महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभावः लखनऊ जिले का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन

(Implementation of Women Health Related Schemes and its Impact on Maternal Health: A Sociological Study of Lucknow District)

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय लखनऊ से समाजशास्त्र विषय में डॉक्टर ऑफ फिलॉसफी उपाधि हेतु प्रस्तुत

शोध–प्रबन्ध

शोध निर्देशक
प्रोफेसर मनीष के० वर्मा
समाजशास्त्र विभाग

शोधार्थी
आरती कुरील
नामांकन सं0 1216/15

समाजशास्त्र विभाग
अम्बेडकर अध्ययन विद्यापीठ
बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय
(एक केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
विद्या विहार, रायबरेली रोड, लखनऊ (उ०प्र०)

2021

मातृ देवो भवः

मेरी माँ के संघर्ष को समर्पित

उद्घोषणा

मैं, आरती कुरील यह घोषणा करती हूँ कि मैंनें महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव: लखनऊ जिले का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन **(Implementation of Women Health Related Schemes and its Impact on Maternal Health: A Sociological Study of Lucknow District)** विषय पर शोध कार्य प्रोफेसर मनीष के0 वर्मा, समाजशास्त्र विभाग, बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय, लखनऊ के निर्देशन में पूर्ण किया है। पीएच0डी0 की उपाधि हेतु प्रस्तुत शोध मेरा मौलिक कार्य है। प्रस्तुत शोध प्रबन्ध इससे पूर्व इस विश्वविद्यालय अथवा किसी अन्य विश्वविद्यालय में पीएच0डी0 उपाधि हेतु प्रस्तुत नहीं किया गया है। प्रस्तुत शोध प्रबन्ध पूर्ण रूप से प्लैग्यरिज्म मुक्त है।

स्थान: लखनऊ

दिनांक: 04-02-2021

आरती कुरील

(आरती कुरील)
शोधार्थी
समाजशास्त्र विभाग
अम्बेडकर अध्ययन विद्यापीठ
बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर (केन्द्रीय)
विश्वविद्यालय, लखनऊ

CERTIFICATE

This is to certify that the thesis titled महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभावः लखनऊ जिले का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन **(Implementation of Women Health Related Schemes and its Impact on Maternal Health: A Sociological Study of Lucknow District)** submitted by **Aarti Kureel** 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 Thesis submitted to **Babasaheb Bhimrao Ambedkar University, Lucknow,** satisfies all the requirements as stipulated in the ***Doctor of Philosophy (Ph.D)*** regulations –1999 as amended in 2008/2010/2013 and it is fit for submission and evaluation for the award of the degree of Doctor of Philosophy of the University.

Date...04/02/21

Supervisor

Head of the Department

आभार

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध को पूर्ण करने में मेरे गुरुजनों, परिजनों और मित्रों का सहयोग रहा है। मैं उनके प्रति कृतज्ञता का भाव प्रकट करती हूँ तथा यह आशा करती हूँ कि उनका आशीर्वाद सदैव मुझ पर बना रहे। मैं शोध कार्य हेतु आजीवन उनकी ऋणी रहूँगी।

सर्वप्रथम मै अपने श्रद्धेय शोध निर्देशक **प्रोफेसर मनीष के0 वर्मा** के प्रति हृदय से आभार एवं कृतज्ञता व्यक्त करती हूँ, जिनके मार्गदर्शन में शोध प्रबन्ध कार्य बिना किसी व्यवधान के गतिशील रहा और गुरुवर के कुशल मार्गदर्शन से मैं अपना शोध कार्य पूर्ण कर सकी। इसके साथ ही मैं अपने विभागाध्यक्ष प्रो0 बीरेन्द्र नारायण दुबे, प्रो0 कामेश्वर चौधरी, प्रो0 विभूति भूषण मलिक, डॉ0 जया श्रीवास्तव एवं डॉ0 बृजेश कुमार को आभार व्यक्त करती हूँ, जिन्होंनें शोध कार्य में बहुमूल्य दिशा–निर्देश एवं सुझाव दिये।

मैं बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय के प्रति भी आभार व्यक्त करती हूँ, जिसने मुझे पी0एच0डी0 पाठयक्रम में प्रवेश दिया और मैं अपने जीवन की बहुमूल्य उपलब्धि हासिल कर सकी।

मैं अपने पिता श्री भगवानदीन, माता श्रीमती पूनम, बहन भारती कुरील, सह प्राचार्य, महात्मा गांधी काशी विद्यापीठ, समाजकार्य विभाग, वाराणसी तथा भाई कमल व सावन के प्रति हार्दिक आभार व्यक्त करती हूँ, जिन्होनें सदैव मुझे प्रेरित किया। इसके साथ ही मैं अपने पति श्री राकेश कुमार पुष्कर का भी विशेष रुप से आभार प्रकट करती हूँ, जिन्होनें अपने काम से समय निकाल कर मेरे शोध कार्य को पूर्ण करने में अपना सहयोग प्रदान किया।

इसी क्रम में मैं बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय, लखनऊ विश्वविद्यालय, अमीरुद्दौला पुस्तकालयाध्यक्षों को धन्यवाद देती हूँ जिनके सहयेाग से बिना किसी कठिनाई के मुझे शोध कार्य पूर्ण करने में मदद मिली।

इसके अतिरिक्त मैं अपने प्रिय मित्रों रुचि, सुशील, अजय कुमार (कार्यालय सहायक) व अन्य शोधार्थी मित्रों का सहृदयपूर्वक आभार व्यक्त करती हूँ, जिनके प्रोत्साहन व सहयोग से मेरा शोध आसान हो सका।

दिनांक 04-02-2021

आरती कुरील

(आरती कुरील)
शोधार्थी
समाजशास्त्र विभाग
अम्बेडकर अध्ययन विद्यापीठ
बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर (केन्द्रीय)
विश्वविद्यालय, लखनऊ

विषय–सूची

अध्याय	विषय	पृष्ठ सं0
	उद्घोषणा	iii
	प्रमाण–पत्र	iv
	आभार	v-vi
	तालिका–सूची	viii-xi
	ग्राफ–सूची	xii-xiii
	प्रयुक्त संक्षिप्त शब्दावली	xiv-xvi
प्रथम अध्याय	प्रस्तावना	1–55
द्वितीय अध्याय	सामाजिक संरचना एवं समुदाय की पृष्ठभूमि	56–84
तृतीय अध्याय	महिला स्वास्थ्य : मुद्दे एवं समाधान	85–94
चतुर्थ अध्याय	मातृत्व स्वास्थ्य : सामाजिक एवं आर्थिक दृष्टिकोण	95–108
पंचम अध्याय	मातृत्व स्वास्थ्य : सामाजिक–सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का प्रभाव	109–126
षष्टम अध्याय	गर्भवती एवं धात्री माँ : कुछ विशेष स्वास्थ्य संबंधी मुद्दे	127–164
सप्तम अध्याय	महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव	165–197
अष्टम अध्याय	निष्कर्ष एवं सुझाव	198–211
	सन्दर्भ ग्रन्थ सूची	212–223
परिशिष्ट	साक्षात्कार अनुसूची	224–231
	छायाचित्र एवं समाचार पत्र संग्रह	

तालिका–सूची

सारणी संख्या	तालिकाओं का शीर्षक	पृष्ठ सं0
1.1	जनसंख्या पर आधारित स्वास्थ्य केन्द्र के मानक	13
2.1	चयनित विकास खण्डों का जनांकिकी सम्बन्धी विवरण	57
2.2	उत्तरदाताओं की जाति का वर्गीकरण	62
2.3	उत्तरदाताओं के परिवार का शैक्षणिक स्तर का वर्गीकरण	64
2.4	उत्तरदाताओं की आयु का वर्गीकरण	65
2.5	उत्तरदाताओं के परिवार की मासिक आय का वर्गीकरण	68
2.6	उत्तरदाताओं के मकानों का प्रकार	70
2.7	उत्तरदाताओं के मकान में कमरों की संख्या	71
2.8	उत्तरदाताओं के मकान में उपलब्ध सुविधाएँ	71
2.9	परिवार में जल आपूर्ति के उपलब्ध साधन	73
2.10	उत्तरदाताओं द्वारा पानी शुद्ध करने के तरीकों का वर्गीकरण	74
2.11	परिवार में पानी पीने से होने वाले रोग	75
2.12	गाँव को शहर से जोड़ने वाली रोड का प्रकार	75
2.13	रसोई घर में प्रयुक्त ऊर्जा स्रोत के साधन	76

2.14	घर में मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता	77
2.15	फोन की उपलब्धता का विवरण	78
2.16	परिवार में यातायात के साधनों की उपलब्धता	78
2.17	उत्तरदाताओं के परिवार की श्रेणी का वर्गीकरण	80
3.1	विवाह के समय महिलाओं की आयु	87
3.2	भारत के राज्यों में महिला शिक्षा का स्तर	89
3.3	महिलाओं में लिंग आधारित हिंसा/भेदभाव	92
4.1	उत्तरदाताओं की जाति के आधार पर वर्गीकरण	98
4.2	उत्तरदाताओं की वैवाहिक स्थिति के आधार पर वर्गीकरण	101
4.3	उत्तरदाताओं की मासिक आय के आधार पर वर्गीकरण	104
4.4	उत्तरदाताओं की पारिवारिक मामलों में निर्णय लेने में भूमिका	105
5.1.1	उत्तरदाताओं के गर्भधारण के कारणों का वर्गीकरण	113
5.4.1	उत्तरदाताओं के पुत्र हेतु विशेष व्रत व पूजा का प्रकार	118
5.5.1	उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य सम्बन्धी परीक्षण का विवरण	120
5.5.2	उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं की निस्तारण अवस्था का विवरण	121

5.5.3	उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी उपचार के प्रकार पर निर्भरता	121
5.5.4	उत्तरदाताओं में परिवार नियोजन की जानकारी का विवरण	122
5.5.5	उत्तरदाताओं में परिवार नियोजन अपनाये जाने का विवरण	123
6.3	उत्तरदाताओं में गर्भपात समस्या का विवरण	131
6.2.1	उत्तरदाताओं के गर्भधारण में सहमति/इच्छा का विवरण	132
6.2.2	उत्तरदाताओं में घरेलू हिंसा का विवरण	133
6.3	महिलाओं में एनीमिया के स्तर का वर्गीकरण	134
6.3.1	उत्तरदाताओं द्वारा दूध व उससे बनी वस्तुओं के लिए जाने की आवृत्ति	136
6.3.2	उत्तरदाताओं द्वारा हरी सब्जियां/दाल/मोटे अनाज लिए जाने की आवृत्ति	137
6.3.3	उत्तरदाताओं द्वारा माँस/मछली/अण्डें लिए जाने की आवृत्ति	138
6.5	उत्तरदाता द्वारा स्तनपान कराये जाने का विवरण	141
6.5.1	प्रसव के उपरान्त स्तनपान सम्बंधी समस्या	142
7.1	उत्तर प्रदेश और लखनऊ में मातृत्व सेवाओं की स्थिति	169–170
7.2.2	स्वास्थ्य योजना द्वारा प्राप्त लाभ का वर्गीकरण	177
7.3	अध्ययन क्षेत्र में स्वास्थ्य शिविरों के आयोजन का विवरण	178

7.4	अध्ययन क्षेत्र में आंगनबाड़ी केन्द्र की उपलब्धता	180
7.4.1	उत्तरदाता के घर से आंगनबाड़ी केन्द्र की दूरी	180
7.4.2	आंगनबाड़ी केन्द्र की स्थिति का विवरण	181
7.4.4	आंगनबाड़ी केन्द्र पर हेल्थ वर्कर की उपस्थिति का विवरण	183
7.4.5	उत्तरदाता से स्वास्थ्य पर ए0एन0एम0, आशा की चर्चा का विवरण	183
7.4.6	गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्यकर्ता द्वारा मिलने वाली पोषण की जानकारी का विवरण	184
7.4.7	उततरदाता से स्वास्थ्य कार्यकर्ता के सम्पर्क का विवरण	185
7.5	ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस का आयोजन	185
7.6	ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की जानकारी का वर्गीकरण	186
7.7	उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व देखभाल का पंजीकरण	187
7.7.1	उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व जांचकर्ता का विवरण	187
7.8	उत्तरदाताओं के प्रसव स्थान का विवरण	192
7.9	प्रसव के दौरान जाँच हेतु शुल्क का विवरण	193
7.10	उत्तरदाता की प्रसव के दौरान समस्या का विवरण	193

ग्राफ–सूची

ग्राफ सं0	ग्राफ का शीर्षक	पृष्ठ सं0
1.1	ग्रामीण स्वास्थ्य संरचना	12
1.2	लखनऊ जनपद का ब्लाकवार मानचित्र	44
2.1	उत्तरदाताओं के धर्म का वर्गीकरण	63
2.2	उत्तरदाताओं के परिवार के व्यवसाय का वर्गीकरण	66
2.3	उत्तरदाताओं के परिवार में कृषि योग्य भूमि की उपलब्धता	69
2.4	शौचालय का प्रकार	72
2.5	उत्तरदाताओं के परिवार का प्रकार	80
2.6	उत्तरदाताओं के परिवार में मुखिया	81
4.1	उत्तरदाताओं की आयु के आधार पर वर्गीकरण	97
4.2	उत्तरदाताओं की शिक्षा के आधार पर वर्गीकरण	100
4.3	उत्तरदाताओं की विवाह के समय आयु के आधार पर वर्गीकरण	102
4.4	उत्तरदाताओं के आय के स्त्रोत के आधार पर वर्गीकरण	103
4.5	उत्तरदाताओं के बच्चों की संख्या का विवरण	106
5.1	उत्तरदाताओं की प्रथम गर्भ के समय आयु का वर्गीकरण	111
5.2	गर्भावस्था के दौरान विशेष पूजा एवं संस्कारों के प्रचलन का वर्गीकरण	114

5.4.1	उत्तरदाताओं के परिवार में पुत्र की प्राथमिकता का वर्गीकरण	116
5.4.2	उत्तरदाताओं में पुत्र हेतु किए जाने वाले पूजा व व्रत के प्रचलन का विवरण	117
5.4.3	उत्तरदाताओं के परिवार में लड़की होने पर हीनता के अनुभव का विवरण	119
5.5.6	परिवार नियोजन के विषय पर चर्चा न कर पाने के कारणों का वर्गीकरण	123
6.1	उत्तरदाताओं में गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्याएँ	128
6.4	उत्तरदाता द्वारा भोजन किये जाने के समय का विवरण	140
7.2.1	उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं के बारे में जानकारी का विवरण	176
7.3.1	स्वास्थ्य शिविर से प्राप्त सेवाओं का विवरण	179
7.4.3	आँगनवाड़ी केन्द्र से प्राप्त सेवाओं का वर्गीकरण	182
7.7.2	उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व जाँच का विवरण	189
7.8.1	उत्तरदाताओं में प्रसवपूर्व प्राप्त सेवाएँ का विवरण	190
7.7.4	उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व जाँच के समय का विवरण	191
7.11	उत्तरदाताओं के प्रसव के दौरान हुई समस्या का विवरण	194

प्रयुक्त संक्षिप्त शब्दावली

ICDS	इन्टीग्रेट्ड चाइल्ड डेवलप्मेन्ट सर्विसेज
ASHA	एक्रीडेटिड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट
ANM	ऑक्र्जली नर्स मिडवाइफ
AIDS	एक्वायर्ड इम्यूनो डिफीसिएन्सी सिन्ड्रोम
STI	सेक्सुली ट्रान्समिटेड् इन्फेक्शन
RTI	रिप्रोडक्टिव ट्रान्समिटेड् इन्फेक्शन
VHND	विलेज हेल्थ एण्ड न्यूट्रीशनल डे
NRHM	नेशनल रूरल हेल्थ मिशन
CHC	कम्यूनिटी हेल्थ सेन्टर
PHC	प्राइमरी हेल्थ सेन्टर
WHO	वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गनाइजेशन
MDGs	मिलेनियम डेवलप्मेन्ट गोल्स
RCH	रिप्रोडक्टिव एण्ड चाइल्ड हेल्थ
IMR	इन्फेन्ट मोरटाल्टी रेट
MMR	मैटरनल मोरटाल्टी रेट
ANC	एन्टी नेटल केयर

AHS	एनुअल हेल्थ सर्वे
AWW	आंगनबाडी वर्कर
AWC	आंगनबाडी सेन्टर
DLHS	डिस्ट्रिक्ट लेविल हाउसहोल्ड सर्वे
IPHS	इन्डियन पब्लिक हेल्थ स्टैण्डर्ड
MCH	मैटरनल एण्ड चाइल्ड हेल्थ
MCTS	मदर एण्ड चाइल्ड ट्रैकिंग सिस्टम
MTP	मेडिकल टर्मिनल ऑफ प्रेग्नेन्सी
NFHS	नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे
SRS	सैम्पल रजिस्ट्रेशन सिस्टम
SC	सब सेन्टर
RMNCH +A	रिप्रोडक्टिव, मैटरनल, न्यूबोर्न चाइल्ड हेल्थ प्लस एडोल्सन्स
IFA	आयरन एण्ड फोलिक एसिड
MOHFW	मिनिस्ट्री आफ हेल्थ एण्ड फैमिली वेलफेयर
PNC	पोस्ट नेटल केयर
UNICEF	युनाइटेड नेशन इन्टरनेशनल चिल्ड्रन एण्ड एजुकेशन

	फण्ड
RKS	रोगी कल्याण समिति
NGOs	नॉन गर्वनमेन्ट ऑगनाईजेशन
FRU	फर्स्ट रेफरल यूनिट
LHV	लेडी हेल्थ विजिटर
ICPD	इण्टरनेशनल कॉफेंस ऑन पॉपूलेशन एण्ड डवलप्मेन्ट

प्रथम अध्याय

प्रस्तावना

प्रथम अध्याय

प्रस्तावना

1.1 प्रस्तावना

भारत एक विकासशील देश है और यह जनसंख्या की दृष्टि से विश्व में दूसरे स्थान पर है। यहाँ दो–तिहाई से भी अधिक जनसंख्या गाँवों में निवास करती है। अशिक्षा, गरीबी एवं स्वास्थ्य सुविधाओं के अभाव के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में विशेषकर महिलाओं की स्थिति काफी दयनीय है। राज्य द्वारा महिला स्वास्थ्य के विभिन्न मुद्दों के दृष्टिगत से कई स्वास्थ्य योजनाएँ क्रियान्वित की जा रही हैं ताकि प्रत्येक महिला को सुरक्षित व स्वस्थ जीवन मिल सके। उत्तर प्रदेश जैसें पिछड़े राज्यों में देखें तो महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति आम नागरिकों की तुलना में काफी निम्न है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार यहाँ संस्थागत प्रसव की 62.9 प्रतिशत सुविधा उपलब्ध होने के बावजूद भी सिर्फ 26.3 प्रतिशत महिलाओं को प्रसवपूर्व जाँच और देखभाल सेवाएँ उपलब्ध हो पाती हैं। 51 प्रतिशत से भी अधिक महिलाएँ एनीमिया (रक्तअल्पतता) से ग्रसित हैं, सामुदायिक स्तर पर प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ उपलब्ध हैं, लेकिन अशिक्षा व जागरूकता की कमी के कारण महिलाएँ मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं से आज भी वंचित हैं। यहाँ प्रति एक लाख पर 292 महिलाओं की मृत्यु प्रसव के दौरान उत्पन्न जटिलताओं के कारण हो जाती है **(स्रोतः एस0आर0एस0, 2012)**। वैश्विक स्तर पर मातृ मृत्यु दर 216 के मुकाबले भारत में 167 तक की गिरावट आई है, जोकि अभी भी अपने निश्चित लक्ष्य से काफी दूरी पर है**(स्रोतः आर0जी0आई0, एस0आर0एस0, 2015–16)**।

रंजन, (2004) ने मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले दो समूहों को वर्गीकृत किया। पहले में सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक कारक और दूसरे में प्रसूति देखभाल सुविधाएँ की उपलब्धता एवं पहुँच का स्तर को शामिल किया। महिलाओं के मातृत्व स्वास्थ्य का सम्बन्ध उनकी शैक्षिक, सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति से जुड़ा है, क्योंकि परम्परागत भारतीय समाज में महिलाओं को बचपन

से ही लैंगिक भेदभाव एवं हेय दृष्टि से देखने की प्रवृत्ति विद्यमान रही है। विशेष रूप से ग्रामीण परिवारों में दकियानूसी विचारधारा एवं निर्धनता के कारण उन्हें पर्याप्त पोषण व शिक्षा से वंचित रखा जाता है। **जॉनसन,(1990)** के अनुसार विकासशील देशों में महिलाएँ पुरूषों की तुलना में अधिक कुपोषित हैं, जिसका मुख्य कारण लैंगिक भेदभाव है। कम पोषण मिलने के कारण महिलाएँ कुपोषण की समस्या से ग्रसित हो जाती हैं। इसका प्रभाव उनके सम्पूर्ण शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य पर पड़ता है। अपरिपक्व आयु में विवाह हो जाने व कमजोर शरीर होने से महिलाओं को समयपूर्व प्रसव, शिशु का कम वजन, संक्रमण (सेप्सिस), एनीमिया, असुरक्षित गर्भपात इत्यादि समस्याओं का सामना करना पड़ता है, जिसके कारण कभी–कभी माँ व शिशु की मृत्यु भी हो जाती है। ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाएँ अत्यधिक काम के बोझ, खराब पोषण, परिवहन व संचार की अनुपस्थिति, उचित स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँचने में देरी, आपातकालीन प्रसूति सेवाओं का अभाव एवं खराब गुणवत्ता होने के कारण मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं से वंचित हैं।

1.2 मातृत्व स्वास्थ्य की अवधारणा

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू0एच0ओ0, 1986 :13) के अनुसार, ''स्वास्थ्य व्यक्ति की सम्पूर्ण शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक अवस्था है, न कि केवल किसी प्रकार के रोग या दुर्बलता की अनुपस्थिति।'' उक्त परिभाषा के दृष्टिगत् अच्छा स्वास्थ्य हर किसी की मूल आवश्यकता है, चाहे वह पुरूष हो या फिर एक महिला। लेकिन जब बात महिला स्वास्थ्य की हो, तब यह और भी महत्वपूर्ण हो जाता है, क्योंकि महिलाएँ समाज व परिवार की महत्वपूर्ण इकाई हैं, जिस पर भावी भविष्य के निर्माण की जिम्मेदारी होती है। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने मातृत्व स्वास्थ्य को गर्भावस्था के दौरान, प्रसव व प्रसव पश्चात् महिला के स्वस्थ होने की स्थिति के रूप में परिभाषित किया है।

जॉनसन, (2010) के अनुसार मातृत्व स्वास्थ्य को बेहतर समाज के सामाजिक एवं आर्थिक विकास, शिक्षा, पोषण, स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति व

स्वास्थ्य प्रदाताओं के प्रशिक्षण में सुधार इत्यादि द्वारा ही किया जा सकता है। 1950 से पूर्व मातृत्व स्वास्थ्य सिर्फ परिवार नियोजन कार्यक्रमों तक ही सीमित था, किन्तु प्रसव के दौरान मातृत्व मृत्यु दर में निरन्तर वृद्धि होने के कारण मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान दिया जाने लगा, जिसमें प्रसवपूर्व (ए0एन0सी0), प्रसव के दौरान देखभाल (डिलिवरी केयर) एवं प्रसव पश्चात् देखभाल (पी0एन0सी0) सेवाओं को महिलाओं तक सुनिश्चित कराने के लिए कई स्वास्थ्य योजनाओं यथा–राष्ट्रीय ग्प्रमीण स्वास्थ्य मिशन, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य, जननी सुरक्षा योजना, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम तथा राज्य स्तर पर स्वास्थ्य एवं पोषण कार्यक्रम चलाये जा रहे हैं। जिससे मातृत्व स्वास्थ्य स्तर में सुधार किया जा सके, किन्तु इन योजनाओं के सुचारु रुप से क्रियान्वयन न होने के कारण निचले स्तर के तबकों तक पहुँचते–पहुँचते यह अपनी गुणवत्ता खो देती हैं। जिससे विशेषकर महिलाएँ योजनाओं का लाभ लेने से वंचित रह जाती हैं। महिलाओं में अशिक्षा व जागरूकता की कमी के कारण भी उनमें स्वास्थ्य सेवाओं के उपादेयता के प्रति उदासीनता विद्यमान रहती है। महिला स्वास्थ्य,विशेषकर मातृत्व स्वास्थ्य में सुधार लाने के लिए पिछले कुछ दशको में अन्तर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय स्तर पर कई प्रयास किए गए है,जिसे ऐतिहासिक पृष्ठभूमि में वर्णित किया गया हैं।

1.3 ऐतिहासिक पृष्ठभूमि

6–12 सितम्बर,1978 को आयोजित **अल्मा एटा अन्तर्राष्ट्रीय सम्मेलन** में ''हेल्थ फॉर ऑल'' के दृष्टिकोण की कल्पना की गयी और विश्व स्तर पर सभी के लिए स्वास्थ्य का लक्ष्य रखा गया। इस घोषणा में सभी देशों की सरकारों से अपनी–अपनी परिस्थितियों के अनुसार राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की घोषणा करने और सभी नागरिकों को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराने का आवाह्न किया गया। भारत ने भी इस उद्घोषणा से प्रभावित होकर भारतीय संसद में सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवाओं को सुनिश्चित करने का लक्ष्य निर्धारित किया। **रंजन एवं स्टोन्स, (2004)** ने वृहत स्तर पर स्वतंत्र भारत में मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल के ऐतिहासिक विकास पर चर्चा की। 1948 की विकास समिति व प्रथम

स्वास्थ्य सर्वेक्षण की सिफारिशों के बाद स्थापित ब्यूरो द्वारा राज्यों में मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता के प्रशिक्षण और राज्य तथा स्थानीय स्तर पर मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य कल्याण सेवाओं को पहुँचाना था। प्रथम पंचवर्षीय योजना में पिछड़े इलाकों में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं में विस्तार किया गया। दूसरी पंचवर्षीय योजना में मातृ सेवाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं का अभिन्न अंग बनाया गया। 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं को प्राथमिकता दी गई। इस नीति का मुख्य घटक महिला स्वास्थ्य कल्याण पर केंद्रित था। नीति में यह कहा गया कि यदि महिलाओं को रोगों से बचाने के लिए स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध नहीं करायी गयी तो सम्पूर्ण स्वास्थ्य व्यवस्था विफल हो जाएगी। 1990 में सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम के अर्न्तगत् प्रसूति देखभाल सेवाएँ और नियमित जाँच द्वारा जोखिम लक्ष्णों का पता करके निवारण और प्रसूति स्वास्थ्य देखभाल हेतु सामुदायिक जागरुकता उत्पन्न करना था। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2000) में सुरक्षित प्रसव की अपेक्षा स्वच्छ प्रसव पर ध्यान दिया गया।

सन् 1988 में द्वितीय अन्तर्राष्ट्रीय सम्मेलन जो कि एडीलेड में आयोजित हुआ। इसमें स्वास्थ्य को बेहतर बनाने की रणनीति के साथ महिला स्वास्थ्य के मुद्दे को भी उठाया गया और महिला स्वास्थ्य को एक अलग क्षेत्र के रूप में विकसित करने का सुझाव दिया गया। विगत् वर्षो में बड़े पैमाने पर महिलाओं की स्वास्थ्य सम्बन्धी आवश्यकताओं को सिर्फ महिला के प्रजनन कार्य तक ही सीमित माना गया, जिसे अब सभी राष्ट्रों में मान्यता दी जाने लगी।

आई0सी0पी0डी0 सम्मेलन (1994) काहिरा में दि इंटरनेशनल कांफ्रेंस ऑन पॉपूलेशन एण्ड डवलपमेंट में प्रजनन स्वास्थ्य की तरफ शिक्षाविद्ों, शोधकर्ताओं तथा सरकारी एवं गैर–सरकारी संगठनों के कार्यक्रमों की गतिविधियों के मध्य व्यापक ध्यान आकर्षित किया गया। जिसमें गर्भावस्था, बच्चे के जन्म और प्रसव के उपरान्त देखभाल, स्तनपान, मातृत्व एवं शिशु पोषण, बांझपन, यौन व्यवहार, यौन संक्रमण व एच0आई0वी0 आदि मुद्दे शामिल किये गये। सहस्त्राब्दी विकास लक्ष्य (MDGs) में भी मातृ स्वास्थ्य शिक्षा एवं मातृ मृत्यु

दर को कम करने का लक्ष्य रखा गया, जिसका लक्ष्य 2015 तक मातृ मृत्यु दर (एम0एम0आर0) में तीन चौथाई तक कमी लाने का संकल्प लिया गया, किन्तु अभी भी यह अपने निश्चित लक्ष्य से काफी दूर हैं।

1.3.1 भारत में स्वास्थ्य समितियाँ/नीतियां एवं पंचवर्षीय योजनाएँ

भारत ने 1983 में पहली औपचारिक राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति को अपनाया, जिसमें प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं देखभाल सेवाओं को पूर्नजीवित करने पर अधिक जोर दिया गया और 2000 तक ''सभी के लिए स्वास्थ्य'' (Health for all) का लक्ष्य निर्धारित किया गया। इससे पूर्व देश में स्वास्थ्य गतिविधियाँ पंचवर्षीय योजनाओं व समितियों की सिफारिशों के माध्यम से संचालित की जाती थी। पंचवर्षीय योजनाओं में स्वास्थ्य से सम्बंधित योजनाओं के लक्ष्य निर्धारित कर समयावधि में पूर्ण करने का लक्ष्य रखा गया था, जिनमें से कुछ पंचवर्षीय योजनाओं में लक्ष्य से अधिक वृद्धि हुई और कुछ में गिरावट आयी। भारत में स्वास्थ्य सेवाओं के अधिक विकास और विस्तार की आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए कई समितियों का गठन किया गया, जो निम्नवत् है–

भोरे समिति (1943)

सरकार द्वारा सर जोसेफ भोरे की अध्यक्षता में एक समिति का गठन किया गया, जिसे भोरे समिति के नाम से जाना जाता है। इस समिति का गठन भारत में मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति की समीक्षा करने और भविष्य हेतु सुदृढ़ स्वास्थ्य तंत्र का निर्माण करना था। समिति की सिफारिशें सार्वजनिक स्वास्थ्य के इतिहास में मील का पत्थर साबित हुई, जिसमें प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के विकास की कल्पना की गयी। चिकित्सा शिक्षा में परिवर्तन के साथ, निवारक व उपचारात्मक सेवाओं का एकीकरण किया गया।

मुदालियर समिति (1962)

भारत सरकार द्वारा 1962 में डॉ0 ए0 एल0 मुदालियर की अध्यक्षता में समिति गठित की गयी। इसे स्वास्थ्य सर्वेक्षण व पालन समिति के नाम से जाना

जाता था। जिसे स्वास्थ्य सेवाओं के विकास एवं विस्तार के लिए सिफारिशें देने के लिए गठित किया गया। समिति ने पाया कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता अपर्याप्त है। जिसमें प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के साथ अस्पतालों को मजबूत बनाने की सलाह दी गयी।

चड्ढा समिति (1963)

चड्ढा समिति का गठन राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम के क्रियान्वयन की व्यवस्था का अध्ययन करने हेतु किया गया था। समिति ने चिकित्सा संस्थानों के माध्यम से मलेरिया कार्यक्रम के अलावा स्वास्थ्य सहायकों की देखरेख में परिवार नियोजन सम्बंधित सर्वेक्षण करना था।

मुखर्जी समिति (1965)

भारत सरकार ने परिवार नियोजन के क्षेत्र में नीतियों की समीक्षा के लिए स्वास्थ्य विभाग की सचिव मुखर्जी की अध्यक्षता में समिति नियुक्त की, जिसमें परिवार नियोजन के अलावा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा मलेरिया को दूर करने का सुझाव दिया गया।

जंगलावाला समिति (1967)

इस समिति का गठन देश की सभी स्वास्थ्य सेवाओं का एकीकरण करने, सरकारी डॉक्टरों द्वारा निजी प्रैक्टिस के दौरान गर्भपात तथा डॉक्टरों की सेवाओं में सेवा शर्तों से जुड़ी विभिन्न समस्याओं पर ध्यान देने के लिए किया गया।

करतार सिंह समिति (1973)

करतार सिंह समिति का गठन परिधीय और पर्यवेक्षण स्तरों पर स्वास्थ्य सेवाओं के एकीकरण के लिए रुपरेखा बनाना था, जिसमें स्वास्थ्य पर्यवेक्षक की नियुक्ति स्वास्थ्य सेवकों के कार्य की देखरेख करने के लिए की गई।

श्रीवास्तव समिति (1974)

श्रीवास्तव समिति स्वास्थ्य, शिक्षा एवं जनशक्ति के समर्थन के रूप में स्थापित की गई थी, जिसमें प्राथमिकताओं के आधार पर आवश्यक सुझाव दिये गये। इन सिफारिशों में स्वास्थ्य सहायकों हेतु एक पाठ्यक्रम विकसित का सुझाव दिया गया। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (PHC) से तहसील, जिला, एवं क्षेत्रीय स्तर पर अस्पतालों में रेफरल व्यवस्था का विकास किया जाना चाहिए तथा विश्वविद्यालय अनुदान आयोग की तर्ज पर एक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य शिक्षा आयोग स्थापित किया जाना चाहिए।

बजाज समिति (1977)

इस समिति की प्रमुख सिफारिशें राष्ट्रीय चिकित्सा नीति व स्वास्थ्य विज्ञान के लिए एक शैक्षिक आयोग की स्थापना तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तैयार करना था। इस तरह भारत में समय–समय पर स्वास्थ्य से जुड़ें मुद्दों पर चर्चा व उसके निवारण के लिए समितियों का गठन किया गया।

1.3.2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 का मुख्य उद्देश्य प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार एवं विकेन्द्रीकरण करके देश में जन साधारण तक बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध कराना था। जिन क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव पाया गया, वहाँ पर नई सुविधाएँ जुटाने व वर्तमान में स्वास्थ्य संस्थानों के निर्माण की रणनीति बनायी गयी।

1.3.3 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017)

इस नीति का प्राथमिक उद्देश्य सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल तथा वहनीय लागत पर सभी को गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ उपलब्ध कराना है। सभी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सम्बन्धी स्थिति में सुधार करना तथा सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा प्रदत्त निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक, प्रशासक और पुनर्वास सम्बन्धी सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार एवं विस्तार करना

था। इस नीति में एक स्वस्थ भारत के निर्माण हेतु अनेक मध्यकालिक लक्ष्य बनाये गये हैं। इनमें से प्रमुख लक्ष्य बिन्दुवार निम्नलिखित हैं–

1. जन्म के समय जीवन प्रत्याशा को 67.5 वर्ष से बढ़ाकर वर्ष 2025 तक 70 वर्ष करने का लक्ष्य रखा गया।
2. वर्ष 2025 तक 'कुल प्रजनन दर' को घटाकर 2.1 तक लाने का लक्ष्य रखा गया। वित्तीय वर्ष 2016 में भारत में प्रति महिला प्रजनन दर 2.3 थी।
3. पाँच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर को कम करके वर्ष 2025 तक 23 प्रति हजार जीवित जन्म तक लाना तथा मातृ मृत्यु दर (MMR) को वर्तमान स्तर 167 से घटाकर वर्ष 2020 तक 100 प्रति लाख प्रसव के स्तर पर लाना।
4. शिशु मृत्यु दर (IMR) को वर्ष 2019 तक घटाकर 28 प्रति हजार के स्तर पर लाना।
5. वर्ष 2020 तक एच0आई0वी0/एड्स के लिये 90:90:90 के वैश्विक लक्ष्य को प्राप्त करना।
6. वर्ष 2025 तक मौजूदा सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग में 50 प्रतिशत की वृद्धि करना।

1.3.4 स्वास्थ्य एवं पंचवर्षीय योजनाएँ

भारत में पंचवर्षीय योजनाओं में स्वास्थ्य के बुनियादी ढाँचे को बेहतर बनाने पर अधिक बल दिया गया, जिसमें महिला स्वास्थ्य हेतु उचित प्रावधान किये गये।

प्रथम पंचवर्षीय योजना (1952)

1950 के दशक में भारत सरकार ने सामुदायिक विकास कार्यक्रम (CDP) की स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (PHC) की स्थापना की सिफारिशों को स्वीकृत किया। इस पंचवर्षीय योजना में परिवार नियोजन कार्यक्रमों को लागू किया गया, जिसे स्वास्थ्य कार्यकर्त्ताओं के

माध्यम से सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार हो सके। उस समय पूरे देश में 12,600 अस्पताल और औषधालय थे, लेकिन ये सुविधाएँ संतोषजनक नहीं थी। इसलिए मुदालियर समिति गठित की गयी।

दूसरी पंचवर्षीय योजना (1956)

इस योजना का मुख्य उद्‌देश्य सम्पूर्ण भारत में स्वास्थ्य ढाँचे यानि डिस्पेंसरी, स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों (डॉक्टरों, नर्सों) अस्पतालों की स्थिति में सुधार किया गया।

तीसरी पंचवर्षीय योजना (1961)

यह योजना परिवार नियोजन कार्यक्रमों पर केन्द्रित थी। इसका लक्ष्य संचारी रोग जैसें–मलेरिया, चेचक आदि को नियंत्रित करके लोगों की शारीरिक क्षमता को सुनिश्चित करना था। इसके अर्न्तगत् बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम को परिवार नियोजन में एकीकृत करने का निर्णय लिया गया।

चौथी पंचवर्षीय योजना (1969)

इस योजना में सलाहकार समिति द्वारा मातृ एवं बाल स्वास्थ्य (MCH) के लक्ष्यों को निर्धारित किया गया, जिसमें गर्भवती महिलाओं के टीकाकरण, एनीमिया के लिए कार्यक्रमों का प्रारुप तैयार किया गया।

पाँचवी पंचवर्षीय योजना (1974)

पाँचवी पंचवर्षीय योजना के दौरान गरीबी को कम करने के लिए न्यूनतम आवश्यकताओं कार्यक्रमों की शुरुआत की गई। इसमें स्वास्थ्य, पानी, आवास, विद्युतीकरण, प्राथमिक शिक्षा, पोषण आदि मूलभूत सेवाओं को लोगों तक पहुचानें का लक्ष्य निर्धारित किया गया। इस योजना के अर्न्तगत् सामुदायिक स्वास्थ्य स्वंयसेवकों (CHV) को समुदाय में सेवाओं को अधिक सार्थक बनाने के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रमों की भी शुरुआत की गयी।

छठी पंचवर्षीय योजना (1980)

यह योजना प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के ढाँचागत् विकास और सेवाओं के एकीकरण पर केन्द्रित थी। इसके अतिरिक्त टीकाकरण, एनीमिया (पूरक पोषण) के कार्यक्रमों का विस्तार करके स्वास्थ्य व पोषण की स्थिति में सुधार किया गया।

सातवीं पंचवर्षीय योजना (1985)

इस पंचवर्षीय योजना में महिलाओं के स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की प्राथमिकता पर जोर दिया।

आठवीं पंचवर्षीय योजना (1992)

इस पंचवर्षीय योजना में एड्स नियंत्रण पर अधिक ध्यान केन्द्रित किया गया था, जोकि देश में एक नई स्वास्थ्य समस्या के रूप में सामने थी।

नौवीं पंचवर्षीय योजना (1997)

इस योजना का लक्ष्य जनसंख्या वृद्धि पर नियंत्रण तथा समाज के कमजोर वर्गों तक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पानी, पोषण) उपलब्ध कराने पर केन्द्रित थी। इस योजना में प्रजनन व बाल स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान दिया गया, क्योंकि प्रजनन व बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए विश्व बैंक व बाहरी एजेन्सियों द्वारा फण्ड दिया जाता था।

दसवीं पंचवर्षीय योजना (2000)

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर सम्पूर्ण भारत में गैर–संचारी रोगों (रतौंधी, कैंसर, मानसिक स्वास्थ्य, आयोडिन की कमी) के लिए निवारक व उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाओं में सुधार किया गया।

ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना (2007)

देश की स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर बनाने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत की गयी। परिवार कल्याण कार्यक्रमों के क्रियान्वयन की समीक्षा करके उनमें सुधार किया गया। इस योजना के दौरान महिलाओं और बच्चों पर विशेष ध्यान देने के लिए प्रसव सम्बन्धी सेवाओं पर सुधार किया गया।

बारहवीं पंचवर्षीय योजना (2012)

योजना आयोग द्वारा स्वास्थ्य पर बजट को 1.2 प्रतिशत से बढ़ाकर उसे 3 प्रतिशत करने का निर्णय लिया गया। उपरोक्त पंचवर्षीय योजनाओं के विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि स्वास्थ्य से सम्बन्धित कार्यक्रमों के क्रियान्वयन हेतु समय–समय पर राज्य द्वारा नीतियाँ बनायी गयी किन्तु इन नीतियों व पंचवर्षीय योजनाओं में मातृत्व स्वास्थ्य तथा महिला स्वास्थ्य का विषय अपेक्षित रहा।

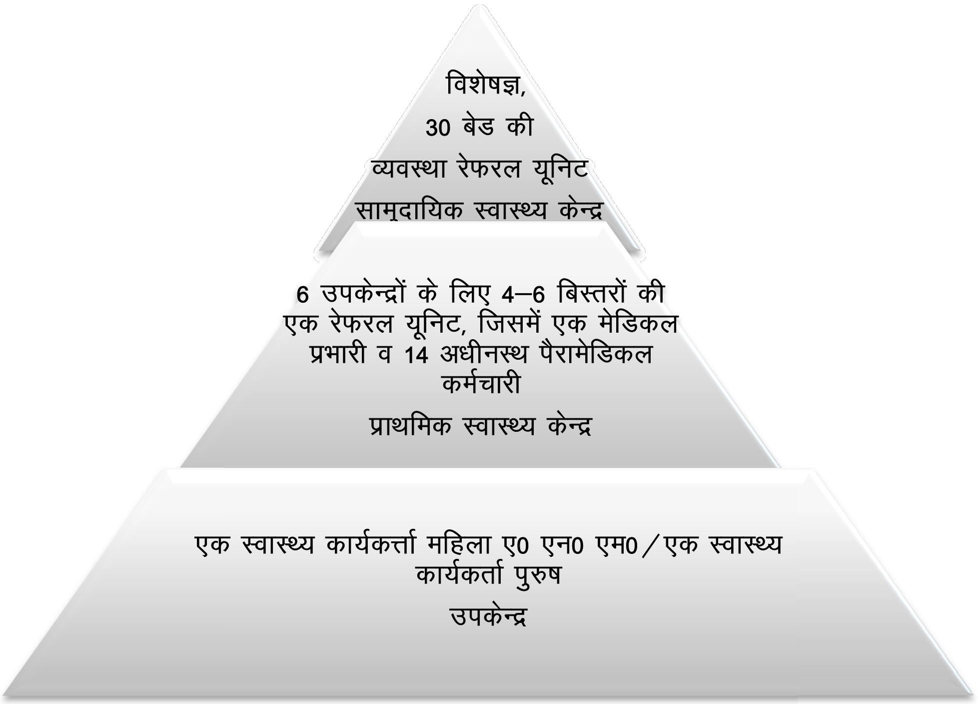
प्रस्तुत शोध अध्ययन ग्रामीण पृष्ठभूमि पर आधारित हैं अतः ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल संरचना का विवरण भी करना अत्यन्त आवश्यक हैं जो निम्नवत् हैं–

1.4 भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल संरचना

स्वतंत्रता के बाद ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल का बुनियादी ढाँचा तीन स्तरीय प्रणाली के रुप में विकसित किया गया। इसका विकास सम्पूर्ण ग्रामीण आबादी को ध्यान में रखकर जनसंख्या मानकों के आधार पर हुआ ताकि सभी लोगों तक स्वास्थ्य सुविधाएं पहुँचायी जा सके। यह संरचना एक पिरामिड के आकार की होती है, जिसके निम्न स्तर में उपकेन्द्र होता है, दूसरे स्तर में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा तीसरे स्तर पर सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र है। चौथे पर (शीर्ष) जिला अस्पताल होता है। नीचे के तीनों स्तरों को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के रुप में जाना जाता है।

ग्राफ संख्या 1.1

ग्रामीण स्वास्थ्य संरचना



देश में 31 मार्च, 2019 तक ग्रामीण क्षेत्रों में 1,57,411 उपकेन्द्र (SC), 2,4,855 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (PHC) और 5,335 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (CHC) कार्यरत है। उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य केन्द्रों में ए0एन0एम की संख्या 2,9082 है। डॉक्टर की संख्या 1329, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विशेषज्ञों की संख्या 484 हैं जिसमें 2232 की कमी है। जिससे यह ज्ञात होता है कि विशेषज्ञों की कमी होने के कारण महिलाओं को इलाज नहीं मिल पाता है।

सारणी संख्या 1.2

जनसंख्या पर आधारित स्वास्थ्य केन्द्र के मानक

स्वास्थ्य केन्द्र	जनसंख्या मानक	
	मैदानी क्षेत्र	पहाड़ी / जनजातीय क्षेत्र
उपकेन्द्र	5000	3000
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द	30,000	20,000
सामुदायिक केन्द्र	12,000	80,000

स्त्रोतः ग्रामीण स्वास्थ्य रिपोर्ट,(2018)

उपकेन्द्र (SC)

उपकेन्द्र प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और समुदाय के बीच सबसे पहला परिधीय मिडवाइफ सम्पर्क बिन्दु हैं। प्रत्येक उपकेन्द्र को कम से कम एक सहायक नर्स (ए0एन0एम) / महिला स्वास्थ्य कार्यकर्त्ता और एक पुरुष स्वास्थ्य (MPW) कार्यकर्ता द्वारा क्रियान्वित किया जाता है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (PHC)

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ग्रामीण समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच पहला सम्पर्क बिंदु है। ग्रामीण आबादी के लिए एकीकृत उपचारात्मक और निवारक देखभाल उपलब्ध कराने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को स्थापित किया गया था। एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को IPHS के मानकों के अनुसार 14 पैरामेडिकल और अन्य स्टाफ, समर्थित चिकित्सा अधिकारी द्वारा क्रियान्वित किया जाता है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (CHC)

ग्रामीण जनता को मुख्य एवं विशिष्ट चिकित्सा सेवायें उपलब्ध कराने के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना की गयी। एक सी0एच0सी0 को चार चिकित्सा विशेषज्ञों यानी सर्जन, चिकित्सक, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल

रोग विशेषज्ञ तथा सहयोग के लिए 21 अन्य कर्मचारी संचालित करते हैं। IPHS के मानक अनुसार सी0एच0सी0 में एक ओटी, एक्स–रे, लेबर रूम और प्रयोगशाला सुविधाओं सहित 30 बेड की व्यवस्था होती है।

प्रथम रेफरल इकाई (FRU)

वह स्वास्थ्य केन्द्र जहाँ आपातकालीन प्रसूति सेवा एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाएँ 24 घण्टे उपलब्ध हो, उसे रेफरल इकाई घोषित कर दिया जाता है। एफ0आर0यू0 के लिए तीन महत्वपूर्ण निर्धारक सिजेरियन ऑपरेशन, आपातकालीन प्रसूति देखभाल एवं नवजात देखभाल तथा 24 घण्टे भण्डारण की सुविधा होते हैं।

रोगी कल्याण समितियाँ (RKS)

जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तीनों स्तर पर रोगी कल्याण समितियों का गठन किया गया है। देश में 90 प्रतिशत से अधिक जिला अस्पतालों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में रोगी कल्याण समितियाँ हैं। जो अपने स्वास्थ्य केन्द्रों में लोगों के स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए वार्षिक अनुदान प्राप्त करती हैं ताकि जनसमुदाय तक बेहतर स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध करायी जा सके। रोगी कल्याण समितियाँ स्वास्थ्य कार्यक्रमों की गुणवत्ता का अनुश्रवण तथा प्रतिपुष्टि प्राप्त कर उनमें सुधार करती हैं।

ग्रामीण स्वास्थ्य रिपोर्ट,(2019) के अनुसार 2005 में उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों में 20,521 उपकेन्द्र, 3,660 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और 386 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र संचालित थे। जिनकी संख्या 2019 में बढ़कर 20,782 उपकेन्द्र (स्वास्थ्य कल्याण केन्द्र HWCS सहित), 2936 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और 679 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र हो गये हैं। लखनऊ जनपद में 291 उपकेन्द्र, 18 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और 17 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र संचालित हैं,जिसमें 15 स्वास्थ्य कल्याण उपकेन्द्र व 62 स्वास्थ्य एवं कल्याण केन्द्र और जिला अस्पतालों की संख्या 10 हैं।

1.5 स्वास्थ्य योजनाओं के क्रियान्वयन एवं संगठन

भारत में स्वास्थ्य कार्यक्रमों एवं योजनाओं के सुव्यवस्थित संचालन के लिए केन्द्र से लेकर ग्राम स्तर तक संगठनात्मक ढाँचा विकसित किया गया है, जिसके आधार पर योजनाओं के क्रियान्वयन, अनुश्रवण व समीक्षात्मक कार्य किये जाते हैं। सरकार द्वारा स्वास्थ्य योजनाओं के क्रियान्वयन व प्रबन्धन को सुचारु रूप से चलाने के लिए तीन स्तरों पर विभाजित किया है–

1. केन्द्रीय स्तर पर स्वास्थ्य व्यवस्था
2. राज्य स्तर पर स्वास्थ्य व्यवस्था
3. जिला स्तर पर स्वास्थ्य व्यवस्था

राज्य और केन्द्रशासित प्रदेश योजना के क्रियान्वयन के लिए राज्य, जिला और नगर स्तरीय समितियाँ गठित करते हैं। जिनके द्वारा योजनाओं के क्रियान्वयन का दायित्व राज्य स्तर पर राज्य स्वास्थ्य मिशन तथा जिला स्तर पर जिला स्वास्थ्य मिशन का होता हैं।

1. राज्य स्तर पर समिति

प्रत्येक राज्य में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के आयुक्त/सचिवों के दिशा निर्देशन में कार्यक्रमों का क्रियान्वयन किया जाता है।

2. जिला स्तर पर समिति

जिला स्तर पर जिला मजिस्ट्रेट, मुख्य चिकित्सा निरीक्षक द्वारा योजनाओं के क्रियान्वयन व समीक्षा का कार्य किया जाता हैं। मॉनीटरी समिति व कार्यकारी समिति के द्वारा स्वास्थ्य सुविधाओं पर चर्चा एवं पुनरीक्षा की जाती है। जिला स्वास्थ्य मिशन का गठन जिला स्तर की स्वास्थ्य कार्यक्रमों तथा योजनाओं का संचालन हेतु किया जाता है।

जिला स्वास्थ्य मिशन का गठन

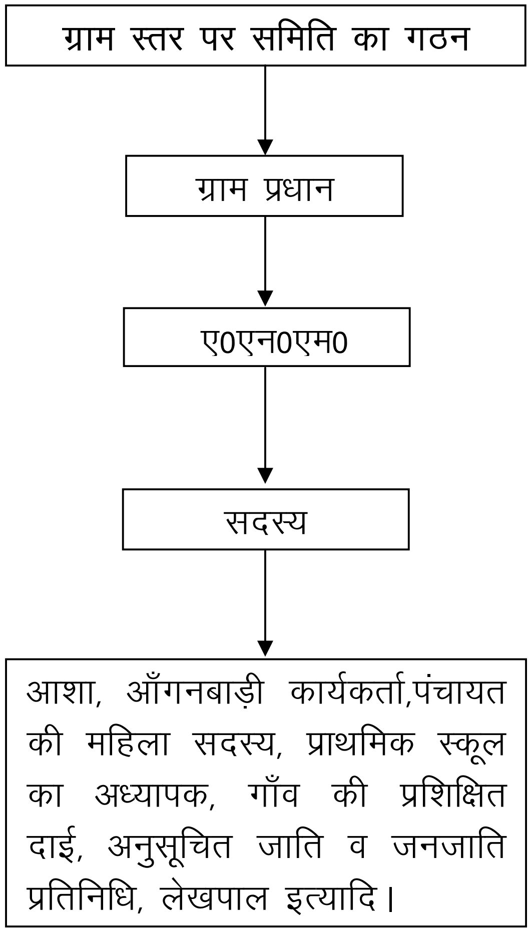
अध्यक्ष	–	जिला मजिस्ट्रेट
उपाध्यक्ष	–	मुख्य विकास अधिकारी
सदस्य	–	मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिला मजिस्ट्रेट
सदस्य सचिव	–	मुख्य चिकित्सा अधिकारी
सदस्य	–	स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग अथवा जिला कार्यक्रम अधिकारी, स्वास्थ्य जिला परिषद् में कार्यकारी समितियों के अध्यक्ष, जिला ग्रामीण विकास अधिकारी, जिला पंचायती राज अधिकारी, जिला कार्यक्रम प्रबंधक समितियों के सदस्य, नियन्त्रक निकायों के गैर सरकारी अधिकारी, जिला विद्यालय निरीक्षक नियन्त्रक निकायों के गैर सरकारी अधिकारी, निरीक्षक महिला एवं पुरुष अस्पताल, चिकित्सा संगठनों के सदस्य, गैर सरकारी स्वास्थ्य विशेषज्ञ, स्वयं सेवी संगठनों के प्रतिनिधि, यूनिसेफ/डब्ल्यू0एच0ओ0/अन्य विकास समितियों के जिला प्रतिनिधि।

कार्यपद्धति

जिला स्वास्थ्य मिशन जिला और स्थानीय स्तर पर सभी सरकारी स्वास्थ्य संस्थाओं पर नियंत्रण, मार्गदर्शन एवं प्रबन्धन का कार्य करता है। संस्थाओं द्वारा प्राप्त निधि के सम्बन्ध में एक एकीकृत जिला स्तरीय कार्य योजना तैयार करता है। इसी के आधार पर स्वास्थ्य योजनाओं को क्रियान्वित किया जाता हैं।

2. सामुदायिक(पी0एच0सी0/सी0एच0सी0) स्तर पर समिति

इस स्तर पर ब्लॉक प्रमुख, क्षेत्रीय उपमुख्य चिकित्सा अधिकारी, चिकित्सा निरीक्षक व ब्लॉक स्तरीय अधिकारी द्वारा योजनाओं का क्रियान्वयन किया जाता है। जिसमें ग्राम विकास अधिकारी, ग्राम प्रमुख, स्वास्थ्य प्रदाता शामिल होते है। निम्नलिखित आरेख के आधार पर गाँव में स्वास्थ्य देखभाल समिति के गठन का दर्शाया गया हैं



समस्या का कथन (Statement of the Problem)

परम्परागत् भारतीय समाज की दकियानूसी विचारधारा मातृत्व स्वास्थ्य के निम्न स्तर के लिये काफी सीमा तक उत्तरदायी है। समाज में महिलाओं को दोयम दर्जे की स्थिति में होने के कारण उनके पोषण, शिक्षा, स्वास्थ्य सेवाओं व अन्य अधिकारों में भेदभाव किया जाता है। बचपन में उचित पोषण न मिल पाने की दशा में वह कम वजन, कुपोषण व रक्तअल्पतता से अधिक प्रभावित होती है। कुपोषण की समस्या और भी गंभीर इसलिये है, क्योंकि यह एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी को हस्तांतरित होती है। जिसका प्रभाव माँ से उसके होने वाले शिशु के स्वास्थ्य को भी प्रभावित करता है। सामाजिक–सांस्कृतिक रीति–रिवाजों के दबाव के कारण उनका विवाह कम

आयु में ही कर दिया जाता है, जिससे कम आयु में गर्भधारण से जुड़ी समस्याओं के प्रबल होने की संभावना अधिक रहती है।

उत्तर प्रदेश में महिलाओं की स्वास्थ्य सम्बन्धी खराब दशा सरकार के लिये चिन्ता का विषय है, क्योंकि उत्तर प्रदेश भारत में मातृत्व मृत्यु दर में दूसरे स्थान पर है। एस0आर0एस0 रिपोर्ट 2016 के अनुसार सबसे अधिक मातृ मृत्यु दर असम(237) राज्य में तथा उत्तर प्रदेश में (221) हैं। इससे यह ज्ञात होता है कि सरकार द्वारा मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार हेतु संचालित कार्यक्रमों का परिणाम वांछित स्तर तक नहीं हो पा रहा है। भारत के राज्यों में महिला स्वास्थ्य की स्थिति अलग–अलग हैं। कहीं स्वास्थ्य सेवाओं व साधनों की कमी हैं। कहीं सूचनाओं का अभाव है, तो कहीं सामाजिक व सांस्कृतिक मान्यताएँ मातृत्व स्वास्थ्य में बाधा उत्पन्न करती हैं। गावों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का अभाव, डाक्टरों व प्रशिक्षित स्टाफ की अभाव, दवा व रक्त की अनुपलब्धता, आपातकालीन सेवाओं का अभाव होने के कारण निर्धन वर्ग की महिलायें मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाओं से वंचित है। शिक्षा का अभाव व स्वास्थ्य सम्बन्धी अज्ञानता के कारण महिलायें मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं से लाभान्वित नहीं हो पाती है। परिवार में भी उनके स्वास्थ्य को अधिक महत्व नहीं दिया जाता है।

साहित्य की समीक्षा (Review of Literature)

सामाजिक अनुसंधान के परिप्रेक्ष्य मे ंसामाजिक शोध के प्रमुख सोपानों के अन्तर्गत ''साहित्य के पुनरावलोकन ''तथा पूर्व अध्ययनों की समीक्षा करना अनुसंधान का एक महत्वपूर्ण चरण होता है। अनुसंधान कार्य से सम्बन्धित साहित्य के पुनर्रावलोकन तथा पूर्व अध्ययनों की समीक्षा अध्ययनकर्ता को अनुसंधान कार्य के सुचारू संचालन हेतु सही दिशा प्रदान करती है।

सम्बन्धित साहित्य से तात्पर्य अनुसंधान की समस्या से सम्बन्धित उन सभी प्रकार की पुस्तकों, ज्ञानकोषों, पत्र पत्रिकाओं से प्रकाशित तथा अप्रकाशित

अभिलेखों आदि से है, जिनके अध्ययन से अनुसंधानकर्ताओं को यह ज्ञात होता है कि शोध समस्या के क्षेत्र में किस प्रकार का कार्य पहले हो चुका है। अन्य शोधकर्ताओं द्वारा किस प्रकार की प्रक्रिया का चयन पहले किया गया तथा क्या परिणाम प्राप्त हुयें। इससे उसे समस्या का चयन, परिकल्पनाओं के निर्माण, अध्ययन की रूपरेखा तैयार करने एवं कार्य को आगे बढ़ाने में सहायता मिलती है। वर्तमान शोध की सुगमता हेतु सम्बंधित शोध विषय साहित्य को तीन बिन्दुओं के आधार पर किया गया हैं–

1. मातृत्व स्वास्थ्य/प्रजनन स्वास्थ्य/महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं से सम्बंधित अध्ययन।

2. मातृत्व स्वास्थ्य/प्रजनन स्वास्थ्य/महिला स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न कारकों (सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक, शैक्षिक) पर अध्ययन।

3. अन्तर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय स्तर पर महिला स्वास्थ्य योजनाओं के क्रियान्वयन व प्रभावों से सम्बंधित शोध लेख एवं रिपोर्ट

1. मातृत्व स्वास्थ्य/प्रजनन स्वास्थ्य/महिला स्वास्थ्य योजनाओं से सम्बंधित अध्ययन

नवीनाथम, के0 एवं धर्मालिंगम, ए0 (2000) ने अपने अध्ययन में तमिलनाडु, आंध्र प्रदेश और कर्नाटक राज्यों में मातृत्व स्वास्थ्य से सम्बंधित द्यटकों का परीक्षण किया। इन्होंने एन0एफ0एच0एस0–1(1992–93) से प्राप्त आंकड़ों को शामिल किया। यह अध्ययन विवाहित महिलाओं के अधिकांश प्रसवों पर ध्यान केन्द्रित करता है और यह निष्कर्ष में पाते है कि महिला स्वास्थ्य के सम्पूर्ण अध्ययन की आवश्यकता है। इस अध्ययन में तार्किक प्रतिगमन मॉडल का उपयोग किया गया। इसमें प्रसवपूर्व देखभाल में शामिल सेवायें भी सम्मिलित थी। इनमें शिक्षित महिलाओं की अपेक्षा अशिक्षित महिलायें प्रसवपूर्व सेवाओं का लाभ नहीं ले पाती हैं। तमिलनाडु में इसका अधिकतम उपयोग देखा गया

जबकि कर्नाटक व आंध्र प्रदेश में कम। खासकर संस्थागत प्रसव के उद्देश्य के लिये शहरों और गांवों के बीच स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुंच में काफी अंतर है। इस अध्ययन में प्रसवपूर्व सेवाओं को गांवों तक पहुंचाने में स्वास्थ्यकर्त्ताओं के योगदान पर महत्वपूर्ण प्रकाश डाला गया। इस अध्ययन का निष्कर्ष था कि मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग काफी हद तक राज्य में स्वास्थ्य सेवाओं के क्रियान्वयन पर निर्भर करता है।

अकरम (2014) के अध्ययन अनुसार मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में भेदभाव से माताओं की क्षमता व शिशु के जीवन अवसर पर प्रभाव पड़ता है। जिससे मातृ मृत्यु दर, शिशु मृत्यृ दर, गर्भपात, संक्रमित रोग, प्रसव के दौरान मृत्यु को प्रचलित नीतियों के प्रसार व शैक्षिक दृष्टिकोण विकसित करके कम किया जा सकता है।

पाठक एट ऑल (2010) ने अपने ''मातृ स्वास्थ्य देखभाल के आर्थिक असमानताओं'' के अध्ययन में 1992–2006 तक भारत में प्रसवपूर्व देखभाल और कुशलपूर्वक जन्म सम्बन्धी आंकड़ों को सम्मिलित किया और पाया कि उत्तर प्रदेश, तमिलनाडु, महाराष्ट्र में रहने वाली माताओं ने गर्भावस्था की प्रथम तिमाही के प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं का लाभ उठाया। यह जानकारी एन0एफ0एच0एस0–3 से प्राप्त की गयी थी, जिसमें महिलाओं के खानपान व स्वास्थ्य सुविधाओं (निजी के साथ ही सार्वजनिक) भूमिका का विश्लेषण किया गया कि इनके निम्न स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक–सांस्कृतिक एवं आर्थिक कारक है। समाज के कमजोर वर्गो में स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण को बढ़ावा देने के लिये सरकार के कार्य व्यर्थ साबित हुए हैं।

क्रान्ति एट ऑल (2009) ने अपने राजस्थान गांव की महिलाओं के वैयक्तिक अध्ययन में यह पाया कि भारत जैसें विकासशील देश में महिलाओं की प्रस्थिति निम्न है। महिलाओं में शिक्षा का अभाव, निर्णय लेने में असमर्थता के कारण वह मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग करने में असक्षम होती है, इन्होंने मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रम के मूल्यांकन करने पर पाया कि मातृत्व मृत्यु

का प्रमुख कारण हैमरेज है, क्योंकि महिलायें प्रसव उपरान्त देखभाल को अनदेखा करती हैं।

सिंह एट ऑल (2009) ने लखनऊ के ग्रामीण क्षेत्र के अध्ययन में मातृत्व स्वास्थ्य के सम्बन्ध में NRHM के अन्तर्गत आशा सेवाओं के उपयोग को प्रभावित करने वाले कारकों पर अध्ययन किया। यह अध्ययन लखनऊ में सरोजनी नगर ग्रामीण क्षेत्र में स्थित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में आयोजित किया गया था। इस अध्ययन के उस समय 350 जन्म देने वाली महिलाओं का साक्षात्कार किया गया, जिसे यादृच्छ नमूना पद्वति माध्यम से चुना गया था। इनसे सम्बन्धित तथ्यों को एक कार्यक्रम के माध्यम से चुना गया, जिसे शोधकर्ता ने स्वास्थ्य विशेषज्ञ के परामर्श पर तैयार किया था। साक्षात्कार के एक सप्ताह के भीतर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर एक नवजात शिशु को जन्म दिया गया। जिनके प्रसव में आशा द्वारा प्रदान की जाने वाली सुविधाएं सम्मिलित थी। इस अध्ययन में जो महिलायें शिक्षित व उच्च वर्ग से सम्बन्धित थी उनमें प्रसूति सेवाओं के उपयोग करने का प्रतिशत निम्न वर्ग की महिलाओं से कम था। जिसमें 350 में 34 ही महिलाओं ने प्रसवपूर्व देखभाल सेवा प्राप्त की। शोधकर्ता का सुझाव था कि अभी भी आशा की ट्रेनिंग व ओरियंटेशन प्रोग्राम द्वारा स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग में अपेक्षित सुधार करना आवश्यक है।

पार्कर एण्ड रिंइके (1983), **मॉण्टी** (1987), **वॉरेन** (1987), **रैटल्टिन समरफेल्ट एण्ड स्कूमॉकर** (1990) ने अध्ययनों में यह पाया कि विकासशील देशों में मातृत्व व शिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाओं पर मातृत्व शिक्षा का मजबूत प्रभाव देखा गया तथा प्रसवपूर्व देखभाल व प्रसव सेवाओं के उपयोग के अन्य निर्धारकों को नियंत्रित करने में महिलाओं की शिक्षा महत्वपूर्ण कारक है।

अबू जहर (1996) ने अध्ययन के निष्कर्ष में यह पाया कि स्वास्थ्य केन्द्रों में दवाओं की कमी, रक्त की अनुपलब्धता, अस्वच्छता सामान्य कारण हैं, जिससे महिलायें उपलब्ध मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ लेने से पीछे हट जाती है। स्वास्थ्य कर्मचारियों की संवेदनहीनता तथा क्रूर व्यवहार, लापरवाही ऐसे कारण हैं कि महिलायें पारम्परिक तरीकों से ही प्रसव कराने को बेहतर मानती हैं।

रामचंन्दन (2012) ने अपने अध्ययन में यह पाया कि भारत के मातृ–मृत्यु का प्रमुख कारण एनीमिया, रक्तस्राव (प्रसवपूर्व एवं प्रसव के बाद दोनों), गर्भ में भ्रूण की असामान्य स्थिति, रक्त विषाक्तता (संक्रमण) तथा गर्भपात हैं। मातृ मृत्यु दर को काफी हद तक कम किया जा सकता है, बशर्ते महिलाओं को गर्भावस्था तथा प्रसव के दौरान पर्याप्त जानकारी प्रदान की जाए। इस कार्य में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। महिलाएं एवं बच्चे हमारे समाज का एक ऐसा हिस्सा हैं जो रोगों की दृष्टि से बहुत संवेदनशील वर्ग है। इस वर्ग को रोग तथा संक्रमण बहुत जल्दी अपनी चपेट में ले लेते हैं, जिसके परिणामस्वरूप उनकी मृत्यु हो जाती है। इन समस्याओं पर काबू पाने के लिए भारत सरकार द्वारा अनेक कार्यक्रम प्रारम्भ किए गए हैं, जिनका समग्र उद्देश्य उनके पोषण तथा स्वास्थ्य स्तर में सुधार लाना है। इन सुधारों में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने वाले कार्यक्रमों में मुख्यतः समन्वित बाल विकास सेवा कार्यक्रम, मध्याह्न पोषण कार्यक्रम, विशेष पोषण कार्यक्रम, व्यवहारिक पोषण कार्यक्रम, गेंहू पूरक पोषण कार्यक्रम तथा बालवाड़ी पोषण कार्यक्रम आदि हैं।

पन्त (2006) ने अपने अध्ययन में यह पाया कि सभी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता समान नहीं है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का मानना है कि बाल मृत्यु दर और प्रसव के दौरान मातृ मृत्यु दर को महिला शिक्षा को बढ़ावा देकर कम किया जा सकता है। पिछले कई वर्षों में शिशु मृत्यु दर घटकर 30/100 जन्म रह गयी है। प्रसव के दौरान महिलाओं की मृत्यु दर 100/100,000 रह गयी है। इसके बावजूद भी ग्रामीण क्षेत्रों में आज भी गम्भीर बीमारियों की रोकथाम और उपचार की सुचारू रूप से व्यवस्था नहीं है। इस कमी को पूरा करने के लिए सरकार ने देश के सभी गांवों में मान्यता प्राप्त सामाजिक कार्यकर्ता 'आशा' नियुक्त करने की व्यवस्था की है। वर्तमान में सरकार द्वारा 3,222 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को स्थापित करके महिला स्वास्थ्य स्तर को ऊचाँ उठाने का प्रयास किया गया है ताकि ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों को पर्याप्त सुविधायें मिल सकें।

सिंह एवं मिश्रा (1990) का अध्ययन मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य कल्याण के लिए राज्य सरकार एवं योजना आयोग द्वारा किये गये प्रयासों का विश्लेषण है। इसमें प्रथम पंचवर्षीय योजना से सातवीं पंचवर्षीय योजना तक बाल एवं महिला कल्याण के लिए चलायी जाने वाली नीतियों एवं उन पर होने वाले व्यय का विश्लेषण प्रस्तुत किया गया तथा विभिन्न योजनाओं में किस प्रकार महिलाएं विकास की ओर अग्रसर हैं।

सिन्हा (2009) ने अपने एक लेख में बताया कि 'ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन बड़े स्तर पर स्वास्थ्य क्रियाओं को बढ़ावा देता है, लेकिन कई विशेषज्ञों ने इसके द्वारा कार्यान्वित कई मुद्दों की आलोचना की और सही परिप्रेक्ष्य को जानने का प्रयास किया। इतने कम समय में जो तथ्य सामने आये, उनमें यह स्पष्ट होता है, कि जन सामान्य के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रारम्भ ग्रामीण एवं शहरी स्तर दोनों पर करना चाहिए।

यादव (2008) ने अपने अध्ययन में पाया कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की सुचारू रूप से उपलब्धता न होने के कारण पारम्परिक तरीकों का प्रयोग है। यहां के अधिकतर व्यक्ति पारम्परिक उपचार पद्धतियों का सहारा लेते हैं, जिससे ग्रामीणों में संक्रामक रोगों की जटिलताएं और बढ़ती जाती हैं। स्वास्थ्य किसी भी समाज की आर्थिक प्रगति के लिए अनिवार्य है। सत्र 2008–09 बजट में 16,534 करोड़ रुपये स्वास्थ्य क्षेत्र हेतु आवंटित किये गये। यह राशि पिछले बजट की तुलना में 15 प्रतिशत अधिक थी। स्वास्थ्य क्षेत्र में भविष्य की चुनौतियों को देखते हुए यह वृद्धि अपरिहार्य थी।

श्रीवास्तव (2008) के अनुसार हमारे देश में महिला स्वास्थ्य की स्थिति अच्छी नहीं है। ग्रामीण क्षेत्रों में यह अत्यधिक खराब है। इसलिए सामुदायिक स्तर पर आशा, आँगनबाड़ी कार्यकत्री, ए0एन0एम0 की नियुक्ति की गई है, जो स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुँच बढ़ायेगी। किसी भी परिवार की धुरी में महिला होती है; उसकी स्वास्थ्य स्थिति का सीधा प्रभाव परिवार के सदस्यों पर पड़ता है। यदि घर की महिला स्वस्थ है, तो बच्चे भी स्वस्थ होंगे और परिवार के अन्य सदस्यों पर इसका सकारात्मक प्रभाव पड़ेगा। एक स्वस्थ महिला ही

