/24 خدمات کی پیشکش ڈیلیوری کی دیکھ بھال میں بہتری لائی ہے۔ انفراسٹرکچر اور انسانی وسائل استعمال کی ضمانت نہیں دیتے۔ صارف دوست خدمات اور تخلیقی مارکیٹنگ کی ضرورت ہے۔ اچھا انتظام، پر عزم ملازمین، اور مہارت کو فروغ دینے والا ماحول بھی اہم ہے۔

سریش (2013) کے مطابق، ریاست اڈیشہ میں NRHM کے نفاذ سے پہلے، وہاں چند PHCs اور CHCs تھے اور IMR اور MMR کی زیادہ شرح تھی۔ تاہم، جب NRHM لاگو کیا گیا تھا، وہاں زیادہ PHCs اور CHCs تھے اور IMR اور MMR کی شرح کم ہو گئی تھی۔

وینا (2013) اس بات کی واضح تصویر پیش کرتی ہے کہ کس طرح NRHM نے دیہی علاقوں میں ماؤں اور بچوں کی مدد کی ہے۔ نتائج سے معلوم ہوا کہ زیادہ تر خواتین (91.3 فیصد) ہسپتال میں بچے کو جنم دینا چاہتی تھیں۔ 65.3 فیصد دیہی خواتین کا خیال تھا کہ صحت کی دیکھ بھال اور اضافی سپلیمنٹس کی وجہ سے ماؤں اور بچوں کی صحت بہتر ہوگی۔ جواب دینے والے زیادہ تر لوگوں نے اتفاق کیا کہ پروگرام کے بارے میں ایک اچھی بات یہ تھی کہ آئی ایم آر اور ایم آر نیچے چلے گئے۔

پترا ایس کے وغیرہ (2013) کے مطالعے سے پتہ چلا ہے کہ مطالعہ کے علاقے کی صحت کی کیفیت بہت خراب ہے اور NRHM کی وجہ سے آہستہ آہستہ بہتر ہو رہی ہے۔ کم آمدنی، ناخواندگی، ڈاکٹروں کی کمی، دور دراز علاقوں میں ڈاکٹروں کی عدم دلچسپی، صحت کی سہولیات کا فقدان اور لیبارٹری ٹیکنیشنز اور ریڈیو گرافرز کی کمی اس رجحان کی بنیادی وجوہات ہیں۔ انہوں نے مشورہ دیا کہ سرکاری اور غیر سرکاری گروپس مل کر دیہی اڈیشہ میں صحت کے نظام کو بہتر بنانے کے لیے کام کریں اور ایس سی اور ایس ٹی کے لوگوں کو مفت ثانوی تعلیم فراہم کریں۔

موڈوگو وغیرہ (2012) کا تجزیہ ہندوستان میں اہم OOPE اور ادارہ جاتی پیدائشوں کے غریب اثر کو ظاہر کرتا ہے۔ ادارہ جاتی پیدائش میں حصہ بڑھانے کے لیے زچگی کی دیکھ بھال کے لیے خاندانوں کی مالی تیاری میں مدد، JSY میں مزید سرمایہ کاری، اور ریاستی سطح کی منصوبہ بندی کو بڑھانے کی ضرورت ہے۔

ساجی ایس گوپالن اور دوریراج وراتاراجن (2012) نے پایا کہ JSY کے نفاذ کے ساتھ ادارہ جاتی ڈیلیوری، قبل از پیدائش اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال کے دوروں میں اضافہ ہوا۔ نقد ترغیب دیہی صارفین کے زچگی کی صحت کی دیکھ

بھال کے اخراجات کا بمشکل 25.5 فیصد اور شہری علاقوں میں 14.3 فیصد کو پورا کرتی ہے۔

پاول، جے، اور ٹمو تھی (2011) نے پایا کہ خواتین کو نقد ترغیبات نے زچگی کی خدمات تک رسائی کو بڑھایا لیکن نوزائیدہ یا ابتدائی نوزائیدہ موت کو کم نہیں کیا، یہاں تک کہ اعلیٰ معیار کی دیکھ بھال والے علاقوں میں بھی نہیں۔ کم تعلیم یافتہ، غریب، اور نسلی طور پر پسماندہ خواتین نے زیادہ استعمال کیا۔ مالی ترغیبی اسکیم نے نجی صحت فراہم کرنے والوں کے استعمال کو کم کیا، زرخیزی میں اضافہ کیا، اور نرسنگ میں بہتری آئی۔ ان نتائج سے ظاہر ہوتا ہے کہ مالی ترغیبات کے غیر ارادی صحت کے مضمرات ہو سکتے ہیں، جو زرخیزی کی صورت میں، شرح اموات کو کم کرنے کے پروگرام کے ہدف کو کم کر سکتے ہیں۔

یشونت راؤ این وغیرہ (2011) نے دیہی ہندوستان کو بہترین صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے میں NRHM کے کردار اور صحت کے بنیادی ڈھانچے پر اس کے اثرات کا جائزہ لیا۔ زیادہ تر لوگ بیماری کے بارے میں علم کی کمی کی وجہ سے بیمار ہوتے ہیں، اور بھوک اور غذائیت کی کمی اس حالت کو مزید بڑھا دیتی ہے۔ قومی اور ریاستی حکومتوں کے NRHM منصوبے ایک بہترین اقدام ہیں کیونکہ اگر وہ صحیح طریقے سے لاگو ہوتے ہیں تو ان کے سازگار نتائج برآمد ہوں گے۔

رتوا اور شرما (2010) نے اپنے مطالعے سے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ سیو اپوری بلاک میں ایک CHC، تین PHCs، اور 35 ذیلی مراکز شامل ہیں۔ PHCs، SCs، اور CHCs میں اہلکاروں کی کمی ہے، اور CHCs میں معالجین کے لیے رہائش کی کوئی جگہ نہیں ہے۔ آلات، ادویات اور حفاظتی ٹیکوں کی کمی تھی۔ بلاک میں صرف ایک CHC ہے، اور یہ مشرق میں ہے، لہذا وسیع رقبے کی وجہ سے یہ پورے بلاک میں خدمات فراہم نہیں کر سکتا۔ انہوں نے ایک اور بلاک پر نئے ہیلتھ سنٹر کی تجویز پیش کی۔

لم ایس ایس وغیرہ (2010) نے نتیجہ اخذ کیا کہ JSY نے قبل از پیدائش کی دیکھ بھال اور ہسپتال کی ولادت میں اضافہ کیا۔ JSY کی ادائیگیوں نے پیدائشی اموات میں فی 1000 حمل میں 3.7 (95 فیصد CI 2.2-5.2) اور نوزائیدہ اموات میں 2.3 (95 فیصد CI 0.9-3.7) فی 1000 زندہ پیدائشوں میں کمی کی۔

خان وغیرہ۔ (2010) نے پایا کہ JSY مالیاتی ترغیبات اور ASHA کی غیر مراعات یافتہ خدمات اور مشاورت نے کلائنٹ فراہم کرنے والوں کے تعامل، تین ANC چیک اپ حاصل کرنے والی خواتین کا تناسب، اور ادارہ جاتی ولادت کو بڑھایا۔ مشاورت کو بڑھانے کے لیے منظم کوششوں کی ضرورت ہے، متعدد صحت کے رویوں کو متاثر کرنے کے لیے مربوط معلومات کی پیشکش، اور صحت کی دیکھ بھال کرنے والے پیشہ ور افراد اور ANC سے استفادہ کنندگان کے درمیان بعد از پیدائش زچگی کے ذریعے متعدد مقابلوں کے ذریعے پیغامات کو تقویت دینے کی ضرورت ہے۔

منصوبہ بندی کمیشن (2009) نے NRHM کا جائزہ لیا۔ ان کی تحقیقات سے پتہ چلا ہے کہ NRHM پروگراموں نے ہندوستان کے تین درجے صحت کے نظام میں بنیادی صحت کی دیکھ بھال کی خدمات کی فراہمی کو بڑھایا ہے۔ آئوش مرکزی دھارے میں شامل نہیں ہے، حالانکہ آشا کے اہلکار مؤثر طریقے سے کام کرتے ہیں۔ VHSC میں بہتری آئی ہے۔

باجپائی این وغیرہ (2009) کا مطالعہ مقامی صحت کی سہولیات کے انتظام میں ASHA، پچایت راج ادارے کے کردار پر مرکوز ہے۔ رپورٹ کے مطابق، آشا کے اہلکار مؤثر طریقے سے کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں۔ 4-5 سالوں میں، اگر ریاستی حکومت صحت کے انتظام میں اصلاحی اقدامات کرتی ہے، تو دور رس بہتری نظر آئے گی۔

کاویری گل کا ایک ورکنگ پیپر مئی 2009 میں پلاننگ کمیشن آف انڈیا نے شائع کیا تھا۔ یہ رپورٹ NRHM دہلی پبلک ہیلتھ اداروں میں خدمات کی فراہمی کا جائزہ لیتی ہے۔ NRHM کے تحت، قابل تقویم عوامل بہتر کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں۔ لیکن تجزیے سے پتہ چلتا ہے کہ یوپی، بہار، راجستھان اور آندھرا میں NRHM کے مقصد کو پورا کرنے کے لیے کافی فزیکل انفراسٹرکچر یا انسانی وسائل نہیں ہیں۔

ابھیجیت بنرجی وغیرہ (2004) نے دہلی اُدے پور، راجستھان میں صحت کی دیکھ بھال کی خدمات کا مطالعہ کیا۔ اپنی مطالعاتی رپورٹ میں، انھوں نے پایا کہ عوامی خدمات کا معیار کئی سطحوں پر ناکافی ہے۔ ان کا استدلال تھا کہ ریاست کو صحت

کے مراکز میں معیاری خدمات فراہم کرنے والا ہونا چاہیے۔

2.2.3 JSSK کے حوالے سے جائزے

ینگالا ایم (2020) نے اپنے مطالعے سے یہ نتیجہ اخذ کیا ہے کہ چتور میں خاندانوں نے نقل و حمل کے علاوہ JSSK کے تمام اجزاء استعمال کیے ہیں۔ ماؤں نے ٹرانزٹ پر INR 250 خرچ کیے (گھر سے ہسپتال اور پیچھے)۔ ٹرانسپورٹ کے علاوہ، گھر والے زیادہ تر JSSK استعمال کرتے ہیں۔ قبل از پیدائش کی جانچ پڑتال اور گھریلو دوروں کے دوران، خاندانی مرکز کی مشاورت ٹرانسپورٹ سے متعلق OOPE کو روک سکتی ہے۔

روپانی وغیرہ (2019) کے مطالعے نے دو قومی صحت کے پروگراموں کے بارے میں بعد از پیدائش ماؤں کے علم کا تجزیہ کیا اور اعلیٰ علم کے عوامل کا انکشاف کیا۔ کثیر متغیر تجزیہ بیداری کی سطح کی پیش گوئی کرتا ہے۔ صرف 24 فیصد کو JSSK کے بارے میں معلوم تھا، 54 فیصد کو پیدائش کے مقام تک مفت ٹرانسپورٹ کے بارے میں معلوم تھا، 22 فیصد اور 13 فیصد کو حاملہ خواتین اور بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے مفت انٹرفیسلیٹی ٹرانسپورٹ کے بارے میں معلوم تھا، اور 96 فیصد مفت ڈراپ بیک کے بارے میں جانتے تھے۔ صرف 14 فیصد مائیں بے ایس وائی کے فوائد کے بارے میں جانتی تھیں، پھر بھی 28 فیصد نے انہیں حاصل کیا تھا۔ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کے دورے، روزگار، اور ہندومت بعد از پیدائش ماؤں کے JSSK کے علم کی پیش گوئی کرتے ہیں۔ شائع شدہ لٹریچر کے مقابلے میں بعد از پیدائش ماؤں کا JSSK اور JSY کے حقداروں کا علم کم ہے۔

مشرا، ایس، اور مونتھی، ایس کے (2019) نے ہندوستان میں ایک مطالعہ کیا اور پایا کہ کم تعلیم یافتہ، غریب، اور نجی صحت کی سہولیات میں ادارہ جاتی ولادت پر مالیاتی پریشانی کا زیادہ امکان ہے۔ صحت عامہ کی سہولیات کے استعمال میں اضافہ، سیزرین ڈیلیوری کی تعداد میں کمی، اور ادویات اور تشخیصی خدمات تک رسائی کو بڑھا کر ہندوستان میں مصیبت کی مالی امداد کی رقم کو کم کیا جاسکتا ہے۔

روٹ ایس کے اور مہاپترا آیس (2019) نے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ اگرچہ 72 فیصد خواتین جنٹی تحفظ یوجنا (JSY) کے تحت آتی ہیں، جو کہ ایک شرط کیش ٹرانسفر پروگرام ہے، اور ان میں سے اکثریت صحت عامہ کے نظام کا استعمال کرتی ہے۔ نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ OOPE اوڈیشہ میں ماں اور بچے کی صحت کے مسائل کے لیے نمایاں طور پر زیادہ ہے اور پانچویں نمبر پر ہے۔ بچے کی پیدائش پر اعلیٰ OOPE اس بارے میں بہت سے اہم خدشات کو جنم دیتا ہے کہ صحت عامہ کی فراہمی کا نظام کس حد تک بہتر کام کرتا ہے، ریاست میں صحت عامہ کی خدمات استعمال کرنے والے لوگوں کے لیے مالی تحفظ کی ضرورت ہے۔

چودھری، ڈی وغیرہ (2018) نے پایا کہ کوکٹہ کے غیر ڈیلٹا علاقوں میں، 92.8 فیصد جواب دہندگان نے تشخیصی جانچ کے لیے صرف سرکاری سہولیات کا استعمال کیا۔ ڈیلٹا کے علاقوں میں سب سے زیادہ ہوم ڈیلیوری ہوئی (78.8 فیصد)۔ زیادہ تر ماؤں نے پیدائش کے بعد سرکاری / مقرر شدہ سہولت پر مفت ڈراپ بیک حاصل نہیں کیا۔ ڈیلٹا کے 18.4 فیصد جواب دہندگان نے مفت تشخیصی خدمات کا استعمال کیا، جبکہ 16.9 فیصد نے مفت ولادت کا استعمال کیا۔ غیر ڈیلٹا جواب دہندگان نے گھر جانے کے لیے مفت ٹرانزٹ کا زیادہ استعمال کیا۔

چھتیس گڑھ کے رائے پور علاقے میں چندرا کر (2017) کے ذریعے کئے گئے ایک مطالعے سے یہ بات سامنے آئی ہے کہ صرف 207 ماؤں (58.8 فیصد) کے پاس JSSK کے بارے میں مناسب سطح کا علم تھا۔ ماؤں میں حقاری کی آگاہی کی سب سے بڑی ڈگری گھر سے صحت کی سہولت تک مفت ٹرانسپورٹ (89.2 فیصد) تھی، اس کے بعد ہسپتال سے گھر تک (85.2 فیصد) ڈراپ بیک ٹرانسپورٹ۔ ماؤں میں سے کوئی بھی بیمار بچوں کے لیے مفت تشخیصی خدمات اور خون کی فراہمی سے واقف نہیں تھی۔ حاملہ خواتین اور بیمار بچوں کے لیے JSSK کی اہلیت کے بارے میں علم کی ڈگری کو ناکافی قرار دیا گیا۔ اگر پروگرام کو زیادہ موثر طریقے سے استعمال کرنا ہے تو استفادہ کنندگان کو ان کے JSSK حقوق کے بارے میں زیادہ سے زیادہ آگاہ کیا جانا چاہیے۔

چودھری، ایس وغیرہ (2017) نے شمالی ہندوستان میں ایک مطالعہ کیا جس سے یہ نتیجہ اخذ کیا گیا کہ 200 حاملہ خواتین میں سے 134 نے سرکاری ہسپتالوں میں ولادت کی اور وہ JSSK کے لیے اہل تھیں۔ 29 فیصد پیدا کنشیں نجی اداروں میں ہوئیں اور 17 فیصد نوزائیدہ بچے 30 دنوں کے اندر بیمار تھے۔ 83.5 فیصد شرکاء نے OoPE خرچ کیا، جس کی وسط 1100 روپے تھی۔ OoPE کے اخراجات کو کم کرنے اور سروس کی مناسبت کو یقینی بنانے کے لیے اپ گریڈنگ اور جاری نگرانی کی ضرورت ہے۔ کوریج کو بڑھانے اور رکاوٹوں کو دور کرنے کے لیے JSSK کے استعمال کے پیٹرن کا تعین کرنے کے لیے مزید جائزوں کی ضرورت ہے۔

ادنی تیگی وغیرہ (2016) نے سر مور ضلع، ہماچل پردیش، ہندوستان میں جنانی شیشو تحفظ کاریکرم اسکیم کے تحت خدمات کے استعمال پر مطالعہ کیا۔ ان کا مطالعہ یہ نتیجہ اخذ کرتا ہے کہ JSSK نے پبلک سیکٹر کی سہولیات کا استعمال کرنے والی ماؤں کو فائدہ پہنچایا تاہم ادویات، استعمال کی اشیاء اور ٹرانسپورٹ نے OOP کے اخراجات میں حصہ ڈالا۔

سلکشٹا نندی وغیرہ (2016) نے جنانی شیشو تحفظ کاریکرم کی تشخیص پر ایک مطالعہ کیا: چھتیس گڑھ، ہندوستان سے رسائی میں عدم مساوات کے نتائج اور مطالعے کے نتائج کے مطابق قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کی خدمات کی کوریج کافی زیادہ تھی، تاہم، قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کی خدمات کا معیار غیر قبائلی اضلاع میں بہتر تھا۔ ادارہ جاتی ڈیلیوری 72 فیصد تھی، لیکن ہسپتال میں ٹرانسپورٹ کی محدود سہولت اور ادویات کی وجہ سے OoPE کو مکمل طور پر ختم نہیں کیا جا سکا۔

باروا، کے وغیرہ (2016) نے پایا کہ آسام میں، زیادہ تر دیہی ماؤں کو صحت عامہ کی سہولیات میں JSSK کے تحت مفت ڈیلیوری خدمات ملتی ہیں۔ تمام ماؤں نے فائدہ استعمال نہیں کیا۔ دور دراز علاقوں میں بزرگ حاملہ خواتین کو حمل کے نتائج کو بہتر بنانے کے لیے خدمات استعمال کرنے کی ترغیب دی جانی چاہیے۔

دیش پانڈے وغیرہ (2016) نے مراٹھواڑہ، مہاراشٹر میں ایک مطالعہ کیا جس میں یہ نتیجہ اخذ کیا گیا کہ مطالعے کے علاقے میں حاملہ خواتین کے پاس JSSK کے تحت اپنے حقوق کے بارے میں کم علم تھا۔ زیادہ تر لوگ مفت نارمل

پیدائش کے آپشن سے واقف تھے، تاہم بہت کم لوگ مفت سیزرین سیکشن، گھروں میں مفت ڈراپ آف سروسز، یا مفت خون کے عطیات سے واقف تھے۔ پروگرام کے فوائد کے استعمال کو بہتر بنانے اور اس طرح بالواسطہ طور پر MMR اور IMR کی کمی میں تعاون کرنے کے لیے، حاملہ خواتین میں JSSK کے مختلف حقوق کے بارے میں عمومی بیداری بڑھانے کے لیے مزید کوششوں کی ضرورت ہے۔

آنرک اے وغیرہ (2016) نے ڈیلیوری کے دوران OoPE پر ہندوستان میں ایک مطالعہ کیا اور پایا کہ اس تحقیق میں خواتین نے ڈیلیوری کی دیکھ بھال کے لیے اپنی مطلوبہ مالی مراعات کا تقریباً نصف خرچ کیا، حالانکہ ہندوستان میں صحت عامہ کی سہولیات و خدمات کو بلا معاوضہ پیش کیا جانا چاہیے۔

شرما، ایس اور بوتھرا، ایم (2016) نے JSSK اسکیم کے تحت ادارہ جاتی ولادت کے OoPE کا تجزیہ کرتے ہوئے پایا کہ JSSK استفادہ کنندگان کے OoPE میں کمی کی وجہ سے اپنا مطلوبہ نتیجہ حاصل کرنے میں ناکام ہے۔ اگرچہ یہ پروگرام کیش لیس خدمات پیش کرتا ہے، بنیادی ڈھانچے، انسانی وسائل اور ادویات کی فراہمی کی عمومی کمی کی وجہ سے وصول کنندگان اپنے طور پر اہم اخراجات برداشت کرنے پر مجبور ہیں۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ پروگرام میں حکومت کی مجموعی سرمایہ کاری ناکافی ہے اور اس کی مجموعی تاثیر کو بڑھانے کے لیے مزید کام کرنے کی ضرورت ہے۔ حکومت کو JSSK پروگرام اور اس کے فوائد کے بارے میں بیداری بڑھانے پر توجہ دینی چاہیے۔

جن من جوئے وغیرہ (2015) نے اس بارے میں ایک مطالعہ "کیا جنانی شیشو تحفظ کار یا کریم لاگت سے پاک ادارہ جاتی ولادت کو یقینی بناتا ہے؟ مغربی بنگال، ہندوستان کے دیہی بنگورا میں ایک کراس سیکشنل مطالعہ" کیا۔ مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ JSSK کے تمام اجزاء 12.9 فیصد خواتین کو معلوم تھے۔ سب سے زیادہ (77.1 فیصد) مفت ولادت کے متعلق اور سب سے کم (29.0 فیصد) خون کی منتقلی سے متعلق۔ JSSK کے تحت استحقاق کے بارے میں فائدہ اٹھانے والوں کی آگاہی میں خلا موجود تھا۔ ان کے مطابق ادویات اور ٹرانسپورٹ صحت عامہ کی سہولیات میں جیب سے باہر (OOP)

اخراجات کی دو بڑی وجوہات تھیں۔

منگلو لیکر ایس کے (2015) نے پایا کہ مہاراشٹر میں شرکاء کی تعلیم کی سطح JSSK کی مفت ٹرانسپورٹ سروس کے بارے میں ان کے علم اور استعمال کو متاثر کرتی ہے۔ عام اور اوبی سی مائیں SC/CT ماؤں کے مقابلے JSSK کی مفت ٹرانسپورٹ سروس سے زیادہ واقف ہیں اور استعمال کرتی ہیں۔ آنگن واڑی عملہ اور اے این ایم JSSK کے بارے میں بات پھیلا رہے ہیں۔

ترپاٹھی، این وغیرہ (2014) نے شمالی ہندوستان میں کچی آبادیوں کے درمیان ایک مطالعہ کیا اور یہ نتیجہ اخذ کیا کہ مداخلت سے پہلے اور مداخلت کے بعد کے ادوار کے درمیان، ولادت کے چھپی اخراجات روپے 5342 سے کم ہو کر روپے 3565 ہو گئے۔ JSSK سے پہلے اور بعد کے ادوار ($P=0.15$) میں تباہ کن صحت کے اخراجات میں اعداد و شمار کے لحاظ سے کوئی خاص فرق نہیں تھا۔ نوزائیدہ کی دیکھ بھال تک عالمی رسائی کے قابل بنانے کے لیے JSSK کے نفاذ کو مضبوط بنایا جانا چاہیے۔

چٹرجی (2015) کے مطابق، مغربی بنگال میں، 68.75 فیصد مائیں JSSK کے مفت فوائد سے لاعلم تھیں۔ صرف 18.75 فیصد خواتین مفت اندام نہانی کی ولادت، ادویات اور استعمال کی اشیاء کے بارے میں جانتی تھیں۔ جواب دہندگان میں سے کوئی بھی ماں اور نوزائیدہ کے لیے مفت سیزرین سیکشن اور خون کے بارے میں نہیں جانتا تھا۔ 10.42 فیصد جواب دہندگان نوزائیدہ بچوں کے مفت علاج، ادویات اور استعمال کی اشیاء کے بارے میں جانتے تھے۔ 58.33 فیصد مائیں ہسپتال کے مفت کھانے کے بارے میں جانتی تھیں۔ ماں کی برابری نے JSSK بیداری کو متاثر کیا۔ حاملہ خواتین کو JSSK کے فوائد کی محدود سمجھ کے پیش نظر، اسکیم کے فوائد کو زیادہ سے زیادہ کرنے کے لیے ایک بیداری مہم کی ضرورت ہے۔

پرساد وغیرہ (2013) کے مطابق، 21 ویں صدی کے آغاز میں، ہندوستان میں دیہی-شہری، بین ریاستی، اور بین الاضلاع صحت کے تفاوت تھے۔ 2004 میں، دیہی بچوں کی شرح اموات شہری بچوں سے 24 پوائنٹ زیادہ تھی۔

پروگرام ایویلیوشن آرگنائزیشن پلاننگ کمیشن (2011) کے ذریعے 7 ریاستوں میں نیشنل رورل ہیلتھ مشن (NRHM) کا ایک جائزہ مطالعہ ظاہر کرتا ہے کہ ASHAs کے 100 فیصد نے بیان کیا کہ وہ صحت اور غذائیت سے متعلق پروگراموں میں ANM/AWW کی مدد کرتے ہیں، 91 فیصد گاؤں کے صحت کے رجسٹروں کو برقرار رکھتے ہیں، اور 76 فیصد گاؤں کی صحت اور غذائیت کے دن کا اہتمام کرتے ہیں۔

2.2.4 آشا اور کرز اور میٹرنٹی اینڈ چائلڈ ہیلتھ کیئر میں ان کا کردار

پال، جے وغیرہ (2019) کا مغربی بنگال میں آشا کارکنوں کے علم اور ہنر کی سطح پر ایک مطالعہ یہ نتیجہ اخذ کرتا ہے کہ مطالعے کی نصف سے زیادہ آبادی (64.7 فیصد اور 50.5 فیصد) زچہ بچہ سے متعلق اچھے علم اور بیداری کے اسکور رکھتی ہے۔ صحت اور خاندانی منصوبہ بندی، اگرچہ انہیں آرن فولک ایسڈ کی گولیوں کی تازہ ترین خوراک کے شیڈول، بریسٹ فیڈنگ کے لیے مناسب ایڈجسٹ ٹیکنیک، OCP، ECP، IUCD کی یاد شدہ خوراک، اور محفوظ مدت کے بارے میں کم علم تھا۔ ناکافی تنخواہ اور کام کے عدم اطمینان نے ان کی کارکردگی کو متاثر کیا۔ بار بار ریفریشر کورسز، اعلیٰ حکام کی طرف سے بار بار نگرانی اور معاون نگرانی، اور عدم اطمینان کو کم کرنے کے لیے انتظامی اقدامات ان کی کارکردگی کو بہتر بنانے کے لیے اہم ہیں۔ 86.32 فیصد ASHAs کو ٹیکہ کاری کا شیڈول معلوم تھا۔ پانڈ ایم وغیرہ (2019) نے پایا کہ 49.4 فیصد آشا کارکنوں نے ادویات کا رجسٹر، 50.3 فیصد گھریلو سروے رجسٹر، 34 فیصد نے اے این سی ریکارڈ، اور 34 فیصد نے میننگ رجسٹر رکھا۔ لیکن آشا کے صرف 18 فیصد عملے نے ٹیکہ کاری اور خاندانی منصوبہ بندی کا ریکارڈ رکھا۔

شیٹ وغیرہ (2018) نے پایا کہ 80 فیصد آشا کارکنان اے این سی اور پی این سی کے بارے میں جانتے ہیں، جن میں حمل کے دوران وٹامن اور آرن کے سپلیمنٹس شامل ہیں۔ چارو وغیرہ (2015) کے مطابق، ASHA اس بات سے واقف میں کہ قبل از پیدائش دوروں کی کم سے کم تعداد چار ہے۔ کرول اور پٹنائک (2014) نے پایا کہ کم عمر ASHA بڑی عمر کے لوگوں سے زیادہ معلومات رکھتے ہیں۔ ان کے مطالعے کے مطابق، ASHA ماں کی صحت کی دیکھ بھال کے مقابلے

بچوں کی صحت کی دیکھ بھال میں بہتر کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں۔

کوچکنٹن وغیرہ (2013) نے پایا کہ ASHA کا علم کم تھا، پھر بھی وہ بعد از ولادت ہیمرج کے بارے میں جانتے تھے۔ سکسینہ اور رنجیت (2014)؛ بھٹ (2013)؛ سروش وغیرہ، (2013)؛ رائے (2013)؛ جوشی اور میتھیو (2012)؛ سکسینہ وغیرہ، (2012)؛ بھٹ (2012) نے ASHA کو درپیش چیلنجوں اور مسائل کی چھان بین کی ہے۔ انہوں نے محسوس کیا کہ ان کو درپیش مسائل ٹرانسپورٹ، صحت کے مراکز، ادارہ جاتی ولادت کے لیے سہولیات کی کمی، فنڈز کی کمی اور مقررہ تنخواہ سے متعلق تھے۔

2.3 اختتام

موجودہ لٹریچر کے جائزے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیادہ تر تحقیق نے مختلف ہندوستانی ریاستوں میں NRHM کی کارکردگی پر توجہ مرکوز کی ہے۔ کیرالہ میں نیشنل رورل ہیلتھ مشن کی کارکردگی اور اس کے نفاذ کا تجزیہ کرنے کے لیے کچھ مطالعات کی گئی ہیں۔ ہندوستان یا کیرالہ میں بہت کم تحقیق نے JSSK کی بیداری اور استعمال پر توجہ مرکوز کی ہے۔ ایسا کوئی مطالعہ نہیں ہے جو کیرالہ کے ایک اعلیٰ ترین چیچی ضلع، جیسے ملاپرم میں JSSK کی بیداری اور استعمال کا موازنہ کرتا ہو۔ جنانی شیشو تحفظ کریم کے نفاذ کے تناظر میں، عمومی طور پر کیرالہ میں OoPE اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال سے متعلق تحقیق کی کمی ہے۔ چونکہ کیرالہ ان ریاستوں میں سے ایک ہے جہاں OoPE بہت زیادہ ہے اور JSSK کا مقصد ڈیلیوری کے دوران OoPE کو ختم کرنا ہے، اس لیے یہ واضح ہے کہ مطالعہ کا خلا ہے، اور اس لیے مائیکرو لیول کے مطالعے کی ضرورت ہے۔

باب 3: طریقہ کار اور حلقہ مطالعہ کا خاکہ

کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں جنانی شیشو سرکشاکاریا کرم (JSSK) کے اثر کا تجزیہ کرنے کیلئے بنیادی اور ثانوی دونوں ذرائع کا استعمال کیا گیا۔

3.1 ثانوی ڈیٹا کے ذرائع

حکومت کی طرف سے وقتاً فوقتاً متعدد شائع شدہ اور عوامی طور پر قابل رسائی ذرائع سے ثانوی ڈیٹا جمع کیا گیا ہے۔ اہم شماریات، ڈیموگرافکس اور صحت کے اہم اشاروں جیسے بچوں اور زچگی کے اموات، قبل از پیدائش کے دور دھوپ، آئی ایف اے (آئرن فولک ایسڈ) کا استعمال، ٹی ٹی انجیکشن لینے والی حاملہ خواتین کی تعداد، ادارہ جاتی پیدائش کا فیصد، جیب سے باہر کے اخراجات سے متعلق معلومات وغیرہ درج ذیل ثانوی ذرائع سے اکٹھا کیے گئے ہیں۔

1. نظام اندراج نمونہ (سیپیل رجسٹریشن سسٹم)، رجسٹر ارجزل اور مردم شماری کمشنر کا دفتر، مردم شماری، حکومت

ہند-2011 اور مختلف سالوں کے لیے آئی ایم آر اور ایم آر پر بیٹن

2. ہیلتھ مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم (ایچ ایم آئی ایس)، نیشنل ہیلتھ مشن، وزارت صحت و خاندانی فلاح و بہبود، حکومت

ہند

3. نیشنل فیملی ہیلتھ سروے (این ایف ایچ ایس-4، 3 اور 5) رپورٹ

4. ڈیموگرافک اور گھریلو سروے (ڈی ایچ ایس-2015-16 اور 2019-21) ڈیٹا سیٹ سے اخذ کئے گئے این

ایف ایچ ایس-4 اور 5 کا اصل ڈیٹا سیٹ

5. دیہی صحت کے شماریات (آر ایچ ایس 06-2005 سے آر ایچ ایس 20-2019)

6. نیشنل ہیلتھ اکاؤنٹس (2013-14 اور 2017-18)، نیشنل ہیلتھ سسٹم ریورس سینٹر

7. ورلڈ بینک (2019-20) رپورٹ اور بیٹن

8. کیرالہ اسٹیٹ اکنامک ریویو رپورٹ (2019-20)، اکنامکس اینڈ سٹیٹسٹکس ڈیپارٹمنٹ، کیرالہ

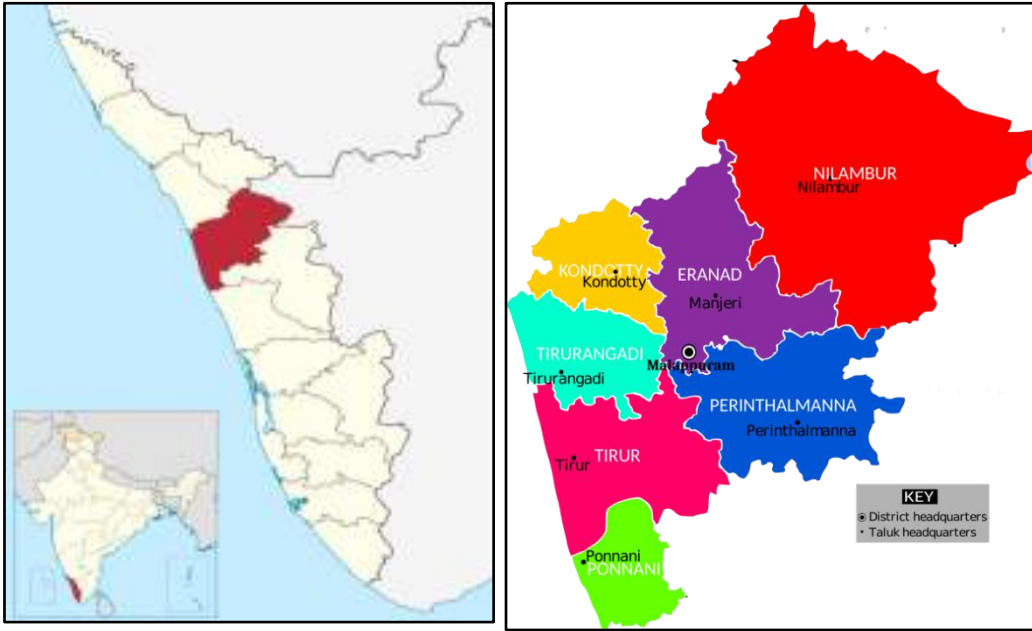
9. ڈائریکٹوریٹ آف ہیلتھ سروس (DHS-2019-20)، حکومت کیرالہ

3.2 بنیادی ڈیٹا کے ذرائع

موجودہ مطالعہ کا موضوع کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں جنانی شیشو سرکشاکاریا کریم (جے ایس ایس کے) کا اثر ہے۔ جے ایس ایس کے اثر کا تعین علاقہ تحقیق میں اس اسکیم سے متعلق آگاہی اور اس کی افادیت، اس کی ترسیل کے لیے جیب سے باہر ہونے والے اخراجات پر اس کے اثرات کا تجزیہ کر کے کیا گیا۔ کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی حالت کا بہتر اندازہ حاصل کرنے کے لیے ایک کراس ڈسٹرکٹ تجزیہ کیا گیا۔

3.2.1 علاقہ مطالعہ کا پروفائل

کیرالہ، جو ہندوستان کے مالا بار ساحل پر واقع ہے، زمینی رقبہ کے لحاظ سے ہندوستان کی 21 ویں بڑی ریاست ہے۔ اس کی سرحد شمال اور شمال مشرق میں کرناٹک، مشرق اور جنوب میں تمل ناڈو اور مغرب میں کئشڈیپ سمندر سے ملتی ہے



تصویر 3.1: کیرالہ اور ملاپورم ضلع کا نقشہ

Source: <https://en.wikipedia.org/wiki/Kerala#/media/File:IN-KL.svg>

(تصویر 3.1)۔ 33 ملین افراد کے ساتھ، کیرالہ رقبہ کے ساتھ ساتھ آبادی کے لحاظ سے ہندوستان کی تیرہویں سب سے بڑی ریاست ہے۔ اس کی دارالحکومت تروانت پورم ہے۔ اس ریاست میں 14 اضلاع ہیں۔ سب سے زیادہ ہیومن ڈیولپمنٹ انڈیکس، سب سے زیادہ خواندگی کی شرح، سب سے زیادہ متوقع عمر کی شرح، سب سے زیادہ جنسی تناسب، اور سب سے کم غربت کے ساتھ، کیرالہ کئی معاملات میں مثالی ریاست ہے۔

نیٹی آئیوگ کے 2019 کی سالانہ رپورٹ کے مطابق، اس ریاست کو پائیدار ترقی کے اہداف (آئیوگ 2021) کے حصول کے لیے ملک میں پہلے نمبر پر رکھا گیا۔ اس تحقیق میں ملاپورم ضلع پر توجہ مرکوز کی گئی ہے، جس کی بنیاد 16 جون 1969 کو رکھی گئی ہے اور یہ مشرق میں تمل ناڈو نیلگیرس، مغرب میں بھیرہ عرب، شمال میں کوزی کوڈ اور وائناڈ اضلاع، اور جنوب میں پکاڈ اور تھریسور اضلاع سے منسلک ہے۔ ضلع کی آبادی 4,494,998 ہے (ریاست میں سب سے زیادہ) اور رقبہ 3550 مربع کلومیٹر ہے، جو ریاست کے کل اراضی کا 9.13 فیصد ہے اور یہ تیسرے نمبر پر ہے (ٹیبل 3.1)۔ ضلع کا انتظامی مرکز ملاپورم میں واقع ہے۔ ضلع کو انتظامی مقاصد کے لیے چھ تعلقوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ وائناڈ، پیرینتھلمنا، ترور، پونانی، ترورانگڈی اور نیلمبور ہیں۔ ملاپورم میں 15 ریونیو بلاکس ہیں۔ وہ ہیں ملاپورم، پیرومپادپو، ترور، تیرورانگڈی، وینگار، تنور، کٹی پورم، مانڈا، پیرینتھنا، پونانی، ایری کوڈ، کالیکاو، کونڈوٹی، واندور، اور نیلمبور۔ شہر کی آبادی کی کثافت 1,742 افراد فی مربع کلومیٹر ہے جو کہ 135 ریونیو گا اور 140 انتخابی وارڈز پر مشتمل ہے۔

Table 3-1: Key demographic features of Malappuram district, Kerala

Indicators	India	Kerala	Malappuram
Area*	3,287,263 (km ²)	38,863 (km ²) (1.18 percent)	3554 (km ²) (9.14 percent)
Population*	1,21,05,69,573	33,406,061 (2.76 percent)	4,494,998 (13.46 percent)
GDP Per capita Income!	82269	128347	105841
Life Expectancy*	69.4	75.3	-
Sex Ratio*	943	1084	1098
density of pop /km ² *	382	860	1742

27 SDG India Index, NITI Ayog, 2021

Female Literacy [^]	70.3	95.2	99.2
Urban Population (percent)*	31.14	47.7	47.6
Birth Rate#	17.23	12.77	19.61
Death Rate#	7.34	7.17	4.69
MMR#	103	29	26
IMR#	28	5	5
TFR@	2.2	1.7	-
Mean age at marriage (W)#	20	21.4	17.7
SC*	16.6	9.10	7.50 percent
ST*	8.6	1.50	0.56 percent
Hindu*	79.8	54.73	27.6
Muslim*	14.23	26.56	70.24
Christian*	2.3	18.38	1.98

Source: *2011 census; #SRS Bulletin, 2017; ^ NSSO survey, 2017; ! Central Statistics Office and Department of Economics and Statistics, 2016-17; @ NFHS-5

1.7 ملین کی کل آبادی کے ساتھ، ملاپورم میٹروپولیٹن علاقہ ہندوستان کے 26 ویں سب سے بڑے شہری مجموعہ

اور کوچی، کالی کٹ اور تھریسور کے شہری علاقوں کے بعد کیرالہ کا چوتھا بڑا علاقہ ہے۔ اکانوسٹ انٹیلی جنس یونٹ (ای آئی

یو) جنوری 2020 میں شہری علاقوں کی ترقی پر مبنی ایک سروے کے مطابق، یہ دنیا میں سب سے زیادہ شہری توسیع کی شرح

کے ساتھ شہر ہے، جس میں 2015 اور 2020 کے درمیان 44.1 فیصد اضافہ ہوا ہے۔ ملاپورم میں، شادی کی اوسط عمر

(17.7) نسبتاً کم ہے۔ ضلع میں، جنسی تناسب (ہر 1000 مردوں کے لیے) 1098 ہے۔ 99.2 فیصد خواتین خواندہ ہیں۔

شہری آبادی قومی اوسط سے زیادہ ہے، لیکن ریاستی اوسط (47.6 فیصد) سے کم ہے۔ اس علاقے میں مسلم (70.24 فیصد)،

ہندو (27.6 فیصد)، اور عیسائی (1.98 فیصد) کے ساتھ تین اہم مذاہب ہیں۔ ملاپورم میں ایس سی کی آبادی 7.5 فیصد ہے اور

ایس ٹی کی آبادی ریاست کی کل آبادی کا 0.56 فیصد ہے۔

3.2.2 ضلع سطح پر انتخاب کا معیار

ہم نے ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے JSSK اسکیم سے متعلق آگاہی اور اس کی افادیت کی جانچ

کرنے کے لیے بنیادی ڈیٹا تجزیہ کا استعمال کیا اور کیس اسٹڈی کے لیے ضلع ملاپورم کا انتخاب کیا۔ وزارت صحت اور خاندانی

بہبود (MoHFW) کے ذریعہ کچھ اضلاع کو اعلیٰ ترجیحی اضلاع (ایچ پی ڈی) کے طور پر منتخب کیا گیا، جو کہ ہر ریاست کے

سب سے کم 25 فیصد اضلاع ہیں جو جامع صحت کے اشاریہ کی بنیاد پر اضلاع کی درجہ بندی کے مطابق مساوی صحت کی دیکھ

بھال کو فروغ دینے کے لیے اور صحت کے نتائج میں تیزی سے تبدیلیاں لانے کیلئے ہیں۔ اس فہرست میں 184 اضلاع ہیں، جن میں سے تین کیرالہ کے ہیں: ملاپورم، کاسرگوڈ، اور پکاڈ۔ مرکزی حکومت نے نیشنل ہیلتھ مشن (NHM) کے تحت نیتی آیوگ کے ذریعہ تسلیم شدہ خواہش مند اضلاع کے ساتھ ساتھ 256 اضلاع کو اعلیٰ ترجیحی اضلاع (HPDs) کے طور پر نامزد کیا ہے۔ یہ کمزور انفراسٹرکچر والے اضلاع ہیں۔ اس فہرست میں کیرالہ کے چار اضلاع ہیں: کاسرگوڈ، ملاپورم، الاپوزا اور وانٹاڈ۔ دونوں فہرستوں میں ملاپورم ہے۔ مزید برآں، ملاپورم ریاست کا سب سے زیادہ آبادی والا ضلع ہے (13.46 فیصد) اور مختلف سماجی معاشی پس منظر کے حامل سماج کے تمام طبقات کا مسکن ہے۔ تاہم، ملاپورم میں صحت عامہ کی سہولیات میں ادارہ جاتی پیدائش کی شرح دیگر اضلاع (19.3 فیصد) کے مقابلے میں سب سے کم ہے، جو کہ ریاستوں میں JSSK کے سب سے کم استفادہ کی نشاندہی کرتا ہے۔ حالانکہ JSSK فوائد حاصل کرنے کے لیے، حاملہ خواتین کو صحت عامہ کی سہولیات کا انتخاب کرنا چاہیے۔

3.2.3 نمونہ بندی کی تکنیک اور نمونہ ڈیزائن

ملاپورم ضلع میں عوامی سہولت کے تحت سات ڈیلیوری پوائنٹس ہیں (ٹیبل 3.2)۔ ڈیٹا اکٹھا کرنے کے لیے با مقصد بے ترتیب نمونہ بندی کا استعمال کیا گیا ہے۔ پی آر اور آشنا کارکنوں کی مدد سے نمونوں کی شناخت کی گئی ہے اور شناخت شدہ ماؤں کے ذیلی مجموعہ کو سروے کے لیے بے ترتیب طور پر منتخب کیا گیا۔ اس کے علاوہ، موازنہ کے مقاصد کے لیے، آشنا کارکنوں اور آنگن واڑی کارکنوں کی مدد سے کیے گئے گھریلو سروے کے حصے کے طور پر ایک ہی سوالنامہ کا استعمال کرتے ہوئے ان ماؤں کا بھی سروے کیا گیا ہے جنہوں نے نجی صحت کی سہولیات میں جنم دیا تھا۔

3.2.4 شمولیت کا معیار:

ڈیٹا اکٹھا کرنے کے مقصد کے لیے، ضلع ملاپورم کی ان ماؤں کو شامل کیا گیا جن کے پاس پچھلے دو سالوں کے دوران بچہ پیدا ہوا تھا اور وہ تحقیق میں حصہ لینے کے لیے تیار تھیں۔

3.2.5 اخراج کا معیار:

وہ مائیں جن کا بچہ دو سال سے زیادہ پہلے ہوا تھا، وہ حصہ لینے کو تیار نہیں تھیں، اور تفصیلات یاد کرنے سے قاصر

تھیں، انہیں تحقیق سے خارج کر دیا گیا ہے۔

3.2.6 نمونے کے سائز کا تعین:

نمونہ کا سائز فارمولہ استعمال کر کے طے کیا گیا ہے:

$$n = Z^2 pq / d^2$$

جہاں:

n = نمونے کا کم از کم سائز

Z = معیاری سکور جو اعتماد کی دی گئی سطح کے مطابق ہے۔ یہاں، 95 فیصد اعتماد کی سطح پر (5 فیصد اہمیت کی سطح) $Z = 1.96$ ہے۔

1.96 ہے۔

p = کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کا استعمال (ہم نے کیرالہ میں صحت عامہ کی سہولیات میں ادارہ جاتی ولادت

کی فیصد کو JSSK سے استفادہ کرنے والی ماؤں کے تناسب کے لیے بطور پراکسی استعمال کیا، کیونکہ JSSK کے فوائد

صرف ان خواتین کو دستیاب ہیں جو سرکاری صحت کی سہولیات سے جنم دیتی ہیں۔)۔ یہ 32.7 فیصد (4-NFHS)

ہے۔

$$q = 1 - p$$

d = درستگی کی حد یا نمونہ بندی کی غلطی کا تناسب جو عام طور پر اعتماد کی حد 5 فیصد ہے۔

اس طرح، اس فارمولہ

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.327 * (1 - 0.327))}{0.05^2}$$

پر مبنی نمونہ کا سائز شمار کیا گیا ہے

$$n = 339$$

یہ کم سے کم 364 نمونے ہوں گے، اگر ہم غیر جوابی نمونوں کے معاوضہ کے طور پر اضافی 25 نمونے شامل کریں۔

تاہم، مزید درستگی حاصل کرنے کے لیے، ہم نے 2018-19 (ٹیبیل 3.2 اور تصویر 3.2) سے گزشتہ دو سالوں کے دوران

888 حاملہ خواتین سے معلومات اکٹھی کیں۔

Table 3-2: Distribution of sample by delivery points

Delivery Points	Category	Freq.	Percent	Cum.
W&C Ponnani	Women and Children Hospital	100	11.26	11.26
THQH Tirurunagadi	Sub-District Hospital	58	6.53	17.79
DH Nilambur	District Hospital	45	5.07	22.86
THQH Malappuram	Sub-District Hospital	55	6.19	29.05
DH Perinthalmanna	District Hospital	85	9.57	38.63
MC Manjeri	Medical College	77	8.67	47.30
DH Tirur	District Hospital	90	10.14	57.43
Private Hospitals (Various)	Private Hospital	378	42.57	100.0
Total	-	888	100.00	-

Women & Children Hospital Ponnani; Taluk Head Quarters Hospital Tirurangadi and Malappuram; District Hospital Nilambur, Perinthalmanna and Tirur; Government Medical College Manjeri; Various Private Hospitals.

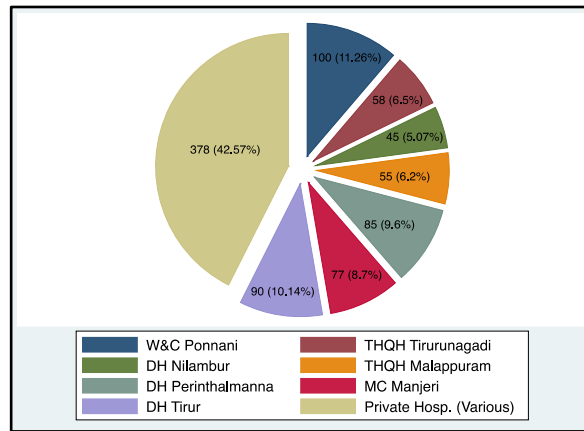
Source: Primary Survey

اس میں سات سرکاری صحت کی سہولیات سے 510 اور مختلف نجی ہسپتالوں سے 378 مائیں شامل ہیں۔ خواتین اور

بچوں کے ہسپتال پونانی (100) میں سرکاری ڈیلیوری پوائنٹس پر سب سے زیادہ ڈیٹا اکٹھا کیا گیا، جب کہ ضلع ہسپتال نیلمبور

میں سب سے کم (45) ہیں۔

دیہی ضلع 94 گرام پنچایتوں اور 15 ریونیو بلاکس پر مشتمل ہے، یعنی اریکوڈ، کالیکاو، کونڈوٹی، کٹی پورم، ملاپورم،



تصویر 23: ڈیلیوری پوائنٹس پر مبنی نمونے کی تقسیم

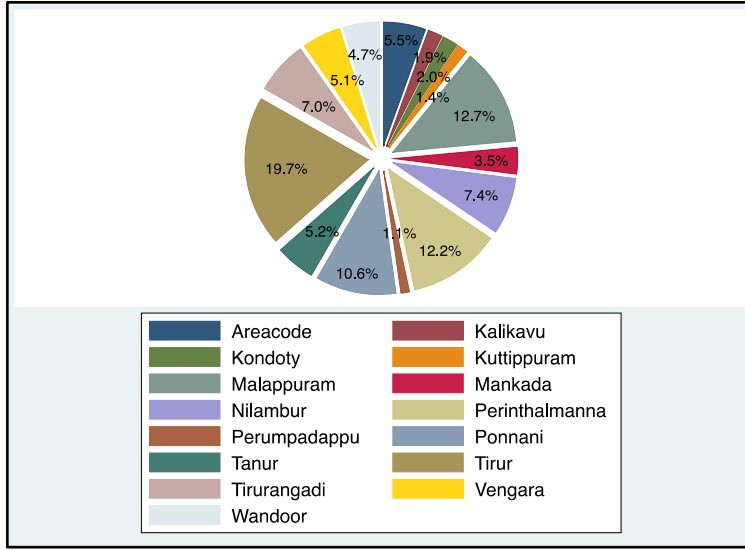
ماکڈا، نیلمبور، پیرینتھلمانا، پیرومپادپو، پونانی، تنور، ترور، ترورانگڈی، واوینگار، ڈیٹا تمام 15 بلاکس (ٹیبیل 3.3 تصویر 3.3)

سے بے ترتیب طور پر جمع کیا گیا ہے۔

Table 3-3: Distribution of total Sample by revenue Blocks

Blocks	Freq.	Percent
Areacode	49	5.5
Kalikavu	17	1.9
Kondoty	18	2.0
Kuttippuram	12	1.4
Malappuram	113	12.7
Mankada	31	3.5
Nilambur	66	7.4
Perinthalmanna	108	12.2
Perumpadappu	10	1.1
Ponnani	94	10.6
Tanur	46	5.2
Tirur	175	19.7
Tirurangadi	62	7.0
Vengara	45	5.1
Wandoor	42	4.7
Total	888	100.0

Source: Primary Survey



تصویر 3.3: ریونیو بلاک پر مبنی نمونے کی تقسیم

ترور میں سب سے زیادہ نمائندگی (19.7 فیصد) ہے، جبکہ ملاپورم (12.7 فیصد)، پیرینتھلماننا (12.2 فیصد) اور

پونانی (10.6 فیصد) ہے۔ سب سے کم نمائندگی کرنے والے پیرومپادپو (1.1 فیصد)، کٹی پورم (1.4 فیصد)، کالیکاو (1.9

فیصد)، اور کونڈوٹی (2 فیصد) ہے۔

3.2.7 ڈیٹا اکٹھا کرنے کے لیے ٹولز اور تکنیک

اہم ڈیٹا فیلڈوز، نیم ساختہ سوالنامہ، شیڈول اور مختلف اسٹیک ہولڈرز کے ساتھ براہ راست انٹرویوز کے ذریعہ اکٹھا کیا گیا۔

(i) انٹرویوز: ڈسٹرکٹ پروگرام مینیجر (این ایچ ایم، ملاپورم)، سپرنٹنڈنٹس، پبلک ریلیشن آفیسرز (پی آراوز)، جونیئر ہیلتھ انسپکٹرز (جے ایچ آئی)، آشاور کرز، اور ہر ہسپتال کے اے این ایم کا انٹرویو کیا گیا۔

(ii) شیڈول: سرکاری ڈیلوری پوائنٹس میں دستیاب بنیادی ڈھانچے کی سہولیات جیسے کہ لیبر وارڈز میں بستروں کی دستیابی، ماہر ڈاکٹروں کی تعداد، لیبر، فارمیسیوں، بلڈ بینکس، آپریشن تھیٹر، اے این ایم کی تعداد، آشنا کارکنوں کی تعداد اور ایمبولینس / گاڑی کی دستیابی سے متعلق ڈیٹا اکٹھا کرنے کے لیے ایک شیڈول بنایا گیا۔ یہ مختلف ڈیلوری پوائنٹس پر پی آرا کی مدد سے بھرا ہوا ہے۔

(iii) سوالنامہ: JSSK سے استفادہ کنندگان اور غیر مستفیدین کا ایک نیم ساختہ سوالنامہ استعمال کرتے ہوئے سروے کیا گیا۔ سوالنامہ درج ذیل ٹیمپلیٹس پر مشتمل ہے:

(A) آبادیاتی پروفائل: جواب دہندگان کا آبادیاتی پروفائل، بشمول گاؤں، علاقہ (شہری یا دیہی)، عمر، مذہب، ذات، خاندانی قسم (مشترکہ / جوہری)، معاشی حیثیت، تعلیم اور پیشہ

(B) جے ایس ایس کے سے متعلق آگاہی: اس حصہ میں ان کی آگاہی، بیداری کا وقت، بیداری کے ذرائع، JSSK کے حقدار ہونے سے متعلق بیداری کی حد اور خاندان کے افراد اور پڑوسیوں میں بیداری سے متعلق سوالات پوچھے گئے

(C) جے ایس ایس کے سے استغفادہ: رجسٹریشن کی تاریخ، رجسٹریشن کا مقام، رجسٹریشن کی مدد، استعمال کا وقت، استفادہ شدہ جے ایس ایس کے کے استحقاق، استفادہ کی وجہ، استفادہ کے دوران پیش آنے والے کسی بھی مسائل اور اسکیم اور اس کے استعمال پر عمومی تاثرات وغیرہ پوچھا گیا۔

(D) جیب خرچ سے باہر: اس علاقے میں، ہم نے پوچھا کہ کیا ولادت کے دوران کوئی OoPE تھا اور اگر ہے تو کتنی اور کن اشیاء میں۔

(E) آشاور کرز: اس حصہ میں آشاکار کنوں کی رسائی کے ساتھ ساتھ ان کے رویے، سروس کے معیار اور آشاکار کنوں کے ساتھ عمومی اطمینان سے متعلق سوالات شامل کئے گئے تھے۔

انٹرویو کے دوران قبل از پیدائش، بعد از پیدائش، اور بچوں کے حفاظتی ٹیکوں سے متعلق معلومات کی کھوج کی گئی۔ سوالنامے کے اختتام پر افراد سے جے ایس ایس کے اسکیم کی درجہ بندی کرنے کو کہا گیا۔

3.2.8 مستعمل شماریاتی تجزیہ اور اکا نو میٹرک ماڈلز

مقاصد پر مبنی مفروضوں کو جانچنے کے لیے تحقیق میں درج ذیل شماریاتی طریقوں اور اکا نو میٹرک ماڈلز استعمال کیے گئے۔ تجزیہ کے لیے GRETl اور STATA.16 شماریاتی سافٹ ویئر استعمال کیے گئے۔

(i) ہندوستان میں کیرالہ اور ملاپورم میں صحت کے اہم نتائج میں تبدیلیوں اور تبدیلیوں کے فیصد کا تعین کرنے کے لیے، سادہ فیصد، اوسط، اور وسطانیہ استعمال کیا جاتا ہے۔

(ii) کیرالہ کے اضلاع کے درمیان بنیادی ڈھانچے کی سہولیات کی دستیابی اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں طلب اور رسد کے فرق کا تعین کرنے کے لیے کو فیٹینٹ ویری ایشن (CV) کا استعمال کیا جاتا ہے۔

(iii) کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں علاقائی تفاوت اور ترقیاتی عدم مساوات کا تعین کرنے کے لیے ڈپراویشن اشاریہ اور ترقی اشاریہ کو تشکیل دیا جاتا ہے۔

(iv) ارتکاز اشاریہ کا استعمال کیرالہ میں ایک سرکاری صحت کی سہولت میں ماؤں اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال کے استعمال کے ارتکاز اور عدم مساوات کی نشاندہی کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

(v) شی اسکوارٹیسٹ کا استعمال جواب دہندگان کی آگاہی اور JSSK خدمات سے استفادہ اور ان کے سماجی معاشی متغیرات کے درمیان تعلق کا تعین کرنے کے لیے کیا گیا تھا۔ محققین ایک ہی آبادی کے اندر واضح متغیرات کے

درمیان فرق کا تجزیہ کرنے کے لیے شی اسکوائر ٹیسٹ کا استعمال کرتے ہیں۔

(vi) متعین اور بے ترتیب اثر نمونہ (فلسڈ اور رینڈم ایفیکٹ ماڈل) کا استعمال ہندوستان میں ایم ایم آر اور آئی ایم آر کے تعین کرنے والوں کی شناخت کے لیے کیا جاتا ہے۔

(vii) لاگٹ ماڈل کا استعمال مطالعہ کے علاقہ میں JSSK اسکیم سے متعلق آگاہی کو متاثر کرنے والے عوامل کا تجزیہ کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔ لاجسٹک ریگریشن ایک یا زیادہ دیگر متغیرات کے امکانی نتیجے کے طور پر برائے نام متغیر کو ماڈل کرنے کا ایک طریقہ ہے۔

