REVIEW OF RESEARCH
IMPACT FACTOR : 5.7631(UIF) UGC APPROVED JOURNAL NO. 48514 ISSN: 2249-894X
VOLUME - 8 | ISSUE - 7 | APRIL - 2019

आदिवासी समाज के स्वास्थ्य के प्रति भारतीय लोकतंत्र का दृष्टिकोणः एक आलोचनात्मक अध्ययन

अमृत कुमार
Assistant Professor, Department of Mass Communication, Central University of Jharkhand, Ranchi.

सारांश–

स्वास्थ्य सफलता हेतु प्राथमिक इकाई है। प्राचीन काम से अबतक मानव का अस्तित्व मानव के स्वास्थ्य अनुकूलता को दर्शाता है। लोकतंत्र में स्वास्थ्य केवल व्यक्ति विशेष का विषय न होकर अब राज्य का विषय बन चुका है। चुकी लोकतंत्र के अंतर्गत सैद्धांतिक रूप से सभी नागरिक समान अधिकार को धारण करते हैं। भारत में एक साथ कई समाज निवास करते हैं, लेकिन अगर हम समस्त समाज को दो भागों में विभाजित करें तो हम निर्विवाद रूप से भारतीय संदर्भ में समाज को आदिवासी और गैर आदिवासी समाज में विभाजित कर सकते हैं। सैद्धांतिक स्तर पर आदिवासियों हेतु विशिष्ट सुविधाओं को प्रदान करने की बात तथा उनके प्रति गंभीरता को लोकतांत्रिक सरकार हमेशा से स्वीकार करती आई है लेकिन व्यवहार के स्तर पर आदिवासी समाज के प्रति सरकार की गंभीरता नदारद दिखती है। खासकर अगर हम स्वास्थ्य समस्याओं की बात करें तो भारतीय लोकतांत्रिक सरकार ने पूंजीपतियों के दबाव में आदिवासी स्वास्थ्य के साथ लगातार खिलवार किया है। आदिवासी क्षेत्रों में यूरेनियम संयंत्रों की स्थापना कर सरकार ने संबंधित आदिवासी क्षेत्र के आदिवासियों की स्वास्थ्य स्थिति को भयावह बना दिया। सरकार देश के विकास के नाम पर आदिवासियों को लगातार विस्थापित करती रही है, जिससे उनके स्वास्थ्य स्थिति में गिरावट होती है। लोकतंत्र में स्वास्थ्य अब राज्य का विषय है , लेकिन स्वास्थ्य सुविधाओं की समुचित व्यवस्था भी आदिवासी इलाकों में नदारद दिखती है। सरकार नें कुछ स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत आदिवासियों हेतु कुछ विशेष प्रावधान भी बनायें लेकिन इसका लाभ भी आदिवासी समाज तक उचित मात्र में नहीं पहुंच सका। आज आदिवासी स्वास्थ्य हेतु सरकारी, गैर सरकारी, धार्मिक संगठन सभी अपने स्तर से कार्य कर रहे हैं, लेकिन आदिवासी समाज की स्वास्थ्य स्थिति आज भी लोकतंत्र के लिए चुनौती बनी हुई है।

शब्द कुंजी– स्वास्थ्य, गरीबी, पूंजीवाद

भूमिका–

स्वस्थ नागरिक ही स्वस्थ समाज का निर्माण कर सकता है अतः लोकतंत्र में सरकार ने नागरिकों के स्वास्थ्य के प्रति अपने दायित्व को हमेशा स्वीकार किया है और आजादी से लेकर अबतक सरकार के द्वारा कई स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं का निर्माण भी किया गया है। बात जब आदिवासी समाज के स्वास्थ्य की होती है तब सरकार हमेशा ही अपने को आदिवासियों के प्रति गंभीर बताती है तथा उनके लिए विशेष स्वास्थ्य योजना का निर्माण भी करती है। सरकार की स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं की सफलता में मीडिया की भूमिका महत्वपूर्ण होती है। शहरी समाज में स्वास्थ्य के प्रति चेतना ग्रामीण समाज से ज्यादा होती है जिसका एक प्रमुख कारण मीडिया के संवाद में ग्रामीण क्षेत्र से ज्यादा शहरी क्षेत्र को स्थान देना है। बात जब आदिवासी क्षेत्रों की स्वास्थ्य संबंधी समस्या की हो तो उनकी समस्या कभी–कभी ही राष्ट्रीय मीडिया में आ पाती है। ।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार 'स्वास्थ्य से अभिप्राय केवल दुर्बलता से नहीं है, स्वास्थ्य की व्यापक परिभाषा में पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक स्थिति भी शामिल है।' आजादी के बाद भारत सरकार ने स्वास्थ्य संबंधी नीति के निर्माण के लिए सर्वप्रथम 'भोर समिति' की सिफारिशों का सहारा लिया। 'भोर समिति' के सदस्य आधुनिक चिकित्सा, एलोपैथी के चिकित्सक थे इसलिए समिति ने एलोपैथी को ही राजकीय मान्यता प्रदान करने की सिफारीश की। औपचारिक रूप से एलोपैथी को श्रेष्ठ माना गया। आदिवासी समाज में अधिकांशतः आर्युवेद का प्रयोग होता है अतः आजादी के समय एलोपैथी को वरीयता दिया जाना आदिवासी स्वास्थ्य हित की अनदेखी थी।

