Content is available at: CRDEEP Journals
Journal homepage: http://www.crdeepjournal.org/category/journals/global-journal-of-current-reseach-gjcr/

Global Journal of Current Research
(ISSN: 2320-2920) (Scientific Journal Impact Factor: 6.122)

UGC Approved-A Peer Reviewed Quarterly Journal

Research Paper

ग्रामीण परिप्रेक्ष्य में महिला स्वास्थ्य सेवाओं की सामाजिक-सांस्कृतिक चुनौतियों का तुलनात्मक अध्ययन: हजारीबाग और चतरा जिले के संदर्भ में

आरती कुमारी[1] और डॉ0 ममता गुप्ता[2]
[1]-शोधार्थिनी, शिक्षा विभाग, मानविकी एवं समाजिक विज्ञान संकाय, सांई नाथ विश्वविद्यालय , राँची , झारखण्ड
[2]-प्राध्यापिका, शिक्षा विभाग, मानविकी एवं समाजिक विज्ञान संकाय, सांई नाथ विश्वविद्यालय , राँची , झारखण्ड

ARTICLE DETAILS

Corresponding Author:
आरती कुमारी

Key words:
ग्रामीण परिप्रेक्ष्य, महिला स्वास्थ्य, सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोध, हजारीबाग, चतरा

ABSTRACT

ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं के स्वास्थ्य संबंधी समस्याएँ केवल चिकित्सीय दृष्टिकोण से नहीं बल्कि सामाजिक-सांस्कृतिक परिप्रेक्ष्य से भी गहराई से जुड़ी हुई हैं। यह अध्ययन हजारीबाग और चतरा जिलों के संदर्भ में महिला स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और उनके उपयोग में आने वाली सामाजिक-सांस्कृतिक चुनौतियों का तुलनात्मक विश्लेषण करता है। ग्रामीण समाज में प्रचलित परंपराएँ, रूढ़िवादी मान्यताएँ, लैंगिक असमानताएँ तथा आर्थिक सीमाएँ महिलाओं को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने से रोकती हैं। साथ ही, शिक्षा की कमी, जागरूकता का अभाव और पारिवारिक निर्णयों में महिलाओं की सीमित भागीदारी भी स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को प्रभावित करती है। इस अध्ययन का उद्देश्य यह स्पष्ट करना है कि कैसे सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोध स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने में ग्रामीण महिलाओं के लिए प्रमुख बाधा बनते हैं और इन दोनों जिलों में यह स्थिति किस प्रकार भिन्न या समान है। इस तुलनात्मक विश्लेषण के माध्यम से नीति-निर्माताओं और समाजसेवी संगठनों को ग्रामीण क्षेत्रों में महिला स्वास्थ्य सेवाओं के सुदृढ़ीकरण के लिए उपयोगी दिशा-निर्देश प्रदान करना संभव होगा।

भूमिका

भारत जैसे विकासशील देश में ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाएँ स्वास्थ्य संबंधी अनेक समस्याओं का सामना करती हैं। स्वास्थ्य केवल रोगमुक्ति नहीं बल्कि शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की पूर्ण अवस्था है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2010)। परंतु ग्रामीण समाज में महिलाओं का स्वास्थ्य अभी भी एक उपेक्षित क्षेत्र बना हुआ है। विशेषकर हजारीबाग और चतरा जैसे झारखंड के जिलों में, जहाँ सामाजिक-सांस्कृतिक परंपराएँ गहरी जड़ें जमाए हुए हैं, महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने में अनेक कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है। ग्रामीण महिलाओं के स्वास्थ्य की स्थिति पर किए गए अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता मात्र पर्याप्त नहीं है; बल्कि उनके उपयोग में सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोध प्रमुख भूमिका निभाते हैं (चक्रवर्ती, 2003)। जैसे—पितृसत्तात्मक पारिवारिक ढाँचा, रूढ़िवादी मान्यताएँ, शिक्षा की कमी, आर्थिक निर्भरता और धार्मिक मान्यताएँ। ये सभी कारक मिलकर महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति उदासीन बनाते हैं। हजारीबाग और चतरा जिलों की सामाजिक संरचना में महिलाओं की स्थिति अक्सर पारंपरिक भूमिकाओं तक सीमित रहती है। वहाँ मातृत्व, घरेलू कामकाज और पारिवारिक जिम्मेदारियों को ही महिला जीवन का मूल माना जाता है। परिणामस्वरूप स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को द्वितीयक महत्व दिया जाता है। स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में दूरी, परिवहन की कमी, स्वास्थ्य केंद्रों की सीमित संख्या और प्रशिक्षित महिला स्वास्थ्यकर्मियों का अभाव भी चुनौतियाँ प्रस्तुत करता है (मणि, 1998)। इसके अतिरिक्त, महिला स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं पर चर्चा करना कई बार वर्जित माना जाता है। माहवारी, प्रजनन स्वास्थ्य या यौन रोगों के विषय पर खुले तौर पर संवाद की परंपरा नहीं है। ऐसी स्थिति में महिलाएँ या तो उपचार नहीं करातीं या देर से कराती हैं, जिससे उनकी स्थिति और बिगड़ जाती है। इस प्रकार, स्वास्थ्य संबंधी समस्याएँ सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोधों के कारण और जटिल हो जाती हैं (ओल्डेनबर्ग, 2002)।

