സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യാവകാശങ്ങൾ

ഡോഃ ജയശ്രീ.എ.കെ
പ്രൊഫസർ, കമ്യൂണിറ്റി മെഡിസിൻ, പരിയാരം മെഡിക്കൽ കോളേജ്, കണ്ണൂർ

ആരോഗ്യം ഒരാളുടെ അവകാശമാണെന്ന വിചാരങ്ങളുടെ വെളിച്ചത്തിലാണ് സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യാവകാശങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വ്യവഹാരങ്ങളും രൂപപ്പെട്ടത്. എന്നാൽ, ഇപ്പോൾ വീണ്ടും ആരോഗ്യം ഒരു ക്ഷേമപ്രവർത്തനമെന്ന തരത്തിലുള്ള തിരിച്ചുപോക്ക് നടന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്നുണ്ട്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ സ്ത്രീകൾ ആരോഗ്യാവകാശങ്ങളെപ്പറ്റി കൂടുതൽ ജാഗ്രതപുലർത്തേണ്ടതായുമുണ്ട്. ഇന്ത്യൻഭരണഘടന സ്ത്രീകൾക്ക് അന്തസ്സോടെ ജീവിക്കാനും ശരീരത്തിന്റെ സുസ്ഥിതി കാത്തുസൂക്ഷിക്കാനുമുള്ള അവകാശം വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്നുണ്ട്. എന്നാൽ അതു നടപ്പിൽ വരുത്താൻ പ്രതിബന്ധങ്ങളുണ്ടാക്കുന്ന സാമൂഹികഘടകങ്ങൾ മറികടക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

സാധാരണ ഉപയോഗിക്കുന്ന പൊതുവായ ആരോഗ്യസൂചികകൾ പ്രകാരം കേരളത്തിലെ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യനിലവാരം ഭേദപ്പെട്ടതാണെന്നു കാണാം. ഉദാ: സ്ത്രീപുരുഷാനുപാതം (കേരളം 1041; ഇന്ത്യ 991-NFHS -IV) ആയുർദൈർഘ്യം, (കേരളം: സ്ത്രീ 77, പുരു 73. ഇന്ത്യ: സ്ത്രീ 67, പുരു 64 - census 2011), ആശുപത്രിയിലുള്ള പ്രസവം (കേരളം: 99.9%; ഇന്ത്യ 78.9%- NFHS-IV) തുടങ്ങിയവ. എന്നാൽ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യാവകാശം പൂർണ്ണമായി സംരക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു എന്ന് ഇതിനർത്ഥമില്ല. സ്ത്രീകൾ അനുഭവിക്കുന്ന രോഗാതുരതയും പീഡനങ്ങളും ഇതിനുദാഹരണമാണ്. ആദിവാസിമേഖലയെ ഇത് പ്രതിനിധാനം ചെയ്യുന്നുമില്ല.

ഇന്ത്യയിൽ സ്ത്രീപുരുഷാനുപാതത്തിൽ സ്ത്രീകളുടെ എണ്ണം കുറഞ്ഞിരിക്കുന്നത് പെൺഭ്രൂണഹത്യ മൂലമോ പെൺകുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം

അവഗണിക്കുന്നതുമൂലമോ ആണെന്ന കണ്ടിട്ടുണ്ട്. കേരളത്തിൽ പെൺ ഭ്രൂണഹത്യകൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടില്ല. എന്നാൽ, അഞ്ചുവയസ്സിന താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ പെൺകുട്ടികളുടെ എണ്ണം കുറവാണെന്ന കാണാം (977). ഇത് സ്വാഭാവികമാണെന്ന നിഗമനത്തിലാണ് ശാസ്ത്രജ്ഞർ എത്തിയിട്ടുള്ളത്. The Pre-natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act, 1994, പെൺഭ്രൂണഹത്യ തടയാനായി ഇന്ത്യാ ഗവണ്മെൻറ് കൊണ്ടുവന്നിട്ടുള്ള നിയമമാണ്. ഇതുപ്രകാരം ഭ്രൂണാവസ്ഥയിൽ ലിംഗനിർണയം നടത്തുന്നതും അത് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതും അതുസംബന്ധിച്ച പരസ്യങ്ങൾ നല്കുന്നതും തടവുശിക്ഷയും പിഴയും ലഭിക്കുന്ന തരത്തിൽ കുറ്റകരമാണ്. കേരളത്തിൽ ഇത് റിപ്പോർട്ടുചെയ്തിട്ടില്ല. എന്നാൽ, അതുണ്ടാകാതിരിക്കാൻ നമ്മൾ ജാഗരൂകരാവുകയും അറിവുണ്ടായാൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുകയുംവേണം.