भोर समिति ने स्पष्ट कहा था कि स्वास्थ्य सेवाओं का अधिकांश लाभ ग्रामीण क्षेत्रों को मिलना चाहिए। लेकिन 1950 में जो भारतीय स्वास्थ्य की तस्वीर उभरी उसके मुताबिक 81 प्रतिशत स्वास्थ्य सुविधाएं शहरों में स्थापित की गई थी। आदिवासी समाज शहरों में नगण्य मात्रा में निवास करते हैं अतः शहरों में स्थापित की गई स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ आदिवासी समाज को मिल पाना काफि मुश्किल है। 1959 में डॉ. ए.एल. मुदलियार की अध्यक्षता में एक दूसरी समिति का निर्माण किया गया। समिति ने पाया कि डॉक्टर ग्रामीण क्षेत्र में काम करने के इच्छुक नहीं हैं। 'मुदलियार समिति' ने प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के बजाय जिला अस्पतालों को मजबूत करने का सुझाव दिया। यहां भी सरकार ने ग्रामीण जनता के हितों की अनदेखी कर डॉक्टरों के पक्ष में फैसला लिया।

उस समय भारत में दवा उद्योग एक प्रमुख शक्ति के रूप में उभर रहा था। समिति ने केवल 125 बड़ी पूंजी वाले दवा उद्योग को ही मान्यता दी। 1960 का अंत होते–होते देश में जन–आंदोलन उभरने लगा। स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में सरकार को मानना पड़ा कि डॉक्टरों से गांव में जाकर सेवा देने की उम्मीद करना बेकार है। भारत सरकार ने विदेशी बैंकों से कर्ज लेना शुरू किया और इसका असर देश के आम लोगों पर दिखा। स्वास्थ्य और शिक्षा पर सरकारी खर्चे में निजीकरण के परिणामस्वरूप बीमारी से जुझते आम लोगों की तादाद बढ़ने लगी। देश पर कर्ज बढ़ने लगा, गरीब बढ़ने लगे स्थिति यह हो गई की 1995 में जारी एक रिपोर्ट में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने अत्यधिक गरीबी को अंतरराष्ट्रीय वर्गीकरण में एक रोग माना। इसे 59.5 का नाम दिया गया है। रिपोर्ट में कहा गया है कि गरीबी तेजी से बढ़ रही है और इसके कारण विभिन्न देशों में और एक ही देश के लोगों के बीच की दूरियाँ बढ़ती जा रही हैं। इससे स्वास्थ्य समस्या और गंभीर हुई है। एक आकलन के अनुसार, पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों में प्रत्येक तीन में से दो बच्चे कुपोषित हैं तथा इनमें से चालीस प्रतिशत बच्चे भारतीय हैं।

विकसित और विकासशील देश दोनों ही देशों में स्वास्थ्य का संबंध सीधे तौर पर संबंधित सरकार की नीतियों से जुड़ी होती है। खासकर जो संक्रमण वाले रोग हैं, उनकी रोकथाम में सरकार की भूमिका महत्वपूर्ण होती है। सरकार की व्यक्तिगत राजनीति, प्रदूषण संबंधी नीति, औद्योगिक नीति, स्वास्थ्य नीति आदि का सीधा असर स्वास्थ्य पर पड़ता है। कई बार स्वास्थ्य संबंधी नीति विदेशी राजनीति के दबाव में बनानी पड़ती है। विश्व बैंक अपने कर्जदार राष्ट्रों के नीति निर्माण में हस्तक्षेप करती है, जिसका असर संबंधित देश के स्वास्थ्य पर भी पड़ता है। भारत भी इसका एक उदाहरण है। जनता के स्वास्थ्य पर शासन का प्रभाव पड़ता है। "लोकतांत्रिक शासन में जनता के स्वास्थ्य पर धनात्मक एवं महत्वपूर्ण प्रभाव स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है।"[1] "जब आदिवासी बाहुल्य जिला कालाहांडी में भुख से मौते हो रही थी और सरकारी गोदामों में अनाज सड़ रहा था तब प्रधानमंत्री अटल बिहारी वाजपेयी ने कहा था कि मुफ्त या सस्ते मूल्य पर अनाज–आपूर्ति से कीमतों में असंतुलन पैदा हो जाएगा। देश की आर्थिक स्थिति प्रभावित हो सकती है।"[2] दुख की बात यह है कि अटल बिहारी की सरकार भी लोकतांत्रिक तरीके से ही चुनी गई थी। आदिवासी समाज के स्वास्थ्य पर सरकार की नीति व विभिन्न धार्मिक संस्थाओं की सेवाओं का असर देखा जाता है। आदिवासी समाज के स्वास्थ्य सेवा में ईसाई मिशनरी का योगदान उल्लेखनीय है। लगभग 1920 से ईसाई मिशनरीयों ने आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा देना शुरू किया। विभिन्न एन.जी.ओ. आज आदिवासी समाज के सेवा कार्य में लगे हुए हैं।

