

बीपीएल परिवारों के लिए गरीबी और स्वास्थ्य प्रभाव पर अध्ययन

Harsha Kharol

Assistant Professor, Government College Rishab Dev Kerwada

सार—

भारत दुनिया का ध्यान अपनी ओर आकर्षित कर रहा है, न केवल अपनी जनसंख्या विस्फोट के कारण बल्कि अपने प्रचलित और उभरते स्वास्थ्य प्रोफाइल और गहन राजनीतिक, आर्थिक और सामाजिक परिवर्तनों के कारण भी। स्वास्थ्य पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है। स्वास्थ्य मानव जीवन का एक महत्वपूर्ण पहलू है। स्वास्थ्य सुविधाओं की अनुपलब्धता और खराब आर्थिक स्थिति गरीबों को दयनीय स्थिति में छोड़ देती है। गरीबी न केवल परिवारों को आर्थिक रूप से पीछे खींचती है बल्कि इसका प्रभाव उनकी सामाजिक स्थिति पर भी पड़ता है। गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले परिवारों को कई समस्याओं का सामना करना पड़ता है। गरीबी का बुरा असर शिक्षा, स्वास्थ्य और बुनियादी सेवाओं पर भी पड़ता है। सरकार ग्रामीण गरीबों को स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने में काफी पैसा खर्च कर रही है लेकिन फिर भी वह प्रयास पर्याप्त नहीं हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र कई कारणों से गरीब परिवारों तक नहीं पहुंच पाते हैं। स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता न होने और सुविधाओं की अनुपलब्धता के कारण कई ग्रामीण परिवार स्वास्थ्य पर बहुत पैसा खर्च करते हैं। ग्रामीण लोगों के खराब स्वास्थ्य का कारण नशा भी है। शोधकर्ता ने बोहेडा गांव के बीपीएल परिवारों की स्वास्थ्य स्थिति का अध्ययन किया। वर्तमान अध्ययन प्रकृति में वर्णनात्मक है। बोहेडा गांव में 60 बीपीएल परिवार हैं और शोधकर्ता ने इसे नमूने के तौर पर लिया है। संरचित साक्षात्कार अनुसूची का उपयोग करके प्राथमिक समंक एकत्र किया गया है। अध्ययन का सार यह है कि गरीबी रेखा के परिवारों को स्वास्थ्य और स्वच्छता के बारे में जानकारी नहीं है और यही स्वास्थ्य की खराब स्थिति का मुख्य कारण है। यह भी पाया गया है कि वे सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के बजाय स्थानीय निजी अस्पताल में पैसा खर्च कर रहे हैं। कम शिक्षा और संसाधनों तक सीमित पहुंच उन्हें स्वास्थ्य संबंधी सरकारी योजना और कार्यक्रम से दूर रखती है। ग्रामीण गरीबों को स्वच्छता, व्यक्तिगत स्वच्छता और उचित जल निकासी व्यवस्था, पीने के पानी की स्वच्छता और उनके लिए उपलब्ध सरकारी सुविधाओं के बारे में जागरूक करने की तत्काल आवश्यकता है।

कुंजीशब्द: गरीबी, स्वास्थ्य, गरीबी रेखा से नीचे।

प्रस्तावना

स्वास्थ्य पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है। स्वास्थ्य मानव जीवन का एक महत्वपूर्ण पहलू है। स्वास्थ्य सुविधाओं की अनुपलब्धता और खराब आर्थिक स्थिति गरीबों को दयनीय स्थिति में छोड़ देती है। गरीबी न केवल परिवारों को आर्थिक रूप से पीछे खींचती है बल्कि इसका प्रभाव उनकी सामाजिक स्थिति पर भी पड़ता है। गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले परिवारों को कई समस्याओं का

सामना करना पड़ता है। गरीबी का बुरा असर शिक्षा, स्वास्थ्य और बुनियादी सेवाओं पर भी पड़ता है। सरकार ग्रामीण गरीबों को स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने में काफी पैसा खर्च कर रही है लेकिन फिर भी वह प्रयास पर्याप्त नहीं हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र कई कारणों से गरीब परिवारों तक नहीं पहुंच पाते हैं। स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता न होने और सुविधाओं की अनुपलब्धता के कारण कई ग्रामीण परिवार स्वास्थ्य पर बहुत पैसा खर्च करते हैं। ग्रामीण लोगों के खराब स्वास्थ्य का कारण नशा भी है। इस शब्द को इसके पूर्ण संक्षिप्त नाम से संदर्भित किया जाता है, जो गरीबी रेखा से नीचे है। यह इस आर्थिक बेंचमार्क से संबंधित है कि सीमा आय मौजूद है। यह भारत सरकार द्वारा निर्धारित किया जाता है। इस उपकरण के उपयोग से कम आय वाले परिवारों और लोगों की पहचान की जा सकती है जिन्हें सरकार से तत्काल सहायता की आवश्यकता है। एक व्यक्ति को गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाला माना जाता है यदि उसकी आय गरीबी रेखा से कम मानी जाती है।

