



ISSN Print: 2394-7500
ISSN Online: 2394-5869
Impact Factor: 5.2
IJAR 2016; 2(2): 459-551
www.allresearchjournal.com
Received: 09-12-2015
Accepted: 11-01-2016

डॉ. तृप्ति मांझी

अतिथि व्याख्याता, जनजातीय
अध्ययन विभाग, रानी दुर्गावती
विश्वविद्यालय, जबलपुर

जनजातीय समुदायों में प्रसव पूर्व एवं प्रसवोपरांत स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग की स्थिति: मध्यप्रदेश राज्य के डिण्डोरी जिले की मांझी जनजाति के संदर्भ में अध्ययन

डॉ. तृप्ति मांझी

बहुत से देशों में प्रजननशील महिलाओं में गर्भावस्था के समय देखभाल की कमी से प्रसव के समय की जटिलताएं मातृ मृत्यु का कारण रही हैं। WHO (2007)¹ के अनुसार वर्ष 2005 में गर्भावस्था के कारण उत्पन्न जटिलताओं, बच्चे के जन्म या असुरक्षित गर्भपात के कारण 536,000 महिलाओं की मृत्यु हुई है। मातृ मृत्यु दर (MMR) का अनुपात प्रति एक लाख जीवित शिशुओं के जन्म पर कुल स्त्रियों की मृत्यु के अनुपात में परिभाषित किया जाता है और मातृ मृत्यु की स्थितियों को दर्शाने के लिए सामान्यतः इसी पद्धति का इस्तेमाल किया जाता है। सहस्राब्दि विकास लक्ष्य 5 (एम.डी.जी. 5) को प्राप्त करने के लिए हुई प्रगति को भी इसी आधार पर मापा जाता है। मातृ मृत्यु दर को ज्ञात करने का एक अन्य तरीका भी है, जिसमें प्रजननशील आयु की हर एक हजार महिलाओं में मातृ मृत्यु के मामलों को गिना जाता है। साथ ही एक वयस्क महिला में मातृ मृत्यु होने का अनुमान लगाते समय प्रजननशील उम्र में उसके गर्भधारण करने और उस गर्भ के कारण उसकी मृत्यु की संभावनाओं को भी ध्यान में रखा जाता है। मातृ मृत्यु दर को ज्ञात करने के उपरोक्त आधारों पर यह अनुमान लगाया गया कि हर 100,000 जीवित शिशुओं के जन्म पर मातृ मृत्यु दर 400 की थी। रोन्समेन्स सी, ग्राहम डब्ल्यू (2006)² के अध्ययनों से ज्ञात होता है कि "मातृ मृत्यु के अधिकांश मामले गर्भावस्था के आखिरी 3 माह में या प्रसव अथवा गर्भपात के बाद के पहले सप्ताह में देखे जाते हैं।" वर्ल्ड हेल्थ आर्गनाइजेशन (WHO)³ के अनुसार "किसी महिला की मृत्यु को मातृ मृत्यु तब कहा जाता है जब मृत्यु के समय महिला गर्भवती हो या मृत्यु से 42 दिन पहले तक उसका गर्भपात हुआ हो भले ही मृत्यु का कारण कुछ भी हो।" सामान्यतः मातृत्व के समय मृत्यु का कारण दुर्घटना, गर्भावस्था के समय उचित देखभाल का अभाव, प्रसव के समय की जटिलताएं, गर्भावस्था के समय या प्रसव के बाद उत्पन्न हुई बीमारियां आदि होते हैं।

