I J C R M

International Journal of Contemporary Research In Multidisciplinary

Research Article

महिला भिखारियों का स्वास्थ्य: समाजशास्त्रीय विश्लेषण

शिवांगी [1*], आरती कुमारी [2]

[1] Research Scholar, Dept. of Sociology, Banasthali Vidyapith, Rajasthan, India

[2] Assistant Professor, Dept. of Sociology, Banasthali Vidyapith, Rajasthan, India

Corresponding Author: * शिवांगी

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.21336127

सारांश

महिला भिखारियों का स्वास्थ्य केवल जैविक या चिकित्सकीय विषय नहीं, बल्कि एक जटिल सामाजिक एवं संरचनात्मक वास्तविकता है, जो आर्थिक वंचना, लैंगिक असमानता, सामाजिक बहिष्करण, संस्थागत उपेक्षा तथा सीमित संसाधनों से गहराई से प्रभावित होता है। प्रस्तुत शोध-पत्र में महिला भिखारियों की स्वास्थ्य-स्थिति का समाजशास्त्रीय विश्लेषण संरचनात्मक प्रकार्यवाद, वेबर के सामाजिक स्तरीकरण सिद्धांत, प्रतीकात्मक अंतःक्रियावाद, गोफमैन के कलंक सिद्धांत तथा स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों के दृष्टिकोण के आधार पर किया गया है। इन सिद्धांतों के समेकित विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि महिला भिखारियों की स्वास्थ्य समस्याएँ बहुआयामी सामाजिक कारकों की परस्पर क्रिया का परिणाम हैं। अध्ययन यह प्रतिपादित करता है कि स्वास्थ्य असमानताओं को दूर करने के लिए केवल चिकित्सकीय हस्तक्षेप पर्याप्त नहीं हैं, बल्कि सामाजिक सुरक्षा, पोषण, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं, मानसिक स्वास्थ्य सहायता, सामाजिक पुनर्वास, सम्मानजनक आजीविका तथा अधिकार-आधारित एवं समावेशी नीतियों का प्रभावी क्रियान्वयन आवश्यक है। यह शोध महिला भिखारियों के स्वास्थ्य को व्यापक समाजशास्त्रीय परिप्रेक्ष्य में समझने तथा समावेशी नीति-निर्माण के लिए उपयोगी सैद्धांतिक आधार प्रदान करता है।

Manuscript Information

- **ISSN No:** 2583-7397
- **Received:** 04-01-2025
- **Accepted:** 23-02-2025
- **Published:** 28-02-2025
- **IJCRM:**4(1); 2025: 308-315
- **©2025, All Rights Reserved**
- **Plagiarism Checked:** Yes
- **Peer Review Process:** Yes

How to Cite this Article

शिवांगी, आरती कुमारी. महिला भिखारियों का स्वास्थ्य: समाजशास्त्रीय विश्लेषण. Int J Contemp Res Multidiscip. 2025;4(1):308-315.

Access this Article Online

www.multiarticlesjournal.com

कुंजी शब्द: महिला भिखारी, स्वास्थ्य, सामाजिक निर्धारक, सामाजिक स्तरीकरण, कलंक, सामाजिक बहिष्करण, समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण।

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

परिचय

विकासशील तथा विकसित दोनों प्रकार के समाजों में महिला भिखारी साऽमाजिक रूप से सर्वाधिक वंचित, बहिष्कृत एवं बहुआयामी अभावों का सामना करने वाले समूहों में सम्मिलित हैं। उनका स्वास्थ्य केवल जैविक अथवा चिकित्सकीय कारकों से निर्धारित नहीं होता, बल्कि गरीबी, लैंगिक असमानता, बेघरपन, सामाजिक बहिष्कार, असुरक्षित आवास, अपर्याप्त पोषण, शिक्षा एवं रोजगार के सीमित अवसर, स्वास्थ्य सेवाओं तक असमान पहुँच तथा संरचनात्मक भेदभाव जैसे अनेक सामाजिक निर्धारकों से गहराई से प्रभावित होता है। समाज के सबसे हाशिए पर स्थित समूह होने के कारण महिला भिखारियों में कुपोषण, संक्रामक एवं असंक्रामक रोग, प्रजनन एवं मातृ स्वास्थ्य संबंधी समस्याएँ, मानसिक स्वास्थ्य विकार, नशीले पदार्थों के दुरुपयोग, शारीरिक एवं यौन हिंसा तथा दीर्घकालिक रोगों की व्यापकता सामान्य जनसंख्या की तुलना में अधिक पाई जाती है। अतः महिला भिखारियों का स्वास्थ्य केवल एक चिकित्सकीय समस्या न होकर सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक तथा राजनीतिक असमानताओं का प्रतिफल है, जिसकी समग्र व्याख्या समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण के माध्यम से ही संभव है (World Health Organization, 2025) ।

विश्व स्तर पर बेघर एवं सड़कों पर जीवनयापन करने वाली महिलाएँ सर्वाधिक संवेदनशील जनसंख्या समूहों में सम्मिलित हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार स्वास्थ्य का निर्धारण मुख्यतः उन सामाजिक परिस्थितियों द्वारा होता है जिनमें व्यक्ति जन्म लेता है, बढ़ता है, कार्य करता है तथा जीवन व्यतीत करता है। संगठन ने यह स्पष्ट किया है कि स्वास्थ्य असमानताओं के मूल कारण आर्थिक विषमता, सामाजिक बहिष्कार, लैंगिक असमानता, गुणवत्तापूर्ण आवास की कमी तथा सामाजिक सुरक्षा का अभाव हैं। WHO की नवीन रिपोर्ट (2025) के अनुसार विश्व में स्वास्थ्य संबंधी असमानताएँ लगातार बढ़ रही हैं और सामाजिक निर्धारक स्वास्थ्य परिणामों को चिकित्सा सेवाओं की तुलना में कहीं अधिक प्रभावित करते हैं। रिपोर्ट यह भी रेखांकित करती है कि निम्न आय वर्ग, महिलाएँ, प्रवासी, बेघर तथा सामाजिक रूप से बहिष्कृत समुदाय सबसे अधिक स्वास्थ्य जोखिमों का सामना करते हैं।

संयुक्त राष्ट्र एवं UN-Habitat के अनुसार विश्व वर्तमान समय में गंभीर आवासीय संकट का सामना कर रहा है। वर्ष 2025 के अनुमानों के अनुसार लगभग **2.8 अरब लोग** पर्याप्त, सुरक्षित एवं गरिमापूर्ण आवास, भूमि अथवा मूलभूत जल एवं स्वच्छता सुविधाओं से वंचित हैं, जबकि लगभग **30 करोड़ लोग पूर्णतः बेघर** हैं। महिलाओं में बेघरपन के प्रमुख कारण घरेलू हिंसा, अत्यधिक गरीबी, लैंगिक भेदभाव, जबरन विस्थापन, सशस्त्र संघर्ष तथा जलवायु परिवर्तन से उत्पन्न विस्थापन हैं। बेघर महिलाओं में शारीरिक हिंसा, यौन शोषण, मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ तथा प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी जटिलताओं का जोखिम सामान्य महिलाओं की तुलना में कहीं अधिक पाया जाता है। अंतरराष्ट्रीय शोध यह भी इंगित करते हैं कि अधिकांश बेघर महिलाएँ तथाकथित "छिपी हुई बेघर" (Hidden Homeless) श्रेणी में आती हैं। वे खुले रूप से सड़कों पर रहने के बजाय अस्थायी आश्रयों, अनौपचारिक आवासों, रिश्तेदारों के घरों अथवा अत्यंत असुरक्षित रहने की व्यवस्थाओं पर निर्भर रहती हैं। परिणामस्वरूप वे जनगणना, सरकारी अभिलेखों तथा स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच से प्रायः बाहर रह जाती हैं। निम्न एवं मध्यम आय वाले देशों में किए गए अध्ययनों से स्पष्ट हुआ है कि ऐसी महिलाओं में कुपोषण, संक्रामक रोग, अवसाद, चिंता, मादक पदार्थों के सेवन, अनियोजित गर्भधारण तथा गर्भावस्था एवं प्रसव संबंधी जटिलताओं की व्यापकता सामान्य महिलाओं की तुलना में कहीं अधिक होती है। इन असमानताओं का मूल कारण संरचनात्मक गरीबी, सामाजिक बहिष्कार, आवासीय असुरक्षा तथा गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक अपर्याप्त पहुँच है। **(**Johnson, Ribar, & Zhu, 2017).