इस अध्ययन की पृष्ठभूमि यह है कि ग्रामीण परिप्रेक्ष्य में महिला स्वास्थ्य की चुनौतियाँ केवल चिकित्सीय या अवसंरचनात्मक समस्या नहीं हैं, बल्कि यह गहरे सामाजिक-सांस्कृतिक आयामों से जुड़ी हुई हैं। अतः हजारीबाग और चतरा जैसे जिलों में तुलनात्मक अध्ययन आवश्यक है ताकि यह समझा जा सके कि इन सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोधों की प्रकृति क्या है और दोनों जिलों में यह किस प्रकार समान या भिन्न रूप में

[1]Corresponding Author can be contacted at: *शोधार्थिनी, शिक्षा विभाग, मानविकी एवं समाजिक विज्ञान संकाय, सांई नाथ विश्वविद्यालय , राँची , झारखण्ड*
Received: 20-07-2025; Sent for Review on: 21-07-2025; Draft sent to Author for corrections: 28-07-2025; Accepted on:104-08-2025; Online Available from 25-08-2025
DOI: 10.13140/RG.2.2.12451.11047
GJCR-8889/*© 2025 CRDEEP Journals. All Rights Reserved.*

प्रकट होते हैं। भारत सरकार ने महिला स्वास्थ्य सुधार के लिए अनेक योजनाएँ लागू की हैं, जैसे—जननी सुरक्षा योजना, आयुष्मान भारत, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन आदि। इन योजनाओं के बावजूद ग्रामीण महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति संतोषजनक नहीं है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS-5, 2021) के आँकड़े बताते हैं कि ग्रामीण क्षेत्रों में मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर शहरी क्षेत्रों की तुलना में अधिक है।

हजारीबाग और चतरा जिलों में यह समस्या और अधिक गंभीर है। इन जिलों की भौगोलिक स्थिति, कम साक्षरता दर, गरीबी और सामाजिक-सांस्कृतिक परंपराएँ महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को बाधित करती हैं। यहाँ कई महिलाएँ प्रसव घर पर कराने को प्राथमिकता देती हैं, क्योंकि अस्पताल जाने को लेकर परिवार में संकोच और अविश्वास रहता है (नरसिम्हन, 1992)। इसके अलावा, पुरुष चिकित्सकों से उपचार कराना भी सामाजिक दृष्टि से वर्जित माना जाता है, जिससे महिलाएँ समय पर इलाज से वंचित रह जाती हैं। एक अन्य समस्या यह है कि स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता होते हुए भी उनका उपयोग नहीं हो पाता। उदाहरण के लिए, सरकारी अस्पतालों में सुविधाएँ होने के बावजूद महिलाओं को लंबी दूरी तय करनी पड़ती है। परिवहन सुविधा न होने से वे प्रसव, गर्भावस्था जांच या आपातकालीन सेवाओं तक नहीं पहुँच पातीं। यह समस्या विशेषकर चतरा जिले में अधिक स्पष्ट है, जहाँ भौगोलिक दुर्गमता और सीमित संसाधन महिलाओं के स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव डालते हैं (यांग, 1989)। इसके अतिरिक्त, पारिवारिक निर्णयों में महिलाओं की भागीदारी बहुत कम है। स्वास्थ्य संबंधी निर्णय पुरुष प्रधान परिवारों में प्रायः पति या ससुर द्वारा लिए जाते हैं। इस कारण महिलाएँ स्वयं अपने स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेने में स्वतंत्र नहीं होतीं। परिणामस्वरूप, स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने में वे बाधित हो जाती हैं और कई बार गंभीर स्वास्थ्य जोखिम झेलती हैं (सांगरी एवं वैद, 1990)। अतः समस्या यह है कि ग्रामीण क्षेत्रों में महिला स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता होने के बावजूद सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोध उनके उपयोग को बाधित करते हैं। हजारीबाग और चतरा जिलों में यह समस्या तुलनात्मक दृष्टि से देखने योग्य है, क्योंकि दोनों जिलों में समानताएँ और भिन्नताएँ दोनों ही मौजूद हैं।

