

“ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु: लखनऊ जिले के चयनित गाँवों का
समाजशास्त्रीय अध्ययन”

Infant Mortality in Rural Area: A Sociological Study of Selected
Villages in Lucknow District

लघु शोध प्रबन्ध

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय की समाजशास्त्र विषय में
एम० फिल० उपाधि हेतु प्रस्तुत

मास्टर ऑफ फिलॉसफी
(एम० फिल०)

शोधार्थी
अनुज वर्मा
नामांकन सं० 164/14

शोध निर्देशक
डॉ० ब्रजेश कुमार



समाजशास्त्र विभाग

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय
(केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
विद्याविहार, रायबरेली रोड, लखनऊ, उ०प्र०, भारत
2018

घोषणा पत्र

मैं, अनुज वर्मा यह घोषणा करता हूँ कि मैंने “ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु: लखनऊ जिले के चयनित गाँवों का समाजशास्त्रीय अध्ययन” विषय पर शोध कार्य डॉ० ब्रजेश कुमार, सहायक आचार्य, समाजशास्त्र विभाग, बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर केन्द्रीय विश्वविद्यालय, लखनऊ के निर्देशन में पूर्ण किया है। एम० फिल० की उपाधि हेतु प्रस्तुत यह शोध प्रबंध मेरा मौलिक कार्य है। प्रस्तुत शोध-प्रबंध इससे पहले इस विश्वविद्यालय अथवा किसी अन्य विश्वविद्यालय में एम० फिल० उपाधि हेतु प्रस्तुत नहीं किया गया है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि यह शोध प्रबंध पूर्णतः प्लैगरिज्म मुक्त है।

प्रस्तुत लघु शोध-प्रबंध में विशेषज्ञों द्वारा दिये गये सुझाव के अनुसार सुधार किया गया है।

अनुज वर्मा

शोधार्थी

अनुज वर्मा

समाजशास्त्र विभाग

अम्बेडकर अध्ययन विद्यापीठ

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर

विश्वविद्यालय लखनऊ

दिनांक: 29/6/2018

स्थान: लखनऊ

CERTIFICATE

This is to certify that the dissertation titled "ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु: लखनऊ जिले के चयनित गाँवों का समाजशास्त्रीय अध्ययन" (Infant Mortality in Rural Area: A Sociological Study of Selected Villages in Lucknow District) submitted by Anuj Verma is an original research work and has not been previously submitted in part or full for the award of any other degree or diploma to this or any other university.

The Dissertation submitted to **Babasaheb Bhimrao Ambedkar University, Lucknow** satisfies all the requirement as stipulated in the Master of Philosophy (M.Phil.) Regulations-2015 and it is fit for submission and evaluation for the award of the degree of Master of Philosophy of the University.

Date: 29/6/2018


Head of the Department


Supervisor

आभार

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध “ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु: लखनऊ जिले के चयनित गाँवों का समाजशास्त्रीय अध्ययन” विषय पर मेरे शोध करने का उद्देश्य शिशु मृत्यु के सामाजिक सांस्कृतिक कारक एवं लैंगिक असमानता का आंकलन तथा नियंत्रण पाने के लिए सुझाव का पता लगाना है। मेरे इस शोध कार्य में आदरणीय गुरुजनों, परिजनों एवं श्रद्धेय पिता जी तथा माता जी एवं अन्य विद्वतजनों व इष्टमित्रों का साझा योगदान व सहयोग प्राप्त होता रहा है। मैं इन सबके प्रति कृतज्ञता व्यक्त ऋण मुक्त नहीं होना चाहता लेकिन आभार प्रस्तुत करने की परम्परा को त्याग कर मैं इस चली आ रही परम्परा का अनादर भी नहीं कर सकता।

शोधार्थी इस कार्य व विषय चयन के लिए प्रेरित व निर्देशित करने वाले परम श्रद्धेय गुरु डॉ० बृजेश कुमार जी की सदैव ऋणी रहूँगा, जिनके कुशल निर्देशन में मेरी शोध यात्रा बिना किसी व्यवधान के अनवरत चलती रही। आपके विद्वता पूर्ण मार्गदर्शन व स्नेहपूर्ण व्यवहार के फलस्वरूप ही मैं यह शोध कार्य पूर्ण कर सका हूँ। आपकी अति व्यस्तताओं के बावजूद भी हर कठिन परिस्थितियों में मुझे आपने सही रास्ता दिखाया। शोधार्थी आपका सदैव ऋणी रहेगा।

आदरणीय विभागाध्यक्ष डॉ० बीरेन्द्र नारायण दुबे, संकायध्यक्ष प्रो० कामेश्वर चौधरी, डॉ० जया श्रीवास्तव, प्रो० बिभूति भूषण मलिक, समाजशास्त्र विभाग आदि लोगों का समय-समय पर प्रेरणा पूर्ण मार्गदर्शन व अपेक्षित सहयोग बहुमूल्य परामर्श मिला। जिसके लिए आप सभी का मैं आभार व्यक्त करता हूँ।

मैं अपनी पूज्यनीय माँ रामप्यारी एवं पिता स्व० सरजू प्रसाद, भाई राजन वर्मा, बहन मोना, दोस्त सावेज एवं परिवार के सभी लोगों का सहृदय से आभार व्यक्त करता हूँ। मैं विशेष रूप से बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर के समाजशास्त्र विभाग के शोधार्थी राहुल यादव, मनीष कुमार, दिलीप कुमार, कोमल गौतम, शिखा सिंह, नीतू मिश्रा, बब्बी कुमारी, विनीत त्रिपाठी, गौरव कुमार, मुदस्सर अहमद को आभार व्यक्त करता हूँ।


शोधार्थी के इस कार्य को पांडुलिपि में पूर्ण कराने में राहुल यादव, कोमल गौतम, मिनाक्षी, बब्बी कुमारी जी समाजशास्त्र के समस्त मित्रों का जिन्होंने समय-समय पर अपना बहुमूल्य समय और सुझाव दिया। मैं सभी को सहृदय से आभार प्रकट करता हूँ एवं ऑफिस कार्य को पूर्ण करने में अजय भईया जी को मैं तहे दिल से आभार प्रकट करता हूँ।

अन्ततः उन सभी विद्वतजनों, गुरुजनों व मित्रों एवं सगे सम्बन्धियों के प्रतिपुनः आभार प्रकट करता हूँ जिनके असीम सहयोग एवं आशीर्वाद से मैं इस कार्य को पूर्ण कर पाया। पांडुलिपि में मौजूद त्रुटियों के लिए गुरुजनों एवं विद्वतनों से क्षमा प्रार्थी हूँ। मैं उन सभी सहयोग करने वालों की क्षमा प्रार्थी हूँ जिनका नाम भूल वश मैं यहाँ अंकित नहीं कर सका हूँ।

अनुज वर्मा

विषय सूची

अध्याय-1	प्रस्तावना तथा साहित्य की समीक्षा	1
	प्रस्तावना	1-8
	साहित्य की समीक्षा	9-15
	अध्ययन का महत्व	16
अध्याय-2	शोध प्रविधि	17-25
	<ul style="list-style-type: none">• उद्देश्य• परिकल्पनायें• अध्ययन पद्धति• आधार सामग्री संग्रह• तथ्यों का संकलन• तथ्यों का सारणीकरण• अध्ययन क्षेत्रों की पृष्ठभूमि	
अध्याय-3	शिशु मृत्यु के सामाजिक कारक	26-50
अध्याय-4	शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानता	51-58
अध्याय-5	निष्कर्ष एवं सुझाव	59-63
	सन्दर्भ सूची	64-66
	परिशिष्ट	67-74



अध्याय 1
प्रस्तावना

प्रस्तावना

शिशु मृत्यु एक अत्यन्त संवेदनशील सूचक है, जो किसी देश की स्वास्थ्य दशाओं की ओर संकेत करता है साथ ही शिशु मृत्यु का स्तर किसी भी राष्ट्र की समृद्धि को भी दर्शाता है। उन देशों में, जहां की जनसंख्या का अधिकांश प्रतिशत निर्धनता रेखा के नीचे जीवन यापन करता है, वह पर शिशु मृत्यु दर अधिक हैं तथा उच्च रहन-सहन के स्तर वाले देशों में शिशु मृत्यु दर पर्याप्त नीचे है

यदि किसी देश की जनसंख्या में सामान्य वृद्धि, अत्यधिक जन्मदर अथवा अत्यधिक मृत्यु दर द्वारा होती है तो यह उस देश के आर्थिक पिछड़ेपन का परिचायक है। इसके विपरीत कम जन्म दर तथा कम मृत्यु दर राष्ट्रीय समृद्धि का अभिसूचक है। **अग्रवाल (1981)** के शब्दों में मृत्यु दर को किसी भी राष्ट्र की सम्पन्नता का सूचक माना जाता है,

पेट्रोव (1985) के अनुसार, लोगों ने सदैव मृत्यु के कारणों से संघर्ष करने की आवश्यकता का अनुभव किया है, तथा वे एक लम्बे समय तक इस आवश्यकता की पूर्ति की दिशा में कोई प्रगति नहीं कर सकें हैं। किन्तु सामाजिक तथा वैज्ञानिक प्रगति के कारण मृत्यु से संघर्ष तथा जीवन को दीर्घायु प्रदान करने में अप्रत्याशित सफलता प्राप्त की है।

शिशु मृत्यु—दर:

शिशु मृत्यु—दर को ज्ञात करने के लिये एक वर्ष की आयु अवधि में मृतक शिशुओं की संख्या तथा उसी वर्ष की सम्पूर्ण सजीव जन्म लिये बच्चों की संख्या के साथ स्थापित प्रति हजार के अनुपात का आधार मानते हैं।

अर्थात् एक वर्ष की आयु अवधि के अन्दर मरने वाले शिशुओं की सम्पूर्ण संख्या को उस वर्ष की सम्पूर्ण जन्म सम्बन्धी घटनाओं से भाग देकर और उसमें 1000 से गुणा करके इस दर को प्रति हजार व्यक्तियों के आधार पर ज्ञात करते हैं।

$$\text{शिशु मृत्यु-दर} = \frac{\text{एक वर्ष में शिशु मृत्यु की कुल संख्या}}{\text{एक वर्ष में नवजातों की कुल संख्या}} \times 1000$$

एक वर्ष में नवजातों की कुल संख्या

शिशु मृत्यु को भी दो भागों में विभक्त किया गया है। यह विभाजन सामान्यतः मृत्यु के कारणों पर ही आधारित है। कुछ बच्चे जन्म से ही शारीरिक रूप से अपरिपक्व होते हैं अतः उनकी मृत्यु अतिशीघ्र हो जाती है। दूसरी तरफ कुछ बच्चे शारीरिक रूप से पुष्ट होकर जन्म तो लेते हैं परन्तु सामाजिक परिवेश में विकृति के कारण नाना प्रकार की व्याधियों से ग्रस्त हो कर मर जाते हैं।

इस अध्ययन में शिशु मृत्यु दर को नहीं मापा गया है क्योंकि इसके लिये लगभग 1000 का नमूना होना आवश्यक है। परन्तु मैंने शिशु मृत्यु के कई आयामों को समझने की कोशिश की है।

यूनाइटेड नेशंस की रिपोर्ट के अनुसार भारत में शिशु मृत्यु दर अधिक है। वर्ष 2011 में 16.55 लाख बच्चों का पांच वर्ष की उम्र से पहले ही निधन हो गया। यूएन की एक रिपोर्ट के अनुसार विश्व भर में हर रोज लगभग 19000 बच्चों की पांच वर्ष की उम्र से पहले ही मृत्यु हो जाती है। गौरतलब है कि भारत सरकार ने बच्चों और महिलाओं के बेहतर स्वास्थ्य और भविष्य के लिए कई योजनाएं चलायी है लेकिन शिशु मृत्युदर में कोई खास कमी नहीं आई है।

2015 के शिशु मृत्यु दर के आंकड़ों को देखा जाये तो यह कहा जा सकता है कि विकसित देशों में शिशु मृत्यु दर कम है। नार्वे और जापान में शिशु मृत्यु दर 2 है जबकि विकासशील देश जैसे- नाइजीरिया में यह 69 है। भारत में यह संख्या 36 है जो विकसित देशों की तुलना में बहुत अधिक है।

विश्व भर में शिशु मृत्यु दर के कारणों में निमोनिया, मलेरिया, डायरिया, अच्छी स्वास्थ्य सुविधाएं न होना और कुपोषण है। युएन की इसके पहले आई एक रिपोर्ट के अनुसार कुपोषण से भी सबसे ज्यादा शिशु मृत्यु भारत में ही होती है।

सारिणी 1•1: चयनित देशों में शिशु मृत्यु दर

देश	शिशु मृत्यु दर (2015)		
	वर्ष (2015)	लड़की	लड़का
नार्वे	2	2	2
जापान	2	2	2
फ्रांस	3	3	4
अमेरिका	6	5	6
ब्राजील	14	13	15
इंडोनेशिया	23	20	26
बांग्लादेश	30	27	32
भारत	36	36	36

केनिया	37	33	40
अफगानिस्तान	55	51	59
पाकिस्तान	66	61	70
नाइजीरिया	69	63	75

स्रोत: विश्व बैंक (2018)

सारिणी 1•1 से स्पष्ट है कि विश्व के कुछ विकासशील देशों की तुलना में भारत में शिशु मृत्यु दर कम है परन्तु विकसित देशों से यह पर्याप्त अधिक है। साथ ही जापान, फ्रांस, अमेरिका तथा ब्राजील जैसे विकासशील देशों में भी शिशु मृत्युदर भारत से पर्याप्त कम है।

भारत में शिशु मृत्यु दर (प्रति हजार)

शिशु मृत्यु दर किसी देश की स्वास्थ्य दशाओं की ओर संकेत करने वाला अत्यन्त संवेदनशील सूचक है। भारत में शिशु मृत्यु दर अभी भी बहुत ऊँची है। विभिन्न वर्गों में, भारत में शिशु मृत्यु दर को निम्न सारिणी में प्रदर्शित किया गया है।

भारत में शिशु मृत्यु दर से सम्बन्धित विविध वर्षों के आंकड़ों को सारिणी 1•2 में दर्शाया गया है—

सारिणी 1•2: भारत में शिशु मृत्यु दर

वर्ष	शिशु मृत्यु दर (प्रति हजार)		
	शिशु मृत्यु दर	लड़का	लड़की
1990	88.4	90.5	86.2
2000	66.6	66.3	66.8
2010	45.5	44.8	46.3
2015	36.0	36.0	36.3

स्रोत: विश्व बैंक (2018)

उपर्युक्त सारिणी से स्पष्ट होता है कि भारत में शिशु मृत्यु दर बीसवीं शताब्दी के प्रारम्भ में बहुत ऊँची रही, परंतु इसमें धीर-धीरे गिरावट आती गयी और 2015 में यह लगभग 36 प्रति हजार तक पहुंच गयी है फिर भी यह कहा जा सकता है कि यहां अभी भी शिशु मृत्यु दर विकसित देशों की तुलना में ऊंची है।

सारिणी से यह भी स्पष्ट होता है कि लड़कों में शिशु-मृत्यु दर लड़कियों की अपेक्षा अधिक है। यह माना जाता है कि तुलनात्मक दृष्टि से जन्म के समय लड़का, लड़की से कमजोर होता है तथा उसमें रोग प्रतिरोधी शक्ति लड़कियों की अपेक्षा कम होती है। इसकी पुष्टि विश्व के अन्य देशों में किए गए शिशु मृत्यु दर के अध्ययन से भी होती है।

