# मुस्लिम महिलाओं की स्वास्थ्य दशाओं का समाजशास्त्रीय अध्ययन

डॉ0 ज़किया रफत
एसो0 प्रो0 एवं विभागाध्यक्ष, समाजशास्त्र विभाग आर0बी0डी0
महिला महाविद्यालय, बिजनौर

सारांश :

देश के समग्र, संतुलित व तीव्र विकास में महिलाओं के स्वास्थ्य की अहम भूमिका है। भारत में कुल मुस्लिम जनसंख्या 17.2 करोड़ है जोकि देश की कुल जनसंख्या का 14.23 प्रतिशत है। इनमें से लगभग आधी जनसंख्या महिलाओं की है। लेकिन यह देश का सबसे बड़ा अल्पसंख्यक समुदाय होते हुए भी सामाजिक, आर्थिक, शैक्षिक व राजनैतिक दृष्टि से पिछड़े हुए हैं। और वे न सिर्फ निर्धन है बल्कि मानवीय दशाओं को समझने में भी असमर्थ है। जिसका प्रत्यक्ष प्रभाव महिलाओं की सामाजिक स्थिति तथा स्वास्थ्य पर पड़ता है। प्रस्तुत शोधपत्र बिजनौर नगर की 50 मुस्लिम महिलाओं की स्वास्थ्य दशाओं पर केन्द्रित है।

शोध पत्र का संक्षिप्त विवरण निम्न प्रकार है:

डॉ0 ज़किया रफत,

मुस्लिम महिलाओं की स्वास्थ्य दशाओं का समाजशास्त्रीय अध्ययन,

शोध मंथन, दिस0 2017, पेज सं0 58.69

Artcile No. 11 (SM 651)

http://anubooks.com/?page_id=581

देश के समग्र, संतुलित व तीव्र विकास में महिलाओं के स्वास्थ्य की अहम भूमिका है।[1] परिवार में केन्द्रीय स्थिति होने के कारण उनकी विविध भूमिकाएं होती है। महिलाओं पर माँ, पत्नी, बहन व बेटी के रूप में अनेक जिम्मेदारियों के निर्वहन का दायित्व होता है।[2] अतः उनका स्वस्थ होना अपेक्षाकृत अधिक महत्वपूर्ण है। परन्तु स्थिति इसके विपरीत है। महिलाएं दूसरों से सम्बन्धित दायित्वों को पूरा करते–करते वे अपने को नज़र अन्दाज़ कर देती है तथा अत्यधिक कार्य करने के बावजूद भी उनको अपर्याप्त भोजन मिलता है। क्योंकि एक तो वे परिवार के सदस्यों के भोजन करने के बाद ही वे भोजन करती है, दूसरे कुछ परिवारों की आर्थिक स्थिति व आय के स्रोत भी कम हैं। परिणाम स्वरूप अधिकांश महिलाएं खून की कमी से ग्रस्त हैं।[3] विश्व स्वास्थ्य संगठन की रिपोर्ट के अनुसार, भारत की 65 प्रतिशत महिलाएं कुपोषण का शिकार है। 83 प्रतिशत महिलाएं रक्त की कमी से ग्रस्त हैं तथा लगभग 5,30,000 महिलाएं प्रति वर्ष गर्भावस्था अथवा शिशु जन्म के दौरान अकाल मत्यु का ग्रास बन जाती है।[4] एन.एच.
एफ.एस. के आंकड़ों के अनुसार देश की लगभग 56 प्रतिशत महिलाओं में खून की कमी पायी गयी है।[5] परन्तु परिवारों में महिलाओं की स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं को या तो अनदेखा किया जाता है प्रायः यह भी देखा गया है कि लैंगिक असमानता के कारण भी पुरूषों के स्वास्थ्य को महिलाओं की अपेक्षा अधिक महत्व दिया जाता है। कुछ परिवारों में महिलाओं के साथ हिंसा, मारपीट आदि की घटनाएं भी उनके स्वास्थ्य पर बुरा प्रभाव डालती है।

महिलाओं के स्वास्थ्य का परिवार पर प्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है। अतः महिलाओं का स्वस्थ होना अत्यन्त आवश्यक है क्योंकि एक महिला के स्वस्थ होने में उसका सम्पूर्ण कल्याण निहित है।[6]

अतः एक महिला के स्वस्थ होने का लाभ परिवार व समुदाय सभी को होता है। अतः महिला स्वास्थ्य एक सामाजिक मुद्दा है जिस पर अधिक से अधिक समाजशास्त्रीय अध्ययन किये जाने की आवश्यकता है। मुस्लिम महिला

