



اتراکھنڈ کے نینی تال ضلع میں مسلم خواتین کی تولیدی صحت کا مطالعہ

برائے

ڈاکٹر آف فلاسفی (سوشل ورک)

مقالہ نگار

افسانہ

اندرج نمبر – A160925

زیر نگرانی

ڈاکٹر فرخ فہیم

(معاون نگرانی)

پروفیسر محمد شاہد

(نگرانی)

شعبہ سوشل ورک

اسکول برائے فنون و سماجی علوم

مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی

فروری، 2021

ڈکلیئریشن

I, Afsana, hereby declare that this thesis titled “**A Study of Reproductive Health of Muslim Women in Nainital District of Uttarakhand**” is the outcome of my own study undertaken under the guidance and supervision of Prof. Mohd. Shahid (Supervisor), Department of Social Work, Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad and Dr. Farrukh Faheem (Co-supervisor), Universty of Kashmir, Srinagar. It has not previously formed the basis for the award of any degree, diploma, or certificate of this Institute or of any other Institute or University. I have duly acknowledged all the sources used by me in the preparation of this thesis.

I hereby agree that my thesis can be deposited in Shodganga/INFLIBNET.

Afsana

Enrollment No- A160925
Roll No- 1502030101

Place:

Date:



سرٹیفکیٹ

This is to certify that the thesis “**A Study of Reproductive Health of Muslim Women in Nainital District of Uttarakhand**”, submitted for the award of the Degree of **Doctor of Philosophy in Social Work**, Department of Social Work, School of Art & Social Sciences, Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad, is the record of the original research work carried out by **Ms. Afsana** bearing Roll No. 1502030101 & Enrollment No. A160925 under my guidance and supervision, and to the best of my knowledge and belief, the work embodied in this thesis does not form part of any thesis/dissertation already submitted to any University/Institution for the award of any Degree/Diploma.

Signature of Supervisor

Prof. Mohd. Shahid
Department of Social Work
MANUU, Hyderabad

Signature of Co-supervisor

Dr. Farrukh Faheem
Institute of Kashmir Studies
University of Kashmir, Srinagar

Head
(Department of Social Work)

Dean
(School of Art & Social Sciences)

اظہار تشکر

"اللہ، آپکی دی ہوئی ہر نعمت، خاص طور پر میری ہر ایک کامیابی و خوشی کے لئے بے حد شکر یہ، آپ نے

ہمیشہ میرے راستے کو روشن کیا، کوئی بھی کامیابی آپ کی برکت کے بغیر ممکن نہیں ہے"

میری تحقیق ان لوگوں کے شکر یہ کے بغیر ادھوری ہے جن کے ساتھ کے بغیر یہ کام میرے لئے بہت مشکل تھا، سب سے پہلے میں اپنے نگران مشفق و مہربان محترم المقام جناب پروفیسر محمد شاہد صاحب کی تہہ دل سے شکر گزار ہوں کہ انہوں نے مقالہ کے عنوان کے انتخاب سے لیکر مقالے کے اختتام تک قدم-قدم پر میری رہنمائی کی، اور ساتھ ہی ساتھ میری حوصلہ افزائی بھی کی، میری تحقیق کیلئے انہوں نے اپنے قیمتی وقت کو نکال کر میرے کام کو بہتر بنانے کی ہر ممکن کوشش کی۔ میں اپنے دوسرے سپروائزر ڈاکٹر فروغ فہیم کے مسلسل تعاون کے لئے شکر یہ بھی ادا کرتی ہوں۔

میں بہت خوش نصیب ہوں کہ میں شعبہ سوشل ورک، مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی، حیدرآباد کا حصہ بنی، میں خصوصاً پروفیسر محمد شاہد رضا صاحب اور پروفیسر شاہدہ مرتضیٰ صاحبہ کے تعاون اور حوصلہ افزائی کے لئے ان کا شکر یہ ادا کرتی ہوں۔ اس کے علاوہ میں شعبہ دیگر اساتذہ اور عملے کی حمایت کا بھی دل کی گہرائیوں سے شکر یہ ادا کرتی ہوں۔

میں اپنے خاندان کے غیر مشروط محبت اور حوصلہ افزائی کی شکر گزار ہوں۔ ان کی مدد کے بغیر یہ کام کبھی بھی مکمل نہیں ہو سکتا تھا۔ میں اپنی والدہ فیروزہ بیگم صاحبہ اور والد جناب محمد طاہر صاحب کی مقروض ہوں جنہوں نے مجھے تمام گھریلو فریضوں سے آزاد کیا تاکہ میں اپنے کام پر توجہ مرکوز کر سکوں میرے پاس ان کی غیر شراکت محبت کو بیان کرنے کے لئے قیمتی الفاظ نہیں ہیں۔ میں اپنی بہن فرزانہ، رضوانہ، رخسانہ اور بھابھی افروز جہاں، حلیمہ بیگم، اقلیم جہاں، آصفہ بی کا بھی شکر یہ ادا کرنا چاہتی ہوں میں بہت خوش قسمت ہوں کہ وہ میری زندگی میں ہیں انہوں نے مجھے ہر پریشانیوں سے محفوظ رکھا اور ہمیشہ مجھے شاباشی دیں۔ میں اپنے بھائی محمد اطہر، محمد سالم، محمد ہاشم اور محمد آصف جو میری زندگی کے ہر مرحلے میں ہمیشہ میرا ساتھ دینے اور میری فاؤنڈیشن کا حصہ بننے میں اہم رول ادا کیا ان سب کا بھی تہہ دل سے شکر یہ ادا کرتی ہوں۔ میں اپنے بہنوئی محمد صابر اور جمیل احمد کے ذریعہ کی گئی ہر مدد کے لئے شکر یہ ادا کرتی ہوں۔ میں اپنی بیماری بھتیجی سامیہ، بھتیجی حوزیف، آبان، ارشین، عمیر، امن اور روحان، بھانجی قلم، اور ماہم، بھانجے سائیل، اور ارحم کی غیر مشروط محبت سے ملنے والی محبت کے لئے انکی تہہ دل سے شکر گزار ہوں ان کے قیمتی مسکراہٹ مجھے اپنی پوری کوشش اور زیادہ محنت کرنے کی ترغیب دیتی ہے۔

میں اور میری بہن صحیحہ خاتون، سیدہ صبا قادری، رقیہ ناز اور سنور خان کا شکریہ ادا کرنا چاہتی، بھلے ہی ان سب سے میری خون کا رشتہ نہ ہو لیکن دل سے ہمارا بہت ہی گہرا رشتہ ہے انہوں نے ہمیشہ ایسے وقت پر میری حوصلہ افزائی کی جب مجھے سب سے زیادہ ذہنی سکون کی ضرورت ہوتی تھی۔

میں ڈاکٹر فوزیہ آفاق کا تعاون، حوصلہ افزائی میری اندر کی صلاحیت سے آگاہ کرنے اور اپنی تحقیق کے ہر مرحلے میں میرا ساتھ دینے کے لئے بہت شکر گزار ہوں انہوں نے ترمیم اور پروف ریڈنگ کے ذریعے میری تھیسس کو بہترین شکل دینے میں اہم کردار ادا کیا۔ میں اپنے اردو مقالہ میں ترمیم اور پروف ریڈنگ کے لئے شفیق اعظمی صاحب کا بھی شکریہ ادا کرتی ہوں، ان کی تائید کے بغیر یہ میرے لئے ممکن نہیں ہے کہ میں ایک اچھا اردو مقالہ لکھ سکوں۔ آپ دونوں کے اس اہم کام کے لئے میں آپ لوگوں کی ہمیشہ شکر گزار رہوں گی۔

میں اپنے انگریزی اور اردو مقالے میں پروف ریڈنگ اور ترمیم کرنے کے لئے سکینہ ایوب، صائمہ اطہر، مسز نیلیما، کوثر فاطمہ، سیدہ سورو، آسیہ مشتاق، مسز عصمہ، شاہین انصاری اور موشرہ اشرف کا بھی شکریہ ادا کرتی ہوں۔ میری تھیسس تحریر کے دوران ان کا تعاون میرے لئے بہت اہم تھا۔ میں اپنے سینئر سلیم خان، فیاض احمد، اور اپنے دوسرے ساتھیوں پر ویز عالم، شانیجہ ترنم، طارق انعم، ناہد سرور، اختر حسین، اور نجمہ مشتاق کا بھی شکریہ ادا کرتی ہوں کہ ان سبھی نے میری تحقیق کے ہر مرحلے میں میرا ساتھ دیا۔

میں اپنے احباب مہوش جمال، تہذیب عالم، ام یمن، شہناز، فاطمہ زہرا، شفیق ساگر، آصف احمد، تمام ایم ایس ڈبلیو جو نیوزس، وارڈنز، کیئر ٹیکر، ہاؤس کیپنگ اسٹاف، میس اسٹاف، اپنے رشتے داروں اور اپنے تمام خیر خواہوں کی محبت اور نیک دعویٰ کیلئے شکریہ ادا کرتی ہوں۔

افسانہ
اجازت

تلخیص

کلیدی الفاظ: تولیدی صحت؛ محفوظ زچگی؛ بچوں کی بقا؛ خاندانی منصوبہ بندی؛ تولیدی امراض؛ مسلم خواتین اور اٹراکھنڈ

تولیدی صحت ایک مکمل جسمانی، دماغی اور سماجی ترقی کی حالت ہے نہ کہ محض بیماریوں کی یا کمزوری کی غیر موجودگی (یو این ایف پی اے، 1994)۔ لہذا تولیدی صحت لوگوں کو ایک تسلی بخش اور محفوظ جنسی زندگی جینے کے قابل بناتی ہے۔ یہ صحت سے متعلق کب اور کیسے فیصلہ لینا ہے اور کیا اور کیسے کرنا ہے کی صلاحیت اور آزادی دیتی ہے اور لوگوں کو جنسی زندگی گزارنے کے صحیح روابط و ضوابط اور طریقہ فراہم کرتی ہے۔ خاص طور پر، یہ محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، منع حمل، تولیدی امراض اور جنسی طور پر منتقل انفیکشن بشمول ایچ آئی وی/ایڈز سے متعلق امور میں انتخاب، مواقع اور باخبر فیصلہ سازی کو متحرک کرتی ہے (محمد اور دیگر، 2003)۔ یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ خواتین دیگر عدم مساوات کے علاوہ بنیادی صحت کی سہولیات سے بھی محروم ہیں۔ اور جب یہی صورت حال ان کی تولیدی صحت کے تناظر میں ہوتی ہے تو حالات اور زیادہ نازک ہو جاتے ہیں (ڈبلیو ایچ او، 2017)۔

یہ تحقیق اٹراکھنڈ کے نینی تال ضلع میں مسلم خواتین کے حوالہ سے تولیدی صحت کو سمجھنے کی ایک کوشش ہے۔ مطالعہ کو زیادہ واضح طور پر سمجھنے کے لئے مواد کے جائزے کو مندرجہ ذیل وسیع موضوعات میں تقسیم کر کے شامل کیا گیا ہے : محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، خاندانی منصوبہ بندی، اور تولیدی امراض۔ ان جائزوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اٹراکھنڈ میں خواتین اور خاص طور پر مسلم خواتین کی تولیدی صحت کی مجموعی نوعیت پر توجہ مرکوز کرنے والے مطالعے کی نسبت کمی ہے۔ تاہم، اس مطالعے میں تولیدی صحت کے طبقاتی پہلوؤں یا ان امور پر روشنی ڈالی گئی ہے

جو تولیدی صحت کو بہتر بنانے کے لئے بے حد ضروری ہے، مثال کے طور پر، حمل، بچے کی پیدائش، نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال، دودھ پلانے کے طریقہ کار، خاندانی منصوبہ بندی، اور تولیدی امراض۔ مزید یہ کہ مولد کے جائزوں سے یہ بات بھی سامنے آئی کہ زیادہ تر مطالعوں میں تولیدی صحت کی خدمات اور آبادی کے سماجی-ڈیموگرافی پر توجہ دی گئی ہے۔ لیکن تولیدی صحت کے طریقوں کے ارد گرد پھیلے عام فہم خیالات (عوامی تاثر) کو سمجھنے کی بے حد ضرورت ہے۔ خواتین کو ان کی مجموعی تولیدی صحت کے بدلے میں معنی سازی کرنے والی چیزوں کا نقشہ بنانے کی ضرورت ہے اور ان امور کے بدلے میں بحث و مباحثہ کرنے کی ضرورت ہے جن کی وجہ سے خواتین کو اہم پریشانیوں اور تحفظات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ اس تحقیق میں خواتین کی تولیدی صحت پر بات چیت کرنے کے تجربات پر توجہ دی گئی ہے۔

یہ مطالعہ اترکھنڈ کے نیپالی تال ضلع کے ہلدوانی شہر کے شہری نظام میں مسلم خواتین کے گرد بنی ہے۔ اس تحقیق میں خاص طور پر کوشش کی گئی ہے کہ محققہ خواتین کی تولیدی صحت سے متعلق بات چیت کرنے کے روالے تجربات کو سمجھے اور اس کی وضاحت کریں۔

اس مطالعے کا وسیع مقصد مسلم خواتین کی تولیدی صحت کے تجربات کو سمجھنا ہے۔ مخصوص مقاصد مندرجہ ذیل ہیں:

- مسلم خواتین کی محفوظ زچگی کے تجربات کو بیان کرنا
- بچے کی پیدائش اور بقا سے متعلق رد عمل کا مطالعہ
- قوت تولید اور خاندانی منصوبہ بندی سے متعلق رویے اور رد عمل کا معائنہ
- مسلم خواتین میں تولیدی صحت سے متعلق تشویشات اور مسائل کی صورت حال اور ان کا جوابی رد عمل کا جائزہ
- مسلم خواتین میں تولیدی صحت کی خدمات کے ارد گرد کے تجربات کو سمجھنا

اس مطالعے میں مسلم خواتین کے بیانات اور ان کے معنی سازی کے عمل پر توجہ مرکوز کی گئی ہے۔ یہ مطالعے اس نظریاتی مفروضے کے ساتھ کیا گیا ہے کہ تولیدی صحت کو اس طرح کے نقطہ نظر سے رجوع کیا جانا چاہئے، جس طرح سے لوگ اس کو معنی دیتے ہیں۔ تولیدی صحت کے گرد معنی سازی کے کئی حقیقتوں کو مد نظر رکھتے ہوئے دیکھا گیا ہے کہ اس مطالعے میں وجودیاتی نقطہ نظر پوزیشن سبجیکٹویزم کی طرف مائل ہے۔ اس مطالعے میں، مسلم خواتین کی تولیدی صحت کے بارے میں روزمرہ کی تفہیم کی گرفت کو عام فہم سے متعلق لینس نے تولیدی صحت کے طریقوں اور اسی پر حکمرانی کے ضوابط ڈھونڈنے میں مدد فراہم کی۔ طریقہ کار وجودیاتی اور عملیاتی کی روشنی میں تیار کیا گیا ہے اور اسی طرز پر اس تحقیق میں معیاری تحقیقی نظریہ اپنایا گیا ہے۔ بیانیہ تحقیقی خاکے کو لوگوں کی صحت سے متعلق تاثرات اور تجربات سے پیدا ہونے والے صحت کے طریقوں کو دریافت کرنے، سمجھنے اور اس کی وضاحت کرنے کے لئے استعمال کیا گیا ہے۔ مسئلے کو سمجھنے کے لئے 15 سے 49 سال کی مسلم خواتین کے ساتھ 25 تفصیلی انٹرویو کیے گئے تھے، مواد جمع کرنے کے دوران انٹرویوز میں ان ہی خواتین کو شامل کیا گیا تھا جن کا دو سال سے کم عمر کا ایک بچہ ہو۔ تولیدی صحت کے رجحان کے آس پاس کے تجربات کا نقشہ بنانے کے لئے ایک جامع اور متحرک انٹرویو گائیڈ تیار کی گئی تھی۔ ایک انٹرویو میں محقق نے اوسط وقت چار دن گزارا۔

فیلڈ ڈیٹا سے نکلے ہوئے عمدہ بیانات کا منظم طرح سے تجزیہ کیا گیا اور محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی امراض جیسے موضوعات میں تقسیم کیا گیا۔

بیانات نے پوری طرح واضح کیا ہے کہ محفوظ زچگی مایوس ترجیحات، بڑے سماجی و ثقافتی نسخوں اور محدود انتخابوں کا دور ہے۔ مایوسی کا آغاز بلوغت کے آغاز سے اور والدین کی اپنی بیٹیوں کی جلد شادی کرنے کی جستجو سے ہوتا ہے۔

اور ایک بد جب لڑکی کی شادی ہو جاتی ہے تو یہ تصورات بچے کی پیدائش کی ترجیح کی طرف بڑھ جاتے ہیں، خاص طور پر بیٹے کی پیدائش پر۔ شادی، حمل سے لے کر پیدائش تک ہر مرحلے میں رسم و رواج اور نسنوں کی بھرپور نشاندہی کی جاتی ہے جو معاشرتی اور ثقافتی تنازعہ کی بنیاد پر ہیں اور مذہبی طرح سے معاشرتی وابستگی کے طور پر نافذ ہوتے ہیں اور یہ خواتین کو محدود وسائل کے ساتھ چھوڑ دیتے ہیں، تاہم، محفوظ زچگی کا سفر یکساں نہیں ہے۔ اس میں خواتین کے تجربات میں مختلف نوعیت کی نشان دہی کی گئی ہے جس میں حمل میں تاخیر؛ پہلے حمل سے لے کر بعد کے حمل تک؛ بیٹی کی پیدائش سے لے کر بیٹے کی پیدائش تک؛ اور کھانے کے طریقوں سے لے کر ڈیلیوری کے طریقے تک شامل ہیں۔

بیانات سے پتا چلتا ہے کہ ہلدوانی کے مسلمان نوزائیدہ بچے کی صحت اور تندرستی کے بارے میں بہت زیادہ فکر مند ہیں۔ بچے کی پیدائش رسم و رواج سے بھری ہوئی ہے۔ رسومات اور رسومات کا آغاز بچے کی پیدائش سے ہی ہو جاتا ہے اور وہ سماجی و ثقافتی نظام سے بہت گہرائیوں سے جکڑے ہوئے ہیں اور اسی وجہ سے ماؤں کا ان عقائد اور رسومات پر سخت عقیدہ ہوتا ہے۔ اس تحقیق میں بتایا گیا ہے کہ نومولود دیکھ بھال کے بہت سے روایتی طریقے معاشرے میں موجود ہیں، لیکن ان میں سے بہت سے طریقوں سے بچے کی صحت اور نشوونما پر منفی اثرات بھی پڑتے ہیں۔ نوزائیدہ دیکھ بھال کے بارے میں فیصلہ کرنے میں ماؤں کو کم اختیار حاصل ہے جبکہ دایوں کا اس میں غالب کردار پایا گیا ہے۔ صحت کی دیکھ بھال کے مناسب فیصلے نوزائیدہ بچے کی اچھی یا بری صحت کے اس پاس کے ثقافتی علامات پر مبنی ہیں۔

بیانات اس بات پر روشنی ڈالتے ہیں کہ آئیڈیل خاندانی سائز اور مانع حمل طریقوں کے انتخاب کا فیصلہ کرنے میں معاشرتی، ثقافتی اور مذہبی عوامل بہت اہم عنصر ہیں۔ نتائج سے معلوم ہوا کہ کنڈوم سب سے زیادہ مقبول مانع حمل طریقہ ہے جو مطالعے کے علاقہ میں استعمال کیا جاتا ہے۔ بیانات سے پتا چلتا ہے کہ صرف خواتین نس بندی کے لئے جاتی ہیں، مرد اس پر کوئی توجہ نہیں دیتے۔ اس تحقیق سے پتا چلا ہے کہ غیر محفوظ اسقاط حمل کے معمولات اس علاقہ میں عام ہیں اور خواتین غیر تربیت یافتہ ہاتھوں اور دہی طریقوں کے استعمال سے غیر محفوظ اسقاط حمل کا نشانہ بن رہی ہیں۔

سماجی ثقافتی اور مذہبی عوامل تولیدی بیماری کو بھی متاثر کر رہے ہیں۔ خواتین کی زیادہ تر تعداد خود ہی مسئلے کے حل کا انتظار کرتی ہے اور اسی وجہ سے زیادہ تر معاملات میں امراض نسواں کی پریشانیوں پر تب تک غور نہیں کیا جاتا جب تک کہ کوئی اور پیچیدگی پیدا نہ ہو جائے۔ خواتین کی چپ رہنے کی ثقافت تولیدی امراض کے انفیکشن اور جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن کو نظر انداز کرنے کی سب سے بڑی وجہ ہے۔ اسی طرح ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرنے کے لئے خواتین میں منفی رویہ پایا گیا۔

اس تحقیق میں محقق نے سوشل ورک مداخلت کے لئے پارٹنیشن لرننگ اینڈ ایکشن (پی ایل اے) کی ایک تکنیک کا استعمال کیا، جسے فورس فیلڈ انالیسیس کہا جاتا ہے، جس سے اہم تولیدی صحت کے مدوں (شادی، حمل، ڈیلیوری، زچگی کی دیکھ بھال، بچوں کی بقاء، دودھ پلانے، خاندانی منصوبہ بندی) کے آس پاس کے اہل عوامل (مثبت) اور غیر اہل عوامل (منفی) کو گھر میں تصویر کے مطابق پیش کیا جاسکے۔ اس مشق نے تولیدی صحت کے آس پاس معنی سازی کی فہرست بنانے میں مدد فراہم کی ہے جسے اختتامی حصے میں پیش کیا گیا ہے۔

ہلدوانی کی مسلم خواتین کے سماجی و ثقافتی اور مذہبی عقائد اور طریق کار تولیدی صحت کے طریقوں کو اثر انداز کرتے ہیں کیونکہ یہ عقائد اور طرز عمل ان کے مجموعی ثقافتی تنازعہ کا لازمی جزو ہیں۔ لہذا تولیدی صحت کے نتائج کو بہتر بنانے کے لئے ثقافتی طور پر حساس سوشل ورک مداخلت کی ضرورت ہے۔ سوشل ورکرز کو ایسے پروگراموں، پالیسیز اور طریقوں کی نشاندہی کرنے کی کوشش کرنی چاہئے جو ثقافتی اور مذہبی لحاظ سے حساس ہو، جو مقامی طرز عمل پر کارگر ثابت ہو سکے۔ منصوبہ ساز اور پالیسی ساز صرف تحقیق کے ذریعہ ہی خواتین کے لحاظ سے منصوبوں کو تشکیل دے سکتے ہیں جو معاشرتی طور پر قابل عمل اور ثقافتی لحاظ سے وابستہ ہوں۔

یہ پی ایچ ڈی مقالہ آٹھ ابواب پر مشتمل ہے جس میں تعارف اور اختتام بھی شامل ہے۔

باب اول: یہ باب مختصر طور پر مطالعے کے وسیع تر سیاق و سباق اور اس مقالہ کو جس طرح سے ابواب کو ترتیب دیا گیا ہے اس پر مبنی ہے۔

باب دوم: یہ باب مواد کے جائزے سے متعلق ہے۔ اس حصے میں مواد کا جائزہ تھیم میں کیا گیا ہے، جو تولیدی اور بچوں کی صحت کے مختلف پہلوؤں کے گرد گھومتی ہیں۔ مواد کا جائزہ پانچ اہم موضوعات (محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، خاندانی منصوبہ بندی، تولیدی امراض اور تولیدی صحت) اور مختلف ذیلی موضوعات میں تقسیم کیا گیا ہے۔ مواد کا جائزہ تولیدی اور بچوں کی صحت کے متعلق ایک جامع شکل فراہم کرتا ہے۔ اس باب کا اختتام مطالعہ کے مقصد، اور تحقیقی سوالات سے ہوتا ہے۔

باب سوم: یہ باب تحقیق میں اختیار کردہ تحقیقی طریقہ کار کی تفصیلات فراہم کرتا ہے۔ یہ مطالعہ کو معیاری تحقیقی نظریہ اور بیانیہ تحقیقی خاکے کے ساتھ کیا گیا ہے۔ باب کی ابتداء تولید اور بچوں کی صحت کے بارے میں مطالعے کے

ایک مختصر استدلال سے کی گئی ہے۔ اس کے بعد یہ تحقیق کی وجودیاتی، عملیاتی اور تحقیقی طریقہ کار کی پوزیشن کو واضح کرتا ہے۔ اس کے بعد اس میں جائے مطالعہ کی وضاحت کی گئی ہے۔ اس میں اعداد و شمار کو جمع کرنے اور جواب دہندگان کی پروفائل کی بھی تفصیلات فراہم کی گئی ہیں۔ مطالعہ میں استعمال ہونے والے اہم الفاظوں کا عملی تعارف دیا گیا ہے۔ اس باب میں فیلڈ میں ڈیٹا اکٹھا کرنے کے عمل اور ڈیٹا اکٹھا کرنے کے دوران اخلاقی خدشات اور تحفظات جو ذہن میں رکھے گئے تھے کی بھی تفصیل موجود ہے۔ انہی میں مطالعہ کی حدود کو بھی بیان کیا گیا ہے۔

باب چہارم: یہ باب فیلڈ ڈیٹا پر مبنی ہے، جو محفوظ زچگی کے بارے میں بتاتا ہے۔ اس باب میں اتر اٹھنڈ کے ہلدوانی شہر میں مسلم خواتین کی زچگی کے محفوظ طریقوں کے معنی پیدا کرنے کی عکاسی ہوتی ہے۔ زچگی کے دوران استعمال کیے جانے والے طریقوں کو بڑے ذیلی موضوعات کے تحت بحث میں شامل کیا گیا ہے جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے تیار ہوتی ہیں۔ شادی، حمل، قبل از پیدائش کی دیکھ بھال، ڈیلیوری اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال اسکے ذیلی موضوعات ہیں۔

باب پنجم: اس باب میں بچے کی بقا سے متعلق طریقوں کو بیان کیا گیا ہے۔ بچوں کے تحفظ پر بحث بہت سے ذیلی موضوعات کے گرد گھومتی ہے جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے تیار کئے گئے ہیں۔ ان موضوعات کو نوزائیدہ، بچوں کا پہلا رونا، غسل، آذان، دودھ پلانا، کولسٹرم، پری لیکیٹیل فیڈز، دودھ چھڑانے، بچے کا نال، حفاظتی ٹیکے، بچوں کی اموات، اور بچپن کی بیماری میں تقسیم کیا گیا ہے۔

باب ششم: یہ باب خاندانی منصوبہ بندی کے طریقوں کی عکاسی کرتا ہے۔ خاندانی منصوبہ بندی طریقوں کی رفتار بڑے ذیلی موضوعات کے تحت زیر بحث آتی ہے جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے تیار کئے گئے ہیں۔ جس میں بچوں کی تعداد، بچہ کی ترجیح، مانع حمل اور استقاط حمل کو شامل کیا گیا ہے۔

باب ہفتم: اس باب میں تولیدی امراض کے بارے میں بات کی گئی ہے، ساتھ ہی ساتھ اس میں ایچ آئی وی / ایڈز سے متعلق علم، رویہ اور طریق کار کی بھی وضاحت کی گئی ہے۔

باب ہشتم: اس آخری باب میں تحقیق کے نتائج اور خلاصہ پر بات کی گئی ہے اور یہ باب تجویزات اور سفارشات کے آٹھ آگے بڑھایا گیا ہے۔ یہ صحت عامہ کی فیلڈ میں سوشل ورک مداخلت کے ارد گرد سفارشات بھی فراہم کرتا

ہے۔

فرہنگ اصطلاحات

ادھورا بچہ	:	اسقاط حمل / جنین کا ضائع ہونا
بادی چیزے	:	چربی والا کھانا
بچہ گرانا	:	اسقاط حمل
بچہ گرنا	:	جنین کا ضائع ہونا
بچے دانی	:	بچہ دانی
بچہ رہ جانا	:	حمل کا ہونا
بچے دانی کا نیچے آنا	:	یدفع رحم
باری نکنا	:	بچے کی پیدائش کے بعد جشن
بھورا	:	سر کے اپر گھماؤ دار بال
چھللا بدلنا	:	بچے کی پیدائش کا 40 واں دن
چندہ	:	آنکھوں کا پورا نہ کھلنا
دائی	:	غیر ترتیب یافتہ بچے کی پیدائش کرانے والی عورت
پھائے	:	روئی کا پیڈ
گولہ	:	ناریل
گولے کا درد	:	درد زہ
گپت بیماریاں	:	جنس سے متعلق بیماریاں

حریرہ	:	بچے کی پیدائش کے بعد گھریلو خشک میوہ جات سے تیار غذا
ہوائے	:	شیطانی ہوائیں
جاڑھولے بال	:	بچے کے پیدائشی بال
جوانو/کتانو	:	نطفہ
کالی پوٹی	:	نومولود کا پہلا پائخانہ
خریائی	:	آنول/جفت جنبن
کھیس	:	ماں کا پہلا دودھ
لوئی/لیڈی	:	آٹے سے بچے کے بدن کے بال ہٹانا
مرہم داقیلون	:	یونانی دوا
ناددکھے	:	بیض نالیاں کا درد
نہارمہ	:	کچھ خانے سے پہلے
نظریے	:	کالے رنگ کا دھاگیا چھوڑی
نرودہ	:	کونڈوم
صفائی ہونا	:	حمل گرنا/جنین کا ضائع ہونا
صفائی کرانا	:	اسقاط حمل
سفید پانی	:	سفید مادہ کا اخراج
ست ماسہ	:	سات مہینے

سترنگی کھانا	:	سات رنگ کا کھانا
سہ اونچی	:	دو بچوں کے بچ وقفہ
سووری	:	بچے کی پیدائش کے بعد 40 دن
تندی	:	ناف
اناب	:	سو کھابیر

فہرست

صفحہ نمبر	عناوین	نمبر شمارہ
i	ڈکلیئریشن	1
ii	سرٹیفکیٹ	2
iii	اظہار تشکر	3
v	تلخیص	4
xiii	فرہنگ اصطلاحات	5
xvi	فہرست	6
xxii	جدول کی فہرست	7
xxiii	فکر کی فہرست	8
باب اول: تعارف		
2	مطالعہ کا جواز	1.1
3	تولیدی صحت کے لئے حکومت ہند کے اقدامات	
7	مقالہ کی تنظیم و ترتیب	1.2
باب دوم: مواد کا جائزہ		
14	محفوظ زچگی	2.1
14	شادی	
16	حمل	
19	قبل از پیدائش نگہداشت (ای این سی)	
23	بچے کی پیدائش کی امور و طریقے	
26	بعد از پیدائش نگہداشت (پی این سی)	
28	بچوں کی بقاء	2.2
28	نوزائیدہ کی دیکھ بھال	

32	بچے کو دودھ پلانا	
35	ٹیکہ کاری	
36	بچوں کی اموات	
38	خاندانی منصوبہ بندی	2.3
38	بچوں سے متعلق منصوبہ بندی	
42	مانع حمل	
47	تولیدی امراض	2.4
47	تولیدی ٹلی کے انفیکشن (آرٹی آئی)	
49	ایچ آئی وی ایڈز	
51	خلاصہ	2.5
52	مقاصد	2.6
53	تحقیقی سوالات	2.7
باب سوم: تحقیقی طریقہ کار		
57	وجودیاتی، عملیاتی اور طریقہاتی موقف	3.1
63	جائے مطالعہ	3.2
66	جائے مطالعہ میں تولیدی صحت کی صورت حال	3.3
66	محفوظ زچگی	
67	بچوں کی بقاء	
69	خاندانی منصوبہ بندی	
70	تولیدی امراض	
71	ڈیٹا اکٹھا کرنے کے طریقے	3.4
71	نمونہ کا انتخاب اور ڈیٹا جمع کرنا	3.5
72	ڈیٹا کی جمع آوری اور تجزیہ: موضوعات اور ذیلی موضوعات پر بحث و ارتقاء	3.6
74	جواب دہندگان کی پروفائل	3.7
81	اخلاقی خدشات اور تحفظات	3.8

82	عملی تعارف	3.9
83	مطالعہ کے حدود	3.10
باب چہارم: محفوظ چسپی		
86	شادی اور شادی کی عمر کے بارے میں عام تصور	4.1
86	نوعری میں شادی	
88	کم عمر میں شادی، کم جہیز	
89	عدم تحفظ جلد از جلد شادی کا سب سے بڑا سبب	
90	تعلیم کم عمری کی شادی کو روکنے میں معاون	
91	شادی کی مناسب عمر	
94	حمل اور اسکی معنویت	4.2
94	پہلا حمل، خاندان کا اولین ایجنڈا	
100	حمل کی جانچ	
102	حمل کے دوران رسومات	
105	بیٹے کے جنس کی قیاس آرائی	
108	بیٹے کی پیدائش کی ترکیبیں	
110	قبل از پیدائش نگہداشت کے بارے میں تصورات	4.3
110	قبل از پیدائش نگہداشت (اے این سی) میں جانچیں	
113	حمل کے دوران کھانے کی تشخیص	
120	حمل کے دوران گھریلو کام کاج	
122	حمل کے دوران گھر سے کام کاج	
126	سورج اور چاند گرہن کے اثرات اور ان پر عقیدہ	
128	بچے کی پیدائش اور پیدائش کی جگہ اور تیاریاں	4.4
130	ادارہ جاتی پیدائش	
132	اسپتال میں بچے کی پیدائش اور سرجری کا خوف	
134	گھر پر بچے کی پیدائش	

137	روایتی طریقہ سے گھر پر بچہ کی ولادت	
140	بعد از پیدائش سے وابستہ امور و طریقے	4.5
140	بعد از پیدائش پائی اور ناپائی کے ایام	
144	پیدائش کے بعد کھانے اور نہ کھانے کی اشیاء کا تعین	
148	ملا کی ذلتی حفظان صحت اور پیدائش کے بعد پہلا غسل	
151	دیگر تقریبات	
152	4.6: آشا اور آنگن واڑی کے کردار	
154	4.7: خلاصہ	
باب پنجم: بچوں کی بقاء		
159	نوزائیدہ کا پہلا رونا اور دم گھٹنے کا خطرہ	5.1
160	نوزائیدہ کا پہلا غسل اور ہانپو تھر میا کا خطرہ	5.2
162	دیگر رسومات	5.3
163	دودھ پلانے کے ارد گرد خیال اور ننھے	5.4
164	پریلا کٹیل فیڈز کے ننھے	
168	ملا کا پہلا دودھ اور وہم پرستی	
171	24 گھنٹوں کے اندر دودھ پلانا	
174	24 گھنٹوں کے بعد دودھ پلانا	
175	مدت رضاعت	5.5
177	خصوصی دودھ پلانے کی مدت	5.6
180	نوزائیدہ کی دیکھ بھال سے وابستہ امور و طریقے	5.7
180	وقت سے پہلے پیدا ہونے والے بچے کی دیکھ بھال	
182	نیل کی دیکھ بھال	
185	سر مونڈوانا	
187	ختنہ	
188	نوزائیدہ کی مالش	

189	ٹیکہ کاری	5.8
193	بچوں کے صحت سے متعلق مسائل کی روک تھام	5.9
198	بچوں کی اموات	5.10
200	نظر بد کا خوف	5.11
202	خلاصہ	5.12
باب ششم: حساندانی منصوبہ بندی		
207	فیمیلا سائز کی پیچیدگیاں	6.1
208	لڑکے اور لڑکی دونوں کی خواہش	6.2
209	پہلی ترجیح بیٹے کے لئے	
212	بیٹی کے لئے مشروط خواہش	
213	غیر منظم وقفہ کاری	6.3
215	مانع حمل	6.4
216	جدید مانع حمل کے طریقے	
223	روایتی مانع حمل کے طریقے	
225	استقاط حمل	6.5
227	استقاط حمل کے لئے خود کی ادویات	
229	روایتی استقاط حمل کے طریقے	
232	غیر محفوظ استقاط حمل کی وجہ سے جان کا خطرہ	
233	مسکیرج (خود ہی حمل کا گرنا)	6.6
234	خلاصہ	6.7
باب ہفتم: تولیدی امراض		
237	بانجھ پن	7.1
240	بانجھ پن کا علاج	
242	تولیدی نلی کے انفیکشن	7.2
242	سفید مادہ کا اخراج	

243	پیٹر میں سو جن	
245	حیض سے متعلق پریشانی	
246	بچہ دانی کا باہر آنا	
247	کمر درد	
248	اندام نہانی میں خارش	
249	ایچ آئی وی / ایڈز	7.3
250	علم	
252	رویہ	
254	پریکٹس	
255	خلاصہ	
باب ہشتم: خلاصہ اور سفارشات		
257	خلاصہ	8.1
258	محفوظ زچگی: شادی اور حمل سے لے کر بچے کی پیدائش تک	
266	بچوں کی بقلم: نوزائیدہ نگہداشت سے ٹیکہ کاری تک	
271	خاندانی منصوبہ بندی: بچوں کی تعداد سے نفع حاصل تک	
273	تولیدی امراض: تولیدی نلی میں انفیکشن سے ایچ آئی وی / ایڈز تک	
274	سفارشات	8.2
276	سوشل ورک کی مداخلت	8.3
کتابیات		
ضمیمہ جات		
333	ضمیمہ اول: تصویریں	1
334	ضمیمہ دوم: انٹرویو گائیڈ	2
339	ضمیمہ اول: محقق کا مختصر تعارف	3
352	ضمیمہ چہارم: سرٹیفکیٹ برائے سرقہ جانچ (پلیجرزم چیک)	4

جدول کی فہرست

صفحہ نمبر	عناوین	نمبر شمارہ
64	جدول نمبر: 3.1 تقابلی آبادیاتی پروفائل	1
66	جدول 3.2: محفوظ زچگی کا ایک جائزہ	2
68	جدول 3.3: بچوں کی صحت کا ایک جائزہ	3
69	جدول 3.4: خاندانی منصوبہ بندی کا ایک جائزہ	4
70	جدول 3.5: ایچ آئی وی / ایڈز کا ایک جائزہ	5
74	جدول نمبر 3.6: جواب دہندگان کی عمر	6
75	جدول نمبر 3.7: ازدواجی حیثیت اور خاندان	7
75	جدول نمبر 3.8: ذات	8
76	جدول نمبر 3.9: تعلیمی حیثیت	9
76	جدول نمبر 3.10: پیشہ کی نوعیت	10
77	جدول نمبر 3.11: خاندانی آمدنی	11
77	جدول نمبر 3.12: زندہ بچوں کی تعداد	12
78	جدول نمبر 3.13: خود ہی اسقاط حمل ہونا	13
78	جدول نمبر 3.14: اسقاط حمل کی نوعیت	14
79	جدول نمبر 3.15: بچوں کی اموات	15
79	جدول نمبر 3.16: بچوں کی جائے پیدائش	16
80	جدول نمبر 3.17: مانع حمل کے طریقے	17
80	جدول نمبر 3.18: قبل از پیدائش نگہداشت (اے این سی)	18
81	جدول نمبر 3.19: بچوں کی ٹیکہ کاری	19

168	جدول نمبر 5.1: گھٹی کی اقسام	20
190	جدول نمبر 5.2: ہندوستان میں حفاظتی ٹیکہ کاری پروگرام	21
197	جدول نمبر 5.3: بچوں کی صحت سے متعلق مسائل اور گھریلو علاج	22

فہرست

صفحہ نمبر	عناوین	نمبر شمار
13	فہرست 2.1: مطالعہ میں شامل مواد	1
14	فہرست 2.2: مطالعہ کے اہم موضوعات	2
62	فہرست نمبر 3.1: تحقیقی فلسفہ	3
65	فہرست نمبر 3.2: آٹوگراف اور نئی تہا کا نقشہ	4
278	فہرست نمبر 8.1: فورس فیلڈا تالیس: شادی کی عمر	5
279	فہرست نمبر 8.2: فورس فیلڈا تالیس: حمل	6
281	فہرست نمبر 8.3: فورس فیلڈا تالیس: ڈیلیوری	7
283	فہرست نمبر 8.4: فورس فیلڈا تالیس: بعد از پیدائش دیکھ بھال	8
288	فہرست نمبر 8.6: فورس فیلڈا تالیس: خاندانی منصوبہ بندی	9

باب اول: تعارف



باب اول: تعارف

عالمی ادارہ صحت ہر انسان کے بنیادی حق کے طور پر صحت کے اعلیٰ ترین حصول کے معیار کا تصور کرتا ہے (ڈبلیو ایچ او، 2017a)۔ اس طویل ترغیب بخش مقصد کے باوجود، خواتین کی بنیادی صحت کی دیکھ بھال تک رسائی کی صورت حال بے حد بدتر ہے۔ ہندوستان جیسی مملکت میں، پسماندہ مقامات، غربت، تعلیمی پسماندگی اور روایتی معاشرتی اور ثقافتی عقیدے اور طریقے مل کر صحت کے حق اور ان خدمات تک رسائی پر منفی اثرات ڈالتے ہیں (راؤ، 2004؛ اپادھیائے، 2018؛ پٹیل، 2006؛ بوس، 1988)۔ جبکہ صحت کا تصور "مکمل صحت و تندرستی" سے ہے نہ کہ 'محض بیماری یا کمزوری کی غیر موجودگی' کی صورت حال سے (ڈبلیو ایچ او، 1948) لیکن یہ لوگوں کے عام نظریہ کو نشان زد نہیں کر سکا۔ مزید یہ کہ جب تولیدی صحت کی بات آتی ہے تو، معاملہ 'خاموش' ثقافت میں داخل ہو جاتا ہے اور عوامی صحت کی ترجیح کے طور پر بات کرنے کے لئے کم توجہ دی جاتی ہے (قدیر، 1998)۔

تولیدی صحت کو قومی ریاستوں کے ترجیحی ایجنڈے میں رکھنے کا زیادہ سہرا آبادی اور ترقی کی بین الاقوامی کانفرنس (ICPD) کو جاتا ہے، جو قاہرہ کانفرنس (یو این ایف پی اے، 1994) کے نام سے مشہور ہے۔ اس کے عملی منصوبے کے نتیجے میں ہزاروں ترقیاتی اہداف (یو این ڈی پی، 2001) اور پائیدار ترقیاتی اہداف (یو این ڈی پی، 2015) میں تولیدی حقوق کو مناسب جگہ دینے کی راہ ہموار ہوئی۔ ایس ڈی جی-3 کا مقصد صحت مند زندگی کو یقینی بنانا اور ہر عمر میں ہر شخص کی فلاح و بہبود کو فروغ دینا ہے (ڈبلیو ایچ او، 2020)۔ صنف سے متعلق جنسی اور تولیدی

صحت کے اقدامات کی جگہ ایس ڈی جی-5 میں ہے (ڈبلیو ایچ او، 2016a)

تولیدی صحت تولیدی نظام اور اسکے عمل سے متعلق مکمل جسمانی، دماغی اور سماجی ترقی کی حالت ہے نہ کہ محض بیماریوں یا کمزوری کی غیر موجودگی۔ (یو این ایف پی اے، 1994)۔ خاص طور پر، یہ محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، مانع حمل، تولیدی امراض اور ایچ آئی وی/ایڈز سمیت جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن سے متعلق معاملات میں انتخاب، مواقع اور باخبر فیصلہ سازی پر بات کرنے کو متحرک کرتی ہے (محمد اور دیگر 2003)۔ آئی سی پی ڈی پروگرام آف ایکشن کے نتیجے میں، قومی ریاستوں نے تولیدی صحت کے وسیع فریم ورک کے ارد گرد نئی پالیسیز اور پروگرام تیار کئے اور ان پر عملدرآمد کیا۔ اسی کے چلتے ہندوستان میں، خواتین کی تولیدی صحت اور بچوں کی صحت کی خدمات میں اضافہ دیکھا گیا (جی او آئی، 1997) جس کی وجہ سے انسانی صحت قومی دیہی صحت مہم (جی او آئی، 2005) اور نیشنل اربن ہیلتھ مشن کو صحت عامہ کے ایک بڑے بینر تلے دکھا گیا ہے (جی او آئی، 2013)۔

1.1: مطالعہ کا جواز

ہندوستان میں صحت کے ڈھانچے میں تعمیراتی تبدیلیاں لانے اور مفت صحت کی خدمات فراہم کرنے کے لئے بہت ساری پرچم بردار اسکیمیں، پروگرامس اور مشنوں کی شروعات کے باوجود، صحت اور تولیدی صحت کی خدمات تک رسائی اور استعمال، زیادہ اطمینان بخش نہیں ہے۔ قومی صحت کے سروے میں بتایا گیا ہے کہ حالیہ اعداد و شمار کے مطابق نوزائیدہ اموات ہر ایک ہزار زندہ پیدائش میں 30 ہے بچوں کی اموات ہر ایک ہزار زندہ پیدائش میں 32 ہے اور زچگی کی شرح اموات ایک لاکھ پر 122 ہے جو بہت ہی مایوس کن ہیں (آئی آئی پی ایس، 2016؛ ایس آر ایس، 2018؛ یونیسف، 2018)۔ نیشنل فیملی ہیلتھ سروے 4 (آئی آئی پی ایس، 2016) کے مطابق، زچگی کے دوران مکمل چیک 51 فیصد؛ ادارہ جاتی ڈیوری 78.9 فیصد؛ پہلے ایک گھنٹے کے اندر بچے کو ماں کا دودھ پلانا

41.6 فیصد؛ مکمل طور پر حفاظتی ٹیکے لگائے گئے بچوں کی تعداد 62 فیصد؛ بلع حمل کے استعمال کی شرح 54 فیصد ہے جب کہ اور ایچ آئی وی/ایڈز کے واقعات خواتین میں 908600 ہیں (آئی آئی پی ایس، 2016)۔

تولیدی صحت کی خدمات تک رسائی اور استعمال کی شرح زیادہ اطمینان بخش کیوں نہیں ہے؟ اس سوال پر کئی مطالعات میں غور و خوض کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ متعدد تغیرات جن میں انکے کام کرنے کے طریقوں سے لیکر عدم مساوات تک سبھی شامل ہیں (شرما، 2002؛ پانڈے اور دیگر، 2006؛ گانتر اور دیگر، 2014؛ جیجا بھوئے اور سنتھیہ، 2014؛ کلکرنی، 2014؛ بھان اور دیگر، 2020)۔

لیکن بنیادی سوالات یہ ہیں کہ: خواتین اپنی تولیدی صحت کو کس طرح تصور کرتی ہیں؛ وہ کس طرح تولیدی صحت کو معنی خیز بنانے کا کام کرتے ہیں؛ وہ تولیدی صحت کے مسائل پر کیسے بات چیت کرتی ہیں؛ اور کس طرح معاشرتی اور ثقافتی نظریات ان معنوں اور فیصلوں کی حکمرانی کرتے ہیں؟

اسی تناظر میں یہ مطالعہ تولیدی صحت کے طریقوں اور ان طریقوں کے گرد گہرے معنی اور عمل کو دریافت اور بیان کرنے کے لئے کیا گیا ہے۔

تولیدی صحت کے لئے حکومت ہند کے اقدامات

آزادی کے لئے قومی تحریک کے بڑھتے ہوئے جوش و جذبے کے ساتھ، ہندوستان کی آزادی سے پہلے ہی صحت کی پالیسیاں، حکمت عملی اور اسکیمیں بھی شکل اختیار کرنے لگی۔ 1938 میں نیشنل کانگریس نے نیشنل پلاننگ کمیٹی تشکیل دی (این پی سی)۔ اس کمیٹی نے ملک میں صحت کی صورت حال اور صحت کی خدمات کا ایک مکمل جائزہ لیا (بھڈوری، 2015)۔ اس کے بعد، بھورا کمیٹی کی رپورٹ 1946 میں پیش کی گئی، جس میں، دوسری چیزوں کے

علاوہ، طبی پریکٹس کے معاشرتی رجحان کی ضرورت پر بھی زور دیا گیا، ایک اعلیٰ سطح پر عوام کی شمولیت سے بچاؤ کے کاموں اور اس کے نتیجے میں ماحولیاتی صحت کی نمو پر خصوصی زور دینے کی ضرورت پر بات کی گئی (جی او آئی، 1948)۔ ہندوستان پہلا ترقی پذیر ملک تھا جس نے 1952 میں آبادی پر قابو پانے کے پروگرام کا آغاز کیا تھا (جی او آئی، 2017b)۔ مزید، کمیٹی برائے ہیلتھ سروس اینڈ پلاننگ (مدیر کمیٹی، 61-1956) نے سفارش کی کہ بعض وبائی امراض کے لئے بڑے پیمانے پر مہم چلائی جائے۔ ہر 5000 آبادی کے لئے ایک نرس اور اے این ایم تجویز کیا جائے اور اس آبادی کے دو گنا ہونے پر معاون مرد نرس صحت کارکن کو تجویز کیا جائے (جی او آئی، 1962)۔ زچگی اور بچوں کی صحت کی خدمات کی دیکھ بھال کے لئے سرپو اسٹو کمیٹی، 1974 نے پی ایچ سی پر ایک الگ سے ڈاکٹر اور ایک نرس کی سفارش کی (جی او آئی، 1974)۔

1997 میں، فیملی ویلفیئر پروگرام کے تحت خدمات اور مداخلت کے لئے "ری پروڈکٹیو اینڈ چائلڈ ہیلتھ (آر سی ایچ)" پروگرام شروع کیا (جی او آئی، 1997)، اس پروگرام کا ایک ایسی صورت حال کے حصول کے لئے ہے جس میں خواتین اپنے حقوق کو منظم کر سکیں گی، خواتین اپنے حمل اور بچے کی پیدائش سے بحفاظت گزر سکیں گی (دور اور دیگر، 2009؛ ویڈیانا تھن، 2006)۔ آر سی ایچ پروگرام کا دوسرا مرحلہ یعنی آر سی ایچ-II کا آغاز 2005 میں کیا گیا تھا، اس پروگرام کا مقصد بنیادی طور پر تین اہم صحت کے عناصر میں تبدیلی لانا تھا۔ اس کے علاوہ اس کا مقصد خواتین کو تسلیم شدہ سوشل ہیلتھ ایکٹیویٹس (ASHAs) کے ذریعہ گھریلو سطح پر صحت کی بہتر سہولتوں تک رسائی فراہم کرنا ہے، جو کمیونٹی اور صحت عامہ کے نظام کے مابین ایک انٹرفیس کے طور پر کام کرتی ہیں (جی او آئی، 2020)۔

2013 میں قومی شہری صحت مشن کو قومی صحت مشن کے ذیلی مشن کے طور پر قائم کیا گیا تھا، جس کا دوسرا اہم ذیلی مشن دیہی نیشنل ہیلتھ مشن تھا (جی او آئی، 2013)۔ ان قومی شہری صحت مشن نے مساوی، سستی اور معیاری صحت کی دیکھ بھال کی خدمات تک عالمی سطح پر رسائی کے حصول کو تصور کیا ہے جو لوگوں کی ضروریات کے لئے جو اب وہ ہوں (جی او آئی، 2020)۔ تولیدی زچگی۔ نوزائیدہ بچوں اور نوبلوغ صحت (آر ایم این سی ایچ + اے) کے ذریعہ صحت کے نظام کو مضبوط بنانے پر زور دیا گیا۔

حال ہی میں، بہتر تولیدی صحت کی خدمات کو فروغ دینے کے لئے بہت سارے نقد مراعات کو فروغ دیا گیا۔ متر و نندنا یوجنا کے تحت بچے کی پیدائش سے پہلے اور بعد میں ماں کو مناسب آرام کرنے اور بہتر غذا کے لئے نقد معاوضہ فراہم کیا جاتا ہے۔ نقد رقم کی ترغیب سے حاملہ خواتین اور دودھ پلانے والی ماؤں کو صحت سے متعلق طرز عمل کو بہتر بنانے کی مدد ملی (جی او آئی، 2017)۔ حکومت ہند کے ذریعہ شروع کی گئی پردھان منتری سورکشت ماتریتو مہم (پی ایم ایس ایماے) نے حاملہ خواتین کو مقررہ دن پر مفت معیاری قبل از پیدائش کی دیکھ بھال فراہم کی گئی۔ اس پروگرام سے بچے کی پیدائش سے پہلے اور حمل کے دوران بڑے خطرے کا پتہ لگا کر زچگی کی اموات کو کم کرنے میں مدد ملتی ہے (جی او آئی، 2016)۔

1975 میں ہندوستانی حکومت نے 0 سے 5 سال تک کے بچوں کے لئے انٹیگریٹڈ چائلڈ ڈیولپمنٹ سروسز (آئی سی ڈی ایس) کا آغاز بھی کیا، یہ حکومت ہند کے پرچم بردار پروگراموں میں سے ایک تھا اور یہ بچپن کی دیکھ بھال اور ترقی کے لئے دنیا کے سب سے بڑے اور انوکھے پروگراموں میں سے ایک کے طور پر نمائندگی کرتا ہے، (جی او آئی، 1990)۔ آئی سی ڈی ایس سے مستفید ہونے والے افراد 6 سال سے کم عمر کے بچے، حاملہ اور دودھ پلانے والی مائیں ہیں اور انہیں

اس کے ذریعہ تکمیلی غذائیت حاصل ہوتی ہے، ساتھ ہی ساتھ حفاظتی ٹیکہ لگانا؛ ماں اور بچے کی صحت سے متعلق چیک اپ؛ ریفرل خدمات معمولی بیماریوں کا علاج، 3 سے 6 سال کی عمر کے بچوں کو اسکول سے پہلے کی تعلیم دی جاتی ہے (کپل یو اور دیگر، 1992)۔ دودھ پلانے کے فروغ کے لئے ملک بھر میں ایک پروگرام ہیلتھ اینڈ فیملی ویلفیئر نے 2016 میں ایم اے اے (ماں) پروگرام شروع کیا گیا (جی او آئی، 2016؛ یونیسف، 2016)۔ حکومت ہند نے سن 2020 تک عالمگیر حفاظتی ٹیکوں کے پروگرام کے خصوصی اقدام کے طور پر 25 دسمبر 2014 کو مشن اندر دھنش کا آغاز کیا۔ جس میں ٹی وی، ڈیپتھریا، ٹینسنس، کھانسی، پولیو، خسرہ، کالیرقان اور ہیمو فیلس انفلوئنزا ٹائپ بی پر زور دیا گیا ((جی او آئی، 2014c; 2014b; 2014a; 1993)۔

اسکیموں اور پروگراموں کی کثرت کے باوجود، صحت عامہ کے نظام کے ذریعے ضروری تولیدی صحت کی دیکھ بھال کی خدمات ہندوستان میں زیادہ تر خواتین تک رسائی نہیں ہیں (آئی آئی پی، 2007)۔ اس کی بڑی وجوہات صحت کی سہولیات کی دستیابی، قبولیت اور خاص طور پر عوامی شعبہ صحت کے نظام کا خراب ہونا ہے (باریک اینڈ تھورٹ، 2015)۔ تولیدی صحت کے اشارے میں گذشتہ سالوں میں کچھ بہتری آئی ہے، لیکن یہ اب بھی مطلوبہ اور مختلف بین الاقوامی معاہدوں اور قومی پالیسیوں کے تحت طے شدہ اہداف سے بہت دور ہیں (اسپیڈل اور دیگر، 2009)۔ حکومت ہند نے تولیدی اور بچوں کی صحت کے حوالے سے بہت سے اقدامات اٹھائے لیکن پھر بھی حالت بہتر نہیں ہو پا رہی ہے، صحت سے متعلق خواتین کو درپیش مسائل کی وسیع پیمانے پر اعتراف کیا گیا ہے (بھٹا چار یہا اور دیگر، 2008)۔ ہندوستانی خواتین کی پریشانیوں کا جائزہ لینے اور ان کی نشوونما میں رکاوٹ کو ختم کرنے کے لئے جو بھی کوشش کی جا رہی ہے وہ ان کی معاشرتی حیثیت، ثقافت، روایت اور صحت کے متلاشی رویے پر نظر ڈالے بغیر نامکمل ہے (کیپلا، 2004؛ جو شیاوردیگر، 2008)۔

اس طرح یہ مطالعہ اتر اکنڈ کے نینیتال ضلع کے ہلدوانی شہر میں مسلم خواتین کی تولیدی صحت کے طریقوں کو، برآمد اور بیان کرنے کے وسیع مقصد کے ساتھ کیا گیا تھا۔

1.2: مقالہ کی تنظیم و ترتیب

یہ پی ایچ ڈی مقالہ آٹھ ابواب پر مشتمل ہے جس میں تعارف اور اختتام بھی شامل ہے۔

باب اول: یہ باب مختصر طور پر مطالعے کے وسیع تر سیاق و سباق اور اس مقالہ کو جس طرح سے ابواب میں ترتیب دیا گیا ہے اس پر مبنی ہے۔

باب دوم: یہ باب مواد کے جائزے سے متعلق ہے۔ اس حصے میں مواد کا جائزہ موضوعات اور ذیلی موضوعات میں کیا گیا ہے، جو تولیدی اور بچوں کی صحت کے مختلف پہلوؤں کے گرد گھومتی ہیں۔ مواد کا جائزہ پانچ اہم موضوعات (محفوظ زچگی، بچوں کا تحفظ، خاندانی منصوبہ بندی، تولیدی امراض اور تولیدی صحت) اور مختلف ذیلی موضوعات میں تقسیم کیا گیا ہے۔ مواد کا جائزہ تولیدی اور بچوں کی صحت کے متعلق ایک جامع شکل فراہم کرتا ہے۔ اس باب کا اختتام مطالعہ کے مقصد، اور تحقیقی سوالات سے ہوتا ہے۔

باب سوم: یہ باب تحقیق میں اختیار کردہ تحقیقی طریقہ کار کی تفصیلات فراہم کرتا ہے۔ اس مطالعہ کو معیاری تحقیقی نظریہ اور بیانیہ تحقیقی خاکے کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔ باب کی ابتداء تولید اور بچوں کی صحت کے بارے میں مطالعے کے ایک مختصر استدلال سے کی گئی ہے۔ اس کے بعد یہ تحقیق کی وجودیاتی، عملیاتی اور تحقیقی طریقہ کار کی پوزیشن کو واضح کرتا ہے۔ اس کے بعد اس میں جائے مطالعہ کی وضاحت کی گئی ہے۔ اس میں اعداد و شمار کو جمع کرنے اور جواب دہندگان کی پروفائل کی بھی تفصیلات فراہم کی گئی ہیں۔ مطالعہ میں استعمال ہونے والے اہم الفاظوں کا عملی تعارف دیا گیا ہے۔

اس باب میں فیلڈ میں ڈیٹا اکٹھا کرنے کے عمل اور ڈیٹا اکٹھا کرنے کے دوران اخلاقی خدشات اور تحفظات جو ذہن میں رکھے گئے تھے کی بھی تفصیل موجود ہے۔ اخیر میں مطالعہ کی حدود کو بھی بیان کیا گیا ہے۔

باب چہارم: یہ باب فیلڈ ڈیٹا پر مبنی ہے، جو محفوظ زچگی کے بارے میں بتاتا ہے۔ اس باب میں اتر اکھنڈ کے ہلدوانی شہر میں مسلم خواتین کی زچگی کے محفوظ طریقوں کے معنی سازی کی عکاسی ہوتی ہے۔ زچگی کے دوران استعمال کیے جانے والے طریقوں کو بڑے ذیلی موضوعات کے تحت بحث میں شامل کیا گیا ہے جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے تیار ہوتی ہیں۔ شادی، حمل، قبل از پیدائش کی دیکھ بھال، ڈیلیوری اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال اسکے ذیلی موضوعات ہیں۔

باب پنجم: اس باب میں بچے کے تحفظ سے متعلق طریقوں کو بیان کیا گیا ہے۔ بچوں کے تحفظ پر بحث بہت سے ذیلی موضوعات کے گرد گھومتی ہے جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے تیار کئے گئے ہیں۔ ان موضوعات کو نوزائیدہ، بچوں کا پہلا رونا، غسل، آذان، دودھ پلانا، کولسٹرم، پری لیکٹیٹیل فیڈز، دودھ چھڑانے، بچے کا نال، حفاظتی ٹیکے، بچوں کی اموات، اور بچپن کی بیماری میں تقسیم کیا گیا ہے۔

باب ششم: یہ باب خاندانی منصوبہ بندی کے طریقوں کی عکاسی کرتا ہے۔ خاندانی منصوبہ بندی کے طریقوں کی رفتار بڑے ذیلی موضوعات کے تحت زیر بحث آتی ہے جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے تیار کئے گئے ہیں۔ جس میں بچوں کی تعداد، بچوں کی ترجیح، مانع حمل اور اسقاط حمل کو شامل کیا گیا ہے۔

باب ہفتم: اس باب میں تولیدی امراض کے بارے میں بات کی گئی ہے، ساتھ ہی ساتھ اس میں ایچ آئی وی / ایڈز سے متعلق علم، رویہ اور طریق کار کی بھی وضاحت کی گئی ہے۔

باب ہشتم: اس آخری باب میں تحقیق کے نتائج اور خلاصہ پر بات کی گئی ہے، آگے یہ باب تجویزات اور

سفارشات کی بات کرتا ہے۔ یہ صحت عامہ کی فیلڈ میں سوشل ورک مداخلت کے ارد گرد سفارشات بھی فراہم کرتا

ہے۔

باب دوم: مواد کا جائزہ



باب دوم: مواد کا جائزہ

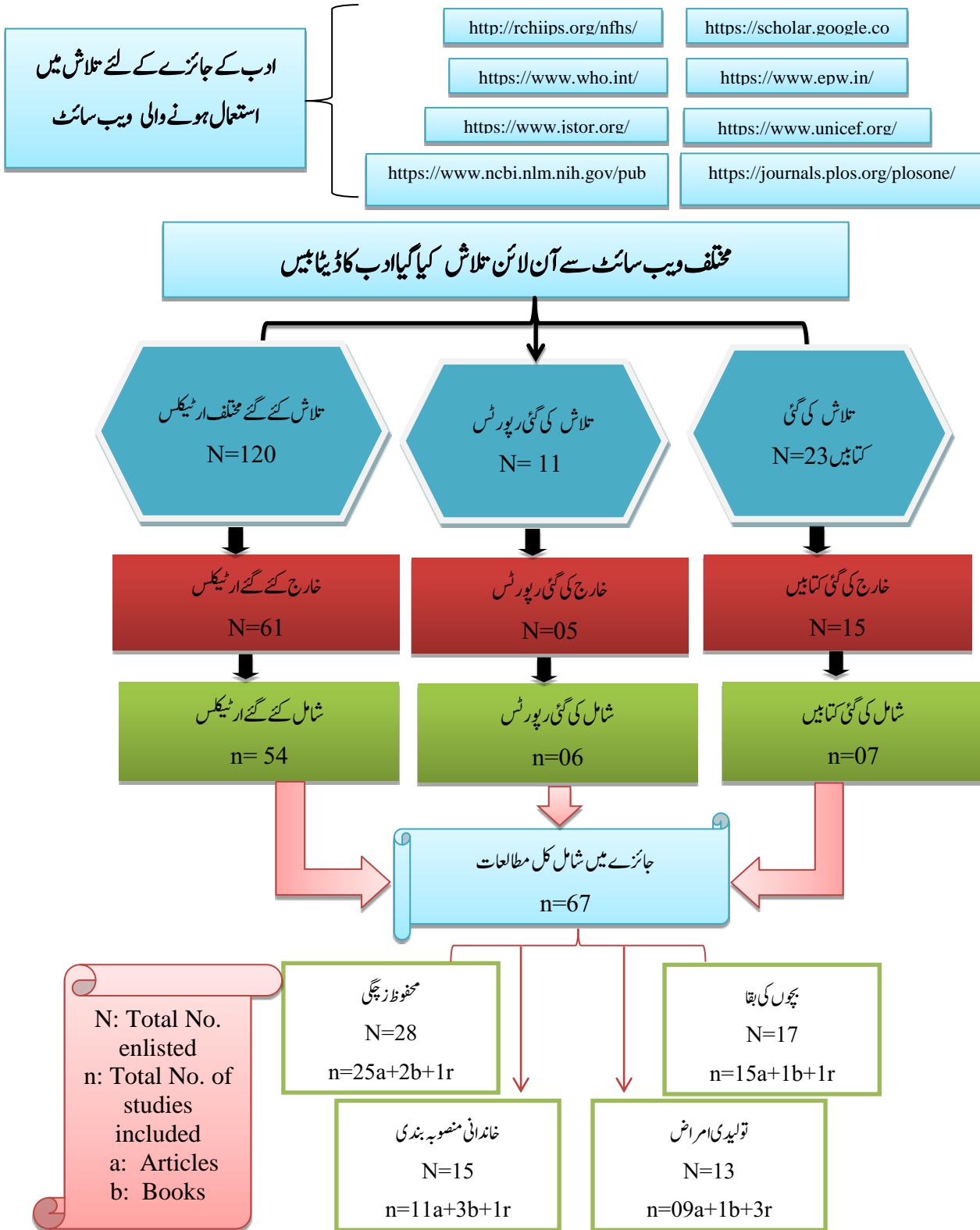
ادب کا جائزہ نہ صرف مسئلہ کی تشکیل کے مرحلے میں بلکہ کسی مطالعہ کو ڈیزائن کرنے کے پورے عمل میں اہم کردار ادا کرتا ہے (روبین اور بیسے، 2008)۔ یہ گذشتہ مطالعات کا ایک مجموعہ ہے جو تحقیقی مسئلے کو سمجھنے کے لئے ایک سمت فراہم کرتا ہے۔ ایک منظم جائزے کی وضاحت اس طرح ہے کہ یہ ایک نقل، سائنسی اور شفاف عمل کے طور پر کی جاتی ہے۔ اس کا مقصد شائع شدہ اور غیر مطبوعہ مطالعات کی مکمل کھوج بین کے ذریعے طریقہ کار اور نتائج کا ایک آڈٹ ٹریل فراہم کر کے جانبداری کو کم کرنا ہے (ٹرانفیا اور دیگر، 2003)۔

اس حصے میں 21 ویں صدی میں خواتین کی تولیدی صحت اور بچوں کی صحت کے مختلف پہلوؤں پر موجود ادب کے بارے میں بات کی گئی ہے۔ جو 2001 سے 2019 تک شائع ہونے والے جائزوں پر مشتمل ہے، جن میں الگ الگ طرح کے تحقیقی جریدے، رپورٹیں اور کتابوں کے ساتھ ساتھ بین الاقوامی ڈیٹا بیس کو شامل کیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ خواتین کی تولیدی صحت کے رجحان کو سمجھنے کے لئے محققہ نے ادب کے جائزے میں پچھلے کچھ کلاسیکی مطالعات جیسے اومان، 1992؛ ٹیل، 1994؛ ناگ، 1994؛ واچ اور دیگر، اور اسٹش، 1996؛ اور چودھری، 1997 بھی شامل کئے ہیں۔ ان جائزوں کو بہت سے سائنسی ڈیٹا بیس سے تلاش کیا گیا ہے جن میں گوگل سائٹ، گوگل اسکالر، پب میڈ، پلس ون، ای پی ڈبلیو، جے اسٹور، ساتھ ہی ساتھ خواتین کی تولیدی صحت پر کام کرنے والی مختلف قومی اور بین الاقوامی تنظیموں کی ویب سائٹس بھی شامل ہیں۔ اس ادب

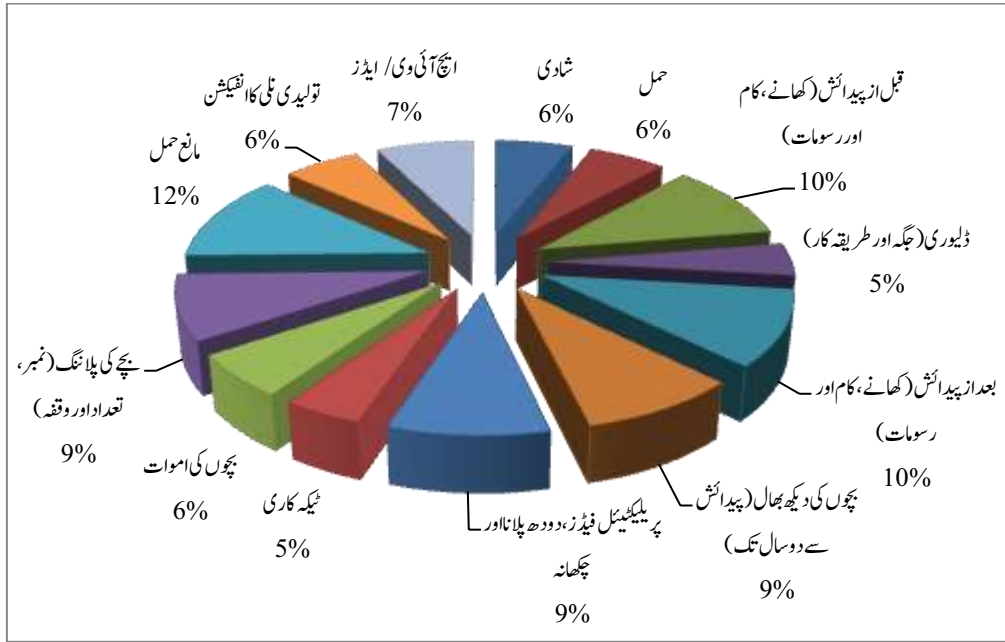
کے جائزے کی پانچ وسیع موضوعات میں درجہ بندی کی گئی ہے: محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، خاندانی منصوبہ بندی، اور تولیدی امراض، اسلام اور تولیدی صحت۔

ادب کی تلاش کے لئے استعمال ہونے والے الفاظوں میں مندرجہ ذیل الفاظ شامل ہیں: 'خواتین کی تولیدی صحت'، 'محفوظ زچگی' ('جلدی شادی'، 'حمل سے متعلقہ مشقیں'، 'قبل از پیدائش دیکھ بھال')، 'حمل کے دوران اور حمل کے بعد کھانے کی مشقیں'، 'حمل کے دوران اور حمل کے بعد کام'، 'بیٹے کی خواہش / جنسی انتخاب اور طریقہ کار'، 'حمل کے دوران اور بچے کی پیدائش کے بعد کی رسومات'، 'ڈلیوری کے طریقہ کار'، 'زچگی کی دیکھ بھال اور طریقہ کار'، 'زچگی موت'، 'اسقاط حمل'، 'بچوں کی بقا' ('بچوں کی دیکھ بھال'، 'پرہیزگار فیڈز'، 'دودھ پلانا'، 'حفاظتی ٹیکہ'، 'بچپن کی بیماری'، 'بچوں کی اموات') 'خاندانی منصوبہ بندی'، 'بچوں کی تعداد'، 'مانع حمل کے طریقے'، 'اسقاط حمل'، 'روایتی مانع حمل کے طریقے' ('تولیدی بیماری'، 'تولیدی بیماری کا انفیکشن' اور 'ایچ آئی وی / ایڈز') اور 'تولیدی صحت اور حقوق سے متعلق اسلامی نقطہ نظر شامل ہیں۔ ان سب کے علاوہ یونائیٹڈ نیشنز پاپولیشن فنڈ (یو این ایف پی اے)؛ یونائیٹڈ نیشنز چلڈرن فنڈ (یو این سی ڈی ف)، عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او)، یونائیٹڈ اسٹیٹس جنسی فائر انٹرنیشنل ڈیولپمنٹ (یو ایس ایڈ)، پاپولیشن کونسل؛ نیشنل ایڈز کنٹرول آرگنائزیشن (این اے سی او)، اور سنٹر برائے تولیدی حقوق (سی آر آر) کا بھی جائزہ لیا گیا۔

گھر 2.1: مطالعہ میں شامل مواد



گھر 2.2: مطالعے کے اہم موضوعات



2.1: محفوظ زچگی

اس موضوع کے تحت، شادی، حمل، قبل از پیدائش دیکھ بھال، بچہ کی پیدائش کے طریقہ کار اور بعد از پیدائش دیکھ بھال پر غور کرنے والے مطالعات کا جائزہ لیا گیا ہے۔

شادی

ایرانی اور روڈساری (2019) نے بتایا کہ خاندان بیٹی کی شادی کرنے کے بعد ان کی تعلیم کی مالی ذمہ داری سے آزاد ہو جاتے ہیں۔ یہ ادب کے جائزہ پر مبنی مطالعہ ہے، جو ان سائنسی ڈیٹا بیس کو تلاش کر کے کیا گیا ہے، اس میں ان مطالعات کو شامل کیا گیا ہے جو 1946 سے 2018 کے درمیان تولیدی صحت کے مسائل میں سرگرم تھے۔ اس تحقیق کے ذریعہ محققین نے معلوم کیا کہ کم عمر میں شادیوں کو ترجیح اس لئے دی جاتی ہے کیونکہ دولہا اور اس کا اہل خانہ سمجھتے ہیں کہ کم عمر کی لڑکیوں کے کنوارے ہونے کا زیادہ امکان ہے۔ جب کہ کم عمر میں شادی، ماں اور اس کے ہونے

والے بچہ کی صحت پر گہرے اثرات مرتب کرتی ہے۔ اس کے علاوہ کم عمری شادی سے جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن / ایچ آئی وی، سروائکل کینسر، جسمانی اور جنسی تشدد، غیر مطلوبہ حمل، حمل کے دوران ماں اور نوزائیدہ کو خطرات، اور خواتین میں افسردگی کا خطرہ بڑھاتا ہے۔ صحیح عمر میں شادی ہونے والی خواتین کے مقابلے میں کم عمر میں شادی ہونے والی خواتین کے 1.7 گنا زیادہ غیر مطلوبہ حمل کے امکانات ہوتے ہیں۔ اس تحقیق میں بتایا گیا ہے کہ کم عمر میں شادی نہ صرف خواتین کی صحت پر اثر ڈالتی ہیں بلکہ انکے ہونے والے بچوں پر بھی اس کے اثرات منعقد ہوتے ہیں، جیسے حمل سے متعلق پیچیدگیاں، جنین کی شرح اموات، کم وزن کے بچہ کی پیدائش اور وقت سے پہلے بچہ کی پیدائش۔

اس مطالعے میں، لائسنسڈ (2015) نے بھارت کی سات ریاستوں کی 19 غیر سرکاری تنظیموں سے تفصیلی انٹرویوز، گروپ انٹرویوز اور فوکس گروپ مباحثے کا استعمال کرتے ہوئے کم عمر شادی سے متعلق مواد جمع کیا ہے۔ انہوں نے دیکھا کہ کم عمری کی شادی مردوں اور عورتوں کے بیچ امتیاز کے ساتھ ساتھ مختلف ذاتوں، مذہبی، معاشی طبقات اور نسلی گروہوں کے مابین ساختیاتی عدم مساوات کو بڑھاتی ہے۔ کم عمری کی شادی کے اسباب اور نقطہ نظر کو صنف، جنسی تعلیم، ثقافت اور معاشرت کے بارے میں مکمل سمجھ کی ضرورت ہے۔ کم عمر میں بچہ کی پیدائش ماں کی صحت پر بھی برا اثر ڈالتی ہے۔

کبریٹ، مینگیسٹی اور ڈیگو (2014) نے اپنے مطالعے میں شادی کی عمر اور محفوظ زچگی کے درمیان تعلقات پر توجہ دی۔ انہوں نے اپنی تحقیق کے لئے ضلع سیناء کے شمال مغربی ایتھوپیا سے کل 802 نمونے منتخب کیے۔ اس مطالعے میں کمیونٹی پر مبنی کراس سیکشنل ڈیزائن اور مقداری طریقہ کار کا استعمال کیا گیا۔ محققین نے اس تحقیق میں یہ مشاہدہ کیا کہ

کم عمری میں خواتین کی شادی، صحت عامہ کی ایک تشویش ہے جو انسانی حقوق کے بین الاقوامی قوانین کی خلاف ہے اور یہ لوگوں، خاندان، معاشرے اور ممالک کی ترقی اور صحت کو نمایاں طور پر خطرے میں ڈالتی ہے۔ معاشرتی، ثقافتی، مذہبی، معاشی سلامتی اور انحصار خواتین کی کم عمری شادی کی وجوہات ہیں۔ بہت ساری ثقافتوں میں، بچوں کی شادی بہت پرانے وقت سے چلا آرہا ایک رواج ہے۔ کم عمر میں شادی کی بنیادی وجوہات: شادی کی قانونی عمر کا علم، معاشرتی اور معاشی فوائد کی خرافات اور کم عمر شادی کے ابتدائی نتائج کے بارے میں کافی حد تک لاعلم ہیں۔ شادی کی صحیح قانونی عمر کے بارے میں آگاہی کے ذریعہ لڑکیوں کو بچہ کی پیدائش کے وقت ہونے والے برے اثرات سے بچایا جاسکتا ہے۔

پرکاش اور دیگر (2011) نے خواتین کی تولیدی صحت اور انکے ہونے والے بچہ کی صحت پر کم عمر شادی کے اثرات کی جانچ پڑتال کے لئے، تیسرے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے کے اعداد و شمار کا استعمال کیا تھا۔ انہوں نے بتایا کہ کم عمر ماؤں کے حمل کے 36 ویں ہفتے سے پہلے ہی بچہ کی پیدائش کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے، طویل وقت تک درد زہ / ڈیلیوری میں پیچیدگی اور بار بار حملہ ہونا جس کے بعد اسقاط حمل ہونے کا بھی خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔ جو خواتین جلدی شادی کر لیتی ہیں ان کے بچوں میں کمی واقع ہونے کے امکان زیادہ ہوتے ہیں۔ کم عمری شادی خواتین کی تعلیم کو محدود کرتی ہے اور انہیں معاشی سرگرمی میں حصہ لینے کے مواقع نہیں دیتی ہے۔

حمل

کانٹ (2014) نے استدلال کیا کہ حمل باؤمیڈیکل مداخلت ہونے کے باوجود اس پر معاشرتی کنٹرول پوری طرح سے غالب ہے۔ انہوں نے حمل کے بارے میں خواتین کی سمجھ اور ان کے تجربات کو سمجھنے کے لئے، بیانیہ تجزیہ کا استعمال کر کے پانچ انٹرویو کے ذریعہ مواد اکٹھا کیا۔ محقق نے استدلال کیا کہ بہتر تولیدی صحت کے لئے سماجی ثقافتی اور

طبی مداخلت کی سخت ضرورت ہے کیونکہ پدرانہ سماج خواتین کی جنسی آئیڈیولوجی کو متاثر کرتا ہے۔ یہ بات اچھی طرح سے جانی جاتی ہے کہ گھریلو کھانے کی اثناء کی تقسیم معیار اور قیمت دونوں کے لحاظ سے جنس کے اطوار سے کی جاتی ہے۔ پیدائش کے دوران، بایومیڈیکل اور ثقافتی ڈھانچے کے مابین ہونے والی بات چیت عمر، پیدائشی ترتیب اور ذات پات سے متاثر ہوتی ہے۔ کم عمر خواتین اپنے حمل کے معاشرتی اور بایومیڈیکل دلائل کو حل کرنے کے لئے دوسروں کے مشوروں کو استعمال کرتی ہیں۔ ثقافتی اصول، عقائد اور طریقہ کار خواتین کے تجربات کو گھیر لیتے ہیں اور انکے حاملہ ہونے کو متاثر کرتے ہیں۔

مشر اور ڈوبے (2014) نے اپنے مطالعے میں تولیدی صلاحیت اور بچہ نہ ہونے پر ہندوستانی خواتین کے نقطہ نظر کو سمجھنے کی کوشش کی ہے، جس کے لئے 20 سے 45 سال کی 250 شادی شدہ خواتین پر بیانیہ تجزیے کے لئے انٹرویو کا استعمال کیا گیا ہے۔ انہوں نے مشاہدہ کیا کہ ہندوستان میں، حمل اور بچہ نہ ہونے پر معاشرتی اور مذہبی اثرات کو ایک اہم مسئلہ سمجھا جاتا ہے۔ اس تحقیق سے پتا چلتا ہے کہ ایک بچہ، شوہر اور بیوی کے تعلقات کو بہتر بنانے میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ بانجھ پن کی اہمیت معاشرتی اور ثقافتی عوامل سے متاثر ہوتی ہے جو معاشروں میں وسیع پیمانے پر مختلف ہوتی ہیں۔ بچے کے بغیر خواتین اور خاندان کو نامکمل سمجھا جاتا ہے، بانجھ پن کی وجہ سے ایک عورت بہت ساری پریشانیوں میں مبتلا ہو سکتی ہے جیسے افسردگی، تکلیف، معاشرتی بدنامی، خود اعتمادی کو کم کرنا، معاشی پستی اور جسمانی تشدد۔ ہندوستانی سیاق و سباق میں، شادی کے فوراً بعد بچے کی پیدائش کو تصور کیا جاتا ہے۔ خواتین نے دعویٰ کیا کہ اگر خدا برکت دیتا ہے تو وہ بچے کی نعمت کو محسوس کریں گی۔ اس حقیقت کے باوجود کہ ہندوستان میں آبادی ایک بہت بڑا مسئلہ ہے، پھر بھی ہر شادی شدہ عورت کے لئے بچے پیدا کرنا ایک اہم مقصد ہے کیونکہ بانجھ پن کو ایک بدنامی سمجھا جاتا ہے۔

اس مطالعے میں، سیٹھور من راور دیگر (2007) نے معیاری تحقیقی نظریہ کے ساتھ تفصیلی انٹرویوز اور گروپ مباحثے کا استعمال کیا ہے یہ تحقیق مہاراشٹرا، راجستھان اور بنگلہ دیش میں کی گئی ہے۔ محققین کا ماننا ہے کہ حمل میں تاخیر کرنا ہے یا جلدی حاملہ ہونادونوں میں سے کس کو چننا ہے اس کے لئے راستوں کا ایک سیٹ موجود ہے۔ مہاراشٹرا میں بہت سے نوبیاہتا جوڑے حمل میں تاخیر کرنے کے حق میں نہیں ہیں، یہاں، مانع حمل کے بارے میں معلومات گھریلو سطح تک نہیں پہنچی ہے۔ لہذا، شادی کے ابتدائی دور میں، خاندان مانع حمل کو قبول نہیں کرتے ہیں اور شاذ و نادر ہی اس پر بحث و تکرار کرتے ہیں۔ اس کے برعکس، راجستھان میں جوڑے کے دوران بچے پیدا کرنے کے لئے بحث و مباحثے کئے جاتے ہیں، کیونکہ حیض کی شروعات سے پہلے شادی شدہ لڑکیوں کو میکہ میں رکھا جاتا ہے جو مؤثر طریقے سے بچے کی پیدائش میں تاخیر کرتا ہے۔ بہر حال، شادی میں، زیادہ تر نوبیاہتا جوڑے ابھی بھی جلد ہی بچہ پیدا کرنا چاہتے ہیں۔ اس تحقیق میں انکشاف ہوا ہے کہ بعض اوقات بانجھ پن کے خوف سے پہلا حمل طویل عرصے تک ملتوی نہیں کرتے جو مانع حمل کے تاخیر سے متعلق ہے۔

چودھری (1997) نے استدلال کیا کہ حمل کے آس پاس بہت سارے عقائد، رواج اور ممنوعات موجود ہیں، انہوں نے حمل پیدائش اور نوزائیدہ نگہداشت سے متعلق حالات کے جائزے کے لئے معیاری طور پر ادب کا تجزیہ کیا۔ اس تحقیق کے مطابق زچگی کو معاشرتی طاقت کا مقام سمجھا جاتا ہے اور ایک دن ہر لڑکی سے شادی اور ماں بننے کی توقع کی جاتی ہے۔ بہت سی ہندوستانی خواتین کو محسوس ہوتا ہے کہ حمل یا بچے کی پیدائش پر ان کا بہت کم یا کوئی کنٹرول نہیں ہے اور یہ سب مردوں سے متاثر ہوتا ہے۔

قبل از پیدائش نگہداشت (اے این سی)

بیگم اور دیگر (2017) نے اپنی تحقیق میں استدلال کیا کہ حمل اور پیدائش سے متعلق الگ الگ قبائلی برادریوں میں مختلف ثقافتی، مذہبی اور روایتی تصورات پائے جاتے ہیں۔ یہ ایک ثانوی اعداد و شمار پر مبنی مطالعہ ہے اور محققین نے ہندوستان کی قبائلی برادریوں سے متعلق 14 مضامین کو حمل اور پیدائش سے متعلق استعمال کیا۔ خواتین نے دعویٰ کیا کہ آرن کی گولیاں جنین کے وزن میں اضافہ کرتی ہیں، اور قدرتی طور پر بچے کی پیدائش کو ناممکن بنا دیتے ہیں، اور مشورہ دیتے ہیں کہ حاملہ خواتین حمل کے دوران کم کھائے جس سے بچہ چھوٹا رہیگا اور پیچیدگیاں بھی کم ہوتی ہیں، اس سے نارمل ڈیلیوری کو یقینی بنایا جاتا ہے۔ قبائلی برادری کی ثقافتی اقدار اور روایات حمل کے طریقوں کو متاثر کرتی ہیں۔ قبل از پیدائش دیکھ بھال، اسپتال میں بچے کی پیدائش اور دودھ پلانے کے تصورات منفی طور پر متاثر ہوئے تھے کیونکہ یہ عقائد اور طرز عمل ان کی ثقافت کا لازمی جزو ہیں۔ تحقیق کے مطابق قبائلی زچہ و بچہ کی صحت کو بہتر بنانے کے لئے ثقافتی طور پر مداخلتوں کی ضرورت ہے۔

لیانگولو (2016) نے اپنے مطالعے میں مشاہدہ کیا کہ زیادہ تر خواتین قبل از پیدائش کی نگہداشت (اے این سی) کے پہلا چیک اپ کرواتی ہیں۔ یہ تحقیق تنزانیہ کے ڈوڈوما میونسپلٹی میں اے این سی کی حیثیت جاننے کے لئے بیانیہ تحقیقی خاکے اور مقداری تحقیقاتی نقطہ نظر سے کیا گیا، جس میں 500 خواتین پر کراس سیکشنل کمیونٹی پر مبنی وضاحتی سروے کیا گیا۔ نتائج کے مطابق زیادہ تر خواتین حمل کے 12 ہفتوں کے بعد ابتدائی اے این سی چیک اپ کے لئے جاتی ہیں۔ اے این سی چیک اپ کے لئے جانے والی خواتین نے دعویٰ کیا ہے کہ انہوں نے تربیت یافتہ صحت کی دیکھ بھال کرنے

والے پیشہ ور سے معیاری دیکھ بھال حاصل کی ہیں۔ لیکن پھر بھی اے این سی خدمات کی قبولیت بڑھانے کی اہم ضرورت ہے۔

ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (2016) نے استدلال کیا کہ "ایک ایسی دنیا کا تصور کریں جس میں تمام حاملہ خواتین اور نوزائیدہ بچوں کو حمل، پیدائش اور پیدائش کے بعد کی مدت کے دوران معیاری نگہداشت حاصل ہو"۔ اے این سی خدمات میں صحت کو فروغ دینا، اسکریننگ، تشخیص اور بیماریوں کی روک تھام شامل ہے اس کے علاوہ یہ زچگی کی دیکھ بھال کے اہم کاموں کے لئے ایک پلیٹ فارم مہیا کرتی ہے۔ حمل کا ایک مثبت تجربہ جسمانی، سماجی و ثقافتی معمول کو بطور تحفظ دیکھا جاتا ہے، ایک بہتر حمل اور کامیاب ڈیلیوری کے ساتھ ماں اور بچے کے لئے صحت مند حمل برقرار رکھنے اور مثبت زچگی کے حصول کے مترادف ہے۔ رپورٹ میں مداخلت کی پانچ اقسام کے لئے رہنما خطوط فراہم کیے گئے ہیں: اے این سی کے استعمال اور کارکردگی کو بڑھانے کے لئے زچگی اور جنین کی تشخیص، تغذیہ بخش / غذائی مداخلتیں، حفاظتی اقدامات اور صحت کے نظام کی مداخلت۔

نیاز اور دیگر (2015) نے علی گڑھ میں 405 خواتین پر سروے اور مقداری تحقیقی نظریہ کا استعمال کیا۔ اس مطالعے میں محققین نے استدلال کیا کہ قبل از پیدائش دیکھ بھال ایک اہم فیصلہ ہے جس سے زچگی کی شرح اموات کم ہوتی ہے اور یہ زچگی کی بنیادی سہولیات میں سے ایک ہے جو ماؤں اور بچوں کی زندگی کی حفاظت کرتی ہے۔ اس تحقیق کے مطابق رسم و رواج اے این سی نہ لینے کی سب سے عام وجہ معلوم ہوئی ہے۔ اس کے علاوہ خواتین کے معاشرتی آبادیاتی عوامل قبل از پیدائش دیکھ بھال کی سہولیات کے استعمال پر اثر ڈالتے ہیں۔ انہوں نے یہ بھی نوٹ کیا کہ معاشرے اور ثقافت کی رسائی اتنی ہی اہم ہے جتنی جسمانی رسائی، روایت اور معاشی رکاوٹیں ہیں۔

اس تحقیق میں، فنلیسن اور ڈاون (2013) میں 15 ممالک (کم اور درمیانی آمدنی والے ممالک) کی 1230 سے زیادہ خواتین کے خیالات کی نمائندگی کرنے والے 21 تحقیقی مطالعے شامل ہیں جن میں خواتین کو مل رہی قبل از پیدائش کی خدمات کے استعمال پر توجہ دی گئی۔ اس تحقیق میں معیاری تحقیقی طریقہ کار کو اپنایا گیا ہے، اس مطالعے کے مطابق ترقی پذیر ممالک میں اے این سی خدمات کا پوری طرح سے استعمال نہیں کیا جا رہا ہے اور اس کی سب سے عام وجہ روایتی عقائد اور طرز عمل ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات پر عملے کے ناقص رویہ کی وجہ سے خواتین قبل از پیدائش خدمات میں تاخیر یا پابندی محسوس کرتی ہے۔ اس تحقیق کے مطابق آئی ایف اے کی گولیاں کھانے کے بعد خواتین کو جلن، متلی اور تیزابیت محسوس ہوتی ہے اور اسی وجہ سے وہ اے این سی کے دوران آئی ایف اے کی گولیوں سے پرہیز کرتی ہیں۔ اس حقیقت کے باوجود کہ حمل کے دوران ماں اور اس کے بچے دونوں کے لئے انیمیا (خون کی کمی) ایک اہم مسئلہ ہے۔ خواتین کا استدلال تھا کہ انھیں حمل کے دوران کوئی پریشانی محسوس نہیں ہوئی ہے لہذا انہیں پیشہ ورانہ نگہداشت لینے کی ضرورت بھی محسوس نہیں ہوئی۔ اس کے علاوہ اے این سی خدمات لینے یا نہ لینے کے فیصلے میں ساس نے مرکزی کردار ادا کیا۔

رینالڈ ز اور دیگر (2006) نے اس تحقیق میں 15 ترقی پذیر ممالک کے ڈیمو گرافک اور صحت سروے کے اعداد و شمار کا تجزیہ کیا، جو ماں اور بچوں کی صحت کی خدمات پر مبنی ہے۔ اس تحقیق میں، محققین نے رائے دی ہے کہ ترقی پذیر ممالک میں 15 سے 19 سال کی خواتین میں موت کی سب سے بڑی وجہ جلدی بچہ پیدا کرنا ہے۔ بہتر اے این سی خدمات کے ذریعے نسوانی پیچیدگیوں کی روک تھام اور اس کا علاج کر کے اس کو بہتر کیا جاسکتا ہے۔ سہارا افریقہ، لاطینی امریکہ اور جنوبی ایشیا میں خواتین کی فیصلہ سازی کی قوت اور اے این سی خدمات کے بیچ گہرا رشتہ ہے۔ تولیدی صحت کے پروگراموں کے ذریعے صحتی اداروں نے نئی ماؤں کے ثقافتی اور معاشرتی تعصبات کو دور کرنا شروع کر دیا گیا ہے۔

یہ ایک تجرباتی مطالعہ ہے جو ثانوی مواد پر مبنی ہے۔ اس تحقیق میں، ناگ (1994) نے حمل کے دوران کھانے کے طریقوں سے متعلق مضمون کا جائزہ لیا ہے۔ انہوں نے دلیل دی کہ تمام معاشروں میں حاملہ ماؤں کے لئے استعمال ہونے والا کھانا نقصان دہ یا فائدہ مند ہونا ان کے ثقافتی اور روایتی عقائد پر مبنی ہوتا ہے۔ ایک صحت مند بچہ کی پیدائش کے لئے ماں کا حمل کے دوران زیادہ سے زیادہ مقدار میں کھانے کے بارے میں مفروضے پائے جاتے ہیں۔ اس تحقیق میں ہندوستان میں حاملہ خواتین کی کم غذائی حیثیت کی تین اہم وجوہات درج کی گئیں: (i) بڑے پیمانے پر غربت؛ (ii) گھریلو خوراک کی تقسیم اور صحت کی دیکھ بھال میں خواتین اور بچوں کے ساتھ امتیازی سلوک، (iii) قبل از پیدائش دیکھ بھال کے معیار میں کمی۔ ہندوستان اور بہت سے دوسرے ممالک میں حاملہ خواتین کو ہدایت دی جاتی ہے کہ حمل کے دوران بنیادی طور پر جنین کے سائز کو محدود کرنے کے لئے انہیں کم کھانا کھانا چاہئے۔ اس کے علاوہ ہندوستان اور بہت سے دوسرے ممالک میں 'گرم تاثیر' اور 'ٹھنڈی تاثیر' کھانے کے تصورات بالکل عام ہیں، لیکن اکثر 'گرم تاثیر' یا 'ٹھنڈی تاثیر' کے طور پر کھانے کی درجہ بندی کرنے کی بنیادی ضروریات واضح نہیں ہوتی ہیں۔ زیادہ تر پھل 'ٹھنڈی تاثیر' کے طور پر سمجھے جاتے ہیں جبکہ کیلا، پیپتا، کستل، انناس اور ایسے ہی تمام پھل کچھ عام اتفاق رائے سے 'گرم' سمجھے جاتے ہیں۔ ہندوستان میں حمل کے لئے سب سے زیادہ نقصان دہ سمجھا جانے والا پھل پیپتا ہے۔

چودھری (1997) نے حمل، ولادت، اور نوزائیدہ دیکھ بھال سے متعلق طریقوں کو سمجھنے کے لئے مختلف ادب کا معیاری جائزہ لیا۔ محقق نے استدلال کیا ہے کہ ہندوستان کے الگ الگ علاقوں اور مختلف ثقافتوں میں کھانے پینے کی چیزیں مختلف ہیں جیسے "گرم تاثیر" یا "سرد تاثیر" کھانا وغیرہ، جنہیں حمل یا زچگی کے دوران کھانے یا نہ کھانے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ لوگ صحت مند بچے کی پیدائش سے خوف زدہ رہتے ہیں، کیونکہ انکا ماننا ہے کہ صحت مند بچے کی پیدائش

ماں کی جان کے لئے خطرہ پیدا کر سکتی ہے، اسی لئے خواتین کو کم کھانے کی صلاح دی جاتی ہے جس سے نارمل ڈیلیوری ہو اور ماں کو کم تکلیف ہو۔ لیکن کچھ خواتین تندرست بچے کی پیدائش کے لئے بہتر غذا لیتی ہیں۔

بچے کی پیدائش کی امور و طریقے

شاہ اور دیگر (2018) نے ضلع چتوان کے پہاڑی اور پلین علاقوں میں دیہاتی ترقیاتی کمیٹیوں میں 10 فوکس گروپ مباحثے اور 12 تفصیلی انٹرویوز کے ساتھ معیاری تحقیقی نظریہ کا استعمال کیا ہے۔ محققین نے پایا کہ صحت اداروں میں بچے کی پیدائش کے ذریعے زچگی کے دوران ہونے والی اموات کو کم کیا جاسکتا ہے۔ انہوں نے پایا کہ ڈیلیوری کی جگہ کو مقرر کرنے میں تین چیزیں بہت اہم کردار ادا کرتی ہیں۔ ڈیلیوری سہولیات تک رسائی؛ سماجی و ثقافتی معیار اور اقدار؛ اور صحت کی خدمات کے معیار کے بارے میں تاثرات۔ بہت ساری خواتین نے واضح طور پر بتایا کہ وہ مرد ڈاکٹروں کو اپنی شرم گاہ دکھانے میں شرم محسوس کرتی ہیں، اسی لئے وہ بچے کی پیدائش کے لئے صحتی ادارے میں نہیں چاہتی۔ زیادہ تر خواتین پیدائش کو ایک عام بات سمجھتی ہیں اسی لئے وہ طبی پیدائش کی کوئی ضرورت نہیں سمجھتی۔ عام طور پر، پہاڑیوں اور میدانی علاقوں میں، زیادہ تر خواتین کا خیال تھا کہ شدید خون بہنے یا طویل دردزہ جیسی پیچیدگیوں کی صورت میں خواتین کو صحت کی سہولت پر لے جانا چاہئے۔ ڈیلیوری کی جگہ کے بارے میں فیصلے شوہر اور ساس کے ذریعے لیا جاتا ہے۔

یہ ایک کراس سیکشنل مطالعہ ہے جو سیزرین سیکشن ڈیلیوری پر مبنی ہے، اجیٹا اور دیگر (2011) نے ناگپور میں 247 حاملہ خواتین سے مواد جمع کرنے کے لئے اسٹیکچر ڈسوالنامے کا استعمال کیا۔ محققین نے استدلال کیا کہ سیزرین سیکشن خواتین میں سب سے زیادہ کئے جانے والے آپریشن میں سے ایک ہے۔ زیادہ تر خواتین سیزرین سیکشن ڈیلیوری کے

بارے میں اچھی طرح سے نہیں جانتی ہیں، اسی لئے اس کی مانگ کم ہے، جب کہ قدرتی طور سے اندام نہانی کے ذریعے بچے کی پیدائش کے لئے بیشتر خواتین حمایت میں تھی۔ اندام نہانی سے بچے کی پیدائش کو ترجیح دینے والی ماؤں نے دعویٰ کیا کہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری زیادہ مشکل ہے اور انہیں لگتا ہے کہ ڈاکٹر/ اسپتال عموماً اندام نہانی کے ذریعے بچے کی پیدائش کے بجائے جان بوجھ کر سیزرین ڈیلیوری کا انتخاب کرتے ہیں۔ جبکہ جن لوگوں نے سیزرین سیکشن ڈیلیوری کے لئے حامی بھری وہ دردزہ سے بچنا چاہتی تھی، اور کچھ خواتین نے نجومی کیلنڈر اور کسی اچھے وقت میں بچے کی پیدائش کی ضرورت کو بھی ترجیح دی اس لئے سیزرین سیکشن ڈیلیوری کرائی۔

رام کرشن اور دیگر (2008) نے اپنے مطالعے میں خواتین میں گھر پر بچے کی پیدائش کے لئے ایک مضبوط ترجیح پائی۔ یہ مطالعہ کرائسٹک کے 11 گاؤں میں دونوں ہی مقداری (سوالنامہ) اور معیاری طریقوں (گہرائی سے انٹرویوز اور ایف جی ڈی) پر مشتمل ہے، اس تحقیق میں 535 خواتین کو بطور نمونہ لیا گیا ہے۔ تحقیق کے مطابق جب دردزہ شروع ہوتا ہے تو، خواتین کو اکثر جڑی بوٹیوں سے بنا کاڑھا دیا جاتا ہے، کیونکہ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے دردزہ کو کم کرنے میں مدد ملتی ہے۔ روایتی طور پر، خواتین کی دردزہ کے دوران چلنے پھرنے کے لئے حوصلہ افزائی کی جاتی ہے، بالآخر بچے کی پیدائش بیٹھا کر کی جاتی ہے۔ طویل دردزہ یا دیگر پیچیدگیوں کی صورت حال میں، خواتین کو سرکاری یا نجی صحت اداروں میں لے جانے کی ضرورت محسوس ہوتی ہے۔ محققین نے یہ بھی پایا کہ گھر پر بچے کی پیدائش والی خواتین میں امراض نسوان اعلیٰ شرح تھی۔ نتائج سے، صحت کی ترتیبات میں بچے کی پیدائش اور زچگی کی دیکھ بھال کے مجموعی معیار کو بہتر بنانے کی گنجائش ظاہر ہوتی ہے۔

کپیلا (2004) کے ذریعہ کی گئی یہ تحقیق خواتین کی تولیدی صحت پر روایتی طریقوں کے استعمال اور ان کا خواتین پر پڑے اثر پر مبنی ہے۔ یہ تحقیق ایک معیاری تحقیق ہے جو تراکھنڈ کے کوماؤں خطہ میں کی گئی ہے، جس میں تراکھنڈ کے نینی تال ضلع کے دو بلاک دھاری اور راکڑھ، جن میں خاص طور پر 6 گاؤں کو شامل کیا گیا ہے اور 18 سے 45 سال کی شادی شدہ 60 خواتین کو بطور نمونہ لیا گیا ہے، مواد کو جمع کرنے کے لئے انٹرویو کا استعمال کیا گیا ہے۔ اس تحقیق میں نینی تال میں صحت اور خاص طور پر تولیدی صحت پر کام کر رہی چراغ تنظیم کا اہم کردار رہا۔ اس تحقیق کے مطابق نینی تال ضلع میں خواتین کو صحت سے متعلق بہت پریشانیوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ حمل کے دوران خواتین کو کم کھانا دیا جاتا ہے کیونکہ یہاں کے لوگوں کا ماننا ہے کہ زیادہ کھانے سے بچہ صحت مند ہوگا جس سے ڈیلیوری کے وقت پریشانیوں کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔ حمل کے وقت خواتین کو بہت زیادہ گھریلو کام کرایا جاتا ہے جس سے ان میں تولیدی صحت کی پریشانیاں ہو جاتی ہے یہاں خواتین اوسط طور سے پانچ بار حاملہ ہوتی ہے اور اسی دوران ان کے کم سے کم ایک بچے کی موت بھی ہو جاتی ہے۔ عام طور پر، گھر میں بچے کی پیدائش علیحدہ کمروں یا گوشالہ میں کی جاتی ہے جس سے گھر ناپاک نہ ہو، بچے کی پیدائش روایتی طور سے دائی کے ذریعہ کرائی جاتی ہے اور دائی ایسے وقت پر خاتون کی چہل قدمی پر زور دیتی ہیں اس کے علاوہ روایتی طور سے جن طریقوں کا استعمال کیا جاتا ہے وہ بہت ہی دردناک ہوتے ہیں جس سے خاتون کو بہت سی پریشانیوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے اس طرح محقق نے اسے تشدد کے طور پر دیکھا ہے۔ ڈیلیوری کے بعد کی دیکھ بھال بھی مختلف پابندیوں کے ساتھ روایتی ہوتی ہے۔ روایتی عقائد خواتین کی زندگی کے ہر مرحلے کو اہمیت اور معنی دیتے ہیں۔ نالوں کو پھل دار درخت کے نیچے دفن کرنے کا عمل قدرت کے ساتھ زندگی کے اتحاد کے تصور کو ظاہر کرتا ہے۔

بعد از پیدائش نگہداشت (پی این سی)

ٹیو اور دیگر (2018) نے سنگاپور میں مقداری تحقیقی نظریہ کا استعمال کیا اور 490 خواتین کا سروے کیا۔ محققین نے بتایا کہ غذائیت کسی شخص کی ذہنی اور جسمانی صحت میں بہت اہم کردار ادا کرتی ہے۔ بعد از پیدائش نگہداشت میں صحت کی بحالی اور دودھ پلانے میں دیری کی وجہ سے خواتین میں غذائی اجزاء کی کمی کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ پہلے مہینے کی زچگی کی خوراک کو "کنٹینٹ ڈائیٹ" بھی کہا جاتا ہے جس میں رسم و رواج، مذاہب اور اقدار سے متاثر منفرد خصوصیات ہیں۔ بعد از پیدائش کی غذا کو روایتی غذا سے الگ مانا جاتا ہے جو پوری دنیا میں چلتی ہیں۔ دودھ، مکھن، گھی، لہسن، اور بعض جڑی بوٹیاں، جیسے اجوائن اور میتھی، زچگی کی مدت کے دوران ماؤں کو دی جانے والی غذا ہیں۔

قمر (2017) نے اپنی تحقیق میں بتایا کہ بچہ کی پیدائش کے بعد ماں کو اپنے خاندان پر اختیار حاصل ہو جاتا ہے۔ اس تحقیق میں محقق نے پاکستان کے دیہی پنجاب علاقے میں مشاہدہ اور انٹرویوز کے ساتھ معیاری تحقیق کا استعمال کیا۔ نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ بچہ کی پیدائش کے بعد ہی ماں کی زندگی جینے کے لائق ہو پاتی ہے۔ ناپاکی ایک مذہبی سوچ ہے جس کا مطلب ہے کہ اس حالت میں نماز یا قرآن پڑھنا سخت منع ہے۔ چھلہ نہانا ایک اصطلاح ہے جسے بچہ کی پیدائش کے بعد چالیسویں دن رسم غسل کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، اس میں یہ پیغام ملتا ہے کہ عورت نے اپنی پاکیزگی کو بحال کر لیا ہے اور اسی کے ساتھ وہ سوا مہینہ مکمل کرتی ہے۔ سوا مہینے (پانچ ہفتوں) کے دوران، ماں اور بچہ گھر سے باہر نہیں جاتے ہیں۔ چھلہ نہانے کے بعد ماں پیدائشی آلودگی / ناپاکی سے پاک ہو جاتی ہے۔ پیدائشی آلودگی / ناپاکی کا ثقافتی تصور ماں کو بری نظریا جادو ٹونے کے خطرات سے دوچار کرتا ہے۔ خواتین نے زچگی کی مدت میں 40 دن میں

صرف پانچ بار رسم غسل کرنے کے بارے میں بتایا۔ زچگی کی مدت کے دوران پیدائشی آلودگی/ناپاکی کے روایتی تصور پر سنجیدگی سے غور کیا جاتا ہے، حالانکہ اس دوران جرائم کے خطرے کی خصوصیات کا تصور ثقافتوں میں مختلف ہوتا ہے۔

للیتا (2016) نے غیر تجرباتی وضاحتی سروے ڈیزائن کا استعمال کیا۔ یہ تحقیق دیہی بنگلور میں 300 خواتین کا سروے کے ذریعہ کی گئی ہے۔ محققہ نے پایا کہ بچے کی پیدائش کے بعد اور زچگی کے دوران استعمال ہونے والی روایتی صحت کے اعتقادات اور روایات ہندوستانی ثقافت میں اب بھی عام ہیں۔ اگرچہ ان سرگرمیوں کی کوئی سائنسی قدر نہیں ہے، لیکن مختلف وجوہات کی بناء پر لوگ اب بھی ان پر قائم رہتے ہیں۔ بہت سی خواتین اب دردزہ اور ڈیلپوری کے قصہ کہانیوں یا لوک عقائد پر یقین نہیں کرتی ہیں، لیکن کچھ خواتین کے ذریعہ اس پر یقین کیا جاتا ہے۔ اس تحقیق میں زچگی اور نوزائیدہ دیکھ بھال اور عقائد اور طریقوں کے مابین ایک اہم مثبت تعلقات کی نشاندہی کی گئی۔

سند اور پال (2013) نے اس تحقیق میں بیانیہ خاکہ کے ساتھ منگلور کے اسپتالوں سے 200 زچگی والی ماؤں پر سروے استعمال کیا۔ محققین کا کہنا تھا کہ بچے کی پیدائش کے بعد عورت کے ساتھ ہونے والا سلوک اس کے ثقافتی پس منظر سے بہت زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ ہر ایک ثقافت میں بچے کی پیدائش سے متعلق اپنی روایتی اور صحت کی دیکھ بھال کے اعتقادات ہوتے ہیں۔ کچھ مائیں بچے کی پیدائش کے بعد پاپا کے لئے خاص غسل بھی کرتی ہیں۔ بچے کی پیدائش کے بعد ماؤں نے گرم تاثیر کا کھانا کھایا۔ سو فیصد زچہ ماؤں کی روحانی سرگرمی پر پابندی تھی۔

یہ تحقیق ثانوی مواد کا جائزہ ہے جس میں ڈینس اور دیگر (2007) نے 20 سے زیادہ مختلف ممالک کے 51 مطالعات کا تجزیہ کیا۔ محققین نے استدلال کیا ہے کہ بچے کی پیدائش سے متعلق رسومات کے دوران، اس سے متعلق خدمات تک رسائی کو بڑھاوا دینے میں مدد مل سکتی ہے۔ نتائج کے مطابق خواتین کو ان تمام سلوک اور رویوں سے باز

آنا چاہئے جنہیں ماں یا بچے کی صحت کے لئے نقصان دہ سمجھا جاتا ہے، جیسے جسمانی مشقت، اپنے بالوں میں کنگھی لگانا یا انہیں دھوپ میں لانا وغیرہ۔ صحت کی بحالی کے لئے مختلف ثقافتوں میں بہت سارے کھانوں کو خاص طور پر فروغ دیا جاتا ہے، جبکہ کچھ کھانوں کو فوری طور پر ہویا مستقبل میں کھانے کے لئے منع کیا جاتا ہے۔ دودھ، گھی، گری دار میوے اور گڑ جیسے گرم کھانوں سے ڈیلوری کے بعد توازن بحال رکھنے میں مدد ملتی ہے۔ بچے کی پیدائش کے بعد کی مدت میں خصوصی کاڑھے، جو جڑی بوٹیاں یا خاص دواؤں کا بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ زچگی کے دوران زیادہ خون بہنے کی حالت میں گوندھ (سوجی، چینی اور گری دار میوے) اور ہلدی پاؤڈر، دودھ اور خشک کھجوروں کے ساتھ جڑی بوٹیوں کا مرکب ملا کر کھایا گیا تھا۔

2.2: بچوں کی بقاء

محققہ کے اس موضوع میں وہ مطالعات شامل ہیں جو نوزائیدہ نگہداشت، دودھ پلانے، حفاظتی ٹیکوں اور بچوں کی اموات سے متعلق ہیں۔

نوزائیدہ کی دیکھ بھال

کونی اور براؤن (2017) نے واضح کیا کہ غیر محفوظ روایتی طور پر نال کی دیکھ بھال کے طریقہ کار صحت عامہ کا ایک اہم مسئلہ ہے۔ نال کے دیکھ بھال کے طریقوں کو سمجھنے کے لئے انہوں نے کم اور درمیانی آمدنی والے ممالک کے 65 آرٹیکلز کا جائزہ لیا۔ نتائج کے مطابق زندگی کے پہلے مہینے میں، بچوں کی اموات کی تیسری سب سے اہم وجہ نوزائیدہ سسپیس ہے۔ نال کے کاٹنے پر شروعات میں اس پر بیکیٹیریا کا اثر ہو سکتا ہے جو نوزائیدہ بچوں کی سسپیس اور موت کا باعث بن سکتا ہے۔ نوزائیدہ بچوں کے نال کی حفظان صحت ترتیبات کے ذریعے نوزائیدہ اموات کو کم کیا جاسکتا ہے۔

کچھ معاملات میں پایا گیا کہ نال پر استعمال کئے جانے والے کوہل اور سرے میں کچھ نقصان دہ عناصر جیسے لیڈ اور امونیا زیادہ تر شامل ہوتے ہیں، جو بچہ کی صحت کے لئے بہت خطرناک ثابت ہو سکتے ہیں۔ تاہم، اس جائزے میں نوٹ کیا گیا ہے کہ نال کی دیکھ بھال کے مختلف طریقوں اور اعتقادات نے مقامی ثقافت کے ساتھ رویے میں تبدیلی کے لئے کسی بھی نقطہ نظر کو سیاق و سباق بنانے کی ضرورت کی نشاندہی کی ہے۔

جوہن اور دیگر (2015) نے بچہ کے نال کی دیکھ بھال کرنے سے متعلق دیسی طریقوں کو جاننے کے لئے نائیجیریا کے ڈیلٹا ریجن کی 10 دیہی کمیونٹیوں کی 307 خواتین کو چنا۔ اس مطالعے میں فوکس گروپ ڈسکشن، تفصیلی انٹرویو اور مشاہدے کے ساتھ مقداری اور معیاری دونوں طرح کے تحقیقی نقطہ نظر کا استعمال کیا۔ محققین کے مطابق بیشتر ممالک میں، نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال پر روایتی عقائد، طرز عمل اور طریقوں کا غلبہ ہے۔ لہذا، ان طریقوں کو بچوں کے تحفظ، نشوونما، ترقی اور بہبود کے لئے مناسب سمجھا جاتا ہے۔ عام طور پر بہت ساری ثقافتوں میں بیمار بچوں کے لئے لوگ طبی علاج ڈھونڈنے سے پہلے گھریلو علاج استعمال کرتے ہیں، بعض اوقات اسی وجہ سے بچوں کو بچانے میں بہت دیر ہو جاتی ہے۔ خاص طور پر دیہی برادریوں میں کچھ لوگ بچوں کے علاج کے لئے دیسی طریقوں کا استعمال کرتے ہیں۔ ان میں سے ایک دیسی مساج ہے جو پیدائش کے بعد سے تیسرے دن سے لے کر نو مہینے تک دی جاتی ہے، لیکن زیادہ تر پہلے 6 ماہ تک ہی دی جاتی ہے۔ اسکے علاوہ نال کے گرنے سے پہلے اور بعد میں، نال پر مختلف مادے لگائے جاتے ہیں جیسے انجن کا تیل یا پام آئل، لکڑی کی راکھ، گرم جڑی بوٹیاں اور چھاتی کا دودھ وغیرہ۔ نوزائیدہ، شیر خوار اور بچوں کی اموات کو کم کرنے کے لئے برادری کی وسیع پیمانے پر شمولیت، تربیت اور ثقافت سے متعلق بچوں کی دیکھ بھال کے طریقوں کو پالیسیوں کے ساتھ ایڈجسٹ کرنے کی ضرورت ہے۔

ویلز اور ڈائٹس، (2014) نے اس مطالعے میں ان 32 اریٹیکس کا جائزہ شامل کیا جو ان ہندوستانی خواتین پر مبنی تھے جنہوں نے اپنے بچوں کو بیرون ملکوں میں پیدا کیا۔ اس مطالعے کے مطابق بچہ کی پیدائش صرف ایک حیاتیاتی واقعہ نہیں ہے، اور نہ ہی یہ انفرادی اور الگ تھلگ تجربہ ہے۔ بچوں کی پیدائش سے متعلق ہندوستانی روایات لوگوں اور ان کے معاشروں کے عقائد اور توقعات کی عکاسی کرتے ہیں۔ لوگوں کا ماننا ہے کہ ولادت کے بعد بچہ ناپاک ہوتا ہے، لہذا پیدائش کے بعد فوری طور پر غسل لازمی ہونا چاہئے۔ بچوں کی ہڈیوں کو مضبوط اور اسے صحت مند کرنے کے لئے تیل کی مساج کی جاتی ہے جسے بہت اہمیت دی جاتی ہے۔ اس مطالعے میں دیہی خواتین میں بچے کا وزن چیک کرنے میں معاشرتی اور ثقافتی تذبذب کا سامنا کرنا پڑا، کیونکہ ان کا خیال ہے کہ اس سے نہ صرف زچگی کی رسم میں رکاوٹ پیدا ہوگی بلکہ بچے کو 'بری نظر' لگنے کے خطرے کا سامنا کرنا پڑے گا۔ بری روحوں کو روکنے کے لئے پیشانی، چہرے یا کسی اور جگہ سیاہ رنگ کا ٹیکہ لگایا جاتا ہے۔

