ISSN-0971-8397

योजना

अक्तूबर 2012 | विकास को समर्पित मासिक | ₹ 10

स्वास्थ्य एवं पोषाहार

body
chemical
food
foods
needed
digestive
absorbed
proven
experiment
sugar
nutrient
system
compound
human
better
well
diet
health
acids
eliminated
Studies
science
Nutritional
ingested
involved
favorable
waste
bloodstream
feces
nourishment
metabolism
Calorie
study
must
proteins
diseases
advances
appetite
calcium
zinc
typical
phospholipids
hormones
unchanged
combinations
discernible
mitosis
common
essential
fetus
bonds
clarification
consists
resulting
matter
form
still
help
molecules
organisms
sequences
magnesium
iron
plant
variety
increasingly
composition
excreted
lumen
balance
slow
concerned
eating
fresh
state
wide
juices
wholesome
oxygen
disease
matrix
starch
pathway
carbon
growth
contains
division
physiological
feed
carbohydrates
provide
hydrogen
nitrogen
regulation
conformations
whole-plant
unborn
managements
monotonous
hours
long
slowly
humans
biochemical
unprocessed
hydroxyapatite
number
proven
variables
health-thing
eats
consist
things
forms
based
changes
living
living
processed
period
balance
excreted
lumen
slow
molecular
steps
professionals
wide
eating
fresh
state
concerned
study
Calorie
wholesome
juices
carbon
pathway
growth
contains
division
oxygen
disease
matrix
starch
molecular
steps
professionals
wide
eating
fresh
state
concerned
bloodstream
feces
nourishment
metabolism

Hkkjr dk lkSo vrfj{k fe'ku lQy

अंतरिक्ष के क्षेत्र में इतिहास रचते हुए भारत ने गत दिनों अपने सौवें अंतरिक्ष मिशन को सफलतापूर्वक अंजाम दिया और पीएसएलवी-सी 21 के माध्यम से दो विदेशी उपग्रहों को उनकी कक्षा में स्थापित किया। सतीश धवन अंतरिक्ष केंद्र से पीएसएलवी-सी 21 सुबह नौ बजकर 53 मिनट पर रवाना हुआ।

प्रक्षेपण के 18 मिनट बाद 44 मीटर लंबे पीएसएलवी-सी 21 ने फ्रांसीसी एमपीओटी 6 को और जापान के माइक्रो उपग्रह प्रोइटेरेस को उनकी कक्षा में स्थापित कर दिया। अंतरिक्ष के मलबे की टक्कर से बचने के लिए 51 घंटे की उल्टी गिनती के बाद प्रक्षेपण में दो मिनट की देरी की गई। प्रधानमंत्री मनमोहन सिंह ने इस ऐतिहासिक मिशन को शानदार सफलता क़रार दिया। सफल प्रक्षेपण के बाद उन्होंने वैज्ञानिकों से कहा, ''मैं अंतरिक्ष विभाग और भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन के सभी सदस्यों को उनकी शानदार सफलता के लिए हार्दिक बधाई देता हूं।''

इस मिशन को देश की अंतरिक्ष क्षमताओं के लिए मील का पत्थर क़रार देते हुए प्रधानमंत्री ने कहा कि प्रक्षेपण भारतीय अंतरिक्ष उद्योग की पेशेवर श्रेष्ठता का गवाह है और भारतीय नवोन्मेष और कौशल को समर्पित है। इस सफलता से प्रसन्न इसरो प्रमुख के. राधाकृष्णन ने संवाददाताओं से कहा कि इस सफल मिशन के साथ ही एजेंसी ने 62 उपग्रह, एक स्पेस रिकवरी मॉड्यूल और 37 रॉकेटों का प्रक्षेपण कर लिया और इनकी कुल संख्या 100 हो गई है।

हर भारतीय रॉकेट के प्रक्षेपण को और उपग्रह को कक्षा में स्थापित किए जाने को एक मिशन माना जाता है। कुल 712 किलोग्राम वजन वाला यह फ्रांसीसी उपग्रह भारत के किसी विदेशी ग्राहक के लिए प्रक्षेपित सर्वाधिक वजन वाला उपग्रह है। जापानी माइक्रो अंतरिक्ष यान का वजन 15 किग्रा है। यह प्रक्षेपण भारतीय अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन (इसरो) के लिए एक बड़ी उपलब्धि है। इसरो ने 19 अप्रैल, 1975 में स्वदेश निर्मित उपग्रह आर्यभट्ट के प्रक्षेपण के साथ अपने अंतरिक्ष सफ़र की शुरुआत की थी। आर्यभट्ट को एक रूसी रॉकेट के जरिये भेजा गया था।

इस प्रक्षेपण से पीएसएलवी की बहुउपयोगिता और माज़बूती एक बार फिर नाज़र आई। सितंबर 1993 में इस रॉकेट ने अपनी पहली उड़ान भरी और नाकाम रहा। लेकिन इस बार अपनी2 1वींस फलउ ड़ानभ ारी।ए मपीओटी6 प ृथ्वीक ा विश्लेषणक रनेव ालाउ पग्रहह ैज बकिप ्रोइटेरेसक ोह ाई रिजोल्यूशन कैमरे से जापान के कंसाई जिले के पर्यवेक्षण के लिए भेजा गया है।

इसरो प्रमुख के. राधाकृष्णन ने कहा कि चंद्रयान से सीखे सबकों के आधार पर हमें यान में स्वचालित व्यवस्था विकसित करने की ज़रूरत है ताकि उपग्रह किसी भी स्थिति में खुद ही संभल सके। ❑

योजना

वर्ष : 56 • अंक : 10 • अक्तूबर 2012 • आश्विन-कार्तिक, शक संवत 1934 • कुल पृष्ठ : 56

प्रधान संपादक
रीना सोनोवाल कौली

वरिष्ठ संपादक
वी. एम. वनोल

संपादक
रेमी कुमारी

संपादकीय कार्यालय
538, योजना भवन, संसद मार्ग,
नयी दिल्ली-110 001
दूरभाष : 23717910, 23096738
टेलीफैक्स : 23359578
ई-मेल : yojanahindi@gmail.com
वेबसाइट : www.yojana.gov.in
www.publicationsdivision.nic.in
a) dpd@nic.in
b) dpd@hub.nic.in

संयुक्त निदेशक (उत्पादन)
वी.के. मीणा

व्यापार व्यवस्थापक (प्रसार एवं विज्ञापन)
सूर्यकांत शर्मा

दूरभाष : 26100207, 26105590
फैक्स : 26175516
ई-मेल : pdjucir@gmail.com

आवरण : **जी. पी. धोपे**

इस अंक में

संपादकीय	–	5
भारत का स्वास्थ्य : मुद्दे और चुनौतियां	शैलजा चंद्रा	7
दवा मूल्य निर्धारण और औषधि नीति	सी.पी. सिंह	11
भारत में एचआईवी और एड्स के विरुद्ध कार्रवाई उपलब्धियां और भावी कार्यक्रम	ताप्ती दत्ता	15
बाज़ार की गिरफ़्त में पोषाहार और स्वास्थ्य	ए.के. अरुण	19
ग्रामीण महिलाओं के स्वास्थ्य के प्रति दृष्टिकोण	अजय कुमार सिंह	23
स्वास्थ्य, पोषण और आयुर्वेद	भारत भूषण	27
स्वस्थ बिहार मुहिम से बढ़ रही हैं स्वास्थ्य सुविधाएं	गोविंद शर्मा	31
क्या आप जानते हैं? : न्याय प्रदान करने और विधि सुधारों के लिए राष्ट्रीय मिशन	–	34
अनुकरणीय पहल : अनमोल जीवन की रक्षा केरल की 108 एंबुलेंस सेवा	राम कृष्ण पिल्लै	36
महावीर और गांधी : अहिंसा की वैयक्तिकता से सामूहिकता तक की यात्रा	सरोज कुमार वर्मा	38
शोधयात्रा : स्व-चालित रीपिंग व विंडरोइंग मशीन	–	42
कागज़ उत्पादन प्रक्रिया का पर्यावरण पर प्रभाव	वी.के. भारती	45
मंथन : लक्ष्य निर्धारण	विजय प्रकाश श्रीवास्तव	51

योजना **हिंदी के अतिरिक्त असमिया, बांग्ला, अंग्रेजी, गुजराती, कन्नड़, मलयालम, मराठी, तमिल, उड़िया, पंजाबी, तेलुगु तथा उर्दू भाषाओं में भी प्रकाशित की जाती है। पत्रिका मंगवाने हेतु, नयी सदस्यता, नवीकरण, पुराने अंकों की प्राप्ति एवं एजेंसी आदि के लिए मनीआर्डर/डिमांड ड्राफ्ट/पोस्टल आर्डर 'महानिदेशक, प्रकाशन विभाग' के नाम से बनवा कर निम्न पते पर भेजें : व्यापार व्यवस्थापक (प्रसार एवं विज्ञापन), प्रकाशन विभाग, पूर्वी खंड IV, तल VII, आर.के.पुरम, नयी दिल्ली-66 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, नयी दिल्ली-110003 (दूरभाष : 24367260, 5610), हाल सं. 196, पुराना सचिवालय, दिल्ली-110054 (दूरभाष : 23890205) * 701, सी- विंग, सातवीं मंजिल, केंद्रीय सदन, बेलापुर, नवी मुंबई-400614 (दूरभाष : 27570686) * 8, एसप्लानेड ईस्ट, कोलकाता-700069 (दूरभाष : 22488030) * 'ए' विंग, राजाजी भवन, बंसल नगर, चेन्नई-600090 (दूरभाष : 24917673) * प्रेस रोड नयी गवर्नमेंट प्रेस के निकट, तिरुवनंतपुरम-695001 (दूरभाष : 2330650) * ब्लॉक सं-4, पहला तल, गृहकल्प, एमजी रोड, नामपल्ली, हैदराबाद-500001 (दूरभाष : 24605383) * फर्स्ट फ्लोर, 'एफ' विंग, केंद्रीय सदन, कोरामंगला, बंगलुरु-560034 (दूरभाष : 25537244) * बिहार राज्य कोऑपरेटिव बैंक भवन, अशोक राजपथ, पटना-800004 (दूरभाष : 2683407) * हॉल सं-1, दूसरा तल, केंद्रीय भवन, सेक्टर-H, अलीगंज, लखनऊ-226024 (दूरभाष : 2225455) * अंबिका कॉम्प्लेक्स, फर्स्ट फ्लोर, पाल्दी, अहमदाबाद-380007 (दूरभाष : 26588669) * के.के.बी. रोड, नयी कॉलोनी, मकान संख्या-7, चेनीकुटी, गुवाहाटी-781003 (दूरभाष : 2665090)

चंदे की दरें : वार्षिक : ₹ 100 **द्विवार्षिक :** ₹ 180; **त्रैवार्षिक :** ₹ 250; **विदेशों में वार्षिक दरें : पड़ोसी देश:** ₹ 530; **यूरोपीय एवं अन्य देश :** ₹ 730।

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

नया कलेवर

योजना का मैं कई वर्षों से नियमित पाठक हूं। अगस्त 2012 का विशेषांक अन्य माह से बिल्कुल अलग पढ़ने और देखने को मिला। सर्वप्रथम भारत के 13वें राष्ट्रपति प्रणब मुखर्जी के राजनीतिक सफ़र के बारे में जानने का मौका मिला तत्पश्चात संपादकीय पढ़ा जो एक प्रतियोगी छात्र एवं छात्राओं के लिए मार्गदर्शक का कार्य करता है। लेखक कमल नयन काबरा का आलेख 'आज़ादी के सातवें दशक की चुनौतियां' में आज़ादी के 65 वर्ष में आए बदलाव को आर्थिक, सामाजिक एवं वित्तीय उदारीकरण-वैश्वीकरण से जोड़कर समझाने का कार्य किया गया है, वास्तव में काबिलेतारीफ़ है। इसी प्रकार लेखक जे.वी. विलानिलम के लेख 'भारत में शिक्षा व्यवस्था 1947-2012' वास्तव में गागर में सागर है। लेखक राधाकृष्ण राव ने भी अपने लेख 'भारत का अंतरिक्ष कार्यक्रम प्रगति पर' में भारत के अंतरिक्ष कार्यक्रम में हो रही प्रगति पर बल देकर हम सभी पाठकगण को जो समझाने का कार्य किया है वह वास्तव में काबिलेतारीफ़ है। इसी प्रकार से लेखक अरविंद कुमार सिंह का लेख 'भारत में संचार क्रांति का असर', देवेंद्र उपाध्याय का लेख 'संसदीय लोकतंत्र के 65 वर्ष' एवं लेखक रहीस सिंह का लेख 'साढ़े छह दशक के विकास के हासिल' वास्तव में ज्ञान का पट खोलने का कार्य किया है। क्या आप जानते हैं? स्तंभ में 'हिग्स बोसोन' क्या है एवं 'ईश्वरीय कण' (गॉड पार्टिकिल) के बारे में विस्तृत जानकारी मिली। इसी प्रकार से लेखक देव प्रकाश चौधरी के आलेख में 'कला एवं संस्कृति का सुहाना सफ़र' में 65 सालों में संस्कृति, मनोरंजन, चित्रकला, नृत्य-संगीत में प्रगति को दर्शाया गया है। हिंदी सिनेमा के पहले सुपर स्टार राजेश खन्ना एवं कलयुग के हनुमान दारा सिंह को जो श्रद्धांजलि के रूप में पत्रिका में स्थान दिया गया वह भी सराहनीय है। इसी प्रकार से खेल जगत में लेखक योगेश चंद्र शर्मा का लेख 'ओलंपिक खेलों में भारत' भी काबिलेतारीफ़ है। अन्य आलेख भी ज्ञानवर्धक लगें।

सुजीत कुमार
एम.एस. कालोनी, भागलपुर, बिहार

शहीदों को सलाम

योजना का विशेषांक पढ़कर खुशी हुई, संपादकीय अच्छा लगा। असंख्य शहीदों के बलिदान के फलस्वरूप आखिरकार हमें आज़ादी नसीब हुई। 15 अगस्त हमें उन शहीदों की याद दिलाता है जिन्होंने अपनी जान की परवाह किए बगैर देश के लिए खुद को कुर्बान कर दिया। कृतज्ञ राष्ट्र उन शहीदों को सलाम करता है।

जश्ने आज़ादी भारतवर्ष हर साल मनाता है, किंतु यह दिन हमें प्रेरणा देता है कि जब कभी इस वतन पर काली घटा छाए तो अपने वजूद को खत्म करके भी वतन के वजूद को बचाना है।

आर.सी. राजमणि के लेख 'स्वतंत्रता के 65 वर्ष' के माध्यम से भारतीय लोकतंत्र के बारे में रोचक जानकारी मिली। देवेंद्र उपाध्याय व रहीस सिंह के आलेख अच्छे लगें। आज भारतवर्ष स्वतंत्रता की 65वीं वर्षगांठ मना रहा है किंतु यह वर्षगांठ हमसे यह सवाल करती है कि 65 वर्ष में हमने क्या खोया, क्या पाया? आज हम खाद्यान्न के क्षेत्र में आत्मनिर्भर हैं, रक्षा के क्षेत्र में अग्नि-5 का उदाहरण हमारे सामने है। हमने विश्व को गुटनिरपेक्षता का सिद्धांत पेश किया। लेकिन आज कई समस्याएं हमारे सामने मुंह फाड़े खड़ी हैं। मसलन– आतंकवाद, क्षेत्रवाद, जातिवाद, सांप्रदायिकता, अशिक्षा, बेरोज़गारी, मिलावटखोरी व भ्रष्टाचार। इन सब पर हमें विजय प्राप्त करनी होगी। मगर यह कार्य सिर्फ़ भाषणों, वाद-विवादों से नहीं बल्कि देश के नागरिकों में जागरुकता पैदा करने से होगा।

दिलावर हुसैन कादिरी
मेहराबाद, जैसलमेर, राजस्थान

यथेष्ठ उपयोगी अंक

योजना का अगस्त 2012 विशेषांक पढ़ा। विशेषांक अपने निहित लक्ष्योद्देश्य पर खरा उतरता दिख रहा है। आज़ादी के 65 वर्ष की कालावधि में हुए विकास को यह यथातथ्य पुनर्स्थापित कर रहा है। संपादकीय में स्वतंत्र भारत के विकास और परिकल्पित योजनाओं की एक झांकी दशाई गई है। श्री कमल नयन काबरा ने सातवें दशक की चुनौतियों को बिंदुवार पेश है। सुश्री निर्मला बुच ने महिलाओं से संबंधित नियोजन की चुनौतियों पर रोशनी डाली है। लेखक सुरिंदर सूद ने कृषि विकास पर दृष्टि डाली है। नमिता मेहरोत्रा जी ने भारत में अधोसंरचना विकास को गंभीरता से आरेखित किया है। श्री जे.बी. विलानिलम ने स्वतंत्रता के उत्तरकाल की राष्ट्रीय शिक्षा की रूपरेखा प्रस्तुत की है और व्यवस्था के विकास की

झांकी पेश की है। इसी प्रकार श्री राधाकृष्ण राव ने भारत के अंतरिक्ष कार्यक्रम की प्रगति पर एक दृष्टि डाली है। अरविंद कुमार सिंह ने संचार क्रांति की गतिमान दशा की सुरुचिपूर्ण जानकारी दी है। श्री अनिल चमड़िया ने दलितों की विकासगाथा पर टिप्पणी की है एवं श्री देवेंद्र उपाध्याय ने संसदीय लोकतंत्र के 65 वर्षों की गतिविधियों पर एक दृष्टि डाली है। स्वातंत्र्योत्तर कला-संस्कृति, प्राथमिक शिक्षा, महिला सशक्तीकरण, खेलजगत आदि पर भी एक स्थूल दृष्टि विद्वान लेखकों ने डाली है। अंक में, सुपर स्टार राजेश खन्ना एवं दारा सिंह के निधन पर श्रद्धांजली अर्पित की गई है तो महामहिम राष्ट्रपति का जीवन-वृत्त रेखांकित किया गया है। महामहिम प्रणब मुखर्जी का जीवन-वृत्त पेश कर एक अत्यंत उपयोगी कार्य किया गया है। अस्तु, *योजना* का यह विशेषांक यथेष्ट उपयोगी बन पड़ा है। संपादक मंडल को बधाई।

गौरी शंकर पाण्डेय
शास्त्रीनगर, फैजाबाद, उत्तर प्रदेश

इन विषयों पर भी लेख छापें

यो*जना* द्वारा लगातार अपने स्तर को बनाए रखने और बेहतरीन पठनीय सामग्री उपलब्ध कराने के लिए मैं संपादकीय टीम तथा लेखकों की आभारी हूं। *योजना* का अगस्त 2012 अंक संग्रहणीय लगा जिसमें 65 वर्षों का क्षेत्रवार लेखा-जोखा प्रस्तुत किया गया है। इस विशेषांक में कुछ लेखकों ने बेहद उपयोगी सामग्री प्रस्तुत की है, उनकी भी मैं आभारी हूं, विशेषकर कमलनयन काबरा, आर. सी. राजामणि, नमिता मेहरोत्रा, रहीस सिंह आदि लेखकों की। वैसे तो सभी लेखकों के प्रयास सराहनीय हैं लेकिन उपर्युक्त ऐसी लेखनी आज मात्र हमारी आवश्यकता नहीं है, बल्कि पूरे देश की आवश्यकता है। ये ऐसे लेखक हैं जिनकी ज़रूरत प्रत्येक अंक में रहती है क्योंकि मैं ही नहीं मेरे बहुत से साथी इन्हें हमेशा पढ़ना चाहते हैं। आपसे एक विनती है कि वैश्विक आर्थिक परिवर्तनों तथा भारत पर उसके प्रभावों, वैश्विक ट्रेड ब्लॉक्स और नयी अर्थव्यवस्था में उनकी भूमिका, राजकोषीय नीति की चुनौतियां, मौद्रिक नीति, विदेशी निवेश पर वैश्विक प्रतिस्पर्धा आदि विषयों पर भी सामग्री देने की कृपा करें, आभारी रहूंगी।

सुष्मिता श्रीवास्तव
नयी दिल्ली

वयस्क मताधिकार पर लेख छापें

योजना के अगस्त 2012 के विशेषांक में पृष्ठ सं. 05 के संपादकीय में आपने किस आधार पर यह तथ्य प्रकाशित किया कि ''सार्वभौमिक वयस्क मताधिकार हमें एक झटके में मिला।'' जबकि भारत के सभी वयस्क नागरिकों को मताधिकार दिलाने में बाबा साहब डॉ. भीमराव अंबेडकर को कांग्रेसी नेताओं से काफी वाद-प्रतिवाद एवं संघर्ष करना पड़ा था। बाबा साहब द्वारा इस मुद्दे को विश्व मंच पर ले जाने की तैयारी करने पर मताधिकार को मंजूरी मिली जिसका उल्लेख उत्तर प्रदेश की पूर्व मुख्यमंत्री सुश्री मायावती ने अपनी पुस्तक *मेरे संघर्षमय जीवन और बहुजन मूवमेंट का सफ़रनामा* के प्रथम संस्करण के पृष्ठ सं. 370-371 पर किया है। कृपया अगले अंक में वयस्क मताधिकार पर लेख प्रकाशित करें।

नीरज कुमार सिंह
बिसवा, सीतापुर, उ.प्र.

सारगर्भित अंक

यो*जना* का अगस्त 2012 अंक मिला। पढ़कर काफी प्रसन्नता हुई। मेरे मित्र भी हर्ष का अनुभव कर रहे हैं। अंक बहुत ही सारगर्भित और समृद्ध सामग्रियों से संपन्न है। हम सभी *योजना* के नियमित पाठक हैं इसलिए जैसे ही पत्रिका पढ़कर समाप्त करते हैं अगले अंक की प्रतीक्षा करने लगते हैं। हम सभी आपके कुछ लेखकों के लेखों को पढ़ने के कायल हैं। हम जैसे अन्य विद्यार्थी जो भारतीय प्रशासनिक परीक्षा की तैयारी में जुटे हैं, के लिए यह पत्रिका एवं इसमें शामिल लेखों का दृष्टिकोण बहुत उपयोगी होता है।

देवराज मीणा, जयंतराज, समरजीत गालवा
रनक सिंह, देवेश कुमार सिंह
एवं हरिराज गुर्जर
जयपुर, राजस्थान

योजना
आगामी अंक

नवंबर 2012

योजना का नवंबर 2012 अंक **बाल सरोकार** पर केंद्रित होगा
इस अंक का मूल्य होगा मात्र ₹ 10 ।

दिसंबर 2012

योजना का दिसंबर 2012 अंक विगत वर्षों की भांति **पूर्वोत्तर** पर विशेषांक होगा
इस बार फ़ोकस होगा **नगालैंड** पर
विशेषांक का मूल्य होगा मात्र ₹ 20 ।

IAS PCS

दृष्टि The Vision

सिविल सेवा परीक्षा में संभावित परिवर्तनों से उत्पन्न माहौल में घबराने से बेहतर है कि सबसे अनुभवी एवं श्रेष्ठ मार्गदर्शन के अंतर्गत अधिक से अधिक ऊर्जा लगाकर अपने उस पक्ष को भावी चुनौतियों के लिए तैयार रखा जाए जो किसी भी स्थिति में नहीं बदलने वाला है।

सामान्य अध्ययन

कार्यक्रम समन्वयक– डॉ. विकास दिव्यकीर्ति

अर्थव्यवस्था श्री डी. कुमार	भारतीय राजव्यवस्था डॉ. विकास दिव्यकीर्ति
भारतीय इतिहास श्री अखिल मूर्ति	भारत एवं विश्व तथा समसामयिक मुद्दे श्री शरद त्रिपाठी
भूगोल एवं पारिस्थितिकी व पर्यावरण श्री संजीव श्रीवास्तव	सामान्य विज्ञान श्री के.पी. द्विवेदी
विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी श्री शरद त्रिपाठी	सामाजिक मुद्दे डॉ. विकास दिव्यकीर्ति
सांख्यिकी श्री एस.के. सेठ	कला एवं संस्कृति श्री अखिल मूर्ति

निःशुल्क परिचर्चा के साथ तृतीय बैच आरंभ

14th Oct.

7 pm

CSAT

कक्षा का समय

10:00 am

Distance Learning Programme

सामान्य अध्ययन (प्रा.+ मु. परीक्षा) + सीसैट

हिन्दी साहित्य (मु. परीक्षा) ★ दर्शनशास्त्र (मु. परीक्षा)

641, प्रथम तल, डॉ. मुखर्जी नगर, दिल्ली–110009

फोनः 011–27604128, 27601583, 47532596, (+91)8130392356–57–58–59–60

E-mail: drishtiacademy@gmail.com * Website: www.drishtithevisionfoundation.com

Facebook: https://www.facebook.com/drishtithevisionfoundation

YH-131/2012

संपादकीय

भारत के विविध स्वास्थ्य क्षेत्र में न केवल आधुनिक चिकित्सा पद्धतियां शामिल हैं, बल्कि होम्योपैथी, आयुर्वेद और यूनानी चिकित्सा प्रणालियां जैसी पारंपरिक पद्धतियां भी महत्वपूर्ण भूमिका अदा करती हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र में कुल सरकारी व्यय सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) का एक दशमलव दो प्रतिशत के बराबर है। संचारी रोग भारत की प्रमुख लोक स्वास्थ्य समस्या बनी हुई है। वृद्धावस्था के रोग और मानसिक स्वास्थ्य जैसे गैर-संचारी रोगों के मामले भी लगातार बढ़ रहे हैं। भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र के बारे में विशेषज्ञों में आम राय है कि देश के विभिन्न भागों में और विभिन्न वर्गों के लिए स्वास्थ्य सुविधाएं एक जैसी नहीं हैं। देश में न केवल स्वास्थ्य सुविधाएं अपर्याप्त हैं बल्कि कुशल जनशक्ति का भी घोर अभाव है।

लोक स्वास्थ्य से जुड़ी अधिकतर समस्याओं को नीति निर्माताओं ने भी स्वीकार किया है जिसका प्रभाव 12वीं पंचवर्षीय योजना की तैयारी की प्रक्रिया में स्पष्ट दिखाई देता है। योजना के दृष्टिकोण-पत्र में व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने की आवश्यकता स्वीकार की गई है। संचारी रोग और निवारक स्वास्थ्य सेवाओं तथा ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं के स्तर में सुधार पर अधिक बल दिया गया है। जिलों को नियोजन, प्रशिक्षण और सेवा प्रदाय के अलावा पूंजी निवेश तथा मानव संसाधनों के अभाव को समाप्त करने की इकाई बनाने का सुझाव दिया गया है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा पर योजना आयोग द्वारा गठित उच्चस्तरीय विशेषज्ञ समूह ने सिफ़ारिश की है कि स्वास्थ्य पर सरकारी ख़र्च सकल घरेलू उत्पाद के मौजूदा एक दशमलव एक प्रतिशत से बढ़ाकर 12वीं योजना के अंत तक कम से कम ढाई प्रतिशत कर दिया जाए। यह ख़र्च 2022 तक कम से कम 3 प्रतिशत के बराबर तक हो जाना चाहिए। अन्य जो सिफ़ारिशें की गई हैं उनमें सभी को व्यापक स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ उठाने का अधिकार, दवाओं की खरीद पर सरकारी ख़र्च बढ़ाकर निःशुल्क दवाएं उपलब्ध कराना, लोक स्वास्थ्य निवेश पर विशेष ज़ोर और मानव संसाधन की समस्याओं के निराकरण के लिए अधिक चिकित्सा महाविद्यालय और नर्सिंग कॉलेज खोलना शामिल है।

हाल के वर्षों में संचारी रोग से होने वाली मौतों में कमी आने से लोगों की औसत आयु में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है। लोगों की जीवन प्रत्याशा बढ़ी है। शिशु और मातृ मृत्युदर में कमी आई है। पिछले 12 महीनों में पोलियो का एक भी मामला सामने न आना भारत की स्वास्थ्य सेवाओं की महत्वपूर्ण उपलब्धि है। देश में पोलियो उन्मूलन की रणनीति और उसके क्रियान्वयन की प्रभावशीलता का यह एक अनुकरणीय उदाहरण है। अप्रैल 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत ग्रामीण क्षेत्रों में सभी लोगों को कम क़ीमत पर समान रूप से स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने के उद्देश्य से की गई थी। यह मिशन विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य सेवाओं के असमान विकास की समस्या को दूर करने के एक नीतिगत उपाय के तौर पर शुरू किया गया था। केंद्र इस मिशन के तहत स्वास्थ्य क्षेत्र के लक्ष्य को प्राप्त करने में राज्यों के स्वास्थ्य प्रणालियों को उचित आकार देने और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के मानदंड स्थापित करने में अग्रणी भूमिका निभाता है। शहरी ग़रीबों की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अनिवार्य प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएं तुरंत उपलब्ध कराना भी एक ऐसा क्षेत्र है जिस पर ध्यान देने की आवश्यकता है।

महिलाओं और बच्चों का कुपोषण, बालिकाओं का गिरता अनुपात, किशोरियों का स्वास्थ्य, वरिष्ठ नागरिकों की देखभाल ऐसी कुछ समस्याएं हैं जिन पर तुरंत ध्यान देने की आवश्यकता है।

पोषाहार मानव विकास का आधार है और सरकार ने कुपोषण के ख़िलाफ़ लड़ाई को सर्वोच्च प्राथमिकता दी है। मुख्य मुद्दा है- यथासंभव महिलाओं और बच्चों के कुपोषण की समस्या को दूर करना। समय की आवश्यकता है कि आर्थिक विकास, निर्धनता, दैनिक भोजन और पोषण की स्थिति के बीच संबंधों की समीक्षा की जाए।

योजना के प्रस्तुत अंक में इन सभी विषयों पर विस्तार से चर्चा की गई है और इन चुनौतियों का सामना करने का रास्ता सुझाने वाले विद्वान लेखकों के आलेख दिए गए हैं। आशा है कि आप इसे उपयोगी पाएंगे। ❑

DISCOVERY®

...Discover your mettle

'डिस्कवरी' की स्थापना सन 2003 में की गई थी। स्थापना वर्ष से ही लगातार हिन्दी माध्यम के टॉपर एवं सर्वाधिक परिणाम 'डिस्कवरी' से रहा। जिसमें राहुल रंजन महिवाल (2004 कुल परिणाम-19) मनोज जैन (2005 कुल परिणाम-17) जयसिंह (2006 कुल परिणाम 30) सरोज कुमार (2007 कुल परिणाम 40) अवनीश शरण (2008 कुल परिणाम 57) तरूण राठी (2009 कुल परिणाम 66) राहुल कुमार (2010 कुल परिणाम 39) कौशल कुमार (2011 कुल परिणाम 36)। इस परिणाम से अंतर स्पष्ट है...

अक्टूबर अंतिम सप्ताह, 9.00AM–12.00 Noon

सामान्य अध्ययन

(Foundation Batch)

भारतीय राजव्यवस्था एवं शासन व्यवस्था : सी॰बी॰पी॰ श्रीवास्तव एवं दिवाकर गुप्ता
अर्थव्यवस्था (भारतीय एवं वैश्विक) : सी॰बी॰पी॰ श्रीवास्तव
विश्व एवं भारत का भूगोल एवं पर्यावरणीय मुद्दे : अनिल केशरी
भारत का इतिहास एवं भारतीय राष्ट्रीय आंदोलन : अनिल केशरी
सामाजिक महत्व के विषय: सी॰बी॰पी॰ श्रीवास्तव
भारत एवं विश्व : सी॰बी॰पी॰ श्रीवास्तव
विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी : सी॰पी॰श्रीवास्तव
सांख्यिकी : डॉ. कुमार (D.U) एवं बी.के मिश्रा
राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय घटनाक्रम, भारत 2013 -सी॰बी॰पी॰ श्रीवास्तव, मो॰ जावेद एवं संजीव

- सम्पूर्ण पाठ्यक्रम की निश्चित समयावधि में समाप्ति।
- मुख्य तथा प्रारंभिक परीक्षा हेतु पृथक कक्षाएं।
- प्रारम्भिक परीक्षा के पाठ्यक्रम में शामिल नए उपखंडों-राजनीतिक प्रणाली, लोक नीति, पंचायती राज व्यवस्था, शासन व्यवस्था, अधिकार संबंधी मुद्दे, सामाजिक-आर्थिक विकास तथा पर्यावरणीय पारिस्थितिकी एवं जैव विविधता की पृथक कक्षाएं।
- प्रारंभिक परीक्षा के प्रत्येक खंडो के नोट्स के साथ-साथ अभ्यास प्रश्नों (Practice Booklet) की उपलब्धता।
- प्रतिदिन खंड-विशिष्ट संभावित प्रश्नों का संकलन तथा चर्चा।
- अद्यतन एवं परीक्षोपयोगी अध्ययन सामग्री जिसमें तथ्यों एवं संकल्पनाओं को सरल एवं सटीक भाषा में संकलित किया गया है ताकि प्रश्नों के उत्तर सीधे प्राप्त किए जा सकें।
- भारत संदर्भ ग्रंथ, आर्थिक समीक्षा तथा पत्र-पत्रिकाओं-द हिन्दू, बिजिनेस लाइन, द इकोनॉमिस्ट एवं सरकारी रिपोर्टों में शामिल परीक्षोपयोगी सामग्री को अध्ययन का भाग बनाने वाली रणनीति।
- साप्ताहिक जांच परीक्षा एवं उपयोगी सुझाव।

अक्टूबर अंतिम सप्ताह

CSAT

द्वितीय बैच -12:30-2:30बजे

सर्वश्रेष्ठ टीम द्वारा

कॉम्प्रिहेंसन, अंतर्वैयक्तिक कौशल-संवाद कौशल, निर्णयन एवं समस्या समाधान -सी.बी.पी. श्रीवास्तव एवं दिवाकर गुप्ता
लॉजिकल रिजनिंग एवं एनालिटिकल एबिलिटी, सामान्य मानसिक योग्यता तथा ऑकड़ा विश्लेषण -राज राजेश (पटना)
आधारभूत अंकीययोग्यता (गणित) -अमित कुमार वर्मा एवं बी.के. मिश्रा
अंग्रेजी भाषा कॉम्प्रिहेंसन दक्षता -भरत कुमार (Expert of GRE & GMAT)

- लगभग 225 घंटे की नियमित कक्षा एवं अभ्यास सत्र।
- पाठ्यक्रम का सर्वाधिक निर्णायक खंड रीजनिंग, मानसिक योग्यता तथा गणित विषय का अध्यापन भारत के सुविख्यात शिक्षक द्वारा।
- कॉम्प्रिहेंसन के प्रश्नों को हल करने हेतु विशिष्ट रणनीति के साथ कक्षा का संचालन।
- सभी खंडो का पृथक नोट्स एवं अभ्यास पुस्तिका (Practice Booklet)।
- कक्षा का संचालन Chapter wise Handouts के द्वारा।
- Doubt clearing Session एवं नियमित जाँच परीक्षा।

Course Co-Ordinator: Neeraj Bhushan

Head Office:-B14(Basement), Comm. Complex. Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-9 PH: 9313058532, 9999044179, 01132906050

Lucknow Branch: Arif chamber iv, Ist Floor Above Maha Lakshmi Sweets Purania chauraha Aliganj. Ph: 08960240900

Visit us at: www.discoveryiasacademy.com

YH-128/2012

भारत का स्वास्थ्य : मुद्दे और चुनौतियां

● शैलजा चंद्रा

भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र के समक्ष जो चुनौतियां हैं, वे काफी विशालकाय हैं। आने वाले वर्षों में उनमें और वृद्धि ही होगी। आश्चर्य की बात यह है कि अधिकांश चुनौतियां न तो संसाधनों के अभाव के कारण पैदा हुई हैं और न ही तक़नीकी क्षमता की कमी के कारण। ये बाधाएं इस धारणा से उपजी हैं कि संभावित समाधान संभवत: मतदाताओं अथवा प्रभावशाली व शक्ति संपन्न समूहों को पसंद नहीं आए।

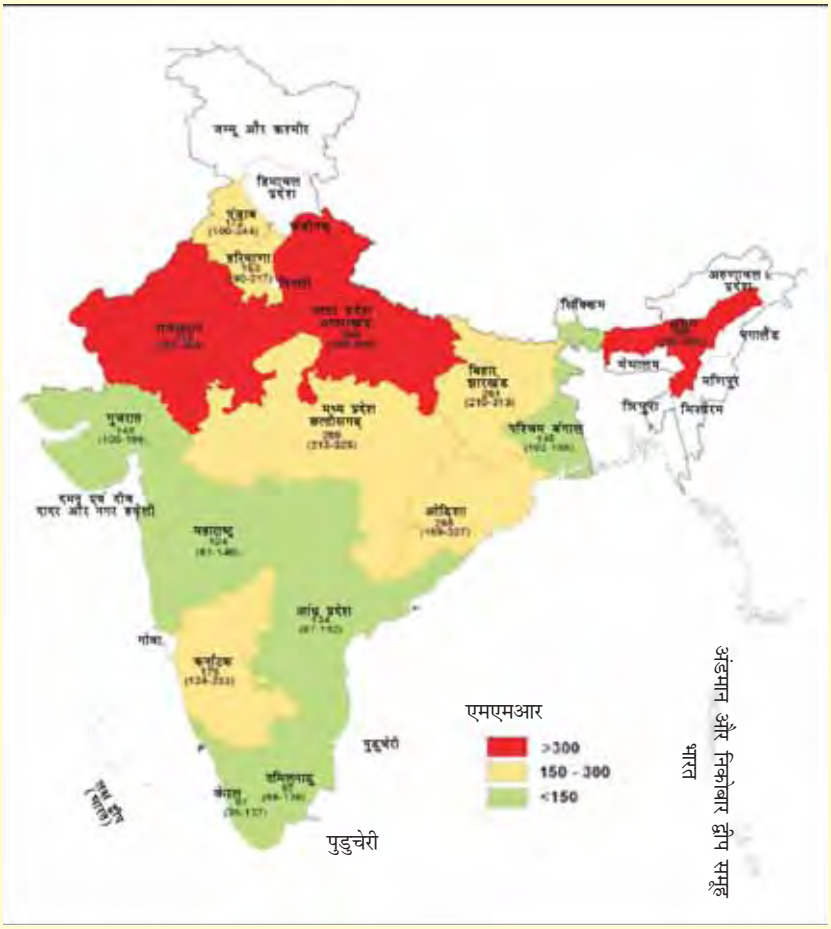
पहली समस्या है उन राज्यों में जनसंख्या स्थिरता की और उपेक्षा, जहां वह सबसे अधिक महत्व रखती है।

दूसरी समस्या है अभिजात्य चिकित्सकीय पदानुक्रम जो 60 वर्षों से अधिक समय से स्वास्थ्य जनशक्ति नियोजन पर एकाधिकार जमाए बैठा है। इसके परिणामस्वरूप एक ऐसी प्रणाली विकसित हुई है जिसमें उच्च तक़नीक युक्त विशेषज्ञता को मूल्यवान माना जाता है और लोक स्वास्थ्य सेवाओं की अपेक्षा उसका पारिश्रमिक अधिक दिया जाता है। विडंबना यह है कि लोक स्वास्थ्य सेवाएं करोड़ों लोगों के जीवन से जुड़ी हैं।

इसी से संबंधित एक तीसरी बड़ी चुनौती यह सुनिश्चित करना भी है कि डॉक्टरों को सार्वजनिक क्षेत्र की बढ़ती आवश्यकताओं की सेवा करने के लिए तैयार कैसे किया जाए? वह भी ऐसे में जब काम करने की परिस्थितियां, सड़ी हुई हैं, आवश्यकता से अधिक भीड़ है, बुनियादी सुविधाएं नाममात्र की हैं और न तो अच्छे कार्य का कोई पुरस्कार है और न ही ख़राब के लिए कोई दंड।

