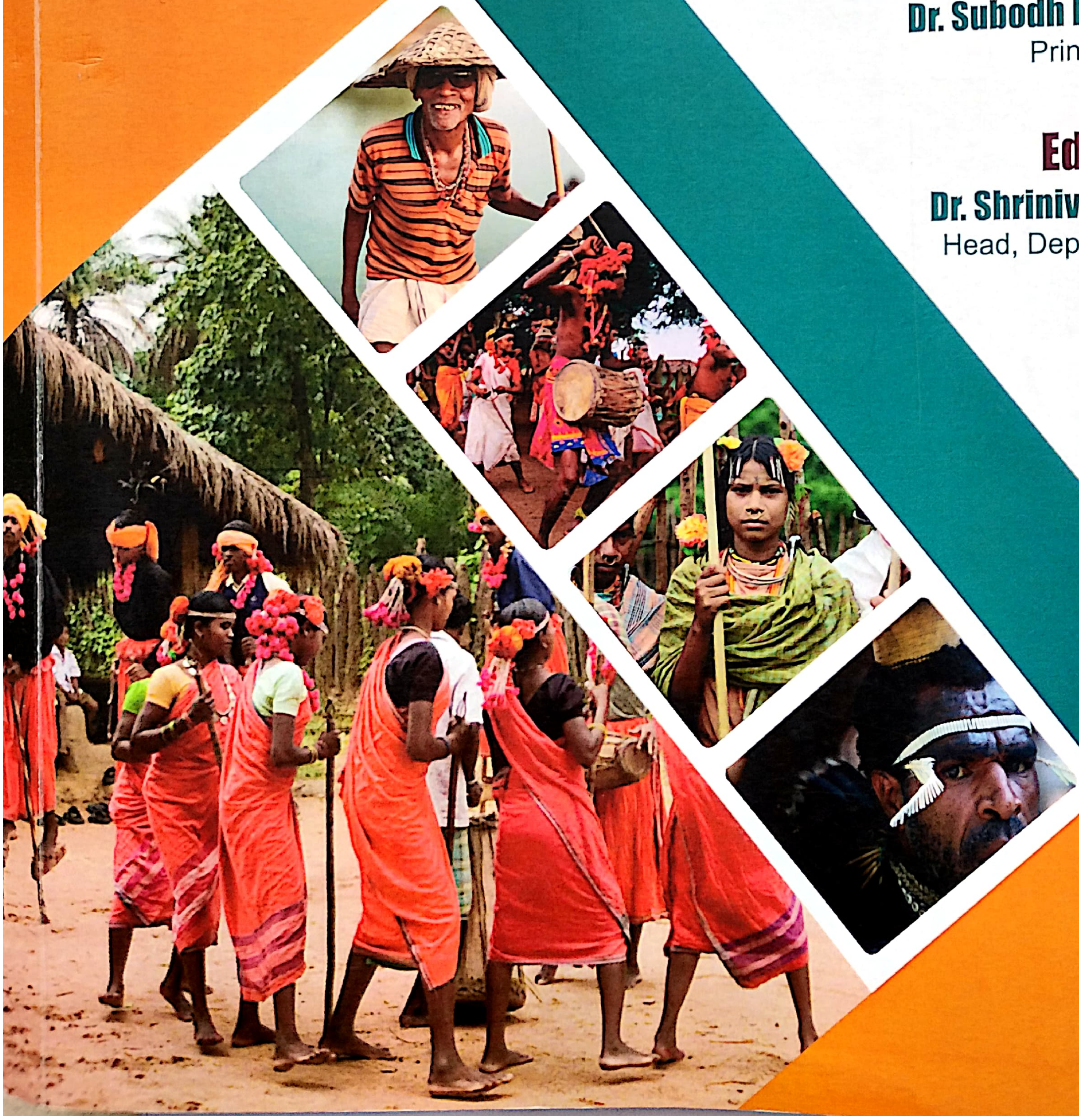
IMPACT FACTOR (SJIF) 2021= 7.380 ISSN 2319-4766
AN INTERNATIONAL PEER REVIEWED & REFEREED JOURNAL
SCHOLARLY RESEARCH JOURNAL FOR INTERDISCIPLINARY STUDIES
SRJIS
APRIL-JUNE,2021, VOL- 10, ISSUE-57

Special Issue of Department of Sociology, Lokmanya Mahavidyalaya Warora, Dist. Chandrapur (MS)

Date: 26 June 2021

TRIBAL SOCIETY

IN CONTEMPORARY INDIA : ISSUES , PROBLEMS & REMEDIES



Chief Editor
Dr. Subodh Kumar Singh
Principal

Editor
Dr. Shrinivas Pilgulwar
Head, Dept of Sociology

Book-3

Scanned with OKEN Scanner

IMPACT FACTOR (SJIF) 2021= 7.380

ISSN 2319-4766

An International Peer Reviewed & Refereed Journal

SCHOLARLY RESEARCH JOURNAL FOR INTERDISCIPLINARY STUDIES

APRIL-JUNE, 2021, VOL- 10, ISSUE-57

Index

SR. NO.	AUTHOR NAME	PAGE.NO.
101	नांदेड जिल्हयातील भिल्ल जमातीच्या शैक्षणिक प्रगतीचे समाजशास्त्रीय अध्ययन *डॉ. श्रीनिवास नरहरी पिलगुलवार*	605-614
102	वनविषयक कायदे व आदिवासी *डॉ. डी. जी. म्हशाखेत्री*	615-620
103	समकालीन भारतातील आदिवासी चळवळी *डॉ. नागसेन नामदेव मेश्राम*	621-629
104	आदिवासी समाजातील लिंगभाव असमानता आणि आरोग्य प्रश्न *डॉ. कविता दि. मुनेश्वर*	630-633
105	आदिवासी समाजातील सामाजिक आंदोलने व परिवर्तन *प्रा. डॉ. कमलाकर पी. तागडे*	634-642
106	आदिवासी समाजातील बालकामगारांच्या समस्यांचे समाजशास्त्रीय अध्ययन (विशेष संदर्भ : गडचिरोली जिल्ह्यातील आरमोरी तालुका) *प्रा. डॉ. गजेंद्र माणिकराव कढव*	643-650
107	आदिवासींच्या विकासासाठी शासनाचे प्रयत्न *प्रा. डॉ. दिपक एम. सुखदेवे*	651-656
108	आदिवासींची सामाजिक संरचना : प्रश्न आणि उपाय *डॉ. चंद्रकांत ध. कांबळे*	657-666
109	आदिवासी समाजातील स्त्रियांच्या आरोग्याची समस्या *डॉ. विलास चव्हाण*	667-670
110	आदिवासी स्त्री समस्या *प्रा. रीता द. वाळके*	671-673
111	आदिवासींचे कुपोषण — एक समाजशास्त्रीय अध्ययन *प्रा. डॉ. रविंद्र विठोबा विखार*	674-680