ജനനനിയന്ത്രണവും കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ആരോഗ്യവും മുൻനിർത്തിയാണ് നേരത്തേ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യം വീക്ഷിക്കപ്പെട്ടിരുന്നതെങ്കിലും സ്ത്രീപക്ഷകാഴ്ചപ്പാടുകൾ വികസിച്ചു വന്ന സാഹചര്യത്തിൽ 1994-ലെ കെയ്റോ സമ്മേളനത്തിന ശേഷം പ്രജനനാരോഗ്യത്തെതന്നെ പുതിയ വീക്ഷണത്തിൽ തിരുത്തിയെഴുതി. സ്ത്രീപുരുഷസമത്വത്തിലും സ്ത്രീകളുടെ അവകാശസംരക്ഷണത്തിലും സാർവത്രികമായ ആരോഗ്യസേവനലഭ്യതയിലും അധിഷ്ഠിതമായ ഒരു കാഴ്ചപ്പാടാണ് കെയ്റോസമ്മേളനം മുന്നോട്ട് വച്ചത്. ഓരോ വ്യക്തിക്കും തങ്ങളുടെ ശരീരത്തിനും ലൈംഗികതക്കും മേലുള്ള സ്വയംനിർണയാവകാശം നേടുന്നതിനുള്ള ഉപാധിയായാണ് പ്രജനനാവകാശത്തെ ഇതിൽ നിർവ്വചിച്ചത്. ഇത് സുരക്ഷിതവും വിവിധങ്ങളും ചെലവുകുറഞ്ഞതുമായ ഗർഭനിരോധനോപാധികൾ ലഭിക്കാനുള്ള അവകാശം, സുരക്ഷിതവും നിയമപരവുമായ രീതിയിൽ ഗർഭച്ഛിദ്രം നടത്തിക്കിട്ടാനുള്ള അവകാശം, ആരോഗ്യകരമായി ഗർഭം ധരിക്കാനും കുഞ്ഞിന ജന്മം നല്കാനുമുള്ള അവകാശം, വിവേചനരഹിതമായി എല്ലാവർക്കും നിർബ്ബന്ധിതമല്ലാത്ത തരത്തിൽ പ്രജനനാരോഗ്യം നേടാനുള്ള അവകാശം എന്നിവ എടുത്തുപറയുന്നുണ്ട്. ലൈംഗികാവകാശത്തെയും ലോകാരോഗ്യസംഘടന പുനർനിർവ്വചിക്കുന്നുണ്ട്. മുൻവിധിയോ വിവേചനമോ കൂടാതെ ലൈംഗികസ്വത്വത്തെ അംഗീകരിക്കണമെന്നത് ഇതിൽ പ്രധാനമാണ്. അക്രമമോ വിവേചനമോ കൂടാതെ ലൈംഗികാനന്ദം എല്ലാവർക്കും സാദ്ധ്യമാക്കുന്ന സാമൂഹികാന്തരീക്ഷം ഇതിന്റെ മുന്നുപാധിയാണ്. ലൈംഗികപങ്കാളിയെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിനും വിവാഹപങ്കാളിയെ തെരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിനും ലൈംഗികപ്രവർത്തനത്തിൽ ഏർപ്പെടുന്നത് സംബന്ധിച്ച

തീരുമാനമെടുക്കുന്നതിനും കുട്ടികൾ വേണോ വേണ്ടയോ എന്നുതീരുമാനിക്കുന്നതിനും വ്യക്തികൾക്ക് പരമാധികാരം ഉണ്ടായിരിക്കണം. ഇതു നേടുന്നതിൽ കൗമാരപ്രായക്കാർക്കു നല്കുന്ന ലൈംഗികവിദ്യാഭ്യാസം വളരെ പ്രധാനമാണ്. ബന്ധങ്ങളുണ്ടാക്കുമ്പോൾ സ്വന്തം ആരോഗ്യത്തിൽ പ്രാധാന്യം നല്കാൻ പെൺകുട്ടികൾക്ക് പരിശീലനം നല്കണം. ഗാർഹികപീഡനവും സ്ത്രീകളുടെ സാമൂഹികപദവിയുമായി ഇത് അഭേദ്യമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. സ്വയം തീരുമാനമെടുക്കാനുള്ള സ്ത്രീകളുടെ കഴിവും ആരോഗ്യത്തെ നിർണയിക്കുന്ന അവസ്ഥകളുമായി ബന്ധമുണ്ട്. വിമതലൈംഗികരുടെ ആരോഗ്യസേവനവും ഉറപ്പാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഇതു സംബന്ധിച്ച് നിയമപരവും നയപരവുമായ മാറ്റങ്ങൾ ഗവൺമെന്റ് തലത്തിൽ നടക്കുന്നുണ്ട്.