सम्पूर्ण देश के ग्रामीण एवं नगरीय क्षेत्रों में शिशु मृत्यु-दर में पर्याप्त भिन्नतायें हैं वर्ष 2010 के मुकाबले वर्ष 2011 में शिशु मृत्यु दर में तीन अंकों की गिरावट आई

है। पिछले साल प्रति 1000 बच्चों के जन्म पर जहा शिशु मृत्यु दर 50 थी, वहीं इस बार यह घटकर 47 रह गई है। शिशु मृत्यु दर गोवा में सबसे कम 10 और मध्य प्रदेश में सबसे ज्यादा 62 है। भारत के पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) के आंकड़ों के मुताबिक, शिशु मृत्यु दर में ग्रामीण इलाकों में चार अंकों की गिरावट आई है। प्रति 1000 बच्चों के जन्म पर यह पूर्व में 55 थी, जो घटकर अब 51 रह गई है। शहरी क्षेत्रों में वर्ष 2010 में जहां यह 34 थी, वहीं अब यह घटकर 31 रह गई है। आंकड़ों के अनुसार, गोवा में अभी भी नवजात शिशु मृत्यु दर सबसे कम 10 है। इसके बाद केरल का स्थान है जहां प्रति 1000 शिशुओं में 13 शिशुओं की मृत्यु होती है। केरल में शहरों में शिशु मृत्यु दर 11 से कम हो कर 10 पर आ गई है। मध्य प्रदेश में नवजात शिशु मृत्यु दर सबसे ज्यादा 1000 के पीछे 62, उत्तर प्रदेश और ओडिशा में 61, असम, बिहार, चंडीगढ़, हरियाणा, राजस्थान, मेघालय में अभी भी शिशु मृत्यु दर राष्ट्रीय औसत 47 से ज्यादा है।

भारत में शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) में उल्लेखनीय कमी दर्ज की गई। हाल ही में जारी एसआरएस बुलेटिन के मुताबिक, वर्ष 2016 में भारत के आईएमआर में तीन अंकों (8 प्रतिशत) की गिरावट दर्ज की गई है। वर्ष 2015 में जन्में 1000 बच्चों में से 37 बच्चों की मृत्यु हो गई थी। यह आंकड़ा वर्ष 2016 में घटकर 34 के स्तर पर आ गया है। इससे पिछले वर्ष भारत के आईएमआर में दो अंको की गिरावट दर्ज की गई थी। वर्ष 2015 की तुलना में वर्ष 2016 के दौरान भारत में 90,000 कम नवजात शिशुओं की मृत्यु हुई। वर्ष 2015 में 9.3 लाख नवजात शिशुओं की मृत्यु होने का अनुमान है, जबकि वर्ष 2016 में 8.4 लाख नवजात शिशुओं की मृत्यु हुई थी। उपर्युक्त आंकड़ों से यह पता चलता है कि मंत्रालय की रणनीतिक अवधारणा के सकारात्मक नतीजे अब आने शुरू हो गए हैं और इसके साथ ही इस मामले में खराब प्रदर्शन करने वाले राज्यों पर ध्यान केंद्रित करने के प्रयास भी अब सार्थक

साबित हो रहे हैं। जहा तक सशक्त क्रियाशील समूह वाले राज्यों का सवाल है, उत्तराखंड को छोड़ सभी राज्यों के आईएमआर में वर्ष 2015 की तुलना में कमी दर्ज की गई है। यह कमी बिहार में 4 अंकों, असम, मध्य प्रदेश, उत्तर प्रदेश एवं झारखंड में 3-3 अंकों और छत्तीसगढ़, ओडिशा एवं राजस्थान में 2-2 अंकों की रहीं है।

स्वतन्त्र भारत में शिशु मृत्यु की दर को कम करने के लिए बहुत सी नीतियों का प्रतिपादन तथा क्रियान्वयन किया गया है फिर भी उच्च शिशु मृत्यु-दर अब भी विद्यमान है स्वाभाविक रूप से यह सामान्य चिन्ता का विषय है। यह समस्या इस परिप्रेक्ष्य में और भी महत्वपूर्ण हो जाती है कि जब तक शिशु मृत्यु-दर को व्यापक स्तर पर कम नहीं किया जाता, प्रजनन-दर तथा जनसंख्या वृद्धि में आशानुरूप हास करना संभव नहीं है। इससे भी अधिक यह समस्या परिवार नियोजन को स्वीकार करने वाले दम्पतियों के दृष्टिकोण के कारण और भी जटिल हो जाती है। सामान्य तौर पर वे अपने परिवार को सीमित करने की तभी सोचते हैं जब उनके अधिक बच्चे हो जाते हैं। इस दृष्टिकोण के पीछे कौन से कारण हैं इस पर वैज्ञानिक अनुसंधान की आवश्यकता है।

समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण से, शिशु मृत्यु-दर में धीमी गिरावट के कारणों का गहन अध्ययन एक दिलचस्प विषय हो सकता है। यह परिकल्पित है कि जनस्वास्थ्य सेवाओं, महामारियों पर नियंत्रण आदि की तुलना में कुछ सांस्कृतिक कारक शिशु मृत्यु की दर निर्धारण में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते है।

मृत्यु-दर के अन्वेषण में सांख्यिकीय कारकों की भी महत्वपूर्ण भूमिका है। जिन देशों में जन्म एवं मृत्यु के पंजीकरण की विकसित व्यवस्था है वहां पर शिशु मृत्यु का प्रत्यक्ष मापन करना अत्यधिक सरल है। परन्तु भारत सहित विश्व के अधिकांश

विकासशील देशों में जहां पर कि पंजीकरण की विकसित व्यवस्था नहीं है, पर्याप्त तथा सही आंकड़ों का अभाव है इस परिप्रेक्ष्य में दीर्घस्तर अध्ययनों की तुलना में सूक्ष्मस्तरीय अध्ययनों के अधिक सही तथा उपयोगी होने की संभावना है।

साहित्य की समीक्षा

शिशु मृत्यु के संदर्भ में प्रायः दो प्रकार के अध्ययन प्रकाश में आए हैं। प्रथम शिशु मृत्यु की प्रवृत्ति के सम्बन्ध में किए गए अध्ययन, द्वितीय उन कारकों का अध्ययन जो शिशु मृत्यु का निर्धारण करते हैं। जबकि इसके अतिरिक्त, समाजशास्त्र के क्षेत्र में भी शिशु मृत्यु के सम्बन्ध में अध्ययन हुए हैं जिनमें प्रायः शिशु मृत्यु के सामाजिक कारकों को केन्द्र में रखा गया है। भारत चूंकि विकासशील देश है अतः यहां की शिशु मृत्यु दर विकसित देशों की तुलना में काफी अधिक है। विकासशील देशों में भी भारत की शिशु मृत्यु दर औसत से ज्यादा है। इसे पीछे यहां के सामाजिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक कारक उत्तरदायी हैं।

प्रस्तुत समस्या के संदर्भ में किए गए पूर्व अध्ययन के विवरण प्रस्तुत किया जा रहा है—

अमृतलाल एवं सुदर्शन (1961) ने "इकोनोमिक इम्प्लीकेशन आफ इन्फेन्ट मीर्टीलिटि," द जनरल आफ फेमिली वेलफेयर ने अपने अध्ययन में निम्न निष्कर्ष दिए— विशेष तौर पर मां के संदर्भ में जो कि शिशु-मृत्यु दर को प्रभावित करती है, परिवार की आय ही परिवार के आहार की पौष्टिकता के स्तर को निर्धारित करती है।

वैद्यनाथन (1972) ने अपने विकासशील देशों में शिशु मृत्यु और विभिन्नताएं पर अध्ययन के आधार पर स्पष्ट किया कि शिशु मृत्यु और सामाजिक-आर्थिक स्तर,

परिवार की आय, परिवार की आय, मां की शिक्षा एवं पिता के व्यवसाय में विपरीत क्रम का सम्बन्ध है।

रुजिका एवं कानिटकर (1973) ने "इनफेन्ट मार्टीलिटि इन ग्रेटर बाम्बे" में एक सर्वे के आधार पर निष्कर्ष दिया—

माँ का शैक्षिक स्तर शिशु मृत्यु को प्रमुख रूप से प्रभावित करता है।

जहाँ माताएं निरक्षर हैं वहाँ शिशु मृत्यु दर सर्वाधिक है।

माध्यमिक एवं उच्च शिक्षा प्राप्त महिलाओं में यह सबसे कम एवं प्राथमिक शिक्षा प्राप्त महिलाओं में यह मध्यम है।

माँ का धर्म, बच्चे का जन्म स्थान और परिवार का सामाजिक आर्थिक स्तर भी शिशु मृत्यु दर को प्रभावित करता है।

सिंह (1974) ने "चाइल्ड मार्टीलिटि, सोशल स्टेट्स एण्ड फर्टिलिटी इन इण्डिया" ने भी रुजिका एण्ड कानिटकर के तथ्यों को स्वीकार किया है।

गुनाशेषरन (1974) ने "ए नोट आन इन्फेन्ट मार्टीलिटि इन अथूर ब्लाक" ने अपने एक अध्ययन, "प्रजननता सर्वेक्षण के आधार पर यह निष्कर्ष दिया है कि —

नियोनेटल मार्टीलिटि ज्यादातर जन्म के प्रथम दो सप्ताह में अधिक होती है।

शिशु मृत्यु दर उन शिशुओं में जिनमें जन्म के समय माँ की आयु 15 से 19 वर्ष से मध्य थी, सर्वाधिक पाई गई एवं सबसे कम उनमें पाई गई जिनमें शिशुओं के जन्म के समय माँ की आयु 20–24 वर्ष के मध्य थी, जैसे—जैसे माँ की आयु बढ़ती है, शिशु मृत्यु दर भी बढ़ती है।

अग्रवाल (1975) ने "इनफ्लुएन्स आफ इन्फैन्ट एण्ड चाइल्ड मार्टीलिटी इन इण्डिया इन कमेटी फार इण्टरनेशनल कोआर्डिनेशन आफ नेशनल रिसर्च इन डेमोग्राफी" ने अपने अध्ययन में स्पष्ट किया है कि— भारत में उच्च शिशु मृत्यु-दर एवं उच्च प्रजनन दर में धनात्मक सह सम्बन्ध पाया जाता है।

भारत में शिशु मृत्यु दर 1920 में गिर गई थी, यहां शिशु मृत्यु दर प्रत्येक राज्य में भिन्न-भिन्न है। यद्यपि यह अधिक है।

1960 के मध्य जब परिवार कल्याण कार्यक्रम की शुरुआत हुई जन्म दर में कमी आई किन्तु जन्म-दर पुनः उच्च हो गई। इस समयान्तराल में शिशु मृत्यु एवं जन्म दर दोनों में कमी आयी।

गुप्ता, एण्ड राव,, "चाइल्ड लास इक्सपीरियंस इन ए रूरल एरिया" ने अपने अध्ययन में पाया कि— शिशु मृत्यु का पति के शैक्षिक स्तर से ऋणात्मक सह सम्बन्ध है।

निम्न जाति के हिन्दुओं में शिशु-मृत्यु की दर उच्च जातीय हिन्दुओं की अपेक्षा ज्यादा पाई जाती है।

शिशु-मृत्यु का जन्म अन्तराल से ऋणात्मक सह सम्बन्ध है। अर्थात् शिशुओं का जन्म अन्तराल जैसे-जैसे घटता है शिशु मृत्यु बढ़ती जाती है तथा जैसे-जैसे अन्तराल बढ़ता जाता है शिशु मृत्यु दर घटती जाती है।

चन्ना (1979) ने "ए स्टडी आफ इन्फैन्ट मार्टीलिटी इन रूरल देलही" ने मध्य दिल्ली में शिशु-मृत्यु दर की प्रवृत्ति एवं विभिन्नताओं के अध्ययन के आधार पर पाया कि— प्रसव के समय माँ की आयु, बच्चे के लिंग का कारक ज्यादा महत्व के है।

अग्रवाल (1981) ने "इंण्डियाज पापुलेशन प्रब्लम्स" ने बताया कि भारत में शिशु मृत्यु दर कुछ विकासशील देशों की तुलना में अधिक है तथा कुछ की तुलना में कम भी है। द्वितीय विष्वयुद्ध के पश्चात मात्र एक दशक के संक्षिप्त अन्तराल में श्रीलंका, बोरिया, तथा ताईवान ने मृत्यु दर पर बहुत अधिक नियंत्रण पा लिया है।

करमाकर (1982) ने "टाइम सिरीज कैजुवल्टी विटवीन इनेफन्ट मार्टील्लिटी एण्ड फर्टील्लिटी इन लेस डेवलपड कन्ट्रीज" ने बताया कि प्रजननता एवं शिशु मृत्यु दर एक दूसरे को प्रभावित करती है। विकासशील देशों में यह और भी अधिक है।

गुनाशेषरन (1983) "डिटरमिनेन्ट्स आफ मार्टील्लिटी इन रूरल एरिया आफ तमिलनाडु" ने तमिलनाडु में किए गये अध्ययन के आधार पर निष्कर्ष निकाले कि कुछ कारक जैसे— रख-रखाव पर ध्यान, दुग्ध सम्बन्धी आहार की परिपूर्णता, बच्चे को रोग मुक्त होना, भोजन सामग्री पर कम खर्च, धर्म और जन्म के समय के मौसम का शिशु-मृत्यु से घनिष्ट सम्बन्ध है। नियोनेटल मार्टील्लिटी को प्रभावित करने वाले कारक जैसे— रख-रखाव पर ध्यान, गैस्टेशन पीरियड, जन्म का स्थान, प्रसव के समय कार्यकर्ता, स्वास्थ्य कर्मचारी की उपलब्धता, आहार की परिपूर्णता एवं जन्म का महीना आदि महत्वपूर्ण है। जबकि पोस्ट नियोनेटल मार्टील्लिटी को जन्म का स्थान, दुग्ध सम्बन्धी आहार की पूर्णता और बच्चे का रोग मुक्त होना आदि कारक प्रभावित करते हैं।

जकारिया एवं पटेल (1983) ने "ट्रेण्डस एण्ड डिटरमिनेन्ट्स आफ इनफेक्ट एण्ड चाइल्ड मार्टील्लिटी इन केरला" में केरल राज्य के अध्ययन में निम्न निष्कर्ष दिए— सामाजिक, आर्थिक कारक, शिशु-मृत्यु के संदर्भ में सूक्ष्म महत्व के हैं। सामाजिक कारकों जैसे— माँ की शिक्षा अथवा उसकी जाति की तुलना में आर्थिक कारकों जैसे— भूमि स्वामित्व का अपेक्षाकृत कम महत्व है।

श्रीवास्तव एवं सक्सेना (1983) ने "इनफेक्ट मार्टीलिटी डिफ्रेन्सियल एन इण्डियन सेटिंग, ने अपने अध्ययन में स्पष्ट किया— सामाजिक, आर्थिक स्तर, शिशु-मृत्यु के सम्बन्ध में अत्यधिक महत्व का है। शिशु-मृत्यु एवं हिन्दू जाति स्तर में विपरीत क्रम का सम्बन्ध है। अर्थात् जैसे-जैसे जाति स्तर ऊँचा होता है शिशु मृत्यु दर घटती है एवं जाति स्तर नीचा होने के साथ मृत्यु दर बढ़ती जाती है। माँ की शिक्षा, पति की आय एवं उसका व्यवसाय भी शिशु-मृत्यु को प्रभावित करता है।