## स्वास्थ्य : वर्तमान परिप्रेक्ष्य

जहां तक मुस्लिम महिलाओं के स्वास्थ्य का प्रश्न है उनकी स्वास्थ्य सम्बन्धी स्थिति भी अन्य भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सम्बन्धी स्थिति से भिन्न नहीं है। बल्कि उनकी तुलना में अधिक निम्न है क्योंकि वह मुस्लिम है और महिला भी। दोनों का ही भारतीय समाज में दोयम दर्जे की स्थिति है। यद्यपि भारत में कुल मुस्लिम जनसंख्या 17.2 करोड़ है जोकि देश की कुल जनसंख्या का 14.23 प्रतिशत है।[7] इनमें से लगभग आधी जनसंख्या महिलाओं की है। लेकिन यह देश का सबसे बड़ा अल्पसंख्यक समुदाय होते हुए भी सामाजिक, आर्थिक, शैक्षिक व राजनैतिक दृष्टि से पिछड़े हुए हैं।[8] और वे न सिर्फ निर्धन है बल्कि मानवीय दशाओं को समझने में भी असमर्थ है।[9] जिसका प्रत्यक्ष प्रभाव महिलाओं की सामाजिक स्थिति तथा स्वास्थ्य पर पड़ता है। मुस्लिम समुदाय में प्रजनन दर अधिक होने, परिवारों का बड़ा आकार, कार्यभार की अधिकता, अशिक्षा, जाति व लिंग आधारित असमानताएं, पर्दा प्रथा, इलाज न मिलना, आदि महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। इसके अतिरिक्त मुस्लिम महिलाओं का एक बड़ा हिस्सा उन महिलाओं का है जिनके लिए पौष्टिक व संतुलित भोजन तो बहुत दूर की बात है। उन्हें दो वक्त भरपेट भोजन भी नहीं मिलता। मुस्लिम महिलाओं में गंभीर बीमारियों की दर अधिक है[10] उनमें गर्भ सम्बन्धी बीमारियां भी अधिक पायी जाती है।[11] तथा लम्बी चलने वाली निर्धनता बीमारियों की ओर ले जाती है।[12] अतः मुस्लिम महिलाओं को आजीवन स्वास्थ्य सम्बन्धी अनेक समस्याओं को झेलना पड़ता है।

उनके रूग्ण होने के दुष्परिणाम परिवार व समुदाय सभी को भुगतने पड़ते है। देश के एक बड़े भाग की

स्वास्थ्य को अनेदखा करके कोई भी देश आगे नहीं बढ़ सकता है। अतः समग्र विकास के लिए सभी का विकास आवश्यक है। मुस्लिम महिलाओं के स्वास्थ्य पर बहुत कम अध्ययन हुए है अतः प्रस्तुत अध्ययन इस कमी को दूर करने की दिशा में एक प्रयास है।

**प्रमुख अध्ययन** : प्रस्तुत विषय पर अनेक अध्ययन उपलब्ध है। जिनमें से कुछ निम्नवत है :-

भौमिक तथा अन्य (1970)[13] ने पश्चिमी बंगाल के एक ग्रामीण क्षेत्र में मुस्लिम जन संख्या के अध्ययन के आधार पर पाया कि स्वास्थ्य भिन्नताओं को अपनाना स्पष्ट रूप से परिवार के आकार, सम्पत्ति तथा शिक्षा पर आधारित है।

भट्टाचार्जी (1981)[14] का तर्क है कि भारत में महिलाओं में पुरूषों की तुलना में मृत्युदर अधिक है जिसका कारण पौष्टिक भोजन का उपलब्ध न होना, आवास न होना, गंदगी और पर्याप्त दवाओं का अभाव है।

बनर्जी (1982)[15] ने महिलाओं का स्वास्थ्य सम्बन्धी विश्लेषण जाति, धर्म व वर्ग के आधार पर किया है। डायसिन (1987)[16] ने पाया कि उत्तर भारत में नातेदारी व्यवस्था, दक्षिण भारत की अपेक्षा महिलाओं की स्थिति को अधिक नुकसान पहुंचाती है।

**असोकन** और इब्राहीम (2007)[17] ने अपने अध्ययन में पाया कि महिलाओं के अन्दर गंभीर बीमारियों का कारण जाति है। उन्होंने यह भी देखा कि मुस्लिम महिलाओं में गंभीर बीमारियों की दर अधिक है। उन्होंने यह समस्या मुस्लिम ग्रहणियों में अधिक पायी।

रमेश, सी0 (2007)[18] ने अपने अध्ययन में पाया कि गर्भ सम्बन्धी बीमारियां मुस्लिम महिलाओं में अधिक हैं तथा 0–5 आयु वर्ग की अल्पशिक्षित महिलाओं में और भी अधिक है।

कुमार तथा अन्य (2007)[19] में अलग–अलग क्षेत्रों में रहने वाली मुस्लिम महिलाओं के (महिला रोगों) के उपचार की मांग के सम्बन्ध में अध्ययन किया और पाया कि दक्षिण भारतीय महिलाएं, उत्तर भारतीय महिलाओं की तुलना में अपने स्वास्थ्य को लेकर अधिक जागरूक हैं।

श्रृद्धा, के0 तथा अन्य (2010)[20] ने नवविवाहित महिलाओं में कुपोषण के परिणाम और उनके पोषण से सम्बन्धित कारणों का अध्ययन किया। उन्होंने यह पाया कि कम वजन की अधिक महिलाएं हिन्दू धर्म की है अथवा निम्न सामाजिक आर्थिक स्थिति से है।