(viii) مطالعہ کے علاقے میں JSSK اسکیم سے استفادہ کی پیشین گوئی کرنے والوں کی شناخت کے لیے بانسری لاجسٹک ماڈل کا استعمال کیا جاتا ہے۔

(ix) انٹر کوارٹائل رینج (آئی کیو آر) کا استعمال اضلاع کے درمیان ترسیل کے دوران OoPE میں فرق کو سمجھنے کے لیے کیا جاتا ہے۔ آئی کیو آر کیو 1 اور کیو 2 کے درمیان فرق کی نشاندہی کرتا ہے۔ انٹر کوارٹائل رینج ڈیٹا سیٹس میں تغیر کا سب سے درست پیمانہ ہے جس میں آؤٹ لیئر یا سکیوڈڈسٹری بیوشن شامل ہیں۔ یہ تقسیم کے درمیانی نصف کی تعداد پر مبنی ہے۔ اس طرح، باہر کے لوگوں کو اس پر اثر انداز ہونے کا امکان نہیں ہے۔

(x) شیمپرو۔ ولک (Shapiro-Wilk)، شیمپرو۔ فرینسیا (Shapiro-Francia) اور اسکینوئس / کرٹوسس (Skewness/Kurtosis) ٹیسٹس اس بات کو یقینی بنانے کے لیے استعمال کیے جاتے ہیں کہ ڈیٹا نارمل ہے۔

(xi) ہم نے یہ معلوم کرنے کیلئے عام طور پر تقسیم شدہ ڈیٹا پر ایک بے جوڑ نمونہ ٹی۔ ٹیسٹ کا استعمال کیا آیا (ثانوی ڈیٹا کے تجزیہ کی بنیاد پر) کیرالہ میں سرکاری اور نجی صحت کے اداروں میں ترسیل کے دوران OoPE میں فرق اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم ہے یا نہیں؟

(xii) ہم نے (بنیادی ڈیٹا کے تجزیہ کی بنیاد پر) ملاپورم کے پبلک اور پرائیویٹ ہیلتھ انسٹی ٹیوشنز میں ولادت کے دوران

OoPE میں اختلافات کے تجرباتی تجزیے کے لیے (غیر عام طور پر تقسیم شدہ ڈیٹا کے لیے) ولکوکزٹون (Wilcoxon) سائنڈ رینک ٹیسٹ استعمال کیا۔ ولکوکزٹون رینک سم (Wilcoxon Rank Sum) (Mann-Whitney) ٹیسٹ کو بعض اوقات دو نمونہ ٹی-ٹیسٹ کے غیر پیرامیٹرک ہم منصب کے طور پر بھیجا جاتا ہے۔

(xiii) ایک دو حصوں والا ماڈل (جسے ہر ڈل ماڈل بھی کہا جاتا ہے) کا استعمال جیب سے باہر ہونے والے اخراجات کے کلیدی عناصر کا تعین کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔ دو حصوں والے ماڈل کا پہلا جزو بائسری نتیجہ متغیر کے ساتھ ملٹی ویریٹ لاجسٹک ریگریشن کا استعمال کرتے ہوئے ادارہ جاتی ترسیل کے دوران OoPE کے اخراجات کا امکان ہے، یعنی "کوئی جیب خرچ نہیں" بمقابلہ "کسی بھی قسم کا جیب سے باہر خرچ ادارہ جاتی ترسیل پر۔ دو حصوں والے ماڈل کا دوسرا حصہ لاگ لنک اور گاما ڈسٹری بیوشن (Deb اور Norton، 2018) کے ساتھ ایک عمومی لکیری ریگریشن ماڈل ہے جس میں نتیجہ کا متغیر ایک مسلسل غیر صفر مثبت متغیر ہے۔

اس طرح، ڈیٹا اکٹھا کرنے، تجزیہ کرنے اور تشریح کے لیے مطالعہ میں مناسب تکنیک، ٹولز، طریقہ کار اور ماڈلز استعمال کیے گئے۔

باب 4: ہندوستان اور کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال

4.1 تعارف

ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال ملک کی فلاح و بہبود کا ایک اہم اشارہ ہے۔ ہندوستان ان ممالک میں سے ایک ہے جس نے ماں اور بچے کی صحت میں معقول بہتری دیکھی ہے۔ اکیسویں صدی کے اوائل کے دوران، ملک زچگی کے اموات کی اعلیٰ شرح تقریباً 254 فی لاکھ زندہ پیدائش (ایس آر ایس-2004-06) کا شکار تھا²⁸، جو کہ عالمی اوسط سے زیادہ تھی۔ 2017 میں، حمل اور ولادت سے منسلک خواتین کی تقریباً 810 اموات ہر روز ہونیں²⁹۔ ملینیم ڈیولپمنٹ گول نمبر پانچ کا مقصد 1990 سے 2015 تک ایم ایم آر کو تین چوتھائی تک کم کرنا تھا۔ ان مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے، حکومت نے 2005 میں نیشنل رورل ہیلتھ مشن (این آر ایچ ایم) قائم کیا، جس کا مقصد اعلیٰ معیار کے بنیادی ڈھانچے کو فروغ دینے، خاص طور پر پسماندہ علاقوں میں شیر خوار بچوں، بچوں اور زچگی کی صحت کو بہتر بنانے پر توجہ دینے کے ساتھ۔ دیہی علاقوں میں اچھی صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنا تھا۔

ہندوستان نے ملینیم ڈیولپمنٹ گولز کی طرف بڑی پیش رفت کی ہے اور 2015 کی متعینہ مدت سے پہلے کئی اہداف پورے کیے جا چکے ہیں، لیکن ترقی ناہموار رہی ہے³⁰۔ این آر ایچ ایم کے اہم پروگراموں میں سے ایک پروگرام جنانی سرکشا یوجنا (جے ایس وائی) کو 2005 میں متعارف کیا گیا ہے۔ جے ایس وائی سب سے بڑی مشروط کیش ٹرانسفر اسکیم (سی سی ٹی) کا اثر متاثر کن رہا۔ اس نے پسماندہ دیہی حاملہ خواتین کو قبل از پیدائش کی دیکھ بھال اور پیدائش کے لیے صحت عامہ کے اداروں میں لایا۔ این آر ایچ ایم کے ایک اور جزوے ایس ایچ اے نے آئی ای سی (معلومات، تعلیم، اور مواصلات) کا فرض

²⁸ Montgomery AL et.al, 2014

²⁹ WHO, 2019 (available at 9789241516488-eng.pdf)

³⁰ ESCAP, United Nations, 2015 (available from <https://www.unescap.org/resources/india-and-mdgs-towards-sustainable-future-all>)

ادا کیا جسک نتیجہ انتہائی متاثر کن رہا اور زیادہ تر ریاستوں میں خاص طور پر پسماندہ ریاستوں جیسے یوپی، بہار، ایم پی، راجستھان، اڈیشہ، وغیرہ میں ادارہ جاتی ترسیل میں اضافہ ہوا اور اس نے ماں اور بچے کی شرح اموات میں کمی کے لیے براہ راست ایک عامل غیر مبدل کے طور پر کام کیا³¹، لیکن یہ صرف ایک مخصوص طبقے کی آبادی تک محدود تھا۔ لہذا، اس کا اثر بھی خاص طور سے شہری اور اعلیٰ درجے کی آبادیوں تک محدود تھا۔ مزید یہ کہ ادارہ جاتی ترسیل میں کمی کی ایک وجہ نجی ہسپتالوں میں جیب سے زیادہ اخراجات اور سرکاری ہسپتالوں میں بنیادی ڈھانچے اور انسانی وسائل کی کمی تھی۔ این رائج ایم، کسی حد تک، سرکاری ہسپتالوں میں بنیادی ڈھانچے اور افرادی قوت کو بڑھانے میں مددگار تھا، لیکن اس نے جیب سے باہر ہونے والے زیادہ اخراجات کے مسئلے کو نہیں چھوا۔ اس کا ادراک کرتے ہوئے، حکومت ہند نے این رائج ایم اور جے ایس وائی کے پانچ سال کے بعد صحت عامہ کے اداروں میں جیب سے باہر کے اخراجات کے خاتمے کے لیے جنانی شیشو سرکشکاریا کر م (JSSK) متعارف کرایا۔ لہذا، این رائج ایم کے متعارف ہونے کے 15 سال بعد زچگی کی شرح اموات اور بچوں کی اموات پر اثر انداز ہونے والے عوامل کا تجرباتی طور پر تجزیہ کرنا ضروری ہے۔

4.2 اس سیکشن کے مقاصد اور طریقے

اس باب کے دو حصے ہیں۔ پہلے حصے میں ہم نے ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی کیفیت اور ان کے عوامل کا تذکرہ کیا ہے۔ اس باب کے دوسرے حصے میں ہم نے کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی طلب و رسد کے ضمنی عوامل کا تجزیہ کیا ہے۔ ہندوستان کی ریاستوں میں، ان ریاستوں کو تجزیہ کے لیے زیر غور لایا گیا ہے جن میں (2010-2011 اور 2019-2020) کی مدت میں دو لاکھ سے زیادہ حمل کی رپورٹنگ کی گئی۔ ان معیارات کی بنیاد پر 17 ریاستوں کو اس مطالعہ میں شامل کیا گیا ہے اور دیگر کو خارج کر دیا گیا ہے۔ کچھ متغیرات کے ڈیٹا میں کافی کمی کی وجہ سے جموں و

³¹ Rai RK and Singh PK, 2012

کشمیر اور تمل ناڈو کو بھی خارج کر دیا گیا۔ مطالعہ ایک منطقی فریم ورک اپروچ پر مبنی ہے³²۔ یہاں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال، صحت سے متعلق اہم معلومات، نتائج اور اثرات کا با مقصد تجزیہ کیا گیا ہے۔ داخلات (ان پٹس) کے طور پر، ہم نے ریاستی این رینج ایم کے کل اخراجات، منصب پر فائز آشکار کنان، اور دستیاب پہلی رینرل یونٹس کی کل تعداد جیسے متغیرات کا استعمال کیا ہے، جب کہ نتیجے کے طور پر ہم نے صحت عامہ کی سہولت میں تین یا اس سے زیادہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کا فیصد، ادارہ جاتی ولادت کی کل ولادت کی فیصد، اور جیب سے باہر اخراجات (OoPE) جیسے متغیرات کا استعمال کیا۔ اثر کے طور پر، ہم نے متغیرات جیسے ماؤں کی اموات کا تناسب (ایم ایم آر) اور بچوں کی اموات کا تناسب (آئی ایم آر) کا استعمال کیا۔ تجرباتی تجزیہ کے لیے اس مطالعہ میں درج ذیل طریقہ کار کی تقسیم کی گئی ہے:

سب سے پہلے، 2010-2011 اور 2019-2020 کی مدت کے درمیان اوپر بیان کردہ تمام صحت کے اشاریوں کے لیے اوسط بڑھتی ہوئی شرح یا اوسط کمی کی شرح کا حساب لگایا گیا تھا۔

$$\text{Average Increasing Rate / Average Reduction Rate} = \frac{\text{Final Value} - \text{Initial Value}}{\text{Initial Value}}$$

ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی وجہ اور تعین کرنے والے عوامل کی جانچ کرنے کے لیے، اور ایم آر کے مطابق متعین اور بے ترتیب تاثر ماڈل (فلسڈ اینڈ رینڈم ایفیکٹ ماڈل) استعمال کیا گیا ہے۔

ماڈل ہے:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_k X_{it} + \beta_k Z_{it} + v_i + \varepsilon_{it}$$

جہاں:

i- ایم ایم آر کے معاملے میں Entity (17 ہندوستانی ریاستیں) ہے، یہ 16 ریاستیں ہیں کیونکہ جموں و کشمیر کا ایم ایم آر ڈیٹا دستیاب نہیں ہے۔

t- 13 سال (2007-08 سے 2019-20) وقت ہے۔

³² منطقی فریم ورک اپروچ نتائج پر مبنی پروجیکٹ (پاروگرام) کی منصوبہ بندی اور نگرانی اور تشخیص کے نظام کے لیے ایک طریقہ کار اور تجرباتی طریقہ کار ہے جو اس کے ساتھ چلتا ہے۔

β_0 - مدخلت ہے

Y_{it} - یہاں منحصر متغیر ہے (ایم ایم آر اور آئی ایم آر)

X_{it} - آزاد متغیرات ہیں۔

Z_{it} - دیگر وضاحتی متغیرات ہیں جیسے خواتین خواندگی کا فیصد اور فی کس خالص ریاستی گھریلو مصنوعات (ترک شدہ متغیر تعصب سے بچنے کے لیے شامل ہے)

B_k - آزاد اور دیگر وضاحتی متغیرات کے لیے شرح قدر ہے۔

u_i یہاں i^{th} (متعلقہ ریاستوں) Entity کا انفرادی اثر ہے۔

ε_{it} - غلطی کی اصطلاح ہے، غیر مشاہدہ شدہ عناصر کی نمائندگی کرتی ہے جو وقت کے ساتھ بدلتے رہتے ہیں اور Y_{it} پر اثر ڈالتے ہیں۔

اس بات کی نشاندہی کرنے کے لیے کہ آیا u_i اور X_{it} اور u_i کے درمیان کوئی تعلق ہے، اور

Hausman ٹیسٹ کا اطلاق کیا گیا ہے، جس نے صفر مفروضہ کو قبول کیا (صفر مفروضہ بے ترتیب اثر ماڈل ہے جو مناسب

ہے)۔ Breusch اور Pagan Lagrangian multiplier ٹیسٹ کا استعمال بے ترتیب اثر اور ریاستوں میں نمایاں

فرق کے ثبوت کی تصدیق کے لیے کیا گیا تھا۔ صحت پر اثرات کا سبب اور تعین کرنے والے عوامل کو جاننے کے لیے، پینل

فلسڈ ایفیکٹ / رینڈم ایفیکٹ ماڈل میں ایم ایم آر اور آئی ایم آر کے مطابق ہم نے ریگریسرز کو ریاست کے کل این آر ایچ ایم

اخراجات، پہلے ریفرل یونٹس کی تعداد، منصب پر فائز آشاؤر کرز کی تعداد (یہ تین صحت کے داخلات سے ہیں)، موصول

ہونے والی تین یا اس سے زیادہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال (اے این سی) کی فیصد، ادارہ جاتی ولادت کی کل رپورٹ شدہ

ولادتیں اور عوامی صحت کی سہولت سے ولادت کے دوران جیب خرچ سے باہر (OoPE) (یہ تینوں صحت کے نتائج سے

ہیں) کے طور پر استعمال کیا ہے۔ اس کے علاوہ خواتین کی خواندگی کی فیصد مستقل قیمت پر فی کس خالص ریاستی گھریلو

مصنوعات کو بھی سماجی اور معاشی عوامل کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے جو ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کو

متاثر کر سکتے ہیں۔ مساوات لکیری لاگ کی شکل میں ہیں، جس میں کل این آر ایچ ایم ریاستی اخراجات، منصب پر فائز آشا ورکرز، جیب سے باہر کے اخراجات، اور مستقل قیمت پر فی کس نیٹ اسٹیٹ ڈومیسٹک پروڈکٹ کو لاگ فارم میں تبدیل کیا جاتا ہے۔

ذیل میں تخمینہ شدہ پینل بے ترتیب اثر رگریشن مساوات ہیں:

$$\begin{aligned} MMR_{it} = & \beta_0 + \beta_1 SNRHME_{it} + \beta_2 TnFRU_{it} \\ & + \beta_3 \ln ASHAWinP_{it} + \beta_4 PWr3ANC_{it} \\ & + \beta_5 InsDeltrDel_{it} + \beta_6 \ln OoPE_{it} \\ & + \beta_7 FemLiteracy_{it} + \beta_8 \ln PCNSDPatCP_{it} + v_{it} \\ & + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} IMR_{it} = & \beta_0 + \beta_1 SNRHME_{it} + \beta_2 TnFRU_{it} \\ & + \beta_3 \ln ASHAWinP_{it} + \beta_4 PWr3ANC_{it} \\ & + \beta_5 InsDeltrDel_{it} + \beta_6 \ln OoPE_{it} \\ & + \beta_7 FemLiteracy_{it} + \beta_8 \ln PCNSDPatCP_{it} + v_{it} \\ & + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

جہاں: MMR_{it} - زچگی کی شرح اموات کا تناسب؛ IMR_{it} - بچوں کی اموات کا تناسب؛
 $SNRHME_{it}$ - کل ریاستی این آر ایچ ایم اخراجات؛ $TnFRU_{it}$ - پہلے ریفرل یونٹس کی کل تعداد؛
 $\ln ASHAWinP_{it}$ - منصب پر فائز آشا ورکرز کی لاگ ان؛ $PWr3ANC_{it}$ - حاملہ خواتین کو تین یا اس سے
 زیادہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال ملی۔ $InsDeltrDel_{it}$ - کل رپورٹ شدہ ڈیلیوریوں کے لیے ادارہ جاتی ترسیل؛
 $\ln OoPE_{it}$ - جیب سے باہر کے اخراجات کا لاگ - $FemLiteracy_{it}$ - خواتین کی خواندگی؛ اور
 $\ln PCNSDPatCP_{it}$ - مستقل قیمت پر فی کس نیٹ اسٹیٹ ڈومیسٹک پروڈکٹ کا لاگ۔

4.3 ہیلتھ انپٹ اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال

صحت کے پورے نظام کی بہتری کے لیے بنیادی ڈھانچہ اور دیگر معلومات (ان پٹس) بہت ضروری ہیں۔ اس مطالعہ

میں، ہم نے این رائج ایم کے کل ریاستی اخراجات، منصب پر فائز آشاکار کنان اور فرسٹ ریفرل یونٹس (FRUs) کی تعداد

کو بطور ہیلتھ ان پٹ یا ہیلتھ انفراسٹرکچر سمجھا۔

4.3.1 کل ریاستی این رائج ایم اخراجات

ملینیم ڈیولپمنٹ گولز کے حصول کے جواب میں، حکومت نے این رائج ایم اور دیگر پروگراموں کو نافذ کیا، جس کے

نتیجے میں وقت کے ساتھ ساتھ ریاستوں میں صحت عامہ کے اخراجات میں اضافہ ہوا (ٹیبیل 4.1)۔ حوالہ کی مدت کے

دوران، این رائج ایم کے اخراجات میں ہر ریاست میں اضافہ ہوا (تصویر 4.1)۔ 2010-11 میں، این رائج ایم کے کل

اخراجات اتر پردیش میں (2693.3 کروڑ) اور بہار میں (1,549.8 کروڑ) سب سے زیادہ تھے اور اترکھنڈ میں (206.31

کروڑ) اور جموں و کشمیر میں (210.76 کروڑ) سب سے کم تھے۔ 2019-20 میں، یہ زیادہ سے زیادہ اتر پردیش میں

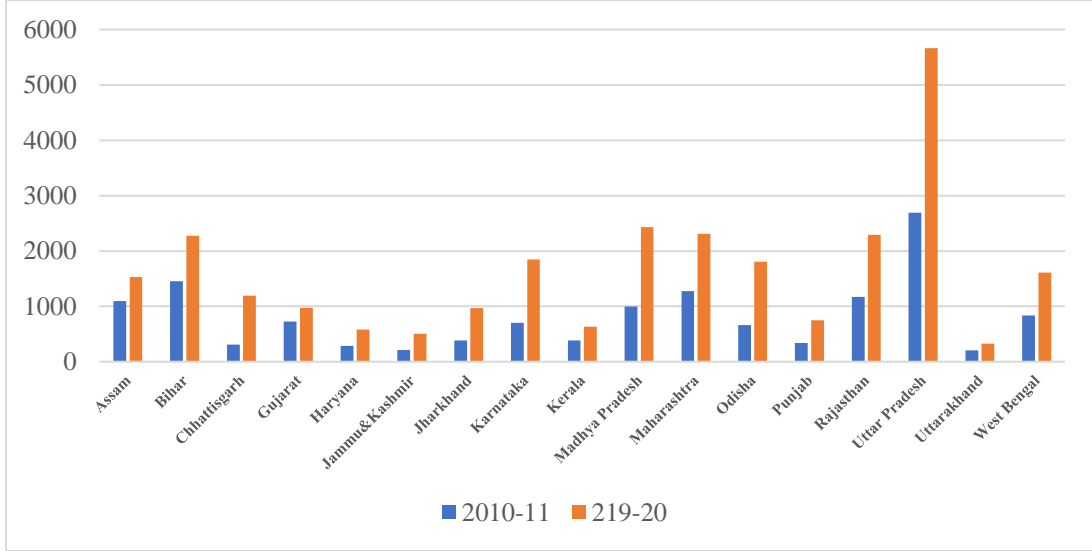
(5664.57 کروڑ) اور مدھیہ پردیش میں (2433.3 کروڑ) اور سب سے کم اترکھنڈ میں (324.71 کروڑ) اور جموں و

کشمیر میں (504.33 کروڑ) تھا۔

Table 4-1: Key Health Inputs in mother and child healthcare in India

State	NRHM Exp. (in crores)*		FRU#		ASHAs#	
	2010-11	2019-20	2010-11	2019-20	2010-11	2019-20
Assam	1093.37	1527.89	61	73	29114	31334
Bihar	1454.98	2274.37	66	68	79808	89418
Chhattisgarh	308.6	1192.64	75	37	60092	67578
Guajrat	722.26	972.79	145	132	29508	41595
Haryana	287.78	583.38	38	39	12861	17699
Jammu & Kashmir	210.76	504.33	99	53	9500	12400
Jharkhand	381.09	970.65	46	59	40964	40964
Karnataka	700.62	1846.96	166	163	33105	38704
Kerala	385.95	634.89	65	87	31829	30113
Madhya Pradesh	996.8	2433.37	83	148	50113	73486
Maharashtra	1271.63	2310.23	157	268	58831	60894
Odisha	664.37	1803.73	73	77	40942	45497
Punjab	339.34	748.02	170	205	16597	18836

Rajasthan	1172.06	2290.69	95	78	47209	60712
Uttar Pradesh	2693.3	5664.57	161	334	136094	156989
Uttarakhand	206.31	324.71	27	50	11086	11651
West Bengal	836.69	1607.02	94	143	42003	57222
Source: *National Health Accounts; #NHM, India.						



تصویر 4.1: کل ریاستی ان آر ایچ ایم اخراجات

ترقی کی اوسط شرح چھتیس گڑھ میں (286.5%) اور اڈیشہ میں (171.5%) سب سے زیادہ اور آسام میں

(39.7%) اور گجرات میں (34.7%) سب سے کم رہی۔

4.3.2 فرسٹ ریفرل یونٹس کی تعداد (FRUs)

متعدد قومی اور بین الاقوامی مطالعات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ صحت کے بنیادی ڈھانچے اور صحت سے متعلق

معلومات کے درمیان ایک اہم تعلق ہے۔ صحت سے متعلق خدمات تک بہتر رسائی، صحت سے منسلک ماہرین پیشہ ور افراد،

ادویات کا بہتر استعمال، اور ہندوستان میں صحت کے لیے زیادہ سرمایہ کاری، یہ سب صحت سے جڑے بہتر نتائج میں اہم کردار

ادا سکتے ہیں³³۔ اس مطالعہ میں پہلے ریفرل یونٹس (FRUs) کی تعداد کا جائزہ لیا گیا ہے³⁴، جو حاملہ خواتین اور شیر خوار بچوں

کی دیکھ بھال اور علاج فراہم کرنے کے لیے ضروری ہیں۔ FRUs کی تعداد تیزی سے بڑھ کر 2005 میں 940 سے 2020

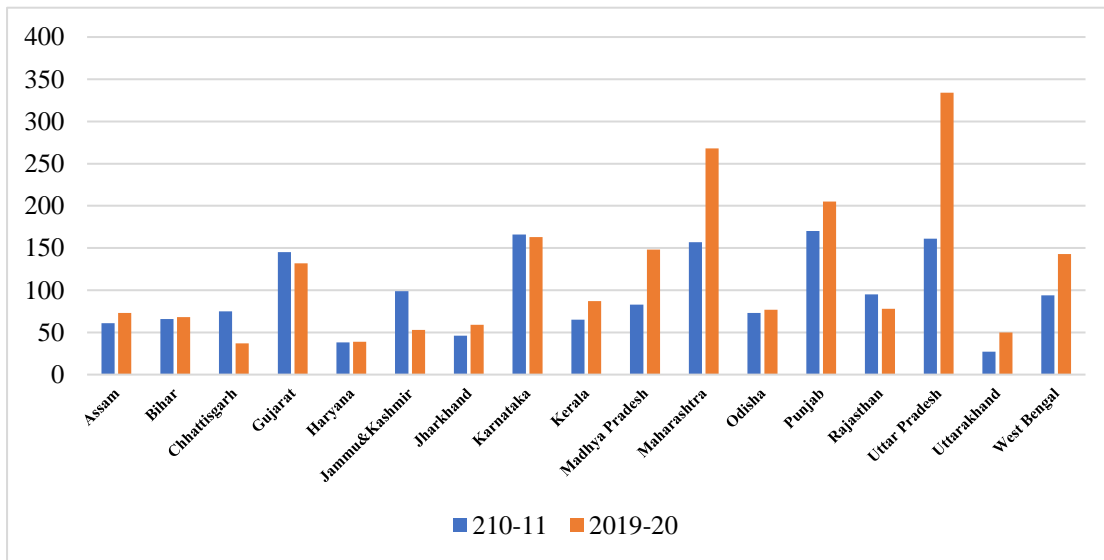
³³ Joumard, I., 2015

³⁴ فرسٹ ریفرل یونٹس (FRU) مکمل زندگی کی دیکھ بھال پیش کرتے ہیں، جیسے سیزرین سیکشن، نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال، بیمار بچوں کی ہنگامی دیکھ بھال، خاندانی منصوبہ بندی کے اختیارات کی مکمل رینج، محفوظ استقامت حاصل کی خدمات، STI/RTI، علاج، خون ذخیرہ کرنے کا یونٹ۔ دستیابی، ریفرل ٹرانسپورٹ کے ساتھ ساتھ تھوڑا سا دیکھ بھال، اور اسی طرح دیگر

میں 2996 ہو گئی ہے۔ ہم دیکھ سکتے ہیں کہ 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان چند ریاستوں جیسے ایم پی، یو پی، مہاراشٹر، اور مغربی بنگال کے علاوہ زیادہ تر ہندوستانی ریاستوں میں FRUs کی تعداد زیادہ نہیں بڑھی ہے (ٹیبیل 4.1 تصویر 4.2)۔ 2019-20 میں، ایف آر یو پی میں (334) اور مہاراشٹر میں (268) سب سے زیادہ اور چھتیس گڑھ میں (37) اور ہریانہ میں (39) سب سے کم تھے۔ اوسط بڑھنے کی شرح اتر پردیش میں (107.5%) اور اترکھنڈ میں (85.2%) سب سے زیادہ تھی، جب کہ یہ جموں و کشمیر میں (-46.5 فیصد) اور چھتیس گڑھ میں (-50.7 فیصد) سب سے کم تھی۔

4.3.3 برسر خدمت آشناور کرز:

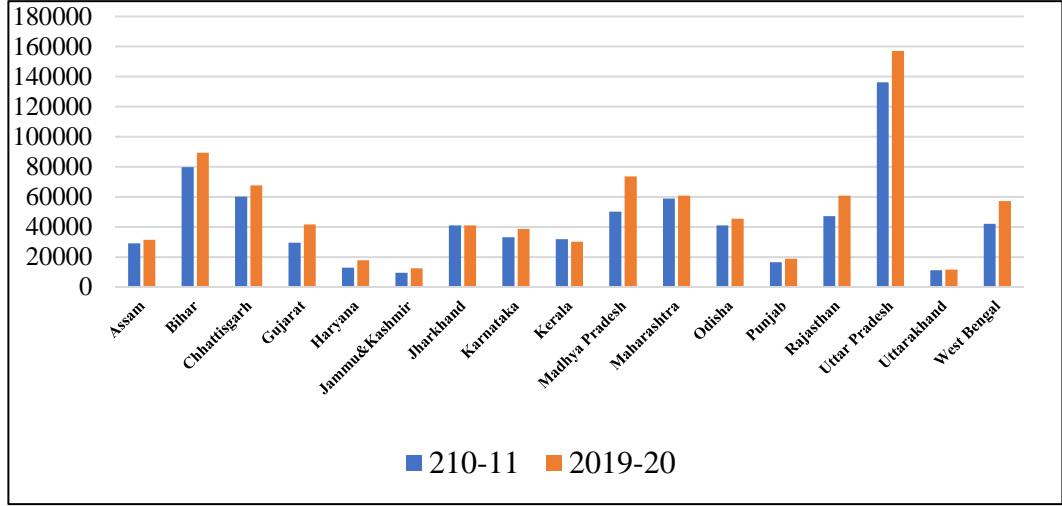
نیشنل رورل ہیلتھ مشن کی اہم خصوصیات میں سے ایک تربیت یافتہ خواتین کمیونٹی ہیلتھ ایکٹیوسٹ، جسے اکثر آشایا



تصویر 4.2: فرسٹ ریفرل یونٹس (FRUs) کی کل تعداد

ایگریڈیٹڈ سوشل ہیلتھ ایکٹیوسٹ کے نام سے جانا جاتا ہے، کو ملک کے ہر گاؤں میں تعینات کرنا ہے۔ آشاکا انتخاب گاؤں سے کیا جائے گا اور وہ کمیونٹی اور صحت عامہ کے نظام کے درمیان ایک لنک کے طور پر کام کرے گی۔ آشاکمیونٹی کی حوصلہ افزائی کرے گی اور ان کے لیے صحت اور صحت سے متعلق خدمات تک رسائی کو آسان بنائے گی جیسے تحفظاتی ٹیکوں، قبل از پیدائش چیک اپ (اے این سی)، بعد از پیدائش چیک اپ (پی این سی)، اضافی غذائیت، صفائی ستھرائی، اور سرکار کی طرف سے دیگر فراہم کردہ خدمات، جو آنگن واڑیوں / ذیلی مراکز / بنیادی صحت مراکز پر دستیاب ہیں۔ 2019-20 میں آشناور کرز کی

تعداد یوپی میں (156989) اور بہار میں (89418) سب سے زیادہ تھی، جب کہ یہ جموں و کشمیر میں (12400) اور اترکھنڈ میں (11651) سب سے کم تھی۔ عہدوں پر آشاور کرز کی تعداد میں 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان اتنا

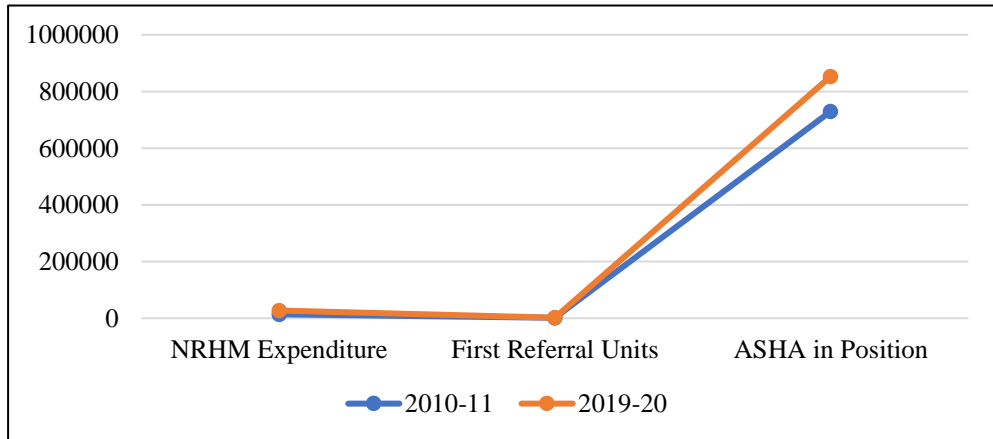


تصویر 4.3: برسر خدمت آشاور کرز

اضافہ نہیں ہوا ہے۔ اوسط بڑھنے کی شرح مدھیہ پردیش میں (46.6 فیصد) اور گجرات میں (41 فیصد) زیادہ تھی۔ چھار کھنڈ کے لیے، آشاکر پوزیشن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوئی، جب کہ، کیرالہ میں اس میں اوسطاً 5.4 فیصد کمی ہوئی ہے (تصویر 4.3)۔

ہم دیکھ سکتے ہیں کہ ان تین ان پٹ کے معاملے میں، 2010-11 اور 2019-20 کے ادوار (تصویر 4.4) کے

درمیان 17 ریاستوں میں اتنی بہتری نہیں تھی جن پر ہم نے اس مطالعہ کے لیے غور و فکر کیا۔ فرسٹ ریفرل یونٹس



تصویر 4.4: ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں 2010-11 سے 2019-20 کے دوران صحت کی معلومات میں تبدیلیاں

(FRUs) کی تعداد اور کل این ایچ آر ایم ریاستی اخراجات کے معاملے میں کوئی واضح تبدیلیاں نہیں ہیں۔ دوسری طرف، برسر خدمت آشاور کرز کی تعداد میں قدرے اضافہ ہوا ہے۔

4.4 صحت کے نتائج اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال

جب بنیادی ڈھانچے اور دیگر ان پٹس میں اضافہ ہوگا تو صحت کے نتائج بھی بہتر ہوں گے۔ اس مطالعہ میں تین یا اس سے زیادہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کا جائزہ لیا گیا، ادارہ جاتی ترسیل کی کل رپورٹ شدہ ولادتوں کی فیصد اور جیب سے باہر اخراجات کو ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال سے متعلق ہمارے صحت کے نتائج کے طور پر سمجھا جاتا ہے۔ 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان ہندوستان میں صحت کے اہم نتائج میں تبدیلیوں کو جدول 4.2 میں دیکھا جاسکتا ہے۔

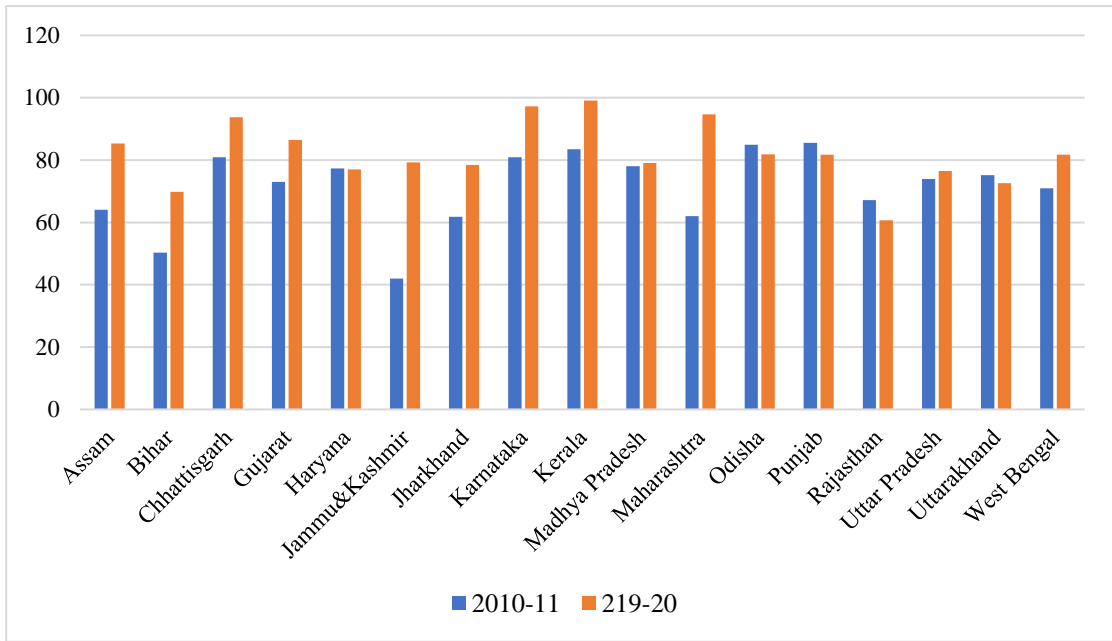
Table 4-2: Key Health Outcomes in mother and child healthcare in India

State	% of ANC		% of Institutional Delivery		OoPE (in Rs)	
	2010-11	2019-20	2010-11	2019-20	2010-11	2019-20
Assam	64.1	85.3	77.6	91.2	1829	5415
Bihar	50.3	69.8	85.6	84.8	454	2848
Chhattisgarh	80.9	93.8	54.7	98.3	1070	1808
Guajrat	73	86.5	91.8	99.5	2685	1697
Haryana	77.3	77	80.3	95.9	1492	1631
Jammu & Kashmir	42	79.3	76.6	94.6	3075	5145
Jharkhand	61.8	78.4	58.8	96	10	3150
Karnataka	80.9	97.2	93.7	99.9	4662	4954
Kerala	83.5	99.1	99.8	99.9	7140	6710
Madhya Pradesh	78	79.1	83.9	95.7	10	2530
Maharashtra	62	94.7	91.3	99.4	4343	2966
Odisha	84.9	81.8	82.2	97.3	4592	3933
Punjab	85.5	81.7	68.5	98.6	10	3346
Rajastan	67.1	60.7	88.5	98.3	2463	3523
Uttar Pradesh	73.9	76.5	58.4	88	3627	5321
Uttarakhand	75.2	72.6	61.6	88.8	1714	4002
West Bengal	70.9	81.7	68.1	98.6	6278	10495

Source: HMIS, MoH&FW

4.4.1 قبل از پیدائش کی دیکھ بھال (اے این سی)³⁵

صحت کی دیکھ بھال کے نظام کی افادیت کی بنیاد پر، عالمی ادارہ صحت کم از کم چار قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کے دوروں کا مشورہ دیتا ہے۔ ہندوستان میں، ان 17 ریاستوں (ٹیبل 4.2 اور تصویر 4.5) میں قبل از پیدائش چیک اپ (تین یا اس سے زیادہ) کا فیصد 71.3 فیصد سے بڑھ کر 82.1 فیصد ہو گیا ہے۔ تصویر 4.5: حاملہ خواتین کا فیصد جنہوں نے 3 یا اس سے زیادہ اے این سی کے دورے کیے تھے۔



تصویر 4.5: حاملہ خواتین کا فیصد جنہوں نے 3 یا اس سے زیادہ اے این سی کے دورے کیے تھے۔

یہ واضح ہے کہ تقریباً تمام ریاستوں میں اس مدت کے دوران تین یا اس سے زیادہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کے فیصد میں اضافہ ہوا ہے۔ یہ کیرالہ میں (99.1 فیصد) اور کرناٹک میں (97.2 فیصد) سب سے زیادہ تھا، جبکہ راجستھان میں (60.7 فیصد) اور بہار میں (69.8 فیصد) یہ سب سے کم تھا۔ سب سے زیادہ مثبت تبدیلی جموں و کشمیر میں (88.81 فیصد) اور مہاراشٹر میں (52.74 فیصد) کی طرف سے نشان زد کی گئی، لیکن یہ تبدیلی کی فیصد سب سے کم راجستھان میں (-9.54 فیصد) اور پنجاب میں (-4.44 فیصد) تھی۔

³⁵ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کو صحت کی دیکھ بھال کے نظام کا ایک اہم جزو سمجھا جاتا ہے۔ یہ ادارہ جاتی پیدائش، زچگی کی کم شرح اموات، اور نوزائیدہ بچوں کے زندہ رہنے کے زیادہ امکانات کی حوصلہ افزائی کرتا ہے۔

4.4.2 ادارہ جاتی ولادت³⁶ اور ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال

ترہیت یافتہ ولادت کی موجودگی ملینیم ڈیولپمنٹ گول پانچ کی طرف پیشرفت کو ٹریک کرنے کے لیے ایک کلیدی

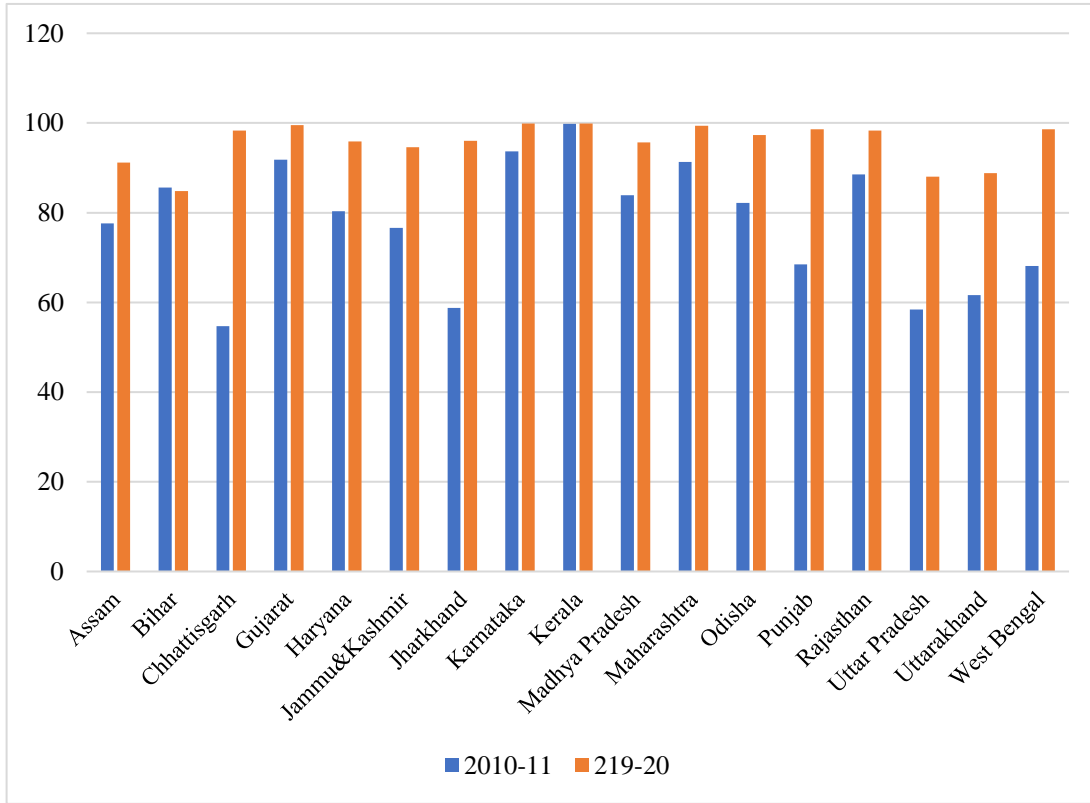
میٹرک ہے۔ بے ایس وائی اور JSSK زچگی اور بچوں کی اموات کو کم کرنے کے لیے ادارہ جاتی ولادت کی حوصلہ افزائی

کرتے ہیں۔ ان پروگراموں کے نفاذ کی وجہ سے، ہندوستان میں ادارہ جاتی ولادت میں کئی گنا اضافہ ہوا ہے³⁷۔ JSSK

اقدام کے نتیجے میں ادارہ جاتی ولادت میں بہتری آئی ہے³⁸۔ JSSK نے عوامی خدمات استفادہ کرنے والی خواتین کو فائدہ

پہنچایا، تاہم، ادویات، استعمال کی اشیاء، اور نقل و حمل نے جیب سے باہر کے اخراجات میں اضافہ کیا ہے³⁹۔

اس پورے عرصے میں تقریباً تمام ریاستوں میں ادارہ جاتی ولادت میں اضافہ ہوا ہے (ٹیبل 4.2 اور تصویر 4.6)۔



تصویر 4.6: ادارہ جاتی ولادت کی کل رپورٹ شدہ ولادت کا فیصد

³⁶ اس سے مراد تجربہ کار اور طبی ماہرین کی دیکھ بھال کے تحت طبی سہولت میں بچے کو جنم دینے کا عمل ہے۔ یہ مسئلہ سے نمٹنے اور ماں اور بچے کی جان بچانے کے لیے وسائل کی دستیابی کو بھی ظاہر کرتا ہے۔

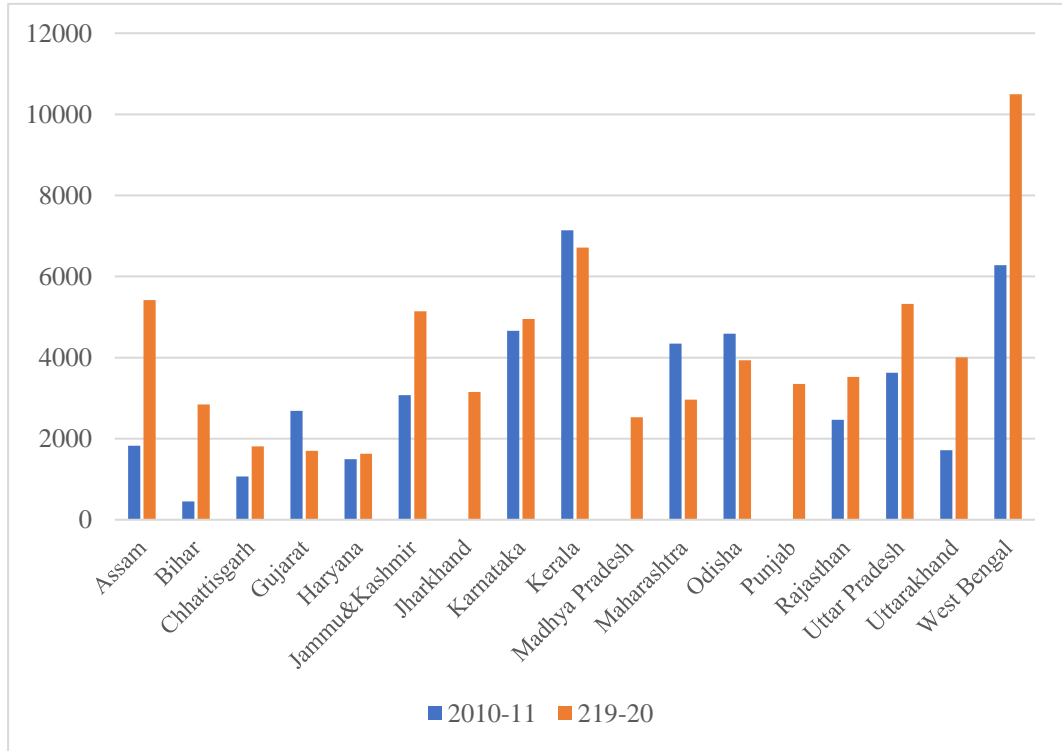
³⁷ Mishra, S., & Mohanty, S., 2019

³⁸ Salve, H., 2017

³⁹ Tyagi, U et.al., 2016

یہ سب سے زیادہ کیرالہ میں (99.9 فیصد) اور کرناٹک میں (99.9 فیصد)، جبکہ بہار میں (84.8 فیصد) اور یوپی میں (88 فیصد) سب سے کم ہے۔ اس مدت کے دوران اوسط اضافے کی شرح چھتیس گڑھ میں (79.7 فیصد) اور چھار کھنڈ میں (63.3 فیصد) سب سے زیادہ تھی، جہاں سب سے کم بہار میں (-0.9 فیصد) اور کیرالہ میں (0.1 فیصد) تھی۔ کیرالہ اپنے عروج پر تھا، اس لیے مزید بہتری کی گنجائش کم تھی۔

دیہی ہریانہ، شمالی ہندوستان سے شواہد نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ جب جے ایس ایس کے منصوبہ نافذ کیا گیا تو، مطالعاتی ادارے میں انسانی وسائل یا سہولیات میں کوئی بڑی تبدیلی نہ ہونے کے باوجود، بنیادی دیکھ بھال کی سطح پر ولادت کی تعداد میں دوگنا سے زیادہ اضافہ ہوا۔ 2006 میں اپنے آغاز کے بعد سے، جے ایس وائی پروگرام نے ادارہ جاتی ولادت کے لیے کمیونٹی میں مطالبہ کو بڑھانے میں مدد کی ہے۔ وہ خدمات JSSK کے تحت دی گئیں جنہوں نے مطالعاتی علاقے کی آبادی میں ادارہ جاتی فراہمی میں مزید اضافہ کیا جو پہلے جے ایس وائی پروگرام کے ذریعہ شروع کیا گیا تھا⁴⁰۔



تصویر 4.7: صحت عامہ کے اداروں میں ڈیلیوری کے دوران جیب سے خرچ

⁴⁰ Salve, H., 2017

4.4.3 سرکاری صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران OoPE

(OoPE)، جو کہ ہندوستان میں صحت کے مجموعی اخراجات کی 60 فیصد سے زیادہ ہے، فنڈنگ کا بنیادی ذریعہ

ہے⁴¹۔ بہت سارے خدمات زچگی کی صحت پر مرکوز ہیں کیونکہ وہ آبادی کا سب سے زیادہ کمزور اور اکثریتی گروپ (2/3)

ہیں، اور ان میں سے زیادہ تر بیماریاں اور اموات قابل گریز تھیں (چندر کر، ایٹ ال۔ 2017)۔ ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ

بھال میں OoPE کو ختم کرنے کے لیے، حکومت نے این ایچ آر ایم کے تحت 2011 میں بے ایس ایس کے کا آغاز کیا۔

زیادہ تر ریاستوں میں سرکاری صحت کی سہولیات میں OoPE میں اضافہ ہوا ہے (ٹیل 4.2 اور تصویر 4.7)۔ یہ

مغربی بنگال میں (10495 روپے) اور کیرالہ میں (6710 روپے) سب سے زیادہ تھا، جبکہ یہ ہریانہ میں (1631 روپے) اور

گجرات میں (1697 روپے) سب سے کم تھا۔ تبدیلی کی فیصد صرف گجرات، مہاراشٹر، اڈیشہ اور کیرالہ کے لیے منفی تھی۔

تاہم، زیادہ تر ریاستوں میں این ایچ آر ایم اور بے ایس ایس کے کے متعارف ہونے کے بعد بھی، OoPE کے خاتمہ کا کوئی

نشان نہیں تھا، بلکہ 2010-11 کے مقابلے 2019-20 میں اس میں اضافہ کیا گیا تھا۔

اگرچہ بے ایس ایس کے کے نفاذ کے بعد OoPE میں قدرے کمی آئی، لیکن بے ایس ایس کے سے پہلے (2.2)

فیصد) اور بے ایس ایس کے کے بعد (15.6 فیصد) ادوار کے درمیان تباہ کن صحت کے اخراجات میں کوئی واضح فرق نہیں

تھا⁴²۔ ایک اور تحقیق کے مطابق، بے ایس ایس کے کے فوائد حاصل کرنے والے 83.5 فیصد نمونہ گروپ کے پاس

OoPE تھا۔ حسابی اوسط خرچ آئی این آر 4289 تھا⁴³۔ اوسط OoPE INR 11000 تھا۔ مستفیدین کو ابھی بھی صحت کے

کافی اخراجات کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، دہلی کے علاقوں میں کئے گئے ایک سروے کے مطابق، تشخیصات (ڈائینوسٹکس)

اخراجات کی سب سے بڑی فیصد ہے، جو بنیادی ڈھانچے کی رکاوٹوں کی وجہ سے ہو سکتے ہیں۔ ادویہ سازی اخراجات کا دوسرا

⁴¹ Mishra, S., & Mohanty, S., 2019

⁴² Tripathi, N., 2014

⁴³ Chaudhary, et. al, 2017

سب سے بڑا حصہ ہے، جسے ادویات کی دستیابی کی کمی سے جوڑا جاسکتا ہے⁴⁴۔

چھتیس گڑھ میں جے ایس ایس کے پہلے صحت عامہ کی سہولیات میں حاملہ خواتین پر ہونے والے اخراجات کو کم کرنے کے اپنے مقصد کو حاصل کرنے میں کامیاب نہیں ہو سکی ہے۔ ادویات، خوراک، اور نقل و حمل کے اخراجات کی اکثریت ہے۔ انسانی وسائل کی کمی، صحت کے ناقص انفراسٹرکچر، اور دواسازی کی بے قاعدگی اور ناکافی سپلائی کی وجہ سے، وصول کنندگان ادارہ جاتی ولات کے دوران بھاری فیس ادا کرنے پر مجبور ہیں۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس منصوبے پر حکومتی اخراجات ناکافی ہیں، جسے جے ایس ایس کے کی افادیت بڑھانے کے لیے وسائل کی دانشمندانہ تقسیم کے ذریعے حل کیا جانا چاہیے⁴⁵۔ مغربی بنگال کے بنگلور علاقے میں 70 فیصد سے زیادہ حاملہ خواتین اس پروگرام سے واقف تھیں، پھر بھی ان میں سے صرف 20 فیصد اس سے استفادہ کرتی ہیں۔ ادویات، نقل و حمل، اور تشخیصی اخراجات کے شعبے تھے⁴⁶۔ اس مطالعہ کے مطابق، جے ایس ایس کے حاملہ خواتین اور بیمار بچوں کو مفت خدمات فراہم کرنے کے اپنے مطلوبہ مقصد کو پورا کرنے میں ناکام رہی، کیونکہ اس کے نفاذ میں کوتاہیوں کی وجہ سے زیادہ تر سہولیات کی سطح پر ہندوستان میں حفاظتی ٹیکوں کی کوریج ایک ریاست سے دوسری ریاست میں وسیع پیمانے پر مختلف ہوتی ہے، ملک کے بڑے وسطی علاقوں میں سب سے کم فیصد دیکھے جاتے ہیں۔ بہار، مدھیہ پردیش، اتر پردیش، اور راجستھان جیسی بڑی ریاستوں میں جزوی طور پر ٹیکے لگوانے والے اور حفاظتی ٹیکے لگانے والے بچوں کی سب سے زیادہ تعداد ہے۔ حالیہ تحقیق کے مطابق، گزشتہ دو دہائیوں کے دوران، ہندوستان میں مکمل ویکسینیشن کوریج میں بالترتیب دیہی اور شہری علاقوں میں 2.65 فیصد اور 0.82 فیصد سالانہ اضافہ ہوا ہے۔ میٹروپولیٹن علاقوں میں، بہتری سست اور ناکافی ہے۔ خواتین میں ویکسینیشن کی مکمل شرح مردوں، کم آمدنی والے

⁴⁴ Sharma, S., & Bothra, M. 2016

⁴⁵ Chandrakar, 2017

⁴⁶ Mitra, 2016

خاندانوں اور مسلمانوں کے مقابلے میں کم تھی⁴⁷۔ 1992-93 اور 2005-06 کے درمیان، شمال میں مکمل ویکسینیشن کا فرق کم ہوا، لیکن ملک کی مغربی اور جنوبی ریاستوں کے کچھ حصوں میں اضافہ ہوا⁴⁸۔ یونیورسٹی امیونائزیشن پروگرام (یو آئی پی) کی تاثیر ماں کی خواندگی پر منحصر ہے۔ اس کے نتیجے میں، خاص طور سے دیہی علاقوں میں ماؤں کو تعلیم دینے کے لیے انفارمیشن، ایجوکیشن، اینڈ کمیونیکیشن (آئی ای سی) پروگراموں کو فروغ دینے کی کوشش کی جانی چاہیے⁴⁹۔

4.5 ہندوستانی ریاستوں میں صحت کے اثرات کا تجزیہ

صحت کے اثرات کا تجزیہ کر کے ہم آبادی پر پالیسی، پروگرام، یا اقدام کے ممکنہ صحت کے نتائج، خاص طور سے کمزور یا پسماندہ لوگوں کی صحت کے نتائج کا جائزہ لے سکتے ہیں، اس مطالعہ میں، ہم نے زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر) اور بچوں کی اموات کے تناسب (آئی ایم آر) کو صحت کے اثرات کے طور پر سمجھا۔

4.5.1 زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر)⁵⁰

زچگی کی شرح اموات، جو خواتین کے سماجی اور معاشی نقصانات کی عکاسی کرتی ہے، کو ہندوستان کی صحت کی حکمت عملی کے معاملے میں ایک اہم تشویش کے طور پر نامزد کیا گیا ہے۔ قومی صحت مشن نے ماں کی صحت کو فروغ دینے کے لیے اہم اور منصوبہ بند سرمایہ کاری کی ہے۔ ہندوستان میں، ایم ایم آر 1990 میں 556 سے کم ہو کر 2015 میں 174 رہ گیا ہے، جو کہ 4.6 فیصد کی اوسط سے سالانہ کمی ہے۔ ایم ایم آر کا ہدف 2015 تک 109 فی 1,000 باحیث ولادت تھا۔ ایس آر ایس کے شماریات سے واضح طور پر معلوم ہوتا ہے کہ تمام ہندوستانی ریاستوں نے زچگی کی اموات کو نمایاں طور پر کم کر کے اپنی ایم ایم آر کی صورت حال کو بہتر بنایا ہے (ٹیبیل 4.3)۔

⁴⁷ Kulkarni et.al 2021

⁴⁸ Prusty and Kumar., 2014

⁴⁹ Yadav and Singh., 2004

⁵⁰ زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر) کی تعریف ایک مخصوص مدت کے اندر فی 100,000 باحیث ولادتوں میں حمل اور بچے کی پیدائش کے مسائل کی وجہ سے ہونے والی زچگی کی اموات کی تعداد کے طور پر کی جاتی ہے۔

Table 4-3: Key health impact in mother and child healthcare in India

State	MMR		IMR	
	2010-11	2019-20	2010-11	2019-20
Assam	328	215	55	40
Bihar	261	149	44	29
Chhattisgarh	269	159	48	40
Guajrat	148	75	41	25
Haryana	153	91	44	27
Jammu & Kashmir	-	-	41	20
Jharkhand	219	71	39	27
Karnataka	178	92	35	21
Kerala	95	43	15	6
Madhya Pradesh	300	173	70	46
Maharashtra	104	46	25	17
Odisha	258	150	57	38
Punjab	172	129	30	19
Rajastan	318	164	52	35
Uttar Pradesh	359	197	57	41
Uttarakhand	359	99	43	27
West Bengal	145	98	32	20

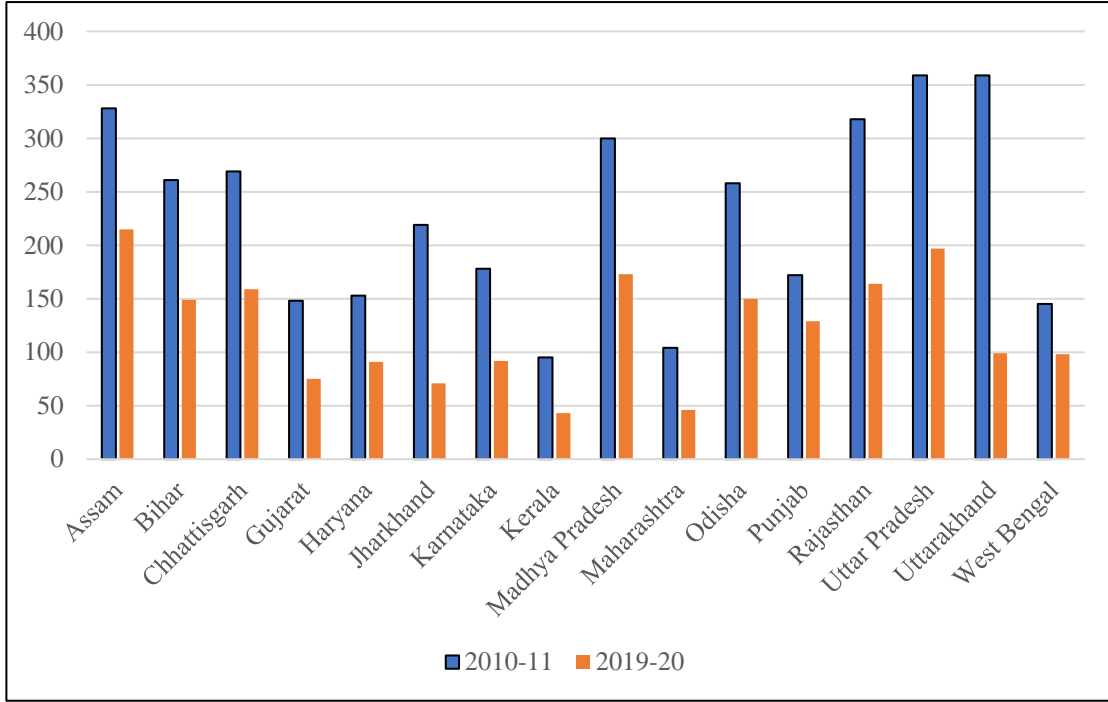
Source: SRS, Office of the Registrar General, GoI

یہ بہت واضح ہے کہ مطالعہ کی مدت کے دوران تمام ریاستوں میں ایم ایم آر میں کافی کمی آئی ہے (تصویر 4.8)۔

ایم ایم آر کیرالہ میں (43) اور مہاراشٹر میں (46) سب سے کم اور آسام میں (215) اور یوپی میں (197) سب سے زیادہ تھا۔ 2010-11 سے 2019-20 تک اوسط کمی کی شرح (اے آر آر) اتر اکنڈ میں (-72.4 فیصد) اور جھارکھنڈ میں (67.6 فیصد) سب سے زیادہ تھی، جبکہ یہ پنجاب میں (25.0 فیصد) اور آسام میں (32.4 فیصد) سب سے کم تھی۔ ہم محفوظ مادرانہ پروگرام متعارف کرانے کے بعد بھی ہندوستانی ریاستوں کے درمیان کارکردگی میں بڑے تفاوت کا پتہ لگا سکتے ہیں۔ ہندوستان میں، زچگی کی شرح اموات کی اکثریت اب بھی غذائیت، غربت، اور سماجی پسماندگی سمیت متغیرات سے منسلک ہے، جس پر مداخلتوں کا بہت کم یا کوئی اثر نہیں ہوا ہے⁵¹۔

ان کے نتائج کے مطابق، صرف معاشی ترقی ہندوستان میں ایم ایم آر میں تبدیلی کا سبب بن سکتی ہے۔ انہوں نے مشاہدہ کیا کہ ایم ایم آر اور پی این ایس ڈی پی، ٹی ایف آر، اور ایس سی / ایس ٹی آبادیوں کا مضبوط تعلق ہے۔ ایک اور مطالعہ

⁵¹ William, et.al 2015.



