

ISSN-0971-8397

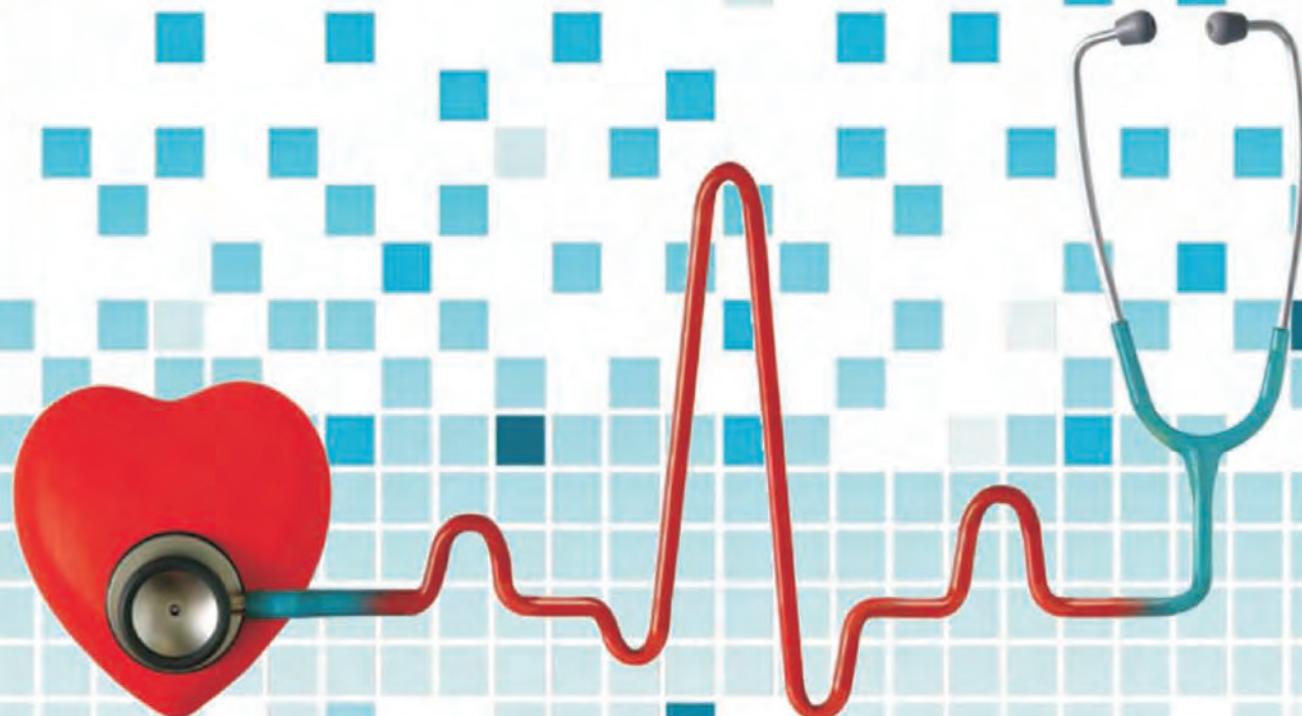


एकांकिका

अक्टूबर 2009

विकास को समर्पित मासिक

मूल्य : 10 रुपये

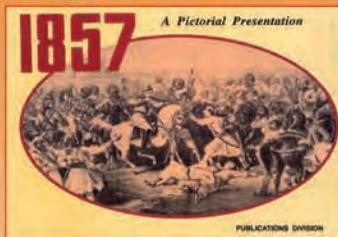


स्वस्थ

जीवन
की ओर

प्रथम स्वतंत्रता संग्राम—1857

प्रकाशन विभाग की चुनिंदा पुस्तकें



प्रकाशन विभाग

सूचना और प्रसारण मंत्रालय, भारत सरकार
सूचना भवन, सी.जी.ओ. कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली

विक्रय केंद्र: सूचना भवन, सी.जी.ओ. कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली (24365610) हाल नं 196, पुराना सचिवालय, दिल्ली (23890205) सी-701, कैंट्रीय सदन, बैलापुर, नवी मुंबई (27570686) 8, एस्लेनेड इंस्ट, कोलकाता (22488030) राजाजी भवन, एफ एड जी ब्लॉक, 'ए' विंग ब्रेसेंट नगर, चेन्नई (24917673) विहार राज्य सहकारी बैंक विल्डिंग, अशोक राजपथ, पटना (2683407) प्रेस रोड, निकट गवर्नर्स प्रेस तिरुअनन्तपुरम (2330650) हाल नं. 1, दूसरी मजिल, कैंट्रीय भवन, सेक्टर-एच, अलीगढ़, लखनऊ (2325455) ब्लॉक नं. 4, गृहकल्प कॉम्प्लेक्स, एम.जे. रोड, नामपल्ली, हैदराबाद (24605383) प्रथम तल, 'एफ' विंग, कैंट्रीय सदन, कोरामगलता, बंगलौर (25537244) अग्निका कॉम्प्लेक्स, प्रथम तल, पालदी, अहमदाबाद (26588669) हाउस नं. 07, न्यू कालोनी, चेन्नैकुथी, कै.के.बी. रोड, गुवाहाटी (2885090)

ज्यादा जानकारी के लिए हमारी वेबसाइट देखें –

योजना



वर्ष : 53 • अंक : 10 अक्टूबर 2009 आश्विन-कार्तिक शक संवत् 1931 कुल पृष्ठ : 60

प्रधान संपादक
नीता प्रसाद

वरिष्ठ संपादक
राकेशरेणु

संपादक
रेमी कुमारी
दुर्गानाथ स्वर्णकार
संपादकीय कार्यालय

538, योजना भवन, संसद मार्ग,
नवी दिल्ली-110 001

दूरभाष : 23096738, 23717910
टेलीफैक्स : 23359578

ई-मेल : exeed.yojana@gmail.com
yojanahindi@gmail.com
वेबसाइट : www.yojana.gov.in
www.publicationsdivision.nic.in

a) dpd@nic.in
b) dpd@hub.nic.in

संयुक्त निदेशक (उत्पादन)
जे.के. चन्द्रा

व्यापार व्यवस्थापक (प्रसार एवं विज्ञापन)
सूर्यकांत शर्मा

दूरभाष : 26100207, 26105590
फैक्स : 26175516
ई-मेल : pdjucir_icm@yahoo.co.in
आवरण : साधना सक्सेना

इस अंक में

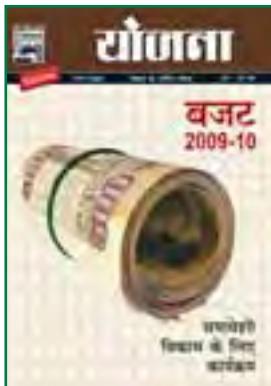
| | | |
|---|--------------------|----------|
| ● संपादकीय | - | 5 |
| ● जनसंख्या स्थिरीकरण : एक साथे सब सधे | शैलजा चंद्रा | 6 |
| ● भारत में औषधि मूल्य निर्धारण | ए.के. बनर्जी | 9 |
| ● स्त्री स्वास्थ्य की हकीकत | नीतू अरुण | 11 |
| ● ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य : एक नज़र | विनोद कुमार सिन्हा | 15 |
| ● राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन | - | 17 |
| ● स्वास्थ्य रक्षा में पंचायतें : कमज़ोर तीमारदार | महीपाल | 21 |
| ● बुजुर्गों को सेहत का तोहफ़ा | जगदीप सक्सेना | 23 |
| ● भारतीय चिकित्सा पद्धतियाँ और होम्योपैथी | - | 27 |
| ● जलवायु परिवर्तन से स्वास्थ्य को ख़तरा | सत्येंद्र रंजन | 30 |
| ● स्वास्थ्य बीमा : फैलती सुरक्षा छतरी | रणदीप सिंह जगपाल | 33 |
| ● भारत में खाद्य सुरक्षा | - | 35 |
| ● बिहार में परिवार कल्याण कार्यक्रम | रवीन्द्र नाथ ओझा | 37 |
| ● योजना निबंध प्रतियोगिता के परिणाम | - | 40 |
| ● पुरस्कृत निबंध : बच्चों के लिये हानिकर खाद्य पदार्थ | अपराजिता कुमारी | 41 |
| ● ग्राम स्वराज्य योजना और पंचायती राज की आधारशिला | विजय रंजन दत्त | 43 |
| ● कुछ रोग : सिमटता दायरा | तृप्ति नाथ | 47 |
| ● शोधयात्रा : चंपारण की पुकार | - | 50 |
| ● निदा और स्वास्थ्य | रामाज्ञा मौर्य | 53 |
| ● मंथन : छ्रण - बदला वक्त, बदले सरोकार | मृदुला सिन्हा | 55 |
| ● ख़बरों में | - | 56 |
| ● पूर्वोत्तर में स्वास्थ्य : कड़ी चुनौती, ख़ास उपाय | - | आवरण III |

योजना हिंदी के अतिरिक्त असमिया, बांग्ला, अंग्रेजी, गुजराती, कन्नड़, मलयालम, मराठी, तमिल, उडिया, पंजाबी, तेलुगु तथा उर्दू भाषाओं में भी प्रकाशित की जाती है। पत्रिका मंगवाने हेतु, नवी सदस्यता, नवीकरण, पुराने अंकों की प्राप्ति एवं ऐंजेसी आदि के लिए मनीआर्ड/डिमांड ड्राफ्ट/पोस्टल आर्डर 'निदेशक, प्रकाशन विभाग' के नाम से बनवा कर निम्न पते पर भेजें : व्यापार व्यवस्थापक (प्रसार एवं विज्ञापन), प्रकाशन विभाग, ईस्ट ब्लाक IV, लेवल VII, आर.के. पुरम, नवी दिल्ली-110066 दूरभाष : 26100207, 26105590, तार : सूचनाप्रकाशन।

सदस्य बनने अथवा पत्रिका मंगाने के लिए आप हमारे निम्नलिखित बिक्री केंद्रों पर भी संपर्क कर सकते हैं :- सूचना भवन, सीजीओ कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नवी दिल्ली-110003 (दूरभाष : 24367260, 5610), हाल सं. 196, पुराना सचिवालय, दिल्ली-110054 (दूरभाष : 23890205) * 701, सी- विंग, सातवीं मंजिल, केंद्रीय सदन, बेलाउर, नवी मुंबई-400614 (दूरभाष : 27570686) * 8, एसप्लानेट ईस्ट, कोलकाता-700069 (दूरभाष : 22488030) * 'ए' विंग, राजाजी भवन, बंसल नगर, चेन्नई-600090 (दूरभाष : 24917673) * प्रेस रोड नवी गवर्नर्मेंट प्रेस के निकट, तिलुकंतपुरम-695001 (दूरभाष : 2330650) * ब्लॉक सं-4, पहला तल, गृहकल्य, एमजी रोड, नामपल्ली, हैदराबाद-500001 (दूरभाष : 24605383) * फर्स्ट फ्लोर, 'एफ' विंग, केंद्रीय सदन, कोरामंगला, बंगलुरु-560034 (दूरभाष : 25537244) * बिहार राज्य कोऑपरेटिव बैंक भवन, असोक राजपथ, पट्टा-800004 (दूरभाष : 2683407) * हॉल सं-1, दूसरा तल, केंद्रीय भवन, सेक्टर-H, अलीगंज, लखनऊ-226024 (दूरभाष : 2225455) * अंबिका कॉम्प्लेक्स, फर्स्ट फ्लोर, पाल्डी, अहमदाबाद-380007 (दूरभाष : 26588669) * के.के.बी. रोड, नवी कॉलोनी, मकान संख्या-7, चेनैकट्टी, गुवाहाटी-781003 (दूरभाष : 2665090)

चेद की दरें : वार्षिक : 100 रु. द्विवार्षिक : 180 रु.; त्रैवार्षिक : 250 रु.; विदेशों में वार्षिक दरें : पड़ोसी देश: 500 रु.; यूरोपीय एवं अन्य देश : 700 रु.

'योजना' में प्रकाशित लेखों में व्यक्त विचार लेखकों के अपने हैं। ज़रूरी नहीं कि ये लेखक भारत सरकार के जिन मंत्रालयों, विभागों अथवा संगठनों से संबद्ध हैं, उनका भी यही दृष्टिकोण हो। पत्रिका में प्रकाशित विज्ञापनों की विषयवस्तु के लिए 'योजना' उत्तरदायी नहीं है।



आपकी राय

आने वाला समय बताएगा

मैं योजना का नियमित पाठक हूं। योजना का अगस्त अंक पढ़ा और स्वयं को पत्र लिखने से नहीं रोक सका। किसी विद्वान ने ठीक ही कहा है 'एक समय था जब मनुष्य विश्व को व्यवस्थित करने के लिए ईश्वर की ओर देखता था, फिर उसने बाज़ार की ओर देखा, अब वह सरकार की तरफ देखता है।'

योजना का अगस्त अंक 'समावेशी विकास के लिए कार्यक्रम' अपने आप में एक संपूर्ण विश्लेषणीय आलेख है जिसमें सभी लेखकों के लेख ज्ञानवर्धक होने के साथ भविष्य की रूप रेखा को भी रेखांकित करते हैं।

समावेशी विकास के लक्ष्य-आर्थिक संवृद्धि, पूर्ण रोज़गार, कीमत स्तर स्थिरता, आय का समान वितरण और व्यापार संतुलन है। सरकार ने अपने बजट में इन बातों का ध्यान भी रखा है, पर आने वाला समय ही यह तय करेगा कि हम अपने प्रयास में कितना सफल होते हैं।

सौरभ कुमार मौर्य
वारंट ऑफिस-एपीएस

ज्ञानवर्धक अंक

यो जना का अगस्त 2009 अंक समसामयिक एवं ज्ञानवर्द्धक लगा। इसके सभी लेख अच्छे लगे। रख्यां हाशमी का लेख 'अपना दीपक खुद बनो', बहुत पसंद आया। संपादकीय बहुत ही अच्छा लगा, बजट के सभी पहलुओं पर विश्लेषण पसंद आया।

रमेश कुमार
आजमगढ़, उ.प्र.

बजट की प्रासारिकता कटघरे में

केंद्रीय बजट पर केंद्रित योजना का अगस्त अंक बहुत की अन्वेषित और सारागर्भित रहा। नियमित स्तंभों में क्राबिले-तारीफ़ 'मंथन' के साथ-साथ बजट के प्रत्येक पहलू की विस्तार से चर्चा और गहन मूल्यांकन बेहद उपयोगी था। रहीस सिंह के लेख 'विश्व अर्थव्यवस्था की सुस्ती पर चिंता' और जगबीर कौशिक के लेख 'वैश्विक मुद्रा की अवधारणा और उपयोगिता' ने पत्रिका में चार चांद लगा दिए हैं। जहां तक बजट का प्रश्न है तो विदेशमंत्री से वित्तमंत्री बने प्रणव मुखर्जी का गांव, ग्रीन और किसानों पर केंद्रित मौजूदा बजट आम आदमी के लिए नहीं बल्कि ख़ास आदमी के लिए है। जहां तक किसानों के हितों की बात है तो आंकड़े बताते हैं कि सतर फ़ीसदी किसानों की पहुंच अभी भी भारत के बैंकिंग बाज़ार तक नहीं है। अकेले बुंदेलखण्ड में 55 फ़ीसदी किसान ऐसे हैं जिनके पास या तो ज़मीन नहीं है या सीमित ज़मीन और बेरोज़गारी के कारण गिरवी, बलकट और बटाई में ज़मीन लेकर कृषि कर रहे हैं। भूमि का मालिकाना हक् न होने के कारण बैंक न तो इन्हें किसान क्रेडिट कार्ड जारी करते हैं और न ही कृषि फसल बीमा योजना, कृषि आय या वर्षा बीमा योजना का लाभ मिल पाता है। सूखा राहत और उर्वरक सब्सिडी का लाभ भी नहीं मिलता। मज़बूरन इन्हें बाज़ार से घटिया किस्म का उर्वरक ऊंचे दामों में लेना पड़ता है। इसके बावजूद यदि मानसून धोखा दे गया तो अंतिम विकल्प आत्महत्या ही बचता है क्योंकि अपवाद स्वरूप झांसी और सतना को छोड़ दें तो बुंदेलखण्ड

के मौजूदा 14 जिलों में से कोई भी औद्योगीकृत नहीं है। अतः सरकार को चाहिए कि वह विकास कार्यों के लिए ज्यादा व्यय की व्यवस्था करने के बजाय व्यवस्था को सर्वव्यापक और जनाधिकार आधारित बनाने के लिए पर्याप्त राशि का आवंटन करे।

पृष्ठ संख्या 12 पर बजट सार में सारणी के नीचे जिन चिन्हों का प्रयोग दर्शाया गया है उन्हें सारणी में प्रयुक्त नहीं किया गया है। इसी प्रकार पृष्ठ 18 में महिला करदाताओं की कर मुक्त आय 1 लाख 90 हज़ार जबकि पृष्ठ सारणी में इसे 10 प्रतिशत कटौती के साथ दर्शाया गया है जो त्रुटिपूर्ण है। अतः अनुरोध है कि ऐसी त्रुटियों पर विशेष ध्यान दिया करें।

गजेन्द्र सिंह, बांदा, उ.प्र.

नयी ऊर्जा का संचार

यो जना का नियमित पाठक हूं। अगस्त का बजट पर आधारित अंक बहुत ही अच्छा लगा। आम बजट 2009-10 की मुख्य विशेषताएं, बजट शब्दावली आदि बड़े ही अच्छे लेख हैं। इसके अलावा प्रमोद कुमार अग्रवाल, कुलदीप शर्मा, नवीन पंत और कमल नयन काबरा आदि के लेख अपने आप में बेजोड़ हैं। प्रत्येक अंक का संपादकीय और मंथन पाठकों में एक नयी ऊर्जा का संचार कर देता है।

अरुण निषाद, बेलहरी, सुल्तानपुर

कृषि को चाहिए ख़ास पैकेज

यो जना के बजट विशेषांक का मुझे हमेशा इंतज़ार रहता है। हमेशा की ही तरह इस बार का अंक भी कई खुबियों को समेटे हुए था। ख़ासकर बजट से संबंधित तकनीकी

शब्दावली जिसके बिना बजट जैसे गूढ़ विषय को समझना मुमिकिन नहीं है। इसके अलावा भी बजट के विभिन्न पहलुओं की बड़ी सरल और सुबोध भाषा में जानकारी योजना से मिलती है।

अवधेश कुमार के लेख 'कृषि का पूरा नज़रिया बदलना होगा' का शीर्षक अपने आप में बहुत कुछ कहता है। दरअसल कृषि पर निर्भर देश की 70 फीसदी आबादी की चिंता बजट में शायद ही कभी साफ़ तौर पर दिखाई देती हो। विडंबना यह है कि औद्योगिक धरानों और मीडिया की तरह सरकार की चिंताएं भी अब 'उपभोक्ता वर्ग' या कहें कि उच्च और मध्यम वर्ग को लेकर ज्यादा हैं। ऐसे में सेंसेक्स में उछाल के जश्न में ग्रीब किसानों की आहें सुनाई भी कैसे देंगी? यह भी सच है कि मंदी के दुष्प्रभाव से देश को बचाए रखने में कृषि अर्थव्यवस्था का अहम रोल रहा है। अच्छा होता यदि इस क्षेत्र के लिए बजट में विशेष पैकेज जैसी कोई सुस्पष्ट योजना होती। यदि ऐसा हो सका तो शायद हम मंदी के तूफ़ान में भी रोज़गार, समृद्धि और खुशहाली के दिये जला पाएंगे।

पीयूष सुहाने, जयपुर

अमल भी है ज़रूरी

योजना अगस्त '09 का बजट 2009-10 विशेषांक बहुत ज्ञानवर्द्धक रहा। आम बजट में जो लक्ष्य रखकर बजट बनाया जाता है उसे पूरा कर पाने में हम असफल रह जाते हैं। दलितों, अल्पसंख्यकों के विकास के लिए जो राशि आवंटित की जाती है उसका लाभ आम दलित व अल्पसंख्यकों को नहीं मिल पाता।

ग्रीबी दूर भगाने के लिए बजट में अरबों रुपये दिए जाते हैं, परंतु क्या मुट्टीभर लोग भी ग्रीबी रेखा से ऊपर के पायदान पर चढ़ पाते हैं? मुल्क से ग्रीबी दूर करने का लक्ष्य स्वतंत्रता प्राप्ति से लेकर चलने के बावजूद ग्रीबी घटने के बजाय और बढ़ी है। मेरा मानना है कि सरकार द्वारा जो भी योजना लागू की जा रही है उस पर ठीक से अमल किया जाए तभी बजट का लक्ष्य सही अर्थों में प्राप्त हो पाएगा। अन्यथा यह केवल काग़जों की शोभा ही बढ़ाने का काम करेगा।

सत्य प्रकाश
गोपालगंज, बिहार

एकतरफ़ा रेल बजट

योजना का बजट विशेषांक (अगस्त अंक) हमेशा की तरह यादगार है लेकिन अरविंद कुमार सिंह के लेख 'रेल बजट : फोकस में आम आदमी' से मैं सहमत नहीं हूँ। दरअसल इस बजट पर आने वाले पश्चिम बंगाल के चुनाव की छाया है। इसीलिए सबसे ज्यादा नयी ट्रेनें और ऐसी ट्रेनें जिनका रूट या फेरे बढ़ाए गए हैं, पश्चिम बंगाल से संबंधित हैं। स्तरीय भोजन, यात्रियों की सुरक्षा और ट्रेनों के समयबद्ध संचालन पर ध्यान देने की दरकार अब भी है। बजट पर राजनीति को समझने के लिए आंकड़ों पर गौर करने के बजाय यह देखना काफी होगा कि रेलमंत्री यूपीए सरकार के ही पूर्व रेलमंत्री के बारे में आंकड़ों की 'बाजीगरी' की बात कह चुकी हैं।

दुनिया में सबसे बड़े नियोक्ता भारतीय रेलवे के मुखिया के तौर पर रेलमंत्री से अपेक्षा की जानी चाहिए कि अगले बजट में पूरे देश के लिए सौगातें होंगी।

मुकेश सोनी
नयी दिल्ली

योजना आगामी अंक

नवंबर 2009

नवंबर 2009 के हमारे अंक में भारत में लघु और मझोले उद्योगों की दुनिया की खोज़-ख़बर ली जाएगी। इस क्षेत्र में हुई प्रगति पर नज़र डालने के साथ-साथ उन मुद्दों पर भी चर्चा की जाएगी, जिनसे स्थिति में और सुधार हो सकता है।

दिसंबर 2009

दिसंबर 2009 अंक विगत वर्षों की भाँति पूर्वोत्तर पर कोंद्रित विशेषांक होगा। इस वर्ष हमारा फ़ोकस मणिपुर पर होगा। इसमें हम समूचे पूर्वोत्तर क्षेत्र के साथ-साथ मणिपुर की सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक आदि विभिन्न क्षेत्रों की योजनाओं/नीतियों और विकास पर समग्र दृष्टि डालेंगे। साथ ही विकास पथ पर पूर्वोत्तर की राह में मौजूद चुनौतियों और उनसे निपटने की संभावित नीतियों पर भी चर्चा करेंगे। □

R. C. SINHA'S

TM

NEW DELHI IAS

**JOIN
AND FEEL -THE DIFFERENCE**

फाउण्डेशन बैच- IAS-2010

प्रारम्भ - 5th अक्टूबर 2009



- ★ इन्टरएविटव कक्षाएं
- ★ सुव्यवस्थित पाठ्य सामग्री
- ★ बिन्दुवार क्लास नोट्स
- ★ नये टॉपिक पर विशेष ध्यान
- ★ "समाचार व विचार" का साप्ताहिक वितरण

पत्राचार कोर्स उपलब्ध

समान्य अध्ययन

आर.सी. सिन्हा एवं टीम

लोक प्रशासन

आर.सी. सिन्हा

दर्शनशास्त्र

डॉ अम्बुज

CENTRAL DELHI 11-A/19, Old Rajinder Nagar Market, New Delhi-60.

Ph.: 011-25751890 / 09313431890. English Medium Only

NORTH DELHI A-1, 3rd Floor, Near Batra Cinema, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-09.

Ph.: 011-32035347 / 09312478450. हिन्दी / English Medium

Visit Us At - www.newdelhiias.com

YH-10/09/2

इसमें कोई दो राय नहीं है कि स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद से अब तक पिछले छह दशकों में भारत ने स्वास्थ्य सुविधाओं के क्षेत्र में उल्लेखनीय प्रगति की है। बदलते सामाजिक-आर्थिक परिदृश्य और विकास के लिए नया आधारभूत ढांचा खड़ा करने के समन्वित और सफल प्रयासों के कारण आज हम स्वास्थ्य के क्षेत्र में अपनी उपलब्धियों पर गौरव का अनुभव कर सकते हैं। आज जीवन प्रत्याशा 1947 के 32 वर्ष से बढ़कर दोगुनी यानी 66 वर्ष हो चुकी है। 1947 से 1990 के दौरान शिशु मृत्युदर में भी 70 फ़ीसदी की गिरावट आई है। देश से चेचक और चिकनगुनिया जैसी बीमारियों का हमेशा के लिये सफाया हो चुका है। कुष्ठ रोग भी एक रोगी प्रति दस हज़ार के ताज़ा आंकड़े के साथ अब पूरी तरह से क़ाबू में है। हम पोलियो के समूल नाश के भी बेहद क़्रीब हैं। मलेरिया से अब 20 लाख में सिर्फ़ एक व्यक्ति की मौत होती है। टीबी संक्रमण के मामलों में भी उल्लेखनीय गिरावट आई है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन जैसी विशेषीकृत योजनाओं के माध्यम से हमने ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य जाल बिछाकर उसे शहरी विकास से जोड़ा है। यहां तक कि वंचित तबके के लिए स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम भी चलाए जा रहे हैं।

हालांकि इन तमाम उपलब्धियों के आलोक में भी यह तथ्य एक चुनौती की तरह खड़ा है कि वैश्विक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं की दृष्टि से हमारा क़द अब भी बहुत छोटा है। यहां तक कि हमारी स्वास्थ्य सेवाएं कई विकासशील देशों से भी कमतर हैं। यह सही है कि शिशु मृत्युदर को घटाकर हम 54 प्रतिहज़ार तक ले आए हैं लेकिन यह आंकड़ा अब भी चिंताजनक है। खासकर तब जब हम पाते हैं कि शिशु मृत्युदर श्रीलंका में 27, चीन में 19 और थाईलैंड में सिर्फ़ 6 प्रतिहज़ार है। कुछ ऐसी ही स्थिति हमारी मातृ मृत्युदर की है। विश्व की कुल आबादी का 16.5 प्रतिशत भारत में रहता है लेकिन बीमारियों के लिहाज़ से यह दुनिया के 20 प्रतिशत मरीज़ों का घर है। इसमें दुनिया के एक तिहाई पेट और श्वसनतंत्र संबंधी, एक चौथाई मातृत्व संबंधी और 20 प्रतिशत कुपोषण के रोगी भारतीय हैं। एक अनुमान के मुताबिक देश में क़्रीब 31 लाख लोग एचआईवी/एड्स के शिकार हैं। देश में स्वास्थ्य सुविधाओं की सुलभता और परिणाम की दृष्टि से कई क्षेत्रीय असमानताएं हैं। पूर्वोत्तर के कई राज्य इस मामले में दक्षिण के कई राज्यों से बहुत पीछे हैं। सामाजिक-आर्थिक असमानता, शिक्षा का स्तर और सूचना की उपलब्धता भी इस विसंगति के लिए ज़िम्मेदार बढ़े कारक हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्यकर्मियों और मुक़म्मल स्वास्थ्य ढाँचे की कमी एक बड़ी समस्या है। इसमें बदलती जीवनशैली से पैदा होने वाले रोगों की बढ़ती संख्या और देशव्यापी संक्रामक रोग, जैसे हालिया स्वाइन फ्लू की समस्या, जोकि एक प्रभावी स्वास्थ्य निगरानी तंत्र की मांग करती है, से बेहतर स्वास्थ्य सेवाओं की चुनौती और भी बढ़ गई है। लिहाज़ स्वास्थ्य के क्षेत्र में हमारे सामने खड़ी चुनौतियां हमारी अब तक की उपलब्धियों को धुंधला करती प्रतीत होती हैं।

केंद्रीकृत योजना और कम सरकारी ख़र्च वे प्रमुख कारण हैं जिनसे पिछले कुछ दशकों में स्वास्थ्य क्षेत्र के विकास पर व्यापक असर पड़ा है। गैरतलब है कि भारत में स्वास्थ्य पर सार्वजनिक ख़र्च दुनिया के कई देशों की तुलना में बहुत कम है, लेकिन यहां के लोग स्वास्थ्य पर ख़र्च के मामले में दुनिया में अगली कतार में हैं। यदि हम अपने देश की सामाजिक असमानता की खाई को पाटना चाहते हैं तो हमें यह सुनिश्चित करना होगा कि हमारी जनता स्वस्थ और देश की उत्पादकता में योगदान करने में सक्षम हो। राष्ट्रीय शहरी/ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना, स्कूल स्वास्थ्य योजना इस दिशा में उठाए गए कुछ ठोस क़दम हैं। देश के नागरिक के तौर पर यह हमारा भी कर्तव्य है कि हम स्वास्थ्य जागरूकता बढ़ाने में सहभागी बनें और अच्छी स्वास्थ्यचर्या को अपनाएं ताकि कल का भारत और ज़्यादा स्वस्थ हो। □

जनसंख्या स्थिरीकरण : एक साधे यष्टि सधे

● शैलजा चंद्रा

भारत की 2001 की जनगणना के अनुसार देश की जनसंख्या 100 करोड़ से ऊपर पहुंच चुकी है। अगले 20 वर्षों में भारत चीन से आगे निकलते हुए सबसे ज्यादा आबादी वाला देश बन जाएगा। भारत के कई राज्यों की जनसंख्या की बढ़ावरी दुनिया के बड़े देशों के साथ की जा सकती है:

| राज्य | देश |
|---------------|--------|
| उत्तर प्रदेश | (16.6) |
| महाराष्ट्र | (9.3) |
| बिहार | (8.3) |
| पश्चिमी बंगाल | (8.0) |
| आंध्र प्रदेश | (7.6) |
| तमिलनाडु | (6.2) |
| मध्य प्रदेश | (6.0) |
| राजस्थान | (5.6) |
| कर्नाटक | (5.3) |
| गुजरात | (5.1) |
| उड़ीसा | (3.7) |
| केरल | (3.2) |
| झारखण्ड | (2.7) |
| असम | (2.7) |
| पंजाब | (2.4) |
| हरियाणा | (2.1) |
| चंडीगढ़ | (2.1) |
| दिल्ली | (1.4) |
| जम्मू-कश्मीर | (1.0) |
| उत्तराखण्ड | (0.8) |

*आंकड़े करोड़ में

भारत जनसंख्या स्थिरीकरण की चुनौती से पिछले 60 वर्षों से जूझ रहा है। हालांकि जनसंख्या के सन् 2045 तक स्थिर हो जाने का पूर्वानुमान था, कई राज्यों द्वारा प्रदर्शित परिणामों से लगता है कि यह अनुमान काफी आगे निकल जाएगा और इसका सतत विकास प्रक्रिया पर गंभीर

असर पड़ेगा। इसका सकारात्मक पक्ष यह है कि भारत की जनसंख्या का अधिकांश युवा है जिससे अधिक उत्पादकता और कम निर्भरता की उमीद की जा सकती है। उधर दुनिया के विकसित देश भी बूढ़े हो रहे हैं और उनकी उत्पादकता और जन्मदर घट रही है। भारत के युवा वर्ग विशाल उत्पादक जनशक्ति साबित हो सकती है लेकिन यह अस्वस्थ हो कर बड़ी नकारात्मक शक्ति भी बन सकती है जिससे विकास गति बाधित हो सकती है।

अगले 16 वर्षों में अधिकांश जनसंख्या वृद्धि उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़ और राजस्थान में हो सकती है जहां कुल 50 प्रतिशत से ज्यादा वृद्धि दर्ज हो सकती है। इसके विपरीत दक्षिणी राज्य जनसंख्या वृद्धि में मात्र 13 प्रतिशत योगदान करेंगे।

भारत की अनुमानित जनसंख्या में सन् 2001 से 2026 के दौरान जुड़ने वाली अतिरिक्त आबादी 37.10 करोड़ होगी। अनुमानित आबादी कुछ इस प्रकार होगी:

| राज्य | अनुमानित वृद्धि |
|-----------------|-----------------|
| उत्तर प्रदेश | 22 प्रतिशत |
| बिहार | 8 प्रतिशत |
| उत्तराखण्ड | 1 प्रतिशत |
| झारखण्ड | 3 प्रतिशत |
| मध्य प्रदेश | 7 प्रतिशत |
| छत्तीसगढ़ | 2 प्रतिशत |
| राजस्थान | 7 प्रतिशत |
| उड़ीसा | 2 प्रतिशत |
| 4 दक्षिणी राज्य | 13 प्रतिशत |
| शेष प्रदेश | 35 प्रतिशत |

स्रोत : राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग, एमओएचएफडब्लू 2006

जनसंख्या स्थिरीकरण वह स्थिति है जब जनसंख्या अपरिवर्तित रहे। इसे शून्य जनसंख्या

वृद्धि भी कहा जाता है। इस स्थिति में एक जन्म पीछे एक मौत होती रहती है और कुल मिलाकर योग स्थिर रहता है।

विभिन्न राज्यों में उत्पादकता प्रारूप-

भावी चुनौती कुल उत्पादकता दर (टोटल फर्टिलिटी रेट-टीएफआर) वह औसत संख्या है जितने बच्चे कोई महिला गर्भधारण कर सकने वाली अवधि में पैदा करेगी। अपनी पुस्तक इंडिया- द स्टेट ऑफ पॉपुलेशन, 2007 में आलोक रंजन चौरसिया और एस. गुलाटी ने देश को तीन समूहों में विभाजित किया है :

1. पहले वर्ग में हिंदी भाषी तथा मणिपुर, मेघालय जैसे पूर्वोत्तर के प्रदेश आएंगे। 2026 तक इन प्रदेशों में देश की कुल जनसंख्या वृद्धि की आधी यहीं दर्ज की जाएगी। इन राज्यों में जनसंख्या घटना मुश्किल होगा क्योंकि अधिकांश युगल गर्भ निरोधकों का इस्तेमाल नहीं करते।
2. दूसरे वर्ग में महाराष्ट्र, पश्चिम बंगाल, गुजरात, हरियाणा और उड़ीसा जैसे राज्य आएंगे जो या तो 2 बच्चों का लक्ष्य प्राप्त कर चुके हैं अथवा प्राप्त करने वाले हैं।
3. तीसरे वर्ग में आंध्र प्रदेश, गोवा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, पंजाब और तमिलनाडु जैसे राज्य आएंगे। इन राज्यों का 2026 तक की जनसंख्या वृद्धि में योगदान मुश्किल से 15 प्रतिशत होगा। इन राज्यों ने हर स्त्री पर 2 बच्चों का लक्ष्य पा लिया है। विवाह की कानूनसम्मत आयु का परिपालन- भावी चुनौती

ग्रामीण भारत में जल्दी विवाह का चलन है। जनसंख्या स्थिरीकरण में देर से शादी सबसे कारगर उपाय सिद्ध हो सकता है। ग्रामीण भारत में विशेषकर बिहार, झारखण्ड, उत्तर प्रदेश और आंध्र प्रदेश में 60-70 प्रतिशत लड़कियों की

शादी औसतन 18 वर्ष की आयु में कर दी जाती है। जबकि केरल और हिमाचल प्रदेश में यह सिर्फ़ 20 प्रतिशत है। यहाँ लड़कियां पढ़ाई जारी रखती हैं और उनकी शादी देर से होती है। इसका अर्थ यह है कि इस प्रवृत्ति में परिवर्तन हो सकता है लेकिन शादी की आयु पर ज़ोर देने की चुनौती का सामना किया जाना चाहिए क्योंकि इसका सीधा वास्तव मां और बच्चों के स्वास्थ्य से है। राज्यवार उन लड़कों का प्रतिशत जिनकी शादी 21 वर्ष तक और लड़कियां जिनकी शादी 18 वर्ष तक हो जाती हैं, इस प्रकार है:

| राज्य | लड़के (प्रतिशत में) | लड़कियां (प्रतिशत में) |
|---------------|------------------------|---------------------------|
| झारखण्ड | 50 | 70 |
| बिहार | 42 | 69 |
| राजस्थान | 59 | 67 |
| आंध्र प्रदेश | 36 | 63 |
| पश्चिम बंगाल | 31 | 62 |
| मध्य प्रदेश | 51 | 60 |
| उत्तर प्रदेश | 49 | 59 |
| छत्तीसगढ़ | 47 | 58 |
| महाराष्ट्र | 17 | 52 |
| कर्नाटक | 16 | 49 |
| हरियाणा | 32 | 45 |
| असम | 15 | 41 |
| गुजरात | 34 | 41 |
| उड़ीसा | 20 | 40 |
| दिल्ली | 33 | 35 |
| उत्तराखण्ड | 26 | 30 |
| तमिलनाडु | 10 | 30 |
| पंजाब | 24 | 23 |
| केरल | 2 | 20 |
| जम्मू-कश्मीर | 16 | 19 |
| हिमाचल प्रदेश | 11 | 14 |

स्रोत: एनएफएचएस, 2005-06

बहुत कम आयु में गर्भधारण और दो बच्चों के जन्म के बीच अंतर न होने से जच्छा-बच्छा को ख़तरा बढ़ जाता है। किशोरावस्था में गर्भधारण के कारण अनेक माताएं काल कवलित हो जाती हैं। बार-बार गर्भधारण से जच्छा-बच्छा की मौत और अपरंगता का जोखिम बढ़ जाता है। कम आयु में गर्भधारण के बारे में तथ्य

यद्यपि 15-19 आयु वर्ग में प्रजननदर घट रही है, तथापि काफी अधिक अनुपात में किशोरियों में गर्भधारण शुरू कर दिया है।

हिंदी भाषी राज्यों के अलावा आंध्र प्रदेश और पश्चिम बंगाल उन राज्यों में प्रमुख हैं जहाँ

कानूनसम्मत आयु से पहले शादियां अधिक हो रही हैं। जनसंख्या स्थिरता कोष ने ऐसी शादियों की अधिकता वाले ज़िलों में लड़कियों को 19 वर्ष के बाद शादी तथा 21 वर्ष के बाद पहला बच्चा होने पर नकद पुरस्कार देना शुरू किया है। उन्हें दूसरा बच्चा तब होना चाहिए जब वे 24 वर्ष की हों जाएं। इनमें से उन युगलों को सार्वजनिक समारोहों में आमंत्रित किया गया है जो दूसरों के लिए उदाहरण बन सकते हैं। ऐसा करते हुए इस बात पर ज़ोर दिया जाता है कि ऐसा करना गर्भवस्था और बच्चे के जन्म के साथ लड़की के अच्छे स्वास्थ्य के लिए भी ज़रूरी है।

उदाहरण के लिए हिमाचल प्रदेश में विवाह की कानूनसम्मत आयु और विवाहित लड़कियों की पढ़ाई जारी रखने पर ज़ोर दिया गया। इस प्रदेश में कानूनसम्मत आयु से पहले विवाहित लड़के-लड़कियों की संख्या सबसे कम है। अन्य प्रदेशों की तुलना में यहाँ स्कूल छोड़कर जाने वाले बच्चों की संख्या बहुत कम है। केवल केरल इसका अपवाद है। यह उत्तरी राज्यों के लिए एक अच्छा उदाहरण बन सकता है लेकिन इसे प्रचारित किए जाने की ज़रूरत है।

शादी के पंजीकरण की ज़रूरत : विधिक एवं सामाजिक पक्ष

ऐसा करने का एकमात्र तरीका है शादी का पंजीकरण अनिवार्य बनाना। पंजीकरण के समय दूल्हा-दुल्हन की आयु का प्रमाणपत्र दिखाना अनिवार्य बनाया जाए।

उच्चतम न्यायालय का आदेश: 25 अक्टूबर, 2007 को उच्चतम न्यायालय ने निर्देश दिया कि सभी शादियों का पंजीकरण किया जाए। अदालत ने इसे अनिवार्य बनाने को कहा और निर्देश दिया कि भारतीय नागरिकों की शादी अनिवार्य रूप से पंजीकृत की जाए भले ही वे किसी भी धर्म के हों।

याचिकाओं के बारे में राजभाषा की समिति ने अपनी 35वीं रिपोर्ट-2009 में स्कूलों में यौन शिक्षा के बारे में यह सिफारिश की:

“छात्रों को विवाह योग्य आयु की जानकारी दी जानी चाहिए जो लड़कों के लिए 21 और लड़कियों के लिए 18 वर्ष है। उन्हें यह जानकारी भी दी जानी चाहिए कि बाल विवाह गैरकानूनी है और यह बालिकाओं के स्वास्थ्य के लिए हानिकर है।”

जनसंख्या स्थिर करने वाले प्रमुख कारक

जनसंख्या वृद्धि में तीन कारक महत्वपूर्ण हैं

और वे एक-दूसरे से जुड़े हुए हैं। पहला है मातृ मृत्युदर जो गर्भवस्था के दौरान किसी महिला की मृत्यु से संबंधित है। इसका जनसंख्या स्थिरीकरण से सीधा संबंध है क्योंकि यह इस बात का द्योतक है कि शैशवावस्था में किसी नवजात की कैसी देखरेख हो पाएगी। अगर माता की मृत्यु हो जाती है तो बच्चे की उपेक्षा होना निश्चित है। इसीलिए इस बात पर ख़ासतौर से ध्यान दिया जा रहा है कि प्रसव अस्पताल में हो। अच्छी ख़बर यह है कि सरकार की जननी सुरक्षा योजना को अच्छी प्रतिक्रिया मिल रही है और अस्पताल में प्रसव की सुविधा से लाभ उठाने वाली महिलाओं की संख्या बढ़कर 29 लाख से वर्ष 2007-08 में 73 लाख हो चुकी है। जब तक मातृ सुरक्षा में सुधार नहीं होता, तब तक बच्चों की देखरेख सुनिश्चित नहीं हो पाएगी। ऐसा न होने पर एक दुष्क्रिया की शुरूआत हो जाती है और मरने वाले एक बच्चे की जगह कई बच्चे पैदा करने की प्रवृत्ति आती है।

मातृ मृत्युदर : भावी चुनौती

मातृ मृत्युदर के बारे में देश में काफी विविधता है। ताजा आंकड़ों से इस दिशा में सुधार के संकेत हैं। अखिल भारत स्तर पर मातृ मृत्युदर में काफी सुधार आया है और यह 2001 के 301 की जगह 2004-05 में 254 हो गई है।

अखिल भारत स्तर पर मातृ मृत्यु अनुपात (चुनिंदा राज्यों में):

| राज्य | मातृ मृत्युदर |
|--------------|---------------|
| उत्तर प्रदेश | 440 |
| असम | 480 |
| राजस्थान | 338 |
| मध्य प्रदेश | 335 |
| बिहार | 312 |
| उड़ीसा | 303 |
| कर्नाटक | 213 |
| आंध्र प्रदेश | 154 |
| प. बंगाल | 141 |
| पंजाब | 192 |
| गुजरात | 160 |
| हरियाणा | 186 |
| महाराष्ट्र | 130 |
| तमिलनाडु | 111 |
| केरल | 95 |

*औद्योगिक देशों में औसत मातृ मृत्युदर 8 है।

मातृ मृत्युदर : हर 1,00,000 जिंदा बच्चों के जन्म पीछे मरने वाली माताओं की मृत्युदर

स्रोत : भारत के महापंजीयक की सर्वेक्षण रिपोर्ट, 2006

यद्यपि इस दिशा में तलिनाडु और केरल ने अच्छा काम किया है तथापि भारत में मातृ मृत्युदर पड़ोसी देशों- श्रीलंका और चीन की तुलना में ज्यादा है।

मातृ मृत्युदर, कुछ देशों से तुलना

| | | | |
|--|----|------------|-----|
| श्रीलंका : | 43 | भारत : | 254 |
| थाईलैंड : | 12 | तमिलनाडु : | 111 |
| चीन : | 41 | केरल : | 95 |
| मामूद : प्रति 1,00,000 जिंदा बच्चों पर | | | |

स्रोत : एसओडब्ल्यूसी, यूनीसेफ और भारत के महापंजीयक की सर्वेक्षण रिपोर्ट, 2006

एक अन्य अच्छी ख़बर यह है कि हिंदी भाषी राज्यों में अस्पतालों में होने वाले प्रसवों की संख्या में 40 प्रतिशत से ज्यादा वृद्धि हुई है जिससे मातृ मृत्युदर में कमी आई है। इसका अच्छा असर जनसंख्या स्थिर करने पर पड़ता है क्योंकि इससे जच्चा-बच्चा दोनों की अस्पताल में अच्छी देखरेख हो पाती है और उनकी स्वास्थ्यचर्या निरंतर बनी रहती है।

शिशु मृत्यु- भविष्य की चुनौती

शिशु मृत्युदर दूसरा महत्वपूर्ण कारक है जिसका जनसंख्या स्थिर करने में महत्वपूर्ण योगदान होता है। माता-पिता सिर्फ़ इसलिए ज्यादा बच्चे पैदा करते हैं कि बच्चा मर सकता है। शिशु मृत्युदर में उन मौतों को शामिल किया जाता है जिनकी मृत्यु जन्म से एक साल के अंदर हो जाती है। शिशु मृत्युदर ग्रामीण क्षेत्रों में ज्यादा है और यह तब और ज्यादा हो जाती है जब मां की आयु 20 वर्ष से कम हो। यदि दो जन्मों के बीच का अंतर दो वर्ष से कम है तो यह दर और अधिक हो जाती है। शिशु मृत्युदर में कमी लाना एक बड़ी चुनौती है और इसके लिए सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि माता के स्वास्थ्य पर ध्यान दिया जाए और दो बच्चों के जन्म के बीच अंतर लाया जाए।

परिवार नियोजन- गर्भनिरोधक की

मां पूरी करने की चुनौती यह तीसरा पक्ष है जो गर्भनिरोधक उत्पादों और सेवाओं को पहुंच प्रदान करता है। भारत की आधी से ज्यादा आबादी बच्चे पैदा कर सकने के आयु वर्ग में है और इनमें से आधे ही गर्भनिरोधकों का प्रयोग कर रहे हैं। इस मामले में हम पड़ोसी देशों- इंडोनेशिया, श्रीलंका और थाईलैंड से पीछे हैं। परिवार सीमित करने का सर्वाधिक प्रभावी तरीका है, बंध्याकरण लेकिन हाल तक जितने आँपेरेशन किए गए उनमें से 96 प्रतिशत स्त्रियों के ही किए गए और सिर्फ़ 1 प्रतिशत पुरुषों के हुए।

पिछले 20 वर्षों में अनेक प्रकार के गर्भ निरोधक प्रस्तुत करने और परिवार नियोजन सेवाएं देने वाले चिकित्सा एवं अर्धचिकित्सा कर्मचारियों की योग्यता बढ़ाने के लिए अनेक प्रयास किए गए। निर्धारित दिनों पर मिलने वाली सुविधाओं का प्रचार किया गया। पुरुष बंध्याकरण को फिर से रुचिकर बनाया जा रहा है। बंध्याकरण पर मिलने वाली राशि बढ़ा दी दी गई है और सुविधाएं देने वाली निजी दलों को सेवाओं के बदले दी जाने वाली प्रोत्साहन राशि बढ़ाई गई है।

इन उपायों के परिणामस्वरूप पुरुष नसबंदी के मामलों में काफी ज्यादा बढ़ातरी दर्ज की गई है। 2007 तक इस दर में गिरावट दिखाई दे रही थी। पिछले साल इन मामलों में 84 प्रतिशत वृद्धि हुई और इस वर्ष शुरू के छह महीनों में यह दर 24 प्रतिशत से अधिक रही है।

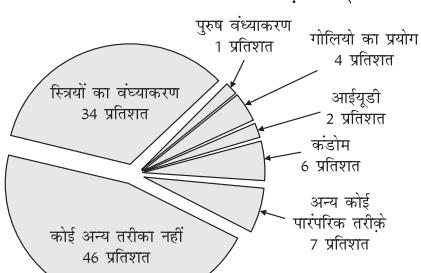
कुल मिलाकर बंध्याकरण मामलों में पर्याप्त वृद्धि हुई है। हिंदी भाषी क्षेत्रों में मध्य प्रदेश और छत्तीसगढ़ को छोड़कर अन्य में पिछले तीन

वर्षों में अच्छा काम हुआ है। यह पिछली प्रवृत्ति के विपरीत है और इन राज्यों से जो आभास मिला है वह बहुत सकारात्मक है।

निष्कर्ष

भारत की जनसंख्या विकास दर में पिछले वर्षों में गिरावट देखी गई लेकिन कुल मिलाकर जनसंख्या बढ़ती रहेगी क्योंकि आधे से अधिक लोग उत्पादक आयु वर्ग में हैं। हर वर्ष अनेक लोग इस आयु वर्ग में आ

भारत में वर्तमान में परिवार नियोजन तरीकों का इस्तेमाल



स्रोत: आमांडे एवं सुविधाओं का ज़िलासरोबी सर्वेक्षण-3 (2007-08)

जाते हैं। इनमें से केवल आधे ही गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल करते हैं अतः परिवार नियोजन लक्ष्य पूरा करने में कई दशक लग जाएंगे। सतत विकास के लिए यह बहुत ज़रूरी है।

भारत में मातृ और शिशु मृत्युदर बहुत ज्यादा है और अधिक बच्चों का जन्म शिशु मृत्यु का बीमा समझा जाता है। बहुत बड़ी संख्या में लोग सेवाओं का इस्तेमाल तब भी नहीं कर पाते जब वे उपलब्ध होती हैं। इसका कारण है जानकारी और पहुंच का अभाव है।

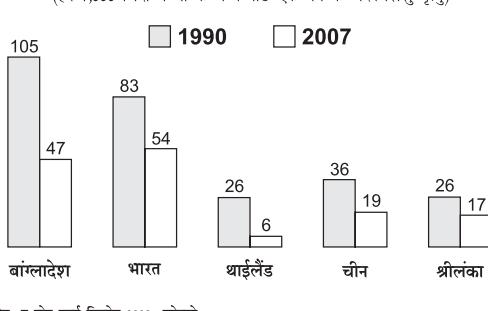
इन सबके बावजूद पिछले दो दशकों में इस दिशा में उल्लेखनीय प्रगति हई है। इससे यह उम्मीद बंधती है कि जनसंख्या के स्थिरीकरण को जनता की मान्यता मिल चुकी है। अब इसे खासतौर से हिंदी भाषी प्रदेशों में बनाए रखना और तेज़ करना है क्योंकि इन प्रदेशों में उत्पादकता दर काफी ऊँची है। जनसंख्या को प्रभावित करने वाले कई कारक सांस्कृतिक किस्म के हैं। विवाह के प्रति रखैया, गर्भधारण से अपेक्षाएं और दो बच्चों के जन्म के बीच अंतर की ज़रूरत के बारे में दृष्टिकोण बदले जाने की ज़रूरत है। नारी साक्षरता में कमी का मातृत्व और बच्चों की देखरेख पर असर पड़ता है। नारी साक्षरता कम होने का सुरक्षित मातृत्व पर भी ख़राब असर पड़ता है। पुत्र की चाहत का पुत्रियों के प्रति भावनाओं पर प्रभाव पड़ता है। इसी के कारण लिंग निर्धारण और बच्चों की भ्रूण हत्या की प्रवृत्ति बढ़ती है।

समय की अपेक्षा है कि नागरिक समाज आमूल-चूल परिवर्तन का महत्व समझे। समाज के अंदर राजनीतिक प्रतिनिधियों, मीडिया और धार्मिक नेताओं को इस मामले में सबसे महत्वपूर्ण भूमिका निभानी होगी। □

(लेखिका भारत सरकार में सचिव और जनसंख्या स्थिरता कोष की कार्यकारी निदेशक रह चुकी हैं।

ई-मेल : chandra_shailaja@yahoo.co.in)

शिशु मृत्युदर में कमी
(हर 1,000 जिंदा बच्चों के जन्म पीछे एक वर्ष के अंदर शिशु मृत्यु)



भारत में औषधि मूल्य निर्धारण

● ए.के. बनर्जी

विश्वभर में आवश्यक दवाओं को लोगों तक पहुंचाने में उनके मूल्यों की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। विभिन्न देशों में इसके लिए विभिन्न रास्ते जैसे केंद्रीय स्तर पर वसूली स्वास्थ्य बीमा, मूल्य विनियमन आदि अपनाए जाते हैं। जिन देशों में कानूनी तौर पर मूल्य निर्धारण की पद्धति अपनाई जाती है वहां भी अलग-अलग तरीकों का पालन किया जाता है। ये तरीके चुनिंदा देशों में कतिपय दवाओं के सांकेतिक मूल्य निर्धारण, सामूहिक वसूली (खरीद) के आधार पर मूल्य निर्धारण आदि पर आधारित होते हैं। भारत में जो तरीका अपनाया जाता है उसे 'कॉस्ट प्लस' के नाम से जाना जाता है। इससे पूर्व कि भारतीय मूल्य निर्धारण पद्धति पर विस्तार से चर्चा की जाए, इस बात पर चर्चा करना ज़रूरी है कि दवाओं का मूल्य निर्धारित करने के लिए कानून क्यों ज़रूरी है?