राव तथा अन्य (2010)[21] ने अपने अध्ययन में आदिवासी तथा ग्रामीण जनसंख्या के आहार एवं पोषण स्थिति का परीक्षण किया । उन्होंने पाया कि उनके आहार लेने का स्तर सुझाव स्तर से भी कम है। है।

दास तथा दास ने (2012)[22] में महिलाओं की स्वास्थ्य सम्बन्धी स्थिति का अध्ययन किया तथा पाया कि महिलाओं का उम्र बढ़ने के साथ–साथ उनमें रोगों की वृद्धि होती है।

शेवाली तथा अन्य (2013)[23] ने ईट भट्टा मजदूरों के पोषण स्तर एवं रूग्णता प्रतिमान का अध्ययन किया उन्होंने पाया कि अधिकतर मजदूर अशिक्षित है। उन्हें मूल सुविधाएं जैसे सुरक्षित पानी, भोजन का पृथक स्थान, शौचालय सुविधाएं आदि सुरक्षा साधन उपलब्ध नहीं है। मजदूरों में कुपोषण व्यापक रूप से व्याप्त है।

मैसिबो पी0के0 तथा अन्य (2013)[24] ने केन्या की व्यस्क महिलाओं के अतिपोषण और कुपोषण के प्रसार और निर्धारकों की जांच की। इस अध्ययन का परिणाम यह दर्शाता है कि केन्याई महिलाओं में

अतिपोषण कुपोषण से अधिक है।

ताल्लुकदार ए0के0 एवं एस0दास (2016)[25] ने आसाम के कछार जनपद की विवाहित मुस्लिम महिलाओं में पोषण की स्थिति तथा रूग्णता प्रतिमान का अध्ययन दो समूहों (रिप्रोडक्टिव ग्रुप व मीनोपास ग्रुप) की महिलाओं पर किया। उन्होंने पाया कि कछार में ग्रामीण मुस्लिम महिलाएं बहुत निर्धन है। मीनोपास समूह की महिलाओं के स्वास्थ्य की दयनीय स्थिति है।

## अध्ययन के उददेश्य

प्रस्तुत अध्ययन के निम्न उददेश्य है –

1- मुस्लिम महिलाओं की स्वास्थ्य सम्बन्धी स्थिति ज्ञात करना।

2- मुस्लिम महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारकों का पता लगाना।

3- मुस्लिम महिलाओं के स्वास्थ्य का परिवार, समुदाय व समाज पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन करना।

अध्ययन क्षेत्र :

प्रस्तुत अध्ययन बिजनौर नगर में सम्पन्न किया गया है। 115381 जनसंख्या वाला यह नगर पश्चिमी उत्तरप्रदेश में स्थित जनपद बिजनौर का मुख्यालय है। यहां विविध धर्मो व जातियों के व्यक्ति निवास करते है। नगर मुस्लिम बहुल क्षेत्र है। 2011 की जनगणना के अनुसार यहां मुस्लिम जनसंख्या 54.48 प्रतिशत तथा हिन्दू 44.23 प्रतिशत है। शेष धर्मो में इसाई तथा जैन धर्मावलम्बी है। बिजनौर से मुसलमानों में लगभग 36 जातियां पायी गई जो जातीय संस्तरण में भिन्न–भिन्न स्थान रखती है।नगर के पुरातन मौहल्ले जाति के आधार पर ही संरचित है। मुस्लिम मौहल्लों में काजीपाड़ा, चाहशीरी, मिर्दगान, कस्साबान, नाईयान आदि है। वर्तमान में पुराने मौहल्लों के बाहर पड़े खाली क्षेत्रों में नयी मुस्लिम कालोनियां विकसित हुई है। जैसे रहमतनगर कालोनी, कांशीराम कालोनी आदि।

अनुसंधान प्ररचना :

प्रस्तुत अध्ययन अन्वेषणात्मक तथा वर्णणात्मक शोध प्ररचना के अन्तर्गत किया गया है।

**अध्ययन विधि** : प्रस्तुत अध्ययन हेतु उददेश्यपूर्ण निदर्शन विधि के प्रयोग द्वारा नगर में स्थित एक संभ्रान्त मुस्लिम क्षेत्र रहमत नगर कालोनी का चयन किया गया है जहां विविध जातियों के अधिकतर उच्च शिक्षित, उच्च व मध्यम वर्ग के परिवार निवास करते है। अध्ययन को पूर्णता प्रदान करने के उददेश्य से इस कालोनी की बाउन्ड्री वॉल से सटे कांशीराम कालोनी के एक ब्लॉक में जो परिवार रह रहें है। उनको भी चयनित किया गया। इस प्रकार चयनित घरों का सर्वेक्षण करने पर रहमत नगर कालोनी में कुल 32 घर तथा कांशीराम के 8 घर पाये गये। इस प्रकार कुल 40 घर प्राप्त हुए। उक्त 40 घरों में कुल 79 पुरूष तथा 96 महिलाएं प्राप्त हुई। 79 पुरूषों में – 50 विवाहित पुरूष, 9 युवक, 8 किशोर, 8 बालक तथा 4 शिशु पाये गये। 86 महिलाओं में 50 विवाहित महिलाएं, (40 ग्रहणी+10 पुत्र वधुएं), 10 युवतियां, 12 किशोरियां, 10 बालिकाएं तथा 4 कन्या शिशु पायी गयी। सर्वेक्षण में प्राप्त 40 परिवारों में से अध्ययन हेतु सभी 50 विवाहित महिलाओं का चयन किया गया है।