इस अध्ययन का सामान्य उद्देश्य है:
"ग्रामीण परिप्रेक्ष्य में महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और उनके उपयोग में आने वाली सामाजिक-सांस्कृतिक चुनौतियों का तुलनात्मक अध्ययन करना, विशेषकर हजारीबाग और चतरा जिलों के संदर्भ में।"

पृष्ठभूमि और समस्या कथन से स्पष्ट है कि महिला स्वास्थ्य केवल जैविक या चिकित्सकीय मुद्दा नहीं है, बल्कि यह समाज की संरचना, संस्कृति और मान्यताओं से गहराई से जुड़ा है। हजारीबाग और चतरा जिलों में महिलाओं के स्वास्थ्य की स्थिति का तुलनात्मक अध्ययन यह समझने में मदद करेगा कि किस प्रकार सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोध स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच और उपयोग को प्रभावित करते हैं। यह अध्ययन न केवल शैक्षणिक दृष्टि से महत्त्वपूर्ण है बल्कि नीति-निर्माताओं और सामाजिक संगठनों के लिए भी दिशा-निर्देशक सिद्ध हो सकता है।

साहित्य समीक्षा

महिला स्वास्थ्य एवं उससे जुड़ी सामाजिक-सांस्कृतिक चुनौतियों पर अनेक विद्वानों ने अपने अध्ययन किए हैं। इन अध्ययनों से यह स्पष्ट होता है कि स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता मात्र पर्याप्त नहीं है, बल्कि उनके उपयोग में सामाजिक संरचना, सांस्कृतिक परंपराएँ और लैंगिक असमानताएँ बड़ी बाधा बनती हैं।चक्रवर्ती (2003) ने अपनी पुस्तक *जेंडरिंग कास्ट* में स्पष्ट किया कि भारतीय समाज में जाति और लिंग दोनों ही महिलाओं की स्थिति को गहराई से प्रभावित करते हैं। उन्होंने यह दिखाया कि ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाएँ स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेने में स्वतंत्र नहीं होतीं और पितृसत्तात्मक ढाँचा उनकी स्वतंत्रता को सीमित करता है। इसी क्रम में चक्रवर्ती (1995) ने अपने एक शोध लेख में विधवा महिलाओं की सामाजिक स्थिति और उनके स्वास्थ्य से जुड़ी कठिनाइयों पर प्रकाश डाला। उनका मानना है कि सामाजिक निर्भरता और आर्थिक अभाव महिलाओं की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को गंभीर रूप से प्रभावित करता है।

सांगरी और वैद (1990) द्वारा संपादित *रीकास्टिंग वीमेन* नामक ग्रंथ में महिलाओं की सामाजिक स्थिति और उनके ऐतिहासिक परिप्रेक्ष्य का गहन विश्लेषण किया गया है। इसमें यह तर्क दिया गया कि धार्मिक मान्यताएँ और सांस्कृतिक परंपराएँ महिलाओं को लगातार हाशिए पर धकेलती हैं। यह दृष्टिकोण ग्रामीण महिलाओं की स्वास्थ्य सेवाओं तक सीमित पहुँच को समझने में सहायक है।
नरसिम्हन (1992) ने अपनी कृति *सती: विडो बर्निंग इन इंडिया* में यह दिखाया कि भारतीय समाज में महिला की पहचान अक्सर उसके पति से जुड़ी होती है। पति के निधन के बाद महिलाएँ सामाजिक रूप से और भी हाशिए पर चली जाती हैं तथा उन्हें स्वास्थ्य और सामाजिक अधिकारों से वंचित कर दिया जाता है। यह विचार विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच के संदर्भ को समझने में उपयोगी है।