औषधि मूल्य नियंत्रण का औचित्य

दवाओं की उपलब्धता और मूल्य निर्धारण के नियमों से जुड़े मुद्दे न केवल अंतर्राष्ट्रीय हैं बल्कि अत्यंत जटिल भी हैं। यह सब किसी भी देश के सामाजिक-आर्थिक और प्रशासकीय परिस्थितियों पर निर्भर होता है। प्रायः यह तर्क दिया जाता है कि मूल्य तय करने के लिए किसी कानून के बजाय बाज़ारी शक्तियों को ही यह काम करने देना चाहिए। परंतु औषधि निर्माण क्षेत्र में इस व्यवस्था की एक गंभीर सीमा है। मुक्त-बाज़ार व्यवस्था, जिसमें बाज़ारी शक्तियों के माध्यम से औषधि मूल्यों का निर्धारण होता है, यह बात पहले से ही मानी हुई होती है कि उपभोक्ता अर्थात् रोगी अपने व्यवहार से मूल्यों पर प्रभाव डालने में समर्थ होंगे। औषधि निर्माण क्षेत्र में ऐसा नहीं होता है, क्योंकि उपभोक्ता को अपना फैसला कष्ट और पीड़ा

की स्थिति में लेना पड़ता है और ज्ञान के अभाव में, वह सोच-समझकर फैसला नहीं ले पाता। उसे डॉक्टरों तथा दवा विक्रेताओं की राय से काम लेना पड़ता है। यह भी देखा गया है कि प्रतियोगिता के बावजूद औषधि क्षेत्र में मूल्यों में कमी नहीं आती। और प्रायः कई प्रतिस्पर्धी होने के बावजूद लोकप्रिय ब्रांड ही मूल्य में भी सबसे आगे होता है। दूसरे शब्दों में, सबसे महंगी दवाएं ही सबसे अधिक बिकती हैं। यह देखना दिलचस्प हो सकता है कि मूल्य नियंत्रण के अधीन आने वाली दवाओं की संख्या जो 1979 में 347 थी, वह 1987 में कम होकर 142 पर आ गई और उसके बाद अब उनकी संख्या 74 रह गई है, परंतु अनेक मामलों में मूल्य नियंत्रण के दायरे के बाहर आते ही कई दवाओं के दाम बढ़ गए। राष्ट्रीय वृहद अर्थशास्त्र और स्वास्थ्य आयोग (नेशनल कमीशन ऑन मैट्रिक इकोनोमिक्स एंड हेल्थ) ने अपने एक अध्ययन में पाया है कि दवाओं की खुदरा बिक्री में लाभ का अंश काफी ज्यादा होता है। आयोग ने यह निष्कर्ष बाज़ार में बिकने वाली दवाओं के मूल्य की तुलना सामूहिक वसूली के आधार पर तय किए जाने वाले मूल्य से करने के बाद निकाला है। इसी आयोग ने मूल्य नियंत्रण प्रणाली सभी औषधियों पर लागू करने की सिफारिश की थी और यह अनिवार्य करने का सुझाव दिया था कि सार्वजनिक कोष से चलने वाले सभी कार्यक्रमों में केवल जेनरिक दवाओं का ही प्रयोग किया जाए। उसके विचार से, इस प्रकार की मूल्य पाबंदी से दवाओं को महंगा होने से रोका जा सकता है।

अतः यह उचित ही है कि दवाओं के मूल्यों पर किसी-न-किसी प्रकार का नियंत्रण आवश्यक है, विशेषकर निर्बल और वर्चित वर्ग के लोगों

को सस्ती स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने के लिए, क्योंकि अतिरिक्त व्यय करने की उनकी क्षमता कम होती है। संस्थागत स्वास्थ्य सुविधा भी उन्हें सुलभ नहीं होती। भारत जैसे देश, जहां विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के एक अध्ययन के अनुसार 65 प्रतिशत लोगों को दवाएं नहीं मिल पाते, में यह बहुत महत्वपूर्ण है। इसके साथ ही, सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों/संस्थाओं में दवाओं के अभाव और सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा की गैर-मौजूदगी के कारण अधिकतर परिवारों को स्वास्थ्य रक्षा का व्यय अपनी जेब से बहन करना पड़ता है। राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण के 60वें उपभोक्ता व्यय सर्वेक्षण के अनुसार, बहिरंग रेगियों का दो-तिहाई व्यय दवाओं की खरीद पर ही खर्च हो जाता है। यह तथ्य इसलिए महत्वपूर्ण हो जाता है, क्योंकि एक अनुमान के अनुसार इस तरह के लोगों की बीमार पड़ने की संभावना 2.3 गुना अधिक होती है। दवाओं के बाज़ार में मुक्त बाज़ार व्यवस्था की कोई विशेषता नहीं होती जहां उपभोक्ता जानकारी के आधार पर विकल्प चुन सकें। इसके अलावा, इस स्थिति में औषधि के क्षेत्र में शोध एवं विकास की दिशा भी उन दवाओं की ओर मुड़ जाती है जिससे अधिक वित्तीय लाभ होता है। स्वास्थ्य की आवश्यकता के अनुसार उनकी दिशा तय नहीं होती।

राष्ट्रीय औषधि मूल्य नियंत्रण प्राधिकरण एनपीपीए का गठन

चूंकि भारत सरकार समाज के बच्चित और निर्बल वर्गों तक आसानी से और किफायती दामों पर दवाएं पहुंचाने को अधिक महत्व दे रही है, इसलिए दवा को आवश्यक वस्तु अधिनियम के खंड 3 में शामिल किया गया

है। औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश (डीपीसीओ) पहली बार 1979 में जारी किया गया था और तब उसमें 347 दवाएं शामिल थीं। आदेश के अनुसार दवाओं का मूल्य और उनके निर्माण के सूत्र सरकार द्वारा निश्चित किए जाएंगे। डीपीसीओ का संशोधित रूप 1987 में जारी किया गया और इसमें मूल्य नियंत्रण आदेश के तहत आने वाली दवाओं की संख्या कम कर 142 कर दी गई। डीपीसीओ का एक और संशोधन 1995 में किया गया, जो आज तक लागू है। इस सूची में मूल्य नियंत्रण वाली दवाओं की संख्या घटाकर 74 कर दी गई है। इनके मूल्य और सूत्र राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण (एनपीपीए) द्वारा तय किए जाते हैं। एनपीपीए का गठन अगस्त 1997 में सरकार के एक संकल्प के तहत विशेषज्ञों की एक स्वतंत्र संस्था के रूप में किया गया था। प्राधिकरण के औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश, 1995 की शर्तों के अनुसार दवाओं का मूल्य तय करने, संशोधन करने और उन पर निगरानी रखने की महत्वपूर्ण जिम्मेदारी सौंपी गई थी। मूल्य नियंत्रण व्यवस्था के तहत आने वाली दवाएं और उनके सूत्र, बाजार में उपलब्ध कुल दवाओं के केवल 20 प्रतिशत के बराबर ठहरते हैं। शेष 80 प्रतिशत गैर-अधिसूचित दवाओं और उनके सूत्रों पर बाजार में बिक्री के लिए प्रवेश करते समय कोई नियंत्रण नहीं होता।

एनपीपीए की संरचना और उसके कार्य

एनपीपीए में भारत सरकार के सचिव पद के समकक्ष अध्यक्ष और संयुक्त सचिव स्तर के सदस्य सचिव के अतिरिक्त तीन अंशकालिक सदस्य होते हैं। अध्यक्ष और सदस्य सचिव पूर्ण कालिक सदस्य होते हैं। तीन अंशकालिक सदस्य वित्त मंत्रालय के प्रधान सलाहकार और मुख्य सलाहकार (लागत) के अलावा स्वास्थ्य मंत्रालय के औषधि महानियंत्रक होते हैं। एनपीपीए 1995 के औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश में निहित शर्तों के आधार पर दवाओं के मूल्य निर्धारित करता है। थोक दवाओं का मूल्य लागत मूल्य अध्ययनों के आधार पर निर्धारित किया जाता है जिसे तय करते समय डीपीसीओ में निर्धारित उद्योगों द्वारा लगाई पूँजी पर होने वाले लाभ को भी ध्यान में रखा जाता है। थोक दवाओं को सक्रिय औषधि अवयव अथवा एपीआई के रूप में भी जाना जाता है। सूत्रों का मूल्य डीपीसीओ में दिए गए सूत्र (फार्मूले) के आधार पर तय किया

जाता है। इसमें सामग्री की लागत, संपर्कर्तन (कंवर्जन) की लागत, पैकिंग सामग्री और प्रभार के साथ-साथ व्यापार लाभ और निर्माताओं के लाभ सहित अधिकतम अनुमति योग्य निर्माण व्यय भी सम्मिलित होता है। आयातित अनुसूचित औषधियों और सूत्रों का मूल्य डीपीसीओ के प्रावधानों के अनुसार भारत पहुँचने की उनकी लागत के आधार पर तय किया जाता है।

चूंकि एनपीपीए को दवाओं को कम कीमत पर उपलब्ध कराने का दायित्व सौंपा गया है, वह अनुसूचित और गैर-अनुसूचित दोनों तरह की औषधियों और सूत्रों पर नज़र रखता है। यह कार्य बाज़ार को प्रत्यक्ष निगरानी के साथ-साथ सर्वे रिपोर्टें, शिकायतों और व्यक्तियों, संगठनों, राज्यों के औषधि नियंत्रण प्राधिकरणों आदि से प्राप्त सूचनाओं के आधार पर किया जाता है। अखबारों में छपी दवाओं के अभाव और उनकी अधिक मूल्य वसूली संबंधी खबरों पर भी कार्रवाई की जाती है। किसी अनुसूचित दवा की अधिक दाम वसूली के बारे में एनपीपीए कंपनी को कारण बताओ नोटिस जारी कर वसूले गए अधिक पैसे वापस जमा कराने को कहता है। एनपीपीए ने 31 जुलाई, 2009 तक इस मद में 174.33 करोड़ रुपये की वसूली की है। इसमें से 0.96 करोड़ रुपये, 4.51 करोड़ रुपये, 51.41 करोड़ रुपये और 18.29 करोड़ रुपये क्रमशः वर्ष 2006-07, 2007-08, 2008-09 और वर्ष 2009-10 के दौरान (31 जुलाई, 2009 तक) वसूले गए हैं। यहां यह उल्लेखनीय है कि एनपीपीए और उसकी गतिविधियों पर कुल वार्षिक ख़र्च केवल 7.50 करोड़ रुपये का ही होता है जो कि उसके द्वारा सरकार के लिए वसूली गई राशि का एक छोटा-सा अंश भर है। गैर-अनुसूचित दवाओं के मामले में, एनपीपीए उनकी कीमतों पर बराबर नज़र रखता है और यह सुनिश्चित करता है कि उनके मूल्य में प्रतिवर्ष 10 प्रतिशत (1 अप्रैल, 2007 के पूर्व 20 प्रतिशत) से अधिक वृद्धि न होने पाए। जब भी 10 प्रतिशत से अधिक मूल्य वृद्धि का मामला सामने आता है, एनपीपीए कंपनी से मूल्य कम करने को कहता है। यदि कंपनी इस आदेश का पालन नहीं करती तो एनपीपीए डीपीसीओ में निहित नियमों के अधीन जनहित में उस दवा का मूल्य निर्धारित करती है। अब तक 60 मामलों में कंपनियों ने एनपीपीए के

कहने पर स्वेच्छा से संबंधित दवाओं की कीमतों में कमी की है और 27 मामलों में, कंपनी द्वारा कार्रवाई न करने पर, एनपीपीए ने दवाओं के दाम तय करने का क़दम उठाया है।

निष्कर्ष

सरकार को आभास है कि 1995 में डीपीसीओ में हुए पिछले संशोधन को एक अरसा हो चुका है। इस बीच मूल्य नियंत्रण वाली 74 दवाओं में से 29 दवाएं अब देश में नहीं बनतीं। इसके अलावा, स्वास्थ्य मंत्रालय ने 2003 में कैंसर के इलाज में काम आने वाली दवाओं सहित 354 दवाओं को आवश्यक दवाओं के रूप में अधिसूचित किया था, जिसके बारे में जनता की मांग है कि उनको भी मूल्य नियंत्रण आदेश के तहत लाया जाना चाहिए क्योंकि वे काफी महंगी हैं और आम आदमी की पहुँच के बाहर हैं। इसी के साथ-साथ, औषधि उद्योग चाहता है कि मूल्य नियंत्रण न्यूनतम होना चाहिए और नयी दवाओं के विकास के लिए अनुसंधान को पर्याप्त प्रोत्साहन भी दिया जाना चाहिए। सरकार इन परस्पर विरोधी हितों में संतुलन बिठाना चाहती है, ताकि लोगों के हितों की व्यापक रक्षा के साथ-साथ औषधि उद्योग के विकास को भी बढ़ावा मिल सके। यहां यह उल्लेखनीय है कि 1947 से, जब उत्पादन मूल्य कुल 10 करोड़ रुपये का था, लेकर आज तक औषधि उद्योग ने भारी तरक़ित की है। आज दवाओं का कुल उत्पादन मूल्य 75,000 करोड़ रुपये के क़रीब है और इस क्षेत्र में लगभग 30 लाख लोगों को रोज़गार मिला हुआ है। औषधि निर्माण के क्षेत्र में भारत भी अब विश्व में एक शक्ति बन चुका है। इस उद्योग का घरेलू बाजार 11 प्रतिशत प्रतिवर्ष की दर से बढ़ रहा है जबकि निर्यात में लगभग 20 प्रतिशत प्रतिवर्ष की दर से बढ़ रही है। उत्पादन की मात्रा के अनुसार भारतीय औषधि उद्योग का अमरीका, जापान और चीन के बाद विश्व में चौथा स्थान है और मूल्य के अनुसार चौदहवां। अतएव, सरकार ने एक नयी औषधि नीति तैयार करने की प्रक्रिया शुरू की है। यह नीति मूल्य नियंत्रण और डीपीसीओ के स्वरूप सहित औषधि निर्माण क्षेत्र के विभिन्न मुद्दों का व्यापक समाधान करने के उद्देश्य से तैयार की जा रही है। □

(लेखक राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण के अध्यक्ष हैं।
ई-मेल : banergeeanjan@gmail.com)



स्वास्थ्य जीवन की ओर

स्त्री स्वास्थ्य की हकीकत

● नीलू अरुण

आम घरों में आज भी औरत की सेहत को उपेक्षित नज़र से देखा जाता है। आबादी के विस्फोट पर क़ाबू पाने के मक़सद से बनाई गई विभिन्न सरकारी योजनाएं भी औरतों को राहत नहीं दे पाई लिहाज़ा औरतों का स्वास्थ्य दिन-प्रतिदिन गिरता ही जा रहा है। देश की स्वास्थ्य प्रणाली में औरतों की सेहत संबंधी समस्याओं को 'मातृ स्वास्थ्य' के अंतर्गत रखा गया है। 15 से 40 वर्ष की औरतों को जैविक रूप से कमज़ोर माना जाता है, क्योंकि उन्हें गर्भावस्था का अतिरिक्त जोखिम भी बना रहता है। शेष आबादी को ऐसा कोई ख़तरा नहीं रहता। यह जोखिम भारत में और भी ज्यादा माना जाता है क्योंकि भारतीय औरतों में जच्चा मृत्युदर विकसित देशों से कहीं ज्यादा है।

आंकड़ों में देखें तो भारत में जच्चा मृत्युदर 4.6 प्रतिहजार है। अर्थात् प्रति दस हज़ार बच्चों को जन्म देते समय 46 माताओं की मृत्यु हो जाती है, जबकि कनाडा में यह दर मात्र 0.5 प्रतिहजार है। भारत में औरतें पुरुषों के

मुक़ाबले औसतन कम उम्र जी पाती हैं जबकि विकसित देशों में स्थिति बिल्कुल उलटी है। हमारे देश में स्त्री-पुरुष अनुपात (प्रतिहजार तालिका-1)

कुछ राज्यों में लिंग अनुपात

| राज्य | अनुपात दर |
|--------------|-----------|
| केरल | 1,032 |
| उड़ीसा | 981 |
| तमिलनाडु | 977 |
| आंध्र प्रदेश | 975 |
| कर्नाटक | 963 |
| बिहार | 946 |
| गुजरात | 942 |
| मध्य प्रदेश | 941 |
| महाराष्ट्र | 937 |
| राजस्थान | 919 |
| उत्तर प्रदेश | 885 |
| पंजाब | 879 |
| हरियाणा | 870 |
| भारत | 933 |

पुरुषों पर स्त्रियों की संख्या) भी अन्य देशों से कम है। भारतीय जनगणना महापंजीयक के आंकड़ों के अनुसार भारत में स्त्री-पुरुष लिंग अनुपात 933 प्रतिहजार है जबकि रूस में 1,140 तथा जापान में 1,040 प्रतिहजार है। भारत में स्त्रियों की संख्या में गिरावट का सिलसिला बीते 20-25 वर्षों में शुरू हुआ है। इसका एक प्रमुख कारण जच्चा मृत्युदर का ज्यादा होना भी है। लेकिन सच्चाई इतनी ही नहीं है। औरतों की सेहत की बुरी हालत की ओर भी कई वजहें हैं।

हमारे देश में औरतों की कमज़ोर सेहत की अन्य वजहों में कुपोषण भी महत्वपूर्ण है। लुधियाना में कम्युनिटी हेल्थ डिपार्टमेंट के एक अध्ययन से पता चला कि एक समान आर्थिक समूह में लड़कियों में कुपोषण का प्रतिशत लड़कों की तुलना में ज्यादा था। ऐसे ही पंजाब में हुए एक अध्ययन में लड़कों के मामले में माताएं 90 प्रतिशत पोषण प्राप्त कर लेती थीं जबकि लड़कियों के मामले में ऐसी माताओं का प्रतिशत सिर्फ़ 72 था जबकि दोनों एक ही

सामाजिक-आर्थिक समूह की थीं। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद की एक रिपोर्ट के अनुसार 27 प्रतिशत ग्रामीण लड़कों की तुलना में 52 प्रतिशत ग्रामीण लड़कियां कुपोषित या अल्पपोषित थीं। शहरी मध्यम वर्ग में यह प्रतिशत 9.8 प्रतिशत लड़कों की तुलना में 15 प्रतिशत लड़कियां का था।

देश में औरतों के पोषण की स्थिति जानने के लिए लगभग डेढ़ दशक पहले एक और अध्ययन हुआ था। कर्नाटक के ग्रामीण इलाके में देखा गया कि पुरुष अपना 31 प्रतिशत काम निपटाने के लिए 2,473 कैलोरी प्रतिदिन ख़र्च करते हैं जबकि महिलाएं इससे ज्यादा 53 प्रतिशत कार्य करने में पुरुष की तुलना में कम कैलारी ख़र्च करती हैं। अध्ययन बताता है कि भारत के ग्रामीण इलाकों में पुरुषों को प्रतिदिन 1,700 कैलोरी ऊर्जा की तुलना में महिलाओं को प्रतिदिन 1,400 कैलोरी ही मिल पाती है जबकि इन ग्रामीण महिलाओं पर पुरुष की तुलना में काम का बोझ ज्यादा होता है।

यहां औरतों की बुरी सेहत की एक और वजह है— स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव। अध्ययन बताता है कि पुरुषों की तुलना में महिलाएं स्वास्थ्य सुविधाओं का इस्तेमाल कम कर पाती हैं। इस बाबत पश्चिम बंगाल और उत्तर प्रदेश में हुए अध्ययन का निष्कर्ष है कि सरकारी अस्पताल के बाह्य रोगी विभाग में 57 प्रतिशत पुरुषों की तुलना में 43 प्रतिशत औरतें ही चिकित्सा के लिए आती हैं। महाराष्ट्र में पुरुष-स्त्री मरीजों का अनुपात 3:1 है।

स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग में अंतर का कारण यह नहीं है कि स्त्रियां आमतौर पर पुरुषों से ज्यादा स्वस्थ हैं। वास्तव में स्त्रियों की मृत्युदर पुरुषों से ज्यादा है। इसका निष्कर्ष यह है कि भारतीय समाज में आज भी स्त्रियों की अस्वस्थता को गंभीरता से नहीं लिया जाता। नतीज़ा यह होता है कि स्वास्थ्य सुविधाओं के अभाव में कई की तो मौत हो जाती है।

औरतों की बुरी सेहत का एक और प्रमुख कारण है उनकी ख़राब सामाजिक स्थिति। भारतीय समाज आज भी पुरुष प्रधान समाज है। धार्मिक या सामाजिक कार्यक्रमों में विधवा स्त्री की उपस्थिति को शुभ नहीं माना जाता। उन पर कई तरह की सामाजिक पार्बदियां हैं। कई समाजों में तो औरत का अपने पति से पहले मर जाना अच्छा माना जाता है। जन्म या जन्म से पहले से ही लड़के की तुलना में लड़कियों पर कम ख़र्च करना तो भारतीय समाज की आम सच्चाई है। लड़कियां आज भी परिवार पर एक बोझ की तरह हैं। महिलाओं की ख़राब सेहत पर चिंता तो व्यक्त की जाती है, लेकिन उसके लिए कोई ठोस उपाय नहीं किया जाता। सरकार की नीतियां भी स्त्री स्वास्थ्य को उतनी अहमियत नहीं देतीं। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 को ही देखें तो साफ़ प्रतीत होता है कि कुपोषण, बार-बार गर्भाधान, असुरक्षित गर्भ, जनन संक्रमण और यौन संचारित संक्रमण मिल कर भारत में स्त्री मृत्युदर को विश्व के उच्चतम मृत्युदरों में शामिल करते हैं। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 की कार्यसमिति भी मानती है कि मातृ मृत्युदर केवल स्वास्थ्य संबंधी हानि नहीं बल्कि एक किस्म का सामाजिक अन्याय भी है। लड़कियों और महिलाओं की निम्न सामाजिक और आर्थिक स्थिति शिक्षा और बेहतर पोषण तक उनकी पहुंच को सीमित कर देती है। कार्यसमिति यह भी मानती है कि गर्भावस्था और शिशु जन्म के दौरान उपयुक्त स्वास्थ्य

तालिका-2

मातृ मृत्युदर

| | |
|-----------|-----------------------|
| भारत | 500 (प्रति एक लाख पर) |
| दयूनीसिया | 310 (प्रति एक लाख पर) |
| इक्वाडोर | 210 (प्रति एक लाख पर) |
| केन्या | 190 (प्रति एक लाख पर) |
| इंग्लैंड | 11 (प्रति एक लाख पर) |
| अमरीका | 10 (प्रति एक लाख पर) |
| स्वीडन | 1 (प्रति एक लाख पर) |

देखभाल और पोषण में कमी उच्च मातृ मृत्युदर की मुख्य वजह है।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति कार्यसमिति का अनुमान है कि मार्च 2011 तक भारत की जनसंख्या एक अरब पच्चीस करोड़ से ज्यादा होगी। इसमें महिलाओं की आबादी का अनुमान आधे से कम है। कार्यसमिति का सुझाव है कि 2010 तक स्त्रियों में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य संबंधी ज़रूरतों को पूरा करने के लिए एक व्यापक पैकेज़ की ज़रूरत है। इसमें तात्कालिक उद्देश्य गर्भ निरोधन, स्वास्थ्य के आधारभूत ढांचे और स्वास्थ्यकर्मियों की पर्याप्त संख्या, बुनियादी प्रजनन व बाल स्वास्थ्य के लिए एकीकृत सेवा प्रदान करने जैसी बातें शामिल हैं। इसके दीर्घकालीन लक्ष्य में सन् 2045 तक स्थिर जनसंख्या हासिल करना है।

इसमें संदेह नहीं कि बीते 50 वर्षों में भारत बड़ी तेज़ी से एक शहरी औद्योगिक समाज बनने की राह पर चल निकला है। इसी के साथ लगभग 25 करोड़ लोगों का एक नया मध्यवर्ग

तालिका-3

मातृ-मृत्यु के प्रमुख कारण

रक्तहीनता

60 से 70 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं में खून की कमी होती है। उनका हेमोग्लोबिन स्तर 10 ग्राम से कम होता है। प्रसव के समय मरने वाली कुल महिलाओं में से 15 से 30 प्रतिशत रक्तहीनता के कारण मरती हैं।

कद

15 से 20 प्रतिशत भारतीय महिलाएं डब्ल्यूएचओ द्वारा सुरक्षित मानी गई न्यूनतम ऊंचाई 145 सेमी से कम कद वाली होती हैं। इस कारण उन्हें अवरुद्ध प्रसव का ख़तरा रहता है। भारत में निम्न सामाजिक-आर्थिक तबकों की महिलाओं में यह वृद्धि केवल 3 से 5 किलो होती है।

आहार संबंधी कमी

गर्भवती महिलाओं के आहार में 1,100 कैलोरी की तथा स्तनपान करवाने वाली महिलाओं में 1,000 कैलोरी की कमी पाई गई।

देश में स्वास्थ्य सेवाओं का सबसे बड़ा उपभोक्ता बनकर पनपा है। निजी स्वास्थ्य सेवाओं पर हुए एक अध्ययन से पता चलता है कि वैश्वीकरण के दौर में गरीब बड़ी तेज़ी से सरकारी क्षेत्र से बाहर मिली स्वास्थ्य सेवाओं में जाने को बाध्य किए गए हैं। इनकी आमदनी का एक बड़ा भाग इलाज पर ख़र्च हो जाता है।

नतीजा यह है कि देश में निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाएं भारत में स्वास्थ्य संरक्षण के क्षेत्र में सरकारी संस्थाओं की तुलना में अधिक अहम भूमिका अखिलयार करती जा रही हैं। उदाहरण के लिए केरल, गुजरात तथा महाराष्ट्र में निजी क्षेत्र के अस्पतालों की हिस्सेदारी (कुल अस्पतालों के संदर्भ में) क्रमशः 78, 77 और 62 प्रतिशत है। हालांकि अभी बिहार, मध्य प्रदेश और उड़ीसा में सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों की तुलना में निजी क्षेत्र के अस्पतालों की हिस्सेदारी (कुल अस्पतालों के संदर्भ में) क्रमशः 78, 77 और 62 प्रतिशत है।

राष्ट्रीय राजधानी दिल्ली को ही देखें तो यहां के व्यस्ततम सरकारी अस्पतालों में से एक दीनदयाल उपाध्याय अस्पताल, हरिनगर में मात्र एक छोटा-सा काम चलाऊ प्रसूति कक्ष है जहां प्रतिदिन 30-40 नैनिहाल जन्म लेते हैं। इस प्रसूति कक्ष में मात्र चार प्रसव शैया है। अस्पताल के पंजीकरण रजिस्टर के अनुसार वर्ष 2003 में कोई 9,000 शिशुओं ने इसी कक्ष में जन्म लिया। अब यह संख्या इससे कहीं ज्यादा है।

औरतों के स्वास्थ्य के बारे में लैंगिक राजनीति भी हमारे समाज की कड़ी सच्चाई है। एक राष्ट्रीय दैनिक में छपी खबर के अनुसार एक महिला ने गर्भपात से इंकार करने की कीमत अपने विवाह विच्छेद से चुकाई। रिपोर्ट के अनुसार इस महिला के गर्भ में मादा भ्रूण था। इसका पता चलते ही उसके पति और उसके परिवार वालों ने गर्भपात करने का निर्णय लिया। महिला ने विरोध किया तो उसके पति ने उसे घर से निकाल दिया।

सरकारी अस्पतालों के रवैये से कई महिलाएं भी इलाज के लिए निजी अस्पतालों को ही बेहतर मानती हैं। उन्हें लगता है कि सरकारी अस्पतालों की मुख्य चिंता अब केवल ग्रीब स्त्रियों की कोख पर काबू करना है। यही वजह है कि ग्रीब महिलाएं भी निजी अस्पतालों की शरण में जाना पसंद करती हैं। भारत में कुल आठ लाख अस्पताल और 10 लाख से ज्यादा प्रशिक्षित चिकित्सक हैं। इसका मतलब यह हुआ कि प्रति एक लाख जनसंख्या पर 85 अस्पताली बिस्तर और 110 चिकित्सक हैं। अगर इसका ठीक से नियोजन हो तो भारतीय स्वास्थ्य सेवा का संचालन और बेहतर हो सकता है। लेकिन इनमें से 80 प्रतिशत चिकित्सक तो निजी क्षेत्र में काम करते हैं। मसलन भारत में

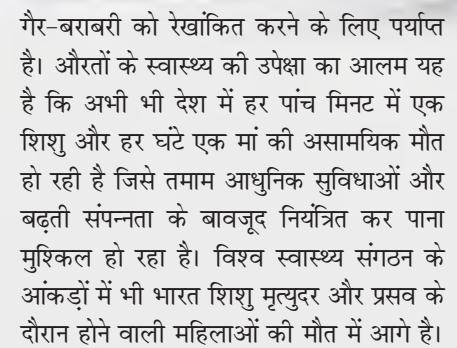
स्वास्थ्य का क्षेत्र आज जनकल्याण के बजाय एक बाजार के रूप में विकसित हो गया है। हमें यह नहीं भूलना चाहिए कि हमारी 70 प्रतिशत जनसंख्या आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में है जबकि डिग्रीधारी प्रशिक्षित चिकित्सकों में से

दो तिहाई शहरी इलाकों में ही काम करते हैं। हमारा सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र भी शहरी पूर्वग्राहों से ग्रस्त है। इस क्षेत्र का 80 प्रतिशत बजट और सेवाएं शहरी लोगों के हिस्से जाती हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र महज प्राथमिक चिकित्सा तथा पूरक सेवाएं (जैसे टीकाकरण, परिवार नियोजन आदि) ही मुहैया करते हैं। सरकारी अस्पतालों और रोगी बिस्तरों का अधिकांश तो शहरी क्षेत्र में सिमटा हुआ है। यानी ग्रीब लोग बीमार पड़ें तो घर-ज़मीन बेचकर शहर के अस्पताल में इलाज कराने के अलावा उनके पास कोई और चारा नहीं है।

देश में एक विशाल अनियोजित क्षेत्र भी है जो स्वास्थ्य कल्याण की सेवाएं प्रदान करता है। लेकिन कायदे से इनकी स्थिति पर कभी न कोई व्यवस्थित अध्ययन हुआ है और न ही कोई भरोसेमंद आंकड़े एकत्र किए गए। इसमें परंपरागत रूप से प्रसव कराने वाली दाइयां, ओझाया अप्रशिक्षित लोग जो लाखों ग्रीबों के लिए चिकित्सक का अकेला विकल्प हैं, शामिल हैं।

सार्वजनिक क्षेत्र में चलाए जा रहे महिला केंद्रित कार्यक्रमों में सरकार का प्रजनन स्वास्थ्य तथा शिशु कल्याण कार्यक्रम (आरसीएच) तथा जननी सुरक्षा योजना प्रमुख हैं लेकिन ये कार्यक्रम प्रायः धन की कमी का शिकार रहते हैं। सरकारी आंकड़े देखें तो स्वास्थ्य बजट का सिफ़्र दो प्रतिशत ही इस मद में दिया जाता है। फिलहाल देश में पूरे स्वास्थ्य क्षेत्र को सकल घरेलू उत्पाद का दो प्रतिशत ही आवंटित किया जाता है जबकि विश्व स्वास्थ्य संगठन के मानदंडों के अनुसार न्यूनतम पांच प्रतिशत राशि इस मद में आवंटित की जानी चाहिए।

विष्यात फ्रेंच लेखिका सीमोन द बोउवा ने अपनी बहुचर्चित किताब द सेकैंड सेक्स में लिखा है कि स्त्री पैदा नहीं होती बल्कि उसे बना दिया जाता है। उनकी यह टिप्पणी आज भी भारत ही नहीं पूरी दुनिया में औरतों की



गैर-बाबरी को रेखांकित करने के लिए पर्याप्त है। औरतों के स्वास्थ्य की उपेक्षा का आलम यह है कि अभी भी देश में हर पांच मिनट में एक शिशु और हर घण्टे एक मां की असामयिक मौत हो रही है जिसे तमाम आधुनिक सुविधाओं और बढ़ती संपन्नता के बावजूद निर्यतित कर पाना मुश्किल हो रहा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के आंकड़ों में भी भारत शिशु मृत्युदर और प्रसव के दौरान होने वाली महिलाओं की मौत में आगे है।

बढ़ती धन लोलुपता ने चिकित्सा जगत को न केवल दागदार किया है बल्कि इसकी विश्वनीयता भी कम कर दी है। आज औरतें अपने ही बलबूते हर क्षेत्र में बुलंदियों पर हैं। लैंगिक भेदभाव, यौन उत्पीड़न, शारीरिक हिंसा आदि का दंश झेलने के बाद भी औरतों ने अपनी दुनिया बनाई है। सन् 2001 की जनसंख्या के मुताबिक लगभग 1.03 अरब की आबादी में 49 करोड़ 60 लाख औरतें हैं। सन् 2016 तक औरतों का यह आंकड़ा 60 करोड़ 15 लाख को भी पार कर जाएगा। अभी भी भारत में कनाडा, अमरीका, रूस की तुलना में ज्यादा स्त्रियां हैं।

इसलिए ज़रूरी है कि औरतों के बारे में पुरुष वर्ग और नीति-निर्धारकों का रवैया बदले। अपने देश में ही अदिवासी समाजों से प्रेरणा लेकर औरतों के प्रति पुरुषों को अपना नज़रिया बदलना चाहिए। आदिवासी समाजों में पारंपरिक रूप से औरतों को ऊंचा सामाजिक दर्जा प्राप्त है। 1991 में प्रति 1,000 पुरुषों पर 973 स्त्रियां थीं। पूर्वोत्तर प्रदेशों में आज भी स्त्री सत्ता केंद्रित समाज हैं जहां हर तरह की बेहतर व्यवस्था देखी जा सकती है। क्या औरतों के मामले में संवैधानिक प्रतिबद्धता पर अमल करने के लिए अभी और इंतजार करना पड़ेँगे? □

(लेखिका जनस्वास्थ्य कार्यकर्ता एवं हामियोपथिक चिकित्सक हैं।

ई-मेल: docnilu1963@gmail.com)

Ranked best school in imparting training in IAS Exam.

© Business School, Fall 2008



KSG

Please answer about your answers.

G.S.

201

DR. Khan

पी.ओ.डी. तकनीक इस बाज़ार अवधि के

सामान्य अध्ययन में 15 वर्षीय काल्पनिक अनुभव से दो खान द्वारा विकसित एक अनप्रमाणित

સામાન્ય અધ્યાત્મ

आपके अधिनियम लक्ष्य में सहभागी।

- इतिहास • मनोविज्ञान • लोक पुश्टासुन

બૈચ પ્રારંભ
નવોક્ત્તર 2009

ज्ञानसंकलन प्रारंभ

प्रारंभिक एवं मुख्य परीक्षा हेतु
जालजा पत्रांग कोर्स

- अंग्रेजी व्यापार (English/हिन्दी)
 - मूलों (English/हिन्दी)
 - इंटरव्हाइट (English/हिन्दी)
 - लोक प्रशासन (English/हिन्दी)
 - व्यापाराभव (English/हिन्दी)
 - संस्थापन (English/हिन्दी)

www.english-test.net

22 अप्रैल 2020 की संख्या

www.ams.org

www.scholarone.com/journals/ijm

www.elsevier.com/locate/jat

**Separate Batches
for English & Hindi Medium**

KSG

KSG का लोगों का नाम स्कॉलरशिप में विजय लाया है, जिसे वह लोगों द्वारा प्रदान की जाती है।

KHAN STUDY GROUP

2521, Hudson Line, Vijay Nagar Chowk, Near G.T.B. Nagar Metro Station, New Delhi - 110 009
Ph: 011-45552607, 45552608, 27130786, 27131786, 09717380832, send us mail: drkhan@ksgindia.com
You can also download Registration Form from our Website: www.ksgindia.com

YH-10/09/1

योजना: अक्तूबर 2009



स्वस्थ जीवन की ओर

ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य : एक नज़र

● विनोद कुमार सिन्हा

विगत वर्ष जब तत्कालीन स्वास्थ्य मंत्री अंबुमणि रामदास ने एमबीबीएस पाठ्यक्रम की अवधि साढ़े पांच वर्ष से बढ़ाकर साढ़े छह वर्ष कर दी और इस एक वर्ष की अवधि में छात्रों को अनिवार्य रूप से गांवों में जाकर अपनी चिकित्सा सेवाएं देने की बात की थी तब छात्रों ने बड़ा बवाल मचाया। तत्कालीन केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री की इस घोषणा का चिकित्सकों ने बड़ा विरोध किया था। कुछ लोग कह सकते हैं कि विरोध में उतरे चिकित्सकों के तर्क में दम है। बारहवीं कक्षा के बाद चार वर्षों में जब एक इंजीनियर तैयार हो सकता है तो उसके समकक्ष डॉक्टर बनने में अब साढ़े छह वर्ष लगेंगे, ढाई वर्ष ज्यादा। ऐसे में चिकित्सकों की चिंता तो जायज़ लगेगी ही।

कुछ साल पहले डॉक्टर तब भी चर्चा में थे जब चिकित्सा को केंद्रीय उपभोक्ता कानून के दायरे में लाया गया था। उस समय भी बहुत शोर मचा था। चिकित्सकों के इस विरोध पर सर्वोच्च न्यायालय की तल्ख टिप्पणी थी कि

“क्या चिकित्सक मरीज़ों को मारने का लाइसेंस चाहते हैं?”

इसमें संदेह नहीं कि पिछले दो दशक में चिकित्सा तंत्र इतना विशाल और मज़बूत हो गया है कि उसके सामने आम आदमी असहाय है। चाहे बीमारी छोटी हो या बड़ी, अस्पताल सरकारी हो या निजी, मरीज़ और उनके तीमारदारों को बड़ी कीमत चुकाने के बाद भी भरोसा नहीं रहता कि इलाज़ ठीक होगा। कभी भरोसे और उम्मीद का पर्याय रही चिकित्सा अब विशुद्ध धंधा बन चुकी है। इस धंधे में दवा निर्माता, विक्रेता, चिकित्सक, पैथोलॉजिकल जांच घर, वैज्ञानिक आदि सब मिले हुए हैं। इनकी मिल भगत से चिकित्सा आज दुनिया का महत्वपूर्ण और आकर्षक आमदनी वाला व्यवसाय बन गया है। शहरों में खुलने वाले अस्पताल पांच सितारा होटलों की तर्ज पर सुविधाजनक और आधुनिक बनाए जा रहे हैं। सेवा के नाम पर लगभग मुफ्त में प्राप्त ज़मीन और सार्वजनिक धन के बदले में खुले इन अस्पतालों में गरीबों

को दी जाने वाली कागज़ी निःशुल्क सुविधा भी अब गायब है। आम आदमी बेबस है। वह समझ नहीं पा रहा जिस अस्पताल को

वह मंदिर समझता है और चिकित्सक को भगवान्, वे कठोर और धनपिपासु कैसे हो गए।

आज भी देश की 73 प्रतिशत आबादी गांवों में रहती है, फिर भी यहां उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाएं शहरों के मुकाबले 15 प्रतिशत भी नहीं हैं। केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय के आंकड़ों के अनुसार देश में 2,083 लोगों पर एक चिकित्सक और प्रति 6,000 लोगों पर एक सहायक नर्स उपलब्ध होने चाहिए। लेकिन 70 से 80 प्रतिशत चिकित्सक और 90 प्रतिशत नर्सें शहरी क्षेत्रों में काम कर रहे हैं। इससे समझा जा सकता है कि ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवस्था की हकीकत क्या है?

भारत में स्वास्थ्य सुविधाओं के विकास के लिए सन् 1946 में बनी डॉ. जोसेफ भोर समिति की सिफारिश थी कि देश में 500 व्यक्तियों पर एक चिकित्सक हो, लेकिन ये सिफारिशों का गंभीर ही रहीं। कारण कि कोई चिकित्सक शहर से गांव में जाना ही नहीं चाहता। यहां यह बात ध्यान देने की है कि चिकित्सकों और नर्सों के पद ग्रामीण ज़रूरतों के आधार पर सृजित किए जाते हैं। चिकित्सकों की नियुक्ति तो गांवों में होती है, लेकिन नियुक्ति के कुछ ही महीने बाद ये डॉक्टर गांव छोड़ कर शहर आ जाते हैं।

इसमें संदेह नहीं कि ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों पर सुविधाओं का अभाव एक अहम मुद्दा है, लेकिन यह भी सच है कि चकाचौंध के इस दौर में कोई चिकित्सक, अधिकारी या सरकारी बाबू गांव में रहना ही नहीं चाहता। आज भी



गांवों में वहां के लोगों के स्वास्थ्य की पहरेदारी वे तथाकथित चिकित्सक ही करते हैं जिन्हें 'झोला छाप डॉक्टर' कहा जाता है।

इस बक्त दमारे देश में डॉक्टर और जनसंख्या का अनुपात विश्व स्वास्थ्य संगठन की सिफारिश के मुताबिक है। इसके बावजूद ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सकों की बहुत कमी है। शहरों में जहां 662 की आबादी पर औसतन एक डॉक्टर हैं वहीं ग्रामीण क्षेत्रों में 8,333 की आबादी पर एक डॉक्टर। डॉक्टर गांव की अपेक्षा शहर में काम करना पसंद करते हैं। भौर समिति ने अपने अध्ययन में पाया था कि शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में डॉक्टर और जनसंख्या के अनुपात में भारी अंतर है। तब समिति ने अनुसांसा की थी कि ज्यादा से ज्यादा चिकित्सकों को नौकरी देकर गांवों में भेजा जाए।

मगर इस सिफारिश के तीस वर्ष बाद यानी 1975 तक भी स्थिति में बदलाव नहीं आया। इन वर्षों में मेडिकल कॉलेजों में चिकित्सकों की संख्या में भारी वृद्धि हुई, फिर भी गांवों में चिकित्सकों के पद खाली ही रहे। उदाहरण के लिए 1972 में कुल 5,192 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र थे। सरकार ने प्रत्येक केंद्र के लिए दो-तीन चिकित्सकों के पद सूचित किए थे पर मात्र 2,951 केंद्रों पर ही दो-दो डॉक्टर जा पाए। 2,101 प्राथमिक केंद्रों पर एक-एक डॉक्टर गया और 140 केंद्र खाली रहे। उस समय देश में डॉक्टर-जनसंख्या का अनुपात 4,200 लोगों पर एक डॉक्टर का था। यह भी तथ्य है कि उसी समय 500 लोगों पर एक डॉक्टर उपलब्ध था।

चिकित्सकों की संख्या में लगातार वृद्धि और ग्रामीण क्षेत्रों में सरकारी नौकरियों के अवसरों से भी चिकित्सकों का 'शहर प्रेम' नहीं डिग पाया। वास्तव में 1960-70 के दशक में बड़ी संख्या में डॉक्टर विदेश चले गए थे। 1963-66 के बीच हुए एक अध्ययन का निष्कर्ष यह है कि उस दौरान मेडिकल डिग्री प्राप्त छात्रों में 60 प्रतिशत ऐसे थे जिनके माता-पिता या तो सरकारी नौकरी में या स्वयं डॉक्टर थे।

एक अन्य अध्ययन के अनुसार 1978 में 41 प्रतिशत डॉक्टर निजी प्रैक्टिस कर रहे थे। 25 प्रतिशत सरकारी नौकरी और 10.5 प्रतिशत विदेशों में कार्यरत थे। 1990 तक 73 प्रतिशत डॉक्टर निजी प्रैक्टिस में आ गए थे जबकि

सरकारी नौकरी में चिकित्सकों की पर्याप्त मांग थी। उस समय भी यह सुझाव दिया गया था कि डॉक्टर एक निश्चित अवधि के लिए गांवों में जाकर सेवाएं दें, लेकिन तब भी इसका डट कर विरोध हुआ था।

ग्रामीण स्वास्थ्य की उपेक्षा की एक वजह मेडिकल शिक्षा की विषय-वस्तु भी है। इन दिनों एमबीबीएस शिक्षा का पाठ्यक्रम ही ऐसा है कि वह आम लोगों, खासकर ग्रीबों से चिकित्सकों का अलगाव बढ़ाता है। मेडिकल शिक्षा का बुनियादी उद्देश्य यह होना चाहिए कि देश की स्वास्थ्य समस्याओं से निबटने के लिए जरूरी ज्ञान और हुनर चिकित्सकों को दिए जाएं। भारत में स्थिति यह है कि पढ़ाई पूरी कर लेने के बाद मेडिकल छात्रों को देश में सबसे ज्यादा होने वाली बीमारियों के बारे में बहुत कम जानकारी होती है। उन्हें जिन बीमारियों के बारे में पढ़ाया जाता है वे भारत में बहुत कम होती हैं।

उदाहरण के लिए बहुतेरे डॉक्टरों को टीबी, कोढ़ या कालाजार जैसे रोगों के बारे में बहुत कम जानकारी होती है। इसके विपरीत विद्यार्थियों को हृदय रोग, कैंसर, डायबिटीज, एचआईवी एडस जैसे रोगों के बारे में विस्तार से पढ़ाया जाता है। सब जानते हैं कि ये बीमारियां उन बहुत थोड़े लोगों को होती हैं जो प्रायः शहरी और संपन्न वर्ग के होते हैं। आम बीमारियों की उपेक्षा का कारण शायद यही है कि इनकी चपेट में ग्रीब लोग आते हैं। शायद यह भी माना जाता हो कि इन बीमारियों का अध्ययन बौद्धिक तौर पर चुनौतीपूर्ण नहीं है।

ग्रीब मरीजों से चिकित्सा छात्रों के अलगाव का सबसे बड़ा कारण शायद यह है कि चिकित्सा शिक्षा में अस्वस्थता के सामाजिक, आर्थिक, राजनीतिक और सांस्कृतिक पहलुओं पर ज्यादा ध्यान नहीं दिया जाता। मेडिकल शिक्षा में मुख्य रूप से इस बात पर ज़ोर दिया है कि बीमारी हो जाने पर उसका इलाज कैसे किया जाए। इसमें सामाजिक हालात को समझने की कोशिश नहीं की जाती, यानी यह कि इन बीमारियों का मूल स्रोत क्या है। जो बीमारियां ग्रीबी या अभाव का नतीज़ हैं उनकी या तो उपेक्षा की जाती है या फिर कुछ समय के लिए कामचलाऊ इलाज कर दिया जाता है। जैसे औरतों में खून की कमी या बच्चों में कुपोषण के मूल कारणों की उपेक्षा की जाती है।

1995 में जारी एक रिपोर्ट में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने 'अत्यधिक ग्रीबी' को अंतरराष्ट्रीय वर्गीकरण में एक रोग माना है। इसे जेड 59.5 का नाम दिया गया है। रिपोर्ट में कहा गया है कि ग्रीबी तेज़ी से बढ़ रही है और इसके कारण विभिन्न देशों और एक ही देश के लोगों के बीच भी दूरियां बढ़ती जा रही हैं। इससे स्वास्थ्य समस्याएं और गंभीर हुई हैं। एक आकलन के अनुसार, भारत में पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों में प्रत्येक तीन में से दो बच्चे कुपोषित हैं। गिनती में यह संख्या सात करोड़ से ज्यादा है। विश्व के 17 करोड़ कुपोषित बच्चों में से 40 प्रतिशत बच्चे भारतीय हैं।

मेडिकल शिक्षा के क्षेत्र में सरकार की मौजूदा नीति साफ़तौर पर निजीकरण और वैश्वीकरण की पक्षधर है। सरकार स्वयं स्वास्थ्य क्षेत्र को तेज़ी से निजी क्षेत्र में धकेल रही है। ज़ाहिर है, सरकार का यह दृष्टिकोण संविधान के संकल्प- सबको मुफ्त स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने की भावना के एकदम प्रतिकूल है। शहर-उन्मुखी मौजूदा स्वास्थ्य नीति से डॉक्टर भी प्रभावित हैं और वे मुनाफ़े के इस धर्धे को और विकसित करने में लगे हुए हैं। गांव की परवाह किसे है?