आदिवासी समाज के लोगों का सामान्य स्वास्थ्य बहुत बुरा नहीं है, परंतु लगातार संक्रमण से उनको अक्सर बीमारियों का सामना करना पड़ता है। "वैसे तो जनजातियाँ बहुत–सी बीमारियों से ग्रस्त रहती हैं परंतु

[1] Democracy, Communism and Health statuss : A cross-national study, Harvard School of Public Health, Boston

[2] आदमी, बैल और सपने – रामशरण जोशी– कल्याणी शिक्षा परिषद, दिल्ली

सबसे अधिक मात्रा में जल संक्रामक रोग पाए जाते हैं जिनसे बहुत लोगों की मृत्यु हो जाती है।"[3] जिन आदिवासी स्थानों पर प्रचुर मात्रा में जल उपलब्ध है, वहाँ पर भी जल गंदा व दूषित होता है। फलस्वरूप अधिकतर लोग पेट–आँत तथा चर्मरोगों के शिकार हो जाते हैं। कालरा, पेचीश, अतिसार, नहरुआ आदि बीमारियाँ दूषित जल के प्रयोग के कारण हो जाती हैं। खनिजों तथा अन्य तत्वों की कमी भी आदिवासी लोगों में बिमारियों का करण है। स्वास्थ्य कल्याण को ध्यान में रखते हुए सरकार ने विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रम चलाए हैं, जिनमें से प्रमुख राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, दृष्टिहीनता नियंत्रण राष्ट्रीय कार्यक्रम, क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम, न्यूनतम जरूरत कार्यक्रम, राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम, राष्ट्रीय फलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम, कालाजार नियंत्रण कार्यक्रम, पीने का पानी आपूर्ति कार्यक्रम आदि है। "

सरकार द्वारा लगातार स्वास्थ्य योजनाओं का निर्माण किया जाता रहा। 12 अप्रैल, 2005 में सरकार द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन योजना को प्रारंभ किया गया। यह योजना अबतक की सबसे बड़ी स्वास्थ्य योजना है। इस योजना में पैसे के विकेंद्रीकरण को लागू किया गया। लेकिन आदिवासी स्वास्थ्य के दृष्टिकोण से देखे तो वर्तमान में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन योजना के अंतर्गत आदिवासी समुदाय के लिए अलग से कोई कार्यक्रम नहीं चलाया जा रहा है।"[4]