शाह एवं सायं⁴ के अनुसार अगर मृत्यु के सही कारणों का पता न हो तो इसे मातृ मृत्यु का मामला नहीं माना जा सकता। इन्हीं कारणों से जिन देशों में ऐसे मामलों को दर्ज करने की एवं रिकार्ड रखने की अच्छी व्यवस्था है, वहां भी मातृ मृत्यु के मामले कम ही दर्ज हो पाते हैं। गर्भावस्था के शुरुआती दिनों में मृत्यु के मामलों को दर्ज न किए जाने की संभावना ज्यादा होती है। ब्लूम लिपेवेल्ड, वाइपिज (1999)⁵ ने अपने अध्ययन में दर्शित किया है कि मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य के संबंध में अध्ययन करने पर यह ज्ञात होता है कि गर्भावस्था के समय देखभाल के द्वारा ही सुरक्षित प्रसव के संबंध में निश्चित भविष्यवाणी की जा सकती है साथ ही यह भी कि महिला एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग से ही उनके अच्छे स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य दशाओं के संबंध में जानकारी प्राप्त की जा सकती है। ली एक्स, फोर्टनी, कोटेचलक, ग्लोबर (1996)⁶ तथा भाटिया एवं क्लेलेण्ड (1995)⁷ आदि ने स्पष्ट किया है कि जब प्रसव पूर्व एवं प्रसव के समय उचित देखभाल की जाती है तब मातृ मृत्यु को दृढ़ रूप से कम किया जा सकता है, क्योंकि अधिकांश मृत्यु प्रसव के प्रथम सप्ताह में होती हैं।

गर्भावस्था के शुरुआती दिनों से ही स्वास्थ्य देखभाल तथा स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग के द्वारा ही गर्भावस्था से लेकर प्रसव काल तक बीमारी, दुर्घटना, गर्भपात, मातृमृत्यु, शिशु मृत्यु जैसी गंभीर दशाओं से सुरक्षित हुआ जा सकता है। स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के सतत संपर्क, सलाह एवं परामर्श तथा उपचार आदि से मातृ एवं शिशु मृत्यु को नियंत्रित किया जा सकता है। इसी तरह एक गर्भवती महिला के गर्भावस्था संबंधी इतिहास जैसे गर्भधारण के समय आयु, गर्भधारण करने की संख्या, पूर्व में प्रसव की जटिलताएं, गर्भपात एवं इसकी बारम्बारता, प्रसव की दशाएं आदि स्थितियां प्रसूता एवं जन्मजात शिशु के स्वास्थ्य पर प्रत्यक्ष रूप से प्रभाव डालते हैं।

Correspondence:

डॉ. तृप्ति मांझी

अतिथि व्याख्याता, समाजशास्त्र
विभाग, रानी दुर्गावती
विश्वविद्यालय, जबलपुर

महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य जैसे— मासिक चक्र, गर्भावस्था, प्रसव एवं प्रसवोपरांत आदि स्थितियों पर सामाजिक एवं सांस्कृतिक कारकों का प्रभाव स्पष्ट रूप से दिखाई देता है। मुख्य रूप से ग्रामीण व जनजातीय महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य के अन्तर्गत सामाजिक—सांस्कृतिक कारकों, प्रथाओं, परम्पराओं, निषेधों एवं क्रिया व्यवहारों को स्वास्थ्य निर्धारक के रूप में देखा जा सकता है। महिला की आर्थिक व शैक्षणिक स्थितियों को भी प्रजनन स्वास्थ्य पर प्रभाव डालने वाले संकेतक के रूप में देखा जा सकता है। वर्तमान अध्ययन के द्वारा जनजातीय समुदाय में प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी चिकित्सकीय व्यवहारों, गर्भावस्था, प्रसव एवं प्रसवोपरांत स्वास्थ्य देखभाल की स्थितियों को ज्ञात करने का प्रयास किया गया है। इन स्थितियों में आधुनिक संस्थागत स्वास्थ्य सेवाओं की स्वीकृति तथा उनकी शैक्षणिक, सामाजिक सांस्कृतिक दशाओं के प्रभावों को भी ज्ञात किया गया है।

अध्ययन क्षेत्र

प्रस्तुत अध्ययन मध्यप्रदेश राज्य के जबलपुर संभाग के जनजातीय

जनसंख्या संकेन्द्रित डिण्डोरी जिले में संचालित किया गया है, जिसमें लगभग 65.5 प्रतिशत जनसंख्या अनुसूचित जनजाति की है। जिसमें जनजातीय बाहुल्य जनसंख्या से मांझी जनजातीय समुदाय पर अध्ययन केन्द्रित है।

