Gyanvividha, Vol.-3; Issue-2 (Apr.-June) 2026 : PP-245-250

ज्ञानविविधा

कला, मानविकी और सामाजिक विज्ञान की सहकर्मी-समीक्षित, मूल्यांकित, त्रैमासिक शोध पत्रिका

ISSN : 3048-4537(Online)
3049-2327(Print)
IIFS Impact Factor-4.5
Vol.-3; Issue-2 (Apr.-June) 2026
Page No.- 245-250
©2026 Gyanvividha
https://journal.gyanvividha.com
Author's :

जितेन्द्र कुमार

शोधार्थी, समाजशास्त्र विभाग, भूपेंद्र नारायण मंडल विश्वविद्यालय, मधेपुरा, बिहार।

Corresponding Author :

जितेन्द्र कुमार

शोधार्थी, समाजशास्त्र विभाग, भूपेंद्र नारायण मंडल विश्वविद्यालय, मधेपुरा, बिहार।

बिहार के कोशी संभाग में पारंपरिक स्वास्थ्य पद्धतियाँ बनाम आधुनिक चिकित्सा : सहरसा जिले के सुदूरवर्ती ग्रामीण क्षेत्रों का एक समाजशास्त्रीय अनुभवाश्रित विश्लेषण

सारांश : प्रस्तुत शोध पत्र बिहार के कोशी संभाग के अंतर्गत सहरसा जिले के ग्रामीण व तटबंधीय क्षेत्रों में हाशियाकृत एवं वंचित आबादी के मध्य पारंपरिक स्वास्थ्य प्रणालियों (Ethno-medicine) और आधुनिक चिकित्सा पद्धतियों के बीच अंतःक्रिया तथा उनके चयन के निर्धारकों का एक व्यवस्थित समाजशास्त्रीय विश्लेषण प्रस्तुत करता है। प्राथमिक व्याधियों हेतु एक संरचित साक्षात्कार अनुसूची के माध्यम से संग्रहित प्राथमिक आँकड़ों (N=100) तथा द्विवार्षिक सांख्यिकीय स्रोतों (NFHS-5 व बिहार आर्थिक सर्वेक्षण 2024-25) के आधार पर बहुआयामी परीक्षण किया गया है।

शोध के निष्कर्ष दर्शाते हैं कि आज भी 65% ग्रामीण आबादी प्राथमिक उपचार के लिए पारंपरिक स्वदेशी स्रोतों पर निर्भर है। वहीं, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के प्रयासों से संस्थागत प्रसव में 55% का सुधार दर्ज होने के बावजूद, 40% प्रसव अभी भी असुरक्षित घरेलू परिवेश में हो रहे हैं। काई-स्क्वायर परीक्षण के परिणाम दर्शाते हैं कि उत्तरदाताओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति (आय व साक्षरता) और आधुनिक चिकित्सा की स्वीकार्यता के मध्य सकारात्मक सह-संबंध है ($p<0.05$)। कोशी क्षेत्र की विशिष्ट भौगोलिक सुभेद्यता (45%), आर्थिक विपन्नता (35%) और सांस्कृतिक पिछड़न (Cultural Lag) आधुनिक चिकित्सा के पूर्ण दोहन में मुख्य संरचनात्मक अवरोध हैं। यह विमर्श स्वास्थ्य सुरक्षा के लिए अधिक समावेशी और 'पारिस्थितिकी अनुकूल' नीतिगत ढांचे की आवश्यकता को रेखांकित करता है।

मुख्य शब्द (Keywords) : हाशियाकृत ग्रामीण आबादी, पारंपरिक स्वास्थ्य पद्धतियाँ, आधुनिक चिकित्सा, सांस्कृतिक पिछड़न (Cultural Lag), स्थानिक अन्याय, कोशी क्षेत्र, काई-स्क्वायर परीक्षण।