अब तो अस्पतालों के 'शेयर' बाज़ार में आ रहे हैं। दिल्ली स्थित एक पांच सितारा अस्पताल जनता के 54 करोड़ रुपये और 15 एकड़ जमीन पर इस उद्देश्य से स्थापित होने दिया गया था कि उसमें ग्रीब रोगियों के लिए तीन सौ बिस्तर और मुफ्त बाह्य रोगी विभाग उपलब्ध होंगे, लेकिन अभी तक ऐसा नहीं हो सका है। दुनिया में अपने किस्म के कुछ चुनिंदा अस्पतालों की श्रेणी का यह अनोखा अस्पताल चिकित्सा सेवा के 'उद्योग' में बदलने का बेहतरीन उदाहरण है।

सवाल केवल डॉक्टरों द्वारा गांव की उपेक्षा का नहीं है। यह हर उस अधिकारी, व्यक्ति और संगठन पर लागू होता है जो गांव और देश के लिए ज़रूरी है। खासकर उन पर, जिन्हें तैयार करने में देश के ग्रामीणों का धन भी लगता है और जिनकी पढ़ाई में गांव के विकास की बात अंतर्निहित है। क्या चिकित्सकों को अपने कर्तव्यों पर ज़ोर देकर मानवता और सेवा को भी अपने काम का हिस्सा नहीं बनाना चाहिए? □

(लेखक चिकित्सक एवं साहित्यकार हैं।
ई-मेल : bksinha1945@gmail.com)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआर एचएम) की शुरुआत 12 अप्रैल, 2005 को सुदूरतम ग्रामीण क्षेत्रों में निर्धनतम परिवारों तक इसकी पहुंच, बहनीय और विश्वसनीय गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया करने हेतु की गई थी। इसके लिए वर्ष 2009-10 के अंतरिम बजट में आवंटन राशि बढ़ाकर 12,070 करोड़ रुपये की गई है। जबकि वर्ष 2008-09 में यह राशि 12,050 करोड़ रुपये थी।

इस मिशन को पूरे देश में कार्यान्वित किया गया है जिसमें 18 राज्यों पर विशेष ध्यान दिया जा रहा है। इनमें 8 अधिकार प्राप्त कार्रवाई समूह वाले राज्य (बिहार, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड, उड़ीसा और राजस्थान), 8 पूर्वोत्तर राज्य तथा हिमाचल प्रदेश और जम्मू-कश्मीर शामिल हैं। एनआरएचएम का मुख्य उद्देश्य गरीब और कमज़ोर वर्गों को

सुलभ, जवाबदेह, प्रभावी और विश्वसनीय प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएं विशेष रूप से मुहैया करना है। इसका उद्देश्य अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) सर्वग का सृजन, समुन्नत अस्पताल परिचर्या के माध्यम से ग्रामीण स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं के अंतर को पूरा करना तथा आंतरिक और अंतरक्षेत्रीय अभिमुखीकरण को सुधारने और संसाधनों का प्रभावी उपयोग करने के लिए जिला स्तर पर कार्यक्रमों का विकेंद्रीकरण करना भी है। मिशन आरसीएच-II मलेरिया, अंधता, आयोडीन की कमी, फलेरिया, कालाजार, क्षयरोग सहित मौजूद स्वास्थ्य और परिवार कल्याण कार्यक्रमों और कुछ रोग निगरानी को अतिरिक्त सुविधाएं भी उपलब्ध कराएगा। इसके अतिरिक्त, आयुष, महिला और बाल विकास, सफाई, प्राथमिक शिक्षा, पंचायतीराज और ग्रामीण विकास जैसे

संबंधित सामाजिक क्षेत्र के विभागों के बीच अधिक अभिमुखीकरण लाने के उद्देश्य से यह अच्छे स्वास्थ्य के बुनियादी निर्धारकों के रूप में स्वच्छता और सफाई, पोषाहार तथा शुद्ध पेयजल पर उचित ध्यान देने हेतु व्यापक दृष्टिकोण के लिए स्वास्थ्य विषयों पर भी ध्यान देगा।

इस मिशन का एक अन्य उद्देश्य राष्ट्रीय नीति, 2000 और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के लक्ष्यों को प्राप्त करने हेतु राष्ट्रीय, राज्य, जिला और उप-जिला स्तरों पर पंचायतीराज संस्थाओं, स्वयंसेवी संस्थाओं और अन्य हितधारकों की हिस्सेदारी के ज़रिये समाज में कार्यक्रम की स्वीकार्यता को और बढ़ाना है। मिशन के लक्ष्यों में शिशु मृत्युदर में 30 प्रतिहजार जीवित जन्म से नीचे तक कटौती, मातृ मृत्युदर के 100 प्रति लाख जीवित जन्मों से नीचे आने और कुल प्रजननदर को वर्ष 2012 तक 2-1 पर लाना

भारत- चुनिंदा स्वास्थ्य संकेतक

| क्र. | पैरामीटर | 1981 | 1991 | वर्तमान स्तर |
|------|---|-----------|-----------|---------------|
| 1. | स्थूल जन्मदर (सीबीआर) (प्रति 1,000 जनसंख्या) | 33.9 | 29.5 | 23.1 (2007) |
| 2. | स्थूल मृत्युदर (सीडीआर) (प्रति 1,000 जनसंख्या) | 12.5 | 9.8 | 7.4 (2007) |
| 3. | कुल प्रजननदर (टीएफआर) (प्रति महिला) | 4.5 | 3.6 | 2.8 (2008) |
| 4. | मातृ मृत्युदर (एमएमआर) (प्रति 1,00,000 जीवित नवजात) | उन | उन | 254 (2001-04) |
| 5. | शिशु मृत्युदर (आईएमआर) (प्रति 1,000 जीवित नवजात) | 110 | 80 | 55 (2007) |
| 6. | बाल (0-4) मृत्युदर प्रतिहजार बच्चे | 41.2 | 26.5 | 17.0 (2006) |
| 7. | जन्म के समय जीवन प्रत्याशा : | (1981-85) | (1989-93) | (2002-06) |
| | पुरुष | 55.4 | 59.0 | 62.6 |
| | महिला | 55.7 | 59.7 | 64.2 |

स्रोत : भारत के महापंजीयक का कार्यालय।

उन : उपलब्ध नहीं।

शामिल है।

प्राथमिक स्वास्थ्य अधोसंरचना का सुदृढ़ीकरण और सेवा सुरुदगी में सुधार

भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकी-2007 के बुलेटिन मार्च, 2007 के अनुसार योजना अवधि के दौरान उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल अधोसंरचना में क्रमिक वृद्धि हुई है। तथापि, 2001 के जनसंख्या मानदंडों के अनुसार 20,855 उप-केंद्रों, 4,833 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और 2,525 समुदाय स्वास्थ्य केंद्रों की कमी रही है। इसके अतिरिक्त, विद्यमान स्वास्थ्य अधोसंरचना का लगभग 34 प्रतिशत किराये के भवनों में है। ग्रामीण क्षेत्रों में सार्वजनिक क्षेत्रों में स्वास्थ्य तंत्र में खराब रखरखाव, अनुरक्षण और मानव शक्ति की कमी मुख्य समस्याएं हैं। मिशन

सभी स्तरों पर लोक स्वास्थ्य सुपुर्दगी प्रणाली को मज़बूत बनाना चाहता है।

जननी सुरक्षा योजना

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) शत-प्रतिशत केंद्र प्रायोजित योजना है। इसके अंतर्गत प्रसव तथा प्रसव के उपरांत देखभाल के साथ नकद सहायता भी प्रदान की जाती है। यह योजना उन राज्यों तथा क्षेत्रों में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने के लिए आरंभ की गई थी जहां इनकी मांग बहुत कम है। इसका लक्ष्य मातृ मृत्युदर को कम करना और यह सुनिश्चित करना है कि प्रत्येक प्रसव के समय कुशल प्रसव परिचारकों द्वारा प्रसव कराया जाएगा। योजना ने आशा को जो एक मान्य सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता है, सरकार और 10 अल्प निष्पादनकारी

राज्यों की निर्धन गर्भवती महिलाओं के बीच एक कारगर कड़ी के रूप में पहचाना है। अन्य पात्र राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में जहां पर आंगनबाड़ी कार्यकर्ता और दाई या 'आशा' जैसे कार्यकर्ताओं को इस कार्य पर लगाया गया है, उन्हें सेवाएं मुहैया कराने हेतु इस योजना से संबद्ध किया जा सकता है।

प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (पीएमएसवाई)

इस योजना को शुरू में देश में वहनीय और विश्वसनीय तृतीय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता में क्षेत्रीय असंतुलनों को सुधारने तथा उच्च स्तरीय चिकित्सा शिक्षा की सुविधाओं में तेज़ी लाने के उद्देश्य से मार्च 2006 में आरंभ किया गया था। पीएमएसवाई

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की उपलब्धियां

- दिसंबर, 2008 तक 6.49 लाख 'आशा' और संबद्ध कार्यकर्ताओं का चयन किया गया है जिसमें से 5.63 लाख को अभिमुखी प्रशिक्षण दिया गया है।
- सभी राज्यों में आशा/संबद्ध कार्यकर्ताओं ने स्वास्थ्य सुविधाओं के साथ घरेलू संपर्कों को सुसाध्य बनाया है।
- 3,42,801 वीएचएंडएमसी पहले से ही प्रचालन में हैं।
- दिसंबर, 2008 तक संयुक्त निधियों के लिए उपकेंद्रों एवं वीएचएंडएससी के स्तर पर महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता और ग्राम प्रधान के 3.02 लाख संयुक्त बैंक खातों का प्रचालन सुनिश्चित किया गया है।
- मासिक ग्राम स्वास्थ्य और पोषाहार दिवसों (वीएचएनडी) के संगठन में एएनएम महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहे हैं और पिछले तीन वर्षों में लगभग 116.8 लाख ऐसे दिवस आयोजित किए गए हैं।
- अब तक संविदा आधार पर 33,719 महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त किए गए हैं और 25,743 उपकेंद्रों में से प्रत्येक में 2 महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता को रिपोर्ट कर रहे हैं।
- दिसंबर, 2008 तक विभिन्न स्तरों पर 23,100 रोगी कल्याण समितियां कार्य कर रही थीं।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) को चौबीसों घटे और सप्ताहभर सेवाओं के लिए मज़बूत बनाना एनआरएचएम की प्राथमिकता है। देश में 22,370 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) में से केवल 1,263 पीएचसी 31 मार्च, 2005 को हर वक्त सेवा के लिए कार्यरत थे (एनआरएचएम से पहले)। आज 24×7 पीएचसी की राज्यों द्वारा सूचित की गई संख्या 7,212 है जो सरकारी योजना में रोगियों को आगे लाने की महत्वपूर्ण सूचक है।
- 5,622 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में से प्रत्येक में तीन नर्सें हैं।
- जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत प्रसवों के लिए 159.92 लाख से अधिक महिलाओं को लाया गया है।
- अब तक संविदा आधार पर 8,645 अन्य परचिकित्सकों की नियुक्तियां की गई हैं।
- अब तक राज्यों में संविदा आधार पर 9,073 चिकित्सकों, 1,875 विशेषज्ञों और 20,977 स्टॉफ नर्सों की नियुक्तियां की गई हैं जिससे कई संस्थाओं में मानव संसाधन अंतर में कमी आई है।
- अब तक 2,698 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों ने अपने व्यवस्था संबंधी सर्वेक्षण पूरे कर लिए हैं और 700 ने भौतिक उन्नयन किए हैं।
- भारतीय जनस्वास्थ्य (आईपीएच) मानक तैयार कर लिए गए हैं और देश के सभी जिला अस्पतालों को उनकी बुनियादी सेवाओं को सुधारने के लिए 20 लाख रुपये का पहला अनुदान उपलब्ध कराया गया है, जो जननी सुरक्षा योजना और अन्य कार्यक्रमों के कारण बड़ी हुई रोगियों की संख्या के कारण ज़रूरी था।
- अभी तक 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों और 554 ज़िलों में राज्य स्तर की सोसायटियां विलयित हो चुकी हैं।
- 34 राज्यों के 576 ज़िलों और 3,474 ब्लॉकों में परियोजना प्रबंधन यूनिटों की स्थापना की गई है।
- आठ विभिन्न स्तरों के स्वास्थ्य लोक संस्थानों के लिए भारतीय औषधि संगठन के मानक विकसित किए गए हैं जो स्वास्थ्य क्षेत्र में सभी कार्यक्रमों के लिए एक आधार मुहैया कराते हैं।
- अधिकांश राज्यों ने सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तर तक व्यवस्था सर्वेक्षण पूरे कर लिए हैं।
- अभी तक राज्यों में 243 मोबाइल चिकित्सा यूनिटें प्रचालन में हैं। □

के पहले चरण में दो संघटक हैं (i) अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एआईआईएमएस) जैसे छह संस्थानों की स्थापना करना और (ii) 13 विद्यमान सरकारी चिकित्सकीय महाविद्यालय संस्थानों के स्तर का उन्नयन करना। एम्स जैसे संस्थानों के सभी स्थलों पर आवासीय काम्पलेक्सों का निर्माण आरंभ हो चुका है। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम

अनुमान लगाया गया था कि भारत में 2007 में एचआईवी/एड्स से ग्रस्त व्यक्तियों की संख्या

23.1 लाख थी जबकि सामान्य जनसंख्या में एचआईवी की विद्यमानता का अनुमान 0.34 प्रतिशत लगाया गया था (प्रहरी निगरानी, 2007), लेकिन यह महिला वेश्याओं (एफएसडब्ल्यू) जैसे अधिक ज़ोखिम वाले समूहों, पुरुष-समलैंगिकों (एमएसएम) और इंजेक्शन के माध्यम से ड्रग का इस्तेमाल करने वालों (आईडीयू) में काफी अधिक है। प्रवासियों और ट्रकों पर कार्य करने वाले भी एचआईवी/एड्स से संक्रमित हैं। एचआईवी का लगभग 87 प्रतिशत संक्रमण शारीरिक संबंध स्थापित करने के कारण होता है। माता से बच्चे में संप्रेषण, आईडीयू वालों में इंजेक्शन के माध्यम से संक्रमण और असुरक्षित रक्त संप्रेषण शेष 13 प्रतिशत अन्य संक्रमण का हिस्सा है। प्रहरी निगरानी के आधार पर 156 जिलों की पहचान श्रेणी 'क' जिलों के रूप में की गई है जिनमें एनसी परिचरों के मध्य एचआईवी की विद्यमानता 1 प्रतिशत से अधिक (सामान्य जनसंख्या के लिए प्रोक्सी) है। इसके अतिरिक्त 39 जिले श्रेणी 'ख' के जिले हैं जिनमें अधिक ज़ोखिम वाली आबादी के बीच इसकी विद्यमानता 5 प्रतिशत से अधिक है। इन जिलों को इस कार्यक्रम के कार्यान्वयन में उच्च प्राथमिकता दी गई है। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम चरण-III (एनएसीपी-III) वर्ष 2007-12 तक की अवधि

| स्वास्थ्य देखभाल अवसंरचना | | 2008 |
|------------------------------------|-----------|------|
| एससी/पीएचसी/सीएसी* (मार्च, 2007) | 1,71,687 | |
| औषधालय और अस्पताल (सभी) | 33,855 | |
| (1 अप्रैल, 2008)** | | |
| नर्सिंग कार्मिक (2008)** | 15,72,363 | |
| चिकित्सक (आधुनिक प्रणाली) (2008)** | 84, 852 | |

* ग्रामीण स्वास्थ्य सेवे : भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य सारिख्यकी-2007

** राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल, 2008

के लिए कार्यान्वयन किया गया है और इसमें 11,585 करोड़ रुपये का निवेश हुआ है। वित्तीय वर्ष 2008-09 के दौरान 1,123 करोड़ रुपये के बजटीय प्रावधान में से 1,037 करोड़ रुपये खर्च किए गए हैं। वर्ष 2008-09 के दौरान प्रमुख उपलब्धियों में 1,271 उच्च ज़ोखिम वाले समूहों में लक्षित कार्यक्रमों में तेज़ी लाना, 41.5 लाख गर्भवती महिलाओं सहित कुल 1.01 करोड़ व्यक्तियों को एचआईवी के संबंध में परामर्श और परीक्षण और 2.17 लाख से अधिक रोगियों को एआरवी उपचार मुहैया कराना शामिल है। वर्ष के दौरान आरंभ की गई नयी कार्यनीतियों में ज़िला एड्स रोकथाम एवं नियंत्रण यूनिटों (डीएपीसीयू) की स्थापना श्रेणी 'क' और 'ख' जिलों के ग्रामीण क्षेत्रों में संयोजक कार्यकर्ताओं की योजना, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन और अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ सहयोग, यैन संप्रेषित संक्रमण के उपचार के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी और एआरवी केंद्रों की स्थापना शामिल हैं। एचआईवी/एड्स की रोकथाम के लिए जनता को जागरूक बनाने हेतु पूरे देश में 'लाल रिबन अभिव्यक्ति' और मीडिया अभियान अन्य पहल हैं।

एनआरएचएम और अन्य संबंधित कार्यक्रमों के अंतर्गत स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को सुदृढ़ बनाने के अतिरिक्त स्वास्थ्य के क्षेत्र में अन्य

अनेक कार्यक्रमों को भी मजबूत किया गया है। इनमें वैश्विक प्रतिरोधी टीकाकरण कार्यक्रम, राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम आदि शामिल हैं।

आयुर्वेद, योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी (आयुष)

आयुष के अंतर्गत संपूर्ण देश में 3,360 अस्पताल और 21,769 औषधालय हैं। इस तंत्र द्वारा मुहैया कराई गई स्वास्थ्य सेवा का लक्ष्य मुख्यतः प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल है। इस क्षेत्र की द्वितीय और तृतीय स्वास्थ्य देखभाल में नाममात्र की उपस्थिति है। निजी और 'निर्लाभ' क्षेत्र में कई हजार आयुष क्लिनिक और लगभग 250 अस्पताल एवं नर्सिंग होम हैं जिनमें आंतरिक रोगी देखभाल और पंचकर्म जैसी विशेष चिकित्सा पद्धतियां उपलब्ध हैं। ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के महत्वपूर्ण कार्यक्रमों में आयुष कार्मिकों को प्रशिक्षण, राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रणाली में आयुष प्रणाली को मुख्यधारा में लाना, गुणवत्ता नियंत्रण सुनिश्चित करने के लिए विनियामक पद्धति को सुदृढ़ बनाना और उत्कृष्ट केंद्रों की स्थापना करने के अतिरिक्त सरकारी और गैर-सरकारी क्षेत्रों में समर्पित प्रयोगशालाओं को शामिल करते हुए अनुसंधान एवं विकास तथा प्रौद्योगिकी को उन्नत बनाना शामिल हैं। □

(योजना संयोगपूर्ण टीम द्वारा संकलित)

अपने लेख हमें ई-मेल करें

आप हमें अपने लेख और पत्र ई-मेल भी कर सकते हैं। ई-मेल करने इसके लिए कृतिदेव फांट इस्तेमाल करें और वर्ड ओपन फाईल exeed.yojana@gmail.com अथवा yojanahindi@gmail.com पर भेजें। एक से अधिक लेखकों के नाम केवल विशेष शोध लेखों पर ही दें। जिन रचनाओं के साथ मौलिकता का प्रमाणपत्र संलग्न नहीं होगा वे स्वीकार नहीं की जा सकेंगी। रचना के प्रकाशन के संबंध में किसी प्रकार का पत्र-व्यवहार अथवा फोन न करें। विशेष अवसरों के लिए लेख तीन माह पूर्व प्राप्त हो जाने चाहिए। रचनाओं के साथ यथासंभव प्रासंगिक चित्र भी भेजें। डाक से भेजे जाने वाले लेखों की एक प्रति सीडी में भी भेजें। वापसी के लिए कृपया टिकट लगा और पता लिखा लिफाफा संलग्न करें।

- वरिष्ठ संपादक

संस्कृत की तैयारी हेतु समर्पित भारत का एकमात्र कटिबद्ध गौरवमय संस्थान

IAS PANINI CLASSES PCS

संस्कृत साहित्य में 2008 में कुल 10 अभ्यर्थियों का चयन के साथ आज तक के इतिहास में सबसे कम उम्र का



SEEMA TRIPATHI



PRANAV KUMAR



PAWANKUMAR



M.S. Mina

IAS राहुल शर्मा
(प्रथम प्रयास) उम्र (21)
(AIR-88, CSE-08)

देश भर में द्वितीय पत्र में सर्वाधिक 204 अंक प्राप्त करने वाले M.S. Mina से प्रतिदिन कक्षा में मिलिये।

संस्कृत साहित्य

द्वारा
कैलाश बिहारी एवं एस. कुमार

कक्षागत विशेषताएँ

- प्रारंभिक घरण से व्याकरण की संपूर्ण तैयारी। □ प्रतिखण्ड पृथक्-पृथक् सामाजिक टेस्ट परीक्षा।
- नियमित रूपेण संस्कृत अनुवाद का अभ्यास। □ सम्पूर्ण पाठ्यक्रम का संशोधित अध्ययन समग्री।
- संस्कृत-निबंध लेखन का जालनिष्ठ प्रयास। □ अननेका पाठ्यश (Unseen Passage) का सतत अभ्यास।
- संस्कृत व्याख्या लेखन की वैज्ञानिक पद्धति। □ संभावित वदलती प्रश्नों की प्रवृत्ति पर कक्षा में विशेष परिचर्चा।

नोट: संस्कृत अभ्यर्थी के परेशानियों को देखते हुए, विषय वर्षों के प्रश्नपत्र (IAS पाठ्यक्रम में नियारित सभी पुस्तकों और नियमिता पुस्तिका (IAS Guide Line) "पाणिनि संस्कृत" में उपलब्ध, अब बाहर से कुछ भी ज्ञानवाने की आवश्यकता नहीं।

Foundation Course Start Oct. 1st Week

अन्य कक्षाएँ

□ स्थापना वर्ष से ही NET/JRF & DSSSB में प्रतिवर्ष सफलता का सफर प्रारंभ...



प्रथम प्रयास में JRF-07 & DSSSB, TGT, SANSKRIT संजीत कुमार जी



प्रथम प्रयास में JRF-2008 अरुण कुमार



प्रथम प्रयास में JRF-08 शिखा गर्ग



प्रथम प्रयास में DSSSB-08 संजीव कुमार

DSSSB
संस्कृत के लिए
बैच प्रारंभ

DSSSB/PGT/TGT
संभावित परीक्षा तिथि
11th Oct.'09

NET/JRF

बैच प्रारंभ
30 Sept. 09

राज्य लोकसेवा आयोग मुख्य परीक्षा के लिए स्पेशल
बैच PT Result के एक सप्ताह बाद प्रारंभ

वर्ष 2008 में DSSSB TGT Sanskrit में 100 से अधिक छात्रों का चयन

समयाभाव अथवा किसी कारणवश जो PANINI CLASSES में नहीं आ सकते, वे पत्राचार के माध्यम से नवीन अध्ययन समग्री प्राप्त कर सकते हैं, इसके लिए दिल्ली में भुगतान योग्य अपेक्षित राशि (6000/-) का बैंक ड्राफ्ट "MINI CHANDANI" के नाम भेजें। साथ ही दो फोटों एवं जन्म तिथि सहित पूरा पता।

A-18, (BASEMENT) Young Chamber, (Behind Batra Cinema), Dr. Mukherjee Nagar, Delhi - 9

K.B.-09312100162, S.K.-09958122675, R.C.-09311724189

स्वास्थ्य रक्षा में पंचायतें : कमज़ोर तीमारदार

● महीपाल

राष्ट्र का स्वास्थ्य स्तर न केवल सामाजिक विकास का महत्वपूर्ण घटक है, बल्कि आर्थिक विकास एवं आंतरिक स्थिरता के लिए भी आवश्यक है। लोगों को स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करना विकास प्रक्रिया का ज़रूरी हिस्सा है। कहावत भी है कि स्वस्थ तन में ही स्वस्थ मन निवास करता है। स्वतंत्रता प्राप्ति से लेकर अब तक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनेक उल्लेखनीय विकास कार्यक्रमों से स्वास्थ्य के क्षेत्र में सुधार हुआ है। उदाहरणार्थ स्वतंत्रता प्राप्ति के समय शिशु मृत्युदर 200 प्रति हज़ार थी, वह दसवां पंचवर्षीय योजना के अंत तक घटकर 58 प्रतिहजार रह गई।

उन क्षेत्रों में स्वास्थ्य कार्यक्रम, ज्यादा सफल रहे जहां जनस्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराने में लोगों की भागीदारी रही। इनमें पंचायती राज संस्थाओं की भूमिका उल्लेखनीय है। केरल इसका अच्छा उदाहरण है। यहां राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में पंचायतों की भागीदारी सुनिश्चित है। इस लेख में हम पंचायती राज के माध्यम से स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में आए बदलावों का विश्लेषण करेंगे।

ग्रामीण स्वास्थ्य स्तर में सुधार एवं पंचायतें

73वें संविधान संशोधन के अनुसार पंचायतें अपने स्तर पर आर्थिक विकास एवं सामाजिक न्याय की योजनाएं बनाएंगी और ऐसा करते समय वे अधिनियम में सूचीबद्ध 29 विषयों को भी शामिल करेंगी। इन विषयों में स्वास्थ्य एवं स्वच्छता, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और औषधालय भी शामिल हैं। इसी प्रकार राष्ट्रीय जनसंघ्या नीति, 2000 में भी ग्रामीण स्तर पर सुविधाएं प्रदान कराने में विकेंद्रीकरण एवं समन्वयन को महत्वपूर्ण माना गया है। इसके मद्देनज़र राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में पंचायतों की सहभागिता को निम्न बिंदुओं में स्पष्ट किया गया है :

- पंचायतों में क्षमतासंवर्धन करना ताकि वे प्रभावी ढंग से स्वास्थ्य सुविधाओं की निगरानी एवं प्रबंधन कर सकें।

- ग्रामीण स्वास्थ्य समिति द्वारा पंचायत स्तर पर स्वास्थ्य योजनाएं बनाना व लागू करना। इसी तरह के अधिकार मध्य स्तर (पंचायत समिति) व जिला स्तर (जिला परिषद) पर भी दिए गए हैं।
- पंचायतों को सीधे पैसा हस्तांतरित करना। अधिकतर स्वास्थ्य संस्थाएं महिलाओं एवं समाज के ग्रीब तबके, जैसे अनुसूचित जाति एवं जनजाति से जुड़ी हैं। अगर स्वास्थ्य सुविधाओं में इन तबकों की भागीदारी सुनिश्चित हो जाए तो सोने पर सुहागा होगा। पंचायतों में कुल प्रतिनिधियों में से लगभग 10 लाख महिलाएं हैं एवं 8 लाख के लगभग अनुसूचित जाति एवं जनजाति के प्रतिनिधि हैं।

अनुसूचित जाति के संबंध में यह बताना ज़रूरी है कि 1966 में पंचायत उपबंध (अनुसूचित क्षेत्रों में विस्तार) अधिनियम के अनुसार संविधान की पांचवीं अनुसूची में दर्ज क्षेत्रों जैसे हिमाचल प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश, झारखण्ड, छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र, उड़ीसा आदि राज्यों में ग्राम सभा को अधिक अधिकार दिए गए हैं। लेकिन पिछले 15 वर्षों के पंचायती राज के अनुभव बताते हैं कि पंचायतों द्वारा आर्थिक विकास एवं सामाजिक न्याय की योजना बनाने की बात तो दूर रही उनको स्वायत्त शासन के लिए ज़रूरी अधिकार पूर्णरूप से हस्तांतरित नहीं किए गए हैं। इसके बावजूद पंचायतों के सहयोग से ज़मीनी स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिए प्रयास किए गए हैं।

स्वास्थ्य सेवाओं का उन्नयन और पंचायतें

पंचायतों ने अपने स्तर पर स्वास्थ्य एवं पोषाहार क्षेत्रों में सराहनीय कार्य किए हैं। ये उदाहरण वर्तमान 11वीं पंचवर्षीय योजना के मध्यावधि मूल्यांकन के दौरान और भी प्रासंगिक हैं क्योंकि इससे योजना अवधि के अंतिम चरण में पंचायतों की भूमिकाओं को तदनुरूप महत्व दिया जा सकता है।

केरल में वर्ष 1996 में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को पंचायतों के अधीन लाया गया था। यहां पंचायतों के माध्यम से संचालित स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन बताता है कि जहां-जहां पंचायतों का सहयोग रहा, वहां स्वास्थ्य सेवाएं अधिक प्रभावी रहीं।

तमिलनाडु में 'नामदू ग्रामम्' अर्थात् 'हमारा गांव' योजना के तहत पंचायतों के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं में लोगों की भागीदारी सुनिश्चित की गई। जहां-जहां पंचायतों ने स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने में रुचि ली वहां के नतीजे अच्छे रहे।

पश्चिम बंगाल में पंचायत एवं ग्रामीण विकास विभाग द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य सुरक्षा प्रबंधन सन् 2007 में लागू किया गया जिसका उद्देश्य पंचायती राज व्यवस्था के ज़रिये स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण व महिला एवं बाल विकास विभाग के कार्यक्रमों को गति देना था। यह कार्य पंचायत समिति एवं जिला पंचायत स्तर पर गठित स्थावी समितियों को सौंपा गया तथा ग्राम पंचायत स्तर पर स्वास्थ्य उपसमितियों को सौंपा गया। इस तरह के प्रयासों से न केवल स्वास्थ्य व शिक्षा स्तर में सुधार आया बल्कि इन विभागों की गतिविधियों में समन्वय से संपूर्ण ग्रामीण क्षेत्र में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता आई। इसी प्रकार यहां कुछ जगहों पर दूषित पेयजल की समस्या को पंचायतों के माध्यम से दूर किया गया। स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता पैदा करने का नतीजा यह हुआ कि हैंडपंपों की मरम्मत के लिए ग्रामीणों ने खुद पैसा इकट्ठा किया ताकि अगर पंप ख़राब हो जाए तो सरकार का मुंह ताकना न पड़े।

राजस्थान में उदयपुर ज़िले की एक ग्राम पंचायत को ग्राम स्वास्थ्य योजना 2008-09 में परिवार कल्याण के क्षेत्र में उल्लेखनीय उपलब्धियों के लिए राज्य सरकार ने पांच लाख रुपये का पुरस्कार दिया। हरियाणा में भी कुछ जगहों पर ग्रामीण स्वास्थ्य समितियों की

भागीदारी सराहनीय रही। इन समितियों ने ग्रीब परिवारों की महिलाओं के संस्थागत प्रसव कराने के लिए ग्रामीण समाज को प्रोत्साहित किया। पंचायतों की भागीदारी से मुख्यतः दो सुधार समाने आए। पहला, स्वास्थ्य समितियों के कार्यों में आने वाली दिक्कतें बहुत कम हो गई। दूसरा, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत कार्यरत आशा कार्यकर्ता की जवाबदेही सुनिश्चित हो सकी। इसी राज्य में सूता स्वैच्छिक संस्था द्वारा स्वास्थ्य के क्षेत्र में किए गए कार्यों के अनुभव बताते हैं कि पंचायत प्रतिनिधियों को जैसे ही स्वास्थ्य प्रशिक्षण मिलना शुरू हुआ, उनका सकारात्मक सहयोग शुरू हो गया।

झारखण्ड के रांची एवं गुमला ज़िलों के कुछ ब्लॉक में ग्राम सभा द्वारा तीन सदस्यीय ग्रामीण स्वास्थ्य समिति का गठन किया गया। इन समितियों ने जच्चा-बच्चा की देखभाल प्रमुखता से की। कुछ जगहों पर जब उप-स्वास्थ्य केंद्रों में महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता की गतिविधियों में सुधार नहीं हुआ तो इन समितियों ने स्वास्थ्य केंद्रों का धोराव भी किया जिससे स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार आया। समिति ने ग्रामीण समुदाय से स्वैच्छिक मौद्रिक व गैर-मौद्रिक सहयोग लिया और इस तरह एकत्र किए गए साधनों का उपयोग लोगों के स्वास्थ्य के लिए किया।

स्वास्थ्य सेवाओं को प्रभावी बनाने में पंचायतों की भूमिका के उपर्युक्त उदाहरणों से स्पष्ट है कि जहां पंचायतों ने रुचि ली वहां स्वास्थ्य सेवाएं अधिक प्रभावी रहीं। दूसरे, स्थानीय स्तर के स्वास्थ्यकर्मियों को पंचायतों के नियंत्रण में रखने से पंचायतों को उनके पर्यवेक्षण का अधिकार मिला जिससे इन कर्मियों की जवाबदेही सुनिश्चित हो सकी।

सुझाव

स्वास्थ्य सेवाओं में पंचायतों की भूमिका अधिक प्रभावी बनाने के लिए निम्न सुझावों को लागू करने की ज़रूरत है:

- पंचायतों को पर्याप्त अधिकारों व संसाधनों से संपन्न करना ताकि ये संस्थाएं अर्थिक एवं सामाजिक विकास की योजना बनाते समय स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों की तरफ उचित ध्यान दे सकें।
- पंचायतों में लगभग 30 लाख निर्वाचित प्रतिनिधियों में एक-तिहाई महिलाएं हैं। ऐसे में खासकर महिलाओं को स्वास्थ्य के बारे में ज़्यादा जागरूक करने की ज़रूरत है। प्रशिक्षण के दौरान सफल प्रयासों की जानकारी भी दी जानी चाहिए ताकि प्रतिनिधि उससे प्रेरणा ले सकें।
- गांवों में विभिन्न हितग्राहियों को स्वयं सहायता समूह, आशा वर्कर, बाल कार्यकर्ता,

किशोरी संघ, महिला मंडल व अन्य समुदायों के माध्यम से एक मंच पर लाना ज़रूरी है ताकि इनके प्रयासों में समन्वय लाकर स्वास्थ्य सेवाओं को प्रभावी बनाया जा सके।

- कहावत है इलाज़ से बेहतर है रोग की रोकथाम। लिहाज़ निरोगी काया के लिए योग के महत्व को समझते हुए पंचायतों के माध्यम से योग का प्रचार-प्रसार किया जाए। इसके लिए पंचायतें योग शिविर लगाकर ग्रामीण जनता में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता ला सकती हैं।

निष्कर्ष

पंचायती राज को लागू हुए 15 वर्ष से अधिक बीत चुके हैं। इस दौरान पंचायतों के प्रतिनिधियों में जागरूकता आई है। वर्तमान में इसमें महिलाओं का आरक्षण 33 प्रतिशत से बढ़ कर कुछ राज्यों में 50 तक हो गया है। पंचायत प्रतिनिधियों की कार्यकुशलता को लेकर भी धारणा सकारात्मक हुई है। लेकिन पंचायतों को अधिक स्वायत्त अधिकार और संसाधन संपन्न बनाने की ज़रूरत है। तभी हम न सिर्फ ग्रामीण स्वास्थ्य बल्कि समग्र ग्रामीण विकास के लक्ष्य को हासिल कर पाएंगे। □

(लेखक ग्रामीण विकास मंत्रालय
में सहायक आयुक्त हैं।
ई-मेल : mpal1661@gmail.com)

शैक्षणिक सत्र 2010-11 से दसवीं बोर्ड की परीक्षा वैकल्पिक

छात्रों से परीक्षा के अनावश्यक बोझ को हटाने के लिए सरकार ने कहा है कि शैक्षणिक सत्र 2010-11 से दसवीं बोर्ड की परीक्षा वैकल्पिक हो जाएगी। केंद्र सरकार में मानव संसाधन विकास मंत्री ने कहा है कि छात्रों के लिए मांग के आधार पर परीक्षा देने का विकल्प खुला होगा। ग्रेडिंग प्रणाली शैक्षणिक सत्र 2009-10 से ही शुरू हो जाएगी।

मानव संसाधन विकास मंत्री कपिल सिंबल के अनुसार शैक्षणिक सत्र 2009-10 में सीबीएसई बोर्ड परीक्षा जारी रहेगी लेकिन इस सत्र से ग्रेडिंग प्रणाली शुरू हो जाएगी। 2010 में छात्रों के लिए दसवीं बोर्ड परीक्षा देना ज़रूरी होगा। लेकिन जो बच्चे इस साल नौवीं कक्षा में हैं उनके लिए 2011 में बोर्ड परीक्षा वैकल्पिक होगी। दसवीं बोर्ड समाप्त होने के बाद विद्यार्थी मांग के आधार पर परीक्षा दे सकते हैं।

श्री सिंबल ने कहा- हमने बच्चों में रटंत ज्ञान के चलन को समाप्त करना चाहते हैं। बोर्ड परीक्षा समाप्त होने के बाद भी बच्चों की मांग पर परीक्षा ली जाएगी। इसके अलावा नौवीं-दसवीं कक्षा में साल में दो बार (मार्च और अक्टूबर में) सतत समग्र मूल्यांकन की व्यवस्था होगी। सतत समग्र मूल्यांकन के दो स्वरूप होंगे। पहला रचनात्मक ज्ञान परखने पर आधारित होगा, दूसरा व्यावहारिक ज्ञान को जांचेगा। रचनात्मक ज्ञान की परख के लिए 40 प्रतिशत अंक निर्धारित होंगे, व्यावहारिक ज्ञान की परख के लिए 60 प्रतिशत अंक रखे गए हैं। श्री सिंबल ने कहा- हम शिक्षा व्यवस्था में सुधार लाना चाहते हैं। एक परीक्षा पर किसी बच्चे का पूरा भविष्य निर्भर नहीं हो सकता है। हम बच्चों पर शिक्षा के अनावश्यक बोझ को समाप्त करना चाहते हैं। उन्होंने कहा कि अगर

कोई बच्चा एक ही स्कूल में 10वीं और 12वीं की पढ़ाई करना चाहता है तो उसे दसवीं बोर्ड के पेपर देने की ज़रूरत नहीं होगी। अगर कोई बच्चा स्कूल बदलना चाहता है तो परीक्षा देने की मांग कर सकता है। इसके लिए हमने कई रास्तों की तलाश की और कई प्रारूप तैयार किए हैं। मानव संसाधन मंत्री ने कहा- हम बच्चों में रटंत ज्ञान को समाप्त करना चाहते हैं ताकि उनका सामान्य ज्ञान सामने आ सके। अभी जो व्यवस्था है उससे बच्चों की वास्तविक प्रतिभा सामने नहीं आ पाती है। इस बारे में स्कूली स्तर पर आंतरिक मूल्यांकन पर जोर होगा। सीबीएसई इसकी निगरानी करेगा। उन्होंने कहा कि सतत समग्र मूल्यांकन इस साल अक्टूबर से नौवीं कक्षा से शुरू हो जाएगा। जबकि वैकल्पिक अभियाचि परीक्षा की शुरुआत फरवरी 2010 से होगी। □

बुजुर्गों को सेहत का तोहफा

● जगदीप सक्सेना

‘आयुष्मान भवः और ‘जीवेम् शरदः शतम्’ का आशीर्वाद देने वाले हमारे देश में वृद्धजनों को मान-सम्मान देने की सुदीर्घ परंपरा रही है। उनके जीवनभर के संचित ज्ञान और अनुभव का केवल परिवार और समाज ही नहीं, बल्कि शासन भी लाभ उठाता था। परंतु आधुनिक परिवेश में बुजुर्गों की बढ़ती आबादी शासन के लिए चिंता का विषय बन गई है। दूसरी ओर वृद्धजन भी अनेक सामाजिक और आर्थिक समस्याओं से जूझ रहे हैं। बुजुर्गों की एक प्रमुख समस्या है स्वास्थ्य संबंधी देखभाल। दरअसल बुढ़ापा अपने साथ अनेक रोग और विकार भी लाता है, जो तन-मन दोनों को प्रभावित करते हैं। बुजुर्गों की निरंतर बढ़ती आबादी के कारण इन्हें स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराना लगातार कठिन होता जा रहा है। वैसे भी सरकार की अधिकांश स्वास्थ्य सुविधाएं महिलाओं और बच्चों पर केंद्रित होती हैं। परंतु पिछले कुछ वर्षों में इस ओर भी जागरूकता आई है और बुजुर्गों तक प्रभावकारी तथा कम लागत की चिकित्सा सेवाएं पहुंचाने की पहल शुरू हो चुकी है।

बूढ़ा होता देश

स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार, व्यापक टीकाकरण का कार्यक्रम और परिवार कल्याण के कारण कुल आबादी में बुजुर्गों की हिस्सेदारी लगातार बढ़ती जा रही है। सरकारी मानदंडों के अनुसार 60 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों को बुजुर्ग या वृद्ध कहा जाता है। अब इन्हें वरिष्ठ नागरिक कहना बेहतर माना गया है। वरिष्ठ नागरिकों

की कुल आबादी के नज़रिये से हम चीन के बाद दूसरे नंबर पर हैं। लेकिन कुल आबादी में वरिष्ठ नागरिकों की हिस्सेदारी पर नज़र डालें तो संयुक्त राष्ट्र के आंकड़े कहते हैं कि सन् 1951 से 2001 के बीच जहां देश की कुल आबादी 36.1 अरब से तिगुनी बढ़कर 1.027

1.9 करोड़ से बढ़कर 7.7 करोड़ हो गई। इसका नतीजा यह रहा कि कुल आबादी में इनकी हिस्सेदारी 4 प्रतिशत से बढ़कर लगभग 7.5 प्रतिशत पर पहुंच गई। संयुक्त राष्ट्र ने अनुमान लगाया है कि अगले 50 वर्षों में फिर से यही दोहराव होने वाला है। कुल आबादी सन् 2000 के 1.027 अरब से बढ़कर 2050 में 1.537 अरब हो जाएगी, जबकि बुजुर्गों की तादाद 7.7 करोड़ से चौगुनी बढ़कर 30.8 करोड़ पर पहुंच सकती है। यानी कुल आबादी में वरिष्ठ नागरिकों की हिस्सेदारी मौजूदा 7.55

1 अक्टूबर, अंतरराष्ट्रीय वृद्धजन दिवस पर विशेष

अरब पर पहुंच गई, वहीं वरिष्ठ नागरिकों की तादाद में चौगुना इजाफा हुआ और यह



प्रतिशत से बढ़कर 20.14 प्रतिशत तक पहुंच सकती है। दूसरे शब्दों में कुल आबादी के लगभग पांचवें हिस्से पर बुजुर्ग नजर आएंगे। बुजुर्ग आबादी की इस बढ़ोतरी के बीच के पड़ावों को देखें तो हमारे देश में 2013 में 10 करोड़ और सन् 2030 में 19.8 करोड़ वरिष्ठ नागरिक मौजूद होंगे।

अन्य देशों की तुलना में भारत की वृद्ध आबादी देश के सामने अनेक चुनौतियां पेश करती है। देश के 80 प्रतिशत वृद्ध ग्रामीण क्षेत्रों में रहते हैं, जिस कारण स्वास्थ्य सुविधाओं को उन तक पहुंचाना कठिन हो जाता है। यह भी अनुमान है कि सन् 2016 तक बुजुर्गों की कुल आबादी में 51 प्रतिशत से अधिक महिलाएं होंगी, जिनकी अपनी अलग समस्याएं होती हैं। अस्सी वर्ष से अधिक आयु के वरिष्ठ नागरिकों की संख्या भी लगातार बढ़ती जा रही है। वरिष्ठ नागरिकों में से 30 प्रतिशत ग्रीष्मी रेखा से नीचे गुज़र-बसर कर रहे हैं, 73 प्रतिशत निरक्षर हैं, 75 प्रतिशत अर्थिक रूप से अपने परिजनों पर निर्भर हैं, 45 प्रतिशत किसी न किसी दीर्घकालिक बीमारी से पीड़ित हैं और 5.4 प्रतिशत बुजुर्ग चलने-फिरने में असमर्थ हैं। यूनिवर्सिटी ऑफ टेक्सास हेल्थ साइंस सेंटर की शोधकर्ता नीला पटेल ने एक अध्ययन में बताया

है कि भारत में 55 प्रतिशत बुजुर्ग (इंडैंड की आबादी से थोड़ा कम) हर रात भूखे पेट सोते हैं, जबकि 30 करोड़ वृद्ध (ऑस्ट्रेलिया की आबादी के लगभग बराबर) एकाकी जीवन बिता रहे हैं। देश के 90 प्रतिशत बुजुर्गों को अपनी रोज़ी-रोटी चलाने के लिए खुद मेहनत करनी पड़ती है। ये सभी सामाजिक-आर्थिक दशाएं बुजुर्गों के स्वास्थ्य को किसी-न-किसी रूप में प्रभावित करती हैं और ज्यादातर मामलों में ये खुद को नियमित इलाज कराने में असमर्थ पाते हैं।

बुढ़ापे के साथी रोग

कभी कहा जाता था बुढ़ापा एक असाध्य रोग है। परंतु चिकित्सा विज्ञान में हो रही लगातार प्रगति ने बुढ़ापे को एक रोग नहीं, बल्कि अवस्था बना दिया है जिसके उचित प्रबंध से वृद्धावस्था को सुखद, सक्रिय और स्वस्थ बनाया जा सकता है। चिकित्सा विज्ञान में बुढ़ापे से जुड़े विभिन्न पहलुओं के अध्ययन को 'जेरोटोलॉजी' कहा जाता है और बुढ़ापे से जुड़ी चिकित्सा 'जेरियाट्रिक्स' कहलाती है। हमारी अपनी प्राचीन चिकित्सा परंपरा आयुर्वेद में इसे ज़रा चिकित्सा का नाम दिया गया है। बुढ़ापा एक प्राकृतिक प्रक्रिया है जो उम्र बढ़ने के साथ आती है। इस पर अंकुश लगाना मनुष्य के लिए अभी तक

संभव नहीं हो पाया है। कहा जाता है कि केवल वर्षों का जीवन बिताने से ही कोई वृद्ध नहीं होता। वर्षों के साथ चमड़ी पर झुरियां पड़ जाती हैं, लेकिन चिंता, सदैह, भय, व्यथा और आत्मविश्वास का नाश मनुष्य को बुजुर्ग बना देता है।

विशुद्ध विज्ञान की भाषा में बात करें तो उम्र बढ़ने के साथ शरीर के विभिन्न अंगों की जीवन क्षमता घटती जाती है और अंतः मृत्यु का कारण बनती है। इस प्रक्रिया में कई रोग उभरकर सामने आते हैं, जैसे मोतियांबिंद और ग्लूकोमा, तंत्रिकाओं का कमज़ोर होना, हाड़ियों में कमज़ोरी और जोड़ों में लचीलापन कम होने के कारण चलने-फिरने में परेशानी, सांस की तकलीफें, ईंद्रियों का कमज़ोर पड़ना, यादाशत कम होना और मानसिकता में ढेर सारे बदलाव आना। इसके अलावा कुछ दीर्घकालिक रोग भी बुढ़ापे में अधिक परेशान करते हैं। इनमें सबसे प्रमुख हैं दिल और धमनियों के रोग। अधिकांश मामलों में वसा जमा होने कारण धमनियों की दीवार मोटी हो जाती है, जिससे रक्त के प्रवाह में बाधा पहुंचती है और व्यक्ति उच्च रक्तचाप का शिकार हो जाता है। अधिकांश विकसित देशों में दिल के रोग वृद्धावस्था में मृत्यु का एक प्रमुख कारण हैं।

आयुर्वेद दिखा सकता है चमत्कार

भारत की प्राचीन और परंपरागत चिकित्सा पद्धति आयुर्वेद में वृद्धों की चिकित्सा और स्वस्थ व सक्रिय वृद्धावस्था के लिए एक शाखा निर्धारित की गई है, जिसे रसायना या पुनर्योवन या जरा-चिकित्सा कहा जाता है। यह एक ऐसी पद्धति है, जिसमें बुढ़ापे की प्रक्रिया को नियन्त्रित, धीमी या कुछ हद तक अंकुश लगाने का प्रयास किया जाता है। रसायना की प्रक्रिया 45 वर्ष की आयु के बाद प्रारंभ की जाती है, क्योंकि इसी अवस्था में शरीर के विभिन्न अंगों में क्षय होने की शुरुआत होती है। इसके लिए दो प्रक्रियाएं निर्धारित की गई हैं। पहली प्रक्रिया 'कुटिप्रवेशिका रसायना' कहलाती है। इसके अंतर्गत 3-4 महीने की एक कठिन प्रक्रिया की जाती है, जिसमें शरीर से विषाक्त रसायनों को बाहर निकालकर