വളർച്ചയുടെ ഘട്ടത്തിൽ പെൺകുട്ടികൾക്ക് പോഷകാഹാരക്കുറവ് കൂടുതലായി കാണുന്നത് ഇന്ത്യയിലാണ് എന്ന് പല പഠനങ്ങളും സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ഇത് പെൺഭ്രൂണഹത്യയുടെ ഒരു തുടർച്ചയെന്നോണം നടക്കുന്ന പെൺകുഞ്ഞുങ്ങളോടുള്ള അവഗണനയുടെ പരിണതഫലമാണ്. ഈ അവസ്ഥ അവരുടെയും അടുത്ത തലമുറയുടെയും അനാരോഗ്യത്തിനും ചിലപ്പോൾ മരണത്തിനുതന്നെയും കാരണമാകുന്നുണ്ട്. കേരളത്തിൽ ഈ സ്ഥിതിക്ക് വളരെ വ്യത്യാസമുണ്ടെങ്കിലും സമാനമായതോ അതിനേക്കാൾ രൂക്ഷമായതോ ആയ അവസ്ഥ ആദിവാസിമേഖലകളിൽ കാണുന്നു.

വിളർച്ച പോഷകാഹാരക്കുറവിന്റെ സൂചകമാണ്. അമ്മമാരിലെ വിളർച്ച, പ്രസവസുരക്ഷ, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ തൂക്കം, കുഞ്ഞിന്റെയും അമ്മയുടേയും ആരോഗ്യം എന്നതിലെല്ലാം പ്രഭാവം ചെലുത്തുന്നതാണ്. കേരളത്തിൽ പൊതുവേ 34 ശതമാനം സ്ത്രീകളിൽ വിളർച്ച കാണുന്നുണ്ട് (NFHS–IV). ഇത് ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയേക്കാൾ കുറവാണെങ്കിലും (53%) പ്രാധാന്യത്തോടെ കാണേണ്ടതാണ്. ആദിവാസിമേഖലയിൽ ഇത് 96 മുതൽ 100 ശതമാനംവരെയുമുണ്ട്.

കേരളത്തിൽ ഇപ്പോൾ മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് കൗമാരപ്രായംമുതൽ അമിതവണ്ണവും കൂടുതലായി കാണുന്നു. പൊണ്ണത്തടിയും പോഷകാഹാരക്കുറവും ഒരേസമയം കാണുന്നു എന്നത് ഒരു വൈരുദ്ധ്യവും കൂടിയാണ്. ഇത് പ്രായപൂർത്തിയാവരിലും തുടർന്നു കാണാം. 32 ശതമാനത്തിലധികം അമിതവണ്ണമുള്ള സംസ്ഥാനമായി ദേശീയപഠനങ്ങൾ കേരളത്തെ എടുത്തു കാട്ടുന്നു. പുരുഷന്മാരിൽ ഇത് കുറവാണെന്നും കാണാം. എന്നാൽ, ആൺകുട്ടികളുടെയും പെൺകുട്ടികളുടെയും

പുരുഷന്മാരുടെയും സ്ത്രീകളുടെയും വേർതിരിച്ചുള്ള കണക്കുകൾക്ക് പഠനങ്ങളിൽ വലിയ പ്രാധാന്യം കാണാറില്ല.