اس تحقیق میں سنندا اور پال (2013) نے بیانیہ خاکہ کے ساتھ منگور کے اسپتالوں سے 200 زچگی والی ماؤں پر سروے کا استعمال کیا۔ محققین نے بتایا کہ زچگی والی ماؤں نے بچے کے نال پر جڑی بوٹیوں کی دوائیوں کا استعمال کیا۔ اس تحقیق میں انکشاف کیا گیا ہے کہ مسلم خواتین نے اپنے بچوں کا نال گرنے کے بعد میں روایتی طور پر ناریل کے درخت کے نیچے گاڑھا یا چودہ دن بعد بچے کے پہلے بالوں کے ساتھ ندی کی دھارا میں ڈال دیا جاتا ہے۔ بچوں کو بری نظر سے بچانے کے لئے کاجل اور سیاہ دھاگے کی ترتیب کی جاتی ہے۔

پوری اور دیگر (2010) نے ختنہ سے متعلق مختلف ادب کا جائزہ لیا، تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ ختنہ دنیا کا قدیم ترین اور متنازعہ جراحی طریقوں میں سے ایک ہے اور یہ مسلمانوں اور یہودیوں میں تقریباً عالمگیر ہے۔ ختنہ عضو تناسل

سے اوپری خال کا ہٹانا ہے۔ مختلف ممالک میں بہت سارے طبی ادارے اس بات کو قبول کرتے ہیں کہ ختنہ سے صحت سے متعلق فوائد حاصل ہو سکتے ہیں، لیکن بچوں کا ختنہ کرنے کا کوئی طبی جواز نہیں ہے۔ مردانہ ختنہ بڑے پیمانے پر عمل کیا جاتا ہے اور اسلام میں ایک سنت سمجھا جاتا ہے جبکہ یہودیت میں خدا کا حکم سمجھا جاتا ہے۔ نوزائیدہ بچے کی ختنہ کرنے کے فوائد اور خرابیاں دونوں ہوتی ہیں۔

بھٹاچاریہ اور دیگر (2008) نے نوزائیدہ بچوں کے وزن کے بارے میں سماجی و ثقافتی رسم و رواج اور عقائد پر توجہ دی ہے۔ انہوں نے اس تحقیق میں معیاری تحقیقی نظریہ کا استعمال کیا اور اس مطالعے میں فوکس گروپ مباحثے کے ذریعہ ماؤں اور دائی (ٹی بی اے) سے ڈیٹا اکٹھا کیا۔ کم وزن بچے کی پیدائش (ایل بی ڈبلیو) کی اہم وجوہات زچگی کی تغذیہ، خراب صحت، اور صحت عامہ کے تناظر میں قبل پیدائش کی دیکھ بھال کی کمی ہو سکتی ہیں۔ ادارہ جاتی ولادت میں نوزائیدہ کا وزن زیادہ درست دیکھا گیا۔ زچگی کی مدت ختم ہونے کے بعد ہی بچے کو باہر لے جایا جاتا ہے، ساتھ ہی ساتھ باہر کے لوگ بھی بچے سے نہیں مل سکتے ہیں۔ معاشرتی نفسیات نے 'بری نظر' کے خیال کو دل کی گہرائیوں سے گھیر لیا گیا تھا، بچے پر ڈالنے والی 'بری نظر' بچے کی بیماری یا دودھ نہ پینے کی وجہ ہو سکتی ہے۔ اس تحقیق میں بتایا گیا ہے کہ صحت کے بہتر نتائج پر توجہ دینے کے لئے، بچے کی پیدائش سے منسلک مخصوص ثقافتی روایات کو سمجھنا چاہئے اور ان کی قدر کی جانی چاہئے۔

گیٹرڈ اور شیخ (2001) نے مشاہدہ کیا کہ مسلم بچے کو بہت سے اسلامی حقوق حاصل ہوتے ہیں۔ ان میں ایک جائز طرح سے پیدا ہونے کا حق، اپنے والدین کو پوری طرح سے جاننا، اپنے حق کا دودھ پینا، اور عزت و احترام کے ساتھ تربیت کا حق شامل ہے۔ مطالعے کے مطابق پیدائش کے فوراً بعد، شیر خوار کو دودھ پلانے سے پہلے، نرم کھجور کا ایک

چھوٹا سا ٹکڑا منہ کے اوپری تالو میں آہستہ سے رگڑا جاتا ہے۔ باپ یا معاشرے کے قابل قدر ممبر کے ذریعہ بچے کے دائیں کان میں اذان دینا عام بات ہے۔ مثال کے طور پر، پیدائش کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو، اذان دلانا چاہئے۔ مسلم معاشرے کے کچھ حصوں میں، عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ماں کا پہلا کھیس بچے کے لئے نقصان دہ ہوتا ہے یا اس میں غذائیت کا ناقص معیار ہوتا ہے۔ خواتین نو مولود کو خراب صحت سے بچانے کے لئے گلے میں تعویذ پہناتی ہیں۔ عام طور پر مسلمان، مردانہ ختنہ کو حفظان صحت کے مقاصد کے لئے ضروری سمجھتے ہیں۔

بچے کو دودھ پلانا

افسانہ اور دیگر (2019) نے اس تحقیق میں پایا کہ پیدائش کے ایک گھنٹہ میں ہی دودھ پلانے اور نوزائیدہ اموات کے مابین ایک الٹا تعلق ہونے کے باوجود، ہندوستان میں دودھ پلانے میں تاخیر اور خصوصی دودھ پلانے کی ایک محدود مدت میں کمی دیکھی گئی ہے۔ کیونکہ دودھ پلانے میں تاخیر کو لوگوں نے نارمل سمجھ کر عام فہم کا حصہ بنا لیا ہے۔ دودھ پلانے سے پہلے ہلدوانی، علی گڑھ اور حیدرآباد کے بیانات، اذان اور دودھ پلانے کی شروعات سے پہلے پر بلیکٹیل فیڈز جیسے طریقوں میں مشترکات کا مظاہرہ کرتے ہیں۔ کیونکہ ان دونوں طریقوں کو مذہبی ذمہ داری کا حصہ سمجھا جاتا ہے۔ لیکن ہلدوانی اور علی گڑھ کے برعکس، حیدرآباد میں پہلے دودھ پلانے کی شروعات ہوتی ہے اور خصوصی طور پر دودھ پلایا جاتا ہے۔

یہ ایک کراس سیکشنل مطالعہ ہے جس میں خان اور دیگر (2017) نے سندھ، پاکستان سے 2166 خواتین کو بطور نمونہ لیا۔ محققین نے محسوس کیا ہے کہ بچوں کی زندگی کے ابتدائی دو سال انکو بہتر صحت، نشوونما اور ترقی کو یقینی بنانے کے مواقع مہیا کرتے ہیں۔ دودھ پلانے کے بہترین طریقوں میں بچے کی پیدائش کے ایک گھنٹے کے اندر دودھ پلانا

شروع کرنا، چھ ماہ تک خصوصی دودھ پلانا، اور دو سال تک یا اس سے زیادہ عرصہ تک دودھ پلانا جاری رکھنا شامل ہیں۔ تکمیلی مناسب خوراک میں پانچ سال کی عمر تک کے بچوں میں غذائی قلت کو کم کرنے اور انکی شرح اموات کو متاثر کرنے کی زبردست صلاحیت موجود ہے۔ جنوبی ایشیائی ممالک میں ایک عام ثقافتی رواج ہے کہ تکمیلی غذا کو شروع کرنا ضروری ہوتا ہے۔ شواہد سے پتہ چلتا ہے کہ زچگی کے دوران ماں کی تعلیم، تکمیلی خوراک، غذائی تنوع اور کھانے کی مدت کو متاثر کرتی ہے۔ موجودہ بچوں کو کھلانے کے طریقہ کار ناقص ہیں اور یہ زچگی کی عمر، ناخواندگی، بیروزگاری اور غربت سے وابستہ ہیں۔ لہذا، زچگی کی تعلیم اور ماں کے روزگار کی حیثیت کو بہتر بنانے پر توجہ دی جانی چاہئے۔

داول اور دیگر (2014) نے اس تحقیق میں پایا کہ بہترین صحت کی بنیاد بچپن میں بچے کو خصوصی دودھ پلانا ہے۔ اس تحقیق میں مقداری تحقیقی نظریہ کے ساتھ کراس سیکشنل اسٹڈی کا استعمال کیا، محققین نے اس تحقیق کے لئے مہاراشٹر کے لمبگاؤں، ٹپا اور موگات کی 7629 خواتین کو بطور نمونہ استعمال کیا۔ شہد، گڑ کا پانی، چینی کا پانی، بکرے کا دودھ اور ارنڈی کا تیل جیسے پری لیکٹنل فیڈز اس عقیدے کے تحت دئے جاتے ہیں کہ یہ ہائیڈریٹنگ ایجنٹوں یا صفائی کے ایجنٹوں کے طور پر کام کرتے ہیں یا بچے کے پہلے پاخانے کو صاف کرنے کے ایک ذریعہ کے طور پر کام کرتے ہیں۔ یہ فیڈز بچے کو دودھ پینے کی عادت سے روکتے ہیں اور پری لیکٹنل فیڈز کو بڑھاوا دیتی ہیں اور بالآخر ماں کا اعتماد بھی دودھ پلانے کی صلاحیت میں کم ہو جاتا ہے۔ پری لیکٹنل فیڈز کا استعمال ان ماؤں میں زیادہ عام تھا جنہیں اے این سی کے دوران پری لیکٹنل فیڈز سے متعلق مشاورت نہیں ملی تھی۔ پری لیکٹنل فیڈز استعمال کرنے والی ماؤں سے گفتگو کرنے سے ثقافتی طریقوں اور تعلیمی مواقع پر غور کرنے کا موقع ملتا ہے۔ نوزائیدہ بچوں کو مٹھائی کھلانے کی جڑیں ثقافت میں بہت گہرائی تک پیوست ہیں، اور ان ضرورتوں پر احترام اور توجہ کے ساتھ صحت کے کارکنوں کو ان پر مداخلت کرنے کی ضرورت ہے۔

سیڈو (2013) نے اس تحقیق میں مقداری تحقیقی نظریہ کا استعمال کر کے 14 خواتین سے تفصیلی انٹرویو کئے۔ محققین نے اس تحقیق میں استدلال کیا کہ نوزائیدہ بچوں کے لئے، ماں کا دودھ سب سے بہتر، نامیاتی اور محفوظ کھانا سمجھا جاتا ہے۔ دودھ پلانے کی ابتدائی شروعات، خاص طور پر پیدائش کے بعد، پہلے گھنٹے کے اندر، دودھ پلانے کے عمل کے لئے بنیادی اہمیت کا حامل ہے اور یہ دودھ پلانے کی کامیابی کی طرف پہلا قدم ہوتا ہے۔ پری لیکنٹل فیڈز نوزائیدہ بچوں کو دودھ پلانے میں تاخیر کرنے والی رکاوٹوں میں سے ایک ہے۔ نوزائیدہ بچوں میں بیماری اور اموات کی روک تھام کے لئے خصوصی دودھ پلانے کو صحت عامہ کے ایک اہم وسائل کے طور پر شناخت کیا گیا ہے۔ بچوں کو چھ ماہ سے زیادہ مدت تک خصوصی دودھ پلا کر بچپن کی بڑی بیماریوں کے حالات سے نمایاں طور پر محفوظ کیا جاسکتا ہے۔

اس تحقیق میں بند یو پادھیائے (2009) نے ہندوستان میں مغربی بنگال ریاست کے چار گاؤں سے 444 جواب دہندگان کا انتخاب کیا۔ معیاری اور مقداری دونوں طرح کے تحقیقی نظریہ کے ساتھ سوالنامے، تفصیلی انٹرویوز اور کیس اسٹڈیز کا استعمال کیا گیا۔ انہوں نے اس پر تبادلہ خیال کیا کہ ترقی پذیر ممالک میں دودھ پلانے کی میعاد ختم ہونے کی زیادہ توجہ دودھ کی کمی، دوبارہ حمل اور دودھ پلانے سے انکار ہے۔ دودھ پلانے کے ابتدائی آغاز سے بچنے کی ایک سب سے اہم وجہ کھیس (ماں کا پہلا پیلا گڑا دودھ) کو ضائع کرنا ہے۔ جب کہ میڈیکل تحقیقوں سے پتا چلتا ہے کہ کھیس میں امیونو گلوبولین، لائوسوزائیم، اور لیکٹوفیرن شامل ہیں، جو نوزائیدہ ہسپٹیسیمیا، اسہال، اور شدید سانس کی بیماریاں لگنے سے بچانے میں مدد کرتا ہے، اس طرح اس سے بچوں کی شرح اموات میں کمی واقع ہوتی ہے۔

ٹیکہ کاری

ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (2019) نے بتایا کہ حفاظتی ٹیکہ کاری وہ عمل ہے جس کے ذریعہ کوئی فرد عام طور پر متعدی بیماری سے بچ سکتا ہے عام طور پر ٹیکے صحت انتظامیہ کے ذریعہ مہیا کرائے جاتے ہیں۔ یہ صحت کی سب سے زیادہ سرمایہ کاری میں سے ایک ہے، جس کو سب سے کمزور آبادی تک پہنچایا جا رہا ہے جہاں بہت مشکلات ہیں۔ ہر سال، ڈبلیو ایچ او اور شراکت داروں کے ذریعہ اپریل کے آخری ہفتے کو عالمی حفاظتی ٹیکوں کا ہفتہ نامزد کیا گیا ہے۔ معمول کے مطابق حفاظتی ٹیکوں کے پروگرام جیسے ڈی ٹی پی ویکسینیشن پوری 3 خوراک ابھی بھی 19.9 ملین نوزائیدہ بچوں تک نہیں پہنچ پائی ہیں۔ عالمی سطح پر ان میں سے 60 فیصد بچے افغانستان، ایتھوپیا، انگولا، ہندوستان، عراق، انڈونیشیا، نائیجیریا، جنوبی افریقہ پاکستان، اور کانگو جمہوریہ جیسے 10 ممالک میں رہتے ہیں۔

موگڈا (2017) نے اپنی اس تحقیق میں معیاری اور مقداری دونوں طریقوں کے ساتھ ایک وضاحتی مشاہداتی مطالعہ کیا۔ اس نے گورنمنٹ جنرل ہسپتال، کاکینڈا سے 377 ماؤں کا انتخاب کیا۔ محقق نے استدلال کیا ہے کہ ٹیکہ کاری اب تک کا سب سے عمدہ سائنسی نتائج میں سے ایک ہے۔ یہ بہت سارے بچوں کو خوفناک بیماریوں سے بچاتا ہے، جس کی وجہ سے بہت سارے والدین سکون کی سانس لے رہے ہیں۔ ٹیکہ کاری کے عمل میں رکاوٹوں کی سب سے اہم وجوہات: منفی اثرات اور ویکسین کے تضادات کی غلط فہمی، ہلکی بیماری کی ٹیکے سلسلے میں منفی خیالات، منفی رویہ جیسے والدین کا رویہ، مثال کے طور پر، والدین کو ٹیکہ کاری پر اعتماد کم ہونا وغیرہ شامل ہیں۔

احمد اور دیگر (2010) نے اس تحقیق میں معیاری اور مقداری دونوں طریقوں کا اطلاق کیا اور یو پی کے 12 اضلاع سے 225 دیہاتوں کا انتخاب کیا۔ انہوں نے بتایا کہ پولیو ٹیکے کے علاوہ خواتین میں دوسری بیماریوں سے بچنے کے لئے

پائی جانے والی ویکسین کے بارے میں بہت کم آگاہی تھی۔ خاص طور پر اتر پردیش کے مغربی خطے میں ٹیکہ کاری نہ کروانے کی خاص وجوہات میں کم عمر ماؤں کی محدود اور خاندانی تعاون نہ ہونا تھا۔ حفاظتی ٹیکے نہ لگوانے کی ایک اہم وجہ اس شعور کی کمی ہے کہ اگر کسی بچے کے ویکسین کی ایک خوراک لگنے سے رہ بھی گئی تب بھی حفاظتی ٹیکوں کو جاری رکھا جاسکتا ہے۔ ٹیکہ کاری کے ضمنی اثرات کا علم پوری حفاظتی ٹیکہ سازی کے لئے ایک اہم سہولت کار ثابت ہوا ہے۔ اے این ایم اور آشا حفاظتی ٹیکہ کاری کے اہم سہولت کار اور صحت سے متعلق معلومات اور مشورے کا ایک قابل اعتماد ذریعہ ہیں۔

بچوں کی اموات

الٹجانی اور دیگر (2018) نے استدلال کیا ہے کہ اسٹل برتھ (پیدائش سے پہلے بچے کی موت) علمی سطح پر صحت کا ایک بہت بڑا مسئلہ ہے جو روزانہ لگ بھگ 7000 سے زیادہ خاندانوں کو متاثر کرتا ہے اور ساتھ ہی ساتھ اس کے ذہنی، معاشرتی اور معاشی نتائج بھی ہوتے ہیں۔ یہ ہندوستانی سالانہ صحت سروے (2010-2013) کے ڈیٹا کا کراس سیکشنل تجزیہ ہے۔ اس تحقیق میں محققین کا کہنا تھا کہ ہندوستان میں زچگی کو بہتر بنانے کے لئے بہت ساری کوششوں کے بعد بھی پیدائش میں معاشرتی اور معاشی عدم مساوات پائی جاتی ہیں اور بچاؤ کے خطرے کے عوامل زچگی اور جنین کی پیچیدگیوں میں پائے گئے ہیں۔ ہندوستان میں مذہبی اقلیتی گروہوں سے تعلق رکھنے والی خواتین میں اسٹل برتھ کے بڑھتے ہوئے امکانات ثقافتی پابندیوں کی نشاندہی کی وجہ سے ہو سکتے ہیں اور عدم مساوات بھی جن کی وجہ سے اقلیتی گروہ ان کی صحت کی دیکھ بھال کرنے والے رویوں کو متاثر کرتے ہیں۔ اے این سی کو بہتر بنانا اور زچگی اور جنین کی پیچیدگیوں کو بروقت پتہ لگانے کا موثر انتظام، بچپن میں ہونے والی اموات / اسٹل برتھ کو کم کر سکتے ہیں۔ آشا اور آنگن

واڑی عملہ حاملہ خواتین کے ساتھ متواتر مداخلت کے ذریعہ بروقت خطرے کے علامات کا پتہ لگانے میں اہم کردار ادا کر سکتے ہیں۔

اس تحقیق میں نانک (2016) نے مختلف مضامین کا جائزہ لیا اور بتایا کہ اسٹل برتھ ماں اور ڈاکٹر دونوں کے لئے ایک تکلیف دہ تجربہ ہے۔ طبی ترقی کے باوجود، جنین میں شرح اموات ابھی بھی زیادہ بنی ہوئی ہے۔ وقت سے پہلے نال کا الگ ہو جانا، حمل سے متعلق ہائی بلڈ پریشر، بہت زیادہ خون کا بہنا اور انتہائی انیمیا جیسے طبی حالات کی وجہ سے خطرناک حالات پیدا ہو سکتے ہیں۔ انٹر پارٹم اسٹل برتھ کی عام وجوہات میں وقت سے پہلے بچے کی پیدائش، پیدائش کے وقت چوٹ لگنا، پیدائش کے وقت بچے کا دم گھٹنا، بچوں میں پیدائشی خرابی، وقت کے بعد بچے کی پیدائش (حمل 40 سے 42 ہفتوں کے بعد) اور نال سے متعلق پریشانیوں شامل ہیں۔ خواتین کی معاشرتی اور معاشی حیثیت اور تعلیم ولادت کے نتائج کو اثر انداز کرتی ہیں۔ حمل کی معیاری نگہداشت (اے این سی) پیدائش سے پہلے ہی بہت ساری خرابیوں کا پتہ لگانے میں مدد کرے گی، اور ہنرمند عملہ کے ذریعہ، علاج جلد شروع کیا جاسکتا ہے، اسی لئے اے این سی لازمی طور پر اور وقت پر کرانے کے لئے مداخلت کی ضرورت ہے۔

اس تحقیق میں سنگھ اور دیگر (2011) نے نوٹ کیا کہ کلاسیکل ڈیمو گرافک اور وبائی امراض سے متعلق مطالعے جن میں ترقی پذیر ممالک میں بچوں اور بچوں کی شرح اموات کی سطحوں اور اس کو متاثر کرنے والے عوامل کا جائزہ لیتے ہیں انھوں نے بڑی حد تک بچوں کی بقا کی طرح توجہ مرکوز کی ہے۔ یہ مطالعہ ثانوی مواد پر مبنی ہے۔ اس تحقیق کے مطابق ہندوستان جنوبی ایشیا خطے کا سب سے زیادہ آبادی والا ملک ہے، یہاں پانچ سال سے کم عمر بچوں کی سب سے زیادہ اموات ہوتی ہے، یہ اموات دنیا میں پانچ سال سے کم عمر بچوں کی اموات کا پانچواں حصہ ہے۔ غربت اور غذائی قلت کی

وجہ سے بچوں کو مختلف بیماریوں جیسے اسہال اور نمونیہ کے خطرے میں اضافہ ہوتا ہے جس کی وجہ سے کم وزن والے بچوں میں موت کا امکان بڑھ جاتا ہے۔ ضرورت ہے کہ بچپن اور ابتدائی بچپن کے دوران بچوں میں غذائیت کی کمی اور اموات کے مابین متضاد تعلقات پر توجہ دی جائے۔

بھلوٹرا اور دیگر (2008)، نے اپنی تحقیق میں پایا کہ بھارت میں، مسلم بچوں کو ہندو بچوں کے مقابلے میں اموات کے خطرات کم ہیں۔ یہ بہت حیران دینے والی بات ہے کیونکہ اس کے بالکل برعکس توقع کی جاتی تھی، اس کی ایک وجہ یہ ہے کہ ہندوستان میں مسلم، سماجی اور معاشی طور پر کافی پیچھے ہیں۔ محققین نے ہندوستان کے قومی فیملی ہیلتھ سروے کے تینوں سروے کے بڑے اور پیچیدہ اعداد و شمار کا استعمال کیا۔ اس مطالعے میں، مسلم بچوں کی خاص بقاء کی وجوہات تجویز کا مشاہدہ کیا گیا ہے جو: دودھ پلانے کا آغاز جلدی کرنا، بیماریوں اور صحت کی دیکھ بھال کا طرز عمل، بیٹے کی چاہت اور پیدائش کے احکامات میں کم فرق، شہری حیثیت اور ہم آہنگی کے اثرات۔

2.3: خاندانی منصوبہ بندی

اس موضوع کے تحت مانع حمل اور بچوں کی منصوبہ بندی سے متعلق مختلف مضامین کا جائزے کو شامل کیا گیا ہے۔

بچوں سے متعلق منصوبہ بندی

مترجا اور سنگھ (2018) نے اس تحقیق میں کہا ہے کہ صنفی مساوات کے حصول کے لئے، خاندانی منصوبہ بندی کو ایک انتہائی قیمتی حل کے طور پر تسلیم کیا گیا ہے جو خواتین کو اس طرح بیدار اور باختیار بناتا ہے کہ وہ مانع حمل کے طریقوں کا استعمال کر کے اپنے جسم اور تولیدی انتخاب پر قابو پالیں۔ خواتین کو انکے پسندیدہ خاندانی منصوبہ بندی کے عمل تک رسائی، صنفی مساوات سے وابستہ ہے۔ خواتین کی مانع حمل تک رسائی، حاملہ ہونے میں تاخیر، بچوں کے بیچ وقفہ کاری

اور حمل کو محدود کرنے کے ساتھ ساتھ غذائی قلت کو کم کرنے میں بھی مددگار ثابت ہو سکتی ہے اور پیدائش کے بچ و قفوں سے ماں اور بچے کے لئے طویل مدت تک اچھی صحت میں اضافہ بھی ہوتا ہے۔

کھنگلی (2013) نے اس تحقیق میں میگھالیہ کے قومی فیملی ہیلتھ سروے کے تینوں سروے کے ڈیٹا کا استعمال کیا اور اس کے تجزیہ کے لئے انٹیگریٹڈ سسٹم فار انالیسس (ISSA) سافٹ ویئر کا استعمال کیا۔ اس تجزیہ کے مطابق خواتین کی چاہت زیادہ سے زیادہ بچوں کی ہوتی ہے، اگرچہ اس سے حقیقی تولیدی صلاحیت سیدھے طور پر اثر انداز نہیں ہو سکتی، لیکن یہ تجزیہ مستقبل آبادی کے نمونوں کی ایک وسیع شکل فراہم کرتا ہے۔ بچوں کی ایک مثالی تعداد عمر، تعلیم، ذات، مذہب، ثقافت، رہائش گاہ اور رہائشی معیار سے وابستہ ہے۔ اس مطالعے کے مطابق 15 سے 49 سال کی دو تہائی خواتین بچوں کی مثالی تعداد دو یا اس سے کم مانتی ہیں اور بچوں کی تعداد کو مذہب سے وابستہ سمجھا جاتا ہے، کیونکہ عیسائی خواتین میں بچوں کی مثالی تعداد سب سے زیادہ تھی، اس کے بعد بالترتیب مسلمان اور ہندو میں۔

چار اور دیگر (2010) نے استدلال کیا کہ روایتی طور پر صرف بیٹوں کو ہی وراثت کا حق حاصل ہے اور عام طور پر بیٹیوں کی شادی گھر سے دور جہیز کے ساتھ کسی بہتر گھرانے میں کر دی جاتی ہے۔ محقق نے اپنی معیاری تحقیق کے لئے مدھیہ پردیش کے 12 گاؤں سے 60 جوڑے اور 60 ساس بہوؤں کو انٹرویو کے لئے چنا۔ محققین نے محسوس کیا کہ نوجوان خواتین شادی کے بعد ایک اجنبی کے گھر میں شامل ہوتی ہے جہاں مرد اور دوسری بڑی عمر کی خواتین کو فیصلے کرنے کا اختیار ہوتا ہے۔ جن گھروں میں ساس بہوؤں کے ساتھ نہیں رہتی تھیں وہاں اس بات کا امکان زیادہ ہوتا ہے کہ وہ جوڑے مانع حمل کے جدید طریقے اختیار کریں گے۔ بیٹوں کی تعداد کی بنیاد پر، ساس نے بہوؤں کی نس بندی

کے وقت اسکے فیصلے میں ساتھ دیا۔ اس طرح، اس تحقیق سے، یہ پتہ چلا ہے کہ بچے کی پیدائش کے فیصلوں کے معاملے میں ساس کو ایک اہم طاقت سمجھا جاتا ہے، لیکن پھر بھی یہ کوئی آسان یا غیر متزلزل حقیقت نہیں ہے۔

اس تحقیق میں پانڈے اور ملہوترا (2006) نے قومی فیملی ہیلتھ سروے 93-1992 سے 50136 خواتین اور ان کے بچوں کو بطور نمونہ استعمال کیا۔ انہوں نے اس تحقیق میں ہندوستان میں بیٹے کی ترجیح کا مطالعہ کیا اور اسے ایک اچھی طرح سے دستاویزی واقعہ کے طور پر بھی نوٹ کیا، ساتھ ہی ساتھ اس مطالعے کے ذریعہ جنسی تناسب، لڑکیوں کی جنین کشی اور بچوں میں زیادہ شرح اموات ہونے کی وجہ سے تحقیق اور پالیسی سے متعلق توجہ مبذول کرائی گئی ہے۔ نظریہ کی حیثیت سے بیٹے کی ترجیح پر کافی تحقیق کی گئی ہے جب کہ زندہ بچیوں کے مضمرات کی کم تحقیق کی گئی ہے۔ دولت اور معاشی ترقی بیٹے کی ترجیح کو کم نہیں کرتی ہے، لیکن خواتین کی تعلیم کا اس پر گہرا اثر پڑتا ہے۔ ہندوستان میں بیٹے کی ترجیح زیادہ ہے، لیکن عالمگیر نہیں۔ کچھ مائیں بیٹے اور بیٹیاں دونوں چاہتی ہیں۔ بیٹے کی ترجیح کو کم کرنے میں ماؤں کی تعلیم ہی سب سے اہم عنصر ہے۔ جو خواتین تعلیم یافتہ ہیں ان میں بیٹیوں کے مقابلے میں بیٹے کی ترجیح دینے کے امکان کم دیکھے گئے، اور جو خواتین اعلیٰ تعلیم یافتہ ہوتی ہیں ان میں ایسا کم دیکھا گیا ہے۔ بیٹے کی ترجیح کو کم کرنے کے لئے میڈیا کی رسائی بھی ایک اہم ذریعہ ہے۔ دولت اور معاشی حیثیت بھی بیٹے کی ترجیح کو کم نہیں کرتے۔

پٹیل (2006) نے راجستھان کے موگرا گاؤں کے اپنے نسلی مطالعہ میں گاؤں میں تولیدی عمل کو دیہی معاشرہ کے لازمی جز کے طور پر سمجھنے کی کوشش کی۔ اس تحقیق کے مطابق تولیدی عنصر بچہ پیدا کرنے کے لئے عقیدہ جذبات اور اقدار کی ترجیح پر مبنی ہے۔ اس تحقیق میں تولیدی عمل کے سماجی پس منظر کو سمجھنے کی کوشش کی گئی ہے کہ اس برتاؤ کو پیچھے کون سا مخصوص ادارہ جاتی طریقہ کار کام کرتا ہے۔ محقق نے استدلال کیا کہ قوت ولادت پر سماجی اور معاشی عوامل

کے براہ راست اثرات کی پیمائش کرنے کے بجائے مخصوص ادارہ جاتی طریقہ کار کی کھوج اور تجزیہ کرنے میں خاطر خواہ بصیرت حاصل کی جاتی ہے جس کے ذریعے سماجی و معاشی عوامل کام کرتے ہیں۔ نتائج سے انکشاف ہوا ہے کہ معاشرے میں بیٹے کو ترجیح دی جاتی ہے جس سے معاشرتی طور پر مروجہ نسخوں اور تجویزوں کی عکاسی ہوتی ہے کہ تولیدی عمل کب شروع کی جائے اور کب ختم، اکتے اور کس جنس کے بچے کرنے ہیں۔ اس تحقیق کے مطابق ایک شادی شدہ جوڑے کی شادی ہونے کے ساتھ ہی اس کا تولیدی سفر شروع ہو جاتا ہے، اس تحقیق میں بچوں اور بچوں کی اموات کے وسیع پیمانے پر واقعات بھی دستاویز کئے گئے ہیں، اس مطالعے کے گاؤں کی ہر عورت نے اپنے کم سے کم ایک بچے کی موت دیکھی ہے اور ان سب سے خواتین کا تولیدی طرز عمل اثر انداز ہوتا ہے۔ پٹیل نے اپنی اس تحقیق میں موجودہ شادی شدہ خواتین، بیوہ، طلاق شدہ اور الگ ہوئی خواتین کو شامل کیا ہے۔ 693 خواتین کو بطور نمونہ لیا گیا ہے۔ محقق کے مطابق تولیدی عمل صرف حیاتیاتی واقعہ ہی نہیں بلکہ اس میں معاشرے کے طریقہ کاروں کا پیچیدہ نیٹ ورک بھی شامل ہے۔ پٹیل کے مطابق قوت ولادت ایک عورت کو اسکی سسرال میں مستقل حیثیت دلاتی ہے۔ اس مطالعہ کے مطابق اگر کوئی خاتون شادی کے 4-5 سال کے بعد بھی بچہ پیدا نہیں کر پاتی تو اسے بہت سنگین معاملہ سمجھا جاتا ہے۔ اور ایسے حالات میں مرد دوسری شادی کر لیتا ہے۔ اسکے علاوہ اس مطالعے میں ایک بانجھ عورت کی بہت خراب حالت بتائی ہے۔ اس تحقیق کے مطابق حاملہ خواتین کو حمل کے آخری تین مہینوں کو چھوڑ کر سبھی دنوں میں کام کرنا ہوتا ہے کیونکہ ایسا مانا جاتا ہے کہ عام جسمانی کام کاج سے بچہ کی پیدائش کے وقت مدد ملتی ہے اور پریشانی کا سامنا نہیں کرنا پڑتا ہے۔ موگرا میں بچے کی پیدائش روایتی طور پر کرائی جاتی ہے اور اسکے 40-21 دن تک عورت ناپاک مانی جاتی ہے۔ بچہ کا نال کاٹنے کے لئے گھر کی چھری یا دراتی کا استعمال کیا جاتا ہے۔ موگرا کے لوگ بچوں کی تعداد پر قابو پانے کے لئے جدید مانع حمل کے طریقوں کا کافی استعمال کرتے ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ علی قوت تولید کی حالات

میں روایتی طریقوں کا بھی استعمال کیا گیا ہے، اس تحقیق میں قوت و ولادت پر قابو پانے کے مقامی اقدامات کا بھی اثر دیکھا گیا ہے ساتھ ہی ساتھ اس معاشرے میں نس بندی کی تضحیک کی جاتی ہے۔ جدید عارضی طریقے جیسے کنڈوم، گولیاں اور یو آئی ڈی غیر منظم ہیں۔ اس مطالعے نے بڑے پیمانے پر یہ ثابت کیا کہ تولیدی صلاحیت کا طرز عمل معاشرتی اور متغیر کے بجائے ثقافتی طور پر طے ہوتا ہے۔ تاہم، دوسری سماجی و اقتصادی فرٹیٹی مطالعات کی طرح، یہ مطالعہ بھی مائیکرو ثقافتی طریقوں میں جواب تلاش کرنے کی جستجو میں کچھ ہی حد تک پہنچا ہے۔

اسٹیش (1996) کا یہ مطالعہ نیپال کے ضلع چتیوان میں کیا گیا ہے جس میں معیاری تحقیقی نظریہ کے ساتھ تفصیلی انٹرویو کا استعمال کیا گیا ہے۔ اس مطالعے سے انکشاف کیا ہے کہ کسی بھی خاندان کا آئیڈیل سائز بیٹے کی پیدائش کی ترجیح پر مبنی ہوتا ہے، جس وجہ سے کچھ لوگوں کا خاندان کا آئیڈیل سائز بڑے ہونے کے بھی امکان ہوتے ہیں۔ خواتین کے مقابلے میں، مردوں میں بیٹے کی ترجیحات کے زیادہ امکان دیکھے گئے ہیں اور شوہر بیویوں کے مقابلے میں بیٹیوں کی پیدائش کے زیادہ خواہش مند ہوتے ہیں۔

مانع حمل

کوہلس اور دیگر (2017) نے استدلال کیا ہے کہ معلومات کی کمی کے ساتھ نس بندی ایک اہم موضوع ہے۔ اس تحقیق میں نس بندی سے متعلق مختلف مواد کا معیاری جائزہ لیا گیا ہے۔ خواتین نس بندی سائنسی عنوان کے طور پر زیر بحث کی گئی ہے۔ اس تحقیق کے مطابق مانع حمل طریقہ کے انتخاب کا انحصار تولیدی حیثیت، عمر، معاشرتی معاشی حیثیت، تعلیمی اور مذہبی عقائد پر ہے۔ ان سب میں نس بندی کو سب سے حساس موضوع مانا جاتا ہے، لیکن اس کے باوجود خواتین اپنے خاندان کی تعداد پر قابو پانے کا لئے اس کا استعمال کر رہی ہیں جب کہ مرد اس میں کافی پیچھے نظر آتے ہیں۔

اقوام متحدہ (2017) کی رپورٹ کے مطابق تولیدی عمر کی خواتین کی اکثریت دنیا کے تقریباً تمام خطوں میں مانع حمل کا استعمال کر رہی ہیں۔ یہ ایک سروے پر مبنی مشاہدہ ہے جس میں 185 ممالک کے 90000 افراد شامل ہیں۔ 2017 میں دنیا بھر میں، 63 فیصد خواتین نے مانع حمل کی مختلف قسموں کا استعمال کیا۔ یورپ، لاطینی امریکہ اور کیریبین اور شمالی امریکہ میں مانع حمل طریقوں کا استعمال 70 فیصد سے زیادہ تھا، جبکہ مشرق اور مغربی افریقہ میں یہ 25 فیصد سے بھی کم ہے۔ اگلے پندرہ سالوں کے لئے عالمی تنظیموں نے ایسے اقدامات کے لئے پختہ ارادہ کیا، جس میں خاندانی منصوبہ بندی، اور تمام لوگوں کے لئے تولیدی حقوق کے حصول سمیت جنسی اور تولیدی صحت تک رسائی کی ضمانت دی گئی ہے۔ 2030 کا پائیدار ترقیاتی ایجنڈا صحت اور بہبود کے اہداف کے تحت خاندانی منصوبہ بندی سے متعلق دو ترجیحات فراہم کرتا ہے، جس میں پہلا خواتین اور لڑکیوں کو بااختیار بنانا اور دوسرا صنفی مساوات شامل ہے۔

اولیور اور دیگر (2014) نے اپنی تحقیق میں یہ استدلال کیا کہ تاریخی طور پر، ہندوستان میں خاندانی منصوبہ بندی کے پروگرام کے ذریعہ بڑھتی ہوئی آبادی اور بڑے پیمانے پر غربت پر قابو پانے کی ضرورت کے جواب میں مستقل حلوں پر عمل درآمد کرنے کے لئے مضبوط توجہ دی ہے۔ قومی ہیلتھ سروے-3 کے مطابق، کم عمریشادی اور بچوں کے بیچ کم وقفہ کے نتیجے میں، زیادہ تر ہندوستانی خواتین نسبتاً کم عمر میں نس بندی کرا لیتی ہیں۔ تعلیم اور مذہب کی وابستگی خواتین کے خاندانی منصوبہ بندی کے نظام کے انتخاب پر زبردست اثر ڈالتے ہیں۔ مسلم خواتین، نس بندی کے بجائے روایتی یا جدید عارضی مانع حمل طریقوں کا انتخاب زیادہ کرتی ہیں۔ اعلیٰ تعلیم یافتہ خواتین زیادہ تر نئے عارضی طریقوں کا استعمال کرتی ہیں، لیکن اس طرح کے روایتی طریقوں کے انتخاب پر تعلیم کا صرف معمولی اثر تھا۔ خاندانی منصوبہ بندی کے جدید اور روایتی طریقوں کے انتخاب پر ریڈیو کے پیغامات نے مثبت اثر ڈالا۔

یو ایس آئی ڈی (2012) نے نوٹ کیا کہ خاندانی منصوبہ بندی میں مرد اور خواتین دونوں ہی ایک اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ تاہم، کچھ ثقافتوں میں مانع حمل صرف ایک عورت کی ذمہ داری مانا جاتا ہے، لہذا خواتین خاندانی منصوبہ بندی کا فیصلہ خود کرتی ہیں۔ ہر ایک حمل اور بچے کی پیدائش کسی بھی جوڑے کے لئے یہ سوچنے کا ایک اچھا وقت ہے کہ کیا وہ مطلوبہ خاندانی سائز تک پہنچ چکے ہیں اور آئندہ حمل سے بچنے کے لئے انہیں کس طرح سے طریقوں کے استعمال کی ضرورت ہے۔ خاندانی منصوبہ بندی سے نوزائیدہ اور بچوں کی جان بھی بچائی جاسکتی ہے کیونکہ بچوں کی تقریباً ایک تہائی اموات اس وقت ہوتی ہے جب بچوں کے بیچ وقفہ کم ہو یا ماں کی عمر بہت کم ہوں۔ دو حمل کے درمیان ملنے والا وقت ماں کو اسکے بچوں کو دودھ پلانے اور بچے کے ساتھ زیادہ سے زیادہ وقت گزارنے کے امکان بناتا ہے۔ لوگوں کے ذریعہ مانع حمل طریقوں کا استعمال نہ کرنے کی بنیادی وجوہات مذہبی عقائد، غیر معمولی جنسی تعلقات، اپنے ساتھی کی ناپسندیدگی کا خوف، خاندانی منصوبہ بندی کی پیروی نہ کرنا اور مانع حمل طریقوں کے مضر اثرات ہیں۔ خواتین اور جوڑوں کو خاندانی منصوبہ بندی کے بارے میں درست اور یقینی معلومات فراہم کرنا، خاندانی منصوبہ بندی کو فروغ دینے اور اس کی وکالت کرنے کا ایک لازمی جزو ہے۔

جین اور مرلیدھر (2011) نے اس ثانوی اعداد و شمار کی مقداری تحقیق میں نوٹ کیا ہے کہ جب جوڑے ان کی مطلوبہ مساوات (لڑکوں اور لڑکیوں کی) کو حاصل کر لیتے ہیں تو خواتین کو بچے کرنے یا حمل روکنے کے طریقوں کی تلاش کرنے کے لئے مجبور کیا جاتا ہے۔ ترقی پذیر ممالک میں، غیر محفوظ اسقاط حمل کا خطرہ بنیادی طور پر بہت زیادہ دیکھا گیا ہے۔ یہاں، تولیدی عمر کی حاملہ خواتین میں مانع حمل طریقوں کے پھیلاؤ کی پیمائش کی گئی، اور ابھی تک ترقی پذیر ممالک میں ترقی یافتہ ممالک کی طرح مانع حمل طریقوں کا استعمال نہیں دیکھا گیا ہے۔ ہندوستان میں خواتین کو زیادہ سے زیادہ قابل رسا اور مناسب رازداری کے ساتھ مانع حمل طریقوں کی سخت ضرورت ہے۔

شہاد (2010) نے اپنے مطالعے میں ادارہ جاتی میکا نزم پر توجہ مرکوز کی، اور ہندوستانی دیہی خاندان کی اجتماعی اور انوکھی نوعیت کو دیکھتے ہوئے، سماجی انتشار کے طور پر خاندان کو مطالعہ کی اکائی کے طور پر لیا ہے۔ انہوں نے اپنی تحقیق میں علی گڑھ ضلع کے لودھا بلاک سے 150 گھروں کا انتخاب کیا (75 نس بندی کو اپنانے والے اور 75 نسبندی کو نہیں اپنانے والوں کو)۔ اس مباحثے میں نمونے کی آبادی کے مذہبی عقائد کے ساتھ ساتھ مانع حمل کے امکانات میں اضافہ کو انتہائی واضح انداز میں بیان کیا گیا۔ ہندو اور مسلمان دونوں گروہوں نے نس بندی کو برا اور گناہ سمجھا جاتا ہے۔ لیکن بچے کی پیدائش سے بچنے کے آخری حل کی حیثیت سے اسے ہی اپنایا جاتا ہے۔ مطالعے میں انکشاف کیا گیا ہے کہ نسبندی سب سے زیادہ ایس سی لوگوں نے اپنائی، جب کہ مانع حمل کے دوسرے طریقوں کو او بی سی نے اپنائے لیکن ہندو اور مسلم دونوں گروہ میں نس بندی کی شرح میں کوئی خاص فرق نہیں دیکھا۔ اسی طرح گھریلو خواتین کے مقابلہ میں کام کاجی خواتین نس بندی زیادہ کرواتے ہیں۔ خواتین میں خاندانی منصوبہ بندی کو لیکر بے بسی پائی گئی۔ کیوں کہ اس میں ان کا اپنا کوئی فیصلہ نہیں ہوتا وہ اپنے خاندان کے مطابق اسے اپناتی ہیں، اور نہ چاہتے ہوئے خواتین کو حمل کا بوجھ اٹھانا پڑتا ہے۔ اسی وجہ سے اسقاط حمل بھی کرنا پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ زچگی کے عمل میں بہتر خدمات نہیں دی جاتی ہیں۔ اس طرح اس مطالعہ سے پتہ چلتا ہے کہ خواتین اپنے خاندان کو چھوٹا کرنا چاہتی ہے لیکن اختیار کی کمی کی وجہ سے وہ اپنے خاندان اور شوہر کو سمجھانے میں ناکام رہتی ہیں۔ اس مطالعے میں مانع حمل کے عمل پر بہت زیادہ توجہ دی گئی ہے کہ کب اسکے استعمال کا خیال آتا ہے، اس کے بعد ذاتی اور خاندانی رد عمل اور آخر میں مانع حمل اپنانے کے بارے میں پہلی سماعت شروع کرنے کا آغاز کب کیا جاتا ہے۔ اس طرح یہ بات بالکل واضح ہے کہ مانع حمل ایک متحرک عمل ہے جس میں صرف ایک افراد شامل نہیں ہوتا بلکہ مجموعی طور پر پورا خاندان شامل ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ لوگ فیصلہ سازی

کے عمل کے ذریعہ بڑے پیمانے پر مانع حمل کو اپناتے ہیں اور عارضی مانع حمل طریقوں سے نسبتاً کی طرف جانے میں یہ اور بھی اہم ہو جاتے ہیں۔

میسی (2005) نے بتایا کہ زیادہ تر اسقاط حمل غیر محفوظ حالتوں میں ہوتا ہے اور پانچ میں سے دو غیر محفوظ اسقاط حمل کم عمر خواتین میں کئے جاتے ہیں۔ وہ خواتین جو طبی سہولیات تکمیل کرنے کے قابل نہیں ہیں تو وہ اپنے حمل کا خاتمہ خود کرنے کی کوشش کرتی ہیں یا مختلف طریقوں کا استعمال کرنے کے بعد غیر پیشہ ور پریکٹیشنرز کی طرف رجوع ہوتی ہیں۔ خواتین کے ذریعہ استعمال ہونے والے روایتی طریقوں میں شامل ہیں: بڑی مقدار میں دوائیاں نگلنا، جیسے اینٹی ملیئر نیل دوائیں؛ بچہ دانی میں تیز چیز داخل کرنا، کاسٹک مانع جیسے بلیچ سے اندام نہانی کو دھونا یا فلش کرنا؛ خود کے ساتھ جسمانی بدسلوکی جیسے کودنا یا اونچی جگہوں سے گرنا؛ زور دار رقص کرنا؛ یا طویل وقت تک مباشرت کرنا؛ بچہ دانی میں ہیر پھیر کرنے کے لئے طویل اور سخت مساج وغیرہ۔ دس سے پچاس فیصد تک لڑکیاں اور خواتین غیر محفوظ اسقاط حمل کی پچیدگیوں کا شکار ہیں اور انہیں طبی امداد اور دیکھ بھال کی سخت ضرورت ہے۔

جانسٹن (2002) نے اس تحقیق میں ثانوی اعداد و شمار کے ساتھ مقدراری اور معیاری دونوں تحقیقی طریقوں کا استعمال کیا۔ انہوں نے وضاحت کی ہے کہ ہندوستان میں دوسری سہ ماہی میں اسقاط حمل کی شرح دنیا بھر میں سب سے زیادہ ہے اور اس میں لگاتار اضافہ جاری ہے۔ خواتین کو ایم ٹی پی (حمل کا طبی خاتمہ) تک رسائی میں آنے والی رکاوٹوں کی وجہ سے، خواتین اسقاط حمل کے لئے غیر پیشہ ور پریکٹیشنرز کا سہارا لیتی ہیں۔ دوائیاں اسقاط حمل کرنے کے لئے جڑی بوٹیاں، بچہ دانی میں کسی تیز چیز کا ڈالنے جیسے طریقے استعمال کرتی ہیں۔ لوگ میڈیکل اسٹور سے اسقاط حمل کے لئے کھائی جانے والی دوائیں خریدتے ہیں۔ کھائی جانے والی اسقاط حمل میں دیسی اور ہو میو پیٹھک دوائیں، پرو سٹیگلینڈیز، کلورو کین گولیاں، پرو جیسٹرون اور ایسٹروجنکی اعلیٰ خوراک پھیلتے، شریفی اور گاجر کے بیج کی مانع شامل ہیں۔ ہندوستانی

خواتین میں، غیر محفوظ اسقاط حمل سے ہونے والے امراض اور اموات ایک اہم تشویش ہیں۔ غیر شادی شدہ خواتین اور نوجوانوں میں غیر محفوظ اسقاط حمل، بہت عام ہیں، اور اسی وجہ سے بیماریوں اور اموات کا خطرہ بھی زیادہ ہے۔

2.4: تولیدی امراض

باب کے اس حصہ میں تولیدی نالی کے انفیکشن اور ایچ آئی وی / ایڈز سے متعلق جائزوں کی عکاسی کی گئی ہے۔

تولیدی نالی کے انفیکشن (آر ٹی آئی)

کانفل اور بھٹارائی (2016) نے یہ تحقیق نیپال کے روپنڈھی ضلع کے گونولیاں گاؤں میں کی، جس میں مقداری تحقیق کا استعمال کیا اور 258 شادی شدہ خواتین کو کلسٹر نمونے کے ذریعہ منتخب کیا۔ انہوں نے استدلال کیا کہ حیض، حمل اور بچے کی پیدائش جیسے قدرتی واقعات کے دوران خواتین کو آر ٹی آئی کا خطرہ ہو سکتا ہے۔ اندام نہانی سے خارج ہونے والے مادہ کے ساتھ پیپٹ میں ہلکا درد، خارش، پیپٹ کے نچلے حصہ میں درد، السر، تکلیف دہ یا جلن کے ساتھ پیشاب، اور مباشرت کے وقت درد وغیرہ ایسے عام علامات تھے جن کی اطلاع خواتین نے دی ہے۔ غیر منظم حیض کا دورانیہ، 19 سال سے کم عمر میں شادی، حیض کے دوران جنسی رابطہ، 20 سال سے کم عمر میں حمل، غیر تربیت یافتہ شخص کے ذریعہ گھر میں بچے کی پیدائش کی وجہ سے آر ٹی آئی کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ شادی اور حمل کی عمر کے بارے میں آگاہی، جنسی تعلیم، آر ٹی آئی کی علامات، صحت اداروں میں بچے کی پیدائش، حیض اور ذاتی حفظان صحت سے متعلق معلومات آر ٹی آئی کو روک سکتے ہیں۔

کلکرنی اور چوہان (2009) نے مہاراشٹر کے ناسک ضلع میں 3 قبائلی، 3 غیر قبائلی خواتین کے ساتھ فوکس گروپ ڈسکشن کیا۔ انہوں نے اس تحقیق میں بتایا کہ زیادہ تر معاشروں میں بہت کم عمری میں خواتین کی شادی ہو جاتی تھی۔

زیادہ تر خواتین حیض کے وقت پرانے کپڑوں سے بنے گھریلو سینیٹری نیپکین کا استعمال کر رہی تھیں کیونکہ وہ بازار سے سینیٹری نیپکین نہیں خرید سکتی تھیں۔ تقریباً تمام خواتین عام نسائی امراض سے واقف تھیں۔ لیکن پھر بھی ان سب کے علاج کے لئے وہ صرف گھریلو دواؤں کا ہی استعمال کرتی تھیں۔

گوگل اور بھنڈاری (2008) نے مقداری تحقیقی نظریہ کے ساتھ نئی دہلی کی سلم بستوں میں 1704 حاملہ خواتین کے سروے اور انٹرویو کیا۔ اس تحقیق سے انھوں نے انکشاف کیا کہ خواتین نے خود ہی تولیدی امراض کے بارے میں اطلاع دی کہ انہوں نے زچگی کے دوران تولیدی امراض کی اعلیٰ سطح کا تجربہ کیا ہے، خاص طور پر بچے کی پیدائش کے دوران اور بعد کی مدت کے دوران کیونکہ علاج کی لاپرواہی کی وجہ سے ضرورت سے زیادہ خون بہا۔ بچے کی پیدائش کے دوران ہونے والی بیماریوں سے بچاؤ کے لئے ڈیلیوری کی جگہ انتہائی انحصار کرتی ہے۔ بیشتر جان لیوا بیماریاں اور صحت کی سہولیات کا انتظام کرنے کی اشد ضرورت ہے۔ نتائج سے محققین حمل کے دوران جان لیوا حالات سے متعلق خواتین کی شعور کو بہتر بنانے اور ادارہ جاتی ڈیلیوری میں اضافہ کرنے کے لئے کوششوں کی حمایت کرتے ہیں۔

جوشی اور دیگر (2008) نے اس تحقیق میں وڈودرا (گجرات) کی 1067 شادی شدہ خواتین کے نمونوں کا استعمال کیا اور خواتین میں نسائی امراض سے متعلق بیماریوں کے ارد گرد گھومنے والی خاموش ثقافت کے عام مفروضے کو چیلنج کیا اور اس کے نتائج میں یہ پایا کہ خواتین کی ایک بڑی تعداد اس مسئلے کو حل کرنے کے لئے لمبے وقت تک اثر کرنے والے علاج کی مانگ کی۔ خواتین بیشتر نسائی امراض کے علاج کرنے کے لئے گھر پر ہی کوشش کرتی ہیں۔ اس تحقیق میں دیہی خواتین میں روایتی ثقافتی عقائد جدید ایلو پیٹھک علاج معالجے کے رویے کے ساتھ کثرت سے ہم آہنگ رہتے ہیں۔

ایچ آئی وی / ایڈز

ڈبلیو ایچ او (2018) نے اطلاع دی ہے کہ ہیومن امیونو ڈیفینسی وائرس (ایچ آئی وی) عوامی صحت کے لئے ایک اہم عالمی مسئلہ بنا ہوا ہے، جس کی وجہ سے اب تک 35 ملین سے زیادہ جانیں ختم ہو چکی ہیں۔ ایچ آئی وی مدافعتی نظام کو نشانہ بناتا ہے اور انفیکشن اور بعض بیماریوں کے خلاف دفاعی نظام کو کمزور کرتا ہے۔ اس سے متاثرہ افراد آہستہ آہستہ مدافعتی کمی کا شکار ہو جاتے ہیں۔ عام طور پر، مدافعتی تقریب کو سی ڈی 4 میں خلیوں کی تعداد سے ماپا جاتا ہے۔ مدافعتی قوت کے باعث وائرس، ٹیومر اور دیگر بیماریوں کی ایک وسیع رینج کا خطرہ بڑھاتا ہے جس کا مقابلہ صحت مند مدافعتی نظام کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے۔ ایکوائزڈ امیونو ڈیفینسی سنڈروم (ایڈز)، جسکو بڑھنے میں 2 سے 15 سال انسانی جسم میں لگ سکتے ہیں، یہ ایچ آئی وی انفیکشن کا سب سے اعلیٰ مرحلہ ہے۔ ایڈز کی وضاحت بعض کینسر، انفیکشن، یادگیر شدید طبی توضیحات کی نشوونما سے ہوتی ہے۔ 2017 میں 25.7 ملین افراد ایچ آئی وی کے ساتھ زندگی گزار رہے ہیں، افریقی خطہ اس سے سب سے زیادہ متاثرہ علاقہ ہے۔ اہم آبادی میں وہ لوگ شامل ہیں جو منشیات کا استعمال کرتے ہیں، وہ مرد جو مرد کے ساتھ جنسی تعلقات رکھتے ہیں، جنسی کارکن اور ان کے مؤکل، قیدی اور ہجڑے ہیں۔

ناکو (2017) نے اطلاع دی ہے کہ قومی سطح پر بالغ لوگوں میں ایچ آئی وی کا پھیلاؤ 2001 سے 2003 میں گھٹ کر 0.38 فیصد ہو گیا اور 2017 میں وہ 0.22 فیصد رہ گیا ہے۔ ہندوستان میں ایچ آئی وی کے ساتھ جینے والے افراد کی کل تعداد 21.40 لاکھ تھی۔ بالغ لوگوں میں ایچ آئی وی کا پھیلاؤ سب سے زیادہ میزورم میں 2.04 فیصد دیکھا گیا۔ جبکہ مہاراشٹر میں ایچ آئی وی کے ساتھ جینے والے لوگوں کی سب سے زیادہ تعداد ہے، اس کے بعد آندھرا پردیش، کرناتک، تلنگانہ، مغربی بنگال، تمل ناڈو، اتر پردیش اور بہار ہیں۔ اتر کھنڈ میں ایچ آئی وی کا

پھیلاؤ 0.11% ہے۔ جن میں ایچ آئی وی (PLHIV) کے ساتھ رہنے والی کل تعداد 8021 ہے اور اس تعداد میں 2901 خواتین ہیں۔ اتر اکنڈ میں ایچ آئی وی سے اثر انداز ہوئے نئے لوگوں کی تعداد 713 اور کل ایچ آئی وی پازیٹیو لوگوں میں اینٹی ریٹرو وائرل تھیرپی (ART) کا استعمال کرنے والے لوگوں کی تعداد 3575 ہے۔ اس کے علاوہ 2017 میں ایچ آئی وی/ایڈز کی وجہ سے 213 لوگوں کی موت ہوئی ہے۔

نیشنل فیملی ہیلتھ سروے (2016) کے مطابق، 15 سے 49 سال کی 20.9% خواتین میں اور 32.5% مردوں کو ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں وسیع معلومات ہے۔ 77.4% مردوں کو معلوم ہے کہ کونڈوم کے استعمال کے ذریعہ ایچ آئی وی/ایڈز کا خطرہ کم ہو جاتا ہے، جب کہ خواتین کی تعداد صرف 54.9% ہے۔ ایچ آئی وی/ایڈز کا وسیع علم رکھنے والی خواتین اور مردوں کا فیصد ہر ریاست میں مختلف ہے۔ سب سے زیادہ 66% میزورم میں اس کے بارے میں معلومات ہے اور سب سے کم دادرا نگر حویلی کی خواتین میں، اسی طرح آسام، کرناٹک، اور بہار۔ 9% اور یہی وسیع علم رکھنے والے مردوں 68% میزورم میں سب سے زیادہ ہے اور تامل ناڈو اور دادرا نگر حویلی میں سب سے کم (11%) ہے۔ 62% خواتین کو معلوم ہے کہ ایچ آئی وی/ایڈز حمل کے دوران بھی منتقل ہو سکتا ہے، 58% کو پتا ہے کہ یہ بچہ کی پیدائش کے دوران منتقل ہو سکتا ہے، اور 55% جانتی ہے کہ یہ دودھ پلانے سے منتقل ہو سکتا ہے۔ اور صرف 49% کو معلومات ہے کہ ایچ آئی وی/ایڈز ماں سے بچنے میں تینوں طریقوں سے منتقل ہو سکتا ہے۔ اتر اکنڈ میں لگ بھگ 87% خواتین نے ایچ آئی وی یا ایڈز کے بارے میں سنا ہے۔ جن میں عمر دراز 40-49% خواتین) (69% سے زیادہ جو ان 15-29 سالہ لڑکیوں (87%) نے سنا ہے۔ جن میں 72% ایس ٹی خواتین نے اور 74% مسلم خواتین نے ایچ آئی وی یا ایڈز کے بارے میں سنا ہے جو دیگر خواتین کے مقابلے میں کم ہے۔ مرد خواتین کے مقابلے میں ایچ آئی وی یا ایڈز کے بارے میں زیادہ جانتے ہیں۔ اتر اکنڈ میں تقریباً سبھی

95% مردوں نے ایچ آئی وی یا ایڈز کے بارے میں سنا ہے۔ مردوں میں ایچ آئی وی یا ایڈز کی منتقلی کی معلومات خواتین کے مقابلہ میں زیادہ ہے۔

مونڈال اور دیگر (2012) کی یہ تحقیق 10996 شادی شدہ خواتین پر مبنی ہے، اس تحقیق میں محققین نے کہا ہے کہ بہت سارے لوگ اب بھی یہ سوچتے ہیں کہ جنسیت ایک نجی معاملہ ہے اور اس کے بارے میں بات کرنے میں ہچکچاہٹ محسوس کرتے ہیں۔ اور یہی وجہ ہے کہ نوجوانوں میں ایچ آئی وی/ایڈز کے حوالے سے علم کی کافی کمی ہے۔ تعلیم ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں شعور پیدا کرنے میں ایک اہم کردار ادا کر سکتی ہے۔ زیادہ تر لوگ ابھی تک نہیں جانتے ہیں کہ ایچ آئی وی/ایڈز کیا ہوتا ہے اور وہ خود کو اس سے کس طرح محفوظ رکھ سکتے ہیں۔ شادی شدہ خواتین میں بیداری اور ٹرینگ کے ذریعہ ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں شعور پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اب وقت آگیا ہے کہ پورے ملک میں صحت، ادارہ جاتی جنسی تعلیم اور نوجوانوں، بڑوں اور نوجوانوں کو ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں جاننے کے لئے درکار معلومات پر زیادہ توجہ دی جائے۔

2.5: خلاصہ

مندرجہ بالا مطالعات کے جائزے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خاص طور پر اتر اکنڈ کی تلھائی میں رہنے والی خواتین اور عام طور پر مسلم خواتین کی تولیدی صحت کی مجموعی نوعیت پر توجہ مرکوز کرنے والے مطالعے کی کافی کمی ہے۔ تاہم، مطالعے میں تولیدی صحت کے طبقاتی پہلوؤں پر روشنی ڈالی گئی ہے۔ مثال کے طور پر، لڑکیوں کی جلدی شادی براہ راست ان کی تولیدی صحت سے وابستہ ہے۔ شادی کے بعد خواتین جلد حاملہ ہو جاتی ہیں اور کھانے، کام، ڈیلیوری کی جگہ اور بچے کی

پیدائش کے بعد کی مدت کا بھی خواتین اور بچوں کی صحت پر اثر پڑتا ہے۔ بچے کی پیدائش، دودھ پلانا اور بچوں کی دیکھ بھال سے متعلق مشقیں بچوں کی صحت اور اموات پر اثر ڈالتی ہیں۔

محفوظ زچگی سے متعلق جائزوں میں شادی، حمل، قبل از پیدائش کی دیکھ بھال، ڈیلیوری اور بعد از پیدائش کی دیکھ بھال کے ساتھ ساتھ بچے کی بقا؛ خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی بیماری سے متعلق مختلف جائزے پیش کئے گئے ہیں۔ اس حقیقت کے پیش نظر، مسلم خواتین مطالعاتی آبادی کی تشکیل کرتی ہیں۔ کیونکہ موجودہ تحقیق مسلم خواتین کی تولیدی صحت سے متعلق ہے اسی لئے اسلامی نظریہ سے منسلک مطالعات کا محدود جائزہ بھی لیا گیا۔

مزید یہ کہ ان جائزوں سے یہ بات بھی سامنے آئی کہ زیادہ تر مطالعے میں تولیدی صحت سے متعلق خدمات کے اجزاء اور سماجی آبادیات سے ان کے تعلق پر توجہ دی گئی ہے۔ لیکن تولیدی صحت اور تولیدی صحت کی خدمات کے ارد گرد عام طور پر معروف عوامی سمجھ کو بھی سمجھنے کی ضرورت ہے۔ خواتین کے ذریعہ ان کی تولیدی صحت سے متعلق بنائی جانے والی باتوں کی سمجھنے کی ضرورت ہے ساتھ ہی ساتھ تولیدی صحت سے متعلق انکے اہم خدشات، بحث و مباحثے اور ان سب کے لئے انکے فیصلہ سازی کو بھی سمجھنے کی ضرورت ہے۔ اس تحقیق میں مسلم خواتین کی تولیدی صحت کے تجربات کو بیان کرنے پر توجہ دی گئی ہے۔

2.6: مقاصد

اس مطالعے کا وسیع مقصد مسلم خواتین کی تولیدی صحت کے تجربات کو سمجھنا ہے۔ مخصوص مقاصد مندرجہ ذیل ہیں:

- مسلم خواتین کی محفوظ زچگی کے تجربات کو بیان کرنا
- بچے کی پیدائش اور بقا سے متعلق رد عمل کا مطالعہ

- قوت تولید اور خاندانی منصوبہ بندی سے متعلق رویے اور رد عمل کا معائنہ
- مسلم خواتین میں تولیدی صحت سے متعلق تشویشات اور مسائل کی صورت حال اور ان کا جوابی رد عمل کا جائزہ
- مسلم خواتین میں تولیدی صحت کی خدمات کے ارد گرد کے تجربات کو سمجھنا

2.7: تحقیقی سوالات

- شادی کے بارے میں آپ کا کیا خیال ہے؟
- پہلے حمل سے متعلق اپنے تجربے کی وضاحت کریں
- حمل کے دوران کس طرح کے روایتی طریقہ کار استعمال کئے جاتے ہیں؟
- قبل از پیدائش کی دیکھ بھال سے متعلق اپنے تجربات کی وضاحت کریں
- حمل کے دوران کس قسم کا کھانا اور کام کو ترجیح دی جاتی ہے اور کیوں؟
- حمل کے دوران کس طرح کے مذہبی رواج کئے جاتے ہیں؟
- آپ کس بچے کی پیدائش (لڑکی یا لڑکے) کو ترجیح دیتے ہیں اور کیوں؟
- حمل کے دوران سورج گرہن یا چاند گرہن سے متعلق تاثرات کیا کیا ہیں
- بچے کی پیدائش کے لئے آپ کس جگہ کو ترجیح دیتے ہیں اور کیوں؟
- بعد از پیدائش (کھانے کی مشقیں، کام کے طریقوں، مذہبی طریقوں) سے متعلق اپنے تجربات کی وضاحت کریں؟
- سووی کے دوران مذہبی طریقوں اور طہارت کی آلودگی کے بارے میں تجربہ کو بیان کیجئے
- بچے کی پیدائش کے بعد آپ ذاتی حفظان صحت کا انتظام کس طرح کرتے ہیں؟
- اسقاط حمل سے متعلق تجربات کا بیان
- گھر پر بچے کی پیدائش کے فوری بعد بچوں کی دیکھ بھال کے طریقے اور رواج کیا کیا ہیں؟
- بچے کو دودھ پلانے سے متعلق طریقے اور رواج کیا ہیں؟

- نوزائیدہ بچے کے نال سے متعلق ثقافتی طریقوں کی وضاحت کریں
- بچوں کے حفاظتی ٹیکوں سے متعلق آپ کا کیا خیال ہے؟
- بچپن کی بیماری اور اپکا جوابی رد عمل کیا ہے؟
- خاندان کا آئیڈیل سائز اور دو بچوں کے درمیان وقفہ کے بارے میں بتائے؟
- خاندانی منصوبہ بندی سے متعلق آپکے کیا تجربات ہیں؟
- آپ کو کون سا مانع حمل طریقہ سب سے زیادہ پسند ہے اور کیوں؟
- تولیدی مرض سے متعلق کیا تجربات ہیں؟
- ایچ آئی وی / ایڈز سے متعلق اپکا کیا خیال ہے؟
- سرکار کی طرف سے ملنے والی سہولیات یا خدمات پر روشنی ڈالئے؟

باب سوم: تحقیقی طریقہ کار



باب سوم: تحقیقی طریقہ کار

ہندوستان سمیت تیسری دنیا کے تقریباً تمام ممالک (ترقی پذیر) میں خواتین کی تولیدی صحت کی صورتحال پر فوری توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ تولیدی صحت سے متعلق پریشانیوں کی وجہ سے ایک تہائی سے زیادہ جوان خواتین کی زندگیوں ختم ہو گئی ہیں (ڈبلیو ایچ او، 2015)۔ آبادی اور ترقی کی بین الاقوامی کانفرنس (آئی سی پی ڈی) کے پیش نظر پروگرام آف ایکشن (پی او اے) نے آبادیاتی اہداف سے توجہ کو ہٹا کر تولیدی صحت کی طرف توجہ مرکوز کیا (آئی سی پی ڈی، 1994)۔ اس نے تین باہم مربوط علاقوں پر فوکس کرنے کے واحد مقصد پر مبنی نقطہ نظر (singular target-based approach) کا استعمال کیا، جس میں عالمی حقوق تک رسائی، صحت کی خدمات کی فراہمی، اور صحت مند جنسی اور تولیدی صحت کے حصول کے لئے خواتین کو بااختیار بنانا شامل ہیں (یو این ایف پی اے، 1994)۔

صحت اور خاندانی بہبود کے خطاب کے لئے حکومت ہند کا موجودہ پروگرام کا ڈھانچہ کافی پیچیدہ ہے، جسکو وقتاً فوقتاً خاندانی منصوبہ بندی کے پروگرام میں بنیادی منصوبوں اور بہت سے نئے پروگراموں کو شامل کر کے بنایا گیا ہے، مثال کے طور پر ایم سی ایچ (ماں اور بچے کی صحت)، سی ایس ایس ایم (بچے کی بقا اور محفوظ زچگی) اور آر سی ایچ (تولیدی اور بچے کی صحت) (محمد اور دیگر، 2003)۔ ابھی حال ہی میں ہندوستانی حکومت نے تولیدی صحت کے بارے میں مجموعی نقطہ نظر کو نیشنل ہیلتھ مشن کے تحت قومی دیہی صحت مشن اور قومی شہری صحت مشن میں شامل کیا ہے (جی آئی او، 2005)؛

(2013)۔

تاہم، "فوجی اور بازاری استعارے سے الگ تولیدی صحت پر وگرم کی ضرورت ہے (مثال کے طور پر ہدف، طلب، غیر مطلوب ضرورت)، اس کے علاوہ یہ سمجھنے کی ضرورت ہے کہ کیسے معاشرتی نظام اور ناقابل رسائی صحت کے نظام دہی خواتین کو اپنے تولیدی کیریئر کو سہی طرح سے آگے لے جانے میں مشکلات پیدا کرتی ہیں" (شاہد، 2010)۔ اس مطالعے کا مقصد شہری ماحول میں تولیدی صحت کے رجحان کو دیکھنے کے ساتھ ساتھ یہ بھی سمجھنا ہے کہ کس طرح خواتین اپنی تولیدی صحت اور بچوں کی صحت سے متعلق باتوں کی معنی سازی کرتی ہیں۔ جسے سمجھنے کے لئے خواتین کے رواں تجربات خصوصاً تولیدی صحت کے معاملات پر بات چیت کر کے ان کے تجربات کو چار و سبع موضوعات کے تحت ریکارڈ کیا گیا ہے جس میں محفوظ زچگی؛ بچے کی بقا؛ خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی امراض شامل ہیں۔ مزید مطالعہ شہری خواتین کی مسلم خواتین کی تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں تک ہی محدود ہے۔ اس طرح اس مطالعے کا مقصد شہری ماحول میں مسلم خواتین کے تولیدی اور بچوں کے صحت کے طریقوں کو سمجھنے اور ان کی وضاحت کرنا ہے ساتھ ہی ساتھ معاشرتی، ثقافتی اور مذہبی طریقوں کا تولیدی صحت پر اثرات دیکھنا ہے۔

3.1: وجودیاتی، علمیاتی اور طریقہاتی موقف

سماجی تحقیق اور اس سے متعلق طریقہ کار کسی خلا میں وقوع پزیر نہیں ہوتے (رابن اور بیبی 2008) سماجی تحقیق علمی جستجو میں ایک سائنسی طریقہ کار کا استعمال ہے جس میں متبادل علوم کی پریکٹس اور مداخلت کی تنقید شامل ہے۔ جسکو براہ راست سوشل ورک پیشہ میں استعمال کیا جاسکتا ہے جو کہ سوشل ورک پریکٹس اور طریقہ کار کو بلندی عطا کریگا۔ (رام چندرن 4:1990) تحقیقی طریقہ کار تحقیق کے سوالوں کا منطقی انداز میں حل تلاش کرنے میں مدد کرتا ہے۔ اسکو سا مٹھک مطالعہ کے طور پر سمجھا جاسکتا ہے کہ تحقیق کس طرح سے ایک منظم انداز میں کی جائے۔ حالانکہ محقق کو اپنے

طریقہ کار اور مسئلہ کا خاکہ مرتب کرنا پڑتا ہے مگر وہ مختلف مسئلے کے ساتھ مختلف ہو سکتا ہے (کوٹھاری 8:2004)۔ آگے چل کر یہ اس بات پر منحصر ہے کہ اب محقق موضوع کو کس انداز میں دیکھتا اور سمجھتا ہے اور کس طرح اور کس انداز میں موضوع کے ساتھ برتاؤ کرتا ہے۔ اس طرح سے محقق اپنی تحقیق میں وجودیاتی، عملیاتی اور طریقہاتی پہلو کو سمجھنے اور وضاحت کرنے کی کوشش کرتا ہے۔

مختصر یہ کہا جاسکتا ہے کہ وجودیت کسی کے وجود کے فلسفہ کا نام ہے جو کہ سچائی کی حقیقت و ماہیت کو بیان کرتا ہے۔ اب سوال یہ ہے کہ انسانی دنیا میں وہ کون سی چیزیں ہیں جس کے بارے میں ہم علم حاصل کر سکتے ہیں جو وجودیت کے مقصد کو بیان کرتا ہے (مون اور بلیک مین، 2014)۔ وجودیت کا موقف حقیقت پسندی سے لیکر نظریہ اضافیت اور عملیاتی فلسفہ تک پھیلا ہوا ہے (فیارا بنڈ، 1981؛ مارٹن، 1996؛ اسٹوک 1998؛ جانسن اور گرے 2010؛ شکوری اور تاڈلی، 2010)۔ نظریہ حقیقت پسندی اس بات پر یقین رکھتا ہے کہ حقیقت کا ادراک تنقیدی غور و فکر اور صحیح طریقہ کار کے استعمال سے کر سکتے ہیں، نظریہ اضافیت یہ کہتا ہے کہ حقیقت کا ایک رنگ و روپ نہیں بلکہ یہ مختلف شکل میں اپنا وجود رکھتی ہے۔ اور یہ ایک تجریدی ذہنی تصور ہے لہذا موضوعیت سے پرے کوئی حقیقت نہیں ہے (مون اور بلیک مین، 2014)۔

اس مطالعہ میں تولیدی صحت کو موضوعی فلسفہ کے نقطہ نظر سے دیکھنے کی کوشش کی گئی ہے اور اسی اعتبار سے اسکی معنویت کو بیان کیا گیا ہے۔ علمیات ایک علمی فلسفہ ہے جس کا بنیادی سوال اسکی اصلیت کو بیان کرتا ہے یعنی ہم کیسے جانتے ہیں اور کیا جانتے ہیں؟۔ بلکہ اسکا تعلق اس بات سے ہے کہ ہم علم یا معلومات کی کس طرح تخلیق کرتے ہیں (کروٹی، 1998)۔ اسکا دائرہ معرفیت سے لے کر موضوعیت کے دونوں سمتوں تک پھیلا ہوا ہے۔ جبکہ

معروضیت پسندی کا یہ ماننا ہے کہ معنویت کا وجود شی کے اندر ہوتا ہے لہذا معروضی حقیقت مفعول میں آزادانہ طور پر اپنا وجود رکھتی ہے جو کہ فاعل سے بالکل آزاد ہے، موضوعیت پسندی کا موقف ہے کہ فاعل کے اندر معنویت موجود ہوتی جسکی مدد سے وہ مفعول کے اندر معنی پیدا کرتا ہے۔ تعمیریت پسندی کا ماننا ہے کہ معنویت فاعل اور مفعول کے باہمی روبرو ہونے سے پیدا ہوتی ہے، اس طرح سے فاعل مفعول کے اندر معنی کی تعمیر کرتا ہے (مون اور بلیک مین، 2014)۔ اس مطالعہ میں ہم نے اس مفروضہ کے ساتھ آگے قدم بڑھایا ہے کہ تولیدی صحت کی سمجھ سماجی رسم و روایت سے بہت گہرے طور پر جڑی ہوئی ہے۔ تولیدی اور بچوں کے صحت کے مسائل کو سماجی رسم و رواج، تہذیبی و ثقافتی عمل کے ذریعہ بیان کیا گیا ہے۔

نظریاتی تناظر علمیاتی اور وجودیت کے موقف سے ابھر کر سامنے آتا ہے، اور ریسرچر کے اس فلسفیانہ تصور کو پیش کرتا ہے جو ریسرچ کی رہنمائی کرتا ہے۔ یہ مثبتیت اور تشریحی نظریہ سے مختلف ہے، جبکہ مثبتیت کا جھکاؤ سماجی علوم میں زیادہ تر سائنسی طور طریقوں کے استعمال پر ہے، جبکہ تشریحی نظریہ یہ کہتا ہے کہ سائنسی طور طریقوں کا اطلاق نہیں کیا جاسکتا کیونکہ حقیقت کی تفسیر تاریخی و تہذیبی پس منظر سے ماخوذ ہوتی ہے۔ صرف اسی وقت سوشل ریسرچ کی با معنی طور پر اور متوازن انداز میں تشریح و تعبیر کی جاسکتی ہے جبکہ قاری کو بھی نظریاتی اصولوں اور مفروضوں کی سمجھ ہو (ہبرلین 1988؛ ماسیا اور دیگر، 2003؛ نیونگ، 2011)۔ تشریحی فلسفہ اپنے آپکو لوگوں کہ جگہ رکھ کر لوگوں کے بارے میں سمجھ پیدا کرتا ہے کہ لوگ کس طرح سوچتے ہیں اور اپنے روزمرہ کے تجربات کس طرح سے بیان کرتے ہیں اور کس رویہ کے لئے وہ کس طرح کے محرکاتی تصور رکھتے ہیں (روبن اور بے بی، 2010)۔

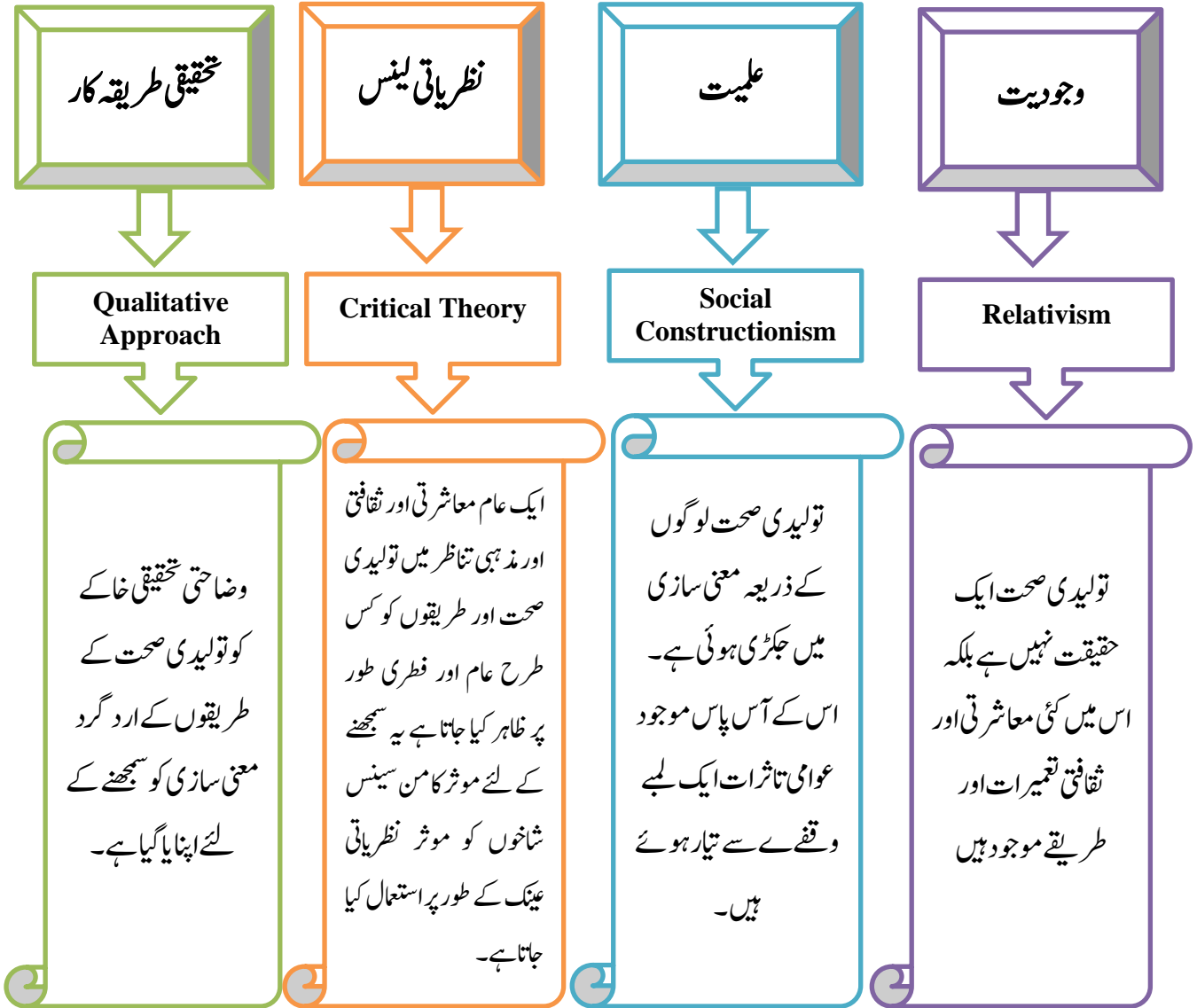
اس مطالعہ سے پتہ چلتا ہے کہ تولیدی صحت کا اعتقاد و روایت، معاشرتی رسم و رواج سے بہت گہرا تعلق رکھتی ہے، تولیدی صحت کے متعلق سوچ خاص سماجی و ثقافتی پس منظر میں بیان کی جانے والی معنویت کا نتیجہ ہے، ایسا لگتا ہے کہ وجودیاتی طور پر تولیدی صحت بطور سماجی مظہر، معاشرتی اور تہذیبی حقائق سے وابستہ ہے، اسکے متعلق پیدا ہونے والی سمجھ لوگوں نے ایک عرصہ بعد حاصل کیا ہے، سماجی تعمیریت کے نظریہ سے تولیدی صحت کو جاننے اور سمجھنے کے لئے ایک بہتر عملیاتی فلسفہ ہو سکتا ہے۔ لہذا تعمیریت پسند تولیدی صحت کے ارد گرد معنویت پیدا کرنے اسکو سمجھنے اور تلاش کرنے کے لئے ایک بہتر عملیاتی طریقہ ثابت ہو سکتا ہے، اس طرح سے تولیدی صحت کے طریق عمل کی گہری جڑیں عوامی تصورات میں پائے جاتے ہیں۔

تولیدی صحت کے طریق عمل کے بارے میں مجموعی طور پر معاشرتی روش اور سوچ کی عکاسی اس انداز میں ہوتی ہے کہ کس طرح کے محاورے، کہانیاں، بیانیہ، کہاوتیں اور دیگر اقسام کے قصوں کے ساتھ تولیدی صحت کا لفظ عمومی طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ نتیجتاً اس طرح سے یہ ایک خاص سماجی اور ثقافتی تناظر میں تولیدی صحت اور طریقوں سے متعلق عوامی طرز فکر اور طرز عمل کو متاثر کرتا ہے۔ ہندوستانی معاشرے اور ثقافت کے حوالے سے، کاکڑ (1989) نے بجا فرمایا کہ، “معاشرے کو اپنی کہانیوں، افسانوں، داستانوں اور کہاوتوں کے ذخیرے کے ذریعے سمجھنے کے لئے اس سے بہتر کوئی اور راستہ نہیں ہے۔ اس مطالعے میں، عوامی سمجھ سے متعلق موجود کہانیوں کے توسط سے تولیدی صحت کے طور طریقوں اور اسی کو قابو کرنے والے قواعد و ضوابط کو ڈھونڈنے میں مددگار ہے۔ اس مطالعہ میں یہ سمجھنے اور پتہ کرنے کی کوشش کی گئی ہے کہ کس طرح تولیدی صحت کے طور طریقے ایک مخصوص سماجی و ثقافتی تناظر میں قابل قبول بن جاتے ہیں اور اسکی سمجھ کس طرح سے تولیدی صحت کی خدمات کو بہتر بنانے میں مددگار ہو سکتی ہے۔

تحقیقی طریقہ اور تحقیقی طریقہ کار وجودیت، عملیاتی اور نظریاتی تناظر کا حصہ ہے جس کے مد نظر اس تحقیق کی ابتدا کی گئی ہے۔ اس طرح سے طریقہ کار اور معیاری نظریہ اور بیانیہ خاکہ کو اپنایا گیا ہے، معیاری تحقیق میں انسانی رویہ اور اسکو متاثر کرنے والے اسباب کی گہری سمجھ شامل ہوتی ہے (بریمین، 2001)۔ معیاری تحقیقی طریقہ کچھ زیادہ گہرائی سے انسانی تجربات کے مفہوم کو تلاش کرتا ہے، اس سلسلے میں ایک بہتر نظریاتی مشاہدہ کو جنم دیتا ہے جو کہ صرف نمبر یا تعداد تک محدود نہیں ہوتا (روبن اور بے بی، 2010)

معیاری طریقہ کار کے نقطہ نظر اور بیانیہ تحقیقی خاکہ کو تولیدی اور بچوں کی صحت کے منظر کو شہری علاقوں میں ٹھیک ٹھیک باریکیوں کو سمجھنے اور بیان کرنے میں اچھی مدد ملتی ہے۔ وضاحتی خاکہ نے موضوعات کے ساتھ مشغول ہونے اور مباحثے اور گہرائی سے انٹرویوز (IDIs) کے ذریعے بیانیے کو فروغ دینے میں کافی مددگار ہے۔ اس مطالعے میں، گہرائی سے انٹرویوز خاص طور پر تولیدی صحت سے متعلق بیانیوں کے مجموعہ کا پتہ لگانے میں بھی مددگار ہے۔ تصویر 2.1 میں تولیدی صحت کو سمجھنے اور اس کا مطالعہ کرنے کے لئے وجودیت، عملیات، اور طریقہ کار کا خلاصہ کیا گیا ہے۔

Philosophical Background of the Research



3.2: جائے مطالعہ

محقق نے اس مطالعے میں اتر اڑھنڈ کے ضلع نینی تال ضلع کے ہلدوانی شہر کی مسلم خواتین کی تولیدی صحت کے طریقوں کو سمجھنے اور اس کی وضاحت کرنے کی کوشش کی ہے، اور اسی لئے اس حصہ میں جائے مطالعے کی مختصر وضاحت کی گئی ہے۔

اتراڑھنڈ: شمالی ہندوستان کی ایک ریاست ہے، جسے پہلے اتر انچل کے نام سے جانا جاتا تھا۔ مندروں اور تیرتھ یا تراؤں کی وجہ سے، اسے اکثر "دیوبھومی" ("بھگوانوں کی سرزمین") بھی کہا جاتا ہے۔ 9 نومبر، 2000 کو، اتر اڑھنڈ، جمہوریہ ہند کی 27 ویں ریاست بنا، جسے اتر پردیش کے ہمالیہ علاقے میں آنے والے اضلاع کو الگ کر کے بنایا گیا۔ یہ شمال کی طرف چین کے تبتی خطے تک پھیلا ہوا ہے؛ اسکے مشرق میں نیپال ہے؛ جنوب میں اتر پردیش ہے؛ اور شمال اور مغرب میں ہماچل پردیش ہے۔ اتر اڑھنڈ کا دارالحکومت دہرہ دون ہے۔ یہ ریاست دو منڈلوں، گڑھوال اور کوماؤں میں منقسم ہے، اس میں مجموعی طور پر 13 اضلاع، 14 تحصیل اور 41 ترقیاتی بلاکس ہیں۔

نینی تال: نینی تال ضلع اتر اڑھنڈ کے کوماؤ ڈویژن میں ہے۔ یہ ہمالیہ اور سب ہمالیہ علاقوں میں عرض البلد -28o اور 30o N اور 78o-81o E کے درمیان واقع ہے، جس کا رقبہ تقریباً 3853 مربع کلومیٹر پر محیط ہے۔ جغرافیائی بنیاد پر اسے دو علاقوں میں تقسیم کیا گیا ہے، پہلا بھار اور دوسرا پہاڑی۔ ضلع نینی تال کا رقبہ 411073 ہیکٹر ہے، جس میں سے 73.01 فیصد جنگلات میں اور 6.51 فیصد غیر زراعت والی زمین میں ہے۔ باغبانی کی فصلیں کل 3.96 فیصد حصہ میں ہے۔

ہلدوانی: ہلدوانی ضلع نینی تال میں آتا ہے اور اسے اتر اگھنڈ ریاست کا تیسرا سب سے بڑا شہر مانا جاتا ہے۔ اسکو موجودہ تحقیق کے لئے جائے مطالعہ کے طور پر منتخب کیا گیا ہے۔ ہلدوانی میں ہلدو (ہلدینا کورڈ فولیا) درختوں کی زیادہ مقدار کی وجہ سے 'ہلدووانی' کے نام سے جانا جاتا ہے۔ ہلدوانی ہمالیہ کی حدود کے دامن میں بسا ہوا ہے، اس کے جنوب سے نینی تال ہے جسے 'بھابھر' علاقہ بھی کہا جاتا ہے۔ فائٹوجیو گرافک نقطہ نظر سے، یہ ایک میدانی علاقہ ہے جس میں شمال سے جنوب کی طرف ڈھلان ہے۔ یہ پہاڑی اور میدانی دونوں علاقوں کے ساتھ 143.50 مربع کلومیٹر کے رقبے میں پھیلا ہوا ہے۔ ہلدوانی اور کاٹھکوڈام یو. اے / میٹروپولیٹن خطے کی مجموعی آبادی 364129 ہے جن میں 67.25 فیصد شہری آبادی ہے (مردم شماری، 2011)۔ اس شہر میں کئی نہروں کا نیٹ ورک ہے جسے آبپاشی کے مقاصد کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ جہاں تک طبی سہولیات کا تعلق ہے تو یہاں ایک جنرل اسپتال، ایک خواتین کا اسپتال اور سات پرائمری ہیلتھ سینٹر ہیں۔ اس کے علاوہ تپ دق سے متعلق سینٹریم کی سہولیات اور ایک ایور ویدک صحت مرکز بھی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ بہت سے نجی اسپتال اور نرسنگ ہوم ہیں۔ جدول 2.1 میں ہلدوانی کا آبادیاتی پروفائل فراہم کرتا ہے۔

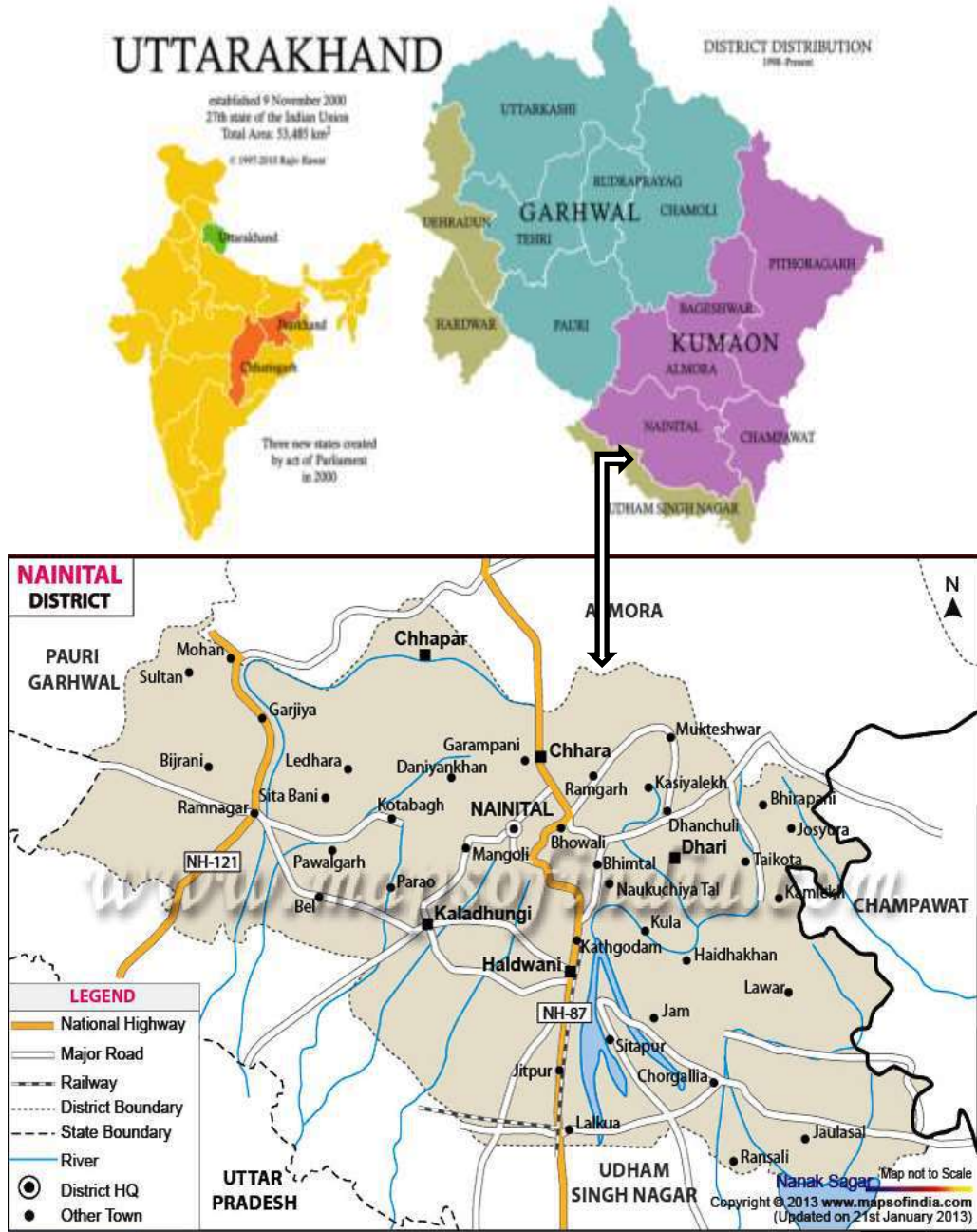
جدول نمبر 3.1: تقابلی آبادیاتی پروفائل

نمبر شمار	متغیرات	بھارت	اتراگھنڈ	نینی تال	ہلدوانی
1	کل رقبہ	3.287 million km ²	53,483 km ²	3,860 km ²	143.50 km ²
2	کل آبادی	1,210,854,977	10,086,292	954,605	364129
3	خواتین کی آبادی	586,469, 174	4,948,519	460,939	232,095
4	مرد آبادی	623, 724, 248	5,137,773	493,666	121,409
5	شرح خواندگی	74.04%	78.82%	85.26 %	84.29%
6	خواتین کی شرح خواندگی	64.63 %	70.01%	81.37 %	80.83 %
7	مرد کی شرح خواندگی	80.88%	87.4%	88.82 %	87.45 %
8	خواتین جنسی تناسب	943	963	934	912

ہلدوانی ایک کثیر الثقافتی شہر ہے۔ اس خطے میں کو ماؤنی لوگوں کے ساتھ ساتھ مغربی اتر پردیش، دہلی، بہار اور بنگال سے تعلق رکھنے والے تارکین وطن یا ان لوگوں کا جو اب اتر اچھنڈ کے ترائی بھار کے باشندے ہیں، کا غلبہ ہے لیکن اس کے

باوجود بھی یہ ایک ایسا شہر ہے جہاں مختلف مذاہب کے لوگ رہتے ہیں۔

گلر نمبر 3.2: اتر اچھنڈ اور نینئی تال کا نقشہ



3.3: جائے مطالعہ میں تولیدی صحت کی صورت حال

اس مطالعے کا مقصد ہلدوانی میں مسلم خواتین کی تولیدی صحت سے متعلق تجربات کو ریکارڈ کرنا تھا اور خواتین کی تولیدی صحت کو چار وسیع موضوعات کے تحت سمجھنا تھا جس میں محفوظ زچگی، بچے کی بقا، خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی صحت شامل ہیں۔ تحقیق کے اس حصہ میں ہلدوانی میں ان وسیع موضوعات کے آس پاس تولیدی صحت کی صورت حال کی ایک جھلک فراہم کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔

محفوظ زچگی

"محفوظ زچگی سے مراد وہ تمام خواتین ہیں جو حمل اور بچے کی پیدائش کے دوران محفوظ اور صحت مندرہنے کے لئے ضروری دیکھ بھال حاصل کرتی ہیں" (خان اور دیگر 2009)۔ محفوظ زچگی ایک تصور یا اقدام ہے جس کے ذریعہ اس بات کا خیال رکھا جاتا ہے کہ ماں اور نوزائیدہ کو صحت کی اعلیٰ معیاری دیکھ بھال دی جائے۔ محفوظ حمل، محفوظ ڈیلیوری اور نوزائیدہ کی محفوظ پیدائش، محفوظ زچگی کے سب سے اہم جز ہیں۔ محفوظ زچگی ہی حمل، ماں اور بچے کی صحت کی مجموعی حفاظت کو یقینی بناتی ہے (ادھیاری، 2018)۔

جدول 3.2: محفوظ زچگی کا ایک جائزہ

مبنی تال (NFHS-4)	اتراکھنڈ (NFHS-4)			بھارت (NFHS-4)			علمی	متغیرات
	کل	دیہی	شہری	کل	دیہی	شہری		
NA	19.4 years	NA	NA	18.6 years	18.1 years	19.8 years	27.8 Years (Spruce, 2018)	شادی میں درمیانی عمر
NA	40%	NA	NA	26.80%	31.50%	17.50%	700 million (Unicef, 2019)	18 سال کی عمر سے پہلے شادی شدہ

65.7 %	53.5	48.7	63.1	58.6	54.2	69.1	86% (Unicef, 2018)	پہلی سہ ماہی کے دوران اے این سی کا دورہ
40.4 %	30.9	25.7	41.2	51.2	44.8	66.4	62% (Unicef, 2018)	چار اور زیادہ اے این سی
64.7 %	68.6	63.7	79.1	79	75	89	78% (Unicef, 2019)	صحت کے مرکز میں بچے کی پیدائش
24.6 %	13.1	10.2	19.4	17.2	12.9	28.3	21.1% (cnm, 2018)	سیزرین سیکشن ڈیلیوری
59.5 %	54.8	49.1	66.1	67.5	62	73	NA	بچے کی پیدائش کے بعد دو دن کے اندر جانچ
NA	7.2	6.2	9.0	6.4	6.0	7.5	NA	اسقاط حمل

بچوں کی بقاء

"بچوں کی بقاء تولیدی پختگی کی ایک اہم جہت میں سے ایک ہے" (ٹیل، 2006)۔ ترقی پذیر ممالک میں، لاکھوں بچے اپنی پانچویں سالگرہ پر پہنچنے سے پہلے ہی مر جاتے ہیں۔ ان ممالک میں، دس میں سے سات اموات خسرہ، ملیریا، غذائی قلت، اسہال سے پانی کی کمی اور سانس کے انفیکشن جیسی بیماریوں کی وجہ سے ہوتی ہیں (انگل، اور ملہوترا، 2007)۔

"ہندوستان میں بچوں کی اموات کی شرح بہت زیادہ ہے، اور اسی وجہ سے نوزائیدہ بچوں کی صورتحال حاشیہ پر ہے" (چودھری، 1997)۔ بچے ملک کا سب سے اہم اثاثہ ہیں، اسی لئے بچوں کی اموات میں کمی ہندوستان میں عوامی ترجیح میں سے ایک ہے اور ملینیم ڈیولپمنٹ گولز میں بھی شامل ہے۔ سری لنکا اور بنگلہ دیش جیسے دوسرے پڑوسی ممالک کے مقابلے میں بھارت میں نوزائیدہ اور پانچ سال سے کم عمر کے بچوں کی شرح اموات زیادہ ہے۔ ہندوستان میں ہر سال تقریباً 1.75 ملین بچے اپنی پہلی سالگرہ پر پہنچنے سے پہلے ہی دم توڑ دیتے ہیں۔ اور یہ تعداد ہندوستان میں الگ الگ معاشرتی گروپوں میں مختلف ہے (سچر، 2006)۔ ایس ٹی اور ایس سی میں بچوں کی شرح اموات کی شرح سب سے

زیادہ ہے اور پانچ سال سے کم عمر کی شرح اموات (بالترتیب 1000 بچوں میں 78 اور 111 اموات ہے)۔ جب کہ ہندوستان میں کسی بھی معاشرتی گروہ کے مقابلے میں، مسلمانوں میں دوسرے نمبر پر سب سے کم بچوں کی شرح اموات ہیں (سچر، 2006)۔ یہاں بچوں کی بقاء سے مراد نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال، دودھ پلانے اور ٹیکے لگانے سے متعلق طرز عمل اور طریقوں وغیرہ سے ہے۔

جدول 3.3: بچوں کی صحت کا ایک جائزہ

نئی تال (NFHS-4)	اتراکھنڈ (NFHS-4)			بھارت (NFHS-4)			علمی	متغیرات
	کل	دیہی	شہری	کل	دیہی	شہری		
18.4	19.3	16.6	24.4	24.3	23	27.2	NA	جن بچوں کی پیدائش کے بعد 2 دن کے اندر صحت کی جانچ ہوئی
48.5	51	51	51.2	54.9	56	52.1	41% (Unicef, 2018)	خصوصی طور پر دودھ پینے والے 6 ماہ سے کم عمر بچے
39.4	46.7	45.8	48.6	42.7	39.9	50.1	69% (Unicef, 2018)	بچوں کو 6-8 ماہ کی عمر سے ماں کے دودھ کے ساتھ ساتھ دوسری چیزوں کو کھلانے کی شروعات
59	57.7	58.2	56.5	62	61.3	63.9	85% (Unicef, 2018)	12-23 ماہ کی عمر کے بچوں کے حفاظتی ٹیکے
91.6	92.9	94	90.4	91.9	91.4	93.2	68 (Unicef, 2018)	بی سی جی ٹیکہ
76.2	80	79.6	81	78.4	77.7	80.2	85.58 (World Bank, 2017)	ڈی پی ٹی ٹیکہ
78.5	80.6	81.8	77.7	81.1	80.3	83.2	84.96 (Unicef, 2018)	خسرے کا ٹیکہ
72.6	68	68.4	67.2	72.8	72.6	73.4	95 (Unicef, 2018)	پولیو ڈراپ
31 (AHS,	40	38	44	41	46	29	37 (Unicef, 2018)	نوزائیدہ شرح اموات

2014)									
38 AHS, 2014)	47	46	49	50	56	34	39	(WHO, 2017)	پانچ سال سے کم عمر بچوں کی شرح اموات
NA	0.9	1.0	0.8	0.9	1.0	0.8	NA		اسٹل برتھ (مرے ہوئے بچے کی پیدائش)

خاندانی منصوبہ بندی

خاندانی منصوبہ بندی افراد اور جوڑے کو اپنے بچوں کی مثالی تعداد کے ساتھ ساتھ ان کے پیدائشی وقفہ اور وقت کے بارے میں فیصلہ کرنے میں مدد کرتی ہے۔ جسے مانع حمل طریقوں کا استعمال کرتے ہوئے اور بانجھ پن کے علاج سے حاصل کیا جاتا ہے (ڈبلیو ایچ او، 2007)۔ خاندانی منصوبہ بندی کسی خواتین کو بچوں کے بیچ وقفہ رکھنے اور اس کے حمل کو محدود کرنے کا اثر خواتین کی صحت اور تندرستی پر پڑتا ہے۔ خاندانی منصوبہ بندی سے ماں کی صحت میں بہتری آتی ہے اور ملک کی معاشرتی اور معاشی ترقی میں مدد ملتی ہے۔

جدول 3.4: خاندانی منصوبہ بندی کا ایک جائزہ

نیشنل (NFHS- 4)	اتراکھنڈ (NFHS-4)			بھارت (NFHS-4)			علمی	متغیرات
	کل	دیہی	شہری	کل	دیہی	شہری		
NA	2.1	2.2	1.8	2.2	2.4	1.8	2.4 (world bank, 2017)	شرح پیدائش
48.5	53.4	53.2	53.9	53.5	51.7	57.2	62.5 (World bank, 2014)	مانع حمل کی کسی بھی طریقہ کا استعمال
44.9	49.3	49.8	48.5	47.8	46.0	51.3	57.0 (UN, 2013)	جدید مانع حمل کی کسی بھی طریقہ کا استعمال
22.0	27.4	32.2	18.7	36.0	36.1	35.7	18.9 (UN, 2013)	خواتین نسبندی
2.1	0.7	0.8	0.4	0.3	0.3	0.3	2.4 (UN, 2013)	مرد نسبندی

1.8	1.6	1.3	2.2	1.5	1.1	2.4	13.9 (UN, 2013)	آئی یو ڈی // پی پی آئی یو ڈی
4.9	3.2	2.7	4.2	4.1	4.3	3.5	8.9 (UN, 2013)	مانع حمل کے لئے گولیوں کے استعمال
13.7	16.1	12.4	22.7	5.6	3.9	9.0	8.0 (UN, 2013)	کنڈوم
NA	3.3	3.1	3.7	3.1	2.6	4.4	NA	تولیدی صحت اور مانع حمل طریقوں کی شرح
NA	42.4	42.6	42.1	27	30.1	22.7	NA	تولیدی صحت اور گھریلو مانع حمل طریقوں

تولیدی امراض

تولیدی امراض، اس حالت یا بیماری کی حالت ہوتی ہے جو حمل، بچے کی پیدائش یا پوسٹ نیٹل کے دوران ہوتی ہے، یہ خواتین کے وقار اور ان کی جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرتی ہے۔ اس کے اسباب مختلف ہو سکتے ہیں جیسے زچگی کی پریشانیاں، پیچیدگیاں، ثقافتی رواج شامل ہیں۔ کم توجہ کی وجہ سے، تولیدی مرض ہندوستان میں تولیدی صحت کا نظر انداز حصہ ہے۔ تولیدی مریض کی وجہ سے کنوں، معاشروں، برادریوں پر منفی اثر پڑتا ہے اور خواتین کی صحت پر سخت بوجھ پڑتا ہے۔ تولیدی مریض کا ایچ آئی وی / ایڈز کے ساتھ بھی براہ راست تعلق ہے۔ پچھلے تیس سالوں میں، جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن کا تشویش کا باعث بنا ہوا ہے۔ 1960 میں ایس ٹی ڈیز میں صرف سفلس اور سوزاک ہی بیماریاں تھی، لیکن آج یہاں ہر سال لگ بھگ 12 ملین نئے متاثرہ افراد 20 طرح کی نئی جنسی بیماریوں کا شکار ہو رہے ہیں (اویول، 2005)۔

جدول 3.5: ایچ آئی وی / ایڈز کا ایک جائزہ

اتراکھنڈ	بھارت	علمی	ایچ آئی وی / ایڈز
0.11%	0.22%	36.2 million	جوان لوگوں (15-49) میں ایچ آئی وی کا پھیلاؤ

8021	2140000	37.9 million	ایچ آئی وی کے ساتھ جینے والوں لوگ
2901	908600	18.8 million	ایچ آئی وی کے ساتھ جینے والی خواتین
713	87580	1.7 million	ایچ آئی وی میں مبتلانے افراد
3575	1181129	23.3 million	اے-آر-ٹی کا استعمال کرنے والے لوگ
213	69110	770 000 million	ایڈز سے مطلق اموات

3.4: ڈیٹا اکٹھا کرنے کے طریقے

اس تحقیق میں تفصیلی انٹرویو (IDI) ٹول کو مواد جمع کرنے کے لئے استعمال کیا گیا ہے۔ تفصیلی انٹرویو کے لئے انٹرویو گائیڈ کو ادب کا جائزہ لینے اور ابتدائی انٹرویوز کی ایک سیریز کی بنیاد پر تیار اور حتمی شکل دی گئی تھی۔ انٹرویو گائیڈ کو ابتدائی اخلاقی رہنما خطوط میں عارضی طور پر تشکیل دیا گیا تھا جس کے بعد مطالعے کے اہم موضوعات پر ذیلی عنوانات، سوالات اور تحقیقات کی گئی تھیں۔ محفوظ زچگی، بچوں کی بقاء، خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی امراض۔ اس مطالعے میں انٹرویو گائیڈ کا استعمال ضمیمہ 1- میں کیا گیا ہے۔ تمام IDIs کو جواب دہندگان کی پیشگی رضامندی کے ساتھ ریکارڈ کیا گیا تھا۔ ریکارڈ شدہ انٹرویو کو سب سے پہلے ہندی میں لکھا گیا اور اس کے بعد اس کو اردو اور انگریزی ورژن میں بھی تبدیل کیا گیا۔

3.5: نمونہ کا انتخاب اور ڈیٹا جمع کرنا

فیلڈ ورک کے دوران اتر اترکھنڈ کے نینی تال ضلع کے ہلدوانی شہر کے چندہ علاقوں سے منتخب کی ہوئی مسلم خواتین کے ساتھ تفصیلی انٹرویو کا استعمال کر کے بنیادی ڈیٹا اکٹھا کیا گیا ہے۔ یہ مطالعہ جون 2017 سے اگست 2017 تک پائلٹ اسٹڈی کے طور پر شروع کیا گیا تھا۔ انٹرویو گائیڈ پر نظر ثانی اور عارضی طور پر حتمی شکل دینے کے بعد، فروری 2018 سے مئی 2018 کے درمیان منتخب جواب دہندگان سے ڈیٹا اکٹھا کیا گیا۔ اس کے بعد جون 2019 سے

اگست 2019 تک جو اب دہندگان کی دوبارہ نظر ثانی کی گئی۔ کل 25 مسلم خواتین کے تفصیلی انٹرویو لئے گئے۔ اس تحقیق کے لئے 15 سے 49 سال کی ان مسلم خواتین کا تفصیلی انٹرویو کیا گیا جن کا کم سے کم ایک بچہ دو سال سے کم عمر کا ہو۔ جو اب دہندگان کو شامل یا خارج کرنے کے معیار اور تحقیقاتی مطالعے میں حصہ لینے کے لئے ان کی دلچسپی کی بنیاد پر IDs کے لئے منتخب اور حتمی شکل دی گئی تھی۔ لہذا جو اب دہندگان کو منتخب کرنے کے لئے پراسیسو نمونہ (Purposive Sampling) تکنیک کا استعمال کیا گیا۔

3.6 ڈیٹا کی جمع آوری اور تجزیہ: موضوعات اور ذیلی موضوعات پر بحث و ارتقاء

معیاری مطالعات میں اپنے اعداد و شمار کو پیش کرنے میں ایک خاص قسم کی دشواریاں پیش آتی ہیں کیونکہ اعداد و شمار میں عام طور پر شرکاء کے بیان شامل ہوتے ہیں۔ اس مطالعے میں، فیلڈ ڈیٹا کو تفصیلی انٹرویو کی شکل میں ٹیپ ریکارڈ اور فیلڈ نوٹ بک کی مدد سے جمع کیا گیا تھا۔ سبھی انٹرویو مقامی ہندی زبان میں جمع کیے گئے تھے۔ انٹرویو سے پہلے تمام جو اب دہندگان کی باخبر رضامندی کو یقینی بنایا گیا جس سے انھیں ان کی باتوں کو ریکارڈ کرنے پر کوئی اعتراض نہ ہو۔ آڈیو ٹیپ کے ذریعہ لئے انٹرویوز کو پہلے جو اب دہندگان کی زبان میں ہی لکھا ہے۔ محقق نے ہر انٹرویو کو جمع کرنے کے بعد نقل کیا کیونکہ اس سے جو اب دہندگان کے تاثرات اور صورتحال کو یاد رکھنے میں مدد حاصل ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ اس نقل کے ساتھ شراکت داروں کے ذریعہ تولیدی صحت کے طریقوں کے بارے میں کی جانے والی معنی سازی کو اپ ڈیٹ کرنے میں متعدد بار جو اب دہندگان سے ملنے میں بھی مدد کی۔ اس تحقیق کے دوران ایک تفصیلی انٹرویو کے لئے محقق نے جو اب دہندگان خواتین کے ساتھ اوسط وقت چار دن گزارا۔ ڈیٹا اکٹھا کرنے سے پہلے، محقق سبھی جو اب دہندگان کی رہائش گاہ پر گئی اور بہتر تعلقات بنانے کے لئے اپنے آپ کو جو اب دہندگان کے ساتھ جوڑا اور

انٹرویو کے لئے ان کی آسانی اور راحت کو یقینی بنایا۔ ڈیٹا اکٹھا کرنے کے دوران محققہ نے جواب دہندگان کے خیالات، تجربات اور عقائد کو نوٹ کیا۔ ساتھ ہی ساتھ اس نے انٹرویو کے دوران جواب دہندگان کے طرز عمل، اظہار خیال اور اشاروں کا بھی مشاہدہ کیا۔ جب اعداد و شمار کی نقل کی گئی تھی، تو بیانات، فقرے، کہاوٹ اور محاوروں کو خاص طور پر مزید گفتگو کے لئے نشاندہی کی گئیں تاکہ ان اکٹھا بیانات کے آس پاس موجود عوامی تاثرات کا احساس کیا جاسکے، یہ جملہ کلکٹ (1989) سے لیا گیا ہے۔ انٹرویوز کی نقل اور مزید بصیرت کے لئے جواب دہندگان کو متعدد دوروں کے بعد، ڈیٹا کو پچیس تفصیلی انٹرویوز کے طور پر حاصل کیا گیا۔ ڈیٹا اکٹھا کرنے کے بعد، نقل کو متعدد بار پڑھا اور اس کا جائزہ لیا گیا اور اس کے نتیجے میں، یہ اعداد و شمار کو چار بڑے موضوعات میں درجہ بندی کی گئی۔ محفوظ زچگی؛ بچوں کی بقا؛ خاندانی منصوبہ بندی؛ اور تولیدی مریض۔ محققہ کے لئے ان چار موضوعات میں درجہ بندی کرنا آسان نہیں تھا اسی لئے اس کے لئے محققہ نے کئی طرح سے ادب کا جائزہ کیا اس کے علاوہ اس طرح کی تحقیق کے ماہران سے مشاورت بھی حاصل کی اور اس کے بعد ہی اس تحقیق کو چار بڑے موضوعات میں تقسیم کیا گیا۔ اس موضوعی درجہ بندی کے بعد، نقل کو مزید مخصوص موضوعات کے ساتھ ساتھ پڑھا گیا اور انتہائی دلچسپ ذیلی تھیمز اور مائیکرو تھیمز کے سامنے آنے کی راہ ہموار ہو گئی اور اس طرح یہ تحقیق چار بڑے موضوعات کے ساتھ ساتھ ذیلی تھیمز اور مائیکرو تھیمز میں بھی تبدیل ہو گئی۔ ان سب تھیمز، ذیلی تھیمز اور مائیکرو تھیمز نے مل کر نینی تال ضلع کے ہلدوانی شہر میں مسلمان خواتین کی تولیدی صحت کے طریقوں کے آس پاس عمدہ بیانیے تیار کرنے میں مدد فراہم کی۔

3.7: جواب دہندگان کی پروفائل

جیسا کہ اس بات پر پہلے ہی بات کی جا چکی ہے کہ اس تحقیق میں شامل جواب دہندگان 15 سے 49 سال کی وہ شادی شدہ مسلم خواتین ہیں جن کے کم از کم دو سال کا ایک بچہ ہو، اور اسی معیار کے ساتھ، محقق نے جواب دہندگان خواتین سے رابطہ کیا، انہیں مطالعے کے بارے میں آگاہ کیا اور اس عمل میں صرف ان ہی لوگوں نے دلچسپی لی جو ساری باتوں سے مطمئن تھے، بالآخر انہیں ان پچیس جواب دہندگان کی فہرست میں شامل کیا گیا جنہوں نے ضلع نین تال کے ضلع ہلدوانی شہر میں مسلمان خواتین کی تولیدی صحت کے رجحان کو سمجھنے کے لئے پوری طرح سے مدد کی۔ جواب دہندگان کی پروفائل سے متعلق معلومات مندرجہ ذیل ہیں۔

انٹرویو کے وقت منتخب جواب دہندگان کی کم از کم عمر 16 سال اور زیادہ سے زیادہ 35 سال تھی۔ اس طرح جواب دہندگان کی عمر 16 سے 35 سال کے بیچ تھی (ٹیبل 2.6)۔ اور شادی کے دوران عمر کے لحاظ سے، کم از کم 14 سال اور زیادہ سے زیادہ 25 سال تھی۔

جدول نمبر 3.6: جواب دہندگان کی عمر

شادی کے وقت خواتین کی عمر	انٹرویو کے وقت خواتین کی عمر	
18 سال	26 سال	اوسط
14 سال	16 سال	کم سے کم
25 سال	35 سال	زیادہ سے زیادہ
25	25	کل