चयापचयी क्रियाओं को पुनः सक्रिय किया जाता है। यह एक जटिल प्रक्रिया है, इसलिए आजकल इसका प्रचलन लगभग ख़त्म हो गया है। इसकी तुलना में दूसरी प्रक्रिया अधिक लोकप्रिय है, जिसे 'वातापिका रसायना' कहा जाता है। यह चिकित्सा रोज़मरा के कार्यों को करते हुए संपन्न की जा सकती है। आयुर्वेद के अनुसार रसायना चिकित्सा पद्धति आयु बढ़ाती है, बुद्धि तेज़ करती है, युवाओं जैसी स्फूर्ति और तेज उत्पन्न करती है, ईंद्रियों को मज़बूत करती है और शरीर को कांतिमय बनाती है। आयुर्वेद के अनुसार शरीर का निर्माण धातुओं से हुआ है और रसायना चिकित्सा शरीर के लिए महत्वपूर्ण धातुओं का निर्माण करती है। इस तरह शरीर के क्षय पर अंकुश लगता है। यदि रसायना चिकित्सा से पूर्व पंचकर्म अपनाया जाए तो और भी बेहतर

नीज़े प्राप्त होते हैं। पंचकर्म शरीर में व्याप्त विषाक्त रसायनों को बाहर निकालकर शरीर को शुद्ध करता है, जिससे बुढ़ापे की प्रक्रिया धीमी हो जाती है। आयुर्वेदिक चिकित्सा के साथ योग अपनाने से अतिरिक्त लाभ होता है। देश में वृद्धों की स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान में आयुर्वेद अपनी सीमित लागत तथा समेकित प्रभाव के कारण महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है। आयुर्वेदिक प्रक्रियाओं को ग्रामीण क्षेत्रों में भी आसानी से अपनाया जा सकता है, जहां वृद्धों की तादाद शहरी क्षेत्रों की तुलना में कई गुना अधिक है। जरा-चिकित्सा में आयुर्वेद के महत्व को देखते हुए केंद्र सरकार ने 'आयुष' नामक एक योजना तैयार की है, जिस पर अमल करने के प्रयास शुरू हो गए हैं। □

हाल के वर्षों में विभिन्न प्रकार के कैंसर भी बुढ़ापे के प्रमुख रोग के रूप में उभरे हैं। अध्ययनों से पता चला है कि दिल के रोग और कैंसर, दोनों की ही संभावना 40 वर्ष की उम्र के बाद बढ़ जाती है। पुरुषों में प्रोस्टेट ग्रंथि के कैंसर की संभावना 65 वर्ष की आयु के बाद अधिक हो जाती है। मधुमेह या डायबिटीज भी अधिक उम्र में लोगों को अधिक सताता है। एक अनुमान के अनुसार डायबिटीज के 75 प्रतिशत रोगी 50 वर्ष से अधिक उम्र के हैं। पाचन क्षमता कम होने और भोजन के प्रति अनिच्छा उत्पन्न होने के कारण वृद्धावस्था में पोषण संबंधी अनेक रोग भी परेशानी का कारण बनते हैं।

मानसिक रोगों और विकारों के मामले में बुढ़ापे की अवस्था अग्रणी है। संयुक्त परिवार की प्रथा टूटने से बृद्ध व्यक्तियों के जीवन में एकाकीपन बढ़ता जा रहा है, जो कई बार गंभीर अवसाद यानी डिप्रेशन का कारण बनता है। वे परिवार व समाज पर स्वयं को बोझ मानने लगते हैं। आर्थिक परतत्रता भी उनके लिए गंभीर चिंता का कारण होती है। कुल मिलाकर वृद्धजन खुद को नयी दशाओं के प्रति ढाल नहीं पाते और इसी से अधिकांश मानसिक रोग व विकार पनपते हैं। अध्ययन बताते हैं कि शारीरिक रूप से स्वस्थ और आर्थिक रूप से समर्थ बृद्ध भी एकाकीपन के कारण मानसिक विकारों के शिकार बन जाते हैं।

नये क़दम, नयी राहें

हमारे देश में संयुक्त परिवार की प्रथा और बुजुर्गों को मान-सम्मान देने की प्राचीन परंपरा के कारण बृद्धों को एक अलग समूह मानकर स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने की ओर नहीं सोचा गया। परिवार के सदस्य ही उनकी देखभाल करते थे और उनकी ज़रूरतें पूरी करने की ज़िम्मेदारी निभाते थे। परंतु समय के साथ परिवेश बदला, समाज बदला और अचानक वृद्धजन पारिवारिक तथा सामाजिक हाशिये पर आ गए। केवल परिवार व समाज ही नहीं, बल्कि शासन के लिए भी बृद्धों की बढ़ती आबादी एक गंभीर चिंता का विषय है। सरकार ने केंद्र और राज्य, दोनों ही स्तरों पर विरिष्ट नागरिकों को सुविधाएं और सहायता मुहैया कराने की पहल कर दी है। कुछ योजनाएं तो उनकी देखभाल की ज़िम्मेदारी उठाने का वादा भी करती हैं। वैसे बुजुर्गों की देखभाल के बारे में भारतीय संविधान में भी उल्लेख है। संविधान के अंतर्गत राज्यों

को दिए गए निर्देशों के अध्याय में अनुच्छेद-41 कहता है कि राज्यों को अपनी आर्थिक क्षमताओं के अनुसार बुजुर्गों को सहायता प्रदान करनी चाहिए।

नवीन सामाजिक परिवेश और परिवृश्य में विरिष्ट नागरिकों के प्रति अपने उत्तरदायित्व का अनुभव करते हुए भारत सरकार ने सन् 1999 में वृद्धजनों के लिए राष्ट्रीय नीति की घोषणा की। इसमें शासन द्वारा विरिष्ट नागरिकों के लिए स्वास्थ्य की देखभाल, आश्रय की सुविधा और कल्याणकारी कार्य करने का प्रावधान किया गया है। इस नीति के मुताबिक देश के विरिष्ट नागरिक अपने अनुभव और ज्ञान के कारण परिवार तथा समाज के लिए उपयोगी सेवा और मार्गदर्शन कर सकते हैं। नीति का लक्ष्य है कि विरिष्ट नागरिकों को कम लागत पर उत्तम स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराई जाएं। इसके लिए सरकारी सेवाओं के साथ ही निजी क्षेत्र की चिकित्सा सेवाओं का सहयोग लेने की सिफारिश भी की गई है। नीति में बुजुर्गों को स्वास्थ्य बीमा मुहैया कराने को प्राथमिकता दी गई है। सचल चिकित्सा सेवाओं, विशेष शिविर और एम्बुलेंस सुविधा के माध्यम से बुजुर्गों को उनके घर के पास उत्तम चिकित्सा मुहैया कराने का प्रावधान भी रखा गया है।

बुजुर्गों के लिए राष्ट्रीय नीति के एक प्रमुख प्रावधान के तहत मई 1999 में बुजुर्गों के लिए राष्ट्रीय परिषद का गठन किया गया जिसमें संबंधित सरकारी विभागों के प्रतिनिधियों के अलावा स्वैच्छिक संगठनों, नागरिक संगठनों व समूहों और विधि, समाज कल्याण, अनुसंधान और चिकित्सा क्षेत्र के अवकाश प्राप्त विशेषज्ञों को भी शामिल किया गया है। इस परिषद द्वारा बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए प्रभावकारी कार्यक्रमों की शुरुआत की गई है। एक विशेष पहल करते हुए भारत सरकार ने सन् 2004 में 'नेशनल इनीशिएटिव ऑन केयर फॉर द एल्डरली' (नाइस) नाम से एक विशेष कार्यक्रम शुरू किया है, जिसके अंतर्गत बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के प्रति जागरूकता बढ़ाने का कार्य किया जा रहा है। साथ ही उनकी ज़रूरतों को समझने और कम लागत पर आवश्यक सुविधाएं मुहैया कराने की व्यवस्थाएं भी की जा रही हैं ताकि बुजुर्गों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार आ सके। राष्ट्रीय नीति के तहत कुछ नयी योजनाएं प्रारंभ की गई हैं :

- विरिष्ट नागरिकों के स्वास्थ्य की उचित देखभाल के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को मजबूत बनाना।
- बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए चिकित्सा और सह-चिकित्सा कर्मियों को प्रशिक्षण देना व इस आर उन्मुख करना।
- स्वस्थ बुढ़ापे की अवधारणा को बढ़ावा देना।
- बृद्धों की देखभाल से संबंधित सामग्री के उत्पादन और वितरण के लिए समितियों को सहायता प्रदान करना।
- अस्पतालों में बुजुर्ग रोगियों के लिए अलग कतार तथा वार्ड में आरक्षण की व्यवस्था करना।
- अंत्योदय योजना के अंतर्गत साधनहीन विरिष्ट नागरिकों को कम लागत पर पौष्टिक भोजन उपलब्ध कराना।

कुछ खास हैं इनमें

केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) के अंतर्गत सरकार के पेंशन भोगियों के लिए अनेक कल्याणकारी क़दम उठाए गए हैं। जैसे अब विरिष्ट नागरिक अपने दीर्घकालिक रोगों के लिए एक साथ तीन महीने की दवा डिस्पेंसरी से ले सकते हैं, विरिष्ट नागरिकों के लिए अलग कतार की व्यवस्था की गई है, और कुछ चुनिंदा स्थानों पर बुजुर्गों की विशेष चिकित्सा के लिए विशेष क्लिनिक भी खोले गए हैं, जिन्हें 'जेरियाट्रिक क्लिनिक' कहा जाता है।

बुजुर्गों में बड़े पैमाने पर व्याप्त मानसिक रोगों और विकारों को देखते हुए राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया है, जिसमें बुजुर्गों की मानसिक चिकित्सा का प्रावधान है। इसके अंतर्गत अलजाइमर तथा विभिन्न प्रकार की विक्षिप्तताओं, पार्किंसन रोग, अवसाद और मनोविकारों का इलाज किया जाता है। ध्यान रखा जाता है कि बुजुर्ग आहत ना हों और उन्हें उत्तम इलाज भी मिले।

बुजुर्गों के लिए समेकित कार्यक्रम के नाम से एक विशेष योजना शुरू की गई है, जिसके अंतर्गत गैर-सरकारी संगठनों को वृद्धाश्रम, डे-केयर सेंटरों, सचल चिकित्सा यूनिट और विरिष्ट नागरिकों को गैर-संस्थागत सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। इस कार्यक्रम के तहत वृद्धों की समस्याओं के प्रति जागरूकता बढ़ाने का प्रयास किया

जाता है और सकारात्मक तथा सक्रिय वृद्धावस्था के लिए आवश्यक सुविधाएं व साधन भी जुटाए जाते हैं। सरकार की एक अन्य योजना के तहत पंचायती राज संस्थाओं, स्वैच्छक संगठनों और स्वयं-सहायता समूहों को वृद्धाश्रम के निर्माण तथा वरिष्ठ नागरिकों को बहु-सेवाएं उपलब्ध कराने वाले केंद्रों के निर्माण के लिए एकमुश्त सहायता प्रदान की जाती है।

सरकार के विभिन्न कार्यक्रमों ने बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के प्रति जागरूकता उत्पन्न की है। धीरे-धीरे वरिष्ठ नागरिकों की स्वास्थ्य समस्याएं भी विशेषज्ञता के दायरे में आती जा रही हैं। चिकित्सकों और सहचिकित्साकर्मियों को विशेष पाठ्यक्रमों और प्रशिक्षणों के माध्यम से बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए प्रशिक्षित किया जा रहा है। नयी दिल्ली के अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स) के जराचिकित्सा विभाग ने भारत सरकार और विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा चलाए जा रहे एक सहभागी कार्यक्रम के अंतर्गत चिकित्सकों, नर्सों और सामुदायिक स्वास्थ्य सेवकों के लिए प्रशिक्षण मैनुअल तैयार किए हैं। इनमें बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल से संबंधित दिशा-निर्देश दिए गए हैं। इस विभाग ने स्वास्थ्यकर्मियों, योजनाकारों और वृद्धों के लिए उपयोगी साहित्य भी तैयार किया है। इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय (इग्नू) द्वारा जराचिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र में चार सप्ताह का दूरस्थ शिक्षा आधारित प्रयोगात्मक प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाया जाता है। सरकार द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य सेवकों को जराचिकित्सा के क्षेत्र में छह महीने का व्यावहारिक प्रशिक्षण देने का कार्यक्रम चलाया जा रहा है। परंतु वृद्धों की बढ़ती आबादी को देखते हुए यह अपर्याप्त है। साथ ही एक समस्या यह भी है कि प्रशिक्षण प्राप्त अधिकांश चिकित्साकर्मी शहरी क्षेत्र में कार्य करने को प्राथमिकता देते हैं, जबकि वृद्धों की तादाद देश के ग्रामीण क्षेत्रों में अधिक है। दूसरी ओर यह भी सच्चाई है कि बहुत कम भारतीय चिकित्सक वृद्धों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए प्रशिक्षित हैं। देश के 200 से अधिक मेडिकल कॉलेजों में से केवल एक में जराचिकित्सा में एमडी पाठ्यक्रम मौजूद है। इस पर विडंबना यह है कि यहां से एमडी की उपाधि प्राप्त अधिकांश चिकित्सक प्रैक्टिस करने विदेश चले जाते हैं। हाल में गिनती के कुछ अन्य मेडिकल कॉलेजों

में वरिष्ठ नागरिकों को विशेष सेवाएं देने की व्यवस्था की गई है।

एक आसरा यह भी

विभिन्न गैर-सरकारी संगठन और निजी क्षेत्र के अस्पताल तथा चिकित्सा संगठन भी वरिष्ठ नागरिकों को बेहतर स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए प्रयास कर रहे हैं। हेल्पएज इंडिया, हेरिटेज अस्पताल, अल्जाइमर एंड रिलेटेड डिसीसेज सोसाइटी ऑफ इंडिया, व 'द इंटरनेशनल लांजीविटी सेंटर, द इंडियन एकेडेमी ऑफ जेरियाट्रिक्स, और जेरियाट्रिक सोसाइटी ऑफ इंडिया कुछ प्रमुख संगठन हैं, जो वृद्धों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए विशेष कार्यक्रम चला रहे हैं।

हेल्पएज इंडिया द्वारा इस क्षेत्र में यूं तो अनेक कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं, लेकिन ग्रामीण क्षेत्रों, मलिन बस्तियों और दूर-दराज के क्षेत्रों के वृद्धों के लिए चलाई जा रही मोबाइल चिकित्सा इकाइयां खासी लोकप्रिय और प्रभावकारी सिद्ध हुई हैं। इन यूनिटों में से प्रत्येक में एक योग्य चिकित्सक, एक फार्मेसिस्ट और एक सामाजिक कार्यकर्ता मौजूद होता है। ये क्षेत्र में जाकर वृद्धों की चिकित्सीय जांच करते हैं और साधनहीन वरिष्ठ नागरिकों को मुफ्त चिकित्सा तथा दवाएं उपलब्ध कराते हैं। जटिल रोग होने पर यूनिट द्वारा वृद्ध को संबंधित अस्पताल में भर्ती कराया जाता है। हेल्पएज की एक अन्य योजना के अंतर्गत बड़े-बृद्धों को गोद लेने का प्रावधान है। गोद लेने वाले व्यक्ति को बुजुर्ग की लितीय ज़रूरत तथा चिकित्सीय सेवाओं की लागत वहन करनी पड़ती है। यह योजना साधनहीन और परिवार द्वारा त्यागे गए बुजुर्गों के लिए कल्याणकारी सिद्ध हो रही है। इस योजना को देशभर में लागू करने के लिए हेल्पएज इंडिया ने 23 राज्यों में 200 से अधिक ग्रामीण तथा शहरी क्षेत्रों में कार्यरत स्वैच्छिक संगठनों के साथ गठबंधन किया है।

हैदराबाद स्थित हेरिटेज अस्पताल देश का पहला बहु-विशेषज्ञता वाला जराचिकित्सा अस्पताल है। यहां वरिष्ठ नागरिकों को कम लागत पर उचित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के अनेक कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं, जैसे होमकेयर सर्विस, हेल्पलाइन, डॉक्टर-ऑन-कॉल, हेरिटेज सीनियर क्लब, फूट-ऑन-हील्स, डायल-ए-ड्राइवर आदि। बंगलुरु के सेंट जॉन मेडिकल कॉलेज और अस्पताल के बाहरी क्षेत्र और

आसपास के ग्रामीण क्षेत्रों के बुजुर्गों के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए एक अभिनव योजना शुरू की है। इसका उद्देश्य क्षेत्र के वरिष्ठ नागरिकों को कम लागत पर उत्तम स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना है ताकि उनके जीवन की गुणवत्ता में सार्थक सुधार हो सके। अस्पताल के परिसर में सन् 2005 से साप्ताहिक वरिष्ठ नागरिक क्लिनिक चलाया जा रहा है, जिसमें नाममात्र के शुल्क पर बुजुर्गों की चिकित्सीय जांच की जाती है। अस्पताल ने पांच किलोमीटर के दायरे में रहने वाले वरिष्ठ नागरिकों की सूची बनाई है। प्रत्येक माह एक चिकित्सक और नर्स घर-घर जाकर उनकी चिकित्सीय जांच करते हैं और उचित सलाह देते हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले बुजुर्गों के लिए सन् 2003 से मासिक क्लिनिक चलाई जा रही है। चिकित्सक गांव में जाकर जांच करते हैं और उनकी स्वास्थ्य समस्याओं का निदान करते हैं। फिलहाल अस्पताल के 30 किलोमीटर के दायरे में आने वाले ग्रामीण क्षेत्रों को यह सुविधा मुहैया कराई जा रही है।

तमाम सरकारी और गैर-सरकारी प्रयासों के बावजूद देश में वृद्धों के स्वास्थ्य की देखभाल अभी भी अपेक्षित स्तर तक नहीं पहुंच पाई है। इसका एक प्रमुख कारण वृद्धों की तेजी से बढ़ती आबादी की तुलना में साधनों की अपर्याप्तता है। एक महत्वपूर्ण कारण यह भी है कि सरकारी और गैर-सरकारी प्रयासों के बीच तालमेल न के बराबर है। भारत सरकार ने हाल में राज्यों के 25 मेडिकल कॉलेजों में जराचिकित्सा विभाग खोलने के लिए आवश्यक राशि उपलब्ध कराने का निर्णय लिया है। इसके अलावा दिल्ली और चेन्नई में दो खोलने की योजना भी बनाई गई है। परंतु क्या इनसे देश में बुजुर्गों की स्वास्थ्य दशा सुधार जाएगी? संभवतः आज के भौतिकवादी सामाजिक परिवृश्य में बुजुर्गों के प्रति संवेदनशीलता को एक बार फिर से जगाने की ज़रूरत है। हमें वरिष्ठ नागरिकों को बोझ के रूप में नहीं, बल्कि पूँजी और धरोहर के रूप में देखना होगा। उनके प्रति परिवारिक तथा सामाजिक जिम्मेदारी को निभाना होगा। यही एक स्वस्थ, जागरूक और प्रगतिशील समाज की ज़रूरत भी है। □

(लेखक विज्ञान विषयों के लेखक व संप्रति भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद में संपादक हैं।
ई-मेल : jgdsaxena@gmail.com)

भारतीय चिकित्सा पद्धतियां और होम्योपैथी

भारतीय चिकित्सा पद्धतियां और होम्योपैथी जिसे आजकल आयुष (आयुर्वेद, योग, प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी का परिवर्णी शब्द) चिकित्सा पद्धतियां कहा जाता है, के अंतर्गत भारत और विदेश दोनों की वे चिकित्सा पद्धतियां शामिल हैं, जिन्हें कालांतर में आधिकारिक मान्यता प्राप्त हुई। भारत में शुरुआत की गई प्रणालियों में आयुर्वेद, सिद्ध, योग और प्राकृतिक चिकित्सा शामिल हैं। होम्योपैथी का सूत्रपात जर्मनी में हुआ और यह 18वीं सदी के प्रारंभ में भारत में आई। यूनानी चिकित्सा पद्धति मूल रूप से ग्रीस में प्रारंभ हुई और अरब देशों में विकसित हुई। यह 9वीं सदी के आसपास उस समय भारत आई, जब चिकित्सा के क्षेत्र में भारतीय और फारसी विचारों का आदान-प्रदान हुआ। कालांतर में यूनानी पद्धति भारतीय पद्धति में समाहित हो गई और आज यह किसी भी अन्य देश की तुलना में भारत में अधिक लोकप्रिय है।

नीति समर्थन

भारतीय चिकित्सा पद्धतियों और होम्योपैथी को नीतिगत समर्थन 1947 में स्वतंत्रता प्राप्ति के समय से ही मिल रहा है। तत्संबंधी नीति के लक्ष्यों में आयुष के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाओं का विस्तार, उससे जुड़ी सुविधाओं को मुख्यधारा में लाना, गुणवत्ता नियंत्रण, शिक्षा एवं औषधियों का मानकीकरण, उभरती हुई स्वास्थ्य ज़रूरतों से संबद्ध अनुसंधान एवं विकास तथा आयुष प्रणालियों की सक्षमता और संभावनाओं के प्रति जागरूकता पैदा करना शामिल है। इस नीति का लक्ष्य आयुष प्रणालियों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल वितरण व्यवस्था के साथ एकीकृत करना भी है।

आयुष के प्रोत्साहन और विकास के लिए आयुष विभाग द्वारा संभावना वाले निम्नांकित

- क्षेत्रों की पहचान की गई है जो इस प्रकार हैं:
- शिक्षा के स्तर में सुधार और उन्नयन
- गुणवत्ता नियंत्रण और मानकीकरण
- कच्चे माल की निरंतर उपलब्धता
- प्रणालियों की प्रभावोत्पादकता के बारे में अनुसंधान एवं विकास
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य, देखभाल और वितरण प्रणाली में आयुष को मुख्यधारा में लाना और
- जागरूकता एवं सूचना।

1995 में आयुष यानी भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी पद्धति के अलग विभाग की स्थापना के बाद से आयुर्वेद, योग, प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी एवं सिद्ध प्रणालियों सहित देसी चिकित्सा प्रणाली के संवर्द्धन एवं विकास को बढ़ावा देने के लिए अनेक उपाय किए गए हैं। नौवीं पंचवर्षीय योजना की प्रारंभिक अवधि का इस्तेमाल कार्यनीति विकसित करने, उपयुक्त कामगारों की नियुक्ति आदि के लिए किया गया। शिक्षा की गुणवत्ता में सुधार, गुणवत्तापूर्ण औषधियों के विकास, अनुसंधान प्रोत्साहन और प्रणालियों को मुख्यधारा में लाने के प्रयासों तथा विभिन्न योजनाओं के कार्यान्वयन की शुरुआत का संकेत इस बात से मिलता है कि दसवीं पंचवर्षीय योजना, विशेषकर 2004-05 की अवधि से आयुष योजना कार्यक्रमों के अंतर्गत परिव्यय में भारी वृद्धि की गई। योजना परिव्यय 2002-03 में 89.78 करोड़ रुपये था, जिसे 2005-06 में 290.96 करोड़ रुपये कर दिया गया। भारतीय चिकित्सा पद्धतियों एवं होम्योपैथी के बारे में 2002 में राष्ट्रीय नीति तय की गई। इसमें यह प्रावधान किया गया कि भारतीय चिकित्सा पद्धतियों और होम्योपैथी के संवर्द्धन एवं विकास के लिए योजना कार्यक्रमों के वास्ते धन आवंटन में बढ़ोतरी की जाए। तदनुरूप,

आयुष विभाग के लिए योजना परिव्यय की हिस्सेदारी (10वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान कुल स्वास्थ्य परिव्यय के 2.5 प्रतिशत से) बढ़ाकर स्वास्थ्य संबंधी कुल योजना बजट का 10 प्रतिशत की गई। इसी तरह कुल स्वास्थ्य परिव्यय में भारतीय चिकित्सा पद्धतियों और होम्योपैथी से संबंधित योजना कार्यक्रमों की हिस्सेदारी बढ़ाने के लिए 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान नयी योजनाएं प्रस्तावित की गई हैं, ताकि निजी क्षेत्रों में मान्यता प्राप्त आयुष उत्कृष्टता केंद्रों का विकास किया जा सके, आयुष औद्योगिक समूहों के लिए सामान्य सुविधाएं प्रदान की जा सकें, अंतरराष्ट्रीय सहयोग मजबूत किया जा सके और अस्पतालों में विशेषज्ञता अस्पतालों की स्थापना के लिए सरकारी-निजी भागीदारी प्रोत्साहित की जा सके। साथ ही दसवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान इस क्षेत्र में किए गए कार्यों से प्राप्त अनुभवों के संदर्भ में मौजूदा केंद्र प्रायोजित योजनाओं में संशोधन करने पर भी विचार किया जा रहा है, ताकि उन्हें अधिक कारगर ढंग से अमल में लाया जा सके। घरेलू और अंतरराष्ट्रीय बाज़ार की कच्चे माल की ज़रूरतें पूरी करने के लिए औषधीय पौधों के संरक्षण और खेती की योजनाओं पर भी 11वीं पंचवर्षीय योजना के प्रस्तावों में पर्याप्त ध्यान दिया गया है, ताकि उनकी पर्याप्त उपलब्धता सुनिश्चित की जा सके। इसके लिए तत्संबंधी आवंटन दसवीं पंचवर्षीय योजना के 134.21 करोड़ रुपये के आवंटन की तुलना में 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 1,000 करोड़ रुपये से अधिक आवंटन किया गया है। इन परिवर्तनों को देखते हुए विभाग की योजनाओं के परिव्यय में 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान भारी बढ़ोतरी करने का प्रस्ताव है। लाभार्थियों तक केंद्रीय सहायता पहुंचने में होने वाले विलंब में कमी लाने के लिए

आयुष विभाग की केंद्र प्रायोजित योजनाओं के अंतर्गत धन का आवंटन वर्ष 2007-08 से राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण समितियों के जरिये प्रारंभ किया गया है।

बदलते परिवेश में इस विभाग ने अपने को गतिशील और लचीले संगठन के रूप में विकसित करने की आवश्यकता महसूस की है। इसके लिए प्राथमिकता वाले क्षेत्रों में विभिन्न प्रकार के नीतिगत उपाय किए जा रहे हैं। इनमें शैक्षिक मानकों का उन्नयन, गुणवत्ता नियंत्रण और औषधियों का मानकीकरण, कच्चे माल की उपलब्धता में सुधार, समयबद्ध अनुसंधान और प्रणालियों की प्रभावोत्पादकता के बारे में जागरूकता पैदा करना तथा भारत से बाहर आयुष का प्रचार करना, जैसे उपाय शामिल हैं। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) और प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य जैसे कार्यक्रमों के अंतर्गत राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली में आयुष को शामिल करने पर भी बल दिया जा रहा है।

विभाग शिक्षा का स्तर बनाए रखने को वरीयता देता है। विभिन्न प्रणालियों की शिक्षण और क्लीनिकल पद्धतियों कायम करने के लिए मौजूदा राष्ट्रीय संस्थानों को सृदृढ़ बनाने के प्रयास किए गए हैं। विभाग इस बात पर भी ज़ोर दे रहा है कि कुकुरमुत्तों की तरह बढ़ रहे घटिया कॉलेजों की संख्या पर रोक लगाई जाए और यह लक्ष्य हासिल करने के लिए नियामक परिषदों एवं राज्य सरकारों का सहयोग लिया जाए। नियामक अधिनियमों में संशोधन किया गया है, ताकि नये कॉलेजों की स्थापना की अनुमति प्रदान करने, प्रवेश क्षमता में वृद्धि और अध्ययन के नये तथा उच्चतर पाठ्यक्रमों में वृद्धि के अधिकार केंद्र सरकार को सौंप जा सकें।

केंद्रीय भारतीय चिकित्सा परिषद

केंद्रीय भारतीय चिकित्सा परिषद एक सांविधिक निकाय है, जिसका गठन केंद्रीय भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम, 1970 के अंतर्गत किया गया है। केंद्रीय परिषद के मुख्य उद्देश्य इस प्रकार है:

- भारतीय चिकित्सा पद्धतियों यानी आयुर्वेद, सिद्ध और यूनानी तिब्ब, में न्यूनतम शैक्षिक मानक निर्धारित करना।
- आईएमसीसी अधिनियम, 1970 की दूसरी अनुसूची में वर्णित चिकित्सा योग्यताओं को मान्यता प्रदान करने तथा मान्यता समाप्त करने संबंधी मामलों में सरकार को परामर्श देना।

● भारतीय चिकित्सा के बारे में केंद्रीय रजिस्टर बनाना और उसे समय-समय पर संशोधित करना।

● चिकित्सकों के लिए व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और आचार-संहिता के मानक निर्धारित करना।

केंद्रीय भारतीय चिकित्सा परिषद आयुर्वेद, सिद्ध और यूनानी में शिक्षा के एक समान मानदंड बनाए रखने और इन प्रणालियों में प्रैक्टिस को नियमित करने के प्रति जिम्मेदार है। इन प्रणालियों में स्नातक और स्नातकोत्तर शिक्षा के लिए समान पाठ्यक्रम और अध्ययन सामग्री तय की जा चुकी है।

आयुर्वेद शिक्षण और प्रशिक्षण में सुधार के पिछले 50 वर्षों के दौरान इस क्षेत्र में 22 विशेषज्ञता क्षेत्रों का विकास किया जा चुका है। इसी प्रकार यूनानी चिकित्सा पद्धति (यूएसएम) में सुधार के पिछले 50 वर्षों के दौरान आठ स्नातकोत्तर विभागों की स्थापना की जा चुकी है। केंद्र सरकार की अनुमति लेकर विभिन्न प्रकार के नियम भी बनाए गए हैं तथा ज़रूरत के मुताबिक समय-समय पर इन नियमों में संशोधन भी किया गया है। परिषद ने व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और भारतीय चिकित्सा पद्धतियों की प्रैक्टिस के लिए आचार-संहिता भी निर्धारित की है। परिषद ने विश्वविद्यालयों द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सा योग्यताओं को आईएमसीसी अधिनियम, 1970 की दूसरी अनुसूची में शामिल करने के मुद्दे पर विचार किया है और अपनी सिफारिशों केंद्र सरकार को भेजी हैं।

केंद्रीय होम्योपैथी परिषद

केंद्रीय होम्योपैथी परिषद का गठन केंद्र सरकार द्वारा केंद्रीय होम्योपैथी परिषद अधिनियम, 1973 के प्रावधानों के अंतर्गत किया गया। इसका प्रमुख उद्देश्य देश में होम्योपैथी चिकित्सा शिक्षा का नियमन, इसके केंद्रीय रजिस्टर का रखरखाव और अन्य संबद्ध कार्य और इससे जुड़े चिकित्सकों के व्यावसायिक आचरण, शिष्टाचार और आचार-संहिता के मानकीकरण की व्यवस्था करना है। केंद्रीय परिषद ने होम्योपैथी में शिक्षा के न्यूनतम मानक निर्धारित किए हैं, जिनके आधार पर भारत में विश्वविद्यालय, संस्थान या बोर्ड मान्यता प्राप्त चिकित्सा योग्यता प्रमाणपत्र प्रदान करते हैं।

राष्ट्रीय आयुर्वेद संस्थान

राष्ट्रीय आयुर्वेद संस्थान की स्थापना

7 फरवरी, 1976 को जयपुर में की गई थी। देश में आयुर्वेद का यह शीर्ष संस्थान है, जो वैज्ञानिक दृष्टिकोण के साथ आयुर्वेद चिकित्सा पद्धति के सभी पहलुओं शिक्षण, प्रशिक्षण एवं अनुसंधान गतिविधियों में संलग्न है साथ ही आयुर्वेद में पीएचडी करने वाले विदेशी शोधार्थियों का मार्गदर्शन भी करता है।

राष्ट्रीय सिद्ध संस्थान

राष्ट्रीय सिद्ध संस्थान, चेन्नई आयुष विभाग के अंतर्गत एक स्वायत्त संगठन है। संस्थान का उद्देश्य सिद्ध प्रणाली के विद्यार्थियों के लिए चिकित्सा देखभाल प्रदान करना, विभिन्न अनुसंधान का संचालन करना और इस पद्धति का विकास, संवर्द्धन एवं प्रचार करना है।

संस्थान ने छह विशेष क्षेत्रों में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम प्रारंभ किया है। प्रत्येक विशेषज्ञता क्षेत्र में पांच विद्यार्थियों के प्रशिक्षण की व्यवस्था है।

राष्ट्रीय होम्योपैथी संस्थान

राष्ट्रीय होम्योपैथी संस्थान, कोलकाता की स्थापना दिसंबर 1975 में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत एक स्वायत्त संगठन के रूप में की गई। यह देश में होम्योपैथी का एक आदर्श संस्थान है।

संस्थान के मुख्य उद्देश्यों में होम्योपैथी के विकास को प्रोत्साहित करना; स्नातक एवं स्नातकोत्तर तैयार करना; विभिन्न पहलुओं का अनुसंधान संचालित करना; रोगियों को होम्योपैथी के जरिये चिकित्सा देखभाल प्रदान करना, अनुसंधान, मूल्यांकन, प्रशिक्षण, परामर्श और मार्गदर्शन के लिए सेवाएं एवं सुविधाएं प्रदान करना तथा होम्योपैथी के स्नातक एवं स्नातकोत्तर शिक्षा में शिक्षण पद्धतियां विकसित करना शामिल है।

राष्ट्रीय प्राकृतिक चिकित्सा संस्थान

राष्ट्रीय प्राकृतिक चिकित्सा संस्थान, पुणे का पंजीकरण 1984 में सोसाइटी पंजीकरण अधिनियम, 1960 के तहत किया गया और यह 1986 में बापू भवन में अस्तित्व में आया। इसका नामकरण महात्मा गांधी के नाम पर किया गया। इसका उद्देश्य देशभर में प्राकृतिक चिकित्सा को बढ़ावा देना और प्रचारित करना, इसे एक पद्धति एवं जीवनशैली के रूप में विकसित करने के लिए अनुसंधान संचालित एवं प्रोत्साहित करना, तत्संबंधी सुविधाएं मुहैया करना और इस पद्धति में सभी प्रकार के उपचार, बीमारियों की रोकथाम और बेहतर स्वास्थ्य के लक्ष्य हासिल करने की सुविधाएं प्रदान करना

है। यह संस्थान पूरे भारत में प्राकृतिक चिकित्सा का संबद्धन और प्रचार करने वाले गैर-सरकारी संगठनों को सहायता अनुदान भी देता है।

राष्ट्रीय यूनानी चिकित्सा संस्थान

राष्ट्रीय यूनानी चिकित्सा संस्थान, बंगलुरु, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के अंतर्गत एक स्वायत्त संगठन है। यह भारत सरकार और कर्नाटक सरकार का संयुक्त उपक्रम है। इसकी स्थापना 1984 में की गई। इसके उद्देश्यों में यूनानी चिकित्सा के पुरातन सिद्धांतों की संभावनाओं को खंगालना, इस पद्धति का वैज्ञानिक आधार निर्माण करना, यूनानी पद्धति में स्नातकोत्तर विद्यार्थियों और अनुसंधानकर्ताओं को बढ़ावा देना तथा संस्थान को एक उत्कृष्ट केंद्र के रूप में विकसित करना है। आयुर्वेद स्नातकोत्तर शिक्षण एवं अनुसंधान संस्थान, गुजरात आयुर्वेद विश्वविद्यालय

आयुर्वेद स्नातकोत्तर शिक्षण एवं अनुसंधान गुजरात आयुर्वेद विश्वविद्यालय, जामनगर का अभिन्न अंग है। यह आयुर्वेद के स्नातकोत्तर केंद्रों में सबसे पुराना है इसकी स्थापना सरकार द्वारा की गई और इसके रखरखाव एवं विकास के लिए सरकार अनुदान के माध्यम से पूर्ण वित्त व्यवस्था करती है।

राष्ट्रीय आयुर्वेद विद्यापीठ

राष्ट्रीय आयुर्वेद विद्यापीठ (आरएवी), नयी

दिल्ली स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत एक स्वायत्त निकाय है जिसकी स्थापना फरवरी 1988 में की गई। इसका लक्ष्य जाने-माने विशेषज्ञों के माध्यम से युवा पीढ़ी को आयुर्वेद का ज्ञान हस्तांतरित करना है। विभिन्न कॉलेजों और विश्वविद्यालयों के मौजूदा आयुर्वेद प्रशिक्षण पाठ्यक्रमों में मूल आयुर्वेद ग्रंथों जैसे- चरक संहिता, मुश्तुत संहिता, वाणभट्ट की जानकारी और परंपरागत कौशल, नाड़ी विज्ञान, नेत्र विज्ञान, अस्थि चिकित्सा आदि का अभाव है। ये सभी कौशल वैद्य कुल परंपरा के माध्यम से सीखे जा सकते हैं। राष्ट्रीय आयुर्वेद विद्यापीठ कार्यक्रम के माध्यम से इस कमी को दूर करने के प्रयास किए जा रहे हैं।

राष्ट्रीय आयुर्वेद विद्यापीठ 45 वर्ष से कम आयु के आयुर्वेद स्नातकों और स्नातकोत्तरों को गुरु-शिष्य परंपरा के माध्यम से व्यावहारिक प्रशिक्षण प्रदान करती है।

मोरार्जी देसाई राष्ट्रीय योग संस्थान

मोरार्जी देसाई राष्ट्रीय योग संस्थान, नवी दिल्ली का पंजीकरण 1860 के सोसाइटी पंजीकरण अधिनियम के अंतर्गत किया गया और इसने अप्रैल 1998 से स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के आयुष विभाग के अंतर्गत काम करना शुरू किया।

संस्थान के उद्देश्यों में योग के उत्कृष्ट केंद्र

के रूप में काम करना, योग विज्ञान का विकास, संबद्धन और प्रचार तथा उपर्युक्त उद्देश्यों को पूरा करने के लिए प्रशिक्षण और अनुसंधान की सुविधाएं प्रदान करना और उन्हें प्रोत्साहित करना है।

आयुष प्रणालियां देश के कई राज्यों में लोकप्रिय हैं। 18 राज्यों में भारतीय चिकित्सा पद्धतियों और होम्योपैथी के लिए अलग निदेशालय हैं। इसी प्रकार राज्यों में एसयू औषधि लाइसेंसिंग प्राधिकरण, चिकित्सकों के पंजीकरण के लिए बोर्ड/परिषद और राज्य औषधीय पादप बोर्ड काम कर रहे हैं। हालांकि आयुर्वेद कई राज्यों में लोकप्रिय है, फिर भी केरल, हिमाचल प्रदेश, गुजरात, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, उत्तरांचल और उड़ीसा में यह पद्धति अधिक प्रचलित है। यूनानी पद्धति विशेष रूप से आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, तमिलनाडु, बिहार, मध्य प्रदेश, उत्तर प्रदेश, दिल्ली और राजस्थान में लोकप्रिय है। होम्योपैथी का प्रचलन देश के सभी भागों में है, परंतु उत्तर प्रदेश, केरल, पश्चिम बंगाल, उड़ीसा, आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, पंजाब, तमिलनाडु, बिहार, गुजरात और पूर्वोत्तर राज्यों में इसका प्रयोग व्यापक रूप में किया जाता है, वहां यह अधिक लोकप्रिय है। यह प्रणालियां हमारे देश की संस्कृति और परंपराओं का हिस्सा बन गई हैं। □

मोबाइल फोन विकिरण का मानव स्वास्थ्य पर दुष्परिणाम

आ

जो यौवाइल फोन लोगों के दैनिक जीवन में एक आवश्यक साधन बन गए हैं। अब यह कोई नयी ख़बर नहीं है कि मोबाइल माइक्रोवेव विकिरण फैलाते हैं जो मानव शरीर में रोग फैला सकते हैं या हमारे स्वास्थ्य हो संभावित नुक़सान पहुंचा सकते हैं।

अध्ययन के अनुसार मोबाइल फोन विकिरण संभवतः उच्च रक्तचाप, सिरदर्द, ब्रेन ट्यूमर; अलज़ाइमर्स एवं यहां तक कि कैंसर तथा अन्य कई बीमारियों को जन्म दे सकते हैं। फिर भी मोबाइल उपयोग के संयुक्त उपयोग के कारण सभी लोग संभावित नुक़सान से परिचित नहीं हैं।

इससे पहले कि बहुत देर हो जाए, मोबाइल उपयोगकर्ताओं को नुक़सान को न्यूनतम रखने के लिए कुछ बातें व्यवहार में लानी चाहिए। यहां कुछ बातें दी गई हैं जिनका आप ख़्याल रख सकते हैं:

- विकिरण का जोखिम न्यूनतम रखें। इसका अर्थ है बातचीत को कम समय के लिए रखना बुद्धिमानी होगी, अत्यधिक लंबे समय तक बातचीत करने से बचने का पूरा प्रयास करें। केवल दो मिनट की बातचीत से मस्तिष्क की विद्युत गतिविधि में उसके एक घंटे तक बदलाव देखा गया है।

बच्चों को केवल आपातकालीन स्थिति में ही सेलफोन के उपयोग की अनुमति दी जानी चाहिए।

जब उपयोग न कर रहे हों तब मोबाइल फोन को अपने शरीर से जितना संभव हो, उतना दूर रखें। कुछ मोबाइल उपयोगकर्ता, चालू मोबाइल फोन को अपनी पैंट की जेब में रखना पसंद करते हैं। मानव शरीर का निचला हिस्सा ऊपरी हिस्से की तुलना में विकिरण को अधिक तेज़ी से सोखता है।

- यदि आप हेडफोन के उपयोग के बारे में सोच रहे हैं, तो वायरयुक्त हैंडसेट के बजाय वायरलेस हैंडसेट चुनें। वायर न केवल विकिरण संचारित करता है बल्कि आसपास से विद्युत चुंबकीय फील्ड को भी आकर्षित करता है। जब आप अपने मोबाइल फोन का उपयोग हैंडसेट के बगैर कर रहे हों, तो उसे अपने कान के पास ले जाने से पहले कॉल जुड़ने का इंतज़ार करें।

- मोबाइल खरीदते समय, कम स्पेसिफिक अव्सर्पण रेट एसएआर वाले मोबाइल चुनें। निर्देश मैनुअल में दिए गए एसएआर नंबर की जांच करें। एसएआर का मूल्य जितना कम हो उतना ही बेहतर होगा। एलिवेटर या वाहन जैसी बंद जगहों से कॉल का उत्तर देते समय विकिरण शक्तिशाली हो सकता है।



जलवायु परिवर्तन से स्वास्थ्य को खतरा

● सत्येंद्र रंजन

धरती संकट में है। इंसान ने अपने कर्म से अपने और अपनी भावी पीढ़ियों के भविष्य को खतरे में डाल लिया है। दुनियाभर में चिंता की लकड़ियों गहरी होती जा रही हैं। एक सबाल हम सब के समक्ष है कि क्या हम खुद और अपनी आने वाली पीढ़ियों को बिगड़ते पर्यावरण के असर से बचा सकते हैं? जवाब स्पष्ट है—अगर हम अब भी नहीं संभले तो शायद बहुत देर हो जाएगी। चुनौती हर रोज़ ज्यादा बड़ी होती जा रही है।

धरती का तापमान हर साल बढ़ रहा है। मनुष्य की गतिविधियों की वजह से धरती का तापमान वैसे तो सदियों से बढ़ता रहा है, लेकिन पिछले 100 साल में यह रफ़तार काफी तेज़ हो गई है।

सन् 1905 से 2005 के बीच धरती का सालाना औसत तापमान 0.76 डिग्री सेल्सियस बढ़ा। 1995 से 2006 तक के 12 साल औसतन सबसे ज्यादा गर्म साल रहे (सन् 1850 में तापमान के रिकॉर्ड रखने की शुरुआत हुई)। यह आंकड़ा इसी रिकॉर्ड पर आधारित है।

अगर धरती का तापमान मौजूदा दर से ही बढ़ता रहा तो सन् 2030 तक इसमें 2 से 2.8 डिग्री और इस सदी के अंत तक 6 डिग्री सेल्सियस तक की बढ़ोतरी हो सकती है। एक अनुमान के अनुसार सन् 2100 तक 1.5 से लेकर 3.5 डिग्री सेल्सियस तक धरती का तापमान बढ़ना तय माना जा रहा है। अमरीका

के मेसाचुसेट्स इंस्टीट्यूट ऑफ टेक्नोलॉजी (एमआईटी) के अनुसंधानकर्ताओं के मुताबिक़, कछु वर्ष पहले तक माना जा रहा था कि सन् 2100 तक धरती के तापमान में क्रीब 4 डिग्री की बढ़ोतरी होगी, लेकिन अब यह 9 डिग्री सेल्सियस तक हो सकती है। इसकी वजह है ग्रीन हाउस गैसों के उत्सर्जन में अपेक्षा से ज्यादा वृद्धि। साथ ही समुद्र की कार्बन डाइ-ऑक्साइड सोखने की क्षमता जितनी मानी गई थी, यह क्षमता उससे कम साबित हो रही है।

जी-8 देशों और पांच उभरती अर्थव्यवस्थाओं वाले देशों के इटली के शहर ला अकिला में हुए शिखर सम्मेलन में यह संकल्प लिया गया कि इस सदी के अंत तक धरती का तापमान पूर्व औद्योगिक युग के स्तर की तुलना में 2 डिग्री सेल्सियस से ज्यादा नहीं बढ़ने दिया जाएगा। लेकिन यह कैसे किया जाएगा, इस बारे में कोई ठोस कार्ययोजना सामने नहीं आई। जो आई, वैज्ञानिक उसे अपर्याप्त मानते हैं। बहरहाल, अगले दिसंबर में कोपेनहेगन में जलवायु परिवर्तन पर होने वाले संयुक्त राष्ट्र के सम्मेलन पर सबकी निगाहें टिकी हैं। सबाल यही है कि क्या वहाँ कोई ऐसी कार्ययोजना सामने आएगी, जिस पर भरोसा किया जा सके?