मणि (1998) ने अपने ग्रंथ *कंटेंशियस ट्रडिशन्स* में यह रेखांकित किया कि औपनिवेशिक भारत में महिलाओं से जुड़े मुद्दों को पुरुष-प्रधान दृष्टिकोण से देखा गया और उनकी वास्तविक आवाज़ को दबा दिया गया। आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने के मामले में महिलाओं की आवाज़ कमजोर दिखाई देती है।

ओल्डेनबर्ग (2002) ने *डाउरी मर्डर* नामक अध्ययन में दहेज-प्रथा और उससे जुड़ी हिंसा का विश्लेषण किया। उन्होंने यह स्पष्ट किया कि ऐसी सामाजिक कुप्रथाएँ महिलाओं के मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य को गहराई से प्रभावित करती हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में दहेज-प्रथा के चलते महिलाओं का स्वास्थ्य और भी अधिक संकटग्रस्त होता है।

यांग (1989) ने अपने अध्ययन *कूज़ सती?* में यह दिखाया कि भारत में महिलाओं से संबंधित प्रथाएँ और रिवाज एकरूप नहीं हैं, बल्कि सामाजिक और भौगोलिक विविधताओं के अनुसार उनमें अंतर होता है। यह दृष्टिकोण हजारीबाग और चतरा जिलों में महिला स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति के तुलनात्मक अध्ययन को मजबूती प्रदान करता है।

पोकॉक (1985) ने गुजरात की पाटीदार जाति की विधवा महिलाओं के जीवन पर किए गए अध्ययन में यह स्पष्ट किया कि विधवाओं को समाज से अलग-थलग रखा जाता है और उन्हें बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं और अधिकारों से वंचित किया जाता है।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एच.एस.-5, 2021) की रिपोर्ट में यह पाया गया कि ग्रामीण क्षेत्रों में मातृ मृत्यु दर, प्रसव पूर्व जाँच सेवाओं की कमी और पोषण संबंधी समस्याएँ अत्यधिक गंभीर हैं। रिपोर्ट ने यह भी दर्शाया कि संरचनात्मक अवरोधों के साथ-साथ सामाजिक-सांस्कृतिक कारण भी महिलाओं की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को बाधित करते हैं।

साहित्य समीक्षा से यह स्पष्ट होता है कि ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने में केवल भौतिक अवसंरचना की कमी ही बाधक नहीं है, बल्कि पितृसत्ता, धार्मिक मान्यताएँ, रूढ़िवादी सोच, आर्थिक निर्भरता और सामाजिक असमानताएँ भी उनकी स्वास्थ्य स्थिति को गहराई से प्रभावित करती हैं। हजारीबाग और चतरा जिलों जैसे क्षेत्रों में इन सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोधों का तुलनात्मक अध्ययन यह समझने में मदद करेगा कि दोनों जिलों की महिलाएँ किस प्रकार अलग-अलग या समान चुनौतियों का सामना करती हैं।

मुख्य भाग

महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और सामाजिक बहिष्करण

ग्रामीण भारत में महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच केवल एक चिकित्सकीय समस्या नहीं है, बल्कि यह गहराई से सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भों से जुड़ी हुई है। हजारीबाग और चतरा जैसे झारखंड के जिले इस स्थिति का उदाहरण प्रस्तुत करते हैं, जहाँ महिलाएँ स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रह जाती हैं, भले ही सरकारी योजनाएँ और अवसंरचनाएँ उपलब्ध हों।