चयनित महिलाओं से स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचनाओं का संकलन साक्षात्कार अनुसूची तथा अवलोकन प्रविधि द्वारा किया गया। अध्ययन की निम्न उपलब्धियां रही है।

उपलब्धियाँ :

प्रस्तुत अध्ययन हेतु चयनित 50 महिलाओं की सामाजिक आर्थिक स्थिति निम्नवत् पायी गयी–

इकाईयों की सामाजिक आर्थिक पष्ठभूमि

तालिका – 1

| आयु वर्ग | जाति | शिक्षा | परिवार का स्वरूप | व्यवसाय | आर्थिक स्थिति | पति की शिक्षा | पति का व्यवसाय |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20–30 | शेख | अशिक्षित | एकाकी | गृहणी | उच्च | अशिक्षित | उद्योगपति |
| 11(22:) | 7(14:) | 5(10:) | 43(86:) | 35(70:) | 8(16:) | 5(10:) | 5(10:) |
| 30–40 | मुगल | कुरान शिक्षित | संयुक्त | शिक्षिका | उच्च मध्यम | कुरान शिक्षित | व्यापार |
| 10(20:) | 2(4:) | 3(6:) | 7(14:) | 7(14:) | 12(24:) | 5(10:) | 10(20:) |
| 40–50 | पठान | 8वी | | घरेलू नौकर | मध्यम | 5वीं | कान्ट्रैक्टर |
| 13(26:) | 6(12:) | 6(12:) | | 5(10:) | 20(40:) | 3(6:) | 2(4:) |
| 50–60 | राघड़ | 10वीं | | मजदूर | निम्न | 10वीं | शिक्षक |
| 12(24:) | 10(20:) | 2(4:) | | 3(6:) | 10(20:) | 2(4:) | 8(16:) |
| 60 से ऊपर | धुने2(4:) | 12वीं | | | | 12वीं | डॉक्टर |
| 4(8:) | | 5(10:) | | | | 1(2:) | 3(6:) |
| | अंसारी | बी0ए0 | | | | बी0ए0 / बी0कॉम | वकील |
| | 6(12:) | 10(20:) | | | | 15(30:) | 2(4:) |
| | कोन्जड़े | बी0ए0 | | | | बी0ए0 | सरकारी |
| | | बी0टी0सी0 | | | | बी0टी0सी0 | नौकरी |
| | 3(6:) | 5(10:) | | | | 8(16:) | 4(8:) |
| | तेली | एम0ए0 / | | | | बी0ए0 | प्राइवेट |
| | | एम0 एस0सी | | | | एल0एल0बी0 | नौकरी |
| | 5(10:) | 10(20:) | | | | 2(4:) | 6(12:) |
| | लोहार | एम0ए0 / | | | | बी0यू0एम0एस0 | दजी |
| | 5(10:) | बी0एड04(8:) | | | | 3(6:) | 2(4:) |
| | धोबी | | | | | एम0ए0 / | मजदूर |
| | | | | | | एम0एस0सी0 | |
| | 4(8:) | | | | | बी0एड0 5(10:) | 8(16:) |
| | | | | | | एम0सी0ए0 | |
| | | | | | | 1(2:) | |
| योग | योग | योग | योग | योग | योग | योग | योग |
| 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| 100 | (100:) | (100:) | (100:) | (100:) | (100:) | (100:) | (100:) |

## मुस्लिम महिलाओं का स्वास्थ्य

चयनित अध्ययन इकाईयों के स्वास्थ्य सम्बन्धी स्थिति निम्नवत पायी गयी।

**स्वास्थ्य का स्तर** :

तालिका – 2

| स्तर | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| सामान्य | 36 | 62 |
| निम्न | 14 | 28 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका–2 से स्पष्ट होता है कि 62 प्रतिशत इकाईयों के स्वास्थ्य का स्तर सामान्य तथा 28 प्रतिशत इकाईयों के स्वास्थ्य का स्तर निम्न पाया गया।