प्रस्तावना : सतत विकास के वैश्विक लक्ष्यों (SDGs लक्ष्य 3: उत्तम

स्वास्थ्य और खुशहाली) को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य को बुनियादी मानव पूँजी माना गया है। स्वास्थ्य केवल एक जैविक तथ्य नहीं, बल्कि सामाजिक संरचना (Social Construct) है। भारतीय सामाजिक स्तरीकरण में ग्रामीण सुदूरवर्ती और तटबंधीय क्षेत्रों के वंचित समुदाय अपनी विशिष्ट पहचान और ऐतिहासिक भौगोलिक अलगाव के कारण विकास की मुख्यधारा के हाशिए पर हैं।

बिहार का कोशी क्षेत्र, विशेष रूप से सहरसा जिला, अपनी जटिल नदीय प्रणाली और विनाशकारी बाढ़ के कारण भौगोलिक रूप से अत्यधिक सुभेद्य (Vulnerable) क्षेत्र है। इस दुर्गम परिवेश के कारण कल्याणकारी राज्य द्वारा स्थापित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (PHCs) और ग्रामीण समाज के 'सांस्कृतिक अनुकूलन' (Cultural Adaptation) के बीच एक गहरा द्वंद्व उत्पन्न हो गया है। प्रस्तुत शोध पत्र इसी समाजशास्त्रीय वास्तविकता का अनुभवाश्रित परीक्षण करता है।

शोध अंतराल : यद्यपि कोशी क्षेत्र के प्रवासन और आर्थिक पिछड़ेपन पर बहुआयामी अध्ययन हुए हैं (झा एवं मिश्रा, 2020), परंतु इस विशिष्ट भौगोलिक सुभेद्यता के भीतर लोक-चिकित्सा ज्ञान (Indigenous Knowledge System) और आधुनिक चिकित्सा तंत्र के बीच के टकराव पर समाजशास्त्रीय शोधों का व्यापक अभाव दिखाई देता है। पूर्ववर्ती शोध केवल सामान्य सांख्यिकीय पहलुओं तक सीमित रहे हैं; वे वंचित ग्रामीण मानस के 'सांस्कृतिक विश्वास प्रतिमानों' की गहराई को छूने में असफल रहे हैं।

शोध के उद्देश्य : सहरसा अनुमंडल के वंचित ग्रामीण समुदाय में सामान्य एवं गंभीर बीमारियों के प्रति पारंपरिक स्वास्थ्य प्राथमिकताओं का मूल्यांकन करना।

हाशियाकृत ग्रामीण आबादी द्वारा सरकारी अस्पतालों/PHCs का पूर्ण उपयोग न कर पाने के पीछे जिम्मेदार सामाजिक-आर्थिक, प्रशासनिक एवं भौगोलिक कारकों की पहचान करना।

क्षेत्र में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य (Maternal and Child Health) की वर्तमान स्थिति और संस्थागत प्रसव (Institutional Delivery) की सीमाओं का विश्लेषण करना।

शोध परिकल्पना

परिकल्पना (H1): उत्तरदाताओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति (मासिक आय और साक्षरता) जितनी सुदृढ़ होगी, आधुनिक एलोपैथिक चिकित्सा प्रणालियों के प्रति उनकी स्वीकार्यता उतनी ही अधिक होगी।

परिकल्पना (H2): कोशी क्षेत्र की विशिष्ट भौगोलिक दुर्गमता और सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों की अवसंरचनात्मक कमियाँ सीधे तौर पर पारंपरिक लोक-चिकित्सा प्रणालियों पर निर्भरता को बनाए रखने के लिए मजबूर करती हैं।

साहित्य की समीक्षा :

मजूमदार (1958): पारंपरिक समाजों में रुग्णता (Illness) केवल शारीरिक विकार नहीं है; वे इसे अक्सर अलौकिक शक्तियों या प्रकृति के नियमों के उल्लंघन के परिणाम के रूप में देखते हैं, जिससे स्थानीय चिकित्सक या ओझा उनकी पहली प्राथमिकता बनते हैं।

वेरियर एल्विन (1964): पारंपरिक चिकित्सा पद्धति पर्यावरण का अभिन्न अंग है और वनौषधियों का स्वदेशी ज्ञान पीढ़ियों से संचित अनुभव का परिणाम है।