स्वस्थ रहने के लिए उचित आहार–विहार की अनिवार्य आवश्यकता है। वर्तमान समय में उचित आहार का सीधा संबंध आर्थिक समृद्धि से है। भारतीय परिदृश्य में यह कहना गलत नहीं है कि आर्थिक समृद्धि का संबंध जाति से भी जुड़ा हुआ है यहाँ तक की मेहनताना की रकम या वस्तु के निर्धारण का संबंध भी जाति से है। प्राचीन काल में शासन तंत्र इतना विकसित नहीं था अतः प्रकृति पर मानव का अधिकार शासन से ज्यादा था। प्रकृति के साथ जुड़ाव के कारण ही आदिवासी समाज वर्तमान तक अपने स्वतंत्र अस्तित्व को बचाए रखने में सफल हुआ। जैसे–जैसे प्रकृतिक संसाधनों पर शासनतंत्र का कब्जा होने लगा वैसे–वैसे आदिवासियों का शोषण प्रारम्भ होने लगा। आदिवासियों के होने वाले शोषण ने उनके स्वास्थ्य को प्रभावित किया। लोकतन्त्र स्थापना के बाद भी आदिवासियों के स्वास्थ्य के साथ खिलवाड़ जारी रहा। जदुगोड़ा की घटना इसका उदाहरण है। दुमका जिले में तो 1980 तक आदिवासियों को गुलाम बनाने के साक्ष्य मिले हैं। आदिवासियों के निवास स्थान में जिस प्रकार से प्रदूषण फैलाने वाली कंपनीयां खोली गयी उसका भी असर आदिवासियों के स्वास्थ्य पर पड़। वर्तमान में यह सर्वविदित है कि अच्छा खाने के लिए अच्छी कीमत को चुकाना अनिवार्य है। "भारत की सर्वाधिक गरीब जनता में आदिवासियों का प्रतिशत 25 है" जबकि पूरी जनसंख्या का आदिवासी मात्र 8 प्रतिशत है। अर्थात आदिवासी जनता गरीबी के कारण अच्छा भोजन नहीं कर पाती है। आदिवासी स्वास्थ्य के बुरे हाल के लिए सरकार की नीतियाँ भी जिम्मेवार है। सरकार ने वनों से उनका औषधि लेना तो बंद करवा दिया और बदले में समुचित स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध नहीं कारवाई।

स्वास्थ्य को निर्धारित करने में कई सारे कारक उत्तरदायी होते है। कई बार लोग अनजाने या शोषण का शिकार होकर अपने स्वस्थ्य को असंतुलित कर लेते हैं। खासकर आदिवासी इलाकों में ऐसी घटनाएं आम बात है। "सरगुजा जिले में खेसारी के दाल को खाने के कारण नेथरिज्म अर्थात पेट फूलने की बीमारी सामरी तहसील के सात गांवों में व्याप्त थी। खास बात यह थी कि ये बीमारी केवल आदिवासियों को ही होती थी।" इलाके के आदिवासी भूख के शिकार थे और उनकी इस स्थिति का मूल कारण गैर आदिवासियों द्वारा उनका किया जाने वाला शोषण था। कई बार विकास के नाम पर भी आदिवासियों के स्वास्थ्य के साथ खिलवाड़ किया जाता है जैसे कि "परमाणु कचरे को फेकने के लिए आदिवासी इलाके में ही टेलिंग डैम की खुदाई की जाती है और आदिवासियों से यह अपेक्षा की आदिवासी ही हमेशा त्याग करें।" कभी कोला खनन तो कभी बिजली उत्पादन आदि के नाम पर आदिवासियों को विस्थापित किया जाता रहा। अपने मूल परिवेश से विस्थापित होने के बाद आदिवासियों के स्वस्थ्य में गिरावट का होना आम है।

अनुसूचित जनजाति से संबंधित अधिकांश व्यक्ति दूरस्थ स्थानों, जंगलों, पहाड़ियों, गांवों एवं दूरदराज के इलाकों रहते हैं अतः उन तक स्वास्थ्य सुविधाएं पहुंचाना सहज कार्य नहीं है। इस तथ्य को स्वीकारते हुए यह आवश्यकता महसूस की गई कि मुख्यधारा से जुड़े लोगों के लिए बनी स्वास्थ्यगत नीतियों के अलावा भी अनुसूचित जाति तथा जनजाति के वर्गों के लिए विशेष प्रयासों की आवश्यकता है और इस उद्देश्य को केंद्र में

[3] हसनैन, नदीम – जनजातीय भारत, पृ. 168

[4] RTI NO. 9/RCH-574/2012-2336/12(RCH)

रखते हुए सन 1981 में एक अलग जनजाति विकास सेल, स्वास्थ्य सेवाएं महानिदेशक, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत बनाया गया। आदिवासी जनजाति विकास विकास योजना सेल का कार्य अनुसूचित जाति एवं जनजाति के वर्ग के लोगों के स्वास्थ्य संबंधी देखभाल स्कीमों की नीतियों का कार्यान्वयन एवं मूल्यांकन आदि है। सरकार द्वारा कार्यक्रम अधिकारी को यह निर्देश भी दिए गए हैं कि वे इस बात को सुनिश्चित कर लें कि जनजाति सब प्लान के लिए 8.1 प्रतिशत व 16.5 प्रतिशत विशेष सहायक योजना के तहत सन 2001 की जनगणना के मुताबिक कुल जनसंख्या के अनुपात में आवंटित हो।