Scanned with OKEN Scanner

		681-685
112	भारतातील आदिवासी समाजाच्या समस्या *डॉ. रामेश्वर एम. मोरे*	686-689
113	भारतातील आदिवासींच्या प्रमुख समस्या *डॉ. आर. व्ही. मोरे*	690-692
114	खासी व गोरा या आदिवासी जमातीतील मातृसत्ताक पद्धती व स्त्रियांचा दर्जा *डॉ. राजाराम रामा पिंपळपल्ले*	693-700
115	बिरसा मुंडा एक बहुआयामी आदिवासी नेतृत्व, एक बहुआयामी आदिवासी चळवळ *प्रा. डॉ. प्रकर्ष सुभाषराव देशमुख*	701-707
116	गडचिरोली जिल्हयातल्या भामरागड तालुक्यातील माडिया गोंडांचे समाजजीवन : एक भौगोलिक दृष्टिक्षेप *प्रा. डॉ. दिलीप मनोहरराव मुगळे*	
117	विदर्भातील आदिवासी समाजातील सार्वजनिक आरोग्यविषयक प्रश्न (परिणाम व उपाय) *डॉ. दिलीप पांडुरंग महाजन*	708-717
118	आदिवासींच्या शैक्षणिक समस्या, घटनात्मक तरतूदी आणि कायदे *प्रा. डॉ. डी. टी. शेंडे*	718-726
119	आधुनिकीकरणामुळे गोंड जमातीतील स्त्रीयांमध्ये झालेले परिवर्तन (विशेष संदर्भ — झरीजामणी तालुका) *डॉ. छाया नेम्माणीवार*	727-730
120	मुलचेरा तालुक्यातील आदिवासी समाजाचे आर्थिक अध्ययन *प्रा. डॉ. भारत हिम्मंतराव पांडे*	731-737
121	कोरोना महामारी आणि आदिवासी शिक्षण *Shelake Dnyaneshwar Waman*	738-741
122	आदिवासी आणि नागरी समाज: जीवनपध्दती आणि मुल्ये यांचे तुलनात्मक अध्ययन *डॉ. प्रविण दिगांबर मुधोळकर*	742-751
123	आदिवासी विकासयोजनांचा आदिवासींवर विकासात्मक प्रभाव *डॉ. विनोद बी. खेडकर*	752-756
124	भारतातील आदिवासींच्या सामाजिक चळवळींचा विश्लेषणात्मक अभ्यास *डॉ. ज्योती अरविंद पोटे*	757-766
125	आदिवासी क्षेत्रातील बालकांच्या कुपोषणाची कारणे व उपाययोजना *डॉ. माया बी. मसराम*	767-771

Scanned with OKEN Scanner

विदर्भातील आदिवासी समाजातील सार्वजनिक आरोग्यविषयक प्रश्न (परिणाम व उपाय)

डॉ. दिलीप पांडुरंग महाजन

प्रोफेसर तथा अर्थशास्त्र विभाग प्रमुख, एस.पी.एम. तात्यासाहेब महाजन कला व वाणिज्य महाविद्यालय, चिखली, जि.बुलडाणा (म.रा.) ४४३२०१ मो.९४२०१८२१२८, ई.मेल–dilipmahajan1969@gmail.com

प्रस्तावना

चांगले आरोग्य असणे हे एक सामाजिक ध्येय आहे. आपल्या घटनेनेही सार्वजनिक आरोग्यात सुधारणा करणे, लोकांचे राहणीमान सुधारणे, त्यांच्या पोशणाचा स्तर वाढविणे या बाबी सरकार आपल्या प्राथमिक कर्तव्यापेक्षा भारतीय संविधानाचे कलम ४७ नुसार एक मानले तर घटनेच्या २१ व्या कलमात जगण्याचा हक्क येतो. त्यानुसार आरोग्य हा मुलभूत हक्क आहे. घटनेने मुलभूत हक्क म्हणून आरोग्य हक्काची हमी दिली असल्याचे सर्वोच्च न्यायालयाने रतलाम नगर पालिकेशी संबंधीत प्रकरणात १९८० साली स्पष्ट केले आहे. सार्वजनिक आरोग्य व औषधीय सुविधेवर गंभीर विचार करुन सामान्य माणसाला खात्रीशिर गुणवत्तापुर्ण औषधीय सुविधा मिळण्याची तजवीज केली आहे. हे ध्येय साध्य करण्यासाठी सरकार देखील आरोग्य सुविधा व लोकांना दिर्घकालीन गुणवत्तापुर्ण आरोग्याच्या सुविधांची तजवीज करुन कार्यक्षमता, सुलभता, सामर्थ्य, यादृष्टिने विस्तीर्ण मापन करुन लोकसंख्येला पौष्टीक आहार, गुणकारी व प्रतिबंधक औषधांची उपलब्धता करणे, हे शासनासमोर मोठे आव्हान आहे. एड्स, मधुमेह, टी.बी., कॅन्सर, चिकनगुणीया, H_1H_1 इ. रोगांच्या औषधीय सुवीधांचा साठा वाढविण्याची गरज आहे. तसेच डोंगराळ व आदिवासी भागात औषधीय सुविधांची उपलब्धता करणे निकडीचे आहे. आजही बालमृत्यू, माता मृत्यू प्रमाण कमी करणे गरजेचे आहे. वाढती लोकसंख्या नियंत्रीत करुन आरोग्याची प्रादेशिक विषमता कमी करण्यासाठी सरकारला आरोग्याच्या हक्काने धोरणात्मक कारवाई करणे अत्यंत आवश्यक आहे. कूपोषणामुळे जुन २०२० मध्ये २४५९ तीव्र व मध्यम कुपोषणाची प्रकरणे समोर आली. एकटया बुलडाणा जिल्ह्यात २०१९ मध्ये १७७, २०२० मध्ये ३२०, २०२१ मध्ये १०४ तीव्र कुपोषित बालके आढळली. मानवी जीवन सुदृढ राहण्यासाठी आरोग्याचे वेगळेच महत्व आहे. निरामयी आरोग्य अबाधीत राखण्यासाठी रुग्णालयातुन मिळणारी आरोग्य सेवा त्यासाठी आवश्यक मानली जाते. रुग्णवाहीकांची संख्या महाराष्ट्रात १४९७४ एवढीच आहे. एक लाख लोकसंख्येमागे फक्त १२ च रुग्णवाहिका असल्याचे निदर्शनास आले. १९७९ मध्ये हे प्रमाण फक्त ०.९ इतकेच होते म्हणून या अनुषंगाने ह्या संशोधनावर शोधनिबंधात विदर्भातील आदिवासी समाजातील सार्वजनिक आरोग्य विषयक प्रश्न (परिणाम व उपाय) या विषयावर प्रकाशझोत टाकण्याचा थोडक्यात प्रयत्न करण्याचा आटापिटा संशोधकाने केला आहे.