भसीन (2007): आधुनिक चिकित्सा केवल शरीर का इलाज करती है, जबकि पारंपरिक प्रणाली व्यक्ति के सामाजिक-सांस्कृतिक और आध्यात्मिक संतुलन को बहाल करने का दावा करती है।

चौधरी (2014): एलोपैथिक प्रणालियों के प्रति अरुचि का कारण केवल अज्ञानता नहीं, बल्कि स्वास्थ्य प्रदाताओं का संवेदनहीन व्यवहार, भाषाई संवादहीनता (Communication Gap) और सुदूर अस्पतालों में डॉक्टरों की अनुपलब्धता है।

बिहार आर्थिक सर्वेक्षण (2024-25): कोशी और सीमांचल संभाग में प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य अवसंरचना, बिस्तरों की संख्या और योग्य चिकित्सा पेशेवरों की उपलब्धता राज्य औसत से काफी पीछे है, जो हाशियाकृत समुदायों को वैकल्पिक उपचार की ओर धकेलती है।

शोध प्रविधि

अनुसंधान प्रारूपः प्रस्तुत शोध कार्य अनुभवाश्रित (Empirical), मात्रात्मक एवं विवरणात्मक अनुसंधान प्रारूप (Descriptive Research Design) पर आधारित है।

अध्ययन क्षेत्रः अनुसंधान बिहार राज्य के कोशी संभाग के अंतर्गत सहरसा जिले के सहरसा अनुमंडल के सुदूरवर्ती एवं तटबंधीय ग्रामीण क्षेत्रों में केंद्रित है.

प्रतिचयन (Sampling): प्रस्तुत शोध में उद्देश्यपूर्ण (Purposive) और स्तरीकृत यादृच्छिक प्रतिचयन (Stratified Random Sampling) के मिश्रित रूप का उपयोग किया गया है। अध्ययन के उद्देश्य को ध्यान में रखते हुए सहरसा अनुमंडल के अंतर्गत अत्यधिक बाढ़ प्रभावित और सुदूरवर्ती क्षेत्रों के 3 विशिष्ट प्रखंडों (Blocks) महिषी, नवहट्टा और सौर बाजार का चयन किया गया। इन प्रखंडों के तटबंधीय एवं हाशिए पर स्थित ग्रामीण गांवों से कुल 100 परिवारों के मुख्य उत्तरदाताओं को रैंडमली चुना गया, जिसमें महिला उत्तरदाताओं (40%) को भी पर्याप्त प्रतिनिधित्व दिया गया ताकि जेंडर-आधारित स्वास्थ्य दृष्टिकोण का भी मूल्यांकन हो सके।

आँकड़ा संग्रहणः प्राथमिक आँकड़ों हेतु एक संरचित 'साक्षात्कार अनुसूची' (Structured Interview Schedule) का निर्माण किया गया। इसके पूरक के रूप में प्रतिभागी अवलोकन, गहन साक्षात्कार और लक्षित समूह चर्चा (FGD) का उपयोग किया गया। द्वितीयक आँकड़ों हेतु जनगणना 2011, बिहार आर्थिक सर्वेक्षण (2024-25) और NFHS-5 का संदर्भ लिया गया है।

परिणाम, सांख्यिकीय विश्लेषण एवं समाजशास्त्रीय विवेचना : रुग्णता के प्रति दृष्टिकोण एवं प्राथमिक उपचार की प्राथमिकताएं सर्वेक्षण के दौरान जब उत्तरदाताओं से बीमारी के शुरुआती लक्षणों पर अपनाए जाने वाले प्राथमिक चिकित्सा के स्रोतों के बारे में पूछा गया, तो निम्नलिखित आँकड़े प्राप्त हुएः

तालिका 1: बीमारी के समय प्राथमिक उपचार के स्रोतों का वितरण (N=100)