आखिर धरती क्यों गरम हो रही है? इसकी वजह यह है कि धरती सूरज से जितनी ऊर्जा ग्रहण करती है, वह उससे कम अंतरिक्ष में वापस भेज पा रही है। नतीज़ा है— असंतुलन।

यह असंतुलन धरती के हर वर्गमीटर क्षेत्र में एक बॉट बिजली के बराबर है। मतलब यह कि धरती एक ऐसे कमरे की तरह हो गई है, जिसमें ताप तो लगातार पैदा हो रहा है, लेकिन खिड़कियां, दरवाज़े और छत से उस अनुपात में ऊर्जा निकल नहीं पा रही है। ऐसा इसलिए कि तमाम निकास द्वारों पर गैसों की परतें जम गई हैं।

धरती का तापमान बढ़ने का असर जलवायु पर पड़ रहा है, जिससे कई तरह के ख़तरे सामने आ रहे हैं। इसका बेहद बुरा असर इंसान की सेहत पर पड़ रहा है, लेकिन इस पर विस्तार से नज़र डालने से पहले एक बार इस पर निग़ाह डाल लेना उचित होगा कि जलवायु परिवर्तन का ख़तरा किन-किन रूपों में सामने आ सकता है।

जलवायु परिवर्तन से कई तरह की प्राकृतिक आपदाएं आ सकती हैं। एक अनुमान के मुताबिक अगर धरती का तापमान 2 डिग्री सेल्सियस बढ़ता है तो तूफान और समुद्री चक्रवातों की औसत ताक़त में 50 फीसदी का इजाफ़ा होगा। यानी ये तूफान और चक्रवात ज्यादा विनाशकारी हो जाएंगे। हर साल आने वाले तूफानों की संख्या भी बढ़ेगी।

वैज्ञानिकों का कहना है कि 21वीं सदी में ग्लोबल वॉर्मिंग यानी धरती की तपन बढ़ने की वजह से समुद्र के जल स्तर में बढ़ोतरी शायद सबसे ज्यादा घातक साबित हो सकती है। अभी

अनुमान यह है कि हर साल समुद्र के जल स्तर में औसतन 3.7 मिलीमीटर का इज़ाफ़ा हो रहा है। जानकारों का कहना है कि अगर समुद्र का जल स्तर 50 सेंटीमीटर बढ़ गया तो सवा नौ करोड़ लोग ख़तरे के दायरे में आ जाएंगे। अगर समुद्र का जल स्तर एक मीटर बढ़ा, तो 12 करोड़ की आबादी के डूबने का ख़तरा होगा। उस हालत में बहुत से छोटे द्वीप डूब जाएंगे, जबकि कई देशों में समुद्री टट वाले इलाके पानी में समा जाएंगे।

धरती का तापमान बढ़ने का एक और दुष्परिणाम हिमनदों का पिघलना है। अंटार्कटिक में बर्फ की चादरों के पिघलने की गति तेज़ हो गई है। यह हिमालय में भी देखने को मिल रहा है। ग्लेशियर के पिघलने से भी समुद्र के जल स्तर में बढ़ोतरी होगी।

बढ़ते तापमान ने बारिश के मिज़ाज को भी बदल दिया है। ऐसा माना जा रहा है कि 3 डिग्री सेल्सियस तापमान बढ़ने पर दुनियाभर में ज्यादा तेज़ बारिश होने लगेगी, क्योंकि समुद्र के पानी का ज्यादा वाष्पीकरण होगा। लेकिन इसके साथ ही मिट्टी में मौजूद जल, ताज़ा पानी के स्रोतों और नदियों से कहीं ज्यादा वाष्पीकरण होगा। इससे गर्म इलाके शुष्क हो जाएंगे। वहां पीने और सिंचाई के पानी की समस्या और गंभीर हो जाएगी।

भारत जैसे देश में, जहां खेती आज भी काफी हद तक मानूसन पर निर्भर है, ग्लोबल वॉर्मिंग का खाद्य सुरक्षा पर बहुत ख़राब असर पड़ सकता है। जानकारों का कहना है कि भारत में मानसून की वजह से होने वाली कुल बारिश पर तो शायद धरती के तापमान बढ़ने

का ज्यादा असर नहीं होगा, लेकिन बारिश के मिज़ाज में बदलाव ज़रूर देखने को मिल सकता है। मसलन, बारिश का समय बदल सकता है, किसी इलाके में बरसात का मौसम कम अवधि का हो सकता है, तो कहीं बहुत ज्यादा बारिश हो सकती है। इससे सूखे और बाढ़ दोनों की स्थिति ज्यादा गंभीर हो सकती है। वैज्ञानिकों का कहना है कि धरती की तपन से पानी की समस्या और गहरी हो जाएगी। भारत में दुनिया की 16 फीसदी आबादी रहती है, लेकिन उसके पास ताज़ा जल के स्रोत महज 4 फीसदी हैं। आज़ादी के बाद से प्रतिव्यक्ति पानी की उपलब्धता घटकर एक तिहाई रह गई है और सन् 2050 तक हर व्यक्ति को अभी मिल रहे पानी का महज 60 फीसदी ही मिल पाएगा।

विश्व बैंक ने भारत के आंध्र प्रदेश और महाराष्ट्र जैसे सूखा प्रभावित इलाकों और उड़ीसा जैसे बाढ़ प्रभावित इलाकों के अध्ययन के आधार पर एक रिपोर्ट निकाली है। इसके मुताबिक आंध्र प्रदेश में शुष्क ज़मीन पर फ़सलों की पैदावार में भारी गिरावट आएगी। महाराष्ट्र में गन्ने की पैदावार में 30 फीसदी तक गिरावट आ सकती है। यही हाल उड़ीसा के बाढ़ प्रभावित इलाकों में होगा, जहां चावल की पैदावार में 12 फीसदी गिरावट आने का अंदेशा है।

ये सारी घटनाएं इंसान के अस्तित्व को ख़तरे में डाल सकती हैं। बहरहाल, जलवायु परिवर्तन का असर जहां स्पष्ट दिखने लगा है, वह है इंसान का स्वास्थ्य। हम सभी जानते हैं कि तापमान में बदलाव, बारिश, नमी, तूफान आदि का इंसान की सेहत पर असर पड़ता है। यह भी सर्वविद्ित है कि इन स्थितियों से सबसे

ज्यादा उन तबकों की सेहत प्रभावित होती है, जिन्हें पूरा पोषण नहीं मिलता।

धरती के गर्म होने का सीधा असर इंसान की सेहत पर पड़ रहा है। हवा में ऐसे कण और गैसें हैं, जो मानव स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। मौसम की स्थितियों से वायु प्रदूषण का स्तर प्रभावित होता है। ताप, नमी और बारिश से इंसान का स्वास्थ्य प्रभावित होता है। इनकी वजह से मौसमी एलर्जी होती है। ऐसा माना जा रहा है कि जलवायु परिवर्तन की वजह से संक्रामक रोग तेज़ी से फैलेंगे। तापमान बढ़ने से रोगों को फैलाने वाले मच्छर जैसे जीव और दूसरे जीवाणुओं में बढ़ोतरी हो सकती है या उनका जीवन काल लंबा हो सकता है। मलेरिया अपनी वापसी कर चुका है। डेंगू अब हर साल की बात बन गया है। इसी तरह कई दूसरी बीमारियों का प्रकोप बढ़ने की भी आशंका है।

दुनियाभर में वैज्ञानिक जलवायु परिवर्तन से लोगों की सेहत पर होने वाले असर पर अनुसंधान कर रहे हैं। इस बारे में अब वे कुछ निश्चित नीतियों तक पहुंच चुके हैं। बहरहाल, उनका कहना है कि इस बारे में निश्चित समझ बनाने के लिए यह ज़रूरी है कि 'जलवायु और स्वास्थ्य' के बीच मौजूद संबंध को 'मौसम और स्वास्थ्य' के आपसी संबंध से अलग करके देखा जाए। मौसम समय के साथ बदलता रहता है, जिसका स्वास्थ्य पर कई तरह का असर होता है। मसलन, गर्म हवाओं या अति वर्षा की वजह से कुछ खास तरह की बीमारियों का फैलना आम बात है और इनका उपचार भी आम ढंग से हो जाता है। दूसरी तरफ जलवायु बदलने से स्वास्थ्य पर अलग ढंग से असर होता है। अध्ययनों में देखा

1,000 गांवों में प्रधानमंत्री आदर्श ग्राम योजना

प्रधानमंत्री मनमोहन सिंह ने कहा है कि समाज के एक बहुत बड़े वर्ग की अब तक अनदेखी होती आई है जिसकी वजह से वह विकास की मुख्यधारा से वंचित रह गया। इस वंचित वर्ग के समेकित विकास के लिए प्रधानमंत्री ने देश के अनुसूचित जाति बहुल 1,000 गांवों में 'प्रधानमंत्री आदर्श ग्राम योजना' (पीएमएजीवाई) नामक योजना शुरू करने की घोषणा की। उन्होंने इस बात पर अफ़सोस ज़ाहिर किया कि अनुसूचित जाति और

अनुसूचित जनजाति के प्रति अत्याचार से जुड़े केवल 30 प्रतिशत मामलों में ही मुकदमे दर्ज किए गए। उन्होंने राज्यों से अपील की कि वे इस मुद्दे को विशेष तबज्जों दें और इस तरह के मामलों को प्राथमिकता के आधार पर निपटाएं।

प्रधानमंत्री ने कहा कि इसके तहत 1,000 ऐसे गांवों का चयन किया जाएगा जिनकी 50 फीसदी आबादी अनुसूचित जाति की हो। यदि यह योजना सफल होती है तो हम इसका विस्तार करेंगे।

उन्होंने कहा कि इस योजना का उद्देश्य

विभिन्न कल्याणकारी योजनाओं का इन गांवों में क्रियान्वयन करना होगा। इसके लिए बुनियादी आवश्यकताओं की पूर्ति करने के लिए प्रत्येक गांव को शुरू में 10 लाख रुपये की अतिरिक्त राशि दी जाएगी। उन्होंने कहा कि अब तक इस वंचित वर्ग के प्रति न तो पर्याप्त संवेदनशीलता दिखाई गई और ही उन्हें समझने का प्रयास किया गया। उन्होंने देश के वंचित वर्ग को विकास की प्रक्रिया में बराबर का भागीदार बनाने का आह्वान किया। □

गया है कि अल नाइनो में बदलाव की स्थितियों की वजह से मलेरिया, डेंगू और मच्छर से फैलने वाली अन्य बीमारियों का प्रकोप बढ़ता है। जलवायु परिवर्तन एक दीर्घकालीन परिवर्तन है और मौटे तौर पर इसके परिणामों से सारी दुनिया प्रभावित हो रही है। दरअसल, जलवायु परिवर्तन का असर वार्षिक और मासिक मौसम में बदलाव के रूप में देखने को मिलेगा।

विश्व स्वास्थ्य संगठन और संयुक्त राष्ट्र की जलवायु परिवर्तन पर अंतर्राष्ट्रीय समिति (आईपीसीसी) के मुताबिक धरती की प्राकृतिक जलवायु में अवरोध के मानव स्वास्थ्य के लिए गंभीर नतीजे होंगे। मनुष्य खाने, पानी और अपनी दूसरी भौतिक ज़रूरतों के लिए धरती पर निर्भर है और अगर पानी जैसी बेहद बुनियादी चीज़ किसी बात से प्रभावित होती है तो इससे सेहत निश्चित रूप से प्रभावित होगी। विश्व स्वास्थ्य संगठन का अनुमान है कि ग्रीब देशों में हर साल क्रीब डेढ़ लाख मौतें जलवायु परिवर्तन के मानव स्वास्थ्य पर हो रहे असर की वजह से हो रही हैं। इन देशों में जलवायु परिवर्तन का असर मुख्य रूप से इन चार क्षेत्रों में हुआ है—फ़सल की बर्बादी, कुपोषण, डायरिया के ज्यादा मामले एवं बाढ़ की वजह से मलेरिया की बढ़ती घटनाएं। विश्व स्वास्थ्य संगठन के मुताबिक इन वजहों से जो ज्यादा मौतें हुई हैं, उनके शिकार बने लोगों में 84 फीसदी बच्चे हैं।

यूरोप में 2003 में गर्म हवाओं की वजह से 70 हज़ार मौतें हुई थीं। मध्य अफ्रीका के देशों में नये प्रकार के मलेरिया से मौतें बढ़ रही हैं। इन सभी जगहों पर एक बात समान है यह कि मौत की मार सबसे ज्यादा ग्रीबों पर पड़ रही है। वैज्ञानिकों का कहना है कि फिलहाल जलवायु परिवर्तन की वजह से जिन इलाकों के लोगों को सबसे ज्यादा ख़तरा है, उनमें छोटे द्वीप, पहाड़ी क्षेत्र, पानी की कमी वाले इलाके, विकासशील देशों के बड़े शहर और तटीय इलाके शामिल हैं।

विश्व मंच पर अब वैज्ञानिक और सामाजिक कार्यकर्ता इस बात पर ज़ोर दे रहे हैं कि अगर इंसान की सेहत बचानी है तो पर्यावरण की स्थितियों में सुधार ज़रूरी है। इसलिए ग्रीन हाउस गैसों के उत्सर्जन में कटौती अब स्वास्थ्य नीति से भी जुड़ी एक मांग बन गई है। वैज्ञानिकों के मुताबिक अगर ग्रीन हाउस गैसों में कटौती पर सभी देश राजी हो जाएं तो बीमारियों के इलाज पर होने वाले ख़र्च में 24 फीसदी तक

की गिरावट आ सकती है। दरअसल, गैसों के उत्सर्जन का ज्यादा संबंध ऊर्जा के उपभोग और परिवहन व्यवस्थाओं से है। अब ग्रीन हाउस गैसों के उत्सर्जन में कटौती की नीतियां बनेगीं तो इसका लाभ दूसरे क्षेत्रों में भी मिलेगा। मसलन, इससे वायु प्रदूषण कम होगा, जिसकी वजह से हर साल दुनियाभर में आठ लाख मौतें होती हैं। इससे सड़क हादसे भी घटेंगे, जिनसे हर साल 12 लाख लोगों की जान जाती हैं। लोगों में शारीरिक सक्रियता बढ़ेगी, जिसकी कमी सालाना 19 लाख मौतों के लिए जिम्मेदार है। घरों के अंदर का वायु प्रदूषण भी घटेगा, जिसे हर साल दुनियाभर में 15 लाख मौतों का कारण माना जाता है।

इसीलिए अब जानकार इस बात पर ज़ोर दे रहे हैं कि कोपेनहेगन में जब दुनियाभर की सरकारों के नुमाइंडे इकट्ठा होंगे, तो उन्हें जलवायु परिवर्तन के स्वास्थ्य से जुड़े प्रभावों को भी अपनी बहस के केंद्र में लाना चाहिए। क्योटो प्रोटोकॉल की जगह लेने के लिए वहां जो प्रोटोकॉल तैयार किया जाएगा, उसमें इस बात की खास चर्चा होनी चाहिए कि जलवायु परिवर्तन रोकने के नये उपायों से इंसान को क्या आर्थिक एवं स्वास्थ्य संबंधी फ़ायदे होंगे। इस बीच विश्व स्वास्थ्य संगठन पहले से ही इस बारे में दुनियाभर में एक अभियान चला रहा है, जिसके ये चार उद्देश्य रखे गए हैं—स्वास्थ्य पर प्रभाव संबंधी दलीलों के प्रति दुनियाभर में जागरूकता लाना, सभी क्षेत्रों (मसलन परिवहन, आवास निर्माण, ऊर्जा और कृषि) में ग्रीन हाउस गैसों के उत्सर्जन की मात्रा में कटौती के पक्ष में माहौल बनाना, जलवायु परिवर्तन के स्वास्थ्य पर होने वाले असर को दिखाने के लिए वैज्ञानिक प्रमाण सामने लाना और प्रचारित करना तथा जलवायु परिवर्तन से स्वास्थ्य के लिए पैदा हो रहे ख़तरे से निपटने के लिए ज़रूरी स्वास्थ्य व्यवस्थाओं को मज़बूत करना।

वैज्ञानिकों के मुताबिक पर्यावरण संबंधी जिन वजहों से मानव स्वास्थ्य के लिए ख़तरा पैदा हो रहा है, उनमें मौसम में बदलाव, धरती के वातावरण में ओजोन परत का क्षरण, बायोडायवर्सिटी यानी जैव विविधता का ह्रास, धरती की जल प्रणाली में परिवर्तन और ताज़ा जल की उपलब्धता में कमी, भूमि क्षरण और खाद्यान्न की पैदावार में आ रही कमी शामिल हैं।

ओजोन गैस की परत ख़तरनाक पराबैंगनी किरणों से धरती को बचाती है। यह परत दोनों ध्रुवों के आठ किलोमीटर ऊपर से लेकर भूमध्य रेखा के 15 किलोमीटर ऊपर तक धरती के रक्षा कवच के रूप में मौजूद है। इसी ऊंचाई पर ज्यादातर मौसम और जलवायु संबंधी परिवर्तनाएं होती हैं। ओजोन परत में छोटे होने की आशंका भी मानवता की एक बड़ी चिंता रही है। यह ख़तरा क्लोरोफ्लोरो कार्बन (सीएफसी) की बढ़ती मात्रा से पैदा हुआ। सीएफसी औद्योगिक गैसें हैं। मुख्य रूप से ये रेफ्रिजरेटर और एयर कंडीशनरों से निकलती हैं। ये गैसें सदियों तक वातावरण में बनी रहती हैं। पराबैंगनी किरणों की मौजूदगी में ये अति सक्रिय हो जाती हैं, जिससे ओजोन परत को नुकसान पहुंचता है। इसीलिए माना जाता है कि सीएफसी गैसों का एक कण कार्बन डाइ-ऑक्साइड के एक कण से दस हज़ार गुना ज्यादा ख़तरनाक होता है।

1970-80 के दशक तक जलवायु परिवर्तन की समस्या को बहुत गंभीरता से नहीं लिया जा रहा था। औद्योगिक धाराने और तेल लॉबी इसे पर्यावरणवादियों की मनोगत समस्या बताकर ख़ारिज कर देते थे। लेकिन बढ़ते वैज्ञानिक सबूत और ज़ाहिर होते ख़तरों ने आखिरकार सबको यह मानने को मज़बूर कर दिया कि ग्लोबल वॉर्मिंग एक वास्तविक समस्या है और इसकी वजह से अपना यह ग्रह ख़तरे में है।

अब वैज्ञानिकों ने अपने शोध से यह भी साबित कर दिया है कि जलवायु परिवर्तन की वजह से इंसान की सेहत के लिए कई तरह के और बड़े पैमाने पर ख़तरे पैदा हो रहे हैं। जानकार बताते हैं कि इन ख़तरों को समझने के लिए एक नयी दृष्टि की ज़रूरत है जिसमें प्रकृति की व्यवस्था पर खास ध्यान दिया जाए। इस बुनियादी बात को आज समझने की ज़रूरत है कि हमारी आबादी की अच्छी सेहत काफी हद तक धरती की जीवनदायी व्यवस्था की स्थिरता और ठीक से काम करने पर निर्भर है। धरती की प्राकृतिक व्यवस्थाएं जटिल हैं, लेकिन अगर हमें स्वस्थ रहना है तो हमें अब इन्हें समझना ही होगा और इन्हें बचाना भी होगा। धरती से मनमाना व्यवहार करते हुए हम अब स्वस्थ नहीं रह सकते, बल्कि हमारे लिए अपना अस्तित्व बचाना भी मुश्किल है। □

(लेखक वरिष्ठ पत्रकार हैं।
ई-मेल : satyendra.ranjan@gmail.com)

स्वास्थ्य बीमा : फैलती सुरक्षा छतरी

● रणदीप सिंह जगपाल

स्वास्थ्य बीमा के प्रति बढ़ती जागरूकता, हाल में आम बीमा उद्योग के लिए दरों में फेरबदल (जिसके कारण बीमा कंपनियों द्वारा स्वास्थ्य बीमा और अन्य व्यक्तिगत आधार पर किए जाने वाले व्यापार के प्रति महत्व और प्रयास बढ़ गए हैं) पिछले कुछ वर्षों के दौरान स्वास्थ्य बीमा के प्रमुख सुचालक बन गए हैं। गैर-जीवन बीमा कंपनियों के लिए अब अग्नि और इंजीनियरी उद्योग बीमा के प्रमुख व्यापार और लाभ स्रोत नहीं रहे। अब उनके लिए ज़रूरी हो गया है कि वे ज्यादा से ज्यादा व्यक्तिगत ग्राहकों को अपने व्यापार में शामिल करने का लक्ष्य रखें।

भारत में स्वास्थ्य बीमा गैर-जीवन बीमा उद्योग का सबसे तेज़ी से बढ़ने वाला क्षेत्र बन चुका है। वर्ष 2007-08 इसमें 60 प्रतिशत वृद्धि हुई और इसका कुल कारोबार बढ़कर 5,100 करोड़ रुपये तक पहुंच गया। यह जीवन बीमा कंपनियों के लिए भी अधिक महत्वपूर्ण व्यापार क्षेत्र बन कर उभर रहा है। अनेक जीवन बीमा कंपनियों ने भी स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में अपने उत्पाद प्रस्तुत किए हैं। पिछले 6 वर्षों में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र प्रीमियम में वर्ष 2001-02 के 675 करोड़ से बढ़कर वर्ष 2007-08 में 7.5 गुना हो चुकी है। गत दो वर्षों में इस क्षेत्र में 130 प्रतिशत वृद्धि हुई और यह 2005-06 में 2,200 करोड़ रुपये के स्तर पर पहुंच गया था। **स्वास्थ्य बीमा प्रसार**

देश में स्वास्थ्य बीमा का प्रसार धीमी गति से हो रहा है। कुल मिलाकर भारत में स्वास्थ्य संबंधी मुख्य ख़र्चों की तुलना में बीमा कवर लगभग नगण्य है और ईएसआईएस, सीजीएचएस

जैसी संगठित स्वास्थ्य सेवाओं की व्यापकता कम है और इनसे मुश्किल से देश की आबादी का मात्र दसवां हिस्सा लाभान्वित हो पाता है। देश में स्वास्थ्य पर किए जाने वाले लगभग पांच में से चार रुपये निजी तौर पर ख़र्च किए जाते हैं और ज़रूरत पड़ने पर (अनियमित तरीके से) जुटा लिए जाते हैं। इस प्रकार किसी तरह के पूर्व आश्वासन के अभाव में अस्पताल में भर्ती होकर इलाज कराना किसी भी व्यक्ति के लिए काफी महंगा पड़ता है और इसे गरीबी का एक प्रमुख कारण माना जाता है। अनेक राज्यों ने हाल ही में अपने कमज़ोर वर्गों के लिए बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम शुरू किए हैं ताकि इन समूहों की वित्तीय ज़रूरतें पूरी की जा सकें। इनमें आंध्र प्रदेश में राजीव आरोग्यश्री स्कीम और देश के अनेक राज्यों में प्रांभं की जा रही केंद्र सरकार की राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना प्रमुख है। इन्हें बीमा कंपनियों की सहायता से लागू किया जा रहा है।

इरड़ा द्वारा उठाए गए कदम और समितियां

इरड़ा स्वास्थ्य बीमा विकास की दिशा में अनेक पूर्वपिक्षी कदम उठाता रहा है। इस प्राधिकरण ने वर्ष 2003 में एक राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा कार्यसमूह गठित किया था। इसने स्वास्थ्य बीमा से जुड़े हितधारकों को साथ काम करने और सुझाव देने के लिए एक मंच प्रदान किया। बाद में एक उपसमूह ने स्वास्थ्य बीमा पर मानकीकृत आंकड़ों की ज़रूरत पर विचार किया और आंकड़े इकट्ठा करने के प्रारूप विकसित किए। यह व्यवस्था तीन वर्षों से चल रही है। टीएसी के पास एक स्वास्थ्य आंकड़ा भंडार मौजूद है जिससे बीमाकृत लोगों और उनके

दावों के बारे में आंकड़े इकट्ठा किए गए हैं और उनका विश्लेषण किया गया है। आंकड़ों के संग्रहण और विश्लेषण को चुस्त-दुरुस्त बनाने के लिए उपाय शुरू किए गए हैं। वर्ष 2006-07 में 1 करोड़ 63 लाख बीमाशुदा लोगों, 38 लाख पॉलिसियों और 10 लाख दावों के बारे में आंकड़े प्राप्त हुए। इन आंकड़ों की गुणवत्ता में निरंतर सुधार हुआ है।

वर्ष 2004 में इरड़ा ने अलग विभिन्न किस्म की स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के पंजीकरण पर विचार के लिए एक उपसमिति नियुक्त की। इस उपसमिति को स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में नवाचार के सुझाव देने की जिम्मेदारी भी दी गई। इन उपसमितियों की सिफारिशों के परिणामस्वरूप इन क्षेत्रों में प्रगति तेज़ हो गई है। इस उद्योग में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में काम करने वाली अपने तरह की दो नयी कंपनियां आ चुकी हैं। इनका नाम हैं- स्टार हेल्प एंड एलाइड इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और अपोलो डीकेबी इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड। अब पहले से बेहतर और नये स्वास्थ्य बीमा उत्पाद डिज़ाइन किए जा रहे हैं। हॉस्पिटल कैश एंड हॉस्पिटलाइजेशन/क्रिटिकल इलानेस बेनीफिट जैसे उत्पाद डिज़ाइन करके बाज़ार में उतारे जा चुके हैं जिनसे बीमा क्षेत्र में विविधता आई है। वरिष्ठ नागरिकों के लिए मधुमेह के वास्ते और सामाजिक-आर्थिक क्षेत्र के निचले समूहों के लिए भी उत्पाद तैयार किए गए हैं जिनमें बिना भर्ती हुए इलाज कराने की सुविधा और पहले से मौजूद बीमारियों के इलाज की भी व्यवस्था है। इससे पहले ये सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं। नवाचार की यह रफ़तार तेज़ हो रही है।

हाल के वर्षों में जिन अन्य समितियों ने स्वास्थ्य बीमा के विभिन्न पक्षों का अध्ययन किया उनमें ग्रामीण स्वास्थ्य बीमा समिति और संसद की संसदीय वचनबद्धता समिति शामिल हैं। अप्रैल 2007 में इरड़ा ने वरिष्ठ नागरिकों के लिए स्वास्थ्य बीमा समिति गठित की थी। इसे स्वास्थ्य क्षेत्रों में वरिष्ठ नागरिकों के सामने आने वाली समस्याओं के अध्ययन की ज़िम्मेदारी दी गई। इस समिति ने नवंबर 2007 में अपनी रिपोर्ट दी और अनेक सिफारिशों की। इनमें से कई सरकार के कार्य क्षेत्र में आती हैं जबकि अन्य कई बीमा उद्योग या इरड़ा के कार्यक्षेत्र में पड़ती हैं। इनमें से कई सिफारिशों पर काम शुरू कर दिया गया है।

इरड़ा ने अक्टूबर 2007 में चार अन्य समूहों के गठन और उनकी गतिविधियों का समर्थन किया था जिन्हें भारतीय उद्योग समूह ने बनाया था। इन समूहों ने स्वास्थ्य बीमा के चार विशिष्ट क्षेत्रों— डाटा स्टैंडर्ड्स, प्रोवाइडर स्टैंडर्ड्स, पेयर स्टैंडर्ड्स और अवेरनेस ऑफ हेल्थ इंश्योरेंस में काम किया। इन समूहों ने अप्रैल 2008 में अपनी रिपोर्ट पेश की। इनकी सिफारिशों की प्रमुख बातें मई 2008 में जारी की गईं जो इस प्रकार हैं:

- हेल्थ डाटा फार्मेट ग्रुप: रिपोजीटरी को भेजने के लिए स्वास्थ्य अंकड़ों के फार्मेट में संशोधन पर काम कर रहा है। फार्मेट के अंतिम मसौदे उद्योग परिषदों को दिखाए गए हैं ताकि वे अपने सुझाव दे सकें।
- दिशा-निर्देशों के मानक व्यवहार एवं स्वास्थ्य बीमा प्रशिक्षण पर जो कुछ काम किया है, उस पर इरड़ा और केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार नियोजन मंत्रालय, विश्व स्वास्थ्य संगठन के सहयोग से काम कर रहे हैं।
- देखभाल के मानकों के विकास तथा स्वास्थ्य बीमा की निरंतरता पर अगली कार्रवाई के लिए फिक्की के बीमाकर्ताओं व अस्पतालों के संयुक्त समूह के साथ सहयोग किया जा रहा है।
- सीआईआई के जिन चार समूहों ने अपनी प्रमुख सिफारिशों पेश कर दी हैं, अब निष्क्रिय हैं। इरड़ा ने इनसे काम जारी रखने और समूहों द्वारा की गई सिफारिशों को लागू करने में सहायता करने का अनुरोध किया था।

स्वास्थ्य बीमा संबंधी ताज़ा घटनाक्रम

पिछले कुछ महीनों के दौरान दोनों प्रमुख इंडस्ट्री चैंबर्स ने स्वास्थ्य बीमा पर पहली बार कार्यशालाएं आयोजित की। इरड़ा ने शुरुआती चरण से ही इन आयोजनों का समर्थन किया।

पॉलिसीधारकों के हित में और उनकी सुविधा के लिए इरड़ा बीमा उद्योग द्वारा उठाए गए कदमों के साथ तालमेल बैठा रहा है और इस उद्योग में इस्तेमाल की जा रही शब्दावलियों का मानकीकरण कर रहा है। सभी गैर-जीवन बीमा उद्योग बीमाकर्ताओं की सदस्यता वाली आम बीमा परिषद ने एक राय से ‘पहले से मौजूद बीमारियों’ की एकरूप परिभाषा तय की है। पहले इसकी अनेक परिभाषायें थीं। उन्हें कई प्रकार से व्याख्यायित किया जाता था और इसके कारण अनेक शिकायतें आती थीं। 1 जून, 2008 से इस प्रकार के मानकीकरण प्रभावी हो गए हैं। इनसे पॉलिसीधारकों की शिकायतों में कमी आएगी, अस्पष्टता कम होगी और स्वास्थ्य बीमा उत्पाद बेहतर होंगे।

मार्च 2007 में उच्चतम न्यायालय ने एक फैसला सुनाया जो स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की नवीकरणीयता के बारे में था जिससे स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की नवीकरणीयता के बारे में एकरूपता और निष्पक्ष व्यवहार की आवश्यकता पर जोर दिया गया। इस फैसले के जरिये इरड़ा को निर्देश दिए गए कि हम इरड़ा से अनुरोध करते हैं कि वह इस विषय पर गहराई से विचार करे और ऐसे दावों की जांच करे ताकि अगर ऐसा लगता हो कि बीमा कंपनियां मनमानी विधियां अपना रही हैं और बीमा संविदा अथवा इसके नवीकरण में मनमानी व्याख्या कर रही हैं तो उचित कदम उठाए जा सकें। यद्यपि प्राधिकरण ने पिछले एक साल में अनुमोदन के लिए प्रस्तुत किए गए सभी उत्पादों को अनुमति देते समय इसका ध्यान रखा है, लेकिन इस सरोकार पर अब अधिक व्यापक प्रयास किए जा रहे हैं।

इनके अतिरिक्त इरड़ा ने देश में स्वास्थ्य बीमा को प्रोत्साहित करने के लिए निम्नलिखित कदम उठाए हैं :

- सभी बीमा कंपनियों को सलाह दी गई है कि वे बीमा पॉलिसी की प्रीमियम राशि की गणना करते समय बीमा शुरू होने की तारीख के दिन पूरी की गई आयु को आधार बनाएं।
- प्राधिकरण द्वारा नियुक्त डाटा रिपॉर्टरी को छामाही रिटर्न भेजें ताकि स्वास्थ्य बीमा

संबंधी भरोसेमं आंकड़े तैयार किए जा सकें।

- स्वास्थ्य बीमा संबंधी वरिष्ठ नागरिकों की शिकायतों की सुनवाई के लिए एक अलग माध्यम की स्थापना का आदेश दें।
- नवीकरणीयता के बारे में मार्गदर्शक निर्देश जारी किए गए जिनमें कहा गया कि कपट अथवा ग़लत व्याख्या वाले आधार को छोड़कर अन्य सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां सामान्यतः फिर से नयी की जाएं। विशेषकर इस आधार पर स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की नवीकरणीयता से इंकार न किया जाए कि इससे पहले वाले वर्ष में पॉलिसीधारक ने दावा किया है।
- वरिष्ठ नागरिकों के स्वास्थ्य बीमा पर सर्कुलर जारी किए।
- आम बीमा कंपनियों द्वारा जारी 3 साल की अवधि वाली पॉलिसियों के मामले में 15 दिन की अवधि को ‘फ्री लुक अवधि’ मानी जाए।

कठिन विकल्प

स्वास्थ्य बीमा जटिल लक्ष्य संघर्षों को जन्म देता है। इनमें लक्ष्य उपलब्धता और भेदभाव न करने के लक्ष्य शामिल हैं। दोनों लक्ष्य सभी के लिए पर्याप्त स्वास्थ्य चर्चा स्तर पर शाश्वत स्वास्थ्य चर्चा को बढ़ावा देते हैं। तीन अन्य लक्ष्य हैं :

- सेवाओं के लिए अदायगी में पूल क्षमता से आगे न बढ़ें।
- स्वास्थ्य चर्चा ने व्यावसायिकों और चिकित्सा संबंधी निधियों में मरीज़ों की स्वायत्तता की रक्षा हो।
- बीमा व्यवस्था की शोधन क्षमता बनाए रखना।

इन लक्ष्यों के कारण स्वास्थ्यचर्चा प्रदाताओं, निजी बीमाकर्ताओं, सरकारी योजनाओं और नियामकों के सामने कठिन विकल्प आते हैं। इनसे न तो बचा जा सकता है और न ही इन्हें स्थगित किया जाना चाहिए। स्वास्थ्य से जुड़े हर पक्ष का यह प्रयास होना चाहिए कि वह स्वास्थ्य बीमा के विकास और विनियमन में क्षमता और कुशलता सुनिश्चित करें ताकि स्वास्थ्य बीमा के परिदृश्य में मानवीय वातावरण को प्रोत्साहित किया जा सके। □

(लेखक इरड़ा में संयुक्त सचिव और इरड़ा तकनीकी समिति के संयोजक हैं।
ई-मेल : rsjagpal@gmail.com)

भारत में खाद्य सुरक्षा

हम जानते हैं कि केवल खाना खाना मात्रा में करना अधिक महत्वपूर्ण है, बल्कि सही भोजन उचित मात्रा में उत्पादन की भागदौड़ में विकासशील देशों की जनसंख्या का एक बड़ा हिस्सा सुरक्षित और शुद्ध भोजन के महत्व की प्रायः अनदेखी कर देता है। नतीज़ा होता है अनेक प्रकार की भोजनजनित बीमारियां, जिनकी मृत्युदर काफी ऊंची होती है। सरकारें ओर आम लोग अब सुरक्षित भोजन और पानी प्रदान करने की चुनौतियों के प्रति काफी सचेत हो रहे हैं। इस संबंध में कुछ मुद्दों पर चर्चा अग्रलिखित है।

• खाद्य सुरक्षा क्यों महत्वपूर्ण है?

किसी भी भोज्य पदार्थ को असुरक्षित तब कहा जाता है जब उसमें ऐसा कोई भौतिक, रासायनिक अथवा जैविक पदार्थ मिला हो, जिससे स्वास्थ्य पर विपरीत प्रभाव पड़ने की आशंका हो। इस तरह के हानिकारक पदार्थों से कीटाणु, विषाणु, परजीवी, कीड़े आदि शामिल होते हैं। उनसे अनेक प्रकार की भोजनजनित बीमारियां हो सकती हैं। इसके अलावा, अनेक जैविक विषेले पदार्थ, उर्वरकों, कीटनाशकों, औद्योगिक कचरे, पशुओं की दवाइयों, एलर्जी पैदा करने

वाले तत्वों के साथ-साथ रासायनिक प्रदूषक पदार्थ; तांबा, पारा, संखिया और टिन जैसे भारी धातु-वे जो अनुचित कृषि कार्यों, व्यक्तिगत स्वच्छता के अभाव में विभिन्न बिंदुओं पर भोजन चक्र में प्रवेश कर जाते हैं, भी भोजन को विषेला बनाते हैं।

खाद्य-प्रसंस्करण प्रक्रिया के दौरान सुरक्षात्मक उपायों की अनदेखी, रसायनों, प्रदूषित सामग्रियों अथवा अनुचित भंडारण और सार-संभाल सुविधाओं के अपाव के कारण भी भोजन संदूषित हो सकता है। ये पदार्थ जब भोजन में शरीर की सहन क्षमता से अधिक मात्रा में मौजूद होते हैं, स्वास्थ्य के लिए बहुत बड़ा ख़तरा बन जाते हैं। कुछेक मामलों में तो यह ख़तरा इतना गंभीर हो सकता है कि इसका अभी तक ठीक से अंदाज़ नहीं लगाया जा सका है। आज जब अस्वास्थ्यकर परिस्थितियों में शाही और अर्द्धशाही क्षेत्र तेज़ी से उभर रहे हैं, असंगठित खाद्य क्षेत्र का निरंतर विकास हो रहा है, जल स्रोतों में दिनोदिन कमी आती जा रही है और जल स्रोत प्रदूषित होते जा रहे हैं, पर्यावरण प्रदूषण में वृद्धि हो रही है, समूचे विश्व में खाद्य पदार्थों और उनकी पैकेजिंग एवं प्रसंस्करण की हलचल बढ़ रही है, असुरक्षित भोजन की समस्या के और भी अधिक गंभीर होने की आशंका

बलवती हो रही है। इसके साथ ही नये-नये प्रकार के संशोधित जीन वाले खाद्य पदार्थों का प्रचलन और कृषि उत्पादकता बढ़ाने के लिए अधिकाधिक रासायनिक पदार्थों के उपयोग से भी असुरक्षित भोजन की समस्या गंभीर होती जा रही है।

क्रय, भंडारण, पकाने से पहले, पकाने के दौरान, परोसने और बासी अथवा बचे-खुचे खाने (भोजन) की गुणवत्ता को सुनिश्चित/नियंत्रित किया जा सकता है। इसका सुनहरा नियम तो यह है कि हमें प्रमाणित सुरक्षित कच्ची सामग्री का चयन करना चाहिए। फलों, सब्जियों, मांस आदि को अच्छे से धोना चाहिए, खाना ठीक से (75° सेंटीग्रेड के तापमान पर) पकाना चाहिए और ताजा भोजन परोसना चाहिए, पके हुए भोजन को ख़तरे की सीमा से अधिक तापमान पर रखना चाहिए, पके हुए भोजन को भली-भांति दुबारा गर्म करना चाहिए और अन्य किसी संदूषित भोज्य पदार्थ के संपर्क में नहीं आने देना चाहिए। हमें हमेशा स्वच्छ रहना चाहिए, स्वच्छ रखना चाहिए और स्वच्छ ही परोसना चाहिए। जब घर से बाहर हों या यात्रा कर रहे हों, कच्चा भोजन अथवा अस्वच्छ एवं अस्वास्थ्यकार ढंग से पकाए गए भोजन से बचना चाहिए।

• फैटॉम (एफएटीटीओएम) और ख़तरनाक क्षेत्र क्या हैं?

फैटॉम शब्द अंग्रेज़ी के 6 संक्षिप्ताक्षरों से मिलकर बना है जो उन परिस्थितियों को स्पष्ट करता है जिनमें भोजनजनित पैथोजन (रोगाणु) तेज़ी से बढ़ते हैं। एक का अर्थ है— फूड यानी भोजन (खाद्य पदार्थ)। कीटाणु नमी वाले प्रोटीन युक्त खाद्य पदार्थों जैसे मांस, दूध, अंडे और मछली में तेज़ी से बढ़ते हैं। ये उदासीन अथवा थोड़े से अम्लीय होते हैं। ‘ए’ का अर्थ है— एसिडिटी यानी अम्लीयता। सूक्ष्मजीव 6.6 और 7.5 के पीएच (pH) रेंज में पनपते हैं। फैटॉम में जो दो ‘टी’ हैं, उनमें से एक का अर्थ है टाइम यानी समय, तो दूसरे का अर्थ है टेम्प्रेचर यानी तापमान। यदि खाने को 5 से 60 डिग्री सेंटीग्रेड के तापमान पर दो घंटे से अधिक समय के लिए छोड़ दिया जाता है तो उसमें कीटाणु पैदा हो जाते हैं और तेज़ी से, समय के साथ बढ़ते जाते हैं। ‘ओ’ का मतलब ऑक्सीजन से है। कुछ जीव ऑक्सीजन की मौजूदगी में तो कुछ उसकी गैर-मौजूदी में पैदा होते हैं। ‘एम’ का अर्थ है— मोइस्चर यानी नमी। सूक्ष्मजीवों के पनपने के लिए नमी वाली स्थिति पूर्णतः अनुकूल होती है।

खतरनाक क्षेत्र 5° सेंटीग्रेड से 60° सेंटीग्रेड के बीच के तापमान को कहते हैं। इसी तापमान के दायरे में कीटाणु तेज़ी से बढ़ते हैं। इसलिए गर्म खाने को हमेशा गर्म रखना चाहिए और ठंडे भोजन को ठंडा। (5° सेंटीग्रेड से कम) पहले वाले तापमान की सीमा को ‘हॉट होल्डिंग’ कहते हैं और दूसरे को ‘कोल्ड होल्डिंग’।

• एचएसीसीपी प्रणाली क्या है?

इसका अर्थ होता है ‘हैज़ार्ड एनालिसिस क्रिटिकल कंट्रोल प्वाइंट’ यानी ख़तरा विश्लेषण नाजुक बिंदु प्रणाली। यह वह प्रणाली है जो खाद्य सुरक्षा के लिए महत्वपूर्ण ख़तरों की पहचान करती है, उनका मूल्यांकन करती है और उन्हें नियंत्रित करती है। यह एक ऐसी वैज्ञानिक खाद्य सुरक्षा प्रणाली है जिसमें निवारण पर ज़ोर दिया जाता है और पूर्व-नियोजित सुधारात्मक कार्रवाई की व्यवस्था की जाती है। इसमें प्रत्येक संवेदनशील मौके पर खाद्य सुरक्षा प्रक्रिया में नियंत्रण की व्यवस्था की जाती है। यह सात सिद्धांतों पर काम करता है— ख़तरे का विश्लेषण करना, नाजुक नियंत्रण बिंदुओं का निर्धारण करना, संवेदनशीलता की सीमा तय करना,

सुधारात्मक कार्रवाई और निगरानी प्रणाली की व्यवस्था करना, दस्तावेज़ीकरण और सत्यापन प्रणालियों को स्थापित करना।

• कोडेक्स एलीमेंटरियस क्या है?

यह लैटिन भाषा की शब्दावली है जिसका अर्थ होता है— आहार संहिता अथवा आहार पुस्तिका। इसमें एफएओ (खाद्य एवं कृषि संगठन) और डब्ल्यूएचओ (विश्व स्वास्थ्य संगठन) द्वारा 1963 में गठित कोडेक्स एलीमेंटरियस कमीशन (आहार संहिता आयोग) द्वारा निर्धारित खाद्य, खाद्य उत्पादन और खाद्य सुरक्षा से जुड़े अंतरराष्ट्रीय रूप से मान्य मानकों, व्यवहार संहिताओं, दिशा-निर्देशों और अन्य सिफारिशों का संकलन किया गया है। आयोग का मुख्य उद्देश्य उपभोक्ताओं के स्वास्थ्य का संरक्षण और अंतरराष्ट्रीय खाद्य व्यापार में उचित और ईमानदार कार्य व्यवहार को बढ़ावा देना है। कोडेक्स एलीमेंटरियस को विश्व व्यापार संगठन (डब्ल्यूटीओ) ने खाद्य सुरक्षा और उपभोक्ता संरक्षण से संबंधित विवादों के निराकरण के लिए एक अंतरराष्ट्रीय संदर्भ बिंदु के रूप में मान्यता दी हुई है।

• भारत में खाद्य सुरक्षा किस प्रकार सुनिश्चित की जा सकती है?

वर्ष 2006 तक भारत में खाद्य क्षेत्र से संबंधित आठ कानून थे। इसी वर्ष अर्थात् 2006 में ही खाद्य सुरक्षा और मानक अधिनियम के पारित होने के साथ ही खाद्य सुरक्षा और मानकों से संबंधित अब केवल एक ही संदर्भ बिंदु रह गया है। इस अधिनियम का उद्देश्य देश में प्रचलित विभिन्न खाद्य कानूनों को समेकित रूप प्रदान करना है ताकि खाद्य प्रसंकरण उद्योग का व्यवर्थित और वैज्ञानिक ढंग से विकास हो सके। इसका एक और उद्देश्य नियामक व्यवस्था से हटकर स्वयं ही नियमों का पालन करने वाली प्रणाली कायम करना है। इस कानून में खाद्य अपमिश्न निवारण अधिनियम, 1954 के सभी प्रमुख प्रावधान निहित हैं और यह अंतरराष्ट्रीय कानूनों, नियमों और कोडेक्स एलीमेंटरियस कमीशन में निहित संहिताओं पर आधारित है।

इस अधिनियम के तहत खाद्य सुरक्षा और मानव प्राधिकरण (फूडसेफ्टी एंड स्टैंडर्ड्स अथारिटी- एफएसएसए) का गठन खाद्य क्षेत्र के नियमन के लिए किया गया है। यह प्राधिकरण (एफएसएसए) वैज्ञानिक समितियों और एक केंद्रीय सलाहकार समिति की मदद से खाद्य

सुरक्षा के लिए मानकों का निर्धारण करता है। ये नियम खाद्य पदार्थों के अवयव, अशुद्धियों, कीटनाशकों के अवशिष्ट, जैविक ख़तरों और लेबिलों से जुड़े होते हैं। कानून का प्रवर्तन राज्यों के खाद्य सुरक्षा आयुक्तों और स्थानीय स्तर के अधिकारियों द्वारा किया जाता है। कानून के तहत, खाद्य क्षेत्र के प्रत्येक व्यक्ति को स्थानीय अधिकारियों से लाइसेंस लेना होता है अथवा पंजीकरण करना होता है। प्रत्येक वितरक के लिए आवश्यक है कि वह समस्त खाद्य सामग्रियों के निर्माताओं को जानता हो और इसी प्रकार विक्रेता के लिए वितरक के बारे में जानकारी रखना जरूरी होता है। इस क्षेत्र से जुड़े किसी भी व्यक्ति को निर्धारित मानकों का उल्लंघन कर तैयार किए गए खाद्य पदार्थों को लौटाने और उसे बाज़ार से हटाने की प्रक्रिया अपनाना ज्ञात होना चाहिए। अधिनियम में खाद्य पदार्थों का कारोबार करने वालों की निगरानी और उन पर नियमों को लागू करने के लिए खाद्य सुरक्षा और मानक प्राधिकरण तथा राज्यों के खाद्य सुरक्षा प्राधिकरणों को अधिकृत किया गया है। प्रत्येक राज्य का खाद्य सुरक्षा आयुक्त, विनिर्दिष्ट ज़िलों के लिए एक अधिकारी नामज़द करता है। यह अधिकारी उपमंडल अधिकारी (एसडीओ) स्तर से नीचे का नहीं होना चाहिए। इसके कर्तव्यों में लाइसेंस जारी या निरस्त करना, विनिर्दिष्ट मानकों का उल्लंघन करने वाले खाद्य पदार्थों की बिक्री पर प्रतिबंध लगाना, खाद्य सुरक्षा अधिकारियों से रिपोर्ट और खाद्य सामग्री के नमूने प्राप्त करना और उनका विश्लेषण करना शामिल है। कोई भी ग्राहक किसी भी खाद्य सामग्री के विश्लेषण की मांग कर सकता है। नामज़द अधिकारी को यह अधिकार है कि यह खाद्य विक्रेता पर सुधार का नोटिस जारी कर सके और इस नोटिस का अनुपालन न करने पर उसका लाइसेंस निर्लिपित कर सकता है।

अधिनियम में क्रमिक दंड व्यवस्था का प्रावधान भी किया गया है। इसमें कानून के उल्लंघन की गंभीरता के स्तर को देखते हुए दंड देने का प्रावधान है। यदि इस उल्लंघन से किसी की मृत्यु हो जाए तो आजीवन कारावास का भी प्रावधान किया गया है। स्वयं बनाकर बेचने वाले लघु निर्माता, खोमचे वाले, ठेला लगाने वाले अथवा अस्थायी दुकानदारों पर विनिर्दिष्ट मानकों के उल्लंघन पर एक लाख रुपये तक का जुर्माना लगाया जा सकता है। □

बिहार में परिवार कल्याण कार्यक्रम

● रवीन्द्र नाथ ओड़ा

आर्थिक दृष्टि से बिहार भारत के पिछड़े राज्यों में से एक है। यहां प्रतिव्यक्ति आय सबसे कम है और विकासदर भी अन्य राज्यों की तुलना में कम है। हालांकि वर्तमान में राज्य में विकास कार्य रफ्तार पकड़ रहा है। कृषि के विकास के लिए बनाए गए 'कृषि रोड मैप' को क्रियान्वित भी किया जा रहा है। उल्लेखनीय है कि किसी भी समाज या राज्य के विकास का मापदंड केवल आर्थिक प्रगति ही नहीं होता वरन् इसमें सामाजिक एवं मानव विकास की भूमिका भी अहम होती है। मानव विकास सूचकांक से स्पष्ट है कि राज्य में प्रतिव्यक्ति आय, शिक्षा, स्वास्थ्य, जननांकिकी एवं पोषण का स्तर न्यूनतम है। यही नहीं क्षेत्रीय

एवं जिलास्तर पर सामाजिक, आर्थिक और जननांकिकी असमानता मौजूद है। राज्य की लगभग 89 प्रतिशत जनसंख्या ग्रामीण है जो कृषि पर निर्भर है।

2001 की जनगणना के अनुसार राज्य की जनसंख्या 8.28 करोड़ है और इस प्रकार बिहार जनसंख्या के दृष्टिकोण से उत्तर प्रदेश एवं महाराष्ट्र के बाद देश का तीसरा सबसे बड़ा राज्य है। राज्य में जनसंख्या का घनत्व 880 व्यक्ति प्रतिवर्ग किलोमीटर है जो चिंता का विषय है। सबसे चिंताजनक पहलू राज्य में तेज़ी से बढ़ती जनसंख्या है। बढ़ती जनसंख्या न केवल नीति निर्माताओं एवं जननांकिकी विशेषज्ञों के लिए

अत्यंत चिंता का विषय है वरन् राज्य के सामाजिक, आर्थिक और जननांकिकी विकास के लिए एक गंभीर समस्या है। राज्य के सभी जननांकिकी पहलू एक भयावह तस्वीर प्रस्तुत करते हैं।

जब हम बिहार की तुलना दक्षिण के राज्यों यथा- केरल, तमिलनाडु, कर्नाटक, आंध्र प्रदेश एवं महाराष्ट्र से करते हैं तो राज्य की स्थिति अत्यंत कमजोर प्रतीत होती है। समग्र प्रजनन दर का राष्ट्रीय औसत जहां 2.68 प्रतिशत है वहीं बिहार में यह 4 प्रतिशत है जिसे कम करना आवश्यक है। दक्षिण राज्यों एवं अन्य विकसित राज्यों में यह दर 2 प्रतिशत से भी कम है। जहां जन्मदर का राष्ट्रीय औसत 24

तालिका

बिहार एवं भारत : एक तुलना

| क्र. | संकेतक | बिहार | भारत |
|------|--|-------|-------|
| 1. | ग्रामीण जनसंख्या (प्रतिशत) | 89.6 | 72.02 |
| 2. | जन्मदर (जन्म प्रतिहजार व्यक्ति) | 30.0 | 24.0 |
| 3. | स्त्री-पुरुष अनुपात (महिला प्रतिहजार पुरुष पर) | 921.0 | 932.0 |
| 4. | साक्षरता दर (प्रतिशत) | 46.96 | 64.59 |
| 5. | महिला साक्षरता दर | 33.12 | 53.67 |
| 6. | शिशु मृत्युदर (प्रतिहजार) | 61.0 | 58.0 |
| 7. | कम वजन के बच्चे (3 साल से कम उम्र के) | 54.0 | 47 |
| 8. | दो साल से पहले टीकाकरण (प्रतिशत) | 12.8 | 56.6 |
| 9. | समग्र प्रजनन दर | 4.0 | 2.68 |

स्रोत : -योजना और विकास विभाग; बिहार सरकार, -राष्ट्रीय परिवारिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, 2005-06 और भारत की जनगणना, 2001

व्यक्ति प्रतिहजार है वहीं बिहार में यह 30 व्यक्ति प्रतिहजार है। सबसे दुखद पहलू यह है कि 2001 की जनगणना के अनुसार भारत के अन्य राज्यों में जहां जनसंख्या वृद्धिदर या तो स्थिर रही या कम हुई वहीं बिहार में जनसंख्या वृद्धि दर बढ़ी। अतएव यह आवश्यक है कि न केवल राज्य के लिए बल्कि ज़िलेवार जनसंख्या नीति बनाइ जाए। जनसंख्या नीति का ज़ोर जन्मदर को निर्यतित करने पर केंद्रित हो। साथ ही जनन एवं बाल स्वास्थ्य नीति की व्यापकता एवं गुणवत्ता में सुधार किया जाए।

भारत सरकार ने परिवार नियोजन कार्यक्रम, जो अब परिवार कल्याण कार्यक्रम के रूप में जाना जाता है, की शुरुआत 1951 में की थी।

इसका प्रमुख लक्ष्य जन्मदर को इस हद तक घटाना था जो राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था के लिए आवश्यक हो। बाद में परिवार कल्याण कार्यक्रम के साथ-साथ मातृ और शिशु कल्याण सेवाओं को भी शामिल कर लिया गया। इसके लिए सूचना तथा शिक्षा को माध्यम बनाया गया ताकि परिवार के आकार और बच्चों के जन्म के बीच अंतराल को लोग स्वेच्छा से अपनाएं।

जनसंख्या नीति के क्षेत्र में एक महत्वपूर्ण परिवर्तन 1994 में देखने को मिला। इस वर्ष काहिरा में जनसंख्या एवं विकास पर एक

अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन हुआ जिसमें परिवार नियोजन कार्यक्रम की जगह प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य पर