تصویر 4.8: ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر)

نے ایس آر ایس 2001-03 کے شماریات کا استعمال کرتے ہوئے، ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات کے وجوہات کا دوبارہ جائزہ لیا، اور یہ نتیجہ اخذ کیا کہ ہندوستان میں زچگی کی اموات میں 80 فیصد سے زیادہ براہ راست زچگی کے عوامل ہیں۔ نتیجے کے طور پر، پالیسی ساز ایم ایم آر کے مقصد کو زیادہ موثر طریقے سے حاصل کرنے کے لیے ان علاقوں کو ملازمت دے سکتے

ہیں⁵²۔

اس حقیقت کے باوجود کہ ہندوستان ایم ڈی جی ہدف سے کم رہا، ملک نے نمایاں ترقی کی ہے۔ یہ چار اہم متغیرات کی وجہ سے ممکن ہوا ہے⁵³۔ سب سے پہلے، این آر ایچ ایم کے نفاذ کے ساتھ، ہندوستان نے اعلیٰ معیار کی زچگی کی صحت کی خدمات تک رسائی کو بڑھانے کے لیے جان بوجھ کر کوشش کی ہے۔ اس کے بعد سے ادارہ جاتی ولادت 38 فیصد سے بڑھ کر 79 فیصد ہو گئی ہے۔ دوسرا، ریاستی سبسڈی والے ڈیمانڈ سائیڈ فنانسنگ پروگرام جیسے جنانی تحفظ یوجنا اور جنانی شیشو تحفظ کاریا کرم، جو کہ صحت عامہ کے اداروں میں بچے پیدا کرنے والی تمام حاملہ خواتین کو بشمول سی سیکشنز مفت نقل و حمل اور

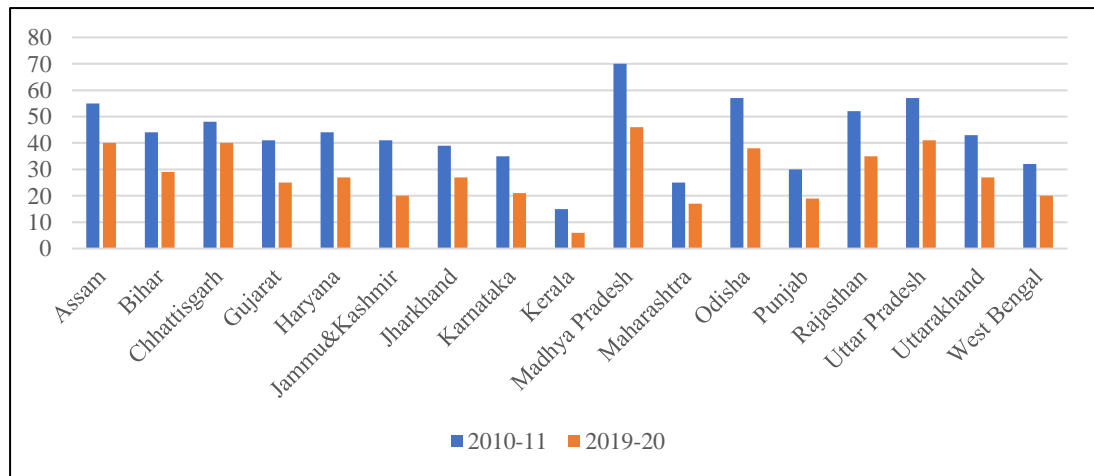
⁵² Montgomery, et. al 2014

⁵³ Poonam, 2018

مفت ولادت فراہم کرتے ہیں۔ ان اداروں نے بڑی حد تک ادارہ جاتی پیدائش میں روایتی شہری-دیہی تقسیم کو مجموعی طور پر ختم کر دیا ہے۔ مجموعی طور پر، میٹروپولیٹن پیدائشوں کے 89 فیصد کے مقابلے میں 75 فیصد دیہی پیدائشیں ہنرمند حاضری پر مبنی ہیں۔ تیسرا، ہندوستان نے زچگی کی صحت کے سماجی و معاشی مسائل کو حل کرنے کو بہت زیادہ ترجیح دی ہے۔ ہندوستان کی خواتین پہلے سے کہیں زیادہ پڑھی لکھی ہیں، چنانچہ 68 فیصد پڑھنے لکھنے کے قابل ہیں۔ وہ بعد کی عمر میں شادیاں بھی کر رہے ہیں، ان میں سے صرف 27 فیصد کی شادی 18 سال کی عمر سے پہلے ہوئی ہے۔ خواتین کو اب قبل از پیدائش کے معائنے، ماہر امراض نسوان، اور پردھان منتری تحفظ ماتر تو ابھیان جیسی مہموں سے منسوب زیادہ خطرے والے حمل کو ٹریک کرنے کی صلاحیت حاصل ہے۔

4.5.2 بچوں کی اموات کی شرح (آئی ایم آر)⁵⁴

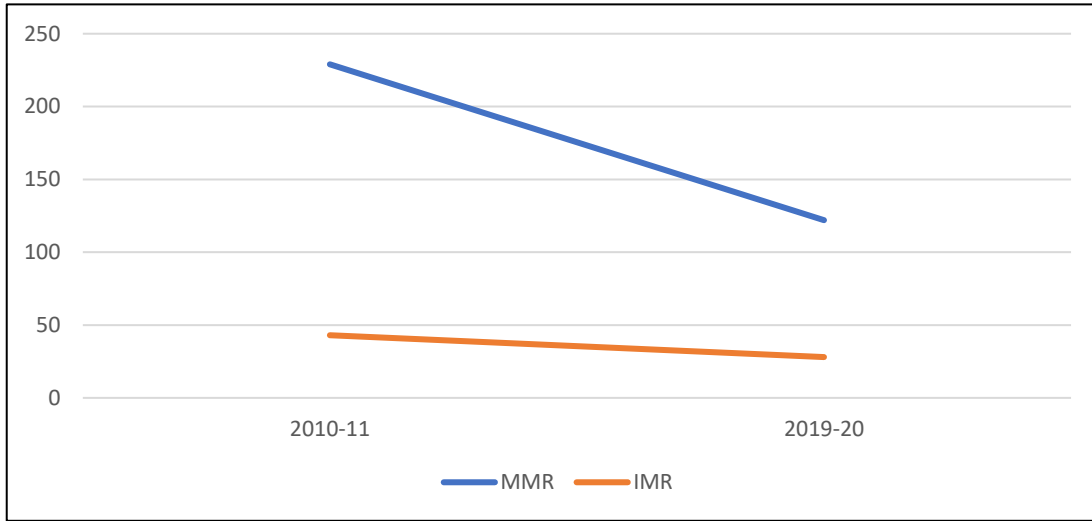
بھارت میں نوزائیدہ اور بچوں کی اموات کی شرح کو کم کرنے کی کوششیں درست راستے پر ہیں۔ ہندوستان میں نوزائیدہ بچوں کی اموات کی شرح 1990 میں 89 سے کم ہو کر 2019 میں 30 رہ گئی۔ ایم پی میں (46)، یوپی میں (41)، چھتیس گڑھ میں (40) اور آسام میں (40) زیادہ آئی ایم آر تھا۔ کرناٹک میں (21)، مغربی بنگال میں (20)، جموں و کشمیر میں (20)، پنجاب میں (19)، مہاراشٹر میں (17)، اور کیرالہ میں (6) سب سے کم آئی ایم آر (ٹیبیل 4.3 اور تصویر 4.9) تھا۔



تصویر 4.9: ہندوستان میں بچوں کی اموات کی شرح (آئی ایم آر)

⁵⁴ فی 1000 باحیات ولادتوں میں ایک سال سے کم عمر کے بچوں کی موت کی شرح

ہندوستان میں 2010-11 (47) اور 2019-20 (30) کے درمیان، اوسط کمی کی شرح 36.17 فیصد تھی۔ تمام ریاستوں میں اس مدت کے دوران بچوں کی اموات میں نمایاں کمی ہوئی ہے، جہاں کیرالہ میں (60.0 فیصد)، اور جموں و کشمیر میں (51.2 فیصد) کمی کی شرح سب سے زیادہ تھی۔ چھتیس گڑھ میں (16.7 فیصد) اور آسام میں (27.3 فیصد) کمی کی شرح کم تھی۔ آئی ایم آر کے لیے ایم ڈی جی-4 کا مقصد 2015 تک 27 تھا، تاہم، 16 ریاستوں میں ابھی اسے پورا کیا جانا ہے، جن میں ایم پی، یوپی، چھتیس گڑھ، آسام، راجستھان اور بہار، اور کچھ شمال مشرقی ریاستیں شامل ہیں۔ ریاستوں میں ایم آر اور آئی ایم آر میں 2010-11 سے 2019-20 تک اس مطالعہ کے لیے مد نظر اوسط تبدیلیاں تصویر 4.10 میں دکھائی گئی ہیں۔ آئی ایم آر منحنی خطوط کے مقابلے میں، ایم آر وکری زیادہ تیز ہے۔ اس طرح، ہم یہ نتیجہ اخذ کر سکتے ہیں کہ مذکورہ بالا مدت کے دوران، اکثر ریاستوں میں زچگی کی شرح اموات میں نمایاں کمی واقع ہوئی ہے۔



تصویر 4.10: ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں 2010-11 سے 2019-20 کے دوران صحت کے اثرات میں تبدیلیاں

4.6 تجرباتی تجزیہ

ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال (صحت کے مخصوص نتائج، یعنی؛ ایم آر اور آئی ایم آر) پر این ایچ آر ایم اور اس کے اجزاء جیسے بے ایس وائی اور JSSK کا اثر کا پتہ لگانے کے لیے 'فلسڈ اینڈ ریٹڈ ایفیکٹ ماڈل' استعمال کیا جاتا ہے۔ Hausman ٹیسٹ کا استعمال یہ معلوم کرنے کے لیے کیا جاتا ہے کہ کون سا ماڈل زیادہ موزوں ہے، جس میں صفر مفروضہ (H0) ہے۔ یہاں معلوم ہوا کہ 'بے ترتیب اثر زیادہ مناسب ہے۔' یہاں ہم نے تجرباتی تجزیہ کے لیے درج ذیل متغیرات کا

Table 4-4: Attributes of Variables

Name of Variables	Label of Variables	Units	Stationarity
MMR	Maternal Mortality Ratio	Ratio	Level (IPS ⁵⁵ &LLC ⁵⁶)
IMR	Infant Mortality Ratio	Ratio	Level (LLC)
LnNRHMExp	Total State NRHM Expenditure	Natural Log	Level (IPS&LLC)
LnTnFRUs	Total number of First Referral Units	Natural Log	Level (IPS&LLC)
LnASHAs	ASHA Workers in position	Natural Log	Level (IPS&LLC)
PWr3ANC	Pregnant Women received three or more Ante-Natal Care	Percentage	Level (IPS&LLC)
InsDeltrDel	Institutional Delivery to reported deliveries	Percentage	Level (IPS&LLC)
LnOoPE	OoPE during delivery in public health facilities	Natural Log	Level (IPS&LLC)
CIMMU	Child Immunisation	Percentage	Level (IPS&LLC)
FemLiteracy	Female Literacy	Percentage	IInd difference
LnPCNSDPatCP	Percapita Net State Domestic Product at Constant Price	Natural Log	Level (IPS&LLC)

چونکہ زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر) اور خواتین کی شرح خواندگی (Female Literacy) کے علاوہ تمام

متغیر سطحوں پر غیر متبدل ہیں، ان متغیرات کے درمیان تعلق جاننے کے لیے، خاص طور سے آزاد متغیر کے درمیان،

پیڈرونی کوانٹیلیشن ٹیسٹ کا استعمال کرنے کے بجائے کورلیشن میٹرکس کا استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر آزاد متغیرات ایک

دوسرے کے ساتھ 0.80 (80 فیصد) سے زیادہ منسلک ہوتے ہیں تو ان میں سے کسی کو بھی متغیرات کی فہرست سے خارج کیا

جاسکتا ہے۔ کورلیشن میٹرکس ٹیبل (ٹیبل 4.5) سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ آزاد متغیرات ایک دوسرے کے ساتھ 0.80 (80

فیصد) سے زیادہ نہیں جڑے ہوئے ہیں، اس لیے سلسلہ وار ارتباط میں کوئی مسئلہ نہیں ہے۔

Table 4-5: Matrix of Correlation

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) MMR	1.00									
(2) IMR	0.81	1.00								
(3) LnNRHMExp	-0.02	0.04	1.00							
(4) LnTnFRUs	-0.29	-0.24	0.57	1.00						
(5) LnASHAs	0.17	0.24	0.73	0.35	1.00					
(6) PWr3ANC	-0.32	-0.29	0.01	0.23	-0.01	1.00				
(7) InsDeltrDel	-0.48	-0.34	0.06	0.13	-0.21	0.22	1.00			

⁵⁵ Im-Pesaran-Shin unit-root test

⁵⁶ Levin-Lin-Chu unit-root test

(8) LnOoPE	-0.28	-0.34	0.35	0.17	0.02	0.21	0.38	1.00		
(9) FemLiteracy	-0.64	-0.75	-0.16	0.14	-0.43	0.40	0.43	0.45	1.00	
(10)LnPCNSDPatCP	-0.65	-0.68	-0.01	0.16	-0.30	0.46	0.45	0.41	0.66	1.00

Source: Author's calculation based on Table 4.1 to 4.13

فلسفہ ایفیکٹ اور ریڈم ایفیکٹ ماڈلز کو الگ الگ استعمال کرنے کے بعد اور ہاسمین ٹیسٹ کا استعمال کرتے ہوئے یہ

جانچنے کے بعد کہ کون سا ماڈل موزوں ترین ہے، یہ نتیجہ اخذ کیا جاتا ہے کہ بے ترتیب اثر ماڈل مناسب ہے۔ Breusch اور

Pagan Lagrangian multiplier ٹیسٹ بے ترتیب اثر ($p > 0.01$) اور ریاستوں میں اہم فرق کے ثبوت کی تصدیق

کرتا ہے۔

4.6.1 ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات (ایم ایم آر) کا تعین

ریڈم ایفیکٹ ماڈل کا نتیجہ ذیل میں دیا گیا ہے (جدول 4.6)

Table 4-6: Results of Random Effect Model (Dependent Variable=MMR)

MMR	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf	Interval]	Sig
LnNRHMEExp	-10.61	7.23	-1.47	0.14	-24.78	3.56	
LnTnFRUs	-11.61	5.70	-2.04	0.04	-22.79	-0.43	**
LnASHAs	-1.95	5.76	-0.34	0.74	-13.23	9.33	
PWr3ANC	0.72	0.20	3.64	0.00	0.33	1.11	***
InsDeltrDel	-0.33	0.19	-1.76	0.08	-0.69	0.04	*
LnOoPE	4.11	2.07	1.99	0.05	0.06	8.16	**
FemLiteracy	-9.30	1.09	-8.56	0.00	-11.43	-7.17	***
LnPCNSDPatCP	-18.45	8.36	-2.21	0.03	-34.84	-2.05	**
Constant	1119.93	64.91	17.25	0.00	992.71	1247.15	***
Mean dependent var		203.452	SD dependent var		90.963		
Overall r-squared		0.476	Number of obs		208		
Chi-square		496.499	Prob > chi2		0.000		
R-squared within		0.729	R-squared between		0.427		

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

ریڈم ایفیکٹ ماڈل کے نتیجہ سے معلوم ہوتا ہے کہ زچگی کی شرح اموات کے تناسب (ایم ایم آر) پر فرسٹ

ریفرل یونٹس (FRUs)، ادارہ جاتی ولادت، خواتین کی خواندگی، اور پی این ایس ڈی پی کے درمیان منفی اور اہم تعلق ہے۔

خواتین کی خواندگی اور ادارہ جاتی ولادت میں ایک یونٹ کے اضافے کے ساتھ، ایم ایم آر کو بالترتیب 9.30 اور 0.33 یونٹس

تک کم کیا جاسکتا ہے جبکہ پہلے ریفرل یونٹس کی تعداد میں ایک یونٹ کا اضافہ اور پی این ایس ڈی پی اس ماڈل کے مطابق ایم ایم

آر کو بالترتیب 0.11 اور 0.18 یونٹ تک کم کر سکتا ہے۔ ادارہ جاتی ولادت کو بڑھانا این ایچ آر ایم اور ایم آر کو کم کرنے

کے اس کے اجزاء کے اہم قریبی مقاصد میں سے ایک ہے۔ خواتین کی خواندگی بھی ہندوستان میں ایم ایم آر کو کم کرنے میں اہم کردار ادا کر رہی ہے۔ اسی طرح، ماڈل کے نتائج سے یہ پتہ چلتا ہے کہ ایم ایم آر کے لیے جیب سے باہر کی ادائیگیوں اور حاملہ خاتون کو موصول ہونے والی قبل از پیدائش کے دوروں کی تعداد - تین یا اس سے زیادہ کے درمیان شماریات کے لحاظ سے اہم مثبت تعلق ہے۔ یہ اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ اگر حاملہ خواتین کے لیے قبل از پیدائش کی دیکھ بھال میں ایک یونٹ کا اضافہ کیا جاتا ہے، تو ایم ایم آر میں 0.72 یونٹس کا اضافہ ہوگا، اور اگر OoPE ایک یونٹ سے بڑھتا ہے، تو ایم ایم آر میں 0.04 یونٹس کا اضافہ ہوگا۔ یہ متضاد اور غیر معمولی ہے۔

اس طرح، اس ماڈل کو اس طرح لکھا جاسکتا ہے:

$$MMR_{it} = 1120 - 0.11TnFRUs_{it} + 0.72PWr3ANC_{it} + 0.04OoPE_{it}$$

$$- 9.30FemLiteracy_{it} - 0.18PCNSDPatCP_{it}$$

تاہم، سوال میں یہ ماڈل آزاد متغیرات کی وجہ سے ایم ایم آر میں صرف 48 فیصد تغیرات کی وضاحت کر رہا ہے۔

4.6.2 ہندوستان میں بچوں کی اموات کے تناسب (آئی ایم آر) کے عوامل

بچوں کی شرح اموات کے تناسب کے معاملے میں، بے ترتیب اثر ماڈل سے معلوم ہوتا ہے کہ آئی ایم آر اور این

ایچ آر ایم ریاستی اخراجات، بچوں کے حفاظتی ٹیکوں، خواتین کی خواندگی اور پی این ایس ڈی پی (ٹیبل 4.7) کے درمیان

شماریاتی لحاظ سے اہم اور منفی تعلق ہے۔

Table 4-7: Results of Random Effect Model (Dependent Variable-IMR)

IMR	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf	Interval]	Sig
LnNRHMEExp	-4.026	1.08	-3.75	0.00	-6.13	-1.92	***
LnFRUs	0.412	0.86	0.48	0.63	-1.30	2.09	
LnASHAs	0.064	0.87	0.07	0.94	-1.63	1.76	
PWr3ANC	0.079	0.03	2.65	0.01	0.02	0.14	***
InsDeltrDel	0.049	0.03	1.75	0.10	-0.01	0.10	*
LnOoPE	-0.201	0.31	-0.65	0.52	-0.81	0.41	
CIMMU	-0.260	0.18	-3.83	0.03	-1.71	0.03	**
FemLiteracy	-0.922	0.16	-5.89	0.00	-1.23	-0.615	***
LnPCNSDPatCP	-5.948	1.24	-4.79	0.00	-8.38	-3.52	***
Constant	183.42	9.65	19.01	0.00	164.52	202.33	***
Mean dependent var		40.505	SD dependent var		14.411		
Overall r-squared		0.605	Number of obs		208		

Chi-square	589.677	Prob > chi2	0.000
R-squared within	0.756	R-squared between	0.551

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

تاہم، آئی ایم آر کے ساتھ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کا تعلق شریاتی لحاظ سے اہم، لیکن مثبت ہے۔ تجرباتی مطالعہ کے نتیجے سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ ریاستی این ایچ آر ایم کے اخراجات میں ایک یونٹ کا اضافہ آئی ایم آر کو 0.04 یونٹ تک کم کر سکتا ہے۔ بچوں کی حفاظتی ٹیکوں اور خواتین کی خواندگی میں ایک یونٹ کا اضافہ بچوں کی اموات کو بالترتیب 0.26 اور 0.92 یونٹ تک کم کر سکتا ہے۔ اور فی کس خالص ریاستی گھریلو مصنوعات میں ایک یونٹ اضافہ آئی ایم آر کو 0.05 یونٹ تک کم کر سکتا ہے۔

اس کے مطابق، اس ماڈل کو اس طرح لکھا جاسکتا ہے:

$$IMR_{it} = 183 - 0.04NRHME_{it} + 0.08 PWR3ANC_{it} - 0.26CIMMU_{it} - 0.92FemLiteracy_{it} - 0.05PCNSDP_{it}$$

تاہم، یہ ماڈل ان آزاد متغیرات کی وجہ سے آئی ایم آر میں 60.5 فیصد تغیر کی پیشینگوئی گئی کر رہا ہے جن پر ہم نے

غور کیا ہے۔

4.6.3 مباحثہ

مطالعہ میں 2010-11 سے 2019-20 تک تمام ریاستوں میں فی کس سرکاری صحت کے اخراجات کے معاملے

میں بڑھتے ہوئے رجحان کا پتہ چلا ہے۔ چھتیس گڑھ، ہریانہ، کیرالہ، اڈیشہ اور مغربی بنگال نے PHCs، SCs اور CHCs

کے زیر احاطہ اوسط آبادی کو کم کر کے اپنی صحت تک رسائی کو بہتر بنایا ہے۔ گوا، میزورم، ناگالینڈ، اڈیشہ، پنجاب، راجستھان،

سکم، اترکھنڈ اور یوپی کے علاوہ بیشتر ریاستوں میں قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کی فیصد بڑھ گئی ہے۔ گوا، کرناٹک اور

راجستھان کو چھوڑ کر تمام ریاستوں میں صحت عامہ کے اداروں میں ادارہ جاتی ولادت میں اضافہ ہوا ہے۔ صحت عامہ کے

اداروں میں ولادت کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات اب بھی موجود ہیں۔ کیرالہ، گوا، گجرات، مہاراشٹر،

میگھالیہ، ناگالینڈ، تلنگانہ اور مغربی بنگال میں OoPE میں کمی آئی ہے۔ مدھیہ پردیش، راجستھان، تملناڈو اور میزورم کے علاوہ تمام ریاستوں میں پوسٹ پرائم چیک اپ (48 گھنٹے سے 14 دن) میں اضافہ ہوا ہے۔ گوا، منی پور، سکم اور کیرالہ کو چھوڑ کر تمام ریاستوں میں بچوں کی ویکسینیشن (12-23 ماہ) میں اضافہ ہوا ہے۔ 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان تمام ریاستوں میں زچگی کی شرح اموات میں کمی آئی ہے۔ اروناچل پردیش کو چھوڑ کر تمام ریاستوں میں آئی ایم آر میں کمی آئی ہے۔ تمام ریاستوں میں پانچ سے کم اموات ہوئی ہیں۔ 2010-11 اور 2016-17 کے درمیان گوا، دہلی اور گجرات کے علاوہ تمام ریاستوں میں بے ایس وائی رجسٹریشن میں اضافہ ہوا ہے۔ جن ریاستوں نے ایم ڈی جی-5 کی تعمیل میں ایم ایم آر ہدف (2015 تک 109 یا اس سے کم) حاصل نہیں کیا ہے، وہ بہار، مدھیہ پردیش، اوڈیشہ، راجستھان، اتر پردیش، آسام، چھتیس گڑھ، جھارکھنڈ اور اترکھنڈ۔ کیرالہ، گوا، تمل ناڈو، منی پور، اروناچل پردیش ہیں، جبکہ مہاراشٹر نے آئی ایم آر ایم ڈی جی-4 (2015 تک 26.7 یا اس سے کم) کا ہدف حاصل کیا۔ کیرالہ، گوا، منی پور، تامل ناڈو، مہاراشٹر، کرناٹک، سکم، مغربی بنگال، اروناچل پردیش، پنجاب، تریپورہ، ناگالینڈ، ہماچل پردیش اور جموں و کشمیر نے U5MR (2015 تک 38 یا اس سے کم) کے ایم ڈی جی-4 ہدف کو حاصل کیا۔ بنیادی طور پر آبادیاتی، تعلیمی، سماجی، ثقافتی، جغرافیائی اور معاشی عوامل کی وجہ سے ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی کارکردگی میں بین الریاستی تغیرات موجود ہیں۔ این ایچ آر ایم اور اس کے اجزاء جیسے بے ایس وائی JSSK / بنیادی طور پر زچہ و بچہ کی صحت کی دیکھ بھال میں جیب سے باہر کے اخراجات (OoPE) کو ختم کرنے کے لیے تھے۔ تاہم، تحقیق سے معلوم ہوتا ہے کہ وہ ملک بھر میں زچگی اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال میں OoPE کو ختم کرنے میں ناکام رہے۔ JSSK کے قیام کے بعد بھی سرکاری صحت کی سہولیات میں جیب خرچ کم ہونے کے بجائے بڑھ گیا ہے۔ الٹراساؤنڈ اسکین، دواسازی، خوراک اور استعمال کی اشیاء، اور نقل و حمل اخراجات کے اہم شعبے ہیں۔ مشن کی ناکامی کی وجہ بنیادی ڈھانچے کی کمی، انسانی وسائل، مناسب حکمرانی، نفاذ میں تاخیر، بجٹ کی رکاوٹوں اور ناکافی خدمات ہیں۔ این ایچ آر ایم اور اس کے اجزاء جیسے بے ایس وائی اور JSSK کا ایک اور قریبی ہدف صحت عامہ کی سہولیات میں ادارہ جاتی فراہمی کو بڑھانا

تھا، جس میں 2010-11 سے تمام ریاستوں میں نمایاں اضافہ ہوا ہے۔ ان اسکیموں کے نفاذ کے بعد سے ادارہ جاتی ولات کی تعداد میں ڈرامائی طور پر اضافہ ہوا ہے۔ اس کی وجہ عوامی معلومات میں اضافہ، حسب معمول پیدائش، سیزرین سیکشن، اور عورت کی اس کے گھر سے صحت کی دیکھ بھال کی سہولت تک کی منتقلی، بنیادی صحت کی دیکھ بھال سے تیسرے درجے کی صحت کی دیکھ بھال، اور ہسپتال سے گھر تک کی لاگت کا خاتمہ ہے۔ ایم ایم آر اور سٹی ایم آر کے تعین کرنے والوں میں، ادارہ جاتی ترسیل، 3 یا اس سے زیادہ اے این سی کا فیصد، جیب سے باہر اخراجات، خواتین کی خواندگی اور فی کس خالص ریاستی گھریلو مصنوعات شماریاتی لحاظ سے اہم ہیں۔ ان میں سے اے این سی اور OoPE کا فیصد مثبت طور پر ایم ایم آر اور سٹی ایم آر سے وابستہ ہے۔ یہ انوکھا اور متضاد ہے۔ یہ بنیادی طور پر سپلائی کے ضمنی عوامل کی وجہ سے ہے، جس کا مطلب یہ ہے کہ سرکاری صحت کی سہولیات میں انسانی اور جسمانی بنیادی ڈھانچے کی کمی ہے، اور فراہم کردہ خدمات کی معیار غیر معیاری ہے اور ساتھ ساتھ اس کا اثر بھی کم ہے۔ دیہی ہندوستان میں، زیادہ تر لوگ اب بھی ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے سرکاری صحت کی سہولیات پر انحصار کر رہے ہیں۔

دیگر مطالعات بھی اس کی تائید کرتے ہیں۔ میری این جی وغیرہ۔ (2014) جے ایس وائی اور ایم پی میں زچگی کی شرح اموات کے درمیان کوئی ربط نہیں ڈھونڈ سکا۔ پروگرام کی اعلیٰ ادارہ جاتی ولادت کی شرح نے شرح اموات کو کم نہیں کیا ہے۔ سپلائی سائیڈ پابندیاں اثر کی کمی کی وضاحت کر سکتی ہیں۔ اگر سپلائی سائیڈ معیاری دیکھ بھال فراہم نہیں کر سکتی ہے تو جے ایس وائی پر بہت کم اثر پڑے گا⁵⁷۔ اس مطالعہ میں سنگھ، ایل، وغیرہ۔ (2019)، نے پایا کہ ہندوستان میں خواتین کی ایک بڑی تعداد معیاری اے این سی حاصل نہیں کرتی ہے۔ صرف 23.5% خواتین نے مناسب اور معیاری اے این سی حاصل کیا۔ خواتین کے درمیان اعلیٰ معیار کی اے این سی کی رسائی اور فراہمی کے حوالے سے، سخت سماجی، معاشی اور جغرافیائی تفاوت نمایاں تھے۔ سب سے چھوٹی عمر کی خواتین یا غریب ترین خاندان سے تعلق رکھنے والی خواتین کے ساتھ

⁵⁷ Marie Ng et al 2014

ساتھ وہ لوگ جو ناخواندہ ہیں اور ملک کے وسطی اور مشرقی حصوں میں رہتے ہیں، انہیں مناسب اے این سی نہیں ملا⁵⁸۔ اس مطالعہ میں، راجستھان، اترکھنڈ، اوڈیشہ، پنجاب، ہریانہ اور مدھیہ پردیش جیسی ریاستوں میں، 2010-11 کے مقابلے میں 2019-20 میں قبل از پیدائش کی دیکھ بھال حاصل کرنے والی خواتین کی فیصد میں کمی واقع ہوئی۔ مزید یہ کہ، دیہی علاقوں میں، حاملہ خواتین اکثر قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کے لیے ہسپتال جاتی ہیں اور عام طور پر حمل سے متعلق پیچیدگیاں ہوتی ہیں۔ ان میں سے زیادہ تر معاملات سرکاری ہسپتالوں میں معیار اور سپلائی سے متعلق رکاوٹوں کی وجہ سے زچگی یا بچوں کی موت کا باعث بھی بنتے ہیں۔ ہسپتالوں کا بار بار جانا بھی جیب سے باہر کے اخراجات (OoPE) میں اضافے کا سبب بنتا ہے۔ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کی معیار اور ہندوستان میں مقامی، ریاستی اور قومی سطحوں پر ایم آر اور آئی ایم آر کے ساتھ اس کے تعلق میں مزید تحقیق کی ضرورت ہے۔

4.6.4 اختتام

نتیجہ اخذ کرنے کے لیے ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ، این ایچ آر ایم اور اس کے اجزاء جیسے جے ایس وائی اور JSSK پالیسی بیانات اور معلومات کی تقسیم تمام ریاستوں میں موجود ہیں، جس کے نتیجے میں حاملہ خواتین اور بیمار نوزائیدہ کے حقوق کی سمجھ میں اضافہ ہوا ہے۔ جے ایس وائی JSSK / رجسٹرڈ حاملہ خواتین کے لیے، تقریباً تمام حقوق وصول کیے جا رہے ہیں، حالانکہ ادویات، تشخیص، اور پک اپ اور ڈراپ آف کے لیے نقل و حمل کے لیے جیب سے باہر کے اخراجات باقی ہیں⁵⁹۔ پروگرام کے نفاذ کے بعد، زچہ و بچہ کی صحت کے اشارے جیسے کہ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال، بعد از پیدائش کی دیکھ بھال، ادارہ جاتی ولادت، ویکسینیشن، اور دیگر امور درست سمت میں آگے بڑھے ہیں۔

آشاکارکنان، جو کہ قومی صحت مشن کے سب سے اہم اجزاء میں سے ایک ہیں، تمام ریاستوں میں یہ اس وقت بہترین کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں، جب زچگی، نوزائیدہ، اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال تک رسائی کو بہتر بنانے کی بات آتی

⁵⁸ Singh, L et al 2019

⁵⁹ 13th Common Review Mission (CRM), NHM., 2019

ہے۔ تاہم، جیب سے باہر ہونے والے اخراجات کو مکمل طور پر ختم کرنے کا ہدف ابھی تک حاصل نہیں ہو سکا۔ ضروری ادویات اور تشخیصی خدمات تک مسلسل رسائی فراہم کرنا ایک دشوار کن امر ہے، اور یہ ایک ایسا شعبہ ہے جہاں ریاستوں کو توجہ مرکوز کرنی چاہیے، اگر یونیورسل ہیلتھ کوریج کے مقصد کو پورا کرنا ہے۔ انسانی وسائل ہر صحت کی دیکھ بھال کے نظام کا ایک لازمی جزو ہے۔ زیادہ تر ریاستوں میں، منظور شدہ پوسٹنگ آئی پی ایچ ایس کے معیار پر پورا نہیں اترتی، جس کے نتیجے میں شدید قلت یا غیر معقول تعیناتی ہوتی ہے۔ خدمات کی فراہمی میں کمی کی کمی کے اثرات کو ظاہر کرتی ہے۔ خلاصہ یہ کہ صرف پالیسیاں ماں اور بچے کی صحت کو بہتر بنانے میں غیر موثر ثابت ہوتے ہیں۔ ان پالیسیوں سے بہتر نتائج حاصل کرنے کے لیے ہمیں معاشرے کے لوگوں بالخصوص خواتین کی سماجی و معاشی حالت کو بھی بہتر بنانا ہو گا۔

4.7 کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال

باب کے اس حصہ میں کیرالہ میں زچگی اور نوزائیدہ کی دیکھ بھال سے متعلق صحت کے کلیدی اشارے کی حیثیت کا

جائزہ لیا جاتا ہے۔ اس کا مقصد ہے:

1. کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی حالت اور آئی ایم آر اور ایم آر سے منسلک متغیرات کو سمجھنا۔
2. اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا ڈیلیوری کی دیکھ بھال کے لیے ملاپورم کی صحت عامہ کی سہولیات میں طلب اور رسد میں مماثلت ہے اور صحت عامہ کے بنیادی ڈھانچے کی ضلع وار ترقیاتی سطح کی جانچ کرنا۔

فروغ اور روک تھام زچگی اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال (ایم سی ایچ) کے بنیادی مقاصد ہیں۔ وہ نوزائیدہ بچوں اور حاملہ ماؤں کی جلد شناخت کو قابل بناتے ہیں جن میں بیماری اور موت کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ ماں اور بچے کی صحت، خاص طور پر غریب ممالک میں میونٹی کی صحت کا ایک لازمی پہلو ہے۔ کمیونٹی کی ضروریات پر منحصر ہوتے ہوئے، زچگی اور بچے کی صحت وقت کے ساتھ کئی طریقوں سے ترقی کی ہے۔

4.8 کیرالہ کے کلیدی صحت کے بنیادی ڈھانچے کا ایک بین ضلعی تجزیہ

بہت سے علاقوں میں، کیرالہ کے صحت کے معیارات کا تقابل ترقی یافتہ معیشتوں سے ہیں۔ ریاست کے نوزائیدہ اور زچگی کی شرح اموات میں کمی ہوئی ہے اور متوقع عمر میں اضافہ ہوا ہے۔ جیسے جیسے زمینی اصلاحات نافذ ہوئیں، دیہی غریبوں کا معیار زندگی بہتر ہوا۔ کیرالہ، ایک ہندوستانی ریاست، نے ثابت کیا ہے کہ فی کس آمدنی کی کم سطح، صنعت کاری، اور زرعی پیداوار سماجی شعبوں کی ترقی میں رکاوٹ نہیں بنتی۔ خواندگی کی شرح مردوں اور عورتوں کے درمیان تقریباً یکساں طور پر تقسیم ہے، اور صحت کی دیکھ بھال کے اعداد و شمار زیادہ ترقی یافتہ معیشتوں والے ممالک کے برابر ہیں۔

صحت کے بنیادی ڈھانچے کا تصور ایک اہم موضوع ہے جس پر زور دیا جانا چاہیے، خاص طور سے جب طبی اور صحت کی دیکھ بھال کے اداروں میں بہتری لائی جائے۔ صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے کے خیال میں بہترین صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے ضروری افراد، مقامات اور عمارتیں شامل ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال کا بنیادی ڈھانچہ صرف اس صورت میں مفید ہے جب موجودہ سہولیات کو اچھی حالت میں رکھا جائے اور مریضوں اور عملے کو اعلیٰ معیار کی علاج فراہم کرنے کے لیے نئی ٹیکنالوجی کو لاگو کیا جائے۔ تین بنیادی اشارے، یعنی (i) پرو موٹو ہیلتھ انفراسٹرکچر، (ii) پریوینٹیو ہیلتھ انفراسٹرکچر، اور (iii) کیوریٹیو ہیلتھ انفراسٹرکچر، کے بارے میں کہا جاتا ہے کہ وہ صحت کا بنیادی ڈھانچہ تشکیل دیتے ہیں۔

(i) پرو موٹو ہیلتھ انفراسٹرکچر: اس عنصر کا مقصد دیہی باشندگان، بالخصوص بچوں اور خواتین کو مناسب

غذائیت اور صحت کی خدمات پیش کرنے کے لیے شروع کیے گئے مختلف سماجی بیداری مہموں اور

غذائیت کے پروگراموں کی اہمیت پر روشنی ڈالنا ہے۔ مزید برآں، ان پروگراموں کا بنیادی مقصد

مختلف بیماریوں اور ان سے بچاؤ کے طریقوں کے بارے میں عوام کے علم میں اضافہ کرنا ہے۔

(ii) احتیاطی صحت کا بنیادی ڈھانچہ: بیماری کو روکنا ہمیشہ اس کے علاج سے افضل ہوتا ہے۔ تاہم، روک تھام

کے موثر ہونے کے لیے، بعض صحت کے لیے موافق عوامل کو پورا کرنا ضروری ہے۔ مثال کے طور پر

پینے کے صاف پانی کی دستیابی، بجلی، گھر میں بیت الخلاء کی سہولیات وغیرہ۔

(iii) کیورٹو ہیلتھ انفراسٹرکچر: اگر بیماریوں کو کسی شخص کی قوت مدافعت کو کمزور کرنے سے روکا جاسکتا ہے تو

کچھ احتیاطی تدابیر اختیار کر کے علاج و معالجے کے نظام کی اہمیت بہت کم ہو جاتی ہے۔ تاہم، ترقی اور

روک تھام کے لیے نسبتاً کمزور انفراسٹرکچر کی وجہ سے پسماندہ ممالک میں علاج و معالجے کی دیکھ بھال کی

مانگ اپنے عروج پر ہے۔ اس کا تعلق ہر سطح پر طبی اداروں کی رسائی اور دستیابی سے ہے۔ زچگی کی صحت

کسی بھی ملک کی ترقی کا ایک لازمی حصہ ہے جس میں مساوات میں اضافہ اور غربت میں کمی آتی ہے۔

این ایچ آر ایم کے نفاذ کے بعد سے زچگی کی صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنایا گیا ہے، اور زچگی کی شرح

اموات میں نمایاں کمی آئی ہے۔ ہندوستان میں ہر سال تقریباً 40,000 خواتین حمل، پیدائش اور بعد از

پیدائش کی مدت کے نتیجے میں مر جاتی ہیں۔ ماں اور بچے کی صحت (ایم سی ایچ) کی خدمات عام طور پر

روک تھام اور ترقیاتی نوعیت کی ہوتی ہیں۔ وہ حاملہ خواتین اور نوزائیدہ بچوں کی جلد تشخیص میں آسانی

پیدا کرتے ہیں جن میں بیماری اور اموات کے زیادہ خطرہ ہوتے ہیں۔ ماں اور بچے کی صحت، خاص طور

سے غریب ممالک میں کمیونٹی کی صحت کا ایک لازمی پہلو ہے۔ وقت کے ساتھ ساتھ زچہ و بچہ کی صحت

کمیونٹی کی ضروریات کے مطابق مختلف طریقوں سے تبدیل ہوئی ہے۔

ہم پہلے ہی تیسرے باب میں بات کر چکے ہیں کہ صحت کے لحاظ سے کیرالہ ہندوستانی ریاستوں میں سب سے اوپر

ہے۔ کیرالہ میں سب سے کم ایم ایم آر، آئی ایم آر، یو 5 ایم آر، اور ٹی ایف آر ہے جب سب سے زیادہ متوقع عمر، جنسی

تناسب، اور خواتین کی خواندگی کے ساتھ دیگر ہندوستانی ریاستوں کا مقابلہ کیا جاتا ہے۔ اس "صحت کی ترقی" کو عام طور پر

مختلف شعبوں کے عوامل سے منسوب کیا جاتا ہے جیسے کہ تعلیم میں اضافہ، سیاسی بیداری، سڑکوں کے نیٹ ورک اور نقل و

حمل، عمارتیں، اور سماجی نقل و حرکت۔

4.8.1 کیرالہ میں صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے کا بین ضلعی تجزیہ

اس حصے میں، ہم نے ضلع کے مطابق کیرالہ کی صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے کی سہولیات کا تجزیہ کیا۔ تغیر

کی شدت کو پہچاننے کے لیے، Coefficient of Variation کا حساب لگایا جاتا ہے۔

$$\text{تغیر کا عدد (CV) = معیاری انحراف / اوسط} \times 100$$

اس کے بعد، ضلع کے صحت کے بنیادی ڈھانچے کا موازنہ کرنے کے لیے مختلف کلیدی اشارے کے تناسب کو شمار

کیا جاتا ہے۔ ہر مخصوص ضلع کے لیے، صحت کے بنیادی ڈھانچے کی محرومی اور ترقی کے اشاریے ذیل میں بیان کردہ طریقہ کار

کو استعمال کرتے ہوئے بنائے گئے تھے۔ محرومی کا اشاریہ،

$$d_{ij} = \frac{X_{ij} - \text{Mini}}{\text{Max}_i - \text{Mini}} \dots \dots \dots (1)$$

جہاں d_{ij} ، j^{th} حلقہ کے لیے i^{th} متغیر کا (صحت کے بنیادی ڈھانچے کے اشارے) محرومی کا اشاریہ ہے۔ Max_i اور

Mini i^{th} متغیر کی زیادہ سے زیادہ اور کم از کم قدروں کے بالترتیب قائم مقام ہیں۔ j^{th} حلقہ کے لیے اس کی صحیح قدر X_{ij} کے

ذریعے بیان کی جاتی ہے۔ مساوات (1) کا استعمال محرومی کی عدم موجودگی کے لحاظ سے j^{th} خطے کے لیے i^{th} متغیر کے ترقیاتی

اشاریہ (ڈی) کا حساب لگانے کے لیے کیا جاتا ہے۔ یہ مندرجہ ذیل طریقے سے کہا جاسکتا ہے:

$$D_{ij} = 1 - d_{ij} \dots \dots \dots (2)$$

مزید برآں، اوسط محرومی اشاریہ اور اوسط ترقیاتی اشاریہ کا حساب لگایا گیا۔

اوسط محرومی اشاریہ =

$$\sum_{i=1}^n \frac{d_{ij}}{n} \dots \dots \dots (3)$$

اوسط ترقیاتی اشاریہ =

$$\sum_{i=1}^n \frac{D_{ij}}{n} \dots \dots \dots (4)$$

تاہم، محرومی اور ترقی کے اشاریے، صفر سے لے کر ایک تک کی قدریں رکھتے ہیں۔ چونکہ وہ ترقی کی اعلیٰ سطح کو ظاہر کرتے ہیں، اس لیے کم محرومی اشاریہ سکوری اعلیٰ ترقی کا اشاریہ پسند کیا جاتا ہے۔ صحت کے بنیادی ڈھانچے کی رسائی کا ایک بین ضلعی موازنہ اس بات کی نشاندہی کرنے کے مقصد کے لئے کیا گیا کہ آیا کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے استعمال میں طلب اور رسد میں کوئی فرق ہے یا نہیں تو متغیرات کے لیے جیسا کہ جدول 4.8 میں بتایا گیا ہے۔

کیرالہ میں، ڈی ایچ ایس کے تحت 6694 جدید طبی ادارے ہیں، جن میں ملاپورم میں (714) سب سے زیادہ اور واناد میں (245) سب سے کم ہیں۔ تغیر کا باہمی اثر 28% ہے۔ کیرالہ کے پاس 98 ڈیلیوری پوائنٹس ہیں، جن میں کاسرگوڈ میں تین اور تروانت پورم میں بارہ ہیں۔ تغیر کا باہمی اثر 32.1% ہے۔ کیرالہ میں ڈی ایچ ایس کے تحت جدید طبی سہولیات میں دستیاب کل بستر 38085 تھے، جن میں سب سے زیادہ بستر تروانت پورم میں (4914) دستیاب ہیں اور سب سے کم بستر کاسرگوڈ میں (1087) دستیاب ہیں۔ تغیر کا باہمی اثر 42% ہے۔ کیرالہ میں، ڈی ایچ ایس، کیرالہ کے تحت جدید طبی اداروں میں 6016 ڈاکٹر تھے۔ تروانت پورم میں سب سے زیادہ (638) ہیں، جبکہ واناد میں سب سے کم (223) ہیں۔ پورے کیرالہ میں الٹراساؤنڈ کی 66 سہولیات دستیاب تھیں، جن میں 44.7 فیصد کے فرق کے قابلیت کے ساتھ کاسرگوڈ میں سے ایک سے کولم میں آٹھ تک تھیں۔

Table 4-8: District Wise Availability of Health Infrastructure in Kerala 2019-20

Districts	Modern med ins (1)	Deliv ery points (2)	Beds (3)	Doctors (4)	Ultras ound in del points (5)	Blood transfus ion and storage in dp (6)	New born care units in dp (7)	Blood banks in dp (8)	Total Ambul ance in dp (9)
Alappuzha	456	7	3424	456	5	5	9	3	21
Ernakulam	525	9	4518	558	6	7	8	4	33
Idukki	370	4	1120	259	2	1	4	1	23
Kannur	526	7	2966	517	4	6	5	7	33
Kasaragod	304	3	1087	265	1	2	2	2	8
Kollam	509	8	2290	409	8	3	7	4	34
Kottayam	417	7	2823	420	2	5	3	2	25
Kozhikode	494	8	2816	429	5	7	5	6	40
Malappuram	714	8	2546	563	6	6	12	3	17
Palakkad	617	7	2819	453	7	4	5	3	26
Pathanamthitta	325	5	1960	334	5	4	3	2	44
Trivandrum	603	12	4914	638	4	8	10	7	60

Thrissur	589	8	3435	492	7	8	8	2	44
Wayanad	245	5	1367	223	4	3	4	2	25
Kerala	6694	98	38085	6016	66	69	85	48	433
Min	245	3	1087	223	1	1	2	1	8
Max	714	12	4914	638	8	8	12	7	60
Mean	478.1	7	2720.4	429.7	4.7	4.9	6.1	3.4	30.9
SD	133.7	2.3	1143.3	123.7	2.1	2.2	3.0	1.9	13.2
CV	28.0	32.1	42.0	28.8	44.7	44.9	49.2	55.9	42.7

Source : Directorate of Health Services, Kerala (2019-20)

کیرالہ میں خون کی منتقلی اور ذخیرہ کرنے کی سہولیات کی کل تعداد 69 تھی، جس میں ترواننت پورم اور تھریسور (ہر ایک میں 8) سب سے زیادہ اور اڈوکی میں سب سے کم (1) تھی۔ تغیر کا باہمی اثر 44.9 فیصد ہے۔ ڈی ایچ ایس کیرالہ میں 85 نوزائیدہ نگہداشت یونٹ چلاتا ہے، جس میں کاسرگوڈ میں دو سے ملا پورم میں بارہ تک ہیں، جن میں 49.2 فیصد کا فرق ہے۔ کیرالہ میں 48 بلڈ بینک تھے، جن میں سب سے زیادہ ارتکا ترواننت پورم اور کنور میں (7) میں اور سب سے کم اڈوکی میں (1) تھا۔ تغیر کا 55.9 فیصد باہمی اثر ہے۔ سرکاری اسپتالوں میں مجموعی طور پر 1433 ایمبولینسیں تھیں، جن میں اکثریت (60) ترواننت پورم میں اور سب سے کم کاسرگوڈ میں (8) تھیں۔ 42.7 فیصد تغیرات کے باہمی اثر کو تشکیل دیتی ہے۔ ہم یہ اندازہ لگا سکتے ہیں کہ کیرالہ کے صحت کے بنیادی ڈھانچے میں بین الاضلاع عدم مساوات ہے، کیونکہ تغیرات کی اکثریت تغیر کے 30% عدد کے قابل برداشت معیار سے آگے ہے۔

تاہم، مطلق شماریات کی اس وقت تک کوئی مناسبت نہیں ہے جب تک کہ ہم اسے ہیڈ کاؤنٹ کے تناسب کے لحاظ سے نہیں جانچتے۔ ہم نے ضلعی سطح کے عدم توازن اور طلب اور رسد کے فرق کو سمجھنے کے لیے عوامی سہولیات میں بنیادی ڈھانچے کے لیے حاملہ خواتین کی تعداد، تناسب کا استعمال کیا۔ زچگی اور نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال کے لیے صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے میں ضلعی سطح کے تفاوت کا تجزیہ کرنے کے لیے، ہم نے صحت عامہ کی ایک مخصوص سہولت کے تناسب کا استعمال کیا، جیسے کہ ڈیلیوری پوائنٹس، بستر، ڈاکٹر، الٹراساؤنڈ مشینیں، خون کی منتقلی اور اسٹورٹیج یونٹس، نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال کے یونٹ۔ اے این سی کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی تعداد، بلڈ بینک، اور ایمبولینسز (ٹیبل 4.9)۔

اس سے، ہم اس بات کا تعین کر سکتے ہیں کہ کیا صحت عامہ کی سہولت کے تحت زچگی کی دیکھ بھال کی طلب یا رسد کی

زیادتی ہے۔

Table 4-9: District-wise pregnant women registered for ANC-public facility ratio in Malappuram

Districts	PW/Del. point ratio (1)	PW/Bed ratio (2)	PW/Doctor ratio (3)	PW/Ultrasond ratio (4)	PW/Blood trans ratio (5)	PW/NB CU ratio (6)	PW/Bloodbank ratio (7)	PW/Amb. ratio (8)
Alappuzha	3381	7	5190	4733	4733	2630	7889	1127
Ernakulam	4175	8	6735	6263	5368	4697	9395	1139
Idukki	3284	12	5072	6568	13136	3284	13136	571
Kannur	5761	14	7800	10081	6721	8065	5761	1222
Kasaragod	8528	24	9654	25583	12792	12792	12792	3198
Kollam	3987	14	7799	3987	10633	4557	7975	938
Kottayam	2862	7	4770	10018	4007	6679	10018	801
Kozhikode	6163	18	11493	9861	7044	9861	8218	1233
Malappuram	12593	40	17894	16791	16791	8396	33582	5926
Palakkad	6156	15	9513	6156	10773	8619	14364	1657
Pathanamthitta	2412	6	3610	2412	3015	4019	6029	274
Trivandrum	6226	15	11711	18679	9339	7472	10674	1245
Thirissur	5184	12	8428	5924	5184	5184	20734	942
Wayanad	2803	10	6285	3504	4672	3504	7008	561
Kerala	5384	14	8770	7994	7647	6207	10992	1219

Source: Authors calculation based on DHS, Kerala 2019-20

Note: 1. Pregnant Women (PW) - Delivery point ratio; 2. PW -Bed ratio; 3. PW - Doctor ratio; 4. PW - Ultrasonds in delivery points ratio; 5. PW - Blood transfusion and storage ratio; 6. PW - Newborn Care units ratio; 7. PW - Blood banks in public facilities ratio; 8. PW - Total ambulances in public facility ratio.

پوائنٹس کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کا تناسب پٹھانمتھیٹھا (1:2412) میں کم ہے، لیکن ملاپورم میں زیادہ ہے۔

12593 حاملہ خواتین ایک ڈلیوری پوائنٹ (1:12593) پر انحصار کر رہی تھیں۔ حاملہ خواتین - بستر کا تناسب پٹھانمتھیٹھا

میں ایک بار پھر اچھی حالت (1:6) میں اور ملاپورم میں بدتر حالت میں (1:40) تھا۔ حاملہ خواتین اور ڈاکٹروں کے تناسب

کے معاملے میں بھی ہم دیکھ سکتے ہیں کہ پٹھانمتھیٹھا کے لیے صورتحال (1:3610) بہتر اور ملاپورم کے لیے (1:17894)

بدتر تھی۔ اگر ہم سرکاری صحت کے اداروں میں حاملہ خواتین کے لٹراساؤنڈ کی سہولت کا تناسب دیکھیں تو یہ پٹھانمتھیٹھا

میں (1:2412) بہتر تھا اور کاسرگوڈ کے لیے (1:25583) بدتر تھا۔ ملاپورم کے لیے بھی بھیڑ (1:16791) بھری ہوئی

تھی۔ حاملہ خواتین کے معاملے میں، خون کی منتقلی اور عوامی سہولت کے تناسب میں ذخیرہ کرنے والے یونٹ دوبارہ

پٹھانمتھیٹھا کے لیے (1:3015) بہتر اور ملاپورم کے لیے (1:16791) بدتر تھے۔ حاملہ خواتین اور نوزائیدہ نگہداشت

یونٹس کا تناسب، یہ تناسب الاپوزا کے لیے (1:2630) بہترین تھا اور کاسرگوڈ کے لیے (1:12792) بدتر تھا۔ اگر ہم حاملہ

خواتین کے بلڈ بینک نمبر کے تناسب کی بنیاد پر تجزیہ کریں تو کننور کے لیے صورتحال (1:5761) بہتر تھی اور ملاپورم کے لیے (1:33582) بدتر تھی۔ عوامی سہولت میں حاملہ خواتین-ایمبولینسوں کی تعداد کا تناسب، تقابلی طور پر پٹھانمتھیٹا میں سب سے بہتر (1:274) اور ملاپورم میں (1:5926) بدتر تھا۔ تجزیہ کی بنیاد پر، ہم کہہ سکتے ہیں کہ صحت عامہ کی سہولت میں بنیادی ڈھانچے کی تقسیم کیرالہ کے اضلاع کے درمیان مناسب طور پر نہیں کی گئی ہے اور اس میں بہت تضاد ہے۔ ملاپورم کی صورتحال طلب اور رسد کے بڑے فرق کے ساتھ تقریباً تمام اشاریوں میں سب سے خراب ہے۔

صحت کے بنیادی ڈھانچے کے حوالے سے تمام اضلاع کی مجموعی کارکردگی میں عدم مساوات کو جاننے کے لیے، ان کی محرومی اور ترقی کے اشاریے تیار کیے گئے اور بالترتیب جدول 4.10 اور 4.11 میں نمایاں کیے گئے۔ مزید، جدول 5 میں صحت کے بنیادی ڈھانچے کی ترقی کی سطح کے مطابق اضلاع کی درجہ بندی کی جاتی ہے۔ محرومی کے اشاریہ اور ترقی کے اشاریہ کا اسکور واضح طور پر ظاہر کرتا ہے کہ اوسط محرومی اشاریہ کم سے کم (0.02) ہے اور ترقی کا اشاریہ پٹھانمتھیٹا کے لیے سب سے زیادہ (0.98) ہے اور یہ ملاپورم کے معاملے میں بالکل برعکس ہے۔ ملاپورم کے لیے اوسط محرومی کا اشاریہ 0.90 ہے اور ترقی کا اشاریہ 0.10 ہے۔

-10: District wise deprivation index for health infrastructure in Kerala, 2019-204Table

Districts	Del.p oint (1)	Hos.B ed (2)	Doctor (3)	Ultras ound s (4)	Bloo d trans fus. (5)	NBCU (6)	Blood bank (7)	Ambula nces (8)	Avera ge Depri vatio n Index
Alappuzha	0.10	0.03	0.11	0.10	0.12	0.00	0.08	0.15	0.09
Ernakulam	0.17	0.06	0.22	0.17	0.17	0.20	0.13	0.15	0.16
Idukki	0.09	0.18	0.10	0.18	0.73	0.06	0.27	0.05	0.21
Kannur	0.33	0.24	0.29	0.33	0.27	0.53	0.00	0.17	0.27
Kasaragod	0.60	0.53	0.42	1.00	0.71	1.00	0.25	0.52	0.63
Kollam	0.15	0.24	0.29	0.07	0.55	0.19	0.08	0.12	0.21
Kottayam	0.04	0.03	0.08	0.33	0.07	0.40	0.15	0.09	0.15
Kozhikode	0.37	0.35	0.55	0.32	0.29	0.71	0.09	0.17	0.36
Malappuram	1.00	1.00	1.00	0.62	1.00	0.57	1.00	1.00	0.90
Palakkad	0.37	0.26	0.41	0.16	0.56	0.59	0.31	0.24	0.36
Pathanamthitta	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.01	0.00	0.02
Trivandrum	0.37	0.26	0.57	0.70	0.46	0.48	0.18	0.17	0.40
Thrissur	0.27	0.18	0.34	0.15	0.16	0.25	0.54	0.12	0.25
Wayanad	0.04	0.12	0.19	0.05	0.12	0.09	0.04	0.05	0.09

Source: Author's calculation based on the data in table 2

Note: 1. Number of delivery points; 2. Number of beds in modern medical institutions under DHS; 3. Total number of doctors available in modern medical institutions under DHS; 4. Ultrasounds in delivery points; 5. Blood Transfusion and Storage; 6. New-born Care Units; 7. Blood Banks in Public Facility; 8. Total number of Ambulance in Government Hospitals.

