



# भारत के विकास का मूल्यांकन सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों की कसौटी पर

एक नागरिक रपट

वादा ना तोड़ो अभियान

दिसंबर 2007

# भारत के विकास का मूल्यांकन सहस्राब्दी

## एक नागरिक रपट

### प्रकाशन :

वादा ना तोड़ो अभियान – राष्ट्रीय सचिवालय, सी-1/ ई, दूसरी मंजिल, युसुफ सराय के पीछे, ग्रीन पार्क एक्सटेंशन, नई दिल्ली-110016, भारत टेलीफोन

### सहयोग :

यह पहल संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी अभियान की साझेदारी और वादा ना तोड़ो अभियान के साझेदारों के सहयोग के बिना सफल नहीं हो सकती।

### संपादन :

एलियाबेथ गिब्सन और पसंग डी लेच्चा

### अनुवाद :

मीनाक्षी बाजपेयी

### डिजाइन और मुद्रण : अनएंप्लायड दलित यूथ इंफावरमेंट मिशन (यूडीवाईईएम)

ए-1, हनुमान मंदिर परिसर, कनाट प्लेस, दिल्ली

udyem@hotmail.com www.udyem.org 9873339839

वादा ना तोड़ो अभियान गरीबी सामाजिक बहिष्कार और असमानता के उन्मूलन के अपने वादे के प्रति सरकार को जिम्मेदार ठहराने के लिए एक राष्ट्रीय पहल है। हमारा लक्ष्य संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी घोषणा (2000), में लक्ष्य पाने के सरकार के बाद पर निगरानी रखते हुए आजीविका के अधिकार, स्वास्थ्य और शिक्षा के विशेष लक्ष्य वाले राष्ट्रीय विकास लक्ष्य और राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रम (2004-09) को पूरा कराना है। वादा ना तोड़ो अभियान भारत के 23 राज्यों में अधिकारों के मसले पर काम कर रहे 3000 से भी ज्यादा संगठनों का नेटवर्क है, जो तात्कालिक रणनीति के मुद्दे पर सामाजिक समूहों और इसमें लगे नीति निर्धारकों को एक साथ जोड़ने के लिए साथ आए हैं।

### वादा ना तोड़ो अभियान के अन्य प्रकाशन

- **सिक्वोरिंग राइट्स** – ए सिटिजंस रिपोर्ट ऑन द मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स, सितंबर 2005
- **द सेकेंड सिविल सोसाइटी रिव्यू ऑफ द नेशनल कॉमन मिनियम प्रोग्राम** मई 2006
- **एनआरइजीए:** द प्रॉमिस ऑफ वर्क (ए रिसोर्स बुक), नवंबर 2006
- **द पीपल्स वर्डिक्ट** – आउटकॉम ऑफ द नेशनल ट्रिब्यूनल ऑन एन आर इ जी ए, दिसंबर 2006
- **नाइन इज माइन** – 9% जीडीपी फॉर हेल्थ एंड एजुकेशन (ए प्राइमर), जनवरी 2007
- **जेंडर एंड गवर्नेंस** – रिण्युइंग द वीमेंस एजंडा इन द नेशनल कॉमन मिनियम प्रोग्राम, मार्च 2007
- **एंडिंग सोशल इक्सक्लूजन** – ए व्बु ऑफ द दलित एजंडा इन द नेशनल कॉमन विनियम प्रोग्राम, अप्रैल 2007
- **प्रॉमिसेस आर नॉट एनफ!** ए सिविल सोसाइटी रिव्यू ऑफ श्री इयर्स ऑफ द नेशनल कॉमन मिनियम प्रोग्राम, मई 2007
- **मेजरिंग इंडियाज प्रोग्रेस** ऑन द मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स ए मिडटर्न चेकलिस्ट, जुलाई 2007
- **इन्श्योरिंग यूनिवर्सल इक्सेस टु हेल्थ एंड एजुकेशन** इन इंडिया ए स्टेटस रिपोर्ट, नवंबर 2007