भारतीय परिप्रेक्ष्य में महिला भिखारियों का स्वास्थ्य सार्वजनिक स्वास्थ्य, सामाजिक न्याय तथा समावेशी विकास की दृष्टि से अत्यंत महत्वपूर्ण विषय है। भारत की जनगणना (2011) के अनुसार देश में लगभग **17.7 लाख** व्यक्ति बेघर थे, जिनमें बड़ी संख्या सड़कों, फुटपाथों, रेलवे प्लेटफार्मों, पुलों के नीचे तथा अन्य सार्वजनिक स्थलों पर बिना पर्याप्त आवास, स्वच्छता एवं स्वास्थ्य सुविधाओं के जीवनयापन करती है। इस बेघर आबादी का एक महत्त्वपूर्ण भाग ऐसी महिलाओं का है जो जीविकोपार्जन के लिए भीख माँगने अथवा अन्य अनौपचारिक एवं असुरक्षित कार्यों पर निर्भर रहती हैं। ये महिलाएँ निरंतर कुपोषण, अस्वच्छ पर्यावरण, लैंगिक हिंसा, सामाजिक बहिष्कार तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक सीमित पहुँच जैसी समस्याओं से जूझती हैं, जिसके कारण उनके स्वास्थ्य की स्थिति अत्यंत दयनीय बनी रहती है। **(**Office of the Registrar General & Census Commissioner, India., 2011)

हाल के भारतीय अध्ययनों ने भी यह सिद्ध किया है कि बेघर एवं भिक्षावृत्ति से जुड़ी महिलाओं में स्वास्थ्य असमानताएँ अत्यधिक गंभीर हैं। कोलकाता में बेघर महिलाओं पर किए गए एक अध्ययन में लगभग **57% महिलाओं ने अपने स्वास्थ्य को खराब** बताया, जबकि बड़ी संख्या में महिलाओं ने स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में गंभीर बाधाओं की सूचना दी। अन्य अध्ययनों से ज्ञात हुआ है कि बेघर महिलाओं में अवसाद, चिंता, मातृ स्वास्थ्य सेवाओं के कम उपयोग, कुपोषण तथा असुरक्षित प्रसव की समस्याएँ सामान्य महिलाओं की तुलना में कहीं अधिक हैं। इन निष्कर्षों से स्पष्ट होता है कि महिला भिखारियों का स्वास्थ्य केवल चिकित्सा सुविधाओं की उपलब्धता का प्रश्न नहीं है, बल्कि यह सामाजिक बहिष्कार, निर्धनता, लैंगिक असमानता एवं संरचनात्मक वंचना का प्रत्यक्ष परिणाम है। इसलिए महिला भिखारियों के स्वास्थ्य का अध्ययन समाजशास्त्रीय सिद्धांतों, विशेषकर सामाजिक निर्धारक सिद्धांत, संघर्ष सिद्धांत, नारीवादी सिद्धांत, सामाजिक बहिष्कार सिद्धांत, इंटरसेक्शनैलिटी तथा संरचनात्मक हिंसा सिद्धांत के आलोक में किया जाना अत्यंत आवश्यक है, जिससे इस समस्या की जड़ों को समझते हुए प्रभावी नीतिगत हस्तक्षेप विकसित किए जा सकें। (Rahaman & Das, 2024; The Health Gap, 2015).

महिला भिखारियों का स्वास्थ्य: भारतीय परिप्रेक्ष्य एवं समाजशास्त्रीय विश्लेषण

भारत में बेघर महिलाओं के स्वास्थ्य पर किए गए हालिया अध्ययनों से स्पष्ट होता है कि यह वर्ग गंभीर स्वास्थ्य असमानताओं एवं स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित रहने की समस्या का सामना कर रहा है। कोलकाता में बेघर महिलाओं पर किए गए एक अध्ययन में पाया गया कि लगभग **56–57 प्रतिशत महिलाओं ने अपने स्वास्थ्य को खराब (Poor Self-rated Health)** बताया। यह भी पाया गया कि स्वास्थ्य की खराब स्थिति विशेष रूप से उन महिलाओं में अधिक थी जो भिक्षावृत्ति में संलग्न थीं, अकेले जीवनयापन कर रही थीं, प्रवासी थीं अथवा दीर्घकालिक बेघरपन (Chronic Homelessness) की स्थिति में रह रही थीं।

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

अध्ययन में यह भी स्पष्ट किया गया कि इन महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच प्राप्त करने में अनेक संरचनात्मक एवं संस्थागत बाधाओं का सामना करना पड़ता है, जिनमें आर्थिक अभाव, पहचान-पत्रों का अभाव, सामाजिक उपेक्षा तथा स्वास्थ्य संस्थानों तक सीमित पहुँच प्रमुख हैं। यह स्थिति दर्शाती है कि बेघर एवं भिक्षावृत्ति से जुड़ी महिलाओं का स्वास्थ्य केवल व्यक्तिगत स्वास्थ्य व्यवहार का परिणाम नहीं, बल्कि व्यापक सामाजिक एवं संरचनात्मक वंचनाओं का प्रतिफल है (Rahaman & Das, 2024) ।

मातृ एवं प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में भी बेघर महिलाओं की स्थिति अत्यंत चिंताजनक पाई गई है। एक हालिया अध्ययन के अनुसार केवल **लगभग 25 प्रतिशत बेघर महिलाओं** को मातृ स्वास्थ्य सेवाओं की संपूर्ण निरंतरता (Complete Continuum of Maternal Healthcare Services) प्राप्त हो सकी। विशेष रूप से भिक्षावृत्ति में संलग्न महिलाओं द्वारा प्रसवपूर्व देखभाल (Antenatal Care) तथा मातृ स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग अत्यंत कम पाया गया। अध्ययन में यह भी रेखांकित किया गया कि समुदाय स्तर के स्वास्थ्य कार्यकर्ता (Community Health Workers) तथा गैर-सरकारी संगठन (NGOs) इन महिलाओं तक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच सुनिश्चित करने एवं स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता बढ़ाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। इससे स्पष्ट होता है कि संस्थागत सहयोग एवं सामुदायिक हस्तक्षेप बेघर महिलाओं के स्वास्थ्य सुधार में अत्यंत प्रभावी सिद्ध हो सकते हैं (Rahaman, & Das, 2024) ।