കൗമാരത്തിൽനിന്നു യൗവ്വനത്തിലേക്കു വളരുന്ന സമയം ശരീരവളർച്ചയുടേതു മാത്രമല്ല, മാനസികമായ പക്വതയും സാമൂഹികമായ ഉത്തരവാദിത്വവും അവകാശബോധവും ആർജ്ജിക്കേണ്ട സമയവും കൂടിയാണ്. ആരോഗ്യത്തിനുള്ള അവകാശം ഈ പ്രകരണത്തിൽ മനസ്സിലാക്കണം. വിദ്യാഭ്യാസം, തൊഴിൽ പങ്കാളിത്തം, തീരുമാനങ്ങളെടുക്കാനുള്ള അവകാശം എന്നിവ ആരോഗ്യവുമായി ബന്ധപ്പെടുന്നു. സ്ത്രീകളെ കുട്ടികളായോ കുട്ടികളുടെ രക്ഷകർത്താവ് മാത്രമായോ അല്ല, ഉത്തരവാദിത്വമുള്ള പൌരരായി കാണേണ്ടതുണ്ട്. കേരളത്തിലെ സ്ത്രീകളുടെ ഉയർന്ന സാക്ഷരത (കേരളം 97.9%) എടുത്തുകാട്ടുന്നതാണ് (ഇന്ത്യ 68.4%) (NFHS–IV). കേരളത്തിൽ സ്ത്രീപുരുഷന്മാർ തമ്മിലുള്ള അന്തരം കുറവായി കാണാം. 12 വർഷത്തിലധികം പഠിച്ചവരെ എടുത്താൽ സ്ത്രീകൾ അല്പം മുന്നിലാണെന്നും കാണാം. മാദ്ധ്യമങ്ങൾവഴി നേടുന്ന അറിവ് ആരോഗ്യത്തിൻറെ മറ്റൊരു സൂചികയായി കണക്കാക്കുന്നു. ഇതും വിദ്യാഭ്യാസത്തിനു സമാനമാണ് (കേരളം: സ്ത്രീ 92%; പുരു 98%) (ഇന്ത്യ: സ്ത്രീ 65%; പുരു 82%) തൊഴിൽ ചെയ്യുന്നതിൽ സ്ത്രീയും പുരുഷനും തമ്മിൽ വലിയ അന്തരമുണ്ട് (ഇന്ത്യ: സ്ത്രീ 36%; പുരു 85%) കേരളത്തിൽ സ്ത്രീകൾ ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയേക്കാൾ പിന്നിലാണെന്നത് വിചിത്രമാണ്. (കേരളം സ്ത്രീ 28%; പുരു 85%) (NFHSIII 2005). ഇത് 2015 ആയപ്പോഴേക്കും 20% ആയി കുറഞ്ഞു എന്നത് അതിനേക്കാൾ വിചിത്രമാണ്. തൊഴിലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പ്രധാനമാണെങ്കിലും അത് സംബന്ധിച്ച പഠനങ്ങൾ ശുഷ്കമാണ്. തൊഴിൽചെയ്തു വരുമാനമുണ്ടാക്കുന്നതോടൊപ്പം അതിന്റെമേൽ നിയന്ത്രണവും അതോടൊപ്പം ആവശ്യത്തിനു വിശ്രമവും വിനോദോപാധികളും ഉണ്ടായാൽ മാത്രമാണ് ആരോഗ്യം ഗുണപരമാകുന്നത്.

കുട്ടികൾ വളർന്നുവരുന്ന സമയത്ത് അവർക്കു ലഭിക്കുന്ന സ്ത്രീനീതിയിലധിഷ്ഠിതമായ ലൈംഗികവിദ്യാഭ്യാസം അവരുടെ ശാരീരികവും മാനസികവും സാമൂഹികവുമായ ആരോഗ്യത്തെ നിർണയിക്കുന്നതിൽ പ്രധാന പങ്കുവഹിക്കുന്നു. കെയ്റോ സമ്മേളനം തുടങ്ങി, അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ അന്താരാഷ്ട്ര ഉടമ്പടികളും ഇത് എടുത്തുപറയുന്നു, എങ്കിലും, ഇന്ത്യ അതിലൊക്കെ പങ്കാളിയാണെങ്കിലും ശരിയായ രീതിയിൽ അത് നടപ്പാക്കാൻ ഇപ്പോഴും ഇന്ത്യക്ക് സാധിച്ചിട്ടില്ല. ഇക്കാര്യത്തിൽ കേരളത്തിന്റെ സ്ഥിതിയും വ്യത്യസ്തമല്ല. പലപ്പോഴും ഇത് തുടങ്ങാൻ

ശ്രമിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും മനോഭാവത്തിൽ മാറ്റം വരാത്തതുകാരണം ഇത് ഫലപ്രദമായി നടപ്പാക്കാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. അതുകൊണ്ടുതന്നെ ലൈംഗികവിജ്ഞാനത്തിനുള്ള മൌലികമായ അവകാശം കുമാരിമാർക്ക് നിഷേധിക്കപ്പെടുന്നു. ആർത്തവം വേദന നല്കുന്ന അനുഭവമായാണ് ഭൂരിപക്ഷം പെൺകുട്ടികളും സ്ത്രീകളും കരുതുന്നത്. ആർത്തവം തുടങ്ങുന്ന സമയത്ത് വളർച്ചയുടെ ധനാത്മകമായ അനുഭവം അവർക്കുണ്ടാകുന്നില്ല.