## प्रकाशकीय टिप्पणी

एम. डी. जी या सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के लिए लक्ष्यों की एक कालबद्ध रूपरेखा और संकेतक है। जिनके द्वारा हम सरकार की ओर गरीबी और सामाजिक बहिष्कार के अंत के लिए की गई प्रगति माप सकते हैं। जैसा कि संयुक्त राष्ट्र की सहस्राब्दी घोषणा में वर्जित है।

राष्ट्रीय स्तर पर एम. डी. जी को संगत बनाने के लिए यह महत्वपूर्ण है कि नागरिक सामाजिक समूह संबद्ध लक्ष्यों को स्थानीय राजनीतिक कार्यक्रमों से जोड़ दे, तो ध्यान देने योग्य मुद्दों पर गंभीरतर संवाद और उनमें अधिक विस्तृत संलग्नता संभव हो सकेगी। उदाहरण के लिए एम. डी. जी -5 (मातृ स्वास्थ्य) को सरकार के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम के साथ जोड़ा जा सकता है। जिससे हम नीति निर्धारण और ऐसी नीति के विकास के मूल में स्थित सामाजिक क्रिया के इतिहास के साथ काम कर सकेंगे और इसके लक्ष्यों और सामाजिक क्रिया की स्थानीय रूपरेखा के रूप में काम कर सकेंगे।

भारत में एम. डी. जी गरीबी और सामाजिक बहिष्कार के मुद्दों से अन्यथा परे रखे जाने वाली श्रेणियों की भागीदारी का निर्माण करने में लाभप्रद सिद्ध हुए हैं। एम. डी. जी. की सर्वव्यापी अपील में इसका उपयोग सेतु की तरह किए जाने की क्षमता है। जिसकी पहल से ये समूह अधिकारों और सामाजिक न्याय के लिए किए जाने वाले बृहन्तर संघर्षों से जुड़ते हैं। इसकी वैश्विक दृष्टि और इस संकल्प से कि हमारे पास उपलब्ध संसाधन और तकनीक से एम. डी. जी. को साकार किया जा सकता है सिर्फ हमें इच्छाशक्ति को कार्यशील करना है। बच्चे और युवा इस सोच से विशेष रूप से प्रोत्साहित होते हैं। उदाहरण के लिए हमारा 'नौ का वादा' आंदोलन, जो जी. डी. पी. की 9% प्रतिबद्धता और शिक्षा के लिए सुनिश्चित करने की हमारी मांग पर आधारित है। सफल रहा और हाशिए के समुदायों के साथ-साथ समृद्ध स्कूलों के बच्चों को भी इस साझे मुद्दे के लिए कार्यशील किया।

साथ ही, एम. डी. जी. को पृथक रूप में नहीं देखा जा सकता। उन्हें बृहन्तर वैश्विक नीतियों के संदर्भ में विशेषतः वैश्विक अर्थ व्यवस्था और सुरक्षा संबंधों में देखना जरूरी है। विकास के लिए सहायता में वृद्धि की प्रतिबद्धता शांति और व्यापारिक न्याय को प्रभावकारी बनाने की क्रियाओं के अनुरूप होना चाहिए।

यह रिपोर्ट भारत भर के नागरिक सामाजिक संगठनों के सुनियोजित प्रयास का प्रतिफल है। और एम. डी. जी. के प्रति भारत की प्रगति की स्थिति का संग्रहित प्रतिनिधित्व करता है। यह उन 14 समीक्षात्मक प्रतिवेदनों के सारांशों का संग्रह जो राज्यों में एम. डी. जी. की उपलब्धियों की स्थिति के माप के लिए तैयार किए गए थे जिनमें सामाजिक रूप से बहिष्कृत समूहों का नजरिया भी सम्मिलित है। और जिसका विमोचन 7 जुलाई, 2007 (7.7.7) को हुआ था।

कितनी प्रगति हासिल हुई है यह बताने में एक कठिनाई एम. डी. जी. की रूपरेखा और पैमानों के अनुरूप आंकड़ें पाना है। दूसरी ओर, विस्तृत दृष्टि से समग्र लक्ष्य के प्रति प्रगति दिखती तो है। पर इससे उन बाधाओं पर प्रकाश