अध्ययन विधि

सूचनाओं एवं तथ्यों को एकत्रित करने के उद्देश्य से महिलाओं को न्यादर्श के रूप में चयनित करते हुए सूचनाएं प्राप्त की गयी है। डिण्डोरी जिले में मांझी जनजाति के कुल 592 परिवारों में से 300 प्रजननशील महिलाओं को उत्तरदात्रियों के रूप में चयनित कर जानकारी एकत्रित की गई है। साथ ही अध्ययन उद्देश्य को ध्यान में रखते हुए द्वितीयक संमको का प्रयोग भी किया गया है। जिसमें वैज्ञानिक विधियों का अनुष्ण करते हुए सारणियों का निर्माण, संख्या एवं प्रतिशत में तथ्यों का प्रदर्शन एवं विश्लेषण करते हुए अध्ययन के परिणामों की व्याख्या प्रस्तुत की गयी है।

सारणी क्रमांक 1: उत्तरदात्रियों की व्यक्तिगत सूचनाएं

क्र.	सूचनाएं	श्रेणी-1	श्रेणी-2	श्रेणी-3	श्रेणी-4	प्रतिशत
1.	आयु	20 वर्ष से कम 5.33%	21-30 वर्ष 43.67%	31-40 वर्ष 31.33%	41 वर्ष से अधिक 19.67%	100
2.	शैक्षणिक स्थिति	निरक्षर 47.33%	प्राथमिक 31.00%	माध्यमिक 17.00%	हाई स्कूल या अधिक 4.67%	100
3.	स्वयं के विवाह की प्रकृति	एक विवाह 77.00%	एक से अधिक 23.00%			100
	पति के विवाह की प्रकृति	70.7%	29.3			100
4.	परिवार का स्वरूप	एकल परिवार 55.67%	संयुक्त परिवार 44.33%			100
5.	कार्य एवं व्यवसाय	स्वयं की खेती 17.33%	मजदूर/कृषक मजदूर 75.33%	नौकरी 5.7%	व्यापार 1.7%	100

उत्तरदात्रियों की व्यक्तिगत सूचना संबंधी उपरोक्त सारणी से स्पष्ट है, कि 20 वर्ष से 40 वर्ष तक के आयु समूह की सूचनादात्रियां प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में सक्रिय मानी जा सकती हैं, साथ ही ये इस समुदाय की धार्मिक एवं सांस्कृतिक आचार—व्यवहारों एवं क्रिया विधियों से परिचित तथा इसकी संरक्षक एवं संवाहक हैं।

न्यादर्श में सापेक्षिक रूप से निम्न शैक्षणिक उपलब्धि का स्तर पाया गया है। सर्वाधिक (47.33%) स्त्रियां निरक्षर हैं जो स्पष्टतः उनकी प्रसव पूर्व एवं प्रसवोपरांत स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग की निम्न स्थिति के संकेतक के रूप में प्रदर्शित होता है।

विवाह की प्रकृति संबंधी सूचना से यह ज्ञात होता है कि इस समुदाय में बहुपत्नि विवाह का प्रचलन पाया गया है जो सूचनादात्रियों के पति के एक से अधिक विवाह (29.3%) के रूप में स्पष्टतः दृष्टिगोचर होता है। साथ ही स्त्रियों में एक से अधिक विवाह परित्यक्त, विधवा एवं तलाक की स्थिति में पुनः विवाह

अथवा प्रेम प्रसंग आदि के रूप में दिखाई देता है। एक से अधिक विवाह की स्थिति एक से अधिक यौन साथी होना दर्शाती है जो स्पष्टतः यौन रोगों के होने की संभावना के रूप में देखी जा सकती है।