ज़ेर दिया गया। भारत सरकार ने भी इस सम्मेलन के महत्वपूर्ण बिंदुओं को अपनाया और 1997 में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच)-1 कार्यक्रम को पूरे देश में क्रियान्वित किया गया। इस कार्यक्रम के महत्वपूर्ण बिंदु इस प्रकार हैं :

सुरक्षित मातृत्व : यह कार्यक्रम 'जीवन चक्र परिकल्पना' पर आधारित है और इसी वजह से यह सुरक्षित मातृत्व के लिए किशोरी के स्वास्थ्य को प्राथमिकता देता है। जब किशोरी मानसिक एवं शारीरिक रूप से स्वस्थ होगी तभी वह एक स्वस्थ बच्चे को जन्म देगी एवं सक्षम मां बन सकेगी। यह कार्यक्रम मां के गर्भावस्था से पूर्व की स्वास्थ्य स्थिति, गर्भ के समय की स्थिति, टीकाकरण एवं जन्म के बाद मां की देखरेख पर बल देता है।

यदि उपर्युक्त बातों पर ध्यान दिया जाए तो मातृ मृत्युदर को कम किया जा सकता है।

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम : इसके कुछ महत्वपूर्ण बिंदु इस प्रकार हैं :

- जन्म के तुरंत बाद बच्चे को स्तनपान कराना
- चार महीने तक बच्चे को सिर्फ मां का दूध देना
- जन्म के तुरंत बाद की देखरेख, टीकाकरण
- सार्वभौमिक टीकाकरण
- दस्त एवं श्वसन संबंधी बीमारियों से सुरक्षा आदि

परिवार नियोजन कार्यक्रम : इस कार्यक्रम के माध्यम से प्रजनन विनियम के लिए सूचना/सलाह और सेवाओं को आमजन तक पहुंचाना एवं गर्भ निरोधक के व्यापक विकल्पों की जानकारी देना है।

इस नीति के परिणामस्वरूप भारत के कुछ राज्यों ने जनसंख्या स्थिरीकरण की दिशा में महत्वपूर्ण कदम उठाए किंतु दुर्भाग्यवश जनसंख्या के दृष्टिकोण से बड़े राज्यों जैसे- बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश आदि में या तो कदम उठाए ही नहीं गए और जो कदम उठाए भी गए, वे जनसंख्या स्थिरीकरण में योगदान नहीं कर पाए। इसे ध्यान में रखते हुए 15 फरवरी, 2000 को नयी जनसंख्या नीति की घोषणा की गई जिसकी प्रमुख विशेषताएं निम्नलिखित हैं :

- प्रजनन शिक्षा, स्वास्थ्य सेवाओं, आधारभूत ढांचे से संबंधित आवश्यकताओं पर ध्यान देना।

- जनसंख्या नियंत्रण के लिए तात्कालिक, मध्यावधि एवं दीर्घकालिक कदम उठाना।
- लड़कियों के विवाह की न्यूनतम उम्र 18 वर्ष करना।
- वर्ष 2045 तक जनसंख्या के स्थिरीकरण के लक्ष्य को प्राप्त करना।
- सकल प्रजनन दर के प्रतिस्थापन स्तरों को प्राप्त करने हेतु छोटे परिवार के मानदंडों को बढ़ावा देना।
- प्रजनन विनियम के लिए सूचना/सलाह और सेवाओं की सार्वभौमिक पहुंच तथा गर्भनिरोधक साधनों के व्यापक विकल्पों का पता लगाना।
- संक्रामक बीमारियों की रोकथाम तथा उन पर नियंत्रण।
- एड्स के प्रति व्यापक जागरूकता पैदा करना तथा प्रजनन अंग संक्रमण (आरटीआई) और यौन संचारी रोगों (एसटीआई) तथा राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के मध्य एकीकरण को बढ़ावा देना।

इस नीति को क्रियान्वित करने के लिए 11 मई, 2000 को राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का गठन किया गया। इसके अलावा अक्तूबर, 2000 में जनसंख्या स्थिरीकरण कोष का गठन किया गया जिसका काम जनसंख्या नियंत्रण की परियोजनाओं के लिए वित्तीय संसाधन उपलब्ध कराना है।

2002 से भारत के सभी राज्यों में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरसीएच-II) का द्वितीय चरण शुरू किया गया और बाद में इसे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का अंग बना दिया गया। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत अप्रैल 2005 में की गई। इसका प्रमुख उद्देश्य ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता एवं गुणवत्ता में सुधार कर ग्रामीण स्वास्थ्य के स्तर तथा जीवनस्तर को ऊंचा उठाना है।

प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के क्रियान्वयन की दृष्टि से बिहार की तस्वीर चिंताजनक है जिसके कुछ उदाहरण नीचे दिए जा रहे हैं :

- बिहार में मातृ मृत्युदर देश में सबसे अधिक 492 प्रतिलाख है।
- राज्य में करीब 80 प्रतिशत किशोरियां एवं महिलाएं खून की कमी की शिकार (एनीमिक) और कुपोषित हैं।
- राज्य में 2007-08 में संस्थागत प्रसव केवल

- 28 प्रतिशत हुआ।
- राज्य में 2007-08 में केवल 4 प्रतिशत महिलाएं ही गर्भावस्था के दौरान पूरी चिकित्सकीय निगरानी में रहीं।
- 60 प्रतिशत बच्चे अभी भी कुपोषित हैं और अधिकांश बच्चे अति कुपोषित की श्रेणी में हैं।
- वर्ष 2007-08 में केवल 41 प्रतिशत बच्चों (12-23 महीने के) का ही टीकाकरण हो पाया था।
- वर्ष 2007-08 में परिवार नियोजन कार्यक्रम के तहत केवल 8 प्रतिशत नवविवाहित दंपत्तियों को स्वास्थ्य विभाग की तरफ से परिवार नियोजन की विधियों के बारे में जानकारी दी गई।

उपर्युक्त आंकड़े डीएलएस-3, 2007-08 के हैं जो अंतराराष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान, मुंबई द्वारा एकत्र किए गए हैं। इन आंकड़ों में बिहार की शहरी और ग्रामीण जनसंख्या दोनों शामिल हैं। उल्लेखनीय है कि प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की स्थिति राज्य में बदतर है। ग्रामीण क्षेत्रों में तो यह अत्यंत दयनीय है।

उपर्युक्त स्थिति को देखते हुए राज्य सरकार को अविलंब जनसंख्या नीति घोषित करनी चाहिए और इसमें क्षेत्रीय विविधता को ध्यान में रखा जाना चाहिए। नीति का निर्माण ही पर्याप्त नहीं होगा वरन् इसका सही क्रियान्वयन भी आवश्यक है। सरकार को परिवार नियोजन कार्यक्रम को अन्य कार्यक्रमों से ज़्यादा प्राथमिकता देनी होगी तभी जाकर तेजी से बढ़ती जनसंख्या को नियंत्रित किया जा सकता है और प्रजनन दर को कम किया जा सकता है। इस संदर्भ में निम्नलिखित पहलुओं पर ध्यान दिया जा सकता है:

- सर्वप्रथम बिहार में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य मिशन का एक महत्वपूर्ण एवं उच्च प्राथमिकता वाला कार्यक्रम बनाना होगा और उसमें भी परिवार नियोजन को सर्वोच्च प्राथमिकता देनी होगी।
- अन्य राज्यों जैसे- केरल, तमिलनाडु एवं महाराष्ट्र में आधुनिक परिवार नियोजन विधियों का खूब प्रचार-प्रसार हुआ है। बिहार में भी इसका अनुकरण होना चाहिए। राज्य सरकार विभिन्न विश्वविद्यालयों/महाविद्यालयों/विद्यालयों के माध्यम से इसे प्रचारित कर सकती है।
- हाल के दिनों में नयी, सस्ती एवं गुणवत्ता

- युक्त नियोजन विधियों की खोज हुई है जिसे प्रचारित एवं प्रसारित करने की आवश्यकता है।
- परिवार नियोजन विधियों की जानकारी एवं प्रशिक्षण देने के लिए विशेषज्ञों की सेवाएं ली जाएं।
 - प्रजननता दर में कमी लाने के लिए हर संभव प्रयास किए जाएं जिसमें 'दंपति संरक्षण दर' को शत-प्रतिशत किया जाए।
 - कम आयु में विवाह (खासकर लड़कियों का) के खिलाफ़ जागरूकता बढ़ाई जानी चाहिए।
 - क्षेत्रीय विविधता को ध्यान में रखते हुए जनसंख्या नीति का निर्माण और लघु एवं दीर्घकालिक लक्ष्य निर्धारित किए जाएं।
 - परिवार कल्याण कार्यक्रम का बजट तत्काल बढ़ाया जाए।
 - बाल स्वास्थ्य में सुधार लाने के लिए आंगनबाड़ी केंद्रों को सुदृढ़, दक्ष एवं पुनर्जीवित करने की ज़रूरत है। आंगनबाड़ी कार्यकर्ता को परिवार नियोजन की विधियों के बारे में प्रशिक्षित करने की ज़रूरत है।
 - परिवार नियोजन संबंधित शोध का भी राज्य में अभाव है। अन्य राज्यों जैसे—महाराष्ट्र, करेल, तमिलनाडु आदि में जनसंख्या विषय पर शोध के लिए अनेक संस्थानों के साथ विश्वविद्यालय स्तर पर भी कई कार्य हो रहे हैं। बिहार में इसे खासकर विश्वविद्यालय स्तर पर अधिक बढ़ावा देने की ज़रूरत है।
 - परिवार नियोजन कार्यक्रम को सफल बनाने के लिए राज्य में बहुआयामी समन्वय की आवश्यकता है।
 - राज्य में विशेष तौर पर ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं की शिक्षा के लिए व्यवस्था की जाए। अभी तक हुए सभी शोध से यह निष्कर्ष निकला है कि स्त्री शिक्षा और जनसंख्या वृद्धि का गहरा संबंध है।
 - अंत में कहा जा सकता है कि सरकार राज्य में आर्थिक विकास के लिए कटिबद्ध दिखती है। आर्थिक अधोसंरचनात्मक सुविधाओं का विकास परिलक्षित हो रहा है किंतु उसी अनुपात में सामाजिक अधोसंरचनात्मक सुविधाओं पर भी ध्यान दिए जाने की ज़रूरत है। किसी भी समाज का विकास मानव संसाधन को विकसित किए बिना नहीं हो सकता। अतएव राज्य सरकार को परिवार नियोजन को सफल बनाने के लिए प्रशासन तंत्र को दुरुस्त करना होगा, वित्तीय निवेश बढ़ाना होगा साथ ही स्वास्थ्यकर्मियों को प्रशिक्षित एवं दक्ष बनाना होगा ताकि समग्र प्रजननता दर में कमी आ सके और उपलब्ध मानव संसाधन की गुणवत्ता में वृद्धि हो सके। उल्लेखनीय है कि प्रजनन दर में कमी का सीधा प्रभाव शिशु मृत्युदर एवं मातृ मृत्युदर में कमी, कुपोषण की दर में कमी, खून की कमी के शिकार लोगों की कमी, संसाधनों के व्यय में कमी के रूप में दिखाई देगा। साथ ही मानव विकास सूचकांक भी ऊपर उठेगा। उम्मीद है कि वर्तमान सरकार इस ओर भी ध्यान केंद्रित करेगी और 'मानव विकास' पर ज़ोर देगी। □
- (लेखक रामदयालु सिंह महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर के सातकोतर अर्थशास्त्र विभाग में प्रवक्ता हैं।
ई-मेल : ojharn@indiatimes.com)

हर मिनट सात जानें ले रहा है तंबाकू

- तंबाकू मुंह, गले, फेफड़ों, पेट, गुर्दे, मूत्राशय आदि जैसे शरीर के विभिन्न भागों के कैंसर के लिये जिम्मेदार है।
- विश्व में मुंह में होने वाले कैंसर के सबसे अधिक मामले भारत में होते हैं, जो तंबाकू की वजह से उत्पन्न होती है।
- भारत में कैंसर के लिये तंबाकू का योगदान पुरुषों तथा महिलाओं में क्रमशः 56.4 प्रतिशत तथा 44.9 प्रतिशत है।
- 90 प्रतिशत से अधिक फेफड़ों के कैंसर तथा फेफड़ों की अन्य बीमारियों का कारण धूम्रपान है।
- तंबाकू की वजह से हृदय एवं धमनियों के रोग, हृदयाधात, सीने में दर्द, अचानक हृदयगति रुकने से मृत्यु, स्ट्रोक (दिमागी नस फटना), परिधीय संवहनी रोग (पैरों का गैंग्रीन) होते हैं।
- भारत में फेफड़ों की 82 प्रतिशत अवरोधी बीमारी धूम्रपान की वजह से होती है।
- तंबाकू परोक्ष रूप से फेफड़ों में होने वाले क्षय रोग (टीबी) का कारण है। कभी-कभी
- धूम्रपान करने वालों में टीबी का ख़तरा 3 गुना अधिक होता है।
- धूम्रपान/तंबाकू अचानक रक्तचाप बढ़ा देता है एवं हृदय के रक्त का प्रवाह कम कर देता है।
- यह पैरों में भी रक्त का प्रवाह कम कर देता है जिससे पैरों के मांस में सड़न पैदा कर सकता है।
- तंबाकू संपूर्ण शरीर की धमनियों की परत को नुकसान पहुँचाती है।
- धूम्रपान बच्चों तथा परिवार के अन्य सदस्यों के लिए स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं (अपरोक्ष धूम्रपान) उत्पन्न करता है। धूम्रपान न करने वाला व्यक्ति यदि धूम्रपान (दो पैकेट प्रतिदिन) करने वाले व्यक्ति के साथ रहता है तो वह मूत्र निकोटीन के स्तर के अनुसार तीन सिगरेट के समतुल्य निष्क्रिय धूम्रपान करता है।
- यह भी पाया गया है कि धूम्रपान/तंबाकू का सेवन मधुमेह का ख़तरा बढ़ा देता है।
- तंबाकू रक्त में अच्छा कोलेस्ट्रॉल कम कर देती है।
- धूम्रपान करने वालों/तंबाकू का सेवन करने

वालों को धूम्रपान न करने वालों की तुलना में हृदय रोग तथा पक्षाधात होने की 2 से 3 गुना अधिक संभावना होती है।

- प्रति 8 सेकंड में तंबाकू से संबंधित रोग से एक मृत्यु होती है।
- भारत में तंबाकूजनित रोग से होने वाली मृत्यु की कुल संख्या 8-9 लाख प्रतिवर्ष के बीच होने की संभावना है।
- तंबाकू से बचना एक किशोर/किशोरी के जीवनकाल में 20 वर्ष जोड़ देता है।
- तंबाकू का उपयोग करने वाले किशोर/किशोरियों में से आधे की मृत्यु अंततः तंबाकूजनित रोगों से होती है (लगभग एक चौथाई मध्य आयु में तथा एक चौथाई बुढ़ापे में)।
- अनुमान लगाया गया है कि किसी भी अन्य देश की तुलना में भारत में प्रतिवर्ष तंबाकू जनित रोगों से होने वाली मृत्यु की संख्या में सबसे तेज़ से वृद्धि हो रही है। □

(भारत विकास प्रवेश द्वारा नामक वेबसाइट से साभार)

निबंध प्रतियोगिता के परिणाम

सार्वजनिक वितरण, खाद्य और उपभोक्ता मामले मंत्रालय और योजना द्वारा गत वर्ष 'बच्चों के लिए हानिकर खाद्य पदार्थ' विषय पर एक निबंध प्रतियोगिता का आयोजन किया गया था। निर्णायक मंडल से हिंदी तथा अंग्रेज़ी दोनों के परिणाम प्राप्त हो गए हैं जिन्हें यहां प्रकाशित किया जा रहा है।

हिंदी प्रतियोगिता के परिणाम

प्रथम पुरस्कार : 5,000 रुपये और योजना (हिंदी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: अपराजिता कुमारी, भागलपुर, बिहार

द्वितीय पुरस्कार : 3,000 रुपये और योजना (हिंदी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: सचिन यादव, लखनऊ

तृतीय पुरस्कार : 2,000 रुपये और योजना (हिंदी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: प्रशांत भोई, दिल्ली

सांत्वना पुरस्कार : 1,000 रुपये और योजना (हिंदी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: चारुता माथुर, भरतपुर; कपिल मोहन शर्मा, दउआ, कुमारी समता, मधुबनी; संतोषी देवी, राजस्थान; नीता चौधरी, लखनऊ; सुमंगला

कादुयान, रोहतक; नियाज़ अहमद, शहडोल (म.प्र.) शिसांत गोस्वामी, दिल्ली; विकास कुमार जैन, उदयपुर; तेज प्रकाश, वाराणसी।

योजना हिंदी की एक साल की निःशुल्क सदस्यता:

ममता सिंह, नयी दिल्ली; प्रिया परसोंया, भीलवाड़ा; राधवेंद्र तिवारी, गाजियाबाद; नीति सुधा, जमशेदपुर; माया शर्मा, दौसा (राज.); अंपिता, यमुना नगर (हरियाणा); अपर्णा, बिजनौर; ममता त्रिपाठी, नयी दिल्ली; गौरव कुमार, पूर्वी चंपारण (बिहार); ब्रह्मप्रकाश, अलवर; दुर्गा नारायण लाल दास, इलाहाबाद; अजय कुमार, बलरामपुर; विनायक पांडे, सतना; विनिता नथानी, सतना; चंद्र प्रकाश दुग्गल, अंबाला केंट; रोशनी त्रिपाठी, बांदा (उप्र.); संजना प्रताप, कानपुर; बालमुकुंद तिवारी, इलाहाबाद; राजेन्द्र सिंह तोमर, ग्वालियर; राजीव चौबे, पटना; रितेश वर्मा, वाराणसी; लालचंद रैगर, सिरोही; कुसुम, नयी दिल्ली; भारती भट्ट, नैनीताल; संजय कुमार शर्मा, नारनौल (हरियाणा); मुबिना अब्बासी, बरेली; गौरव सक्सेना, अलवर; अरविंद कुमार पांडे, इलाहाबाद; ज्योति महेश्वरी, बरेली; अजय राज त्रिपाठी, वाराणसी; सिंपी सोलंकी, जोधपुर; रामानंद, रूपनगर (पंजाब); शैजा शर्मा, लखनऊ; सोमदत्त दीक्षित, हिंदताज (मध्य प्रदेश); आकर्षित अमन, दरभंगा (बिहार); मनीषा शुक्ला, गोरखपुर; खुशबू, जयपुर।

अंग्रेज़ी प्रतियोगिता के परिणाम

प्रथम पुरस्कार : 5,000 रुपये और योजना (अंग्रेज़ी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: डॉ. गुरशरण सिंह केंठ, अमृतसर

द्वितीय पुरस्कार : 3,000 रुपये और योजना (अंग्रेज़ी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: पूजा दीक्षित, मुजफ्फरपुर

तृतीय पुरस्कार : 2,000 रुपये और योजना (अंग्रेज़ी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता: सी. साजिथ, चेन्नई

सांत्वना पुरस्कार : 1,000 रुपये और योजना (अंग्रेज़ी) की एक साल की निःशुल्क सदस्यता:

ऋतु प्रिया, पटना; मोइनक मुखर्जी, नयी दिल्ली; प्रणय चतुर्वेदी, कोलकाता; रत्नम मिश्रा, फैजाबाद (उ.प्र.); कुमार आशीष, नयी दिल्ली; रेणु सिंह, नयी दिल्ली; अनामिका पांडा, भोपाल; समीक्षा शर्मा, जयपुर; शाण्णमुगा प्रिया

एस., चेन्नई; डॉ. आलोक कुमार गुप्ता, जोधपुर; दीपक यशवंतराव चचरकर, अमरावती (महाराष्ट्र) गौरव चौहान, इलाहाबाद; जे. मजुमदार, नयी दिल्ली; शुवाजीत चक्रवर्ती, कोलकाता।

योजना अंग्रेज़ी की एक साल की निःशुल्क सदस्यता:

नाहिद युसुफ, लखनऊ; अपरिमिता प्रमाणिक, अहमदाबाद; सुधांशु शेखर पात्रा, नयी दिल्ली, अंकिता मलिक, चंडीगढ़; कनिका, पालमपुर; मंजरी माधव केलकर, गोवा; निशांत गोयल, मथुरा (उ.प्र.); सयांतन दास, नयी दिल्ली; अभिजीत बनर्जी, नोएडा; ललित कुमार सिंह, नयी दिल्ली; मणि कंचन राय, पश्चिम बंगाल; के. हेनी भास्कर, हैदराबाद; एकता जैन, रुड़की; अजय ए. राउत, नागपुर; शुभजीत मित्रा मजुमदार, रांची; धीरेन्द्र प्रताप सिंह, मुनीराज पुगलेंडी, धर्मपुरी, (तमिलनाडु); हसीब अहमद

खान, नागपुर; रुचि राधा, मथुरा (उ.प्र.); एल. एलेक्स, तिरुनेलवेल्लि; लीला जोशी, नयी दिल्ली; निमई साधन चट्टोपाध्याय, पश्चिम बंगाल; रिचा शर्मा, हरियाणा; देबलीना विश्वास, कटक; सोनाली घोष, दुर्गापुर (प. बंगाल); डॉ. मिनाती पांडा, राऊरकेला; सुजाता बाली, शिमला; स्वीटी भार्गव, भिवाड़ी; प्रतिभा राव, नोएडा; रमण सी. शर्मा, झांसी; पी. कार्तिकायनी, हैदराबाद; राजेन्द्र सिंह, उत्तराखण्ड; अतिथि चोपड़ा, कुल्लू (हि.प्र.); राहुल अग्रवाल, देहरादून; जया चौरसिया, सतारा; मिथिलेश कुमार, नयी दिल्ली; आदित्य पांडे, कोलकाता; राजश्री पटेल, भुवनेश्वर; कृष्ण अजय, पटना, मनोज कुमार, गुडगांव; सौमिंद्र नाथ घोष, रांची; आदित्य श्रीवास्तव, नयी दिल्ली, किंजल अग्रवाल, मुंबई; ए. अरुण निवास, गुडगांव।

सभी विजेताओं को योजना परिवार की हार्दिक बधाई!

बच्चों के लिये हानिकर खाद्य पदार्थ

● अपराजिता कुमारी

**'बच्चों के लिए हानिकर खाद्य पदार्थ' शीर्षक निबंध प्रतियोगिता में
पहले दूसरे और तीसरे पुरस्कार के लिए चयनित निबंधों को एक-एक
कर हम योजना के अंकों में प्रकाशित करेंगे। यहां प्रस्तुत है प्रथम
पुरस्कार प्राप्त प्रविष्टि - वरिष्ठ संपादक**

बाल मन काफी भोला-भाला और अति संवेदनशील होता है। उसके कोमल मन को आकर्षिक करना आसान होता है। इसलिए आए दिन विज्ञापनों का इंद्रजाल फैला कर बच्चों के बीच अपना उत्पाद बेचना विभिन्न उत्पादकों को आपान लगता है। विभिन्न कंपनियां कोमल मन बच्चों को डुप्लीकेट खाद्य सामग्रियों को तेज़ी से बेचना चाहती हैं। इसके लिए वे खास कर बच्चों के स्कूल या अन्य शिक्षण संस्थान को चुनती हैं। एक सर्वेक्षण रिपोर्ट के अनुसार कई कंपनियां क्रीब 20 करोड़ रुपये से अधिक की सामग्री बच्चों को लुभाने के लिए बाजार में बेच रही हैं।

ऐसी परिस्थिति में भारत के नागरिकों को जागरूक होना होगा। खास कर शुरुआती दौर में यह और आवश्यक है। यदि उन्हें अपनी खाद्य सामग्रियों की सही पहचान होगी तो वे बेहतर उपभोक्ता वस्तु खरीदेंगे। उपभोक्ता हम उस व्यक्ति को कहते हैं जो किसी दुकानदार को किसी वस्तु के बदले में रुपये-पैसा देता है।

बच्चे खाद्य सामग्रियों में टॉफी, चिप्स, बिस्कुट, मिठाइयां इत्यादि को अधिक पसंद करते हैं। हम नाश्ते के रूप में इडली, चटनी, जैम, बर्गर, पित्जा, जंक फूड, ब्रेड, दूध, नूडल,

चाऊमीन, डिब्बाबांद भोज्य पदार्थ, जूस, आईसक्रीम इत्यादि का उपयोग करते हैं।

इन खाद्य पदार्थों का संबंध खास कर बच्चों के स्वास्थ्य से होता है। आज के बच्चे ही कल राष्ट्र के कर्णधार होंगे। अतः इन नौनिहालों को स्वस्थ और जागरूक बनाने की तैयारी करना आवश्यक है।

ऐसी स्थिति में बच्चों को शुद्ध और अशुद्ध अर्थात मिलावटी वस्तु का ज्ञान अवश्य होना चाहिए। वे जो भी खाद्य सामग्री दुकानदार से खरीदते हैं, उसके बारे में उन्हें जानकारी होनी चाहिए। इससे दुकानदार भी चौकस रहेंगे।

बच्चे दुकान से जो भी खाद्य सामग्री खरीदते हैं, उसमें छपे एमआरपी यानी अधिकतम खुदरा मूल्य देखना आवश्यक है। ऐसा इसलिए कि कभी-कभी दुकानदार ज्यादा दाम बताकर ग्राहकों से अधिक पैसा वसूलते हैं। वस्तुओं की खरीदारी करते समय उसके बज़न एवं उत्पादन तिथि पर अवश्य ध्यान देना चाहिए।

उपभोक्ता उत्पादों की जांच-परख के लिये भारतीय मानक ब्यूरो की स्थापना की गई है। यह प्रत्येक उत्पादित वस्तुओं को सर्टिफिकेट प्रदान करता है। यह सिफ़्र सर्टिफिकेट ही नहीं देता वरन् अपने उपभोक्ताओं को सतत

जागरूक भी करता है। वस्तुओं की गुणवत्ता की जांच-परख के लिए ब्यूरो समय-समय पर अपनी प्रयोगशालाओं में जांच-पड़ताल भी करता है।

ऐसे जांच केंद्र संपूर्ण देश में लगभग 33 हैं। इसका मुख्यालय दिल्ली में है। सभी क्षेत्रीय शाखाएं केंद्रीय शाखाओं से जुड़ी हैं। बिहार के पटना में भी एक रिसर्च सेंटर है। यह उपभोक्ताओं को प्रोडक्ट सर्टिफिकेशन मार्क्स स्कीम देता है। साथ ही यह विश्वास दिलाता है कि उपभोक्ता के हाथों में जो भी खाद्य सामग्रियां दी गई हैं वह स्वास्थ्य की दृष्टि से गुणवत्ता युक्त हैं।

मानक ब्यूरो का कार्य सिफ़्र अपने देश तक ही सीमित नहीं है वरन् यह विदेशी उत्पादों तथा कारोबारियों पर बराबर नज़र रखता है। उन्हें भी सर्टिफिकेट प्राप्त करना होता है।

मानक ब्यूरो पर्यावरण से उत्पन्न ख़तरों से भी बचाने का प्रयास करता है। इसके लिए वर्ष 1947 में एनवायरमेंटल मैनेजमेंट सिस्टम सर्टिफिकेट स्कीम शुरू किया गया। इसका मूल उद्देश्य औद्योगिक इकाइयों पर नियंत्रण रखना है।

उपभोक्ता अपने अधिकार के प्रति सतत जागरूक रहें इस उद्देश्य से प्रतिवर्ष 15 मार्च

अंतरराष्ट्रीय उपभोक्ता अधिकार के रूप में मनाया जाता है। हमारे देश में वर्ष 1986 में उपभोक्ताओं के अधिकारों की रक्षा के लिए संसद में कानून पास किया गया। इसमें उपभोक्ताओं को कई अधिकार प्रदान किए गए जो निम्न हैं :

सुरक्षा से तात्पर्य ऐसी वस्तुओं और सेवाओं से है जो शारीर या संपत्ति को हानि नहीं पहुंचाए। यदि कोई ऐसा करता है तो हम मुकदमा कर सकते हैं। चयन का मतलब उपभोक्ता बाजार में मिलने वाली वस्तुओं एवं सेवाओं में से किसी वस्तु या सेवा का चयन होता है। उपभोक्ता उसका उपभोग कर सकता है। कोई विक्रेता हम से ज़ोर-जबरदस्ती नहीं कर सकता या बहला-फुसला नहीं सकता। ऐसा करने पर कानून की नज़र में वह दोषी ठहराया जाएगा।

वर्तमान में स्कूली बच्चों में इस तरह की शिक्षा देने का प्रावधान किया गया है। इसके तहत स्कूल में कंज्यूमर क्लब के माध्यम से बच्चों को उपभोक्ता वस्तुओं के बारे में सही-सही जानकारी दी जाती है। इससे बच्चे अपने अधिकार और कानून के बारे में शुरू से ही जागरूक हो जाते हैं।

आजकल सभी व्यस्त जीवन जीने के आदी हो गए हैं। समय की कमी से फास्ट फूड का चलन तेज़ी से विकसित हुआ है। इसमें गडबड़ी होने से बच्चों के पाचन तंत्र पर बुरा प्रभाव पड़ता है। जंक फूड तो शारीर को और भी हानि पहुंचाता है। ब्रेड में बच्चे मक्खन या जैम का प्रयोग कर खाना पसंद करते हैं। व्हाइट ब्रेड, मिल्क ब्रेड और व्हीट मील ब्रेड के नाम से कंपनियां कई खाद्य सामग्रियां बेच रही हैं।

ब्रेड को हमेशा आग में सेंक कर ही उपभोग करना चाहिए क्योंकि कवक, यानी फंगस वाला ब्रेड खाने से फूड पायजनिंग होने का खतरा होता है। इससे उल्टी, दस्त एवं उदर पर बुरा प्रभाव पड़ा शुरू होता है। इससे मल-मूत्र पर भी काफी प्रभाव पड़ता है। खाद्य पदार्थों में पोषक तत्वों की कमी होने पर एक उपभोक्ता होने के नाते हम स्थानीय खाद्य मानक प्रशासन तंत्र से इसकी शिकायत कर सकते हैं।

यदि सामग्री पैकेट या बोतल में बंद हो तो देख लें कि उसे पैक कब किया गया है। खाने-पीने की वस्तुओं के पैकेट पर एक ओर चौकोर निशान होता है। प्रत्येक चौखाने के बीच एक हरा गोला होता है। जो इस बात का प्रतीक है कि ऐसी वस्तुएं शाकाहारी हैं। जबकि लाल गोले का मतलब मांसाहारी खाद्य पदार्थों से है।

खरीदारी के बज़े यह ज़रूर ध्यान रखना चाहिए कि हम जो भी खाद्य वस्तु या सामान खरीदें, दुकानदार से उसका बिल लेना न भूलें ताकि वस्तु के दोषपूर्ण होने पर बिल दिखाकर बदला या ठीक करवाया जा सके।

इस तरह बच्चे उपभोक्ता संबंधी जानकारियों को कम उम्र में ही जान लेंगे। इससे बच्चों में हानिकर खाद्य पदार्थ को खरीदने या खाने से परहेज करने की प्रवृत्ति आएगी।

इस दिशा में अभिभावकों को भी ध्यान रखना चाहिए। उनकी यह जिम्मेदारी होनी चाहिए कि वे संतान में श्रेष्ठ संस्कार एवं जागरूकता की भावना जागृत करें। इससे बच्चे भविष्य में एक योग्य नागरिक का रूप लेंगे। अतः बच्चों में उपभोक्ता संबंधी विस्तृत जानकारियों का होना आवश्यक है। □

SAROJ KUMAR'S IAS ERA

GEOGRAPHY, GEN.STUDIES, HISTORY

OUR SELECTED CANDIDATES IN I.A.S.



OUR SELECTED CANDIDATES IN P.C.S.



FREE WORKSHOP

(Hindi & English Medium)

With SAROJKUMAR

| | |
|--|----------|
| 5 th DEC. 2009 GEOG. (P.T. & Mains) | 10.30 AM |
| 6 th DEC. 2009 G.S. (P.T. & Mains) | 10.30 AM |
| 7 th DEC. 2009 HISTORY | 10.30 AM |
| 8 th DEC. 2009 ESSAY & Comp. Eng. | 10.30 AM |

WEEKEND CLASSES
FOR DAYS SCHOLARS (WORKING)-
EARLY MORNING OR EVENING

- MAINS SPECIAL (1 Month)
- P.T. SPECIAL (2 Months)
- TEST SERIES (1 Month)
- POSTAL COURSE (P.T. & MAINS)
- P.C.S. SPECIAL CLASSES
- FOUNDATION COURSE (P.T. & MAINS)
- ESSAY CLASSES
- COMP. ENGLISH & HINDI CLASS

SAROJ KUMAR'S IAS ERA

1/9, Roop Nagar, G.T. Karnal Rd., Near Shakti Ngr. Red Light,
Above P.N.B. Near Delhi University, North Campus, Delhi-7
Ph.: 011-64154427 Mob.: 9910415305, 9910360051

YH-10/09/3

योजना, अक्टूबर 2009

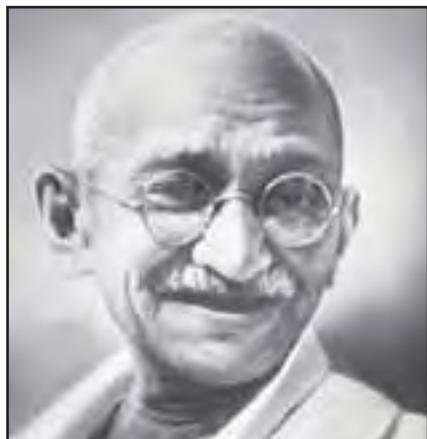
ग्राम स्वराज्य योजना और पंचायती राज की आधारशिला

● विजय रंजन दत्त

भारतीय संविधान के मूल प्रारूप में पंचायत का प्रावधान नहीं था। संविधान सभा के कुछ सदस्यों के हस्तक्षेप के बाद इस विषय पर बहस शुरू हुई जिसमें गांधीजी द्वारा प्रतिपादित ‘ग्राम गणतंत्र’ और ‘ग्राम स्वराज्य’ पर विशद चर्चा हुई थी। इसके बाद पंचायत के महत्व को संविधान सभा में व्यापक समर्थन मिला और संविधान के अनुच्छेद 40 में संशोधन द्वारा पंचायत पर एक बहुत ही संक्षिप्त प्रावधान को जोड़ा गया। किंतु ग्राम गणतंत्र और ग्राम स्वराज्य जैसे शब्दों को भारतीय संविधान में स्थान नहीं मिला। पंचायती राज की स्थापना को अनिवार्य रूप देने के उद्देश्य से 73वां संविधान संशोधन अधिनियम, 1992 में संसद के दोनों सदन में भारी बहुमत से पारित हुआ, किंतु उस समय भी ग्राम गणतंत्र और ग्राम स्वराज्य को संविधान में शामिल करने का कोई

प्रयास नहीं हुआ। नीतीजतन, पंचायती राज की कोई वैचारिक अवधारणा उभर कर नहीं आई जिससे आम आदमी ग्राम विकास में भागीदारी हेतु प्रेरणा ग्रहण कर सके। इस बात पर ध्यान देना होगा कि पंचायती राज को किसी उच्च या व्यापक लक्ष्य से पृथक कोई कार्यक्रम मान लेने के बाद उस प्रणाली में कोई प्रेरक शक्ति नहीं रह जाती है। अतः यह सवाल आज भी मौजूद है कि ‘ग्राम गणतंत्र’ और ‘ग्राम स्वराज्य’ को संविधान के 73वें संशोधन अधिनियम और राज्यों के पंचायत अधिनियमों में किस तरह संशोधन द्वारा जोड़ा जाए?

ज़मीनी स्तर पर लोकतंत्र को मज़बूत करने



में पंचायती राज की अहम भूमिका है, बशर्ते इसकी समीक्षा ‘ग्राम गणतंत्र’ और ‘ग्राम स्वराज्य’

2 अक्टूबर, गांधी जयंती पर विशेष

जैसे प्रतीक शब्दों के रूप में की जाए। शब्द शक्ति के संदर्भ में यह स्मरणीय है कि 1789 में फ्रांस की क्रांति के क्रम में ‘स्वतंत्रता’, ‘समानता’ और ‘बंधुत्व’ जैसे शब्द राजनीति के क्षितिज पर उभर कर आए और इन शब्दों की शक्ति के आधार पर ही विश्व के लोकतांत्रिक देशों ने उपर्युक्त शब्दावली को लोकतंत्र के प्रतीक के रूप में स्वीकार किया। आज भी किसी देश में लोकतंत्र हेतु जनआंदोलन के लिए यह शब्दावली मूल मंत्र है।

2001 के जनगणना के अनुसार भारत की 72.22 प्रतिशत आबादी गांवों में रहती है। अतः ज़मीनी स्तर पर ढांचागत प्रणाली हेतु

पंचायत को ‘ग्राम गणतंत्र’ के रूप में देखना होगा जो भारतीय गणतंत्र की आधारशिला है। विकास कार्यक्रमों को हकीकत की शक्ति देने और इस गणतंत्र को समृद्ध करने के लिए ‘ग्राम स्वराज्य’ के प्रतीक शब्द की समीक्षा अपरिहार्य है। ग्राम स्वराज्य की समीक्षा के परिप्रेक्ष्य में निम्नलिखित बिंदुओं पर बल देना होगा :

ग्राम स्वराज्य के क्रियाकलाप में आम आदमी की भागीदारी, ‘सागरीय वृत्त’ और पंचायतों की स्वायत्तता, स्वावलंबन हेतु कृषि-औद्योगिक इकाई के रूप में पंचायती राज संस्थाओं का स्वरूप, सामाजिक समता और सामुदायिक समाज, पंचायतों के कार्य और निर्णय-प्रक्रिया में महिलाओं की भागीदारी, गांव और शहर में विकास की असमानता को घटाना, गांवों के पुनर्निर्माण में निष्ठावान ग्राम कार्यकर्ता और ग्राम मनोवृत्ति, अहिंसा, असहयोग और सत्याग्रह का स्थान।

ग्राम स्वराज्य में आम आदमी की भागीदारी: ध्यान देने की बात है कि स्वराज्य की भाँति ग्राम स्वराज्य शब्द भी शक्ति का द्योतक है जो आम आदमी को गांव के विकास में भागीदार बनने की प्रेरणा देता है। 1947 में मिली आज़ादी से स्वराज्य का लक्ष्य पूरा हुआ। किंतु गांधीजी का मानना था कि असली स्वराज्य तो ग्राम स्वराज्य है जिसके लिए और बहुत कुछ करना होगा। ग्राम स्वराज्य में एक ऐसी राजनीतिक संरचना की परिकल्पना की गई है जो राजशक्ति और सरकारी तंत्र पर व्यक्ति की निर्भरता को गौण कर दे। आज नागरिकों में जाने-अनजाने,

केंद्र और राज्य सरकारों के सरकारी तंत्र पर निर्भर रहने की एक प्रवृत्ति बन गई है। यह प्रवृत्ति ग्राम स्वराज्य की परिकल्पना में अंतर्निहित जनसहभागिता की संस्कृति की विरोधी है। गांधीजी ने सही ही कहा था, “यदि स्वराज्य हो जाने पर लोग जीवन की हर छोटी-छोटी बात के नियमन के लिए सरकार का मुँह ताकना शुरू कर दें तो वह स्वराज्य-सरकार किसी काम की नहीं होगी।” सही अर्थ में पंचायतों के माध्यम से ग्राम स्वराज्य की परिकल्पना तब ही साकार होगी जब लोगों में अपने विकास हेतु एक चेतना पैदा हो जिससे गांव के स्वावलंबन में हर व्यक्ति की महती भूमिका होगी।

सागरीय वृत्त पंचायतों की स्वायत्तता: भारतीय संविधान में पंचायत को ‘स्वशासन’ या ‘स्वायत्त शासन’ की इकाई का दर्जा दिया गया है। किंतु ‘स्वशासन’ हेतु हर स्तर की पंचायतों को शक्ति और अधिकार देने की जिम्मेदारी 73वें संविधान संशोधन अधिनियम के माध्यम से राज्य के विधान मंडल को सौंपी गई है क्योंकि संविधान में पंचायत राज्य सूची का विषय है। अतः पंचायतों को ‘स्वशासन की इकाई’ के रूप में कार्य संपादन करने के लिए राज्य सरकार पर निर्भर रहना पड़ता है। ज़मीनी स्तर पर राज्य सरकार पंचायत को एजेंसी ही मानती है। ग्राम स्वराज्य में पंचायतों की स्वायत्तता की तस्वीर भिन्न होगी और गांधीजी द्वारा व्यक्त किया गया ‘सागरीय वृत्त’ (ओसेनिक सर्किल) प्रतीक शब्द के तहत स्वायत्तता की समीक्षा अपरिहार्य होगी। ‘सागरीय वृत्त’ प्रणाली ‘पिरामिड’ जैसा ऊपर-नीचे जैसे शृंखलाबद्ध नहीं होगी। पिरामिड या मीनार जैसी व्यवस्था में स्वायत्तता का सिद्धांत गौण हो जाता है क्योंकि निचला स्तर ऊपरी स्तर से दबा रहता है। सागरीय वृत्त में हर लहर के वृत्त का अस्तित्व होता है। लहरों के वृत्तों में टकराहट नहीं होती है और सभी वृत्तों में परस्पर सहयोग होता है। इस वृत्त के मध्य बिंदु में व्यक्ति होगा। वर्तमान व्यवस्था में सारी शक्तियां ऊपर से प्रदत्त हैं और पंचायती राज संस्थाओं की स्वायत्तता मुखर नहीं है। ‘सागरीय वृत्त’ के चित्र को प्रस्तुत करते हुए गांधीजी ने कहा था, “अगर हिंदुस्तान के हरेक गांव में कभी पंचायती राज कायम हुआ, तो मैं अपनी इस तस्वीर की सच्चाई साबित कर सकूंगा, जिसमें सबसे पहला और सबसे आखिरी दानों बराबर होंगे या यां कहिए कि न कोई पहला होगा, न आखिरी।”

स्वावलंबन हेतु कृषि औद्योगिक इकाई के रूप में पंचायती राज संस्थाओं का स्वरूपः यह उल्लेखनीय है कि जाने-माने अर्थशास्त्री प्रोफेसर एम.एल. दांतवाला ने गांवों के समूह को इकाई मानकर विकास हेतु योजना बनाने पर बल दिया था। बुनियादी आवश्यकता में अन्न, वस्त्र, आवास, चिकित्सा सुविधा और प्राथमिक शिक्षा का प्रमुख स्थान है। ग्राम स्वराज्य में गांधीजी ने उद्योग, हुनर, स्वास्थ्य और शिक्षा के समन्वय का चित्र प्रस्तुत किया था।

‘ग्राम स्वावलंबन’ हेतु हर स्तर की पंचायत इकाई को ‘कृषि-औद्योगिक इकाई’ के रूप में विकसित करना होगा जिससे आम आदमी को रोज़गार भी उपलब्ध हो सके। ध्यान देने की बात है कि पंचायत ‘स्वशासन’ की ‘राजनीतिक इकाई’ के साथ-साथ ‘आर्थिक इकाई’ भी है। ऐसी इकाई को विकसित करने से ही देश की विकास दर में कृषि विकास का महत्वपूर्ण योगदान होगा। दसवीं पंचवर्षीय योजना में कृषि की उत्पादकता को बढ़ाने के मुद्दे को उच्च प्राथमिकता दी गई जिससे कृषि क्षेत्र में वार्षिक चार प्रतिशत की वृद्धि हो सके। किंतु ऐसा चित्र उभर कर नहीं आया और दसवीं योजना के क्रम में ही यह 1.2 प्रतिशत हो गई। देश के कई क्षेत्रों में विगत दस वर्षों में एक लाख से अधिक किसानों ने कृषि की बदहाली और कर्ज़ से त्रस्त होकर आत्महत्या कर ली है। इस भयावह स्थिति का असर आर्थिक सुधार की प्रक्रिया पर भी पड़ रहा है। यदि किसानों की आत्महत्या को पंचायती राज संस्थाओं के प्रतिनिधिगण मूकदर्शकी की भाँति देखते रहे तो ‘ग्राम स्वराज्य’ की कोई सार्थकता नहीं रह पाएगी। अतः पंचायतों को ग्राम स्वावलंबन से जोड़ना होगा। स्वावलंबन के तहत कृषि के साथ-साथ कृषि आधारित उद्योग एवं अन्य लघु उद्योगों का भी विकास आवश्यक है। यह विकास इस पर निर्भर करता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में आधारभूत संरचना (बिजली, पानी और सड़क) का त्वरित गति से विस्तार हो। कृषि-औद्योगिक इकाई के रूप में पंचायत या पंचायतों के समूह को विकसित करने से ग्राम बुनियादी आवश्यकताओं की पूर्ति में स्वावलंबी होगा और साथ ही हर परिवार को रोज़गार उपलब्ध होगा। स्वावलंबन के तहत गांवों में उत्पादित अनाज, फल, सब्जी, दूध तथा विभिन्न लघु उद्योगों में बने पदार्थों की बाहर भी अच्छी कीमत मिलेगी। गांव में उत्पादित

पदार्थों की गुणवत्ता के संबंध में गांधीजी ने विभिन्न पदार्थों की ग्राम प्रदर्शनी लगाने का सुझाव दिया था जिससे लोग गुणवत्ता बढ़ाने का कौशल सीख सकें। आज बदलते समय को दृष्टि में रखते हुए नयी तकनीक पर ध्यान देना होगा जो गुणवत्ता को बढ़ाने में सहायक हो सके। पंचायतों को कृषि-औद्योगिक इकाई के रूप में विकसित करने की दिशा में हर जिले में निर्वाचन द्वारा गठित जिला योजना समिति (जिसे 74वां संविधान संशोधन अधिनियम, 1992 के तहत संवैधानिक मान्यता मिली है) की अहम भूमिका होगी।

यह ध्यान देने की बात है कि आज वैश्वीकरण के दौर में अंतरराष्ट्रीय संगठनों की नीतियों का पंचायतों के स्तर तक असर पड़ता है। उदाहरणस्वरूप, विश्व व्यापार संगठन (डब्ल्यूटीओ) के मंच पर कुछ विकसित राष्ट्रों द्वारा सभी देशों में कृषि क्षेत्र में सरकार द्वारा दी जा रही सब्सिडी की कटौती करने पर ज़ेर दिया जा रहा है। इसका सीधा असर विकासशील और पिछड़े देशों में पहले से ही घाटे में चल रही कृषि अर्थव्यवस्था पर पड़ेगा और बाज़ार में अनाज का समर्थन मूल्य मिलना भी कठिन हो जाएगा। कृषि आधारित सभी देशों के किसान संगठित होकर विश्व व्यापार संगठन की मनमानी नीति का विरोध कर रहे हैं। कृषि क्षेत्र में इस तरह के हस्तक्षेप से पंचायत को ‘कृषि-औद्योगिक इकाई’ के रूप में स्थापित करना संभव नहीं होगा। ऐसी स्थिति में पंचायतों को एक महासंघ बनाकर गांधीवादी तरीके से संघर्ष करना पड़ेगा।

ग्राम स्वराज्य की दृष्टि से गांव की आर्थिक संरचना यानी कृषि क्षेत्र में कोई परिवर्तन, हस्तक्षेप या कृषि योग्य भूमि के अधिग्रहण के पूर्व ग्राम सभा और निर्वाचित पंचायत की सहमति आवश्यक प्रतीत होती है। आज किसी बड़ी परियोजना या बड़े उद्योग हेतु सरकार द्वारा कृषि योग्य भूमि का अधिग्रहण और इस कारण वहां के किसानों का विस्थापन देश के कई क्षेत्रों में दुरुह समस्याएं पैदा कर रहा है। यह ध्यान देने की बात है कि 73वें संविधान संशोधन अधिनियम, 1992 ने पंचायतों को विकास कार्यों की जिम्मेदारी सौंपी है। सरकार के भूमि अधिग्रहण के निर्णय से पंचायतों द्वारा विकास कार्य की योजना में व्यवधान पड़ सकता है और यह 73वें संविधान संशोधन के उद्देश्य को ही ख़त्म कर देता है। अतः राज्य सरकार को कृषि

योग्य भूमि अधिग्रहण के पूर्व पंचायतों से परामर्श करना आवश्यक है। यह उल्लेखनीय है कि पंचायत-उपबंध (अनुसूचित क्षेत्रों के विस्तार) अधिनियम, 1996 (जो सिर्फ़ भारतीय सर्विधान के अनुच्छेद 244 के खंड (1) में वर्णित पांचवां अनुसूची के अनुसूचित आदिवासी क्षेत्रों के पंचायतों पर लागू होता है) में यह प्रावधान है कि उपरोक्त आदिवासी क्षेत्रों में विकास परियोजना और उद्योग हेतु सरकार द्वारा भूमि अर्जन और उससे प्रभावित विस्थापित लोगों के पुनर्वास के पूर्व संबंधित ग्राम सभा और समुचित स्तर के पंचायतों से परामर्श किया जाएगा। भूमि अधिग्रहण के संबंध में इस अधिनियम से ग्राम सभा और पंचायतों की लोकशक्ति के रूप में अहम भूमिका को स्वीकार्यता मिलती है।

सामाजिक समता और सामुदायिक समाज : गांधीजी के ग्राम स्वराज्य की परिकल्पना थी कि समाज समता के सिद्धांत पर चलेगा। उन्होंने स्पष्ट कहा था, “जात-पांत और अस्पृश्यता जैसे जो भेद आज हमारे समाज में पाए जाते हैं, इस ग्राम समाज में बिल्कुल नहीं रहेंगे।” एक स्थान पर उन्होंने समता पर बल देते हुए निम्नलिखित विचार व्यक्त किया था, “मैं ऐसी स्थिति लाना चाहता हूं जिसमें सब का सामाजिक दर्जा समान माना जाए। मजदूरी करने वाले वर्गों को सैकड़ों वर्षों से सभ्य समाज से अलग रखा गया है और उन्हें नीचा दर्जा दिया गया है। मैं बुनकर, किसान और शिक्षक के लड़कों में कोई भेद नहीं होने दे सकता।”