**सामान्य रोगों की स्थिति**

तालिका – 3

| रोग | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| टांगों व कमर में दर्द | 5 | 10 |
| अस्थमा | 4 | 8 |
| कमजोरी, चक्कर आना | 3 | 6 |
| ह्रदय रोग | 2 | 4 |
| डाइबिटीज | 6 | 12 |
| ब्लड प्रेशर | 4 | 8 |
| आंख की बीमारी | 2 | 4 |
| बांझपन | 2 | 4 |
| टी0बी0 | 5 | 10 |
| अर्थराइटिस | 2 | 4 |
| त्वचा सम्बन्धी रोग | 4 | 8 |
| हाइपो–थायराइड | 6 | 12 |
| माहवारी व गर्भ सम्बन्धी | 5 | 10 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका–3 के अवलोकन से स्पष्ट होता है कि 10 प्रतिशत इकाईयों की टांगों व कमर में दर्द पाया गया। 8 प्रतिशत इकाईयों में अस्थमा (श्वांस रोग), 6 प्रतिशत इकाईयों में कमजोरी व चक्कर आना, 4 प्रतिशत इकाईयों में ह्रदय रोग, 12 प्रतिशत इकाईयों में मधुमेह (डायबिटीज), 8 प्रतिशत इकाईयां में ब्लड प्रेशर, 4 प्रतिशत इकाईयां में आंख की बीमारी, 4 प्रतिशत इकाईयों में बांझपन, 10 प्रतिशत इकाईयां में टी0बी0, 4 प्रतिशत इकाईयों में अर्थराइटिस, 8 प्रतिशत इकाईयों में त्वचा रोग, 12 प्रतिशत इकाईयों में हाइपोथायराड तथा 10 प्रतिशत इकाईयों में माहवारी व गर्भ सम्बन्धी विकार पाये गये। उपर्युक्त आंकड़ों के विश्लेषण से यह भी पता चलता है कि सर्वाधिक 12 प्रतिशत इकाईयां मधुमेह
(डायबिटीज) तथा 12 प्रतिशत हाइपोथायराड से पीड़ित है।

**स्वास्थ्य सम्बन्धी जागरूकता :**

तालिका – 4

| जागरूकता | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| अधिक जागरूकता | 15 | 30 |
| अल्प जागरूकता | 25 | 50 |
| जागरूकता का अभाव | 10 | 20 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका–4 से स्पष्ट होता है कि स्वास्थ्य के प्रति 30 प्रतिशत इकाईयां में अधिक जागरूकता है, 50 प्रतिशत इकाईयों में स्वास्थ्य के प्रति अल्प जागरूकता है तथा 20 प्रतिशत इकाईयों में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव पाया गया।

इलाज करवाने की स्थिति :

तालिका – 5

इलाज की स्थिति

| रोग का प्रकार | तुरन्त करवाते है | देरी से करवाते है | कभी करवाते है | कभी नहीं | बिल्कुल नहीं |
|---|---|---|---|---|---|
| सामान्य रोग | 7 (14:) | 8 (16:) | 20 (40:) | 15 (30:) | 50 (100:) |
| गम्भीर/असाध्य रोग | 25 (50:) | 25 (50: ) | – | – | 50 (100:) |

उपर्युक्त तालिका–5 से प्रदर्शित होता है कि सामान्य रोग होने की दशा में 14 प्रतिशत इकाईयों का इलाज तुरन्त, 16 प्रतिशत इकाईयों का इलाज देरी से, 40 प्रतिशत इकाईयों का इलाज कभी करवाते हैं तथा कभी छुड़वा भी देते है। इसके अतिरिक्त 30 प्रतिशत इकाईयों का इलाज नहीं करवाया जाता। परन्तु गंभीर या असाध्य रोग होने पर 50 प्रतिशत इकाईयों का तुरन्त इलाज करवाया जाता है तथा 50 प्रतिशत इकाईयों का इलाज देरी से करवाते हैं।

तालिका के विश्लेषण से यह भी स्पष्ट होता है कि असाध्य रोग होने पर सभी इकाईयों का इलाज करवाया जाता है। इलाज में देरी होने का कारण निम्न आर्थिक स्थिति व स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता का अभाव पाया गया।

इलाज हेतु चिकित्सा पद्धति :

तालिका – 6

| चिकित्सा पद्धति | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| एलोपैथी | 20 | 40 |
| ऐलोपैथी+यूनानी | 5 | 10 |
| यूनानी | 7 | 14 |
| ऐलोपैथी+होम्योपैथी | 4 | 8 |
| होम्यापैथी | 4 | 8 |
| घरेलू इलाज | 10 | 20 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका–6 के अवलोकन से ज्ञात होता है कि 40 प्रतिशत इकाईयां एलोपैथी से, 10 प्रतिशत इकाईयां ऐलोपेथी के साथ साथ यूनानी चिकित्सा से, 14 प्रतिशत इकाईयां यूनानी, 8 प्रतिशत

ऐलोपैथी के साथ साथ होम्योपैथी से, 8 प्रतिशत इकाईयां होम्योपैथी से इलाज करवाती हैं । इसके

अतिरिक्त 20 प्रतिशत इकाईयां आज भी घरेलू इलाज करती है। तालिका के विश्लेषण से यह भी पाया गया कि सर्वाधिक इकाईयां एलोपैथी पद्धति से इलाज करवाती है।

अधिक बीमार पड़ने पर देखभाल :

तालिका – 7 प्रकार

| देखभाल करने वाले | व्यक्ति एकाकी | परिवार का संयुक्त | योग |
|---|---|---|---|
| पति | 10 (20:) | 1 (2:) | 11 (22:) |
| संतान | 15 (30:) | – | 15 (30:) |
| सास | – | 1 (2:) | 1 (2:) |
| ननद/देवरानी | – | 1 (2:) | 1 (2:) |
| मायके वाले | 14 (28:) | 4 (8:) | 18 (36:) |
| पड़ौसी | 1 (2:) | – | 1 (2:) |
| नौकर | 3 (6:) | – | 3 (6:) |
| योग | 43 (86:) | 7 (14:) | 50 (100:) |