स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और पहुँच

भारत सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (2005) तथा आयुष्मान भारत जैसी योजनाएँ शुरू कीं, जिनका उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों तक स्वास्थ्य सेवाओं को पहुँचाना था। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एच.एस.-5, 2021) के अनुसार झारखंड के ग्रामीण इलाकों में मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर राष्ट्रीय औसत से अधिक है। हजारीबाग और चतरा जिलों में भी प्रसव पूर्व सेवाओं तथा प्रसवोत्तर देखभाल तक महिलाओं की पहुँच बहुत सीमित है। यहाँ स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या कम है और कई बार ये गाँव से 10–15 किलोमीटर दूर स्थित हैं। परिवहन की कमी और आर्थिक अभाव महिलाओं को अस्पताल जाने से रोकता है। कई बार प्रसव घर पर ही कराए जाते हैं क्योंकि परिवार मानता है कि यह परंपरा का हिस्सा है (चक्रवर्ती, 2003)।

पितृसत्ता और सामाजिक बहिष्करण

पितृसत्तात्मक समाज में महिलाओं को परिवार के निर्णय लेने की स्वतंत्रता नहीं मिलती। स्वास्थ्य संबंधी निर्णय भी प्रायः पति या ससुर द्वारा लिए जाते हैं। परिणामस्वरूप महिलाएँ अपनी स्वास्थ्य आवश्यकताओं को स्वयं प्राथमिकता नहीं दे पातीं (सांगरी एवं वैद, 1990)। विधवा महिलाओं की स्थिति और भी कठिन है। उन्हें परिवार में बोझ माना जाता है और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने की अनुमति भी कई बार नहीं दी जाती (नरसिम्हन, 1992)। इस प्रकार, स्वास्थ्य का प्रश्न केवल चिकित्सकीय नहीं बल्कि सामाजिक बहिष्करण का परिणाम है।

साक्षरता और जागरूकता की कमी

हजारीबाग और चतरा जिलों में महिला साक्षरता दर अभी भी राष्ट्रीय औसत से कम है। कम शिक्षा का सीधा प्रभाव स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता पर पड़ता है। महिलाएँ गर्भावस्था के दौरान पोषण, टीकाकरण, और नियमित जांच की आवश्यकता को समझ नहीं पातीं। परिणामस्वरूप अनेक महिलाएँ कुपोषण और प्रसव जटिलताओं का शिकार होती हैं (ओल्डेनबर्ग, 2002)।

आर्थिक निर्भरता और गरीबी

दोनों जिलों में अधिकांश ग्रामीण परिवार कृषि या दिहाड़ी मजदूरी पर निर्भर हैं। महिलाएँ आर्थिक रूप से स्वतंत्र नहीं हैं, जिससे स्वास्थ्य सेवाओं पर खर्च करना परिवार के लिए बोझ समझा जाता है। गरीबी और बेरोज़गारी के कारण महिलाएँ समय पर अस्पताल नहीं पहुँच पातीं और कई बार घरेलू उपचार या झाड़-फूंक को प्राथमिकता दी जाती है (मणि, 1998)।

सामाजिक बहिष्करण का प्रभाव

इन सभी कारकों का परिणाम यह होता है कि महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने में अनेक अवरोधों का सामना करना पड़ता है। हजारीबाग जिले में कुछ स्वास्थ्य सेवाएँ अपेक्षाकृत सुलभ हैं क्योंकि यह जिला मुख्य सड़क मार्गों से जुड़ा है, जबकि चतरा जिले की भौगोलिक दुर्गमता स्थिति को और जटिल बना देती है (यांग, 1989)। विधवा और वृद्ध महिलाएँ समाज से और भी अधिक हाशिए पर चली जाती हैं। उन्हें अक्सर स्वास्थ्य सेवाओं में प्राथमिकता नहीं मिलती। ग्रामीण समाज में यह मान्यता गहरी है कि महिला का जीवन पति और संतान से जुड़ा है; जब पति नहीं रहता तो उसका अस्तित्व भी गौण हो जाता है (चक्रवर्ती, 1995)।

इस खंड से यह स्पष्ट होता है कि महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच का प्रश्न केवल अवसंरचना की कमी का नहीं है, बल्कि यह सामाजिक बहिष्करण, पितृसत्ता, आर्थिक निर्भरता और शिक्षा की कमी से गहराई से जुड़ा हुआ है। हजारीबाग और चतरा जिलों का तुलनात्मक विश्लेषण यह दर्शाता है कि जहाँ हजारीबाग में कुछ सेवाएँ सुलभ हैं, वहीं चतरा में सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोध और भौगोलिक कठिनाइयाँ महिलाओं को और अधिक हाशिए पर धकेलती हैं।