भारत के शहरी क्षेत्रों में बेघर महिलाओं पर किए गए एक अन्य अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि सर्वेक्षित महिलाओं में लगभग **76 प्रतिशत प्रवासी (Migrants)** थीं, जबकि **57 प्रतिशत महिलाओं ने अपने स्वास्थ्य को खराब** बताया। अध्ययन में यह भी पाया गया कि प्रवासी महिलाओं में लगभग **80 प्रतिशत महिलाएँ अवसाद (Depression)** के लक्षणों से प्रभावित थीं तथा **41 प्रतिशत महिलाओं की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताएँ (Unmet Healthcare Needs)** पूरी नहीं हो पा रही थीं। ये निष्कर्ष स्पष्ट रूप से संकेत करते हैं कि प्रवासन, निर्धनता, बेघरपन तथा सामाजिक बहिष्कार एक-दूसरे से अंतर्संबद्ध (Interconnected) कारक हैं, जो संयुक्त रूप से महिलाओं के स्वास्थ्य परिणामों को प्रभावित करते हैं। अतः महिला भिखारियों एवं बेघर महिलाओं के स्वास्थ्य का विश्लेषण करते समय प्रवासन, सामाजिक बहिष्कार तथा आर्थिक असमानताओं को एक समेकित समाजशास्त्रीय परिप्रेक्ष्य में समझना आवश्यक है।

(Rahaman, & Das, 2024) । भारत में भिक्षावृत्ति करने वाली महिलाओं को लैंगिक हिंसा, यौन शोषण, प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं, कुपोषण तथा मानसिक स्वास्थ्य विकारों का जोखिम सामान्य महिलाओं की अपेक्षा कहीं अधिक होता है। ये जोखिम बेघरपन, अस्वच्छ जीवन परिस्थितियों, सुरक्षित आवास की अनुपलब्धता, पहचान-पत्रों के अभाव, सामाजिक सुरक्षा योजनाओं से बहिष्करण तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक सीमित पहुँच के कारण और अधिक गंभीर हो जाते हैं। परिणामस्वरूप महिला भिखारी सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक नीति के क्षेत्र में सर्वाधिक उपेक्षित एवं वंचित समूहों में सम्मिलित हो जाती हैं। उनकी सामाजिक एवं आर्थिक असुरक्षा स्वास्थ्य संबंधी विषमताओं को और अधिक गहरा करती है, जिसके कारण वे स्वास्थ्य सेवाओं के औपचारिक तंत्र से भी प्रायः बाहर रह जाती हैं (United Nations, 2020) ।

उपरोक्त अंतरराष्ट्रीय एवं भारतीय शोध निष्कर्ष यह स्पष्ट करते हैं कि महिला भिखारियों का खराब स्वास्थ्य केवल चिकित्सकीय अथवा जैविक कारणों का परिणाम नहीं है, बल्कि यह संरचनात्मक असमानताओं, निर्धनता, लैंगिक भेदभाव, बेघरपन तथा सामाजिक बहिष्कार जैसी व्यापक सामाजिक प्रक्रियाओं का प्रतिफल है। पारंपरिक जैव-चिकित्सीय (Biomedical) दृष्टिकोण मुख्यतः रोगों के निदान एवं उपचार पर केंद्रित रहता है, जबकि वह उन सामाजिक परिस्थितियों की पर्याप्त व्याख्या नहीं कर पाता जो हाशिए पर स्थित समुदायों में स्वास्थ्य संबंधी विषमताओं को उत्पन्न एवं स्थायी बनाती हैं। इसके विपरीत, समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण स्वास्थ्य को एक सामाजिक रूप से निर्मित (Socially Determined) प्रक्रिया के रूप में देखता है तथा यह विश्लेषण करता है कि सामाजिक संरचनाएँ, संस्थागत व्यवस्थाएँ, सांस्कृतिक मान्यताएँ तथा शक्ति-संबंध (Power Relations) स्वास्थ्य परिणामों को किस प्रकार प्रभावित करते हैं। इस दृष्टि से महिला भिखारियों का स्वास्थ्य व्यक्तिगत व्यवहार अथवा जैविक संवेदनशीलता का परिणाम न होकर सामाजिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक वंचनाओं के संचयी प्रभाव (Cumulative Social Disadvantage) का परिणाम है। अतः महिला भिखारियों के स्वास्थ्य का समग्र समाजशास्त्रीय विश्लेषण करने के लिए संघर्ष सिद्धांत (Conflict Theory), नारीवादी सिद्धांत (Feminist Theory), संरचनात्मक-कार्यात्मक सिद्धांत (Structural Functionalism), सामाजिक स्तरीकरण सिद्धांत (Social Stratification), प्रतीकात्मक अंतःक्रियावाद (Symbolic Interactionism), कलंक सिद्धांत (Stigma Theory), स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक (Social Determinants of Health), इंटरसेक्शनैलिटी सिद्धांत (Intersectionality), संरचनात्मक हिंसा सिद्धांत (Structural Violence Theory) तथा सामाजिक बहिष्कार सिद्धांत (Social Exclusion Theory) जैसे सिद्धांत अत्यंत उपयोगी सैद्धांतिक आधार प्रदान करते हैं। ये सिद्धांत महिला भिखारियों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले बहुआयामी सामाजिक, आर्थिक एवं राजनीतिक कारकों को समझने के साथ-साथ अधिक समतामूलक एवं समावेशी स्वास्थ्य नीतियों के निर्माण के लिए भी सुदृढ़ वैचारिक आधार उपलब्ध कराते हैं (Marmot, 2015; Wilkinson, (Eds.), 2005) ।

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों (Social Determinants of Health) की अवधारणा समकालीन समाजशास्त्र एवं जनस्वास्थ्य (Public Health) के क्षेत्र में अत्यंत महत्वपूर्ण मानी जाती है। यह दृष्टिकोण इस धारणा को चुनौती देता है कि स्वास्थ्य केवल जैविक अथवा चिकित्सकीय कारकों का परिणाम है। इसके विपरीत, यह प्रतिपादित करता है कि व्यक्ति का स्वास्थ्य उसकी सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक तथा राजनीतिक परिस्थितियों द्वारा निर्मित होता है। विशेष रूप से निर्धन, बेघर तथा सामाजिक रूप से बहिष्कृत समूहों, जैसे महिला भिखारियों, के स्वास्थ्य को समझने के लिए यह दृष्टिकोण अत्यंत प्रासंगिक है। इस संदर्भ में विभिन्न विद्वानों एवं अंतरराष्ट्रीय संस्थाओं द्वारा किए गए अध्ययन यह स्पष्ट करते हैं कि स्वास्थ्य असमानताओं की जड़ें सामाजिक संरचना, संसाधनों के असमान वितरण तथा सामाजिक न्याय के प्रश्नों में निहित हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा प्रतिपादित स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों का दृष्टिकोण यह स्पष्ट करता है कि किसी व्यक्ति का स्वास्थ्य केवल चिकित्सा सेवाओं से निर्धारित नहीं होता, बल्कि उसके

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

जीवन की सामाजिक, आर्थिक तथा पर्यावरणीय परिस्थितियाँ स्वास्थ्य के प्रमुख निर्धारक होती हैं। आय, शिक्षा, रोजगार, सुरक्षित आवास, पोषण, स्वच्छ पेयजल, स्वच्छता, सामाजिक सुरक्षा, लैंगिक समानता, सामाजिक समर्थन तथा सुरक्षित कार्य-परिस्थितियाँ स्वास्थ्य के मूल आधार हैं। महिला भिखारियाँ इन लगभग सभी निर्धारकों के संदर्भ में अत्यधिक वंचना का अनुभव करती हैं। अत्यधिक गरीबी, अस्थायी अथवा बेघर जीवन, खाद्य असुरक्षा, कुपोषण, अस्वच्छ वातावरण, शिक्षा का अभाव, असुरक्षित सार्वजनिक स्थानों पर जीवन-यापन, लैंगिक हिंसा तथा सामाजिक सुरक्षा योजनाओं तक सीमित पहुँच उनके स्वास्थ्य को गंभीर रूप से प्रभावित करती है। इसी कारण उनमें संक्रामक रोग, त्वचा रोग, एनीमिया, तपेदिक, प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी विकार, मानसिक अवसाद, नशे की लत, दीर्घकालिक रोग तथा कम जीवन-प्रत्याशा (Reduced Life Expectancy) जैसी समस्याएँ अपेक्षाकृत अधिक पाई जाती हैं। (World Health Organization, 2008).