अधिकांश सूचनादात्रियों के परिवार का स्वरूप एकल परिवार (55.67%) रहा है।

इस जनजातीय समुदाय की महिलाएं आर्थिक क्रियाओं में सक्रिय रही हैं। जिसमें सर्वाधिक मजदूरी अथवा कृषक मजदूरी (75.33%) के कार्यों में संलग्न पायी गयी है। नौकरी एवं व्यापार संबंधी आर्थिक क्रियाओं में संलग्नता का प्रतिशत अत्यधिक न्यून है। जिससे स्पष्ट है कि यह जनजातीय समूह निम्न आर्थिक दशाओं में जीवन यापन करता है। निम्न आर्थिक दशाएं, गरीबी, अधीनता एवं अभाव प्रसव पूर्व एवं प्रसवोपरांत स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के कम उपयोग करने के संकेतक के रूप में दृष्टिगोचर होता है।

सारणी क्रमांक 2: गर्भावस्था एवं प्रसव के समय स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्राप्त करने संबंधी विवरण

क्र.	सूचनाएं	श्रेणी-1	श्रेणी-2	श्रेणी-3	श्रेणी-4	प्रतिशत
1.	स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने संबंधी अभिमत	प्राप्त करते हैं 8.7% (26)	प्राप्त नहीं करते 91.3% (274)	—	—	100:
2.	स्वास्थ्य सेवा उपयोग नहीं करने के कारण	भगवान देखभाल करते हैं 55.9% (153)	निर्धनता 20.4% (56)	जानकारी का अभाव 8.4% (23)	सुविधाओं का अभाव 15.3% (42)	(274) 100%
3.	गर्भावस्था में आधिदैविक शक्तियों का प्रभाव संबंधी अभिमत	पड़ता है 97.7% (293)	नहीं पड़ता है 2.3% (07)	—	—	100%

संदर्भित सारणी से प्रदर्शित है, कि इस जनजातीय समुदाय की अधिकांश महिलाएं (91.3%) गर्भावस्था एवं प्रसव के समय स्वास्थ्य

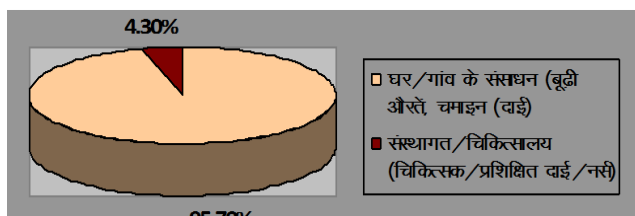
देखभाल सेवाओं का उपयोग नहीं करती हैं। साथ ही इन सेवाओं के उपयोग नहीं करने के कारणों में ईश्वर या दैवीय शक्ति के

ऊपर निर्भरता (55.9%) एवं निर्धनता (20.4%) स्पष्ट रूप से दिखाई देती है। साथ ही जानकारी (8.4%) एवं सुविधाओं का अभाव (15.3%) भी ध्यान देने की स्थिति में है। सूचनादात्रीयों का अभिमत है कि गर्भावस्था में आधिदैविक शक्तियों का प्रभाव पड़ता है (97.7%), जो यह उनकी धार्मिक मान्यता एवं विश्वास को तो दर्शाता ही है साथ ही गर्भावस्था एवं प्रसव के समय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को प्राप्त करने से उन्हें रोकता भी है जो उनके प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति पर विपरीत प्रभाव डालता है।

सारणी क्रमांक 3: गर्भावस्था में पड़ने वाले कुप्रभावों को दूर करने हेतु उपचार संबंधी जानकारी

क्र.	जानकारी	संख्या	प्रतिशत
1.	तंत्र-मंत्र, झाड़ फूक द्वारा	153	46.1
2.	जड़ी बूटी के प्रयोग द्वारा	53	18.1
3.	पूजा पाठ, मनौती	36	12.3
4.	झोला छाप डाक्टर/शासकीय चिकित्सालय	69	23.5
	योग	293	100