കൗമാരപ്രായം മുതൽ ആളുകൾക്ക് ലൈംഗികതയിൽ താത്പര്യം ഉണ്ടാകും. അതവരുടെ അവകാശമാണ്. ഇൻഡ്യയിൽ ഈ പ്രായത്തിലുള്ളവർക്ക് ഗർഭനിരോധനോപാധികളെക്കുറിച്ച് അറിവുള്ളതായാണ് കാണുന്നത്. എന്നാൽ, അത് ശരിയായ തരത്തിലുള്ളതാണോ എന്നറിയില്ല. അതിനുള്ള ലഭ്യത, പ്രാപ്യത, നിയന്ത്രണം, പുരുഷന്മാരുടെ പങ്കാളിത്തവും ഉത്തരവാദിത്വവും എന്നിവയൊക്കെയാണ് പ്രധാനമായി വരുന്നത്. അതിന് വ്യത്യസ്തമാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവും സ്ത്രീകൾക്ക് സ്വാതന്ത്ര്യവും ബന്ധങ്ങളിൽ തുല്യതയുമുണ്ടാവണം. സ്ത്രീകൾക്കുള്ള വന്ധ്യംകരണശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഇന്ത്യയിൽ കൂടുതൽ നടക്കുന്നത്. ജനനനിയന്ത്രണത്തിൽ മുൻപന്തിയിലുള്ള കേരളത്തിലും അങ്ങനെ തന്നെ. (ഇന്ത്യ:47%; കേരളം: 45%) (NFHS-IV). എന്നാൽ, പുരുഷന്മാർക്കുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ തീരെനടക്കുന്നുമില്ല. ഇത് കേരളത്തിൽ ആയിരത്തിൽ ഒന്നിലും താഴെമാത്രമാണുള്ളത്. പുരുഷന്മാർക്കുള്ള ഉറ ഉപയോഗം 2.5% മാത്രമാണ്. ഈ അസന്തുലനത്തിനുള്ള സാഹചര്യം കൂടുതലായി പഠിക്കേണ്ടതാണ്. സ്ത്രീകൾ ഉപയോഗിക്കുന്ന ഐ.യു.ഡി(IUD) യെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവ് പുരുഷന്മാർക്ക് കുറവായാണ് കാണുന്നത്. ഗർഭനിരോധനത്തിൽ പുരുഷന്മാർക്കുള്ള ശ്രദ്ധക്കുറവാണ് ഇതു സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. ചില പുരുഷന്മാർ വിശ്വസിക്കുന്നത് ഗർഭനിരോധനം സ്ത്രീകളുടെ മാത്രം കാര്യമാണെന്നാണ് (ഇന്ത്യ: 22%; കേരളം: 16%). ഗർഭനിരോധനം സ്വീകരിക്കാൻ മുൻകയ്യെടുക്കുന്ന സ്ത്രീകൾ ദുർവൃത്തരാണെന്ന് കരുതുന്നവരുമുണ്ട് (ഇന്ത്യ: 16%; കേരളം: 8%) (NFHSIII).

ഗർഭനിരോധനമാർഗം സ്വീകരിക്കുന്ന സമയത്ത് മറ്റുമാർഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും പാർശ്വഫലങ്ങളെക്കുറിച്ചുമുള്ള അറിവ് മൂന്നിലൊന്നുപേർക്ക് മാത്രമാണ് ലഭിക്കുന്നത്. ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്യുന്നവരോട് മറ്റുമാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ച് തീരെകുറച്ചേ പറയുന്നുള്ളൂ. പാർശ്വഫലമുണ്ടായാൽ എന്തു ചെയ്യണമെന്ന് കേരളത്തിൽ 44% ശതമാനം പേർക്കാണ് ഉപദേശം ലഭിക്കുന്നത്. തമിഴ്നാട്ടിൽ ഇതിൽ കൂടുതലാണ് (50%)(NFHSIII). ഇതും കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന നിലവാരത്തിനുനേരെ ചോദ്യമുയർത്തുന്നതാണ്.

ഗർഭകാലവും പ്രസവകാലവും അപകടം പിടിച്ചതായാണ് ഇൻഡ്യൻ സ്ത്രീകളുടെ അവസ്ഥ. 70% സ്ത്രീകളും ഗർഭിണികളാകുമ്പോൾ ഒന്നോ അതിലധികമോ അപകടാവസ്ഥ പേറുന്നവരാണ്. ഇതിൽ 46% ഒഴിവാക്കാൻ കഴിയുന്നതാണ്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ ഈ സമയത്തെ പരിചരണവും ആശുപത്രി പ്രസവവും പ്രധാനമാകുന്നു. ഇവിടെയും കേരളം നേട്ടങ്ങൾ കാണിക്കുന്നുണ്ട്. ഇന്ത്യയിൽ മൊത്തത്തിൽ 20 ശതമാനത്തോളം സ്ത്രീകൾക്ക് സേവനങ്ങൾ ലഭിക്കാതെ വരുമ്പോൾ കേരളത്തിൽ ഒരു ശതമാനത്തിനു മാത്രമാണ് സേവനം ലഭിക്കാത്തത്. അത് കൂടുതലും ആദിവാസി മേഖലയിലായിരിക്കും. ഗർഭസമയത്തും പ്രസവസമയത്തുമുണ്ടാകാവുന്ന അപകടങ്ങളെക്കുറിച്ച് 20 ശതമാനത്തിനേ അറിവ് ലഭിക്കുന്നുമുള്ളൂ. ഇന്ത്യയിലെ മാതൃശിശുപരിചരണപദ്ധതി പുരുഷന്മാരുടെ പങ്കാളിത്തംകൂടി ലക്ഷ്യംവെക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും അത് ഫലപ്രദമായി നടപ്പാക്കാൻ കഴിയുന്നില്ല.