नहीं पड़ता, जिनका सामना आवादी का एक विशेष वर्ग करता है। उदाहरणार्थ गत सात वर्षों में भारत में गरीबी के प्रतिशत में कमी आई है। जो एम. डी. जी. और राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों के अनुरूप है। पर राष्ट्रीय योग में खास समूहों जैसे कि दलितों, आदिवासियों, घुमंतु जातियों, अल्पसंख्य समूहों और औरतों की निरंतर और बढ़ती उपेक्षा की जमीनी हकीकत को ढक दिया जाता है।

अंततः एमडीजी की उपलब्धि सहज रूप से बृहन्तर राजनीतिक क्षितिज और गरीबी एवं बहिष्कार के शिकारों के लिए आवाज और संसाधनों का देशों और आवादियों, जो पारंपरिक रूप से विकास के लाभों से निरंतर निष्कासित रहे हैं। के बीच पुनर्विभाजन से संबद्ध है। सामाजिक न्याय और पर्यावरणीय पुनर्निर्माण चाहती है। क्योंकि इसी नैतिकता से सहस्राब्दी में वैश्विक समाज परिभाषित और संरक्षित होगा।

इसी के साथ हम सामाजिक न्याय और मानवीय प्रतिष्ठा के लिए वैश्विक संघर्ष को एमडीजी पर यह दूसरी नागरिक रपट समर्पित करते हैं। और मानवीय अधिकारों की वैश्विक घोषणा के 60 वें वार्षिक उत्सव के प्रति सहयोग रूप में प्रस्तुत करते हैं।

**वादा ना तोड़ो अभियान**  
**दिसंबर, 2007**

## फॉरवर्ड

द्वारा मिनार पिंपले

निदेशक एशिया, संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी अभियान

सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों अर्थात् एमडीजी की उपलब्धियों की कालावधि में 2007 मध्य में आता है। अंतरराष्ट्रीय समुदाय की एकजुट होकर अधिक शांति और न्यायपूर्ण विश्व के लिए कार्य करने की प्रतिज्ञा स्वरूप संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी घोषणा (2000) की विकास नीतियों और रणनीतियों के पुनर्मुल्यांकन की यह निर्णायक घड़ी है।

संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी अभियान ने 'वादा न तोड़ो अभियान' के साथ-साथ अन्य अनेक गैर-सरकारी कार्यकर्ताओं के सहयोग से सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (एमडीजी) के विषय में विश्व भर में एमडीजी की उपलब्धियों को बढ़ाने के उद्देश्य से अभियान चलाकर और नीतियों की वकालत कर लोगों की जागरूकता में वृद्धि की है।

इस सहयोग के फलस्वरूप जुलाई, 2007 में एमडीजी की मध्यावधि समीक्षा के दौरान एमडीजी पर नागरिक रपट अनेक देशों जैसे कि फिलीपींस, बांग्लादेश, पाकिस्तान और भारत में प्रकाशित हुए हैं। ये रपट नागरिक समाजों के दृष्टिकोण के साथ-साथ उन प्राथमिकता प्राप्त क्षेत्रों को भी दर्शाते हैं। जहाँ लोगों ने अपनी सरकार से काम करने की गुहार लगाई है। एशिया क्षेत्र में देशों ने सहस्राब्दी लक्ष्यों (एमडीजी) की उपलब्धि में कुछ महत्वपूर्ण प्रगति की है। पर बढ़ती असमानता, सामाजिक बहिष्कार और भेदभाव विशेषतः परंपरागत हाशिए के और सुविधाहीन समूहों में यथावत रहकर आर्थिक और सामाजिक विकास को रुद्ध करते हैं।

दक्षिण एशिया और दक्षिणपूर्वी एशिया में मध्यावधि समीक्षा की 7 जुलाई, 2007 (7.7.7) को हुए आयोजनों में अनेक एशियाई देशों के वर्ग संघर्ष में निहित सामाजिक बहिष्कार, लैंगिक असमानता और विस्तृत असमानता की चौड़ी होती खाई के विषय में महत्वपूर्ण राजनीतिक संदेश प्रमुख हैं। एशिया के विकसित देशों के 7.7.7 के आयोजनों ने लोगों का ध्यान स्वच्छ व्यापार की ओर आकर्षित करते हुए असहनीय कर्ज भार और साहायक की मात्रा और परिणाम में बड़ी वृद्धि करने विशेषतः साहायक में तालमेल तथा दाताओं की प्रभावकारिता पर प्रस्ताव पारित किए।