इस जनजातीय समुदाय में गर्भावस्था एवं प्रसव की अस्वास्थ्यकर स्थितियों जिनमें मुख्य रूप से दर्द होना, यौनि से पानी आना, पीड़ा होना, जी मतलाना, उल्टी होना, घबराहट चक्कर आना, मूर्छित होना आदि समस्याओं में परम्परागत स्वास्थ्य प्रतिमान एवं धार्मिक व्यवहार यथा— जड़ी-बूटी, तंत्र-मंत्र, झाड़-फूक, टोटके, पूजा-पाठ, मनौती आदि में सापेक्षिक रूप से झुकाव दृष्टिगोचर है। आधुनिक चिकित्सा पद्धति की स्वीकार्यता का स्तर कम है, जो रोगों की गंभीर स्थितियों में ही दिखाई देता है। परम्परागत सुविधाओं की सहज उपलब्धता एवं इनके प्रति विश्वास आधुनिक चिकित्सकीय व्यवहारों के प्रति उदासीनता के रूप में व्यक्त होती है। साथ ही चिकित्सकीय सुविधाओं का अभाव, उपचार की जटिल प्रक्रियाएं आधुनिक चिकित्सकीय व्यवहारों की स्वीकार्यता को हतोत्साहित करती हैं।



आरेख क्रमांक 1: प्रसव का स्थान एवं माध्यम संबंधी विवरण

उपरोक्त आरेख से स्पष्ट है कि प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार हेतु मातृ मृत्यु एवं शिशु मृत्यु दर को कम करने हेतु विश्व, देश, प्रदेश, क्षेत्रीय स्तर पर संस्थागत प्रसव की सर्वमान्यता एवं प्रोत्साहन हेतु अनेक योजनाएं क्रियान्वित हैं। इसके पश्चात् भी जनजातीय क्षेत्रों में प्रसव की परम्परागत विधियों को ही अपनाया जाता है। जिसके परिणाम स्वरूप घर में गांव के संसाधनों के द्वारा प्रसव का प्रतिशत (95.7%) संस्थागत या चिकित्सालय में प्रसव (4.3%) की तुलना में अधिक है। अतः स्पष्ट है कि इस जनजातीय समुदाय में सूचना ग्रहण, जागरूकता एवं व्यवहार परिवर्तन का स्तर अत्यधिक निम्न है।

निष्कर्ष

अध्ययन क्षेत्र भी सूचना के विस्तृत होते जाल के अन्तर्गत है। विगत षताब्दी के प्रारंभ में डिण्डोरी के जिला बनने के उपरांत यहां भौतिक संसाधनों एवं अधी-संरचना के विकास दृष्टिगोचर हैं। ग्राम पंचायतों की सक्रियता ने सूचनाओं को सुलभ बनाया है। जनजातीय महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी सूचना, ज्ञान, व्यवहार, साधनों का उपयोग, स्रोत, व्यक्तियों तथा विशेषज्ञों तक पहुँच एवं स्वास्थ्य संरक्षण व्यवहार के विविध आयामों में परिवर्तन

को “विश्व में सबके लिए स्वास्थ्य” के वैश्विक क्रिया योजना के संदर्भ में व्यापक प्रक्रिया के अन्तर्गत लिया गया है। जिसमें सूचनाओं के प्रवाह एवं प्रभाव को महत्वपूर्ण प्रक्रिया के रूप में स्वीकार किया जाना प्रासंगिक है। उपर्युक्त तथ्य विश्लेषण के आधार पर कतिपय निष्कर्ष प्राप्त होते हैं।

सूचनादात्रियों प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में सक्रिय हैं। साथ ही ये इस समुदाय की धार्मिक एवं सांस्कृतिक आचार-व्यवहारों एवं क्रिया विधियों से परिचित तथा इसकी संरक्षक एवं संवाहक हैं। जिनमें सापेक्षिक रूप से निम्न शैक्षणिक उपलब्धि का स्तर पाया गया है, जो स्पष्टतः उनकी प्रसव पूर्व एवं प्रसवोपरांत स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग की निम्न स्थिति के संकेतक के रूप में प्रदर्शित होता है।