आज 73वें सर्विधान संशोधन अधिनियम, 1992 के तहत पंचायतों के सामाजिक आधार में बदलाव आया है क्योंकि इस अधिनियम के प्रावधान के अनुरूप पंचायती राज संस्थाओं के अध्यक्षों और सदस्यों के रूप में दलित जातियों को उनकी आबादी के अनुपात में स्थान मिल गया है। अब वे लोग पंचायतों की निर्णय-प्रक्रिया में अहम भूमिका निभा रहे हैं। इस परिवर्तन के बावजूद दलित जातियों की आर्थिक स्थिति में सुधार की गति धीमी है। 73वें सर्विधान संशोधन के एक प्रावधान में पंचायतों को ‘सामाजिक न्याय’ हेतु योजना बनाने की जिम्मेदारी सौंपी गई है जो दलितों के कल्याण में सहायक सिद्ध होगा। आज गांव में दलित वर्ग के ज्यादातर लोग भूमिहीन हैं और पंचायतों में सदस्य होने के बावजूद उनकी स्थिति में ज्यादा अंतर नहीं

आया है। इस संदर्भ में गांधीजी की यह उक्ति आज भी प्रासंगिक है : “प्रतिष्ठित जीवन के लिए जितनी ज़मीन की आवश्यकता है, उससे अधिक किसी आदमी के पास नहीं होनी चाहिए। ऐसा कौन है जो इस हकीकत से इंकार कर सके कि जनता की घोर ग़रीबी का कारण यही है कि उनके पास उनकी अपनी कहीं जाने वाली कोई ज़मीन नहीं है।” भूमिहीनों को ज़मीन का एक टुकड़ा तब ही मिल सकता है जब भूमि सुधार के कानूनों (जैसे सीलिंग कानून) के तहत अतिरिक्त भूमि निकलने पर लोगों में वितरित की जाए। 73वें सर्विधान संशोधन अधिनियम, 1992 से संलग्न 11वीं अनुसूची में पंचायतों को दिए गए 29 विषयों में भूमि सुधार कार्य भी वर्णित है।

‘सामुदायिक भावना’ को ग्राम स्वराज्य की सफलता का आवश्यक अंग माना गया है। मीडिया के माध्यम से यह उजागर होता है कि कभी-कभी गांव के लोग बिना किसी सरकारी मदद के मिल-जुलकर श्रमदान द्वारा पुलिया या सड़क का निर्माण करते हैं जो सामुदायिक भावना का द्योतक है। ऐसे सभी कार्यों का कोई रिकार्ड समग्र रूप में लोगों के सामने नहीं आता। योजना आयोग द्वारा ऐसे कार्यों को प्रोत्साहन देने से ग्राम स्वावलंबन को मूर्त रूप मिलेगा।

पंचायतों के कार्य और निर्णय प्रक्रिया में महिलाओं की भागीदारी : ग्राम स्वराज्य की परिकल्पना तब ही साकार होगी जब स्त्री को गरिमा और समानता प्राप्त हो। गांधीजी ने राष्ट्रीय आंदोलन के धरातल पर स्त्री के एक नवीन रूप को समाज के समक्ष रखा। उनके द्वारा स्त्रियों को सत्याग्रह में सम्मिलित करने के अच्छे परिणाम आए और इससे स्त्रियों में आत्मविश्वास की भावना का उदय हुआ। प्रख्यात कवयित्री महादेवी वर्मा के शब्दों में, गांधी ने स्त्रियों को इस बात से परिचित करवाया कि स्त्री के लिए सबसे पहले व्यक्ति की अस्मिता प्राप्त करना ज़रूरी है तभी परिवार और समाज का नया स्वरूप बनेगा।” गांधीजी स्त्री और पुरुष के राजनीतिक अधिकार तथा कानूनी स्तर पर सभी अधिकारों में कोई भेद नहीं करते थे। पंचायती राज संस्थाओं में अध्यक्षों और सदस्यों के कुल स्थान में पहले 33 प्रतिशत स्थान और अब 50 प्रतिशत स्थान स्त्रियों के लिए आरक्षित करने से इनकी राजनीतिक भागीदारी उल्लेखनीय रूप से बढ़ी

है। गौरतलब है कि 2006 में सबसे पहले बिहार ने पंचायती राज संस्थाओं में 33 प्रतिशत से बढ़ाकर 50 प्रतिशत स्थान आरक्षित कर स्त्रियों की पुरुषों के बराबर भागीदारी सुनिश्चित कर दी। बिहार की तर्ज पर ही राजस्थान, हिमाचल प्रदेश और उत्तराखण्ड की राज्य सरकारों ने भी पंचायती राज संस्थाओं में महिलाओं का आरक्षण 33 प्रतिशत से बढ़ाकर 50 प्रतिशत करने की घोषणा की है। उत्तराखण्ड राज्य ने इस कार्य हेतु नया पंचायत अधिनियम भी विधान सभा में पारित कर दिया है। अब केंद्र सरकार ने और आगे बढ़कर सभी राज्यों में 50 प्रतिशत स्थान स्त्रियों के लिए आरक्षित करने का क्रांतिकारी फैसला लिया है।

गौरतलब है कि पंचायती राज संस्थाओं में महिला आरक्षण से उनकी राजनीतिक भागीदारी बढ़ती है। किंतु सशक्तीकरण और गरिमा हेतु महिलाओं को आर्थिक दृष्टि से स्वावलंबी बनाना होगा। इस दिशा में स्वयं सहायता समूहों का प्रसार एक सफल प्रयास है और यह प्रायः महिलाओं द्वारा ही आरंभ हुआ है। इसके प्रसार में पंचायती राज संस्थाएं और जिला योजना समिति अहम भूमिका निभा सकती हैं।

गांव और शहर के जीवनस्तर पर समानता लाने की योजना : ग्राम स्वराज्य की दिशा में अप्रसर होने के लिए गांव और शहर के अंतर को पाठना होगा। दूसरे शब्दों में, ‘भारत’ (ग्रामीण अंचल) और इंडिया (शहरी क्षेत्र) को समान स्तर पर लाए बिना गांवों का पुनर्निर्माण संभव नहीं है। इस संबंध में शहरों में रहने वाले विशिष्ट वर्ग को ही विचार करना है कि गांवों और शहरों के अंतर को कैसे कम किया जाए। गांधीजी की यह उक्ति आज भी प्रासंगिक है “हम शहरवासियों का ख्याल है कि भारत शहरों में ही है और गांवों का निर्माण शहरों की ज़रूरतें पूरी करने के लिए ही हुआ है। हमने कभी यह सोचने की तकलीफ़ ही नहीं उठाई कि उन ग़रीबों को पेट भरने जितना अन्न और शरीर ढकने जितना कपड़ा मिलता है या नहीं। धूप और वर्षा से बचने के लिए उनके सिर पर छप्पर है या नहीं। मैंने पाया है कि शहरवासियों ने आमतौर पर ग्रामवासियों का शोषण किया है। सच तो यह है वे ग़रीब ग्रामवासियों की ही मेहनत पर जीते हैं।”

शहरों की तुलना में गांवों की दयनीय स्थिति भारत के 2001 के जनगणना के आंकड़ों से

जाहिर होता है। आज भारत की 72.23 आबादी गांवों में रहती है और 22.87 लोग ही शहरों में निवास करते हैं। दस पंचवर्षीय योजनाओं को पूरा करने के बाद भी आधारभूत संरचना में शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में भारी अंतर है जो चाँकाने वाला है। 2001 की जनगणना के आधार पर आज शहरों में 77.70 लोग पक्के मकानों में रहते हैं जबकि गांवों में मात्र 29.10 प्रतिशत लोग ही पक्के घर में निवास करते हैं। उसी तरह शहरों के 81.38 प्रतिशत लोगों को पेयजल उपलब्ध है किंतु गांवों में पेयजल 55.44 प्रतिशत लोगों को ही मिलता है। बिजली की सुविधा में भी अंतर है। शहर के 75 प्रतिशत निवासियों को बिजली उपलब्ध है किंतु 30 प्रतिशत ग्रामवासियों को ही बिजली की सुविधा है। यह भी देखा जाता है गांवों में चौबीस घंटे में आधा समय बिजली गायब ही रहती है। गांवों में आधारभूत संरचना की कमी के बजाए संचायतों का ग्राम स्वराज्य की दिशा में कार्य करना कठिन है। ऐसी स्थिति में संविधान द्वारा पंचायतों को शक्ति और अधिकार देना अर्थहीन हो जाता है। बिना आधारभूत संरचना के लघु उद्योगों को भी गांवों में नहीं चलाया जा सकता। परिणामस्वरूप रोज़गार का सृजन नहीं होने से रोज़गार की तलाश में लोगों के पलायन को रोका नहीं जा सकता। आज भी गांधीजी की यह उक्ति प्रासंगिक है : “अगर हमें स्वराज्य की रचना अहिंसा के पाये पर करनी है, तो गांवों को उनका उचित स्थान देना होगा।” इक्कीसवीं सदी के परिप्रेक्ष्य में यह शुभ संकेत है कि प्रिंट मीडिया ने इस बात को उजागर किया। देश के सभी जिलों में नरेगा (राष्ट्रीय ग्रामीण रोज़गार योजना) के लागू होने से ग्रामीण अंचलों में ही काम मिल जाने के फलस्वरूप ग्रामीण जन का रोजी-रोटी हेतु पलायन निर्यत्रित हुआ है। गौरतलब है कि इस योजना के तहत तालाब और कुओं का निर्माण हुआ है और अब महिलाओं को पेयजल लाने के लिए दूर नहीं जाना पड़ता है। राजस्थान के सिरोही जिले के आदिवासी बहुल गांवों और पड़ोस के ग्रामीण क्षेत्रों में काम मिल जाने से 94 प्रतिशत लोगों का पलायन रुका है। जाने-माने पत्रकार पी. साईनाथ की एक सर्वे रिपोर्ट के अनुसार आंध्र प्रदेश के महबूब नगर जिले में नरेगा के तहत काम मिलने के फलस्वरूप रोजी-रोटी की तलाश में ग्रामीण जन का पलायन निर्यत्रित

हुआ है।

ग्राम स्वराज्य को ज़मीनी स्तर पर उतारने के लिए जिला योजना समिति को ऐसी योजना के प्रारूप को तैयार करना होगा जो गांव और शहर को समान स्तर पर लाने में सहायक सिद्ध हो।

गांवों के पुनर्निर्माण में निष्ठावान ग्राम कार्यकर्ता और ग्राम मनोवृत्ति : ग्राम स्वराज्य की दिशा में अग्रसर होने के लिए ग्राम मनोवृत्ति से प्रेरित निष्ठावान ग्राम कार्यकर्ताओं की अहम भूमिका होगी। गांधीजी की परिकल्पना में ग्राम स्वराज्य में नौकरशाही का उल्लेख नहीं है। इस संदर्भ में आम जनता द्वारा चुने हुए पंचायती राज संस्थाओं के अध्यक्षों और सदस्यों को निष्ठावान ग्राम कार्यकर्ताओं के रूप में गांवों के पुनर्निर्माण का कार्य करना होगा। इस कार्य से ही वे आम जन को ग्राम स्वराज्य का महत्व समझा पाएंगे और इस कार्य में उनकी भागीदारी प्राप्त करेंगे। यह ध्यान देने की बात है कि ग्राम स्वराज्य में कार्यरत पंचायती राज संस्थाओं के अध्यक्षों और सदस्यों की राजनीतिक संस्कृति संसद और विधान मंडलों के चुने हुए सदस्यों जैसी अभिजात्य नहीं होगी। शायद ऐसे विशिष्ट वर्ग के लोग ज़मीनी स्तर पर ग्राम स्वराज्य का कार्य नहीं कर पाएंगे। इस संदर्भ में गांधीजी का यह विचार उल्लेखनीय है कि विशिष्ट लोगों को ‘स्वैच्छिक गृहीती’ (वोलंट्री पोवर्टी) स्वीकारनी चाहिए जिससे वे आम आदमी के साथ समानता के स्तर पर गहरा संबंध बना सकें।”

यह विचार इस बात को इंगित करता है कि वर्तमान राज व्यवस्था में संलग्न राजनीतिज्ञों की शान-शैकत को सादगी में बदलना होगा। इसके विपरीत राजधानी की राजनीति से दूर पंचायती राज संस्थाओं के अध्यक्षों और सदस्यों को गांव में आमजन के बीच रहना होता है। अतः उनकी बंधुत्व भावना, त्याग और सेवा से गांवों का पुनर्निर्माण होगा।

अहिंसा, असहयोग और सत्याग्रह का स्थान : ग्राम स्वराज्य के विभिन्न आयामों को साकार करने के लिए पंचायतें अपने कार्यों को सहयोग के आधार पर संचालित करेंगी। किंतु ग्राम स्वराज्य के उद्देश्यों की पूर्ति हेतु सभी उपायों को आजमाने के बाद ही आवश्यकता पड़ने पर पंचायतें सत्याग्रह और असहयोग का सहारा लेंगी। इस संदर्भ में गांधीजी की यह युक्ति प्रासंगिक है : “सत्याग्रह और असहयोग के शस्त्र के साथ अहिंसा की सत्ता ही ग्रामीण

समाज का शासन-बल होगी।”

गांधीजी आजीवन सामाजिक परिवर्तन हेतु रचनात्मक कार्यक्रम और सत्याग्रह दोनों को साथ-साथ लेकर चलते थे। उनकी यह शैली इस बात को इंगित करती है कि रचनात्मक कार्य के प्रति निष्ठा पर सत्याग्रह की सफलता निर्भर करती है। इस संदर्भ में आज पंचायती राज संस्थाओं के अध्यक्षों और सदस्यों द्वारा विकास कार्य करते हुए किसी विशेष परिस्थिति में सत्याग्रह का इस्तेमाल किया जा सकता है। ध्यान देने की बात है कि पंचायत स्तर पर ग्राम सभा एक संवैधानिक इकाई है जिसकी बैठक में पंचायत अध्यक्ष अथवा मुखिया को विकास कार्यों का लेखा-जोखा पारदर्शिता और जवाबदेही हेतु प्रस्तुत करना पड़ता है। इस कार्य में विलंब और गड़बड़ी की स्थिति में ग्राम सभा भी पंचायत अध्यक्ष के विरुद्ध सूचना का अधिकार या सत्याग्रह का इस्तेमाल कर सकती है।

निष्कर्ष

ग्राम स्वराज्य एक समग्र विचार है जिसकी आधारशिला के तहत योजना और पंचायती राज को अलग-अलग देखा जाएगा तो देश की विकास योजनाओं में आम आदमी की अहम भूमिका का कोई अर्थ नहीं रह जाएगा। यह ध्यान देने की बात है कि योजना से आम आदमी पंचायती राज के सेतु के माध्यम से ही जुड़ता है। इस परिप्रेक्ष्य में 74वें संविधान संशोधन के प्रावधान के अनुरूप गठित जिला योजना समिति देश की विकास योजनाओं की एक महत्वपूर्ण कड़ी है। विडंबना है कि इस कड़ी को अब तक मज़बूती प्रदान नहीं की गई है। इसे मज़बूती प्रदान करने से ही किसी राज्य में व्याप्त क्षेत्रीय असंतुलन को दूर किया जा सकता है। देश की बहुत सारी समस्याएं क्षेत्रीय असंतुलन का ही नतीजा है। पिछड़े क्षेत्र के लोगों का रोजी-रोटी की तलाश में एक राज्य से दूसरे राज्य में पलायन भी होता है। ज़िला योजना और पंचायती राज के रिश्ते की व्याख्या भी की जानी चाहिए और यह ‘ग्राम स्वराज्य’ के बिंदुओं के तहत करनी होगी। इस विचार को ठंडे बस्ते में रख देना उचित नहीं होगा। इस दिशा में नीति निर्धारिकों और योजना आयोग को पहल करनी होगी। □

(लेखक गांधी विद्या संस्थान, वाराणसी में राजनीति विज्ञान के रीडर रह चुके हैं)

कुष्ठ रोग : सिमटता दायरा

● तृप्ति नाथ

आज से छह दशक पहले राष्ट्रीय प्रतिक्रिया महात्मा गांधी ने अपने वर्धा आश्रम में कुष्ठ रोगियों की सेवा करके देशवासियों के सामने एक ज्वलंत उदाहरण पेश किया था, जिससे राष्ट्रीय की आत्मा हिल उठी थी। उनके इस उदाहरण से लोगों को सबक लेने और कुष्ठ रोगियों के साथ बिना भेदभाव किए मानवीय व्यवहार करने की सीख मिलती है। कुष्ठ रोग मेकोबैकटीरियम लेप्राई नाम के विषाणु द्वारा फैलाई जाने वाली एक बीमारी है। इसका ज्यादा असर लोगों की त्वचा और स्नायुतंत्र के सिरे पर पड़ता है।

देश में कुरीब आधी सदी से राष्ट्रीय कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम चल रहा है। लेकिन बावजूद इसके दुनिया के 65 प्रतिशत कुष्ठ रोगी भारत में पापा जाते हैं। कुष्ठ रोग विशेषज्ञों का मानना है कि इसका एक मुख्य कारण इलाज में देरी है क्योंकि इस रोग से पीड़ित लोग इसे छुपाते हैं क्योंकि उन्हें लगता है कि समाज में इसे कलंक समझा जाता है। राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम एनएलईपी की 2008-09 के अंतिम वर्ष की प्रगति रिपोर्ट के अनुसार भारत में 1,34,000 कुष्ठ रोग मामलों की सूचना मिली। इससे ज़ाहिर होता है कि हर एक लाख आबादी के पीछे कुष्ठ रोग के 11.19 नये मामले सामने आए जो 2007-08 के 11.70 की अपेक्षा कम थे।

दुनियाभर में कुष्ठ रोगियों की ज्यादा संख्या वाले देशों में भारत प्रमुख है। ब्राज़ील, इंडोनेशिया और नेपाल का इसके बाद नंबर आता है। देश में कुष्ठ रोगियों की भारी संख्या को देखते हुए इस दिशा में लापरवाही नहीं बरती जा सकती। हालांकि, यह भी सच है कि पिछले 25 वर्षों में 1.25 करोड़ लोग इस रोग से इलाज़ द्वारा मुक्त किए जा चुके हैं।

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम को शुरू हुए काफी समय बीत चुका है फिर भी देश अभी इस बीमारी के उन्मूलन के आसपास

नहीं पहुंचा है। दिसंबर 2005 में राष्ट्रीय प्रतिक्रिया कुष्ठ उन्मूलन अभियान शुरू किया गया था, तब से 10,000 की आबादी के पीछे एक मामला प्रकाश में आया है। हाल ही में सासाकावा-इंडिया लेप्रोसी फाउंडेशन द्वारा आयोजित एक मीडिया वर्कशॉप में विश्व स्वास्थ्य संगठन के नेशनल प्रोफेशनल ऑफिसर, डॉ. इंद्रनाथ बनर्जी ने कहा कि दुनिया से कुष्ठ रोग उन्मूलन में अभी कई दशक और लग जाएंगे क्योंकि इस बीमारी के परिपक्व होने की अवधि लंबी होती है और कई मामलों में तो इसे ज़ाहिर होने में 40 साल लग जाते हैं।

भारत में 80 के दशक में कुष्ठ रोग के इलाज के लिए मल्टी ड्रग थेरेपी की खोज की गई। इससे प्रचारित करने के बाद हर 10,000 की आबादी के पीछे 57.60 नये मामलों की तुलना में 1 अप्रैल, 2009 को घटाकर 0.72 करने में सफलता मिली। 1982 में जब राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम शुरू किया गया तो देश में 40 लाख कुष्ठ रोगी थे। अब इलाज के बाद इनकी संख्या घटकर एक लाख से कम रह गई है।

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम के अनुसार 2008-09 के शुरुआत में 0.87 लाख कुष्ठ रोगी थे तथा इस रोग से ग्रस्त लोगों की दर प्रति 10,000 आबादी के पीछे 0.74 थी। तब से 29 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों ने कुष्ठ रोग उन्मूलन का लक्ष्य प्राप्त कर लिया है। एनएलईपी के अनुसार देश के 614 में 482 जिलों (78.5 प्रतिशत) ने मार्च 2008 तक उन्मूलन का लक्ष्य प्राप्त किया। वर्ष 2008-09 के दौरान 13 राज्यों में बीते साल के मुकाबले कुछ नये मामले की सूचना मिली। ये क्षेत्र हैं- अंडमान निकोबार द्वीप समूह, दिल्ली, दमन और दीव, गुजरात, हरियाणा, करेल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, मेघालय, उड़ीसा, पुड़्बूचेरी, राजस्थान और सिक्किम।

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम घरेलू संसाधनों से चलाया जाने वाला कार्यक्रम है और इसकी शुरुआत 2005 में हुई थी। 11वीं पंचवर्षीय योजना में इसके लिए 216.92 करोड़ रुपये के बजट की व्यवस्था की गई है। इस कार्यक्रम के उपमहानिदेशक ने कहा कि सरकार ने जो वित्तीय व्यवस्था की गई है। इस कार्यक्रम के उपमहानिदेशक ने कहा कि सरकार ने जो वित्तीय व्यवस्था की गई है। उन्होंने कहा कि हमें कई अन्य सहायता भी मिल रही है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के जरिये नोवार्टिस हमें एमडीटी

दे रहा है। उन्होंने पांच वर्षों तक यानी 2007-2012 तक कुष्ठ रोग का सामना करने के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन को यह सहायता देने का बादा किया है। उनसे हमें एमडीटी के पैकेट मिलते हैं, जिनमें तीन दवाएं रीफामपीसीन, क्लोफामाइजीन और डैपसोन होती हैं। ये दवाएं कुष्ठ रोगी को 6 महीने से एक साल तक देनी होती है। लंदन मुख्यालय वाले अंतर्राष्ट्रीय कुष्ठ रोग संघ और उनके अंतर्राष्ट्रीय सदस्य एएमसीआईडीई लेप्रोसी एंड आईडीईए ने फैसला किया है कि वे पोप बेनेडिक्ट 16वें से अपील करेंगे कि कुष्ठ रोगियों को संबोधित करने के लिए 'लेपर' शब्द का प्रयोग न किया जाए। यह संगठन 11 अक्टूबर को रोम में पोप से मिलकर अपील करेंगे और उन्हें एक याचिका देंगे। 11 अक्टूबर को कैथोलिक प्रीस्ट फादर डेमियन का कैनोनाइजेशन समारोह होगा। वे हवाई द्वीप समूह में कुष्ठ रोग मिशन से जुड़े थे इस कारण उन्हें मोलोकई का लेपर प्रीस्ट कहा जाता था। उनकी मृत्यु 49 वर्ष की अवस्था में 1889 में हुई। इस अभियान का भारत से भी वास्ता है क्योंकि भारत में भी कुष्ठ रोगियों के साथ भेदभाव होता है। कुष्ठ रोग से जुड़ी अंतर्राष्ट्रीय कुष्ठ संघ ने अन्य चार संगठनों के साथ राज्यसभा को याचिकाएं दी हैं जिनमें भेदभाव दूर करने और कुष्ठ रोगियों के सशक्तीकरण के लिए कानूनों में संशोधन का अनुरोध किया गया है।

डॉ. गोपाल ने कहा कि 24 अक्टूबर, 2008 को कुष्ठ रोगियों के एकीकरण और सशक्तीकरण की याचिका संसद के पटल पर रखी गई। उन्होंने कहा कि मुझे बताया गया है कि संबद्ध मंत्रालयों ने राज्यसभा सचिवालय को इस विषय में की गई कार्रवाई की रिपोर्ट पेश कर दी है। उन्होंने उमीद ज़ाहिर की कि संसद के शीतकालीन सत्र में इस पर विचार किया जाएगा।

कुष्ठ रोगियों के साथ पुराने रुढ़िवादी विचारों के चलते भेदभाव किया जाता है। यही कारण है कि उनके लिए सात सौ कुष्ठ रोगी कॉलोनियां बनी हुई हैं जिनमें से क़रीब आधा दर्जन राष्ट्रीय राजधानी में हैं। भेदभाव के कारण कुष्ठ रोगियों को कष्ट उठाना पड़ता है।

यह पूछे जाने पर कि सरकार कुष्ठ रोग प्रभावित लोगों को समाज से जोड़ने के लिए क्या कर रही है, एनएलईपी के उपमहानिदेशक

ने कहा कि सन् 2001-02 में स्वास्थ्य मंत्रालय ने एनएलईपी को अन्य स्वास्थ्यचर्या वाले कार्यक्रमों के साथ एकीकृत कर दिया गया है। ताकि कुष्ठ रोगियों को स्वास्थ्य सुविधाएं देने के लिए समाज की मुख्यधारा में लाया जाए। इससे कुष्ठ रोगी भी स्वास्थ्य संस्थानों से सेवाएं पा सकेंगे। जो कुष्ठ रोगी विकलांग हो गए हैं वे इस योजना के तहत पांच हज़ार रुपये प्रति आपरेशन की आर्थिक सहायता ले सकते हैं। इसके जरिये उन्हें ऑपरेशन कराकर इलाज कराना होगा। कुष्ठ रोग को अब राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का एक अंग बनाया जा चुका है। इस बीमारी के साथ जुड़े कलंक को हटाने के लिए दिशानिर्देश तैयार किए गए हैं और इन्हें राज्यों और केंद्रशासित प्रदेशों को भेजा गया है।"

अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर डॉ. गोपाल ने कुष्ठ रोगियों को राहत दिलाने के लिए एक और कदम उठाया है। इस बीमारी से जुड़े आइडिया और नेशनल फोरम ऑफ पीपुल अफेक्टेड बाई लेप्रोसी का कहना है कि यह विचलित करने वाली बात है कि अब भी कुष्ठ रोगियों को संबोधित करने के लिए अपमानजनक संबोधन का इस्तेमाल किया जाता है। 8 वर्षों तक कुष्ठ रोगियों के साथ रह चुके डॉ. गोपाल का कहना है कि उन्होंने कॉलेज के साथियों और संबंधियों द्वारा कुष्ठ रोगियों के साथ किए जाने वाले भेदभाव का अनुभव किया है।

हवाना में 1948 में आयोजित इंटरनेशनल लेप्रोसी कांग्रेस ने एक प्रस्ताव पास करके 'लेपर' शब्द के इस्तेमाल का विरोध किया था। उसके बाद महात्मा गांधी ने कुष्ठ रोगियों की सेवा करके एक नया उदाहरण रखा था। अब इस शब्द के इस्तेमाल के खिलाफ़ पोप को याचिका दी जाएगी क्योंकि चर्चों में प्रार्थना के समय इस शब्द का इस्तेमाल किया जाता है। बड़ी संख्या में इस याचिका की प्रतियां बांटी जाएंगी ताकि लोगों प्रभावित लोगों को नाम से संबोधित करने की आदत बने।

डॉ. गोपाल ने देश-विदेश में कुष्ठ रोगियों के साथ भेदभाव के अनेक उदाहरण पेश किए हैं। उनका कहना है कि लोगों को इस संबंध में संवेदनशील बनाए जाने की ज़रूरत है। जापान और अमरीका जैसे कथित रूप से विकसित देशों का उदाहरण देते हुए उन्होंने कहा कि 1995 तक जापान में कुष्ठ रोगियों को सैनीटोरियम में रहने के लिए मज़बूर किया जाता था। उन्हें

शादी करने की अनुमति नहीं थी। विदेशी दबाव के चलते यह कानून रद्द किया गया लेकिन वर्षों से चला आया यह कलंक एकदम से मिटाना संभव नहीं था। युवावस्था इस रोग से लड़ने में बिताने के बाद रोगियों को उमीद थी कि उनके परिवार के लोग कानून रद्द होने के बाद उन्हें गले लगाएंगे। लेकिन इसके बाद उनकी स्थिति और ख़राब हुई। परिवार के लोगों ने उन्हें पहचानना बंद कर दिया और उन्हें सैनीटोरियम में ही रहना पड़ा क्योंकि परिवार वालों ने उन्हें साथ रखने से इंकार कर दिया।

अमरीका में 1850 के दशक में हवाई में कुष्ठ रोग फैलने के बाद रोगियों को कलाऊपापा में अकेले जीवन बिताने के लिए निवासित कर दिया जाता था। जापान, कोरिया और अमरीका की तुलना में भारत में इन लोगों के साथ उदारतापूर्ण व्यवहार होता रहा है। लेकिन समय-समय पर कुष्ठ रोगियों के साथ भेदभाव की ख़बर मिलती रहती है। इस महीने के शुरू में कुष्ठ रोग प्रभावित लोगों के राष्ट्रीय मंच ने पोरबंदर जिला प्रशासन से उस आदेश को वापस कराने में सफलता मिली, जिसमें कुष्ठ जैसे रोग से प्रभावित सभी लोगों को जन्माष्टपी के त्यौहार के समय शहर से बाहर रहने के निर्देश दिए गए थे।

डॉ. गोपाल का कहना है कि निप्पन फाउंडेशन ने संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद को याचिका देकर कुष्ठ रोग प्रभावित लोगों और उनके परिवारों के साथ भेदभाव खत्म किए जाने का अनुरोध किया है। भारत और भूटान के लिए संयुक्त राष्ट्र के सूचना केंद्र ने इस बात की पुष्टि की है कि मानवाधिकार परिषद ने मानवाधिकार उच्चायुक्त से सभी सरकारों द्वारा कुष्ठ रोगियों के प्रति भेदभाव खत्म करने के लिए उठाए गए कदमों के बारे में सूचना इकट्ठा करने के लिए कहा है। उधर मानवाधिकार परिषद ने भी सलाहकार समिति से रिपोर्ट की जांच करने और ऐसे सिद्धांत और दिशानिर्देश तैयार करने को कहा है जिनके जरिये कुष्ठ रोग प्रभावित लोगों और उनके परिवारों के साथ होने वाला भेदभाव खत्म किया जा सके। समिति ने इस विषय पर दिशानिर्देशों का मसौदा विचार के लिए सितंबर 2009 तक पेश करने के निर्देश दिए हैं। □

(लेखक संडे टाइम्स, लंदन से संबद्ध दिल्ली स्थित पत्रकार हैं। ई-मेल : triptinath@gmail.com)

RAU'S IAS

A name that Nation trusts

हमारी उपलब्धियाँ

हमारा 2008 का परीक्षा परिणाम : पहले 20 में 8 और पहले 100 में 43 छात्रों के साथ हमारे कुल 281 छात्रों का चयन हुआ है। हमारी पिछली उपलब्धियों पर नजर डाली जाए तो 1953 से यूपीएससी की सिविल सेवाओं में हुए कुल चयन में से लगभग एक तिहाई चयन हमारे स्टडी सर्किल से हुआ है।

यह एक मानी हुई बात है कि आईएएस और पीसीएस की कोचिंग में RAU'S देश भर में सबसे भरोसेमंद और चर्चित नाम है।

अनूठी तैयारी

सबसे ज्यादा महत्वपूर्ण प्रश्न:

क्या मेरे में प्रतिभा है? यह एक ऐसा प्रश्न है जो आपको रातों को जगाता है। लेकिन सही जानकारी और योजना से आप आसानी से इस प्रश्न का उत्तर दे सकते हैं। RAU'S IAS को अपने प्रखर और अमूल्य अध्यापन के लिए जाना जाता है। यह बात साबित है कि हम सिविल सेवा परीक्षा में सबसे आगे हैं।

Beware

Please note that we do not have any branch or franchises, agents, representatives etc. anywhere in India, except one branch only at Jaipur.

हिन्दी माध्यम में भी अग्रणी

कार्यक्रम विवरण

सिविल सेवाएं/पीसीएस परीक्षा - 2010

◆ पर्सनल गाइडेंस (अंग्रेजी माध्यम) -

General Studies / Essay, Commerce, Economics, Geography, History, Law, Political Science, Psychology, Public Administration & Sociology.

◆ पर्सनल गाइडेंस (हिन्दी माध्यम) -

सामान्य अध्ययन / निर्बंध, भूगोल, इतिहास, लोक प्रशासन एवं समाजशास्त्र में उपलब्ध।

◆ पोस्टल गाइडेंस (अंग्रेजी माध्यम) -

General Studies, Geography, History, Law, Political Science, Psychology, Public Administration and Sociology.

◆ पोस्टल गाइडेंस (हिन्दी माध्यम) -

सामान्य अध्ययन, भूगोल, इतिहास, लोक प्रशासन एवं समाजशास्त्र में उपलब्ध।

◆ हॉस्टल सुविधा उपलब्ध।

**कोई भी लक्ष्य बड़ा नहीं ।
जीता वही जो डरा नहीं ॥**

नया बैच 6 नवम्बर 2009 से प्रारंभ, प्रवेश के लिए आवेदन करें ।

स्वयं संपर्क करें अथवा रु. 50/- के ड्राफ्ट / मनी ऑर्डर के साथ विवरण पुस्तिका के लिए लिखें।



RAU'S IAS STUDY CIRCLE

मुख्यालय : 309, कंचनजंगा बिल्डिंग, 18, बाराखंबा रोड, कनॉट प्लेस, नई दिल्ली - 110001

फोन : 011-23317293, 23318135-36, 23738906-07, 32448880-81, फैक्स : 23317153

जयपुर केन्द्र : 701, एपेक्स मॉल, लाल कोठी, टोक रोड, जयपुर-302015, फोन: 0141-6450676, 3226167, 9351528027

वेबसाइट : www.rauias.com ई-मेल : contact@rauias.com

Empowering talent since 1953



शोधयात्रा

चंपारण की पुकार

चंपारण का देश के इतिहास में विशेष स्थान है। यही वह जगह है जहां महात्मा गांधी ने नील की खेती करने वाले किसानों का शोषण छह महीनों के भीतर समाप्त कर 1917 में सत्याग्रह का औजार दुनिया को दिया था। अंततः इसी अनुभव के आधार पर 1929 में पूर्ण स्वराज्य की मांग रखी गई। राजकुमार शुक्ल और अन्य लोगों ने जब उन्हें नील की खेती करने वाले किसानों की समस्याओं के अध्ययन के लिए आर्मेन्ट्रित किया, गांधीजी को इसकी कल्पना नहीं होगी कि किसानों का किस कदर शोषण हो रहा था। दुख तो यह है कि स्वतंत्रता के 62 वर्षों बाद भी ग्रीबों का शोषण पूरे तौर पर समाप्त नहीं हुआ है। मज़दूरी की दरें बहुत ही कम हैं और आर्थिक अवसर अत्यंत सीमित। गांधीजी को श्रद्धांजलि

गांधी स्मारक के पास 29 दिसंबर को उद्घाटन सत्र में उठे प्रश्नों में एक यह था—“हमें शोधयात्रा की क्यों ज़रूरत है, क्या रचनात्मक लोगों के बारे में हर गांव के लोगों को ही क्यों, अन्य सभी स्थानों के लोगों को भी जानकारी नहीं होनी चाहिए?” इस प्रश्न का कोई संतोषजनक उत्तर नहीं था। लोग इसके लिए प्रचलित सोच, औपनिवेशिक इतिहास, विकास के विदेशी प्रादर्शों वाली औपनिवेशिकोंतर मनोग्रंथि अथवा महज वैकासिक प्रयोगधर्मियों के बीच जड़ता को दोष दे सकते हैं।

स्मारक पर गांधीजी को श्रद्धांजलि देने के बाद हम ठहलने लगे। अनेक पुराने गांधीवादियों

ने इस तथ्य को लेकर विमर्श शुरू कर दिया कि भारतीय इतिहास में मोतिहारी को वह स्थान नहीं मिला जितना उसे मिलना चाहिए। आगे बढ़ने पर बंजारिया गांव के छोटे बच्चे संतोष की पेंटिंग ने सभी को मंत्रमुग्ध कर दिया। उसने अपनी कलात्मक प्रतिभा का परिचय कई रूपों में दिया। अगले गांव के लिए खाना होने से ठीक पहले हमारे समक्ष एक असाधारण दृश्य उपस्थित हुआ। एक मकान के बाहर बनी मिट्टी के गोलाकार अनाज रखने की कोठी (खोप) की सतह पर चारों ओर असाधारण कलाकृतियां बनी हुई थीं। हमने कलाकार के बारे में पूछा तो पता चला कि चैलहा गांव की राम तिवारी देवी कोठी (खोप) पर त्रिआयामी कलाकृति की शिल्पी हैं। उन्होंने यह कला अपनी मां से सीखी थी और उनका मानना था कि अनाज रखने का पात्र (खोप) बनाने का बस यही एक तरीका उन्हें आता था। कला जब एकमात्र विकल्प बन जाती है तो सृजनात्मकता अपना मकसद हासिल कर लेती है। शेष यात्रा के दौरान हमें उसी प्रकार की और कलाकृतियां देखने को मिलीं। अद्भुत सुंदर चित्र और रेखाचित्र हमें रास्ते भर मिले। परंतु उस प्रकार का त्रि-आयामी अथवा उभरी कलाकृति वाला दूसरा खोप हमें कहीं नहीं दिखाई दिया। करीब 100 किलोमीटर तक उस डिज़ाइन की अन्य कोई प्रतिकृति नहीं दिखाई पड़ी, हालांकि कम जटिल डिज़ाइनों वाली कुछ अन्य प्रकार की कलाकृतियां अवश्य सामने आईं। क्या उसे पता था कि कितनी

विशिष्ट है वो? क्या हमारे योजनाकार और विचारक इस प्रकार के कलाकार की विनम्रता से कुछ सीखने का प्रयास करेंगे? ऐसे मौन कलाधर्मी हैं जिनके लिए ज़िंदा रहने की जद्दोज़हद के बीच, जीवन और कला की एक ही मंजिल होती है और वह है उनका कार्य।

पूर्व की शोध यात्राओं के दौरान उत्तर प्रदेश के बागपत में सड़क किनारे उपलों के ढेर में भी उसी प्रकार की कलाकृति देखने को मिली थी। परिचम बंगाल के पुरुलिया की झोपड़ी की दीवार पर भी वैसी कलाकृति दिखाई दी थी। हर बार जब हमें महिलाओं की सृजनात्मकता के विशिष्ट नमूने देखने को मिलते हैं, हम यह सोचने पर विवश होते हैं कि अपने सीमित घरेलू स्थान में जब वे इस प्रकार की चित्ताकर्षक कलाकृतियां बना सकती हैं, तो यदि उन्हें संस्थागत स्थान/अवसर मिला होता तो क्या होता? निश्चित ही उनकी कलात्मक प्रतिभा और भी निखर कर सामने आती। अजगरी गांव से गुज़रने के बाद, हमने गोखुला में दोपहर का खाना खाया और एक ऐसे मकान से होकर गुज़रे, जोकि बत्तख मियां की मज़ार मुहम्मदपुर के नाम से मशहूर था। बत्तख मियां एक स्वतंत्रता सेनानी थे, जिन्हें काफी पहले भुला दिया गया था और अभी हाल ही में वे फिर से याद किए गए थे। यात्रियों की मुलाकात यहां 60 वर्षीय करमूला खां से हुई, जो एक हकीम थे और पायरिया, मोच और पेटदर्द आदि अन्य बीमारियों की दवा दिया करते थे। एक महीने तक रोज़ सुबह

काली मिर्च के कुछ दाने के लेने भर से सायटिका के दर्द से छुटकारा दिलाने का दावा किया जाता था। सिसवानिया, गोबरी और मुखलिशपुर से गुजरते समय हमें लैपटॉप पर देश के अन्य मार्गों में विकसित नयी-नयी चीज़ों से परिचित कराया गया। लैपटॉप का पर्दा दोनों ओर से दिखाई देता था, जिसका विकास चेन्नई के डॉ. जनार्दन रेड्डी और नारायण ने किया था। हम भेला छपरा प्राथमिक विद्यालय में ठहरे थे। वहां से हम सेमरा के लिए रवाना हुए। छपरा में स्वतंत्रता सेनानी बैद्यनाथ प्रसाद ने एक देशभक्ति गीत सुनाया और जड़ी-बूटियों से बनने वाली औषधियों के बारे में हमें रोचक जानकारी दी। उनका अभिनंदन करने के बाद शोधयात्रियों ने एक अन्य स्वतंत्रता सेनानी जनाब शेख यूसुफ का उनके घर पर अभिनंदन किया।

सुगौली में स्कूली बच्चों के लिए पाक प्रतियोगिता आयोजित की गई थी और स्थानीय कर्मचारियों तथा वैद्य-हकीमों का सम्मान करने के लिए छोटा-सा कार्यक्रम रखा गया था। हम श्री प्रमोद स्टीफन के घर पर रुके, जो पारंपरिक दवाओं (जड़ी-बूटियों) से स्थानीय लोगों की सेवा कर रहे थे। माधोपुर कृषि विज्ञान केंद्र जाते हुए हमें अनेक रुचिकर नवाचार और बंद पड़ी चीजों मिल का अवसादकारी नज़ारा देखने को मिला। श्रीपुर चौक के सातवीं कक्षा के छात्र अभय कुमार यादव ने एक ऐसा इलेक्ट्रो-मैग्नेटिक (विद्युत-चुंबकीय) यंत्र विकसित किया था, जो कचरे/कंपोस्ट खाद से छोटे-छोटे धातु के टुकड़े इकट्ठा कर लेता था, ताकि धातु के टुकड़े खेतों में पहुंचकर पशुओं को नुकसान न पहुंचा सकें। श्री स्टीफन पूरी यात्रा के दौरान एक ऐसा झंडा लेकर चल रहे थे, जिस पर नारा लिखा था—“नीचे धरती ऊपर आकाश, बीच से निकले ज्ञान का प्रकाश।” मोतीलाल हाई स्कूल, मङ्गवालिया और प्राथमिक विद्यालय, महदीपुर में इस विषय पर रोचक चर्चा हुई कि क्षेत्र की जैवविविधता का उपयोग करते हुए किस प्रकार समस्याओं का स्थानीय समाधान खोजा जाए। गुजरात के कच्छ क्षेत्र का एक उदाहरण हमें सुनाया गया जहां एक किसान ने जड़ी-बूटियों से बने कीटनाशक का महत्व सुनने के बाद जो समझा, उसका सार कुछ यूं प्रस्तुत किया : “जानवरों द्वारा न खाए जाने वाले सभी पौधे हर्बल कीटनाशक का

स्रोत बन सकते हैं।” किसानों को यह बात बड़ी व्यावहारिक और आजमाने योग्य लगी। बुजुर्गों और नयी पीढ़ी के बीच संबंधों के कमज़ोर होने से ज्ञान के क्षरण के बारे में भी चर्चा हुई। बेतिया के विपिन हाई स्कूल पहुंचते-पहुंचते काफी रात हो चुकी थी और अधिकतर यात्री काफी थक चुके थे। लेकिन कुछ लोग नये वर्ष के प्रभात का स्वागत करने के इच्छुक थे। अगला दिन काफी जानकारी देने वाला था, क्योंकि निशांत, संदीप, मेराज, जानकी देवी जैसे अन्य सुजान यात्रा में शामिल होने के लिए आ गए थे।

रानीपुर जाते हुए, हम कुछ क्षणों के लिए कालीमाता के प्राचीन मंदिर पर भी रुके। जब हम रानीपुर के बुनियादी विद्यालय पहुंचे तो वहां छात्रों और शिक्षकों ने एक बड़ा कार्यक्रम आयोजित किया हुआ था। वृद्धावन गांव में 1939 में हुए छह दिनों के राष्ट्रीय सम्मेलन के बाद गांधीजी द्वारा स्थापित यह पहला बुनियादी विद्यालय था। प्रेरणा कुटी के नाम से यहां एक स्मारक बनाया गया था, जिसकी देखरेख तभी से मथुरा भगत करते आ रहे हैं। बुनियादी विद्यालय के कार्यक्रमों का एक मुख्य आकर्षण 11वीं कक्षा के छात्र रोहित कुमार मिश्र का भाषण था। रोहित ने नार्वे के युवा महोत्सव में गांव का प्रतिनिधित्व किया था। कार्यक्रम के बाद सभी यात्री प्रेरणा कुटी गए और श्री मथुरा भगत से गांधीजी के बारे में अनेक रोचक किस्से सुने। अब तक काफी शाम हो चुकी थी। जवाहर नवोदय विद्यालय के प्रधानाचार्य ए.एस. प्रकाश राव बड़े जिम्मेदार और उत्साही व्यक्ति थे। उन्होंने शोधयात्रियों से बातचीत करने के लिए 400 छात्रों को बुलाया। विश्वभारती को अंडे का छिलका तोड़ने वाली मशीन का विचार देने के लिए प्रथम पुरस्कार मिला। रामू कुमार ने संशोधित प्रेशर कुकर और सब्जियों को काटने और सफाई करने वाली मशीन का विचार दिया।

अगले दिन हम सब शहीद चौक, बेतिया गए। यह दिन हमेशा याद रहेगा। जयप्रकाश नारायण के नवनिर्माण आंदोलन के दौरान अनेक युवा पुलिस कार्रवाई में मारे गए थे। यह स्मारक उन्हीं युवाओं की स्मृति में बनाया गया है। यहां पर सभी यात्रियों का स्वागत मेराज द्वारा किया गया और बाद में उनका परिचय शिक्षा में परिवर्तन लाने में जुटे उनकी (मेराज की) युवा टीम से

कराया गया। नंदेश्वर शार्मा का छोटा-सा सायलेंसर-सह-प्रदूषण नियंत्रण यंत्र दो पहिया वाहन के एकजास्ट पाइप जैसा था, जबकि श्री वीरेंद्र कुमार सिन्हा का प्रदूषण नियंत्रण यंत्र आकार में कुछ बड़ा था। लौरिया जाते हुए रास्ते में हम नंदनगढ़ किले और बौद्ध स्तूप पर रुके। दो हज़ार वर्ष पूर्व का वास्तुशिल्प और भवन निर्माण, विशेषकर ईटों की चुनाई की तकनीक, हमारी आंखों के सामने थी। स्थानीय ग्रामवासियों ने हमें दिखाया कि उस समय के लोग किस प्रकार ईटों को पकाते समय उसमें दाल और अन्य अनाज मिलाया करते थे। क्या यह विडंबना नहीं है कि 2000 वर्ष पुरानी प्रविधि, जो समय की कसौटी पर खरी सिद्ध हुई है, उसे अभी भी मान्यता और आधुनिक विज्ञान प्रविधि एवं संस्थागत संरचनाओं का औपचारिक रूप से हिस्सा बनने की प्रतीक्षा है। एक प्रश्न अनुत्तरित ही रहा। राष्ट्रपिता द्वारा वर्षों पूर्व ग़रीबी, शोषण और दासता से मुक्ति दिलाने के आहान का उत्तर इतने वर्षों में वास्तविक रूप से क्यों नहीं दिया जा सका? आर्थिक आज़ादी अभी भी अधिसंख्य लोगों के लिए दूर की बात है। संभव है यह यात्रा, हमें स्थानीय ज्ञान, संसाधन और संस्थाओं पर आधारित विकेंट्रीकृत उद्यमशीलता के विकल्प तलाशने का संकल्प और आत्मनिर्भरता की भावना भर दे।

नवाचारों की यात्रा

चंपारण शोध यात्रा के दौरान बीच-बीच में हमें कुछ सुखद नवाचारी खोजों से रु-ब-रु होने का मौका मिला। इनमें से अधिकांश ने आसपास के लोगों का कष्ट दूर करने की दया भावना के फलस्वरूप जन्म लिया था।

सायलेंसर-सह-प्रदूषण नियंत्रण यंत्र

वीरेंद्र सिन्हा की वर्कशाप के ठीक सामने एक स्कूल था। अपनी इस वर्कशाप में वे लोहे के दरवाजे और अन्य सामग्री बनाया करते थे। त्रुटिपूर्ण विद्युत आपूर्ति के विकल्प के रूप में वे 15 अश्व शक्ति (एचपी) का डीजल जेनरेटर (स्थिर इंजन के साथ जेनरेटर) का इस्तेमाल करते थे। समस्या यह थी कि जेनरेटर न केवल बहुत शोर करता था, बल्कि इससे काफी धुआं निकलता था, जिससे बच्चों को बहुत परेशानी होती थी। न तो स्कूल वहां से हट सकता था और न ही वर्कशाप। परंतु बच्चों की परेशानी से हमर्दी जताते हुए वीरेंद्र ने वह कर दिखाया

जिसके बारे में जनरेटर इस्तेमाल करने वाले अधिकतर लोगों ने कभी कोशिश तक नहीं की। उन्होंने एक ऐसे सायलेंसर-सह-प्रदूषण नियंत्रक का आविष्कार किया जिसमें बहुत सारे पंख लगे हुए थे। निकलने वाली गैस इस नवाचारी जुगाड़ से निरंतर टकराती थीं। छह से आठ महीनों में इसमें 12-14 किलोग्राम कार्बन जमा हो जाता है, जिसे सिलेंडर को बाहर से ठोकने पर आसानी से निकाला जा सकता है। जो धुआं बाहर निकलता है वह बहुत साफ़ होता है और उससे पास के पेट की पत्तियों पर कोई प्रभाव पड़ता नहीं दिखाई देता और न ही वातावरण पर कोई हानिकारक प्रभाव दिखता है। शोर भी काफी कम हो गया है और अब स्कूल तथा वर्कशॉप दोनों साथ बने रह सकते हैं। एनआईएफ (राष्ट्रीय नवाचारी संघ) ने बीआईटी मेसरा में इसका परीक्षण कराया और उन्होंने पाया कि कार्बन-मोनो ऑक्साइड और कार्बन-डाई-ऑक्साइड की निकासी में क्रीब 30 प्रतिशत की कमी आई है और निकासी गैसों के तापमान में भी भारी कमी आई है। यह नवीन प्रयास इंजनों के उत्सर्जन मानकों में व्यापक बदलाव लाने वाला है। एनआईएफ ने वीरेंद्र कुमार सिन्हा के इस असाधारण नवाचार के लिए उनके नाम पर पेटेंट (1520/ केओएल/ 2008) के लिए आवेदन किया है। अनेक वर्कशॉप मिस्त्री इस तरह के इंजनों का प्रयोग करते हैं, जो ध्वनि और वायु-प्रदूषण दोनों ही फैलाते हैं। इसके बावजूद इस प्रकार के यंत्रों के उदाहरण, बहुत कम ही हैं। शिवकाशी, तमिलनाडु के अकासी ने सन् 2000 में इस तरह का एक यंत्र तैयार किया था, जिसके लिए उन्हें 2001 में एनआईएफ के पहले वार्षिक ग्रासरूट इनोवेशन पुरस्कार समारोह में पुरस्कृत किया गया था। इस तरह की विशेष दक्षताओं को संचित कर, इस क्षेत्र के विशेषज्ञों की सेवाओं का लाभ लेते हुए वास्तविक स्पर्धात्मक प्रौद्योगिकी के विकास में मदद करने की ज़रूरत है।