खान (1984) "डिटरमिनेन्ट्स आफ इन्फेन्ट मार्टीलिटी इन उत्तर प्रदेश" ने अपने उत्तर प्रदेश के अध्ययन में बताया कि शिशु-मृत्यु दर माँ की आयु, शिशु के जन्म का अन्तराल आदि से प्रभावित होती है साथ ही जन्म के समय प्रसव सहायक की भी भूमिका महत्वपूर्ण होती है।

पाठक, मुर्थी, परमार एवं सिंह (1985) "सोशियो, इकोनोमिक्स कोरिलेट्स आफ फर्टिलिटी एण्ड मारटेलिटी डिक्लाइन इन इण्डिया" ने आदि ने अपने अध्ययनों में पाया कि शिशु-मृत्यु तथा प्रजननता के बीच सकारात्मक सह सम्बन्ध है। उन्होंने यह निष्कर्ष भी दिया कि शिशु-मृत्यु दर तथा प्रजनन दर दोनों में ही सामाजिक एवं आर्थिक विकास के साथ ही स्वास्थ्य सुविधाओं को बढ़ाकर ही परिवर्तन लाना संभव है।

संध्या (1986) ने "सोशियो-कल्चरल एण्ड इकोनोमिक कोरिलेट्स आफ इन्फेन्ट मार्टीलिटी, ने आन्ध्र प्रदेश के एक अध्ययन में इस तथ्य को उद्घाटित किया है कि सामाजिक-अर्थिक एवं सांस्कृतिक कारक जैसे- परिवार का प्रकार, शिक्षा, माता-पिता का व्यवसाय एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं आदि का शिशु मृत्यु की दर के निर्धारण में महत्वपूर्ण योगदान है। उनके अनुसार जाति कारक का शिशु मृत्यु के साथ सम्बन्ध महत्वपूर्ण नहीं है।

अरोरा (1987) ने "इन्फेन्ट मार्टीलिटि एण्ड इट्स कोरिलेट्स इन ग्रेटर बाम्बे" ने शिशु मृत्यु का स्तर एवं प्रकृति का अध्ययन बम्बई नगर निगम के 1960-70 के आंकड़ों के आधार पर किया और पाया कि— विविध मृत्यु दरों में इस अन्तराल में कमी आयी, सामान्य मृत्यु दरों में गिरावट के साथ-साथ शिशु-मृत्यु दर में गिरावट नहीं आयी, यह क्रमशः बढ़ती गई और सम्पूर्ण मृत्यु की यह 22% तक हो गई।

जन्म के प्रथम 6 दिनों में पुरुष लिंग की शिशु-मृत्यु दर क्रमशः बढ़ती जाती है तथा विविध आयु समूहों में यह घटती जाती है।

एशिया के अन्य विकासशील देशों में हाने वाले अध्ययनों में सामाजिक, आर्थिक तथा सांस्कृतिक कारकों को शिशु मृत्यु के निर्धारण में अत्यधिक महत्व प्रदान किया है। अमीन, मरियम एवं फारूकी ने बांग्लादेश के अपने अध्ययन में यह पाया है कि वे शिशु जो कि उच्च सामाजिक, आर्थिक स्तर के हैं, नगरीय क्षेत्र में रहते हैं तथा जिनके माता-पिता के पास बेहतर सुविधायें हैं उनमें शिशु मृत्यु की दर कम है। इसी प्रकार दास एवं वर्मा ने अपने इण्डोनेशिया में किये गये अध्ययन के आधार पर इस तथ्य पर बल दिया है कि लोगों के जीवन को पौष्टिक आहार देकर अच्छा बनाने की आवश्यकता है।

चौधरी (2015) ने भारत में शिशु मृत्यु-दर के क्षेत्रीय भिन्नताओं को अभिभावकीय शिक्षा से जोड़कर देखा है। यह अध्ययन राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (N.F.H.S) (2005-2006) के तथ्यों पर आधारित है। भारत में शिशु मृत्यु दर में क्षेत्रीय भिन्नताओं के अभिभावक शिक्षा की महत्वपूर्ण भूमिका है। उन्होंने शिशुओं के माताओं का जन-संचार से संपर्क का अध्ययन किया।

वे मातायें जिनका जन-संचार से अच्छा संपर्क है, उन्हें शिशु स्वास्थ्य के सम्बन्ध में भी पर्याप्त ज्ञान होता है। किन्तु जिन महिलाओं को इसके विषय में ज्ञान नहीं होता है उनके बच्चे अधिक समय तक जीवित नहीं रहते हैं तथा स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं से ग्रसित रहते हैं क्योंकि उन्हें अपने बच्चों के लिए उचित पोषण से सम्बन्धित जानकारी नहीं होती है। यह भी देखा गया है कि पिता के शैक्षिक स्तर जितना ज्यादा होगा उतना ही शिशु मृत्यु दर कम होगा।

निष्कर्ष से पता चलता है कि जो मातायें पिछड़े क्षेत्रों से हैं उनका शैक्षिक स्तर जितना ज्यादा होगा उतना ही शिशु मृत्यु दर कम होगा। शैक्षिक प्रयासों के अलावा सामाजिक-आर्थिक सशक्तिकरण, जन-संचार से भी शिशु मृत्यु दर को कम करने में सहायक है।

गुप्ता, लादूसिंह एवं बोटोकी (2016) ने अपने अध्ययन में जिला स्तर पर स्वास्थ्य सम्बंधित बुनियादी ढाँचा और शिशु मृत्यु दर के मध्य सहसंबंध का अध्ययन किया। उन्होंने पाया कि स्वास्थ्य सम्बंधित बुनियादी ढाँचे और शिशु मृत्यु दर के बीच नकारात्मक सहसंबंध होता है। यदि स्वास्थ्य सम्बंधित बुनियादी ढाँचा अच्छा होता है तो शिशु मृत्यु दर कम होती है और यदि स्वास्थ्य सम्बंधित बुनियादी ढाँचा खराब होता है तो शिशु मृत्यु दर अधिक होती है।

रॉबिटेल् और चटर्जी (2018) ने अपने अध्ययन में सांस्कृतिक पहलू को देखा है। उन्होंने पाया कि बेटों को वरीयता देने के पीछे कई कारण जिम्मेदार हैं जैसे- समाज में पुत्र की माँ को उच्च दर्जा प्राप्त होना, दहेज प्रणाली, विवाहित बेटियों को अन्य परिवार की संपत्ति मानना, वंशानुक्रम रिवाज आदि।

अध्ययन का महत्व


जैसा कि पूर्व अध्ययनों एवं विश्व बैंक के 2015 के आंकड़ों से स्पष्ट है कि भारत में शिशु-मृत्यु विकसित एवं कई विकासशील देशों की तुलना में अधिक है। किन्तु ग्रामीण क्षेत्रों पर आधारित ऐसे अध्ययन कम हुए हैं।

भारत में चूंकि 70 प्रतिशत आबादी गाँवों में निवास करती है और गाँवों में नगरों की तुलना में शिशु-मृत्यु दर अधिक है। अतः ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु की विभिन्नताओं के संदर्भ में अध्ययनों की महती आवश्यकता प्रतीत होती है।

जनांकिकी विशेषगों का अधिक बल शिशु मृत्यु दर और इसके विविधताओं को मापने पर होता है।

शिशु मृत्यु पर अधिकतर कार्य जनांकिकी विशेषगों द्वारा किया गया है। वे शिशु मृत्यु के सामाजिक सांस्कृतिक कारकों पर कम बल देते हैं। इस अध्ययन में शिशु मृत्यु के सामाजिक सांस्कृतिक आयामों को समझने का प्रयास किया गया है। भारत में भी शिशु मृत्यु दर में लैंगिक असमानता कम हो रही है। इस परिदृश्य में पुराने अध्ययन की समीक्षा होनी अत्यन्त आवश्यक है।

प्रस्तुत अध्ययन में शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानताओं का आंकलन किया गया है। इस प्रकार प्रस्तुत अध्ययन की प्रासंगिकता बढ़ जाती है।



अध्याय 2
शोध प्रविधि

शोध प्रविधि का अर्थ एवं महत्व

शोध कार्य करने से पहले किसी भी समस्या का चुनाव करना महत्वपूर्ण है। इस बात का ध्यान अवश्य रखना चाहिये कि समस्या प्रासंगिक हो तथा उस समस्या पर किये गये शोध द्वारा जो निष्कर्ष प्राप्त होते हैं उसके द्वारा सकारात्मकता का संचार हो सके तथा समस्याओं को सुलझाने के तरीके समझ में आ सकें।

मृत्यु-दर किसी देश या समाज की जन्म-दर को भी प्रभावित करती है। मृत्यु-दर ऊँची होने का एक प्रमुख कारण ऊँची शिशु मृत्यु-दर भी है। शिशु-मृत्यु दर, मृत्यु का एक महत्वपूर्ण सूचक है।

प्रस्तुत अध्ययन में जो समस्या चुनी गई है। वह एक महत्वपूर्ण समस्या है। चूंकि भारत के ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु दर बहुत अधिक है इसलिए प्रस्तुत समस्या को चुना गया है।

अध्ययन के उद्देश्य:

अध्ययन लक्ष्य केन्द्रित हो इसलिए किसी भी अध्ययन में उद्देश्यों का निर्धारण अति महत्वपूर्ण चरण होता है, इस तथ्य को दृष्टिगत रखते हुए प्रस्तुत अध्ययन के भी कुछ प्रमुख उद्देश्य निर्मित किए गए हैं जो निम्न हैं:-

1. शिशु मृत्यु के सामाजिक कारक का विश्लेषण करना।
2. शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानता का आंकलन करना।
3. शिशु मृत्यु पर नियंत्रण पाने के लिए सुझाव प्रस्तुत करना।

परिकल्पनायें:

शोध विषय चुनने के पश्चात् परिकल्पना का निर्माण अत्यंत महत्वपूर्ण है। परिकल्पना किसी भी विषयों में चर के रूप में कार्य करती है। यह किसी समस्या का समाधान भी कर सकती है अथवा इसके विपरीत समस्याओं का कारण भी हो सकती है।

प्रस्तुत शोध में प्रमुख परिकल्पनाएं निम्नलिखित हैं—

1. माता-पिता का साक्षरता शिशु मृत्यु को निर्धारित करता है।
2. सामाजिक आर्थिक एवं सांस्कृतिक कारक शिशु मृत्यु को निर्धारित करता है।
3. शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानता पाई जाती है।

शोध प्रारूप के अन्तर्गत किसी भी समस्याओं का समाधान योजनाबद्ध तथा चरणबद्ध तरीके से किया जाता है। अनुसंधान द्वारा शोध प्रारूप तैयार करना महत्वपूर्ण है। जिसके निर्देशन में शोध कार्य पूर्ण रूप से किया जाता है।

समस्याओं के निर्धारण के पश्चात् उसे अव्यय तत्वों का निर्धारण तथा उनका समय स्थान एवं व्यक्ति के सन्दर्भ में अवलोकन करना है। अवलोकन की प्रासंगिकता, अवलोकन को लिपिबद्ध करना, उनका विश्लेषण तथा उस पर आधारित निष्कर्षों एवं प्राप्त निष्कर्षों का सामान्यीकरण चरणबद्ध तरीकों से पूर्ण करना ही शोध का प्रारूप अंग है।

प्रस्तुत शोध कार्य में समस्याओं का किसी व्यक्ति विशेष की न होकर जनसंख्या के न्यादर्श की होती है तथा अध्ययन का उद्देश्य विशिष्ट है।

इस कारण से वर्णनात्मक शोध प्रारूप का प्रयोग की गयी समस्याओं के शोध के लिए किया गया है।

अध्ययन पद्धति

अध्ययन प्रारूप – अध्ययन की प्रकृति व उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए, प्रस्तुत शोध का अभिकल्प वर्णनात्मक है। इसका मुख्य उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्र में हो रहे शिशु मृत्यु के स्तर तथा विभिन्नताओं का वर्णनात्मक अध्ययन करना है।

निर्दर्शन—

समस्या का क्षेत्र विशाल होने से अत्यधिक धन व समय का व्यय होता है साथ ही समस्या का गहन अध्ययन भी संभव नहीं हो पाता है।

1. लखनऊ जिले में इन्दिरा नगर के चयनित गाँवों का अध्ययन किया गया।
2. सर्वप्रथम हम उन घरों की सूची तैयार करेंगे जिसमें पिछले छः माह में शिशु मृत्यु हुई है। इस सूची में से 100 परिवारों का चयन अध्ययन हेतु दैव निर्दर्शन के माध्यम से किया गया है।
3. इन्दिरा नगर के चयनित गाँवों में से 9 ग्रामों का चयन प्रस्तुत अध्ययन के लिए किया गया है ये ग्राम निम्न है:—

- (1) हरदासी खेड़ा (2) बादशाह खेड़ा (3) फतेहापुरवा (4) रसूलपुर
- (5) अमराई गाँव (6) सूगामऊ (7) चूरामनपुरवा (8) झरारा
- (9) मोहम्मदपुर

उत्तरदाताओं का चयन इस बात को ध्यान में रखकर किया गया है कि वे अध्ययन के सम्पूर्ण क्षेत्रों तथा सभी वर्गों का प्रतिनिधित्व करते हों तथा जिनकी आयु 18 वर्ष से अधिक की हो।

आधार सामग्री संग्रह:

सामान्यतः ग्राम की अधिकांश स्त्रियाँ या तो अनपढ़ हैं अथवा बहुत कम पढ़ी लिखी हैं। वांछित सूचना का संग्रह अनुसूची की प्रविधि का उपयोग करते हुये किया गया है। इस तथ्य को ध्यान में रखते हुये कि क्षेत्र की महिलायें पुरानी परम्पराओं की पोषक हैं, साक्षात्कार के लिये महिला साक्षात्कार कर्ता के सहयोग से तथ्यों का संकलन किया गया। साक्षात्कार अनुसूची में समस्या के सभी पक्षों से सम्बन्धित प्रश्नों का समावेश किया गया। साक्षात्कार अनुसूची के तैयार हो जाने पर उसकी शुद्धता व व्यवहारिकता का मापन करने के लिये उसे कुद स्त्रियों पर प्रयुक्त किया गया। इस परीक्षण में जिन कठिनाइयों का अनुभव हुआ उन्हीं के आधार पर अनुसूची में सुधार कर उसे अंतिम रूप दिया गया सांख्यिकिय आंकड़ों के साथ ही साक्षात्कार के समय अवलोकन प्रविधि का उपयोग करते हुये गुणात्मक तथ्यों का भी संग्रह किया गया।

तथ्यों का वास्तविक संग्रह करने से पहले शोधकर्ता ने सम्पूर्ण, ग्राम क्षेत्र का भ्रमण किया तथा ग्राम निवासियों, जिनमें उत्तरदाता भी सम्मिलित हैं, ग्राम प्रभावशाली व्यक्तियों के सहयोग से सम्पर्क किया तथा उनसे घनिष्ठता स्थापित कीं इसे पश्चात ही वास्तविक साक्षात्कार प्रारम्भ किया गया जिससे वांछित सूचनायें संग्रहित की जा सकीं। तथ्यों के संग्रह के पश्चात आंकड़ों का वर्गीकरण व सारणीयन किया गया। तत्पश्चात श्रेणीबद्ध आंकड़ों का विश्लेषण करते हुये निष्कर्ष किये गये।