مزید 25 جواب دہندگان میں، 24 شادی شدہ خواتین تھیں اور صرف ایک بیوہ تھیں۔ خاندانی نوعیت کے معاملے میں، 18 جواب دہندگان مشترکہ خاندان میں رہ رہے تھے اور باقی 7 افراد کا انفرادی خاندان تھا (ٹیبل 2.7)۔

جدول نمبر 3.7: ازدواجی حیثیت اور خاندان

ازدواجی حیثیت	تعداد	خاندان	تعداد
شادی شدہ	24	مشترکہ خاندان	18
بیوہ	1	انفرادی خاندان	7
کل	25	کل	25

موجودہ مطالعے میں، جو اب دہندہ کا خود سے متعلق ذات کے زمرے اور سماجی حیثیت کے بارے میں بتایا گیا ہے کہ 6 جو اب دہندگان کا تعلق جنرل زمرے سے تھا اور 19 دیگر پسماندہ طبقات (او بی سی) سے تھے۔ ٹیبل 2.8 مزید یہ بھی فراہم کرتا ہے کہ راشن کارڈز کے معاملے میں، 9 جو اب دہندگان اے پی ایل تھے (غربت کی لکیر سے اوپر) اور 16، بی پی ایل تھے (غربت کی لکیر سے نیچے)۔

جدول نمبر 3.8: ذات

ذات	تعداد	راشن کارڈ	تعداد
جنرل	6	اے پی ایل	9
او بی سی	19	بی پی ایل	16
کل	25	کل	25

اس تحقیق میں، 8 جو اب دہندہ ناخواندہ تھیں، 3 جو اب دہندگان نے ابتدائی تعلیم حاصل کی تھی اور 6 آٹھویں درجہ تک تعلیم یافتہ تھے (جدول 2.9)۔ 3 جو اب دہندگان نے ہائی اسکول، 2 انٹر میڈیٹ، اور 2 انڈر گریجویٹ تھیں۔ صرف ایک جو اب دہندہ نے پوسٹ گریجویٹ کیا تھا۔

جدول نمبر 3.9: تعلیمی حیثیت

تعداد	تعلیم
1	پوسٹ گریجویٹ یا اس سے زیادہ
2	انڈر گریجویٹ
2	انٹرمیڈیٹ
3	ہائی اسکول
6	آٹھویں درجہ تک
3	پانچویں درجہ تک
8	ناخواندہ
25	کل

جواب دہندگان چار اقسام میں مشغول تھے۔ آنگن واڑی، ہیلپر، دائی، بے روزگار اور غیر ہنر مند کارکن (ٹیبیل

2.10)۔ 25 جواب دہندگان میں 22 بے روزگار تھے۔

جدول نمبر 3.10: پیشہ کی نوعیت

تعداد	روزگار کی حیثیت
1	آنگن واڑی ورکر
1	دائی
22	بے روزگار
1	غیر ہنر مند کارکن
25	کل

عام طور پر آمدنی کا انحصار لوگوں کے پیشے پر ہوتا ہے۔ موجودہ مطالعے میں جواب دہندگان کی اوسط آمدنی 6500 روپے ماہ

ہے۔ 25 جواب دہندگان کی کم سے کم آمدنی 2500 روپے اور زیادہ سے زیادہ 20000 روپے (ٹیبیل 2.11)۔

جدول نمبر 3.11: خاندانی آمدنی

25	کل
6500.0000	اوسط
5000.00	وضع (mode)
2500.00	کم سے کم
20000.00	زیادہ سے زیادہ

بچوں کی تعداد خواتین کی تولیدی صحت کے ساتھ قریب سے جڑی ہوئی ہے اور یہ جوڑے کے درمیان خاندانی منصوبہ

بندی کا بھی اشارہ ہے۔ 25 جواب دہندگان میں سے 10 کے دو بچے تھے اور 7 کے صرف ایک بچہ تھا (ٹیبل

2.12)۔ چار جواب دہندگان کے تین بچے تھے اور تین جواب دہندگان کے پانچ بچے تھے۔

جدول نمبر 3.12: زندہ بچوں کی تعداد

فیصد	تعداد	بچوں کی تعداد
28.0	7	جن کے صرف ایک بچہ ہے
40.0	10	جن کے صرف دو بچے ہیں
16.0	4	جن کے تین بچے ہیں
4.0	1	جن کے چار بچے ہیں
12.0	3	جن کے پانچ بچے ہیں
100.0	25	کل

25 جواب دہندگان میں، 9 خواتین دو بار اسقاط حمل کا شکار ہوئی اور سات جواب دہندگان کا ایک بار اسقاط حمل ہوا

(ٹیبل 2.13)۔ صرف ایک خاتون ایسی تھی جس کو تین بار اسقاط حمل ہوا اور آٹھ جواب دہندگان کو کبھی اسقاط حمل

نہیں ہوا۔

جدول نمبر 3.13: خود ہی اسقاط حمل ہونا

فیصد	تعداد	خود ہی اسقاط حمل (Miscarriage)
32.0	8	کبھی نہیں
28.0	7	1.00
36.0	9	2.00
4.0	1	3.00
100.0	25	کل

جدول 2.14 جواب دہندگان کے اسقاط حمل کے تجربات سے متعلق تفصیلات فراہم کرتی ہے۔ 25 جواب دہندگان میں سے، 11 جواب دہندگان نے کبھی بھی اسقاط حمل کا تجربہ نہیں کیا، جب کہ 6 جواب دہندگان نے ایک بار، 5 جواب دہندگان نے دو بار اور 3 جواب دہندگان نے تین بار اسقاط حمل کیا۔ اور حیرت کی بات یہ ہے کہ ایک خاتون نے اپنی زندگی میں 7 بار اسقاط حمل کا تجربہ کیا۔

جدول نمبر 3.14: اسقاط حمل کی نوعیت

فیصد	تعداد	اسقاط حمل کرانا (Abortion)
44.0	11	کبھی نہیں
24.0	6	1.00
20.0	5	2.00
8.0	2	3.00
4.0	1	7.00
100.0	25	کل

جدول 2.15 میں جواب دہندگان کے بچوں کی اموات کے تجربات کو دکھایا گیا ہے۔ 25 جواب دہندگان میں، 5 جواب دہندگان نے اپنے 1 بچے کو پیدا ہونے کے بعد کھویا اور 2 نے اسٹل برتھ کا تجربہ کیا۔ جبکہ 2 جواب دہندگان نے اپنے پیدا ہونے کے بعد اپنے 2 بچوں کی اموات کا سامنا کیا اور ایک نے 2 بار اسٹل برتھ کا تجربہ کیا۔

جدول نمبر 3.15: بچوں کی اموات

ہلاکت کی تعداد	خواتین جنہوں نے پیدائش کے بعد بچے کی موت کا تجربہ	خواتین جنہوں نے پیدائش سے پہلے ہی بچے کی موت کا تجربہ
1.00	5	2
2.00	2	1
کل	25	25

جدول 2.16 جواب دہندگان کے بچے کی پیدائش کی جگہ کی ترجیح پر روشنی ڈالتی ہے۔ 25 جواب دہندگان میں سے

13 افراد نے گھر میں ہی بچوں کو جنم دیا اور 12 جواب دہندگان نے سرکاری اسپتالوں میں بچوں کو جنم دیا۔

جدول نمبر 3.16: بچوں کی جائے پیدائش

بچے کی پیدائش کی جگہ	تعداد	فیصد
اسپتال میں بچے کی پیدائش	12	48.0
گھر پر بچے کی پیدائش	13	52.0
کل	25	100.0

مانع حمل طریقوں کے استعمال کے ضمن میں، 25 جواب دہندگان میں سے 12 خواتین نے بتایا کہ ان کے شوہر حمل

سے بچنے کے لئے کنڈوم کا استعمال کرتے ہیں (ٹیبل 2.17)۔ حمل کو روکنے کے لئے حال ہی میں تین خواتین نے

نس بندی کرائی تھی اور ایک نے زبانی مانع حمل گولیاں استعمال کیں۔ ایک خاتون جواب دہندگان نے حمل کی روک

تھام کے لئے آئی یو ڈی کے استعمال کی اطلاع دی اور تین جواب دہندگان نے بتایا کہ ان کے مرد شراکت دار حمل کو

روکنے کے لئے انزال طریقہ کار کو ترجیح دیتے ہیں۔ چار جواب دہندگان نے حمل کی روک تھام کے لئے کسی بھی طرح کا

کوئی طریقہ استعمال نہیں کیا۔

جدول نمبر 3.17: مانع حمل کے طریقے

فیصد	تعداد	مانع حمل طریقے
48.0	12	کنڈوم
4.0	1	مانع حمل گولیاں
4.0	1	آئی یو ڈی / مانع حمل ڈیوائس (انسٹریٹیوٹن ڈیوائس)
12.0	3	خواتین نسبندی
12.0	3	انزال (دستبردار ہونا / خارج)
4.0	1	مانع حمل کے دوسرے طریقے
16.0	4	مانع حمل کے کسی بھی طریقے سے گریز
100.0	25	کل

قبل از پیدائش دیکھ بھال (اے این سی) وہ نگہداشت ہے جو صحت کے پیشہ ور افراد سے حمل کے دوران مل جاتی ہے۔ اس تحقیق میں، 10 جواب دہندگان نے کم سے کم 3 اے این سی چیک اپ کرائے اور 11 جواب دہندگان نے آئی ایف اے کی دوائس لی اور 18 نے حمل کے دوران ٹینٹس انجیکشن (ٹی ٹی) لگوائے (ٹیبیل 2.18)۔ جبکہ 15 جواب دہندگان نے اے این سی چیک اپ کی کوئی اطلاع نہیں دی، 14 جواب دہندگان نے آئی ایف اے کی گولیوں کو چھوڑ دیا جب کہ 7 جواب دہندگان کو ٹینٹس انجیکشن نہیں لگوایا۔

جدول نمبر 3.18: قبل از پیدائش نگہداشت (اے این سی)

تشخیص / ٹیکہ	آئرن اور فولک ایسڈ کی گولیوں کا استعمال	حمل کے دوران کم سے کم تین بار طبی جانچ	ہاں / نہیں / کل
18	11	10	ہاں
7	14	15	نہیں
25	25	25	کل

جدول 2.19 میں بچوں کے لگنے والے حفاظتی ٹیکوں کے بارے میں معلومات دی گئی ہے کہ 25 جواب دہندگان میں سے 22 نے اپنے بچوں کو ڈیپٹیئر یا، کالی کھانسی اور تشنج (ڈی پی ٹی) کے لئے ٹیکے لگوائے تھے۔ تمام 25 جواب دہندگان نے پولیو میلائٹس ٹیکہ کے لئے مثبت اور 21 جواب دہندگان نے اپنے بچوں کو خسرہ اور بی سی جی کے ٹیکے لگوائے۔ زیادہ سے زیادہ 14 جواب دہندگان نے کالایر قان ٹیکہ کے ذریعہ حفاظتی ٹیکوں تک رسائی حاصل کی تھی جبکہ 12 جواب دہندگان نے ہیمو فیلس انفلو سنزا-بی کے ٹیکے کے لئے حفاظتی ٹیکوں تک رسائی حاصل کی تھی۔ صرف تین جواب دہندگان نے ڈی پی ٹی ٹیکوں کی اطلاع نہیں دی۔

جدول نمبر 3.19: بچوں کی ٹیکہ کاری

	بی سی جی	ڈیپٹیئر یا	کالی کھانسی	ٹیٹنٹس	پولیو ڈراپ	خسرہ	کالایر قان	ہیمو فیلس انفلو سنزا-بی
ہاں	21	22	22	22	25	21	14	12
نہیں	4	3	3	3	0	4	11	13
کل	25	25	25	25	25	25	25	25

3.8: اخلاقی خدشات اور تحفظات

تولیدی صحت جیسے حساس مضامین پر بات کرنے کے لئے کچھ اخلاقیات کی ضرورت ہوتی ہے جس سے جواب دہندگان کی رضامندی حاصل کی جائے، اس میں محقق انٹرویو کے آغاز میں ہمیشہ رازداری کے وعدے کا اظہار کرتا ہے۔ اخلاقی خدشات کے دوران محقق نے سب سے پہلے اپنے آپ کو اور تحقیقی موضوع کو متعارف جواب دہندگان سے کرایا اور ڈیٹا اکٹھا کرنے کے دوران جواب دہندگان کے ساتھ بہتر تعلقات بنانے کی کوشش کی جس سے وہ اپنی ہر بات کھل کر

بتا سکے۔ محققہ نے جواب دہندگان سے انٹرویو کرنے کے لئے ان سے ایک گھنٹہ وقت کی درخواست کی اور اگر کوئی معلومات چھوٹ جائے تو اس پر دوبارہ نظر ثانی کی اجازت بھی لی۔ جواب دہندگان کو یہ بھی بتایا جاتا ہے کہ اس کی شرکت مکمل طور پر رضاکارانہ ہے اور اس انٹرویو کے لئے انھیں کسی طرح کی کوئی فیس یا تحفہ نہیں دیا جائیگا۔ اسے مشورہ دیا گیا تھا کہ اسے کسی بھی وجہ سے زیر بحث موضوعات میں سے کسی سوال کا جواب دینے سے انکار کرنے کا حق حاصل ہے اور اس سے اسے کو ملنے والی صحت کی سہولیات پر اس کا کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ فیلڈ انٹرویو شروع ہونے سے پہلے، تمام شرکاء سے تحریری طور پر کی تصدیق لی گئی۔ تاہم، اس معاملے میں جہاں شرکاء ناخواندہ تھے یا تحریری رضامندی دینے پر راضی نہیں تھے، اسی وقت محققہ نے ان سے زبانی رضامندی حاصل کر لی، جس میں محققہ نے رضامندی فارم کا ہندی میں ترجمہ پڑھا۔ محققہ نے شرکاء کے تجربات کی ریکارڈنگ کے لئے بھی اجازت لی اور انٹرویو کے دوران کسی بھی موقع پر انٹرویو کو روکنے اور چھوڑنے کا حق دیا۔ اس طرح ڈیٹا کو صرف جواب دہندگان کی باخبر رضامندی سے جمع کیا گیا تھا اور ڈیٹا کے تجزیہ کے دوران جواب دہندگان کی شناخت کو پوشیدہ رکھا گیا۔

3.9: عملی تعارف

تولیدی صحت: اس تحقیق میں تولیدی صحت کے رجحان کو سمجھا گیا ہے اور ساتھ ہی ساتھ چار اہم موضوعات محفوظ زچگی، بچوں کی بقا، خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی امراض کو بیان کیا گیا ہے۔

مسلم خواتین (جواب دہندگان): قومی فیملی ہیلتھ سروے میں خواتین کے تولیدی کیریئر کو سمجھنے کے مقصد سے 15 سے 49 سال کی خواتین شامل ہیں۔ اسی کے تحت اس تحقیق میں بھی 15 سے 49 سال کی ان مسلم خواتین کو شامل کیا گیا ہے جن کے کم از کم دو سال کا ایک بچہ ہے۔

3.10: مطالعہ کے حدود

یہ مطالعہ، نینی تال ضلع کے ہلدوانی شہر میں مسلم خواتین تک محدود ایک معیاری بیاناتی مطالعہ ہے۔ مزید یہ کہ، جواب دہندگان 15 سے 49 سال کی شادی شدہ خواتین تھیں جن کے کم از کم دو سال کا ایک بچہ ہے۔ اس تحقیق میں جوان ماؤں کے نئے تجربات کو شامل کیا گیا ہے۔ اور ان ماؤں کے بیانات کافی معیاری ہیں جو کہ اس مطالعہ کو سیاق و سباق کے ساتھ مخصوص کرتا ہے۔

باب چہارم: محفوظ زچسگی



باب چہارم: محفوظ زچگی

"حمل خاص ہے، آئیے اسے محفوظ بنائیں" یہ اعلان، عالمی ادارہ صحت نے 7 اپریل، 1998 میں عالمی یوم صحت کے موقع پر محفوظ زچگی کے نذر کرتے ہوئے کہا (ڈبلیو ایچ او، 1998)۔ حمل خواتین کے لئے ایک بہت ہی خاص تجربہ ہے۔ اس کے باوجود، ترقی پذیر ممالک میں 15 سے 49 سال کی خواتین میں حمل سے متعلق پیچیدگیوں کی وجہ سے موت، خلاف معمول پیچیدگی (abnormalities) اور معذوری تیزی سے بڑھ رہی ہے (ڈبلیو ایچ او، 2018)۔ پیدائش سے پہلے اور بعد میں کی جانے والی خاص دیکھ بھال کے ذریعہ بڑی تعداد میں خواتین اور بچوں کی زندگی کو بچایا جاسکتا ہے۔ تاہم، ان خدمات تک رسائی اور اسکا استعمال، حمل اور بچے کی پیدائش کے آس پاس کے سماجی و روایتی بندھنوں سے گھرے ہوئے ہیں۔ ہندوستان میں زچہ کی حفاظت کارجمان صرف حمل اور بچے کی پیدائش تک ہی محدود نہیں ہے، بلکہ اس کا ایک لمبا تہذیبی و ثقافتی سفر ہے جس میں شادی، بچہ کی پیدائش سے پہلے اور بعد تک کی دیکھ بھال وغیرہ شامل ہیں۔

اس باب میں ہلدوانی میں محفوظ زچگی کے مراحل اور طریقوں کی معنویت کو سمجھنے اور لوگوں کے ذریعہ کی گئی معنی سازی پر روشنی ڈالی گئی ہے۔ ان طریقوں کی trajectory خاص موضوعات کے تحت بحث کی گئی ہے۔ جو تفصیلی انٹرویوز کے ذریعے حاصل کئے گئے ہیں ان میں شادی، حمل، قبل از پیدائش دیکھ بھال، بچہ کی پیدائش اور بعد از پیدائش دیکھ بھال وغیرہ شامل ہیں۔

4.1: شادی اور شادی کی عمر کے بارے میں عام تصور

بالترتیب ہندومت اور اسلام میں شادی کو ایک مقدس عمل اور معاہدہ کے طور پر دیکھا جاتا ہے (شاہد، 2014)۔ کم عمر اور بچہ شادی دنیا کے تقریباً تمام معاشروں میں تاریخ کے الگ الگ موقوں پر ایک رواج اور مروجہ عمل کے طور پر دیکھی گئی ہے (لابنٹائن، 2015)۔ کم عمر میں شادی کی توضیح اس طرح ہے کہ 18 سال سے پہلے کی گئی شادی جس میں لڑکی جسمانی و نفسیاتی طور پر شادی اور بچے پیدا کرنے کی ذمہ داریوں کو نبھانے کے لئے تیار نہ ہو اسے کم عمر یا بچہ شادی کہا جاتا ہے (کبریٹ، مینگلیسیا اور ڈیگو، 2014)۔ لڑکیوں کی کم عمر یا بچہ شادی کا رواج سماج کی گہری جڑوں تک پیوست ہے۔ والدین کے لئے انکے سبھی بچوں کی شادی ہونا بہت فخر کی بات ہے کیونکہ وہ اپنی آخری سب سے اہم ذمہ داری کو پورا کر دیتے ہیں۔ اس مطالعے میں گہرائی سے انٹرویو اور غیر رسمی گفتگو کی بنیاد پر شادی کے بارے میں مختلف داستانیں حاصل ہوئی ہیں۔ جن سے پتہ چلتا ہے کہ کم عمر میں شادی کا لڑکیوں پر منفی اثر ہوتا ہے۔

نو عمری میں شادی

لڑکی کی شادی پر ہونے والے مباحثوں پر نظر ڈالنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جب کوئی لڑکی کی شادی کی بات کرتا ہے تو پھر اسکے ساتھ بیٹی، بہن یا انسان کی طرح سلوک نہیں کیا جاتا بلکہ اسے جانیدا، کوڑے دان کی طرح سمجھا جاتا ہے۔ ہندوستان میں عام طور پر لڑکی کو پر ایادھن مانا جاتا ہے۔ اسکا مطلب یہ ہے کہ لڑکی دوسرے کے گھر کی امانت ہوتی ہے اور اسکے بچے پیدا کرنے کی صلاحیت سے جلد سے جلد سسرال خاندان کو فائدہ پہنچانا چاہئے، اور والدین کے خاندان کو اپنی بیٹی کی طرف سے کسی مالی یا معاشی مدد سے فائدہ نہیں اٹھانا چاہئے۔ بیانات مندرجہ ذیل پر روشنی ڈالتے ہیں:

ہر ایک والدین کو یہی چاہئے کہ انکی بیٹیوں کی شادی جلدی سے جلدی ہو۔ جس سے انکی ذمہ داری پوری ہو اور وہ اپنے فرض سے ادا ہو جائیں۔ (IDI-3)

ماں باپ نے تو یہی سوچا کہ لڑکیاں تو پرانے گھر کا کوڑا ہوتی ہیں، انہیں پڑھا لکھا کر کیا ہوگا۔ جلدی سے شادی کر دو یہی ٹھیک رہتا ہے۔ (IDI-2)

ماں باپ نے سوچا شادی ہی کر دیتے ہیں، زیادہ پڑھا لکھا کر کیا کرنا ہے، آخری میں شادی ہی تو کرانی ہوتی ہے۔ (IDI-4)

میری شادی 20 سال کی عمر میں ہوئی، جلدی شادی اس لئے ہوئی، کیونکہ ہر ماں باپ یہی چاہتے ہیں کہ انکی بیٹی کی شادی جلدی ہو جائے اور بوجھ کم ہو۔ (IDI-5)

لڑکی کی شادی صحیح عمر میں کر دینا چاہئے، کیونکہ کہتے ہیں اگر لڑکی پیریڈ سے ہو گئی ہے تو یہ گناہ والدین کے سر ہوتا ہے، اسی لئے لڑکی کی شادی جلدی سے جلدی کر دینا چاہئے۔ (IDI-11)

پیریڈ کے بعد جتنے دن لڑکی گھر پر رہے گی اتنا ہی عذاب والدین کے سر آئیگا۔ (IDI-15)

ان نتیجہ سے معلوم ہوتا ہے کہ لڑکیوں کو دیگر املاک یا دیگر مکانات کا کچرا سمجھا جاتا ہے۔ انہیں والدین کے لئے سب سے بڑا بوجھ سمجھا جاتا ہے۔ فیملڈ سے پتہ چلا کہ لڑکیوں کی جلد از جلد شادی کے بارے میں اکثر مذکورہ محاورے انتہائی صنف پر مبنی تمہنات اور نسخہ ہیں۔ پرانے گھر کا کوڑا (لڑکی دوسرے کے گھر کا کچر ہے) اور بیٹی کی شادی جلدی ہو اور بوجھ کم ہو جیسے محاورے سامنے آئے۔ والدین یہ بھی چاہتے ہیں کہ انکی بیٹیوں کی جلد سے جلد شادی ہو جائے جسکے ذریعہ وہ اپنی ذمہ داریاں اور فرائض کو انجام دے سکیں۔ بیانوں سے یہ بات سامنے آئی ہے کہ جیسے ہی حیض کا آغاز ہوتا ہے، لڑکیوں کو انکے والدین پر بوجھ سمجھا جاتا ہے کیونکہ والدین کا خیال ہے کہ اب لڑکی شادی کرنے کی اہل ہے اور اگر وہ اسکی شادی حیض کے بعد جلدی نہیں کریگے تو یہ والدین کے لئے سب سے بڑا گناہ سمجھا جاتا ہے۔ عام خیال یہ ہے کہ حیض کے بعد لڑکی حیاتیاتی لحاظ سے بچہ پیدا کرنے کی اہلیت رکھتی ہے لہذا والدین کو اپنی بیٹی کی

شادی حیض کے بعد ہی جلدی کر دینی چاہئے۔ ان سب سے ایسا محسوس ہوتا ہے کہ لڑکیوں کی جلدی شادی نہ صرف معاشرتی طور پر مطلوب ہے بلکہ والدین کی ذمہ داری کی پیمائش کے لیے کوئی بیرومیٹر ہے (دباؤ کی پیمائش کا اوزار)۔

کم عمر میں شادی، کم جہیز

ازدواجی خاندان جس جہیز کے لئے مطالبہ کرتا ہے اس کا براہ راست تعلق لڑکی کی عمر سے ہے۔ عام طور پر کم عمر دلہن ہونے پر کم جہیز مانگا جاتا ہے (لو بنسٹن، 2015) اور اسی مشابہت پر زیادہ عمر کی لڑکی کی شادی میں زیادہ جہیز ادا کیا جاتا ہے۔

میرے ماں باپ نے سوچا کہ ابھی پیسے ہیں تو لڑکی کی شادی کر ہی دو، کیا پتہ کل کو بیٹے ساتھ دیں یا نہ دیں۔ اسی لئے میری شادی 16 سال میں ہی کر دی۔ (IDI-6)

شادی تو 20-19 میں صحیح رہتی ہے لیکن میری شادی کم عمر میں ہی کر دی گئی کیونکہ میری ماں بچپن میں ہی گزر گئی تھی اور کوئی ساتھ دینے والا نہیں تھا، اسی لئے دادا، دادی نے کم عمر (14 سال) میں ہی میری شادی کر دی۔ (IDI-11)

نتائج سے انکشاف ہوا ہے کہ جہیز لڑکیوں کی شادی کی عمر تعیین کرنے میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ جب بیٹی پیدا ہوتی ہے تو والدین جہیز کے پیش نظر اس کی شادی کے لیے چیزیں جمع کرنا شروع کر دیتے ہیں۔ بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ معاشی مجبوریوں کی جلد شادی کے لیے ایک بہت اہم وجہ ہے۔ ایک بلا جب بیٹی کی شادی ہو جاتی ہے تو والدین محسوس کرتے ہیں کہ وہ رقم (جہیز) بچانے کے تناؤ سے آزاد ہو گئے ہیں۔

عدم تحفظ جلد از جلد شادی کا سب سے بڑا سبب

اونچ بیچ کے خدشے کی وجہ سے بیشتر والدین اپنی بیٹیوں کو کم عمر میں شادی کی طرف ڈھکیل دیتے ہیں۔ نتائج سے اندازہ ہوتا ہے کہ خراب ماحول (ناخوشگوار صورتحال) کے ڈر کو بہت اوپر رکھا گیا ہے اور اسی وجہ سے والدین کا ماننا ہے کہ لڑکی کی شادی جلد سے جلد کرنی چاہئے۔ بیانات بھی اسی کی عکاس ہیں۔

ماں، باپ نے اگر پڑوس میں کسی کا ماحول خراب دیکھ لیا، جیسے کسی کی لڑکی بھاگ گئی تو انکو بھی ڈر ہو جاتا ہے کہ ہماری بیٹی بھی کوئی غلط قدم نہ اٹھالے، اور گاؤں میں تو یہ بات زیادہ ہوتی ہے۔ اسی لیے لڑکی کی شادی کم عمر میں ہی ہو جاتی ہے۔ (IDI-6)

شادی تو 19-20 سال میں ہونا چاہئے۔ میری شادی بھی جلدی اسی لئے ہو گی تھی کیونکہ آج کل کا ماحول بھی ٹھیک نہیں ہے، اسی لیے ماں، باپ بیٹیوں کی شادی جلدی سے جلدی کر دیتے ہیں۔ کیا پتہ کس کا کس سے چکر ہو جائے، یا کوئی کسی کے ساتھ بھاگ رہا ہے۔ ماں باپ کی عزت کو عزت نہیں سمجھ رہے ہیں۔ ایسے حالات میں کیا کرے جلدی شادی کرنا ہی پڑتی ہے۔ (IDI,23;21)

جو لڑکیاں گھر پر بیٹھی ہیں وہ اگر کچھ غلط قدم اٹھالیں تو کون ذمہ دار ہوگا؟ گھر میں رکھ کر بے عزتی تھوڑی نہ کرانی ہے۔ ویسے بھی آجکل کی لڑکیوں کا تو یہی حال ہے کہ 12-13 سال کی ہوئی نہیں کہ ادھر ادھر لڑکوں کا چکر لگا رہتا ہے۔ اس سے بہتر ہے کہ شادی ہی کر دو۔ (IDI-17)

ان نتائج سے معلوم ہوا ہے کہ معروف عوامی سمجھ یہ ہے کہ محبت کی شادی والدین کے لئے سب سے شرمناک عمل ہے کیونکہ یہاں کی معاشرتی حیثیت سے جڑا ہوا ہے۔ بیانات یہ بتاتے ہیں کہ خراب ماحول والدین کی پریشانی کی ایک اہم وجہ ہے۔ انکا خیال ہے کہ اگر انکی بیٹی کی شادی جلد نہیں ہوگی تو وہ خراب ماحول کی وجہ سے غلط کاموں میں خود کو ملوث کر لے گی۔ والدین یہ بھی سوچتے ہیں کہ اگر انکی بیٹی کسی معاملہ (چکر) میں مشغول ہو جائے گی، اور وہ اپنے والدین کی رضامندی کے بغیر بھاگ کر محبت کی شادی کر

لے تو والدین کے لئے یہ بہت شرمناک بات ہوگی۔ اس طرح لڑکی کی عفت براہ راست خاندانوں کی معاشرتی حیثیت اور جاہ جلال سے وابستہ ہے اور اسی وجہ سے والدین کو اسکی جلد شادی کرنے کی فکر ہو جاتی ہے۔

تعلیم کم عمری کی شادی کو روکنے میں معاون

عام قول ہے کہ "اگر آپ کسی لڑکی کو تعلیم یافتہ بناتے ہیں تو آپ مستقبل کو تعلیم دیتے ہیں"۔ عام طور پر تعلیم کو ایک ایسے آلہ کے طور پر سمجھا جاتا ہے جو لڑکیوں کو اپنی شادی کی عمر کو بڑھانے کے لئے بات چیت کرنے کی طاقت فراہم کرتا ہے (مارفاٹیا، امیلی اور ریڈ، 2017)۔ تعلیم کے ذریعہ کم عمر میں شادی، حمل، ولادت، اور جنسی سرگرمیاں تاخیر سے کی جاسکتی ہیں (ایرانی اور روساری، 2019)۔ جن خواتین کی شادی کم عمر میں ہوتی ہے وہ زیادہ تر کم تعلیم، کم سماجی، معاشی حیثیت، اور بڑے پیمانے پر ذرائع ابلاغ سے دور اور پسماندہ خطے سے تعلق رکھتی ہیں (پرکاش واور دیگر، 2011)۔

لڑکی کی شادی 18 سال میں ہو ہی جانی چاہئے، ویسے تو شادی 16-15 سال کی عمر میں بھی ہو جاتی ہے۔ جو لڑکیاں پڑھ لکھ نہیں رہی ہیں، نوکری نہیں کر رہی ہیں تو انکو گھر میں بیٹھا کر کیا فائدہ؟ انکی شادی-15 16 سال کی عمر میں کر دینی چاہئے۔ اور جو پڑھ رہی ہیں انکی اگر تھوڑی زیادہ عمر ہو جائے تو بھی کوئی بات نہیں انکی شادی 20-18 سال میں ہو جانی چاہئے (IDI-17)۔

ہم نہ تو قرآن شریف پڑھے ہوئے ہیں نہ ہی انگلش، ہندی پڑھے ہوئے ہیں، اسی لئے کم عمر میں شادی کر دی، کیونکہ انپڑھ لڑکی کی شادی اگر کم عمر میں ہو جائے تو ٹھیک ہو جاتی ہے اور اگر عمر زیادہ ہو جاتی ہیں تو گھر پر ہی بیٹھی رہ جاتی ہیں شادی ہی نہیں ہو پاتی ہے۔ لیکن اگر لڑکی پڑھ رہی ہے تو زیادہ عمر میں بھی شادی ہو جاتی ہے، کیونکہ پڑھائی لکھائی کے سامنے تو لڑکی کا ناک نقشہ بھی نہیں دیکھا جاتا، رنگ کالا ہو یا گورا اسکا بھی کوئی فرق نہیں پڑتا۔ (IDI-6)

لڑکی کی شادی 30-32 سال میں ہونا چاہئے، کیونکہ اسے پہلے کی عمر پڑھائی لکھائی اور کچھ کرنے کی ہوتی ہے۔ جس عمر میں میری شادی ہوئی وہ ٹھیک نہیں تھی، میری شادی تو 20 سال میں ہو گئی تھی، یہ عمر شادی کے لئے ٹھیک نہیں رہتی۔ اس عمر میں ذمہ داری اٹھانے کے لائق نہیں ہوتے۔ اور جب بچے ہوتے ہیں تو پھر عورت اپنے بارے میں کہاں سوچتی ہے۔ پھر تو صرف شوہر اور بچے ہی سب کچھ ہوتے ہیں۔ اسی لئے پہلے کچھ کر لو کچھ بن جاؤ تب شادی کرنا چاہئے۔ (IDI-16)

شادی 18-19 سال میں ہونی چاہئے، اس سے کم عمر میں تو بیکار ہی ہے، کیونکہ بچے ہونے کے وقت پریشانی ہوتی ہے۔ لیکن اگر لڑکی پڑھ رہی ہے یا جا ب کر رہی ہے تو 25-26 میں ہو جائے تب بھی کوئی بات نہیں۔ (IDI-24)

یہ حوصلہ افزا بات ہے کہ جن خواتین کی کم عمری میں ہی شادی ہو گئی ہے اور ازدواجی زندگی کا تجربہ کر رہی ہیں وہ بھی اب تعلیم کی اہمیت پر بحث کر رہی ہیں۔ شادی کے وقت اپنی کم عمری پر اور تعلیم حاصل نہ کرنے پر بھی افسوس کر رہی ہیں۔ وہ بحث کر رہی ہیں کہ تعلیم کم عمری کی شادی کی روک تھام میں معاون ہے۔ وہ تعلیم کی اہمیت پر روشنی ڈالتے ہوئے بحث کرتی ہیں کہ تعلیم کے سامنے لڑکیوں کی خوبصورتی کی بھی کوئی اہمیت نہیں ہے، انہوں نے یہ بھی استدلال کیا ہے کہ تعلیم یافتہ لڑکیوں کے معاملے میں بھی شادی کے مقصد کے لئے عمر اور خوبصورت ہونا ثانوی ہوتا ہے۔ یہ بیانات اہم ہیں اور انھیں لڑکیوں کی تعلیم کو فروغ دینے اور کم عمری کی شادیوں کے تدارک کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

شادی کی مناسب عمر

پٹیل، (2006) نے استدلال کیا کہ لڑکی کی کب شادی ہوتی ہے اور کس عمر تک وہ بچے پیدا کر سکتی ہیں ان سب کا عمر کے ساتھ گہرا تعلق ہوتا ہے۔ مینڈیلہام (1974) نے نوٹ کیا کہ لڑکیاں حیض کے کئی سال بعد تک پوری طرح

تولیدی پختگی میں نہیں آتی ہیں۔ بہت کم عمر میں ہی بچے کی پیدائش، حمل اور ولادت کے دوران پیچیدگیوں کے بڑھتے ہوئے خطرے اور نوزائیدہ اموات کی اعلیٰ شرح سے وابستہ ہیں (آئی آئی پی، 2016)۔ ٹیل (2006) نے بتایا کہ جن لوگوں کی شادی 15 سال کی عمر سے پہلے ہوئی تھی، ان میں 20 سال کی عمر میں شادی شدہ افراد کی نسبت میں کم تولیدی صلاحیت تھی۔

کسی بھی لڑکی کی شادی 18 سے 25 سال میں ہو جانی چاہئے، کیونکہ زیادہ عمر میں شادی ٹھیک نہیں رہتی۔ 25 سال کے بعد سیکس کرنے کی عمر بھی نکل جاتی ہے۔ اور بچے بھی کرنے ہونے ہیں، اسی لئے 18 سے 25 سال کی عمر کے بیچ لڑکی کی شادی ہو جانا چاہئے۔ (IDI-10)

شادی تو صحیح عمر میں ہونی چاہئے نہ زیادہ نہ کم، 20 سے 22 سال میں شادی ہو ہی جانا چاہئے اس سے زیادہ عمر میں بچے ہونے میں پریشانی ہوتی ہے اور زیادہ عمر کی لڑکی کے اچھے رشتہ بھی نہیں آتے۔ ہر کسی کو کم عمر کی نازک لڑکی چاہئے ہوتی ہے۔ 22 یا 23 سال کے بعد تو لڑکی کے چہرے پر رونق ہی نہیں رہتی، سارے نور ختم ہو جاتا ہے اور 18 سال سے کم عمر کی لڑکی کی شادی کی جاتی ہے تو وہ گھر ٹھیک سے سبھالنے کے لائق نہیں ہوتی اور اس کا شریر بھی بچے پیدا کرنے کے لائق نہیں ہوتا۔ (IDI-7; 8; 12; 14)

کوئی کہتا ہے کہ لڑکی کی شادی 18 سال میں ہونی چاہئے، تو کوئی کہتا ہے کہ 22 سال میں ہونی چاہئے۔ میرے حساب سے تو 20 سال میں ہونی چاہئے، کیونکہ اس عمر میں شادی صحیح رہتی ہے اور بچے بھی ساتھ ساتھ بڑے ہو جاتے ہیں۔ (IDI-6)

شادی 24-25 سال میں ہونی چاہئے اسے کم عمر میں تو ٹھیک نہیں ہوتی ہیں کیونکہ لڑکی تب تک زیادہ mature نہیں ہو پاتی اور اسے زیادہ سمجھ بھی نہیں ہوتی ہے۔ عام طور پر دیکھا گیا ہے کہ 24-25 سال کی عمر میں سمجھ ٹھیک ہوتی ہیں اور تب تک پڑھائی لکھائی بھی پوری ہو جاتی ہے۔ کم عمر میں تو لڑکیوں کی شادی ہونی ہی نہیں چاہئے کیونکہ سمجھداری ہوتی نہیں ہے اور ذمہ داری بڑھ جاتی ہے۔ (IDI-9)

اس تحقیق میں، مختلف بیانات سامنے آئے ہیں کہ کم عمر میں شادی ہونا اچھا ہے یا دیر سے شادی بہتر ہے اور شادی کی مناسب عمر کیا ہے؟ کچھ لوگ لڑکی کی اعلیٰ تعلیم، نوکری اور شادی کی صحیح عمر یعنی 22 سے 25 سال کی حمایت کرتے ہیں۔ جب کہ کچھ لوگ شادی کے لئے کم عمری کی حمایت میں ہیں۔ یہ معروف عوامی سمجھ ہے کہ لڑکیوں کی دیر سے شادی کرنا بوجہ ہو سکتی ہے، یا دیر سے شادی کے بعد بچے پیدا ہونا مشکل ہے۔ لوگوں کی کم عمر لڑکی کی خواہش کی وجہ سے لڑکی کا زیادہ عمر میں اچھا رشتہ تلاش کرنا بھی مشکل ہے کیونکہ لوگ ایک نازک اور معصوم لڑکی کو پسند کرتے ہیں۔ تاہم، یہ بیانات بھی موجود ہیں کہ لڑکی کی شادی معتدل عمر میں ہونی چاہئے، یعنی نہ بہت کم عمر اور نہ بہت زیادہ ہو۔ بلکہ اس عمر میں کرنا چاہئے جس میں وہ خاندان کی ذمہ داری اٹھانے کے لائق ہو جائے۔

مجموعی طور پر فیملڈ ورک سے جمع کئے گئے بیانات یہ واضح کرتے ہیں کہ لڑکیوں کی شادی کو طرح طرح کے تحفظات اور امتزاج کے ارد گرد بحث کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ سب ننھے صنف پر مبنی اور متعصبانہ طور پر خواتین کی طرف مائل ہیں۔ ایسا لگتا ہے جیسے خاندان کی حیثیت اور محنت سے کمائی ہوئی عزت لڑکیوں کے ارد گرد گھومتی ہے اور صرف اس وقت تک جب ان کی شادی ہوتی ہے۔ گویا شادی کے بعد والدین اپنی بیٹی کی ذمہ داری سے پوری طرح آزاد ہو جاتے ہوں۔ تاہم، اس تجزیہ سے انسداد (کاؤنٹر) بیانات سامنے آرہے ہیں جو استدلال کرتے ہیں کہ کس طرح کم عمری کی شادی لڑکیوں کی تعلیم میں روکاؤٹ پیدا کرتی ہے اور اسی وجہ سے وہ زندگی بھر دوسروں پر منحصر ہو جاتی ہیں۔ کچھ بیانوں سے پتہ چلتا ہے کہ تعلیم یافتہ لڑکیوں کی شادی کرنے میں کم پریشانی ہوتی ہے۔ شادی بیاہ کی سمجھ کو بدلنے کے لئے ان بیانات کو استعمال میں لانے کی ضرورت ہے۔

4.2: حمل اور اسکی معنویت

حمل تولیدی سفر (reproductive trajectory) کا ایک اہم مرحلہ ہے اور یہ سفر رواجوں، روایات اور طریقوں کے ایک پیچیدہ نیٹ ورک کے زیر انتظام ہے (شاہد، 2014)۔ "حمل معاشرتی اختیار اور خاندانی ڈھانچے کے ساتھ ساتھ حکومت کے ذریعہ چلائے جانے والے طبی اداروں اور انکی خدمات کا استعمال کرنا بھی ہے" (کانٹ، 2014)۔ فیلڈ ڈیٹا حمل کے بارے میں دلچسپ بیانات پیش کرتے ہیں، یہاں پہلے حمل کی بہت اہمیت سمجھی جاتی ہے، نئی شادی شدہ خواتین کے پہلے حمل کے خدشات، سسرال اور سماج کا پہلے حمل کو لیکر سوالات اور حمل کے پہلے اعلامیہ کے بعد خواتین کی حیثیت اور مقام میں نسبتاً تبدیلی دیکھنے کو ملتی ہے جو کہ اسکے ایک نئے مقام ورتبہ کی عکاسی کرتی ہے۔

پہلا حمل، خاندان کا اولین ایجنڈا

ہندوستانی خواتین کے تولیدی پیٹرن کو عام طور پر حمل اور ولادت کی کہانیوں اور کہانوں کے نظریہ سے دیکھا جاتا ہے (شاہد، 2014)۔ ہندوستانی معاشرے میں زچگی کی بہت اہمیت ہے، جبکہ بانجھ پن کو لعنت سمجھا جاتا ہے (پٹیل، 2006) اور اسی وجہ سے پہلے حمل کی سماجی اعتبار سے ایک الگ معنویت ہے۔ نئے شادی شدہ جوڑے خاص طور پر کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ شادی کے بعد ایک سال کے اندر ہی اپنی تولیدی صلاحیتوں کو ثابت کریں (کانٹ، 2014؛ رام اور دیگر، 2006؛ خان اور ڈگر، 2003؛ رے نولڈس اور ڈگر، 2006؛ شاہد، 2012)۔ بہت ساری خواتین کو یہ تجربہ ہوا کہ بچے کی پیدائش انہیں معاشرے میں ایک قابل احترام مقام عطا کرتی ہے، اس طرح پہلی پیدائش کا بوجھ خواتین پر نافذ ہے۔ پہلا حمل / ولادت خاص طور پر

ایک کی تولیدی قوت کا امتحان ہوتا ہے، جس کی توقع صرف بہو سے کی جاتی ہے، اور وہ بھی امتحان کو جلد از جلد اسے پاس کرنا چاہتی ہے (مشر اور دہلی، 2014؛ ٹیل، 2006؛ شاہد، 2014)۔

تحقیق کے جواب دہندگان کے ساتھ میری گفتگو میں، نئی شادی شدہ خواتین میں حمل اور ولادت کی وجہ سے تشویش بہت عام تھی۔ بیانات سے معلوم ہوتا ہے کہ نئی شادی شدہ خواتین میں حمل اور ولادت کے لئے تشویش پائی جاتی ہے، جس سے وہ سسرال والوں اور دوسروں کے تبصروں اور سوالات سے بچ سکے اور ان پر قابو پالیں ساتھ ساتھ اپنے خاندان کو بھی بڑھا سکے۔

میرے حساب سے پہلا بچہ جلدی ہونا چاہئے کیونکہ لوگ باتیں بناتے ہیں۔ جیسے ہی سال گزرتا ہے لوگ کہتے ہیں کہ پتہ نہیں بہوں میں کیا کمی ہے کی بچے نہیں ہو رہے ہیں۔ اسی لئے میں تو شادی سے پہلے ہی اللہ سے دعا مانگتی تھی کہ میرا پہلا بچہ جلدی ہو، چاہے دوسرا دیر سے ہو تو بھی کوئی بات نہیں کم سے کم لوگوں کا منہ تو بند ہو جائیگا۔ (IDI-1) (IDI-19)

میرا پہلا بچہ ایک سال بعد ہوا۔ بچہ جلدی ہو جاتا ہے تو ٹھیک رہتا ہے نہیں تو لوگوں کے منہ کھلنے لگتے ہیں۔ اور لوگوں کی باتیں سننے سے اچھا ہے کہ پہلا بچہ جلدی ہی ہو جائے اور خوشی بھی زیادہ ہوتی ہے۔ میں نے تو بہت سے ایسے لوگ دیکھے ہیں جنہوں نے ایک سال تک بچہ نہیں کیا تو انکے بچے ہی نہیں ہوئے۔ اسی لئے جلدی سے جلدی بچہ ہونا چاہئے ورنہ لوگ بانجھ بولتے ہیں۔ (IDI-23)

شادی کے بعد پہلا بچہ ایک سال میں ہو جانا چاہئے، زیادہ ٹائم ہونے پر کچھ کمی آنے لگتی ہے اور لوگ باتیں بھی بناتے ہیں۔ بعد میں علاج بھی کرنا پڑتا ہے اسی لئے اچھا ہے کہ ایک سال میں بچہ کر لو۔ اس معاملے میں کبھی کبھی لڑکیاں مجبور بھی ہوتی ہیں۔ میں شادی کے پانچ مہینے بعد پریگنٹ ہوئی تھی، اگر میرا بس چلتا تو تھوڑا اور وقت لیتی، لیکن پتی کے سامنے کہاں کسی کی چلتی ہے۔ (IDI-

20)

میرے ساتھ جتنی لڑکیوں کی شادی ہوئی تھی سب کے بچے ہونے والے تھے، لیکن میرا نہیں ہوا، سب یہی سوچتے تھے کی انکے بچے کیوں نہیں ہو رہے کہیں انہوں نے کچھ کر تو نہیں رکھا ہے جیسے کوئی روک تھام کر رکھی ہو۔ لیکن میں نے کچھ بھی نہیں کر رکھا تھا۔ اسی وجہ سے ڈاکٹر کو بھی دکھایا تب ڈاکٹر نے دوادی، اسکے بعد میں پریگنٹ ہو گئی۔ (IDI-4)

میرا بچہ شادی کے بعد ایک سال کے اندر ہو گیا شادی کے بعد جب دو تین مہینے ہو گئے تھے اور میں پریگنٹ نہیں ہی تھی تو مجھے بہت ٹینشن ہو گئی تھی، سسرال والے اس طرف کوئی غور نہیں کر رہے تھے۔ میری ساس کہ رہی تھی کہ ہو جائیگا ابھی کے دن ہی کتنے ہوئے ہیں، ابھی تو آرام سے رہو۔ لیکن میرے من کی پریشانی کوئی نہیں سمجھ رہا تھا، میں چاہ رہی تھی کہ جلدی سے جلدی میرے کوئی بچہ ہو جائے۔ دراصل مجھ سے بڑی بہن کی شادی کو بارہ سال ہو گئے لیکن ابھی تک کچھ نہیں ہوا، بہت دوایاں کی لیکن کوئی فائدہ نہیں ہوا، ہر ممکن کوشش کر لی لیکن کوئی فائدہ نہیں نکلا۔ مجھے ڈر تھا کہ کہیں میرے ساتھ بھی ایسا نہ ہو، اسی لئے میں سوچ رہی تھی کہ ایک بچہ ہو جائے پھر چاہے آرام سے ہو، اسی لئے میں خود اپنے شوہر کے ساتھ ڈاکٹر کو دکھانے گئی۔ تب ڈاکٹر نے بھی یہی کہا کہ ہو جائیگا کوئی پریشانی کی بات نہیں ہے۔ (IDI-8)

میری شادی کو ابھی تو صرف تین مہینے ہی ہوئے تھے اسی لئے مجھے تو بچہ کرنے کی کوئی جلدی نہیں تھی، لیکن آدمی کی بھی مرضی ہوتی ہے، میرے شوہر کو بچے بہت پسند ہیں اسی لئے کرنا پڑا۔ میری یہ مرضی تھی کہ آرام سے کم سے کم 6-7 مہینے تک کچھ نہ ہو، جب تک بچہ ہو تو شادی کو دو سال تو ہو جانے چاہئے۔ میں تو چاہ رہی تھی کہ بچہ دیری سے ہو، لیکن اب جب ہو ہی گیا تھا تو کیا کرتی، مجبوری تھی کرنا ہی پڑتا۔ (IDI-6)

بیانات سے یہ بات بھی سامنے آئی ہے کہ شوہر بھی پہلے حمل کو لیکر فکر مند رہتے ہیں پھر چاہے خواتین اس میں تاخیر کرنے کی خواہش رکھتی ہوں۔ معروف عوامی سمجھ کے مطابق مرد ہمیشہ مردانگی والے ہوتے ہیں اور مردانگی والے آدمی کبھی بانجھ نہیں ہو سکتے ہیں (شاہد، 2014)۔ خواتین اپنے پہلے حمل میں تاخیر کرنا چاہتی ہیں، لیکن وہ اپنے ازدواجی خاندان میں کم طاقت اور کم

معاشرتی حیثیت رکھتی ہیں اور شاذ و نادر ہی اپنے پہلے حمل میں تاخیر کے لئے بات چیت کرنے میں کامیاب ہو پاتی ہیں (سمیٹھرمن،

2007)۔

پہلا بچہ جلدی ہو جانا چاہئے اور اگر عورت کچھ وقت بعد بچہ کرنا چاہتی بھی ہے تو اسکی بات پر زیادہ دھیان نہیں دیا جاتا کیونکہ آدمی کو بھی تو اپنی مردانگی ثابت کرنا ہوتی ہے۔ اگر بچہ جلدی ہو جاتا ہے تو سب ٹھیک رہتا ہے ورنہ آدمی کے اوپر بھی بات آسکتی ہے۔ (IDI-12)

شادی کے چار مہینے بعد ہی میں پریگنٹ ہو گئی تھی میرے شوہر کو ہی بچہ کی جلدی تھی۔ اور میرے حساب سے بھی صحیح وقت تھا۔ ویسے بھی پہلی بار میں جلدی پریگنٹ ہو جاؤں وہی ٹھیک ہے، لوگوں کی زبان بند رہتی ہے۔ بچہ چاہے کسی کی بھی کمی کی وجہ سے نہیں ہو رہا ہو لیکن کہلائی تو عورت ہی جاتی ہے۔ ویسے بھی کون اپنے آدمی کو کہلانا پسند کریگی۔ (IDI-12)

پہلے بچے کی بہت اہمیت ہوتی ہے اس سے ہی ماں باپ کا پتہ چلتا ہے کہ وہ بچہ پیدا کر سکتے ہیں یا نہیں۔ اسی وجہ سے پہلا بچہ ختم نہیں کرنا چاہئے۔ میں تو ایک مہینے بعد ہی پریگنٹ ہو گئی تھی مجھے کوئی جلدی نہیں تھی لیکن یہ پتہ نہیں تھا کہ اتنی جلدی ایسا ہو جائے گا اور جب ہو گیا تھا تو ٹھیک ہے کر لیا۔ (IDI-13)

میں پہلی بار 9 مہینے بعد پریگنٹ ہوئی تھی۔ سب لوگ کہ رہے تھے کہ اتنا وقت ہو گیا بھی تک کچھ نہیں ہوا، تب میں نے کہا ہو جائیگا بھی تو شادی ہی ہوئی ہے۔ میں خود چاہ رہی تھی کہ تھوڑا لیٹ ہو۔ (IDI-16)

طبی علوم اور سائنسی مداخلت سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ شوہر یا بیوی میں سے کوئی بھی بچہ نہ ہونے کے لئے ذمہ دار ہو سکتا ہے۔ لیکن پھر بد قسمتی سے صرف عورت کو ہی اسکا ذمہ دار قرار دیا جاتا ہے (شاہد، 2014)۔ بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ حمل کے اعلانیہ اور ولادت سے متعلق کسی بھی تاخیر کی صورت میں، خواتین کو ہی ڈاکٹروں کے پاس لے جایا جاتا ہے گویا کہ 'پریشانی' (حاملہ نہ ہونا) صرف ان کے ہوتی ہے۔

پہلا بچہ جلدی نہیں ہونا چاہئے، دو تین سال بعد ہی ہونا چاہئے۔ میرا تو پہلا بچہ ایک سال میں ہی ہو گیا کیونکہ لوگ باتیں بھی بناتے ہیں سوچتے ہیں کہ پتھنیں عورت میں کیا کمی ہے، لیکن آدمی کو کوئی نہیں کہتا۔ ورنہ کمی تو دونوں میں ہو سکتی ہے۔ میری تو کم عمر میں شادی ہوئی، اسی لئے بچے کی پیدائش کے وقت میری بہت بری حالت ہو گئی تھی، مرنے سے بچی ہوں میں۔ (IDI-17)

جب تک میں پریگنٹ نہیں ہوئی لوگ مجھے عجیب نگاہوں سے دیکھتے تھے، سوچتے تھے کہ میرے ابھی تک کچھ نہیں ہے، کہیں مجھ میں کوئی کمی تو نہیں ہے۔ اسی لئے میری ساس نے مجھے ڈاکٹر کو دکھایا۔ (IDI-3)

میری بیٹی شادی کے ڈیڑھ سال بعد ہوئی۔ ویسے گھر والے یا کوئی اور تو کچھ نہیں کہ رہا تھا، لیکن میں گھر کی پہلی بہو تھی تو سب کو امید تھی کہ بچہ جلدی سے جلدی ہو جائے۔ لیکن میرے شوہر کہنے لگے کہ ہم نہیں چاہتے کی بچہ جلدی ہو۔ لیکن میری ساس علاج کے لئے مجھے سب جگہ دکھاتی پھر رہی تھی۔ (IDI-18)

حمل میں مزید تاخیر خواتین کو مذہبی مقامات جانے کے لئے مجبور کرتی ہے لیکن یہاں ایک بار پھر وہ خواتین ہی ہیں جو مذہبی مقامات پر جاتی ہیں نہ کہ مرد۔ مشرا اور ڈوبی (2014) نے بھی استدلال کیا کہ حمل میں تاخیر کے نتیجے میں خواتین متعدد مذہبی مقامات کی زیارت کرتی ہیں اور بچے کے لئے بہت سی رسومات ادا کرتی ہیں۔

شادی کے آٹھ مہینے بعد میں پریگنٹ ہوئی تھی تب تک تو لوگوں نے باتیں بھی بنانا شروع کر دی تھی۔ تاویز گنڈے بھی کرانا شروع کر دیے تھے۔ سسرال والوں سے گرم چیزیں بھی کھلائی، انہیں لگا کہیں میرے سوجن تو نہیں آگئی ہے یا اور کچھ تو نہیں ہو گیا ہے جو گرم چیزیں کھانے سے ٹھیک ہو جائیگا۔ (IDI-11)

میرے دو سال تک کوئی خوشی نہیں ہوئی تھی اسی لئے ڈاکٹر کا بھی علاج چل رہا تھا۔ ساتھ ہی ساتھ مولانا کا بھی علاج کرایا۔ مولانا نے مجھے تعویذ بھی دئے، ان تعویذوں کو اپنے اوپر سے تین بار اتار کر جلانا ہوتا تھا۔ اسکے علاوہ نہانے کے لئے بھی تعویذ دیا تھا، وہ تعویذ پانی میں ڈال کر اس سے نہانا ہوتا تھا۔ میرے بچے دیر سے ہوئے اسی وجہ سے مزاروں پر دعائیں بھی مانگی اور پوری بھی ہوئی۔ (IDI-14)

میرے تین بار مسکیرج ہوئے اور ابھی تین بچے ہیں۔ شروعات میں میرے بچے نہیں رک پارہا تھا، ڈاکٹر کو بھی دکھایا لیکن کوئی فائدہ نہیں ہوا، پھر میری ساس مراد آباد میں ایک مولانا ہیں انکے پاس گئی اور ان کا علاج کرایا، انہوں نے مجھے ایک تعویذ پہننے کا اور ایک نہانے کا دیا۔ نہانے کے لئے تعویذ کو پانی میں ڈال دیتے ہیں اور اس سے نہایا جاتا ہے۔ ہر جمعہ کو اسی طرح نہانا ہوتا ہے۔ ڈاکٹر کو دکھایا تھا لیکن کوئی اثر نہیں ہوا کیونکہ یہ تو کوئی اور ہی اثر تھا تو اس پر ڈاکٹر کی دوا کام نہیں کرتی۔ اس میں مولانا کا ہی علاج کرانا ہوتا ہے۔ میری ساس مجھے خود انکے پاس لیکر گئی تھیں، اور دیکھو انکے علاج کے بعد کوئی خرابی نہیں ہی اور میرے تینوں بچے بھی سلامت ہیں۔ (IDI-10)

بیانات یہ بتاتے ہیں کہ پہلے حمل کا شدت سے انتظار کیا جاتا ہے۔ ایسا لگتا ہے کہ پہلا حمل عورت کو ازدواجی زندگی اور خاندان میں قابل احترام مقام کو یقینی بناتا ہے۔ اگر عورت اپنی شادی کے بعد ایک سال کے اندر اندر کوئی بچہ پیدا نہیں کرتی ہے تو، یہ ایک اہم مسئلہ بن جاتا ہے۔ ایک بار جب شادی ہو جاتی ہے تو لوگ سمجھتے ہیں کہ اب عورت کو حاملہ ہو جانا چاہئے۔ اور اگر ایک نئی شادی شدہ عورت ایک سال کے اندر حاملہ نہیں ہوتی ہے تو، اس کی تولیدی صلاحیت پر سوالات اٹھائے جاتے ہیں، اسی لئے بانجھ پن کے بد نما داغ پر قابو پانے کے لئے اسے مختلف علاج (میڈیکل / گھریلو / روحانی) اپنانے پڑتے ہیں۔ ایسی صورت حال میں مردوں کی تولیدی صلاحیت پر کوئی سوال نہیں اٹھتا ہے۔ مزید برآں، خواتین میں بھی یہ قوت بہت کم ہوتی ہے کہ وہ اپنے پہلے حمل میں تاخیر کر سکیں۔ اگر وہ پہلے حمل کی تاخیر کے بارے میں بات کرتی ہیں تو موجودہ معاشرتی اصول ان کی مخالف میں کھڑے نظر آتے ہیں۔ بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ اگر عورت حاملہ ہونے کی صلاحیت سے محروم ہو تو وہ اس گھر میں کمزور صورت حال میں ہوتی ہے گویا بغیر اولاد (زرنیزی) کے عورت کی کوئی اہمیت نہیں ہے۔ ایسا لگتا ہے کہ عورتیں پہلی ولادت کے لئے اتنی فکر مند اور بے چین اس لئے رہتی ہیں کیونکہ یہ بنیادی طور پر اسکی تولیدی صلاحیت کی آزمائش ہے۔ معاشرہ ایک عورت کی تولیدی صلاحیت کا موازنہ دوسری عورت سے کرتا ہے۔

حمل کی جانچ

حمل کی ابتدائی جانچ کے بہت سے فوائد ہیں۔ اگر حمل کی جانچ مثبت ہے تو، پھر یہ حاملہ عورت کو حمل سے متعلق بہتر خدمات حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہے اور ان خواتین کو اس حمل پر سوچنے کا موقع فراہم کرتا ہے جو حاملہ نہیں ہونا چاہتی ہیں۔ اس جدید دنیا میں خواتین جدید ترین چیزوں کے ساتھ چلتی ہیں، وہ اپنے حمل کی تصدیق کے لئے گھر میں جدید حمل کٹ استعمال کرتی ہیں، لیکن کچھ خواتین ایسی بھی ہیں جو آج بھی روایتی طریقوں پر چلتی ہیں۔ لیکن حمل کی جانچ تب سے کی جا رہی ہے جب سے طبی حمل کٹس تیار نہیں کی گئیں تھیں، جس میں گھریلو اور روایتی اور غیر طبی طریقوں کو استعمال کیا جاتا تھا۔ فیلڈ ورک کے دوران، حمل کے ٹیسٹ سے متعلق بہت ساری داستانیں سامنے آئی:

شادی کے چوتھے مہینے میں مجھے بہت بخار آ رہا تھا تب میری بھابھی نے مجھے بخار کی دوا کھانے کو منع کیا اور کہا تمہاری شادی کو چوتھا مہینہ لگ گیا ہے۔ کیا پتہ ٹائم ہو گیا ہو ایسا کرو، بتی منگوا لو اور چیک کر لو، تب میں نے بتی منگوائی اور گھر پر ہی چیک کیا تو پتہ چلا کہ میں پریگنٹ ہوں لیکن چیک کرنے کے بعد میں نے ہاسپٹل میں بھی دکھایا تب ڈاکٹر نے بھی ہاں کہا کہ میں پریگنٹ ہوں۔ (IDI-6)

جب میں پریگنٹ ہوئی تب میں نے اپنی نند کو بتایا کہ مجھے مہینہ نہیں ہو رہا ہے تب انہوں نے آشا سے کٹ لاکر چیک کیا، تب گھر پر ہی پتہ چل گیا کہ میں پریگنٹ ہوں۔ (IDI-11)

(IDI-21)

جب میں پریگنٹ ہوئی تو میرے پیڑرک گئے تھے اسی لئے میری جیٹھانی نے مجھے کٹ منگوا کر دی اور اس سے میں نے چیک کیا۔ ویسے تو اس میں دکھا رہا تھا کہ میں پریگنٹ ہوں، لیکن میرے من کو تسلی نہیں ہو رہی تھی کیونکہ مجھے ان چیزوں پر زیادہ بھروسہ تھا نہیں، اسی لئے میری ماں نے مجھے بتایا تھا کہ اگر گھر پر سرکہ کو صبح صبح کے پہلے پیشاب کے ساتھ ملائے ہیں اور اگر اس کا رنگ بدل جاتا ہے تو اسے پتہ چل جاتا ہے کہ کی عورت پیٹ سے ہے۔ اس لئے میں نے بھی وہی کیا

اور جب پیشاب کو سرکہ میں ملایا اور سرکہ ملانے سے جب پیشاب کا رنگ بدل گیا تب مجھے سکون
آیا کی میں پریگنٹ ہو اس کے بعد ہی میں ہاسپٹل گئی۔ (IDI-8)

پہلی پریگنٹ میں کٹ سے چیک کیا اس سے پہلے مجھے کمزوری ہونے لگی تھی، بخار ہو رہا تھا پیریڈ
بھی رک گئے تھے۔ انداز ہو گیا تھا کہ میں پریگنٹ ہوں، اسی لئے گھر پر کٹ منگوا کر چیک کیا۔

(IDI-9)

شادی کے ایک مہینے بعد ہی میں پریگنٹ ہو گئی تھی۔ میرا دل گھبرانے لگا لٹیاں آرہی تھی اور
پیریڈ بھی نہیں آئے۔ اس سے سب کو لگا میں پریگنٹ ہوں۔ تو میں نے ساس کو بتایا تب ساس
چینی اور نمک کو ایک پلاسٹک کے گلاس میں لائیں انہوں نے مجھ سے صبح صبح کا پیشاب ڈال کر لانے
کو کہا۔ میں نے انہیں لا کر دیا۔ تب انہوں نے اسے چلایا، پھر اس میں بہت سارے جھاگ ہو گئے
تھے، لیکن چینی اور نمک الگ نہیں ہوئے بلکہ ایک ساتھ کٹھا ہو گئے۔ اس سے پتہ چل گیا کی میں
پریگنٹ ہوں۔ یہ میری ساس کا ہی نسخہ تھا۔ پھر ہاسپٹل گئی تو ڈاکٹر نے بھی پریگنٹ ہی بتایا۔

(IDI-7)

روایتی یا ثقافتی عقائد کے مطابق پتہ چلتا ہے کہ خواتین کو حمل کی تصدیق سے پہلے کئی حیض کے وقفہ ہونے تک انتظار کرنا
چاہئے (فنلیسن، اور ڈاون، 2013) بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ خواتین اپنے حمل کے لئے بہت پر جوش ہوتی ہیں
اور وہ حیض میں وقفہ ہونے کی وجہ سے حمل کا اندازہ لگانا شروع کر دیتی ہیں۔ حیض میں وقفہ ہونے کی وجہ سے انہیں جن
پریشانیوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے، اس کا وہ عام طور پر اپنی ساس اور نند کے ساتھ تبادلہ خیال کرتی ہیں۔ زیادہ تر خواتین کو
حمل کی تصدیق کے لئے جدید حمل ٹیسٹ کٹ پر اعتماد ہے۔ زیادہ تر تعداد میں خواتین اپنے حمل کی پوزیشن جاننے کے
لئے ان کے گھر پر حمل کی جانچ کٹ کا استعمال کرتی ہیں، اور بہت کم خواتین اپنی حمل کی تصدیق کے لئے اسپتال جاتی
ہیں۔ بزرگ خواتین حمل کی جانچ کے لئے روایتی اور گھریلو ساختی نسخوں پر اعتماد کرتی ہیں۔ اس مطالعے میں روایتی اور
گھریلو ساختی نسخوں سے متعلق کچھ روایات بھیسامنے آئی ہیں جو حمل کے ٹیسٹ کے لئے استعمال ہوتی ہیں اور ان میں

سرکہ سے لیکر چینی اور نمک تک کا استعمال دیکھنے کو ملتا ہے۔ خواتین کو ان روایتی اور گھریلو نسخوں پر پختہ یقین ہے۔ یہ ایک ہمت افزا بات ہے کہ خواتین اپنے حمل اور حمل کی جانچ کے بارے میں فکر مند اور باشعور ہیں لیکن اتنا ہی اہم سوال یہ ہے کہ وہ واقعی طبی مراکز کا کس وقت دورہ کرتی ہیں اور کب قبل از پیدائش کی جانچ پڑتال شروع ہوتی ہے۔

حمل کے دوران رسومات

حمل کی مدت عام اندام نہانی کی ترسیل اور صحت مند بچے کی فراہمی کو یقینی بنانے کے طور پر دیکھی جاتی ہے۔ لہذا حمل کے گزر رسومات، رسومات اور پابندیوں کی بہتات ہے، نظریاتی طور پر، حمل کی پابندیوں کا حملہ کی صحت پر مثبت اور منفی دونوں اثر پڑتے دیکھا جاسکتا ہے۔ یہ پابندیاں حمل کے دوران بچہ کی صحت سے متعلق مثبت طرز عمل کے سلسلے سے منسلک ہو سکتی ہیں جو خواتین کو حمل کے بارے میں مثبت سوچ رکھنے، بچہ کی پرورش کی تیاری کرنے اور زندگی میں ہونے والی تبدیلی کے لئے ترغیب دیتی ہیں (لی اور دیگر، 2009؛ لیا مپستونگیٹ اور دیگر، 2005؛ ایاز اور ایفی، 2008؛ کا یا اور دیگر، 2010؛ حسلم، لارنس، اور، سیفیلی، 2003)۔

بچہ ہونے کے بعد جب خریائی باہر آتی ہے پیٹ سے گندگی نکل جاتی ہے اس دوران بہت سی ماؤں کو گولے کا درد ہوتا ہے۔ مجھے نہیں ہوا تھا، کیونکہ مانکہ سے چوتھے مہینے میں گول (نی ناریل) اور مشری آئی تھی۔ اور اس گولے کو شوہر پلنگ کے پائے پر رکھ کر ایک بار میں میں توڑتا ہے اور اس گولے کو صرف ماں کو ہی کھانا ہوتا ہے۔ جسکی وجہ سے بچے کی پیدائش کے وقت گولے کا درد نہیں ہوتا۔ اور اگر گولہ نہیں آتا ہے تو بچہ ہونے کے بعد عورتیں درد سے بہت تڑپتی ہیں۔ (IDI-1)

ساتویں مہینے میں گود بھرائی کی رسم ہوتی ہے جسمیں حاملہ عورت کے لئے جوٹ والا ناریل اور بقیہ لوگوں کے کھانے اور باٹنے کے لئے ابلے ہوئے چنے لائے جاتے ہیں، ناریل کو سنبھال کر رکھ دیا جاتا ہے۔ اور جب عورت کو ڈلیوری کی درد شروع ہوتے ہیں تو وہ گولہ چار پائی کے پاس توڑا جاتا ہے۔ اس سے عورت کو کم تکلیف ہوتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ عورت کے پاس یا اسکے بالوں میں

نالینے پاک (قرآن کی آیت) رکھ دیتے ہیں اور جب بچہ ہو جاتا ہے تو نالینے پاک کو ہٹا لیا جاتا ہے۔
پریگننسی کے دوران اگر ماں سورہ یاسین پڑھتی ہیں تو اسکا بچہ نیک اور شریف پیدا ہوتا ہے۔

(IDI-7)

ساتویں مہینے میں گود بھرائی کی رسم بھی ہوئی ہے اس میں مانکھ سے لڑکی کے لئے سامان آتا ہے۔
پھل آتے ہیں اور جوٹ والا ناریل آتا ہے اسے لال رنگ کے کپڑے سی ڈھک کر سنبھال کر رکھا
جاتا ہے جب بچہ پیٹ میں ہوتا ہے تو اسکے سر پر کچھ گول گول جیسا ہوتا ہے اور جب بچہ ہو جاتا ہے تو
وہ بچے کو دھونڈتا ہے اور اسی وجہ سے درد ہوتا ہے۔ اسی لئے جب بچہ ہو جاتا ہے تو اس گولہ کو بیڈ کے
پائے سے توڑ کر گولہ کا پانی پلاتے ہیں۔ اس سے گولہ کا درد نہیں ہوتا۔ ایک توڈلیوری کا درد اس کے
اوپر سے گولہ کا درد تو اور بھی خطرناک ہوتا ہے۔ (IDI-12)

گولہ کا درد سے مراد اس تکلیف سے ہے جو عورتیں بچہ کی ولادت کے بعد محسوس کرتی ہیں۔ "خواتین کا خیال ہے کہ
گولہ درد ایک تیلی ہے (جس کا کوئی جسمانی ارتباط نہیں ہے) جو جنین کے ساتھ بڑھتا ہے۔ ایک بار جب جنین ماں کے
پیٹ کو چھوڑ جاتا ہے، تو بڑھتے ہوئے جنین سے منسلک ہوتا گولہ جنین کی تلاش کرنا شروع کرتا ہے اور جیسے جیسے یہ
عورتوں کے اندر اور آس پاس گھومتا ہے تو بہت درد ہوتا ہے" (اومان، 2008)۔

بچہ ہونے سے پہلے گود بھرائی کی رسم ہوتی ہے اس کا مطلب ہوتا ہے کہ ماں کی گود ہمیشہ ہری
بھری رہے اور بچہ سلامت رہے اس میں آس پڑوس کی عورت آتی ہیں گفت دیتی ہیں دعائیں دیتی
ہیں اور سب مل کر خوب مزے کرتی ہیں (IDI-23)

ساتویں مہینے میں گود بھرائی کی رسم ہوتی ہے اس میں گوند آتا ہے جس میں کاجو، بادام، ناریل گوند
وغیرہ ملے ہوتے ہیں، یہ ساتویں مہینے میں اس لئے آتا ہے جس سے بچہ ہونے تک اسے ماں کھا سکے
کیونکہ ماں اور بچے کے لئے بہت فائدہ مند ہوتا ہے (IDI-1)

ساتویں مہینے میں گود بھرائی کی رسم کی میں گھر سے پھل میٹھی پوری اور بھینگے ہوئے چنے آتے ہیں،
اس رسم کے بارے میں زیادہ نہیں پتہ کیونکہ ہمارے میکہ میں یہ رسم نہیں ہوتی (IDI-8)

ساتویں مہینے میں میری ماں نے گھوگھری، پوری بھیجیں اس رسم میں پوری اور چنے آتے ہیں، یہ گھوگھری پوری محلے میں خوشی میں بانٹی جاتی ہیں، یہ رسم کیوں کی جاتی ہے اس کے بارے میں نہیں پتہ لیکن گھر والوں کی مرضی بھی ماننی پڑتی ہے (IDI-6)

بیانات سے یہ پتہ چلا ہے کہ حاملہ خواتین روایتی رسومات کے بارے میں شکوک و شبہات کے باوجود بھی بزرگ عورتوں کے مشورے پر عمل پیرا ہیں۔ کیوں کہ خواتین اپنے پیدا ہونے والے بچے کو خطرے سے بچانے کے لئے اپنے معاشرتی سلوک میں ردوبدل کر سکتی ہیں (لاؤ، 2012)۔ ابتدائی طور پر، پہلا حمل کافی حد تک جشن کے ساتھ یادگار بنا دیا جاتا ہے، کیونکہ اس میں حمل کے ساتھ تمام طرح کے رسم و رواج کو اپنایا جاتا ہے۔ ان رواجوں میں شامل ہونے والی رسومات اور اشیا کی نوعیت بھی حمل کے ساتویں مہینے میں گود بھرائی کی رسم کی طرح حمل کے مرحلے کے لحاظ سے کافی فائدہ مند ہے۔ ان تقاریب اور رسومات کے دوران، لوگ حاملہ ماں اور اس کے بچے کی صحت اور خوشی کی دعا کرتے ہیں۔ حمل اور ولادت سے وابستہ مسائل اور خطرات سے بچنے کے لئے خواتین پیدائش سے پہلے ہی بچے کی حفاظت کے لئے یہ سب رسومات کرتی ہیں۔ تحقیق کے دوران یہ بھی دیکھنے کو ملا کہ کچھ خواتین ان روایتی رسومات پر زیادہ یقین نہیں رکھتی، لیکن پھر بھی سماج، سسرال اور بزرگوں کے دباؤ کی وجہ سے ان کی پابندی کرتی ہیں۔ گود بھرائی رسم کے دوران بچے کو دعائیں دینے اور اسکا والہانہ خیر مقدم کی ایک تقریب ہے، اور حاملہ خاتون کو زچگی کی دعاؤں سے نوازنا ہے۔ اس تقریب میں خواتین کو دعاؤں کے ساتھ ساتھ، کھانے کی اشیاء، میوہ جات اور ناریل جیسی مخصوص چیزیں ملتی ہیں جو خواتین کی غذا کو اور زیادہ مقوی بنادیتی ہیں اور حمل کے دوران اور اس کے بعد ماں اور اس کے بچے کی صحت کو بہتر بناتی ہیں۔ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کو فروغ دینے کے لئے ان رسومات اور طریقوں کو بروئے کار لانے کی ضرورت ہے۔ مدھیہ پردیش میں ہونے والی ایک تحقیق سے یہ بات سامنے

آتی ہے کہ گود بھرائی کے موقع سے حاملہ عورت کو قبل از پیدائش کی دیکھ بھال کے لئے اندراج کیا جاتا ہے، ایک ایم سی پی کارڈ، این ایچ ای اور آرن دو این دی جاتی ہیں (آئی سی ڈی ایس، 2014)۔

بہت سی رسمیں بچے کے جنسی تعلقات کی نشاندہی یا شناخت کرنے اور ان کے بیٹے کی پیدائش کو یقینی بنانے کے لئے بھی ادا کی جاتی ہیں۔ ان امتیازات کو معلوم کرنے کے ساتھ ساتھ عوامی خیالات کو سمجھنے اور صنف کی پرواہ کئے بغیر ماں اور بچے کے لئے صحت مند حمل نگہداشت کو فروغ دینے کی بھی ضرورت ہے۔

بیٹے کے جنس کی قیاس آرائی

قبل از پیدائش کی طبی جانچ آپ کے بچے کی جنس، بچہ دانی میں سیال کی مقدار، پیدائش سے پہلے آپ کے بچے کے وزن اور بہت سی دوسری چیزوں کی نشاندہی کر سکتی ہے (ہرش، 2016)، تاہم، ہندوستان میں صحت کی سہولت کے ذریعہ قبل از پیدائش جنس کی شناخت ایک سزاوار جرم ہے (PNDT ایکٹ)۔ اکثر حمل کے دوران، حاملہ ماں پر بچے کے جنس کے تعلق سے لڑکے کی پیدائش کو ترجیح دینے کے سلسلے میں بہت ذہنی اور جذباتی تناؤ ہوتا ہے (کیپلا، 2004)۔ "حمل کے دوران، یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اگر ماں خوبصورت لگ رہی ہے، خوبصورت چہرہ، اور پیٹ گول نظر آتا ہے تو ہونے والا بچہ موٹا ہے، اور اگر ماں بد صورت نظر آتی ہے تو پھر بچہ مذکر (لڑکا) ہوگا" (بھکتا، 2017)۔ یہ بھی مانا جاتا ہے کہ کھانے کی خواہش کی نوعیت ممکنہ بچے کی جنس کے بارے میں اہم اشارے پیش کرتی ہے۔ جسے میٹھا اور کھٹا درجہ دیا جاتا ہے۔ میٹھا بیٹے کی پیدائش کا معنی رکھتا ہے، جبکہ کھٹا بیٹی کا، حالانکہ لازمی نہیں کہ یہ عقیدے پر کھرے اترے (پٹیل، 2006)۔ روایتوں میں یہ بتایا گیا ہے کہ حاملہ کے چہرے میں چمک، شکل اور پیٹ کا سائز، کھانے کی

خواہش کی نوعیت، پیٹ میں رحم کی سطح وغیرہ کی بنیاد پر لوگ لڑکے یا لڑکی کی پیدائش کے لئے کس طرح فرض کرتے ہیں۔

لوگ میرے چہرے کو دیکھ کر لڑکے کا اندازہ لگاتے تھے۔ کیونکہ میرے چہرے پر دانے وغیرہ ہو رہے تھے اور اس ٹائم چہرہ بہت خراب ہو گیا تھا تو لوگ کہتے تھے کہ لڑکا ہوگا، لیکن لڑکی ہوگی۔ کیونکہ لوگ کہتے ہیں کہ اگر چہرہ خراب ہوتا ہے تو لڑکا ہوتا ہے اور اگر چہرہ گلو کرتا ہے تو لڑکی ہوتی ہے۔ پیٹ کو دیکھ کر بھی اندازہ لگاتے ہیں، کہ پیٹ بڑا ہوتا ہے اور کولیس کم ہوتے ہیں تو لڑکا ہوتا ہے، لیکن پیٹ چھوٹا اور کولیس چوڑے ہوتے ہیں تو لڑکی ہوتی ہے (IDI-9) (13)۔

جب میری بیٹی ہونے والی تھی تو سب لوگ لڑکے کا اندازہ لگاتے تھے۔ کیونکہ ایسا کہا جاتا ہے کہ لڑکی کے ٹائم پر ماں بد رونق ہو جاتی ہے تو میرا چہرہ بھی عجیب سا لگ رہا تھا۔ اور لڑکی کے ٹائم کہا جاتا ہے کہ چہرے پر رونق سی آ جاتی ہے۔ اور اگر پہلے بچے کے سر پر بھورا مطلب بال الٹی طرف ہونگے تو اگلا بچہ لڑکا ہوگا، اور اگر بھوری مطلب بال سیدھی طرف ہونگے تو لڑکی ہوگی (IDI-12)۔

لوگ ایریڈی دیکھ کر بھی بچے کا اندازہ لگاتے ہیں۔ اگر عورت کی ایریڈی لال ہوگی مطلب چلنے میں لال ہو جاتی ہوں تو کہتے ہیں کہ لڑکی ہوں گی، جن کی ایریڈی سفید ہو جاتی ہے تو کہا جاتا ہے کہ لڑکا ہوگا۔ جب میرا بچہ ہونے والا تھا تو میرے ہاتھ پھیر پیلے پڑ گئے تھے، میرا بی پی لو ہو گیا تھا تب میری جیٹھانی بولی تھی کہ میرا بیٹا ہی ہوگا۔ اسکے علاوہ جب لڑکی ہوتی ہے تو ماں کا پیٹ پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور جب لڑکا ہوتی ہے تو پیٹ نوکیلا ہوتا ہے۔ سیدھی کوکھ میں لڑکا ہوتا ہے، اور بائیں کوکھ میں لڑکی ہوتی ہے (IDI-11)۔

لوگ کہتے ہیں کہ لڑکی کے ٹائم پر عورت کو زیادہ الٹیاں آتی ہیں اور لڑکے کے ٹائم پر کم (IDI-14)۔

جب میری پہلی بیٹی ہونے والی تھی تو میرے ہسپینڈ نے کہا کہ میری لڑکی ہوگی کیونکہ میرے چہرے پر خوبصورتی آرہی تھی۔ میرے ہسپینڈ کہتے تھے کہ تو بہت خوبصورت لگ رہی ہے اسی لئے لڑکی ہونے والی ہے۔ اور لڑکے کے ٹائم پر بس ٹھیک ہی لگ رہی تھی نہ زیادہ خوبصورت نہ

مرجھائی ہوئی ہو رہی تھی۔ میری امی بھی دوسری بار میں کہ رہی تھی کہ اس بار میں نواسے کی نانی بنو گی، وہ صرف اندازہ لگا رہی تھی۔ جس عورت کے لڑکی ہوتی ہے اس کے اس کا پیٹ چپٹا ہوتا ہے اور اگر لڑکا ہوتا ہے تو پیٹ گول ہوتا ہے (IDI-6)۔

میری پہلی بیٹی کے ٹائم لوگ کہتے تھے کہ بیٹا ہو گا۔ لوگ کہتے ہیں کہ جب پیٹ گول ہوتا ہے تو لڑکا ہوتا ہے اور ماں کمزور ہوتی ہے تو بھی لڑکا ہوتا ہے۔ اور اگر ماں موٹی ہوتی ہے اور پیٹ لمبا ہوتا ہے تو لڑکی ہو گی لیکن میری بیٹی ہوئی (IDI-15) (IDI-16)۔

ساس نے میرا چہرہ دیکھ کر بتایا تھا کہ لڑکا ہو گا لیکن لڑکی ہوئی۔ انہیں دیکھ کر اندازہ ہو جاتا ہے کہ لڑکا ہو گا یا لڑکی، لڑکے کے ٹائم باپ کا چہرہ اچھا ہوتا ہے اور لڑکی کے ٹائم باپ کا چہرہ خراب ہو جاتا ہے۔ جبکہ لڑکی کے ٹائم ماں کا چہرہ صحیح رہے گا اور لڑکے کے ٹائم خراب ہو جائے گا (IDI-17)۔

عورت کی ٹنڈی باہر ہوتی ہے تو لڑکا ہوتا ہے اور اگر ٹنڈی اندر ہوتی ہے تو لڑکی ہوتی ہے (IDI-17)۔

لڑکا یا لڑکی کا انداز کیسے لگاتے ہیں یہ مجھے نہیں پتہ، نہ ہی میں نے کبھی یہ بات جاننے کی کوشش کی میرے لڑکا ہو گا یا لڑکی۔ ہم لڑکا لڑکی میں کوئی فرق نہیں کرتے۔ لیکن کچھ لوگ کہتے ہیں کہ نوے مہینے میں لڑکا ہوتا ہے اور اگر نو مہینے سے کچھ دن زیادہ ہو جاتے ہیں تو لڑکی ہوتی ہے۔ کچھ لوگ درد سے بھی پہچان کرتے ہیں۔ بیٹی کے ٹائم کمر میں اور بیٹے کے ٹائم پر پیڑوں میں درد ہوتا ہے (IDI-18)۔

لوگ کہتے ہیں کہ اگر عورت زیادہ سوتی ہے تو لڑکی ہو گی اور لڑکی ہونے میں تکلیف بھی زیادہ ہوتی ہے (IDI-19)۔

بچے کی پہچان کرنے کے لئے کہ ہونے والا بچہ لڑکا ہے یا لڑکی، اس لئے میری ساس نے کرسی پر چپ چاپ ایک جگہ کائچی اور دوسری کرسی پر ثروتہ رکھا اور اس کے اوپر تکیہ رکھ دیا، مجھے اس کے بارے میں کچھ نہیں پتہ تھا، پھر انہوں نے مجھے بلایا اور کہا کہ کسی ایک کرسی پر بیٹھو، میں ثروتہ پر بیٹھ گئی، اس کا مطلب تھا کہ ہونے والا بچہ لڑکا ہے اور اگر کائچی پر بیٹھتی تو لڑکی ہوتی (IDI-21)۔

میری بیٹی ہونے کے ٹائم میرا گول گپے اور چٹ پٹی چیزیں کھانے کا بہت دل چاہتا تھا۔ اور سب کہتے بھی تھے کہ یہ تیرے تو لڑکی ہوگی تیری زبان اتنی چٹوری ہو رہی ہے اسی لئے مجھے بیٹی ہوگی۔ میں نے تو کہہ دیا کوئی بات نہیں جو بھی ہوگا دیکھا جائے گا ہوگا تو میرا ہی بچہ، لڑکی ہو یا لڑکا۔ (IDI)

(10)-

متوقع بچے کی جنس پر اندازہ لگانے کے بہت سارے طریقے سامنے آئے ہیں جو منحصر سے بھرے ہوئے ہیں کہ ہونے والا بچہ لڑکی ہوگی یا لڑکا۔ معروف عوامی سمجھ میں، عام طور پر استعمال ہونے والی نشانیاں جیسے کھانے کی خواہش کی نوعیت، پیٹ کی شکل اور سائز، چہرے کی نوعیت، پچھلے بچے کے بالوں کیشیپ، ایری کی حالت اور الٹی کی شدت ہوتی ہیں۔ تحقیق کے دوران یہ مشاہدہ کیا گیا کہ یہ منحصر صرف ایک لڑکے کی پیدائش کی خواہشیں ہیں۔ انٹرویوز اور غیر رسمی گفتگو کے دوران، محقق نے پایا کہ متوقع بچے کی جنس پر یہ ساری قیاس آرائی کی کوشش کی ہے، جو بنیادی طور پر یہ اطمینان حاصل کرنے کے لئے ہے کہ ممکنہ بچہ لڑکا ہی ہو۔ یہ دیکھا گیا تھا کہ لڑکے کی بہت خواہش ہے اور اگر پہلا بچہ لڑکی ہے تو پھر اگلی بار لڑکے کی پیدائش کے لئے ماں پر بہت زیادہ باؤ ڈالا جاتا ہے اور ہونے والا بچہ لڑکا ہو اس کے لئے کافی رسمی نسخے موجود ہیں۔

بیٹے کی پیدائش کی ترکیبیں

قدیم زمانے سے انسانوں کی خواہش رہی ہے کہ وہ اپنی ہونے والی جنس پر قابو پالیں (والک اور دیگر، 1996)۔ ہندوستان میں بیٹے کی ترجیح ایک دستاویزی واقعہ ہے، اور اس کے جنسی تناسب، خواتین کی جنین کشی اور لڑکیوں کی بڑھتی اموات کی شرح کے اثر نے تحقیق اور پالیسی کی توجہ مبذول کرائی ہے (پانڈے اور ملہوترا، 2006؛ میٹرا، 2015)۔ بینڈیو پدھیا اور سنگھ (2007) نے یہ بھی پایا کہ یہاں تک کہ ایک ڈاکٹر نے اعتراف کیا کہ "میرے کچھ رشتہ دار بھی جنسی انتخاب کے لئے ایسی دوائیں لے چکے ہیں، اور وہ 100 فیصد کامیابی کا دعویٰ کرتے ہیں"۔ 'ماجو فل'

اور اشوا لنگی 'اہم اجزاء ہیں، شوا لنگی جڑی بوٹی کا استعمال عام طور پر جنسی انتخاب منشیات دواؤں کی تیاری میں اہم اجزاء کے طور پر کیا جاتا ہے۔ یہ پایا گیا تھا کہ جنسی انتخاب کی دوائیں "ساؤ بدلے کی دوائی" کے نام سے مشہور تھیں (خواتین کے تولیدی نظام میں تبدیلی لانے کے لئے تاکہ عورتیں مرد بچے پیدا کرنے لگیں)۔

لوگ تو لڑکیاں اور لڑکے کا پتہ کرنے کے لئے ٹیسٹ بھی کرواتے ہیں اور منت بھی مانگتے ہیں۔ کچھ لوگ کہتے ہیں کہ اگر دوائی کھا لو تو لڑکا پیدا ہو جاتا ہے۔ میرے ہسپینڈ کو بھی کسی نے ایک گاؤں کا نام بتایا تھا، نام تو مجھے یاد نہیں، لیکن کہا تھا کہ وہاں جانے پر لڑکا پیدا کرنے کے لئے دوا ملتی ہے اور اس کو کھانے سے لڑکا پیدا ہو جاتا ہے۔ وہاں کوئی حکیم ہے جہاں علاج ہوتا ہے۔ بہت سے لوگوں کے لڑکے بھی ہوئے ہیں ان کی دوا کھانے سے۔ ہمارے تو گھر میں ہی میری نند ہے اور ایک میری جیٹھانی لگتی ہیں ان کے بھی لڑکا ہوا حکیم جی کی دوا کھانے سے۔ حکیم جی جو دوا دیتے ہیں، جسے ایسی گائے کے دودھ کے ساتھ کھایا جاتا ہے جو پہلی بار بیائی ہوں لیکن اس کے مچھڑا ہوا ہوں بچیاں سنیں، اس سے لڑکا پیدا ہوتا ہے۔ یہ دوا شروعات کے پندرہ دن سے تین مہینے کے اندر ہی کھانی ہوتی ہے (IDI-9)۔

لوگ کہتے ہیں کہ شروعات کے تین مہینے تک کیلا نہیں کھانا چاہئے، کیونکہ کیلا لڑکا بننے میں رکاوٹ کرتا ہے اور ہو سکتا ہے کہ لڑکا پیدا نہ ہو (IDI-11)۔

لوگ بیٹا پیدا کرنے کے لئے بھی بہت کچھ کرتے ہیں جادو ٹونا کرتے ہیں، مزاروں پر جاتے ہیں، مولانا کو بھی دکھاتے ہیں۔ میرے دو بیٹے ہیں اور ہمارے گھر میں لڑکیوں کو ہی پسند کرتے ہیں اس لئے میں نے تو ایسا کچھ نہیں کیا تھا (IDI-10)۔

میں نے تو لڑکا کرنے کے لئے کوئی علاج نہیں کیا ویسے بھی میرے تو پہلا بچہ تھا کچھ بھی ہو جائے کوئی بات نہیں۔ لڑکا کرنے کے لئے لوگ مزاروں پر دعا مانگتے ہیں، دوائی بھی کھاتے ہیں، گوماتانی ایک گاؤں ہے وہاں ایک عورت پھول دیتی ہے لڑکا ہونے کے لئے اس پھول کو کھانا ہوتا ہے (IDI-19)۔

ان نتائج سے، ایسا لگتا ہے کہ لوگوں میں بیٹا پیدا کرنے کی شدید خواہش، لوگ اپنے چھوٹے خاندان میں اپنے بچوں کی جنسی تعلقات کے حوالے سے جنسی انتخاب کی تکنیکوں کا سہارا لیتے ہوئے اپنی پسند کا انتخاب کرنا چاہتے ہیں۔ یہ ایک عام فہم ہے کہ بیٹا ہونا ہر خاندان کے لئے بہت ضروری ہے، اور لوگ بیٹے کی پیدائش کے لئے طرح طرح کے روایتی طریقوں کا استعمال اور بہت سی رسمی سرگرمیاں کرتے ہیں۔ لڑکے کی پیدائش کو یقینی بنانے کے لئے لوگ مزار اور مولانا کے پاس جاتے ہیں اور روایتی دوائیں (حکیم اور جڑی بوٹیاں) تلاش کرتے ہیں۔

4.3: قبل از پیدائش نگہداشت کے بدلے میں تصورات

ہندوستان میں قبل از پیدائش کے دوران خصوصی دیکھ بھال کا تصور روایتی طور پر نامعلوم نہیں ہے (جیجی بھوئے اور راؤ، 1998)۔ تاہم، زچگی سے قبل صحت کی دیکھ بھال کرنے سے زچگی کی شرح اموات پر شدید مضمرات پائے جاتے ہیں (مخوپڈیا، 1992؛ شیٹھ اور سونگارا، 2015)۔ قبل از پیدائش کی دیکھ بھال نہ صرف صحت کی دیکھ بھال ہوتی ہے، بلکہ اس کا تعلق معاشرتی ماحول سے بھی ہے جو نفسیاتی معاشرتی مدد، جسمانی طاقت، اور ان لوگوں کے لئے پیار فراہم کرتا ہے جو حاملہ عورت کی دیکھ بھال کر رہے ہیں۔

قبل از پیدائش نگہداشت (اے این سی) میں جانچیں

قبل از پیدائش چیک اپ اور پیچیدگیوں کی جانچ کر کے ماؤں اور ان کے بچوں کی صحت کو ہونے والے خطرات کو کم کیا جاسکتا ہے۔ لیکن خواتین میں قبل از پیدائش نگہداشت کے پہلے چیک اپ کے لئے جلد آنے کی اہمیت کی کافی لاعلمی ہے۔ (لینگلو، 2016) اے این سی نہ لینے کی سب سے عمومی وجہ روایتی عقیدے ہیں (نیاز اور دیگر، 2015؛ فنلیسن اور دیگر، 2013)۔ اے این سی کے دوران، صحت عامہ کی سہولتوں کے ذریعہ فراہم کی گئی آئرن فولک ایسڈ

کی گولیوں کا استعمال نہیں کیا جا رہا ہے کیونکہ خواتین کا خیال ہے کہ آئرن کی گولیاں جنین کے وزن میں اضافہ کرتی ہیں، جس کی وجہ سے بچہ کی پیدائش قدرتی طریقہ سے مشکل ہو جاتی ہے (بیگم اور دیگر، 2017؛ لینگولو، 2016؛ ٹائٹلی اور دیگر، 2010؛ آرام، 2017)۔

محققہ کو قبل از پیدائش کے چیک اپ کے حوالے سے طرح طرح کی دلیلیں اور وضاحتیں حاصل ہوئی۔ کچھ جواب دہندگان مکمل طور سے قبل از پیدائش دیکھ بھال کرتے ہیں جبکہ بہت سی عورتیں صرف اے این سی کے لیے ایک یا دو مرتبہ ہی جاتی ہیں اور کچھ تو پوری طرح غیر حاضر ہوتی ہیں۔

میری ایک مہینے پہلے بیٹی ہوئی ہے اس کے ٹائم پر میں نے گھر پر ہی ہے کٹ منگوا کر چیک کیا، اس کے بعد ہاسپٹل گئی وہاں رجسٹریشن کرایا، سب چیک اپ کروائے یہ سارے ٹیسٹ آشنائے ہی کروائے۔ ڈاکٹر نے جو دوائیں دی وہ سب کھائیں، آئرن کمپلیمنٹ کی سبھی دوائی کھائی۔ (IDI-12;16)

میں نے پریگنٹنسی کے دوران سبھی طرح کی جانچیں کروائی اور ٹیکے لگوائے، جو جو دوائی ڈاکٹر نے لکھی سبھی کھائی، جب جب ڈاکٹر نے مجھے بلایا تب تب گئی آخر میرے بچے کا سوال تھا، (IDI-3)

(IDI-24)

پریگنٹنسی کے دوران بہت سے چیک اپ کرائے جیسے ہیموگلوبین، تھائیرائیڈ اور الٹراساؤنڈ سب کرائے۔ الٹراساؤنڈ تو دوسرے، چوتھے، ساتویں مہینے میں بھی کرایا اور ڈیوری کے ٹائم پر بھی دو بارہ کرایا (IDI-9)۔

جب کنفرم ہو گیا کہ میں پریگنٹنسی ہوں تب مجھے میری ساس ہاسپٹل لے گئی، وہاں میری ساری جانچیں ہوئی اور الٹراساؤنڈ ہوا، وہاں سے مجھے دو انیاں بھی کھانے کو دی گئیں میں نے ٹائم پر ساری جانچیں کرائی اور جو دوا کھانے کو دی وہ بھی کھائی (IDI-8)۔

صرف کچھ ہی بیانات سے یہ ظاہر ہوتے ہیں کہ خواتین اپنی اے این سی کے بارے میں بہت محتاط رہتی ہیں اور وہ اسکے لئے ہاسپٹل بھی جاتی ہیں۔

پریگننسی کا پتہ چل گیا تب سب سے پہلے ہسپینڈ کو بتایا پھر ساس کو بتایا۔ سب بہت خوش تھے پھر وہ کنفرمیشن کے لئے ہاسپٹل گئی، الٹراساؤنڈ کروایا تو پتہ چلا کہ ٹوینس ہیں اور اسی وجہ سے درد بھی زیادہ ہو رہا تھا۔ ڈیوری سے پہلے میرے بلڈ بھی چڑھایا گیا۔ ہماری سسرال میں پریگننسی کے دوران کوئی رسم وغیرہ نہیں ہوتی بس ڈیوری بھی ہوگی بات ختم۔ (IDI-9)

ای این سی کے لئے دوبار گئی، آج الٹراساؤنڈ بھی دوبارہ کرایا، دوبارہ خون کی جانچ کرائی۔ زیادہ تر ساری چیزیں دوبار ہی کرائی، لیکن بیچ میں ضرورت پڑنے پر بھی میں ہاسپٹل چلی جاتی تھی۔ ڈاکٹر نے تھائیرائیڈ کی بھی جانچ کرائی تھی۔ ڈاکٹر نے کمیشن اور آرن کی دوا دی تھی، یہ دوا تو کھائی تھی لیکن کبھی کبھی چھوڑ بھی دیتی تھی، دل نہیں چاہتا تھا اسے کھانے سے دل متلانے لگتا تھا، تو چھوڑ دی تھیں۔ لیکن میں گھر پر ہی خون بڑھانے کے لئے انار، گاجر اور ہری سبزی کھاتی تھی اسی لئے ڈیوری کے بعد مجھے کوئی پریشانی نہیں ہوئی۔ (IDI-6, IDI-10) (IDI-7)

میں نے سارے چیک اپ کرایے، بس لاسٹ کا ایک چک اپ رہ گیا تھا کیونکہ جس دن چک اپ تھا۔ میں نے کوئی دوا نہیں کھائی، آرن اور کمیشن کی دوا بھی نہیں کھائی، ہمارے یہاں تو دوائی کوئی نہیں کھاتا۔ کھانا پینا ٹھیک ہو تو سب ٹھیک رہتا ہے۔ ہمارے یہاں پریگننسی کے دوران ست ماسا آتا ہے اور اسی سے گود بھرائی کی رسم ہوتی ہے، ساتھ میں میوے بھی آتے ہیں، اور اسی سے طاقت بنی رہتی ہے۔ (IDI-11) (IDI-18)

آشانے ہاسپٹل میں بس ایک الٹراساؤنڈ کرایا تھا، باقی ہاسپٹل میں کوئی چیک اپ نہیں کرایا۔ کیونکہ میں تو بالکل ٹھیک تھی۔ بڑے بیٹے کے ٹائم تو ایک الٹراساؤنڈ کرایا بھی تھا، لیکن چھوٹے کے ٹائم تو کوئی بھی جانچ نہیں کرائی، یہاں تک کی رجسٹریشن بھی نہیں کرایا۔ جب میں بالکل ٹھیک تھی تو ضرورت نہیں لگی، گھر میں ہی طاقت کے لئے پھل، سبزیاں مرغا اور مچھلی کھائی۔ میں نے تو پریگننسی میں گھر کے سارے کام کیے یہاں تک کہ بھاری وزن بھی اٹھایا لیکن کوئی پریشانی نہیں ہوئی۔ اور دیکھو گھر پر دونوں بچے نارمل ہوئے۔ (IDI-21)

اس تحقیق سے یہ پتہ چلا کہ شہری علاقوں میں ابھی بھی اے این سی خدمات کا کم استعمال ہو رہا ہے اور ساتھ ہی ساتھ خواتین میں قبل از پیدائش نگہداشت خدمات کی اہمیت کے تعلق سے بیداری کم نظر آتی ہے۔ خواتین صرف رجسٹریشن کے لیے صحت کے مراکز میں جاتی ہیں، پہلے اور دوسرے بچے کی پیدائش سے قبل حاصل ہونے والی خدمات کو ترجیح دیتی ہیں۔ بیانات سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ جو خواتین قبل از پیدائش نگہداشت کے لئے جاتی ہیں، اور دوائیں لیتی ہیں ان میں سے بہت کم تعداد ان ادویات کو صحیح طور پر کھاتی ہیں۔ خواتین آئرن، کیلشیم اور دیگر (سپلیمنٹس) متبادل دوائیوں کو نظر انداز کرتی ہیں اور خون کی بہتری کے لئے روایتی کھانے کو ترجیح دیتی ہیں۔ خواتین نے استدلال کیا کہ آئی ایف اے (آئرن اور فولک ایسڈ) گولیاں کھانے کے بعد وہ متلی، تیزابیت اور جلن محسوس کرتی ہیں، اسی لئے وہ آئی ایف اے گولیوں سے پرہیز کرتی ہیں۔ جبکہ حمل کے دوران، انیمیا عورت اور اس کے بچے دونوں کے لئے ایک بڑا خطرہ ہے، لیکن پھر بھی روایتی دیکھ بھال آج بھی ثقافت کا حصہ ہے۔ یہ ایک عمومی سمجھ ہے کہ جب کوئی خاتون پوری طرح سے تندرست ہے تو اسے صحتی مراکز کا دورہ کرنے کی ضرورت نہیں۔ دوسرے مطالعے میں، خواتین نے بتایا کہ جب ان کے حمل میں کوئی مسئلہ نہیں تھا تو انہیں پیشہ ورانہ نگہداشت حاصل کرنے کی ضرورت بھی محسوس نہیں ہوئی (فینلیسن، اورڈاون، 2013؛ ٹیلے اور دیگر، 2010)۔

حمل کے دوران کھانے کی تشخیص

قبل از پیدائش کے دوران کھانے کی مقدار میں اضافہ بہت اہم ہے کیونکہ یہی خاتون اور بچے کی نشوونما کی ضرورت ہوتی ہے (کیٹھرینا اور دیگر، 2015)۔ صحت کی دیکھ ریکھ کرنے والے ماہرین حمل کے ہر سہ ماہی میں خواتین کو اپنے معمول کے کھانے میں اضافہ کرنے کے لئے ترغیب دیتے ہیں (کیپلا، 2004)۔ یہ بھی نوٹ کیا جاتا ہے کہ غذا کے

بارے میں موجودہ روایتی طریق کار، روایتی غلطیوں کے ساتھ ساتھ قبل از پیدائش نگہداشت کرنے میں ہچکچاہٹ اور تولیدی صحت میں اضافہ کے لئے بہت کم کام کرتے ہیں (چیچیبائے اور راؤ، 1998)۔ ان کے کھانے پینے کے طریقوں اور اعتقادات کا فیصلہ ہمیشہ بزرگ کرتے ہے اور وہ ہی اس کو نسل در نسل پہنچاتے ہیں اور اس پر عمل کرواتے ہیں (کیٹھرینا اور دیگر، 2015)۔ 'اگرم' اور 'ٹھنڈے' کھانے کا تصور ہندوستان کے علاوہ بھی اور بہت سے دوسرے ممالک میں کافی پھیلا ہوا ہے، لیکن کھانے کو 'اگرم' اور 'ٹھنڈا' کی درجہ بندی کرنے کے بنیادی تصورات اکثر واضح نہیں ہوتے (چودھری، 1997)۔

اس مطالعے میں، تین قسم کی کھانے کی عادتیں عملی طور پر پائی گئیں، ٹھنڈا کھانا، گرم کھانا اور بادی کھانا ہے۔ ٹھنڈے کھانے کی اشیاء دودھ، پھل، پھلوں کا رس، اور دہی ہیں۔ گرم کھانے کی اشیاء پیپتہ، خشک میوہ جات، گوشت، انڈا، انناس، آم، زیادہ مسالہ والے کھانے ہیں۔ اور بادی کھانے کی چیزیں چاول، باسی روٹی، اڈد کی دال، اور چکنائی والے کھانے شامل ہیں۔ بیانات میں مزید کھانے پینے کی اشیاء اور ان کے کھانے اور نہ کھانے کے وقت کا جواز فراہم کرتی ہیں۔

ان دنوں مجھے سب کچھ کھانے کو کہا گیا، کوئی ایسی چیز نہیں تھی جس سے منع کیا گیا، سب کھانا چاہئے اور سبھی طرح کے کام کرنا چاہئے۔ صرف بھاری وزن نہیں اٹھانا چاہئے اور باقی سب کام کر لو صحیح سے۔ (IDI-10)

پر یگننسی کے دور ان سیب، کیلے، ہری سبزیاں کھائیں، جو اچھا لگتا تھا وہ سب کھایا، جو اچھا نہیں لگتا تھا وہ نہیں کھایا۔ لوگ کہتے ہیں کہ پر یگننسی میں پیپتہ نہیں کھانا چاہئے، لیکن تب مجھے نہیں پتہ تھا اسی لئے میں نے تو پیپتہ بھی کھایا اور کوئی فرق بھی نہیں پڑا۔ (IDI-14) (IDI-6)

سب نے انار اور سیب کھانے کو کہا کیونکہ انار سے خون بڑھتا ہے۔ ویسے چونکہ ر بھی خون بڑھاتا ہے وہ بھی اچھا رہتا ہے۔ لیکن میں نے تو ان میں سے کچھ نہیں کھایا، کسی نے لاکر ہی نہیں دیئے، اتنے پیسے ہی نہیں تھے کہ یہ سب آتا۔ (IDI-6)

تیسرے مہینے میں میرے میکے سے سوکھے ہوئے ماوے اور گوند آیا تھا، جس میں بادام، چھوڑے، کاجو، گوند اور چینی کو دیسی گھی میں بنایا جاتا ہے۔ یہ ماں اور اس کے ہونے والے بچے کے لئے بہت فائدہ مند ہوتا ہے جسے کھانے سے بہت طاقت آتی ہے اور ماؤں میں خون اور کیمیشیم کی کمی نہیں ہوتی۔ (IDI-7)

میں نے کھانے میں فروٹ اور دودھ لیا۔ اور مجھے کولڈ ڈرنک بہت اچھی لگتی تھی، کیونکہ مجھے بہت اٹی آتی تھی لاسٹ ٹائم تک مجھے بہت الٹیاں آئی تھیں۔ کچھ بھی کھاتی تھی تو رنت الٹی ہو جاتی تھی۔ اسی لئے کولڈ ڈرنک پینے سے سکون ملتا تھا، اور سینے میں جلن بھی نہیں ہوتی تھی۔ (IDI-8)

اگر بیٹ کی جلن میں اضافہ ہوتا ہے تو تیزابیت دار اور مسالہ دار کھانوں سے پرہیز کریں (ٹماٹر، کھٹے پھل اور رس، سرکہ، گرم کالی مرچ وغیرہ) (ڈبلیو ایچ او، 2001)۔

کھانے پینے میں سب کچھ کھایا کچھ منع نہیں تھا۔ ویسے ڈاکٹر نے بھی کچھ منع نہیں کیا تھا، لیکن گھر والے یہی کہتے تھے کہ پیتا مت کھاؤ، گھی اور ڈرائی فروٹ کھانے کے لئے کہا کیونکہ اس سے بچے صحتمند ہوتے ہیں۔ اور بولتے ہیں کہ چائے میں گھی ڈال کر پینے سے بچے کی ڈیلیوری نارمل ہوتی ہے۔ لیکن ایسا بھی سنا ہے کہ زیادہ گھی وغیرہ کھانے سے بچہ زیادہ موٹا ہو جاتا ہے جس سے ڈیلیوری میں پریشانی ہو سکتی ہے۔ میری ساس نے مجھے تو کچھ نہیں بتایا لیکن میری نند مطلب اپنی بیٹی کو سب سمجھاتی تھی۔ اسی لئے اس نے خوب گھی وغیرہ کھایا چائے میں دودھ میں سب میں ڈال کر گھی کھاتی تھی، اس سے اس کا بچہ بھی نارمل ہوا۔ (IDI-9)

خواتین نے چھوٹے بچے اور نارمل ڈیلیوری کے لئے حمل کے دوران کم کھایا، جس سے کم پیچیدگیاں ہوں۔ (بنگم، بیٹ العلغات، 2017)۔ جیسا کہ ہندوستان کے دوسرے علاقوں کے مطالعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ بھی ممکن ہے، کہ

خواتین زیادہ وزن کے بچے کی پیدائش سے خوفزدہ ہیں کیونکہ انکی پیدائش مشکل ہو سکتی ہے (ورنر اور بوور، 1995؛ ناگ، 1994)، تاہم ایک صحت مند ماں اور ایک صحت مند بچہ حقیقت میں پیچیدگی کو کم کرتے ہیں۔ بزرگ خواتین صحت مند بچے اور اسکی پیدائش کے لئے گھی کے استعمال پر توجہ مرکوز کرتی ہیں (کانٹ، 2014)۔

کھانے میں بھی سبھی طرح کا کھانا کھانا چاہئے، گرم ہو یا ٹھنڈا سب کچھ کھانا چاہئے۔ ہم نے تو سبھی کچھ کھایا شروع شروع میں بھی انڈا، مرغ، پیسٹا سب کھایا۔ لیکن جن عورتوں کی بچے دانی میں پریشانی ہوتی ہے انہیں گرم چیزیں نہیں کھانی چاہئے۔ (IDI-13)

پریگنٹنسی کے ٹائم دودھ، دہی کھانے کے لئے زیادہ کہا جاتا ہے لیکن اس ٹائم جو من کرتا ہے وہ کھایا جاتا ہے۔ پیسٹا وغیرہ کھانے کو منع کیا جاتا ہے۔ گرم چیزوں کو بھی منع کیا جاتا ہے لیکن یہ سب شروع شروع میں ہوتا ہے بعد میں سب کھا سکتے ہیں۔ (IDI-23)

پریگنٹنسی عورتوں کو سبھی چیز کھانی چاہئے۔ شروع شروع میں تھوڑا گرم چیزوں کا پرہیز کرنا چاہئے، کیونکہ انکی گرمائی سے بچہ گر سکتا ہے۔ پریگنٹ عورت کو پیسٹا بھی کھانا چاہئے اس سے پیسٹ کی صفائی ہوتی ہے اور خون بھی بڑھتا ہے۔ (IDI-15)

حمل کے دوران صحت مند اور غذائیت سے بھرپور غذا لینا چاہئے کیوں کہ اسی سے ہونے والے بچے کی شروعات بہترین انداز میں ہوتی ہے۔ اچھی غذا اور تغذیہ بخش غذا، پروٹین، وٹامنز اور معدنیات، کاربوہائیڈریٹ اور تندرستی مہیا کرتی ہے۔ اتر اکلنڈ کی مسلم خواتین میں حمل کے دوران غذا اور غذائیت کے بارے میں معلومات کا فقدان ہے۔ اس تحقیق میں انکشاف ہوا ہے کہ دودھ، پھل، پھلوں کا رس اور ہری سبزیوں کا استعمال حمل کے دوران فائدہ مند تصور کیا جاتا ہے۔

ڈبلیو ایچ او (2001) نے دوران حمل کھانے کو اس طرح بیان کیا ہے کہ صحت مند غذا وہ ہے جو بنیادی طور پر پودوں سے حاصل غذا پر مبنی ہوتی ہے۔ لہذا ضروری ہے کہ بہت سارے پھل، سبزیاں، آلو، پاستا، روٹی، اناج، پھلیاں اور

دالوں کے ساتھ ساتھ کم چکنائی والا دودھ، پنیر، دہی، مچھلی، گوشت، اور مرغیاں کھائیں۔ جب بھی ممکن ہو مقامی سطح پر اگائی جانے والی خاص کر موسمی سبزیاں اور پھلوں کو استعمال کریں۔ اس کا سب سے اہم فائدہ یہ ہوتا ہے کہ یہ سستے ہوتے ہیں ساتھ ہی ساتھ غذائیت سے بھرپور، تازہ اور آلودگی سے محفوظ ہوتے ہیں (ڈبلیو ایچ او، 2001)۔ روایتی طور پر، زچگی کی مدت میں خواتین پر بہت کم توجہ دی جاتی ہے، یہاں تک کہ روایتی غذا بھی صرف بچے کی پیدائش کے وقت تصویر میں آتی ہے (جیجی بھوئے اور راؤ، 1998)۔ تحقیقات سے معلوم ہوا ہے کہ ہندوستان میں حمل کے دوران "کم کھانے" کا عمل بہت عام ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ضرورت سے زیادہ کھانے سے بچے کی پیدائش مشکل ہو جاتی ہے (چیٹرجی، 1991؛ جیفریا اور دیگر، 1998؛ راؤ، 1985؛ سوڈ اور کپل، 1994؛ چودھری، 1997)۔

پریگننسی کے دوران سبھی طرح کا کھانا کھانا چاہئے۔ ڈاکٹر نے بھی یہی کہا تھا کہ سب کچھ کھاؤ، لیکن گھروالے کہتے ہیں کہ شروع کے دنوں میں پیسٹا انڈا اور گرم چیزیں مت کھاؤ، اس سے بچہ گر سکتا ہے۔ (IDI-16)

پریگننسی کے دوران کسی کے یہاں کی پہلی چیز نہیں کھانی چاہئے۔ کوئی آپ کے اوپر جادو بھی کر سکتا ہے، اور بچے کو نقصان بھی ہو سکتا ہے۔ باہر سے خرید کر بھی نہیں کھانی چاہئے، کیوں کہ ایسی چیزوں پر اوپری ہوائیں جلدی اثر کرتی ہیں۔ (8; IDI-12)

حاملہ خواتین کی جسمانی کارکردگی پر کئی قسم کی پابندیاں عائد کی گئی ہیں، نہ صرف ان کے باہر کا کھانا کھانے پر قابو پانے کے لئے بلکہ انھیں بری نظر سے بھی بچانے کے لئے بھی (کانٹ، 2014)۔ ان میں جو خاص عمل ہے وہ یہ کہ حاملہ خاتون کو اس خوف سے گھر کے باقی افراد کے ساتھ روزانہ کھانا کھانے کی اجازت نہیں ہوتی کیونکہ اس پر اور اس کے بچے پر بری نظر پڑ جائے گی جس سے ماں اور بچے کی صحت پر منفی اثرات مرتب ہونگے (کیٹھرین، 2015)۔ جادو کے الزامات حسد اور جلن سے بھی وابستہ ہیں (جوشی اور دیگر، 2006)۔

پریگننسی کے دوران دودھ اور پھل جیسی ٹھنڈی چیزیں کھانے کو کہا گیا، گرم چیزیں جیسے ڈرائی فروٹ وغیرہ نہیں کھانا چاہئے اور کھٹی چیزیں، ماس-مچھلی، انڈا اور زیادہ مرچ کا کھانا وغیرہ بھی نہیں کھانا چاہئے۔ نو مہینے تک ان چیزوں کو ہاتھ بھی نہیں لگانا چاہئے۔ ڈرائی فروٹ پانچویں چھٹے مہینے سے کھا سکتے ہیں۔ (IDI-19) (IDI-14) (IDI-7) (IDI-12)

پریگننسی میں باسی روٹی کھانے کو منع کیا جاتا ہے۔ لیکن میں پریگننسی کے ٹائم قیصر ڈال کر دودھ پیتی تھی، اس سے بچہ گورا پیدا ہوتا ہے۔ (IDI-20)

پریگننسی کے دوران میری سسرال والوں نے میرا بہت خیال رکھا۔ فروٹس اور جوس پینے پر زیادہ دھیان دیا گیا، خاص طور پر انار کا جوس پلانے پر زیادہ دھیان دیا گیا۔ اڑد کی دال باسی روٹی جیسی چیزیں بالکل منع کر دی گئی تھی۔ (IDI-4)