ڈیلیوری پوائنٹ، ہسپتال کی بستر، ڈاکٹر، خون کی منتقلی اور ذخیرہ، بلڈ بینک اور ایمبولینسز سے حاملہ خواتین تک کے

تناسب کی صورت میں ضلع ملاپورم سب سے محروم اور کم ترقی یافتہ ہے۔ ملاپورم کے لیے ترقی کا اشاریہ صرف 0.10 ہے۔

کاسرگوڈ ایک اور ضلع ہے جو پسماندہ ہے۔ اس کی محرومی اور ترقی کے اشاریے بالترتیب 0.63 اور 0.37 ہیں۔ ان دونوں

اشاریوں سے ہم سمجھ سکتے ہیں کہ کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال سے متعلق صحت عامہ کے بنیادی ڈھانچے کی

ترقی ناہموار ہے۔

Table 4-11: District wise development index for health infrastructure in Kerala, 2019-20

Districts	Del.p oint (1)	Hos. Bed (2)	Doct or (3)	Ultras ounds (4)	Blood transf. (5)	NBC U (6)	Blood bank (7)	Ambu lances (8)	Avge. Devp. Index
Alappuzha	0.9	0.97	0.89	0.9	0.88	1	0.92	0.85	0.91
Ernakulam	0.83	0.94	0.78	0.83	0.83	0.8	0.87	0.85	0.84
Idukki	0.91	0.82	0.9	0.82	0.27	0.94	0.73	0.95	0.79
Kannur	0.67	0.76	0.71	0.67	0.73	0.47	1	0.83	0.73
Kasaragod	0.4	0.47	0.58	0	0.29	0	0.75	0.48	0.37
Kollam	0.85	0.76	0.71	0.93	0.45	0.81	0.92	0.88	0.79
Kottayam	0.96	0.97	0.92	0.67	0.93	0.6	0.85	0.91	0.85
Kozhikode	0.63	0.65	0.45	0.68	0.71	0.29	0.91	0.83	0.64
Malappuram	0	0	0	0.38	0	0.43	0	0	0.10
Palakkad	0.63	0.74	0.59	0.84	0.44	0.41	0.69	0.76	0.64
Pathanamthitta	1	1	1	1	1	0.86	0.99	1	0.98
Trivandrum	0.63	0.74	0.43	0.3	0.54	0.52	0.82	0.83	0.60
Thrissur	0.73	0.82	0.66	0.85	0.84	0.75	0.46	0.88	0.75
Wayanad	0.96	0.88	0.81	0.95	0.88	0.91	0.96	0.95	0.91

Source: Author's calculation based on the data in table 3

محرومی اور ترقی کی بنیاد پر ہم نے اضلاع کی تین طریقوں سے درجہ بندی کی، ترقی کی سطح اعلیٰ، متوسط اور غریب

(ٹیبل 4.12)۔ ملاپورم اور کاسرگوڈ پسماندہ زمرے میں آتے ہیں جہاں ترواننت پورم متوسط زمرے میں اور دیگر تمام

اضلاع ترقی یافتہ زمرے میں آتے ہیں۔

Table 4-12: Classification of districts as per the development of Health Infrastructure

Districts	Development Level	Average deprivation index	Average development index
Pathanamthitta, Alappuzha, Wayanad, Kottayam, Ernakulam, Idukki, Kollam, Thrissur, Kannur, Kozhikode, Palakkad	High	<0.40	>0.60

Trivandrum	Moderate	0.40 – 0.60	
Kasaragod and Malappuram	Poor	>0.60	<0.40

Source: Table 4 and 5

4.8.2 کیرالہ میں صحت کے کلیدی نتائج کا بین اضلاع تجزیہ

اگر ہم ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے حوالے سے کیرالہ میں صحت کے اہم اثرات اور نتائج کا تجزیہ کرتے ہیں، تو ہم دیکھ سکتے ہیں کہ وہ مائیں جنہوں نے حمل کے دوران 180 دن (مکمل کورس) یا اس سے زیادہ عرصے تک آئرن فولک ایسڈ کا استعمال کیا، وہ (68.4%) حاملہ تھیں۔ یہ کاسرگوڈ (84.8%) سب سے زیادہ تھیں جبکہ کوٹائم میں سب سے کم (46.6%) تھیں۔ یہ ملاپورم میں ریاست (68.4%) اور قومی اوسط (26%) سے 71.9 فیصد زیادہ تھی۔ (جدول 4.13)

Table 4-13: Inter-district analysis of mother and childcare in Kerala, 2019-20

Districts	%IFA 180 > (1)	% TT2 Inject. (2)	%AN C 4 plus (3)	% Del. at Public Inst.(4)	%PNC for mother within 2 days (5)	Children fully immunis ed% (6)	IMR (7)	MMR (8)
Alappuzha	52.4	84.5	66.7	53.9	89.2	95	8	25
Ernakulam	69.2	93.9	72.8	22.5	96.1	95	3	28
Idukki	64.2	94.0	69.8	39.2	94.0	97	8	57
Kannur	61.6	97.1	74.3	23.2	93.4	92	5	14
Kasaragod	84.8	98.8	94.3	26	95.0	88	9	55
Kollam	82.0	97.9	80.0	39.8	91.4	90	7	40
Kottayam	46.6	79.3	49.6	39.6	85.0	95	4	53
Kozhikode	77.1	95.7	91.4	43.1	91.0	87	4	25
Malappuram	71.9	98.5	91.1	19.3	96.9	83	5	26
Palakkad	61.9	85.6	82.9	25.7	97.5	90	6	36
Pathanamthitta	60.8	92.3	80.8	30.6	95.2	98	4	7
Trivandrum	58.2	86.6	51.7	52	86.2	95	6	29
Thrissur	71.4	94.6	82.2	28.4	95.2	93	4	14
Wayanad	76.9	96.9	95.7	37.2	95.9	96	7	48
Kerala	68.4	93.4	79.4	31.8	93.3	90	5	29
India	26.0	92.0	58.1	61.9	78.0	84	28	103

Source: DHS, Kerala 2019-20 & NFHS-5 (2019-21)

ان ماؤں کے معاملے میں جنہوں نے حمل کے دوران کم از کم دو ٹی ٹی انجیکشن لگائے تھے، یہ کاسرگوڈ میں (98.8%) اور ملاپورم میں (98.5%) سب سے زیادہ تھیں، لیکن کوٹائم (79.3%) میں سب سے کم تھیں۔ ریاستی اور قومی اوسط بالترتیب 93.4 اور 92 فیصد ہیں۔ وہ مائیں جن کے قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کے لئے چار سے زیادہ گئے تھے (%)، پھر سے کوٹائم نیچے کی طرف (49.6%) اور وائناڈ اوپری طرف (95.7%) تھے۔ ملاپورم میں یہ 91.1 فیصد تھیں جو ریاست کے (79.4%) اور قومی اوسط (58.1%) سے زیادہ تھی۔ اگر ہم کیرالہ میں صحت عامہ کے اداروں میں ولادت کی فیصد کی بنیاد پر

صحت سے متعلق معلومات کا تجزیہ کریں، تو یہ ملاپورم میں سب سے کم (19.3%) اور الاپوزا میں (53.9%) میں سب سے زیادہ تھیں۔ ریاستی اوسط 31.8 اور قومی اوسط 61.9 فیصد تھیں۔ یہ اشارے خاص طور سے سرکاری صحت کی سہولت سے جڑا ہوا ہے جو کہ پہلے سے ہی کم ترقی یافتہ، انتہائی محروم اور ملاپورم میں آبادی کے زیادہ دباؤ کا موضوع ہے۔ اگر ہم صحت کی دیکھ بھال کا تجزیہ ان ماؤں کی فیصد کی بنیاد پر کریں جنہوں نے پیدائش کے 2 دن کے اندر بعد از پیدائش کی دیکھ بھال حاصل کی، تو یہ پاکدڑ میں (97.5%) اور ملاپورم میں (96.9%) زیادہ ہے جہاں کوٹائم میں (85%) اور تروانت پورم میں (86.2%) کم ہے۔ ریاستی اور قومی اوسط بالترتیب 93.3 اور 78 فیصد تھی۔ ملاپورم بچوں کی ویکسینیشن کے معاملے میں پیچھے ہے۔ یہ ملاپورم میں (83%) سب سے کم اور ریاستی اوسط (90%) اور قومی اوسط (84%) سے کم تھا۔ جبکہ یہ سب سے زیادہ پٹھانمتھڈیا میں (98%) تھا۔ اگر ہم آئی ایم آر اور ایم آر کی بنیاد پر صحت کے نتائج کا تجزیہ کریں تو ایرنا کولم میں (3) آئی ایم آر کم اور کاسرگوڈ میں (9) زیادہ تھا۔ ملاپورم میں یہ پانچ (5) تھا جو ریاستی اوسط کے برابر اور قومی اوسط (28) سے کم تھا۔ ایم ایم آر کے معاملے میں، یہ پٹھانمتھڈیا میں سب سے کم اور اڈوکی میں (57) سب سے زیادہ تھا۔ ملاپورم کے لیے یہ 26 تھا جو ریاست کے تناسب (29) کے قریب تھا لیکن قومی تناسب (103) سے کم تھا۔

4.8.3 آمدنی کی بنیاد پر خدمات سے استفادہ پر ارتکاز

سرکاری صحت کی سہولت میں قبل از پیدائش کی دیکھ بھال اور ادارہ جاتی ولادت جیسے خدمات سے استفادہ میں عدم مساوات کی نشاندہی کرنے کے لیے، ڈیلیوری کے دوران ہونے والے جیب خرچ، ولادت کے لیے موصول ہونے والی مالی امداد، اور ہیلتھ انشورنس کی حیثیت، ارتکاز اشاریہ کا استعمال کیا گیا۔ ارتکاز اشاریہ (C) وکرسماجی و معاشی حیثیت (x-axis) کے لحاظ سے نمونہ کی آبادی کے مجموعی فیصد کے لیے صحت کے نتائج کے متغیر (y-axis) کے مجموعی فیصد کو واضح کرتا ہے۔ یہ منحنی خطوط اس بات کا تعین کرنے کے لیے استعمال کیے جاسکتے ہیں کہ آیا نتیجہ کے متغیر میں سماجی و معاشی تفاوت ہے اور اگر یہ ایک وقت میں ایک نکتہ دوسرے کے مقابلے میں زیادہ واضح ہے یا ایک ملک دوسری ملک کے مقابلے میں زیادہ

واضح ہے۔ ارتکاز منحنی خطوط اور مساوات کی لکیر کے درمیان کے علاقے کو ارتکاز و کر کے رقبے کے دو گنا کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔ جب و کر برابری کی لکیر سے اوپر ہوتا ہے، تو یہ غریبوں کے درمیان نتائج کے متغیر کے غیر متناسب ارتکاز کو پیش کرتا ہے، اور جب و کر برابری کی لکیر سے نیچے ہوتا ہے، تو یہ بہتر افراد کے درمیان نتائج کے متغیر کے غیر متناسب ارتکاز کو ظاہر کرتا ہے۔ ارتکاز انڈیکس کی قدر -1 سے +1 تک ہوتی ہے، 0 (زیرو) کی قدر کے ساتھ کوئی سماجی و معاشی تفاوت نہیں ہے۔ ایک مثبت سی قدر مالدار عدم مساوات کی نمائندگی کرتی ہے اور اس کے برعکس۔ سی قدر سماجی و معاشی تفاوت کی ڈگری کی مقدار بتاتی ہے۔ مطلق قدر جتنی بڑی ہوگی، اتنی ہی زیادہ عدم مساوات ہوتا ہے۔

مندرجہ ذیل مساوات کو نمائندگی کرنے کے لیے استعمال کیا جاسکتا ہے، سی:

$$C = \frac{2}{\mu} COV (y_i, R_i)$$

جہاں، C ارتکازی اشاریہ ہے،

y_i - نتیجہ متغیر اشاریہ ہے،

R_i - سماجی معاشی پوزیشن کی تقسیم میں شخص 'i' کا جزوی درجہ ہے،

μ - نمونے کے نتیجہ کے متغیر کا اوسط ہے، اور

COV - ہم آہنگی کی علامت ہے۔

تجزیہ کے لیے این ایف ایچ ایس-5 (ڈیوگر افک اینڈ ہیلتھ سروے) ڈیٹا استعمال کیا گیا۔ ارتکاز کے اشاریہ جات کے نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ کیرالہ میں ڈیلپوری کے دوران OoPE کے علاوہ مفادات کے تمام متغیرات میں غریب موفقی تعصب ہے (جدول 4.14)۔

اے این سی اور ولادت کی دیکھ بھال کے لیے سرکاری صحت کی سہولت کے تحت خدمات کے استعمال کی صورت

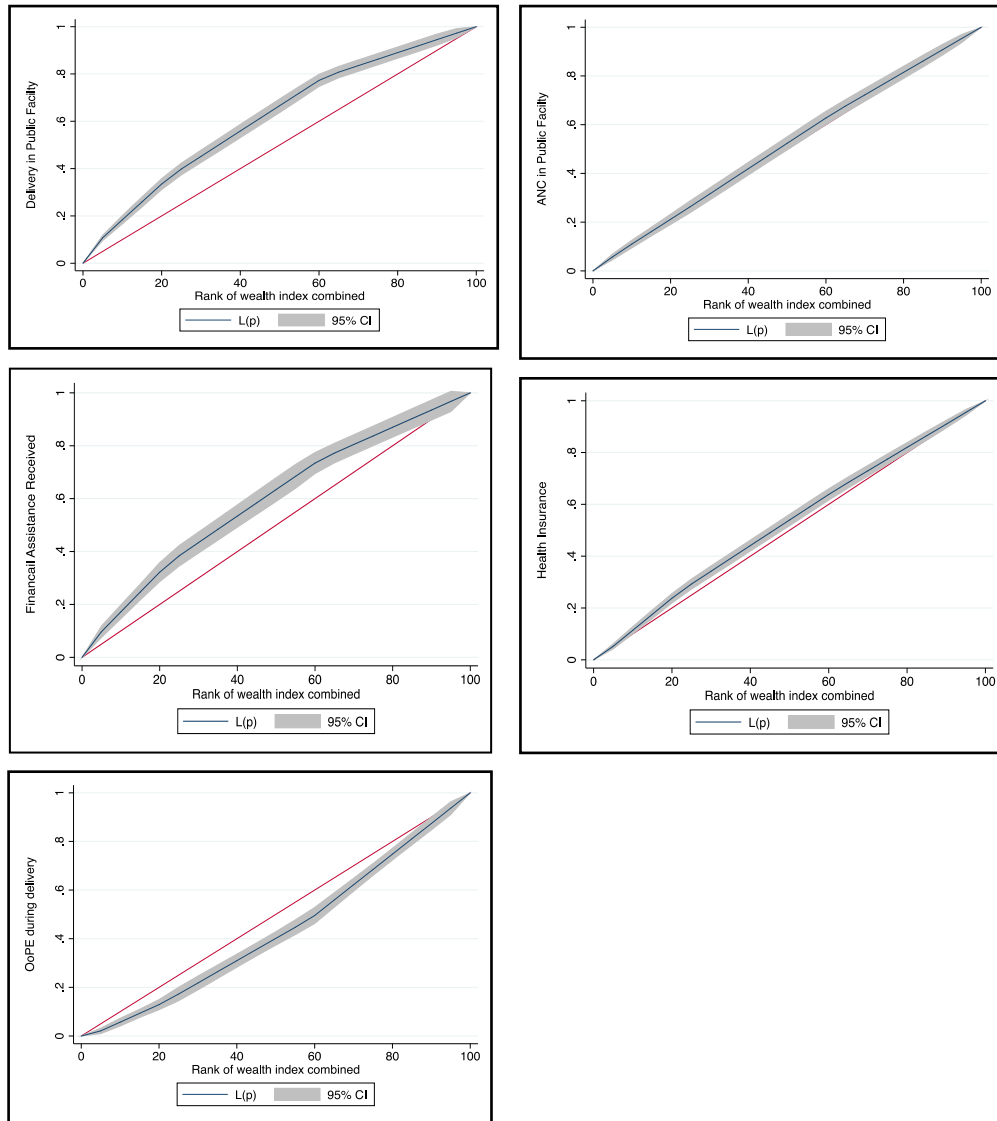
میں، ارتکاز اشاریہ بالترتیب -0.032 اور -0.231 یونٹ ہے (تصویر 4.11)۔ ڈیلپوری کے لیے موصول ہونے والی مالی

امداد کی صورت میں، تقسیم غیر مساوی ہے (CI: -0.191) اور پھر غریبوں کے حق میں ہے۔ ہیلتھ انشورنس کے لیے ارتکاز کا اشاریہ بھی منفی (-0.054)، لیکن معمولی ہے۔ تاہم، ولادت کے دوران اعلیٰ آمدنی والے گروپ کے درمیان غیر مساوی طور پر (0.130) جیب خرچ (OoPE) کی تقسیم کی گئی ہے۔

Table 4-14: Result of Concentration Index for selected health outcomes

Health Outcomes	Concentration Index	Std.Error	P value
ANC in Public Facility	-0.032	0.016	0.049
Ins.Del in Public Facility	-0.231	0.014	0.000
Financial Assistance	-0.191	0.022	0.000
Health Insurance	-0.054	0.012	0.000
OoPE	0.130	0.018	0.000

Source: Author's calculation using NFHS-5 (2019-21) data



تصویر 4.11: Concentration Index کا نتیجہ

4.8.4 مباحثہ

ہندوستان میں منصوبہ بندی کے عمل کے آغاز کے بعد سے، منصوبہ ساز ہمیشہ علاقائی ترقی کے اختلافات میں دلچسپی لیتے رہے ہیں۔ چنانچہ ضروری اشیاء کی فراہمی، سماجی اور معاشی بہبود کو بہتر بنانے اور ترقیاتی خلا کو کم کرنے کے ذریعے لوگوں کے معیار زندگی کو بہتر بنانے کے لیے پالیسی اور منصوبہ بندی کے دستاویزات تیار کیے گئے اور نافذ کیے گئے ہیں۔ ہمارے نتائج کو دنیا بھر میں دیگر مطالعات کی حمایت حاصل ہے۔ یہ مطالعہ صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے اور سہولیات کی ترقی، افرادی قوت کی حالت، اور شمال مشرقی ریاستوں میں دیہی علاقوں میں صحت کی دیکھ بھال کی خدمات کے معیار کا جائزہ لینے کی کوشش کرتا ہے⁶⁰۔

نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ اگرچہ 2005 میں این آر ایچ ایم کے نفاذ کے بعد سے خاص طور سے اس علاقے میں صحت کے مراکز کے حوالے سے، دیہی صحت کے بنیادی ڈھانچے میں نمایاں بہتری آئی ہے، لیکن صحت کی خدمات کے معیار اور ماہرین اور اچھی تربیت یافتہ اہلکاروں کی دستیابی کے حوالے سے صحت کی دیکھ بھال کے بنیادی ڈھانچے کے دیگر اجزاء کے لحاظ سے علاقے کی حالت خوفناک رہی ہے۔ تاہم یہ مطالعہ ریاستی سطح پر محدود تھا۔ مختلف اضلاع کے گاؤں میں ہیلتھ اشاریہ کی مقامی تقسیم سے متعلق اس مطالعہ میں، سب سے زیادہ اوسط قدر (0.90) ضلع پٹھانمتھیا کے دیہات میں پائی گئی، جب کہ سب سے کم اوسط قدر (0.19) ضلع ملاپورم کے دیہات میں پائی جاتی ہے⁶¹۔ ایک اور مطالعہ سے یہ نتیجہ اخذ کیا گیا ہے کہ ملاپورم تعلیم اور صحت میں ترقی کے لحاظ سے سب سے پسماندہ ضلع تھا۔ مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ چونکہ ملاپورم ضلع ایک بہت زیادہ آبادی والا ضلع ہے، اس لیے تعلیم اور صحت کی دیکھ بھال کی خدمات کی فراہمی آبادی کے تناسب کی بنیاد پر ہونی چاہیے۔

عوامی سہولت میں بنیادی ڈھانچے کی بہت سی رکاوٹوں کے باوجود، ان پٹ (جیسے آئرن فولک ایسڈ کا استعمال،

⁶⁰ Saikia, D and Das, KK. (2012)

⁶¹ Das, A et.al.,2021

ٹیٹنس ٹاکسائیڈ انجیکشن)، اثرات (جیسے پیدائش سے پہلے کی دیکھ بھال کے دور دھوپ کی تعداد، عوامی سہولت میں ادارہ جاتی ولادت کا فیصد، بعد از پیدائش کے 48 گھنٹے کے اندر دیکھ بھال کی فیصد) اور دیگر اضلاع کے ساتھ موازنہ کرتے ہوئے صحت کی دیکھ بھال میں خاص طور پر ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں نتائج (جیسے بچوں کی اموات کی شرح اور زچگی کی شرح اموات کا تناسب) زیادہ خراب نہیں ہے۔ اس کی وجہ پر ایویٹ سیکٹر کی جانب سے کم سے کم لاگت میں صحت کی معیاری خدمات کی فراہمی ہے۔ لیکن سرکاری صحت کے اداروں میں سہولیات آبادی کے دباؤ کے مطابق نہیں ہیں جس کی وجہ سے خدمات فراہم کرنے والوں کی طرف سے مطلوبہ سطح کو برقرار نہیں رکھا گیا ہے اور یہی عوامی سہولیات میں ادارہ جاتی فراہمی کی کم فیصد کی بڑی وجہ ہے۔

4.8.5 اختتام

مجموعی طور پر، موجودہ مطالعہ سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ کیرالہ کے کچھ اضلاع میں صحت کے بنیادی ڈھانچے کی دستیابی میں کافی فرق ہے۔ موجودہ مطالعہ کے نتائج کی بنیاد پر، یہ سمجھا جاسکتا ہے کہ ریاست کیرالہ کو صحت کے بنیادی ڈھانچے کی سہولیات کی متوازن اور غیر جانبدارانہ ترقی کی ضرورت ہے۔ پسماندگی سے نجات کا واحد طریقہ صحت عامہ کے بنیادی ڈھانچے کی مختلف سہولیات پر آبادی کے زیادہ دباؤ کو کم کرنا ہے۔ اس کی حمایت کے لیے حکومت کو ہر سال ہر ضلع میں صحت کے بنیادی ڈھانچے کے لیے بجٹ میں مختص رقم میں اضافہ کرنا چاہیے۔ مزید برآں، ریاست کو صحت کے شعبے میں اپنی مجموعی قومی پیداوار کے تناسب کو بڑھانے کی ضرورت ہے، تاکہ اس شعبے میں کارکردگی، کفایت اور مساوات حاصل کی جا سکے۔ اس کے علاوہ، مالیاتی رسوا اور بدعنوانی کے طریقوں کو روکنے کی فوری ضرورت ہے۔ اچھی حکمرانی (گڈ گورننس) کو اپنانے کے ساتھ، ریاست کو صحت کے بنیادی ڈھانچے میں بین اضلاع تفاوت کو کم کرنے کے لیے پالیسی، پروگرام اور عمل کی نگرانی کے لیے ایک قانونی ادارہ قائم کرنا چاہیے۔ مطالبہ کی سمت، ہم نے دیکھا ہے کہ ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے سرکاری صحت کی سہولیات زیادہ تر کم آمدنی والے طبقے استعمال کرتے ہیں۔ وہ بنیادی طور پر زچگی کی دیکھ بھال کے لیے

سرکاری صحت کی سہولیات پر انحصار کرتے ہیں، کیونکہ نجی سہولیات میں زیادہ لاگت آتی ہے۔ اگر سرکاری ہسپتالوں میں خدمات اور بنیادی ڈھانچے کی سہولیات کا معیار بہتر ہوتا ہے تو دیگر آمدنی والے گروپوں کی مانگ میں بھی اضافہ ہو گا اور صحت عامہ کی سہولیات کے ذریعہ فراہم کی جانے والی خدمات زیادہ عالمگیر ہو جائیں گی۔ یہ غریب اور متوسط آمدنی والے گروپوں میں صحت کی دیکھ بھال کے اعلیٰ تباہ کن اخراجات کو کم کرنے میں معاون ثابت ہو گا۔ مزید یہ کہ یہ آبادی کو نجی ہسپتالوں کے استحصال اور غیر اخلاقی طریقوں اور ان کے ناپسندیدہ نتائج سے بھی بچا سکتا ہے۔

باب 5: کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کی تاثیریت

5.1 تعارف

یہ باب درج ذیل حصوں پر مشتمل ہے:

1. ہندوستان اور کیرالہ میں JSSK کے استعمال کا تجزیہ

2. کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK سے متعلق بیداری کا تجزیہ

3. کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم کے استعمال کا تجزیہ

حصہ اول ثانوی ڈیٹا کے تجزیے پر مبنی تھا۔ یہ ہمیں حالیہ اعداد و شمار کی بنیاد پر ہندوستانی ریاستوں اور کیرالہ کے اضلاع کے درمیان JSSK کے استعمال کا اندازہ حاصل کرنے کے قابل بناتا ہے۔ سیکشن دو اور تین پرائمری ڈیٹا پر مبنی تھے۔

5.2 ہندوستان میں JSSK کے استعمال کا تجزیہ: ایک بین ریاستی تجزیہ

یکم جون، 2011 کو، حکومت ہند نے جنانی شیشو تحفظ کاریا کرم (JSSK) کا آغاز کیا، جو صحت عامہ کے اداروں میں ڈیوری کرنے والی تمام حاملہ خواتین کو مکمل طور پر مفت اور بلا معاوضہ ڈیلیوری کی ضمانت دیتا ہے، بشمول سیزرین سیکشن۔ اس کوشش میں مفت ادویات، تشخیص، خون اور خوراک کے ساتھ ساتھ گھر سے ادارے تک، ریفرل کی صورت میں اداروں کے درمیان مفت نقل و حرکت، اور مفت گھر واپسی شامل ہے۔ پیدائش کے بعد ایک سال تک صحت عامہ کی سہولیات میں دیکھ بھال کے خواہاں تمام بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے اسی طرح کے حقوق قائم کیے گئے ہیں۔

منتخب ہندوستانی ریاستوں میں JSSK کے استعمال کا تجزیہ کرنے کے لیے، HMIS (2020-21) کا ڈیٹا استعمال

کیا گیا ہے۔ جن ریاستوں میں دولاکھ سے زیادہ حاملہ خواتین ANC کے لیے رجسٹرڈ ہیں ان کا تجزیے کے لیے انتخاب کیا گیا

ہے۔

5.2.1 ہندوستان میں حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK کا استعمال

ہندوستان میں حاملہ خواتین اور بیمار شیر خوار بچوں کے ذریعے اس اسکیم کے استعمال کو جدول 5.1 اور 5.3 میں

دیکھا جاسکتا ہے۔ ڈیٹا مطلق عدد میں ہیں اور مختلف ریاستوں میں مختلف ہیں۔ استعمال کی بہتر تفہیم اور مناسب بین ریاستی

موازنے کے لیے، ہم نے اسے ANC کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی کل تعداد کے فیصد کے طور پر پیش کیا (ٹیبل 5.2 اور

(5.4)۔

Table 5-1: Utilisation of the JSSK scheme for pregnant women in India, 2020-21

	Pregnant Women registered for ANC	Free Medicine	Free Diet	Free Diagnostics	Free Home to facility transport	Inter facility Transfer	Free Drop Back home
All India	27591287	15033749	8571426	14509235	5442079	1177852	5346898
Andhra Pradesh	898478	272922	269543	270101	137363	34718	223432
Assam	658145	591248	212733	716863	46553	13996	124668
Bihar	3147963	377326	234843	334018	97603	9378	113189
Chhattisgarh	613979	356085	233762	345292	156708	20701	152451
Gujarat	1275709	826051	411707	712045	261892	23674	377020
Haryana	558728	388198	261366	359590	111776	61440	96758
J & K	381587	123340	114930	408974	14057	28691	31591
Jharkhand	946963	396461	329152	334511	206914	13040	140556
Karnataka	1132856	129054	72118	98534	23640	16118	17520
Kerala	427749	237377	63437	274923	10913	2702	27013
Madhya Pradesh	1906200	1193124	957279	1147035	606713	95357	520627
Maharashtra	2048040	1902311	633221	1905722	441356	161398	460847
Odisha	714791	478277	467804	453750	375653	106234	273876
Punjab	438766	173477	162962	409383	47406	13249	53557
Rajasthan	1697020	1524940	536088	788919	381737	34023	418051
Tamil Nadu	1005569	533348	532956	531074	202786	102641	256567
Telangana	711150	66400	86795	49732	32701	2684	15004
Uttarakhand	203021	180110	95110	198768	28000	2191	6945
Uttar Pradesh	6131032	3842866	1723616	3682555	1714788	219918	1511136
West Bengal	1596872	928115	890328	884195	457463	174879	432540

Source: HMIS, NHM, 2020-21

جدول 5.1 سے ہم سمجھ سکتے ہیں کہ ANC کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی کل تعداد 27591287 تھی۔

ANC کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی تعداد اتر پردیش میں سب سے زیادہ (6131032) اور اتر اگھنڈ میں سب سے کم

(203021) تھی۔ 2020-21 کے دوران JSSK اسکیم کے تحت مفت دوا، خوراک، تشخیص اور نقل و حمل کا حق حاصل

کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد یوپی میں سب سے زیادہ تھی۔ جبکہ حاملہ خواتین کو مفت ادویات اور تشخیص کا حق حاصل

کرنے والوں کی تعداد تلنگانہ میں سب سے کم تھی۔ JSSK کے تحت مفت خوراک کا حق حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد اور کیرالہ میں مفت گھرتک سہولت کی نقل و حمل سب سے کم تھی۔ جبکہ حاملہ خواتین کو انٹرفیسلیٹی ٹرانسفر اور گھر واپسی کا مفت ڈراپ اٹراکھنڈ میں سب سے کم تھا۔ یہ سب مطلق تعداد میں ہیں۔ ANC کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی تعداد کے تناسب سے، اگر ہم JSSK کے استحقاق کے استعمال کی حد کا تجزیہ کریں، تو اس سے بہتر موازنہ سامنے آئے گا۔

جدول 5.2 یہ بتاتا ہے۔

Table 5-2: Utilisation of JSSK programme as a percentage of pregnant women registered for ANC

	Free Medicine	Free Diet	Free Diagnosti cs	Free Home to facility transport	Inter facility Transfer	Free Drop Back home
All India	54.5	31.1	52.6	19.7	4.3	19.4
Andhra Pradesh	30.4	30.0	30.1	15.3	3.9	24.9
Assam	89.8	32.3	108.9	7.1	2.1	18.9
Bihar	12.0	7.5	10.6	3.1	0.3	3.6
Chhattisgarh	58.0	38.1	56.2	25.5	3.4	24.8
Gujarat	64.8	32.3	55.8	20.5	1.9	29.6
Haryana	69.5	46.8	64.4	20.0	11.0	17.3
J & K	32.3	30.1	107.2	3.7	7.5	8.3
Jharkhand	41.9	34.8	35.3	21.9	1.4	14.8
Karnataka	11.4	6.4	8.7	2.1	1.4	1.5
Kerala	55.5	14.8	64.3	2.6	0.6	6.3
Madhya Pradesh	62.6	50.2	60.2	31.8	5.0	27.3
Maharashtra	92.9	30.9	93.1	21.6	7.9	22.5
Odisha	66.9	65.4	63.5	52.6	14.9	38.3
Punjab	39.5	37.1	93.3	10.8	3.0	12.2
Rajasthan	89.9	31.6	46.5	22.5	2.0	24.6
Tamil Nadu	53.0	53.0	52.8	20.2	10.2	25.5
Telangana	9.3	12.2	7.0	4.6	0.4	2.1
Uttarakhand	88.7	46.8	97.9	13.8	1.1	3.4
Uttar Pradesh	62.7	28.1	60.1	28.0	3.6	24.6
West Bengal	58.1	55.8	55.4	28.6	11.0	27.1

Source: Table 5.1

ANC کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی کل تعداد میں سے JSSK کے تحت مفت دوا حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کا تناسب، یہ مہاراشٹر (92.9%)، راجستھان (89.9%)، آسام (89.8%) اور اترکھنڈ (88.7%) میں سب سے زیادہ تھا جبکہ تلنگانہ (9.3%)، کرناٹک (11.4%) اور بہار (12.0%) میں سب سے کم تھا۔ کیرالہ میں یہ 55.5 فیصد تھا، جو قومی اوسط 54.5 فیصد سے تھوڑا زیادہ تھا۔ ہسپتال میں قیام کے دوران خوراک کے معاملے میں، فیصد اوڈیشہ (65.4%)،

مغربی بنگال (55.8%) تملناڈو (53.0%) اور مدھیہ پردیش (50.2%) میں سب سے زیادہ تھی جبکہ کرناٹک (6.4%)، بہار (7.5%)، تلنگانہ (12.2%) اور کیرالہ (14.8%) میں یہ سب سے کم تھی۔ قومی اوسط 31.1 فیصد تھا۔ مفت تشخیص کا استحقاق آسام (108.9%) اور جموں و کشمیر (107.2%) میں سب سے زیادہ تھا، وہیں یہ تلنگانہ (7.0%) اور کرناٹک (8.7%) میں سب سے کم تھا۔ گھر سے فیسلٹی تک مفت نقل و حرکت کی سہولیات کے معاملے میں، اوڈیشہ اور مدھیہ پردیش پہلے نمبر پر رہیں، جب کہ کرناٹک اور کیرالہ قطار میں سب سے آخر میں ہیں۔ ضرورت پڑنے پر انٹرفیلیٹی ٹرانسفر کے مفت استحقاق کے لحاظ سے، اوڈیشہ اور ہریانہ سب سے زیادہ تھے، جب کہ بہار، تلنگانہ اور کیرالہ سب سے کم تھے۔ تاہم، گھر تک مفت ڈراپ بیک کے لحاظ سے، اوڈیشہ اور گجرات بہترین فراہم کنندہ تھے، جب کہ کرناٹک اور تلنگانہ سب سے خراب تھے۔

5.2.2 ہندوستان میں بیمار بچوں کے ذریعے JSSK کا استعمال

مطلق اعداد میں، JSSK کے تحت مفت دوائی حاصل کرنے والے بیمار بچوں کی تعداد یوپی اور مہاراشٹر میں سب سے زیادہ تھی وہیں تلنگانہ اور اتر اکنڈ میں یہ سب سے کم تھی کم از کم سہولت کے لیے گھر، فہرست میں سب سے اوپر یوپی تھا اور فہرست میں سب سے نیچے J&K تھا۔ انٹرفیلیٹی ٹرانسفر میں، یوپی سب سے بڑا فراہم کنندہ تھا، جب کہ تلنگانہ سب سے کم تھا۔ گھر تک مفت واپسی کی سہولت کے معاملے میں، یوپی نے سب سے زیادہ خدمات فراہم کیں، جبکہ اتر اکنڈ نے سب سے کم خدمات فراہم کیں۔

Table 5-3: Utilisation of the JSSK scheme for sick infants in India, 2020-21

	Free Medicines	Free Diagnostics	Free Home to facility transport	Interfacility transfers	Free Drop Back home
All India	2443696	2088488	573566	267534	793398
Andhra Pradesh	34513	29726	5355	4666	5473
Assam	74406	56624	3383	3609	36427
Bihar	14279	11735	2090	1575	7865
Chhattisgarh	58263	45758	18700	11652	20254
Gujarat	159963	103208	56437	10592	114752
Haryana	34957	34026	15382	9698	19446
J & K	29528	262892	178	5144	3519
Jharkhand	75178	52325	13360	2232	10252
Karnataka	59986	50244	24383	3697	6487
Kerala	29429	37587	1194	1545	2474
Madhya Pradesh	301166	294407	102864	22852	83998
Maharashtra	328617	236258	67785	29806	81204

Odisha	119603	92184	59695	33582	16357
Punjab	54633	35079	2038	2547	3593
Rajasthan	263261	64690	15627	7143	27716
Tamil Nadu	124045	123702	23481	16457	21902
Telangana	3729	4534	1317	156	1639
Uttarakhand	9515	8318	252	347	315
Uttar Pradesh	334209	314082	107295	67131	263764
West Bengal	240567	178887	42406	21629	52972

Source: HMIS, NHM, 2020-21

مندرجہ بالا جدول محض مطلق اعداد میں نمبر دیتا ہے۔ بہتر تفہیم کے لیے، ہمیں ANC کے لیے رجسٹرڈ حاملہ

خواتین کی کل تعداد کے تناسب پر غور کرنا چاہیے۔ اسے جدول 5.4 میں دکھایا گیا ہے۔

Table 5-4: Utilisation of JSSK by Sick Infants as a percentage of women registered for ANC

	Free Medicines	Free Diagnostics	Free Home to facility transport	Interfacility transfers	Free Drop Back home
All India	8.9	7.6	2.1	1.0	2.9
Andhra Pradesh	3.8	3.3	0.6	0.5	0.6
Assam	11.3	8.6	0.5	0.5	5.5
Bihar	0.5	0.4	0.1	0.1	0.2
Chhattisgarh	9.5	7.5	3.0	1.9	3.3
Gujarat	12.5	8.1	4.4	0.8	9.0
Haryana	6.3	6.1	2.8	1.7	3.5
J & K	7.7	68.9	0.0	1.3	0.9
Jharkhand	7.9	5.5	1.4	0.2	1.1
Karnataka	5.3	4.4	2.2	0.3	0.6
Kerala	6.9	8.8	0.3	0.4	0.6
Madhya Pradesh	15.8	15.4	5.4	1.2	4.4
Maharashtra	16.0	11.5	3.3	1.5	4.0
Odisha	16.7	12.9	8.4	4.7	2.3
Punjab	12.5	8.0	0.5	0.6	0.8
Rajasthan	15.5	3.8	0.9	0.4	1.6
Tamil Nadu	12.3	12.3	2.3	1.6	2.2
Telangana	0.5	0.6	0.2	0.0	0.2
Uttarakhand	4.7	4.1	0.1	0.2	0.2
Uttar Pradesh	5.5	5.1	1.8	1.1	4.3
West Bengal	15.1	11.2	2.7	1.4	3.3

Source: HMIS, NHM, 2020-21

اگر ہم بیمار شیر خوار بچوں کے علاج کے لیے JSSK اسکیم کے استعمال کا تجزیہ کریں تو مجموعی طور پر ANC کے

لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین کے فیصد کے طور پر، یہ ہندوستان میں بہت کم تھی۔ مفت دوائی حاصل کرنے والے بیمار بچوں کا

فیصد اوڈیشہ اور مہاراشٹر میں سب سے زیادہ تھا، جب کہ بہار اور تلنگانہ میں یہ سب سے کم تھا۔ اسی طرح، بیمار بچوں کے لیے

مفت تشخیص کا سب سے زیادہ استعمال جموں و کشمیر اور ایم پی میں ہوا، جب کہ تلنگانہ اور بہار میں سب سے کم ہوا۔ گھر سے

ہسپتال تک ٹرانسپورٹ کی سہولت، انٹرنیٹ سفر، اور ڈراپ بیک کی سہولیات اوڈیشہ میں سب سے زیادہ اور بہار، تلنگانہ اور

اتراکھنڈ میں سب سے کم تھی۔

5.2.3 کیرالہ میں حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK کا استعمال

اے این سی کے لیے رجسٹرڈ حاملہ خواتین ملاپورم میں سب سے زیادہ تھیں اور 2020-21 میں پٹھانمتھیٹا میں سب سے کم تھیں (ٹیبل 5.5)۔ اگر ہم JSSK اسکیم کے استعمال کا کیرالہ کے ضلع کے لحاظ سے تجزیہ کریں، تو قطعی طور پر، JSSK کے تحت مفت دوا حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد ایرناکولم میں سب سے زیادہ اور اڈوکی میں سب سے کم تھی۔ حاملہ خواتین کو ان کے ہسپتال میں قیام کے دوران مفت کھانا فراہم کرنا، ملاپورم میں یہ شرح سب سے زیادہ اور کوٹائم میں سب سے کم تھی۔

Table 5-5: Utilisation of JSSK scheme for Pregnant Women in Kerala, 2020-21

	ANC Registrat ion	Free Medicine	Free Diet	Free Diagnost ics	Free Home to facility transport	Inter facility Transfer	Free Drop Back home
Kerala	427749	237377	63437	274923	10913	2702	27013
Alappuzha	20265	34218	6513	34841	0	320	0
Ernakulam	33453	40551	3343	36304	850	91	269
Idukki	12613	2787	4018	4030	0	4	1366
Kannur	34321	10371	1953	13613	1023	11	2611
Kasaragod	21581	10987	4307	20048	0	54	1577
Kollam	27240	30220	0	36907	194	501	3529
Kottayam	18387	5121	133	10428	0	190	3098
Kozhikode	41133	7074	0	2126	0	0	5378
Malappuram	85714	18988	16176	28614	6450	0	0
Palakkad	39020	10260	10252	10260	993	37	2544
Pathanamthitta	10537	3333	920	3205	0		0
TVM	34824	31600	504	38645	84	257	553
Thrissur	35975	14265	9438	14644	1300	839	4341
Wayanad	12686	17602	5880	21258	19	398	1747

Source: HMIS, NHM, 2020-21

JSSK کے تحت مفت تشخیص کے معاملے میں، یہ ترواننت پورم میں سب سے زیادہ اور کوزی کوڈ میں سب سے کم

تھی۔ گھر سے فیسلٹی تک نقل و حمل کی سہولت کے معاملے میں، یہ ملاپورم میں زیادہ تھا، وہیں یہ ویاناڈ میں سب سے کم تھا۔

تھریسور میں انٹر فیسلٹی ٹرانسفر کی شرح سب سے زیادہ تھی اور اڈوکی میں سب سے کم تھی۔ ڈراپ بیک سہولت کوزی کوڈ میں

سب سے زیادہ اور ایرنا کولم میں سب سے کم تھی۔ اے این سی کے لیے رجسٹرڈ خواتین کی کل تعداد کے فیصد کے طور پر JSSK کے استعمال پر بحث کرتے ہوئے، JSSK کے تحت مفت ادویات الاپوزا، ویناڈ اور ایرنا کولم میں سب سے زیادہ تھیں، وہیں یہ کوزی کوڈ، اڈوکی، اور ملاپورم میں سب سے کم تھیں (ٹیبل 5.6)۔

Table 5-6: Utilisation of JSSK as a percentage of women registered for ANC in Kerala

	Free Medicine	Free Diet	Free Diagnostics	Free Home to facility transport	Inter facility Transfer	Free Drop Back home
Kerala	55.5	14.8	64.3	2.6	0.6	6.3
Alappuzha	168.9	32.1	171.9	0.0	1.6	0.0
Ernakulam	121.2	10.0	108.5	2.5	0.3	0.8
Idukki	22.1	31.9	32.0	0.0	0.0	10.8
Kannur	30.2	5.7	39.7	3.0	0.0	7.6
Kasaragod	50.9	20.0	92.9	0.0	0.3	7.3
Kollam	110.9	0.0	135.5	0.7	1.8	13.0
Kottayam	27.9	0.7	56.7	0.0	1.0	16.8
Kozhikode	17.2	0.0	5.2	0.0	0.0	13.1
Malappuram	22.2	18.9	33.4	7.5	0.0	0.0
Palakkad	26.3	26.3	26.3	2.5	0.1	6.5
Pathanamthitta	31.6	8.7	30.4	0.0	0.0	0.0
Thiruvananthapuram	90.7	1.4	111.0	0.2	0.7	1.6
Thrissur	39.7	26.2	40.7	3.6	2.3	12.1
Wayanad	138.8	46.4	167.6	0.1	3.1	13.8

Source: HMIS, NHM, 2020-21

مفت خوراک کے لحاظ سے، یہ ویناڈ، الاپوزا اور اڈوکی میں سب سے زیادہ تھا، جہاں یہ کوزی کوڈ، کولم اور کوٹائم میں سب سے کم تھا۔ مفت تشخیص کا استعمال کرنے والی حاملہ خواتین کا فیصد الاپوزا اور ویناڈ میں سب سے زیادہ تھا، وہیں یہ کوزی کوڈ اور پاکاڈ میں سب سے کم تھا۔ نقل و حمل کی سہولیات فائدہ اٹھانے والوں کے ذریعے کم ہی استعمال کی جاتی ہیں۔ گھر سے سہولت، انٹر فیلٹی، اور ڈراپ بیک ہوم ٹرانسپورٹ کا استعمال بالترتیب صرف 2.6، 0.6، اور 6.3 فیصد تھا۔

5.2.4 کیرالہ میں بیمار بچوں کے ذریعے JSSK کا استعمال

کیرالہ میں، بیمار نوزائیدہ بچوں کو JSSK سروس ڈیلیوری کا نسبتاً کم استعمال کیا جاتا ہے۔ مطلق اعداد میں، بیمار شیر خوار بچے جن کو مفت دوائی فراہم کی گئی پاکاڈ میں سب سے زیادہ اور اڈوکی میں سب سے کم تھی۔ مفت تشخیص فراہم کرنے والے بیمار بچوں کی تعداد ویناڈ میں سب سے زیادہ اور کوزی کوڈ میں سب سے کم تھی (ٹیبل 5.7)۔ گھر سے مفت سہولت،

انٹرفیسلیٹی ٹرانسفر، اور ڈراپ بیک ہوم ٹرانسپورٹ پالکڈ میں سب سے زیادہ تھی، وہیں کوٹائم میں سب سے کم تھی۔

Table 5-7: Sick Infants utilized JSSK scheme in Kerala, 2020-21

	Free Medicines under JSSK	Free Diagnostics under JSSK	Free Home to facility transport under JSSK	Interfacility transfers when needed under JSSK	Free Drop Back home under JSSK
Kerala	29429	37587	1194	1545	2474
Alappuzha	2815	3031	0	96	0
Ernakulam	5529	2716	20	347	213
Idukki	7	76	0	29	244
Kannur	1779	2787	238	6	526
Kasaragod	3108	2774	0	21	0
Kollam	733	2622	148	247	525
Kottayam	91	91	6	0	14
Kozhikode	15	30	0	0	25
Malappuram	4218	2308	44	0	0
Palakkad	5771	7684	642	627	685
Pathanamthitta	0	0	0	0	0
Thiruvananthapuram	4787	4691	96	128	242
Thrissur	0	0	0	0	0
Wayanad	576	8777	0	44	0

Source: HMIS, NHM, 2020-21

اگر ہم اے این سی کے لیے رجسٹرڈ کل حاملہ خواتین کے فیصد کے طور پر مفت JSSK کے استحقاق کے استعمال کا

تجزیہ کریں، تو بیمار بچوں کو فراہم کی گئی مفت ادویات کا فیصد ارناکولم میں زیادہ اور اڈوکی میں سب سے کم تھا (ٹیبل 5.8)۔

Table 5-8: Utilisation of JSSK as a percentage of pregnant women registered for ANC in Kerala

	Free Medicines under JSSK	Free Diagnostics under JSSK	Free Home to facility transport under JSSK	Interfacility transfers when needed under JSSK	Free Drop Back home under JSSK
Kerala	6.9	8.8	0.28	0.36	0.58
Alappuzha	13.9	15.0	0.00	0.47	0.00
Ernakulam	16.5	8.1	0.06	1.04	0.64
Idukki	0.1	0.6	0.00	0.23	1.93
Kannur	5.2	8.1	0.69	0.02	1.53
Kasaragod	14.4	12.9	0.00	0.10	0.00
Kollam	2.7	9.6	0.54	0.91	1.93
Kottayam	0.5	0.5	0.03	0.00	0.08
Kozhikode	0.0	0.1	0.00	0.00	0.06
Malappuram	4.9	2.7	0.05	0.00	0.00
Palakkad	14.8	19.7	1.65	1.61	1.76
Pathanamthitta	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00
Thiruvananthapuram	13.7	13.5	0.28	0.37	0.69
Thrissur	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00
Wayanad	4.5	69.2	0.00	0.35	0.00

Source: HMIS, NHM, 2020-21

بیمار نوزائیدہ بچوں کے ذریعے مفت تشخیص کا استعمال و اینڈ میں زیادہ تھا، جب کہ کوزی کوڈ میں کم تھا۔ پلاکڈ،

ایرنا کولم، کنور، اوراڈو کی میں گھر سے فیسلٹی، انٹر فیسلٹی ٹرانسفر، اور ڈراپ بیک ہوم ٹرانسپورٹ کی سہولت زیادہ تھی، وہیں کوزی کوڈ، کوٹائم، اور کاسر گوڈ میں کم تھی۔

5.3 کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کا استعمال

مذکورہ بالا بحث (ٹیبلز 5.6 اور 5.8) کی بنیاد پر، JSSK کے تحت خدمات کا استعمال، حاملہ خواتین اور بیمار شیر خوار بچوں دونوں کے معاملے میں، کیرالہ کے دیگر اضلاع کے مقابلے میں ملاپورم سب سے نیچے تھا۔ JSSK کے دو اہم استحقاق، مفت ادویات اور مفت تشخیص کے لیے، 2020-21 میں HMIS ڈیٹا کے مطابق فوائد حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کا فیصد 22.2 اور 33.4 فیصد تھا، جو دیگر اضلاع کے مقابلے میں نسبتاً بہت کم ہے۔ ملاپورم میں سات ڈیلیوری پوائنٹس سے، پانچ ڈیلیوری پوائنٹس کی معلومات حاملہ خواتین کی تعداد سے متعلق ہے جنہوں نے 2015-16 سے 2020-21 تک JSSK اسکیم کے تحت مفت استحقاق حاصل کیے، جیسا کہ ذیل میں دکھایا گیا ہے (ٹیبل 5.9)۔ ڈسٹرکٹ ہسپتال، پیرینتھلما، اور نیلسور سے کافی ڈیٹا حاصل نہیں کیا جاسکا۔

Table 5-9: Utilisation of JSSK scheme for Pregnant Women in Malappuram (2015-16 to 2020-21)

	Free Delivery	Free Caesarean	Free Medicine	Free Diagnost ics	Free Diet	Free Blood	Free Transport Facility
Medical College, Manjeri							
2015-16	3333	750	4083	9527	4083	325	4083
2016-17	3052	693	3745	7584	3745	361	3745
2017-18	2984	860	3844	9584	3844	301	3844
2018-19	3587	2718	6305	11201	6305	322	6305
2019-20	3841	1866	5707	8965	5707	368	5707
2020-21	3827	1318	5145	9749	5145	258	5145
Total	20624	8205	28829	56610	28829	1935	28829
Mean	3437	1368	4805	9435	4805	323	4805
District Hospital, Tirur							
2015-16	426	156	8457	986	426	41	405
2016-17	482	157	8819	1237	482	53	450
2017-18	817	304	9132	1890	817	79	761
2018-19	1276	471	13126	2757	1276	56	919
2019-20	2377	847	17408	4975	2377	74	1960
2020-21	2518	893	18214	5710	2518	103	2263
Total	9794	3511	86483	23207	9794	488	7987
Mean	1632	585	14414	3868	1632	81	1331
W&C, Ponnani							
2019-20	1290	1187	NA	10057	1290	NA	619

2020-21	1259	1245	NA	11895	4460	NA	526
Total	2549	2432	NA	21952	5750	NA	1145
Mean	1275	1216	NA	10976	2875	NA	573
THQH, Malappuram							
2015-16	613	366	450	2596	979	NA	979
2016-17	452	165	404	2754	617	NA	617
2017-18	651	187	172	2937	838	NA	838
2018-19	526	178	1818	3370	704	NA	704
2019-20	912	363	2836	5258	1275	17	1275
2020-21	1156	274	2184	6401	1430	34	1430
Total	4310	1533	7864	23316	5843	51	5843
Mean	718	256	1311	3886	974	26	974
THQH, Tirurangadi							
2015-16	77	10	1014	5104	361	NA	361
2016-17	223	63	845	6122	286	NA	286
2017-18	387	90	1278	5144	566	NA	566
2018-19	854	189	1907	2523	1044	NA	1040
2019-20	698	186	1751	2431	934	NA	320
2020-21	635	178	1217	2319	796	NA	150
Total	2874	716	8012	23643	3987	NA	2723
Mean	479	119	1335	3941	665	NA	454
District Hospital, Nilambur							
Mean	3420	780	NA	NA	NA	NA	NA
District Hospital, Perinthalmanna							
Mean	960	480	NA	NA	NA	NA	NA

JSSK (تصویر 5.1A) کے تحت 2015-16 سے 2020-21 کے بیچ مفت ڈیلیوری کا اوسط استعمال میڈیکل

کالج، منجیری (3437) میں سب سے زیادہ اور THQH، ترور انگڈی (479) میں سب سے کم تھا۔ JSSK کے تحت،

میڈیکل کالج منجیری (اوسط = 1368) اور ڈیلیو اینڈ سی پونانی (مطلب = 1216) میں حاملہ خواتین پر سب سے زیادہ سیزرین

کیے گئے (تصویر 5.1B)۔ ترور ضلع اسپتال میں مفت دوائی حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد سب سے زیادہ تھی

(اوسط = 14414-) اور ملاپورم تالک ہیڈ کوارٹر ہسپتال (THQH) میں سب سے کم (اوسط = 1311) تھی (تصویر

5.1C)۔ 2015-16 سے 2020-21 کے بیچ JSSK کے تحت مفت تشخیص حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی اوسط

تعداد (تصویر 5.4) ڈیلیو اینڈ سی پونانی میں سب سے زیادہ تھی (10976) اور ڈی ایچ ترور میں سب سے کم (3868)

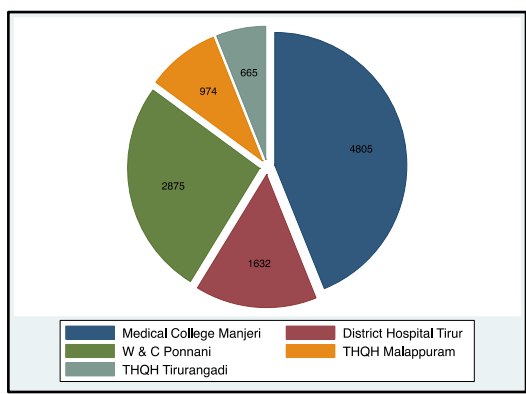
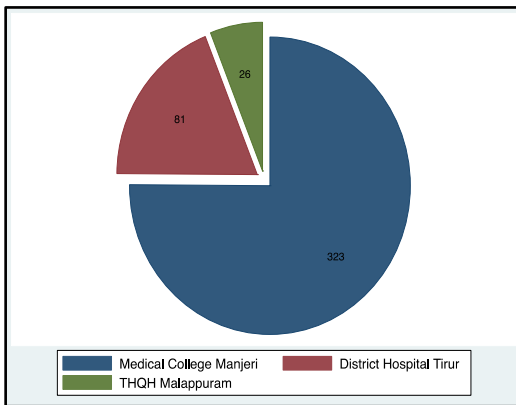
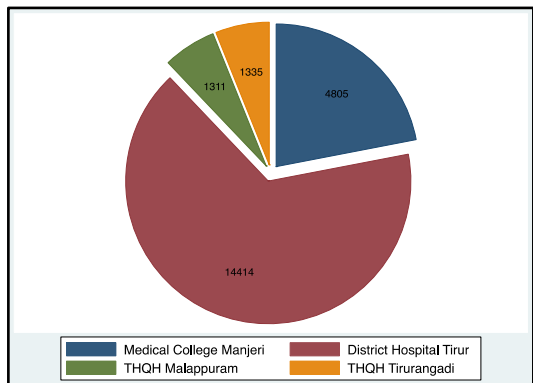
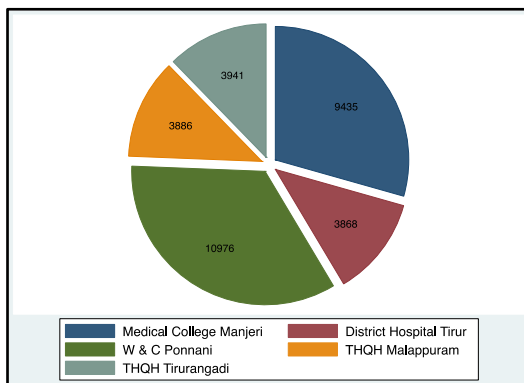
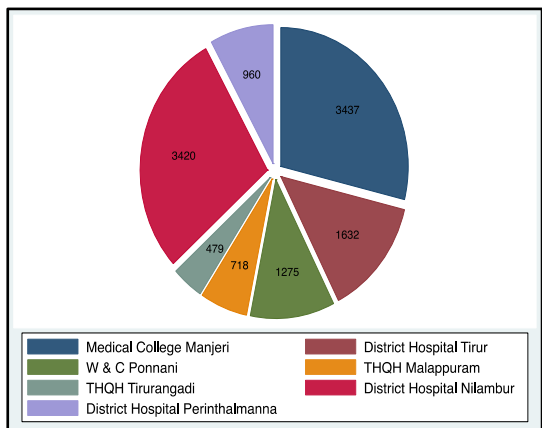
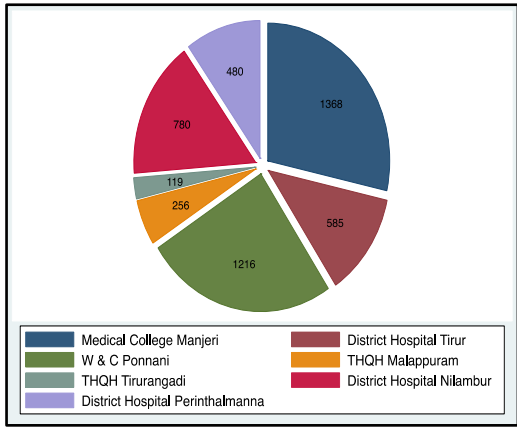
تھی (تصویر 5.1D)۔ مفت خوراک حاصل کرنے والی حاملہ خواتین (تصویر 5.1E) میڈیکل کالج، منجیری میں سب