विगत विवरण में अध्ययन क्षेत्र तथा पद्धति पर प्रकाश डाला गया है। प्रथमतः, समस्या का निरूपण करते हुये अध्ययन के विशिष्ट उद्देश्यों का उल्लेख किया गया, तदुपरांत परिकल्पनाओं को प्रस्तुत कर सम्बन्धित सहित की समीक्षा की गई जिसमें मृत्यु सम्बन्धी समकों के विकास का भी उल्लेख किया गया, मौलिक प्रत्यों की परिभाषा के पश्चात शोध-अभिकल्प का विवरण प्रस्तुत किया गया। इसी में समग्र तथा उसकी इकाइयों, प्रतिदर्श, तथ्य तथा संकलन प्रविधि, क्षेत्र-कार्य आदि को स्पष्ट किया गया।

तथ्यों का संकलन—

इस शोध में आंकड़ों के संग्रहण के लिए प्राथमिक तथा द्वितीयक आंकड़ों में स्रोतों का प्रयोग किया गया है। प्रथम स्रोत के रूप में शोधकर्ता द्वारा प्रश्नावली पर आधारित साक्षात्कार अनुसूची तथा वैयक्तिक अध्ययन प्रविधि का प्रयोग किया गया है। द्वितीय स्रोत के अन्तर्गत शोधकर्ता द्वारा उपलब्ध साहित्य, किताब, पत्र-पत्रिकाओं, जर्नल सरकारी आँकड़े, जनगणना आँकड़े, इंटरनेट पर उपलब्ध आंकड़े प्राप्त किये हैं।

साक्षात्कार अनुसूची में प्रश्नों के आपेक्ष में उत्तर दिये गये हैं तथा वस्तुनिष्ठा का ध्यान पूर्ण रूप से रखा गया है। प्रश्न पूछते समय इस बात का ध्यान रखा गया है कि प्रश्नों का स्तर इस प्रकार का हो जो अध्ययन के समय सम्मिलित महिलाओं की समझ में आ सके। जिससे किसी पूर्वाग्रह को कम किया जा सके। साथ ही साथ इस बात का भी ध्यान रखा गया है कि जो प्रश्न पूछे जा रहे हैं, उनके बारे में पूर्ण जानकारी उत्तरदाताओं को हो। इस कारण प्रश्नों को सरल भाषा में समझाकर भी पूछा गया है ताकि भाषा की जटिलता को भी समाप्त किया जा सके तथा साक्षात्कार में मानवीय त्रुटियों को कम से कम किया जा सके

यद्यपि सदैव ऐसा होना सम्भव नहीं है। साक्षात्कार अनुसूची तैयार करते हुए पूछे गये प्रश्नों के बारे में शोधकर्ता के द्वारा भी अवलोकन किया गया तथा उस विषय के सम्बन्धित साहित्य का अवलोकन किया गया है जिससे प्रश्नोत्तरी के समय शोधकर्ता को भी किसी प्रकार की आने वाली समस्याओं का सामना कम से कम करना पड़े।

यह शोध अक्टूबर 2017 से जनवरी 2018 तक किया गया है तथा यह कार्य इस शोध के समस्त अध्ययनों में अंकित है। सम्पूर्ण तथ्यों का संकलन शोधकर्ता द्वारा स्वयं ही किया गया है।

शोधकर्ता द्वारा शोधकार्य स्वयं ही उत्तरदाताओं से आमने-सामने साक्षात्कार करके समस्त साक्षात्कार अनुसूची तैयार की गई है तथा आंकड़ों का संग्रहण किया गया है। संकलित किये गये आंकड़ों का शोधकर्ता द्वारा विश्लेषण करने के लिये सम्पादन किया गया है किन्तु इस बात का भी ध्यान रखा गया है कि सम्पादन से वस्तुनिष्ठता पर किसी प्रकार का कोई असर नहीं आये।

प्रासंगिक, व्यावहारिक तथा महत्वपूर्ण सूचनाओं को प्राथमिकता दी गई। निरर्थक सूचनाओं को सावधानी से छांटकर अध्ययन से दूर रखा गया है।

शोध की दृष्टि से महत्वपूर्ण तथ्यों का वर्गीकरण तथा सारणीयन किया गया है तथा सांख्यिकीय सिद्धान्तों के अनुसार उनकी विवेचना उनका विश्लेषण करने के पश्चात् सामान्यीकरण किया गया है। इस शोधकार्य के दौरान शोधकर्ता को न केवल अपने शोधकार्य के जानकारी मिली बल्कि इस बात का भी ज्ञान हुआ कि अध्ययन के लिए चुने गये क्षेत्रों में अन्य विभागों द्वारा किये जा रहे विकास कार्यों की वास्तविक दशा किस हद तक प्रभावी है।

तथ्यों का सारणीकरण—

किसी भी शोधकार्य को करने के लिये उसके क्षेत्र में पहुँचने की आवश्यकता होती है। इसके लिये यातायात के साधनों का होना भी बहुत जरूरी है।

1. शोध कार्य एक प्रकार की पारस्परिक प्रक्रिया है। अतः इस बात से इंकार नहीं किया जा सकता है कि शोधकार्य करने में मानव व्यवहार का महत्वपूर्ण योगदान रहता है। तो किसी के लिए कठिन तथा टैबू जैसा हो सकता है। ऐसे में शोधकार्य के वास्तविक निष्कर्ष तक पहुँचना आवश्यक नहीं है।
2. ऐसे में यह समस्या सम्बन्धित विषय वस्तु की गंभीरता तथा निष्कर्षों के दूरगामी परिणामों को समझकर कम किया जा सकता है परन्तु इस समस्या का पूर्ण निराकरण सम्भव नहीं है।
3. शिक्षा का योगदान भी अत्यन्त महत्वपूर्ण है। स्वतंत्र विचारों द्वारा ही तथ्यों का आगमन—निर्गमन उचित ढंग से किया जा सकता है। शिक्षित व्यक्तियों को अपनी बात समझा पाना सरल होता है। जनपद लखनऊ के चयनित ग्रामों की साक्षरता दर अत्यन्त कम है। जिसमें महिलाओं की साक्षरता दर तो निम्न स्तर की है। ऐसे में इस क्षेत्र में कार्य करने में कई बार का भी अनुभव हो सकता है कि हम अच्छी बातें भी सही ढंग से बता नहीं पा रहे हैं या पहुँचा नहीं पा रहे हैं। कई उत्तरदाता केवल इस कारण से जवाब नहीं देते हैं कि उनको समझ में नहीं आता है कि जवाब में वे क्या बोलेंगे तथा जवाब से किसी का हित या अहित तो नहीं जुड़ा है।
4. शोधकर्ता की व्यक्तिगत पहचान भी कभी—कभी व्यवधान उत्पन्न कर सकती है, किन्तु एक बात जो इस शोध में सामने आयी है वह यह कि लोगों को उत्तर प्रदेश की सरकार से बहुत अधिक उम्मीद रहती है ऐसे में शोधकर्ता से


वह यह भी उम्मीद करते हैं कि वह उनकी बातों को सरकार तक पहुँचा देंगे।

उपरोक्त वर्णित स्थितियों का सम्भव निराकरण करके यह शोध पूर्ण किया गया है तथा अभिलिखित किया गया है।

अध्ययन क्षेत्रों की पृष्ठभूमि—

प्रस्तुत शोध कार्य हेतु उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले का अध्ययन क्षेत्र के रूप में चयन किया गया है जो उत्तर प्रदेश की राजधानी है। लखनऊ के वर्तमान स्वरूप की स्थापना नवाब आसफुद्दौला ने 1775 ई० में की थी। लखनऊ का क्षेत्रफल 2528.00 वर्गकिलामीटर है इसका विस्तार 26.30–27.10 उत्तरी अक्षांश से 80.30–81.13 पूर्वी देशान्तर तक है यहाँ की कुल जनसंख्या 45,89,838 है जिसमें 23,94476 पुरुष तथा 21,95,362 महिलाएँ हैं। यहाँ की कुल साक्षरता दर 77.3 प्रतिशत तथा पुरुष साक्षरता 82.6 प्रतिशत एवं महिला साक्षरता दर 71.5 प्रतिशत है (जनगणना 2011 वार्षिक रिपोर्ट के अनुसार)।

प्रस्तुत अध्ययन उत्तर प्रदेश के सर्वाधिक क्षेत्र जनपद लखनऊ में इन्दिरा नगर के अन्तर्गत आने वाले ग्रामीण क्षेत्र में अयोजित किया गया है। उक्त सन्दर्भ में लखनऊ ऐसा क्षेत्र है, जहाँ सभी जातियों का एक ही परिवेश पाया जाना अध्ययन के उद्देश्यों को प्राप्त करने में अत्यधिक सहयोगी है।



अध्याय 3
शिशु मृत्यु के सामाजिक
कारक

शिशु मृत्यु के सामाजिक कारक

अध्ययन विषय से सम्बन्धित उत्तरदाताओं की सामाजिक, शैक्षिक आर्थिक पृष्ठभूमि के बारे में ज्ञान प्राप्त करना समाजशास्त्रीय अध्ययन की एक महत्वपूर्ण आवश्यकता है। समाजशास्त्रीय अध्ययन सामाजिक-सांस्कृतिक प्रक्रियाओं, मूल्यों, विचारों, मनोवृत्तियों, दृष्टिकोण तथा व्यवहार के बारे में प्राथमिक तथ्य प्राप्त करते हैं, इन तथ्यों का विश्लेषण अच्छे ढंग से किया जाना तभी सम्भव होगा जब उत्तरदाताओं की सामान्य विशेषताओं का पूर्ण ज्ञान होगा।

आयु, लिंग, धर्म, जाति, शिक्षा, व्यवसाय आदि में पायी जाने वाली विभिन्नता व्यक्ति की मनोवृत्ति तथा दृष्टिकोण को प्रभावित करती है इसलिए सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि का अध्ययन एक महत्वपूर्ण आवश्यकता है। अनेक समाजशास्त्रियों ने अपने अध्ययन द्वारा प्रदर्शित किया है कि सामाजिक गतिशीलता परिवर्तन तथा मानवीय व्यवहार में अत्यन्त घनिष्ठ सम्बन्ध है।

इस अध्याय में महिलाओं की सामाजिक पृष्ठभूमि का विश्लेषण किया जायेगा ताकि छोटे स्तर पर उस क्षेत्र का पता चल सके जिसमें महिलायें अभिशक्त हैं। यह एक सामान्य तथ्य है कि व्यक्ति का सामाजिक सांस्कृतिक क्षेत्र का उसके व्यवहार से घनिष्ठ सम्बन्ध होता है। व्यक्ति अपने सामाजिक पर्यावरण से जैसा सीखता है वैसा ही उसका जीवन-यापन बन जाता है। यहाँ पर उत्तरदाताओं की उन सभी विशिष्टताओं का विवरण प्रस्तुत किया गया है। जो कि उसके सामाजिक क्षेत्र से प्रभावित होती है।

आयु

आयु एक ऐसा जैविक तथ्य है जो पद एवं कार्य की सामाजिक परिभाषा की सीमा को निर्धारित करता है। किसी व्यक्ति को किस आयु में कौन सा पद प्रदान किया जायेगा तथा उसकी भिन्न-भिन्न सामाजिक समूहों में भूमिका क्या होगी, इसका निर्धारण सामाजिक-सांस्कृतिक रूप से होता है। विभिन्न संस्कृतियों में व्यक्तियों से उनकी आयु की विभिन्न अवस्थाओं में भिन्न-भिन्न प्रकार के व्यवहार की अपेक्षा की जाती है। साथ ही, समाज के एक ही आयु समूह के लोगों का व्यवहार वैसा ही होता है जैसा कि समाज उससे उस आयु में अपेक्षा करता है।

महिलाओं के संदर्भ में आयु की महत्ता और भी बढ़ जाती है क्योंकि विवाह की आयु तथा प्रथम प्रसव के समय की आयु उनके भावी जीवन की सम्भावनाओं का निर्धारण करने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करती है तथा शिशु मृत्यु को निर्धारित करती है। यह एक समाजशास्त्रीय तथ्य है कि कम आयु में विवाहित स्त्रियों की तुलना में अधिक आयु में विवाहित स्त्रियों के अपेक्षाकृत कम बच्चे पैदा होते हैं। कम आयु में विवाह तथा कम आयु में प्रसव परिवार के आकार के साथ-साथ देश विशेष की जनसंख्या वृद्धि के लिये भी उत्तदायी होती है, जो कि अन्ततः अनेक सामाजिक समस्याओं के जन्म का कारण बनती है जिसमें शिशु मृत्यु भी सम्मिलित है।

सारणी 3•1: उत्तरदाताओं के आयु का वितरण

आयु	संख्या	प्रतिशत
15–19	22	22
20–24	42	42
25–29	24	24
30–34	12	12
योग	100	100

सारणी 3•1 में प्रदर्शित तथ्यों के अवलोकन से यह ज्ञात होता है कि प्रदर्शित तथ्य उत्तरदाताओं की आयु समूह को दर्शाते हैं। तथ्यों के अवलोकन से ज्ञात होता है कि 20–24 वर्ष की संख्या सबसे अधिक है।

धर्म

धर्म व्यक्ति को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करता है तथा साथ ही वह सामाजिक नियंत्रण की एक महत्वपूर्ण संस्था भी है। धर्म विश्वासों की एक ऐसी व्यवस्था है जिसमें महिलाओं की प्रजननता तथा अन्य जनांकिकीय संघटकों तक को प्रभावित करने की क्षमता विद्यमान है।

उत्तरदातायें मुख्य रूप से हिन्दू धर्म को मानने वाली हैं तथा इसके बाद इस्लाम धर्म को मानने वाले हैं। इस गांव में उत्तरदाता किसी और धर्म के नहीं हैं।

सारणी 3•2: उत्तरदाताओं के धर्म का वितरण

धर्म	संख्या	प्रतिशत
हिन्दू	75	75
मुस्लिम	25	25
योग	100	100

सारणी 3•2 से स्पष्ट है कि दोनों समुदायों की कुल 100 उत्तरदाताओं में से 75 प्रतिशत हिन्दू धर्म से सम्बंधित है, शेष 25 प्रतिशत उत्तरदाता मुस्लिम धर्म को मानने वाले हैं।

परिवारिक पृष्ठ-भूमि

परिवार समाज की आधारभूत संस्थाओं में से एक है, जिसका व्यक्ति के समाजीकरण से सीधा सम्बन्ध है। परिवार व्यक्ति की प्रथम पाठशाला है जहाँ पर उसके विचार, विश्वास, धारणाएँ, भावनाएँ, सामाजिक मूल्य आदि जन्म लेते हैं तथा साथ ही पनपते भी हैं। इन सभी का व्यक्ति के व्यक्तित्व के विकास तथा उसकी भावी गति-विधियों से सीधा सम्बन्ध होता है। इसी से परिवार मानव समाज की एक महत्वपूर्ण इकाई ही नहीं है बल्कि जीवन के लिये सबसे अधिक आवश्यक भी है।

हिन्दू समाज में संयुक्त प्रकार के परिवारों की प्रधानता है तो किन्हीं अन्य समाजों में एकांकी परिवारों की बहुलता है।

सारणी 3•3: उत्तरदाताओं के परिवार का स्वरूप

परिवार का स्वरूप	हिन्दू	मुसलमान
संयुक्त परिवार	34 (45.3)	13 (52.0)
एकांकी परिवार	41 (54.6)	12 (48.0)
उत्तरदाताओं की संख्या	75	25

नोट: कोष्ठक में अंक कॉलम प्रतिशत दर्शाता है।

सारणी 3.3 के अवलोकन से स्पष्ट है कि दोनों सम्प्रदायों में परिवार के स्वरूप में पर्याप्त भिन्नता है। जहाँ हिन्दू समाज में संयुक्त परिवारों की बहुलता 45.3 प्रतिशत है, वहीं मुसलमानों में संयुक्त परिवार 52.0 प्रतिशत है।