കേരളത്തിൽ എല്ലാവരും ആശുപത്രികളെ സമീപിക്കുന്നതു കൊണ്ടുതന്നെ സേവനത്തിന്റെ ഗുണനിലവാരം നോക്കേണ്ടിവരും. അൾട്രാസൌണ്ട് സ്കാൻ(Utlra sound scan) പോലെയുള്ള പരിശോധനകളും സിസേറിയൻ ശസ്ത്രക്രിയയും കൂടുതലായി കേരളത്തിൽ കാണുന്നുണ്ട് (കേരളം: 36% ഇന്ത്യ: 17%, NFHS IV). കൂടുതൽ റിസ്കുള്ള പ്രായമുള്ളവരേക്കാൾ റിസ്ക് കുറഞ്ഞവരിലും സാമ്പത്തികമായി മുന്നിട്ടു നില്ക്കുന്നവരിലും സ്കാൻ കൂടുതൽ ചെയ്യുന്നു എന്ന് ദേശീയസർവ്വേ (NFHS-III) റിപ്പോർട്ടു ചെയ്യുന്നു. ഇതുമൂലം അനാവശ്യചെലവുണ്ടാകുന്നോ എന്നതും ആവശ്യമുള്ളവർക്ക് ചെയ്യാതിരിക്കുന്നുണ്ടോ എന്നതും നിരീക്ഷിക്കേണ്ടതുണ്ട്. എല്ലാവർക്കും ഒരേപോലെ ഏറ്റവും യുക്തമായ രീതിയിൽ സേവനം കിട്ടത്തക്ക തരത്തിൽ പ്രോട്ടോകോൾ ഉണ്ടാക്കേണ്ടതുണ്ട്.

ഏതെങ്കിലും സമയത്ത് വന്ധ്യത അനുഭവിക്കുന്ന സ്ത്രീകളുടെ എണ്ണവും വർദ്ധിച്ചു വരുന്നുണ്ട്. ഈ പ്രശ്നം പരിഹരിക്കാനായി ഇന്ന് സാങ്കേതികജ്ഞാനം വർദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും അതു കൂടുതലും സ്വകാര്യമേഖലയിലാണ് ലഭ്യമാകുന്നത്. ഇതിനുള്ള ചെലവ് എല്ലാ സ്ത്രീകൾക്കും താങ്ങാവുന്നതല്ല. സ്ത്രീയുടെ പ്രധാനകടമ അമ്മയാവുകയാണെന്ന ധാരണ ഇപ്പോഴും ശക്തമായതുകൊണ്ട് ഇതുമൂലം മാനസികപ്രശ്നം അനുഭവിക്കുന്ന സ്ത്രീകളുടെ അവസ്ഥകൂടി കണക്കിലെടുക്കേണ്ടിവരും.

പ്രസവസമയത്തെ കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ തൂക്കക്കുറവും(20%) കേരളത്തിലെ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യത്തിലെ ഒരു വൈരുദ്ധ്യമായി കണ്ടിട്ടുണ്ട്. ഇതിനു കൃത്യമായ കാരണം കണ്ടെത്താൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. ആദ്യത്തെ കുഞ്ഞിന്

ളുക്കക്കുറവിനുള്ള സാദ്ധ്യത ഏറുകയും മൊത്തം കുട്ടികൾ കുറവായിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതുകൊണ്ട് ഇവരുടെ അനുപാതം കൂടുതലാവുന്നത് ഒരു കാരണമായി പറയുന്നു.