स्वास्थ्य और गरीबी:

स्वास्थ्य पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति, ताकि प्रत्येक नागरिक सामाजिक और आर्थिक रूप से पूर्वानुमानित जीवन जी सके। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) 1948,

ग्रामीण स्वास्थ्य:

स्वास्थ्य सेवा हर व्यक्ति का अधिकार है, लेकिन गुणवत्तापूर्ण बुनियादी ढांचे की कमी, योग्य चिकित्सा कर्मियों की कमी और बुनियादी दवाओं और चिकित्सा सुविधाओं तक पहुंच न होने के कारण भारत में 60% आबादी तक इसकी पहुंच नहीं हो पाती है। 700 मिलियन लोगों का बहुमत ग्रामीण क्षेत्रों में रहता है जहाँ चिकित्सा सुविधाओं की स्थिति दयनीय है। गंभीर तथ्यों की तस्वीर को ध्यान में रखते हुए, यह सुनिश्चित करने के लिए नई प्रथाओं और प्रक्रियाओं की सख्त आवश्यकता है कि गुणवत्तापूर्ण और समय पर स्वास्थ्य सेवा भारतीय गांवों के वंचित कोनों तक पहुंचे। हालाँकि सरकार द्वारा बहुत सारी नीतियाँ और कार्यक्रम चलाये जा रहे हैं लेकिन कार्यान्वयन में कमियों के कारण इन कार्यक्रमों की सफलता और प्रभावशीलता संदिग्ध है। ग्रामीण भारत में, जहां प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों (पीएचसी) की संख्या सीमित है, 8% केंद्रों में डॉक्टर या चिकित्सा कर्मचारी नहीं हैं, 39% में लैब तकनीशियन नहीं हैं और 18% पीएचसी में फार्मासिस्ट भी नहीं है। भारत में मातृत्व मृत्यु की संख्या भी सबसे अधिक है। इनमें से अधिकांश ग्रामीण क्षेत्रों में हैं जहां मातृ स्वास्थ्य देखभाल खराब है। निजी क्षेत्र में भी, स्वास्थ्य देखभाल अक्सर परिवार नियोजन और प्रसवपूर्व देखभाल तक ही सीमित होती है और प्रसव और प्रसव जैसी अधिक महत्वपूर्ण सेवाओं तक विस्तारित नहीं होती है, जहां जटिलताओं के मामले में उचित चिकित्सा देखभाल जीवन बचा सकती है।

भारत में गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल):

एक दशक से चल रहे सर्वेक्षण के अनुसार, भारत की केंद्र सरकार गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों की पहचान करने के मानदंडों पर अनिर्णीत है। अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर, क्रय शक्ति समता के आधार पर प्रति

व्यक्ति +1.90 प्रति दिन से कम की आय को अत्यधिक गरीबी के रूप में परिभाषित किया गया है। इस अनुमान के अनुसार, लगभग 21.2% भारतीय अत्यंत गरीब हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में प्रतिदिन 32 रु. आरबीआई के पूर्व गवर्नर सी रंगराजन की अध्यक्षता में एक विशेषज्ञ पैनल ने कहा कि कस्बों और शहरों में 47 को गरीब नहीं माना जाना चाहिए। इसका मतलब है कि भारत की 29.5% आबादी रंगराजन समिति द्वारा परिभाषित गरीबी रेखा से नीचे रहती है, जबकि तेन्दुलकर के अनुसार यह 21.9% है। 2009–10 के लिए, रंगराजन ने अनुमान लगाया है कि कुल जनसंख्या में बीपीएल समूह की हिस्सेदारी 38.2% थी, जिससे दो साल की अवधि में गरीबी अनुपात में 8.7% प्रतिशत अंक की गिरावट आई। वास्तविक परिवर्तन शहरी क्षेत्रों में है जहां बीपीएल संख्या रंगराजन के अनुमान के आधार पर अनुमान है कि यह लगभग दोगुना होकर 102.5 मिलियन हो जाएगा, जबकि पिछली समिति की सिफारिशों के आधार पर यह 53 मिलियन था। इसलिए, नए माप के आधार पर, 2011–12 में शहरी क्षेत्रों में रहने वाले 26.4% लोग बीपीएल थे, जबकि 2009–10 में यह 35.1% था। 2012 में, भारत सरकार ने कहा कि उसकी 22% आबादी उसकी आधिकारिक गरीबी सीमा से नीचे है। विश्व बैंक ने 2005 के पीपीपी अंतर्राष्ट्रीय तुलना कार्यक्रम के आधार पर 2011 में अनुमान लगाया कि भारतीय आबादी का 23.6% या लगभग 276 मिलियन लोग, और क्रय शक्ति समानता पर प्रति दिन 1.25 डॉलर से नीचे रहते हैं।