चित्र-1

क्षेत्रीय बदलाव : मातृ मृत्यु अनुपात* (एमएमआर)



स्रोत : भारत का रजिस्ट्रार जनरल (एसआरएस)

*एमएमआर : प्रति एक लाख जीवित जन्म और मृत्युदर

जन्म नियंत्रण के प्रति विविध दृष्टिकोण

1975 के आपातकाल के दौरान हुई जबरन नसबंदियों का परिणाम यह रहा कि अधिकांश उत्तर भारत में जनसंख्या नियंत्रण पर ज़ोर मंद पड़ गया और लोग कतराने लगें। कोरिया और ईरान जैसे देशों में, जहां उस समय प्रजनन दर भारत से कहीं अधिक थी, नियोजित परिवार की धारणा को खुशी-खुशी अपनाया गया, भारत ने इस विषय से मुंह मोड़ लिया। वर्ष 1994 में देश ने एक लक्ष्य रहित नीति अपनाई और राज्यों को केवल गर्भनिरोधक साधनों की आपूर्ति करने के लिए प्रोत्साहित किया और उनमें इस बारे में अनौपचारिक मित्रवत व्यवहार करने का सुझाव दिया गया।

परंतु दक्षिण भारत में केरल और तमिलनाडु राज्यों ने शेष भारत के विपरीत, परिवार नियोजन को पूरी शक्ति से अपनाने को ही सर्वोच्च प्राथमिकता दी। इन राज्यों में शासन करने वाले सभी दलों ने इस कार्यक्रम को पूरा समर्थन दिया। अस्सी के दशक के मध्य में इस कार्यक्रम का नेतृत्व तमिलनाडु के मुख्य सचिव श्री टी.वी. एंटनी के हाथों में था। इसी से इस कार्यक्रम के महत्व को समझा जा सकता है। श्री एंटनी को उनके इस कार्यक्रम से जुड़ाव के कारण ट्यूवेक्टॉमी-वैसेक्टॉमी एंटनी भी कहा जाता था।

उत्साही नेताओं, नौकरशाहों, प्रशासनिक अधिकारियों और डॉक्टरों को

साथ लेकर केरल और तमिलनाडु ने अपने यहां की प्रजनन दर यूरोपीय स्तर के समकक्ष ले आए। यह 20 वर्ष पुरानी बात है। इस बीच, आपातकाल के दौरान सबसे अधिक जबरन नसबंदी झेलने वाले उत्तर भारत में भी परिवार नियोजन के नाम से बिदकना धीरे-धीरे कम होने लगा था। हालांकि पुरानी सोच अभी पूरी तरह से गई नहीं है।

मातृ एवं शिशु मृत्युदर में कमी लाने की चुनौती

मां के स्वास्थ्य और मातृ एवं शिशु मृत्युदर में एक स्पष्ट संबंध है। उत्तरी राज्यों में 60 प्रतिशत से अधिक बालिकाओं और किशोरों का विवाह क्रमशः उनके विवाह की वैधानिक आयु 18 और 21 वर्ष के पूर्व ही हो जाता है। कच्ची उम्र में गर्भधारण और प्रसव के क्या दुष्परिणाम हो सकते हैं, ये उन्हें विवाह के समय ज्ञात नहीं होते। पहला बच्चा एक वर्ष के भीतर ही हो जाता है जबकि अधिकतर किशोरियां कुपोषित, खून की कमी की शिकार और प्रायः अशिक्षित होती हैं। दो बच्चों के जन्म में अंतर की कोई योजना न होने से दूसरा बच्चा भी, पहले प्रसव के दौरान मां की खोई हुई शक्ति की वापसी और पौष्टिक आहार के अभाव के दूर होने से पहले ही संसार में आ जाता है। युवा माताओं और शिशुओं की उच्च मृत्युदर के यही प्रमुख कारण हैं। निम्नांकित चित्र और तालिकाओं में मातृ, शिशु एवं बाल मृत्युदरों में क्षेत्रवार अंतर को दर्शाया गया है। इस अंतर को कम करना एक बहुत बड़ी स्वास्थ्य चुनौती है।

उत्तर प्रदेश, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, ओडिशा, राजस्थान और असम में माताओं की मृत्यु में जो क्षेत्रीय भिन्नता है, उससे स्पष्ट होता है कि दक्षिणी राज्यों की तुलना में उपर्युक्त राज्यों में माताओं की मृत्युदर छह गुना अधिक है।

कुल मिलाकर देखा जाए तो देश की कुल मृत्युदर का 62 प्रतिशत ईएजी (सशक्त कार्रवाई समूह- इम्पावर्ड एक्शन ग्रुप) राज्यों और असम के खाते में ही जाता है। पोषण, संपूरक भोजन, साक्षरता, शिक्षा का अधिकार और स्वास्थ्य योजनाओं का तब तक कोई अर्थ नहीं है जब तक महिलाओं, विशेषकर किशोरियों का, गर्भधारण पर कोई नियंत्रण नहीं होता। ऐसी स्थिति में ये सारी योजनाएं खोखली लगती हैं। अन्य दक्षिण और दक्षिण पूर्व एशियाई देशों के विपरीत, आईयूडी (इंट्रायूट्रीन डिवाइस- गर्भद्वार पर लगाए जाने वाले साधन) और इंजेक्शन के ज़रिये गर्भनिरोध के साधन अभी भारत में आम नहीं हुए हैं। परंतु ऐसे गर्भनिरोधक उपलब्ध हैं जिनसे लंबे समय तक गर्भधारण से बचा जा सकता है और आवश्यकता पड़ने पर पुनः गर्भधारण की स्थिति बनाई जा सकती है। बावजूद इसके कम आयु की माताओं और बच्चों का मरना ज़ारी है और यदि वे काल के मुंह में जाने से बच जाते हैं तो कष्ट भोगते रहते हैं। चुनौती इस मुद्दे को प्रमुखता देने की है। इस बात की हमें प्रतीक्षा नहीं करनी है कि समय आने पर धीरे-धीरे सब ठीक हो जाएगा। अग्रलिखित तालिका में परिवार नियोजन में भारी निवेश करने वाले दक्षिण के राज्यों में आए विशाल अंतर को दर्शाया गया है।

तालिका-1

क्षेत्रवार मातृ मृत्युदर का स्तर 2007-09

क्षेत्र	एमएमआर	कुल मातृ मृत्यु का प्रतिशत
ईएजी* राज्य व असम	308	61.6
दक्षिणी राज्य	127	11.4
अन्य राज्य	149	27.0
भारत	212	100.0
औद्योगिक देशों में औसत एमएमआर (समायोजित 2008) 14 है।		
ईएजी (सशक्त कार्रवाई समूह) राज्य हैं– बिहार, झारखंड, छत्तीसगढ़, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उ.प्र. और उत्तराखंड।		

स्रोत : *भारत में मातृ मृत्युदर पर विशेष बुलेटिन-2007-09 (एसआरएस, 2011) भारत का रजिस्ट्रार जनरल का कार्यालय एवं यूनीसेफ, एसओडब्ल्युसी, 2011*

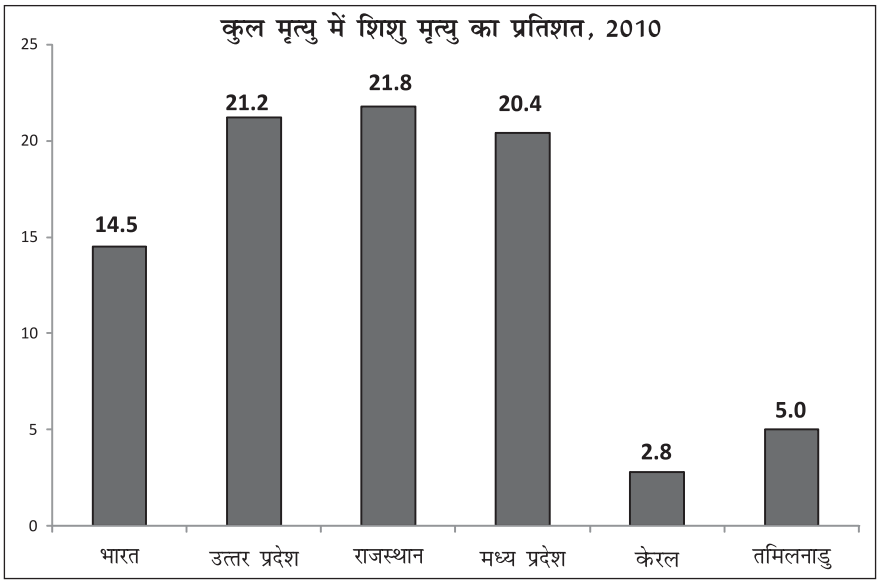
स्वास्थ्य प्रबंधन और जनशक्ति नियोजन

दूसरी चुनौती का संबंध अनन्यता की उस मनोग्रंथि से है जिसने लंबे समय से चिकित्सा क्षेत्र को अपनी गिरफ़्त में ले रखा है। वे परिषदें जो चिकित्सा शिक्षा और चिकित्सकों के नियमन और पंजीकरण का काम करती हैं उसका (भारतीय चिकित्सा परिषद- एमसीआई, दंतचिकित्सा परिषद, फार्मेसी परिषद एवं नर्सिंग परिषद) गठन कतिपय प्रशंसनीय लक्ष्यों के लिए किया गया था। ये इसलिए गठित की गई थी ताकि वे लोकतांत्रिक तरीक़े से डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य वृत्तिजीवियों के एक वर्ग का चयन कर उन्हें व्यावसायिक पाठ्यक्रमों की रूपरेखा तैयार करने और उनके कार्यान्वयन का दायित्व सौंप सकें। यह अपेक्षा थी कि देश की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकता के लिए जितनी और जिस प्रकार के गुणों वाले चिकित्सकों की ज़रूरत होगी, वह पूरी हो सकेगी। परंतु, चूंकि परिषदों का गठन चुनावों की राजनीतिक प्रक्रिया से हुआ, पैसा, संरक्षण और प्रतिदान (किसी काम के बदले में किया जाने वाला काम) एक आम चलन हो गया। वर्तमान में, चिकित्सा महाविद्यालय जैसे व्यावसायिक महाविद्यालयों में प्रवेश पाना ख़र्चीली प्रक्रिया हो गई है जो इस बात की ओर इशारा करती है कि स्वास्थ्य एवं चिकित्सा बिरादरी अपने भारी निवेश का प्रतिफल कमाना चाहते हैं। जैसे-जैसे विशेषज्ञों और सुपर विशेषज्ञों की मांग बढ़ रही है, सुयोग्य तक़नीकी जनशक्ति की उपज घट रही है। यह एक ऐसा असंतुलन है जिसे वे लोग दूर नहीं कर सकते जो ऐसे बंद कमरे में काम करते हैं और जिन्हें देश की स्वास्थ्य आवश्यकताओं की न तो समझ है और न ही कोई संकल्पना।

एनसीएचआरएच की स्थापना की चुनौती

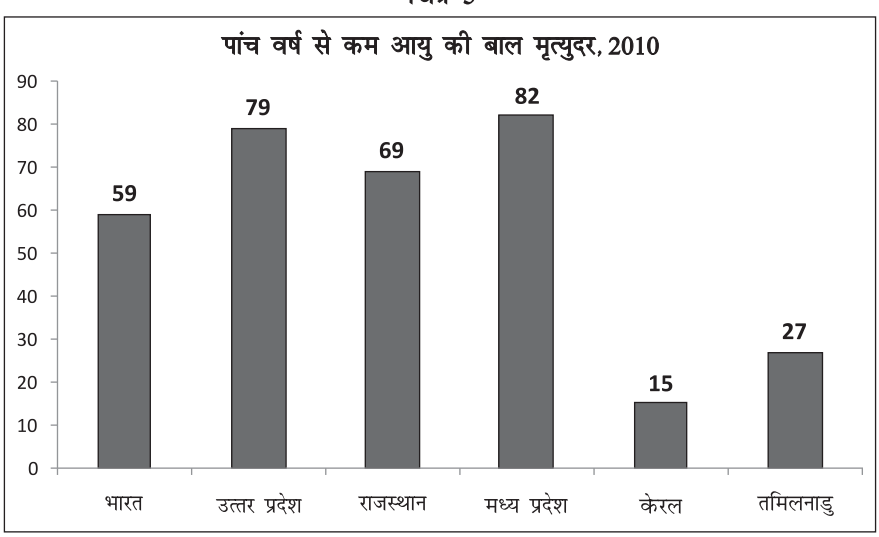
चिकित्सा शिक्षा में जो अभिजातवाद पनपने लगा है, सार्वजनिक स्वास्थ्य की उपेक्षा उसी का नतीज़ा है। बड़े शहरों और कस्बों में जहां महंगे ही सही, पर बेहतर चिकित्सा के विकल्प उपलब्ध तो हैं, पर गांवों में महामारियों और गंभीर बीमारी का इलाज तो भगवान भरोसे ही है। भूतपूर्व निर्वाचित एमसीआई ने तो लोक स्वास्थ्य को स्वास्थ्य के पदानुक्रम में सबसे निचले स्तर पर धकेल दिया था और जिन डॉक्टरों ने पहले कभी मलेरिया और चेचक जैसी भयावह बीमारियों का सफ़ाया कर दिया था,

चित्र 2



स्रोत : भारत का रजिस्ट्रार जनरल, गृह मंत्रालय (एसआरएस, 2011)

चित्र 3



स्रोत : भारत का रजिस्ट्रार जनरल, गृह मंत्रालय (एसआरएस, 2011)

वे अब कहीं दिखाई नहीं दे रहे हैं। तक़नीकी कर्मचारी, नर्सें, औषधि निर्माता (फार्मेसिस्ट्स) दंतचिकित्सक, प्रयोगशाला तक़नीशियन और ऑपरेशन-कक्ष में काम करने वाले कर्मचारी, शहरों को छोड़कर अन्यत्र आसानी से उपलब्ध नहीं हैं। इनका पंजीकरण करने वालीं संस्थाओं में आपसी सामंजस्य नहीं होना, इसका प्रमुख कारण है एक और महत्वपूर्ण बात यह है कि किसी की परिषद का देश की कौन कहे, किसी भी राज्य की स्वास्थ्य सेवा में कोई भागीदारी नहीं।

इधर, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मानव संसाधन परिषद् (एनसीएचआरएच) के गठन का जो प्रस्ताव आया था, उसे किसी नौकरशाही प्रतिक्रिया के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए, वरन उसके मूल में तो एक ऐसी सुविचारित रणनीति थी, जो स्वतंत्र विचार को और विशेषज्ञ समितियों के सुझावों के आधार पर तैयार की गई थी। इस प्रकार की एक सर्वव्यापी संस्था के गठन के पीछे तर्क़ यही था कि स्वास्थ्य संबंधी जनशक्ति नियोजन के लक्ष्य, मानकों का निर्धारण अभिमान्यता प्रदान करने की व्यवस्था और नैतिक मानदंडों का संरक्षण समन्वित और सुनियोजित ढंग से हो सके; ठीक वैसा, जैसा अन्य देशों में सफ़लतापूर्वक हो रहा है।

इंडियन मेडिकल एसोसिएशन विशेष रूप से और डॉक्टर आमतौर पर इस प्रकार की संस्था के गठन का विरोध कर रहे हैं। वे इसे अपनी स्वायत्तता को ख़तरा मानते हैं। उनका यह भी मानना है कि इस संस्था की आड़ में राजनीतिक और प्रशासनिक हस्तक्षेप बढ़ जाएगा। एनसीएचआरएच का जो लोग विरोध कर रहे हैं, वे इस बात को नज़रअंदाज़ कर रहे हैं कि स्वास्थ्य संबंधी जनशक्ति नियोजन की उपेक्षा की जा रही है, विभिन्न परिषदों के बीच आपसी समन्वय और सामंजस्य का पूर्णतया अभाव है और इससे भी महत्वपूर्ण बात यह है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य को निम्न प्राथमिकता पर रखा जा रहा है। आज सबसे बड़ी चुनौती यह सुनिश्चित करना है कि विभिन्न स्तरों पर स्वास्थ्यकर्मियों और चिकित्सकों का अभाव है, उसे कैसे पूरा किया जा सकता है। इसमें निज़ी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाएं भी शुमार हैं। एनसीएचआरएच पर फिलहाल संसदीय स्थायी समिति विचार कर रही है। यदि किसी कारण इसे समिति की स्वीकृति नहीं मिलती है, तो यह निश्चित है कि घोटालों से परिपूर्ण एमसीआई पुनः जीवित हो जाएगी।

एलोपैथी और आयुष की चुनौती

लोक स्वास्थ्य अनुबंध के आधार पर नहीं चलाया जा सकता और न ही इसे निज़ी बीमा कंपनियों और स्वास्थ्य प्रबंधन संगठनों के हवाले किया जा सकता है, यद्यपि सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा की हाल की एक रिपोर्ट में इसी प्रकार का सुझाव दिया गया है। लोक स्वास्थ्य शुद्ध रूप से सरकारी दायित्व है और विकासशील देशों में तो निश्चित ही। इसे स्वच्छता, पेयजल, स्वास्थ्य, शिक्षा और बीमारियों की रोकथाम के कार्यक्रमों के साथ ही जोड़ना बेहतर होगा। सार्वजनिक क्षेत्र के कार्यक्रम राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) ने देश के दुर्गम क्षेत्रों में भी अच्छा प्रभाव डाला है। यूएनएफपीए (संयुक्त राष्ट्र परिवार नियोजन एजेंसी) के एक अध्ययन में दर्शाया गया है कि मध्य प्रदेश और ओडिशा राज्यों में तीन-चौथाई प्रसव नियमित स्वास्थ्य केंद्रों में कराए गए हैं। राजस्थान, बिहार और उत्तर प्रदेश में संस्थागत प्रसव कम अवश्य हैं, फिर भी आधे से अधिक बच्चों का जन्म स्वास्थ्य केंद्रों में ही हुआ है। निश्चित है यह

एक महत्वपूर्ण उपलब्धि है।

इस सबके बावजूद, संस्थागत प्रसव ही उन सब प्रश्नों का समाधान नहीं है, जिनसे ग्रामीण स्वास्थ्य क्षेत्र ग्रस्त है। हिंदी भाषी क्षेत्र के किसी भी अंदरुनी इलाक़े अथवा ताल्लुके में जाने पर साफ़ दिख जाता है कि शहरी सीमाओं से दूर डॉक्टरों की कितनी कमी है। इक्का-दुक्का अपवाद हो सकते हैं, पर ज़्यादातर गांवों की यही स्थिति है। कुछ राज्य सरकारों ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत अनुबंधित आयुष चिकित्सकों को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में पदस्थ करने की प्रक्रिया अपनाई है। ये चिकित्सक ऐलौपैथिक दवाएं देते हैं, ग्लूकोज़ और अन्य जीवनरक्षक तरल पदार्थ नाड़ियों से शरीर में चढ़ाते हैं और इंजेक्शन लगाते हैं। इनकी सहायता करने वाले कर्मचारी और नर्सें भी आयुष प्रणाली के ही होते हैं। इस सच्चाई को स्वीकार करना होगा। यदि आयुष के किसी चिकित्सक को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को चलाने का दायित्व सौंपा गया है और उसे राष्ट्रीय कार्यक्रमों की देखरेख के लिए उपयुक्त पाया गया है, तो यह विवाद समाप्त होना चाहिए कि एक आयुष चिकित्सक क्या कर सकता है और क्या नहीं। उत्तर प्रदेश, महाराष्ट्र और पंजाब में आयुष चिकित्सकों का निज़ी क्षेत्र के अस्पतालों, दवाखानों और नर्सिंग होम में रजिस्ट्रार और दूसरे दर्ज़े के चिकित्सक के रूप में काम करना काफ़ी आम हो गया है। मुंबई और दिल्ली में भी यही स्थिति है। चुनौती इस बात में है कि चिकित्सा संघों के विरोध से घबराए बिना क्या बदला जा सकता है और क्या नहीं, क्योंकि चिकित्सा संघ तो सदैव अपना प्रभुत्व बनाए रखना चाहेंगे।

चिकित्सकों को रोके रखने की चुनौती

सबसे बड़ी चिंता की बात यह है कि यह कैसे निश्चय किया जाए कि बड़े शहरों और कस्बों से दूर रहने वाले लोगों को किस प्रकार की चिकित्सा और जनस्वास्थ्य सुविधाओं की आवश्यकता है और क्या ये सुविधाएं उन्हें दे पाना संभव होगा। यदि सभी सामान्य एमबीबीएस डॉक्टर स्नातकोत्तर डिग्री के लिए लाइन लगाकर खड़े हो जाएंगे और उसमें सफ़ल नहीं होने पर प्रबंधन, प्रशासन और यहां तक कि बैंकिंग सेवाओं को अपना लेंगे, तो स्थिति निश्चय की कठिन रहने वाली है। ये लोग शहरों से बाहर नहीं जाना चाहते, क्योंकि वे रहने के लिए बेहतर स्थान हैं। हमें इस तथ्य को स्वीकार कर उसका सामना करना होगा। सरकार स्नातकोत्तर शिक्षा, विदेश-गमन और चिकित्सा क्षेत्र से परे काम की तलाश पर तो रोक नहीं लगा सकती। परंतु सरकार प्रायोजित चिकित्सा स्नातकों से एक निश्चित अवधि तक सार्वजनिक क्षेत्र में सेवा करने का अनुबंध तो कर ही सकती है। इसके लिए डॉक्टरों की सेवा और कामकाज की शर्तें, सुविधाएं और पारिश्रमिक सम्मानजनक तो होना ही चाहिए। जम्मू-कश्मीर में, दुर्गम स्थानों में काम करने के लिए दिया जाने वाला वेतन श्रेणीबद्ध ढंग से दिया जाता है। इस प्रकार के व्यावहारिक समाधानों से डॉक्टरों को सरकारी सेवा में बनाए रखने में काफी मदद मिल सकती है।

अंत में, स्वास्थ्य क्षेत्र की चुनौतियों का सामना तभी किया जा सकता है, जब स्वास्थ्य केंद्रों में डॉक्टर, आवश्यक दवाइयां और सहायक कर्मचारी उपलब्ध हों। सबसे बड़ा परिवर्तन तभी आ सकेगा, जब राजनीतिक संरक्षण के ज़रिये पदस्थापनाओं से बच निकलने का रास्ता बंद हो। डॉक्टर तभी कहना मानेंगे जब उनकी पदस्थापनाओं की अधिसूचना का तरीक़ा पारदर्शी और निष्पक्ष हो और उसमें किसी तरह के अपवाद की गुंजाइश न रहे। केवल राज्यों के मुख्यमंत्री और स्वास्थ्यमंत्री ही ये काम कर सकते हैं। परंतु क्या वे करेंगे? यही यक्ष प्रश्न है। ❑

(लेखिका भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में सचिव रह चुकी हैं।
ई-मेल : chandra_shailaja@yahoo.co.in)

बुंदेलखंड के नौनिहालों को खसरे से सुरक्षित बनाएगा यूनिसेफ

यूनिसेफ व विश्व स्वास्थ्य संगठन के सहयोग से मध्य प्रदेश के बुंदेलखंड सहित कटनी व मंडला जिलों में क़रीब 18 लाख बच्चों को खसरे से महफूज बनाने के लिए अगले तीन हफ़्तों में विशेष टीकाकरण अभियान चलाया जाएगा। इसके तहत पहले हफ्ते में शिक्षा विभाग के सहयोग से नौ महीने से 10 साल तक के बच्चों को टीका लगाया जाएगा। दूसरे व तीसरे हफ़्ते में समुदाय स्तर पर स्कूल नहीं जाने वाले व स्कूल से छूट गए बच्चों को आंगनबाड़ी केंद्र, सामुदायिक भवन व पंचायत भवन में टीके लगाए जाएंगे।

राज्य टीकाकरण समन्वयक डॉ. अश्विन भागवत ने यूनिसेफ की ओर से स्वास्थ्य विभाग व विश्व स्वास्थ्य संगठन के सहयोग से आयोजित मीडिया कार्यशाला में कहा कि मध्य प्रदेश के कुल 17.98 लाख बच्चों को टीका लगाने का लक्ष्य निर्धारित किया है।

श्री भागवत के मुताबिक भारत में हर साल एक लाख बच्चों की मौत खसरे के कारण होती है। खसरे का मुख्य कारण वायरल संक्रमण होता है। इसकी चपेट में 10 साल तक के बच्चे के आने की संभावना ज्यादा होती है। देश में खसरे की चपेट में आने वाले कुल बच्चों में से 1.63 फीसदी की मौत हो जाती है। उन्होंने बताया कि मध्य प्रदेश में टीकाकरण का औसत कम रहने के कारण विशेष टीकाकरण अभियान चलाया जा रहा है। स्वास्थ्य विभाग के विशेष प्रयासों से खसरे के टीकाकरण का औसत बढ़ा है, जो अब 80.70 फीसदी हो गया है। लेकिन इसे 95 फीसदी से ज्यादा करने की ज़रूरत है। उन्होंने कहा कि पहले के तीन विशेष टीकाकरण अभियान में 89 फीसद बच्चों को टीका लगाया जा चुका है। पहले के अभियानों में आई समस्याओं का समाधान करते हुए इस बार ज्यादा बच्चों के टीकाकरण का प्रयास किया जाएगा।

टीकारण के लिए 1,500 से ज्यादा प्रशिक्षित टीकाकर्मी 54,000 सहायकों की मदद से 17,980 टीकाकरण सत्र संचालित करेंगे।

यूनिसेफ की डॉ. मित्तल शाह ने कहा कि पांच साल से कम उम्र के बच्चों को होने वाली कुल मौतों में से चार फीसदी मौतें खसरे के कारण होती हैं। खसरे से दुनिया में होने वाली कुल मौतों में से भारत में 67 फीसदी मौतें होती हैं। उन्होंने कहा कि खसरे का टीका लगाकर हर साल देश में एक लाख से ज्यादा बच्चों की जान बचाई जा सकती है व इससे मध्य प्रदेश के आठ हजार बच्चों की जान हर साल बचाई जा सकती है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के डॉ. ए.के. गुहा ने कहा कि सभी तैयारियां समय पर पूरी की जा चुकी हैं। टीका लगाने वाले व उन्हें सहयोग करने वालों का प्रशिक्षण दिया जा चुका है। ❑

दवा मूल्य निर्धारण और औषधि नीति

● सी.पी. सिंह

औषधि निर्माण विभाग 1 जुलाई, 2008 को बनाया गया था। यह नोडल विभाग है जो देश में वाज़िब दरों पर दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करता है। देश में अच्छी गुणवत्ता वाली दवाएं विनिर्दिष्ट स्थानों पर ग़रीबों को वाज़िब दरों पर उपलब्ध हो, यही सरकार का प्रयास रहा है। इसीलिए सरकार समय-समय पर औषधि मूल्य नियंत्रण के आदेशों के ज़रिये दवाओं की क़ीमतों पर नियंत्रण रखती है।

औषधि नीति, 1994 के अंतर्गत सरकार ने एक आदेश 1995 में तैयार किया था जिसकी खास बातें निम्नलिखित हैं:

- 74 बल्क (थोक) दवाएं और उनके तैयार करने के सूत्र औषधि नियंत्रण के अंतर्गत रखना।
- लागत के आधार पर बल्क दवाओं का मूल्य निर्धारण।
- देश में बनी और अनुसूचित सूत्रों के अंतर्गत दवाओं की लागत तथा अधिकतम अनुमति योग्य औषधि निर्माण-पश्चात व्यय जो 100 प्रतिशत से ज़्यादा नहीं होगा।
- आयातित सूत्रों के लिए- देश में आने के बाद की लागत तथा लाभ राशि जो 50 प्रतिशत से ज़्यादा नहीं होगी।
- किसी गैर-अनुसूचित सूत्र के अंतर्गत तैयार औषधि का सार्वजनिक हित में मूल्य नियंत्रण।

भारत सरकार ने 6 जनवरी, 1995 को आवश्यक जिंस अधिनियम की धारा 3 के अंतर्गत अधिकारों का प्रयोग करते हुए एक आदेश जारी किया जिसका नाम था- औषधि (मूल्य नियंत्रण) आदेश, 1995 यानी डीपीसीओ- 95। इसमें 70 बल्क दवाएं पहली सूची में शामिल की गईं, बाद में इसे 74 कर दिया गया। इन्हें बल्क दवाओं की सूची में रखा गया। भारत सरकार को दवाओं के दाम तय करने का अधिकार है और वह अनुसूचीबद्ध बल्क दवाओं और उनके सूत्रों को अधिसूचित कर सकती है। एनपीपीए एक विनियामक के रूप में विनिर्दिष्ट दवाओं के क़ीमतों के बारे में अपनी भूमिका कारगर ढंग से निभाता रहा है।

राष्ट्रीय औषधी मूल्य निर्धारण प्राधिकरण (एनपीपीए) विशेषज्ञों की एक स्वतंत्र संस्था है और इसका गठन भारत सरकार ने किया है। यह रसायन एवं उर्वरक मंत्रालय के अधीन काम करती है। इसका काम अनुसूचित थोक दवाओं/ सूत्रों का डीपीसीओ 1995 के अंतर्गत मूल्य निर्धारण करना है। यह क़ीमतों को लागू करने की प्रगति पर भी नज़र रखता है।

इस प्राधिकरण को दवा मूल्यों को तय करने और उन्हें संशोधित करने का काम सौंपा गया है। यह अन्य संबद्ध मामले भी निपटाता है जिनमें मूल्य नियंत्रण के अधीन दवाओं की सूची को अद्यतन करना और तैयार सुस्थापित मापदंडों/ दिशानिर्देशों के आधार पर सूची से दवाओं के नाम निकालना या शामिल करना है। केंद्र सरकार जब भी ज़रूरत समझती है, इसकी समीक्षा करती है। अधिकारियों से यह भी उम्मीद की जाती है कि वे बिना नियंत्रण वाली दवाओं और उनके सूत्रों की क़ीमतों पर भी नज़र रखेंगी और औषधि (मूल्य नियंत्रण) आदेश के प्रावधानों को लागू करेंगी। एनपीपीए देशभर में दवाओं की उपलब्धता बनाए रखता है और अगर कहीं किसी दवा की कमी दिखाई देती है, तो सुधारात्मक क़दम उठाता है।

भारतीय औषधि उद्योग का एक विहंगम दृश्य नीचे दिया जा रहा है:

बल्क दवाएं तैयार करने वाली यूनिटें	2389
फार्मूलेशन यूनिटें	8174
कुल फार्मा यूनिटें	10563
देश में तैयार की जाने वाली बल्क दवाओं की संख्या	>600
तैयार फार्मूलेशन पैकों की संख्या	>61325
कुल क़ारोबार	₹ 1,04,209 करोड़ 2009-2010
(i) घरेलू	₹ 62,055 करोड़ 2009-2010
(ii) निर्यात	₹ 42,154 करोड़ 2009-2010
भारतीय औषधि उद्योग की अंतरराष्ट्रीय स्थिति	मात्रा में तीसरा, मूल्य में 14वां
2006-07 से 2009-10 तक घरेलू बाज़ार की औसत वृद्धि	11.6 %

एनपीपीए डीपीसीओ, 95 को लागू करते हुए निम्नलिखित काम भी करता है,

मूल्य निर्धारण, मूल्यों की समीक्षा, हस्तक्षेप, चेकिंग सुधार और परिपालन। ज्यादा क़ीमत वसूलने की छानबीन, मांग और जमा, मानिटरिंग (मूल्यों, और उपलब्धता की मानिटरिंग), बाज़ार की टोह लेना और उसमें हस्तक्षेप करना तथा औषधि निर्माण उद्योगों में तैयार दवाओं की क़ीमतें एक जैसी बनाए रखना। इस दिशा में प्रगति का विवरण आगे दिया जा रहा है:

मूल्य निर्धारण/ संशोधन प्रगति अगस्त 2012 तक

बल्क दवाएं

विवरण	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	एनपीपीए 31 अगस्त, 12 तक की शुरुआत से 31 अगस्त, 2012 तक
मूल्य बढ़ाए गए	15	10	19	1	153
मूल्य घटाए गए	10	07	01	03	346
पहली बार मूल्य निर्धारित	02	01	0	0	17
मूल्य में परिवर्तन नहीं	01	03	1	0	10
कुल	**28**	**21**	**21**	**4**	**526**
सूत्र (पैकों की संख्या)					
विवरण	**2009-10**	**2010-11**	**2011-12**	**2012-13 (31 अगस्त, 2012 तक)**	**एनपीपीए 31 अगस्त 12 तक की शुरुआत (31 अगस्त, 2012 तक)**
मूल्य बढ़ाए गए	184	223	257	72	1,861
मूल्य घटाए गए	450	60	50	83	3,492
पहली बार मूल्य निर्धारित	1,155	371	239	165	6,227
परिवर्तन नहीं	35	59	61	32	432
कुल	**1,824**	**713**	**607**	**352**	**12,012**

गैर-अनुसूचित सूत्रों की मॉनिटरिंग

मूल्यों में परिवर्तन पर नज़र रखने के उद्देश्य से एक मॉनिटरिंग तंत्र बनाया गया है। गैर-अनुसूचित फार्मूलेशंस के मूल्यों पर नज़र आजकल आईएमएस (स्वास्थ्य) से मिले आंकड़ों के आधार पर रखी जाती है। वार्षिक मूल्य वृद्धि पर 01.04.2007 से सीमा घटा कर 10 प्रतिशत कर दी गई है। पहले यह 20 प्रतिशत थी।

मूल्य परिवर्तन - पैकों की संख्या

क्रम संख्या	मूल्य परिवर्तन	2011			2012		
		जनवरी	फरवरी	मार्च	जनवरी	फरवरी	मार्च
1.	मूल्य वृद्धि प्रतिशत	181 (0.3 प्रतिशत)	07 (0.01 प्रतिशत)	1,146 (1.89 प्रतिशत)	04 (0.007 प्रतिशत)	20 (0.03 प्रतिशत)	62 (0.10 प्रतिशत)
2.	मूल्य घटे प्रतिशत	92 (0.15 प्रतिशत)	05 (0.01 प्रतिशत)	374 (0.62 प्रतिशत)	02 (0.003 प्रतिशत)	11 (0.02 प्रतिशत)	16 (0.03 प्रतिशत)
3.	परिवर्तन नहीं प्रतिशत	60,762 (99.55 प्रतिशत)	60,610 (99.98 प्रतिशत)	58,978 (97.49 प्रतिशत)	61,246 (99.99 प्रतिशत)	61,294 (99.95 प्रतिशत)	60,884 (99.87 प्रतिशत)
	जोड़	61,035 (100 प्रतिशत)	60,622 (100 प्रतिशत)	60,498 (100 प्रतिशत)	61,252 (100 प्रतिशत)	61,325 (100 प्रतिशत)	60,962 (100 प्रतिशत)

डीपीसीओ 1995 के अनुच्छेद 10 (ख) के अंतर्गत कार्रवाई और मूल्य निर्धारण

अगस्त 2012 तक अनुच्छेद 10 ख के अंतर्गत 30 गैर-अनुसूचित दवाओं की क़ीमतें तय की जा चुकी हैं। इनका पूरा विवरण एनपीपीए की वेबसाइट पर भी उपलब्ध है।

इस प्रावधान के अंतर्गत की गई कार्रवाई के परिणामस्वरूप 33 दवा उत्पादकों ने 65 पैकों की क़ीमतें अपनी इच्छा से ही कम कर दीं तथा 30 पैकों की क़ीमतें एनपीपीए ने निर्धारित कर दीं। इस प्रकार से 95 गैर अनुसूचित पैकों की क़ीमतें अब तक घटाई जा चुकी हैं।

दवाओं की उपलब्धता

एनपीपीए दवाओं की उपलब्धता पर नज़र रखता है और अगर कहीं कमी दिखाई देती है तो वह दवा उपलब्ध कराने के लिए क़दम

उठाता है। एनपीपीए यह जिम्मेदारी मुख्यत: बाहर से हर महीने मिलने वाली रिपोर्टों और ख़ासतौर से राज्यों के औषधि नियंत्रकों की रिपोर्टों के आधार पर निभाता है। जैसे ही देश के किसी हिस्से में किसी दवा की कमी होने की ख़बर मिलती है, संबद्ध कंपनी से तुरंत वह दवा उस क्षेत्र में उपलब्ध कराने को कहा जाता है। आमतौर पर कमी किसी ख़ास ब्रांड की दवाओं की होती है, जहां वैकल्पिक ब्रांड उपलब्ध होते हैं।

डीपीसीओ 1995 के प्रावधानों का परिपालन

वर्ष 2007-08 के दौरान अलग से एक परिपालन प्रभाग बनाया गया ताकि अगर कोई डीपीसीओ 1995 का उल्लंघन करता पाया जाए, तो उसके ख़िलाफ कार्रवाई की जा सके। इस प्रभाग के उद्देश्य निम्नलिखित हैं:

अनुसूचित दवा मूल्यों के बारे में बाज़ार की टोह

- एनपीपीए अधिकारियों द्वारा देशभर में ख़रीद नमूनों के जरिये परिपालन सुनिश्चित करना।
- व्यक्तियों/ गैर-सरकारी संगठनों/ विशिष्ट व्यक्तियों द्वारा की गई शिकायतों की जांच।

विश्लेषण के आधार पर निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए विनिर्दिष्ट मामलों की पहचान की जाती है:

- ज्यादा ली गई की गई रक़म की वसूली
- जहां भी ज़रूरी हो, मूल्य निर्धारण।

ज़्यादा क़ीमत वसूली मामलों की स्थिति

एनपीपीए की तरफ से ज्यादा क़ीमत वसूली के लिए मांग नोटिसें जारी की जा चुकी हैं।

इन डिमांड और वसूली नोटिसों के विवरण 31 अगस्त, 2012 की स्थिति के अनुसार नीचे दिए गए हैं।

विवरण	मामलों की संख्या	डिमांड नोटिस जारी (करोड़ रुपयों में)	वसूली गई रक़म (करोड़ रुपयों में)	वसूली के लंबित मामले (करोड़ रुपयों में)
कुल मामले	857	2574.08	234.62	2339.46
मुक़दमा चालू	113	2429.17	180.60	2248.57
अन्य मामले	744	144.91	54.02	90.89

भारत दुनिया के कुछ उन देशों में माना जाता है जहां स्वास्थ्य संकेत सबसे ख़राब मिलते हैं। इससे यह बात बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है कि सरकार दवाओं को ख़ासतौर से प्राथमिकता दे। व्यापार संगठनों, उद्योग और उपभोक्ता संगठनों को भी महत्व देना होगा जहां तक स्वास्थ्यचर्या की बात है, दवाओं की क़ीमत इसका प्रमुख चालक है और जो स्वास्थ्यचर्या पर आने वाले कुल ख़र्च के 60 से 70 प्रतिशत के बराबर होता है। भारत में स्वास्थ्यचर्या पर होने वाला 80 से 90 प्रतिशत ख़र्च दिन-प्रतिदिन के ख़र्च से निकाला जाता है और इसके लिए कोई विशेष धनराशि नहीं रखी जाती। इस बात से ही दवाओं की क़ीमत वाजिब रखने का महत्व स्पष्ट हो जाता है। भारत को दुनिया का कम लागत पर अच्छी दवाएं तैयार करने वाले देश के रूप में जाना जाता है।

उपलब्धियां

वर्ष	इकट्ठे किए गए नमूनों की संख्या	मोटे तौर पर मिले उल्लंघन	ज्यादा वसूली पर कार्रवाई	मूल्य निर्धारण के लिए अभिचिह्नित
2007-08	1,450	840	456	384
2008-09	520	284	172	112
2009-10	464	246	208	38
2010-11	553	225	216	9
2011-12	559	156	152	4
2012-13 *(अगस्त 2012* तक)*	230	41	39	2

** 35 मामलों मे कार्रवाई चल रही है*

भारत का औषधि उद्योग देश में दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने और औषधि निर्माण के क्षेत्र में अग्रणी देश बनने के लिए हर संभव कोशिशें कर रहा है। भारत सरकार भी देश के औषधि उद्योग को सहायता देने के लिए सभी संभावित क़दम उठा रही है ताकि देशभर में दवाओं की उपलब्धता बनी रहे और इसके लिए अतिकुशल जनशक्ति उपलब्ध रहे, कर निर्धारण ठीक-ठाक रहे और अनुसंधान और विकास का काम क़िफायती लागत पर चलता रहे।

एनपीपीए को जो जनादेश दिया गया है, उसके अनुसार वह उपभोक्ताओं और उत्पादकों के परस्पर विरोधी हितों में संतुलन बनाता है। कोशिश यह की जा रही है कि उपभोक्ताओं को अच्छी गुणवत्ता वाली दवाओं और वाजिब दरों पर उनकी उपलब्धता के बारे में अधिकारों के प्रति जागरूक बनाया जाए। लेकिन साथ ही, बल्क दवाओं / फार्मूलेशन्स की क़ीमतों के निर्धारण से पहले यह सुनिश्चित कर लिया जाए कि सरकार का दृष्टिकोण ऐसा रहे जिससे सभी पक्षों को न्याय मिले।

एक राष्ट्रीय औषधि मॉनीटरिंग तंत्र की रिपोर्ट के अनुसार देश में औषधि मूल्यों में किस प्रकार परिवर्तन लाए जाते हैं, इसके लिए एक सूचना तंत्र सरकार, नीति निर्धारकों, व्यावसायिकों, और अन्य स्थानीय और अतंरराष्ट्रीय पक्षों के लिए उपयोगी साधन सिद्ध हो सकता है, जिसके जरिये वे फ़ैसले, मूल्यांकन और पैरोकारी कर सकते हैं। एनपीपीए ने मूल्यों पर नज़र रखने से ज़्यादा ध्यान बाज़ार में उपयुक्त ढंग से हस्तक्षेप पर देना शुरू कर दिया है। इस दिशा में काफी काम हुआ है लेकिन डीपीसीओ 1995 के जरिये मिले जनादेश के अंदर ही अभी बहुत कुछ करना बाक़ी है। ❑

(लेखक राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण, नयी दिल्ली के अध्यक्ष हैं)

लोक प्रशासन

by ABHAY KUMAR

नि:शुल्क कार्यशाला के साथ बैच प्रारम्भ **27** सितम्बर, दोपहर 2:15 बजे & सायं 6:15 बजे

सिविल सेवा 2011 की परीक्षा में संस्थान से हिन्दी एवं अंग्रेजी माध्यम के साथ 200 से भी अधिक विद्यार्थी लोक प्रशासन वैकल्पिक विषय के साथ सफल हुये हैं, इन सभी सफल अभ्यर्थियों को हार्दिक बधाई...