کھانے میں بادی چیزوں کو منع کیا جاتا ہے، جیسے چاول اڑد کی دال، اس سے شریر میں سوجن آ جاتی ہے اور کچا پیتا بھی نہیں کھانا چاہئے۔ ویسے خون بڑھانے کے لئے سبزیوں میں پالک، گاجر، چکندر اور انار کھانے چاہئیں۔ (IDI-17)

اسقاط حمل سے بچنے کے لئے ابتدائی حمل کے دوران ٹھنڈی چیزیں کھانے کی سفارش کی جاتی ہے (چودھری، 1997)۔ ڈبلیو ایچ او (2001) خصوصاً پھلیاں، دال، گرمی دار میوے اور مچھلی وغیرہ کی اشیاء کی مختلف قسم کھانے کے لئے سفارش کرتا ہے۔ اتر اگھنڈ میں، عام طور پر حمل کے دوران جن کھانوں کا خواتین سے پرہیز کرایا جاتا ہے، اس کے لئے زیادہ تر خواتین نے بتایا کہ وہ ان چیزوں کو ہضم نہیں کر سکتی تھیں اور اس وجہ سے وہ بیمار ہو جاتی اور بھاری پن کا احساس میں مبتلا ہو جاتی۔ گوشت، انڈوں جیسے کھانے سے بھی گریز کیا گیا کیونکہ ان کا خیال تھا کہ ان کے استعمال کی وجہ سے اسقاط حمل ہو سکتا ہے (کیپلا، 2004)۔ جن پھلوں کو 'گرم' سمجھا جاتا ہے ان میں زیادہ تر تعداد پیتا، انناس، آم، کھٹل، اور مونگ پھلی وغیرہ کی ہے اور حمل کے ابتدائی دور میں ان سے گریز کیا جاتا ہے (ناگ، 1994؛ چودھری، 1994)۔ ایسا لگتا ہے کہ پیتا، انناس اور کھٹل کو 'گرم' سمجھنے میں کچھ عام اتفاق رائے پائی جاتی ہے۔ ہندوستان میں

پیدتا کو سب سے زیادہ نقصان دہ سمجھا جاتا ہے (ناگ، 1994)۔ یہ بھی عام طور پر مانا جاتا ہے کہ حمل کے دوران ہر روز زعفران کے ساتھ دو گلاس دودھ پینے سے گورا بچہ پیدا ہوگا (کیٹھریں اور دیگر، 2015)۔ اس طرح کھانے کے بارے میں ثقافتی نسخے ایک صحت مند اور گورا بچہ پیدا کرنے کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ پیدار شاہی سماج کی وجہ سے لوگوں میں سفید رنگ کے کھانے پینے کی اشیاء پر بہت زور دیا جاتا ہے جس سے گورے رنگ کا بچہ پیدا ہو (کانٹ، 2014)۔ منفی طریقوں جیسے کھانے کی ممنوعات حاملہ خواتین کو اچھی غذا بیت سے محروم کر سکتی ہیں اور اس کے نتیجے میں زچگی میں پریشانی، خون کی کمی، بچے کا کم وزن اور بعد از پیدائش ہیمرج کا سبب بن سکتا ہے (اوٹو اور دیگر، 2015)۔

بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ عام طور پر خواتین حمل کے دوران کچھ کھانے کی چیزوں سے پرہیز کرتی ہیں کیونکہ وہ ہضم نہیں کر سکتی ہیں، یا انہیں کھانے کے بعد آرام محسوس نہیں کرتی ہیں۔ اتر اٹھنڈ میں یہ عام فہم بات ہے کہ گوشت، انڈا، خشک میوہ جات جیسے اعلیٰ پروٹین اور اعلیٰ کیمیشیم والی غذائیں کھانے سے بڑے سائز کا بچہ پیدا ہوگا جس سے پیدائش کے وقت پیچیدگیوں میں اضافہ ہو سکتا ہے۔ ایک اہم سوچ یہ بھی ہے کہ گرم کھانے کی اشیاء جیسے گوشت۔ مچھلی، انڈا، پیتا، اناس، گرم مسالہ، مسالہ دار چیزیں اور خاص طور پر پیپا جنین کے لئے نقصان دہ ہیں۔ یہ روایتی عقائد اب بھی معاشرے میں اہم مقام رکھتے ہیں اور اسی وجہ سے خواتین کو وہ بھرپور غذائیں نہیں ملتی ہیں جو حاملہ خواتین کے لئے بہت ضروری ہیں۔

حمل کے دوران گھریلو کام کاج

ہندوستانی معاشرے میں، بچے کی پیدائش کو ایک جشن کے طور پر دیکھا جاتا ہے جبکہ حمل کی مدت ایک بہت ہی عام واقعہ سمجھا جاتا ہے۔ حمل نہ صرف ایک وہ مدت ہے جب عورت کا صرف وزن بڑھتا ہے، بلکہ اس وقت اس کے نفسیاتی اور جذباتی پہلو بھی متاثر ہوتے ہیں۔ عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ بہتر جسمانی کارکردگی اور پھر تیل اپن بچہ کی پیدائش کے وقت تکلیف کو کم کر دیتی ہے (پٹیل، 2006)۔ بیانات سے گھریلو کام کے الگ الگ معنی سامنے آئے، جس میں کسی کو انتہائی فائدہ مند سمجھا جاتا ہے اور کچھ حاملہ عورت کے لئے نقصان دہ قرار دیا جاتا ہے۔

بیانات میں انکشاف ہوا ہے کہ حاملہ عورت کو پھر تیل اور متحرک رہنا چاہئے اور گھر کے تمام کام انجام دینا چاہئے۔ یہ بچہ کے پیدائش میں مدد کریگا۔ مطلوبہ کام جیسے کھانا پکانا، صفائی ستھرائی، اور کپڑے دھونا ہیں۔ وہ خواتین جو اس طرح کے کاموں سے بچتی ہیں، انھیں بچہ کی پیدائش کے وقت مشکلات کا سامنا کرنا پڑتا ہے اور وہ اپنا بچہ سرجری / سیزر میں کے ذریعے پیدا کرتی ہیں۔

بچہ ہونے سے پہلے ویسے تو بہت خیال رکھا گیا، زیادہ کام کے لئے بھی منع کیا گیا۔ بس مجھے بناٹلے پر

بیٹھے کپڑے دھونے کو کہا گیا جس سے بچہ آسانی سے ہو جائے اور رگیں جام نہ ہو۔ (IDI-1)

جب عورت پریگنٹ ہوتی ہے تو سبھی طرح کے کام کرنے چاہئیں، کھانا بنانا، کپڑے دھونا، جھاڑو

دینا سبھی کام کرنے چاہئیں۔ ویسے تو آلسی عورتوں کے بچے ہونے میں بہت پریشانی ہوتی ہے،

کیونکہ وہ کام دھیان تو کرتی نہیں، اس سے بچہ بہت پل جاتا ہے۔ ایسی عورتوں کے تو آپریشن سے ہی

بچے ہوتے ہیں۔ نارمل بچے تو چلنے پھرنے والی کام کرنے والی عورتوں کے ہی ہوتے ہیں۔ (IDI-

13)

پریگننسی میں پوچھاگانے کو کہا گیا، اس سے ایکس سائز ہو جاتی ہے۔ زیادہ زور سے چلنے اور کودنے کو بھی منع کیا جاتا ہے۔ (IDI-14)

پریگننسی کے دوران عورتوں کو کام کرتے رہنا چاہئے، زیادہ آرام کرنے یا بیٹھے رہنے سے بچہ جم جاتا ہے۔ اگر عورت چلتی پھرتی رہے گی تو رگیں کھلی رہیں گی اور ایسی عورت کو بچہ پیدا کرنے میں کوئی پریشانی نہیں ہوگی۔ اسی لئے پریگننسی میں خوب کام کرنا چاہئے۔ اس دوران عورت اگر مصالحو پیسے، آٹا گوندھے تو ٹھیک رہتا ہے، اس سے ہڈیاں کھل جاتی ہیں اور بچہ ہونے میں آسانی ہوتی ہے۔ جتنا کام کرے اتنا اچھا ہی رہتا ہے۔ (IDI-15)

حاملہ خواتین کو بھاری وزن نہیں اٹھانا چاہئے، کیونکہ اس کی وجہ سے اسقاط حمل ہو سکتا ہے (اوٹو اور دیگر، 2015)۔ جب کہ بیانات بتاتے ہیں کہ حمل کے دوران زیادہ سے زیادہ گھریلو سرگرمیوں میں شرکت کرنا بالکل محفوظ ہے، لیکن حمل کے دوران کچھ کاموں سے خاص طور پر گریز کیا جاتا ہے یا دوسروں کو تفویض کیا جاتا ہے جیسے بھاری وزن اٹھانا، تیزی سے مڑنا، دوڑنا اور کودنا وغیرہ۔

جب میں پریگنٹ ہوئی تھی تب مجھے بھاری وزن اٹھانے، زور زور سے چلنے، جلدی جلدی چلنے، کودنے، اونچی ہیل کی چپل پہننے کے لئے منع کیا گیا تھا۔ کیونکہ پریگننسی کے شروعاتی دن بہت نازک ہوتے ہیں۔ تب عورت کا بہت خیال رکھنا چاہئے۔ (IDI-5, IDI-7, IDI-6, IDI-10, IDI-17)

پریگننسی کے دوران سسرال والوں نے اور میکے والوں دونوں نے بہت خیال رکھا جیسے دودھ وغیرہ پینے پر زیادہ دھیان دیا، کیونکہ میرے ٹونز ہونے والے تھے۔ اور اسی وجہ سے ڈبل دیکھ بھال کی گئی۔ بہت سے کام کو بھی منع کیا گیا جیسے جھاڑودینے کو منع کیا گیا، کیوں کہ بڑے بوڑھے کہتے ہیں کہ اس سے بچے کے گلے میں نال پھنس جائیگا۔ جھاڑو بیٹھ کر ہی دینا چاہئے۔ ساتواں مہینہ لگا تو آٹا گوندھنے کو بھی منع کیا گیا۔ (IDI-9;8)

جب میں پریگنٹ ہوئی تو گھر میں سب نے بہت خیال رکھا۔ بھاری وزن اٹھانے کے لئے منع کیا گیا، جھک کر جھاڑو دینے کو بھی منع کیا گیا۔ جھک کر جھاڑو دینے سے بچے کا نال گلے میں پھنس جاتا

ہے۔ ویسے جھاڑو تو کھڑے ہو کر بھی منع کیا جاتا ہے مطلب جھاڑو لگانا ہی نہیں ہے۔ (IDI-14)

(IDI-20) (IDI-16) 14

آنا گوندھنے، مسالہ پینے جیسے طاقت کے کام کرنا منع ہوتا ہے، کیونکہ ان سے بچے دانی کا منہ کھلنے کا ڈر رہتا ہے، اس لئے یہ کام نہیں کرنے چاہئے۔ ویسے یہ بات پہلے کہ بچے میں ہی رہتی ہے بعد کے بچوں پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔ (IDI-23)

پریگننسی میں وزن نہیں اٹھانا چاہئے۔ پانچویں مہینے میں نیچے بیٹھ کر کام نہیں کرنا چاہئے۔

(IDI-18)

اس طرح بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ خاندان حاملہ خواتین کو زیادہ کام کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہے کیوں کہ اس سے پریشانی پیدا ہوگی۔ جب حاملہ عورت خاص طور پر اپنے پہلے اور تیسرے سہ ماہی کے دوران چلتی پھرتی ہے۔ خاندان کی دیگر خواتین حمل کے دوران کاموں میں مدد کرتی ہیں۔ اگرچہ حمل کے دوران گھریلو کام کرنا معمول ہے، لیکن یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ کچھ سخت بھاری گھریلو کام حاملہ خواتین اور ان کے بچوں کے لئے خطرہ بن جاتے ہیں۔ کچھ سخت کام جیسے آنا گوندھنے، سل سے مسالہ پینا، اونچی ہیل کی چپل پہننا اور تیز تیز چلنا حاملہ خواتین کے لئے ممنوع ہے۔ جھکاؤ والی پوزیشن کے ساتھ جھاڑو لگانے پر خصوصی پابندی ہے۔ کیونکہ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اگر حاملہ عورت جھک کر جھاڑو دیتی ہے تو، نال جنین کی گردن میں پھنس کر گلا گھونٹ سکتا ہے اور یہ اعتقاد اب بھی بزرگ خواتین کے ذریعہ خاندان میں چھوٹی خواتین میں منتقل ہو رہا ہے۔

حمل کے دوران گھر سے کام کاج

روحانیت نرسنگ اور ڈوائسفری ڈسکورس میں نگہداشت کا ایک اہم عنصر ہے اور اس پس منظر کو پوری طرح سے نظر انداز نہیں کیا جاسکتا (لیوسن سن۔ ایون، 2015؛ نارڈی اور روڈا، 2011)۔ "حاملہ خواتین عام طور پر شام کے

وقت اپنے بالوں کو باہر کھلا رکھنے سے بچنا چاہتی ہیں کیونکہ اس کی وجہ سے بچے پر بری نظر اور بھوتوں کا اثر پڑتا ہے " (بھکتا، 2017)۔ خواتین کو گھر کے دروازے پر بیٹھنے کی اجازت نہیں ہے، کیونکہ لوگوں کا ماننا ہے کہ اگر کوئی عورت دروازے پر بیٹھتی ہے تو اس کے بچے کی پیدائش میں تاخیر ہوگی، اور بچہ ایسے ہی پیٹ میں گھومتا رہے گا " (کیپلا، 2004)۔ لوگوں کا خیال ہے کہ حاملہ عورت سے ایک مختلف قسم کی بو آتی ہے، جس سے بری نظریاروحانی قوت اس کی طرف راغب ہوگی۔ بہت سے علاقوں میں کچھ حاملہ خواتین حمل اور ولادت میں روحانی اثر و رسوخ پر یقین رکھتی ہیں، جو ان پر برا اثر کر سکتی ہے (ایزیٹو اور دیگر، 2018)۔ جادوگری پر اعتقاد معاشرے میں وسیع پیمانے پر موجود ہے اور جادوگری کی قوی طاقتوں پر قوی اعتقاد ہے اور یہ سوچا جاتا ہے کہ یہ سب سے بڑی بد بختی ہے (جوشی اور دیگر، 2006)۔ بری نظر اور روحانی عقائد صحت کی خدمات کے استعمال پر منفی اثر ڈالتے ہیں (اوتو اور دیگر، 2015)۔

نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ ہلدوانی کی مسلم خواتین میں حمل کے دوران صبح اور شام کے وقت گھر سے باہر جانا منع ہے، عصر اور مغرب کی نماز کے وقت (دونو وقت ملتے ہوئے)، جس میں زوال کے وقت، اور مخصوص دن جیسے بدھ اور جمعرات کو بھی باہر جانا منع ہے۔ اگر باہر جانا بہت ہی ضروری ہو تب وہ کسی تعویذ کے حفاظتی احاطہ کے ساتھ نکلتی ہیں۔ اس علاقے کی خواتین عام طور پر حمل کے دوران پہنتی ہیں اور اس تعویذ کو وہ لوہے میں باندھ کر اپنے ساتھ رکھتی ہیں۔

عصر اور مغرب کے بچے باہر نہیں نکلنا چاہئے، اور دوپہر میں بارہ بجے بھی گھر سے باہر نہیں نکلنا چاہئے، کیونکہ لوگوں کا کہنا ہے ان وقتوں پر شہ نکلتی ہے۔ اور پریگنٹ عورت کے پاس سے خوشبو نکلتی ہے جس سے یہ ہوائیں پیچھے لگ جاتی ہیں اور پیٹ میں بچہ غائب کرتی رہتی ہیں ایسی

عورتوں کو بنا دوپٹے کے اور مغرب کے ٹائم دہلیز پر بھی بیٹھنا چاہئے اور اگر باہر نکلنا ہو تو پیاز اور لہسن لگا کر نکلیں، پیاز اور لہسن پیٹ اور سنے پر مل لینا چاہئے اور چھری بھی لے سکتے ہیں۔ پیاز اور لہسن کی مہک سے بلائیں دور بھاگتی ہیں اور اس سے انکی کاٹ ہوتی ہے۔ ایسا نہیں کرنے پر بچہ کو نقصان ہو سکتا ہے۔ (IDI-10; 11; 13; 24)

میری ساس نے مجھے باہر نکلنے ہی نہیں دیا تھا۔ لیکن اگر ایمر جنسی میں جانا ہو تو حفاظت سے جانا چاہئے جیسے میں نے تعویذ پہن رکھا تھا اس کے علاوہ لہسن رکھ لینا چاہئے یا پینگ رکھ لو۔ پینگ سے بھی ہوائے دور بھاگتی ہیں۔ عصر مغرب کے درمیان باہر نہیں جانا چاہئے۔ رات میں تو بالکل باہر نہیں نکلنا چاہئے۔ دوپہر میں 12 بجے کے ٹائم چھت پر جانا نہیں چاہئے۔ (IDI-12; IDI-23)

پریگننسی کے دوران میں باہر ہی نہیں گئی بہت ضروری کام ہونے پر میں باہر گئی وہ بھی دن میں ہی گئی، اور اپنے ساتھ لہسن بھی رکھا۔ ویسے میرے ہسپینڈ نے مولانا کا تعویذ میرے پیٹ پر باندھ دیا تھا، جس سے کوئی بد نظر مجھے پریشان نہ کریں۔ (IDI-7)

پریگننٹ عورتوں کو باہر جاتے وقت مولانا کا تعویذ پہننا چاہئے، یا لہسن لگا لینا چاہئے۔ لہسن، چاکو، اور ماچس سے ہوائیں، شیطان اور چڑیل دور بھاگتی ہیں۔ کیوں نہ ایسی عورتوں کے اندر سے خوشبو نکلتی ہے، اسی لئے ہوائیں لگ جاتی ہیں اور پھر واپس آنے پر لہسن وغیرہ باہر ہی پھینک دینا چاہئے، ورنہ جو ہوائیں پیچھے لگی ہیں وہ گھر میں بھی آسکتی ہیں۔ بال بھی کھلے نہیں چھوڑنا چاہئے اس سے بھی ہوائیں لگ جاتی ہیں۔ (IDI-2) (IDI-18) (IDI-17) (IDI-12)

پریگننٹ عورت کو دونوں وقت ملتے ہوئے باہر نہیں نکلنا چاہئے۔ جمعرات کے دن بھی نہیں نکلنا چاہئے، اور مولانا نے بھی ان وقتوں پر نکلنے کو منع کیا تھا۔ اور کہیں کاکچھ کھانے کو بھی منع کیا تھا۔ جو بھی کھانا ہو وہ گھر پر ہی بنا کر کھانا چاہئے۔ لیکن پیلی چیزیں تو گھر پر بھی بنا کر نہیں کھانی چاہئے۔ (IDI-14; 15)

پریگننسی کے دوران مغرب سے پہلے ہی گھر واپس آجانا چاہئے، کیونکہ اس کے بعد بلائیں باہر ٹہلتی ہیں۔ اور پریگنٹ عورت یا نئے پیدا ہوئے بچے پر حملہ کر دیتی ہیں۔ ایسا ہوا بھی ہے جب میری بھتیجی ہوئی، اسی لئے اس کی طبیعت ابھی تک خراب ہے۔ (IDI-9)

میں نے ہر وقت اپنے پہلو میں لہسن باندھ کر رکھا، جس سے کوئی ہوا کا اثر نہ ہو۔ باہر نکلتے وقت لہسن اور کلونجی کا تعویذ بنا کر پہنایا گیا۔ جس سے ہوا کا اثر نہ ہو، کیونکہ اس سے بچہ ختم بھی ہو سکتا ہے۔

(IDI-5) (IDI-8)

نتیجے سے یہ انکشاف ہوا ہے کہ جو اب دہندگان کی اکثریت کو اس بات کا پختہ یقین ہے کہ بدروحیں/ہوائیں حاملہ خاتون کے آس پاس رہتی ہیں اور اسے یا اس کے جنین کو نقصان پہنچا سکتی ہیں۔ جائے مطالعہ، "برے سائے کا اثر" ہر حاملہ عورت کا سب سے بڑا خوف ہے۔ بیانات نے یہ ظاہر کیا ہے کہ برے سائے، بدروح اور شہ کے اثر کے خوف سے حاملہ خواتین کو خاص وقت اور دنوں پر گھر سے باہر جانے کی اجازت نہیں ہے۔ اگر بری نظر/شہ حاملہ عورت پر پڑتی ہے تو یہ نقصان دہ ہوگا، ماں اور اس کے جنین کی صحت پر اس کا بہت برا اثر پڑے گا۔ حاملہ خواتین برے سائے/شہ کے برے اثرات سے بچنے کے لئے مختلف چیزوں جیسے لہسن، پیاز، کلونجی، بینگ، اور چھری وغیرہ استعمال کرتی ہیں۔ لہسن اور چھری برے سائے/شہ سے بچنے کے لئے سب سے زیادہ استعمال کی جانے والی چیزیں ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ، وہ مولانا سے تعویذ بھی لیتے ہیں جو خواتین حمل کے دوران کسی برے اثرات کو روکنے کے لئے پہنتی ہیں۔ مافوق الفطرت عناصر جیسے بھوت، پرت، شیطان، چڑیل، خبیث، جن، جادو ٹونا، تعویذ، ٹٹکا، اوپری سایہ، بدروح اور نظر بد سماجی زندگی کا اب بھی ایک اہم حصہ ہیں جو کہ انسان کے تولیدی عمل اور اس سے متعلق انسانی رویہ کو متاثر کرتی ہیں۔

سورج اور چاند گرہن کے اثرات اور ان پر عقیدہ

سورج اور چاند گرہن ایک قدرتی واقعہ ہے۔ ہندوستانی معاشرے میں گرہن کے بارے میں غلط فہمیاں اور توہم پرستی لگ بھگ سبھی کے ذہن میں اب بھی بڑی حد تک گھر کیئے ہوئے ہے (ہریشانی اور دیگر، 2017)۔ لہذا حاملہ خواتین کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ ان شعاعوں سے جنین کو بچانے کے لئے گرہن کے دوران اپنے آپ کو ڈھانپ کر رکھیں اور گھر کے اندر ہی رہیں" (ہری اور ہری، 2014)۔ یہ بھی مشورہ دیا گیا ہے کہ "چاند گرہن کے وقت چاقویا کوئی تیز دھات والی چیزیں استعمال نہ کریں کیونکہ اس سے بچے کے ہونٹ پر کٹنے کے پیدائشی نشان پڑ سکتے ہیں" (لائفسیل ٹیم، 2018)۔ اسی لئے گرہن کے دوران، حاملہ ماؤں سے کہا جاتا ہے کہ وہ اس طرح کی چیزوں کا استعمال نہ کرے (ہریش، 2016)۔ تحقیق کے دوران بھی اسی طرح کے بیانات حاصل ہوئے ہیں۔

جب چاند یا سورج گرہن پڑتا ہے تب کوئی چیز نہیں کاٹے، نہ ہی کچھ ڈھکتے ہیں اور نہ ہی کپڑوں کی تہ بناتے ہیں۔ کیونکہ ایسا کہا جاتا ہے کہ کوئی چیز کاٹنا نہیں چاہئے اور اگر کاٹ دیا تو ڈر رہتا ہے کہیں بچے کا کچھ نہ جائے۔ جیسے ناک یا کان وغیرہ۔ ایسا دیکھا تو نہیں ہے، لیکن ایسا کہا جاتا ہے۔ میرے بیٹے کے کان پر بھی گرہن پڑا تھا تو اس کا کانٹھوڑا الٹا ہو گیا ہے میں نے شاید گرہن کے ٹائم کھجلا لیا ہوگا، تو جہاں کھجلا یا ہوگا وہیں ہڈی اٹھ گئی ہوگی، یہ گرہن کی وجہ سے ہو گیا ہے۔ (IDI-6)

سورج گرہن کے وقت عورت کو باہر نہیں نکلنا چاہئے، نہ ہی کچھ کھانا چاہئے، کیونکہ اس وقت چاند اور سورج کو بہت تکلیف ہوتی ہے اور اس سے کچھ ایسی روشنی نکلتی ہے جس سے ہونے والے بچے کو نقصان ہو سکتا ہے اسی لئے ماں کو چاند یا سورج گرہن کے وقت باہر نہیں نکلنا چاہئے۔ (IDI-

7)

سورج گرہن میں بتاتے ہیں کہ کچھ کاٹ دو تو بچے کا کچھ کٹ جاتا ہے۔ یا پیر موڑ کر بیٹھ جاؤں تو بچے کے بھی پیر موڑے ہوتے ہیں۔ ایسا دیکھا بھی گیا ہے میری بھابھی کی بہن نے سورج گرہن میں آلو کاٹ لئے تھے، انہیں بعد میں پتہ چلا کہ آج سورج گرہن ہے، پھر جب ان کی بیٹی ہوئی تو اس کا

ہونٹ کٹا ہوا تھا۔ اسی لئے اس بچی کا آپریشن بھی کیا گیا تب ہونٹ ٹھیک ہوا۔ اسی لئے سورج یا چاند گرہن میں کچھ کاٹنا نہیں چاہئے۔ یہاں تک آنکھیں بھی بند نہیں کرنی چاہئے، اس سے بھی بچنے کی آنکھیں بند ہو سکتی ہیں۔ ہمارے یہاں تو ایسا کہتے ہیں کہ صرف لیڈ پر یگنٹ ہوتی ہیں تو ہی نہیں بلکہ گائے اور بھینس بھی جو پریگنٹ ہوتی ہیں ان کے بھی سو ریا۔ چندر گرہن کا اثر مانا جاتا ہے اسی لئے ان پر گیر و لگا دیا جاتا ہے۔ اور اسی طرز پر عورت کے بھی ناخنوں اور پہلوؤں پر غیروں لگا دیا جاتا ہے جس سے گرہن کا اثر نہیں ہو۔ (IDI-9)

سورج گرہن میں سونے یا لیٹنے کے لئے منع کیا جاتا ہے۔ سورج گرہن میں کچھ کاٹنا نہیں چاہئے، اس سے بچنے کے ہاتھ پیر کٹ سکتے ہیں۔ بل ڈال کر کپڑے نہیں نچوڑنے چاہئے، اس سے بھی بچنے پر اثر پڑتا ہے۔ سوئی اور دھاگے کا کام بھی نہیں کرنا چاہئے اس سے بچنے کے جسم پر نشان آجاتے ہیں، کچھ سلنا بھی نہیں چاہیے۔ الٹا سیدھا بھی نہیں لیٹنا چاہئے، بالکل سیدھے لیٹے رہنا چاہئے کچھ کام نہیں کرنا چاہئے، باہر بھی نہیں نکلنا چاہئے۔ کیوں کہ انکاسیدھا اثر بچہ پر ہوتا ہے اور ماں تو اپنے بچے کی خاطر ہر بات کا خیال رکھتی ہے۔ (IDI-14) (IDI-10) (IDI-18)

چندر گرہن میں پریگنٹ عورت کو باہر بیٹھ کر کچھ نہیں کرنا چاہئے، اس سے بچے پر برا اثر پڑتا ہے۔ باہر بھی نہیں نکلنا چاہئے اور گیر و ضرور لگالینا چاہئے۔ (IDI-17)

چاند گرہن میں یہ ہوتا ہے کی اگر تم پیر موڑ کر بیٹھے ہو اور گرہن پڑ رہا ہے تو بچے کی بھی ہڈی ایسی ہی جڑ جائے گی۔ سوئی سے بھی کوئی کام نہیں کرنا چاہئے، اس سے بچے کے دل میں چھید ہو جاتا ہے۔ چوری سے کوئی چیز نہیں کاٹنا چاہئے اس سے کوئی انگ کٹ جاتا ہے۔ اسی لئے چاند گرہن میں چلتے پھرتے رہنا چاہئے۔ میں نے کپڑوں کی تہہ بنائی تھی تو تو میری بیٹی کے کان کی ہڈی الٹی ہو گئی۔ (IDI-11)

سورج گرہن میں عورت کو زیادہ سونا نہیں چاہئے، اس سے بچہ چندہ (چندھیانا) ہو جاتا ہے۔ اور اسے سورج کے سامنے دیکھنے میں پریشانی ہوتی ہے۔ (IDI-13)

روایات میں واضح کیا گیا ہے کہ عام طور پر سورج اور چاند گرہن کو حاملہ عورت اور اس کے جنین کے لئے خطرہ سمجھا جاتا

ہے اور گرہن کے مضر اثرات سے بچنے کے لئے بہت سے نسخے بھی موجود ہیں۔ گرہن کی مدت کے دوران، حاملہ

خواتین کو سختی سے ہدایتیں دی گئی ہیں کہ وہ گھر کے اندر ہی رہیں، کچھ نہ کھائیں، سوئے نہ، کسی دھار دار چیز کا استعمال نہ کریں، گرہن کے وقت کچھ نہ کریں۔ اگر وہ کچھ بھی کام کرتی ہے تو پیدا ہونے والے بچوں کے اعضاء میں کوئی نہ کوئی خرابی پیدا ہو جائے گی۔ حاملہ خواتین اور ان کے گھر والوں کو لگتا ہے کہ گرہن کا حمل پر مضر اثر پڑتا ہے اور بچے کے ہونٹوں یا جسم پر نشان پڑ جائیں گے یا پھر اندھے پن اور پیدائشی نشان کے ساتھ پیدا ہوں گے۔ یہی وجہ ہے کہ وہ کچھ احتیاطی تدابیر اختیار کرتے ہیں جیسے گرہن کے دوران حاملہ خواتین کو گھر سے باہر جانے کی اجازت نہیں ہے، انہیں کچھ کاٹنا نہیں ہے، سونا نہیں ہے۔ اور وہ اپنے ناخنوں اور دوپٹے پر گیر و (اینٹوں کا زنگ) کا استعمال کرتی ہیں، تاکہ ماں اور اس کے جنین پر گرہن کے منفی اثرات نہ ہو سکیں۔ انہیں اپنے رشتہ داروں کے تجربات پر پختہ یقین ہے کہ کسی بھی احتیاطی تدابیر سے لاعلمی کا نتیجہ بچہ کی پیدائش پر ہوگا۔

اس بات کا خیال رکھنا ضروری ہے کہ یہ مشقیں حاملہ خواتین کی نفسیاتی مدد اور اطمینان کے لئے کی جاتی ہیں۔ لیکن اسکا اصل مقصد ان کے گھر پر آرام کرنے کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن اسی کے ساتھ یہ ان پر گھر میں رہنے کے لئے پابندی بھی پیدا کرتے ہیں جس کے نتیجے میں وہ اے این سی چیک اپ سے کنارہ کر لیتی ہیں اور اسی وجہ سے صحت کی سہولیات تک نہ جانے کا مقبول تاثر پیدا ہوتا ہے۔ اسی لئے ضروری ہے کہ لوگوں میں اس بات کی سمجھ پیدا ہو کہ وہ بری نظریں تک نہ لگائیں اور اے این سی خدمات کو اہم سمجھیں۔

4.4: بچہ کی پیدائش اور پیدائش کی جگہ اور تیاریاں

دنیا کے بیشتر حصوں میں، بچے کی پیدائش کو خوشگوار موقع کے طور پر منایا جاتا ہے۔ تاہم، بہت سی حاملہ خواتین کو پیدائش دوران اور اس کے بعد کی تکلیف، ذہنی دباؤ، تشویش ہوتی ہیں اور یہاں تک کہ اس دوران اموت بھی ہو جاتی

ہیں (نامک اور ناتھ، 2018)۔ زچگی میں بڑھتی ہوئی اموات کے تناسب کو دیکھتے ہوئے زچگی کی شرح اموات میں کمی لانا علمی ترجیحات میں شامل ہے جس میں ہندوستان کے ساتھ ساتھ دیگر ترقی پذیر ممالک شامل ہیں جہاں زچگی کی شرح اموات کا تناسب ابھی بھی کافی زیادہ ہے۔ اور بچے کی پیدائش کو طبی دیکھ بھال کے بجائے معاشرتی رجحان کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔ یہاں پہلے بچے کی پیدائش کی ذمہ داری میکہ یا سسرال کون قبول کرے گا، بچہ کی پیدائش کی جگہ گھر پر یا ہسپتال کہاں ہوگی، نوزائیدہ بچہ سب سے پہلے کس کے حوالے کیا جائے وغیرہ کے بارے میں وسیع نسخے ہیں۔ راجستھان کے مطالعے میں پٹیل (2006) نے یہ بتایا کہ پہلے بچہ کی پیدائش میکہ میں ہوتی ہے کیوں کہ لوگوں کا ماننا ہے کہ حاملہ عورت کو اس کے میکہ میں زیادہ جذباتی نگہداشت میسر ہوگی جسکی ایک عورت کو اس وقت سب سے زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

یہاں تو سب کے بچے سسرال میں ہی ہوتے ہیں، چاہے پہلا ہو یا دوسرا۔ اگر کسی کے یہاں کوئی نہیں ہے تو وہ میکہ چلی جاتی ہے۔ لیکن میں نہیں گئی کیونکہ مجھے شرم آرہی تھی۔ (IDI-1; IDI-3; IDI-6; IDI-7; IDI-8; IDI-10; IDI-13; IDI-15; IDI-18; IDI-20;)

بچہ سسرال میں ہونا چاہئے، وہی ٹھیک رہتا ہے اگر بچہ میکہ میں ہوتا ہے اور اسے کچھ ہو جائے تو سسرال والوں کو کون جواب دے گا، زندگی بھر کا پر داغ لگ جائے گا۔ اس سے بہتر ہے کہ جن کا بچہ ہے انہیں کے گھر ہو۔ (IDI-2; IDI-5; IDI-9)

بچہ کی پیدائش کے بعد سب سے پہلے دادی کو دیا جاتا ہے۔ کیونکہ دادی کا حق زیادہ ہوتا ہے ان کا ہی تو خون ہوتا ہے۔ (IDI-10)

حکایتیں بیان کرتی ہیں کہ ہلدوانی میں خواتین اپنے سسرال میں اپنے بچوں کو جنم دیتی ہیں۔ پہلا بچہ، دوسرا بچہ یا آخری ولادت، ہر پیدائش کے وقت ضروری اشیاء کی فراہمی صرف سسرال والوں کی ذمہ داری ہوتی ہے۔ صرف وہی

خواتین، جن کے سسرال والوں کے گھر کوئی نہیں ہوتا ہے تو وہ بچے کی پیدائش کے لئے اپنے میکہ چلی جاتی ہیں۔ اس کے علاوہ پیدائش کے بعد بچے کو دیکھنے یا لینے کا پہلا حق صرف دادا-دادی کا ہوتا ہے۔

ادارہ جاتی پیدائش

ادارہ جاتی ترسیل زچگی کی دیکھ بھال میں نمایاں طور پر بہتری لاسکتی ہے (دکیٹ اور ڈیوڈی، 2017؛ شاہ اور دیگر، 2018؛ شاہ اتسال، 2018؛ سرکار اور دیگر، 2018؛ شیر اور ڈگر، 2016) لیکن بہت سے سماجی عوامل ادارہ جاتی ترسیل سے بچنے میں اہم کردار ادا کرتے ہیں جس میں ساس کی فیصلہ سازی بھی شامل ہے۔ ساس (شاہ اور دیگر، 2018)۔

ڈیوری تو ہاسپٹل میں صحیح رہتی ہے، کیونکہ وہاں اچھی فیسیلیٹیز مل جاتی ہیں۔ ویسے بھی ہاسپٹل میں اتنی فیسیلیٹی مل رہی ہیں تو گھر پر بچے کیوں پیدا کرے۔ (IDI-9)

میری ساس نے پہلے ہی کہہ دیا تھا کہ بچے کی پیدائش ہسپتال میں ہی کرائیں گے۔ اسی لئے پہلے سے ہی ہسپتال کی تیاری کر رکھی تھی۔ (IDI-3)

میری بیٹی سرکاری ہسپتال میں ہوئی۔ ہاسپٹل میں بچے کی پیدائش اسلئے کرائی گئی کیونکہ میری نند کے گھر میں بچے ہوئے تھے تو دائی نے کیس خراب کر دیا تھا۔ اسی لئے سب کہتے ہیں کہ ہسپتال میں بچے کی پیدائش ٹھیک رہتی ہے۔ (IDI-5)

میری دیورانی کے لئے گھر پر ہی دائی کو بلایا گیا تھا، اسے بہت پریشانی ہو رہی تھی۔ لیکن دائی بہت کوشش کر رہی تھی کہ گھر پر ہی بچہ ہو جائے وہ اسے سہلنے کو کہہ رہی تھی، لیکن اس کی طبیعت خراب ہو رہی تھی کیونکہ بہت کمزور تھی۔ اسی لئے جب کوشش کے بعد بھی گھر پر بچہ نہیں ہوا تو ہسپتال لے جانا پڑا۔ (IDI-10)

میں نے تو شروع سے ہی سوچا تھا کہ ہسپتال میں بچے کی ڈیلیوری کرانا ہے۔ بیٹی ہونے کے بعد آنگن واڑی سے چھ ہزار روپے بھی ملے۔ (IDI-12)

ڈیلیوری سے پہلے جب درد شروع ہو جاتے ہیں تو عورت کو ہسپتال لے جانا چاہئے، یا زیادہ سے زیادہ ایک دن پہلے کیونکہ کبھی کبھی کچھ پریشانی بھی ہو سکتی ہے۔ (IDI-6)

ویسے تو میری بیٹی ہسپتال میں ہی ہوئی، لیکن بچہ ہونے سے پہلے مجھے سیویو کا پانی اور چائے میں گھی ڈال کر پلایا، اس سے چکناہٹ رہتی ہے اور بچہ پیدا ہونے میں آسانی ہوتی ہے۔ جب میرا بچہ ہونے والا تھا تو میں نے اپنی ساس سے کہا کہ سورۃ مریم پڑھو گھر پر۔ میری خالہ ساس نے مریم پنچہ بھیجا تھا اسے پانی میں ڈالنا ہوتا ہے، یہ مدینے سے لاتے ہیں، وہاں پر ایک پھل ہے جس کی ڈالیاں سوکھی ہوئی ہوتی ہیں۔ اسکے علاوہ سورۃ مریم ابھی تیسری بار پوری بھی نہیں ہوئی تھی کہ میری بیٹی ہو گئی۔ (IDI-12)

بچے کی ڈیلیوری گھر پر ہی کرانے کی کوشش کی، دائی کو بھی بلایا تھا۔ لیکن بہت کوشش کے بعد بھی بچہ گھر پر نہیں ہوا تب ہاسپٹل لے کر گئے دائی بچہ کرانے کے لئے بار بار بیٹھا رہی تھی لیکن درد نہیں بڑھ رہے اور نیند بھی بہت آرہی تھی۔ درد بڑھانے کے لئے دائی نے گھی ڈال کر دودھ میں پلایا سیویو کا پانی پلایا اور میوہ ڈال کر چھوکا بھی دیا تھا لیکن گھر پر بچہ نہیں ہوا۔ ہاسپٹل لے کر گئے تب ہی ہوا وہاں نرس بہت سخت تھی آپریشن کے لئے بول رہی تھی مجھے بہت ڈانٹ رہی تھی۔ لیکن ڈاکٹر بہت اچھی تھی اس نے سب اچھے سے کیا۔ (IDI-18)

تحقیق کے دوران حاصل بیانات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جن لوگوں نے ہسپتال میں بچے کی پیدائش کو ترجیح دی ہے وہ اپنے قریبی رشتہ داروں کے ذریعہ بتائے گئے تلخ تجربات کی وجہ سے متاثر ہوئے۔ یہ بھی دیکھا گیا کہ زمینی سطح پر کام کرنے والے ورکرز کے ذریعہ ہسپتال میں بچے کی پیدائش کو بڑھاوا ملا ہے۔ کئی تحقیقوں میں یہ بھی پایا گیا کہ جنینی سورکشہ یوجنا سے مستفید ہونے کی خواہش حاملہ خواتین اور ان کے اہل خانہ کو گھر کے بجائے ہسپتال میں بچے کی پیدائش کروانے پر ترجیح دیتے ہیں (ویلکلا اور دیگر، 2017؛ شاہات اور دیگر، 2018)۔ اس کے علاوہ کارکنوں کی

مستقل سہولیات اور خدمات گھر کے بجائے ہسپتال میں بچے کی پیدائش کو ترجیح دینے میں سب سے اہم کردار ادا کرتی ہیں (ویلکلاوردیگر، 2017)۔

ہسپتال میں بچے کی پیدائش اور سرجری کا خوف

سیزرین سیکشن کی بڑھتی ہوئی شرح صحت عامہ کی ایک بڑی پریشانی ہے اور اس کی وجہ سے یہ دنیا بھر میں بحث کا مدعی بنا ہوا ہے (ٹورالونی اوردیگر، 2011)۔ وہ لوگ جنہوں نے سیزرین سیکشن ڈیلیوری کو ترجیح دی، اس کی بنیادی وجہ لیور کی تکلیفوں سے اجتناب پانا تھا، اس کے علاوہ جو تھی (astrological) کیلنڈر کی اہمیت، اور کسی اچھے وقت میں اپنے بچے کی پیدائش کی خواہش شامل ہے (اجیت اوردیگر، 2011)۔ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کی رسائی زچگی اور نوزائیدہ اموات جیسی پیچیدگیاں کم کرتی ہے (این ایف ایچ ایس-4)۔ اندام نہانی سے بچے کی پیدائش کو ترجیح دینے والی خواتین کا خیال ہے کہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری زیادہ تکلیف دہ ہے اور ان کا خیال ہے کہ ڈاکٹر/ہسپتالوں میں عام اندام نہانی ڈیلیوری کے بجائے جان بوجھ کر سیزرین سیکشن ڈیلیوری کا انتخاب کیا جاتا ہے (اجیت اوردیگر، 2011)۔

میرے سبھی بچے گھر پر ہی ہوئے کیونکہ ہسپتال میں آپریشن کے نام سے ہی ڈر لگتا تھا۔ میں تو سوئی لگنے سے بھی بہت ڈرتی تھی اسی وجہ سے میں نے اپنے بچوں کی پیدائش گھر پر ہی کرائی۔ اور دائی نے بھی جیسا جیسا کہا ویسا کرتی گئیں۔ مجھے اینٹوں پر بھی بٹھایا گیا جس سے بچے کی پیدائش آسانی سے ہو۔ بچے کی پیدائش کے وقت دائی نے چلنے پر زور دیا سو یوں کے پانی میں گھی بھی ڈال کر پلایا مولانا سے گڑ اور برنی پڑھوا کر بھی کھلائیں۔ (IDI-2)

میں تو چاہ رہی تھی کہ میرا بچہ گھر پر ہی ہوں، کیونکہ سب نے مجھے ڈرا دیا تھا کہ اگر ہاسپٹل میں بچہ ہوا تو آپریشن کر دیں گے، اسی لئے میرے کہنے پر میری ساس نے مجھے دائی کو دکھایا۔ ڈاکٹر نے مجھے کہا بھی تھا کہ زیادہ الٹی ہونے کی وجہ سے بچہ اپر ہو گیا ہے، ہو سکتا ہے کہ آپریشن ہو۔ اسی ڈر کی وجہ سے میں نے گھر پر ہی بچہ ہونے کو کہا۔ (IDI-8)

میں تو بچہ ہاسپٹل میں ہی کرتی لیکن مجھے ڈر تھا کہ کہیں آپریشن نہ کر دے۔ کیونکہ آجکل تو ویسے ہی سب کے آپریشن ہو رہے ہیں اسی لئے میں نے اپنے بچے گھر پر ہی کرے۔ (IDI-7)

میری بیٹی کے وقت ڈاکٹر نے کہا کہ بچے کے دونال ہیں اسی وجہ سے مجھے دوسرے ہاسپٹل ریفر کیا گیا تھا۔ وہاں بھی آپریشن بولا گیا، لیکن میری ساس نے منع کر دیا۔ وہ بولی میں اپنی بچی کا آپریشن نہیں کرواؤں گی، اس سے انسان کو بہت پریشانی ہوتی ہے، نہ کچھ کھا سکتا ہے نہ کچھ کر سکتا ہے۔ اور میرے گھر میں کوئی کام کرنے والا بھی نہیں ہے۔ (IDI-4; 5)

بچے تو گھر میں ہی ہونا ٹھیک رہتے ہیں ہاسپٹل میں جاؤ تو چیرہ پھاڑی کر دیتے ہیں۔ (IDI-13)

میں نے تو سارے چیکپ کروائے انجکشن وغیرہ سب ہاسپٹل میں ہی لگوائے، لیکن میرے بچے گھر پر ہی ہوئے۔ کیونکہ مجھے ڈر لگتا تھا کہ کہیں میرا آپریشن نہ کر دیں، کیونکہ ڈاکٹر نے مجھے آپریشن کو بولا تھا۔ میری حالت بہت خراب تھی، ہاتھ پیر بھی سوج رہے تھے۔ تب مجھے آپریشن کے لئے دوسرے ہاسپٹل میں ریفر کیا گیا تھا۔ میرے سپینک پھیل رہا تھا، پورے شریر میں خون بھی بہت کم تھا۔ میں تو دعامانگ رہی تھی کہ میرا بچہ گھر پر ہی ہو جائے، اور سلامت رہے۔ ہر مزار پر منت مانگی کہ میری بیٹی گھر پر ہی ہو جائے۔ پھر میری بیٹی گھر پر ہی صحیح سلامت ہو گئی۔ میرے والد نے مجھے مولانا کو دکھایا تھا کیونکہ تب مجھے کسی نے کروادیا تھا۔ (IDI-17)

مجھے ڈاکٹر نے آپریشن سے بچے کے لئے بولا تھا۔ میرے آپریشن ہونے والا تھا پر میں نے منع کر دیا۔ میں نہیں چاہتی تھی کہ میرا آپریشن ہو، بس میں درد برداشت کرتی رہی، دعامانگتی رہی تھی۔ اس کے بعد نارمل ڈیوری ہو گئی۔ مجھے آپریشن سے ڈر لگتا ہے لوگ کہتے ہیں کہ اگر آپریشن ہو جاتا ہے تو وزن اٹھا نہیں سکتے، زیادہ کام نہیں کر پاتے بہت پر اہلم ہوتی ہے۔ (IDI-18)

سرجری کے دوران موت کے خوف سے سیزرین سیکشن کے ذکر سے خواتین گھبراتی ہیں اور دیگر جو خواتین سیزرین

سیکشن سے گزری ہیں اسے برا سمجھا جاتا ہے (اوکافر، 2000)۔ جائے مطالعہ میں ہسپتال میں بچے کی پیدائش کو

سیزرن سیکشن ڈیوری کے وسیع عقیدے کے طور پر سمجھا جاتا ہے کہ اگر وہ ہسپتال میں بچے کی پیدائش کے لئے جائیں

گے تو، انہیں سرجری کرانی پڑے گی۔ لوگوں کا ماننا ہے کہ ہسپتال میں صرف سیزرین سیکشن ڈیوری ہوتی ہے، نارمل

ڈیلیوری کے کوئی امکان نہیں ہیں۔ عورتیں بچے کی پیدائش کے لئے گھر پر ہی دائی کو بلاتی ہیں، اس کی اہم وجہ ہے کہ وہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری سے خوفزدہ ہیں۔ ان کا خیال ہے کہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری چیرا، پھاڑی اور کاٹنے کی طرح ہے جسے خواتین کے لئے اچھا نہیں مانا جاتا ہے۔ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کے خوف کی وجہ سے خواتین دائی کے ذریعہ گھر میں ہی زیادہ خطرہ والی ولادت کرتی ہیں۔ عام اندام نہانی ڈیلیوری کو ترجیح دینے کی وجوہات یہ ہیں کہ بیشتر خواتین اسے ایک محفوظ اور آسان طریقہ محسوس کرتی ہیں اور اسے قدرتی طریقہ سمجھا جاتا ہے، اور عام طور پر اس میں خواتین کو سیزرین ڈیلیوری کے مقابلے میں جلد راحت ملتی ہے۔ اور سیزرین ڈیلیوری میں خواتین کو طویل مدت تک صحت کا خطرہ بنا رہتا ہے۔

گھر پر بچے کی پیدائش

عام طور پر یہ سمجھا جاتا ہے کہ بچے کی پیدائش ایک عام زندگی کا واقعہ ہے اور یہ خیال کیا جاتا ہے کہ پیچیدگیوں کی عدم موجودگی میں ہسپتال میں پیدائش کی کوئی ضرورت نہیں (شاہ اور دیگر، 2018)۔ گھریلو روایتی طور پر پیدائش کے پیچھے مشترکہ وجوہات صحتی اداروں میں بچے کی پیدائش کے فوائد کے بارے میں نا سمجھی، خواتین کی کم تعلیمی حیثیت اور تعلیم صحت سے لاعلمی ہے (ولند اور دیگر، 2014)۔ بیشتر واقعات میں ہم نے محسوس کیا ہے کہ ہسپتال میں بچے کی پیدائش سے زیادہ گھر پر بچے کی پیدائش کی ترجیحات بہت زیادہ پائی جاتی ہیں، کیونکہ یہ لوگ گھروں میں پچھلی محفوظ ولادت کے محفوظ امکان کے سبب، اور قدرتی طور پر پیدائش کے تصور سے متاثر تھے (ویلکل اور دیگر، 2017)۔ صحتی مراکز کا ناقص انفراسٹرکچر اور متوقع ماؤں کے دوسرے چھوٹے بچوں کے لئے گھر میں

نگراں کی کمی بھی ادارہ جاتی پیدائش کی سہولیات تک رسائی میں رکاوٹ ہیں (ولند اٹل، 2014؛ ویلکل اور دیگر،

2017؛ سرکار اور دیگر، 2018)۔ ہلدوانی سے حاصل بیانات گھر پر بچے کی پیدائش کے جواز کی عکاسی کرتے ہیں۔

میر ایٹا گھر پر ہی ہوا، ہسپتال اس لئے نہیں گئی کیونکہ میری ماں نے منع کر دیا تھا۔ میری ساس تو لے کر جا رہی تھی لیکن میری ماں نے منع کر دیا کہ اسپتال مت لے کر جاؤ کیونکہ ہسپتال میں چیرہ پھاڑی ہوتی ہے۔ (IDI-1)

میں نے خود اپنی ساس سے کہا تھا کہ مجھے گھر پر ہی بچہ کرنا ہے۔ جب میرے درد شروع ہوئے تب دائی کو بلا یا گیا، یہ تو بہت ہی خطرناک درد تھیں دائی نے کبھی مجھے سٹلنے کو کہا تو کبھی اینٹوں کے اوپر بیٹھایا۔ مجھے اتنا درد ہو رہا تھا کہ کچھ سمجھ نہیں آ رہا تھا کہ میں کیا کروں کچھ کہہ نہیں سکتی۔ میں نے اپنی ساس کو مجھے ہسپتال لے جانے کو کہا، میں درد سے تڑپ رہی تھی لیکن کوئی مجھے ہسپتال لے کر نہیں گیا۔ میں سب کے آگے ہاتھ جوڑ رہی تھی، اپنی ساس کے، اپنے جیٹھ کے، سب سے منت کر رہی تھی۔ لیکن کسی نے میری نہیں سنیں اور میری ساس نے میرے ہسپتال کو بھی گھر سے باہر بھیج دیا، اور جیٹھ کو بھی باہر جانے کو کہا۔ بہت ہی مشکل سے گھر پر پانچ چھ گھنٹے بعد میرا بیٹا ہو گیا۔ لیکن میں وہ دن کبھی نہیں بھولوں گی، میں تڑپ رہی تھی لیکن میری کسی نے نہیں سنی۔ اگر مجھے کچھ ہو جاتا تو اسکی ذمہ دار صرف اور صرف میری ساس ہوتی۔ (IDI-8)

میرے تینوں بچے گھر پر ہی ہوئے، ہسپتال میں ساری جانچ کرائی لیکن بچے گھر پر ہی کریں۔ کیونکہ وہاں بہت بد تمیزی ہوتی ہے۔ ایسے ہی خلا چھوڑ دیتے ہیں، کوئی آئے کوئی جائے، مرد بھی دیکھتے ہیں گھر پر کم سے کم پردہ تو ہوتا ہے۔ (IDI-7) (IDI-13)

ہمارے یہاں سبھی کے بچے گھر پر ہی ہوئے۔ کیونکہ ہم سب دیورانی جیٹھانی کے بچے آس پاس ہی ہوئے ہیں ہسپتال میں بچے کرتے تو گھر پر بچوں کو کون دیکھتا۔ اور ویسے بھی ہسپتال میں تو گھن آتی ہے وہاں بہت گندگی رہتی ہے، دیکھ کر بھی الٹی آتی ہے۔ اس لئے ہم نے اپنے بچے گھر پر ہی کیے۔ (IDI-23)

ڈاکٹر نے تو مجھے آپریشن سے بچنے کرنے کے لئے کہا تھا۔ لیکن میں نہیں گئی مجھے بہت ڈر لگتا ہے اور اگر کوئی پریشانی ہوتی تو اللہ کے اوپر چھوڑ دیا تھا، جو ہو گا دیکھا جائے گا۔ میرے اندر خون کی کمی تھی، اسی لئے آپریشن کو بولا تھا۔ لیکن بچہ تو انکے بھی ہو جاتے ہے جتنکے چھ پائٹ خون ہوتا ہے، میرے تو دس تھا اسی لئے ہسپتال نہیں گئی گھر پر ہی بچہ کروایا۔ (IDI-13)

میری بیٹی گھر پر ہی ہوئی۔ ڈیلیوری کے ٹائم پر مجھے دودھ میں کیسٹر آئل ڈال کر پلایا گیا۔ اور سب سویوں کا پانی پلایا گیا تھا۔ ایک نرس کو گھر پر ہی بلوا کر درد کے انجکشن لگوائے تھے۔ میری ڈیلیوری بیڈ پر بیٹھا کر ہوئی تھی۔ میں چاہ رہی تھی کہ میرا بچہ ہاسپٹل میں ہو، لیکن گھر والوں کے سامنے میں کیا کرتی میری بات کسی نے نہیں سنی۔ میری جھپٹانی کے بیٹی گھر پر ہی ہوئی تھی اس لئے میرے بھی گھر پر ہی بچہ کرایا۔ (IDI-16)

بچے تو گھر پر ہی کرنا چاہئے ہاسپٹل میں کون سا زیادہ غور کرتے ہیں۔ وہاں پر بھی عورت کو ایسے ہی پڑا رہنے دیتے ہیں۔ (IDI-22)

گھر پر بچے کی پیدائش کے ٹائم کمرے میں ہی بچے کی پیدائش ہونی چاہئے، کیوں نہ بچہ کمرے میں پیدا ہوئے یا دالان میں ناپاک تو پورا گھر مانا جاتا ہے۔ بچہ ہونے کے بعد جب کھریائی نہیں آتی تو اس وقت عورت کے منہ سے اس کی اس کے بالوں کی لٹ دہواتے ہیں اور اسکی ماں کا نام کہلواتے ہیں۔ تب کھریائی آرام سے آجاتی ہے۔ لڑکا ہونے کے تورنت بعد یہ نہیں کہنا چاہئے کی لڑکا ہوا ہے، اس سے کھریائی اوپر چڑھ جاتی ہے۔ جب تک کھریائی نہیں آئے تب تک نال نہیں کاٹنا چاہئے۔ (IDI-22)

بیانات میں ایک تفصیلی جائزہ پیش کیا گیا ہے کہ ہلدوانی ایک شہری علاقہ ہے، لیکن پھر بھی، خواتین گھر پر بچے کی پیدائش کو ترجیح دیتی ہیں۔ اس طرح کی ڈیلیوری غیر صحتمند حالات میں غیر پیشہ ورانہ طریقہ سے ہوتی ہے۔ جسکی اہم وجوہات سیزرین سیکشن ڈیلیوری کا خوف اور اس میں خاندانی بزرگوں کا دباؤ ہے شامل ہے۔ خواتین یہ بھی محسوس کرتی ہیں کہ صحتی اداروں میں کوئی رازداری نہیں ہے، اور اس طرح کے اداروں میں انہوں نے صاف صفائی کی بھی کمی محسوس کی۔ عام طور پر بچے کی پیدائش کی جگہ کا فیصلہ کرنے میں ساس اور گھر کے بزرگ اہم کردار ادا کرتے ہیں۔

لوگ گھر میں بچے کی پیدائش کے لئے دائی کو بلاتے ہیں۔ کچھ رشتہ دار بھی ولادت کے وقت آتے ہیں۔ دائی لیور کے درد کے دوران چلنے کی تاکید کرتی ہے۔ اگر گھر میں بچوں کی پیدائش کا عمل شروع ہو چکا ہے تو پھر بچے کو گھر پر ہی پیدا کرنے کی کوشش ہوتی ہے، حالانکہ بعض اوقات معاملات انتہائی نازک ہو جاتے ہیں۔ گھر کے مرد کم جذباتی ہوتے ہیں اور وہ خود کو ولادت سے متعلق کاموں میں شامل نہیں کرتے، اور بڑی عمر کی خواتین عموماً انہیں باہر رہنے کو کہتی ہیں۔ اگر کسی کا بچہ بغیر کسی پیچیدگی کے گھر ہو جاتا ہے تو ماں اپنے اگلے بچے کی پیدائش کو بھی گھر میں ہی ترجیح دیتی ہے۔

گھر پر بچے کی پیدائش کی بنیادی وجوہات ہیں کہ خواتین اپنی پیدائش کے وقت مرد ڈاکٹر کا سامنا کرنے سے شرماتی ہیں اور اس سے بے پردگی اور بے حیائی پیدا ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض اوقات ہسپتال میں بدبو بھی پھیل جاتی ہے، ڈاکٹروں اور عملے کا نامناسب سلوک اور اور غیر معیاری دیکھ بھال ایک اہم وجہ ہے، خواتین بھی اپنے دوسرے بچوں کے بارے میں پریشان رہتی ہیں کہ گھر پر انکی دیکھ ریکھ کون کریگا۔ لیکن یہ سب گھر میں بچے کی پیدائش کی بنیادی وجوہات ہیں اور خواتین گھر پر بچے کی پیدائش کو سیزرین ڈلیوری کے مقابلے میں بہتر عمل سمجھتی ہیں۔ خواتین کا خیال ہے کہ اگر وہ ہسپتال میں بچے کی پیدائش کراتی ہیں تو ڈاکٹر سیزرین ڈلیوری کریگا اور یہاں کے لئے سب سے زیادہ خوفناک عنصر ہے۔

روایتی طریقہ سے گھر پر بچے کی ولادت

بچوں کی پیدائش الگ الگ طرح سے کرائی جاتی ہے جیسے ادارہ جاتی ڈلیوری، سیزرین سیکشن ڈلیوری، ٹریینڈ پیشہ ور کی مدد سے گھر پر ڈلیوری اور غیر پیشہ ور کی مدد سے گھر پر پیدائش۔ روایتی ٹریینڈ پیشہ ور (پیدائش کے حاضر خدمت کار) یا دائی بہت سے ترقی پذیر ممالک میں زچگی کی بنیادی دیکھ بھال فراہم کرتے ہیں۔ دائی معاشرے کا ایک حصہ ہوتی ہیں، انہیں

مقامی زبان بولنا آتا ہے، ایک ہی کمونٹی میں رہتی ہیں اور ایک ہی عقیدہ اور ثقافت کا اشتراک کرتی ہیں، جس کی وجہ سے وہ کمونٹی میں اعتماد کا احساس پیدا کر پاتی ہیں (انیانگ اور انوچا، 2015)۔

میری ڈلیوری گھر پر ہی دائی نے کرائی۔ بچہ ہونے سے پہلے کپڑا، بلیڈ اور دھاگا، ان سب کا انتظام کرا۔ جب بچہ ہونے والا تھا تو دودھ گرم کر کے اس میں بادام ڈال دیے تھے اور پڑی ہوئی برنی بھی کھلائیں۔ بچہ ہونے کے بعد میرا پیٹ تب تک دبا کر رکھا تھا جب تک کھریائی باہر نہیں آئی۔ (IDI-21; IDI-23)

گھر میں ڈلیوری دو طرح سے ہوتی ہے ایک لیٹا کر دوسرا بیٹھا کر۔ دلیوری کیسے ہونی ہے وہ پہلے سے ڈیسا بیڈ نہیں ہوتا۔ نہ ہی الگ طرح کی ڈلیوری کا کوئی ماہر ہوتا ہے۔ جس کے جیسے ڈلیوری ہونی ہوتی ہے ویسے ہی ہوتی ہے۔ (IDI-22)

میری پہلی بیٹی ہوئی تب بہت پریشانی ہوئی تھی، اسپتال جانے تک کی نوبت آگئی تھی، لیکن ایوں نے سنبھال لیا۔ دو-دو دایاں لگی ہوئی تھی۔ وہ بھی ہماری جاننے والی تھی اسلئے سنبھال لیا مجھے۔ (IDI-24)

میں نے شروع سے ہی سوچا تھا کہ گھر میں ہی بچہ کروں گی، اسی لئے میری ساس نے تیاری بھی کر رکھی تھی۔ دائی کو بھی بلا لیا تھا، دائی نے مجھے گھی ڈال کر سیویوں کا پانی پلایا، ٹھلایا، ایوں پر بھی بیٹھا گیا۔ جو تعویذ گلے میں تھے یا کہیں بھی باندھ رکھے تھے کھلوائے۔ تعویذ بچہ ہونے کے لئے ہوتا ہے اسی لئے ڈلیوری کے ٹائم کھول دینا چاہئے۔ اور جب بچہ ہو جاتا ہے تو بچے کے گلے میں وہی تعویذ باندھ دینا چاہیں۔ دائی نے بہت کوشش کی لیکن ڈلیوری کے ٹائم مجھے بہت پریشانی ہونے لگی۔ دائی نے مجھے بہت پریشان کر دیا تھا وہ بار بار میرے ہاتھ ڈال رہی تھی، جس سے مجھے بہت تکلیف ہو رہی تھی۔ انہوں نے ٹائم سے پہلے ہی ایسا کر دیا تھا۔ مرتے مرتے بچی اسی لئے ہاسپٹل لے جانا پڑا، اور وہیں پر بچے کی پیدائش ہوئی۔ (IDI-14)

بچہ ہونے سے پہلے مجھے بہت پریشانی ہو رہی تھی اسی لئے گھر والوں نے میرے ہاتھوں سے بندھی سبھی گاٹھیں مجھ سے ہی کھلوادی تھی۔ جیسے بال کھول دیے تھے، کمر بند میں جو گاٹھیں ہوتی ہیں

انہیں بھی کھول دیا گیا، گھر میں جتنی بھی پوٹلیاں میں نے اپنے ہاتھوں سے باندھی تھی کھلوا دی تھی۔ ایسی پوٹلیاں جو میں نے اپنے ہاتھوں سے باندھی تھی صرف وہی کھولنا تھی۔ پھر چاہے کوئی اور دوسرا اپنے ہاتھوں سے باندھ دیں۔ بچہ ہونے سے پہلے مولانا سے پڑھی ہوئی برنی کھلائی گئیں جس سے درد بڑھ گیا۔ (IDI-13)(IDI-4)

میرے بچے گھر پر دائی نے کرائے۔ بچہ ہونے کے ٹائم سیونیوں کا پانی پلایا، بادام والا دودھ پلایا، ڈیلیوری کے ٹائم مجھے کاسٹر آئل پلایا، اس سے پیٹ کی صفائی ہو جاتی ہے اور گیس وغیرہ بھی ختم ہو جاتی ہے، اس سے عورت کے درد بڑھ جاتے ہیں۔ پڑھی ہوئی برنی کھاتے ہیں، ہاتھ پیروں میں تعویذ باندھ دیتے ہیں اور عورت کے ہاتھوں سے بندھی گاٹھیں اور چوٹی بھی کھول دیتے ہیں، جب تک ساری گاٹھیں نہیں کھلتی تب تک بچہ نہیں ہوتا۔ چھلنی میں آٹا لیکر اس پر عورت کا ہاتھ لگواتے ہے اور اس کا صدقہ دیتے ہیں۔ ویسے یہ چیزیں تو مجھے ڈرامہ لگتی ہیں، لیکن کیا کریں ایسی حالت میں جو جیسا کہتا ہے ویسا کرنا پڑتا ہے۔ (IDI-11) (IDI-17; 19) (IDI-24; 22)

ڈیلیوری کے ٹائم سیونیوں کا پانی پلایا اور زیتون کا تیل پلایا، اس سے بچہ چکنا ہو جاتا ہے اور ڈیلیوری آسانی سے ہو جاتی ہے۔ میں نے قرآن شریف کی سورہ بھی پڑھنے کو بولی تھی۔ (IDI-20)

دائی نے میرے دو بچے مجھے لیٹا کر کرائے اور ایک بچے بیٹھا کرایا۔ (IDI-13)

جب بچہ ہونے والا تھا تب بچے کی خیریت کے لئے مزار پر بھی گئی تھی، کہ جو بھی ہو ٹھیک ٹھاک ہو جائے۔ مولانا سے تعویذ بھی کروایا تھا، ایک گلے میں پہنایا گیا تھا اور ایک پیٹ پر باندھنے کے لئے دیا تھا، جس سے بچے کی حفاظت ہوتی ہے۔ (IDI-12)

اس تحقیق میں انکشاف ہوا ہے کہ بلدوانی میں حمل اور بچے کی پیدائش روایتی اور مذہبی عقائد سے وابستہ ہے۔ عورتیں

حمل اور ولادت کے وقت نماز اور دیگر مذہبی رواجوں کا استعمال کرتی ہیں۔ جائے مطالعہ میں بچے کی پیدائش کے دوران

بہت سے روایتی، گھریلو علاج اور کاڑھوں کا استعمال کیا جاتا ہے۔ کیونکہ یہ کاڑھے بچے کی پیدائش کے دوران

لیور درد کو فروغ دیتے ہیں اور ڈیلیوری میں مدد کرتے ہیں۔ مطالعے سے یہ دلیل سامنے آئی کہ ولادت کا عمل ایک

قدرتی عمل ہے اور بچے کی پیدائش لیٹ کر کرایا کر ڈوبیٹھ کر کسی بھی طرح سے ہو سکتی ہے۔ دائی دردزہ کو بڑھانے کے لئے کچھ قسم کی مشروبات پلائی ہیں جیسے سیویوں کا پانی، گرم دودھ، بادام کا دودھ، ارنڈی کا تیل، زیتون کا تیل، گھی ڈال کر دودھ وغیرہ۔ اگر ڈیلیوری یا دردزہ کے عمل میں تاخیر ہو جاتی ہے تو لوگ کچھ روایتی اور مذہبی رسومات کو ترجیح دیتے ہیں جیسے خواتین کو پڑھی ہوئی برنی یا گڑ کھانے کو کہا جاتا ہے، تعویذ پہناتے ہیں، صدقہ دیتے ہیں اور قرآن مجید کی آیات پڑھتے ہیں، بندھی ہوئی تمام گانٹھوں کو کھولواتے ہیں۔ لوگوں کا خیال ہے کہ جب تک کہ وہ تمام گرہیں کھولی نہیں جاتی ہیں، جو ماں نے اپنے ہاتھوں سے باندھی ہو، تب تک بچے کی پیدائش نہیں ہو سکتی ہے۔ دائی ڈیلیوری کے لئے مختلف قسم کے روایتی طریقوں اور دیسی کاڑھے یا دوائیاں استعمال کرتی ہے جو کہ خواتین کے لئے بہت خطرناک اور نقصان دہ ہو سکتی ہیں۔

4.5: بعد از پیدائش سے وابستہ امور و طریقے

پیدائش کے بعد کا وقت ماؤں اور نوزائیدہ بچوں کی زندگی کا ایک اہم مرحلہ ہے۔ زیادہ تر ماں اور نوزائیدہ کی اموات پیدائش کے بعد پہلے مہینہ میں ہوتی ہیں۔ جس میں تقریباً آدھی اموات شروع کے چوبیس گھنٹوں میں ہوتی ہیں (ڈبلیو ایچ او، 2015)۔ ہندوستانی خواتین میں بعد از پیدائش کی مدت روایت اور ثقافت کا ایک اہم حصہ رہا ہے لیکن اکثر بعد از پیدائش عورت کی صحت کو نظر انداز کر دیا جاتا ہے (پیسلسبری، 1978؛ راؤ اور دیگر، 2014)۔

بعد از پیدائش پاکی اور ناپاکی کے ایام

ایشیاء میں، پیدائش کے 21 سے 40 دن کے عرصے کو بعد از پیدائش کی مدت سمجھا جاتا ہے اور اسے "confinement" کی مدت کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔ اس مدت کے دوران، ماں مخصوص غذائی اور طرز عمل کی پابندیوں اور نسخوں پر

عمل کرتی ہیں ، جسکا مقصد زچگی کی بحالی کو فروغ دینا اور ماؤں کو مستقبل میں ہونے والی بیماریوں سے بچانا ہے (ٹیپو اور دیگر ، 2018)۔ ہندوستان میں بچوں کی پیدائش کے بعد کی مدت صحت یاب ہونے اور نئی ذمہ داریوں کو انجام دینے کا وقت ہوتا ہے۔ بہت سی ثقافتوں میں اسکو ایک خطرناک مدت کے طور پر بھی دیکھا جاتا ہے ، زیادہ تر ثقافتوں میں یہ مدت 21 دن سے 5 ہفتوں تک ہوتی ہے اور اسے مستقبل میں ہونے والی بیماری یا خطرے کا وقت سمجھا جاتا ہے (چودھری ، 1997) کیونکہ اس مدت میں عورت کو انفیکشن کا خطرہ رہتا ہے۔ نئی ماں کی صحت کو بہتر بنانے کے لئے دائی کے ذریعہ تیل یا گھی سے مساج کرائی جاتی ہے (پٹیل ، 2006)۔ چھلہ نہانے لفظ کا استعمال بچہ کی پیدائش کے بعد ماں کو 40 دن پر رسمی غسل کرایا جاتا ہے ، جس میں یہ پیغام ملتا ہے کہ اب عورت پاک ہے اور یہ سوامہینے پر مکمل ہوتا ہے (قمر ، 2017)۔

بچہ ہونے کے بعد ماں کو سوامہینے تک بنا گدوں کے پلنگ پر لٹایا جاتا ہے ، کیونکہ بچہ ہونے کے بعد پیٹ سے بہت کوڑا نکلتا ہے جس سے ساری چیزیں ناپاک ہو جاتی ہیں۔ (IDI-1)

سووری سوامہینے تک ہوتی ہے ، لیکن چھٹی میں صفائی ہو جاتی ہے۔ سوامہینے تک ماں اور بچہ دونوں گندے مانے جاتے ہیں۔ بچہ اس لئے گندا مانا جاتا ہے کیونکہ وہ اسی ماں سے پیدا ہے۔ اسی لئے سوامہینے تک ماں بھی گندی ہے تو بچہ بھی گندا ہی ہوگا۔ سوامہینے کے بعد جب ماں نہاتی ہے تب وہ پاک مانی جاتی ہے اس کے بعد وہ چھلہ بدلنے اپنے میکہ جاتی ہے۔ (IDI-6)

بچہ ہونے کے چالیس دن تک عورت زچہ رہتی ہے اسی لئے کم سے کم چالیس دن تک ماں کو آرام کرنا چاہئے۔ بچہ ہونے کے بعد عورت ہر طرح سے کمزور ہو جاتی ہے ، اسکی آنتیں بھی کمزور ہوتی ہیں ، اسی وجہ سے ہیوی کھانا نہیں پچتا۔ اسی لئے بچہ ہونے کے بعد عورت کو ہلکا کھانا دینا چاہئے۔ (IDI-17)

بچہ پیدا ہونے کے بعد ماں سے الگ ہو جاتا ہے، لیکن اس کی آنکھیں کہاں کھلتی ہیں، وہ کچھ نہیں جانتا اس لئے بچہ گندا مانا جاتا ہے۔ کچھ لوگ سوا مہینے تک اسے گود میں نہیں لیتے اور اگر لے بھی لیا تو اس کے بعد نہائے بنا نماز نہیں پڑھتے ہیں۔ (IDI-6)

بچہ ہونے کے بعد زچہ کو گھر پر کوئی برتن نہیں چھونے دیتے اور ٹھیک بھی ہے کیونکہ ایسی حالت میں عورت ناپاک مانی جاتی ہے سوا مہینے تک عورت ناپاک مانی جاتی ہے۔ بچہ ہونے کے بعد عورت کو سوا مہینے تک آرام کرنا چاہئے اور سوا مہینے تک وہ روزہ نماز بھی نہیں کر سکتی۔ جس روم میں بچہ ہوتا ہے وہ روم ناپاک مانا جاتا ہے، جن کے تعویز ہوتے ہیں وہ سوور کے گھر میں انٹری نہیں کرتے اس سے تعویز کا اثر ختم ہو سکتا ہے۔ (IDI-6) (IDI-17) (IDI-2) (IDI-14)

بچہ گھر میں ہوں یا ہاسپتال میں گھر گندا ہی مانا جاتا ہے۔ اسی لئے گھر میں پتائی کرنا ضروری ہے۔ اور اگر ماں سوور میں ہے تو بچے کو گود میں لینے کے بعد کپڑے بدل کر نماز پڑھ سکتے ہیں۔ (IDI-

18)

کچھ رسم و رواج کے مطابق (جیسے عربی، تھائی اور چینی) عورتوں کو اس وقت تک ناپاک سمجھا جاتا ہے جب تک کہ بعد از پیدائش مدت پوری نہ ہو جائے یا خون بہنا بند نہ ہو جائے (ڈینس اور دیگر، 2007)۔ ناپاکی ایک مذہبی سوچ ہے جس کا مطلب ہے کہ وہ نماز نہیں پڑھ سکتی یا اس حالت میں قرآن کو چھونا اور پڑھنا منع ہے (قمر، 2017)۔ چھلے کی رسم کے لئے، ماں کو پیدائش کے بعد چالیسویں دن ضرور نہانا ہوتا ہے، اور اسی کے بعد ماں اور اسکے بچے کو پاک مانا جاتا ہے (کنچیوا، 2015)۔ کچھ ثقافتوں میں، زچہ بچہ کو ایک ناپاک شے کے طور پر دیکھا جاتا ہے، اور اسی وجہ سے انکی حفظان صحت پر خصوصی توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ انہیں دوسرے لوگوں کے گھروں میں داخل ہونے یا اپنے ہی گھر میں ایک کمرے سے دوسرے کمرے میں داخل ہونے پر بھی پابندی ہوتی ہے (ڈینس اور دیگر، 2007)۔

ڈیلیوری کے بعد میں نے سوا مہینے تک آرام کیا، اور سوا مہینے کے بعد کام کرنا شروع کر دیا تھا۔ ویسے ایسا کہا جاتا ہے کہ لڑکا ہونے کے چالیس دن تک اور لڑکی ہونے کے دو مہینے تک عورت زچہ رہتی

ہے۔ کیوں کہ لڑکا ہونے پر عورت کو کم تکلیف ہوتی ہے اور لڑکی ہونے پر زیادہ تکلیف ہوتی ہے،
اسی لئے زیادہ دن تک زچہ مانی جاتی ہے۔ (IDI-11) (IDI-9)

بیس دن بعد میں اپنی نند کے گھر گئی تھی، کیونکہ میں سوور میں تھی اسی لئے انکی جیٹھانی اس بیڈ پر
نہیں بیٹھی جہاں میں بیٹھی تھی کیونکہ وہ کہہ رہی تھی کہ میں ناپاک ہوں اسی لئے وہ میرے پاس
نہیں بیٹھی۔ وہ مان رہی تھی کہ ان کا بیڈ ناپاک ہو گیا تھا۔ سوامہینے تک بچہ بھی ناپاک مانا جاتا
ہے۔ (IDI-20)

گھر میں جب ڈیلیوری ہوتی ہے تو گھر ناپاک ہو جاتا ہے۔ جہاں تک سوور کی خوشبو پھیلتی ہے وہاں
تک سب کچھ ناپاک مانا جاتا ہے۔ سوور کی چار پائی پر نہیں بیٹھنا چاہئے۔ اسی لئے چالیس دن بعد گھر
میں پوتائی کرائی جاتی ہے۔ ویسے بلیڈنگ تو سات آٹھ دن میں ختم ہو جاتی ہے لیکن عورت چالیس
دن تک گندی مانی جاتی ہے۔ (IDI-19: 10) (IDI-21)

سوامہینے تک سوور سے ہی تو سوری ہوتی ہے۔ آج کل تو بچے ہاسپٹل میں ہو رہے ہیں، تو سوور کا گھر
کہاں رہ جاتا ہے، سب کچھ تو وہی پھینک دیا جاتا ہے، پھر کس بات کا سوور کا گھر۔ (IDI-6)

اگر گھر میں بچے ہوتے ہیں تو جب تک پوتائی اور صاف صفائی نہیں کرتے تب تک کمرے میں نماز،
روزہ اور نیاز نہیں کر سکتے۔ یہ باتیں تو بڑے بوڑھوں سے چلی آرہی ہیں، ہمیں تو انہیں فالو کرنا ہی
پڑتا ہے۔ لوگ بچہ ہونے کے بعد عورت کو ناپاک مانتے ہیں، میرے حساب سے تو یہ جہالت
ہے۔ کس بات کی ناپاک ہے وہ عورت؟ ایک تو وہ اپنی جان پر کھیل کر بچے کو جنم دے رہی ہے اوپر
سے لوگ اسے ہی ناپاک کہتے ہیں۔ جو بھی کچھ ہو رہا ہے وہ تو سب قدرتی ہے۔ اسلام میں ان سب
چیزوں کو اس لئے منع کیا جاتا ہے کیونکہ بچے کی پیدائش کے بعد عورت بہت کمزور ہو جاتی ہے،
اسے آرام دیا جائے لوگ اس کے پاس جا کر اسے پریشان نہ کریں۔ لیکن لوگ تو اپنی طرف سے ہی
پاکی ناپاکی جوڑ لیتے ہیں۔ (IDI-16)

اس تحقیق کے مطابق ہلدوانی میں، خواتین کو بچہ ہونے کے بعد 40 دن کی مدت تک آرام کرنا چاہئے۔ یہ ان کے
مذہبی یا ثقافتی عقائد ہیں۔ بعد از پیدائش دور میں کچھ مخصوص روایتی اور مذہبی رسومات کئے جاتے ہیں تاکہ ماں

اور نوزائیدہ صحت یاب ہو سکے اور بعد کے سالوں میں انہیں خراب صحت سے بچایا جاسکے۔ داستان بیان کرتے ہیں کہ سوامہینہ (40 دن) ماں اور نوزائیدہ کے لئے بہت اہم دن ہیں۔ اسے ہلدوانی میں سووری اور سوور بھی کہا جاتا ہے۔ خواتین کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ آرام کریں اور اپنی صحت بحال کریں۔ لیکن ان دنوں خواتین کو ناپاک سمجھا جاتا ہے۔ کچھ لوگ بچے کو بھی ناپاک سمجھتے ہیں۔ سوامہینہ (40 دن) کے بعد جب خواتین غسل کرتی ہیں اسکے بعد ہی انہیں پاک سمجھا جاتا ہے۔ سوور کے دوران عورت کا نماز، روزہ رکھنا، اور قرآن اور دیگر مذہبی مقدس کتابوں کو چھونا اور پڑھنا بالکل منع ہے۔ لوگوں کا خیال ہے کہ گھر اور کمرے کو بھی اس عرصے میں ناپاک سمجھا جاتا ہے اور وائٹ واش کے بغیر اس کمرے میں مذہبی کام کی اجازت نہیں ہے، جہاں عورتیں سوور کے دوران رہتی ہیں۔ اس مدت کے دوران ماں اور اس کا بچہ باہر نہیں جاتے ہیں کیونکہ بری نظر اور جادوئی شہ ان پر حملہ کر سکتا ہے۔ لوگوں کا خیال ہے کہ جو شخص تعویذ پہنتا ہے اسے اس عرصے میں زچہ عورت کے قریب نہیں جانا چاہئے اگر وہ شخص وہاں جاتا ہے تو تعویذ کا اثر ختم ہو جائے گا۔ جب کہ کچھ خواتین کا خیال تھا کہ حمل، ڈیوری اور بعد از پیدائش مدت فطری اور قدرتی واقعات ہیں۔

پیدائش کے بعد کھانے اور نہ کھانے کی اشیاء کا تعین

حمل کے دوران کھانے کے طریقوں کی طرح بعد از پیدائش غذائی انتخاب بھی روایات کے تحت چلتے ہیں جس کے تحت گرم کھانے کی ترغیب دی جاتی ہے اور سردی سے بچا جاتا ہے (چودھری، 1997؛ ڈینس اور دیگر، 2007)۔ ٹریڈیشنل - انڈین - کنفائینمنٹ (روایتی - ہندوستانی بعد از پیدائش) غذا میں روٹی، ہندوستانی جڑی بوٹی، دودھ، جڑی بوٹیوں کے بیج، اور مکھن اور گھی وغیرہ شامل تھے، جو شمالی اور جنوبی ہندوستان میں عام کھانے کی اشیاء کے طور پر جانا جاتا

ہے (ٹیو اور دیگر، 2018)۔ دودھ، مکھن، گھی، لہسن، اور کچھ جڑی بوٹیاں، جیسے اجوائن اور میتھی اہم غذائیں ہیں جو روایتی ہندوستانی بعد از پیدائش کی مدت کے دوران زیادہ مقدار میں استعمال کرتے ہیں (مینڈرسن، 1981؛ چودھری، 1997؛ چین اور دیگر، 2013؛ ٹیو اور دیگر، 2018)۔ پیدائش کے بعد گرم کھانے کی اشیاء کو ہم آہنگی اور توازن کو بحال کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، جبکہ ٹھنڈے کھانوں سے پرہیز کیا جانا چاہئے۔ گرم کھانے کی اشیاء جیسے دودھ، گھی، گرمی دار میوے اور گڑ کا استعمال کیا جاتا ہے کیونکہ یہ توازن بحال رکھنے میں مدد کر سکتے ہیں (ڈینس اور دیگر، 2007)۔ حمل اور بعد از پیدائش کے وقت زچگی کی خوراک کاماں اور بچے کی صحت پر اہم اثرات پڑتے ہیں (سعد اور فریزر، 2010)۔

بچے ہونے کے نو دن تک ماں کو کچھ کھانے کو نہیں دیا جاتا، صرف دودھ چائے، پاپے، بسکٹ اور دلیا دیا جاتا ہے۔ دودھ بھی دلنے کے ساتھ پکا کر دیتے ہیں، خالی دودھ ماں کے لئے اچھا نہیں ہوتا۔ اچھے کھانے کا آفر صرف چھٹی کے دن کا ہوتا ہے، باقی دن سادہ کھانا کھایا جاتا ہے۔ بھوک تو بہت لگتی ہے لیکن کر بھی کیا سکتے ہیں بڑے بزرگوں کی بات بھی تو ماننی پڑی ہے۔ ہری چیزیں جیسے سبزی بھی نہیں کھانے دیتے اس سے بچے کے پیٹ میں ہر اہر اہو جاتا ہے۔ بچے ہونے کے بعد گرم چیزیں کھانے پر زیادہ زور دیتے ہیں کیونکہ ٹھنڈی چیزوں سے نلوں پر سوجن آ جاتی ہے۔ اس سے آگے چل کر بہت پریشانی ہو جاتی ہے اور دوسرا بچہ ہونے میں بھی بہت مشکلات آتی ہیں۔ (IDI-

1) (IDI-7; IDI-5; IDI-2) (IDI-17)

ہاسپیٹل میں تو مجھے نارمل کھانا دیا جیسے دال، چاول، روٹی، سبزی دی گئی۔ لیکن گھر پر ان کا پرہیز کیا گیا گھر پر سادہ کھانا ہی دیا گیا۔ (IDI-3; IDI-6)

بچہ ہونے کے بعد چھٹی میں میکہ سے بہت سارا سامان آیا، جس میں میرے کھانے کے لئے میوے بھی آئے، اسے بہت طاقت ملتی ہے۔ (IDI-5)

بچہ ہونے کے بعد مجھے زیادہ مرچ کی چیزیں اور کھٹی چیزیں کھانے کو منع کیا گیا۔ کیونکہ ان سب کا اثر بچے پر بھی پڑتا ہے اس سے بچے کو نقصان ہو سکتا ہے اور بچے کی طبیعت خراب ہو سکتی ہے۔ (IDI-6)

ڈلیوری کے بعد کھانے میں صرف دال اور دلیا ہی دیتے ہیں، روٹی وغیرہ نہیں دی گئی تھی، اسی وجہ سے مجھے قبض ہو گیا تھا، جس کی وجہ سے ٹاکوں میں بھی درد ہوتا تھا۔ ڈاکٹر نے مجھے سب کچھ کھانے کے لئے بولا تھا، لیکن سب لوگ زیادہ آئیلی اور اسپائسی چیزیں کھانے کو منع کرتے ہیں۔ ڈلیوری کے بعد ڈرائی فروٹ یا حریرہ کچھ نہیں دیا گیا سب منع کر دیا تھا، اس سے ٹاکے پک جاتے ہیں۔ بھوک تو بہت لگتی تھی لیکن مجبوری تھی کیا کرتی جو دیتے تھے وہیں کھانا پڑتا تھا۔ ڈلیوری کے بعد گرم پانی پیتی تھی۔ (IDI-5) (IDI-14) (IDI-9)

ہمارے یہاں بچے ہونے کے بعد کوئی دودھ گھی نہیں کھلاتے۔ بلکہ تورنت روٹی کھلائی جاتی ہے اور پیٹ بھر کر ٹھنڈا پانی دیا جاتا ہے، اور اللہ کا شکر ہے کوئی پریشانی بھی نہیں ہوئی۔ کوئی کام منع نہیں ہوتا ہے اگر کسی کو زیادہ کمزوری ہو تو اسے بھاری وزن اٹھانے کو منع کیا جاتا ہے۔ (IDI-11)

زچہ کا پرہیز اگر ٹھیک سے ہو تو صحیح رہتا ہے۔ ٹھنڈی چیزیں نہ کھائیں جیسے کیلا، تربوز، خربوز جیسی چیزیں نہیں کھانا چاہئے۔ (IDI-13)

بچہ ہونے کے بعد مجھے کھانا نہیں دیا گیا۔ کیونکہ لوگ کہتے ہیں کہ بچہ ہونے کے بعد عورت کو کھانا نہیں دینا چاہئے۔ اسی لئے مجھے کھانے میں چائے، بسکٹ، مونگ کی دال کا پانی، بکرے کا گوشت، روٹی کے ساتھ دیا، اسی طرح کا ہلکا کھانا کھانا چاہئے۔ چھٹی کے بعد کھانے میں سب کچھ دیا جاتا ہے۔ (IDI-8) (IDI-10) (IDI-12) (IDI-18) (IDI-16)

بچہ ہونے کے بعد عورت کا پیٹ صاف کرنے کے لئے اس کے پیٹ سے ساری گندگی نکالنے کے لئے گرم چیزیں کھلائی جاتی ہیں جیسے حریرہ یہ بہت گرم ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ کھوکھلا منقہ کی ٹکلیا بنا کر کھانا چاہئے، اس سے زچہ کو آنے والا بخار ٹھیک ہو جاتا ہے۔ بچہ ہونے کے دو تین گھنٹے بعد ماں کو کالی چائے پلانا چاہئے۔ بچہ ہونے کے بعد ماں کو پانی پکا کر ہی پلانا چاہئے۔ لیکن چھٹی والے دن

7 رنگ کا کھانا بنایا جاتا ہے جسے سب سے پہلے زچہ عورت کو دیتے ہیں اور پیتل کالوٹا بھر کر اس سے پانی پلایا جاتا ہے۔ چھٹی کے بعد پھر سے عورت ابلا ہو پانی پیتی ہے۔ (IDI-5) (IDI-22)

بچہ ہونے کے بعد زیادہ اچھا کھانا نہیں دیا جاتا کہتے ہیں کہ عورت کمزور ہوتی ہے اور زیادہ کھانا کھانے پر اسے بار بار ٹوائیٹ آئے گی اور کھڑے ہونے پر چکر آنے سے گر بھی سکتی ہے، تو اسے اٹھائے گا کون؟ اسی لئے اسے زیادہ اچھا کھانا نہیں دینا چاہئے۔ (IDI-23)

بہت سی تحقیقات اشارہ کرتی ہیں کہ ماں کو حمل اور زچگی کے دوران دی جانے والی خوراک سے بچے کی صحت پر اہم اثرات پڑتے ہیں (سعد اور فریزر 2010)۔

ڈیوری کے بعد مجھے حریرہ بھی کھلایا گیا۔ حریرہ - سونٹھ خس خس، گولا، بادام اور سارے میوے وغیرہ کا بنتا ہے۔ اسے بوڈی میں طاقت رہتی ہے۔ نارمل ڈیوری پر سونٹھ اور اجوائن کا پانی بھی پلایا جاتا ہے۔ اس سے پیٹ کی گندگی باہر نکلتی ہے اور صفائی ہو جاتی ہے۔ بچہ ہونے کے بعد میری مالش کرائی گئی اس سے بدن کا جو درد ہوتا ہے وہ ختم ہو جاتا ہے۔ پہلے بچے کے ٹائم تو دس دن تک مالش کرائی گئی تھی لیکن اس بار نہیں کرائی گئی اسی لئے بدن میں تین مہینے ہو گئے ابھی بھی درد رہتا ہے۔ (IDI-2) (IDI-10) (IDI-20) (IDI-16)

گھر پر مجھے کھانے میں مونگ کی دال، مسور کی دال اور روٹی دی گئی۔ حریرہ بھی دیا گیا لیکن آٹھ، دس دن بعد سے دیا گیا۔ کوئی تھا ہی نہیں کرنے والا، تو حریرہ کون بناتا ہے، میری ماں آئی تب انہوں نے بنا کر کھلایا، اس کے بعد شیر میں طاقت آئی۔ (IDI-6)

حمل کو ایک "گرم" صورتحال سمجھا جاتا ہے، لیکن پیدائش کے بعد خون کی کمی کی وجہ سے عورت زیادہ ٹھنڈی کی حالت میں چلی جاتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صحت مند رہنے کے لئے "گرم اور سرد کا توازن" برقرار رکھنا چاہئے (مینڈرسن، 1981)۔ جائے مطالعہ میں، زچہ خواتین کے ساتھ سلوک اور غذائی اجزاء یہاں کی ثقافت سے سخت

متاثر ہیں۔ محققہ کو پتہ چلا کہ حمل کے دوران اور بچے کی پیدائش کے بعد ماں کے کھانے پینے میں بہت سی تبدیلیاں آتی ہیں۔ لوگوں نے ڈیلیوری کے بعد سادایا عام کھانے کو ترجیح دی کیونکہ وہ سمجھتے ہیں کہ بچے کی پیدائش سے عورت کے پیٹ کی آنت کمزور ہو جاتی ہے۔ انہوں نے چائے، دودھ، ٹوسٹ، بسکٹ، دلیہ، پتلی دال اور روٹی، مونگ دال، مسور کی دال، بکری کا گوشت اور خشک میوہ جات کو کھانے کو ترجیح دی۔ مسالہ دار، روغن، کری چیز، کھٹی چیز، کیلے، خربوز جیسے ٹھنڈے کھانے سے پرہیز کیا۔ خواتین کا خیال ہے کہ ہر وہ کھانا جو ماں لیتی ہے اس سے بچے کی صحت پر اہم اثرات پڑتے ہیں۔ لوگوں نے زچہ کے جسم سے خارج ہونے والی فاضل چیزوں کو نکالنے کے لئے گرم کھانے کو ترجیح دی اور حریرہ ڈیلیوری کے بعد گرم کھانا کا ایک ابتدائی اور اہم حصہ ہے، جو خشک میوہ جات اور دلیسی گھی سے بنایا جاتا ہے۔ اس کی تاثیر گرم ہوتی ہے جو صحت کو بحال کرنے اور جسم سے بیکار چیزوں کو نکالنے میں مدد کرتا ہے۔ کچھ خواتین چھٹی (چھ دن) کے بعد عام کھانا کھانا شروع کر دیتی ہیں جبکہ کچھ خواتین سوا مہینہ (40 دن) کے بعد ہی عام کھانا شروع کرتی ہیں۔

ماں کی ذاتی حفظان صحت اور پیدائش کے بعد پہلا غسل

بہت ساری رسم و رواج کے مطابق، زچہ عورتوں کو آلودہ یا ناپاک سمجھا جاتا ہے اور اس لئے خصوصی حفظان صحت کے طریقوں کی ضرورت ہے۔ مسلمان خواتین ڈیلیوری کے بعد طہارت (Purity) غسل کرتی ہیں (ڈینس اور دیگر، 2007)۔ خواتین جڑی بوٹیوں کے ساتھ مڈیکلٹڈ غسل کرتی ہیں اور انہیں خصوصی غذا پیش کی جاتی ہے۔ پیدائش کے بعد ماؤں کو ابتدائی دور میں بہتر حفظان صحت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ حیض کے دوران پہلے دو دنوں میں

عورت کو ہر ایک یاد دہانے میں اپنا پیڈ تبدیل کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے، اور اگلے دنوں میں ہر تین یا چار گھنٹے میں تبدیل کرنا پڑتا ہے (ہاؤس اور دیگر، 2012)۔

چھٹی پر جب ماں نہا کر نکلتی ہیں تب اس کی گود میں بچہ دیتے ہیں اور ساتھ ہی ساتھ کچھ ہری چیز جیسے پان بھی گود میں رکھتے ہیں جس سے اس کی گود ہمیشہ ہری بھری رہے اس کے بعد ہی وہ کمرے میں داخل ہوتی ہے۔ (IDI-1)

جب عورت کو چھٹی میں نہلا یا جاتا ہے تو سوٹھ اور اجوائن کی پوٹلی اور ثابت ہلدی پانی میں ڈال کر اس پانی سے نہلا یا جاتا ہے۔ لیکن عورت کا نہانا دن کے حساب سے ہوتا ہے، زچہ عورت کو ہفتے کے دن نہلا یا جاتا ہے۔ بچے کی پیدائش کے تیسرے دن سے جو پہلا ہفتہ پڑتا ہے اس میں زچہ عورت کو نہلا یا جاتا ہے۔ (IDI-22)

بچہ ہونے کے بعد جب مجھے نہلا یا گیا تب اجوائن، پان، ہلدی، نمک اور چھالیہ ڈال کر پانی بالا گیا اور پھر اس پانی سے نہلاتے ہیں۔ زچہ کو اکرو بیٹھاتے ہیں اس کے بعد اوپر سے پانی ڈالتے ہیں، پانی ایسے ڈالتے ہیں کی پانی پیٹ کے پاس آکر روکا رہے جس سے پیٹ کی سکائی ہوتی ہے، اس سے درد کم ہوتے ہیں اور مضبوطی بھی آتی ہے۔ (IDI-13) (IDI-11)

مجھے سب سے پہلے جب نہلا یا گیا تو گرم پانی میں نمک ڈالا تھا ہے۔ ٹھنڈے پانی سے نہلانے پر عورت کو بہت نقصان ہوتا ہے اس کی ہڈیوں کا بخار اور درد زندگی بھر رہتا ہے۔ (IDI-12)

عورت کو جب چھٹی میں نہلا دیا جاتا ہے تو سوٹھ اور ہلدی کو پانی میں ڈال کر پکا لیتے ہیں اس کے بعد اسے چھان کر اس پانی سے عورت کو نہلا یا جاتا ہے۔ اس کا فائدہ یہ ہوتا ہے کہ ڈیوری کے بعد عورت کے جسم میں بہت درد رہتا ہے تو اس طرح کا پانی عورت کے لئے فائدہ مند ہوتا ہے۔ کچھ زیادہ جگہوں پر پانی میں سیندھانمک بھی ڈال دیتے ہیں۔ اس سے بھی درد ختم ہو جاتا ہے۔ (IDI-19) (17)

بچہ ہونے کے بعد سب سے پہلے چھٹی میں نہلایا، پھر دس دن بعد نہلایا، پھر بیس دن میں نہلایا، اس کے بعد ایک مہینے پر نہائی۔ سوا مہینے پر بھی نہائی۔ اتنے دنوں میں اسی لئے نہائی کیوں کی روز نہانے

کے لئے میری نند نے منع کیا تھا۔ لیکن ہمارے میکہ میں تو چھٹی میں نہاتے ہیں پھر چاہے کبھی بھی نہاؤ لیکن نند کے منع کرنے کی وجہ سے میں نہیں نہائی۔ (IDI-6)

بچہ ہونے کے بعد بلیڈنگ کے لئے پیڈ کا استعمال کیا کیونکہ ہاسپٹل میں نرس نے بتا دیا تھا کہ پیڈ کا استعمال کرنا چاہئے کپڑا کون کے لئے ٹھیک نہیں رہتا۔ (IDI-3; IDI-4; IDI-6) (IDI-9)

بچہ ہونے کے بعد زیادہ بلیڈنگ کی وجہ سے میں نے کپڑا یوز کیا۔ ویسے تو آج یہ پیڈ وغیرہ چل گئے ہیں، پہلے کے لوگ بھی تو کپڑے ہی یوز کرتے تھے، انہیں کچھ نہیں ہوا تھا یہ تو سب کہنے کی بات ہے کی یہ یوز کرو وہ یوز کرو۔ (IDI-2; IDI-12)

بعد از پیدائش مدت کے دوران، 3، 5، 11، 30، اور 40 ویں دن غسل کرنے کی رسم ادا کی جاتی ہے (قمر، 2017)۔ داستان بیان کرتی ہیں کہ ولادت کے بعد، ماں کا پہلا غسل بہت ضروری ہے۔ یہ ڈیلیوری کے بعد پانچویں یا چھٹے دن دیا جاتا ہے، جبکہ کچھ لوگ ماں کے پہلے غسل کے لئے کوئی خاص دن مقرر کرتے ہیں۔ خاص طور پر گرم پانی کو ماں کے پہلے غسل کے لئے استعمال کیا جاتا ہے جس میں گھریلو جڑی بوٹیاں جیسے اجوائن، چھالی، ہلدی، نمک، سونٹھ، اور پان ملا یا جاتا ہے۔ ٹھنڈے پانی سے نہانا سختی سے منع ہے، کیونکہ اس سے ہڈی کا بخار ہو سکتا ہے جسکی وجہ سے زندگی بھر تکلیف ہو سکتی ہے۔ ماں کے پہلے غسل کے بعد، وہ کمرے میں کچھ سبز چیزوں جیسے پان یا سبز گھاس کے ساتھ داخل ہوتی ہے جو اس بات کی نشاندہی ہے کہ اسکی گود ہمیشہ ہری بھری رہے۔ ڈیلیوری کے بعد بھی حیض کے لئے کچھ خواتین سینٹری پیڈ استعمال کرتی ہیں، جبکہ کچھ خواتین روایتی طریقے (کپڑے) استعمال کرتی ہیں۔ ایسا لگتا ہے کہ وہ خواتین کے لئے رسمی غسل کے وسیع نسخے ہیں لیکن حیض میں حفظان صحت کے اچھے طریقوں پر کم زور دیا جاتا ہے سوائے اس بات کے کہ وہ سادہ کپڑا یا سینٹری پیڈ کس چیز کا استعمال کریں۔

دیگر تقریبات

ولادت صرف محض حیاتیاتی واقعہ نہیں ہے، نہ ہی یہ الگ تھلگ کوئی انفرادی تجربہ ہے۔ ہندوستان میں بچے پیدا کرنے کی روایات لوگوں اور ان کے معاشروں سے وابستہ عقائد اور توقعات کی عکاسی کرتی ہیں (ویلز اور ڈائٹس، 2014؛ راؤ اور دیگر، 2014؛ ویلز اور ڈائٹس، 2014؛ شاہ اور دیگر، 2018)۔

چھٹی میں کھانا بنایا اور نیاز دلائی، پھر رات میں تارے جھکانی کی رسم ہوئی۔ دیور مجھے آنگن میں لے گئے بچہ میری گود میں تھا پھر تارے دکھائے۔ (IDI-6)

بچہ ہونے کے بعد چھٹی والے دن گود بھرائی کی رسم ہوتی ہے اس میں ماں کے لئے اس کے میکہ سے گوند آتا ہے۔ اس میں ساری میوئیں ہوتی ہیں۔ رات میں چاند تارے دکھاتے ہیں۔ سات یا گیارہ تارے گناتے بھی ہیں، کیونکہ چاند تارے خوبصورتی کے پر تیک ہوتے ہیں جس کا مطلب ہوتا ہے کہ بچہ خوبصورت ہو اور گھر میں خوشیاں آئے۔ (IDI-16)

بچہ ہونے کے بعد کوئی فنکشن نہیں کیا گیا، کیونکہ لڑکیاں ہوئی تھی۔ لڑکا ہوتا تو سب کچھ ہوتا، جب لڑکے ہوتے ہیں تو لڈو بانٹتے ہیں بائری نکلتی ہیں۔ چاند تارے بھی دکھائے جاتے ہیں۔ بائری مطلب چھٹی میں رات میں بچہ اور ماں کو تارے دکھاتے ہیں، چھٹی ہوتی ہے، حریرہ بھی بنایا جاتا ہے۔ یہ سب لڑکا ہونے پر ہوتا ہے لیکن میری تو لڑکی ہوئی تھی وہ بھی جڑواں اسی لئے ایسا کچھ نہیں ہوا۔ (IDI-9)

تنوع کے ساتھ مسلم معاشروں میں ثقافتی اور مذہبی عقائد مضبوطی سے موجود ہیں۔ بچے کی ولادت کے بعد لوگ بہت خوش ہوتے ہیں اور وہ اسکا جشن مناتے ہیں۔ ان خوشیوں میں متعدد قسم کے کھانے اور رسومات کی پیروی کی جاتی ہے جو ماں کی صحت اور جوش و خروش کی بحالی میں مفید ہیں۔ لوگ پیدائش کے بعد بہت سی رسومات جیسے چھٹی، عقیقہ اور سوامینی کے طور پر مناتے ہیں اور ہر رسوم میں ماں اور اس کے نوزائیدہ بچے کے لئے دعائیں اور محبت شامل ہوتی ہے۔

اگرچہ جن ماؤں نے لڑکیوں کو پیدا کیا ان کے ساتھ بدسلوکی کی جاتی ہے اور اس طرح کی رسمیں بھی نہیں کی جاتی۔ اس طرح بچہ کی پیدائش کے بعد ماں کے لئے رسم و رواج اور دیکھ بھال بھی اسی کے مطابق ہوتی ہے کہ پیدا ہوا بچہ لڑکا ہے یا لڑکی؟

4.6 : آشا اور آنگن واڑی کے کردار

1978 میں کمیونٹی ہیلتھ ورکرز کا کردار الماعطا اعلا میے کے ساتھ سامنے آیا، جسکو بنیادی صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنانے کے لئے معاشرتی صحت کے اہم عنصر کے طور پر تسلیم کیا گیا (ڈبلیو ایچ او، 1978)۔ یہی معاملہ آنگن واڑی ورکرز اور آشا کا ہے جو انٹیگریٹڈ چائلڈ ڈویلپمنٹ اسکیم (آئی سی ڈی ایس) اور نیشنل رورل ہیلتھ مشن (این آر ایچ ایم) کی طرف سے کمیونٹی میں مقرر کیے جاتے ہیں، جو حکومت ہند کے پرچم بردار پروگرام ہیں۔ (جی او آئی، 1995؛ 2012)۔ آئی سی ڈی ایس حکومت ہند کی جانب سے اٹھایا جانے والا ایک اہم قدم ہے، جو آنگن واڑی کارکن کے ذریعہ حاملہ خواتین، دودھ پلانے والی ماؤں اور نوبلوغ لڑکیوں کے لئے تغذیہ (Nutrition)، صحت سے متعلق تعلیم، حفاظتی ٹیکوں، صحت سے متعلق جانچ، ریفرل خدمات، تغذیہ اور صحت کی تعلیم کا ایک پیکیج فراہم کرتی ہے (سندھیرانی اور راؤ، 2013)۔ آشا کو خصوصی طور پر تربیت دی جاتی ہے کہ وہ سرکاری صحت کی سہولت کے ذریعہ خواتین اور بچوں کو تمام تولیدی صحت کی خدمات سے جوڑیں۔ خواتین اور بچوں کو صحت کی خدمات سے جوڑنے اور انکی حوصلہ افزائی کرنے کی بنیاد پر کام کرتے ہیں۔ مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ بیشتر آشا اور شادی شدہ خواتین نے محسوس کیا ہے کہ آشا گاؤں میں ہی رہتی ہیں، لہذا کمیونٹی میں انکی آسانی سے پہنچ ہوتی ہے، جس نے معاشرے کو بروقت صحت کی خدمات حاصل کرنے کا اہل بنایا ہے (سپری اور دیگر، 2015)۔

آشا اور آنگن واڑی نے بہت مدد کی۔ جب بھی ٹیکے لگتے تھے وہ گھر پر آکر بتاتی تھیں۔ آنگن واڑی کے ذریعہ پریگننسی میں سامان ملا، اور ڈیلیوری کے بعد بھی سامان ملا۔ آنگن واڑی سے جو سامان ملا اس سے بہت فائدہ ہوتا ہے اس میں بہت آئرن ہوتا ہے۔ (8; 5; 4; 3; 2-IDI)

آنگن واڑی میں بچہ ہونے سے پہلے تولوبیا، نمک، چنے اور دلایا وغیرہ سامان ملتا تھا۔ ڈیلیوری کے بعد چھوڑے، دلایا، مونگ کی دال ملتی ہے۔ ان سب سامان سے بہت فائدہ ہوتا ہے اسے کھانے سے ماں کو دودھ اترتا ہے۔ اس کے علاوہ آنگن واڑی والی آئے این ایم کو بلا کر ٹیکے بھی لگاتی تھیں، وزن بھی چیک کرتی تھی۔ (19; 16; 13-IDI)

آشانے پوری طرح سے مدد کی جب ضرورت ہوئی تب آئی سبھی طرح کے چیک اپ بھی کرائیے، کوئی کومپلیکیشن نہیں بتائے تھے، بس تھوڑی پرابلم بھی تھی کہ ٹونسن کی وجہ سے یہ ایک دوسرے پر لیٹی ہوئی تھی۔ آنگن واڑی میں ٹیکا کرن بھی کرائے اور وہاں پریگننسی میں دلایا، چنے کی دال، مونگ، سویا بین وغیرہ دیتے تھے۔ ڈیلیوری کے بعد تو اور بھی زیادہ چیزیں ملنے لگتی ہیں جیسے چھوڑے، مونگ گڑ ملتا ہے اور وہ سامان دینے کے لئے خود بلانے بھی آتی ہیں۔ (10-IDI) 9; 12; 14

آشانے ہاسپٹل میں رجسٹریشن کرایا تھا، اس نے پریگننسی کے دوران خوب ساتھ دیا۔ جب بلاتے تھے تب آجاتی تھی۔ آنگن واڑی سے سامان بھی ملتا تھا اور بیٹی ہونے کے بعد آنگن واڑی سے گورنمنٹ کی طرف سے پانچ ہزار روپے بھی ملے، پہلے سرکار کی طرف سے ایک ہزار روپے ملتے تھے لیکن اب نئی یوجنا آئی ہے پردھان منتری ماترو وندنا یوجنا اس میں چھ ہزار روپے آنگن واڑی کے ذریعے آتے ہیں۔ (11-IDI)

آشا اور آنگن واڑی کارکنان سماج اور صحت عامہ کے نظام کے بیچ رابطہ بناتی ہیں۔ آشا اور آنگن واڑی کو لوگوں تک صحت کی معلومات پھیلانے، پیچانے والوں کے طور پر دیکھا جاتا ہے، وہ خواتین اور ان کے اہل خانہ کو مشورے دیتی ہیں اور حوصلہ افزائی کرتی ہیں کہ وہ قبل از پیدائش دیکھ بھال پوری طرح سے کریں اور ہسپتال میں بچہ کی پیدائش کو اپنائیں۔ آنگن واڑی کارکن حاملہ خواتین / دودھ پلانے والی ماؤں کے لئے مناسب خوراک تقسیم کرتے ہیں، ماں اور

بچے کے حفاظتی ٹیکوں کو فروغ بھی دیتے ہیں۔ وہ مناسب خوراک، ادارہ جاتی بچہ کی پیدائش اور حفاظتی ٹیکوں کو مختلف سرکاری اسکیموں جیسے جنینی سورکشہ یوجنا، اور پردھان منتری متراوندنا یوجنا کے ذریعہ فروغ دیتے ہیں۔ آشنا اور آنگن واڑی کارکنوں کے لئے جواب دہندگان نے مثبت جواب دیا، جبکہ محقق نے مشاہدہ کیا کہ آنگن واڑی کارکن غذائیت سے متعلق خوراک کی تقسیم تک اپنے کردار کو محدود کرتے ہیں، جبکہ آشنا کارکن حفاظتی ٹیکے تک ہی محدود ہے۔ یہ دیکھا گیا تھا کہ انکا ادارہ جاتی ڈیلیوری کے لئے کونسلنگ پر بہت زیاد زور نہیں ہے۔

4.7: خلاصہ

زچگی صرف حمل اور بچے کی پیدائش پر منحصر نہیں ہے بلکہ اس کا انحصار دوسرے کچھ پہلوؤں پر بھی ہے جیسے شادی، بچہ کی پیدائش سے پہلے اور بعد کی دیکھ بھال۔ ان سب کے بیچ عورت کی زندگی میں والدین، شوہر اور سسرالیوں کا غلبہ ہے۔ والدین عام طور پر بیٹی کی شادی کا فیصلہ کرتے ہیں جیسے اسے کب، کہاں اور کیوں شادی کرنی چاہئے۔ بیانات میں کم عمری کی شادی کی بہت زیادہ عکاسی ہوتی ہے۔ ایسا لگتا ہے جیسے خاندان کی حیثیت اور مشکل سے کمائی ہوئی عزت لڑکیوں کے گرد گھومتی ہے اور صرف اس وقت تک جب ان کی شادی نہیں ہوتی ہے۔ البتہ اسکے جواب میں بھی کچھ بیانات ایسے بھی سامنے آئے جو لڑکیوں کی تعلیم کے لئے زور دیتے ہیں کہ کس طرح کم عمر میں شادی لڑکیوں کو تعلیم سے روکتی ہے اور اسی وجہ سے وہ زندگی بھر دوسروں پر منحصر رہتی ہیں۔

شادی کے بعد، شوہر اور سسرال والے جلد سے جلد حاملہ ہونے کے لئے دباؤ ڈالتے ہیں اور خاص کر تب جب ایک عورت حاملہ ہونے میں تاخیر کا فیصلہ کرتی ہے۔ ہندوستانی معاشرے میں، بچے کی پیدائش کو ایک جشن کے طور پر دیکھا جاتا ہے جبکہ حمل کی مدت کو ایک بہت ہی عام واقعہ سمجھا جاتا ہے۔ مقبول خیال (popular perception)

کے مطابق، ایک بار جب شادی ہو جاتی ہے تو، نئی دلہن کے لئے حاملہ ہونا گلاطے شدہ ایجنڈا ہوتا ہے۔ اور اگر وہ ایک سال کے اندر حاملہ نہیں ہوتی تو اسے بہت ساری سماجی اور نفسیاتی دباؤ کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ معاشرتی معمول یہ ہے کہ ایک عورت اپنی شادی کے بعد جلد از جلد حاملہ ہو جائے۔ کیوں کہ یہ اس کی تولیدی صلاحیت کی آزمائش ہوتی ہے۔ اگر حمل کے اعلامیہ میں مزید تاخیر ہوتی ہے تو پھر وہ لوگوں کے سوالات اور تبصرے کا نشانہ بنتی ہیں کہ وہ حاملہ کیوں نہیں ہو رہی ہے؟ اور ایک سال کے بعد اسے بانجھ عورت کا درجہ مل سکتا ہے جسے عورت سہن نہیں کر سکتی۔ حمل کی تصدیق اور صحت کی سہولت کا دورہ کرنے کے فیصلہ میں ساس اور نند کا مرکزی کردار ہوتا ہے۔ جو اے این سی کی دیکھ بھال کے لئے اندراج کو نشان زد کرتا ہے۔ لیکن جو اب دہندگان کی بہت کم تعداد نے قبل از پیدائش دیکھ بھال پر پوری طرح عمل کیا ہے۔ یہ تصور عام ہے کہ حمل کے دوران کھانے کے طریقوں پر زیادہ زور دیا جاتا ہے۔ وسیع معنوں میں، کھانے کی تین قسموں پر خاص توجہ دی جاتی ہے اور ضرورت کے حساب سے اس کھانے اور ناکھانے سے روک دیا جاتا ہے، ان میں: ٹھنڈا، گرم اور چربی دار کھانا شامل ہے۔ خواتین حمل کے دوران ٹھنڈے کھانے کو ترجیح دیتی ہیں کیونکہ وہ سمجھتی ہیں کہ جنین کے لئے یہ اچھا ہے جبکہ انہیں گرم اور چربی دار کھانے کی اشیاء لینے کو منع کیا جاتا ہے۔ گرم کھانا جنین کے لئے نقصان دہ ہوتا ہے اور اسقاط حمل کا سبب بن سکتا ہے۔ لوگوں کا ماننا ہے کہ گرم کھانے کی اشیاء میں ماس مچھلی، انڈا، پپیتا، اناس، گرم مسالہ، زیادہ مرچ شامل ہیں جو جنین کے لئے بہت نقصان دہ سمجھا جاتا ہے۔ یہ روایتی عقیدہ اب بھی خاندان کی عمر رسیدہ خواتین کے پاس موجود ہیں۔ یہ بھی تجویز کیا گیا ہے کہ حاملہ خواتین کو فعال رہنا چاہئے اور اسی لئے وہ گھر کے تمام کاموں کو انجام دیتی ہیں، کیوں کہ اس سے خواتین کو نارمل ڈیلیوری میں مدد ملے گی۔ اگر کوئی عورت حمل کے دوران کام نہیں کرتی تو یہ اسکی سیزرین ڈیلیوری کا سبب بنے گا اور سیزرین ڈیلیوری معاشرے میں ایک قسم کی لعنت کے طور پر دیکھی جاتی ہے۔ ہلدوانی میں، حاملہ خواتین کو چند مخصوص اوقات پر گھر سے باہر نکلنے سے منع کیا گیا

ہے، عصر اور مغرب کے وقت، زوال کا وقت، اور کچھ مخصوص دن جیسے بدھ اور جمعرات میں باہر جانے سے منع کیا گیا ہے۔ یہ عام عقیدہ ہے کہ حاملہ عورت سے ایک مختلف قسم کی بو نکلتی ہے جو اوپری ہو یا بری نظر یا بری طاقتوں کو مدعو کرتی ہے۔ لوگوں کو سورج اور چاند گرہن کے مضر اثرات پر پختہ یقین ہے۔ گرہن کے دوران کی نظر ثانی حاملہ عورت اور اس کے بچے کے لئے خطرناک ہو سکتی ہے۔ اس وقت حاملہ خواتین کو کہا جاتا ہے کہ وہ گھر کے اندر ہی رہیں، نہ کھائیں، نہ سوئے، تیز دھار کی چیزیں نہ رکھیں اور کچھ نہ کاٹیں، اور گرہن کے وقت اس کے اثرات کے خوف سے کچھ نہ کریں ورنہ جنین غیر معمول کے ساتھ پیدا ہوگا۔ حمل کے دوران، ہر فرد ممکنہ طور پر بچے کی صنف کے بارے میں بہت زیادہ فکر مند ہوتا ہے کہ ہونے والا بچہ لڑکا ہو گا یا لڑکی، اور وہ بچے کی جنس سے متعلق پیشین گوئیاں شروع کر دیتے ہیں۔ جس سے صورتحال اور زیادہ سنجیدہ ہو جاتی ہے خاص طور پر جب پہلا بچہ لڑکی ہو۔