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा प्रस्तुत इस व्यापक दृष्टिकोण को आगे बढ़ाते हुए माइकल मार्मोट एवं रिचर्ड विल्किन्सन (2005) ने अपनी पुस्तक *Social Determinants of Health* में यह प्रतिपादित किया कि सामाजिक असमानताएँ प्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य असमानताओं में परिवर्तित हो जाती हैं। उनके अनुसार शिक्षा, आय, सामाजिक स्थिति, कार्य-परिस्थितियाँ तथा सामाजिक समर्थन व्यक्ति के जीवन-अवसर (Life Chances) और जीवन-प्रत्याशा को निर्धारित करते हैं। उन्होंने यह तर्क दिया कि निम्न सामाजिक-आर्थिक वर्गों के लोग न केवल संसाधनों की कमी का सामना करते हैं, बल्कि वे लगातार तनाव, असुरक्षित जीवन-परिस्थितियों तथा सीमित स्वास्थ्य सुविधाओं के कारण अधिक रोगग्रस्त रहते हैं। महिला भिखारियों के संदर्भ में यह अध्ययन विशेष रूप से प्रासंगिक है क्योंकि वे आर्थिक, सामाजिक एवं संस्थागत सभी स्तरों पर वंचना का अनुभव करती हैं, जिसके परिणामस्वरूप उनका स्वास्थ्य अत्यधिक प्रभावित होता है **(**Marmot & Wilkinson (Eds.), 2005) ।

मार्मोट (2015) ने अपने महत्वपूर्ण ग्रंथ The Health Gap: The Challenge of an Unequal World में स्वास्थ्य असमानताओं को केवल गरीबी का परिणाम मानने के बजाय सामाजिक पदानुक्रम (Social Gradient) का परिणाम बताया। उनके अनुसार समाज में व्यक्ति जितना निम्न सामाजिक एवं आर्थिक स्तर पर होता है, उसके अच्छे स्वास्थ्य की संभावना उतनी ही कम होती जाती है। यह असमानता केवल अत्यधिक गरीब और अत्यधिक अमीर के बीच ही नहीं, बल्कि पूरे सामाजिक पदानुक्रम में विद्यमान रहती है। समाजशास्त्रीय दृष्टि से यह अवधारणा महिला भिखारियों के स्वास्थ्य को समझने में अत्यंत उपयोगी है, क्योंकि वे सामाजिक पदानुक्रम के सबसे निचले स्तर पर स्थित होने के कारण स्वास्थ्य, शिक्षा, पोषण, आवास तथा सामाजिक सुरक्षा जैसे सभी क्षेत्रों में बहुआयामी वंचना का अनुभव करती हैं। यह अध्ययन स्वास्थ्य और सामाजिक न्याय के बीच गहरे संबंध को भी स्थापित करता है। (Marmot, 2015). स्वास्थ्य असमानताओं के संरचनात्मक कारणों को और अधिक स्पष्ट करते हुए Paul Farmer (2004) ने "संरचनात्मक हिंसा" (Structural Violence) की अवधारणा प्रस्तुत की। उनके अनुसार गरीबी, सामाजिक असमानता, जाति, लिंग, राजनीतिक उपेक्षा तथा संस्थागत भेदभाव जैसी संरचनात्मक परिस्थितियाँ व्यक्तियों को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से बीमार बनाती हैं। फार्मर का तर्क है कि स्वास्थ्य समस्याओं का मूल कारण केवल जैविक संक्रमण नहीं, बल्कि समाज में विद्यमान अन्यायपूर्ण संरचनाएँ भी हैं। महिला भिखारियों के संदर्भ में यह दृष्टिकोण अत्यंत महत्वपूर्ण है, क्योंकि उनका जीवन सामाजिक बहिष्करण, असुरक्षित आवास, खाद्य असुरक्षा, हिंसा तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक सीमित पहुँच जैसी संरचनात्मक बाधाओं से प्रभावित होता है। इसलिए उनकी खराब स्वास्थ्य-स्थिति को व्यक्तिगत असफलता के बजाय सामाजिक अन्याय की अभिव्यक्ति के रूप में समझा जाना चाहिए। (Farmer, 2004) स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों की बहुआयामी प्रकृति को व्यवस्थित रूप से प्रस्तुत करते हुए डालग्रेन एवं व्हाइटहेड (1991) ने एक व्यापक वैचारिक मॉडल विकसित किया, जिसे आज भी जनस्वास्थ्य एवं समाजशास्त्र में व्यापक रूप से स्वीकार किया जाता है। इस मॉडल में व्यक्तिगत जीवनशैली, सामाजिक नेटवर्क, कार्य-परिस्थितियाँ, शिक्षा, आवास, पर्यावरण तथा व्यापक सामाजिक-आर्थिक एवं राजनीतिक नीतियों को स्वास्थ्य के प्रमुख निर्धारकों के रूप में प्रस्तुत किया गया है। उनका तर्क है कि स्वास्थ्य केवल व्यक्तिगत विकल्पों से निर्धारित नहीं होता, बल्कि व्यक्ति जिस सामाजिक संरचना में जीवन व्यतीत करता है, वही उसके स्वास्थ्य के अवसरों को निर्मित या सीमित करती है। महिला भिखारियों के जीवन में इन लगभग सभी प्रतिकूल निर्धारकों की उपस्थिति इस मॉडल को उनके स्वास्थ्य के अध्ययन हेतु अत्यंत उपयुक्त बनाती है (Dahlgren& Whitehead, 1991) । इसी क्रम में विल्किन्सन एवं पिकेट (2009) ने *The Spirit Level* में यह प्रतिपादित किया कि आय की असमानता केवल आर्थिक समस्या नहीं है, बल्कि यह सामाजिक एवं स्वास्थ्य संबंधी विषमताओं का प्रमुख कारण भी है। उनके अध्ययन से स्पष्ट होता है कि जिन समाजों में आर्थिक असमानता अधिक होती है, वहाँ मानसिक रोग, हिंसा, अपराध, कुपोषण, सामाजिक अविश्वास तथा कम जीवन-प्रत्याशा जैसी समस्याएँ अधिक देखने को मिलती हैं। उनके अनुसार समानतापूर्ण समाजों में स्वास्थ्य के परिणाम अपेक्षाकृत बेहतर होते हैं। महिला भिखारियों के संदर्भ में यह अध्ययन यह संकेत देता है कि उनकी स्वास्थ्य समस्याएँ व्यापक आर्थिक विषमता एवं सामाजिक बहिष्करण की अभिव्यक्ति हैं। (Wilkinson, & Pickett, 2009) ।