इस संदर्भ में 'वादा न तोड़ो' अभियान के तहत 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के प्रति भारत की प्रगति रपट' शीर्षक इस प्रकाशन को प्रस्तुत करते हुए मुझे अपार हर्ष हो रहा है। यह रपट प्रथमतः उन 14 रपटों के सारांशों का संग्रह है जिन्हें तैयार कर 7.7.7 को प्रकाशित किया गया था और जिनमें राज्यों और हाशिए के समूहों की एमडीजी के संदर्भ में स्थिति का मुल्यांकन किया गया था और इसमें एमडीजी की एक राष्ट्रीय जांच सूची भी है। यह रपट वास्तव में इसे रेखांकित करता है कि एमडीजी के प्रति भारत की प्रगति यह निर्धारित करेगी कि संपूर्ण विश्व अपने क्रांति-बिंदु स्वरूप उन उद्देश्यों विशेषकर शिशु मृत्यु-दर, मातृ मृत्यु-दर, स्कूली नामांकन व स्थिरता और जल एवं स्वच्छता तक सर्वव्यापी पहुंच आदि जक पहुंच पाएगा या नहीं ।

वादा न तोड़ो अभियान ने सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों को राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों और राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रमों

में निहित उद्देश्यों से जोड़कर अत्यंत ही महत्वपूर्ण योगदान किया है। इससे भारत की स्थानीय नीतियों और कार्यक्रमों के संदर्भ में एमडीजी ही आधार बन गया है। और रणनीति के तहत नौ का वादा (9% जीडीपी स्वास्थ्य और शिक्षा पर सरकारी खर्च के लिए) जैसी वकालत और राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रम के लिए नागरिक समाज प्रगति कार्ड जैसे अभियानों का विकास हुआ।

मुझे विश्वास है कि यह रपट सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के संबंध में प्रमुख उपलब्धियों और निरंतर खड़ी चुनौतियों के विषय में तात्कालिक प्रसंग रूप में काम करेगा और एमडीजी की उपलब्धियों के लिए अन्य अनेक लोकप्रिय लाभ बंदी और वकालती प्रयासों को प्रेरित करेगा।

मिनार पिंगले  
15 दिसंबर, 2007

## भारत का विकास सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों की कसौटी पर – एक मध्यावधि पड़ताल ( जुलाई 2007 )

वादा न तोड़ो अभियान द्वारा सीबीजीए (सेंटर फॉर बजट एंड गवर्नेंस एकाउंटेंबिलिट) के सहयोग से संकलित

### सहस्राब्दी विकास लक्ष्य क्या हैं?

सितंबर 2000 में संयुक्त राष्ट्र के 189 सदस्य देश इकट्ठा हुए, विश्व नेताओं के सबसे बड़े इस ऐतिहासिक जमावड़े ने संयुक्त राष्ट्र की सहस्राब्दी घोषणा को अपनाया और शपथ ली कि उनाक देश शताब्दी के मोड़ पर प्रभावित एक अरब लोगों (जिनमें 70 प्रतिशत महिलाएँ हैं) की अतिशय गरीबी और असमानता को कम करने की सार्थक कार्यवाही करेगा और एक अधिक 'शांतिपूर्ण, समृद्ध और न्यायपूर्ण विश्व के निर्माण में अपना योगदान देगा। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य, जिसे एमडीजी के नाम से भी जानते हैं, लक्ष्यों, सांख्यिकीय लक्ष्यों, परिणामवाचक संकेतकों का संक्षिप्त समूह है जिनसे सहस्राब्दी घोषणा 2000-2015 के नाम से तय उपलब्धि अवधि में विकास की प्रगति का मूल्यांकन किया जाता है। एमडीजी के समूह में आठ लक्ष्य, 18 ध्येय और 40 संकेतक हैं।