कॉफी बनाने वाली मशीन

शोधयात्रियों ने मोहम्मद रोज़ादीन द्वारा विकसित एक बड़ी कार्रार कॉफी मशीन का निरीक्षण किया। एक प्रेशर कुकर में कुछ बदलाव कर यह मशीन बनाई गई थी। प्रेशर कुकर के ढक्कन में अलग से एक छेद कर उसमें तांबे की एक नली और वाल्ब को जोड़ा गया था।

कॉफी बनाने के लिए भाप को छोड़ा जाता था। बड़ी कॉफी मशीनों के विपरीत इनको चलाने के लिए बिजली की ज़रूरत नहीं होती थी, इस मशीन को स्टोव पर या किसी भी घरेलू ईंधन पर इस्तेमाल किया जा सकता था। थोड़े-से रुपयों में ही कैपुचिनो/एस्प्रेसो कॉफी का आनंद उठाया जा सकता था। हो सकता है कि ऐसी मशीन कहीं हो, लेकिन किसी भी शोधयात्री ने पहले कहीं उसे नहीं देखा था। सौ से अधिक चाय/कॉफी के खोमचे/गुमटियां लगाने वाले इस कॉफी बनाने वाले अटैचमेंट के लिए मोहम्मद रोज़ादीन के अहसानमंद हैं। उनकी आमदनी में बढ़ोतरी जो हुई है।

फोल्डिंग साइकिल

एक अन्य नवाचारी युवा संदीप ने एक फोल्डिंग साइकिल का विकास किया है जो कुछ मिनटों में ही जोड़ी जा सकती है। उनका यह प्रयास इसलिए उल्लेखनीय है क्योंकि उन्होंने यह करिश्मा शारीरिक रूप से अशक्त होने के बावजूद कर दिखाया है। उनकी फोल्डिंग साइकिल की गुणवत्ता बहुत ही अच्छी थी। सप्ताहांत में स्थानीय वर्कशॉप के मिस्त्रियों के पास घंटों बैठकर उन्हें यह साइकिल बनाने में सफलता मिली। सप्ताह के शेष दिनों में वे अपने काम में व्यस्त रहा करते थे। सर्दीप की इच्छा अपनी इस प्रौद्योगिकी का लाइसेंस किसी उद्यमी को देने की है। क्या कोई सुन रहा है? इलेक्ट्रॉनिक चूहेदानी

युवा नवाचारी मेराज ने इलेक्ट्रॉनिक चूहेदानी, चुंबकीय तुला, मिनट और सेकंड दशानि वाली घड़ी जैसे आविष्कारों का प्रदर्शन किया। उन्होंने ऐसी/डीसी मोटर चार्जर भी तैयार किया है। चूहेदानी न केवल चूहे पकड़ती है, बल्कि उसके पकड़े जाने के बाद ध्वनि संकेत भी देती है। यह एक इलेक्ट्रॉनिक मशीन है, जो 6 वोल्ट की बैटरी से चलती है। यह लकड़ी के एक टुकड़े से बनी होती है जिसके अंदर अंत में लोहे की एक प्लेट लगी होती है जो एक स्विच के जरिये सर्किट से जुड़ी होती है। प्लेट के नीचे रोटी का टुकड़ा रखने से सर्किट टूट जाता है और जब चूहा रोटी को खिंचता है, सर्किट पूरा हो जाता है। डिब्बे (चूहेदानी) का द्वार एक सेकंड से भी कम समय में आवाज़ के साथ बंद हो जाता है। उसने चूहेदानी के अंदर का रास्ता बड़ा टेढ़ा-मेढ़ा बनाया है ताकि चूहा आसानी से भागकर बाहर न जा सके। उनका यह कथन

सभी को प्रेरित करती है “जो ज्ञान समस्याओं का समाधान करे वही विज्ञान है, सुविज्ञान है तथा आधुनिक युग के विकास का मंत्र है। प्रत्येक व्यक्ति वैज्ञानिक है और उसकी प्रथम खोज है अपने भीतर छुपे गुणों को खोजना, निखारना।”

एक और सायलेंसर-सह-प्रदूषण नियंत्रण यंत्र

नंदेश्वर शर्मा ने एक सायलेंसर-सह-प्रदूषण नियंत्रण यंत्र का विकास किया है, जोकि दो पहिया बाहन के सायलेंसर जैसा ही है। इसे सिंचाई वाले डीज़ल इंजन में लगाया जा सकता है। यह एक बिडंबना ही है कि देश के किसानों द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले किसी भी डीज़ल इंजन में ऐसे किसी यंत्र को नहीं लगाया गया है। भारतीय मानक ब्यूरो (बीआईएस) भी इस बात को ज़रूरी नहीं समझता कि प्रत्येक पंप सेट में सायलेंसर एवं प्रदूषण नियंत्रण यंत्र आवश्यक रूप से लगा होना चाहिए। श्री शर्मा और वीरेंद्र कुमार सिन्हा के नवाचारी प्रयास पर्यावरण तथा किसानों और मज़दूरों के जीवन की गुणवत्ता सुधारने में सक्षम हैं। श्री शर्मा ने पंप में दबाव के प्रबंधन के लिए एक और यंत्र का विकास किया है। सामान्य तौर पर सिंचाई पंप को चलाने से पहले किसानों को शोषक दबाव बनाने के लिए अपना हाथ रखना पड़ता है। इस समस्या के निराकरण के लिए उन्होंने हाथ से चलने वाले वाल्ब का विकास किया जिससे थोड़ी-सी पर्पंग करने के बाद सिंचाई पंप आसानी से चलने लगता है।

जड़ी-बूटियों वाला कीटनाशक

श्रीमती जानकी देवी ने बनस्पतियों से बनने वाले हर्बल कीटनाशक का विकास किया है। एनआईएफ ने उनकी सहमति से उनके फार्मूले के आधार पर पेटेंट के लिए आवेदन किया है। इस सूत्र से बने कीटनाशक के प्रारंभिक परिणाम काफी उत्पाहवर्धक हैं।

रिक्षा गियर

निशांत राय ने अपने यंत्र रिक्षा के लिए गियर का प्रदर्शन किया। इस यंत्र में, जब पछे की ओर पेड़ल चलाया जाता है, गियर क्रियाशील हो जाता है और रिक्षा खिंचने वाले को चढ़ाइ के बक्त अथवा रिक्षा चलाना शुरू करने में कम ताक़त लगानी पड़ती है। यह एक छोटा-सा और रिक्षे में आसानी से लगाया जा सकने वाला गियर है। बाज़ार में उपलब्ध अन्य विकल्पों की तुलना में सरल और सस्ता भी। □

निद्रा और स्वास्थ्य

● रामाज्ञा मौर्य

आजकल की भागदौड़ भरी ज़िंदगी में अच्छी नींद लेना एक स्वप्न-सा बनता जा रहा है। अच्छी नींद अच्छी सेहत के लिए उतनी ही आवश्यक है जितनी ऑक्सीजन। ऐसे लोग वाकई खुशनसीब हैं जो रातभर पूरी नींद लेने के बाद सुबह सीधे अलार्म की टिक-टिक पर ही जागते हैं। दुर्भाग्यवश यही टिक-टिक तब दुश्मन बन जाती है, जब आपकी रात करवटें बदलते हुए बीती हो यानी नींद पूरी न हुई हो। एक दृष्टांत है— शिश्य आनंद, महात्मा गौतम बुद्ध के साथ निरंतर यात्रा करते रहते थे और रात्रि विश्राम के समय उनके पास ही सोया करते थे। एक सुबह जब बुद्ध की आंखें खुलीं तो आनंद के मुख पर उत्सुकता और हैरानी के भाव देखकर वे मुस्करा उठे। आनंद ने पूछा, “भगवन्, मैं सोते समय आपको रोज़ देखता हूँ। मेरी नींद रात में कई बार उच्चटती है और आप पर निगाह जाती है। मैं बार-बार करवटें बदलता रहता हूँ। लेकिन आप जिस मुद्रा में, जिस करवट में सोते हैं, उसी करवट, उसी मुद्रा में सुबह जागते हैं। बीच में एक बार भी आपकी नींद नहीं उच्चटती, न ही आप कभी करवट बदलते हैं।” बुद्ध बोले, “मैं जब सोता हूँ तो पूरी तरह से सो जाता हूँ। मेरे शरीर और किसी अंग को हिलने या करवट बदलने की अनुमति नहीं होती। मन, नींद में पूरी तरह से शांत और शून्य रहता है। शरीर और मन, नींद में भी पूरी तरह से क़बू में रहे, यही तो बुद्धत्व है। जो सोते समय पूरी तरह सो जाता है, वही जागते समय पूरी तरह जगा रह सकता है। ऐसा ही व्यक्ति बुद्धत्व को उपलब्ध हो सकता है।”

बागेर नींद के हम ज़्यादा दिनों तक स्वस्थ नहीं रह सकते। यदि चौबीस घंटे बिना सोए बिताना पड़े तो उसका दुष्प्रभाव हमारे मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य पर अवश्य पड़ता है।

निद्रा भी शरीर की पोषक है। प्राचीन

आयुर्वेदज्ञों एवं आधुनिक वैज्ञानिकों ने निद्रा के कई प्रकारों (अवस्थाओं) का वर्णन किया है। रात्रि की निद्रा शरीर को पोषित करती है। इस निद्रा को वैष्णवी भी कहा जाता है। नींद जहां मस्तिष्क को विश्राम देने के लिए आवश्यक है, वहीं दिन में परिश्रम से क्षीण हुई ऊर्जा की पुनः प्राप्ति करते हुए हमें नवऊर्जा प्रदान करता है।

आचार्य सुश्रुत के अनुसार जब हृदय तम से आवृत होता है, तब नींद आती है और जब तम अल्प होकर सत्त्व प्रबल होता है, नींद खुल जाती है।

नींद एक सहज और स्वाभाविक प्रक्रिया है, इसके बावजूद इसका रहस्य काफी जटिल है। आम आदमी अपनी ज़िंदगी के लगभग एक-तिहाई से भी ज़्यादा हिस्से को सोते हुए बिता देता है। ताज़्जुब है कि जो मनुष्य चांद पर पहुँच गया, और मंगल आदि ग्रहों पर पहुँचने को बेताब है, वह अपनी ज़िंदगी के इस महत्वपूर्ण एक-तिहाई समय, यानी निद्रा के रहस्य के बारे में ज़्यादा कुछ भी नहीं जानता, जबकि हमारे वैज्ञानिक, दार्शनिक, चिंतक, विद्वान और मनीषी सदियों से इस प्रश्न का उत्तर खोजने में लगे हैं कि आखिर हमें नींद क्यों आती है? बीसवीं सदी के पूर्वार्द्ध में प्रेरय नामक वैज्ञानिक ने नींद के बारे में व्यापक शोध के बाद बताया कि शारीरिक प्रक्रियाओं के परिणामस्वरूप शरीर में एकत्र होने वाली कार्बन डाई ऑक्साइड गैस जब तंत्रिका तंत्र को प्रभावित करती है तो इससे शरीर में होने वाली शिथिलता ही नींद का मुख्य कारण है। वर्ष 1911 में वैज्ञानिक इरेरा ने अनुसंधान के बाद बताया कि न्यूकोमेंसे समूह के विषाक्त तत्वों के द्वारा तंत्रिका तंत्र पर डाला गया प्रभाव निद्रा की इच्छा पैदा करता है। इससे अलग सन् 1933 में बैनक्राफ्ट और इटलर नाम के दो वैज्ञानिकों ने चेतना केंद्रों में कुछ प्रोटीनों के प्रतिवर्ती संश्लेषण को ही नींद

का मुख्य घटक बताया। इनका मत है कि इन प्रोटीनों का एकस मसूह नींद के लिए उत्तरदायी है और वाई समूह व्यक्ति को नींद से जगाता है।

1937 में विंटर और डीस्ट नामक वैज्ञानिकों ने नींद पर अपना शोधपत्र प्रकाशित किया और कहा कि उपापचय की क्रियाओं के कारण क्षारीय, अम्लीय संतुलन में होने वाला बदलाव शरीर के तंत्रिका संस्थान को शिथिल करने लगता है और ज्यों-ज्यों इसकी सक्रियता कम होती जाती है, त्यों-त्यों नींद आने लगती है। डब्ल्यू.आर. हैश ने 1951 में नींद पर मत दिया कि नींद का केंद्र थैलमेस के आसपास स्थित होता है उन्होंने प्रयोगों के माध्यम से सिद्ध करने का प्रयास किया कि जब इस केंद्र को कृत्रिम रूप से विद्युत तरंगों द्वारा उत्तेजित किया जाता है, तो जागा हुआ व्यक्ति भी सोने लगता है। अभी जल्दी प्रीडी नामक वैज्ञानिक ने अपने मत में कहा कि एक उद्धीषन तत्व मस्तिष्क के द्रव में मिलकर नींद की ज़रूरत को जन्म देता है।

रूसी वैज्ञानिक पावलोव के अनुसार नींद एक सांकेतिक निवारण का परिणाम है। नींद के दौरान मस्तिष्क की विद्युतीय गतिविधियों को मापने के लिए एक अति आधुनिक यंत्र विकसित किया गया है। यह यंत्र निद्रावस्था में मस्तिष्क से प्रवाहित होने वाली सूक्ष्म विद्युत तरंगों को पूर्ण शुद्धता के साथ ग्राफ पेपर पर अंकित करता जाता है। वैज्ञानिकों ने निद्रा की पांच अवस्थाएं बताई हैं। इसका पता उन्होंने ईर्जी (इलेक्ट्रोएन सेफिलोग्राम) से लगाया है। हमारे संवेदी अंगों से जो सूचनाएं मस्तिष्क को प्राप्त होती हैं उन्हें ईर्जी विद्युत लहर के रूप में दिखाता है। नींद की पहली अवस्था को अल्पनिद्रम कहा जाता है। इस अवस्था में मस्तिष्क की विद्युत लहर की कपण संख्या कुछ धीमी पड़ती है और ईर्जी ग्राफ पेपर पर नींद

का स्तर 10 हर्ट्ज दर्शाता है। हर्ट्ज तरंगों को मापने की इकाई है। जैसे-जैसे ग्राफ का स्तर गिरता जाता है, वैसे-वैसे नींद की गहराई बढ़ती जाती है। फिर क्रमशः दूसरी और तीसरी अवस्था में मनुष्य गहरी निद्रा में पहुंच जाता है। चौथी अवस्था में पहुंचने तक विद्युत लहर एकदम धीमी हो जाती है। सोना शुरू करने से लेकर चौथी अवस्था तक पहुंचने में औसतन 75 से 80 मिनट लग जाते हैं। इस चौथी अवस्था तक आदमी का शरीर स्थिर नहीं रहता है, और वह करबटें बदलता रहता है।

पांचवीं अवस्था में पहुंचते ही शरीर पूर्णतः स्थिर हो जाता है। जैसे उसे बांध कर रखा गया हो। इस अवस्था को आरईएम (रैपिड आई मूवमेंट) कहते हैं, क्योंकि इस अवस्था में बंद पलकों के अंदर उसकी पुतलियां बड़ी तेज़ी से इधर-उधर हिलती रहती हैं। वैज्ञानिकों का मानना है कि इस अवस्था में व्यक्ति स्पष्ट देखता है। जब भी आरईएम की निद्रा अवस्था में सोने वालों को जगाया गया तो 100 में से 84 व्यक्तियों ने स्वप्न देखने की बात कही। आरईएम निद्रा में विद्युत लहर जागृत अवस्था की भाँति तीव्र हो जाती है और उसमें उतार-चढ़ाव भी कम आते हैं।

अनिद्रा रोग

आजकल अनिद्रा अर्थात् नींद न आना आम बीमारी बनती जा रही है। अनिद्रा का मतलब स्वाभाविक नींद न आने से है। अनिद्रा के रोगियों के साथ-साथ नींद लाने वाली (पिनाबाबिटोन, या जायजेपन) जैसी घातक दवाइयों का प्रयोग भी लगातार बढ़ता जा रहा है। यूएस इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिसिन का अनुमान है कि पांच से सात करोड़ अपरीकी नींद की समस्या से पीड़ित हैं। अनिद्रा के अलग-अलग कारण हैं। अनिद्रा रोग का पता इसकी उग्रता, अवधि तथा प्रकृति के आधार पर लगाया जाता है। हालांकि अनिद्रा के रोग का कारण मानसिक, शारीरिक या मिला-जुला है। अस्थायी परिवर्तन, शोरगुल, बत्ती जलने के कारण या मानसिक तनाव, दर्द या आरामदायक बिछौना न होने के फलस्वरूप भी नींद नहीं आती है। इन कारणों को वैज्ञानिक भाषा में 'टार्निएट इनसोम्निया' कहते हैं। अधिक मात्रा में तरल पदार्थ का सेवन करने से मृत्राशय में फैलाव हो जाता है, जिसके कारण भी नींद में नहीं आती।

हमारे भीतर तनाव, बेचैनी, लापरवाही, नींद

में खराटे लेना, नींद में चलना, ज्यादा खाना, बार-बार टांगें हिलाना, रात में सांस लेने में परेशानी भी इसी रोग के लक्षण हैं। देर रात तक टीवी देखना, रात में कंप्यूटर पर काम, ई-मेल, चैटिंग करना भी नींद को दूर भगाता है।

नशा यानी मदिरापान, नशीले पदार्थों का सेवन भी अनिद्रा के प्रमुख कारण होते हैं। सिगरेट पीने वाले लोगों को सिगरेट न पीने वालों की अपेक्षा कम नींद आती है, यानी कच्ची नींद में ज्यादा सोते हैं।

उच्च रक्तचाप, अधिक तनाव, हृदय रोग, गलगंड, गठिया आदि के कारण भी अनिद्रा रोग हो सकता है। परीक्षा के दिनों में अधिक जागने के लिए छात्र-छात्राएं एफैटोमाइन्स नामक दवा लेते हैं, जिनके कारण वे धीरे-धीरे अनिद्रा रोग के दुश्चक्र में फंस जाते हैं और दिमाग सही तरीके से कार्य नहीं कर पाता।

औरतों में अनिद्रा का मुख्य कारण पैरों का सिंड्रोम है। इसमें उनकी जांघों पर एक अजीब सरकने वाली संवेदना होती है, जिससे उनके शरीर में ऐंठन भी पड़ने लगती है। चरक आदि महर्षियों ने अनिद्रा को एक स्वतंत्र व्याधि के रूप में स्वीकारा है।

खराटे लेने वाले लोग अक्सर स्लीप एपनिया (नींद में श्वासावरोध), स्लीप डिसऑर्डर ब्रीदिंग व ऑंब्स्ट्रक्टिव स्लीप एपनिया (ओएसए) की बीमारी से पीड़ित होते हैं। खराटे लेने वालों को ओएसए का ख़तरा अधिक रहता है। हर 700 लोगों में से 8 फीसदी लोग इस रोग से पीड़ित हैं। इसमें रात को नींद नहीं आने व सांस लेने संबंधी परेशानियां महसूस होती हैं। लेकिन कई बार लोगों को इस बीमारी का पता नहीं चल पाता है, जिससे वे इसे नजरअंदाज कर देते हैं।

उपर्युक्त सभी कारणों में से एक या अधिक कारण मिलकर प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से वात दोष को कुपित कर कालांतर में अनिद्रा रोग की उत्पत्ति करते हैं। डाटाबेस पत्रिका के एक सर्वे के मुताबिक 20 से 30 साल की उम्र के कम से कम 34 प्रतिशत लोग नींद संबंधी किसी न किसी समस्या से पीड़ित हैं। 1966 में ओस्वाल्ड नामक वैज्ञानिक ने परीक्षण में पाया कि वे व्यक्ति, जिनको काफी दिनों तक जाग्रता में रखा गया, उनमें असबंद्ध विचारों की कड़ी, शीघ्र क्रोधित हो उठना, चिढ़चिढ़ापन, संशय की उत्पत्ति और दृष्टि संबंधी विकार पैदा होने लगते हैं।

अनिद्रा के फलस्वरूप व्यक्ति का वर्ण मलिन

हो जाता है और शरीर दुबला होने लगता है। आंखों के नीचे कालापन बढ़ने लगता है। वह बेचैनी, अतिकृशकाय, अधिक सुस्त एवं भूख न लगने का शिकार भी होता चला जाता है। क्यों आवश्यक है नींद ?

अनिद्रा यदि भौतिक कारणों से हो तो तुरंत उपचार करना चाहिए। वैसे नींद को दर्द निवारक यानी पेन किलर भी कहा जाता है। शरीर में कहीं भी कैसा भी दर्द हो, यदि आपको नींद आ जाए तो समझो सारा दर्द छू-मंतर। इसलिए चिकित्सक ज्यादा दर्द होने पर नींद की दवा देते हैं, जिससे मरीज़ को नींद जरिये राहत मिल जाए। नींद से हमारी सारी थकान मिट जाती है, हम अपने आपको तरोताज़ा महसूस करते हैं और नयी ऊर्जा के साथ फिर से अपने काम पर लग जाते हैं। यह हमारी याददाश्त को तेज़ करने में भी सहायक है। बेहतर स्वास्थ्य के लिए भरपूर नींद ज़रूरी है।

अच्छी नींद के उपाय

अच्छी नींद के लिए शांत शयन कक्ष में सोने से लगभग आधा घंटा पहले ही बिस्तर पर लेट जाए। हल्का-फुल्का मनोरंजक साहित्य पढ़ना अच्छा है। इसके अतिरिक्त हल्का संगीत भी सुना जा सकता है।

सोते समय शावासन करते हुए अपने पूरे शरीर को ढीला छोड़ दें। नर्म गद्दे पर सोएं और जरूरी होने पर पतला तकिया रखें। इसके अलावा निम्नलिखित सावधानियां बरतें तो अच्छी नींद आएगी :

- सुबह के समय अच्छी कसरत करने से शरीर तो स्वस्थ होगा ही, थकान से रात में नींद भी अच्छी आएगी।
- सोने से पहले दूध पीने या केला खाने से भी अच्छी नींद आती है।
- यदि नींद नहीं आ रही हो तो नींद के बारे में सोचिए मत। होता यह है कि नींद न आने पर हम नींद का इंतजार करने लगते हैं और दिमाग उस ओर सक्रिय हो जाता है, इससे नींद और भी दूर भाग जाती है।

शोधकर्ताओं ने बेहतर नींद के लिए जिन अच्छी आदतों का जिक्र किया है, उनमें रोज़ाना एक ही समय जागने और सोने की आदत डालना, कैफ़ीन वाले पेय पदार्थ जैसे- चाय, कॉफ़ी या शीतल पेय के सेवन से परहेज़ करना या कम-से-कम सेवन करना, रात को खाने में हल्का भोजन करना शामिल है। □

ऋण : बदला वकृत, बदले सरोकार

● मृदुला सिन्हा

ऋण तो ऋण है। मान्यता है कि हर व्यक्ति तीन ऋण लेकर पैदा होता है। देवऋण, पितृऋण और गुरु ऋण। ऋण चुकाने की बात भी उतने ही ज़ेरों से कही गई है। इन तीनों ऋणों को चुकाने में ही सारी ज़िंदगी बीतती है। ये वे ऋण हैं जो हमारे आचार-व्यवहार को निर्देशित और नियंत्रित करते हैं। ईश्वर के प्रति कुतन्न होकर संपूर्ण मानवता पशु-पक्षी, पेड़-पौधे और जीव-जंतुओं के विकास के लिए कार्य करना। अर्थात प्रकृति और पांचों दिव्य शक्तियों-क्षितिज, जल, पावक, गगन और समीर का संरक्षण कर जहाँ देव ऋण से मुक्त हुआ जाता है वहीं अपने बाल-बच्चों का पालन-पोषण कर पितृ ऋण से। गुरु से पाई शिक्षा को दूसरों के बीच बांटने, तदनुसार व्यवहार करने से गुरु ऋण से मुक्त हुआ जाता है।

एक मान्यता के अनुसार यदि एक जन्म में ऋण नहीं चुकाया जाता तो दूसरे जन्म में चुकाना पड़ता है। ऋण से मुक्ति नहीं पाने वाले को सज़ा मिलने की अनेक कहानियां हैं। कभी-कभी पीपल के पेड़ के बीच से ताड़ का पेड़ या अन्य दो जातियों के दो वृक्षों को ऊपर देख लोग कहते हैं— “नीचे वाले वृक्ष ने पिछले जन्म में कर्ज़ नहीं चुकाया।”

ये तीनों ऋण और उनसे मुक्ति का प्रयास हमारे व्यवहार को नियंत्रित करते हैं। परंतु पैसे और अन्न का ऋण हमारे पेट को, हमारी जीविका को। ऋण तो ऋण है। दो पैसे या एक अनाज का ही क्यों न हो!

भारतीय किसानों का जीवन जुए का खेल समझा जाता रहा है। पूर्णरूपेण प्रकृति पर आधारित खेती होती थी। कभी अतिवृष्टि, कभी अनावृष्टि तो कभी असमय वृष्टि। किसान क्या करता। वह कर्ज़ में ही जन्म लेता, कर्ज़ में पलता और कर्ज़ में ही मर जाता था। तब ऋण लेना मज़बूरी होती थी। जिंदा रहने के लिए

ऋण आवश्यक होता था। साहूकार या वही जर्मीदार-किसान ऋण देते थे जिनके खेत में मज़दूर काम करते थे। बेरोज़गारी के समय में (बरसात और सूखा) अपने मज़दूरों को काम देना किसान का दायित्व समझा जाता था और मज़दूर का हक़। जो किसान ऐसा नहीं करते थे वे समाज में निंदा के पात्र समझे जाते थे।

अब ऋण सामाजिक प्रतिष्ठा का प्रतीक हो गया है। गाड़ी, मकान, ज़मीन, घरेलू उपकरण, पढ़ाई, विदेश यात्रा से लेकर बीज, खाद के लिए ऋण लिए जाते हैं। जो जितना कर्ज़ के नीचे दबा है वह उतनी सामाजिक प्रतिष्ठा पाता है। पहले यह बात नहीं थी। मज़दूर और ग्रामीण लोग खेती से लेकर भरण-पोषण और शादी-विवाह के लिए कर्ज़ लेते थे। उन्हें भी कर्ज़ लेते समय हिचक होती थी। वे भगवान को अपनी नियति के लिए कोसते थे पर थोड़ी भी ज़मीन जोतने वाला किसान अपने ऋण लेने की बात किसी और को नहीं बताता था। मानो ऋण लेना पाप हो।

तब और अब की ऋण की स्थिति में एक भिन्नता है। तब ऋण देने और लेने वाले में नज़दीकी संबंध होता था। उनका आपसी रिश्ता मात्र ऋण लेने-देने पर निर्भर नहीं था। वे और कामों में भी एक-दूसरे के पूरक होते थे। इसलिए ऋण देने वालों के मन में ऋण वापस लेते समय भी आगे संबंध बनाए रखने का भाव होता था। आज के ऋणदाताओं के मन में ये भाव नहीं हैं। उनके बीच कोई आपसी संबंध नहीं होता। सरकार द्वारा किसानों को ऋण दिए जाते हैं। सरकार समय-समय पर ऋण माफ़ भी करती है।

पचास वर्ष पूर्व छोटे किसानों द्वारा मज़दूरों को ऋण देना, आज उनका पोषण माना जा रहा है। लोग तब की ऋण पद्धति की गहराई में जाते ही नहीं। दरअसल भावों, आश्विन और

कार्तिक महीने में खेती का काम कम हो जाता है। मज़दूरों का रोज़ी-रोटी के लिए अपने गांवों से पलायन भी तब कम होता था। अपनी नज़र के सामने उनके मालिक उन्हें भूखा मरने नहीं देते थे। वे इन मज़दूरों के लिए अपने बखारियों में अन्न जमा कर रखते थे। कार्तिक महीना तेरहवां महीना माना जाता था। संपन्न किसान मज़दूरों को अनाज का ऋण देते थे ताकि उनका जीवनयापन हो सके। पर अगहन महीने में ही उनसे अन्न वापस लेते थे। मज़दूरों को एक सेर के बदले डेढ़ सेर अन्न वापस देना पड़ता था। उसे डेढ़ा ऋण कहा जाता था।

कई बार वह माफ़ भी कर दिया जाता था, क्योंकि जिनका ऋण वापस करना होता था, ऋण वापस प्राप्त करने वालों की वे विशेष ज़रूरत होते थे। परस्पर निर्भरता थी। लोगों के अंदर संवेदना भी थी।

ग्रामीण मालिक-मज़दूर के रिश्तों में भेद-रेखा खींचने वाले राजनीतिक दल और सरकार की दखलअंदाजी बढ़ने से संबंध संवेदना शून्य हो गया है। संबंधों में गहरी दरारें भी पड़ गई हैं। सरकार की राहतदायी योजनाओं पर निर्भर होने से मज़दूरों के भावों में भी बदलाव आया है। वे गांव छोड़कर सपरिवार दूसरे राज्य या बड़े शहरों में कमाने जाते हैं।

गांव के छोटे किसानों को ऋण और मज़दूरों को मिले राहत कार्यों के बीच से संवेदना नदारद है। इसलिए तब और अब के ऋण की तासीर में बहुत अंतर आया है। सच तो यह है कि बिहार, उत्तर प्रदेश जैसे राज्यों के गांवों में वे भूमिहीन और कम भूमि वाले किसान भी नहीं बचे, जिनके लिए सरकार ऋण और राहत कार्यों की व्यवस्था करती है। □

(लेखिका वरिष्ठ साहित्यकार और पांचवां संघ नामक मासिक-पत्रिका की संपादक हैं।
ई-मेल : sumridula@yahoo.co.in)

ख्राबरों में

- महिलाओं को पंचायतों में पचास फीसदी आरक्षण

केंद्र सरकार ने ऐतिहासिक फैसला करते हुए पंचायतों में महिलाओं को पचास फीसदी आरक्षण देने के प्रस्ताव को मंजूरी दे दी है।

प्रधानमंत्री मनमोहन सिंह की अध्यक्षता में हुई कैबिनेट की बैठक में फैसला लिया गया कि पंचायतों में हर स्तर पर महिलाओं का आरक्षण एक तिहाई से बढ़ाकर पचास फीसदी करने के लिए संविधान के अनुच्छेद 243-डी में संशोधन किया जाएगा। बढ़ा हुआ आरक्षण सीधे चुनाव के जरिये भरी जाने वाली सीटों, अध्यक्ष पदों और अनुसूचित जाति व जनजाति के लोगों के लिए आरक्षित सीटों व अध्यक्ष पदों पर लागू होगा।

उन्होंने बताया कि स्थानीय निकायों में महिलाओं को पचास फीसदी आरक्षण देने का फैसला बाद में किया जाएगा। बिहार, उत्तराखण्ड, हिमाचल प्रदेश और मध्य प्रदेश जैसे कई राज्यों ने इसे पहले ही लागू कर रखा है। पंचायतों के लिए चुने गए 28.1 लाख प्रतिनिधियों में फिलहाल महिलाओं का हिस्सा 36.87 फीसदी है।

मंत्रिमंडल के अन्य फैसले

- सरकार ने एक और अहम फैसला करते हुए ग्रीब छात्रों को उच्च शिक्षा के लिए कर्ज पर चुकाए जाने वाले ब्याज पर सब्सिडी देने का एलान किया। यह सब्सिडी उन्हें तकनीकी व पेशेवर पढ़ाई के लिए लिए गए कर्ज के ब्याज पर मिलेगी। सालाना साढ़े चार लाख तक की आमदनी वाले अभिभावकों के बच्चे इस योजना का लाभ उठा सकेंगे। गृहमंत्री पी. चिंदबरम ने बताया कि इस योजना से पांच लाख से ज्यादा छात्रों को फायदा होगा। इसके तहत कोर्स शुरू होने की अवधि से लेकर उसके समाप्त होने के एक साल या छात्र की नौकरी लगने के छह माह के बाद तक ब्याज कर्ज मुक्त रहेगा। यह योजना मौजूदा शैक्षिक सत्र से लागू हो जाएगी। निर्धारित अवधि बीतने के बाद बकाया कर्ज पर ब्याज प्रावधानों के मुताबिक अदा करना पड़ेगा।

- कैबिनेट ने सात राज्यों में नये भारतीय प्रबंधन संस्थान (आईआईएम) स्थापित करने के प्रस्ताव को मंजूरी दे दी है। ये संस्थान तमिलनाडु, झारखण्ड, छत्तीसगढ़, हरियाणा, जम्मू-कश्मीर,

उत्तराखण्ड व राजस्थान में खोले जाएंगे। पहले चरण में हरेक संस्थान में 140 छात्रों को दाखिला मिलेगा।

- पंकज आडवाणी ने विश्व बिलियर्ड्स चैंपियनशिप जीती

भारत के पंकज आडवाणी ने विश्व पेशेवर बिलियर्ड्स चैंपियनशिप में खिताब अपने नाम करने के साथ ही इतिहास रच दिया। वह गीत सेठी के बाद यह खिताब जीतने वाले दूसरे भारतीय खिलाड़ी बन गए हैं। वर्ष 1992 में गीत सेठी यह ट्राफी जीतने वाले पहले भारतीय थे। 24 वर्षीय भारतीय ने नौ बार के चैंपियन कतर के माइक्रोसेल को 2030-1253 से हराकर खिताब जीता। यह खिताब आडवाणी के करिअर का पहला पेशेवर बिलियर्ड खिताब है।

- 55वें राष्ट्रीय फ़िल्म पुरस्कारों की घोषणा

तमिल फ़िल्म कांचीवरम को 55वें राष्ट्रीय फ़िल्म पुरस्कारों में सर्वश्रेष्ठ फ़ीचर फ़िल्म चुना गया। आमिर खान की हिंदी फ़िल्म तारे जर्मीं पर की झोली में तीन पुरस्कार गए तो शाहरुख खान अभिनीत चक दे इंडिया सर्वश्रेष्ठ लोकप्रिय और मनोरंजन फ़िल्म आंकी गई। मुख्य पुरस्कारों में दक्षिण भारतीय फ़िल्मों का दबदबा रहा। कांचीपुम के बुनकरों की हालत पर बनी तमिल फ़िल्म कांचीवरम को सर्वश्रेष्ठ फ़िल्म चुना गया। कांचीवरम के लिए प्रकाश राज ने सर्वश्रेष्ठ अभिनेता का पुरस्कार जीता, जबकि कन्ड़ फ़िल्म गुलाबी टॉकीज के लिए उमाश्री को सर्वश्रेष्ठ अभिनेत्री चुना गया।

तारे जर्मीं पर फ़िल्म के गीत अंधेरे से डरता हूं मां के लिए शंकर महादेवन को सर्वश्रेष्ठ पार्श्वगायक और प्रसून जोशी को सर्वश्रेष्ठ गीतकार चुना गया। जब वी मेट के लिए श्रेया घोषाल ने सर्वश्रेष्ठ पार्श्वगायिका का पुरस्कार जीता। जब वी मेट के गीत 'ये इश्क हाय' को सर्वश्रेष्ठ नृत्य निर्देशन का पुरस्कार मिला।

अनिल कपूर प्रोडक्शंस की गांधी माय फ़ादर के लिए दर्शन जरीबाला को सर्वश्रेष्ठ सहायक अभिनेता और द लास्ट लीयर के लिए शफ़ाली शाह को सर्वश्रेष्ठ सहायक अभिनेत्री चुना गया। गांधी माय फ़ादर को जूरी के विशेष पुरस्कार से भी नवाज़ा गया। मशहूर फ़िल्मकार अद्वूर गोपालकृष्णन ने मलयालम फ़िल्म नाल्लू

येन्नुगल के लिए सर्वश्रेष्ठ निर्देशक का पुरस्कार जीता। फ़राह खान की फ़िल्म ओम शाति ओम के लिए साबू साइरिल को सर्वश्रेष्ठ कला निर्देशक चुना गया। भावना तलवार की फ़िल्म धरम को राष्ट्रीय अखंडता पर बनी सर्वश्रेष्ठ फ़िल्म के नरगिस दत्त पुरस्कार के लिए चुना गया। किसी निर्देशक की सर्वश्रेष्ठ पहली फ़िल्म का पुरस्कार हिंदी फ़िल्म क्रेज़न को दिया गया है। सामाजिक सरोकारों पर बनी सर्वश्रेष्ठ फ़िल्म का पुरस्कार हिंदी फ़िल्म अंतर्द्वारा ने जीता। सर्वश्रेष्ठ बाल कलाकार का पुरस्कार मराठी फ़िल्म टिंग्या के लिए शारद गोयेकर को दिया गया। सर्वश्रेष्ठ पटकथा का पुरस्कार गांधी माय फ़ादर के लिए फ़िरोज़ अब्बास खान को मिला।

सर्वश्रेष्ठ संगीतकार का पुरस्कार मलयालम फ़िल्म ओरे कदाल के लिए ओसेप्पन ने जीता वहीं रजनीकांत की बहुचर्चित फ़िल्म शिवाजी को सर्वश्रेष्ठ विशेष प्रभाव के पुरस्कार के लिए चुना गया। अमृत सागर की 1971 और रितुपर्ण घोष की द लास्ट लीयर को क्रमशः सर्वश्रेष्ठ हिंदी और अंग्रेज़ी फ़ीचर फ़िल्म चुना गया। सर्वश्रेष्ठ गैर फ़ीचर फ़िल्म का पुरस्कार अंग्रेज़ी और हिंदी में बनी होप डाइज़ लास्ट इन वार को मिला। इस वर्ग में बांग्ला फ़िल्म लाल जूतो के लिए शवेता मर्चेट को किसी निर्देशक की सर्वश्रेष्ठ पहली फ़िल्म का पुरस्कार मिला। सिनेमा का सर्वश्रेष्ठ लेखन का पुरस्कार बी.डी. गर्ग की किताब फ़्रॉम राज टू स्वराज : द नॉन फिक्शन फ़िल्म इन इंडिया ने जीता। सर्वश्रेष्ठ फ़िल्म समीक्षक का पुरस्कार बी.के. जोसफ (मलयालम) को मिला। फ़ीचर फ़िल्म वर्ग की चौदह सदस्यीय जूरी की अध्यक्षता मशहूर फ़िल्मकार सई परांजपे ने की।

- जी.माधवन नायर इंटरनेशनल एस्ट्रोनॉटिक्स अकादमी के अध्यक्ष बने

अंतरिक्ष विज्ञान के क्षेत्र में भारत को उपलब्धियों के शिखर पर पहुंचाने वाले भारतीय वैज्ञानिक जी. माधवन नायर को इंटरनेशनल एकेडेमी ऑफ एस्ट्रोनॉटिक्स का नया अध्यक्ष बनाया गया है। यह अंतरिक्ष विज्ञान के क्षेत्र में शोध करने वाला संस्थान है। यह पद संभालने वाले वे पहले भारतीय और पहले गैर अमरीकी हैं। □

पूर्वोत्तर में स्वास्थ्य : कड़ी चुनौती खास उपाय

बुनियादी ढांचे और मानव संसाधनों के अभाव का पूर्वोत्तर में सुविधाओं और कार्यक्रमों के अभाव के कारण स्वास्थ्य सेवाएं बुरी तरह प्रभावित हुई हैं। इसका असर बीमारियों के प्रसार और स्वास्थ्य मानकों पर स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है। मलेरिया, क्षय रोग और श्वसन संबंधी बीमारियां, एचआईवी/एड्स आदि घातक रोग इस क्षेत्र में जनस्वास्थ्य के लिए गंभीर चुनौतियां बने हुए हैं। जनसंख्या वृद्धिदर भी चिंता का विषय रही है।

पूर्वोत्तर में स्वास्थ्य क्षेत्र व्यापक रूप में सरकार पर निर्भर है। इस क्षेत्र में मलेरिया के रोगियों की अधिकता और इससे बड़ी संख्या में होने वाली मौतें जनस्वास्थ्य की प्रमुख चिंताओं में से एक है। क्षय रोग भी चिंता का एक अन्य प्रमुख कारण है।

एचआईवी/एड्स पूर्वोत्तर में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए एक बड़ा संकट है। विशेष रूप से मणिपुर और नगालैंड जैसे राज्यों में यह तेजी से फैल रहा है। मेघालय और मिजोरम में भी एड्स फैलने लगा है। देश के अन्य भागों में एड्स फैलने का प्रमुख कारण यौन संपर्क है, जबकि पूर्वोत्तर के राज्यों में, विशेष रूप से मणिपुर, नगालैंड और कुछ हद तक मिजोरम और असम में एड्स का विषाणु मुख्य रूप से दूषित सुई के कारण फैल रहा है। नशीली दवाएं लेने वाले व्यक्ति इसके प्रमुख स्रोत होते हैं। असुरक्षित यौन संबंध से भी इस क्षेत्र में एचआईवी का प्रसार हुआ है। मणिपुर में एचआईवी/एड्स के कुल मामलों में करीब 45 प्रतिशत नशीली दवाएं लेने वाले व्यक्ति शामिल हैं।

केंसर भी इस क्षेत्र में गंभीर संकट के रूप में सामने आया है। इस तथ्य को देखते हुए कि स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय पूर्वोत्तर क्षेत्र के लिए सरकार की निर्धारित नीति के अनुसार योजना बजट का 10 प्रतिशत आवंटन खर्च करने में अक्षम रहा है, इस दिशा में विशेष कदम उठाए गए हैं। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में पूर्वोत्तर के लिए विशेष प्रभाग स्थापित किया गया है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के संचालन और पूर्वोत्तर के आठ राज्यों की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए गुवाहाटी में एक क्षेत्रीय संसाधन केंद्र स्थापित किया गया। निरंतर प्रयासों के फलस्वरूप मंत्रालय के योजना बजट से खर्च की गति में तेजी से बढ़ोतरी दर्ज हुई है। 2001-02 में 301.56 करोड़ रुपये, 2005-06 में 479.68 करोड़ रुपये और 2006-07 में करीब 850 करोड़ रुपये खर्च किए गए। चालू वित्त वर्ष के दौरान 1,000 करोड़ रुपये से अधिक राशि खर्च होने की संभावना है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) स्वास्थ्य मंत्रालय का प्रमुख कार्यक्रम है, जिसकी शुरुआत 2005 में हुई। पूर्वोत्तर के आठ राज्यों से इस मिशन को उत्साहजनक समर्थन मिला है। मिशन के अंतर्गत समूचे स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधार लाने पर ध्यान केंद्रित किया जा रहा है। इसके तहत क्षमता निर्माण के माध्यम से मौलिक प्रबंधन, मानव संसाधनों का नये ढंग से इस्तेमाल, आयोजना और प्रबंधन में समुदाय की भागीदारी, लचीली वित्त व्यवस्था और वांछित परिणाम हासिल करने के लिए संस्थानों को सुदृढ़ बनाने पर बल दिया जा रहा है, ताकि क्षेत्र की सरकारों को अपने लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के वितरण में सुधार लाने के लिए आवश्यक साधन उपलब्ध कराए जा सकें।

स्वास्थ्य क्षेत्र के कार्यक्रमों के प्रबंधन में सुधार के लिए इस मिशन

के अंतर्गत परंपरागत प्रबंधन से हटकर नयी प्रबंधन तकनीक अपनाई गई है। एनआरएचएम के प्रारंभिक चरण में तैयारी संबंधी गतिविधियों पर बल दिया गया।

दूसरे वर्ष से संस्थाओं की सेवाओं और रोग प्रतिरक्षण में सुधार, ब्लॉक स्तर पर संस्थागत ढांचे को और मजबूत बनाने, स्वास्थ्य कार्यक्रमों के भीतर समरूपता आदि उपायों पर बल दिया गया। इन उपायों के माध्यम से लोगों की ज़रूरतों के अनुसार स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की सभी लोगों तक पहुंच सुनिश्चित करने, शिशु एवं प्रसूति महिलाओं की मृत्युदर में कमी लाने, जनसंख्या स्थिरीकरण, संचारी रोग नियंत्रण आदि मिशन के लक्ष्यों को हासिल करने के प्रयास किए गए हैं। एनआरएचएम के अंतर्गत संस्थागत उपकरणों से लेकर ज़िला अस्पतालों तक बुनियादी ढांचे में सुधार पर बल दिया गया। मिशन के लक्ष्यों को ध्यान में रखते हुए विशेषज्ञों, चिकित्सा अधिकारियों, कार्यक्रम प्रबंधकों, एनएम आदि की संख्या बढ़ाई गई और औषधियों एवं वितरण संबंधी व्यवस्था में सुधार किए गए हैं। स्वास्थ्य कार्यकर्ता 'आशा' की नियुक्ति के परिणाम उत्साहजनक रहे। क्षेत्र के सभी गांवों को आशा की सेवाएं प्रदान की गई हैं।

मिशन के अंतर्गत पूर्वोत्तर राज्यों में 54 ज़िला अस्पतालों में से प्रत्येक को एक करोड़ रुपये प्रदान किए गए। अरुणाचल प्रदेश में ईटानगर और पासीघाट स्थित राज्य सिविल अस्पतालों को भी एक-एक करोड़ रुपये दिए गए हैं। पूर्वोत्तर राज्यों में 600 नये उपकरणों के निर्माण की मंजूरी दी गई और इस दिशा में कार्य प्रगति पर है। राज्यों द्वारा 24 विशेषज्ञों, 123 डॉक्टरों, 1,523 जीएनएम, 3,545 एनएम और 216 आयुष चिकित्सा अधिकारियों को अनुबंध के आधार पर तैनात किया गया है। पूर्वोत्तर के राज्यों में सामान्य प्रणाली के ज़रिये आरएनटीसीपी निदानात्मक एवं उपचार सेवाओं के सुदृढ़ नेटवर्क की स्थापना की गई है। अभी तक 129 उप ज़िला क्षयरोग इकाइयों और 583 आरएनटीसीपी निर्दिष्ट माइक्रोस्कोपी केंद्रों का उत्थन किया जा चुका है। जनजातीय आबादी की अधिकता और दुर्गम क्षेत्रों को देखते हुए माइक्रोस्कोपी केंद्रों की स्थापना संबंधी मानदंडों में ढील दी गई और प्रत्येक एक लाख की आबादी पर एक केंद्र खोलने के बजाय 50 हजार की आबादी माइक्रोस्कोपी केंद्र स्थापित करने और प्रत्येक ढाई लाख (5 लाख के स्थान पर) की आबादी पर क्षयरोग इकाई स्थापित करने की छूट दी गई है।

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने तीन क्षेत्रीय संस्थानों का ज़िम्मा अपने ऊपर लिया है ये हैं : आरआईएमएस इंफाल, आरआईपीएनएस आईजोल और एलजीबीआर आईएमएच तेजपुर। इन केंद्रों को उत्कृष्टता केंद्र के रूप में विकसित करने की योजना है। एनईआईजीआरआईएचएमएस, शिलांग में 300 बिस्तर के अस्पताल ने काम करना शुरू कर दिया है। सीएमसी वेल्लूर, डॉक्टर चेरियंस फ्रॉन्टियर लाइफलाइन, निमहंस जैसे संस्थानों ने आगे बढ़कर एनईआईजीआरआईएचएमएस के विशेषज्ञता और अति विशेषज्ञता वाले विभागों को चालू करने में मदद की पेशकश की है। एनईआईजीआरआईएचएमएस में एमबीबीएस, पैरा-मेडिकल, नर्सिंग आदि विभिन्न प्रकार के पाठ्यक्रम शुरू करने के प्रस्ताव किए गए हैं। एनईआईजी आरआईएचएमएस में एक क्षेत्रीय केंसर केंद्र स्थापित किया जा रहा है। राष्ट्रीय केंसर नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत पूर्वोत्तर में तीन क्षेत्रीय केंसर केंद्र स्थापित किए गए हैं। □

(योजना संपादकीय टीम द्वारा संकलित)

प्रकाशक व मुद्रक बीना जैन, अपर महानिदेशक द्वारा प्रकाशन विभाग के लिये ब्रजबासी आर्ट प्रेस लिमिटेड, ई-46/11, ओखला

औद्योगिक क्षेत्र, फेस-2, नयी दिल्ली-110 020 से मुद्रित एवं प्रकाशन विभाग, सूचना भवन,

सी.जी.ओ. कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नयी दिल्ली-110 003 से प्रकाशित। संपादक : राकेशरेणु



रोज़गार समाचार

साप्ताहिक

क्या आप सरकारी/सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम/कर्मचारी चयन आयोग/संघ लोक सेवा आयोग/
रेलवे भर्ती बोर्ड/सशत्र सेनाओं/बैंकों में रोज़गार तलाश रहें हैं?



रोज़गार समाचार आपका
श्रेष्ठ मार्गदर्शक है। यह विगत
तीस वर्षों से नौकरियों के लिए
सबसे अधिक बिकने वाला
साप्ताहिक है। आप भी
इसके सहभागी बनें।

आपका हमारी वेबसाइट:
employmentnews.gov.in

- पर स्वागत है, जो कि
- नवीनतम प्रौद्योगिकी से विकसित है।
 - उन्नत किस्म के सर्च इंजिन
से युक्त है।
 - आपके प्रश्नों का विशेषज्ञों द्वारा
शीघ्र समाधान करती है।

रोज़गार समाचार/एम्प्लाएमेंट न्यूज की प्रति के लिए निकटतम वितरक
से संपर्क करें।

व्यापार संबंधी पूछताछ के लिए संपर्क करें:

रोज़गार समाचार, पूर्वी खण्ड 4, तल 5, रामकृष्णपुरम, नई दिल्ली।

फोन : 26182079, 26107405, ई-मेल : enabm_sa@yahoo.com



प्रकाशन विभाग
सूचना और प्रसारण मंत्रालय
भारत सरकार