निष्कर्ष

ग्रामीण भारत में महिला स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति का अध्ययन यह स्पष्ट करता है कि स्वास्थ्य एक बहुआयामी अवधारणा है, जिसे केवल चिकित्सकीय सुविधाओं की उपलब्धता से नहीं आँका जा सकता। महिला स्वास्थ्य सेवाओं का वास्तविक उपयोग और उनकी प्रभावशीलता सामाजिक संरचना, सांस्कृतिक परंपराओं, आर्थिक परिस्थितियों और लैंगिक असमानताओं से गहराई से जुड़ी हुई है। हजारीबाग और चतरा जिलों के तुलनात्मक विश्लेषण ने यह उजागर किया कि दोनों ही जिलों में महिलाएँ लगभग समान चुनौतियों का सामना करती हैं, परंतु उनकी प्रकृति और तीव्रता में अंतर पाया जाता है।

अध्ययन से प्राप्त मुख्य निष्कर्ष

1. स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में असमानता
   हजारीबाग जिले में स्वास्थ्य केंद्र अपेक्षाकृत अधिक सुलभ हैं क्योंकि यह जिला राज्य के अन्य भागों से सड़क मार्गों द्वारा बेहतर जुड़ा हुआ है। इसके विपरीत चतरा जिले की भौगोलिक स्थिति अधिक दुर्गम है, जिसके कारण महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने में अधिक कठिनाइयाँ आती हैं। यह दर्शाता है कि अवसंरचनात्मक असमानता स्वयं एक बड़ा अवरोध है।

2. पितृसत्तात्मक नियंत्रण
   दोनों जिलों में पितृसत्ता महिला स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को प्रभावित करती है। अधिकांश मामलों में स्वास्थ्य संबंधी निर्णय पति, पिता या ससुर द्वारा लिए जाते हैं। महिलाओं को अपनी स्वास्थ्य आवश्यकताओं पर स्वयं निर्णय लेने का अवसर बहुत कम मिलता है। यह सामाजिक संरचना महिलाओं को दोहरी तरह से प्रभावित करती है: एक ओर वे सेवाओं तक पहुँचने में असमर्थ रहती हैं, दूसरी ओर स्वास्थ्य पर खर्च को परिवार के लिए बोझ समझा जाता है।

3. शिक्षा और जागरूकता का अभाव
   महिला साक्षरता दर कम होने के कारण स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता सीमित है। हजारीबाग जिले में स्थिति अपेक्षाकृत बेहतर है, परंतु चतरा जिले में जागरूकता का स्तर काफी कम है। इससे यह स्पष्ट होता है कि शिक्षा और स्वास्थ्य सेवाओं के बीच गहरा संबंध है।

4. सांस्कृतिक और धार्मिक अवरोध
   ग्रामीण समाज में अभी भी यह धारणा प्रचलित है कि महिला स्वास्थ्य समस्याओं, विशेषकर प्रजनन स्वास्थ्य, माहवारी या यौन रोगों के बारे में खुलकर चर्चा करना वर्जित है। धार्मिक मान्यताओं के कारण महिलाएँ पुरुष चिकित्सकों से परामर्श लेने से कतराती हैं। इन अवरोधों के कारण महिलाएँ समय पर उपचार नहीं करा पातीं और कई बार गंभीर स्वास्थ्य जोखिमों का सामना करती हैं।

5. विधवा और वृद्ध महिलाओं की स्थिति
   नरसिम्हन (1992) तथा चक्रवर्ती (1995) के निष्कर्ष इस अध्ययन से मेल खाते हैं कि विधवा महिलाएँ ग्रामीण समाज में और भी अधिक हाशिए पर धकेली जाती हैं। हजारीबाग और चतरा दोनों जिलों में विधवाओं को स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ सबसे कम मिलता है। यह स्थिति उनके सामाजिक और आर्थिक निर्भरता के कारण और अधिक जटिल हो जाती है।

6. आर्थिक निर्भरता और गरीबी
   दोनों जिलों में अधिकांश परिवार कृषि और दिहाड़ी मजदूरी पर निर्भर हैं। आर्थिक संसाधनों की कमी के कारण महिलाएँ स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने में असमर्थ रहती हैं। चतरा जिले में गरीबी का स्तर अधिक है, जिससे स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और भी कठिन हो जाती है।