حفظانِ صحت کی حالت، صفائی ستھرائی، خرچ اور دیکھ بھال وغیرہ نے خواتین کو ہسپتال میں بچے کی پیدائش کے لئے متاثر کیا۔ پھر بھی عوامی تاثرات اس بات کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ گھر میں روایتی ڈیلیوری کو اب بھی ترجیح دی جاتی ہے۔ بچے کی پیدائش کی جگہ کا فیصلہ کرنے میں ساس اہم کردار ادا کرتی ہے۔ گھر پر بچے کی پیدائش کے فیصلے کے پیچھے بنیادی وجہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کا خوف ہے۔ خواتین کا خیال تھا کہ اگر وہ ہسپتال جائیں گی تو ڈاکٹر سیزرین ڈیلیوری کریں گی۔ لیوردر کے عمل کے دوران اگر ڈیلیوری میں تاخیر ہوتی ہے یا پھر کوئی پریشانی ہوتی ہے تو لوگ ماں اور اس کے بچے کی فلاح و بہبود کے لئے روایتی اور مذہبی مدد کی طرف رجوع کرتے ہیں۔

بچے کی ولادت کے بعد لوگ بہت خوش ہوتے ہیں اور جشن مناتے ہیں۔ پیدائش کے بعد کے دور میں، صحت یابی کو محفوظ رکھنے اور بعد کے سالوں میں خراب صحت سے بچنے کے لئے مخصوص روایتی اور مذہبی رسومات منائے جاتے

ہیں۔ سوا مہینہ (40 دن) ولادت کے بعد کے بہت اہم دن مانے جاتے ہیں۔ صفائی ستھرائی اور آلودگی سوا مہینے کے دوران اہم کردار ادا کرتی ہے۔ اس دوران زچہ کے ساتھ ایک ناپاک عورت کی طرح سلوک کیا جاتا ہے۔ لوگوں کا خیال ہے کہ جہاں خواتین سوور کے دوران رہتی ہیں، وہ کمرہ اور گھر بھی اس عرصے کے دوران ناپاک سمجھا جائے گا۔ وہاٹ واش کے بغیر اس کمرے میں مذہبی کاموں کی اجازت نہیں ہوتی۔ پیدائش کے بعد لوگوں نے گرم تاثیر اور سادہ کھانے کو ترجیح دی کیونکہ اس طرح کے کھانے کی اشیاء فطرت میں ہلکی ہیں، یہ ایک عام سمجھ ہے کہ بچے کی پیدائش کے بعد پیٹ کی آنتیں کمزور ہو جاتی ہے اور مندرجہ ذیل غذا جیسے مسالہ دار، روغن، کرمی چیز، کھٹی چیز، اور ٹھنڈی تاثیر کا کھانا ہضم نہیں کر سکتی ہے۔ کچھ خواتین چھٹی کے بعد عام کھانا کھانا شروع کر دیتی ہیں جبکہ کچھ سوا مہینہ کے بعد کھانا شروع کرتی ہیں۔ پیدائش کے بعد، ماں کا پہلا غسل بہت ضروری ہے، جو خاص طور پر ڈلیوری کے بعد پانچویں یا چھٹے دن دیا جاتا ہے اور ماں کو کچھ گھریلو جڑی بوٹیوں کو گرم پانی میں ملا کر نہلا یا جاتا ہے۔

اس طرح معاشرتی رجحان کے طور پر محفوظ زچگی، سماجی و ثقافتی طریقوں سے جڑی ہوئی ہے۔ ثقافتی اور مذہبی عقائد مسلم معاشروں میں مضبوطی سے موجود ہیں۔ بچے کی ولادت کے بعد لوگ بہت خوش ہوتے ہیں اور وہ بہت سی رسومات جشن کے طور پر مناتے ہیں اور ہر رسم میں ماں اور اس کے نوزائیدہ بچے کے لئے دعائیں اور محبت شامل ہوتی ہے۔ اس طرح ماں کے لئے رسم و رواج اور دیکھ بھال بھی اسی بات کے تحت کی جاتی ہے کہ پیدا ہوا بچہ لڑکا ہے یا لڑکی۔

باب پنجم: بچوں کی بقاء



بچوں کی بقاء

باب پنجم: بچوں کی بقاء

ہندوستان میں بچے کی پیدائش کو معاشرتی طور پر جشن کا معاملہ سمجھا جاتا ہے اور اس پر مختلف روایتی عقائد اور طریقوں کی حکمرانی ہوتی ہے، ان میں سے بہت سے عقائد نوزائیدہ بچوں کی صحت پر بھی اثرات مرتب کرتے ہیں (جان اور دیگر، 2015؛ بلیتا، 2016؛ سیڈو، 2013؛ ویلز، اور ڈائیٹس، 2014)۔ بچے کی زندگی کے ابتدائی دو سال سب سے اہم ہوتے ہیں کیوں کہ یہ بچوں کی بقاء، نشوونما اور ترقی کو یقینی بنانے اہم کردار ادا کرتے ہیں، اور انہیں بہتر غذا خاص طور پر دودھ پلا کر انکی صحت اور نشوونما کو بہتر بنایا جاسکتا ہے (خان اور دیگر، 2017)۔

اس باب میں، بچوں کی بقاء کے بارے میں گفتگو بہت سے ذیلی موضوعات کے گرد گھومتی ہے جو گہرائی سے انٹرویوز کے ذریعہ حاصل ہوئی ہیں۔ بچوں کا رونا، بچوں کا غسل، اذان، دودھ پلانا، پری لیکنٹیل فیڈ، کولسٹرم، دودھ چھڑانا، نال، حفاظتی ٹیکہ، بچوں کی موت اور بچپن کی بیماریاں وغیرہ شامل ہیں۔

5.1: نوزائیدہ کا پہلا رونا اور دم گٹھنے کا خطرہ

پیدائش کے بعد، نوزائیدہ کا پہلا رونا نوزائیدہ کی عام نفسیاتی اور جسمانی حیثیت کا ایک اہم اقدام ہے (آننگ ورتھ، 1955)۔ بچے کا تاخیر سے پہلا رونا پیدائش کی بیماری کا ابتدائی اشارہ ہو سکتا ہے (کیریلیٹز، 1966)۔ نوزائیدہ بچے میں رونے کی سرگرمی عملی طور پر متعدد محرکات کی آواز کے رد عمل کا واحد طریقہ ہے (الڈریج اور دیگر، 1945؛ آننگ ورتھ، 1955)۔

بچے ہونے کے بعد اگر بچہ نہیں روتا تو اسے الٹا کر کے اس کے پیروں پر مارا جاتا ہے جس سے وہ

رونے لگتا ہے۔ (IDI-2)

پیدا ہوئے بچے اگر روتے نہیں تو اس کے تلوے پکڑ کر تلوے پر مارنا چاہیں، یا الٹا کر کے کمر پر ہاتھ مارنے سے بچہ رو جاتا ہے۔ بچے کا رونا بہت ضروری ہے ورنہ آگے چل کر اس میں کوئی کمی آسکتی ہے۔ (IDI-11)

میری بچی پیدا ہونے کے بعد روئی نہیں تھی، اسی لیے اسے وینٹیلیٹر میں رکھا گیا تھا۔ اگر بچہ روتا نہیں ہے تو اسے الٹا کر کے ہپ پر مارتے ہیں یا منہ سے منہ لگا کر سانس بھی دلاتے ہیں۔ (IDI-10)

بچے تو پیدا ہوتے ہی رو جاتے ہیں، رونا بہت ضروری ہوتا ہے، لیکن اگر نہیں رو رہے ہو تو رولانے کے لیے ان پر ٹھنڈے پانی کی چھینٹے مارتے ہیں، جس سے وہ رونے لگتے ہیں۔ یا بچے کے پیٹ پر مارتے ہیں یا سہلاتے ہیں، اس سے بچہ رو جاتا ہے۔ (IDI-23)

بیانات سے پتا چلتا ہے کہ خواتین نوزائیدہ کے پہلے رونے کی اہمیت سے بخوبی واقف ہیں۔ ایسی صورتوں میں جہاں نوزائیدہ نہیں روئے ہے، وہاں نوزائیدہ کو رولانے کے لئے متعدد اقدامات اٹھائے جاتے ہیں۔ ان کے چہرے پر ٹھنڈا پانی چھڑکا گیا، پیروں کے تلووں پر چوٹ کی لگائی یا رگڑنے کی کوشش کی یا نوزائیدہ کو الٹا لٹا کر پیٹھ پر تھپ تھپایا گیا۔ حالانکہ یہ تمام نقصان دہ عمل ہیں لیکن یہ کافی مقبول ہیں اور اسی وجہ سے نوزائیدہ کو دم گھٹنے کے خطرے کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ صرف ایک ماں نے بتایا کہ پہلے رونے میں تاخیر کے ہونے پر منہ سے منہ لگا کر سانس دلاتے ہیں۔

5.2: نوزائیدہ کا پہلا غسل اور ہائپو تھر میا کا خطرہ

طبی اصول تجویز کرتے ہیں کہ کم سے کم 24 گھنٹے تک بچے کو نہ نہلایا جائے (ڈبلوائج او، 2018)۔ لوگوں کا خیال ہے کہ پیدائش کے بعد بچہ ناپاک ہوتا ہے لہذا پیدائش کے فوراً بعد ہی غسل لازمی ہو جاتا ہے (ویلز، اور ڈائٹس، 2014)۔ کچھ روایتی نوزائیدہ دیکھ بھال کے طریقوں سے انفیکشن، خون کی کمی، ہائپو تھر میا اور ہائپو گلیسیمیا کی وجہ سے بچے کو مشکلات ہو سکتی ہیں، جس کی وجہ سے بیماریوں اور اموات کا خطرہ بڑھ جاتا ہے (جان اور دیگر، 2015)۔ دیگر

مطالعات سے پتا چلا ہے کہ بچے کو گرم پانی سے نہلا یا جاتا ہے اور اس کو صاف اور نرم کپڑوں میں لپیٹا جاتا ہے (پٹیل، 2006)۔

مجھے نہانے کے لئے تو ڈاکٹر نے منع کر دیا تھا، اسی لیے پندرہ بیس دن بعد ہی نہائی۔ کیونکہ جاڑے پڑ رہے تھے اسی لئے بچے کو بھی 20 دن بعد نہلایا۔ (IDI-9)

بچہ ہونے کے بعد اسے تورنت گرم پانی سے نہلا یا جاتا ہے، ورنہ وہ ناپاک مانا جاتا ہے۔ بچے کے اوپر سفید رنگ کا جو لگا ہوتا ہے اسے لپٹری اور صابن سے ہٹاتے ہیں۔ (IDI-8)

بچے کو گھولانے کے بعد گرم پانی میں اجوائن، نمک اور نیم ڈال کر نہلا یا جس سے وہ صاف ہو جائے۔ (IDI-18)

بچہ ہونے کے بعد گنگنے پانی میں ڈیٹول ڈال کر نہلا دیتے ہیں۔ ڈاکٹر کا کیا ہے وہ تو منع ہی کرتے ہیں، لیکن بچے پر گندگی بھی تو لگی ہوتی ہے، اس سے گھن بھی آتی ہے، اسی لئے نہلا نا ضروری ہو جاتا ہے۔ بچے کے بدن پر سفید سفید لگا ہوتا ہے اسے چھڑانے کے لیے تیل مل کر صاف کر دیتے ہیں، اس کے بعد اسے نہلا دیتے ہیں سب صاف ہو جاتا ہے۔ بچہ ہونے کے بعد اسے نہلاتے رہنا چاہیے، اس سے بیماریاں نہیں لگتی۔ اور ماں کو پانچ یا چھ دن میں نہنا چاہیے جلدی نہلانے سے سو جن آنے کا ڈر رہتا ہے۔ (IDI-10; IDI-15)

ڈلیوری کے بعد مجھے چھ دن بعد نہلایا، لیکن بچے کو اسی ٹائم نہلا دیا گیا تھا۔ بچہ ہونے کے تین دن بعد بچے کو نہلا دینا چاہیے، پانی گرم کر کے ہی بچے کو نہلا نا چاہیے اور بچے کو شہد چٹا دینا چاہیے، بچے کو نہلانے کے بعد شہد چٹا و پھر تورنت چائے پلا دو، اس سے بچے کے بدن میں گرمی رہتی ہے۔ (IDI-21)(IDI-22)

بچہ ہونے کے بعد اسے تورنت نہلا یا جاتا ہے، کیونکہ بچہ گندا ہوتا ہے اور اس پر گندگی لگی ہوتی ہے اسے چھوتے ہوئے بھی گھن آتی ہے۔ اسی لئے بچے کو جلدی سے جلدی نہلا نا ضروری ہو جاتا ہے۔ بچے پر جو سفید لگا ہوتا ہے اسے ہٹانے کے لیے اس پر سرسوں کے تیل کی مالش کرنے سے اس کی ہڈیاں مضبوط ہوتی ہے۔ (IDI-24) (IDI-2) (IDI-17; IDI-23)

روایات میں بتایا گیا ہے کہ پیدائش کے بعد نوزائیدہ بچوں کو ناپاک سمجھا جاتا ہے جب تک کہ انہیں غسل نہ دیا جائے۔ لوگوں کے مطابق عام طریقہ یہ ہے کہ پیدائش کے فوراً بعد نوزائیدہ کو غسل دیں تاکہ وہ پاک ہو جائیں اور نجاست دور ہو۔ اس حقیقت کے باوجود کہ خواتین باشعور ہیں کہ ڈاکٹروں نے نوزائیدہ بچے کو غسل نہ دینے کو کہا، پھر بھی انہوں نے پیدائش کے فوراً بعد ہی بچے کو غسل دیا ہے۔ بلکہ وہ ڈاکٹروں کے اس مشورے پر حیرت زدہ ہیں کہ بچے کو نہانے میں تاخیر کریں۔ یہاں تک کہ کچھ لوگ نوزائیدہ کو تب تک ہاتھ بھی نہیں لگاتے ہیں جب تک اسے نہلایا نہ جائے۔ یہی وجہ ہے کہ گھر میں پیدا ہونے والے بچوں کو جلد سے جلد غسل دیا جاتا ہے جس سے وہ پاک ہو جاتے ہیں۔ بچوں کو غسل دینے کے لئے لوگ گرم پانی اور صابن کا استعمال کرتے ہیں اور کچھ لوگ پانی میں اینٹی سہیٹک بھی استعمال کرتے ہیں۔ لوگ ہو سہیٹل میں پیدا ہونے والے بچوں کو ڈاکٹروں اور نرسوں کی ہدایت کی وجہ سے فوراً نہیں نہلاتے۔ ہو سہیٹل میں پیدا ہونے والے بچوں کو گھر لانے کے بعد غسل دیا جاتا ہے۔ خواتین کے ساتھ بات چیت کرنے سے اس بات کا اشارہ ملتا ہے کہ وہ نوزائیدہ بچے کو ولادت کے فوراً بعد غسل دینے کی وجہ سے ہونے والے ہائپو تھر میا کے خطرے سے لاعلم ہیں۔ دلچسپ بات یہ ہے کہ ماں کے غسل میں تاخیر ہوتی ہے لیکن نومولود بچوں کو پاک کرنے کے لئے فوراً نہلا دینے کے اس مروجہ خیال کی وجہ سے بچے خطرے میں پڑ جاتے ہیں۔

5.3: دیگر رسومات

باپ، یا مقامی کمیونٹی کے کوئی معزز انسان نوزائیدہ کے داہنے کان میں اذان دیتے ہیں۔ ان الفاظ میں بتایا جاتا ہے کہ اللہ ہی خالق جس پر ایمان رکھنا ہے وغیرہ شامل ہے، بچے کے کان میں یہ اذان پیدائش کے بعد جلد از جلد انجام دینی چاہئے (گیٹر بیڈ اینڈ شیخ، 2001)۔

بچہ ہونے کے تھوڑی دیر بعد اذان دلا دیں، بچے کے کان میں جتنی جلدی اذان دلا دو اتنا بہتر ہے۔
کیونکہ اذان دلانے میں جتنا تاؤ لگے گا بچہ اتنا ہندو کہلائے گا۔ اذان ہونے سے اسے پتہ چل جائے گا کہ
وہ کسی مومن کے گھر میں پیدا ہوا ہے اور وہ مسلمان ہے۔ (IDI-13)

بچہ ہونے کے بعد سب سے پہلے اس کے کان میں اذان دلائیں، بچے کے کان میں اذان اس لئے
دلانی جاتی ہے جس سے اسے احساس ہو جائے کہ وہ مسلمان کے گھر میں پیدا ہوا ہے اور وہ مسلمان
ہے۔ (IDI-4, IDI-10, IDI-14)(IDI-6, IDI-16, IDI-23)

بچہ ناپاک نہیں مانا جاتا وہ بس جب تک ناپاک مانا جاتا ہے جب تک اس کے کان میں اذان نہیں دی
جاتی، بچہ مسلمان تبھی ہوتا ہے جب اس کے کان میں اذان دلانی جاتی ہے۔ (IDI-19)

روایات میں بتایا گیا ہے کہ ولادت کے فوراً بعد نوزائیدہ کے کان میں اذان پڑھی جاتی ہے اور پھر اسکے بعد ہی دیگر
رسومات پر عمل کیا جاتا ہے۔ ولادت کے بعد مسلمان خاندانوں میں اذان لازمی ہے۔ زیادہ تر خاندانوں میں اذان
پیدائش کے فوراً بعد ادا کی جاتی ہے۔ یہ عام طور پر جانا جاتا ہے کہ اگر نوزائیدہ بچوں کے کان میں اذان نہیں پڑھی جاتی
ہے، تو وہ ان کی نزول، ان کے مذہب اور ان کے ایمان سے واقف نہیں ہوں گے۔ یہ ایک اعلان ہے کہ وہ ایک
مسلمان گھرانے میں پیدا ہوئے ہیں۔ اذان کے بعد انہیں (نوزائیدہ) پتہ چل جائے گا کہ وہ مومن (مسلم) خاندان میں
پیدا ہوئے ہیں۔

5.4: دودھ پلانے کے ارد گرد خیال اور نسخے

نوزائیدہ بچوں کے لئے دودھ قدرتی، کامل اور حفاظتی کھانا سمجھا جاتا ہے۔ بنا سمجھ کے ہی نوزائیدہ ماں کا دودھ پینا شروع
کر دیتا ہے کیونکہ یہ ماں اور بچے کے رشتوں میں ایک نیا احساس پیدا کرتا ہے۔ یہ سچ ہے کہ دودھ پلانا خدا کا تحفہ ہے اور
یہ بچے کے لئے بہت اہم ہے، لیکن اس کی ابتدا میں ثقافتی طریقوں کا ایک مضبوط دائرہ موجود ہے۔ بچوں کو دودھ پلانے

کافن حیاتیاتی اور ثقافتی امتزاج کا حصہ ہے (گیتلکشی اور یادو، 2017)۔ ابتدائی اور خصوصی دودھ پلانا بچوں کو انفیکشن سے بچانے اور ماؤں کو بعد از پیدائش ہیمرج کو کم کرنے کے ساتھ ساتھ وسیع پیمانے پر فائدہ پہنچانے میں اہم کردار ادا کرتا ہے (یونیسیف، 2018؛ ڈبلیو ایچ او، 2018 بی؛ اور برائن، مانکز اور پرچارڈ، 2016)۔ وبائیات کے مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ دودھ پلانے سے اموات اور بیماریوں میں کمی لانے میں مدد ملتی ہے، آنتوں اور سانس کے انفیکشن اور غذائی قلت کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے ساتھ ہی ساتھ ذہانت میں اضافہ اور زیادہ وزن اور ذیابیطس میں امکانی کمی لانے میں مدد کرتا ہے (وکٹورا اور دیگر، 2016؛ ایڈمنڈ اور دیگر، 2006)۔ دودھ پلانے کے بہترین طریقوں میں، بچے کی پیدائش کے ایک گھنٹہ کے اندر دودھ پلانا شروع کرنا، چھ ماہ تک خصوصی دودھ پلانا، اور دو سال تک یا اس سے زیادہ عمر تک مناسب دودھ پلانا جاری رکھنا شامل ہیں، اور یہ سب پانچ سال سے کم عمر کی غذائی قلت کو کم کرنے کی بڑی صلاحیت رکھتے ہیں، اور ان سے بچوں کی اموات کی شرح متاثر ہوتی ہے (خان اور دیگر، 2017)۔

پر بلا کٹیل فیڈز کے نسخے

نوزائیدہ کی پیدائش کے فوراً بعد ہی دودھ پلانا ضروری ہے۔ لیکن ہندوستان میں کافی پہلے سے ہی دودھ پلانے سے پہلے استعمال ہونے والی پر بلا کٹیل فیڈز (بچے کو پہلا دودھ پلانے سے پہلے دی جانے والی اشاء) کا غلبہ دیکھا گیا ہے۔ دودھ پلانے والی بہت سی ماؤں کو دودھ پلانے سے پہلے پر بلا کٹیل فیڈ (عام طور پر شہد اور گھٹی) دینے کی مشاورت ہے، اور کچھ دادیوں کے لئے، دودھ پلانا شروع کرنا بچے کی پیدائش کے وقت پر انحصار کرتا ہے (کوشل اور دیگر، 2005)۔ کو لیسٹرم ناپاک اور نقصان دہ سمجھنے کی صورت حال میں پر بلا کٹیل فیڈ پر یقین پیدا ہوتا ہے، جس کی وجہ سے کو لیسٹرم

مسترد کر دیا جاتا ہے۔ بچوں کو دودھ پلانے سے پہلے اپنے پیٹ کے نظام کو صاف کرنے کے لئے شہد، گرم پانی، چینیکا پانی، چائے، سرسوں کا تیل، یا بکریا گائے کا دودھ دیا جاتا ہے (ویلز، اور ڈائیٹس، 2014؛ کوشل اور دیگر، 2005)۔

بچہ ہونے پر سب سے پہلے اسے شہد چٹایا گیا، جب بچہ ہوتا ہے تو اسے شہد چٹانا بہت ضروری ہوتا ہے یہ تو ہماری دادی نانی کے ٹائم سے بھی پہلے سے چلا آ رہا ہے۔ (IDI-1)

میں نے دونوں بچوں میں سے کسی کو بھی دو دن تک دودھ نہیں پلایا، اسپتال میں بھی سب سے پہلے شہد چٹایا۔ شہد اس لیے چٹاتے ہیں جس سے بچے کا سب سے پہلے منہ میٹھا ہو جائے، اسی لیے بچے کو سب سے پہلے شہد چٹانا ضروری ہوتا ہے۔ اور دودھ دھولائی کی رسم کے بعد ہی دودھ پلایا جاتا ہے تب تک صرف گھٹی پلاتے ہیں۔ (IDI-3)

جب میری بچیاں ہو گئی تو شام کو سات بجے انہیں دودھ پلایا گیا۔ نو دس گھنٹے بعد دودھ پلایا سب سے پہلے انہیں شہد دیا گیا تھا، ڈاکٹر تو منع کرتے ہیں لیکن ہمارے یہاں تو پیدائش کے وقت اور مرنے کے وقت میں شہد دینا ضروری ہے۔ یہ سنت ہے! کتاب میں بھی پڑھا ہے، کیونکہ جب شہد کی لکھیاں رس چوستی ہے تو بسم اللہ پڑھتی ہیں اور چھتیس پر آنے تک پورے راستے درود شریف پڑتی ہوئی آتی ہیں۔ اسی لئے بچے کو شہد چٹانا سنت ہے۔ پھر اس کے بعد گھٹی دی جاتی ہے، دودھ نہیں دیا جاتا۔ گھٹی چینی اور دیسی گھی ڈال کر بنائی جاتی ہے، بچے کے پیٹ میں جو گندگی ہوتی ہے، گھٹی سے وہ نکل جاتی ہے اور بچے کا پیٹ جلدی صاف ہو جاتا ہے۔ (IDI-9)

بچہ ہونے کے بعد سب سے پہلے شہد چٹایا جاتا ہے کیوں کی تب تک بچے کا روزہ ہوتا ہے اور بچے کا روزہ شہد سے ہی کھلواتے ہیں۔ شہد چٹانا تو بہت ضروری ہوتا ہے جب مرتے ہیں اور جب پیدا ہو دونوں بار شہد ہی چٹایا جاتا ہے۔ شہد چٹانا بہت ضروری ہوتا ہے یہ ہمارے حضور کا فرمان ہے۔ (IDI-11)

پیدا ہونے کے بعد بچے کو سب سے پہلے شہد چٹایا جاتا ہے۔ کیونکہ مرتے وقت بھی شہد اور دودھ دینا ہوتا ہے اور پیدا ہونے کے وقت بھی شہد چٹانا چاہیے۔ بچے کے لیے شہد بہت فائدہ مند ہوتا ہے اس سے پیٹ کی صفائی ہو جاتی ہے۔ اگر ماں بچے کو اپنا دودھ نہیں پلاتی تو اسے گائے کا دودھ پلانا

چاہیے کیونکہ گائے کا دودھ ماں کے دودھ کی طرح ہلکا ہوتا ہے، اور اگر بھینس کا دودھ پلاتی ہے تو اس میں پانی ملا لینا چاہیے۔ (IDI-15)

اس مطالعے سے انکشاف ہوا ہے کہ لوگ بچے کی پیدائش کے فوراً بعد ہی دودھ پلانا شروع کرنے کے بجائے پرلیکٹیل فیڈ دینے کو اہمیت دیتے ہیں۔ شہد انتہائی استعمال ہونے والی فیڈز میں سے ایک ہے۔ یہ ایک مشہور تاثر ہے کہ ولادت کے بعد، نوزائیدہ کو پہلے شہد چٹانا ضروری ہے۔ یہ ایک مفروضہ ہے جو ان کے مذہب (اسلام) سے جڑا ہوا ہے۔ ان کا ماننا ہے کہ شہد پیدائش کے وقت بچے کو چٹانا ضروری ہے کیونکہ اسے سنت کہا جاتا ہے۔ محقق نے مشاہدہ کیا کہ لوگ خوفزدہ ہیں کہ اگر وہ اس پر عمل نہیں کریں گے تو، بچے کو کوئی خطرہ لاحق ہو سکتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ لوگ اپنے عقیدے اور روایت کے مطابق سب سے پہلے شہد چٹاتے ہیں۔ یہ بھی ایک مشہور تاثر ہے کہ قرآن میں بھی شہد کا حوالہ دیا گیا ہے، لیکن وہ یہ نہیں سمجھتے کہ یہ کس تناظر میں ہے۔ لوگوں کا ماننا ہے کہ شہد بچے کے پیٹ کو صاف کرتا ہے اور یہ بچے کی صحت کے لئے بہت فائدہ مند ہے۔

نوزائیدہ بچوں کو دودھ پلانے سے پہلے پرلیکٹیل فیڈ دیا گیا تھا۔ پرلیکٹیل فیڈ (گرم پانی، چینی کا پانی، شہد، اور سرسوں کا تیل، چائے، یا بکری / گائے کا دودھ) شیر خوار بچے کو اپنا پیٹ صاف کرنے کے لئے دیئے گئے تھے (بینڈوپادھائی، 2009؛ ویلز، اور ڈائیسٹن، 2014)۔ تاہم، یہ عمل بہت وسیع ہے اور نوزائیدہ بچوں کو دودھ پلانے سے پہلے جڑی بوٹیاں سمیت مختلف چیزیں پیش کی جاتی ہیں (سیڈو، 2013)۔ پری لیکٹیل فیڈز جلاب، صفائی ایجنٹوں یا ہائیڈرٹنگ ایجنٹوں کے طور پر یا میکونیم کو صاف کرنے کے عقیدے کے تحت دی جاتی ہیں (گپتا اور ناگوری، 2012)۔

ہمارے یہاں بچہ ہونے کے تیسرے دن دودھ پلاتے ہیں، تب تک بچے کو گھٹی اور شہد اور اوپر کا دودھ پلاتے ہیں۔ گھٹیا زوائن، سونٹھ، بیکھنڈ، ضافل اور چینی ڈال کر بناتے ہیں۔ (IDI-23)

بچے کو دودھ پلانے سے پہلے گھٹی اس لیے پلائی جاتی ہے جس سے اس کے پیٹ کی گندگی صاف ہو سکے، کیونکہ بچے کے پیٹ میں کوئی چیز پتھر کی طرح ہوتی ہے، اور گھٹی اسکی کاٹ کرتی ہے۔
جتنی گھٹی پلائی جاتی ہے بچے کے پیٹ کا اتنا ہی بوال نکلتا ہے۔ (IDI-1)

بچے کو گھٹی بھی پلائی، گھٹی بنانے کے لیے اجوائن، پان، گڑیا چینی ملا کر بناتے ہیں۔ جب بچے کے پیٹ میں اینٹھن ہوتی ہے تو اسے گھٹی سے سکون ملتا ہے۔ (IDI-10)

شہد چٹانے کے بعد گھٹی کھلاتے ہیں۔ پیٹ کی صفائی کرنے کے لئے اس میں پان، ازوائن، بادام، دیسی گھی، چینی اور منعقہ ڈال کر بناتے ہیں۔ اس سے بچہ پھولتا ہے اور اسے روئی کی بتی سے کھلایا جاتا ہے۔ (IDI-11)

بچہ ہونے کے بعد سب سے پہلے شہد چٹائی، پھر گھٹی پلائی! اس کے بعد بکری کا دودھ پلانا بہت فائدہ مند ہوتا ہے اور بچے کے حساب سے ہلکا بھی ہوتا ہے۔ گھر والی گھٹی صرف 15 دن ہی پلائی تھی، اس کے بعد بازار کی 555 گھٹی پلائی۔ گھر پر جو گھٹی بنائی تھی اس میں چینی، اناؤ، ازوائن، دیسی گھی منعقہ، بادام ڈال کر بناتے ہیں۔ ان گھٹیوں سے بچے کا پیٹ ٹھیک رہتا ہے۔ یہ ساری چیزیں پہلے سے ہی چلی آرہی ہیں، ہم ان رسموں کو اپناتے ہیں اور آگے لے کر جاتے ہیں۔ (IDI-6)

گھٹی پیٹ صاف کرنے کا اثر دار طریقہ ہے، جو گھر پر تیار کیا جاتا ہے یا بازار سے خریدا جاتا ہے لیکن عام طور پر لوگ اسے گھر پر ہی بناتے ہیں۔ عوامی تاثرات میں یہ مختلف طریقوں سے تیار کیا جاتا ہے اور تحقیق کے دوران حاصل گھٹی کی عارضی فہرست جدول 5.1 میں دی گئی ہے۔ یہ بچے کے لئے لیکٹیل فیڈز کے طور پر بھی استعمال ہوتا ہے لیکن یہ بچے کی پیدائش کے بعد طویل عرصے تک بھی استعمال ہو سکتی ہے۔ اس تحقیق میں انکشاف کیا گیا ہے کہ دودھ پلانے کی ابتدائی شروعات عام طور پر ملتوی کر دی جاتی ہے یہ روایتی اور ثقافتی رسم و رواج سے بندھی ہوئی ہے، ان میں شہد، گھٹی، گائے یا بکری کا دودھ اور پان یا دودھ پلانے سے پہلے نوزائیدہ بچے کو دیئے جانے والے یہ سیال ہیں، اور ان سب کے بعد بچے کو ماں کا دودھ پلایا جاتا ہے۔ مشہور تاثر یہ ہے کہ نوزائیدہ بچے کے پیٹ میں کچھ سخت چیز ہے اور گھٹی اس کو ختم

کر کے نوزائیدہ بچے کا پیٹ صاف کرتی ہے۔ خواتین اس بات پر بے خبر ہوتی ہیں کہ دودھ پلانے سے پہلے یہ رسمیں کیوں اکرائی جاتی ہے، لیکن پھر بھی وہ بغیر کسی رکاوٹ کے یہ رسومات انجام دیتی ہیں (افسانہ، خان اور شاہد، 2019)۔ لیکن لوگوں کا گھٹی اور اس کے اثرات پر پختہ یقین ہے۔

جدول نمبر 5.1: گھٹی کی اقسام

IDI	گھٹی کی اقسام	
IDI-2	اناب، اجوائن، پان کی ڈنڈی	1
IDI-6	چینی، اناب، اجوائن، دیسی گھی، منعقہ، بادام	2
IDI-9	سونف، اجوائن، چینی، دیسی گھی	3
IDI-10	اجوائن، پان، گڑ یا چینی	4
IDI-11	پان، اجوائن، بادام، دیسی گھی، چینی، انب، منعقہ	5
IDI-23	اجوائن، سونٹھ، بکھنڈ، زائیل، چینی	6

ماں کا پہلا دودھ اور وہم پرستی

کلاسٹرم ماں کے دودھ کا ایک اہم جزو ہے، یہ نومولود کی قوت مدافعت کو بہتر بناتا ہے۔ یہ بچے کے مدافعتی نظام کو فروغ دینے کے لئے ضروری غذائیت کے ساتھ ساتھ اینٹی بائیوز بھی مہیا کرتا ہے، جو نوزائیدہ کے موت کے امکان کو کم کرتا ہے (یونیسف، 2018)۔ اس کے باوجود کلاسٹرم کے آس پاس کے عقائد، دودھ پلانے میں تاخیر کرنے کے اہم سبب ہیں (گیٹرڈ اور شیخ، 2001؛ چودھری، 1997؛ ویلز، اور ڈائٹلج، 2014)۔

ہاسپٹل کی وجہ سے دودھ تو بچے کو تبھی پلا دیا تھا، لیکن ہمارے یہاں پہلا دودھ نہیں پلاتے، کیونکہ پہلے دودھ سے بچے کے پیٹ میں درد ہو جاتا ہے۔ ہمارے یہاں پہلا پیلا دودھ نکال کر گڈھے میں

ڈال دیتے ہیں، یا پھر دودھ میں چھیٹی ڈال کر دیکھتے ہیں اگر چھیٹی دودھ میں تیرگی تو بچے کو دودھ پلاتے ہیں اور اگر چھیٹی باہر نکل گئی تو دودھ نہیں پلاتے۔ پھر اسے مولانا سے جھڑواتے ہیں، ہم تو خود گھر پر ہی جھاڑ لیتے ہیں، اس میں لو بھان، لہسن اور پیاز کے چھلکوں سے دھونی دیتے ہیں، اس کے بعد عورت ٹھیک ہو جاتی ہے، پھر بچے کو دودھ پلا دیتے ہیں۔ (IDI-11)

بچے کو ماں کا دودھ تیسرے دن دودھ دھولائی کی رسم کے بعد دیتے ہیں، پہلا گاڑھا دودھ نکال کر رکھ ڈال دیتے ہیں۔ اگر بچہ بیمار ہو یا دودھ نہیں پی رہا ہو تو ماں کے دودھ میں کیڑا ڈال کر چیک کرنا چاہیے کی دودھ صحیح ہے یا نہیں۔ اگر کیڑا مر گیا تو ماں کے اوپر کوئی بات ہے پھر ملا۔ مولوی سے علاج کرواتے ہیں۔ (IDI-22)

میرا بچہ ہونے کے تین چار دن تک دودھ نہیں دیا گیا، تب تک اسے گھٹی پلائی گئی، پھر تیسرے چوتھے دن بعد نندہری گھاس سے بھابھی کی دودھ دھولائی کرتی ہے اس کے بعد ہی بچے کو دودھ پلایا جاتا ہے، جب تک نندہری نہیں کرتی تب تک بچے کو دودھ نہیں پلایا جاتا۔ یہ رسم پہلے سے اس لیے نہیں کرائی کیونکہ لوگ کہتے ہیں کہ ماں کا پہلا گاڑھا دودھ بچے کو نہیں دیتے، تب تک گھٹی پلائی گئی۔ ہمارے یہاں بچے کو ماں کا پہلا گاڑھا دودھ نہیں دیا جاتا ہے بلکہ اسے ایک کٹوری میں رکھ کر اس میں مکوڑہ ڈالا جاتا ہے، اگر مکوڑہ وہ دودھ پی کر زندہ رہا تو ماں اور اس کا دودھ ٹھیک ہے، اور اگر مکوڑا دودھ پی کر مر گیا تو ماں اور اس کے دودھ پر کوئی اوپری ہوا کا اثر ہے۔ تب ایسے حالت میں بچے کو ماں کا دودھ نہیں پلاتے اور مولانا سے علاج کراتے ہیں۔ میں نے تو تین بار مکوڑے کو دودھ میں ڈال کر دیکھا جس سے مجھے پوری طرح تسلی ہو جائے، کیا پتا مکوڑا جلدی دودھ پیکر نکل آیا ہو۔ (IDI-1)

ہمارے یہاں دودھ دھلائی کی رسم کے بعد تیسرے دن دودھ پلاتے ہیں، پہلا پیلا گاڑھا دودھ نکال کر چوٹیوں کو ڈالتے ہیں، کیونکہ پہلا کھیس بچے کے لیے نقصان دہ ہوتا ہے۔ بچے کو دودھ پلاتے وقت ماں کو چاول، ٹماٹر جیسی کھٹی یا کری چیزیں نہیں کھانی چاہیے اس سے بچے کو گھائی آسکتی ہے۔ (IDI-2)

بچہ ہونے کے بعد تین چار گھنٹے میں ہی دودھ دے دینا چاہیے، بچے کے لیے پہلا دودھ بہت طاقتور ہوتا ہے۔ جس ماں کے بچے نہیں جیتے وہ اپنے دودھ میں کیڑا ڈال کر دیکھتی ہے، اگر کیڑا دودھ پی

کر زندہ رہا تو ٹھیک ہے اور اگر اگر مر گیا تو ماں پر ہوا کا اثر ہے۔ پھر اسے مولانا سے علاج کروانا ہوتا ہے۔ یہ سب بچے کو دودھ پلانے سے پہلے ہی کرنا ہوتا ہے، جب تک ماں ٹھیک نہیں ہوتی تب تک بچے کو گھٹی پلائی جاتی ہے، ساتھ ساتھ ازوائن کا پانی پلاتے ہیں۔ (IDI-15)

پہلا دودھ نکال کر راکھ میں پھیک دیتے ہیں۔ یہ رسم ساس اور سسرال پر ڈیپینڈ کرتی ہے، بہو اپنی تھوڑی نہ چلائے گی، جو یہ لوگ کہیں گے ویسا ہی کرنا ہوتا ہے۔ (IDI-24)

تحقیق سے انکشاف ہوا کہ خواتین نے بچے کو دودھ پلانے سے پہلے کلاسٹرم ضائع کر دیا گیا تھا۔ ہلدوانی میں بچے کی پیدائش کے بعد دودھ پلانے کے ابتدائی مرحلے میں کافی تاخیر ہوتی ہے، اور زیادہ تر جو اب دہندگان نے بچے کو دودھ پلانے سے پہلے قیمتی پہلا گاڑھا دودھ (کلاسٹرم) خارج کر دیا جاتا ہے۔ دودھ پلانے سے پہلے کی جانے والی کئی رسومات جیسے شہد چائنا، گھٹی دینا اور چھاتی کی صفائی کی جاتی ہیں۔ موجودہ تحقیق میں، محقق نے پایا کہ بچے کو دودھ پلانے سے پہلے ماں کے دودھ کی جانچ کی جاتی ہے، جس میں ماں کے پہلے گاڑھے دودھ (کلاسٹرم) میں چیونٹی یا کوئی کیڑے ڈال دیتے ہیں۔ اگر اس گاڑھے دودھ میں ڈالنے کے بعد چیونٹی یا کیڑا زندہ رہیں تو ماں کا دودھ نو مولود کے لئے اچھا ہے۔ دوسری طرف، اگر دودھ پینے کے بعد چیونٹی یا کیڑا مر جاتا ہے تو یہ ماں اور اس کے دودھ پر کسی غلط چیز یا بری نظریا کالے جادو کا اشارہ ہے۔ ایسے حالات میں لوگ نوزائیدہ کو ماں کا یہ گاڑھا دودھ دینے سے گریز کرتے ہیں۔ اور ماں کو علاج کے لئے مولانا کے پاس لے جاتے ہیں۔ اس طرح ماں کا پہلا دودھ خراب قرار دے دیا گیا ہے جو نوزائیدہ کے لئے مناسب نہیں مانا جاتا۔ اسکے علاوہ رسمی طریقوں سے دودھ پلانے میں تقریباً تین دن تک تاخیر کی جاتی ہے۔

تاہم، کلاسٹرم کو ضائع کرنے کے خلاف جو ابی بیانیے بھی موجود ہیں۔ دودھ پلانے کے ابتدائی آغاز کے لئے یہ داستانیں اس کی اہمیت اور طاقت سمیت حوصلہ افزا اور دلچسپ ہیں۔

میں نے تو اپنے پہلے بچوں کو پہلا دودھ یاد سے پلایا، کیونکہ اس میں بہت پروٹین اور وٹامنز ہوتے ہیں۔ اسی لئے ڈاکٹر بھی کہتے ہیں کہ بچے کو کچھ نہیں دینا چاہیے، سب سے پہلے ماں کا دودھ ہی دینا چاہیے، کیونکہ سب سے پہلا گاڑھا دودھ وہ بہت پوسٹک ہوتا ہے اور بچوں کو بیماریوں سے بھی بچاتا ہے۔ (IDI-9)

بچے کو پہلا دودھ ضرور دینا چاہیے، کیونکہ یہ بہت طاقتور ہوتا ہے جس سے بچہ مضبوط بنتا ہے۔ جب بچہ ہوا تب سب سے پہلے شہد چٹایا، پھر دودھ پلایا۔ اس کے بعد گھر پر بنی گھٹی دی، جس میں منعقہ، ازوائن، پان اور اور بتاشہ ڈالتے ہیں اسے پلانے سے بچے کے پیٹ کی صفائی ہو جاتی ہے۔ (IDI-13)

بچے کو ماں کا پہلا دودھ ضرور دینا چاہیے۔ آپ کو جو رسم کرنی ہیں وہ بچہ ہونے کے بعد ٹائم پر کر لو اور دو تین گھنٹے کے اندر ہی دودھ پلا دو۔ ڈاکٹر صاحب تو یہی بات سمجھاتے ہیں، لیکن کچھ لوگوں کی سمجھ میں نہیں آتی۔ لیکن آج کل کا ماحول چینیج ہو رہا ہے لوگ ڈاکٹر کی باتیں مانتے ہیں۔ بس کچھ لوگ ہیں جو پرانی رسموں کو وہی چلاتے ہیں۔ (IDI-10)

کچھ ماؤں نے صحت سے متعلق پیشہ ور افراد کے مشورے کو یاد کرتے ہوئے کہا کہ پہلے گاڑھے دودھ (کولیٹرم) میں پروٹین اور وٹامن موجود ہوتے ہیں، جو نوزائیدہ کی صحت کے لئے بہت زیادہ غذائیت بخش ہیں۔ اس سے انہیں طاقت کے ساتھ ساتھ اچھا دماغ بھی حاصل ہوتا ہے۔ جو مائیں کلاسٹرم کی اہمیت پر مطمئن تھی وہ دودھ پلانے کے ابتدائی آغاز کے لئے ایک وکیل کی حیثیت سے سامنے آئیں۔ دودھ پلانے کو فروغ دینے کے لئے ان خواتین کو صحت کے اقدامات کے ساتھ جوڑنے کی ضرورت ہے۔

24 گھنٹوں کے اندر دودھ پلانا

بچے کی پیدائش کے بعد جلد از جلد دودھ پلانا شروع کیا جانا چاہئے۔ زندگی کے پہلے گھنٹہ میں دودھ پلانے اور نوزائیدہ اموات کے درمیان گہرے تعلقات کے باوجود، ہندوستان میں دودھ پلانے میں تاخیر اور خصوصی دودھ پلانے کی

محدود مدت پر خاص توجہ دی جانی چاہئے (افسانہ اور دیگر، 2019)۔ نوزائیدہ بچوں کو دودھ پلانے کے ابتدائی طریقوں کو بہتر بنانے کی مداخلت کے نتیجے میں نوزائیدہ اموات میں کافی حد تک کمی واقع ہو سکتی ہے (کلیمینز اور دیگر، 2006؛ خان اور دیگر، 2014)۔ خاص طور پر پیدائش کے بعد پہلے گھنٹے کے اندر ہی دودھ پلانے کے ابتدائی عمل کی بہت اہمیت ہے اور اس سے لمبے عرصے تک دودھ پلانے کا عمل کامیابی ہوتا ہے (کو اینڈٹ، 1995)۔

بچے ہونے کے بعد دودھ دھلائی کی رسم تو ہوئی نہیں، ہوتی بھی کیسے میری نند آئی ہی نہیں تھی۔ اور ماں بچے کو روتا کیسے دیکھ سکتی ہے، شام تک اس کی پھوپھی کا انتظار کیا، نہیں آئی تو بنا رسم کے ہی دودھ پلانا پڑھا۔ (IDI-6)(IDI-8)

بچے کو سب سے پہلے شہد چٹایا ڈاکٹر نے تو صرف دودھ پلانے کو کہا تھا، لیکن ہم نے پہلے شہد چٹایا۔ ایسے سنا ہے کہ بچے کو سب سے پہلے شہد چٹانا چاہیے۔ لوگ سب سے پہلے بکری کا دودھ بھی پلاتے ہیں، ہم نے شہد کے بعد دودھ دھلائی کی رسم کی اور پانچ۔ چھ گھنٹے بعد بچے کو دودھ پلایا۔ یہ رسم نند کرتی ہے، اس میں گھاس اور چاندی کا چھلا پانی میں ڈالتے ہیں پھر سینے کی صفائی کرتے ہیں جو گندگی ہوتی ہے وہ وہ ہٹ جاتی ہے۔ (IDI-18)

بچوں کو سب سے پہلے شہد چٹایا اور ماں کا دودھ گھنٹوں کے بعد دیا، سب سے پہلے ماں کا دودھ پلانا چاہیے یہ بہت فائدہ مند ہوتا ہے یہ سب مجھے پتہ ہے لیکن بڑوں نے شہد چٹایا تو میں کیا کر سکتی تھی چپ رہ گئی لیکن برا بہت لگا۔ (IDI-20)

بچے ہونے کے بعد بچے کو چاندی کے چمچ سے شہد چٹایا گیا، اور پھر ازوائن کا تھوڑا سا پانی پلایا اس سے بچے کے پیٹ کی گندگی نکل جاتی ہے۔ اور پھر دو۔ تین گھنٹے بعد بچے کو ماں کا دودھ پلایا گیا۔ (IDI-4)(7)

جب میری بیٹی ہوئی تو سب سے پہلے اسے شہد چٹایا گیا کیونکہ کہا جاتا ہے کہ شہد چٹانا سنت ہے، اس کے بعد گھٹی پلائی گھٹی دیسی گھی، چینی، منعقہ، بادام اور اناب کو ملا کر بنائی جاتی ہے، دودھ تو لگ بھگ 12 گھنٹے بعد ہی پلایا۔ لیکن زیادہ دن تک دودھ نہیں پلایا۔ کیونکہ اس کی طبیعت خراب ہو گئی

تھی، سب نے کہاں دودھ چیک کر لو کہیں ماں کسی ہوائی جھٹکے میں تو نہیں ہے کیونکہ ایسا کہا جاتا ہے کہ جب عورت زچہ ہوتی ہے تو اسے باہر نہیں نکلنا چاہیے کیونکہ ایسی حالت میں ہوائیں لگ جاتی ہیں اور میں تو اس کو ڈاکٹر کے لے جانے کے لئے بار بار باہر بھی جا رہی تھی اسی وجہ سے میرا دودھ چیک کیا گیا، دودھ چیک کرنے کے لیے دودھ کو ایک کٹوری میں لیتے ہیں اور اس میں بڑا والا چوٹا ڈالتے ہیں اگر وہ دودھ پیکر مر گیا تو کہا گیا کہ ماں کا دودھ صحیح نہیں ہے اور بچے کو پلانے سے منع کیا گیا۔ پھر اسے اوپر کا دودھ پلایا گیا، مجھے مولانا کو دکھایا انہوں نے تعویذ دیا۔ اور جب تک میں ٹھیک ہوئی پھر اس نے میرا دودھ ہی نہیں پیا۔ میری بیٹی کو گائے کا دودھ پلایا گیا، گائے کا دودھ بچے کے لیے اچھا مانا جاتا ہے اور بھینس کا دودھ بچہ نہیں پیتا اور اسے پوٹی آنے لگتی ہے، ہے یا بیٹ میں درد ہونے لگتا ہے۔ (IDI-12)

دودھ پلانے کا آغاز جلد سے جلد کرنا چاہئے۔ محققہ نے پایا کہ کسی بھی جواب دہندگان نے بچے کی پیدائش کے ایک گھنٹے کے اندر دودھ پلانا شروع نہیں کیا۔ ولادت کے بعد کی رسومات دودھ پلانے میں تاخیر کا سبب ہیں۔ بچے کی ولادت کے بعد لوگ کچھ رسومات کرتے ہیں جیسے شہد چٹانا، کاڑھا پلانا، اس کے بعد وہ ماں کے پستان کی صفائی کرتے ہیں اور پھر دودھ پلانے کا عمل شروع ہوتا ہے۔ ان تمام رسومات میں 3 سے 10 گھنٹے کا وقت لگتا ہے اور اسی وجہ سے دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر ہوتی ہے۔ لوگ جانتے ہیں کہ نومولود بچے کے لئے صرف ماں کا دودھ ہی کافی ہے، پھر بھی وہ کچھ ثقافتی عمل کرتے ہیں اور دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر کرتے ہیں۔ دودھ پلانے کے ابتدائی آغاز کے لئے سیزرین سیکشن ڈیلیوری کو رکاوٹ سمجھا جاتا ہے۔ اگرچہ نئی ماؤں کو معلوم ہے کہ ان کے بچوں کے لئے کیا صحیح ہے اور کیا غلط ہے، اور وہ اس قسم کی رسومات پر بھی یقین نہیں رکھتی ہیں، پھر بھی وہ سسرالیوں کی ہدایت کے تابع رسومات کرتی ہیں جس سے دودھ پلانے میں تاخیر ہوتی ہے۔

24 گھنٹوں کے بعد دودھ پلانا

دودھ پلانا ایک ایسا مناسب عمل ہے جو نوزائیدہ بچوں کو زیادہ سے زیادہ جسمانی نشوونما کے ساتھ ساتھ ذہنی نشوونما کے لئے ضروری غذائی اجزاء فراہم کرتا ہے (سیوڈو، 2013)۔ اس حقیقت کے باوجود کہ دودھ پلانے کے ابتدائی آغاز سے فوائد میں اضافہ ہوا ہے، لیکن نوزائیدہ بچوں کو بہت ساری رسومات اور رسومات کے بعد ہی 24 گھنٹوں کے بعد دودھ پلایا جاتا ہے (افسانہ اور دیگر، 2019؛ ویلز، اور ڈائٹسٹس، 2014؛ اوبل، 2006)۔

ہمارے یہاں دودھ، دودھ دھلائی کی رسم کے بعد تیسرے دن پلاتے ہیں۔ جب تک دودھ نہیں پلاتے تب تک بچوں کو گھٹی دی جاتی ہے، جو اناب، اجوائن اور پان کی ڈنڈی سے بنائی جاتی ہے۔ اسے روئی کے ذریعہ بچے کو پلاتے ہیں۔ (IDI-2; IDI-3; IDI-5; IDI-17)

بچے ہونے کے بعد سے تین دن بعد دودھ پلایا، ڈاکٹر نے تو دودھ پلانے کو کہا تھا تو اسے جھوٹ بول دیا تھا۔ تین دن بعد دودھ پلانا رسم ہے۔ بچے ہونے کے بعد سب سے پہلے شہد دیا اس کے بعد تین دن تک گھٹی پلائی، اس سے بچے کے پیٹ میں جو گندا پانی وغیرہ ہوتا ہے سب نکل جاتا ہے۔ (IDI-19)

بچے ہونے کے بعد ڈاکٹر نے بچے کو دودھ پلانے کے لیے کہا، لیکن دودھ نہیں ہوا سب سے پہلے بچے کو شہد چٹایا پھر گائے کا دودھ پلایا اس کے بعد دودھ پلائی کی رسم کے دو۔ تین دن بعد اپنا دودھ پلایا۔ (IDI-10)

میری بیٹی کو چار دن میرا دودھ نہیں پلایا، کیونکہ اس نے پیہا ہی نہیں، میں نے کوشش کی لیکن نہیں پیہا۔ اسی لئے میری نند نے اپنا دودھ پلایا اور ساتھ ساتھ گھٹی بھی پلائی۔ (IDI-11)

جب بچے ہوا تو تیسرے دن دودھ دھلائی کی رسم کے بعد دودھ پلایا گیا تھا۔ ساس نے ترنت دودھ پلانے کو منع کر دیا تھا، کیونکہ ہمارے یہاں رسم نند کرتی ہے اس کے بعد ہی بچے کو دودھ پلایا جاتا

ہے۔ میری نند پاس میں نہیں تھی اور وہ دوسرے دن آئی، اسی لیے دوسرے دن دودھ پلایا، تب تک بچے کو شہد چٹایا۔ اور ازوائن، پان اور گڑ کی بنی گھٹی پلائی۔ (IDI-12)

بیانات سے انکشاف ہوتا ہے کہ دودھ دھلائی کی رسم (چھاتی صفائی کی تقریب) جائے مطالعہ میں ایک اہم رسم ہے۔ یہ مشہور تاثر ہے کہ دودھ پلانا اس رسم کے بعد ہی شروع کیا جائے گا۔ یہ بھی لازمی ہے کہ چھاتی کی صفائی کی تقریب صرف نند ہی کرتی ہے، اگر نند بچے کی پیدائش کے وقت موجود نہ ہو تو وہ اس کا انتظار کرتے ہیں۔ دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر کا یہ ایک اہم سبب ہے۔ ڈاکٹر زماؤں کو مشورہ دیتے ہیں کہ جلد سے جلد بچے کی پیدائش کے بعد دودھ پلانا شروع کریں، لیکن لوگوں کو اس رسم پر بہت اعتماد ہے۔ لہذا وہ اس رسم کے بغیر دودھ پلانا شروع نہیں کرتی۔ زیادہ تر جواب دہندگان ولادت کے 24 گھنٹے بعد دودھ پلانا شروع کرتے ہیں۔ دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر میں ساس اور نند اہم کردار ادا کرتی ہیں۔ دودھ پلانے کے آغاز تک لوگ بچے کو شہد، گھٹی اور دیگر گھریلو چیزیں کھلاتے پلاتے ہیں۔

5.5: مدت رضاعت

دودھ پلانے کی خواہش رکھنے والی مائیں اپنے بچوں کو دو سال تک دودھ پلائیں (عمران، 1992)۔ مذہبی تعلیمات کے ذریعہ اس بات کی سفارش کی جاتی ہے کہ دودھ پلانے کو خاص طور پر دو سال کی مدت تک جاری رکھنا چاہئے، اسکے لئے مذہبی تعلیم کو بڑھاوا دیا جاسکتا ہے (گیٹریڈ اور شیخ، 2001)۔ بچے کی زندگی کے پہلے 2 سال بہت اہم ہوتے ہیں، کیونکہ اس عرصے کے دوران زیادہ سے زیادہ تغذیہ بخش غذا کے ذریعہ بیماری اور اموات کو کم کیا جاسکتا ہے، ساتھ ہی ساتھ بہت سی بیماری کے خطرے کو بھی کم کیا جاسکتا ہے، اور یہ مجموعی طور پر بہتر نشوونما کو فروغ دیتا ہے (ڈبلیو ایچ او، 2018a)۔ بچوں کو جب چھ ماہ کی مدت تک خصوصی طور پر دودھ پلایا جاتا ہے تو وہ بچپن میں لگنے والی خطرناک

بہاریوں سے نمایاں طور پر محفوظ رہتے ہیں، جن میں اسہال، لیوکیمیا اور لمفوما، معدے کا انفیکشن، الرجک امراض، موٹاپا، ذیابیطس، سوزش اور آنتوں کی بیماری شامل ہیں (ڈبلیو ایچ او، 2012؛ امریکن اکیڈمی آف پیڈیاٹرکس، 2012؛ ویلو سمیا اور دیگر، 2017)۔ نوزائیدہ اور چھوٹے بچوں کو دودھ پلانے (آئی وائی سی ایف) کا عمل کم عمری میں ماں بننا، ناخواندگی، بیروزگاری اور کم اقتصادی حیثیت سے ایک خاص رشتہ ہے (خان اور دیگر، 2017)۔ مطالعات میں متعدد شواہد بھی ملے ہیں جن سے ظاہر ہوتا ہے کہ لوگوں کو اس بات پر کافی یقین ہے کہ لڑکوں کو لڑکیوں سے زیادہ لمبے عرصے تک دودھ پلایا جاتا ہے (جیا چندرن اور کوزیمکو، 2011)۔

ڈاکٹر نے مجھے کہا ہے کہ بچے کو ہر دو گھنٹے میں دودھ دینا، لیکن میں ایسا نہیں کرتی میں تو جب بچہ روتا ہے تبھی دیتی ہوں۔ بچے کو کھلانا تین مہینے کے بعد سے شروع کر دیتے ہیں لڑکے کو دو سال اور لڑکی کو ڈھائی سال تک دودھ پلانا چاہیے۔ لڑکی کا حق زیادہ ہوتا ہے، لڑکے کو زیادہ دودھ پلانے سے محبت کم ہو جاتی ہے لڑکی کو زیادہ دودھ پلانے سے وہ محبت زیادہ رکھتی ہے۔ (IDI-16; IDI-23)

لڑکے کو دو سال اور لڑکی کو ڈھائی سال تک دودھ پلانا چاہیے، لڑکیوں کو زیادہ دودھ پلانا اللہ کی طرف سے فرمان ہے۔ ویسے بھی کہا جاتا ہے کہ لڑکی ماں سے دور چلی جائے گی وہ پرانے گھر کی ہوتی ہے اسی لیے اسے زیادہ دودھ پلانا چاہیے۔ (IDI-10; IDI-12; IDI-14; IDI-18)

میں نے اپنی تینوں بیٹیوں کو دو سال تک دودھ پلایا لیکن بیٹے کو ابھی بھی پلا رہی ہوں، ابھی یہ ڈھائی سال کا ہی ہے، یہ چھوڑتا ہی نہیں اور جب تک پی رہا ہے پلا دیتی ہوں اکیلا ہی تو ہے کرنا بھی کیا ہے۔ (IDI-7)

کیوں کہ میرے دو جڑواں بچے تھے تو فیڈنگ میں بہت پریشانی ہوتی تھی ایک کو پلاتی تو دوسری رونے لگتی تھی، اسی لیے ایک بار میں ایک کو اپنا دودھ پلاتی تھی دوسری کو فیڈر دیتی تھی پھر دوسری بار میں پہلی کو فیڈر دیتی تھی اور دوسری کو اپنا دودھ پلاتی تھیں۔ ٹونس ہونے کی وجہ سے

اوپر کا دودھ پلانا پڑا لیکن میں نے اپنا دودھ صرف دو تین مہینے ہی پلایا تھا، اس کے بعد فیڈر اسٹارٹ کرتی تھی۔ کیونکہ میرے اندر اتنی طاقت نہیں تھی کہ میں دونوں کو اپنا دودھ پلاتی اور اس وقت کا کھانا پینا بھی ایسا نہیں ہوتا کہ طاقت بنی رہے۔ میں نے اپنے دونوں بچوں کو گائے کا دودھ پلایا، کیونکہ بھینس کا دودھ ہیوی ہوتا ہے اور بکری کا ٹھنڈا، جبکہ گائے کا دودھ نارمل مانا جاتا ہے بلکہ ماں کے دودھ کی طرح ہوتا ہے۔ مجھے پتہ ہے کہ بچوں کو صرف ماں کا دودھ دینا چاہیے لیکن میری کنڈیشن ایسی تھی اسی لئے میں نہیں پلا پائی اور اگلی بار میرے کچھ ہوتا ہے تو انشاء اللہ میں بچوں کو دودھ ضرور پلاؤں گی۔ (IDI-9)

بچی کو سوور میں ہی اوپر کا دودھ دینا پڑا کیونکہ دودھ اتر ہی نہیں، اور مجھے نظر ہو گئی تھی اسی لئے اس نے دودھ نہیں پیا۔ نظر اتارنے کی بہت کوشش کی لیکن کچھ نہیں ہوا، نظر فنکری زیرہ اور مرچ سبھی چیزوں سے اتار کر دیکھی لیکن کچھ نہیں ہوا، مولانا سے زیر پڑھوایا، چھوڑے پڑھوئے، دو انیاں بھی کھائی لیکن کچھ اثر نہیں ہوا۔ (IDI-19)

بیانات سے معلوم پڑتا ہے کہ ہلدوانی میں دودھ پلانے کی مدت دو سال سے ڈھائی سال تک ہے۔ اس کے علاوہ اگر ہم دوسرے مطالعات (کوزیمکو اور جیاچندر ن 2011؛ بارسیلو اور دیگر، 2014) جن میں لڑکوں نے لڑکیوں کے مقابلہ میں زیادہ دودھ پیا، وہیں اس مطالعے سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہاں لڑکوں کے مقابلے میں لڑکیوں کو زیادہ دودھ پلایا جاتا ہے۔ عوامی تاثرات میں لڑکیوں کو لمبے عرصے تک دودھ پلانا خدا کا حکم سمجھا جاتا ہے۔ دودھ پلانے کی عموماً مقررہ مدت لڑکوں کے لئے دو سال اور لڑکیوں کے لئے ڈھائی سال ہے۔

5.6: خصوصی دودھ پلانے کی مدت

"خصوصی دودھ پلانا" یا "صرف دودھ پلانا" کا مطلب ہے کہ بچے کو صرف ماں کا دودھ دیں، وٹامنز، دوائیں اور ویکسین کے علاوہ کوئی دوسرے مائع یا کھانے پینے نہ دیں (یو ایس ایڈ، 2012)۔ جبکہ دودھ چھڑانے (وینگ) دودھ پلانے کے دوران ایک مشق ہے جس میں شیر خوار بچوں کو آہستہ آہستہ دودھ کے بغیر دوسرے کھانوں سے

متعارف کرایا جاتا ہے اور اس طرح دودھ چھڑایا جاتا ہے (سیڈو، 2013)۔ خصوصی دودھ پلانا بچوں کی بیماری اور اموات کی بنیادی روک تھام کے لئے صحت عامہ کے ایک لازمی حکمت عملی کے طور پر تسلیم کیا گیا ہے۔ اس کے نتیجے میں، ڈبلیو ایچ او اور یونیسف نے ڈبلیو ری کے بعد پہلے چھ ماہ کے لئے خصوصی دودھ پلانے کی سفارش کی ہے، اس کے بعد تکمیلی غذائیں متعارف کروائی جائیں گی اور 24 ماہ یا اس سے زیادہ عرصہ تک دودھ پلانا جاری رکھا جائے گا۔ جب بچوں کو خصوصی طور پر 4 ماہ سے زیادہ عرصہ تک دودھ پلایا جاتا ہے تو زندگی کے پہلے سال کے دوران نچلی سانس کی نلی کے انفیکشن کا خطرے میں 72 فیصد کی کمی واقع ہو جاتی ہے (امریکن اکیڈمی آف پیڈیاٹرکس، 2012)۔ ٹیل (2006) کے مطابق راجستھان کے موگرا گاؤں میں چھ سات مہینے کی عمر تک نوزائیدہ بچے کو صرف ماں کا دودھ دیا جاتا ہے۔ دودھ پلانا تب تک جاری رہتا ہے جب تک کہ ماں کو دودھ پلانے کا احساس موجود ہوتا ہے اور صرف اس صورت میں اسے روکا جاتا ہے جب وہ حاملہ ہو جائے، بیمار ہو جائے یا دودھ چھڑانے کا فیصلہ کرے (چوہدری، 1997)۔ ابتدائی چھ ماہ کے اندر زیادہ تر بچوں کو اضافی (سپلینٹری) کھانا دیا گیا (گیٹھلکشی اور یادو، 2017)۔ جواب دہندگان کے مطابق:

میری چھ دن کی بچی کو پڑوس کی آنٹی نے حلیم چٹا دیا تھا، وہ کہہ رہی تھی اس سے جلدی بولنے لگے گی اور سچ میں یہ آٹھ مہینے سے ہی خوب بولتی ہے۔ (IDI-19)

تیسرے مہینے سے بوتل کا دودھ دینا شروع کر دیا تھا، گائے کا دودھ صحت کے لئے اچھا ہوتا ہے، ہلکا مانا جاتا ہے اور دماغ کے لئے بھی فائدہ مند ہوتا ہے۔ (IDI-10)

میں نے سارے بچوں کو تین سے چار مہینے کی عمر سے ہی کچھ نہ کچھ کھلانا شروع کر دیا تھا۔ اور آج دیکھو میرے بچے سب کچھ کھاتے ہیں، میں خود گھر پر بنا کر کچھ نہ کچھ کھلاتی تھی، بازار کا کچھ نہیں کھلایا۔ دال کی اور سببودانے کی کھچڑی وغیرہ بچوں کے لیے فائدہ مند ہوتی ہے۔ بچوں کو کبھی کبھی

بوٹل میں نمک چینی کا گھول بھی پھلادیتی تھی اس سے بچہ موٹا ہوتا ہے۔ (IDI-4)(IDI-7)
(IDI-5)

بچے جب بیٹھنا شروع کر دیتے ہیں تو تین چار مہینے سے اس کے ہاتھ میں کھانے کے لیے بسکٹ وغیرہ دے دیتے ہیں۔ (IDI-11; IDI-24)

بچے کو کچھ بھی چھ مہینے کے بعد ہی کھلانا شروع کرنا چاہیے، لیکن میں نے تو تین چار مہینے سے ہی شروع کر دیا ہے۔ اب ماں کھا رہی ہے تو اچھا نہیں لگتا اسی لیے بچے کو چکھادی تیسوں۔ میری بچی میرا دودھ نہیں پیتی اسی لئے بھینس کا دودھ پانی ڈال کر پلاتی ہوں۔ اور جب بچہ کھانے کے لائق ہو جاتا ہے تو اسے دلہا، مونگ کی دال کا پانی، اور کھچڑی وغیرہ دیتی ہوں۔ (IDI-16)

میں نے اپنے پہلے بچے کو دو سال تک دودھ پلایا، اور دوسرے بچے کو تو ابھی پلار ہی ہوں چار پانچ مہینے کی عمر سے میں اپنے بچے کو کچھ نہ کچھ چٹا دیتی تھی، اس سے بچے کو کھانے کا ٹیسٹ بھی پیہ چل جاتا ہے۔ جب بچے کو کھلانا شروع کیا جاتا ہے تو میں جو کھانا بناتی تھی اسی سے پتلی پتلی دال نکال لیتی تھی۔ ڈاکٹر نے بچوں کو سیریلک کھلانے کو کہا تھا لیکن اتنے پیسے ہی نہیں ہوتے تھے اسی لئے جو گھر میں بنتا تھا وہی کھلادیتی تھی۔ (IDI-9)(IDI-6)

میں نے اپنے بچے کو چھ مہینے بعد سے کھلانا شروع کر دیا تھا سیرلک، پتلی کھچڑی، پرمل کی خیر، ملی ہوئی روٹی اور مونگ کی دال کا پانی دیتی تھی۔ (IDI-10; IDI-12; IDI-13; IDI-14)

جب میرا بچہ چھ مہینے کا ہوا تب سے میں نے اسے سیریلک کھلانا شروع کیا، وہ بہت اچھے سے کھاتا تھا اس کے بعد دھیرے دھیرے دوسری چیزیں بھی کھلانا شروع کی لیکن میرا بچہ دو سال کا ہونے والا ہے پھر بھی زیادہ کچھ نہیں کھاتا۔ (IDI-8) (IDI-20)

محققہ نے پایا کہ جاے مطالعہ میں لوگ 3 سے 5 ماہ کی عمر میں اپنے بچوں کا دودھ چھڑانا شروع کر دیتے ہیں۔ وہ دال کا پانی، کھچڑی، سبوت دانے کی کھچڑی، کھیر، اور کم مسالہ دار کھانہ اور سبزیوں کو دھیرے دھیرے کھلا کر دودھ چھڑانا شروع کر دیتے ہیں۔ یہ جواب دہندگان کا عام تاثر ہے کہ اگر وہ جلدی دودھ چھڑانا شروع کر دیں تو بچہ جلدی کھانا شروع

کردے گا اور بچہ ہر چیز کا ذائقہ جان لے گا۔ ابتدائی چھ مہینوں سے سپلیمنٹری کھانا، جیسے سرلیک، اور ڈبے والا خشک دودھ بھی بچوں کو دیا جاتا تھا۔ جو اب دہندگان کی بہت کم تعداد خصوصی دودھ پلانے کی اہمیت کو سمجھتی ہے اور اسکے اصولوں پر عمل کرتی ہے اور چھ ماہ کے بعد دودھ چھڑانا شروع کر دیتی ہیں۔

5.7: نوزائیدہ کی دیکھ بھال سے وابستہ امور و طریقے

وقت سے پہلے پیدا ہونے والے بچے کی دیکھ بھال

بچے کی پیدائش کے بعد، بچوں کی دیکھ بھال اس کی زندگی کا ایک اہم عنصر ہے۔ جب بچے کی پیدائش گھر میں ہوتی ہے تو اکثر پیدائش کے وقت بچے کا وزن درج نہیں کیا جاتا ہے (ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن، 1987) لیکن ادارہ جاتی ڈیلیوری میں، نوزائیدہ کا وزن باقاعدگی سے ناپا جاتا ہے۔ تحقیقات میں دیہی خواتین میں کم وزن کے بچے کے لئے معاشرتی اور ثقافتی تذبذب کا انکشاف ہوا ہے، کیونکہ انہیں خدشہ ہے کہ اس سے نہ صرف بعد از پیدائش رسم میں رکاوٹ پیدا ہوگی بلکہ بچے کو 'بری نظر' لگنے کے امکان کا سامنا کرنا پڑے گا (ویلز، اورڈائیٹس، 2014)۔

میری تیسرے نمبر کی بیٹی سات مہینے کی ہوئی تھی وہ بہت کمزور تھی دو کلو سے بھی کم تھی اسی لیے

اسے کچھ سے کے لیے روئی میں رکھا گیا۔ (IDI-2; IDI-17)

جو بچے ساتویں مہینے میں ہوتے ہیں، وہ بہت کمزور ہوتے ہیں ایسے بچوں کو ماں کو چھاتی سے لگا کر

رکھنا چاہیے جس سے بچہ جلدی پینتا ہے۔ (IDI-9)

بچہ ہونے کے بعد میرا دوپٹہ اس کے سر پر بندھا، بچے کو پرانے کپڑے ہی پہنائے تھے کیونکہ بچہ

ہونے سے پہلے اسکے لئے کوئی کپڑے نہیں بناتے ورنہ نظر لگ جاتی ہے۔ (IDI-19)

سوامہینے تک بچے کو اکیلا نہیں چھوڑا جاتا، اس کے پاس کوئی نہ کوئی رہتا ہے اور جیسے کوئی نہ بھی ہو تو اس کے پاس چھری رکھتے ہیں یا پھر گلے میں چھوٹی چھوٹی باندھ دیتے ہیں اس سے وہ ڈرتا نہیں ہے۔ ویسے یہ چیزیں سوامہینے تک رکھتے ہیں لیکن میں نے تو ابھی تک باندھ رکھی ہے۔ بڑی بیٹی کے بھی جب چھری میں جنگ لگی تو وہ نکال کر پھینکی تھی۔ (IDI-6)

بچے کو سوامہینے تک اکیلا نہیں چھوڑتے اس کے پاس چھری چاقو یا ماچس رکھنی چاہیے اور اگر بچے کو ایسا کچھ (نظر یا ہوا کا اثر) ہو جائے تو مولانا کو دکھانا چاہیے وہ تعویذ دے دیں گے یا پانی پڑھ کر دینگے اس سے بچہ ٹھیک ہو جاتا ہے۔ اس ٹائم ڈاکٹر کے چکر میں نہیں پڑنا چاہیے۔ (IDI-12)

پہل کے بچے کا بہت خیال رکھنا ہوتا ہے کیونکہ لوگ ان کے کپڑوں یا بالوں پر جادو گرا دیتے ہیں۔ یہ زیادہ تر لڑکے پر ہوتا ہے اس لئے پہل کے لڑکے کو اور اس کے کپڑوں اور بالوں کو سنبھال کر رکھنا چاہیے۔ پہل کے بچے کے اوپر بجلی بھی زیادہ گرتی ہے اسی لیے اسے آندھی اور طوفان میں باہر نہیں نکالتے اور اگر بچہ رنگ میں کالا ہو تو بجلی گرنے کے زیادہ چانس ہوتے ہیں۔ (IDI-

24)

بیانات سے پتا چلتا ہے کہ گھر میں بچے کی پیدائش کے بعد لوگ بچے کے وزن کا اندازہ لگاتے ہیں اور اگر ان کا وزن کم لگتا ہے تو وہ بچے کو گرم رکھنے کی کوشش کرتے ہیں۔ وہ بچے کو روئی میں لپیٹتے ہیں، جس سے بچہ گرم رہتا ہے۔ یہ عام سمجھ ہے کہ وہ بچے جو ساتویں مہینے میں پیدا ہوتے ہیں ان کا وزن کم ہوتا ہے۔ اور انہیں 40 دن تک گرم رکھنے کی ضرورت ہے۔ لوگوں کے مطابق نو مولود کو تنہا نہیں چھوڑنا چاہئے۔ کسی نہ کسی کو ہمیشہ اسکے ساتھ ہونا چاہئے۔ اگر یہ ممکن نہیں ہو تو پھر تیز دھار چیزیں جیسے چاقو یا ماچس اسکے پاس رکھیں اور تعویذ پہنا کر رکھیں۔ لوگ سمجھتے ہیں کہ ایسا کرنے سے بری شہ یا بھوت بچے کے قریب نہیں آتے۔ شاید وہ یہ سمجھتے ہیں کہ بری شہ یا بھوت ان چیزوں سے خوف کھاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ لوگ ان چیزوں کو بچے کے پاس رکھتے ہیں۔ عام طور پر پہلے بچے کی دیکھ بھال پر زیادہ توجہ دی جاتی ہے، اور اگر بیٹا ہو تو ان دیکھ بھال کی شدت اور بڑھ جاتی ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ خواتین، کم وزن یا وقت سے پہلے ہوئے بچے

کے ساتھ کی جانے والی کنگارو دیکھ بھال سے واقف نہیں ہیں۔ ناہی ان میں وقت پر دودھ پلا کر انکی صحت کو ٹھیک رکھنے کی اہمیت کی سمجھ ہے۔

نال کی دیکھ بھال

ڈیلیوری عمل کو دو الگ الگ سرگرمیوں پر مشتمل سمجھا جاتا ہے، ایک، بچے کی پیدائش، اور دوسرا، نال کا کاٹنا اور پلیمینٹا کو محفوظ جگہ پھینکنا (بھٹا چاریہ، 2008)۔ نوزائیدہ سیپسس اور ٹٹنس بچوں کی زندگی کے پہلے مہینے میں اموات کی تیسری سب سے بڑی وجہ ہے اور نئے کٹے ہوئے نال بیکٹیریا کا راستہ ثابت ہو سکتے ہیں جو نوزائیدہ کے ٹٹنس اور موت کا سبب بن سکتے ہیں۔ (کونی، اور براؤن، 2017)۔ نال کو کاٹ کر تب باندھنا چاہئے جب اسکی حرکت بند ہو گئی ہو (سمبیسوا اور دیگر، 2011)۔ ہندوستان میں، عام طور پر یہ رسم مختلف آلات کا استعمال کرتے ہوئے دائی کے ذریعہ ادا کی جاتا ہے (سمبیسوا اور دیگر، 2011)۔ نال کے گرنے سے پہلے اور گرنے کے بعد نال پر کئی طرح کی چیزوں کا استعمال کیا جاتا ہے جن میں انجن آئل یا پام آئل، راکھ، گرم جڑی بوٹیاں، ماں کا دودھ (خاص طور پر کولسٹرم) شامل ہے (جان اور دیگر، 2015)۔ لوگوں کا خیال تھا کہ نال پر تیل ڈالنے سے نال جلد خشک ہوتا جس سے پیٹ میں ہوا کے داخل ہونے سے بچا جاسکتا ہے (بیگم اور دیگر، 2017)۔ اسکے علاوہ نال کے گرنے کے بعد اسے گھر کے پچھلے صحن میں دفن کیا جاتا ہے، تاکہ جنگلی جانوروں، پرندوں، انسانوں کے ذریعے کیئے جانے والے جادو سے اسکی حفاظت کی جاسکے جو نوزائیدہ بچے کو کسی قسم کا نقصان پہنچا سکتے ہوں (بیگم اور دیگر، 2017)۔ جادو کے الزامات حسد اور نفرت سے وابستہ ہوتے ہیں (جو شیا اور دیگر، 2006)۔ یہ یقین کیا جاتا ہے کہ نال اور پلیمینٹا غلط طریقہ سے ادھر ادھر پھینک

دینے سے بچے کے لئے بد قسمتی کا سبب بن سکتا ہے، کیونکہ اگر یہ معاشرے کے کسی فرد کے ہاتھ لگ جاتا ہے تو وہ اس کا غلط استعمال کر سکتا ہے جس سے بچے کو نقصان ہو سکتا ہے (ہیرلیہ اور دیگر، 2013)۔

بچے ہونے کے بعد نئے بلیڈ سے اس کا نال کاٹا گیا اور پھر دھاگے سے نال کو باندھ دیا گیا اسکے بعد گرم پانی میں ڈال ڈال کر اس کی گھاٹی کی جسے اس کا منہ چھوٹا نہ رہ جائے۔ (IDI-7)

نال تو بلیڈ سے ہی کاٹا جاتا ہے لیکن جب کبھی بلیڈ نہیں ہوتی تب میں نے پکی ہوئی کینچی سے بھی نال کاٹتے ہوئے دیکھا ہے۔ لیکن اب تو ایسا ایسے حالات بہت کم آتے ہیں کیونکہ بلیڈ تو سبھی جگہ مل جاتا ہے۔ نال باندھنے کے لئے ریل کے دھاگے کا استعمال کرتے ہیں۔ (IDI-15)

بچے ہونے کے بعد نال کاٹنے کے لئے ابلا ہوا بلیڈ یوز کرنا چاہیے، ویسے تو دھاگے سے گانٹھ باندھ کر بھی نال کاٹا جاتا ہے۔ نال کاٹنے کے بعد اسے دھاگے سے باندھ دیا جاتا ہے، ویسے ہو سہیل میں تو پن لگا دیتے ہیں لیکن دھاگا ہی صحیح رہتا ہے کیونکہ پن سے پریشانی ہوتی ہے، وہ کپڑے میں اٹک جاتی ہے جس سے بچے کو درد ہوتا ہے۔ (IDI-8; IDI-13; IDI-22)

بچے کا نال سوکھانے کے لئے ڈاکٹر نے پوڈر دیا تھا اسے لگانے سے بچے کا نال سوکھ گیا تھا اور جب جھڑ گیا تو اسے اٹھا کر رکھ لیا۔ نال کو ادھر ادھر نہیں ڈالا جاتا کیونکہ اگر یہ کسی کے ہاتھ لگ جائے تو اس پر جادو بھی ہو سکتا ہے جس سے بچے کی جان بھی جاسکتی ہے۔ نال کو مصیبت کے وقت اپنے ساتھ رکھا جاتا ہے تو مصیبت حل ہو جاتی ہے جیسے آپ پر کوئی کیس چل رہا ہے اور آپ اپنے ساتھ کورٹ میں پہلے بچے کے کپڑے اور نال لے کر چلے گئے تو آپ وہ کیس جیت جائیں گے۔ اس لیے بچے کے پہلے کپڑے اور نال ہمیشہ سنبھال کر رکھنا چاہیے۔ (IDI-6)

بچے کا نال سوکھانے کے لیے اس پر سرسوں کا تیل ڈالنا چاہیے۔ اور سوکھ کر گرنے کے بعد اسے اٹھا کر رکھ لیا جاتا ہے۔ پہلے بچے کا نال بہت کام کا ہوتا ہے اس پر جادو بھی ہو جاتا ہے، اس سے عورت کی کوخ بھی بند ہو جاتی ہے۔ بچے کے کپڑے اور نال کو عدالت میں لے کر جاتے ہیں اللہ فتح کرا دیتا ہے۔ (IDI-11; IDI-23)

بچے کا نال خود گر گیا پھر میں نے نال اٹھا کر تجوری میں رکھ لیا۔ یہ میرے بیٹے کا نال ہے۔ لوگ مانتے ہیں کہ پہلے بچے کی ہر چیز سنبھال کر رکھنا چاہیے، کیونکہ کچھ لوگ چوری کر لیتے ہیں، اور جادو ٹونہ کرواتے ہیں، اس سے بچے کو نقصان پہنچتا ہے۔ جن لوگوں پر کوئی پریشانی ہوتی ہے وہ بچے کا نال چرا لیتے ہیں، اس سے ان کی ساری پریشانی بچے پر آ جاتی ہے اور وہ لوگ ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ (IDI-20)

بچے کا نال سوکھنے کے بعد میں نے اسے چھپر پر دیا۔ کہتے ہیں بچے کا نال پنچھیوں کے کھانے سے بچے میں ویسے ہی پھرتی آتی ہے۔ (IDI-7)

بچے کا نال تو خود ہی سوکھ کر گر گیا تھا پھر اسے اور پہل کے بالوں کو اٹھا کر نہر میں پھینک دیا بڑے بوڑھے کہتے ہیں کہ نال کو نہر میں ڈال دینا چاہیے اسی لیے نہر میں ڈال دیا تھا۔ (IDI-9; IDI-17)

بچے کا نال سوکھ کر گرنے کے بعد زمین میں گاڑ دینا چاہیے۔ (IDI-22)

بچے کا نال سوکھ کر گرنے کے بعد اٹھا کر رکھ لیا تھا، کیونکہ کہتے ہیں کہ بچے کا نال سنبھال کر رکھنا چاہیے۔ میرے تینوں بچوں کا نال ابھی تک سنبھال کر رکھا ہوا ہے۔ کچھ لوگ کہتے ہیں اگر اس نال کو اسکول میں ڈالو تو بچہ پڑھائی میں اچھا نکلتا ہے، کوئی کہتا ہے اگر بچے کا نال ہرے کھیت میں ڈالو تو بچے کی صحت اچھی ہوتی ہے۔ کہنے کا مطلب ہے کہ نال جس جگہ ڈالو ویسا ہی بچہ بنتا ہے۔ میں سوچ رہی ہوں کہ میں اپنے بچوں کا نال اسکول میں ڈالوں جس سے بچے پڑھائی میں اچھے نکلیں۔ (IDI-16)

بیانات سے انکشاف ہوتا ہے کہ عام طور پر گھر پر ڈیلیوری کے وقت نال کو کاٹنے کے لئے جراثیم سے پاک بلیڈ کا استعمال کیا جاتا ہے اور اس کے بعد اسے سلائی کے دھاگے سے باندھ دیا جاتا ہے۔ نال کو خشک کرنے کے لئے، لوگ ڈاکٹر کے بتائے گئے پاؤڈر کا استعمال کرتے ہیں اور کچھ لوگ سرسوں کا تیل استعمال کرتے ہیں۔ ایک بار نال سوکھ کر نیچے گر جائے تو لوگ اسے بہت احتیاط سے رکھتے ہیں۔ کیونکہ لوگوں کا یقین ہے کہ اگر کسی کو یہ نال مل جاتا ہے تو وہ اس پر جادو

کر دیتا ہے جس سے بچے کو نقصان پہنچ سکتا ہے، یا اس کی موت بھی ہو سکتی ہے، لہذا، ماں اسے چھپا کر رکھتی ہے۔ نال کا تصرف کرنے کے بہت سارے طریقوں کی اطلاع بھی حاصل ہوئی ہے۔ جیسے نال کو ایسے ہی نہیں پھینکا جائے بلکہ منصوبہ بند طریقے سے پھینکا جانا چاہئے۔ کچھ ماؤں نے بتایا کہ وہ نال کے گرنے کے بعد (خاص طور پر پہلے بچے کا نال) اسے اپنی خاص حفاظت میں رکھتی ہیں اور یہ مانا جاتا ہے کہ اگر وہ اسے مصیبت کے وقت اپنے ساتھ رکھیں گے تو ان کے تمام مسائل حل ہو جائیں گے۔ اس کے علاوہ اگر وہ اسے کسی ٹھنڈی جگہ پر ڈالیں تو، اس سے بچہ نرم خواہر خوش مجاز کا ہو گا۔ اگر اسے اسکول میں پھینکتے ہے تو، بچہ عقلمند ہو جاتا ہے، اگر وہ اسے چھت پر پھینک دیں گے اور پرندے اسے کھالیں گے تو بچہ پرندوں کی طرح تیز ہو جاتا ہے۔ لیکن کسی بھی معاملے میں اس کو ایسے ہی کہیں بھی نہیں پھینکنا چاہئے جہاں سے وہ کسی برے شخص کے ہاتھ لگ جائے۔

سر مونڈوانا

بچے کے سر پر پیدائشی بالوں کو روایتی طور پر ساتویں دن ہٹا دیا جاتا ہے، اور ان بالوں کی برابر چاندی کو صدقہ میں دیا جاتا ہے (اسٹینرام اور دیگر، 1986)۔ نوزائیدہ کو سوا مہینے کے بعد ہی گھر سے باہر لے جایا جاتا ہے (بھٹا چار یہا اور دیگر، 2008)۔ مائیں نوزائیدہ کے گلے میں تحفظ کے لئے تعویذ پہناتی ہیں۔ تعویذ ایک چھوٹی سی تھیلی میں بندھا کالا ٹکڑا ہوتا ہے جس میں دعائیں ہوتی ہے، جو بچے کی کلائی یا گردن میں باندھا جاتا ہے (گیٹر ڈائینڈ شیخ، 2001)۔

جب بچہ ہو جائے تو کچا لہسن، پیاز اور چھوٹا چاقو تعویذ بنا کر اس کے گلے میں ڈال دینا چاہیے اس سے ہوا کا اثر نہیں ہو سکتا۔ اسے بچے کو گنجا کرنے تک ساتھ رکھتے ہیں اور چھ دن کے اندر بچے کے بال بھی اترانا ضروری ہوتے ہیں۔ (IDI-2)

بچے ہونے کے بعد اسے سوا مہینے تک باہر نہیں نکالنا چاہیے۔ ایسا کہا جاتا ہے کہ جب تک بچے کے سر پر پیدائش کے بال ہوتے ہیں تو اسے باہر نہیں نکالنا چاہیے اور اگر اسے باہر لے جانا ہے تو اس کے بالوں پر موم لگا دیتے ہیں موم لگانے سے بچے پر کوئی اوپری ہوا اثر نہیں کرے گی۔ لیکن اگر بچے کو گنجا کر دیتے ہیں تو موم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ (IDI-12) (IDI-18)

بچے کے سر پر جب تک پیدائش کے بال ہوتے ہیں تب تک باہر نہیں نکالتے، ان بالوں کو جڑیل بال کہتے ہیں، ایسے بالوں کے ساتھ بچے کو باہر نہیں نکالتے بچے پر شہ کا اثر ہو سکتا ہے، یہ سب بچے پر سر سے ہی زیادہ اٹیک کرتے ہیں، اس لیے بچے کو گنجا کر ان بالوں کو زمین میں دبا دیں یا پانی میں بہا دیتے ہیں۔ (IDI-10) (IDI-13); (IDI-23) (IDI-10)

بچے کو چھٹی تک باہر نہیں نکالتے۔ اگر ضروری ہوتا ہے تو بچے کو گنجا کر ان کے بعد ہی باہر لے جانا چاہیے، کیونکہ ان بالوں سے خوشبو نکلتی ہے اور ہوائیں لگ سکتی ہیں، جو بچے کو نقصان پہنچا سکتی ہے، اور اگر گنجا کے بنا بھی بچے کو باہر لے کر جاتے ہیں تو ساتھ میں چھری رکھنا چاہیے، اس سے برے سائے اسکے پاس نہیں آتے۔ (IDI-7) (IDI-14)

سوا مہینے تک مجھے اور بچے کو گھر سے باہر جانے نہیں دیا کیونکہ اس وقت کسی کی بھی نظر یا بری ہوا جلدی لگ جاتی ہے۔ بچے کے تکیے کے نیچے ہمیشہ چاکور رکھا جاتا ہے جس سے بچے ڈرے نہیں۔ ہم نے چھ دن تک بچے کو اکیلے نہیں چھوڑا، کوئی نہ کوئی اس کے پاس ہی رہتا تھا۔ (IDI-8)

ہلدوانی میں، یہ مانا جاتا ہے کہ ولادت کے بعد کچھ چیزیں جیسے کچا لہسن، پیاز اور کچھ تیز دھات کی چیز (چھری) کو نوزائیدہ کے قریب رکھنا چاہئے یہ اسے بری نظروں سے دور رکھتے ہیں۔ اسے نوزائیدہ کے قریب ہی رکھنا چاہئے جب تک کہ سر منڈانے کی تقریب نہیں کی جاتی ہے۔ نوزائیدہ کے سر کے پیدائشی بالوں کو جڑولے بال کہا جاتا ہے، اور نوزائیدہ کو اس طرح کے بالوں کے ساتھ باہر لے جانے کی سخت ممانعت ہے کیونکہ ایسا مانا جاتا ہے کہ بچے کے پیدائشی بالوں کی ایک خاص اہمیت ہے، ان سے کچھ الگ قسم کی بو نکلتی ہے جو انہیں بری نظر اور جادو ٹونے کی اپنی طرف راغب کرتا ہے۔

لہذا پیدائش کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو بچے کو گنجا کر ادینا چاہئے، کیوں کہ لوگ ان بالوں پر جادو بھی کر سکتے ہیں۔ اسی لئے نوزائیدہ کے بالوں کا خاص خیال رکھا جاتا ہے اور سر منڈوانے کی تقریب انجام دی جاتی ہے۔

ختنہ

ختنہ دنیا بھر میں کئے جانے والا ایک سب سے قدیم اور متنازعہ جراحی طریقہ ہے اور یہ مسلمان اور یہودی مردوں میں تقریباً عالمگیر ہے (الائیس، ایم سی، اور لوسیڈی، 2004)۔ ختنہ عام طور پر پیدائش کے چند ہفتوں کے اندر کیا جاتا ہے۔ اس میں بار بار لنگوٹ کو بدلنے کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے، جس سے زخم جلدی بھر سکے (سٹنرام اور دیگر، 1986)۔ مسلمانوں میں مرد کا ختنہ بڑے پیمانے پر عمل کیا جاتا ہے اور اسے اسلام میں ایک سنت سمجھا جاتا ہے (رضوی، نقوی، حسین، اور حسن، 2002)۔

لڑکوں کے ختنہ تو ہوتے ہی ہیں، یہ سنت بھی ہیں۔ ہاسپٹل سے آنے کے بعد بچے کا ختنہ کرا دی تھی۔ پہلے تو بچے بڑے بچوں کی ہوتی تھی، لیکن اب چھوٹے بچوں کی کرا دی جاتی ہیں۔ اس سے بچہ چھٹی تک ٹھیک ہو جاتا ہے اور اسے زیادہ تکلیف بھی محسوس نہیں ہوتی اور چھوٹے پر ختنہ کرانے پر وہ زیادہ ہاتھ پیر بھی نہیں چلاتے اس سے جلدی ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ لیکن اگر بچے زیادہ کمزور ہو تو تھوڑا بڑے ہونے پر ہی ختنہ کرنا چاہیے۔ (IDI-6; IDI-14; IDI-13)

ختنہ گھر پر آکر چوتھے دن کرا دی تھیں، گھر پر ہی نائی کو بلا لیا تھا ختنہ کرنے کے لیے۔ اس نے ٹیوب دیا تھا اور راکھ جیسی بھی کوئی چیز دی تھی، اسے بچے کی مسلمانی پر باندھی تھی اس سے ختنہ ٹھیک ہو گئی تھی۔ نائی ڈاکٹر نہیں ہوتے لیکن ختنہ کرتے رہتے ہیں انہیں پتہ ہوتا ہے کی کوئی دوا دینی چاہئے۔ (IDI-6; IDI-10)

جب بچے ایک مہینے کا تھا تب اس کا ختنہ گھر پر ہی نائی کو بلا کر کروائی، نائی نے ختنہ صحیح کرنے کے لئے دوا پوڈر دیا تھا۔ (IDI-18)

اس تحقیق میں انکشاف ہوا ہے کہ مسلم معاشرے میں مرد بچے کی پیدائش کے فوراً بعد ہی ختنہ کرنا ایک بہت ہی اہم رسم ہے۔ روایات میں یہ عکاسی کی گئی ہے کہ ماضی کے برعکس ختنہ تین چار سال تاخیر سے ہوا کرتا تھا، اب یہ ایک ہفتہ کے اندر کیا جاتا ہے۔ بچے کی پیدائش کے بعد جلد از جلد ختنہ کرنے کو ترجیح دی جاتی ہے کیونکہ نوزائیدہ ہونے کی حیثیت سے وہ پیروں اور ہاتھوں کو حرکت دینے کے لئے اتنا متحرک نہیں ہوتا۔ تمام جواہر دہندگان نے بتایا کہ ختنہ نائی (غیر پیشہ ور) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ نائی بچے کو ختنہ پر باندھنے کے لئے کچھ دوائیں، مرہم اور راکھ دیتا ہے اور 3 سے 5 دن میں اس کی صحت ٹھیک ہو جاتی ہے۔ تمام جواہر دہندگان کو اس پر پختہ یقین ہے۔

نوزائیدہ کی ماش

ہندوستانی سیاق و سباق میں، نوزائیدہ بچوں پر تیل کی مساج روزانہ کی جاتی ہے (شکرارائان اور دیگر، 2005)۔ مختلف اشیاء (مختلف تیل، راکھ اور مٹی "دیسی چاک" یا "کالابش چاک" وغیرہ) سے بچے کی روایتی مساج کی جاتی ہے جو پیدائش کے بعد تیسرے دن سے شروع ہوتا ہے اور 9 مہینے تک چلتا ہے (جان اور دیگر، 2015)۔

بچے کے شریر پر جو بال ہوتے ہیں اسے ہٹانے کے لیے لوئی کرنا چاہیے۔ تم نے دیکھا ہوگا بہت سے بچوں کے ہاتھ پیروں اور چہرے پر بہت بال ہوتے ہیں اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بچپن میں لوئی پلٹری نہیں ہوتی ہے۔ لوئی بنانے کے لئے تھوڑے سے آٹے کو گھی میں گوندھا جاتا ہے اور اس سے بچے کے جسم پر پلٹری کرتے ہیں۔ (IDI-6)

میں نے بچے کی پلٹری کی، ویسے میرے بچے کے شریر کچھ سفید سفید کچھ نہیں تھا، یہ ان عورتوں کے بچوں کے ہوتا ہے جو پریگنٹنسی کے دوران گوٹکا کھایا سوکھا گولا کھاتی ہیں۔ (IDI-19)

کچھ دن تک بچے کی پلٹری کی گئی، اس سے بچے کے شریر کے بال ختم ہو جاتے ہیں اور وہ چکنار ہتا ہے۔ اس سے کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ میدہ کو تیل میں ملا کر ہلکے ہلکے کجاتی ہے، اس سے ہڈیاں مضبوط ہوتی ہیں اور طاقت بھی ملتی ہے۔ (IDI-10; IDI-18)

بچے کی پلٹری میدہ اور گھی سے کی، اس سے بچے کا شریر کاروا جھڑ جاتا ہے، اس سے درد نہیں ہوتا بلکہ خال مضبوط ہوتی ہے۔ (IDI-11)

مطالعہ علاقے میں، خواتین ایک خاص طرح کے تیل اور آٹے سے ماش اور ویکسنگ کرتی ہیں۔ ویکسنگ نوزائیدہ کے جسم سے بالوں کو دور کرنے کے لئے کی جاتی ہے۔ تیل کی ماش بچوں کی بہتر صحت اور بچے کے جسم خاص کر ہڈیوں کو فعال اور مضبوط بنانے کے لئے کی جاتی ہے۔ ابتدائی چند ہفتوں کے دوران، ویکسنگ کی جاتی ہے اور اس کے بعد مساج کیا جاتا ہے۔ دونوں عمل تقریباً ایک ہی فیشن میں ہوتے ہیں لیکن توجہ مختلف ہے۔

5.8: ٹیکہ کاری

حفاظتی ٹیکہ کاری ہر بچے کے لئے بہت ضروری ہیں۔ یہ بچے کو مختلف بیماریوں اور انفیکشن سے بچاتا ہے اور بچے کی قوت مدافعت کو بڑھاتا ہے۔ ٹیکہ کاری آج تک کی سب سے زیادہ مؤثر صحت مداخلت میں سے ایک ہے، جس سے ہر سال لگ بھگ 2 سے 3 ملین اموات کو روکا جاتا ہے (یونیسف، 2018)۔ 1980 کی دہائی کے شروعات میں دنیا بھر میں 80 فیصد بچوں کو چھ طرح کے ویکسین، پولیو، ڈھیپیریا، پرنٹیوسس، تنیخ اور خسرہ کے ٹیکے فراہم کرنے اور ہر سال لاکھوں جانیں بچانے کے لئے ایک عالمی کوشش کا آغاز کیا گیا تھا (کین اور دیگر، 2002)۔ حفاظتی ٹیکہ کاری صحت عامہ کی سب سے زیادہ سرمایہ کاری مؤثر مداخلت ثابت ہوئی ہے۔ ٹیکہ کاری کے مضر اثرات اور والدہ کے ٹیکے لگنے سے خوف کے خیال کو ٹیکہ کاری کی راہ میں سب سے بڑی رکاوٹ سمجھا جاتا ہے (موگاڈا اور دیگر، 2017)۔ بہت سے مطالعات میں ماں کے علم، رویوں اور پریکٹس اور بچوں کی ٹیکہ کاری کے بیچ گہرا تعلق ملا ہے (مثلاً اور دیگر،

2017؛ بارسلو اور دیگر، 2014)۔ لڑکیوں اور لڑکوں کے ٹیکہ کاری کے مابین امتیازی سلوک پایا جاتا ہے، لڑکوں کے مقابلے میں لڑکیوں کی ٹیکہ کاری کی رسائی کم دیکھی گئی ہے (فلر اور دیگر، 1999؛ فکری اور پاشا، 2004)۔ اے این ایم اور آشا حفاظتی ٹیکہ کاری کے لئے اہم سہولت کار اور معلومات کا ایک قابل اعتماد ذریعہ ہیں اور ان کے مشورے کی وجہ سے حفاظتی ٹیکوں کی شرح ڈیڑھ گنا بڑھی ہے۔

جدول نمبر 5.2: ہندوستان میں حفاظتی ٹیکہ کاری پروگرام

Vaccine	Protection	Route	Dose	Site	No. of doses	Vaccination Schedule
Hepatitis B	Hepatitis B	Intramuscular	0.5 ml	Anterolateral side of mid-thigh	4	Birth dose (within 24 hours) for institutional deliveries, Primary three doses at 6, 10 & 14 week
BCG (Bacillus Calmette Guerin)-Lyophilized vaccine	Tuberculosis	Intradermal	0.1ml (0.05ml until 1 month age)	Left Upper Arm	1	at birth (upto 1 year if not given earlier)
OPV (Oral Polio Vaccine)-Liquid vaccine	Poliomyelitis	Oral	2 drops	Oral	5	Birth dose for institutional deliveries, Primary three doses at 6, 10 & 14 week and one booster dose at 16-24 month of age. Given orally
DPT (Diphtheria, Pertussis and Tetanus Toxoid) -Liquid vaccine	Diphtheria, Pertussis and Tetanus	Intramuscular	0.5 ml	The anterolateral thigh and to older children (4 to 5 years)	5	Three doses at 6, 10 & 14 week and two booster dose at 16-24 month and 5-6 years of age

				old) in the deltoid muscle.		
Measles Lyophilized vaccine	Measles	Subcutaneous	0.5 ml	Right upper Arm	2	9-12 months of age and 2nd dose at 16-24 months.
Hib (given as pentavalent containing Hib+DPT+Hep B) (in 8 states) – Liquid vaccine	Hib Pneumonia and Hib meningitis	Intramuscular		The vastus lateralis muscle of the thigh	3	6, 10 & 14 week of age
Vitamin A		Oral	2 ml (2 lakh IU)	Oral	9	At 9 completed months, second in 16-18 months. Then one dose every 6 months up to the age of 5 years.

MoHFW. (2018). *Universal Immunization Program*. New Delhi: National Health Portal.