प्रारम्भिक परीक्षा 2013

हेतु विशेष सत्र प्रारम्भ...

प्रिय विद्यार्थियों, पिछले दो वर्षों से प्रारम्भिक परीक्षा में हिन्दी माध्यम के विद्यार्थी बड़ी संख्या में सफल नहीं हो पा रहे है। इसी वजह से, यह कार्यक्रम विशेष रूप से हिन्दी माध्यम के विद्यार्थियों के लिए नये पैटर्न के अनुरूप संचालित किया जा रहा है, ताकि हिन्दी माध्यम में भी बड़ी तादात में विद्यार्थियों को सफलता हासिल हो सके।

- ✦ सिर्फ प्रारम्भिक परीक्षा के लिए समर्पित कार्यक्रम
- ✦ सामान्य अध्ययन तथा सीसैट हेतु लगभग 180 दिनों का कक्षा कार्यक्रम और 16 टेस्ट जिससे सफलता को हर हाल में सुनिश्चित किया जा सके।

SYNERGY
AN INSTITUTE FOR CIVIL SERVICES EXAMINATION

पता - 102, प्रथम तल, मनुश्री बिल्डिंग, कॉमर्शियल कॉम्पलेक्स, पोस्ट ऑफिस के पीछे, मुखर्जी नगर दिल्ली-9

9910852132, 9650682121, 01127654518

YH-123/2012

भारत में एचआईवी और एड्स के विरुद्ध कार्रवाई

उपलब्धियां और भावी कार्यक्रम

● ताप्ती दत्ता

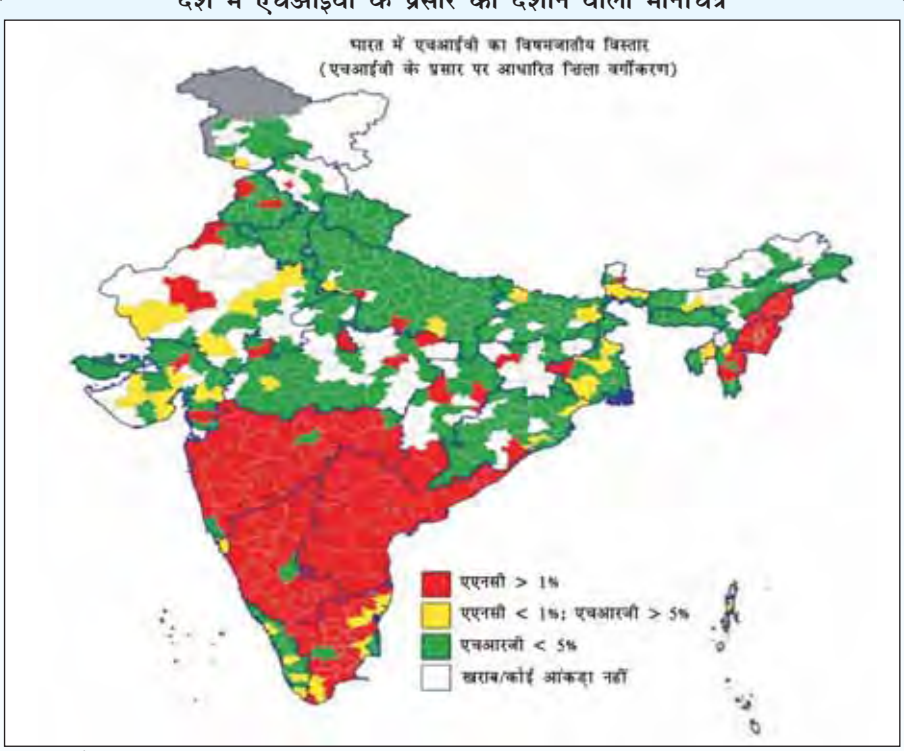
पिछले दो दशकों से भी अधिक समय के सरकार के प्रयासों के फलस्वरूप एचआईवी और एड्स के विरुद्ध संघर्ष के सकारात्मक परिणाम सामने आए हैं। समय आ गया है कि हम अब अपना ध्यान उन क्षेत्रों विशेषत: ग्रामीण क्षेत्रों की ओर दें जहां हम अभी तक नहीं पहुंच सके हैं या फिर जहां अभी तक कम काम हुआ है।

आंध्र प्रदेश के गुंटूर ज़िले की तारुणी ने हाल ही में एक स्वस्थ बच्ची को जन्म दिया है। वह इस ज़िले की एचआईवी पॉजिटिव (एचआईवी के लक्षण वाली) महिला है और पिछले कुछ वर्षों से उसका एआरटी (ऐंटी-रेट्रोवायरल ट्रीटमेंट) अर्थात एड्स के विषाणु को नष्ट करने का उपचार चल रहा है। गुंटूर ज़िला देश का ऐसा ज़िला है, जहां एचआईवी के सबसे अधिक मामले पाए गए हैं। प्रारंभिक अवस्था में ही एचआईवी की जांच और निदान हो जाने और फिर तत्काल उपचार शुरू हो जाने के कारण ही इस बीमारी को तारुणी से उसकी बच्ची तक पहुंचने से रोका जा सका। निस्संदेह यह उन तमाम लोगों के लिए एक शुभ समाचार है जो एचआईवी और एड्स से संघर्ष कर रहे हैं।

भारत में एचआईवी का पहला मामला 1982 में मुंबई में सामने आया था। उसी वर्ष चेन्नई में भी एड्स के एक मामले का पता चला। तब से भारत में इस दिशा में जो कार्य शुरू हुआ, वह अब काफी आगे बढ़ चुका है। मणिपुर में 1986 में, एचआईवी का ऐसा मामला पहली बार प्रकाश में आया जो इंजेक्शन से ड्रग (मादक पदार्थ) का सेवन किए जाने से संक्रमित हुआ था। भारत में यह महामारी काफी ख़तरनाक रूप ले चुकी है। इसका 90 प्रतिशत संक्रमण तीन प्रकार से फैलता है– अनेकजनों से यौन संबंध, समलिंगी यौन संबंध और इंजेक्शन से मादक पदार्थों का सेवन।

इस बीमारी का विषाणु अधिकतर यौन कर्मियों और पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों, हिज़ड़ों, इंजेक्शन से मादक पदार्थों का सेवन करने वाले, यौन कर्मियों के ग्राहकों जैसे– ट्रककर्मियों, बंदियों, आवारा बच्चों और प्रवासियों में पाया जाता है। अनुमानत: देश में 23 लाख 9 हज़ार लोग एचआईवी से ग्रसित हैं। इनमें 39 प्रतिशत महिलाएं और 3.5 प्रतिशत 15 वर्ष से कम आयु के बच्चे हैं। सरकार मोटेतौर पर, एचआईवी और एड्स से बचाव और निवारण के लिए जनजागृति और निवारण अभियान चलाती है। एचआईवी और एड्स से संबंधित आंकड़ों पर नियमित नज़र रखती है तथा इस महामारी विज्ञान पर केंद्रित अनुसंधान को प्रोत्साहित करती है।

देश में एचआईवी के प्रसार को दर्शाने वाला मानचित्र



स्रोत : नैको

(नोट: एएनसी-एनटी नेटल केयर, (प्रसव पूर्व देखभाल) एचआरजी – हाई रिस्क ग्रुप (उच्च ज़ोखिम समूह))

एड्स का पहला

मामला पता लगने के तुरंत बाद ही सरकार ने 1992 में, एचआईवी के फैलाव को रोकने और बचाव के लिए 'राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन' (एनएसीओ-नैको) का गठन किया। अस्तित्व में आने के बाद से ही एचआईवी एवं एड्स के नियंत्रण में नैको की भूमिका महत्वपूर्ण रही है। एंटी रेट्रोवायरल उपचार की सुविधा का विस्तार, कंडोम की सुलभता और एचआईवी से बचाव के बारे में जागरुकता फैलाना नैको का दायित्व रहा है। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एनएसीपी) ने लगातार तीन चरणों में इन दायित्वों को निभाया। इन्हें एनएसीपी-I, II और III चरणों के नाम से जाना जाता है।

एनएसीपी प्रथम चरण (1992-1999) कार्यक्रम प्रबंधन के लिए प्रशासकीय और तक़नीकी आधार पर तैयार किया गया और 25 राज्यों तथा 7 केंद्रशासित प्रदेशों में राज्य एड्स नियंत्रण समितियों (एसएसीएस) का गठन किया गया। इस चरण का कुल मिलाकर उद्देश्य यही था कि एचआईवी के संचरण को रोकने पर ज़ोर देते हुए एचआईवी के फैलाव को नियंत्रित करना और उससे बचना। यौन संबंधों के संक्रमण को नियंत्रित करना भी इस कार्यक्रम का उद्देश्य था। प्रथम चरण के दौरान नैको ने लगभग 60 करोड़ रुपये प्रदान किए थे, जिसमें से 40 प्रतिशत राशि रक्त की सुरक्षा अर्थात संक्रमण से बचाव के लिए निर्धारित थी और 21 प्रतिशत राशि जागरुकता पैदा करने के लिए। स्वास्थ्य मंत्रालय के एक वरिष्ठ अधिकारी ने इस बात को माना है कि कार्यक्रम ने रक्त को संक्रमण से सुरक्षित करने की दिशा में अच्छा काम किया है, जिससे एचआईवी से बचाव के मामले में काफी सुधार हुआ है।

एनएसीपी द्वितीय चरण (1999-2004) इसकी शुरुआत 1999 में हुई और इसके अंतर्गत एचआईवी निवारण संबंधी गतिविधियों के कार्यक्षेत्र में विस्तार हुआ और बजट भी बढ़ाकर लगभग 250 करोड़ कर दिया गया। इसमें लक्षित प्रयासों के ज़रिये अधिक ज़ोखिम वाले समूहों तक पहुंचने पर विशेष ज़ोर दिया गया। इसके लिए व्यवहार में परिवर्तन हेतु संप्रेषण, समान रूप से पीड़ित लोगों की शिक्षा, यौन संक्रमण का उपचार, कंडोम के उपयोग को बढ़ावा, इंजेक्शन की सुई और सिरिंज का प्रावधान जैसी सेवाओं पर अधिक ध्यान दिया गया ताकि एक अनुकूल वातावरण तैयार हो सके और समाज को तैयार किया जा सके।

एनएसीपी के तीसरे चरण (2007-2012): इसके दौरान सबसे अधिक ज़ोर अत्यधिक ज़ोखिम वाले समूहों तक पहुंचने पर दिया गया। सर्वोच्च प्राथमिकता यौनकर्मियों, समलिंगी पुरुषों और इंजेक्शन से नशीली दवा लेने वालों को दी गई। लक्ष्य था कि कम से कम इनके 80 प्रतिशत समूहों को इस कार्यक्रम के दायरे में लाया जाए। एनएसीपी तृतीय चरण का उद्देश्य रहा है कि निवारण और उपचार कार्यक्रमों के एकीकरण, जिला स्तर पर विकेंद्रीकृत प्रयास और अधिक गैर-सरकारी संगठनों को साथ लेकर इस महामारी को विपरीत दिशा में मोड़ दिया जाए। दूसरे देश-प्रदेश से आने-जाने वाले लोगों के लिए एक नयी रणनीति तैयार की गई। जिन स्थानों से लोग बड़ी मात्रा में एक स्थान से दूसरे स्थान को जाते और आते हैं, वहीं पर उनसे संपर्क करने की नीति अपनाई गई।

पिछले कुछ वर्षों में नैको के कामकाज का दायरा बढ़ा है, प्रबंधन विकेंद्रित हुआ है और अवस्थापना तथा कार्यप्रणालियों में सुधार आया है। नैको के ताज़ा आंकड़ों में बताया गया है कि कुल मिलाकर 31 लाख 32 हज़ार लोगों तक निवारक सेवाएं मुहैया कराई गई हैं। इनमें 78 प्रतिशत महिला यौन कर्मियों, 76 प्रतिशत इंजेक्शन से नशीली दवा लेने वालों, 69 प्रतिशत समलिंगी पुरुषों (पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुष), 32 प्रतिशत प्रवासियों और 33 प्रतिशत ट्रककर्मियों तक पहुंचने का दावा किया गया है। ब्लड बैंकों की संख्या 1,127 तक बढ़ाकर सुरक्षित रक्त की सुविधा में भी वृद्धि हुई है। साथ ही 1,038 क्लीनिकों के ज़रिये लक्षण प्रबंधन, साढ़े 25 करोड़ कंडोम का वितरण (जनवरी 2011 तक), लगभग 7,500 एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्रों के माध्यम से परामर्श और परीक्षण और 5.46 लाख कंडोम बिक्री केंद्रों की स्थापना भी की गई है। एचआईवी से बचाव के बारे में जागरुकता फैलाने में संचार, शिक्षा और सूचना के विभिन्न प्रयासों के अलावा 'रेड रिबन एक्सप्रेस' रेलगाड़ी (द्वितीय चरण) का भी काफी योगदान रहा है। इस विशेष रेलगाड़ी ने क़रीब 25,000 किमी. की यात्रा कर 22 राज्यों के 152 स्टेशनों पर रुककर प्रदर्शनी और संवाद के ज़रिये एचआईवी/एड्स के बारे में जन-जागृति फैलाने में उल्लेखनीय भूमिका अदा की है।

कार्यक्रम की उपयुक्त योजना तैयार करने के लिए आंकड़ों और प्रमाणों की आवश्यकता होती है। राष्ट्रीय एड्स निवारण और नियंत्रण नीति कहती है कि ''एचआईवी/एड्स/एसटीडी के निवारण और नियंत्रण की उचित रणनीति अपनाने के लिए, समाज में एचआईवी से संक्रमित लोगों की विस्तृत संख्या के आकलन की एक समुचित निगरानी प्रणाली तैयार करने की आवश्यकता है।'' एचआईवी और एड्स के विश्वसनीय आंकड़ों के लिए एचआईवी प्रहरी चौकसी प्रणाली (एचएसएस), व्यावहारिक प्रहरी चौकसी (बीएसएस) और एसटीडी चौकसी प्रणाली शुरू की गई है।

एचआईवी सेंटिनेल सर्वेलांस (एचआईवी प्रहरी चौकसी): इस प्रणाली के तहत देश के सभी ज़िलों को शामिल किया गया है। नैको का कहना है कि यह प्रसवपूर्व चिकित्सालयों में जाने वाली गर्भवती महिलाओं, यौन रोग चिकित्सालयों में जाने वाले रोगियों, महिला यौनकर्मियों, इंजेक्शन से नशीली दवा लेने वालों, समलिंगी पुरुषों, परदेसी जनसंख्या, लंबी दूरी के ट्रककर्मियों (चालक, क्लीनर, हेल्पर आदि), किन्नरों और मछुआरों के साथ-साथ अत्यधिक ज़ोखिम वाले सभी समूहों के बारे में एचआईवी संबंधी आंकड़े प्रदान करता है। इन आंकड़ों के आधार पर देश के सभी ज़िलों को 'ए', 'बी', 'सी' और 'डी' श्रेणियों में विभाजित किया गया है। 'ए' का अर्थ है अति एचआईवी प्रभावित और 'डी' यानी कम प्रभावित।

इसी प्रकार व्यवहार प्रहरी चौकसी सर्वेक्षण (बीएसएस) के पास आम लोगों, युवाओं और विभिन्न अतिज़ोखिम समूहों में एचआईवी और एड्स से संबंधित ज्ञान, जागरुकता और व्यवहारों की जानकारी होती है। यह एनएसीपी द्वारा किए जा रहे प्रयासों के प्रभाव पर भी प्रकाश डालता है।

नैको के अनुसार पिछले कुछ वर्षों में भारत की एचआईवी चौकसी प्रणाली का विकास हुआ है और कार्यक्रम की अनेक महत्वपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा किया गया है। इनमें एचआईवी से प्रभावित लोगों

की संख्या, अति प्रभावित भौगोलिक क्षेत्रों और संवेदनशील जनसंख्या समूहों को लक्षित करना, नयी उप-महामारियों की पहचान तथा प्रयासों के प्रभाव का मूल्यांकन सम्मिलित है। नैको ने कार्यक्रम की चौकसी और निगरानी व्यवस्था को और सुदृढ़ बनाने के लिए हाल ही में एक कंप्यूटरीकृत प्रबंधन सूचना प्रणाली और कंप्यूटरीकृत वित्तीय प्रबंधन प्रणाली शुरू की है।

इस बात को महसूस करते हुए कि एचआईवी संक्रमण के नियंत्रण के प्रयासों की सफलता के लिए उच्चस्तरीय और गुणवत्तायुक्त अनुसंधान के समर्थन की भी आवश्यकता होती है, भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद ने 1992 में नैको के गठन के साथ ही राष्ट्रीय एड्स अनुसंधान संस्थान की भी स्थापना की थी। यह संस्थान महाराष्ट्र के पुणे में स्थित है और देश के विभिन्न भागों में एचआईवी और एड्स पर बहु-विधायी अनुसंधान करता रहता है।

एचआईवी से बचाव के लिए अनुसंधान में तेज़ी लाने के उद्देश्य से पूर्व राष्ट्रपति ए.पी.जे. अब्दुल कलाम ने हाल ही में राष्ट्रपारीय स्वास्थ्य विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी संस्थान (टीएचएसटीआई) की स्थापना की है। संस्थान के उद्घाटन अवसर पर केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री श्री गुलाम नबी आज़ाद, केंद्रीय विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी मंत्री श्री वायलार रवि, संसदीय एचआईवी एवं एड्स फोरम के संयोजक श्री ऑस्कर फर्नांडीज़ और विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी विभाग तथा नैको के वरिष्ठ अधिकारी मौजूद थे। इससे एकीकृत और अंतर्विधायी दृष्टिकोण के प्रति सरकार के संकल्पना का पता चलता है। इससे एचआईवी एवं एड्स की समस्या से निपटने के लिए शोध-आधारित और प्रमाण संसूचित कार्यक्रम निष्पादन के महत्व का प्रतिपादन होता है।

हाल के वर्षों में सरकार और अन्य संबंधित पक्षों के इस प्रकार के बहुमुखी और सम्मिलित प्रयासों के सकारात्मक परिणाम सामने आए हैं। राष्ट्रीय स्तर पर वयस्कों में एचआईवी के प्रचलन में कमी आई है। वर्ष 2000 में जहां 0.41 प्रतिशत वयस्क इसके प्रभाव में थे, वहीं 2009 में यह आंकड़ा 0.31 प्रतिशत तक नीचे आ गया। प्रसव-पूर्व चिकित्सा केंद्रों में आने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या में भी कमी दर्ज़ की गई। स्वास्थ्यमंत्री श्री आज़ाद ने हाल ही में बताया कि भारत में एचआईवी संबंधित मामलों में 56 प्रतिशत की कमी आई है और उन्होंने इसका श्रेय सुदृढ़ निवारण कार्यक्रम के साथ-साथ देखभाल, सहायता और उपचार को दिया।

इस बीच, सहायक नर्स-दाई (एएनएम), रामेश्वरी की स्थिति कुछ अच्छी नहीं कही जा सकती। उसको दूसरा बच्चा होने वाला है। नियमित प्रसव पूर्व जांच के दौरान पता चला कि वह एचआईवी से ग्रस्त है। पतिव्रता अर्थात केवल अपने पति से संबंध रखने वाली इस महिला के लिए यह समाचार एक बहुत बड़ा झटका था और रोष का विषय भी। उसे यह जानकर और भी दुख और नाराज़गी हुई कि उसे यह संक्रमण अपने पति से ही मिला है, जो बाद में जांच में एचआईवी पॉज़िटिव पाया गया। रामेश्वरी अकेली ऐसी आवाज़ नहीं है। वह दूरस्थ ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाली ऐसे अनेक स्त्री-पुरुषों का प्रतिनिधित्व करती है जो अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में अनभिज्ञ हैं और जो प्राय: अनजाने में अपने जीवन साथी को संक्रमित कर देते हैं।

हाल के आंकड़ों से पता चलता है कि यह महामारी शहरों से ग्रामीण क्षेत्रों की ओर फैल रही है और ऐसे व्यक्तियों, जो ज़ोखिमभरा व्यवहार करते हैं, उनसे आम जनता में फैल रही है। राष्ट्रीय एड्स निवारण एवं नियंत्रण नीति में यह बात कही गई है। यौन व्यवसाय में आए उभार को स्वीकार करते हुए एनएसीपी ने तैयारी शुरू कर दी है और इसके चौथे चरण (2013 से आगे) में, वैश्यालयों से परे यौन व्यवसाय में लगे लोगों से संपर्क करने और उन्हें सुरक्षित बनाने के प्रयासों पर ध्यान देने की बात कही गई है। गांवों और शहरों में घरों में छिपकर यौन व्यवसाय करने वालों का पता लगाना कठिन होता है। ऐसे लोगों की पहचान कर उन्हें एचआईवी से बचने के उपायों की जानकारी देना महत्वपूर्ण होगा।

राजमार्गों के आसपास रहने वाले ग्रामीण, काम के लिए गांवों से शहरी क्षेत्रों में जाने वाले श्रमिकों और पुरुष प्रवासियों की पत्नियां/साथी सबसे अधिक संवेदनशील समूहों में गिने जाते हैं। समुचित स्वास्थ्य सुविधाओं का अभाव, अपर्याप्त चौकसी एचआईवी संक्रमण के बारे में अनभिज्ञता आदि ऐसे अनेक कारण हैं जिनसे ग्रामीणजनों की समस्याएं और भी कठिन हो जाती हैं।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, तृतीय चरण (2006-07) स्वास्थ्य से जुड़े विषयों पर परिवार स्तर पर सर्वेक्षण का एक अति महत्वपूर्ण और व्यापक अध्ययन है। इसमें स्पष्ट रूप से बताया गया है कि शहरी लोगों की

डॉक्टर बनने से पहले गांव में छह माह प्रैक्टिस ज़रूरी

देश के ग्रामीण इलाक़ों में डॉक्टरों की कमी को पूरा करने के लिए केंद्र सरकार ने नायाब तरीक़ा निकाला है। मौजूदा शिक्षा सत्र में अपनी एमबीबीएस की पढ़ाई पूरा करने वाले डॉक्टरों को छह माह की अनिवार्य प्रैक्टिस गांवों के पब्लिक हेल्थ सेंटर (पीएचसी) और कम्युनिटी हेल्थ सेंटर (सीएचसी) में करनी होगी। इस बाबत मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया (एमसीआई) जल्द सभी मेडिकल कॉलेजों को अधिसूचित करेगी।

स्वास्थ्य मंत्रालय के अनुसार 'एमसीआई ने एमबीबीएस की डिग्री के आखिर में एक साल की ट्रेनिंग में से छह माह अनिवार्य रूप से ग्रामीण इलाक़ों में ही करने को हरी झंडी दे दी है।

देश के सभी सरकारी और निजी मेडिकल कॉलेजों के छात्रों को अपने इंटर्नशिप का आधा साल पीएचसी और सीएचसी में ही करना होगा। इससे न सिर्फ़ उन्हें मरीजों के इलाज का सही ज्ञान मिलेगा, बल्कि ग्रामीणों को भी शिक्षित डॉक्टरों की सेवा मिल सकेगी।

एक अन्य अधिकारी का कहना है कि ग्रामीण इलाक़ों में अनिवार्य ट्रेनिंग कराने का पूरा जिम्मा राज्य सरकार और स्थानीय मेडिकल काउंसिल का होगा। इस बात का ध्यान रखा जाएगा कि निजी व सरकारी मेडिकल कॉलेजों के छात्रों को अलग-अलग स्वास्थ्य केंद्र में भेजा जाए। अधिकारी ने बताया कि बिना ग्रामीण इलाक़ों में ट्रेनिंग किए किसी भी छात्र को एमबीबीएस की डिग्री नहीं दी जाएगी। ❑

अपेक्षा ग्रामीणजनों में एचआईवी के संक्रमण और निवारण की जानकारी बहुत कम है। शहरी महिलाओं में से 57.7 प्रतिशत को पता था कि मच्छर के काटने से एचआईवी नहीं फैलता, जबकि केवल 28.3 प्रतिशत ग्रामीण महिलाओं को ही यह बात पता थी। यही स्थिति पुरुषों की भी है। शहरों में 67.3 प्रतिशत लोग जानते थे कि मच्छर के काटने से एचआईवी का संक्रमण नहीं होता, जबकि केवल 44.7 प्रतिशत ग्रामीण पुरुष ही यह बात जानते थे। एनएफएचएस, तृतीय में यह स्पष्ट किया गया है कि जहां तक युवतियों में एचआईवी/एड्स के बारे में समुचित ज्ञान होने का प्रश्न है, ग्रामीण युवतियों की तुलना में शहरी युवतियों की संख्या दोगुनी से भी अधिक है, जिन्हें अच्छी जानकारी है। शहरी क्षेत्रों में 5.4 प्रतिशत और ग्रामीण क्षेत्रों में कुल 1.8 प्रतिशत लोगों में एचआईवी की जांच की गई और नतीज़े लिए गए। ग्रामीण क्षेत्रों में बचाव के साधन अपनाने के मामले में भी स्थिति ठीक नहीं है। शहरी क्षेत्रों में जहां 52.9 प्रतिशत लोग कंडोम का प्रयोग करते हैं, गांवों में केवल 29.7 प्रतिशत लोग ही इसका इस्तेमाल करते हैं।

इस प्रकार, ग्रामीण क्षेत्रों में एचआईवी एड्स के साथ जी रहे लोगों की सही-सही जानकारी का न होना एक चिंता का विषय है। समाज पर उसके कुप्रभाव की भयावहता अभी अदृश्य और मौन रूप धारण किए हुए है।

ग्रामीणजनों की एचआईवी और एड्स से होने वाली मौतों के बारे में पर्याप्त चौकसी और व्यवस्थित आंकड़ों की आवश्यकता पर विमर्श तेज़ होने लगा है। इस समस्या से जुड़े लोगों में इस बात को लेकर चिंता व्याप्त है कि उपलब्ध वैज्ञानिक ज्ञान और आविष्कारों को किस प्रकार क़िफायती, कम ख़र्चीला और सुलभ बनाया जाए कि निर्धन ग्रामीण भी उसका लाभ उठा सकें। जैसा कि अंतरराष्ट्रीय एड्स सोसायटी की अध्यक्ष सुश्री एली कटाबीरा का कहना है कि संवेदनशील समूहों से स्वत: संपर्क करने के प्रयासों में और तेज़ी लाने तथा प्रभावी बनाने की आवश्यकता है ताकि स्थानीय संक्रामकता का जनसांख्यिकीय रूप उचित रूप से सामने आ सके। इससे समस्या के निदान में मदद मिलेगी।

ग्रामीण क्षेत्रों के लिए विशेष रूप से बनाए गए कार्यक्रमों के सभी पहलुओं– निवारण, देखभाल, उपचार एवं सहायता के सम्मिलित दृष्टिकोण से ही इस समस्या का निराकरण हो सकता है। एक ओर जहां महामारी के ग्रामीण चरित्र को समझने के लिए अनुसंधान में तेज़ी लाने की आवश्यकता है, वहीं ग्रामीण आवश्यकताओं के अनुसार गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्यकर्मियों की उपलब्धता बढ़ाने और जागरुकता फैलाने के प्रयासों में तेज़ी लाने की भी आवश्यकता है। निश्चय ही, इससे एचआईवी के संक्रमण और एड्स से होने वाली मौतों की संख्या शून्य में बदल सकती है और देश एड्स से मुक्त हो सकता है। ❑

(लेखिका एक स्वयंसेवी संस्था से जुड़ी हुई हैं और एचआईवी एवं जनस्वास्थ्य विशेषज्ञा हैं।
ई-मेल : dutta1108@gmail.com)

ENGLISH By Mrs. Annie
For UPSC, PCS, JUDICIARY, SSC, CPF, CPO, PO etc.
DICTION
ENGLISH INSTITUTE
202, 3rd Floor, A-40/41, Ansal Building
(near UCO Bank), Dr. Mukherjee Nagar,
New Delhi-9 Phone:- 011- 65883933
NEW BATCH STARTS EVERY MONTH
YH-139/2012

बाज़ार की गिरफ़्त में पोषाहार और स्वास्थ्य

● ए.के. अरुण

दुनिया में भूख से पीड़ित लोगों की संख्या में फिर वृद्धि होनी शुरू हो गई है। ग़रीब देशों में लाखों लोग समुचित खाद्यान्न ख़रीद पाने की स्थिति में नहीं हैं। इन लोगों को अब खाद्यान्न उपलब्ध कराने वाली स्वयंसेवी संस्थाओं से भी अतिरिक्त मदद की उम्मीद नहीं है क्योंकि ये अंतरराष्ट्रीय खाद्य संस्थाएं भी संकट में हैं। विश्व खाद्य कार्यक्रम (डब्ल्यूएफपी) की कार्यकारी निदेशक इरथेरीन कोसीन की मानें तो डब्ल्यूएफपी को वर्ष 2010-11 में 300 मिलियन डॉलर की अतिरिक्त आवश्यकता थी जिसकी पूर्ति नहीं हो पाई थी। उल्लेखनीय है कि वर्ष 2007 के बाद से खाद्य मूल्यों में 40 से 55 प्रतिशत की वृद्धि हुई है और भूख से पीड़ित लोगों की संख्या भी बढ़ी है। संयुक्त राष्ट्र के खाद्य एवं कृषि संगठन (एफएओ) के अनुसार इन दिनों दुनिया के 37 से ज्यादा देश अंतरराष्ट्रीय खाद्य सहायता पर निर्भर हैं।

अभी हाल ही में एफएओ के महानिदेशक जोश ग्रेजियानो डी सिल्वा ने विश्व खाद्य समस्या पर चर्चा करते हुए आशंका व्यक्त की कि खाद्यान्न उत्पादन में आ रही कमी एवं बढ़ते मूल्य से खाद्य संकट और गहराएगा तथा कई देशों में भोजन के लिए संघर्ष और हिंसक हो सकते हैं। श्री डी सिल्वा के अनुसार इस वक़्त दुनिया में अनाज का भंडार इतना कम है कि यह पूरी दुनिया की आबादी का केवल 8 से 12 हफ़्ते तक ही पेट भर सकता है। उन्होंने यह भी कहा कि केमरून, मिस्र, हैती, बुर्कीनाफासो तथा सेनेगल जैसे देशों में जारी खाद्य संघर्ष दुनिया के अन्य देशों में भी फैल सकते हैं।

बढ़ते खाद्य संकट के लिए खाद्य मूल्यों में हुई बेतहाशा वृद्धि को मुख्य कारण बताया जा रहा है। खाद्य मूल्यों में हुई वृद्धि के लिए खाद्य विशेषज्ञ अंतरराष्ट्रीय बाज़ारों में मांस की मांग में वृद्धि को एक बड़ा कारण मान रहे हैं। कहा जा रहा है कि विगत दो दशक में अंतरराष्ट्रीय स्तर पर मांस की मांग दोगुनी हो गई है। ज़ाहिर है कि इसी अनुपात में चारा उत्पादन का दायरा भी बढ़ा है। एक आकलन के अनुसार एक किलो गोमांस के लिए 7 किलो खाद्यान्न की आवश्यकता होती है जबकि एक किलो सुअर का मांस के लिए 3 किलो चारा चाहिए। इन मांगों की पूर्ति के लिए बड़ी मात्रा में सोयाबीन व अन्य फ़सलों का उत्पादन किया जा रहा है। अनाज की जगह चारे के उत्पादन का परिणाम है कि कई देशों में खाद्यान्न की कमी होने लगी है।

अपने देश में 12वीं योजना की रूपरेखा एवं दृष्टिपत्र को देखकर खाद्य संबंधी मामले में सरकारी महत्वाकांक्षा का पता तो लगता है लेकिन मौजूदा सरकारी मशीनरी की वास्तविकता एवं गहराते स्वास्थ्य संकट तथा जनस्वास्थ्य की बढ़ती चुनौतियों की तुलना में यह उम्मीद करना मुश्किल है कि भारत में सरकार जनस्वास्थ्य एवं खाद्य संकट की चुनौतियों को स्वीकार कर उससे निबटने के लिए कमर कस रही है। हां, सरकार ने 12वीं योजना में स्वास्थ्य पर जीडीपी का 2.5 प्रतिशत ख़र्च करने एवं औसत स्वास्थ्य संकेत के नज़दीक पहुंचने की इच्छा रखी है तो यह अच्छी बात है। 12वीं योजना के दृष्टिपत्र में सरकार ने व्यापक स्वास्थ्य सुविधा, व्यापक स्वास्थ्य ढांचा, स्वास्थ्य के लिए पर्याप्त मानव संसाधन, स्वास्थ्य सेवाओं में जन भागीदारी, बच्चों के पोषण एवं इससे संबंधित कार्यक्रमों को मज़बूत करने का संकल्प लिया है। 12वीं योजना में बच्चों के पोषण, स्कूल स्वास्थ्य तथा समेकित बाल विकास कार्यक्रमों पर भी ज़ोर दिया गया है। इसमें 3 वर्ष तक के बच्चों को विशेष टीकाकरण एवं पोषण आपूर्ति कार्यक्रम में आवश्यक रूप से शामिल करने की बात है लेकिन मुख्य सवाल फिर खड़ा होता है कि सरकार की मौजूदा मशीनरी क्या इन ड्रीम योजनाओं को अमल में ला सकेगी?