अपने परिवार की देखभाल व पोषण जरूरतों की पूर्ति अच्छे ढंग से कर सकती है। महिला स्वास्थ्य अपेक्षाकृत अधिक महत्वपूर्ण है, क्योंकि महिलाओं पर माँ, पत्नी, बेटी व बहन के रूप में जीवन में अनेक जिम्मेदारियों के निर्वहन का दायित्व होता हैं।

कुमार (2008) ने अपने अध्ययन में केन्द्रों में आई0सी0डी0एस0 के कार्यो के अन्तर्गत छः वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों का प्रत्येक माह में वजन करना तथा गर्भवती स्त्रियों को भी पूरक आहार प्रदान करना है। ए0एन0एम0 द्वारा पी0एच0सी0, सी0एच0सी0 पर महिलाओं के स्वास्थ्य स्तर को सुधार लाया जा रहा है। साक्षरता से कई अन्य सामाजिक समस्याओं जैसे ऊँची जन्म दर, स्वास्थ्य देखभाल की जानकारी का अभाव, अज्ञानता एवं निर्धनता के समाधान में सहायता मिलती है। हमारे देश में इस प्रक्रिया में अधिकांश महिलायें पीछे रह गयी हैं। यही कारण है कि वह अपने जीवन के प्रत्येक क्षेत्र में शोषण व अत्याचार का शिकार हुयी।

सोमान (1994) ने भारत में महिला स्वास्थ्य हेतु बनायी गयी नीतियों, योजनाओं की प्रकृति को समझने का प्रयास किया। वह स्वतंत्रता के बाद की नीतियों की प्राथमिकताओं का अध्ययन करते है, साथ ही MCH कार्यक्रम का मूल्यांकन करते है। भारत में एन0जी0ओ0 व महिला स्वास्थ्य के क्रियान्वयन के मुख्य बिन्दु की चर्चा करते हैं।

शर्मा एट ऑल (2012) ने ''शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों में अपनी प्रसवपूर्व देखभाल में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रभाव'' पर एक अध्ययन किया है। यह अध्ययन लखनऊ के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर किया गया था। जिसमें 682 महिलाओं जो कि शहरी व ग्रामीण दोनों क्षेत्रों में आयु, विभिन्न सामाजिक प्रस्थिति और धर्म की थी। अध्ययन से यह पता चलता है कि 58.5 प्रतिशत महिलाओं को अपने गर्भावस्था के प्रथम तिमाही में ए0एन0सी0 सेवाओं का उपयोग किया था। जिसमें शिक्षित व अशिक्षित दोनों वर्ग की महिलाओं ने प्रसवपूर्व सेवा का लाभ मिला। इसमें शिक्षा एक प्रभावशाली कारक नहीं था। ग्रामीण इलाकों में आशा व अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्त्ताओं ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य

मिशन के अंतर्गत मिलने वाली स्वास्थ्य सेवाओं में उपयोग करने के लिये प्रोत्साहित किया, जिसमें शहरी महिलाओं का प्रतिशत 86.5 प्रतिशत और ग्रामीण महिलाओं का 70.4 प्रतिशत था। निष्कर्ष में यह पाया कि सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक कारण प्रसव सेवाओं के उपयोग में प्रभावशाली कारक है।

कुमार एट ऑल (2009) ने ''उत्तर प्रदेश राज्य में ग्रामीण लोगों द्वारा NRHM में क्रियान्वयन'' पर अध्ययन किया। यह अध्ययन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर आधारित था। अध्ययानुसार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, सी0एच0सी0, जिला अस्पतालों में बुनियादी ढांचों व उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार हुआ हैं। पूर्व में यहां मानव संसाधनों की काफी कमी थी, जिसमें शनैः–शनैः सुधार आ रहा है। ग्रामीण लोगों में स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का स्तर NRHM के क्रियान्वयन द्वारा बढ़ गया है तथा जागरूकता में वृद्धि भी हुई है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आई0पी0डी0 रोगियों की 86 प्रतिशत तथा ओ0पी0डी0 82 प्रतिशत वृद्धि हुई है। पी0एच0सी0 में सर्जरी न होने के कारण सी0एच0सी0 में सर्जरी को स्थानान्तरित कर दिया जाता है। सी0एच0सी0 व पी0एच0सी0 में आने वाले लाभार्थी में महिलाएं, पुरूष, बच्चे भी शामिल है।

2. मातृत्व स्वास्थ्य/प्रजनन स्वास्थ्य/महिला स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न कारकों पर अध्ययन।

वर्मा (2011) ने अपने अध्ययन में पाया कि भारत के ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं का सामाजिक, आर्थिक, शैक्षिक स्तर निम्न होता है, इनमें स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव पाया जाता है, विशेषकर मातृत्व स्वास्थ्य के सम्बन्ध में। NFHS-1, NFHS-2, NFHS-3 के प्राप्त आकड़ों के अनुसार प्रसवपूर्व देखभाल का प्रतिशत ग्रामीण स्तर की महिलाओं में कम रहता हैं।

मोनिका शर्मा (1991) ने ''महिला स्वास्थ्य : समस्याओं व विशेष मुद्दे'' पर भारतीय जनगणना आंकड़ों के आधार पर महिलाओं के विभिन्न स्वास्थ्य सम्बंधी मुद्दों जैसे कि लिंगानुपात, जीवन प्रत्याषा, विवाह की उम्र, पोषण स्तर,

प्रसव, गर्भपात व स्वास्थ्य सुविधाओं से जुड़े पूर्वाग्रहों पर विश्लेषण किया और यह पाया कि महिलाओं द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग धीमी गति से हुआ, क्योंकि उनमें शिक्षा व जागरूकता की कमी है।

पल्लिकावध एट ऑल (2004) ने भारत में प्रसवपूर्व परिचर्या (ANC) के विभिन्न निर्धारकों की अपने अध्ययन में समीक्षा की। उनके अनुसार विकासशील देशों में प्रसवपूर्व परिचर्या का निर्धारण सामाजिक–आर्थिक कारकों, जनसांख्यिकी तथा स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता व पहुंच द्वारा किया जाता है। विश्व के कई विकासशील देशों में प्रसवपूर्व परिचर्या उपयोग एवं महिलाओं की शिक्षा के मध्य संबंध पाया गया (भाटिया और क्लीलेण्ड 1995) अध्ययन से यह स्पष्ट होता है कि महिलाओं की शिक्षा और साक्षरता भारत में प्रसवपूर्व परिचर्या में सुधार हेतु महत्वपूर्ण भूमिका निभाते है। इनके अनुसार अन्य कारकों में अविवाहित स्थिति, बड़े परिवार की चाहत, परिवार नियोजन का प्रयोग न करना तथा अनचाहे गर्भ है।(मिश्रा एट ऑल, 1999) इनके अनुसार जन्मपूर्व प्रसव सुविधाओं की जानकारी का अभाव भारत में उत्तरी राज्यों में प्रसवपूर्व परिचर्या के प्रयोग न किये जाने का एक महत्वपूर्ण कारक है।

भाटिया (1995) ने अपने आन्ध्र प्रदेश के अनन्तपुर गाँव में सामुदायिक अध्ययन में यह पाया कि मातृत्व मृत्यु दर शहरों की अपेक्षा ग्रामीण क्षेत्रों में अधिक है। जिसका मुख्य कारण महिलाओं में स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव व अशिक्षा है।

राम एण्ड सिंह (2006) के अध्ययन अनुसार महिलाओं में ज्यादातर मातृत्व स्वास्थ्य हेतु सामुदायिक, पारिवारिक तथा वैयक्तिक स्तर पर अपनाये जाने वाले साधन उनके सामाजिक पर्यावरण से जुड़े हुये होते है।

सिलिक एण्ड हॉच, किस (2000) ने महिलाओं के मातृत्व स्वास्थ्य पर सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक कारकों के प्रभावों के अध्ययन में यह पाया कि कम आयु में विवाह, घरेलू कार्यो का अत्यधिक भार, स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति अनभिज्ञता से उनका मातृत्व स्वास्थ्य प्रभावित होता है।

रॉयस्टन, एट ऑल (1989) के अध्ययन अनुसार महिलाओं का स्वास्थ्य सामाजिक–सांस्कृतिक, राजनीतिक कारकों से प्रभावित होता है, जिससे वह स्वयं के स्वास्थ्य को महत्व नहीं देती और स्वास्थ्य सेवाओं की उपयोगिता को अनदेखा करती है। जिसका प्रभाव उनके प्रजनन स्वास्थ्य पर पड़ता हैं।

श्रीवास्तव एट ऑल (2011) अध्ययन के अनुसार महिलाओं के निम्न स्वास्थ्य सांस्कृतिक विश्वास, सामाजिक–जनांकिकी स्थिति, महिलाओं की स्वायत्त्ता व आर्थिक स्थिति, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के उपयोग न करने के महत्वपूर्ण कारण है।

श्रीनिवास (1976) के अनुसार भारत जैसा विशाल देश कृषि प्रधानता के लिए एक अनूठा समाज है, जहां की अधिकांश जनसंख्या गांवों में निवास करती है। इसलिए सरकार का दायित्व बनता है कि वह ग्रामीण स्वास्थ्य संरचना में सुधार करें, जो देश के विकास का मुख्य स्तम्भ है।

अग्रवाल (2007) ने अपने अध्ययन में शिशुओं के पालन पोषण और महिला स्वास्थ्य के सर्वांगीण विकास पर बल देती हैं, इन्होंने विकासोन्मुख दृष्टिकोण को अपनाया। इस अध्ययन में बाल विकास के साथ–साथ मातृत्व के भी विभिन्न पहलुओं पर बल दिया है। जिसमें अच्छे मातृत्व के लिए शिशु पालन के अलावा गर्भावस्था के लक्षण एवं संकेत जैसे गर्भकालीन विषाक्तता, प्रसव प्रक्रिया, विफल प्रसव और गर्भपात, गर्भवती की देखभाल, परिवार नियोजन, नवजात शिशु की मूल आवश्यकताएँ, शैशवावस्था के सामान्य रोग, बाल मृत्यु की समस्या आदि बिन्दुओं पर प्रकाश डाला गया है। इनका कहना है कि देशभर में स्वास्थ्य सेवाओं को ग्रामीण अंचलों तक पहुंचाने में आशा एक ऐसी महत्वपूर्ण कड़ी है, जो स्वास्थ्य सेवाओं और ग्रामवासियों के बीच ताल–मेल बैठाते हुए अपने गांव की गरीब महिलाओं और बच्चों को अच्छी स्वास्थ्य सेवाऐं दिला रही हैं।

मिनोचा (2012) ने अपने अध्ययन में पाया है कि भारतीय समाज में महिलाओं को लैंगिक असमानता के कारण कई समस्याओं का सामना करना पड़ता है। उनके साथ स्वास्थ्य देखभाल में हमेशा भेदभाव होता है।

सिंह (2008) ने अपनी पुस्तक 'आहार एवं पोषण विज्ञान' में गर्भावस्था के समय आहार नियोजन को स्पष्ट करते हुए बताया कि देश में मातृ एवं शिशु मृत्यु दर अधिक होने का प्रमुख कारण गर्भावस्था में पोषक तत्वों का अभाव है, क्योंकि कुपोषण गर्भधारण की क्षमता को प्रभावित करता है और कुपोषित माताओं के बच्चे अस्वस्थ तथा कम वजन के होते हैं, कभी–कभी उनकी मृत्यु भी हो जाती है। अतः शिशु का स्वस्थ होना माता के पोषण पर निर्भर करता है।

कटियार (2008) के अध्ययन अनुसार ग्रामीण महिलाओं के स्वास्थ्य का निम्न स्तर निर्धनता एवं निरक्षरता का परिणाम है, जो एक ऐसे विषैले कुष्ठ को जन्म देता है, जिससे पीढ़ी दर पीढ़ी एक ही स्थिति बनी रहती है। विश्व की सात अरब से अधिक आबादी में भारत का लगभग छठा हिस्सा है, जबकि हमारे पास विश्व का मात्र 2.4 प्रतिशत भू–भाग है। देश की 121 करोड़ जनसंख्या में से 72 प्रतिशत हिस्सा गांवों में निवास करता है, देश के सर्वाधिक रोगियों का 76 प्रतिशत गांवों में है। अतः ग्रामीण स्वास्थ्य की स्थिति अधिक चिंताजनक है। भारत में प्रथम पंचवर्षीय योजना के समय संचालित हुए सामुदायिक विकास कार्यक्रम से लेकर वर्तमान राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन तक प्रत्येक योजना में औसतन 15–20 बड़े ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालित होते रहे हैं। भारत सरकार स्वास्थ्य क्षेत्र के प्रति चिन्तित एवं प्रतिबद्ध है, किन्तु राष्ट्र का समग्र आर्थिक विकास किए बिना स्वास्थ्य क्षेत्र में उल्लेखनीय प्रगति सम्भव नहीं है।

पटेल (2008) ने कहा कि पानी एवं शौचालयों की उचित व्यवस्था न होना भी स्वास्थ्य पर प्रभाव डालता है, डब्ल्यू0एच0ओ0 की रिपोर्ट के अनुसार 665 मिलियन लोगों में से 108.5 मिलियन लोग खुले स्थानों में शौच करते हैं।

कुमार (1988) ने अपने अध्ययन में महिलाओं से जुड़े सैद्धान्तिक परिप्रेक्ष्यों तथा परम्परागत उत्तरदायित्वों का विश्लेषण किया और पाया कि हमारे समाज में बच्चों के संरक्षण की जिम्मेदारी महिलाओं की होती है, बच्चों को क्या खाना है, क्या स्वास्थ्य के लिए लाभप्रद है, इन सबका निर्णय महिला पर निर्भर करता है। महिला दिन रात काम करती है, तत्पश्चात् अपने लक्ष्य को प्राप्त करती है। इसके पश्चात् भी वह कहीं न कहीं समाज की हीन भावनाओं का शिकार हो

जाती है, उसकी समाज में भूमिका के प्रति दृष्टिकोण भिन्न है, इसलिए सिर्फ गरीबी ही नहीं बल्कि सामाजिक दृष्टिकोण में भी परिवर्तन की आवश्यकता है, जिससे महिलाएं बच्चों के पालन–पोषण के निर्णय में बराबर की भागीदारी ले सकें।

क्रांति एट ऑल (2012) ने अपने अध्ययन में पाया कि भारत में मातृत्व मृत्यु दर में वृद्वि का कारण स्वास्थ्य सेवाओं में लापरवाही है। इस समस्या के समाधान हेतु स्वास्थ्य सेवाओं में भारत सरकार ने 2005 में जननी सुरक्षा योजना की शुरूआत की। जिसमें दो राज्य तमिलनाडु व गुजरात में निजी स्वास्थ्य प्रदाताओं के साथ अनुबन्ध हुआ। इस योजना के तहत समाज में आर्थिक रूप से पिछड़े वर्गो की महिलाओं को मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं में नकद प्रोत्साहन की सरकारी सहायता, 24 घंटे की स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने का प्रावधान, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में घर से अस्पताल की सड़क का सम्बन्ध, पर्याप्त प्रसवपूर्व देखभाल, सिजेरियन सेक्शन आदि बुनियादी स्वास्थ्य ढांचे के समीक्षा की गयी।

प्रवीण एण्ड दास (2004) ने 1998 में लागू प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम पर अध्ययन किया। यह अध्ययन उत्तर प्रदेश के आजमगढ के दो गांवो की ग्रामीण महिलाओं पर किया गया। जहां एक उपकेन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र हैं। इस अध्ययन के निष्कर्ष से यह स्पष्ट हुआ कि ग्रामीण महिलाएं स्वास्थ्य केन्द्रों की देखभाल सेवाओं में गुणवत्ता न होने, स्वास्थ्य केन्द्र में कर्मियों का अभाव, उनके कठोर व अभद्र व्यवहार के कारण स्वास्थ्य केन्द्रों से संतुष्ट नहीं है।

क्रान्ति एवं शरद (2009) ने अध्ययन में यह पाया कि यहां पर मातृत्व मृत्यु के बाहुल कारणों से मातृत्व मृत्यु का स्तर बढ़ रहा है। महिलाओं की निम्न सामाजिक व आर्थिक स्थिति होने के कारण वह स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ पाने में असमर्थ है। महिलाएं परिवार की निरक्षरता के कारण घर पर ही प्रसव कराने को इच्छुक रहती है, जिसके कारण वह प्रसव दौरान कई जटिल समस्याओं का सामना करती है।

रेड्डी (1991) के अध्ययन अनुसार विश्व में एनीमिया एक गंभीर स्वास्थ्य समस्या है। (वाल्टर : 1989) के अनुसार लगभग विकासशील देशों के मुकाबले भारत के 100 मिलियन महिलायें आयरन की कमी से जूझ रही है। भारत के विभिन्न भागों में किशोरियों पर एनीमिया पर अध्ययन की कमी है। किशोरी को आगे चलकर विवाह उपरान्त मातृत्व का भार वहन करना पड़ता है, जिससे पूर्व में हुई एनीमिया की कमी के कारण उन्हें कई गंभीर समस्याओं का सामना करना पड़ता है।

मेहता (1992) के अनुसार परिवार में जिम्मेदारियों का भार उठाते हुये महिलाएं अपने भोजन व पोषण में अनदेखी करती है। गर्भावस्था के दौरान महिला के पोषण, स्वास्थ्य देखभाल की कमी के कारण महिला एनीमिया से पीड़ित हो जाती है।

सी0गोपालन (1994) ने अपने अध्ययन में यह पाया कि भारत में गर्भवती महिलाओं में कुपोषण जैसी गंभीर समस्या पायी जाती है। इनमें से 30 प्रतिशत से ज्यादा महिलाएं अपनी गर्भावस्था के अंतिम अवस्था में गंभीर रक्ताल्पता से ग्रसित हो जाती है।

इंदिरा एट ऑल (1981) ने तिरूपति के शहरी क्षेत्र व अनंतपुर जिले के ग्रामीण क्षेत्र में किये गये तुलनात्मक अध्ययन में यह पाया कि महिलाओं में गर्भावस्था के दौरान अपने भोजन के प्रति काफी अनियमितता पायी गयी। शहरी क्षेत्र में 87.4 प्रतिशत माताएं संतुलित आहार का सेवन करती हैं और वहीं ग्रामीण क्षेत्र की महिलाओं में इसका प्रतिशत कम पाया गया।

खान एट ऑल (2010) द्वारा ''ग्रामीण उत्तर भारत के चयनित परिवारों पर जननी सुरक्षा योजना का प्रभाव'' के अध्ययन से यह पता चलता है कि जननी सुरक्षा योजना के नगद प्रोत्साहन राशि और गैर प्रोत्साहन सेवाओं में आशा के सहयोग से वृद्धि का प्रतिशत बढ़ा है। जिससे यह स्पष्ट होता है कि महिलाओं द्वारा तीन प्रसवपूर्व परिचर्या (ANC) प्राप्त करने पर मातृत्व व नवजात मृत्यु दर पर महत्वपूर्ण असर पड़ता है।

अरोड़ा (2005) ने अपने अध्ययन मे मातृत्व मृत्यु दर और इससे जुड़ी हुई समस्याओं को समझने तथा मातृत्व स्वास्थ्य को सुधारने के लिये एक रणनीति के रूप में सुदृढ़ और अनवरत् सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं की प्रतिबद्धता, स्वस्थ पर्यावरण निर्माण संबंधी स्रोतों पर आधारित अनुकूल नीति बनाने पर जोर दिया है, उन्होनें अपने अध्ययन के निष्कर्ष में यह पाया कि वर्तमान में विद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली गर्भवती महिलाओं खासकर इस अवस्था में जटिलताओं से निपटने तथा प्रसूति आपातकालीन स्थिति की जरूरतों को पर्याप्त मात्रा में पूरा कर पाने में असमर्थ है।

रफीकुल, चौधरी (1984) अपने अध्ययन में यह संकेत करते हैं कि स्तनपान कराने वाली माताओं तथा गर्भवती महिलाओं का पोषक आहार सामान्य महिला की अपेक्षा काफी कम है। स्तनपान न कराने वाली महिलाओं तथा स्तनपान कराने वाली गर्भवती महिलाओं के भोजन में प्रोटीन तथा कैलोरी की खपत कम पायी गयी। भारत जैसें विकासशील देशों में न्यूनतम मात्रा में अच्छा पोषक आहार न मिलने से मातृत्व स्वास्थ्य प्रभावित होता है। जोकि मातृत्व मृत्यु के लिये जिम्मेदार है। स्तनपान कराने वाली माता तथा एक गर्भवती महिला के लिये समुचित आहार अत्यंत महत्वपूर्ण है।

रानी (2005) ने अपने अध्ययन में पाया कि मातृत्व (प्रजनन) स्वास्थ्य और लैंगिकता से जुड़े कुछ कारक युवा विवाहित किशोरियों पर अपना प्रभाव डालते है। जैसें सामाजिक, आर्थिक परिस्थितियां, जनांकिकी के साथ ही विवाह से जुड़े नियम महिला के प्रसवपूर्व से प्रसव उपरान्त स्वास्थ्य को प्रभावित करते है।

पॉल एण्ड चेलन (2007) ने 2002—2004 के दौरान जिला स्तरीय हाउस होल्ड सर्वेक्षण (DLHS) में प्राप्त आंकड़ों में प्रसव के उपरान्त समस्याओं के अध्ययन में पाया कि 50.3 प्रतिशत महिलाओं में से 31.4 प्रतिशत महिलाओं के प्रसव उपरान्त उपचार सुविधा का लाभ मिल पाता है। प्रसव उपरान्त जटिलताओं पर सीधा प्रभाव डालने वाले मुख्य कारणों में आर्थिक व शैक्षिक स्तर के साथ, प्रसव स्थान, आयु, प्रसवपूर्व जाँचें हैं।

कुमार एण्ड खान (2010) ने अपने अध्ययन में पाया कि मातृत्व मृत्यु मुख्य संघटक है। ICMR 2003 के अनुसार भारत में उच्च मातृत्व मृत्यु दर एक लाख जीवित जन्म पर 450 थी। जोकि संयुक्त संघ के अनुपात में 56 अधिक है। इस रिपोर्ट में भिन्न–भिन्न राज्यों में मातृत्व मृत्यु का स्तर में असमानता पायी गयी। भारत जैसें देश में मातृत्व मृत्यु का मुख्य कारण महिला की सामाजिक, आर्थिक स्थिति के साथ स्वास्थ्य सुविधाओं तक न पहुंच पाना है। भारतीय महिलाएं कुपोषण जैसी गंभीर स्वास्थ्य समस्या से ग्रसित पायी गयी, जिसका प्रभाव गर्भावस्था में उनके शिशु के स्वास्थ्य पर पड़ता है। कुपोषण की समस्या के चलते महिलाओं का पूर्ण शारीरिक विकास नहीं हो पाता, जिसके कारण उन्हें अवरूद्ध प्रसव जैसी समस्या का सामना करना पड़ता है। भारतीय महिलाओं में खराब स्वास्थ्य का एक मुख्य कारण परिवार में लड़कियों के साथ लैंगिक भेदभाव होना भी है।

शैरिफ (1990) ने गर्भावस्था को महिला की सामान्य क्रिया व उसके स्वास्थ्य सम्बंधी अध्ययन का विश्लेषित किया और पाया कि मातृत्व स्वास्थ्य को महिला की सामान्य क्रिया माना गया। 1980 के बाद महिला स्वास्थ्य को मातृत्व स्वास्थ्य से जोड़कर देखा गया।

नागदेवा (2003) ने ग्रामीण व शहरी क्षेत्र में प्रसवपूर्व सुविधा के अध्ययन में यह पाया कि टिटनेस टॉक्साइड व आई0एफ0ए0 दवाओं के वितरण का प्रतिशत शहरी क्षेत्र में बढ़ा हैं, किन्तु ग्रामीण क्षेत्र में प्रसवपूर्व जाँचों का उपयोग कम पाया गया, जिसमें प्रसव कालीन जटिलताओं का स्तर बढ़ा।

सत्तार एवं एस0 (2014) के अनुसार महिला के मातृत्व स्वास्थ्य पर सामाजिक, आर्थिक कारक दूरगामी प्रभाव डालते हैं। मातृत्व स्वास्थ्य सुविधायें लागू होने के बाद मातृत्व मृत्यु दर उच्च है। लिंग आधारित विषमताएं महिला के जीवन में अभी भी विद्यमान हैं। रोजगार तथा शिक्षा तक सीमित पहुँच, निरक्षरता, गरीबी महिलाओं के स्वास्थ्य सुधार में बाधक है। इनका शोध पत्र ग्रामीण भारत में मातृत्व स्वास्थ्य तथा सुविधाओं की अड़चनों को समझाने का एक प्रयास है। अतः शोधपत्र में यह निष्कर्ष निकलता है कि राष्ट्रीय सरकारें,

गैर–सरकारी संगठन तथा स्वास्थ्य प्रदाताओं द्वारा स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था के स्त्रोतों को बढाने का प्रयास के साथ मातृत्व स्वास्थ्य सुधार की अड़चनों को दूर करने का प्रयास करना चाहिए।

शोध लेख एवं रिपोर्ट

मीरा चटर्जी (स्पायरिंग लाइफ) वर्ल्ड बैंक की रिपोर्ट में भारत समेत बांग्लादेश, नेपाल, पाकिस्तान तथा श्रीलंका में महिलाओं की स्वास्थ्य की स्थिति का लेखा–जोखा पेश किया गया है और इसके अनुसार भारत में आज भी प्रति एक लाख प्रसवों के दौरान 301 प्रति लाख महिलाओं की मृत्यु हो जाती है, जबकि नेपाल में 281, पाकिस्तान 276 तथा श्रीलंका में सिर्फ 58 है। रिपोर्ट के अनुसार भारत में 15–18 साल की उम्र की 51.4 फीसदी महिलायें खून की कमी से ग्रस्त है। इस आयु वर्ग में 41 फीसदी महिलायें पोषण के अभाव में कम वजन की समस्या से जूझ रही है। 20–22 आयु वर्ग में करीब 45.6 महिलायें रक्तअल्पतता से ग्रस्त है तथा 30.6 फीसदी अंडरवेट है। इतना ही नहीं प्रजनन स्वास्थ्य के कमजोर होने की मुख्य कारण महिलाओं का विवाह 20 साल से कम उम्र में होना है।

ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकी (2009) में यह पाया कि सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर विस्तार करने और मानव संसाधनों की वृद्धि आधारित जानकारी उपलब्ध कराने के उद्देश्य से इसे अन्तिम रूप दिया गया। 2005 से 2009 की स्थिति के बीच तुलना करने पर यह पाया गया कि सभी श्रेणियों के मानव संसाधन में उल्लेखनीय वृद्धि के साथ ही स्वास्थ्य उपकेन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की भौतिक सुविधाओं में भी सुधार हुआ है, चूँकि एन0आर0एच0एम0 इस अवधि के दौरान स्वास्थ्य सुविधाओं के विकास और मानव संसाधन को तैनात करने में वित्त पोषण का एक प्रमुख स्रोत रहा है, एन0आर0एच0एम0 में इस बात पर भी जोर दिया गया है कि भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों के अनुसार मानव संसाधनों के प्रावधान से पहले हमें बहुत कुछ करना होगा। यह मिशन मानव संसाधनों के

जुड़ने और भौतिक सुविधाओं में सुधार होने के कारण सार्वजनिक प्रणाली के लिए सुदूर क्षेत्रों में और भी अधिक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराना है।

वर्ल्ड बैंक रिपोर्ट (1994) ने अपने अफ्रीकी समुदाय के अध्ययन में यह पाया कि महिलाओं में प्रसव से जुड़े फैसलों में चिकित्सा का चयन ज्यादातर पुरूषों द्वारा ही किया जाता है। ज्यादातर महिलाएं चिकित्सालय जाकर प्रसव कराने में रूचि नहीं रखती है। चिकित्सालयों में प्रसव ग्रामीण पृष्ठभूमि की महिलाओं के लिये कोई महत्वपूर्ण विषय नहीं है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (1999) के अनुसार निर्णय निर्माण प्रक्रिया में महिलाओं की भागीदारी लगभग न के बराबर होती है, यही स्थिति महिलाओं की सामाजिक व पारिवारिक स्तर पर भी परिलक्षित होती है। सामाजिक दबाव तथा दोयम दर्जे की स्थिति में होने के कारण महिलायें परिवार नियोजन संबंधी विषय पर चर्चा करने में हिचकिचाती है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (2010) पत्रिका के अनुसार वर्ष 2009–10 के दौरान मानव संसाधनों को सुदृढ़ करने तथा उनको बढ़ाने के लिए लगभग 2,475 एम0बी0बी0एस0 डॉक्टर, 160 विशेषज्ञों, 7,136 ए0एन0एम0, 2,847 स्टाफ नर्स, 2,368 आर्युवैदिक डॉक्टरों और 2,184 आयुष परिचिकित्सा कर्मियों की नियुक्ति की गई। भारत में मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य संवर्धन स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों का सबसे महत्वपूर्ण उद्देश्य रहा हैं। इस अवधि में कई नये कार्यक्रम चलाये गये ताकि सभी गर्भवती महिलाओं को प्रसव तथा प्रसवोत्तर परिचर्या प्राप्त हो सके तथा बच्चों को सभी टीके लगवाये जा सके। जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने एवं सुरक्षित मातृत्व प्रदान करना हैं। इस योजना में लाभार्थियों की संख्या 2005–2006 में 7. 39 लाख से बढ़कर 2009–10 में लगभग 92.29 लाख हो गयी है।

नायर के अनुसार(2014) ''सोशल डिटरमेंट ऑफ मैटरनल एण्ड चाइल्ड हेल्थ इन इंडियाः मैक्रो–माइक्रो डिशजेशन'' में केरल राज्य में मातृत्व स्वास्थ्य व शिशु स्वास्थ्य पर सामाजिक निर्धारकों के प्रभाव का परीक्षण करने पर पाते हैं कि महिलाओं में अभी भी मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में सामाजिक

अपवर्जन व असमानताएं हैं। इन्होंने अपने अध्ययन में भारत सरकार द्वारा जारी किए गए राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS-I) से (NFHS-3) आँकड़ो का परीक्षण किया। जिसमें प्रसवपूर्व जाँचें व संस्थागत प्रसव का प्रतिशत निम्नवर्ग की महिलाओं में काफी कम है और परम्परागत तरीके (परम्परागत दाई द्वारा प्रसव) से कराने वाली महिलाओं का प्रतिशत अन्य वर्ग से काफी ज्यादा है। इसका कारण स्वास्थ्य केन्द्रों में उनके साथ असंवेदनशील व्यवहार व प्रसव पीड़ा पर अवहेलनाएं हैं, जिन्हें वह सहन करती है, जो कि सामाजिक अपवर्जित है। इसलिए मातृत्व स्वास्थ्य कार्यक्रम में सुधार अत्यन्त महत्वपूर्ण है।

सुनील एवं लिसा (2006) के अनुसार भारत में अधिकांश मातृत्व स्वास्थ्य की सुविधाओं के उपयोग में व्यक्तिगत कारक प्रभावित करते हैं। इस अध्ययन में इन्होनें 1973 में एंडरसन और न्यूमन द्वारा संयुक्त राष्ट्र अमेरिका में चिकित्सा मॉडल के उपयोग को सैद्वान्तिक मॉडल का प्रयोग किया गया था। जिसे भारत में मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग व तरीकों के विषय जानने हेतु कार्यभार सौंपा गया था। इस दृष्टिकोण के द्वारा मातृत्व सेवाओं के व्यक्तिगत व कल्याण कार्यक्रमों से संबंधित स्वास्थ्य कारकों पर विचार–विमर्श हुआ। यह अध्ययन (NFHS-2) द्वारा प्राप्त जानकारी व तथ्यों का प्रयोग करता है, जिसमें ग्रामीण क्षेत्र में महिला मंडल व आंगनबाड़ी कार्यकत्री ने मातृत्व देखभाल सेवाओं का उपयोग करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभायी, लेकिन अभी भी स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति व्यक्तिगत स्तर पर स्वास्थ्य कार्यक्रम में सुधार की आवश्यकता है।

सईद अफजल (2014) के अपने अध्ययन में कहना है कि किसी भी समाज के विकास को सामान्य रूप से स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्ता और खासकर मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा मापा जा सकता है, इनका मानना है कि पूर्व में मातृत्व स्वास्थ्य नीतियों में सुव्यवस्थित नियोजन की कमी थी और स्वाधीनता के पश्चात् नीतियों व नियोजित विकास की शुरूआत हुई। यह स्वास्थ्य नीतियों, कार्यक्रमों, उनके परिणामों व क्रियान्वयन का परीक्षण कर यह पाता है कि स्वस्थ समाज की प्राप्ति हेतु हमें नीतियों तथा कार्यक्रमों को पूर्णरूपेण पुर्ननियोजित करने की आवश्यकता हैं।

शाहिद मो0 (2014) के अपने शोध लेख में समाज में धार्मिक व सांस्कृतिक पूर्वाग्रहों, प्रचलित धारणाओं का प्रजनन स्वास्थ्य पर प्रभाव का परीक्षण किया और पाया कि समाज में गर्भावस्था व प्रसव सम्बन्धी मुद्दों पर सामाजिक, सांस्कृतिक व धार्मिक मान्यताएँ अपना प्रभाव डालती हैं। महिलाओं में लिंग संबंधी पक्षपात दोषों व रूढ़ियों का पता लगाने में सहायक हैं, जो प्रजनन स्वास्थ्य पर सामाजिक बुराई की तरह तेजी से फैलने वाले विषय हैं।

हिवाले ए0 एण्ड सी0 (2014) के शोध लेख में बताते हैं कि भारत के सभी सामाजिक वर्गो में असमानताएं व्याप्त हैं। जहां देश के कुछ राज्यों में स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार हो रहा है, वहीं कुछ जगहों पर जनसमूहों में स्वास्थ्य सुविधाओं का स्तर काफी कम हैं। देश के हर हिस्से में गर्भवती महिलाओं को मातृत्व स्वास्थ्य सेवा सुविधाएँ मुफ्त में सुलभ कराने के बावजूद मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग निम्न है। इस अध्ययन में NFHS-3 (2005-06) में किए गए सर्वेक्षण से प्राप्त आंकड़ों को लिया गया है। जिसमें परिणामस्वरूप मध्यप्रदेश में आर्थिक व सामाजिक कारक मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को प्रभावित करते हैं।

सुनीतिवाला,डी0(2014) ने अध्ययन में पाया किशोरावस्था लड़कियों के लिए अच्छे स्वास्थ्य की उम्र होती है, क्योंकि किशोरावस्था का विकास ही उनके भावी प्रजनन स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। किशोरावस्था का स्वास्थ्य उनके भावी स्वास्थ्य तथा तन्दुरूस्ती और उनके बच्चों के स्वास्थ्य के साथ–साथ समाज के विकास का मार्ग प्रशस्त करता है। इन्होंने निष्कर्ष में यह पाया कि मणिपुर की किशोरियों में स्वास्थ्य प्रति जागरूकता का अभाव के साथ–साथ वह मानसिक, सामाजिक, शारीरिक तनाव से पीड़ित हैं। निष्कर्ष में यह बताते हैं, इनमें व समाज के लोगों में जागरूकता फैलाने की आवश्यकता है ताकि वे समाज में अच्छे स्वास्थ्य का आनन्द ले सकें।

सद्‌गोपाल (2009) ने अपने लेख में बताया कि भारतीय चिकित्सा व्यवस्था में मातृत्व स्वास्थ्य के लिए भी अनेक प्रयास किये गए जिसमें आयुर्वेदिक, होम्योपैथिक तथा एलोपैथिक सभी प्रकार की चिकित्सा प्रणाली का

समावेश है। जिसमें 'आयुष' (आयुर्वेदिक, योग, यूनानी, सिद्ध, होम्योपैथिक) को राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति और ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना (2007—12) के अन्तर्गत भारतीय समाज में स्पष्ट किया गया। जिसके द्वारा 'राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन' को एक सकारात्मक दिशा देकर निदानात्मक कदम उठाये जा सके। जिससे मातृत्व स्वास्थ्य सुविधा को बढ़ावा दिया जा सके। इसके अन्तर्गत 'जननी सुरक्षा योजना' प्रारम्भ की गयी, जिसका उद्देश्य संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देना तथा जन्म देने वाली महिलाओं को आर्थिक सहायता देना है, क्योंकि परम्परागत प्रसव को मात्र बच्चे के जन्म से सम्बन्धित या उसमें मातृत्व स्वास्थ्य को केन्द्र में नहीं रखा जाता था। परन्तु संस्थागत प्रसव मातृत्व एवं शिशु दोनों के स्वास्थ्य के देखभाल का प्रयास करता हैं।

सिद्दीकी एन0 के शोध पत्र के अध्ययन में यह पाया कि भारत में सबसे बड़ी जनसंख्या वाले राज्य उत्तर प्रदेश में समाज के असभ्य भाग में स्वास्थ्य सुविधाओं के अभाव है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत आशा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता ऐसे पिछड़े समाजों के स्वास्थ्य सुविधाओं व लोगों के मध्य महत्वपूर्ण कड़ी है, जिससे लोगों को मातृत्व स्वास्थ्य, प्रतिरक्षण आदि के प्रति जागरूक किया जा सके। इस लेख में माँ व शिशु दोनों के स्वास्थ्य पर आशा के प्रभाव का पता लगाने का प्रयास किया गया और निष्कर्ष में यह पाया कि गर्भवती महिलाओं की उम्र, शिक्षा का स्तर, आहार, गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्य की सम्पूर्ण डॉक्टरी जांच तथा गृह भ्रमण और प्रसव के उपरान्त आशा की प्रथम मुलाकात इत्यादि ने प्रभावित किया है। आशा का प्रदर्शन गृह भ्रमण को छोड़कर सभी मानकों में बेहतर था। अतः प्रशिक्षित तथा योग्य आशा की नियुक्ति कर महिला के मातृत्व स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं में महिला तक पहुँच में अधिक सुधार किया जा सकता है।

निविथा एट ऑल ने अपने लेख में में यह पाया कि भारत सरकार द्वारा शुरू किये राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में ग्रामीण इलाकों के वंचित समुदायों में स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध करने की प्रति आशा पैदा की है। फिर भी समुदाय में सामाजिक—सांस्कृतिक अंतर हमेशा सरकार द्वारा स्वास्थ्य देखभाल प्रयासों में

लागू करने में एक चुनौती रहा है। खासकर वह क्षेत्र जहां निरक्षरता अधिक है। जिससे ग्रामीण लोग स्वास्थ्य सुविधा का लाभ पाने में असफल रहते हैं। यदि सरकार लोगों में जागरूकता पैदा करती है तो कोई संदेह नहीं है कि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों को हासिल न किया जा सके।

शाहनी,आर0(2014) ने अपने शोध में विवाहित मुस्लिम महिलाओं पर अध्ययन किया कि मुस्लिम महिलाएं प्रसवपूर्व सुविधा का समुचित प्रयोग नहीं करती है। जिसमें मुख्य कारण प्रसवपूर्व जांचों के महत्व के प्रति अनभिज्ञता है। इनमें वे माताएं प्रसवपूर्व जांच नहीं कराती है, जो अशिक्षित है। अनभिज्ञता व निरक्षरता प्रसवपूर्व स्वास्थ्य की सुविधाओं के उपयोग में बाधक हैं। इसके अलावा स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों से दूरी, सुविधाओं की अनुपलब्धता, पति व घर के बड़े सदस्य महिला स्वास्थ्य के प्रति अनिच्छुकता भी प्रमुख कारक हैं।

उपर्युक्त अध्ययनों की समीक्षाओं से स्पष्ट होता है कि कई अध्ययन मातृत्व स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न पहलुओं जैसे–रोग, उपचार के तरीके, स्वास्थ्य सेवाओं से सम्बन्धित हैं, किन्तु मातृत्व स्वास्थ्य सम्बंधी अध्ययनों में समग्र दृष्टिकोण का अभाव है। समाजशास्त्रीय दृष्टि से मातृत्व स्वास्थ्य व देखभाल सेवाओं पर किया गया यह अध्ययन एक सार्थक दिशा में किया गया प्रयास है।

उद्देश्य (Objective)

उपरोक्त परिप्रेक्ष्य वर्तमान अध्ययन का मुख्य उद्देश्य निम्नलिखित हैः

1. अध्ययन क्षेत्र में महिलाओं की पारिवारिक, सामाजिक, शैक्षिक तथा आर्थिक पृष्ठभूमि को ज्ञात करना।
2. अध्ययन क्षेत्र में विद्यमान सामाजिक, सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का मातृत्व स्वास्थ्य के संदर्भ में विश्लेषण करना।
3. गर्भवती व धात्री माँओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का विश्लेषण करना।
4. अध्ययन क्षेत्र में संचालित विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के क्रियान्वयन के पश्चात् उसके प्रभावों का मूल्यांकन करना।

परिकल्पना (Hypothesis)

1. सामान्यतः महिलाओं की निम्न पारिवारिक, सामाजिक तथा आर्थिक परिस्थिति उनके खराब मातृत्व स्वास्थ्य के लिये जिम्मेदार है।
2. महिलाओं में निम्न मातृत्व स्वास्थ्य हेतु सामाजिक, सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रह जिम्मेदार है।
3. गर्भवती व धात्री माँओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी अनेक समस्यायें पायी जाती है।
4. विभिन्न सरकारी एवं गैर सरकारी स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं व कार्यक्रमों के क्रियान्वयन का मातृत्व स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव नहीं पड़ा है।

अध्ययन का महत्व (Importance of the Research)

भारतीय समाज में मातृत्व स्वास्थ्य के आज भी कई मिथक विद्यमान है। मातृत्व स्वास्थ्य को उनकी निम्न पारिवारिक, सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति प्रभावित करती है। जिसके परिणामस्वरूप मातृत्व मृत्यु दर जैसी गंभीर समस्यायें उत्पन्न होती है। अज्ञानता, गरीबी, शिक्षा तथा सामाजिक, सांस्कृतिक जागरूकता के अभाव में मातृत्व स्वास्थ्य से सम्बन्धित जानकारियों का नितान्त अभाव हैं। प्रस्तुत शोध इस संदर्भ में मील का पत्थर साबित होगा। शोध के निष्कर्ष मातृत्व स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न अनसुलझे पहलुओं पर प्रकाश डाला गया है। फलस्वरूप मातृत्व स्वास्थ्य से संबधित भ्रामक धारणाओं के निराकरण, समुचित स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थापना और साथ ही साथ मातृत्व मृत्यु दर को कम करने में मदद मिली। इसके साथ–साथ अध्ययन एवं उसके निष्कर्ष भविष्य में मातृत्व स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं के क्रियान्वयन तथा उसके मूल्यांकन में भी मदद करेगा।

अध्ययन की सीमाएँ (Limitations of the Study)

प्रस्तुत शोध अध्ययन की निम्नांकित परिसीमाएँ निर्धारित की गई हैं–

1. प्रस्तुत शोध अध्ययन केवल लखनऊ क्षेत्र की गर्भवती महिलाओं पर किया गया हैं।
2. इस अध्ययन में प्रजनन आयु वर्ग (15–49) वर्ष तक की महिलाओं को सम्मिलित किया गया हैं।
3. इस अध्ययन में मातृत्व स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं को शामिल किया गया हैं।

अध्ययन क्षेत्र (Area of the Study)

प्रस्तुत शोध कार्य हेतु उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले का अध्ययन क्षेत्र के रूप में चयन किया गया है, यह उत्तर प्रदेश की राजधानी है। लखनऊ का क्षेत्रफल 2528.0 वर्ग कि0मी0 है, इसका विस्तार $26^0.30'–27^0.10'$ उत्तरी अक्षांश से $80^0.30'–81^0.13'$ पूर्वी देशान्तर तक हैं। यह राज्य के मध्य भाग में स्थित है, इसके उत्तर–पूर्व में सीतापुर जिला, बाराबंकी, रायबरेली दक्षिण में, उत्तर–पश्चिम में हरदोई और दक्षिण–पश्चिम में उन्नाव जिला स्थित है। यहाँ की कुल जनसंख्या 45,89,838 है, जिसमें 23,94,476 पुरूष तथा 21,95,362 महिलायें हैं यहाँ का लिंगानुपात 917 महिलाएँ प्रति 1000 पुरूष हैं। यहाँ की कुल साक्षरता दर 77.3 प्रतिशत है,जिसमें पुरूष साक्षरता 82.6 प्रतिशत एवं महिला साक्षरता दर 71.5 प्रतिशत है(स्रोत–जनगणना 2011)।

अवधारणात्मक परिभाषा (Conceptual Framework)

मातृत्व स्वास्थ्य– गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर अवधि के उपरान्त माँ का पूर्ण रूप से स्वस्थ होना।

स्वास्थ्य– स्वास्थ्य विकास की एक प्रक्रिया है, मनुष्य का पूर्णरूप से क्रियाशील व स्वस्थ शरीर से तात्पर्य ही स्वास्थ्य है।

गर्भवती महिलाएँ– गर्भवती महिलाएँ नौ माह तक अपने गर्भ में शिशु को रखती हैं एवं उसके पश्चात् जन्म देती हैं। यह गर्भधारण से लेकर जन्म तक की प्रक्रिया है।

कुपोषण– संतुलित एवं पोषित भोजन के अभाव से महिलाओं में आने वाली शारीरिक दुर्बलता या विकृतियों को कुपोषण कहते हैं।

मातृत्व मृत्यु दर– 15 से 49 वर्ष की प्रजनन योग्य आयु में मातृत्व कारणों से प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर मरने वाली महिलाओं की संख्या।

योजना– किसी विशेष उद्देश्य की प्राप्ति के लिए की गयी व्यवस्थित योजना को योजना कहते हैं।

कार्यक्रम– एक विशिष्ट परिणाम की प्राप्ति के लिए बनाई जाने वाली योजना को कार्यक्रम कहते हैं। कार्यक्रम में यह निर्धारित किया जाता है कि क्या कार्य किया जायेगा, कब एवं किसके द्वारा किया जायेगा एवं किन स्रोतों का प्रयोग किया जायेगा।

सुरक्षित मातृत्व– प्रसवपूर्व, प्रसव के दौरान एवं प्रसवोत्तर माँ तथा बच्चा दोनों स्वस्थ हो।

आपातकालीन प्रसूति देखभाल– अचानक उत्पन्न होने वाली जटिलताएँ जैसे हैमरेज, प्रसव में रूकावट, खून चढ़ाना और शल्यक्रिया।

प्रजनन दर– 15 से 49 आयु वर्ग की प्रति 1000 महिलाओं में बच्चों की संख्या।

ए0एन0एम0– ऑक्सीलियरी नर्स मिडवाइफ, गांव के स्वास्थ्य केन्द्र की सामुदायिक कार्यकत्री।

सैद्धान्तिक दृष्टिकोण

प्रकार्यात्मक दृष्टिकोण के अनुसार समाज के हर समूह, संगठन, व्यक्ति का कोई न कोई प्रकार्य है। यदि इनमें से कोई एक भी अपनी भूमिका सम्पादन करना बन्द करे या इनमें किसी प्रकार की विकृति उत्पन्न हो जाए तो पूरा समाज प्रभावित हो जाता है। जैसा कि पारसन्स का मानना है कि बीमारी(रुग्णता)

समाज और व्यक्ति दोनों के विकास में बाधक है। पारसन्स आगे कहते हैं कि यदि स्वास्थ्य अच्छा नहीं होगा तो व्यक्ति अपने कार्य का सम्पादन अच्छे तरीके से नहीं कर पायेगा, जिसके कारण व्यक्ति के साथ–साथ सामाजिक व्यवस्था भी प्रभावित होगी। प्रस्तुत शोध महिलाओं के स्वास्थ्य पर एवं उनके स्वास्थ्य से सम्बंधित योजनाओं के क्रियान्वयन पर आधारित है। यदि महिला की स्वास्थ्य स्थिति निम्न होगी, तो उनके बच्चे एवं परिवार पर इसका नकारात्मक प्रभाव पड़ेगा, जो परिणामतः समाज को प्रभावित करता हैं। प्रकार्यात्मक पद्धति के अनुसार यदि किसी व्यवस्था में व्यवधान उत्पन्न हो जाय तो उसे सही करके, व्यवस्था को पुनः व्यवस्थित किया जा सकता है, ठीक उसी प्रकार यदि कोई व्यक्ति या महिला की स्वास्थ्य स्थिति निम्न है तो स्वास्थ्य योजनाओं द्वारा महिला को लाभ पहुँचा कर सही किया जा सकता हैं।

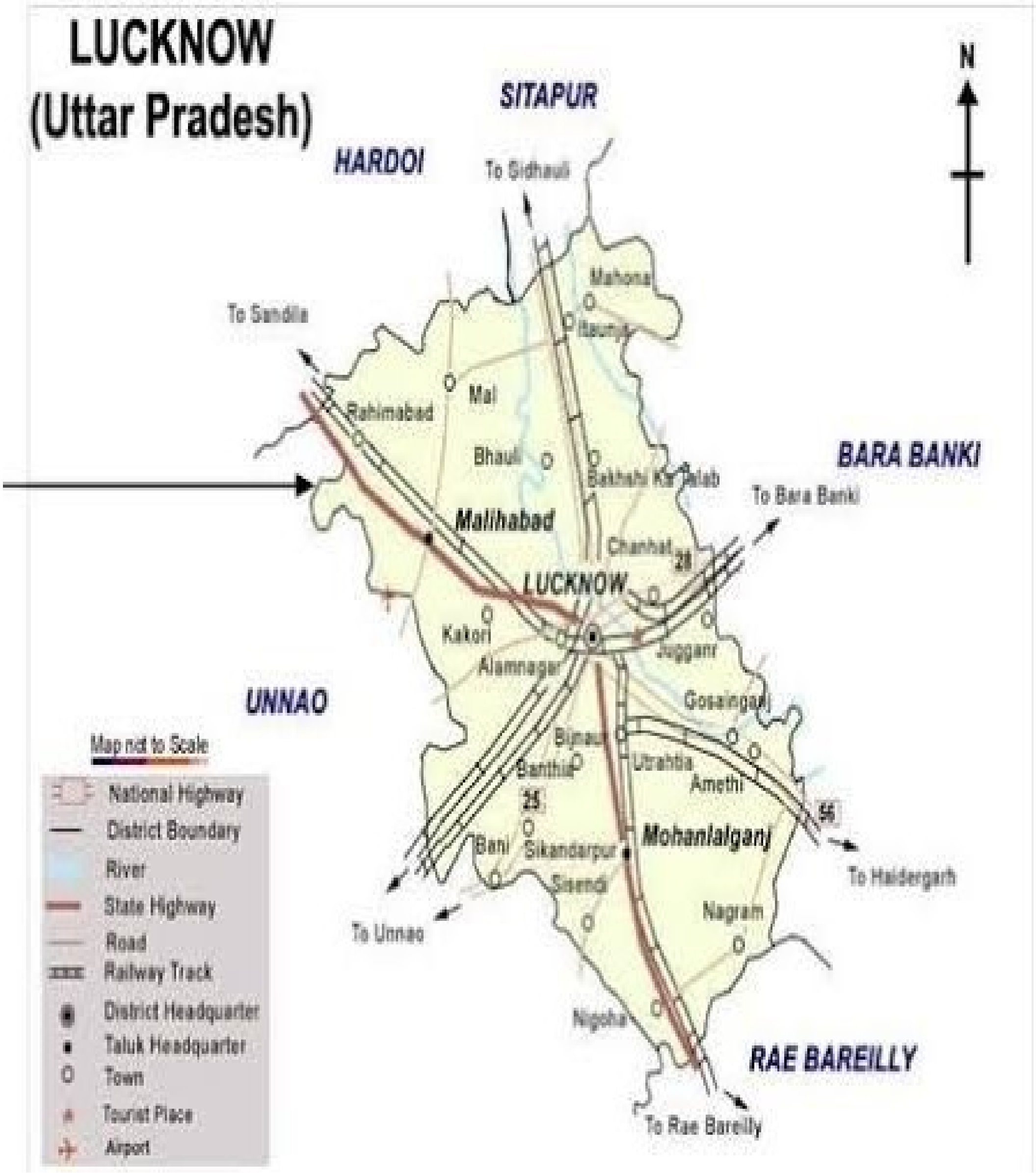
पारसन्स,(1951) अनुसार समाज के सही कार्य करने की क्षमता के लिए अच्छा स्वास्थ्य और प्रभावी चिकित्सा देखभाल आवश्यक है। बीमारी (रुगणता) समाज में हमारी भूमिकाओं को निभाने की क्षमता को कम कर देता हैं और यदि बहुत से लोग अस्वस्थ है, तो समाज की कार्यप्रणाली और स्थिरता को भी नुकसान पहुँचता है। उसी प्रकार यदि समाज में महिलाएं अस्वस्थ एवं बीमारी से ग्रसित होंगी तो समाज की सम्पूर्ण व्यवस्था व कार्यप्रणाली प्रभावित होती है, क्योंकि महिलाएं ही समाज की सजृनकर्ता है। महिलाओं को गर्भावस्था, प्रसव व बच्चे की देखभाल के लिए उचित चिकित्सा व देखभाल प्रदान की जाय, तो मातृत्व स्वास्थ्य को भी बेहतर बनाया जा सकता हैं। जिससे मातृत्व स्वास्थ्य संकेतकों में भी सुधार लाया जा सकता है। प्रकार्यात्मक दृष्टिकोणवादी का मानना है कि वैध रुप से बीमार होने और अपने दायित्वों से मुक्त होने के लिए मरीजों को ‘‘बीमार भूमिका’’ का निर्वाह करना पड़ता है। चिकित्सक व रोगी सम्बंध पदानुक्रमित हैं। डॉक्टर निर्देश प्रदान करता है और रोगी को उनका पालन करने की आवश्यकता होती है। जिससें व्यक्ति स्वस्थ होकर पुनः अपनी भूमिकाओं का निष्पादन करता हैं।

स्वास्थ्य व्यक्ति की शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण के स्तर को दर्शाता है। चूँकि स्वास्थ्य एक बहुआयामी अवधारणा है। समाज में लोगों के स्वास्थ्य को तीनों आयाम एक दूसरे को प्रभावित करते है। स्वास्थ्य सम्बन्धी निम्न दशाओं को उचित व गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराकर स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का निवारण किया जा सकता हैं। स्वास्थ्य देखभाल से तात्पर्य स्वास्थ्य समस्याओं को रोकने, उनके निदान और उपचार के लिए चिकित्सा सेवाओं के प्रावधान से है।

प्रकार्यात्मक दृष्टिकोण के अनुसार समाज के सुचारु रुप से संचालन के लिए अच्छा स्वास्थ्य और प्रभावी चिकित्सा देखभाल आवश्यक है। समाज सभी सदस्यों के स्वस्थ होने व सन्तुलन बनाये रखने में योगदान देता है। पारसन्स,(1972) के अनुसार प्रकार्यात्मक दृष्टिकोण किसी व्यक्ति विशेष की शारीरिक सामान्यता के स्तर की अपेक्षा सामाजिक सामान्यता पर जोर देता है। पारसन्स ने अपनी पुस्तक ''सामाजिक व्यवस्था'' में चिकित्सा मॉडल का प्रयोग किया, जिनमें इन्होनें स्वास्थ्य प्रणाली की जरुरतों, उनके कर्त्तव्यों और रोगी व डॉक्टर के सम्बन्ध तथा बीमार भूमिका की चर्चा की है।

1946 से 1951 तक चिकित्सा समाजशास्त्र का नया क्षेत्र का विकास हुआ। जिसमें चिकित्सा समाजशास्त्र और समाजशास्त्रीय पद्धति को अर्न्तसम्बंधित किया गया (कुकरहैम,2010)। इस दशक में सामाजिक अनुसंधानों में स्वास्थ्य को सामाजिक व्यवस्था से जोड़कर कर देखा जाने लगा। प्रकार्यात्मक सिद्धान्तवादी स्वास्थ्य और बीमारी (रोगों) को जैविक न मानकर सामाजिक पहलुओं दर्शाती है। यह सिद्धान्त समाज और जैविक जीव के बीच समानता पर आधारित है। जिस तरह से शरीर में अलग–अलग अंग (इकाईयाँ) होते हैं, लेकिन वे परस्पर और अन्योन्याश्रित होते हैं, ठीक उसी तरह समाज में कई तरह की प्रणालियाँ होती हैं, जो एक–दूसरे पर निर्भर होती हैं।

ग्राफ 1.2 लखनऊ जनपद का ब्लॉकवार मानचित्र



समग्र एवं निर्देशन का चयन

(Universe And Sample Size)

प्रस्तुत अध्ययन लखनऊ जनपद की गर्भवती महिलाओं से सम्बंधित है। लखनऊ जनपद के आठ विकास खण्डों में से तीन विकास खण्ड बक्शी का तालाब, मोहनलालगंज, चिनहट का चयन किया गया हैं। जिसमें से 300 उत्तरदाताओं का चयन किया गया है। गर्भवती महिलाओं की आयु 15–49 वर्ष तक की हैं।

अध्ययन पद्वति (Methodology)

अध्ययन की प्रकृति व उद्‌देश्यों का ध्यान में रखते हुये अन्वेषणात्मक (Exploratory) व वर्णनात्मक (Discriptive) शोध पद्वति का प्रयोग किया गया। जिससे अध्ययन की प्रासंगिकता एवं वैज्ञानिकता दोनों बरकरार रहे। यह शोध गुणात्मक एवं परिमाणात्मक मिश्रित विधि (Mixed Method) पर आधारित है।

अध्ययन से सम्बन्धित विभिन्न तथ्यों के संकलन के लिये प्राथमिक एवं द्वितीयक दोनों प्रकार के स्रोतों का प्रयोग किया गया। द्वितीयक स्रोतों के अन्तर्गत तथ्यों के संकलन हेतु विभिन्न सरकारी, गैर सरकारी आँकड़ों, पुस्तकों, जर्नल, पत्रिकाओं, समाचार पत्रों, पुस्तकालयों, इंटरनेट आदि तकनीकों की सहायता ली गयी।

प्राथमिक स्रोतों के द्वारा आँकड़ों के संकलन हेतु लखनऊ जिले के 3 ब्लाकों में स्थित सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों व उपकेन्द्रों से 300 पंजीकृत गर्भवती महिलाओं का चयन किया गया। इन ब्लाकों में गर्भवती महिलाओं का चयन उद्‌देश्यपरक निदर्शन (Purposive Sampling) के आधार पर किया गया। प्रत्येक ब्लाक में से 100 गर्भवती महिलाओं का चयन किया गया है।

इसके पश्चात् साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग करते हुये गर्भवती महिलाओं से प्राथमिक आँकड़ों का संग्रह किया गया। प्राथमिक आँकड़ों का संग्रहण गांवों के मुखिया, ए0एन0एम0, आशा, आंगनबाड़ी कार्यकत्रियों के माध्यम से किया गया।

इसके साथ–साथ 20 गर्भवती महिलाओं का चयन दैव निर्दशन (Random Sampling) विधि के माध्यम से किया गया। जिनका एकल अध्ययन विधि (केस स्टडी) के माध्यम से गहन अध्ययन किया गया। एकल अध्ययन हेतु अवलोकन, साक्षात्कार अनुसूची तथा अन्य सम्बंधित प्रविधियों का प्रयोग किया गया। आवश्यकतानुसार फोकस्ड ग्रुप डिस्कशन तकनीकी का प्रयोग तथ्यों की

बारीक जानकारी प्राप्त करने हेतु किया गया। प्रस्तुत शोध अध्ययन में तथ्यों के विश्लेषण के लिए SPSS कम्प्यूटर सॉफ्टवेयर का प्रयोग करते हुए सांख्यिकीय पद्धतियों के माध्यम से निष्कर्ष का प्रतिपादन किया गया है।

शोध अध्याय (Chapterization)

प्रथम अध्याय : (Chapter- I) प्रस्तावना

प्रथम अध्याय में प्रस्तुत शोध की भूमिका, मातृत्व स्वास्थ्य की अवधारणा, स्वतन्त्रता के पूर्व एवं उसके पश्चात् किए गये स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रयासों को ऐतिहासिक पृष्ठभूमि में वर्णित किया गया हैं। जिसमें स्वास्थ्य सम्बन्धी नीतियाँ, समितियाँ एवं पंचवर्षीय योजनाओं तथा मातृत्व स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाएं वर्णित हैं। इसके पश्चात् ग्रामीण स्वास्थ्य संरचना का विवरण दिया गया हैं, जिसमें उत्तर प्रदेश तथा लखनऊ में स्वास्थ्य केन्द्रों की वर्तमान स्थिति का वर्णन किया गया है। अध्याय में केन्द्र, राज्य, जिला व ग्राम स्तर पर योजनाओं के कियान्वयन समितियों के गठन का भी वर्णन किया गया हैं। शोध सम्बंधित साहित्य की समीक्षा एवं सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि, शोध समस्या, अध्ययन का महत्व, अध्ययन का उद्देश्य, अध्ययन की परिकल्पनाएँ एवं अध्ययन की सीमाएँ वं शोध प्रविधि वर्णित है।

द्वितीय अध्याय : (Chapter- II) सामाजिक संरचना एवं समुदाय की पृष्ठभूमि।

द्वितीय अध्याय में सामाजिक सरंचना एवं समुदाय की पृष्ठभूमि में चयनित विकास खण्ड़ों की भौगोलिक एवं जनांकिकी स्थिति का विवरण किया गया हैं तथा उत्तरदाताओं की सामाजिक, आर्थिक, पारिवारिक संरचना व सामुदायिक पृष्ठभूमि को विश्लेषित किया गया है।

तृतीय अध्याय : (Chapter – III) महिला स्वास्थ्य : मुद्दे एवं समाधान

तृतीय अध्याय में महिला स्वास्थ्य के मुद्दे एवं समाधान में महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक–सास्ंकृतिक द्यटकों को द्वितीयक स्त्रोतों के आधार पर विश्लेषित किया गया हैं।

चतुर्थ अध्याय : (Chapter – VI) मातृत्व स्वास्थ्यः सामाजिक एवं आर्थिक दृष्टिकोण

चतुर्थ अध्याय में उत्तरदाताओं के मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारकों का सामाजिक व आर्थिक पृष्ठभूमि के आधार पर ज्ञात करने का प्रयास किया गया है।

पंचम अध्यायः (Chapter – V) मातृत्व स्वास्थ्यः सामाजिक–सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का प्रभाव

पंचम अध्याय में मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक, सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का विस्तारपूर्वक वर्णन किया गया है। जिसमें प्रथम गर्भ के समय महिला की आयु, गर्भावस्था के दौरान व प्रसव पश्चात् किए जाने संस्कारों, रीति–रिवाजों, धार्मिक अनुष्ठानों व कर्मकाण्ड़ों के प्रचलन व समाज में दाई द्वारा प्रसव की संस्कृति, पुत्र की प्राथमिकता, पुत्र हेतु समाज में प्रचलित व्रत एवं मान्यताओं का विवरण, स्वास्थ्य सम्बन्धी जागरुकता इत्यादि बिन्दुओं के अन्तर्गत मातृत्व स्वास्थ्य को विश्लेषित किया गया हैं।

षष्टम् अध्याय : (Chapter – VI) गर्भवती एवं धात्री मां : विशेष कुछ स्वास्थ्य संबंधी मुद्दे।

षष्टम् अध्याय में गर्भवती एवं धात्री माँओं की विशेष स्वास्थ्य समस्याओं का अध्ययन किया गया है। जिसमें गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्याओं के साथ गर्भपात, अनियोजित व असुरक्षित गर्भधारण, घरेलू हिंसा, पर्याप्त पोषण का अभाव को महिला द्वारा लिए जाने वाले भोज्य पदार्थो की आवृत्ति व भोजन करने का समय इत्यादि के आधार पर जानने का प्रयास किया गया हैं। प्रस्तुत शोध अध्याय में 20 उत्तरदाताओं की (केस स्टडी) को भी शामिल किया गया है। जिसके द्वारा महिलाओं के मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने सामाजिक, आर्थिक व अन्य कारणों का ज्ञात किया जा सके।

सप्तम् अध्याय : (Chapter–VII) महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव

सप्तम् अध्याय में केन्द्र व राज्य सरकार द्वारा क्रियान्वित योजनाओं तथा कार्यक्रमों का विश्लेषणात्मक मूल्यांकन किया गया हैं। तत्पश्चात् महिला स्वास्थ्य योजनाओं का मातृत्व स्वास्थ्य पर पड़ रहे प्रभावों का प्राथमिक तथ्यों के आधार पर विश्लेषण किया गया है।

अष्टम् अध्याय : (Chapter- VIII) निष्कर्ष एवं सुझाव

संदर्भ ग्रन्थ सूची

- अकरम मो0(2014बी),सोसियोलॉजी ऑफ हेल्थ रावत पब्लिकेशन.
- ....(2014),मैटरनल हेल्थ इन इड़ियाः एन ओवरव्यू कनटेमपररी इश्यूज एण्ड चैलेन्ज पी.19.
- अरोड़ा, पुनिता (2005), मैटरनल मोरटलिटी इण्डियन सिनारियो. 61(3) : 214
- अग्रवाल, नीता. (2007), *मातृकला एवं शिशु पालन.* आगरा, विनोद पुस्तक मंदिर
- भाटिया, जे0 सी0(1995), डिटरमिनेन्ट ऑफ मैटरनल केयर इन ए रिजन ऑफ साउथ इण्डिया हेल्थ ट्रांजेक्शन रिव्यू : 5 (2) 127–42.
- भाटिया, बी0 डी0, बनर्जी, डी0 के0, एण्ड अग्रवाल, के0 एन0 (1981), डायटरी इनटैक ऑफ अर्बन एण्ड रूरल प्रेगनेन्ट लैकटेटिंग एण्ड नॉन प्रेगनेन्ट नॉन लैक्टेटिंग वेजटेरियन वूमेन इन वाराणसी इण्डिया,जर्नल ऑफ मेडिकल रिसर्च, 74: 680–87
- चौधरी, रफीकुल, (1982–84),सोशल एसपेक्ट ऑफ फर्टलिटी विद् स्पेशल रिफ्रेन्स टू डवलपिंग कन्ट्री, न्यू दिल्ली विकास पब्लिशिंग हाउस.

- गोपालन, सी0 (1994), ''सम एस्पेक्ट ऑफ न्यूट्रीशन इन इंडिया इन पॉपुलेशन इन इण्डियाज डेवलेपमेंट, 1947–2000, सम्पादन बोस आशीष, मिश्रा ए0, पी0 देसाई एण्ड जे0 शर्मा, न्यू दिल्ली विकास पब्लिकेशन हाउस, पेज नं0 101–08.
- गोपाल, मीरा, (2009), "केन मैटरनिटी सर्विस अपॉन अप टू दि इण्डिजियस ट्रेडिशन ऑफ मिडवाइफ, इकोनॉमिक एण्ड पॉलिटिकल वीकली, वाल्यूम–XLIV, 2012.
- हिताले, अनिल और चौधरी अजय(2014),मैटरनल हेल्थ केयर यूटिलाइजेशन अमंग सोशल ग्रुप इन मध्य प्रदेश
- इन्दिरा, बी0 एण्ड रेड्डी, ओ (1981), ए कम्पैराटिव स्टडी ऑफ फीडिंग पैटर्न ऑफ इनफेन्ट इन रूरल एण्ड अर्बन एरिया दि इण्डियन जर्नल ऑफ पाइडियट्रिक 49ः 277–80.
- ईरिका रायस्टन,(1989),प्रीवन्टिंग मैटरनल डेथ, डब्ल्यू एच0 ओ0.
- कुकरहैम डब्ल्यू0 सी0(1978), दि न्यू ब्लैकवेल कैम्पेनियन टू मेडिकल सोसियोलॉजी,यूनाईटेड किंगडमः विले ब्लैकवेल.
- कुमार, ए0 एण्ड खान (2010), हेल्थ स्टेट ऑफ वूमेन इन इण्डिया : इवीडेन्स फॉम नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे–3 (2005–2006), फ्यूचर आउट लुक शोध लेख रिसर्च एण्ड प्रैक्टिस इन सोशल साइन्स ,वाल्यूम–6, संख्या–2.
- कुमार, आर0 (2008), *चाइल्ड डेवलपमेन्ट इन इण्डिया हेल्थ वेलफेयर एण्ड मेनजमेन्ट.* नई दिल्लीः आशीष पब्लिकेशनस
- मेहता, एस0 आर0, (1992), सोसायटी एण्ड हेल्थ, विकास पब्लिकेशन्स हाउस, प्राइवेट लिमिटेड.
- मिनोचा, अनीता (2014), "दि सोस्यो कल्चर–कल्चर कॉनटेक्सट ऑफ इनफॉरमल कॉनसेन्ट इन मेडिकल प्रेक्टिस, इन बी0 एस0 वॉवेस्कर एवं

तुलसी पटेल (संपा) अन्डरस्टैन्डिग इन्डियन सोसायटी पास्ट एण्ड प्रेज़ेन्ट, नई दिल्लीः ऑरियन्ट ब्लैकस्वान

- नवीनाथम, के0 एण्ड धर्मालिंगम, ए0 (2000), यूटीलाईजेशन ऑफ मैटरनल हेल्थ केयर सर्विसस इन साउथ इण्डिया, त्रिवेन्द्रमः सहाद्री, सुभद्र(2008), न्यूट्रीशनल एनीमिया इन साउथ एशिया इन मैलन्यूट्रीशन इन साउथ एशियाःए रीजनल प्रोवाइल काठमाण्डू ऑफिस फॉर साउथ एशिया, यूनिसेफ.
- नायर, के0 आर0 एण्ड भट्ट, (2014), सोशल डिटरमिनेन्ट ऑफ मैटरनल एण्ड चाइल्ड हेल्थ इन इंडिया मैक्रो–माइक्रो डिशजेगशन.
- नागला, मधु (1993), हेल्थ पॉलिसी एण्ड प्लानिंग इन इण्डिया इन वी0 के0 नागला डवलेपमेन्ट एण्ड ट्रान्सफॉरमेशन थीम एण्ड वरेशन्स इन इण्डियाज् सोसायटी, जयपुर रावत पब्लिकेशन.
- नागदेवा, डी0 एण्ड भारती, डी0 (2003), अरबन रूरल डिवरेन्टशियल इन मैटरनल एण्ड चाइल्ड हेल्थ इन आन्ध्र प्रदेश, इण्टरनेशनल इक्ट्रोनिक जर्नल ऑफ रूरल एण्ड रिसर्च ऐजूकेशन प्रैक्टिस एण्ड पॉलिसी.
- निदा, सिद्दीकी,(2014), चाइल्ड एण्ड मैटरनल हेल्थ इन उत्तर प्रदेश : ए स्टडी ऑन इम्पैक्ट ऑफ आशा.
- नेशनल रुरल हेल्थ मिशनः मिशन डोकूमेन्ट(2005–2012)ए मिनिस्टी ऑफ हेल्थ एण्ड फैमिली वेलफेयर ;जी0ओ0आईः न्यू दिल्ली
- पल्लीकावथ, एस0 एम0 फॉस, एण्ड स्टोनस, आर0 (2004), एन्टीनेटल केयरः प्रोविजन एण्ड इनक्वालिटी इन रूरल नार्थ इण्डिया सोशल साइन्स एण्ड मेडिसिन, 59ः 1147–58.
- पारसन्स टी0 (1951),दि सोशल सिस्टम, न्यूयार्क फ्री प्रेस.
- ....(1972), डेफिनेशन ऑफ हेल्थ एण्ड ईलनेस इन दि लाइट ऑफ अमेरिकन वैल्यूस् एण्ड सोशल स्टैक्चर, मैकमिलन पब्लिकेशन.