शैक्षिक स्तर

शिक्षा समाजीकरण की प्रक्रिया के साथ-साथ सांस्कृतिक मूल्यों के पीढ़ी दर पीढ़ी हस्तान्तरण में भी सहायक होती है। सामाजिक जीवन की श्रेष्ठता का आधार शिक्षा ही है, चाहे वह प्राचीनकाल की परम्परागत शिक्षा हो अथवा आधुनिक काल की व्यावसायिक शिक्षा। शिक्षा ने आज औद्योगिक विकास, आर्थिक संरचना, राजनीतिक जीवन, सामाजिक पुनर्निर्माण और व्यक्तित्व के विकास को एक दूसरे से सम्बद्ध कर दिया है।

शिक्षा का रूप प्रत्येक युग और स्थान में समान नहीं रहा है। कभी शिक्षा को नैतिक विचारों के विकास के लिये आवश्यक माना गया तो कभी इसे सांस्कृतिक

विरासत से मिलाकर धार्मिक पृष्ठभूमि में स्पष्ट किया जाता रहा। आज शिक्षा को धर्म के दायरे से बाहर लाकर तर्क प्रधान बनाया जा रहा है। परंतु हर स्थिति में इसका उद्देश्य ज्ञान का संग्रह ही है। परम्परागत समाज में शिक्षा का स्वरूप अनौपचारिक था जिसका उद्देश्य व्यक्ति तथा समाज को नियंत्रित करना था, जबकि आधुनिक समाज में शिक्षा पूर्णतया विशेषीकृत है, जिसका प्रमुख उद्देश्य प्राकृतिक जगत पर नियंत्रण पा लेना होता जा रहा है।

शिक्षा के स्वरूप तथा अर्थ में भिन्नता के बावजूद इसके महत्व को नकारा नहीं जा सकता। आधुनिक युग में शिक्षा के स्तर का जनांकिकीय संघटकों से निकट का सम्बन्ध देखने को मिलता है। जन्म-दर तथा मृत्यु-दर शैक्षिक स्तर से सीधे जुड़े हुये प्रतीत होते हैं।

सारणी 3•4: शिशु के पिता के शैक्षिक स्तर के अनुसार शिशु मृत्यु का वितरण

शैक्षिक योग्यता	शिशु मृत्यु	प्रतिशत
अशिक्षित	47	47
प्राइमरी शिक्षा	36	36
माध्यमिक शिक्षा	10	10
उच्च शिक्षा	5	5
स्नातक	2	2
योग	100	100

सारणी 3•4 से ज्ञात होता है कि पिता के शैक्षिक स्तर का भी शिशु मृत्यु से सकरात्मक संबंध है अध्ययन के दौरान अशिक्षित पिताओं में शिशु मृत्यु 47 प्रतिशत है जबकि माध्यमिक शिक्षा से अधिक शिक्षित पिताओं में शिशु मृत्यु 7 प्रतिशत हैं, पिताओं का अशिक्षित होना भी मुख्य कारण शिशु मृत्यु का हो सकता है।

सारणी 3•5: शिशु के माता का शैक्षिक स्तर के अनुसार शिशु मृत्यु का वितरण

शैक्षिक योग्यता	संख्या	प्रतिशत
अशिक्षित	65	65
प्राइमरी शिक्षा	23	23
माध्यमिक शिक्षा	6	6
उच्च शिक्षा	4	4
स्नातक	2	2
योग	100	100

सारणी 3.5 से ज्ञात होता है कि माँ के शैक्षिक स्तर का भी शिशु मृत्यु से सकरात्मक संबंध है अध्ययन के दौरान अशिक्षित महिलाओं में शिशु मृत्यु दर 65 प्रतिशत है जबकि माध्यमिक शिक्षा से अधिक शिक्षित महिलाओं में शिशु मृत्यु दर 6 प्रतिशत है, माताओं का अशिक्षित होना भी मुख्य कारण शिशु मृत्यु का हो सकता है।

विवाह की आयु

विवाह एक महत्वपूर्ण सामाजिक संस्था ही नहीं बल्कि यह व्यक्तियों के यौन जीवन को सुचारु रूप से चलाने एवं सामाजिक-धार्मिक उद्देश्यों को पूरा करती है। विवाह एक धार्मिक संस्कार है इसके बिना कोई भी स्त्री-पुरुष गृहस्थ जीवन में प्रवेश नहीं कर सकते। विवाह स्त्री और पुरुष के पारिवारिक जीवन में प्रवेश करने की संस्था है। सामान्यतः विवाह वधू को वर के घर ले आना है। यह स्त्री-पुरुष का ऐसा योग है, जिसमें स्त्री से जन्मा बच्चा वैध संतान माना जाय।

उपरोक्त विवरण इस बात का स्पष्ट संकता करता है कि विवाह की आयु में स्थिरता नहीं थी। रॉस (1961) के अनुसार— भारत में लड़कों एवं लड़कियों के विवाह की आयु में समय-समय, स्थान-स्थान और यहाँ तक कि धर्म, जाति एवं भाषा के आधार पर भिन्नता पाई जाती रही है। यह कहने की आवश्यकता नहीं कि भारत में कम आयु में विवाह एक सामान्य बात हो चुकी थी। कुछ समाज सुधारकों जैसे— राजा राम मोहनराय एवं ईश्वर चंद्र विद्यासागर आदि ने कम उम्र के विवाह के दोषों एवं दुष्परिणामों से समाज को अवगत कराया और लोगों में इसके प्रति चेतना पैदा करने का प्रयास किया और सरकार पर प्रभाव व दबाव डालकर 1929 में विवाह की आयु के संदर्भ में अधिनियम पारित किया गया। जिसमें लड़कों के विवाह की आयु 18 वर्ष व लड़कियों की विवाह की आयु 15 वर्ष, तय की गई थी। ग्रामीण क्षेत्रों में लड़कियों का विवाह आज भी 18 वर्ष की आयु से पूर्व ही बंधन में बंध जाती है। भारत में अशिक्षित ग्रामीण कन्याओं का विवाह 13-17 वर्ष की आयु तक कर दिया जाता है। जो व्यक्ति धनवान और पैसे वाले होते हैं उनके बच्चे अधिक आयु में ही विवाह करते हैं, या तो वह शिक्षा लेते रहते हैं या फिर उन्हें कोई कोई जल्दी नहीं होती। शिक्षित लड़के या लड़किया शिक्षा समाप्त होने तक तथा

रोजगार पाने तक विवाह नहीं करते है। नगरों में तो शिक्षा व देर से विवाह का प्रचलन बहुत अधिक है किन्तु गांवों में नगरों की तुलना में, बाल विवाह अधिक प्रचलित है। लड़कों की अपेक्षा लड़कियों का विवाह जल्दी हो जाता है।

सारणी 3•6: उत्तरदाताओं की विवाह की आयु के अनुसार शिशु मृत्यु

विवाह की आयु	संख्या	प्रतिशत
15–19	62	62
20–24	28	28
25–29	2	2
30–34	8	8
योग	100	100

सारणी 3•6 में प्रदर्शित तथ्य उत्तरदाताओं के विवाह के समय आयु के अनुसार शिशु मृत्यु दर्शाता है। तथ्यों के अवलोकन से ज्ञात होता है कि 15–19 वर्ष में विवाह करने वाली उत्तरदाताओं में सबसे अधिक अर्थात् 62 प्रतिशत शिशु मृत्यु होती है।

अतः तथ्यों के विवरण के आधार पर प्रस्तुत अनुसंधान भी इस विचार का समर्थन करता है कि विवाह की कम उम्र शिशु मृत्यु का एक प्रमुख कारण है।

जातीय स्तर

भारतीय सामाजिक संस्थाओं में जाति सर्वाधिक महत्वपूर्ण हैं। प्राचीनकाल से ही भारत में जाति प्रथा का अस्तित्व है जो कि सामाजिक संस्तरण का आधार रहा है। समाज में सभी जातियों की सामाजिक स्थिति समान नहीं होती वरन् ऊँच-नीच का एक संस्तरण पाया जाता है। यह जन्म पर आधारित होती है। इसलिये इसमें सामान्यतः परिवर्तन सम्भव नहीं होता। भारत में जाति एवं वर्ग दोनों ही हैं। जाति एक ऐसा सामाजिक समूह है जिसकी सदस्यता जन्म पर आधारित होती है और जो अपने सदस्यों पर खान-पान, विवाह, व्यवसाय और सामाजिक सहवास सम्बन्धी प्रतिबंध लागू करता है। इस प्रकार जाति हिन्दू सामाजिक संरचना का मुख्य आधार है क्योंकि यह सामाजिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक जीवन को प्रभावित करती है।

मुखर्जी (1957) ने संकेत दिया है कि जाति एवं पारिवारिक, आर्थिक दशाओं का शिशु-मृत्यु से घनिष्ठ सम्बन्ध है।

सारणी 3•7: उत्तरदाताओं का जातीय स्तर के अनुसार शिशु मृत्यु

जातीय स्तर	शिशु मृत्यु	प्रतिशत
अनुसूचित जाति	34	34
अन्य पिछड़ा वर्ग	46	46
सामान्य	20	20
उत्तरदाताओं की संख्या	100	100

सारणी 3.7 से ज्ञात होता है कि जातीय स्तर पर शिशु मृत्यु अनुसूचित जाति तथा अन्य पिछड़ा वर्ग में शिशु मृत्यु अधिक हुई है, अनुसूचित जाति तथा अन्य पिछड़ा वर्ग की तुलना में सामान्य में शिशु मृत्यु कम हुई है।

सामाजिक-आर्थिक स्तर

सामाजिक-आर्थिक स्तर शिशु मृत्यु-दर को प्रभावित करता है। यह कहने की आवश्यकता नहीं कि परिवार की उच्च आय परिवार के खाद्य-पोषण के स्तर को निर्धारित करता है विशेष तौर पर माँ के संदर्भ में। इससे शिशु मृत्यु की दर का निर्धारण होता है। रूजिका और कानिटकर का मत है कि परिवार का सामाजिक-आर्थिक स्तर शिशु मृत्यु की दर को प्रभावित करता है। के०पी०सिंह ने अपने अध्ययन "चाइल्ट मार्टीलिटि, सोशल स्टेट्स एण्ड फर्टीलिटि इन इण्डिया" के आधार पर यह निष्कर्ष दिया है कि सामाजिक-आर्थिक स्थिति एवं शिशु मृत्यु की दर में विपरीत क्रम का सम्बन्ध है अर्थात् जैसे-जैसे सामाजिक-आर्थिक स्तर ऊँचा होता है शिशु मृत्यु की दर कम होती जाती है।

इसी प्रकार के०एल०शर्मा, 1974 एवं आर०के०मुकर्जी, 1957 के अध्ययनों ने संकेत दिया है कि जाति एवं पारिवारिक-आर्थिक दशाओं का शिशु मृत्यु से घनिष्ठ सम्बन्ध है।

सारणी 3•8: उत्तरदाताओं के सामाजिक–आर्थिक स्तर के अनुसार शिशु मृत्यु

सामाजिक–आर्थिक स्तर	शिशु मृत्यु	मुसलमान
उच्च	12	2
मध्य	36	11
निम्न	27	12
उत्तरदाताओं की संख्या	75	25

सारणी 3.8 से ज्ञात होता है कि सामाजिक–आर्थिक स्तर पर शिशु मृत्यु मध्य तथा निम्न में शिशु मृत्यु सबसे अधिक हुई है तथा मध्य और निम्न की तुलना में उच्च में शिशु मृत्यु बहुत ही कम हुई हैं।

अर्थात् शिशु का सामाजिक–आर्थिक स्तर अच्छा है तो शिशु मृत्यु कम होती है और अगर उसका सामाजिक–आर्थिक स्तर अच्छा नहीं है तो शिशु मृत्यु अधिक होती है यह भी एक मुख्य कारण शिशु मृत्यु का हो सकता है।

सारणी 3•9: गर्भावस्था के दौरान अल्ट्रासाउंड या सोनोग्राफी परीक्षण का वितरण

अल्ट्रासाउंड या सोनोग्राफी	संख्या	प्रतिशत
हाँ	11	11
न्हीं	89	89
योग	100	100

सारणी 3•12 से ज्ञात होता है कि लगभग 89 प्रतिशत महिलाओं ने गर्भावस्था के दौरान अल्ट्रासाउंड या सोनोग्राफी का परीक्षण नहीं कराया था, शेष 11 प्रतिशत महिलाओं ने गर्भावस्था के दौरान अल्ट्रासाउंड या सोनोग्राफी का परीक्षण कराया था।

सारणी 3•10: आशा द्वारा गर्भ के पंजीकरण का वितरण

गर्भ का पंजीकरण	संख्या	प्रतिशत
हाँ	77	77
नहीं	23	23
योग	100	100

सारणी 3•10 से यह ज्ञात होता है कि 77 प्रतिशत महिलाओं ने यह बताया कि उनका नाम आशा ने अपने रजिस्टर में अंकित किया है।

23 प्रतिशत महिलाओं का नाम आशा ने अपने रजिस्टर में नहीं लिखा। इन सभी महिलाओं में से कुछ महिलाओं ने पहली बार गर्भ धारण किया था।

सारणी 3•11: गर्भावस्था के दौरान जांच

गर्भावस्था के दौरान इनमें से कोई भी जांच हुई है	हाँ	नहीं	योग
वजन लिया गया	14	86	100
रक्तदाब की जांच	20	80	100
खून की जांच	49	53	100
पेशाब की जांच	7	93	100
पेट की जांच	11	89	100

सारणी 3•11 से ज्ञात होता है कि गर्भावस्था के दौरान 49 प्रतिशत महिलाओं ने खून की जांच करवाया था, 56 प्रतिशत महिलाओं ने खून की जांच नहीं करवाया था उनका मानना था कि उनके खून में कोई भी कमी नहीं थी।

अर्थात् गर्भावस्था के दौरान वजन, रक्तदाब, पेट तथा पेशाब की जांचें बहुत कम महिलाओं ने करवाया था और जिन महिलाओं ने इनमें से कोई भी जांचें नहीं करवाया था उन महिलाओं को इसके बारे में ज्यादा जानकारी नहीं थी।

सारणी 3•12: गर्भावस्था के दौरान आयरन की गोलियों का वितरण

आयरन की गोलिया	संख्या	प्रतिशत
नहीं मिली	32	32
100 से कम मिली	48	48
100 से अधिक मिली	20	20
योग	100	100

सारणी 3•12 ज्ञात होता है कि गर्भावस्था के दौरान आयरन की गोलिया 32 प्रतिशत महिलाओं को प्राप्त नहीं हुई है तथा 48 प्रतिशत महिलाओं को आयरन की गोलिया 100 से कम मिली है उनमें से ज्यादातर महिलायें गोलिया नहीं खाती थी, शेष 20 प्रतिशत महिलाओं को 100 से अधिक आयरन की गोलिया प्राप्त हुई थी जिन्होंने ने सारी गोलिया खायी थी।

सारणी 3•13: गर्भावस्था के दौरान टीके का वितरण

टिटनेस का टीका (इंजेक्शन)	संख्या	प्रतिशत
नहीं मिला	34	34
एक टीका मिला	45	45
दो टीके मिले	21	21
योग	100	100

सारणी 3•13 से ज्ञात होता है कि गर्भावस्था के दौरान 34 प्रतिशत महिलाओं को टिटनेस का टीका नहीं लगाया गया था, 45 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि गर्भावस्था के दौरान उन्हें एक टिटनेस का टीका लगाया गया, 21 प्रतिशत महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान उन्हें दो टिटनेस का टीका लगाया गया।