भारत सरकार के आर्थिक सर्वेक्षण 2007-08 के अनुसार 1990 से वर्ष 2007 तक खाद्यान्न उत्पादन वृद्धि दर 1.2 प्रतिशत ही रही। इस दौरान जनसंख्या की औसत 1.9 प्रतिशत वृद्धि दर की तुलना में खाद्यान्न उत्पादन की दर कम है। उत्पादन कम होने से प्रतिव्यक्ति अनाज तथा दालों की उपलब्धता भी घटी है। अनाजों की खपत वर्ष 1990-91 में जहां प्रतिव्यक्ति 42 ग्राम थी। वर्ष 2010-11 में यह घटकर 33 ग्राम रह गई। यहां ध्यान देने की बात है कि 1956-57 में प्रतिव्यक्ति दालों की उपलब्धता 72 ग्राम थी।

1983-85 में अनाज उत्पादन की जो स्थिति थी उसमें अखाद्य फ़सलों की हिस्सेदारी लगभग 37 प्रतिशत थी जो वर्ष 2006-07 में बढ़कर 46.7 प्रतिशत तक पहुंच गई थी। आंकड़ों के अनुसार खाद्य फ़सलों के उत्पादन में जहां 2 प्रतिशत की वृद्धि हुई है वहीं अखाद्य फ़सलों का उत्पादन 4 प्रतिशत तक बढ़ गया है। विश्व बैंक की ही रिपोर्ट मानती है कि महंगे क़ीमत वाले फ़सलों की मांग बढ़ी है जबकि भोजन के लिए ज़रूरी फ़सलों का उत्पादन घटा है। सरकार भी खाद्य फ़सलों की तुलना में अखाद्य फ़सलों का उत्पादन बढ़ाने के लिए ज्यादा प्रोत्साहित करती है।

अब भूख को बाज़ार ने मुनाफ़े के धंधे के रूप में परिवर्तित कर लिया है। अंतरराष्ट्रीय संस्थाएं स्वास्थ्य व पोषण की कमी का वास्ता देकर ऐसी नीतियां और कार्यक्रम थोप रहे हैं जिससे खाद्य उद्योग में लगी बड़ी बहुराष्ट्रीय कंपनियों को सीधे फायदा पहुंच रहा है। अब भारत सहित दुनियाभर में नागरिकों के स्वास्थ्य और पोषण संबंधी अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए सार्वजनिक-निजी भागीदारी (पीपीपी) को इस तरह से पेश किया जा रहा है मानो देश में लोगों का स्वास्थ्य इसी बुनियाद पर खड़ा किया जा सकता है अन्यथा

भारत बीमारियों व कुपोषण के दलदल में धंस जाएगा।

हमारे देश में स्त्री-पुरुष अनुपात भी अन्य देशों से कम हैं। जनगणना के आंकड़ों के अनुसार भारत में स्त्री-पुरुष अनुपात 933:1000 है, जबकि रूस में यह 1140:1000 है। औरतों की कमज़ोर सेहत की वजहों में से एक कुपोषण खासा महत्वपूर्ण है। पंजाब जैसे समृद्ध प्रदेश में लड़कियों में कुपोषण का प्रतिशत लड़कों से ज्यादा है। आंकड़े बताते हैं कि गर्भ में लड़का होने पर माताएं 90 प्रतिशत पोषण प्राप्त करती हैं, जबकि लड़कियों के मामले में ऐसी माताओं का प्रतिशत सिर्फ़ 72 है। भारत में ग्रामीण लड़कों की तुलना में ग्रामीण लड़कियां 52 प्रतिशत ज्यादा कुपोषित हैं। वर्ष 2005 में विश्व स्वास्थ्य सभा (डब्ल्यूएचए) में स्तनपान एवं पोषण के सवाल पर हुई बहस के दौरान भारत ने अपना पक्ष रखते हुए कहा था, ''व्यावसायिक संगठनों की मुख्य प्राथमिकता लाभ कमाना है। इसलिए व्यावसायिक संगठनों से ऐसी अपेक्षा रखना न तो उचित है और न ही व्यावहारिक कि वे स्तनपान एवं शिशु पोषण को संरक्षण, प्रोत्साहन और समर्थन देने के लिए सरकारों व अन्य समूहों के साथ मिलकर काम करेंगे।'' तब डब्ल्यूएचए ने प्रस्ताव क्रमांक 58.32 को स्वीकार करते हुए सदस्य समूहों से आग्रह किया था कि वे यह सुनिश्चित करें कि शिशुओं व छोटे बच्चों के स्वास्थ्य के लिए कार्यक्रमों व कार्यकर्ताओं के लिए वित्तीय समर्थन व अन्य प्रोत्साहन में किसी प्रकार से हितों के बीच टकराव न हो। मई 1981 में भी 34वीं विश्व स्वास्थ्य सभा में स्तनपान के विकल्पों के विपणन संबंधी अंतरराष्ट्रीय कोड को स्वीकारते हुए माना गया था कि लाभोन्मुखी व्यावसायिक संस्थान समतामूलक विकास के पैरोकार नहीं बन सकते। इन दिशानिर्देशों में नागरिक समाज और यूनिसेफ एवं डब्ल्यूएचओ जैसे अंतरराष्ट्रीय संगठनों से उम्मीद की गई थी कि वह महज लाभ के लिए सक्रिय उद्योगों से अच्छी तरह निपटेगा लेकिन ऐसा कुछ भी नहीं हुआ। उल्टे कथित पोषण एवं विटामिनों का धंधा करने वाली कंपनियों की तो चांदी हो गई और भ्रामक विज्ञापनों का सहारा लेकर बेबी फूड बनाने वाली कुछ कंपनियों ने खूब मुनाफ़ा कमाया। उस दौर में इन कंपनियों के विज्ञापनों का इतना असर था कि शहरों में रहने वाली मध्यमवर्गीय युवा माताओं ने अपने नवजात शिशु को भी अपने स्तन का दूध पिलाने की बजाय इन कंपनियों का डब्बाबंद दूध देना स्वीकार कर लिया था।

खाद्यान्न की बर्बादी

इन दिनों जबकि सहारा के देशों को भयंकर अकाल के दौर से गुज़रना पड़ रहा है और लाखों लोग भोजन की तलाश में पड़ोसी व अन्य देशों में पलायन कर रहे हैं वहीं कई देशों में खाने योग्य अनाजों को सड़ा कर समुद्र में फेंक दिया जा रहा है। विश्व खाद्य एवं कृषि संगठन (एफएओ) की एक हालिया रिपोर्ट के अनुसार विश्व में प्रतिवर्ष 130 करोड़ टन अनाज (भारत के कुल अनाज उत्पादन से लगभग चार गुना अधिक) नष्ट कर दिया जाता है। रिपोर्ट में बताया गया है कि यदि बर्बादी का आकलन प्रतिव्यक्ति के हिसाब से करें तो विकसित देशों में प्रतिव्यक्ति बर्बाद खाद्यान्न की मात्रा सबसे अधिक है। उपभोग की प्रक्रिया में वे 95 से लेकर 115 किग्रा. खाद्यान्न प्रतिवर्ष नष्ट करते हैं। खाद्यान्न की बर्बादी का अर्थ उस उत्पादन हेतु प्रयुक्त संसाधनों जैसे- भूमि, श्रम, ऊर्जा आदि की बर्बादी भी है। इसके साथ ही इस प्रक्रिया में ग्रीनहाउस गैसों का विसर्जन भी जोड़ा जा सकता है।

इन आंकड़ों से स्पष्ट है कि विश्व में जहां एक ओर करोड़ों लोग भूख और कुपोषण से ग्रस्त हैं, मौसम परिवर्तन की प्रतिकूलताओं को झेल रहे हैं, वहीं दूसरी ओर विकसित एवं विकासशील दोनों ही प्रकार के राष्ट्रों में अलग-अलग कारणों से खाद्यान्न और उसके उत्पादन की प्रक्रिया में संसाधनों की अत्यधिक बर्बादी हो रही है। यदि बर्बाद हो रहे खाद्यान्न की मात्रा को ही कम किया जा सके और उसे ज़रूरतमंदों तक पहुंचाया जा सके, जो भूख और कुपोषण से पीड़ित हैं तो शायद खाद्य असुरक्षा को काफी हद तक कम किया जा सकेगा। उक्त रिपोर्ट में विभिन्न प्रकार के खाद्यान्न जैसे- गेहूं, चावल, मोटे अनाज, कंद मूल, तिलहन, दालें, फल-सब्जियों, मछली और अन्य समुद्री खाद्यान्न आदि की बर्बाद हो रही मात्रा का अलग-अलग अनुमान लगाया गया है।

इसके अतिरिक्त औद्योगिक राष्ट्रों में प्रसंस्करण में भी काफी बर्बादी होती है। खाद्य उत्पादों को वांछित आकार-प्रकार देने की प्रक्रिया में उसे छीला-काटा जाता है। कभी-कभी पैकेज़िंग की गड़बड़ी की वजह से भी बड़ी मात्रा में खाद्यान्न फेंकने पड़ते हैं। तैयार खाद्य पदार्थ यदि न्यूनतम सुरक्षा मापदंडों पर खरे न उतरें तो उन्हें नष्ट कर दिया जाता है। विकासशील देशों में खाद्यान्न की बर्बादी भंडारण की अपर्याप्त सुविधाओं के अभाव के कारण होती है।

खाद्य प्रसंस्करण और कुपोषण

बाज़ार के खाद्य व्यवसाय में सक्रिय होने के बाद कुपोषण के मामले और बिगड़े ही हैं। ज्यों-ज्यों पोषण का सवाल मुखर रूप ले रहा है त्यों-त्यों बाज़ार के बताए गए उपाय गले की हड्डी सिद्ध हो रहे हैं। हमारे देश में चावल एक महत्वपूर्ण खाद्य है लेकिन खाद्य प्रसंस्करण उद्योगों ने चावल की अधिक पॉलिशिंग कर उसके पोषक तत्वों को सबसे ज्यादा नुक़सान पहुंचाया है। उल्लेखनीय है कि चावल को चमकदार और सुंदर दिखाने के लिए उसके आवश्यक पोषण को प्रसंस्करण के दौरान नष्ट कर दिया जाता है। इस विषय पर अपनी एक पुस्तक *इंडियाज फूड प्राब्लम-ए न्यू एप्रोच* में जाने-माने खाद्य विशेषज्ञ एल. रामचंद्रन लिखते हैं कि केवल मात्रात्मक स्तर पर साधारण मिलिंग एवं पॉलिशिंग में मात्रात्मक हानि ज्यादा से ज्यादा 15-16 प्रतिशत तक होती है जबकि अत्यधिक पॉलिशिंग में यह हानि 27-30 प्रतिशत तक पहुंच जाती है। इसी प्रकार आधुनिक रोल मिलों में गेहूं के पोषक तत्वों की बहुत क्षति होती है। इन मिलों में अनाज के दानों को कई चरणों में तोड़ने की विधि अपनाते हुए उसके बाहरी हिस्से को आटा बनाते समय अलग कर दिया जाता है। एक अध्ययन के अनुसार अनाजों के इस तरह की प्रोसेसिंग में मात्रात्मक स्तर पर प्रतिवर्ष मनुष्यों के खाने योग्य 80 लाख टन अनाज का नुक़सान होता है। गुणात्मक स्तर पर तो इस नुक़सान की गणना भी नहीं की जा सकती।

एक अन्य अध्ययन में खाद्य एवं कृषि से जुड़े अनुसंधानकर्ता कालिन टज अपनी पुस्तक *द फेमीन बिजनेस* में लिखते हैं कि पश्चिमी देशों में उद्योगपति अधिक पौष्टिक गेहूं के आटे की ब्राउन ब्रेड के स्थान पर कम पौष्टिक मैदे की सफेद ब्रेड बेचना ज्यादा पसंद करते

हैं क्योंकि आटे की ब्रेड की अपेक्षा मैदे की ब्रेड बेचने में उन्हें ज्यादा मुनाफ़ा मिलता है। ज़ाहिर है उद्योगपति ज्यादा मुनाफ़े के लिए कम पौष्टिक ब्रेड का उत्पादन करना चाहेंगे। इसके लिए वे मैदे के ब्रेड में ही ब्राउन रंग का उपयोग कर उसे भूरे आटे के ब्रेड के रूप में बेच देते हैं।

कई अध्ययन अब इस बात की तसदीक कर रहे हैं कि बड़ी बहुराष्ट्रीय कंपनियां अपने मुनाफ़े के लिए दुनियाभर में लोगों की सेहत से खेल रही हैं और पौष्टिकता तथा हाइजीन के नाम पर कुपोषण बढ़ाने वाले खाद्य को व्यापक रूप से बेच रही हैं। ब्राज़ील में एक अध्ययन में डॉ. एनी डायस ने पाया कि कोकाकोला, पेप्सी तथा फैंटा आदि का सेवन कर वहां के बच्चे कुपोषण के शिकार हो रहे हैं। यह अध्ययन भले ही ब्राज़ील के हों लेकिन पूरी दुनिया में अमीर बच्चों में बढ़ते कुपोषण एवं विटामिनों की कमी के लिए जिम्मेदार ये फास्ट फूड एवं पेय बनाने वाली कंपनियां ही हैं।

अंतरराष्ट्रीय खाद्य व्यापार

कथित पोषण और हेल्थ फूड के धंधे में लगी कंपनियों की तो अब चल निकली है। भूमंडलीकरण के दौर में इन कंपनियों ने बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य और भूख का वास्ता देकर अपने उल्टे-सीधे उत्पादों को महंगे दर पर बाज़ार में भर दिया है। यूनिसेफ तथा डब्ल्यूएचओ जैसे संगठनों ने भी अपने 27 वर्ष पूर्व के 34वें विश्व स्वास्थ्य सभा के घोषणा-पत्र को दरकिनारे कर दिया है जिसमें कहा गया था कि, ''लाभ के लिए सक्रिय कंपनियां व्यापक जनहित की पोषक नहीं हो सकतीं।'' अब यूनिसेफ ने 'ग्लोबल एलायंस फॉर इम्प्रूव्ड न्यूट्रीशन' (गेन) से हाथ मिलाया है। गेन एक ऐसा संगठन है जो अंतरराष्ट्रीय खाद्य व्यापार कंपनियों के हित, पोषण और संरक्षण के लिए काम करता है। अब आशंका है कि इससे विभिन्न देशों की पोषण और खाद्य नीतियों में बाज़ार और बहुराष्ट्रीय खाद्य कंपनियों का दखल बढ़ जाएगा।

गेन ने विभिन्न बहुराष्ट्रीय कंपनियों के खाद्य उत्पादों को विभिन्न देशों के राष्ट्रीय खाद्य, स्वास्थ्य एवं पोषण नीतियों में शामिल करने के लिए सरकारों से लाबिंग भी शुरू कर दी है। यह जानना ज़रूरी है कि अंतरराष्ट्रीय संस्थाएं यूनिसेफ तथा डब्ल्यूएचओ के प्रतिनिधि अब गेन की बैठक में उन्हीं बहुराष्ट्रीय खाद्य निर्माता कंपनियों के प्रतिनिधियों के साथ बैठते हैं जिसने कई देशों में अंतरराष्ट्रीय दिशा निर्देशों का उल्लंघन किया है। 'गेन' के बोर्ड सदस्यों में बायर, कोकाकोला, नेस्ले, नोवार्टिस, पेप्सीको, फाइजर, प्राक्टर एंड गैम्बल जैसी अनेक खाद्य, रसायन एवं दवा कंपनियों के प्रतिनिधि शामिल हैं।

अब गेन के सक्रिय होने से भारत सहित अन्य देशों में खाद्य एवं पोषण सुरक्षा पर सवाल खड़े हो गए हैं। भारत में राष्ट्रीय पोषण नीति को ठीक से लागू करने के लिए डॉ. एम.एस. स्वामीनाथन की अध्यक्षता में ''कोलीशन फॉर सस्टेनेबल न्यूट्रीशन सिक्युरिटी इन इंडिया'' नामक एक संगठन बनाया गया है। गेन भारत में इस कोलीशन के साथ भी काम कर रहा है। अब सवाल है कि भारत में खाद्य एवं पोषण सुरक्षा की शर्त पर गेन के एजेंडा को कैसे चलने दिया जा सकता है। इससे टकराव की स्थिति उत्पन्न हो गई है।

योजना आयोग के ही एन. सी. सक्सेना कमीशन की रिपोर्ट पर गौर करें तो पता चलेगा कि इस देश में 50 प्रतिशत से ज्यादा लोग अपने इलाज पर भारी रक़म ख़र्च नहीं कर सकतें। इसी रिपोर्ट में प्रतिव्यक्ति कैलोरी का जो मानदंड रखा गया है वह आईसीएमआर की गाइडलाइन के कैलोरी इनटेक से बहुत कम है। भारतीय संविधान की मूल भावना के अनुसार भी यहां के लोगों को मुफ़्त स्वास्थ्य व शिक्षा उपलब्ध कराने की जिम्मेदारी सरकार की है लेकिन सरकार 'सबके लिए स्वास्थ्य' की जगह 'एफोर्डेबल स्वास्थ्य' की बात करने लगी है। स्पष्ट है कि यह स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण एवं व्यावसायीकरण की स्पष्ट साज़िश है।

भोजन एवं पोषण के व्यापार से जुड़ी बड़ी कंपनियों का दबाव है कि राष्ट्रीय पोषण कार्यक्रम में फोर्टीफाइड आहार शामिल किया जाए। मई 2008 में चिकित्सा की चर्चित पत्रिका *लैंसेट* ने जच्चा-बच्चा कुपोषण पर एक शृंखला प्रकाशित की थी। इसमें सूक्ष्म पोषक तत्वों पर ज़ोर था और सिफ़ारिश की गई थी कि राष्ट्रीय पोषण कार्यक्रम में फोर्टीफाइड आहार को शामिल किया जाए। हालांकि कई वैज्ञानिक इस 'फोर्टीफिकेशन' को गैर-ज़रूरी और विशुद्ध व्यापारिक बताते हैं। ध्यान देने की ज़रूरत है कि कुछ वर्ष पूर्व ऐसे ही नमक में आयोडीन की अनिवार्यता की वक़ालत की गई थी। नमक में आयोडिन की अनिवार्यता के लिए कंपनियों ने पूरा दबाव बनाया और सरकार को इस दबाव में कानून भी बदलना पड़ा। उल्लेखनीय है कि सरकारी कानूनों की आड़ में आयोडिनयुक्त नमक की अनिवार्यता आम नागरिकों पर थोप कर इस देश में कई बीमारियों के लिए रास्ता खोल दिया गया है।

नमक में आयोडिन की अनिवार्यता को थोपने के मामले की पड़ताल करने से इस आशंका की पुष्टि हो जाती है कि देर-सबेर चावल में विटामिन ए अथवा आटे में लोहा तथा अन्य सूक्ष्म पोषक तत्वों को दैनिक उपयोग के अनाजों में मिलाकर फोर्टीफाइड फूड के रूप में बाज़ार में उतारा जा सकता है। केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय के विश्वस्त सूत्रों के अनुसार मंत्रालय में आयोडाइज्ड नमक को डबल फोर्टीफाइड (उसमें लोहा मिलाने) की एक महत्वाकांक्षी योजना लंबित है जिसमें संबंधित कंपनी ने सर्वेक्षण के आधार पर यह भी दावा किया है कि लोगों को यदि ठीक से शिक्षित किया जाए तो लोग मौजूदा दर से दो गुने क़ीमत पर भी डबल फोर्टीफाइड नमक लेने को तैयार हैं।

संकट में पारंपरिक खाद्य व्यवस्था

चिंता की बात तो यह है कि कंपनियों और बाज़ार के गठजोड़ ने हमारी प्राकृतिक खाद्य व्यवस्था को खत्म कर देने की योजना बना चुकी है और हम उनके जाल में फंस चुके हैं। कई पोषक तत्व तो खाद्य में कृत्रिम रूप से डाले ही नहीं जा सकते जैसे- जिंक। हमारे शरीर में जिंक की कमी को प्राकृतिक खाद्य पदार्थों के सेवन से ही पूरा किया जा सकता है। इसके लिए जैविक खेती को बढ़ावा देने की ज़रूरत है। क्योंकि रासायनिक कीटनाशकों के उपयोग से ज़मीन में उपलब्ध सूक्ष्म पोषक तत्व नष्ट हो जाते हैं और हमारे शरीर को प्राकृतिक रूप से पर्याप्त पोषण नहीं मिल पाता। विडंबना यह है कि पहले पोषण के प्राकृतिक तरीक़े को हम नष्ट कर देते हैं और फिर पोषण के लिए बाज़ार की तथाकथित तकनीक़ पर निर्भर हो जाते हैं।

भारत में तेज़ी से विकसित होते खाद्य

बाज़ार और इसके पीछे लगी बड़ी कंपनियों की सफलता अभी से देखी जा सकती है। आम जनता ऐसी योजनाओं के बारे में जानकारी के अभाव के कारण कोई साज़िश नज़र नहीं आती। कंपनियां भी मध्यम वर्ग के लोगों को प्रभावित करना अच्छी तरह जानती हैं। इस कार्य में बड़े-बड़े स्टार या सेलेब्रिटी इस्तेमाल किए जाते हैं। नमक में आयोडीन की अनिवार्यता को सरकारी कानूनों ने जितना प्रभावी नहीं बनाया उतना विज्ञापनों और प्रचार ने बनाया है। वैसे भी गेन जैसी संस्था की स्थापना बहुराष्ट्रीय कंपनियों के बाज़ार निर्माण के लिए ही की गई है। गेन इन कंपनियों के बाज़ार बढ़ाने के लिए विभिन्न देशों में खाद्य और पोषण कानूनों को अपने अनुकूल बनवाने के लिए भी प्रयासरत है। भारतीय सांसदों के बीच गेन ने एक बैठक आयोजित कर उन्हें फोर्टीफाइड फूड के फायदे बताए हैं। इसका असर भी रंग लाने लगा है।

गेन कुपोषण की समस्या का समाधान बाज़ार में तलाशता है। गेन का उद्देश्य भारत में पोषक आहार के लिए एक अरब लोगों का बाज़ार निर्मित करना है। गेन ने अभी-अभी हैदराबाद में ही ब्रिटानिया नामक कंपनी को एक लाख बच्चों तक अपना कथित पोषक उत्पाद पहुंचाने का मौका उपलब्ध कराया है। इस प्रकार कुपोषण के इस बाज़ार में बड़ी कंपनियों को बड़े बाज़ार बनाने के व्यापक अवसर उपलब्ध हो रहे हैं। इस झटपट समाधान की आपाधापी में भूख और कुपोषण के मूल सवाल दब गए हैं। इन सवालों का फास्ट-फूड स्टाइल वाला जवाब स्थायी समाधान दे नहीं सकता क्योंकि भूख महज एक समस्या नहीं साम्राज्यवाद की मुक़म्मल नीति है। जब तक नीति पर चोट नहीं होगा भूख का बाज़ार फलता-फूलता रहेगा।

विश्व स्वास्थ्य संगठन भी बढ़ती विषमता और ग़रीबी को स्वास्थ्य के लिए बड़ी चुनौती मानता है। संगठन की महानिदेशक डॉ. मार्गेट चान ने कहा है कि विकासशील देशों में समावेशी विकास के अभाव में बड़ी संख्या में स्त्रियां और बच्चे कुपोषण, रक्त अल्पतता तथा घातक रोगों की चपेट में हैं जिससे जनस्वास्थ्य के समक्ष गंभीर संकट खड़ा हो सकता है। इस बार की कार्ययोजना में जलवायु परिवर्तन और पर्यावरणीय कारणों से बढ़ने वाले रोगों के अलावा बढ़ते खाद्य संकट आदि को भी बड़ी चुनौती के रूप में देखा गया है। संगठन ने बढ़ती शहरी आबादी के स्वास्थ्य, खाद्य एवं पोषण के सवाल को भी मद्देनज़र रखा है। *हेल्थ, मेडिसिन एंड इम्पायर* नामक अपनी पुस्तक में विश्वमोय पाति तथा मार्क हेरिसेन ने माना है कि ''खाद्यान्न संकट एवं कुपोषण को जटिल बनाकर पेश करने के पीछे बहुराष्ट्रीय खाद्य कंपनियों और साम्राज्यवादी ताक़तों का एकमात्र उद्देश्य होता है- मुनाफ़ा। और इसके लिए वे नैतिकता और कानून की सारी हदें पार कर सकते हैं।'' बहरहाल, वैश्वीकरण के इस थोपे गए परिस्थितियों में वैकल्पिक और जनवादी सोच रखने वाले समाज वैज्ञानिकों की जिम्मेदारी है कि वे जन चेतना और जनआंदोलन को सकारात्मक विकल्प तलाश की दिशा दें ताकि इसके दु:प्रभावों को रोका जा सके। ❑

(लेखक जनस्वास्थ्य वैज्ञानिक एवं राष्ट्रीय पुरस्कार प्राप्त होमियोपैथिक चिकित्सक हैं।
ई-मेल : docarun2@gmail.com)

IGNITED MINDS

दर्शनशास्त्र

By- Amit Kumar Singh

2008 से संस्थान के स्थापना वर्ष से लेकर अब तक 2011 तक दर्शनशास्त्र में हिन्दी माध्यम में सर्वोच्च अंक प्राप्त करने वाला एक भी विद्यार्थी हमारे संस्थान से बाहर का नहीं है।

विशाल मलानी- 378 अंक (2008 बैच)
कर्मवीर शर्मा- 371 अंक (2009 बैच)
अमर बहादुर- 377 अंक (2010 बैच)

हमारा संस्थान सर्वश्रेष्ठ क्यो? क्योंकि

- ★ 'दर्शनशास्त्र का पर्याय' माने जाने का दावा करने वाले तथाकथित एक संस्थान के सैकड़ो अभ्यर्थी हमारे यहाँ दोबारा कोचिंग ले चुके हैं और इस सत्र में भी लगभग 40 से अधिक विद्यार्थी कोचिंग ले रहे हैं। इसकी प्रमाणिकता की परीक्षा के लिये आपका स्वागत है।
- ★ क्योंकि हम दर्शनशास्त्र के सबसे मुश्किल खण्डों को भी पढ़ाते हैं रटवाते नहीं।
- ★ प्रथम एवं द्वितीय प्रश्न पत्र पर समान अधिकार से पढ़ाने वाले एकमात्र शिक्षक
- ★ कक्षा में पूछे गए सवालों का जवाब देते हैं। यह कहकर नहीं टालते कि ज्यादा पढ़ोगे तो डूब जाओगे।

पाश्चात्य दर्शन के साथ नया बैच प्रारम्भ
12 OCT. 6 PM

सामान्य अध्ययन + CSAT का नया बैच प्रारम्भ

Under the guidance of
Amit Kumar Singh

सामान्य अध्ययन
15 OCT. 11:30 AM

CSAT
3 OCT. 9 AM

संस्थान से कुछ बेहतर अंक प्राप्त करने वाले अभ्यर्थी

अमर बहादुर	377 अंक
शत्रुघ्न	361 अंक
संजय	359 अंक
हरिमोहन	358 अंक
भोला नाथ	357 अंक
पंकज दीक्षित	354 अंक
प्रवीन	348 अंक
विक्रम सिंहल	345 अंक
योगानन्द	343 अंक
शिवसहाय	343 अंक
वैभव	332 अंक
मिथलेश मिश्रा	328 अंक

2011 में संस्थान से सफल अभ्यर्थी

गौरव सिंह	AIR 182
हेमन्त	AIR 283
कृष्णकांत	AIR 317
डॉ. प्रीति सिंह	AIR 328
देवानंद यादव	AIR 659
जितेंद्र कुमार मीणा	AIR 678
विजय कृष्ण यादव	AIR 704
अखलेश कुमार शर्मा	AIR 866

A -2, 1st Floor, Comm. Comp., Near Chawla Restaurant, Mukherjee Nagar
Delhi Center 9540131314, Allahabad Center 9389376518

YH-132/2012

ग्रामीण महिलाओं के स्वास्थ्य के प्रति दृष्टिकोण

● अजय कुमार सिंह

महिला के स्वास्थ्य का प्रभाव उसके पूरे परिवार पर पड़ता है। आज महिलाएं घर के भीतर के कामकाज व बच्चों की देखभाल तक ही सीमित नहीं हैं। वे घर से बाहर आर्थिक गतिविधियों में भी पूरी तरह व्यस्त हैं। फिर चाहे वह उनका पारिवारिक व्यवसाय हो या फिर खेती या उद्योग। ग्रामीण अर्थव्यवस्था में तो उनका मुख्य योगदान है ही। ज़ाहिर है कि इन महिलाओं का निरोग व स्वस्थ होना अपने परिवार के लिए ही नहीं, राष्ट्र के आर्थिक विकास के लिए भी ज़रूरी है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार 'स्वास्थ्य' का अर्थ किसी बीमारी या कमज़ोरी का न होना मात्र नहीं है। यह शारीरिक, मानसिक व सामाजिक रूप से पूर्ण स्वस्थ होने का नाम है। स्वास्थ्य प्रत्येक व्यक्ति की आधारभूत ज़रूरत और मौलिक अधिकार है। महिलाओं के संदर्भ में यह बात कई कारणों से और भी महत्वपूर्ण हो जाती है। सबसे पहले तो वे कुल जनसंख्या का आधा हिस्सा हैं और कुल श्रम बल का एक तिहाई से ज़्यादा भी हैं। दूसरा, बच्चा पैदा करने से लेकर उसके पालन-पोषण की मुख्य जिम्मेदारी उनकी ही है। उनके स्वास्थ्य का बच्चों के स्वास्थ्य व तंदुरुस्ती पर सीधा असर पड़ता है।

भारत में महिलाओं की स्थिति संबंधी समिति द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति रुख और पहुंच में ख़ासतौर पर ग्रामीण इलाक़ों में कोई बदलाव नहीं आया है। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद के अध्ययन के अनुसार ''अपर्याप्त संसाधनों, पारिवारिक जिम्मेवारियों, अपर्याप्त प्रसव पूर्व देखभाल, उन माताओं का पता न लगा पाना जिनकी तबीयत ज़्यादा ख़राब हो सकती है, पर्याप्त तथा उपर्युक्त परिवहन और संचार सुविधाओं की कमी के कारण औरतें समय पर स्वास्थ्य सुविधाओं तक नहीं पहुंच पातीं। इसलिए इस बात को लेकर कोई हैरानी नहीं होनी चाहिए कि अधिकांश प्रसव अप्रशिक्षित महिलाओं जिनमें सगे-संबंधी और पड़ोसी शामिल हैं द्वारा संस्थानों के बाहर कराए जा रहे हैं। स्वास्थ्य सेवाओं के पैटर्न के मामले में भोरे समिति की मूल सिफ़ारिश का व्यतिक्रम हुआ है जिसमें लोकस्वास्थ्य की कुंजी के रूप में ग्रामीण इलाक़ों में रह रहीं 4/5 आबादी के लिए बने 10 प्रतिशत अस्पताल, बिस्तरों हेतु कर्मचारियों, उपकरणों और पैसे की कमी है। विशेषज्ञ समिति ने मातृत्व सेवाओं की ओर अधिक ध्यान देने पर ज़ोर दिया था किंतु इस महत्वपूर्ण सेवा की व्यवस्था करने में व्यापक क्षेत्रीय भिन्नताएं हैं। समाज में महिलाओं की स्थिति के कारण प्रसव पूर्व तथा उसके बाद की जाने वाली देखभाल में कठिनाइयां हैं। इन दोनों समय पर की गई देखभाल बच्चे के जीवित रहने पर असर डालती है। महिलाओं की स्थिति संबंधित टिप्पणी समिति ने की कि ''महिलाओं की स्वास्थ्य संबंधी स्थिति में जैविक और मनोवैज्ञानिक समस्याओं के अलावा उनकी मानसिक तथा शारीरिक स्थिति भी शामिल है जो मौजूदा मानदंडों तथा समाज की मानसिकता द्वारा प्रभावित होती है। भारत में महिलाओं की स्थिति से संबंधित समिति द्वारा पता लगाए गए उनके स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारण निम्नलिखित हैं :

- विवाह के प्रति दृष्टिकोण,
- विवाह की उम्र,
- प्रजनन क्षमता के साथ-साथ इस बात को महत्व देना कि लड़का चाहिए या लड़की,
- पारिवारिक ढांचे का स्वरूप तथा सांस्कृतिक मानदंड के रूप में सामाजिक परंपरा के अनुसार महिला द्वारा निभाई जाने वाली भूमिका।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के तत्कालिक उद्देश्य गर्भनिरोध, स्वास्थ्य देखभाल की बुनियादी सुविधाओं तथा स्वास्थ्य कार्मिकों संबंधी पूरी न हुई ज़रूरतों को पूरा करना तथा मूलभूत प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य देखभाल के लिए एकीकृत सेवाएं उपलब्ध करने पर विचार करना था। इसका मध्यकालिक उद्देश्य वर्ष 2010 तक कुल प्रजनन दर को अंतर्क्षेत्रीय प्रचलनात्मक रणनीतियों के सक्रिय कार्यान्वयन द्वारा प्रतिस्थापन स्तर पर लाना था। इसका दीर्घकालीन उद्देश्य निरंतर आर्थिक विकास, सामाजिक विकास तथा पर्यावरणीय बचाव की अपेक्षाओं के अनुरूप जनसंख्या को एक स्थायी स्तर पर लाना है। ''महिला स्वास्थ्य के लिए निर्धारित लक्ष्य केवल परिवार नियोजन से संबंध रखते हैं और बाद में वे माता-बालक स्वास्थ्य (जैसे लाभार्थियों की संख्या, तथा प्रसवों की संख्या, प्रसव पूर्व तथा बाद में देखभाल तथा टीकाकृत महिलाओं और बच्चों की संख्या) से संबंधित हैं। किंतु संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम तथा राष्ट्रीय

कोढ़ निवारण कार्यक्रम के सिलसिले में कई लक्ष्य निर्धारित करने की ज़रूरत है।''

चतुर्थ विश्व महिला सम्मेलन, बीजिंग 1995 की घोषणा में ''स्वास्थ्य देखभाल तथा संबंधित सेवाओं का असमान तथा अपर्याप्त होना तथा उन तक असमान पहुंच'' की चिंता की एक महत्वपूर्ण क्षेत्र के रूप में पहचान की गई। इस चिंता को दूर करने के लिए घोषणा में निम्नलिखित आधारभूत रणनीतियों का उल्लेख किया गया है:

- पूरे जीवन चक्र के दौरान महिलाओं की पहुंच उपयुक्त, सस्ती तथा बढ़िया स्वास्थ्य देखभाल, सूचना तथा संबंधित सेवाओं तक बढ़ाना।
- निवारक कार्यक्रमों को मज़बूत बनाना ताकि महिलाओं के स्वास्थ्य को सुधारा जा सके।
- यौन संचारित बीमारियों, एचआईवी/एड्स, तथा यौन और प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी मसलों पर विचार करने के लिए महिला सुग्राही पहल की शुरुआत करना।
- महिलाओं के स्वास्थ्य पर अनुसंधान करना एवं सूचना का प्रसार करना तथा
- संसाधनों को बढ़ाना और महिलाओं के स्वास्थ्य के लिए अनुवर्ती कार्यवाही पर निगरानी रखना।

भारत में महिलाओं की स्थिति संबंधी समिति (1974) की रिपोर्ट में महिलाओं के ख़राब स्वास्थ्य के लिए उत्तरदायी कारणों के बारे में की गई टिप्पणियां इस प्रकार है:

नवीनतम चिकित्सा अनुसंधान ने महिलाओं के ख़राब स्वास्थ्य तथा अधिक मृत्युदर की समस्या के लिए विशेष रूप से जिम्मेवार कारणों का पता लगाने की कोशिश की है। भारत में मातृ मृत्युदर काफी अधिक बनी हुई है, इसलिए इस अनुसंधान में महिलाओं के स्वास्थ्य के इस पहलु पर ध्यान केंद्रित किया जाना स्वाभाविक है। विभिन्न अध्ययनों के आधार पर जो विशिष्ट कारण सामने आए हैं उनमें से पहला कारण गर्भपात और मरा बच्चा पैदा होने से गर्भधारण की बर्बादी है। 1957 से 1968 की अवधि के दौरान इसमें कोई बदलाव नहीं आया जबकि इस अवधि के दौरान परिवार नियोजन कार्य बहुत गहनता से हुआ था। वस्तुत: वास्तविक संख्या में तो वृद्धि ही हुई। इस तरह भ्रूण की बर्बादी कम आयु समूह गहनता से हुआ था। वस्तुत: वास्तविक संख्या में तो वृद्धि ही हुई। एक अध्ययन के अनुसार 1972 तक कुपोषित माताओं के 30 प्रतिशत भ्रूण मां के गर्भ में ही ख़राब हो जाते थे। प्राप्त जानकारी के अनुसार प्रति हज़ार बच्चों में से 11 बच्चे मरे पैदा होते हैं। इस तरह अधिकांश गर्भधारण की बर्बादी तथा प्रसव पूर्व बच्चे की मौत होने का कारण बच्चे का समय पूर्व पैदा होना तथा कुपोषण है। गर्भ में मृत्यु तथा मरे बच्चे के पैदा होने का कारण समय पूर्व प्रसव होना है जिससे माता में पोषक तत्वों की कमी हो जाती है ख़ासतौर पर गर्भावस्था के दौरान खून की कमी होना। देश के विभिन्न हिस्सों में लगभग 5,000 गर्भवती महिलाओं के हीमोग्लोबिन जांच करने पर इनमें से 30 प्रतिशत में खून की कमी पाई गई है यानी उनके हीमोग्लोबिन का स्तर 10 प्रतिशत से कम है। ऐसा व्यापक तौर पर लौह की कमी के कारण है। समय से पहले जन्म, शिशु मृत्यु के कारणों में से एक बड़ा कारण रहा है। शिशु तथा माता की मृत्यु का दूसरा कारण अधिक बच्चों का पैदा होना है। बार-बार गर्भधारण करने से माताओं में प्रोटीन की कमी हो जाती है। इसलिए अधिकांश भारतीय महिलाएं कुपोषण की शिकार हैं। 10-20 प्रतिशत मातृ-मृत्यु का कारण उनमें पोषक तत्वों की कमी का होना है। राष्ट्रीय पोषण संस्थान द्वारा किए गए कई अध्ययनों से इसकी पुष्टि होती है। भारत में महिलाओं की स्थिति संबंधी समिति की रिपोर्ट में दिए गए आंकड़े से स्पष्ट हो जाता है कि गर्भवती तथा दूध पिलाने वाली माताओं के लिए संस्तुत तथा उनके द्वारा वास्तव में लिए जाने वाले पोषक आहार में काफी अंतर है। ग्रामीण क्षेत्रों में शिशु मृत्यु का एक प्रमुख कारण उनका समय से पूर्व जन्म लेना है। इसके बाद निमोनिया, ब्रॉनकाइटिस, दमा और सांस संबंधी संक्रमण बीमारियां हैं जिनके कारण इनकी मृत्यु होती है। समय से पहले बच्चा पैदा होने से उसकी नवजात अवस्था में मृत्यु होने की संभावना बढ़ जाती है।

ग्रामीण क्षेत्रों में लड़कियों की स्वास्थ्य देखभाल के प्रति अपनाया जाने वाला व्यवहार उनके प्रति पूर्वाग्रह का स्पष्ट परिचायक है। इस बात के प्रमाण हैं कि 4 साल से कम उम्र की लड़की को निमोनिया की शिकायत की जाने पर उसे इसी आयु वर्ग के लड़के की तुलना में किसी चिकित्सक के पास नहीं ले जाया जाता, न ही घर में कोई उपचार किया जाता है (आईआईपीएल)। चार साल से कम उम्र की लगभग 39 प्रतिशत लड़कियों को 4 साल के लगभग 29 प्रतिशत लड़कों की तुलना में चिकित्सक के पास नहीं ले जाया जाता। इसी तरह किसी भी तरह का उपचार न दिए जाने वाले 17 प्रतिशत लड़कों की तुलना में 22 प्रतिशत लड़कियों का उपचार नहीं किया जाता। सामान्यत: लगातार लड़कियां ही पैदा होने पर स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग न करने का दर बढ़ जाता है। स्वास्थ्य के प्रति जागरुकता नहीं होने का एक विपरीत प्रभाव यह है कि किशोरावस्था में ही स्त्री गर्भवती हो जाती है। गांवों में तो किशोरावस्था में स्त्री अगर गर्भवती न हो तो वह चिंता का विषय हो जाता है। यही कारण है कि 14-18 आयु वर्ग की लड़कियां, जिनका अपना ही शरीर अभी विकासशील अवस्था में होता है, मां बन जाती हैं।

स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच ग्रामीण, शहरी तथा सामाजिक-आर्थिक अंतर, जिनमें महिला-पुरुष के बीच मौजूद व्यापक अंतर शामिल है, से भी प्रभावित होता है। स्वास्थ्य के सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भ को मान्यता देते हुए विश्व बैंक के एक दस्तावेज़ यानी ''भारत में महिलाओं के स्वास्थ्य में सुधार लाना'' में कहा गया है ''ग़रीबी के कारण अधिकांश भारतीय आबादी की स्थिति ख़राब है और इन ग़रीबों में अधिकांश महिलाएं है। तुलनात्मक रूप से औरतों की ख़ासतौर पर उत्तरी भारत में निम्न स्थिति और उस पर प्रजनन से जुड़े ज़ोखिम पहले से ही प्रतिकूल स्वास्थ्य परिस्थिति को और ख़राब कर देते हैं।'' इसमें स्वीकार किया गया है कि पोषण स्थिति के मामले में महिला का स्वास्थ्य सामाजिक, सांस्कृतिक तथा आर्थिक कारणों से जुड़ा है जो उसके जीवन के सभी पहलुओं को प्रभावित करते है। इसका असर न केवल महिलाओं पर बल्कि घर के कामकाज पर और संसाधनों के वितरण पर भी पड़ता है। राष्ट्रीय पोषण नीति के अनुसार ग़रीबी एक स्थायी दुष्चक्र है। इसमें कारण और परिणाम का संबंध है। इससे कम भोजन तथा पोषण-पोषक तत्वों की कमी, पोषण से जुड़ी

बीमारियां तथा संक्रमण का होना, बच्चों का विकास ठीक से न होना, वयस्कों के शरीर का आकार छोटा होना, असामान्य उत्पादकता सीखने की कम क्षमता, आदि हैं। ग़रीब तबके में पुरुष घर में उपलब्ध थोड़े-बहुत संसाधनों से इलाज़ करा सकते हैं लेकन इनकी औरतें अपनी सेहत की ओर ध्यान नहीं देतीं क्योंकि वे परिवार के अन्य सदस्यों की देखभाल को प्राथमिकता देती हैं। कई बार उन्हें प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से चिकित्सकों के पास पहुंचने नहीं दिया जाता। घरों में भेदभाव की इतनी सूक्ष्म और स्पष्ट लकीरें होती हैं कि महिलाओं के लिए इलाज़ तक पहुंच पाना मुश्किल हो जाता है। एकीकृत बाल विकास सेवाओं की शुरुआत प्रायोगिक आधार पर 1975 में की गई थी। इसके अंतर्गत बच्चों तथा गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण, पूरक पोषक आहार, स्कूल पूर्व शिक्षा समेत बाल विकास सेवाएं एवं महिलाओं में जागरुकता लाना शामिल है। अब इन सेवाओं के अंतर्गत सभी सामुदायिक विकास ब्लॉक और शहरी इलाक़ों की झुग्गी-झोपड़ी बस्तियां आती हैं।