विषयाचा परिचय

सर्वांसाठी आरोग्य ही जागतिक आरोग्य संघटनेचे दुरदृष्टीमुळे ७ एप्रिल १९४८ पासुन यावर भर देण्यात येत आहे. त्यासाठी १९५७ मध्ये बळवंतराव मेहता समिती स्थापन करुन या समितीने त्रीस्तरीय पंचायतराज पध्दतीची शिफारस केली. ग्रामिण भागात प्रोत्साहनात्मक प्रतिबंधात्मक व उपचारात्मक सेवा देण्यासाठी प्रत्येक आरोग्य केंद्राच्या अंतर्गत ३ आरोग्य उपकेंद्र अशी रचना केली गेली. लोकांना वैद्यकीय सेवा पुरविणे, संसर्गजन्य आजारांपासून त्यांचे संरक्षण करणे, माता व बाल आरोग्य कार्यक्रम, कुटूंब कल्याण, शालेय आरोग्य, आरोग्य शिक्षण, पोषाहार कार्यक्रम

Scanned with OKEN Scanner

राबविणे, या जबाबदाऱ्या प्राथमिक आरोग्य केंद्रावर सोपविण्यात आल्या, सामान्य क्षेत्रात दर ५००० लोकसंख्येसाठी एक आरोग्य उपकेंद्र तर दुर्गम व डोंगराळ भागासाठी दर ३००० लोकसंख्येसाठी एक उपकेंद्र असा निकष ठरवला गेला. प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या बाबतही सामान्य क्षेत्रात दर ३०,००० लोकसंख्येसाठी एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र तर दुर्गम व डोंगराळ भागात दर २०००० लोकसंख्येसाठी एक प्राथमिक आरोग्य केंद्र असा निकष ठरविण्यात आला. आजही याच निकषानुसार प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व उपकेंद्रे स्थापन करण्यात येतात.

लोकांना विविध तज्ञ डॉक्टरांच्या सेवा उपलब्ध व्हाव्यात, शस्त्रक्रिया सुविधा, तपासण्या व अन्य उपचा प्राप्त व्हावेत म्हणून दर ४ प्राथमिक आरोग्य केंद्रामागे एक ग्रामीण रुग्णालय अथवा कम्युनिटी हेल्थ सेंटर व प्रत्येक जिल्ह्यासाठी एक सामान्य रुग्णालय अशा पध्दतीने सरकारी आरोग्य संस्थांची स्थापना करण्यात आली.

अभ्यास विषयाची उद्दिष्टे

१. आदिवासी भागातील सार्वजनिक आरोग्य कार्यक्रमांचा अभ्यास करणे
२. आरोग्यावर होणाऱ्या खर्चाचा अभ्यास करणे.
३. आदिवासी क्षेत्रांतील समस्यांचा अभ्यास करणे.
४. आदिवासी क्षेत्रातील सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्था मजबूत करण्यासाठी समस्यांवर उपाय सुचविणे.
५. सार्वजनिक आरोग्य सुविधांबद्दल आदिवासींचे अनुभव अभ्यासणे.

अभ्यासाची गृहितके

१. डोंगराळ आदिवासी भागात आरोग्य सुविधांचा तुटवडा आहे
२. आदिवासी समाजात अंधश्रध्दांचा पगडा आहे
३. लाभार्थी आदिवासी भागातील आहे
४. आरोग्य असुविधांमुळे कार्यक्षमतेवर व आरोग्यावर परिणाम होतो.

अभ्यासाची संशोधन पध्दती

सदरचा संशोधन पर शोध निबंध लेखासाठी दुय्यम साधनांचा उपयोग करण्यात आला आहे. दुय्यम माहितीसाठी विविध पुस्तके, ग्रंथ, वार्षिकांक, अहवाल, मासिके, साप्ताहिके व विविध दैनिक वर्तमान पत्रे इ. चा उपयोग करण्यात आला आहे. ही साधने आरोग्याशी संबंधीत विषयाशी निगडीत आहेत.

भारतातील व महाराष्ट्रातील आदिवासी लोकसंख्येचे प्रमाण

तपशील	१९६१	१९७१	१९८१	१९९१	२००१
एकुण लोकसंख्या	३९५.५४	५०४.१२	६२७.८४	७८९.३७	९६८.७९
एकुण आदिवासी लोकसंख्या	२३.०७	३८.४१	५७.७२	७३.१८	८५.७७
आदिवासी लोकसंख्येची एकुण लोकसंख्येशी टक्केवारी	५.८३	७.६२	९.१९	९.२७	८.८५

भारतात आदिवासी लोकसंख्येचे एकुण लोकसंख्येशी असणारे राष्ट्रीय पातळीवरील प्रमाण ८.०१ टक्के तर महाराष्ट्रात हेच प्रमाण ९.२७ टक्के एवढे आहे.

Scanned with OKEN Scanner

महाराष्ट्राची एकुण व आदिवासी लोकसंख्या

महाराष्ट्राची आरोग्यसेवा स्थिती (२०१३)

राज्यातील डॉक्टरांची एकुण संख्या	:– २१८०००	एकुण प्राथमिक आरोग्य केंद्रे	:– १८०९
ॲलोपॅथी	:– ७८०००	आदिवासी भाग	:– ३१५
होमीओपॅथी	:– ६००००	बिगर आदिवासी भाग	:– १४९४
इंटिग्रेटेड (आयुर्वेद, युनानी)	:– ८००००	एकुण उपकेंद्रे	:– १०५८०
एकुण परिचारिका	:– ५९०००	आदिवासी भाग	:– २०७६
(सरकारी ३०००० व खासगी सेवेतील २९०००)		बिगर आदिवासी भाग	:– ८५०४
एकुण रुग्णालये व दवाखाने	:– ५००००	एकुण ग्रामीण रुग्णालये	:– ३६३
उपजिल्हा रुग्णालये (१०० खाटांची)	:– २५	आदिवासी रुग्णालये	:– ६७
उपजिल्हा रुग्णालये (५० खाटांची)	:– ५६	बिगर आदिवासी रुग्णालये	:– २९६
जिल्हा रुग्णालये	:– २३		
सर्वोपचार रुग्णालये	:– ४		
महिला रुग्णालये	:– ११		
सुपर स्पेशालीटी रुग्णालये	:– ०२		

भारतात दरवर्षी १.४ दशलक्ष मुले वयाची ५ वर्षे पुर्ण होण्याआधीच मृत्यु पावतात. दरवर्षी अंदाजे ५६ हजार माता आपल्या बाळाला जन्म दिल्यादिल्याच जगाचा निरोप घेतात. भारतात दरवर्षी आरोग्यावर होणाऱ्या खर्चामुळे ४० दशलक्ष कुटूंबे दिवाळखोर होतात.