سے زیادہ عام تھیں (اوسط = 4805) اور THQH، ترور انگڈی (اوسط = 665) میں سب سے کم عام تھیں۔ میڈیکل کالج،

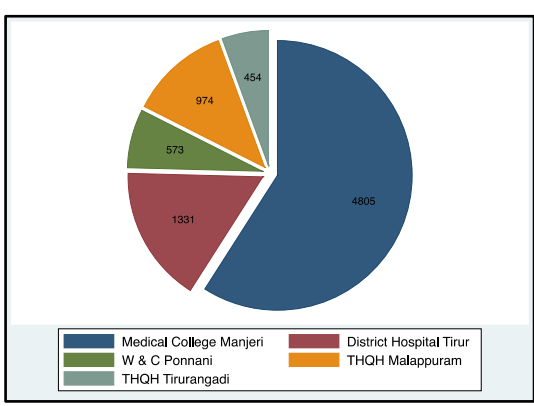
منجیری نے (تصویر 5.1F) سب سے زیادہ مفت خون فراہم کیا (اوسط = 576)، جبکہ ٹی ایچ کیو ایچ ملاپورم نے سب

سے کم (اوسط=26) فراہم کیا۔ JSSK کے تحت، حاملہ خواتین گھر سے فیسلٹی تک مفت نقل و حمل، بین فیسلٹی مفت نقل و حرکت اور مفت گھر واپسی کی حقدار ہیں۔

اوسطاً، میڈیکل کالج، منجیری (4805) نے مفت ٹرانسپورٹ ((تصویر 5.1G) کے حوالے سے سب سے زیادہ خدمات پیش کیں، جبکہ THQH ترورنگڑی نے سب سے کم (454) کی۔ یہ وہ حد تھی جس تک ملاپورم میں حاملہ خواتین نے JSSK کے تحت اپنے مفت استحقاق کا استعمال کیا۔



- A: Mean utilization of free delivery
- B: Mean utilization of free c-section
- C: Mean utilization of free medicine
- D: Mean utilization of free diagnostics
- E: Mean utilization of free diet
- F: Mean utilization of free blood



تصویر 5.1: ملاپورم میں حاملہ خواتین کا JSSK اسکیم کا استعمال (2015-16 سے 2020-21 تک)

ان ڈیلیوری پوائنٹس پر دستیاب بنیادی ڈھانچے کی سہولیات کی وضاحت کرنا بھی ضروری ہے تاکہ ہم طلب اور رسد دونوں کے تعلقات کا تجزیہ کر سکیں۔ یہ نوٹ کرنا ضروری ہے کہ اس طرح کے پروگراموں کی تاثیر صحت عامہ کی ان سہولیات پر فراہم کی جانے والی خدمات کے معیار اور کفایت جیسے بستروں، خصوصی ڈاکٹروں، فارمیسیوں، تجربہ گاہوں وغیرہ کی دستیابی سے مشروط ہے، (ٹیبل 5.10)۔

Table 5-10: Infrastructure facilities available at delivery points in Malappuram (as of November 1, 2021)

Facilities	MC, Manjeri	DH *, Pmna	DH Nilambur	DH Tirur	W&C Ponna ni	THQH Mlp	THQH Tgdi*	Total
No.of OTs	12	1	2	1	4	1	2	12
No. of Gynec Beds	90	40	41	30	135	35	33	404
No. of Gynaecologists	21	3	4	4	6	2	3	43
No.of Paediatricians	17	3	4	4	6	2	3	39
No. of anaesthetist	14	1	3	3	4	1	1	27
No. of Ambulances	2	1	4	1	0	1	1	10
No.of ANMs/Equivalent	111	1	1	3	0	8	1	125
No. of ASHA Workers	36	3	3	40	0	4	4	90
Blood Bank	7	1	1	1	0	1	0	11
Pharmacy	30	1	1	1	1	1	1	36
Lab	36	1	1	1	1	1	1	42

*District Hospital Perinthalmanna and Tirurangadi

جب ہم آپریشن تھیٹر (OT) کی تعداد دیکھتے ہیں تو یہ میڈیکل کالج منجیری (12) اور ڈیلیو اینڈ سی پونانی (4) میں سب سے زیادہ ہے۔ ان دو ڈیلیوری پوائنٹس میں سالانہ سی سیکشنز کی اوسط تعداد بھی زیادہ تھی۔ بالترتیب 1368 اور 1216۔ ڈیلیو اینڈ سی پونانی اور میڈیکل کالج، منجیری میں بستروں کی تعداد زیادہ تھی۔ تاہم، سی سیکشن سمیت ڈیلیوری کی تعداد میڈیکل کالج منجیری (4855) اور ڈسٹرکٹ ہسپتال نیلمبور (4200) میں زیادہ تھی۔ میڈیکل کالج منجیری اور ڈیلیو اینڈ سی پونانی میں ماہرین امراض نسوان، ماہرین امراضِ طفل اور تجزیہ کاروں کی تعداد بھی زیادہ تھی۔ میڈیکل کالج منجیری کے علاوہ، ہر ڈیلیوری پوائنٹ پر ایک فارمیسی اور ایک لیبارٹری ہے۔ ڈیلیو اینڈ سی پونانی اور ٹی ایچ کیو ایچ ترورنگڈی میں کوئی بلڈ بینک نہیں ہے۔ ملاپورم میں JSSK کے تحت رجسٹرڈ مستفید ہونے والوں کی اوسط تعداد 16-2015 اور 21-2020 کے درمیان 23709 تھی۔ اگر ہم رجسٹرڈ مستفیدین کی تعداد کی بنیاد پر ڈیلیوری کے لیے اسکیم کے استعمال کا موازنہ کریں جس سی سیکشن

بھی شامل ہیں، تو یہ ایم سی، منجیری میں 100% ہے، اور DH، ترور میں صرف 17.7 فیصد ہے (ٹیبل 5.11)۔

Table 5-11: Percentage of JSSK Utilisation based on delivery points

Delivery Points	Average JSSK registered beneficiaries *	Pregnant Women utilised free delivery including C-sections	% of utilisation	Average beneficiaries registered/bed ratio
District Hospital, Nilambur	NA	4200	-	-
District Hospital, Perinthalmanna	NA	1440	-	-
District Hospital, Tirur	12526	2217	17.7	418
Medical College, Manjeri	4805	4805	100.0	53
THQH, Malappuram	1244	974	78.3	36
THQH, Tirurangadi	1327	598	45.1	40
W & C Ponnani	3807	2491	65.4	28
Total	23709	11085	46.8	73

Source: Hospital Records

اسی طرح، مستفیدین کا اوسط مریض۔ بستر تناسب ڈی ایچ، ترور (1:418) میں سب سے زیادہ اور ڈبلیو اینڈ سی

پونانی (1:28) میں سب سے کم ہے۔ ملاپورم کے لیے، یہ 1:73 ہے۔ چونکہ ڈبلیو سی، بشمول سی سیکشن، OoPE کا ایک

کلیدی جزو ہے اور زچہ و بچہ کی اموات کو کم کرنے کے لیے اہم ہے، اس لیے اس کے استعمال کو یقینی بنایا جانا چاہیے۔

ایسے پروگراموں کا محض آغاز اور فنڈنگ کافی نہیں ہوگی۔ اگر عام لوگوں کو اسکیم، اس کے فوائد اور اسکیم کے

وقت، جگہ اور حقداریت کے بارے میں معلومات نہیں ہیں تو فیسلٹی اور ادارے اسے فراہم کرنے میں ناکام رہیں گے۔ لہذا،

یہ سیکشن JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی اور اس کے استعمال کا ایک اکاؤنٹ فراہم کرتا ہے، جس میں کیرالہ کے ملاپورم

اضلاع میں ڈبلیو سی کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات بھی شامل ہیں۔ یہ تجزیہ بنیادی اعداد و شمار پر مبنی تھا۔ نیم

سائنس سوالنامے کا استعمال کرتے ہوئے صحت عامہ کے اداروں کے تحت تمام چھ ڈبلیو سی پوائنٹس سے ڈیٹا اکٹھا کیا گیا۔ اس

کے علاوہ، آشا اور آنگن واڑی کارکنوں کی مدد سے گھریلو سروے کے ذریعے اسی سوالنامے کا استعمال کرتے ہوئے نجی صحت

کے اداروں میں بچے پیدا کرنے والی خواتین سے بھی انٹرویو کیا گیا۔ یہ سرکاری اور نجی صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات میں

ڈبلیو سی کے دوران جیب سے باہر کے اخراجات کا موازنہ کرنے کے لیے کیا گیا تھا۔

5.4 وضاحتی تجزیہ

وضاحتی تجزیہ تحقیق میں ڈیٹا کی ضروری خصوصیات کی وضاحت کرتا ہے۔ جدول 5.12 ہماری تحقیقات کے لیے

حاصل کیے گئے بنیادی ڈیٹا کا مکمل خلاصہ فراہم کرتا ہے۔ یہ مطالعے کے علاقے میں جواب دہندگان کی سماجی و معاشی اور آبادیاتی خصوصیات کو بیان کرتا ہے۔

Table 5-12: Demographic profile and socio-economic characteristics of the respondents

	Rural	Urban	Total
	502 (56.5%)	386 (43.5%)	888 (100.0)
Type of Institution			
Government	287 (57.2%)	223 (57.8%)	510 (57.4%)
Private	215 (42.8%)	163 (42.2%)	378 (42.6%)
Age group			
18-25	202 (40.2%)	170 (44.0%)	372 (41.9%)
26-35	268 (53.4%)	202 (52.3%)	470 (52.9%)
36-45	32 (6.4%)	14 (3.6%)	46 (5.2%)
Religion			
Hindu	118 (23.5%)	61 (15.8%)	179 (20.2%)
Muslim	379 (75.5%)	320 (82.9%)	699 (78.7%)
Christian	5 (1.0%)	5 (1.3.0%)	10 (1.13%)
Caste			
Gen	30 (6.0%)	24 (6.2%)	54 (6.1%)
SC	72 (14.3%)	34 (8.8%)	106 (11.9%)
ST	21 (4.2%)	7 (1.8%)	28 (3.2%)
OBC	379 (75.5%)	321 (83.2%)	700 (78.8%)
Wealth			
BPL	261 (52.0%)	223 (57.8%)	484 (54.5%)
APL	241 (48.0%)	163 (42.2%)	404 (45.5%)
Family Type			
Joint Family	279 (55.6%)	238 (61.7%)	517 (58.2%)
Nuclear Family	223 (44.4%)	148 (38.3%)	371 (41.8%)
Nature of Delivery			
Normal	401 (79.9%)	319 (82.64%)	720 (81.1%)
Caesarian	101 (20.1%)	67 (17.4%)	168 (18.9%)
Education			
≤10th	122 (24.3%)	124 (32.1%)	246 (27.7%)
12th	204 (40.6%)	146 (37.8%)	350 (39.4%)
≥Graduation	176 (35.0%)	116 (30.0%)	292 (32.9%)
JSSK Beneficiary			
No	215 (42.8%)	163 (42.2%)	378 (42.6%)
Yes	287 (57.2%)	223 (57.8%)	510 (57.4%)
Occupation			
No	420 (83.7%)	327 (84.7%)	747 (84.1%)
Yes	82 (16.3%)	59 (15.3%)	141 (15.9%)

Source: Primary Survey

دیہی علاقوں سے جو اب دہندگان 502 (56.5%) تھے، جبکہ 386 (43.5%) شہری علاقوں سے تھے۔ 510

جو اب دہندگان کا تعلق سرکاری صحت کے اداروں سے تھا، جب کہ 378 جو اب دہندگان نے ولادت کے لیے نجی اسپتالوں کا انتخاب کیا۔ شہری اور دیہی علاقوں میں ادارے کی قسم میں زیادہ فرق نہیں ہے۔ زیادہ تر جو اب دہندگان کا تعلق 35-26 سال کی عمر کے گروپ (52.9%) سے ہے۔ ان میں سے 53.4% دیہی علاقوں سے ہیں۔ صرف 5.2% خواتین کی عمریں 36 سے 45 سال کے درمیان تھیں۔ زیادہ تر جو اب دہندگان کا تعلق مسلم نسلی گروپ (78.7%) سے ہے۔ جو اب دہندگان میں دوسرے بڑے مذاہب ہندو (20.2%) اور عیسائی (1.13%) تھے۔ زیادہ تر جو اب دہندگان کا تعلق دیگر پسماندہ ذاتوں سے ہے (78.8%)۔ ایس سی اور ایس ٹی کی خواتین بالترتیب 11.9% اور 3.2% تھیں۔ 54.5% جو اب دہندگان کا تعلق بی پی ایل خاندانوں سے ہے۔ اسی طرح 58.2% خواتین مشترکہ خاندانوں سے آتی ہیں۔ زیادہ تر جو اب دہندگان (39.4%) نے 12 ویں جماعت مکمل کر لی تھی، جب کہ 27.7% خواتین نے 10 ویں جماعت یا اس سے کم تعلیم مکمل کی تھی۔ 81.1% پیدا نشیں نارمل ڈیلیوری تھیں۔ 84.1% جو اب دہندگان بے روزگار تھے، اور ان میں سے 57.4% JSSK کے مستفید تھے۔

5.5 JSSK کے بارے میں بیداری

مطالعے کے بڑے مقاصد میں سے ایک مطالعے کے علاقے میں JSSK کے بارے میں بیداری کی سطح کی جانچ کرنا تھا۔ کسی بھی اسکیم کے موثر استعمال کے لیے اس پروگرام کے بارے میں استفادہ کنندگان میں بیداری ایک ضروری شرط ہے۔

5.5.1 آگاہی اور سماجی و معاشی خصوصیات

ہم نے اس سیکشن میں ان کے آبادیاتی اور سماجی معاشی پروفائلز کی بنیاد پر اسکیم کے بارے میں جو اب دہندگان کی آگاہی کا تجزیہ کرنے کی کوشش کی۔ نمونے کی معلومات اس پہلو پر روشنی ڈالتی ہے۔ ملاپورم ضلع میں JSSK کے بارے میں

جاننے والوں کی آبادیاتی پروفائل جدول 5.13 میں پیش کی گئی ہے۔ ہم نے اس سیکشن میں ان کے آبادیاتی اور سماجی معاشی پروفائلز کی بنیاد پر اسکیم کے بارے میں جواب دہندگان کی آگاہی کا تجزیہ کرنے کی کوشش کی۔ نمونے کی معلومات اس پہلو پر روشنی ڈالتی ہے۔ ملاپورم ضلع میں JSSK کے بارے میں جاننے والوں کی آبادیاتی پروفائل جدول 5.13 میں پیش کی گئی ہے۔

Table 5-13: Socio-economic characteristics and awareness of the JSSK scheme

	Rural	Urban	Total
	374 (74.5%)	294 (76.2%)	668 (75.2%)
Type of Institution			
Government	287 (76.7%)	223 (75.9%)	510 (76.4%)
Private	87 (23.3%)	71 (24.2%)	158 (23.7%)
Age group			
18-25	153 (40.9%)	137 (46.6%)	290 (43.4%)
26-35	198 (52.9%)	148 (50.3%)	346 (51.8%)
36-45	23 (6.2%)	9 (3.1%)	32 (4.8%)
Religion			
Hindu	106 (28.3%)	47 (16.0%)	153 (22.9%)
Muslim	264 (70.6%)	244 (83.0%)	508 (76.1%)
Christian	4 (1.1%)	3 (1.0%)	7 (1.1%)
Caste			
Gen	25 (6.7%)	17 (5.8%)	42 (6.3%)
SC	64 (17.1%)	27 (9.2%)	91 (13.6%)
ST	21 (5.6%)	5 (1.7%)	26 (3.9%)
OBC	264 (70.6%)	245 (83.3%)	509 (76.2%)
Wealth			
BPL	224 (59.9%)	194 (66.0%)	418 (62.6%)
APL	150 (40.1%)	100 (34.0%)	250 (37.4%)
Family Type			
Joint Family	220 (58.8%)	182 (61.9%)	402 (60.2%)
Nuclear Family	154 (41.2%)	112 (38.1%)	266 (39.8%)
Nature of Delivery			
Normal	290 (77.5%)	235 (79.9%)	525 (78.6%)
Caesarian	84 (22.5%)	59 (20.1%)	143 (21.4%)
Education			
≤10th	117 (31.3%)	107 (36.4%)	224 (33.5%)
12th	158 (42.3%)	116 (39.5%)	274 (41.0%)
≥Graduation	99 (26.5%)	71 (24.2%)	170 (25.5%)
JSSK Beneficiary			
No	87 (23.3%)	71 (24.2%)	158 (23.7%)
Yes	287 (76.7%)	223 (75.9%)	510 (76.4%)
Occupation			
No	320 (85.6%)	255 (86.7%)	575 (86.1%)
Yes	54 (14.4%)	39 (13.3%)	93 (13.9%)

Source: Primary Survey

کل 888 جواب دہندگان میں سے، 668 JSSK اسکیم سے واقف تھے (75.2%)۔ اس میں سے 374 (74.5%) دیہی ہیں، اور 294 (76.2%) شہری علاقوں سے ہیں۔ جواب دہندگان میں سے 287 (76.7%) جو JSSK سے واقف تھے نے ولادت کے لیے سرکاری ہسپتالوں کا انتخاب کیا تھا اور وہ دیہی علاقوں سے تھے۔ 198 (52.9%) خواتین جو JSSK سے واقف ہیں ان کی عمریں 26 سے 35 سال کے درمیان ہیں اور وہ دیہی علاقوں میں رہتی ہیں۔ 83 فیصد جواب دہندگان جو JSSK کے بارے میں جانتے ہیں وہ شہری علاقوں کے مسلمان اور اوبی سی تھے۔ بی پی ایل اور شہری علاقوں کی نمائندگی 194 (66%) خواتین نے کی جو JSSK سے واقف تھیں۔ 182 جواب دہندگان (61.9%) جو JSSK کے بارے میں جانتے ہیں وہ مشترکہ خاندانوں اور شہری علاقوں سے تھے۔ 79.9% خواتین جن کی ڈیلیوری نارمل تھی وہ JSSK سے واقف تھیں۔ 158 (42.3%) خواتین جو JSSK کے بارے میں جانتی ہیں وہ 12 ویں مکمل کر کے دیہی علاقوں سے تھیں۔ دیہی علاقوں سے 287 جواب دہندگان (76.7%) جنہوں نے JSSK سے استفادہ کیا وہ اس کے استعمال سے پہلے اس سے واقف تھے۔ شہری علاقوں کی 86.7% خواتین جن کا کوئی پیشہ نہیں ہے وہ اس سکیم سے واقف تھیں۔ ذیل میں ان خواتین کا تفصیلی تجزیہ کیا گیا ہے جو JSSK سے واقف تھیں۔

5.5.2 JSSK آگاہی کا بلاک وار تجزیہ

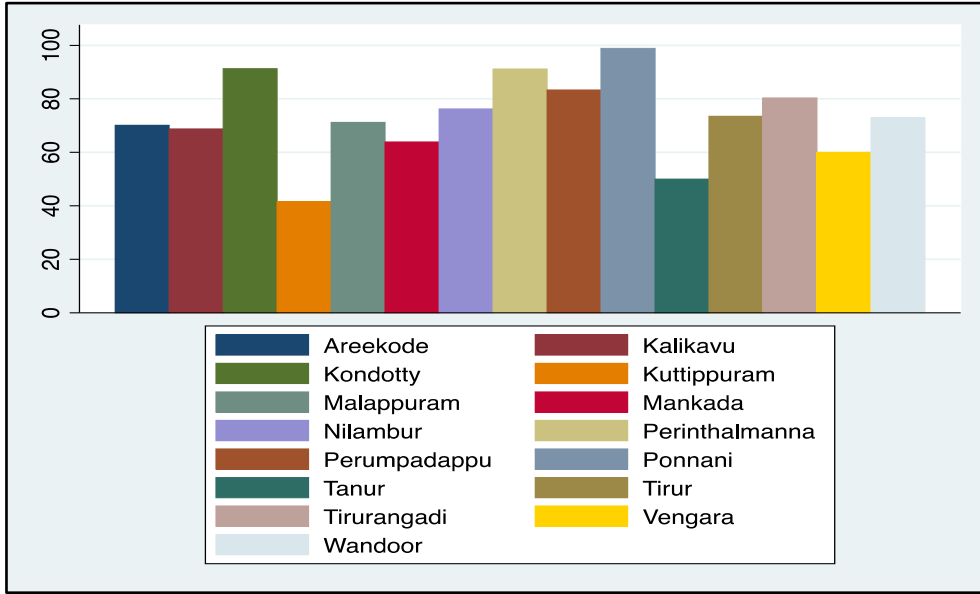
ملاپورم اضلاع میں 15 ریونیو بلاکس ہیں۔ اگر ہم ان بلاکس میں JSSK بیداری کا تجزیہ کریں تو یہ پونانی بلاک (98.6%)، کونڈوٹی بلاک (91.3%)، اور پیرینتھلمانا بلاک (91.2%) میں سب سے زیادہ تھی۔ یہ کٹی پورم (41.5%) اور تنور (50.0%) بلاکس (ٹیبل 5.14 اور تصویر 5.2) میں سب سے کم تھی۔

Table 5-14: Block-wise analysis of JSSK awareness

Blocks	Freq.	Percentage
Areekode	54	70.13
Kalikavu	11	68.75
Kondotty	21	91.3
Kuttippuram	17	41.46
Malappuram	84	71.19
Mankada	23	63.89

Nilambur	45	76.27
Perinthalmanna	93	91.18
Perumpadappu	15	83.33
Ponnani	87	98.86
Tanur	18	50
Tirur	111	73.51
Tirurangadi	41	80.39
Vengara	21	60
Wandoor	27	72.97
Total	668	75.23

Source: Primary survey



تصویر 5.2: آگاہی کا بلاک وار تجزیہ

5.5.3 آگاہی اور علاقہ

موجودہ مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ JSSK کے بارے میں بیداری شہری اور دیہی علاقوں کی خواتین میں تقریباً

یکساں تھی۔ شہری علاقوں میں یہ 76.2 فیصد تھی جب کہ دیہی علاقوں میں 74.5 فیصد تھی۔ χ^2 ٹیسٹ کی مدد سے، ہم

جانچ سکتے ہیں کہ آیا فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے یا نہیں (ٹیل 5.15)۔ یہاں، عدیمہ مفروضہ (H_0) یہ تھا کہ علاقے

(دیہی / شہری) اور خواتین کی بیداری کی سطح کے درمیان کوئی خاص فرق نہیں ہے۔

Table 5-15: Awareness and Area

Area	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
Rural	128	374	502
	25.50	74.50	100.00
Urban	92	294	386

	23.83	76.17	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00
Pearson Chi2 = 0.32 Prob = 0.5691			

χ^2 اختبار کا نتیجہ ظاہر کرتا ہے کہ 5 فیصد اعتماد کی سطح پر، حدیمہ مفروضے کو مسترد کرنے کا کوئی ثبوت نہیں ہے۔

5.5.4 آگاہی اور ادارے کی قسم

اگر ہم خواتین میں بیداری کی سطح کو دیکھتے ہیں جس کی بنیاد پر انہوں نے اپنے حمل کی دیکھ بھال اور ڈیلیوری کے لیے جو ادارے کا انتخاب کیا تھا، تو ہم ادارے کی قسم اور آگاہی کے درمیان ایک نمایاں فرق دیکھ سکتے ہیں۔ جن خواتین نے سرکاری صحت کے اداروں کو ترجیح دی وہ JSSK اور اس کے استحقاق سے بخوبی واقف تھیں (ٹیبل 5.16)۔ ان میں سے سبھی JSSK (100%) سے واقف ہیں جبکہ ان خواتین میں بیداری کی سطح 41.8% ہے جنہوں نے پرائیویٹ ہسپتالوں کو ترجیح دی۔ فرق شماریاتی لحاظ سے بھی اہم ہے ($p < 0.01$)۔

Table 5-16: Type of Institution and awareness about JSSK.

Type of Institution	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
Government	0	510	510
	0.00	100.00	100.00
Private	220	158	378
	58.20	41.80	100.0
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.0
Pearson Chi2 = 394.58 Prob = 0.0000			

5.5.5 آگاہی اور عمر گروپ

اگر ہم عمر کے گروپ کی بنیاد پر بیداری میں فرق دیکھتے ہیں، تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ 25-18 سال کی عمر کی خواتین JSSK کے بارے میں زیادہ آگاہ تھیں۔ لیکن پیئر سن χ^2 ($\chi^2 = 2.93$) کے Statistic (ٹیبل 5.17) کو غیر اہم پایا گیا، جو کہ عمر کے گروپ اور JSSK کے بارے میں آگاہی کے درمیان کوئی اہم تعلق ظاہر نہیں کرتا ہے۔

Table 5-17: Age group and awareness about JSSK.

agegroup	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total

18-25	82	290	372
	22.04	77.96	100.00
26-35	124	346	470
	26.38	73.62	100.00
36-45	14	32	46
	30.43	69.57	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00
Pearson Chi2 = 2.93 Prob = 0.2308			

5.5.6 آگاہی اور مذہب

مسلم اور عیسائی خواتین کے ساتھ موازنہ کرتے ہوئے، ہندو مذہب کی خواتین JSSK (ٹیبل 5.18) سے زیادہ

واقف تھیں۔ ان میں سے 85.5% JSSK سے واقف تھیں، اس کے مقابلے میں 72.7% مسلمان اور 70.0% عیسائی

خواتین واقف تھیں۔ یہ فرق شماریاتی لحاظ سے بھی اہم ہے ($p < 0.01$)۔

Table 5-18: Religion and JSSK Awareness

Religion	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
Hindu	26	153	179
	14.53	85.47	100.00
Muslim	191	508	699
	27.32	72.68	100.00
Christian	3	7	10
	30.00	70.00	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00
Pearson Chi2 = 12.68 Prob = 0.0018			

5.5.7 آگاہی اور ذات

جب ہم ذاتوں کے مابین بیداری کا موازنہ کرتے ہیں (ٹیبل 5.19)، تو ہم دیکھتے ہیں کہ یہ ST (92.9%) اور

SCs (85.9%) میں سب سے زیادہ اور OBCs (72.7%) میں سب سے کم ہے۔ فرق شماریاتی لحاظ سے بھی اہم ہے

($p < 0.05$)۔

Table 5-19: Awareness and Caste

caste	JSSK awareness		
	Not aware	Aware	Total
General	12	42	54
	22.22	77.78	100.00
SC	15	91	106
	14.15	85.85	100.00

ST	2	26	28
	7.14	92.86	100.00
OBC	191	509	700
	27.29	72.71	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00
Pearson Chi2 = 13.65 Prob = 0.0034			

5.5.8 آگاہی اور دولت

معاشی حیثیت یا دولت کے لحاظ سے، بی پی ایل زمرے کی خواتین JSSK اسکیم (86.36) کے بارے میں زیادہ

باخبر تھیں (ٹیبیل 5.20)۔ اے پی ایل کی 404 خواتین میں سے صرف 250 (61.9) JSSK کے بارے میں جانتی ہیں۔

فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے ($p < 0.01$)۔

Table 5-20: Wealth and JSSK Awareness

Wealth	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
BPL	66	418	484
	13.64	86.36	100.00
APL	154	250	404
	38.12	61.88	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00
Pearson Chi2 = 70.82 Prob = 0.0000			

5.5.9 آگاہی اور خاندان کی قسم

خاندان کی قسم کے لحاظ سے، مشترک خاندانوں کی خواتین JSSK اسکیم (ٹیبیل 5.22) سے (77.8%) جوہری

خاندانوں کی خواتین (71.7%) سے زیادہ واقف ہیں۔ دونوں کے درمیان تعلق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے ($p < 0.05$)۔

Table 5-21: Family type and JSSK Awareness

Family type	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
Joint Family	115	402	517
	22.24	77.76	100.00
Nuclear Family	105	266	371
	28.30	71.70	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00
Pearson Chi2 = 4.25 Prob = 0.0392			

5.5.10 آگاہی اور تعلیم

زیادہ تعلیم یافتہ اور کم تعلیم یافتہ خواتین میں بیداری کے تجزیے کے نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ جو خواتین کم تعلیم یافتہ تھیں وہ JSSK (ٹیبیل 5.22) سے زیادہ واقف تھیں۔ 10 ویں تک تعلیم یافتہ خواتین مطالعے کے علاقے میں زیادہ باخبر تھیں (91.1%)، اور جن خواتین نے گریجویشن اور اس سے اوپر کی تعلیم حاصل کی تھی وہ JSSK اسکیم کے بارے میں کم آگاہ تھیں (58.2%)۔ فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے ($p < 0.01$)۔

Table 5-22: Education and JSSK Awareness

Education	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
≤ 10th	22	224	246
	8.94	91.06	100.00
12th	76	274	350
	21.71	78.29	100.00
≥ Graduation	122	170	292
	41.78	58.22	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00

Pearson Chi2 = 80.16 Prob = 0.0000

5.5.11 آگاہی اور پیشہ

جب ہم پیشے کی بنیاد پر بیداری کا موازنہ کرتے ہیں (ٹیبیل 5.23)، ملازمت کرنے والی خواتین (66.0%) میں بیروزگار خواتین (77.0%) کے مقابلے میں کم بیداری تھی، اور نتیجہ شماریاتی طور پر بھی اہم ہے ($p < 0.01$)۔

Table 5-23: Occupation and JSSK Awareness

Occupation	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
no	172	575	747
	23.03	76.97	100.00
yes	48	93	141
	34.04	65.96	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00

Pearson Chi2 = 7.72 Prob = 0.0054

5.5.12 آگاہی اور ولادت کی نوعیت

JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی ان ماؤں میں جنہوں نے مکمل سی سیکشن کروایا زیادہ تھی (85.1%)، ہے ان

ماؤں کے مقابلے جن کی نارمل ڈیلیوری ہوئی (72.9%)۔ فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے ($p < 0.01$)۔ جدول 5.24 سے دکھائی ہے۔

Table 5-24: Nature of delivery and JSSK Awareness

Nature of Delivery	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
Normal delivery	195	525	720
	27.08	72.92	100.00
C-section	25	143	168
	14.88	85.12	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00

Pearson Chi2 = 10.88 Prob = 0.0010

5.5.13 آگاہی اور JSSK سے مستفید ہونے والے

JSSK کے استفادہ کنندگان میں JSSK سے متعلق بیداری زیادہ تھی۔ تمام خواتین جنہوں نے JSSK کا

استعمال کیا وہ بھی JSSK سکیم (100.0%) سے واقف تھیں۔ صرف 41.8 فیصد خواتین جنہوں نے اسکیم کا استعمال نہیں کیا

ہے وہ JSSK (ٹیبل 5.25) سے واقف تھیں۔ نتیجہ شماریاتی لحاظ سے بھی اہم ہے ($p < 0.01$)۔

Table 5-25: JSSK Beneficiaries and JSSK Awareness

JSSK Beneficiary	JSSK Awareness		
	Not aware	Aware	Total
Non-Beneficiary	220	158	378
	58.20	41.80	100.00
Beneficiary	0	510	510
	0.00	100.00	100.00
Total	220	668	888
	24.77	75.23	100.00

Pearson Chi2 = 394.58 Prob = 0.0000

5.5.14 JSSK کے بارے میں آگاہی کے ذرائع

جدول 5.26 اور تصویر 5.3 کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم کے بارے میں بیداری کے ذرائع فراہم

کرتے ہیں۔ 668 جواب دہندگان میں سے جو JSSK سے واقف تھے، 333 (یا 49.9%) نے آشنا کارکنوں سے اس کے

بارے میں سیکھا، اس کے بعد 143 (یا 21.4%) آنگن واڑی ورکرز (AWW) سے، اور 62 (یا 9.3%) معاون نرس

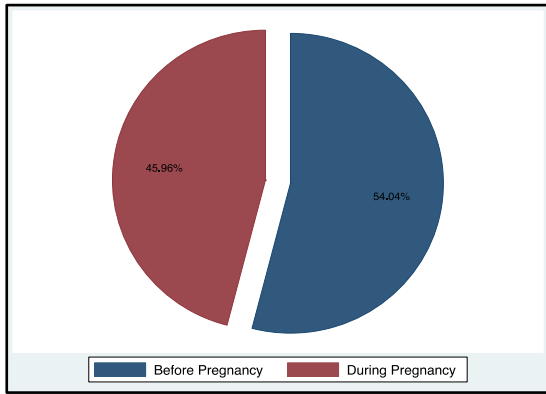
مڈوائف (یا 9.3%) اے این ایم) سے سیکھا۔ معلومات کے دیگر اہم ذرائع سرکاری تشہیر (6.4%)، الیکٹرانک میڈیا

(6.4%)، اور ڈاکٹر (5.8%) تھے۔

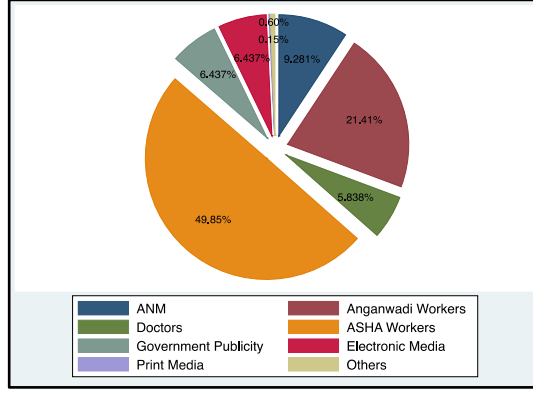
Table 5-26: Sources of JSSK Awareness

Sources of Awareness	Freq.	Percent	Cum.
ANM	62	9.28	9.28
Anganwadi Workers	143	21.41	30.69
Doctors	39	5.84	36.53
ASHA Workers	333	49.85	86.38
Government Publicity	43	6.44	92.81
Electronic Media	43	6.44	99.25
Print Media	1	0.15	99.40
Others	4	0.60	100.00
Total	668	100.00	

Source: Primary Survey



تصویر 5.4: JSSK کی جانکاری کا وقت



تصویر 5.3: JSSK کی جانکاری کے ذرائع

15.5.15 آگاہی کا وقت

جدول 5.27 کے مطابق، خواتین کی اکثریت (54.0%) اپنے حمل سے پہلے JSSK سے واقف تھیں۔ ان میں

سے باقی اپنے حمل (46.0%) کے دوران JSSK کے بارے میں واقف ہوئیں (تصویر 5.4)۔

Table 5-27: Time of JSSK awareness

Time of Awareness	Freq.	Percent	Cum.
Before Pregnancy	361	54.04	54.04
During Pregnancy	307	45.96	100.00
Total	668	100.00	

Source: Primary Survey

15.5.16 JSSK کے تحت حاملہ خواتین کے لیے مفت استحقاق کے بارے میں بیداری

888 جو اب دہندگان میں سے، 668 (75.2%) حاملہ خواتین مفت ڈیلیوری کے اپنے حق کے بارے میں جانتی

ہیں (ٹیبل 5.28 اور تصویر 5.5)۔ 528 حاملہ خواتین (ان میں سے 59.46%) مفت ادویات اور استعمال کی اشیاء کے اپنے

حق کے بارے میں جانتی ہیں۔ 501 (56.42%) خواتین JSSK اسکیم کے تحت مفت سیزرین کے اپنے حق سے واقف تھیں۔ نصف سے زیادہ جواب دہندگان (51.58%) اسکیم کے تحت پیش کی جانے والی مفت تشخیص کے بارے میں جانتی تھیں۔

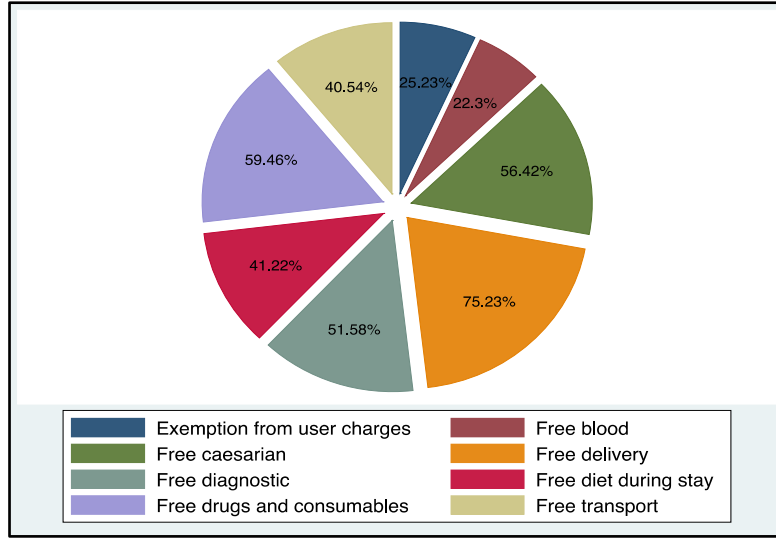
Table 5-28: Awareness on various entitlement to pregnant women under JSSK

Entitlement	Freq. (N=888)	Percentage
Free delivery	668	75.23
Free caesarian	501	56.42
Free drugs and consumables	528	59.46
Free diagnostic	458	51.58
Free diet during stay	366	41.22
Free blood	198	22.30
Free transport	360	40.54
Exemption from user charges	224	25.23

Source: Primary Survey

مفت خون کی فراہمی (22.3%) اور ہر قسم کے یوزر چارجز سے استثنیٰ (25.23%) وہ دو استحقاق تھے جن کے

بارے میں جواب دہندگان سب سے کم واقف تھے۔



تصویر 5.5: حاملہ خواتین کی مختلف استحقاق کے بارے میں آگاہی

5.5.17 بیمار نوزائیدہ بچوں کے مختلف حقوق کے بارے میں آگاہی

JSSK اسکیم میں بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے کچھ مفت استحقاق شامل ہیں۔ وہ ہیں مفت علاج، مفت ادویات اور

استعمال کی اشیاء، مفت تشخیص، مفت خون، مفت ٹرانسپورٹ کی سہولت، اور ہر قسم کے یوزر چارجز سے استثنیٰ۔ جدول 5.30

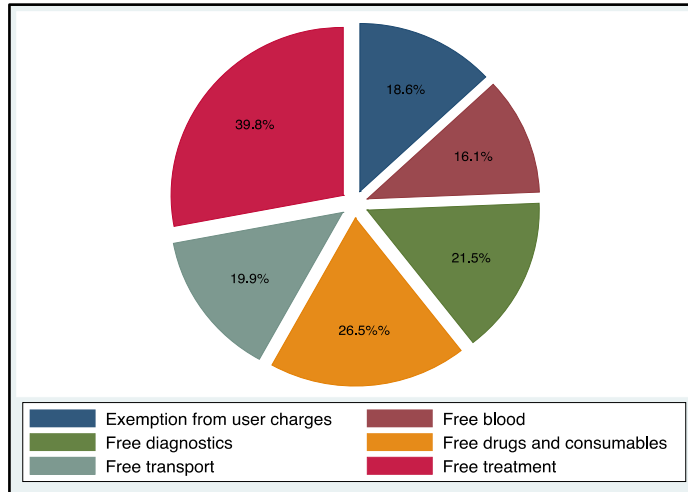
اور تصویر 5.6 بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے JSSK کے تحت جواب دہندگان میں مفت استحقاق کے متعلق بیداری دکھاتے

ہیں۔ بیمار نوزائیدہ بچوں کے مفت علاج کے حوالے سے بیداری کی رینج 39.8 فیصد سے لے کر بیمار نوزائیدہ بچوں کو خون کی مفت فراہمی کے حوالے سے 16.1 فیصد تک ہے۔ حاملہ خواتین کے استحقاق کے بارے میں آگاہی کے ساتھ موازنہ کیا جائے تو بیمار شیر خوار بچوں کے استحقاق کے بارے میں آگاہی کم تھی۔

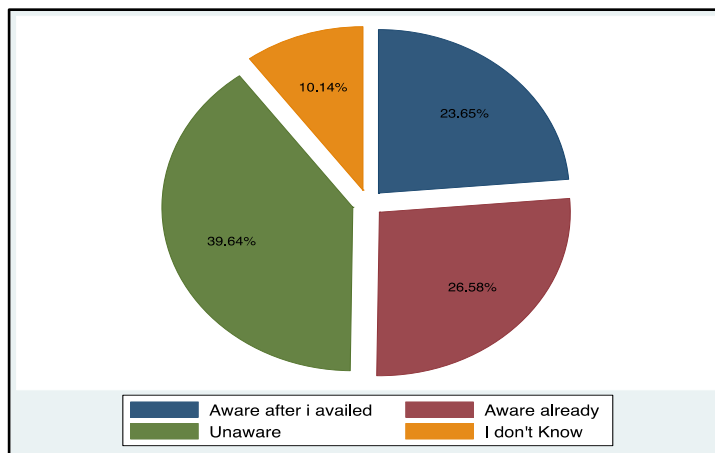
Table 5-29: Awareness on various JSSK entitlements to sick new-born

Entitlements	Freq. (N=888)	Percentage
Free treatment	354	39.8
Free drugs and consumables	235	26.46
Free diagnostics	191	21.51
Free blood	143	16.10
Free transport	177	19.93
Exemption from user charges	165	18.58

Source: Primary Survey



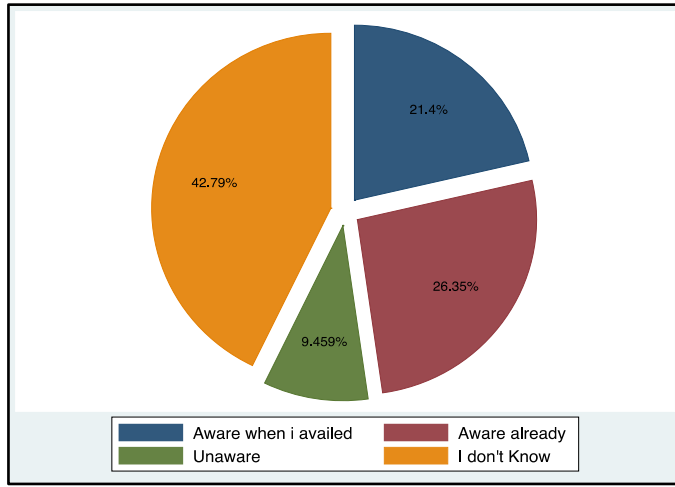
تصور 5.6: JSSK کے تحت بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے مختلف حقوق کے بارے میں آگاہی
JSSK کے تحت مفت خون کی فراہمی وہ استحقاق تھا جس کے بارے میں جواب دہندگان کو سب سے کم معلومات



تصور 5.7: جاننا اور کرا فراہ کر اور مساوی سدا ری

تھیں جب کہ JSSK کے تحت بیمار نوزائیدہ بچوں کا مفت علاج وہ استحقاق تھا جس کے بارے میں آگاہی سب سے زیادہ تھی۔ جہاں تک خاندان کے افراد میں بیداری کا تعلق ہے (تصویر 5.7)، مطالعے میں پایا گیا کہ ان میں سے زیادہ تر ابھی تک لاعلم ہیں (39.6%)، اور ان میں سے اکثر کو اسکیم کے استعمال کے بعد ہی معلوم ہوا (23.7%)۔

اسی طرح، جواب دہندگان کے پڑوسیوں میں 26.4 فیصد پہلے ہی اس اسکیم سے واقف تھے، جبکہ 21.4 فیصد جواب دہندگان کے استعمال کے بعد آگاہ ہوئے (تصویر 5.8)۔



تصویر 5.8: پڑوسیوں میں آگاہی

5.5.18 ملاپورم میں JSSK کے بارے میں بیداری کو متاثر کرنے والے عوامل:

مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی پر اثر انداز ہونے والے عوامل کا تجزیہ کرنے کے لیے، لاجٹ ماڈل استعمال کیا گیا ہے۔ لاجٹک ریگریشن نامنل متغیر کو ایک یا زیادہ دیگر متغیرات کے امکانی نتیجے کے طور پر کو ماڈل کرنے کا ایک طریقہ ہے۔ لیکن آزادی کا χ^2 ٹیسٹ ایک مخصوص اہمیت کا امتحان ہے جو اس عدیمہ مفروضہ کو جانچتا ہے کہ دو نامنل متغیرات آزاد ہیں۔ مثال کے طور پر، ایک χ^2 ٹیسٹ اس بات کی جانچ کر سکتا ہے کہ آیا یہ یقین کرنا غیر معقول ہے کہ JSSK پر عورت کی آگاہی ان کے علاقے، خاندان کی قسم، معاشی حیثیت، ذات وغیرہ سے آزاد تھی جبکہ لاجٹک ریگریشن اس کا حساب لگا سکتا ہے کہ ایک مخصوص عمر، مذہب، ذات، معاشی حیثیت، خاندان کی قسم وغیرہ والی عورت کو JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی کے کیا امکان ہے۔

یہاں نتیجہ متغیر یہ ہے کہ آیا جواب دہندگان کو JSSK کے بارے میں آگاہی تھی یا نہیں (ڈائیکٹوٹومس، "ہاں" یا "نہیں")۔ اسے آبادیاتی اور سماجی و معاشی عوامل جیسے کہ ماؤں کی عمر (ٹرائیکٹوٹومس عمر کے گروپ 18-25، 26-35، اور 36-45) کے مقابل ریگریس کیا جاتا ہے؛ رہائش کا علاقہ (ڈائیکٹوٹومس - شہری / دیہی)؛ خاندان کی قسم (مشترکہ یا جوہری)؛ تعلیم (trichotomous- ≤ 10th، اور ≤ گریجویٹیشن)؛ معاشی حیثیت (dichotomous-BPL یا APL)؛ ولادت کی نوعیت (ڈائیکٹوٹومس نارمل / سیزیرین)؛ اور ذات (پولی کوٹومس جنرل، ایس سی، ایس ٹی اور او بی سی)۔ ریاضیاتی طور پر، ریگریٹیشن ماڈل کی مندرجہ ذیل شکل ہے:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8$$

چونکہ لاجسٹک ریگریٹیشن میں، نتیجہ متغیر ڈائیکٹوٹومس ہے، 0 یا 1 کی قدر کو فرض کرتے ہوئے، Y کو تبدیل کرنے کی

ضرورت ہے تاکہ ریگریٹیشن کے عمل کو استعمال کیا جاسکے۔ لاجٹ تبدیلی سے مندرجہ ذیل مساوات حاصل ہوتی ہے:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8$$

جہاں:

$\beta_0 = \text{Constant}$

$\beta_1 - \beta_8 = \text{Coefficients}$

$X_1 - X_8 = \text{Explanatory variables}$

$p = \text{Probability of happening an event}$

$1 - p = \text{Probability of not happening an event}$

$\frac{p}{1-p} = \text{Odd ratio}$

دلچسپی کے واقعے کے امکانات درج ذیل لاجسٹک ریگریٹیشن مساوات کے ذریعے دیے گئے ہیں:

$$19E(pi) = \frac{\exp^{\beta_0 + \beta_i X_i}}{1 + \exp^{\beta_0 + \beta_i X_i}} \quad 0 < p < 1$$

5.5.19 لاجٹ ماڈل کے نتائج

کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK پر بیداری کے پیش گوئی کرنے والے عوامل کی نشاندہی کرنے کے لیے

لاجسٹک ریگریشن میں بیٹا کو فیشینٹ کے مقابلے میں طاق تناسب کی تشریح کرنا آسان اور زیادہ معقول ہے۔ جدول 5.30 طاق تناسب، اعتماد کے وقفے، اور p اقدار کو ظاہر کرتا ہے۔ پیشین گوئی کرنے والے متغیرات میں، معاشی حیثیت، عمر، ترسیل کی نوعیت، تعلیم اور ذات شہریاتی لحاظ سے اہم ہیں۔ خاندان کی قسم، علاقے، اور پیشے کا JSSK بیداری کے ساتھ کوئی شہریاتی لحاظ سے اہم تعلق نہیں ہے۔

Table 5-30: Result of the logit model on awareness of JSSK and its predictors

JSSK Awareness	Odd ratio	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Family type:						
:base Joint Family	1					
Nuclear Family	0.835	0.143	-1.05	0.295	0.597	1.17
Economic status						
:base BPL	1					
APL	0.394	0.075	-4.88	0.000	0.271	0.573 ***
Area						
:base Rural	1					
Urban	0.95	0.165	-0.30	0.766	0.675	1.335
Age						
:base 18-25	1					
26-35	0.684	0.124	-2.09	0.037	0.479	0.977 **
36-45	0.614	0.236	-1.27	0.205	0.289	1.306
Nature of delivery						
:base Normal del.	1					
C-section	1.979	0.492	2.75	0.006	1.216	3.22 ***
Employed						
:base no	1					
yes	1.142	0.263	0.58	0.564	0.727	1.794
Education						
:base ≤10th	1					
12th	0.308	0.084	-4.34	0.000	0.181	0.524 ***
≥ Graduation	0.168	0.047	-6.39	0.000	0.097	0.29 ***
Caste						
:base General	1					
SC	0.835	0.385	-0.39	0.696	0.338	2.062
ST	1.072	0.897	0.08	0.934	0.208	5.523
OBC	0.462	0.165	-2.16	0.031	0.229	0.93 **
Constant	38.306	18.405	7.59	0.000	14.938	98.23 ***
Mean dependent var	0.752		SD dependent var	0.432		
Pseudo r-squared	0.142		Number of obs	888		
Chi-square	141.143		Prob > chi2	0.000		
Akaike crit. (AIC)	879.146		Bayesian crit. (BIC)	941.403		

*** p<.01, ** p<.05, * p<.1

مشترک خاندانوں کے مقابلے میں، جوہری خاندانوں کے جواب دہندگان JSSK (16.5%) سے کم واقف تھے۔ اے پی ایل فیملی کی خواتین بی پی ایل فیملی (OR=0.39؛ 95% CI 0.271-0.573) کی خواتین کے مقابلے میں 60.6% کم آگاہ تھیں (p<0.01)۔ JSSK میں علاقے اور بیداری کے درمیان واضح اور اہم تعلق کا کوئی ثبوت نہیں ہے۔ 35-26 اور 45-36 کی عمر کے گروپوں کی خواتین 18-25 کی عمر کے گروپ کی خواتین کے مقابلے میں کم آگاہ تھیں۔ 35-26 سال کی عمر کے گروپ کی خواتین 32% (p < 0.05) کم آگاہ تھیں، اور تعلق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے (OR- CI 0.479-0.977؛ 95% 0.68)۔ جن خواتین کے سی سیکشن تھے وہ JSSK کے بارے میں 98% زیادہ باخبر تھیں (p < 0.01) ان خواتین کے مقابلے جن کی نارمل ڈیلیوری ہوئی تھی (OR=1.98؛ 95% CI 1.216-3.22)۔ پیشے اور بیداری کی بنیاد پر کوئی واضح اور شماریاتی لحاظ سے اہم تعلق نہیں تھا۔ مطالعے کے علاقے میں 12 ویں جماعت یا اس سے زیادہ تعلیم والی خواتین JSSK کے بارے میں 10 ویں جماعت یا اس سے کم تعلیم والی خواتین کے مقابلے میں کم جانتی تھیں۔ 12 ویں جماعت کی تعلیم والی خواتین 69% JSSK (p<0.01) سے کم واقف تھیں، جبکہ بیچلر ڈگری یا اس سے زیادہ کی خواتین 83% (p<0.01) کم آگاہ تھیں۔ مختلف ذاتوں کے مقابلے میں، OBCs، مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کے بارے میں کم آگاہ تھے (OR = 0.46؛ 95% CI = 0.229-0.93) (p < 0.05، 54%)۔

تشکیل شدہ مساوات کو اس طرح لکھا جاسکتا ہے:

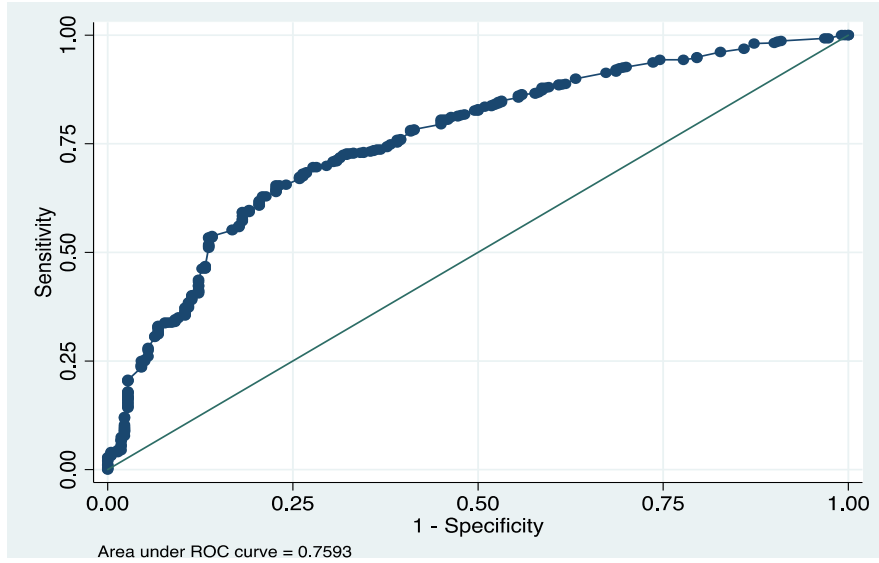
$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = 5.99 - 0.18 \text{ FamType} - 0.92 \text{ Economicstatus} - 0.057 \text{ Area} - 0.28 \text{ age group} + 0.69 \text{ natureofdel.} - 0.84 \text{ edu} + 0.16 \text{ Occupation} - 0.27 \text{ Caste}$$

5.5.20 ماڈل فٹ کا اندازہ لگانا:

لاجسٹک ماڈل کی فنکشن کا تعین کئی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے۔ پہلا طریقہ یہ ہے کہ ماڈل (R^2) کی پیشین گوئی کی

طاقت کو چیک کیا جائے۔ R^2 McFadden's یہاں ایک بہتر انتخاب ہے (Hosmer, D.W. and N.L. Hjort)

Paul D. Allison, Statistical Horizons (2002)۔ پھر فٹ ہونے کے لیے کلاسک ٹیسٹ χ^2 ٹیسٹ ہے۔



تصویر 5.9: ROC خط (AUC) کے نیچے کا علاقہ

اگر χ^2 ٹیسٹ غیر معمولی ہے، تو ماڈل اچھا ہے۔ یہاں ہم نے فٹ ٹیسٹ کی χ^2 Hosmer-Lemeshow کا استعمال کیا۔ اسی طرح، ہم ماڈل فٹنس کی شناخت کے لیے AUC (خط کے نیچے کا علاقہ) - ROC (رسیور آپریٹنگ خصوصیات) خط کا بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

Table 5-31: Result of the model fitness

McFadden's R2:	0.142	AIC	1.008
Maximum Likelihood R2:	0.147	Correctly classified	77.14%
McKelvey and Zavoina's R2:	0.253	Hosmer-Lemeshow chi2(8)	9.11 (p = 0.3332)
Cragg & Uhler's R2:	0.218	Area under ROC curve	0.76

ROC خط (AUC) کے نتائج کے نیچے کا علاقہ 0.9 اور 1 کے درمیان AUC اقدار کے لیے بہترین، 0.8 اور

0.9 کے درمیان AUC اقدار کے لیے اچھا، اور 0.7 اور 0.8 کے درمیان AUC اقدار کے لیے مناسب سمجھا جاتا ہے۔

ہماری قدر 0.76 ہے، جو ایک اچھے ماڈل کی خصوصیت ہے۔ جدول 5.31 اور 5.9 سے، ہم یہ نتیجہ اخذ کر سکتے ہیں کہ وضاحتی

متغیرات اور نتیجے کے متغیر کے درمیان تعلق کی پیشین گوئی کرنے کے لیے ماڈل موزوں ہے۔

5.6 JSSK اسکیم کا استعمال

مطالعے کا دوسرا بنیادی مقصد کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم کے استعمال کی حد کی نشاندہی کرنا تھا۔ جو

لوگ اپنی ڈیلیوری کے لیے سرکاری صحت کے اداروں کا انتخاب کرتے ہیں وہ JSSK کے فوائد حاصل کرنے کے اہل ہیں۔

888 جو اب دہندگان میں سے، 510 (57.43%) نے JSSK اسکیم کے فوائد حاصل کرنے کے لیے رجسٹر کیا (ٹیبل 5.32)۔

(5.32)۔

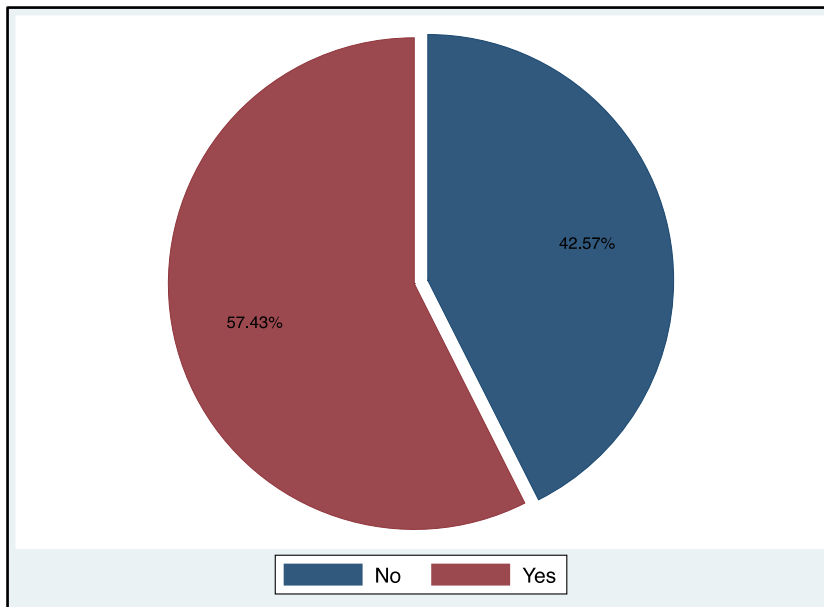
Table 5-32: Details of JSSK registration.