भारत में निर्धनता अनुपात व निर्धनों की संख्या

	वर्ष	निर्धनता अनुपात फीसद			निर्धनों की संख्या (करोड)		
		ग्रामीण क्षेत्र	शहरी क्षेत्र	अखिल भारत	ग्रामीण क्षेत्र	शहरी क्षेत्र	अखिल भारत
	1993–94	50.1	31.8	45.3	32.86	7.45	40.37
	2004–05	41.8	25.7	37.2	32.63	8.08	40.71
	2009–10	33.8	20.9	29.8	27.82	7.64	35.47
तेन्दुलकर समिति	2011–12	25.7	13.7	21.9	21.65	5.28	26.93
रंगराजन समिति	2011–12	30.9	26.4	29.5	26.05	10.25	36.30

स्रोत: भारतीय योजना आयोग अनुमान

गरीबी की समस्या से निजात पाने के लिए सरकार द्वारा समय-समय पर विभिन्न स्वास्थ्य सुधार हेतु कार्यक्रम चलाए गये हैं। जिनमें से कुछ सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं का विवरण निम्नानुसार है।

1. जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम

भारत में हर साल गर्भावस्था संबंधी जटिलताओं के कारण लगभग 56,000 महिलाओं की मृत्यु हो जाती है। इसी प्रकार, हर साल 13 लाख से अधिक शिशु जन्म के 1 वर्ष के भीतर मर जाते हैं और इनमें से

लगभग 9 लाख यानी 2/3 शिशुओं की मृत्यु जीवन के पहले चार हफ्तों के भीतर हो जाती है। इनमें से लगभग 7 लाख यानी 75: मौतें जन्म के एक सप्ताह के भीतर होती हैं और इनमें से अधिकांश जन्म के बाद पहले दो दिनों में होती हैं।

2. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी)

पीएचसी ग्रामीण समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच पहला संपर्क बिंदु है। पीएचसी की परिकल्पना स्वास्थ्य देखभाल के निवारक और आदिम पहलुओं पर जोर देने के साथ ग्रामीण आबादी को एकीकृत उपचारात्मक और निवारक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए की गई थी। पीएचसी की स्थापना और रखरखाव राज्य सरकारों द्वारा न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (एमएनपी) बुनियादी न्यूनतम सेवा कार्यक्रम (बीएमएस) के तहत किया जाता है। वर्तमान में, पीएचसी में एक चिकित्सा अधिकारी और 14 पैरामेडिकल और अन्य कर्मचारी कार्यरत हैं। यह 6 उपकेंद्रों के लिए एक रेफरल इकाई के रूप में कार्य करता है। इसमें मरीजों के लिए 4-6 बेड हैं। पीएचसी की गतिविधियों में उपचारात्मक, निवारक, आदिम और परिवार कल्याण सेवाएं शामिल हैं। मार्च 2007 तक देश में 22,370 पीएचसी कार्यरत थे। एनआरएचएम (2005 से 2012) का लक्ष्य 18 पर विशेष देने के साथ पुरे देश में ग्रामीण आबादी को प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना है।

3. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) व्यक्तिगत, घरेलू, समुदाय और सबसे महत्वपूर्ण रूप से स्वास्थ्य प्रणाली स्तरों पर हस्तक्षेप के माध्यम से प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने का एक राष्ट्रीय प्रयास है। पिछले कुछ दशकों में जीवन प्रत्याशा में वृद्धि के मामले में स्वास्थ्य की स्थिति में उल्लेखनीय प्रगति के बावजूद, मृत्यु दर और रुग्णता में कमी के कारण गंभीर चुनौतियाँ अभी भी बनी हुई हैं। ये चुनौतियाँ अलग-अलग राज्यों के भीतर भी काफी भिन्न-भिन्न हैं।

4. राजीव गांधी जीवनदायियोजना (रगजी)

गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) परिवारों के लिए चिकित्सा पहुंच सुविधा में सुधार के लिए राजीव गांधी जीवनदायी योजना (आरजीजेवाई)। राजीव गांधी जीवनदायी योजना, रुपये से कम वार्षिक आय वाले परिवारों को सक्षम बनाती है। निःशुल्क चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए 1 लाख रु. 1.5 लाख. (भारत सरकार)

साहित्य की समीक्षा

डॉ. के.एस. माली पाटिल (2019) ने बेल्लारी जिले में बीपीएल परिवारों के मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य का अध्ययन किया। सभी उत्तरदाता एक वर्ष के बच्चे वाली स्तनपान कराने वाली माताएं थीं। और शोध में उनके स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति के बारे में विश्लेषण किया गया और विष्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार माताओं के बीएमआई ग्रेडेशन को मापा गया और नए विष्व स्वास्थ्य संगठन विकास मानक के अनुसार उनके बच्चे के विकास मानक को भी मापा गया। अध्ययन क्षेत्र कर्नाटक का बेल्लारी शहर था,