जबसे संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी घोषणा को अपनाया गया है पूरी दुनिया के देशों में सरकारों और नागरिकों ने मुख्य संकेतकों पर अपनी तरक्की के मूल्यांकन के लिए एमडीजी का अपनाया और इसकी उपलब्धियों के लिए वृहद् स्तर पर प्रेरक समर्थन जुटाया।

16-17 अक्टूबर 2007 को 127 देशों में 437 लाख उठ खड़े हुए और वैश्विक गरीबी और असमानता के बढ़ते संकट के लिए तत्काल राजनीतिक प्रतिक्रिया की मांग की। उन्होंने अपने विश्व नेताओं से सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के प्रति उनकी प्रतिबद्धता की मांग की। गिनीज वर्ल्ड रिकार्ड के इतिहास में यह सबसे बड़ी समन्वित एकजुटता थी। ([www.standagainstopoverty.org](http://www.standagainstopoverty.org))

### एमडीजी भारत के लिए क्यों महत्वपूर्ण है?

भारत उको सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों और सहस्राब्दी घोषणा में निहित वृहद् वैश्विक उद्देश्यों को हासिल करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभानी है।

1999 से 2001 की अवधि में भारत की 34.7% आबादी वैश्विक गरीबी स्तर प्रतिदिन 1 डालर (पीपीपी) उपभोग के मानक के नीचे रह रही थी, 2004-06 में यह आंकड़ा करीब 7 कम होकर 27.8% हो गया।

शताब्दी के मोड़ पर, अकेले भारत में विश्व के गरीबों की एक चौथाई

3,640 लाख आबादी थी। पिछले दशक में आर्थिक विकास के लगातार बढ़ते कदम के बावजूद विश्व में हुई मातृ मृत्यु की सबसे बड़ी संख्या भारत की ही है और यहाँ शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु की निराशाजनक दर कुछ सब-सहारा अफ्रीकी देशों से भी बदतर रही। भारत विश्व के सर्वाजनिक कुपोषितों और कम वजन वाले बच्चों की एक तिहाई का घर भी है।

भारत की प्रगति ही यह सुनिश्चित करेगी कि विश्व एमडीजी के अधिकांश संवेदनशील लक्ष्यों, जिनका संबंध शिशु मृत्यु दर (आईएमआर), मातृ मृत्यु (एमएमआर) स्कूली नामांकन के साथ-साथ उसकी निरंतरता और जल तथा स्वच्छता तक सर्वव्यापी पहुँच में से कुछ को हासिल कर कर सकेगा या नहीं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य पर भारत में खर्च होने वाला जीडीपी का % श्रीलंका और सीरा लिओन जैसे देशों से भी कम हैं। वर्तमान में भारत अपने जीडीपी का 3% शिक्षा पर और स्वास्थ्य पर अपने जीडीपी का 1% से भी कम खर्च करता है। (www.wadanatodo.net)

दूसरी तरफ, भारत को, जैसा कि सहस्राब्दी घोषणा के मसौदे में हैं, मानवीय गरिमा और अंतरराष्ट्रीय सहयोग के आदर्शों के साथ भावी वैश्विक एजेंडा बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभानी है।

हमारे उल्लेखनीय तकनीकी, बौद्धिक और आर्थिक संसाधन और आधुनिक वैश्विक समाज के अहिंसा, समानता और जनतांत्रिक संगठन के आदर्शों का ऐतिहासिक योगदान हमें विश्व के सबसे बड़े जनतंत्र की भूमिका में ले आता है।

### एमडीजी और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

भारत में एमडीजी को पाने और उससे आगे बढ़ने के लिए की जाने वाली कोशिश 10वीं पंचवर्षीय योजना समेत देश की कई नीतियों के दस्तावेजों के लक्ष्यों में वर्णित है।

राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों में एमडीजी में दिए गए लक्ष्यों को पाने का ध्येय समाहित हैं। इसके अलावा इन लक्ष्यों की झलक साफ तौर पर राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रम (2004-09) में मिलती है।