ویکسینیشن، اس کی اہمیت اور فیلڈ لیول ہیلتھ ورکرز کے کردار کے بارے میں دلچسپ بیانیہ مندرجہ ذیل ہیں۔

میں نے اپنی لڑکیوں کے کوئی ٹیکے نہیں لگوائے، لیکن جب بیٹا ہوا تب لگا کہ کہیں کچھ نہ ہو جائے اسی لئے اس کے کچھ ٹیکے لگوائے پورے ٹیکے اس لیے نہیں لگوائے کیوں کہ جن کے ٹیکے نہیں لگے پھر بھی انہیں کچھ نہیں ہوا۔ لیکن پولیو ڈراپ سب کو پلوائی۔ بچے ہونے کے بعد ماں اور بچے کے ٹی ٹی ضرور لگانا چاہیے۔ (IDI-2)

بچے ہونے کے بعد انجکشن تو سبھی لگوائے بچے کے پانچ سال تک کے سبھی ٹیکے لگوائے ہیں۔ اور پولیو ڈراپ بھی پلوائی۔ (IDI-4, IDI-5, IDI-10, IDI-17, IDI-23)

میں نے اپنے سبھی بچوں کے سبھی ٹیکے لگوائے۔ ایک دو چھوٹ گئے ہوں تو پتہ نہیں لیکن اپنی یاد سے تو میں نے سبھی ٹیکے لگوائے۔ آشا اور آنگن واڑی، اے این ایم کے آنے پر مجھے بلانے آتی تھی۔ میں نے اپنے بچوں کے رونے کے باوجود بھی سارے ٹیکے لگوائے۔ (IDI-7; IDI-

14)

میں نے اپنے بچوں کے سبھی طرح کے ٹیکے لگوائے۔ پولیو ڈراپ بھی پلوائی، اگر میں کبھی اپنے میکے بھی جاتی تھی تب بھی میں نے اپنے بچوں کے سارے ٹیکے لگوائے کیوں کہ بچے کا جو کارڈ ہوتا ہے اس کے ذریعے آپ کہیں بھی ٹیکے لگوا سکتے ہیں۔ (IDI-8)

میں نے چوبیس گھنٹے کے اندر اپنے بچوں کے ٹیسٹ بھی کروائے تھے، جو بھی ڈاکٹر نے لکھے تھے۔ میں نے اپنی بیٹیوں کو روبیلا وائرس کا بھی ٹیکا لگایا۔ اس کے علاوہ سارے ضروری ٹیکے لگوائے۔ میں اپنے دونوں بچوں کو سارے ٹیکے لگوائے کوئی ٹیکہ نہیں چھوڑا۔ کیونکہ ٹیکے دونوں کو لگوانے ہوتے تھے اسی لئے ایک ساتھ نہیں لگاتے تھی، ایک ہفتے میں ایک کو دوسرے ہفتے میں دوسرے کو لگواتی تھی ایک ساتھ لگوانے پر دونوں کو سنبھالنا مشکل ہو جاتا تھا۔ (IDI-9)

میری بچی بھلے ہی گھر پر ہوئی ہو لیکن میں نے اس کے سارے ٹیکے ہو سٹیبل میں لگوائے۔ گھر پر بچہ کرا کر میری صحت کے ساتھ تو گھر والوں نے کھلوا کر ہی دیا تھا لیکن میں اپنی بچی کے ساتھ کیسے ہونے دیتی، اسی لئے اس کے ٹیکے لگوائے۔ لیکن کچھ بخار آنے کی وجہ سے چھوٹ گئے تھے، کیوں کہ ٹیکے لگوانے کی وجہ سے اس کے ہاتھ پیر سوج جاتے تھے۔ (IDI-16)

بچہ ہونے کے بعد ٹی ٹی انجکشن بھی لگوانا ضروری ہو جاتا ہے، کیونکہ بچہ گھر پر ہوتا ہے تو کیا پتہ ماں اور بچے کو کہیں ناخون وغیرہ لگ گئے ہوں تو ایسے حالات میں ٹنشن ہونے کا چانس رہتا ہے اسی لئے بچہ ہونے کے بعد ٹی ٹی لگوانا چاہیے۔ (IDI-22)

بیانات میں پایا گیا ہے کہ ماؤں کو حفاظتی ٹیکوں کی اہمیت کا اندازہ ہے اور وہ اپنے بچوں کی مکمل ٹیکہ کاری کے لئے سنجیدہ ہیں۔ یہاں تک کہ انہیں اپنے بڑے بچوں کے ٹیکے نہ لگوانے کا افسوس بھی ہے۔ خواتین کو علم ہے کہ ٹیکہ کاری کے ذریعے خطرناک بیماریوں سے بچا جاسکتا ہے تھا، اور وہ حالیہ مزید ٹیکوں میں اضافے کے بارے میں بھی آگاہ ہیں۔ زیادہ تر جواب دہندگان نے اپنے بچوں کی مکمل ٹیکہ کاری کرائی اور جبکہ جواب دہندگان کی بہت کم تعداد نے بچے کی ویکسینیشن میں تاخیر کی یا نظر انداز کیا۔ یہ بات بھی سامنے آئی کہ بیٹوں کی ٹیکہ کاری کے لئے تشویش کافی زیادہ ہے۔ آشا، آنگن واڑی اور اے این ایم کا مطالعہ علاقے میں ٹیکہ کاری کے لئے بہت فعال کردار ہے۔ خواتین کو ٹیکہ کاری کا کارڈ

اور انکے نظام الاوقات کے بارے میں اچھی آگاہی حاصل ہے۔ وہ جانتی ہیں کہ اس کارڈ کے ذریعے وہ کسی بھی جگہ بچے کے ٹیکہ لگوا سکتی ہیں۔ جڑواں بچوں کی ماں کو دوسروں کے مقابلے میں زیادہ پریشانی کا سامنا کرنا پڑا۔ اس نے ایک ہفتہ کے وقفے پر اپنے دونوں بچوں کو ایک ہی طرح کے ٹیکے لگوائیں۔ اس بچوں کی ٹیکہ کاری کے بارے میں ماؤں کی تشویش کی عکاسی ہوتی ہے۔

5.9: بچوں کے صحت سے متعلق مسائل کی روک تھام

“ترقی پذیر ممالک کے لاکھوں بچے اپنی پانچویں سا لگرہ پر پہنچنے سے پہلے ہی دم توڑ دیتے ہیں۔ اس طرح کے ممالک میں دس میں سے سات اموات بیماریوں کی وجہ سے ہوتی جن میں اسہال، پانی کی کمی، اکیوٹ ریسپیریٹری انفیکشن، خسرہ، ملییریا اور غذائی قلت شامل ہیں“ (انگل، اور ملہوترا، 2007)۔ بیماریوں کے علامات کی تشریح اور اس کے بعد صحت کی دیکھ بھال کے رویوں اور اس کے علاج کے بارے میں کافی معلومات کی ضرورت ہوتی ہے (ہیڈلملما اور دیگر، 2008)۔ بہت سے معاشروں میں، طبی امداد حاصل کرنے سے پہلے عام طور پر بیمار بچوں کے لئے گھریلو علاج کا استعمال کیا جاتا ہے، اور اسی وجہ سے بعض اوقات بچوں کو بچانے میں دیر ہو جاتی ہے (جان اور دیگر، 2015)۔ بچوں کے تحفظ کے کچھ مقامی طریقوں کو حفاظتی خیال کے طور پر تصور کیا جاتا ہے، مثال کے طور پر، جڑی بوٹیوں کے علاج؛ گردن، کمر اور کلائی پر تعویذ باندھنا، جسم کی مساج کرنے کے لئے مختلف تیلوں اور مرہموں کا استعمال وغیرہ۔ (جان اور دیگر، 2015)۔ مطالعہ علاقے میں بھی اسی طرح کے بیانات سامنے آئے ہیں:

بچوں کے علاج کے لئے گھر میں ہی کچھ نہ کچھ کرتی ہوں اور اگر زیادہ طبیعت خراب ہو جاتی ہے تو بنگالی ڈاکٹر سے دوا لے آتی ہوں کیونکہ سرکاری ہسپتال میں لاپرواہی بہت ہوتی ہے۔ (IDI)

2)

بچوں کو چھوٹی موٹی پریشانی ہونے پر گھر پر ہی کچھ استعمال کرتی ہوں جیسے۔ زکام ہونے پر اجوائن کا پانی، کھانسی ہونے پر دیسی انڈے کی زردی، پسلی چلنے پر لائی اور مٹی کا تیل ملا کر لگادیتی ہوں، اس کے علاوہ الٹی دست ہونے کالے چنے بھگیو کر اسکا پانی پلا دیتی ہوں اور زیادہ پریشانی ہونے پر ڈاکٹر کے دکھادیتے ہیں۔ (IDI-4)

میں نے اپنے بچوں کو کوئی بھی پریشانی ہونے پر تورنت ڈاکٹر کو دکھایا۔ کبھی کبھی جب کوئی چھوٹی موٹی بات ہوتی ہے تو گھر میں ہی ٹھیک کرنے کے لئے کچھ کھلا دیتی ہوں جیسے۔ اگر بچے کو صحیح سے نیند نہیں آتی تو زانفل اور دال چینی پیس کر ماں کے دودھ کے ساتھ پلانے سے بچے کو اچھی نیند آتی ہے، دال چینی کو اگر بچے کو کھانسی میں دیتے ہیں تو بہت آرام دیتی ہے۔ بچے کو سردی لگنے پر لہسن جلا کر اسکے تیل سے مالش کرنے پر سردی میں بہت آرام ملتا ہے۔ (IDI-6)

زکام ہونے پر تیل کو لونگ ڈال کر گرم کیا جاتا ہے اور اس سے سینے ہتھیلیوں اور تلووں پر ملا جاتا ہے، جسے سردی ختم ہو جاتی ہے۔ بچپس میں سوہاگے کو آگ پر رکھتے ہیں جب وہ پھول جاتا ہے تب ماں کے دودھ میں ملا کر پلانے سے پیچیس ٹھیک ہو جاتی ہیں اور بچہ ہلدی بھی ہوتا ہے۔ (IDI-9)

اگر بچے کو ڈاریا ہو جاتا ہے تو دودھ میں سوہاگہ بھون کر دیتی ہوں، بچے کو سردی ہو جاتی ہے تو سرسوں کا تیل گرم کر کے مالش کر دیتی ہوں۔ بچوں کے دانت نکلنے پر سہاگے کو شہد میں ملا کر بچے کے مسوڑے پر لگاتی ہو۔ (IDI-12)

بچے کو سردی ہونے پر لہسن کو تیل میں جلا کر دیتے ہیں، ٹھنڈے پانی میں 555 گھٹی ملا کر دینے سے سردی بخار الٹی دست ٹھیک ہو جاتے ہیں، یہ الٹی دست میں سب سے زیادہ فائدہ مند ہوتا ہے۔ او آرابس کا گھول پلانے سے بھی دست میں فائدہ ہوتا ہے اس کے علاوہ کوئی پریشانی ہونے پر ڈاکٹر کو دکھانا چاہیے۔ (IDI-10)

بچے کے پیٹ میں اینٹھن ہو تو اسے گھٹی پلا دو بازار والی گھٹی۔ پان اجوائن کی گھٹی اور لہسن، لونگ اور جائیپھل یہ تینوں چیزیں تیل کے ساتھ ملا جلا کر بچے کے سینے اور تلوے میں لگانے سے سردی ختم ہو جاتی ہے۔ (IDI-11)

جب بچہ بیمار ہوتا ہے تو ہم اپنا ہی علاج کرتے ہیں جیسے سردی ہونے پر سرسوں کا تیل
 بلدیاں۔ اجوائن کا پانی پلادیا، پان میں نمک ڈال کر پلانے سے بچے کے زکام اور کھانسی میں فائدہ ہوتا
 ہے۔ پیلیا ہو تو جھڑو لینا چاہیے، ماما نکلتی ہے تو گھر میں چھوکا نہیں کرنا چاہیے اس سے دعا کرنی
 چاہیے کہ ماما مایا جیسے آئی ہو ویسے واپس چلی جاؤ۔ بچے کو نظر سے بچانے کے لیے نظر اتارنا چاہیے
 اور کالا ٹیکا لگانا چاہیے۔ میں نے اپنے بچے کا پیلیا مولانا سے چھڑوایا ڈاکٹر کو اس لئے نہیں دکھایا
 کیونکہ ڈاکٹر نے اسے مشین میں رکھنے کو کہا تھا ہم نے تو مولانا سے ہی چھڑوایا اور وہ ٹھیک
 ہو گیا۔ (IDI-13)

اگر میری بیٹی کو سردی ہو جاتی ہے تو اجوائن اور لہسن کا تیل لگاتی ہوں، الٹی دست میں بازار کی گھٹی
 کنگنہ پانی کے ساتھ دی جاتی ہے، بچے کو نظر سے بچانے کے لئے پڑھی ہوئی روئی اسکے بدن پر ملتے
 ہیں اور پھر اسے تیل میں بھگو کر جلا دیتے ہیں۔ (IDI-14)

جب بچے کو بخار آتا ہے تو ٹھنڈے پانی کی پٹیاں رکھنی چاہیے، میں تو اپنے پاس پیرا سیٹامول کا سیرپ
 رکھتی ہوں جب بچے کو بخار آتا ہے تو وہی دے دیتی ہوں۔ اگر بچے کو ٹھنڈ لگ جائے تو ماں کا دودھ
 چچ میں نکال کر اسے موم بتی پر گرم کر کے پھر اس کی ملائی ہٹا کر بچے کو دینا چاہیے۔ اگر بچے کے
 پیٹ میں درد ہو تو ہینگ کالیپ لگا دینا چاہیے۔ (IDI-16)

بچے کو بخار آنے پر ثابت دانہ کی کھچڑی دینا چاہئے اور کھوکھلا منعقہ کھلا دینا چاہیے۔ الٹی دست میں
 نمک چینی کا گول پلانا چاہیے۔ سردی لگنے پر بچے کو پان کھلا دینا چاہئے اور اگر بچے کو ان سب چیزوں
 سے اثر نہ ہو تو ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے۔ شروعات میں بچے کو جو کالی پوٹی آتی ہے اس کے لئے بچے کو
 دودھ میں شہد ڈال کر پلانا چاہیے اس سے بچے کا پیٹ بالکل صاف ہو جاتا ہے۔ (IDI-17)

بچے کو ٹھنڈا ہونے پر اجوائن کا پانی پلایا جاتا ہے۔ ہو سہیل میں جو بچے ہوتے ہیں انہیں پیلیا کی
 شکایت ہو جاتی ہے اور گھر پر ہوتے ہیں تو انہیں نہیں ہوتی جن بچوں کو پیلیا کی شکایت ہو انہیں
 دھوپ دکھانی چاہیے۔ میرے دونوں بچے ہو سہیل میں ہوئے اسی لیے انہیں پیلیا ہوا، بچوں کا
 پیلیا جھڑوایا بھی اور ڈاکٹر کو بھی دکھایا۔ (IDI-18)

سردی سے بچانے کے لیے بادام اور شہد دیتی ہوں۔ دستوں میں مونگ کی دال اور چاول کی پتی کھڑی دینی چاہیے، جس میں مونگ کی دال زیادہ ہونی چاہیے۔ بچے کے دانت نکل رہے ہیں تو گریپ واٹر اور ہو میو پیٹھ کی گولیاں کھلانی چاہیے۔ ڈاکٹر تو ایسا نہیں بولا لیکن یہ میں خود ہی دیتی ہوں میں نے بہت لوگوں کو کھلاتے ہوئے دیکھا ہے۔ (IDI-20)

بچے کو ٹھنڈ سے بچانے کے لیے گھر پر گھٹی بنا کر پلانی چاہیے۔ بچے کی پسلی چلنے پر ہلدی کا لیپ لگا کر اسے نیوز پیپر سے دوادینا چاہیے۔ اگر بچہ چڑچڑا ہو رہا ہو یا نیند کم آرہی ہو تو زانفل کو گھس کر اسے چٹانا چاہیے۔ بچے کو ٹھنڈ لگنے پر لہسن اور لونگ کا تیل ملا کر لگانے سے بچے کو آرام ہوتا ہے۔ (IDI-22)

لہسن، اجوائن اور لونگ کو ملا کر تیل بناتے ہیں اور اسے ملنے سے بچے کی سردی ختم ہو جاتی ہے۔ زیادہ الٹیاں ہونے پر پیاز کا عرق پلاتے ہیں۔ بخار اور دست میں ڈاکٹر کو دکھاتے ہیں۔ زیادہ چھوٹے بچے کے پیٹ میں درد ہو تو بینگ کو گرم کر کے اس کے پیٹ پر، پسلیوں اور بیسوں ناخنوں پر بھی ملتے ہیں اس سے پیٹ کا درد کم ہو جاتا ہے۔ (IDI-23)

نئے بچے کو جو کالی پوٹی آتی ہیں اس میں چائے میں گھی ڈال کر پلانے سے ٹھیک ہو جاتا ہے۔ (IDI-22)

ابھی کچھ دن پہلے میرا بیٹا چکر کھا کر گر گیا تھا، اس کے لیے میں نے ڈاکٹر کو دکھایا، بچے کے معاملے میں کوئی رسک نہیں لیتی۔ (IDI-3)(IDI-8)

جائے مطالعہ میں بچوں کو ہونے والی عام بیماریاں کھانسی، نزلہ، پسلی چلنا، الٹی دست، بخار اور پیٹ میں درد وغیرہ قابل ذکر ہیں۔ جواب دہندگان نے بتایا کہ وہ بچے کو بیماری اور صحت سے متعلق دیگر پریشانیوں سے بچانے کے لئے مختلف دیسی دوائیں استعمال کرتے ہیں۔ ان میں روایتی طریقے شامل ہیں جیسے مذہبی رہنماؤں کے ذریعہ دیئے گئے تعویذ کا استعمال، جڑی بوٹیاں، پان، چھال اور جڑوں کا استعمال وغیرہ۔ عام طور پر استعمال ہونے والی دیسی جڑی بوٹیوں میں پان، اجوائن، لہسن وغیرہ شامل ہیں۔ اسکی تفصیلات ٹیبل 5.1 میں دی گئیں ہیں۔ لوگوں کا ماننا ہے کہ ان تمام طریقوں

سے بچوں کی صحت کو راحت ملتی ہے اور ان کی قوت مدافعت میں بہتری آتی ہے۔ یہ بات بھی سامنے آئی ہے کہ جب ماؤں کو لگتا ہے کہ بچے کی بیماری بڑھ رہی ہے تو وہ فوراً ڈاکٹر کو دکھانے کے لئے جاتی ہے، لیکن وہ سرکاری اسپتالوں کی لاپرواہی کی وجہ سے سرکاری صحت کی سہولت سے بھی گریز کرتی ہیں۔

جدول نمبر 5.3: بچوں کی صحت سے متعلق مسائل اور گھریلو علاج

نمبر شمار	صحت مسائل	گھریلو علاج	IDI
1	سردی	اجوائن کا پانی	IDI-4; IDI-18
2	خاصی	انڈے کی زردی	IDI-4
3	پسلی چلنا	لائی اور مٹی کا تیل ملا کر لگانا	IDI-4
4	الٹی دست	کالے چنے بھیکو کر اسے کا پانی پلانا	IDI-4
5	صحیح سے نیند نہ آنا	زائفل اور دلچینی پیس کر ماں کے دودھ کے ساتھ دینا	IDI-6
6	خاصی	دلچینی	IDI-6
7	سردی لگنا	لہسن جلا کر اسکے تیل سے مالش کرنا	IDI-6; IDI-10
8	زخام	تیل کو لونگ کے ساتھ گرم کر کے اسکی مالش	IDI-9
9	تینچیں	سوباگے کو آگ پر رکھتے ہیں، جب وہ پھول جاتا ہے تب ماں کے دودھ میں ملا کر پلانا چاہیے	IDI-9
10	دست	پانی میں 555 گھٹی	IDI-10
11	دست	او آریس کا گھول	IDI-10
12	پیٹ میں اٹھان	بازار والی گھٹی	IDI-11
13	سردی	پان، اجوائن کی گھٹی اور لہسن، لونگ، جائفل ملا کر اسے جلانیں پھر بچے کے سینے اور تلوے میں لگائیں	IDI-11
14	سردی	سرسوں کا تیل ملے اور اجوائن کا پانی پلائیں	IDI-13
15	زخام	پانی میں پان اور نمک ڈال کر پکائیں اور اسے پلائیں	IDI-13
16	پیلیا	مولانا سے جھڑوائیں	IDI-13
17	سردی	اجوائن اور لہسن تیل کا استعمال	IDI-14
18	بخار	ٹھنڈے پانی کی پٹیاں ماتھے پر رکھیں	IDI-16

IDI-16	ماں کے دودھ کو چچ میں لیکرا سے موم بتی پر گرم کریں پھر اسکی ملائی ہٹا کر اسے بچے کو پلائیں	ٹھنڈ	19
IDI-16	ہینگ کالیپ	پیٹ میں درد	20
IDI-17	سابوت دانے کی کھجڑی دینا چاہئے اور کھو کھلہ منعقد	بخار	21
IDI-17	نمک اور چینی کا گھول	الٹی دست	22
IDI-17	پان اور اجوائن	سردی	23
IDI-17	دودھ میں شہد	کالی پوٹی	24
IDI-18	صبح کی دھوپ	پیلیا	25
IDI-20	کنگاروسکائی	بخار	26
IDI-20	دودھ میں منکھ پکا کر دینا چاہئے	بخار	27
IDI-20	بادام اور شہد	سردی	28
IDI-20	مونگ کی دال اور چاول کی تپتی کھجڑی	دست	29
IDI-20	گریپ وائر اور ہومو پیٹھک کی گولی	دانت نکلنا	30
IDI-22	ہلدی کالیپ	پسلی چلنا	31
IDI-22	جانفل کو گھس کر اسے بچے کو چٹاتے ہیں	چڑچڑھاہٹ	32
IDI-22	لہسن اور لونگ کا تیل	ٹھنڈ	33
IDI-23	لہسن، اجوائن اور لونگ کو ملا کر تیل بناتے ہیں	سردی زخام	34
IDI-23	پیاز کا عرق	الٹیاں	35
IDI-23	ہینگ کو گرم کر کے بچے کے پیٹ پر اور میسوں ناخن پر ملتے ہیں	پیٹ میں درد	36
IDI-24	پان اور اجوائن	سردی	37
IDI-24	انڈے کالیپ	سردی	38
IDI-24	نمک لیمو کا پانی اور آرائس	الٹی	39

5.10: بچوں کی اموات

1998 میں ہندوستان میں، تقریباً 25 لاکھ پانچ سال سے کم عمر والے بچوں کی موت ہوئی، جو کسی بھی ملک کی سب

سے زیادہ تعداد ہے (کلیسنارڈیگر، 2000)۔ زندگی کے پہلے مہینے میں اموات کی شرح، پانچ سال سے کم عمر بچوں

میں ہونے والی کل اموات کے 46 فیصد ہے جسے زیادہ تر روکا بھی جاسکتا ہے۔ چونکہ عالمی سطح پر پانچ سال سے کم عمر کے بچوں میں اموات کم ہو رہی ہیں، لیکن ان بچوں میں زندگی کے شروعاتی دنوں میں اموات کی شرح زیادہ ہے جس پر زیادہ غور کرنے کی ضرورت ہے (ڈبلیو ایچ او)۔ اتر اٹھنڈ میں بچے کی زندگی کے ابتدائی دنوں میں ہونے والی موت کی سب سے بڑی وجوہات میں ریسپرائٹری ٹریکٹ انفیکشن اور اسہال ہے، اور سب سے عام نال کا انفیکشن شامل ہیں (کیپلا، 2004)۔

میری ایک بچی تیرا دن کی ہو کر مر گئی تھی، اسے پیلیا ہو گیا تھا۔ جب پتہ چلا تو اگلے ہی دن گزر گئی پیلیا جھڑوانے کا بھی موقع نہیں ملا۔ (IDI-14)

میرے دوسرے نمبر کی بچی آٹھ مہینے کی ہو کر مر گئی تھی، اس کے ٹائم پر ڈاکٹر نے مجھے صفائی کرانے کے لیے کہا تھا لیکن میں نے نہیں کرائی۔ اسے بخار رہتا تھا، علاج بہت کرایا لیکن وہ نہیں بچ پائی، پتہ نہیں کیا ہوا تھا اس کے منہ میں چھالے بھی نکل رہے تھے۔ (IDI-23)

مرے ہوئے بچے کے وقت بھی سبھی جانچے کرائی، ٹیکے لگوائے اور اس کی بھی گھر پر پیدائش کرائی تھی لیکن پتہ نہیں کیسے وہ مرا ہوا پیدا ہوا لیکن مجھے وہ بچہ دکھایا نہیں گیا تھا، میری ساس نے بتایا کہ اس کا سر پچکا ہوا تھا جیسے کہیں پانی بھرا ہوا۔ (IDI-1)

میرا تیسرا بیٹا مرا ہوا پیدا ہوا۔ شروع میں تو ڈاکٹر نے کوئی ایسی کوئی بات نہیں بتائی لیکن لاسٹ دنوں میں میرا پورا اثریر سوچ گیا تھا اور خون کی بہت کمی ہو گئی تھی۔ پہلے دن دونوں بچوں کی طرح اس بچے پر بھی میں نے سبھی طرح کی جانچیں کرائی اور ٹیکے لگوائے جیسا جیسا ڈاکٹر نے کہا سب کیا۔ لیکن جب بچہ ہونے والا تھا تب مجھے ایسا محسوس ہو رہا تھا جیسے بچہ گھوم نہیں رہا ہے، اسی لیے میں ڈاکٹر کے پاس گئی، وہاں اس نے الٹرا ساؤنڈ کرایا اور الٹرا ساؤنڈ سے پتہ چلا کہ بچہ الٹا ہو گیا ہے۔ ڈاکٹر نے آپریشن کو بولا لیکن میں گھر آ گئی، میں بہت ڈری ہوئی تھی میری ساس نے مجھے ڈاکٹر کے چلنے کو بولا لیکن میں نے منع کر دیا۔ زیادہ تر طبیعت خراب ہونے پر محلے کی دائی کو بلا یادائی نے بھی مجھے اسپتال کی رائے دی لیکن میری ہمت نہیں ہوئی۔ جب بچے کی پیدائش کا ٹائم ہوا تب دائی نے

نیابلڈ منگوا یا، پانی گرم کروایا اور مجھے ایٹوں پر بیٹھایا۔ اس بچے کے وقت مجھے بہت پریشانی کا سامنا کرنا پڑا۔ جب وہ مرا ہوا پیدا ہوا تو اسے بچانے کی بہت کوشش کی منہ سے سانس دلائی، گرماہٹ بھی دی، ٹانگ پکڑ کر الٹا کیا لیکن کوئی فرق نہیں پڑا۔ (IDI-3)

اس بچے سے پہلے میرے سات مہینے میں ایک بچہ اور ہوا تھا وہ بھی لڑکا تھا۔ جب وہ ہوا تو پورا نیلا سا لگ رہا تھا ایسا لگ رہا تھا جیسے کسی نے زہر چڑھا دیا ہو۔ اسکو ترنت ڈاکٹر کو دکھایا لیکن وہ نہیں بچا، شاید وہ مرا ہوا ہی پیدا ہوا تھا۔ میں بہت صدمے میں آگئی تھی۔ (IDI-7)

مطالعہ کے دوران محققہ کو بچوں کی اموات اور اسٹل برتھ کی بہت کم واقعات ملے۔ بچوں کی اموات کے تعلق سے ایک معاملہ ایک ماں کے مطابق، اسکے بچے کو یرقان تھا، اور اسے شروع سے ہی اس مسئلے کا علم نہیں تھا جس کی وجہ سے وہ مناسب علاج تک رسائی نہ کر سکی۔ لیکن اس نے اپنے بچے کا صرف مقامی علاج کیا ہے جو ہلدوانی کے لوگوں کی بچے کی صحت کو لیکرانے رویے کو بیان کرتی ہے کہ انہیں مقامی علاج پر پختہ یقین ہے۔ کچھ خواتین اگر اپنے حمل میں پیچیدگیوں کی حالات میں اسپتال کو ترجیح دیتی ہیں جبکہ دیگر اسپتال نہیں جاتی اور گھر میں خطرہ کے ساتھ بچے کی پیدائش کو اہمیت دیتی ہیں۔ اسٹل برتھ کی صورت میں خواتین اس کی وجوہات سے واقف نہیں ہیں۔ ایک عورت دوسری عورت کو پیچیدگیوں کی حقیقت سے آگاہ بھی کیا لیکن وہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کے خوف کی وجہ سے طبی سہولیات حاصل کرنے سے گریز کیا۔ اس نے اپنے بچے کو گھر میں ہی دائی سے ذریعے روایتی طریقہ سے بچے کو جنم دیا جس کے نتیجے میں اسٹل برتھ ہوئی۔ اس طرح کی ڈیلیوری خواتین کے لئے بہت خطرہ اور نقصان دہ ہو سکتی ہے۔

5.11: نظر بد کا خوف

ہندوستان میں بچوں کی اموات کی شرح بہت زیادہ ہے، اور اسی وجہ سے نوزائیدہ بچوں کو غیر محفوظ سمجھا جاتا ہے۔ بری نظر سے نوزائیدہ بچوں کو بھی نقصان پہنچنے کا خدشہ رہتا ہے (چوہدری، 1997)۔ 'بری نظر' کے تصور سے معاشرے

نفسیاتی طور پر گھبرے ہوئے ہیں، کسی بچے کی بیماری یا دودھ نہ پینے کی وجہ 'بری نظر' کو ٹھہرایا جاتا ہے (بھٹاچار یہاوردیگر، 2008)۔ "بری نظر کو روکنے کے لئے، نوزائیدہ کے ماتھے پر کاجل کا ٹیکہ لگایا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ، تعویذ کو مولود کے بستر کے نیچے رکھا جاتا ہے۔" (ویلز، اورڈائیٹس، 2014)۔ مطالعہ کے علاقے میں بھی بری نظر پر اسی طرح کی داستانیں سامنے آئیں اور ان کا معروف عوامی سمجھ میں زبردست اثر و رسوخ ہے۔

بچہ ہونے کے سوا مہینے بعد ہی عورت اور بچے کو کہیں باہر جانا چاہیے اور بچے کی حفاظت کے لیے اس کے ساتھ لہسن رکھتے ہیں اور بچے کو لگا بھی دیتے ہیں، جس سے بچے کی خوشبو سے کوئی سایہ نہیں لگتا۔ نظر سے بچانے کے لئے بچے کو نظریے پہنا دیتے ہیں اور تعویذ باندھ دیتے ہیں۔ (IDI-9)

اگر نظر لگ گئی ہو تو مریچوں سے نظر اتار دیتے ہیں، اس میں سات مریچیں، لہسن، پیاز، نمک، چوکر اور چوراہے کے مٹی سے نظر اتارتے ہیں، پھر اسے سات بار بچے کے اوپر سے اتار کر جلا دیتے ہیں۔ (IDI-23)

بھتیجی کی جب چھٹی ہوئی تھی تب تک وہ ٹھیک تھی، لیکن اس کے بعد اسے دورے پڑنا شروع ہو گئے کیونکہ شروعاتی دنوں میں اسے راتوں کو ڈاکٹر کے لیے گئے تھے۔ جب دورے پڑتے تھے تو اسے ڈاکٹر کو بھی دکھایا لیکن کوئی اثر نہیں ہوا مولانا کو دکھایا تو انہوں نے بتایا کہ اس کے اوپر ہوا کا اثر ہے کئی ڈاکٹر اس کو دکھایا لیکن کوئی اثر نہیں ہوا مولانا سے ہی اثر ہوا۔ (IDI-9)

اگر بچہ زیادہ روتا ہے تو اس کی دادی نظر اتار دیتی ہیں۔ میری ساس نظر اتارنے کے لیے سفید کپڑے کیکڑوں پر دعا پڑتی ہیں اور اس کے اس سے بچے کے پورے شریر پر لگاتی ہیں اس سے بہت فرق پڑتا ہے اور اس کا رونا رک جاتا ہے۔ (IDI-8)

نظر سے بچانے کے لیے بچوں کو کاجل کا ٹیکہ لگاتے ہیں، نظر بند ہاتھ میں باندھ دیتے ہیں۔ کالے دھاگے ہاتھ میں باندھ دیتے ہیں، تعویذ پہناتے ہیں، چھوٹی سی چھری باندھ دیتے ہیں اس سے بچہ ڈرتا نہیں ہے۔ (IDI-23)

بچے کو نظر لگنے پر چہل یا مرج سے نظر اتار دیتے ہیں اور نظر سے بچانے کے لئے تعویذ بھی پہناتے ہیں کا جل کے ٹیکے سے کچھ نہیں ہوتا۔ (IDI-11) (IDI-19)

نتائج سے انکشاف ہوتا ہے کہ بچے پر "بری نظر کا ڈر" سبھی ماؤں کا سب سے بڑا خوف ہے اور اسی لیے وہ بچے کو بری نظر سے دور رکھنے کے لئے بہت سے نسخے اپناتی ہیں۔ پہلا مہینہ نوزائیدہ بچے کے لئے انتہائی اہم اور نازک دور سمجھا جاتا ہے، کیونکہ ان دنوں کے دوران نوزائیدہ سے مختلف قسم کی بو آتی ہے۔ ماؤں کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ اس مدت کے دوران نوزائیدہ بچوں کو باہر نہ لے جائیں کیونکہ بری نظر اور شہ ان پر حملہ کر سکتی ہے۔ اگر بری نظر ایک نوزائیدہ بچے پر پڑتی ہے تو یہ نقصان دہ ہوگا اور اس کا اثر نوزائیدہ کی صحت پر پڑتا ہے۔ لہذا وہ نوزائیدہ بچے کے ساتھ کچھ دھاردار چیزیں رکھتے ہیں جیسے چھوٹی چھری اور انہیں تعویذ پہناتے ہیں اور نظر اتارتے ہیں۔ انہیں بری نظروں سے بچانے کے لئے، لوگ نوزائیدہ بچوں کے ماتھے پر کالا ٹیکا لگاتے ہیں اور انہیں کالی چوڑیاں پہناتے ہیں۔

5.12: خلاصہ

بیانات سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ لوگ بچوں کی صحت اور تندرستی کے بارے میں بہت زیادہ فکر مند رہتے ہیں اور ساتھ ہی ساتھ انکے بچوں کا بچپن رسم و رواج سے بھرا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ رواج اور رسومات نوزائیدہ کی پیدائش سے ہی شروع ہو جاتے ہیں اور معاشرتی اور ثقافتی میٹرکس سے جکڑے ہوئے ہیں اور اسی وجہ سے مائیں ان کو پورے یقین و اعتماد سے نبھاتی ہیں۔ لیکن ان میں سے بہت سے روایتی طرز عمل سے بچے کی صحت اور نشوونما پر منفی اثرات بھی پڑتے ہیں۔ ماؤں کو اپنے بچوں کی صحت یا انکی دیکھ بھال کے بارے میں فیصلہ کرنے کا پورا حق نہیں ہے اس حوالے سے زیادہ تر دادیوں کا غلبہ ہے۔

دائی پیدائش کے فوراً بعد نوزائیدہ کو رلانے کی کوشش کرتی ہے۔ نوزائیدہ کو غسل دینے تک ناپاک سمجھا جاتا ہے۔

اذان مسلم معاشرے میں بچے سے متعلق لازمی کاموں میں سے ایک ہے۔ یہ تصور کیا جاتا ہے کہ جب تک نوزائیدہ کے کان میں اذان نہیں پڑھی جاتی ہے، تب تک وہ اپنے مذہب سے واقف نہیں ہوگا۔ بچے کو دودھ پلانے سے پہلے پری لیکٹیل فیڈ کا استعمال بہت عام ہے۔ جن میں شہد، گھٹی، گائے یا بکری کا دودھ اور اجوائن کا پانی جیسے پری لیکٹیل فیڈ شامل ہیں۔ دودھ پلانے سے پہلے نوزائیدہ کو شہد چٹانا سب سے لازمی عمل ہے کیوں کہ اسے سنت سمجھا جاتا ہے۔ دودھ دھلائی کی رسم جیسی بہت سی رسومات کی وجہ سے نوزائیدہ کو دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ یہ دلچسپ بات ہے کہ جو اب دہندگان نے بیٹے سے زیادہ اپنی بیٹی کو دودھ پلایا۔ خصوصی دودھ پلانا تین سے پانچ ماہ تک محدود ہے۔ خواتین تقریباً 3 سے 5 ماہ کی عمر سے اپنے بچوں کو کچھ نہ کچھ کھلانا شروع کر دیتی ہیں۔ "بری نظر" نوزائیدہ بچے سے متعلق والدین کا سب سے بڑا خوف ہے۔ نوزائیدہ کے پہلے بالوں کی خاص حفاظت کی جاتی ہے، یہ خیال کیا جاتا ہے کہ نوزائیدہ کچھ خاص قسم بو پیدا کرتے ہیں جو جادوئی ہواؤں کو راغب کرتی ہے۔ اس لیے پیدائش کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو نوزائیدہ کے بالوں کو مونڈوانے کی کوشش کی جاتی ہے۔ اسی طرح نال کو بھی بہت احتیاط سے رکھا جاتا ہے کیونکہ لوگوں کا خیال ہے کہ اگر یہ کسی کو مل گیا تو وہ بچے کو نقصان پہنچا سکتا ہے، جس سے بچے کی موت بھی ہو سکتی ہے۔ خواتین کو بچوں کے حفاظتی ٹیکوں، کارڈ اور نظام الاوقات کے بارے میں اچھی آگاہی حاصل ہے، آشنا، آنگن واڑی اور اے این ایم بچوں کو حفاظتی ٹیکے لگانے اور ماؤں کو بیدار کرنے میں اہم کردار ادا کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ اس مطالعے میں دیسی یا گھر پر مبنی علاج بہت کثرت سے پایا گیا ہے، بچے کو بیماری اور صحت کے دیگر امور سے بچانے کے لئے متعدد دیسی دوائیں اور کارڈھیں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تاہم، جو اب دہندگان کے ذریعہ بیماری کی ناقص شناخت اور گھر یلوں علاج کی وجہ سے کئی بار بچے کو بچانے میں دیر ہو جاتی ہے۔

اگرچہ نوجوان ماؤں کو اپنے بچوں کے لئے کیا صحیح اور کیا غلط ہے کے بارے میں شعور ہے اور وہ اس قسم کی رسومات پر یقین نہیں رکھتی ہیں، پھر بھی نہ چاہتے ہوئے بھی وہ بزرگوں کے خاص طور پر ساس کے نسخوں پر عمل کرتی ہیں۔

باب ششم: خاندانی منصوبہ بندی



باب ششم: خاندانی منصوبہ بندی

خاندانی منصوبہ بندی خواتین اور بچوں کی زندگیوں کو بچانے کے ساتھ ساتھ ہر ایک کے معیار زندگی کو بہتر بناتی ہے۔ یہ ان بہترین سرمایہ کاری میں سے ایک ہے جس کی مدد سے خواتین، بچوں اور خاندان کی صحت، فلاح و بہبود کو یقینی بنایا جاسکتا ہے (ڈبلیو ایچ او، 1995)۔ "خاندانی منصوبہ بندی افراد اور جوڑے کو اپنے بچوں کی تعداد اور ان کی پیدائش کا وقت اور وقفہ کو تعیین کرنے میں مدد فراہم کرتا ہے۔ جو کہ مانع حمل کے طریقوں کے استعمال اور بانجھ پن کے علاج کے ذریعے حاصل کیا جاتا ہے۔ کسی بھی خاتون کا اس کے حمل کو محدود کرنے کا اختیار کا اثر اس کی صحت اور فلاح و بہبود کے ساتھ ساتھ پیدا ہونے والے ہر ایک بچے پر پڑتا ہے" (ڈبلیو ایچ او، 2010a)۔ 1952 میں، ہندوستان خاندانی منصوبہ بندی کا قومی پروگرام شروع کرنے والا دنیا کی پہلا ملک تھا (وزارت صحت و خاندانی بہبود، 2016)۔ اس پروگرام نے "ہم دو ہمارے دو" کا نعرہ دیا تھا لیکن شادی شدہ جوڑوں کی تولیدی رجحان سے واضح ہے کہ اس نعرے کا ادراک ابھی تک ادھورا ہے (چورسیا، 2011)۔ خاندانی منصوبہ بندی پروگراموں کی کامیابی کو یقینی بنانے کے لئے کلیدی توجہ کا مرکز کرنے کی بے حد ضرورت ہے (متروجہ اور سنگھ، 2019)۔

اس باب میں ہلدوانی میں خاندانی منصوبہ بندی کے طریقوں کی عکاسی کی گئی ہے۔ طریقوں کا سفر بڑے ذیلی موضوعات کے تحت زیر بحث ہے جس کو گہرائی سے انٹرویوز کے ذریعے تیار کیا گیا ہے جس میں بچوں کی تعداد، بچوں کی صنف کی ترجیح، مانع حمل کا طریقہ، اور اسقاط حمل شامل ہے۔

6.1: فیملی سائز کی پیچیدگیاں

ثقافت، رہائشی مقامات، تعلیمی حیثیت، معیار زندگی، نسلی خدو خال اور روزگار کی حیثیت خاندان کی مطلوبہ تعداد (آئیڈیل سائز) کو متاثر کرنے والے عوامل ہو سکتے ہیں (خونگچی، 2013)۔ اسکے علاوہ سماجی، معاشی اور ثقافتی عوامل بھی پیدا ہونے والے بچوں کی تعداد پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ اور بڑھتی ہوئی اموات کے پیچھے بڑھتی ہوئی شرح پیدائش بھی ایک دور دراز وجہ ہے (ڈائمن، اینڈی)۔ متعدد مطالعات سے پتہ چلا ہے کہ 5-6 بچوں والی خواتین میں بچوں کی شرح اموات، دو بچوں والی ماؤں کے بچوں کے مقابلہ میں تین گنا تھی (Rahman and Nessa, 1989;)۔ (WHO, 1995)۔ ہندوستانی خواتین کی نسبتاً کم عمر میں ہی شادی ہو جاتی ہے جسکی وجہ سے کم عمر میں ہی وہ جنسی تعلقات بنا کر شروع کر دیتی ہیں، اور اسی وجہ سے کافی جلد دو بچے پیدا ہوتے ہیں (جن میں کم از کم ایک بیٹا بھی ہوتا ہے) اور پھر وہ نس بندی کر لیتی ہیں (ڈائمن، اینڈی)۔

ایک عورت کے دو بچے ہونے چاہئے، اب میری دو ٹوٹوئیس (جڑواں بیٹیاں) ہو گئی ہیں تو نیکسٹ ایک اور کرنا چاہتی ہوں۔ میں چاہتی ہوں کہ اگلا لڑکا ہو، ویسے ایک عورت کے دو ہی بچے ہونے چاہئے کیونکہ اتنی مہنگائی ہے اور بچوں کو پڑھانا لکھانا بھی ہے ان کے ہر شوق پورا کرنا ہوتے ہیں اور یہ سب کم بچوں میں ہی ہو سکتا ہے۔ (IDI-9)

بچے تو دو ہی ٹھیک رہتے ہیں، ایک لڑکا اور ایک لڑکی۔ کسی عورت کے صرف دو ہی بچے ہونے چاہئے، دو بچے ہوں گے تو ان کی پرورش اچھے سے ہو سکتی ہے زیادہ بچے ہونے پر ان کا خیال اچھے سے نہیں رکھ سکتے، ایک لڑکا اور ایک لڑکی بہت ہے، لڑکا لڑکی دونوں ہی اہمیت رکھتے ہیں۔ لڑکا آپ کا ونش بڑھائیگا اور لڑکی گھر کی رونق بڑھائیں گی۔ بنا لڑکیوں کے گھر ویران لگتا ہے اسی لئے دونوں ہونا ضروری ہے کسی ایک سے کام نہیں چلتا۔ (IDI-20)

ایک عورت کے دو بچے ہونے چاہئے ایک بیٹا اور ایک بیٹی میری بیٹی ہو گئی ہے اب اگلی بار ایک لڑکا اور ہو جائے، لڑکا بھی ضروری ہے۔ ویسے تو جنہیں دو لڑکیاں ہیں وہ بھی آپریشن کرالیتی ہے اور جنہیں لڑکے کی چاہت ہوتی ہے وہ تین بڑے آپریشن سے بچنے ہونے کے بعد بھی اور بچہ کر رہے ہیں ہمارے پیچھے ایک عورت ہے اس نے پانچویں بار میں لڑکا پیدا کر ہی لیا۔ (IDI-11)

ایک عورت کے دو تین بچے ہی ہونا چاہئے اس سے زیادہ ٹھیک نہیں رہتے ایک لڑکا اور ایک لڑکی ہونا چاہئے۔ کہنے کو تو کہتے ہیں کہ ونش لڑکا بڑھاتا ہے لیکن لڑکی ہونا بھی بہت ضروری ہے۔ وہاں کا ونش بڑھانے کے لئے بھی تو لڑکی ہونی چاہئے (IDI-7) (IDI-12) (IDI-10)

دو بچوں کے بیچ کم سے کم تین سال کا فرق ہونا چاہئے اور چار بچے ہونے چاہئے۔ دو لڑکے اور لڑکیاں اس سے کم بچوں میں گھر میں رونق نہیں رہتی۔ (IDI-13) (IDI-21)

(IDI-18)

بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ اب لوگ آئیڈیل خاندانی سائز کو اپنارہے ہیں لیکن اس تعلق سے کہا کہ اس میں سے کم از کم ایک لڑکا اور ایک لڑکی ہو۔ خواتین کی دلیل ہے کہ اگر انکے بچے کم ہونگے تو بچوں کی پرورش اچھی ہوگی۔ وہ اس حقیقت سے بھی بالکل واقف تھیں کہ موجودہ مہنگائی کے ماحول میں، بچوں کو اسکول بھیجنا یا انکو اچھی تعلیم اور اچھی سہولیات مہیا کرنا مشکل ہے۔ لیکن یہ ساری باتیں ایک لڑکا اور ایک لڑکی ہونے کی شرط سے مشروط ہے۔ اس بات کی بھی زور شور سے دلیل دی جاتی ہے کہ لڑکا اور لڑکی دونوں ہی اہم ہیں اور آئیڈیل خاندان کے لئے دونوں ہی ہونے چاہئے۔

6.2: لڑکے اور لڑکی دونوں کی خواہش

بیشتر معاشروں میں بیٹے کی ترجیح ایک عام بات ہے (ولیمسن اور دیگر، 1976)۔ معاشرتی سوچ میں ایک آئیڈیل خاندانی سائز بیٹوں کو بنیادی ترجیح دیتا ہے، اور اسی وجہ سے کچھ لوگ اپنے خاندان کو بھی بڑھالیتے ہیں۔ مرد اپنی بیویوں کے مقابلہ میں بیٹے کی پیدائش کے

لئے زیادہ خواہشمند ہوتے ہے پھر چاہے انکے خاندان کا سائز ہی کیونہ بڑھ جائے (اسٹش، 1996)۔ شمالی ہندوستان کے بیشتر حصوں میں، نوزائیدہ بچیوں خاص طور پر دوسری یا بعد میں ہونے والی بیٹیوں کو نظر انداز کیا جاتا ہے، (ڈائمن، اینڈی)۔ جب بچی کی پیدائش ہوتی ہے تو زیادہ امکانات ہوتے ہیں کہ بیٹا پیدا کرنے کے لئے لوگ دوبارہ کوشش کرتے ہیں (داس، 1987؛ برینڈفس اور دیگر، 1982؛ ٹرسلاور دیگر، 1985؛ آرنلڈ، چو اور رائے، 1998؛ ریٹیئر فورڈ اور رائے، 2003)۔ خواتین کا ماننا ہے کہ بیٹی کی پیدائش سے عورت کی حیثیت بہتر ہوتی ہے (پٹیل، 2006)۔

پہلی ترجیح بیٹے کے لئے

آج کے ٹائم پر چار بچے ہونے چاہئے دو لڑکے اور لڑکیاں۔ لیکن ہر گھر میں کم سے کم ایک لڑکا ضرور ہونا چاہئے کیونکہ بھائی گھر میں بہنوں کی حفاظت کرتا ہے اور ایسی لڑکیوں کی جلدی شادی نہیں ہوتی جن کے بھائی نہیں ہوتے۔ لوگ سوچتے ہیں کہ پتہ نہیں کیسے پتی بڑی ہوگی نہ سر پر بھائی کا ہاتھ ہے نہ دل میں خوف۔ (IDI-1) (IDI-6)

شادی کے دو سال بعد میری پہلی بیٹی ہوئی لیکن بیٹی ہونے پر سب نے کہا کہ پہلا بیٹا ہونا چاہئے تھا۔ میری ساس نندا اور پڑوسی سب یہی کہہ رہے تھے کہ پہلا بیٹا ہوتا ہے تو ٹھیک رہتا ہے۔ پھر دو سال بعد ہم نے سوچا اس بار تو لڑکا ہی ہوگا لیکن اس بار پھر لڑکی ہوگی! اس لڑکی پر بھی طعنہ کشی ہوئی لیکن میں نے بھی سوچا تھا کب تک اللہ بیٹا نہیں دے گا کوشش تو کر سکتے ہیں، لیکن تیسری بار بھی بیٹی ہوئی اور پھر اس کے بعد چوتھی بار میں بیٹا ہو ہی گیا۔ لیکن اب جب ایک بیٹا ہو گیا تھا تو سب نے کہا بیٹیوں کا جوڑا ہونا چاہئے اسی لئے ہم نے پھر کوشش کی لیکن پھر بیٹی ہوئی اس طرح سے میری چار بیٹیاں اور ایک بیٹا ہو گیا۔ بیٹا ہونے سے پہلے میرے محلے میں کوئی مجھے اپنا بیٹا نہیں دیتا تھا کہتے تھے کہ اس کے تو صرف بیٹیاں ہی ہیں۔ کسی سے لڑائی ہونے پر تانے مارتی تھی کہ تیرے تو بیٹا نہیں ہے، لے لڑکا نہ کھلا لے۔ (IDI-2)

میری پھوپھو ہر بار لڑکے کے کپڑے بنا کر لاتی تھی لیکن لڑکی ہو جاتی تھی اور لڑکی دیکھ کر ان کا موڈ خراب ہو جاتا تھا۔ لیکن جب لڑکا ہوا تب انہوں نے سوچا شاید اس بار بھی لڑکی ہو تو وہ کپڑے ہی

نہیں بنا کر لائی اور جب پتہ چلا کہ لڑکا ہوا ہے تو وہ بہت خوش ہوئی اور ٹورنٹ کپڑے سلے۔
(IDI-2)

گھر میں لڑکا ہونا بہت ضروری ہوتا ہے، کیونکہ وہ گھر میں کاجراغ ہوتا ہے، خاندان کا نام لڑکا ہی چلاتا ہے۔ باپ کا ہاتھ بٹاتا ہے اس سے ونش آگے بڑھتا ہے، خاندان کا نام بھی لڑکے ہی آگے بڑھاتے ہیں اور لڑکیاں تو اپنے گھر چلی جاتی ہیں۔ (IDI-2)

اب اگلا لڑکا ہو جائے تو اچھا ہے کیونکہ زیادہ بچے بھی اچھے نہیں ہوتے، دو کو ہی پالنا مشکل ہے۔ لیکن اگلی بار بھی لڑکی ہوئی تو ایک بار اور لڑائی کروں گی اور اگر تب بھی لڑکی ہوئی تو پھر کوشش تو کرنی ہی پڑے گی گھر میں ایک لڑکا تو ہونا ہی چاہئے۔ (IDI-4) (IDI-5)

میرے اس سے پہلے تین بیٹیاں تھی اس بار امید تھی کہ لڑکا ہو جائے اسی لئے منت بھی مانگ رہی تھی اور میری منت پوری ہوئی اس بار میرے بیٹا ہوا۔ ویسے بیٹیاں بھی اچھی ہوتی ہیں لیکن بیٹا بہت ضروری ہے ورنہ بڑھاپے میں کون کرے گا اور تین بیٹیوں کا بوجھ اکیلے باپ کیسے اٹھائے گا اس لئے ایک بیٹا تو ہونا ہی چاہئے۔ میں بیٹیوں کو برا نہیں مانتی لیکن بیٹیوں کی بھی اپنی اہمیت ہوتی ہے۔
(IDI-7) (IDI-12)

میرے میکے میں میری بڑی بہن کی بیٹیاں ہیں اس لیے میں نے تو شروع سے ہی چاہا تھا کہ میرے بیٹا ہو اس کے لیے منت مانگی تھی۔ جب میرا بچہ ہونے والا تھا تب بھی میں یہی دعا مانگ رہی تھی کہ میرے بیٹا ہی ہو۔ اللہ نے میری دعا قبول کی اور میرا بیٹا ہی ہوا۔ کیونکہ جن کے بیٹا ہوتا ہے انکی زیادہ عزت ہوتی ہے اور لوگ ان کا زیادہ خیال بھی رکھتے ہیں۔ کیونکہ لڑکے سے ہی ماں باپ کا نام چلتا ہے۔ میرے بھائی کے تین بیٹیاں ہیں جس کی وجہ سے بھابھی بہت پریشان ہیں وہ چاہتی ہیں کیسے بھی کر کے ایک لڑکا ہو جائے، بہت پریشان ہیں، وہ حکیم کی دوا بھی کھا رہی ہیں، دیکھتے ہیں کیا ہوتا ہے۔ لیکن میرے ایک بیٹا ہو گیا تو اب مجھے کوئی ٹینشن نہیں چاہے لڑکا ہو یا لڑکی کوئی بات نہیں۔ (IDI-8)

مجھے دیکھ کر سب لوگ لڑکے کا اندازہ لگاتے تھے، میری ساس تو لڑکا ہی چاہتی تھی اور سسرال کے باقی لوگ بھی لڑکا چاہتے تھے۔ لیکن ہسپینڈ کہتے تھے جو ہو جائے ٹھیک ہے لیکن وہ یہ بھی سوچتے

تھے کی ایک لڑکا اور ایک لڑکی ہو جائے تو ٹھیک ہے ہر کوئی سوچتا تھا کی ٹو سنس ہیں تو ایک لڑکا اور ایک لڑکی ہو جائے گا۔ ساس کہتی تھی کہ دونوں لڑکے ہو جائیں تو ٹھیک ہے کیونکہ ہمارے گھر میں لڑکیاں ہی لڑکیاں ہیں۔ ساس تو کہتی تھی کہ ہمارے یہاں تو خوشیوں نے دروازہ ہی موڑ لیا ہے۔ میری ساس لڑکا سلنے چاہتی تھی کہ ان کا کاروبار چل جائے گا اور خاندان کی پیڑھی بڑھ جائے گی۔ ہمارے یہاں تو سارے لوگ لڑکیوں کو برا ہی سمجھتے ہیں۔ (IDI-9)

بیٹا تو ضروری ہونا چاہئے کیونکہ بیٹی پرانے گھر کی ہوتی ہے اور بیٹا اپنا ہوتا ہے بیٹا اپنے گھر کا اجالا ہوتا ہے گھر میں ایک لڑکا ضرور ہونا چاہئے، رہی لڑکیوں کی بات تو اللہ کی مرضی ہے دے نہ دے۔ (IDI-13)

لڑکا ہونا بھی بہت ضروری ہے انسان یہی سوچتا چاہتا ہے کہ ایک لڑکا ہو جائے تو اس سے نام چل جائے گا کیونکہ زمین جائیداد ہوتی ہے اگر لڑکا نہیں ہوتا تو اس کا وارث کون بنے گا؟ پھر بیٹیاں تو ہی بنے گی۔ اس لیے ضروری ہے جس کا حق ہے اسی کو ملے۔ اور گھر میں چراغ جلانے کے لئے بھی تو لڑکا ہونا چاہئے، بیٹیاں تو پرانے گھر کی ہوتی ہے۔ اور بیٹا ہر چیز کا مالک ہوتا ہے۔ یہ تو مجبوری ہے کی کسی کے بیٹے نہیں ہے تو وہ بیٹیوں کو جائیداد دے دیتا ہے۔ (IDI-15)

بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ بیٹے کی پیدائش ہر ایک خاندان کا اولین ترجیحی ایجنڈا ہے۔ ایسا لگتا ہے جیسے خاندان کی ساری توقعات لڑکے کی پیدائش سے وابستہ ہیں۔ لوگ اس سے آگے کچھ سوچنا ہی نہیں چاہتے، اسی لئے معاشرے میں لڑکے کی پیدائش کو انتہائی ضروری سمجھا جاتا ہے۔ ہلدوانی میں ایک مشہور تاثر ہے کہ ایک خاندان میں کم از کم ایک لڑکا ہونا ہی چاہئے کیونکہ لڑکا گھر میں لڑکیوں کی دیکھ بھال کرے گا۔ وہ لڑکیاں جن کے بھائی نہیں ہوتے انکی شادی میں مشکلات آتی ہیں۔ لڑکے گھر کا چراغ ہوتے ہیں جو آگے چل کر خاندان کے سب سے اہم رہنما بنتے ہیں جو ایک پیدر شاہی سماج کی عکاسی کرتا ہے۔۔۔ جنکے گھر میں بیٹے نہیں ہیں انکا خیال ہے کہ "ہمارے یہاں تو خوشیوں نے دروازہ موڑ لیا ہے، خوشی (بیٹا) آتی ہی نہیں ہے، ہمارے یہاں تو لڑکیاں ہی لڑکیاں ہیں لڑکے کا پتہ ہی نہیں"۔ بیٹا گھر کا اجالا ہوتا ہے، گھر

میں چراغ جلانے کے لئے بھی تو کوئی ہونا چاہئے۔ اور لڑکیوں کو تو ایک دن شادی کر کے اپنے گھر جانا ہوتا ہے۔ اس طرح بیٹے کی پیدائش کو سخت ترجیح دی جاتی ہے اور خاندان کا آئیڈیل سائز ایک لڑکے کے پیدا ہونے پر ہی پورا ہوتا ہے۔

بیٹی کے لئے مشروط خواہش

ہندوستان میں بیٹے کی ترجیح بہت مضبوط ہے لیکن یہ عالمی نہیں ہے۔ بہت سی مائیں بیٹیوں اور بیٹوں کا توازن چاہتی ہیں، اور اسلئے وہ اپنے خاندان میں کم از کم ایک لڑکی کی ضرورت چاہتی ہیں۔ اگر کسی کے گھر میں پہلے سے ایک لڑکا ہے تو وہ چاہتے ہیں کہ انکا اگلا بچہ بیٹی ہو (پانڈے اور ملہوترا، 2006)۔

میرے دو بیٹے ہو گئے ہیں ابھی ایک اور بچہ کروں گی اب جب تک ایک لڑکی نہیں ہوتی تب تک ٹرائی کروں گی۔ لیکن چار بچوں تک ہی ٹرائی کروں گی مجھے ایک لڑکی اور چاہئے۔ (IDI-21)

بچے کے بیچ تین سال کا فرق ہونا چاہئے اور ایک لڑکی ضرور ہونی چاہئے کیونکہ ماں باپ کے مرنے پر لڑکی ہی روتی ہے لڑکے نہیں روتے۔ ویسے تو آج کے ٹائم پر لڑکا لڑکے دونوں ہونے چاہئے اگر کسی کی صرف لڑکیاں ہی تو لڑکا ضروری ہے اور اگر کسی کے صرف لڑکے ہیں تو لڑکیاں ضروری ہے۔ (IDI-22)

آج کے ماحول کو دیکھتے ہوئے تو بیٹے سے بہتر بیٹیاں ہی ہو جائیں تو ٹھیک ہے کم سے کم اپنے ماں باپ کی عزت تو رکھیں گی، اسے ڈانٹ کر گھر میں بیٹھا تو سکتے ہیں۔ آجکل تو بیٹی بھی بیٹے کی برابر ہے ہم لوگ سوچتے ہیں بیٹی ہو گئی تو سسرال چلی جائے گی اور لڑکا گھر میں رہے گا اسی لیے لڑکا چاہتے ہیں۔ (IDI-23)

ایک عورت کے دو ہی بچے ہونے چاہئے، ایک لڑکا اور ایک لڑکی۔ میرے دو بیٹے تھے ایک بیٹی کی کمی تھی اسی لئے تیسرا بچہ کرا۔ اور لڑکی ہی پھر سوچا ایک بیٹی اور ہونی چاہئے اسی لئے ایک اور بیٹی کی۔ لڑکا لڑکی دونوں ہی ضروری ہیں۔ (IDI-17)

بیٹی بیٹوں میں کوئی فرق نہیں ہوتا، بیٹیوں کو اچھے سے پڑھاؤ۔ لکھاؤ وہی تمہارا خیال لڑکے سے اچھا رکھیں گی۔ (IDI-16)

جب میرے بچے ہونے والا تھا تو میرے ہسبنڈ چاہ رہے تھے کہ میرے پہلی بیٹی ہو، انہیں لڑکی سے زیادہ پیار ہے۔ اور میں بھی یہی چاہ رہی تھی کہ پہلی لڑکی ہو۔ (IDI-6)

پہلا بیٹا تھا اسی لیے اس بار میں چاہتی تھی کہ میری بیٹی ہو۔ کیونکہ مجھے پہلے ایک بیٹا تھا اور اس بار ایک بیٹی ہو جائے تو فیملی کمپلیٹ ہو جائے گی۔ اور ویسے بھی مجھے لگتا ہے کہ میری سسرال میں بیٹیوں کو زیادہ پیار کرتے ہیں۔ (IDI-8)

نتیجے سے ایسا لگتا ہے کہ لوگوں میں بیٹے اور بیٹیوں دونوں کے لئے ہی بہت خواہشیں ہیں۔ اس کا آغاز لڑکے کی ترجیح کے ساتھ ہوتا ہے لیکن اگر کسی جوڑے کے صرف لڑکے ہی ہوں (ایک، دو یا تین)، تو وہ لڑکی کے لئے بھی کوشش کرتے ہیں۔ ایسا لگتا ہے جیسے بیٹی پیدا کرنے کے لئے بھی ان میں وہی خواہش ہے جو بیٹے کے لئے ہے۔ بیانات میں یہ بات نکلی کہ "لڑکے اور لڑکیاں الگ نہیں ہیں"۔ "اگر لڑکیوں کو مناسب پرورش اور تعلیم دی جائے تو وہ بھی اپنے والدین کی دیکھ بھال کریں گی، اور لڑکیاں تو لڑکوں سے بھی زیادہ ماں باپ سے محبت کرتی ہیں"، "جب والدین کا انتقال ہوتا ہے تو لڑکیاں لڑکوں سے زیادہ روتی ہیں اسی وجہ سے جن کے پاس صرف بیٹے ہیں وہ بھی چاہتے ہیں کہ ان کے کم از کم ایک بیٹی ضرور ہونی چاہئے۔ لوگوں کا کہنا ہے کہ "لڑکے اور لڑکیاں دونوں ہی اہم ہیں" اور جب ان کے لڑکی اور لڑکا دونوں ہو جاتے ہیں تو وہ اپنا خاندان مکمل سمجھتے ہیں۔ بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ لوگ لڑکوں کو ترجیح دیتے ہیں لیکن اسی کے ساتھ ساتھ وہ کم از کم ایک لڑکی کے لئے بھی تشویش میں رہتے ہیں۔ یہ بچوں کی مطلوبہ تعداد کا حساب لگانے کے لئے اہم معلوم ہوتا ہے جس کے نتیجے میں لوگ اپنے بچوں کی تعداد جوڑے میں چاہتے ہیں۔

6.3: غیر منظم وقفہ کاری

ترقی پذیر ممالک میں لگ بھگ 222 ملین خواتین اپنے حمل میں وقفہ کرنا چاہتی ہیں یا اسے محدود کرنا چاہتی ہیں، لیکن کسی بھی مانع حمل طریقہ کا استعمال نہیں کرتی (یو ایس ایڈ، 2012)۔ ایک مطالعے میں، یہ پتہ چلا کہ نس بندی سے

گزرنے والے لوگوں کے بچوں کے بیچ اوسط وقفہ 2.29 سال ہے جبکہ مانع حمل حمل کے عارضی طریقوں کو اپنانے والے لوگوں کے بچوں کے بیچ 2.31 سال کا وقفہ ہے (شہادہ، 2010)۔

شادی سے کم سے کم دو سال بعد بچے کرنے چاہئے تب تک لڑکی کو فیملی سمجھنے میں تھوڑا وقت مل جاتا ہے۔ دو بچے بچوں کے بیچ کم سے کم تین سال کا فرق ہونا چاہئے۔ کیونکہ پہلا بچہ جب خوب چلنے پھرنے لگے، اسکول جانے لگے تب دوسرا بچہ ہونا چاہئے۔ (IDI-8)

پہلا بچہ چلنے لگے تو دوسرا بچہ کرنا چاہئے۔ دو بچوں کے بیچ کم سے کم تین سال کا فرق ہونا چاہئے، اس سے آپ بچوں کی پرورش اچھے سے کر سکتے ہیں میرے تو دونوں بچے جلدی ہو گئے۔ جب دوسرا بچہ رک گیا تھا تو کیا کرتی کرنا ہی پڑا، ورنہ میں تو چاہ رہی تھی کہ دوسرا بچہ 3 سال بعد ہو۔ (IDI-1) (IDI-3) (IDI-7; IDI-9) (IDI-6)

دوسرا بچہ کم سے کم دو تین سال بعد کریں گے، لیکن کچھ استعمال بھی نہیں کریں گے، اللہ کی مرضی ہوئی اور خود ہو گیا تو ختم بھی نہیں کریں گے۔ (IDI-5)

پہلا بچہ لگ بھگ ڈیڑھ۔ دو سال بعد ہونا چاہئے اور پریگننسی میں کم سے کم 6 مہینے کا ریٹ ہونا ہی چاہئے۔ تب تک ایک دوسرے کی سمجھ بن جاتی ہے کیونکہ ایک دوسرے کو سمجھنا بھی ضروری ہے۔ شادی ڈیڑھ سال بعد میری تو پہلی ہی بار میں جڑواں بیٹی ہوئی۔ (IDI-9)

دو بچوں میں کم سے کم چار۔ پانچ سال کا فرق ہونا چاہئے، تب تک پہلا بچہ تھوڑا خود پر ڈپنڈ ہونے لگتا ہے اور ماں کی بات جلدی سمجھ جاتا ہے۔ اس سے ایک بچہ سمجھدار ہو جائے تو دوسرا بچہ کرنا چاہئے۔ (IDI-12; IDI-10; IDI-11)

دو بچوں میں تین سال کا فرق ہونا چاہئے، ورنہ بچوں کی پرورش صحیح سے نہیں ہو پاتی اور ماں بھی کمزور رہتی ہے۔ (IDI-18)

بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ خواتین میں بچوں کے درمیان مناسب وقفے سے متعلق شعور ہے اور وہ اسکے بارے میں

فکر مند بھی رہتی ہیں، جس سے وہ اپنے بچوں کو اچھی صحت اور بہتر مستقبل کے ساتھ ہی ساتھ مائیں بھی صحت کے تئیں

بیدار رہیں۔ دو بچوں کے بچ و قفے کے بارے میں مشہور تاثر یہ ہے کہ "جب پہلا بچہ چلنے لگے تب دوسرا بچہ کرنا چاہے"۔ مائیں اپنے بچوں کے درمیان کم از کم دو سال کا وقفہ چاہتی ہیں۔ لیکن خاندان کی خوشی کے لئے انہوں نے اپنی صحت اور وقفہ کا خیال نہ رکھتے ہوئے اور بچوں کو پیدا کیا "میں تو چاہتی تھی کہ میرا دوسرا بچہ کم سے کم دو سال بعد ہو لیکن جب دوسری بار پریگنٹ ہو گئی تھی تو کیا کرتی، سوچا اب ہو ہی جائے"۔

6.4: مانع حمل

مانع حمل کی وضاحت اس طرح ہے "جب مختلف آلات (ڈیوائسز)، جنسی حرکت، کیمیکلز، منشیات، یا جراحی طریقوں کے ذریعے حمل کی جان بوجھ کر روک تھام کی جاتی ہے۔۔۔ موثر مانع حمل طریقے حمل کے ٹھہرنے کے خوف کے بغیر جسمانی تعلقات کی اجازت دیتے ہیں اور اپنی مرضی کے مطابق بچے پیدا کرنے کی آزادی کو یقینی بناتے ہیں" (جین اور مرلیدھر، 2011)۔ مانع حمل طریقوں تک رسائی سے خواتین کو اپنے بچوں کی تعداد اور وقفہ کاری کا فیصلہ کرنے کی اجازت ملتی ہے (ڈبلیو پیچ او، 1995)۔ مانع حمل طریقوں کے متحرک عمل کو سمجھنے کی کوئی بھی کوشش ان پر سطح گفتگو کو نظر انداز نہیں کر سکتی، بلکہ اس کو سمجھنے کے لئے یہ پہلا قدم ہے (شہد، 2010)۔ اس باب میں مانع حمل طریقوں کے بارے میں تاثرات اور تاویل شامل ہیں جنہیں جدید مانع حمل کے طریقوں اور روایتی مانع حمل کے طریقوں کی وسیع عنوانات کے تحت بحث کی گئی ہے۔

جدید مانع حمل کے طریقے

کنڈوم

کنڈوم ایک مانع حمل یا رکاوٹ کا طریقہ ہے جو جسمانی طور پر نطفہ کو انڈے تک پہنچنے سے روکتا ہے، یا ایسا کیمیائی مادہ ہے جو نطفہ کو خراب کر دیتا ہے۔ رکاوٹ کے طریقوں کا اثر لوگوں کے جنسی تعلقات قائم ہونے پر ان کا صحیح استعمال کرنے کی صلاحیت پر منحصر کرتا ہے (یو ایس ایڈ، 2012)۔ غیر ارادتی حمل اور ایچ آئی وی اور دیگر ایس ٹی آئی کی منتقلی کو روکنے کے لئے کنڈوم کا مستقل اور درست استعمال ضروری ہے (ڈبلیو ایچ او، 2010b)۔

بچوں کی روک تھام کے لیے کنڈوم کا استعمال کیا اس کی جانکاری مجھے متر این جی او سے ہوئی۔ (IDI-2)

بچے روکنے کے لیے کنڈوم کا یوز کرتی ہوں اس سے کوئی نقصان بھی نہیں ہوتا اور گپت بیماریوں سے بھی بچاتا ہے۔ (IDI-20)

مجھے زیادہ بچے روکنے کے طریقوں کی جانکاری نہیں ہے لیکن آگنواڑی / اے این ایم اور آشنا سے کونڈوم لے لیا کرتی ہوں اور اسی کا یوز۔ لیکن میرے شوہر نے کبھی کنڈوم نہیں خریدا میں ہی کنڈوم کا انتظام کرتی ہوں۔ (IDI-3)

بچہ نہ کرنے کے لیے انسان کو احتیاط رکھنی چاہئے آج کل تو بہت سی چیزیں چل گئی ہیں جیسے کنڈوم، دوائیاں، انجکشن وغیرہ چل گئے ہیں لیکن ان سب میں سب سے ٹھیک کنڈوم کا یوز کرنا ہے۔ (IDI-8)(IDI-16)(IDI-10)

مجھے کنڈوم کا یوز کرنا اچھا نہیں لگتا مزا ہی نہیں آتا۔ اسی لیے کنڈوم یوز نہیں کرتی ہو۔ (IDI-

24)

دیگر مطالعات میں کہا گیا ہے کہ صرف 50 فیصد لوگوں نے ایک وقت یا دوسرے وقت میں مانع حمل طریقے استعمال کئے اور اس طرح اس عام عقیدے سے انکار کیا کہ مسلمان خاندانی منصوبہ بندی کو قبول نہیں کرتے ہیں (شاہد، 2010)۔ اس مطالعے میں نتائج سے یہ بات سامنے آئی کہ مطالعہ کے مقام میں کنڈوم سب سے زیادہ مقبول کیا جانے والا مانع حمل کا طریقہ ہے۔ کنڈوم کے فروغ میں غیر سرکاری تنظیمیں اور کمیونٹی ہیلتھ ورکر اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ خواتین جانتی ہیں کہ غیر ارداتی حمل کی روک تھام اور جنسی بیماری کے لئے بھی کنڈوم کا استعمال کیا جاتا ہے۔

مانع حمل گولیاں

منہ سے لئے جانے والے مانع حمل کا طریقہ کافی معروف اور مشہور ہے اور انہیں حمل کو روکنے یا تاخیر کرنے کے لئے منہ سے لیا جاتا ہے۔ مشترکہ گولی دوہار مون پر مشتمل ہے: ایسٹروجن اور پروجیسٹرون۔ یہ گولیاں انڈے کی رہائی کو روکتی ہیں، سروائکل میوکس کو گاڑھا کرنے اور ٹیوبل کی رفتار میں ردوبدل کے ذریعہ کام کرتی ہیں (جین اور مرلیدھر، 2011)۔ مشترکہ زبانی مانع حمل گولی پہلی زبانی مانع حمل طریقہ تھی جس کی پہلی بار خرید و فروخت 1960 میں کی گئی (این آرا بیچ ایم، 2016)۔ ایمر جنسی مانع حمل گولیاں غیر محفوظ جنسی تعلقات کے بعد 5 دن یا 72 گھنٹوں کے اندر لی جائے تو یہ حمل سے بچنے میں مدد کرتی ہیں۔ جتنی جلدی انہیں لیا جائے گا، اتنا ہی موثر ہوگا، انہیں روزمرہ میں استعمال نہیں کیا جانا چاہئے (یو ایس ایڈ، 2012)۔

پہلے بچے کے بعد میں نے کوئی پروٹیکشن استعمال نہیں کیا کیونکہ ان سے بھی شریر کو نقصان ہوتا ہے جیسے مالہ ڈی گولیوں سے سانس کی پریشانی ہو جاتی ہے۔ میری بھابھی نے یوز کی تھیں تو انہیں ہو گئی۔ (IDI-1)۔

بچے روکنے کے لئے مالہ ڈی گولیوں کا بھی استعمال کیا لیکن اس کی وجہ سے میں پھول گئی اور وزن بھی بڑھ گیا اس سے مجھے چکر بھی آئے اور پیریڈ میں بھی پر اہلم ہونے لگی۔ (IDI-2)

میں نے سنا ہے بچہ روکنے کی گولیاں جیسے مالہ ڈی اور سہیلی وغیرہ کھانے سے بہت نقصان ہوتا ہے۔ (IDI-5)

اگر دو چار دن چڑھ گئے ہو تو مالہ ڈی کی جو ایک روز گولی ہوتی ہے اس میں سے نیچے اوپر کی کتھی رنگ کی گولی کھانے سے صفائی ہو جائے گی۔ (IDI-11)

خواتین جانتی ہیں کہ زبانی مانع حمل گولیوں جیسے مالہ ڈی اور سہیلی وغیرہ حمل کی روک تھام کے لئے استعمال ہوتی ہیں لیکن وہ ان کے منفی اثرات سے خوفزدہ ہیں۔ خواتین کا خیال ہے کہ اگر وہ ان مانع حمل گولیوں کا استعمال کریں تو وہ دمہ، موٹاپا، متلی اور الٹی وغیرہ کی پریشانیوں میں مبتلا ہو جائیں گی۔ لہذا خواتین کی ایک بہت بڑی تعداد زبانی مانع حمل گولیوں کا استعمال سے پرہیز کرتی ہے۔

انجکشن

انجیکٹیبل (انجکشن کے ذریعہ) مانع حمل لمبے عرصے تک حمل ٹھہرنے کے ڈر سے نجات پانے کے لئے دنیا بھر میں دستیاب کئی طریقوں میں سے ایک ہے۔ اگرچہ بہت سارے ممالک میں اس کا استعمال خواتین کی ایک بڑی تعداد نے کیا ہے، لیکن اس کے استعمال سے بہت سارے تنازعات وابستہ ہوئے ہیں (رائے، پر باکر اور نیئر، 2007)۔ 50 سال سے زیادہ عرصے سے اس طرح کے انجکشن کا استعمال تین مہینے تک حمل سے نجات کے لئے مانع حمل کے طور پر بڑے پیمانے پر کیا جا رہا ہے۔ اس طرح کا انجکشن بہت کم مقدار کے ساتھ خواتین کو خال کے اندر دیا جاتا ہے، اسے MPA-SC کہا جاتا ہے (این آر ایچ ایم، 2016b)۔ یہ خواتین میں انڈا بننے سے روکتا ہے اور نطفوں کو روکنے کے لئے سرویکل سے نکلنے والے پانی کو اور بھی زیادہ گاڑھا کرتا ہے۔ یہ ایک 99% مؤثر، آسانی سے زیر انتظام طریقہ ہے، جو ماں کا اپنے بچے کو دودھ پلانے کے دوران بھی موزوں ہے۔ اس کے مضر اثرات کے طور پر بچہ دانی میں گانٹھ اور چھاتی میں گانٹھ وغیرہ ہیں (جین اور مرلیدھر، 2011)۔

بچے روکنے کے طریقوں کی مجھے تو کوئی جانکاری نہیں ہے لیکن میرے ہسپینڈ بول رہے ہیں کہ میرے انجکشن لگوادیں گے جس سے تین چار سال تک بچے سے چھٹی ہو جائے گی۔ (IDI-5)

اب تو انجکشن بھی لگ رہے ہیں اس سے بھی روک ہو سکتی ہے۔ انجکشن سے آپ ایک لمبے وقت تک ٹینشن سے دور رہ سکتے ہیں بہت سے ایسے وقت آتے ہیں جب انسان کے پاس کوئی طریقہ نہیں ہوتا لیکن پتی کی خواہش کے لئے سمبندھ بنانے پڑتے ہیں، ایسے وقت کے لئے انجکشن ٹھیک رہتا ہے۔ لیکن میں نے کبھی استعمال نہیں کیا۔ (IDI-16)

ڈیلوری کے بعد ڈاکٹر نے انجکشن کے بارے میں بولا تھا کہ وہ انجکشن لگانے سے چھ مہینے تک بچے ہونے کی ٹینشن ختم ہو جائے گی اس کے علاوہ خود پر کنٹرول کر کے بھی بچوں کو روکا جاسکتا ہے۔ (IDI-9)

محقق نے محسوس کیا کہ خواتین نے انجکشن مانع حمل کے طریقہ کے بارے میں سنا تو ہے، اور وہ یہ بھی جانتی ہیں کہ یہ ایک لمبے عرصے تک حمل کے ڈر سے محفوظ رکھتا ہے۔ لیکن جواب دہندگان میں سے کسی نے بھی اس بات کا اعتراف نہیں کیا کہ انہوں نے اس طرح کے طریقہ کا کبھی استعمال کیا ہے۔

مانع حمل ڈیوائس (انٹرایوٹیرن ڈیوائس)

کوپرائوٹیرن ڈیوائس پلاسٹک کا ایک چھوٹا اور پتلا، انگریزی کے ٹی (T) شکل کا ٹکڑا ہوتا ہے جسے تانبے کے تار سے لپیٹا جاتا ہے جسے ایک طبیبہ عورت کی بچہ دانی میں داخل کرتی ہے۔ اور وہ نطفہ کو انڈے تک پہنچنے سے روکتا ہے۔ یہ 5 سے 12 سال تک حمل کے ٹھہرنے سے نجات دلاتا ہے (یو ایس ایڈ، 2012)۔ یہ فریڈائڈ انڈے کو ر حم میں بسنے سے روکتا ہے، اور یہ 95 سے 98 فیصد موثر ہے (جین اور مرلیدھر، 2011)۔

اگر کسی کو بچہ نہیں چاہئے تو اس کے لیے دوائی کھالینی چاہئے یا اسے کوپریٹی لگوالینی چاہئے یا پھر کنڈوم کا استعمال کریں۔ (IDI-19)

ڈاکٹر نے مجھے کوپر ٹی لگانے کو کہا لیکن میں نے منع کر دیا، میں نے کہا میری بھابھی کے بھی لگی تھی انہوں نے نکلوا دی کیونکہ کوپر ٹی چھتی ہے اور درد کرتی ہے۔ (IDI-4)

اگر بچہ نہیں چاہئے تو بندش کر لو نیرودھ کا استعمال کرو، ملا ڈی کی گولیاں کھاؤ، لیکن ان سب سے نقصان ہوتا ہے کوپر۔ ٹی بہت نقصان دیتی ہے یہ اوپر چڑھ جاتی ہیں اور آتوں میں چپک جاتی ہے (IDI-13)۔

دوسرا بچہ ہونے کے بعد ڈاکٹر نے بنا پوچھے کوپر۔ ٹی لگا دیتا کہ اگلا بچہ نہ ہو۔ کوپر۔ ٹی لگانے کے بعد مجھے بہت دقت ہوئی۔ دس پندرہ دن بخار آیا، تھوڑا سا اٹھنے پر بے ہوش ہو جاتی تھی۔ لیکن ایک بار جب میں ٹائلیٹ گی تب میں نے دھاگہ دیکھا تو میں نے اس کے بارے میں آشناسے پوچھا لیکن اس نے بتایا کہ مجھے کوپر۔ ٹی لگی ہے، پھر پاس کے اربن ہیلتھ سینٹر لے گئی تو انہوں نے میری کوپر۔ ٹی نکال دی اور جب وہ نکلی تو مجھے بخار آنا بند ہو گیا اور میں صحیح ہو گئی۔ (IDI-18)

بہت سارے لوگ تو گولی بھی کھاتے ہیں، نیرودھ کا استعمال کرتے ہیں، کوپر۔ ٹی بھی لگواتے ہیں لیکن کوپر۔ ٹی سے بہت نقصان ہوتا ہے جیسے اوپر چڑھ جاتی ہے جس سے خون بھی آنے لگتا ہے۔ (IDI-23)

میں نے کوپر۔ ٹی لگا رکھی ہے مجھے اس سے کوئی پریشانی نہیں ہوتی۔ (IDI-17)

یو ایس ایڈ (2012) کے مطابق آئی یو ڈی مانع حمل کے بہترین طریقوں میں سے ایک ہیں، لیکن پھر بھی، بہت کم تعداد میں خواتین اس کا استعمال کرتی ہیں۔ مطالعے علاقے میں آئی یو ڈی عام طور پر کوپر۔ ٹی کے طور پر جانا جاتا ہے۔ فیلڈ ورک کے دوران، محققہ نے پایا کہ خواتین کوپر۔ ٹی کے بارے میں بہت سی غلط فہمیاں ہیں جو انکے خراب تجربات کی وجہ سے مزید بڑھ جاتی ہیں۔ مشہور تبصرہ یہ ہے کہ کاپر۔ ٹی نے بہت نقصان پہنچایا ہے، کاپر۔ ٹی چھتی ہے، کاپر۔ ٹی اوپر چڑھ جاتی ہے، آنتوں میں چپک جاتی ہے، اور کاپر۔ ٹی درد بھی کرتی ہے وغیرہ۔ یہاں محققہ کا مشاہدہ ہے کہ میڈیکل سیٹنگ کاپر۔ ٹی کے متعلق منفی کردار ادا کرتے ہیں جبکہ یہ مانع حمل کے بہترین طریقوں میں سے ایک ہے۔ ڈیلپوری

کے بعد، ڈاکٹرس خواتین کی رضامندی کے بغیر انکے رحم میں کاپر-ٹی ڈال دیتی ہے۔ ہو سکتا ہے کہ اس کی ایک بنیادی وجہ یہ ہے کہ لوگ کاپر-ٹی کے استعمال سے خوفزدہ ہیں۔ مزید یہ کہ کسی بھی عورت نے اس بات کا اعتراف نہیں کیا کہ انہیں کاپر-ٹی کے استعمال اور فوائد کے لئے مناسب مشاورت دی جاتی ہے اور نہ ہی ان کے شکوک و شبہات اور تجربات پر مناسب مشورہ دیئے جاتے ہیں۔

نسبندی

ہندوستان میں، خواتین کی نسبندی عام طور پر مانع حمل کا ایک مشہور طریقہ ہے، اس کے بعد مرد نس بندی آتی ہے۔ مجموعی طور پر، فی الحال شادی شدہ خواتین میں 98.6 فیصد خواتین نس بندی کے بارے میں جانکاری رکھتی ہیں جب کہ صرف 88.6 فیصد مرد نسبندی کے بارے میں جانتے ہیں (IIPS, 2015)۔ خواتین نسبندی مانع حمل کا ایک بہت ہی موثر طریقہ ہے۔ مانع حمل کے طریقہ کار کے طور پر نسبندی کارویہ، قبولیت اور علم مختلف معاشرتی اور ثقافتی پس منظر کی خواتین کے مابین مختلف ہے (کوہلس اور دیگر، 2017)۔ نسبندی کرانے کے عمل میں خاندانی حرکیات کی خوبصورتی کے ساتھ وضاحت کرتے ہیں جیسے نسبندی کرانے سے پہلے خواتین بہت سے عوامل پر غور کرتی ہیں، جبکہ والدین (خاص طور پر ساس) کو اس معاملے میں زیادہ اختیار حاصل ہوتا ہے وغیرہ۔ مذہبی وابستگی، خواتین کی تعلیم اور پیشے اس طریقے کو استعمال کرنے میں بہت زیادہ اثر ڈالتے ہیں (اولیویرا، ڈیاس، اور پدماڈاس، 2014)۔ جب کہ دیگر مطالعات میں کہا گیا ہے کہ نسبندی کو اپنانے میں مذہب زیادہ اثر نہیں ڈالتا ہے، کیونکہ مسلمان ہندوؤں کے مقابلے میں عارضی مانع حمل سے بہت زیادہ وابستہ ہیں اور ہندوؤں میں عارضی مانع حمل کو اپنانے میں فیصد کم ہے (شاہد، 2010)۔

پہلے تو میں کونڈوم کا استعمال کرتی تھی لیکن اب جب چار بچے ہو گئے ہیں اور لڑکا بھی ہو گیا ہے تو میں نے اپنی نسبندی کروالی کیونکہ اب مجھے کوئی اور بچہ نہیں کرنا ہے۔ نسبندی ٹھیک رہتی ہے۔
 - اب کوئی ڈریا ٹیشن نہیں رہتی۔ (IDI-7)

اگر بچہ نہیں چاہئے تو نسبندی کرالینی چاہئے۔ بہت سارے لوگ تو گولی، کنڈوم اور کوپر۔ٹی کا یوز کرتے ہیں ویسے ان سب سے اچھا آپریشن ہوتا ہے، ٹینشن ختم ہو جاتی ہے۔ دوائیوں سے تو موٹاپا بڑھتا ہے۔ (IDI-23)

میرے ہسبنڈ نے مجھ سے کہا جا کر کوپرٹی لگوا لو یا نسبندی کرالو، تو میں نے ان سے کہا کہ تم ہی اپنی نسبندی کرالو۔ تب انہوں نے بتایا کی آدمی کی نسبندی کرانے سے بہت پریشانی ہوتی ہے، آدمی بیکار ہو جاتا ہے کچھ کام کا نہیں رہتا، وزن بھی نہیں اٹھا سکتے ہیں اسی لیے انہوں نے نہیں کرائی،
 میں نے کرائی۔ (IDI-24)

میں نسبندی کرانا چاہ رہی تھی تو میں نے اپنی ساس سے کہا تو انہوں نے مجھے گالی دینا شروع کر دی! کیونکہ وہ کہتی ہیں کہ جس کی نسبندی ہوتی ہے اس کے جنازے کی نماز نہیں ہوتی۔ اسی لئے نسبندی نہیں کرانی چاہئے۔ اگر میری ساس مجھے سپورٹ کرتی تو میں نسبندی کرا لیتی۔ (IDI-24)

بیانات سے پتہ چلتا ہے کہ صرف خواتین ہی نس بندی کے لئے جاتی ہیں۔ وہ ایسے اس وقت کرتی ہیں جب انہیں یقین ہو کہ اب انہیں مزید بچوں کی ضرورت نہیں ہے۔ اس تحقیق میں انکشاف کیا گیا ہے کہ کچھ خواتین نس بندی کرنا چاہتی ہیں لیکن سسرال کے خوف کی وجہ سے نسبندی کے لئے نہیں گئی، انھیں ساس نے مذہب کے نام پر ایسا کرنے سے روکا (میری ساس کہتی ہیں کہ جسکے نسبندی ہو جاتی ہے اس کے جنازے کی نماز نہیں ہوتی ہے۔ اسی لئے نسبندی نہیں کرانی چاہئے)، (اگر میری ساس مجھے سپورٹ کرتی تو میں نسبندی کرا لیتی)۔ نسبندی کے حوالے سے ابھی بھی بہت ساری غلط فہمیاں ہیں لیکن پھر بھی اپنے خاندان کے تعداد کو کم کرنے کے لئے بہت سی خواتین اسے اپنا رہی ہیں۔ دلچسپ بیان بھی سامنے آئے ہیں جس میں خواتین نے اپنے شوہروں سے مردانہ نس بندی کے لئے کہا، لیکن انہوں

نے اس بات کو اس بنیاد پر ٹھکرا دیا کہ یہ مردوں کے لئے یہ ٹھیک نہیں ہوتا کیونکہ یہ انھیں کمزور کر دیتا ہے جس سے وہ محنت کرنے کے لائق نہیں رہیں گے۔ لیکن یہ واضح ہے کہ تکنیکی نسبت سے مرد نسندی خواتین نسندی کے مقابلے میں آسان ہے لیکن پھر بھی یہ ذمہ داری پوری طرح سے صرف خواتین پر نافذ ہے۔

روایتی مانع حمل کے طریقے

مطالعوں سے پتہ چلتا ہے کہ ہندوستان میں بہت سارے لوگوں نے جدید مانع حمل تکنیک کے بارے میں جاننے سے بہت پہلے ہی فرٹیلٹی کنٹرول پر عمل کیا تھا (شاہد، 2010)۔ انہوں نے ایسا کرنے کے لئے روایتی سماجی وجوہات اور روایتی طریقوں کا استعمال کیا (مینڈلبام، 1974؛ چیٹوپادھیانی، وکے، اور گرک، 1995؛ ٹیل، 1994)۔ گھریلو خواتین کی ایک بڑی تعداد کسی مقامی عورت کے ذریعہ بتائے گئے دیسی مانع حمل طریقوں پر انحصار کرتی دکھائی دیتی ہے۔

میں نے کبھی بھی بچہ روکنے کے لیے کچھ استعمال نہیں کیا، صرف الگ کر دیتے ہیں۔ (IDI-4)

بچہ ہونے سے روکنے کے لیے آدمی کو اپنے جیواڑوں باہر جھاڑنے چاہئے۔ مجھے تو سب سے اچھا یہی طریقہ لگتا ہے اسلام میں بھی جائز ہے اور ہر لگے نہ فیٹکری رنگ چوکھا کچو کھا۔ (IDI-17)

بچوں کے بیچ فرق رکھنے کے لیے میری بھابھی نے بتایا تھا کہ آدمی کے کٹانوں باہر جھاڑ دینا چاہئے، یا پھر آدمی سے ملنے کے بعد تورانٹ کھڑے ہو جاؤ اور پیشاب کر دو، تب بھی بچہ نہیں رکتا۔ اس کے علاوہ کچھ گھریلو طریقے اپنا سکتے ہیں۔ ارنڈی کے بیج پیرڈ کے بعد کھانے سے بچوں کے بیچ فرق رکھا جاسکتا ہے، ایک گری کھانے سے ایک سال دو گری کھانے سے دو سال اور تین گری کھانے سے تین سال تک بچے نہیں ہوتے۔ لیکن تین سے زیادہ گری نہیں کھانا چاہئے کیونکہ اس سے بانجھ پن ہو سکتا ہے۔ ہم لوگ کنڈوم کا یوز نہیں کرتے کیونکہ کنڈوم کے استعمال سے مجھے کھلی ہو جاتی ہے۔ (IDI-6)

اس بار میری لڑکی ہوئی اگر اس کے بعد لڑکا ہوتا ہے تو شہ (صنف) پلٹ جاتی ہے جس میں اگر ٹوک دیا جاتا ہے کہ درد تو نہیں ہو رہا تو درد شروع ہو جاتا ہے۔ تب چارپائی کے پائے سے گولا پھوڑا جاتا ہے اور اگر شہ (وقفہ) اونچی کرنی ہو تو، اگر گھر میں بچا ہوا ہو تب چارپائی کو سر یانے سے اوپر کی طرف کھینچ دیتے ہیں اور شہ لمبی ہو جاتی ہے۔ مطلب بچوں میں تین سے پانچ سال کا فرق رہتا ہے ہمارے یہاں تو یہی کرا جاتا ہے اور ہمارے یہاں اسی وجہ سے بچوں میں اتنا فرق ہے۔ (IDI-11)

اگر کسی کو بچہ نہیں چاہئے تو ابورشن کرا لینا چاہئے گھریلو طریقے تو بہت ہوتے ہیں لیکن مجھے نہیں پتہ، وزن اٹھا لیتے ہیں تو بچہ گر جاتا ہے۔ میں تو صرف کنڈوم کا یوز کرتی ہوں۔ ویسے جب میں نے چاہا تب کنسیب کیا اس سے پہلے خود پر کنٹرول رکھنا چاہئے، یا دتھڈرول کرنا چاہئے یا پھر سیکس کرنے کے بعد تورنت ٹونلیٹ کر دو، تو بھی بچہ نہیں رکتا۔ (IDI-12)

میں نے تو سنا ہے کی لڑکی کے میکے سے اس کے لئے گولا بھی آتا ہے، یہ شہ کے لئے ہوتا ہے۔ جب بچہ ہوتا ہے تو اگلے بچے کے بیچ فرق رکھنے کے لئے گولے کو زچہ کی چارپائی کے پائے سے توڑا جاتا ہے۔ لیکن میرے لیے ایسا کچھ نہیں آیا۔ (IDI-18)

اور اگر کبھی ایسا ہوتا ہے کہ کنڈوم نہیں یوز کیا تب سیکس کرنے کے بعد تورنت الٹا پیٹ کے بل لیٹ جائیں اس سے آدمی کے کٹاروں جو ہوتے ہیں وہ عورت کے اندر نہیں جاتے یا پھر سیکس کرنے کے بعد ترنت پیشاب کر دیں تو بھی بچہ نہیں رہے گا۔ (IDI-20)

اگر بچہ نہیں چاہئے تو کنڈوم کا یوز کرنا چاہئے، الگ ہو جانا چاہئے یا پھر سیکس کرنے کے بعد اپنی ساس زور سے لمبی چاہئے اور نیچے کو جھٹکے کے ساتھ چھوڑنی چاہئے جس سے بچہ نہیں رکتا۔ (IDI-22)

اس تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ خواتین کی ایک بڑی تعداد روایتی مانع حمل کے طریقہ کے طور پر انزال (دستبردار ہونا/خارج) کا استعمال کرتی ہے۔ لوگ کا انزال اور دیگر روایتی مانع حمل طریقوں پر پختہ یقین ہے۔ محقق نے مشاہدہ کیا کہ انزال کے علاوہ، تمام روایتی طریقے لوگوں کی نفسیات سے جڑے ہوئے ہیں اور ان کا کوئی سائنسی اعتبار نہیں ہے۔

6.5: اسقاط حمل

ہندوستان میں، پیدائش پر قابو پانے کے تمام طریقوں میں سب سے زیادہ خفیہ اور کم بات کیا جانے والا طریقہ اسقاط حمل ہے (ٹیل، 1994)۔ "پورا معاشرہ ایک عورت پر منحصر ہے کیونکہ وہی ہے جو اس دنیا میں بچے کو لے کر آئے گی، پھر کیوں اسے اس کی زچگی سے لطف اندوز ہونے، اور اسقاط حمل کے حق کی اجازت نہیں ہے؟" (چیٹرجی، 2017)۔ اسقاط حمل ایک حساس اور متنازعہ مسئلہ ہے جس میں مذہبی، اخلاقی، ثقافتی اور سیاسی جہت شامل ہے۔ یہ دنیا کے کئی حصوں میں عوامی صحت سے متعلق ایک تشویش بھی ہے۔ (آبادی کا حوالہ بیورو، 2005) ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (1993) غیر محفوظ اسقاط حمل کی اس طرح وضاحت کرتا ہے کہ جب غیر منصوبہ بند طریقہ سے حمل کا خاتمہ کسی ایسے فرد کے ذریعہ کرایا جاتا ہے جس میں صحت سے متعلق پیشہ وارانہ صلاحیتیں نہیں ہوتی ہے یا ایسے ماحول میں جہاں کم سے کم طبی معیار نہ ہو یا دونوں نہیں ہوتے، غیر محفوظ اسقاط حمل ہے۔

1971 میں حمل کا طبی خاتمہ (میڈیکل ٹرمینیشن آف پریگننسی یا ایم ٹی پی) ایکٹ نافذ کیا گیا، یہ ہندوستان میں اسقاط حمل یا ایم ٹی پی کو کنٹرول کرتا ہے۔ یہ ایکٹ بہت سے انڈیکسٹرس فراہم کرتا ہے جس کے تحت 20 ہفتوں تک حمل کے خاتمے کی اجازت دی گئی ہے۔ ایم ٹی پی ایکٹ کسی پیشہ ور کو بھی تحفظ فراہم کرتا ہے اگر وہ ایم ٹی پی ایکٹ کے تحت تمام ضروریات پر عمل پیرا ہے (وزارت صحت اور خاندانی بہبود، 2010)۔ اپنی جان بچانے کے مقصد کی نیک نیتی کے علاوہ کسی عورت کے حمل کو اسقاط کرنے کی کوشش کرنے پر تعزیرات ہند (آئی پی سی) کی دفعہ 312 کے تحت عام طور پر سخت قید اور / یا جرمانے کی سزا ہے (سیبسٹین، خان اور سیبسٹین، 2014)۔ ہندوستان میں ایم ٹی پی ایکٹ ایک وسیع پیمانے پر طبی اور معاشرتی وجوہات کی بناء پر اسقاط حمل کی اجازت دیتا ہے، جس میں عورت کی جان بچانا؛ دماغی

اور جسمانی صحت کے تحفظ کے لئے اور جنین کی خرابی کی صورتوں میں، عصمت دری یا علالت کے نتیجے میں حمل ختم کرنا اور مائع حمل طریقوں کی ناکامی شامل ہیں (اقوام متحدہ، 1993)۔

بچہ پورا کر لیں ادھر اور نہ کریں! ادھر اور ہونے سے کہانی خراب ہو جاتی ہے۔ ابورشن کرانا تو گناہ بھی ہے۔ (IDI-13)

بچے کا ابورشن نہیں کرانا چاہئے، کہتے ہیں پورا ہو جائیں تب ہی اچھا ہے ادھروری میں اور بھی زیادہ تکلیف ہوتی ہے کیوں کی ادھرورے میں خون زیادہ بہتا ہے۔ (IDI-19)

پہلے بچے کے ٹائم ڈاکٹر نے صفائی کرنے کو کہا تھا، لیکن میرے ہسپینڈ نے منع کر دیا کی ہم صفائی نہیں کرائیں گے کیونکہ پہلا کیس خراب ہونے کے بعد بچے ہی نہیں ہوتے، اسی لئے صفائی نہیں کرانا چاہئے۔ (IDI-23)

جب مقامی طریقہ کام نہیں کرتا یا پیچیدگیوں کا باعث بنتا ہے تو خواتین عام طور پر اپنے گاؤں سے باہر پیشہ ور سے نگہداشت حاصل کرتی ہیں۔ دلچسپ بات یہ ہے کہ خواتین خاص طور پر نوجوان خواتین یہ نہیں سوچتی کہ اسقاط حمل جرم ہے، ان کے مطابق، یہ انکی مجبوری ہیں کیونکہ ان کے پاس پریگننسی سے بچنے کا کوئی آپشن نہیں بچتا۔ لیکن بزرگ خواتین اس کو غلط سمجھتی ہیں کیونکہ پیدائش خدا کی تخلیق ہے (سی ای ایچ اے ٹی اینڈ ہیلتھ واچ، 2004، پی۔ 10)۔

میرے نہ کوئی ابورشن ہوا ہے نہ کوئی مس کیرج ہوا۔ اور اگر ابورشن کرانا ہی ہو تو سیدھے ڈاکٹر کے پاس جانا چاہئے، ادھر ادھر کے جھاڑ میں نہیں پڑنا چاہئے۔ (IDI-7)

ابورشن کے وقت اگر عورت کو اپنی جان پیاری ہو تو ادھر ادھر کی باتوں یا علاجوں میں نہ آئے بلکہ سیدھے ڈاکٹر کے پاس جانا چاہئے، ڈاکٹر مریض کے حساب سے ہی علاج کرے گا اور اس کی دوا سے اگر کوئی نقصان ہوتا بھی ہے تو اس کی پوری ذمہ داری ڈاکٹر کی ہی ہوتی ہے۔ (IDI-25)

اگر کسی کا بچہ رہ گیا ہے اور اسے نہیں چاہئے تو ڈاکٹر کی دوائی چاہئے۔ (IDI-16)

غیر محفوظ اسقاط حمل صحت کے لئے ایک بہت بڑا خطرہ ہے۔ محققہ نے پایا کہ خواتین کی ایک بڑی تعداد نے غیر محفوظ اسقاط حمل کی کوشش کی۔ جبکہ کچھ خواتین صحت کی قدر جانتی ہیں اور اگر وہ بچہ نہیں چاہتی ہیں تو وہ اسپتال جا کر ڈاکٹروں سے مشورہ کرتی ہیں۔ ان خواتین کے مطابق "ادھر ادھر کی باتوں یا علاج میں نہ آئے بلکہ سیدھے ڈاکٹر کے جائے"۔ خواتین جانتی ہیں کہ اگر وہ اسقاط حمل کا کوئی محفوظ طریقہ منتخب کرتی ہیں تو وہ محفوظ رہیں گی۔

اسقاط حمل کے لئے خود کی ادویات

خواتین کا خیال ہے کہ خود کی ادویات کے ذریعے اسقاط حمل آسانی سے ہو سکتا ہے۔ مندرجہ ذیل بیانات بھی اسی کی عکاسی کرتے ہیں۔

میں نے تو بہت ابورشن کرائے ہیں، پانچ۔ چھ ابورشن تو کرائے ہی ہونگے۔ مطلب لاسٹ بچے کے بعد چھ ابورشن کرائے ہیں۔ میڈیکل سے 350 روپے کی دوائی لے کر کھا لیتی ہوں۔ جیسے مجھے لگتا پیریڈ ہو رہے ہو اور اگر ایک مہینے سے زیادہ رک جاتے ہیں تو گھر پر ہی کٹ منگوا کر چیک کر لیتی ہوں۔ اور اگر اس میں پریگننسی کا آجاتا ہے تو میڈیکل اسٹور سے دوالا کر کھا لیتی ہو یا پھر بنگالی ڈاکٹر کو دکھاتی ہوں۔ لیکن اس کی وجہ سے بہت پریشانی ہوتی ہے، جیسے کمر میں بہت درد رہتا ہے، پوری رات بلیڈنگ ہوتی رہتی ہے۔ اس بار جب ڈاکٹر نے مجھ سے پوچھا کتنی بار دوالا کھالی ہے؟ تو میں نے کہا پانچ۔ چھ بار کھا رکھی ہے تو اس نے مجھے بہت ڈانٹا کہا کہ اس سے تمہاری جان کو بھی خطرہ ہو سکتا ہے، لیکن میں کیا کرتی پہلے سے ہی پانچ بچے ہیں انہیں کو پالنا مشکل ہیں باقی کو کیسے پالا جائے گا۔ شروعات میں تو میں نے گھر میں ہی کچھ چیزیں کھا کر بچہ گرا دیا تھا جیسے سوٹ، اجوائن کا پانی یا وزن اٹھا لیتی تھی، یارسی کو دکھیل لیتی تھی، لیکن اتنے جھاڑ کون پالے گا۔ اس سے بہتر ہے کی میڈیکل اسٹور سے 350 کی دوالا کر کھا لو۔ اگر کسی کے زیادہ دن ہو گئے ہو تو ڈاکٹر کے پاس ہی جانا پڑے گا گھر میں تو شروع کے دنوں کے لیے کر سکتے ہیں۔

تیسرے بچے سے پہلے میں ایک بار اور پریگنیٹ ہو گئی تھی، میں نے گھر پر ہی کٹ لاکر خود ہی چیک کیا اس سے ہی مجھے میری پریگنیسی کا پتہ چلا۔ لیکن میں وہ بچہ نہیں چاہتی تھی اسی لیے میں نے بنگالی ڈاکٹر سے دوا لے کر کھالی کیونکہ وہ بچہ صرف 15 یا 20 دن کا ہی تھا اسی لیے مجھے زیادہ پریشانی نہیں ہوئی۔

ایک بار ابورشن کے لیے میں نے خود ہی چپ چاپ میڈیکل اسٹور سے دوا لے کر کھالی تھی، جس کی وجہ سے بچہ اندر ہی سڑ گیا تھا۔ پورے شریر میں زہر پھیل گیا تھا اور بہت طبیعت خراب ہو گئی تھی تب بنگالی ڈاکٹر کو دکھایا تھا۔

میں نے تو ابورشن کے لئے ایک ڈاکٹر کی دوائی کھائی۔ گھر پر بھی سوٹ آجوائن پکا کر کھانے سے صفائی ہو جاتی ہے۔

کچھ مہینے پہلے ایک بار میں پریگنیٹ ہوئی تھی، ڈاکٹر نے کہا ابھی میرے لئے پریگنیٹ ہونا ٹھیک نہیں ہے۔ لیکن اب جب میں پریگنیٹ ہو ہی گئی تھی تو کیا کرتی؟ ڈاکٹر نے ابورشن کو کہا، لیکن میرا من نہیں مانا۔ لیکن آگے چل کر مجھے بہت پریشانی ہونے لگی مجھے بلیڈنگ ہونے لگی شریر سوج گیا تھا، لیکن ڈر کی وجہ سے ڈاکٹر کے نہیں گئی اور گھر پر ہی میڈیکل اسٹور سے دوا لے کر کھالی، جس کی وجہ سے بچہ اندر سڑ گیا اور جب ڈاکٹر کے پاس گئے تو اس نے بھی بہت ڈانٹا اور مجھے دیکھا ہی نہیں، بہت منت کے بعد اس نے مجھے دیکھا میری بہت بری حالت تھی پتہ نہیں مجھے کیسے بچایا گیا۔ اللہ کرے ایسا کسی کے ساتھ نہ ہو۔

میرے کچھ دن پہلے بچہ رہ گیا تھا مگر میری طبیعت خراب ہو گئی تھی اسی لیے میں نے بنگالی ڈاکٹر سے دوا لے کر کھالی تھی۔ ہاسپٹل نہیں گئی کیونکہ مجھے وہاں اوزاروں سے ڈر لگتا تھا، کی وہاں اوزار ڈالیں گے۔ اسی لئے دوا لے کر کھالی۔

زبانی طور پر کھائے جانے والے اسقاط حمل میں دیسی اور ہو میو پیٹھک دوائیں، کلورو کین گولیاں، پروسٹگ لینڈین، پروجیسٹرون کی زیادہ خوراک اور ایسٹروجنس، پیپیتا کے بیجوں میں پائی جانے والی پروجیسٹرون اور ایسٹروجن کی زیادہ خوراک کچی شراب، شریفہ اور گاجر کے بیج وغیرہ شامل ہیں (جانسٹن، 2002)۔ خود کی ادویات صحت کے لئے بہت

نقصان دہ ہیں۔ محقق نے پایا کہ خواتین اس کے بارے میں بخوبی جانتی ہیں، پھر بھی، وہ اسقاط حمل کے لئے خود کی ادویات استعمال کرتی ہیں۔ وہ میڈیکل اسٹور یا غیر تربیت یافتہ صحت کے ملازم کے پاس جاتی ہیں اور دوائی لیتی ہیں، جس سے انہیں بہت سے صحت سے متعلق مسائل جیسے کہ متلی، الٹی، سردرد، اور کمر میں درد کا سامنا کرنا پڑتا ہے، جبکہ کچھ خواتین کو بہت ہی نازک حالت کا سامنا کرنا پڑتا ہے جیسے پوری رات خون بہنا، جسم میں زہر پھیلنا اور بچے کا رحم میں ہی مرجانا وغیرہ۔

روایتی اسقاط حمل کے طریقے

اسقاط حمل کے لئے بہت سے روایتی یا دیسی کاڑھوں (مسچر) کا استعمال کیا جاتا جیسے "گاجر کے بیج اور جگری کا کاڑھا"، "اجوائن اور گڑ کا کاڑھا"، "چائے کی پتی اور گڑ کا کاڑھا"، "ہلدی فنی اور اجوائن، گڑ، ہلدی اور آندا کا کاڑھا" وغیرہ (شاہد، 2010)۔ کچھ دوسری تحقیقات میں کہا گیا ہے کہ اسقاط حمل کے لئے عام طریقوں میں اندام نہانی اور منہ سے دوا کھانے کے طریقے شامل ہیں۔ دایاں اسقاط حمل کے لئے بہت سے طریقوں کا استعمال کرتی ہیں جیسے بچہ دانی میں کوئی نوکیلی چیز ڈالنا، جڑی بوٹیاں اور پیڑ پودوں کی جڑوں کا استعمال کرتی ہیں (سی ای ایچ اے ٹی اینڈ ہیلتھ واچ، 2004)۔ مندرجہ ذیل بیانات میں اس بات کی عکاسی ہے۔

اگر کچھ ہی دن اوپر چڑھے ہو تو اجوائن اور سوٹھ کو کھولا کر کھڈا بنا کر پینے سے صفائی ہو جاتی ہے۔

میں نے پکا ہو پیتا دو۔ تین دن تک خوب کھایا تو میری صفائی ہو گئی تھی۔ (IDI-22)

ایک بار مجھے بیس بائیس دن پیرید آگے بڑھ گئے تھے تھوڑی ٹینشن ہو گئی تھی۔ لیکن میں نے گرم

دودھ میں ڈھیر ساری ہلدی ڈال کر پی لی اور دوسرے ہی دن سب صفائی ہو گئی۔ (IDI-3)

اگر بچہ نہیں چاہتے تو گھر میں ہی سوٹھ، اجوائن ملا کر فنی مارلو، یا پرانا گڑ جو کالے رنگ کا ہوتا ہے اسے خوب پکا کر اس کا پانی دن میں تین چار بار پیلوں، یا ملا-ڈی کی لال والی گولیاں کھاؤ اور اوپر سے سوٹھ اجوائن کا پانی پیلو، پیسی کو پکا کر پینے سے، وزن اٹھانے سے اور خوب کودنے سے بھی بچہ گر جاتا ہے۔ (IDI-2)

گڑ کھانے سے اور دیسی انڈا کھانے سے بھی بچہ گر جاتا ہے۔ (IDI-4)

ابھی تک تو میرا کوئی ابورشن نہیں ہوا۔ لیکن ابورشن کے بارے میں سنا ہے، بہت سے لوگوں کو کرتے دیکھا ہے۔ میری بھابھی نے ابورشن کے لیے بتایا تھا کہ گھر میں کبھی کبھی بچہ رک جائے تو ایسے حالات میں انناس خوب جم کر کھانا چاہئے کیونکہ اس سے صفائی ہو جاتی ہے۔ (IDI-6)

پیٹ والی عورتوں کے لیے تل بہت نقصان دہ ہوتا ہے۔ اگر بچہ رک گیا ہو یا بچہ نہیں چاہئے ہو تو ایسے حالات میں تل اور گڑ کے لڈو بناؤ اور دو تین دن تک خوب کھاؤ، اس سے بچہ گر جائے گا۔ (IDI-6)

تل کورات میں بھیکو دو اور صبح اس کا پانی پی لو اور بچے ہوئے تلوں کو چبا کر کھالوں سے صفائی ہو جائے گی۔ (IDI-6)

اگر پیریڈ کچھ ہی دن روکے ہو تو شریفے کے بیجوں کو پیس لو اور اس میں ہلدی پاؤڈر ملا کر اس کا لیپ بنالیں، اس کے بعد اسے پیٹ پر اور پیشاب کی جگہ پر پر لگائیں اسے بھی پیریڈ شروع ہو جاتے ہیں۔ لیکن میں ان سب باتوں کو نہیں مانتی، جنہوں نے بھی ان سب کا استعمال کیا ہے لاسٹ میں ڈاکٹر کے پاس ہی جانا پڑا، اور وہاں جا کر ڈاکٹر کی ڈانٹ بھی کھاؤ۔ اس سے بہتر ہے کہ عورت خود اسکا دھیان رکھیں کیونکہ بات تو عورت کی ہی ہے پریشانی تو اسے ہی اٹھانی پڑتی ہے۔ اس کو ان سب کا خیال رکھنا چاہئے، کونڈوم کا استعمال کرنا چاہئے اور اگر بچہ رک بھی جائے تو تورنت ڈاکٹر کے پاس جانا چاہئے۔ گھر پر کچھ استعمال کرنے کے بعد پریشانی بڑھتے ہی دیکھی ہے۔ (IDI-6)

گڑ کی چائے میں چائے پتی ڈال کر بہت ہیوی چائے بنا کر پینے سے بلیڈنگ ہو جاتی ہے۔ میڈیکل اسٹور سے ٹیبلیٹ کا یوز بھی کر سکتے ہیں۔ (IDI-9)

ابورشن کے لئے سوٹھ، لونگ، ادرک اور چائے کی پتی ڈال کر پینے سے بھی ہو جاتا ہے۔ (IDI-9)

ابورشن تو گھر میں بھی کر سکتے ہیں، لیکن گھر میں صبح نہیں رہتا، ہاسپٹل میں ڈاکٹر صبح سے دیکھ لیتے ہیں۔ گھر میں کچا پیٹا کھانا چاہئے، پکا پیٹا کھانے سے کچھ نہیں ہوتا، کچے پیٹے سے ہی ہوتا ہے۔ یا وزن اٹھا لیا پھر کوئی گرم چیز کھا لیں جیسے انڈا، مچھلی کھا لیں تو گرمی سے صفائی ہو جاتی ہے۔ رسی کو دھیلو، ہلدی اور اجوائن کا پانی یا شہد پینے سے بھی ابورشن ہو جاتا ہے۔ (IDI-10)

اگر بچہ نہیں چاہئے تو بہت سی دوائیاں چل گئی ہیں۔ جیسے بچہ نہیں چاہئے تو پیپی منگاؤ گرم کر کے چائے کی طرح ابال کر رات میں گرم گرم پیو اور سو جاؤ صبح تک صفائی ہو جائے گی۔ (IDI-11)

گھر میں چھتی ہوتی ہے اس پر صرف پھول ہی آتے ہیں، پھل نہیں آتے میں لمبی لمبی ڈالیاں ہوتی ہیں اور پھولی ہوئی ہوتی ہے اور چھوٹے چھوٹے پتے نکلتے ہیں، پپہتی بانجھ ہوتی ہے وہ اپنے بچوں سے چڑھتی ہے اس کا دودھ پینے سے عورت ہمیشہ کے لیے بانجھ ہو جاتی ہے۔ (IDI-11)

نتائج سے پتہ چلتا ہے کہ خواتین اسقاط حمل کے بارے میں بات کرتے وقت بہت شرم محسوس کرتی ہیں۔ جب کہ کچھ خواتین اس موضوع کے بارے میں بے تکلفی سے گفتگو کرتی ہیں۔ انہوں نے محقق کے ساتھ اپنے اور معاشرتی تجربات کے بارے میں کھل کر بات کی۔ جب خواتین اسقاط حمل کرنا چاہتی ہیں تب بھی وہ ڈاکٹر کے یہاں جانے کے لئے راضی نہیں ہوتی ہیں۔ کیونکہ اسقاط حمل کے لئے خود کی دوا کا استعمال عام بات ہے۔ خواتین کا خیال ہے کہ دیسی طریقوں کے ذریعے اسقاط حمل آسانی سے ہو سکتا ہے۔ مطالعہ میں، خواتین کی ایک بڑی تعداد اسقاط حمل کے لئے دیسی طریقے استعمال کر رہی ہے۔ انہوں نے گرم تاثیر کی چیزوں کا استعمال کیا جیسے۔ ہلدی، پیٹا، پرانا گڑ، انناس، تل، انڈا، مچھلی، شہد اور "اجوائن"، پرانا گڑ اور سوٹھ "سوٹھ اور اجوائن"، "تل اور گڑ کے لڈو"، "سوٹھ، لونگ، ادرک اور

چائے" اور "ابلی ہوئی کالی پیسی" وغیرہ۔ اور کچھ خواتین اسقاط حمل کے لئے بھاری کام کرتی ہیں جیسے وزن اٹھانا، رسی کو دنا وغیرہ۔

غیر محفوظ اسقاط حمل کی وجہ سے جان کا خطرہ

غیر محفوظ حالات میں انجام دیئے جانے والے اسقاط حمل کی وجہ سے دنیا بھر میں ہر سال دسیوں ہزار خواتین کی جان چلی جاتی ہے، اور اس کی وجہ سے کئی بار صحت سے متعلق ایسے حالات آجاتے ہیں جن کے ٹھیک ہونے کی کوئی امید نہیں ہوتی ہے (آبادی کا حوالہ بیورو، 2006)۔

گھریلو نسخوں سے تو ایسا کوئی نقصان نہیں ہوتا، لیکن بچہ گرانے کے کچھ ایسے طریقے بھی ہوتے ہیں جن سے انسان کی جان تک چلی جاتی ہے۔ میرے پڑوس میں ایسی ایک عورت ہے جو اپنے چار بچوں کو چھوڑ کر چلی گئی۔ اسے امید سے کچھ ہی دن ہوئے تھے، زیادہ نہیں دو۔ ڈھائی مہینے ہی ہوئے ہونگے۔ اس نے بچہ گرانے کے لئے بچہ دانی میں کچھ نوکیلی چیز ڈال لی، پھر تو وہ درد سے ایسے تڑپ رہی تھی جیسے بنا پانی کے مچھلی تڑپتی ہے، اتنا خون نکلا کہ بتا نہیں سکتی، ہاسپتال بھی لیکر گئے لیکن دو دن بعد وہ مر گئی، بالکل پہلی پڑ گئی تھی، دیکھا بھی نہیں جا رہا تھا۔ (IDI-3)

اس تحقیق میں یہ بات سامنے آئی ہے کہ غیر محفوظ اسقاط حمل کی معمولات بہت عام ہیں اور خواتین غیر تربیت یافتہ لوگوں کے ذریعہ علاج کرتی ہے، اور دیسی طریقوں کا استعمال کرتی ہیں، جس کی وجہ سے دورے پڑنا، ضرورت سے زیادہ خون بہنا، پیٹ میں درد، اور حیض کے مسائل یہاں تک کہ موت وغیرہ کا بھی سامنا کرتی ہیں۔ اس تحقیق میں یہ بھی انکشاف کیا گیا ہے کہ غیر محفوظ طریقوں سے غیر تربیت یافتہ لوگوں سے اسقاط حمل میں اضافہ ہو رہا ہے۔ یہ ابھی بھی ایک راز ہے کہ کیوں خواتین اسپتال جانے سے گریز کرتی ہیں اور اسقاط حمل کے غیر محفوظ طریقوں کا استعمال کر کے خود کو جان لیوا خطرہ میں ڈال رہی ہیں۔

6.6: مسکیرج (خود ہی حمل کا گرنا)

بہت سی خواتین کو ہر سال مسکیرج یا اچانک اسقاط حمل کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ مسکیرج یا اچانک اسقاط حمل کو حمل کے 20 ہفتوں سے پہلے خود ہی جنین کے ختم ہو جانے کے طور پر بیان کیا جاتا ہے (چوٹی اور دیگر، 2014)۔ افسوس کی بات یہ ہے کہ جب عورت کے شروعات میں حیض نہیں ہوتا اور حمل کا نتیجہ مثبت ہوتا ہے تو پہلے 3 سے 5 مہینوں میں مسکیرج بہت عام ہے، شروعاتی دور میں بہت سے مسکیرج ہو جاتے ہیں (آرسی اوجی، 2016)۔

میرا ایک مسکیرج ہوا، مجھے پتہ نہیں تھا کہ میں پریگنیٹ ہوں، تب میں نے گیس سلینڈر اٹھالیا تھا اسی لیے مجھے بلیڈنگ ہو گئی تھی۔ (IDI-16)

اس بچے کے لیے منت مانگی تھی، کیوں کہ اس سے پہلے بھی کچھ دن کے تین مس کیرج ہو گئے تھے، تو یہی مانگا کی اب کوئی نقصان نہ ہو، اب میری گود بھری رہے، لڑکا ہو یا لڑکی خیریت سے ہو جائے۔ بچہ ہونے کے بعد مزار پر چادر بھی چڑھائی۔ (IDI-10)

پانچ بچوں کے بعد میں ایک اور بار پریگنیٹ ہوئی تھی۔ 6 مہینے کا بچہ تھا تب گولاندی سے مٹی اٹھا کر لار ہی تھی، تبھی بہت بھاری وزن کی وجہ سے بچہ گر گیا، اس کی پیدائش بھی گھر پر بہت مشکل سے کرائی اس وقت گھر میں ہی گڑ، سونٹھ، اور اجوائن کا پانی پکا کر پلایا اور کالی والی پیپسی کی دو بوتل چائے کی طرح خوب ابا لکر پلائی، اس کے علاوہ سویوں کا پانی بھی پلایا یہ سلسلہ دو دن تک چلا اور ان سب چیزوں کے سیون کی وجہ سے بچہ ہو گیا، اسی وجہ سے مجھے دو دن تک بلیڈنگ بھی ہوئی، لیکن ہا اسپتال نہیں گئی۔ وہ بچہ لڑکا تھا، ایسا ہی تین چار دن پڑا ہا پھر اسے کوڑے میں پھینک دیا۔ (IDI-2)

میرے دو مس کیرج ہو چکے ہیں، پہلا تیسرے مہینے میں ہوا تھا۔ شروع میں تو مجھے کوئی پریشانی نہیں ہوئی، ہا اسپتال میں ہی سارے چیکپ کرائے تھے، لیکن تب تو کچھ نہیں آیا۔ بعد میں کچھ بلیڈنگ ہونے لگی پھر دوبارہ ڈاکٹر کو دکھایا تو ڈاکٹر نے الٹراساؤنڈ کو کہا، تورات میں الٹراساؤنڈ نہیں کرایا، بلکہ پیروں کے نیچے تکیہ لگا کر لیٹ گئی جس سے پیر اوپر رہیں اور بلیڈنگ رک جائے، صبح

جب ڈاکٹر کے پاس گئی تب ڈاکٹر سے الٹرا سائونڈ کرایا اور بتایا کہ بچے کی دھڑکن نہیں ہے اور کہاں
ابورشن کرانا ہوگا کیونکہ یہ بچہ خراب ہو چکا ہے۔ (IDI-12)

دوسرا مس کیرتج پانچویں مہینے میں ہوا، اس بار مجھے کوئی پریشانی بھی نہیں ہوئی یہ تو اچانک سے
ہوا۔ پہلے الٹرا سائونڈ کرایا تھا تو سب ٹھیک تھا لیکن جب دوسرا الٹرا سائونڈ کرایا تو ڈاکٹر نے بتایا کہ بچہ
ختم ہو چکا ہے اور پانچواں مہینہ ہے اسی وجہ سے ڈیلیوری ہی کرانی ہوگی۔ مجھے لگتا ہے کہ میرا بچہ
کسی جھٹکے یا ہوا کے اثر میں آ گیا تھا کیونکہ مجھے اندرونی کوئی پریشانی نہیں تھی۔ میں نے شروع سے ہی
اپنا خیال رکھا تھا بھاری وزن نہیں اٹھایا، گرم چیزیں بھی نہیں کھائی پھر بھی ایسا ہوا۔ (IDI-12)

جیسا کہ ہم جانتے ہیں کہ مسکیرج غیر ارادی اسقاط حمل ہے، اور اس تحقیق نے انکشاف کیا گیا ہے کہ مسکیرج کی بنیادی
وجہ بہت زیادہ وزن اٹھانا ہے۔ بہت سی خواتین کو مسکیرج کا سامنا کرنا پڑتا ہے، اس کے بعد وہ اس وقت تک جسمانی اور
ذہنی دباؤ کا شکار ہو جاتی ہیں جب تک کہ وہ دوبارہ حاملہ نہ ہوں۔

6.7: خلاصہ

وقت، مقام اور حالات بدل رہے ہیں لیکن خواتین کی حالت ابھی بھی پہلے جیسی ہی ہیں۔ انٹرویوز سے ملے بیانات دیگر
مطالعات اس بات کی عکاسی کے بالکل قریب ہیں (پٹیل، 1994؛ رامانا تھن، 2004؛ شاہد، 2010)۔ خاندانی
سائز اور خاندانی منصوبہ بندی سے متعلق خیالات صنفی کرداروں کے گرد گھومتے ہیں۔ شوہر اور بیوی دونوں ہی خاندانی
منصوبہ بندی میں اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ لیکن پھر بھی مانع حمل صرف عورت کی ذمہ داری سمجھی جاتی ہے۔ لہذا
خواتین مختلف مانع حمل کے طریقوں کے استعمال کر کے خاندانی منصوبہ بندی کا فیصلہ کرتی ہیں۔ پھر بھی، شوہر اور
سسرال والے اسکے حمل، خاندانی سائز اور نسبندی کے فیصلے میں اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ ہر حمل اور بچہ کی پیدائش
شوہر اور بیوی دونوں کے لئے اس لئے بھی ضروری ہے کہ وہ اپنے خاندانی سائز، بچوں کے بیچ وقفہ یا لگے حمل اور مانع

حمل طریقوں کے استعمال کے بارے سمجھ سکیں۔ یہ بات سامنے آئی ہے کہ خواتین ایک چھوٹا خاندان چاہتی ہیں جس میں کم از کم ایک بچہ پیٹا اور ایک بیٹی ہو۔ وہ بچوں کے درمیان کم سے کم دو سال کا وقفہ رکھنا چاہتی ہیں لیکن وہ ایسا کرنے میں خود کو بے بس سمجھتی ہیں۔ مطالعے علاقے میں سب سے مقبول مانع حمل طریقہ کنڈوم ہے جبکہ خواتین کو پری-ٹی اور نس بندی سے خوفزدہ ہیں۔ اس طرح ہم دیکھتے ہیں کہ یہ دور جدید ہے لیکن پھر بھی اسقاط حمل اور نس بندی کافی حساس معاملات ہیں اور مسلمان خاندانوں میں اسے ایک گناہ سمجھا جاتا ہے۔ لیکن جب خواتین اپنے مطلوبہ خاندانی سائز کو حاصل کر لیتی ہیں تو وہ نس بندی کے بارے میں سوچتی ہیں۔ اور وہ متعدد قسم کے روایتی مانع حمل کے طریقوں کا استعمال کر کے اپنی صحت اور زندگی کے خطرے میں بھی ڈال رہی ہیں۔

باب ہفتم: تولیدی امراض



باب ہفتم: تولیدی امراض

ہندوستانی خواتین بڑی تعداد میں زچگی کے دوران امراض اور پریشانیوں کا شکار ہوتی ہیں کیونکہ اسے ایک پوشیدہ وبا کے طور پر دیکھا جاتا ہے، اس کے باوجود اس وبا کی بڑی وجہ معلوم نہیں ہو سکی (رام کرشنا اور دیگر، 2008)۔ تولیدی امراض (آر ٹی آئی) اور جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن (ایس ٹی آئی) کی موجودگی سے ایچ آئی وی کے منتقل ہونے کا خطرہ تین سے پانچ گنا بڑھ جاتا ہے (کوہن، 1998؛ واسیر ہیٹ، 1992)۔ خاص طور پر کم عمر خواتین میں بیکٹیریوگنوسس، ایچ آئی وی منتقل کی ایک وجہ ثابت ہو سکتی ہے (گرے اور دیگر، 1997)۔ ہندوستان میں، شادی شدہ خواتین میں بیماریوں کی رازداری، صحت کی سہولت کے حوالے سے خاتون ڈاکٹر کی کمی، علاج کی لاگت اور ان کی سماجی حیثیت وغیرہ کی وجہ سے وہ طبی علاج حاصل کرنے سے گریزاں ہیں (بینڈوپدھیائے، 2019؛ جیمبھوئے، 1998؛ سنگھ اور دیگر، 1999؛ بڑوا اور کرز، 2001)۔ ہندوستانی خواتین "خاموش ثقافت" (کلچر آف سائلنس) کی وجہ سے تولیدی امراض کے بارے میں کھل کر بات کرنے اور امراض نسواں سے گریز کرتی ہیں (پرساد اور دیگر، 2008)۔ ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (1992) نے تولیدی امراض کو تین قسموں میں بانٹا ہے: زچگی، امراض نسواں اور مانع حمل۔

یہ باب ہلدوانی میں تولیدی مریضوں اور اس کے لئے استعمال ہونے والے طریقوں کی عکاسی کرتا ہے۔

7.1: بانجھ پن

بانجھ پن کی وضاحت، جب ایک سال تک باقاعدہ غیر محفوظ مباشرت کے بعد قدرتی طور پر حاملہ نہ ہونے کے طور پر کی جاتی ہے (انوار، انور، 2016)۔ بنیادی بانجھ پن وہ اصطلاح ہے جب کوئی جوڑا ایک یا دو سال تک دوائیوں کے استعمال