भारत में महिलाओं की स्थिति संबंधी समिति ने महिलाओं ख़ासतौर पर मातृ तथा बाल देखभाल और परिवार नियोजन संबंधी सेवाओं को बेहतर बनाने के लिए बुनियादी सुविधाओं संबंधी मानदंडों की सिफ़ारिश की थी। उसके बाद परिवार कल्याण विभाग को स्वास्थ्य मंत्रालय से अलग कर दिया गया और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र इसके अंतर्गत लाए गए। डॉ. एम.एस.स्वामीनाथन की अध्यक्षता वाले जनसंख्या नीति संबंधी विशेषज्ञ दल (1994) ने अन्य बातों के साथ-साथ यह सिफ़ारिश की थी कि स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण विभाग को मिलाकर एक विभाग बना दिया जाए। तथापि इस पर सहमति नहीं हुई है। पंचवर्षीय योजनाओं के जरिये महिलाओं को दी गई स्वास्थ्य सेवाओं के विश्लेषण से इस बात पर प्रकाश पड़ता है कि देश में परिवार नियोजन की शुरुआत प्रगतिशील महिला आंदोलन के ज़रिये की गई थी ताकि महिलाओं को अवांछित तथा बार-बार गर्भधारण से मुक्ति दिलाई जा सके। 1952 में शुरू किए गए 'राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम' को बदलकर सन 1977 में 'परिवार कल्याण कार्यक्रम' का नाम दिया गया तथा 1997 में इसमें और संशोधन करके इसे 'प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम' का नाम दिया गया। महिलाओं की सेहत संबंधी ज़रूरतों और उनकी जिम्मेवारियों को पुरुष सहयोगियों द्वारा बांटे जाने पर पूरी तरह से विचार नहीं किया गया। परिवार नियोजन और यौन तथा प्रजनन मामलों के लिए महत्व रखने वाली शक्ति तथा स्त्री-पुरुष संबंध पूरी तरह से जस के तस हैं जिससे औरत का अपने शरीर और जीवन पर कोई नियंत्रण नहीं रह गया है।

स्वास्थ्य क्षेत्रों में महिलाओं की सेहत की चिंता करने के बजाय प्रजनन नियंत्रण पर ज़्यादा ज़ोर दिया गया है। महिलाओं के लिए पोषण तथा खाद्य सुरक्षा तथा उसके जीवन काल में अन्य स्वास्थ्य ज़रूरतों को स्वीकार किए बिना, परिवार नियोजन को उसके स्वास्थ्य का एक सबसे महत्वपूर्ण आदान मान लिया गया है। महिलाओं हेतु स्वास्थ्य सेवाओं में हाल ही में किए गए सुधारों में सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने के लिए प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य की शुरुआत करना शामिल है। दो परस्पर मिलते-जुलते सिद्धांत जो भोरे समिति की सिफ़ारिशों को रेखांकित करते है वे हैं– स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना राज्य का दायित्व था और व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सभी लोगों का अधिकार था, भले ही उनमें उसके लिए भुगतान करने का सामर्थ्य न हो परंतु दुर्भाग्यवश इनमें से कोई पूरा नहीं हुआ है। सभी सामाजिक पूर्वाग्रहों, जिनमें महिलाओं के प्रति भेदभाव शामिल है, स्वास्थ्य मौटे तौर पर अभी भी एक निजी मामला है।

भारत सरकार ने स्वीकार किया है कि भोरे समिति, 1948 (भारतीय राष्ट्रीय कांग्रेस द्वारा गठित) राष्ट्रीय सेवाएं उपलब्ध कराने, राष्ट्रीय स्तर की न्यूनतम बुनियादी सुविधाएं, प्रसव, प्रसव पूर्व तथा प्रसव बाद की सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए अर्धचिकित्सा कामगारों और पारंपरिक दाइयों के प्रशिक्षण के लिए एक केंद्रीय प्राधिकरण बनाया जाना चाहिए। महिलाओं के ख़राब स्वास्थ्य का एक बड़ा कारण स्वास्थ्य के साथ-साथ विकास के अन्य क्षेत्रों संबंधी नीतियों, कार्यक्रमों और दृष्टिकोणों में महिलाओं की ओर पर्याप्त ध्यान न दिया जाना है। यह समस्या महिलाओं के प्रति भेदभाव के कारण और बढ़ जाती है। स्वास्थ्य संबंधी निवारक और संवर्धनात्मक उपायों के महत्वपूर्ण होने के बावजूद, सभी क्षेत्रों में स्वास्थ्य के लिए अनुकूल नीतियां और कार्यक्रम भी पुरुषों, महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य स्थिति को बेहतर बनाने में महत्व रखते है।

आर्थिक दबावों, प्रवर्जन, समुदाय की अस्थिरता तथा संयुक्त परिवार प्रथा के टूटने एवं एकल परिवार प्रथा के कारण उपजे सामाजिक दबाबों से पैदा हुई मानसिक बीमारियां केवल दवाइयों से ठीक नहीं हो सकती। इसलिए इस बात पर ज़ोर दिया जाता है कि उपचारात्मक नीति के अनुसार, पोषण की समस्याओं पर विचार कर समग्र विकासात्मक रणनीति बनाकर पोषण पर स्वतंत्र रूप से विचार करने के साथ-साथ अन्य विकासात्मक पहलुओं पर भी विचार करना होगा। अल्पावधि में सुरक्षा जाल को फैलाने, पोषण संबंधी गंभीर तथा सामान्य घटनाओं को कम करने, किशोरियों तक पहुंच, भावी माताओं को बेहतर ढंग से इसमें शामिल करने, अनिवार्य वस्तुओं का पुष्टिकरण करने, कम लागत वाले पौष्टिक खाद्यों को संवेदनशील वर्गों में लोकप्रिय बनाने तथा सूक्ष्म पोषण तत्वों की कमी पर नियंत्रण पाने की ज़रूरत है। दाइयों के लिए नियमित प्रशिक्षण आयोजित करने के मामले को हाल ही में उठाया गया है। आशा है कि इनको उन करोड़ों ग्रामीण महिलाओं के सेवार्थ और आधुनिक एवं पेशेवर बनाया जा सकेगा जिन्हें आने वाले बहुत सालों तक इन पर ही निर्भर रहना है। महिलाओं के स्वास्थ्य से संबंधित मुख्य रूप से तीन विभाग हैं। मानव संसाधन विकास मंत्रालय के तहत महिला एवं बाल विकास विभाग, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय के तहत स्वास्थ्य विभाग और परिवार कल्याण विभाग इन तीनों ही विभागों में परस्पर समन्वय ज़रूरी है। पर अभी तक उसका अभाव रहा है। इसके अलावा महिलाओं के स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न समस्याओं का संबंध कई अन्य विभागों से भी है। ऐसे में उपर्युक्त तीन विभागों और फिर अन्य विभागों में संबद्ध मुद्दों पर जब तक परस्पर समन्वय नहीं होता तब तक महिलाओं के प्रति एक संपूर्ण दृष्टिकोण वाली नीति की बात भ्रम है। इसलिए ज़रूरी है कि महिलाओं के स्वास्थ्य संबंधी एक पृथक स्वास्थ्य नीति बनाई जाए। ❑

(लेखक गोरखपुर विश्वविद्यालय के इतिहास विभाग में शोध छात्र हैं
ई-मेल : ajaykumarsingh0@gmail.com)

AN ISO 9001:2008 CERTIFIED INSTITUTE

There is no holiday in moral life.

लोक प्रशासन

(हिन्दी माध्यम)

By

Atul Lohiya

(A person who believes in scientific approach and hard work)

Dynamic Approach for Dynamic Subject

Special **Audio-Visual Class** on each & every Hot topics
200 Hours Lecture and **Discussion**
Computerised **Current updated best Study Material** on each and every topic
Case Studies, Flow Chart, Diagram, IIPA Journal based lecture and study material
Revision notes with **Chart and Diagram**
Daily Test and **News Paper** analysis
Unit wise **Answer Formating** of UPSC Questions (Last 10 years)
Complete Coverage of Syllabus & **100% Syllabus (Ist & IInd Paper)** by **Atul Lohiya**

UPSC के साथ *UP, MP, Raj., Bihar, Uttaranchal, Jharkhand Chhattisgarh, Haryana, Himachal PCS* की भी तैयारी;

संस्थान के सफल विद्यार्थियों द्वारा समय-समय पर मार्गदर्शन!

पत्राचार पाठ्यक्रम भी उपलब्ध

(पूर्णतः संशोधित; परिमार्जित एवं परिवर्धित कम्प्यूटराइज्ड नोट्स)

PUB.AD.	G.S. (Eco.)
MAINS - 7500/-	MAINS + PRE. - 1500/-
MAINS + PRE. - 8500/-	WITH CLASS NOTES - 2500/-
डाक खर्च – 300/– अतिरिक्त	डाक खर्च – 150/– अतिरिक्त

लोक प्रशासन
वर्तमान और भविष्य के लिए एकमात्र सुरक्षित विषय

★सर्वोत्कृष्ट संस्थान ★सर्वोत्कृष्ट नोट्स
★सर्वोच्च रैंक ★सर्वोच्च अंक...

सामान्य अध्ययन हिन्दी माध्यम

अतुल लोहिया एवं विशेषज्ञ समूह

* मुख्य सह प्रारंभिक परीक्षा हेतु 11 महीने (7+4) का आधारभूत कक्षा कार्यक्रम (Basic to Advance Level)
* सामान्य अध्ययन के संपूर्ण पाठ्यक्रम पर अद्यतन पाठ्य सामग्री विश्लेषणात्मक एवं बिंदुवार नोट्स के रूप में
* समसामयिक घटनाक्रम के प्रत्येक विषय खंड पर संबंधित विषय विशेषज्ञों द्वारा पाक्षिक कक्षा (अद्यतन नोट्स के साथ)
* सार्वजनिक जीवन से जुड़े प्रसिद्ध व्यक्तियों द्वारा समय-समय पर अतिथि व्याख्यान
* जटिल विषयों की बोधगम्य व सरल प्रस्तुति हेतु ऑडियो-विजुअल माध्यमों का प्रयोग
* प्रत्येक अध्याय की समाप्ति पर विगत वर्षों की मुख्य व प्रारंभिक परीक्षा के प्रश्नों पर चर्चा एवं उत्तर प्रारूप की प्रिंटेड कॉपी
* साप्ताहिक जाँच परीक्षा एवं उस पर चर्चा

नया बैच : 07 एवं 14 अक्टूबर

मॉड्यूल सुविधा भी उपलब्ध

लोक प्रशासन (हिन्दी माध्यम) का सर्वोच्च संस्थान -

सर्वोच्च अंक (गिरिवर दयाल सिंह)	सर्वोच्च अंक (मिहिर रायका)
390 (183/207)	370 (179/191)

आप भी प्राप्त कर सकते हैं 400+ अंक, कैसे? Winning Strategy के साथ

New Batch

04 & 11 October

'अतुल लोहिया'

शिक्षक; मार्गदर्शक और मित्र भी

"PRABHA"

AN INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION

HEAD OFFICE : 105, VIRAT BHAWAN (MTNL BLDG.), NEAR BATRA CINEMA, MUKHERJEE NAGAR, DELHI-110009.
CLASS ROOM : 702, ABOVE MEERUT WALE SWEETS, MAIN ROAD MUKHERJEE NAGAR, DELHI-110009.
Phone : 27653498, 27655134. Cell.: 9810651005, 8010282492

YH-136/2012

स्वास्थ्य, पोषण और आयुर्वेद

● भारत भूषण

स्वास्थ्य एवं पोषण संबंधी आयुर्वेदीय अवधारणा को निम्न रूप में अभिव्यक्त किया जा सकता है :

- शरीर का निर्माण आहार से होता है।
- आहार से ही दीर्घायु की प्राप्ति होती है।
- रोगों की उत्पत्ति भी आहार से होती है।

सबसे पहले आयुर्वेद क्या है, आयु किसे कहते हैं, आयुर्वेद का प्रयोजन क्या है और इसका दर्शन क्या है इसे समझना ज़रूरी है।

अन्न नलिकाओं द्वारा जिसका आहरण किया जाता है, उसे आहार कहा गया है। यानी 'मुख' से ग्रहण करके नीचे प्राण वायु से सरकता हुआ जो 'गुदमार्ग' तक पहुंचकर 'मल' के रूप में शरीर से बाहर निकल जाता है। वह 'आहार' कहलाता है। ध्यान रहे इसमें पानी भी शामिल है।

सर्वप्रथम यह समझना ज़रूरी है कि व्यक्ति को मात्रापूर्वक भोजन करना चाहिए क्योंकि आहार की मात्रा पाचन शक्ति पर निर्भर करती है। महत्वपूर्ण है कि व्यक्ति (भोजन करने वाले) की प्रकृति (दैहिक-बात, पित्त, कफ एवं मानसिक-सत्व, रज एवं तम) में बाधा न पहुंचाते हुए जो यथासमय आराम से पच जाए वही मात्रा उसके लिए पर्याप्त मानी जानी चाहिए।

आज हम पोषण के संबंध में यह जानते हैं कि पर्याप्त एवं संतुलित भोजन ही पोषण का आधार है और पोषण ही 'स्वास्थ्य' का आधार है, यानी पोषाहार से ही स्वास्थ्य बना रहता है इसके अभाव से कुपोषण की स्थिति पैदा होती है व्यक्ति रोगी हो जाता है। हमें ऐसा भोजन ग्रहन करना चाहिए जो उम्र, मौसम, व्यवसाय तथा विशिष्ट स्थिति के मुताबिक ज़रूरी ऊर्जा उपलब्ध कराए। संतुलित भोजन से तात्पर्य प्रोटीन, चर्बी एवं कार्बोज तथा विटामिन और अन्य खनिज पदार्थ पर्याप्त मात्रा में शरीर को उपलब्ध कराना है।

कहना न होगा कि आयुर्वेदिक अवधारणा आधुनिक सोच के मुक़ाबले 3-5 हज़ार साल पहले विकसित हुई। इसलिए इसमें कैलोरी, खनिज, विटामिन जैसे घटक नहीं हैं, परंतु इनका आयुर्वेदीय विचार में बिना किसी परेशानी के समन्वय किया जा सकता है।

खाए जाने वाले पदार्थों को पचने के लिहाज़ से भारी एवं लघु (हल्के) दो बड़े वर्गों में बांटा गया है। परंतु इसमें एक तथ्य यह भी है कि स्वभाव से लघु (जैसे मूंग) यदि अधिक मात्रा में खा ली जाएं (खासकर साबुत मूंग) तो वह पाचन की क्रिया में गुम हो जाती है यानी देर से पचती है।

मात्रापूर्वक भोजन के विधान को आदर्श बताया गया है, इसका कारण यह है कि ऐसा करने पर ही व्यक्ति बल, वर्ण, सुख एवं पूर्ण आयु प्राप्त कर सकता है। साथ ही वह तेज़, ओज, उत्साह, स्मरणशक्ति एवं अग्नि को भी बढ़ाता है।

गुम पदार्थों के ग्रहण करने पर एक महत्वपूर्ण निषेध लागू किया गया है। वह यह कि भोजन करने के बाद कुछ पदार्थों जैसे- पिट्ठी के बने पदार्थ, चावल एवं चिड़वा कभी ग्रहण नहीं करना चाहिए। ऐसा इसलिए कि इससे पाचन काल में वृद्धि हो सकती है और एक बार के खाए हुए भोजन न पचने पर दुबारा भोजन कर लेने पर 'अध्यशन' की स्थिति पैदा हो सकती है। कुल मिलाकर कुपाचन से कुपोषण के हालात पैदा हो सकते हैं यदि कोई व्यक्ति अक्सर या लगातार ऐसा करता रहता है।

पोषण की दृष्टि से कुछ आहारों का प्रयोग लगातार किया जा सकता है, कुछ का यदा-कदा ही प्रयोग करना चाहिए और कुछ का कभी भी प्रयोग नहीं करना चाहिए।

यहां पर 'ओक सात्म्य' अनुकूल का विचार सामने आता है। इसका तात्पर्य यह है कि अनुचित होते हुए भी कोई द्रव्य या चेष्टा (आहार-विहार) निरंतर अभ्यास यानी प्रयोग के बाद शरीर के लिए अनुकूल हो जाता है। परंतु बेहतर होगा कि ऐसा करने से बचें और यदि ऐसी आदत पड़ गई है तो उससे धीरे-धीरे छुटकारा पा लें। आज के संदर्भ में खाने के बाद चाय-कॉफी का प्रयोग इसके उदाहरण के रूप में लिए जा सकते हैं। ऐसा करने से पाचन क्रिया धीमी हो जाती है और कैफ़ीन भोजन में निहित लौह तत्व के अवशोषण में बाधा पहुंचाती है। इससे रक्ताल्पता का ख़तरा पैदा हो जाता है। एनीमिया कुपोषणता का ही एक उदाहरण है।

सात्म्य भी ऋतु देश, रोग एवं ओक के अनुसार चार प्रकार का होता है। इसे दही के उदाहरण से समझा जा सकता है। शरद, ग्रीष्म एवं वर्षा ऋतु में दही खाया जा सकता है। जब भी दही खाएं उसमें घी या चीनी या शहद या आंवला चूर्ण मिलाकर ही खाएं। दही को कभी भी गर्म करके नहीं खाना चाहिए। सर्वोपरि, दही कभी भी रात्रि काल में नहीं खाना चाहिए। यही नहीं, चौमासे में दही से बनी कढ़ी के प्रयोग पर भी निषेध किया गया है।

पोषण की दृष्टि से यह ध्यान रखना चाहिए कि आमतौर पर बासी भोजन नहीं करना चाहिए। अदरक, सूखे शाक एवं फल इसके अपवाद हैं परंतु यह भी कि वह सड़े-गले एवं कीड़ेयुक्त तथा बदबूदार नहीं होने चाहिए।

हमारे देश के काफी बड़े हिस्से में सत्तू का प्रयोग किया जाता है ख़ासकर ग्रीष्म ऋतु में। पचने में हल्के एवं ठंडक देने के गुण के बावजूद इसे अधिक मात्रा में ग्रहण नहीं करना चाहिए। सत्तू रात में न खाएं, भोजन के बाद, अधिक मात्रा में, बार-बार जल पीते हुए एवं दांत से काटते हुए सत्तू न खाएं आयुर्वेद में ऐसा विधान किया गया है।

आयुर्वेद में अन्न की तुलना 'ब्रह्म' से की गई है। ब्रह्म का एक अर्थ 'अथा तो ब्रह्म जिज्ञासा' भी है। जो ब्रह्म को गैर-धार्मिक

12वीं पंचवर्षीय योजना में आयुर्वेद

योजना आयोग ने स्वास्थ्य क्षेत्र (परिवार कल्याण समेत) हेतु 12वीं पंचवर्षीय योजना में केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय हेतु कुल 2,80,551 करोड़ रुपये का प्रावधान किया है।

12वीं पंचवर्षीय योजना में आयुष एवं स्वास्थ्य शोध पर फ़ोकस किए जाने की संभावना है। आयुष विभाग हेतु लगभग 6,044 करोड़ रुपये आवंटित किए जाने की संभावना है। यह 11वीं योजना में 3,032 करोड़ रुपये के मुक़ाबले 99.33 प्रतिशत अधिक होगा।

इसी प्रकार पिछली योजनावधि के दौरान सृजित स्वास्थ्य शोध के पृथक विभाग हेतु कुल 1,894 करोड़ रुपये के मुक़ाबले 4,029 करोड़ रुपये (112.74 प्रतिशत) आवंटित किए जाएंगे।

गौरतलब है कि वर्ष 1995 में केंद्र में भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी का अलग विभाग बनाया गया। बाद में इसे आयुष (आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्ध एवं होम्योपैथी) नाम दिया गया। 11वीं योजना के दौरान तिब्बती चिकित्सा की पद्धति जो सोवा-रिग्पा के नाम से जानी जाती है, भी शामिल कर दी गई।

गौरतलब है कि संसद की लोक लेखा समिति ने वर्ष 2006-07 में प्रस्तुत अपनी 38वीं रपट में इस सच्चाई की ओर इंगित किया कि इन पद्धतियों के लिए वर्ष 2002 में नारी राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में कुल बजट आवंटन का 10 प्रतिशत दिए जाने के प्रावधान के बावजूद यह आवंटन 02 प्रतिशत पर ही अटका रहा। सन् 2002 की राष्ट्रीय नीति में आयुष हेतु हर पंचवर्षीय योजना में 05 प्रतिशत की दर से कुल आवंटन में वृद्धि की जानी चाहिए थी।

यदि 12वीं पंचवर्षीय योजना में कुल 6,044 करोड़ रुपये आयुष हेतु आवंटित कर भी दिए जाते हैं तो भी यह 4.63 प्रतिशत ही होगा। यह 2002 की राष्ट्रीय नीति के 15 प्रतिशत आवंटन का 1/3 ही होगा। सबसे बड़ी समस्या आयुष में आधारभूत संरचना के पिछड़े होने की है। स्नातक एवं परा-स्नातक स्तर में कॉलेजों की संख्या तो 250 के क़रीब हो गई परंतु इन पद्धतियों में फार्मेसी एवं नर्सिंग के कॉलेज नहीं हैं, न ही उनमें कानूनी मान्यता की केंद्रीय परिषद हैं।

आयुष विभाग के गठन के बाद से कई केंद्रीय एवं केंद्र प्रायोजित योजनाएं शुरू की गई हैं। इनमें से एक योजना के तहत सतत शिक्षण की योजना है जिसके द्वारा महाविद्यालयों में शिक्षकों तथा निजी चिकित्सकों के प्रशिक्षण पर ज़ोर दिया जाता है। दूसरी केंद्रीय योजना में पाठ्यपुस्तकों एवं पांडुलिपियों के अधिग्रहण, डिज़ीटेशन एवं प्रकाशन हेतु अनुदान दिया जाता है। एक अन्य योजना के तहत उत्कृष्टता के केंद्र स्थापित किए जाते हैं। उसी प्रकार सार्वजनिक स्वास्थ्य पहल की योजना है। स्वास्थ्य की स्थानीय परंपराओं के पुनर्जीवन का 2002 की राष्ट्रीय नीति में प्रावधान किया गया है। एक योजना बजट इस मकसद की पूर्ति हेतु चलाई जा रही है। किसी भी पद्धति के विकास का दारोमदार शोध पर होता है, इस कारण आयुष में शोध को बढ़ावा देने के लिए छह शोध परिषदों की स्थापना की गई है।

वैश्वीकरण की चर्चा के साथ ही आयुष में अंतरराष्ट्रीय क्षेत्र में सहयोग को बढ़ावा देने के लिए एक केंद्रीय योजना है। भारत सरकार ने पहलकदमी करते हुए त्रिनिदाद-टोवेगो एवं जर्मनी में आयुर्वेद की चेयरों की स्थापना की है।

देश में आयुष के संबंध में सूचना, शिक्षा एवं संचार के लिए एक अलग से केंद्रीय योजना चलाई जा रही है। यही नहीं, एक अन्य योजना के तहत सेमीनार, वर्कशॉप आयोजित करने तथा एक्सचेंज कार्यक्रम चलाने के वास्ते अनुदान दिया जाता है।

केंद्र प्रायोजित योजनाएं : इसके तहत समस्त राशि निम्न कार्यों के परिचालन हेतु राज्य सरकारों को दी जाती है:

- आयुष संस्थाओं के विकास हेतु
- आयुष औषध की गुणवत्ता नियंत्रण हेतु
- आयुष में 10 बिस्तरों एवं 50 बिस्तरों वाले अस्पतालों की स्थापना हेतु दिशानिर्देश एवं
- औषधीय पादपों पर एक राष्ट्रीय मिशन।

एक महत्वपूर्ण काम यह हुआ है कि परंपरागत ज्ञान पर विदेशी पेटेंटों की मार को रोकने के लिए एक टीकेडीएल (परंपरागत डिजिटल ज्ञान पुस्तकालय) बनाया गया है, जिसमें आयुर्वेद के लगभग 35,000 योगों का समावेश किया गया है और कई अंतरराष्ट्रीय एजेंसियों से समझौते किए गए हैं। इसी प्रकार केटीकेडीएल यूनानी एवं सिद्ध हेतु भी बनाए जा रहे हैं। ❑

दवा निर्यात बढ़ाने के लिए सलाहकार समूह का गठन

देश के दवा निर्यात को बढ़ाने के उद्देश्य से वाणिज्य विभाग ने एक परामर्श समूह गठित किया है जिसमें सरकारी अधिकारियों के साथ-साथ उद्योग जगत के प्रतिनिधि शामिल हैं।

सरकारी सूत्रों के अनुसार सरकार और उद्योग जगत के बीच परामर्श की मानक प्रणाली के लिए यह समूह बनाया गया है ताकि अंतरराष्ट्रीय दवा निर्यात में भारत की हिस्सेदारी बढ़ाई जा सके। यह समूह सस्ती, सुरक्षित और गुणवत्तापरक दवाओं के स्रोत के रूप में भारत की ब्रांड छवि बनाने के उपाय सुझाएगा। समूह में मुख्य मंत्रालयों के सचिवों को भी शामिल किया गया है। समूह निर्यात के लिए दवा क्षेत्र में निवेश सुधारने जैसे मुद्दों पर भी विचार करेगा। सूत्रों ने कहा कि यह समूह नवोन्मेष को मज़बूती देने के पहलू को भी देखेगा। भारतीय दवा उद्योग में 10,000 से अधिक कंपनियां हैं और यह एक लाख करोड़ रुपये का उद्योग है जिसमें से 60,000 करोड़ रुपये का घरेलू बाज़ार है। ❑

सांप्रदायिक यानी आध्यात्मिक स्वरूप प्रदान करता है, इस विचार के तहत साफ़-सफ़ाई (भोजन तैयार करने से लेकर खाने तक) पर बेहद ज़ोर दिया गया है।

ऊपर मात्रापूर्वक किए गए भोजन से 'बल' की प्राप्ति का जिक्र किया गया है। यह बल तीन प्रकार का होता है। एक, सहज बल यानी जन्म से, स्वभावतः माता-पिता (ख़ासकर माता से) से और शरीर से एवं मन से प्राप्त होता है। ज़ाहिर है कि माता को अगर पोषक आहार न मिले तो स्वस्थ संतान का होना संभव नहीं है। दूसरा कारण बल है जो उम्र एवं ऋतु के अनुसार होता है। सभी जानते हैं कि शरद ऋतु आमतौर पर स्वास्थ्यवर्धक मानी जाती है। तीसरा, युक्तिकृत बल होता है। यानी जो युक्ति (कसरत आदि) से प्राप्त होता है। दूसरे एवं तीसरे प्रकार के बल में भी पोषाहार का महत्व स्वतः सिद्ध है।

हमारे शरीर में सदा टूट-फूट ऐसे होता रहता है, ज़रूरी हो जाता है कि उस टूट-फूट की मरम्मत होती रहे। इसके लिए 'बृहंण' यानी बढ़ाने वाले पोषक खाद्य पदार्थ लेना चाहिए।

स्वास्थ्य एवं अ-स्वास्थ्य (रोगावस्था) दोनों में ही 'आहार' सामान्य कारक है। इसलिए स्वस्थ काया चाहने वालों को चाहिए कि वह 'हितकर' द्रव्यों का ही प्रयोग करें जो शरीर के संतुलन को बनाए रखने में मददगार हों। ऐसे आहार को हम हितकर आहार कहते हैं और जो पहले से विद्यमान धातु विषमता को बढ़ाए या नयी विषमता को पैदा करे, वह अहितकर आहार कहलाता है। परंतु ध्यान रहे भूलवश हितकर भी अहितकर हो सकता है। अपनी प्रकृति के अनुसार हितकर एवं अहितकर पदार्थों को समझना ज़रूरी है।

आयुर्वेदीय आहार एवं चिकित्सा के दर्शन में 'प्रकृति' महत्वपूर्ण स्थान रखती है। उसी प्रकार से 'पथ्थापथ्य' का सिद्धांत है जो पथ (आहारपथ-मुखगुहा से लेकर गुदापर्यंत) के लिए हितकर है वह पथ्य है और जो पथ हेतु हितकर नहीं है, वह अपथ्य। यही कारण है कि आयुर्वेद अपने मरीजों को पथ्य-अपथ्य का निर्देश अवश्य देते हैं। यह सोच व्यापक है कि लोग एलोपैथिक डॉक्टरों से भी 'परहेज' के बारे में पूछते हैं जबकि एलोपैथिक में यह अवधारणा ही नहीं है क्योंकि जहां से एलोपैथी आई है, वहां ऋतुओं की बहुलता नहीं है, कुदरत की भिन्नता नहीं है और खाद्यान्नों की भी विविधता नहीं है। सर्वोपरि प्रकृति का सिद्धांत नहीं है। खेदवश, भारत में ढाई सौ साल बाद भी एलोपैथी पश्चिमी एवं विदेशी बनी हुई है।

हितकर भोजन करने के बाद भी यदि उसे विधिपूर्वक ग्रहण न किया जाए तो उसकी पोषणता में कमी होगी फलस्वरूप स्वास्थ्य का रक्षण एवं उन्नयन संभव नहीं होगा।

आयुर्वेदीय आहार दर्शन का एक महत्वपूर्ण उपादान वैरोधिक आहार है जो देह की धातुओं के गुणों के विपरीत गुण रखते हैं, ऐसे आहार वैरोधिक आहार कहलाते हैं। ये गुण, संयोग, संस्कार, देश, काल, भाषा एवं स्वभाव से ही विरुद्ध होते हैं। ज़ाहिर है यह कुपोषण करेंगे जिससे स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव पड़ेगा। आयुर्वेद में कुल मिलाकर 18 प्रकार के वैरोधिक आहार का उल्लेख किया गया है।

अंत में पर्याप्त एवं प्रगाढ़ नींद तथा अनुशासित जीवन (सामान्य अनुशासनयानी सद्वृत्त तथा विशिष्ट अनुशासन का पालन) भी अच्छे स्वास्थ्य के महत्वपूर्ण कारक हैं। ❑

(लेखक आयुर्वेदिक चिकित्सक एवं स्वतंत्र लेखक हैं।
ई-मेल : drbharatbhusan@gmail.com)

आयुर्वेद से जुड़े कुछ महत्वपूर्ण तथ्य

- आयु के वेद यानी विशिष्ट ज्ञान जिसका कार्यक्षेत्र है, वह आयुर्वेद कहलाता है। आधुनिक संदर्भ में, जीवन दर्शन एवं विज्ञान तथा जीने की कला तीनों ही इसमें समाहित किए जा सकते हैं।
- स्वस्थ व्यक्ति में स्वास्थ्य की रक्षा करना एवं रोगी व्यक्ति को रोग के आतंक से मुक्त रखना, यह आयुर्वेद के दो मुख्य प्रयोजन हैं।
- आयु से तात्पर्य देह, इंद्रिय, मन एवं आत्मा का सम्मिश्रण है।
- हिताहित आहार की दृष्टि से 152 भावों का वर्णन किया गया है। तुल्य कार्य करने वाले पदार्थों में जो श्रेष्ठ है उसे हितकर माना गया है। जैसे जीवन की वृत्ति (व्यवहार कार्य) की दृष्टि से अन्न, जल, विहार, निद्रा एवं ब्रह्मचर्य (सामान्य एवं विशिष्ट यौन अनुशासन) से तुल्य हैं परंतु इन सभी में अन्न श्रेष्ठ है।
- आयुर्वेद में सभी पदार्थों में जल को श्रेष्ठ माना गया है परंतु दिनभर के काम की थकावट को दूर करने की गरज से विधिपूर्वक सुरापान को श्रेष्ठ माना गया है।

आहार की विधि

मात्र हितकर, अहितकर एवं सुखकर, कष्टकर आहार की जानकारी ही पर्याप्त नहीं है। भोजन कैसे किया जाए, यह जानना एवं उस पर अमल करना भी ज़रूरी है। दूसरे शब्दों में, विधिपूर्वक आहार न करने से हितकर एवं सुखकर आहार भी अहितकर एवं कष्टकर परिणाम वाला यानी अस्वास्थ्यकर हो सकता है क्योंकि वह अल्प या कुपोषणीय हो जाता है। यह विधि इस प्रकार है:

- सदैव गर्म यानी ताज़ा भोजन करें।
- सदैव स्निग्ध (अशुष्क) भोजन करें।
- सदैव मात्रापूर्वक आहार ही ग्रहण करें।
- पूर्व में किए गए भोजन के पचने पर ही दूसरी बार भोजन करें।
- इष्ट देश यानी परिचित एवं प्रसन्नता देने वाली जगह पर ही भोजन करें।
- न तो बहुत तेज़ी से भोजन करें और न ही बहुत धीरे-धीरे भोजन करें।
- भोजन करते समय अपना पूरा ध्यान भोजन पर ही केंद्रित करें। बातचीत न करें। इधर-उधर की आवाजों, दृश्यावलियों पर ध्यान न दें।
- अपनी पाचन शक्ति के अनुसार ही भोजन करें।

एक सामान्य एवं सारगर्भित सोच यह है कि भोजन सभी रसों व वर्णों से युक्त होना चाहिए। पर्याप्त एवं संतुलित भोजन का यह भी एक पोषणदायक तरीक़ा है। ❑

VAID'S
Since 1985
The IAS Lifeline

Celebrating 28th Year of Success
with more than 1,175 successes in IAS
& more than 4,700 in state PCS/PSCs

ANTHRO

By Vaid Sir

OUR TOP SCORERS IN ANTHRO IN IAS 2011

Mr. Nikhil P. Kalyan (B.Tech) AIR 60 *Scored 369(187+182) Marks*
Mr. Navdeep Brar (MBBS) AIR 120 *Scored 375(168+207) Marks*

Mr. Varun B. R.(M.Tech)
Our Test Series Student
AIR 142, Scored 348(191+157) Marks
(First Attempt with Anthro)

For Fresh Batches, Study Material & Test Series Pl. Contact Personally

Wise People Always Make Right Choice

THE MOST CONSISTENTLY SUCCESSFUL OPTIONAL
(for details visit www.upsc.gov.in)

All India(UPSC) Results : 11-12%
(Among The Highest)

Our Results : 22.2%

If any other Institute/ Optional has Comparable Results — Join Them.