योजना आयोगानुसार शहरातील प्रतिव्यक्ती प्रतिदिन ३२ रु. व ग्रामीण प्रतिव्यक्ती प्रतिदिन २६ रुपये खर्च करणारा व्यक्ती दारिद्रय रेषेच्यावर मुरला जातो.

महाराष्टात आरोग्य खर्च ग्रामीण व शहरी भागासाठी २७५ रु. होता.

सध्या केंद्र सरकार आरोग्यावर दरवर्षी दरडोई सरासरी ६०० रुपये तर राज्य सरकारने सरासरी १२०० रु खर्च करतात. दोन्ही मिळून १८०० रु होतात. जनता आपल्या खिश्यातुन त्याच्या अडीचपटीहुन जास्त म्हणजे दरवर्षी दरडोई ४५०० रु खर्च करते.

वर्ष	दरडोई आरोग्यावर खर्च (रुपयात)
२०१३–१४	९१३
२०१४–१५	९७३
२०१५–१६	११९२
२०१६–१७	१३९७
२०१७–१८	१६५७
२०१८–१९	१८००

Scanned with OKEN Scanner

जागतिक स्तरावर भारत ११२ व्या क्रमांकावर आहे कारण भारतात राष्ट्रीय उत्पन्नाच्या १ टक्का इतकी रक्कमही आरोग्यावर खर्च होत नाही. इतर देशांच्या तुलनेत भारतात डॉक्टरांची संख्याही खुपच कमी आहे. दर १००० लोकांमध्ये १ डॉक्टर सुध्दा नाही. सरकारी आकडेवारी नुसार सध्या भारतात प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, सार्वजनिक आरोग्य केंद्रे, उपविभागीय रुग्णालये, जिल्हा रुग्णालये इ. मिळून ३७७२५ दवाखाने असुन यात केवळ ७३९०२४ खाटा आहेत. खाजगी दवाखान्यातील बेड सह देशात १३ लाख बेड पेक्षा जास्त बेड नाहीत.

दर/वर्ष	भारत १९७१	भारत १९९४	भारत २००९	भारत २०११	भारत २०१३	भारत २०१७	महाराष्ट्र २०११
जन्मदर (दर हजारी)	३२.२	—	१७.६	२१.८	१६.७	२०.२	१६.७
मृत्युदर (दर हजारी)	१२.३	—	६.७	७.१	६.३	६.३	६.३
अर्भक मृत्युदर (दर हजारी)	१०५	७४	३१	४४	२५	३३	२५
माता मृत्युदर (दर हजारी)	—	६००	—	—	१०४	१२२	१०४
जनन दर	—	—	—	—	१.९	२.३	१.९
आर्युमान	—	५८	—	—	—	६९	७२

विशेषत: विदर्भातील आदिवासी समाजातील स्त्रीयांमध्ये पोषणामुळे ॲनिमिया (रक्ताची कमतरता) सुक्ष्म पोषण द्रव्याची कमी, बॉडी मॉस इंडेक्स कमी दिसुन येतो. आरोग्यदायी जीवन जगण्याच्या संधीची कमी व कमी पोषणाचे परिणाम हे स्त्रीयांचे आजार वाढून त्यातुन माता मृत्यूचे प्रमाण व कमी वजनाच्या बाळांचे जन्माचे २५० ग्रॅम वजनापेक्षा कमी वनज जन्माचे वेळी प्रमाण वाढते.

वर्ष	कॅलरिज प्रतिव्यक्ती प्रति दिवस
१९९३	२४३२
२००४–०५	२२६१

गरीबी, कमी उत्पन्न, अन्नसुरक्षिततेतील कमी, अन्नसुरक्षा व आरोग्य कार्यक्रमांच्या अंमलबजावणीतील शासकीय विभागाचे अपयश, यांचा एकात्मिक परिणाम मृत्युचे कमी पोषणाचा प्रश्न होय.

विदर्भात ३३ टक्के लोक स्त्री व पुरुष कमी वजनाचे आहेत. त्यातील १५ टक्के लोकसंख्या तिव्र कमी वजनातील आहेत. ३ वर्षाखालील मुलांमध्ये ४० टक्के मुले कमी वजनाची तर ३८ टक्के कमी उंचीची आहेत. महाराष्ट्रात ५० टक्के महिलांचा ॲनिमिक अंगात रक्ताची कमतरता आहेत. २/३ बालके ही ॲनिमिक आहेत त्यापैकी ४० टक्के बालके मध्यम व तिव्र ॲनिमिक आहेत. प्रति व्यक्ती प्रति दिवस आवश्यक कॅलरिजची गरज व प्रथिने खाण्याचे प्रमाण शहरी विभागात कमी झाले आहे.

विदर्भातील आदिवासी भागातील सार्वजनिक आरोग्यविषयक सुविधा

आदिवासी भागात भुप्रदेश दुर्गम असतो. दळणवळणाची साधने कमी असतात. वेळी अवेळी पुरेशा प्रमाणात आरोग्यसेवा उपलब्ध करुन देता येत नाही. आदिवासी भागातील जनतेच्या राहणीमानाचा दर्जा कमी असुन त्यांचे अज्ञान, मागासलेपणा, कुपोषण, निरक्षरता, जंतुसंसर्ग इ. मुळे आदीवासी भागात वेगवेगळया रोगांचे प्रमाण आहे. त्यामुळे महाराष्ट्र शासन आदिवासी भागात विकासाबरोबरच आरोग्यसेवा वेळेवर प्रभावीपणे पुरविण्यासाठी प्रयत्न करीत आहे.

Scanned with OKEN Scanner

आदिवासी उपयोजन क्षेत्रात तातडीने आरोग्य सुविधा पुरविण्यासाठी भारत सरकारने आदिवासी भागातील आरोग्य संस्था स्थापन करण्याचे नियम शिथील केले आहेत.

अ.क्र.	संख्या	लोकसंख्या निकष	
		बिगर आदिवासी क्षेत्र	आदिवासी उपयोजन क्षेत्र
१	प्राथमिक आरोग्य केंद्र	३००००	२००००
२	उपकेंद्र	५०००	३०००
३	सामुहीक आरोग्य केंद्र		
	भारत सरकार	१२००००	८००००
	महाराष्ट्र शासन	१५००००	१०००००

याव्यतिरीक्त स्थानिक भौगोलिक परिस्थिती लक्षात घेता विखुरलेली लोकवस्ती असणाऱ्या डोंगराळ व दुर्गम प्रदेशात प्राथमिक आरोग्य पथके (छोटी प्राथमिक आरोग्य केंद्रे) व फिरती आरोग्य पथके ही स्थापन केली आहेत.