کے بعد بھی حمل حاصل کرنے میں ناکام رہے اور جس نے پہلے بھی کبھی حمل حاصل نہ کیا ہو۔ ثانوی بانجھ پن وہ اصطلاح ہے جو ان خواتین پر لاگو ہوتی ہے جو بنیادی بانجھ پن کا شکار تو نہیں ہوتی ہیں لیکن ماضی میں دوبارہ کبھی حاملہ نہیں ہوتی (لوفیلڈ، 2004)۔ بانجھ پن کے لئے مرد اور عورت دونوں برابر کے ذمہ دار ہیں۔ بانجھ پن کی تین اہم وجوہات ہیں جن میں مردوں میں کمی، بچہ دانی کا ٹھیک سے کام نہ کرنا بیماری بھی شامل ہے (کاٹرلا، 2008)۔ اس کے علاوہ بانجھ پن کے لئے موجودہ تناؤ، جنسی بیماریاں، سگریٹ نوشی، وزن سے متعلق پریشانی جیسے موٹاپا اور کم وزن، دیر سے بچوں کی پیدائش، اور بچہ دانی میں سیسٹ، اینڈومیٹریا سس، یا یوٹیرن مائوما کے مریضوں کی بڑھتی ہوئی تعداد بھی شامل ہیں (کوبو، 2009)۔ معاشرے میں زچگی کو نعمت سمجھا جاتا ہے، جبکہ بانجھ پن کو ایک لعنت سمجھا جاتا ہے (پٹیل، 2006)۔ دنیا بھر میں ثقافتی رویوں کے ایک سروے سے پتہ چلتا ہے کہ بانجھ پن سے وابستہ ذاتی مصائب انسانی حالت کا ایک قدیم حصہ ہے جو اکثر بانجھ مردوں اور عورتوں کے خلاف ایک مضبوط معاشرتی بدنامی کا باعث بنتا ہے (لوفیلڈ، 2004)۔

بانجھ پن عورت کی زندگی کی سب سے بری چیز ہے، اللہ کسی دشمن کے ساتھ بھی ایسا نہ کرے۔ جن کے بچے نہیں ہوتے ان سے پوچھو ان کے دل پر کیا بیتی ہے، ان کے ساتھ کیسا برتاؤ کرتے ہیں۔ یہاں کا تو پھر بھی ٹھیک ماحول ہے، ہمارے یہاں تو بانجھ عورتوں کو کوئی اپنے گھر ہی نہیں بلاتا۔ (2-IDI)

اگر کسی کے بچے نہیں ہوتے تو دونوں میں کمی ہو سکتی ہے، اس لئے دونوں کا چیک ہونا چاہئے۔ لیکن سارے الزام تو عورت پر ہی آتے ہیں۔ اگر کسی کے بچے نہیں ہو رہے ہوں تو ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے۔ ایسی عورت کو بانجھ، بنجھوٹیاں کہتے ہیں۔ لوگ جینا مشکل کر دیتے ہیں، بچوں کو بھی اس کی گود میں نہیں دیتے۔ (13-IDI)

اگر کسی کے بچے نہیں ہو رہے ہوں تو اسے ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے اور اگر کوئی فائدہ نہیں ہو رہا ہوں تو مولانا کو دکھانا چاہئے۔ (10-IDI)

جنگے بچے نہیں ہوتے انہیں ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے اور ساتھ ساتھ مولانا کا بھی علاج کرانا چاہئے۔ (12-IDI)

میرے دو سال تک کوئی خوشی نہیں ہوئی اسی لئے ڈاکٹر کا علاج چل رہا تھا، ساتھ ہی ساتھ مولانا کا بھی علاج کرایا، مولانا نے مجھے تعویذ دئے۔ ان تعویذوں کو اپنے اوپر سے تین بار اتار کر جلانا ہوتا تھا اور نہانے کے لیے بھی تعویذ دیئے تھے وہ تعویذ پانی میں ڈال کر اس سے نہانا ہوتا ہے۔ میرے بچے دیر سے ہوئے اسی وجہ سے مزاروں پردعائیں بھی مانگی اور پوری بھی ہوئی۔ (14-IDI)

بانجھ پن ہندوستانی معاشرے میں ایک بد نماد غ ہے، بانجھ خواتین کو امتیازی سلوک کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ لوگ انہیں بانجھ، بنجھوٹیہ اور ایسے ہی دوسرے ناموں سے پکارا جاتا ہے۔ لیکن محققہ نے مشاہدہ کیا کہ، لوگوں کو بانجھ خواتین کے ساتھ بہت ہمدردی ہے اور انہوں نے انہیں ڈاکٹروں کے پاس جانے کے ساتھ ساتھ مولانا کے ذریعہ علاج کروانے کا مشورہ بھی دیا۔

ثانوی بانجھ پن، اس جوڑے کے لئے ایک تاخیر ہے جس میں عورت پہلے بھی حاملہ ہو چکی ہو، حالانکہ اس میں ضروری نہیں کہ پہلے ہوا حمل کامیاب رہا ہو، مثال کے طور پر اسقاط حمل، اور ایکٹوپک حمل (رحم سے باہر بچہ کی نشوونما جیسے فلوپین ٹی میں) ہو سکتا ہے (ٹیلر، 2003)۔ ثانوی بانجھ پن ان جوڑوں کے لئے استعمال کیا جاتا ہے جو تولیدی عمر کے دوران پچھلے حمل کے بعد ایک سال غیر محفوظ مباشرت کے بعد بھی حاملہ نہیں ہو سکیں ہو (مومتاز اور دیگر، 2012)۔ ترقی پذیر ممالک میں ثانوی بانجھ پن کی اعلیٰ شرح کی سب سے بڑے وجوہات - جنسی طور پر منتقلی انفیکشن، بعد از پیدائش غیر حفظان صحت حالات میں طبی مداخلت ہیں (لونفیلڈ، 2004)۔

میرے دو بچے ہوئے دونوں کی پیدائش گھر پر ہی ہوئی۔ دوسرا بچہ مراہوا پیدا ہوا، اس کے بعد ایسی کوئی پریشانی تو نہیں ہوئی، لیکن اس کے بعد میں کبھی پریگنٹ نہیں ہوئی۔ میں نے آگے بچہ کرنے کے لئے پنچ سورے کی سورتیں پڑھیں، فال بھی کھلائی، مولانا کو بھی دکھایا۔ مولانا نے مجھے درگاہ کے پھول دیئے اور کہا جب دونوں پتی-پتی مل جاؤ، تو ان پھولوں کو پانی میں ڈال کر اس پانی سے نہانا۔ لیکن درگاہ کے پھولوں کے ساتھ ایسا کرنے کے لئے میرا من نہیں مانا اس لیے میں نے علاج پیچ میں ہی چھوڑ دیا۔ لیکن اب میں نے سوچا ہے کہ میں بچہ کرنے کے لئے کچھ علاج کراؤں۔

(IDI-25)

میری پہلی بیٹی ہونے کے بعد میرے بچہ دانی میں بہت سو جن آگئی تھی، دوسرا بچہ ہونے کی امید ہی نہیں تھی، مجھے ڈاکٹر کو بھی دکھایا، لیکن ڈاکٹر سے کچھ نہیں ہوا۔ مولانا کو دیکھا یا تو اس نے اتارا کیا اور پینے کے لئے تعویذ بھی دیے اب دیکھو کیا ہوتا ہے آگے، ابھی تو علاج چل رہا ہے۔ (IDI-

23)

بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ کچھ خواتین کو ثانوی بانجھ پن کا سامنا کرنا پڑا ہے۔ وہ اپنے بچہ کے لئے بہت کوشش کرتی ہیں کیونکہ ان کے خیال میں ہر عورت کو کم از کم ایک بچہ ہونا چاہئے۔ ثانوی بانجھ پن کے علاج کے لئے وہ طبی علاج کے ساتھ ساتھ وہ مولانا کے علاج کو بھی ترجیح دیتی ہیں۔

بانجھ پن کا علاج

خواتین بانجھ پن کی وجہ کثیر الجہتی ہے اور یہ شوہر اور بیوی میں سے کسی ایک یا دونوں کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ درحقیقت، بانجھ پن کے بنیادی مسائل دونوں جنسوں سے متعلق ہو سکتے ہیں۔ تقریباً 50 فیصد بانجھ پن خواتین کی حالتوں کی وجہ سے ہوتا ہے، جبکہ 40 فیصد کے قریب مردوں سے وابستہ ہیں (کاشانی اور اخوندزادہ، 2017)۔ بانجھ پن نہ صرف صحت کا مسئلہ ہے بلکہ یہ ایک مرکزی وجود اور نسواں تنازعہ بھی ہے۔ دنیا بھر میں، بانجھ پن کے علاج کے لئے متعدد روایتی طریقے استعمال ہوتے ہیں (نازک اور دیگر، 2015)۔ بانجھ پن کے علاج کے لئے پہلے اسکی بنیادی

طبی حالت کا جائزہ لینا ضروری ہے جو اس طرح کی پریشانیوں میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ زرخیزی سے متعلق مسائل کو دور کرنے کے لئے جڑی بوٹیوں کے علاج کا بھی طویل عرصہ سے استعمال کیا جا رہا ہے (کاشانی اور اخونزادہ، 2017)۔

اگر کسی کے بچے نہیں ہوتے تو اسے ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے، مجھے تو اس کے بارے میں کچھ نہیں پتہ۔ لیکن میں نے سنا ہے کی ایسی عورتیں جن کے بچے نہیں ہوتے اور ڈاکٹر کے علاج سے بھی کوئی فرق نہیں پڑ رہا ہو تو وہ چٹکی بھر دار چینی پاؤڈر میں شہد میں ملائیں اور دن میں چار پانچ بار اسے کھائیں تو اس سے ان کا بانجھ پن دور ہو سکتا ہے۔ اب یہ بات کتنی صحیح ہے یہ تو مجھے نہیں پتہ لیکن سنا تو ایسا ہی ہے۔ (7-IDI)

اگر کسی کے بچے نہیں ہو رہے ہیں تو میاں بیوی کے ملنے کے بعد ٹھنڈا پانی نہیں پینا چاہئے، گرم پانی پینا چاہئے، اس سے بچے ہونے میں مدد ملتی ہے۔ (IDI-2)

اگر کسی کے بچے نہیں ہو رہے ہوں تو اسے کسی بچے کا نال چھپا کر کسی چیز میں ملا کے گولی بنا کر کھلا دینا چاہئے۔ لیکن اس بات کا اس عورت کو پتہ نہیں چلنا چاہئے۔ (IDI-22)

گوئٹیلی اور چنچل گڈیم (2004) نے اپنے مطالعے میں بانجھ پن کا سامنا کرنے والی خواتین کے علاج کے لئے نال کا استعمال کرتے ہوئے پایا۔ یہ نال خاتون کو اس کی جانکاری کے بغیر کھلایا جاتا ہے۔ نال کو بانجھ خواتین کے جسم میں ایک خاص زرخیزی قوت پیدا کرنے والے رس کے طور پر دیکھا جاتا ہے جو اسے حاملہ ہونے میں مدد کرتا ہے۔ سماج کی پدر شاہی سوچ کی وجہ سے بانجھ پن کسی بھی شخص کے لئے بد نما داغ بن جاتا ہے، جب عورت یا مرد بانجھ ہوتے ہیں تو انھیں کئی طرح کے جذباتی اور ذہنی دباؤ کا سامنا کرنا پڑتا ہے اور وہ ہر وہ کام کرتے ہیں جس سے انہیں اس داغ سے نجات ملنے کی کوئی امید ہوتی ہے۔ وہ ڈاکٹروں اور مذہبی رہنماؤں کے پاس جاتے ہیں اور ساتھ ہی ساتھ بانجھ پن کے علاج کے لئے کئی قسم کے روایتی یا گھریلو علاجوں کا استعمال کرتے ہیں۔ اس مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ بانجھ عورتیں

حاملہ ہونے اور بچہ پیدا کرنے کے لئے ہر ممکن علاج کرتی ہیں جس میں روایتی یا گھریلو علاج بھی شامل ہوتے ہیں جیسے دار چینی کا استعمال اور نال استعمال وغیرہ کرتے ہیں۔

7.2: تولیدی نلی کے انفیکشن

سفید مادہ کا اخراج

خواتین کی اندام نہانی سے خارج ہونے والا مادہ خون نہیں ہے لیکن یہ کسی اور رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خواتین کا ماننا ہے کہ جب ان کا جسم کمزور ہوتا ہے اور جب وہ بیمار ہوتی ہیں تو، خیال کیا جاتا ہے کہ ان کی ہڈیاں پگھلنا شروع ہو جاتی ہیں جو اندام نہانی سے خارج ہو کر باہر آ جاتی ہیں (ادومان، 2008)۔ خواتین کو سفید مادہ کا خارج ہونے کی صرف ان ہی صورتوں کو پریشانی سمجھا جاتا ہے جو معمول کے خارج ہونے سے مختلف ہیں، جو اندام نہانی کے حصوں میں درد، پیٹ میں درد، جلن، کھجلی اور پھوڑے سے وابستہ ہیں (جوشی اور دیگر، 2008)۔

اندرونی پریشانی ہونے پر سوچتی ہوں کہ اچھا ہے ایسے ہی ٹھیک ہو جائے۔ لیکن جب وہ زیادہ بڑھ جاتی ہے یا میرے ہسپینڈ کو پتہ چلتا ہے تو وہ ڈاکٹر کے پاس لے جاتے ہیں۔ بچہ ہونے کے بعد سے سفید پانی کی پریشانی، کمر میں درد اور ہاتھ پیر پھر سن ہونے لگے۔ (IDI-4)

بچہ ہونے کے بعد مجھے کمر میں درد اور کمزوری رہتی ہے اور سفید پانی کی پریشانی بڑھ گئی ہے۔ (IDI-5)

سفید پانی کی پریشانی ہو گئی تھی، اس سے کمر اور پیروں میں درد رہتا ہے۔ سفید پانی کے علاج کے لیے گھر میں ہی امی دو بنا دیتی ہیں، وہی کھا لیتی ہوں اس میں زیرہ بھون کر لیتے ہیں اور چینی ملا کر دن میں دو- تین بار کھانے سے چار- پانچ دن میں ٹھیک ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ میوہ کو ملا کر

کھانے سے بھی سفید پانی کی پریشانی دور ہو جاتی ہے۔ ویسے بھی یہ کوئی زیادہ بڑی پریشانی تو ہے نہیں، اسی لئے زیادہ ڈاکٹر کے پاس نہیں جاتی بلکہ یہ خود ہی ٹھیک ہو جاتی ہے۔ (10-IDI)

سفید پانی کی پریشانی کے لیے مکتے چنے، کھانڈ، اخروٹ، بڑی الائچی اور تال مکھانے کو ملا کر پیس لو اور صبح نہار منہ گائے کے دودھ سے تین چار دن کھانے سے پریشانی دور ہو جائے گی۔ (11-IDI)

سفید پانی کا علاج کے لیے ہم نے شیر کھڑی اور مکتے چنے اور کچی کھانڈ بکری یا گائے کے دودھ سے کھانے سے صحیح ہو جاتی ہے۔ (13-IDI)

سفید پانی کی پریشانی کے لئے پہلے ڈاکٹر کو دکھایا لیکن پھر نہیں گئی، گھر میں ہی نہار منہ کچے چنوکا پانی پینے سے صحیح ہو جاتا ہے۔ کیلے میں دیسی گھی بھر کر کھانے سے بھی یہ پریشانی دور ہو جاتی ہے۔

(14-IDI)

مجھے سفید پانی کی پریشانی ہو گئی تھی، اس کے لئے کبھی کبھی گھریلو دوا یوز کر لیتی ہوں، اس میں مشری اور اسپنول کی بھوسی یوز کرتے ہیں۔ (IDI-21)

اندام نہانی سے سفید مادہ کا اخراج مطالعہ کے علاقے میں پایا جانے والا سب سے عام امراض نسواں ہے۔ اور اس مسئلے کی وجہ سے بہت کم تعداد میں خواتین اسپتال جاتی ہیں۔ خواتین کی کافی زیادہ تعداد خود ہی گھر پر اس مسئلے کا حل کا کرتی ہے اور اسی وجہ سے جب تک معاملات سنگین نہیں ہوتے تب تک اسکی تشخیص نہیں کی جاتی ہے۔ خواتین اسے ایک عام مسئلہ سمجھتی ہیں اور گھریلو علاج کا استعمال کرتی ہیں۔

پیٹرو میں سوجن

ادمان (2008) نے اپنی تحقیق میں بتایا کہ ناددکھے (اس علاقے کا ذکر کرتے ہوئے جہاں فیلو پیسین ٹیوبیں ہوتی ہیں) لفظ کا استعمال ان مسلوں کی وضاحت کے لئے کیا جاتا ہے جو خواتین کی زندگی کی متعدد جسمانی پریشانی کے طور پر درپیش ہوتے ہیں۔ خواتین کا کہنا ہے کہ یہ تکلیف اس وقت محسوس ہوتی ہے جب وہ طویل عرصے تک کھیت میں کام

کرتی ہیں، یا اگر وہ بھاری وزن اٹھاتی ہیں، یا پھر بچہ کی پیدائش کے بعد۔ خواتین کا خیال ہے کہ پیٹ کی نالیاں ہوا کے ساتھ پھول جاتی ہیں اور درد پیدا کرتی ہیں۔

بچہ ہونے کے بعد ویسے تو مجھے کوئی پریشانی نہیں ہوئی لیکن پیٹ میں بہت درد رہتا تھا اور سو جن بھی آگئی تھی تو میں نے جو کے پانی کو ابال کر اس میں نمک ڈال کر پیا اس سے میرے پیٹ کی سو جن تو ختم ہو گئی لیکن درد میں زیادہ اثر نہیں ہوا اس کے لئے میں نے ڈاکٹر کو دکھایا اس نے مجھے دوا دی تو درد بھی ٹھیک ہو گیا۔ (IDI-6)

کسی کے بچے پیٹ کی سو جن کی وجہ سے نہیں ہو رہے ہوں تو ہمارے یہاں ہاں مکوں کا علاج کیا جاتا ہے، مکوں کو کھاتے بھی ہیں۔ مکوں ایک جڑی بوٹی ہوتی ہے، اسکی بھجیا بھی بنا کر کھاتے ہیں۔ ہری مرچ کے پتوں اور مکوں کے پتے ملا کر اس کو گولی بنا لیتے ہیں، اسے صبح شام کھانے سے پیٹ کی سو جن ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا عرق بھی نکال لیتے ہیں اور اسے بھی پیتے ہیں، اس سے بھی بہت فرق پڑتا ہے۔ لہسن اور جو کو ایک ساتھ ابال کر اس کا پانی پینے سے بھی پیٹ کی سو جن کم ہو جاتی ہے۔ سنبھالو کے پتے اور سونٹھ کا کاڑھ بنا کر اسے روئی کے فائے میں لے کر اندر رکھ لیتے ہیں اور صبح میں نکال دیتے ہیں تو یہ اندر کی ساری سو جن کھینچ لیتا ہے۔ (IDI-11)

مکو کے پتے اور ہرن کے پتوں کو کوٹ کر اسے پیڑ میں جیسے بیڈ یوز کرتے ہیں اسی طرح سے رکھنے سے بھی سو جن ختم ہو جاتی ہے، یہ سب کرنے کے بعد بچہ ہو جاتا ہے۔ (IDI-11)

مرہد کیلوں گلیسرین اور مکوں یہ تینوں چیزیں ملا کر اندرونی حصہ میں رکھنے سے بھی سو جن ختم ہو جاتی ہے۔ جب یہ دوائی کھائی جاتی ہے اس وقت چاول اور کھٹی چیزوں کو منع کرتے ہیں۔ (IDI-11)

مطالعہ کے علاقے میں دوسرا سب سے عام نسائی مسئلہ پیٹرو میں سو جن تھا۔ بہت ساری عورتیں اس پریشانی کا شکار ہیں اور یہ دیکھا گیا ہے کہ عورتیں اس کے علاج کے لئے سم بھالوں کی پتیں، مارہم دا قیلون اور میکو جیسے گھریلو علاج

استعمال کرتی ہیں۔ وہ اسے بہت عام پریشانی سمجھتی ہیں اسی لئے ڈاکٹروں کے پاس نہیں جاتی ہیں اور مقامی، گھریلو علاج سے ٹھیک ہونے کی کوشش کرتی ہیں۔

حیض سے متعلق پریشانیاں

حیض کی پریشانیوں میں ضرورت سے زیادہ خون بہنا، بہت کم بہاؤ، وقت پر حیض کا نہ ہونا، حیض کے دوران درد اور کالے رنگ کے یابد بودار حیض کی علامت شامل ہیں۔ خواتین میں حیض میں ضرورت سے زیادہ خون بہنا اور وقت پر حیض کا نہ ہونا کافی پریشانی کا باعث ہوتا ہے کیونکہ اس سے ان کی معاشرتی اور خاندانی زندگی پر بھی اثر پڑ سکتا ہے (جوشی اور دیگر، 2008)۔ خواتین کا خیال ہے کہ یہ سب کمزوری کی حالت کی وجہ سے ہوتا ہے۔

بچے ہونے کے بعد مجھے بہت کمزوری ہونے لگی، پیریڈ بھی جلدی جلدی آتے ہیں، اس کے لئے میں نے ڈاکٹر کو دکھایا۔ (8-IDI)

اگر پیریڈ کم ہو رہے ہوں تو مرہم داکیلون ٹیوب کو لگانے سے پیریڈ ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ (IDI-11)

اگر کسی کے بچے ہونے کے کافی دن بعد تک بلیڈنگ ہوتی ہے تو ملتانی مٹی کچی کھانڈ ڈلو، ملتانی مٹی کا ایک ٹکڑا پانی میں ڈالو اور پھر تھوڑی دیر بعد جب مٹی نیچے بیٹھ جائے تو اوپر کا پانی لے لو اور اس میں آدھا چمچ کچی کھانڈ لو اور ڈھائی پتا پودینہ پیس لو ان سب کو ملا کر صبح صبح نہار منہ دن میں تین بار پیو بلیڈنگ ٹھیک ہو جائے گی۔ (11-IDI)

مطالعے میں یہ دیکھا گیا کہ بہت ساری خواتین حیض کی پریشانیوں کا شکار ہیں، کچھ ڈاکٹر کے پاس جا رہی ہیں جبکہ کچھ گھریلو علاج جیسے مرہم داکیلوں اور ملتانی مٹی کا استعمال کرتی ہیں۔ کہنے کا مطلب ہے کہ خواتین اس طرح کی پریشانیوں کو بہت عام سمجھتی ہے اور ڈاکٹر کو پاس جانے سے گریز کرتی ہیں۔

بچہ دانی کا باہر آنا

جب خواتین بیٹھتی ہیں یا پیشاب کرتی ہیں تو بچہ دانی کچھ انچ باہر نکل جاتی ہے جسے یوٹرس پروپس کہا جاتا ہے۔ خواتین نے بار بار بچہ پیدا ہونے کو اسکی وجہ قرار دیا (جوشی اور دیگر، 2008)۔ جبکہ اومان (2008) نے اپنے مطالعے میں بیان کیا ہے کہ خواتین اندام نہانی اور بچہ دانی کے تناظر میں فرق نہیں کر پاتی ہیں۔ وہ محض جسم میں بھاری پن "نیچے آنا" اور یا "کچھ باہر آنے" کو محسوس کرتی ہیں۔ ایک عورت کو اپنے بچہ دانی کو کپڑے سے باندھنا پڑا کیونکہ یہ "اونٹ کے این کی طرح لٹک جاتا ہے"۔ خواتین کا خیال ہے کہ بچہ دانی کا باہر آنا ایک بیماری ہے جس میں خاص توجہ اور طبی دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ اس کا کوئی مقامی علاج نہیں ہے۔

بچہ ہونے کے بعد تو مجھے کوئی پریشانی نہیں ہوئی، لیکن بعد میں مجھے سفید پانی کی پریشانی ہو گئی اور بچہ دانی بھی نیچے آنے لگی، اس لیے میں نے ڈاکٹر کو دکھایا، اس سے سفید پانی کی پریشانی تو ختم ہو گئی، لیکن بچہ دانی کی پریشانی پوری طرح سے ٹھیک نہیں ہو پارہی ہے۔ کچھ لوگوں نے مجھے تیز پتے کو پیس کر اس کا چورن کھانے کو کہا، ابھی تو وہی کھارہی ہو اور ساتھ ہی ساتھ ڈاکٹر کو بھی دکھا رہی ہو، آرام تو کافی ہے دیکھتے ہیں کیا ہوتا ہے۔ (7-IDI)

کسی کے بچہ دانی باہر آرہی ہو تو گرم پانی میں برانڈی ملا لو اور اسے ٹب میں ڈالو پھر اس میں عورت کو بنا کپڑوں کے بیٹھا دو تو اس سے بچہ دانی اندر ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ برانڈی کا فایہ بھی پیڈ کی طرح رکھنے سے دو چار دن میں ٹھیک ہو جائے گا۔ (11-IDI)

پہلا بچہ ہونے کے بعد میری بچہ دانی نیچے آگئی تھی، اس کے لیے میں نے بہت سے ڈاکٹرز کو دکھایا، لیکن مجھے کوئی فائدہ نہیں ہوا، الٹا پریشانی اور بڑھ گئی۔ کسی نے مجھے بتایا کہ دوسرا بچہ کر لو تو بچہ دانی اپنی جگہ آجائے گی، میں نے دوسرا بچہ بھی پیدا کر لیا، لیکن اس کے بعد بھی کوئی فرق نہیں پڑا۔ ڈاکٹر نے آپریشن بولا ہے لیکن اتنے پیسے نہیں ہے کہ آپریشن کرائیں۔ (18-IDI)

محققہ نے پایا کہ جواب دہندگان میں بچہ دانی کا باہر آنا تولیدی مرض کا سب سے زیادہ سنگین مسئلہ ہے۔ کچھ خواتین اس پریشانی سے دوچار ہیں اور انہیں کئی طرح کے جسمانی اور ذہنی تناؤ کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ خواتین نے اس کے علاج کے لئے روایتی اور طبی دونوں طرح کے علاج کو اپنایا۔ ایک طرف، وہ اسپتال جاتے ہیں اور دوسری طرف، وہ روایتی دوائیں بھی استعمال کرتی ہیں۔

کمر درد

تھکاوٹ، سردرد، گردن، کندھے اور کمر کے نچلے حصے میں درد، بعد از پیدائش کے عام مسائل ہوتے ہیں۔ جنکسٹین اور دیگر (2005) نے استدلال کیا کہ خواتین کے بعد از پیدائش درد محسوس ہوتا ہے جو دودھ پلانے کے دوران بڑھ بھی جاتا ہے۔

بچہ ہونے کے بعد میری کمر میں بہت درد ہوتا تھا، کیونکہ آپریشن کے ٹائم پر ریڈھ کی ہڈی میں انجکشن لگتا ہے، اس میں ابھی تک درد ہوتا ہے۔ (10-IDI)

ڈیلیوری کے بعد جو کمر میں درد ہوتا ہے اور کمزوری آتی ہے، تو گھر پر دیسی کاڑھا بنایا تھا اس میں ثابت ہلدی، چھالی، پان اور اجوائن سے بنائی جاتی ہے۔ (19-IDI)

آپریشن کی وجہ سے میری ریڈھ کی ہڈی میں ابھی بھی درد رہتا ہے۔ میں نے بہت سے ڈاکٹرز کو دکھایا لیکن کوئی اثر نہیں ہوا۔ لوگ کہتے ہیں کہ یہ درد تو عورت کی موت کے ساتھ ہی ختم ہوتا ہے۔ (20-IDI)

بہت ساری خواتین ڈیلیوری کے بعد کمر کے درد میں مبتلا تھی، لیکن زیادہ تر خواتین جنہیں اس پریشانی کا سامنا کرنا پڑتا ہے انکے بچہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کے ذریعے ہوئے تھے۔ خواتین کا ماننا ہے کہ آپریشن کی وجہ سے میری ریڈھ کی ہڈی

میں ابھی تک درد رہتا ہے اور یہ درد تو عورت کی موت کے ساتھ ہی ختم ہوتا ہے۔ کافی خواتین طبی علاج کرتے ہیں جبکہ کچھ خواتین اس کے لئے گھریلو علاج بھی استعمال کرتی ہیں۔

اندام نہانی میں خارش

جن خواتین کے اندام نہانی میں بدبو اور خارش ہوتی ہے انہیں دیکھ بھال کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے بمقابلہ ان خواتین کے جو اندام نہانی سے مادہ کے اخراج کا سامنا کرتی ہیں۔ کیوں کہ وہ خواتین جو اندام نہانی میں خارش کی تکلیف کا سامنا کرتی ہیں ان میں تولیدی امراض اور جنسی طور سے منتقل انفیکشن ہونے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے (مستھیریا، 2006)۔

بچہ ہونے کے بعد جب میرے پیریڈ ختم ہو گئے تو مجھے پیشاب کی جگہ بہت کھجلی رہتی تھی، تب میں نے ڈاکٹر کو بتایا تھا تو ڈاکٹر نے مجھے لگانے کے لئے کریم دی تھی، اسے لگانے سے میری پریشانی ختم ہو گئی۔ (IDI) (6-IDI-12)

بچہ ہونے کے بعد بہت سی پریشانی ہو جاتی ہیں جیسے بچہ دانی میں درد، دونوں کو لہو میں درد اور کمزوری بھی ہوتی ہے چکر آنے لگتے ہیں، مجھے تو سب سے زیادہ کھجلی کی پریشانی ہو گئی تھی، پیشاب کی جگہ بہت کھجلی ہوتی تھی ان سب کے لئے ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے۔ (23-IDI)

مطالعے علاقے میں خواتین کی اندام نہانی میں خارش اور پیشاب کی نالی کے انفیکشن میں بھی مبتلا ہیں اور وہ ان مسائل کے علاج کے لئے طبی دیکھ بھال کا استعمال کرتی ہیں۔

دیگر مطالعات میں پایا گیا ہے کہ تولیدی نلی میں انفیکشن کی اہم وجوہات: بدنامی اور شرمندگی، رازداری کی کمی، صحت کی سہولیات میں خواتین ڈاکٹروں کی کمی اور علاج کی لاگت ہیں (بڑوا اور کرز، 2001)۔ یہ مطالعہ شادی شدہ خواتین میں تولیدی مرض کے غیر متوقع طور پر پھیلاؤ کی نشاندہی کرتا ہے، جس میں سفید مادہ کا اخراج، بچہ دانی میں سوجن، بچہ دانی

کا باہر آنا، حیض کے مسائل اور ثانوی بانجھ پن شامل ہیں۔ خواتین تولیدی امراض اور انکے علامات سے آگاہ ہیں لیکن وہ ان سب کو نظر انداز کرتی ہیں اور اس وقت تک علاج نہیں لیتی جب تک کہ تکلیف حد سے زیادہ نہ بڑھ جائے اور ناقابل برداشت ہو جائے۔ بہت کم خواتین طبی علاج کے لئے ڈاکٹر کے پاس جاتی ہیں، جبکہ اکثریت گھر پر مبنی نگہداشت اور علاج کو ترجیح دیتی ہے۔ خواتین نے بانجھ پن کی اور دوسرے امراض نسواں کے علاج کے لئے سب سے پہلے مذہبی طریقے پھر گھر پر مبنی روایتی طریقوں کا استعمال کیا، اور جب ان دونوں کا اثر نہیں ہوا تب ان لوگوں نے طبی علاج شروع کیا۔ اسی طرح غریب خواتین جنہیں ڈاکٹر نے آپریشن کو بولا لیکن پیسوں کی کمی کی وجہ سے آپریشن نہیں کرایا، طبی علاج سستا نہیں ہیں۔ اسی لئے وہ دوسرے علاج شروع کرتی ہیں۔

7.3: ایچ آئی وی / ایڈز

ایچ آئی وی / ایڈز موجودہ وقت میں خوفناک عالمی وبا میں سے ایک ہے۔ اس بیماری نے جدید دنیا کی کسی دوسری بیماری کے مقابلہ میں ایک جنگ سے زیادہ زندگیاں ختم کر دی ہیں۔ ایچ آئی وی وائرس انسان کی ہمایوں سے لڑنے کی قدرتی قوت کو ختم کر دیتا ہے۔ ایچ آئی وی پازیٹیو لوگوں میں یہ وائرس خون میں، جنسی مائع میں، اور ماں کے دودھ میں پایا جاتا ہے۔ دنیاں بھر میں ایچ آئی وی لگ بھگ ایک جیسے ہی لوگوں میں پھیلتا دیکھا گیا ہے، جن میں سیکس ورکرز، مردوں کے ساتھ جنسی تعلق رکھنے والے مردوں میں، منشیات کے استعمال کرنے والے صارفین، اور ان کے جنسی شراکت داروں کے درمیان محتاط رہتا ہے (پوٹساور دیگر، 2008)۔ ہر تین منٹ میں ایک نوجوان لڑکی ایچ آئی وی سے متاثر ہو رہی ہے۔ ان بالغ لڑکیوں کے درمیان ایچ آئی وی پھیلانے کی ابتدائی وجوہات میں کم عمر میں عمر دراز مردوں کے ساتھ جنسی تعلقات،، جبرن جنسی تعلقات، جنسی تعلقات کے بارے میں بات چیت میں بے معنی، مشاورت اور ٹیسٹنگ

سر ویسز تک رسائی کی کمی وغیرہ شامل ہے (یونیسف، 2018)۔ بھارت میں بھی اس نے اپنے پاؤں بہت تیزی سے پھیلائے ہیں۔ میڈیکل مداخلت سے بہت حد تک اس کی منتقلی کی جانچ پڑتال کی ہے، لیکن پھر بھی، یہ وائرس ملک کی صحت کے لئے بہت بڑا خطرہ ہے۔ ایچ آئی وی / ایڈز دنیا میں بالغ موت کی بیماری کا اہم سبب بنا ہوا ہے۔

علم

ایچ آئی وی / ایڈز کے علم میں اضافہ کر کے ماں سے بچے میں ایچ آئی وی / ایڈز کے منتقلی (ایم ٹی سی ٹی) کے خطرے کو کم کیا جاسکتا ہے۔ ایم ٹی سی ٹی کے بارے میں علم کا اندازہ لگانے کے لئے، جو اب دہندگان سے پوچھا گیا کہ کیا حمل کے دوران، ڈیلیوری کے دوران، اور دودھ پلانے سے، ایچ آئی وی / ایڈز سے اس کے بچے میں منتقل ہو سکتا ہے۔ خواتین سے یہ بھی پوچھا گیا تھا کہ کیا ایچ آئی وی سے متاثرہ ماں حمل کے دوران کچھ دوائیں لے کر اپنے بچے میں اسکی منتقلی کے خطرہ کو کم کر سکتی ہے (آئی آئی پی، 2015)۔ اگرچہ لوگوں کا ماننا ہے کہ ایچ آئی وی / ایڈز گلیوں کے کناروں پر بات چیت کا موضوع ہے، بہت سے لوگ کو ابھی بھی ایچ آئی وی / ایڈز کے صحیح معنی تک نہیں معلوم ہیں اور انہیں یہ بھی معلوم نہیں ہے کہ اس سے خود کو کیسے محفوظ رکھا جائے (منڈول اور دیگر، 2012)۔ کے اے بی پی کے سروے سے معلوم ہوا ہے کہ 94 فیصد حاملہ خواتین نے اے این سی چیکپ کرائے، اس کے باوجود صرف 4 فیصد ایچ آئی وی / ایڈز کا علم رکھتی تھی (ویزا اور دیگر، 2017)۔ جو اب دہندگان کے ایچ آئی وی / ایڈز پر شعور پر تعلیم، ماس میڈیا، رہائشی مقام، معاشی اور روزگار کی حیثیت اثر کرتے ہیں (ہیک اور دیگر، 2018)۔ اگرچہ یہ کافی نہیں ہے، توقع کی جاتی ہے کہ لوگ ایڈز کے بارے میں کچھ ہی معلومات رکھتے ہیں۔ خواتین کا علم اور آگہی انکے شوہروں کی تعلیم اور پیشے پر انحصار کرتی ہے (مونڈول اور دیگر، 2012)

ایڈز کیسے ہوتا ہے مجھے اس کے بارے میں کچھ نہیں پتا، میں نے اپنے ہسبنڈ سے اس کے بارے میں جاننے کی کوشش کی۔ لیکن انہوں نے کہا کہ یہ بات ہمارے جاننے کی نہیں ہے۔ کیا تجھے مجھ پر یقین نہیں ہے؟ پھر کبھی میں نے اس کے بارے میں ان سے کوئی بات نہیں کی۔ (6-IDI)

یون جانن بیماریوں کی مجھے کوئی جانکاری نہیں، ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں بھی کچھ نہیں پتہ، بس یہ پتہ ہے کہ یہ خطرناک بیماری ہوتی ہے۔ (5-IDI)

ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں بس ٹی وی میں دیکھا ہے اور کوئی جانکاری نہیں ہے۔ (4-IDI)

(14-IDI)

اگر کسی کو ایچ آئی وی/ایڈز والوں کی سوئی لگاتے ہیں یا پھر بنا کونڈوم کے ایچ آئی وی پوزیٹو انسان سے رشتہ بنانے سے یہ بیماری ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اور کسی ایس ٹی آئی کے بارے میں نہیں جانتی ہوں۔ (9-IDI)

ایچ آئی وی/ایڈز ایک کٹانہ ہے، یہ ویسے کسی چیز سے نہیں پھیلتا بلکہ کسی اور کے ساتھ میں سیکس کرنے سے پھیلتا ہے۔ جب آدمی یا عورت کسی ایچ آئی وی/ایڈز والے انسان سے سیکس کرنے کے بعد اپنے گھر میں بھی کرتے ہیں تو ایڈز ہو جاتا ہے۔ سوئی کے یوز سے بھی ہو جاتا ہے۔ ساتھ خانہ کھانے، ساتھ رہنے سے نہیں ہوتا۔ اس سے بچنے کے لئے نئی سوئی کا استعمال کرنا چاہئے، اور کونڈوم کا استعمال کرنا چاہئے۔ (7-IDI) (10-IDI)

مجھے ایسی بیماریوں کے بارے میں پتہ ہے جو عورت سے آدمی اور آدمی سے عورت کو لگ جاتی ہے۔ ایچ آئی وی/ایڈز بھی ایک ایسی ہی بیماری ہے۔ یہ ایک ہی سوئی کا استعمال کرنے سے اور ماں سے اس کے بچے کو بھی لگ سکتی ہے۔ (12-IDI)

ایچ آئی وی/ایڈز کے بارے میں سنا ہے جیسے کسی اور کی لگی ہوئی سوئی اگر ہمارے لگ جائے تو ہو جاتا ہے۔ ہسبنڈ وانف اگر کوئی پری کوشن یوز نہیں کریں گے تو انہیں بھی ہو سکتا ہے۔ ایچ آئی وی ایسے بچنے کے لئے خود پر کنٹرول رکھنا چاہئے۔ اللہ سے ڈرنا چاہئے، اپنے پارٹنر کے ساتھ ایماندار رہنا چاہئے۔ (16-IDI)

ایچ آئی وی / ایڈز تب ہوتا ہے جب ہسبینڈ یا وائف ایک دوسرے کے لئے ایماندار نہ ہو اور ان کا کہیں اور بھی رشتہ ہو، ایسے حالات میں ایڈز ہو جاتا ہے۔ (17-IDI)

ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں مجھے کچھ نہیں پتہ۔ (18-IDI)

ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں زیادہ نہیں سنا، یہ ساتھ کھانے پینے سے نہیں پھیلتا۔ خون مکس ہونے سے ہو جاتا ہے۔ جیسے نور مل انسان جب ایچ آئی وی والے سے رشتہ بنا لے تب اسے ایڈز ہو جائے گا۔ (23-IDI)

بیانات میں ہلدوانی کی خواتین میں ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے سمجھ کا مظاہرہ کیا گیا ہے۔ اس تحقیق میں، زیادہ تر جواب دہندگان 20 سے 30 سال کی شادی شدہ خواتین ہیں۔ انھوں نے بتایا کہ انہیں ٹیلی ویژن سے ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں معلوم ہوئی، جب خواتین ایک دوسرے سے بات کرتے ہیں تو کبھی کبھی وہ ایچ آئی وی / ایڈز پر گفتگو کرتی ہیں۔ کچھ لوگوں نے بتایا کہ انہیں غیر سرکاری تنظیم (این جی او) کے ذریعے ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں معلوم ہوا ہے۔ لیکن ان میں سے کسی کو بھی ان کی قبل از پیدائش نگہداشت (اے این سی) کی مدت کے دوران ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں معلومات نہیں ہوئی، نہ ہی ڈاکٹر کے ذریعہ اور نہ ہی اسپتال کے کسی اور فرد کے ذریعے۔

روییہ

پچھلے کچھ سالوں میں، محققین نے شادی شدہ خواتین کے درمیان ایچ آئی وی / ایڈز سے متعلق مطالعہ کرنے کی ضرورت کو تسلیم کیا ہے (چیٹر جی، 1999) اور ان خواتین پر توجہ مرکوز کرنے والی مداخلت کی حکمت عملی تیار کی گئی، جن میں ایچ آئی وی / ایڈز کا خطرہ ان کے مطابق کم ہو لیکن ان کے شوہر اس سلوک سے منسلک ہیں (نیومین اور دیگر، 2000) اور ان کے ساتھی کو اطلاع دینے اور مشاورت کی خدمات کی ضرورت ہے (پا لیکارڈاوت، 2003)

ایچ آئی وی / ایڈز کیا ہوتا ہے؟ مجھے نہیں پتہ اور کبھی جاننے کی کوشش بھی نہیں کی، کیونکہ ہم دونوں ٹھیک ہیں تو کیا شک کریں۔ ایچ آئی وی تو ایسے ہوتا ہے کہ ایک کو چھوڑ کر دوسرے سے مل جاؤ۔ ہمارے یہاں ایسا تھوڑی نہ ہوتا ہے جو بات کریں۔ (IDI-3)

ایچ آئی وی / ایڈز کا تپا پتہ ہے کہ جب پتی یا پتی کسی دوسرے سے رشتہ بناتے ہیں تو ایسی بیماریاں ہو جاتی ہیں، لیکن مجھے اپنے شوہر پر یقین ہے کہ وہ کسی کو دیکھتے تک نہیں ہیں۔ (IDI-3)

ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں جانکاری کا کیا کروگی؟ ہم لوگ خاندانی لوگ ہیں ہمارے گھر میں غلط کام نہیں ہوتے۔ مجھے بھی پتہ ہے کہ جب کسی ایسے انسان سے جسمانی تعلقات بناتے ہیں جسے ایچ آئی وی / ایڈز ہو تو اس سے دوسرے انسان کو ہو جاتا ہے۔ میرے میکے اور سسرال دونوں جگہ کے سبھی لڑکے لڑکیاں بہت اچھے کرکٹر کے ہیں اسی لیے امید ہے کہ ہمیں نہیں ہوگا، اور میرے ہسبنڈ تو بہت ہی سیدھے سادے ہیں، مجھے ان پر پورا یقین ہے کہ وہ کچھ غلط نہیں کریں گے۔ (8-IDI)

ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں کبھی نہیں سنا، شاید پریگننسی میں اس کی کچھ جانچے ہوئی تھی۔ (19-IDI)

ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں کچھ نہیں پتہ، کیوں کہ ہم پڑھے لکھے نہیں ہیں۔ (IDI-21)

بیانات یہ بتاتے ہیں کہ خواتین اب بھی یہی سوچتی ہیں کہ ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرنا اچھا نہیں ہے۔

تحقیق سے معلوم ہوتا ہے کہ ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرنا گناہ سمجھا جاتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اگر

بیوی ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں اپنے شوہر سے بات کرے گی تو اس سے ان کے مابین تنازعہ پیدا ہوگا اور اس سے

ان کا رشتہ خراب ہو سکتا ہے۔ ان کا کہنا ہے کہ ایچ آئی وی / ایڈز ان لوگوں تک ہی محدود ہیں جو لوگ غلط کام کرتے

ہیں۔

پریکٹس

مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ ہندوستان میں ایچ آئی وی انفیکشن کو روکنے کے لئے کافی پہلے سے کوشش ہو رہی ہے، اس وبا کے ابتدائی سالوں سے ہی کئی افراد کی جان کو بچایا جا چکا ہے (سی ڈی سی، 2015)۔ ہندوستانی ثقافت کے تناظر میں شادی شدہ خواتین شاذ و نادر ہی محفوظ جنسی تعلقات بنانے کے لئے اپنے ساتھی سے بات کرتی ہیں (چیئر جی اینڈ ہو سین، 2006)۔ گھریلو خواتین بھارت میں وبا کا نیا چہرہ بن رہی ہیں۔ کیوں کہ ان خواتین کو شادی کے بعد شوہر سے جنسی سلوک کے ذریعہ خطرہ لاحق ہوتا ہے، جن سے انہیں انفیکشن ہونے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے (سلیمان اور دیگر، 2006)۔ جب اس طرح کے خطرہ برتاؤ اور طریق کے بارے میں جواب دہندگان سے بات کی گئی تو، زیادہ تر لوگوں نے اسے غیر محفوظ جنسی طریقوں سے متعلق بتایا (چیئر جی اور ہو سین، 2006)۔ جو لوگ جنسی طور پر فعال ہیں، وہ کنڈوم استعمال کرنے اور ایک ساتھی کے ساتھ وفادار رہنے کی اہمیت پر زور دیتے ہیں (اقوام متحدہ 1999)۔

ایچ آئی وی / ایڈز سے بچنے کے لیے میں تو کنڈوم کا استعمال کرتی ہوں۔ ویسے کنڈوم سے بھی بہتر ہے کہ اپنے ساتھی کے ساتھ ایماندار رہے، تو آپ کو کبھی ایچ آئی وی نہیں ہوگا۔ لیکن کنڈوم کے استعمال سے یہ فائدہ ہے کہ ایسی بیماریوں کے علاوہ پریگنسی کو بھی روکا جاسکتا ہے۔ (IDI-18)

ایچ آئی وی / ایڈز سے بچنے کے لیے کنڈوم کا استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے استعمال سے دوسری اندرونی بیماریاں بھی نہیں لگتی۔ (IDI-15)

ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں تھوڑا بہت ٹی وی میں دیکھنے سے پتہ چلا، لیکن جب مجھے اپنے پتی پر پورا یقین ہے تو ایسی باتوں سے کیا فائدہ اچھا خاصہ چل رہا ہے فضول میں ان باتوں سے اپنے گھر میں کلینش کر لوں۔ (IDI-1)

کنڈوم تو آپ کو ایچ آئی وی سے تب بچائے گا جب دونوں میں سے کسی کو ایچ آئی وی بھی ہوگا اور مجھے پتہ ہے کہ ہم دونوں ٹھیک ہیں تو کیوں ان باتوں پر بحث کریں۔ (IDI-25)

ایچ آئی وی کے بارے میں ساری جانکاری ہے۔ آر ٹی آئی / ایچ آئی وی / ایڈز سے بچنے کے لیے
کنڈوم کا یوز کرتی ہوں۔ (IDI-2)

اس تحقیق میں انکشاف کیا گیا ہے کہ شوہر اور بیوی ایک دوسرے سے ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات نہیں کرتے
ہیں۔ بیویاں سوچتی ہیں کہ اگر وہ اس بیماری کے بارے میں بات کریں تو انکے گھر میں تنازعہ پیدا ہوگا۔ صرف چند
خواتین نے واضح طور پر ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کی۔ ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرتے ہوئے
خواتین منفی رویہ اختیار کرتی ہیں جیسے ہم دونوں ٹھیک ہیں تو کیا شک کریں؟، ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں جان کر
میں کیا کرونگی؟۔ ہم لوگ خاندانی لوگ ہیں، ہمارے گھر میں غلط کام نہیں ہوتے۔

خلاصہ

خواتین کی ایک بڑی تعداد اپنی تولیدی صحت کی پریشانیوں کا علاج نہیں کراتی ہے۔ شوہر اپنی بیویوں کے ساتھ علاج کے
لئے نہیں جاتے ہیں جبکہ ساس کا ان سب میں ایک فعال کردار دیکھا گیا۔ خواتین بہت سے تولیدی امراض کا علاج نہیں
کراتی کیونکہ آر ٹی آئی انکی نظر میں ایک بہت ہی عام مسئلہ سمجھا جاتا ہے جو روزمرہ زندگی کا حصہ ہے۔ تولیدی
امراضوں کے لئے گھریلو علاج کو بہت زیادہ مقبولیت حاصل ہے خواتین اسی کے ذریعہ اپنا علاج کرتی ہیں۔ خواتین
تولیدی امراض کا علاج کروانے میں ہچکچاہٹ کا شکار تھیں۔ بہت کم تعداد میں خواتین تولیدی امراض کے علاج کے لئے
ڈاکٹروں کے پاس گئی۔ محققہ نے مشاہدہ کیا کہ خواتین ایچ آئی وی / ایڈز لفظ بولنے کے لئے بھی مکمل خاموشی اختیار کی
تھی اور ہچکچاہٹ محسوس کرتی ہیں۔ یہ بات بھی سامنے آئی ہے کہ شوہر کے ساتھ بھی ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں
گفتگو کرنے سے خاندان میں تناؤ پیدا ہوگا اور انکے رشتے خراب ہونگے کیونکہ یہ پوچھنا شوہر کی سالمیت پر شک کرنے
کے مترادف ہے۔

باب ہشتم: خلاصہ اور سفارشات



باب ہشتم: خلاصہ اور سفارشات

8.1: خلاصہ

یہ مطالعہ اتر اکنڈ میں نینی تال ضلع کے ہلدوانی شہر میں مسلم خواتین کے تولیدی صحت کے رجحان کو سمجھنے کے لئے کیا گیا ہے۔ اس مطالعے میں ایک شہری علاقہ میں تولیدی صحت اور تولیدی صحت کے آس پاس کے مسئلوں پر بات چیت کرنے میں خواتین کے تجربات کو جمع کیا گیا ہے، اور انہیں سمجھنے وان کی وضاحت کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔

یہ تحقیق مسلم خواتین کے بیانات، قصہ، کہانیوں اور انکے ذریعہ تولیدی صحت کی معنی سازی پر مبنی ہے۔ اس مطالعے نے اُس آنٹولوجیکل مفروضے (وجودیت) کا استعمال کیا ہے جس میں تولیدی صحت کے مضامین کو معنی سازی کے نقطہ نظر سے دیکھا گیا ہے، جس طرح سے خواتین تولیدی صحت کی معنی سازی کرتی ہیں۔ تولیدی صحت کے گرد معنی سازی کی کئی حقیقتوں کو مد نظر رکھتے ہوئے دیکھا گیا ہے کہ اس مطالعے میں ہیپیسمولوجیکل پوزیشن سبجیکٹوزم کی طرف مائل تھی۔ ہم اس مفروضے کے ساتھ آگے بڑھے کہ تولیدی صحت کی تفہیم معاشرتی اور ثقافتی تعمیرات میں شرکت کر چکی ہے اور تولیدی صحت اس کے گرد وابستہ معاشرتی اور ثقافتی طریقے، رسم و رواج کے ذریعہ دکھائی دیتی ہے۔ اس مطالعے میں، عام فہم لینس نے تولیدی صحت کے طریقوں اور اس کو کنٹرول کرنے والے قواعد کو ڈھونڈنے میں مدد کی۔ تحقیقی طریقہ کار، آنٹولوجیکل اور ہیپیسمولوجیکل پوزیشن کی روشنی میں تیار کیا گیا ہے اور اس طرح معیاری تحقیقی نقطہ نظر اپنایا گیا۔ بیانیہ تحقیقی خاکے کے ذریعہ تولیدی صحت کے طریقوں سے متعلق لوگوں کی عمومی سمجھ اور اسکی گہری جڑوں کی وضاحت کی گئی ہے۔ مسئلے کی باریکوں کو سمجھنے کے لئے 15 سے 49 سال کی ان شادی شدہ خواتین کو

شامل کیا گیا جن کے دو سال یا اس سے کم عمر کا کم سے کم ایک بچہ ہو، جس سے تولیدی صحت سے متعلق حالیہ تازہ ترین تجربات حاصل کئے جاسکے۔ مسائل کو زیادہ گہرائی سے جاننے کے لئے، جواب دہندگان کی ساس کے تجربات کو بھی شامل کیا گیا۔ تولیدی صحت کے رجحان کے آس پاس رہنے والے تجربات کو نقشہ بنانے کے لئے تفصیلی انٹرویو کو مواد جمع کرنے کی اوزار کے طور پر استعمال کیا گیا ہے جس میں ایک جامع اور متحرک انٹرویو گائیڈ کے ساتھ استعمال کیا گیا تھا۔

مطالعے کے مجموعی نتائج، چار وسیع موضوعات کے تحت بحث کئے گئے ہیں، جن میں محفوظ زچگی، بچوں کا تحفظ، خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی امراض شامل ہیں۔ ان نتائج کا خلاصہ نیچے پیش کیا گیا ہے۔

محفوظ زچگی: شادی اور حمل سے لے کر بچے کی پیدائش تک

بیانات سے پوری طرح واضح ہوتا ہے کہ محفوظ زچگی شدید ترجیحات، بڑے سماجی و ثقافتی نسخوں اور محدود انتخابوں کا دور ہے۔ شدید ترجیحات کا آغاز بلوغت کے آغاز سے اور والدین کی اپنی بیٹیوں کی جلد شادی کرنے کی جستجو سے ہوتا ہے۔ اور ایک بار جب شادی ہو جاتی ہے تو، شدید ترجیحات کا تصور حمل اور بچے کی پیدائش کی طرف بڑھ جاتا ہے خاص طور پر بیٹے کی پیدائش پر۔ شادی سے لے کر حمل اور ولادت ہر مرحلے میں رسم و رواج، نسخے اور تجویزات کی بہتات ہوتی ہے جن کی جڑیں معاشرتی اور ثقافتی سنگ میل کی بنیاد پر ہیں اور مذہبی طور پر اسے خاندان میں نافذ کیا جاتا ہے، اور اس میں عورت کو محدود حدود کے ساتھ چھوڑ دیا جاتا ہے۔ تاہم، محفوظ زچگی کی رفتار اکیلی اور یکساں نہیں ہے، یہ ان خواتین کے تجربات کی مختلف نوعیت کی نشان دہی کرتی ہے۔ جو حمل میں تاخیر چاہتی تھی لیکن انہیں جلدی حاملہ ہونا

پڑا، ان کے پہلے حمل سے لے کر بچے کی پیدائش کے بعد تک؛ بیٹیوں کی پیدائش سے لے کر بیٹی کی پیدائش تک؛ اور کھانے کے طریقوں سے لے کر ڈیلیوری کے طریقوں تک۔

شادی: مطالعے میں یہ پایا گیا کہ معاشرتی اصولوں کے مطابق والدین کو یہ اختیار اور ذمہ داری حاصل ہے کہ وہ بیٹیوں کی شادی کے معاملے میں فیصلہ کریں اور بیٹی کی شادی جلد از جلد کب، کہاں اور کس سے کرنی ہے اس معاملے میں بھی انہیں اختیار ہوتا ہے۔ بیانات میں کم عمری کی شادی کی بہت زیادہ عکاسی ہوئی ہے۔ ایسا لگتا ہے جیسے خاندان کی حیثیت اور مشکل سے کمائی جانے والی عزت لڑکیوں کے گرد گھومتی ہے اور صرف اس وقت تک جب ان کی شادی نہ ہو جائے۔ البتہ ایسے متضاد بیانات سامنے آئے ہیں جو لڑکیوں کی تعلیم کے بارے میں بھی بحث کرتے ہیں اور یہ کہ کس طرح کم عمر میں شادیاں لڑکیوں کو تعلیم سے محروم کر دیتی ہیں اور اسی وجہ سے انکی زندگی دوسروں پر انحصار ہو جاتی ہے۔ اس تحقیق میں، شادی کے حوالے سے مختلف بیانیہ سامنے آئے ہیں کہ کم عمری شادی اچھی ہے یا دیر سے شادی بہتر ہے یا شادی کی مناسب عمر کیا ہے۔ شادی کے وقت عمر کے لئے مقبول طور پر قابل قبول حد 14 سے 25 سال کی عمر ہے۔ اور اب بھی، لڑکی کی اعلیٰ تعلیم، نوکری اور شادی کی صحیح عمر (22 سے 25 سال) کو اتنی مقبول حمایت حاصل نہیں ہے۔ یہ مقبول تاثر ہے جسے رواج بنا دیا گیا ہے کہ لڑکیوں کی شادی والدین کے سامنے ہی کر دینی چاہئے کیونکہ یہ والدین کا سب سے بڑا بوجھ اور فرض ہے۔ یہ بھی ایک عام خیال ہے کہ بلوغت کے بعد لڑکی کی حیاتیاتی لحاظ سے بچہ پیدا کرنے کی اہلیت رکھتی ہے لہذا والدین کو اپنی بیٹی کی شادی بلوغت کے بعد جلد از جلد کر دینی چاہئے۔ ان سب کے علاوہ سماجی۔ معاشی صورتحال، تعلیم کی سطح اور غیر محفوظ یا خراب ماحول جیسے دوسرے عوامل کی وجہ سے بھی لڑکیاں کم عمری شادی کی بھول بھولیا میں پھنس جاتی ہیں۔ ان سب کے علاوہ یہ بھی مانا جاتا ہے کہ اگر والدین اپنی بیٹیوں کی شادی جلد سے جلدی نہیں کریں گے تو لڑکیاں والدین کی رضامندی کے بغیر اور اپنی پسند اور محبت کی شادی کر لیتی

گی۔ لڑکیوں کی کم عمری شادی کی ایک وجہ یہ بھی کہ دیر سے شادی کے بعد لڑکی کے حاملہ ہونا مشکل ہوتا ہے۔ اس طرح حاصل کئے گئے سبھی بیانات سے ایسا لگتا ہے جیسے گویا شادی کے بعد والدین اور خاندان اپنی بیٹی کے خدشات سے پوری طرح آزاد ہو جاتے ہیں۔

پہلا حمل: شادی کے بعد، شوہر اور سسرال والے نئی شادی شدہ خواتین پر جلد سے جلد حاملہ ہونے کے لئے دباؤ ڈالتے ہیں اور خاص کر اگر وہ حاملہ ہونے میں تاخیر کا فیصلہ کرتی ہیں۔ ہندوستانی معاشرے میں، بچے کی پیدائش کو ایک جشن کے طور پر دیکھا جاتا ہے جبکہ حمل کی مدت کو ایک بہت ہی عام واقعہ سمجھا جاتا ہے۔ اور اگر وہ ایک سال کے اندر حاملہ نہیں ہوتی ہے تو پھر اسے بہت سے معاشرتی اور نفسیاتی دباؤ کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ معاشرتی معمول یہ ہے کہ ایک عورت اپنی شادی کے بعد جلد از جلد حاملہ ہو جائے کیونکہ خاندان اور معاشرے میں پہلے حمل کی خاص اہمیت ہے۔ یہ بات بھی سامنے آئی ہے کہ شوہر بھی اپنی بیوی کے پہلے سے فکر مند رہتے ہیں اور جلدی حاملہ ہونے پر زور دیتے ہیں پھر چاہے اگر خواتین اس میں تاخیر کرنا چاہتی ہوں۔ نئی شادی شدہ خواتین واقعتاً خود کو کمزور محسوس کرتی ہیں کیونکہ ان کے پاس پہلے حمل کے بارے میں فیصلہ کرنے کی طاقت نہیں ہوتی ہے۔ اگر نئی شادی شدہ عورت شادی کے ایک سال کے اندر حاملہ نہیں ہوتی ہے تو، اس کی تولیدی صلاحیت پر سوالات اٹھائے جاتے ہیں اور اولاد پیدا نہ ہونے (بانجھ پن) کی بدنامی پر قابو پانے کے لئے اسے مختلف علاج معالجے (طبیعی علاج / گھر پر مبنی علاج / روحانی علاج) کے لئے لے جایا جاتا ہے اور ایسی صورت حال میں شوہر کی فرٹیلیٹی پر کوئی سوال نہیں اٹھتا ہے۔ لہذا عملی طور پر، نوبیاہ خواتین اپنے پہلے حمل کے لئے بھی بہت پر جوش ہوتی ہیں اور حیض نہ ہونے کی حالت میں حمل کا اندازہ لگانا شروع کر دیتی ہیں۔ حمل کی تصدیق اور صحیحی ادارہ کے دورہ سے متعلق فیصلوں میں ساس اور نند کامرکزی کردار ہوتا ہے۔ لیکن بزرگ خواتین کو ابھی بھی حمل کے ٹیسٹ کے لئے روایتی اور گھریلو علاج اور اس سے ہوئے ٹیسٹ پر زیادہ اعتماد ہے۔ روایتی طور پر، پہلے

حمل کے بارے میں اکثر مقررہ رسومات کے ساتھ ایک جشن منائے جاتے ہیں۔ اس تقریب میں خواتین کو دعائیں، کھانے کی اشیاء، خشک میوہ جات اور ناریل جیسی مخصوص چیزیں ملتی ہیں جو خواتین کی غذا کو زیادہ غذائیت بخش بناتی ہیں اور یہ حمل کے دوران او اس کے بعد ماں کی صحت میں اہم کردار ادا کرتی ہیں۔

بیٹے کی خواہش: بچے کی جنس کی نشاندہی کرنے اور بیٹے کی پیدائش کو یقینی بنانے کے لئے رسم و رواج انجام دیئے جاتے ہیں۔ عام فہم میں ممکنہ بچے کی جنس پر اندازہ لگانے کے بہت سے طریقے ہیں۔ حمل کے دوران، یہ ایک پر جوش موضوع ہوتا ہے کہ پیدا ہونے والا بچہ لڑکا ہو گا یا لڑکی۔ عام طور پر کھانے کی خواہش کی نوعیت، پیٹ کی شکل اور سائز، حمل کے دوران ماں کے چہرے کی رنگت اور پچھلے بچے کے بالوں کا بھورے وغیرہ سے ہونے والے بچے کا انداز لگایا جاتا ہے۔ یہ بات محفوظ طور پر استدلال کی جاسکتی ہے کہ یہ تمام قیاس آرائیاں ممکنہ بچے کی جنس کے گرد کام کرتی ہیں، جو لڑکے کی اشد خواہش کی طرف واضح اشارے کے سوا کچھ نہیں ہے۔ اگر پہلا بچہ بیٹی ہے تو پھر اگلے بچے میں بیٹے کی پیدائش کے لئے والدہ پر بہت زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور بیٹا حاصل کرنے کے لئے کافی رسمی نسخے اپنائے جاتے ہیں۔ عمومی خیال ہے کہ بیٹا ہونا نہر خاندان کے لئے بہت ضروری ہے، اور لوگ بیٹے کی پیدائش کے لئے بہت سی روایتی سرگرمیاں انجام دیتے ہیں اور طرح طرح کے روایتی طریقوں کا استعمال کرتے ہیں۔ بیٹے کی پیدائش کو یقینی بنانے کے لئے لوگ مذہبی افراد کے پاس جاتے ہیں اور روایتی دوائیں تلاش کرتے ہیں۔ اور بیٹے کی پیدائش میں تاخیر ہونے پر ماں پر نفسیاتی دباؤ ڈالا جاتا ہے جس سے وہ اسے ایک مقدس فرض سمجھ کر پورا کرنے کی کوشش کرتی ہے۔

قبل از پیدائش دیکھ بھال: تحقیق میں یہ پایا گیا کہ شہری علاقوں میں ابھی بھی قبل از وقت کی خدمات کم استعمال ہو رہی ہیں اور قبل از پیدائش کی دیکھ بھال (اے این سی) اور اے این سی خدمات کی اہمیت کے بارے میں آگاہی کی کمی

ہے۔ مطالعہ میں شامل خواتین اے این سی کی مکمل خدمات پر غور کرنے میں ناکام رہی۔ خواتین صحت اداروں میں صرف حمل کے رجسٹریشن کے لئے جاتی ہیں اور صحت اداروں میں اے این سی کے پہلے اور دوسرے دورے کو ترجیح دیتی ہیں۔ اور ان خواتین کی تعداد بہت کم ہے جو ادویات اور ٹیسٹ صحیح طرح سے اور وقت پر لیتی ہیں۔ خواتین کے لئے آرن اور فولک ایسڈ گولیاں (آئی ایف اے)، کیٹشیم اور دیگر سپلیمنٹس کو نظر انداز کرنا یا بھول جانا معمول کی بات ہے اور بہت عام ہے کیونکہ ان خواتین میں ان سپلیمنٹس کے مضر اثرات کے بارے میں سخت تاثرات ہیں۔ ہیموگلوبین کی سطح کو بڑھانے کے لئے روایتی کھانے کی اشیاء کو زیادہ ترجیح دی جاتی ہے۔ مقبول خیال یہ ہے کہ جب حاملہ خاتون بالکل صحیح ہے تو انہیں طبی مراکز کا دورہ کرنے کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ حمل کے دورہ حاملہ خواتین کو کم کھانے کی ہدایت دی جاتی ہے کیوں کہ لوگوں کا ماننا ہے کہ ایسا کرنے پر بچہ چھوٹا رہیگا، جس سے کم پیچیدگیوں کے ساتھ آسانی سے ڈیلیوری ہو جائے گی۔ اگر بچے کا وزن بڑھے گا تو خواتین کو نارمل ڈیلیوری میں مشکل پیش آسکتی ہے۔ اس طرح ہم دیکھتے ہیں کہ ہلدوانی کی خواتین میں عوامی صحت کی سہولیات کی دستیابی اور آسان رسائی کے باوجود اے این سی خدمات ایک یا دو دوروں تک محدود ہیں۔ عوامی تاثرات میں حمل کو ایک عام معاشرتی رجحان سمجھا جاتا ہے اور یہ خیالات خواتین کو اے این سی کی مکمل خدمات تک پہنچنے کی حوصلہ شکنی کرتے ہیں۔ مزید یہ کہ خواتین کو لگتا ہے کہ صحت اداروں میں جانے سے سیزرین سیکشن ہو سکتی ہے، لیکن وہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کی بجائے نارمل ڈیلیوری کو ترجیح دیتی ہیں۔ لیکن ان خیالات کا نتیجہ حاملہ خواتین کو کم غذائیت کا شکار، خون کی کمی اور بیماریوں کے لئے حساس بناتا ہے۔

حمل کے دوران کھانا: ہلدوانی کی مسلمان خواتین میں حمل کے دوران غذا اور غذائیت کے بارے میں معلومات کا فقدان ہے۔ کھانے کی مشقیں جو ریکارڈ کی گئی ہیں ان سے مقامی غلبہ اور روایت اور ثقافت کے طاقتور اثرات کی عکاسی

ہوتی ہیں۔ عام فہم میں، کھانے کی کچھ ایسی مشقیں ہیں جن پر حمل کے دوران بہت زیادہ زور دیا جاتا ہے۔ ایک وسیع معنوں میں، کھانے کی اشیاء کی تین اقسام تجویز کی جاتی ہیں یا اس پر پابندی عائد کی جاتی ہے اور وہ یہ ہیں: ٹھنڈی، گرم اور چربی والی اشیاء۔ خواتین حمل کے دوران کھانے کی ٹھنڈی اشیاء جیسے دودھ، پھل، پھلوں کے رس اور سبز سبزیاں کو ترجیح دیتی ہیں کیونکہ وہ سمجھتی ہیں کہ جنین کے لئے یہ اچھا ہے جبکہ انہیں گرم اور چکنائی یا چربی والی اشیاء کھانے کی مناجی ہوتی ہیں۔ بیانات میں یہ بات سامنے آئی ہے کہ خواتین خاص طور پر کچھ گرم کھانے کی اشیاء جیسے گوشت اور مچھلی، انڈا، پیسٹا، اناس اور مصالح دار چیزوں سے پرہیز کرتی ہیں۔ اور خاص طور پر پیسٹا کا سب سے زیادہ پرہیز کرتی ہیں۔ خواتین میں یہ خدشہ ہے کہ حاملہ خواتین کو گرم کھانے کی اشیاء ہضم کرنے میں پریشانی ہوگی اور یہ جنین کے لئے نقصان دہ ثابت ہو سکتی ہے اور اس سے اسقاط حمل بھی ہو سکتا ہے۔ مزید چربی والا کھانا جیسے گوشت، انڈا، خشک میوہ جات کے حوالے سے اور یہ بات سامنے آئی ہے کہ یہ کھانے پینے کی اشیاء بچے کو صحت مند کر دیتی ہیں اور بچے کا سائز بڑا ہونے کی وجہ سے ڈیلیوری کے وقت پیچیدگیوں میں اضافہ ہوگا۔ جبکہ علمی صحت تنظیم (ڈبلیو ایچ او، 2019) کے مطابق "حمل کے دوران ایک صحت مند غذا میں بہتر توانائی، پروٹین، وٹامنز اور معدنیات ہوتے ہیں، جنہیں مختلف قسم کے کھانے کی کھپت کے ذریعے حاصل کیا جاتا ہے، جس میں سبز اور سنتری سبزیاں، گوشت، مچھلی، پھلیاں، گری دار میوے، دودھ کی مصنوعات اور پھل شامل ہیں" (ڈبلیو ایچ او، 2019)۔

حمل کے دوران روزمرہ کے کام: نتائج کے مطابق حاملہ خواتین کو فعال رہنا چاہئے اور حمل کے دوران گھر کے تمام کام کرنا چاہئے کیوں کہ اس سے نارمل ڈیلیوری میں مدد ملے گی۔ اگر کوئی عورت اپنی حمل کے دوران سرگرم نہیں رہتی ہے تو یہ سیزرین ڈیلیوری کا ایک سبب بن جائے گی۔ اور سیزرین ڈیلیوری کو معاشرے میں ایک قسم کی لعنت کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔ اگرچہ حمل کے دوران گھریلو کام کرنا معمول ہے، لیکن یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ کچھ سخت اور بھاری

گھریلو کام حاملہ خواتین اور جنین کے لئے مضر ہیں۔ جھک کر جھاڑو دینے پر خصوصی پابندی ہے کیونکہ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اگر حاملہ عورت جھک کر صفائی کرتی ہے تو، نال جنین کی گردن میں پھندہ لگا دیا جس سے گلا گھونٹ سکتا ہے۔ نوجوان نسلیں بھی اس بات پر پختہ عقیدہ رکھتی ہیں۔

حمل کے دوران بیرونی پابندیاں: خراب ماحول کی وجہ سے حاملہ خواتین کی بیرونی حرکت پر پابندی لگانے کے لئے کافی حد تک روایات ہیں۔ انہیں گھر سے باہر جانے سے منع کیا گیا ہے کیونکہ "برے سائے/بری نظر" ہر حاملہ عورت کا سب سے بڑا خوف ہے۔ عام فہم یہ ہے کہ حاملہ عورت سے مختلف قسم کی بو آتی ہے جو بد نظریا بری طاقت کو اپنی طرف مدعو کرتی ہے اور جو حاملہ خواتین یا اس کے جنین کو نقصان پہنچا سکتی ہے۔ حاملہ خواتین مختلف چیزوں جیسے لہسن، پیاز، پینگ اور چھری وغیرہ جیسے لوہے کی اشیاء اپنے پاس رکھتی ہیں تاکہ بری نظر کے اثر سے دور رہیں۔ ساتھ ہی ساتھ وہ مولانا کے دیئے تعویذ/دھاگے بھی پہنتی ہیں۔ یہ تعویذ/دھاگے حاملہ خواتین اپنے پیٹ پر یا گلے میں پہنتی ہیں تاکہ ماں اور جنین پر کسی بھی طرح کے برے اثرات کو روکا جاسکے۔ ایسی روایات بھی ہیں کہ سورج اور چاند گرہن، حاملہ عورت اور اس کے جنین کے لئے خطرناک ہیں اور ان کے خراب اثرات سے بچنے کے لئے بہت سے نسخے بھی موجود ہیں۔ چنانچہ سورج اور چاند گرہن کی مدت کے دوران، حاملہ خواتین کو سختی سے متنبہ کیا جاتا ہے کہ وہ گھر کے اندر ہی رہیں، کچھ نہ کھائیں، نہ سوئے، دھاردار چیزیں کو استعمال نہ کریں، نہ کچھ کاٹے، نہ کچھ کام مطلب اس دوران کچھ نہ کریں۔ اگر وہ کسی بھی طرح کا کام کرتی ہے تو جنین پر اسکا اثر ہو سکتا ہے۔ یہ نوٹ کرنا ضروری ہے کہ بری نظر سے لڑنے کے ان طریقوں سے حاملہ خواتین کو ان کی حفاظت پر نفسیاتی طور پر پورا اطمینان ملتا ہے اور باہر جانے پر پابندیاں ان کے گھر پر آرام کرنے کی طرف اشارہ کرتی ہیں۔ لیکن اس کے نتیجے میں، ایسے وقت پر اے این سی چیک

اپ کے لئے بھی خواتین باہر جانے سے انکار کر دیتی ہیں اور اسی وجہ سے ان سہولیات کو اور بہتر بنانے کی ضرورت ہے جن کا مقصد محفوظ زچگی کو یقینی بنانا ہے۔

ڈیلیوری/انپے کی پیدائش: یہ بات سامنے آئی کہ ہلدوانی میں یہ ایک معاشرتی معمول ہے کہ خواتین اپنی سسرال

میں ہی اپنے بچوں کو جنم دیں گی کیونکہ ایسا مانا جاتا ہے کہ یہ صرف سسرال والوں کی ذمہ داری ہے۔ اور پیدائش کے بعد

بچے کو دیکھنے یا گود میں لینے کا پہلا حق صرف دادا یا دادی کو ہوتا ہے۔ عام طور پر گھر میں روایتی ڈیلیوری کو ترجیح دی جاتی

ہے، ساس اور خاندان کے دوسرے بزرگ، بچے کی پیدائش کہاں ہونی ہے اس بات کا فیصلہ کرنے میں اہم کردار ادا

کرتے ہیں۔ خواتین کا خیال تھا کہ اگر وہ اسپتال جائیں گی تو ڈاکٹر سیزرین ڈیلیوری کریں گی۔ دوسرے عناصر بھی گھر

پر ڈیلیوری کو اثر انداز کرتے ہیں جیسے خواتین مرد ڈاکٹروں کو اپنا شرمگاہ دکھانے میں شرماتی ہیں، انھیں لگتا ہے کہ

اسپتال میں پرائیویسی نہیں ہے، میں بہت بدبو پھیلی ہوتی ہے، ڈاکٹروں اور عملے کی خواتین پر توجہ نہ دینا، خواتین اسپتال

میں بچے کی پیدائش ہونے پر دوسرے بچوں کے بارے میں بھی پریشان رہیں۔ لوگ گھر میں بچے کی پیدائش کے لئے

دائی کو بلاتے ہیں۔ کسی خواتین کی ڈیلیوری کے وقت عورتیں اسکے لئے دعا اور دیگر مذہبی رواج کا استعمال کرتی ہیں۔

روایتی گھریلو علاج اور کاڑھا درزہ اور ڈیلیوری کے دوران استعمال کی جاتی ہے کیونکہ یہ کاڑھا درد کو متحرک کرتے ہیں

اور ڈیلیوری میں مدد کرتے ہیں۔ اگر گھر میں بچوں کی پیدائش کا عمل شروع ہو چکا ہے تو بچے کی پیدائش گھر پر ہی کرنے

کی کوشش کی جاتی ہے حالانکہ بعض اوقات معاملات انتہائی نازک ہو جاتے ہیں۔ خاندان کا کوئی بھی مرد کسی بھی طرح

سے بچے کی پیدائش میں شامل نہیں ہوتے ہیں اور بزرگ خواتین عموماً انہیں باہر رہنے کو کہتے ہیں۔ اگر ایک بچہ بغیر کسی

پچیدگی کے گھر پر ہی پیدا ہو جاتا ہے تو ماں اپنے اگلے بچے کو بھی گھر پر ہی ترجیح دیتی ہے۔

بعد از پیدائش دیکھ بھال: بچے پیدا ہونے کے بعد لوگ بہت خوش ہوتے ہیں اور جشن مناتے ہیں۔ بچے کی پیدائش کے بعد کے بعد، صحت یابی کو محفوظ رکھنے اور بعد کے سالوں میں خراب صحت سے بچنے کے لئے مخصوص اور قیمتی روایتی اور مذہبی رسومات اپنائے جاتے ہیں۔ سوامہینہ (40 دن) ولادت کے بعد بہت اہم دن ہوتے ہیں۔ سوامہینے کے دوران طہارت آلودگی ایک اہم کردار ادا کرتی ہے۔ زچہ کے ساتھ اس دوران ایک ناپاک عورت کی طرح سلوک کیا جاتا ہے۔ لوگوں کا ماننا ہے کہ کمرہ اور پورا گھر بھی ناپاک سمجھتے ہیں اور عورت کو مذہبی سرگرمیاں انجام دینا قطعاً ممنوع ہے۔ ڈیلیوری کے بعد لوگوں نے گرم اور سادہ کھانے کو ترجیح دی کیونکہ کھانے کی یہ اشیاء فطرتاً ہلکی ہوتی ہیں اور گرم کھانے کی اشیاء جسم سے تمام گندگی باہر نکالتی ہیں۔ کچھ خواتین چھ دن کے بعد معمول کے مطابق کھانا کھانے لگتی ہیں جبکہ کچھ خواتین سوامہینے (40 دن) کے بعد کھانا شروع کرتی ہیں۔ ڈیلیوری کے بعد، ماں کا پہلا غسل بہت ضروری ہے۔ اور یہ غسل خاص طور پر ڈیلیوری کے بعد 5 یا 6 ویں دن دیا جاتا ہے، اور ماں کے غسل کے لئے کچھ گھریلو دوائی گرم پانی میں ملائی جاتی ہے۔ جبکہ کچھ خواتین بیٹی کی پیدائش کی وجہ سے ان سب روایتی رسومات سے محروم رہتی ہیں اور ان کے ساتھ برابر تاؤ کیا جاتا ہے۔

بچوں کی بقاء: نوزائیدہ نگہداشت سے ٹیکہ کاری تک

حکایتوں میں یہ بات سامنے آئی ہے کہ ہلدوانی کے مسلمانوں نے بچے کی پیدائش اور نوزائیدہ کی صحت کے بارے میں بہت زیادہ فکر مند ہے اور یہ سب رسم و رواج سے بھری ہوئی ہے۔ رسومات کا آغاز نوزائیدہ کی پیدائش سے ہی ہوتا ہے اور وہ سماجی و ثقافتی پیمانے میں بہت گہرائیوں سے ڈوبے ہوئے ہیں اور اسی وجہ سے مائیں ان رسومات پر سختی سے عمل کرتی ہیں اور اسے انجام دیتی ہے۔ مزید گہرائی سے مطالعہ کرنے سے پتہ چلتا ہے کہ نومولود کی دیکھ بھال کے بہت سے روایتی

طریقے معاشرے میں موجود ہیں۔ لیکن ان میں سے بہت سے طریقوں سے بچے کی صحت اور نشوونما پر منفی اثرات بھی پڑتے ہیں۔ ماؤں کو اپنے بچوں کے بارے میں فیصلہ کرنے یا نومولود کی کیکھ بھال کے بارے میں فیصلہ کرنے کا بہت کم حق ہے۔ نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال کے طریقوں کے بارے میں فیصلے پر زیادہ تر دادیوں کا غالب کردار ہے۔ صحت کی دیکھ بھال کے مناسب فیصلے بیماری کی نشانی اور علامت کی نشاندہی پر مبنی ہوتے ہیں اور بعض اوقات یہ فیصلے بہت دیر سے ہوتے ہیں اور بہت زیادہ خطرناک ہوتے ہیں۔

نوزائیدہ کی دیکھ بھال: پیدائش کے بعد، ماں اور نوزائیدہ دیکھ بھال سب کے لئے سب سے اہم کام ہوتا ہے۔ بچے کا پہلا رونا نوزائیدہ کی عام نفسیاتی اور جسمانی حیثیت کی طرف اہم اشارہ کرتا ہے۔ بیانات سے پتا چلتا ہے کہ نومولود کے پہلے رونے کے لئے خواتین بہت زیادہ باخبر اور حساس ہیں۔ اس کے بعد، ایک پختہ عقیدہ یہ بھی ہے کہ پیدائش کے بعد بچہ ناپاک ہوتا ہے لہذا پیدائش کے فوراً بعد ہی بچے کو نہلانا لازمی سمجھا جاتا ہے۔ عام رواج یہ ہے کہ نوزائیدہ بچوں کو پیدائش کے فوراً بعد غسل دیا جاتا ہے تاکہ انہیں پاک صاف کیا جاسکے اور نجاست کو دور کیا جاسکے۔ اس حقیقت کے باوجود کہ خواتین باشعور ہیں کہ ڈاکٹروں نے نوزائیدہ کو غسل نہ دینے کو کہا، پھر بھی انہوں نے پیدائش کے فوراً بعد ہی بچے کو غسل دیا۔ بلکہ وہ ڈاکٹروں کے اس مشورے پر حیرت زدہ ہیں کہ وہ بچے کو نہلانا میں تاخیر کریں۔ یہاں تک کہ کچھ لوگ نوزائیدہ کے نہانے تک اسے ہاتھ نہیں لگاتے ہیں۔ خواتین کے ساتھ بات چیت نے یہ واضح کر دیا کہ وہ نوزائیدہ بچے کو پیدائش کے فوری بعد غسل پر ہاپو تھر میا کے خطرے سے پوری طرح سے لاعلم ہیں۔ دلچسپ بات یہ ہے کہ ماں کے غسل میں تو تاخیر ہوتی ہے لیکن نوزائیدہ بچے کو پاک کرنے کے لئے فوری طور پر اسے غسل دینے کی وجہ سے اسے خطرے میں ڈال دیا جاتا ہے۔ بیانات سے یہ بات بھی سامنے آئی ہے کہ گھر میں بچے کی پیدائش کے بعد لوگ بچے کے وزن کا اندازہ لگاتے ہیں اور اگر بچے کا وزن کم ہوتا ہے تو وہ بچے کو گرم رکھنے کی کوشش کرتے ہیں، وہ بچے

کوروی میں لپیٹتے ہیں، جس سے بچہ گرم رہتا ہے۔ عام طور پر، پہلے بچے کو زیادہ دیکھ بھال اور توجہ دی جاتی ہے، خاص طور پر بیٹے کو۔ بیانات سے پتا چلتا ہے کہ ولادت کے فوراً بعد نوزائیدہ کے کان میں اذان پڑھی جاتی ہے اور اسکے بعد ہی دیگر رسومات پر عمل کیا جاتا ہے۔ مسلم خاندانوں میں ولادت کے بعد اذان لازمی ہے، کیوں کہ یہ اعلان ہے کہ وہ ایک مسلمان گھرانے میں پیدا ہوا ہے۔ عام فہم یہ ہے کہ ولادت کے بعد کچھ چیزیں مثلاً کچھ لہسن، پیاز اور کچھ تیز دھات کی چیزیں نومولود کے قریب رکھی جاتی ہیں تاکہ اسے بری نظر سے بچایا جاسکے۔ جب تک بچے کا سر نہیں منڈواتے تب تک ان اشیاء کو نوزائیدہ کے قریب رکھا جانا چاہئے۔ لہذا جتنی جلدی ممکن ہو پیدائش کے بعد نومولود کا سر منڈوا دینا چاہئے۔ اس کے علاوہ ماں نوزائیدہ کے بالوں کا خاص خیال رکھتی ہے اور اسی لئے سر منڈوانے کی رسم بھی کی جاتی ہے۔

بچے کو ماں کا دودھ پلانے سے متعلق رواج : بیانات سے پتا چلتا ہے کہ ماں نے بچے کو پیدائش کے بعد جلد از جلد دودھ پلانا شروع کرنے کے بجائے بچے کو پر یلکٹیل فیڈر دینے کو اہمیت دی۔ شہد کو اہم پر یلکٹیل فیڈر میں سے ایک کے طور پر دیکھا گیا ہے۔ دیگر پر یلکٹیل فیڈر گرم پانی، چینی کا پانی، شہد، سرسوں کا تیل، چائے، دودھ اور مکھن ہیں۔ یہ سبھی پر یلکٹیل فیڈر اس عقیدے کے تحت دی گئیں ہیں کہ یہ صفائی اور جلاب، یا بائیوٹیننگ ایجنٹس ہیں اور میکونیم کو صاف کرنے کے ایک طریقہ کے طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ ہلدوانی میں بچے کی پیدائش کے بعد دودھ پلانے کا آغاز، کافی تاخیر کا شکار ہے، اور زیادہ تر جواب دہندگان نے دودھ پلانے سے پہلے، قیمتی پہلا کھیس دودھ (کولسٹرم) خارج کرنے پر زور دیا ہے۔ دودھ پلانے سے پہلے بہت سی رسومات شہد چٹانا، گھٹی پلانا اور چھاتی کی صفائی کرنا پسند کرتے ہیں۔ محقق نے پایا کہ کسی ایک جواب دہندگان نے بھی پیدائش کے بعد ایک گھنٹے کے اندر بچے کو دودھ پلانا شروع نہیں کیا۔ ان تمام رسومات میں 3 سے 10 گھنٹے کا وقت لگتا ہے اور اسی وجہ سے دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر ہوتی ہے۔ موجودہ مطالعے سے پتا چلتا ہے کہ ہلدوانی میں کولسٹرم ضائع کرنے کا عمل وسیع پیمانے پر عام ہے کیونکہ لوگ نوزائیدہ کو ماں کا

یہ گاڑھا دودھ دینے سے گریز کرتے ہیں۔ رسمی طریقوں سے دودھ پلانے میں تقریباً تین دن تک تاخیر دیکھی گئی ہے اور اسی وجہ سے نوزائیدہ کولسٹرم سے محروم ہو جاتا ہے۔ جب کہ کچھ ماؤں نے صحت کے پیشہ ور افراد کے مشورے کو یاد کیا کہ پہلا گاڑھا دودھ (کولسٹرم) میں پروٹین اور وٹامن موجود ہیں اور یہ نوزائیدہ بچے کی صحت کے لئے انتہائی غذائیت بخش ہے۔ اگرچہ نئی ماؤں کو معلوم ہے کہ ان کے بچوں کے لئے کیا صحیح ہے اور کیا غلط ہے، اور وہ اس قسم کی رسومات پر یقین نہیں رکھتے ہیں، پھر بھی وہ دودھ پلانے میں تاخیر کے لئے سسرال والوں کی ہدایت کو ماننے کے لئے مجبور ہیں۔ زیادہ تر جواب دہندگان نے ولادت کے 24 گھنٹے بعد دودھ پلانا شروع کیا۔ دودھ پلانے کی شروعات میں تاخیر میں ساس اور ننداہم کردار ادا کرتی ہیں۔ دودھ پلانے کے آغاز تک لوگ بچے کو شہد، گھٹی اور دیگر گھریلو چیزیں دیتے ہیں۔ بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ دودھ پلانے کی مدت دو سال سے ڈھائی سال تک ہوتی ہے۔ مزید یہ کہ لڑکیوں کو لڑکوں کے مقابلے میں زیادہ دودھ پلایا جاتا ہے۔ دودھ پلانے کی عموماً مقررہ مدت لڑکوں کے لئے دو سال اور لڑکیوں کے لئے ڈھائی سال ہے۔ محقق نے پایا کہ زیادہ سے زیادہ جواب دہندگان 3 سے 5 ماہ کی عمر میں اپنے بچوں کا دودھ چھڑانا شروع کر دیتے ہیں۔ عام فہم میں، دودھ چھڑانا جلد شروع کیا جاتا ہے کیونکہ بچہ جلدی کھانا شروع کرتا ہے اور بچہ ہر چیز کا ذائقہ سمجھ لیتا ہے۔ چھ ماہ تک خصوصی دودھ پلانے کے تصور کا خواتین میں ابھی بھی اضافہ نہیں ہوا ہے۔

بچے کا نال: لوگوں کا یہ ماننا ہے کہ نال کے خشک ہو کر گرنے کے بعد کسی محفوظ اور ٹھنڈی جگہ پر رکھنا چاہئے۔ ایک بار جب نال سوکھ کر نیچے گر جاتا ہے تو لوگ اسے بہت احتیاط سے رکھتے ہیں۔ ورنہ یہ مانا جاتا ہے کہ اگر کسی کو یہ نال ملا، تو وہ اس بچے پر جادو کریں گے تاکہ بچے کو نقصان پہنچے، اس سے بچے کی موت بھی ہو سکتی ہے۔ کچھ ماؤں نے بتایا کہ وہ خاص طور پر پہلے بچے کی نال کی حفاظت کو خاص حفاظت میں رکھتی ہیں اور یہ بھی سمجھا جاتا ہے کہ اگر اس نال کو مشکل حالت میں اپنے پاس رکھیں گے تو ان کے سارے مسائل حل ہو جائیں گے۔ اس کے علاوہ اس تحقیق میں انکشاف ہوا

ہے کہ مسلم معاشرے میں بیٹے کی پیدائش کے بعد ختنہ کرنا ایک بہت ہی اہم رسم ہے۔ بچے کی پیدائش کے بعد جلد از جلد ختنہ کرنے کو ترجیح دی جاتی ہے کیونکہ نوزائیدہ ہونے کی حیثیت سے وہ پیروں اور ہاتھوں کو ہلانے میں اتنا متحرک نہیں ہوگا۔

حفاظتی ٹیکہ کاری اور بچپن کی بیماریاں: بیانات سے پتا چلتا ہے کہ ماؤں کو حفاظتی ٹیکوں کی اہمیت کا اندازہ ہے اور وہ اپنے بچوں کو مکمل طور پر حفاظتی ٹیکے لگانے کے سلسلے میں کافی سنجیدہ ہیں۔ ماؤں میں، بچوں کی مکمل ٹیکے لگوانا ایک مقبول تاثر اور اعلیٰ تشویش کی بات ہے۔ بیشتر جواب دہندگان نے اپنے بچوں کو مکمل ٹیکے لگائے، اور جواب دہندگان کی بہت کم تعداد بچوں کے ٹیکے لگوانے میں تاخیر کرتی ہے یا سے نظر انداز کرتی ہے۔ خواتین کو حفاظتی ٹیکہ کارڈ اور حفاظتی ٹیکوں کے نظام الاوقات کے بارے میں اچھی آگاہی حاصل ہے۔ جواب دہندگان نے بتایا کہ وہ بچے کو بیماری اور صحت سے متعلق دیگر پریشانیوں سے بچانے کے لئے مختلف دیسی دوائیں استعمال کرتی ہیں۔ ان میں روایتی طریقے جیسے مولانا کے ذریعہ تیار تعویذ کا استعمال، جڑی بوٹیاں، پتے، چھال اور جڑوں کا استعمال شامل ہیں۔ گھریلو دیسی علاج اور ہر قسم کے جڑی بوٹیوں کے مرکب کی مختلف اقسام (کاڑھا، ادخال، رس وغیرہ) اور تیل کا مساج عام طور پر بچپن کی بیماریوں کے علاج میں استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ بات بھی سامنے آئی ہے کہ اگر ماں کو لگتا ہے کہ بچہ گھریلو علاج سے ٹھیک نہیں ہو سکتا تو وہ اسے ڈاکٹر کے یہاں کھانے کے لئے بھی یکساں طور پر فکر رہتی ہے۔ نومولود بچے کے لئے "بری نظر" ہر ماں کا سب سے بڑا خوف ہوتا ہے اور اسی کے مطابق، بری نظر کو روکنے کے لئے وہ طرح طرح کے نسخے آزماتی ہیں۔ بری نظر کو دور کرنے کے لئے، لوگ نوزائیدہ کے پیشانی یا پیروں کے تلووں پر کالا کاجل کا ٹیکہ لگاتے ہیں اور انہیں کالے موتی کی چوڑیاں بھی پہناتے ہیں۔

خاندانی منصوبہ بندی: بچوں کی تعداد سے مانع حمل تک

بیانات سے یہ بالکل واضح طور پر سامنے آیا ہے کہ مثالی خاندانی سائز کو طے کرنے کے ساتھ ساتھ مانع حمل طریقے، معاشرتی، ثقافتی اور مذہبی عوامل سب سے زیادہ اثر انداز ہوتے ہیں۔

خاندانی سائز: بیانات سے انکشاف ہوا ہے کہ اب خاندان کے ایک مثالی سائز کے طور پر دو بچوں کے معمول کے لئے

ایک بڑھتی ہوئی بحث سامنے آئی ہے لیکن ان دو بچوں میں کم از کم ایک لڑکا اور ایک لڑکی کی شرط ہے۔ خواتین کی دلیل

ہے کہ اگر ان کے بچے کم ہوں گے تو بچوں کی پرورش اچھی ہوگی۔ لیکن یہ ساری استدلال اس شرط سے مشروط ہے کہ

ایک لڑکا اور ایک لڑکی ہو۔ لیکن بیشتر خاندانوں میں بیٹے کی پیدائش اولین ترجیحی ایجنڈا ہے۔ یہ نہ صرف مطلوبہ بلکہ ہر

خاندان کے لئے انتہائی ضروری سمجھا جاتا ہے۔ اس طرح بیٹے کی پیدائش کے لئے سخت ترجیح ہے۔ لیکن اگر صرف

لڑکے ہی ہیں (ایک، دو یا تین)، تو لوگ لڑکی کے لئے کوشش کرتے ہیں، جس سے محسوس ہوتا ہے کہ لوگ بیٹی پیدا

کرنے کی بھی کافی خواہش مند ہیں۔ بیانات سے خواتین کا بچوں کے درمیان وقفہ کاری کی مناسب فرق اور اس کے

انتظام کے بارے میں شعور اور تشویش کا انکشاف ہوا ہے۔ مناسب وقفہ کاری کے ساتھ دلائل تھے کہ وہ اپنے بچوں کو

اچھی صحت اور مستقبل فراہم کر سکتے ہیں اور ماں بھی تندرست اور صحت مند ہوگی۔ ماں اپنے بچوں کے درمیان کم سے

کم دو سال کا وقفہ چاہتی ہیں۔

مانع حمل: اس تحقیق میں، نتائج سے یہ بات سامنے آئی ہے کہ جائے مطالعہ میں کنڈوم سب سے زیادہ مقبول مانع

حمل طریقہ ہے۔ بلاشبہ خواتین یہ جانتی ہیں کہ کھانے والی مانع حمل کی گولیوں جیسے ملا-ڈی اور سہیلی غیر اعلانیہ حمل کی

روک تھام کے لئے استعمال ہوتی ہیں لیکن وہ ان کے ضمنی اثرات سے خوفزدہ ہیں۔ لہذا خواتین کی ایک چھوٹی سی تعداد

نے مانع حمل کی گولیوں کے استعمال کا اعتراف کیا۔ محققہ نے پایا کہ خواتین نے انجیکشن مانع حمل طریقہ کے بارے میں سنا ہے لیکن ان خواتین میں سے کسی نے بھی اس کو استعمال نہیں کیا۔ خواتین کو کاپر-ٹی کے بارے میں بہت سی غلط فہمیاں ہیں جو انکے خراب تجربات کی وجہ سے مزید بڑھ جاتی ہیں۔ ڈیلپوری کے بعد، صحیحی عملہ ان کی رضامندی کے بغیر خواتین کے رحم میں ڈالتے ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ یہ ایک بنیادی وجہ ہے جو لوگ کوپر-ٹی کے استعمال سے خوفزدہ ہیں۔ بیانات سے پتا چلتا ہے کہ صرف خواتین نس بندی کے لئے جاتی ہیں۔ وہ ایسا تب کرتی ہیں جب انہیں یقین ہو کہ اب انہیں مزید بچوں کی ضرورت نہیں ہے۔ کچھ خواتین نے کہا کہ وہ نس بندی کرنا چاہتی تھیں لیکن اپنی ساس کے خوف سے نس بندی کے لئے نہیں جاسکی انہوں نے مذہبی بنیاد پر اس کی نفی کی۔ نس بندی کے سلسلے میں بہت ساری غلط فہمیاں ہیں پھر بھی بہت ساری خواتین اس کے لئے جا رہی ہیں۔ جب کہ تکنیکی نسبت سے مرد نس بندی خواتین نس بندی کے مقابلے میں آسان ہے لیکن پھر بھی خواتین پر یہ ذمہ داری پوری طرح سے نافذ ہے۔ اس تحقیق میں انکشاف ہوا ہے کہ خواتین کی ایک بڑی تعداد روایتی مانع حمل کے طریقوں کا استعمال کرتی ہے۔ خواتین کی ایک بڑی تعداد نے غیر محفوظ اسقاط حمل کی کوشش کی۔ جبکہ کچھ خواتین صحت کی اہمیت کو جانتی ہیں اور اگر انہیں بچہ نہیں چاہیے ہوتا ہے تو وہ اسپتال جا کر ڈاکٹروں سے مشورہ کرتی ہیں۔ بہت سی خواتین اسقاط حمل کے لئے خود ہی دوا لے لیتی ہیں۔ وہ میڈیکل اسٹور یا غیر تربیت یافتہ کارکنوں کے پاس جاتی ہیں اور دوائی لے لیتی ہیں جس سے وہ صحت کے بہت سے مسائل کا سامنا کرتی ہیں۔ خواتین اسقاط حمل کے بارے میں بات کرتے ہوئے شرم محسوس کرتی ہیں۔ جب کہ کچھ خواتین اس موضوع کے بارے میں بے تکلفی سے گفتگو کرتی ہیں۔ انہوں نے محققہ کے ساتھ اپنا اور معاشرتی تجربہ شیئر کیا۔ مطالعے میں، خواتین کی ایک بڑی تعداد اسقاط حمل کے لئے دیسی طریقے استعمال کر رہی ہے۔ اس تحقیق سے

بتا چلتا ہے کہ غیر محفوظ اسقاط حمل کی معمولات عام ہیں اور خواتین غیر تربیت یافتہ ہاتھوں اور دیسی طریقوں کے ذریعہ اسے استعمال کر رہی ہیں جس کے نتیجے میں تولیدی مرض پیدا ہوتے ہیں۔

تولیدی امراض: تولیدی نالی میں انفیکشن سے ایچ آئی وی / ایڈز تک

تولیدی امراض: جائے مطالعہ میں کچھ خواتین کو بانجھ پن کا ثانوی مسئلہ درپیش ہے۔ وہ اپنا دوسرے بچے کے لئے کوشش کرتی ہیں کیونکہ وہ سمجھتی ہیں کہ ہر عورت کو کم از کم دو بچے ہونے چاہئیں۔ ثانوی بانجھ پن کے علاج کے لئے، وہ طبی علاج کرواتے ہیں لیکن وہ روحانی علاج کو بھی ترجیح دیتی ہیں۔ اندام نہانی سے مادہ خارج ہونا مطالعہ کے علاقے میں پایا جانے والا عام تولیدی مرض ہے۔ مطالعہ کے علاقے میں دوسرا سب سے عام نسائی مسئلہ پیٹرو میں سوجن ہے اور بچہ دانی کا باہر آنا تولیدی مریض کی سب سے زیادہ سنگین تشویش ہے۔ دیگر مسائل میں کمزوری، اندام نہانی کے آس پاس خارش اور پیشاب کی نلی میں انفیکشن ہیں۔ کچھ خواتین ان پریشانیوں کا شکار ہیں اور انھیں کئی طرح کے جسمانی اور ذہنی دباؤ کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ان پریشانیوں کے لئے کچھ ہی خواتین صحت کی سہولیات تک گئی جب کہ اکثریت گھریلو علاج کو ترجیح دیتی ہے۔ خواتین کی زیادہ سے زیادہ تعداد خود ہی مسئلے کے حل کا انتظار کرتی ہیں، اسی وجہ سے زیادہ تر معاملات میں امراض نسواں کی پیچیدگیاں بڑھ جاتی ہیں۔ اسکے بعد ہی خواتین نے اس کے لئے روایتی اور ایلیو پیٹھک دونوں طرح کے علاج کی پیروی کرتی ہیں۔

ایچ آئی وی / ایڈز: زیادہ سے زیادہ خواتین ٹیلی ویشن سے ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں جانتی ہیں۔ کچھ لوگوں نے بتایا کہ انہیں این جی اوز کے ذریعے ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں معلوم ہوا ہے جو ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں شعور اجاگر کرنے کے ذمہ دار ہیں۔ لیکن ان میں سے کسی کو بھی اپنی اے این سی کی مدت کے دوران ایچ آئی وی / ایڈز

کے بارے میں معلومات حاصل نہیں ہوئی، نہ ڈاکٹر کے ذریعہ اور نہ ہی اسپتال کے کسی اور عملے کے ذریعے۔ خواتین اب بھی سوچتی ہیں کہ ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرنا اچھا نہیں ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اگر بیوی اپنے شوہر سے ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرے گی تو اس سے ان کے مابین تنازعہ پیدا ہوگا اور اس سے ان کا رشتہ خراب ہو سکتا ہے۔ ان کا کہنا ہے کہ ایچ آئی وی / ایڈز ان لوگوں تک ہی محدود ہیں جو کردار میں اچھے نہیں ہیں۔ ایچ آئی وی / ایڈز کے بارے میں بات کرتے ہوئے خواتین منفی رویہ اختیار کرتی ہیں۔

8.2: سفارشات

اس مطالعے میں عوام کے معاشرتی اور ثقافتی نظریات تولیدی صحت کے طریقوں سے گہرائی سے جڑے ہوئے ہیں۔ ذاتی اور خاندانی معاملات کی حیثیت سے تولیدی صحت کے معاملات انفرادی طور پر خواتین کے انتخاب کے بجائے عوامی تاثرات سے زیادہ چلتے ہیں۔ یہ وہ مشہور تاثرات ہیں جنہوں نے لڑکیوں کی جلد از جلد شادی کے ضوابط طے کیے ہیں جس کے بعد حمل اور ولادت کی ابتدائی نسخے اور اسی طرح کے کچھ دوسرے اقدامات بھی شامل ہیں۔ اب یہ بات واضح ہو گئی ہے کہ تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں کے آس پاس ان مشہور تاثرات کی بہتر باریکیوں کو سمجھنے کی ضرورت ہے۔ صحت اور بہتر تولیدی صحت کی خدمات کو فروغ دینے کے لئے تولیدی صحت کے طریقوں کے آس پاس کے مشہور تصورات، نسخے اور صلاح و مشورے، فوائد اور نقصانات کو استعمال کرنے کی ضرورت ہے۔

مثال کے طور پر، حمل کا جشن منایا جاتا ہے لیکن اے این سی کی خدمات کو نظر انداز کیا جاتا ہے اور یہاں تک کہ ان کی تضحیک کی جاتی ہے جیسے کہ یہ ضروری ہی نہیں ہے۔ اے این سی خدمات کو فروغ دینے کے لئے ان رسومات اور طریقوں کو بروئے کار لانے کی ضرورت ہے۔ چونکہ حمل اور ولادت کے دوران ہونے والی رسومات میں بہت اہمیت

رکھتی ہیں اور زمینی سطح پر کام کرنے والے کارکنوں (اے این ایم / آشا) کے لئے مناسب مواقع ہیں کہ وہ ماں اور نوزائیدہ بچوں کی بہتر صحت کے لئے مختلف تولیدی صحت کی خدمات کے بارے میں خواتین کو مشاورت کریں۔ اسی طرح، بچوں کی مکمل ٹیکہ کاری کے لئے مثبت تصورات کا فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے کہ ماؤں کو ان کے تولیدی امراض کی طرف یکساں تشویش لاحق ہونے کی وجہ سے ان کی حوصلہ افزائی کی جاسکے کیونکہ ماں اور بچے دونوں کی صحت اہم ہے۔ جلدی دودھ پلانے، ادارہ جاتی ڈیلیوری، محفوظ اسقاط حمل اور مانع حمل کی طرف مثبت سلوک کے لئے بھی اسکا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اس حقیقت کے باوجود کہ عام فہم میں لوگ کو لیسٹرم اور جلدی دودھ پلانے سے انکار کرتے ہیں، مائیں جو کو لیسٹرم کی قدر جانتی اور پہچانتی ہیں اور اس سے مطمئن بھی ہیں، وہ دودھ پلانے کے ابتدائی آغاز کے لئے وکیل کی حیثیت سے سامنے آرہی ہیں۔ رضاعتی عمل کو فروغ دینے کے لئے ان خواتین کو صحت کے اقدامات میں شامل کرنے کی ضرورت ہے۔

تولیدی صحت کی خدمات اور سہولیات کے بارے میں ماؤں میں بہت زیادہ لاعلمی نظر آتی ہے۔ لہذا آگاہی بڑھانے اور تولیدی صحت کی خدمات کے لئے مثبت رویہ اور طرز عمل تیار کرنے کے لئے معاشرتی اور طرز عمل میں تبدیلی لانے کی ضرورت ہے۔

جیسا کہ قومی صحت مشن میں تصور کیا گیا ہے کہ تولیدی اور بچوں کی صحت کی خدمات نزدیک سے نزدیک مہیا کی جائیں۔ اس سمت میں کام کرنے کی ضرورت ہے کیونکہ ذرا لچ آمد و رفت کے لئے پیسوں کی عدم فراہمی بعض اوقات مسلم خواتین کو صحت کی سہولیات تک رسائی حاصل کرنے میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے۔

تولیدی صحت کے طریقوں کے معاشرتی اور ثقافتی پس منظر کو سمجھنے کے لئے زمینی سطح کے صحتی کارکنوں اور جوان ماؤں کے مابین ایک اچھا مواصلاتی نیٹ ورک تیار کرنے کی ضرورت ہے اور پھر اسی طرح سے کاؤنٹر بیانات کو عام خیالات بننے کے لئے بڑھاوا دینا چاہیے تاکہ اس کے ذریعہ صحت کی خدمات کو بڑھاوا دیا جاسکے۔

8.3: سوشل ورک کی مداخلت

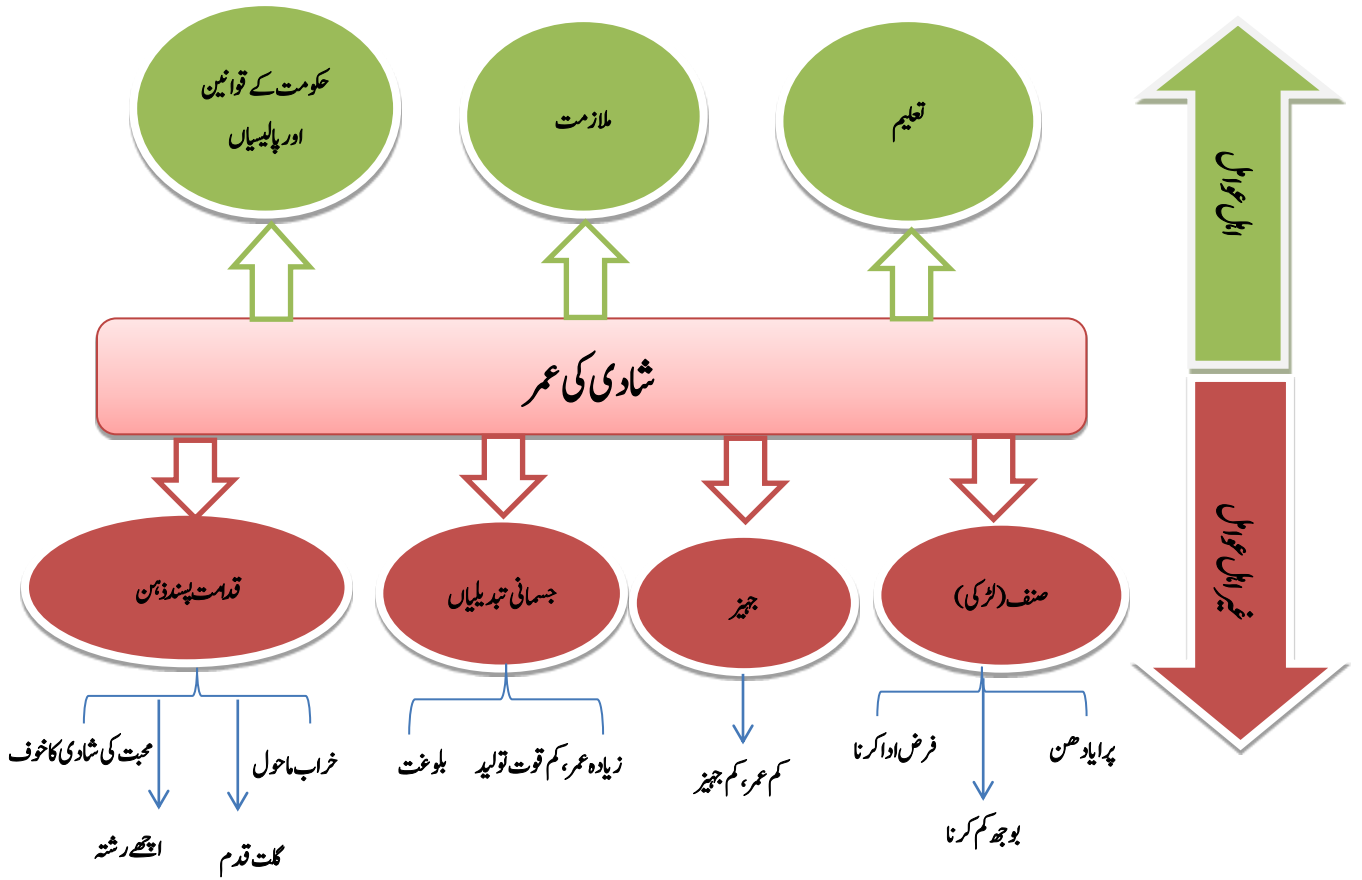
ہلدوانی کی مسلم کمیونٹیز کے ثقافتی اور مذہبی عقائد اور طریق کار تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں کو اثر انداز کرتے ہیں۔ ان عقائد اور عمل سے قبل از وقت کی دیکھ بھال، ادارہ جاتی ڈیلیوری، بچوں کی صحت کے طریقہ کار، دودھ پلانے کے طریقے، خاندانی منصوبہ بندی کے طریقے اور صحت سے متعلق دیگر طریقے پر منفی اثر انداز ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ عقائد اور طرز عمل ان کی ثقافت کا لازمی جزو ہیں لہذا تولیدی اور بچوں کی صحت کے نتائج کو بہتر بنانے کے لئے ثقافتی لحاظ سے حساس سوشل ورک مداخلت کی ضرورت ہے۔

اس کے نتیجے میں سوشل ورک پیشہ ور اور طبی کارکنان، تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں کی تفہیم پر کچھ سبق لے سکتے ہیں۔ اس کے لئے تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں کے متضاد رویہ کو سمجھنے کی بہت ضرورت اور اس سے متعلق لا تعلق کی شناخت کرنے کے لئے پیشہ ور افراد میں ایک اعلیٰ درجے کی فکری قابلیت اور ثقافتی حساسیت کی ضرورت ہوتی ہے، تولیدی اور بچوں کی صحت سے متعلق رواجوں کا تنوع اور اسکے عمل کی وجہ سے خواتین محفوظ تولیدی اور بچوں کی صحت کی خدمات کے بجائے غیر محفوظ تولیدی اور بچوں کی صحت کی خدمات کا استعمال کرتی ہیں۔ معروف عوامی سمجھ تصوراتی لینس معاشرے کو تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں پر بات چیت میں آسانی پیدا کرنے کے موقع فراہم کر سکتی ہے۔ خواتین کی اس طرح سے حوصلہ افزائی کی جاسکتی ہے جس سے وہ خود ہی تولیدی اور بچوں کی صحت کے طریقوں میں شامل ہو سکے، ان طریقوں کے نتائج کا پتہ لگانا اور ان خواتین اور بچوں کو ان تک پہنچانا جنہیں صحت کی بڑی خرابی کا سامنا کرنا پڑتا ہے یا جن کی وسائل کی کمی کی وجہ سے موت ہوتی ہے۔ تولیدی اور بچوں کے

صحت کے طریقوں کے حفاظتی اور برے اثرات کی نقشہ سازی کے لئے یہ پدٹیسپٹری لرننگ اینڈ ایکشن (پی ایل اے) غیر محفوظ تولیدی اور بچوں کے صحت کے طریقوں کو انہیں کہنے میں مدد کر سکتا ہے۔

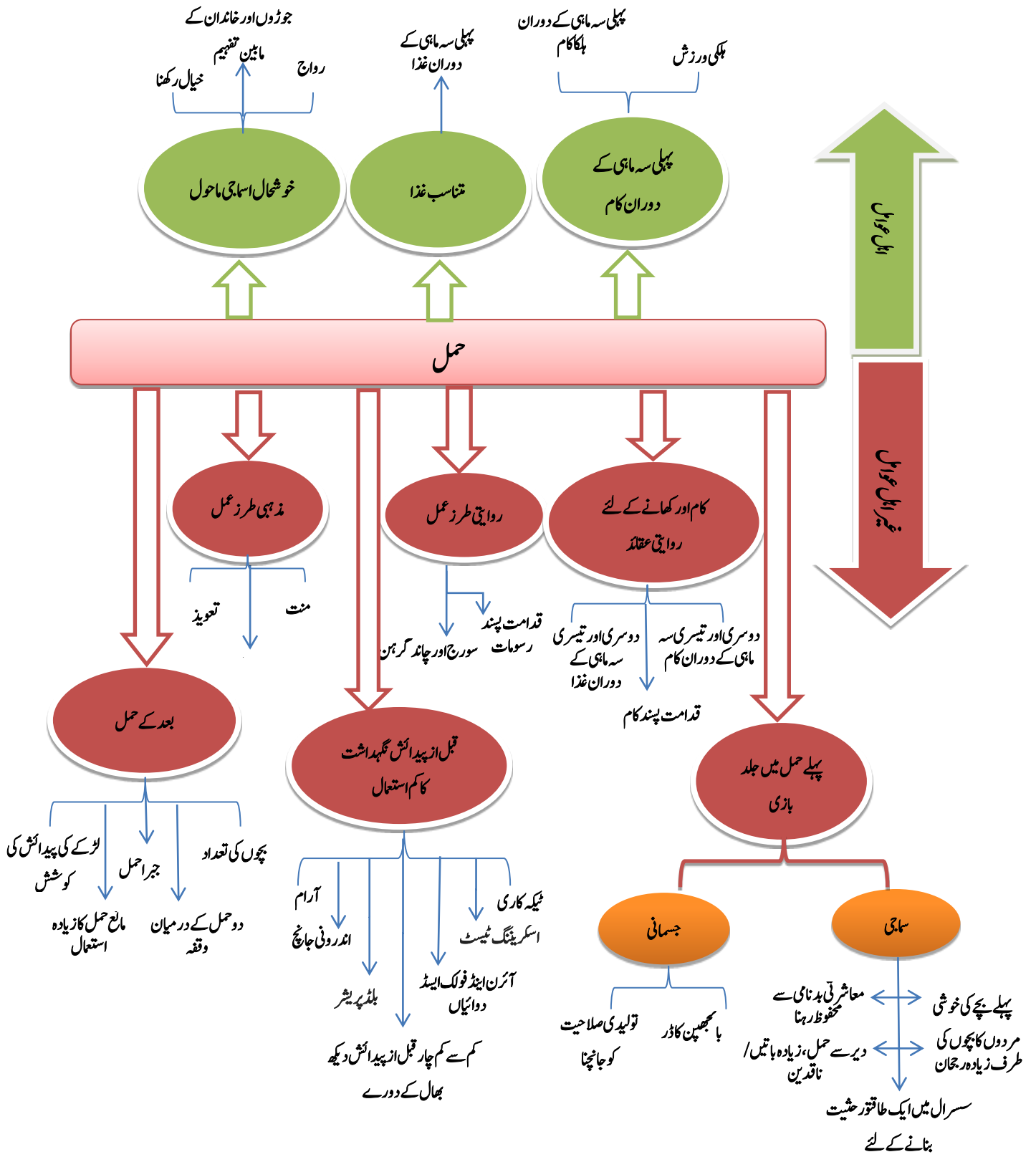
سوشل ورکر کو ایسے پروگراموں، پالیسیوں اور طریقوں کی نشاندہی کرنے کی کوشش کرنی چاہئے جو ثقافتی اور مذہبی لحاظ سے حساس ہیں اور جو مقامی طرز عمل سے گونجتے اور اپیل کرتے ہیں۔ یہ منصوبہ ساز اور پالیسی میکر ہی تحقیق کے ذریعہ خواتین کے مطابق ایسے منصوبے تشکیل کر سکتے ہیں جو معاشرتی طور پر قابل قبول اور ثقافتی لحاظ سے وابستہ ہوں۔ اس طرح سے، تولیدی اور بچوں کی صحت سے متعلق مسائل کے اعلیٰ واقعات کو کم کرنا ممکن ہو گا۔ اس حصہ میں مطالعے کے نتائج اور اعداد و شمار کے مد نظر تولیدی صحت کے کلیدی عمل کے بیانات کے مطابق، اہل عوامل اور غیر اہل عوامل کی فہرست بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ کرٹ لیون (1951) کے 'فیلڈ تھیوری' کے ساتھ مطابقت پذیر ہوتے ہوئے، محقق نے پدٹیسپٹری لرننگ اینڈ ایکشن (پی ایل اے) کی ایک تکنیک کا استعمال کیا، جسے فورس فیلڈ انالیسس کہا جاتا ہے، جس سے اہم تولیدی صحت کے مدعوں (شادی، حمل، ڈیلیوری، زچگی کی دیکھ بھال، بچوں کا تحفظ، دودھ پلانے، خاندانی منصوبہ بندی) کے آس کے اہل عوامل اور غیر اہل عوامل کو مندرجہ ذیل فیکٹرز میں پیش کیا گیا ہے۔