Old Students are Welcome to JoinTest Series & Collect Revised Notes

G. S. & CSAT Classes in Rajender Nagar

Anthro classes in Rajender Nagar & Dr Mukherjee Nagar

For Details Please Call: 0-9311337737, 0-9999946748, 011-27471544

Please Seek An Appointment Before Visiting in Person

A.N. **VAID'S ICS**

AG 317, Shalimar Bagh, Delhi 110088

G.S. & CSAT
Batches Starting Oct 20

IAS 2013 EXCLUSIVE
Advance Batches from Oct 6 & Oct 20

YH-138/2012

स्वस्थ बिहार मुहिम से बढ़ रही हैं स्वास्थ्य सुविधाएं

● गोविंद शर्मा

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लागू होने से ही बिहार के स्वास्थ्य केंद्रों में बदलाव आने लगा था। इस मिशन का मूल उद्देश्य ही ग्रामीण लोगों की स्वास्थ्य समस्याओं का नये ढंग से समाधान निकालना था। इसकी विशेषता है गांवों की स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं को लागू करने में ग्रामीणों की भागीदारी बढ़ाना। तब ग्रामीणों के समक्ष समन्वित प्रयास से गांव की महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं का तत्काल समाधान निकालने का प्रश्न था। बच्चों की जन्म और मृत्युदर में कमी लाना तथा इनके स्वास्थ्य में सुधार लाने का प्रयास करना ज़रूरी था। ऐसी व्यवस्था करना जिससे सुदूर गांवों में रहने वाले लोगों को समय पर समुचित सुविधा उपलब्ध हो सके। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के निर्धारित लक्ष्यों को समय पर प्राप्त कर लेने के उद्देश्य से राज्य सरकार ने स्वास्थ्य विभाग के अंदर ही राज्य स्वास्थ्य समिति का गठन किया। इतना ही नहीं अपने स्वास्थ्य संबंधी उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए तथा लोक भागीदारी बढ़ाने के लिए जिला स्तर पर जिला स्वास्थ्य समितियों एवं प्रखंड स्वास्थ्य समितियों का भी गठन किया गया। इसी से पता चलता है कि राज्य सरकार ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं बढ़ाने के लिए कितनी तत्पर थी।

राज्य सरकार द्वारा न्यायसंगत विकास अभियान शुरू किया गया। इसमें मुख्यत: स्वास्थ्य, शिक्षा एवं आवागमन को प्रमुखता दी गई। इस काम में स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों को लागू करने में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का सहारा मिल गया। इस अनुकूल परिस्थिति को ध्यान में रखते हुए राज्य में 'स्वस्थ बिहार की मुहिम' शुरू की गई। वास्तव में स्वस्थ बिहार मुहिम के अंतर्गत लोक स्वास्थ्य अभियान का शुभारंभ हुआ। इसके ज़रिये गांव-गांव में स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों को पहुंचाने का प्रयास किया गया। गांवों में लोक स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषाहार के प्रति जनजागरण पैदा करने के लिए इसका सामाजिक त्यौहार के रूप में आयोजन होने लगा। इसमें गांव की आशा, ममता, एएनएम, आंगनबाड़ी सेविका और ग्राम पंचायत की महिला समूह को शामिल किया गया।

लोक स्वास्थ्य अभियान के ज़रिये सबसे पहले मातृ स्वास्थ्य एवं शिशु सुरक्षा को प्राथमिकता दी गई। बिहार में प्रसव के दौरान मातृ मृत्युदर बहुत ऊपर थी। भारत सरकार के महा रजिस्ट्रार की एक रिपोर्ट के अनुसार विगत वर्षों में राज्य में मातृ मृत्यु अनुपात में स्वास्थ्य सुविधाओं एवं स्वास्थ्य संबंधी जन जागरुकता के कारण लगातार कमी हुई है। मातृ मृत्यु अनुपात 2005 में 371 था, जो 2007-08 में कम होकर 261 हो गया है। अनुमान है कि यह अनुपात वर्तमान में 240 से भी नीचे आ गया होगा।

जननी एवं बाल सुरक्षा योजना

मातृ एवं शिशु मृत्युदर में वांछित कमी लाने हेतु संस्थागत प्रसव को बढ़ावा दिया गया। यह योजना बिहार में जुलाई 2006 में शुरू की गई। इसके लिए गर्भवती लाभार्थियों को प्रोत्साहन राशि दी जाती है। इस कारण संस्थागत प्रसव का प्रचलन गांवों में तेज़ी से बढ़ा और गर्भवती महिलाएं अपने नज़दीक के सरकारी अस्पतालों एवं स्वास्थ्य केंद्रों में स्वेच्छा से आने लगीं। राज्य स्वास्थ्य समिति की ओर से जारी आंकड़ों में कहा गया है कि संस्थागत प्रसव 2010-11 में प्रतिमाह एक लाख से बढ़कर चालू वित्तीय वर्ष 2011-12 में एक लाख 19 हज़ार तक पहुंच गई। पिछले वर्ष नवंबर तक राज्यभर में कुल 9 लाख 57 हज़ार 141 संस्थागत प्रसव कराए गए जिस पर 83.37 करोड़ रुपये ख़र्च हुए। स्वास्थ्य विभाग के सूत्रों का कहना है कि सरकारी एवं गैर-सरकारी प्रयास के कारण वर्तमान में प्रतिमाह औसतन 80 से 90 हज़ार संस्थागत प्रसव सरकारी अस्पतालों में हो रहे हैं। इसका मुख्य कारण जननी एवं बाल सुरक्षा योजना के अंतर्गत प्रसव पूर्व एवं प्रसवोपरांत गर्भवती महिलाओं की जांच भी है। इसके लिए गर्भवती महिलाएं स्वेच्छा से अस्पतालों और स्वास्थ्य उपकेंद्रों में पहुंचकर अपना निबंधन कराती हैं।

राज्य में शिशु कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत नवजात शिशुओं की मृत्युदर में कमी लाना सबसे बड़ा लक्ष्य है। संस्थागत प्रसव के कारण इस लक्ष्य को पाने में आसानी हुई है। एक रिपोर्ट के अनुसार राज्य में गत पांच वर्षों में शिशु मृत्युदर में लगातार कमी आई है। रिपोर्ट के अनुसार जहां 2005 में शिशु मृत्युदर 61 प्रतिहज़ार थी, वहीं 2009 में यह संख्या कम होकर 52 रह गई। राज्य स्वास्थ्य समिति के सूत्रों के अनुसार

5 वर्षों में शिशु मृत्युदर को राष्ट्रीय औसत से भी कम करने के लिए नवजात शिशुओं की बेहतर देखभाल, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर नवजात शिशु कक्ष में शिशुओं पर निरंतर नज़र रखने, नवजात शिशु स्थिरीकरण इकाई की स्थापना तथा स्तनपान को बढ़ावा देने के उद्देश्य से धातृ माताओं के प्रशिक्षण की व्यवस्था भी सहायक साबित हो रही है। राज्य स्वास्थ्य समिति ने नवजात शिशुओं की सुरक्षा के लिए नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम भी शुरू किया है। इसके साथ ही नियमित टीकाकरण और पोलियो उन्मूलन कार्यक्रम शिशुओं की सुरक्षा में काफी कारगर प्रयास साबित हो रहे हैं। एक तरफ नवजात शिशुओं की सुरक्षा के बहुत सारे कारगर उपाय सरकारी अस्पताल स्तर पर तो किए ही जा रहे हैं, दूसरी तरफ विकास के उच्चस्तरीय मापदंड प्राप्त करने के लिए जनसंख्या स्थिरीकरण भी ज़रूरी है। फिलहाल बिहार की जनसंख्या 10 करोड़ 20 लाख के आस-पास है जबकि राज्य का बंटवारा होने के कारण राज्य के बहुत सारे संसाधन राज्य से बाहर चले गए। ऐसी स्थिति में विकास की गति तेज़ करने के लिए जनसंख्या नियंत्रण ज़रूरी है। इस उद्देश्य से राज्य में परिवार कल्याण के कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं। इसमें स्वास्थ्य विभाग के साधनों सहित गैर-सरकारी साधनों का सहारा भी लिया जा रहा है। पुरुष नसबंदी और महिला बंध्याकरण के कार्यक्रम साथ-साथ चलाए जा रहे हैं। पुरुष नसबंदी के लिए 1,100 रुपये और महिला बंध्याकरण के लिए सरकारी अस्पतालों में 600 रुपये प्रोत्साहन राशि दी जाती है। जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए कंडोम, गर्भनिरोधक गोलियां आदि भी ज़रूरतमंदों को उपलब्ध कराए जा रहे हैं।

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की बढ़ोतरी

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के सहयोग से गांवों में स्वास्थ्य सुविधाओं में बढ़ोतरी हो रही है। राज्य स्वास्थ्य समिति की ओर से जारी रिपोर्ट में कहा गया है कि वर्ष 2004-05 में पूरे राज्य में 8,858 स्वास्थ्य उपकेंद्र थे। लेकिन बढ़ती जनसंख्या को देखते हुए राज्य सरकार ने 7,765 नये स्वास्थ्य उपकेंद्रों के सृजन का निर्णय लिया है। यह कोशिश हो रही है कि सभी स्वास्थ्य उपकेंद्रों में सभी तरह की स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध हो सके। 2004-05 में राज्य में 399 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र थे, जबकि प्रखंडों की संख्या वर्तमान में 534 है। ऐसी स्थिति में राज्य सरकार ने 135 नये प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने की स्वीकृति दी है। राज्य सरकार के इन नये प्रयासों के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों को आसानी से स्वास्थ्य सेवाएं मिलेंगी। सरकारी निर्णय के अनुसार प्रत्येक केंद्र में चिकित्सक सहित एएनएम और स्वास्थ्य कार्यकर्ता रहेंगे, ताकि लोगों को समय पर स्वास्थ्य संबंधी जानकारी भी मिलती रहे। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता का सबसे बड़ा कारण राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत प्रत्येक एक हज़ार की आबादी पर एक आशा कार्यकर्ता की नियुक्ति है।

आशा कार्यकर्ता

राज्य में आशा कार्यकर्ताओं की नियुक्ति ने महिला शिशु स्वास्थ्य रक्षण कार्यक्रम में चार चांद लगा दिए हैं और कुछ माने या न माने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की यह देन गांवों के लिए बड़ी उपलब्धि है। आशा कार्यकर्ताओं के कारण ग्रामीण महिलाओं में स्वास्थ्य, छोटे परिवार, सुरक्षित प्रसव, शिशुओं की उचित देखभाल और महिलाओं में सामान्य स्वास्थ्य के प्रति नया नज़रिया बना है। गांव की महिलाएं आशा के सहयोग से सरकारी अस्पतालों का भरपूर उपयोग कर रही हैं। आशा कार्यकर्ता के कारण सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों, उपकेंद्रों और सरकारी अस्पतालों के प्रति लोगों का नज़रिया बदला है। अब उन्हें भरोसा होने लगा है कि स्वास्थ्य केंद्रों में उनका अच्छा इलाज़ होगा। स्वास्थ्य विभाग की माने तो जहां पहले प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में मुश्किल से औसतन प्रतिदिन 39 मरीज आते थे, वहीं गत तीन वर्षों से औसतन 3,500 से 5,000 मरीज प्रतिमाह इलाज हेतु इन केंद्रों में आएं। इनमें आधी से अधिक संख्या महिलाओं एवं बच्चों की होती है। इसमें आशा कार्यकर्ताओं की बहुत प्रभावी भूमिका रेखांकित की गई है।

राज्य सरकार ने वर्ष 2012-2013 के लिए एक विशेष ग्रामीण स्वास्थ्य कार्य योजना तैयार की है। इसे प्रयोग के तौर पर पहले राज्य के 10 जिलों यथा- नालंदा, जहानाबाद, अरवल, प. चंपारण, शेखपुरा, सहरसा, दरभंगा, पूर्णिया और रोहतास में चलाया जाएगा। इन जिलों के पांच-पांच प्रखंडों के 25 गांवों का चयन किया गया है। वहां ग्रामीण स्वास्थ्य योजना तैयार की जा रही है। इस कार्ययोजना में सामान्य स्वास्थ्य की दृष्टि से ज़रूरतों का आकलन किया जाएगा और उसे पूरा करने की कोशिश की जाएगी। फिलहाल बिहार में 87,135 आशा कार्यकर्ताओं की ज़रूरत है। इसके लिए स्वास्थ्य विभाग ने 80,967 आशा बहनों का चयन कर लिया है। ये आशा बहनें राज्य के विभिन्न गांवों में काम कर रही हैं। सबसे पहले आशा कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित किया गया। इसके साथ ही समय-समय पर उन्मुखीकरण कार्यक्रम भी होता है, ताकि वे ग्रामीण स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों से पूरी तरह परिचित रहें।

आशाओं की सेवाओं के भरपूर उपयोग के लिए राज्य स्वास्थ्य समिति ने आशा कार्यकर्ताओं का स्थानीय बैंक शाखाओं में आशा बैंक लेखा खोला है। अभी तक 70,414 आशा कार्यकर्ताओं का बैंक खाता खुल चुका है। आशा कार्यकर्ताओं को अपनी सेवा में उद्देश्यपूर्ण उपयोग हेतु प्रत्येक आशा को छाता, टॉर्च, आशा ड्रग किट और आशा साड़ी उपलब्ध कराया गया है। इतना ही नहीं, प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर आशागृह का निर्माण कार्य भी शुरू किया गया है ताकि प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर आने के बाद उनके लिए अस्थायी निवास की व्यवस्था हो सके। आशा कार्यकर्ताओं के पास परिवार नियोजन के साधनों का भंडारण भी रहता है। ज़रूरतमंद लोग ऐसे साधन आशा बहन से प्राप्त कर सकते हैं। इस प्रकार हम कह सकते हैं कि गांव की महिलाओं के लिए स्थानीय आशा कार्यकर्ता स्वास्थ्य संबंधी ज़रूरतों का आधार स्तंभ हैं।

इस प्रकार स्वस्थ बिहार मुहिम गांवों में चर्चा का विषय बन गया है। राज्य के

(शेष पृष्ठ 50 पर)

IAS

दीक्षांत

PCS

सा. अध्ययन

&

CSAT

By

DR. S. S. PANDEY & Team

नया बैच हेतु

WORKSHOP 30 Oct. 5.30 PM

समाजशास्त्र

By

DR. S. S. PANDEY

नया बैच हेतु

WORKSHOP 30 Oct. 4 PM

DISTANCE LEARNING PROGRAMME

SOCIO MAINS	SOCIO PT	GS MAINS	GS PT	CSAT	GS PT + MAINS
Rs. 8000/-	Rs. 5000/-	Rs. 8000/-	Rs. 5000/-	Rs. 4000/-	Rs. 10000/-
• Study Material	• Study Material	• Study Material	• Study Material	• Study Material	• Study Material
• Class Notes	• Class Notes	• Class Notes	• Class Notes	• Class Notes	• Class Notes
• 6 Tests (Mains)	• 10 Tests (PT)	• 6 Tests (Mains)	• 12 Tests (PT)	• 10 Tests (CSAT)	• Test (6 + 12)

Please Send DD in favour of Dikshant Education Centre, payable at Delhi with 2 Passport Size Photographs.

TATA Mc Graw Hill से प्रकाशित पुस्तकें

PT + MAINS SPECIAL PROGRAMME

• नवीन घटनाओं एवं नवीन सैद्धांतिक विकास के साथ सम्बद्ध करते हुए अध्यापन • प्रश्नोत्तर परिचर्चा कार्यक्रम जिसमें संभावित प्रश्नों के उत्तरों की रूपरेखा पर चर्चा एवं UPSC में पूछे गए 10 वर्षों के प्रश्नों की समीक्षा • राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय, राजनैतिक, आर्थिक, समसामयिक व सामाजिक विषयों की तैयारी हेतु विश्लेषणात्मक प्रशिक्षण व्यवस्था • PCS परीक्षा हेतु विशेष कक्षा कार्यक्रम • Current Affairs और सामान्य ज्ञान अभिवर्धन पर विशेष बल • NCERT, India Year Book, Economic Survey, Hindu आदि पर आधारित परीक्षण व्यवस्था • त्रिस्तरीय जांच परीक्षा- 1. Daily Class Test, 2. Unit Wise Test, 3. Test Series

हमारे संस्थान के सफल छात्र

Dikshant Education Centre

303-309-310, Jaina Building Extension, Commercial Complex, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-09, Ph.: 011- 47082542, 9868902785, email: dikshantias2011@gmail.com

YH-137/2012

न्याय प्रदान करने और विधि सुधारों के लिए राष्ट्रीय मिशन

• न्याय प्रदान करने और विधि सुधारों के लिए राष्ट्रीय मिशन क्या है?

न्याय प्रदान करने और विधि सुधारों के लिए राष्ट्रीय मिशन की स्थापना जून 2011 में दो लक्ष्यों को प्राप्त करने के उद्देश्य से हुई। ये लक्ष्य हैं:

- न्याय प्रदान करने में देरी एवं लंबित मामलों को कम करके न्याय प्रणाली तक पहुंच बढ़ाना।
- संरचनात्मक बदलाव के ज़रिये और कार्य निष्पादन मानदंड एवं क्षमताएं निर्धारित करके जवाबदेही बढ़ाना।

यह मिशन 2012-13 से पूर्ण रूप से कार्यात्मक हो चुका है व नीतिगत निर्देशों का पालन कर रहा है। नीति की रूपरेखा तैयार करना व विधायी परिवर्तन, प्रक्रियाओं व अदालती प्रक्रियाओं का पुन: अभियांत्रिकरण, मानव संसाधन विकास पर ध्यान देना, बेहतर न्याय प्रदान करने के लिए सूचना व संचार प्रोद्यौगिकी व उपकरणों का लाभ देना। मिशन न्यायिक प्रशासन में विलंब व लंबित मामलों के चरणबद्ध परिसमापन के लिए समन्वित दृष्टिकोण अपनाएगा जिसमें अन्य बातों के साथ-साथ, कंप्यूटरीकरण सहित अदालतों के लिए बेहतर बुनियादी ढांचा, अधीनस्थ न्यायपालिका को और मज़बूत बनाना, अत्यधिक मुक़दमेबाजी से ग्रस्त क्षेत्रों में नीतिगत तथा विधिक उपाय करना व मुक़दमों के शीघ्र निपटान के लिए अदालती प्रक्रिया का पुन: अभियांत्रिकरण करना शामिल है।

• मिशन ने नीति और विधि संबंधी क्या-क्या परिवर्तन किए हैं?

मिशन ने अपने उद्देश्यों की पूर्ति की दिशा में, प्रत्येक रणनीतिक क्षेत्र में कई क़दम उठाए हैं। न्यायिक मानक व जवाबदेही विधेयक तैयार किया गया है। लोकसभा में यह विधेयक पहले ही पारित हो चुका है व राज्यसभा में विचाराधीन है। उच्च न्यायालयों के न्यायधीशों की सेवानिवृति की आयु सीमा को बढ़ाने के लिए संविधान संशोधन विधेयक भी संसद में विचाराधीन है।

अखिल भारतीय न्यायिक सेवा के गठन के लिए एक व्यापक प्रस्ताव तैयार किया गया है और यह प्रस्ताव सचिवों की समिति के समक्ष रखा गया है। 25 राज्यों ने सरकारी मुक़दमेबाजी कम करने के लिए इससे संबंधित नीतियां तैयार की हैं। राष्ट्रीय स्तर पर मुक़दमेबाजी नीति भी विचाराधीन है।

• न्यायालय प्रक्रियाओं व कार्यप्रणाली में कौन-कौन से परिवर्तन प्रस्तावित हैं?

न्याय मामलों के शीघ्र निपटान हेतु, न्यायिक सुधारों का एक महत्वपूर्ण पहलू अदालत की कार्यप्रणाली और प्रक्रिया के पुन: अभियांत्रिकरण से संबंधित है। एक राष्ट्रीय न्यायालय प्रबंधन प्रणाली हाल ही में उच्चतम न्यायालय द्वारा, मुक़दमों के प्रबंधन, अदालती प्रबंधन, अदालतों के प्रदर्शन और देश में न्यायिक सांख्यिकी की राष्ट्रीय प्रणाली के मुद्दों को उठाने के लिए अधिसूचित की गई है। राष्ट्रीय मिशन एनसीएमएस के साथ सहयोग करेगा तथा अदालतों में लंबित मुक़दमों की अवधि को कम करने के लक्ष्य को प्राप्त करने में आवश्यक सहायता प्रदान करेगा।

विधि आयोग के अध्यक्ष के अधीन एक उप-समूह गठित किया गया है जो अपराधों से संबंधित बेहतर न्याय प्रणाली के लिए, न्यायिक प्रक्रिया व न्यायिक कार्यप्रणाली में आवश्यक परिवर्तन के सुझाव देगा। आयोग ने पहले से ही प्रभावशाली या रसूख वाले व्यक्तियों के ख़िलाफ़ आपराधिक मामलों की जांच व अभियोजन पक्ष में अत्यधिक देरी और अपराधों से संबंधित न्याय प्रणाली में सुधार के लिए आवश्यक उपायों पर एक रिपोर्ट तैयार की है।

• आधारभूत विकास पर क्या प्रभाव है?

अधीनस्थ न्यायपालिका के लिए बुनियादी ढांचे का विकास राष्ट्रीय मिशन के लिए एक महत्वपूर्ण क्षेत्र है। राज्य सरकारों के संसाधनों को बढ़ाने की दृष्टि से, सरकार ने निधि-ढांचे में संशोधन द्वारा (50:50 से 75:25 करके उत्तर-पूर्वी राज्यों के अलावा अन्य राज्यों के लिए) केंद्र के हिस्से में बढ़ोतरी की है। ऐसा 2011-12 के बाद से न्यायपालिका के लिए बुनियादी सुविधाओं के विकास के लिए संशोधित केंद्र प्रायोजित योजना के अंतर्गत किया गया है। 2010-11 से उत्तर-पूर्वी राज्यों के लिए निधि-ढांचे का अनुपत 90:10 रखा गया है।

ग्राम न्यायालय अधिनियम, 2008 क्या है?

नागरिकों तक न्याय की पहुंच आसान करने के लिए ग्राम न्यायालय अधिनियम 2008 के तहत ग्राम न्यायालयों की स्थापना को अधिनियमित किया गया है। केंद्र सरकार, राज्य सरकारों को ग्राम न्यायालयों की स्थापना के लिए, अनावर्ती (नॉन-रिकरिंग) व्यय के लिए तथा पहले तीन वर्षों के लिए इन ग्राम न्यायालयों को चलाने के लिए आवर्ती व्यय की लागत को पूरा करने के लिए सहायता प्रदान करती है।

ग्राम न्यायालय अधिनियम के अधिनियमन के समय यह परिकल्पना की गई थी कि पूरे देश में 5,067 ग्राम न्यायालय स्थापित किए जाएंगे जिसके लिए केंद्रीय सरकार द्वारा निर्धारित मानकों के अनुसार राज्यों को आवर्ती व अनावर्ती सहायता प्रदान की जाएगी।

सरकार द्वारा आरंभ विचाराधीन मुक़दमों में कमी लाने का अभियान क्या है?

सरकार ने जुलाई 2011 से दिसंबर 2011 तक विचाराधीन मुक़दमों में कमी लाने का

(शेष पृष्ठ 50 पर)

SAROJ KUMAR'S IAS ERA

(हिन्दी & English Medium) with **Saroj Kumar**

Highest Achivement in *M.P.P.C.S. 2012*

Namah Shivay
Arajaria
Datia (M.P.)

1 Rank in M.P.P.C.S. 2012

Highest Achivement

SANJAY Kr. AGGARWAL

1 RANK IN IAS
हिंदी माध्यम

Highest Marks: G.S. - 396, History - 408
Geog. - 426, Essay - 156, Interview - 240

Our Toppers of 2010 IAS

NITISH KUMAR
BIHAR

MANU HANSA
(JAMMU)

Nitin Tagade
MAHARASHTRA

Din Dayal Mangal
Handicapped/Blind(IPS)
AGRA (UP)

RAKESH KR. VERMA
HAATHRAS (U.P.)

Our Topper of 2010-11 PCS

JAMMU & KASHMIR TOPPER 2011

MANU HANSA
(JAMMU)

1 RANK IN SC & ST

UPPCS TOPPER 2010

POONAM SIROHI
Amroha (U.P.)

BPSC TOPPER 2010

SANJAY KR. SINGH
Jahanabad, Bihar

RAS TOPPER 2011

8th Rank
RAJENDRA PENSIYA
Ganga Nagar (Raj.)

FREE WORKSHOP With SAROJ KUMAR

AT DR. MUKHERJEE NAGAR CENTRE

CSAT (PT)	10.30 A.M.	3rd December
G.S. (PT)	10.30 A.M.	4th December
Geog. (Mains)	10.30 A.M.	5th December
History (Mains)+Essay+Comp. English	10.30 A.M.	6th December

P.T. Special Programme

CSAT - 3 Months ✕ Essay - 2 Months ✕ G.S. (P.T.) - 3 Months
Full Foundation - 6 Months, ✕ Geog. History (Mains) 3-4 Months

Batch Starts - 12th Oct, 10th Nov & 20th Dec. 2012

✣ Separate Hostel for Boys & Girls ✣ Special classes for working people
✣ Weekend classes - Early Morning & Evening
✣ G.S. (Mains) available in Module also

FAST TRACK COURSE FOR WILLING CANDIDATES

Delhi University Centre:- 1/9, Roop Nagar, G.T. Karnal Rd., Near Shakti Ngr.Red Light, Above. P.N.B. Delhi - 110007

Mukherjee Ngr. Centre:- B-10 Top Floor, Comm. Complex, above Bank of Maharashtra, Main Road, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi- 110009

Ph- 9910415305, 9910360051

YH-133/2012

अनमोल जीवन की रक्षा

केरल की 108 एंबुलेंस सेवा

● राम कृष्ण पिल्लै

सामाजिक व आर्थिक विकास की रफ़्तार पर द्रुत गति से बढ़ती हुई जनसंख्या के बढ़ते दबाव के बावजूद, स्वास्थ्य के क्षेत्र में भारत की उल्लेखनीय उपलब्धियों को अंतरराष्ट्रीय स्तर पर पहचान एवं प्रशंसा मिल रही है। हाल ही के दशकों में हमारे विशाल उपमहाद्वीप के लगभग सभी राज्यों में समग्र जीवन-स्तर सूचकांक तथा जीवन प्रत्याशा में अत्यधिक उन्नति हुई है। स्वास्थ्य सेवा में पहल के कारण दक्षिण भारत का राज्य केरल विशेषरूप से अग्रणी रहा है। केरल की स्वास्थ्य सेवाओं का स्तर यूरोपीय मानकों के समतुल्य है। सामाजिक कल्याण व जीवन की गुणवत्ता के मामले में केरल देश के प्रगतिशील राज्यों में से एक है। इस राज्य को उच्चतम जीवन प्रत्याशा, न्यूनतम बाल-मृत्युदर व देश में सर्वोत्तम लिंगानुपात का श्रेय दिया जाता है। नेशनल रूरल हेल्थ मिशन (एनआरएचएम) की मौलिक पहल ने स्वास्थ्य के क्षेत्र में इस 'देव-भूमि' की प्रगति को बढ़ावा दिया है।

देशभर में ग्रामीण जनता के लिए प्रभावी स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने हेतु 2005 में प्रधानमंत्री डॉ. मनमोहन सिंह ने केंद्र का प्रमुख स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम एनआरएचएम प्रारंभ किया। एनआरएचएम गतिविधियों ने केरल के जीवंत स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र को अंतरराष्ट्रीय मानदंडों के स्तर तक लाने के लिए और प्रोत्साहित किया है। केरल में एनआरएचएम स्वास्थ्य सेवा में पहल की, केरल आपातकालीन चिकित्सा सेवा परियोजना (केईएमपी) द्वारा संचालित '108 एंबुलेंस सेवा' यह जनसाधारण एवं मीडिया से व्यापक प्रशंसा प्राप्त करते हुए सफ़लता के आयाम तक पहुंच गई है। शुरुआत के दो वर्षों के भीतर ही '108 एंबुलेंस सेवा' ने तिरुवनंतपुरम और अलाप्पुझा के दो जिलों में पचास हज़ार अनमोल ज़िंदगियां बचाईं। वास्तविकता यह है कि दो वर्षों में इन एंबुलेंस के भीतर 47 सफल प्रसव हुए जो इन वाहनों की विश्वसनीयता व इन जीवनरक्षक वाहनों में पैरा मेडिकल कर्मचारियों द्वारा बढ़िया देखभाल को दर्शाता है। दिन-रात व लगातार मिलने वाली यह सेवा ग्रामीण व शहरी क्षेत्रों के साधारण व समृद्ध, दोनों वर्गों के लिए निश्चित ही एक वरदान है। केरल में सड़क दुर्घटनाएं व उनसे होने वाली मौतों की उच्चदर के मद्देनज़र 108 एंबुलेंस की सेवाएं क़ाबिले तारीफ़ हैं। कुल मिलाकर 108-एंबुलेंस सेवा द्वारा निपटाए गए मामलों में 30 फीसदी मामले सड़क दुर्घटनाओं से जुड़े हैं।

हर एंबुलेंस यूरोपीय मानकों के सममूल्य, 35 लाख की लागत व अत्याधुनिक जीवनरक्षक सुविधाओं तथा पैरा मेडिकल स्टॉफ से लैस है तथा आपातकालीन टोल फ्री नंबर '108' डायल करने पर चंद मिनटों के भीतर ज़रूरतमंदों तक पहुंच जाती है। पूर्णतया नि:शुल्क यह सेवा मरीज को बिना समय गंवाए, मरीज या उसके निकट संबंधियों की पसंद के सभी सुविधाओं से लैस अस्पताल ले जाना सुनिश्चित करती है। वास्तव में केईएमपी कंप्यूटर नेटवर्क के साथ आपस में जुड़ी सबसे आधुनिक एंबुलेंस सेवा का एक नेटवर्क है। वॉयस लॉगर, ज्योग्राफिकल पोज़ीशनिंग सिस्टम (जीपीएस), स्वचालित वाहन की ट्रैफिक पद्धति एवं चल-संचार व्यवस्था परेशानियों से रहित कार्य सुनिश्चित करते हैं। अब तिरुवनंतपुरम जिले में 25 तथा अलाप्पुझा में 18 ऐसी एंबुलेंस प्रयोग में हैं जो प्राणघातक सड़क दुर्घटनाओं सहित आपात स्थिति में कई अमूल्य ज़िंदगियों को बचाने के काम में लगी हैं।

52 वर्षीय मि. प्रसाद, जो इस सेवा से लाभान्वित हुए, तिरुवनंतपुरम के चिराइंकीश से प्रशंसा करते हुए *योजना* से कहा कि वह इस वर्ष मार्च में 108 एंबुलेंस सेवा द्वारा प्रदान की गई त्वरित व कुशल सेवा के कारण ही आज जीवित हैं, इसके लिए उन्होंने इस सेवा को धन्यवाद दिया। वह पहले से ही उच्च रक्तचाप व मधुमेह जैसी कई बीमारियों का सामना कर रहे थे, उन्हें आधी रात के आसपास दिल का दौरा पड़ा। निकटवर्ती स्वास्थ्य केंद्र ने यह

संकेत दिया कि उनके बचने की संभावना कम है। लेकिन उनके अनुरोध पर 108 एंबुलेंस तत्काल वहां पहुंची व आपातकालीन चिकित्सा दल ने कुछ किमी की दूरी पर स्थित, बेहतर सुविधाओं से लैस अस्पताल जाते हुए रास्ते में ही रोगी को पुनर्जीवन देने का प्रयत्न किया। श्री प्रसाद ने बताया कि उन्होंने दुबई में अपने 33 वर्ष के कार्यकाल के दौरान कभी भी ऐसी प्रभावशाली चिकित्सा सहायता नहीं देखी जो इतने कम समय में सहायता उपलब्ध कराती हो।

22 वर्षीया युवा मां प्रिया ने किलीमनूर में अपने निवास से राज्य की राजधानी में स्थित एक निजी चिकित्सालय जाते हुए रास्ते में ही एंबुलेंस के भीतर बच्चे को सुरक्षित रूप से जन्म दिया। वाहन की प्रशिक्षित व सहृदय चिकित्सीय टीम द्वारा प्रदान की गई त्वरित सेवा की वह कायल हैं। अलाप्पुझा में मवेलिक्कारा से 81 वर्षीय एक अन्य लाभार्थी वी. अलेक्ज़ेंडर के पास इस सेवा की शान में कहने के लिए शब्द ही नहीं। संयुक्त राष्ट्र अमरीका में कार्यरत उनके बेटे, जिन्हें अपने पिता की सेवा की आवश्यकता के समय उन के साथ होना चाहिए था, ने कहा कि आधी रात के समय मूसलाधार बारिश के बावजूद, पैरामेडिकल कर्मचारियों का दल बहुत जल्दी मौके पर पहुंचा।

केईएमपी 108 एंबुलेंस सेवा की सफलता की कहानी व दुर्घटना के शिकार हुए लोगों के प्रति नागरिकों के रवैये में परिवर्तन पर प्रकाश डालते हुए, सेवा के राज्य संयोजक श्री राजीव शेखर ने कहा कि ''पिछले कुछ वर्षों तक लोगों में कानूनी उलझनों का खौफ़ था या वे सड़क दुर्घटना के शिकार हुए लोगों की सहायता करने के प्रति उदासीन थे। परंतु आज, विशेष रूप से नौजवानों के रवैये में तेज़ी से बदलाव आया है। किसी दुर्घटना विशेष के मामले में हमें अलग-अलग लोगों से औसतन आठ कालें आती हैं। लोग 108 एंबुलेंस को किसी व्यक्ति विशेष का जीवन बचाने के लिए बुलाने पर गौरव का अनुभव करते हैं। केरल जैसे घनी आबादी वाले राज्य में, जहां सड़क हादसों की उच्च दर असामान्य है, ऐसे परिवर्तन का स्वागत है।

एंबुलेंस सेवा का परिचालन व्यय, राज्य का स्वास्थ्य विभाग राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत, केंद्र से मिलने वाली निधि से वहन करता है। केरल के सभी चौदह जिलों में सेवा प्रदान करने के पश्चात् इस बेड़े में 283 एंबुलेंस शामिल होने की संभावना है, जोकि नये साल में होने वाले विस्तार की मांग है। इसके अतिरिक्त, राज्य सरकार हर जिले में समर्पित आपातकालीन स्थिति में देखभाल करने वाले अस्पतालों की स्थापना को अंतिम रूप देने की प्रक्रिया अंतिम चरण में है व निकट भविष्य में 198 एंबुलेंस सेवा में नियोजित करने का दबाव है। ग़ैर-संचारी रोगों, सड़क दुर्घटनाओं, प्राकृतिक व अप्राकृतिक आपदाओं जैसी अन्य मज़बूरियों से होने वाली मौतों को कम करने में 108 एंबुलेंस सेवा द्वारा निभाई गई भूमिका आने वाले वर्षों में पूरी ताक़त से बढ़ेगी। पैरा-डॉक्टरों, तकनीशियनों व चालकों के समर्पित दल को चैतन्य सेवाओं से अमूल्य जीवन बचाने में कामयाबी की गाथा को सलाम! ❑

(लेखक *योजना* (मलयालम) के संपादक हैं)

YH-135/2012

महावीर और गांधी

अहिंसा की वैयक्तिकता से सामूहिकता तक की यात्रा

● सरोज कुमार वर्मा

महावीर और गांधी भारतीय परंपरा के दो ऐसे नाम हैं, जिन्होंने अहिंसा को शीर्ष तक पहुंचाया। यद्यपि दोनों के काल में वक़्त का लंबा अंतराल है, क्योंकि महावीर का काल ई.पू. पांचवीं-छठी शताब्दी है और गांधी का काल 18वीं-19वीं शताब्दी और इस लिहाज़ से दोनों के बीच लगभग ढाई हज़ार साल का फ़ासला है लेकिन अहिंसा को अहमियत देने में दोनों सर्वोपरि हैं। होने को तो अहिंसा के सूत्र वेदों में भी रहे और उसका विकास उपनिषदों में भी हुआ, लेकिन जहां तक इसे शिखर पर स्थापित करने का सवाल है, तो वह काम महावीर ने ही किया। महावीर जैनों के अंतिम तीर्थंकर थे। पहले तीर्थंकर ऋषभदेव थे, जहां से यह परंपरा शुरू होती है। लेकिन तब यह जैन परंपरा के रूप में नहीं थी। यह श्रमण परंपरा के नाम से जानी जाती थी। इस नाम से बीच की बाईस तीर्थंकरों ने इसे महावीर तक पहुंचाया। चूंकि महावीर सांसारिक कुप्रवृत्तियों को जीत लेने के कारण जीन कहलाएं, इसलिए उन्हीं के समय से इस परंपरा का नाम जैन हो गया। वैसे महावीर के ठीक पहले वाले तीर्थंकर पार्श्वनाथ ने भी अहिंसा के प्रचार-प्रसार में विशिष्ट योगदान किया। महावीर ने इस योगदान को और सघन करते हुए अहिंसा को जीवन का केंद्रीय मूल्य बना दिया।

परंतु कालांतर में यह मूल्य स्खलित हुआ और अगर बचा भी तो वह परिधि पर रहा। इसलिए अहिंसा की जुगाली खूब हुई, उसे जीया नहीं गया। उस पर चर्चे खूब हुए, उसे चरित्र में उतारा नहीं गया। यह काम फिर हज़ारों साल बाद गांधी ने किया। उन्होंने अहिंसा की सिर्फ़ जुगाली नहीं की, उसे जीया। उस पर केवल चर्चे नहीं किए, उसे चरित्र में उतारा। इसलिए इतिहास में यदि महावीर के बाद अहिंसा के प्रबल और प्रभावशाली प्रवक्ता के रूप में कोई नाम मिलता है तो वह गांधी का ही है। यद्यपि इस बीच में ऐसा नहीं है कि अहिंसा के चाहने वाले नहीं हुए, लेकिन उनकी चाहत संभवत: उस हद तक नहीं गई कि उसकी कीर्ति दिगदिगंत तक फैल सके। यह कीर्ति तो गांधी की ही फैली। यह यश तो गांधी को ही प्राप्त हुआ। इसलिए यह कहा जा सकता है कि महावीर ने अहिंसा की जो मज़बूत इमारत खड़ी की थी, उसके खंडहर हो गए अवशेष का गांधी ने जीर्णोद्धार किया। लेकिन इस जीर्णोद्धार में गांधी ने उतना ही और वैसा ही नहीं किया, जैसा और जितना महावीर ने किया था, बल्कि गांधी ने अपने हिसाब से उसमें कुछ जोड़ा-घटाया भी। इसलिए महावीर की अहिंसा के साथ-साथ गांधी की अहिंसा बहुत दूर तक साथ चलती तो है लेकिन एक मोड़ पर आकार उससे अलग भी होती है। इसलिए इन दोनों की अहिंसा में कई समानताएं हैं तो कुछ असमानताएं भी हैं।

जहां तक समानताओं का सवाल है तो महावीर और गांधी दोनों ही अहिंसा में सबसे पहली और प्रमुख समानता यह है कि दोनों ने अहिंसा को अपने चिंतन के केंद्र में रखा है, इसलिए इन दोनों का जीवन अहिंसा की धुरी पर ही घूमता रहता है। इसी कारण दोनों ही ने व्यावहारिक स्तर पर व्यापक रूप से इसके पालन करने पर ज़ोर दिया है। जैन दर्शन के मन, वचन और कर्म से अहिंसा के पालन करने के उपदेश के समान ही इन तीनों स्तरों पर अहिंसा के पालन का गांधी के आग्रह की भी यही वज़ह है। रामधारी सिंह 'दिनकर' और वसंत कुमार लाल के दो उद्धरणों से यह बात साबित होती है। दिनकर लिखते हैं ''भारत में जितने भी धार्मिक संप्रदाय विकसित हुए, उनमें से अहिंसावाद को उतना महत्व किसी ने नहीं दिया, जितना जैन धर्म ने दिया है। बौद्ध धर्म में फिर भी अहिंसा की एक सीमा है कि स्वयं किसी जीव का वध न करो, किंतु जैनों की अहिंसा बिल्कुल निस्सीम है। स्वयं हिंसा करना, दूसरों से हिंसा करवाना या अन्य

किसी भी तरह से हिंसा में योग देना, जैन धर्म में इन सबकी मनाही है और विशेषता यह है कि जैन-दर्शन केवल शारीरिक अहिंसा तक ही सीमित नहीं है, प्रत्युत वह बौद्धिक अहिंसा को भी अनिवार्य बताता है।'' (*संस्कृति के चार अध्याय*, पृ-114) जैन धर्म यानी महावीर की अहिंसा के बारे में जो बात दिनकर कहते हैं, वही बात लाल भी गांधी की अहिंसा के बारे में कहते हैं। वे लिखते हैं ''गांधी हिंसा का अर्थ बड़े विश्लेषण के साथ स्पष्ट करते हैं। हिंसा के अंतर्गत हत्या, किसी को किसी प्रकार की पीड़ा देना, किसी को क्षति या हानि पहुंचाना ये सब आ अवश्य जाते हैं, किंतु ये अपने में हिंसा नहीं हैं, हिंसा को हिंसा बनाने में इसके पीछे की मानसिकता ही प्रधान है। यदि प्राण लेना या पीड़ा पहुंचाना या क्रोध किसी स्वार्थ से, ईर्ष्या से या जानबूझकर किया गया हो, तो वह हिंसा है। इन सबों का मन, वचन, कर्म से पूर्ण त्याग अहिंसा है।'' (*समकालीन भारतीय दर्शन*, पृ-137)

ऐसी अहिंसा के लिए जैन दर्शन में अनेकांतवाद का सिद्धांत प्रतिपादित किया गया। अनेकांतवाद वस्तुओं के अनंत गुणों में विश्वास करता है और यह कहता है कि कोई भी व्यक्ति एक ही साथ, एक ही समय में उन सभी गुणों को नहीं जान सकता है, क्योंकि उसका ज्ञान समय, स्थान और स्थिति के सापेक्ष होता है और चूंकि हर व्यक्ति का ज्ञान ऐसा ही सापेक्ष होता है, इसलिए किसी भी वस्तु के संबंध में किसी भी व्यक्ति का ज्ञान पूर्ण नहीं होकर आंशिक ही होता है। ऐसी स्थिति में यह संभव है कि एक व्यक्ति का ज्ञान दूसरे व्यक्ति के ज्ञान से अलग, उल्टा या फिर विरोधी ही हो। तब फिर एक व्यक्ति किसी दूसरे के ज्ञान को झूठा कैसे कह सकता है? यदि कोई ऐसा करता है तो वह बौद्धिक हिंसा होगी। अतः यह बौद्धिक हिंसा नहीं हो, इसके लिए यह ज़रूरी है कि हर व्यक्ति किसी वस्तु के संबंध में अपने ज्ञान के साथ-साथ दूसरे के ज्ञान को भी सत्य माने। ऐसा करना ही बौद्धिक अहिंसा है। अनेकांतवाद इसी बौद्धिक अहिंसा का सिद्धांत है।

लेकिन यह केवल स्वीकृति के स्तर पर नहीं होना चाहिए अपितु अभिव्यक्ति के स्तर पर भी होना चाहिए। यानी हम केवल दूसरे के ज्ञान को सत्य ही नहीं माने, उसे इस तरह से बोलें भी कि उसमें हिंसा नहीं हो। जैन दर्शन यह काम अपने स्याद्वाद के सिद्धांत के द्वारा करता है। यह सिद्धांत ज्ञान के बारे में कोई निरपेक्ष बयान देने में भरोसा नहीं करता, क्योंकि कोई भी ज्ञान देश, काल और दृष्टिकोण पर आधारित होने के कारण पूर्ण सत्य नहीं होता। इसलिए बेहतर है कि ज्ञान को आंशिक रूप से प्रकट किया जाए।

गांधी अपने चिंतन में सोचने और बोलने के इस तरीक़े को स्वीकार करते हैं। इसलिए महावीर से उनकी समानता यहां भी देखी जा सकती है। अनेकांतवाद सत्य के अनंत पहलुओं को स्वीकारने के कारण उसके बारे में दिए गए दो विरोधी कथनों को भी सही मानता है, व्यावहारिक स्तर पर इसी का प्रतिफल स्याद्वाद के रूप में अपने साथ दूसरे के विरोधी विचारों को भी स्वीकारने में होता है। गांधी के यहां इस विरोध की स्वीकृति स्पष्ट रूप से मिलती है। उनका अपने विरोधियों से प्रेम करना इसी का नतीज़ा है। वे खुले शब्दों में इसे स्वीकारते भी हैं। कहते हैं– ''मेरा अनुभव है कि अपनी दृष्टि में मैं सदा सत्य ही होता हूं, किंतु मेरे ईमानदार आलोचक तब भी मुझमें गलती देखते हैं। पहले मैं अपने को सही और उन्हें अज्ञानी मान लेता था, किंतु अब मैं मानता हूं कि अपनी-अपनी जगह हम दोनों ठीक हैं। कई अंधों ने हाथी को अलग-अलग टटोलकर उसका जो वर्णन किया था, वह दृष्टांत अनेकांतवाद का सबसे अच्छा उदारहण है। इसी सिद्धांत ने मुझे यह बताया कि मुसलमान की जांच मुस्लिम दृष्टिकोण से तथा ईसाई की परीक्षा ईसाई दृष्टिकोण से की जानी चाहिए। पहले मैं मानता था कि मेरे विरोधी अज्ञान में हैं। आज मैं विरोधियों को प्यार करता हूं, क्योंकि अब मैं अपने को विरोधियों की दृष्टि से भी देख सकता हूं। मेरा अनेकांतवाद सत्य और अहिंसा इन युगल सिद्धांतों का ही परिणाम है।'' (*हरिजन*, 21 जुलाई, 1946 ई.)