महाराष्ट्रातील आदिवासी क्षेत्रातील शासनाच्या आरोग्य सुविधा २००८–०९

अ.क्र.	आरोग्य सुविधा	संख्या
१	प्राथमिक आरोग्य केंद्रे	३२१
२	उपकेंद्रे	२०३७
३	प्राथमिक आरोग्य पथके समिती (मिनी पीएचसी)	१००
४	ग्रामीण रुग्णालये	६७
५	फिरती आरोग्य पथके	५६

विदर्भातील २ वर्षाखालील पोषण दर्जा खालावलेल्या मुलांचे प्रमाण (१९९७)

जिल्हा	वयानुसार वजन		वयानुसार उंची		जिल्हानिहाय आदिवासी लोकसंख्या लाखात (१९९१ नुसार)	आदिवासी लोकसंख्येची जिल्ह्यातील एकुण लोकसंख्येशी टक्केवारी (१९९१ नुसार)
	२ SD खाली	३ SD खाली	२ SD खाली	३ SD खाली		
बुलडाणा	४९.९	१७.९	६५.९	४५	०.९५	५.०६
टकोला	३९.८	१२	४७.५	२८.९	०.९१	६.७०
वाशिम	–	–	–	–	०.६५	७.५५
टमरावती	४९.७	२०.९	६४.९	४२.७	३.१६	१४.३८
यवतमाळ	४३.८	१३	५६.६	३३.५	४.४६	२१.४६
वर्धा	–	–	–	–	१.६६	१५.५१
नागपूर	४०.४	१६.८	६१.७	३४.२	४.५८	१३.९२
भंडारा	४८.५	२०.२	६८.९	४५.३	१.०२	१०.४४
गोंदिया	–	–	–	–	२.०८	१८.३७
चंद्रपूर	५१.१	२५.८	६०.३	४०.६	३.४९	१९.७०
गडचिरोली	५०.८	२१.९	५०.८	२९.७	३.०५	३८.७०
केवळ अतिदुर्गम आदिवासी क्षेत्र असलेले १२ जिल्हे	४४.६	१८.६	५८.२	३५.२	–	–
महाराष्ट्र राज्य	४०.६	१५.९	५४.६	३१.७	७३.१८	९.२७

स्त्रोत – मानव विकास अहवाल, महाराष्ट्र शासन २००२ पान क्र.५१

Scanned with OKEN Scanner

महाराष्ट्र शासन, आदिवासी विकास विभाग, वार्षिक आदिवासी उपयोजना, २००३–०४ पान क्र.४८९–४९१

१९९१ च्या जनगणनेनुसार महाराष्ट्रातील एकुण साक्षरता दर व आदिवासी साक्षरता दर

वर्ग	भारत	महाराष्ट्र	आदिवासी	महाराष्ट्रातील व आदिवासी साक्षरतेतील फरक
स्त्री	३९.२९	५२.३०	२४.०३	२८.२७
पुरुष	६४.१३	७६.५६	४९.०८	२७.४८
एकुण व्यक्ती	५२.२१	६४.८७	३६.७७	२८.१०

संदर्भ :– महाराष्ट्र शासन, आदिवासी विकास विभाग, वार्षिक व आदिवासी उपयोजना २००३–०४ पान क्र.४६

Econoic Survey, Govt. of India, 2003-04

विदर्भातील आदिवासी क्षेत्रातील सार्वजनिक आरोग्य विषयक विविध कार्यक्रम

राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान राज्य आरोग्य संस्थाना सहायक अनुदान देण्यात येतात. जीवनदायी आरोग्य योजना, आर्थिकदृष्टया दुर्बल घटकातील लोकांना वैद्यकीय मदत करण्यात येते. राजीव गांधी जीवनदायी आरोग्य योजना सुरु केली आहे. हिवताप निर्मुलन कार्यक्रम राबविण्यात येतो. पल्सपोलीओ प्रतिक्षम कार्यक्रम राबविण्यात येतो.

ग्रामीण रुग्णालयातील प्राथमिक आरोग्य केंद्रातील आंतर रुग्णांना आहार सुविधा पुरविणे – आदिवासी भागात प्राथमिक आरोग्य केंद्रात व ग्रामीण रुग्णालयात रुग्ण एकही दिवस राहात नाही कारण येथे आहार सुविधा उपलब्ध नसते. असे रुग्ण वैद्यकिय सल्ल्याशिवाय निघुन जातात. अति संवेदनशील क्षेत्रासाठी आदिवासी प्रकल्पांतर्गत रेस्क्यु कॅम्प, मेळघाट पॅटर्न योजना राबविण्यात येतात.

दृष्टीदान योजना – यात मोतीबिंदु शस्त्रक्रिया केलेल्या रुग्णांना चष्मे वाटप केले जाते.

प्राथमिक आरोग्य केंद्र (पी.एच.सी.) – सामुहिक आरोग्य केंद्रे संदर्भ सेवा देणारी संस्था त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील रुग्ण प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व सामुहिक आरोग्य केंद्रांच्या कामाचे स्वरुप वेगवेगळे आहे. सामुहीक आरोग्य केंद्रात उपचारात्मक सेवा पुरविल्या जातात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील गावांसाठी प्रतिबंधात्मक सेवा पुरविल्या जातात.

आदिवासी उपयोजन क्षेत्रात २०२३ उपकेंद्रे असून भारत सरकारच्या मार्गदर्शकतत्वानुसार भाडेपट्टयावर उभारण्यात येतात.

प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, उपकेंद्रे, ग्रामीण रुग्णालये यांच्या बळकटीकरण व बांधकामासाठी आदिवासी उपयोजनेतुन नियतखर्च उपलब्ध करुन देण्यात येते.

आरोग्य संस्थांना औषधी अनुदाने :– सध्या औषधांच्या किंमती आदिवासी क्षेत्रात मोठया प्रमाणात वाढल्याने तसेच आदिवासी क्षेत्रात तालुका मुख्यालयातील औषधांच्या दुकानात उपलब्ध असतात. आदिवासींची क्रयशक्ती कमी असल्याने अशा संस्थांना औषधांचा पुरवठा करण्यासाठी पुरवठा दर वाढविले. जननी सुरक्षा योजना, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम, शालेय आरोग्य कार्यक्रम, प्रजनन व बाल आरोग्य कार्यक्रम, नवसंजिवनी योजना, राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय किटकजन्य रोगनियंत्रण कार्यक्रम, कुष्ठरोग निर्मुलन, क्षयरोग निर्मुलन, अंधत्व नियंत्रण, एड्स नियंत्रण, कर्क रोग नियंत्रण, राष्ट्रीय आयेडिन न्युनता विकार नियंत्रण कार्यक्रम, साथरोग नियंत्रण कार्यक्रम,

Scanned with OKEN Scanner

कॉलरा नियंत्रण कार्यक्रम, फ्लोरोसिस प्रतिबंधक नियंत्रण कार्यक्रम, तंबाखू नियंत्रण कार्यक्रम, एकात्मीक बालविकास कार्यक्रम, पुरक पोषण आहार कार्यक्रम, मधल्या वेळेच्या आहाराचा राष्ट्रीय कार्यक्रम, स्वच्छता, ग्रामीण स्वच्छता कार्यक्रम, निर्मलग्राम पुरस्कार योजना, कुटूंब कल्याण कार्यक्रम, सर्वाजनिक लसीकरण कार्यक्रम, राष्ट्रीय बालस्वास्थ्य कार्यक्रम, मातृत्व अनुदान योजना, यॉज निर्मुलन कार्यक्रम इ. सार्वजनिक आरोग्य विषयक कार्यक्रम राबविल्या जातात. एकट्या मिझोराम मध्ये प्रत्येक एक लाख लोकांमागे ६९१६ मलेरियाचे रुग्ण आढळतात.