- पन्त, नवीन (2006), "राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन", *कुरूक्षेत्र*, मई. वाल्यूम 52
- पटेल, अमृत (2008), "ग्रामीण स्वास्थ्य", *कुरूक्षेत्र*, अक्टूबर. वाल्यूम 56.
- रानी, एस0पी0एम0 (2005), सैक्सुअल एण्ड रिप्रोडेक्टिव हेल्थ स्टेट्स ऑफ अडोलसेंस एण्ड यंग मैरिड गर्ल्स इशू एण्ड कन्सर्न, दि इण्डियन जर्नल ऑफ सोशल वर्क, वाल्यूम–66,इश्यू–4,अक्टूबर.
- रेड्डी, आर0 बी0 (1991), स्टैटजी फॉर एनीमिया कंट्रोल इन इंडिया इन न्यूट्रीशनल एण्ड फ्रन्टियर टूवर्ड दि ईयर सिग्स एशियन कांग्रेस ऑफ न्यूट्रीशन, कोल्हालम्पुर, मलेशिया.
- रामचंन्द्रन, प्रेमा (2012), "भारतीय बच्चों में कुपोषण", *योजना*, वाल्यूम 56, अंक 11
- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, पत्रिका,(2010), स्वस्थ राष्ट्र की ओर, *लोकसभा में जनसंख्या मुद्दे पर चर्चा*, खण्ड 6, संख्या 2.
- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन पत्रिका,(2011), "राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन", स्वास्थ्य परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार, खण्ड 6,
- शैरिफ, ए0 (1990), ए फ्यू कल्चरल कान्सेप्ट एण्ड सोशियो बिहेवियरल एसपेक्ट ऑफ हयूमन हेल्थ इन इण्डिया, इन काल्डवेल रूट ऑल, व्हाइट वि नो अबाऊट हेल्थ ट्रांसजेशन दि कल्चरल सोशल एण्ड बिहेवियरल डिटरमेंट ऑफ हेल्थ, सीरिज नं0–2 वाल्यूम–2.
- शर्मा, मोनिका (1991), वूमेन एण्ड हेल्थ प्रोब्लम एण्ड इशू इन सोशियोलॉजी ऑफ हेल्थ इन इण्डिया, संपादन टी0 एम0 डॉन जयपुर : रावत पब्लिकेशन्स, पेज 196–216.
- श्रीवास्तव आर0 के0. कंसल एस0. तिवारी एट ऑल(2011), असममेन्ट ऑफ यूटीलाइजेशन ऑफ आर0सी0च0 सर्विसस् एण्ड क्लाइन्ट सैटिशफैक्शन एट डिफरेन्ट लेविल ऑफ हेल्थ फैसलिटिस इन वाराणसी डिस्ट्रिक्ट. इड़ियन जर्नल ऑफ पब्लिक हेल्थ;53(3): 183 -189.

- श्रीवास्तव ए0. महमूद पी0. एण्ड एट ऑल(2011),यूटीलाईजेशन ऑफ हेल्थ केयर सर्विसस् बरेली डिस्ट्रिक्ट उत्तर प्रदेश.
- शरद डी0. कीर्ति एअ ऑल(2009),मैटरनल हेल्थ–ए केस स्टडी ऑफ राजस्थान,जर्नल ऑफ हेल्थ पॉपूलेशन एण्ड न्यूटिशन; 27(2): 271-292
- सईद, अफजल, (2014), कॉनटेक्चुलाइजिंग मैटरनल एण्ड चाइल्ड इन इण्डिया : फ्राम कोलिनयल इरा टू ग्लोव्लाइज्ड इरा.
- शाहिद, मो0, (2014), रिप्रोडक्टिव रिपोटियर : मेकिग सेन्ड ऑफ कॉमन सेन्स.
- सुनीतिवाला, देवी (2014),रिप्रोडक्टिव हेल्थ एण्ड डवलेपमेंट नीड्स ऑफ अडोलन्स गर्ल्स इन मणिपुर.
- सी0, सत्तार, शकुन्तला,(2014), मैटरनल हेल्थ अमंग रूरल वूमेन : ए केस स्टडी इन धारवाड डिस्ट्रिक्ट
- शाहनी,रजिया,(2014),एन्टीनेटल केयर एण्ड डिलिवरी ऑफ हेल्थ प्रैक्टिस अमंग दि मुस्लिम वूमेन ऑफ योगबी विलेज ऑफ इम्फाल ईस्ट, मणिपुर.
- सिंह, सुरेन्द्र. एवं पी0 डी0 मिश्रा (1990), *भारत में सामाजिक नीति, नियोजन एवं विकास.* लखनऊः क्वालिटी पब्लिकेशनस
- सिन्हा, वी0 सी0 एवं पुष्पा, सिन्हा (2009), "जनांकिकीय सिद्धांत", नोएडाः मयूर पेपर बुक्स
- सुजाता इन वी0 एण्ड लीना अब्राहम, स्ट्रन्थिग चाइल्डबर्थ केयरः केन दि मेटरनिटी सर्विस अपॉन टू इण्डिजियस ट्रेडिसन ऑफ मिड वाइफरी (संपा0) मेडिकल प्लुरालीजम इन कनटेम्परी इण्डिया. ओरियन्ट ब्लैकस्वान नई दिल्लीः
- साल्दी, रतन (2006), सबके लिए स्वास्थ्य लोकप्रियता की ओर", *कुरूक्षेत्र,* मई. वाल्यूम 52.
- दि वर्ल्ड बैंक (1994),इम्प्ररुविंग वूमेन हेल्थ इन इड़िया, वांशिगटन डी0सी0.

- यादव, विजय कुमार. ,(2008), "भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य परिदृश्य", *कुरूक्षेत्र*, अक्टूबर. वाल्यूम 54
- Health (2010).USAID, American Embassy, New Delhi.
- http://www.usaid.gov/in/our_work/health/index.html,(Retrieved October,2010)
- The Importance of women's Health, (2005).www.globalhealth.org/ women's_health. (Retrived December 2010).
- Government of India (2007). *RHS Bulletin.*March 2007. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare
- Government of India (1952).*First Five Year Plan.* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India(1956).*Second Five Year Plan.* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India(1961).*Third Five Year Plan.* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India(1969).*Fourth Five Year Plan.* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (1974). *Fifth Five year Plan.* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (1980).*Sixth Five Year Plan,* (1980-85), New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (1985). *Seventh Five-Year Plan,* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (1992). *Eighth Five-Year Plan,* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (1997). *Ninth Five- Year Plan,* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (2002). *Tenth Five Year Plan.* New Delhi: Planning Commission.

- Government of India (2007).*Eleventh Five-Year Plan,* New Delhi: Planning Commission.
- Government of India (1993). *Year Book (1990-91),* Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- Government of India (2000). *National Population Policy 2000,* Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- Government of India (1961).*Report of the Survey and Planning Committee,* Mudaliar Committee, Vol. 1, New Delhi: Ministry of Health.
- Government of India (1965). *Report of the Health Survey and Planning Committee,* Mukherjee Committee, New Delhi: Ministry of Health.
- Government of India (1967).*Report of Committee on Integration of Health Services,* Jungawalla Committee, New Delhi: Ministry of Health.
- GOI.(2012).Annual Health Survey Bulletin 2011-2012.New Delhi: Office of the registrar general & Census Commissioner, Ministry Of Home Affairs,India.
- GOI.(2018), Rural Health Statistics.New Delhi: Statistics Division, Ministry of Health And Family welfare.
- National Rural Health Mission: Mission Document(2005-2012) ngh. Atvir; Utilization of Health Services And RCH Status in 12),Ministry of Health and family welfare.
- National Health Policy (1983). Government of India New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.
- National Population Policy 2000. Department of Health and Family welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India 2000.

- NRHM-Project Implementation Plans (2010-11), and from the offices of the Chief Medical Officer (CMO) and District Programme Officer (DPO) of district headquarter
- National Family Health Survey (NFHS-4).Mumbai, India 2014-2015
- National Family Health survey (NFHS-3).Mumbai, India 2005-2006
- National Family Health Survey (NFHS-2).Mumbai, India 1998-1999
- National Family Health Survey (NFHS-1).Mumbai, India 1992-1993
- National Nutrition Policy (1993), Government of India: New Delhi.
- Pratiyogita Darpan. July, 2013
- Pratiyogita Darpan.june,2012
- Pratiyogita Darpan.may,2012
- Kurukshetra.January.2016
- USAID.(2008).Role of village Health committees in Improving Health and Nutrition Outcomes: A Review of Evidence from India.

✵✵✵

द्वितीय अध्याय

सामाजिक संरचना

एवं

समुदाय की पृष्ठभूमि

द्वितीय अध्याय

सामाजिक संरचना एवं समुदाय की पृष्ठभूमि

लखनऊ उत्तर प्रदेश की राजधानी है। यह उत्तर प्रदेश में कानपुर के बाद दूसरा सबसे बड़ा शहर है। नवाबों का शहर कहलाने वाला लखनऊ अपनी बहुसांस्कृतिक विशेषताओं के लिए सर्वप्रसिद्ध है। यह मुख्यतः अपनी लखनवी तहजीब, ऐतिहासिक, पर्यटन स्थल, सुन्दर उद्यान, संगीत व कविता तथा विशेष व्यंजनों के लिए भी जाना जाता हैं। यहाँ फार्मास्यूटिकल्स, प्रौद्योगिकी एवं वाणिज्यिक गतिविधियों का बेहतर तरीके से विकास किया गया है (स्पेट एण्ड अहमद,1950,पृ0 सं0–1)। विगत् वर्षो से यहाँ की जनसंख्या में निरन्तर वृद्धि देखी गई हैं। सन् 1951 में यहाँ की जनसंख्या 1.12 मिलियन थी, 2011 में 4.5 मिलियन के ऊपर पहुँच गई है (स्रोतःजनगणना 1951 व जनगणना 2011)। आधुनिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से युक्त चिकित्सा केन्द्रों ने शहर के आस–पास के जिलों व ग्रामीण परिवेश के निवासियों को अपनी ओर आकर्षित किया है। यहाँ की जनसंख्या में वृद्धि का मुख्य कारण आधारभूत संरचना, गुणवत्तापूर्ण अफसरों की उपलब्धता एवं निजी व लघु उद्योगों को विकसित करने की सुविधाएँ, शिक्षा हेतु उच्च व प्रतिष्ठित शिक्षण संस्थान हैं। इस प्रकार हम देखते हैं कि लखनऊ की सामाजिक व आर्थिक संरचना ने लोगों की जीवनशैली व रहन–सहन के स्तर को प्रभावित किया है।

प्रस्तुत शोध अध्याय में उत्तरदाताओं की प्राथमिक तथ्यों के आधार पर सामाजिक संरचना व पृष्ठभूमि को विश्लेषित किया गया है। क्योंकि किसी भी समाजशास्त्रीय अध्ययन में सामाजिक व जनांकिकी तथ्यों द्वारा उत्तरदाताओं की पृष्ठभूमि को विश्लेषित करना काफी महत्वपूर्ण होता है। जिसके अर्न्तगत् उत्तरदाताओं की जाति, धर्म, आयु, शिक्षा, परिवार का व्यवसाय, आय, मूलभूत संसाधनों की उपलब्धता से जुड़ी जानकारी सम्मिलित है।

चयनित विकास खण्ड़ों की सामाजिक संरचना एवं पृष्ठभूमि का विवरण निम्नवत् है–

भौगोलिक व जनांकिकी पृष्ठभूमि

लखनऊ जिले में आठ विकास खण्ड हैं। इसे विकास की दृष्टि से योजनाओं के क्रियान्वयन हेतु विभाजित किया गया हैं। शोध हेतु जिले में से तथ्यों के संकलन के लिए 3 विकास खण्डों का चयन किया गया। निम्नलिखित सारणी में मोहनलालगंज, चिनहट व बक्शी का तालाब विकास खण्डों की स्थिति इस प्रकार हैं–

सारणी संख्या 2.1
चयनित विकास खण्डों का जनांकिकी सम्बन्धी विवरण

विवरण	मोहनलालगंज	चिनहट	बक्शी का तालाब
कुल जनसंख्या	4,80,523	1,34,819	3,49,654
पुरुष जनसंख्या	2,51,758	52.0(70,332)	183,866
महिला जनसंख्या	2,28,775	48.0(64,487)	165,788
ग्रामीण जनसंख्या	66.8 (4,46,696)	1,37,251	284,626
नगरीय जनसंख्या	33.2(33,827)	NA	65,028
जनसंख्या घनत्व	689 प्रति वर्ग किमी	1245 प्रति वर्ग किमी	836 प्रति वर्ग किमी
लिंगानुपात	894 / 1000	916 / 1000	902 / 1000
कुल साक्षरता दर	66.23	55.82	67.1
साक्षर पुरुष	64.29	80.40	76.0
साक्षर महिला	48.34	65.53	57.2
परिवारों की संख्या	91,037	24,321	62,443
गांवों की संख्या	229	57	184
अनुसूचित जाति %	41.7	22	33.2
0–6 आयु वर्ग जनसंख्या	69,162	19,388	37,324
10कीय वृद्धि 2001–2011	18.2	25.82	26.6

स्त्रोतः जनगणना, 2011 डिस्ट्रिक्ट सेन्सस, हैण्डबुक रिपोर्ट, लखनऊ उत्तर प्रदेश, 2015, चिनहट, विकास खण्ड सांख्यिकीय रिपोर्ट, 2015

मोहनलालगंज

मोहनलालगंज ब्लॉक शहर से द्क्षिण पूर्व दिशा में लखनऊ–रायबरेली राजमार्ग पर अवस्थित है। यह लखनऊ से 27 किलोमीटर दूरी पर है। भौगोलिक रुप से मोहनलालगंज 361.51 वर्ग किलोमीटर क्षेत्रफल में फैला हुआ है। यह लखनऊ की सबसे बड़ी तहसील भी है। जनगणना–2011 के अनुसार यहाँ की कुल जनसंख्या 4,80,523 है, जिसमें 2,51,758 पुरुष एवं 2,28,775 महिलाएँ हैं। कुल जनसंख्या में से 33.2 प्रतिशत लोग शहरी क्षेत्रों में एवं 66.8 ग्रामीण क्षेत्रों में निवास करते हैं। यहाँ का जनसंख्या घनत्व 689 प्रति वर्ग किलोमीटर है।

2001 से 2011 की जनगणना के अनुसार मोहनलालगंज की जनसंख्या में 18.4 प्रतिशत की दशकीय वृद्धि देखी गई है। यहाँ की कुल साक्षरता दर 66. 23 प्रतिशत है, जिसमें पुरुष साक्षरता 64.29 प्रतिशत एवं महिला साक्षरता 48.34 प्रतिशत है। यहाँ का लिंगानुपात 854 महिलाएँ प्रति एक हजार पुरुष हैं। मोहनलालगंज में 3 कस्बे तथा 229 गाँव हैं। यहाँ के कुल परिवारों की संख्या 91,037 है, जिसमें सर्वाधिक जनसंख्या वाला गाँव मऊ है।

मोहनलालगंज में आधारभूत सुविधाओं की उपलब्धता संतोषजनक है। यहाँ के गाँव शत–प्रतिशत विद्युतीकरण से युक्त हैं। यहाँ ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं हेतु 5 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, 1 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं 257 पंजीकृत आँगनबाड़ी केन्द्र उपलब्ध है(स्रोतः विकासखण्ड सांख्यिकीय रिपोर्ट, 2015)। प्रस्तुत शोध अध्ययन में मोहनलालगंज विकास खण्ड के 229 गाँवों में से मऊ, गोपालखेड़ा, इन्द्रजीतखेड़ा, हरकंशकढ़ी, डलौना आदि का चयन कर 100 उत्तरदाताओं से उनकी सामाजिक व आर्थिक पृष्ठभूमि से सम्बन्धित जानकारी एकत्र की गयी।

बक्शी का तालाब

बक्शी का तालाब एक ग्राम पंचायत क्षेत्र हैं। यह 26°–59′ उत्तर व 80°–53′ पूर्व में स्थित है। यह 418 वर्ग किलोमीटर में फैला हुआ है। इस ब्लॉक का औसत जनसंख्या घनत्व 836 प्रति व्यक्ति किलोमीटर है। इस विकास खंड का नाम एक तालाब से जाना जाता है, जिसका निर्माण राजा त्रिपुरेश चन्द्र बक्शी ने सन् 1840 में करवाया था। बक्शी नवाबों के कार्यकाल के दौरान खजांची का पद हुआ करता था। बक्शी का तालाब अपनी प्राचीन धरोहर के साथ 1972 से शुरु होने वाली अनूठी रामलीला के नाम से जाना जाता है, जिसके चरित्र मुस्लिम युवकों द्वारा निभाए जाते हैं।

जनगणना वर्ष 2011 के अनुसार बक्शी का तालाब की कुल जनसंख्या 3,49,654 हैं, जिसमें पुरुष जनसंख्या 1,83,866 एवं महिला जनसंख्या 1,65,788 है। यहाँ की कुल साक्षरता दर 67.11 प्रतिशत है, जिसमें पुरुष साक्षरता 76 प्रतिशत एवं महिला साक्षरता 57.2 प्रतिशत है। महिला साक्षरता दर में 18.8 अंकों का अन्तर हैं, जिससे यह ज्ञात होता है कि बक्शी का तालाब में महिला साक्षरता पुरुष साक्षरता की अपेक्षा काफी कम है। यहाँ का लिंगानुपात 916 महिलाएँ प्रति एक हजार पुरुष है। यहाँ 184 गाँव और कुल परिवारों की संख्या 62,443 है। ब्लॉक में 100 प्रतिशत विद्युतीकरण की व्यवस्था है। इस विकासखण्ड में स्वास्थ्य सेवाओं की दृष्टि से देखा जाये तो कई अस्पताल हैं। यहाँ दो सामुदायिक केन्द्र इंदौरा ब्लॉक व सरसैरय्या (सी0एच0सी0) है(**स्रोतः स्वास्थ्य ग्रामीण सांख्यिकीय रिपोर्ट,2015**)। यहाँ ग्रामीण लोगों को मुफ्त स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध करायी जाती हैं। इसके अलावा विकास खण्ड में महिला अस्पताल भी है, किन्तु आपातकालीन प्रसूति सेवाओं के अभाव में महिलाएँ लखनऊ के अस्पतालों में रेफर कर दी जाती है। यहाँ सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में काफी सुधार की आवश्यकता है। पिछले कुछ वर्षों में ब्लॉक का भौगोलिक क्षेत्र सिमटकर 357 वर्ग किलोमीटर से घटकर 309.35 वर्ग किलोमीटर हो गया है। इसका मुख्य कारण तेजी से शहरीकरण और भूमि की बढ़ती हुई

कीमतों के कारण कृषि भूमि प्लॉटिंग साइट्स में परिवर्तित हो रही है। प्रस्तुत शोध अध्ययन में बक्शी के तालाब के अर्न्तगत आने वाले गाँवों में से लोहारनपुरवा, देवरी रुखारा, गिरन्ट, मुस्लिम नगर, कमलापुर, अहलादपुर, कमलाबाद का सर्वेक्षण करके 100 उत्तरदाताओं से उनकी जानकारी एक्त्र की गयी।

चिनहट

चिनहट उत्तर पूर्व दिशा में लखनऊ–फैजाबाद मार्ग पर स्थित है। भौगोलिक दृष्टि से यह विकासखण्ड 127 वर्ग किलोमीटर में फैला हुआ है। इसका जनसंख्या घनत्व 789 प्रति व्यक्ति किलोमीटर है। इस विकासखण्ड में 57 गाँव है। यहाँ की कुल जनसंख्या 1,34,819 है, जिसमें पुरुष जनसंख्या 70,332 एवं महिला जनसंख्या 64,487 हैं। चिनहट विकासखण्ड में कुल 24,321 परिवार निवास करते हैं। विकास खण्ड में स्वास्थ्य सुविधाओं में 280 आँगनबाड़ी केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, 2 प्राथमिक स्वाास्थ्य केन्द्र, 33 मातृ शिक्षा कल्याण उपकेन्द्र व अन्य सरकारी अस्पताल हैं, जिसमें सुप्रसिद्ध राम मनोहर लोहिया अस्पताल है। यहाँ कम लागत में उपलब्ध निम्न वर्ग के लोगों को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ उपलब्ध करायी जाती है **(स्रोतः जनगणना 2011, खण्ड विकास सांख्यिकीय रिपोर्ट, 2015)**। यहाँ गर्भवती महिलाओं की प्रसूति समस्याओं के निवारण हेतु एम0सी0एच0(MCH) केन्द्र की स्थापना की गई है। यहाँ ग्रामीणों व स्वास्थ्य सेवाओं में बहुत दुराव है। जो स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध है, वह लोगों के लिए पर्याप्त नहीं हैं, जिसका कारण लोगों की अशिक्षा व अज्ञानता है। प्रस्तुत शोध अध्ययन में चिनहट ब्लॉक के गाँवों में से उद्देश्य को पूरा करने हेतु सेमरा, सरौरा, खटैय्या, रपरा, अल्लूनगर डिगुरिया, घैला, अलीनगर, पुरवा, रौशनाबाद आदि से 100 गर्भवती महिलाओं का चयन किया। इन ग्राम पंचायतों में सर्वाधिक जनसंख्या अल्लूनगर, डिगुरिया, घैला व सरौरा गाँव की है। क्षेत्रीय कार्य के दौरान इन गाँवो में गर्भवती महिलाओं की संख्या भी सर्वाधिक थी।

उत्तरदाताओं की सामाजिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि

महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि सीधे तौर पर उनकी स्थिति से सम्बन्धित है, जिससे द्वारा उनके स्वास्थ्य का निर्धारण भी किया जाता हैं। **राइन एण्ड से0,(2007)** के अनुसार महिलाओं की व्यक्तिगत पृष्ठभूमि जैसे–उम्र, निवास, आय, शिक्षा का स्तर, पिछली गर्भाधारण की संख्या, बच्चों की संख्या, उपलब्ध स्वास्थ्य प्रणाली व सेवाएँ मातृत्व स्वास्थ्य को निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। इस अध्ययन में स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी व उपयोग का स्तर, गर्भावस्था व प्रसव देखभाल सेवाओं से सम्बन्धित पाया गया। सामाजिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि का विवरण अग्रलिखित बिन्दुओं के अर्न्तगत है–

जाति संरचना

जाति भारतीय सामाजिक संरचना की मूल इकाई है। परंपरागत भारतीय समाज में विभित्र जातियाँ व उपजातियाँ है, जोकि प्राचीन समय में प्रचलित वर्ण व्यवस्था का परिणाम है। जिसका विभाजन ब्राह्मण, क्षत्रिय, वैश्य, शूद्र में उनके कार्य के आधार पर किया गया था (पाण्डेय; 1986, पृ0–3),(घुरिए; 1961, पृ0 19–23)। **श्रीनिवास,(1957)** ने जाति को एक खण्डात्मक व्यवस्था के रुप में देखा। इनके अनुसार प्रत्येक जातियाँ उपजातियों में बंटी हुई हैं। इसी आधार पर जातिगत पेशों का निर्धारण भी किया गया। इस व्यवस्था में ब्राह्मण सबसे ऊपर व शूद्र सबसे नीचे है। इसी आधार पर समाज में इनकी आर्थिक स्थिति प्रदर्शित होती है। इस अध्ययन में उत्तरदाता विभिन्न जातियों व उपजातियों से सम्बंधित है। प्राथमिक तथ्यों से प्राप्त जाति आधारित सूचनाओं को सामान्य, अनुसूचित जाति, अन्य पिछड़ा वर्ग, अनुसूचित जनजाति एवं अल्पसंख्यक में विभाजित किया गया है।

सारणी संख्या 2.2

उत्तरदाताओं की जाति का वर्गीकरण

क्र0सं0	जाति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	सामान्य	25	8.3
2	ओ0बी0सी0	89	29.7
3	एस0सी0	135	45.0
4	एस0टी0	0	0
5	अल्पसंख्यक	51	17.0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

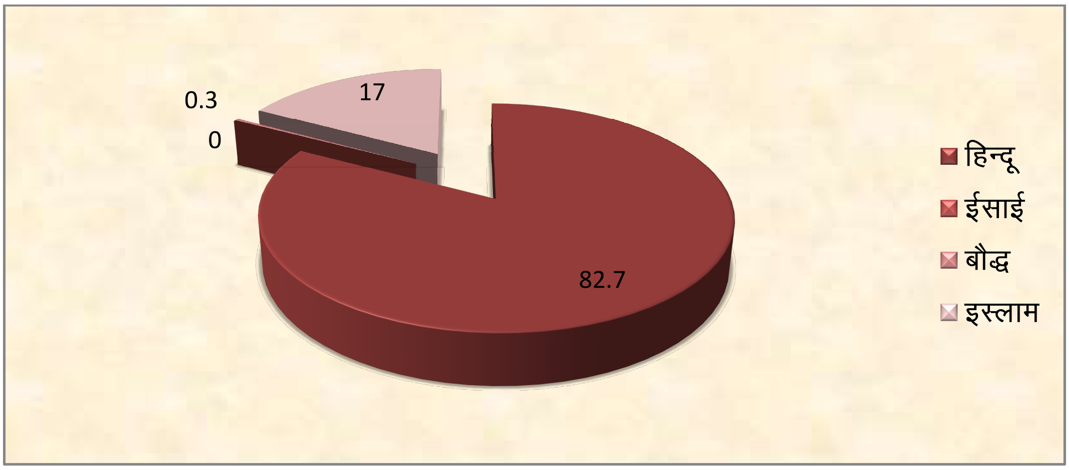
सारणी 2.2 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक 45.0 प्रतिशत अनुसूचित जाति के परिवार हैं एवं 29.7 प्रतिशत अन्य पिछड़ा वर्ग, 8.3 प्रतिशत सामान्य वर्ग के परिवार व अल्पसंख्यक में मुस्लिम परिवार 17.0 प्रतिशत है अर्थात् इससे स्पष्ट है कि अध्ययन क्षेत्र में अलग–अलग जाति के लोग निवास करते है। इस शोध अध्ययन में सामान्य वर्ग में ब्राह्मण, ठाकुर, अन्य पिछड़ा वर्ग में मौर्या, कश्यप, कुम्हार, लोधी, प्रजापति, राजपूत, कुर्मी, सोनार, यादव, विश्वकर्मा, गुप्ता, सैनी, जाति के लोग और अनुसूचित जाति में चमार, धानुक, कोरी, धोबी, पासी आदि जाति के परिवार हैं, जिसमें पासी जाति अधिक संख्या में है। अनुसूचित जनजाति के परिवारों का प्रतिशत नगण्य है।

धर्म

धर्म एक सामाजिक संस्था हैं। भारतीय समाज में धर्म का स्थान सर्वोपरि है और समाज में व्यक्ति के समस्त क्रियाकलाप धर्म द्वारा ही निर्देशित व नियंत्रित होते है। निम्न सारणी में विभिन्न धर्म के लोगो से संबंधित विवरण को दर्शाया गया हैं।

ग्राफ संख्या 2.1

उत्तरदाताओं के धर्म का वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 2.1 के तथ्यों से स्पष्ट होता है कि 82.7 प्रतिशत हिन्दू, 17 प्रतिशत इस्लाम (मुस्लिम), 0.3 प्रतिशत बौद्ध धर्म की उत्तरदाता हैं। अतः हम कह सकते हैं कि लखनऊ शहर में केवल हिंदू धर्म ही नहीं बल्कि सभी धर्मों के लोग निवास करते हैं। यहाँ हिन्दू बाहुल संख्या में हैं।

परिवार का शैक्षणिक स्तर

आधुनिक समय में शिक्षा को बुनियादी जरूरतों में से एक माना जाता हैं, क्योंकि व्यक्ति इसके माध्यम से नये परिवेश में स्वयं को समायोजित कर सकता है। शिक्षा प्रगति के मार्ग प्रशस्त करने के साथ विकास की आधारशिला भी है। जहाँ तक महिलाओं के परिवार की शिक्षा का प्रश्न है, तो एक शिक्षित परिवार में स्वास्थ्य से जुड़ी जानकारी व ज्ञान का स्तर अशिक्षित परिवार की अपेक्षा अधिक होता है। चूँकि यह अध्ययन मातृत्व स्वास्थ्य से सम्बन्धित है। जिसमें उत्तरदाताओं के साथ उनके परिवार के शिक्षा का स्तर का ज्ञान होना भी अत्यन्त महत्वपूर्ण है। इसी दृष्टिकोण से निम्नलिखित सारणी में उत्तरदाताओं के परिवार के शैक्षणिक स्तर का विवरण दिया गया है।

सारणी संख्या 2.3

उत्तरदाताओं के परिवार का शैक्षणिक स्तर का वर्गीकरण

क्र0सं0	परिवार का शैक्षणिक स्तर	पति		ससुर		सास	
1	अशिक्षित	99	33.0	270	90.00	2.85	95.00
2	प्राथमिक	35	11.7	15	5.00	9	3.00
3	मिडिल	71	23.7	9	3.00	6	2.00
4	हाई स्कूल	39	13.0	6	1.00	—	—
5	इण्टर	24	8.0	—	—	—	—
6	स्नातक	23	7.7	—	—	—	—
7	परास्नातक व तकनीकी शिक्षा	9	3.0	—	—	—	—
	कुल योग	300	100	300	100	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 2.3 में तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 33 प्रतिशत उत्तरदाताओं के पति अशिक्षित हैं, 11.7 प्रतिशत प्राथमिक स्तर एवं 23.7 प्रतिशत मिडिल स्तर तक शिक्षा प्राप्त हैं। 3.0 प्रतिशत हाईस्कूल तक एवं 8.0 प्रतिशत इण्टरमीडिएट तक शिक्षा प्राप्त हैं। स्नातक 7.7 प्रतिशत एवं 3.0 प्रतिशत परास्नातक तक शिक्षा प्राप्त हैं। परिवार में ससुर की शिक्षा का स्तर निम्न है। 90 प्रतिशत अशिक्षित हैं। 5 प्रतिशत प्राथमिक स्तर तक शिक्षा प्राप्त हैं एवं 3 प्रतिशत मिडिल व 2.00 प्रतिशत ने हाईस्कूल तक शिक्षा प्राप्त की हैं। उत्तरदाताओं के परिवार में सास का शैक्षणिक स्तर भी काफी कम पाया गया, जिसमें 95 प्रतिशत अशिक्षित हैं। प्राथमिक स्तर तक शिक्षा प्राप्त 3.00 प्रतिशत है एवं 2.00 प्रतिशत मिडिल स्तर शिक्षा प्राप्त हैं।

अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि उत्तरदाताओं के परिवार का शैक्षणिक स्तर निम्न है। यदि परिवार के सदस्यों में शिक्षा का स्तर निम्न होगा तो उनमें महिलाओं के स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव रहता हैं, जिसके कारण महिलाओं को समय पर मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाएँ नहीं मिल पाती।

आयु

समाज में किसी भी प्रकार के अध्ययन हेतु आयु एक महत्वपूर्ण मानदंड है। आयु के आधार पर ही व्यक्ति को सामाजिक प्रस्थिति प्राप्त होती है और उसी प्रस्थिति के अनुरूप व्यक्ति अपनी भूमिकाओं व दायित्वों का निर्वहन करता हैं। महिलाओं के सन्दर्भ में आयु इसलिए महत्वपूर्ण होती है, क्योंकि सामाजिक दायित्वों का निर्वहन प्रस्थिति के अनुकूल बढ़ता जाता है, जिसका प्रभाव उनके सम्पूर्ण विकास व स्वास्थ्य पर पड़ता हैं। निम्नलिखित सारणी में 15 वर्ष से लेकर 49 वर्ष तक उत्तरदाताओं की आयु का वर्गीकरण दर्शाया गया है।

सारणी संख्या 2.4

उत्तरदाताओं की आयु का वर्गीकरण

क्र0सं0	आयु वर्ग	बारम्बारता	प्रतिशत
1	15—19	9	3.0
2	20—24	132	44.0
3	25—29	115	38.3
4	30—34	32	10.7
5	35—39	12	4.0
6	40 से ऊपर	0	0
	कुल योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

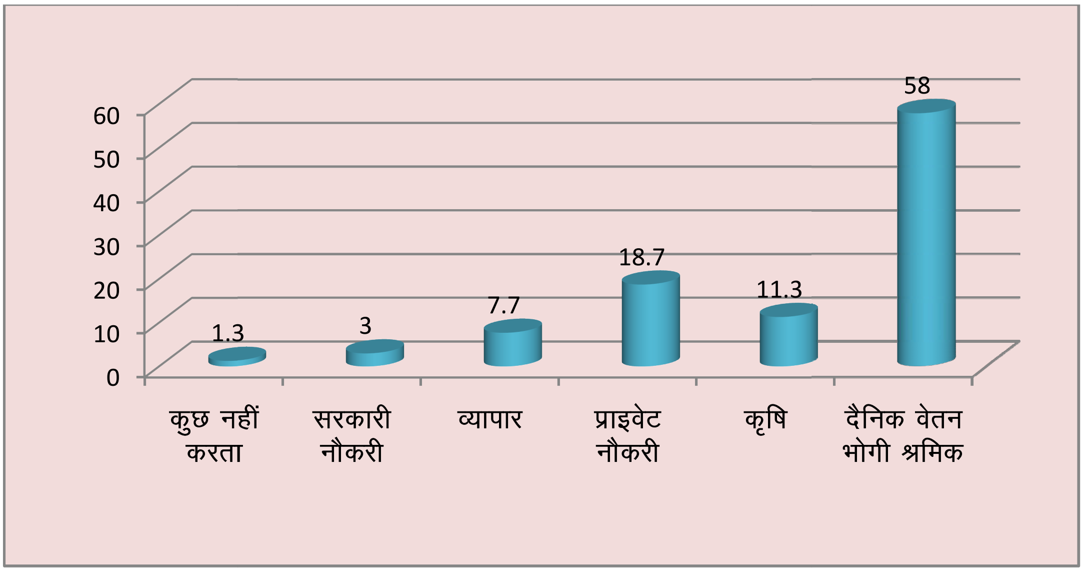
सारणी 2.4 के तथ्यों से स्पष्ट होता है कि 3.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 15 से 19 वर्ष के मध्य है। 44.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 20 से 24 वर्ष के मध्य है, 38.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 25 से 29 वर्ष के मध्य है। 10.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 30 से 34 वर्ष के मध्य है। 35 से 39 वर्ष तक आयु वर्ग वाली उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.0 है। 40 वर्ष से ऊपर की उत्तरदाताओं का प्रतिशत शून्य है। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में 20 से 29 वर्ष की आयु की गर्भवती महिलाएँ अधिक हैं। इस आयु वर्ग में प्रजनन दर अधिक होती है।

परिवार का व्यवसाय

व्यक्ति के व्यवसाय द्वारा उसकी सामाजिक व आर्थिक स्थिति व रहन–सहन का स्तर निर्धारित होता हैं। व्यक्ति अपनी आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु कोई न कोई व्यवसाय अवश्य करता है। चूँकि अध्ययन ग्रामीण पृष्ठभूमि पर आधारित है, अतः यहाँ अधिकांश परिवार कृषि व दैनिक मजदूरी पर निर्भर है। निम्नलिखित ग्राफ के अन्तर्गत् उत्तरदाताओं के परिवार का व्यवसाय दर्शाया गया हैं।

ग्राफ संख्या 2.2

उत्तरदाताओं के परिवार के व्यवसाय का वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्रफ संख्या 2.2 से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 58.0 प्रतिशत परिवार दैनिक मजदूरी, 11.3 प्रतिशत कृषि, 18.7 प्रतिशत प्राइवेट नौकरी, 7.7 प्रतिशत छोटे–छोटे व्यवसाय जैसे–(अण्डे, सब्जी व फलों के ठेले लगाना) एवं 3.0 प्रतिशत सरकारी नौकरी में है। जिन उत्तरदाताओं के पति कुछ नहीं करते उनका प्रतिशत 1.3 है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि अधिकांश उत्तरदाताओं के परिवार दैनिक मजदूरी पर निर्भर है। दैनिक मजदूरी करने वाले वह लोग हैं, जिन्हें दिन के हिसाब से वेतन मिलता है। क्षेत्रीय सर्वेक्षण के दौरान यह ज्ञात हुआ कि ज्यादातर परिवारों के पास अपनी स्वयं की कृषि भूमि नहीं है। वह दूसरे के खेतों में बटाईदार (अर्थात् दूसरे के खेतों मे कार्य करके जीवन यापन करते है)। भारतीय समाज में सदैव महिलाओं को अपने पति की आय पर निर्भर होना पड़ता है। उसी आय से वह अपना और अपने बच्चों का पालन पोषण करती हैं। अधिकतर परिवार ऐसे हैं जिनके पास कृषि योग्य भूमि का नाममात्र टुकड़ा है। उसमें खेती करके वह अपने परिवार का पेट नहीं भर सकते। इसी कारण से उन्हें दैनिक मजदूरी करनी पड़ती है। ये परिवार गरीबी और पैसें के अभाव में आर्थिक समस्याओं से सदैव ग्रसित रहते हैं। दैनिक मजदूरी से परिवार की जरुरतें पूरी नहीं हो पाती तो अच्छा पोषण व स्वास्थ्य देखभाल तो दूर की बात है। निम्न आर्थिक स्थिति के कारण परिवार में महिलाओं का स्वास्थ्य भी अपेक्षित होता है।

परिवार की मासिक आय

परिवार की मासिक आय व्यक्ति की आर्थिक स्थिति की द्योतक है। परिवार की मासिक आय द्वारा ही व्यक्ति के रहन–सहन का स्तर का आंकलन किया जा सकता है। परिवार में आय जितनी अधिक होगी उतनी ही उसकी आर्थिक स्थिति मजबूत होगी। निम्नलिखित सारणी में परिवार की मासिक आय का वितरण दर्शाया गया है।

सारणी संख्या 2.5

उत्तरदाताओं के परिवार की मासिक आय का वर्गीकरण

क्र0सं0	परिवार की मासिक आय	बारम्बारता	प्रतिशत
1	1000 से कम	03	1.0
2	1001 से 3000	25	8.3
3	3001 से 6000	118	39.4
4	6001 से 9000	95	31.7
5	9001 से 12,000	31	10.3
6	12001 से 15,000	14	4.7
7	15001 से 20,000	4	1.3
8	20,000 से अधिक	10	3.3
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.5 से यह ज्ञात होता है कि 1.0 प्रतिशत परिवारों की मासिक आय 1000 रुपये से कम है। 8.3 प्रतिशत परिवारों की मासिक आय 1001 से रुपये 3000 तक है। 39.4 प्रतिशत की मासिक आय 3001 से 6000 रुपये मध्य है। 31.3 प्रतिशत की मासिक आय 6001 से 9000 रुपये तक है। 10 प्रतिशत की मासिक आय 9001 से 12000 रुपये तक है। 4.7 प्रतिशत परिवारों की मासिक आय 12001 से 15000 रुपये तक है। 1.3 प्रतिशत परिवारों की मासिक आय 15001 से 20000 रुपये तक है। 3.3 प्रतिशत परिवारों की मासिक आय 20000 रुपये से अधिक है। अतः हम कह सकते है कि सर्वाधिक 39.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं की परिवार की मासिक आय 3000 से 6000 रुपये तक तथा 31.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार की मासिक आय 6001 से 9000 रुपये तक हैं।

अतः विश्लेषण से स्पष्ट है कि अधिकांश परिवारों की आर्थिक स्थिति निम्न है। आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण व्यक्ति स्वास्थ्य व पोषण पर अधिक ध्यान

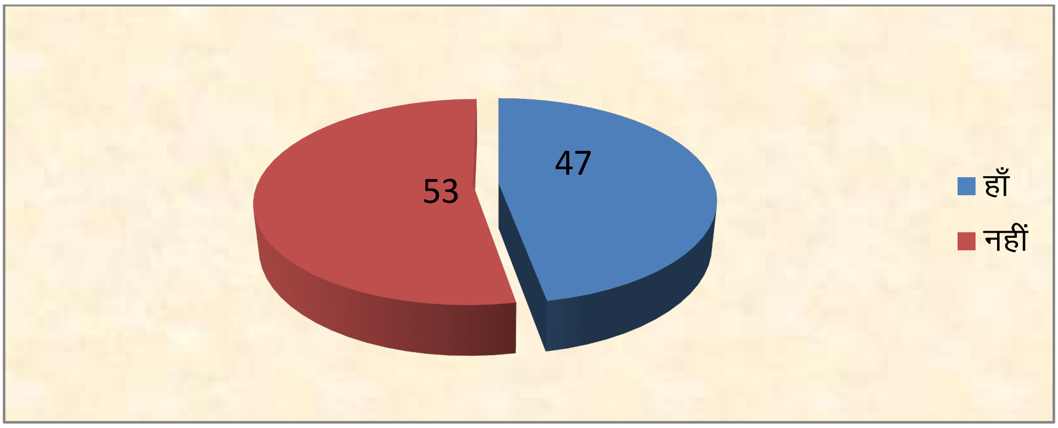
नहीं दे पाता। फलस्वरुप परिवार में महिलाओं का स्वास्थ्य भी प्रभावित होता है, जिसके कारण इन्हें पर्याप्त भोजन व उचित स्वास्थ्य सेवाएँ नहीं मिल पाती हैं।

कृषि योग्य भूमि की उपलब्धता

ग्रामीण समाज में कृषि हेतु भूमि शक्ति व प्रतिष्ठा को दर्शाती है। जितनी अधिक कृषि भूमि व्यक्ति के पास होती है, समाज में उतना ही उसका प्रभुत्व होता है।

ग्राफ संख्या 2.3

उत्तरदाताओं के परिवार में कृषि योग्य भूमि की उपलब्धता



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्राफ के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 47 प्रतिशत परिवारों के पास कृषि योग्य भूमि है एवं 53 प्रतिशत परिवारों के पास कृषि भूमि नहीं है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि अधिकांश परिवार ऐसे है जहाँ कृषि भूमि संयुक्त रुप में है। जिसका बँटवारा होने पर परिवारों को कृषि का छोटा भाग ही मिला। जिसमें खेती करके परिवार का भरण–पोषण नहीं हो पाता है। यदि परिवार में कृषि भूमि पर्याप्त होती हैं तो भोजन की समस्या कम होती हैं। परिवार में सदस्यों का भरण–पोषण अच्छे से हो जाता है, किन्तु भूमि के अभाव में सम्पूर्ण जीवन प्रभावित होता है। प्रस्तुत शोध अध्ययन के दौरान यह पाया गया कि कई गाँवों में कृषि योग्य भूमि न होने का कारण कृषि भूमि का आवासीय प्लॉट में परिवर्तित होना भी हैं।

सामुदायिक पृष्ठभूमि

प्रस्तुत शोध में उत्तरदाताओं की सामुदायिक पृष्ठभूमि का विवरण निम्न बिन्दुओं के अनुसार इस प्रकार है–

सारणी संख्या 2.6

उत्तरदाताओं के मकानों के प्रकार

क्र0सं0	मकान का प्रकार	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	कच्चा घर	30	10.0
2.	अर्धपक्का घर	70	23.3
3.	पक्का घर	143	64.3
4.	टीनशेड	7	2.3
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

आधुनिक समय में मकान मनुष्य की मूलभूत आवश्यकताओं में से एक है। प्रस्तुत सारणी में उत्तरदाताओं के मकानों के प्रकार का वर्णन दिया गया है। सारणी 2.6 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक 64.3 प्रतिशत पक्के मकान हैं एवं 23.3 प्रतिशत अर्धपक्के मकान हैं। 10 प्रतिशत मकान कच्चे हैं एवं 2.3 प्रतिशत टीनशेड मकान हैं। क्षेत्र सर्वेक्षण के दौरान यह पाया कि विकास खण्ड के अन्तर्गत आने वाले गाँवों में आर्थिक स्तर में काफी भिन्नता है। कहीं लोग सम्पन्न हैं, तो कहीं–कहीं मूलभूत सुविधाओं का अभाव है।

सारणी संख्या 2.7

उत्तरदाताओं के मकान में कमरों की संख्या

क्र0सं0	कमरों की संख्या	बारम्बारता	प्रतिशत
1	1 कमरा	50	16.7
2	1—2 कमरे	134	44.7
3	3—4 कमरे	89	29.7
4	5 कमरे व अधिक	27	9.0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 2.7 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 16.7 प्रतिशत उत्तरदाता 1 कमरे के मकान में निवास करती हैं। 44.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के मकान में 1—2 कमरे हैं। 29.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के मकान में 3—4 कमरे हैं। 9.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के मकान में 5 से अधिक कमरे हैं।

सारणी संख्या 2.8

उत्तरदाताओं के मकान में उपलब्ध सुविधाएँ

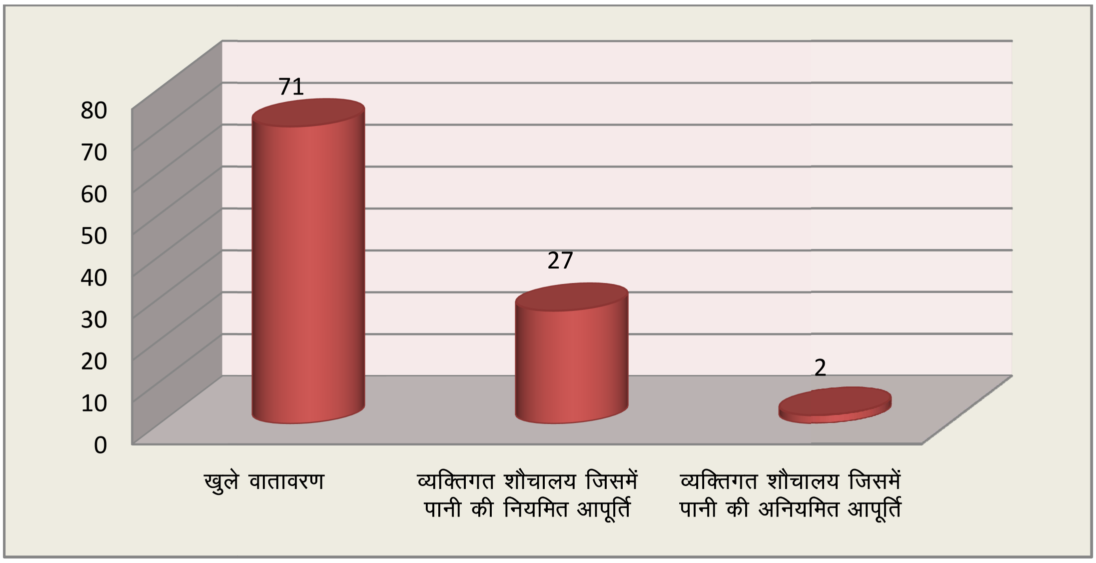
क्र0सं0	मकान में उपलब्ध सुविधाएँ	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	शौचालय	3	1.0
2.	स्नानघर	2	0.7
3.	रसोईघर	1	0.3
4.	बिजली	233	77.7
5.	सभी	67	20.3
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 2.8 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि अधिकतर 77.7 प्रतिशत मकान विद्युतीकरण से युक्त हैं। 20.3 प्रतिशत मकानों में शौचालय, स्नानघर, रसोईघर, बिजली के साथ अन्य सुविधाएँ भी है। 0.7 प्रतिशत मकानों में स्नानघर है किन्तु शौचालय नही है।0.3 प्रतिशत मकानों में अलग से रसोईघर है।1.0 प्रतिशत मकान में शौचालय है, किन्तु अन्य सुविधा नहीं हैं।

ग्राफ संख्या 2.4

शौचालय का प्रकार



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 2.4 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 71.0 प्रतिशत उत्तरदाता अभी भी शौच हेतु खुले में जाती हैं। 27 प्रतिशत घरों में व्यक्तिगत शौचालय है, जिसमें पानी की नियमित आपूर्ति है। 2.0 प्रतिशत व्यक्तिगत शौचालय है, किन्तु पानी की अनियमित आपूर्ति हैं। अनियमित आपूर्ति के कारण परिवार के सदस्यों व महिलाओं को शौच हेतु बाहर जाना पड़ता है।

अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि सरकार द्वारा गाँवों में घर–घर शौचालय बनाये जाने की योजना चलायी जा रही है, परन्तु अभी भी यहाँ के ग्रामीणों को

शौचालय की सुविधा नहीं मिली है। उन्हीं परिवारों में शौचालय की व्यवस्था है, जिनकी आर्थिक स्थिति अच्छी है। महिलाओं के लिए घरों में शौचालय की उचित व्यवस्था न होने के कारण उन्हें शौच के लिए सूरज निकलने से पूर्व या सूरज ढलने के बाद तक इंतजार करना पड़ता है। दिन के समय लघुशंका होने पर उन्हें इच्छा दबानी पड़ती है। जिसका गर्भवती महिलाओं व धात्री माँओं के स्वास्थ्य पर बुरा प्रभाव पड़ता है। अधिकतर ग्रामीण महिलाओं में खुले में शौच की प्रवृत्ति पायी गयी, क्योंकि दिन–भर के कार्यो से मानसिक तनाव व थकान अधिक हो जाती हैं। जिसे वह परिवार के अन्य सदस्यों से साझा नहीं कर पाती हैं। क्योंकि घर में इन्हें खुलकर बातचीत करने की स्वतंत्रता नहीं मिल पाती। गांव की अन्य महिलाओं का साथ व उनसे बातचीत कर वह अपने मन की व्यथा व उद्गार को बाहर निकालती हैं, इसलिए महिलाएं शौच हेतु बाहर जाने की प्रवृत्ति नहीं छोड़ पा रही हैं।

सारणी संख्या 2.9

परिवार में जल आपूर्ति के उपलब्ध साधन

क्र0सं0	जल आपूर्ति के साधन	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	नल	113	37.3
2.	हैण्डपम्प	96	32.0
3.	सामुदायिक हैण्डपम्प	7	2.3
4.	कुँआ	00	00
5.	समरसेबुल	80	26.7
6.	ट्यूबवेल	4	1.3
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.9 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 37.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के द्वारा नलों के पानी का (सप्लाई का पानी) प्रयोग किया जाता है। 32 प्रतिशत व्यक्तिगत हैण्डपम्प के पानी को प्रयोग में लाती हैं एवं 2.3 प्रतिशत सामुदायिक हैण्डपम्प का पानी प्रयोग करती हैं। कुँआ का पानी प्रयोग करने वाली उत्तरदाताओं का प्रतिशत शून्य है, क्योंकि अब गाँवो में सभी कुएँ का पानी सूख गया है। 26.7 प्रतिशत उत्तरदाता समरसेबुल के पानी, 1.3 प्रतिशत ट्यूबवेल का पानी प्रयोग में लाती हैं।

सारणी संख्या 2.10

उत्तरदाताओं द्वारा पानी शुद्ध करने के तरीकों का वर्गीकरण

क्र0सं0	पानी शुद्ध करने के तरीके	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	फिटकरी या क्लोरीन से	4	1.3
2.	उबालने / छानने से	5	1.7
3.	एक्वागार्ड का प्रयोग	4	1.3
4.	अन्य	3	1.0
5.	कुछ नही	284	94.7
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.10 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 1.3 प्रतिशत उत्तरदाता पानी शुद्ध करने के लिए फिटकरी व क्लोरीन का प्रयोग, 1.7 प्रतिशत पानी उबाल कर एवं 1.3 प्रतिशत उत्तरदाता एक्वागार्ड द्वारा पानी शुद्ध करके उपयोग में लाती हैं। 1.0 प्रतिशत अन्य तरीके द्वारा पानी शुद्ध करती है। अधिकांश 94.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना हैं कि वह पानी शुद्ध करने के लिए कुछ नहीं करती। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में पानी को शुद्ध करने के कोई तरीके नहीं अपनाये जाते, जिसके कारण पीलिया, हैजा तथा पेचिस आादि रोगों के होने की संभावना अधिक रहती है।

सारणी संख्या 2.11

पानी पीने से होने वाले रोगों का वर्गीकरण

क्र0सं0	पानी पीने से होने वाले रोग	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	पीलिया	107	35.6
2.	कालरा	6	2.0
3.	पेचिस	2	0.7
4.	कोई रोग नहीं	185	67
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 2.11 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 35.6 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में पानी पीने से पीलिया हुआ तथा 2.0 प्रतिशत उत्तरदाता कालरा से ग्रसित हुई। 0.7 प्रतिशत पेचिस रोग से पीड़ित हुई। अतः सर्वाधिक 67 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उन्हें पानी पीने से कोई रोग नहीं हुआ। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में साफ–सफाई व स्वच्छता का अभाव पाया जाता हैं जिससे लोगों में संक्रामक बीमारियां अधिक होती हैं।

सारणी संख्या 2.12

गाँव को शहर से जोड़ने वाली सड़क का प्रकार

क्र0सं0	सड़क का प्रकार	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	कच्ची सड़क	142	48
2..	पक्की सड़क	158	52
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 2.14 के तथ्यों से यह ज्ञात होता है कि 48 प्रतिशत गाँवों को शहर से जोड़ने वाली सड़कें कच्ची व ईटें की बनी हैं। 52 प्रतिशत गाँवों को

शहर से जोड़ने वाली सड़कें पक्की व डामर की हैं। प्रस्तुत शोध अध्ययन में यह पाया गया कि गाँव की सड़कें उबड़–खाबड़ तथा ऊँची–नीची हैं, जहाँ जगह–जगह गड्ढे हैं। नालियों की व्यवस्था भी सुचारु रुप से नहीं है, जिससे घरों का पानी मुख्य सड़कों पर बहता रहता है। फलस्वरुप यहाँ मच्छरों का ठहराव तथा अस्वच्छता सदैव बनी रहती है। गाँव के लोगों को अस्वच्छता के कारण कई संक्रामक बीमारियाँ हो जाती हैं। महिलाओं के प्रसव के समय सड़कों के उबड़–खाबड़ होने से कई समस्याएँ उत्पन्न होती हैं

सारणी संख्या 2.13

रसोई घर में प्रयुक्त ऊर्जा स्रोत के साधन

क0सं0	रसोई में प्रयुक्त ऊर्जा स्रोत के साधन	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	एल0पी0जी0 / लकड़ी / बिजली	150	50
2.	एल0पी0जी0 / लकड़ी / गोबर के कण्ड़े	60	20
3.	गोबर के कण्ड़े व कृषि अवशिष्ट द्वारा	90	30
4.	सौर ऊर्जा	0	0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.13 से प्राप्त तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 50.0 प्रतिशत रसोई घरों में एल0पी0जी0 / लकड़ी व बिजली आदि का प्रयोग भोजन बनाने हेतु किया जाता है। 20 प्रतिशत घरों में एल0पी0जी0 / लकड़ी / गोबर के कण्ड़े द्वारा भोजन बनाया जाता है। 30 प्रतिशत घरों में गोबर के कण्ड़े व कृषि अवशिष्ट का प्रयोग भोजन बनाने के लिए किया जाता है। सौर ऊर्जा का प्रयोग रसोई घर में भोजन बनाने हेतु नहीं किया जाता है। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि रसोईघर में प्रयोग होने वाली ऊर्जा स्रोतों से महिलाओं के स्वास्थ्य पर भी प्रभाव पड़ता है। अध्ययन क्षेत्र के गाँवों में महिलाएँ खाना बनाने के लिए लकड़ी व कृषि अवशिष्ट आदि का अधिक प्रयोग करती हैं जिसके कारण उन्हें साँस

लेने में दिक्कत के साथ फेफड़ों में संक्रमण की समस्या हो जाती है। गर्भावस्था के दौरान यह समस्या और भी गम्भीर हो जाती है।

सारणी संख्या 2.14

घर में मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता

क्र0सं0	मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	टेलीविजन / रेडियो	175	58.4
2.	एल0सी0डी0 / डी0वी0डी0	27	9.0
3.	एल0ई0डी0	4	1.3
4.	कुछ नहीं	94	31.3
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.14 के तथ्यों से यह स्पष्ट है कि 58.4 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में टेलीविजन एवं रेडियो है,9.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में एल0सी0डी0 / डी0वी0डी0 एवं 1.3 प्रतिशत के उत्तरदाताओं के घरों में एल0ई0डी0 तथा 31.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं के घरो में मनोरंजन का कोई सुविधा उपलब्ध नहीं है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि जागरूकता के अभाव में महिलाओं को स्वास्थ्य से जुड़ी जानकारियाँ नहीं मिल पाती। मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता का सम्बन्ध महिलाओं की जागरुकता से है, क्योंकि समाचार, मीडिया, जागरुकता कार्यक्रमों से महिलाओं में जागरुकता का स्तर बढ़ता है।

सारणी संख्या 2.15

फोन की उपलब्धता का विवरण

क्र0सं0	फोन की उपलब्धता	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	हाँ	243	81
2.	नहीं	57	19
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.15 के तथ्यों से यह ज्ञात होता है कि 81 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में मोबाइल फोन की सुविधा है एवं 19 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में फोन की सुविधा उपलब्ध नहीं है।

सारणी संख्या 2.16

परिवार में यातायात के साधनों की उपलब्धता

क्र0सं0	यातायात के साधनों की उपलब्धता	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	साइकिल	103	34.3
2.	स्कूटर	5	1.7
3.	मोटर–साइकिल	184	61.3
4.	चार पहिया वाहन	8	2.7
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 2.16 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 34.3 प्रतिशत घरों में साइकिल, 1.7 प्रतिशत स्कूटर एवं 61.3 प्रतिशत घरों में मोटर–साइकिल उपलब्ध हैं। 2.7 प्रतिशत घरों में चार पहिया वाहन उपलब्ध है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट है कि सर्वाधिक घरों में मोटर–साइकिल है। गर्भावस्था व प्रसव के समय महिलाओं को

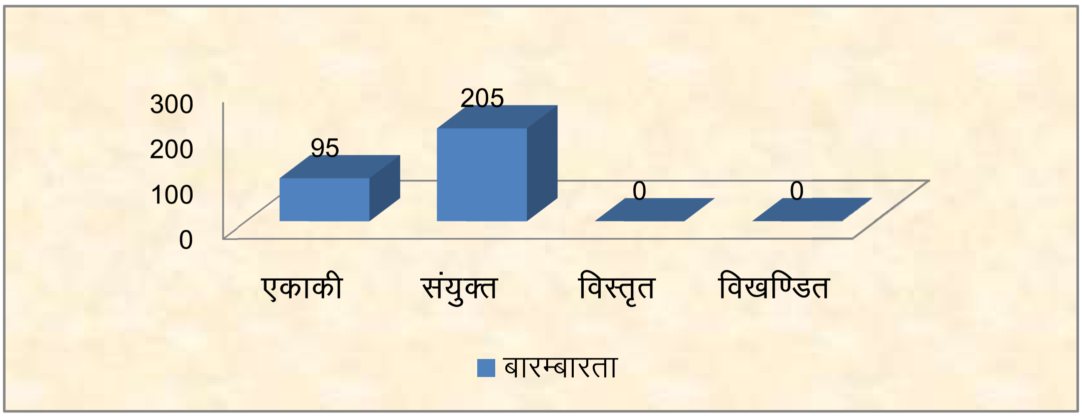
स्वास्थ्य केन्द्रों तक ले जाने में यातायात के साधनों का होना अत्यन्त आवश्यक है, किन्तु गर्भवती महिला के लिए प्रसव के समय परिवहन सुविधा न होने के कारण कई महिलाएं स्वास्थ्य केन्द्रों तक जाते–जाते रास्ते में ही बच्चे को जन्म दे देती हैं। प्रस्तुत शोध अध्ययन में भी परिवहन सुविधा न होने के कारण महिलाओं का प्रसव रास्ते में हो गए है।

पारिवारिक संरचना

परिवार समाज की सबसे महत्वपूर्ण और मौलिक संस्था थी **(देसाई 1955, बी)**। परिवार साधारणतया पति–पत्नी और उनके बच्चों एवं रक्त संबंधी समूह को कहते है। परिवार ही वह निकाय है, जिसके द्वारा समाज की सांस्कृतिक विरासत एक से दूसरी पीढ़ी को हस्तांतरित होती है **(कर्वे, 1956; पृ0.8)**। भारतीय परिवार की मर्यादाएं और आदर्श परम्परागत है, जिसमें संयुक्त परिवार का आदर्श सर्वमान्य है। अध्ययन क्षेत्र में संयुक्त परिवारों की संख्या अधिक है। संयुक्त परिवार में साधारणतः 10–12 सदस्य हैं, किन्तु कुछ परिवारों की सदस्यों की संख्या 20–25 भी है। यहां परिवार की संपत्ति संयुक्त है और उसका एकाधिकार बहुधा पुरुषों को ही प्राप्त है। परिवारों में पति अथवा घर का सबसे बड़ा पुरुष ही मुखिया है **(कपाड़िया, 1955; पृ0–236)**। एकाकी परिवार में पति पत्नी व उनके अविवाहित बच्चे ही होते है। आधुनिकीकरण के फलस्वरुप परिवार की रचना और कार्यो में गंभीर परिवर्तन परिलक्षित हुए है। संयुक्त परिवार से परिवार एकाकी परिवार में परिवर्तित हो गये, क्योंकि लोग जीविका हेतु गांव से शहरों में प्रवसन करने लगे जिसके कारण परिवार के स्वरुप में परिवर्तन हुये।

ग्रफ संख्या 2.5

उत्तरदाताओं के परिवार का प्रकार



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्रफ संख्या 2.5 के तथ्यों से स्पष्ट होता है कि अधिकांश 68.3 प्रतिशत (205) प्रतिशत उत्तरदाता संयुक्त परिवार में रहती है और 31.67 प्रतिशत (95) एकाकी परिवार में रहती है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र के ग्रामीण परिवारों में लोग संयुक्त परिवार को अधिक महत्व देते है। **ए0 एम0 सिंह** इस बात की पुष्टि करते हैं कि जो महिलाएँ संयुक्त परिवार में रहती है उन्हें घर से बाहर जाने, आर्थिक मामलों में निर्णय लेने, गृहस्थी चलाने की स्वतंत्रता का अभाव देखा गया हैं।

सारणी संख्या 2.17

उत्तरदाताओं के परिवार की श्रेणी का वर्गीकरण

क्र0सं0	परिवार की श्रेणी	बारम्बारता	प्रतिशत
1	ए0पी0एल0	83	27.7
2	बी0पी0एल0	107	35.7
3	अन्त्योदय	30	10
4	राशन कार्ड नहीं	80	26.6
	कुल योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

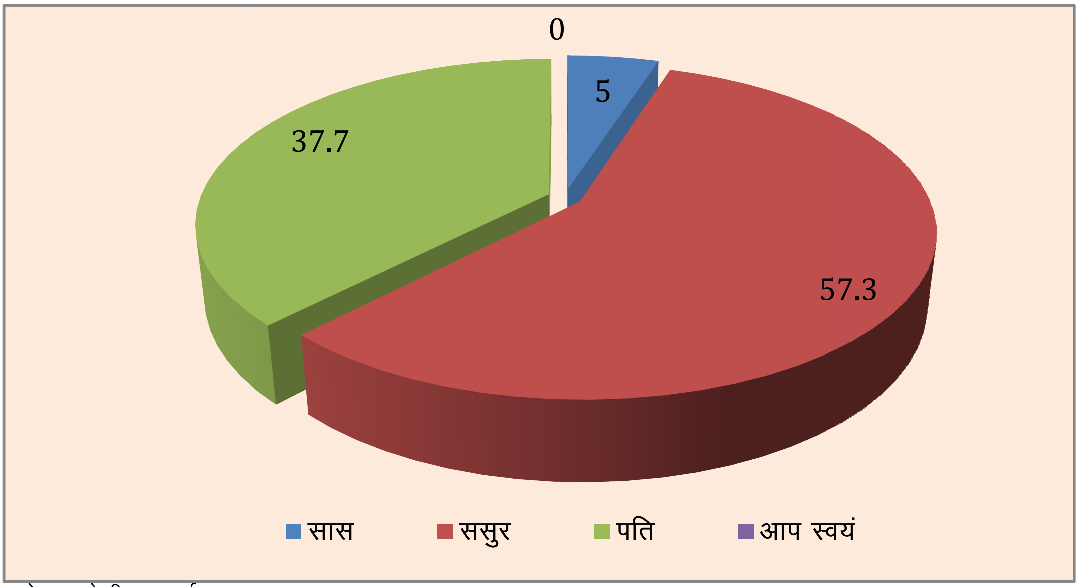
सारणी 2.17 तथ्यों से यह स्पष्ट है कि सर्वाधिक 35.7 प्रतिशत बी0पी0एल0 परिवार हैं,27.7 प्रतिशत ए0पी0एल0 परिवार है। 10 प्रतिशत अन्त्योदय कार्ड–धारक है। 26.6 प्रतिशत परिवारों के पास कोई राशन कार्ड नहीं है। जिसके कारण वह सरकारी स्वास्थ्य योजनाओं का लाभ लेने में असमर्थ है।

परिवार में मुखिया

भारतीय समाज एक पुरुष प्रधान समाज है। यहाँ परिवार का मुखिया एक पुरुष बुजुर्ग होता है और मुखिया द्वारा लिये गये निर्णय का पालन परिवार के सभी सदस्यों द्वारा किया जाता है

ग्राफ संख्या 2.6

उत्तरदाताओं के परिवार में मुखिया



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 2.6 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 57.3 परिवारों में ससुर मुखिया है तथा 37.7 प्रतिशत परिवारों में उत्तरदाताओं के पति मुखिया है। 5.0 प्रतिशत परिवारों में सास मुखिया है। अतः इससे यह स्पष्ट होता है कि यहां पुरुष प्रधानता व्याप्त है। परिवार के सभी निर्णय पुरुषों द्वारा लिए जाते है। महिलाओं को अपने पति पर निर्भर होकर जीवन निर्वाह करना पड़ता है।

अधिकांश महिलाएं गृहणियां है उन्हें स्वयं के निर्णय लेने का कोई अधिकार नहीं है। उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, बच्चों की संख्या सम्बन्धी सभी निर्णय (बड़े बुज्रुर्गो) या पति द्वारा लिए जाते है।

निष्कर्षः

इस अध्याय का उद्‌देश्य लखनऊ क्षेत्र से चयनित मोहनलालगंज, चिनहट व बक्शी का तालाब विकास खण्ड की सामाजिक संरचना व ग्रामीण समुदाय की पृष्ठभूमि का अध्ययन करना था। इसके अर्न्तगत उत्तरदाताओं की सामाजिक, आर्थिक एवं मूलभूत संसाधनों की उपलब्धता का गहन स्तर पर अध्ययन किया गया हैं। इससे सम्बन्धित जानकारी को क्षेत्रीय अध्ययन के दौरान एकत्र किया गया है। प्रस्तुत शोध अध्ययन में अधिकांश 82.7 प्रतिशत हिन्दू है। जिसमें अनुसूचित जाति के परिवारों की संख्या 45 प्रतिशत है। मुस्लिम परिवारों की संख्या 17 प्रतिशत है। अध्ययन के दौरान यह पाया गया कि गाँव में एक स्थान (पुरवा) में एक जाति विशेष के लोग रहते है। इससे यह प्रतीत होता है कि जाति संस्तरण में भेदभाव अभी भी व्याप्त है। यहाँ के लोगों की जीविका का मुख्य स्त्रोत कृषि व श्रम कार्य (दैनिक मजदूरी) है। सर्वाधिक 58 प्रतिशत परिवार दैनिक मजदूरी पर निर्भर है। परिवारों के पास कृषि योग्य भूमि काफी कम है, जिसके कारण उन्हें कृषक श्रमिक के रुप में काम करना पड़ता है। ज्यादातर परिवारों की मासिक आय 6000 रुपये तक है। परिवार में आय कम होने के कारण उनकी आर्थिक स्थिति निम्न है। इन परिवारों के लिए दो वक्त के भोजन की व्यवस्था बहुत ही मुश्किल से हो पाती है। शिक्षा का स्तर भी इतना उच्च नहीं है कि वह वृहत्त स्तर पर व्यवसाय कर सके। समुदाय में मिश्रित मकानों की संख्या अधिक है। घरों में नियमित जल की आपूर्ति व्यवस्था नहीं है। लोग हैण्डपम्प व नल के पानी का प्रयोग ज्यादा करते है। सभी मकान विद्युतीकरण से युक्त है। सर्वाधिक घरों में गैस, साइकिल, मोटर–साइकिल, फोन, टी0वी इत्यादि संसाधन तो है किन्तु 71 प्रतिशत घरों में शौचालय की व्यवस्था नही है। अधिकांश 68.3 प्रतिशत उत्तरदाता संयुक्त परिवार में रहती है। परिवार के

मुखिया पुरुष है। सभी निर्णय पुरुषों द्वारा ही लिये जाते है। इससे ज्ञात होता है कि पुरुष प्रधानता ग्रामीण समाजों में अभी भी विद्यमान है।

संदर्भ ग्रंथ सूची

- देसाई, आई0 पी0, (1955) दि ज्वाइन्ट फैमिली इन इंडियाः ऐन एनालिसीस् सोसियोलॉजिकल ब्लूटिन, वाल्यूम–5, न0.2, पृ0सं0 144–156.
- ग्रामीण स्वास्थ्य विकास खण्ड सांख्यिकीय रिपोर्ट,(2016). बक्शी का तालाब.
- घुरिए, जी0 एस0, (1961) जाति, वर्ग एवं व्यवसाय, पृ0 188–189.
- जनगणना, (1951).
- जनगणना, (2011) डिसट्रिक्ट सेन्सस, हैण्डबुक रिपोर्ट लखनऊ,उत्तर प्रदेश, 2015.
- कपाडिया, के0 एम0,(1955), मैरिज फैमिली इन इंडिया, पृ–236.
- ....(1966), मैरिज एण्ड फैमिली इन इंडिया.
- कपाड़िया, के0, एम0(1955) चेंजिग पैटर्न ऑफ हिन्दू मैरिज एण्ड फैमिली इन सोशियोलोजिकल ब्लुटिन, वाल्यूम–4, संख्या–2, सितम्बर.
- ले0 से, एण्ड आर0, राइन(2007), ए सिस्टेमैटिक रिव्यू ऑफ इनइक्वालिट्स इन दि यूज ऑफ मैटरनल हेल्थ केयर इन डवलपिंग कन्ट्रीजः इक्जेमिंग दि स्कूल ऑफ दि प्रोब्लम एण्ड दि इम्पॉरटेन्स ऑफ कन्टोम्स, ब्लूटिन वर्ल्ड हेल्थ ऑगनाईजेशन, 85, पृ0 सं–812–9.
- श्रीनिवास, एम0 एन0, (1975), कास्ट इन मॉर्डन इण्डिया एण्ड अदर एसेज्।
- स्पेट, ओ0 एण्ड अहमद, ई (1950), फाइव सिट्जि ऑफ दि जेनेटिक प्लेनः ए क्रॉस सक्शेन ऑफ इंडियन कल्चरल हिस्ट्री जियोग्राफिकल रिव्यू, 40(2), PP 272-273

- सादिका, एन, जाफरी, तलत रिजवी, मुर्ज, कोबलिंगस्की, एण्ड नाजो कुरेशी, (2009), वर्वल ऑटप्सी ऑफ मैटरनल डेथ इन टू डिसट्रिक्ट ऑफ पाकिस्तान फिलिंग इनफॉरमेशन गैप्स, जर्नल ऑफ हेल्थ, पॉपूलेशन एण्ड न्यूट्रीशन; 27(2) 170-183
- सिंह, ए0 एम, (1955), दि स्टडी ऑफ वूमेन इन इण्डिया सम प्रोब्लम इन मेथोडोलॉजी, वूमेन इन कनटेम्पररी इण्डिया, संपादन ए. डिसूजा, मनोहर बुक सर्विस, दिल्ली.
- विकास खण्ड सांख्यिकीय रिपोर्ट चिनहट, (2015).