	Freq. (N=888)	%
No. of women registered under JSSK scheme	510	57.4
Time of Registration	(N=510)	
1 st trimester	275	53.9
2 nd trimester	87	17.1
3 rd trimester	106	20.8
During Delivery	42	8.2
Registration agent/assistance	(N=510)	
ANM or AWW	206	40.4
ASHA Worker	304	59.6
Place of Registration	(N=510)	
Anganawadis	59	11.5
SCs/PHCs	237	46.5
District/Sub-District Hospital	214	42.0
Time of utilisation	(N=510)	
1 st trimester	253	49.6
2 nd trimester	92	18.1
3 rd trimester	94	18.4
During Delivery	71	13.9

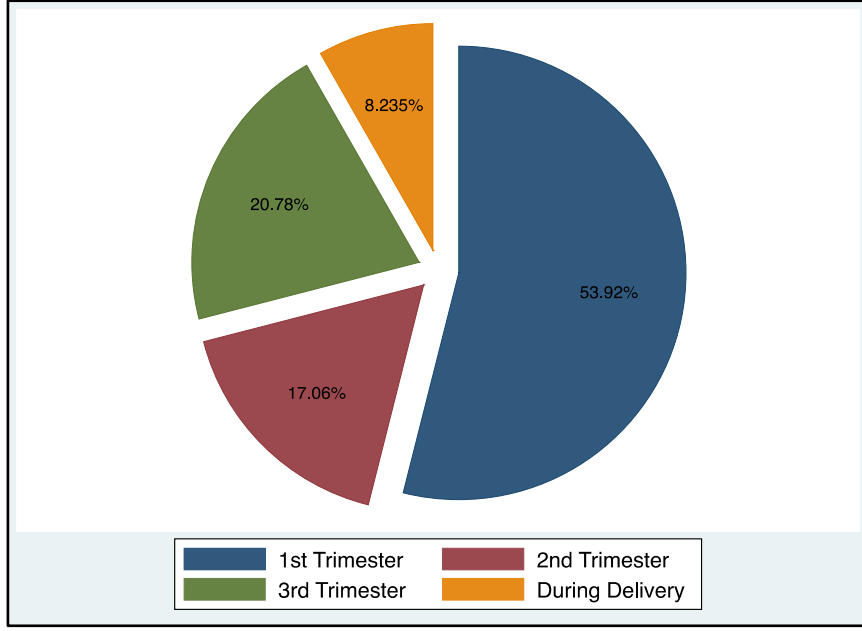
Source: Primary

510 رجسٹرڈ خواتین میں سے، 275 (53.9%) اپنی حمل کے پہلے سہ ماہی کے دوران رجسٹرڈ تھیں۔ 8.2 فیصد

خواتین ڈیلیوری کے دوران رجسٹر ہوئیں (ٹیبل 5.32 اور تصویر 5.10)۔



تصویر 5.10: JSSK کے تحت رجسٹرڈ خواتین کا %:



تصویر 5.11: رجسٹریشن کا وقت

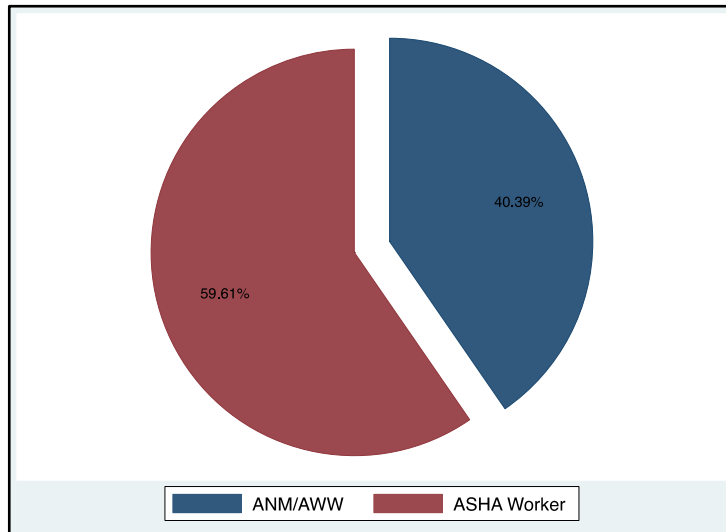
خواتین کی اکثریت (59.6%) نے ASHA ملازمین سے رجسٹریشن میں مدد حاصل کی (ٹیبل 5.32 اور تصویر

5.14)۔ دیگر (40.4%) نے ANM اور AWW سے مدد حاصل کی۔

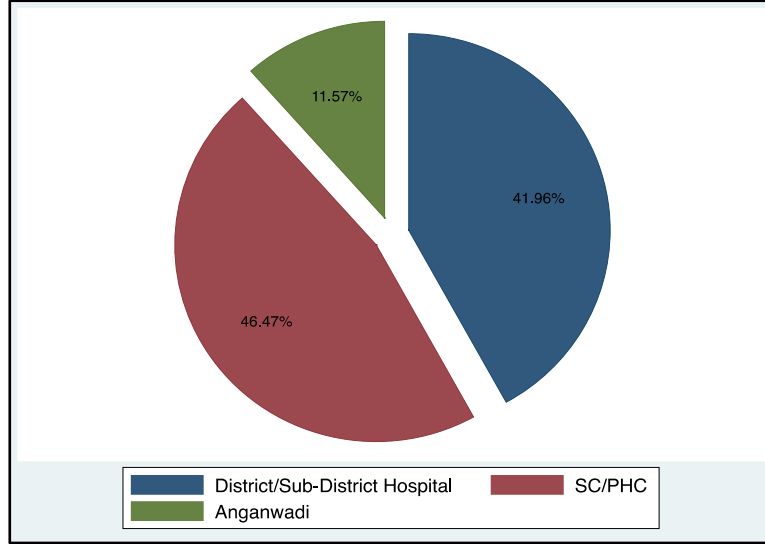
بہت سے جواب دہندگان ذیلی مراکز اور صحت عامہ کے مراکز سے رجسٹرڈ ہوئے (46.5%)، جبکہ 42.0% نے

ذیلی ضلعی اسپتالوں اور ضلع اسپتالوں سے رجسٹر کیا (ٹیبل 5.32 اور تصویر 5.13)۔ رجسٹرڈ خواتین کی اکثریت نے پہلے سہ

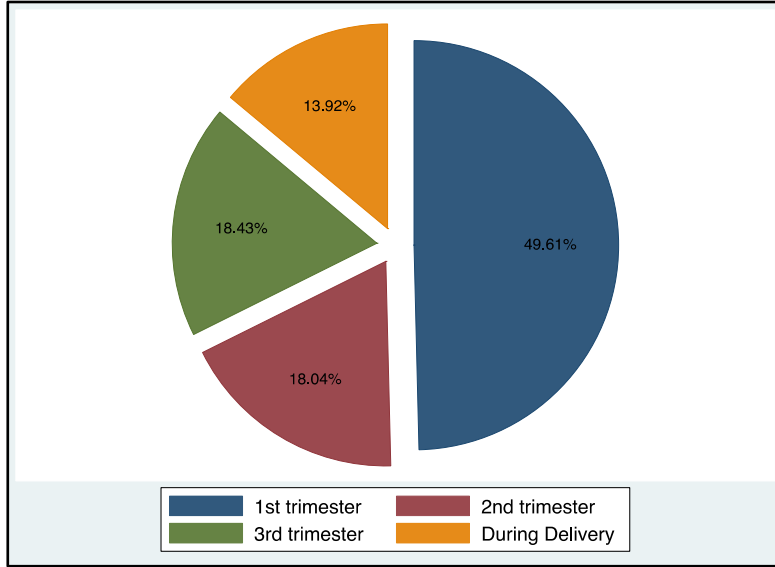
ماہی کے دوران ہی اس پروگرام کے فوائد سے استفادہ کرنا شروع کر دیا۔ 13.9 فیصد جواب دہندگان نے انکشاف کیا کہ



تصویر 5.12: رجسٹریشن میں مدد



تصویر 5.14: رجسٹریشن کی جگہ



تصویر 5.13: پہلے استعمال کا وقت

انہوں نے ڈیلیوری کے وقت پروگرام کا استعمال کیا (ٹیبیل 5.32 اور تصویر 5.12)۔

5.6.1 حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK استحقاق کا استعمال

کل 888 جو اب دہندگان میں سے، 510 (57.4%) نے اسکیم کا استعمال کیا، جن میں سے 287 (57.2%) دیہی

علاقوں اور 223 (57.8%) شہری علاقوں سے تھے۔ مختلف عمر کے گروپوں سے، 162 (56.5%) 26-35 عمر کے گروپ

اور دیہی علاقوں سے تھے۔ مختلف مذاہب سے، جو اب دہندگان میں سے 185 (83.0%) شہری علاقوں سے تعلق رکھنے

والے مسلمان تھے (ٹیبیل 5.33)۔ مختلف ذاتوں میں سے 186 (83.4%) او بی سی اور شہری علاقوں سے تھے۔

Table 5-33: Utilisation of JSSK scheme and profile of the respondents

	Rural	Urban	Total
	287 (57.2%)	223 (57.8%)	510 (57.4%)
Type of Institution			
Government	287 (57.2%)	223 (57.8%)	510 (57.4%)
Private	00 (0.0%)	00 (0.0%)	00 (0.0%)
Age group			
18-25	111 (38.7%)	103 (46.2%)	214 (42.0%)
26-35	162 (56.5%)	122 (50.2%)	274 (53.7%)
36-45	14 (4.9%)	8 (3.6%)	22 (4.3%)
Religion			
Hindu	90 (28.3%)	35 (16.0%)	125 (22.9%)
Muslim	193 (67.3%)	185 (83.0%)	378 (74.1%)
Christian	4 (1.4%)	3 (1.4%)	7 (1.4%)
Caste			
Gen	14 (4.9%)	11 (4.9%)	25 (4.9%)
SC	59 (20.6%)	21 (9.4%)	80 (15.7%)
ST	21 (7.3%)	5 (2.2%)	26 (5.1%)
OBC	193 (67.3%)	186 (83.4%)	379 (74.3%)
Wealth			
BPL	203 (70.7%)	166 (74.4%)	369 (72.4%)
APL	84 (40.1%)	57 (34.0%)	141 (37.4%)
Family Type			
Joint Family	178 (62.0%)	143 (64.1%)	321 (62.9%)
Nuclear Family	109 (38.0%)	80 (35.9%)	189 (37.1%)
Nature of Delivery			
Normal	210 (73.2%)	167 (74.9%)	377 (73.9%)
Caesarian	77 (26.8%)	56 (25.1%)	133 (26.1%)
Education			
≤10th	106 (36.9%)	98 (44.0%)	204 (40.0%)
12th	130 (45.3%)	99 (44.4%)	229 (44.9%)
≥Graduation	51 (17.8%)	26 (11.7%)	77 (15.1%)
Occupation			
No	264 (92.0%)	210 (94.2%)	474 (92.9%)
Yes	23 (8.0%)	13 (5.8%)	36 (7.1%)

ان کی معاشی صورتحال کے مطابق، ان میں سے 166 (74.4%) غربت کی لکیر سے نیچے اور شہری علاقوں سے تھے۔ اس اسکیم کو استعمال کرنے والوں میں سے 143 (64.1%) مشترک خاندانوں سے تھے اور شہری علاقوں میں رہتے تھے۔ جو اب دہندگان میں سے 167 (74.9%) کی ولادت نارمل تھی اور شہری علاقوں سے تھی۔ اسکیم استعمال کرنے والوں میں سے 130 (45.3%) نے 12 ویں کلاس مکمل کی تھی اور وہ دیہی علاقوں سے تھے۔ اسکیم استعمال کرنے والوں کے روزگار کی حیثیت کے مطابق، 210 (94.2%) بے روزگار اور شہری علاقوں سے تھے۔ پروگرام استعمال کرنے والوں کا

تفصیلی مطالعہ ذیل میں فراہم کیا گیا ہے۔

5.6.2 استعمال اور رقبہ

موجودہ مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ JSSK کا استعمال دیہی (57.2%) اور شہری علاقوں (57.8%) میں تقریباً

یکساں تھا۔ χ^2 ٹیسٹ کی مدد سے، ہم جانچ سکتے ہیں کہ آیا فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے یا نہیں (ٹیبل 5.35)۔ یہاں عدیمہ

مفروضہ (H_0) یہ تھا کہ دیہی اور شہری خواتین کے JSSK کے استعمال میں 5% اعتماد کے وقفے سے کوئی خاص فرق نہیں تھا۔

χ^2 ٹیسٹ کا نتیجہ اس عدیمہ مفروضے کو قبول کرتا ہے کہ دیہی اور شہری خواتین کے درمیان JSSK خدمات کے استعمال میں

کوئی فرق نہیں ہے۔

-34: Utilisation of JSSK scheme and Area5Table

Area	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
Rural	215 (42.8)	287 (57.2)	502 (100.0)
Urban	163 (42.2)	223 (57.8)	386 (100.0)
Total	378 100.00	510 100.00	888 100.00

Pearson chi2(1) = 0.0322 Pr = 0.858

5.6.3 ادارے کی قسم اور استعمال

چونکہ JSSK کے فوائد صرف ان لوگوں کو ملیں گے جو ڈیلیوری کے لیے سرکاری اسپتالوں کو ترجیح دیتے ہیں۔

لہذا، تمام 510 جو اب دہندگان جنہوں نے سرکاری اسپتالوں کو ترجیح دی (ٹیبل 5.35) نے JSSK کے فوائد (100.0%)

حاصل کیے، اور تمام 378 جو اب دہندگان جنہوں نے اپنی ڈیلیوری کے لیے نجی اسپتالوں کو ترجیح دی وہ JSSK کے فوائد

(0.0%) حاصل کرنے کے حقدار نہیں تھے۔ χ^2 ٹیسٹ اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ استعمال اور ادارے کی قسم میں فرق

شماریاتی لحاظ سے اہم ہے۔

-35: Utilisation of JSSK scheme and Types of Institution5Table

Type of Institution	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
Government	0	510	510

	0.00	100.00	100.00
Private	378	0	378
	100.00	0.00	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 888.00 Prob = 0.0000

5.6.4 جواب دہندگان کی عمر اور استعمال

خواتین کے 18-25 اور 26-35 عمر کے گروپوں کے مقابلے میں، 36-45 سال کی عمر کے جواب دہندگان نے مطالعے کے علاقے میں اسکیم کو کم (47.8%) استعمال کیا۔ اسکیم کا زیادہ استعمال 26-35 سال کی عمر کے گروپ کی خواتین نے کیا (58.3%)۔ تاہم، χ^2 ٹیسٹ کے نتائج کی بنیاد پر عمر اور JSSK کے استعمال میں فرق اعداد شماریاتی لحاظ سے اہم نہیں ہیں (ٹیبیل 5.36)۔

-36: Age of the respondents and utilization of JSSK5Table

Age group	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
18-25	158	214	372
	42.47	57.53	100.00
26-35	196	274	470
	41.70	58.30	100.00
36-45	24	22	46
	52.17	47.83	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 1.88 Prob = 0.3903

5.6.5 مذہب اور اسکیم کا استعمال

جب ہم مطالعے کے علاقے میں مذہب اور JSSK اسکیم کے استعمال کے درمیان تعلق کو دیکھتے ہیں (ٹیبیل 5.37)، تو ہم دیکھتے ہیں کہ مسلمانوں (54.1%) نے اس اسکیم کو ہندوؤں (69.8%) اور عیسائیوں (70.0%) سے کم استعمال کیا۔ χ^2 ٹیسٹ کی بنیاد پر، مذہب کی بنیاد پر استعمال میں فرق شماریاتی طور پر بھی اہم ہے ($p < 0.001$)۔

-37: Religion and utilisation of the scheme5Table

Religion	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
Hindu	54	125	179
	30.17	69.83	100.00
Muslim	321	378	699
	45.92	54.08	100.00
Christian	3	7	10
	30.00	70.00	100.00

Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00
Pearson Chi2 = 15.12 Prob = 0.0005			

5.6.6 ذات اور JSSK کا استعمال

اگر ہم ذات کے لحاظ سے JSSK اسکیم کے استعمال کا جائزہ لیں تو ہمیں معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان خواتین (ٹیبل 5.39) میں جن کا تعلق عام ذاتوں (46.3%) اور OBCs (54.1%) سے ہے ان کے مقابلے کم تھی جو کہ SCs (75.5%) اور STs (92.9%) سے ہیں۔ ذات کے لحاظ سے استعمال میں تفاوت شماریاتی لحاظ سے اہم ہیں ($p < 0.01$)۔ (ٹیبل 5.38)

-38: Caste and utilisation of JSSK scheme5Table

Caste	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
General	29	25	54
	53.70	46.30	100.00
SC	26	80	106
	24.53	75.47	100.00
ST	2	26	28
	7.14	92.86	100.00
OBC	321	379	700
	45.86	54.14	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00
Pearson Chi2 = 34.32 Prob = 0.0000			

5.6.7 دولت اور استعمال

جب بی پی ایل زمرے (ٹیبل 5.39) کی خواتین سے موازنہ کیا جائے تو، اے پی ایل زمرے کی خواتین نے JSSK اسکیم کا استعمال سب سے کم (34.9%) کیا، اور یہ فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے ($p > 0.01$)۔

-39: Wealth and utilisation of JSSK5Table

Wealth	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
BPL	115	369	484
	23.76	76.24	100.00
APL	263	141	404
	65.10	34.90	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00
Pearson Chi2 = 153.92 Prob = 0.0000			

5.6.8 خاندان کی قسم اور استعمال

خاندان کی قسم کی بنیاد پر، جب مشترکہ خاندانوں (62.0%) کی خواتین سے موازنہ کیا جائے تو، جوہری خاندانوں

کی خواتین نے اسکیم کا کم استعمال کیا (50.9%) (ٹیبیل 5.40)۔ χ^2 ٹیسٹ کے نتائج ظاہر کرتے ہیں کہ استعمال میں فرق

شمارتی لحاظ سے اہم ہے ($p < 0.01$)۔

-40: Family type and Utilisation of JSSK scheme 5Table

Family type	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
Joint Family	196	321	517
	37.91	62.09	100.00
Nuclear Family	182	189	371
	49.06	50.94	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 10.98 Prob = 0.0009

5.6.9 تعلیم اور JSSK کا استعمال

جب ہم جواب دہندگان کی تعلیم کی بنیاد پر مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کے استعمال کا موازنہ کرتے ہیں،

تو ہم دیکھتے ہیں کہ کم تعلیم یافتہ خواتین نے اسے زیادہ استعمال کیا (ٹیبیل 5.41)۔ ہائی اسکول یا اس سے کم تعلیم والی خواتین

میں استعمال کی شرح 82.9% تھی، جب کہ بیچلر یا اس سے زیادہ ڈگری والی خواتین کے لیے یہ شرح صرف 26.4% تھی۔ χ^2

ٹیسٹ کے مطابق، فرق شمارتی لحاظ سے بھی اہم ہے ($p < 0.01$)۔

-41: Education and Utilisation of JSSK scheme 5Table

Education	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
≤10th	42	204	246
	17.07	82.93	100.00
12th	121	229	350
	34.57	65.43	100.00
≥ Graduation	215	77	292
	73.63	26.37	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 189.80 Prob = 0.0000

5.6.10 پیشہ اور JSSK کا استعمال

ملازمت نہ کرنے والی خواتین کے مقابلے میں ملازمت کرنے والوں میں JSSK کا استعمال بہت کم تھا (ٹیبیل

5.42)۔ صرف 25.5% کام کرنے والی خواتین نے اس پروگرام سے استفادہ کیا۔ تاہم، JSSK سے مستفید ہونے والیوں میں، 63.4% کام نہیں کر رہی تھیں۔ χ^2 نتیجہ بھی اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ پیشے کے لحاظ سے استعمال میں فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے ($p < 0.01$)۔

-42: Occupation and Utilisation of JSSK scheme 5Table

employed	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
no	273	474	747
	36.55	63.45	100.00
yes	105	36	141
	74.47	25.53	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 69.77 Prob = 0.0000

5.6.11 ولادت کی نوعیت اور JSSK کا استعمال

اگر ہم ڈیلیوری کی نوعیت کی بنیاد پر کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کے استعمال کی حیثیت کا تجزیہ کریں، تو یہ ان خواتین میں بہت زیادہ ہے جن کی سی سیکشن (79.2%) ولادت تھی جبکہ نارمل ڈیلیوری کے معاملات میں اسکیم کا 52.4% استعمال ہوا (ٹیبل 5.43)۔ فرق شماریاتی لحاظ سے بھی اہم ہے ($p < 0.01$)۔

-43: Nature of delivery and Utilisation of JSSK scheme 5Table

Nature of delivery	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
Normal del	343	377	720
	47.64	52.36	100.00
C-section	35	133	168
	20.83	79.17	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 40.04 Prob = 0.0000

5.6.12 کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم کے استعمال کے عامل متغیرات

مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کے استعمال کے عوامل کے تجزیے کے لیے، بائسٹری لاجٹ ماڈل استعمال کیا گیا ہے۔ اس ماڈل کو پہلے ہی پچھلے حصے میں بیان کیا جا چکا ہے۔ یہاں نتیجہ متغیر یہ ہے کہ آیا جواب دہندگان نے JSSK اسکیم کا استعمال کیا تھا یا نہیں (dichotomous-Yes/No)۔ عامل متغیرات آبادیاتی اور سماجی و معاشی عوامل ہیں جیسے ماؤں کی

عمر (18-25، 26-35 اور 36-45)، رہائش کا علاقہ (ڈائیکوٹومس-شہری/دیہی)، خاندان کی قسم (مشترک/جوہری)، تعلیم (dichotomous-BPL/APL)، معاشی حیثیت (dichotomous-BPL/APL)، trichotomous- ≤ 10th اور ≤ 12th گریجویٹیشن، معاشی حیثیت (dichotomous-BPL/APL)، ولادت کی نوعیت (dichotomous-normal/caesarian)، اور مذہب (trichotomous-ہندو، مسلم اور عیسائی)۔

ریاضیاتی طور پر ریگریشن ماڈل کی مندرجہ ذیل شکل ہوگی:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8$$

چونکہ لاجسٹک ریگریشن میں، نتیجہ متغیر ڈائیکوٹومس ہے جو 0 یا 1 کی قدر لیتا ہے، Y کو اس طرح تبدیل کرنے کی

ضرورت ہے کہ اس پر تراجمی عمل استعمال کیا جاسکے۔ لاجسٹک تبدیلی سے مندرجہ ذیل مساوات حاصل ہوتی ہے:

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8$$

جہاں:

$\beta_0 = \text{Constant}$

$\beta_1 - \beta_8 = \text{Coefficients}$

$X_1 - X_8 = \text{Explanatory variables}$

$p = \text{Probability of happening an event}$

$1 - p = \text{Probability of not happening an event}$

$\frac{p}{1-p} = \text{Odd ratio}$

متعلقہ واقعے کے امکانات درج ذیل لاجسٹک ریگریشن مساوات کے ذریعے دیے گئے ہیں:

$$E(p_i) = \frac{\exp^{\beta_0 + \beta_i X_i}}{1 + \exp^{\beta_0 + \beta_i X_i}} = 0 < p < 1$$

-44: Result of the binary logistic model for the predictors of JSSK utilisation5Table

JSSK Utilisation	Odd Ratio	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Family type						
: base Joint Family	1					
Nuclear Family	0.676	0.116	-2.27	0.023	0.482	0.947 **

Economic Status							
: base BPL	1						
APL	0.244	0.043	-7.96	0.000	0.172	0.345	***
Area							
: base Rural	1						
Urban	0.821	0.142	-1.14	0.255	0.584	1.153	
Age group							
: base 18-25	1						
26-35	1.022	0.184	0.12	0.906	0.718	1.453	
36-45	0.651	0.261	-1.07	0.285	0.297	1.429	
Nature of delivery							
: base Normal del.	1						
C-section	3.995	0.986	5.61	0.000	2.463	6.481	***
Education							
: base ≤10th	1						
12th	0.368	0.085	-4.35	0.000	0.234	0.577	***
≥ Graduation	0.116	0.029	-8.56	0.000	0.071	0.190	***
Occupation							
: base no	1						
yes	0.331	0.085	-4.29	0.000	0.200	0.548	***
Religion							
: base Hindu	1						
Muslim	0.466	0.106	-3.37	0.001	0.299	0.727	***
Christian	2.119	1.916	0.83	0.407	0.360	12.475	
Constant	18.805	6.325	8.72	0.000	9.727	36.355	***

Mean dependent var	0.574	SD dependent var	0.495
Pseudo r-squared	0.292	Number of obs	888
Chi-square	354.049	Prob > chi2	0.000
Akaike crit. (AIC)	881.286	Bayesian crit. (BIC)	938.754

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

5.6.13 لاجسٹک ریگریشن کا نتیجہ

یہاں لاجسٹک ریگریشن کا نتیجہ طاق تناسب دیتا ہے جو جواب دہندگان کے استعمال اور آبادیاتی اور سماجی و معاشی

خصوصیات کے درمیان تعلق کی وضاحت کرتا ہے (ٹیبیل 5.44)۔ جواب دہندگان کے 18-25 اور 26-35 عمر کے

گروپوں کے ساتھ موازنہ کرتے ہوئے، 36-45 سال کی عمر کی خواتین نے اس اسکیم کا استعمال 35.0 فیصد کم کیا۔ لیکن اس

ایسوسی ایشن کا کوئی شماریاتی ثبوت نہیں ہے۔ اسی طرح، شہری علاقوں کے جواب دہندگان نے اپنے دیہی ہم منصبوں کے

مقابلے میں 18 فیصد کم اسکیم کا استعمال کیا۔ یہاں بھی کوئی شماریاتی اہمیت نہیں ملی۔ خاندان کی قسم مطالعے کے علاقے میں

JSSK اسکیم کے استعمال کا ایک اہم پیش گو ہے۔ جوہری خاندانوں سے تعلق رکھنے والی خواتین میں مشترکہ خاندانوں کی

خواتین کے مقابلے اسکیم کے استعمال کا امکان 32% ($p < 0.05$) کم تھا (یا: 0.68؛ 95% CI: 0.482-0.947)۔ تعلیم مطالعے کے علاقے میں JSSK کے استعمال کا ایک مضبوط پیش گوہے۔ جب 10 ویں یا اس سے کم تعلیم کی سطح کے ساتھ جواب دہندگان کا موازنہ کیا جائے تو، جن خواتین نے 12 ویں کلاس مکمل کی ہے ان کے اسکیم کو استعمال کرنے کے امکانات 63% ($p < 0.01$) کم تھے (OR=0.37؛ 95% CI 0.234-0.577)، جبکہ گریجویٹ یا اعلیٰ تعلیم کی سطح کے ساتھ جواب دہندگان کے استعمال کا امکان 88 فیصد ($p < 0.01$) کم تھا (OR=0.12؛ 95% CI 0.071-0.190)۔ معاشی حیثیت بھی مطالعے کے علاقے میں اسکیم کے استعمال کا ایک مضبوط پیش گوہے۔ ایسی صورت میں، اگر جواب دہندہ APL خاندان سے ہے، تو ان کے اسکیم کو استعمال کرنے کے امکانات 76% ($p < 0.01$) کم ہیں (OR = 0.24, 95% CI = 0.172-0.345)۔ ولادت کی نوعیت مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کے استعمال کا ایک اور مضبوط پیش گوہے۔ اگر ڈیلیوری کی نوعیت سی سیکشن ہے تو نارمل ڈیلیوری کے مقابلے میں، اسکیم کے استعمال کے امکانات چار گنا یا 300% زیادہ تھے (OR=3.99؛ 95% CI 2.463-6.481؛ $p < 0.01$)۔ جواب دہندگان کے پیشے اور اسکیم کے استعمال کے درمیان ایک مضبوط تعلق ہے۔ اگر جواب دہندگان ملازم تھے، تو 67% ($p < 0.01$) اسکیم کو استعمال کرنے کا امکان کم ہے (OR=0.33؛ 95% CI 0.200-0.548)۔ اگر ہم مذہب کی بنیاد پر ملاپورم میں اسکیم کے استعمال کا جائزہ لیں تو یہ بھی مضبوطی سے منسلک ہے۔ ہندو جواب دہندگان کے مقابلے میں، مسلمانوں میں اسکیم کے استعمال کا امکان 53% ($p < 0.01$) کم تھا (OR = 0.47؛ 95% CI = 0.299-0.727)۔

5.6.14 ماڈل فٹ کا تخمینہ کرنا:

ماڈل فٹنس کا اندازہ لگانے کے لیے، ہم نے وہی طریقہ استعمال کیا جو ہم نے پچھلے سیشن میں لاجسٹک ریگریشن کے ماڈل فٹ کا اندازہ کرنے کے لیے استعمال کیا تھا، یعنی R^2 ، Hosmer-Lemeshow χ^2 اور ROC خط کے نیچے کا رقبہ۔ pseudo-R^2 کی قدریں 0.29 سے 0.45 کے مابین ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ماڈل نتائج کے متغیر میں 29%

(McFadden's R2) سے 45% (McKelvey and Zavoina's R2) تک کے تغیرات کی درست وضاحت کرتا ہے۔ یہاں یہ بات بھی قابل غور ہے کہ لاجسٹک ریگریشن میں، R2 کی قدریں زیادہ معنی نہیں رکھتیں۔ اچھے ماڈل کی ایک اور خصوصیت ایک غیر اہم chi2 ٹیسٹ ہے۔ Hosmer-Lemeshow chi2 ٹیسٹ یہاں غیر اہم ہے (p = 0.62)۔

75.9% معاملات میں، ماڈل نے مثبت اور منفی پیشین گوئی کی قدروں کو درست طریقے سے درجہ بند کیا۔

Table 5-45: Result of the model fitness

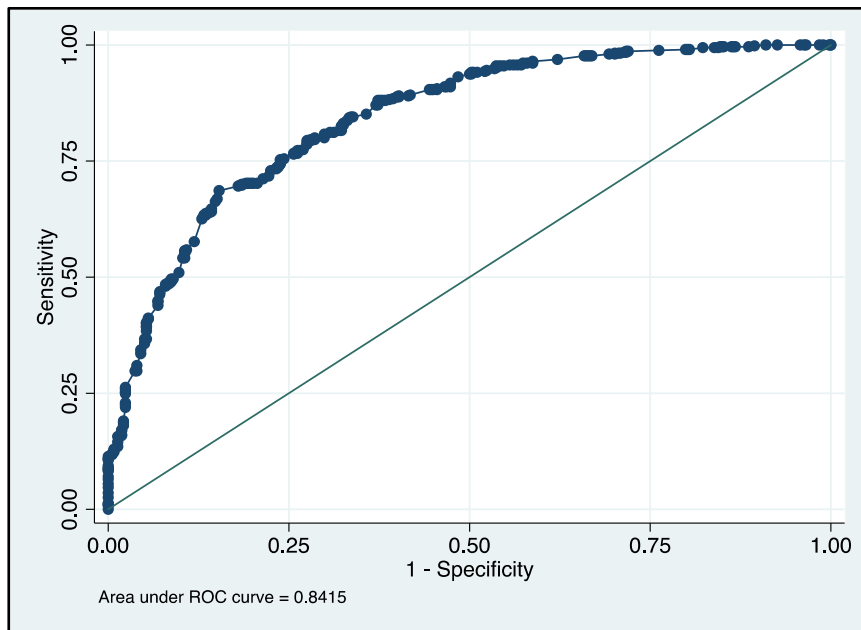
McFadden's R2:	0.292	AIC	1.010
Maximum Likelihood R2:	0.329	Correctly classified	75.90%
McKelvey and Zavoina's R2:	0.456	Hosmer-Lemeshow chi2(8)	6.24 (p = 0.6208)
Cragg & Uhler's R2:	0.442	Area under ROC curve	0.84

ROC خطوط (AUC) کے نیچے کے رقبے کے نتائج 0.9-1 کے درمیان AUC اقدار کے لیے بہترین، 0.8-

0.9 کے درمیان AUC اقدار کے لیے اچھا، 0.7-0.8 کے درمیان AUC اقدار کے لیے مناسب سمجھی جاتی ہیں۔ ہماری

قدر 0.84 ہے جو کہ ایک اچھے ماڈل کی خصوصیت ہے۔ اس طرح، جدول 5.45 اور تصویر 5.15 سے ہم یہ نتیجہ اخذ کر سکتے

ہیں کہ وضاحتی تغیرات اور نتیجے کے متغیر کے درمیان تعلق کی پیشین گوئی کرنے کے لیے ماڈل موزوں ہے۔



تصویر 5.15: ROC خطوط (AUC) کے نیچے کا رقبہ

5.6.15 بیداری اور JSSK کے استعمال کے درمیان تعلق

آزادی کا χ^2 ٹیسٹ JSSK کے بارے میں آگاہی اور اس کے استعمال کے درمیان تعلق کو جانچنے کے لیے

استعمال کیا گیا تھا۔ مفروضے یہ ہیں:

H_0 : بیداری اور JSSK خدمات کے استعمال کے درمیان کوئی تعلق نہیں ہے۔

H_A : بیداری اور JSSK خدمات کے استعمال کے درمیان تعلق ہے۔

اگر χ^2 اہم ہے تو H_0 کو قبول نہیں کیا جائے گا، اور H_A کو JSSK خدمات کے بارے میں آگاہی اور استعمال کے

درمیان اہم تعلق کی تجویز پیش کرتے ہوئے قبول کیا جائے گا۔

Table 5-46: Relation between awareness and utilization of JSSK

JSSK Awareness	JSSK Utilisation		
	Not Utilised	Utilised	Total
Not aware	220	0	220
	100.00	0.00	100.00
Aware	158	510	668
	23.65	76.35	100.00
Total	378	510	888
	42.57	57.43	100.00

Pearson Chi2 = 394.58 Prob = 0.0000

JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی اور اس کے استعمال کے بارے میں نمونہ معلومات جدول 5.46 میں پیش کی

گئی ہیں۔ 888 جواب دہندگان میں سے، 668 (75.2%) JSSK اسکیم سے واقف تھے، اور 220 (24.8%) JSSK اسکیم

سے واقف نہیں تھے۔ 668 جواب دہندگان میں سے جو JSSK سے واقف تھے، 510 (76.4%) نے اسکیم کا استعمال کیا۔

158 لوگ (23.6% فیصد) JSSK سے واقف تھے لیکن انہوں نے اپنے مفت JSSK کے حقوق استعمال نہیں کیے تھے۔ یہ

اسکیم 220 جواب دہندگان کے لیے نامعلوم تھی، جنہوں نے اس کا فائدہ نہیں اٹھایا۔ ($\chi^2=394.6$) chi-square کے

اعداد و شمار 1 فیصد پر اہم پائے گئے، یعنی مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی اور اس کے استعمال کے

درمیان شماریاتی لحاظ سے اہم تعلق ہے۔

JSSK 5.6.16 کے تحت حاملہ خواتین کے لیے مفت استحقاق اور ان کا استعمال

JSSK کے تحت حاملہ خواتین کے لیے کچھ مفت استحقاق ہیں۔ ہر وہ خاتون جو اپنی زچگی کی دیکھ بھال کے لیے

سرکاری صحت کی سہولت کا انتخاب کرتی ہے وہ اہل ہے۔ 888 جواب دہندگان میں سے، 510 (57.43%) حاملہ خواتین

نے JSSK اسکیم (ٹیبل 5.48 اور تصویر 5.20) کے تحت کسی نہ کسی مفت استحقاق کا استعمال کیا۔ مفت ڈیلیوری 494 حاملہ

خواتین (55.63%) نے استعمال کی تھی۔ 435 جواب دہندگان (49.0%) نے مفت ادویات اور استعمال کی اشیاء کے حق کا

استعمال کیا۔ اسکیم کے تحت 378 (42.57%) خواتین نے مفت تشخیص کا استعمال کیا۔

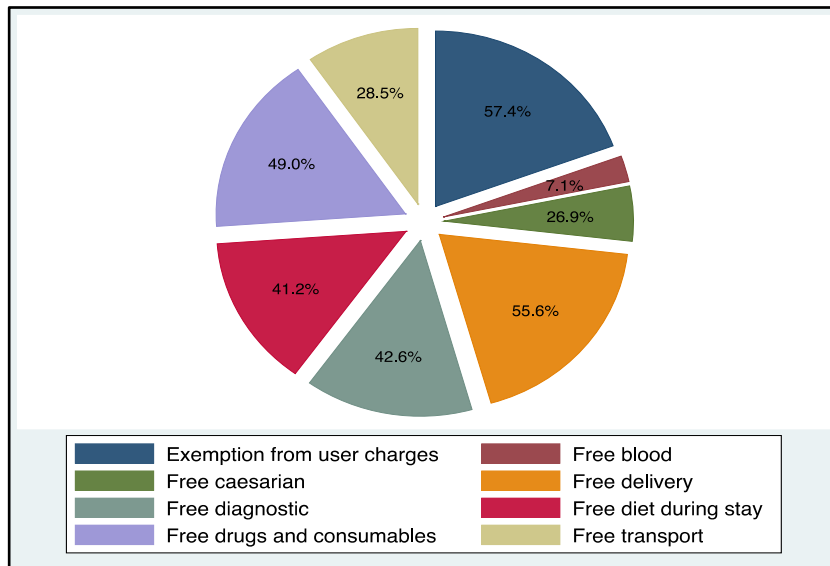
Table 5-47: Utilisation of various free entitlements under JSSK to pregnant women

Entitlements	Freq. (N=888)	Percentage
Free delivery	494	55.6
Free caesarian	133	26.9
Free drugs and consumables	435	49.0
Free diagnostic	378	42.6
Free diet during stay	366	41.2
Free blood	63	7.1
Free transport	253	28.5
Exemption from user charges	510	57.4

Source: Primary

366 (41.22%) خواتین نے ڈیلیوری کے وقت ہسپتال میں قیام کے دوران مفت خوراک حاصل کی۔ 63 جواب

دہندگان (7.1%) نے مفت خون کی فراہمی کا استعمال کیا۔ 510 خواتین (57.4%) کو ہر قسم کے یوزر چارجز سے چھوٹ ملی۔



تصویر 5.16: حاملہ خواتین کے ذریعے JSSK کے استحقاق کا استعمال

253 خواتین (28.5%) نے مفت ٹرانسپورٹ کی فراہمی کا استعمال کیا (5.47- اور تصویر 5.16)۔ مفت خون کی فراہمی (22.3%) اور ہر قسم کے یوزر چارجز سے استثنیٰ (25.23%) وہ دو استحقاق تھے جن کے بارے میں جواب دہندگان کو سب سے کم علم تھا۔ تصویر سے، ہم آسانی سے شناخت کر سکتے ہیں کہ یوزر چارجز سے استثنیٰ، مفت ڈیلیوری، مفت ادویات اور استعمال کی اشیاء وہ بڑے مفت استحقاق تھے جن کا زیادہ تر جواب دہندگان نے استعمال کیا۔

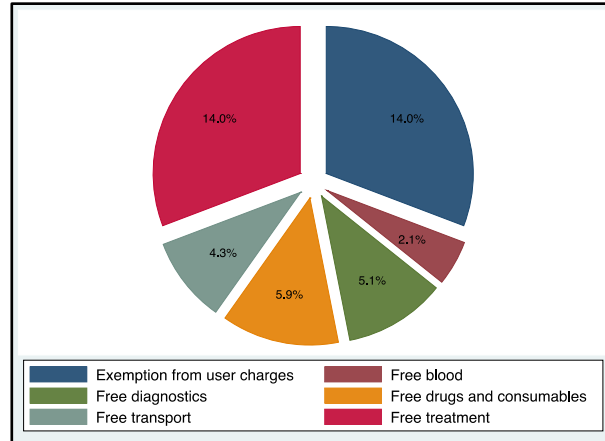
5.6.17 بیمار نوزائیدہ بچوں کے مفت استحقاق اور ان کا استعمال:

مطالعے کے علاقے میں، بیمار نوزائیدہ بچوں کے مفت استحقاق کا استعمال انتہائی کم ہے۔ 124 (14%) بیمار نوزائیدہ بچوں کا JSSK اسکیم کے تحت مفت علاج کیا گیا (ٹیبل 5.48 اور تصویر 5.17)۔ 52 بچوں نے (5.9%) مفت ادویات اور استعمال کی اشیاء حاصل کیں، جبکہ صرف 45 بچوں نے مفت تشخیص کی خدمات حاصل کی۔ 38 بیمار نوزائیدہ بچوں کو مفت ٹرانسپورٹ کی سہولت ملی جبکہ صرف 20 بیمار نوزائیدہ بچوں نے مفت خون کی فراہمی کا فائدہ اٹھایا۔ وہ تمام بچے جنہوں نے کسی بھی مفت استحقاق کا استعمال کیا انہیں صارف فیس سے مستثنیٰ کر دیا گیا۔

Table 5-48: Free entitlements to sick new-born and their utilisation

Entitlements	Freq. (N=888)	Percentage
Free treatment	124	14.0
Free drugs and consumables	52	5.9
Free diagnostics	45	5.1
Free blood	20	2.1
Free transport	38	4.3
Exemption from user charges	124	14.0

Source: Primary



تصویر 5.17: بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے مفت استحقاق اور ان کا استعمال

5.6.18 مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کا بلاک وار استعمال

کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں 15 انتظامی بلاک ہیں۔ اگر ہم بلاکس (ٹیبل 5.49) کی بنا پر JSSK اسکیم کے استعمال کا

تجزیہ کریں تو یہ پوننی (97.73%)، پیرومپادپو (77.78%) اور پیرینتھلمنا (77.45%) بلاک میں سب سے زیادہ ہے جبکہ یہ

تنور (19.4%) اور کٹی پورم میں سب سے کم ہے۔ (17.1%)۔

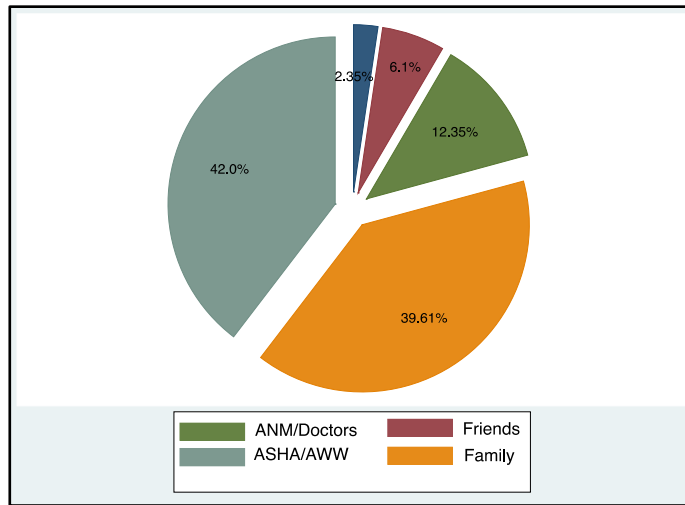
Table 5-49: Block-wise analysis of JSSK Utilisation

Blocks	Freq.(N=888)	Percentage
Areekode	36	46.75
Kalikavu	8	50.00
Kondotty	16	69.57
Kuttiapuram	7	17.07
Malappuram	57	48.31
Mankada	15	41.67
Nilambur	40	67.80
Perinthalmanna	79	77.45
Perumpadappu	14	77.78
Ponnani	86	97.73
Tanur	7	19.44
Tirur	82	54.30
Tirurangadi	35	68.63
Vengara	10	28.57
Wandoor	18	48.65
Total	510	57.43

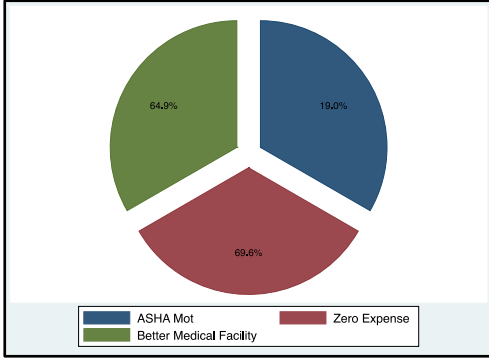
Source: Primary survey

5.6.19 JSSK کا استعمال اور ترغیب

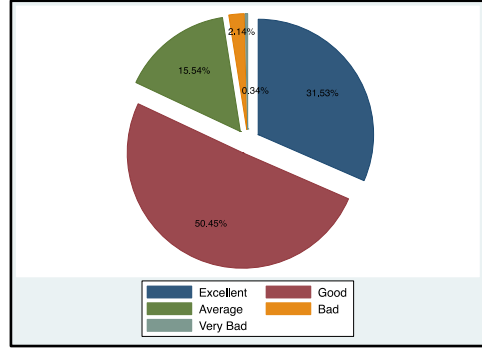
سروے کے نتائج کے مطابق، JSSK اسکیم کے استعمال کے سب سے بڑے محرک عوامل آشنا اور آنگن واڑی



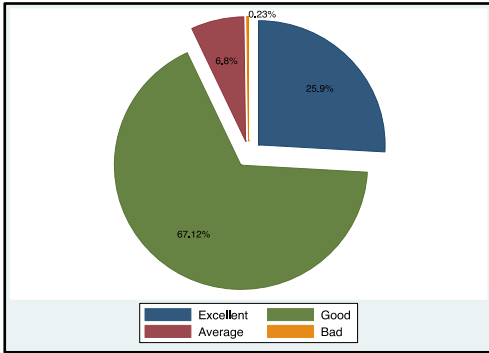
تصویر 5.18: JSSK کے استعمال کی ترغیب



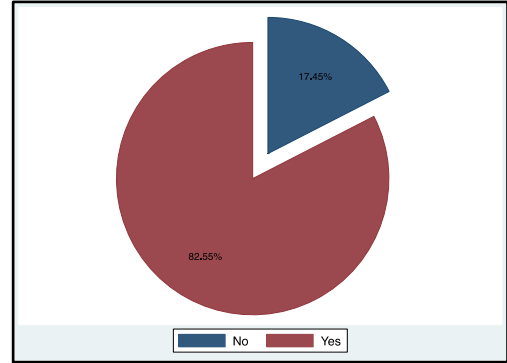
تصویر 5.23: JSSK کے استعمال کی وجہ



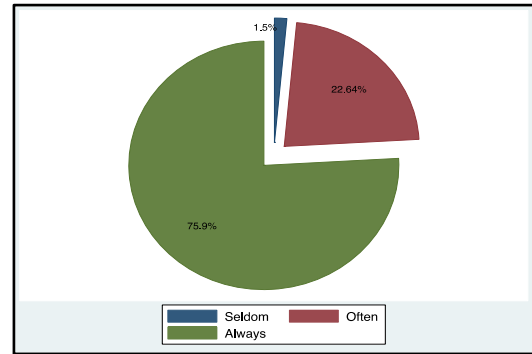
تصویر 5.22: آشناسروس کا اطمینان



تصویر 5.21: آشا کا برتاؤ



تصویر 5.20: آشناسروس کی درجہ بندی



تصویر 5.19: آشا کی دستیابی

کارکنان (42.0%) اور خاندان کے افراد (39.6%) تھے۔ دوستوں، ANMs، اور ڈاکٹروں نے بھی اسکیم سے استفادہ کرنے کی ترغیب دی (تصویر 5.18)۔

اگر ہم JSSK (تصویر 5.19) کے استعمال کی وجہ کا تجزیہ کریں تو، زیادہ تر جواب دہندگان کی رائے ڈیلیوری کے دوران صفر خرچ (69.6%) تھی۔ 64.9% خواتین کا خیال تھا کہ اس پروگرام کے استعمال کی وجہ بہتر طبی سہولیات ہیں۔ 19% خواتین نے کہا کہ آشا کارکنوں نے انہیں JSSK اسکیم کے تحت فوائد حاصل کرنے کی ترغیب دی۔

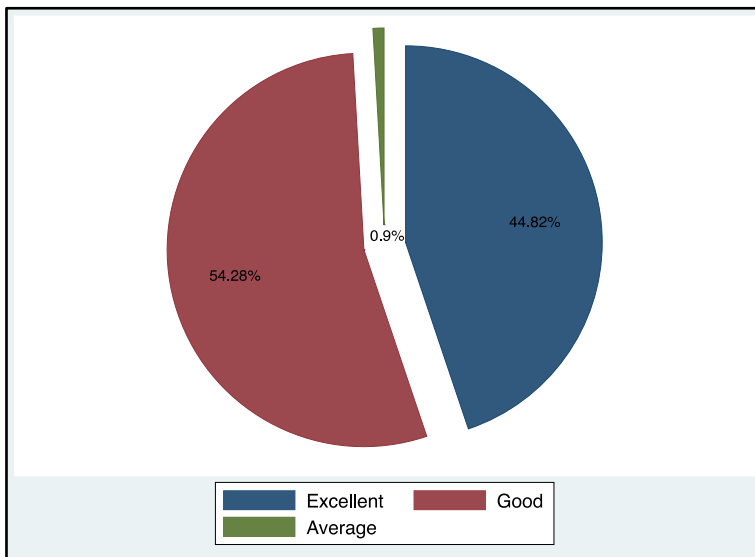
5.6.20 آشاؤر کرز اور JSSK کا استعمال

تمام جواب دہندگان کے درمیان رائے شماری کے ایک سلسلے کے ذریعے آشا کارکنوں کی خدمات اور کرداروں کا جائزہ لیا گیا۔ کل 888 جواب دہندگان میں سے، 674 خواتین (75.9%) نے بتایا کہ وہ ہمیشہ دستیاب رہتی ہیں (تصویر 5.23)۔ جبکہ 201 (22.64%) جواب دہندگان نے کہا کہ وہ اکثر دستیاب تھے (تصویر 5.24)۔ 13 جواب دہندگان (1.5%) نے کہا کہ ASHAs شاذ و نادر ہی دستیاب تھے۔

888 میں سے 230 جواب دہندگان نے کہا کہ آشا کارکنوں کا برتاؤ بہترین تھا (تصویر 5.22)، جبکہ 596 (67.12%) نے اسے 'اچھا' قرار دیا۔ 733 (82.55%) نے رائے دی کہ آشا کارکنوں کی خدمات تسلی بخش ہیں، جبکہ 155 (17.45%) آشا کارکنوں کی خدمات سے مطمئن نہیں ہیں (تصویر 5.20)۔ ASHA کارکنوں کی مجموعی درجہ بندی 31.5% بہترین، 50.5% اچھی اور 15.5% اوسط (تصویر 5.21) کے طور پر ظاہر کرتی ہے۔

5.6.21 JSSK اسکیم کی درجہ بندی

398 جواب دہندگان (44.8%) نے JSSK اسکیم کو 'بہترین' کی مجموعی ریٹنگ دی تھی۔ 482 (54.3%) نے 'اچھی' کی ریٹنگ دی۔ اوسط جواب دہندگان نے اسے 8 (0.9%) کی ریٹنگ دی (تصویر 5.24)۔



تصویر 5.24: JSSK کی ریٹنگ

مجموعی طور پر، 888 میں سے 668 جواب دہندگان JSSK اسکیم سے واقف تھے، جس کا مطلب یہ ہے کہ مطالعے کے علاقے میں 75.2% آبادی اس اسکیم سے واقف ہے۔ دیہی علاقوں میں بیداری 74.5% ہے اور شہری علاقوں میں یہ 76.2% ہے۔ جواب دہندگان جو JSSK سے واقف تھے، زیادہ تر ڈیلیوری کے سرکاری ہسپتال کا انتخاب کرتے تھے۔ 26-35 سال کی عمر کے جواب دہندگان، ہندو، SC/STs؛ بی پی ایل مشترک خاندان کے افراد؛ وہ جن کی 12th کلاس مکمل کر لی تھی؛ بے روزگار تھے؛ JSSK مستفیدین؛ یا ڈیلیوری کے لیے سرکاری صحت کے ادارے کو ترجیح دیتے ہیں وہ JSSK سے زیادہ واقف تھے۔ بلاک کی سطح پر، پونانی بلاکس کے جواب دہندگان زیادہ باخبر تھے، جبکہ کٹی پورم بلاکس کے لوگ سب سے کم واقف تھے۔ ان لوگوں میں اعلیٰ بیداری تھی جنہوں نے ڈیلیوری کے لیے سرکاری صحت کے اداروں کو ترجیح دی، ہندو، ایس سی / ایس ٹی، بی پی ایل، مشترکہ خاندانوں سے، جن کی تعلیم 10 ویں یا اس سے کم تھی، برسر روزگار نہیں تھے، جن کی پیدائش نارمل تھی، اور JSSK کے مستفید ہونے والے، شماریاتی لحاظ سے بھی اہم ہیں۔ χ^2 کے اعداد و شمار کی بنا پر۔ آشکارکنان مطالعے کے علاقے میں بیداری کا اہم ذریعہ ہیں۔ خواتین کی اکثریت اپنے حمل سے پہلے JSSK کے بارے میں جانتی ہے۔ استحقاق کے لحاظ سے، مفت ڈیلیوری کے بارے میں آگاہی سب سے زیادہ اور مفت خون کی فراہمی کے بارے میں سب سے کم آگاہی تھی۔

بیمار نوزائیدہ بچوں کے مفت استحقاق کی آگاہی کے حوالے سے، یہ مفت علاج کے متعلق سب سے زیادہ اور مفت خون کے متعلق سب سے کم ہے۔ خاندان کے افراد اور پڑوسیوں کی اکثریت ابھی تک اس اسکیم سے لاعلم ہے۔ بانسومیل لاجسٹک ریگیشن نے انکشاف کیا کہ اے پی ایل فیملی کے جواب دہندگان، 26-35 سال کی عمر کے گروپ، ہائی اسکول ڈپلومہ یا اس سے اوپر والے، اور سی سیکشن والے اس اسکیم سے کم واقف تھے، جبکہ جواب دہندگان جن کے پاس سی سیکشن تھا اس سے زیادہ آگاہ تھیں اور مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کی آگاہی کے شماریاتی لحاظ سے اہم متغیرات ہیں۔ خواتین کی

اکثریت نے JSSK اسکیم کے تحت اندراج کرایا، اور ان میں سے زیادہ تر نے پہلی سہ ماہی کے دوران ہی اندراج کیا۔ رجسٹریشن کے لیے، بنیادی طور پر آشنا کارکنوں نے ان کی مدد کی۔ ان میں سے زیادہ تر ایس سی اور پی ایچ سی میں رجسٹرڈ ہیں۔ ان میں سے اکثر نے پہلی سہ ماہی کے دوران ہی JSSK کے فوائد کو استعمال کرنا شروع کر دیا۔ کل 888 جواب دہندگان میں سے 510 (57.4%) نے اسکیم کا استعمال کیا۔ ان جواب دہندگان کے درمیان استعمال جن کا تعلق مسلم، ذات عام اور او بی سی، اے پی ایل زمرہ، جوہری خاندان سے ہے، گریجویٹ اور اس سے اوپر، ملازمت یافتہ اور نارمل ڈیلیوری والے افراد نے اسکیم کا استعمال کیا اور χ^2 کی بنیاد پر 5 فیصد اہمیت کی سطح پر فرق شماریاتی لحاظ سے اہم ہے۔

بائومیٹرک لاجسٹک ریگریشن ماڈل کی بنیاد پر جواب دہندگان جن کا تعلق جوہری خاندان سے ہے، اے پی ایل کیٹیگری، جن کی تعلیم 12 ویں یا اس سے زیادہ تھی، ملازمت یافتہ ہیں، اور مسلمان ہیں نے کم استعمال کیا اور سی سیکشن والے جواب دہندگان نے اس اسکیم کا زیادہ استعمال کیا، اور یہ سب شماریاتی لحاظ سے اہم متغیرات ہیں۔ مطالعے کے علاقے میں JSSK اسکیم کا استعمال۔ χ^2 ٹیسٹ کی بنیاد پر، مطالعہ یہ نتیجہ اخذ کرتا ہے کہ بیداری اور اسکیم کے استعمال کے درمیان شماریاتی لحاظ سے اہم مثبت تعلق ہے، جب بیداری زیادہ ہوگی تو اس کا استعمال بھی زیادہ ہوگا۔ حاملہ خواتین کے اسکیم کے استعمال کے لحاظ سے، سب سے زیادہ استعمال مفت ڈیلیوری کے استحقاق کا استعمال تھا اور سب سے کم مفت خون کی فراہمی کے استحقاق کا استعمال تھا۔ جہاں بیمار نوزائیدہ کے استحقاق کے استعمال کا تعلق ہے، سب سے مفت علاج کے استحقاق کا استعمال تھا اور سب سے کم مفت خون کی فراہمی کے استحقاق کا استعمال تھا۔ انتظامی بلاک کے لحاظ سے، یہ پوننی بلاک کے ذریعے وسیع پیمانے پر استعمال ہوتا ہے اور کٹی پورم بلاک کے ذریعے سب سے کم استعمال ہوتا ہے۔ اسکیم کے استعمال کے لیے ترغیب کا بنیادی ذریعہ آشنا کارکنان ہیں اور اس کے استعمال کی وجہ صفر خرچ اور بہتر طبی سہولت ہے۔ زیادہ تر جواب دہندگان نے آشنا کارکنوں کی خدمات کا اعتراف کیا اور انہیں 'بہترین' گریڈ سے نوازا۔ اسی طرح، زیادہ تر جواب دہندگان نے JSSK اسکیم کو 'بہترین' قرار دیا۔

اگرچہ آشا اور آنگن واڑی کارکنوں نے اس بات کو یقینی بنانے کی ہر ممکن کوشش کی ہے کہ تمام سماجی اقتصادی گروپ اس اسکیم سے واقف ہوں اور اس کے فوائد کو استعمال کریں، مطالعہ کے نتائج یہ ظاہر کرتے ہیں کہ معاشرے کے تمام پہلوؤں نے اس کا فائدہ نہیں اٹھایا ہے۔ غریب دیہی خواتین جو کہ کم تعلیم یافتہ اور بے روزگار تھیں انہوں نے نجی صحت کی سہولیات میں ڈیلیوری کے لیے اعلیٰ OoPE کی وجہ سے اس پروگرام سے زیادہ فائدہ اٹھایا۔ اس کی سب سے بڑی وجہ سرکاری اسپتالوں میں زیادہ رش اور طلب اور رسد میں عدم مطابقت ہے۔ سرکاری صحت کی سہولیات ماں اور بچے کی صحت کے حوالے سے عوامی مطالبے کے جواب میں تمام خدمات فراہم کرنے کے قابل نہیں ہیں۔ اس سے مستحقین کو معیاری خدمات حاصل کرنے میں تاخیر کی صورت میں غیر ضروری تکلیف کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ سرکاری اسپتالوں میں خدمات کی وصولی میں تاخیر کے ساتھ ساتھ غیر یقینی صورتحال بھی ہے۔ لہذا جو لوگ پرائیویٹ ہسپتالوں میں صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات برداشت کر سکتے ہیں وہ زچہ اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے خاص طور پر ڈیلیوری کی دیکھ بھال کے لیے وہاں جاتے ہیں۔ یہ کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم کے کم استعمال کی بنیادی وجہ ہے۔

باب 6: کیرالہ اور ملاپورم ضلع میں ادارہ جاتی ولادت کے دوران نجی اخراجات

6.1 تعارف

دنیا بھر میں زچگی کے دوران ہونے والی اموات (MMR) کا 98 فیصد حصہ ترقی پذیر ممالک کا ہے⁶²۔ یہ زیادہ تر محفوظ ولادت کے آپشنز کی کمی کی وجہ سے ہے، خاص طور پر غریبوں میں، جہاں صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات بہت سے خاندانوں کے لیے ناقابل برداشت ہو سکتے ہیں⁶³۔ بھارت دنیا بھر میں زچگی کی موت (MMR) کے بوجھ میں سب سے بڑا حصہ دار ہے (تقریباً 35 فیصد)، جس کی سالانہ شرح پیدائش تقریباً 27 ملین ہے، جو دنیا میں سب سے زیادہ ہے⁶⁴۔ ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات (MMR) کا تناسب 2004-2005 میں 254 زچگی اموات فی 10 لاکھ زندہ پیدائشوں پر تھا۔ یہ تعداد یک ریاست سے دوسرے ریاستوں میں بہت مختلف ہے، کیرالہ میں فی 10 لاکھ زندہ پیدائشوں پر 95 زچگی اموات کی شرح سب سے کم ہے اور آسام میں فی 10 لاکھ زندہ پیدائشوں میں 480 زچگی اموات کی شرح سب سے زیادہ ہے۔ 2017 میں، بھارت میں فی 100,000 زندہ پیدائشوں میں 130 زچگی اموات ہوئیں، جن کی تعداد کیرالہ میں 46 اور آسام میں 237 تھی⁴۔

ادب بتاتا ہے کہ حاملہ کی صحت کی دیکھ بھال تک رسائی میں اضافہ 75 فیصد سے زیادہ زچگی کی اموات کو بچا سکتا ہے⁶⁵۔ ہندوستان میں خواتین کا ایک قابل ذکر تناسب پیشہ ورانہ مدد کے بغیر گھر پر بچوں کو جنم دیتی ہے، اور چھ میں سے ایک خاتون نے ہسپتال میں پیدائش کے دوران گھر پر ولادت کا انتخاب کرنے کے لیے بہت زیادہ جیب خرچ (OoOPE) کا حوالہ

⁶² World Health Organization, 2012

⁶³ United Nations Children's Fund, 2008

⁶⁴ WHO, 2019; Mavlankar, V and Prakasamma, 2008

⁶⁵ Tellis et al., 2018

دیا ہے⁶⁶۔ 1993 میں، ہندوستان کی 74٪ پیدائش پیشہ ورانہ مدد کے بغیر گھر پر ہوئی (NFHS-1, 1993)۔ 2005-2006 (NFHS-3, 2006) میں 61٪ ہندوستانی خواتین کی پیشہ ورانہ مدد کے بغیر گھر پر ہی ولادت ہوئیں۔ 2015-2016 میں، ہندوستان کی 21٪ پیدائشیں پیشہ ورانہ مدد کے بغیر گھر پر ہوئیں (NFHS-4, 2016)۔ تحقیق کے مطابق، JSY کے نفاذ سے ادارہ جاتی ولادت کی شرح میں بہتری آئی ہے⁶⁷۔ NHM کی سہ ماہی پیش رفت کی تازہ ترین رپورٹوں کے مطابق، 2013 سے 2018 کے دوران ادارہ جاتی ولادت کے فیصد میں صرف کسی قدر بہتری آئی ہے⁶⁸۔ زچگی کی شرح اموات (MMR) میں کمی کے باوجود، ادارہ جاتی ولادت اور زچگی کی دیکھ بھال کے لیے جیب سے باہر کے اخراجات کافی ہیں، یہاں تک کہ کچھ دیہی ہندوستانی گھرانوں کے لیے یہ تباہ کن ہیں⁶⁹۔ صارفین کے اخراجات کے سروے کے مطابق، 2012 میں 18 فیصد ہندوستانی گھرانوں میں صحت کے تباہ کن اخراجات تھے⁷⁰۔ 63 ملین سے زیادہ ہندوستانی صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات کی وجہ سے غریب ہیں⁷¹۔ چوتھے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے 2015-16 (NFHS-4) کے مطابق کیرالہ میں ادارہ جاتی پیدائش کی سب سے زیادہ شرح (99.9٪) ہے، جبکہ ناگالینڈ میں سب سے کم (32.8٪) ہے۔

ترقی پذیر ممالک میں، صحت عامہ کو درپیش سب سے بڑے مسائل میں سے ایک صحت کی دیکھ بھال کے بڑھتے ہوئے اخراجات ہیں۔ جبکہ گھریلو صحت کی دیکھ بھال کے لیے مالی اعانت بنیادی ذریعہ ہے ایسے میں، غربت کی سطح، بہت زیادہ جیب خرچ (OOPE) کی وجہ سے مشکلات اور قرض میں اضافہ ہو رہا ہے¹²⁷²۔ طبی دیکھ بھال پر OOPE غریب

⁶⁶ All direct expenditures for delivery care, including transportation and services received from private pharmacies and laboratories due to a lack of availability at public health institutions, are referred to as OOPE.