अमरावती विभागात ३ वर्षात अर्भक मृत्यु

जिल्हा	अर्भक मृत्यू
अमरावती	७०६
अकोला	६८७
बुलडाणा	५४७
यवतमाळ	२६८
वाशिम	२०८
एकुण	**२४१६**

१ एप्रिल २०१४ ते ३१ मार्च २०१७ या ३ वर्षात विदर्भात ५२४३ अर्भक मृत्यु झालेत. त्यापैकी २४१६ मृत्यु अमरावती विभागातील पाच जिल्ह्यात झालेत. अमरावती जिल्ह्यातील मेळघाटासह इतर जिल्ह्यातील आदिवासी दुर्गम क्षेत्रात अर्भक मृत्यूचे प्रमाण जास्त आहे. या दरम्यान २६० बाल मृत्युची झाल्याची नोंद आहे. त्यातही अमरावती जिल्ह्यात १५१ व बुलडाणा १०९ बालमृत्यु झालेत.

मेळघाटाच्या धारणी व चिखलदरा तालुक्यात ऑक्टो.२०१८ एप्रील ते सप्टे. २०१८ या सहा महिन्यात ८ मातांसह ३६४ बालकांचा विविध आजाराने मृत्यु झाला.

भारताचा व महाराष्ट्राचा आरोग्य व्यवस्थेचे मोजमाप सुचकांक/निर्देशांक

महाराष्ट्रात आरोग्य व्यवस्थेच्या स्थितीचे मोजमाप जगात सुचकांकाच्या आधारावर मोजले जाते. त्यात त्या राज्यातील प्रतिव्यक्ती पोषण आहाराचे प्रमाण (न्युट्रीशनल इंडेक्स) नवजात मृत्युदर, अर्भक मृत्युदर, माता मृत्युदर, ६ वर्षा पर्यंतच्या बालकांमधील कुपोषणाचे प्रमाण, स्त्रियांमधील व किशोर मुलींमधील ॲनॉमिया प्रमाण यानुसार केले जाते.

अमरावती जिल्ह्यातील मेळघाटात १/४ ते ३१/१२/२०१८ या नऊ महिन्यात ५०० पेक्षा अधिक बालकांचा कुपोषणाने मृत्यु झाला आहे. तर १५० महिलांचा गर्भपात करण्यात आला आहे. मेळघाटासह इतर आदिवासी बहूल भागातील कुपोषणावर योग्य उपाययोजना कराव्यात असे सुचविल्यावरही सरकारने ठोस कारवाई केली नाही. गेल्या १० वर्षांपासून कुपोषण दुर करण्यासाठी राजय सरकारवर कडक ताशेरे ओढुनही पाषणहृदयी व असंवेदनशील सरकारवर त्याचा काहीही उपयोग होत नाही. महाराष्ट्रात कुपोषीत बालक ही फार मोठी समस्या आहे. दारिद्र्य, अज्ञान, अशिक्षीत मातेला बाल संगोपनाविषयी च्या ज्ञानाचा अभाव वेळेवर वैद्यकीय मदत व वेळेत न मिळणारा सल्ला यामुळे कुपोषण समस्या गहन होत आहे. कुपोषीत बालकांची बौध्दीक वाढही पुर्ण होत नाही. त्यामुळे त्यांच्या आकलन क्षमतेवर परिणाम होउन शिक्षणातील त्यांची प्रगती खुंटते. नविन कौशल्ये आत्मसात करण्याची त्यांची क्षमताही कमी असते. परिणामी त्याचा संबंध देशाच्या आर्थिक प्रगतीवर होत आहे. अशी मुले त्यांना लाभलेल्या संधीचा फायदा घेऊ शकत नाही. द्रारीद्रयातुन बाहेर पडु शकत नाही. देशात लहान मुलांमधील कुपोषणाचे प्रमाण गंभीर आहे. शरीराला योग्य व संतुलीत आहार उपलब्ध झाला नाही तर कुपोषण होते. गरोदर स्त्री

Scanned with OKEN Scanner

योग्य आहार घेत नसेल तर तीच्या होणाऱ्या बाळाला देखील पोषण मिळत नाही. परिणामी कुपोषीत बालक व बालमृत्युचे प्रमाण वाढते आहे. मणिपूर, सिक्कीम, मेघालय व अन्य राज्यांची अवस्था महाराष्ट्रापेक्षा वेगळी नाही. आदिवासी समाजात कुपोषणाचे प्रमाण अधिक आहे. महाराष्ट्रातील ३६ पैकी १२ जिल्हे आदिवासी बहुल आहेत. पालघर, नंदुरबार, अमरावती, गडचिरोली जिल्हयात कुपोषणाचे प्रमाण जास्त आहे. अशाप्रसंगी कुपोषण निर्मुलनाशी संबंधीत योजनांची सांगड घालणे, माहिती मिळविणे, जनजागृतीसाठी माहिती व तंत्रज्ञानाचा वापर करणे अर्भक बालकांच्या पोषण आहाराकडे लक्ष देणे आवश्यक आहे. या व्यवस्थांचे नियंत्रण संचालन प्रमाणिकपणे करणे अपेक्षीत आहे. ते होत नसल्याने असे प्रकार घडतीलच हे ही तीतकेच खरे.

आजही गडचिरोली, मेळघाट, नंदुरबार, नाशिकच्या आदिवासी भागात अर्भक मृत्युदर जास्त आहे. गडचिरोली जिल्हयातील कोरचि भागात अर्भक मृत्युदर ९२ प्रति हजार जिवंत जन्मप्रमाणे होतात.

शासकीय माहितीनुसार आदिवासी दलीत व इतर मागासवर्गीय लोकांमध्ये कॅलरीजची कमतरता, महिलांमधील रक्ताच्या कमतरतेचे प्रमाण जास्त आहे ग्रामीण भागाप्रमाणेच महाराष्टाच्या इतर भागातही कॅलरिजच्या कमतरतेचे प्रमाण ४५ टक्के व महिलांमधील रक्ताच्या कमतरतेचे प्रमाण ४८ टक्के आहे.