अधिकांश उत्तरदाता हिंदू धर्म के हैं। तब उनका प्रमुख व्यवसाय कृषि था। श्रमिक लेकिन उन सभी की औसत वार्षिक आय 10,000 से 15,000 रुपये थी और अधिकांश उत्तरदाता यानी 50% 15–25 आयु वर्ग के थे और केवल कुछ उत्तरदाताओं का आयु वर्ग 25–35 था। उत्तरदाताओं में से कई यानी 36% की शादी 18 साल से कम उम्र में हुई है। चूँकि 40% निरक्षर थे। लगभग 58% उत्तरदाता संयुक्त परिवार में रह रहे थे। लेकिन, अधिकांश उत्तरदाताओं में से 80% की देखभाल गर्भावस्था और बच्चे की देखभाल के दौरान उनकी माँ द्वारा की जाती थी। 40% उत्तरदाता कच्चा घर में रहते थे। अधिकांश उत्तरदाताओं यानी 80% ने अपना टीकाकरण कराया और आयरन की गोलियाँ लीं। इस क्षेत्र में 68 प्रतिशत उत्तरदाता गर्भावस्था के दौरान एनीमिया से पीड़ित हैं। प्रसव के समय उनका खून भी कम था। कई उत्तरदाताओं (90%) ने गर्भावस्था के दौरान सामान्य भोजन लिया था। और वे हरी पत्तियाँ, सब्जियाँ, फल, दूध आदि पसंद करते हैं और अधिकांश उत्तरदाताओं (68%) को गर्भावस्था अवधि, प्रसव के समय और प्रसव के बाद कुछ शारीरिक समस्याएँ थीं। उनमें से अधिकांश को गर्भावस्था के समय में दबाव, शुगर की समस्या थी; प्रसव के समय उच्च तापमान, रक्तस्राव और प्रसव पीड़ा न होना; और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान पीठ दर्द, पेट दर्द। इस शोध में यह पाया गया कि गर्भावस्था की अंतिम अवधि के दौरान उत्तरदाताओं में मनोवैज्ञानिक भय अधिक था।

कई उत्तरदाताओं (50 प्रतिशत) का बीएमआई स्थिति सामान्य थी, (26 प्रतिशत) का वजन कम पाया गया और (16 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का बीएमआई स्थिति अधिक वजन वाली थी और कुछ उत्तरदाताओं (8 प्रतिशत) का वजन अधिक अर्थात् मोटापा पाया गया। बाल विकास मानक में कई (50 प्रतिशत) उत्तरदाताओं के बाल विकास मानक सामान्य, 22 प्रतिशत मध्यम और 28 प्रतिशत कम वजन के हैं। उत्तरदाताओं में से कई (94 प्रतिशत) का प्रसव सही महीने में हुआ था और बाकी (6 प्रतिशत) का जन्म समय से पहले हुआ था। जन्म के समय शिशु के वजन के संबंध में, 40 प्रतिशत का जन्म के समय वजन कम था और अन्य 60 प्रतिशत के शिशु का वजन 2.500 से 3.500 किलोग्राम था। अधिकांश (90 प्रतिशत) अपने बच्चों को कम से कम 6 महीने तक दूध पिलाते हैं। जबकि उनमें से कुछ अभी भी स्तनपान करा रहे हैं और कुछ उत्तरदाताओं (10 प्रतिशत) के लिए स्तन के दूध की कमी और उनकी स्वास्थ्य स्थिति के कारण अपने बच्चों को स्तनपान कराना संभव नहीं है। कई उत्तरदाताओं (76 प्रतिशत) ने पूरी तरह से टीकाकरण कराया, 20 प्रतिशत ने आंशिक रूप से टीकाकरण कराया और कुछ (4 प्रतिशत) उत्तरदाताओं ने टीकाकरण नहीं कराया। अधिकांश उत्तरदाताओं ने 4 से 6 महीने में दूध छुड़ाना शुरू कर दिया। इसमें यह भी कहा गया है कि रहने का माहौल भी माँ के साथ-साथ उनके बच्चे के स्वास्थ्य को निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

पी. मणिकांत (2022) ने आंध्र प्रदेश के चित्तूर जिले के ग्रामीण बीपीएल परिवारों के बुजुर्गों की सामाजिक-आर्थिक और स्वास्थ्य स्थिति पर अध्ययन किया। स्वास्थ्य हर किसी का अधिकार है। दुनिया भर में स्वास्थ्य प्रणालियाँ लोगों के अधिकारों को पूरा करने के लिए कमर कस रही हैं। अधिकारों के युग में, स्वास्थ्य में समानता लाने के लिए पुरुषों और महिलाओं के बीच स्वास्थ्य में असमानता को तलाशने और समझने की जरूरत है। हालाँकि महिला के स्वास्थ्य को परिभाषित करना अपने आप में एक चुनौती है। उम्र बढ़ने की प्रक्रिया निश्चित रूप से एक जैविक वास्तविकता है जिसकी अपनी गतिशीलता है, जो काफी हद तक मानव नियंत्रण से परे है। हालाँकि, यह उन संरचनाओं के भी अधीन है जिनके द्वारा प्रत्येक