अर्थात् गर्भावस्था के दौरान जिन महिलाओं को टिटनेस का टीका प्राप्त नहीं हुआ है इस यह एक मुख्य कारण शिशु मृत्यु का हो सकता है।

सारणी 3•14: गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्य समस्या का वितरण

गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्य समस्या	हाँ	नहीं	योग
हाथ, पैर और चेहरे पर सूजन	37	63	100
पीलापन, चक्कर या कमजोरी	44	56	100
अत्यधिक थकान	84	16	100
अत्यधिक उल्टी	45	55	100

सारणी 3•14 से ज्ञात होता है कि गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्य समस्या महिलाओं में ज्यादातर अत्यधिक थकान, उल्टी पीलापन चक्कर या कमजोरी, तथा हाथ, पैर और चेहरे पर सूजन बताया है और जिन महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान इनमें से कोई भी समस्या नहीं हुई जैसे— महिलाओं का हाथ, पैर और चेहरे पर सूजन, पीलापन चक्कर या कमजोरी, थकान और अत्यधिक उल्टी उन्हें गर्भावस्था के दौरान नहीं हुई है।

सारणी 3•15: आंगनवाड़ी केन्द्र से अनुपूरक पोषक आहार का वितरण

आंगनवाड़ी केन्द्र से अनुपूरक पोषक आहार	आवृत्ति	प्रतिशत
हाँ	46	46
नहीं	54	54
योग	100	100

सारणी 3•15 से ज्ञात होता है कि गर्भावस्था के दौरान को 54 प्रतिशत महिलाओं को अनुपूरक पोषक आहार प्राप्त नहीं हुआ था तथा 46 प्रतिशत महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान अनुपूरक पोषक आहार मिला था। जिन महिलाओं को अनुपूरक आहार मिला था उन महिलाओं ने कहा हमे सबसे ज्यादा पंजीरी प्राप्त हुई थी।

सारणी 3•16: प्रसव सामान्य या ऑपरेशन से हुआ

प्रसव	आवृत्ति	प्रतिशत
सामान्य	84	84
ऑपरेशन	16	16
योग	100	100

सारणी 3•16 से ज्ञात होता है कि 84 प्रतिशत महिलाओं का प्रसव सामान्य हुआ। शेष 16 प्रतिशत महिलाओं का प्रसव ऑपरेशन के माध्यम से किया गया था।

सारणी 3•17: बच्चे का जन्म के स्थान का वितरण

बच्चे का जन्म	संख्या	प्रतिशत
अस्पताल	28	28
घर	72	72
योग	100	100

सारणी 3•17 से ज्ञात होता है कि लगभग 20 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उनका प्रसव घर पर हुआ था जबकि 28 प्रतिशत महिलाओं का प्रसव अस्पताल में हुआ था।

अर्थात् महिलाओं का प्रसव घर पर होना यह भी एक मुख्य कारण शिशु मृत्यु का हो सकता है।

सारणी 3•18: प्रसव किसके द्वारा करवाया

प्रसव किसके द्वारा करवाया	संख्या	प्रतिशत
डॉक्टर	28	28
प्रशिक्षित दाई	63	63
अशिक्षित दाई	49	9
योग	100	100

सारणी 3•18 से ज्ञात होता है कि घर पर प्रसव के समय 9 प्रतिशत अप्रशिक्षित दाई को बुलाया जाता है और जिन महिलाओं का प्रसव अस्पताल में हुआ उनमें से 28 प्रतिशत डॉक्टर के द्वारा प्रसव कराया गया तथा घर पर या अस्पतालों में 63 प्रतिशत प्रसव प्रशिक्षित दाई के द्वारा कराया जाता है।

अर्थात् अप्रशिक्षित दाई तथा प्रशिक्षित दाई के द्वारा प्रसव कराया जाता है यह भी एक मुख्य कारण शिशु मृत्यु का हो सकता है।

सारणी 3•19: प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर नहीं जाने का कारण

प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर क्यों नहीं गई	संख्या	प्रतिशत
ज्यादा खर्चा	35	48.61
जाने का साधन नहीं	3	4.16
घर में अच्छी देख-रेख	34	47.22
योग	72	100

सारणी 3•19 से ज्ञात होता है कि प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर 47.22 प्रतिशत महिलायें प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर इसलिये नहीं गई क्योंकि उन्हें घर पर अच्छी देख-रेख मिलती है 48.61 महिलायें प्रसव के लिये स्वास्थ्य केन्द्र पर इसलिये नहीं गई क्योंकि गई क्योंकि उन्होंने ज्यादा खर्चा बताया शेष 4.16 प्रतिशत महिलायें प्रसव के लिये स्वास्थ्य केन्द्र पर इसलिये नहीं गई उनके पास जाने का साधन नहीं था।

सारणी 3•20: नवजात शिशु में होने वाली कठिनाईयों का वितरण

नवजात शिशु की कठिनाईया	संख्या	प्रतिशत
जीभ और ओठ नीला पड़ना	32	32
सांस लेने में तकलीफ	41	41
असामान्य तरीके से हिलना	10	10
शिशु का न रोना	11	11
कोई कठिनाई नहीं	6	6
योग	100	100

सारणी 3•20 से ज्ञात होता है कि नवजात शिशुओं को सबसे ज्यादा सांस लेने में तकलीफ हुई था तथा कुछ का कहना था की जन्म के समय शिशु बहुत कमजोर था जिसके कारण से ओठ तथा जीभ हल्के नीले पड़ जाते थे तथा कुछ ने असामान्य तरीके से हिलना तथा जन्म के समय शिशु का न रोना भी बताया।

सारणी 3•21: शिशु को बी0सी0जी का टीका

शिशु को बी0सी0जी का टीका	संख्या	प्रतिशत
हाँ	83	83
न्हीं	17	17
योग	100	100

सारणी 3•21 से ज्ञात होता है कि 83 प्रतिशत शिशुओं को बी0सी0जी का टीका लगाया गया। जबकि शेष 17 प्रतिशत शिशुओं को बी0सी0जी का टीका नहीं लगाया गया।

सारणी 3•22: (शिशु को पोलियो की खुराक)

पोलियो की खुराक	संख्या	प्रतिशत
हाँ	96	96
न्हीं	4	4
योग	100	100

सारणी 3•22 से ज्ञात होता है कि 96 प्रतिशत शिशुओं को पोलियों की खुराक पिलाई गयी थी जबकि शेष 4 प्रतिशत शिशुओं को पोलियों की खुराक नहीं पिलाई गयी थी।

सारणी 3•23: पोलियों की खुराक जन्म के प्रथम दो सप्ताह के अन्दर

पेलियों की खुराक जन्म के प्रथम दो सप्ताह के अन्दर	संख्या	प्रतिशत
हाँ	73	73
नहीं	6	6
पता नहीं	21	21
योग	100	100

सारणी 3•22 से ज्ञात होता है कि शिशुओं को पोलियों की पहली खुराक जन्म के प्रथम दो सप्ताह के अन्दर दी गई थी जबकि कुछ उत्तरदाताओं का कहना था कि शिशुओ को जन्म के प्रथम दो सप्ताह के अन्दर पोलियों नहीं दी गई, या उन्हें पता नहीं था।

अध्याय 4
शिशु मृत्यु में लैंगिक
असमानता

बाल लैंगिक असमानता

स्त्री-पुरुष अनुपात यह बताता है कि किसी क्षेत्र-विशेष में एक निश्चित अवधि के दौरान प्रति 1000 पुरुषों के पीछे स्त्रियों की संख्या क्या है। लगभग सभी विकसित और कुछ विकासशील देशों में यह पाया गया है कि अधिकांश देशों में स्त्रियों की संख्या पुरुषों की अपेक्षा थोड़ी अधिक होती है। इस तथ्य के बावजूद भारत में मादा बच्चों की तुलना में नर बच्चे कुछ ज्यादा हैं यानी हर 1000 नर बच्चों के पीछे मोटे तौर पर 943 से 952 तक मादा बच्चे पैदा करती हैं। इस तथ्य के बावजूद, यदि स्त्री-पुरुष अनुपात थोड़ा स्त्रियों के पक्ष में है तो फिर इसके दो कारण हो सकते हैं। पहला, यह कि शैशवावस्था में बालिका शिशुओं में बालक शिशुओं की अपेक्षा रोग के प्रतिरोध की क्षमता अधिक होती है। जीवन चक्र के दूसरे सिरे पर, अधिकांश समाजों में स्त्रियाँ पुरुषों की तुलना में अधिक वर्षों तक जीवित रहती हैं। तथापि, यह देखने में आया है कि चीन, दक्षिण कोरिया और विशेषतः भारत जैसे कुछ देशों में स्त्री-पुरुष अनुपात घटता जा रहा है। इस प्रघटना को वर्तमान सामाजिक मानकों से जोड़ा जा सकता है जिनके अनुसार पुरुषों को स्त्रियों की तुलना में कहीं अधिक महत्व दिया जाता है और इसी के परिणामस्वरूप "बेटे को अधिमान्यता" (अधिक महत्व) दी जाती है और बालिका शिशुओं की उपेक्षा की जाती है।

स्त्री-पुरुष अनुपात जनसंख्या में लैंगिक या लिंग संतुलन का एक महत्वपूर्ण सूचक है। जैसाकि ऊपर संकल्पनाओं संबंधी अनुभाग में कहा गया है आम तौर पर स्त्री-पुरुष अनुपात स्त्रियों के पक्ष में रहा है यानी प्रति 1000 पुरुषों के पीछे स्त्रियों की संख्या आमतौर पर 1000 से कुछ ऊपर ही रहती है। लेकिन जैसाकि सारणी 4. 1 से स्पष्ट होता है भारत में स्त्री-पुरुष अनुपात पिछली एक शताब्दी से कुछ

अधिक समय से गिरता जा रहा है। 20 वीं शताब्दी के शुरू में भारत में प्रति 1000 पुरुषों के पीछे स्त्रियों की संख्या 972 थी लेकिन 21 वीं शताब्दी के शुरू में स्त्री-पुरुष अनुपात घटकर 933 हो गया है, 2011 में यह आँकड़ा सात अंक उछलकर 940 तक पहुँच गया।

सारणी 4.1: भारत में लिंग अनुपात में बदलाव 1961–2011		
वर्ष	बाल स्त्री-पुरुष अनुपात (0–6)	पिछले दशक की तुलना में अंतर
1961	976	—
1971	964	–12
1981	962	–2
1991	945	–17
2001	927	–18
2011	919	–8

टिप्पणी: लिंग अनुपात को प्रति 1000 पुरुषों के पीछे स्त्रियों के रूप में परिभाषित किया जाता है

स्रोत: 2011 की जनगणना के आधार पर

लेकिन जनसांख्यिकीविदों, नीति-निर्माताओं, सामाजिक कार्यकर्ताओं और इस विषय से जुड़े नागरिकों को वास्तव में जिस तथ्य ने डरा दिया है वह है बच्चों के लैंगिक यानी बाल लिंग अनुपात में एकाएक आई भारी गिरावट। आयु विशेष से संबंधित

लिंग अनुपात का लेखा-जोखा रखने का काम 1961 में शुरू हुआ था। जैसाकि सारणी 4.1 में दर्शाया गया है 0-6 आयु वर्ग का लिंग अनुपात (जिसे बाल लिंग अनुपात कहलाता है) 1991 की तुलना में 2001 बाल लिंग अनुपात, 18 अंको का गोता लगाकर 945 से घटकर 927 के स्तर पर आ गया और इस प्रकार वह पहली बार समग्र स्त्री-पुरुष अनुपात से नीचे चला गया है। सन् 2011 की जनगणना के अनुमानित आँकड़ों के अनुसार स्थिति और खराब हो गई और बाल स्त्री-पुरुष अनुपात मात्र 919 रह गया है।

राज्य स्तरीय बाल स्त्री-पुरुष अनुपात तो चिंता का और भी बड़ा कारण प्रस्तुत करते हैं। कम-से-कम छह राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों का बाल स्त्री-पुरुष अनुपात प्रति 1000 पुरुष के पीछे 900 स्त्रियों से भी कम है। इस संबंध में पंजाब की स्थिति सबसे खराब है क्योंकि वहाँ का बाल स्त्री-पुरुष अनुपात अविश्वसनीय रूप से 793 है (यह एक ऐसा राज्य है जहाँ यह अनुपात 800 से नीचे है) पंजाब के बाद हरियाणा, चंडीगढ़, दिल्ली, गुजरात और हिमाचल प्रदेश आते हैं। जैसाकि उत्तरांचल, राजस्थान, उत्तर प्रदेश और महाराष्ट्र सभी में यह अनुपात 925 से नीचे है जबकि मध्य प्रदेश, गोवा जम्मू-कश्मीर, बिहार तमिलनाडु, कर्नाटक और उड़ीसा में यह अनुपात 927 के राष्ट्रीय औसत से तो ऊपर है पर 950 के स्तर से नीचे है। यहाँ तक कि केरल भी जहाँ का समग्र स्त्री-पुरुष अनुपात सर्वोत्तम रहा है बाल स्त्री-पुरुष अनुपात के मामले में 963 के स्तर पर कोई अच्छी स्थिति में नहीं है जबकि 986 का उच्चतम बाल स्त्री-पुरुष अनुपात सिक्किम में पाया जाता है। बाल स्त्री-पुरुष अनुपात में गिरावट आने के अनेक कारण हैं जैसे, शैशवावस्था में बच्चियों की देखभाल की घोर उपेक्षा, जिससे उनकी मृत्यु दरें ऊँची हो जाती हैं; लिंग-विशेष के गर्भपात जिससे बच्चियों को पैदा ही होने नहीं दिया जाता; और बालिका शिशुओं की हत्या (अथवा धार्मिक या सांस्कृतिक अंधविश्वासों के कारण

शैशवावस्था में ही बच्चियों की हत्या) इनमें से प्रत्येक कारण एक गंभीर सामाजिक समस्या की ओर इशारा करता है और इस बात के कुछ प्रमाण भी मिलते हैं कि ये सब कारण भारत में कार्य करते रहे हैं। अनेक क्षेत्रों में बालिका हत्या की प्रथाएँ बताई जाती हैं जबकि ऐसी आधुनिक चिकित्सा तकनीकों को अधिक महत्व दिया जा रहा है जिनकी सहायता से गर्भावस्था की प्रारंभिक स्थितियों में ही यह पता लगाया जा सकता है कि गर्भस्थ शिशु लड़का होगा या लड़की। सोनोग्राम (यानी अल्ट्रासाउंड, प्रौद्योगिकी पर आधारित एक्सरे जैसा नैदानिक उपाय) जो मूल रूप में भ्रूण के जननिक या अन्य विकारों का पता लगाने के लिए विकसित किया गया था अब संभवतः अवैध रूप से भ्रूण के लिंग का पता लगाने और चयनात्मक आधार पर बालिका भ्रूण को गर्भ में ही नष्ट कर देने के लिए काम में लाया जाने लगा है।

भारतीय समाज में लिंग असमानता का मूल कारण इसकी पितृसत्तात्मक व्यवस्था में निहित है। प्रसिद्ध समाजशास्त्री सिल्विया वाल्बे के अनुसार, पितृसत्तात्मकता सामाजिक संरचना की ऐसी प्रक्रिया और व्यवस्था है, जिसमें आदमी औरत पर प्रभुत्व जमाता है, और उसका शोषण करता है। महिलाओं का शोषण भारतीय समाज की सदियों पुरानी सांस्कृतिक घटना है।