ब्रेवमैन एवं गॉटलिब (2014) ने स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों की समकालीन व्याख्या करते हुए यह स्पष्ट किया कि चिकित्सा सेवाएँ व्यक्ति के स्वास्थ्य का केवल एक सीमित भाग निर्धारित करती हैं, जबकि सामाजिक एवं आर्थिक परिस्थितियाँ स्वास्थ्य के वास्तविक कारण (Causes of the Causes) होती हैं। उन्होंने शिक्षा, रोजगार, आय, सामाजिक बहिष्करण, पड़ोस की परिस्थितियों तथा सामाजिक अवसरों को स्वास्थ्य का मूल आधार माना। उनके अनुसार यदि इन संरचनात्मक कारणों की उपेक्षा की जाती है, तो स्वास्थ्य असमानताओं को समाप्त करना संभव नहीं है। महिला भिखारियों के जीवन में इन सभी कारकों की प्रतिकूल उपस्थिति उनके खराब स्वास्थ्य की व्याख्या करने में इस अध्ययन को अत्यंत महत्वपूर्ण बनाती है। इसी विचारधारा को आगे विकसित करते हुए सोलर एवं इरविन (2010) ने विश्व स्वास्थ्य संगठन के लिए तैयार अपने वैचारिक ढाँचे में यह स्पष्ट किया कि स्वास्थ्य असमानताओं की उत्पत्ति राजनीतिक, आर्थिक एवं सामाजिक संरचनाओं से होती है। उन्होंने सामाजिक वर्ग, लैंगिक असमानता, सामाजिक बहिष्करण, सार्वजनिक नीतियों तथा संसाधनों के वितरण को स्वास्थ्य विषमताओं के मूल कारणों में सम्मिलित किया। उनके अनुसार यदि सामाजिक नीतियाँ समावेशी एवं न्यायपूर्ण नहीं होंगी, तो स्वास्थ्य असमानताएँ निरंतर बनी रहेंगी। महिला भिखारियों के संदर्भ में यह

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

अध्ययन दर्शाता है कि उनकी स्वास्थ्य समस्याएँ सामाजिक संरचना में विद्यमान बहुआयामी वंचनाओं का परिणाम हैं। स्वास्थ्य और सामाजिक संबंधों के मध्य संबंध को स्पष्ट करते हुए बर्कमैन एवं कवाची (2000) ने सामाजिक महामारी विज्ञान (Social Epidemiology) के माध्यम से यह प्रतिपादित किया कि सामाजिक पूंजी, सामाजिक नेटवर्क, सामुदायिक समर्थन तथा सामाजिक सहभागिता व्यक्ति के स्वास्थ्य को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करते हैं। जिन व्यक्तियों के सामाजिक संबंध कमजोर होते हैं अथवा जो सामाजिक रूप से अलग-थलग रहते हैं, उनमें मानसिक एवं शारीरिक रोगों की संभावना अधिक होती है। महिला भिखारियों के संदर्भ में सामाजिक अलगाव, पारिवारिक विघटन तथा सामुदायिक समर्थन का अभाव उनके स्वास्थ्य को और अधिक कमजोर बनाता है। इस प्रकार सामाजिक संबंध स्वयं स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण निर्धारक सिद्ध होते हैं।

उपरोक्त अध्ययनों के निष्कर्षों की पुष्टि करते हुए स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर गठित आयोग (Commission on Social Determinants of Health, 2008) ने निष्कर्ष निकाला कि स्वास्थ्य असमानताओं को कम करने के लिए केवल स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार पर्याप्त नहीं है। इसके लिए शिक्षा, रोजगार, लैंगिक समानता, सामाजिक सुरक्षा, सुरक्षित आवास, सम्मानजनक जीवन-परिस्थितियाँ तथा समावेशी सार्वजनिक नीतियों का विकास आवश्यक है। आयोग ने "स्वास्थ्य समानता" (Health Equity) को सामाजिक न्याय का मूल तत्व माना तथा यह प्रतिपादित किया कि जब तक समाज में संसाधनों एवं अवसरों का न्यायसंगत वितरण सुनिश्चित नहीं किया जाएगा, तब तक स्वास्थ्य असमानताओं को समाप्त नहीं किया जा सकता। महिला भिखारियों के संदर्भ में यह अध्ययन स्पष्ट करता है कि उनके स्वास्थ्य में स्थायी सुधार केवल चिकित्सकीय हस्तक्षेपों से नहीं, बल्कि व्यापक सामाजिक, आर्थिक एवं नीतिगत सुधारों के माध्यम से ही संभव है। अतः महिला भिखारियों के स्वास्थ्य में सुधार के लिए केवल अस्पतालों की संख्या बढ़ाना पर्याप्त नहीं होगा, बल्कि गरीबी उन्मूलन, सामाजिक सुरक्षा, पोषण कार्यक्रम, महिला सशक्तिकरण, समावेशी स्वास्थ्य नीतियाँ, सुरक्षित आवास, रोजगार सृजन तथा सामाजिक न्याय पर आधारित सार्वजनिक नीतियों को समान रूप से सुदृढ़ करना आवश्यक है।

महिला भिखारियों के स्वास्थ्य की समाजशास्त्रीय व्याख्या

महिला भिखारियों की स्वास्थ्य-स्थिति को समझने के लिए केवल जैव-चिकित्सकीय (Biomedical) दृष्टिकोण पर्याप्त नहीं है, क्योंकि उनका स्वास्थ्य अनेक सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक तथा संस्थागत कारकों से निर्मित होता है। समाजशास्त्रीय सिद्धांत यह स्पष्ट करते हैं कि स्वास्थ्य केवल व्यक्तिगत जैविक अवस्था का परिणाम नहीं, बल्कि सामाजिक संरचना, संसाधनों के वितरण, सामाजिक संबंधों, संस्थागत कार्यप्रणाली तथा सामाजिक अर्थ-निर्माण (Social Meaning) की प्रक्रिया से भी निर्धारित होता है। इस संदर्भ में संरचनात्मक प्रकार्यवाद, सामाजिक स्तरीकरण सिद्धांत, प्रतीकात्मक अंतःक्रियावाद, कलंक सिद्धांत तथा स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों का दृष्टिकोण महिला भिखारियों के स्वास्थ्य संबंधी प्रश्नों को समझने के लिए अत्यंत उपयोगी सैद्धांतिक आधार प्रदान करते हैं। महिला भिखारी समाज के उन अत्यंत वंचित एवं हाशिए पर स्थित समूहों में सम्मिलित हैं, जिनकी स्वास्थ्य-स्थिति को केवल जैव-चिकित्सकीय (Biomedical) दृष्टिकोण से समझना पर्याप्त नहीं है। यद्यपि जैव-चिकित्सकीय दृष्टिकोण रोगों के जैविक कारणों, निदान तथा उपचार पर बल देता है, किंतु महिला भिखारियों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अधिकांश कारक सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक एवं राजनीतिक संरचनाओं से गहराई से जुड़े होते हैं। अतः उनकी स्वास्थ्य-स्थिति का समग्र विश्लेषण समाजशास्त्रीय परिप्रेक्ष्य के माध्यम से अधिक उपयुक्त एवं वैज्ञानिक रूप से किया जा सकता है। समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण यह प्रतिपादित करता है कि स्वास्थ्य केवल व्यक्तिगत शारीरिक अवस्था नहीं है, बल्कि वह सामाजिक संरचना, आर्थिक संसाधनों के वितरण, लैंगिक संबंधों, सामाजिक बहिष्करण तथा राज्य की कल्याणकारी नीतियों का प्रतिफल भी है। महिला भिखारियों के संदर्भ में गरीबी, बेघरपन, कुपोषण, अस्वच्छ जीवन-परिस्थितियाँ, सुरक्षित पेयजल एवं स्वच्छता सुविधाओं का अभाव, स्वास्थ्य सेवाओं तक सीमित पहुँच, सामाजिक कलंक, भेदभाव तथा लैंगिक हिंसा जैसे कारक परस्पर अंतःक्रिया करते हुए उनकी स्वास्थ्य-स्थिति को अत्यंत कमजोर बना देते हैं। परिणामस्वरूप वे संक्रामक रोगों, कुपोषण, रक्ताल्पता (एनीमिया), प्रजनन एवं मातृ स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं, मानसिक अवसाद, चिंता, नशीली पदार्थों पर निर्भरता तथा दीर्घकालिक (Chronic) रोगों के उच्च जोखिम का सामना करती हैं। इस प्रकार उनकी खराब स्वास्थ्य-स्थिति किसी व्यक्तिगत असफलता का परिणाम नहीं, बल्कि समाज में विद्यमान संरचनात्मक असमानताओं, सामाजिक बहिष्करण एवं संस्थागत उपेक्षा का प्रत्यक्ष प्रतिबिंब है।