✵✵✵

तृतीय अध्याय

महिला स्वास्थ्य : मुद्दे एवं समाधान

तृतीय अध्याय

महिला स्वास्थ्य : मुद्दे एवं समाधान

प्रस्तुत अध्याय में भारत में महिला स्वास्थ्य की स्थिति एवं उनके स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक मुद्दों का विश्लेषण किया गया हैं। प्रस्तुत अध्ययन में अन्तर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण के द्वितीयक तथ्यों का प्रयोग हुआ हैं, जिसमें राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल, जिला स्तरीय हाउसहोल्ड सर्वेक्षण, वार्षिक स्वास्थ्य रिपोर्ट अन्य से सम्बन्धी आँकड़ें शामिल है।

भारत में महिला स्वास्थ्य एक ज्वलंत मुद्दा है, जिस पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है, किन्तु विश्व भर के देशों की प्रतिबद्धता के बाद भी गरीब व निम्न वर्गो की महिलाएँ अशिक्षा, पोषण व स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित है। स्वस्थ समाज की संकल्पना लगभग आधी आबादी अर्थात् महिलाओं के स्वास्थ्य, शैक्षिक उत्थान व दीर्घ जीवन के बिना संभव नहीं हैं।

महिला स्वास्थ्य महत्वपूर्ण है, क्योंकि उन्हें बेटी, पत्नी व माँ के रुप में अनेक दायित्वों का निर्वहन करना पड़ता है। स्वस्थ महिला ही स्वस्थ समाज व परिवार का सृजन करती है। परिवार व राष्ट्र के लिये महिलाएँ प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष रूप में अनेक महत्वपूर्ण कार्यो का सही तरीके से निष्पादन करती हैं। महिलाएँ स्वस्थ समाज की व्यवस्था बनाए रखने में महत्वपूर्ण योगदान देती हैं। मानव विकास सूचंकाक में शिक्षा व स्वास्थ्य प्रमुख द्यटक हैं, जिसमें सुधार के बिना सम्पूर्ण समाज का सामाजिक व आर्थिक विकास नहीं हो पायेगा। मानव विकास सूंचकाक (HDI) 2019 में 189 देशों में भारत का सूंचकाक 0.647 है, जबकि केरल का 0.784 व उत्तर प्रदेश राज्य का 0.583 है। इससे ज्ञात होता है कि अभी भी भारत के राज्य में महिला स्वास्थ्य स्थिति निम्न हैं। इसके लिए काफी हद तक चिकित्सा व स्वास्थ्य सुविधाएँ भी जिम्मेदार हैं।

संयुक्त संघ,(2015) के अनुसार लैंगिक असमानता व मानदंडों के प्रति अपेक्षित भूमिका व दबावपूर्ण शीघ्र विवाह, अशिक्षा के कारण जागरुकता न होना, दम्पत्तियों में निर्णय न ले पाने का अभाव, घरेलू हिंसा किशोरियों में यौन संक्रमित रोगों व एच0आई0वी0 महिला स्वास्थ्य प्रभावित करती हैं।

भारतीय समाज में महिलाओं की प्रस्थिति सम्बन्धी राष्ट्रीय समिति की रिपोर्ट के अनुसार महिलाओं के स्वास्थ्य पर विशेष रुप से प्रभाव डालने वाले सांस्कृतिक मानदण्ड है। विवाह के प्रति दृष्टिकोण, विवाह की आयु, जनन क्षमता की दर और बच्चे का लिंग, पारिवारिक संगठन की अभिरचना, परिवार में महिला का स्थान और सामाजिक मान्यताओं के अनुसार महिला की अपेक्षित भूमिका। उपरोक्त सभी कारणों का महिला स्वास्थ्य के संदर्भ में विशेष महत्व है।

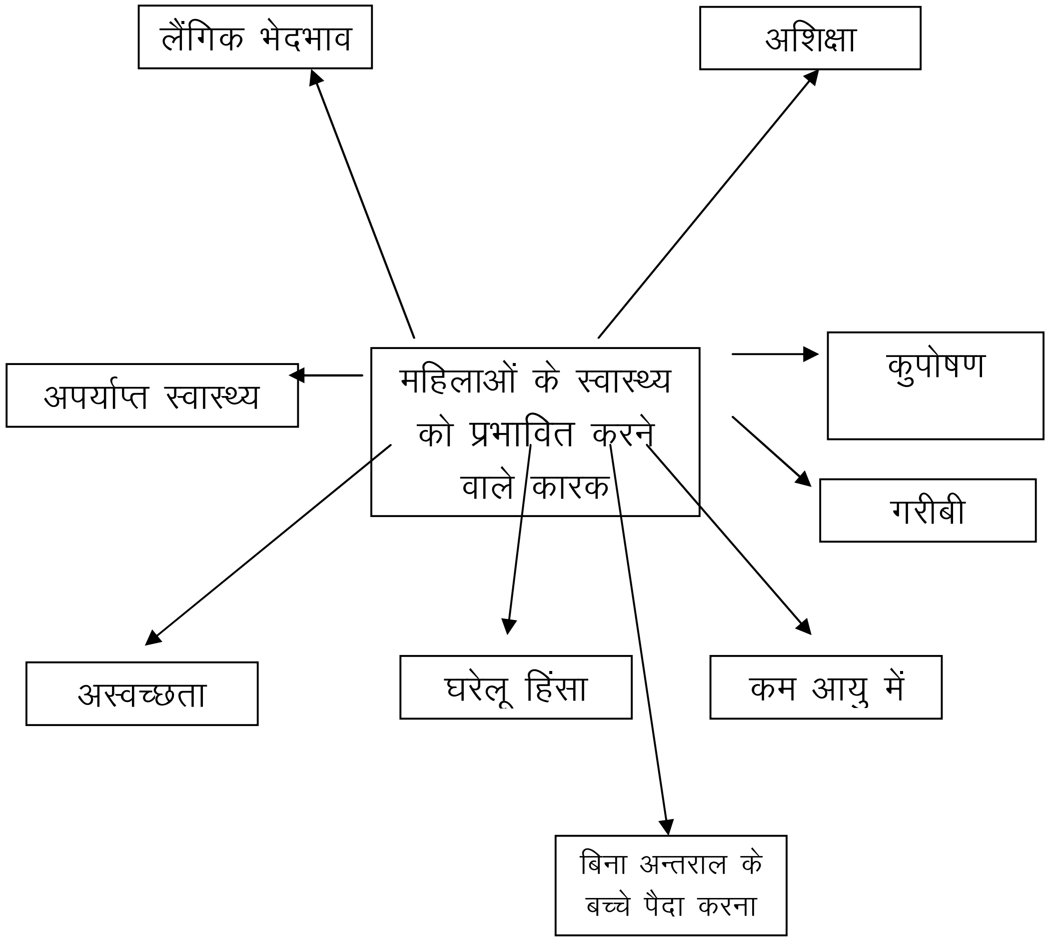
महिला स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक–सांस्कृतिक घटक

कई अध्ययनों द्वारा यह स्पष्ट होता है कि महिला स्वास्थ्य मात्र जैविकीय व भौतिकी चिकित्सा का ही परिणाम मात्र नहीं हैं, बल्कि इसका निर्धारण सामाजिक, सांस्कृतिक आर्थिक कारकों से भी होता हैं।

कम आयु में विवाह

भारतीय विधि के अनुसार लड़कियों के विवाह की आयु 18 वर्ष और लड़कों की 21 वर्ष हैं, किन्तु आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में गरीबी, बढ़ रही दहेज की प्रवृत्ति के कारण लड़कियों का विवाह अपरिपक्व आयु में ही कर दिया जाता है। परिणामस्वरुप मासिक धर्म शुरु होने के साथ–साथ महिलाएँ गर्भधारण कर लेती है। बार–बार गर्भाधारण करने, गर्भपात, समय पूर्व प्रसव, संक्रमण आदि समस्याओं से महिलाएँ सदैव ग्रसित रहती है, जिससे उनका स्वास्थ्य प्रभावित होता है। कहीं–कहीं तो परिवारों में लड़कियों का पैदा होना अभिशाप माना जाता है, इसके परिणाम स्वरूप कन्या भ्रूण हत्या जैसी सामाजिक समस्यायें फलीभूत हो रही हैं। 2011 के अनुसार 18 वर्ष से कम आयु में विवाह का प्रतिशत राज्यों में 4.8 केरल व पश्चिमी बंगाल 41.2, 42.7 राजस्थान एवं बिहार में 45.6 है। इस प्रकार यह ज्ञात होता हैं भारत में आज भी लड़कियों का

विवाह कम आयु में कर दिया जाता हैं। निम्नलिखित आरेख के अन्तर्गत् महिला स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले द्यटकों को दर्शाया गया है।



सारणी 3.1

विवाह के समय महिलाओं की आयु

संकेतक	ग्रामीण	नगरीय	योग
लड़कियों की विवाह की आयु (माध्य)	18.0	20.4	18.4
18 वर्ष से कम आयु में विवाह	37.1	15.2	32.9
20–24 वर्ष की आयु की महिलायें जिनका विवाह 18 वर्ष से कम आयु में हुआ	59.1	30.8	54.9
लड़कों की विवाह आयु (माध्य)	21.1	23.9	21.6
21 वर्ष से कम आयु में विवाह होने वाले लड़कों का %	47.9	22.3	43.3

स्त्रोतः डी0एल0एच0एस–3(2007–03)

उपरोक्त सारणी के विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि भारत में आज भी लड़कियों का विवाह 18 वर्ष होने के पूर्व कर दिया जाता है। जिला स्तरीय हाउसहोल्ड सर्वेक्षण के अनुसार ग्रामीण क्षेत्रों में 37.1 प्रतिशत लड़कियों का विवाह 18 वर्ष से कम आयु हुआ। उसी प्रकार लड़कों के विवाह की आयु 21 वर्ष पूर्ण होने के साथ ही कर दिया जाता है। यदि ग्रामीण क्षेत्रों के लड़कों के विवाह का विश्लेषण में पाया गया कि 47.9 प्रतिशत का विवाह 21 वर्ष से पहले हो जाता है। वहीं नगरीय क्षेत्रों में विवाह की आयु का प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों की अपेक्षा कम है। क्योंकि यहाँ के लोगों में शिक्षा एवं जागरुकता का स्तर अधिक होता है। एस0आर0एस0–(2015) के अनुसार 16.8 प्रतिशत का विवाह 18 वर्ष से कम आयु में हो जाता है।

अशिक्षा

शिक्षा महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक हैं। महिलाओं की शिक्षा व स्वास्थ्य में प्रत्यक्ष सम्बन्ध है। अशिक्षा के कारण महिलाएँ स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरुक नहीं होती। प्रायः देखा गया है कि अशिक्षित महिलाओं की अपेक्षा शिक्षित महिलाएँ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अधिक प्रयोग करती हैं और अशिक्षित महिलाएँ स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं को टोने–टोटके, घरेलू उपचार व झाड–फूँक आदि कर्मकाण्डों को अपना कर निवारण करती है। अशिक्षित महिलाओं में शिक्षित महिलाओं की तुलना में मातृत्व मृत्यु अधिक होती है **(गुप्ता एट ऑल, 2012)**। निम्नलिखित सारणी में (ई0ए0जी) राज्यों में महिला साक्षरता का स्तर ग्रामीण एवं नगरीय में वर्गीकृत कर विश्लेषित किया गया हैं।

सारणी 3.2

भारत के राज्यों में महिला शिक्षा का स्तर

राज्य	ग्रामीण	शहरी	योग
असम	63.0	84.9	66.3
बिहार	**49.0**	**70.5**	**51.5**
छत्तीसगढ़	55.1	77.2	60.2
झारखण्ड	48.9	75.5	55.4
मध्यप्रदेश	52.4	76.5	59.2
उडीसा	60.7	80.4	64.0
राजस्थान	45.8	70.7	52.1
उत्तर प्रदेश	**53.7**	**69.2**	**57.2**
उत्तराखण्ड	66.2	79.3	70.0
भारत	**57.9**	**79.1**	**64.6**

उपरोक्त सारणी के विश्लेषण यह ज्ञात होता है कि भारत में शहरी क्षेत्रों की अपेक्षा ग्रामीण साक्षरता दर काफी कम हैं। जिसका प्रभाव महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। यहाँ के ग्रामीण क्षेत्रों में महिला शिक्षा 53.7 प्रतिशत हैं जबकि नगरीय क्षेत्रों में 69.2 हैं। जिससे यह ज्ञात होता हैं कि उत्तर प्रदेश जैसें पिछड़े राज्यों में शहरों और गाँवों के मध्य साक्षरता का अन्तर काफी अधिक हैं। यदि बिहार की साक्षरता दर देखें तो 51.5 प्रतिशत हैं। जिसमें ग्रामीण क्षेत्रों में 49 प्रतिशत तथा नगरीय क्षेत्रों में 70.5 हैं। बिहार के शहरों में महिला शिक्षा का प्रतिशत काफी अधिक है। झारखण्ड में महिला शिक्षा 48.9, राजस्थान में 45.8 व छत्तीसगढ़ में 55.1, मध्य प्रदेश में 52.4 ग्रामीण महिलाओं की साक्षरता दर हैं। इन राज्यों में भी ग्रामीण राज्यों की महिला साक्ष्रता दर शहरों की अपेक्षा कम हैं। एन0एफ0एच0एस0–4 के

अनुसार उत्तर प्रदेश में 15–49 वर्ष की महिलाएँ सिर्फ 23 प्रतिशत ही 12वीं तक शिक्षा ग्रहण कर पाती हैं।

कुपोषण

भारत जैसे विकासशील व अधिक जनसंख्या वाले देश में कुपोषण एक सामाजिक समस्या हैं। आवश्यकतानुसार भोजन में कैलोरी न मिलना तथा संतुलित आहार के अभाव में कुपोषण से सर्वाधिक महिलाएँ ही भुक्तभोगी है। बिहार व उत्तर प्रदेश राज्यों में स्थिति काफी चिंताजनक है। 2005–06 में एक–तिहाई ग्रामीण महिलाओं का वजन कम पाया गया और आधे से अधिक एनीमिया से ग्रस्त थी। बालिकाओं के गर्भधारण करने और स्तनपान कराने से वजन एवं बी0एम0आई स्तर कम हो जाता हैं (राय एवं अन्य, 2008)। एन0एफ0एच0एस–4 के अनुसार 15 से 49 वर्ष महिलाओं में बी0एम0आई सामान्य से 18 कम का स्तर ग्रामीण क्षेत्रों में 26.07 और शहरी क्षेत्रों में 15.5 प्रतिशत हैं। 25 किलोग्राम से ऊपर बी0एम0आई का स्तर 15.0 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी क्षेत्रों में 31.3 प्रतिशत हैं। इससे यह ज्ञात होता हैं कि शहरों की अपेक्षा ग्रामीण महिलाओं में बी0एम0आई का स्तर सामान्य से कम होता है। लैंगिक भेदभाव होने के कारण ग्रामीण महिलाएं पोषण, शिक्षा व स्वास्थ्य सुविधाओं से वंचित रह जाती है।

अस्वच्छता

देश में अस्वच्छता की समस्या महिलाओं की मुख्य समस्या है। इसका महिलाओं के स्वास्थ्य पर काफी प्रभाव पड़ता है। परिवार में शौचालय का न होना, शुद्ध पेय जल के अभाव में वह कई संक्रामक रोगों से प्रभावित हो जाती हैं। अस्वच्छता की समस्या प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष रूप से महिलाओं के स्वास्थ्य पर बुरा असर डालती हैं, विशेषकर मासिक धर्म के दौरान अस्वच्छ व गंदे कपड़ों का प्रयोग करने से महिलाओं का स्वास्थ्य प्रभावित होता हैं। एन0एफएच0एस–4 के अनुसार 15 से 24 वर्ष तक की महिलाओं के

स्वच्छता से सम्बंधित प्रश्नों पर सवाल किए गए जिसमें उत्तर प्रदेश में 81 प्रतिशत महिलाएँ कपड़ों का प्रयोग करती हैं, 33 प्रतिशत सेनेटरी नैपकिन और 2 प्रतिशत टैम्पॉन का प्रयोग करती हैं। जिसमें सिर्फ 47 प्रतिशत महिलाएँ ही मासिक धर्म के दौरान स्वच्छ तरीकों को अपना रही हैं। जिला स्तरीय हाउसहोल्ड सर्वेक्षण (2007—08) के अनुसार 29.5 प्रतिशत महिलाओं को प्रजनन संक्रमण के विषय में जानकारी हैं, जिसमें ग्रामीण क्षेत्रों में 27.3 प्रतिशत हैं जोकि शहरी क्षेत्रों की महिलाओं की 39.8 प्रतिशत अपेक्षा कम हैं। अस्वच्छता के कारण महिलाएं कई संक्रमण से पीड़ित होती है, जिसकी न तो उन्हें जानकारी होती है और न ही समय पर उचित चिकित्सा मिल पाती हैं।

गरीबी

भारत एक कृषि प्रधान देश हैं, यहाँ लगभग 90 प्रतिशत से अधिक जनसंख्या गांव में निवास करती है। गरीबी के कारण मूलभूत संसाधनों का अभाव व बेसिक जरूरतों (रोटी, कपड़ा, मकान) आदि की व्यवस्था कर पाने में काफी कठिनाई होती है। गरीबी के कारण परिवार में महिलाएं ही सबसे अधिक उपेक्षित होती हैं। लैंगिक भेदभाव के कारण उन्हें शिक्षा, पोषण, उचित स्वास्थ्य देखभाल नहीं दी जाती। जिससे वह कम वजन व कुपोषित हो जाती है। जिसका सीधा प्रभाव उनके प्रजनन स्वास्थ्य पर पड़ता हैं। महिलाओं की स्थिति का सीधा सम्बन्ध उनकी आर्थिक स्थिति से हैं। अर्थात् महिलाओं की स्थिति में सुधार होगा तो गरीबी का भी अन्त होगा। महिलाओं की आर्थिक स्थिति में सुधार लाने के लिए यह आवश्यक है। सभी कार्यो में उनकी भागीदारी बढ़ायी जाए अर्थात् उन्हें सशक्त बनाया जाए। बलिकाओं के स्कूल ड्राप आउट के पीछे मुख्य कारण गरीबी हैं।

घरेलू हिंसा

हमारे देश में प्रायः महिलाओं के विरूद्ध हिंसा व उत्पीड़न के मामले देखने को मिल जाते हैं। हिंसा महिला स्वास्थ्य पर अमिट प्रभाव डालती हैं। निम्नलिखित सारणी के अर्न्तगत महिलाओं में लिंग आधारित हिंसा/भेदभाव को बिन्दुओं में विश्लेषित किया गया है।

सारणी 3.2

महिलाओं में लिंग आधारित हिंसा/भेदभाव

लिंग आधारित भेदभाव	नगरीय	ग्रामीण	योग
विवाहित महिलाओं पति द्वारा हिंसा %	23.6	31.4	28.8
गर्भावस्था के दौरान होने वाली हिंसा %	2.9	3.5	3.3
महिलाओं का स्वयं का घर व कृषि भूमि	35.2	40.1	38.4
महिलाओं के पास स्वयं का बचत खाता	61.0	48.5	53.0
फोन की उपलब्धता	61.8	36.9	45.9
15–24 आयु वर्ग की महिलाओं द्वारा मासिक धर्म में प्रयुक्त स्वच्छ तरीके	77.5	48.2	57.6
स्त्रोतः राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–4 (2014–15)			

उपरोक्त सारणी के तथ्यों से स्पष्ट होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों की विवाहित महिलाओं में पति द्वारा की जाने वाली हिंसा का प्रतिशत 31.4 और नगरीय क्षेत्रों में 23.6 है। गर्भावस्था के दौरान होने वाली हिंसा 3.5 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में नगरीय क्षेत्रों में 2.9 है। शहरों व गांवों दोनों में विशेष अन्तर नहीं दिखाई देता। पुरुष प्रधान समाज होने के कारण महिलाओं को पुरुषों की

हिंसा सहनी पड़ती है। शहरी महिलाओं की सामाजिक व आर्थिक स्थिति ठीक होने के कारण वह अपने स्वास्थ्य सम्बंधी निर्णय लेने में सक्षम होती हैं, किन्तु ग्रामीण महिलाओं में निर्णय की क्षमता का अभाव पाया जाता हैं। उन्हें स्वास्थ्य व परिवार नियोजन सम्बंन्धी निर्णय लेने का अधिकार नहीं होता है। अज्ञानता के कारण वह बिना अन्तराल के बच्चों को जन्म देती है जिसका प्रभाव उनके मातृत्व स्वास्थ्य पर पड़ता है।

जागरूकता का अभाव

भारत जैसे देश में महिलाएं विशेषकर निम्न वर्ग में स्वास्थ्य सम्बन्धी जागरूकता का अभाव पाया जाता हैं। महिलाएं प्रजनन संक्रमण जुड़ी समस्याओं के विषय पर महिला चिकित्सक से खुलकर बात नहीं कर पाती। भारतीय समाज में महिलाएं अपने स्वास्थ्य पर कम ध्यान देती हैं। वह पति व परिवार के सदस्यों व बच्चों का ख्याल रखने के कारण स्वयं के स्वास्थ्य पर कम ध्यान देती हैं, साथ ही महिलाएं अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का उपचार घरेलू उपायों द्वारा करती हैं। गंभीर स्थिति होने पर अस्पताल इलाज जाती हैं। उपर्युक्त कारक महिलाओं के स्वास्थ्य पर प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष रूप से प्रभाव डालते हैं। अशिक्षा व अज्ञानता के कारण महिलाओं में प्रजनन संक्रमण, मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं व परिवार नियोजन इत्यादि विषय पर जागरुकता का अभाव रहता हैं।

निष्कर्ष

भारत में राष्ट्रीय व अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर महिला स्वास्थ्य स्थिति में सुधार लाने के लिए कई प्रयास किए गए है, इसके बावजूद आज भी महिला स्वास्थ्य का विषय उपेक्षित है, महिलाओं की निम्न सामाजिक स्थिति उनके जीवन स्तर को ऊँचा करने में बाधक हैं। पितृसत्तामक समाज में महिलाओं को पुरुषों के अधीनस्थ ही रहना पड़ता है। परिवार में लैंगिक भेदभाव के कारण बचपन में पोषण, शिक्षा, व स्वास्थ्य में भेदभाव किया जाता है।

एन0एफ0एच0एस0 के अनुसार 52 प्रतिशत महिलाएं एनीमिया से ग्रसित हैं। अनुच्छेद 21 के तहत जीवन के अधिकार के साथ शिक्षा के अधिकार को समाहित किया गया हैं, जिसके अर्न्तगत् निःशुल्क शिक्षा के प्रावधान किये गए हैं, इसके बावजूद महिलाओं को उचित शिक्षा का अवसर नहीं मिल पाते हैं। अशिक्षा व जागरुकता का अभाव महिलाओं के सम्पूर्ण विकास पर नकारात्मक प्रभाव डालता हैं। सरकार द्वारा कई स्वास्थ्य योजनाओं के संचालन के बाद भी ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाएं स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरूक नहीं हैं। उनमें परिवार नियोजन की जानकारी का अभाव हैं। जनसंख्या 2011 के अनुसार यदि महिलाओं की साक्षरता दर का विश्लेषण करें तो ग्रामीण क्षेत्रों में 57.9 प्रतिशत तथा शहरी क्षेत्रों में 79.1 प्रतिशत साक्षरता दर हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में सिर्फ निःशुल्क शिक्षा की व्यवस्था होने के बाद भी सिर्फ 63 प्रतिशत को ही हाईस्कूल तक शिक्षा मिल पाती हैं। इस प्रकार हम देखते हैं कि महिला के स्वास्थ्य को सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक व शैक्षणिक स्थिति प्रभावित करती हैं।

✲✲✲

चतुर्थ अध्याय

मातृत्व स्वास्थ्य :

सामाजिक एवं आर्थिक दृष्टिकोण

चतुर्थ अध्याय

मातृत्व स्वास्थ्य : सामाजिक एवं आर्थिक दृष्टिकोण

स्वस्थ महिला, स्वस्थ राष्ट्र की अवधारणा किसी भी देश के विकास व स्वास्थ्य प्रबन्धन का आधार होती है। महिला स्वास्थ्य के इसी महत्व को स्वीकार करते हुए राज्य सरकार का यह दायित्व है कि सभी महिलाओं तक स्वास्थ्य सेवाएं पहुँचें इसके तहत भारत के संविधान नीति निर्देशक तत्व के अनुच्छेद 47 के तहत पोषाहार स्तर, जीवन स्तर को ऊँचा करने तथा लोक स्वास्थ्य राज्य का दायित्व होगा ताकि किसी महिला को सामाजिक एवं आर्थिक प्रस्थिति के कारणवश स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित न होना पड़े। अतः इसी उद्देश्य के दृष्टिगत् देश में योजनाओं का क्रियान्वयन सामाजिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि को ध्यान में रखकर किया जाना चाहिए। भारतीय परिदृश्य में देखा जाए तो महिलाओं को सशक्त करने हेतु राज्य द्वारा अथक प्रयास किये गए हैं, किन्तु अभी भी ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं की प्रस्थिति सामाजिक एवं आर्थिक कारणों से कमजोर बनी हुई है। पुरुषों की तुलना में शिक्षा, रोजगार एवं स्वास्थ्य संकेतकों में उनका स्तर निम्न है। जिसका प्रभाव उनके सम्पूर्ण विकास व स्वास्थ्य पर पड़ता है विगत् वर्षो से समाजशास्त्रीय अध्ययन में सामाजिक समस्या के कारण के रुप में सामाजिक व आर्थिक पृष्ठभूमि को आधार मानकर कार्य किये जा रहे हैं।

इस अध्याय में उत्तरदाताओं की सामाजिक व आर्थिक पृष्ठभूमि के अर्न्तगत उनकी आयु, जाति, शिक्षा, वैवाहिक स्थिति, व्यवसाय, मासिक आय व बच्चों की संख्या आदि का विवरण किया गया हैं। जिन्हें विभिन्न सारणियों के माध्यम से दर्शाया गया है तथा सारणियों के आँकड़ों का विस्तारपूर्वक वर्णन किया गया है।

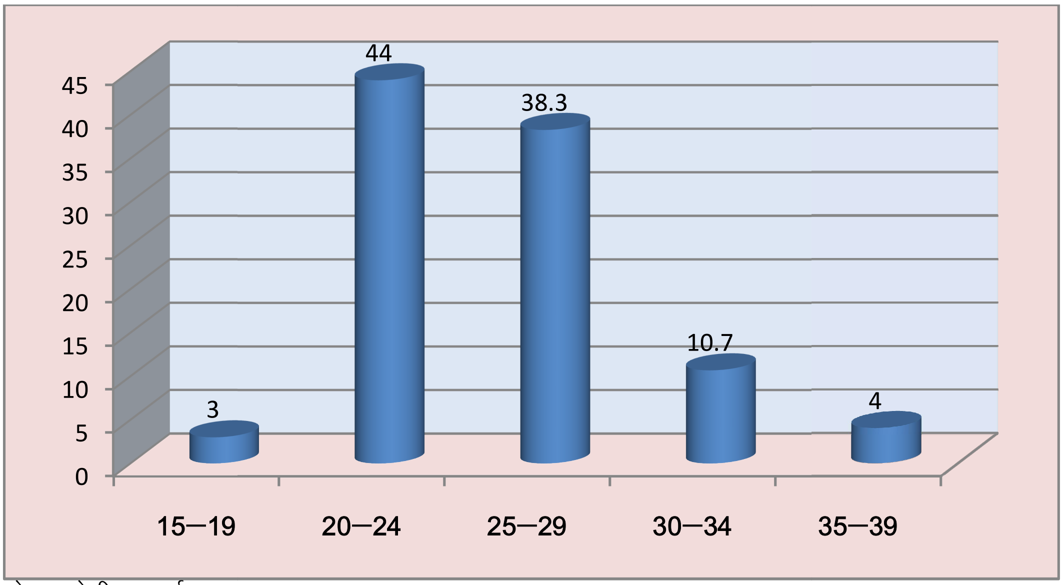
सादिका,(2009) ने अपने मातृत्व स्वास्थ्य व सामाजिक, आर्थिक व चिकित्सकीय कारणों के अध्ययन में पाया कि जिन महिलाओं की निम्न सामाजिक व आर्थिक स्थिति, असाक्षरता, कम आय व प्रसूति का खराब इतिहास होता हैं, उन महिलाओं की गर्भावस्था काफी प्रभावित होती है। अन्य शोध में रिचर्ड, जी. विल्कसन, जे. लीच, एवं जी. ए, कपलन ने अपने अध्ययन में पाया कि सामाजिक, आर्थिक स्थिति व स्वास्थ्य का गहरा सम्बन्ध है। जिसके कारण आर्थिक संसाधन एवं स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में नियंत्रण स्थापित हो जाता है। महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण वह चाहते हुए भी स्वास्थ्य सुविधाओं से लाभान्वित नहीं हो पाती। इसी संदर्भ में उत्तरदाताओं की सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि के मुख्य पहलुओं का अध्ययन किया गया है। जिससे ज्ञात हो सके कि मातृत्व स्वास्थ्य पर इनका किस स्तर तक प्रभाव पड़ता है।

आयु

आयु एक महत्वपूर्ण चर हैं। जिसका व्यक्ति के जीवन पर काफी प्रभाव पड़ता है। महिला स्वास्थ्य के संदर्भ में आयु अत्यन्त महत्वपूर्ण है। भारतीय समाज में महिलाओं के स्वास्थ्य पर आयु विशेष रुप से प्रभाव डालती है। आयु के अनुरुप ही उन्हें अपने दायित्वों व भूमिकाओं का निर्वाह करना पड़ता है। इस अध्ययन में सामाजिक एवं आर्थिक दृष्टिकोण से उत्तरदाताओं की आयु का विशेष महत्व हैं। न्यादर्श के रुप में चुने गये उत्तरदाताओं की आयु निम्नलिखित सारणी में दर्शायी गयी हैं।

ग्राफ संख्या 4.1

उत्तरदाताओं की आयु के आधार पर वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्राफ संख्या 4.1 तथ्यों से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 44 प्रतिशत उत्तरदाता 20–24 वर्ष आयु वर्ग के मध्य आती है। इससे कम 38.3 प्रतिशत उत्तरदाता 25–29 वर्ष की आयु वर्ग के मध्य आती है। 10.7 प्रतिशत उत्तरदाता 30–34 वर्ष तक एवं 4.0 प्रतिशत उत्तरदाता 35–39 वर्ष आयु वर्ग के मध्य आती हैं सबसे कम 3.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के आयु वर्ग 15–19 वर्ष तक की है।

अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक उत्तरदाता 20–29 वर्ष आयु की है। इस आयु वर्ग की उत्तरदाताओं में प्रजनन दर अधिक होती है (स्त्रोतःएस0आर0एस0रिपोर्ट,2016)। कम आयु में बार–बार गर्भधारण करने से महिलाओं में प्रजनन दर में वृद्धि के अलावा, समयपूर्व प्रसव, शिशु का कम वजन, संक्रमण इत्यादि समस्याएं अधिक होती हैं।

जाति

भारतीय संरचना जाति व्यवस्था पर आधारित है। जाति व्यवस्था भारतीय संस्कृति की विशेषता हैं, जो भारत में सर्वत्र प्रचलित है। अपितु यह केवल हिन्दू धर्म तक परिसीमित नहीं है। मुस्लिम, सिक्ख, ईसाई, बौद्ध धर्म के अलावा अन्य सभी समुदायों में भी किसी न किसी रुप में विद्यमान है। प्रो0 ए0 आर0 देसाई के अनुसार भारत में जाति व्यवस्था ही अधिकांशतः एक व्यक्ति के लिए उसकी प्रस्थिति, कार्यो के अवसर और प्रतिबन्धों का निर्धारण करती है। जाति व्यवस्था ही लोगों के जटिल धार्मिक और निरपेक्ष सांस्कृतिक प्रतिमानों को निश्चित करती है। जातियों का विभाजन उनके कार्यो के आधार पर होता है,किन्तु आधुनिकीकरण के प्रभाव के कारण लोगों की जीवन शैली में बदलाव आया और जाति के प्रतिबन्धों का प्रभाव कम हुआ हैं। प्रस्तुत अध्ययन क्षेत्र में विशेष कर सामान्य, अन्य पिछड़ा वर्ग एवं अनुसूचित जाति की उत्तरदाता हैं। जिसमें अल्पसंख्यक (मुस्लिम) भी शामिल है। निम्नलिखित सारणी उत्तरदाताओं की जाति के आधार पर वर्गीकरण दर्शाती है।

सारणी संख्या 4.1

उत्तरदाताओं की जाति के आधार पर वर्गीकरण

क्र0सं0	जाति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	सामान्य	25	8.3
2	ओ0बी0सी0	89	29.7
3	एस0सी0	135	45.0
4	एस0टी0	0	0
5	अल्पसंख्यक	51	17.0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 4.1 में तथ्यों से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 45 प्रतिशत उत्तरदाता अनुसूचित जाति की है। अन्य पिछड़ा वर्ग की उत्तरदाता 29.7 प्रतिशत है एवं सबसे कम 8.3 प्रतिशत सामान्य वर्ग की उत्तरदाता है। अध्ययन क्षेत्र में 17 प्रतिशत उत्तरदाता अल्पसंख्यक है।

अतः विश्लेषण इससे यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक उत्तरदाता अनुसूचित जाति से सम्बंधित है।

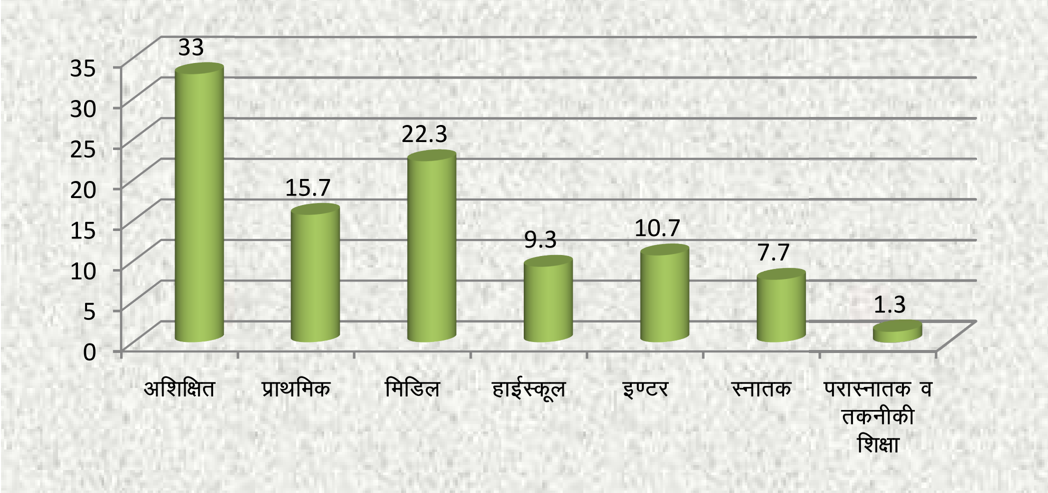
शिक्षा

पारसन्स,(1954) के अनुसार शिक्षा और स्वास्थ्य समाज की बुनियादी आवश्यकता है, क्योंकि केवल इसी की मदद से व्यक्ति को अवसर पाने की क्षमता मिलती है। शिक्षा वह माध्यम है, जिससें व्यक्ति में तर्क, विवेक, विश्लेषण शक्ति, सूझ–बूझ, ग्रहण शक्ति का विकास होता है। जहाँ तक महिलाओं की शिक्षा का प्रश्न है तो एक शिक्षित महिला एक शिक्षित समाज का सृजन करती है। एक महिला जितनी शिक्षित होगी उतना ही उसके ज्ञान के स्तर अधिक होगा। तभी वह अपने व शिशु के स्वास्थ्य के प्रति जागरुक होगी।

दुर्खीम के अनुसार शिक्षा द्वारा सूचनाएं एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी तक हस्तांरित होती है, किन्तु अशिक्षा के अभाव में सूचनाप्रद जानकारियां महिलाओं तक नहीं पहुँच पाती हैं। इसको ध्यान में रखते हुए उत्तरदाताओं के शैक्षणिक स्तर को जानने का प्रयास किया गया है।

ग्राफ संख्या 4.2

उत्तरदाताओं की शिक्षा के आधार पर वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्राफ संख्या 4.2 में प्राप्त तथ्यों से यह ज्ञात होता है कि 33 प्रतिशत उत्तरदाता अशिक्षित है तथा 15.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने मात्र प्राइमरी तक ही शिक्षा प्राप्त की है। 22.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने मिडिल स्तर तक एवं 9.3 प्रतिशत ने हाईस्कूल तक शिक्षा प्राप्त की है। 10.7 प्रतिशत इण्टर व 7.7 प्रतिशत स्नातक तथा 1.3 प्रतिशत ने परास्नातक व तकनीकी शिक्षा प्राप्त की हुई है। अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं का शैक्षणिक स्तर निम्न है। महिला शिक्षा हेतु सरकारी प्रयास कारगर सिद्ध नहीं हुए है। अशिक्षा के कारण उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य योजनाओं की उपादेयता के प्रति जागरुकता की कमी हैं। सर्वाधिक महिलाओं को महिला स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी कम है। अज्ञानता के कारण महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ नहीं मिल पा रहा है। शिक्षा का स्तर निम्न होने के कारण स्वास्थ्य सम्बंधी जागरुकता का स्तर प्रभावित होता हैं।

वैवाहिक स्थिति

भारतीय समाज में विवाह एक मूलभूत संस्था है। विवाह रुपी संस्था पुरुष व स्त्री के सम्बन्धों को मान्यता प्रदान करती हैं। **के0एम0कपाडिया,(1966)** ने

विवाह को कर्त्तव्यों के एक व्यवस्था माना है, जो हिन्दू धर्म में एक संस्कार है और मुस्लिम धर्म में एक समझौता। जिसमें विभिन्न प्रकार के उत्तरदायित्व होते हैं। बोगाडर्स के अनुसार विवाह स्त्री और पुरुष को पारिवारिक जीवन में प्रवेश कराने वाली संस्था है। विवाह के बाद महिला एक पत्नी के रुप पति और ससुराल के सदस्यों की देखभाल व प्रसूति सम्बन्धी भूमिकाओं का निर्वाहन करती है।

सारणी संख्या 4.2

उत्तदाताओं की वैवाहिक स्थिति के आधार पर वर्गीकरण

क्र0सं0	वैवाहिक स्थिति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	विवाहित	300	100
2	अविवाहित	0	0
3	तलाकशुदा	0	0
4	विधवा	0	0
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि सभी उत्तरदाता विवाहित है।

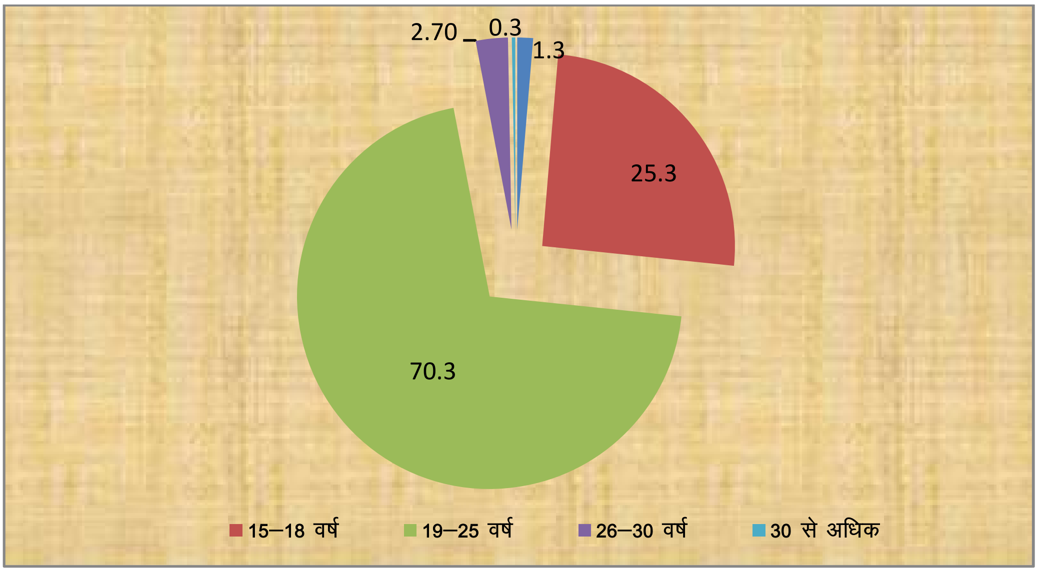
विवाह के समय आयु

विवाह महिला के जीवन का सबसे महत्वपूर्ण पड़ाव है। विवाह उपरान्त एक महिला की प्रस्थिति एवं भूमिका दोनों में परिवर्तन होता है। उन्हें नये परिवार की जिम्मेदारी के साथ प्रजनन सम्बन्धी कार्यो का निर्वाह भी करना पड़ता है। प्रायः देखा गया हैं कि ग्रामीण क्षेत्रों में आम तौर पर लड़कियों का विवाह कम आयु में कर दिया जाता है, जबकि वैधानिक तौर पर विवाह की आयु पुरूष की 21 वर्ष व महिला की आयु 18 वर्ष निश्चित की गयी है। कम आयु में विवाह होने के

कारण महिलायें कई प्रसूति सम्बन्धी समस्याओं से ग्रसित रहती है। निम्नलिखित ग्रफ में महिलाओं की विवाह के समय आयु को दर्शाया गया है।

ग्राफ संख्या 4.3

उत्तरदाताओं में विवाह के समय आयु के आधार पर वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 4.3 के प्राप्त तथ्यों से यह ज्ञात होता है कि अध्ययन क्षेत्र में 1.3 प्रतिशत का विवाह 15 वर्ष से कम उम्र में हुआ और 25.3 प्रतिशत का विवाह 15 से 18 वर्ष की उम्र में हुआ। 70.3 प्रतिशत का विवाह 19 वर्ष से 25 वर्ष की उम्र में हुआ। 2.7 प्रतिशत विवाह 26 वर्ष से 30 वर्ष की उम्र हुआ। 0.3 प्रतिशत का विवाह 30 वर्ष से अधिक उम्र में हुआ।

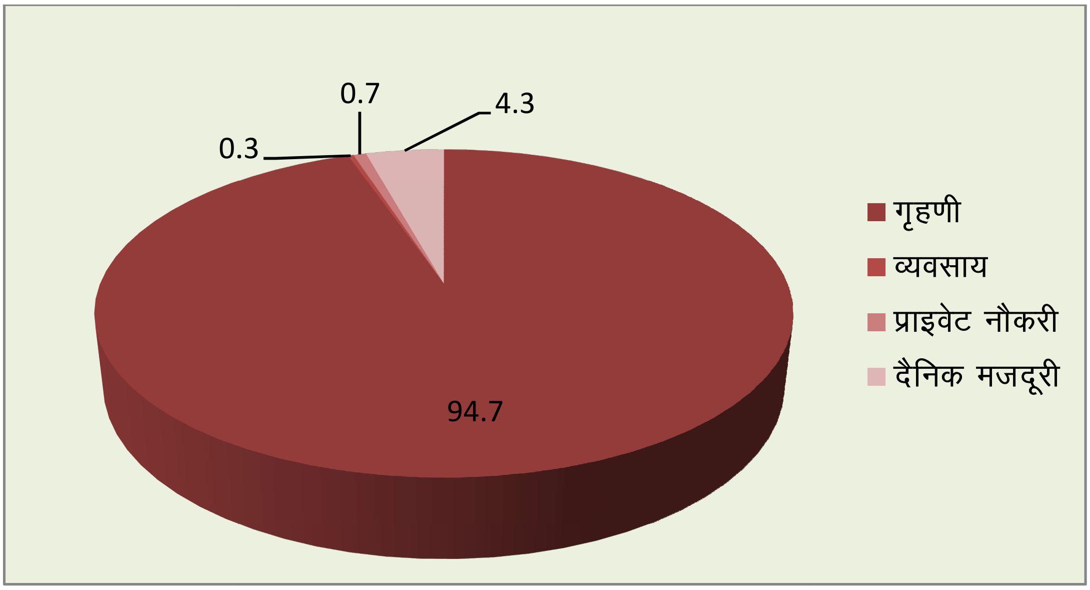
अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि आज भी लड़कियों का विवाह कम आयु में कर दिया जाता है। जिसका मुख्य कारण गरीबी है। गरीब व निम्न ग्रामीण परिवारों में आज भी ऐसी धारणा व्याप्त है कि लड़कियों को अधिक उम्र तक घर में बिठा कर रखा जायेगा तो दहेज अधिक देना पड़ेगा। इसलिए लड़कियों के साथ बचपन से ही भेदभावपूर्ण व्यवहार होता हैं।

आय के स्त्रोत

परिवार की आर्थिक स्थिति आय के स्त्रोतों पर ही निर्भर करती है। महिलाओं के आय के स्त्रोतों के आधार पर उनकी आर्थिक स्थिति को ज्ञात करने का प्रयास किया गया है। जिसका विवरण निम्नलिखित ग्प्रफ में दिया गया हैं।

ग्राफ संख्या 4.4

उत्तरदाताओं के आय के स्त्रोत के आधार पर वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 4.4 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 94.7 प्रतिशत उत्तरदाता गृहिणीयाँ है। यह घरेलू कार्यो के अलावा अपने खेतों से जुड़े काम करती है। 0.3 प्रतिशत उत्तरदाता व्यवसाय (दुकान) चलाती है। 0.7 प्रतिशत प्राइवेट नौकरी करती है। 4.3 प्रतिशत उत्तरदाता दैनिक मजदूरी करती है।

अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि उत्तरदाताओं की आर्थिक स्थिति निम्न है। अशिक्षित होने के कारण इन्हें दैनिक श्रमिक स्तर के कार्य करने पड़ते हैं। जिसके परिणामस्वरुप महिलाओं को अनेक प्रकार की कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है। आय कम होने के कारण पर्याप्त पोषण में कमी व स्वास्थ्य सुविधायें नही मिल पाती।

मासिक आय

आय व्यक्ति को एक निश्चित प्रस्थिति प्रदान करती हैं, जिसके अनुसार वह अपने जीवन में सुख–सुविधाएँ प्राप्त करता हैं। आधुनिक समाज में आय से व्यक्ति की स्थिति में परिवर्तन होता हैं। पुरुषों के समान महिलाएँ भी धन अर्जित कर रही है, जिससे उनकी आर्थिक प्रस्थिति में परिवर्तन हो रहे हैं, किन्तु ग्रामीण समाज में आज भी महिलाओं को पति की आय पर जीवन निर्वाह करना पड़ता है। ज्यादातर महिलाएँ घरेलू व कृषि कार्यों में संलग्न है, महिलाओं की निम्न स्थिति और पुरुषों पर निर्भरता का कारण सामाजिक और आर्थिक अवसरों की असमानता और रुढ़िबद्धता हैं, जिसमें पुरुष को समस्त आर्थिक क्रियाकलाप और स्त्रियों को गृहस्थी के कार्य सौपें गए हैं। निम्नलिखित सारणी में उत्तरदाताओं की मासिक आय का वितरण को प्रस्तुत किया गया हैं।

सारणी संख्या 4.3
उत्तरदाताओं की मासिक आय के आधार पर वर्गीकरण

क्र.सं.	मासिक आय	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	गृहिणी	284	94.7
2.	1000—3000	9	3.0
3.	3001—6000	7	2.3
3.	6001—20000	0	0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 4.3 से प्राप्त तथ्यों से यह ज्ञात होता है कि सर्वाधिक 94.7 प्रतिशत महिलायें गृहिणियाँ है, उनकी आय शून्य है। 3.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं की मासिक आय 1000 से 3000 रुपये तक हैं। 2.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं की मासिक आय 3001 से 6000 रुपये तक हैं। यह महिलाएँ दैनिक श्रमिक के रुप

में कार्य करती है। 7,000 से 20,000 रुपये तक मासिक आय वाली उत्तरदाताओं का प्रतिशत नगण्य है।

अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि अधिकांश महिलाएँ गृहणियाँ है। यह सिर्फ घरेलू व कृषि सम्बन्धी कार्य करती हैं। इन्हें अपने पति की आय पर ही निर्भर रहना पड़ता हैं।

सारणी संख्या 4.4

उत्तरदाताओं के पारिवारिक मामलों में निर्णय लेने में भूमिका

क्र0सं0	निर्णय लेने में भूमिका	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हमेशा	21	7.0
2	कभी कभी	169	56.3
3	कभी नहीं	110	36.7
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

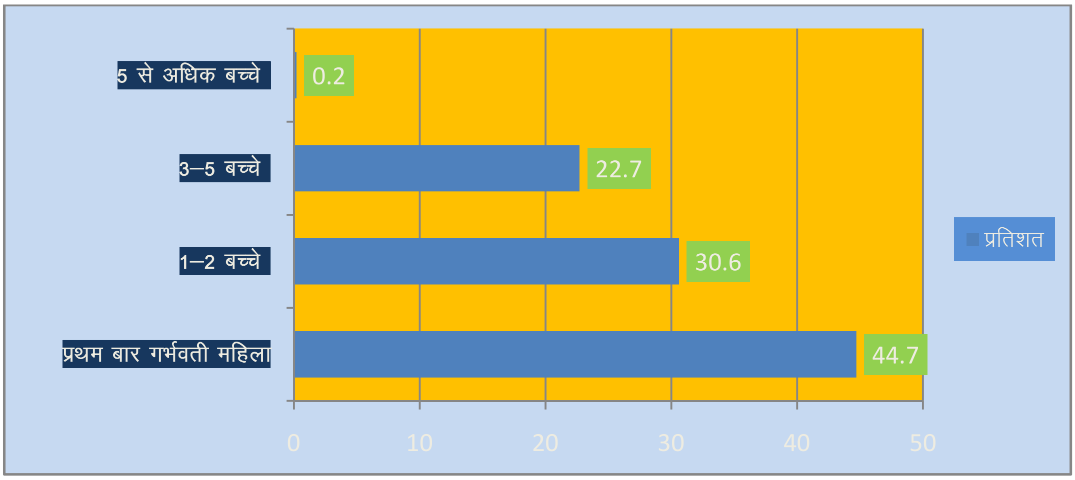
सारणी संख्या 4.4 में प्राप्त तथ्यों से स्पष्ट होता है कि 7.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं की पारिवारिक मामलों में हमेशा सलाह ली जाती है। 56.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं से पारिवारिक मामलों में कभी–कभी राय ले ली जाती है, 36.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं से पारिवारिक मामलों में सलाह नहीं ली जाती हैं। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में महिलाओं का पारिवारिक मामलों में ज्यादा हस्तक्षेप नहीं रहता, वह सिर्फ घरेलू कामकाज, परिवार के सदस्यों व बच्चों की देखरेख तक सीमित रहती हैं। जिसके कारण उनकी सामाजिक, आर्थिक स्थिति निम्न हैं।

उत्तरदाताओं के बच्चों की संख्या

परिवार में बच्चों की संख्या सीमित होना आज के समय की जरुरत हैं ताकि सभी बच्चों को अच्छे पोषण के साथ–साथ शिक्षा व प्रगति के उचित अवसर मिल सके, किन्तु ग्रामीण क्षेत्रों में अभी भी अधिकांश परिवारों की सदस्य संख्या 5 या उससे अधिक रहती हैं। बिना अन्तराल के बच्चों को जन्म देने के कारण महिलाओं के स्वास्थ्य पर बुरा प्रभाव पड़ता है। इसी दृष्टिकोण से उत्तरदाताओं के बच्चों की संख्या से सम्बन्धित विवरण निम्नलिखित के अर्न्तगत दिया गया है।

ग्राफ संख्या 4.5

उत्तरदाताओं के बच्चों की संख्या के आधार पर वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 4.5 से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 30.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के बच्चों की संख्या 1–2 हैं। 22.6 प्रतिशत उत्तरदाताओं के 3–5 संख्या में बच्चे हैं। 0.2 प्रतिशत उत्तरदाताओं के 5 से अधिक संख्या में बच्चे हैं। 44.7 प्रतिशत उत्तरदाता प्रथम बार गर्भवती हुयी है। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि होता है कि चयनित गाँवों की महिलाओं में प्रजनन स्वास्थ्य के प्रति जागरुकता नहीं है। बिना अन्तराल व अधिक बच्चों को जन्म देने से उनके स्वास्थ्य पर बुरा प्रभाव पड़ता है, साथ ही महिलाएँ कई मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं से पीड़ित हो जाती हैं।

निष्कर्ष

प्रस्तुत शोध अध्ययन में समग्र में से चयनित उत्तरदाताओं की सामाजिक एवं आथिक पृष्ठभूमि ज्ञात करने पर पाया गया कि सर्वाधिक 44 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 20 से 24 वर्ष के मध्य है। सबसे कम उत्तरदाता 35 वर्ष से 39 वर्ष की है। हिन्दू धर्म की महिलाओं की संख्या अधिक है। 45 प्रतिशत उत्तरदाता अनुसूचित जाति की है। इनमें 33 प्रतिशत उत्तरदाता अशिक्षित है। सर्वाधिक 82.7 प्रतिशत उत्तरदाता हिन्दु धर्म की है। जिसमें सामान्य, अन्य पिछड़ा वर्ग, अनूसूचित जाति एवं अल्पसंख्यक वर्ग की महिलाएं है। सामान्य वर्ग की महिलाओं की संख्या नाममात्र 25 है। अन्य पिछड़ा वर्ग की महिलाओं की संख्या अनुसूचित जाति से कुछ कम है। इस वर्ग में शिक्षा का अभाव पाया गया। अध्ययन क्षेत्र में जो महिलाएं शिक्षित हैं, उनकी शिक्षा प्राइमरी या मिडिल स्तर तक ही है। प्राथमिक स्तर तक की शिक्षा प्राप्त महिलाओं का 15.7 प्रतिशत है। उच्च शिक्षा प्राप्त महिलाओं का 9.0 प्रतिशत बहुत ही कम हैं।

महिलाओं की आर्थिक स्थिति से ज्ञात होता हैं कि अधिकांश 94.7 प्रतिशत महिलाएं गृहिणी के रूप में जीवन निर्वाह कर रही है। कुछ 4.3 प्रतिशत महिलाएं दैनिक मजदूरी, कृषि श्रमिक के रूप में कार्य कर रही है। 0.3 प्रतिशत महिलाएं छोटे–मोटे व्यवसाय करती हैं।जैसे–बुटिक का काम करना, सिलाई–कढ़ाई इत्यादि। सरकारी नौकरी का प्रतिशत नगण्य है। 3.0 प्रतिशत महिलाओं की मासिक आय 1000 रूपये से 3000 रूपये के मध्य ही है। महिलाओं को अपनी आवश्यकताओं हेतु पति एवं सास–ससुर पर निर्भर होना पड़ता हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में लड़कियों का विवाह मुख्यतः 20 से 25 वर्ष की मध्य आयु में कर दिया जाता है। सर्वाधिक महिलाएं संयुक्त परिवार में रहती है। एकाकी परिवार में रहने वाली महिलाओं की संख्या कम है। इसका मुख्य कारण यह है कि ग्रामीण क्षेत्रों में रोजगार के अवसर न होने के कारण लोगों को शहर आना पड़ा, जिससे संयुक्त परिवार विघटित होकर एकाकी परिवार में परिवर्तित हो गये किन्तु तीज–त्यौहारों, शादी पूजा, उत्सवों आदि पर सभी परिवार एकजुट

होकर त्यौहार मनाते हैं। पुरूष प्रधान समाज होने के कारण महिलाओं के सभी निर्णय पुरूष ही लेते हैं, चाहे वह सामाजिक, व्यक्तिगत हो या स्वास्थ्य सम्बन्धी। जिन परिवारों में महिलाएं स्वयं निर्णय लेती हैं उनका 7.0 प्रतिशत काफी कम है।

अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि अध्ययन क्षेत्रों में अभी भी महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक स्थिति निम्न है, अभी भी महिलाएं सामाजिक असमानता का दंश सह रही है। अनभिज्ञता के कारण महिलाओं को मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ नहीं मिल पाता है।

संदर्भ ग्रंथ सूची

- ब्राडले, रॉबर्ट (2002), सोशल ईकोनोमिक स्टट्स एण्ड चाइल्ड डवलपमेन्ट, एन्वल रिव्यू ऑफ साइकोलॉजी.
- किम्बामुने, एस0 ए0,सिंह (1990),वूमेन ऍट दि क्रॉस रोड़स, ए श्रीलंकन प्रेसपक्टिव, विकास प्रकाशन हाऊस लिमिटेड, न्यू दिल्ली.
- पारसन्स, टी0, (1954), डिफिनेशन ऑफ हेल्थ एण्ड इल्नेस् इन दि लाइट ऑफ अमेरिकन वैल्यू एण्ड सोशल स्ट्रेक्चर, दि फ्री प्रेस.
- यू0एन0डी0पी0, डिस्कशन पेपर, (2011)ः ए सोशल डिटरमिनेन्ट अपरोच टू मटरनैल हेल्थ : रोल फॉर डवलपमेन्ट, एक्टर, पृ0सं0–2.
- विलकन्सन, रिचर्ड, पिकेट, केट (2009), दि स्पिरिट लेवल वाय मोर इक्वल सोसायटी ऑलमोस्ट ऑलवेज डू वैटर : ऐलन लेन, पृ0 सं0–352.

✲✲✲

पंचम अध्याय

मातृत्व स्वास्थ्य : सामाजिक–सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का प्रभाव

पंचम् अध्याय

मातृत्व स्वास्थ्यः सामाजिक–सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का प्रभाव

हर व्यक्ति समाज का प्रतिबिम्ब होता है, दुर्खीम,(1895) के अनुसार व्यक्ति ने समाज को नहीं बनाया बल्कि समाज ने व्यक्ति को बनाया। जैसा समाज होता है, वैसे ही उसकी सोच, विचारधारा, संस्कृति निर्मित होती है, उसी के अनुरुप वहाँ के लोगों के सोचने व कार्य करने के तरीके होते है। महिला स्वास्थ्य के संदर्भ में देखे तो लड़कियों का समाजीकरण रुढ़िवादी परिवेश के अनुरुप ही किया जाता है। शिक्षा, स्वास्थ्य, पोषण में बचपन से ही भेदभाव होने के कारण उनका शारीरिक, मानसिक विकास बाधित होता है, जिसके दूरगामी परिणाम उनके स्वास्थ्य पर दिखाई देते है। प्रस्तुत अध्याय में मातृत्व स्वास्थ्य के सन्दर्भ में सामाजिक–सांस्कृतिक, व धार्मिक पूर्वाग्रहों के प्रभावों का विश्लेषण किया है। यह अध्याय निम्न खण्डों में विभाजित है, प्रस्तुत शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं से प्राप्त प्राथमिक तथ्यों के आधार पर मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक–सांस्कृतिक व धार्मिक कारकों को विश्लेषित करने का प्रयास किया है, जो इस प्रकार हैं–

5.1 प्रथम गर्भ के समय आयु।

5.2 अध्ययन क्षेत्र में गर्भावस्था के दौरान विशेष संस्कारों व पूजा का प्रचलन।

5.3 दाई द्वारा प्रसव की परम्परा।

5.4 परिवार में पुत्र की प्राथमिकता (पुत्र प्राप्ति हेतु प्रचलित व्रत का प्रचलन)।

5.5 परिवार में लड़की होने पर महिला को हीन भावना से देखना।

5.6 स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव।

आशीष नंदी,(1983) के अनुसार गाँव में प्रचलित जादू, टोने–टोटके के प्रचलन के प्रति अन्धविश्वास महिलाओं की दमित इच्छाओं, शोषण व भेदभाव का परिणाम है। जिसके कारण वह जादू, टोने–टोटके इत्यादि पर अधिक विश्वास करती है, उनके शारीरिक व मानसिक पटल पर इसका पूर्ण रुप से प्रभाव पड़ता है। परम्परागत भारतीय समाज में गर्भावस्था के दौरान व शिशु जन्म के पश्चात् भाँति–भाँति के संस्कार, रीति–रिवाज, धार्मिक अनुष्ठान व निषेधों का प्रचलन है। प्रायः शहरों की अपेक्षा ग्रामीण समाज के लोगों के स्वास्थ्य को धार्मिक मान्यताओं व कर्मकाण्डों के प्रति अन्धविश्वास अधिक प्रभावित करते हैं। यहाँ रोगों (बीमारी) को ईश्वर का अभिशाप एवं ऊपरी प्रभाव (भूत–प्रेत) का प्रतिफल माना जाता है। अशिक्षा व अज्ञानता के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में अधिकांश रोगों का उपचार झाड़–फूँक या टोने–टोटकों व घरेलू उपायों द्वारा किया जाता हैं।

ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों द्वारा परम्पराओं व प्रचलित प्रथाओं का पालन, महिलाओं के साथ लैंगिक भेदभाव व पक्षपात का कारण बनती हैं। समाज में दोयम दर्जे की प्रस्थिति होने के कारण महिलाएँ प्रथाओं का पालन करने को विवश होती हैं। स्वास्थ्य योजनाओं के क्रियान्वयन के बावजूद भी महिलाएँ चिकित्सीय लाभ न लेकर झाड़–फूँक, टोने–टोटके व ओझा–गुनी द्वारा प्रसूति सम्बन्धी समस्याओं का निराकरण कराती हैं, जिसके कारण कभी–कभी माँ व शिशु की मृत्यु भी हो जाती है। ग्रामीण क्षेत्रों में लड़कियों का शीघ्र विवाह, अपरिपक्व आयु में गर्भधारण, घर पर प्रसव, बड़ा परिवार होने पर स्वास्थ्य की उपेक्षा, पुत्र की प्राथमिकता, परिवार नियोजन के प्रति अज्ञानता इत्यादि सभी कारक संयुक्त रूप से मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं।

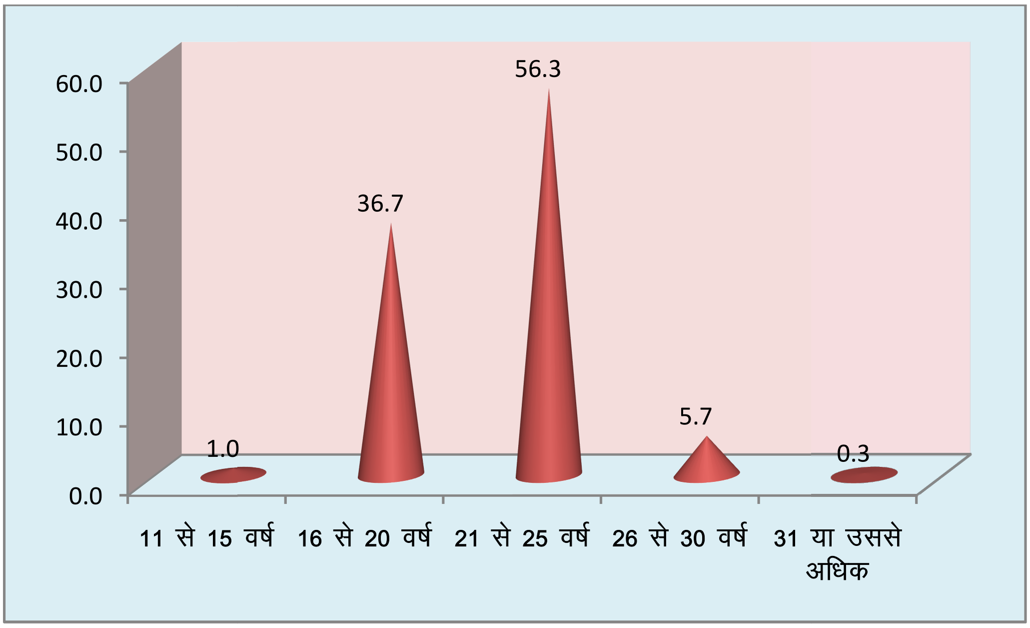
मजूमदार,(1958) के उत्तर प्रदेश के गांव महोना के अध्ययन में स्वच्छता, जलापूर्ति, भोजन की आदतें, जलनिकासी, रोगों व उनके उपचारों का वर्गीकरण किया पाया कि उच्च जातियां रोगों को नई चिकित्सा पद्धतियां का प्रयोग करके ठीक करने के विषय में सोचते है, जबकि निम्न जातियाँ, जादू व टोने–टोटके इत्यादि से। निम्न सामाजिक–सांस्कृतिक, धार्मिक पूर्वाग्रहों के सम्बन्ध में चयनित उत्तरदाताओं के मातृत्व स्वास्थ्य के संदर्भ में विश्लेषण प्रस्तुत किया गया है।

5.1 प्रथम गर्भ के समय आयु

भारत में रूढ़िवादी सामाजिक परिवेश होने के कारण कम उम्र में ही लड़कियों का विवाह कर दिया जाता है, जिसमें से अधिकतर मासिक धर्म शुरू होने के साथ–साथ गर्भधारण भी कर लेती हैं। कम उम्र में गर्भधारण की दर ऊँची होती है, साथ ही समय पूर्व प्रसव, शिशु का कम वजन, मातृ–रूग्णता व मातृत्व मृत्यु दर की सम्भावनाएँ अधिक होती हैं। इन्हीं कारणों के दृष्टिगत् उत्तरदाताओं की प्रथम गर्भ के समय आयु को वर्गीकृत कर विश्लेषण किया गया है।

ग्राफ संख्या 5.1

उत्तरदाताओं की प्रथम गर्भ के समय आयु का वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 5.1 गर्भवती महिलाओं के प्रथम गर्भ के समय आयु का विश्लेषण दर्शाती है, जिसमें 10 वर्ष से कम आयु की उत्तरदाताओं का प्रतिशत शून्य पाया गया। 1.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने 11 वर्ष से 15 वर्ष के मध्य आयु में गर्भधारण किया था। 36.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने 16 वर्ष से 20 वर्ष तक की आयु में गर्भधारण किया था। सर्वाधिक 56.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने 21 वर्ष से 25 वर्ष तक की आयु में गर्भधारण किया था। 5.