समाज वृद्धावस्था का बोध कराता है। विकसित विश्व में कालानुक्रमिक समय सर्वोपरि भूमिका निभाता है। अधिकांश विकसित देशों में 60 या 65 वर्ष की आयु, जो लगभग सेवानिवृत्ति की आयु के बराबर है, उसी को वृद्धावस्था की शुरुआत कहा जाता है। प्रजनन स्तर में कमी, जीवन प्रत्याशा में लगातार वृद्धि से प्रबलित, ने जनसंख्या की आयु संरचना में मूलभूत परिवर्तन उत्पन्न हुए हैं, जिसके परिणामस्वरूप जनसंख्या उम्र बढ़ने लगती है। भारत में मृत्यु दर और प्रजनन क्षमता में गिरावट के ऐतिहासिक पैटर्न के विश्लेषण से पता चलता है कि जनसंख्या की उम्र बढ़ने की प्रक्रिया केवल 1990 के दशक में तेज हुई। भारत की वृद्ध जनसंख्या, जो 1991 में 56.7 मिलियन थी, 2001 में 72 मिलियन है और 2021 तक बढ़कर 137 मिलियन होने की उम्मीद है। आज दुनिया के हर दस में से एक वरिष्ठ नागरिक भारत में रहता है। कुल बुजुर्ग आबादी में, ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों की संख्या 78 प्रतिशत है। भारत एक कृषि प्रधान अर्थव्यवस्था है जहां लगभग 70 प्रतिशत आबादी ग्रामीण क्षेत्रों में रहती है और कृषि और संबद्ध व्यवसायों पर निर्भर है। वृद्ध (60+) इस आबादी का लगभग सात से आठ प्रतिशत प्रतिनिधित्व करते हैं, उनमें से अधिकांश गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन कर रहे हैं। असंगठित क्षेत्र के वृद्धजन जैसे कृषि श्रमिक, आकस्मिक श्रमिक और भूमिहीन मजदूर आर्थिक रूप से हताश स्थिति में हैं।

आर्थिक कठिनाइयाँ, स्वास्थ्य समस्याएँ, पारिवारिक जिम्मेदारियाँ और बिगड़े रिश्ते बुजुर्ग लोगों के सामने आने वाली प्रमुख समस्याएँ हैं। परिवार की अत्यावश्यक आवश्यकताओं और अपनी व्यक्तिगत आवश्यकताओं के कारण उन्हें जब तक जीवित रहते हैं काम करना पड़ता है। इसके अलावा, समस्याएं तब और अधिक विकराल हो जाती हैं जब उनके बच्चे उनकी उपेक्षा करने लगते हैं और बुजुर्ग लोगों को आर्थिक और स्वास्थ्य सम्बंधी समस्याओं के साथ-साथ मनोवैज्ञानिक-सामाजिक समस्याओं का भी सामना करना पड़ता है। वृद्धों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं एक बड़ा सवाल रही हैं। जहां तक इन सुविधाओं की उपलब्धता और लाभ का सवाल है, देसाई (1987) ने ग्रामीण वृद्धों की स्वास्थ्य स्थिति का विश्लेषण करते हुए बताया कि अस्पताल तक पहुंचने या डॉक्टर तक जाने का मतलब पैसा खर्च करना है और ग्रामीण गरीब इतने गरीब हैं कि वे ऐसा नहीं कर सकते। इसलिए उपचार के हाथ की संभावना के बिना पीड़ित होना और मरना ग्रामीण वृद्धों की नियति है। "शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य समस्या, किसी भी आयु वर्ग के व्यक्ति में मुकाबला करने और सहनशीलता के स्तर को कम कर देती है। जैविक उम्र बढ़ने के कारण बीमारी के प्रति प्रतिरोधक क्षमता का स्तर कम हो जाता है और ठीक होने में अधिक समय लगता है तथा शारीरिक शक्ति में धीरे-धीरे गिरावट आना आम बात है। निःसंदेह, यह अलग-अलग व्यक्तियों में अलग-अलग होती है। उम्र से संबंधित कुछ बीमारियाँ जैसे गठिया, कम दृष्टि, कम सुनना, रक्तचाप में उतार-चढ़ाव, श्वसन संबंधी समस्याएँ मधुमेह आदि रोजमर्रा की जिंदगी का हिस्सा बन जाती हैं।

उद्देश्य:

1. बीपीएल परिवारों की सामाजिक-आर्थिक स्थिति को समझना।
2. स्वास्थ्य के बारे में जागरूकता और बीपीएल परिवारों के लिए स्वास्थ्य सेवा की उपलब्धता को समझना।
3. बीपीएल परिवारों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार हेतु संभावित सुझाव।

कार्यप्रणाली:

शोधकर्ता ने बोहेडा गांव के बीपीएल परिवारों की स्वास्थ्य स्थिति का अध्ययन किया। वर्तमान अध्ययन प्रकृति में वर्णनात्मक है। बोहेडा गांव में 60 बीपीएल परिवार हैं और शोधकर्ता ने इसे नमूने के तौर पर लिया है। संरचित साक्षात्कार अनुसूची का उपयोग करके प्राथमिक समंक एकत्रित किये गये हैं।

परिणाम और चर्चा:**तालिका संख्या 1 बीपीएल परिवारों की सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि**