अनुसूचित जनजाति के स्वास्थ्य कल्याण हेतु सरकार द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य संगठनों की उपलब्धता हेतु न केवल सैद्धांतिक विशेष रूप से प्रयास किए गए हैं बल्कि साथ ही साथ आदिवासी जनसंख्या संरचना को ध्यान में रखते हुए स्वस्थ्य केन्द्रों की स्थापना की गई है। "सरकार द्वारा दुर्गम क्षेत्रों में रह रहे 3000 की आदिवासी जनसंख्या पर एक उपकेंद्र, 20,000 आदिवासी जनसंख्या पर प्राथमिक स्वस्थ्य केंद्र, 80,000 की जनसंख्या पर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र खोलने के निर्देश दिये गए है।"

इन स्वास्थ्य सुविधाओं के अलावा विनिमय नीड्स प्रोग्राम के तहत 20,284 केंद्र, 3230 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र व 750 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र 31 मार्च, 06 तक आदिवासी क्षेत्रों में स्थापित किए गए हैं। केंद्र सरकार द्वारा ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले अनुसूचित जाति एवं जनजाति वर्ग के लिए आवश्यक रूप से वार्षिक चिकित्सा जांच कराने हेतु नवीन योजनाओं के गठन का राज्य सरकारों को निर्देश दिया गया है। इसके साथ ही इस बात पर विशेषतौर पर ध्यान केन्द्रित करने की सलाह दी गई कि निर्मित योजनाओं में स्वास्थ्यकर्मियों की मोबाइल टीम गठित की जाए जिससे विशेष उपचार की आवश्यकता होने पर तुरंत सुविधाएं मुहैया करवायी जा सकें।

स्वस्थ्य के संबंध में एक तथ्य स्पष्ट है कि स्वस्थ्य केवल एक कारक पर निर्भर नहीं है। केवल स्वस्थ्य केंद्र बना देने या केंद्र बनाने कि बात कहकर और योजना में आदिवासियों के लिए विशेष प्रावधान कर देने मात्र से ही आदिवासी स्वस्थ्य सेवा को बेहतर नहीं बनाया जा सकता। योजना निर्माण और उसके कार्यान्वयन में काफी अंतर होता है। मूल रूप से आदिवासी राज्य झारख.ड में स्वास्थ्य प्रणाली और इसकी आपूर्ति का तंत्रअत्यंत खराब स्थिति में है। राज्य के 24 जिलों में मात्र 21 जिला अस्पताल हैं झारखंड में वर्तमान में 3958 स्वास्थ्य उपकेंद्र हैं, वहां 6043 उपकेंद्र की आवश्यकता है। झारखंड में मात्र 330 प्राथमिक स्वास्थ्य है, जबकि आवश्यकता 964 प्राथमिक स्वस्थ्य केंद्र की है। झारखंड में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की संख्या 188 है, जबकि राज्य में 241 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की जरूरत है। राज्य में यही हालत स्वास्थ्य कर्मियों की भी है। वर्तमान में झारखंड राज्य में कार्यरत स्वास्थ्य कर्मियों एवं डॉक्टरों की कुल संख्या जरूरत के अनुसार लगभग 50 प्रतिशत कम है। राज्य में 32 प्रकार के आदिवासी समुदाय हैं जिनमें मु.डा, खड़िया, हो, खरवार आदि प्रमुख हैं। नेशानल कमीशन ऑन पॉपुलेशन ने देश के सबसे खराब हालत के दस जिलों की सूची जारी की जिसमें से 5 जिलें झारखंड राज्य में स्थित है। जनसंख्या का बहुत बड़ा भाग गरीबी रेखा के नीचे रहता है, इनके पास सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं के बहुत सीमित विकल्प है। "केंद्र सरकार ने झारखंड को एनएचआरएम योजना के अंतर्गत उच्च केंद्रित राज्य के अंतर्गत रखा है।" ग्राामीण प्राथमिक स्वास्थ्य केद्रों से स्वास्थ्य कर्मियों की स्थाई अनुपस्थिति अनेक अध्ययनों के जरि, ज्ञात होती है। गरीब जनसंख्या के लिए, दवाईयों की अनुपलब्धता ,क प्रमुख समस्या है। समुचित अधसंरचना, चिकित्सा स्टॉफ, समुचित उपकरणों तथा समुचित निगरानी की कमी ने राज्य में स्वास्थ्य सेवा की समस्याओं को और बढ़ाया है।