क्र.सं.	प्राथमिक चिकित्सा का स्रोत	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत (%)
1	पारंपरिक वैद्य / जड़ी-बूटी / स्थानीय ओझा	65	65.0%
2	स्थानीय ग्रामीण गैर-पंजीकृत चिकित्सक (RMP)	20	20.0%
3	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र / राजकीय अस्पताल	10	10.0%
4	निजी पंजीकृत डॉक्टर / नगरीय क्लीनिक	5	5.0%
-	**कुल**	**100**	**100.0%**

स्रोतः प्राथमिक क्षेत्र कार्य (Field Work) द्वारा संकलित आँकड़े।

समाजशास्त्रीय विवेचनाः तालिका 1 के आँकड़े रॉबर्ट रेडफील्ड (Robert Redfield) के 'लोक-नगरीय निरंतरक' (Folk-Urban Continuum) के सिद्धांत को पुष्ट करते हैं। 65% आबादी की स्वदेशी स्रोतों (Ethno-medicine) पर यह निर्भरता उनकी 'सांस्कृतिक जड़ता' (Cultural Inertia) और आधुनिक औपचारिक एलोपैथिक अस्पतालों के

प्रति अलगाव (Alienation) को दर्शाती है।

आधुनिक स्वास्थ्य अवसंरचना के दोहन में संरचनात्मक अवरोध : उत्तरदाताओं द्वारा आधुनिक अस्पतालों का उपयोग न कर पाने के मुख्य अवरोधक कारकों का वर्गीकरण निम्नानुसार है:

तालिका 2: आधुनिक चिकित्सा के मार्ग में संरचनात्मक अवरोध (N=100)

क्र.सं.	अवरोधक कारक (Structural Barriers)	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत (%)
1	भौगोलिक पृथक्करण (कोशी तटबंध, बाढ़ और सड़क विहीनता)	45	45.0%
2	आर्थिक सुभेद्यता (निजी दवाओं का क्रय, जाँच एवं परिवहन व्यय)	35	35.0%
3	सामाजिक-सांस्कृतिक दूरी (अस्पताली तंत्र का भय एवं संवादहीनता)	20	20.0%
-	**कुल**	**100**	**100.0%**

स्रोतः प्राथमिक क्षेत्र कार्य (Field Work) द्वारा संकलित आँकड़े।

समाजशास्त्रीय विवेचनाः सबसे बड़ा बाधक कारक भौगोलिक पृथक्करण (45%) है, जो वर्षा ऋतु में इस क्षेत्र को टापू में बदल देता है। यह स्थिति डेविड हार्वे (David Harvey) के 'स्थानिक अन्याय' (Spatial Injustice) के सिद्धांत को चरितार्थ करती है। मार्क्सवादी दृष्टिकोण से, बाहर से महंगी दवाइयाँ खरीदने की मजबूरी के कारण स्वास्थ्य यहाँ एक 'पण्य' (Commodity) बन जाता है, जिसे खरीदने में 35% आर्थिक रूप से विपन्न ग्रामीण समाज असमर्थ है।

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य प्रतिमानः संस्थागत प्रसव बनाम घरेलू परंपरा

प्रसव के स्थान के चयन से संबंधित आँकड़े तालिका 3 में सारणीबद्ध हैं:

तालिका 3: उत्तरदाता परिवारों में प्रसव के स्थान का प्रतिमान (N=100)

क्र.सं.	प्रसव का स्थान (Place of Delivery)	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत (%)
1	घरेलू प्रसव (पारंपरिक दाइयों एवं वृद्ध महिलाओं द्वारा)	40	40.0%
2	संस्थागत प्रसव (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र / अनुमंडल अस्पताल)	55	55.0%
3	निजी नर्सिंग होम / नगरीय अस्पताल	5	5.0%
-	**कुल**	**100**	**100.0%**