इनके अतिरिक्त महावीर और गांधी की अहिंसा में तप, त्याग, सत्य, सदाचार और उपरिग्रह आदि के मामले में भी समानता है, क्योंकि दोनों ने इन्हें अहिंसा के साथ अनिवार्य रूप से संलग्न किया है। इन मूल्यों के बगैर दोनों ही की अहिंसा की कल्पना भी नहीं की जा सकती। फिर दोनों ही इस बात से भी सहमत हैं कि अहिंसा कायरों और कमज़ोरों के लिए नहीं है, न ही हो सकती है। इसका पालन तो मज़बूत और बहादुर लोग ही कर सकते हैं। महावीर और गांधी का जीवन इसका प्रमाण है। न तो महावीर ने किसी भी भय से अहिंसा का त्याग किया और न गांधी ने। इस निर्भयता के कारण ही अहिंसा दोनों के लिए परम धर्म बन गई। जैन धर्म में तो 'अहिंसा परमो धर्मः' का उद्घोष स्पष्ट रूप से मौजूद है ही, गांधी ने भी अहिंसा को किसी भी हाल में नहीं छोड़ा। चाहे उन्हें कोई भी क़ीमत चुकानी पड़ी, उन्होंने चुकाई, लेकिन अहिंसा का दामन उन्होंने नहीं छोड़ा। मुल्क़ की आज़ादी उनके प्राण की प्यासी थी, मगर इसे भी वह अहिंसा को गंवाकर नहीं चाहते थे। इतना ही नहीं, अहिंसा दोनों के लिए प्रेम का पर्याय थी। चूंकि अहिंसा का शाब्दिक अर्थ हिंसा नहीं करना होता है, इसलिए यह ज़रूरी नहीं है कि जिसकी हिंसा नहीं की जाए, उसे प्रेम भी किया जाए। लेकिन महावीर और गांधी दोनों के लिए यह ज़रूरी था। इसलिए दोनों ही के यहां अहिंसा प्रेम के पर्याय के रूप में स्वीकृत है।

परंतु इन समानताओं के अतिरिक्त महावीर और गांधी की अहिंसा में कई समानताएं भी हैं, जिनमें सबसे पहली और महत्वपूर्ण असमानता यह है कि महावीर की अहिंसा मनुष्य के अतिरिक्त अन्य प्राणियों से भी संबंध बनाने का उपाय है, लेकिन गांधी की अहिंसा ऐसी नहीं है, क्योंकि वह मनुष्य के अतिरिक्त अन्य प्राणियों से संबंध नहीं बनाता। महावीर अपनी अहिंसा के द्वारा केवल मनुष्य ही नहीं, बल्कि पशु-पक्षी तथा पेड़-पौधे आदि मूक जगत से भी तादात्म्य बनाना चाहते थे ताकि उनकी पीड़ाओं को जाना जा सके और उन्हें दूर किया जा सके। ओशो (रजनीश) उनके इस प्रयास पर प्रकाश डालते हुए कहते हैं ''महावीर के व्यक्तित्व की विशेषताओं में एक विशेषता यह थी कि उन्हें सत्य की जो अनुभूति हुई, उसकी अभिव्यक्ति को उन्होंने जीवन के समस्त तलों पर प्रकट करने की कोशिश की। उन्होंने चेष्टा की कि पौधे, पशु-पक्षी, देवी-देवता जीवन के जीतने तल हैं उन सब तक उन्हें जो मिला है, उसकी ख़बर पहुंचे। महावीर ने इस दिशा में मनुष्य जाति के इतिहास में सबसे गहरे प्रयोग किए हैं। आप जानकर हैरान होंगे कि महावीर

THE COUNCIL™ For Civil Services

Delhi
Allahabad
Patna
Jaipur

An ISO 9001:2008 Certified

Foundation Course for the Beginners

Delhi **सामान्य अध्ययन** Allahabad

Kumar Gaurav, V.K. Tripathi, Rameshwar & Team

with

CSAT

A.K. Pandey, Biplab Ghosh & Team

भूगोल कुमार गौरव

(Optional)

New Batch begins First Week of October

Delhi

for Competitive Exam.

Reasoning	English	Maths
A.K. Pandey	Biplab Ghosh	"Think without Ink"

Every 15 days

for GS

Economy	Stats
Rameshwar	S.K. Seth

Patna

सामान्य अध्ययन with **CSAT**

कुमार गौरव एवं टीम के निर्देशन में

अब नये स्थान पर

206, Ashina Tower
Gandhi Maidan, Exhibition Road

बैच प्रारंभ 27 Sept., 3:00 PM

9835876750, 9631609196

भूगोल

कुमार गौरव के निर्देशन में

ए.के. पाण्डे एवं टीम के निर्देशन में

इतिहास

डॉ. संजय कुमार सिंह (JNU)

ECONOMICS

BPSC/NET

Sashi Kumar Singh

Allahabad

दर्शनशास्त्र

विषय विशेषज्ञ

हिन्दी साहित्य

अजय अनुराग

Delhi : A-19, 3rd Floor, Priyanka Tower, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi-9, Ph. 011-47048780, 9899457549

Allahabad : *Endeavour* - 573, Mumford Gunj, Near Nigam Chauraha, Allahabad, Ph. 09415217610

Patna : *Branch 1:* 3rd Floor, Gopal Market, Naya Tola, Patna - 800004, Ph.: 9835876750
Branch 2: 2nd Floor, M 2/6, Opp. Jamuna Apart., Boring Road, Patna-1, Ph.: 9334492665

Jaipur : Gali No. 7 Barkat Nagar Near Tonk Phatak (garg Book Depot) 0141 -2595526 (9988457549)

Visit us at : www.thecounciledcation.com, Email. thecouncil.in@gmail.com prashantsharmaias@gmail.com

YH-129/2012

की जो अहिंसा की बात है, वह किसी तत्व विचार से नहीं निकली है। वह अहिंसा की बात नीचे के जगत के तादात्म्य से निकली है। उस तादात्म्य में उन्होंने नीचे की जगत की जो पीड़ा अनुभव की उस पीड़ा की वज़ह से, अहिंसा उनके जीवन का परम तत्व बन गया है। महावीर ने अहिंसा के तत्व पर जो इतना बल दिया है, उस बल का और कोई कारण नहीं है। एक कारण यह है कि नीचे के मूक जगत से पूर्ण अहिंसक वृत्ति के बिना संबंधित होना असंभव है और दूसरा कारण यह है कि जब संबंधित हो जाएं तो उस मूक जगत की इतनी पीड़ाओं का बोध होता है, इतनी अंतहीन, अनंत पीड़ाएं हैं, उसकी कि उसमें हम किसी भी भांति थोड़ा भार हल्का कर सकें, कि भार न बढ़े इसकी भावना पैदा हो जाना भी स्वाभाविक है।'' (*महावीर: मेरी दृष्टि में,* पृ-201-204) इस प्रकार से महावीर की अहिंसा की जड़ें गांधी की अहिंसा से गहरी हैं। महावीर अपनी अहिंसा के द्वारा पेड़, पौधे, पशु, पक्षी जैसे मूक जगत के प्राणियों का दुख दूर करने के लिए जिस तरह उनमें तादात्म्य स्थापित करने का प्रयत्न करते हैं, गांधी वैसा कोई प्रयत्न नहीं करते। इसलिए गांधी की अहिंसा मनुष्य तक सिमट जाती है। वह मनुष्य की सतह से गहरे नहीं जा पाती, जबकि महावीर की अहिंसा बहुत गहरे तक उतर जाती है।

महावीर और गांधी की अहिंसा में दूसरी और प्रमुख असमानता यह है कि महावीर की अहिंसा वैयक्तिक है जबकि गांधी की अहिंसा सामूहिक। महावीर निजी स्तर पर अहिंसा को जीते हैं और दूसरे को भी निजी स्तर पर ही जीने के लिए प्रेरित करते हैं। उनके यहां एक-एक व्यक्ति वैयक्तिक तौर पर अहिंसक हो सकता है, लेकिन वहां अहिंसा का सामूहिक प्रयोग नहीं हो सकता, जबकि गांधी ऐसा करते हैं। गांधी ऐसा मानते हैं कि अहिंसा की वैयक्तिक साधना भर ही नहीं हो सकती, बल्कि उसका सामूहिक प्रयोग भी हो सकता है और अपनी इस मान्यता को वे राजनीति में अहिंसा का प्रयोग करके सिद्ध भी कर देते हैं। गांधी से पहले राजनीतिक क्षेत्र में झूठ और प्रपंच स्वीकृत था, हिंसा और पाखंड से कोई परहेज नहीं था। वैयक्तिक जीवन में हिंसा और प्रपंच से तौबा करने वाले लोग भी राजनीतिक जीवन के झूठ और पाखंड से सहमत हो जाते थे, क्योंकि तर्क़ यह स्वीकृत था कि राजनीति इनके बिना हो ही नहीं सकती। गांधी ने इस मिथक को तोड़ा। उन्होंने राजनीतिक आंदोलनों में अहिंसा का प्रयोग करके देश को स्वतंत्र कराकर यह साबित कर दिया कि सत्य और अहिंसा से जुड़कर भी राजनीति संभव हो सकती है। यह गांधी की अहिंसा के सामूहिक प्रयोग का ही प्रमाण है। रामधारी सिंह 'दिनकर' इसे स्वीकार करते हुए लिखते हैं ''वर्तमान जगत में अहिंसा के प्रवर्तक महात्मा गांधी माने जाते हैं। अहिंसा को लेकर गांधीजी को संसार में जो सुयश प्राप्त हुआ, वह बुद्ध के सुयश से अधिक है, क्योंकि बुद्ध ने यद्यपि अहिंसा का पालन स्वयं किया तथा शिष्यों से भी करवाया, किंतु संतों को अहिंसा-व्रत के पालन में वही कठिनाई होती, जो गृहस्थ को होती है। फिर यह बात भी है कि व्यक्ति के लिए अहिंसा का पालन उतना दुस्साहय नहीं होता, जितना समष्टि के लिए होता है। अहिंसा परम धर्म के रूप में युगों से पूजित है। किंतु गांधी से पूर्व किसी ने भी समष्टि के धरातल पर अथवा कोटि जनव्यापी महाआंदोलनों में अहिंसा का प्रयोग नहीं किया था। गांधी ने यह प्रयोग किया और उनके प्रयोग से संसार के असंख्य लोगों में यह आस्था उत्पन्न हुई कि अहिंसा की साधना सामूहिक कार्यों में भी चल सकती है।'' (*संस्कृति के चार अध्याय,* पृ.-537)। ज़ाहिर-सी बात है कि गांधी का यह प्रयोग अहिंसा के दायरा को बेहद व्यापक कर देता है। महावीर की अहिंसा इतनी व्यापक नहीं है, क्योंकि महावीर अहिंसा का ऐसा सामूहिक प्रयोग नहीं करते। इसलिए महावीर की अहिंसा व्यक्ति की सीमा को पार नहीं कर पाती जबकि गांधी की अहिंसा का विस्तार समूह तक हो जाता है।

इनके अलावा महावीर और गांधी की अहिंसा में एक असमानता उसके पालन की सख़्ती और शिथिलता में है। महावीर जितनी सख़्ती से अहिंसा का पालन करते हैं कदाचित् गांधी उतनी सख्ती से नहीं कर पाते। महावीर द्वारा अहिंसा का सख्ती से पालन किए जाने के कारण ही जैन धर्म के उत्कर्ष-काल में जैन मुनियों द्वारा पानी उबाल कर पीया गया, सड़क बुहार कर चला गया, दीये को कपड़े से ढककर रखा गया, खेती का विरोध किया गया तथा शहद खाने से परहेज किया गया, क्योंकि इन सब में कीट-पतंगों एवं कीड़े-मकोड़ों की हिंसा का ख़तरा बना रहता है। लेकिन गांधी ऐसी कोई सख्ती नहीं बरतते। वे जैन के अनेकांतवाद की हामी भरने के बावजूद उसे व्यवहार में उतार पाने में शिथिल पड़ जाते हैं। सुभाषचंद्र बोस और भगत सिंह जैसों से उनका विरोध इस शिथिलता के उदाहरण हैं। यद्यपि कि ये लोग हिंसा में विश्वास करते थे और इस लिहाज़ से गांधी के विरोधी विचारधारा के मानने वाले थे, लेकिन यदि गांधी अनेकांतवाद के पालन में शिथिलता न बरती होती तो वे इनसे अपनी असहमति व्यक्त नहीं करते। निश्चय ही इसके राजनीतिक कारण रहे होंगे लेकिन तब भी ये असहमतियां गांधी की अहिंसा की शिथिलता के सूचक तो कहे ही जाएंगे।

इस प्रकार यह स्पष्ट हो जाता है कि महावीर और गांधी की अहिंसा में कई समानताएं तथा कुछ असमानताएं भी हैं। लेकिन इन समानताओं-असमानताओं के बावजूद यह मानने में कोई हर्ज़ नहीं है कि गांधी की अहिंसा महावीर की अहिंसा का ही संशोधित-परिमार्जित रूप है। बेशक गांधी ने यह संशोधन-परिमार्जन अपने समय और परिवेश को ध्यान में रखकर किया होगा। महावीर गांधी से ढाई हज़ार साल पहले हुए, हो सकता है तब ऐसी परिस्थिति नहीं रही होगी कि अहिंसा के सामूहिक प्रयोग के बारे में सोचना पड़े, इसलिए महावीर ने नहीं सोचा होगा। उसी तरह महावीर के ढाई हज़ार साल बाद हुए गांधी को अपने समय के हिसाब से इतनी सुविधा नहीं थी कि वे अहिंसा का प्रयोग गहरे तल तक जाकर कर सकें। इनके समय में तो मानवता को ही संभालना ज़्यादा ज़रूरी था। गांधी ने अहिंसा के सामूहिक प्रयोग के द्वारा यह काम किया। अत: निष्कर्ष के रूप में यह कहा जा सकता है कि महावीर से अहिंसा की जो विरासत गांधी को मिली उसी की बदौलत वे युग को दिशा दे सकने में सफल हो सकें, समर्थ हो सकें। अत: महावीर से लेकर गांधी तक की यात्रा को अहिंसा की वैयक्तिकता से सामूहिकता तक की यात्रा कही जा सकती है। ❑

(लेखक बीआरए बिहार विश्वविद्यालय, मुजफ्फरपुर में दर्शनशास्त्र के व्याख्याता हैं)

स्व-चालित रीपिंग व विंडरोइंग मशीन

भगवान सिंह डांगी (55), सोजनावाल, मध्य प्रदेश के एक कृषि विज्ञानी हैं जिन्होंने फ़सल को काटने तथा उनके बंडल बनाने के लिए उन्हें अलग-अलग ढेरों में रखने वाली मशीन (स्व-चालित रीपिंग व विंडरोइंग मशीन) का निर्माण किया है जिससे फ़सल के बिखर जाने से होने वाले नुक़सान को कम किया जा सकता है।

सोजनावाल जिला मुख्यालय विदिशा से 37 किमी. दूर है जहां भगवान सिंह का जन्म हुआ। उनके पिता प्रीतम एक किसान थे व माता एक गृहिणी। लगभग 1,200 की जनसंख्या वाला यह गांव मुख्य रूप से कृषि-आधारित गांव है। भगवान सिंह के परिवार में धर्मपत्नी, दो पुत्र एवं तीन पुत्रियां हैं। उनके सभी बच्चे स्नातक हैं। उनका बड़ा बेटा खेती में उनकी सहायता करता है जबकि छोटा बेटा कंप्यूटर शिक्षा में डिप्लोमा कर रहा है व प्रतियोगी परीक्षाओं की तैयारी में जुटा हुआ है।

वह नलकूप सिंचित 12 हेक्टेयर भूमि के स्वामी हैं जहां वह खरीफ के मौसम में सोयाबीन, काला चना और रबी के मौसम में गेंहू, चना, मसूर व मटर की फ़सल बोते हैं।

हालांकि उनके भाइयों ने स्नातक तक की शिक्षा प्राप्त की हैं लेकिन कृषि के प्रति आकर्षण के कारण भगवान सिंह ने 1973 में 12वीं कक्षा के बाद पढ़ाई छोड़ दी। कृषि की ओर अपना पूरा ध्यान देने के साथ-साथ उन्होंने कृषि से संबंधित उपकरणों को बनाने और उनकी मरम्मत करने के काम को भी जारी रखा। बाल्यावस्था से ही सृजनात्मक होने के कारण उनका रुझान कृषि उपकरणों की मरम्मत करने तथा विशिष्ट एवं अनूठे ढंग से उनके निर्माण आदि में था।

1985 में उनके द्वारा डिज़ाइन किए गए सबसे पहले उपकरणों में से था ट्रैक्टर के आगे लगाया जाने वाला एक 'ब्लेड' जिससे भूमि को समतल करने और फ़सल के गट्ठर बनाने में सहायता मिलती है। इसके बाद 1995 में, उन्होंने रबर के एक यंत्र का विकास किया जिससे बोरवैल से 40 फीसदी अधिक पानी निकाला जा सकता है। उन्होंने कई वर्षों तक छोटी मशीनों व कृषि उपकरणों की मरम्मत करना जारी रखा। इसके बाद उनके दिमाग में फ़सल काटने व उनके बंडल बनाने एवं उन्हें अलग-अलग ढेरों में रखने वाली मशीन के निर्माण का विचार आया जो परंपरागत तरीक़े से भिन्न, फ़सल के बिखरने से होने वाले भीषण नुक़सान को कम करने में सक्षम हो।

एक नये विचार की उत्पत्ति

उनके गांव में सोयाबीन एक प्रमुख फ़सल है। मज़दूरों की कमी के कारण फ़सल की कटाई एक बड़ी चुनौती का रूप ले लेती है जिसके परिणामस्वरूप अकसर फ़सली मौसम के दौरान होने वाले नुक़सान की आवृत्ति होती है। भगवान सिंह ने मशीनों के लिए बाज़ार की तलाश शुरू कर दी जिससे अनाज की कटाई न्यूनतम हानि के साथ कम समय में हो सके। उन्हें एक ऐसी मशीन की आवश्यकता थी जो दो प्रमुख कार्यों को अंजाम दे सके- फ़सल को काटना तथा उनके बंडल बनाने के लिए उन्हें अलग-अलग ढेरों में रखना, जिसे 'विंडरोइंग' कहा जाता है। कटाई में फ़सल को विधिवत रूप से काटना शामिल होता है, और 'विंडरोइंग' में फ़सल को अलग-अलग ढेरों में रखना सम्मिलित होता है जिससे कटी हुई फ़सल को गट्ठरों में बांधा जा सके और कटाई के बाद की अन्य प्रक्रियाओं को आसानी से निपटाया जा सके।

उन्होंने इससे पहले जो मशीनें देखी थीं, उनमें एक स्वचालित कटाई मशीन थी जो फ़सल की कटाई करके उसे मशीन के एक ओर रख देती थी जिससे फ़सल के बिखर जाने के कारण भीषण नुक़सान होता था। इसके अतिरिक्त डंठलों का एक बड़ा अंश खेत में ही छूट जाता था और अगली फ़सल से पूर्व खेत की सफ़ाई हाथों से करनी पड़ती थी। यह व्यवस्था छोटे खेतों के लिए कारगर नहीं

थी क्योंकि इससे खड़ी फ़सल को नुक़सान होता था। काटी हुई फ़सलों को पंक्तियों में रखा जाता था व बारी-बारी से हटाया जाता था जिससे इंजन पर अनावश्यक दबाव पड़ता था और ईंधन की खपत बढ़ जाती थी।

उन्होंने एक हल्की और तेज़ गति से चलने वाली ऐसी गाड़ी के निर्माण की संकल्पना की जिसके आगे षटकोणीय घिरनी लगा कर फ़सल की कटाई व एक ओर ढेर लगाने का काम किया जा सके। उपलब्ध संसाधनों का प्रयोग करते हुए वर्ष 2001 में 2 हॉर्स पॉवर मोटर का इस्तेमाल करके उन्होंने मशीन का पहला प्रारूप तैयार किया। इससे प्रेरित होकर उन्होंने अपनी खुद की कार्यशाला आरंभ करने का निर्णय लिया जहां वह अपनी कल्पना व सृजनात्मकता को आकार दे सकते थे। उन्होंने 2004 में अपनी संपत्ति के आधार पर ऋण लेकर अपनी वर्कशॉप खोली। यह सब भी तब, जब उन्होंने लगातार खुद के डिज़ाइन पर काम किया व खुद के विचारों को सुधारा। संशोधित प्रारंभिक गाड़ी में पहले के 2 हॉर्स पॉवर के बजाय 18 हॉर्स पॉवर का इंजन था जिसके केंद्र में 'रीपिंग' व 'विंडरोइंग' यंत्र लगाए गए थे। अलग-अलग घटकों व उन में प्रयोग होने वाले यंत्रों के संयोजन, विकास व परीक्षण में उन्हें एक वर्ष से अधिक का समय लगा व दस लाख रुपये ख़र्च हो गए।

रीपिंग व विंडरोइंग मशीन

यह पहले से बेहतर रीपिंग व विंडरोइंग मशीन है जिसमें एक इंजन, पॉवर ट्रांसमिशन प्रणाली, कटाई का ब्लेड, कन्वेयर, घिरनी, परिचालन तंत्र (स्टियरिंग सिस्टम) व चार वायुचालित चक्र शामिल हैं। जैसे ही गाड़ी आगे बढ़ती है, उसके अगले भाग में लगी घूमने वाली षटकोणीय घिरनी (रील), कटी फ़सल को इकट्ठा करने वाले यंत्र (क्रॉप कलेक्टर) सहित खड़ी फ़सल को कटर पट्टी की ओर धकेलती है। विंडरोइंग यूनिट जिसमें रोलरों पर लगे लोहे के मज़बूत झोलेनुमा यंत्र, जो फ़सल को कटर-बार की ओर, पीछे खींचने का काम करते हैं, के साथ दो वाहक पट्टियां हैं जो विपरीत दिशा में घूमते हुए फ़सल को टायरों के मध्यवर्ती स्थान पर छोड़ती है।

यह समूचा ढांचा फ़सल के बिखर जाने के कारण होने वाले भीषण नुक़सान पर काबू पा लेता है; टायर कटी हुई फ़सल के ऊपर

से नहीं निकलते।

वर्तमान अवस्था में, मशीन के पहले प्रारूप में, रीपर में चार सिलेंडरों वाला वाटर-कूल्ड 18 हॉर्स पॉवर का इंजन है, जिसकी गति 4,000 आरपीएम है। यह पूरी यूनिट चार पहियों वाली जीप में फिट की गई है। एक हाइड्रोलिक प्रणाली के प्रयोग से कटर-बार की ऊंचाई को 10 सेंमी से 90 सेंमी तक बढ़ाया जा सकता

इस मशीन को चलाने के लिए केवल एक ही व्यक्ति की आवश्यकता है व उपज का संग्रहण करने हेतु पीछे दो व्यक्तियों की। चावल के अलावा इसे गेहूं, दाल व सोयाबीन के लिए भी प्रयोग में लाया जा सकता है। इसमें छोटे खेतों में भी काम करने, तीव्र मोड़ लेने और खड़ी फ़सल को क्षति पहुंचाए बिना काम करने की क्षमता है। इसकी कार्य क्षमता 0.6 हेक्टेयर प्रतिघंटा की है। यह श्रम लागत की 70 प्रतिशत तक बचत कराती है व समय पर कटाई के काम का निपटान करती है।

भगवान सिंह ने हाल ही में ऐसे रीपर-विंडरोइंग मशीन प्रस्तुत की है जिसे ट्रैक्टर के अगले हिस्से में लगाया जा सकता है। इसे इंजन के क्रैन्क-शाफ्ट से सीधे ही संचालित किया जा सकता है। गियर-बॉक्स को ड्राइविंग शॉफ्ट के साथ जोड़ा गया है। इस मशीन की क्षमता का खेतों में परीक्षण होना अभी बाक़ी है।

इससे पहले की मशीनें दो प्रकार की होती थीं। एक मशीन में 6 हार्स-पावर से कम क्षमता वाले, लगातार घूमते ब्लेड होते हैं और दूसरी मशीन में 6 हार्स पावर से अधिक की क्षमता वाले विपरीत दिशा में घूमने वाले ब्लेड लगे होते हैं। इन पारंपरिक इकाइयों में, कटी हुई फ़सल को लंबवत रूप में 'प्राइम मूवर' की ओर लाया जाता है जिससे अनाज के बिखर जाने के कारण बहुत नुक़सान होता है। इस नयी मशीन की विशेषता है इसके 'विंडरोइंग' का डिज़ाइन और उसमें फ़सल को समेटने के लिए स्थान की व्यवस्था जिससे अनाज का कम से कम नुक़सान होता है। इस तरह कटी हुई फ़सल, टायरों के बीचोंबीच स्थित एक व्यवस्थित स्थान पर रखी जाती है, जहां से उसे अगली प्रक्रिया के लिए आगे बढ़ाया जाता है।

मशीन के प्रयोग

''खेत में सबसे ज्यादा समस्या कटाई में आती है, बाक़ी सभी कामों के लिए मशीन हैं, कटाई के हारवेस्टर बड़े किसान ही खरीद सकते हैं, इसलिए मुझे छोटे किसानों के लिए रीपर बाज़ार में लाना है।''

भगवान सिंह द्वारा निर्मित इस मशीन के तथ्यों को ध्यान में रखें तो एक हेक्टेयर में हाथ से कटाई के लिए 25 श्रमिकों की आवश्यकता होती है और इस तरह, 100 रुपये प्रति श्रमिक की दर से 2,500 रुपये प्रति हेक्टेयर ख़र्चा आता है।

लेकिन इस मशीन का इस्तेमाल करने पर मात्र तीन लोगों की आवश्यकता पड़ती है और

(शेषांश पृष्ठ 50 पर)

सिविल सेवा परीक्षा 2013

सिविल सेवा परीक्षा की तैयारी के प्रति गंभीर सभी अभ्यर्थियों को CL चुनना चाहिए

प्रारंभिक परीक्षा में अभ्यर्थियों के 5 प्रतिशत सफलता की तुलना में, CL के अभ्यर्थियों की सफलता दर 13 प्रतिशत है। CL के 200 से भी अधिक अभ्यर्थियों ने प्रारंभिक परीक्षा 2012 में सफलता प्राप्त की।* CL के 2013 वाले बैच में प्रवेश लें और प्रारंभिक परीक्षा 2013 में अपनी सफलता की संभावना को 2.5 गुना तक बढ़ाएं

CSAT 2013 के लिए नए बैच प्रारंभ हो रहे हैं

Old Rajendra Nagar	Mukherjee Nagar	SDA	CP
	English	8 Oct. (6:30pm)	4 Nov. (12:00pm) (weekend batch)
18 Sept. (10:00am) 10 Oct. (7:30am) 31Oct. (12:15pm)	8 Sept. (7:00pm) 30 Sept. (4:45pm) 21 Sept. (2:30pm) **हिन्दी माध्यम** 8 अक्टूबर (7:00pm)		

सिविल सेवा परीक्षा 2011 में 24 अभ्यर्थी अंतिम रूप से चयनित

प्रवेश 'पहले आओ-पहले पाओ' के आधार पर। तुरंत नामांकन कराएं

CL | Civil Services Test Prep

*परिणाम का आंतरिक निरीक्षण जारी

Mukherjee Nagar	Old Rajendra Nagar	SDA (Opp. IIT-D Main Gate)
41415241/6	42375128/9	26513072, 26536565

CL के केंद्र-इलाहाबादः 09956130010 और लखनऊः 09628603378 में भी है।
www.careerlauncher.com/civils

YH-140/2012

कागज़ उत्पादन प्रक्रिया का पर्यावरण पर प्रभाव

● वी.के. भारती

आज हमारे देश में कागज़ की खपत तेज़ी से बढ़ी है। इस संसाधन की खपत प्रक्रिया में जो वैश्विक ऊष्मन होता है वह इसका केवल एक पहलू भर है। बड़े पैमाने पर वनों के कटने से हमारी पारिस्थितिकी प्रणाली का महत्वपूर्ण भाग नष्ट हो जाता है जिससे वैश्विक ऊष्मन होता है और परिणामस्वरूप ग्रीनहाउस प्रभाव उत्पन्न होता है। वनों के कटने से मिट्टी का कटाव भी होता है क्योंकि वनों के वृक्ष भूमि की मृदा को बांधे रहते हैं। पर्यावरण से वृक्षों तथा अन्य पौधों के हट जाने से मृदा विभिन्न तत्वों के संपर्क में आती है और यह मिट्टी वर्षा और तेज़ चलने वाली हवा से प्रभावित होती है। कागज़ वृक्षों से बनता है अथवा बड़े वृक्षों की छाल से भी कागज़ तैयार होता है। कागज़ बनाने के लिए मुख्यत: बांस, कठोर काष्ठ, खोई, कृषि अपशिष्ट (गेहूं/चावल का भूसा) भी प्रयुक्त होते हैं। भारत में इन सभी रेशों की कमी है। 40 फुट लंबे और 6-8 इंच व्यास के मृदु काष्ठ और कठोर काष्ठ के मिश्रण के लिए सामान्यत: औसतन 24 वृक्षों की आवश्यकता होती है और इस सामग्री से एक टन छपाई एवं लिखने का कागज़ तैयार होता है। कठोर काष्ठ वनों से उपलब्ध नहीं हो पा रहा है तथापि इसे उत्पन्न किया जा सकता है। हमारे देश में गेहूं और चावल के भूसे को मुख्यत: पशुओं के आहार के रूप में प्रयोग में लाया जाता है। अत: इसकी उपलब्धता भी कम है। मुद्रण से जुड़ी हमारी प्रवृत्ति के कारण पर्यावरण को अत्यधिक क्षति हो रही है।

भारतीय परिदृश्य

कागज़ एक अत्यंत आवश्यक वस्तु है। वर्तमान में इसकी खपत प्रतिवर्ष 15 किलोग्राम प्रतिव्यक्ति है। जबकी विश्व में कागज़ की खपत लगभग 50 किलोग्राम प्रतिव्यक्ति है। शिक्षा पर विशेष बल दिए जाने, प्रतिव्यक्ति आय में वृद्धि, फोटोप्रतियों और प्रिंटरों के बढ़ते हुए उपयोग, उच्च गुणवत्ता वाली पैकेज़िंग की बढ़ती मांग तथा निर्यात में होने वाली वृद्धि के कारण कागज़ की मांग में वृद्धि हुई है। भारत में कागज़ और पेपरबोर्ड का कुल वार्षिक उत्पादन और खपत लगभग 10 मिलियन टन है जो विश्व के कुल उत्पादन का मात्र 2 प्रतिशत है। ऐसा अनुमान है कि वर्ष 2020 तक भारत में कागज़ की मांग 20 मिलियन टन तक पहुंच जाएगी।

भारत सरकार ने वनाच्छादन को वर्तमान 21 प्रतिशत से बढ़ाकर 33 प्रतिशत तक करने के लिए पहल आरंभ कर दी है। नवीनतम आकलनों के अनुसार कुल 21 प्रतिशत वनाच्छादित क्षेत्र में से केवल 2 प्रतिशत ही श्रेष्ठ गुणवत्ता तथा उच्च घनत्व वाला है, 10 प्रतिशत मध्यम घनत्व वाला है और शेष 9 प्रतिशत क्षेत्र अपघटित वनों का है। सरकार अपघटित वन क्षेत्र को पुनर्स्थापित करने की ओर विशेष ध्यान दे रही है, ताकि श्रेष्ठ गुणवत्ता वाले वनाच्छादन का क्षेत्र बढ़ सके।

इस उद्योग के कारण 2.5 लाख से अधिक वन क्षेत्र अपघटित हुआ है। इससे निपटने के लिए किसानों की सीमांत भूमियों पर लुगदी के लिए वृक्षारोपण किया जा रहा है। इससे देश के वनाच्छादित क्षेत्र में वृद्धि हो रही है। साथ ही सुदूर क्षेत्रों में लोगों को रोज़गार उपलब्ध हो रहे हैं।

काष्ठ पर आधारित उद्योग के विकल्प के लिए सार्वजनिक-निजी-भागीदारी से अपघटित भूमि के कुछ भाग को सुधार कर ग्रामीण क्षेत्रों में रोज़गार उत्पन्न किए जा रहे हैं, हरित क्षेत्र में वृद्धि हो रही है और कागज़ उद्योग को विश्व स्तर पर प्रतिस्पर्धात्मक बनाया जा रहा है। एक विश्लेषण में यह पाया गया है कि यदि 1.2 मिलियन हेक्टेयर अपघटित भूमि कागज़ उत्पादकों को पट्टे पर दे दी जाए तो इससे प्रतिवर्ष 10,500 करोड़ रुपये से अधिक का लाभ हो सकता है। देश के कुल कागज़ का लगभग 50 प्रतिशत भाग का आयात चीन से किया जाता है।

तैयार उत्पादों के आयात के कारण कागज़ का भी बड़े पैमाने पर आयात होता है। इससे भारत का कागज़ उद्योग परोक्ष रूप से प्रभावित हो रहा है। ये तैयार उत्पाद पुस्तकों व पत्रिकाओं के रूप में होते हैं। पुस्तकों और पत्रिकाओं के रूप में हमारे देश में 3,500 करोड़ रुपये मूल्य की मुद्रित सामग्री आयात की जाती है जो कागज़ उद्योग के साथ-साथ देश के 1.5 लाख छोटे और मध्यम स्तर के मुद्रकों को प्रभावित करती है। कागज़ की मांग में वृद्धि होना स्वाभाविक है। यदि एक सुनियोजित नीति तैयार की जाए तो यह पारिस्थितिकी प्रणाली को सुधारने, संपदा के सृजन, ग्रामीण रोज़गार में वृद्धि तथा भारत को हरा-भरा बनाने में महत्वपूर्ण सिद्ध होगा।

CHRONICLE
IAS ACADEMY
सिविल सर्विसेज क्रॉनिकल की पहल

IAS 2013

15 विशेषज्ञों की टीम के साथ

सामान्य अध्ययन
+ सीसैट

लोक प्रशासन
राजीव रंजन सिंह

सत्र प्रारम्भ 10 अक्टूबर

नामांकन जारी

Reach us:
2520, Hudson Lane, Vijay Nagar Chowk,
Near GTB Nagar Metro Station, New Delhi-9
Call: 09582948815, 09953120676
Visit: www.chronicleias.com

सिविल सर्विसेज़
क्रॉनिकल
22 वर्षों से सफलता का मार्गदर्शक

YH-130/2012

कागज़ निर्माण में प्रयुक्त होने वाली रेशेदार कच्ची सामग्री

भारत में काष्ठ की लुगदी रेशे का सबसे महत्वपूर्ण स्रोत है तथा लगभग 95 प्रतिशत कागज़ इसी से निर्मित होता है। काष्ठ लुगदियों को उनके विनिर्माण की विधियों तथा प्रयुक्त होने वाली काष्ठ प्रजातियों के आधार पर वर्गीकृत किया गया है। ये दोनों घटक लुगदी के रेशे की रासायनिक संरचना, संघटन तथा अवस्था को निर्धारित करते हैं जिसके परिणामस्वरूप रेशों से तैयार कागज़ के गुण निर्धारित होते हैं। इसके अतिरिक्त लुगदियों को वर्जिन अथवा पुनश्चक्रित वर्गों में वर्गीकृत किया गया है। वर्जिन रेशें सामान्यत: उन्हें माना जाता है जो लुगदीकरण की प्रक्रिया द्वारा कागज़ उत्पाद या मध्यवर्ती उत्पाद के रूप में तैयार होते हैं। पुनश्चक्रित रेशे वे हैं जो ऐसे कागज़ से प्राप्त किए जाते हैं जो ठोस अपशिष्ट तने से निकाला गया होता है।

जल-गहन

कागज़ उद्योग को जल-गहन कहा जाता है। इसकी लगभग सभी प्रसंस्करण प्रक्रियाओं में जल का उपयोग होता है, भले ही वे रेशे से संबंधित हो या रसायनों से। कागज़ को अत्यंत निम्न कंसिसटेंसी (0.5 प्रतिशत) पर तैयार किया जाता है। इसके परिणामस्वरूप बड़ी मात्रा में जल की आवश्यकता होती है। सौभाग्य से कारखानों में जो जल प्रयुक्त होता है उसे पुनश्चक्रित करके कई बार उपयोग में लाया जा सकता है। बावजूद इसके कुशल से कुशल कागज़ कारखाने को प्रत्येक प्रसंस्करण के दौरान एक टन कागज़ उत्पन्न करने के लिए कम से कम 5,000 गैलन जल की आवश्यकता होती है। यदि हम यह मान लें कि प्रत्येक कारखाना प्रतिदिन कम से कम 300-1,500 टन कागज़ उत्पन्न करता है तो हम स्वयं यह अनुमान लगा सकते हैं कि इसके लिए कितने अधिक जल की आवश्यकता पड़ती होगी।

ऊर्जा-गहन

कागज़ उद्योग को अधिक ऊर्जा की भी आवश्यकता होती है। लुगदी तैयार करने, विरंजन, परिशोधन तथा शुष्कन जैसे कार्यों में बड़ी मात्रा में ऊर्जा की खपत होती है। हालांकि पेट्रोलियम तथा प्राकृतिक गैस ईंधनों पर निर्भरता में कमी आई है लेकिन इसके लिए काष्ठ अपशिष्टों, काष्ठ के व्यर्थ पदार्थों को जलाना पड़ता है।

ऊर्जा की लागत

कोयले के मूल्य में निरंतर वृद्धि होने के कारण उद्योगों द्वारा स्वयं अपनी ऊर्जा सृजित करने में आने वाली लागत में वृद्धि हो रही है। कागज़ बनाने के लिए कोयले जैसे जीवाश्म ईंधनों के स्थान पर अनुपयुक्त लकड़ी की छाल तथा रेशाविहीन पदार्थों का उपयोग किया जा सकता है। कागज़ विनिर्माण की कुल लागत में ऊर्जा का भाग लगभग 18-20 प्रतिशत है। भारतीय कारखानों में प्रतिटन कागज़ उत्पादन में औसतन 1,600 यूनिट ऊर्जा की खपत होती है। ग्रिड शक्ति की अधिक लागत के कारण अनेक बड़े कागज़ कारखानों ने अपनी ऊर्जा उत्पादन इकाइयां स्थापित कर ली हैं।