7 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने 26 वर्ष से 30 वर्ष के मध्य आयु में गर्भधारण किया था। 0.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने 31 वर्ष और उससे अधिक वर्ग की मध्य आयु में गर्भधारण किया था।

उपरोक्त विश्लेषण से यह स्पष्ट है कि भारतीय विधि के अनुसार लड़की की विवाह की आयु 18 वर्ष निश्चित की गयी है, किन्तु ग्रामीण क्षेत्रों में आज भी लड़कियों का विवाह कम आयु में ही कर दिया जाता है। कम आयु में विवाह से प्रजनन दर में वृद्धि होती है, साथ ही भविष्य में उच्च प्रजनन क्षमता और अनचाहे गर्भ की संख्या में वृद्धि से महिलाओं के स्वास्थ्य पर दीर्घकालिक नकारात्मक प्रभाव पड़ता है **(स्रोतःब्रॉयन एण्ड लिलार्ड,(1994);पृ0सं080)**। **एन0एफ0एच0एस0–4** के अनुसार भारत में 26.8 प्रतिशत का विवाह 18 वर्ष के पूर्व ही कर दिया जाता है, कम आयु में विवाह से गर्भावस्था में अनगिनत समस्याओं के साथ ही मातृत्व मृत्यु की संभावना भी अधिक बढ़ जाती हैं।

5.1.1 उत्तरदाताओं में गर्भधारण के कारण

परिवार में महिलाओं की दोयम प्रस्थिति होने के कारण उन्हें स्वयं से सम्बन्धित निर्णय लेने का अधिकार भी नहीं प्राप्त होता। यद्यपि ग्रामीण क्षेत्रों में तो महिलाएँ कृषि, घरेलू काम–काज के अलावा बच्चों व बुजुर्गों की देखभाल तक ही सीमित होती हैं। निम्नलिखित सारणी में उत्तरदाताओं के गर्भधारण के कारणों का वर्गीकरण किया गया है–

सारणी संख्या 5.1.1
उत्तरदाताओं में गर्भधारण के कारणों का वर्गीकरण

क्र0सं0	गर्भधारण में सहमति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	पति पत्नी दोनों की सहमति से	106	35.3
2	केवल पति की इच्छा पर	9	3.0
3	सास व किसी बड़े की इच्छा पर	128	42.7
4	किसी जानकारी से नहीं	57	19.0
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 5.1.1 से यह स्पष्ट होता है कि 35.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गर्भाधारण में पति व पत्नी दोनों की सहमति थी। 3.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गर्भाधारण में पति की ही इच्छा थी। 42.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गर्भाधारण में सास व बड़ों की इच्छा थी। 19.0 प्रतिशत उत्तरदाता जिन्हें इस विषय पर किसी प्रकार की जानकारी नहीं थी।

अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि समुदाय में अभी भी महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी निर्णय उनके पति व बड़े बुजुर्ग ही लेते हैं।

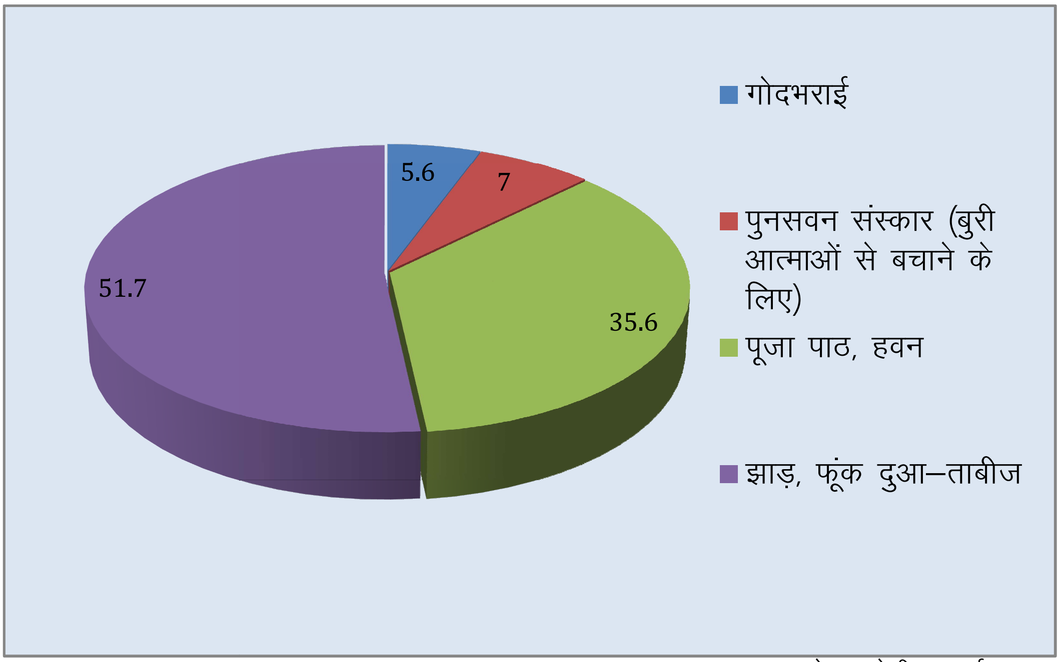
5.2 अध्ययन क्षेत्र में गर्भावस्था के दौरान विशेष पूजा एवं संस्कारों का प्रचलन

भारत में गर्भावस्था को बहुत ही भव्यता के साथ मनाया जाता है। लगभग सभी धर्मों में गर्भावस्था तथा शिशु आगमन पर तरह–तरह की परम्पराओं, सामाजिक अनुष्ठान व रीति–रिवाजों के अनुसार पूजन करने का विधान होता है। साथ ही परिवार में बड़ों के द्वारा गर्भवती महिला को कई निषेधों (खान–पान, दिनचर्या) का पालन करने के निर्देश भी दिये जाते हैं, जिससे माँ व शिशु दोनों सुरक्षित रहे, किन्तु ग्रामीण क्षेत्रों में दुआ–ताबीज़, टोने–टोटके, ओझा–गुनी इत्यादि का प्रचलन अधिक है, जिसका प्रभाव

कभी–कभी गर्भवती महिला व शिशु दोनों के लिए हानिकारक होता है। इस सन्दर्भ में निम्नलिखित सारणी के अन्तर्गत उत्तरदाताओं से गर्भावस्था के दौरान व पश्चात् सामाजिक संस्कारों व अन्य प्रचलित कर्मकाण्डों के विषय में जानकारी को वर्गीकृत किया गया है–

ग्राफ संख्या 5.2

गर्भावस्था के दौरान विशेष पूजा एवं संस्कारों के प्रचलन का वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्राफ संख्या 5.2 के प्राप्त तथ्यों के विश्लेषण के आधार पर यह ज्ञात होता है कि 5.6 प्रतिशत उत्तरदाताओं की गर्भावस्था के दौरान गोद–भराई की रस्म की गयी।(सामान्यतः सम्पूर्ण भारत में गर्भावस्था के दौरान गोद–भराई (बेबी शॉवर) का प्रचलन है। यह हमारी परम्परा व संस्कृति का हिस्सा है। उत्तर भारत में भी इस संस्कार में विवाहित महिलाओं द्वारा माँ को कपड़े, गहने व फूलों से श्रृंगार कर माथे पर तिलक कर स्वस्थ बच्चे के लिए आशीर्वाद देती हैं। यह संस्कार तमिलनाडु में सेमंडम, महाराष्ट्र में दोहले जीवन, बंगाल में स्वाद नाम से प्रचलित है)। 7.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार के सदस्यों द्वारा पुंसवन संस्कार किया गया। यह संस्कार गर्भावस्था के दूसरे व तीसरे माह में किया जाता है। यह मुख्य रूप से उच्च जाति में किया जाने वाला संस्कार है,

यहाँ के लोगों की धारणा है कि यह संस्कार माँ व शिशु दोनों को बुरी आत्माओं से बचाता है। 35.6 प्रतिशत उत्तरदाताओं के यहाँ गर्भावस्था व शिशु के जन्म पर पूजा–पाठ व हवन का आयोजन किया गया। सर्वाधिक 51.7 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था से शिशु जन्म के बाद तक दुआ–ताबीज़, झाड़–फूँक, व काले धागे का प्रयोग करती हैं। इनका मानना है कि इससे बच्चे को कोई समस्या नहीं होगी। अतः विश्लेषण से स्पष्ट है कि वर्तमान समय में शासन द्वारा सुरक्षित मातृत्व के लिए अनेक सुविधाएँ प्रदान करने के बाद भी महिलाएँ मान्यताओं व अन्धविश्वास से घिरी रहती हैं।

5.3 दाई द्वारा प्रसव की परम्परा

भारत के अनेक ग्रामीण क्षेत्रों में घर में बच्चा जनना संस्कृति का अंग है। अधिकांश महिलाएँ घर पर ही प्रसव कराना उचित समझती हैं, किन्तु दाई द्वारा घर पर प्रसव का प्रचलन महिलाओं के निम्न स्वास्थ्य का एक मुख्य कारण है। अस्वच्छता व गम्भीर संक्रमण के कारण माँ व शिशु दोनों का स्वास्थ्य प्रभावित होता है। आई0सी0डी0एस0 (ICDS) के अनुसार प्रसव के उपरान्त पाँच प्रकार की स्वच्छता (हाथ की सफाई, प्रसव स्थान की सफाई, साफ ब्लेड, साफ धागा और गर्भ नाल की सफाई) सम्पादित करने से प्रसवोपरान्त संक्रमण का खतरा कम हो जाता है। जिससे माँ व शिशु का स्वास्थ्य उत्तम होता है। ग्रामीण महिलाओं की माहवारी की परेशानियाँ, गर्भाशय का अवतरण, जड़ी–बूटियों द्वारा गर्भनिरोध, गर्भवती होने के उपाय, योनि से रिसाव (संक्रमण) आदि मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का उपचार दाइयों द्वारा किया जाता है, किन्तु अप्रशिक्षित व उचित चिकित्सा के अभाव में कभी–कभी माँ और शिशु के गम्भीर परिणाम सामने आते हैं।(कदीर, 2012; पृ0सं0 186–187)

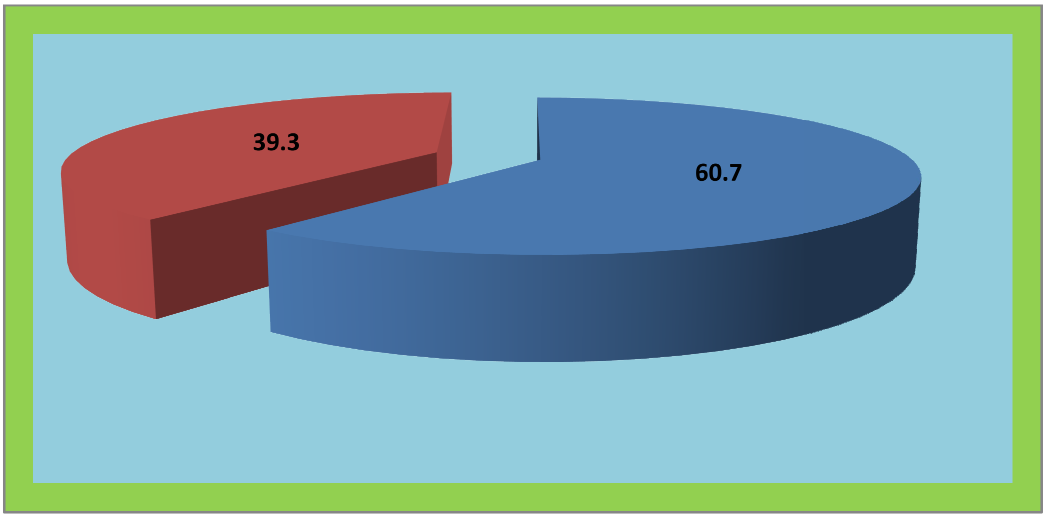
5.4 समाज में पुत्र की प्राथमिकता

भारतीय समाज में लिंग असमानता का प्रमुख कारण धार्मिक व सांस्कृतिक मान्यताएँ हैं। जब भी विवाहित महिला को आशीर्वाद दिया जाता है तो उसे **''सौभाग्यवती रहो''** और **''दूधो नहाओ, पूतो फलो''**की कामना की जाती है,

जिससे समाज में पुत्र की प्राथमिकता व कामना का रूप प्रदर्शित होता है। समाज में धार्मिक दृष्टि से मोक्ष तभी प्राप्त हो सकता है, जब पिता की चिता को पुत्र अग्नि दे। ऐसी धारणाओं ने जहाँ समाज में पुत्र का मोह जागृत किया है, वहीं यह लड़कियों के लिए लैंगिक भेदभाव के महत्वपूर्ण कारण भी बनी हैं **(गुप्ता, (2012); पृ0सं0 12)**। ग्रामीण क्षेत्रों में आज भी पुत्र प्राप्ति की जिज्ञासा व्याप्त है, पुत्र वंश वृद्धि हेतु अनिवार्य, बुढ़ापे का सहारा, सामाजिक प्रतिष्ठा का प्रतीक माना जाता है, पुत्र प्राप्ति हेतु महिलाओं पर परिवार का दबाव रहता है। पुत्री होने पर उन्हें कई प्रकार की अवहेलनाएँ भी सहनी पड़ती हैं। निम्न सारणियों के अन्तर्गत परिवार में पुत्र की प्राथमिकता, पुत्र हेतु व्रत व मान्यताओं का प्रचलन, लड़की होने पर हीन भावना के अनुभव इत्यादि को विश्लेषित किया गया है।

ग्राफ संख्या 5.4.1

उत्तरदाताओं के परिवार में पुत्र की प्राथमिकता का वर्गीकरण

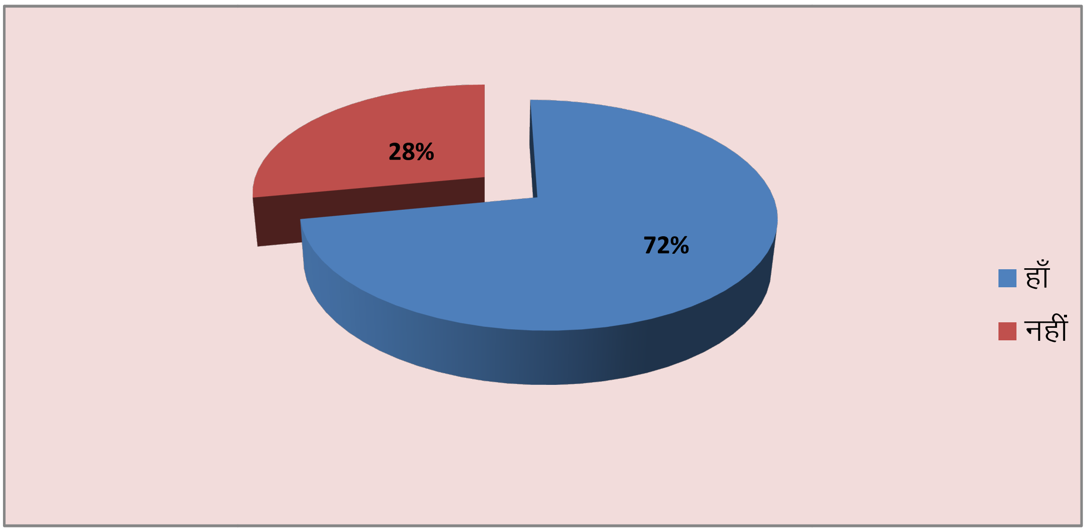


स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 5.4.1 से ज्ञात होता है कि सर्वाधिक 60.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में पुत्र को प्राथमिकता दी जाती है। 39.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में पुत्र और पुत्री में कोई भेदभाव नहीं किया जाता है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में पुत्र को प्राथमिकता अधिक दी जाती हैं।

ग्राफ संख्या 5.4.2

उत्तरदाताओं में पुत्र हेतु किए जाने वाले पूजा व व्रत के प्रचलन का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 5.4.1 के तथ्यों से स्पष्ट होता है कि अधिकांशतः 72.0 प्रतिशत उत्तरदाता पुत्र हेतु व्रत रखती हैं। 28.0 प्रतिशत उत्तरदाता पुत्र हेतु व्रत नहीं रखती हैं। अतः यह ज्ञात होता है कि अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक महिलाओं द्वारा पुत्र प्राप्ति हेतु व्रत व मन्नतें रखी जाती हैं। प्रस्तुत शोध अध्ययन के दौरान कई ऐसी महिलाएँ मिली जिनकी पहले से कई पुत्रियाँ हैं। अतः उनके परिवार के सदस्यों में पुत्र की इच्छा होने के कारण महिलाओं का पारिवारिक दबाव में लिंग पहचान करवाकर असुरक्षित व गैर–कानूनी तरीके से गर्भपात भी करवा दिया जाता हैं।

सारणी संख्या 5.4

उत्तरदाताओं में पुत्र हेतु विशेष व्रत व पूजा का प्रकार

क्र.सं.	पुत्र हेतु विशेष व्रत व पूजा	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	सकट/जिउतिया	101	33.7
2.	हरछठ	27	9.0
3.	मन्नत	46	15.3
4.	रोजा	42	14.0
5.	कुछ नहीं	84	28.0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

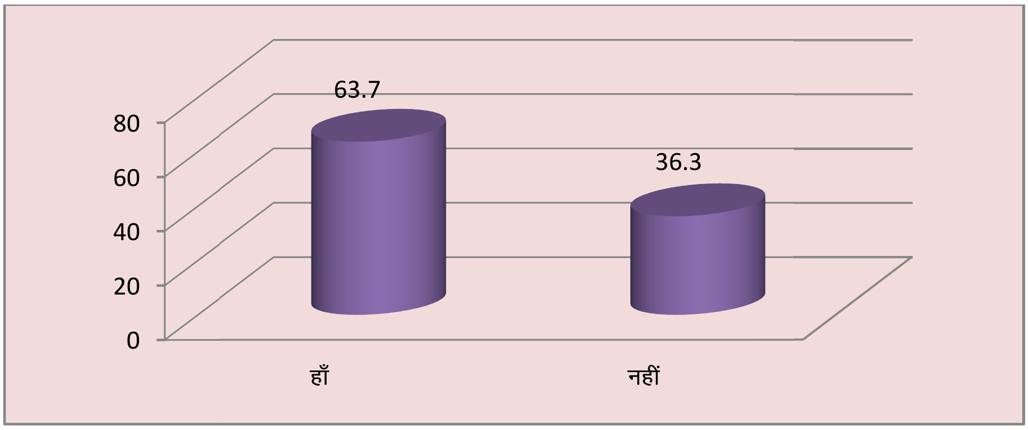
उपरोक्त सारणी 5.4 में पुत्र हेतु व्रत व मान्यताओं के प्रचलन का वर्गीकरण दर्शाया गया है, अधिकांशतः 33.7 प्रतिशत उत्तरदाता जो कि सकट/जिउतिया का व्रत पुत्र हेतु रखती हैं। 9.0 प्रतिशत उत्तरदाता हरछठ का व्रत रखती हैं। 14.0 प्रतिशत उत्तरदाता पुत्र हेतु मन्नत व रोजा रखती है। 28.0 प्रतिशत उत्तरदाता जो कुछ नहीं करती है।

अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि अध्ययन क्षेत्र में भिन्न–भिन्न जातियों की महिलाएँ निवास करती है। उनके अपने रीति–रिवाज, परम्पराएँ, मान्यताएं व संस्कृति हैं। जिनका पालन करना वह अपना धर्म मानती है। पुत्र हेतु विशेष व्रत व पूजा का प्रचलन है, पुत्रियों हेतु कोई व्रत नहीं। सर्वाधिक महिलाएँ सकट का व्रत रखती हैं। यह व्रत सामान्य वर्ग से लेकर अनुसूचित जाति की महिलाओं में प्रचलित है। अन्य पिछड़ा वर्ग की महिलाएँ हरछठ व जिउतिया का व्रत रखती है। महिलाएँ गर्भावस्था के पूर्व भी पुत्र की प्राप्ति हेतु हरछठ का व्रत मान्यता मानकर रखती हैं। अल्पसंख्यक वर्ग की महिलाओं में

मन्नत व रोजा का चलन है। इस प्रकार यह सारणी अध्ययन क्षेत्र में भिन्न–भिन्न मान्यताओं व संस्कृति को विश्लेषित करती है।

ग्राफ संख्या 5.4.3

उत्तरदाताओं के परिवार में लड़की होने पर हीनता के अनुभव का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 5.4.3 से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 63.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का मानना है कि परिवार में पुत्री का जन्म होने पर उन्हें हीन भावना से देखा जाता है। 36.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं का उत्तर 'नही' है।

अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में पुत्री के जन्म पर कम प्रसन्नता होती है। पुत्र प्राप्ति की लालसा एक मुख्य कारण है जिससे महिलाओं को लैंगिक भेदभाव का दंश सहना पड़ता है।

5.5 उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव

भारत जैसे देश में विशेषकर ग्रामीण परिवेश की महिलाओं में अशिक्षा व स्वास्थ्य सम्बन्धी जागरूकता का अभाव पाया जाता है। मातृत्व/प्रजनन सम्बन्धी संक्रमण समस्याओं व परिवार नियोजन विषय पर महिलाएँ खुलकर चर्चा नहीं कर पाती। परिवार में अत्यधिक कार्यभार, बच्चों व बुजुर्गों की देखरेख के कारण वह स्वयं के स्वास्थ्य पर कम ध्यान दे पाती हैं। अतः महिलाएँ अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का उपचार घरेलू उपायों द्वारा करती हैं। उपर्युक्त कारक

महिलाओं के स्वास्थ्य पर प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष रूप से प्रभाव डालते हैं। इसी सन्दर्भ में निम्न सारणियों के अर्न्तगत उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन के प्रति जागरुकता का विवरण दिया गया है।

सारणी संख्या 5.5.1

उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य सम्बन्धी परीक्षण का विवरण

क्र0सं0	स्वास्थ्य का परीक्षण	बारम्बारता	प्रतिशत
1	प्रति छः माह में	1	0.3
2	प्रत्येक दो वर्ष में	1	0.3
3	केवल बीमार होने पर	298	99.4
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 5.5.1 से स्पष्ट होता है कि 0.3 प्रतिशत उत्तरदाता स्वयं के स्वास्थ्य का परीक्षण प्रति छः माह पर कराती हैं। 0.3 प्रतिशत उत्तरदाता दो वर्ष के अन्तराल पर स्वास्थ्य का परीक्षण कराती है। 99.4 प्रतिशत केवल बीमार होने पर स्वास्थ्य का परीक्षण कराती है।

अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि महिलाएँ स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरूक नहीं हैं, घरेलू कार्यो का भार इतना अधिक रहता है जिससे वह स्वयं के स्वास्थ्य पर ध्यान नहीं देती है। परिवार के सदस्यों द्वारा भी उनके स्वास्थ्य के प्रति अनदेखी की जाती है।

सारणी संख्या 5.5.2
उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य सम्बंधी समस्याओं की निस्तारण अवस्था का विवरण

क्र0सं0	स्वास्थ्य समस्या का निस्तारण	बारम्बारता	प्रतिशत
1	रोग की प्रारम्भिक अवस्था	74	24.7
2	मध्य में	170	56.7
3	गंभीर अवस्था में	56	18.7
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 5.5.2 से स्पष्ट होता है कि 24.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं द्वारा अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का निस्तारण रोग की प्रारम्भिक अवस्था में किया जाता है। 56.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं द्वारा अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का निस्तारण रोग के मध्य अवस्था में किया जाता है एवं 18.7 प्रतिशत उत्तरदाता रोग की गंभीर अवस्था में अस्पताल जाती है। अतः विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि ज्यादातर महिलाएँ गंभीर स्थिति होने पर ही अस्पताल जाती हैं। आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण वह घरेलू उपचारों पर निर्भर रहती हैं।

सारणी संख्या 5.5.3
उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी उपचार के प्रकार पर निर्भरता

क्र0सं0	स्वास्थ्य उपचार पर निर्भरता	बारम्बारता	प्रतिशत
1	प्राकृतिक घरेलू उपचार पर	3	1.0
2	परम्परागत् तरीके (झाड़–फूँक, ओझा–गुनी, टोना–टोटके)	108	36.0
3	आधुनिक उपचार(होम्योपैथिक, ऐलोपैथिक)	114	38.0
4	सभी	75	25.0
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 5.5.3 में यह दर्शाती है कि गर्भावस्था या सामान्य अवस्था में उत्तरदाता किस प्रकार के उपचार पर निर्भर रहती हैं। 1.0 प्रतिशत उत्तरदाता प्राकृतिक व घरेलू तरीके से स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या का निवारण करती है।36.0 प्रतिशत उत्तरदाता परम्परागत तौर–तरीके (झाड़–फूँक, टोने–टोटके, दुआ–ताब़ीज) इत्यादि करती है। 38.0 प्रतिशत उत्तरदाता आधुनिक उपचार (होम्योपैथिक व ऐलौपैथिक) चिकित्सा द्वारा स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या का निवारण करती है। 25.0 प्रतिशत उत्तरदाता सभी तरीकों को अपनाती है। यह महिलाएँ शिक्षित है, वह गर्भावस्था के दौरान किसी भी तौर–तरीकों से अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का इलाज करती है।

अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि प्रस्तुत अध्ययन क्षेत्र में अशिक्षित महिलाओं में झाड़–फूँक, ओझागुनी, टोने–टोटके, कर्मकाण्ड़ों के प्रति सर्वाधिक विश्वास पाया गया। वह अपनी गर्भावस्था के प्रारम्भिक अवस्था से लेकर प्रसव तक दुआ–ताबीज, कमर में काला धागा बांधना, हींग आदि तरीकों का प्रयोग करती है, जिससे माँ व शिशु दोनों स्वस्थ रहे। इनमें अशिक्षा व अज्ञानता का स्तर काफी अधिक है। जिसके कारण यह आधुनिक चिकित्सा पद्धतियों का प्रयोग नहीं करती है।

सारणी संख्या 5.5.4
उत्तरदाताओं में परिवार नियोजन की जानकारी का विवरण

क्र0सं0	परिवार नियोजन की जानकारी	संख्या	प्रतिशत
1	हाँ	235	78.3
2	नहीं	65	21.7
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी 5.5.4 के तथ्यों से यह स्पष्ट है कि अध्ययन क्षेत्र की 78.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने परिवार नियोजन के बारे में सुना है और 21.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को परिवार नियोजन के विषय में जानकारी नहीं है।

सारणी संख्या 5.5.5

उत्तरदाताओं द्वारा परिवार नियोजन अपनाये जाने का विवरण

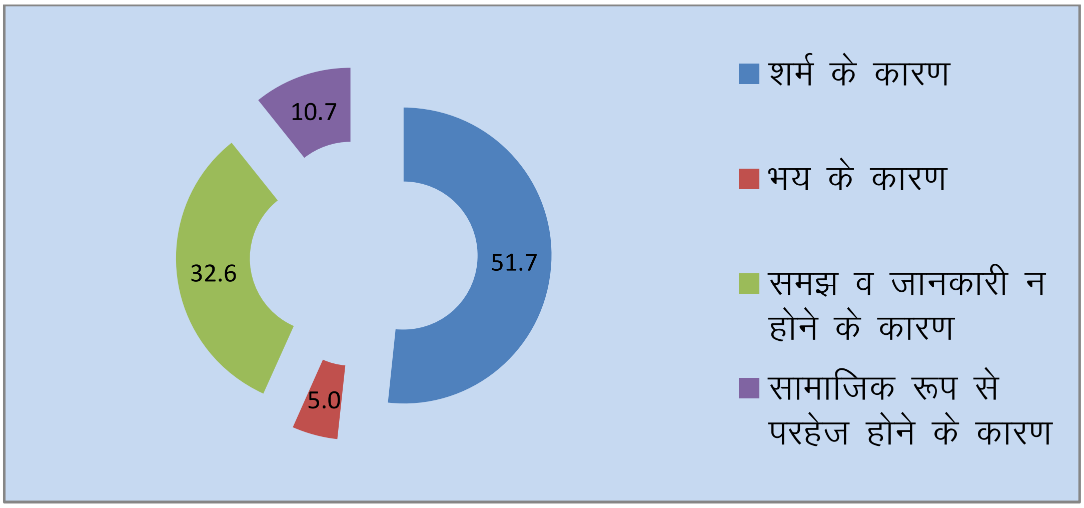
क्र0सं0	परिवार नियोजन अपनाने का विवरण	संख्या	प्रतिशत
1	हाँ	126	42.0
2	नहीं	197	58.0
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 5.5.5 से यह स्पष्ट होता है कि 58 प्रतिशत उत्तरदाता परिवार नियोजन के तरीकों को अपनाती हैं। 42 प्रतिशत उत्तरदारता परिवार नियोजन के कोई भी तरीका नहीं अपना रही है। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि अज्ञानता व पति के दबावपूर्ण व्यवहार के कारण महिलाएँ परिवार नियोजन का कोई भी तरीका नहीं अपनाती हैं। जिससे बार–बार गर्भधारण, असुरक्षित गर्भपात जैसी समस्याओं से सामना करना पड़ता है।

ग्राफ संख्या 5.5.6

परिवार नियोजन के विषय पर चर्चा न कर पाने के कारणों का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 5.5.6 से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 51.7 प्रतिशत उत्तरदाता परिवार नियोजन की विषय में शर्म के कारण बात नहीं कर पाती है। 5.0 प्रतिशत उत्तरदाता भय के कारण परिवार नियोजन के विषय में चर्चा नहीं कर पाती है। 32.6 प्रतिशत उत्तरदाता समझ व जानकारी न होने कारण परिवार नियोजन के विषय में चर्चा नहीं कर पाती। 10.7 प्रतिशत सामाजिक तौर पर परहेज होने के कारण चर्चा नहीं कर पाती हैं। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि प्रस्तुत अध्ययन में सर्वाधिक महिलाएँ शर्म व हिचकिचाहट के कारण परिवार नियोजन के बारे में किसी चिकित्सा या सेवा प्रदाताओं से चर्चा नहीं कर पाती है।

निष्कर्ष

प्रस्तुत अध्ययन के उक्त तथ्यों के विश्लेषण के आधार पर स्पष्ट होता है कि आज भी गर्भावस्था के दौरान गर्भवती महिलाएँ कई नियमों व निषेधों का पालन करती हैं। चयनित उत्तरदाताओं में से अधिकांश 56.3 प्रतिशत की प्रथम गर्भ के समय आयु 25 वर्ष से कम है, जिसे प्रजनन काल की दृष्टि से उत्तम काल माना गया है। उत्तरदाताओं से गर्भधारण के कारणों का विश्लेषण करने से ज्ञात होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं को निर्णय लेने का अधिकार नहीं है। महिलाओं के स्वास्थ्य पर पुरूष का एकाधिकार रहता है, उन्हें प्रजनन सम्बंधी निर्णय लेने का अधिकार नहीं है। वह पति तथा सास, बड़े बुजुर्गों की इच्छा व दबाव में गर्भधारण करती हैं, जिसका प्रतिशत 42.7 है। गर्भवती महिलाओं से गर्भावस्था के दौरान व प्रसव पश्चात अध्ययन क्षेत्र में प्रचलित धार्मिक अनुष्ठान, पूजा, संस्कार सम्बन्धित तथ्यों के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि सर्वाधिक 51.9 प्रतिशत उत्तरदाताओं द्वारा झाड़–फूँक (मौलवी से फूंक डलाना), दुआ–ताबीज़ आदि का प्रयोग करती हैं। महिलाएँ कमर में हींग बाँधती हैं। इनका मानना है कि यह बच्चे की (बुरी आत्मा) से रक्षा करता है। इसके अलावा गोद–भराई, पुंसवन संस्कार किया जाता है। चयनित समुदाय में अलग–अलग जातियों में बच्चे के जन्म के बाद छठी, बरहा, पसनी, मुण्डन आदि कार्यक्रम किये जाते हैं।

परिवार में पुत्र की प्राथमिकता सम्बन्धी विवरण से प्राप्त तथ्यों से ज्ञात होता है कि अधिकांश 60.7 प्रतिशत परिवारों में पुत्र वंश वृद्धि, बुढ़ापे में देखभाल के लिए, सामाजिक प्रतिष्ठा के लिए अनिवार्य है। यहां के गावों में पुत्र प्राथमिकता अधिक है। लड़का होना परिवार के लिए गौरव व उल्लास का विषय होता है, किन्तु लड़की होने पर उन्हें बोझ का अनुभव होता है। 72 प्रतिशत पुत्र प्राप्ति हेतु गर्भवती महिलाओं में विशेष व्रत व मान्यताओं का चलन है। प्रस्तुत अध्ययन क्षेत्र में पुत्र हेतु सकट, हरछठ/जिउतिया व्रत का प्रचलन है। महिलाओं में लड़के के जन्म से सम्बंधित अनेक मान्यताओं को माना जाता है जैसे मन्दिरों में गांठ बांधना, मान्यता मानना, जड़ी–बूटी खिलाना, नारियल के फूल खाना आदि टोटके प्रचलित है। जिससे उन्हें पुत्र हो।

सांस्कृतिक दृष्टिकोण से देखे तो हम पाते है कि आज भी महिलाएँ घर में प्रसव कराना उचित समझती है। घर पर प्रसव दाई (वृद्ध व प्रशिक्षित महिला) द्वारा करवाया जाता है। चयनित समुदाय में आज भी महिलाओं का प्रसव जब घर होता है तब एक महीने तक संवर (27 दिन की अपवित्रता) में रहती है। 27 दिन पश्चात महिला को सिर धुलकर नहलाया जाता है। इसके पश्चात महिला किसी अन्य व्यक्ति व सदस्य को छू सकती है। घर पर प्रसव के दौरान महिला व शिशु संक्रमण से प्रभावित हो जाते हैं जिससे कभी–कभी महिला की मृत्यु हो जाती है।

प्रस्तुत शोध अध्ययन में महिलाओं से चर्चा के दौरान यह पाया गया कि गर्भावस्था के दौरान महिलाओं को अधिक मात्रा में भोजन नहीं दिया जाता, क्योंकि उनका मानना है कि अधिक मात्रा में भोजन करने से पेट में शिशु का वजन बढ़ जाता है और सामान्य प्रसव होने में कठिनाई होती है।

सन्दर्भित अध्ययन में उत्तरदाताओं से प्राप्त तथ्यों के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि सामाजिक प्रथाओं, मान्यताओं व धार्मिक कर्मकाण्ड मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव डालते हैं, जिसके परिणामस्वरूप महिलाओं का स्वास्थ्य दयनीय स्थिति में है।

संदर्भ ग्रन्थ सूची

- आशीष, एन0, (1983), दि इन्टीमेट् इनेमी ए क्रिटिक.
- ब्रायन, एम0 जे0 एण्ड एल0 ए0 लिलार्ड (1994) एजूकेशन मैरिज एण्ड फर्स्ट कन्सेप्शन इन मलेशिया, जर्नल ऑफ हयूमन रिसोर्सस, वाल्यूम–29, न0–4, पृ0 सं. 1167–1204.
- दुर्खीम, ई0, (1895), दि रुल्स ऑफ सोसियोलोजिकल मैंथड़ पृ0–3-21
- इमरीना,के0 (2012) दलित महिलाओं का स्वास्थ्य एवं अधिकार,प्रकाशन ए पेंग्यून रैड़म हाउस कम्पनी पृ.सं–186–187
- गुप्ता, (2012) पृ0 सं0–12.
- मजूमदार,डी0एन0(1958),कास्ट एण्ड कॉम्नुकेशन इन एन इण्डियन विलेज एशिया पब्लिेशिंग हाउस,बाम्बें.
- राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–4 (2014-15), भारत सरकार.
- समन्वित बाल विकास योजना, डाफ्ट (1975).

✲ ✲ ✲

षष्टम अध्याय

गर्भवती एवं धात्री माँ : कुछ विशेष स्वास्थ्य संबंधी मुद्दे

षष्टम् अध्याय

गर्भवती एवं धात्री माँः कुछ विशेष स्वास्थ्य सम्बन्धी मुद्दे

गर्भवती महिलाओं की गर्भधारण की अवस्था उनके जीवन की सुखद व महत्वपूर्ण अवस्था होती है। इस सम्पूर्ण अवस्था में माँ को समुचित देखभाल की आवश्यकता होती है, जिससे माँ को किसी प्रकार की कठिनाई न हो और माँ व शिशु दोनों स्वस्थ रहे, किन्तु गरीबी, अपर्याप्त पोषण, अशिक्षा और स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव, हिंसा आदि कारणों से उनका स्वास्थ्य काफी प्रभावित होता है। गरीबी के कारणवश परिवार में महिलाएँ सबसे अधिक उपेक्षित रहती हैं। उन्हें गर्भावस्था व प्रसव के समय देख–रेख की सुविधाओं का लाभ नहीं मिल पाता। भारत में मातृत्व रुग्णता (बीमारी) न केवल जैविक कारकों का परिणाम है, अपितु सामाजिक, आर्थिक स्थिति भी है।

प्रस्तुत अध्याय में गर्भवती व धात्री माँओं की स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं को जानने का प्रयास किया गया है। यह अध्याय पाँच खण्ड़ों में विभाजित है, जिसके अर्न्तगत् प्राथमिक तथ्यों के आधार पर गर्भवती महिलाओं के मातृत्व व प्रसूति सम्बन्धी मुख्य समस्याओं का विश्लेषण किया गया है। जो इस प्रकार है–

6.1 गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्या

6.2 गर्भपात (अवांछित गर्भावस्था, घरेलू हिंसा)

6.3 पर्याप्त पोषण का अभाव

6.4 भोजन का समय (काम का बोझ)

6.5 धात्री मां एवं स्तनपान

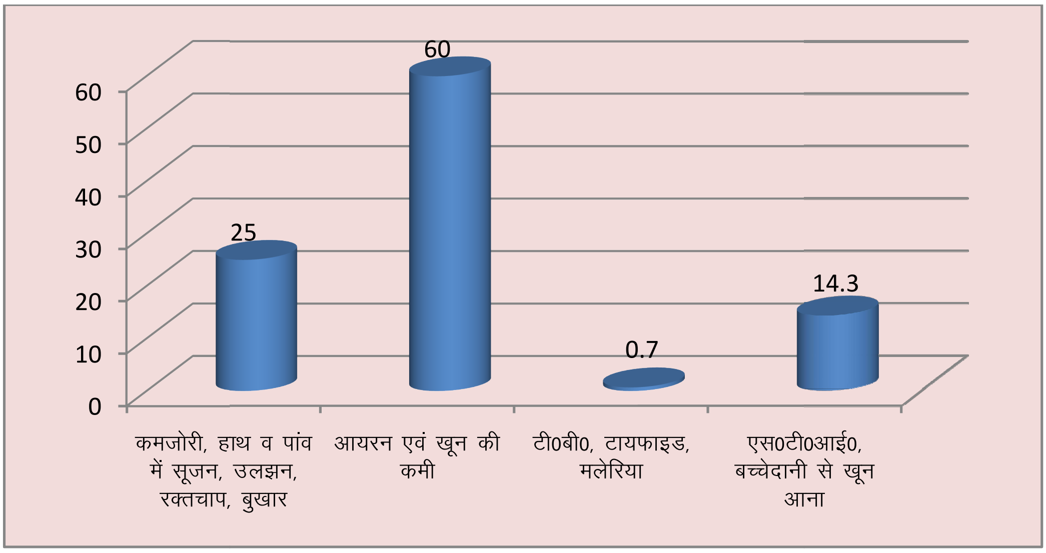
6.6 केस स्टडी

6.1 गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्या

विश्व स्वास्थ्य संगठन (2015) ने इस बात पुष्टि की, कि गर्भावस्था व प्रसव के दौरान होने वाली गंभीर स्वास्थ्य समस्याओं को सामान्य नहीं माना जा सकता, क्योंकि इन गम्भीर जटिलताओं के कारण महिलाओं में मातृत्व मृत्यु होने की संभावनाएँ अधिक रहती है, जिसे समय पूर्व संज्ञान में लेकर महिला को उचित देखभाल उपलब्ध करा कर दूर किया जा सकता है। भारत में यदि मातृत्व मृत्यु के कारणों को देखा जाये तो 38 प्रतिशत हैमेरज (रक्तस्त्राव), 5 प्रतिशत हाइपरटेन्सिव डिसआर्डर (रक्तचाप), 5 प्रतिशत अवरुद्ध प्रसव, 8 प्रतिशत गर्भपात व अन्य 34 प्रतिशत हैं(**स्त्रोतः एस0 आर0 एस, रजिस्टर जनरल, भारत सरकार, 1997–2003**)। यह प्रत्यक्ष रुप से गर्भवती महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करते है (**लेविस एण्ड ड्रिराइफ,2004**)। इन्हीं समस्याओं को ध्यान में रखकर उत्तरदाताओं से उनकी गर्भावस्था व प्रसव के समय अनुभव की जाने वाली समस्याओं को पाँच वर्गो में विभाजित किया है।

ग्राफ संख्या 6.1

उत्तरदाताओं में गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्याएँ



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 6.1 से ज्ञात होता है कि 25.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को अपनी गर्भावस्था के दौरान कमजोरी, हाथ–पांव में सूजन, रक्तचाप, उलझन, बुखार

आदि समस्या महसूस हुई। 60.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को गर्भावस्था में आयरन एवं खून की कमी पायी गयी। टी0बी0, टायफाइड, मलेरिया की समस्या 0.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को थी। 14.3 प्रतिशत उत्तरदाता यौन संक्रमित रोग (एस0टी0आई0) संक्रमण से ग्रसित है। एच0आई0वी0 समस्याग्रस्त उत्तरदाता शून्य थी। एड्स एक संक्रामक रोग है, भारत की महिलाओं में एच0आई0वी0 की दर भी ऊँची है। एडस पीड़ित महिला को समाज में कहीं न कहीं हीन दृष्टि से देखा जाता है। एच0आई0वी0 संक्रमित गर्भवती महिला से उसके शिशु में भी संक्रमण होने की संभावना अधिक होती हैं। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि चयनित अध्ययन क्षेत्र में मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता होते हुए भी अधिकतर महिलाएँ विभिन्न समस्याओं से ग्रसित हैं। महिलाओं की निम्न आर्थिक स्थिति, अशिक्षा व अज्ञानता के कारण वह कई समस्याओं से पीड़ित है तथा उन्हें समय पर इलाज व उचित पोषण नहीं मिल पाता, जिसके कारणवश वह कुपोषण व एनीमिया से ग्रस्त होती है।

पिल्ले, जी0 (1993) ने महिलाओं में मातृत्व मृत्यु के कारणों के अध्ययन में पाया कि गर्भावस्था व प्रसव के दौरान अत्यधिक रक्तस्राव (हैमरेज), संक्रमण (एस0टी0आई0), प्री–एक्लम्पसिया और अवरूध प्रसव जैसी समस्याएं शामिल है। महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक स्थिति, कुपोषण, खराब स्वास्थ्य के महत्वपूर्ण कारक हैं। परिवार में खाद्य आपूर्ति की कमी के कारण उनके साथ भोजन में भेदभाव किया जाता है। जिससे उनका स्वास्थ्य प्रभावित होता है। गर्भावधि में कैल्शियम की कम मात्रा से होने वाली महिलाओं में प्री–एक्लम्पसिया दूसरी प्रमुख समस्या है, जिसमें 19 प्रतिशत की मृत्यु प्री–एक्लम्पसिया के कारण हो जाती है(**हॉफमेयर, 2007; ब्लैक, 2013**)। **रामचन्द्रन, (2016)** के बैंगलौर में प्री–एक्लम्पसिया के अध्ययन के अनुसार सामान्य महिलाओं की तुलना में गर्भवती महिलाओं में प्री–एक्लम्पसिया का स्तर अधिक पाया गया। **बट्टा (2003)** ने अपने अध्ययन में ''गर्भावस्था की समस्याओं के विषय में जागरूकता'' में यह पाया कि 73.3 प्रतिशत गर्भवती महिलाएँ उल्टी व मतली को मुख्य

समस्या नहीं मानती है, जबकि अन्य समस्याओं में हार्टबर्न (जलन), एनीमिया, टिटनेस, ऐंठन, कब्ज आदि है।

6.2 गर्भपात

आज के समय में गर्भपात महिलाओं में होने वाली मुख्य समस्या है। कम आयु में व अधिक उम्र में गर्भधारण करने पर गर्भपात की समस्या होती है। महिलाएँ अनियोजित, अवांछित गर्भ होने के कारण अवैधानिक तरीके से असुरक्षित गर्भपात करा लेती है। जोकि भारत में मातृत्व मृत्यु का एक बहुत बड़ा कारण है।

विश्व भर में मातृत्व मृत्यु के मामलों में 13 प्रतिशत असुरक्षित मौतें होने के कारण भारत सरकार द्वारा सन् 1971 मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेग्नेन्सी एक्ट (एम0टी0पी0) कानून पारित किया गया, जिसके अर्न्तगत् महिला को कुछ विशेष परिस्थितियों में ही गर्भ समापन की कानूनी अनुमति प्रदान की गयी। सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में आठ हफ्ते (2 माह) के अन्दर ही गर्भसमापन कराया जा सकता है। इस अवधि के बाद महिला को बड़े अस्पताल जाना पड़ता है। यह कानून गर्भपात की समस्याओं को दूर करने में कारगर सिद्ध तो हुआ लेकिन इस कानून का लिंग परीक्षण करवाने में दुरुपयोग होने लगा। जिसके कारण लड़कियों की संख्या निरन्तर गिर रही है। इस समस्या के दृष्टिगत समय–समय पर प्रसव पूर्व निदान तकनीकी अधिनियम 1994, 1996, पी0सी0 पी0एन0डी0टी, 2003 अधिनियम पारित किये गये, किन्तु तमाम प्रयासों के बावजूद गर्भपात से होने वाली मृत्यु व इसकी संख्या में निरन्तर वृद्धि हो रही है। निम्न सारणी में गर्भपात की समस्या का विश्लेषण किया गया है।

सारणी संख्या 6.2

उत्तरदाताओं में गर्भपात समस्या का विवरण

क्र0सं0	क्या आपका कभी गर्भपात हुआ है?	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हाँ	62	20.7
2	नहीं	238	79.3
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोतःक्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.2 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 20.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का गर्भपात किसी कारणवश हो गया। 79.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को यह समस्या नहीं हुई। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट है कि अध्ययन क्षेत्र में उत्तरदाताओं की शिक्षा का स्तर निम्न है। उन्हें गर्भावस्था के दौरान क्या–क्या सावधानी रखनी चाहिए इससे वह अनभिज्ञ रहती हैं। वह घरेलू काम–काज के साथ–साथ कृषि कार्यों को भी करने से परहेज नही रखती। गर्भावस्था के दौरान भारी सामान उठाने व अत्यधिक कार्यभार या बाहरी आघात लगने से स्वतः गर्भपात हो जाता है।

इसके अलावा गर्भावस्था में पति के दबाव के कारण यौन सम्बन्ध बनाने से बच्चेदानी से खून आना, संक्रमण आदि भी गर्भपात के मुख्य कारण है। प्रस्तुत शोध अध्ययन में सर्वाधिक महिलाएँ ऐसी भी हैं, जो इस समस्या से पीड़ित हैं, किन्तु इस विषय पर चर्चा करने से परहेज करती हैं। जिसके कारण यह समस्या कभी–कभी गम्भीर रूप ले लेती है। भारतीय समाज में पुत्र की प्राथमिकता भी गर्भपात का मुख्य कारण है। जिसके कारण महिलाएँ पारिवारिक दबाव में आकर गैर कानूनी तरीके से भ्रूण का पता लगा कर गर्भपात करवा देती हैं, जोकि महिलाओं के स्वास्थ्य पर गहरा प्रभाव डालता हैं।

6.2.1 अवांछित/अनियोजित गर्भ

लैंसेट, (2015) रिपोर्ट के अनुसार, भारत में गर्भधारण के लगभग आधे मामले अवांछित होते हैं। यह गर्भपात के लिए उत्तरदायी तीसरा प्रमुख कारण है। 15 वर्ष से 49 वर्ष की 1000 महिलाओं में गर्भपात की दर 47.0 प्रतिशत हैं। जिसमें सिर्फ 22 प्रतिशत गर्भपात स्वास्थ्य सुविधाओं के अन्तर्गत् हुए। भारत में गर्भपात सम्बन्धी आँकड़े दुर्लभ हैं, सिर्फ सरकारी प्रतिवेदनों तथा सर्वेक्षणों में कुछ ही उपलब्ध होते हैं। निम्नलिखित सारणी में उत्तरदाताओं से उनकी गर्भाधरण के सम्बन्ध में सहमति/इच्छा का विवरण लिया गया है।

सारणी संख्या 6.2.1

उत्तरदाताओं के गर्भधारण में सहमति/इच्छा का विवरण

क्र0सं0	महिला की सहमति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	गर्भवती होना	228	76.0
2	गर्भवती नहीं होना	72	24.0
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.3 में उत्तरदाताओं से उनके गर्भवती होने के सम्बन्ध में इच्छा का विश्लेषण किया गया। जिसमें 76 प्रतिशत उत्तरदाता जो गर्भवती होना चाहती थी। 24.0 प्रतिशत उत्तरदाता जो गर्भवती नहीं होना चाहती थी। वह बड़ों के दबाव में व स्वयं की इच्छा के विरूद्ध गर्भवती हुयी।

6.2.2 घरेलू हिंसा

भारत में महिलाएँ तिरस्कार, अपमान, उत्पीड़न एवं शोषण का शिकार हो रही है। गरीबी के कारण महिलाओं को कुपोषण, बीमारी, आर्थिक संकट, सामाजिक असुरक्षा इत्यादि विभिन्न समस्याओं से जूझना पड़ता हैं। इन्हीं सभी कारणों से वे समाज में अत्यधिक शोषण व हिंसा की शिकार होती है। परिवार में महिलाओं को पुरुषों के अधीनस्थ होने के कारण गर्भावस्था के दौरान घरेलू हिंसा सहनी

पड़ती है। इस अवस्था में हिंसा होने से, इच्छा विरुद्ध यौन सम्बन्ध बनाने, मार–पीट के कारण गर्भपात हो जाता हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाएँ अशिक्षित होने के कारण सवार्धिक पीड़ित होती हैं। कभी–कभी उचित चिकित्सा न मिल पाने पर मृत्यु भी हो जाती है। निम्नलिखित सारणी में उत्तरदाता के साथ घरेलू हिंसा का विश्लेषण किया गया है।

सारणी संख्या 6.2.2

उत्तरदाताओं में घरेलू हिंसा का विवरण

क्र.सं.	घरेलू हिंसा का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	सदैव	5	1.7
2.	कभी –कभी	173	57.7
3.	कभी नहीं	122	40.7
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.4 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 1.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उनके साथ सदैव हिंसा होती है। 57.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के साथ कभी–कभी हिंसा होती है। 40.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उनके साथ कभी हिंसा नही होती। अतः विश्लेषण से स्पष्ट है कि प्रस्तुत शोध अध्ययन में निम्न वर्गीय परिवारों की संख्या अधिक है, जहाँ पर उत्तरदाताओं के पति शराब, नशा–खोरी करके उनके साथ हिंसा करते हैं। घरेलू हिंसा के विषय में उनसे जब बातचीत की गयी तो उन्होंने खुलकर जवाब नहीं दिया। उनके साथ मित्रवत् व्यवहार व आँगनबाड़ी कार्यकत्री, आशा आदि से उनके साथ हो रही हिंसा के विषय में जानकारी मिली। कई महिलाएँ तो ऐसी भी है जिनके साथ गर्भावस्था के दौरान मारपीट व गाली–गलौज होती है।

6.3 पर्याप्त पोषण का अभाव/संतुलित आहार की उपलब्धता

भोजन एक महत्वपूर्ण कारक व मूल आवश्यकता है, जिसका प्रभाव महिला के स्वास्थ्य पर पड़ता है। गर्भावस्था में माँ को पौष्टिक आहार की आवश्यकता होती है ताकि गर्भ में पल रहे भ्रूण का समुचित विकास हो सके। पर्याप्त पोषण के अभाव में महिलाएँ एनीमिया से ग्रसित हो जाती है। **गोपालन,(1987)** डब्ल्यू0एच0ओ0 के अध्ययन के अनुसार 126 मिलियन महिलाओं में एनीमिया की कमी पायी गयी। आहार सर्वेक्षण के आधार पर सामान्य महिला को जहाँ 2100 कैलोरी की आवश्यकता होती हैं। वहीं गर्भवती महिला को 2500 कैलोरी की जरूरत होती हैं। जिसमें 1000 कैलोरी की कमी पायी गयी। **(ICMR, 1997)**

भारत में एनीमिया एक मुख्य समस्या है, विशेषकर महिलाओं में। एनीमिया से पीड़ित गर्भवती महिला में कमजोरी, शारीरिक व मानसिक क्षमता कम होने से मातृत्व मृत्यु होने की संभावना बढ़ जाती हैं, जिससे प्रसवकालीन मृत्यु, समय से पूर्व प्रसव, शिशु का कम वजन, अवरूद्ध विकास आदि जटिलताएं उत्पन्न हो जाती हैं। एन0एफ0एच0एस0–3 के अनुसार आधे से अधिक 55 प्रतिशत महिलाएँ एनीमिया से पीड़ित हैं। निम्न सारणी में डब्ल्यू0एच0ओ0 द्वारा महिलाओं के एनीमिया के स्तर को दर्शाया गया है।

सारणी संख्या 6.3

महिलाओं में एनीमिया के स्तर का वर्गीकरण

	सामान्य	माइल्ड	मध्यम	गम्भीर
गर्भवती महिला	<11.0	10.0-10.9	7.0-9.9	<7.0
सामान्य महिला >15वर्ष	<12.0	10.0-11.9	7.0-9.9	<7.0

स्रोत : डब्ल्यू0एच0ओ0, 2001

डब्ल्यू0एच0ओ0 के अनुसार गर्भवती महिलाओं में यदि हीमोग्लोबिन का स्तर 11g/dL से कम हैं, तो उसे एनीमिक माना जाता हैं। और हीमोग्लोबिन का स्तर 07 g/dLसे कम है, तो वह महिला गम्भीर एनीमिया (हाई रिस्क प्रेग्नेन्सी) की श्रेणी में आती है। जिसके लिए गर्भवती महिला को विशेष उपचार व पोषण की जरुरत होती है।(स्रोतः शर्मा एण्ड शंकर, 2010; गोगोई एण्ड पुरूष्टी, 2013)। **शर्मा एण्ड शंकर** के अनुसार भारतीय भोजन में प्राथमिक स्तर पर कैलोरी की कमी होने के कारण एनीमिया, उच्च मातृत्व मृत्यु दर, गर्भावस्था के दौरान भ्रूण का विकास गम्भीर रूप से प्रभावित करता है। **डब्ल्यू0एच0ओ0** के अध्ययन अनुसार आयरन की कमी से 50 प्रतिशत मामलें एनीमिया से जुड़े रहते हैं **(WHO; 2001)**।

एनीमिया के कारण भारत में एक तिहाई यानि 36 प्रतिशत से अधिक लड़कियों में बी0एम0आई0 सामान्य 18.5 से कम है, जो पोषण सम्बन्धी कमी की ओर संकेत करती है। **वेनेगर और जार्ज, (1990)** ने अपने अध्ययन में पाया कि महिलाएँ अपने गर्भावस्था के दौरान दो मुख्य आयरन व एनीमिया की कमी के कारण पोषण सम्बन्धी समस्याओं से प्रभावित होती हैं। यह तीन प्रकार के आहार गृहण करने के आधारों पर आधारित है। 1. असंतुलित मात्रा में आहार 2. खराब भोजन का चुनाव 3. खराब भोजन का वितरण।

निम्नलिखित सारणी में उत्तरदाताओ द्वारा गर्भावस्था के दौरान ग्रहण किए जाने वाले पोषाहार का आवृत्ति का विश्लेषण किया गया है, जिससे गर्भावस्था में महिला के स्वास्थ्य का स्तर निर्धारित होता है। निम्नलिखित भोज्य/खाद्य पदार्थो की आवृत्ति जैसें दूध व दूध से बनी वस्तुएं (दही/छाछ, घी), अण्ड़े व माँस–मछली, फल, हरी सब्जियाँ, दाल, मोटे अनाज आदि को शामिल किया गया हैं।

सारणी संख्या 6.3.1

उत्तरदाताओं द्वारा दूध व उससे बनी वस्तुओं के लिए जाने की आवृत्ति

क्र0सं0	पदार्थो की आवृत्ति	दूध		दही/छाछ		घी	
		आवृत्ति	प्रतिशत	आवृत्ति	प्रतिशत	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	नहीं मिलता	125	41.7	72	24.0	234	78.0
2.	रोजाना	30	10.0	132	4.3	4	1.3
3.	सप्ताह में दो से तीन बार	104	34.7	188	62.7	26	8.7
4.	सप्ताह में एक बार	1	0.3	7	2.3	15	5.0
5.	यदाकदा	40	13.3	20	6.7	21	7.0
	योग	300	100	300	100	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.3.1 से यह स्पष्ट है कि 41.7 प्रतिशत उत्तरदाता को दूध नहीं मिलता है। 10.0 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना दूध का सेवन करती है। 34.7 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो या तीन दिन ही दूध का सेवन करती हैं। 0.3 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार दूध का सेवन करती हैं। साथ ही 13.3 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा ही दूध का सेवन करती हैं।

इसी क्रम में 24.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को अपनी गर्भावस्था में दही/छाछ उपलब्ध नहीं हुआ। 4.3 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना अपने भोजन में दही/छाछ को शामिल करती है। 62.7 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार दही/छाछ का सेवन करती है। 2.3 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार ही

दही/छाछ का सेवन करती हैं। 6.7 प्रतिशत उत्तरदाता जो यदाकदा ही दही/छाछ का सेवन कर पाती हैं।

इसी क्रम में 78.0 प्रतिशत उत्तरदाता को गर्भावस्था के दौरान घी उपलब्ध नहीं हो पाता है। 1.3 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना घी का सेवन करती है। 8.7 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार घी का सेवन कर लेती हैं। 5.0 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार घी का सेवन करती हैं। 6.7 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा घी का सेवन कर पाती हैं। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि दूध, दही व घी महँगें होने के कारण महिलाएँ इनका सेवन कम ही कर पाती हैं। महिलाओं की आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण वह महंगी वस्तुओं का प्रतिदिन सेवन कर पाने में असमर्थ होती हैं। जबकि गर्भावस्था में कैल्शियम की अधिक आवश्यकता होती है। जिससे शिशु का विकास अच्छे से हो सके। क्षेत्रीय कार्य के दौरान महिलाओं ने यह उत्तर दिया कि *"जब रोटी–दाल ही नहीं मिल पाता तो दूध, घी तो दूर की बात है"।*

सारणी संख्या 6.3.2

उत्तरदाताओं द्वारा हरी सब्जियां/दाल/मोटे अनाज लिए जाने की आवृत्ति

क्र0 सं0	पदार्थो की आवृत्ति	हरी सब्जियां		दालें		मोटे अनाज	
		आवृत्ति	प्रतिशत	आवृत्ति	प्रतिशत	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	नहीं मिलता	10	3.3	6	2.0	41	13.7
2.	रोजाना	162	54.0	158	52.7	8	2.7
3.	सप्ताह में दो से तीन बार	65	21.7	75	25.0	5	1.0
4.	सप्ताह में एक बार	28	9.3	24	8.0	54	18.0
5.	यदाकदा	35	11.7	37	12.3	194	64.6
	योग	300	100	300	100	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.3.2 के अनुसार 3.3 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था के दौरान हरी सब्जियों का सेवन नहीं कर पाती है। 54.0 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना हरी सब्जियां खाती हैं। 21.7 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार हरी सब्जियों का सेवन कर पाती है। 9.3 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार हरी सब्जियों का सेवन कर पाती है। 11.7 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा हरी सब्जियां खा पाती है।

इसी क्रम में 2.0 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था के दौरान दाल का सेवन नहीं करती हैं। 52.7 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना दालों का सेवन करती हैं। 25.0 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार दालों का सेवन करती हैं। 8.0 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार दाल का सेवन करती है। 12.3 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा ही दाल का सेवन करती हैं।

इसी क्रम में 13.7 प्रतिशत उत्तरदाता मोटे अनाज का सेवन नहीं करती हैं। 2.7 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना मोटे अनाज का सेवन करती हैं। 1.0 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार मोटे अनाज का सेवन करती हैं। 18.0 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार मोटे अनाज का सेवन करती हैं। 64.6 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा ही मोटे अनाजों का सेवन करती हैं।

सारणी संख्या 6.3.3

उत्तरदाताओं द्वारा माँस/मछली/अण्डे लिए जाने की आवृत्ति

क्र0 सं0	पदार्थो की आवृत्ति	फल आवृत्ति	प्रतिशत	मछली आवृत्ति	प्रतिशत	अंडे आवृत्ति	प्रतिशत
1.	नहीं मिलता	80	26.7	68	22.7	65	21.7
2.	रोजाना	135	45.0	7	2.3	5	1.7
3.	सप्ताह में दो से तीन बार	26	8.7	51	17.0	55	18.3
4.	सप्ताह में एक बार	7	2.3	168	56.0	167	55.7
5.	यदाकदा	52	17.3	6	2.0	8	2.6
	योग	300	100	300	100	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.3.3 से यह स्पष्ट होता है कि 26.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को फल नही मिल पाते है। 45.0 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना फलों का सेवन करती है। 8.7 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार फलों का सेवन करती है। 2.3 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार फलों का सेवन करती है। 17.3 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा फलों का सेवन करती है। गर्भावस्था के दौरान फलों का सेवन करना अत्यन्त लाभकारी होता है, जिससे महिलाओं को विटामिन अच्छी मात्रा में मिल सके।

इसी क्रम में 22.7 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था के दौरान माँस/मछली का सेवन नहीं करती हैं। 2.3 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना माँस/मछली का सेवन करती हैं। 17.0 प्रतिशत सप्ताह में दो से तीन बार माँस/मछली का सेवन करती हैं। 56.0 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार माँस/मछली का सेवन करती हैं। 2.0 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा माँस/मछली ही का सेवन करती हैं।

इसी क्रम में 21.7 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था के दौरान अंडे का सेवन नहीं करती हैं। 1.7 प्रतिशत उत्तरदाता रोजाना अंडे का सेवन करती हैं। 18.3 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में दो से तीन बार अंडे का सेवन करती हैं। 55.7 प्रतिशत उत्तरदाता सप्ताह में एक बार अंडे का सेवन करती हैं। 2.6 प्रतिशत उत्तरदाता यदाकदा अंडे का सेवन करती हैं।

उपरोक्त सारणी से प्राप्त आंकड़ों विश्लेषण के आधार पर यह पाया गया कि महिलाओं का स्वास्थ्य पोषाहार पर निर्भर करता है। अधिकांश महिलाएँ गर्भावस्था के दौरान फल, दूध, घी आदि का सेवन नहीं कर पाती हैं, क्योंकि इन सभी चीजों की उपलब्धता नहीं है। महिलाओं के परिवार की आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण उन्हें दाल–रोटी ही मुश्किल से मिल पाता है, जिससे महँगे खाद्य पदार्थों का सेवन कर पाना उनके लिए मुश्किल होता है। आय कम होने के कारण प्रतिदिन दूध व हरी–पत्तेदार सब्जियाँ, दालें पर्याप्त मात्रा में नहीं मिल पाती है। महँगाई अधिक होने के कारण खाद्य पदार्थो की निरन्तर महँगे होने से

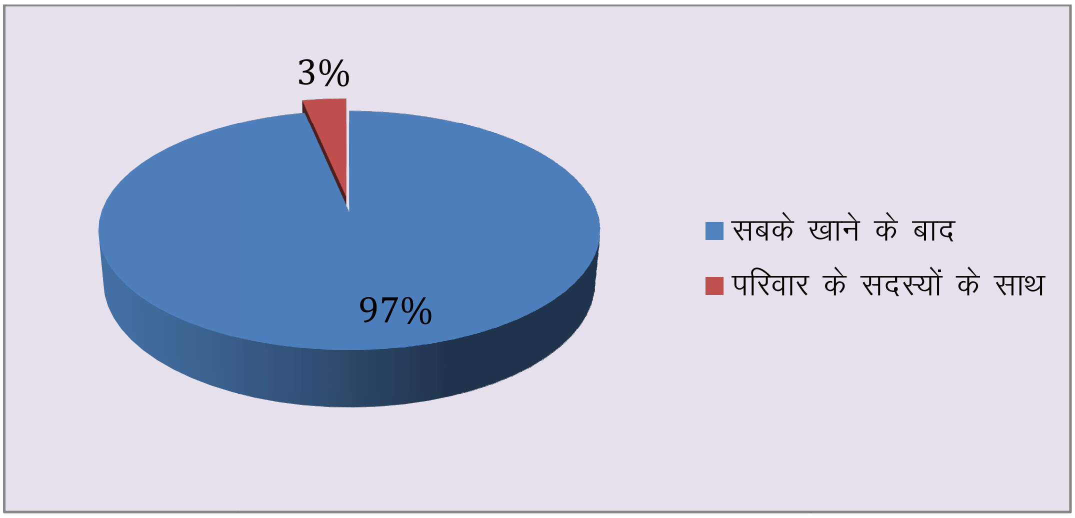
निम्न व मजदूर वर्ग के परिवारों में महिलाएँ उचित पोषण व स्वास्थ्य देखभाल से वंचित रह जाती है। जिसका प्रभाव उनके स्वास्थ्य पर पड़ता है।

6.4 भोजन का समय

भारतीय समाज में एक परम्परा है कि महिलाएँ पूरे परिवार के सदस्यों को भोजन कराने के पश्चात् ही भोजन करती हैं। घर में जो कुछ भी भोजन सभी सदस्यों के लिए बनता है, वही खाती है। यह एक मुख्य कारण है जिससे गर्भवती महिलाओं का स्वास्थ्य प्रभावित होता है।

ग्राफ संख्या 6.2

उत्तरदाता के भोजन करने का समय का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त ग्राफ के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 97 प्रतिशत उत्तरदाता परिवार के सभी सदस्यों के भोजन करने के पश्चात् ही भोजन करती हैं। 3.0 प्रतिशत उत्तरदाता अपने परिवार के सदस्यों के साथ भोजन करती हैं। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि परिवार में महिलाओं के भोजन में भेदभाव भी माताओं के पोषण स्तर को निर्धारित करता है। विशेष रूप से भारत जैसें दक्षिणी एशियाई देशों में यह सामाजिक, सांस्कृतिक और पर्यावरणीय कारक हैं (गिटलशॉन, 2003; हैरिस फाई,2017)। महिलाओं की सामाजिक प्रस्थिति पुरुषों से निम्न होने के कारण उन्हें आखिरी में और कम भोजन ही मिल पाता है।

बांग्लादेश के एक अध्ययन के अनुसार 90 प्रतिशत महिलाएँ परिवार में सबसे बाद में भोजन करती हैं और कम मात्रा में (बचा हुआ भोजन) खाती हैं। (शैनॉन, 2008)।

6.5 धात्री माँ एवं स्तनपान

एक स्वस्थ माँ ही स्वस्थ शिशु को जन्म दे सकती है। गर्भ में शिशु का विकास पूर्णतः माँ पर ही निर्भर होता है। अतः आवश्यक है कि गर्भवती माँ अपने और गर्भ में पनप रहे बच्चे के पोषण की जरूरत को पूरा करने के लिए पर्याप्त मात्रा में पौष्टिक भोजन करे। गर्भावस्था व स्तनपान यह ऐसा समय है जब एक स्त्री को सामान्य की अपेक्षा अधिक आहार की आवश्यकता होती है। यदि गर्भावस्था के दौरान माँ के पोषण में कमी हो, तो शिशु को जन्म देने का खतरा बढ़ जाता है, साथ ही उसे स्तनपान कराने में कई कठिनाईयाँ भी होती हैं। ए0एच0एस0 (2012–13) की रिपोर्ट के अनुसार उत्तर प्रदेश जैसे राज्य में स्तनपान की वर्तमान स्थिति को यदि देखें तो सिर्फ 21 प्रतिशत महिलाएँ अपने बच्चों को स्तनपान कराती हैं। 79 प्रतिशत स्तनपान के साथ अन्य खाद्य पदार्थ भी देती हैं। जिसका कारण महिलाओं में शिशु की दूध की आवश्यकता को पूर्ण न कर पाना भी हैं। निम्नलिखित सारिणयों के अन्तर्गत स्तनपान व स्तनपान सम्बन्धी समस्या का विवरण दिया गया है–

सारणी संख्या 6.5

उत्तरदाता के स्तनपान कराये जाने का विवरण

क्र.सं.	स्तनपान का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	हाँ	158	52.7
2.	नहीं	142	47.3
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 6.5 से यह स्पष्ट होता है कि 52.7 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था के दौरान भी अपने शिशु को स्तनपान करा रही हैं। 47.3 प्रतिशत उत्तरदाता स्तनपान नहीं करा रही हैं। इनमें वे गर्भवती महिलाएँ सम्मिलित हैं, जो प्रथम बार गर्भवती हुई हैं।

सारणी संख्या 6.5.1

प्रसव के उपरान्त स्तनपान सम्बन्धी समस्या

क्र.सं.	स्तनपान सम्बन्धी समस्या	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	हाँ	40	13.3
2.	नहीं	260	86.7
योग		**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी 6.5.1 से स्पष्ट है कि 86.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्तनपान कराने से कोई समस्या नहीं है, 13.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्तनपान कराने में कई समस्या हुई। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि महिलाओं को स्तनों में दर्द, गांठे हो जाना, दूध न आना आदि समस्याएँ हैं, जिनका उपचार वह घरेलू उपायों व जड़ी–बूटियों द्वारा करती हैं। प्रस्तुत अध्ययन में अधिकांश महिलाओं में प्रसव के बाद पोषण में कमी होने के कारण दूध न आने की समस्या है। जिसके कारण वह अपने बच्चों को स्तनपान ही करा पाती हैं।

6.6 केस स्टडी

प्रस्तुत शोध अध्याय में उत्तरदाताओं का गुणात्मक अध्ययन करने का प्रयास किया गया। सम्पूर्ण चयनित निदर्शन में से 20 उत्तरदाताओं का रैंडम निर्देशन विधि से चयन किया गया है। महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक स्थिति, गर्भावस्था के दौरान होने वाली गंभीर समस्याओं के आधार पर यह अध्ययन

किये गये हैं। इस अध्ययन में महिलाओं के स्वास्थ्य से सम्बन्धित प्रत्येक बिन्दुओं पर गहन प्रकाश डाला गया है। जो इस प्रकार है–

केस–1

किरन मोहनलालगंज के माधौखेड़ा गाँव में रहती हैं, इनकी आयु 26 वर्ष है और पति की आयु 30 वर्ष है। यह बिल्कुल पढ़ी लिखी नहीं हैं। इनका विवाह 18 वर्ष की आयु में हुआ था, ऐसा परिवार के सदस्य कहते हैं। यह संयुक्त परिवार में रहती हैं। परिवार के सभी निर्णय इनके पति लेते हैं। किरन के पति राज मिस्त्री हैं और प्रतिमाह 7 से 8 हजार रूपये तक कमा लेते हैं। इनके पास कृषि योग्य भूमि नहीं है। पति की दैनिक मजदूरी से ही घर के सभी खर्चों को पूरा करना पड़ता है। किरन गृहिणी हैं। इनके पास पक्का मकान जिसमें दो कमरे, बिजली की व्यवस्था और अन्य भौतिक संसाधन हैं। इनके घर में शौचालय की व्यवस्था नहीं है। इन्हें शौच के लिए खुले में जाना पड़ता है। इनके विवाह को 8 वर्ष हो गये हैं, इस अवधि में इनका एक बेटा हुआ जो कि 7 वर्ष का है। जो सरकारी अस्पताल में हुआ था। इनकी प्रथम गर्भावस्था के समय आयु 18 वर्ष थी। उसके उपरान्त इनका कोई बच्चा नहीं हुआ। इस बीच ये दो बार गर्भवती हुयी, दोनों बार बच्चे पैदा होने से पूर्व ही मर गये। इन्होंने एक बार अपना गर्भपात भी कराया है। इस गर्भावस्था के दौरान इन्हें कई समस्याएँ हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में किरन को हाई रिस्क प्रेग्नेन्सी के अन्तर्गत रखा गया है, क्योंकि यह गम्भीर एनीमिया से ग्रसित हैं, ए0एन0एम0 की सलाह पर इन्हें गर्भावस्था के दौरान कई सावधानियाँ बरतने को कहा गया। जिस समय यह अध्ययन किया गया उस समय किरन पाँच माह से गर्भवती थी। ए0एन0एम0, आशा ने इन्हें घर पर भी खास ख्याल रखने को कहा। किरन ने अपना स्वास्थ्य परीक्षण सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर कराया जहाँ पर इन्हें पंजीकरण कार्ड, दवायें निःशुल्क मिली। गाँव के आँगनबाड़ी केन्द्र से इन्हें कोई सुविधा प्राप्त नहीं हुई है। इन्हें वहाँ से पोषाहार (दलिया) भी नहीं मिली। गर्भावस्था के दौरान यह सामान्य भोजन ही करती हैं। सप्ताह में दो एक बार दूध वह भी दवा के साथ ले लेती हैं। यह हरी सब्जियाँ, दाल, कभी–कभार

फल, मांस–मछली खाती हैं। इन्हें पहले बच्चे में जननी सुरक्षा योजना के तहत संस्थागत प्रसव कराने पर सरकार द्वारा धनराशि भी प्राप्त हुयी थी। जिसके लिए इन्हें स्वास्थ्य केन्द्र में काफी भाग दौड़ करनी पड़ी थी। सांस्कृतिक दृष्टिकोण से इन्होंने अपने पहले बच्चे के जन्म के बाद सभी कार्यक्रम किए जैसें छठी, बरहा, मुण्डन। किरन टोना–टोटका, झांड़–फूँक पर भी अधिक विश्वास करती हैं। इनका मानना है कि गर्भावस्था में समय पूर्व जिन बच्चों की मृत्यु हुयी, वह हवा–बयार आदि के प्रभाव से खत्म हुये। गर्भावस्था के दौरान यह अपने शरीर पर ताबीज पहनती हैं, जिससे इनका बच्चा बिना किसी समस्या के जन्म ले सके।

केस–2

राधा सरौरा गाँव की रहने वाली हैं, जो चिनहट विकास खण्ड के अन्तर्गत आता है। यह 30 वर्ष की है। यह पाँचवी कक्षा तक पढ़ी है, इनका विवाह 14 वर्ष की आयु में हुआ था। इनके परिवार का स्वरूप संयुक्त है, लेकिन परिवार में सभी भाई और उनकी पत्नियाँ अलग–अलग भोजन बनाते हैं। इनके परिवार के सभी निर्णय पति द्वारा लिये जाते हैं। पति की आयु 32 वर्ष है, जो दैनिक मजदूरी करते हैं (ईट–गारे) का काम करते हैं और इनकी मासिक आय 6000 रूपये है। इनकी सबसे बड़ी पुत्री 12 वर्ष की है, जो प्राइवेट अस्पताल में हुयी थी। उसके बाद इन्होंने उसका टीकाकरण नहीं कराया। एक पुत्र 11 वर्ष का है, उसका भी टीकाकरण नहीं हुआ है। 6 वर्ष की एक बेटी है, जिसका टीकाकरण इन्होंने आँगनबाड़ी केन्द्र में कराया। इनका मकान पूर्ण रूप से पक्का तो नहीं है, लेकिन मजबूत गारे से बना है। घर में बिजली की व्यवस्था है, किन्तु शौचालय नहीं है। शौचालय हेतु इन्हें बाहर ही जाना पड़ता है। यह हैण्डपम्प के पानी का प्रयोग करती हैं। इनके परिवार में कई लोगों को पीलिया हो चुका है। यह 16 वर्ष की आयु में गर्भवती हुयी थी। इन्होंने गर्भावस्था के दौरान कभी भी टीकाकरण नहीं कराया सिर्फ बच्चा होने पर ही इन्हें अस्पताल ले जाया जाता हैं। राधा का 9 माह बच्चा पैदा होकर मर गया, तब भी उस स्थिति में राधा के परिवार वाले उन्हें अस्पताल नहीं ले गये। इनके सभी बच्चे सामान्य तरीके से