संघर्ष सिद्धांत

Karl Marx द्वारा प्रतिपादित संघर्ष सिद्धांत महिला भिखारियों की स्वास्थ्य-स्थिति को समझने के लिए एक महत्वपूर्ण वैचारिक आधार प्रदान करता है। इस सिद्धांत के अनुसार समाज विभिन्न वर्गों में विभाजित होता है, जहाँ संसाधनों, शक्ति तथा अवसरों का वितरण अत्यंत असमान होता है। पूँजीवादी व्यवस्था में आर्थिक एवं राजनीतिक शक्ति संपन्न वर्गों के हाथों में केंद्रित रहती है, जबकि समाज के निर्धन एवं वंचित वर्ग शिक्षा, रोजगार, आवास, पोषण तथा स्वास्थ्य जैसी मूलभूत सुविधाओं से वंचित रह जाते हैं। महिला भिखारी सामाजिक-आर्थिक पदानुक्रम के सबसे निचले स्तर पर स्थित होती हैं। उनके पास स्थायी आय, सुरक्षित आवास, सामाजिक सुरक्षा अथवा स्वास्थ्य बीमा जैसी सुविधाएँ उपलब्ध नहीं होतीं। फलस्वरूप वे गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच बनाने में असमर्थ रहती हैं। आर्थिक अभाव के कारण पर्याप्त एवं पौष्टिक भोजन न मिलना, स्वच्छ वस्त्रों एवं व्यक्तिगत स्वच्छता साधनों का अभाव, खुले स्थानों पर रहने की विवशता तथा प्रदूषित वातावरण में जीवन-यापन उन्हें संक्रामक रोगों, त्वचा रोगों, श्वसन संक्रमणों, तपेदिक, कुपोषण एवं अन्य दीर्घकालिक बीमारियों के प्रति अत्यधिक संवेदनशील बना देता है। संघर्ष सिद्धांत यह भी स्पष्ट करता है कि स्वास्थ्य सेवाएँ स्वयं सामाजिक असमानताओं से मुक्त नहीं हैं। निर्धन एवं भिखारी महिलाओं को अनेक बार अस्पतालों और स्वास्थ्य संस्थानों में सामाजिक पूर्वाग्रह, उपेक्षा तथा भेदभाव का सामना करना पड़ता है। परिणामस्वरूप वे समय पर उपचार प्राप्त नहीं कर पातीं, जिससे साधारण रोग भी गंभीर रूप धारण कर लेते हैं। इस प्रकार संघर्षवादी दृष्टिकोण यह स्थापित करता है कि महिला भिखारियों की खराब स्वास्थ्य-स्थिति व्यक्तिगत व्यवहार का परिणाम न होकर सामाजिक-आर्थिक असमानताओं तथा संसाधनों के अन्यायपूर्ण वितरण का प्रतिफल है (Marx, 1976; Annandale & Weitz, 2021) ।

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

नारीवादी सिद्धांत

नारीवादी सिद्धांत महिला भिखारियों के स्वास्थ्य संबंधी प्रश्नों को लैंगिक असमानता, पितृसत्तात्मक सत्ता-संबंधों तथा सामाजिक संरचनाओं के संदर्भ में समझने का प्रयास करता है। इस दृष्टिकोण के अनुसार महिलाओं का स्वास्थ्य केवल जैविक प्रक्रियाओं से निर्धारित नहीं होता, बल्कि समाज में उनकी सामाजिक स्थिति, निर्णय लेने की क्षमता, संसाधनों पर नियंत्रण तथा लैंगिक शक्ति-संबंधों से भी प्रभावित होता है। अनेक महिलाएँ घरेलू हिंसा, दहेज प्रताड़ना, विधवापन, वैवाहिक परित्याग, मानव तस्करी, पारिवारिक विघटन, अत्यधिक गरीबी, अशिक्षा तथा आर्थिक निर्भरता जैसी परिस्थितियों के कारण भीख माँगने के लिए विवश हो जाती हैं। एक बार इस जीवन-परिस्थिति में आने के पश्चात उन्हें निरंतर यौन उत्पीड़न, शारीरिक हिंसा, शोषण, असुरक्षित आवास, सामाजिक असुरक्षा तथा सार्वजनिक स्थलों पर असम्मानजनक व्यवहार का सामना करना पड़ता है। ऐसी परिस्थितियाँ उनके शारीरिक स्वास्थ्य के साथ-साथ मानसिक स्वास्थ्य पर भी गंभीर प्रतिकूल प्रभाव डालती हैं। महिला भिखारियों के लिए मासिक धर्म स्वच्छता बनाए रखना, स्वच्छ शौचालयों का उपयोग करना, सुरक्षित मातृत्व सेवाएँ प्राप्त करना, प्रसव-पूर्व एवं प्रसवोत्तर देखभाल कराना तथा परिवार नियोजन संबंधी सेवाओं तक पहुँचना अत्यंत कठिन होता है। परिणामस्वरूप उनमें एनीमिया, प्रजनन तंत्र संक्रमण (RTIs), यौन संचारित संक्रमण (STIs), उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था, मातृ मृत्यु तथा शिशु स्वास्थ्य संबंधी जटिलताओं की संभावना अधिक रहती है। इसके अतिरिक्त निरंतर सामाजिक अपमान, असुरक्षा एवं हिंसा के कारण अवसाद, चिंता, तनाव तथा मनोसामाजिक विकार भी व्यापक रूप से पाए जाते हैं। नारीवादी विद्वानों का तर्क है कि महिला भिखारियों की स्वास्थ्य समस्याओं का समाधान केवल चिकित्सीय हस्तक्षेपों से संभव नहीं है, बल्कि इसके लिए लैंगिक समानता, महिला शिक्षा, आर्थिक सशक्तिकरण, सामाजिक सुरक्षा, सुरक्षित आवास, हिंसा से संरक्षण तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक समान पहुँच सुनिश्चित करना आवश्यक है। दूसरे शब्दों में, महिला स्वास्थ्य को समझने के लिए पितृसत्ता, लैंगिक विभाजन, शक्ति-संबंधों एवं सामाजिक न्याय के प्रश्नों को केंद्र में रखना अनिवार्य है (Beauvoir, 2011; Doyal, 1995)।