विदर्भातल्या पाहणीनुसार आरोग्य व्यवस्था, आजारपण होवू नये म्हणून प्रतिबंधात्मक योजना, पोषण विषयक योजना, आरोग्य सेवांची हमी आरोग्यविनाव्दारे यांच्या अंमलबजाणी मधील इच्छाशक्ती, मिशन म्हणून काम करण्याची प्रेरणा या सर्वांची कमतरता हेच मुख्य कारण आहे. आजही शासकीय आरोग्य व्यवस्थेत डॉक्टरांची कमी, प्राथमिकस्वास्थ्य केंद्र, ग्रमीण रुग्णालये, उपजिल्हा रुग्णालयांच्या नविन मुख्य इमारती उभ्या असुन त्यात आरोग्य सेवा देणारी पुरेशी यंत्रणा नाही.

विदर्भातील जिल्हयांची मानवविकास निर्देशांकानुसार क्रमवारी १९९९–२००१ माहिती नुसार

अ. क्र.	जिल्हा	साक्षरता प्रमाण	शाळेत प्रवेशाचे सरासरी वय	प्रतिव्यक्ती उत्पन्न प्रमाण (९३.९४) किंमत प्रमाण	अर्भक मृत्युदर २००१	शिक्षणाचा निर्देशांक	प्रति व्यक्ती उत्पन्नाचा निर्देशांक	अर्भक मृत्यु निर्दे.	मनव विकास निर्दे.	मानव विकास निर्देशांक प्रमाणे क्रमांक
१	नगपूर	८४.२	६.३	१६८८०	५६	०.०६	०.५८	०.६९	०.५६	९
२	वर्धा	८०.५	६.३	११८५०	४३	०.१५	०.७९	०.४३	०.५४	१०
३	वाशिम	७४	५.४	१०४३५	३५	०.३७	०.८५	०.२७	०.५०	१२
४	अमरावती	८३	५.६	१०८६७	५०	०.१६	०.८३	०.५७	०.४८	१५
५	अकोला	८१.८	५.४	९६८२	४६	०.२१	०.८८	०.४९	०.४७	१६
६	भंडारा	७८.७	६.१	१०२३४	४८	०.२०	०.८६	०.५३	०.४७	१७
७	गोंदीया	७८.७	६.१	९२७९	४८	०.२०	०.९०	०.५३	०.४६	१८
८	चंद्रपूर	७३.१	३.८	१२५०७	४७	०.५४	०.७६	०.५१	०.४०	२२
९	बुलडाणा	७६.१	४.३	८७०९	५३	०.४३	०.९२	०.६३	०.३४	२५
१०	गडचिरोली	६०.३	४.९	६८२९	५९	०.७०	१.००	०.७५	०.१८	३४
११	महाराष्ट	७७.३	५	१५०७०	४८	०.३४	०.६५	०.५३	०.४९	

Scanned with OKEN Scanner

विदर्भातील आदिवासींच्या सार्वजनिक आरोग्य विषयक समस्या

आदिवासी क्षेत्र हे डोंगराळ व दुर्गमजंगल भागात असल्याने तिथे विविध सोईचा अभाव असुन या क्षेत्रात बालकांच्या कुपोषणाचे स्वरुप भयावह आहे. कुपोषणाची कारणे गरिबी, दारिद्रय, पुरक अन्नाची कमतरता, लहान वयात मुलींची लग्ने, एकापाठोपाठ होणारी बाळंतपणे, कुटूंबाचा मोठा आकार, दुषीत पाणी, योग्य वैद्यकीय उपचारांपूर्वी अन्य उपायांचा केला जाणारा वापर, अंधश्रध्दा, अज्ञान, व्यसनाधिनता, आरोग्याची काळजी घेण्याबाबत सर्वसाधारण अनास्था, दळणवळण सोईची कमतरता, सार्वजनिक वितरण व्यवस्थेतील दोष इ. सांगता येतील. रक्तात रक्तपेशींचे प्रमाण कमी असेल तर त्याला रक्त अल्पता म्हणतात. सुखवस्तु व मध्यमवर्गीय कुटूंबातही स्त्रीयांमध्ये व बालकांमध्ये रक्त अल्पता दिसुन येते. सार्वजनिक आरोग्याची मृत्युदर, बालक मृत्युदर, जन्मदर, सरासरी, आर्युमान ही परिमापके महाराष्ट्राच्या सरसरीशी तुलना करता बरीच माघारलेली दिसतात. प्राथमिक आरोग्यकेंद्रे, ग्रामीण रुग्णालयात औषधांचा तुटवडा असतो. रोग्यांना औषधे सहजतेने व नियमीतपणे प्राप्त होत नाही. दवाखान्यातील यंत्र सामुग्री अनेकवेळा बंद पडलेली असते. डॉक्टर्स केंद्रात राहण्यास तयार नसतात. हॉस्पीटलच्या क्षमतेपेक्षा रुग्णांची भरती जास्त असल्याने चांगल्या दर्जाच्या सोई पूरविण्यात अडचणी येतात त्यामुळे रुग्णांमध्ये असंतोष निर्माण होतो. औषध गोळयांच्या व इंजेक्शनच्या किंमतीत वाढ झाल्याने सामान्य रुग्णांना हा खर्च परवडत नाही. यामूळे आरोग्य विषयक सुविधांची मागणी मर्यादित झाली आहे. त्याचा प्रतिकुल परिणाम सार्वजनिक आरोग्यावर होत आहे. दिवसेंदिवस बोगस डॉक्टरांची संख्याही वाढत आहे त्याच्या वरही नियंत्रणे असावीत.

बालमृत्यु व कुपोषणामुळे १३ हजाराहून अधिक बालकांचा मृत्यु महाराष्टात होतात. असे डॉ. अभयबंग यांची आकडेवारी सांगते. बालमृत्युचे प्रमाण साठ हजार आहे. महाराष्टातील शेतकऱ्यांच्या आत्महत्त्याग्रस्त जिल्हयात मानसिक आजारावर मात करण्यासाठी आरोग्य विभागाने मानसोपचार तज्ञ व मनोविकार तज्ञांची ४० टक्के पदे रिक्त असतांना हा उपक्रम राबविणे अशक्य आहे. आरोग्य विभागाच्या कार्यक्रमांची अंमलबजावणीसाठी पुरेसे डॉक्टरच नाहीत.