उपर्युक्त तालिका 7 से स्पष्ट होता है कि एकाकी परिवार में रहने वाली इकाईयों के अधिक बीमार पड़ने 20 प्रतिशत की देखभाल उनके पति, 30 प्रतिशत इकाईयों की संतान, 28 प्रतिशत इकाईयों की देखभाल उनके मायके वाले, 2 प्रतिशत के पड़ोसी तथा 6 प्रतिशत इकाईयों की देखभाल नौकरों द्वारा की जाती है। जबकि इकाईयों का सयुंक्त परिवार होने पर 2 प्रतिशत के पति, 2 प्रतिशत की सास तथा 2 प्रतिशत इकाईयों की ननद/देवरानी तथा 8 प्रतिशत इकाईयों के मायके वालों द्वारा की जाती है। उपर्युक्त तालिका के विश्लेषण से निम्न तथ्य स्पष्ट होते है कि इकाईयों के बीमार पड़ने पर सर्वाधिक 36 प्रतिशत इकाईयों की देखभाल उनके मायके वालों द्वारा की जाती है अध्ययन के दौरान पाया गया कि मुस्लिम परिवारों में अधिकांश इकाईयों का मायका स्थानीय है। अतः मायके वाले बीमारी की सूचना मिलने पर तुरन्त आ जाते है।

उपर्युक्त तालिका से यह भी ज्ञात होता है कि 22 प्रतिशत इकाईयों के पति देखभाल करते हैं। जिससे व्यवसाय (कारोबार) उपेक्षित होता है। परिणामस्वरूप आर्थिक स्थिति प्रभावित होती है। यह भी ज्ञात होता है कि 30 प्रतिशत इकाईयों के बच्चे उनकी देखभाल करते है जिससे उनकी स्कूल व कालिज की पढ़ाई प्रभावित होती है।

दिन प्रतिदिन के गृह कार्यों को करने की स्थिति :

तालिका – 8

| ग्रह कार्य करने वाले कर्ता | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| स्वयं | 12 | 24 |
| पति | 4 | 8 |
| संतान | 16 | 32 |
| सास/ननद | 3 | 6 |
| नौकर | 8 | 16 |
| मायके वाले | 7 | 14 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका 8 से स्पष्ट होता है कि एकाकी परिवार में रहने वाली इकाईयों के अधिक बीमार पड़ने 20 प्रतिशत की देखभाल उनके पति, 30 प्रतिशत इकाईयों की संतान, 28 प्रतिशत इकाईयों की देखभाल उनके मायके वाले, 2 प्रतिशत के पड़ोसी तथा 6 प्रतिशत इकाईयों की देखभाल नौकरों द्वारा की जाती है। जबकि इकाईयों का सयुंक्त परिवार होने पर 2 प्रतिशत के पति, 2 प्रतिशत की सास तथा 2 प्रतिशत इकाईयों की ननद/देवरानी तथा 8 प्रतिशत इकाईयों के मायके वालों द्वारा की जाती है।

उपर्युक्त तालिका के विश्लेषण से निम्न तथ्य स्पष्ट होते है कि इकाईयों के बीमार पड़ने पर सर्वाधिक 36 प्रतिशत इकाईयों की देखभाल उनके मायके वालों द्वारा की जाती है अध्ययन के दौरान पाया गया कि मुस्लिम परिवारों में अधिकांश इकाईयों का मायका स्थानीय है। अतः मायके वाले बीमारी की सूचना मिलने पर तुरन्त आ जाते है।

उपर्युक्त तालिका से यह भी ज्ञात होता है कि 22 प्रतिशत इकाईयों के पति देखभाल करते हैं। जिससे व्यवसाय (कारोबार) उपेक्षित होता है। परिणामस्वरूप आर्थिक स्थिति प्रभावित होती है। यह भी ज्ञात होता है कि 30 प्रतिशत इकाईयों के बच्चे उनकी देखभाल करते है जिससे उनकी स्कूल व कालिज की पढ़ाई प्रभावित होती है।

दिन प्रतिदिन के गृह कार्यों को करने की स्थिति :

तालिका – 9

| गृह कार्य करने वाले कर्ता | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| स्वयं | 12 | 24 |
| पति | 4 | 8 |
| संतान | 16 | 32 |
| सास/ननद | 3 | 6 |
| नौकर | 8 | 16 |
| मायके वाले | 7 | 14 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका 9 के अवलोकन से स्पष्ट होता है कि चयनित इकाईयों में से 24 प्रतिशत इकाईयां बीमार रहने पर भी अपने गृह कार्य स्वयं करती है। 8 प्रतिशत के पति 32 प्रतिशत इकाईयों की संतान, 6 प्रतिशत इकाईयों की सास/ननद, 16 प्रतिशत इकाईयों के नौकर एवं 14 प्रतिशत इकाईयों के गृह कार्य उनके मायके वाले कर देते है। तालिका के विश्लेषण से पता चलता है कि सर्वाधिक 32 प्रतिशत इकाईयों की सन्तान गृह कार्य करते है।

शादी/अकीका/ईद/बीमारी/जन्म/मृत्यु के अवसर पर सम्मिलित होने की स्थिति :