हुये और झोलाछाप डॉक्टर द्वारा प्राइवेट अस्पतालों में हुये। राधा के विरोध करने पर पति उसे मारता–पीटता है। घर के करीब आँगनबाड़ी केन्द्र होने पर भी उसे आशा से सम्पर्क नहीं करने दिया जाता। राधा ने आँगनबाड़ी केन्द्र में चोरी छुपे अपना पंजीकरण करवा कर टिटनेस के टीके लगवाये। गर्भावस्था के दिनों में यह सामान्य दिनों की तरह काम करती हैं। खाने में दाल–चावल, सब्जी ही लेती है। राधा के परिवार में लड़के को अधिक महत्व दिया जाता है, क्योंकि लड़का वंशवृद्धि हेतु आवश्यक है। गर्भावस्था के दिनों में भी इनका पति मार–पीट कर यौन सम्बन्ध बना लेता था। यह परिवार नियोजन का कोई तरीका नहीं अपनाती। राधा से जब पूछा गया तो इन्होंने बिना किसी साधन के अपने बच्चों में अन्तर कैसे रखा तो उन्होंने कहा कि जब मासिक धर्म होने वाला होता है, तब वह अपने पति से दूर रहती थी।

केस–3

संगीता 25 वर्ष की हैं। यह चिनहट ब्लाक की घैला गाँव की निवासिनी है। इन्होंने इण्टरमीडिएट तक शिक्षा प्राप्त की है। यह संयुक्त परिवार में रहती हैं। इनके परिवार में सास–ससुर, पति व अन्य पाँच सदस्य और भी हैं। यह बी0पी0एल0 श्रेणी में आती हैं। विवाह के समय इनकी आयु 22 वर्ष थी। संगीता के पति खेती करते हैं। इनके परिवार के पास 6 बीघा जमीन है। खेतों में सब्जी व अनाज बुआई करके यह परिवार का गुजर बसर करते हैं। पति कृषि कार्य से लगभग 5 से 6 हजार रूपये प्रतिमाह कमा लेता है। जब यह पहली बार गर्भवती हुई तो इनकी सास की इच्छा थी कि बहू बेटा ही पैदा करे। इनके परिवार के सारे निर्णय ससुर व पति द्वारा ही लिये जाते हैं। सास ने इनके गर्भवती होते ही दुआ–ताबीज कराया, जिससे माँ और बच्चा बुरी आत्माओं से सुरक्षित रहे। सास द्वारा पुत्र हेतु रोजा भी रखा गया। इन्होंने विवाह के 2 वर्ष तक परिवार नियोजन के तरीके अपनाये। इनके गांव में सरकारी सुविधाएं इतनी प्रभावी नहीं है। बी0के0टी0 ब्लाक के अन्तर्गत आने वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में आशा गर्भवती महिलाओं को इलाज व जाँच हेतु ले जाती है। यह आयरन की गोली का सेवन नहीं करती। इनका मानना है कि शिशु काला पैदा

हो जायेगा। यह सातवें महीने में एनीमिया से ग्रसित हुई। डॉ0 द्वारा इन्हें हरी सब्जियाँ लौकी, तुरई, कद्दू, पत्तेदार सब्जियों को नियमित रूप से खाने को कहा। संगीता आँगनबाड़ी केन्द्र में पंजीकृत तो है, किन्तु सभी जाँचें प्राइवेट अस्पताल में कराती हैं। इण्टरमीडिएट की शिक्षा प्राप्त संगीता अपना प्रसव प्राइवेट अस्पताल में करवाना चाहती है, क्योंकि इनका मानना है कि सरकारी अस्पताल में लापरवाही होती है और स्वास्थ्य कर्मी महिला से ठीक से व्यवहार नहीं करते। गर्भावस्था के दौरान यह अपने भोजन में कुछ विशेष नहीं लेती है। यह सप्ताह में दो या तीन बार ही दूध, दही, फल आदि का प्रयोग करती हैं। दाल, हरी सब्जियाँ नियमित रूप से खाती हैं। गर्भावस्था के दौरान पति द्वारा यौन सम्बन्ध के बारे में उन्होंने कोई उत्तर नहीं दिया। बहुत हिचकिचाते हुए हाँ कहा। गर्भावस्था में भी पति ने सात–आठ माह तक यौन सम्बन्ध बनाया। इस दौरान इन्हें काफी दिक्कत होती थी। यह लड़का–लड़की में कोई भेदभाव नहीं मानती, किन्तु इनकी सास चाहती हैं कि घर में पुत्र हो। इन्होंने अपनी नियमित जाँच करायी। आशा बहू से इनका सम्पर्क नहीं हो पाता था क्योंकि वह दूसरे गाँव से आती थी।

केस–4

गुड़िया पुरसैनी गाँव की रहने वाली हैं। यह गाँव मोहनलालगंज विकास खण्ड के अन्तर्गत आता है। यह 24 वर्ष की है। इनका विवाह 16 वर्ष की आयु में हो गया था। यह बिल्कुल पढ़ी लिखी नहीं हैं। यह एकाकी परिवार में रहती हैं। गुड़िया के सास–ससुर इनके साथ नहीं रहते है। पति की उम्र 26 वर्ष है। वह भी अशिक्षित है। गुड़िया के पति दैनिक मजदूरी करते हैं और प्रतिमाह 3000 रूपये तक ही कमा पाते हैं, क्योंकि कभी–कभी ही काम मिलता है। मकान का प्रकार अर्धपक्का है, जिसमें दो कमरे की जगह है। बिजली किराये पर ले रखी है। मकान में शौचालय की कोई व्यवस्था नहीं है। इनके मकान में गैस, टी0वी0, साइकिल, मोबाइल आदि है। गुड़िया जब गर्भवती हुयी तो उनकी आयु 18 वर्ष की थी। इनका एक पुत्र जो 4 साल का है, जो लखनऊ के मेडिकल कॉलेज में हुआ था। इन्होंने अपने पुत्र का टीकाकरण कराया। यह पुत्र ऑपरेशन से हुआ

था, गुड़िया का आपरेशन सही ढंग से न होने के कारण पेट में संक्रमण से आँते चिपक गयी थी, जिसका इलाज लखनऊ के मेडिकल कालेज में कराया और महँगी दवाई भी खाई। इस समय यह पांच माह से गर्भवती है, और हाईरिस्क जोन में हैं। डॉक्टर द्वारा जाँच करने पर आयरन व खून की कमी बताई गयी। इससे पूर्व इनका दो बार गर्भपात भी हो चुका है जिसका इलाज प्राइवेट अस्पताल में करवाया गया था। गर्भावस्था के दौरान यह दूध, घी आदि नहीं लेती। क्योंकि पति की इतनी कमाई नहीं है। भोजन में सामान्य खाना ही खाती हैं। इन्हें आँगनबाड़ी केन्द्र से कोई लाभ नहीं मिला। यह मोहनलालगंज के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द में परीक्षण करवाती हैं। इसका एक मुख्य कारण है कि आंगनबाड़ी केन्द्र दूसरे गाँव में है, जहाँ अकेले जाने में काफी कठिनाई होती है। यह अपना प्रसव प्राइवेट अस्पताल में करवाना चाहती हैं, क्योंकि इनके विकास खण्ड में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में ए0एन0एम0 द्वारा भेदभाव किया जाता है, वह सही ढंग से नहीं देखती, बिना जाँच के दवा लिख देती हैं। इसलिए यह सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों की सेवाओं से संतुष्ट नही हैं।

केस–5

राबिया मऊ–1 गाँव की रहने वाली हैं, जो मोहनलालगंज में है। यह 35 वर्ष की है और बिल्कुल पढ़ी–लिखी नहीं हैं, इन्हें सिर्फ अरबी आती है, इन्हें बचपन में अरबी घर पर सिखाई गयी थी। यह प्रतिदिन नमाज पढ़ती हैं। इनका विवाह 16 वर्ष की आयु में हुआ था। यह संयुक्त परिवार में रहती हैं। इनके पति 45 वर्ष के हैं और अशिक्षित हैं। यह मांस की दुकान चलाते हैं, जिससे प्रतिमाह 20 हजार रूपये तक कमा लेते है। इनके पास कृषि भूमि नहीं है। राबिया जब पहली बार गर्भवती हुयी, तब मात्र 16 वर्ष की थी। इनके सात बच्चे हैं, आठवां गर्भ में है। इनके सभी बच्चों का जन्म घर पर दाई द्वारा हुआ। इनका मकान अर्धपक्का जिसमें तीन कमरे हैं। इनके घर में सभी जरूरी संसाधन हैं, किन्तु शौचालय की व्यवस्था नहीं है। आज भी इन्हें शौच हेतु खुले में जाना पड़ता है। इनका प्रसव सामुदायिक स्वास्थ्य पर हुआ और कोई खास समस्या नहीं हुई। राबिया अपनी गर्भावस्था के दौरान सामान्य भोजन जैसे दाल, चावल, सब्जी,

मांस आदि खाती हैं। यह परिवार नियोजन के साधन नहीं अपनाती है, क्योंकि इन्हें जानकारी नहीं है। इनके पति प्रयोग भी नहीं करना चाहते, सिर्फ मासिक धर्म के दौरान यौन सम्बन्ध में परहेज कर लेती हैं। गर्भावस्था के दौरान भी पति जबरन यौन सम्बन्ध बनाते थे, जिससे काफी दिक्कतें होती थी। इनके परिवार में पुत्र का अधिक महत्व है, क्योंकि उससे वंश आगे बढ़ता है। इसलिए बेटे के लिए मन्नत व रोजा भी रखती है।

केस–6

अनुपम चिनहट ब्लाक के अल्लूनगर डिगुरिया गाँव की रहने वाली हैं, ये ब्राह्मण जाति की है। यह बी0ए0 की शिक्षा ग्रहण कर रही हैं। इनका विवाह 18 वर्ष की आयु में हुआ था। वर्तमान समय में यह 28 वर्ष की है। यह संयुक्त परिवार में रहती है। परिवार में पति के अलावा सास, देवर, देवरानी, तीन बेटियाँ हैं। इनके पति की आयु 30 वर्ष है। पति रेलवे में नौकरी (वर्ग–डी) करते हैं। यह नौकरी इनके पति को ससुर की मृत्यु के पश्चात् नौकरी मिली थी। इनकी मासिक आय लगभग 40,000 रू0 तक है। इनके पास दो बीघा तक कृषि योग्य भूमि है, जिसे बटाई पर दिया है। इनकी सबसे बड़ी पुत्री 10 वर्ष की है, जो घर पर पैदा हुई थी। दूसरी पुत्री 7.5 वर्ष की है, जो लखनऊ के महिला अस्पताल में पैदा हुई थी। तीसरी पुत्री चार साल की है। यह 8 माह से गर्भवती है और परिवार को पुत्र की इच्छा है। काफी पूछने पर इन्होंने बताया कि परिवार को आगे बढ़ाने के लिए पुत्र बहुत आवश्यक है। यह एक बार गर्भपात भी करा चुकी हैं, क्योंकि इन्हें पुत्री नहीं चाहिए थी। परिवार द्वारा लिंग की पहचान करवा कर इनका गर्भपात करा दिया गया। यह अभी तक पाँच बार गर्भवती हुई हैं। इनकी दो पुत्रियों का जन्म सरकारी महिला अस्पताल में हुआ। जिसमें से एक के जन्म पर सरकार द्वारा धनराशि भी प्राप्त हुई है। यह गर्भावस्था के समय ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकत्रियों के सम्पर्क में कम रहती है। यह शहर के अस्पताल में अपना परीक्षण करा लेती है। इनका मानना है कि ग्रामीण सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पूरी जाँच भी नहीं होती, काफी भीड़ रहती है, जिससे समय अधिक लगता है। इन्हें गर्भावस्था के दौरान कमजोरी, पेट में दर्द, एनीमिया आदि

समस्याएँ हुई। जिसके लिए ऐलोपैथी दवा खा रही हैं। यह लड़का व लड़की में कोई भेदभाव नहीं करती ऐसा पूछने पर बताती है किन्तु लड़के को वंशवृद्धि व बुढ़ापे का सहारा मानती हैं। यह शाकाहारी है और शाकाहारी भोजन को अधिक पौष्टिक मानती हैं।

केस–7

कंचन अहलादपुर गाँव की निवासी हैं। यह गांव बक्शी का तालाब विकास खण्ड के अन्तर्गत आता है। जिनकी उम्र 24 वर्ष है। कंचन सिर्फ पाँचवी कक्षा तक पढ़ी हैं। इनका विवाह 21 वर्ष में हुआ था। यह एकाकी परिवार में रहती हैं। यह गाँव से शहर में आकर मजदूरी करके गुजर बसर कर रहे हैं। पति दैनिक मजदूरी करता है और एक माह में 4000 से 5000 रूपये तक ही कमा पाता है। कंचन किराये के घर पर रहती हैं, जिसमें सिर्फ बिजली की व्यवस्था है, शौचालय के लिए खुले में जाती हैं। यह 21 वर्ष की आयु में पहली बार गर्भवती हुई। यह सिर्फ बीमार होने पर ही स्वास्थ्य का परीक्षण कराती हैं। इस गर्भ से पूर्व कंचन के 2 बच्चे (प्री–मिच्योर) अवस्था में मर चुके हैं, इसका कारण पूछने पर काफी समय बाद कंचन अपने ऊपर हवा–बयार (भूत प्रेत) का असर बताती हैं, जिसके कारण उसके दो बच्चे समय से पूर्व खत्म हो गये। कंचन को स्वास्थ्य सुविधाओं की जानकारी काफी कम है। इन्होंने आस–पड़ोस की महिलाओं के कहने पर अपना पंजीकरण कराया और टिटनेस के टीके लगवाये। इनका कहना है, कि स्वास्थ्य केन्द्र काफी दूरी पर हैं और परिवार में उनको कोई भी ले जाने वाला नहीं है। जिससे वह अस्पताल जा सके। कंचन को हाई रिस्क प्रेग्नेन्सी के अन्तर्गत रखा गया, क्योंकि अपनी गर्भावस्था में कंचन मल्टीपल प्रेग्नेन्सी की समस्या के अलावा एनीमिक भी हैं। स्वास्थ्यकर्ता द्वारा इन्हें अपना विशेष ध्यान रखने को कहा गया। इन्होनें घरेलू सावधानी के साथ खान–पान में भी विशेष परिवर्तन नहीं किया। कभी–कभी दूध, दही, हरी–सब्जियाँ, दाल, यदा–कदा फल आदि शामिल कर लेती हैं। कंचन को महिलाओं हेतु चलायी जा रही मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाओं की कोई जानकारी नहीं है। गर्भावस्था के दौरान इनके पति यौन सम्बन्ध बनाने का दबाव डालते हैं,

जिसे यह मना नहीं कर पाती। इनके पति परिवार नियोजन का कोई साधन भी नहीं अपनाते हैं, क्योंकि न तो साधन उपलब्ध है और न ही उसके विषय में जानकारी हैं। यह झाड़–फूँक आदि पर काफी विश्वास करती हैं और अपने शरीर (कमर) में काला धागा, ताबीज पहन रखा है, जिससे इनका शिशु सही से जन्म ले सके।

केस–8

सीमा पुरसैनी गाँव में रहती हैं, इनकी आयु 38 वर्ष है और पति की आयु 45 वर्ष है। इनका विवाह 28 वर्ष की आयु में हुआ था। यह अशिक्षित है और पति भी पढ़ा लिखा नहीं है। पति शराब बनाने वाली फैक्ट्री में काम करता है। वह दैनिक मजदूरी कर 5000 से 6000 रूपये तक महीने में कमा लेता है। यह अनुसूचित जाति की है, और संयुक्त परिवार में रहती है। इन्होंने जब पहला गर्भधारण किया तब आयु 28 वर्ष थी। इनके चार बच्चे हैं और यह पाँचवा हैं। सभी बच्चे घर पर दाई द्वारा हुए। इनके सभी बच्चों में एक वर्ष से भी कम का अन्तर है। यह परिवार नियोजन का कोई भी साधन नहीं अपनाती और न ही इस विषय की कोई जानकारी ही है। यह जल्दी–जल्दी बच्चे नहीं पैदा करना चाहती, किन्तु पति शराबी है, मारता–पीटता है और जबरदस्ती यौन सम्बन्ध बनाता हैं। जिसके कारण इनका कई बार गर्भपात भी हो चुका हैं। जिसका इलाज प्राइवेट अस्पताल में कराया। इस गर्भावस्था में आयरन व खून की कमी के कारण इनके पूरे शरीर में काफी सूजन हैं। इन्हें सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से दवाएँ भी मिली हैं, किन्तु वो पर्याप्त नहीं है। डॉक्टर ने बाहर की दवाएँ भी लिखी हैं, किन्तु पैसों की कमी के कारण बाजार से दवाएँ नहीं खरीद सकती। इन्हें आँगनबाड़ी से सिर्फ टीकाकरण की ही सुविधा मिली है। इन्हें दलिया (पोषाहार) व आयरन की दवाएँ नहीं मिली हैं। यह अपनी गरीबी को अपने स्वास्थ्य के लिए उत्तरदायी मानती हैं। सरकार की तरफ से जो स्वास्थ्य सम्बन्धी सुविधाएँ उपलब्ध कराई गयी, वे नियमित रूप से लोगों तक नहीं पहुँच पाती है। इनका कहना है कि स्वास्थ्य केन्द्रों पर स्वास्थ्य कर्ताओं का व्यवहार अच्छा नहीं होता है। इसलिए औरतें सरकारी अस्पतालों में नहीं जाती। घर पर

ही बच्चा पैदा करना अच्छा मानती है। यह अपना प्रसव प्राइवेट अस्पताल में कराना चाहती हैं, क्योंकि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सुविधा नहीं है, साथ ही परिवहन की भी कोई व्यवस्था नहीं है।

केस–9

अंशू 25 वर्ष की हैं। यह बक्शी का तालाब में देवरी रूखारा गाँव में रहती हैं। यह कुर्मी जाति की हैं। इन्होंने बी0ए0 तक शिक्षा ग्रहण की है। इनका विवाह 24 वर्ष की आयु में हुआ था। यह गृहिणी है और संयुक्त परिवार में रहती हैं। इनके पति की आयु 30 वर्ष है। इनके पति प्राइवेट नौकरी करते है। इनकी मासिक आय 5,000 रूपये महीना हैं। इनके ससुर के पास कृषि योग्य 2 बीघा भूमि है। इनका घर अर्द्धपक्का है। घर में बिजली की व्यवस्था है। इनके घर में शौचालय नहीं है। इन्हें खुले में शौच हेतु जाना पड़ता है। इन्हें खराब लगता है, लेकिन यह कुछ नहीं कर पाती। अंशू ने आँगनबाड़ी केन्द्र से इन्होंने टिटनेस का टीकाकरण कराया और नियमित आशा के सम्पर्क में रही। यह इनका पहला बच्चा है और इन्होंने मातृ वंदना सरकारी योजना हेतु फार्म भी डाला है। अपनी गर्भावस्था के दौरान आठवें माह में यह गम्भीर एनीमिया से ग्रसित हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में डॉक्टर द्वारा बाहर की दवा ऐलोपैथिक खाने को कहा। इन्होंने अपना प्रसव सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र में न करके प्राइवेट अस्पताल में कराया।

केस–10

सुनीता नगवामऊ गाँव की रहने वाली है। यह 30 वर्ष की है और अशिक्षित है। इनका विवाह 17 वर्ष की आयु में हुआ था। यह संयुक्त परिवार में रहती हैं। इनके परिवार में सभी मामलों में ससुर ही निर्णय लेते हैं। इनके पति की उम्र 35 वर्ष है और वह भी पढ़े लिखे नहीं है। वह कृषि द्वारा अपना जीविकोपार्जन करते हैं। इनके पास दो बीघा खेतिहर जमीन है। सुनीता का 13 वर्ष का बेटा है, जिसका जन्म घर पर हुआ है। दूसरा पुत्र 11 वर्ष का पुत्र है वह भी घर पर हुआ। 9 वर्ष का भी एक पुत्र है। जिसका जन्म सामुदायिक

स्वास्थ्य केन्द्र पर हुआ। इस बच्चे को जरूरी टीके लगवाये। इनका मकान अर्द्धपक्का है, किन्तु घर में शौचालय नहीं है। शौच हेतु इन्हें काफी दूर जाना पड़ता है। जब यह पहली बार गर्भवती हुई, तब इनकी आयु 17 वर्ष थी। सास और ससुर के काफी दबाव के कारण यह गर्भवती हुयी। यह अपना स्वास्थ्य परीक्षण काफी बीमार होने पर ही कराती हैं। परिवार नियोजन के साधनों को कभी–कभी प्रयोग कर लेती हैं, चूँकि हर समय साधन उपलब्ध नहीं हो पाते। इनके दो बच्चे पूरे माह के पेट में ही खत्म हो गये। इनका मानना है कि हवा–बयार के कारण मेरे बच्चे मर गये। यह दुआ–ताबीज, झाड़–फूंक, टोना टोटका पर काफी विश्वास करती हैं। इनमें खून की कमी पायी गयी, जिसके कारण इन्हें हाई रिस्क जोन में रखा गया है। इन्होंने आँगनबाड़ी केन्द्र पर अपना पंजीकरण करवाया और सभी जाँच सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर करवायी।

केस–11

मोनी चिनहट के रोशनाबाद कस्बे में रहती हैं। यह 21 वर्ष की हैं। यह एकाकी परिवार में रहती है। इन्होंने पाँचवी तक ही शिक्षा ग्रहण की है। मोनी के पति भी पाँचवी तक पढ़े हैं और लोहे की दुकान पर मजदूरी करते हैं। इनकी मासिक आय 5000 रूपये हैं। इनके सास–ससुर साथ में नहीं रहते। इनका घर छोटा और अर्द्धपक्का है। घर में बिजली की अनियमित व्यवस्था है, किन्तु शौचालय नहीं है। खुले में शौच करने पर शर्मिन्दगी का अनुभव होता है, किन्तु यह मजबूरी पर ही जाती हैं। यह हैण्डपम्प के पानी का प्रयोग करती हैं। घर में मोटरसाइकिल, टीवी, फोन इत्यादि भौतिक संसाधन हैं। मोनी का यह पहला बच्चा है। मोनी के परिवार की आर्थिक स्थिति अच्छी नहीं है। इन्हें पीलिया व टी0बी0 की बीमारी हुयी है, जिसका इलाज सरकारी अस्पताल में चल रहा है। आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण इन्हें गर्भावस्था के दौरान पर्याप्त भोजन नहीं मिल पाता। जो मिल जाता है वह खा लेती हैं। इन्होंने अपने नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर अपना स्वास्थ्य का परीक्षण कराया और स्वास्थ्य सम्बन्धी जरूरी जाँचे भी करायी। इनके क्षेत्र में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र अधिक दूरी पर

होने के कारण यह दूसरे क्षेत्र में अपना प्रसव करायेगी। यह सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र की सेवाओं से संतुष्ट हैं और अपना प्रसव सी0एच0सी0 पर पर कराना चाहती हैं। यह पूजा–पाठ, मान्यताओं पर विश्वास करती हैं, क्योंकि मोनी सास विषय में सदैव करने को कहती है।

केस–12

संगीता घैला गाँव की निवासी है। इनकी आयु 25 वर्ष तथा इसके पति की आयु 27 वर्ष है। ये बिल्कुल पढ़ी लिखी नहीं हैं। जब इनका विवाह हुआ था, तब यह मात्र 19 वर्ष की थी। ये संयुक्त परिवार में रहती है। इनके पति फर्नीचर का काम करते हैं। इनके पास कृषि भूमि नहीं है। फर्नीचर के काम से पूरे परिवार का खर्चा चलाते हैं। इनके ससुर बीमार रहते हैं, जिससे वह कुछ काम नहीं कर पाते हैं। परिवार की मासिक आय 10,000 रूपये तक है। कभी–कभी आय कम भी हो जाती है। संगीता का यह दूसरा बच्चा है। पहला बच्चा आठ माह का पैदा होकर खत्म हो गया था, क्योंकि बच्चे को गम्भीर पीलिया हो गया था। संगीता भी पीलिया से बीमार रह चुकी हैं। इस गर्भावस्था में संगीता को उच्च रक्तचाप की समस्या अधिक है। गर्भावस्था के दौरान यह खान–पान पर विशेष ध्यान दे रही है। नाश्ते में ये चाय और नमकीन बिस्कुट लेती है। खाने में दाल व हरी सब्जियों का प्रयोग के साथ दूध भी सप्ताह में एक दो बार ले लेती हैं। अशिक्षित होने के कारण यह पहली गर्भावस्था में स्वास्थ्य सम्बन्धी सावधानियों के विषय में नहीं जानती थी। लेकिन आशा के समझाने पर इस गर्भावस्था में अपना थोड़ा ध्यान रख रही हैं। यह दुआ–ताबीज, मौलवी द्वारा झाड़–फूँक कराने पर विश्वास रखती हैं। संगीता ने अपना पंजीकरण आँगनबाड़ी केन्द्र पर कराया, किन्तु कुछ प्रसवपूर्व जाँचें प्राइवेट अस्पताल में करानी पड़ी। संगीता के शिशु का जन्म बलराम अस्पताल जो कि लखनऊ का प्रसिद्ध सरकारी अस्पताल है। वहाँ पर हुआ। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से रेफर किए जाए पर इनका प्रसव सिजेरियन विधि द्वारा हुआ।

केस–13

30 वर्षीय पूजा बक्शी का तालाब के संसारपुर गांव में रहती है। ये लोधी जाति की हैं। इनका विवाह 15 वर्ष की आयु में हो गया था। पूजा और इनके पति दोनों ही अशिक्षित है। इनके पति दैनिक श्रमिक (मजदूरी) का कार्य करते हैं और प्रतिमाह 3 हजार से 5 हजार रूपये तक कमा लेते हैं। आमदनी कम भी हो जाती है, दिहाड़ी पर प्रतिदिन काम नहीं मिल पाता है। ये एकाकी परिवार में रहती हैं और इनके पास कृषि भूमि नहीं है। इनका मकान कच्चा है, व छप्पर डाला हुआ है। बिजली कभी–कभी ही आती है। सभी कार्य दिन की रोशनी में खत्म कर लेती है। इनकी तीन पुत्रियाँ है। पहली पुत्री 12 वर्ष की है। दूसरी पुत्री 7 वर्ष की और तीसरी पुत्री 6 वर्ष की है। दो बड़ी बेटियाँ सरकारी विद्यालय में पढ़ती है। सभी बच्चे घर पर दाई द्वारा हुए है। बेटियों को सिर्फ एक दो जरूरी टीके लगवाये है। यह 6 माह से गर्भवती है और इन्हें एनीमिया है। इनके दो बच्चे प्री–मिच्योर प्रसव होकर खत्म हो गए। पूजा कहती है कि *''हम उन दिनन सका गए राहन, जिके कारण हमार दोनों लरिका खत्म होई गए रहाय''*। यह दुआ–ताबीज पर काफी विश्वास करती हैं। यह गर्भावस्था के दौरान दूध, दाल, सब्जी नियमित खाती है। घर पर भैंस होने के कारण दूध को बेचकर कुछ आमदनी हो जाती हैं। इन्हें मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं की बिल्कुल जानकारी नहीं है। इन्हें उज्ज्वला योजना का लाभ प्रधान के सम्पर्क में होने के कारण मिल गया। जिससे घर में एल0पी0जी0 गैस का कनेक्शन है। उसका प्रयोग सिर्फ कभी–कभी जरूरी काम के लिए ही करती हैं। इस बार इन्होंने अपना पंजीकरण आँगनबाड़ी केन्द्र पर कराया है। यह पति की हिंसा का शिकार भी होती हैं। लगातार बेटियाँ पैदा होने पर इनका पति इन्हें मारता–पीटता है, क्योंकि उसे लड़का चाहिए और इसलिए यह भी लड़का चाहती हैं। ये लड़के को वंश वृद्धि हेतु जरूरी समझती है। यह बेटे के लिए लगातार बच्चे कर रही हैं। इनके बच्चों की जब तबियत खराब होती है तो सिर्फ नजर उतारना व झाड़–फूँक डलवा लेती हैं।

केस–14

21 वर्षीय सोनू चिनहट विकास खण्ड में रोशनाबाद में रहती हैं। इन्होंने बारहवीं कक्षा तक पढ़ाई की है। इनके विवाह के 3 वर्ष पूर्ण हुए हैं। यह संयुक्त परिवार में रहती हैं। परिवार में सास, ससुर, पति के अलावा छोटे देवर व ननद भी रहते हैं। इनका परिवार गरीबी रेखा के नीचे आता है। इनके परिवार में सभी अशिक्षित हैं। इनके पति व ससुर दैनिक मजदूरी करते हैं। इनके पास कृषि भूमि नहीं है। इनका मकान पक्का है, मकान में बिजली व शौचालय दोनों की व्यवस्था हैं। शौचालय में पानी की नियमित आपूर्ति है। सोनू का यह पहला बच्चा है। इन्होंने अपना पंजीकरण गाँव के आँगनबाड़ी केन्द्र में कराया है। जहाँ सिर्फ टिटनेस का टीका लगा है, बाकी जाँच सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में आशा के सहयोग से करायी है। सोनू गम्भीर एनीमिया व आयरन की कमी है और ए0एन0एम0 द्वारा इन्हें आयरन चढ़ाने की सलाह दी गयी। गर्भावस्था के दौरान इनका वजन भी काफी कम था। इन्हें स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं की थोड़ी बहुत जानकारी है, जिससे यह स्वयं आशा के सम्पर्क में रहती हैं। इन्होंने प्रथम शिशु के जन्म पर मिलने वाली मातृ वंदना योजना का पंजीकरण भी कराया है। इन्हें प्रसवपूर्व जाँच व दवाओं हेतु पैसे खर्च करने पड़े हैं। यह अपना प्रसव सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में ही कराना चाहती हैं। गर्भावस्था के दौरान यह अपने खान–पान पर विशेष ध्यान नहीं दे पाती हैं, क्योंकि इनके परिवार की आर्थिक स्थिति इतनी अच्छी नहीं है। यह शाकाहारी व मांसाहारी दोनों प्रकार के भोजन को अपने आहार में शामिल करती है। ये दाल, सब्जी, रोटी नियमित रूप से खाती हैं। गर्भावस्था के दौरान इन्हें पति के दबाव के कारण कभी कभार यौन सम्बन्ध भी बनाने पड़ जाते हैं, जिसके कारण इन्हें काफी पीड़ा होती है। इनके मना करने पर पति गाली–गलौज व कभी–कभी पिटाई भी कर देता है।

केस–15

35 वर्षीय उर्मिला मुस्लिम नगर की रहने वाली हैं। ये अपने को राठौर बताती हैं। इनका विवाह 18 वर्ष की आयु में हुआ था। इनके पति व यह दोनों

ही अशिक्षित हैं। उर्मिला के परिवार वालों ने इन्हें नही पढ़ाया। ये एकाकी परिवार में रहती हैं। उर्मिला के पति दैनिक मजदूरी करते हैं। जिससे प्रतिमाह 5 से 6 हजार रूपये तक कमा लेते हैं। इनकी 7 बेटियाँ हैं। सबसे बड़ी पुत्री 16 वर्ष की है सभी बेटियाँ घर पर दाई द्वारा ही हुई। इनका मकान पक्का बना है। मकान में सभी सुविधाएँ हैं। यह हैण्डपम्प के पानी का प्रयोग करती हैं। कभी–कभी ये पानी उबालकर प्रयोग करती हैं, क्योंकि घर में इनके अलावा एक दो सदस्यों को पीलिया, पेचिस इत्यादि रोग हो चुके हैं। विवाह के एक माह बाद ही यह पहली बार गर्भवती हो गयी थी। यह दो एक बार अपना गर्भपात भी करा चुकी हैं, क्योंकि इनकी पहले से 7 पुत्रियाँ हैं, इसलिए पति व उर्मिला दोनों को पुत्र की आवश्यकता अधिक है। यह वंशवृद्धि हेतु बेटे का होना जरूरी मानती हैं, इसलिए यह अब बेटी नहीं चाहती हैं। ए0एन0एम0 और आशा के कई बार पूछने पर भी अपने गर्भावस्था के विषय में खुल नहीं बताती हैं। इन्हें स्वास्थ्य योजनाओं के विषय में अधिक जानकारी नहीं है। इन्होंने आँगनबाड़ी केन्द्र पर पंजीकरण कराया और टी0टी0 के टीके लगवाये। अन्य जाँच कराना ये जरूरी नहीं समझती किन्तु लिंग का पता करने के लिए दाई का सहारा ले लेती है। इनका कहना है कि आँगनबाड़ी केन्द्र से इन्हें कुछ मिलता नहीं तो आने का फायदा क्या है, क्योंकि केन्द्र से न ही आयरन की गोलियाँ मिलती हैं और न ही दलिया। इसलिए यह सिर्फ गर्भावस्था की प्रथम तिमाही तक ही केन्द्र पर आती हैं।

केस–16

22 वर्षीय राफिया बानो ग्राम मुस्लिमनगर बक्शी का तालाब में रहती हैं। ये मुस्लिम समुदाय की हैं और बिल्कुल पढ़ी लिखी नहीं हैं। इनका विवाह 20 वर्ष की आयु में हुआ। इनके पति पेशे से ड्राइवर हैं और प्रतिमाह 6000 रूपये कमाते हैं। इनके पति ने कक्षा–10 तक पढ़ाई की है। ये अपने सास–ससुर से अलग परिवार में रहती हैं। इनकी एक वर्ष की पुत्री है, जिसका जन्म प्राइवेट अस्पताल में हुआ था। इनका मकान पक्का है और घर में बिजली, शौचालय,

एल0पी0जी0 की व्यवस्था है। ये नौ माह की गर्भवती हैं, और एनीमिक भी है। डॉक्टर ने इन्हें आयरन की गोलियाँ व हरे–पत्तेदार सब्जियाँ खाने की सलाह दी। यह गर्भावस्था के दौरान दूध का सेवन नहीं करती, क्योंकि इन्हें दूध नहीं पसन्द हैं। ये मांस–मछली खाती हैं। इन्हें स्वास्थ्य योजना के विषय में कम जानकारी है। आँगनबाड़ी केन्द्र पर पंजीकरण तो कराया, किन्तु प्रसवपूर्व देखभाल पूरी जाँच न होने के कारण में वहाँ नहीं जाती है। इनका कहना है कि केन्द्रों पर कोई सुविधा नहीं मिलती, सिर्फ टीका लग जाता है। राफिया ने अपना पहला प्रसव प्राइवेट अस्पताल में कराया है और दूसरा भी वहीं कराने की इच्छा रखती हैं। ये सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र की सुविधा से संतुष्ट नहीं हैं। इनका कहना है कि वहाँ भीड़–भाड़ बहुत रहती है, जिससे काफी समय खराब हो जाता है। इन्होंने अपनी बच्ची को एक वर्ष तक स्तनपान कराया। इनके दोनों बच्चों के समय में एक वर्ष से कम का अन्तर हैं। ये परिवार नियोजन के साधनों के विषय में कम चर्चा करती हैं। ये अगला बच्चा पुत्र ही हो ऐसी इच्छा रखती हैं और इसलिए दरगाहों में मन्नत व रोजा भी रखती हैं। गर्भावस्था के दौरान दुआ–ताबीज, झाड़–फूँक कराने से कोई परहेज नहीं करती है। ऐसा करना बच्चे व माँ दोनों की सुरक्षा के लिए आवश्यक समझती हैं।

केस–17

ममता जो 28 वर्षीय हैं और अनुसूचित जाति की है। यह डलौना गाँव में रहती हैं। यह पाँचवी कक्षा तक पढ़ी हैं। इनके पति भी पाँचवी तक ही पढ़े हैं और दैनिक मजदूरी करके महीने में 6000 रूपये तक कमा लेते हैं। इनके पास 3 से 4 बीघा कृषि भूमि भी है, जिससे परिवार का खर्च पूरा हो पाता है। यह संयुक्त परिवार में रहती है और गरीबी रेखा से नीचे की श्रेणी में आती हैं। इनके परिवार को सरकार द्वारा सस्ती लागत पर कम दामों में राशन भी प्राप्त हो जाता है। इनकी दो बेटियाँ हैं, जिसमें बड़ी बेटी सात वर्ष की है और छोटी बेटी 5 वर्ष की है। इन्होंने तीसरी बार भी एक लड़की को जन्म दिया है। परिवार के लोग बेटियों के जन्म होने पर इन्हें काफी ताने सुनाते हैं। तब इन्हें

बुरा लगता है, फिर यह बेटी व बेटा को भगवान का जिम्मेदार मानने लगती हैं। इनकी दो बेटियों का जन्म सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर हुआ। एक बेटी में अचानक दर्द होने के कारण और परिवहन सुविधा समय पर उपलब्ध न हो पाने के कारण यह अस्पताल समय पर नहीं पहुँच पायी। इनका मकान कच्चा है। घर में बिजली है, किन्तु शौचालय नहीं है। जिसके कारण इस समय भी शौच हेतु खुले में जाती है। इस गर्भावस्था के दौरान यह एनीमिया के साथ टायफाइड से पीड़ित टायफाइड भी है। जिसका इलाज प्राइवेट में करा रही है। इनकी एक बेटी की मृत्यु प्रसव के तुरन्त कुछ समय बाद हो गयी। जिसका कारण खुद का डरना, भूत–प्रेत आदि को मानती हैं। इन्हें गर्भावस्था के दौरान यदाकदा दूध, दही, घी मिल पाता है। ये शाकाहारी के साथ मांसाहारी भी हैं और महीने में एक बार अण्डे या मांस–मछली का सेवन कर पाती हैं। यह नियमित रूप से हरी सब्जियां, दाल, रोटी का सेवन करती हैं। इन्हें जननी सुरक्षा योजना के साथ उज्ज्वला योजना का भी लाभ मिला है। यह आशा के सम्पर्क में रहती हैं और उनसे गर्भावस्था से सम्बन्धित समस्याओं को बताती है। यह सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उपलब्ध सुविधाओं से संतुष्ट हैं।

केस–18

संगीता 26 वर्ष की हैं और गोपालखेड़ा गाँव में रहती है। यह बिल्कुल पढ़ी–लिखी नहीं हैं। इनके विवाह के चार वर्ष हो गये है। ये रावत जाति की हैं। इनके पति भी अशिक्षित हैं और भट्ठे पर काम करते हैं। इनके परिवार की मासिक आय 12,000 हैं, क्योंकि संगीता भट्ठे पर काम करके 6000 रूपये महीने का कमाती हैं। यह एकाकी परिवार में रहती हैं। इनके पास कोई राशनकार्ड नहीं है। इनका एक पुत्र है, जो अभी चार वर्ष का पूरा हुआ है। पुत्र का जन्म सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सी0एच0सी0) में हुआ था, जिसके पश्चात् संगीता को जननी सुरक्षा योजना की धनराशि भी मिली थी। इनका मकान अर्द्धपक्का है। घर में बिजली है, किन्तु शौचालय नहीं है। गर्भावस्था के पूरे दिनों में काम करने से संगीता की बच्चेदानी की थैली फट गई थी। हीमोग्लोबिन की कमी के

कारण संगीता को हाई रिस्क प्रेग्नेन्सी जोन में रखा गया है। इनका एक बार गर्भपात भी हो चुका है, जोकि 4 महीने का था, जिसका इलाज इन्होंने प्राइवेट अस्पताल में कराया था। भोजन में यह सामान्य खाना जैसे–सब्जी–रोटी, दाल–रोटी व चावल खा लेती हैं। डॉक्टर की सलाह पर संगीता ने कभी–कभी दूध पीना शुरू किया है, क्योंकि दैनिक मजदूरी के कारण संगीता कमजोर हो गई है।

केस–19

अनीता ग्राम डलौना की निवासी हैं, जो कि कनौजिया (धोबी) जाति की हैं। इनकी चार वर्ष की एक बेटी है। इन्होंने पाँचवी तक शिक्षा प्राप्त की है। इनका विवाह 20 वर्ष की आयु में कर दिया गया था। यह संयुक्त परिवार में सास–ससुर, पति व अन्य सदस्यों के साथ रहती हैं। इनके पास 2 बीघा तक कृषि भूमि है। इनके पति ड्राइवर हैं और 6 हजार रूपये महीने का पाते हैं। इन्हें अपना प्रसव प्राइवेट अस्पताल में कराना पड़ा था क्योंकि यह मल्टीपल प्रेग्नेन्सी की समस्या से पीड़ित हैं। गर्भावस्था के दौरान यह एनीमिया से पीड़ित थी। इनके दो बार प्रि–मिच्योर डिलीवरी हुई, जिससे इनकी 6 महीने की बच्ची दर्द होने के कारण पेट में मर गयी। यह अर्धपक्कें मकान में रहती हैं। शौचालय हेतु बाहर जाती है। यह खाने में सभी चीजें खाती हैं। इन्होंने अपना पंजीकरण गर्भावस्था के दौरान कराया और सभी जरूरी जाँचे करायी। यह अपना प्रसव लखनऊ के अस्पताल में कराना चाहती हैं। संयुक्त परिवार में होने के कारण इन्हें पर्याप्त भोजन नहीं मिल पाता। बच्ची को स्तनपान कराने के कारण यह काफी कमजोर हो गई हैं। गर्भावस्था के दौरान यह सदैव ए0एन0एम0 एवं आशा के सम्पर्क में रहती हैं। जब कभी इनकी बेटी को स्वास्थ्य सम्बन्धी दिक्कत होती है, तो यह उसकी झाड़–फूँक भी करवाती हैं। इनका विश्वास है कि इससे उनकी बेटी को फायदा होता है।

केस–20

पूनम 24 वर्षीय हैं और ग्राम इन्द्रजीत खेड़ा में रहती हैं। पूनम और इनके पति आठवीं कक्षा तक पढ़े हैं। इनका विवाह 18 वर्ष की आयु में हुआ था। यह एकाकी परिवार में रहती हैं। इनका एक पुत्र और एक पुत्री है। यह इनका तीसरा बच्चा है। इनके पति यू0पी0एल0 की फैक्ट्री में काम करते हैं और 7 से 8 हजार रूपये कमा लेते हैं। इनके परिवार के सभी निर्णय दोनों मिलकर लेते हैं। इनके पति की इच्छा है कि दो बेटे होने चाहिए। यह अपने स्वास्थ्य का परीक्षण केवल बीमार होने पर कराती हैं। बाकी स्थिति में यह घरेलू उपचार पर निर्भर रहती हैं। गर्भावस्था के दौरान पूनम एनीमिक, कमजोरी, सूजन जैसी समस्याओं से पीड़ित हैं। खून की कमी के कारण इन्हें हाई रिस्क जोन में रखा गया है। डॉक्टर ने इन्हें दवा के साथ अपने खान–पान में विशेष ध्यान रखने को कहा है। शरीर कमजोर होने के कारण इनका एक–दो बार गर्भपात भी हो चुका है, जिसका इलाज प्राइवेट अस्पताल में करवाया था। इनका कहना है कि सरकारी स्वास्थ्य सुविधाएँ बहुत ही मुश्किल से मिलती हैं। केन्द्रों पर काफी भीड़ रहती है और समय खराब होता है और इलाज भी सही से नहीं होता है। इन्हें कुछ स्वास्थ्य योजनाओं के विषय में जानकारी है। इन्हें जननी शिशु सुरक्षा योजना का लाभ भी मिला है। इनके गाँव में आँगनबाड़ी काफी दूरी पर है, तो यह सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर अपनी जाँच करा लेती हैं। इनके परिवार में जेठानी का अभी पूरे दिन का बच्चा गर्भ में मर गया, जिसका कारण यह हवा–बयार को मानती हैं।

अतः उपरोक्त केस स्टडी के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि महिलाओं की निम्न सामाजिक, आर्थिक स्थिति, अशिक्षा व अज्ञानता के कारण मातृत्व स्वास्थ्य प्रभावित होता है। जानकारी व स्वास्थ्य सम्बन्धी जागरुकता का अभाव होने के कारण महिलाओं को योजनाओं का लाभ नहीं मिल पाता।

निष्कर्ष

प्रस्तुत शोध अध्याय का उद्देश्य गर्भवती महिला एवं धात्री माँओं में गर्भावस्था के समय, प्रसव व प्रसव पश्चात होने वाली स्वास्थ्य सम्बन्धी

समस्याओं का अध्ययन करना था। जिसमें पाया गया कि सर्वाधिक 60.0 प्रतिशत महिलाएँ गर्भावस्था के दौरान आयरन व एनीमिया से ग्रसित हैं। यहाँ की महिलाओं में एनीमिया के अलावा 14 प्रतिशत संक्रमण (सिफलिस), कमजोरी, हाँथ व पाँव में सूजन, हार्टबर्न, बुखार इत्यादि समस्याएँ भी हैं, किन्तु वह इन्हें गर्भावस्था के समय होने वाली सामान्य समस्याएँ मानती है। बल्कि संक्रमण से कई बार योनि से अत्यधिक रक्तस्राव व तेज दर्द भी हो जाता है। जिसके परिणामस्वरूप महिलाओं को गर्भपात जैसी समस्या से जूझना पड़ता है। यहाँ 20.7 प्रतिशत महिलाओं को गर्भपात की समस्या का सामना करना पड़ा। अज्ञानता व अशिक्षा के कारण ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाएँ गर्भपात को ऊपरी लाग धक्का, हवा–बयार (भूत–प्रेत) को कारण मानती हैं। **गोखले एट ऑल, (2002)** ने अपने अध्ययन में पाया कि शहरों की महिलाओं की अपेक्षा ग्रामीण महिलाएँ निरक्षरता से अधिक प्रभावित होती हैं। महिलाओं में निरक्षरता होने की स्थिति में मातृत्व व शिशु मृत्यु दर को कम करने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग के प्रतिशत में सुधार कर पाना असम्भव है। अज्ञानता व अशिक्षा, पारिवारिक कार्यभार अधिक होने के कारण गर्भवती महिलायें अपने स्वास्थ्य पर समुचित ध्यान नहीं देती और अपने स्वास्थ्य की अनदेखी करती जाती हैं।

अध्ययन क्षेत्र में गर्भावस्था के दौरान निरन्तर हो रही मातृ मृत्यु को कम करने के लिए सामुदायिक स्तर पर प्रतिमाह 9 तारीख को सी0एच0सी0 पर गर्भवती महिलाओं का परीक्षण कर उनकी जटिल समस्याओं का निराकरण किया जा रहा है। इन समस्याओं में गम्भीर एनीमिया, बहुल गर्भपात (मल्टीपल प्रेग्नेन्सी), प्री–एम्लम्पसिया, डायबिटिक रोगों से ग्रसित महिलाओं को हाई रिस्क प्रेग्नेन्सी के अन्तर्गत रख कर स्वास्थ्य सुविधाएँ मुहैय्या करायी जा रही हैं। इसके बावजूद भी महिलाओं में मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याएँ अधिक हैं। मातृत्व स्वास्थ्य कई अन्तर्सम्बन्धित कारकों जैसे विवाह के समय आयु, अशिक्षा, आर्थिक स्थिति, रहन–सहन का परिवेश, निर्णय लेने की क्षमता, घरेलू हिंसा, उपलब्ध सुविधाओं के बारे में जानकारी का अभाव, सेवाओं की पहुँच में न होना,

पारम्परिक तौर–तरीकों व कर्मकाण्डों में विश्वास; साथ ही स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ उचित सम्पर्क न होना आदि से प्रभावित होता हैं।

प्रस्तुत शोध अध्ययन की अधिकांश महिलाओं की आर्थिक स्थिति निम्न है, जिसके कारण महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान पर्याप्त व पौष्टिक भोजन उपलब्ध नहीं होता, जिससे वह कमजोर व कुपोषित हो जाती हैं। इसका प्रभाव उन पर व उनके शिशु पर पड़ता हैं। महिलाओं का कहना है कि जब दाल रोटी मुश्किल से मिल पाता है तो घी, दूध, फल, मेवे इत्यादि दूर की बात है। यहां सिर्फ 41 प्रतिशत महिलाओं को दूध मिल पाता हैं, ज्यादातर महिलाएँ गर्भावस्था में सामान्य भोजन ही करती हैं। उनके भोजन की आवृत्ति में कोई परिवर्तन नहीं है। पारिवारिक कार्यभार अधिक होने के कारण महिलाएँ समय पर भोजन नहीं कर पाती हैं। सर्वाधिक 97 प्रतिशत महिलाएँ परिवार के सदस्यों को खिलाने के बाद ही भोजन करती हैं। ग्रामीण क्षेत्र की महिलाओं में भोजन सम्बन्धी कई भ्रांन्तियाँ भी पायी गयी हैं कि यदि महिलाएँ गर्भावस्था के दौरान अधिक भोजन करेंगी तो शिशु का वजन अधिक होगा और वह सामान्य प्रसव होने में परेशानी होगी। इसलिए वह गर्भवती होने पर सामान्य भोजन ही करती है। जिसका प्रभाव उनके व शिशु के स्वास्थ्य पर पड़ता हैं।

अध्ययन क्षेत्र की महिलाओं में मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी का अभाव है। महिलाओं में प्रसव सम्बन्धी समस्याएँ जैसे उल्टा शिशु या नाभि–रज्जू, शिशु की गर्दन फँसने की स्थिति अथवा माँ और बच्चे की धड़कन और साँस कमजोर होने पर प्रसव पीड़ा न सहन कर पाने में किस प्रकार की सहायता की आवश्यकता है, यह सभी मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी महत्वपूर्ण मुद्‌दे हैं, जिन पर सरकार को ध्यान देने की आवश्यकता है।

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- ब्लैक, आर0.ई0, विक्टोरिया, सी0 जी0, वाल्कर, एस0 पी0, भुटटा, जैड0 ए0, क्रिश्चन, पी0, एट0 ऑल0 (2013), मैटरनल एण्ड चाइल्ड अन्डरन्यूटीशन एण्ड ऑवरवेट इन लो वेट–इनकम एण्ड मिडिल–इनकम कन्ट्रीरी्ज, दि लैसेट, (1990) 382 पृ0–427–451.
- बट्टा, के0, लैथा (2003),अवेयरनेस अबाऊट दि प्लॉब्लम इन प्रेग्नेन्सी सोशल वेलफेयर, 50.16 30–31
- गोगोई, एम0; एण्ड पुरुस्टी, आर0 (2013), मैटरनल एनीमिया, प्रेग्नेन्सी कॉम्पलीकेशन एण्ड बर्थ आउटकमः इवीडेन्स फ्राम नॉर्थ ईस्ट इण्डिया जर्नल ऑफ नार्थ ईस्ट इण्डिया स्टडीज वाल्यूम–3 न0–1,पेज 74-85.
- गोपालन, सी0 (1989), वूमेन एण्ड न्यूट्रीशन इन इंडिया; न्यू दिल्ली.
- हॉफमेयर, जी0, डूले, ए0, एण्ड अतलहा, ए. (2007), डायट्री कैल्शियम सपली मेन्ट्रेशन फॉर प्रीवन्शेन ऑफ प्री–एक्लम्पसिया एण्ड रिलेटेड प्लॉबल्मः ए सिस्टेमैटिक रिव्यू एण्ड कन्ट्री. जीः एन इन्टरनेशनल जर्नल एण्ड ऑपैसट्रिक एण्ड गाइनोलॉजी,114, पृ0–933–43
- लेविस, जी0 एण्ड ड्रिराइफ, जे0 (2004), वॉय मदर डाई. 2000–2002.
- पिल्ले, जी0, (1993), रिव्यूजिंग डेथ फ्रॉम प्रेग्नेन्सी एण्ड चाइल्ड बर्थः एशिया, लिंक न्यूयार्क. 9(5)ः 11–3.
- शैनॉन, के0, महमूद ए0 एण्ड अली, एम0 (2008), दि सोशल एण्ड इनवायरमेंटल फैक्टर अन्डरलेइिंग मैटरनल मालयूट्रीशन इन रुरल बांग्लादेशः इम्पलीकेशन फॉर रिप्रोडक्टिव एण्ड न्यूट्रिशन प्रोग्राम, हेल्थ केयर फॉर वूमन इण्टरनेशनल, 29ः 826–840.
- शर्मा, जे0, एण्ड शंकर, एम0 (2010), एनीमिया इन प्रेग्नेन्सी, जर्नल ऑफ इन्टरनेशनल मेडिकल साइसेन्स एकेडमी, वाल्यूम–23, संख्या–4, 253–260.

- शेखर,एस0 एट ऑल (2015), दि इन्सीडेन्ट अबॉरशन एण्ड यूनीनडेन्ट प्रेग्नेन्सी इन इंडिया, लैंसेट ग्लोब हेल्थ (2018), ई0 111–201.
- एस0आर0एस0, (1977–2003), आर0जी0आई0, भारत सरकार.
- हैरिसफ्राई, एट0 एण्ड सिवाले, एम0.(2017), डिटरलेनेशन ऑफ हाउसहोल्ड–फूड ऐलोकेशन बिटविन अडल्ट इन एशिया–ए सिस्टेमैटिक रिव्यू. इण्टरनेशनल जर्नल फॉर इक्विटी इन हेल्थ,16 (107).
- रामचन्द्रा सी0, रेखा, एन0 एट ऑल, (2016), कम्पैराटिव स्टडी ऑफ दि सिरम कैल्शियम लेवल इन नॉरमल प्रेग्नेन्सी एण्ड प्री–ऐक्लम्पैस्टिक वूमेन इन ए टरटैरी सेन्टर इन इंडिया, इन्टरनेशनल जर्नल ऑफ मेडिकल रिसर्च रिव्यू, (5)4,पी0–834–838.
- डब्ल्यू0एच0ओ0 (2001), आयरन डेफीसिएन्सी एनीमियाः असेस्मेन्ट, प्रीवेन्शन, एण्ड कंट्रोल, जेनेवा, वर्ल्ड हेल्थ ऑरग्रार्नाईजेशन, अडप्टेड बाय मैग्ड़ोनाल्ड एट एट ऑल, 2007.
- डब्ल्यू0एच0ओ0 (2015), टेन्ट इन मैटरनल मॉरटाल्टीः 1990–2018 इस्टीमेट डवलपमेन्ट, डब्ल्यू0एच0ओ0, यूनिसेफ, यूनिफपा एण्ड दि वर्ल्ड बैंक, जेनेवा
- वेनेगर एण्ड जार्ज, (1990). न्यूट्रीशन अपडेट (न्यूयॉर्कः अवेली–इण्टरसाइन्स पब्लिकेशन, 207–224.

✲✲✲

सप्तम अध्याय

महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव

सप्तम् अध्याय

महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव

प्रस्तुत शोध अध्याय में केन्द्र व राज्य द्वारा स्वास्थ्य योजनाओं एवं कार्यक्रमों के क्रियान्वयन पश्चात् महिलाओं में स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग के स्तर व प्रभावों पर प्रकाश डाला गया है। इस अध्याय को दो खण्डों में विभाजित किया गया है, जो निम्नवत् है–

7.1 अध्ययन क्षेत्र में क्रियान्वित विभिन्न मातृत्व स्वास्थ्य योजनाएँ एवं कार्यक्रमों की पृष्ठभूमि व विशेषताएँ।

7.2 उत्तरदाताओं में मातृत्व स्वास्थ्य योजनाओं के उपयोग का स्तर एवं प्रभावों का प्राथमिक तथ्यों के आधार पर विश्लेषण

भारत एक लोक कल्याणकारी राज्य होने के कारण महिलाओं के स्वास्थ्य में सुधार लेने हेतु चेतनाबद्ध है यद्यपि विगत् वर्षों में मातृत्व मृत्यु दर को नियंत्रित करने व मातृत्व स्वास्थ्य के संरक्षण व संवर्धन के लिए अनेक योजनाएँ एवं कार्यक्रम चलाये जा रहे हैं। स्वास्थ्य कार्यक्रमों के क्रियान्वयन फलस्वरूप मातृत्व स्वास्थ्य संकेतकों (मातृ मृत्यु दर, ए0एन0सी0 सेवाओं के उपयोग के स्तर, संस्थागत प्रसव, व परिवार नियोजन के प्रति जागरुकता) में आंशिक वृद्धि देखी गयी। इसके बावजूद आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं की अशिक्षा व जागरुकता का अभाव निम्न स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार है। गाँव से स्वास्थ्य केन्द्रों की दूरी, सरकारी स्वास्थ्य योजनाओं के प्रति अरुचि, स्वास्थ्य केन्द्रों में सुविधाओं की अनुपलब्धता इत्यादि के कारण महिलाओं की स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँच नहीं है। **नोमित, चंद्रयोक एट ऑल (2006)** के 28 जिलों के ग्रामीण क्षेत्रों के क्रॉस सेक्शनल अध्ययन में पाया कि स्वास्थ्य केन्द्रों तक महिलाओं की पहुँच नहीं है। स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की उपलब्धता के बावजूद ग्रामीण

महिलाएँ प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं का लाभ लेने में असमर्थ रहती हैं। **विजय एवं चक्रपाणि,(1995)** का अपने अध्ययन में कहना है कि ग्रामीण क्षेत्र में अधिकांश लोग उचित परिवहन सुविधाओं की कमी के कारण स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग नहीं कर पाते, क्योंकि स्वास्थ्य केन्द्रों के खराब प्रबन्धन, अशिक्षा व जागृति की कमी के कारण महिलाओं का स्वास्थ्य केन्द्रों के प्रति मोह भंग हो रहा है।

7.1 मातृत्व स्वास्थ्य योजनाएँ एवं कार्यक्रमों का मूल्याकंन

भारत में समय–समय पर महिलाओं के स्वास्थ्य स्तर को ऊँचा करने हेतु कई योजनाएँ चलायी जा रही हैं, जिसमें स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) का प्रारम्भ 2005 में किया गया। इस मिशन का लक्ष्य स्वास्थ्य सेवाओं की बुनियादी संरचना में पाए जाने वाले क्षेत्रीय असंतुलन को कम करना और विकेंद्रीकरण द्वारा जनशक्ति का प्रयोग कम करना था। इसमें बीमारू राज्य और उत्तर–पूर्वी राज्य, जम्मू व कश्मीर और हिमाचल प्रदेश सहित 18 राज्यों पर विशेष ध्यान दिया गया है। एन0आर0एच0एम0(NRHM) ने ग्रामीण क्षेत्रों में विशेष रूप से कमजोर वर्ग तक सरल, सुगम, सस्ती, व गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ पहुँचाने का लक्ष्य निर्धारित किया। इस मिशन का लक्ष्य 7 वर्ष की अवधि (2005–2012) में माताओं की मृत्यु दर को घटाकर 100 करना, शिशुओं की मृत्यु दर को 30 और पूर्ण प्रजनन दर को 2.1 करना था। अतः उपलब्ध आँकड़ों से यह अवगत होता है कि इस दिशा में कुछ प्रगति हुई है, किन्तु किसी भी लक्ष्य को हासिल नही किया जा सका है(आयोग, 2011)। इसलिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की अवधि को 2017 तक बढ़ाया गया।

इस मिशन में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आर0सी0एच0), जननी सुरक्षा योजना, मातृ एवं शिशु सुरक्षा कार्ड, आशा योजना, जननी शिशु सुरक्षा योजना, इत्यादि स्वास्थ्य योजनाओं को एकीकृत किया गया। जिसमें सामुदायिक स्तर पर स्वास्थ्य प्रदाताओं व पंचायती राज संस्थाओं की भागीदारी सुनिश्चित की

गयी। एन0आर0एच0एम के अर्न्तगत स्वास्थ्य सेवाओं को गाँव के लोगों के मध्य पहुँचाने के लिए देशभर में 9.15 लाख से अधिक आशा को नियुक्त किया गया है।

जननी सुरक्षा योजना (JSY)

जननी सुरक्षा योजना राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अर्न्तगत् क्रियान्वित की जा रही है। इस योजना का मुख्य उद्देश्य गरीब गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव के लिए प्रोत्साहित करना एवं मातृ एवं शिशु मृत्यु दर को कम करना है। यह शत् प्रतिशत केन्द्र प्रायोजित योजना है। इसका शुभारम्भ 12 अप्रैल, 2005 में किया गया। इस योजना में गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव कराने पर प्रोत्साहन राशि प्रदान की जाती है और गर्भावस्था, प्रसव व प्रसव पश्चात् गुणवत्तापूर्ण मातृत्व स्वास्थ्य सेवाएँ सुनिश्चित की जाती है। गाँवों व शहरों में इस योजना का क्रियान्वयन आशा बहुओं द्वारा किया जा रहा हैं।

महत्वपूर्ण विशेषताएँ

- सभी गर्भवती महिलाएँ जिनका प्रसव (सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों, उपकेन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, प्रथम सन्दर्भ (रेफरल) इकाई, जिला अस्पताल) आदि के जनरल वार्ड में हुआ हो, इस योजना की पात्र है।
- गरीबी रेखा से नीचे (बी0पी0एल) और अनुसूचित जाति व अनुसूचित जनजाति की गर्भवती महिलाएँ जिनका प्रसव निजी अस्पताल में हुआ हो।
- संस्थागत प्रसव कराने पर नकद प्रोत्साहन राशि सिर्फ दो बच्चों के जन्म तक।
- यह योजना गरीब गर्भवती महिलाओं पर केंद्रित है। जिन राज्यों में संस्थागत प्रसव दर कम है, जैसे–उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, बिहार,

झारखण्ड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, असम, ओडिशा, राजस्थान और जम्मू–कश्मीर को कम प्रदर्शक राज्यों (LPS) की श्रेणी में रखा गया है अतः शेष राज्यों को उच्च प्रदर्शक राज्य (HPS) के रुप में नामित किया गया है।

- समुदाय में सभी गर्भवती महिलाओं को चिह्नित कर मातृ व शिशु सुरक्षा कार्ड (MCP) व जननी सुरक्षा योजना हेतु पंजीकृत करना है। आशा/आँगनबाड़ी कार्यकत्री और अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्ता ए0एन0एम0 और एम0ओ0 के पर्यवेक्षण में गर्भवती महिलाओं की एक सूक्ष्म जन्म सूची बनाएगें, जिससे प्रसवपूर्व देखभाल (ए0एन0सी0) और प्रसव पश्चात् देखभाल (पी0एन0सी0) की निगरानी रखने में सहायक होगी।
- **संस्थागत प्रसव के लिए नकद सहायता राशि की दर**

वर्ग	ग्रामीण क्षेत्र		योग	नगरीय क्षेत्र		योग
	गर्भवती महिला को प्राप्त राशि	आशा	रु0	गर्भवती महिला को प्राप्त राशि	आशा का मान देय	रु0
LPS	1400	600	2000	1000	200	1200
HPS	700	200	900	600	200	800

- आशा यह सुनिश्चित करेगी कि सभी गर्भवती महिलाएँ अपना व शिशु का ध्यान रखे और उन्हें प्रसव देखभाल, टीकाकरण सेवाएँ उपलब्ध हो। ये सेवाएँ यदि स्वास्थ्य केन्द्र पर न मिल पायें तो स्वास्थ्य व पोषण दिवस पर आँगनबाड़ी केन्द्रों व उपकेन्द्रों पर उपलब्ध करायी जानी चाहिए।

उपलब्धियाँ

जननी सुरक्षा योजना की उपलब्धियों पर नजर डालें तो यह योजना संस्थागत प्रसव में वृद्धि के साथ–साथ मातृ मृत्यु दर को भी कम करने में सफल रही है। 2005–06 में लाभार्थियों की संख्या 7.39 लाख थी, जो 2016–17 तक 1.05 करोड़ हो गयी। इसके साथ ही योजना के बजट में भी वृद्धि देखी गयी है। 2005–06 में 38.29 करोड़ से 2016–17 में 1788 करोड़ पहुँच गयी है।

- डी0एल0एच0एस–3, (2007–08) के अनुसार संस्थागत प्रसव में 47 प्रतिशत से बढ़कर एस0आर0एस0 (2012) में 73.1 की वृद्धि हुई।
- 2004–06 में मातृ मृत्यु दर (एम0एम0आर) 254 प्रति एक लाख जीवित जन्म से गिरकर 2013 में 167 तक रह गई है।
- 2005 में शिशु मृत्यु दर में 58 प्रति एक हजार जीवित जन्मों से कम होकर 2013 में 40 प्रति एक हजार जीवित जन्म तक रह गयी हैं।

जननी सुरक्षा योजना से लाभान्वित होने वाली महिलाओं में निरन्तर वृद्वि तो हुई किन्तु अभी भी यह योजना मात्र दो बच्चों के जन्म तक सीमित है। जिससे ग्रामीण महिलाएं अभी भी घर पर ही प्रसव कराना उचित समझती हैं। जिससे उत्तर प्रदेश राज्यों में मातृत्व संकेतकों में संतोषजनक सुधार आया है। जिसका विवरण निम्नलिखित सारणी में दिया गया हैं–

सारणी संख्या 7.1

उत्तर प्रदेश और लखनऊ में मातृत्व सेवाओं की स्थिति

मातृत्व स्वास्थ्य संकेतक		
प्रसवपूर्व देखभाल(ए0एन0सी)	उत्तर प्रदेश	लखनऊ
माँ की पहली तिमाही में प्रसवपूर्व जाँच (%)	45.9	76.2
माँ द्वारा चार प्रसवपूर्व सेवाएँ (%)	26.4	51.6
पूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल सेवाएँ प्राप्त करने वाली माताएँ (%)	5.9	13.0
मातृ एवं शिशु सुरक्षा कार्ड (MCP)प्राप्त करने वाली पंजीकृत महिलाएँ	79.8	78.9
गर्भवती महिलाओं द्वारा 100 दिन के लिए आयरन व फोलिक एसिड की गोलियाँ ग्रहण करने वाली महिलाएँ	12.9	18.9
प्रसव के दौरान देखभाल (डिलिवरी केयर)		
सार्वजनिक सुविधाओं के अर्न्तगत हुए संस्थागत् प्रसव	44.5	51.6

डॉ0 / नर्स / एल0एच0वी0 / ए0एन0एम0 / अन्य स्वास्थ्यकर्ता द्वारा प्रसव (%)	70.4	88.6
सरकारी सुविधाओं के अर्न्तगत् सिजेरियन द्वारा प्रसव (%)	4.7	14.9
प्रसव पश्चात् देखभाल (पोस्ट नेटल केयर)		
डॉ0 / नर्स / एल0एच0वी0 / ए0एन0एम0 / मिडवाइफ / अन्य स्वास्थ्यकर्ता द्वारा प्रसव के दो दिन के पश्चात् प्रसव देखभाल प्राप्त करने वाली माँ	54.0	57.5
जननी सुरक्षा योजना के अर्न्तगत् संस्थागत् प्रसव कराने पर वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाली माताएँ (%)	4.7	42.2

एन0एफ0एच0एच0,(2015–16)

उपरोक्त सारणी में एन0एफ0एच0एस0 तथ्यों के आधार पर विश्लेषण में पाया गया कि उत्तर प्रदेश में मातृत्व स्वास्थ्य ए0एन0सी0, प्रसव के दौरान तथा प्रसव के पश्चात् प्राप्त करने वाली महिलाओं का प्रतिशत काफी कम है तथा यहाँ समय पर स्वास्थ्य सेवाएं भी उपलब्ध नहीं हो पाती है।

प्रसवपूर्व देखभाल (ए0एन0सी0)

गर्भावस्था में कम से कम तीन प्रसवपूर्व देखभाल सेवाएँ प्राप्त करने से सुरक्षित मातृत्व के उद्देश्य को फलीभूत किया जाता है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–IV,(2015–16) में इस बात की पुष्टि भी की गयी है, कि प्रसवपूर्व देखभाल और मातृत्व मृत्यु दर में गहरा सम्बन्ध है। यदि राज्य स्तर पर सर्वेक्षण को देखें तो हम यह पाते है कि 49.5 प्रतिशत माँएं अपनी गर्भावस्था की प्रथम तिमाही में प्रसवपूर्व देखभाल जाँच कराती है। जबकि 26.4 प्रतिशत ने सिर्फ चार (ए0एन0सी0) हेतु स्वास्थ्य केन्द्रों पर दौरा किया। 5.9 प्रतिशत ने पूर्ण (ए0एन0सी0) प्राप्त की। जिला स्तर पर 76.2 प्रतिशत माँओं ने प्रथम तिमाही में प्रसवपूर्व देखभाल (ए0एन0सी0) प्राप्त की। 33.3 प्रतिशत ने चार ए0एन0सी और 13.0 प्रतिशत माताओं ने पूर्ण ए0एन0सी0 सेवाएँ प्राप्त की। मातृ एवं शिशु सुरक्षा

कार्ड प्राप्त माँओं का राज्य स्तर पर 79.8 प्रतिशत है, वहीं जिला स्तर पर 78.9 प्रतिशत है, जिसमें विशेष अन्तर नहीं दिखाई देता। उ0प्र0 में गर्भवती महिलाओं द्वारा कम से कम 100 दिन आयरन की गोलियाँ ग्रहण करने का प्रतिशत 12.9 और जिले में 18.9 प्रतिशत है। उत्तर प्रदेश व लखनऊ दोनों में आयरन की गोलियाँ का सेवन करने वाली महिलाओं के प्रतिशत कमी पायी गयी। इससे यह ज्ञात होता है कि महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध नही हो पाती हैं।

प्रसव के दौरान देखभाल (डिलिवरी केयर)

संस्थागत प्रसव व देखभाल सुविधाओं से युक्त प्रसव कराने से मातृत्व मृत्यु दर में कमी आती है। एन0एफ0एच0एस0–IV के सर्वे के अनुसार उत्तर प्रदेश में 44.5 प्रतिशत प्रसव सार्वजनिक सुविधाओं के अन्तर्गत किये गये तथा 51.6 प्रतिशत जिले स्तर पर प्रसव हुए। 70.5 प्रतिशत प्रसव डॉ/नर्स/एल0एच0वी0/ए0एन0एम0 के प्रशिक्षण में हुए व 81.9 प्रतिशत जिला स्तर पर डॉ/नर्स/एल0एच0वी0/ए0एन0एम0 के निर्देशन में हुए।

प्रसव पश्चात् देखभाल (पोस्ट नेटल केयर)

उत्तर प्रदेश राज्य में 54 प्रतिशत माँओं ने प्रसव के दो दिन के अन्दर प्रसव पश्चात् देखभाल सेवाएँ प्राप्त की। 57.5 प्रतिशत ने जिले स्तर पर डॉ0/नर्स/एल0एच0वी0/ए0एन0एम0/मिडवाइफ द्वारा प्रसव पश्चात् देखभाल दी गयी। उ0प्र0 में जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत् संस्थागत् प्रसव कराने पर 48.7 प्रतिशत को वित्तीय राशि प्राप्त हुयी तथा 42.2 प्रतिशत ने जिला स्तर पर जननी सुरक्षा योजना की वित्तीय राशि प्राप्त की।

प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (RCH)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के द्वितीय चरण की शुरुआत की गयी। द्वितीय चरण का मुख्य उद्देश्य कुल प्रजनन दर, शिशु मृत्यु दर तथा मातृ मृत्य दर को कम करके

सहस्त्राब्दी विकास लक्ष्य (2000) के लक्ष्यों को प्राप्त करना था। इस कार्यक्रम के अन्तर्गत संस्थागत प्रसव के समय प्रसूति देखभाल, प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्ता की उपस्थिति तथा आपातकाल प्रसूति देखभाल के साथ–साथ प्राथमिक एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर 24 घण्टे प्रसव सेवाओं के क्रियान्वयन की रणनीति अपनायी गयी।

ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस (VHND)