मुस्लिमों में भी समान स्थिति है और वहाँ भी भेदभाव के लिए धार्मिक ग्रंथों और इस्लामी परंपराओं का सहारा लिया जाता है। हमारे समाज में लैंगिक असमानता प्रचलित सामाजिक-सांस्कृतिक स्थितियों के कारण विकसित हुई है।

शिशु मृत्यु में लिंग असमानता

भारत एक पुरुष प्रधान समाज है। इसमें महिलाओं और लड़कियों को समान पोषण, शिक्षा, सुरक्षा और आर्थिक अवसर के अधिकारों को सीमित कर दिया जाता है।

महिलाएं स्वस्थ—सुखी रहने और बच्चा पैदा करने के मामले में भी अपना निर्णय नहीं ले सकती है। वर्तमान सामाजिक, राजनीतिक और आर्थिक संस्थान महिलाओं को उनके अधिकार प्रयोग करने योग्य परिवेश देने में असफल रहे हैं।

लिंग भेद और हिंसा की वजह से महिलाओं के यौन संबंधी अधिकार कम हो गए हैं। महिलाओं को जबरन कम उम्र में शादी और बच्चा पैदा करने को मजबूर किया जाता है। बेटे के लिए बार—बार गर्भवती होने को लाचार किया जाता है क्योंकि भारतीय मान्यता में बेटे से ही वंश बढ़ता है। अक्सर दूसरी और उसे बाद पैदा बेटियां तिरस्कृत जिन्दगी जीती हैं और इस वजह से शिशु मृत्यु के मामले भी बढ़ते हैं। प्रतिकूल लिंग अनुपात के साथ महिलाओं के लिए प्रतिकूल परिवेश और लड़कियों में उच्च शिशु मृत्यु दर और रूग्णता आदि बेटे की चाहत के कुछ दुष्परिणाम हैं।

आज जबकि अधिकांश विकसित देशों में लिंग अनुपात लड़कियों के पक्ष में है भारत और कुछ दक्षिण—पूर्व एशिया के अन्य देशों में यह अनुपात उलट गया है। भारतीय जनगणना 2011 के आंकड़ों के अनुसार बच्चों (0—6 साल) का लिंग अनुपात प्रति 1000 लड़कों की तुलना में केवल 919 लड़कियां चिंताजनक है। सन् 1901 के पहले जनगणना के बाद से यह अनुपात लगातार गिरता जा रहा है। सन् 2001 में यह संख्या 927 तो 1991 में 945 थी। यह जन्म से पूर्व लिंग चयन और जन्म के बाद भेदभाव का जीता—जागता उदाहरण है।

भारत में शिशु मृत्यु—दर आज भी बहुत ऊँची है। जहाँ तक लड़कों एवं लड़कियों में मृत्यु के दबाव का प्रश्न है जनसंख्या सम्बन्धी समकों से यह स्पष्ट नहीं है कि लड़कियों में मृत्यु का दबाव अधिक है या कम। सामाजिक व्यवस्थाओं में महिलाओं एवं लड़कियों के साथ भेदभाव का बर्ताव बड़ी आम बात है। जन्म से ही

लड़की को उसके भाइयों से घटिया भोजन, वस्त्र, सुविधा, शिक्षा, चिकित्सा आदि उपलब्ध होती है। मृत्यु सम्बन्धी आंकड़े भी इसकी पुष्टि नहीं करते। इस संदर्भ में भिन्न मत रखते हुये अग्रवाल (1981) ने कहा है कि यदि 1901 से 1961 तक के 60 वर्षों के समको का तुलनात्क अध्ययन किया जाय तो ज्ञात होता है कि भारत में सामाजिक व्यवस्था के कारण लड़कों में ही मृत्यु का दबाव अधिक है। ऐसा माना जाता है कि जन्म से ही लड़का, लड़की की तुलना में कमजोर होता है। उसमें बीमारी से जूझने की शक्ति कम होती है।

कुछ जनांकिकीयों ने कहा है कि जन्म से ही लड़की की शारीरिक व्यवस्था व संरचना लड़की की अपेक्षा मजबूत होती है जो पर्यावरण को झेलने के लिए उसे सशक्त बनाती है। अर्थात् उनका मानना है कि प्रकृति ने ही बालिकाओं को बालको की अपेक्षा सशक्त बनाया है।

इसके विपरीत, तलवार का यह मानना है कि लिंग के आधार पर मृत्यु-दर की सार्थकता संतोषजनक नहीं है लेकिन इसका प्रभाव हल्का सा अवश्य पड़ता है। इनका यह मानना है कि लड़कियों की मृत्यु लड़कों के अनुपात में ज्यादा होती है। गण्डोत्रा तथा दास (1980) का यह मानना है कि नियोनेटल स्तर पर लड़कों की मृत्यु ज्यादा होने लगती है। इस प्रकार एक वर्ष की अवस्था तक लड़कियों की मृत्यु का अनुपात लड़को की अपेक्षा ज्यादा हो जाता है। मिगमा (1980) का यह मानना है कि भारत तथा श्रीलंका में लड़कियों की मृत्यु कुछ ज्यादा होती है। महादेवन (1984) का भी निष्कर्ष है कि भारत में लड़कियों की मृत्यु लड़कों की अपेक्षा ज्यादा होती है इस शोध प्रबंध के आंकड़ों से यह साबित होता है कि लखनऊ जिले में इन्दिरा नगर के चयनित गाँवों में लड़कों की तुलना में लड़कियों

में शिशु मृत्यु अधिक होती है। सारणी 4.2 लखनऊ जिले में इन्दिरा नगर के चयनित गाँवों में शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानता को दर्शाता है।

रामानुज (1984) ने इस बात का समर्थन करते हुये कहा है विकासशील देशों में मृत्यु—दर लड़कियों में ही ज्यादा पायी जाती है। इसका मुख्य कारण सामाजिक परिवेश में उसमें व्याप्त कुरीतियों के साथ लिंग परहेज ही है।


सारणी 4•2 शिशु मृत्यु में लिंग असमानता

शिशु मृत्यु का लिंग	हिन्दू	मुस्लिम	योग
लड़की	39(52)	14(56)	53(53)
लड़का	36(48)	11(44)	47(47)
योग	75	25	100

नोट: कोष्ठक में अंक कॉलम प्रतिशत को दर्शाता है।

सारणी 4•2 से यह ज्ञात होता है कि लड़कियों की अपेक्षा लड़कों की शिशु मृत्यु कम हुई है। जिसमें से हिन्दू समुदाय में लड़कियों की मृत्यु **52** प्रतिशत तथा लड़को की मृत्यु **48** प्रतिशत हुई है। इसी प्रकार मुस्लिम समुदाय में लड़कियों की मृत्यु **56** प्रतिशत तथा लड़कों की मृत्यु **44** प्रतिशत हुई है।

निष्कर्ष में यह कहा जा सकता है कि लखनऊ जिले में इन्दिरा नगर के चयनित गाँवों में शिशुओं में लड़कों की तुलना में लड़कियों की मृत्यु अधिक होती है।



अध्याय 5
निष्कर्ष एवं सुझाव

निष्कर्ष एवं सुझाव

प्रस्तुत अध्याय में इस शोध प्रबंध के मुख्य निष्कर्षों पर प्रकाश डाला गया है तथा शिशु मृत्यु पर नियंत्रण हेतु सुझाव प्रस्तुत किया गया है। इस अध्ययन में शिशु मृत्यु दर को नहीं मापा गया है क्योंकि इसके लिये लगभग 1000 का प्रतिदर्श होना आवश्यक है। परन्तु मैंने शिशु मृत्यु के कई आयामों को समझने की कोशिश की है। इस संदर्भ में अध्ययन की सुलभता हेतु पांच अध्यायों में बाँटा गया है।

प्रथम अध्याय में प्रस्तुत शोध का परिचय, साहित्य की समीक्षा अध्ययन का महत्व है।

द्वितीय अध्याय में शोध प्रविधि का अर्थ एवं महत्व, अध्ययन के उद्देश्य तथा अध्ययन की उपकल्पनाएं तथा अध्ययन पद्धति की व्याख्या की गई है।

तृतीय अध्याय में शिशु मृत्यु से संबंधित कुछ ऐसे सामाजिक-आर्थिक कारकों का सूक्ष्म से विश्लेषण किया गया है जिसके कारण शिशु मृत्यु में विभिन्नताएं उत्पन्न हो जाती हैं ऐसे विभिन्न सामाजिक कारक जो शिशु मृत्यु को प्रभावित करती हैं। अध्ययन के उपरांत पाया गया कि माँ के शैक्षिक स्तर का भी शिशु मृत्यु से संबंध है अध्ययन के दौरान अशिक्षित महिलाओं में शिशु मृत्यु दर 65 है, जबकि माध्यमिक शिक्षा से अधिक शिक्षित महिलाओं में शिशु मृत्यु दर 6 है, फलस्वरूप उपरोक्त शोध के आधार पर हम कह सकते हैं कि हमारी उपकल्पना माता-पिता का शैक्षिक स्तर शिशु मृत्यु को निर्धारित करता है।

नवजात एवं पश्च नवजात अवस्था में शिशु मृत्यु के कारणों का विवेचन करने पर पाया गया कि नवजात अवस्था में बीमारी/प्रसव संबंधी असावधानी के कारण जबकि पश्च नवजात अवस्था में अज्ञानता एवं कुपोषण के कारण शिशु मृत्यु अधिक

पाई गई है, फलस्वरूप उपरोक्त शोध के आधार पर हम कह सकते हैं कि हमारी उपकल्पना सामाजिक-आर्थिक कारण शिशु मृत्यु को निर्धारित करता है।

चतुर्थ अध्याय 'शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानता' का उद्देश्य शिशु में लैंगिक असमानता का आंकलन करना है लिंग भेद की वजह से महिलाओं के यौन संबंधी अधिकार कम हो गए हैं, महिलाओं को जबरन कम उम्र में शादी और बच्चा पैदा करने को मजबूर किया जाता है। बेटे के लिए बार-बार गर्भवती होने को लाचार किया जाता है क्योंकि भारतीय मान्यता में बेटे से ही वंश बढ़ता है इस वजह से शिशु मृत्यु के मामले भी बढ़ते हैं। अध्ययन के उपरांत पाया गया कि लड़कों की अपेक्षा लड़कियों की शिशु मृत्यु अधिक हुई है। जिसमें से हिन्दू समुदाय में लड़कियों की मृत्यु 52 प्रतिशत तथा लड़कों की मृत्यु 48 प्रतिशत हुई है। इसी प्रकार मुस्लिम समुदाय में लड़कियों की मृत्यु 56 प्रतिशत तथा लड़कों की मृत्यु 44 प्रतिशत हुई है। शिशु मृत्यु में लैंगिक असमानता पाई जाती है लड़कों और लड़कियों के शिशु मृत्यु का आंकलन करने पर पाया गया कि लड़कियों के जन्मों में शिशु मृत्यु 53 प्रतिशत है जबकि लड़कों के जन्मों में शिशु मृत्यु 47 प्रतिशत पाया गया है, फलस्वरूप उपरोक्त शोध के आधार पर हम कह सकते हैं कि शिशुओं में लड़कों की तुलना में लड़कियों की अधिक मृत्यु होती है।

अंत में यह कहा जा सकता है कि लखनऊ जिले में इन्दिरा नगर के चयनित गाँवों में शिशु मृत्यु दर एक गंभीर समस्या है और इसे रोकने के लिए ईमानदारी से उपाय किये जाने चाहिए।

सुझाव

ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु के ऊपर किये गये अध्ययन के निष्कर्ष के आधार पर समस्या के निराकरण हेतु निम्नलिखित सुझाव दिये गये हैं, जो इस प्रकार हैं।

- अधिकतर गर्भवती महिलायें 15–29 वर्ष की आयु के मध्य में हैं। महिलाओं की आयु सीमा इस हिसाब से महत्वपूर्ण है क्योंकि यही वह समय होता है जिसमें महिलाओं में गर्भधारण करने की क्षमता सबसे अधिक होती। ऐसी आयु श्रेणी महिलाओं को उचित देखरेख तथा इलाज की आवश्यकता होती है जिसके द्वारा महिलायें स्वस्थ रहे। यदि वे गर्भ धारण करें, तो उनके गर्भस्थ शिशु भी स्वस्थ रहें तथा उन सब बीमारियों से बचें जो कि माँ की ओर से शिशु को गर्भ में ही हो जाती है।
- अधिकतर महिलाएं अशिक्षित हैं। ऐसी स्थिति में ठीक ढंग से अपनी एवं अपने शिशुओं की देखभाल नहीं कर सकती हैं। ऐसी स्थिति में सरकार की तरफ से उनकी देखभाल तथा इलाज की व्यवस्था होना आवश्यक है।
- कुछ महिलाओं का विवाह 18 वर्ष के आस-पास की आयु में हो जाता है। ऐसी स्थिति में बिना किसी परिवार नियोजन का उपाय करे अधिक प्रजनन हो सकता है। कम आयु में विवाह के कारण शारीरिक विकास सही तरीके से नहीं हो पाता है, तथा अधिक प्रजनन के कारण माँ एवं शिशु के स्वास्थ्य पर बुरा असर होता है। इसलिये विवाह की उम्र 19 वर्ष से कम नहीं होनी चाहिये।
- आशा बहुआ के पास बुखार, खांसी तथा दस्त की दवा उपस्थित रहती है। इसके साथ-साथ रोगी शिशु के लिये भी दवायें उपलब्ध होनी चाहिये।

- रक्ताल्पता भारत में महिलाओं की एक मुख्य बीमारी है तथा अध्ययन क्षेत्र में इसके रोगियों की संख्या बहुत अधिक है। रक्ताल्पता को दूर करने के लिए आयरन की गोलियां खाने को दी जाती हैं। गर्भावस्था में जिन महिलाओं में हीमोग्लोबिन सामान्य होता है उनको 1 गोली प्रतिदिन तथा जिनको हीमोग्लोबिन कम होता है उनको 2 गोली प्रतिदिन भोजन के साथ खानी चाहिये। इससे गर्भ में शिशु के स्वास्थ्य में सुधार होगा।
- सर्वप्रथम शिशुओं को जन्म होने के बाद समय-समय पर टिटनेस डिफ्थीरिया, काली खांसी डायरिया, खसरा आदि के टीके लगवाने चाहिये।
- प्रसव किसी सरकारी डाक्टरों या प्राइवेट डाक्टरों से करवाना चाहिये तथा अप्रशिक्षित कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित किया जाना चाहिये।
- कुपोषण के कारण होने वाली शिशु मृत्यु से बचने के लिये माँ के भोजन एवं स्वास्थ्य पर ध्यान देना चाहिये।
- यौन शिक्षा को प्रोत्साहन करना चाहिये।
- बाल-विवाह को बिल्कुल समाप्त किया जाये।
- अज्ञानता तथा निरक्षरता को समाप्त कर साक्षरता का स्तर उच्च किया जाये।