گلر نمبر 8.1: فورس فیلڈ انا لیسس: شادی کی عمر



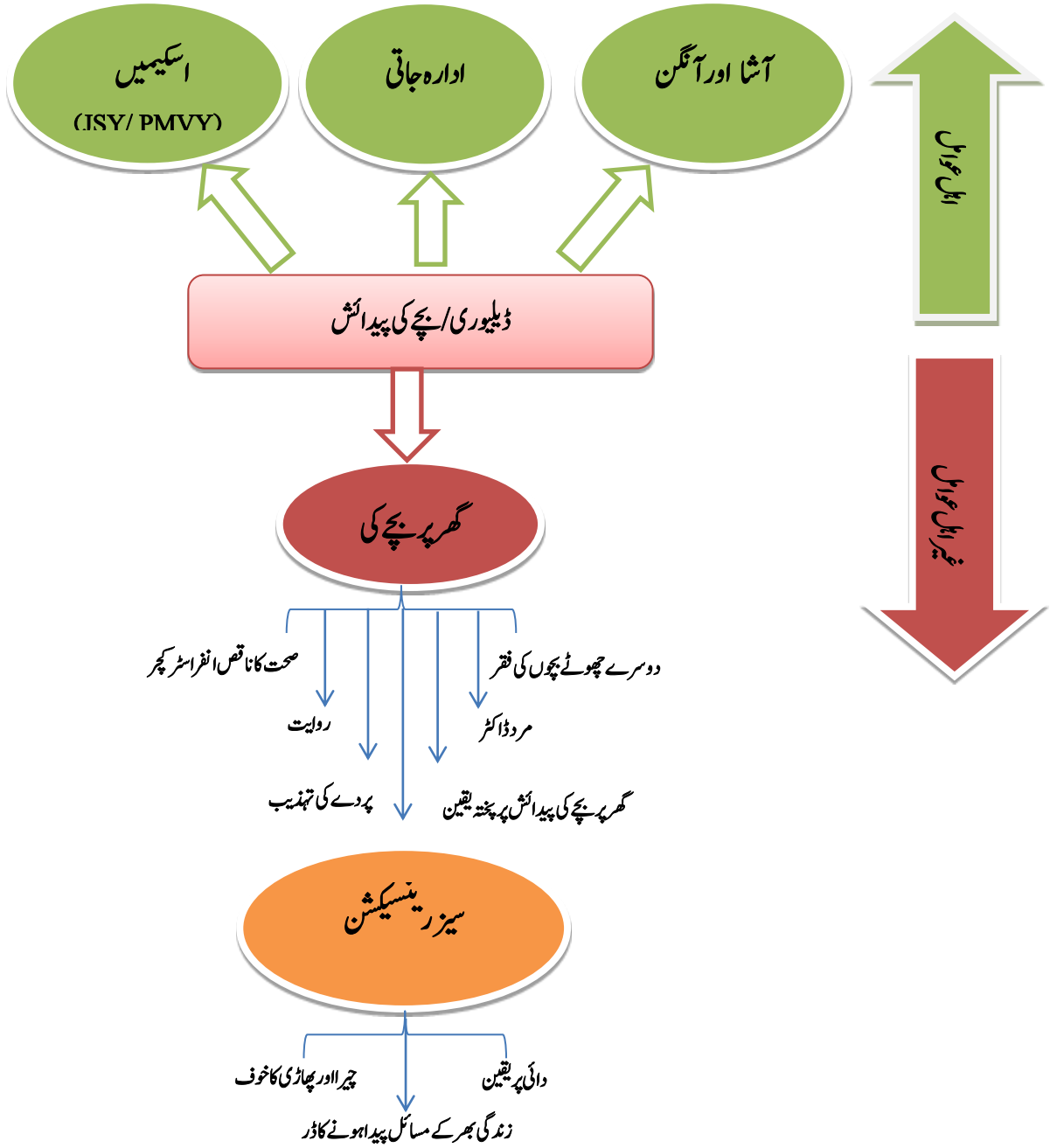
گلر 8.1 سے واضح ہوتا ہے کہ لڑکیوں کی شادی کی عمر کو متاثر کرنے کے بہت سے عوامل ہیں۔ کچھ عوامل شادی کی عمر میں منفی کردار ادا کر رہے ہیں جبکہ کچھ عوامل شادی کی عمر میں مثبت کردار ادا کر رہے ہیں۔ تعلیم، سرکاری قانون اور پالیسیاں اور ملازمت کی حیثیت وہ عوامل ہیں جو شادی کی عمر کے معاملے میں مثبت کردار ادا کرتے ہیں اور حکومت کو انہیں فروغ دینا چاہئے۔ جبکہ صنف (لڑکیوں کو والدین کے لئے سب سے بڑا بوجھ سمجھا جاتا ہے اور وہ جلد سے جلد اس بوجھ سے چھٹکارا لینا چاہتے ہیں)، جہیز کا نظام، جسمانی تبدیلیاں (بلوغت کے بعد والدین سمجھتے ہیں کہ اب لڑکی شادی کے اہل ہے اور اگر لڑکی کی جلدی شادی نہیں کی تو یہ والدین کے لئے سب سے بڑا گناہ سمجھا جائے گا، اور دیر سے شادی کے بعد بچہ کی پیدائش بھی مشکل ہوتی ہے) اور قدامت پسند ذہن (والدین کے لئے محبت کی شادی سب سے شرمناک حرکت ہے کیونکہ یہ لڑکیوں کے حوالے سے والدین کی عزت سے جڑا ہوا ہوتا ہے) یہ وہ اہم عنصر ہیں، جن کو والدین کے ساتھ مداخلت کرنے کی اشد ضرورت ہے کیونکہ یہاں والدین پورے واقعے میں ایک غالب پوزیشن

گلر نمبر 8.2: فورس فیلڈ انالیسس: حمل



حمل تولیدی صحت کا ایک اہم مرحلہ ہے۔ مگر نمبر 8.2 سے یہ واضح ہوتا ہے کہ حمل کو فروغ دینے والے اہل عوامل خوشحال سماجی ماحول، متناسب غذا، پہلی سہ ماہی کے دوران ہلکے کام اور ورزش ہیں۔ اعداد و شمار سے پتہ چلتا ہے کہ مندرجہ ذیل عوامل پر مداخلت کی ضرورت ہے۔ پہلا عنصر حمل میں جلد بازی ہے جس میں جسمانی عنصر شامل ہیں جیسے بانجھپن کا ڈر، تولیدی صلاحیت کی جانچ اور سماجی عناصر جیسے معاشرتی بدنامی سے محفوظ رہنے کے لئے حمل میں جلدی، پہلے بچے کی خوشی، دیر سے حمل ہونے پر زیادہ باتیں / ناقدین۔ دوسرے عنصر میں اے این سی شامل ہے اور مداخلت کی ضرورت میں آئی ایف اے دوائیوں سے متعلق معلومات، مناسب دیکھ بھال، خواتین کی ٹیکہ کاری اور صحت اداروں میں حمل کے دوران کم سے کم چار دورے کرنا ہے: مثالی طور پر 16 ہفتے میں، 24 سے 28 ویں ہفتے میں، 32 ویں ہفتوں اور 36 ویں ہفتے میں اے این سی جانچ (یو ایس ایڈ / پاپولیشن کونسل، 2006)۔ تیسرا عنصر روایتی طرز عمل ہے جس میں تجویز، مولانا اور منت شامل ہیں۔ ان کے علاوہ چوتھا عنصر جس میں مداخلت کی ضرورت ہے وہ ہے مذہب کے طریقہ کار (سورج اور چاند گرہن) ہے۔ ان نتائج سے دوسرے حمل میں بھی مداخلت کی تجویز ہوتی ہے جو پانچواں عنصر ہے جس میں آگے کے حمل کا بوجھ، دو حمل کے درمیان وقفہ، انچاہا حمل، بیٹے کی ترجیح اور بچوں کی تعداد شامل ہے۔

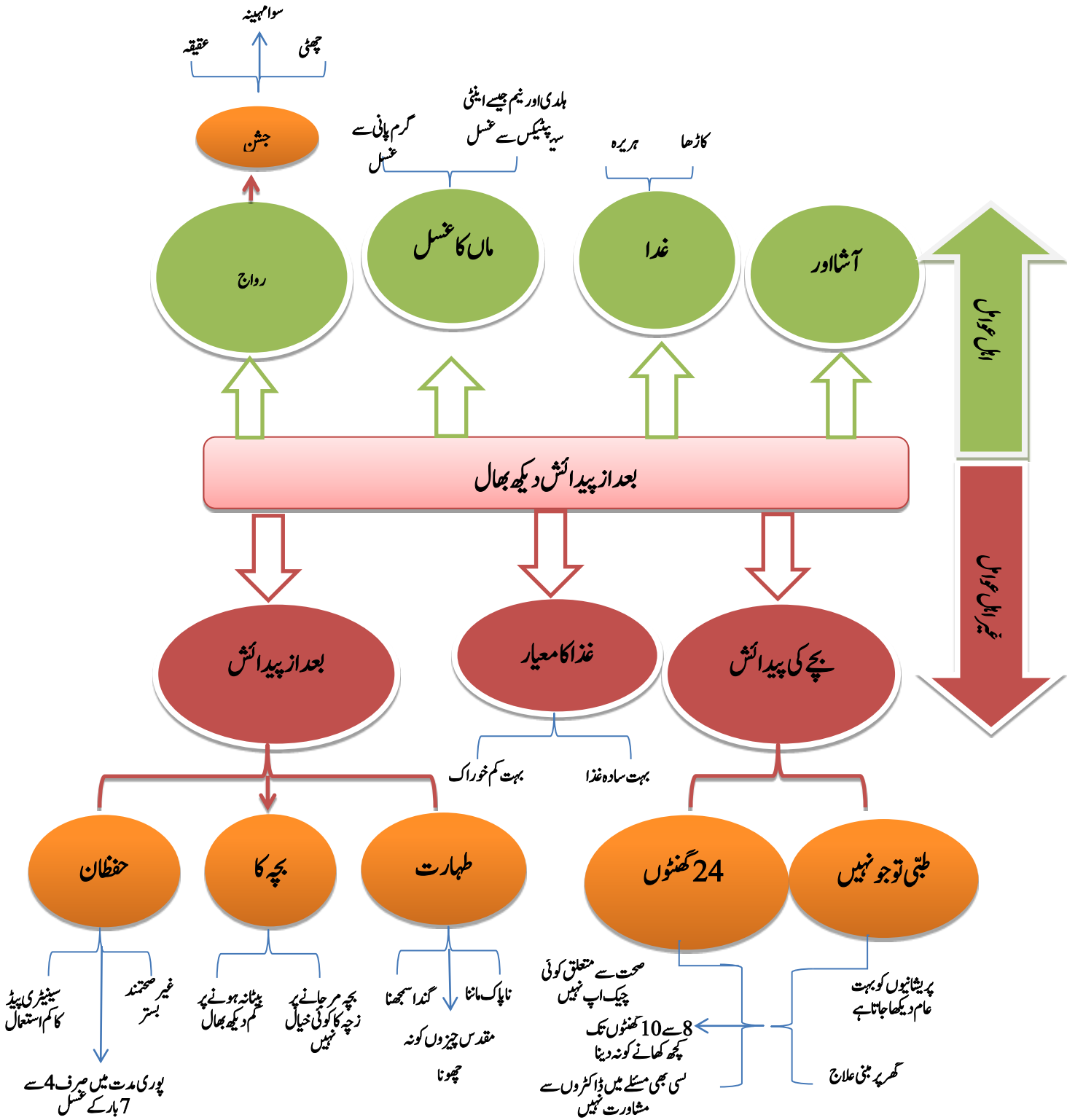
گھر نمبر 8.3: فورس فیلڈانا لیسس: ڈیلیوری



ڈیلیوری کے بعد لوگ جن مناتے ہیں، جب کہ زچہ کو خاص دیکھ بھال، احترام اور رہنمائی کی ضرورت ہوتی ہے۔

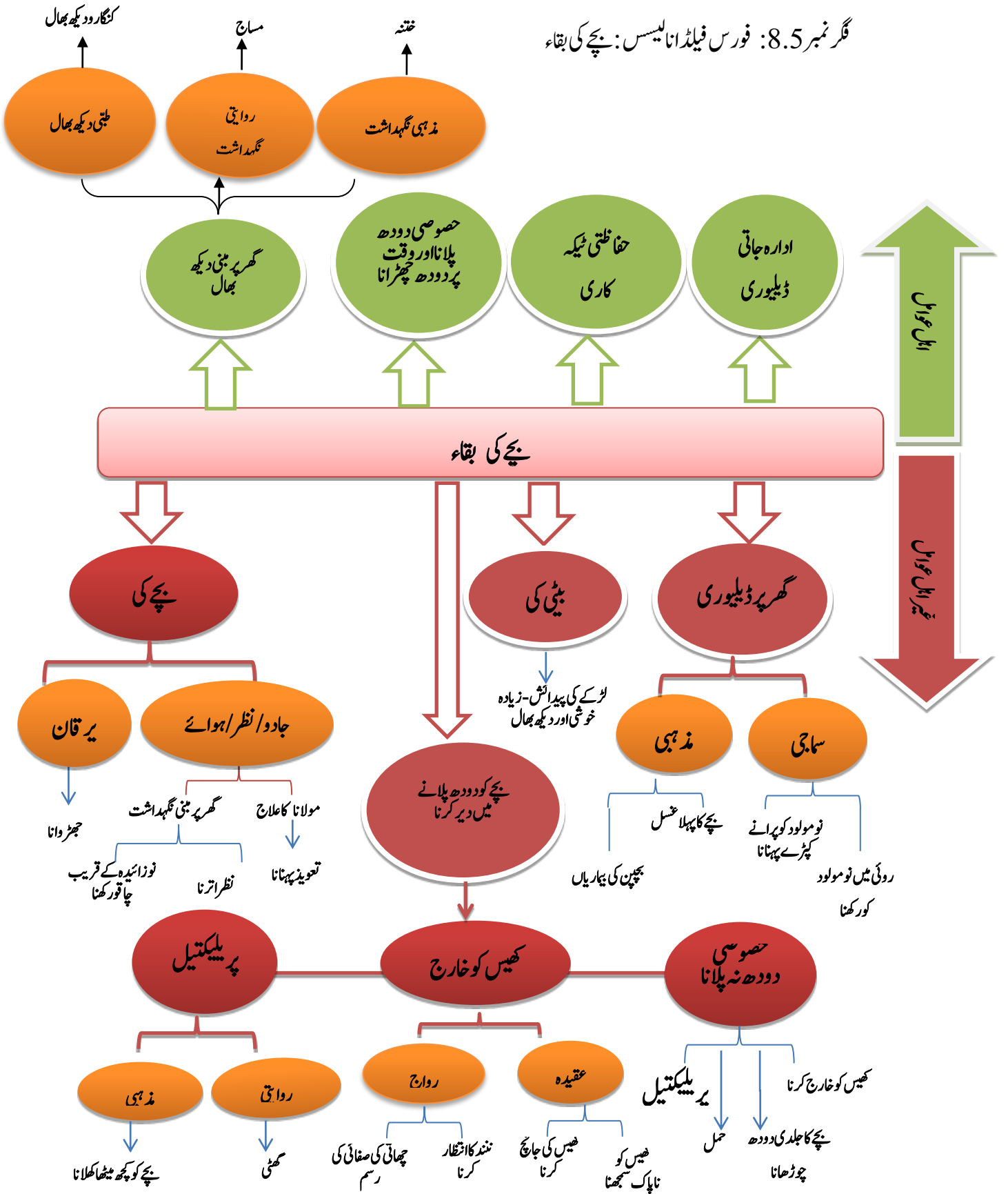
گر نمبر 8.3 سے پتا چلتا ہے کہ ڈیلیوری کچھ اہل اور کچھ غیر اہل عوامل سے متاثر ہوتی ہے۔ تین اہل عوامل میں آشنا اور آنگن واڑی کارکنان، ادارہ جاتی ڈیلیوری اور بے ایس وائی / پی ایم وی وائی جیسی اسکیمیں شامل ہیں۔ اور ساتھ ہی ساتھ ایک عنصر میں مداخلت کی تجویز پیش کی گئی ہے جو کہ گھر پر بچے کی پیدائش ہے۔ چونکہ گھر پر ڈیلیوری ایک وسیع تر عنصر ہے جس نے ڈیلیوری یا ولادت کی حالت کو خراب کر دیا ہے اور گھر پر ڈیلیوری اتنی محفوظ بھی نہیں ہے اور جن عناصر پر مداخلت کرنے کی ضرورت ہے وہ صحت کے ناقص انفراسٹرکچر، ڈیلیوری کے روایتی طریقوں کے بدلے میں معلومات فراہم کرنا ہے۔ مرد ڈاکٹر، اور آرتھوڈوکس عقیدہ، پردے کا رواج، اور گھر پر ڈیلیوری کی ایک بڑی وجہ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کا خوف بھی ہے۔ سیزرین سیکشن ڈیلیوری کے خوف سے خواتین دائی کے ذریعہ گھر میں زیادہ خطرہ والی ڈیلیوری کرتی ہیں۔ لہذا اس میں بھی خاص مداخلت کرنے کی ضرورت ہے جس میں دائی کا اعتماد، چیرا پھاڑی کا خوف اور زندگی بھر صحت سے پریشانیوں کا خوف شامل ہے۔

گلر نمبر 8.4: فورس فیلڈانالیسس: بعد از پیدائش دیکھ بھال



بعد از پیدائش دیکھ بھال بچے کی پیدائش کے بعد شروع ہوتی ہے اور جب جسم اپنے معمول کے مرحلے پر واپس آجاتا ہے تو اسے پری پرگینسی حالت کہا جاتا ہے (کیٹسکی، 2016)۔ یہ مدت ڈیلیوری کے 40 دن بعد تک جاری رہتی ہے۔ گر نمبر 8.4 سے پتہ چلتا ہے کہ نتائج سے معلوم ہوا ہے کہ بعد از پیدائش دیکھ بھال چار اہل عوامل جیسے آشنا اور آنگن واڑی کارکنان، غذا، غسل اور خوش کن سماجی ماحول سے متاثر ہوتی ہے۔ ان عوامل میں مختلف پہلو شامل ہیں جیسے کھانا میں حریرہ اور کاڑھا شامل ہے جو خواتین کو اس مدت میں دیا جاتا ہے۔ ہلدی اور نیم جیسے اینٹی سپٹیکس کا استعمال کرتے ہوئے گرم پانی سے غسل کرایا جاتا ہے۔ جشن میں کچھ تقریبات شامل ہیں جیسے سوامہینہ، عقیقہ اور چھٹی وغیرہ۔ بعد از پیدائش دیکھ بھال کی صورتحال میں، دو وسیع عوامل میں مداخلت کی ضرورت ہے جو ڈیلیوری کے بعد کی دیکھ بھال ہے جہاں خواتین باقاعدگی کے ساتھ ڈاکٹر کے پاس صحت سے متعلق معائنے کے لئے نہیں جا رہی ہیں اور 8 سے 10 گھنٹے تک کوئی غذا نہیں لے رہی ہیں۔ دوسرا حصہ خود ادویات کا ہے، جو ایک بہت عام مسئلہ ہے، جو اب دہندگان اس مدت میں گھر پر مبنی دوائیوں کا استعمال کر رہی ہیں۔ لہذا بعد از پیدائش دیکھ بھال میں مداخلت کرنا بہت اہم ہے۔ ایک اور عنصر زچگی کا دور ہے جس میں تین اہم پہلو جیسے حفظان صحت، بچے اور طہارت کی آلودگی شامل ہیں۔ حفظان صحت ایک اہم پہلو ہے کیونکہ خواتین بہت کم سینیٹری پیڈ، گندے بستر کا استعمال اور طویل عرصے کے بعد غسل کرتی ہیں۔ لوگوں کو آگاہ کرنے کے لئے مداخلت کرنا ضروری ہے۔ بچوں کے معاملے میں بچوں کی دیکھ بھال، غذا اور صنفی مساوات سے آگاہ کرنا ایک بہت اہم پہلو ہے۔ آرتھوڈوکس عقیدہ جیسے مقدس چیزوں کو ہاتھ نہ لگانا اور زچہ کو ناپاک اور گندا سمجھنا بھی مداخلت کے اہم پہلو ہیں۔

گلر نمبر 8.5: فورس فیلڈانا لیسس: بچے کی بقاء



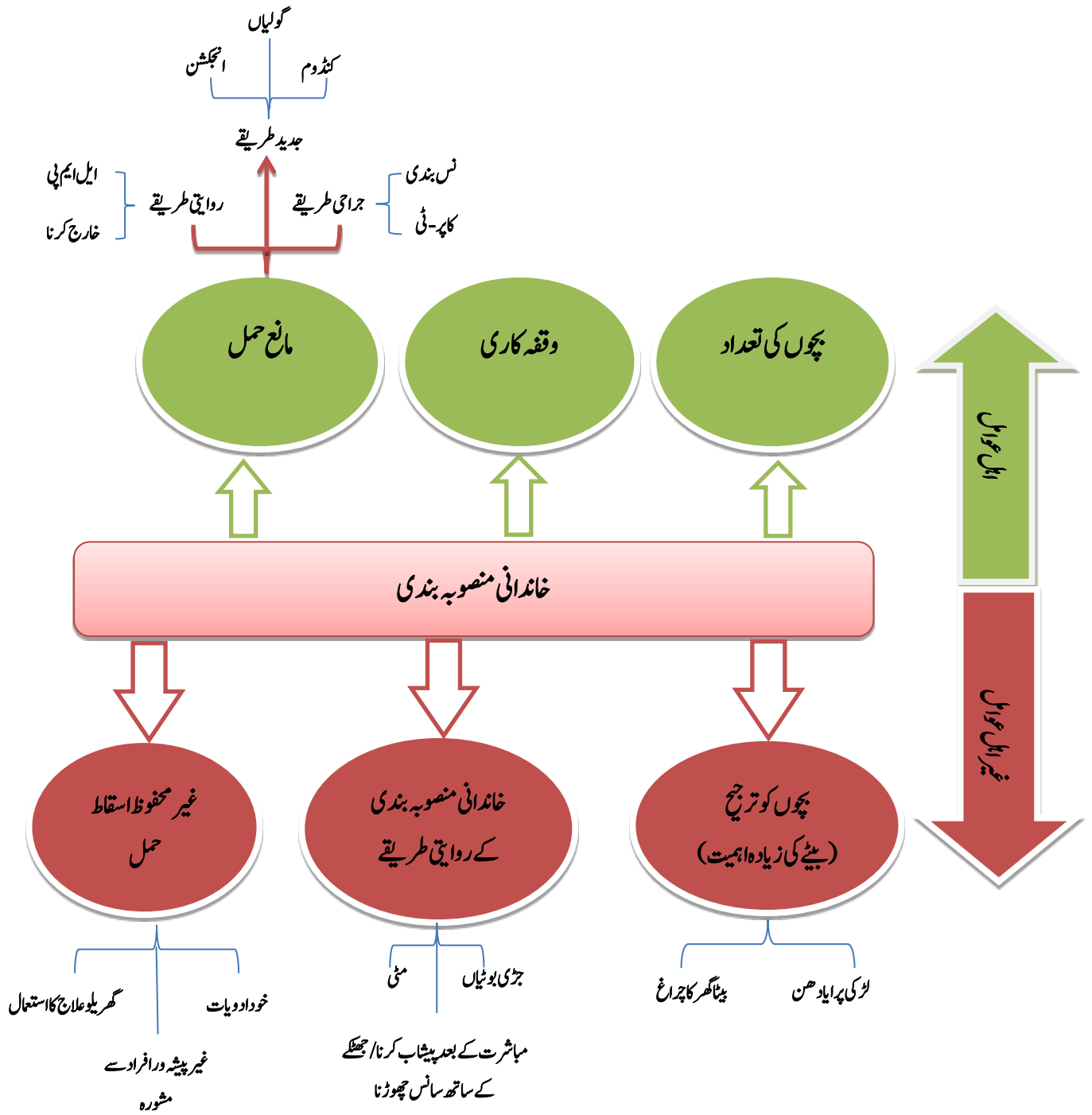
بچوں کے تحفظ کا مطلب نومولود اور بچوں کی زندگی کو بہتر بنانا ہے اور موجودہ وقت میں اسے سب سے بڑا چیلنج سمجھا جاتا ہے۔ فگر نمبر 8.5 سے پتہ چلتا ہے کہ بچے کے تحفظ کو متاثر کرنے والے کچھ اہل عوامل اور کچھ غیر اہل عوامل ہیں جن کا پتہ لگانے کی ضرورت ہے۔ مداخلت کرنے کے عوامل گھر پر مبنی ڈیلیوری، صنفی تعصب، دودھ پلانے میں تاخیر اور بچپن کی بیماریاں ہیں۔ نتائج سے یہ بات سامنے آئی ہے کہ بیماریاں اور بچہ کا پہلا غسل اور مذہبی طریقوں بشمول پرانے کپڑے پہننے اور روئی میں بچے کو رکھنے پر مداخلت کرنے کی ضرورت ہے کیونکہ اس سے بچوں کے تحفظ پر منفی اثر پڑتا ہے۔ صنفی تعصب جیسے بیٹے کو زیادہ ترجیح دینے کی بجائے لڑکی کو بھی براہیمت دینا وغیرہ میں مداخلت کرنے کی ضرورت ہے۔

اس تحقیق میں انکشاف ہوا ہے کہ دودھ پلانے کو متاثر کرنے والے اہل اور غیر اہل دونوں عوامل ہیں۔ اہل عوامل میں خصوصی دودھ پلانا اور دودھ چھڑانا شامل ہیں۔ غیر اہل عوامل میں پریلیکٹینل فیڈ، رسومات، کولسٹرم کو ضائع کرنا، دودھ پلانے میں دیری اور خصوصی دودھ نہ پلانا شامل ہیں۔ پریلاکٹیل فیڈ میں مذہبی اور روایتی عناصر شامل ہیں جو نقصان دہ ہو سکتے ہیں جس میں مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔ چھاتی کی صفائی سے متعلق تقریبات، نند کے لئے انتظار کرنا وغیرہ سمیت دیگر رسومات میں بھی بغیر کسی تاخیر کے دودھ پالنے کے لئے مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔ کولسٹرم کو ضائع کرنے اور کولاسٹرم کی جانچ کے بارے میں بھی کچھ غلط عقائد ہیں جن کا پتہ لگانے کے لئے مداخلت کی ضرورت ہے۔ چوبیس گھنٹوں کے بعد دودھ پلانا بھی ایک عنصر ہے جو دودھ پلانے کو متاثر کر رہا ہے اور اس میں مداخلت کرنے کی ضرورت ہے۔ نتائج سے پتا کھاتا ہے کہ یہاں خصوصی دودھ

نہیں پلایا جاتا ہے جس میں کچھ پہلوؤں جیسے جلدی دودھ چھڑانا ہے اور کولسٹرم کو ضائع کرنے جیسے عوامل میں مداخلت کی ضرورت ہے۔

بچوں کی اموات، بچپن کی بیماری سے متاثر ہو رہی ہے مذہبی عقائد جیسے جادو/ نظر، یرقان کو جھڑوانا اور دیگر قسم کی بیماریوں شامل ہیں۔ جادو، نظر جیسے توہم پرستی کے اعتقادات میں لوگ مولانا کی مدد لیتے ہیں، بچے کے گلے میں چاقو اور تعویذ پہنتے ہیں جس کے بارے میں لوگوں میں آگاہی کی ضرورت ہے۔ یرقان اور دیگر بیماریوں کے بہتر علاج کے لئے بھی فوری مداخلت کی ضرورت ہے جو جان لیوا ثابت ہو سکتی ہے۔

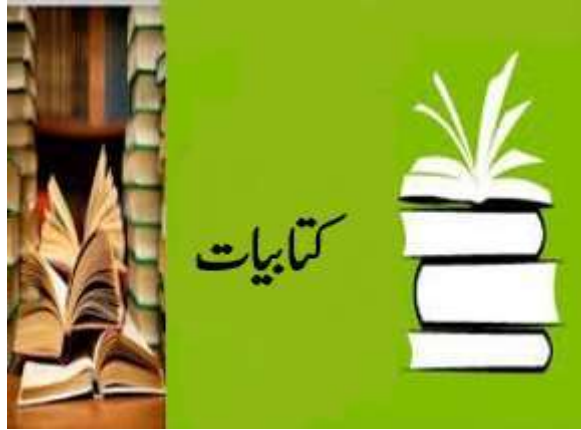
گلر نمبر 8.6: فورس فیلڈانا لیسس: خاندانی منصوبہ بندی



موجودہ تحقیق سے، یہ انکشاف ہوا ہے کہ مانع حمل، دو حمل کے بیچ وقفہ اور بچوں کی تعداد خاندانی منصوبہ بندی کو متاثر کرنے والے اہل عوامل ہیں۔ مگر نمبر 8.6 میں دیکھا گیا ہے کہ مانع حمل کے روایتی طریقے (LMP، خارج کرنا)، جدید طریقے (گولیاں، انجیکشن اور کنڈوم)، اور جراحی کے طریقے (نسبندی اور کاپر۔ ٹی) شامل ہیں جو خاندانی منصوبہ بندی کو مثبت انداز میں متاثر کر رہے ہیں۔ خاندانی منصوبہ بندی کو متاثر کرنے والے غیر اہل عوامل بیٹے کو ترجیح، خاندانی منصوبہ بندی کے روایتی طریقے اور غیر محفوظ اسقاط حمل ہیں جن میں مداخلت کی ضرورت ہے۔ بچے کی پیدائش پر قابو پانے کے لئے لوگ مٹی اور جڑی بوٹیوں کا استعمال کرتے ہیں جو نقصان دہ ہے اور اس پر توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ غیر محفوظ اسقاط حمل کے لئے گھریلو علاج کا استعمال، خود ادویات اور غیر پیشہ ور افراد کی مشاورت شامل ہے جو زندگی کے لئے بھی خطرناک ہے۔

اس طرح تولیدی صحت کے عملوں پر فورس فیلڈ ڈایا گرام کو تیار کرنے کا بڑا ارادہ یہ تھا کہ تولیدی صحت کے آس پاس عام فہم کے ساتھ شامل ہونے کے لئے ایک روڈ میپ فراہم کرنا تھا اور اس کے ساتھ ساتھ کمیونٹی کے لوگ خاص طور پر خواتین کو بھی شامل تھا جس سے موجودہ وقت میں تولیدی صحت کی صورت حال کو سمجھا جاسکے اور تولیدی صحت کی خدمات تک بہتر رسائی اور استعمال کو بہتر بنایا جاسکے۔ جو صرف تولیدی صحت کے لئے اس سے متعلق مشقوں کے ذریعہ ہی ممکن ہے جس سے ہم بہتر تولیدی صحت کی خدمات کا راستہ تلاش کر سکتے ہیں۔

کتابیات



کتابیات

- Abu-Saad, K., & Fraser, D. (2010). Maternal nutrition and birth outcomes. *Epidemiol Rev*, 32, 5–25.
- Adhikari, S. (2018). Pillars of Safe Motherhood. *Public Health Notes*. Accessed on 5th June 2018 from <https://www.publichealthnotes.com/pillars-of-safe-motherhood/>
- Afsana, & Shahid, M. (2018). Unsafe Abortion Practices and Popular Common Sense Repertoire: Reinvigorating Methodological and Intervention Issues for Social Work. *Journal of Social Work Education, Research and Action*, 4(1), 40-55.
- Afsana, Shahid, M., & Khan, A. S. (2019). Neonatal Mortality, Breastfeeding Practices and Popular Common Sense. *Breastfeeding Review*, 27(2), 29-35.
- Ahmad, J., Khan , M., & Hazra, A. (2010). Increasing Complete Immunization In Rural Uttar Pradesh. *The Journal of Family Welfare*, 56, 65-72.
- Aigbokhaode, A., Isah, E., & Isara , A. (2015). Health seeking behaviour among caregivers of under five children in Edo State, Nigeria. *South East Eur J Public Health*, 1–10.
- Ajeet, S., Jaydeep, N., Nandkishore, K., & Nisha, R. (2011). Women’s Knowledge, Perceptions, and Potential Demand Towards Caesarean Section. *National Journal of Community Medicine*, 2(2), 243-248.
- Alanis, M. C., & Lucidi, R. S. (2004). Neonatal Circumcision: A Review of the World’s Oldest and Most Controversial Operation. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(5), 379–395. doi:10.1097/00006254-200405000-00026
- Aldrich, C. A., Sung, C., & Knop, C. (1945). The crying of newly born babies. *The Journal of Pediatrics*, 27(5), 428-435. doi:10.1016/s0022-3476(45)80031-8

- Ali, T. S., Sami, N., & Khuwaja, A. K. (2007). Are Unhygienic Practices During the Menstrual, Partum and Postpartum Periods Risk Factors for Secondary Infertility. *Journal of Health Population and Nutrition*, 25(2), 189-194.
- Altijani, N., Carson, C., Choudhury, S. S., Rani, A., Sarma, U. C., Knight, M., & Nair, M. (2018). Stillbirth among women in nine states in India: Rate and risk factors in the study of 886,505 women from the annual health survey. *BMJ Open*, 8(11). doi:10.1136/bmjopen-2018-022583
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129: e827
- Anwar, A., & Anwar, S. (2016). Infertility: A Review on Causes, Treatment and Management. *Women's Health & Gynecology*, 2(6), 1-5.
- Aparna. (2018). Household Work During Pregnancy – What to Do and What to Avoid. *Parenting*. Accessed on 15th June 2018 from <https://parenting.firstcry.com/articles/household-work-during-pregnancy-what-to-do-what-to-avoid/>
- Arnold, F., Choe, M. K., & Roy, T. (1998). Son Preference, the Family-building Process and Child Mortality in India. *Population Studies*, 52(3), 301–315. doi: 10.1080/0032472031000150486
- Arousell, J., & Carlbon, A. (2016). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 77-87. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.08.011
- Aubel, J., Touré, I., & Diagne, M. (2004). Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: The guardians of tradition are not averse to change. *Social Science & Medicine*, 59(5), 945-959. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.044
- Ayaz, S., & Efe, S. Y. (2008). Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(3), 282-288. doi:10.1080/13625180802049427

- Aziato, L., & Omenyo, C. N. (2018). Initiation of traditional birth attendants and their traditional and spiritual practices during pregnancy and childbirth in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). doi:10.1186/s12884-018-1691-7
- Bandyopadhyay, M. (2009). Impact of ritual pollution on lactation and breastfeeding practices in rural West Bengal, India. *International Breastfeeding Journal*, 4(1), 2. doi: 10.1186/1746-4358-4-2
- Bandyopadhyay, S., & Singh, A. (2007). Sex selection through traditional drugs in rural north India. *Indian Journal of Community Medicine*, 32(1), 32. doi:10.4103/0970-0218.53390
- Barcellos, S., Carvalho, L., & Lleras-Muney, A. (2012). Child Gender And Parental Investments In India: Are Boys And Girls Treated Differently?. *NBER working paper series*. doi:10.3386/w17781
- Barik, D., & Thorat, A. (2015). Issues of Unequal Access to Public Health in India. *Frontiers in Public Health*, 3. doi: 10.3389/fpubh.2015.00245
- Barua, A., & Kurz, K. (2001). Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 53–62. doi: 10.1016/s0968-8080(01)90008-4
- Begum, S., Sebastian, A., Kulkarni, R., Singh, S., & Donta, B. (2017). Traditional practices during pregnancy and childbirth among tribal women from Maharashtra: A review. *International Journal of Community Medicine And Public Health*, 4(4), 882. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20171301
- Bhakta, A. (2014). Cultural, social, religious beliefs & practices in pregnancy among postnatal women. *International Journal of Nursing Research and Practice*, 4(1), 19-26.
- Bhalotra, S. R., Valente, C., & Soest, A. V. (2008). *Religion and childhood death in India*. Bristol: CMPO.
- Bhan, N., Mcdougal, L., Singh, A., Atmavilas, Y., & Raj, A. (2020). Access to women physicians and uptake of reproductive, maternal and child health

services in India. *EClinicalMedicine*, 20, 100309. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100309

Bhandari, S., & Noklennyangla. (2015). SEVENTY-FIVE YEARS OF NATIONAL PLANNING COMMITTEE (1938-2013) : A RECOLLECTION. *Science and culture*, 813-466-70

Bhattacharya, A., Dwivedy, R., Nandeshwar, S., Costa, A. D., & Diwan, V. (2008). 'To weigh or not to weigh?' Socio-cultural practices affecting weighing at birth in Vidisha, India. *Journal of Neonatal Nursing*, 14(6), 199–206. doi: 10.1016/j.jnn.2008.07.009

Bhuvanewari, B., & Swarna, S. (nd). Cultural beliefs and practices among postnatal mothers in selected rural areas Tirupati. *biomed*, 44-46. Accessed on 10th June 2017 from <https://www.biomed.org/mnsfulltext/157/157-1463401763.pdf?1588149619>.

Bose, A. (1988). *From population to people*. Delhi: B.R. Pub. Corp.

Brahme, R., Mehta, S., Sahay, S., Joglekar, N., Ghate, M., Joshi, S., ... Mehendale, S. (2006). Correlates and Trend of HIV Prevalence Among Female Sex Workers Attending Sexually Transmitted Disease Clinics in Pune, India (1993-2002). *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1), 107–113. doi: 10.1097/01.qai.0000179428.49907.6d

Bruce, S. G., Blanchard, A. K., Gurav, K., Roy, A., Jayanna, K., Mohan, H. L., . . . Avery, L. (2015). Preferences for infant delivery site among pregnant women and new mothers in Northern Karnataka, India. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 49. doi: 10.1186/s12884-015-0481-8

Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.

Capila, A. (2004). *Traditional Health Practices of Kumaoni Women: Continuity and Change*. New Delhi: Concept Publishing Company.

Catherin, N., B, R., V, R., C, A., G, A., P, D., . . . Br, G. (2015). Beliefs and practices regarding nutrition during pregnancy and lactation in a rural area in

Karnataka, India: A qualitative study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 2(2), 116. doi:10.5455/2394-6040.ijcmph20150509

CEHAT & Health Watch (2004). *Abortion Assessment Project- India*. Mumbai: CHEHAT & Health Watch.

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). HIV Prevention in The United States: New Opportunities, New Expectations. Accessed on 3th May 2018 from <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies/cdc-hiv-prevention-bluebook.pdf>

Char, A., Saavala, M., & Kulmala, T. (2010). Influence of mothers-in-law on young couples' family planning decisions in rural India. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 154-162. doi:10.1016/s0968-8080(10)35497-8

Chatterjee, M. (1991). *Towards Better Health for Indian Women: The Dimensions Determinants and Consequences of Female Illness and Death*. World Bank Economic Sector.

Chatterjee, N. (1999). They have not heard of AIDS: HIV/AIDS awareness among married women in Bombay. *Public Health*, 113(3), 137-140. doi:10.1016/s0033-3506(99)00138-9

Chatterjee, N., & Hosain, G. M. (2006). Perceptions of Risk and Behaviour Change for Prevention of HIV among Married Women in Mumbai, India. *J Health Popul Nutr*, 81-88.

Chatterjee, P. (2017). Right To Abortion Is A Basic Human. *The Rights*, 9096(I), 1-6.

Chaurasia, A. R. (2011). Birth Rate Trends in India: 1985-2007 -A Decomposition Analysis. *The Journal of Family Welfare*, 57(1), 55-17.

Chen, L., Low, Y. L., Fok, D., Han, W. M., Chong, Y. S., Gluckman, P., . . . Dam, R. M. (2013). Dietary changes during pregnancy and the postpartum period in Singaporean Chinese, Malay and Indian women: The GUSTO birth cohort study. *Public Health Nutrition*, 17(09), 1930-1938. doi:10.1017/s1368980013001730

- Choi, T. Y., Lee, H. M., Park, W. K., Jeong, S. Y., & Moon, H. S. (2014). Spontaneous abortion and recurrent miscarriage: A comparison of cytogenetic diagnosis in 250 cases. *Obstetrics & Gynecology Science*, *57*(6), 518. doi: 10.5468/ogs.2014.57.6.518
- Chopra, J. (2017). 'Devbhumi' Uttarakhand: The Original land of Yoga. *The Pioneer*. Accessed on 30th April 2020 from <https://www.dailypioneer.com/2017/state-editions/devbhumi-uttarakhand-the-original-land-of-yoga.html>.
- Choudhry, U. K. (1997). Traditional Practices of Women From India: Pregnancy, Childbirth, and Newborn Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *26*(5), 533–539. doi: 10.1111/j.1552-6909.1997.tb02156.x
- Claeson, M., Bos, E., Mawji, T., & Pathmanathan, I. (2010). Reducing child mortality in India in the new millennium. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(10), 1192-1199.
- Clemens, J., Elyazeed, R. A., Rao, M., Mengg, M., Savarino, S., Morsy, B. Z., . . . Lee, Y. J. (1999). Early Initiation of Breastfeeding and the Risk of Infant Diarrhea in Rural Egypt. *Pediatrics*, *104*(1). doi:10.1542/peds.104.1.e3
- Crowther, S., & Hall, J. (2015). Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women and birth*, *28*(2), 173-178.
- Coffey, P. S., & Brown, S. C. (2017). Umbilical cord-care practices in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1). doi:10.1186/s12884-017-1250-7
- Cohen, M. S. (1998). Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *The Lancet*, *351*. doi: 10.1016/s0140-6736(98)90002-2
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: meaning and perspective in the research process*. London: SAGE.
- Das, N. (1987). Sex Preference and Fertility Behavior: A Study of Recent Indian Data. *Demography*, *24*(4), 517. doi:10.2307/2061389

- Das, S. (1996). Right to Emergency Medicare: A Landmark Judgment. *Economic and Political Weekly*, 2851-2853.
- Dawal, S., I.F, I., Saleem, T., Priyanka, S., & M.K., D. (2014). Study of Pre Lacteal Feeding Practices and its Determinants in a Rural Area of Maharashtra. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS)*, 2(4D), 1422-1427.
- Dennis, C., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review. *Women's Health*, 3(4), 487-502. doi:10.2217/17455057.3.4.487
- Department of Reproductive Health and Research, WHO. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Geneva: World Health Organization.
- Deshpande, R. V. (2011). Is Janani Suraksha Yojana (JSY) contributing to the reduction of maternal and infant mortality? An insight from Karnataka.
- Dixit, P., & Dwivedi, L. K. (2017). Utilization of institutional delivery services across successive births in India. *International Journal of Population Studies*, 2(2). doi:10.18063/ijps.2016.02.006
- Duggal, R., & Ramanathan, V. (2004). Abortion Assessment Project – India: Key Findings and Recommendations. *Reproductive Health Matters*, 12(24): 122-129.
- Dyson, T. (n.d.). On The Future of Human Fertility in India. 392-408. Accessed on 10th June 2019 from <https://pdfs.semanticscholar.org/d2af/16d509f4a4bb4c9eac0baff2c87efde73c6.pdf>.
- Edmond, Karen M., Zandoh, C., Quigley, Maria A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei, S., & Kirkwood, Betty R. (2006). Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics* 117(3): e380-e386. doi: 10.1542/peds.2005-1496.

- El-Gilany, A., & Abdel-Hady, D. M. (2014). Newborn First Feed and Prelacteal Feeds in Mansoura, Egypt. *BioMed Research International*, 1-7. doi:10.1155/2014/258470
- Eram, U. (2017). Knowledge Regarding Antenatal Care Services in Mothers (15-49 Years) in Rural Areas of Aligarh. *IJETSR*, 4(6), 121-125.
- Feyerabend, P. K. (1986). *Problems of empiricism: Philosophical papers*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Fikree, F. F., & PASHA, O. (2004). Role of gender in health disparity: The South Asian context. *Bmj*, 328(7443), 823-826. doi:10.1136/bmj.328.7443.823
- Filmer, D., & King, E. (1999). Gender Disparity in South Asia: Comparisons Between and Within Countries. *Policy Research Working Papers*. doi:10.1596/1813-9450-1867
- Finlayson, K., & Downe, S. (2013). Why Do Women Not Use Antenatal Services in Low- and Middle-Income Countries? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS Medicine*, 10(1). doi: 10.1371/journal.pmed.1001373
- Fjeld, E., Siziya, S., Katepa-Bwalya, M., Kankasa, C., Moland, K. M., & Tylleskar, T. (2008). No sister, the breast alone is not enough for my baby A qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia. *International Breastfeeding Journal*, 3(1), 26. doi:10.1186/1746-4358-3-26
- Forgacs, David Ed. (2000): *The Gramsci Reader: Selected Writings 1916-1935*. First published 1988. New York: New York University Press.
- Gancheva, I. (2015). Ritual Purity Associated With Birth and Raising A Child. *The Belogradchik Journal for Local History, Cultural Heritage and Folk Studies*, 6, 354-371.
- Gangakhedkar, R. R. (1997). Spread of HIV Infection in Married Monogamous Women in India. *JAMA: The Journal of the American*

Medical Association, 278(23), 2090. doi:
10.1001/jama.1997.03550230066039

Gatrad, A. R. & Sheikh, A. (2001). Muslim birth customs. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 84(1). doi:
10.1136/fn.84.1.f6

Geethalakshmi, R. G., Yadav, & J. S. Smitha. (2017). Qualitative exploration of infant and young child feeding practices in rural field practice area of SSIMS and RC: a focus group discussion study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(8), 2787-2792.

Gile, P. P. (2013). Exploration of HIV/AIDS Related Knowledge, Attitude and Practice of University Community: The Case of Ethiopian Civil Service College. *Working Paper of Public Health*, 2(1). doi:
10.4081/wpph.2013.6750

GoI. (2016a). Reference Manual for Oral Contraceptive Pills. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Accessed on 17th June 2019 from http://164.100.130.11:8083/family_Planning/pdf_files/FP/H/8Oral%20Pills%20Manual.pdf

GoI. (2016b). Medroxy Progesterone Acetate-Subcutaneous Injectable Contraceptive (MPA-SC). New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Accessed on 17th June 2019 from https://nhm.gov.in/images/pdf/programmes/family-planing/guidelines/Subcutaneous_Injectable_Contraceptive.pdf

GoI. (1948). *National Planning Committee Series: Report of the Sub-Committee*. New Delhi: NHP, GoI.

GoI. (1962). *Mudaliar Committee*. New Delhi: NHP, Govt. of India.

GoI. (1974). *Shrivastav Committee*. New Delhi: NHP, Govt. of India.

GoI. (1990). Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme. New Delhi: Ministry of Women and Child Development, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from <https://icds-wcd.nic.in/wbnp.aspx>

- GoI. (1993). *National Nutrition Policy*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 9th May 2019 from https://wcd.nic.in/sites/default/files/National%20Nutrition%20Policy_0.pdf
- GoI. (1997). *Reproductive Child Health (RCH)*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 27th May 2019 from <https://rch.gov.in/reproductive-child-health-rch>
- GoI. (2000). *National Population Policy*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India.
- GoI. (2005). *National Rural Health Mission: Framework for implementation (2005-2012)*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 27th May 2019 from <https://nhm.gov.in/WriteReadData/1892s/nrhm-framework-latest.pdf>
- GoI. (2010). *Comprehensive Abortion Care: Training and Service Delivery Guidelines*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India.
- GoI. (2011). *Census of India 2001*. New Delhi: Registrar General of India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India.
- GOI. (2013). *National Urban Health Mission*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Accessed on 20th May 2020 from https://nhm.gov.in/images/pdf/NUHM/Implementation_Framework_NUHM.pdf
- GoI. (2014a). *Special Nutrition Programme (SNP)*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from <http://www.nihfw.org/NationalHealthProgramme/SNP.html>
- GoI. (2014b). *National Nutrition Anemia Prophylaxis Programme*. New Delhi: Ministry of Home Affairs, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from <http://www.nihfw.org/NationalHealthProgramme/NATIONALNUTRITIONANEMIAPROPHYLAXISPROGRAMME.html>

- GoI. (2014c). *Wheat Based Supplementary Nutrition Programme*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 309th May 2019 from <http://www.nihfw.org/NationalHealthProgramme/WHEATBASEDSUPPLEMENTARYNUTRITION.html>
- GoI. (2014d). *Census of India 2011*. New Delhi: Registrar General of India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India. Accessed on 23th March 2019 from <http://censusindia.gov.in>
- GoI. (2014e). *Annual Health Survey Report: A Report On Core And Vital Health Indicators*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India.
- GoI. (2016a). Pradhan Mantri Surakshit Matritva Abhiyan. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 309th May 2019 from <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=3&sublinkid=1308&lid=689>
- GoI. (2016b). *MAA: Programme for Promotion of Breastfeeding*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 309th May 2019 from https://nhm.gov.in/MAA/Operational_Guidelines.pdf
- GoI. (2016c). *Family Planning: Annual Report 2015-16*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Accessed on 20th Jan 2019 from mohfw.gov.in/sites/default/files/56324455632156323214.pdf: MoHFW.
- GoI. (2016d). *Janani Suraksha Yojana (JSY)*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 309th May 2019 from https://www.nhp.gov.in/janani-suraksha-yojana-jsy-_pg
- GoI. (2017a). *National Health Policy 2017*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Accessed on 20th May 2020 from https://www.nhp.gov.in/nhpfiles/national_health_policy_2017.pdf

- GoI. (2017b). *National Family Planning Programme*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from <https://humdo.nhp.gov.in/about/national-fp-programme/>
- GoI. (2017c). Pradhan Mantri Matru Vandana Yojana (PMMVY). New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from https://wcd.nic.in/sites/default/files/PMMVY%20Scheme%20Implementation%20Guidelines%20._0.pdf
- GoI. (2017d). *Brief Industrial Profile of State Uttarakhand*. New Delhi: Ministry of MSME, Govt. of India. Accessed on 2nd Feb 2018 from http://dcmsme.gov.in/dips/state_wise_dips/SIPSR%20-%20Uttarakhand.pdf.
- GoI. (2018a). SRS BULLETIN: SAMPLE REGISTRATION SYSTEM. New Delhi: Ministry of Home Affairs, Govt. of India. Online source accessed on 29th May 2019 from https://censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Bulletins/SRS_Bulletin-Rate-2017-_May_2019.pdf
- GoI. (2018b). Mission Indradhanush. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from https://www.nhp.gov.in/mission-indradhanush1_pg
- GoI. (2018c). *Universal Immunization Program*. New Delhi: National Health Portal. Accessed on 14th March 2018 from mohfw.gov.in/sites/default/files/245453521061489663873.pdf
- GoI. (2020a). *About Accredited Social Health Activist (ASHA)*. Online source accessed on 29th May 2019 from <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=150&lid=226>
- GoI. (2020b). *National Health Mission*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Online source accessed on 30th May 2019 from <https://nhm.gov.in/index4.php?lang=1&level=0&linkid=445&lid=38>

- GoU. (2018). Draft Report of SSAP on Water Sector for Uttarakhand state. *National Water Mission*. Accessed on 22nd Feb 2018 from http://nwm.gov.in/sites/default/files/Report_Draft-SSAP_Uttarakhand.pdf.
- Goyal, S. M., & Bhandari, N. (2008). Delivery and Postnatal Morbidity among Women in Urban Slum in New Delhi. In M. A. Koenig, S. Jejeebhoy, J. C. Cleland, & B. R. Ganatra, *Reproductive Health in India: New Evidence* (pp. 116-132). New Delhi: Rawat Publication.
- Gramsci, A. (2010): *Selections from the Prison Notebooks*. Edited and Translated by Quintin Hoare and Geoffrey Nowell Smith. First published 1971. Hyderabad: Orient Blackswan.
- Gray, R., Wawer, M., Sewankambo, N., & Serwadda, D. (1997). HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *The Lancet*, 350(9093), 1780. doi: 10.1016/s0140-6736(05)63612-4
- Guntupalli, A. M., & Chenchelgudem, P. (2004). Perceptions, causes and consequences of infertility among the Chenchu tribe of India. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(4), 249–259. doi: 10.1080/02646830412331298305
- Gupta, D. M., Zhenghua, J., Bohua, L., Zhenming, X., Chung, W., & Hwa-Ok, B. (2003). Why is Son Preference so Persistent in East and South Asia? A Cross-Country Study of China, India, and the Republic of Korea. *Policy Research Working Papers*. doi: 10.1596/1813-9450-2942
- Gupta, R. K., & Nagori, G. (2012). A study on changing trends and impact of ante-natal education and mother's educational status on pre-lacteal feeding practices. *J Pharm Biomed Sci©(JPBMS)*, 19, 19.
- Haque, M. A., Hossain, M. S. N., Chowdhury, M. A. B., & Uddin, M. J. (2018). Factors associated with knowledge and awareness of HIV/AIDS among married women in Bangladesh: evidence from a

nationally representative survey. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 15(1), 121–127. doi: 10.1080/17290376.2018.1523022

Hari, D., & Hari, H. (2014). Eclipse: An Ancient Indian Perspective. *Experience the Knowledge of India*, 1-4.

Harish, R. (2016). Superstitions in society and steps to eradicate. *International Journal of Applied Research*, 2(6), 77-81.

Haristian, N. T. (2017). Myths, Islamic View, and Science Concepts: The Constructed Education and Knowledge of Solar Eclipse in Indonesia. *Journal of Turkish Science Education*, 4, 35-47.

Haslam, C., Lawrence, W., & Haefeli, K. (2003). Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy. *Family Practice*, 20(5), 528-530. doi:10.1093/fampra/cm506

Heberlein, T. A. (1988). Improving interdisciplinary research: Integrating the social and natural sciences. *Society & Natural Resources*, 1(1), 5–16. doi: 10.1080/08941928809380634

Hedemalm, A., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2008). Symptom recognition and health care seeking among immigrants and native Swedish patients with heart failure. *BMC Nursing*, 7(1). doi: 10.1186/1472-6955-7-9

Herlihy, J. M., Shaikh, A., Mazimba, A., Gagne, N., Grogan, C., Mpamba, C., . . . Hamer, D. H. (2013). Local Perceptions, Cultural Beliefs and Practices That Shape Umbilical Cord Care: A Qualitative Study in Southern Province, Zambia. *PLoS ONE*, 8(11). doi:10.1371/journal.pone.0079191

Hirsch, L. (2016, October). Pregnancy Myths and Tales. Accessed 12th march, 2019, from KidsHealth for Nemours: [https://kidshealth.org/en/parents/myths-
tales.html](https://kidshealth.org/en/parents/myths-
tales.html)

- Hobcraft, J. (1987). Does Family Planning Save Children's Lives? *International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning*. Nairobi: Family Planning.
- House, S., Mahon, T., & Cavill, S. (2012). *Menstrual hygiene matters: A resource for improving menstrual hygiene around the world*. UKAID.
- Howard, J. (2018). C-section deliveries nearly doubled worldwide since 2000, study finds. *CNN*, <https://edition.cnn.com/2018/10/11/health/c-section-rates-study-parenting-without-borders-intl/index.html>.
- Illingworth, R. S. (1955). Crying in Infants and Children. *Bmj*, *1*(4905), 75–78. doi: 10.1136/bmj.1.4905.75
- Ingle, G., & Malhotra, C. (2007). Integrated management of neonatal and childhood illness: An overview. *Indian Journal of Community Medicine*, *32*(2), 108. doi:10.4103/0970-0218.35646
- International Institute of Population Sciences (IIPS) & ICF (2017). National Family Health Survey (NFHS-4) 2015-16: India. Accessed on 23th Sept 2019 from <http://rchiips.org/NFHS/pdf/NFHS4/India.pdf>
- International Institute of Population Sciences (IIPS). (2014). *Annual Health Survey(AHS) Fact Sheet 2012-13*. Mumbai: GOI.
- Inyang, M., & Anucha, O. U. (2015). Traditional Birth Attendants and Maternal Mortality. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, *14*(2), 21-26.
- Irani, M., & Roudsari, R. L. (2019). Reproductive and Sexual Health Consequences of Child Marriage: A Review of literature. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, *7*(1), 1584-1590. DOI: 10.22038/jmrh.2018.31627.1342
- Islam and Reproductive Health 2005 *metanexus institute* 21 New York University of Maiduguri
- Ives, Peter (2004): *Language and Hegemony in Gramsci*. London & Manitoba: Pluto Press & Fernwood Publishing.

- Jain, R., & Muralidhar, S. (2011). Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 61(6), 626–634. doi: 10.1007/s13224-011-0107-7
- Janghorban, R., Roudsari, R. L., Taghipour, A., & Abbasi, M. (2015). Sexual and Reproductive Rights from Quranic Perspective: A Quantitative Content Analysis. *Asian Social Science*, 11(3). doi:10.5539/ass.v11n3p182
- Jangsten, E., Strand, R., Hellström, A.-L., Johansson, A., & Bergström, S. (2005). Womens Perceptions of Pain and Discomfort after Childbirth in Angola. *African Journal of Reproductive Health*, 9(3), 148. doi: 10.2307/3583421
- Jayachandran, S., & Kuziemko, I. (2011). Why Do Mothers Breastfeed Girls Less than Boys? Evidence and Implications for Child Health in India. *The Quarterly Journal of Economics*, 126(3), 1485–1538. doi: 10.1093/qje/qjr029
- Jejeebhoy, S. J. (1998). Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. *Social Science & Medicine*, 46(10), 1275–1290. doi: 10.1016/s0277-9536(97)10056-9
- Jejeebhoy, S. J., Kulkarni, P. M., Santhya, K. G., & Mehrotra, F. (2014). *Population and reproductive health in India: An assessment of the current situation and future needs*. New Delhi: Oxford University Press.
- Jejeebhoy, S., & Rao, S. R. (1998). Unsafe Motherhood: A Review of Reproductive Health. In M. D. Gupta, L. C. Chen, & T. Krishnan (Eds.), *Women Health in India: Risk and Vulnerability* (pp. 122-152). Delhi: Oxford University Press.
- Jesse, D. E., Schoneboom, C., & Blanchard, A. (2007). The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 151-158. doi:10.1177/0898010106293593
- John, M. E., Nsemo, A. D., John, E. E., Opiah, M., & Bassey, G. C. (2015). Indigenous Child Care Beliefs and Practices in the Niger Delta Region of

Nigeria: Implications for Health Care. *International Journal of Health Sciences and Research*, 5(11), 235-247.

Johnson, B., and R. Gray. (2010). A history of philosophical and theoretical issues for mixed methods research. In Tashakkori and C. Teddlie (Eds), *Sage Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioural Research* (pp. 69–94). California: Sage, Thousand Oaks.

Johnston, H. B. (2002). *Abortion Practices in India: A Review of Literature*. Abortion Assessment Project- India. Mumbai: CEHAT/Health Watch.

Joshi, A., Dhapola, M., & Pelto, P. J. (2008). Gynaecological Problems: Perceptions and Treatment-seeking Behaviours of Rural Gujarati Women. In M. A. Koenig, S. Jejeebhoy, J. C. Cleland, & B. Ganatra (Eds.), *Reproductive Health in India: New Evidence* (pp. 133-158). New Delhi: Rawat Publication.

Joshi, P. C., Kaushal, S., Katewa, S., & Devi, O. H. (2006). Witchcraft Beliefs and Practices among Oraons. *Studies of Tribes and Tribals*, 4(2), 145–149.
doi:10.1080/0972639x.2006.11886547

Kaaya, S. F., Mbwambo, J. K., Fawzi, M. C., Borne, H. V., Schaalma, H., & Leshabari, M. T. (2010). Understanding women's experiences of distress during pregnancy in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 12(1). doi:10.4314/thrb.v12i1.56277

Kafle, P., & Bhattarai, S. S. (2016). Prevalence and Factors Associated with Reproductive Tract Infections in Gongolia Village, Rupandehi District, Nepal. *Advances in Public Health*, 1–5.
doi:10.1155/2016/8063843

Kakar, S. (1989). *Intimate relation: Exploring India Sexuality*. New Delhi: Penguin Books.

Kakarla N, Bradshaw K. (2008). *Evaluation and Management of the Infertile*. Glowm.

Kane, M., M.D., & M.P.H. (2002). The Case for Childhood Immunization. *Children's Vaccine Program at PATH*, 1-15.

- Kant, A. (2014). Experiencing Pregnancy: Negotiating Cultural and Biomedical Knowledge. *Indian Sociological Society*, 63(2), 247-262.
- Kapil, U., Chaturvedi, S., & Nayar, D. (1992). National nutrition supplementation programmes. *Indian Pediatr*, 29(12), 1601-13.
- Karelitz, S. (1966). The Role of Crying Activity in Apgar Scoring. *Jama*, 198(3), 318. doi: 10.1001/jama.1966.03110160146050
- Kashani, L., & Akhondzadeh, S. (2017). Female Infertility and Herbal Medicine. *Journal of Medicinal Plants*, 16(61), 1-7.
- Kaushal, M., Aggarwal, R., Singal, A., Shukla, H., Kapoor, S. K., & Paul, V. K. (2005). Breastfeeding Practices and Health-seeking Behavior for Neonatal Sickness in a Rural Community. *Journal of Tropical Pediatrics*, 51(6), 366-376. doi:10.1093/tropej/fmi035
- Khan, A. S., & Shahid, M. (2017). Religion, Fertility and 'Common Sense'. *Economic & Political Weekly*, 52(5), 35.
- Khan, G. N., Ariff, S., Khan, U., Habib, A., Umer, M., Suhag, Z., (2017). Determinants of infant and young child feeding practices by mothers in two rural districts of Sindh, Pakistan: a cross-sectional survey. *International Breastfeeding Journal*, 1-8.
- Khan, J., Vesel, L., Bahl, R., & Martines, J. C. (2014). Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 19(3), 468-479. doi:10.1007/s10995-014-1526-8
- Khan, M. (1990). Breast-feeding and weaning practices in India. *Asia-Pacific Population Journal*, 5(1), 71–88. doi: 10.18356/76fe5e12-en
- Khan, M. E., Barge, S., Sadhwani, H., & Kale, G. (2003). Knowledge, Attitude, and Experience of Marriage and Sexuality among Newly-Married Women in

Gujarat, India: An Exploratory Study. *International Quarterly of Community Health Education*, 23(3), 215-251. doi:10.2190/r2w7-w2pn-le4v-y8e0

Khan, M., & Chakarabarty, M. (2009). Status of Safe Motherhood Programme in Madhya Pradesh: Result from Health and Family Welfare Surveys. In B. C. Agrawal (Eds.), *Media of Helath: Planning, Programmes and Practice* (pp. 131-141). New Delhi: Concept Publishing Company.

Khongji, P. (2013). Determinants and Trends of Ideal Family Size in a Matrilineal Set-up. *The NEHU Journal*, 11(2), 37-54.

Kibret, G. D., Mengestie, S. W., & Degu, G. (2014). Perceptions and Practices of Early marriage of female child from 2009 to 2013 in Sinane district Northwest Ethiopia. *International Journal of Biomedical and Advance Research*, 5(11), 543. doi:10.7439/ijbar.v5i11.928

Klaus, D., & Tipandjan, A. (2015). Son Preference in India: Shedding Light on the North-South Gradient. *Comparative Population Studies*, 40(1), 77-102.

Koenig, M. A. (2008). *Reproductive health in India: New evidence*. Jaipur: Rawat Publications.

Kohls, F., Kuehnle, E., Brodowski, L., & Staboulidou, I. (2017). Female sterilization as a method of contraception: women's acceptance and knowledge - a review. *Medical Research Archives*, 5(9), 2375-1924. Accessed on 12 August 2017 from <https://journals.ke-i.org/index.php/mra/article/view/1480>

Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: Methods and techniques*. New Age International.

Kubo, H. (2009). Epidemiology of Infertility and Recurrent Pregnancy Loss in Society with Fewer Children. *JMAJ*, 52(1), 23-28.

Kulkarni, R., & Chauhan, S. (2009). Socio-Cultural Aspects of Reproductive Morbidities Among Rural Women in A District of Maharashtra, India. *The Journal of Family Welfare*, 55(2), 27-35.

- Lahariya, C., & Paul, V. K. (2010). Burden, Differentials, and Causes of Child Deaths in India. *The Indian Journal of Pediatrics*, 77(11), 1312-1321. doi:10.1007/s12098-010-0185-z
- Lalitha, H. (2016). Beliefs and practices of women related to maternal care and newborn care, in selected areas of rural Bengaluru. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 2(2), 29-33.
- Lau, Y. (2012). Traditional Chinese Pregnancy Restrictions, Health-Related Quality of Life and Perceived Stress among Pregnant Women in Macao, China. *Asian Nursing Research*, 6(1), 27-34. doi:10.1016/j.anr.2012.02.005
- Lawrence, R.A., & Lawrence, R.M. (2005). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby
- Lee, D. T., Ngai, I. S., Ng, M. M., Lok, I. H., Yip, A. S., & Chung, T. K. (2009). Antenatal taboos among Chinese women in Hong Kong. *Midwifery*, 25(3), 2. doi:10.1016/j.midw.2009.03.011
- Lerman, S., & Liao, J. (2001). Neonatal circumcision. *Pediatr Clin North Am*, 48(6), 1539-1557.
- Liamputtong, P. (2004). Yu Duan Practices as Embodying Tradition, Modernity and Social Change in Chiang Mai, Northern Thailand. *Women & Health*, 40(1), 79-99. doi:10.1300/j013v40n01_05
- Liamputtong, P., Yimyam, S., Parisunyakul, S., Baosung, C., & Sansiriphun, N. (2005). Traditional beliefs about pregnancy and childbirth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery*, 21(2), 139-153. doi:10.1016/j.midw.2004.05.002
- Lifecell Team. (2018). Eclipse harmful to pregnant women myth or truth. Accessed on 25th Oct 2018 from <http://blog.lifecell.in/eclipse-harmful-to-pregnant-women-myth-or-truth/>

- Lilungulu, A. G. (2016). Reported Knowledge, Attitude and Practice of Antenatal Care Services among Women in Dodoma Municipal, Tanzania. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*,4(1). doi:10.15406/jpnc.2016.04.00125
- Lizy , P., Geetha, M., & Joseph, S. (2011). Family Dynamics of People Living With HIV/AIDS. *IJSW*, 72(1), 137–148.
- Lobenstine, D. (2015). *Early and child marriage in India: A landscape analysis*. New Delhi: Nirantar Trust. Accessed on 10th July 2018 from <http://www.nirantar.net/uploads/files/EM%20Report%20-%20English.pdf>
- Lunenfeld, B. (2004). Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: Condensed Meeting Report from the Bertarelli Foundations Second Global Conference. *Human Reproduction Update*, 10(4), 317–326. doi: 10.1093/humupd/dmh028
- Mandelbaum, D. G. (1974). *Human fertility in India*. Berkeley: Univ. of Calif. Pr.
- Manderson L (1981) Roasting, smoking and dieting in response to birth: Malay confinement in cross-cultural perspective. *Soc Sci Med*, B15, 509–520
- Manderson, L. (1981). Traditional food beliefs and critical life events in Peninsular Malaysia. *Social Science Information*, 20(6), 947–975. doi: 10.1177/053901848102000606
- Manyande, A., & Grabowska, C. (2009). Factors affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version. *Midwifery*, 25(6), 774–780. doi: 10.1016/j.midw.2008.08.003
- Marphatia, A. A., Ambale, G. S., & Reid, A. M. (2017). Women’s Marriage Age Matters for Public Health: A Review of the Broader Health and Social Implications in South Asia. *Frontiers in Public Health*,5. doi:10.3389/fpubh.2017.0026

- Mascia, M. B., J. P. Brosius, T. A. Dobson, B. C. Forbes, L. Horowitz, M. A. Mckean, & N. J. Turner. (2003). Conservation and the social sciences. *Conservation Biology*, 17, 649-650.
- McGee, M. (2004). Sanskara. In S. Mittal , & G. Thursby (Eds.), *The Hindu World* (pp. 332 – 35). New York: Routledge.
- Mesce, D. (2005). *Unsafe Abortion: Facts & Figures*. Accessed on 25th jan 2018 from <http://www.prb.org/pdf05/unsafeabortion.pdf>
- Mishra, K., & Dubey, A. (2014, April). Indian Women's Perspectives on Reproductive and Childlessness: Narrative analysis. *Indian journal of Humanities and Social Science*, 4, 157-164.
- Mishra, S., Kusuma, Y. S., & Babu, B. V. (2016). Mother's Recognition of and Treatment Triggers for Common Childhood Illnesses among Migrant Santal Tribe Living in Bhubaneswar, Odisha, India. *Journal of Tropical Pediatrics*. doi: 10.1093/tropej/fmw092
- Mitra, A. (2015). Son Preference in India: Implications for Gender Development. *Journal of Economic Issues* , 1021-1037.
- Mohammad, N., Kalimullah, M., Tahir, M., & Shahid, M. (2003). Convergence Approach for the Promotion of Reproductive and Child Health: Learning from Lodha Block Experience. *Indian Journal of Social Development*, 3(1), 106-124.
- Momtaz, H., Flora, M. S., & Shirin, S. (1970). Factors associated with secondary infertility. *Ibrahim Medical College Journal*, 5(1), 17–21. doi: 10.3329/imcj.v5i1.9856
- Mondal, M. N., Rahman, M. M., Obaidur, M. R., & Naznin, M. A. (2012). Level of Awareness about HIV/AIDS among Ever Married Women in Bangladesh. *Food and Public Health*, 73-78.

- Moon, K., & Blackman, D. (2014). A Guide to Understanding Social Science Research for Natural Scientists. *Conservation Biology*, 28(5), 1167–1177. doi: 10.1111/cobi.12326
- Morton, A. (1996). *Philosophy in Practice an Introduction to The Main Questions*. Malden, MA: Blackwell.
- Mugada V, Chandrabhotla S, Kaja DS, Machara SGK. (2017). Knowledge towards childhood immunization among mothers & reasons for incomplete immunization. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 7 (10): 157-161. DOI: 10.7324/JAPS.2017.71023
- Mukhopadhyay, S. (1992). Book Review: Child Health: The Complete Guide. *Scottish Medical Journal*, 37(2), 63–63. doi: 10.1177/003693309203700214
- Mutharayappa, R. (2006). Reproductive Morbidity of Women in Karnataka. *Journal of Health Management*, 8(1), 23–50. doi: 10.1177/097206340500800103
- Muttreja, P., & Singh, S. (2018). Family planning in India: The way forward. *The Indian journal of medical research*, 148(Suppl), S1–S9. doi:10.4103/ijmr.IJMR_2067_17
- NACO. (2018). *India HIV Estimations 2017: Technical Report*. New Delhi: MoHFW.
- Nag, M. (1994). Beliefs and Practices about Food during Pregnancy: Implications for Maternal Nutrition. *Economic and Political Weekly*, 29(37), 2427-2438.
- Naraindas, H. (2009). A Sacramental Theory of Childbirth in India. *Science Across Cultures: the History of Non-Western Science Childbirth Across Cultures*, 95–106. doi: 10.1007/978-90-481-2599-9_9
- Nardi, D., & Rooda, L. (2011). Spirituality-Based Nursing Practice by Nursing Students: An Exploratory Study. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), 255-263. doi:10.1016/j.profnurs.2011.03.006
- Nayak, A. K., & Nath, S. (2018). There is an Urgent Need to Humanise Childbirth in India. *EPW*, 53(2), 1-8.

- Nayak, V. K. (2016). Review Article: Why is India the world's stillbirth capital: causes and solutions? *Fellow Maternal & Fetal Medicine, NUH*, 1-14.
- Nazik, E., Apay, S., Özdemir, F., & Nazik, H. (2015). Traditional Practices of Turkish Infertile Women: An Example from a Rural County. *Coll. Antropol*, 21-25.
- Nehru, J. (1940). National Planning Committee No.2: Being an abstract of the Proceedings and other particulars relating to the National Planning Committee. Online source accessed on 29th May 2019 from <https://dspace.gipe.ac.in/xmlui/bitstream/handle/10973/38760/GIPE-069009-03.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Newing, H. (2011). *Conducting Research in Conservation: Social Science Methods and Practice*. London: Routledge.
- Newmann, S., Sarin, P., Kumarasamy, N., Amalraj, E., Rogers, M., Madhivanan, P., . . . Solomon, S. (2000). Marriage, monogamy and HIV: A profile of HIV-infected women in south India. *International Journal of STD & AIDS*, 11(4), 250-253. doi:10.1258/0956462001915796
- Neyaz, A., Sahu, P., & Ahmed, M. (2015). Utilization of antenatal services in slum areas of Aligarh. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 678-682. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20150073
- Nichter, M., & Nichter, M. (1983). The Ethnophysiology and Folk Dietetics of Pregnancy: A Case Study from South India. *Society for Applied Anthropology*, 42(3), 235-246.
- O'Brien, E., Myles, P., & Pritchard, C. (2016). The portrayal of infant feeding in British women's magazines: a qualitative and quantitative content analysis. *Journal of Public Health*, pp. 1-6. Doi:1093/pubmed/fdw024.
- Okafor, C. (2000). Folklore Linked to Pregnancy and Birth in Nigeria. *Western Journal of Nursing Research*, 22(2), 189-202. doi:10.1177/01939450022044359

- Oliveira, I. T. D., Dias, J. G., & Padmadas, S. S. (2014). Dominance of Sterilization and Alternative Choices of Contraception in India: An Appraisal of the Socioeconomic Impact. *PLoS ONE*, 9(1). doi: 10.1371/journal.pone.0086654
- Omran, A. R. (1992). *Family planning in the legacy of Islam*. London ; New York: Routledge.
- Oomman, N. (2008). Examination Determenants of Gynaecological Morbidity from Women's Perceptions in Rural Rajasthan. In M. A. Koenig, S. Jejeebhoy, J. C. Cleland, & B. Ganatra (Eds.), *Reproductive Health in India:New Evidence* (pp. 159-181). New Delhi: Rawat Publication.
- Otoo, P., Habib, H., & Ankomah, A. (2015). Food Prohibitions and Other Traditional Practices in Pregnancy: A Qualitative Study in Western Region of Ghana. *Advances in Reproductive Sciences*, 03(03), 41-49. doi:10.4236/arsci.2015.33005
- Over, M., & Piot, P. (1996). Human Immunodeficiency Virus Infection And Other Sexually Transmitted Diseases In Developing Countries: Public Health Importance And Priorities For Resource Allocation. *Journal of Infectious Diseases*, 174(Supplement 2). doi:10.1093/infdis/174.supplement_2.s162
- Oyewole, I. Y. (2005). Islam and Reproductive Health. *metanexus institute* (p. 21). New York: University of Maiduguri.
- Padhi, S. R. (2012). Status of Health in Relation to Cultural Practices: Reference to Tribale of Koraput District of Odisha. In S. Chaudhary (Eds.), *Tribal Health and Nutrition* (pp. 319-332). Jaipur: Rawat Publication.
- Pallikadavath, S., & Stones, R. W. (2003). Disseminating knowledge about AIDS through the Indian family planning programme. *Aids*, 17(13), 2008-2009. doi:10.1097/00002030-200309050-00031
- Pande , R., & Malhotra, A. (2006). Son Preference and Daughter Neglect in India: What Happens to Living Girls? *ICRW (UNFPA)*.

- Patel, T. (2006). *Fertility Behaviour: Population and Society in a Rajasthan Village*. First published 1994. New Delhi: oxford University Press.
- Pillsbury, B.L. (1978). Doing the month confinement and convalescence of Chinese women after childbirth. *Soc Sci Med*, 12, 11–22.
- Piot, P., & Rowley, J. (1992). Economic Impact of Reproductive Tract Infections and Resources for Their Control. *Reproductive Tract Infections*, 227-249. doi:10.1007/978-1-4899-0691-5_10
- Population Reference Bureau. (2006). *Unsafe Abortion: Facts and Figures*. Washington, DC: Population Reference Bureau. Accessed from <https://assets.prb.org/pdf06/UnsafeAbortion2006.pdf>
- Potts, M., Halperin, D. T., Kirby, D., Swidler, A., Marseille, E., Klausner, J. D., ... Walsh, J. (2008). Reassessing HIV Prevention. *Science*, 320(5877), 749–750. doi: 10.1126/science.1153843
- Prakash, R., Singh, A., Pathak, P. K., & Parasuraman, S. (2011). Early marriage, poor reproductive health status of mother and child well-being in India. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 37(3), 136–145. doi: 10.1136/jfprhc-2011-0080
- Prasad, J. h., Abraham, S., Kurz, K. M., George, V., Lalitha, M., John, R., et al. (2008). Reproductive Tract Infection Among Married Young Women in Rural Tamil Nadu. In M. A. Koenig, S. Jejeebhoy, J. C. Cleland, & B. Ganatra (Eds.), *Reproductive Health in India New Evidence* (pp. 10-31). Delhi: Rawat Publication.
- Puri, P., Kumar, J., & Ramesh, V. (2010). Circumcision. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 31(2), 69-74.
- Qadeer, I. (1998). Reproductive health: A public health perspective. *Economic and Political Weekly*, 2675-2684.

- Qamar, A. H. (2017). The Postpartum Tradition of Sawa Mahina in Rural Punjab, Pakistan. *Journal of Ethnology and Folkloristics*, 11(1), 127-150. doi:10.1515/jef-2017-0008
- Quandt, S.A. (1995). Sociocultural Aspects of The Lactation Process. In S. Macadam, P. & Dettwyer, K.A (Eds.). *Breastfeeding: biocultural perspectives*. New York: Aldine DeGruyter
- Rahman, S., & Nessa, F. (1989). Neo-natal Mortality Patterns in Rural Bangladesh. *Journal of Tropical Pediatrics*, 35(4), 199–202. doi:10.1093/tropej/35.4.199
- Rai, L., Prabakar, P., & Nair, S. (2007). Injectable Depot Medroxyprogesterone- A Safe and an Effective Contraception for an Indian Setting. *Health and Population Perspectives and Issues*, 30(1), 12-23.
- Ramachandran, P. (1990). Research in Social Work. *Issues in Social Work Research in India*, 2, 3-13.
- Ramakrishna, J., Ganapathy, S., Matthews, Z., Mahendra, S., & Kilaru, A. (2008). Health Illness and Care in the Obstetric Period: A Prospective Study of Women in Rural Karnataka. In M. A. Koenig, S. Jejeebhoy, J. C. Cleland, & B. Ganatra (Eds.), *Reproductive Health in India: New Evidence* (pp. 86-115). New Delhi: Rawat Publication.
- Raven, J. H., Chen, Q., Tolhurst, R. J., & Garner, P. (2007). Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 8.
- Rao, C. R., SM, D., K, A., & SB, N. (2014). Assessment of cultural beliefs and practices during the postnatal period in a coastal town of South India - A mixed method research study. *Original Articles*, 3(5), 1-8.
- Rao, M. (1985). Food beliefs of rural women during the reproductive years in Dharwad, India. *Ecology of Food and Nutrition*, 16(2), 93–103. doi: 10.1080/03670244.1985.9990852

- Rao, M. (2004). *From population control to reproductive health: Malthusian arithmetic*. New Delhi: Sage.
- Rcog. (2016). Early miscarriage. Accessed on 23th Sept 2019 from <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-early-miscarriage.pdf>
- Reed, H., Koblinsky, M. A., & Mosley, W. H. (2000). *The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop*. Washington, DC: National Academy Press.
- Retherford, R. D., & Roy, T. K. (2003). Factors affecting sex-selective abortion in India and 17 major states. Retrieve on 27, July 2020 from <http://hdl.handle.net/10125/3488>
- Reynolds, H. W., Wong, E. L., & Tucker, H. (2006). Adolescents Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries. *International Family Planning Perspectives*, 32(01), 6-16. doi:10.1363/3200606
- Rindfuss, R. R., Bumpass, L. L., Palmore, J. A., & Han, D. W. (1982). The Transformation of Korean Child-spacing Practices. *Population Studies*, 36(1), 87. doi: 10.2307/2174161
- Ritchie, H. (2019). India will soon overtake China to become the most populous country in the world. *our world in data*, 1-2. Accessed on Accessed on 3th May 2019 from <https://ourworldindata.org/india-will-soon-overtake-china-to-become-the-most-populous-country-in-the-world>.
- Rizvi, S., Naqvi, S. A., Hussain, M., & Hasan, A. (2002). Religious circumcision: A Muslim view. *BJU International*, 83(S1), 13-16. doi:10.1046/j.1464-410x.1999.0830s1013.x
- Rubin, A., & Babbie, E. (2010). *Methods for Social Work Research*. New Delhi: Cengare Learning (Indian Edition).
- Sachhar commitee. (2006). *Socio-economic and Educational Status of Muslim Community in India (A Report)*. Delhi: Govt. of India.

- Sambasiva, G., Lakshmi, R., & Kb, S. (2011). Umbilical Cord Care Practices among the Newborns of Gadaba and Konda Dora Tribes. *Indian journal of maternal and child health*, 13(4), 2-11.
- Sandhyarani, M., & Rao, U. (2013). Role and Responsibilities of Anganwadi Workers, With Special Reference To Mysore District. *International Journal of Science, Environment*, 2(6), 1277 – 1296.
- Sankaranarayanan, K., Mondkar, J. A., Chauhan, M. M., Mascarenhas, B. M., Mainkar, A. R., & Salvi, R. Y. (2005). Oil massage in neonates: an open randomized controlled study of coconut versus mineral oil. *Indian pediatrics*, 42(9), 877.
- Saprii, L., Richards, E., Kokho, P., & Theobald, S. (2015). Community health workers in rural India: Analysing the opportunities and challenges Accredited Social Health Activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. *Human Resources for Health*, 13(1). doi:10.1186/s12960-015-0094-3
- Sarkar, A., Kharmujai, O., Lynrah, W., & Suokhrie, N. (2018). Factors influencing the place of delivery in rural Meghalaya, India: A qualitative study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(1), 98. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_45_17
- Sebastian, M., Khan, M., & Sebastian, D. (2014). Unintended pregnancy and abortion in India: Country profile report. doi: 10.31899/rh4.1052
- Seidu, I. (2013). *Exclusive Breastfeeding and Family Influences in Rural Ghana: A Qualitative Study*. Malmö: Malmö University Health and Society.
- Sethuraman, K., Gujjarappa, L., Kapadia, N. K., Naved, R., Barua, A., Khoche, P., et al. (2007). Delaying the First Pregnancy: A Survey in Maharashtra, Rajasthan and Bangladesh. *Economic and Political Weekly*, 42(44), 79-89.
- Shabnam, S. (2013). Caesarean section delivery in India: causes and concerns. *IUSSP*, 1-20.

- Shah, R., Rehfuess, E. A., Paudel, D., Maskey, M. K., & Delius, M. (2018). Barriers and facilitators to institutional delivery in rural areas of Chitwan district, Nepal: A qualitative study. *Reproductive Health*, 15(1). doi:10.1186/s12978-018-0553-0
- Shahid, M. (2010). *Beyond Contraceptives: Demystifying family planning dynamics in Uttar Pradesh*. New Delhi: AlterNotes Press.
- Shahid, M. (2014). Reproductive Repertoire: Making sense of common sense. In M. Akram (Eds.), *Maternal health in India : contemporary issues and challenges* (pp. 144-156). Jaipur: Rawat Publication.
- Shahid, M., Raza, M. S., & Alam, M. A. (2016). Disability and Popular Common Sense in India: Noun versus Adjective. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(2), 151-162.
- Sharma, A. (2009). National rural health mission: Time to take stock. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(3), 175. doi: 10.4103/0970-0218.55268
- Sharma, S. (2002). Reproductive and child health accounts: an application to Rajasthan. *Health Policy and Planning*, 17(3), 314–321. doi: 10.1093/heapol/17.3.314
- Sheth, E., & Songara, D. (2015). *Understanding Barriers to Antenatal Care and Institutional Delivery-Focus Groups: Part III- Community Perspective Rajsamand, Rajasthan*. Mumbai: Earth Institute
- Shifraw, T., Berhane, Y., Gulema, H., Kendall, T., & Austin, A. (2016). A qualitative study on factors that influence women's choice of delivery in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). doi:10.1186/s12884-016-1105-7
- Singh, A., & Bandyopadhyay, S. (2007). Sex selection through traditional drugs in rural north India. *Indian Journal of Community Medicine*, 32(1), 32. doi: 10.4103/0970-0218.53390

- Singh, A., Pathak, P. K., Chauhan, R. K., & Pan, W. (2011). Infant and Child Mortality in India in the Last Two Decades: A Geospatial Analysis. *PLoS ONE*, 6(11), e26856. doi:10.1371/journal.pone.0026856
- Singh, K. (2007). *Quantitative Social Research Methods*. New Delhi: Sage Publication.
- Singh, K., Singh, D., & Suman. (2009). Socio-cultural Barriers in the Personal Growth of Rural Adolescent Girls. *Indian Journal of Social Science Researches*, 6(2), 152-163.
- Singh, M., Devi, R., & Gupta, S. (1999). Awareness and health seeking behavior of rural adolescent rural girls on menstrual and reproductive health problem. *Indian Journal of Medical Science*, 53(10), 439-443.
- Sinha, A. (2007). Women Reproductive Health Status and Challenges. In R. Pandey (Eds.), *Women in India: Issues, Perspectives and Solution* (pp. 324-341). New Delhi: New Century Publication.
- Social Protection for Children, Women and Families: The Indian Experience 2006 UNICEF's Conference on "Social Protection Initiatives for Children, Women, and Families: An Analysis of Recent Experiences" 1-30 New Delhi: Govt. of India, Ministry of Rural Development
- Solomon, S. (2006). AIDS in India. *Postgraduate Medical Journal*, 82(971), 545-547. doi: 10.1136/pgmj.2006.044966
- Sood, A., & Umesh, K. (1984). 'Traditional Advice Not Always Good. *World Health Forum*, 5(2), 149.
- Speidel, J. J., Weiss, D. C., Ethelston, S. A., & Gilbert, S. M. (2009). Population policies, programmes and the environment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1532), 3049-3065. doi: 10.1098/rstb.2009.0162
- Stash, S. (1996). Ideal-family-size and Sex-composition Preferences among Wives and Husbands in Nepal. *Studies in Family Planning*, 27(2), 107. doi:10.2307/2138138

- Stenram, A., Malmfors, G., & Ókmian, L. (1986). Circumcision for Phimosis—Indications and Results. *Acta Paediatrica*, 75(2), 321-323. doi:10.1111/j.1651-2227.1986.tb10207.x
- Stewart, D., Robertson, E., Dennis, C.-L., & Grace, S. &. (2003). *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions*. University Health Network Women's Health Program. Accessed on 15th June 2018 from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf.
- Stokes, G. (1998). *Popper: Philosophy, politics and scientific method*. Cambridge: Polity Press.
- Stritof, S. (2019). Estimated Median Age of First Marriage by Gender: 1890 to 2018: Couples are waiting longer to get married every year. *SPRUCE*. Accessed on Accessed on 20th May 2019 from <https://www.thespruce.com/estimated-median-age-marriage-2303878>.
- Sunanda , B., & Paul, S. (2013). A Study on The Cultural Practices of Postnatal Mothers in Selected Hospitals at Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 3(3), 48-53.
- Syed, A. (2014). Contextualizing Maternal and Child Health in India: From Colonial Era to Globalized Era. In M. Akram (Eds.), *Maternal Health in India* (pp. 101-26). Jaipur: Rawat Publications.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Handbook of mixed methods in social & behavioral sciences*. SAGE Publications.
- Taylor A. (2003). Extent of the problem. *ABC of subfertility*, 327(7412), 434-436.
- Teo, C., Chia, A., Colega, M., Chen, L., Fok, D., Pang, W., . . . Chong, M. (2018). Prospective Associations of Maternal Dietary Patterns and Postpartum Mental Health in a Multi-Ethnic Asian Cohort: The Growing up in Singapore towards Healthy Outcomes (GUSTO) Study. *Nutrients*, 10(3), 299. doi:10.3390/nu10030299

- Tiew, L. H., Creedy, D. K., & Chan, M. F. (2013). Student nurses perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*,33(6), 574-579. doi:10.1016/j.nedt.2012.06.007
- Titaley, C. R., Hunter, C. L., Heywood, P., & Dibley, M. J. (2010). Why dont some women attend antenatal and postnatal care services?: A qualitative study of community members perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*,10(1). doi:10.1186/1471-2393-10-61
- Torloni, M. R., Betran, A. P., Souza, J. P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M., & Merialdi, M. (2011). Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. *PLoS ONE*,6(1). doi:10.1371/journal.pone.0014566
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. *British Journal of Management*, 14(3), 207-222. doi:10.1111/1467-8551.00375
- Trussell, J., Martin, L. G., Feldman, R., Palmore, J. A., Concepcion, M., & Datin Noor Laily Bt. Dato Abu Bakar. (1985). Determinants of Birth-Interval Length in the Philippines, Malaysia, and Indonesia: A Hazard-Model Analysis. *Demography*, 22(2), 145. doi: 10.2307/2061175
- UN. (2013). World Contraceptive Patterns, 2013. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Accessed on Aug 14, 2019 from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
- UN. (2017). *World Family Planning 2017 - Highlights*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, UN.
- UNAIDS. (1999). *Summary Booklet of Best Practices*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- UNDP. (2001). The Millennium Development Goals. Online source accessed on 27th may 2019 from https://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html
- UNDP. (2015). Sustainable Development Goals. Online source accessed on 27th may 2019 from https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/brochure/SDGs_Booklet_Web_En.pdf
- UNFPA. (1994). *International Conference on Population and Development (ICPD)*. Cairo, Egypt: United Nation Population Fund. Accessed on 25th Oct 2018 from <https://www.unfpa.org/events/international-conference-population-and-development-icpd>.
- UNFPA. (1994). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Online source accessed on 27th may 2019 from https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
- UNICEF. (2016) Mothers' Absolute Affection (MAA). <http://unicef.in/PressReleases/416/Health-Minister-launches-MAA-programme-to-promote-breastfeeding>
- UNICEF. (2018). Global and regional trends. Accessed on 25th Oct 2018 from <https://data.unicef.org/topic/hiv aids/global-regional-trends/>
- UNICEF. (2018). Infant and Young Child Feeding. Accessed on 20th May 2018 from <http://unicef.in/Whatwedo/7/Infant-and-Young-Child-Feeding>
- UNICEF. (2018). Maternal health. Online source accessed on 18th April 2019 from <https://www.unicef.org/india/what-we-do/maternal-health>
- UNICEF. (2019). Antenatal care. Accessed on 28th April 2018 from <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>.
- UNICEF. (2019). Child marriage. Accessed on 20th May 2018 from <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.

- UNICEF. (2019). Delivery care. Accessed on 25th June 2018 from <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>.
- UNICEF. (2019). Ending Child Marriage: Progress and prospects. Accessed on 25th Oct 2019 from https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf.
- UNICEF. (2019). Global delivery care coverage and trends. Accessed on 28th July 2018 from <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>.
- UNICEF. (2019). Maternal mortality. Accessed on 20th August 2019 from <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>.
- UNICEF. (2019). Newborn care. Accessed on 25th Oct 2018 from <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/newborn-care/>
- Upadhyay, R. K. (2018). Major Issues Related to Women Health, Social, Cultural and Economic Development. *Interventions in Gynaecology and Women's Healthcare*, 2(5).doi: 10.32474/igwhc.2018.02.000150
- USAID & Packard Foundation. (2004). *Reproductive Health Issues in Nigeria: The Islamic Perspective*. Renowned Islamic Scholar (ULAMA).
- USAID (nd). Human Rights Matrix: Safe Motherhood. New York: United States Agency for International Development. Accessed on 5th October 2019: <http://www.policyproject.com/matrix/SafeMotherhood.cfm>
- USAID. (2012). *Facts for Family Planning*. Washington: USAID.
- USAID. (2019). *ADS Chapter 212: Breastfeeding and Infant and Young Child Nutrition Promotion, Protection, and Support*. Washington: USAID.
- Vellakkal, S., Reddy, H., Gupta, A., Chandran, A., Fledderjohann, J., & Stuckler, D. (2017). A qualitative study of factors impacting accessing of institutional delivery care in the context of Indias cash incentive program. *Social Science & Medicine*, 178, 55-65. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.059

- Velusamy, V., Premkumar, P. S., & Kang, G. (2017). Exclusive breastfeeding practices among mothers in urban slum settlements: Pooled analysis from three prospective birth cohort studies in South India. *International Breastfeeding Journal*, 12(1). doi:10.1186/s13006-017-0127-8
- Victora, Cesar, G., Bahl, R., Barros, Aluisio J D., Franca, Giovanny V A., Horton, S., Krusevec, J., Murch, S., Sankar, Mari J., Walker, N., & Rollins, Nigel C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (January 30):1-34.
- Vieira, N., Rasmussen, D. N., Oliveira, I., Gomes, A., Aaby, P., Wejse, C., ... & Unger, H. W. (2017). Awareness, attitudes and perceptions regarding HIV and PMTCT amongst pregnant women in Guinea-Bissau—a qualitative study. *BMC women's health*, 17(1), 71. DOI 10.1186/s12905-017-0427-6
- Vora, K. S., Mavalankar, D. V., Ramani, K., Upadhyaya, M., Sharma, B., Iyengar, S., ... Iyengar, K. (2009). Maternal Health Situation in India: A Case Study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(2). doi: 10.3329/jhpn.v27i2.3363
- Wallach, E. E., Reubinoff, B. E., & Schenker, J. G. (1996). New advances in sex preselection. *Fertility and Sterility*, 66(3), 343-350. doi:10.1016/s0015-0282(16)58498-2
- Wasserheit, J. N. (1992). Epidemiological Synergy. *Sexually Transmitted Diseases*, 19(2), 61-77. doi:10.1097/00007435-199219020-00001
- Wells, Y., & Dietsch, E. (2014). Childbearing traditions of Indian women at home and abroad: An integrative literature review. *Women and Birth*, 27(4). doi:10.1016/j.wombi.2014.08.006
- Werner, D & Bower, B. (1995). *Helping hands workers learn: A book of methods, aids, and ideas for instructor at the village level*. Palo Alto: The Hesperian Foundation.

- WHO, (1978). Alma Ata Declaration. Geneva: World Health Organization. Accessed on 25th July 2019 from https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO, (2007). Community health workers: What do we know about them? Policy briefs. Geneva: World Health Organization. Accessed on 15th June 2018 from https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf
- WHO. (1995). Health Benefits of Family Planning. Geneva: World Health Organization. Accessed on 7th June 2019 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62091/WHO_FHE_FPP_95.11.pdf;jsessionid=8FEFC8308F12BD540CBA027033C698F2?sequence=1
- WHO. (2010a). The ABC's of family planning. Geneva: World Health Organization. Accessed on 6th June 2019 from https://www.who.int/pmnch/media/news/2010/20100322_d_shaw_oped/en/
- WHO. (2010b). Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010. Geneva: World Health Organization. Accessed on 17th June 2019 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44383/9789241599900_eng.pdf;jsessionid=CD0C7E05914937A088B79EE40D045AB5?sequence=1
- WHO. (2018). Family planning/Contraception. Geneva: World Health Organization. Accessed on 6th June 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- WHO. (2018a). Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. Geneva: World Health Organization. Accessed on 24th May 2018 from http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/
- WHO. (2018b). Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization. Accessed on 20th May 2018 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/details/infant-and-young-child-feeding>

- WHO. (1948). Constitution of the world health organization. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (1987). Birth Weight Surrogates. Geneva: World Health Organization. WHO. (1992). International Health Conference. Accessed from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61254/a34812.pdf?sequence=1>
- WHO. (1992). Traditional birth attendants: a joint WHO/UNFPA/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization. Accessed from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38994>
- WHO. (1993). The Prevention and Management of Unsafe Abortion. Report of the Technical Working Group Geneva 12-15 April 1992. Geneva: Division of Family Health, World Health Organization. Accessed from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59705/WHO_MSM_92.5.pdf?sequence=1
- WHO. (1998). Pregnancy is special let's make it safe: World Health Day, Safe Motherhood. Geneva: World Health Organization. Accessed on 20th May 2019 from <https://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1998/whd98.pdf>
- WHO. (2001). Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization. Accessed on 24th Sept 2019 from www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/: World Health Organization.
- WHO. (2001). Healthy Eating and Pregnancy and Breastfeeding. Geneva: World Health Organization. Accessed on 24th Sept 2019 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108425>
- WHO. (2010). Classifying health workers. Geneva: World Health Organization. Accessed on 1st Nov 2019 from https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf

- WHO. (2012). 10 facts on child health. Geneva: World Health Organization. Accessed on 28th Nov 2019 from http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html
- WHO. (2014). EVERY NEWBORN: An Action Plan To End Preventable Deaths. Online source accessed on 30th May 2019 from [https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/every-new-born-action-plan-\(enap\).pdf?sfvrsn=4d7b389_2](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/every-new-born-action-plan-(enap).pdf?sfvrsn=4d7b389_2)
- WHO. (2015). Ten top issues for women's health. Geneva: World Health Organization. Accessed on 1st Nov 2019 from <https://www.who.int/life-course/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/>
- WHO. (2015). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) Survive, Thrive, Transform. Online source accessed on 29th May 2019 from <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-section1.pdf?ua=1>
- WHO. (2016a). Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Online source accessed on 29th May 2019 from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348008/Fact-sheet-SDG-SRH-FINAL-04-09-2017.pdf?ua=1
- WHO. (2016b). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization. Accessed on 11st Nov 2019 from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
- WHO. (2017b). More women worldwide receive early antenatal care, but great inequalities remain. Geneva: World Health Organization. Accessed on 1st Dec 2019 from <https://www.who.int/reproductivehealth/early-anc-worldwide/en/>.
- WHO. (2017c). Under-five mortality. Geneva: World Health Organization. Accessed on 1st Nov 2019

from https://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/

- WHO. (2017a). Human rights and health. Geneva: World Health Organization. Accessed on 29th May 2020 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- WHO. (2018). Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization. Accessed on 15th Nov 2019 from https://www.who.int/gho/child_health/en/
- WHO. (2018). Global Vaccine Action Plan. Geneva: World Health Organization. Accessed on 28th June 2019 from https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/
- WHO. (2018). HIV/AIDS: Key Facts. Geneva: World Health Organization. Accessed on 25th Oct 2018 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- WHO. (2018). Towards A Global Action Plan For Healthy Lives And Well-Being For All: Uniting to accelerate progress towards the health-related SDGs. Online source accessed on 29th May 2019 from https://www.unicef.org/india/what-we-do/maternal-healthhttps://www.who.int/sdg/global-action-plan/Global_Action_Plan_Phase_I.pdf
- WHO. (2018). WHO recommendation on bathing and other immediate postnatal care of the newborn. Geneva: World Health Organization. Accessed on 18th June 2019 from <https://extranet.who.int/rhl/topics/newborn-health/care-newborn-infant/who-recommendation-bathing-and-other-immediate-postnatal-care-newborn>
- WHO. (2019). Children: reducing mortality. Online source accessed on 29th May 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

- WHO. (2019). HIV/AIDS: Key facts. Geneva: World Health Organization. Accessed on 23th Nov 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- WHO. (2019). Immunization coverage. Geneva: World Health Organization. Online source accessed on 14th October 2019: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- WHO. (2020). SDG 3: Ensure health lives and wellbeing for all at all ages. Geneva: World Health Organization. Online source accessed on 12th October 2020: <https://www.who.int/sdg/targets/en/>
- Williamson, N. E., Heer, D. M., & Sprey, J. (1976). *Sons or daughters*. Beverley Hills, CA: Sage Publications.
- Wilunda, C., Quaglio, G., Putoto, G., Lochoro, P., Dall'Oglio, G., Manenti, F., . . . Oyerinde, K. (2014). A qualitative study on barriers to utilisation of institutional delivery services in Moroto and Napak districts, Uganda: Implications for programming. *BMC Pregnancy and Childbirth*,14(1). doi:10.1186/1471-2393-14-259
- World Bank. (1997) Project Appraisal Document. India: Reproductive and Child Health Project. Washington DC: World Bank.
- World Bank. (2017). Immunization. Geneva: World Health Organization. Accessed on 7th June 2019 from <https://datacatalog.worldbank.org/immunization>
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative research: from start to finish*. New York: Guilford Press.

نصیحتات



ضمیمہ اول: تصویریں

Godh Bharai ki rasam
(Baby shower ceremony)



Maryam Pnaja used during labour pain
(Religious faith)

A new mother with her baby after the first



Dry fruits for hareera for the recovery of mother health during postpartum period



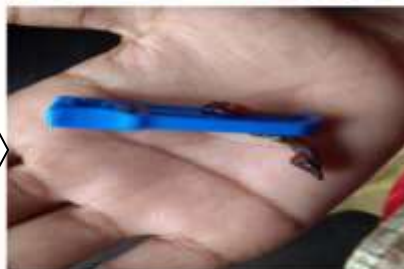
Celery, salt turmeric and Neem mixed water for the first bath of the new mother

A newborn child with nazariye and a black dot for the protection of evil eye



Ghutti made by Munakka, unnab, cow milk, sugar and celery

The umbilical cord will be kept in the vault for the safety to the child



Immunization during corona virus period

Mako and its leaves for the treatment of uterus prolapse



Cumin and sugar powder for the protection of white

सहमति प्रपत्र

अध्ययन का उद्देश्य

यह अध्ययन शैक्षिक अनुसंधान का एक हिस्सा है। इस शोध का उद्देश्य उत्तराखंड के नैनीताल जिले में मुस्लिम महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य का एक अध्ययन है। आपका अनुभव इस अनुसंधान में एक महत्वपूर्ण योगदान हो सकता है, जो हमें मुस्लिम महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य के अनुभव के बारे में जानकारी हासिल करने में मदद करेगा। मैं इस बात कि कद्र करती हूँ कि आप मेरे लिए समय-समय पर साक्षात्कार करने के लिए समय निकालेंगी। चूंकि आपके अनुभव और समय हमारे लिए अत्यधिक महत्वपूर्ण हैं, इसलिए हम अपनी बातचीत के किसी भी पहलू को नहीं छोड़ना चाहते हैं जिसके लिए साक्षात्कार को रिकॉर्ड करने के लिए मुझे आपकी सहमति चाहिए। साक्षात्कार के दौरान आप किसी भी समय साक्षात्कार से हटने या इसे छोड़ने के लिए स्वतंत्रता है। साक्षात्कार कि गोपनीयता बनाये रखने के लिए हम आपका नाम और अन्य विवरण बदल देंगे।

हम निम्नलिखित बिंदुओं पर आपकी सहमती चाहते हैं-----

- मैं इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।
- मैं जानती हूँ कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है।
- मैं जानती हूँ कि एकत्र किया गया डेटा अनुसंधान संबंधी उपयोग तक ही सीमित रहेगा।
- मैं समझती हूँ कि अंतिम रिपोर्ट में मुझे मेरे नाम से पहचाना नहीं जाएगा।
- मुझे पता है कि सभी रिकॉर्ड को शोधकर्ता के पास सुरक्षित और गोपनीय रखा जाएगा।
- मैं जानती हूँ कि मुझे अध्ययन से किसी भी समय हटने अधिकार है।

प्रतिभागी का पूरा नाम -----

प्रतिभागी के हस्ताक्षर ----- दिनांक -----

DATE OF INTERVIEW

--	--	--	--	--	--

Respondent details

Sl. No	Details		Code			
1	Name of respondent (optional) (उत्तरदायी का नाम)					
2	Age (आयु)					
3	Age at marriage (विवाह के वक्त आयु)					
4	Marital Status (वैवाहिक स्थिति)					
5	Cast (जाति)		2.OBC, 3.ST 4. SC; 5. General			
6	Family type (परिवार का प्रकार)		1.Joint; 2.Nuclear Family; 3.Single Parent; 4.Any Other-(specify)			
7	Educational status (शैक्षिक योगता)					
8	Occupation/Profession (व्यवसाय)					
9	Family monthly income (परिवार की मासिक आय)					
10	Ration card (APL/BPL) (राशन कार्ड)		BPL 2. APL 3. Others			
11		Presently living children (मौजूद जिन्दा बच्चो की संख्या)	Miscarriage (स्व गर्भपात)	Abortion (गर्भपात)	Death (मृत्यु)	Still Birth (मृतजन्म)
	Male					
	Female					
	Total					
12	Place of delivery (बच्चे की पैदाइश का स्थान)					

	Institutional delivery		Home based delivery		
	Govt.	Private	Trained	Untrained	
13	Use of contraceptive method (परिवार नियोजन का प्रकार)				
	Condoms				
	Pills				
	IUD				
	Injectable				
	Female Sterilization				
	Male Sterilization				
	Withdrawal				
	Any other				
Not anyone					
14	Necessary checkup and vaccination at time of pregnancy (गर्भावस्था के दौरान होने वाली विभिन्न जांचे और टीके)	Services	Yes	No	
		At least 3 ANC			
		IFA Tablets/ Syrup			
		T.T			
15	Necessary vaccination for children (बच्चे के लिए टीके)	Vaccination	Yes	No	Knowledge of vaccine time
		BCG			
		Diphtheria			
		Pertussis			
		tetanus			
		Poliomyelitis			
		Measles			
		Hepatitis B			
		Haemophilus Influenza type B			

Interview Guide (साक्षात्कार दिशानिर्देशिका)

Themes

1. Safe Motherhood (सुरक्षित मातृत्व)
2. Child Survival (बाल जीवन रक्षा)
3. Fertility and contraception(प्रजननता)
4. Reproductive Morbidity (प्रजनन संबंधी रोग)

Safe Motherhood

1. Marriage
 - ❖ Notion related to marriage (Age at marriage, Whom / where)
2. Pregnancy
 - ❖ First pregnancy
 - ❖ Declaration of pregnancy (When and How) 1- Home (kit, plus, other)
2- Hospital
 - ❖ Pregnancy expressed
 - ❖ Care During pregnancy
 - ❖ Identification (Guess) of gens
3. Ante Natal Care
 - ❖ ANC Check up
 - ❖ ANC services
 - ❖ Food Practices (Accepted/Avoided)
 - ❖ Other daily practices (Rest, work etc.) 1-Indoor Practices
2- Outdoor Practices
4. Intra Natal Care/ Delivery
 - ❖ Place of delivery (Institution / Home (Inside/Out Side)
 - ❖ preparation for delivery
 - ❖ Cleaning
 - ❖ Practices for delivery
 - ❖ Surgical Delivery/High Risk Delivery
5. Post natal care (Mother)
 - ❖ Post natal services 1-Checkup with 24 hrs.
2-Suggestions from Doctor/ANM/Dai/other
3-Resting/ family care/ suffer
 - ❖ Traditional practices
 - ❖ Food practices (Accepted/Avoided)

Child Survival

1. New born care

- ❖ Umbilical cord
- ❖ Birth Expedient
- ❖ Bathing, Raping, weight etc.
- ❖ Brest Feeding and related practices
- ❖ Any other post-partum practices for baby

2. Child care and Survival

- ❖ Immunization
- ❖ Feeding and Nutritional practices
- ❖ Childhood Disease
- ❖ Child mortality

Fertility and contraception

1. Fertility notion

- ❖ Calculation of children 1- Social accepted numbers of children
2- Girl/boy preference

2. Spacing (Minimum/Maximum)

3. Infertility

4. Contraception

- ❖ Traditional methods
- ❖ Modern methods

5. Abortion/Miscarriage

- ❖ Safe abortion
- ❖ Unsafe abortion

6. Unwanted pregnancy

Reproductive morbidity

- RTI/STI
- HIV/AIDS

Brief Profile of the Scholar

Ms. Afsana

Permanent Address : Quidway Nagar, Gafoor Basti, Haldwani
Distt- Nainital (Uttarakhand)-263139.

Present Address : Old Girls Hostel, Maulana Azad National Urdu University
Hyderabad-500032

Email: afsanasiddiqui2011@gmail.com | Mobile: 9410914369; 7906742819

Educational Qualification

2015-2021: PhD in Social Work

Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad (MANUU)

July, 2014: UGC-NET

National Eligibility Test (University Grants Commission)

2011-2013: Master in Social Work

Indira Gandhi National Open University, New Delhi (IGNOU)

2009-2011: Bachelors in Science (B.Sc)

Kumaun University, Nainital (KU)

Conferences

- Presented a on “Role of Education in Family Planning” in two days International Conference on Lifelong Learning organized by MANUU and AIAER(All India Association for Educational Research), Hyderabad
- Presented a on “Knowledge, Attitude and Behaviour regarding HIV/AIDS: A Study of Muslim Women of Haldwani City” in 2nd National Urdu Social Science Congress, 2018 (15-16 November) organized by School of Arts & Social Sciences & Centre for Promotion of Knowledge in Urdu, MANUU, Hyderabad

Publications

Afsana, Shahid, M., & Khan, A. S. (2019). Neonatal Mortality, Breastfeeding Practices and Popular Common Sense. *Breastfeeding Review*, 27(2), 29-35.



Research

Afsana
Abul Salim Khan
Mohd Shahid

Neonatal mortality, breastfeeding practices and popular common sense

ABSTRACT

Despite a proven inverse relationship between breastfeeding within one hour of birth and neonatal mortality, breastfeeding in India is marked by delayed initiation and a limited period of exclusive breastfeeding. This appears to be 'popular common sense', but it is not good sense, as it normalises the delayed initiation of breastfeeding. Narratives in the form of popular common sense perceptions around breastfeeding practices, were collected from Muslim women living in three different urban centres and regions of India — Haldwani, Nainital, Uttarakhand (north); Aligarh, Uttar Pradesh (centre) and Hyderabad, Telangana (south). 'Popular common sense' is used as a theoretical lens to understand how breastfeeding rituals are sanctified as normal and natural in popular perceptions. The diversity, intricacies, and cultural embeddedness of breastfeeding practices are explored and elaborated. It is argued that for promoting early and exclusive breastfeeding, it is important that public health professionals understand and negotiate 'popular common sense' perceptions on breastfeeding practices.

Keywords: *Breastfeeding; colostrum; prelacteal feeds; Muslim women; common sense*

Breastfeeding Review 2019; 27(2), 29–35

INTRODUCTION

'First Azaan (Muslim's prayer call) is recited in the ear of newborn then honey is given and then only breastfeeding is initiated ... I don't know why it is given', told a young mother laughingly. They do not know 'why' but they perform these rituals without fail, before initiating breastfeeding. How are these popular common sense perceptions or popular knowledge perceptions so fundamental to breastfeeding? To understand this, we need to explore the dominant socio-cultural constructions around breastfeeding and their uncritical acceptance in society as normal and natural in the form of popular common sense perceptions. Here, we endeavour to understand breastfeeding as a social and cultural phenomenon and demystify the ways in which breastfeeding practices are negotiated and made operational.

Human milk directly contributes to the infant's innate immunity. New findings clarify the multifunctional nature of human milk bioactive components and the

potential effects of human milk on the infant that will never be possible with milk formulas (Cacho & Lawrence, 2017). The composition of human milk is dynamic with significant change from colostrum, transitional to mature milk. There is only a small volume of colostrum produced (from birth through the first 5 days of lactation), rich in leukocytes, protein, human milk oligosaccharides, bioactive factors, colony-stimulating growth factor and antioxidants (Ballard & Morrow, 2013). Early and exclusive breastfeeding play a vital role in protecting the infant against infections and providing a wide range of benefits for mothers, including the reduced risk of post-partum haemorrhage (UNICEF, 2018; WHO, 2018a; O'Brien, Myles & Pritchard, 2016). Epidemiological studies have shown that breastfeeding contributes to a significant reduction in mortality and morbidity, provides protection against intestinal and respiratory infections as well as malocclusion. It also increases in intelligence and there is probable reduction in overweight and diabetes (Edmond et al., 2006; Victora et al., 2016).

Afsana, & Shahid, M. (2018). Unsafe Abortion Practices and Popular Common Sense Repertoire: Reinvigorating Methodological and Intervention Issues for Social Work. *Journal of Social Work Education, Research and Action*, 4(1), 40-55.

**UNSAFE ABORTION PRACTICES AND
POPULAR COMMON SENSE REPERTOIRE:
REIN VIGORATING METHODOLOGICAL AND
INTERVENTION ISSUES FOR SOCIAL WORK
PROFESSIONALS**

Afsana

*Research Scholar, Department of Social Work,
Maulana Azad National Urdu University Hyderabad, (India).*

Mohd. Shahid*

*Professor, Department of Social Work,
Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad, (India).*

Abstract

The unsafe abortions are still at large in India and more pathetic are the methods used for unsafe abortions. The ascribed stigma could be the reason for not utilizing the abortion services as also the non-disclosure of abortion experiences. But, popular common sense repertoire is full of the variety of unsafe abortions practices endangering the health and life of women. This calls for reinvigorating the methodological issues in understanding and mapping the abortion and abortion practices. The ontological, epistemological, and methodological issues in studying abortion are explored and explained in this study. It is argued that the framework of popular common sense repertoire on abortion could be helpful in not only mapping the unsafe abortion practices but also in planning

* Corresponding Author: Mohd. Shahid, Professor of Social Work, Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad-500032 (India). E-mail: shahid@manuu.edu.in

ضمیمہ چہارم: سرٹیفکیٹ برائے سرقتہ جانچ (پلیجرزم چیک)

مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی

MAULANA AZAD NATIONAL URDU UNIVERSITY

(A central University established by an Act of Parliament in the year 1998)



Accredited 'A' Grade by NAAC

CERTIFICATE OF PLAGIARISM CHECK

The following certificate of plagiarism check is issued with certification for the bonafide work carried out by him/her under my supervision and guidance. This thesis is free from plagiarism and has not been submitted previously in part or in full to this or any other University or institution for award of any degree or diploma.

1.	Name of the Research Scholar	AFSANA
2.	Research Programme	M. Phil / Ph.D.
3.	Title of the Thesis / Dissertation	A Study of Reproductive Health of Muslim Women in Nainital District of Uttarakhand
4.	Name of the Supervisor	Prof. Mohd. Shahid
5.	Department / Research Centre	Social Work (MANUU)
6.	Acceptable Maximum Limit	10%
7.	% of Similarity of content Identified	8%
8.	Software Used	Turnitin
9.	Date of verification	3/02/2021

Signature of the Scholar

(Signature of the Supervisor)

(Signature of the Co-Supervisor)



(Head of the Department)

(University Librarian)
University Librarian

National Office: Gachibowli, Hyderabad - 500 032, Telangana, (INDIA), www.manuu.ac.in

Hyderabad: 91-040 23006612-15, VC-Office: 23006601, Registrar: 23006121 Fax: 23006604