सामुदायिक स्तर पर आर0एम0एन0सी0एच+ए (RMNCH+A) के अन्तर्गत कई कार्यक्रम संचालित किये जा रहे हैं। इन कार्यक्रमों में से ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस एक प्रमुख कार्यक्रम है। वी0एच0एन0डी0 प्रथम पंक्ति (फ्रन्टलाइन) के तीनों कार्यकत्रियों आशा, आँगनबाड़ी कार्यकत्री एवं ए0एन0एम0 को एक साझा मंच प्रदान करती है, जिसके द्वारा विशेषकर माता और बच्चे को स्वास्थ्य एवं पोषण सम्बन्धी सुविधाएँ प्रदान की जा रही हैं। इसका उद्‌देश्य गाँव के लोगों में विभिन्न स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के बारे में जागरूकता प्रदान करना, स्वस्थ व्यवहार एवं आचरण हेतु प्रोत्साहित करना है। इस दिवस पर निम्न सेवाएँ प्रदान की जाती हैं जैसे–प्रसवपूर्व सेवाएँ, प्रसव पश्चात् सेवाएँ, नवजात व शिशु स्वास्थ्य, टीकाकरण, पोषण एवं पुष्टाहार का वितरण, परिवार कल्याण, किशोरी स्वास्थ्य, संक्रामक रोगों से सम्बन्धित सेवायें इत्यादि।

ग्रामीण क्षेत्रों में लगभग 1000 की जनसंख्या पर प्रतिमाह वी0एच0एन0डी0 दिवस का आयोजन किया जाता है। अध्ययन क्षेत्र के अधिकांश गाँवों में भी प्रतिमाह बुधवार या शनिवार को आँगनवाड़ी केन्द्रों या ग्राम प्रधान द्वारा सुनिश्चित स्थान पर वी0एच0एन0डी0 आयोजित होता है। प्रदेश स्तर पर इस कार्यक्रम का क्रियान्वयन जिला कार्यक्रम अधिकारी/स्वास्थ्य पदाधिकारी के दिशा निर्देश पर आशा, आँगनबाड़ी कार्यकत्री, स्वास्थ्य पर्यवेक्षक, मुख्य सेविकाओं तथा गठित समिति के सदस्यों द्वारा किया जाता है।

एकीकृत बाल विकास योजना (ICDS)

भारत में इस योजना का शुभारम्भ 02 अक्टूबर, 1975 में हुआ। इस योजना का मुख्य उद्देश्य देश के 0–6 वर्ष आयु वर्ग के बच्चों व 15 से 49 वर्ष की गर्भवती महिलाओं, स्तनपान कराने वाली माताओं को पोषण सहायता उपलब्ध कराना है। इस योजना को क्रियान्वित करने का प्राथमिक उत्तरदायित्व महिला एवं बाल विकास मंत्रालय, भारत सरकार का है। यह योजना ग्रामीण, शहरी एवं सुदूर स्तर पर आँगनबाड़ी केन्द्रों में आँगनबाड़ी कार्यकत्रियों के माध्यम से संचालित की जा रही हैं। इसके पर्यवेक्षण का उत्तरदायित्व मुख्य सेविकाओं का होता है तथा क्षेत्रकार्य का अनुश्रवण बाल विकास परियोजना अधिकारी द्वारा किया जाता है। इस योजना के अर्न्तगत् आँगनबाड़ी केन्द्रों पर 6 सेवाएँ उपलब्ध करायी जाती है। जो निम्नवत् हैं–

- पूरक पोषाहार वर्ष में 300 दिन, पोषाहार देने का प्रावधान (गर्भवती महिलायें, धात्री मातायें, 7 माह से 6 साल तक के बच्चे)
- स्कूल पूर्व शिक्षा
- स्वास्थ्य जाँच
- टीकाकरण
- स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा
- वृद्धि अनुवीक्षण
- सन्दर्भ सेवाएँ

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (JSSK)

जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम की शुरुआत जून, 2011 में की गयी। इस योजना के तहत सभी गर्भवती महिलाओं को सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में शुल्क रहित प्रसव (सी–सेक्शन सहित), निःशुल्क दवाएँ एवं जाँच, अस्पताल में ठहरने पर भोजन की व्यवस्था, निःशुल्क रक्त (आवश्यकतानुसार) इत्यादि सुविधाएँ प्रदान की जाती हैं। इसके अतिरिक्त घर से संस्थान तक जाने तथा रेफर करने पर

मुफ्त परिवहन सेवाएँ भी सम्मिलित हैं। 2013 में प्रसवपूर्व एवं प्रसव पश्चात् होने वाली समस्याओं व एक वर्ष तक बीमार शिशुओं के उपचार किये जाने हेतु इसका विस्तार किया गया। स्वास्थ्य वार्षिक रिपोर्ट, (2017–18) के अनुसार जे0एस0एस0के0 अर्न्तगत 92 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को निःशुल्क दवाएँ, 80 प्रतिशत निःशुल्क निदान, 63 प्रतिशत ने भोजन, 70 प्रतिशत ने घर से अस्पताल तक परिवहन तथा 64 प्रतिशत ने प्रसव पश्चात् घर तक परिवहन की सुविधाएँ प्राप्त की। 2016–17 तक इस कार्यक्रम में 1.33 करोड़ महिलाओं को सरकारी स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान की गयी।

रोगी कल्याण समिति (RKS)

यह समिति एक पंजीकृत सोसाइटी है। इसका संचालन जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ट्रस्टी के रुप में किया जा रहा हैं। इनका कार्य एन0आर0एच0एम0 के अर्न्तगत रोगियों को बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध कराना हैं। स्वास्थ्य कार्यक्रमों की समीक्षा व योजनाओं के क्रियान्वयन को सुचारु रुप से करना इनका दायित्व है।

प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (PMSMA)

सुरक्षित गर्भावस्था एवं सुरक्षित प्रसव के उद्देश्य से जून, 2016 में शुरूआत की गई। इस राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत देश भर की सभी गर्भवती महिलाओं को निश्चित दिवस (प्रत्येक माह की 9 तारीख) पर सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में गुणवत्तायुक्त प्रसवपूर्व देखभाल सेवाएँ प्रदान की जाती हैं। इस अभियान से जाँच के पश्चात् उच्च जोखिम (High Risk Pregnancy) वाले गर्भधारण का पता लगाकर मातृ एवं शिशु मृत्यु दर की रोकथाम करने में मदद मिलेगी। गर्भवती महिलाओं की जांच के पश्चात् चिकित्सकों द्वारा जोखिम स्थिति को एक स्टीकर (हरा, लाल, नीला, पीला) के माध्यम से मातृ एवं शिशु सुरक्षा कार्ड पर इंगित किया जाता है।

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (PMVY)

भारत में गर्भवती स्त्रियों एवं स्तनपान कराने वाली माताओं के स्वास्थ्य व पोषण सम्बन्धी आवश्यकताओं को पूरा करने के उद्देश्य से 1 जनवरी, 2017 से इस योजना को क्रियान्वित करने की घोषणा की गई। इसके अन्तर्गत महिलाओं को उनके प्रथम जीवित बच्चे के जन्म पर नकद सहायता औसतन 5000 रू0 प्रदान की जाती हैं। योग्य लाभार्थियों को संस्थागत प्रसव के बाद 'जननी सुरक्षा योजना' के तहत मातृत्व लाभ के सम्बन्ध में अनुमोदित मानदण्डों के अनुसार शेष नकद प्रोत्साहन राशि प्रदान की जाती है, इस प्रकार एक महिला औसतन 6000 रू0 प्राप्त करेगी।

हौंसला योजना

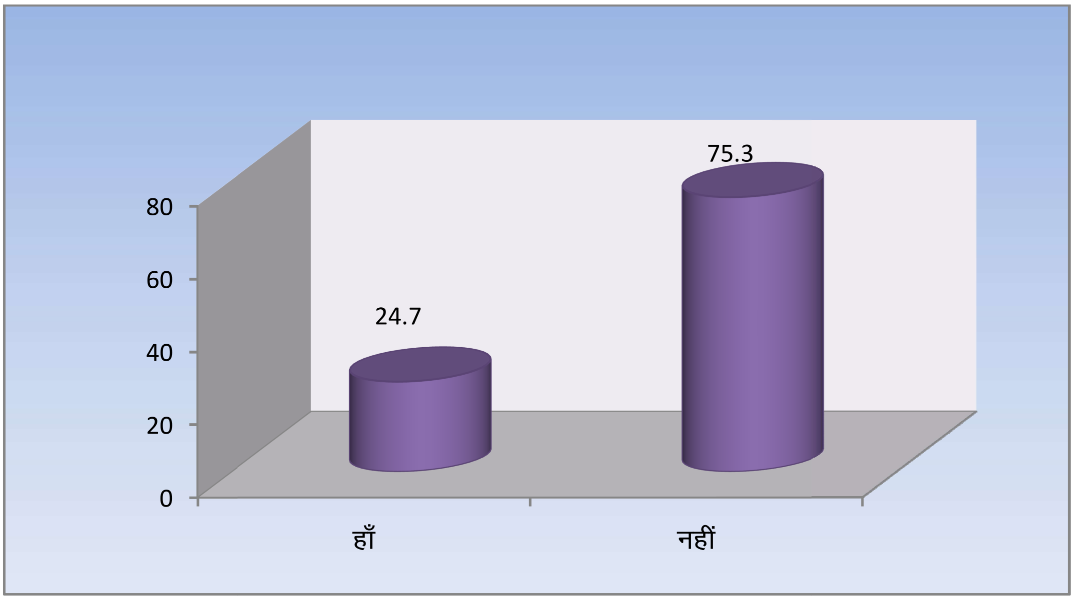
इस योजना का शुभारम्भ 2016 में गर्भवती महिलाओं एवं 6 माह–6 साल तक के अति कुपोषित बच्चों को पर्याप्त पोषण उपलब्ध कराने के उद्देश्य से प्रारम्भ किया गया। इसके अन्तर्गत् आंगनबाड़ी केन्द्रों पर गर्भवती महिलाओं को एक समय के पौष्टिक आहार के साथ सप्ताह में दूध के साथ फल दिये जाने का प्रावधान है। जिससे गर्भवती महिलाओं को पौष्टिक भोजन मिल सके। इस योजना का मुख्य उद्देश्य कुपोषण जैसी गम्भीर समस्या को दूर करके उत्तर प्रदेश के मानव विकास सूचकांक को सुधारना है, किन्तु यह योजना सिर्फ दस्तावेजों तक ही सीमित है।

अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम जो महिला स्वास्थ्य से जुड़े हैं जो इस प्रकार है राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम, कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम, राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय मधुमेह नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम, राष्ट्रीय फाइलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय एड्स नियन्त्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियन्त्रण कार्यक्रम, सार्वभौमिक प्रतिरक्षण कार्यक्रम, यौन संक्रमित रोग नियन्त्रण कार्यक्रम, आयुष्मान (हेल्थ कार्ड) योजना, इन्द्रधनुष योजना इत्यादि।

7.2 अध्ययन क्षेत्र में मातृत्व स्वास्थ्य योजनाओं के उपयोग का स्तर तथा प्रभावों का तथ्यात्मक विश्लेषण

ग्राफ संख्या 7.2.1

उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं के बारे में जानकारी का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 7.2.1 के प्राप्त तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में 24. 7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं के विषय में जानकारी है। 75.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को बिल्कुल भी स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी नहीं है। अतः इस विश्लेषण से ज्ञात होता है कि अभी भी सरकार द्वारा चलायी जा रही स्वास्थ्य योजनाओं का बुनियादी स्तर पर सुचारू रूप से क्रियान्वयन नहीं हो पा रहा है, जिससे महिलाओं तक स्वास्थ्य सेवाएँ नहीं पहुँच पा रही हैं। महिलाओं के साथ उनके परिवार में भी योजनाओं के प्रति अज्ञानता व्याप्त है।

सारणी संख्या 7.2.2

स्वास्थ्य योजना द्वारा प्राप्त लाभ का वर्गीकरण

क्र0सं0	योजना का नाम	बारम्बारता	प्रतिशत
1	जननी सुरक्षा योजना / जननी शिशु सुरक्षा योजना	117	39.0
2	समन्वित बाल विकास योजना	170	56.6
3	हेल्थ कार्ड योजना	2	0.6
4	उज्जवला योजना	4	1.3
5	मातृ वंदना योजना	5	1.6
6	अन्य	00	00
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.2 से यह स्पष्ट होता है कि सिर्फ 39.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को जननी सुरक्षा योजना का लाभ मिला। इन्हें यह धनराशि प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों में काफी भागदौड़ करनी पड़ी। इस कारण महिलाएँ स्वास्थ्य केन्द्रों में जाने से कतराती हैं। एकीकृत बाल विकास योजना का लाभ 56.6 प्रतिशत उत्तरदाताओं को मिला, जिसमें सिर्फ टीकाकरण ही शामिल है। हेल्डकार्ड प्राप्त उत्तरदाताओं का 0.6 प्रतिशत है। उज्ज्वला योजना का लाभ 1.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को मिला। मातृ वंदना योजना का लाभ 1.6 प्रतिशत उत्तरदाताओं को मिला। हौंसला योजना, परिवार नियोजन, स्वास्थ्य जागरूकता कार्यक्रम से लाभान्वित उत्तरदाताओं की संख्या शून्य पायी गयी। अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि अभी भी ग्रामीण स्तर पर महिलाओं को स्वास्थ्य योजनाओं का लाभ नहीं मिल पा रहा है क्योंकि महिलाओं को योजनाओं की जानकारी नहीं है। उन्हें यह भी ज्ञात नहीं है कि उन्हें किस योजना का लाभ मिल रहा है। अशिक्षा व जागरुकता के अभाव होने के कारण

महिलाओं की स्वास्थ्य योजनाओं तक पहुँच नही है। योजना का पात्र होने के बाद भी वह लाभान्वित नहीं हो पाती है।

सारणी संख्या 7.3

अध्ययन क्षेत्र में स्वास्थ्य शिविरों के आयोजन का विवरण

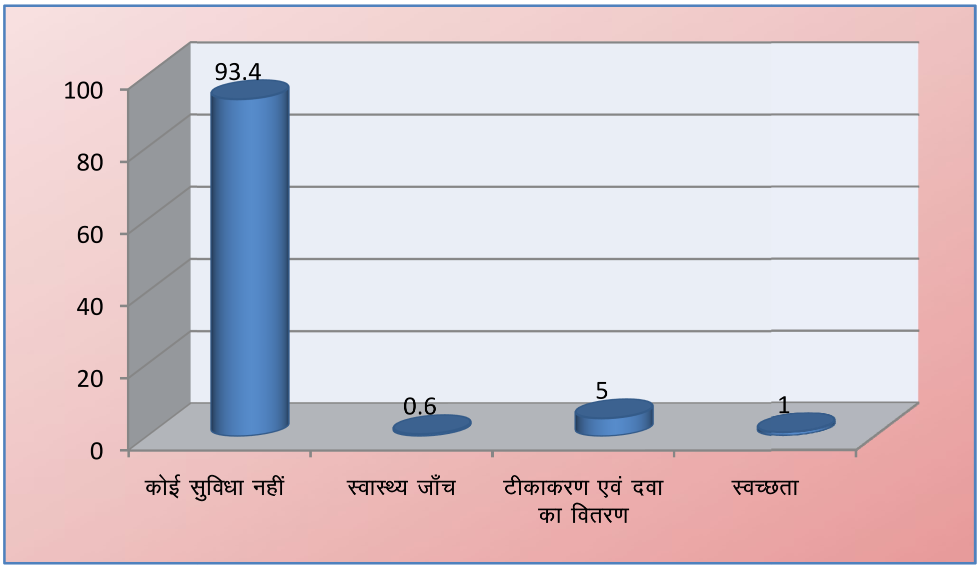
क्र0सं0	स्वास्थ्य शिविरों का आयोजन	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हाँ	18	6.0
2	नहीं	102	34.0
3	पता नहीं	180	60.0
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोतःक्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.3 के प्राप्त तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 6.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उनके गाँव में स्वास्थ्य केन्द्रों व गैर–सरकारी संगठनों द्वारा शिविरों/कैम्प का आयोजन किया जाता है। 34.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उनके गाँव में शिविर/कैम्प का आयोजन नहीं होता है और 60.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि स्वास्थ्य शिविरों का आयोजन होता हैं या नहीं इसका उन्हें पता ही नहीं है। अतः इस विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा स्वास्थ्य शिविर का आयोजन कम किया जाता है। कभी–कभी गैर–सरकारी संगठनों द्वारा जागरूकता शिविर व स्वास्थ्य चेकअप का आयोजन किया जाता है। जिसमें भी महिलाओं की सहभगिता कम हो पाती हैं।

ग्राफ संख्या 7.3.1

स्वास्थ्य शिविर से प्राप्त सेवाओं का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 7.3.1 के तथ्यों से ज्ञात होता है कि 93.4 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य शिविर में कोई भी सेवाएँ प्राप्त नहीं हुई। 0.6 प्रतिशत उत्तरदाता जिन्हें शिविर में स्वास्थ्य जाँच का लाभ मिला। 5.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को टीकाकरण एवं दवाओं का लाभ मिला। 1.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य शिविर से स्वच्छता सम्बन्धी जानकारी मिली। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि गाँवों में स्वास्थ्य शिविरों का आयोजन कम होता हैं, यदि कभी–कभी स्वास्थ्य शिविर आयोजित किये जाते हैं, तो महिलाएँ घरेलू व कृषि कार्यों के कारण उनमें रूचि नहीं लेती और उन्हें स्वास्थ्य शिविर में विशेष सुविधाएँ भी नहीं मिल पाती।

आँगनबाड़ी केन्द्र की उपलब्धता

आई0सी0डी0एस0 सेवाओं का क्रियान्वयन आँगनबाड़ी केन्द्रों के विशाल नेटवर्क द्वारा किया जाता है, जिन्हें आमतौर पर आँगनबाड़ी कहा जाता है। आँगनबाड़ी वह केन्द्र है, जहाँ आँगन हो। आँगनबाड़ी केन्द्रों का संचालन आँगनबाड़ी कार्यकर्ता व सहायिका करती है। जनसंख्या मानकों के अनुसार

ग्रामीण क्षेत्रों में 400–800 जनसंख्या पर एक आँगनबाड़ी केन्द्र का प्रावधान है। निम्नलिखित सारणियों में आँगनबाड़ी केन्द्र की उपलब्धता, उत्तरदाताओं के घर से केन्द्र की दूरी, केन्द्रों पर सेवा प्रदाताओं की उपस्थिति, प्राप्त सेवाओं इत्यादि का विवरण दिया गया है।

सारणी संख्या 7.4

अध्ययन क्षेत्र में आँगनबाड़ी केन्द्र की उपलब्धता

क्र0सं0	आँगनबाड़ी केन्द्र की उपलब्धता	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हाँ	288	96.0
2	नहीं	12	4.0
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4 के तथ्यों से स्पष्ट होता है कि 96.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गाँव में आँगनबाड़ी केन्द्र है। 4.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गाँव में आँगनबाड़ी केन्द्र नहीं हैं। गाँव में प्रति 1000 जनसंख्या पर एक आँगनबाड़ी केन्द्र की स्थापना का प्रावधान है। गाँव की जनसंख्या अधिक होने पर आँगनबाड़ी केन्द्रों की संख्या बढ़ा दी जाती है।

सारणी संख्या 7.4.1

उत्तरदाता के घर से आँगनबाड़ी केन्द्र की दूरी

क्र.सं.	आँगनबाड़ी केन्द्र की दूरी	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	घर के पास	70	23.3
2.	गांव से कुछ दूरी पर	198	66.0
3.	दूसरे गांव में	32	10.7
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4.1 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 23.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं के घर के पास ही आँगनबाड़ी केन्द्र स्थित हैं। 66.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के घर से आँगनबाड़ी केन्द्र गाँव से कुछ दूरी पर है। 10.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गाँव में आँगनबाड़ी केन्द्र नहीं हैं, वह दूसरे गाँव में स्थित है। जिसके कारण वह आँगनबाड़ी केन्द्र में नहीं जा पाती। अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि घर से अधिक दूरी पर आँगनबाड़ी केन्द्रों के होने के कारण महिलाएँ स्वास्थ्य परीक्षण नहीं करा पाती। यदि आँगनबाड़ी केन्द्रों की दूरी अधिक होती है तो महिलाओं को प्रसवपूर्व सेवाएँ नहीं मिल पाती। इसका एक कारण यह भी है कि वह घर में पुरुष की अनुपिस्थति में कहीं आ जा नहीं सकती।

सारणी संख्या 7.4.2

आँगनबाड़ी केन्द्र की स्थिति का विवरण

क्र0सं0	आँगनबाड़ी केन्द्र की स्थिति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	अच्छी	57	19.0
2	खराब	99	33.0
3	संतोषजनक	144	48.0
	कुल योग	**300**	**100**

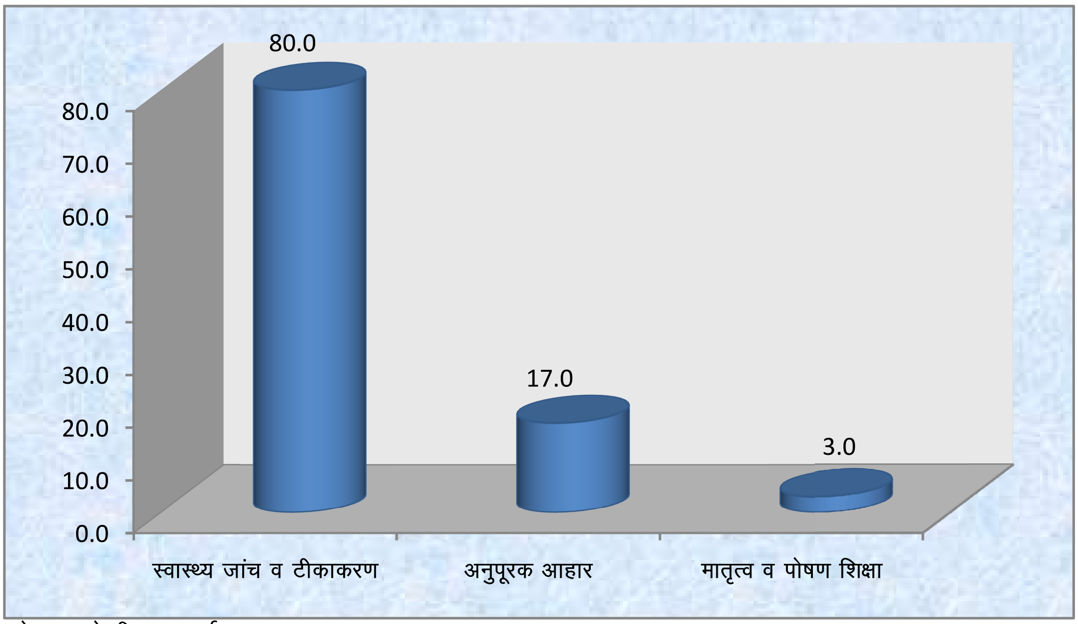
स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4.2 आँगनबाड़ी केन्द्रों की स्थिति को दर्शाती है। सारणी के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 19.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गाँव में आँगनबाड़ी केन्द्र अच्छी स्थिति में है। 33.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गाँव में आँगनबाड़ी केन्द्र खराब स्थिति में है। यह केन्द्र अच्छी स्थिति में नहीं हैं, और न ही गर्भवती महिलाओं व बच्चों के स्वास्थ्य जाँच के उपकरण व भौतिक संसाधन उपलब्ध है। 48.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि आँगनबाड़ी केन्द्र की स्थिति संतोषजनक है।

अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि गाँव में आँगनबाड़ी केन्द्रों की स्थिति संतोषजनक नहीं है। अधिकांश आँगनबाड़ी केन्द्रों का निश्चित स्थान व स्वयं की जमीन नहीं है। यह केन्द्र प्राइमरी विद्यालयों या किराये के मकानों में चलाये जा रहे हैं। केन्द्रों पर स्वास्थ्य जाँच के उपकरण व पर्याप्त संसाधन उपलब्ध नहीं है। जैसे– वजन, ब्लड प्रेशर मापने की मशीन तथा दवाएँ व दलिया भी उपलब्ध नहीं है। सुविधाओं का अभाव होने के कारण महिलाएँ केन्द्रों में प्रसवपूर्व जाँच व स्वास्थ्य प्रदाताओं के सम्पर्क में नहीं रहती।

ग्राफ संख्या 7.4.3

आँगनबाड़ी केन्द्र से प्राप्त सेवाओं का वर्गीकरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 7.4.3 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 80 प्रतिशत उत्तरदाताओं को आँगनबाड़ी केन्द्रों में स्वास्थ्य जाँच व टीकाकरण की सुविधा प्राप्त हुई और 17.0 प्रतिशत उत्तरदाता को अनुपूरक आहार/दलिया प्राप्त हुआ। 3.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को मातृत्व व पोषण शिक्षा दी गयी। प्रस्तुत शोध अध्ययन में सारणी के विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि वर्तमान समय में शासन द्वारा गर्भावस्था के दौरान माँ व शिशु को निःशुल्क सुविधाएँ प्रदान की जा रही हैं, किन्तु योजनाओं के सही क्रियान्वयन न हो पाने के कारण महिलाओं

तक सेवाएँ नहीं पहुँच पा रही हैं। गर्भवती महिलाओं द्वारा आयरन की गोलियाँ माँगे जाने पर उन्हें उपलब्ध नहीं करायी जाती। आयरन की गोलियाँ, अनुपूरक आहार/दलिया महिलाओं को कई महीनों से नहीं मिला है। महिलाएँ सिर्फ टीकाकरण ही करवा लेती है, उसके पश्चात् वे केन्द्र में आना उचित नहीं समझती। ऐसी स्थिति में आशाओं व आँगनबाड़ी कार्यकत्रियों द्वारा भी कम रूचि दिखायी जाती है।

सारणी संख्या 7.4.4
आँगनबाड़ी केन्द्र पर हेल्थ वर्कर की उपस्थिति का विवरण

क्र0सं0	हेल्थ वर्कर की उपस्थिति	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हाँ	264	88.0
2	नहीं	36	12.0
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4.4 से यह स्पष्ट होता है कि 88.0 प्रतिशत आँगनबाड़ी केन्द्रों पर हेल्थ वर्कर, ए0एन0एम0, आँगनबाड़ी कार्यकत्री, आशा की उपस्थिति रहती है और 12.0 प्रतिशत आँगनबाड़ी केन्द्रों पर हेल्थ वर्कर कभी–कभी आते हैं या तो आँगनबाड़ी केन्द्र बन्द रहते हैं। आँगनबाड़ी केन्द्रों पर सिर्फ ए0एन0एम0 तथा आशा की उपस्थिति टीकाकरण दिवस पर ही होती है।

सारणी संख्या 7.4.5
उत्तरदाता से स्वास्थ्य पर ए0एन0एम0, आशा की चर्चा का विवरण

क्र.सं.	चर्चा का विषय	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	हमेशा	30	10.0
2.	कभी कभी	87	29.0
3.	केवल बीमार होने पर	158	52.7
4.	आशा, ए0एन0एम0 के न होने पर चर्चा नहीं होती	25	8.3
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4.5 से यह स्पष्ट होता है कि गर्भावस्था के दौरान 10.0 प्रतिशत का उत्तरदाता आशा, ए0एन0एम0 से हमेशा चर्चा करती हैं। 29.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं का आशा से कभी–कभी सम्पर्क हो पाता है। 52.7 प्रतिशत उत्तरदाता आशा से केवल बीमार होने पर चर्चा करती हैं। 8.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं का आशा, ए0एन0एम0 के न हो पाने पर उनसे चर्चा नहीं होती हैं। उपरोक्त सारणी के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक महिलाएँ अपनी गर्भावस्था के दौरान आशा/ए0एन0एम0 से सम्पर्क नहीं करती हैं, क्योंकि घरेलू काम–काज व बच्चों की देखरेख में वे स्वयं के स्वास्थ्य पर ध्यान नहीं देती। जब कभी गम्भीर स्वास्थ्य समस्या होती है, तभी आशा से सम्पर्क कर बताती हैं। इसका मुख्य कारण महिलाओं में स्वास्थ्य के प्रति अरूचि व अज्ञानता है।

सारणी संख्या 7.4.6

गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्यकर्ता द्वारा मिलने वाली पोषण की जानकारी का विवरण

क्र.सं.	स्वास्थ्यकर्ता द्वारा पोषण की जानकारी का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	हाँ	280	93.3
2.	नहीं	20	6.7
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4.6 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 93.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को उनकी गर्भावस्था के दौरान व प्रसव पश्चात् सेवा प्रदाताओं (ए0एन0एम0/आशा/आँगनबाड़ी कार्यकत्री) द्वारा स्वास्थ्य व पोषण विषय में बताया गया। 6.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य व पोषण विषय की जानकारी नहीं दी गयी। इससे यह ज्ञात होता है कि अध्ययन क्षेत्र में आशा व ए0एन0एम0 द्वारा महिलाओं को स्वास्थ्य व पोषण की जानकारी दी जाती है,

किन्तु महिलाएँ जागरूक नहीं हैं। फिर भी महिलाओं में स्वास्थ्य के प्रति जागरुक नहीं है।

सारणी संख्या 7.4.7

उत्तरदाता से स्वास्थ्य कार्यकर्ता के सम्पर्क का विवरण

क्र.सं.	स्वास्थ्य कार्यकर्ता के सम्पर्क का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	संपर्क नहीं	20	6.7
2.	आंगनबाड़ी कार्यकत्री	10	3.3
3.	आशा	266	88.7
4.	ए0एन0एम0	4	1.3
	योग	300	100

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.4.7 में उत्तरदाताओं से उनकी गर्भावस्था के समय किस स्वास्थ्य कार्यकर्ता से अधिक सम्पर्क रहा, उस विषय में जानकारी ली गयी जिसमें सर्वाधिक 88.7 प्रतिशत का सम्पर्क आशा से हुआ। 3.3 प्रतिशत आँगनबाड़ी कार्यकत्री से, 1.3 प्रतिशत ए0एन0एम0 से सम्पर्क हुआ। 6.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का सम्पर्क नही हो पाया, क्योंकि वहाँ आशा जाती नहीं हैं। प्रस्तुत शोध अध्ययन में सर्वेक्षण व अवलोकन करने पर यह तथ्य भी सामने आया कि जातिगत् भेदभाव के कारण आशाएँ महिलाओं के गृह भ्रमण के लिए नहीं जाती है।

सारणी संख्या 7.5

ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस का आयोजन

क्र0सं0	ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस का आयोजन	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हाँ	113	37.7
2	नहीं	187	62.3
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.5 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 37.7 प्रतिशत गाँवों में वी0एच0एन0डी0 का आयोजन होता है और 62.3 प्रतिशत गाँवो में वी0एच0एन0डी0 का आयोजन नहीं होता है। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि वर्तमान में यह दिवस सिर्फ टीकाकरण कार्य पर ही केन्द्रित रहते हैं, जबकि इस अवसर पर स्वास्थ्य एवं पोषण की अन्य सेवाएँ भी प्रदान करने की आवश्यकता है। बेस लाईन सर्वे उत्तर प्रदेश,(2012) के अनुसार ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस के सही क्रियान्वयन न हो पाने का कारण फ्रन्ट लाईन कार्यकर्ता आशा/ए0एन0एम0/आँगनबाड़ी कार्यकत्री की भूमिका, सामुदायिक जागरूकता का अभाव है, जिसके कारण वी0एच0एन0डी0 में महिलाओं की सहभागिता भी कम होती है।

सारणी संख्या 7.6

ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की जानकारी का विवरण

क्र0सं0	वी0एच0एन0डी0 की जानकारी का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1	आँगनबाड़ी कार्यकर्ता	279	93.0
2	आशा	20	6.7
3	ग्राम प्रधान	1	0.3
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 93.0 प्रतिशत वी0एच0एन0डी0 के आयोजन में आँगनबाड़ी कार्यकत्री की भूमिका अधिक होती है। यही महिलाओं को दिवस की सूचना देती है और प्रसवपूर्व सेवाएँ उपलब्ध कराती है। 6.7 प्रतिशत आशा वी0एच0एन0डी0 की जानकारी देती हैं। ग्राम प्रधान 0.3 प्रतिशत महिलाओं तक इस दिवस की जानकारी पहुँचाते हैं। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि कार्यक्रमों में स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा लापरवाही की जाती है। जिससे महिलाओं को कभी—कभी सही सूचनाओं का सम्प्रेषण नहीं हो पाता हैं।

प्रसवपूर्व देखभाल (ANC)

गर्भावस्था के दौरान नियमित परीक्षण, सुरक्षित मातृत्व का आधार है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के अनुसार ''गर्भवती महिला को गर्भावस्था के दौरान नियमित जाँच की आवश्यकता होती है ताकि महिला की गर्भावस्था का समय–समय पर परीक्षण कराया जा सके जिससे यदि कोई संक्रमण हो रहा हो तो उसका संज्ञान पहले ही लेकर उसका निदान समय पर किया जा सके। महिला को प्रसवपूर्व देखभाल में तीन बार जाँच, टिटनेस के टीके एवं आयरन की गोलियां उपलब्ध करायी जाती हैं। गर्भावस्था के दौरान नियमित परीक्षण सम्बन्धी जानकारी वर्गीकरण को निम्नलिखित सारणी में दर्शाया गया है–

सारणी संख्या 7.7
उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व देखभाल का पंजीकरण

क्र0सं0	पंजीकृत महिला	बारम्बारता	प्रतिशत
1	हाँ	300	100
2	नहीं	–	–
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.7 से यह स्पष्ट होता है कि सभी गर्भवती महिलाएँ आँगनबाड़ी केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर पंजीकृत है।

सारणी संख्या 7.7.1
उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व जांचकर्ता का विवरण

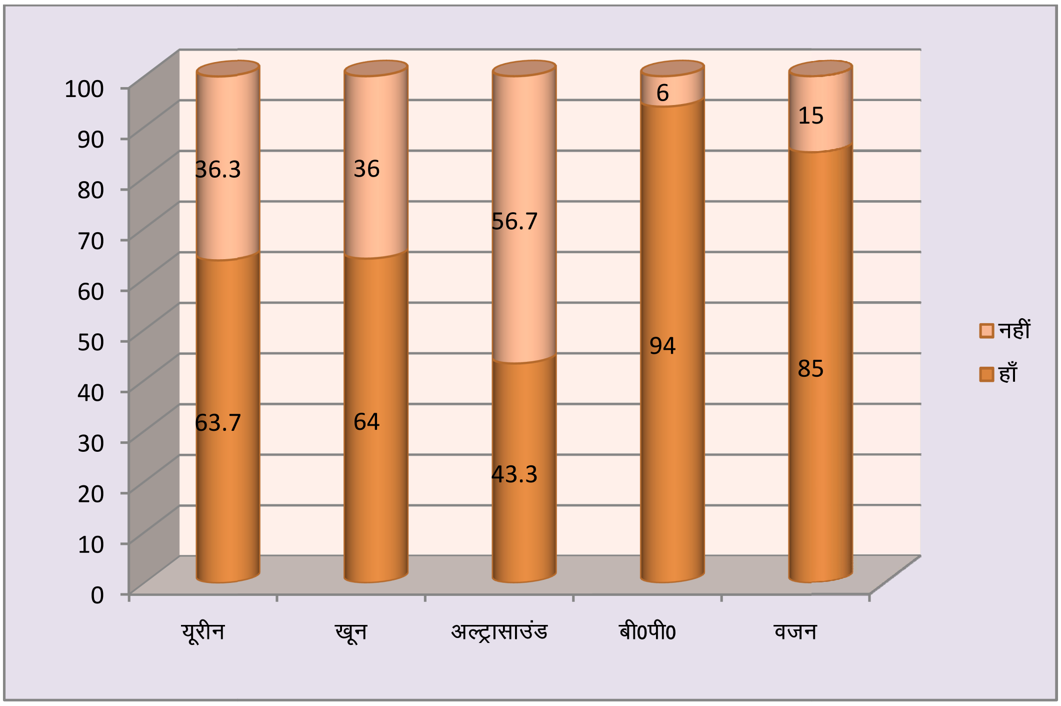
क्र0सं0	प्रसवपूर्व जाँचकर्ता	बारम्बारता	प्रतिशत
1	नर्स या ए0एन0एम0	233	77.7
2	डॉक्टर द्वारा	42	14.0
3	हकीम / दाई / झोलाछाप डॉ0	25	8.3
	कुल योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.7.1 में गर्भवती महिला की जाँच किस स्वास्थ्यकर्ता द्वारा की गयी इसका विवरण दिया गया है। जिसमें 77.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं की जाँच ए0एन0एम0 द्वारा की गयी है। 14.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं की जाँच डॉक्टर द्वारा हुयी है। 8.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं की जाँच हकीम/दाई/(झोलाछाप डॉक्टर) द्वारा की गयी।

ग्राफ संख्या 7.7.2

उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व जाँच का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

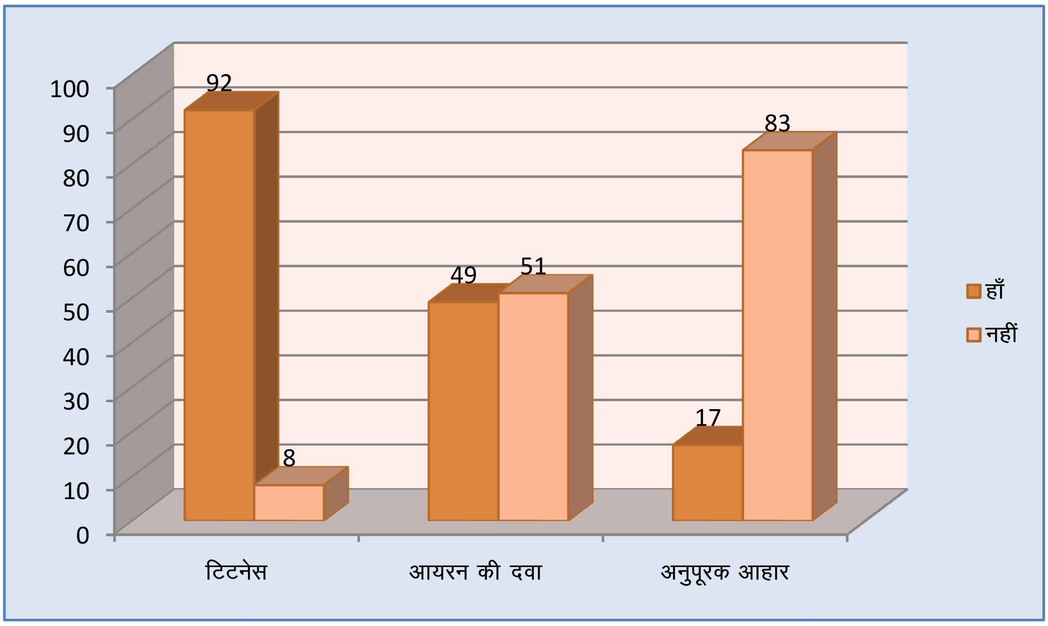
उपरोक्त ग्राफ के अर्न्तगत् उत्तरदाताओं के गर्भावस्था के दौरान प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं का वर्गीकरण प्रदर्शित करती हैं। ग्राफ में तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 63.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने यूरीन की जाँच करायी हैं। 36.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने यूरीन की जाँच नहीं करायी। 64.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने खून की जाँच करायी। 36.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने खून की जाँच नहीं करायी। इनमें से कुछ महिलाओं ने खून की जाँच प्राइवेट पैथोलोजी से करायी। क्योंकि सी0एच0सी0 पर सिर्फ सामान्य हीमोग्लोबिन की जाँच हो पाती हैं। बाकी खून की जाँचें महँगी होने के कारण महिलाएँ नहीं करा पाती हैं।

43.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने अल्ट्रासाउण्ड की जाँच करायी। 36.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने अल्ट्रसाउण्ड की जाँच नहीं करायी। जब महिला को गम्भीर समस्या होती है, तभी सोनोग्राफी करायी जाती है। उत्तरदाताओं में अल्ट्रासाउण्ड न कराने का कारण यह भी है कि अल्ट्रासाउण्ड की किरणों का शिशु पर प्रभाव पड़ता है। 94.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने समय–समय पर अपने ब्लडप्रेशर की जाँच करायी है। 6.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं की ब्लडप्रेशर की जाँच नहीं हुयी है। क्योंकि आँगनबाड़ी केन्द्रों पर ब्लडप्रेशर के यंत्र उपलब्ध नहीं थे, जिसके कारण उनकी जाँच नहीं हो पायी। 85 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने वजन की जाँच करायी है। 5 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने वजन की जाँच नहीं करायी।

उपरोक्त विश्लेषण से यह स्पष्ट है कि सरकार द्वारा गर्भावस्था के दौरान महिलाओं को निःशुल्क सुविधाएँ तो प्रदान की जा रही है। जिसके अर्न्तगत गर्भ का पंजीकरण (उपकेन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जिला अस्पताल), टिटनेस टॉक्साइड (टी0टी) के दो टीके, आयरन की 100 गोलियाँ दी जाती है। यदि महिला एनीमिया से पीड़ित है तो उसे 200 आयरन की गोलियाँ दी जाती है। प्रसवपूर्व जाँच में हीमाग्लोबिन की जाँच, पेट की जाँच, वजन व यूरीन की जाँच, ब्लेड प्रेशर की जाँच सम्मिलित हैं, किन्तु गर्भवती महिलाओं को यह देखभाल सेवाएँ आसानी से नहीं मिल पाती हैं। इसके लिए उन्हें स्वास्थ्य केन्द्रों में काफी भाग–दौड़ करनी पड़ती हैं।

ग्राफ संख्या 7.7.3

उत्तरदाताओं में प्रसवपूर्व प्राप्त सेवाओं का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 7.7.3 के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 92 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने टिटनेस टॉक्साइड (टी0टी) के टीके लगवाये हैं। 8 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने टिटनेस टॉक्साइड (टी0टी) के टीके नहीं लगवाये। 49.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों से आयरन की गोलियाँ मिली। 51 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य केन्द्रों में आयरन की गोलियाँ उपलब्ध नहीं करायी गयी। 17.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को अनुपूरक आहार/दलिया प्राप्त हुआ। 83.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को अनुपूरक आहार/दलिया नहीं प्राप्त हुआ। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट है स्वास्थ्य केन्द्रों में सुविधाओं का सुचारू रूप से वितरण न होने के कारण महिलाओं को समय पर मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाएं नहीं मिल पाती है। आँगनबाड़ी केन्द्रों में कार्यकत्री से दलिया व गोलियाँ माँगने पर महिलाओं को यह सुनना पड़ता है कि *''मैं क्या अपने घर से दे दूँ, जब सरकार की तरफ से नहीं आ रहा है''।*

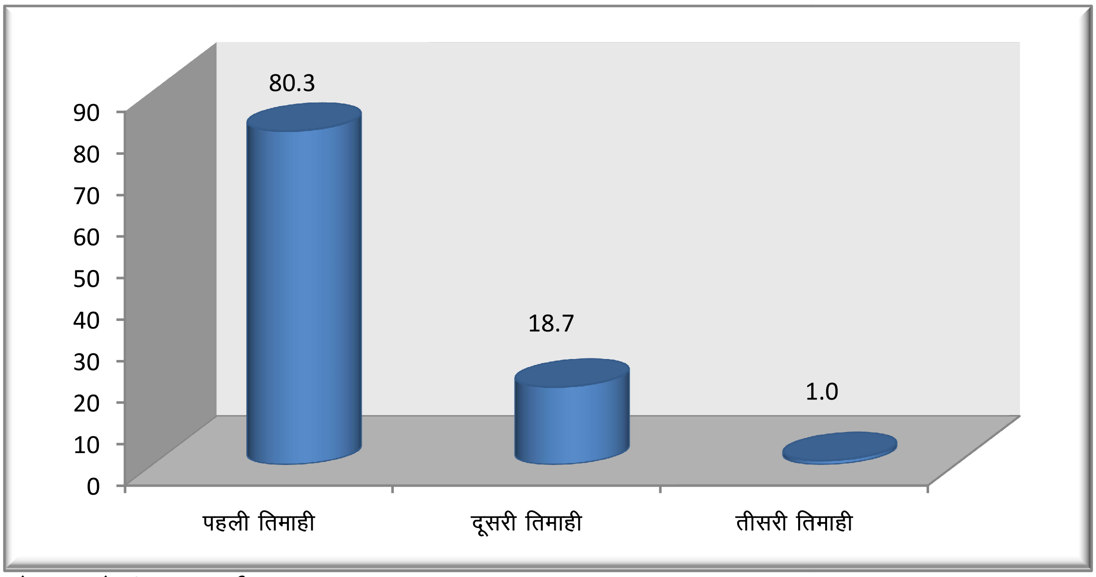
महिला की गम्भीर स्थिति होने पर डॉक्टर द्वारा आयरन की दवा चढ़ाने को कह दिया जाता है, जिसके लिए उन्हें काफी पैसें खर्च करने पड़ते है।

आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण महिलाएं इलाज कराने में असमर्थ होती है तथा सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों की अमानवीय व्यवहार किए जाने के कारण वह सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जाना नहीं चाहती।

ग्राफ संख्या 7.7.4

उत्तरदाताओं की प्रसवपूर्व जाँच के समय का विवरण

प्रस्तुत ग्राफ में गर्भावस्था को मुख्य तीन तिमाही में विभाजित किया गया है। इस प्रत्येक तिमाही में शिशु के विकास को देखते हुये महिला को अपनी गर्भावस्था में कुछ विशेष सावधानियाँ व परीक्षण की आवश्यकता पड़ती है।



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 7.7.4 के अनुसार 80.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने अपने गर्भावस्था की पहली तिमाही में प्रसवपूर्व जाँच करायी। दूसरी तिमाही में जाँच कराने वाली उत्तरदाताओं का 8.7 प्रतिशत है और तीसरी तिमाही में सिर्फ 1.0 है। इससे यह प्रतीत होता है कि महिलाएँ अपने गर्भावस्था के प्रारम्भिक चरण में शुरू के तीन महीनों में जाँच व टीकाकरण करा लेती हैं, किन्तु जैसें–जैसें उन्हें आगे कोई समस्या नहीं होती वह परीक्षण कराना जरूरी नहीं समझती जबकि दूसरी और तीसरी तिमाही में मुख्य रूप से अपने गर्भ की जाँच अवश्य करानी

चाहिए, क्योंकि इस समय भ्रूण का विकास तेजी से होता है और कई समस्याएँ होने की सम्भावनाएँ भी बढ़ जाती हैं।

सुरक्षित प्रसव हेतु स्थान की वरीयता

सुरक्षित प्रसव माँ व शिशु के स्वास्थ्य की दृष्टि् से महत्वपूर्ण है, क्योंकि यदि प्रसव संस्थागत माध्यम से होता है, तो यह अनुभवी चिकित्सकों की निगरानी में होगा, किन्तु यदि प्रसव परम्परागत माध्यम से घर पर होता है तो संक्रमण सम्बन्धित अनेक समस्याओं का सामना करना पड़ता है। निम्नलिखित सारणी में इस तथ्य से सम्बन्धित जानकारी का विवरण दिया गया है–

सारणी संख्या 7.8

उत्तरदाताओं के प्रसव स्थान का विवरण

क्र0सं0	प्रसव स्थान का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	घर	7	2.3
2.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	1	0.3
3.	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	214	71.3
4.	महिला अस्पताल	3	0.7
5.	प्राइवेट अस्पताल	75	25.0
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

सारणी संख्या 7.10 के तथ्यों स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में घर पर प्रसव कराने वाली का प्रतिशत 2.3 है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव कराने वाली का प्रतिशत 0.3 है। सर्वाधिक 71.3 प्रतिशत सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर प्रसव कराने की वरीयता देती है। 0.7 प्रतिशत अस्पताल में तथा 25.0 प्रतिशत प्राइवेट अस्पताल में प्रसव कराने वाली हैं। अतः यह विश्लेषण होता है कि सर्वाधिक महिलाएँ पंजीकरण होने के बावजूद भी प्राइवेट अस्पतालों में व घर पर प्रसव कराना उचित समझती हैं, महिलाएँ सिर्फ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में पंजीकृत हैं, किन्तु प्रसव के समय की स्थिति तथा वह अपनी

इच्छानुसार कहीं भी करा लेती है। महिलाएँ सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों को महत्व अधिक नहीं देती। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के अन्तर्गत वे महिलाएँ भी हैं जो प्रथम बार गर्भवती हैं और क्षेत्रीय कार्य के दौरान उनका प्रसव नहीं हुआ था।

सारणी संख्या 7.9

प्रसव के दौरान जाँच हेतु शुल्क का विवरण

क्र.सं.	प्रसव के दौरान जाँच हेतु शुल्क का विवरण	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	हाँ	128	42.7
2.	थोड़ा बहुत	133	44.3
3.	नहीं	39	13.0
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी के तथ्यों से यह स्पष्ट है कि 44.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को प्रसव के दौरान जाँच को कराने के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों में थोड़ा बहुत शुल्क देना पड़ा। 42.7 प्रतिशत को जाँच हेतु पूरे पैसे देने पड़े और 13.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को निःशुल्क सेवाएँ मिली। अतः इससे यह ज्ञात होता है कि सरकार द्वारा निःशुल्क सेवाएँ उपलब्ध कराने के बावजूद भी महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने के लिए पैसें खर्च करने पड़ते है।

सारणी संख्या 7.10

उत्तरदाता की प्रसव के दौरान समस्या का विवरण

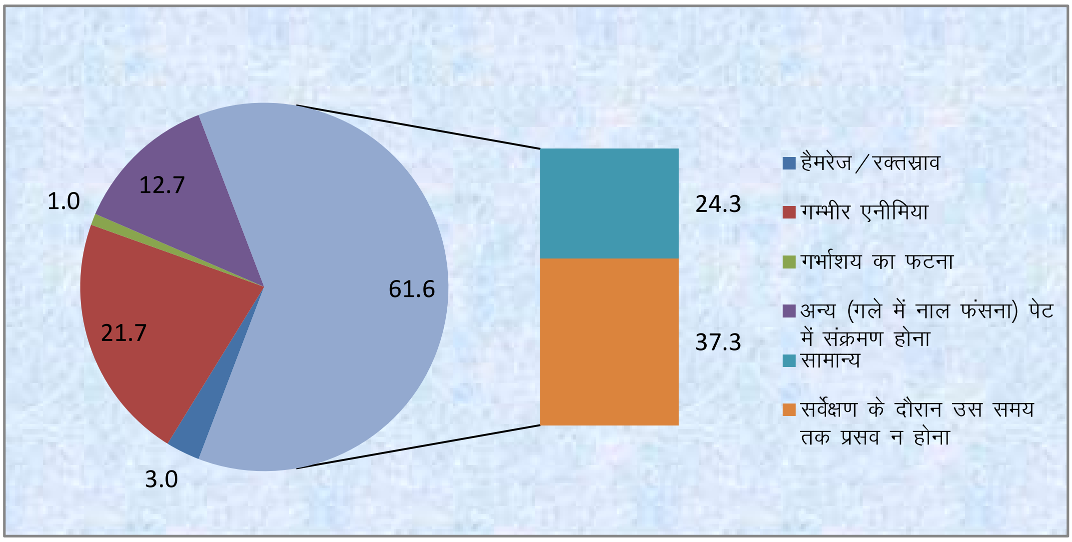
क्र0सं0	प्रसव के दौरान समस्या	बारम्बारता	प्रतिशत
1.	सामान्य	236	78.7
2.	गम्भीर	64	21.3
	योग	**300**	**100**

स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

उपरोक्त सारणी के तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 78.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को सामान्य समस्या थी, और 21.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को प्रसव के दौरान गम्भीर समस्याएँ हुई।

ग्राफ संख्या 7.11

उत्तरदाता के प्रसव के दौरान हुई समस्या का विवरण



स्रोत : क्षेत्रीय कार्य 2017

ग्राफ संख्या 7.11 से स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में चयनित गर्भवती महिलाओं में प्रसव दौरान भिन्न–भिन्न तरीके की समस्याएँ हुई, जिनमें 3.0 प्रतिशत हैमरेज व रक्तस्राव की समस्या हुई। 21.7 प्रतिशत गम्भीर एनीमिया से समस्या ग्रस्त हैं। 1.0 प्रतिशत वे उत्तरदाता हैं, जिनका प्रसव के दौरान गर्भाशय फट गया। अन्य में 12.7 प्रतिशत गले में नाल फँसना, पेट में बच्चे का ना घूमना इत्यादि समस्याओं से ग्रसित हैं। 24.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का प्रतिशत सामान्य हुआ। सामान्य प्रसव होने वाली 24.3 हैं और 37.3 प्रतिशत वे हैं जिनका सर्वेक्षण के दौरान प्रसव नहीं हुआ था। अतः विश्लेषण से यह ज्ञात होता हैं। कि महिलाएँ प्रसूति सम्बन्धी समस्याओं से पीड़ित है। अशिक्षा के कारण गर्भावस्था में महिलाओं को उचित स्वास्थ्य देखभाल मिल पाती, वह इतनी जागरुक नहीं है कि प्रसव के समय क्या–क्या सवधानियाँ रखनी चाहिए।

निष्कर्ष

प्रस्तुत अध्याय का उद्देश्य महिलाओं के मातृत्व स्वास्थ्य सम्बन्धी दशाओं में सुधार लाने के लिए केन्द्र व राज्यों द्वारा अनेक स्वास्थ्य व पोषण सम्बन्धी योजनाएं क्रियान्वित की जा रही है जिसका महिलाओं में उपयोग के स्तर व प्रभावों का अध्ययन करना है। जिसमें प्राप्त तथ्यों में यह पाया गया कि सर्वाधिक 75.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं की जानकारी का अभाव है। साथ ही उनके परिवारों में जागरूकता की कमी पायी गयी। यहाँ मुख्यतः जननी सुरक्षा योजना, एकीकृत बाल विकास योजना ही क्रियान्वित हैं, जिसमें जे0एस0वाई0/जे0एस0एस0के0 से लाभान्वित 39.0 प्रतिशत उत्तरदाता हैं। जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत निःशुल्क उपलब्ध करायी जाने वाली सुविधाओं का सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर अभाव है। यहाँ स्वास्थ्य शिविर/कैम्प का आयोजन भी कम ही किया जाता है, 94 प्रतिशत उत्तरदाताओं को शिविर/कैम्प के आयोजन के बारे में नहीं मालूम है। यदि स्वास्थ्य कैम्प का आयोजन हुआ है, तो कैम्प से 93.4 प्रतिशत उत्तरदाताओं को कोई सुविधा नहीं मिली। सर्वाधिक 33.0 आँगनबाड़ी केन्द्रों की स्थिति अत्यन्त खराब है। यहाँ प्रसवपूर्व जाँच हेतु पर्याप्त उपकरण, आयरन की गोलियाँ व दलिया का अभाव सदैव ही बना रहता है। गर्भवती महिलाओं को सिर्फ टी0टी0 का इंजेक्शन ही लग पाता है। सेवा प्रदाताओं आशा/ए0एन0एम0/आँगनबाड़ी कार्यकत्री भी महिलाओं के पोषण सम्बन्धी सेवाओं में ज्यादा रुचि नहीं लेती हैं। 52.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं द्वारा सिर्फ गम्भीर स्थिति होने पर ही आशा, ए0एन0एम0 से अपने स्वास्थ्य विषय पर चर्चा करती हैं। वी0एच0एन0डी0 दिवस भी टीकाकरण तक सीमित रह गया है। महिलाओं के लिए न पोषण आहार उपलब्ध है और न ही मातृत्व शिक्षा।

सभी 300 उत्तरदाता आँगनबाड़ी केन्द्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर पंजीकृत है। किन्तु इनमें कुछ ही महिलाओं को प्रसव सेवाओं की सुविधा मिल पाती है। उत्तरदाताओं की गर्भावस्था में प्रथम तिमाही में ए0एन0सी0 का प्रतिशत 80.3 था, जो दूसरी तिमाही 18.7 प्रतिशत, तीसरी तिमाही में 1.0

प्रतिशत रहा है। महिलाएँ सिर्फ आवश्यक जाँचें कराना ही जरूरी समझती हैं। इससे यह ज्ञात होता है कि जैसें–जैसें प्रसव का समय नजदीक आता है, तो महिलाएँ स्वास्थ्य केन्द्रों में जाने से परहेज करती हैं और घर में प्रसव कराना उचित समझती हैं। और यह कहती हैं, कि "अरे बहिन घर मा अच्छे से निपट जाय तो काहे अस्पताल जाना पड़े"।

स्वास्थ्य कार्यकर्ता ए0एन0एम0 प्रतिमाह सिर्फ टीकाकरण दिवस पर ही उपलब्ध रहती हैं। 88.7 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं का ज्यादातर सम्पर्क आशा बहू से ही होता है। आशा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और महिलाओं के मध्य की कड़ी हैं जो मातृत्व स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को महिलाओं तक उपलब्ध कराती हैं। किसी–किसी गाँव में निम्न जाति की महिलाओं का कहना है कि आशा जातिगत भेदभाव भी करती है। यदि उच्च जाति की आशा गाँव में कार्यरत है तो वह निम्न जाति की महिला के घर नहीं जाती। वह किसी अन्य व्यक्ति या आँगनबाड़ी कार्यकत्री से सन्देशा भिजवा देती हैं। प्रस्तुत शोध अध्ययन में जातिगत् भेदभाव भी महिलाओं के साथ किया जाता है।

स्वास्थ्य पर लम्बा बजट पारित होने के बावजूद भी महिलाओं को स्वास्थ्य केन्द्रों पर निःशुल्क दवाएँ और अन्य स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध नहीं होती। यहाँ महिलाओं में अशिक्षा के कारण स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रति जागरूकता का अभाव पाया गया। निलंजना, (2013) ने अपने उ0प्र0 में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में यह पाया कि उ0प्र0 में स्वास्थ्य प्रणाली के क्रियान्वयन को अधिक सुदृढ़ तरीके से लागू करने की आवश्यकता हैं। ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों में सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों की तरफ आकर्षित करने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार करना जरूरी हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में महिला डॉक्टरों की कमी, सेवाएँ पाने में देरी, घर से अस्पताल की दूरी, दवाओं का न उपलब्ध होना, अवसंरचनात्मक संसाधनों का अभाव, ज्ञान में कमी के कारण महिलाएँ यहाँ आने में हिचकिचाती हैं।

सामुदायिक स्तर पर सरकार द्वारा भी स्वास्थ्य योजनाओं को प्रभावी तरीके से क्रियान्वयन नहीं किया जाता। ग्रामीण समाज में मातृत्व स्वास्थ्य को ध्यान में रखकर सरकार द्वारा जो प्रयास किये जा रहे हैं, उनका प्रभाव उनके स्वास्थ्य पर देखने को मिल रहा है, किन्तु यह सन्तोषजनक नहीं है।

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- चंन्द्रियोक, एन0 एट ऑल (2005), डिटरमिनेन्ट ऑफ एन्टीनेटल केयर यूटिलाईजेशन इन रुरल इंडियाः ए कॉस सैक्शनल स्टडी फ्रॉम 28 डिस्ट्रिक्ट (एन0आई0सी0एम0 टॉस्क फॉर्स स्टडी), जर्नल ऑपस्टेकल एण्ड गाइनोलॉजी ऑफ इंडिया, वाल्यूम. 56, नं0–1.
- नेशनल हेल्थ मिशन (एन0एच0एम), मिनिस्ट्री ऑफ हेल्थ एण्ड फैमिली वेलफेयर गवर्नमेन्ट ऑफ इंडिया.
- पाण्डे, निंलजना, (2013) अप्रकाशित शोध, इंटरनेशनल, इन्स्टीट्यूट फॉर पॉपूलेशन साइसेस इंडिया.
- जननी सुरक्षा योजना (जे0एस0वाई)

✲✲✲

अष्टम अध्याय

निष्कर्ष एवं सुझाव

अष्टम् अध्याय

निष्कर्ष एवं सुझाव

किसी भी स्वस्थ समाज के निर्माण में महिलाओं की भूमिका अत्यन्त आवश्यक होती है, किन्तु समाज का विकास महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति को बेहतर किए बगैर संभव नहीं है। अन्तर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय स्तर पर समय–समय पर मातृत्व स्वास्थ्य स्तर में सुधार लाने हेतु अनेक प्रयास किए गए हैं, जिसके दृष्टिगत कई स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रम व योजनाओं का क्रियान्वयन किया जा रहा है, फलस्वरुप मातृत्व स्वास्थ्य संकेतकों में आंशिक वृद्धि हुई किन्तु अभी भी स्वास्थ्य योजनाओं के सही ढंग से क्रियान्वयन किये जाने की आवश्यकता है ताकि सभी महिलाओं की स्वास्थ्य योजनाओं तक पहुँच हो सके। प्रस्तुत अध्ययन **महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभावः लखनऊ जिले का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन** पर किया गया है।

प्रस्तुत शोध को आठ अध्यायों में विभाजित किया गया है, जिसमें अन्वेषणात्मक व वर्णनात्मक शोध पद्धति का प्रयोग किया गया। यह अध्ययन गुणात्मक एवं परिमाणात्मक दोनों पर आधारित हैं। इसमें क्षेत्रीय (प्राथमिक स्त्रोत) एवं प्रलेखीय (द्वितीयक स्त्रोत) दोनों प्रकार के स्त्रोतों का प्रयोग किया गया है। प्राथमिक स्त्रोत हेतु चयनित अध्ययन क्षेत्र लखनऊ में से तीन ब्लाक चिनहट, मोहनलालगंज, बक्शी का तालाब का चयन किया गया। प्रस्तुत शोध अध्ययन में कुल प्रतिदर्श की संख्या 300 है, जिनकी आयु 15–49 वर्ष की हैं। सभी (उत्तरदाता) गर्भवती महिलाएँ हैं। प्राथमिक स्त्रोतों के संकलन हेतु साक्षात्कार अनुसूची, अवलोकन, केस स्टडी, फोकस्ड ग्रुप स्टडी प्रविधियों का प्रयोग किया गया है। द्वितीयक स्त्रोतों में राष्ट्रीय व अन्तर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण एन0एफ0एच0एस0–I, II, III, IV, DLHS- 1,2,3 वार्षिक स्वास्थ्य रिपोर्ट,

जनगणना, हाई लेवल एक्सपर्ट रिपोर्ट, एस0आर0एस0 रिपार्ट, राष्ट्रीय पोषण रिपोर्ट अन्य महिला स्वास्थ्य से सम्बंधित अध्ययनों का प्रयोग किया गया है।

शोध प्रबन्ध के **प्रथम अध्याय प्रस्तावना** में भूमिका, मातृत्व स्वास्थ्य की अवधारणा, सम्बन्धित सैंद्धान्तिक परिपेक्ष्य, साहित्य की समीक्षा, अध्ययन के उद्देश्य, अध्ययन के परिकल्पना, अध्ययन का महत्व, अध्ययन की सीमाएँ, शोध पद्धति, अवधारणात्मक परिभाषा का वर्णन किया गया हैं एवं राज्य द्वारा महिला स्वास्थ्य में सुधार लाने हेतु किये गये प्रयासों को ऐतिहासिक पृष्ठभूमि के अर्न्तगत स्वास्थ्य नीतियों, समितियों, स्वास्थ्य सम्बंधित कार्यक्रमों व योजनाओं का विश्लेषणात्मक वर्णन किया गया हैं। इस अध्याय में विभिन्न पंचवर्षीय योजनाओं में मातृत्व स्वास्थ्य के बिंदुओं पर प्रकाश डाला गया हैं। भारत सरकार द्वारा संचालित की जा रही महिला स्वास्थ्य योजनाओं का संक्षेप में वर्णन किया गया हैं।

शोध प्रबन्ध के द्वितीय अध्याय में **सामाजिक संरचना एवं समुदाय की पृष्ठभूमि** का वर्णन किया गया है। जिसके अर्न्तगत चयनित अध्ययन क्षेत्र में बक्शी का तालाब, मोहनलालगंज, चिनहट विकास खण्डों की भौगोलिक स्थिति, जनांकिकी सम्बन्धी सूचनाओं तथा स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति का विवरण दिया गया हैं। प्रस्तुत शोध अध्याय में समुदाय की सामाजिक, धार्मिक, आर्थिक, सामुदायिक तथा पारिवारिक संरचना को वर्गीकृत कर प्राथमिक तथ्यों के आधार पर विस्तारपूर्वक विश्लेषित किया गया हैं।

शोध प्रबन्ध के तृतीय अध्याय में **महिला स्वास्थ्यः मुद्दे एवं समाधान** के अन्तर्गत महिला स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक–सांस्कृतिक व आर्थिक कारकों को द्वितीयक स्त्रोतों के आधार पर विश्लेषित किया गया है। महिला स्वास्थ्य के विशेष मुद्दों व समाधानों पर पूर्व में किए गए अध्ययनों के आधार पर विश्लेषण किया गया हैं।

शोध प्रबन्ध के चतुर्थ अध्याय में **मातृत्व स्वास्थ्यः सामाजिक एवं आर्थिक दृष्टिकोण** के अन्तर्गत गर्भवती महिलाओं की आयु, जाति, वैवाहिक स्थिति, विवाह के समय आयु, शिक्षा का स्तर, बच्चों की संख्या, महिला का व्यवसाय,

मासिक आय इत्यादि को मातृत्व स्वास्थ्य के सन्दर्भ में विश्लेषित किया गया है। जिससे यह ज्ञात हो सके कि मातृत्व स्वास्थ्य को महिला की सामाजिक,आर्थिक स्थिति किस स्तर तक प्रभावित करती है।

शोध प्रबन्ध के पंचम अध्याय की शोध विषयवस्तु **मातृत्व स्वास्थ्यः सामाजिक सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का प्रभाव** में मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक–सांस्कृतिक एवं धार्मिक कारकों के अर्न्तगत निम्न बिन्दुओं प्रथम गर्भ के समय आयु, गर्भावस्था के दौरान व प्रसव के पश्चात् सामाजिक व धार्मिक रीति–रिवाजों, संस्कारों व कर्मकाण्डों का प्रचलन, दाई द्वारा प्रसव की परम्परा, समाज में पुत्र की प्राथमिकता, पुत्र हेतु विशेष व्रत का प्रचलन, स्वास्थ्य के प्रति जागरुकता, परिवार नियोजन सम्बन्धी जानकारी इत्यादि का विश्लेषण किया गया हैं।

शोध प्रबन्ध के षष्ठम् अध्याय में **गर्भवती एवं धात्री माँः कुछ विशेष स्वास्थ्य सम्बन्धी मुद्दों** में महिलाओं की गर्भावस्था के दौरान विभिन्न स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का विश्लेषण किया गया है। महिलाओं के पोषण स्तर को उनके भोजन की आवृत्ति के आधार पर विश्लेषित किया गया है। शोध अध्याय में 20 उत्तरदाताओं का रैंडम निर्देशन विधि से चयन कर वैयक्तिक अध्ययनों को भी शामिल किया गया है, जिसमें गर्भवती महिलाओं की समग्र स्थिति का गहन विश्लेषण किया गया हैं।

शोध प्रबन्ध के सप्तम् अध्याय में **महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभाव** में भारत सरकार द्वारा महिला स्वास्थ्य में सुधार लाने के लिए क्रियान्वित विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों व योजनाओं का मूल्यांकन किया गया हैं। तत्पश्चात् अध्ययन क्षेत्र की महिलाओं में स्वास्थ्य योजनाओं के क्रियान्वयन का मातृत्व स्वास्थ्य पर किस स्तर तक प्रभाव पड़ा हैं। महिलाओं में स्वास्थ्य योजनाओं के प्रति जागरूकता व योजनाओं के उपयोग के स्तर का तथ्यात्मक विश्लेषण किया गया है।

उपकल्पनाओं का सत्यापन

उपकल्पना : 1

सामान्यतः महिलाओं की निम्न पारिवारिक, सामाजिक तथा आर्थिक परिस्थिति उनके खराब मातृत्व स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार हैं।

परिकल्पना प्रथम को अपने शोध प्रबन्ध में प्रस्तुत तथ्यों के आधार पर विश्लेषण करने के पश्चात् यह पाया गया कि महिलाओं की निम्न पारिवारिक, सामाजिक, तथा आर्थिक परिस्थिति उनके खराब मातृत्व स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार हैं। सारणी संख्या 2.3 यह दर्शाती है कि उत्तरदाताओं के परिवार का शैक्षणिक स्तर काफी निम्न है। जिससे परिवार के सदस्यों में महिलाओं के स्वास्थ्य के प्रति अरुचि रहती है। इसी संदर्भ में अध्याय चतुर्थ के ग्राफ संख्या 4.2 विश्लेषण में पाया गया कि उत्तरदाताओं की शिक्षा का स्तर निम्न हैं। अशिक्षा के कारण उत्तरदाताओं में व उनके परिवार के सदस्यों में स्वास्थ्य योजनाओं की उपादेयता के प्रति जागरुकता का अभाव रहता हैं। जिससे महिलाएँ मातृत्व स्वास्थ्य योजनाओं का लाभ लेने में असमर्थ होती हैं। द्वितीय अध्याय की सारणी संख्या 4.1 में महिलाओं की जातीय विश्लेषण के आधार पर यह पाया गया कि सर्वाधिक उत्तरदाता अनुसूचित जाति की हैं। विश्लेषण में यह पाया गया कि अनुसूचित जाति की महिलाओं की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति निम्न है। ग्राफ संख्या 4.1 में अधिकांश 44 प्रतिशत उत्तरदाता 20 से 24 वर्ष आयु की है। 25–29 वर्ष की उत्तरदाता 38.3 प्रतिशत हैं। जिससे यह ज्ञात होता है कि इस आयु वर्ग की महिलाओं में प्रजनन दर अधिक है। ग्राफ संख्या 4.3, सारणी संख्या 4.4 का विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि अधिकांश महिलाएँ गृहिणी है, इन्हें अपने पति की आय पर ही निर्भर रहना पड़ता है। महिलाओं में तकनीकी ज्ञान व शिक्षा का अभाव है। जिसके कारण वह दैनिक श्रमिक व कृषि श्रमिक के कार्य ही करती हैं, उनकी आय 3000 रूपये से भी कम है। महिलाओं को अपने स्वास्थ्य सम्बन्धी निर्णय लेने का अधिकार नहीं है।

कम आय व गरीबी के कारण महिलाओं का स्वास्थ्य अपेक्षित होता है। अतः उपरोक्त उपकल्पना पूर्णतः सत्य साबित हुई।

उपकल्पना : 2

महिलाओं में निम्न मातृत्व स्वास्थ्य हेतु सामाजिक, सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रह जिम्मेदार हैं।