ആവശ്യമില്ലാത്ത ഗർഭം അലസിപ്പിക്കാനുള്ള അവസരം ലഭിക്കുക എന്നതും സ്ത്രീകളുടെ അവകാശമാണ്. സ്വന്തം ലൈംഗികതയുടെമേൽ നിയന്ത്രണമില്ലാത്ത അവസ്ഥയുമായി ചേർത്താണ് ഇതു കാണേണ്ടത്. അബോർഷൻ തൊണ്ണൂറ് ശതമാനവും നടക്കുന്നത് ഇപ്പോൾ സ്വകാര്യമേഖലയിലാണ്. ഇതിനു ചെലവാകുന്ന തുക ഗവൺമെൻറിലേതിനേക്കാൾ ഏതാണ്ട് എട്ട് ഇരട്ടിയോളംവരും. ഇത് സാമൂഹ്യമായി പിന്നോക്കംനില്ക്കുന്ന സ്ത്രീകളെയാണ് കൂടുതൽ ബാധിക്കുന്നത്. അബോർഷന് ഭർത്താവിന്റെ സമ്മതം ആവശ്യപ്പെടാറുമുണ്ട്. ഇത് സ്ത്രീകളുടെ സ്വയം നിർണ്ണയാവകാശത്തിന്റെ നിഷേധമാണ്.

മാനസികാരോഗ്യത്തിന്റെ സൂചകമായ വിഷാദം അധികം കാണുന്നത് സ്ത്രീകളിലാണ്. അതിന്റെ ഒരു പരിണിതഫലമായ ആത്മഹത്യയും ആത്മഹത്യാശ്രമങ്ങളും മറ്റുസ്ഥലങ്ങളേക്കാൾ അധികമായി കേരളത്തിൽ കാണുന്നു. എന്നാൽ ഇതുസംബന്ധിച്ച് കാര്യമായ പഠനങ്ങളില്ല താനും.

ഗാർഹികപീഡനവും പൊതുസ്ഥലങ്ങളിൽ സ്ത്രീകൾക്കുനേരെയുള്ള അക്രമവും ആരോഗ്യത്തിന്റെ അജണ്ടയായി ഇപ്പോൾ കണക്കാക്കുന്നുണ്ട്. ഇതേക്കുറിച്ചുള്ള പഠനങ്ങളും റിപ്പോർട്ടുകളും കാണിക്കുന്നത് കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന മറ്റ് ആരോഗ്യസൂചകങ്ങളും വിദ്യാഭ്യാസവും ഇതിൽ പ്രതിഫലിക്കുന്നില്ല എന്നാണ്.

ആയുർദൈർഘ്യം കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് പ്രായമായ സ്ത്രീകളുടെ അനുപാതവും കൂടുകയാണ്. 60 വയസ്സു കഴിഞ്ഞ സ്ത്രീകളിൽ അറുപതു ശതമാനവും വിധവകളാണ്. ഈ സമയത്തുണ്ടാകുന്ന ശാരീരികവും മാനസികവുമായ പ്രയാസങ്ങളെ തരണം ചെയ്യാനും അവർക്ക് പരിചരണം നൽകാനും ആവശ്യമായ പഠനങ്ങളും സംവിധാനങ്ങളും അത്യാവശ്യമായിരിക്കുന്നു. ഭർത്താവ് നേരത്തേ മരിച്ചുപോവുകയോ ഉപേക്ഷിക്കുകയോ ചെയ്താൽ നിലാരംബരാകുന്ന ഇന്നത്തെ വ്യവസ്ഥയിൽനിന്നു മാറി സ്വയംനിർണ്ണയാവകാശത്തിലൂന്നിയ ഒരു പരിപ്രേക്ഷ്യത്തിന്റെ ആവശ്യകതയിലേക്ക് ഇതു വിരൽചൂണ്ടുന്നുണ്ട്.

വീടിനുള്ളിലും ആശുപത്രികളിലും ആതുരസേവനത്തിൽ പ്രമുഖപങ്കുവഹിക്കുന്ന സ്ത്രീയുടെ സേവനം അംഗീകരിക്കപ്പെടുകയും അതേ

സേവനം അവർക്കും ലഭിക്കുമെന്നത് ഉറപ്പാക്കുകയും വേണം.