संघर्ष सिद्धांत एवं नारीवादी सिद्धांत दोनों मिलकर यह स्पष्ट करते हैं कि महिला भिखारियों की स्वास्थ्य-स्थिति बहुआयामी सामाजिक संरचनाओं का परिणाम है। जहाँ संघर्ष सिद्धांत आर्थिक असमानता, वर्गीय शोषण तथा संसाधनों के असमान वितरण को स्वास्थ्य विषमताओं का मूल कारण मानता है, वहीं नारीवादी सिद्धांत यह दर्शाता है कि महिलाओं को लैंगिक भेदभाव, पितृसत्तात्मक नियंत्रण तथा सामाजिक हिंसा के कारण अतिरिक्त स्वास्थ्य जोखिमों का सामना करना पड़ता है। इन दोनों दृष्टिकोणों का संयुक्त विश्लेषण यह स्थापित करता है कि महिला भिखारियों की स्वास्थ्य समस्याएँ केवल गरीबी अथवा व्यक्तिगत जीवनशैली का परिणाम नहीं हैं, बल्कि वे वर्ग, लिंग, सामाजिक बहिष्करण तथा संस्थागत उपेक्षा के अंतर्संबंध (Intersectionality) से निर्मित होती हैं।

संरचनात्मक प्रकार्यवाद

Émile Durkheim के संरचनात्मक प्रकार्यवाद के अनुसार समाज एक समन्वित एवं संगठित व्यवस्था (Social System) है, जिसमें परिवार, शिक्षा, अर्थव्यवस्था, स्वास्थ्य व्यवस्था, धर्म, सामाजिक सुरक्षा तथा राज्य जैसी संस्थाएँ परस्पर जुड़ी हुई होती हैं। प्रत्येक संस्था समाज में संतुलन, एकीकरण तथा सामाजिक व्यवस्था बनाए रखने के लिए विशिष्ट कार्य (Functions) संपादित करती है। जब इनमें से कोई संस्था अपने दायित्वों का प्रभावी निर्वहन नहीं कर पाती, तब सामाजिक अव्यवस्था (Social Disorganization) एवं विकृति (Dysfunction) उत्पन्न होती है। महिला भिखारियों की स्थिति को इसी संस्थागत विफलता के परिणामस्वरूप समझा जा सकता है। अनेक महिलाएँ पारिवारिक विघटन, घरेलू हिंसा, पति द्वारा परित्याग, विधवापन, बेरोज़गारी, अशिक्षा, सामाजिक सुरक्षा योजनाओं की अपर्याप्तता तथा आर्थिक संसाधनों के अभाव के कारण भीख माँगने के लिए विवश हो जाती हैं। जब परिवार संरक्षण प्रदान करने में असफल रहता है, श्रम बाज़ार सम्मानजनक रोजगार उपलब्ध नहीं करा पाता, राज्य की कल्याणकारी योजनाएँ अंतिम व्यक्ति तक नहीं पहुँच पातीं तथा स्वास्थ्य संस्थाएँ समावेशी सेवाएँ उपलब्ध कराने में विफल रहती हैं, तब महिलाएँ सामाजिक बहिष्करण एवं अत्यधिक असुरक्षा की स्थिति में पहुँच जाती हैं। इन परिस्थितियों का प्रत्यक्ष प्रभाव उनके स्वास्थ्य पर पड़ता है। सुरक्षित आवास, पोषण, स्वच्छ जल, स्वच्छता, नियमित स्वास्थ्य परीक्षण, मातृ एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तथा मानसिक स्वास्थ्य सहायता के अभाव में महिला भिखारियाँ अनेक शारीरिक एवं मानसिक रोगों से ग्रस्त हो जाती हैं। इस प्रकार संरचनात्मक प्रकार्यवाद यह प्रतिपादित करता है कि महिला भिखारियों की खराब स्वास्थ्य-स्थिति व्यक्तिगत असफलता नहीं, बल्कि सामाजिक संस्थाओं के समुचित कार्य न कर पाने का परिणाम है। अतः उनके स्वास्थ्य में सुधार हेतु केवल चिकित्सकीय उपचार पर्याप्त नहीं, बल्कि परिवार, सामाजिक सुरक्षा, रोजगार, शिक्षा तथा सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं को अधिक उत्तरदायी एवं समावेशी बनाना भी आवश्यक है (Parsons,1951; Durkheim, 1951)।

मैक्स वेबर का सामाजिक स्तरीकरण सिद्धांत

Max Weber ने सामाजिक असमानता को केवल आर्थिक वर्ग तक सीमित न मानकर वर्ग (Class), प्रतिष्ठा (Status) तथा शक्ति (Power) के बहुआयामी आधारों पर समझाया। वेबर के अनुसार समाज में व्यक्तियों के जीवन के अवसर (Life Chances) उनके सामाजिक-आर्थिक संसाधनों, प्रतिष्ठा तथा निर्णय-निर्माण की प्रक्रिया में भागीदारी पर निर्भर करते हैं। महिला भिखारी समाज के सबसे निम्न सामाजिक स्तर पर स्थित होती हैं। उनके पास न तो आर्थिक संसाधन होते हैं, न सामाजिक प्रतिष्ठा और न ही राजनीतिक प्रतिनिधित्व। परिणामस्वरूप वे सामाजिक एवं संस्थागत भेदभाव का सामना करती हैं। अनेक बार अस्पतालों, सरकारी कार्यालयों तथा सार्वजनिक संस्थानों में उनके साथ असमान व्यवहार किया जाता है, जिससे स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुँच और अधिक सीमित हो जाती है। वेबर की "जीवन के अवसर" (Life Chances) की अवधारणा महिला भिखारियों की स्वास्थ्य-स्थिति को स्पष्ट रूप से समझाती है। निम्न सामाजिक-आर्थिक स्थिति के कारण उन्हें पौष्टिक भोजन, सुरक्षित आवास, गुणवत्तापूर्ण चिकित्सा, स्वच्छ वातावरण तथा शिक्षा जैसी मूलभूत सुविधाएँ प्राप्त नहीं हो पातीं। परिणामस्वरूप उनका स्वास्थ्य निरंतर गिरता जाता है तथा वे संक्रमण, कुपोषण, मातृ स्वास्थ्य संबंधी जटिलताओं, मानसिक रोगों एवं समयपूर्व मृत्यु के अधिक जोखिम में रहती हैं। इस प्रकार स्वास्थ्य असमानता वस्तुतः सामाजिक स्तरीकरण का प्रत्यक्ष परिणाम है (Weber, 1978/1946)।

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

प्रतीकात्मक अंतःक्रियावाद

प्रतीकात्मक अंतःक्रियावाद यह प्रतिपादित करता है कि सामाजिक जीवन दैनिक अंतःक्रियाओं तथा उनके माध्यम से निर्मित अर्थों पर आधारित होता है। George Herbert Mead तथा Herbert Blumer के अनुसार व्यक्ति की पहचान, आत्म-धारणा तथा व्यवहार सामाजिक अंतःक्रियाओं से निर्मित होते हैं। महिला भिखारियों के संदर्भ में समाज प्रायः उन्हें "गंदी", "आलसी", "अपराधी", "निकम्मी", "अयोग्य" अथवा "दया की पात्र" जैसी नकारात्मक सामाजिक संज्ञाओं से संबोधित करता है। समय के साथ ये सामाजिक लेबल उनकी आत्म-छवि तथा आत्मसम्मान को प्रभावित करने लगते हैं। निरंतर अपमान, तिरस्कार एवं सामाजिक अस्वीकृति के कारण वे स्वयं को समाज से पृथक अनुभव करती हैं तथा स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुँचने में भी संकोच करती हैं। अस्पतालों एवं स्वास्थ्य केंद्रों में संभावित अपमान, असंवेदनशील व्यवहार अथवा भेदभाव की आशंका उन्हें उपचार लेने से रोकती है। परिणामस्वरूप अनेक बीमारियाँ प्रारंभिक अवस्था में उपचारित नहीं हो पातीं और समय के साथ गंभीर रूप धारण कर लेती हैं। इस दृष्टिकोण से स्वास्थ्य केवल चिकित्सकीय सेवा का प्रश्न नहीं, बल्कि सामाजिक सम्मान, पहचान तथा सकारात्मक सामाजिक अंतःक्रियाओं का भी परिणाम है (Mead, 1934; Blumer, 1969)।