परिकल्पना द्वितीय को अपने शोध प्रबन्ध में प्रस्तुत तथ्यों के आधार पर विश्लेषण करने पर यह पाया गया कि मातृत्व स्वास्थ्य हेतु सामाजिक, सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रह जिम्मेदार हैं। ग्राफ संख्या 5.2 इस बात की पुष्टि होती है कि ग्रामीण क्षेत्रों में गर्भावस्था के दौरान तथा प्रसव पश्चात् आज भी कई सामाजिक रीति–रिवाज, परम्पराएँ, संस्कार व कर्मकाण्डों का प्रचलन हैं। जिसका प्रभाव मातृत्व स्वास्थ्य पर पड़ता हैं। महिलाएँ झाड़–फूंक, टोने–टोटके व दुआ–ताबीज पर अधिक विश्वास करती हैं। वह गर्भावस्था के दौरान होने वाली स्वास्थ्य समस्या को ऊपरी प्रभाव (भूत–प्रेत) का कारण मानती है। ग्राफ संख्या 5.1, सारणी संख्या 5.1.1 के विश्लेषण में यह पाया गया कि सांस्कृतिक प्रभाव के कारण लडकियों का विवाह कम आयु कर दिया जाता है, जिससे वह अपरिपक्व आयु में गर्भधारण कर लेती हैं। कम उम्र में गर्भधारण की दर काफी उच्च होती हैं। जिससे महिलाएँ समयपूर्व प्रसव, शिशु का कम वजन, गर्भपात अन्य प्रसूति सम्बन्धी समस्याओं से पीड़ित होती है। महिलाओं को गर्भधारण सम्बन्धी निर्णय लेने का अधिकार भी नहीं होता है। ग्राफ संख्या 5.4, ग्राफ संख्या 5.4.1, सारणी 5.4.2 तथा ग्राफ संख्या 5.5 के विश्लेषण में यह पाया गया कि समाज में पुत्र प्राथमिकता के कारण महिलाओं की दुर्दशा अत्यन्त खराब है, क्योंकि बार–बार लड़कियों के जन्म होने के कारण उन्हें परिवार व समाज की अवहेलनाओं को सहना पड़ता है, कभी–कभी तो पति की हिंसा भी सहनी पड़ती हैं। यही कारण हैं कि लड़कियों के साथ समाज में लैंगिक भेदभाव किया जाता हैं। उन्हें पर्याप्त भोजन, शिक्षा, स्वास्थ्य देखभाल से वंचित रखा जाता है। परिणामतः जिसके दूरगामी प्रभाव उनके सम्पूर्ण विकास व स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव डालते है।

महिलाओं में स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरुकता का अभाव भी मातृत्व स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। अतः उपरोक्त उपकल्पना सत्य साबित हुई।

उपकल्पना : 3

गर्भवती व धात्री महिलाओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी अनेक समस्याएं पायी जाती हैं।

परिकल्पना तृतीय को अपने शोध प्रबन्ध में प्रस्तुत तथ्यों के आधार पर विश्लेषण करने पर यह पाया गया कि अध्ययन क्षेत्र में गर्भवती महिलाओं में कई समस्याएँ पायी गयी। ग्राफ संख्या 6.1, सारणी संख्या 6.2 के विश्लेषण में पाया गया कि सर्वाधिक महिलाओं में आयरन व खून की कमी है। धात्री मांओं में भी इसका प्रतिशत अधिक है। इसका कारण गर्भवती महिलाओं में निरन्तर बच्चे पैदा करना है। महिलाएँ मल्टीपल प्रेग्नेन्सी, प्रसूति सम्बन्धी संक्रमण (सिफलिस), अवांछित गर्भपात, रक्तचाप, कमजोरी, हाथपांव में सूजन, डायबटिक, थायराइड आदि समस्याएं भी हैं। अशिक्षा व अज्ञानता के कारण महिलाएँ इन समस्याओं से पीड़ित हैं। गर्भावस्था के दौरान महिलाएँ इन रोगों के लक्ष्णों को समय पर पहचान नहीं पाती, जिससे कभी–कभी गंभीर स्थिति उत्पन्न हो जाती है। सारणी संख्या 6.3.1, 6.3.2, 6.3.3 तथा सारणी संख्या 6.4 से इस बात की पुष्टि होती है कि महिलाएँ घरेलू काम–काज ज्यादा होने के कारण समय पर भोजन नहीं करती। परिवार की सामाजिक, आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान पर्याप्त पोषण नहीं मिलता, जिससे वह कुपोषण व एनीमिया से प्रभावित हो जाती है। इसका प्रभाव उनकी गर्भावस्था व शिशु के स्वास्थ्य पर पड़ता है। अतः यह उपकल्पना सत्य है।

उपकल्पना : 4

विभिन्न सरकारी व गैर सरकारी स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमों का मातृत्व स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव नहीं पड़ा है।

चतुर्थ परिकल्पना को अपने शोध प्रबन्ध में प्रस्तुत तथ्यों के आधार पर विश्लेषण करने पर यह पाया गया कि ग्रामीण क्षेत्रों में मातृत्व स्वास्थ्य से सम्बंधित कई कार्यक्रम व योजनाओं को महिलाओं के स्वास्थ्य में सुधार लाने हेतु संचालित किया जा रहा हैं, किन्तु ग्राफ संख्या 7.2.1 के विश्लेषण में यह पाया गया कि सर्वाधिक 75.3 प्रतिशत महिलाओं को स्वास्थ्य योजनाओं के विषय में जानकारी नहीं हैं। जिन्हें थोड़ा बहुत ज्ञान है वह आशा, आंगनबाड़ी कार्यकत्री के सहयोग से लाभ ले लेती हैं। सारणी संख्या 7.2 के विश्लेषण में यह पाया गया है कि एक या दो योजनाओं जननी सुरक्षा योजना, समेकित बाल विकास योजना के अन्तर्गत गर्भवती महिलाओं को आंशिक लाभ ही मिल रहा है। सारणी संख्या 7. 4.2, ग्राफ संख्या 7.3 में इस बात की पुष्टि होती हैं कि आंगनबाड़ी केन्द्रों पर महिलाएँ पंजीकरण व टीकाकरण तक सीमित हैं। यहां मिलने वाली सुविधाएँ सीमित हैं। सरकारी दस्तावेजों पर मिलने वाला पोषाहार महिलाओं तक पहुंच ही नहीं पाता। आंगनबाड़ी केन्द्रों की स्थिति भी संतोषजनक नहीं हैं। केन्द्रों में स्वास्थ्य उपकरण, दवाओं, अनुपूरक आहार का अभाव सदैव बना रहता है। महिलाओं में गर्भावस्था के दौरान प्रसवपूर्व परिचर्या का प्रतिशत काफी कम पाया गया हैं। और प्रसव का समय आने तक यह बिल्कुल ही कम हो जाता है(ग्राफ संख्या 7.9)। जिससे यह ज्ञात होता है कि महिलाएँ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों से अपेक्षा घरों पर या प्राइवेट अस्पतालों में प्रसव कराना उचित समझती हैं। महिलाओं को स्वास्थ्य केन्द्रों से परिवहन की सुविधा समय पर उपलब्ध न होना, दवाएं न मिलना और आकस्मिक परिस्थिति में उन्हें शहर रेफर कर देना आदि कारण हैं जिसके कारण सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों से महिलाओं का आकर्षण कम कर रहा है। इससे यह सिद्ध होता है कि सरकार द्वारा क्रियान्वित योजनाओं का महिलाओं के मातृत्व स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव नहीं पड़ा है। अतः उपरोक्त उपकल्पना सत्य साबित हुई।

प्रस्तुत शोध अध्ययन के प्रथम उद्देश्य **महिलाओं की पारिवारिक, सामाजिक, शैक्षिक तथा आर्थिक पृष्ठभूमि** के संदर्भ में प्राप्त तथ्य यह इंगित करते है कि

- अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक 44 प्रतिशत उत्तरदाता 20–24 आयु वर्ग की महिलाएँ है और उससे कुछ कम 38.3 प्रतिशत उत्तरदाता 25–29 आयु वर्ग की महिलाएँ है। इससे स्पष्ट है कि 20–29 वर्ष आयु वर्ग में प्रजनन दर अधिक होती है।
- जाति से सम्बंधित विश्लेषण में पाया गया कि सर्वाधिक 45 प्रतिशत उत्तरदाता अनुसूचित जाति व 29.7 प्रतिशत पिछड़ी जाति की है। अतः इससे स्पष्ट है कि अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का स्तर अनुसूचित जाति में अधिक है।
- शिक्षा के संदर्भ में देखा जाय तो प्राप्त तथ्य यह दर्शाते है कि 33 प्रतिशत उत्तरदाता अशिक्षित है। 15.7 प्रतिशत उत्तरदाता प्राथमिक स्तर तक शिक्षा प्राप्त है। इससे यह स्पष्ट होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में शिक्षा का स्तर निम्न होने के कारण महिलाएँ स्वास्थ्य योजनाओं के प्रति जागरुक नहीं हो पाती, और उनमें स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग का स्तर भी कम होता है।
- विवाह के समय आयु के संदर्भ में तथ्यों में यह पाया गया कि सर्वाधिक 70.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं का विवाह 19–25 वर्ष की आयु में हुआ और 25.3 प्रतिशत का विवाह 15–18 वर्ष की आयु में हुआ था। जिससे यह स्पष्ट होता है कि आज भी ग्रामीण क्षेत्रो में लड़कियों का विवाह कम आयु में हो जाता है। जिसके कारण महिलाएँ कई प्रजनन सम्बन्धी समस्याओं से ग्रसित रहती हैं।
- उत्तरदाताओं की आर्थिक प्रस्थिति के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 94.7 प्रतिशत महिलाएँ गृहिणीयां है। सिर्फ 5.3 प्रतिशत उत्तरदाता छोटे–मोटे व्यवसाय, दैनिक मजदूरी, प्राइवेट नौकरी में संलग्न

है। उनकी मासिक आय सिर्फ 1000 से 3000 रुपये से तक है। जिससे यह स्पष्ट होता है कि उत्तरदाताओं की आर्थिक स्थिति निम्न है। गरीबी व भौतिक संसाधनों की कमी के कारण महिलाओं का स्वास्थ्य स्तर निम्न है।

- पारिवारिक मामलों में उत्तरदाताओं के निर्णय लेने की भूमिका का विश्लेषण करने पर स्पष्ट है कि उत्तरदाताओं का पारिवारिक मामलों में ज्यादा हस्तक्षेप नहीं रहता, वह सिर्फ घरेलू काम–काज व बुजुर्गो व बच्चों की देखभाल करने तक सीमित रहती है।

शोध अध्ययन के दूसरा उद्‌देश्य **अध्ययन क्षेत्र में विद्यमान सामाजिक, सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का मातृत्व स्वास्थ्य के संदर्भ में अध्ययन करना** जिससे प्राप्त तथ्य यह इंगित करते हैं–

- अध्ययन क्षेत्र में सर्वाधिक 56.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं की प्रथम गर्भ के समय आयु 21 से 25 वर्ष के मध्य हैं, व उससे कम 36.7 प्रतिशत 16 से 20 वर्ष के मध्य है। इससे यह स्पष्ट है कि कम आयु में विवाह होने से प्रजनन दर में वृद्धि होती है, साथ ही भविष्य में उच्च प्रजनन क्षमता और अनचाहे गर्भ के उच्च स्तर से महिलाओं के स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है।
- उत्तरदाताओं में गर्भधारण से सम्बंधित कारणों का विश्लेषण करने पर यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 42.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के गर्भधारण में सास व बड़ों की इच्छा थी। जिससे यह स्पष्ट होता है कि महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक प्रस्थिति निम्न होने के कारण व सांस्कृतिक पृष्ठभूमि के प्रभाव के कारण प्रजनन सम्बंधी निर्णय लेने का अधिकार नहीं होता।
- अध्ययन क्षेत्र में गर्भावस्था के दौरान व प्रसव पश्चात् विशेष संस्कार एवं पूजा पाठ, कर्मकाण्ड़ो के प्रचलन सम्बंधित प्राप्त तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 51.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं में झांड–फूँक, दुआ–ताबीज

का चलन है। इससे यह ज्ञात होता है कि महिलाओं में अज्ञानता व जागरुकता का अभाव होने के कारण गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्याओं का निवारण टोने–टोटके व झांड–फूँक से करती है। इससे कभी–कभी माँ व शिशु की मृत्यु भी हो जाती हैं।

- अध्ययन क्षेत्र में पुत्र की प्राथमिकता सम्बंधित तथ्यों का विश्लेषण करने पर स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 60.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में पुत्र को अधिक महत्व दिया जाता है। 39.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं के परिवार में पुत्र व पुत्री में कोई भेदभाव नही किया जाता है। इससे यह स्पष्ट है कि समुदाय में आज भी पुत्र वंश वृद्धि, बुढ़ापे का सहारा, अंतिम संस्कार के लिए अनिवार्य माना जाता है।
- अध्ययन क्षेत्र में पुत्र हेतु विशेष व्रत व पूजा के विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि अधिकांश 33.7 प्रतिशत उत्तरदाता पुत्र हेतु सकट का व्रत रखती है। इसके अलावा हरछठ, जिउतिया, रोजा व मन्नत का प्रचलन है। इससे यह स्पष्ट है कि समाज में पुत्र हेतु विशेष व्रत का प्रचलन है किन्तु पुत्रियों हेतु कोई व्रत नहीं।
- उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य के परीक्षण से प्राप्त तथ्यों के आधार पर विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 99.4 प्रतिशत उत्तरदाता केवल बीमार होने पर ही अपना परीक्षण कराती हैं। जिससे यह ज्ञात होता है कि घरेलू कार्यो के अत्यधिक भार के कारण महिलाएँ स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति जागरुक नहीं होती है।
- उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य समस्या के उपचारों पर निर्भरता के विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि 36.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं द्वारा स्वास्थ्य समस्या का उपचार टोने–टोटके व झांड़–फूँक द्वारा किया जाता है। उससे कुछ अधिक 38.0 प्रतिशत उत्तरदाता आधुनिक उपचारों पर निर्भर हैं। जिससे यह ज्ञात होता है कि महिलाएँ दोनों प्रकार के उपचारों का प्रयोग करती है।

- उत्तरदाताओं में परिवार नियोजन/गर्भनिरोधक के विषय में जानकारी से प्राप्त तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि 78.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को परिवार नियोजन/गर्भनिरोधक की जानकारी है। 21.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं को इस विषय की जानकारी नहीं है। इनमें से 42.0 परिवार नियोजन के उपाय को अपनाती हैं।
- परिवार नियोजन के विषय पर चर्चा न कर पाने के कारण से सम्बंधित तथ्यों से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 51.7 प्रतिशत उत्तरदाता शर्म के कारण परिवार नियोजन के विषय पर चर्चा नहीं कर पाती। 32.6 प्रतिशत परिवार नियोजन के विषय पर समझ व जानकारी न होने के कारण चर्चा नहीं कर पाती है। अतः विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि अध्ययन क्षेत्र में जागरुकता का अभाव, झिझक, शर्म व सामाजिक तौर पर परहेज होने के कारण महिलाएँ परिवार नियोजन पर चर्चा न कर पाती।

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध का तीसरा उद्देश्य **गर्भवती व धात्री माँओं में स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का विश्लेषण करना** से सम्बधित तथ्यों के आधार पर निम्नलिखित निष्कर्ष प्राप्त हुये।

- उत्तरदाताओं में गर्भावस्था के दौरान होने वाली समस्याओं के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 60 प्रतिशत उत्तरदाताओं में आयरन व खून की कमी पायी गयी। अन्य समस्याएं जैसे 14 प्रतिशत संक्रमण (एस0टी0आई), 25 प्रतिशत उत्तरदाताओं में रक्तचाप, बुखार, कमजोरी, हाथ व पाँव में सूजन, उलझन इत्यादि समस्याएँ थी। जिससे यह ज्ञात होता है कि महिलाएँ कई प्रसूति सम्बंधी बीमारियों से ग्रसित रहती हैं।
- उत्तरदाताओं में गर्भपात की समस्या के विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि 20.7 प्रतिशत में किसी न किसी कारण से गर्भपात की समस्या हुई।
- उत्तरदाताओं में भोजन करने के समय का विश्लेषण करने से यह स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 96.7 प्रतिशत उत्तरदाता परिवार के सदस्यों के

भोजन कर लेने के पश्चात् ही करती है। अतः इससे यह स्पष्ट हैं कि गर्भावस्था के दौरान भी महिलाएँ समय पर भोजन नहीं करती हैं। जिसका मुख्य कारण अत्यधिक काम का बोझ हैं।

प्रस्तुत शोध अध्ययन का चौथा उद्देश्य **अध्ययन क्षेत्र में संचालित विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के क्रियान्वयन के पश्चात् उसके प्रभावों का मूल्यांकन करना था।** जिससे सम्बंधित प्राप्त तथ्यों के आधार पर निम्न निष्कर्ष प्राप्त हुए जो इस प्रकार है–

- अध्ययन क्षेत्र में क्रियान्वित महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं के विषय में जानकारी से प्राप्त तथ्यों से यह ज्ञात होता है कि सर्वाधिक 75.3 उत्तरदाताओं को योजनाओं की जानकारी नहीं हैं। इससे यह स्पष्ट होता है कि यहाँ महिलाओं की शिक्षा का स्तर निम्न है, जिसके कारण उन्हें स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी है। अशिक्षा व अज्ञानता के कारण वह स्वास्थ्य योजनाओं से लाभान्वित नहीं हो पाती।
- अध्ययन क्षेत्र में संचालित विभिन्न योजनाओं में से 39.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को जननी सुरक्षा योजना व जननी शिशु सुरक्षा योजना का लाभ मिला। इससे यह स्पष्ट होता हैं, कि अध्ययन क्षेत्र के स्वास्थ्य योजनाओं का सही ढंग से क्रियान्वयन न हो पाने के कारण अधिकांश महिलाएँ स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित हैं।
- अध्ययन क्षेत्र आंगनबाड़ी केन्द्र से प्राप्त सेवाओं के विश्लेषण में पाया गया कि 80.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य जांच (बी0पी0) व टीकाकरण का लाभ मिला। 17.0 प्रतिशत को अनुपरक आहार का लाभ मिला। 3.0 प्रतिशत को मातृत्व व पोषण शिक्षा दी गई। इससे यह ज्ञात होता हैं कि सरकार द्वारा निःशुल्क सेवाएं उपलब्ध कराने के बाद भी महिलाओं को पूर्णतया स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ नहीं मिल पाता।

सुझाव

प्रस्तुत शोध के अध्ययन के उपरान्त जो निष्कर्ष प्राप्त हुये उसके आधार पर सुझाव निम्नलिखित हैं–

1. ग्रामीण स्तर पर लड़कियों के लिए हायर सेकेण्ड्री के साथ आगे की शिक्षा हेतु सामाजिक कार्यकर्ताओं द्वारा परिवार के सदस्यों को प्रेरित करना चाहिए, क्योंकि महिला स्वास्थ्य में शिक्षा एक महत्वपूर्ण कारक है, जिसका सम्पूर्ण प्रभाव महिला के शारीरिक, मानसिक, सामाजिक विकास पर पड़ता है।
2. अधिकांश गर्भवती महिलाओं में स्वास्थ्य सम्बंधी योजनाओं की जानकारी का अभाव है। अतः सुझाव के तौर पर कहा जा सकता है कि सामुदायिक स्तर पर प्रतिमाह महिलाओं के लिए जागरूकता कार्यक्रम जैसें नुक्कड नाटक, परामर्श बैठकें, मल्टीमीडिया इत्यादि के माध्यम से उनमें जागरूकता लायी जा सके। जिससे महिलाओं में स्वास्थ्य योजनाओं के उपयोग के स्तर में वृद्धि हो सके।
3. अध्ययन से यह निष्कर्ष सामने आया है कि अध्ययन क्षेत्र में अधिकांश परिवारों में शौचालय का अभाव है। ग्रामीण क्षेत्रों में घर में शौचालय की व्यवस्था न होने के कारण महिलाओं को अनेक स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं का सामना करना पड़ता हैं। इस संदर्भ में सरकार द्वारा संचालित स्वच्छ भारत मिशन के अन्तर्गत समुदाय के परिवारों में शौचालय का प्रयोग करने व उससे होने वाले संक्रमण सम्बन्धी समस्याओं से अवगत कराते हुये प्रेरित करना चाहिए।
4. प्रत्येक ग्राम पंचायत में एक लाइफ सेल (मिनी अस्पताल) की स्थापना की जानी चाहिए। इस सेल में गर्भावस्था से सम्बन्धित सभी सुविधाएँ उपलब्ध हो। जैसे पंजीकरण, प्रसवपूर्व जाँच, टीकाकरण, प्रसव कराये जाने की सुविधा, सामान्य पैथालॉजी इत्यादि। इस सेल में दो प्रशिक्षित दाई, आंगनबाड़ी कार्यकत्री एवं आशा प्रसव सम्बन्धी सभी कार्यो को क्रियान्वित करेंगी।

5. समुदाय में नियुक्त आशा एवं ए0एन0एम0 द्वारा हाईरिस्क प्रेग्नेन्सी की महिलाओं को विशेष देखभाल के साथ ही परिवार के सदस्यों को भी उनके स्वास्थ्य के प्रति संवेदित करना चाहिए।
6. सरकार द्वारा आशाओं को समय–समय पर मानदेय उपलब्ध कराने के साथ उन्हें समुदाय में अच्छे कार्य करने हेतु प्रोत्साहित राशि भी प्रदान की जानी चाहिए। जिससे वह समुदाय में अपनी भूमिका अच्छे से निभा सके।
7. सामुदायिक स्तर पर अभी भी योजनाओं का क्रियान्वयन भलीभांति नहीं हो पा रहा है जिसके लिए उपयुक्त सदस्यों की नियुक्ति करनी चाहिए जो समुदाय में योजनाओं का क्रियान्वयन सुचारू रूप से करवा सके।

✵✵✵

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

संदर्भ ग्रन्थ सूची

- An incantation in Sanskrit taken from Taittiriya Upanishad,which makes the mother as the first among gods and goddesses.
- .... (2014). Maternal health in India: Contemporary Issues and Challenges. Jaipur: Rawat Publications.p. 19.
- A.R. Pebley, Goldman N. and Rodriguez G. (1996). Prenatal and Delivery Care and Childhood Immunization in Guatemala: Do Family and Community Matter? Demography. 33 (2).pp.231-247.
- Agarwal, K. N. et al. (2006). Prevalence of Anaemia in Pregnant and Lactating Women in India. The Indian Journal of Medical Research 124.2 173-184.
- Banerji. D. (1985). Health and Family Planning Services in India: An Epidemiological. Socio-Cultural and Political Analysis and Perspectives.New Delhi: Lok Prakashan.
- Bhasin, K. (1993). What is Patriarchy?.Social Science, New Delhi: Kali for Women, Publisher.
- Bisai Samiran etal. (2006). Low Birth Weight and Normal Birth Weight Newborns of Kolkata. India: Comparison of Some Maternal Risk Factors. International Journal of Anthropology 21. 241–246.
- Babu. B. V. et al (2007).Utilization of Primary Health Care Services. Experiences and Perceptions of Rural Community in East Godavari District. The Indian Journal of Social Work. 68 (2): April.

- Balgopal. G. (2009). Access to Health Care among Poor Elderly Women in India: How for do Policies Respond to Women's Realities. Gender and Development. 17(3): 481-491.
- Chakrabarti A. and Chaudhuri, K. (2007). Antenatal and Maternal Health Care Utilization: Evidence from Northeastern States of India. Applied Economics,39(6), 683–695.
- C. Renuka. (2008).77,000 Indian Women die every year at Childbirth. Thaindian News.
- Chamberlain A. & skinner C.S.(2008). The Health Belief Model.In K. Glanz. B.K.Rimer.&K.Viswanath Health Behavior and Health Education: Theories, Research and Practice (pp.45-62).
- Census of India (2011). Population of India. New Delhi: Govt. of India.
- Chatterjee Meera (1985). Health for All. *Social Action.* 35: 224 -246.
- .... (1989).Social-Economic and Socio-Cultural Influences on Women. *Nutritional Foundation of India.* New Delhi.
- Clark J. (1985). A Multiple Paradigm Approach to the Sociology of Medicine:Health and Illness. *Sociology of Health and Illness.* 3(1): 89-103.
- Deepak Saxena, Ruchi Vangani, Dileep V. Mavalankar & Sarah Thomsen (2013). Inequity in maternal health care service utilization in Gujarat: analysis of district-level health survey data. Global Health Action. 6:1, 19652, DOI: 10.3402/gha.v6i0.19652.

- Demographic Profile of Uttar Pradesh (2011). Census. Govt. of lndia: Delhi.
- Desai. S. & Alva.S.(1998). Maternal Education And Child Health : Is there Strong Casual realtionship? Demography. vol:35.No:1.71-81.
- Gopalan. C. (1989). *Women and Nutrition in India!* New Delhi.
- Gokhale K.M. & Rao S. S. Garole R. V. (2002). Infant Mortality in India: Use of Maternal and Child Health Services in Relation to Literacy Status. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 20(2), 138-147.
- Gragnolati M. Gupta. D. and Monica.Shekar.Meera. (2017) ICDS and persistent undernutrition : stratgies to enhance the impact. EPW.Vol.41. No 12. pp-1193-1201.
- Gupta. K.Sanjeev. Etal (2012). Impact of Janani Suraksha Yojana on Institutional Delivery Rate And Maternal Morbidity And Mortality: An Observational Study in India.journal of health. Population And Nutrition.Vol.30.No. 4.pp.464-471.
- High Level Expert Group Report on Universal Health Cover age (2011). [online] available from: http://planning commission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.
- International Institute for Population Sciences (IIPS).(2010).District Level Household and Facility Survey (DLHS-3) 2007-08: India, Mumbai.
- International Institute for Population Sciences (IIPS).(2007).National Family Household Survey (NFHS 3) 2005–06, India, Volume I, Mumbai.

- International Institute for Population Science and ORC Macro (2000). National Family Health Survey (NFHS-2) (1998-99) India.*Mumbai IIPS.*
- International Institute for Population Sciences (IIPS). (2010).*District Level Household and Facility Survey (DLHS-3).2007- 08: India.Uttar Pradesh*: Mumbai: IIPS.
- Jashodhara D. Gupta. (2006). India: Including Women's Voices When Crafting Maternal Health Polices.*Arrows for Change.*12 (2).
- Johnson.S.A.(2010).Health and Development as concepts in the international system.InS.A.Johnson.Challenges in Health and Development:from Global To Community perspectives (pp.42-44).USA:Springer.
- Jain.G.(2012).Female Literacy and Its Relevance with Maternal and Infant Mortality Rates.international journal of Management,Vol-3,No-2,65-79.
- Jejeebhoy,.Shireen and Saumya Ramarao (1993). Unsafe Motherhood: A Review of Reproductive Health in India. In M Das Gupta, L Chen and T Krishna (eds.). *Health and Development in Indian.* New Delhi: Oxford University Press.
- J. F. Murphy, J. O'Riordan, R. G. Newcombe, E. C.Coles, and J. F. Pearson (1986).Relation of Haemoglobin Levels in First and Second Trimesters to Outcome Of Pregnancy, Lancet 1, pp.992-995.
- J. Skordis- Worrall, N. Pace, U. Bapat et al.(2011).Maternal and Neonatal Health Expenditure in Mumbai Slums (India): A Cross Sectional Study. BMC Public Health 11:150.

- Kumar, Ashok and M.E. Khan (2010). Health Status of Women in India:Evidence from National Family Health Survey-3 (2005-2006) and futureout look.paper published in *Research and Practice in Social Sciences,* Vol. 6 No.2.
- Koblinski.M.A. Campbell and S.D Harlow (1995).Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health.in Koblinski M. (eds.). *The Health of Women a Glopal Perspective,* West View Press.
- Khan M.E. (2005-06). *Evidences from National Family Health Survey.*
- Kureel A.(2020), Bharat me mahila swasthya : matrava smasyaye avam samadhan, Dristikon p.p 1292-1296.
- Kureel A.(2019), Uttar pradesh ki matratava swasthya yojnayo ka vislehlesnatamak addyan.Ijrar international refreed journal p.
- Khan. M.E. S.K.Ghosh and R. Singh (1986). Nutrition and Health Practices among Rural Women-A Case Study of Uttar Pradesh, India. Journal of Family Welfare. 33, No.1 (September).
- K. Streatfield. M. Singarimbun and I. Diamond.(1990). Maternal Education and Child Immunization. Demography 27 (3), pp.447-455.
- Kanitker. T. and R.K. Singh (1989), "Antenatal Care Services in Five States of India", In S. N. Singh M.K. Premi, P.S. Bhatia and A. Bose, (eds.), *Population Transition in India.*
- Mohindra.K.S.(2007) Women Health and Poverty Alleviation in India.Academic foundation. New Delhi. pp.25-46.

- Kotecha PV. Maternal Health Services-Quality of Care: Uttar Pradesh Scenario- Anemia control as a context. Solution Exchange for MCH Community Newsletter, Safe Motherhood Special. April 2009 Department of Medical Health and Family Welfare, Government of Uttar Pradesh URL: http://uphealth.up.nic.in:80/anm_scheme_1.htm WHO; UNICEF; UNFPA and World Bank. Trends in maternal mortality:1990 to 2008. Geneva: WHO; 2010.
- Lindmark G. Cnattingius S. (1997) The scientific basis of antenatal care. Acta obstetricia et gynaecologica scandinavica.70: 105-9.
- L. Say and R. Raine. (2007). A Systematic Review of Inequalities in the Use of Maternal Health Care in Developing Countries: Examining the Scale of the Problem and the Importance of Context. Bulletin World Health Organization.85 pp.812-9.
- Moni. Nag. (1994).Beliefs and Practices about Food during Pregnancy: Implications for Maternal Nutrition Source: Economic and Political Weekly, Vol. 29, No. 37 pp. 2427-2438. Published by: Economic and Political Weekly Stable URL: http://www.jstor.org/stable/4401755 Accessed: 29-01-2018 09:39 UTC
- Mitra S. (2004). Maternal Mortality in India: Policy Strands From an analysis of Secondary data. *Social Change.*September 2004: Vol. 34. No.3.
- Moon K. (1993). *World Development Report,* Oxford: University Press. World Bank

- Mitra. Ashok. (1978). *Implication of Declines Sex Ratio in India's population.* ICSSR, Programme of Women Studies, Allied publishers:Bombay.
- Manju Rani. Sekhar Bonu. Steve Harvey. (2008).*Differentials in the quality of antenatal care in India*. International Journal for Quality in Health Care.20(1): 62 –71.
- M. W. MacGregor.(1963) Maternal Anaemia is a Factor in Prematurity and Perinatal Mortality. Scottish Medical Journal 8:134.
- M. Gran. S.A. Ridella. A.S. Petzold. and F. Falkner. (1981).Maternal Hematologic Levels and Pregnancy Outcomes. Seminers in Perinatology 5, pp.155-162.
- McDonagh M. (1996). *Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?* Health Policy and Planning. 11: 1-15.
- Ministry of Health and Family Welfare Programme(1999).*A Summary,*Ministry of Health and Family Welfare: New Delhi.
- Ministry of Welfare Department of Women and Child Development (1999).*15 years of ICDS, An Overview.*Government of India. New Delhi.blishers: Bombay.
- Mehta S.R. (1992).*Society and Health,* Vikas Publishing House Pvt. Ltd.
- Millennium Development Goals-India Country Report http://www.undp.org/content/india/en/home/library/mdg/mdg_india_country_report_2011.
- Purohit. Brijesh and Siddiqui T.A. (1994).Utilization of Health Services m India. *Economic and Political Weekly.* April 30.

- Paul Lopa.Mudra. and Ramesh Chellan. (2007). Post Delivery Complications and Treatment Seeking Behavior: Scenario Among Women in India.*Social Change.* 37 (1): 31-49.
- Patel P. and I. Kapoor (1996).Listening and Talking with Women on Health.*Social Change.* 26: 3-4.
- Pant S.P and S. S. Mchendal (1987). Maternal - Review of Six-Years. Journal of *Obstetrics and Gynecology,* 37 (3): 52 7-29.
- Pant B.R (2001). *Women and Nutrition.* New Delhi: 136 (Mimeograph).
- Pillai G. (1993). *Reducing deaths from pregnancy and childbirth: Asia*.Links.NewYork. 9(5): 11-3.
- Pachauri S. (1996). Reproductive and Child Health Services: Essential and Child Services at Different levels of the Health Service System in India in Measham.A.R. and Heaver. R. A.(eds.).Supplement to India's Family Welfare Program: Moving to a Reproductive and Child Health Approach. World Bank.
- Pandit R.D (1992). *Role of antenatal care in reducing maternal mortality.* Asia Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology.18*:* 1-6.
- Ranjan.A.(2004).Obestric care in Central India. Policy Asn Service Delivery.(pp-1-18) Southampton:University Of Southampton.
- Roy Chowdhary. Nand Sikdar (2000). Factors Influencing Maternal Mortality.*Journal of Obstetrics and Gynecology.* 32.*(4):* 507-10.
- Reddy. R. V. and Roy (2005). For a Healthy India. *Yojana,* March 2005.

- Ramachandran P. (2002) Maternal Nutrition Effect on Fetal Growth and Outcome of Pregnancy Nutrition Reviews 60.5 26-34.
- Ram F. Singh A. (2006).Is antenatal care effective in improving maternal health in rural Uttar Pradesh? Evidence from a district level household survey.Journal of Biosocial Sciences. 38(4): 433-48.
- Rajammal. P. et al. (1978). Impact of Nutrition on Pregnancy,lactation and Growth Performance of Extrogestate Fetus. *The Indian Journal of Nutrition and Diet.* 15: 31-37.
- Singh M. K. Singh J.V. Ahmad N. Kumari R. Khanna A.(2010) *Factors influencing utilization of ASHA services under NRHM in relation to maternal health in rural Lucknow*. Indian Journal of Community Medicine, 35: 414-419.
- Simkhada B. Teijlingen E.R. Porter M. Simkhada P. (2008) *Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature*, Journal of Advanced Nursing. 61(3): 244-60.
- Sunil M. and Deepti A. (2004).Adolescent Health Determinants for Pregnancy and Child Health Outcomes among the Urban Poor. Indian Pediatrics. 41.2. 137-145.
- Srinivasan Murthy. R. (1984). Health Care Services in Rural Tamil Nadu.*Social Change.*
- Singh.Kavita.puri.Seema.And Chopra.Geeta. (2018).Maternal mortality in India: An Overview of Social Causes.Department of Food and Nutrition Institute of Home Economics. University of Delhi.

- S. Raghupathy (1996). Education and the Use of Maternal Health Care in Thailand. Social sci.med. 43 (4).pp. 459-471.
- Sundari T.K.(1992) The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality, International Journal of health services. Planning. Administration and Evaluation.22(3): 513-28.
- Singh P. Yadav R.J. Pandey A.(2005). *Utilization of Indigenous systems of medicine and homeopathy in India. Indian Journal of Medical Research*. 122 (2): 137-42.
- Sinha. Kounteya (2011). Twelveth Five Year Plan. *The Times of India.*
- Susmita Bharati.Manoranjan Pal. Premananda Bharati. (2007).*Obstetric care practice in Birbhum District. West Bengal. India.* International Journal for Quality in Health Care. 19(4): 244–249.
- Shane. Barbara. and Mary. Ellsberg. (2002).Violence against Women: Effects on Reproductive Health. *Out look,* Vol. 20 Number I.
- Scholl. T. O. Hedigr M. L. Fischer R. L. and Schaerer J.W. (1992) Anaemia Versus Iron Deficiency. Increased Risk of Preterm Delivery in a Perspective Study. American Journal of Clinical Nutrition 55, pp.958-992.
- United Nations. (2007). *Millennium Development Goals report.*Available from: www. Un.org/ millennium goals/ pdf/ mdg 2007

- UNDP (2011). Discussion Paper: A Social Determinants Approach to Maternal Health. Roles for Development Actors. p.2.
- UNFPA (2012). Rich Mother and Poor Mother: The Social Determinants of Maternal Death and Disability. www.unfpa.org.
- Upadhyay R. P. Singh B. and Rao S.K. Anand K.(2012). *Role of cultural beliefs in influencing selected Newborn care Practices in rural Haryana*, Journal of tropical Pediatrics.Jan 20, advance access [E pub ahead of print]
- Vibha. (2002). Postnatal Care- A Priority for Maternal Health. National Seminar on Reproductive and Child Health.NIH and FW. February 25-27.
- Vijalakshmi.R. and S.R. Devaki (1976). Nutritional status of Expectant Mothers Belonging to two Different Income Groups. *The Indian Journal of Nutritional and Diet.* 13: 63.
- Wagstaff A. and Mariam Claeson. (2004).The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges.Washington Dc: World Bank.
- World Health Organization.(2009).Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda. [online] available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
- World Health Organization.(2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (ICD-10). 10th Revision. Vol- 2, Instruction Manual.Edition.

- World Health Organization (2003), Social Determinants of Health: The Solid Facts, Ed. Richard Wilkinson and Micheal Marmot, p.5, Europe.
- World Health Organisation, (2005).The World Health Report: Make every Mother and Child Count, Geneva, World Health Organisation

✵✵✵

परिशिष्ट

साक्षात्कार अनुसूची

महिला स्वास्थ्य सम्बंधित योजनाओं का क्रियान्वयन एवं इसका मातृत्व स्वास्थ्य पर प्रभावः

लखनऊ जिले का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन

ग्राम का नाम – साक्षात्कार तिथि –

विकास खण्ड – साक्षात्कार समय –

1. उत्तरदाता की व्यक्तिगत पृष्ठभूमि

1.1 उत्तरदाता महिला का नाम .... मो0 नं0 ....

1.2 आयु ....

1.3 धर्म : हिन्दू –1 / ईसाई –2 / बौद्ध –3 / इस्लाम–4 / अन्य–5..

1.4 जाति : सामान्य –1 / ओ0बी0सी0 –2 / एस0सी0 –3 / एस0टी0–4 / अल्पसंख्यक वर्ग–5......................

1.5 उपजाति : ....

1.6 शिक्षा :...

1.7 वैवाहिक स्थिति : विवाहित–1 / अविवाहित –2 / तलाकशुदा –3 / विधवा –4 / परितक्यता–5 / अन्य.......

1.8 विवाह के समय महिला की आयु :..

15 वर्ष से कम–1 / 15–18 वर्ष–2 / 19–25 वर्ष–3 / 26–30 वर्ष–4 / 30 वर्ष से अधिक है तो कितना–5 ....

1.9 महिला का व्यवसाय :..................................

1.10 परिवार में महिला की मासिक आय :.......................................

2. उत्तरदाता की पारिवारिक व आर्थिक पृष्ठभूमि

2.1 परिवार का स्वरूप : एकाकी–1 / संयुक्त परिवार–2 / विस्तृत परिवार–3 / विखण्डित परिवार–4..............

2.2 परिवार की श्रेणी .ए0पी0एल– 1 / बी0पी0एल0–2 / अन्त्योदय–3 / सामान्य / राशन कार्ड नहीं–4............

2.3 आपके परिवार में मुखिया कौन हैः सास–1 / ससुर –2 / पति –3 / आप स्वयं –4 / अन्य –5..................

2.4 पारिवारिक विवरण –

क्र. सं.	नाम	उम्र	शिक्षा	उत्तरदाता से सम्बन्ध	वैवाहिक स्थिति 1–विवाहित 2–अविवाहित	व्यवसाय	कृषि योग्य भूमि का विवरण	मासिक आय	स्वास्थ्य सम्बन्धी कोई समस्या

शिक्षा का कोडः– अशिक्षित–1 / प्राथमिक–2 / मिडिल–3 / हाईस्कूल–4 / इण्टर–5 / स्नातक –6 / परास्नातक –7 / तकनीकी शिक्षा–8 .

व्यवसाय कोड– कुछ नहीं करती / गृहिणी–0 / सरकारी नौकरी–1 / व्यापार–2 / प्राइवेट नौकरी–3 / कृषि–4 / दैनिक वेतन भोगी श्रमिक– 5 / अन्य–6

आय का कोड– 1000 से कम–1 / 1001–3000–2 / 3001–6000–3 / 6001–9000–4 / 9001–12000–5 / 12001–15000–6 / 15001 –20000– 7 / 20000 से अधिक है तो कितना–8............................

महिला आय का कोड– कुछ भी नहीं–1 / 1000 से कम–2 / 1000 –2000–3 / 2001 – 4000–4 / 4001 –6000–5 / 6001–8000–6 / 8001– 10000–7 / 10000 से अधिक–8

2.5 बच्चों का विवरण एवं संख्याः...............

क्र. सं.	नाम	आयु	लिंग	शिक्षा	जन्मस्थल	स्वास्थ्य सम्बन्धी कोई समस्या या रोग	उपचार	टीकाकरण हां–1 नहीं–2

स्वास्थ्य केन्द्र कोड–ऑगनबाड़ी केन्द्र–1 / उपकेन्द्र–2 / प्राथमिक एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र –3 / सरकारी अस्पताल–4 / महिला अस्पताल–5 / प्राइवेट अस्पताल–6

रोगः चेचक, पीलिया, डायरिया, पोलियो,सूखारोग, रतौंधी, मुम्पस, बुखार, अन्य बीमारी,

उपचार : चिकित्सालय की दवा–1 / टोना–टोटका–2 झाड़–फूंक–3 / टीकाकरण–4

टीकाकरणःबी0सी0जी–1 / पोलियो–2 / हेपेटाइटिस बी–3 / डी0पी0टी0–4 / खसरा–5 / अन्य कोई टीकाकरण हुआ ....

3. उत्तरदाता की घरेलू व सामुदायिक जानकारी

Housing

3.1 आपके मकान का प्रकार :............ कच्चा–1 / अर्द्धपक्का–2 / पक्का–3 / टीनशेड–4 / फ्लैट शहरी प्रकार–5

3.2 कमरों की संख्या :..........................

3.3 मकान में उपलब्ध सुविधायें :.......शौचालय–1 / बाथरूम–2 / रसोईघर–3 / बिजली –4 / सभी–5 / अन्य–6

3.4 शौंच के लिए कहां जाते हैः खुले वातावरण–1 / व्यक्तिगत शौचालय जिसमे पानी की नियमित आपूर्ति–2 / व्यक्तिगत शौचालय जिसमे पानी की अनियमित आपूर्ति–3 / सामुदायिक शौचालय–4

Potable Water

3.5 जल आपूर्ति के साधन : नल–1/हैण्डपम्प–2/सामुदायिक हैण्डपम्प–3/कुआँ–4/समर सैबुल /ट्यूबवेल –5/टैंकर –6/अन्य–7..

3.6 पानी शुद्व करने के लिए आप क्या करते हैं: ....

फिटकरी या क्लोरीन से–1/उबालते हैं–2/छानते हैं–3/एक्वागार्ड का प्रयोग–4/अन्य–5/कुछ नही–6

3.7 पानी पीने से कोई रोगः पीलिया–1/कालरा–2/पेचिस–3/अन्य –4/कोई रोग नहीं–5

Sources of Energy

3.8 रसोई घर में प्रयुक्त ऊर्जा के स्त्रोत : ....

एल0 पी0 जी0–1/मिट्टी का तेल–2/लकड़ी द्वारा –3/गोबर का कंडा–4/कृषि अवशिष्ट –5/सौर ऊर्जा –6/अन्य–7

Communication Sources

3.9 मनोरंजन हेतु साधनों की उपलब्धता :..

टेलीविजन–1/एल0सी0डी0–2/एल0ई0डी0–3/डी0वी0डी0,सी0डी0–4/रेडियो एवं टेपरिकार्डर–5/अन्य–6

फोन की उपलब्धता : हां –1/नहीं –2

Road

3.10 आपके क्षेत्र से शहर को जोड़ने वाली रोड का प्रकार : कच्चीरोड–1/ईंट की रोड–2/डामर रोड–3/सीमेंट रोड–4

3.11 आपके घर में यातायात के साधनः..

साइकिल–1/स्कूटर–2/मोटर साइकिल–3/चौपहिया गाड़ी–4/टैक्टर–5/अन्य–6

4. सामाजिक–सांस्कृतिक एवं धार्मिक पूर्वाग्रहों का प्रभाव

4.1 प्रथम गर्भ के समय आयुः 10 वर्ष से कम–1/ 11–15 वर्ष–2/16–20 वर्ष–3/21–25 वर्ष–4/ 26–30 वर्ष–5/31 वर्ष से या उससे अधिक–6..

4.2 आपने गर्भधारण किसकी सहमति से किया?

पति–पत्नी दोनो की सहमति पर–1/केवल पति की इच्छा पर–2/सास व किसी बडे की इच्छा पर–3/किसी जानकारी से नही–4

4.3 आपके घर की महिलाओं का सहयोग अहम फैसलों में लिया जाता हैः हमेशा–1/कभी –कभी–2 /कभी नहीं–3

4.4 गर्भावस्था के दौरान आपके यहॉ विशेष पूजा व संस्कार किये गएः..........................

गोद भराई–1/गर्भाधरण/पुनस्वनसंस्कार (बुरी आत्माओं से बचाने के लिए) –2/पूजा पाठ, हवन–3/झाड़–फूंक, दुआ ताबीज इत्यादि–4/विशेष भोजन–5

4.5 क्या आपके परिवार या इस क्षेत्र में होने वाली संतान पुत्र हो इसलिए कोई विशेष पूजा या व्रत विवाहित गर्भवती महिला द्वारा किया जाता हैः हां–1/नहीं–2

यदि हां तो उसका उल्लेख..

4.6 क्या आप ऐसा चाहती है कि आपकी संतान पुत्र होः हां–1/नहीं–2

यदि हां तो क्यों –

बेटा वंश बढ़ाने के लिए जरूरी है–1/बेटे को जन्म देने पर सामाजिक प्रतिष्ठा बढ़ती है–2/बुढापे में सहारा एवं देखभाल के लिए–3/अंतिम संस्कार के लिए–4/उपयुक्त सभी–5

4.7 क्या आपके परिवार में लड़की की अपेक्षा लड़के पर अधिक ध्यान दिया जाता हैं: हां–1/नहीं–2

4.8 यदि हां तो किस प्रकार............................

भोजन सम्बन्धी–1/लड़के को प्राइवेट व लड़की को सरकारी स्कूल में शिक्षा देना–2/घर के बाहर आने–जाने पर नियंत्रण लगाना–3/अन्य कोई प्रकार ....

4.9 आपके परिवार में लड़की के पैदा होने पर उसकी मॉ को हीन भावना से देखा जाता है? हां–1/नहीं–2....

4.10 आपके परिवार में पुरूष एवं महिलाओं के मध्य हिंसा व झगड़े होते है:...... हमेशा –1/कभी–कभी–2/कभी नहीं–3

5. महिला के स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता

Health And Family Planing Awareness

5.1 आप अपने स्वास्थ्य का परीक्षण कब कराती है: प्रति छः माह में –1/प्रत्येक एक वर्ष में–2/प्रत्येक दो वर्ष में–3/केवल बीमार होने पर–4..

5.2 आपके द्वारा स्वास्थ्य संबधी परेशानियों का निस्तारण किन–किन अवस्थाओं में होता है: रोग की प्रारम्भिक अवस्था में–1/मध्य में–2/गंभीर होने की स्थिति में–3...

5.3 स्वास्थ्य उपचारों के लिए आप किस पर निर्भर करती है: प्राकृतिक उपचार पर–1/परम्परागत तौर–तरीके से होने वाले घरेलू उपचार पर–2(झाड़फूक, ओझागुनी, टोना–टोटका)/आधुनिक उपचार प्रणाली, (होम्योपैथिक, एलोपैथिक)चिकित्सा पर–3/सभी–4

5.4 आप अपनी स्वास्थ्य संबंधी समस्या की चर्चा किससे करती हैं: मॉ से–1/सास से–2/पति से–3/बहन–4/ननद–5/जेठानी या देवरानी–6/ अन्य–7/नहीं बताती 8..

5.5 **आप ने परिवार नियोजन के बारे मे सुना है जिसके तरीके अपनाकर दम्पत्ति गर्भ धारण रोकने के लिए इस्तेमाल करते है।**

हाँ –1/नही–2

5.6 क्या आपने गर्भाधारण को रोकने के लिए इनमें से किसी साधन का प्रयोग किया है। हाँ –1/नही–2

यदि हां तो इनमें से आपने कौन सा तरीका अपनाया। गर्भ निरोधक गोली/इन्जेक्शन –1/कण्डोम –2/कॉपरटी–3/आपातकालीन गर्भनिरोधक दवा–4/अन्य–5

5.7 क्या आपको स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने परिवार नियोजन के बारे में बताया था। हाँ –1/नही–2

5.8 आप परिवार नियोजन के विषय में अपने परिवार से खुलकर चर्चा कर पाती है: हां–1 /नहीं–2

यदि हां तो चर्चा किसके साथ होती है: पति से–1/केवल महिलाओं के साथ–2/स्वास्थ्य कार्यकर्ता के साथ–3/अन्य–4.......

यदि नहीं तो इसके कारण: शर्म के कारण–1/भय होने के कारण–2/समझ/जानकारी न होने के कारण–3 /सामाजिक

रूप से परहेज होने के कारण–4/अन्य–5..

6. गर्भवती व धात्री महिला की स्वास्थ्य संबन्धित समस्याऐं

6.1 आप कितने महीनो से गर्भवती हैः महीने...

6.2 इस गर्भावस्था के दौरान कोई समस्याः...

कमजोरी–1/उलझन–2/रक्तचाप–3/आयरन की कमी–4/चेहरे, हाथ व पॉव में सूजन एवं ऐंठन–5/गर्भावस्था में बच्चेदानी से खून आना एस0टी0आई10–6/तेज बुखार व सिर दर्द –7/ आयरन की कमी/एनीमिया–8/ /एस0टी0आई10/ एच0आई0वी0–5/ मलेरिया–12 टी0बी0–9 /टायफाइड–13 /अन्य कोई विशेष प्रकार की समस्या–14..

6.3 इसके अलावा कभी अन्य कोई स्वास्थ्य समस्या रही :...

6.4 जब आप गर्भवती हुयी उस समय क्या आप गर्भवती होना चाहती थीः हाँ –1/नही–2

6.5 क्या आप बच्चा बाद चाहती थी या कोई और बच्चा नही चाहती थीः बाद में–1/कोई नही–2

6.6 क्या आप का कोई गर्भ ऐसा था जिसका अपने आप गर्भपात हो गया, कराया गया या मरे बच्चें का जन्म हुआः

हाँ –1/नही–2 ....

6.7 उस समय का गर्भ कितने महीने का थाः महीने...

6.8 क्या गर्भपात से समस्या हुईः हाँ –1/नही–2

6.9 क्या आपने उस समस्या के लिए कोई इलाज करवाया थाः हाँ –1/नही–2/यदि हॉ तो कहां.................. ....

6.10 आपके आस–पास किसी गर्भवती महिला की रक्तअल्पता कुपोषण से मृत्यु हुई हैः हॉ–1/नहीं–2

यदि हॉ तो किस समय : गर्भावस्था के दौरान–1/प्रसव के दौरान–2/प्रसव के कुछ महीने उपरान्त–3... ....

6.11 आपके अनुसार गर्भावस्था या उसके उपरान्त महिलाओं की मृत्यु का मुख्य कारण क्या है...

पर्याप्त मात्रा में संतुलित आहार न मिल पाना–1/पारिवारिक व घरेलू कार्यो का अत्याधिक बोझ –2/महिला के स्वास्थ्य पर समुचित ध्यान न देना–3/स्वास्थ्य सुविधाओं की जानकारी का अभाव–4/अन्य–5...

6.12 क्या महिलाओं के स्वास्थ्य को अन्य कारण भी प्रभावित करते हैः..........................

गरीबी–1/अशिक्षा–2/पारिवारिक तनाव और चिंता–3/महिला के प्रति हिंसा–4/ सामाजिक रूढियॉ–5/अन्य–6..................

संतुलित आहार तक पहुँच

6.13 आप के द्वारा गर्भावस्था में लिए जाने वाले खाद्य पदार्थो की आवृति –

आवृति	प्रतिदिन	दो या तीन में एक बार	सप्ताह में एक बार	महीने में एक बार	यदा–कदा
खाद्य पदार्थ					
दूध व दूध से बनी वस्तुएं					
दही/छाछ					
घी					
अण्डे					
मांस/मछली/अण्ड़ें					

हरी सब्जियॉ					
फल					
दाल					
मोटे अनाज					

6.14 आप कब भोजन करती है:........... सबके भोजन कर लेने के बाद–1/परिवार के सदस्यों के साथ–2

6.15 आप ने अपने बच्चे को स्तनपान कराया: हॉं –1/नही–2 यदि हां तो जन्म के कितने समय तक........ ....

6.16 स्तनपान कराने से कोई समस्या..

7. सरकारी योजनायें एवं स्वास्थ्य सेवाओं के क्रियान्वयन का स्तर

7.1 आपके क्षेत्र में सरकार द्वारा स्वास्थ्य सम्बन्धी कौन–2 सी योजनाएं चलायी जा रही है बताइये:................. ....

7.2 आप या आपके परिवार को किसी स्वास्थ्य योजना का लाभ मिला या मिल रहा है:
जननी सुरक्षा योजना–1/जननी शिशु सुरक्षा योजना–2/समन्वित बाल विकास योजना–3/ग्रामीण स्वास्थ्य पोषण दिवस–4/प्रजनन व बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम–5/हौसला योजना–6/ परिवार नियोजन व स्वास्थ्य जागरूकता कार्यक्रम–7/हेल्थकार्ड योजना–7/उज्जवला योजना–8/अन्य–9.................................

7.3 किसी योजना की प्राप्ति के लिए आपको कभी पैसे देने पड़े: हां–1/नही–2/पता नही–3.........................

7.4 आपके क्षेत्र में स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा शिविर लगाये जाते हैं: हां–1/नही–2/पता नही–3...................

7.5यदि हां तो कौन से स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा शिविर का आयोजन किया गया। इसमें आपको कौन सी स्वास्थ्य सेवायें प्राप्त हुई.....................................
सेवा का कोड: स्वास्थ्य सम्बन्धी जॉच – 1/टीकाकरण व दवाओं का वितरण – 2/महिला व शिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी – 3/पोषण सम्बन्धी जानकारी – 4/स्वच्छता की जानकारी – 5/परिवार नियोजन की जानकारी व सुविधा – 6/अन्य – 7

7.6 आपके क्षेत्र में कौन सी निम्नलिखित स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध है।
उपकेन्द्र–1 /प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र –2/सी0एच0सी0–3/सरकारी अस्पताल–4/महिला अस्पताल –5/निजी अस्पताल–6/पैथालोजी–7/दवाओं की दुकानें –8/ सभी–9

7.7 क्या आपके विकास खण्ड या गांव में आंगनबाड़ी केन्द्र हैं: हां – 1/नहीं – 2
यदि हां तो वह कहॉ स्थित है : घर के समीप –1/गॉव में कुछ दूरी पर –2/दूसरे गांव में –3

7.8 आंगनबाड़ी केन्द्र की स्थिति : अच्छी –1/खराब –2/संतुष्ट –3

7.9 क्या आंगनबाड़ी केन्द्र पर **ICDS** सुपरवाइजर व स्वास्थ्य कार्यकर्ता आते हैं: हां– 1/नहीं – 2
यदि हां तो कब –कब आते है: साप्ताहिक –1/मासिक –2/छमाही –3

7.10 इस गर्भावस्था के दौरान आपको आंगनवाड़ी केन्द्र या आई0सी0डी0एस से कोई लाभ मिला: हां–1/नहीं – 2 यदि हां तो क्या –अनुपूरक आहार–1/स्वास्थ्य जांच–2/टीकाकरण जानकारी–3/मातृत्व स्वास्थ्य व पोषण सम्बन्धित शिक्षा–4/अन्य–5

7.11 आप आंगनबाड़ी कार्यकत्री/आशा/ए0एन0एम0 आदि से अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं की चर्चा करती हैः...हां –1/नहीं –2

यदि हॉ तोः अवसर मिलने पर हमेशा –1/कभी–कभी–2/कोई स्वास्थ्य संबंधी समस्या होने पर–3/हमारे क्षेत्र में ए0एन0एम0/आशा से सम्पर्क न हो पाने के कारण चर्चा नहीं हो पाती–4

7.12 क्या गर्भावस्था के दौरान आशा/कार्यकत्री/ए0एन0एम0 एवं सामुदायिक स्वास्थ्यकर्ता में से किसी ने आपके घर पर मिलकर आपको स्वास्थ्य व पोषण, प्रसव के विषय में जानकारी दीः......हां– 1/नहीं– 2

यदि हॉ तो लगातार सम्पर्क में कौन रहाः आंगनबाड़ी कार्यकत्री –1/आशा–2/ए0एन0एम0–3

7.13 आपके क्षेत्र में ग्राम स्वास्थ्य पोषण दिवस का आयोजन किया जाता हैः... हां 1/नहीं –2

यदि हां तो इस दिवस की जानकारी आपको कौन देता हैः ग्राम प्रधान –1/आंगनबाड़ी कार्यकत्री –2/आशा –3

यदि नहीं तो इसका कारणः..

प्रसवपूर्व स्वास्थ्य देखभाल सेवा(ANC) सम्बंधित जानकारी

पंजीकरण हां–1 नही–2 / पंजीकरण का महीना	जांच स्थल	जांचकर्ता	जांच का विवरण व सुविधा	गर्भ जांच का समय तीसरे –1/छठे –2/नवें 3	समस्या सामान्य–1गंभीर समस्या–2	समस्या का निराकरण	प्रसव पूर्व जांच व दवांओ हेतु खर्च
			वजन बी0 पी0 यूरीन खुन की जांच पेट के निचले हिस्से की जांच आयरन/फोलिक एसिड की गोलियां				

जन्मस्थान कोड घर–1/उपकेन्द्र–2/प्राथमिकस्वास्थ्यकेन्द्र–3/सी0एच0सी0–4/सरकारी अस्पताल–4/महिला अस्पताल–5/निजी अस्पताल–6/अन्य–7

स्वास्थ्यकर्ताकोड ए0एन0एम0–1/आशा–2/आंगनबाड़ीकार्यकत्री–3/डॉक्टर–4/झोलाछाप डॉक्टर–5/वैद्य एव हकीम–6/दाई–7/अन्य–8

जांच कोड–पेट की जॉच (अल्ट्रासाउण्ड) –1/वजन की जॉच –2/ब्लड प्रेशर–3/हीमोग्लोबिन –4/यूरीन –5/एच0आई0वी0 –6/अन्य –7(पीलिया, डायबिटिक, थाईराइड, ग्रीवा, स्तन)

आप अपना प्रसव कहां कराना चाहती है...कोड के लिए जन्म स्थान कोड देखे

प्रसव काल के दौरान व पश्चात सम्बन्धी जानकारी(**Delivery Care**)

शिशु का जन्मस्थान	प्रसवकर्ता	प्रसव का प्रकार सामान्य –1 सी–सेक्शन –2	प्रसव दौरान कोई समस्या	प्रसव उपरान्त जांच हां – 1/नहीं – 2			समस्या का निराकरण स्थल	स्वास्थ्य केन्द्र पर प्राप्त सुविधायें	टिप्पणी
				मां	शिशु				
					वजन				
					अन्यजांच				
					स्तनपान का समय				

प्रसवकर्ता कोड– दाई द्वारा –1/प्रशिक्षित नर्स या ए0एन0एम0 द्वारा –2/डॉक्टर –3/अन्य – 4

समस्या कोड– योनि द्वारा अत्यधिक (हैमरेज) रक्तस्त्राव –1/गंभीर एनीमिया–2/हाईब्लड प्रेशर एवं झटके आना –3/पेट में बच्चे का न घूमना –4/गर्भाशय का फटना –5/अन्य –5

स्तनपान समय कोडः आधे घंटे के अन्दर –1/1 घंटे के बाद–2/पहले दिन में–3/दूसरे दिन में –4/तीसरे दिन या बाद में –5

समस्या निराकरण का स्थल– प्रसव कराने वाले चिकित्सा केन्द्र पर –1/रेफरल उपचार अन्य चिकित्सालय पर –2/समस्या का निराकरण नहीं हो पाया –3

स्वास्थ्य सुविधा कोड– प्रसव हेतु प्रोत्साहन राशि –1/सी–सेक्शन की सुविधा–2/निःशुल्क रक्त, दवाओं की सुविधा –3/परिवहन की सुविधा –4/निःशुल्क आहार व उपभोज्य की व्यवस्था –5/अन्य –6

क्षेत्रीय कार्य के दौरान अध्ययन क्षेत्र में लिये गये छायाचित्र

ग्राम–कमलाबाद बढ़ौली में स्थित उपकेन्द्र

शिशु वजन का उपकरण

उपकेन्द्र में गर्भवती महिलाओं के टीकाकरण दिवस का आयोजन

ग्राम– अहलादपुर में आंगनबाड़ी केन्द्र का छायाचित्र

ग्राम–गिरन्ट में आशा के साथ गर्भवती महिलाओं के गृह भ्रमण के दौरान लिये गये छायाचित्र

ग्राम–कमलानगर में ए0एन0एम0 व धात्री माँ

गर्भवती महिला के परीक्षण के दौरान लिया गया छायाचित्र

लखनऊ, 28 अक्टूबर 2017 दैनिक जागरण | 5

गर्भवती को भी गेट से बैरंग लौटाया

संसू, मोहनलालगंज : मोहनलालगंज सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पर गुरुवार को प्रसव पीड़ा में पहुंची गर्भवती महिला को क्रिटिकल प्रेग्नेंसी बताकर भर्ती नही किया गया। आरोप है कि अस्पताल में मौजूद दलाल ने महिला को निजी अस्पताल में भर्ती करवा दिया जहां महिला ने नॉर्मल डिलीवरी के बाद स्वस्थ बच्चे को जन्म दिया।

मोहनलालगंज के शीतलखेड़ा गांव का पिंकू लाल विकलांग है और कस्बे में ही फल का ठेला लगाते हैं। पिंकू लाल अपनी पत्नी आरती 24 को प्रसव पीड़ा होने पर सोमवार को सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र ले गये। जहां से उसे क्वीनमेरी हॉस्पिटल रेफर कर दिया गया था जहां डिलीवरी में समय होने की बात कहकर उसे घर भेज दिया गया। इसके बाद गुरुवार को अचानक महिला को फिर से प्रसव पीड़ा हुई थी पति दुबारा उसे सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र लेकर पहुंच गये। इस दौरान अस्पताल में फिर से महिला की गंभीर हालत बता कर उसे भर्ती नही किया। सीएचसी अधीक्षक डॉक्टर अखिलेश का कहना है कि मामला उनके संज्ञान में है जांच की जा रही है। लापरवाही मिलने पर कार्यवाही की जाएगी।

गर्भस्थ की मौत, नहीं मिला इलाज

5 Oct 2016

जागरण संवाददाता, लखनऊ : अजन्मे को खोने के दर्द टूट चुकी एक मां की ममता को धरती के भगवानों के दर से जो निराशा मिली, उसे उसके चेहरे पर सूख चुके आंसुओं निशां बयां कर रहे थे। गर्भ में तीन माह के मृत बच्चे को लेकर घूम रही महिला को किसी भी अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया। दर्द से तड़पती महिला को किसी अस्पताल में इमरजेंसी जांच न होने का हवाला दिया गया तो कहीं जबरन बेड भरने की बात कहकर बैरंग लौटा दिया गया।

मोहनलालगंज निवासी तीन माह की गर्भवती सहर बानो (20) को सोमवार सुबह पेट में तेज दर्द उठा। इसके बाद उसने डायग्नोस्टिक सेंटर से दो अक्टूबर को जांच करवाई तो पता चला कि गर्भस्थ की मौत हो चुकी है। सहर को परिजन सोमवार दोपहर ढाई बजे इंदिरानगर बाल महिला चिकित्सालय पहुंचे। जहां डॉक्टर ने उसे केवल दर्द की दवा देकर जांच न होने की बात कहकर लौटा दिया।

(शेष पेज 19)

संवेदनहीनता

- तीन माह के गर्भस्थ की मौत से हालत हुई नाजुक
- अल्ट्रासाउंड में गर्भस्थ की मौत की पुष्टि, तीन अस्पतालों से बैरंग लौटाया गया

सहर बानो

बीकेटी में खंडहर हो रहे उप स्वास्थ्य केंद्र

13 अप्रैल 2017

संसू, बख्शी का तालाब : बख्शी का तालाब विकास खंड के तमाम उप स्वास्थ्य केंद्र देखरेख और रखरखाव के अभाव में खंडहर होते जा रहे हैं। जिनका कोई पुरसाहाल नहीं ले रहा है। जबकि इन केंद्रों के निर्माण में लाखों रुपये खर्च हुए हैं।

गांव की महिलाओं की सेहत और उनके स्वास्थ्य हित के लिए बनाए गए उप स्वास्थ्य केंद्रों की हालत बख्शी का तालाब इलाके में बेहद दयनीय है। कहीं दोयम दर्जे की निर्माण सामग्री से बनाई गई इमारत खंडहर हो रही है तो कहीं उप स्वास्थ्य केंद्र की इमारत देखरेख के अभाव में गंदगी से पटी है। बख्शी का तालाब और इटौंजा सीएचसी के अंतर्गत करीब 43 उप स्वास्थ्य केंद्र (एएनएम) सेंटर हैं। अधिकांश की इमारतें रखरखाव के अभाव में खंडहर हो रही हैं। इससे गांव की गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य की जांच और दवाओं के लिए लंबी दूरी तय करके अस्पताल जाना पड़ता है। कुछ वर्ष पहले शिवपुरी, रामपुर बेहड़ा, राजापुर समेत क्षेत्र में एक दर्जन एएनएम सेंटरों की नई इमारतों का एनआरएचएम के धन से निर्माण कराया गया था। भवन निर्माण में गुणवत्ता और मानकों की अनदेखी की वजह से निर्माण के कुछ माह बाद से ही इमारतें जर्जर और खंडहर होने लगी हैं। गांव में एएनएम सेंटर गांव की महिलाओं और शिशुओं की जांच तथा उनके स्वस्थ रहने के लिये दवाएं उपलब्ध कराने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत खोले गये हैं। इन उप स्वास्थ्य केंद्र को व्यवस्थित करा दिया जाए तो जच्चा बच्चा को गांवों में ही उचित इलाज मिल सकेगा।

बालिका लापता

लखनऊ : कृष्णानगर क्षेत्र से गुरुवार को एक बालिका (13) संदिग्ध हालात में लापता हो गई। बालिका कक्षा सात की छात्रा है। घरवालों ने क्षेत्र के ही तीन किशोरों पर बालिका को अगवा करने का आरोप लगाया है। घरवाले किसी अनहोनी की आशंका जता रहे हैं। पुलिस रिपोर्ट दर्ज कर आरोपी किशोरों की भूमिका की जांच कर रही है। इंस्पेक्टर कृष्णानगर के मुताबिक बालिका गुरुवार शाम को मंदिर जाने की बात कहकर निकली थी। लेकिन वापस नहीं लौटी।

सीएचसी गेट के पास दिया बच्चे को जन्म

22 Oct 16

संवादसूत्र, मोहनलालगंज : शनिवार की शाम मोहनलालगंज सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पर तैनात स्टाफ नर्स ने दर्द से करहा रहे एक गर्भवती महिला को शौचालय नहीं जाने दिया इस दौरान बाहर शौच के लिए गई गर्भवती महिला ने सीएचसी गेट के पास ही बच्चे को जन्म दे दिया। महिला द्वारा बच्चे को सड़क किनारे जन्म देने की सूचना पाकर आनन फानन में पहुंची स्टाफ नर्सों बच्चे व महिला को अस्पताल के अंदर ले गई। इस बीच परिजनों ने जमकर अस्पताल में जमकर हंगामा काटा। वहीं नवजात की हालत गंभीर होने के चलते कुछ देर से बाद उसे झलकारी बाई हॉस्पिटल रेफर कर दिया गया।

मोहनलालगंज के गौरा निवासी सर्वेश अपनी पत्नी संगीता 19 को पीठ व पेट में दर्द के चलते सीएचसी लेकर आये थे। सर्वेश के मुताबिक उसकी पत्नी सात माह की गर्भवती थी। सर्वेश का आरोप है कि शनिवार की शाम करीब सात बजे अस्पताल में आने के बाद महिला डॉक्टर मौजूद न होने पर स्टाफ नर्स सरिता ने सीरियस केस बताते हुए उसकी पत्नी को झलकारी बाई अस्पताल रेफर कर दिया। इस बीच गर्भवती महिला ने शौचालय जाने की बात कही तो अस्पताल मौजूद स्टाफ नर्स ने उसे अस्पताल में बने शौचालय में जाने से रोक दिया। तो महिला सीएचसी गेट के पास ही शौच के लिए चली गई और एक लड़के को जन्म दिया।

◆ महिला डॉक्टर ड्यूटी से नदारद

इस बीच अस्पताल पर लापरवाही का आरोप लगाते हुए परिजनों ने हंगामा शुरू कर दिया तो आनन् फानन में आई नर्स महिला व बच्चे को अस्पताल के अंदर ले गए। पैदा हुए नवजात की गंभीर हालत को देखते हुए उसे झलकारी बाई अस्पताल रेफर कर दिया जबकि महिला संगीता सीएचसी में ही भर्ती है। इस सम्बन्ध में सीएचसी अधीक्षक डॉ0 के पी त्रिपाठी ने बताया उन्हें मामले की जानकारी हुई है मामले की जांच कराकर ड्यूटी पर तैनात महिला डॉक्टर ममता तिवारी के अनुपस्थित होने पर सीएमओ को कार्यवाही के लिए रिपोर्ट भेजी जाएगी।

गर्भवती की संदिग्ध हालात में मौत

06/09/2017

चिनहट क्षेत्र के हांसेमऊ गांव का मामला, मायके पक्ष ने लगाया हत्या का आरोप, कोतवाली में जमकर किया हंगामा

जागरण टीम, लखनऊ : चिनहट स्थित हांसेमऊ गांव में मंगलवार को एक गर्भवती महिला की संदिग्ध हालात में मौत हो गई। मायके पक्ष के लोगों ने ससुरालीजनों पर जहर देकर हत्या करने का आरोप लगाकर चिनहट कोतवाली में जमकर हंगामा किया। पुलिस ने उन्हें कार्रवाई का आश्वासन देकर शांत कराया। जिसके बाद शव को पोस्टमॉर्टम के लिए भेजा गया। चिनहट पुलिस के मुताबिक पोस्टमॉर्टम रिपोर्ट के आधार पर आगे की कार्रवाई की जाएगी। मायके पक्ष ने हत्या का आरोप लगाकर ससुरालीजनों के खिलाफ चिनहट कोतवाली में तहरीर दी है।

इंदिरानगर के चांदनें गांव निवासी सोहनलाल रावत की बेटी माधुरी (35) की शादी 12 वर्ष पूर्व चिनहट के हांसेमऊ गांव निवासी लक्ष्मण रावत के बेटे विनोद रावत के साथ हुई थी। माधुरी गर्भवती थी। रविवार को अचानक माधुरी की हालत खराब होने पर ससुरालीजनों ने उसे राम मनोहर लोहिया अस्पताल में भर्ती कराया, जहां सोमवार शाम उसकी मौत हो गई। रात में ससुरालीजनों ने मायके पक्ष को मौत की सूचना दी। इसके बाद ससुरालीजन माधुरी का अंतिम संस्कार करने जा रहे थे, तभी मौके पर पहुंचे मायके पक्ष के लोगों ने जहर देकर माधुरी की हत्या करने का आरोप लगाकर जमकर हंगामा शुरू कर दिया। ससुरालीजनों का कहना था कि कुछ दिनों से माधुरी की तबीयत खराब चल रही थी। रविवार सुबह तबीयत ज्यादा खराब होने पर उसे अस्पताल में में भर्ती कराया, जहां सोमवार शाम उसकी मौत हो गई।

वहीं मायके पक्ष के लोगों का कहना है कि माधुरी की तबीयत खराब होने की जानकारी पहले क्यों नहीं दी। इसी बात को लेकर दोनों पक्षों में कहासुनी और मारपीट शुरू हो गई। रात 11 बजे मायके पक्ष के लोगों ने मामले की सूचना पुलिस को दी। मौके पर पहुंची पुलिस दोनों पक्षों को थाने ले आई। भाई छोटेलाल ने बताया कि माधुरी के दो वर्ष की बेटी दुर्गा है।