കേരളത്തിന്റെ ഈ സവിശേഷസാഹചര്യത്തിൽ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യം അളക്കാനുള്ള മാനകങ്ങൾതന്നെ പുതുതായി വികസിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. ഇപ്പോൾ വിദ്യാഭ്യാസമാണ് ആരോഗ്യത്തോടു ചേർത്തുവെച്ച് മനസ്സിലാക്കുന്ന സാമൂഹ്യഘടകം. അത് കേരളത്തിൽ ലഭ്യമായതാണ്. എന്നാൽ, സാമൂഹ്യപദവി, തൊഴിൽചെയ്തു വരുമാനമുണ്ടാക്കാനും തീരുമാനമെടുക്കുവാനുമുള്ള സാഹചര്യം, വിനോദോപാധികളുടെ ലഭ്യത, വിശ്രമിക്കാനുള്ള സമയം എന്നിങ്ങനെ മറ്റു സാമൂഹ്യഘടകങ്ങളും സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യത്തെ സമഗ്രമായി നിർവ്വചിക്കുന്നിടത്ത് ആവശ്യമായി വരുന്നവയാണ്. ആരോഗ്യത്തെ ജീവിതഗുണനിലവാരത്തിന്റേയും സന്തുലിതമായ അദ്ധ്വാനം, വിനോദം, വിശ്രമം എന്നതിന്റേയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ മനസ്സിലാക്കുക എന്നത് കേരളസ്ത്രീയെ സംബന്ധിച്ച് സവിശേഷപ്രാധാന്യമുള്ളതാണ്.

പോഷണത്തിന്റെയും അമിതവണ്ണത്തിന്റെയും മാനകങ്ങളായ പൊക്കവും തൂക്കവും പ്രായഭേദമെന്യേ നിരന്തരം നിരീക്ഷിക്കാനുള്ള സംവിധാനങ്ങളുണ്ടാകേണ്ടതുണ്ട്. വിഷാദരോഗം, ഉത്കണ്ഠ, സൊമറ്റൈസേഷൻ ഡിസോർഡർ (somatization disorder) എന്നിവ സ്ത്രീകളിൽ അധികമായതിനാൽ മാനസികാരോഗ്യം സംബന്ധിച്ച കൂടുതൽ പഠനങ്ങളും പ്രവർത്തനങ്ങളും ആവശ്യമാണ്. പ്രസവസംബന്ധമായ ചെലവ് പഠിച്ച് വിലയിരുത്താവുന്നതാണ്. സിസേറിയൻ(Caesarean), ഹിസ്റ്റെക്ടമി (Hysterectomy), വന്ധ്യതാചികിത്സ തുടങ്ങി സാധാരണമായി നടക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ഇടപെടലുകൾക്ക് പ്രോട്ടോകോൾ കൊണ്ടുവരുകയും അവ നിരീക്ഷണവിധേയമാക്കുകയും വേണം. വന്ധ്യതക്കുള്ള ചികിത്സ പാവപ്പെട്ട സ്ത്രീകളുൾപ്പെടെ എല്ലാവർക്കും ഉറപ്പാക്കണം. അബോർഷനുമേൽ തീരുമാനമെടുക്കാൻ സ്ത്രീക്കുള്ള അവകാശം ഉറപ്പു വരുത്തണം. ലിംഗപരമായ പരിമിതികൾ ആരോഗ്യസേവനത്തിൻറെ പ്രാപ്യതക്ക് തടസ്സമാവില്ലെന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തുകയും കൌമാരപ്രായത്തിലുള്ളവർക്ക് തുല്യനീതിയിലധിഷ്ഠിതമായ ലൈംഗികവിദ്യാഭ്യാസം നല്കുകയും വേണം. ജനനനിയന്ത്രണമുൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ആരോഗ്യപ്രക്രിയകളിലും പുരുഷന്മാരുടെ പങ്കാളിത്തമുണ്ടാകേണ്ടത് സ്ത്രീകളുടേയും സമൂഹത്തിന്റെ പൊതുവായുമുള്ള ആരോഗ്യപരിരക്ഷയ്ക്കാവശ്യമാണ്.

References:

1. National Family Health Survey - 4 2015 -16. Minitsry of Health and Family Welfare. Government of India.

2. Mary E. John. Sex Ratios and Gender Biased Sex Selection: History, Debates & Future Directions. UN WOMEN. 2014.
3. The Pre-natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act, 1994.
4. ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights. Conference Report. Netherlands, 2013.
5. Developing sexual health programmes. A framework for action. WHO. 2012.
6. Nandeesha M. et al, Nturitional Status of Girl Child in India: The role of Government in paving way for inclusive Growth Management. International Journal of Academic Research,Vol.2, Issue-2(6), April-June, 2015.
7. Chandran D. A Paradox within a Paradox?: Emerging Signs of Change in the Unappealing Tribal Scenario in Kerala, India. Developing Coutnry Studies. 2012; 2(6):1–11.
8. Antherjanam D. Prevalence and pattern of mentsrual disorders among school going adolescents in northern ditsrict of Kerala. International Journal of Public health Research. May - June, 2016/ Vol 3/ Issue 3.
9. V. Raman Kutty. Why Low Birth Weight (LBW) is Still a Problem in Kerala: A preliminary exploration. CDS.2004.
10. Social Determinants of Health in Kerala State, Bappukunju Ekbal et al. Health Sciences 2012; 1(2): JS002.