विदर्भातील आदिवासी समाजाचे सार्वजनिक आरोग्य सुधारण्यासाठी उपाययोजना

डॉक्टर्स, परिचारिका व इतर सहायकांच्या सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रातील रिक्त पदे त्वरीत भरण्यात यावित. तसेच वाढत्या लोकसंख्येच्या प्रमाणात डॉक्टरांच्या जादा जागा मंजुर करण्यात याव्यात. सार्वजनिक आरोग्य क्षेत्रातील रुग्णांना पायाभूत सुविधा पुरविण्यात याव्यात तसेच विशेषज्ञ डॉक्टरांच्या नियुक्त्या कराव्यात. डॉक्टर व रुग्णालयांवरील हल्ल्यांच्या रोखण्याच्या बाबत डॉक्टरांच्या संरक्षणाच्या कडक कायद्यची काटेकोर कडक अंमलबजावणी व्हावी व बोगस डॉक्टरांवर कडक कारवाई व्हावी. वितरण व्यवस्थेसाठी संगणक प्रणाली विकसीत करावी. रुग्णालयांना कर व अन्य सवलती आवश्यक त्या प्रमाणात देण्यात याव्यात. औषधी व अन्न भेसळी विरोधातील कायदयाची कठोर अंमलबजावणी व्हावी. ग्रामीण भागातील सार्वजनिक भेसळ विरोधातील आरोग्य सेवा सुदृढ करण्यात याव्यात. प्राथमिक आरोग्य केंद्रामध्ये मुबलक सेवांचे बळकटीकरण करावे.

महाराष्ट्रात आरोग्य व्यवस्थेत मनुष्यबळाचा मोठा तुटवडा असुन एक लाख लोकसंख्येमागे ६ डॉक्टर्स आहेत. तामीळनाडूत हे प्रमाण महाराष्टाच्या अडीचपट आहे. आदिवासी क्षेत्रात सेवा देण्यासाठी डॉक्टर्स तयार नाहीत. महाराष्ट्राच्या आरोग्य व्यवस्थेत मनुष्यबळाचा तुटवडा असण्याची कारणे दरडोई आरोग्य व्यवस्थेवर केला जाणारा खर्च व कामाचा दर्जा व स्वरुप यात असलेल्या तृटी, औषधांचा उपचारासाठी आवश्यक साधनांचा अपुरा

Scanned with OKEN Scanner

साठा, राहण्यासह कामाच्या ठिकाणी अपुऱ्या सोई सुविधा, वैद्यकीय शिक्षण व सार्वजनिक आरोग्य विभागात असलेला समन्वयाचा अभाव. औषधी वितरणातील भ्रष्टाचार या कारणांमुळे डॉक्टर्स सार्वजनिक आरोग्य व्यवस्थेत काम करण्यास तयार नाहीत.

निष्कर्ष

विशेषत: विदर्भातील दुर्गम आदिवासी बहुल भागातील सार्वजनिक आरोग्य सेवांचे बळकटीकरण करावे. स्त्रीभ्रूणहत्त्या रोखणे व त्याबाबतचे कायदण्याची कडक अंमल बजावणी व्हावी. कट प्रॅक्टीस नियंत्रणासाठी कडक कायदा करावा. डॉक्टर व रुग्णांमधील संवाद वाढण्यासाठी विविध उपक्रम आखले जावेत. होमीओपॅथी डॉक्टरांना ॲलोपॅथीच्या प्रॅक्टीसला मान्यता देणे परिचारिकांना अद्ययावत माहिती देण्यासाठी प्रशिक्षण द्यावे तसेच त्यांच्या संरक्षणासाठी कडक कायदा करावा. स्वच्छतेसाठी आधुनिक साधनांचा वापर करावा. परिचारिकांसाठी स्वतंत्र संचालनालय असावे. विमाकंपन्या व रुग्णालयांबाबतचे धोरण निश्चित असावे. वैद्यकीय खर्चात एकसमानता असावी. रुग्णालयांना स्थानिक करातुन सवलत मिळावी, सार्वजनिक रुग्णालयातील वैद्यकीय उपकरणे ठरावीक कालावधीनंतर बदलण्यात यावेत. सर्व सामान्य नागरिकांच्या सुदृढ आरोग्यासाठी भारतातील सर्व नागरिकांना स्वच्छ व शुध्द पिण्याच्या पाण्याचा पुरवठा व्हावा. भारतातील सर्व नागरिकांचे रोग प्रतिबंधक लसीकरण व्हावे. भारतातील असंसर्गजन्य रोगांवर नियंत्रण असावे.

संदर्भ सुचि

१. आरोग्याचे अर्थशास्त्र (२०१९) – प्रा.डॉ.राजेंद्र आर.गव्हाळे, प्रा.डॉ.दिलीप पी.महाजन, ज्योतीचंद्र पब्लीकेशन, लातुर
२. Health & Health Care In Maharashtra – A Status Report (www.pdffactory.com)
३. Buletin Unique academy – Aug. 2017
४. स्पर्धा परिक्षा अर्थशास्त्र २ (२०१७) आर्थिक व सामाजिक विकास – डॉ.किरण जी.देसले दिपस्तंभ प्रकाशन, जळगांव
५. SRS सांख्यिकीय रिपोर्ट – २०१३
६. अस्सा हा महाराष्ट्र (२०१४) – के.सागर के सागर पब्लिकेशन्स पुणे
७. भारतीय अर्थव्यवस्था (२००९) – प्रा.एन.एल.चव्हाण प्रशांत पब्लिकेशन जळगांव
८. Interlink Reasearch Analysis – Dr.Balaji Kamble, स्वस्थ प्रशासन आणि नियोजन काळातील आरोग्याचा विकास – डॉ.दि.पां.महाजन, डॉ.रा.रा.गव्हाळे
९. भारत २०१३ – प्रा.डॉ.राजेंद्र रसाळ – Success Publications Pune-30
१०. अर्थवेध नोव्हेंबर २००६ – मराठी अर्थशास्त्र परिषद – बोरावके महाविद्यालय, रामदास प्रिंटींग प्रेस, श्रीरामपूर, पेज नं.१७७ ते २२५
११. अर्थमंथन २०१० – मराठी अर्थशास्त्र परिषद – प्रगती मुद्रण, कुळगांव बदलापूर
१२. अर्थविश्व २०११ – मराठी अर्थशास्त्र परिषद – क्रिएटीव्ह पब्लिकेशन, नांदेड पेज नं. १५१–१५२
१३. महाराष्ट्र : ५० वर्षातील आर्थिक विकासाचा धांडोळा – दि.व्य.जहागिरदार सेंटर फॉर एकॉनॉमिक ॲण्ड सोशल स्टडीज, अमरावती
१४. योजना – मे २०२०
१५. प्रबोधन प्रकाशन ज्योती नोव्हेंबर २०१५ – समाजवादी प्रबोधिनी, इचलकरंजी, कोल्हापूर
१६. महाराष्ट्र आरोग्य पत्रिका एप्रिल २०१८ – राज्य आरोग्य शिक्षण व संपर्क विभाग, पुणे – ०६
१७. दैनिक – लोकसत्ता, महाराष्ट्र टाइम्स, तरुण भारत, लोकमत, सकाळ, दिव्य मराठी, देशोन्नती दि.२५ मार्च २०२०

Scanned with OKEN Scanner