एर्विंग गोफमैन का कलंक सिद्धांत

Erving Goffman का कलंक सिद्धांत महिला भिखारियों के सामाजिक अनुभवों को समझने के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण है। गोफमैन के अनुसार समाज कुछ पहचानों को "कलंकित" (Stigmatized Identities) बना देता है, जिसके कारण संबंधित व्यक्ति सामाजिक सम्मान, अवसरों तथा संसाधनों से वंचित हो जाते हैं। महिला भिखारियाँ प्रायः बहुस्तरीय (Multiple) एवं अंतर्विभेदी (Intersecting) कलंक का सामना करती हैं। वे केवल गरीब ही नहीं होतीं, बल्कि अनेक मामलों में बेघर, विधवा, परित्यक्ता, दिव्यांग, मानसिक रोग से ग्रस्त अथवा सामाजिक रूप से आश्रित भी होती हैं। इन सभी पहचानों का संयुक्त प्रभाव उनके सामाजिक जीवन को और अधिक कठिन बना देता है। यह सामाजिक कलंक उन्हें स्वास्थ्य सेवाओं, रोजगार, सामाजिक सुरक्षा योजनाओं तथा सामुदायिक सहयोग से दूर कर देता है। लगातार अपमान एवं सामाजिक अस्वीकृति के कारण उनमें अवसाद, चिंता, अकेलापन, आत्मसम्मान में कमी तथा सामाजिक अलगाव की भावना विकसित हो जाती है। फलस्वरूप अनेक शारीरिक एवं मानसिक रोग बिना उपचार के रह जाते हैं। इस प्रकार कलंक स्वयं स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण सामाजिक निर्धारक बन जाता है (Goffman, 1963) ।

उपर्युक्त सभी समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण यह स्थापित करते हैं कि महिला भिखारियों का स्वास्थ्य एक बहुआयामी सामाजिक यथार्थ है। संरचनात्मक प्रकार्यवाद संस्थागत विफलताओं को, वेबर का सामाजिक स्तरीकरण सिद्धांत वर्ग, प्रतिष्ठा एवं शक्ति की असमानताओं को, प्रतीकात्मक अंतःक्रियावाद सामाजिक अर्थों एवं दैनिक अंतःक्रियाओं को, गोफमैन का कलंक सिद्धांत सामाजिक बहिष्करण एवं पहचान के संकट को तथा स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों का दृष्टिकोण व्यापक सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों को स्वास्थ्य विषमताओं का आधार मानता है। इन सभी सिद्धांतों का समन्वित अध्ययन यह स्पष्ट करता है कि महिला भिखारियों की स्वास्थ्य समस्याएँ किसी एक कारण का परिणाम नहीं हैं, बल्कि वे सामाजिक संरचना, आर्थिक वंचना, लैंगिक असमानता, संस्थागत उपेक्षा, सामाजिक कलंक तथा सीमित जीवन-अवसरों के संयुक्त प्रभाव से निर्मित होती हैं। अतः महिला भिखारियों के स्वास्थ्य में सुधार हेतु केवल चिकित्सा सेवाओं का विस्तार पर्याप्त नहीं होगा। इसके लिए सामाजिक सुरक्षा योजनाओं का प्रभावी क्रियान्वयन, सम्मानजनक आवास, पोषण सुरक्षा, लैंगिक न्याय, गुणवत्तापूर्ण एवं सुलभ स्वास्थ्य सेवाएँ, मानसिक स्वास्थ्य सहायता, सामाजिक पुनर्वास तथा गरिमापूर्ण आजीविका के अवसर उपलब्ध कराना समान रूप से आवश्यक है। इसलिए उनके स्वास्थ्य-सुधार हेतु बहुक्षेत्रीय (Multi-sectoral), अधिकार-आधारित (Rights-based) तथा समावेशी (Inclusive) सामाजिक नीतियों का निर्माण एवं प्रभावी क्रियान्वयन अत्यंत आवश्यक है। समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण इसी व्यापक परिप्रेक्ष्य को प्रस्तुत करता है, जिसके माध्यम से महिला भिखारियों की स्वास्थ्य-स्थिति को अधिक गहराई एवं समग्रता के साथ समझा जा सकता है।

संदर्भ सूची

1. Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
2. Blumer H. *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Berkeley: University of California Press; 1969.
3. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129 Suppl 2:19-31. doi:10.1177/00333549141291S206.
4. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum*. 1989;1989(1):139-167.
6. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
7. Durkheim E. *The social system*. New York: Free Press; 1951.
8. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. Spaulding JA, Simpson G, translators. New York: Free Press; 1951. Originally published in 1897.
9. Farmer P. An anthropology of structural violence. *Curr Anthropol*. 2004;45(3):305-325. doi:10.1086/382250.
10. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res*. 1969;6(3):167-191. doi:10.1177/002234336900600301.
11. Gerth HH, Mills CW, editors. *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: Oxford University Press; 1946.
12. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1963.
13. Johnson G, Ribar DC, Zhu A. *Women's homelessness: International evidence on causes, consequences, coping strategies, and policies*. IZA Discussion Paper No. 10614. Bonn: Institute of Labor Economics; 2017.
14. Marmot M. *The health gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury Publishing; 2015.

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

15. Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
16. Marx K. *Capital: A critique of political economy*. Vol. 1. Fowkes B, translator. London: Penguin Classics; 1976. Originally published in 1867.
17. Mead GH. *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press; 1934.
18. Office of the Registrar General and Census Commissioner, India. *Census of India 2011: Houseless population*. New Delhi: Government of India; 2011.
19. Rahaman M, Das KC. Beyond the margins: Antenatal health and healthcare behaviours among homeless women in Kolkata Municipal Corporation, India. *J Biosoc Sci*. 2024;56(5):864-884. doi:10.1017/S0021932024000324.
20. Rahaman M, Das KC. Differentials in self-reported health status and healthcare utilization among homeless women during the antenatal period in urban settings: Does migration status matter? *J Migr Health*. 2024; 10:100246. doi: 10.1016/j.jmh.2024.100246.
21. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. United Nations. *Report of the Special Rapporteur on the right to adequate housing*. New York: United Nations; 2020.
23. Weber M. *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. Roth G, Wittich C, editors. Berkeley: University of California Press; 1978.
24. Weber M. Class, status, party. In: Gerth HH, Mills CW, editors. *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: Oxford University Press; 1946. p.180-195.
25. Wilkinson RG, Pickett K. *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*. London: Allen Lane; 2009.
26. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
27. World Health Organization. *World report on social determinants of health equity*. Geneva: World Health Organization; 2025.
28. The Second Sex. New York: Vintage Books; 2011. Originally published in 1949.
29. Annandale E, Weitz R. *The sociology of health and illness: Critical perspectives*. 11th ed. New York: Worth Publishers; 2021.
30. Doyal L. *What makes women sick: Gender and the political economy of health*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 1995.
31. Hankivsky O. *Intersectionality*. 2nd ed. Cambridge: Polity Press; 2020.

Creative Commons (CC) License

This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) license. This license permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

© 2025 शिवांगी, आरती कुमारी. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC ND). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/