No.	चर जाति	जाँच – परिणाम
		43.3% अनुसूचित जाति के हैं
1.	परिवार के सदस्य की संख्या	46.7% परिवारों में 3-4 सदस्य हैं
2.	परिवार का प्रकार	लगभग तीन चौथाई बीपीएल परिवार एकल प्रकार के परिवार में रहते हैं
3.	शिक्षा	63.3% परिवार के मुखियाओं ने माध्यमिक शिक्षा ली
5.	व्यवसायों	आधे बीपीएल परिवारों का मुख्य व्यवसाय दैनिक मजदूरी है और शेष का मुख्य व्यवसाय कृषि है
6.	वार्षिक आय	उनमें से अधिकांश यानी 70% ने बताया कि उनकी वार्षिक आय रु. 25000/- है।

तालिका नं. 1 बोहेडा गांव के बीपीएल परिवारों की सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि को दर्शाता है। उपरोक्त तालिका से यह दर्शाया गया है कि गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले अधिकांश उत्तरदाता भूमि और अन्य आजीविका संसाधनों के न होने के कारण अनुसूचित जाति से हैं। भूमि और अन्य संसाधनों का वितरण जाति के आधार पर किया जाता है इसलिए अनुसूचित जाति के परिवार बीपीएल श्रेणी में आते हैं। अधिकांश बीपीएल परिवारों में परिवार के 3-4 सदस्य होते हैं। यह दर्शाता है कि परिवार का आकार मध्यम है और वे एकल प्रकार के परिवार में रह रहे हैं। शोध निष्कर्ष से स्पष्ट है कि ग्रामीण क्षेत्र में संयुक्त परिवार प्रथा धीरे-धीरे कम हो रही है तथा एकल परिवार बढ़ रहे हैं। यह सामाजिक परिवर्तन बीपीएल परिवारों में भी देखा गया है। यह पाया गया है कि बीपीएल परिवारों के अधिकांश मुखिया माध्यमिक शिक्षा तक शिक्षित हैं। अधिकांश बीपीएल परिवार कृषि और कृषि गतिविधियों में दैनिक मजदूरी पर निर्भर हैं। मौसमी दैनिक मजदूरी पर निर्भरता के कारण उनकी वार्षिक आय बहुत कम है जो गरीबी रेखा से नीचे रहने का एक कारण है। भूमि की कमी, संपत्ति की कमी और मौसमी रोजगार उन्हें गरीबी रेखा से नीचे धकेल देते हैं। इसके कारण उनमें से अधिकांश की वार्षिक आय 25000/- तक है जो उनके सामाजिक

और आर्थिक विकास पर प्रभाव डालती है। ऐसा पाया गया है कि बीपीएल परिवारों के अधिकांश मुखिया माध्यमिक शिक्षा तक शिक्षित हैं। उपरोक्त निष्कर्षों से यह स्पष्ट है कि कम आय, कम शिक्षा, दैनिक मजदूरी पर निर्भरता, आजीविका स्रोतों की कमी, कृषि भूमि की कमी के कारण इन परिवारों की सामाजिक और आर्थिक स्थिति निम्न है जो परिवार के सदस्यों के समग्र विकास को प्रभावित करती है।

तालिका संख्या 2 बीपीएल परिवार की स्वास्थ्य स्थिति

वर्ष.	चर	जाँच – परिणाम
1	शौचालय की उपलब्धता एवं उपयोग	56.7% बीपीएल परिवारों के घर में शौचालय है और वे सभी इसका उपयोग कर रहे हैं
2	शौचालय निर्माण के लिए सरकारी सब्सिडी का लाभ उठाया	46.7% को शौचालय निर्माण के लिए सब्सिडी मिली
3	पीने के पानी का स्रोत	आधे से अधिक बीपीएल परिवार पीने के लिए नल के पानी का उपयोग कर रहे हैं जबकि शेष सीधे नदी से पानी का उपयोग कर रहे हैं
4	पीने की दैनिक सफाई पानी का बर्तन	60% ने बताया कि वे नियमित रूप से सफाई कर रहे हैं
5	अपशिष्ट जल प्रबंधन	70% ने बताया कि जल निकासी की उचित व्यवस्था है
6	दैनिक कूड़े-कचरे का निपटान	46.7% बीपीएल परिवार सड़क किनारे कचरा डालते हैं, उनमें से बहुत कम परिवार उचित कूड़ेदान का उपयोग
7	बीपीएल परिवारों में नशाखोरी	50% को तंबाकू की लत थी और 43.3% को शराब की लत थी, बाकी को धूम्रपान की लत थी

तालिका नं. 2 बीपीएल परिवारों की स्वास्थ्य स्थिति को दर्शाती है। जब हमने बीपीएल परिवारों में शौचालय की उपलब्धता और उपयोग पर चर्चा की तो उनमें से आधे से अधिक के पास शौचालय है और वे उसका उपयोग कर रहे हैं। लगभग आधे परिवार को शौचालय निर्माण के लिए सब्सिडी प्राप्त होती है। स्वास्थ्य की स्थिति शौचालय के उपयोग पर निर्भर करती है। अभी भी लगभग आधे परिवारों के पास शौचालय नहीं है इसलिए वे खुले में शौच जाते हैं। खुले में शौच विभिन्न बीमारियों को खुला निमंत्रण है। तो इससे परिवार के सदस्यों के स्वास्थ्य पर बुरा प्रभाव पड़ता है। आधे से अधिक परिवार पीने के लिए नल के पानी का उपयोग कर रहे हैं और शेष सीधे नदी के पानी का उपयोग कर रहे हैं। स्वच्छ और सुरक्षित पेयजल स्वास्थ्य समस्याओं को कम करने के तरीकों में से एक है। अभी भी आधे परिवार स्वच्छ और सुरक्षित