⁶⁷ Lim et al., 2010

⁶⁸ Shukla and Kapur, 2019

⁶⁹ Bonu et al., 2009; Mohanty and Kastor, 2017; Shukla et al., 2015

⁷⁰ NHSRC, 2017

⁷¹ The Commonwealth Fund, 2017

⁷² Garge, CC et al., 2009

خاندانوں کو مزید غریب بناتا ہے اور غیر غریب گھرانوں کو مزید غربت میں دھکیلتا ہے۔ جیب سے زیادہ ادائیگیوں کی وجہ سے، خواتین اداروں میں ANCs، ڈیلیوری، اور / یا PNCs کو ترک کر سکتی ہیں، یا اخراجات کو پورا کرنے کے لیے مصیبت کی مالی اعانت استعمال کرنے پر مجبور ہو سکتی ہیں۔

ہندوستان کا صحت کی دیکھ بھال کا نظام سرکاری اور نجی صحت کے اداروں کے بقائے باہمی، صحت عامہ کا کافی بنیادی ڈھانچہ، صحت کی دیکھ بھال کے اعلیٰ اخراجات، اور محدود بیمہ کوریج سے ممتاز ہے۔ ہندوستان میں، نجی صحت کی سہولیات کا بڑھتا ہوا استعمال اور اعلیٰ OoPE، عوامی صحت کے مراکز میں علاج کے ناقص معیار اور انشورنس کوریج کی کمی کی وجہ سے ہیں۔ OoPE سے منسوب صحت کے مجموعی اخراجات کا تناسب وقت کے ساتھ زیادہ رہا ہے۔ 2004 میں 69.4 فیصد، 2014 میں 64.2 فیصد، اور 2015 میں 62.5 فیصد رہا¹³⁷³۔ اہم ہندوستانی ریاستوں میں CHS کیرالہ میں سب سے زیادہ (37.2%) اور آسام میں سب سے کم (8.9%) تھا⁷⁴¹⁴۔

چونکہ JSSK کا ایک مقصد ادارہ جاتی پیدائش کو بڑھانے اور MMR اور IMR کو کم کرنے کے لیے بچے کی پیدائش کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کو ختم کرنا تھا، اس لیے ہماری تحقیق کا مقصد ان افراد کی جانب سے کیے جانے والے جیب سے باہر کے اخراجات (OoPE) کا جائزہ لینا ہے جو سرکاری صحت کے اداروں کا انتخاب کرتے ہیں ولادت کے لیے بمقابلہ ان لوگوں کے جو ولادت کے لیے نجی صحت کے اداروں کو ترجیح دیتے ہیں۔

جس کیلئے ہم نے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے 2019-21 (NFHS-5) سے یونٹ ڈیٹا استعمال کیا، جو ہندوستان اور ہریانہ ریاست / یونین ٹیریٹری (UT) کی آبادی، صحت اور غذائیت سے متعلق ڈیٹا پیش کرتا ہے۔ NFHS-4، NFHS-5 کی طرح، کئی اہم پیرامیٹرز کے لیے ضلعی سطح پر تخمینہ دیتا ہے۔ ہندوستان کے اہم رجحانات اور ڈیٹا اس سرکاری دستاویز میں

⁷³ Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. National Health Accounts, India., 2009; 2016; 2017

⁷⁴ Mohanty, SK et al., 2018

شامل ہیں۔ 17 فیئلڈ ایجنسیوں نے 17 جون 2019 سے 30 جنوری 2020 اور 2 جنوری 2020 سے 30 اپریل 2021 تک دو مرحلوں میں NFHS-5 کا فیئلڈ ورک کیا۔ انہوں نے 636,699 گھرانوں، 724,115 خواتین، 1011 مردوں سے معلومات اکٹھی کیں۔ ہر ہندوستانی ریاست / UT اور ضلع (NFHS-5, 2019-21) کے لیے علیحدہ ڈیٹا فائلیں دستیاب ہیں۔ NFHS-5 کے اعداد و شمار کے تجزیہ کے علاوہ، پہلے سے تشکیل شدہ سوالات کے ذریعے ملاپورم ضلع سے جمع کیے گئے بنیادی ڈیٹا کا تجزیہ بھی کیا گیا۔

6.1.1 کیرالہ میں ولادت کے دوران جیب سے باہر کا خرچ (OoPE):

NFHS-4 ڈیٹا (ٹیبیل 6.1) کے مطابق، کیرالہ میں ولادت کے دوران OoPE تمام اضلاع کے لیے قومی اوسط (3197 روپے) سے زیادہ تھا۔ اوروریہ کنور، پٹھانمتھیڈا، تروانت پورم، الاپوزا اور کولم کے لیے ریاستی اوسط (6901) سے بھی زیادہ تھا۔

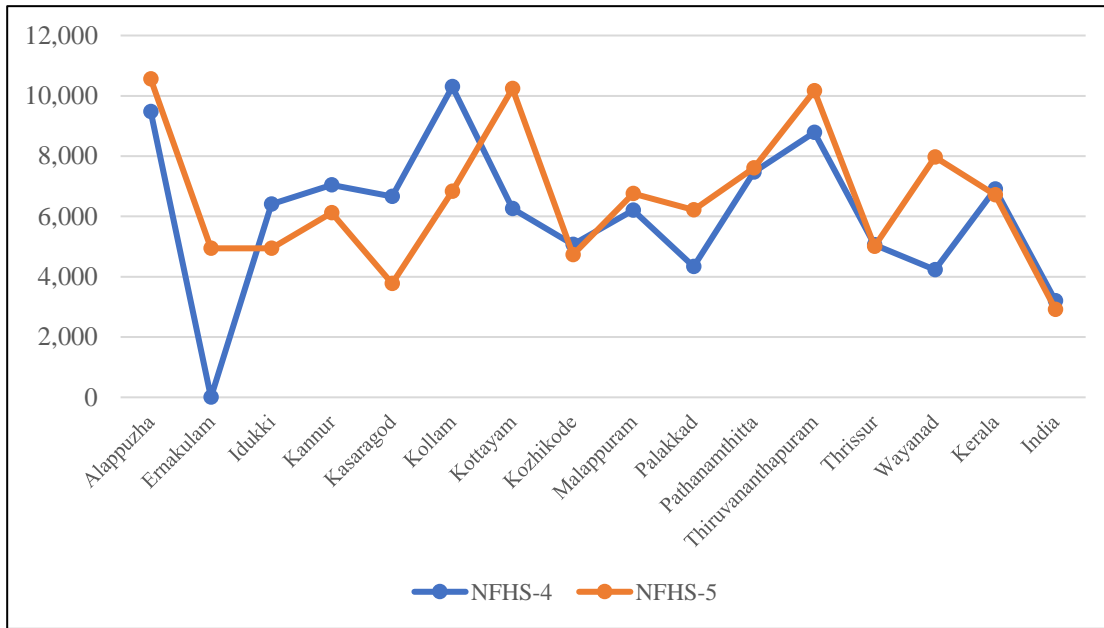
جب ہم NFHS-5 ڈیٹا پر آتے ہیں، OoPE تمام اضلاع کے لیے قومی اوسط (2916) سے زیادہ ہے۔ جہاں کاسرگوڈ میں سب سے کم ریٹ (3778 روپے) اور الاپوزا میں سب سے زیادہ شرح (10,557) ہے۔ ملاپورم میں، یہ ریاستی اوسط (6710 روپے) اور NFHS-4 مدت میں (6202 روپے) سے 6760 روپے زیادہ تھا۔

Table 6-1: OoPE in Government Health Institutions

	Indicator	NFHS-4 (2015-16)			NFHS-5 (2019-21)		
		Mean	Median	IQR	Mean	Median	IQR
	OoPEGHI	3,197	1500	2500	2,916	1500	3500
	OoPEPHI	17879.3	13000	19000	25380.25	20000	25000
India	OoPEGHI	6,901	5000	7000	6,710	5000	7500
	OoPEPHI	25991.8	25000	23500	35390.1	30000	30000
Kerala	OoPEGHI	6,659	5000	3000	3,778	6000	14000
	OoPEPHI	25991.8	25000	21500	29316.7	25000	15000
Kasaragod	OoPEGHI	7,044	2000	1500	6,125	6500	7500
	OoPEPHI	31196.4	30000	18000	39466.7	35000	25000
Kannur	OoPEGHI	4,232	2000	1000	7,967	10000	18000
	OoPEPHI	22444.4	15500	19000	36325.6	36000	30000
Wayanad	OoPEGHI	5,068	5000	7000	4,734	4000	4000
	OoPEPHI	24477.8	16000	20000	32400	30000	21000
Kozhikode	OoPEGHI	6,202	8500	10000	6,760	8000	12500
	OoPEPHI	16148.2	12000	10000	32676.5	30000	20000

Malappuram	OoPEGHI	4337	5000	7500	6211	5000	7000
	OoPEPHI	22085.4	18000	16000	26300.0	25000	10000
Palakkad	OoPEGHI	5,053	5000	3000	5,007	5000	14000
	OoPEPHI	23939.4	20000	15000	30681.8	28000	10000
Thrissur	OoPEGHI	--	15000	8500	4,940	7000	7000
	OoPEPHI	29780.4	25000	15000	35030.3	30000	25000
Ernakulam	OoPEGHI	6,411	6000	6000	4,942	5000	2000
	OoPEPHI	33142.9	30000	23000	31100	28000	20000
Idukki	OoPEGHI	6,260	5000	1000	10,236	5000	17000
	OoPEPHI	21153.9	20000	18000	35000	30000	34000
Kottayam	OoPEGHI	9,472	10000	4000	10,557	6250	10000
	OoPEPHI	28152	25000	16000	36625	30000	37000
Alappuzha	OoPEGHI	7,467	5000	13000	7,608	5175	9650
	OoPEPHI	38187.5	36500	25000	44095.2	40000	20000
Pathanamthitta	OoPEGHI	10,299	5000	11000	6,836	5000	8000
	OoPEPHI	30363.5	30000	20000	50333.3	50000	20000
Kollam	OoPEGHI	8,788	15000	25000	10,165	3500	17000
	OoPEPHI	28095.2	25000	15000	40484.6	31000	23000

Source: Demographic and Health Survey, USAID, 2019-21



تصویر 6.1: صحت عامہ کے اداروں میں ولادت کے دوران جیب سے باہر کا اوسط خرچ

JSSSK کے نفاذ کے بعد بھی جیب سے باہر کے اخراجات (OoPE) کو ختم نہیں کیا گیا ہے۔ اعداد و شمار سے، ہم

دیکھ سکتے ہیں کہ ہندوستان اور کیرالہ کے لیے NFHS-4 اور NFHS-5 کے اعداد و شمار کے مقابلے میں یہ قدرے کم ہو

رہی ہے۔ جب ہم اضلاع میں آتے ہیں، تو ہم کچھ اضلاع جیسے کاسرگوڈ، کننور، کوزی کوڈ، اڈوکی اور کولم میں ملا جلا نتیجہ دیکھ سکتے

ہیں، جہاں اس میں کسی قدرے کمی آئی ہے، لیکن باقی اضلاع کے لیے اس میں اضافہ ہوا ہے۔ ہندوستان میں عوامی صحت کے

مراکز کے اداروں میں اوسط سے باہر جیب خرچ 1500 روپے تھا۔ جبکہ کیرالہ میں یہ کافی زیادہ ہے (5000 روپے)۔ جو NFHS-5 ڈیٹا کی بنیاد پر ملاپورم ضلع کے لیے قومی اور ریاستی اوسط (8000 روپے) سے زیادہ ہے۔ انٹر کوارٹائل رینج ملاپورم میں (12,500 روپے)، ریاست (7500 روپے) اور قومی (3500 روپے) اوسط (تصویر 6.1) سے زیادہ ہے⁷⁵۔

جب ہم نجی / خانگی اور سرکاری صحت کے اداروں میں جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کا موازنہ کرتے ہیں تو یہ نجی صحت کے اداروں میں بہت زیادہ ہے۔ NFHS-4 کی بنیاد پر، یہ بالکل واضح ہے کہ نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران مین اور میڈین OoPE سب سے کم ملاپورم میں (16148 روپے اور 12000 روپے)، قومی (17879 اور 13000 روپے) اور ریاست (25992 روپے اور 25,000) اوسط سے کم ہیں۔ جبکہ سب سے زیادہ (38188 اور 36500) پٹھانمتھیتا (Pathanamthitta) کے پاس تھا۔ NFHS-5 ڈیٹا کے مطابق، ملاپورم میں نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران مین اور میڈین OoPE، (32676 اور 30000 روپے) ہے، جو قومی اوسط (25380 روپے اور 20000 روپے) سے زیادہ ہیں لیکن ریاستی اوسط (35390 روپے اور 30000 روپے) سے کم ہیں۔

پالاکڑ (Palakkad) میں سب سے کم (26300 روپے اور 25000 روپے) اور سب سے زیادہ (50333 روپے اور 50000 روپے) ہیں۔

6.1.2 تجرباتی تجزیہ

تجرباتی طور پر یہ جانچنے کے لیے کہ آیا سرکاری صحت کے اداروں اور نجی صحت کے اداروں میں جیب سے باہر اخراجات (OoPE) میں فرق اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم ہے، پہلے ہمیں اعداد و شمار کی نارملٹی (normality) کی جانچ کرنی ہوگی۔

اس کیلئے Shapiro-Wilk، Shapiro-Francia، اور Skewness/Kurtosis ٹیسٹ استعمال کیے

⁷⁵ The IQR represents the variation between Q3 and Q1. In data sets containing outliers or skewed distributions, the interquartile range is the most reliable measure of variability. It's based on values from the middle half of the distribution, so it's not likely to be affected by outliers

جاتے ہیں۔ تینوں ٹیسٹوں کا نتیجہ یہ بتاتا ہے کہ دونوں متغیرات عام طور پر تقسیم کیے جاتے ہیں (ٹیبل 6.2)۔

Table 6-2: Shapiro-Wilk test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
mOoPEGHI	14	0.909	1.679	1.020	0.154
mOoPEPHI	14	0.952	0.895	-0.219	0.587

Note: mOoPGHI-mean OoPE in government health institutions; mOoPEPHI-mean OoPE in Private health institutions

اس کا سیدھا مطلب یہ ہے کہ ہمیں یہ جانچنے کیلئے پیرامیٹرک مفروضے کی جانچ کے آلے کا استعمال کرنا ہوگا کہ آیا

سرکاری اور نجی صحت کے اداروں میں اوسط OoPE میں فرق اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم ہے۔ 5% اہمیت کی سطح پر، ہم نے

اس مفروضے کو جانچنے کیلئے ایک جوڑائی-ٹیسٹ (t-test) استعمال کیا کہ دو نمونوں کے ذرائع میں کوئی خاص فرق نہیں ہے۔

Table 6-3: The result of Paired t test : mOoPEPHI mOoPEGHI

	obs	Mean1	Mean2	dif	St Err	t value	p value
mOoPEPHI-mOoPEGHI	14	35702.571	6847.572	28855	1548.601	18.65	0.0021

جوڑا بنائے گئے ٹیسٹ (paired t-test) کے نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ (ٹیبل 6.3) سرکاری صحت کے اداروں

اور نجی صحت کے اداروں میں ڈیلیوری کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کے درمیان فرق

اعداد و شمار کے لحاظ سے ایک فیصد اہمیت کی سطح (one percent significance level) پر ہے اور نجی صحت کے

اداروں میں بہت زیادہ ہے۔

6.1.3 کیرالہ میں عوامی صحت کے مراکز میں ولادت کے دوران OoPE کے اجزاء:

جب ہم سرکاری ہسپتالوں میں ولادت کے دوران لاگت کے اجزاء کا جائزہ لیتے ہیں، تو ہمیں معلوم ہوتا ہے کہ وہ

زیادہ تر ہسپتال میں قیام، تشخیصی (diagnostic) ٹیسٹ، ادویات اور دیگر اشیاء کے دوران لاگت پر مشتمل ہوتے

ہیں۔ (ٹیبل 6.4)۔ اضلاع کے درمیان اخراجات میں بہت زیادہ تضاد ہے۔

Table 6-4: Out-of-Pocket expenditure during delivery in government health institutions, 2019-21

Districts	OoPE-during Hospital Stay)	OoPE-for Diagnostic Tests	OoPE-for Medicines	OoPE-other costs
Kasaragod	1833	2222	1682	2697
Kannur	4147	2333	2275	2622
Wayanad	3200	3700	3688	2338

Kozhikode	5750	3333	4167	4237
Malappuram	1907	2455	2038	3279
Palakkad	5622	2587	3419	3036
Thrissur	2455	2800	4056	1625
Ernakulam	2933	2286	2136	2573
Idukki	5145	1471	1760	1676
Kottayam	4667	6667	3350	4950
Alappuzha	6814	4747	2747	5017
Pathanamthitta	4208	2684	2453	4000
Kollam	3920	2320	2302	2592
Thiruvananthapuram	10962	5460	1878	3508
Kerala	4541	3117	2587	3124
India	2733	1848	1923	2208

Source: DHS,USAID, 2019-21 (NFHS-5)

ہسپتال کے اخراجات کے لحاظ سے، ترواننت پورم (10962 روپے) سب سے زیادہ تھے، جب کہ کاسرگوڈ

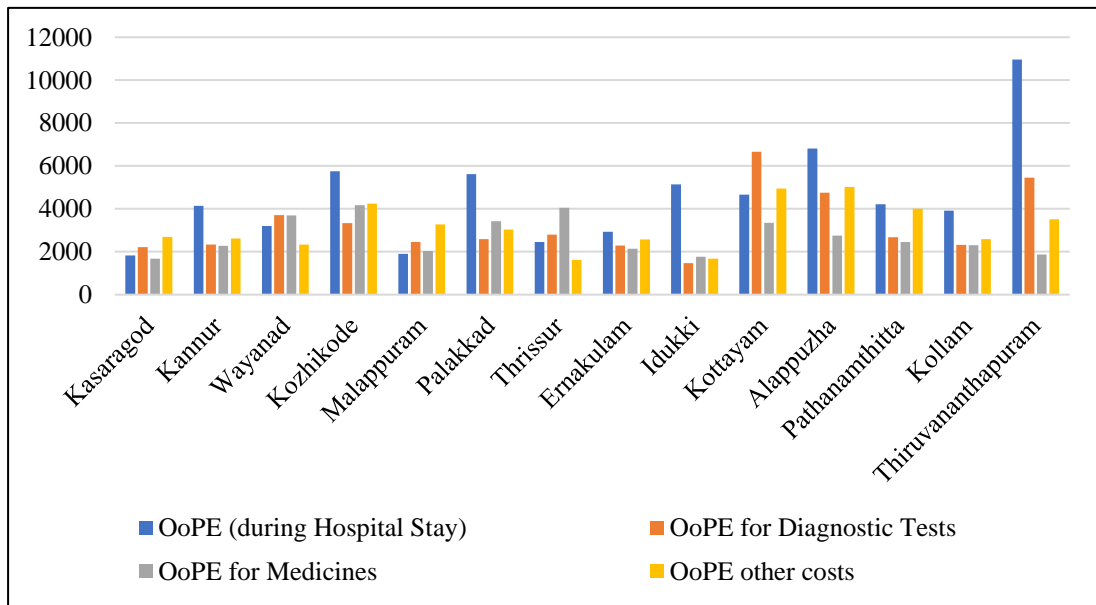
(1833 روپے) اور ملاپورم (1907 روپے) سب سے کم تھے۔ قومی اور ریاستی اوسط بالترتیب 2733 روپے اور 4541

روپے تھے (تصویر 6.2)۔ تشخیصی ٹیسٹوں (diagnostic tests) کی اوسط لاگت کے معاملے میں، یہ اڈوکی (Idukki)

میں سب سے کم (1471 روپے) اور کوٹائم (Kottayam) میں سب سے زیادہ (6667 روپے) تھی۔ ملاپورم کے لیے یہ

2455 روپے تھے، جو ریاستی اوسط (3117 روپے) سے کم تھا لیکن قومی اوسط (1848 روپے) سے زیادہ تھا۔ دوا کی اوسط قیمت

کاسرگوڈ (Kasaragod) میں (1682 روپے) سب سے کم اور کوزی کوڈ (Kozhikode) میں سب سے زیادہ (4167)



تصویر 6.2: کیرالہ میں سرکاری صحت کے اداروں میں ڈیلیوری کے دوران جیب سے باہر کا خرچ

روپے)، جو کہ ملاپورم میں 2038 روپے تھی، جو قومی اوسط (1923 روپے) سے صرف تھوڑی زیادہ تھی لیکن ریاستی اوسط (2587 روپے) سے کم تھی۔ وہی اضافی اخراجات جیسے نقل و حمل، خوراک اور دیگر استعمال کی اشیاء۔ یہ سب سے زیادہ الاپوزا (Alappuzha) میں (5017 روپے) اور سب سے کم تھریسور (Thrissur) میں (1625 روپے) تھے۔ ملاپورم کے لیے اوسطاً دیگر اخراجات 3279 روپے تھے، جو قومی (2208 روپے) اور ریاستی (3124 روپے) اوسط سے زیادہ تھے۔ یہ اعداد و شمار سے بالکل واضح ہے کہ JSSK کے نفاذ کے بعد بھی ہندوستان اور کیرالہ میں اب بھی جیب سے باہر اخراجات (OoPE) موجود ہیں۔ جو کیرالہ کے بیشتر اضلاع میں قومی اوسط سے زیادہ ہیں۔

6.1.4 کیرالہ میں سماجی و معاشی خصوصیات اور OoPE:

ان عوامل کی نشاندہی کرنا بھی ضروری ہے جو کیرالہ اور ملاپورم ضلع میں سرکاری صحت کی سہولیات پر جیب سے باہر ہونے والے اخراجات کو متاثر کرتے ہیں۔ اس کیلئے ثانوی اور بنیادی دونوں ڈیٹا کا تجزیہ کیا گیا۔ ثانوی ڈیٹا کے تجزیہ کے لیے، NFHS-5 ڈیٹا سیٹ استعمال کیا گیا تھا۔ ریاست کیرالہ کے نمونے میں 2,357 خواتین شامل تھیں جنہوں نے سروے سے پہلے کے پانچ سالوں میں صحت کی سہولت میں بچے کو جنم دیا، جن میں سے 95.6 فیصد کو ولادت کیلئے ادائیگی کرنی پڑی (ٹیبل 6.5)۔

Table 6-5: Average OoPE during delivery in Kerala

Average OoPE (in INR)	Public Facility (32.7%)	Private Facility (67.2%)	Any Facility
Area			
Rural	7080 (37.8%)	34435 (62.2%)	24639
Urban	4683 (30.6%)	33586 (69.6%)	25723
Total	6093 (34.3%)	34002 (65.6%)	25159
Age group			
15-24	4678 (37.5%)	28446 (62.5%)	20401
25-34	7520 (32.4%)	33702 (67.5%)	25539
35-49	3329 (37.3%)	40506 (62.5%)	29016
Religion			
Hindu	6760 (43.7%)	34130 (56.2%)	23639
Muslim	4708 (23.9%)	34155 (75.9%)	27054
Christian	7091 (32.0%)	32515 (67.9%)	25730
Caste			
Gen	6258 (23.5%)	40887 (76.5%)	31927
SC	5000 (34.9%)	33849 (64.9%)	24934
ST	2962 (59.4%)	26614 (40.6%)	21755
OBC	-	-	-
Wealth			
Poor	3134 (71.1%)	30827 (28.9%)	12741
Middle	4763 (53.3%)	31065 (46.7%)	18525
Rich	7075 (28.7%)	34760 (71.2%)	27069
Nature of Delivery			
Normal	4993 (35.2%)	28319 (64.7%)	20594
Caesarian	7774 (33.1%)	41896 (67%)	31814
Education			
No Education	0	-	0
Primary	3809 (80.3%)	13308 (19.7%)	6506
Secondary	4890 (44.6%)	31597 (55.3%)	20361
Higher	9898 (22.1%)	36686 (77.8%)	31948
Financial Assistance			
No	6210 (25.4%)	34780 (74.7%)	28391
Yes	5925 (74.4%)	24858 (25.6%)	10168
Birth Order			
1	6734 (32.0%)	34054 (68.0%)	25906
2	5419 (38.2%)	34059 (61.8%)	23713
3	7468 (30.8%)	33330 (68.9%)	25820
4>	4411 (27.8%)	37915 (72.2%)	33258

Source: Demographic and Household Survey, USAID, 2019-21 (NHFS-5)

شہری علاقوں میں، 30.6 فیصد حاملہ خواتین نے ولادت کے لیے سرکاری اسپتال اور 69.2 فیصد نے نجی اسپتالوں

سے رجوع کیا۔ دیہی علاقوں میں، ادارہ جاتی پیدائش میں عوامی سہولیات کا حصہ 37.8% ہے اور نجی سہولیات کا حصہ 62.2%

ہے۔ عوامی صحت کی سہولیات ، مجموعی ولادت میں 34.2% تھی۔ دیہی علاقوں میں عوامی سہولیات میں اوسط OoPE (6447 روپے) کیرالہ میں شہری علاقوں (4851 روپے) سے زیادہ تھی۔ نجی سہولیات میں بھی، یہ دیہی علاقوں میں زیادہ ہے۔ عمر کے گروپ کی بنیاد پر، عوامی سہولت میں 25-34 سال کی عمر کے گروپ (روپے 7520) کیلئے اوسط لاگت زیادہ تھی، لیکن نجی سہولت میں یہ 35-49 سال کی عمر کے گروپ (روپے 40506) کیلئے زیادہ تھی۔ جب دوسرے دو عمر کے گروپوں کے مقابلے میں، 25-34 عمر کے گروپ نے سرکاری سہولیات (32.4%) سے کم استعمال کیں۔ اگر ہم مذہب کی بنیاد پر اوسط لاگت کا موازنہ کریں، تو یہ عوامی سہولیات میں عیسائیوں کیلئے (7091 روپے) زیادہ ہے۔ جب کہ نجی سہولیات میں تمام مذہبی گروہوں کیلئے یہ تقریباً یکساں ہے۔ ولادت کیلئے عوامی سہولیات ہندو (43.7%) مسلمانوں (23.9%) کے مقابلے میں زیادہ استعمال کرتے ہیں۔ اور جب SC اور جہز ل زمروں سے موازنہ کیا جائے تو، کیرالہ میں ST کمیونٹی کی عوامی سہولت میں ولادت کے دوران اوسط لاگت (2962 روپے) کم تھی اور ان کا استعمال بھی (59.4%) زیادہ تھا۔ عام زمرہ، صرف 23.5% نے ولادت کیلئے عوامی سہولیات کا استعمال کیا، اور ان کا OoPE بھی زیادہ تھا (6258 روپے)۔ جب SC اور ST کے مقابلے میں، OBC کا ڈیٹا NFHS-5 ڈیٹا سیٹ میں دستیاب نہیں ہے۔ 71.1% غریب لوگوں نے ولادت کیلئے عوامی سہولیات کا استعمال کیا، اور OoPE بھی ان کیلئے دیگر دولت کے کونٹینٹلز (wealth quintiles) میں سب سے کم (3134 روپے) تھا، جب کہ امیر کونٹینٹل میں صرف 28.7% لوگ عوامی سہولیات استعمال کرتے تھے، اور ان کی اوسط OoPE بھی بہت زیادہ تھا (7075 روپے)۔ ولادت کی اوسط لاگت سرکاری اور نجی دونوں جگہوں پر زیادہ ہے، ولادت کی نوعیت میں جہاں سیزرین سیکشن کی فریکوئنسی کم ہے (33.1%) اور اس کی اوسط لاگت بھی کم ہے (7774 روپے)، جب کہ نجی سہولیات میں یہ زیادہ سے زیادہ 41896 روپے اور 39.5% ہے۔ جب ہم تعلیم کی بنیاد پر موازنہ کرتے ہیں، تو پرائمری تعلیم کے حامل 80.3% افراد نے کم قیمت (3809 روپے) پر عوامی سہولیات کا استعمال کیا، جب کہ اعلیٰ تعلیمی قابلیت رکھنے والوں میں سے 22.1% نے زیادہ قیمت (9898 روپے) پر عوامی سہولیات کا استعمال کیا۔

جہاں تک ولادت کیلئے مالی امداد کا تعلق ہے، صرف 18.4 فیصد نے مالی امداد حاصل کی، بشمول JSY اور JSSK، جس میں زیادہ تر خواتین جنہوں نے عوامی سہولت کو ترجیح دی 74.4% کو ان کی پیدائش کیلئے مالی امداد ملی، جبکہ 25.6 فیصد خواتین نے نجی سہولت میں اپنے بچوں کی پیدائش کی انہوں نے بھی مالی امداد حاصل کی۔ یہ نوٹ کرنا ضروری ہے کہ JSSK کے تحت مالی امداد صرف ان لوگوں کو فراہم کی جائے گی جنہوں نے عوامی سہولت میں جنم دیا ہے۔ جن لوگوں نے مالی امداد حاصل کی ان کی اوسط لاگت وہی تھی جو ان لوگوں کیلئے تھی جو عوامی سہولیات استعمال کرتے تھے، لیکن نجی ہسپتال کے شرکاء میں ایک نمایاں فرق تھا، جہاں مالی امداد حاصل نہ کرنے والوں کے لیے 34780 روپے کے مقابلے میں یہ 24858 روپے تھی۔ فرق تقریباً 10,000 روپے تھا، لیکن عوامی سہولیات کو ترجیح دینے والوں کے لیے یہ صرف 285 روپے تھا۔ جن خواتین نے اپنے دوسرے بچے کو جنم دیا تھا انہوں نے اسے زیادہ (38.2%) استعمال کیا جبکہ جنہوں نے اپنے چوتھے یا اس سے زیادہ بچوں کو جنم دیا وہ اسے کم (27.8%) استعمال کرتے تھے۔ ایک عوامی سہولت میں اوسط لاگت ان لوگوں کیلئے کم (4411 روپے) تھی جنہوں نے اپنے چوتھے یا اس سے زیادہ آرڈر والے بچوں کو جنم دیا، جب کہ ان کے لیے، یہ نجی سہولت میں زیادہ (37915 روپے) تھا۔

6.1.5 کیرالہ میں جیب سے باہر اخراجات (OoPE) کے تعین کرنے والے:

جیب سے باہر ہونے والے اخراجات کے اہم پیش گوئیوں کی نشاندہی کرنے کے لیے، دو حصوں والا ماڈل (two-part model) (جسے رکاوٹ ماڈل (hurdle model) بھی کہا جاتا ہے) استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ ایک بہترین معاشی ماڈلز میں سے ایک ہے جب تقسیم ترجیحی (skewed) اور متضاد (dichotomous) ہو، جیسے کہ ڈیلیوری کے دوران ہونے والے اخراجات، جو کہ ہاں یا نہیں (Deb and Norton, 2018; Mohanty and Srivastava, 2013)۔ دو حصوں والے ماڈل کا پہلا حصہ ملٹی ویریٹ لاجسٹک ریگریشن (multivariate logistic regression) کا استعمال کرتے ہوئے ادارہ جاتی ولادت کے دوران OoPE کے اخراجات کا امکان ہے جہاں نتیجہ کا متغیر بائنری (binary) ہے، یعنی

"جیب سے باہر کے اخراجات نہیں" بمقابلہ "کسی بھی قسم کے جیب سے باہر کے اخراجات" ادارہ جاتی ولادت پر۔ دو حصوں والے ماڈل کا دوسرا حصہ لاگ لنک اور گاما ڈسٹری بیوشن (log link and gamma distribution) (Deb اور Norton، 2018) کے ساتھ ایک عمومی لکیری ریگریشن ماڈل (generalised linear regression model) ہے، جس میں نتیجہ متغیر ایک مسلسل غیر صفر مثبت متغیر ہے۔ رجعت (regressors) کرنے والے ماؤں کی عمر ہیں (15-24، 25-34 اور 35-49)؛ رہائش کا علاقہ (متضاد-شہری / دیہی)؛ بچے کی جنس (متضاد-مرد / عورت)؛ تعلیم (متضاد-ثانوی اور اس سے کم، اعلیٰ تعلیم)؛ ادارے کی قسم (متضاد-عوامی / نجی)؛ ولادت کی نوعیت (ڈائیکوٹومس نارمل / سیزیرین)؛ ولایت انڈیکس (ٹرائیکوٹومس غریب، متوسط اور امیر)؛ JSY سے فائدہ اٹھانے والا (متضاد-ہاں / نہیں)؛ پیدائش کی ترتیب (ٹرائیکوٹومس - اول، دوسرا، تیسرا یا اس سے اوپر)؛ مذہب (ٹرائیکوٹومس - ہندو، مسلم اور عیسائی)؛ اور ذات (ٹرائیکوٹومس جنرل، ایس سی اور ایس ٹی)۔ واضح رہے کہ پیچیدہ رجعت کے تجزیے (complex regression analysis) میں جانے سے پہلے، 2019-21 کے آبادیاتی اور صحت کے سروے میں دی گئی ہدایات کے مطابق، مناسب وزن، بنیادی نمونے لینے والے یونٹس، اور طبقے کو مد نظر رکھا گیا تھا۔ اہم پیش گوئیوں (significant predictors) کو منتخب کرنے کے لیے، تمام منتخب متغیرات کے لیے غیر متغیر لاجسٹک ریگریشن (univariate logistic regression) کا انعقاد کیا گیا۔ غیر متغیر لاجسٹک ماڈل (univariate logistic model) کے نتیجے کی بنیاد پر، تمام اہم متغیرات (significant variables) ملٹی ویریٹ لاجسٹک ریگریشن ماڈل ($p < 0.05$) کے لیے منتخب کیے گئے تھے۔ اسی طریقہ کار کو رجعت تجزیہ (regression analysis) کے دوسرے حصے میں بھی اپنایا گیا، یعنی عمومی لکیری ریگریشن ماڈل (generalised linear regression model) بھی؛ غیر متغیر رجعت (univariate regression) کو تمام یکساں رجعت کرنے والوں کے مسلسل نتائج کے متغیر کے خلاف چلایا گیا تھا، اور اس کے نتیجے کی بنیاد پر، مطالعہ میں اہم ($p < 0.05$) پیش گوئی کرنے والے متغیرات کو شامل کیا گیا تھا۔ چونکہ لاگٹ ماڈل (logit model) اور عام ملٹی ویریٹیٹ

کلیری ماڈل (generalised multivariate linear model) کو اس ماڈل کے علاوہ کلیریٹی، نارملٹی، اور ہو موسیڈ سٹیسیٹی (linearity, normality, and homoscedasticity) کے مفروضوں کو رکھنے کی ضرورت نہیں ہے جس میں ماڈل کا حساب لگانے کے لیے بڑی تعداد میں نمونوں کی ضرورت ہوتی ہے، ہمیں ان تمام ٹیسٹوں سے گزرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ تاہم، وضاحتی متغیرات (explanatory variables) میں کثیر خطوطی (multicollinearity) نہیں ہونا چاہیے، اس لیے اس کو متغیر افراط زر کے عنصر (VIF) variance inflation factor کا استعمال کرتے ہوئے چیک کیا گیا ہے۔ جدول 6.6 کثیر الجہتی ٹیسٹ (multicollinearity tes) کا نتیجہ دیتا ہے۔

Table 6-6: Variance inflation factor

	VIF	1/VIF
birthorder	1.396	0.717
placeofdel	1.383	0.723
Wealthind	1.379	0.725
Education	1.310	0.763
Financ.assi	1.299	0.770
agegroup	1.271	0.787
Areaofresi	1.109	0.902
Religion	1.105	0.905
natureofdel	1.079	0.927
caste	1.056	0.947
Mean VIF	1.239	

VIF (متغیر افراط زر کا عنصر) کا اوسط 1.24 ہے، جو اس بات کی نشاندہی کرتا ہے کہ آزاد متغیر کے درمیان کثیر

خطوط کا کوئی مسئلہ نہیں ہے۔ لاجسٹک ریگریشن کا نتیجہ کیرالہ میں صحت کے ادارے میں ولادت کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کی مشکلات کی وضاحت کرتا ہے (ٹیبیل 6.7)۔

Table 6-7: Result of multivariable logistic regression between OoPE on hospital delivery and its predictors

OoPE01	Odd R.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Age Group						
: base 15-24	1					
25-34	1.105	0.345	0.32	0.749	0.599	2.039
35-49	1.125	0.504	0.26	0.793	0.467	2.712
Area of residence						
: base urban	1					
rural	1.162	0.351	0.50	0.620	0.642	2.105
Sex of child						
: base male	1					
female	0.832	0.216	-0.71	0.479	0.499	1.386

Type of Institution : base Public	1						
Private	7.186	3.269	4.34	0.000	2.940	17.563	***
Nature of delivery : base normal	1						
caesarian	0.902	0.246	-0.38	0.707	0.528	1.543	
Birth order : base 1 st	1						
2 nd	0.821	0.210	-0.77	0.443	0.497	1.358	
3 rd or above	1.334	0.615	0.63	0.532	0.539	3.301	
JSY beneficiary : base no	1						
yes	0.619	0.160	-1.85	0.065	0.372	1.03	*
Wealth index : base poor	1						
middle	0.562	0.294	-1.10	0.271	0.201	1.57	
rich	0.829	0.440	-0.35	0.724	0.292	2.35	
Religion : base Hindu	1						
Muslim	1.015	0.392	0.04	0.969	0.475	2.17	
Christian	2.677	1.316	2.00	0.046	1.019	7.033	**
Caste : base SC	1						
ST	2.781	2.979	0.95	0.340	0.339	22.813	
Gen	0.503	0.262	-1.32	0.187	0.181	1.397	
Education : base ≤secondary	1						
higher	1.367	0.412	1.04	0.300	0.756	2.472	
Constant	16.214	9.852	4.59	0.000	4.915	53.495	***
Mean dependent var		0.963	SD dependent var			0.188	
Number of obs		2342	F-test			4.599	

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

اگر ہم 15-24 سال کی عمر کے گروپ کے ساتھ موازنہ کریں تو OoPE کی امکانی قدرے تھوڑی زیادہ ہے

(OR 1.13; 95% CI 0.467-2.712)۔ عمر کے 30-49 سال کے لیے (اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم

نہیں) 1.16 گنا OoPE (95% CI 0.642-2.105) کو دیہی خواتین میں

دیکھا جاسکتا ہے جب شہری خواتین سے موازنہ کیا جائے، لیکن یہ اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم نہیں ہیں (not

statistically significant)۔ OoPE کے امکان اور بچے کی جنس (OR-0.8; 95% CI 0.499-

1.386)۔ کے درمیان کوئی واضح تعلق نہیں دیکھا گیا ہے۔ OoPE کی مشکلات اور ادارے کی قسم کے درمیان ایک

مضبوط اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم ($p < 0.01$) (strong statistically significant) تعلق ہے، جس میں ایک نجی صحت کا ادارہ OoPE (OR-7.186; 95% CI 2.940-17.563)، سے 7.19 گنا زیادہ ہے۔ حیرت انگیز طور پر، سیزرین ڈیلیوری کی قسم اور OoPE (OR-0.902; 95% CI 0.528-1.543) کے درمیان کوئی واضح تعلق نہیں پایا گیا ہے۔ اگر بچے کی پوزیشن تیسری یا اس سے اوپر ہے تو OoPE کی مشکلات تھوڑی زیادہ ہیں (OR-1.33; 95% CI 0.539-3.301) مستفید کنندگان اور OoPE کے درمیان ایک مضبوط شماریاتی لحاظ سے اہم تعلق ہے، جس میں ادارہ جاتی ولادت کے دوران OoPE کے اخراجات کے امکانات 0.619 گنا کم ہیں اگر ماں JSY سے فائدہ اٹھانے والی ہے (OR-0.62; 95% CI 0.372-1.03)۔ عجیب بات یہ ہے کہ ڈیلیوری کے دوران ویلٹھ انڈیکس اور OoPE کے درمیان کوئی شماریاتی لحاظ سے اہم تعلق نہیں ہے۔ تاہم، نتیجہ کہتا ہے کہ درمیانی آمدنی والے گروہوں کے لیے اخراجات کی مشکلات 0.56 گنا کم ہیں (OR-0.56; 95% CI 0.201-1.57)؛ مذہب اور OoPE کے درمیان شماریاتی طور پر اہم تعلق ہے، جس میں، ہندوؤں کے مقابلے میں، مشکلات OoPE کے عیسائیوں میں 2.68 گنا زیادہ ہیں (OR-2.68; 95% CI 1.019-7.033) جب SC کے مقابلے میں، OoPE کے اخراجات کے امکانات STs میں زیادہ ہیں (OR-2.78; 95% CI 0.34-22.81) اور ان میں کم عام زمرہ (OR-0.503; 95% CI 0.181-1.397)، لیکن ایسوسی ایشن اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم نہیں ہے۔ اعلیٰ تعلیم یافتہ ماؤں کے پاس اخراجات کے 1.38 گنا امکانات ہیں (OR-1.38; 95% CI 0.756-2.472)۔ لیکن یہ اس لاگٹ ماڈل (logit model) پر وچ کی بنیاد پر شماریاتی لحاظ سے اہم نہیں ہے۔

جب ہم عام لکیری ماڈل (linear model) کے نتیجے کا تجزیہ کرتے ہیں، تو ہم ولادت کے دوران OoPE اور کیرالہ میں اس کے پیش گوئیوں (predictors) کے درمیان تعلق کو بہتر سمجھ سکتے ہیں (ٹیبل 6.8)۔ اگر ہم عمر کے گروپ کی بنیاد پر ڈیلیوری کے دوران OoPE کے زیادہ اوسط (mean) ہونے کے امکان کا موازنہ کریں، تو 15-24 عمر کے گروپ

کے مقابلے میں، 35-49 عمر کی ماؤں میں OoPE اوسط ($p < 0.05$) زیادہ ہونے کے 25 فیصد امکانات ہوتے ہیں۔ (ep = 1.25; 95% CI 1.011-1.548)۔ ادارہ جاتی ولادت پر، دیہی خواتین کی اوسط OoPE (p = 1.11; 95% CI 0.985-1.245) اور خواتین کے مقابلے میں 11% زیادہ ہوتی ہے۔ وہ خواتین جنہوں نے ایک نئی صحت کی دیکھ بھال کی سہولت میں ڈیلیوری کی جگہ کے درمیان ایک مضبوط مثبت تعلق ہے۔ جن خواتین کو سیزرین ڈیلیوری ہوئی تھی ان کا بچے کو جنم دیا ان کا ادارہ جاتی ولادت پر 248.6% ($p < 0.01$) کا کافی زیادہ اوسط خرچ تھا۔ 95% CI 3.019-4.026 کے ساتھ کفایتی گتائے 348.6 (exponentiated coefficient) ہے۔ جن خواتین کو سیزرین ڈیلیوری ہوئی تھی ان کا جیب سے باہر کا خرچ 43% زیادہ تھا ($p < 0.01$)، ان خواتین کے مقابلے میں جن کی نارمل ڈیلیوری ہوئی تھی (ep = 1.43)؛

-(1.275-1.60595%)

Table 6-8: Result of Mixed-effects GLM on non-zero positive OoPE

OoPE1	exp(p)	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig	
Age group							
: base 15-24	1						
25-34	1.132	0.099	1.41	0.157	0.953	1.345	
35-49	1.251	0.136	2.06	0.039	1.011	1.548	**
Area of residence							
: base urban	1						
rural	1.107	0.066	1.71	0.088	0.985	1.245	*
Place of delivery							
: base Public	1						
Private	3.486	0.256	17.01	0.000	3.019	4.026	***
Nature of delivery							
: base normal	1						
C-section	1.43	0.084	6.09	0.000	1.275	1.605	***
Birth order							
: base 1	1						
2	0.919	0.065	-1.20	0.232	0.800	1.056	
3	0.982	0.094	-0.19	0.851	0.813	1.186	
JSY beneficiary							
: base no	1						
yes	0.802	0.082	-2.15	0.032	0.656	0.981	**
Wealth index							
: base poor	1						
middle	1.18	0.19	1.03	0.304	0.861	1.617	
rich	1.364	0.201	2.11	0.035	1.022	1.82	**

Religion							
: base Hindu	1						
Muslim	1.074	0.077	0.99	0.322	0.933	1.237	
Christian	0.97	0.086	-0.34	0.733	0.816	1.153	
Education							
: base ≤secondary	1						
higher	1.237	0.078	3.37	0.001	1.093	1.399	***
Constant	4812.562	824.233	49.51	0.000	3440.278	6732.233	***
Logs	-0.426	0.028	-14.99	0.000	-0.481	-0.37	***
Mean dependent var	28281.286	SD dependent var	19899.391				
Number of obs	545	Chi-square	558.449				
Prob > chi2	0.000	Akaike crit. (AIC)	11923.808				

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

بچے کی پیدائش کی ترتیب اور ادارہ جاتی ولادت پر جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کے درمیان

کوئی واضح تعلق نہیں دیکھا گیا۔ ادارہ جاتی ولادت کے دوران اوسط OoPE غیر مستفید کنندگان (95% ep=0.80;

0.656-0.981) کے مقابلے JSY مستفید کنندگان (p < 0.05) میں 20% کم ہے۔ غریب دولت کے اشاریہ سے تعلق

رکھنے والی خواتین کے مقابلے میں، امیر دولت کے اشاریہ سے تعلق رکھنے والی خواتین کا ادارہ جاتی ولادت پر 36% زیادہ اوسط

خرچ (p < 0.05) تھا (1.022-1.82) 95% (ep=1.364; مذہب اور جیب سے باہر ہونے والے اخراجات کا کوئی

قابل فہم تعلق نہیں ہے۔ ادارہ جاتی ولادت پر جیب سے باہر کا اوسط خرچ 24% زیادہ تھا (p < 0.01) اعلیٰ تعلیم یافتہ خواتین

میں (ep=1.1.237; 95% CI 1.093- 1.399)۔

6.2 ملاپورم میں ولادت کے دوران OoPE:

اگر ہم ضلع ملاپورم سے اکٹھے کیے گئے بنیادی اعداد و شمار کی بنیاد پر OoPE کا تجزیہ کریں تو عوامی صحت کے اداروں

میں ولادت کے دوران اوسط (mean) اور درمیانی (median) اخراجات بلترتیب 3405 اور 4000 روپے ہیں۔ (ٹیبل

6.9)۔ انٹر کوارٹائل رینج 2500 روپے ہے۔ جبکہ نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران اوسط (mean) اور میڈین

OoPE، بالترتیب 27,420 روپے اور 22,000 روپے ہیں۔، جو کہ عوامی صحت کے اداروں میں ہونے والے اخراجات

سے کافی زیادہ ہیں۔ اور انٹر کوارٹائل رینج 11,500 روپے ہے۔

Table 6-9: Mean and Median OoPE in Malappuram

Delivery Points (N=888)	Mean (In INR)	Median (In INR)	IQR (In INR)
W & C Ponnani	3548	4000	1500
THQH Tirurangadi	3511	3750	1200
DH Nilambur	3108	3900	2200
THQH Malappuram	3040	3000	2350
DH Perintalmanna	3174	3750	2500
MC Manjeri	3776	4000	1000
DH Tirur	3665	4000	1500
Total (GHI) N=577	3405	4000	2500
Private Hospitals (N=311)	27420	22000	11500
Total (Overall) N=888	19137	18000	20500

Source: Primary

اگر ہم ملاپورم ضلع میں سرکاری ولادت پوائنٹس کی بنیاد پر ہونے والے OoPE کا تجزیہ کریں، تو سب سے زیادہ

فیصد جن ماؤں کو ولادت کے دوران خرچ کرنا پڑا (ٹیبیل 6.10) ڈسٹرکٹ ہسپتال نیلمبور (Nilambur) (57.8%) اور

ڈسٹرکٹ ہسپتال پیرینٹلمانا (Perintalmanna) (54.1%) ہے اور سب سے کم پونانی (Ponnani) (23.0%) ہے۔

Table 6-10: Percentage of mothers incurred OoPE during delivery

Delivery Points	OoPE during Delivery (%)		
	No	Yes	Total
W&C Ponnani	77	23	100
	77.00	23.00	100.00
THQH Tirurunagadi	40	18	58
	68.97	31.03	100.00
DH Nilambur	19	26	45
	42.22	57.78	100.00
THQH Malappuram	35	20	55
	63.64	36.36	100.00
DH Perinthalmanna	39	46	85
	45.88	54.12	100.00
MC Manjeri	48	29	77
	62.34	37.66	100.00
DH Tirur	53	37	90
	58.89	41.11	100.00
Private Hospitals	0	378	378
	0.00	100.00	100.00
Total	311	577	888
	35.02	64.98	100.00

Source: Primary

6.2.1 تجرباتی تجزیہ:

اس مفروضے کو جانچنے کے لیے کہ آیا سرکاری اور نجی صحت کے اداروں میں OoPE میں فرق اعداد و شمار کے لحاظ

سے اہم ہیں، ہم نے عام طور پر تقسیم کیے گئے ڈیٹا کے لیے ایک غیر جوڑا نمونہ ٹی-ٹیسٹ (unpaired sample t-test)

اور غیر عام طور پر تقسیم کیے گئے ڈیٹا کے لیے ولکو کسن سائنڈ رینک ٹیسٹ (Wilcoxon signed-rank test) کا

استعمال کیا۔ نارملٹی ٹیسٹ کے لیے، Shapiro-Wilk ٹیسٹ استعمال کیا جاتا ہے، جس میں null hypothesis کہتا ہے کہ تغیرات عام طور پر تقسیم کیے جاتے ہیں (ٹیبیل 6.11)۔

Table 6-11: Shapiro-Wilk test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
OoPEinGHI	199	0.93	10.30	5.36	0.000
OoPEinPHI	378	0.81	49.31	9.25	0.000

Note: OoPEinGHI-OoPE in Government Health Institutions; OoPEinPHI- OoPE in Private Health Institutions

Shapiro-Wilk ٹیسٹ کا نتیجہ یہ کہتا ہے کہ دونوں متغیرات کو عام طور پر تقسیم نہیں کیا جاتا ہے، اس لیے ہمیں

ایک نان پیرامیٹرک ٹیسٹ، Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) ٹیسٹ کو مفروضے کی جانچ کے لیے دو

نمونوں والے ٹی ٹیسٹ (two-sample t-test) کے جوابی حصے کے طور پر لاگو کرنا ہوگا۔ یہاں اس ٹیسٹ میں، کالعدم

مفروضہ (null hypothesis) یہ ہے کہ سرکاری صحت کے اداروں اور نجی صحت کے اداروں میں OoPE کے درمیان 5

فیصد اہمیت کی سطح پر کوئی خاص فرق نہیں ہے (جدول 6.12)۔

Table 6-12: Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

Type of Inst.	Obs.	Rank-Sum	Expected
Government Hosp.	199	19900	57511
Private Hosp.	378	146853	109242
Combined	577	166753	166753

unadjusted variance -3623193.00

adjustment for ties -11672.86

adjusted variance 3611520.14

Ho: OoPE Government Hospital = OoPE Private Hospital

z = -19.791

Prob > Z = 0.001

تجرباتی تجزیہ کا نتیجہ یہ کہتا ہے کہ ملاپورم میں سرکاری اور نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران جیب سے

باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کے درمیان فرق اعداد و شمار کے لحاظ سے ایک فیصد اہم سطح (p = 0.001) پر ہے۔

تجرباتی نتیجہ کا تجزیہ کہتا ہے کہ ملاپورم میں سرکاری اور نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران جیب سے باہر ہونے

والے اخراجات کے درمیان فرق اعداد و شمار کے لحاظ سے ایک فیصد اہم سطح (p=0.001) پر اہم ہے۔

اس کا مطلب یہ ہے کہ سرکاری صحت کے اداروں کے مقابلے نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران جیب خرچ بہت زیادہ ہے، اور یہ فرق اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم ہے۔ اس سے یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ JSSK کے نفاذ سے ملاپورم اور کیرالہ میں ولادت کے دوران جیب سے باہر کے اخراجات کو نہ تو ختم کیا گیا ہے اور نہ ہی کم کیا گیا ہے۔ زیادہ تر جواب دہندگان (90 فیصد) نے اعتراف کیا کہ زیادہ تر سرکاری ہسپتالوں میں ٹیسٹ کی مناسب سہولیات اور تکنیکی ماہرین کی کمی کی وجہ سے، انہیں پرائیویٹ کلینکس پر انحصار کرنا پڑتا ہے، جو الٹراساؤنڈ (ultrasounds) اور دیگر خون کے ٹیسٹ کے لیے زیادہ قیمت وصول کرتے ہیں۔ ولادت کے دوران، انہیں باہر سے ادویات اور دواسازی خریدنی ہوں گی۔ یہ بھی لاگت میں اضافہ کرتا ہے۔ اور لاگت کی ایک اور اہم چیز نقل و حمل ہے۔ زیادہ تر سرکاری صحت کے اداروں کے لیے صرف ایک ایمبولینس (ambulance) ہے، اور زیادہ تر وہ دستیاب نہیں ہوتی، اس لیے انہیں نجی ٹیکسیوں پر انحصار کرنا ہوتا ہے۔ یہ بات بھی قابل غور ہے کہ کیرالہ میں ایک عام ولادت (7182 روپے) کے مقابلے میں سی۔ سیکشن کے لیے اوسط OoPE بہت زیادہ (11225 روپے) ہے۔ اسی طرح، جب کہ کیرالہ میں دیہی علاقوں میں ولادت کے دوران اوسط کل OoPE زیادہ (9852 روپے) ہے شہری علاقوں (7047 روپے) کے مقابلے میں۔ اسی طرح کارجمان ملاپورم کے معاملے میں دیکھا جاسکتا ہے، جہاں دیہی اور شہری قیمتیں 12375 اور 10500 روپے بالترتیب ہیں⁷⁶۔