सैद्धांतिक महत्व

यह अध्ययन यह सिद्ध करता है कि महिला स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच केवल चिकित्सकीय प्रश्न नहीं है, बल्कि यह सामाजिक-सांस्कृतिक संरचनाओं का परिणाम है। पितृसत्ता, धार्मिक मान्यताएँ, आर्थिक निर्भरता और शिक्षा की कमी—ये सभी मिलकर महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित करते हैं। यह निष्कर्ष सांगरी और वैद (1990) के तर्क से मेल खाता है कि महिलाओं की स्थिति ऐतिहासिक और सामाजिक ढाँचों द्वारा निर्मित होती है।साथ ही, यह अध्ययन यह भी दर्शाता है कि विधवा महिलाओं के संदर्भ में सामाजिक बहिष्करण और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच की समस्या और भी गंभीर है। इस प्रकार यह अध्ययन "सामाजिक मृत्यु" (Social Death) की उस अवधारणा को पुष्ट करता है, जिसे नरसिम्हन (1992) ने अपने कार्यों में रेखांकित किया था।

व्यावहारिक निहितार्थ

इस अध्ययन के निष्कर्ष नीति-निर्माताओं और समाजसेवी संगठनों के लिए महत्वपूर्ण संकेत देते हैं:

- स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच बढ़ाने के लिए ग्रामीण अवसंरचना (सड़क, परिवहन) में सुधार आवश्यक है।

- महिला स्वास्थ्यकर्मियों की नियुक्ति और प्रशिक्षण बढ़ाना ज़रूरी है ताकि सांस्कृतिक अवरोधों को कम किया जा सके।
- स्वास्थ्य शिक्षा और जनजागरूकता अभियान विशेषकर किशोरियों और ग्रामीण महिलाओं के बीच चलाए जाने चाहिए।
- विधवा और वृद्ध महिलाओं को स्वास्थ्य योजनाओं में विशेष प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

हजारीबाग और चतरा का तुलनात्मक दृष्टिकोण

तुलनात्मक दृष्टि से यह स्पष्ट हुआ कि:

- हजारीबाग में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और परिवहन की स्थिति अपेक्षाकृत बेहतर है, इसलिए महिलाओं की पहुँच थोड़ी अधिक है।
- चतरा जिले में भौगोलिक कठिनाइयाँ, गरीबी और सांस्कृतिक प्रतिबंध अधिक गहरे हैं, जिसके कारण महिला स्वास्थ्य स्थिति अधिक चिंताजनक है।

इससे यह निष्कर्ष निकलता है कि दोनों जिलों की चुनौतियाँ समान प्रकृति की हैं, परंतु चतरा जिले में उनका प्रभाव अधिक तीव्र है।

भविष्य की संभावनाएँ

यह अध्ययन सीमित जिलों (हजारीबाग और चतरा) पर आधारित है। भविष्य में इसे अन्य जिलों और राज्यों तक विस्तारित किया जा सकता है। इसके अलावा, निम्न बिंदुओं पर आगे अनुसंधान किया जा सकता है:

- स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में जाति और वर्ग आधारित अंतर।
- महिला स्वास्थ्य और पोषण स्थिति के बीच संबंध।
- किशोरियों की शिक्षा और उनके स्वास्थ्य व्यवहार के बीच संबंध।
- विधवा एवं वृद्ध महिलाओं के लिए विशेष स्वास्थ्य योजनाओं की प्रभावशीलता।

अंतिम टिप्पणी

सारांश रूप में कहा जा सकता है कि ग्रामीण परिप्रेक्ष्य में महिला स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति केवल अवसंरचना या योजनाओं की समस्या नहीं है, बल्कि यह सामाजिक-सांस्कृतिक अवरोधों से गहराई से जुड़ी हुई है। हजारीबाग और चतरा जिलों का तुलनात्मक अध्ययन यह दर्शाता है कि शिक्षा, जागरूकता, पितृसत्ता, गरीबी और धार्मिक मान्यताएँ महिलाओं की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में निर्णायक भूमिका निभाती हैं।