पेयजल से संबंधित समस्या का सामना कर रहे हैं। यह भी पाया गया है कि अधिकांश बीपीएल परिवार नियमित आधार पर पानी के बर्तन को साफ करते हैं। अभी भी लगभग 40 प्रतिशत लोग पानी के बर्तन को नियमित रूप से साफ नहीं करते हैं जो परिवार के सदस्यों की बीमारी का एक कारण हो सकता है। 70 प्रतिशत बीपीएल परिवारों ने बताया कि उनके पास अपशिष्ट जल के लिए उचित जल निकासी की व्यवस्था है। यह जानना अच्छा है कि कम से कम उनके पास उचित जल निकासी व्यवस्था है। आधे से भी कम परिवार सड़क किनारे कचरा फेंक रहे हैं और उनमें से बहुत कम परिवार उचित कूड़ेदान का उपयोग कर रहे हैं। कूड़े के उचित निस्तारण के अभाव के कारण गंदा वातावरण बीपीएल परिवारों के लिए अधिक स्वास्थ्य समस्याएं पैदा करता है। स्वास्थ्य और लत का एक-दूसरे से गहरा संबंध है। बीपीएल परिवार के सभी मुखियाओं ने बताया कि उन्हें किसी न किसी भी प्रकार की लत है। यह पाया गया है कि उनमें से आधे को तंबाकू चबाने की लत है और लगभग 40 प्रतिशत को शराब की लत है और कुछ को धूम्रपान की लत है। बीपीएल परिवारों में यह बहुत ही भयानक स्थिति है, कम आय होने के बावजूद भी उन्हें विभिन्न प्रकार की लतें हैं। उपरोक्त निष्कर्षों से स्पष्ट है कि शौचालयों का उपयोग, सुरक्षित पेयजल की उपलब्धता, कूड़े-कचरे का सुरक्षित निस्तारण स्वास्थ्य के महत्वपूर्ण पहलू हैं। लेकिन बीपीएल परिवारों को उपरोक्त आवश्यकताओं के संबंध में समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है जो स्वास्थ्य के लिए खराब स्थिति पैदा करता है। व्यसन प्रत्येक परिवार में मौजूद है जिससे व्यसन पर खर्च बढ़ता है और यह अप्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य पर खर्च बढ़ाता है इसलिए यह बीपीएल परिवारों के लिए दो तरह से समस्या का कारण बन रहा है।

तालिका क्रमांक 3 स्वास्थ्य सुविधाएं एवं बीपीएल परिवार

वर्ष.	चर	जाँच – परिणाम
1	उपचार का स्थान	66.7% बीपीएल परिवार स्थानीय क्लीनिकों में इलाज कराते हैं
2	पीएचसी की सेवाओं का उपयोग	केवल 20% ही इलाज के लिए पीएचसी जाते हैं
3	पीएचसी से संपर्क न करने के पीछे कारण	अज्ञानता, इलाज की गुणवत्ता पर संदेह और पीएचसी के कर्मचारियों का बुरा व्यवहार
4	उपचार पर वार्षिक व्यय	86.7% ने बताया कि उनका खर्च 3000/- per annum
5	बीपीएल परिवारों के बीच सरकारी स्वास्थ्य योजना के बारे में जागरूकता	70 फीसदी बीपीएल परिवारों ने बताया कि उन्हें सरकारी स्वास्थ्य योजना के बारे में जानकारी नहीं है

6	जागरूकता राजीव गांधी जीवनदायी योजना	राजीव गांधी जीवनदायी योजना के बारे में 83.3% लोग जानते हैं
7	राजीव गांधी जीवनदायी योजना का कार्ड मिला	73.3% के पास राजीव गांधी जीवनदायी योजना का कार्ड था
8	राजीव गांधी जीवनदायी योजना के लाभार्थी	6.7% यानी केवल दो परिवारों ने बताया कि उन्हें राजीव गांधी जीवनदायी योजना से लाभ मिला।