वायु प्रदूषण

कागज़ विनिर्माण के दौरान नाइट्रोजन डाई-ऑक्साइड, सल्फर डाई-ऑक्साइड और कार्बन डाई-ऑक्साइड उत्सर्जित होते हैं। नाइट्रोजन डाई-ऑक्साइड और सल्फर डाई-ऑक्साइड अम्ल वर्षा के प्रमुख कारक हैं, जबकि कार्बन डाई-ऑक्साइड वह ग्रीनहाउस गैस है जो जलवायु परिवर्तन के लिए उत्तरदायी है।

जल प्रदूषण

कागज़ कारखानों से लुगदी और कागज़ तैयार करने के दौरान अपशिष्ट निकलता है जिसमें ठोस पदार्थ, पोषक तत्व और घुले हुए कार्बनिक पदार्थ होते हैं। यदि इनका स्तर न्यून नहीं होता है तो इन्हें प्रदूषक माना जाता है। नाइट्रोजन और फास्फोरस जैसे प्रदूषक स्वच्छ व मीठे जल स्रोतों जैसे- झीलों और नदियों को प्रदूषित कर देते हैं। स्वच्छ व मीठे जल में घुले कार्बनिक पदार्थ पारिस्थितिक गुणों में बदलाव लाते हैं तथा ख़राब स्थिति में बीओडी में कमी के कारण उच्च श्रेणी के जीवों की मृत्यु तक हो जाती है। कागज़ उद्योग से निकला व्यर्थ जल ऑर्गेनोक्लोरीन यौगिकों से प्रदूषित होता है। इनमें से कुछ यौगिक काष्ठ में प्राकृतिक रूप से पाए जाते हैं लेकिन क्लोरीन द्वारा लुगदी के विरंजन से ये यौगिक बड़ी मात्रा में उत्पन्न होते हैं।

रासायनिक लुगदियों के विरंजन से पर्यावरण को बहुत क्षति पहुंचती है और ऐसा मुख्यत: जलमार्गों में कार्बनिक पदार्थों के विसर्जन से होता है। लुगदी के कारखाने अधिकांशत: जलस्रोतों के पास होते हैं क्योंकि लुगदी बनाने की प्रक्रिया में बड़ी मात्र में जल की आवश्यकता होती है।

विरंजन की परंपरागत विधि में बड़ी मात्रा में क्लोरीनीकृत कार्बनिक यौगिक उत्पन्न होते हैं जिसमें क्लोरीनीकृत डाई ऑक्सिन भी सम्मिलित होते हैं। ये डाई ऑक्सिन घातक पर्यावरण प्रदूषक माने गए हैं जो अत्यंत विषाक्त होते हैं तथा मानव स्वास्थ्य को बहुत हानि पहुंचाते हैं क्योंकि इनसे मनुष्यों की विकास प्रक्रिया प्रतिरोधक क्षमता तथा हारमोन संबंधी क्रियाएं कुप्रभावित होती हैं। मानवों से इनका संपर्क 90 प्रतिशत से अधिक मामलों में मुख्यत: खाद्य पदार्थों जैसे- मांस, डेयरी उत्पादों, मछलियों के माध्यम से होता है।

कागज़ का पुनरोपयोग

पुनश्चक्रित या बार-बार उपयोग में आने वाले कागज़ के विनिर्माण के लिए तीन प्रकार के कागज़ का उपयोग किया जा सकता है- कारखानों की रद्दी, कागज़ की खपत पूर्व प्राप्त होने वाला अपशिष्ट और कागज़ की खपत के पश्चात बचा अपशिष्ट। कागज़ की कतरनें कारखानों की रद्दी है। कागज़ निर्माण के दौरान बचा हुआ कागज़ का स्क्रेप भी इसी श्रेणी में आता है जिसे कागज़ कारखाने में ही पुनश्चक्रण किया जा सकता है। खपत पूर्व अपशिष्ट वह सामग्री है जो कागज़ के इस्तेमाल के पूर्व उपभोक्ता द्वारा अस्वीकृत कर दी जाती है। खपत पश्चात अपशिष्ट वह सामग्री है जो उपभोक्ता उपयोग के पश्चात रद्दी मान लेते हैं जैसे- पुरानी पत्रिकाएं, दूरभाष निर्देशिकाएं, रिहाइशी मिश्रित कागज़ आदि। काष्ठ लुगदी के कागज़ के पुनश्चक्रण से संबंधित एक समस्या यह है कि प्रत्येक पुनश्चक्रण के बाद इसके रेशे की गुणवत्ता घट जाती है तथा 4-5 बार उपयोग करने के पश्चात रेशा इतना छोटा और निर्बल हो जाता है कि वह कागज़ बनाने के लिए उपयुक्त नहीं रह जाता है।

आधुनिक कारखाने पिछले कुछ दशकों की तुलना में अब बहुत कम प्रदूषण उत्पन्न करते हैं। कागज़ के पुनश्चक्रण से ताज़ी लुगदी की मांग कम हो गई है और इस प्रकार कागज़ विनिर्माण के कारण होने वाले वायु और जल प्रदूषण की कुल मात्रा में भी कमी आई है। पुनश्चक्रण लुगदी को उन्हीं रसायनों से

15 वर्षों से सामान्य अध्ययन के लिए विशेषीकृत संस्थान, संभावित बदलावों के अनुरूप श्रेष्ठ तैयारी

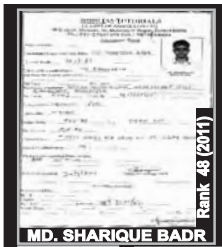
आस्था IAS

(सफलता का आधार)

IAS / PCS बनाने की प्रक्रिया में निरंतर उच्च सफलता हासिल करते हुए

नामांकन जारी

Shah Faesal, (1st Rank IAS 09) with R.Kumar Director AASTHA IAS



MD. SHARIQUE BADR

ANAND KUMAR

MITHILESH MISHRA

सामान्य अध्ययन

(Mains + Pre. + CSAT)

''क्या पढ़ें? क्या छोड़ें? जो पढ़ें उसे कैसे याद करें?

ऐसी स्थिति में जब सामान्य अध्ययन में सूर्य एवं उसके नीचे की सभी कुछ शामिल

By

R.Kumar & Team

(सामान्य अध्ययन की अब तक की सर्वश्रेष्ठ टीम, 15 वर्ष का अनुभव)

आस्था IAS एक बेहतर विकल्प क्योंकि

- सभी शिक्षक विषय विशेषज्ञ एवं अनुभवी
- श्रेष्ठ नोट्स, गहन अध्यापन, उच्चस्तरीय समझ के आधार पर To the point लेखन शैली का विकास
- प्रोजेक्टर, इंटरनेट तथा अन्य आधुनिक सुविधाओं का उपयोग
- सहायक सुविधाएँ जैसे सफल छात्रों द्वारा मार्गदर्शन, शाह फैसल, (1st Rank- IAS 09) मिथिलेश मिश्रा (46th Rank IAS 10) नरेन्द्र मीणा (46th Rank IAS 09) प्रशांत सिंह, राजीव रंजन, प्रभाकर चौधरी विवेक गुप्ता द्वारा आस्था IAS के छात्रों का प्रत्यक्ष मार्गदर्शन किया गया
- UPSC के साथ UP., BPSC, MP, Raj, JPSC, Uttara., Haryana, Chattis.PCS की भी तैयारी

आवासीय सुविधा उपलब्ध

जीवंत पत्राचार पाठ्यक्रम उपलब्ध

सामान्य अध्ययन + CSAT

(लगभग 80% प्रश्न प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रूप में नोट्स से)

(Printed Notes + Class Notes + Test Papers शामिल)

पत्राचार पाठ्यक्रम शुल्क

Mains + Pre. + CSAT ₹ 8,000/-

प्रारम्भिक परीक्षा Paper I & II ₹ 4500/-

GS (Mains) - ₹ 5500/-

फोन से संशय समाधान सुविधा भी उपलब्ध

ड्राफ्ट आस्था IAS के नाम से बनाये

वैकल्पिक विषय : समाजशास्त्र, इतिहास, उर्दू, लोक प्रशासन, मैथिली, हिन्दी साहित्य तथा अन्य...

M-2, Jyoti Bhawan, Mukherjee Nagar, Delhi-9, 011-27651392, 9810664003

YH-126/2012

विरंजित किया जा सकता है जिनका उपयोग नयी व ताज़ी लुगदी के विरंजन के लिए होता है। तथापि हाइड्रोजन परॉक्साइड तथा सोडियम हाइड्रोसल्फाइड सर्वाधिक सामान्य विरंजनकारी पदार्थ हैं। पुनश्चक्रित लुगदी या इससे बना कागज़ प्रक्रिया क्लोरीनमुक्त (पीसीएफ) तब माना जाता है जब पुनश्चक्रण प्रक्रिया में क्लोरीन से युक्त यौगिकों का उपयोग न किया गया हो।

पर्यावरण पर मुद्रण स्याहियों के पड़ने वाले प्रभाव से संबंधित तीन मुद्दे हैं, वाष्पशील कार्बनिक यौगिकों का उपयोग, भारी धातुएं तथा गैर-पुनर्नव्य तेल। स्याही में भारी धातुओं की मात्रा संबंधी मानक एक विनिमायक निकाय द्वारा निर्धारित कर दिए गए हैं। हाल के वर्षों में बेहतर टिकाऊपन की मांग के कारण पेट्रोलियम तेलों के स्थान पर वानस्पतिक तेलों के उपयोग की प्रवृत्ति में वृद्धि हुई है।

कृषि वानिकी

भारत में कागज़ उद्योग मूलत: ग्राम आधारित है तथा यह कृषक समुदाय से घनिष्टता से जुड़ा है। पिछले कई वर्षों के दौरान यह अब कृषि आधारित उद्योग के रूप में विकसित हुआ है, जबकि पहले यह वन आधारित उद्योग था। कृषि वानिकी को अब भूमि प्रबंधन की व्यावहारिक युक्ति के रूप में स्वीकार कर लिया गया है, विशेषकर विकासशील देशों की संसाधनहीन छोटी जोतों के मामले में यह अधिक सटीक है। इसके साथ ही यह उद्योगीकृत देशों के पर्यावरण प्रबंध एवं पारिस्थितिक सुरक्षा का एक महत्वपूर्ण अंग बन चुका है।

कागज़ उद्योग की काष्ठ संबंधी आवश्यकता

वर्तमान में कागज़ उद्योग द्वारा भारत में काष्ठ की कुल खपत का लगभग 3 प्रतिशत उपयोग में आता है अर्थात इस उद्योग में लगभग 7 मिलियन टन काष्ठ की खपत होती है, जबकि 90 प्रतिशत काष्ठ की खपत ईंधन के रूप में होती है। वर्ष 2012-13 तक कच्चे माल के रूप में 8 मिलियन टन अतिरिक्त काष्ठ की आवश्यकता होगी जो देश की कुल खपत का लगभग 6 प्रतिशत होगा। इसके लिए लगभग 2 मिलियन हेक्टेयर भूमि में वनीकरण करना होगा ताकि पारिस्थितिक संतुलन बना रहे।

धारणा और वास्तविकता

वर्तमान धारणा यह है कि कागज़ उद्योग द्वारा वन्य आधारित कच्ची सामग्री का बहुतायत से उपयोग होता है जिसके परिणामस्वरूप देश के प्राकृतिक वन क्षेत्र में कमी आ रही है, जबकि वास्तविकता यह है कि पिछले एक दशक के दौरान कागज़ उद्योग के नेतृत्व में की गई फार्म/सामाजिक वानिकी के परिणामस्वरूप लगभग 0.25 हेक्टेयर क्षेत्र में लुगदी काष्ठ के लिए वृक्षारोपण हुआ है जो मुख्यत: किसानों की अपघटित सीमांत भूमियों में किया गया है। वर्तमान आकलन के अनुसार कागज़ उद्योग का काष्ठ आधारित क्षेत्र फार्म में उत्पादित काष्ठ की कुल आवश्यकता के 80 प्रतिशत भाग का उपयोग करता है। विशेष रूप से कागज़ उत्पादकों ने निजी भूमि स्वामियों/किसानों के साथ मिलकर कृषि वानिकी को सक्रिय रूप से बढ़ावा दिया है, ताकि टिकाऊ रूप से कच्चे माल की मांग की पूर्ति होती रहे तथा सरकार के 'हरित भारत' मिशन पर सकारात्मक प्रभाव पड़े। इसके साथ ही उद्योग द्वारा आरंभ किए गए प्रयासों के परिणामस्वरूप कागज़ विनिर्माण स्थल के आसपास के क्षेत्रों में रोज़गार सृजन में वृद्धि हुई है और सुदूर क्षेत्रों में ग्रामीण विकास संभव हुआ है।

विश्व स्तर पर कागज़ उद्योग ने कागज़ के उत्पादन तथा कृषक समुदाय के बीच संपर्क स्थापित किया है जिसके परिणामस्वरूप देश की अर्थव्यवस्था में बड़ी पूंजी का निवेश करना संभव हुआ है। इस संदर्भ में जागरुकता लाने के लिए बड़े पैमाने पर कागज़ उत्पन्न करने वाले वृक्षों के रोपण हेतु भूमि उपयोग/वानिकी की नीतियां लागू की गई हैं, लुगदी और कागज़/पेपरबोर्ड में बड़े-बड़े निवेशकों को आकृष्ट किया गया है तथा इस प्रक्रिया से लाखों रोज़गार सृजित हुए हैं।

निष्कर्ष

यह स्पष्ट है कि कागज़ की बढ़ती खपत के कारण पर्यावरण पर अनेक प्रभाव पड़े हैं। वैश्विक उष्मण अनेक पहलुओं में से मात्र एक पहलू है जो इस संसाधन खपत वाले उद्योग से जुड़ा हुआ है। वस्तुत: वन विश्वरूपी शरीर का फेफड़ा हैं जो कार्बन डाई-ऑक्साइड को ऑक्सीजन में बदलकर हमें श्वांस लेने के लिए वायु प्रदान करते हैं और इसके साथ ही वैश्विक औसत तापमान को स्थिर बनाए रखते हैं। बड़े पैमाने पर वनों के कटने से हमारी पारिस्थितिक प्रणाली का महत्वपूर्ण अंग नष्ट हो रहा है जिससे वैश्विक उष्मन बढ़ रहा है तथा ग्रीनहाउस प्रभाव उत्पन्न हो रहा है। वनों के नष्ट होने से मृदा क्षरण भी होता है। पर्यावरण से वृक्षों तथा अन्य पौधों के हटने से मृदा संवेदनशील हो जाती है तथा प्रत्येक बरसात और तेज़ हवा के चलने से बह जाती है। भूमि की इस ऊपरी मिट्टी के बह जाने से जो क्षेत्र पहले वनों से आच्छादित थे तथा जहां समृद्ध वन्यजीवन था, वे अब बंजर तथा जीवनविहीन हो गए हैं और खेती के लिए भी उपयुक्त नहीं रह गए हैं।

अपघटित वन भूमि को निजी उद्यमियों को पट्टे पर देने से पर्याप्त रोज़गार उत्पन्न होंगे। ऐसा अनुमान है कि एक हेक्टेयर क्षेत्र में लुगदी काष्ठ प्रजातियों के रोपण से पूरे चक्रण की अवधि के दौरान लगभग 450 मानव दिवसों के रोज़गार का सृजन होगा। इसके अतिरिक्त ग्रामवासियों को प्रतिवर्ष प्रति हेक्टेयर लगभग 1.2 मीट्रिक टन जलाऊ लकड़ी मुफ़्त उपलब्ध होगी। उत्पादन और संरक्षण के लक्ष्यों के बीच संतुलन स्थापित करने के प्रयासों में वर्तमान अपघटित वन्य भूमि का एक भाग उन निजी उद्यमियों को दिया गया है जो उनके उत्पादक उपयोग में रुचि रखते हैं। शेष वन भूमि का उपयोग केवल जैव विविधता के संरक्षण तथा पूरक लाभों के सृजन के लिए किया जा सकता है। वन विभाग जो राष्ट्रीय हितों की रक्षा के लिए प्रतिबद्ध है तथा वे निजी उद्यमी जो वन संसाधनों की कच्चे माल के रूप में सुनिश्चित आपूर्ति में रुचि रखते हैं, इस दिशा में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। इस प्रकार के सम्मिलित प्रयासों में पंचायतों को भी जोड़ा जा सकता है। अपघटित वन भूमि में इस प्रकार के वृक्षारोपण से पहले ही सुस्थापित वनों के चारों ओर हरित सीमा रेखा तैयार करने में सहायता मिलेगी, जिससे वनों की इमारती लकड़ी की माफिया से रक्षा भी हो सकेंगी। 'क्योटो मैकेनिज़्म' का लाभ उठाने तथा कार्बन व्यापार के बाज़ार में प्रवेश करने का भविष्य बहुत उज्ज्वल दिखायी दे रहा है। पट्टे पर दी गई भूमि पर इस प्रकार के क्रियाकलापों को संपन्न करने से वर्तमान प्रयासों में वृद्धि होगी और इसके साथ-साथ जन-सामान्य को फार्म वानिकी से संबंधित विस्तार सेवाएं उपलब्ध कराने में भी सहायता मिलेगी। ❑

(लेखक भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद में मुख्य उत्पादन अधिकारी हैं।
ई-मेल : cpoicar@yahoo.com)

(पृष्ठ 32 का शेषांश)

स्वास्थ्य मंत्री ने स्वस्थ बिहार मुहिम के संदेशों को घर-घर पहुंचाने के उद्देश्य से गांवों की स्वास्थ्य यात्राएं भी कर रहे हैं, ताकि इन अभियानों के बारे में ग्रामीणों की प्रतिक्रिया जान सकें। ग्रामीणों की सुविधा के लिए राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार ने 'जयप्रभा जननी-शिशु आरोग्य एक्सप्रेस सेवा' शुरू की है। यह सेवा 24 घंटे उपलब्ध है। यह एंबुलेंस सेवा सरकारी संस्थाओं में इलाज हेतु निःशुल्क मिलती है। इस सेवा का लाभ गर्भवती महिलाओं के प्रसव एवं प्रसवोपरांत अस्पताल से घर वापसी के लिए भी उपलब्ध है। नवजात शिशुओं, कालाजार के रोगियों, वरिष्ठ नागरिकों एवं ग़रीबी रेखा से नीचे वाले परिवार इस सेवा का उपयोग कर रहे हैं। इसकी ज़रूरत होने पर लोग 102 नं. पर मुफ़्त डायल कर सकते हैं। कहना न होगा कि स्वस्थ बिहार मुहिम भी अन्य राज्यों के लिए ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं का मॉडल बनेगा। यहां के मरीजों को इलाज के लिए बाहर जाने की ज़रूरत नहीं पड़ेगी। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन एवं स्वास्थ्य विभाग के सम्मिलित प्रयासों का परिणाम है कि सुदूर गांवों में भी प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएं आसानी से मिलने लगी हैं। अब ग्रामीण महिलाएं अपने एवं अपने नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य के प्रति आश्वस्त हैं। उन्हें विकास का नया सूरज गांवों में दिखाई देने लगा है। ❑

(लेखक वरिष्ठ पत्रकार हैं।
ई-मेल : govindsharma276@gmail.com)

(पृष्ठ 34 का शेषांश)

अभियान आरंभ किया था। कानून व न्याय मंत्री ने उच्च न्यायालयों के मुख्य न्यायाधीशों से अनुरोध किया था कि वे काफी समय से लंबित मामलों और समाज के कमज़ोर वर्गों के मामलों को निपटाने की दिशा में एक अभियान आधारित दृष्टिकोण अपनाएं। विभिन्न उच्च न्यायालयों से प्राप्त जानकारी के आधार पर, कुल लंबित मामलों में से 6 लाख से अधिक मामले कम हुए जिनमें से 1.36 लाख मामले लक्षित समूह अर्थात वरिष्ठ नागरिकों, विकलांगों, बच्चों और समाज के कमज़ोर वर्गों से संबंधित थे।

विचाराधीन मुक़दमों में कमी लाने के अभियान के सबसे महत्वपूर्ण घटकों में से एक है। जेल से विचाराधीन कैदियों की रिहाई। विभिन्न उच्च न्यायालायों से प्राप्त जानकारी के अनुसार, अभियान की इस अवधि के दौरान लगभग 3.16 लाख विचाराधीन कैदी रिहा किए गएं।

इस वर्ष भी जुलाई 2012 से दिसंबर 2012 के लिए विधि और न्याय मंत्री द्वारा ऐसा ही एक अभियान आरंभ किया गया है। इस वर्ष विचाराधीन मुक़दमों में कमी लाने के अभियान का प्रमुख लक्ष्य है हमारी न्यायिक प्रणाली को 'पांच प्लस' मुक्त बनाना है अर्थात् 2011 से 2016 तक के 5 वर्षों में इन लंबित मुक़दमों को निपटाना। ❑

(पृष्ठ 43 का शेषांश)

एक दिन में 5 हेक्टेयर पूरा करने के लिए 15 लीटर डीजल का प्रयोग किया जाता है। इसका तात्पर्य है कि केवल 825 रुपये का ख़र्च हुआ और प्रतिहेक्टेयर औसत लागत मात्र 200 रुपये आती है।

कटाई के अलावा, मशीन में एक अतिरिक्त यंत्र जोड़ने के बाद इसे निराई व खुदाई के काम में भी लाया जा सकता है। जंजीर व दांते, इंजन से ही शक्ति प्राप्त करते हैं और बुवाई की प्रक्रिया को आगे बढ़ाते हैं जो वांछित गहराई व पौधों के बीच फ़ासले के अनुसार बीजारोपण कर सकते हैं। निराई व्यवस्था बीज बोने के यंत्र के अग्रभाग पर की गई है, ऐसा इसलिए ताकि बीजारोपण से पहले फालतू घास-फूस खेत से हटा दिए जाएं।

इसके उपयोगों को ध्यान में रखते हुए एनआईएफ ने इसके महत्व को आगे बढ़ाया, और एनआईएफ-सीएसआईआर फैलोशिप योजना के अंतर्गत, सीएमईआरआई, दुर्गापुर ने ट्रैक्टर में लगाई जाने वाली एक 'अटैचमेंट' को विकसित किया है जिसकी कार्यान्वयन प्रक्रिया अभी ज़ारी है। इस नयी खोज को स्थानीय मीडिया के साथ-साथ स्टार टीवी. ने भी पर्याप्त कवरेज दी है। परिणामस्वरूप विभिन्न प्रांतों से 150 से अधिक लोगों ने पूछताछ की है। एनआईएफ ने इसके प्रवर्तक के नाम से वर्ष 2007 में पेटेंट के लिए आवेदन किया।

कृषि के क्षेत्र में उनके योगदान के अलावा, उन्होंने सड़क परिवहन से विद्युत पैदा करने की परिकल्पना की। वह यह भी चाहते हैं कि कृषि के नये उपकरण, कृषि पद्धतियों, बीजों की नयी प्रजातियों का विकास जारी रहे। वह उस दिन का ख़्वाब देख रहे हैं जिस दिन उनकी रीपर यूनिट का बड़ी संख्या में प्रयोग किया जाएगा और राष्ट्रभर के छोटे किसानों को बड़ी मात्रा में इससे सहायता मिलेगी। छोटे किसानों द्वारा अपनाई जाने वाली कार्यपद्धति के संबंध में उनका कहना है कि सर्वोत्कृष्ट विकास के लिए अभी बहुत ज़्यादा सुधार की ज़रूरत है।

'आज खेती करने का ढंग अच्छा नहीं है, हमें तरक्क़ी करने के लिए खेती करने का तरीक़ा बदलना पड़ेगा।'

इससे पहले की मशीनें दो प्रकार की होती थीं। एक मशीन में लगातार घूमते हुए ब्लेड होते हैं और दूसरी मशीन में विपरीत दिशा में घूमने वाले ब्लेड लगे होते हैं। लगातार घूमते हुए ब्लेड वाली रीपर मशीन में कम क्षमता (4-6 एचपी) का इस्तेमाल होता है। ट्रैक्टर के अगले हिस्से में लगाई जाने वाली विंडरोवर मशीन, फ़सल को काटकर उसे एक स्थान तक छोड़ देती है, जहां से उसे एक अन्य अटैचमेंट की सहायता से एक प्लेटफॉर्म पर छोड़ा जाता है और उसे कूटा जाता है।

ये रीपर मशीनें फ़सल की कटाई करके उसे मशीन के एक ओर रख देती थी जिससे फ़सल के बिखर जाने के कारण भीषण नुक़सान होता था। काटी हुई फ़सल को पंक्तियों में रखा जाता था व बारी-बारी से हटाया जाता था जिससे इंजन पर अनावश्यक दबाव पड़ता था। ट्रैक्टर के एक ओर लगने वाली बड़ी रीपर मशीनें बड़े खेतों के लिए उपयुक्त हैं लेकिन मध्यम व छोटे खेतों के लिए कारगर नहीं है जहां उन्हें तीव्र मोड़ों पर बार-बार मुड़ना पड़ता है। ❑

लक्ष्य निर्धारण

● विजय प्रकाश श्रीवास्तव

जीवन में लोगों को उपलब्धियां कैसे हासिल होती है यह समझना किसी के लिए मुश्किल नहीं है। कोई भी उपलब्धि हासिल करने के लिए उससे जुड़ा लक्ष्य निर्धारित करना होता है और फिर लक्ष्य प्राप्ति के लिए रणनीति बनाकर उस पर अमल करने की आवश्यकता होती है। जब तक लक्ष्य स्पष्ट न हो, उस तक पहुंचने का रास्ता तय नहीं किया जा सकता। अत: किसी भी क्षेत्र में सफ़लता के लिए ज़रूरी है कि हम उस मंजिल का चुनाव करें जिस पर हम पहुंचना चाहते हैं। मैनेजमेंट की भाषा में इसे लक्ष्य 'निर्धारण' या 'गोल सेटिंग' कहते हैं।

अगर आप महत्वाकांक्षी हैं, जीवन में आगे बढ़ना चाहते हैं तो आपको लक्ष्य निर्धारण को बहुत गंभीरता से लेना चाहिए। सुस्पष्ट लक्ष्य को ध्यान में रखकर उसके लिए योजनाबद्ध तरीक़े से पूरी क्षमता व आत्मविश्वास के साथ काम करना ही सफ़ल लोगों की पहचान है। यह अफ़सोस की बात है कि मानव आबादी का एक बड़ा हिस्सा लक्ष्य विहीन है। कम ही लोग ऐसे हैं जिन्हें लगता है कि अपने जीवन पर उनका नियंत्रण है और वे ज़िंदगी अपने हिसाब से जी रहे हैं। इसका कारण है कि उन्होंने अपने जीवन में निश्चित लक्ष्य रखें और जीवन की दिशा तय की। हम सभी को ऐसा करना चाहिए।

सभी लक्ष्य एक जैसे महत्वपूर्ण नहीं होते और उनकी प्राप्ति में लगने वाला समय भी भिन्न-भिन्न हो सकता है। अत: पहले हमें उन लक्ष्यों पर ध्यान देना होगा जिनका हमारे लिए अधिक महत्व है।

लक्ष्य निर्धारण में लोगों को एक बड़ी परेशानी यह होती है कि वे अपने लक्ष्यों को स्पष्ट रूप से परिभाषित नहीं कर पाते। उदाहरण के लिए एक व्यक्ति ने अगर वित्तीय सेवा में जाने का लक्ष्य चुना हो तो उसे यह भी तय करना चाहिए कि वह वित्त के किस क्षेत्र में कार्य करना चाहेगा क्योंकि वित्तीय सेवाओं का दायरा काफी विस्तृत है।

उपर्युक्त को ध्यान में रखते हुए ही यह कहा गया है कि हम जो भी लक्ष्य बनाएं वे विशिष्ट, मापे जाने योग्य, प्राप्ति के योग्य, व्यावहारिक व समयबद्ध होने चाहिए। अव्यावहारिक तथा अप्राप्य लक्ष्यों के लिए अपने प्रयासों को व्यर्थ करने में बुद्धिमत्ता नहीं हैं। इसी प्रकार किसी लक्ष्य के लिए असीमित समय नहीं दिया जा सकता। जैसे यदि किसी की पुस्तक लिखने की योजना हो तो यह निश्चित करना ज़रूरी है कि पुस्तक कब तक पूरी कर ली जाएगी।

लक्ष्यों के मामले में आत्म-अनुशासन निहायत ही ज़रूरी है। ऐसा देखा गया है कि लक्ष्य बनाते समय तो व्यक्ति में काफी उत्साह रहता है लेकिन थोड़े समय के बाद यह उत्साह ठंडा पड़ जाता है। और तो और कई बार लोग कुछ समय के बाद अपने लक्ष्य को भूल भी जाते हैं। ऐसे लक्ष्य निर्धारण का क्या फायदा?

ख़ासतौर से मध्यकालिक व दीर्घकालिक लक्ष्यों को हमें एक डायरी में लिखकर रखना चाहिए। हमारी याददाश्त हमेशा हमारा साथ दे, यह ज़रूरी नहीं। अत: महत्वपूर्ण कार्यों, लक्ष्यों को लिपिबद्ध कर रखने की उपेक्षा नहीं करनी चाहिए। इस डायरी को नियमित रूप से देखना हमारी आदत हो, इस पर भी ध्यान देना ज़रूरी है।

लक्ष्य निर्धारण के बाद अगला क़दम इस हेतु कार्ययोजना बनाकर इस पर अमल करने का होता है। प्रत्येक बड़े लक्ष्य तक पहुंचने का एक रास्ता होता है और इस रास्ते की समझ उतनी ही ज़रूरी है जितनी कि लक्ष्य की। व्यवहार विज्ञानी इस बात पर ज़ोर देते हैं कि बड़े लक्ष्यों को छोटे-छोटे लक्ष्यों में विभाजित कर और इन छोटे लक्ष्यों को पार करते हुए मुख्य लक्ष्य पर पहुंचना लक्ष्य प्राप्ति का वैज्ञानिक तरीक़ा है।

टाल-मटोल की आदत लक्ष्य प्राप्ति के मार्ग में सबसे बड़ी बाधा है। एक बार जब हमने अपने लिए लक्ष्य निर्धारित कर लिया है तो हमें इसे अपने ऊपर एक दायित्व के रूप में लेना चाहिए और लक्ष्य की प्राप्ति में पूरे उत्साह के साथ जी-जान से जुट जाना चाहिए। उत्साह को बनाए रखना एक बड़ी चुनौती होती है और उत्साह कम या खत्म होने के कारण बहुत से लोगों के लक्ष्य पीछे छूट जाते हैं।

अगर कोशिशों से हमने अपना लक्ष्य हासिल कर लिया तो हम अच्छा महसूस करते हैं, अपनी क्षमताओं में हमारा विश्वास बढ़ता है और कई मामलों में हम दूसरों के लिए भी प्रेरणा का स्रोत बन जाते हैं। एक लक्ष्य की प्राप्ति हमारे लिए दूसरे उच्चतर लक्ष्यों की प्राप्ति का मार्ग प्रशस्त करती है और हम सफलता की सीढ़ियां चढ़ते चले जाते हैं।

हमारी सफलता निर्धारित करने में इस बात का भी योगदान है कि लक्ष्य प्राप्ति के मार्ग में आने वाली मुश्किलों एवं असफलताओं का सामना हम कैसे करते हैं। रुकावटों व मुश्किलों से हार मान लेना व्यक्ति को कभी कामयाब नहीं बनाता। प्रत्येक व्यक्ति को यह समझना चाहिए कि समस्याएं व मुश्किलें जीवन का आवश्यक अंग हैं और इनसे गुज़रकर ही व्यक्ति को अपनी मंजिल तय करनी होती है।

लक्ष्य निर्धारित कर सफलता हासिल करना किसी असाधारण कुशलता की मांग नहीं करता। परंतु अपने लिए ऊंचे, महत्वपूर्ण लक्ष्य नियत कर और उन्हें हासलि कर हम अपनी पहचान साधारण से असाधारण व्यक्ति के रूप में बना सकते हैं। ❑

India's No. 1 Result Oriented Institute

KAIVALYA INSTITUTE™

Kaivalya

Associated with Gyan Foundation — A Division of Pink Pearl Events Pvt. (Ltd.)

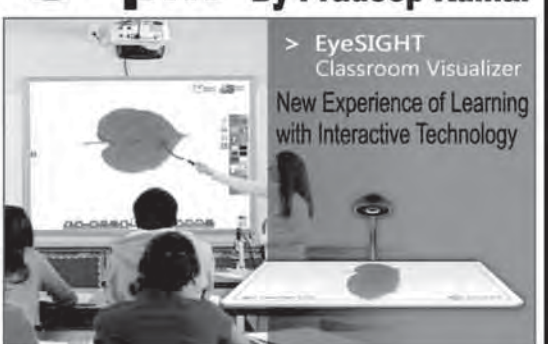
"कैवल्य संस्थान के उचित मार्गदर्शन व इसके सभी अध्यापकगणों के सानिध्य ने मुझे IAS मार्ग पर आगे बढ़ने में सहायता प्रदान की। धन्यवाद कैवल्य"
IA S/PCS — प्रशान्त शर्मा IAS 2011- Rank 29

"कैवल्य संस्थान एक ऐसा संस्थान है जो कि विद्यार्थियों के भीतर छुपी प्रतिभा को बाहर लाने में सक्षम है। मेरा इस संस्थान पर पूर्ण विश्वास है। मुझे यहां उचित मार्गदर्शन व शिक्षा मिली है। जिसका परिणाम आपके सामने है" — Vijay Dhull - IPS - 2011 - Rank - 221

JOIN FREE SEMINAR

15 Oct at - 6 pm By Pradeep Kumar

Topics -1. UPSC - Focus - Concept
2. How to Fullfill Desire?
3. Thoughts are Goods
4. Personality Discover
5. IAS is not an Exam?
6. Decision Making



सामान्य अध्ययन & CSAT - 2013

विशेष बैच प्रारंभ
15 OCTOBER
8 AM & 4 PM

द्वारा प्रदीप कु. एवं कैवल्य टीम

CURRENT AFFAIRS DAILY AT 1 PM

DIRECTOR Dr. NUTAN

वैकल्पिक विषयः भूगोल, Sociology, English Lit., लोक प्रशासन, इतिहास

HOSTEL — LIBRARY

A-22, M. Floor, Savitri Bhawan, Behind Batra Cinema, Dr. Mukherjee Nagar, Delhi 9
Ph:- 011-27650101, 9971703383, 9013013600
Branch Coming Soon - : * Cannought Place * * Dwarka*

YH-134/2012

Do not let ourchildren suffer in silence Report on

1800 180 55 22

helpline@antiragging.in

For Online Anti Ragging Affidavits Visit

www. antiragging.in

Issued in Public Interest by

Ministry of Human Resource Development
Department of Higher Education
Government of India

davp 21201/13/0017/1213

YH-142/2012

प्रकाशक व मुद्रक ईरा जोशी, अपर महानिदेशक (प्रमुख) द्वारा प्रकाशन विभाग के लिए 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। वरिष्ठ संपादक : वी.एम. बनोल

jft-l-Mh,y ¼,l½-05/3231/2012-14
Reg. No. D.L.(S)-05/3231/2012-14 at RMS, Delhi
26 flrcj] 2012 dk idkf'kr • 29-30 flrcj] 2012 dk Mkd }kjk tkjh

Licenced under U (DN)-55/2012-14
vkj-,u-vkb- 951/57
R.N.I. 951/57

नवीन संशोधित एवं परिवर्द्धित संस्करण

अब बाजार में उपलब्ध

संघ एवं राज्य सिविल सेवा परीक्षाओं के सामान्य अध्ययन हेतु अत्यन्त लाभदायक सामग्री. विभिन्न विश्वविद्यालयों के **भारतीय अर्थशास्त्र** के प्रश्न-पत्र के लिए भी उपयोगी.

मूल्य
₹ 265.00

Price
₹ 275.00

टॉपर्स की राय में...

➥ मैंने अर्थव्यवस्था का विशेषांक पढ़ा है. यह अपने आप में बेजोड़ एवं तैयारी के क्रम में पठनीय अनिवार्य पुस्तक है.
—विवेक अग्रवाल
सिविल सेवा परीक्षा, 2011 में उच्च स्थान पर चयनित

➥ मैंने प्रतियोगिता दर्पण के अर्थव्यवस्था अतिरिक्तांक का अध्ययन किया है जो मेरे लिए तैयारी के दौरान काफी उपयोगी साबित हुआ है.
—शिव सहाय अवस्थी
सिविल सेवा परीक्षा, 2010 में हिन्दी माध्यम से प्रथम स्थान

➥ प्रतियोगिता दर्पण का भारतीय अर्थव्यवस्था अतिरिक्तांक तो मेरा पसंदीदा है. प्रारम्भिक और मुख्य दोनों परीक्षाओं के लिए मैं काफी हद तक इस पर निर्भर रहा हूँ. अन्य अतिरिक्तांक भी काफी उपयोगी हैं.
—राहुल कुमार
सिविल सेवा परीक्षा, 2010 में हिन्दी माध्यम से प्रथम स्थान

➥ मैंने प्रतियोगिता दर्पण की सामान्य अध्ययन के अतिरिक्तांक सीरीज पढ़ी. मैंने राजव्यवस्था व अर्थशास्त्र अतिरिक्तांक को अधिक उपयोगी पाया. अर्थव्यवस्था अतिरिक्तांक कम श्रम व समय में भी अच्छी तैयारी कराने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है.
—राकेश कुमार सिंह
उ.प्र. राज्य सिविल सेवा, 2009 में सर्वोच्च स्थान

➥ अतिरिक्तांकों में—अर्थशास्त्र, राजव्यवस्था एवं समाजशास्त्र के अंक संग्रहणीय हैं. अर्थशास्त्र अंक की उपेक्षा करना सीधे-सीधे असफलता को आमंत्रित करना है.
—नमः शिवाय अराजरिया
म.प्र. राज्य सेवा परीक्षा, 2009 में प्रथम स्थान

मुख्य आकर्षण

* भारतीय अर्थव्यवस्था की प्रमुख विशेषताएं * महत्वपूर्ण आर्थिक शब्दावली * भारत की जनगणना 2011 के महत्वपूर्ण आँकड़े * राष्ट्रीय आय, कृषि, उद्योग, मुद्रा, बैंकिंग, परिवहन, संचार, विदेशी व्यापार एवं विदेशी ऋण आदि के अद्यतन आँकड़े * मौद्रिक एवं साख नीति 2012-13 * 2012-13 का केन्द्रीय बजट एवं रेल बजट * विदेशी व्यापार नीति 2009-14 * भारत की विभिन्न पंचवर्षीय योजनाएं * भारत में संचालित रोजगारपरक एवं निर्धनता निवारण कार्यक्रम * प्रमुख केन्द्रीय मंत्रालयों के नवीनतम प्रतिवेदनों पर आधारित महत्वपूर्ण अध्ययन सामग्री * सामयिक आर्थिक विषयों पर संक्षिप्त टिप्पणियाँ * महत्वपूर्ण बहुविकल्पीय प्रश्न.

आज ही अपने निकटतम पुस्तक विक्रेता से सम्पर्क कर अपनी प्रति सुरक्षित कराएं

प्रतियोगिता दर्पण
2/11 ए, स्वदेशी बीमा नगर, आगरा – **282 002** फोन : 4053333, 2531101, 2530966; फैक्स : (0562) 4053330
Website : www.pdgroup.in E-mail : care@pdgroup.in
ब्राँच आफिस : • नई दिल्ली फोन : 011-23251844/66 • हैदराबाद फोन : 040-66753330
To purchase online log on to **www.pdgroup.in**

YH-127/2012