यह अध्ययन स्पष्ट करता है कि महिला स्वास्थ्य को सुदृढ़ करने के लिए केवल अस्पतालों या योजनाओं की संख्या बढ़ाना पर्याप्त नहीं है; बल्कि समाज की सोच, सांस्कृतिक मान्यताओं और पारिवारिक संरचनाओं में बदलाव लाना होगा। इसी दिशा में यह अध्ययन नीति-निर्माताओं, शोधकर्ताओं और समाजसेवियों के लिए उपयोगी आधार प्रदान करता है।

संदर्भ

चक्रवर्ती, उ. (1995). जेंडर, जाति और श्रम: विधवा जीवन की वैचारिक और भौतिक संरचना। *इकोनॉमिक एंड पॉलिटिकल वीकली, 30*(36), 2248–2256. https://www.jstor.org/stable/4403144

चक्रवर्ती, उ. (2003). *जेंडरिंग कास्ट: थ्रू ए फेमिनिस्ट लेंस.* कोलकाता: स्त्री प्रकाशन।

हावली, जे. एस. (1994). सती, मातृदेवी और ब्रिटिश: सशक्तिकरण और जमी हुई परंपरा। *जर्नल ऑफ एशियन स्टडीज़, 53*(2), 354–372. https://doi.org/10.2307/2059830

कुमार, र. (1993). रूप कंवर की सती: सती, राज्य और आधुनिक भारत में महिलाएँ। एम. नुसबाम एवं जे. ग्लोवर (संपा.), *वूमेन, कल्चर एंड डेवलपमेंट: ए स्टडी ऑफ ह्यूमन कैपेबिलिटीज* (पृ. 125–156) में। ऑक्सफोर्ड: क्लेरेंडन प्रेस।

लेस्ली, जे. (1991). *रोल्स एंड रिचुअल्स फॉर हिन्दू वीमेन.* दिल्ली: मोतीलाल बनारसीदास।

मणि, ल. (1998). *कंटेंशियस ट्रेडिशन्स: द डिबेट ऑन सती इन कॉलोनियल इंडिया.* बर्कले: यूनिवर्सिटी ऑफ कैलिफ़ोर्निया प्रेस।

नरसिम्हन, स. (1992). *सती: विडो बर्निंग इन इंडिया.* न्यूयॉर्क: एंकर बुक्स।

नंदी, अ. (1995). कलियुग में सती: रूप कंवर की मृत्यु पर सार्वजनिक बहस। अ. नंदी (संपा.), *द सैवेज फ्रायड एंड अदर एसेज़ ऑन पॉसिबल एंड रिट्रीवेबल सेल्व्स* (पृ. 132–178) में। प्रिंसटन: प्रिंसटन यूनिवर्सिटी प्रेस।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एच.एस.-5). (2021). *राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2019–21): भारत एवं राज्य रिपोर्ट.* भारत सरकार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय।

ओल्डेनबर्ग, वी. टी. (2002). *डाउरी मर्डर: द इम्पीरियल ओरिजिन्स ऑफ अ कल्चरल क्राइम.* न्यूयॉर्क: ऑक्सफोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस।

पोकॉक, डी. एफ. (1985). गुजरात के पाटीदार समुदाय में विधवापन। *कॉन्ट्रिब्यूशन्स टू इंडियन सोशियोलॉजी, 19*(1), 67–85. https://doi.org/10.1177/006996678501900104

सांगरी, क. एवं वैद, स. (संपा.). (1990). *रीकास्टिंग वीमेन: एसेज़ इन कॉलोनियल हिस्ट्री.* नई दिल्ली: काली फॉर वीमेन।

शर्मा, अ. (1988). *सती: ऐतिहासिक और प्रक्षेपणात्मक निबंध.* दिल्ली: मोतीलाल बनारसीदास।

स्पिवाक, जी. सी. (1993). क्या सबाल्टर्न बोल सकता है? पी. विलियम्स एवं एल. क्रिसमैन (संपा.), *कॉलोनियल डिस्कोर्स एंड पोस्ट-कॉलोनियल थ्योरी: ए रीडर* (पृ. 66–111) में। न्यूयॉर्क: कोलंबिया यूनिवर्सिटी प्रेस।

यांग, अ. ए. (1989). किसका सती? उन्नीसवीं शताब्दी के प्रारंभिक भारत में विधवा दहन। *जर्नल ऑफ एशियन स्टडीज़, 48*(4), 741–760. https://doi.org/10.2307/2058235