"भारत में कुल 2,33,29,105 जनजाति परिवार निवास करते हैं, जिनमें से मात्र 34,10,632 परिवारों को नल का उपचारित पानी उपलब्ध है। झारखंड में कुल 17,18,359 जनजाति परिवार निवास करते हैं, जिनमे से मात्र 66,437 परिवारों को ही नल का उपचारित पानी उपलब्ध है। कुल 6,68,936 परिवार बिना ढका कुआं का पानी प्रयोग करते हैं। परिसर के अंदर पानी श्रोत की उपलब्धता काफी कम है।" ऐसी स्थिति में जल जनित रोग के होने की संभावना बढ़ जाती है। "झारखंड राज्य निर्माण के बाद से अबतक सरकारी आकड़ों के अनुसार केवल साहेबगंज जिले में मलेरिया से 5, कालाजार से 8 व टी.बी. से 117 आदिवासी की मृत्यु हो चुकी है।" राज्य की गरीब जनसंख्या के लिए दवाईयों की अनुपलब्धता एक प्रमुख समस्या है। समुचित अधसंरचना, चिकित्सा स्टाफ, समुचित उपकरणों तथा समुचित निगरानी की कमी ने राज्य में स्वास्थ्य सेवा की समस्याओं को और बढ़ाया है। झारखंड की वर्तमान स्थिति में वहां आदिवासी से ज्यादा गैर–आदिवासी लोग निवास कर रहे

है। एक ओर विकसित उद्योग है तो एक ओर शोषण का शिकार आदिवासी जीवन। राज्य में अंतरजिला भिन्नता भी बहुत ज्यादा है। इस कारण एक स्वास्थ्य नीति का पूरे राज्य में एक परिणाम आना मुश्किल है।

"बच्चों को जानलेवा बीमारियों से बचाने के लिए राष्ट्रीय टीकाकरण की नीति झारखंड में लागू है। फिर भी शत प्रतिशत बच्चों को बीमारियों से सुरक्षा हेतु तय सभी टीके नहीं पड़ते। करीब 54 प्रतिशत बच्चों का वजन कम है तथा उम्र के हिसाब से झारखंड के करीब 25.4 प्रतिशत बच्चे भीषण कुपोषण के शिकार हैं। आम बीमारियों के इलाज के लिए सिर्फ 19 प्रतिशत आबादी ही सरकारी अस्पतालों तक पहुंचती है। प्रसव के वक्त एएनएम, नर्स की सेवाएं तो सिर्फ 5.3 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को मिल पाती है। शादीशुदा 82.1 प्रतिशत आदिवासी महिलाएं ऐसी हैं, जो किसी न किसी तरह एनीमिया से ग्रस्त हैं।"

विस्थापन और बीमारी के कारण झारखंड की कुल आबादी की वृद्धि दर की तुलना में आदिवासी आबादी की वृद्धि दर कम है। आदिवासी स्वास्थ्य के संबंध में एक तथ्य यह भी है की सरकार विकास के नाम पर आदिवासियों के स्वास्थ्य के साथ खिलवाड़ करती है। धुआँ फैलाने वाली कंपनियों की स्थापना ने उनके परिस्थितिकी तंत्र को नुकसान पहुंचाया है। भारत में आर्यों के आगमन से पहले से ही आदिवासी इन क्षेत्रों में मौजूद थे तब से लेकर वर्तमान तक वे प्रकृति के साथ तालमेल बैठाकर अपना जीवन जी रहे थे। लेकिन लोकतान्त्रिक सरकार ने विकास के नाम पर उनके क्षेत्र में जिस प्रकार से प्रकृतिक असंतुलन को जन्म दिया उससे उनके स्वास्थ्य पर बुरा असर पड़। कुल मिलकर झारखंड में जनस्वास्थ्य की स्थिति गंभीर है। बात अगर आदिवासी स्वास्थ्य की करें तो उनका स्वास्थ्य उपेक्षा का शिकार है। सरकार ने गैर–आदिवासी समाज के विकास के लिए उनके स्वास्थ्य से खिलवाड़ किया है।

ऐसे हालत में केवल योजना में विशेष प्रावधान कर देने से सरकार की जिम्मेदारी खत्म नहीं होती है। सरकार को न केवल आदिवासी इलाकों में स्वास्थ्य केंद्र खोलने की जरूरत है बल्कि उन स्वास्थ्य केन्द्रों में स्वास्थ्य कर्मियों व डॉक्टरों को तैनात करने के साथ आवश्यक दवाओं को भी उपलब्ध करवाना अतिआवश्यक है। प्राथमिक तौर पर बगैर इन सुविधाओं के आदिवासी स्वास्थ्य के बेहतर होने की कल्पना करना बेमानी है।