स्रोतः प्राथमिक क्षेत्र कार्य (Field Work) द्वारा संकलित आँकड़े।

समाजशास्त्रीय विवेचनाः राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NHM) और 'आशा' (ASHA) कार्यकर्ताओं के प्रयासों से 55% प्रसव अस्पतालों में संपन्न हो रहे हैं, जो सामाजिक गतिशीलता (Social Mobility) का संकेत है। परंतु, आज भी 40% प्रसव घरेलू स्तर पर होना विलियम एफ. ऑगबर्न (William F. Ogburn) के 'सांस्कृतिक पिछड़न' (Cultural Lag) के सिद्धांत को सिद्ध करता है। भौतिक संस्कृति (अस्पताल की इमारतें) तो आगे बढ़ गई हैं, परंतु अभौतिक

संस्कृति (पारंपरिक रूढ़ियाँ और भ्रांतियां) उतनी तेजी से नहीं बदली हैं।

शोध परिकल्पनाओं का परीक्षण

परिकल्पना (H1) का परीक्षण: उत्तरदाताओं की शैक्षणिक व आर्थिक स्थिति तथा एलोपैथिक चिकित्सा प्रणालियों के चयन के बीच अंतर्निहित संबंधों की जाँच हेतु काई-स्क्वायर परीक्षण का प्रयोग किया गया। गुणात्मक और मात्रात्मक क्रॉस-टेबुलेशन के उपरांत काई-स्क्वायर का परिकलित मान सारणीबद्ध मूल्य (Critical Value) से अधिक पाया गया।

तालिका 4: सामाजिक-आर्थिक स्थिति एवं चिकित्सा पद्धति स्वीकार्यता का क्रॉस-टेबुलेशन

सामाजिक-आर्थिक स्थिति	एलोपैथिक / आधुनिक चिकित्सा	पारंपरिक / स्थानीय चिकित्सा	कुल
उच्च एवं मध्यम वर्ग	28	12	40
निम्न वर्ग	12	48	60
कुल (Total)	**40**	**60**	**100**

$X^2 = 24.31$, df = 1, $p < 0.05$, सारणीबद्ध मूल्य = 3.84

सांख्यिकीय विश्लेषण: ऊपर दी गई तालिका 4 के आधार पर गणना करने पर काई-स्क्वायर का परिकलित मान 24.31 प्राप्त हुआ है, जो कि 5% सार्थकता स्तर ($p<0.05$) और 1 डिग्री ऑफ भाईडम (df=1) पर सारणीबद्ध मूल्य (3.84) से काफी अधिक है। अतः शून्य परिकल्पना (H0) निरस्त होती है और वैकल्पिक शोध परिकल्पना (H1) पूर्णतः पुष्ट होती है कि उत्तरदाताओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति (आय व साक्षरता) जितनी सुदृढ़ होगी, आधुनिक चिकित्सा प्रणालियों के प्रति उनकी स्वीकार्यता उतनी ही अधिक होगी।

परिकल्पना (H2) का परीक्षण: तालिका 2 के वितरण (45% भौगोलिक अलगाव) पर आधारित डेटा यह सिद्ध करता है कि अवसंरचनात्मक कमियाँ और परिवहन का अभाव सीधे तौर पर लोक-चिकित्सा पर निर्भरता को बनाए रखने के लिए मजबूर करता है। गुणात्मक विश्लेषण (Focus Group Discussion) के माध्यम से भी इस परिकल्पना की सत्यता प्रमाणित (Verified) होती है।

निष्कर्ष : सहरसा जिले के सहरसा अनुमंडल के संदर्भ में किया गया यह अनुभवाश्रित विश्लेषण स्पष्ट करता है कि ग्रामीण समाज में पारंपरिक स्वास्थ्य पद्धतियों की निरंतरता को केवल 'अज्ञानता' के रूप में देखना एकांगी दृष्टिकोण होगा। वास्तव में, यह उनकी जीवन पद्धति का पारिस्थितिकी (Ecology) के साथ ऐतिहासिक सामंजस्य और आधुनिक व्यवस्था की संरचनात्मक विफलताओं का प्रतिफल है। जहाँ एक ओर संस्थागत प्रसव में वृद्धि सामाजिक गतिशीलता दर्शाती है, वहीं सामान्य व्याधियों के लिए 65% आबादी का पारंपरिक वैद्यों पर निर्भर होना 'सांस्कृतिक पिछड़न' (Cultural Lag) को सिद्ध करता है। जब तक स्वास्थ्य नीतियों में स्थानीय लोकाचार और भौगोलिक वास्तविकताओं को केंद्र में नहीं रखा जाएगा, स्वास्थ्य समावेशन का लक्ष्य अधूरा रहेगा।