तालिका – 10

| सम्मिलित होती है | इकाईयों की संख्या | प्रतिशत |
|---|---|---|
| हाँ | 4 | 8 |
| नहीं | 20 | 40 |
| कभी–कभी | 26 | 52 |
| योग | 50 | 100 |

उपर्युक्त तालिका 10 दर्शाती है कि 8 प्रतिशत इकाईयां सभी अवसरों पर सम्मिलित होती है। 40 प्रतिशत इकाईयां कहीं नहीं सम्मिलित होती है तथा 52 प्रतिशत इकाईयां कभी कभी जाती है। अध्ययन में यह भी पाया गया है कि सर्वाधिक 52 प्रतिशत इकाईयां केवल अपने परिवार (ससुराल)

/ मायके) में होने वाले उक्त अवसरों पर सम्मिलित होती है। इकाईयों के प्रति

रवैया :

बीमार इकाईयों के प्रति समाज के रवैये के अवलोकन से स्पष्ट होता है कि 50 प्रतिशत इकाईयों के प्रति उनके परिवार का रवैया सहानुभूतिपूर्वक तथा 50 प्रतिशत परिवारों का रवैया उनके प्रति उपेक्षापूर्ण पाया गया। 20 प्रतिशत इकाईयों के पड़ोसी उनके प्रति सहानुभूति रखते थे जबकि 80 प्रतिशत इकाईयों के पड़ौसी उनकी उपेक्षा करते थे। 30 प्रतिशत इकाईयों के रिश्तेदारों का रवैया उनके प्रति सहानुभूतिपूर्ण था जबकि 70 प्रतिशत इकाईयों के रिश्तेदार उनके प्रति उपेक्षापूर्ण था। तथा 20 प्रतिशत इकाईयों के मुहल्लेवालों का रवैया उनके प्रति सहानुभूतिपूर्वक रखते थे जबकि 80 प्रतिशत इकाईयों के मुहल्लेवालों का रवैया उनके प्रति उपेक्षापूर्ण था।

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

1- मोदी, अनिता, (2009), ''महिलाएं स्वास्थ्य के प्रति रहे सचेत'', चंदबीरंदलंण्बवउ 12 / 13 फाइल 15

2- डब्लू.एच.ओ. (1975), प्रोमोटिंग हेल्थ इन ह्यूमन इन्वायरमेंट, जिनेवा। 3. डब्ल्यू.एच.ओ. (1984), हैल्थ फार ऑल, सीरीज नं0 9

4- मोदी, पूर्वोक्त।

5- hi.vikaspedia.in>health>Women health.

6- वन्डर कावक, ए (1991), ''वुमैन एंड हैल्थ'', वेना जरनल 3(1) : 2–23। 7. सेन्सेस, 2011. कॉम

8- सच्चर (2006), ''सोशल इकोनॉमिक स्टेट्स आफ एंड एजुकेशनल मुस्लिम कम्युनिटी इन इंडिया'', राजेन्द्र सच्चर कमेटी रिपोर्ट, प्राइमिनिस्टर्स हाई लेवल कमेटी, कैबिनेट सेक्रेट्रिएट, नवम्बर 2006, नई दिल्ली।

9- शैरिफ (2014) उदृधत, बीबी हसीना, ए0ए0 (2012), हैल्थ स्टेटस ऑफ मुस्लिम वुमैन इन कैरेला, अनपब्लिशड थीसिस, 3

10- असोकन एवं इब्राहीम (2007), ''केरल अण्डर मॉरबिडिटी ट्रैप'', कैरेला कालिंग, मार्च 2007 11. रमेश सी (2007), ''डिटरमिनैन्ट्स आफ कान्ट्रैसेप्टिव मारबिडिटी एंड हैल्थ सीकिंग बिहेवियर इन इंडिया'', द जरनल आफ फैमिली वेलफेयर, वाल्यूम 53, (2) दिसम्बर 2007

12. कुलेन, एम0 एवं मौरिसी, टी (1984) ''वुमैन एण्ड हैल्थ'' ए रिव्यू आफ करेण्ट इश्यू, डबलिन। 13. भौमिक, के0एल0 तथा अन्य (1970) ''एडॉप्शन ऑफ ए हैल्थ वेरिएबल एंड सोश्योकल्चरल कैरेक्टरस्टिक्स आफ ए मुस्लिम पापुलेशन इन ए रूरल रीजन आफ वेस्ट बंगाल'', सोसायटी एंड कल्चर, 1, 23–32.

14- भट्टाचार्जी, जी0जे0 (1981), ''सैक्स डिफरेन्शियल इन मोरटेलिटी एंड अवेलेबिल फैसिलिटीज इन इंडिया'', अर्थोरिटीझनान, 23 (2), 183–190.