तालिका नं. 3 बीपीएल परिवारों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं के बारे में बताता है कि बीपीएल परिवार के अधिकांश सदस्य स्थानीय क्लीनिकों में इलाज कराते हैं। यह भी पाया गया है कि परिवार के केवल 20 प्रतिशत सदस्य ही प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र से इलाज करा रहे हैं। इससे यह साफ है कि लोग स्वास्थ्य पर खर्च कर निजी क्लीनिकों में जाते हैं। हालांकि सरकार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के माध्यम से स्वास्थ्य उपचार प्रदान कर रही है, लेकिन लोग स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ नहीं उठा रहे हैं। पीएचसी में संपर्क न करने का कारण सेवा के बारे में अनभिज्ञता, उपचार की गुणवत्ता पर संदेह और पीएचसी के कर्मचारियों का बुरा व्यवहार है। अधिकांश उत्तरदाताओं ने बताया कि उनका व्यय 3000/- Per Annum प्रतिवर्ष तक है। इन परिवारों की आय की तुलना में यह बहुत बड़ी रकम है। बीपीएल परिवारों को पीएचसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सुविधाओं के बारे में जागरूक करना आवश्यक है ताकि वे इससे स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ उठा सकें। इससे स्वास्थ्य पर होने वाला खर्च कम होगा। अधिकांश बीपीएल परिवारों ने बताया कि उन्हें सरकारी स्वास्थ्य योजना की जानकारी नहीं है। उनमें से अधिकांश ने बताया कि वे राजीव गांधी जीवनदायी योजना के बारे में जानते हैं और उनमें से अधिकांश को योजना का कार्ड प्राप्त हुआ है। लेकिन केवल 6.7% यानी केवल दो परिवारों ने बताया कि उन्हें राजीव गांधी जीवनदायी योजना से लाभ मिला। ऐसा लगता है कि बीपीएल परिवारों के लिए योजनाएं और कार्यक्रम तो हैं लेकिन शायद ही ऐसे परिवार हैं जिन्हें इसका लाभ मिला हो। उपरोक्त निष्कर्षों से यह स्पष्ट है कि यद्यपि सरकार बीपीएल परिवारों को स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रयास कर रही है, लेकिन योजनाओं और कार्यक्रमों के बारे में अनभिज्ञता, पीएचसी के प्रति सकारात्मक दृष्टिकोण नहीं होना लोगों को लाभ से दूर रखने के मुख्य कारण हैं।

निष्कर्ष:-

मनुष्य के लिए अच्छा स्वास्थ्य बहुत जरूरी चीज है लेकिन खराब आर्थिक स्थिति, कम शिक्षा, स्वास्थ्य के प्रति अनभिज्ञता उन्हें स्वास्थ्य की खराब स्थिति में धकेल देती है। स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने में सरकारी प्रयास पर्याप्त नहीं हैं। गरीब परिवारों तक लाभ पहुंचाने के लिए और अधिक प्रयास करना जरूरी है। लोगों को सरकारी योजनाओं और कार्यक्रमों के बारे में जागरूक करने की तत्काल आवश्यकता है ताकि वे इसका लाभ उठा सकें। गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले परिवारों की आर्थिक स्थिति अच्छी नहीं होती,

इसलिए वे निजी अस्पतालों में इलाज का खर्च नहीं उठा सकते। सरकार को भी पीएचसी की हालत सुधारने की जरूरत है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के प्रति लोगों का नजरिया बदलना होगा। इन परिवारों में नशाखोरी को रोकने में एनजीओ भी महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं।

संदर्भ—

1. मिश्रा, बी.डी., अशरफ, ए., सिमंस, आर. और सिमंस, जी.बी. 1982. परिवर्तन के लिए संगठनरू ग्रामीण भारत में परिवार नियोजन का एक व्यवस्थित विश्लेषण। रेडियंट पब्लिशर्स, नई दिल्ली।
2. वर्मा, आर., रॉय, टी.के. और सक्सेना, पी.सी. 1994. चयनित भारतीय राज्यों में परिवार कल्याण सेवाओं और देखभाल की गुणवत्ता। अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान, मुंबई।
3. अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान (आईआईपीएस) और मैक्रो। 2007. भारत— राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस-3), 2005-06, मुंबई।
4. योजना आयोग. 2002. राष्ट्रीय मानव विकास रिपोर्ट 2001, भारत सरकार। नई दिल्ली।
- 5- भारत सरकार। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली 2002
6. किशोर जे. भारत के राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम। नई दिल्लीरू सेंचुरी प्रकाशन; 2009.
7. जिनेवा विश्व स्वास्थ्य संगठन; 2008. स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर आयोग की रिपोर्ट।
8. मैक्रोइकॉनॉमिक्स और स्वास्थ्य पर राष्ट्रीय आयोग। मैक्रोइकॉनॉमिक्स और स्वास्थ्य पर राष्ट्रीय आयोग की रिपोर्ट 2005 एमओएचएफडब्ल्यू, भारत सरकार। 2005
9. योजना आयोग. ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना (2007-2012) योजना आयोग, भारत सरकार नई दिल्ली।
- 10- महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम; ग्रामीण विकास मंत्रालय, भारत सरकार। अंतिम बार 2010 अगस्त 10 को उद्धृत किया गया,। यहां उपलब्ध <http://nrega-nic-in@netnrega@home-aspA>
11. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति. 2000
12. जलवायु परिवर्तन पर राष्ट्रीय कार्य योजना जलवायु परिवर्तन पर प्रधान मंत्री परिषद, भारत सरकार, नई दिल्ली। 2008