साहित्य पुनरावलोकन–

प्रस्तावित शोध प्रारूप के लिए मेरे द्वारा निम्न पुस्तकों का अध्ययन किया गया है–

- Health Policy- Walt, Gill- Witwateresrand university press, Johannesburg, 2000 – पुस्तक में विश्व के विभिन्न देशों में चलाये जा रहे स्वास्थ्य कार्यक्रमों की नीति को बताया गया है। पुस्तक का मुख्य केंद्र स्वास्थ्य नीति को प्रभावित करने वाले करकों पर है। शोध पत्र हेतु इस पुस्तक से राजनीति और स्वास्थ्य के संबंध को लिया गया है।
- Tribal Development in India- Upadhyay, Prof.V.S.- Crown Publications, Ranchi, 2003– पुस्तक में आदिवासी विकास से संबंधित इतिहास बताया गया है। शोध पत्र हेतु पुस्तक से आदिवासियों को ध्यान में रखकर चलायी गई स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी ली गई है।
- मीडिया इतिहास और हाशिये के लोग– सिंह, कुमार, अजय– आधार प्रकाशन प्रा. लि. पंचकूला, हरियाण, 2007– पुस्तक में मीडिया के बाजार के साथ संबंध और हाशिये के लोगों के साथ मीडिया के साथ संबंध पर विमर्श किया गया है।
- झारखण्ड विकास एवं राजनीति– सिंह,एम.के.–गगनदीप पब्लिकेशनस, दिल्ली, 2007– पुस्तक में झारखण्ड से जुड़ी विभिन्न समस्याओं को बताया गया है। शोध पत्र हेतु झारखण्ड राज्य में स्वास्थ्य की स्थिति की जानकारी इस पुस्तक से ली गई है।
- आर्थिक पत्रकारिता– पुराणिक, आलोक– प्रभात प्रकाशन, दिल्ली, 2007– पुस्तक में विभिन्न कालखंडों की आर्थिक पत्रकारिता की जानकारी के साथ रिपोर्टिंग में कार्पोरेट हित पर चर्चा की गयी है। शोध पत्र हेतु इस पुस्तक से स्वास्थ्य मुद्दे पर किस प्रकार बाजार हित का ध्यान रखा जाये की जानकारी ली गई है।
- जनजातीय भारत – हसनैन, नदीम– जवाहर पब्लिशर्स ऐंड डिस्ट्रीब्यूटर्स, नई दिल्ली 2010– प्रस्तुत पुस्तक में जनजाति समुदाय से जुड़े विभिन्न मुद्दों का अध्ययन किया गया है। शोध पत्र हेतु इस पुस्तक से आदिवासियों के स्वास्थ्य हालात की जानकारी ली गई है।

शोध के उद्देश्य–

- आदिवासी स्वास्थ्य हेतु सरकार की नीतियों का अध्ययन करना।
- स्वास्थ्य योजनाओं के अंतर्गत आदिवासी स्वास्थ्य की स्थिति का अध्ययन करना।
- सरकार आदिवासी स्वास्थ्य को चुनौती मानकर आदिवासी स्वास्थ्य हितों के प्रति गंभीर है अथवा नहीं? का पता लगाना।

उपकल्पना

- सरकार की आदिवासी स्वास्थ्य हेतु योजनाएं केवल सिद्धांत स्तर है।
- सरकार ने पूंजीवाद हित में आदिवासी स्वास्थ्य से खिलवाड़ किया है।
- लोकतंत्र में आदिवासी स्वास्थ्य समस्या को गंभीरता से नहीं लिया गया।

शोध प्रविधि

- **अंतर्वस्तु विश्लेषण– विभिन्न पत्र–पत्रिकाओं** तथा सरकारी रिपोर्ट व पुस्तकों में छपी सामग्रीयों का विश्लेषण किया गया है।
- **साक्षात्कार प्रविधि–** समाजसेवा से जुड़े लोगों से साक्षात्कार के माध्यम से सरकार का स्वास्थ्य के प्रति दृष्टिकोण जानने की कोशिश की गई है।
- **निदर्शन प्रविधि–** प्रविधि का प्रयोग करते हुए शोध क्षेत्र का चयन किया गया है।

शोध का क्षेत्र–

शोधार्थी ने शोध अध्ययन हेतु झारखंड राज्य को शोध क्षेत्र बनाया है।

शोध सीमा

शोध पत्र आदिवासी स्वास्थ को लेकर सरकार द्वारा बनायी गयी योजनाओं की आलोचनात्मक व्याख्या पर आधारीत है।