15- बनर्जी, डी (1982), ''पॉवरटी, क्लास, हैल्थ कल्चर इन इंडिया'', नई दिल्ली, प्राची प्रकाशन। 16. डायसन, लिच एवं मिक मोर (1983) ''ऑन किनशिप स्ट्रक्चर, फीमेल ऑटोनॉमी एंड
डेमोग्रेफिक बैलेंस'', 'पापुलेशन एंड डेवलपमेंट रिव्यू, 9, 35–60 17. असोकन (2007)
पूर्वोक्त।

18- रमेश सी0 2007, पूर्वोक्त।

19- कुमार, के0 एवं नायर, पी0एम0 (2007), ''गाइनीकोलॉजिकल मारबिडिटी अमंग मैरिड वुमैन इन इंडिया : ए सोश्यो डेमोग्राफिक एनालिसीस ऑफ रीजनल कान्ट्रैक्ट इन ट्रीटमेंट सीकिंग बिहेवियर'' द जरनल आफ फैमिली वेलफेयर, 53 (2), 124–127.

20- श्रद्धा, के0 प्रशान्त, बी0 एवं प्रकाश, बी0 (2012), स्टडी ऑन मोरबिडिटी पैटर्न अमंग एलडरली इन अरबन पॉपुलेशन आफ मैसूर, कर्नाटक, इण्डिया ''इंटरनेशनल जरनल ऑफ मेडिसिन एण्ड बायोमेडिकल रिसर्च, 1 (3), 215–223.

21- रॉव, के0एम0 बालाकष्ण, एन0 अरलप्पा, एन0 लक्ष्मेष, ए0 एण्ड ब्रहमाम, जी0एन0वी0 (2010), ''डाइट एण्ड न्यूटरीशनल स्टेटस आफ वुमैन इन इंडिया'', जरनल आफ हयूमन इकोलॉजी, 29 (3), 165–170

22- दास, एस0 एण्ड दास, डी0 (2012), ''वुमैन हैल्थ स्टेटस एण्ड हेल्थ केयर इन रूरल इण्डिया – ए केस स्टडी आफ बारक वैली इन आसाम'', जरनल आफ सोशल एण्ड इकोनॉमिक पोलिसी, 9, 53–66

23- शेवाले, ए0 आचार्य, एस0 एवं शिन्दे, आर0आर0 (2013), ''न्यूटरीशनल एण्ड मारबिडिटी प्रोफाइल आफ ब्रिक किन वर्कर्स सोकवर, ट्राइबल एरिया ऑफ थाणे डिस्ट्रिक्ट,'' मेडिकल जरनल आफ वेस्टर्न इण्डिया, 41(1), 27–29.

24- मसीबो, पी0के0 बुलूकू, ई0 मेन्या, डी0 एवं मालित, वी0सी0 (2013), 'प्रीलिवेन्स एण्ड डिटरमिनेन्ट्स ऑफ अन्डर एण्ड ओवर न्यूटरीशन अमंग अडल्ट केन्यन वूमेन। एविडेन्स फ्राम द केन्या डेमोग्राफिक एण्ड हेल्थ सर्वे 2008–09'', इस्ट अफ्रीकन जरनल ऑफ पब्लिक हेल्थ, 10, 611–622.

25- तालुकदार, ए0के0 एवं एस0 दास (2016) ''न्यूटरीशनल स्टेटस एण्ड मारबिडिटी पेटर्न ऑन मुस्लिम मेरिड वुमेन : ए स्टडी ऑफ कछार डिस्ट्रिक्ट इन आसाम, इण्डिया'', इण्टरनेशनल जरनल ऑफ इनोवेटिव रिसर्च एण्ड डेवलपमेंट, जून, 5 (7), 366–370.

22- दास, एस0 एण्ड दास, डी0 (2012), ''वुमैन हैल्थ स्टेटस एण्ड हेल्थ केयर इन रूरल इण्डिया – ए केस स्टडी आफ बारक वैली इन आसाम'', जरनल आफ सोशल एण्ड इकोनॉमिक पोलिसी, 9, 53–66

23- शेवाले, ए0 आचार्य, एस0 एवं शिन्दे, आर0आर0 (2013), ''न्यूटरीशनल एण्ड मारबिडिटी प्रोफाइल आफ ब्रिक किन वर्कर्स सोकवर, ट्राइबल एरिया ऑफ थाणे डिस्ट्रिक्ट,'' मेडिकल जरनल आफ वेस्टर्न इण्डिया, 41(1), 27–29.

24- मसीबो, पी0के0 बुलूकू, ई0 मेन्या, डी0 एवं मालित, वी0सी0 (2013), 'प्रीलिवेन्स एण्ड डिटरमिनेन्ट्स ऑफ अन्डर एण्ड ओवर न्यूटरीशन अमंग अडल्ट केन्यन वूमेन। एविडेन्स फ्राम द केन्या डेमोग्राफिक एण्ड हेल्थ सर्वे 2008–09'', इस्ट अफ्रीकन जरनल ऑफ पब्लिक हेल्थ, 10, 611–622.

25- तालुकदार, ए0के0 एवं एस0 दास (2016) ''न्यूटरीशनल स्टेटस एण्ड मारबिडिटी पेटर्न ऑन मुस्लिम मेरिड वुमेन : ए स्टडी ऑफ कछार डिस्ट्रिक्ट इन आसाम, इण्डिया'', इण्टरनेशनल जरनल ऑफ इनोवेटिव रिसर्च एण्ड डेवलपमेंट, जून, 5 (7), 366–370.