इस समुदाय में बहुपत्नि विवाह का प्रचलन पाया गया है, एक से अधिक विवाह की स्थिति एक से अधिक यौन साथी होना दर्शाती है जो स्पष्टतः यौन रोगों के होने की संभावना के रूप में देखी जा सकती है।

यह जनजातीय समूह निम्न आर्थिक दशाओं में जीवन यापन करता है। निम्न आर्थिक दशाएं, गरीबी, अधीनता एवं अभाव प्रसव पूर्व एवं प्रसवोपरान्त स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के कम उपयोग करने के संकेतक के रूप में दृष्टिगोचर होता है।

अधिकांश महिलाएं गर्भावस्था एवं प्रसव के समय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का उपयोग नहीं करती हैं। साथ ही इन सेवाओं के उपयोग नहीं करने के कारणों में ईश्वर या दैवीय शक्ति के ऊपर निर्भरता एवं निर्धनता स्पष्ट रूप से दिखाई देती है। प्रसवोपरांत नवजात शिशु एवं बच्चों के उपचार में नवीन प्रतिमान को उसके भविष्य के प्रति नुकसान देह मानते हुए कम स्वीकार किया जा रहा है। जिसके परिणाम स्वरूप घर में गांव के संसाधनों के द्वारा प्रसव सापेक्षिक रूप से संस्थागत या चिकित्सालय में प्रसव की तुलना में अधिक है। अतः स्पष्ट है कि इस जनजातीय समुदाय में सूचना ग्रहण, जागरूकता एवं व्यवहार परिवर्तन का स्तर अत्यधिक निम्न है, जो उनके प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति पर विपरीत प्रभाव डालता है।

संदर्भ सूची

1. वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गेनाइजेशन युनिसेफ, यू.एन.एफ.पी.ए., वर्ल्ड बैंक, 2007, “मैटर्नल मॉर्टैलिटी इन 2005 : एस्टीमेट्स डेवलपड बाय वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गेनाइजेशन, यूनिसेफ, यू.एन.एफ.पी.ए., वर्ल्ड बैंक”, जिनेवा।
2. रोन्समेन्स सी., ग्राहम डब्ल्यू जे., 2006, “मैटर्नल मॉर्टैलिटी : ह्यूवेन, वेयर एण्ड वाय”, लेन्सेट।
3. वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गेनाइजेशन, 1992, “इन्टरनेशनल स्टेटिस्टिकल क्लासिफिकेशन ऑफ डिजीज एण्ड रिलेटेड हेल्थ प्रोब्लम्स”, 10 वा पुनः अवलोकन, जिनेवा, डब्ल्यू.एच.ओ.।
4. इकबाल एच शाह, लाले साय, 2008, “वर्ष 1990 से 2005 के दौरान मातृ मृत्यु दर और मातृत्व से संबंधित देखभाल : महत्वपूर्ण किन्तु असमान प्रगति”, रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स अंक-3।
5. ब्लूम एस. लिप्पेवेल्ड टी. वाइपिज डी., 1999, “उज एन्टीनेटल केयर मेक ए डिफरेंस टू सेफ डिलेवरी/ए स्टडी इन अर्बन उत्तर प्रदेश, इण्डिया”, हेल्थ पॉलिसी एण्ड प्लानिंग, 14(1): 38-48
6. ली.एक्स. एफ., फोर्टनी जे.ए., कोटेलचक एम. ग्लोवर एल.एच., 1996, “द पोस्ट पार्टम पीरियड : दी की टू मैटर्नल मॉर्टैलिटी” इन्टरनेशनल जर्नल ऑफ गायनेकोलॉजी एण्ड ऑब्स्टेट्रिक्स, 54(1):1-10।
7. भाटिया जे.सी., क्लेलेण्ड जे., 1995, “डिटरमिनेन्ट्स ऑफ मैटर्नल केयर इन ए रीजन ऑफ साउथ इण्डिया/हेल्थ ट्रान्जिशन” रिव्यू।