निष्कर्ष

मानव अस्तित्व को बनाए रखने के लिए स्वास्थ्य प्राथमिक इकाई है। वर्तमान समय में स्वास्थ्य से तात्पर्य केवल शारीरिक स्थिति से न होकर, मानसिक और सामाजिक होने के साथ आर्थिक स्थिति से भी है। सभ्यता के विकास के साथ–साथ व्यक्ति, समाज और शासन के स्वरूप में भी अंतर आया। लोकतंत्र स्थापना के बाद भारत में स्वास्थ्य सेवा के अंतर्गत संगठित तंत्र के माध्यम से नागरिकों के स्वास्थ्य के प्रति अपनी जिम्मेदारी को सरकार ने स्वीकार किया। लेकिन भारतीय सरकार स्वास्थ्य कार्यक्रम की नीति को कार्यान्वयन करने में चूक कर गई। पूंजीवादी व्यवस्था के दबाब में सरकार भारतीय आदिवासी नागरिक के स्वास्थ्य के प्रति जिम्मेदारी को नहीं निभा सकी। स्वास्थ्य सेवा अपनी नैतिकता भी खो बैठी और गरीबों की पहुँच से दूर होती गई और सर्वाधिक प्रभावित आदिवासी स्वास्थ्य हुआ। आदिवासी स्वास्थ्य की सबसे दुर्गती आजादी के बाद के वर्षों में ही हुई। आदिवासी क्षेत्रों में डॉक्टर और मेडिकल स्टाफ काम करने को तैयार नहीं होते। देश का असंतुलित विकास भी बेहाल स्वास्थ्य का एक कारण है। सरकार स्वास्थ्य कार्यक्रम को केवल बीमारियों का ईलाज के रूप में संचालित करती है, जबकि स्वास्थ्य में शारीरिक, मानसिक और आर्थिक तीनों तत्व सम्मिलित हैं। पूर्व में सरकार द्वारा आदिवासी स्वास्थ्य को गंभीरता से न लिये जाने के कारण आज भारतीय लोकतंत्र के समक्ष आदिवासी स्वास्थ्य एक चुनौती के रूप में है।

LBP PUBLICATION

संदर्भ ग्रंथ सूची–

पुस्तक सूची

1. Gandhi Dr. Mali, Denotified Tribes , Krishna Publishers Distributors, New Delhi, 2008
2. Walt Gill, Health Policy, Witwateresrand university press, Johannesburg, 2000
3. Upadhyay Prof.V.S, Tribal Development in India, Crown Publications, Ranchi, 2003
4. Renata Schiavo, Health communication from theory to practice, john wiley & sons,inc-2007
5. पुराणिक आलोक, आर्थिक पत्रकारिता, प्रभात प्रकाशन, दिल्ली, 2007
6. नैयर डॉ.रेणुका, ग्रामीण क्षेत्र की पत्रकारिता, हरियाणा साहित्य अकादमी,2002
7. हसनैन नदीम, जनजातीय भारत, जवाहर पब्लिशर्स ऐंड डिस्ट्रीब्यूटर्स, नई दिल्ली 2010
8. सिंह एम.के, झारखण्ड विकास एवं राजनीति, गगनदीप पब्लिकेशनस, दिल्ली, 2007
9. सिंह कुमार अजय, मीडिया इतिहास और हासिये के लोग, आधार प्रकाशन प्रा. लि. पंचकूला, हरियाण, 2007
10. चोपड़ा लक्ष्मेन्द्र, मीडिया और समाज, आधार प्रकाशन प्रा. लि. पंचकूला,हरियाणा, 2006
11. भारत 2010–प्रकाशन विभाग, सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय, भारत सरकार
12. जोशी रामशरण, आदमी, बैल और सपने कल्याणी शिक्षा परिषद, दिल्ली 2008

पत्रिका सूची–

1. कुरुक्षेत्र (अक्टूबर 2008, फरवरी 2010, अगस्त 2012)
2. योजना (जनवरी 2010,जनवरी 2012, अगस्त 2012)
3. वैकल्पिक आर्थिक वार्षिकी–3– वैकल्पिक सर्वे समूह इंडियन पोलिटिकल इकॉनमी एसोसिएशन–युवा संवाद प्रकाशन, दिल्ली

रिपोर्ट सूची–

- NRHM report 2011-12
- ANNUAL REPORT TO THE PEOPLE ON HEALTH, GOVT OF INDIA, DECEMBER 2011
- NATIONAL RURAL HEALTH MISSION SATE WISE PROGRESS AS ON 30.06.2012
- RITE TO INFORMATION ACT
- WHO definition of health
- Census of INDIA 2001 & 2011
- Directorate of Statistics & Evaluation, Jharkhand)

शोध रिपोर्ट–

Series on Democracy and Health, Democracy, Communism and Health Statuss : A Cross-nation Study- Ramesh Govindaraj, Ravindra Rannan-Eliya- Harvard school of public health, Boston- march, 1994

अमृत कुमार

Assistant Professor, Department of Mass Communication, Central University of Jharkhand, Ranchi.

LBP PUBLICATION