नीतिगत सुझाव

एथ्नो-मेडिसिन और एलोपैथी का सह-अस्तित्व: आयुष (AYUSH) मंत्रालय के माध्यम से स्वदेशी ज्ञान का वैज्ञानिक प्रमाणीकरण किया जाए और स्थानीय वैद्यों को प्राथमिक उपचार और रेफरल के लिए 'सेतु' (Bridge) के रूप में प्रशिक्षित किया जाए।

पारिस्थितिकी-अनुकूल स्वास्थ्य अवसंरचना: कोशी की बाढ़ जनित सुभेद्यता को देखते हुए मानसून के महीनों में

'फ्लोटिंग क्लीनिक' (Boat Clinics) और मोबाइल मेडिकल यूनिट्स (MMUs) को अनिवार्य रूप से क्रियान्वित किया जाए।

सामुदायिक दाइयों का सुदृढ़ीकरण: 40% घरेलू प्रसवों को देखते हुए पारंपरिक दाइयों को 'सुरक्षित प्रसव किट' प्रदान की जाए और उन्हें स्वास्थ्य उप-केंद्रों के साथ जोड़ा जाए।

सांस्कृतिक रूप से संवेदी स्वास्थ्य कार्यबल: चिकित्सा कर्मियों के लिए विशेष संवेदीकरण कार्यक्रम आयोजित किए जाएं ताकि अस्पतालों के वातावरण को अधिक समावेशी और भाषाई रूप से सुगम बनाया जा सके।

संदर्भ ग्रंथ सूची :

1. Bhasin, V. (2007). Medical anthropology: Rural health and medicine. *Tribes and Tribals*, 1(1), 43-53.
2. Elwin, V. (1964). *The Tribal World of Verrier Elwin*. Oxford University Press.
3. Rizvi, S. N. H. (1991). *Health, Nutrition, and Physical Growth of Development*. Shashi Publications.
4. कुमार, ए. (2018). कोशी क्षेत्र में ग्रामीण जीवन और स्वास्थ्य की चुनौतियाँ. *भारतीय समाजशास्त्र पत्रिका*, 24 (2), 115-128.
5. चौधरी, बी. (2014). *ट्राइबल एंड रूरल हेल्थ इन इंडिया*. इंटर-इंडिया पब्लिकेशन्स.
6. झा, एस. के., एवं मिश्रा, आर. (2020). कोशी संभाग में बाढ़, प्रवासन और स्वास्थ्य संरचना का एक अनुभवजन्य विश्लेषण. *बिहार शोध सामयिकी*, 12(4), 45-58.
7. दास, आर. के. (2016). ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना और सामाजिक समावेशन की सीमाएं. *विकास और समाज*, 8(1), 89-102.
8. प्रसाद, एन. (2019). *बिहार का सामाजिक-आर्थिक परिदृश्य और हाशियाकृत समाज*. जानकी प्रकाशन.
9. बिहार सरकार. (2025). *बिहार आर्थिक सर्वेक्षण 2024-25*. योजना एवं विकास विभाग, पटना.
10. मजूमदार, डी. एन. (1958). *रेसेज एंड कल्चर्स ऑफ इंडिया*. एशिया पब्लिशिंग House.
11. भारत सरकार. (2011). *भारत की जनगणना 2011: जिला जनगणना हस्तपुस्तिका (सहरसा)*. जनगणना कार्य निदेशालय, नई दिल्ली.
12. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NHM). (2023). *बिहार में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं की प्रगति रिपोर्ट*. राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार.
13. सिंह, ए. के. (2017). ग्रामीण समाजों में पारंपरिक बनाम आधुनिक चिकित्सा का समाजशास्त्र. *मानव विज्ञान समीक्षा*, 31(3), 201-214.

•