6.2.2 ملاپورم میں سماجی و معاشی خصوصیات اور OoPE:

ملاپورم ضلع سے بنیادی ڈیٹا کا نمونہ 888 ماؤں پر مشتمل تھا، جن میں سے 578 (65.09%) نے ادارہ جاتی ولادت کے دوران OoPE خرچ کیا۔ جن لوگوں نے اداروں میں ولادت کے دوران اخراجات اٹھائے ان میں سرکاری صحت کے اداروں سے 200 (34.6%) اور نجی صحت کے اداروں سے 378 (65.4%) شامل تھے۔ جہاں ماؤں کی اوسط عمر 28 سال تھی۔ ان میں سے زیادہ تر نے ثانوی تعلیم مکمل کی (39.4%) اور (32.9%) گریجویشن کی۔ جن میں 517 (58.2%) جواب

⁷⁶ Demographic and Household Survey (DHS), 2019-21

دہندگان مشترکہ خاندانوں سے، جبکہ 484 (54.5%) بی بی ایل خاندانوں سے آئے (ٹیبیل 6.13)۔

Table 6-13: Average OoPE during delivery in Kerala

Average OoPE (in INR)	Public Facility (34.6%)	Private Facility (65.4%)	Any Facility (100%)
Area			
Rural	3274 (57.2%)	27964 (42.8%)	12779 (56.5%)
Urban	3614 (57.8%)	26701 (42.2%)	11987 (43.5%)
Total	3405 (57.4%)	27420 (42.6%)	12435 (100%)
Age group			
18-25	3454 (40.2%)	25274 (44.0%)	18314 (41.9%)
26-35	3371 (53.4%)	28893 (52.3%)	19559 (52.9%)
36-45	3417 (6.4%)	29520 (3.6%)	20819 (5.2%)
Religion			
Hindu	3145 (69.8%)	24228 (30.2%)	13401 (20.2%)
Muslim	3494 (54.1%)	27933 (45.9%)	20511 (78.7%)
Christian	4500 (70%)	33500 (30.0%)	19000 (1.13%)
Caste			
Gen	3136 (46.3%)	27872 (53.7%)	21070 (6.1%)
SC	3161 (75.5%)	21173 (24.5%)	10714 (11.9%)
ST	3333 (92.9%)	26614 (7.14%)	5678 (3.2%)
OBC	3494 (54.0%)	27933 (45.9%)	20511 (78.8%)
Wealth			
BPL	3426 (76.2%)	22965 (23.8%)	12169 (54.5%)
APL	3350 (34.9%)	29368 (65.1%)	24733 (45.5%)
Nature of Delivery			
Normal	1817 (52.4%)	26136 (47.6%)	22211 (81.1%)
Caesarian	4192 (79.2%)	40000 (20.8%)	11652 (18.9%)
Education			
≤10th	3663 (82.0%)	21857 (17.1%)	9978 (27.7%)
12th	3243 (65.4%)	25489 (34.6%)	16122 (39.4%)
≥Graduation	3209 (26.4%)	29593 (73.6%)	26175 (32.9%)
JSSK Beneficiary			
No	- (0.0%)	27420 (100%)	27420 (42.6%)
Yes	3404 (100%)	- (0.0%)	3404 (57.4%)
Occupation			
No	3456 (63.5%)	27409 (36.5%)	17859 (42.6%)
Yes	2889 (25.5%)	27447 (74.5%)	23853 (57.4%)

آبادیاتی عوامل اور پیشین گوئیوں (predictors) کا تعین کرنے کے لیے، اسی دو حصوں کا طریقہ (two-part)

(method) ملاپورم ضلع سے جمع کیے گئے بنیادی ڈیٹا پر لاگو کیا گیا۔ یہاں، لاگٹ (logit) اور عام لکیری

ماڈلز (generalised linear models) کا نتیجہ متغیر ایک جیسا تھا، یعنی OoPE (لاگٹ ماڈل کے لیے 1/0، عام لکیری ماڈل کے لیے غیر صفر مثبت (non-zero positive) مسلسل)۔ لیکن جمع کردہ ڈیٹا کی بنیاد پر وضاحتی متغیرات کو دوبارہ ترتیب دیا گیا تھا۔

وہ ہیں: ادارے کی قسم (متضاد: سرکاری / نجی)؛ تعلیم (ٹرانکوٹو مس 10 ویں یا اس سے کم / 12 ویں اور گریجویٹیشن اور اس سے اوپر)؛ علاقہ (متضاد: دیہی / شہری)؛ خاندانی قسم (متضاد: مشترکہ خاندان / نیوکلر خاندان)؛ مذہب (ٹرانکوٹو مس ہندو / مسلم / عیسائی)؛ ذات (قطعی جزل / SC / ST / OBC)؛ پیشہ (متضاد: نہیں ملازم / ملازمت)؛ عمر گروپ (ٹرانکوٹو مس: 18-25 / 26-35 / 36-45)؛ ولادت کی نوعیت (متضاد نارمل / سیزیرین)؛ اور JSSK سے فائدہ اٹھانے والا (متضاد فائدہ اٹھانے والا / غیر فائدہ اٹھانے والا)۔

Logit اور GLM ماڈلز کو چلانے سے پہلے، تمام متغیرات کو انفرادی ایسوسی ایشن (individual association) اور ملٹی کالینیئرٹی (multicollinearity) کے لیے ٹیسٹ کیا گیا تھا۔ چونکہ وہ تمام لوگ جنہوں نے اپنی ولادت کے لیے سرکاری ہسپتالوں کو ترجیح دی تھی، رجسٹرڈ ہو گئے اور JSSK کے استحقاق (entitlements) سے مستفید ہوئے، VIF ملٹی کالینیئرٹی ٹیسٹ میں، JSSK سے فائدہ اٹھانے والا متغیر خود بخود ختم ہو جاتا ہے۔ فہرست (جدول 6.14)۔

	VIF	1/VIF
Religion	3.229	0.31
Caste	3.101	0.32
Type of Institution	2.012	0.49
Nature of delivery	1.614	0.62
Education	1.435	0.69
Economic status	1.335	0.74
Employed	1.165	0.85
Age group	1.038	0.96
Family Type	1.027	0.97
Area	1.017	0.98
Mean VIF	1.697	

VIF کا نتیجہ کہتا ہے کہ اوسط VIF 1.70 ہے، جو کہ 10 کی ترجیحی قدر سے کم ہے، اس لیے وضاحتی متغیرات

(explanatory variables) کے درمیان کثیر خطوط (multicollinearity) کا کوئی مسئلہ نہیں ہے۔ ملٹی ویریٹ

لاگٹ (logit) یا GLMM ریگریشن تجزیہ چلانے سے پہلے، تمام متغیرات کو انفرادی طور پر جانچا جاتا ہے (غیر متغیر لاگٹ یا GLMM ریگریشن)۔ غیر متغیر لاجسٹک ریگریشن (univariate logistic regression) چلاتے ہوئے، متغیر کی قسم کے ادارے (عوامی / پرائیویٹ) اور ولادت کی نوعیت (نارمل / سیزیرین) کو ہم آہنگی (collinearity) کے طور پر پایا گیا اور اسی طرح مرکزی متغیر کی فہرست سے خارج کر دیا گیا۔ VIF اور غیر متغیر لاجسٹک ریگریشن کے نتائج کی بنیاد پر متغیر مذہب کو بھی چھوڑ دیا جاتا ہے۔

OoPE اور خاندانی قسم کے درمیان تعلق اس طرح ہے کہ انفرادی خاندان سے تعلق رکھنے والی ماؤں میں

OoPE (OR-1.34; CI 0.982-1.822) کے 1.34 (p<0.10) گنا زیادہ امکانات تھے (جدول 6.15)۔ 18-

25 سال کی عمر کے گروپ کی ماؤں کے مقابلے میں، ادارہ جاتی ولادت کے دوران OoPE ہونے کے امکانات بڑی عمر کے

گروپ کی ماؤں میں زیادہ ہوتے ہیں۔ (ٹیبل 6.15)۔

Table 6-14: Result of the multivariate logistic regression between OoPE & its predictors

OoPE	Odd Ratio	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Family type						
: base Joint Family	1					
Nuclear Family	1.338	0.211	1.85	0.065	0.982	1.822 *
Age Group						
: base 18-25	1					
26-35	1.146	0.185	0.84	0.399	0.835	1.572
36-45	1.976	0.799	1.68	0.092	0.894	4.365 *
Caste						
: base General	1					
SC	0.965	0.39	-0.09	0.931	0.437	2.133
ST	1.099	0.574	0.18	0.856	0.395	3.058
OBC	1.183	0.411	0.48	0.629	0.598	2.338
Education						
: base ≤10th	1					
12th	1.505	0.271	2.27	0.023	1.057	2.143 **
≥Graduation	3.427	0.786	5.37	0.000	2.187	5.371 ***
Area						
: base Rural	1					
Urban	0.899	0.14	-0.68	0.494	0.663	1.22
Economic Status						
: base BPL	1					
APL	2.286	0.392	4.82	0.000	1.633	3.199 ***

Occupation							
: base no	1						
yes	2.691	0.766	3.48	0.001	1.541	4.7	***
Constant	0.527	0.212	-1.59	0.111	0.239	1.159	
Mean dependent var	0.650	SD dependent var	0.477				
Pseudo r-squared	0.121	Number of obs	888				
Chi-square	139.121	Prob > chi2	0.000				
Akaike crit. (AIC)	1034.992	Bayesian crit. (BIC)	1092.459				

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

یہ 36 اور 45 سال کی ماؤں میں 1.98 (p0.10) گنا زیادہ (198%) ہے (-0.894 CI 95% OR-1.98;

4.365)؛ مختلف ذاتوں کے درمیان، کوئی قابل ذکر تعلق نہیں دیکھا گیا ہے۔ تعلیم کے لحاظ سے، دسویں جماعت کی ماؤں کے

مقابلے میں، 12 ویں جماعت کی ماؤں میں OoPE 1.51 (p 0.05) گنا زیادہ ہے (-1.057 CI 95% OR-1.51;

2.143) اور 3.43 گنا (95% CI 2.187-5.371) گریجویٹ اور اس سے اوپر کی تعلیم مکمل کرنے والی ماؤں میں زیادہ

ہے۔ ادارہ جاتی ولادت میں علاقہ (دیہی یا شہری) اور OoPE کے درمیان تعلق کا کوئی با معنی ثبوت نہیں ملا۔ تعلیم کی بنیاد

پر، APL فیملی (OR-2.29; 95% CI 1.633-3.199) سے تعلق رکھنے والی ماؤں میں OoPE کے اخراجات کی

مشکلات 2.29 (p <0.01) گنا زیادہ تھیں۔ بیروزگار ماؤں سے 2.7 (p <0.01) گنا زیادہ امکان ہے کہ وہ ادارہ جاتی

ولادت کے دوران OoPE کا تجربہ کریں (OR-2.7; 95% CI 1.541-4.7)۔

6.2.3 ضلع ملاپورم کے لیے جنرلائزڈ لائنر ماڈل (GLM) ریگریشن تجزیہ:

GLM ماڈل کے تجزیے میں، ہم نے وہی وضاحتی متغیرات (explanatory variables) کو پیچھے چھوڑ دیا،

سوائے ذات کی جگہ ہم نے مذہب کا استعمال کیا، اور ایک متغیر، ہسپتال کی قسم، کو غیر صفر مثبت مسلسل نتیجہ کے متغیر (non-

zero positive continuous outcome variable) کے ساتھ شامل کیا گیا، یعنی ادارہ جاتی ترسیل میں OoPE

(ٹیبل 6.16)۔

Table 6-15: Result of Generalized Linear Model analysis between OoPE and its predictors in Malappuram district

OoPE	Exp(b)	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Type of institution						
: base Government	1					
private	11.484	0.528	53.12	0.000	10.495 12.566	***

Area							
: base Rural	1						
Urban	1.012	0.03	0.40	0.693	0.955	1.072	
Age Group							
: base 18-25	1						
26-35	1.099	0.033	3.11	0.002	1.035	1.166	***
36-45	1.114	0.071	1.71	0.087	0.984	1.262	*
Family type							
: base Joint family	1						
Nuclear Family	1.009	0.029	0.31	0.759	0.953	1.068	
Religion							
: base Hindu	1						
Muslim	1.07	0.041	1.77	0.076	0.993	1.153	*
Christian	1.233	0.217	1.19	0.234	0.873	1.742	
Others	0.875	0.304	-0.39	0.700	0.443	1.727	
Education							
: base ≤10th	1						
12th	0.988	0.041	-0.30	0.763	0.911	1.071	
≥ Graduation	1.096	0.051	1.98	0.047	1.001	1.200	**
Economic Status							
: base BPL	1						
APL	1.085	0.037	2.38	0.017	1.014	1.160	**
Occupation							
: base no	1						
yes	0.975	0.037	-0.65	0.515	0.905	1.051	
Nature of delivery							
: base normal	1						
C-section	1.933	0.082	15.52	0.000	1.779	2.101	***
Constant	1775.8	104.691	126.91	0.000	1582.008	1993.303	***
logs	-1.069	0.029	-37.03	0.000	-1.126	-1.013	***
Mean dependent var	19137.435	SD dependent var	15630.431				
Number of obs	577	Chi-square	5212.564				
Prob > chi2	0.000	Akaike crit. (AIC)	11313.751				

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

جنرلائزڈ لائسنر ماڈل (GLM) کے نتائج کے مطابق، عوامی صحت کے اداروں کے مقابلے میں، نجی صحت کے

اداروں میں ادارہ جاتی ولادت کی اوسط لاگت 1048% ($p < 0.01$) زیادہ تھی (-10.495% CI: 11.48; 95% CI: 10.495-)

12.566)۔ ولادت کے اخراجات میں دیہی اور شہری فرق کا کوئی ثبوت نہیں ملا۔ 18-25 کی عمر کے گروپ کے ساتھ

موازنہ کرتے ہوئے، 26-35 اور 36-45 کی عمر کے گروپوں کی ماؤں میں کسی قدرے زیادہ OoPE (بالترتیب 0.01 اور

0.10 فیصد پر شماریاتی لحاظ سے اہم) تھے، لیکن ایک بہت کمزور ایسوسی ایشن پائی گئی (OR=1.1 دونوں صورتوں میں)۔

جیب سے باہر ہونے والے اخراجات اور مختلف خاندانی اقسام (مشترکہ خاندان / انفرادی خاندان)، مذہب (ہندو اور مسلم) اور پیشوں (ملازمت بمقابلہ بے روزگار) سے تعلق رکھنے والی ماؤں کے درمیان کوئی تعلق نہیں پایا جاتا ہے۔ تاہم، عیسائی مذہب کی ماؤں کی اوسط OoPE ہندوؤں کے مقابلے میں 23 فیصد زیادہ تھی۔ اعلیٰ تعلیم یافتہ خواتین میں 10 ویں درجے کی تعلیم یافتہ ماؤں کے مقابلے میں ولادت کے دوران تقریباً 10% ($p < 0.05$) زیادہ اوسط OoPE ہوتی ہے۔ اسی طرح، BPL خاندانوں کی ماؤں کے مقابلے میں، APL خاندانوں کی خواتین نے ادارہ جاتی ولادت کے دوران 8.5% ($p < 0.05$) زیادہ OoPE خرچ کیا۔ ادارہ جاتی ولادت اور ملازمت یافتہ اور بے روزگار ماؤں کے درمیان OoPE کے درمیان کوئی واضح تعلق نہیں پایا جاتا ہے۔ نارمل ولادت کے ساتھ موازنہ کرتے ہوئے، سی سیکشن ولادت کا اوسط 93% ($p < 0.01$) OoPE زیادہ تھا۔ (OR=1.93; 95% CI 1.779-2.101)۔

6.2.4 مباحثہ

نتائج ادب میں رپورٹ کردہ بہت سے اسی طرح کے مطالعات کے نتائج کے مطابق تھے¹⁷⁷⁷۔ اس مطالعہ میں کیرالہ کی ریاستوں میں ادارہ جاتی ولادت پر جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OOPE) کے سماجی-آبادیاتی اور زچگی کے پیش گو کے لیے کچھ ملتے جلتے اور کچھ مختلف نمونے ملے۔ یہ محسوس کیا جاتا ہے کہ اگرچہ ادارہ جاتی ولادت میں نمایاں اضافہ ہوا ہے، لیکن حاملہ خواتین اور ان کے خاندانوں کے لئے جیب سے باہر کے خرچے بہت زیادہ ہیں جو اکثر حاملہ خواتین کے لیے ایک رکاوٹ کے طور پر کام کرتا ہے جو گھر پر ہی ڈیوری کرتی ہیں اور ساتھ ہی ساتھ بیمار نوزائیدہ بچوں کے لیے صحت کی سہولیات تک ناقص رسائی کی وجہ ہے⁷⁸¹⁸۔ پائیدار ترقی کے اہداف کے تحت یونیورسل ہیلتھ کوریج حاصل کرنے کے لیے مالی خطرے سے تحفظ کلیدی شعبوں میں سے ایک ہے¹⁹⁷⁹۔ جیب سے باہر کے اخراجات (OOPE) کو اکثر مالیاتی خطرہ

⁷⁷ Dunlop, et al., 2018; Mishra and Mohanty, 2019; Mohanty and Srivastava, 2013; Shukla et al., 2015; Skordis-Worrall et al., 2011; Vora et al., 2015

⁷⁸ MoHFW, 2011

⁷⁹ Department of Economic and Social Affairs, 2020

سمجھا جاتا ہے جو خاندانوں پر مالی بوجھ ڈالتا ہے، جو صحت کی خدمات کے استعمال میں ایک بڑی رکاوٹ بن جاتا ہے²⁰⁸⁰۔ ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن OoPE کی تعریف "سروس کے استعمال کے وقت افراد کی طرف سے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو کی جانے والی براہ راست ادائیگی کے طور پر کرتی ہے۔ OoPE صحت عامہ کیلئے ایک بڑا چیلنج ہے۔ OoPE" صحت عامہ کیلئے ایک بڑا چیلنج ہے اور یہ ایک خاندان کی غربت، ناداری اور مقروض ہونے کا باعث بنتا ہے²¹⁸¹۔ بچے کی پیدائش (ولادت) کی وجہ سے OoPE کی تعریف ایک خاندان کی طرف سے بچے کی پیدائش اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال (3 دن تک) کے اخراجات کے طور پر کی گئی تھی۔ نارمل ولادت کے لیے اور سیزرین سیکشن کے لیے (7 دن)، مختلف عنوانات کے تحت بشمول یوزر چارجز، تشخیص، ادویات، اور استعمال کی اشیاء بشمول خون کی منتقلی، نارمل اور آپریٹو ڈیلیوری، خوراک، اور ٹرانسپورٹ⁸²²²۔ تمام اخراجات ہندوستانی روپیہ (INR) میں ماپا گیا۔ سال 2019 کے لیے ((تبادلوں کی شرح 1\$ = 69.17 INR for July 1, 2019).

کم اور درمیانی آمدنی والے ممالک میں کیے گئے متعدد مطالعات نے یہ ثابت کیا ہے کہ دیکھ بھال کی لاگت ولادت کی دیکھ بھال کے استعمال اور ادارہ جاتی ولادت کی دیکھ بھال کے ساتھ اطمینان کا ایک اہم محرک ہے۔ نائیجیریا، زیمبیا، کینیا، مصر، ہندوستان، گیمبیا اور گھانا میں ہونے والے مطالعات نے دیکھ بھال کی لاگت یا قابل برداشت، زچگی کی اطمینان، اور ادارہ جاتی پیدائش کے دوران دیکھ بھال کے استعمال کے درمیان اہم تعلقات کی نشاندہی کی²³⁸³۔ 2005 میں جنانی تحفظ یوجنا (JSY) اور 2011 میں جنانی شیشو تحفظ کاریا کرم ہندوستان میں لاگو کیے گئے دو بڑے پروگرام تھے جن کا مقصد جیب سے باہر کے اخراجات کو کم کرنا تھا۔ JSY اور JSSK کے نتیجے میں، ہندوستان میں ادارہ جاتی پیدائش 2005-06 میں 40.7

⁸⁰ Roy, K et al., 2007; van Doorslaer E, et al., 2007

⁸¹ Wagstaff A, et al., 2018

⁸² MoHFW, 2011

⁸³ Ohagwu CC, 2002; Bazant ES & Koenig MA, 2009; Bazant ES & Koenig MA, 2011; Tripathi N, et al., 2014

فیصد سے بڑھ کر 16-2015 میں 78.9 فیصد اور 21-2019 میں 88.6 فیصد ہو گئی ہے⁸⁴²⁴۔ اعلیٰ OoPE خاص طور پر کم آمدنی والے گھرانوں کے لیے تباہ کن ہے، جہاں عام طور پر اس کے نتیجے انکو غربت اور قرضوں میں مزید گہرائی میں دھکیل رہے ہیں۔ مختلف مطالعات کے مطابق، لاگت ادارہ جاتی ولادت میں ایک بڑی رکاوٹ ہے⁸⁵²⁵۔ یہاں تک کہ سرکاری اسپتالوں میں بھی عورتیں بچے کی پیدائش کے لیے ادائیگی کرتی ہیں۔

6.2.5 اختتام

خلاصہ یہ ہے کہ OoPE، JSSK کو ہندوستان، کیرالہ، اور مطالعاتی علاقے ملاپورم میں ڈیلیوری کے دوران اپنانے کے باوجود متعدد وجوہات کی بناء پر ختم نہیں کیا جا سکا ہے۔ یہ ضروری بنیادی ڈھانچے کی کمی کی وجہ سے ہے۔ جب ہم OoPE کو ختم کرنے کے حوالے سے پروگرام کا تجزیہ کرتے ہیں، تو ہم آسانی سے دعویٰ کر سکتے ہیں کہ یہ اپنے مقصد کو پورا کرنے میں ناکام رہا۔ زچگی اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے سرکاری صحت کی سہولیات میں OoPE کے خاتمے کی راہ میں حائل تمام رکاوٹوں کی نشاندہی اور ان کا خاتمہ ضروری ہے۔

⁸⁴ NFHS-3,4, and 5

⁸⁵ Garg and Karan, 2009; Mohanty and Kastor, 2017; Mishra and Mohanty, 2019

باب 7: نتائج کا خلاصہ، تجاویز اور پالیسی سفارشات

7.1 تعارف

صحت مند آبادی کسی بھی قوم کی سماجی اور معاشی ترقی کے لیے سب سے ضروری ضرورتوں میں سے ایک ہے۔ یہ صحت کی دیکھ بھال کو ہر ایک کے لیے، خاص طور پر غریبوں کے لیے زیادہ دستیاب بنا کر کیا جاسکتا ہے۔ UNICEF کے مطابق 2016 میں ہندوستان میں پانچ سال سے کم عمر کے بچوں میں سب سے زیادہ اموات ریکارڈ کی گئیں۔ UNICEF کے مطابق 2016 میں ہندوستان میں پانچ سال سے کم عمر کے 1.08 ملین بچے موت کے منہ میں چلے گئے جس سے ہندوستان ایسی اموات کی سب سے زیادہ تعداد والا ملک بنا۔ ہر ایک ہزار میں سے 69 بچے پانچ سال کے ہونے سے پہلے ہی مر جاتے ہیں۔ تمام بچوں کی اموات کا 25 فیصد اور عالمی سطح پر ہونے والی ماؤں کی اموات کا 20 فیصد ہندوستان میں ہوتا ہے⁸⁶۔ ان خدشات کو دور کرنے کے لیے حکومت نے صحت کی دیکھ بھال کے بہت سے پروگرام قائم کیے ہیں۔ NRHM (2005) پہلے ہندوستان میں صحت سے متعلق متعدد اقدامات کو اکٹھا کرنے کے لیے شروع کی گئی تھی۔

عالمی، قومی اور مقامی ترقی کے ایجنڈوں کا ایک اہم مقصد ماں اور بچے کی صحت کو بہتر بنانا ہے آٹھ میں سے دو ملینیم ڈویلپمنٹ اہداف (Millennium Development Goals) زچہ اور نوزائیدہ بچوں کی اموات کو کم کرنا ہیں (MDG, Goals 4 and 5)۔ MDGs اور SDGs میں نگرانی کے کلیدی معیاروں میں سے ایک سہولت پر مبنی ولادت (facility-based delivery) کو بہتر بنانا ہے، جسے ماں اور بچوں کی اموات کو کم کرنے کے سب سے زیادہ معاشی طریقہ کے طور پر فروغ دیا گیا ہے۔ ترقی پذیر ممالک میں کئی فلاحی حکومتوں، غیر سرکاری تنظیموں، اور بین الاقوامی تنظیموں نے سہولت پر مبنی ولادت (facility-based delivery) کو بڑھانے کے لیے شرطی نقد منتقلی کے پروگرام (conditional cash transfer programmes)، جنہیں اکثر ڈیمانڈ سائیڈ فنڈنگ (DSF) کہا جاتا ہے،

⁸⁶ ⁸⁶ Levels and trends in child mortality report 2017, UNICEF (2017).

استعمال کیا ہے۔ جنانی تحفظ یوجنا (Janani Suraksha Yojana (2005)) اور جنانی شیشو تحفظ کاریا کریم (Janani Shishu Suraksha Karyakram-2011) کے تحت دو فلگ شپ پروگرام، ہندوستان میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کو بہت متاثر کرتے ہیں۔

اس پر غور کرتے ہوئے، کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں جنانی شیشو تحفظ کاریا کریم (JSSK) کی تاثیر کا جائزہ لینے کے لیے ایک تحقیق کی گئی۔ مطالعہ میں کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں اسکیم کی بیداری اور استعمال کے ساتھ ساتھ وہاں ولادت کے دوران OoPE کو ختم کرنے میں اس کے اثرات کی جانچ کرنے کی کوشش کی گئی۔ رپورٹ میں ہندوستان اور کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی حالت کا ایک مختصر جائزہ اور ساتھ ہی کیرالہ کے ہیلتھ پروفائل کا بین الاضلاعی تجزیہ بھی شامل ہے۔ متعلقہ لٹریچر کے ایک مطالعہ کے مطابق، ملاپورم اور کیرالہ میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال پر تحقیق انتہائی نایاب ہے، خاص طور پر کیرالہ اور ملاپورم میں JSSK منصوبہ کی تاثیر پر مطالعہ، جہاں تقریباً کوئی نہیں ہے۔ لہذا، یہ مطالعہ اہم تھا۔

مناسب شماریاتی اور اکانومیٹرک تکنیکیں جیسے وسط (mean)، درمیانی (median)، انٹرکوارٹائل رینج (interquartile range)، تغیر کا گتاتک (Coefficient of variation)، ٹی-ٹیسٹ، مان وٹنی ٹیسٹ (Mann Whitney test)، کئی اسکوائر ٹیسٹ (chi-square test)، فلکسڈ اور رینڈم ایفیکٹ ماڈل، لاگٹ ماڈل (logit model)، عمومی لکیری ماڈل (Generalised linear model)، ارتکاز انڈیکس (concentration index)، محرومی انڈیکس (Deprivation index)، اور ڈیولپمنٹ انڈیکس (Development index) کو ڈیٹا کا تجزیہ کرنے کے لیے استعمال کیا گیا ہے۔

7.2 نتائج کا خلاصہ:

نتائج کا خلاصہ بنیادی اور ثانوی ڈیٹا کے لیے الگ سے تیار کیا گیا ہے کیونکہ مطالعہ بنیادی اور ثانوی ڈیٹا کے دونوں

ذرائع پر مبنی ہے۔

7.1.1 ثانوی ڈیٹا پر مبنی نتائج:

■ ہندوستان میں، 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان ریاستی NRHM کے اخراجات میں اضافہ ہوا ہے۔ یہ اتر پردیش کے لیے سب سے زیادہ اور اترکھنڈ کے لیے سب سے کم تھا۔ NRHM اخراجات میں اضافے کی شرح چھتیس گڑھ میں سب سے زیادہ تھی اور آسام میں 11-2010 اور 2019-20 کے درمیان سب سے کم تھی۔

■ زیادہ تر ہندوستانی ریاستوں میں 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان FRUs کی تعداد میں زیادہ اضافہ نہیں ہوا ہے۔ اوسط اضافے کی شرح اتر پردیش میں سب سے زیادہ تھی، جب کہ چھتیس گڑھ میں یہ سب سے کم تھی۔

■ عہدوں پر آشکار کنوں کی تعداد اتر پردیش (UP) میں سب سے زیادہ اور اترکھنڈ میں سب سے کم تھی۔ تبدیلی کا فیصد مدھیہ پردیش (MP) کے لیے زیادہ اور کیرالہ کے لیے کم تھا۔

■ ان تین ان پٹ کے معاملے میں، 17 ریاستوں میں 2010-11 اور 2019-20 کے درمیان اتنی زیادہ تبدیلیاں نہیں ہوئیں جن پر ہم نے اس مطالعہ کے لیے غور کیا تھا۔ آشکار کنوں کے معاملے میں اس میں کسی قدر اضافہ ہوا ہے۔

■ مطالعہ کی مدت کے دوران، زیادہ تر ریاستوں میں ANC کے تین یا زیادہ راؤنڈ حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد میں اضافہ ہوا۔ 2019-20 میں کیرالہ کے لیے ادارہ جاتی ولادت سب سے زیادہ اور راجستھان کے لیے سب سے کم تھی۔

■ مطالعہ کی مدت کے دوران بہار کے علاوہ تمام ریاستوں میں کل رپورٹ شدہ ولادت کے لیے ادارہ جاتی ولادت میں اضافہ ہوا۔ بہار کے لیے، تبدیلی کا فیصد 0.9- تھا۔

- سرکاری صحت کی سہولیات میں جیب سے باہر خرچ (OoPE) مغربی بنگال اور کیرالہ میں سب سے زیادہ اور ہریانہ اور گجرات میں سب سے کم تھا۔ تبدیلی کا فیصد صرف گجرات، مہاراشٹر، اڈیشہ اور کیرالہ کے لیے منفی ہے۔ تاہم، زیادہ تر ریاستوں میں NRHM اور JSSK کے متعارف ہونے کے بعد بھی، OoPE کے خاتمے کے کوئی آثار نظر نہیں آتے، بلکہ 2010-11 کے اعداد و شمار کے مقابلے 20-2019 میں اس میں اضافہ ہوا۔
- پچھلی دو دہائیوں میں ہندوستان میں بچوں کے حفاظتی ٹیکوں میں اضافہ ہوا ہے۔
- یہ بہت واضح ہے کہ MMR میں تمام ریاستوں میں مطالعہ کی مدت کے دوران کافی حد تک کمی آئی ہے۔ MMR کیرالہ میں سب سے کم اور آسام میں سب سے زیادہ تھا۔ 2010-11 سے 20-2019 تک اوسط کمی کی شرح (ARR) اتراکھنڈ کے لیے سب سے زیادہ تھی، جب کہ پنجاب کے لیے یہ سب سے کم تھی۔
- ہندوستان میں 2010-11 اور 20-2019 کے درمیان، IMR میں اوسط کمی کی شرح 63.8 فیصد تھی۔ تمام ریاستوں نے اس مدت کے دوران بچوں کی اموات میں نمایاں کمی کی، جہاں کیرالہ (60.0- فیصد) میں سب سے زیادہ کمی کی شرح تھی اور چھتیس گڑھ میں سب سے کم تھی۔
- IMR کے لیے MDG-4 کا ہدف 2015 تک 27 تھا؛ تاہم، 16 ریاستوں نے ابھی تک اسے پورا کرنا ہے، بشمول مدھیہ پردیش (MP)، اتر پردیش (UP)، چھتیس گڑھ، آسام، راجستھان، اور بہار۔
- مطالعہ کے مطابق، ہندوستان میں زچگی کی شرح اموات (MMR) اور فرسٹ ریفرل یونٹس (FRUs)، ادارہ جاتی ولادت، خواتین کی خواندگی، اور PNSDP کے درمیان ایک منفی اور اہم تعلق ہے۔
- ہندوستان میں، IMR اور NRHM ریاستی اخراجات، بچوں کے حفاظتی ٹیکوں، خواتین کی خواندگی، اور PNSDP کے درمیان شماریاتی لحاظ سے اہم (significant) اور الٹا (inverse) تعلق ہے۔
- کیرالہ کے صحت کے بنیادی ڈھانچے میں بین ضلعی عدم مساوات ہے کیونکہ زیادہ تر متغیرات تغیر کے متغیرات 30

فیصد گتائک (CV) کے قابل برداشت معیار سے آگے نکل جاتے ہیں۔

■ عوامی صحت کی سہولیات میں بنیادی ڈھانچہ کیرالہ کے اضلاع کے درمیان متناسب طور پر تقسیم نہیں کیا جاتا ہے، اور اس میں بہت زیادہ تضاد ہے۔ ملاپورم کی صورت حال زیادہ تر اشارے میں بدترین ہے، طلب اور رسد کے ایک بڑے فرق کے ساتھ۔

■ Pathanamthitta میں سب سے کم اوسط محرومی (deprivation) انڈیکس (0.02) اور سب سے زیادہ اوسط ترقیاتی انڈیکس (0.98) ہے۔ ملاپورم کے لیے اوسط محرومی کا اشاریہ سب سے زیادہ (0.90) ہے، اور اوسط ترقیاتی اشاریہ سب سے کم (0.10) ہے۔

■ ہیلتھ انفراسٹرکچر ڈیولپمنٹ انڈیکس کی بنیاد پر کیرالہ کے اضلاع کی درجہ بندی میں ملاپورم (Malappuram) اور کاسرگوڈ (Kasaragod) "غریب" زمرے میں، ترووانن تھاپورم (Thiruvananthapuram) "اعتدال پسند" زمرے میں، اور دیگر تمام اضلاع "اعلیٰ" زمرے میں آتے ہیں۔

■ کیرالہ میں سرکاری صحت کی سہولیات میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے استعمال میں ناقص تعصب (pro-poor bias) ہے۔

■ مطلق الفاظ میں، 2020-21 کے دوران، JSSK اسکیم کے تحت مفت ادویات، خوراک، تشخیص اور نقل و حمل کا حق حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد اتر پردیش (UP) میں سب سے زیادہ اور تلنگانہ (T.S) میں سب سے کم تھی، سوائے مفت خوراک اور نقل و حمل کے، جو کیرالہ میں سب سے کم تھے۔

■ JSSK کے تحت مفت دوا حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کا فیصد مہاراشٹر میں سب سے زیادہ اور تلنگانہ میں سب سے کم تھا۔ ہسپتال میں قیام کے دوران مفت خوراک اور مفت حمل و نقل کا تناسب اوڈیشہ میں سب سے زیادہ اور کرناٹک میں سب سے کم تھا۔ مفت تشخیص (diagnostics) کا فیصد آسام میں سب سے زیادہ اور تلنگانہ میں سب سے کم تھا۔

سے کم تھا۔

- بیمار بچوں کے علاج کے لیے JSSK اسکیم کا استعمال ہندوستان میں بہت کم تھا۔
- مفت دوائی فراہم کرنے والے بیمار بچوں کی تعداد کا فیصد اوڈیشہ اور مہاراشٹر میں سب سے زیادہ اور بہار اور تلنگانہ میں سب سے کم تھا۔ اسی طرح، بیمار نوزائیدہ بچوں کو مفت تشخیص (diagnostics) کا تناسب جموں و کشمیر اور مدھیہ پردیش میں سب سے زیادہ اور تلنگانہ اور بہار میں سب سے کم تھا۔ گھر سے ہسپتال تک حمل و نقل کی سہولت، انٹرنیٹ سفر (inter-transfer) اور ڈراپ بیک (drop-back) اوڈیشہ میں سب سے زیادہ اور بہار اور تلنگانہ میں سب سے کم تھی۔

- کیرالہ میں، حاملہ خواتین کا فیصد جنہوں نے مختلف حقوق / حق کا استعمال کیا، وہ الاپوزا (Alappuzha) اور واینڈ (Wayanad) میں زیادہ تھے۔

- کیرالہ میں، بیمار شیر خوار بچوں کے لیے JSSK کے تحت مفت استحقاق (free entitlement) کا نسبتاً بہت کم استعمال کیا گیا۔

- OoPE تمام اضلاع کے لیے قومی اوسط (2916) سے زیادہ تھا۔ کاسرگوڈ (Kasaragod) میں سب سے کم شرح (3778 روپے) ہے، اور الاپوزا (Alappuzha) میں سب سے زیادہ شرح (10,557 روپے) ہے۔ ملاپورم (Malappuram) میں یہ 6760 روپے ہے جو ریاستی اوسط (6710 روپے) اور NFHS-4 مدت (6202 روپے) سے زیادہ ہے۔ NFHS-5 کے اعداد و شمار کی بنیاد پر، ملاپورم میں سرکاری صحت کی سہولیات میں ولادت کے دوران مین اور میڈین OoPE قومی (2916 اور 1500 روپے) اور ریاستی (6710 اور 5000 روپے) اوسط سے زیادہ (6760 اور 8000 روپے) تھے۔ ملاپورم میں نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران مین اور میڈین OoPE جو 32676 اور 30000 روپے ہے، جو قومی اوسط (25380 روپے) اور 20000

روپے) سے زیادہ تھے لیکن ریاستی اوسط (35390 روپے اور 30000 روپے) سے کم تھے۔ پکاڈ (Palakkad) میں یہ کم (26300 اور 25000 روپے) اور کولم (Kollam) میں زیادہ (50333 روپے اور 50000 روپے) تھا۔

3.

■ کیرالہ میں عوامی صحت کی سہولیات میں اسپتال میں قیام کے دوران OoPE زیادہ تھا، اس کے بعد تشخیصی ٹیسٹوں کے اخراجات تھے۔ ہسپتال میں قیام کے دوران اخراجات تروانٹ پورم میں سب سے زیادہ اور کاسرگوڈ (Kasaragod) اور ملاپورم (Malappuram) میں سب سے کم تھے۔ تشخیصی ٹیسٹ کی لاگت اڈوکی (Idukki) میں سب سے کم اور کوٹائم (Kottayam) میں سب سے زیادہ ہے۔ دوا کی اوسط قیمت کاسرگوڈ (Kasaragod) میں سب سے کم اور کوزی کوڈ (Kozhikode) میں سب سے زیادہ ہے۔

■ ولادت کے دوران اعلیٰ OoPE کے اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم پیش گو-35 (significant predictors) 49 سال کی عمر کے گروپ سے وابستہ ہیں۔ دیہی علاقے؛ نجی صحت کی سہولیات؛ سی سیکشنز؛ امیر ہونا؛ اور زیادہ تعلیم یافتہ۔

■ ادارہ جاتی ولادت کے دوران اوسط OoPE غیر مستفید کنندگان (ep = 0.80; 95% CI: 0.656-0.981) کے مقابلے JSY مستفید کنندگان (p < 0.05) میں 20 فیصد کم ہے۔

7.1.2 بنیادی ڈیٹا پر مبنی نتائج:

■ JSSK کے تحت مفت ولادت کا اوسط (mean) استعمال میڈیکل کالج منجیری میں سب سے زیادہ اور THQH، ترورانگڈی (Tirurangadi) میں 2015-16 سے 2020-21 تک سب سے کم تھا۔

■ JSSK کے تحت 2015-16 سے 2020-21 تک مفت سی سیکشنز (c-sections) میڈیکل کالج منجیری اور

ڈبلیو اینڈ سی پونانی (W & C Ponnani) میں نسبتاً زیادہ تھے۔

- 2015-16 اور 2020-21 کے درمیان مفت دوا حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی تعداد ضلع اسپتال، ترور (Tirur) میں سب سے زیادہ اور تعلقہ ہیڈ کوارٹر اسپتال (THQH)، ملاپورم میں سب سے کم تھی۔
- 2015-16 سے 2020-21 تک JSSK کے تحت مفت تشخیص (diagnostics) حاصل کرنے والی حاملہ خواتین کی اوسط تعداد ڈبلیو اینڈ سی پونانی (W&C Ponnani) میں سب سے زیادہ اور ڈسٹرکٹ ہسپتال، ترور میں سب سے کم تھی۔
- منجیری میڈیکل کالج میں مفت خوراک حاصل کرنے والی حاملہ خواتین سب سے زیادہ عام تھیں اور ترور انکڈی THQH میں سب سے کم عام تھیں۔
- مفت خون فراہم کرنے کے JSSK کے حق کے تحت، میڈیکل کالج، منجیری نے سب سے زیادہ مفت خون فراہم کیا، جبکہ THQH ملاپورم نے سب سے کم خون فراہم کیا۔
- اوسطاً، میڈیکل کالج، منجیری نے مفت ٹرانسپورٹ کے حوالے سے سب سے زیادہ خدمات پیش کیں، جبکہ ٹی ایچ کیو ایچ ترور انکڈی (THQH Tirurangadi) نے سب سے کم فراہم کی۔
- میڈیکل کالج، منجیری، اور ڈبلیو اینڈ سی پونانی (W&C Ponnani) میں مزید آپریشن تھیٹر (OT)، گائناکالوجی بیڈ، گائناکالوجسٹ، ماہرین اطفال، اور آنسٹھیٹسٹ (anesthetists) ہیں۔ ان ڈیلیوری پوائنٹس پر، JSSK کا مجموعی استعمال بھی زیادہ تھا۔
- ملاپورم میں JSSK کے تحت رجسٹرڈ مستفید ہونے والوں کی اوسط تعداد 2015-16 اور 2020-21 کے درمیان 23709 تھی۔ اگر ہم ولادت کے لیے اسکیم کے استعمال کا موازنہ کریں، بشمول سی۔ سیکشن، رجسٹرڈ مستفیدین کی تعداد کی بنیاد پر، یہ ایم سی (MC)، منجیری (Manjeri) میں 100 فیصد، اور ڈی ایچ (DH)،

ترور (Tirur) میں صرف 17.7 فیصد تھا۔

- DH، ترور (Tirur) میں بیڈ سے فائدہ اٹھانے والے (beneficiary-to-bed) کا اوسط تناسب 1:418 ہے۔ اور سب سے کم W&C پونانی میں (1:28) ہے۔ پورے ملاپورم کے لیے یہ 1:73 ہے۔
- کل 888 جو اب دہندگان میں سے، 668 کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK اسکیم (75.2%) سے واقف تھے۔
- دیہی اور شہری خواتین کے درمیان JSSK کی آگاہی میں کوئی خاص فرق نہیں ہے۔
- 76.7 فیصد جو اب دہندگان جو JSSK کے بارے میں جانتے ہیں انہوں نے ولادت کے لیے سرکاری اسپتال کا انتخاب کیا تھا۔

- 66 فیصد خواتین جو JSSK کے بارے میں جانتی ہیں وہ BPL خاندانوں سے تھیں۔
- جو JSSK سے واقف لوگ تھے ان میں جو اینٹ فیملیز کے لوگ 61.9 فیصد ہیں۔
- ملاپورم میں ریونیو بلاکس میں JSSK بیداری سب سے زیادہ تھی۔ پوننی (Ponnani) (98.6%)، کونڈوٹی (91.3%)، اور پیرینتھلمنا (Perinthalmanna) (91.2%) بلاکس میں۔ اور کٹی پورم (Kuttippuram) (41.5%) اور تنور (50.0%) کے بلاک میں سب سے کم۔

- ہندو برادری، ایس سی (SCs) اور ایس ٹی (STs) کی خواتین JSSK اسکیم سے نسبتاً زیادہ واقف تھیں۔
- بی پی ایل (BPL) زمرے اور مشترکہ خاندانوں کی خواتین JSSK اسکیم سے زیادہ واقف تھیں۔ اسی طرح کم تعلیم یافتہ اور بے روزگار خواتین اس اسکیم سے زیادہ واقف تھیں۔
- JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی ان ماؤں میں زیادہ تھی جنہوں نے مکمل سی سیکشن (c-sections) کروایا، ان ماؤں کے مقابلے جن کی نارمل ولادت ہوئی تھی۔

- JSSK بیداری کا بنیادی ذریعہ آشا کارکنان تھیں اس کے بعد آنگن واڑی ورکرز (AWW) اور معاون نرس

دائیاں (ANM) تھیں۔

■ JSSK اسکیم کے تحت حاملہ خواتین کے لیے سب سے مشہور حق مفت ولادت تھا، جبکہ سب سے کم معلوم مفت خون کی فراہمی تھی۔

■ اسی طرح، JSSK اسکیم کے تحت بیمار نوزائیدہ بچوں کے استحقاق (entitlement) کے تحت، مفت خون کی فراہمی JSSK کا سب سے کم معروف مفت استحقاق تھا، جب کہ جواب دہندگان کے ذریعہ بیمار نوزائیدہ بچوں کا مفت علاج JSSK کا سب سے مشہور مفت استحقاق تھا۔

■ ملاپورم ضلع میں JSSK بیداری کے اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم پیشین گوئیاں معاشی حیثیت، عمر کا گروپ، ولادت کی نوعیت، تعلیم اور ذات ہیں۔

■ انفرادی خاندانوں کے جواب دہندگان، APL زمرہ، بڑی عمر کے گروپ، اور وہ لوگ جو اعلیٰ سطح کی تعلیم کے حامل ہیں وہ مطالعہ کے علاقے میں JSSK اسکیم سے کم واقف تھے۔

■ کل 888 جواب دہندگان میں سے، 510 (57.4%) نے اسکیم کا استعمال کیا، جن میں سے 287 (57.2%) دیہی علاقوں سے اور 223 (57.8%) شہری علاقوں سے تھے۔

■ جب مسلمانوں سے موازنہ کیا جائے تو ہندوؤں اور عیسائیوں میں اس کا استعمال زیادہ تھا۔

■ SCs اور STs کے مقابلے جرنل (general) اور OBC پس منظر سے تعلق رکھنے والی خواتین کے JSSK اسکیم کو استعمال کرنے کا سب سے کم امکان تھا۔

■ جب BPL زمرے کی خواتین سے موازنہ کیا جائے تو APL زمرے کی خواتین نے بہت کم شرح پر JSSK اسکیم کا استعمال کیا۔

■ انفرادی خاندانوں کی خواتین کے مشترکہ خاندانوں کی خواتین کے مقابلے میں اس اسکیم میں حصہ لینے کا امکان کم

تھا۔

- کم تعلیم یافتہ خواتین میں JSSK اسکیم کا استعمال زیادہ تھا۔ اسی طرح، جو لوگ بے روزگار تھے انہوں نے اس اسکیم کا کثرت سے استعمال کیا۔
- JSSK اسکیم کا تقابلی طور پر ان خواتین کی طرف سے زیادہ کثرت سے استعمال کیا گیا جن کے پاس سی۔سیکشن تھی ان خواتین کے مقابلے میں نارمل ولادت ہوئی تھی۔
- کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں JSSK کے استعمال کی پیشین گوئی۔ خاندان کی قسم، معاشی حیثیت، ولادت کی نوعیت، تعلیم، پیشہ اور مذہب ہیں۔ جہاں انفرادی خاندان کی خواتین، اعلیٰ معاشی حیثیت، نارمل ولادت، اعلیٰ تعلیم یافتہ، ملازم اور مسلم کمیونٹی نے اس اسکیم کا استعمال کیا۔
- مطالعہ سے پتہ چلا ہے کہ JSSK اسکیم کے بارے میں آگاہی اور اس کے استعمال کے درمیان شمارباتی لحاظ سے اہم تعلق ہے۔ 668 جواب دہندگان میں سے جو JSSK کے بارے میں جانتے تھے، 510 (76.4%) نے اسکیم کا استعمال کیا۔
- سب سے زیادہ استعمال ہونے والے JSSK استحقاق مفت ڈیلیوری اور مفت ادویات تھے، جبکہ سب سے کم استعمال شدہ حقدار (entitlements) خون کی فراہمی، اور نقل و حمل کی سہولت تھے۔
- بیمار بچوں کے لیے JSSK اسکیم کا استعمال مطالعہ کے علاقے میں صرف 14.0 فیصد تھا۔
- JSSK کا استعمال پونانی بلاک (Ponnani block) میں زیادہ اور کٹی پورم بلاک (Kuttippuram block) میں کم تھا۔
- اس اسکیم کے استعمال کے لیے آشنا کارکنان (workers) سب سے بڑا محرک عنصر تھے۔
- اسکیم کے استعمال کی وجہ سے صفر خرچ تھی۔

■ زیادہ تر جواب دہندگان نے آشنا کارکنوں کی خدمات کو اچھی یا بہترین قرار دیا۔ اسی طرح ان میں سے اکثر نے JSSK اسکیم کو بہترین اور اچھا قرار دیا۔

■ ملاپورم میں عوامی صحت کے ادارہ میں ولادت کے دوران اوسط (mean) اور درمیانی (median) اخراجات بالترتیب 3405 اور 4000 روپے تھے۔ انٹر کوارٹائل رینج 2500 روپے تھی۔ جبکہ نجی صحت کے اداروں میں ولادت کے دوران مین اور میڈین OoPE بالترتیب 27,420 اور 22,000 روپے تھے۔ انٹر کوارٹائل رینج 11,500 روپے تھی۔

■ جن ماؤں کو ولادت کے دوران خرچ کرنا پڑا ان کی سب سے زیادہ فیصد ڈسٹرکٹ ہسپتال نیلمبور (Nilambur) اور ڈسٹرکٹ ہسپتال پیرینٹلمانا (Perintalmanna) میں تھی، اور سب سے کم پونانی (Ponani) میں تھی، جس کا مطلب ہے کہ JSSK کے نفاذ نے ملاپورم اور کیرالہ میں ولادت کے دوران جیب سے باہر ہونے والے اخراجات (OoPE) کو ختم نہیں کیا ہے۔

■ کیرالہ کے ملاپورم ضلع میں ولادت کے دوران صحت کے ادارے کی قسم، خاندان کی قسم، مذہب، عمر گروپ، تعلیم، معاشی حیثیت، اور پیشہ شماریاتی طور پر OoPE کے اہم پیش گو تھے۔ نجی صحت کی سہولیات، انفرادی خاندانوں، بڑی عمر، عیسائی، زیادہ تعلیم یافتہ، اعلیٰ معاشی حیثیت، ملازمت کرنے والے، اور سی سیکشن ڈیلیوری کے جواب دہندگان میں ولادت کے دوران OoPE ہونے کا امکان زیادہ تھا۔

7.2 تجاویز اور پالیسی کی سفارشات:

7.2.1 صحت کا بنیادی ڈھانچہ:

■ ملاپورم میں عوامی صحت کی سہولت پر آبادی کے دباؤ کو کم کرنا بہت ضروری ہے۔ دوسرے اضلاع سے موازنہ کیا جائے تو ملاپورم میں عوامی صحت کی سہولت کے اداروں پر آبادی کا دباؤ زیادہ ہے۔ ملاپورم میں تمام پہلے ریفرل

یونٹس (first referral units) شہری علاقوں میں ہیں۔ تمام سات ڈیلیوری پوائنٹس پر، بستروں کی دستیابی بہت محدود ہے۔ سنگل یا ڈبل کمرے دستیاب نہیں ہیں۔ لہذا، ان میں رازداری کی کمی ہے۔ واش روم (Washrooms) وارڈ میٹس کے ذریعے شیئر کیے جاتے ہیں۔ اجتماعی استعمال کی وجہ سے صفائی اور پانی کی دستیابی سے متعلق مسائل ہیں۔ اس کے پاس کھڑے رہنا بھی مشکل ہے۔ لہذا، اگر ان حالات پر فوری توجہ نہ دی جائے تو عوامی سہولت میں ادارہ جاتی ولادت کو فروغ دینا ممکن نہیں ہے۔

■ اگرچہ یہ صرف اس سال دسمبر میں قائم کیا گیا تھا، پونانی میں خواتین اور بچوں کا ہسپتال قابل ستائش کارکردگی کا مظاہرہ کر رہا ہے۔ ولادت کی دیکھ بھال فراہم کرنے میں ڈبلیو اینڈ سی پونانی (W&C) کی کامیابی سے پتہ چلتا ہے کہ ملاپورم اضلاع میں اسی قسم کے خصوصی اسپتالوں کو زیادہ کثرت سے قائم کیا جانا چاہئے۔ ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کو ضلعی اور ذیلی ضلعی اسپتالوں سے الگ کیا جانا چاہیے، اور ضلعی اور ذیلی ضلعی اسپتالوں میں کم از کم ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے الگ عمارتیں ہونی چاہیے۔

■ ایک سے زیادہ بستر والے لیبر وارڈز کی بجائے سنگل اور ڈبل کمرے ہونے چاہئیں تاکہ ان کی پرائیویسی (privacy) کی حفاظت کی جاسکے اور حفظان صحت کو یقینی بنایا جاسکے۔

■ اگر ممکن ہو تو، PHCs اور CHCs کو اپ گریڈ کریں تاکہ ولادت (delivery) کی دیکھ بھال کے لیے مطلوبہ بنیادی ڈھانچہ اور انسانی وسائل قائم کریں۔ اس سے ڈسٹرکٹ اور سب ڈسٹرکٹ ہسپتالوں پر آبادی کا زیادہ دباؤ کم ہو جائے گا۔

■ JSSK خدمات فراہم کرنے کے لیے پبلک پرائیویٹ پارٹنرشپ (PPP) ہو سکتی ہے۔ بغیر کسی نقد رقم کی ادائیگی کے، فائدہ اٹھانے والوں کو ولادت، سی سیکشن، ادویات اور تشخیص (diagnostics) کے لیے نجی ہسپتالوں کی سہولیات استعمال کرنے کی اجازت ہونی چاہیے۔

- زیادہ تر ڈیلیوری پوائنٹس ایک فارمیسی اور ایک لیب کے ساتھ چلتے ہیں، جو کہ مالاپورم جیسے زیادہ بھیڑ والے ضلع میں بہت محدود ہے۔ اسے وسعت دی جانی چاہیے۔ یہ بھی خوش آئند ہے کہ اگر حکومت ہر میڈیکل بلاک میں JSSK سے مستفید ہونے والوں کے لیے الگ الگ تشخیصی (diagnostics) مراکز اور فارمیسی قائم کرے۔
- چونکہ تعلیم اور خواتین کو بااختیار بنانا اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال جیسے ANC، ادارہ جاتی ولادت، PNC، اور حفاظتی ٹیکوں کے مضبوط پیش گو (predictors) ہیں، اس لیے تعلیم کو بڑھانے اور خواتین کو بااختیار بنانے کے لیے دانستہ کوششیں (Deliberate efforts) کی جانی چاہئیں۔

7.2.2 JSSK اسکیم کے بارے میں بیداری میں اضافہ:

- چونکہ JSSK بیداری اور استعمال کے درمیان اعداد و شمار کے لحاظ سے اہم تعلق ہے، اس لیے ضلع میں ایک وسیع اور وسیع بیداری مہم چلانی چاہیے تاکہ لوگ اس اسکیم سے آگاہ ہو سکیں۔ اس کے لیے سوشل میڈیا کو اہم میڈیم کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے۔ مزید برآں، بڑے بینرز اور فلکس بورڈ ان علاقوں میں لگائے جائیں جہاں خواتین اور خاندان جمع ہوں۔ اسی طرح سرکاری و نجی صحت کے اداروں اور تعلیمی اداروں میں بھی معلوماتی پلیٹن بورڈز (bulletin boards) اور بینرز (banners) لگائے جائیں۔
- اس سلسلے میں لوگوں میں بیداری پیدا کرنے کے لیے پنچایت اراکین، آشنا کارکنوں اور آنگن واڑی کارکنوں کو آمنے سامنے ملاقاتیں کرنے کے لیے رہنمائی کی جانی چاہیے۔ اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کہ ایک گھر میں کم از کم ایک فرد اس اسکیم کے بارے میں جانتا ہے، ایک باقاعدہ ماہانہ سروے کیا جانا چاہیے۔
- آشنا کارکنوں کو ولادت کی دیکھ بھال (delivery care) سے متعلق مطلوبہ مہارتوں اور معلومات کے ساتھ تربیت دی جاسکتی ہے، اور انہیں ولادت کی دیکھ بھال کے لیے عوامی صحت کی سہولیات کو یقینی بنانے کے لیے ایک اچھے چینل کے طور پر استعمال کیا جانا چاہیے۔ انہیں مزید مراعات سے نوازا جائے۔

▪ ڈیلیوری پوائنٹس پر ڈاکٹروں سمیت عملے کے روئے، روئے اور کام کی عادات کو جانچنے کے لیے ایک مناسب نگرانی کا طریقہ کار ہونا چاہیے، جب وہ اپنے فرائض انجام دے رہے ہوں۔ ہسپتال میں شکایات کے ازالے کا ایک مناسب نظام ہونا چاہیے تاکہ اگر ہسپتال انتظامیہ یا عملہ کی طرف سے کسی قسم کی بدسلوکی، بد عنوانی (corruption) یا غیر اخلاقی عمل ہو تو مستحقین فوری رابطہ کر سکیں۔

▪ ایک عام ذہنیت ہے کہ سرکاری سہولیات صرف غریب استعمال کرتے ہیں۔ اسے بدلنا ہے۔ اس کے لیے خصوصی اقدامات متعارف کرائے جائیں تاکہ معاشرے کے ایلٹ لوگ، جیسے کہ سرکاری ملازمین اور منتخب نمائندے، آکر سرکاری صحت کی سہولیات، خاص طور پر ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے استعمال کر سکیں۔ یہ معاشرے کے تمام طبقات کے لیے سرکاری صحت کے اداروں کو استعمال کرنے کی ترغیب دے گا، اور بالآخر بنیادی ڈھانچے اور خدمات کے معیار میں ناقابل یقین حد تک اضافہ ہوگا۔

7.2.3 مزید مطالعہ کے لیے دائرہ کار:

▪ فنڈ کے استعمال میں کارکردگی کی نشاندہی کرنے کے لیے، JSSK عنوان کے تحت تفصیلی مالیاتی مختص (allocation) اور اخراجات کا بین الاضلاع مطالعہ کیا جاسکتا ہے۔

▪ اس مطالعہ کو کیرالہ کے دیگر اضلاع تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ یعنی، کیرالہ کے دیگر اضلاع میں JSSK اسکیم کے بارے میں بیداری اور اس کے استعمال کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے تاکہ کیرالہ کے دیگر حصوں میں اس اسکیم کے استعمال کی عام بیداری اور اس کی حد تک معلوم کیا جاسکے۔

▪ کیرالہ کے تمام اضلاع میں ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال میں طلب اور رسد کے فرق کو جاننے کے لیے الگ الگ تفصیلی تحقیق کی جانی چاہیے۔