सन्दर्भ सूची

सन्दर्भ सूची

- स्वामी, अमृतलाल एण्ड मंगोल, सुदर्शन (1961), "इकोनोमिक इम्प्लीकेशन आफ इन्फेन्ट मीटीलिटी", *दि जनरल आफ फेमिली वेलफेयर* 7(4), 35-39।
- रूजिका, एल0टी0 एण्ड कानिटकर, टी. (1973), "इन्फेन्ट मीटीलिटी इन ग्रेटर बाम्बे" *डेमोग्राफी-इण्डिया*, 2(1), 41-55।
- सिंह, के0पी0 (1974), "चाइल्ड मीटीलिटी, सोशल स्टेट्स एण्ड फर्टिलिटी इन इण्डिया" *सोशल बाइलोजी*, 21(4), 385-388।
- अग्रवाल, आर0डी0 (1975), इनफ्लुएन्स आफ इन्फेन्ट एण्ड चाइल्ड मीटीलिटी इन इण्डिया इन कमेटी फार इण्टरनेशनल कोआर्डिनेशन आफ नेशनल रिसर्च इन डेमोग्राफी, सेमिनार आन इन्फेन्ट मारटेलिटी इन रिलेशन टू दि लेविल आफ फर्टिलिटी, बैंकाक, पेरिस, सी0आई0 सी0आर0ई0डी0।
- गुप्ता, के0सी0 एण्ड राव, आर0के0 (1976), "चाइल्ड लास इक्सपीरियंस इन ए रूरल एरिया," *जनरल आफ फेमिली वेलफेयर*, 23 (1)।
- चन्ना, एच0बी0 (1979), "ए स्टडी आफ इन्फेन्ट मीटीलिटी इन रूरल देलही," *डेमोग्राफी इण्डिया*, 8 (1), 217-225।
- मिगमा, एस0ए0 1980, सोशियो इकोनोमिक्स डिटरमिनेन्ट्स आफ इन्फेन्ट एण्ड चाइल्ड मारटेलिटी इन श्रीलंका, बर्थ फर्टिलिटी सर्वे 8।
- खान, एम0ई0 (1980), "डिटरमिनेन्ट्स आफ इन्फेन्ट मीटीलिटी इन उत्तर प्रदेश" ए माइक्रोलेविल स्टडी," *इन्फेन्ट मारटेलिटी इन इण्डिया*, अनुराधा के0 जैन एण्ड विसारिया प्रवीन, लन्दन: रोज।
- गण्डोत्रा, एम0एम0 दास एण्ड भट्ट, आर0वी, 1980, फैक्टर्स इन्फ्ल्यूवेंशिंग नियोनेटल मारटेलिटी इन इण्डिया, *कम्युनिटी डेमोग्राफी इण्डिया*, 9(182)।
- अग्रवाल,एस0एन0, (1981), "इण्डियाज पापुलेशन प्रॉब्लम्स", नई दिल्ली: टाटा मैक ग्रा-हिल पब्लिसिंग कम्पनी लिमिटेड।
- करमाकर, आर0 (1982), "टाइम सिरीज कैजुवल्टी बिटवीन इन्फेन्ट मीटीलिटी एण्ड फर्टिलिटी इन लेस डेवलपड कन्ट्रीज" डाक्टरल डेजरटेशन, सबमिटेड टू सिटी यूनीवर्सिटी आफ न्यूयार्क।
- गुनाशेषरन, एस0 (1983), "डिटरमिनेन्ट्स आफ मीटीलिटी इन रूरल एरिया आफ तमिलनाडु" पेपर सबमिटेड टू ए सेमिनार आन "डिटरमिनेन्ट्स आफ इन्फेन्ट मारटेलिटी

इन इण्डिया” इस्पान्सर्ड बाई दि गुजरात इन्स्टीट्यूट आफ एरिया प्लानिंग एण्ड पापुलेशन कौन्सिल (न्यूयार्क) अहमदाबाद।

- जकारिया, के०सी० एण्ड पटेल, एस० (1983), ट्रेण्डस एण्ड डिटरमिनेन्टस आफ इनफेक्ट एण्ड चाइल्ड मार्टेलिटी इन केरला”, *जनसंख्या*, 1(2)।
- महादेव के० 1984, *मार्टेलिटी बाइलोजी एण्ड सोसाइटी*, एनालिटिकल फ्रेमवर्क एण्ड कान्सेप्युवल मॉडल।
- पाठक, मुर्थी, परमार एवं सिंह (1985) “सोशियो, इकोनोमिक्स कोरिलेट्स आफ फर्टिलिटी एण्ड मार्टेलिटी डिक्लाइन इन इण्डिया”, *डेमोग्राफी इण्डिया*, 14(1), 17–33।
- संध्या, एस० (1986) “सोशियो–कल्चरल एण्ड इकोनोमिक कोरिलेट्स आफ इन्फेन्ट मार्टेलिटी, ए केश स्टडी आफ आन्ध्र प्रदेश, *डेमोग्राफी इण्डिया*, 15 (1), 86–102।
- अरोरा वाई०एल०, (1987) “इन्फेन्ट मार्टेलिटी एण्ड इट्स कोरिलेट्स इन ग्रेटर बाम्बे” हेल्थ एण्ड पापुलेशन, प्रासपेक्टिव एण्ड इसूज 12(4)।
- चौधरी पी० के० (2015) “एक्स प्लाइनिंग द रोल ऑफ पेरेंटल एजुकेशन इन द रीजनल इन इन्फेन्ट मार्टेलिटी इन इंडिया”, *एशिया*, 2(3), 544–572।
- गुप्ता, लादूसिंह एवं बोटोकी (2016) “स्पैशल क्लस्टरिंग एंड रिस्क फैक्टर्स ऑफ इन्फेन्ट मार्टेलिटी: डिस्ट्रिक्ट–लेवल असेसमेंट ऑफ हाई–फोकस स्टेट्स इन इंडिया, *जिनस*, 72(2), 1–17।
- रॉबिटेल् और चटर्जी (2018) “सेक्स–सेलेक्टिव एबॉर्शन एंड इन्फेन्ट मार्टेलिटी इन इंडिया: द रोल ऑफ पेरेंट्स’ स्टेटेड सन प्रीफेरेंस, *द जर्नल ऑफ डेवलपमेन्ट स्टडीस*, 54(1), 47–56।

वेबसाइट्स

<http://populationcommission.nic.in/facts1.htm>

<http://www.who.int/mediacenter/fatsheets>

<http://www.censusindia.gov.in>

<http://data.worldbank.org./indicator.SP.DYN.IMRT.IN>

परिशिष्ट

“ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु: लखनऊ जिले के चयनित गाँवों का
समाजशास्त्रीय अध्ययन”

**(Infant Mortality in Rural Area: A Sociological Study of
Selected Villages in Lucknow District)**

- (1) उत्तरदाता का नाम :-
- (2) उत्तरदाता की उम्र :-
- (3) लिंग :- (1) महिला ()
(2) पुरुष ()
- (4) आप किस धर्म का पालन करते हैं :-
(1) हिन्दू ()
(2) मुस्लिम ()
(3) अन्य ()
- (5) जाति :- (1) अनुसूचित जाति ()
(2) अनुसूचित जनजाति ()
(3) अन्य पिछड़ा वर्ग ()
(4) सामान्य/अन्य ()
- (6) शिशु के पिता का शैक्षिक स्तर :- (1) no education ()
(2) primary education ()
(3) secondary education ()
(4) higher education ()
(5) graduate ()

- (7) शिशु के माता का शैक्षिक स्तर :- (1) no education () (2) primary education ()
(3) secondary education () (4) higher education ()
(5) graduate ()

(8) शिशु के पिता का व्यवसाय :-

(9) शिशु के माता का व्यवसाय :-

(10) सभी स्रोतों से आपके परिवार की मासिक आय (रूपये में) :-

(11) आपके परिवार में कितने सदस्य हैं :-

(12) शिशु के परिवार का क्या स्वरूप है :- (1) संयुक्त परिवार () (2) एकांकी परिवार ()

(13) घर का प्रकार :- (1) कच्चा घर () (2) पक्का घर ()
(3) स्वयं का अर्ध कच्चा घर () (4) स्वयं का पूर्ण पक्का घर ()
(5) किराये का घर

(14) विवाह के समय आपकी उम्र कितनी थी ?

(15) जब आपने प्रथम बच्चे को जन्म दिया था, उस समय आपकी उम्र क्या थी ?
.....

(16) क्या आपने कभी किसी लड़का या लड़की को जन्म दिया है, जो जन्म के समय जीवित था/थी लेकिन बाद में एक वर्ष के अन्दर जिनकी मृत्यु हो गई ?

(1) हाँ () (2) नहीं ()

(17) यदि हाँ तो मृत शिशु का लिंग क्या था ?

(1) लड़का () (2) लड़की ()

(18) वर्तमान समय में आपके कितने जीवित बच्चे हैं ?.....

(19) इनमें से कितने पुत्र हैं और कितनी पुत्रियाँ हैं ?

(1) लड़का () (2) लड़की ()

(20) गर्भावस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड/सोनोग्राफी परीक्षण हुआ ?

(1) हाँ () (2) नहीं ()

(21) जब आप गर्भवती हुई उस समय क्या आप गर्भवती होना चाहती थी ?

- (1) हाँ () (2) नहीं () (2) पता नहीं ()
- (22) आपको पिछली गर्भावस्था के बारे में किस महीने में पता चला ?
- (1) गर्भावस्था के एक महीने के अन्दर ()
- (2) गर्भावस्था के दो से तीन महीने के अन्दर ()
- (3) गर्भावस्था के तीन महीने के बाद ()
- (4) पता नहीं ()
- (23) क्या आपने पिछली गर्भावस्था को पंजीकृत करवाई थी ?
- (1) हाँ () (2) नहीं ()
- (24) यदि हाँ तो किसके द्वारा पंजीकृत की गई थी ?
- (1) सरकारी डॉक्टर () (2) निजी डॉक्टर ()
- (3) ए0एन0एम () (4) आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ()
- (5) आशा () (5) अन्य ()
- (25) यदि हाँ तो गर्भावस्था के दौरान जब आपको पहली बार प्रसवपूर्ण देखभाल मिली, तब आप कितने महीनों से गर्भवती थी ?
- (1) महीने () (2) पता नहीं ()
- (26) गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार प्रसवपूर्ण देखभाल मिली ?
- (1) कितनी बार () (2) पता नहीं ()
- (27) गर्भावस्था के दौरान आपको प्रसवपूर्ण देखभाल कहा पर मिली ?
- (1) हॉस्पिटल () (2) सी0एच0सी ग्रामीण अस्पताल ()
- (3) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र () (4) आपके घर पर ()
- (5) माता-पिता के घर पर () (5) दूसरे के घर पर ()
- (5) अन्य ()
- (28) गर्भावस्था के दौरान प्रसवपूर्ण देखभाल के समय, क्या इनमें से कोई भी जांच कम से कम एक बार की गई थी ?
- (1) वजन लिया गया () (2) रक्तदाब की जांच ()

- (3) खून की जांच () (4) पेशाब की जांच ()
- (5) पेट की जांच () (6) प्रसव की सलाह ()
- (7) इनमें से कोई नहीं ()
- (29) गर्भावस्था के दौरान आपको आयन फॉलिक एसिड की गोलियाँ/सिरप की बोतले मिली है ?
- (1) हाँ () (2) नहीं ()
- (30) यदि हाँ तो आपको आयन फॉलिक एसिड की गोलियाँ/सिरप की बोतले कितनी मिली है ?
- (1) कितनी मिली () (2) पता नहीं ()
- (31) गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार टिटनेस का टीका (इंजेक्शन) लगाया गया था ?
- (1) कितनी बार () (2) पता नहीं ()
- (32) आप प्रसवपूर्ण जांच के लिए क्यों नहीं गई ?
- (1) जरूरी नहीं () (2) रिवाज नहीं ()
- (3) ज्यादा खर्चा () (4) बहुत दूर/जाने का साधन नहीं ()
- (5) परिवार से इजाजत नहीं मिली () (6) जाने का समय नहीं ()
- (7) अन्य ()
- (33) गर्भावस्था के दौरान आपको इनमें से कोई स्वास्थ्य समस्या हुई थी ?
- (1) हाथ, पैर और चेहरे पर सूजन आना ()
- (2) पीलापन/चक्कर/कमजोरी ()
- (3) अत्यधिक थकान ()
- (4) अत्यधिक उल्टी ()
- (5) अन्य ()
- (34) क्या आपने अपनी उन स्वास्थ्य समस्याओं के लिए किसी से इलाज करवाया था ?
- (1) हाँ () (2) नहीं ()
- (35) गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आंगनवाड़ी केन्द्र से कोई अनुपूरक पोषक आहार मिला था ?
- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(36) क्या प्रसव सामान्य रूप से, ऑपरेशन से या औजार के सहायता से हुआ था ?

- (1) सामान्य () (2) ऑपरेशन ()
(3) औजार से या अन्य मदद से () (4) अन्य ()

(37) आपका प्रसव कहाँ पर हुआ था ?

- (1) हॉस्पिटल () (2) सी0एच0सी ग्रामीण ()
(3) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र () (4) घर पर ()
(5) माता-पिता के घर पर () (6) अन्य ()

(38) आपका प्रसव किसने कराया था ?

- (1) डॉक्टर () (2) ए0एन0एम/नर्स ()
(3) प्राइवेट डॉक्टर () (4) दाई ()
(5) अन्य ()

(39) किन कारणों से आप प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर नहीं गयी थी ?

- (1) cost too much () (2) poor quality service ()
(3) no transport () (4) better care at home ()
(5) family did not allow () (6) lack of knowledge ()
(6) other ()

(40) प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र ले जाने के लिए यातायात की व्यवस्था किसने की थी ?

- (1) डॉक्टर () (2) ए0एन0एम/नर्स ()
(3) स्वास्थ्य कार्यकर्ता () (4) आंगनवाड़ी स्वास्थ्यकर्ता ()
(5) आषा () (6) पति ()
(7) सास () (8) स्वंम ()

(41) क्या आप जानती हैं कि नवजात शिशु को क्या-क्या कठिनाईया होती हैं ?

- (1) जीभ और ओठ नीला पड़ना () (2) सांस लेने में तकलीफ ()
(3) छूने में गरम/ठंडा लगना () (4) असामान्य तरीके से हिलना ()
(5) स्तनपान में कठिनाई () (6) शिशु का ना रोना ()

(42) क्या प्रसव के बाद 48 घंटे के अन्दर आपकी जाँच हुई थी ?

- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(43) प्रसव के कितने दिनों के बाद आपकी पहली बार जाँच की गई ?

- (1) दिनों में () (2) बिल्कुल जाँच नहीं हुई ()
(3) पता नहीं ()

(44) क्या प्रसव के बाद जन्म के 24 घंटे के अन्दर आपके बच्चे की जाँच हुई थी ?

- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(45) क्या आपने बच्चे को जन्म के बाद कुछ दिनों तक अपना पहला दूध पिलाया था ?

- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(46) क्या आपने शिशु को 6 महीने पूरे होने के पहले पानी दिया था ?

- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(47) क्या आपको जानकारी है कि यदि बच्चे को दस्त हो जाये तो क्या करना चाहिए ?

- (1) ओ0आर0एस0 घोल दिया () (2) नमक और चीनी का घोल ()
(3) नियमित सामान्य आहार () (4) अन्य ()

(48) क्या आपके पास ऐसा कोई कार्ड है जिस पर शिशु को लगाये गये टीकों का विवरण है ?

- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(49) क्या शिशु को बीमारियों से बचाव के लिए कभी कोई टीके लगाये गये थे ?

- (1) हाँ () (2) नहीं ()

(50) क्या शिशु को बी०सी०जी के टीके लगाये गये थे ?

(1) हाँ () (2) नहीं ()

(51) क्या शिशु को पोलियो की खुराक पिलाई गई थी ?

(1) हाँ () (2) नहीं ()

(52) क्या पोलियो की पहली खुराक जन्म के प्रथम दो सप्ताह के अन्दर दी गई थी या बाद में ?

(1) हाँ () (2) नहीं ()

(3) मालूम नहीं ()