मानव विकास रिपोर्ट 2006 मालदीव को 98वें, श्रीलंका को 93वें, भारत को 126वें और पाकिस्तान को 134वें, भूटान को 135वें, बांग्लादेश को 137वें और नेपाल 138वें स्थान पर रखता है। ये सभी 177 देशों में किए गए एक अध्याय में मध्यम मानव विकास सूचकांक (एचडीआई) के तहत आते हैं।

स्रोत: मानव विकास रिपोर्ट 2006

सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (2000-2015)	राष्ट्रीय विकास लक्ष्य (10वीं पंचवर्षीय योजना)	राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रम (2004-2009)
<p><b>1. गोल 1:</b> अतिशय गरीबी और भुखमरी उन्मूलन</p> <p><b>मुख्य लक्षण :</b> रोजाना 1 डालर से कम पर रिवाह करने वाले लोगों के अनुपात घटाकर आधा करना। भूख से ग्रस्त लोगों के अनुपात को हटाकर आधार करना।</p>	<p>गरीबी दर में 2007 तक 5 प्रतिशत अंक तक की कमी और 2015 तक 15 प्रतिशत अंक तक की कमी लाना।</p>	<p>राष्ट्रीय रोजगार गारंटी अधिनियम को कानून बनाना हरेक ग्रामीण, शहरी गरीब और निम्न मध्य वर्ग के परिवार के कम से कम एक सक्षम व्यक्ति को न्यूनतम मजदूरी पर साल में सौ दिनों का रोजगार। ग्रामीण ऋण प्रवाह को दुगाना करना। देश के निर्धनतम और पिछड़े खंडों में सर्वाजनिक वितरण प्रणाली की सुदृढ़ता। भूखमरी के संकट वाले सभी परिवारों अंत्योदय कार्ड की उपलब्धता। दलितों और आदिवासियों के स्वामित्व वाली सभी भूमि पर लघुसिंचाई के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम</p>
<p><b>2. लक्ष्य 2:</b> सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा की उपलब्धी</p> <p><b>मुख्य लक्षण</b> सुनिश्चित करना कि सभी लड़के और लड़कियाँ प्राथमिक स्कूल</p>	<p>सभी बच्चे सन् 2003 तक स्कूल जाएँ; सभी बच्चे सन् 2007 तक पाँच साल की अपनी स्कूली पढ़ाई पूरी करें।</p>	<p>हरेक बस्ती में पूरी तरह काम करने वाली आंगनवाड़ी हो और सभी बच्चों का पोषण करे। शिक्षा पर सार्वजनिक व्यय जीडीपी (सकल घरेलु उत्पाद) का कम से कम 6% हो, इसमें से आधी राशि प्राथमिक और माध्यमिक स्कूलों पर खर्च हो।</p>
<p><b>3. लक्ष्य 3:</b> लैंगिक समानता को बढ़ावा और महिलाओं को सशक्त करना</p> <p><b>मुख्य लक्षण</b> बेहतर हो सन् 2005 तक प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा में और 2015 तक शिक्षा के सभी स्तर तक लैंगिक असमानता की समाप्ति।</p>	<p>सन् 2007 तक शिक्षा और न्यूनतम मजदूरी में लैंगिक अंतर में कम से कम 50% कमी।</p>	<p>विधान सभा और लोकसभा में महिलाओं के लिए एक तिहाई आरक्षण के लिए विधेयक पेश करना। पंचायत निधि का कम से कम एक तिहाई महिलाओं और बच्चों के विकास कार्यक्रमों के लिए हो। नया कानून बनाना जो महिलाओं को घर जमीन जैसी संपत्तियों पर बराबरी के स्वामित्व का अधिकार है।</p>
<p><b>4. लक्ष्य 4:</b> बाल मृत्यु दर घटाना</p>	<p>शिशु मृत्यु दर को 2007 तक 45 प्रति 1000 जीतिव जन्म</p>	<p>प्राथमिक स्वास्थ्य की देखभाल पर अगले पाँच साल में सार्वजनिक व्यय को बढ़ाकर कम से</p>

सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (2000-2015)	राष्ट्रीय विकास लक्ष्य (10वीं पंचवर्षीय योजना)	राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रम (2004-2009)
<p><b>मुख्य लक्षण</b> पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर को दो तिहाई घटाना।</p>	<p>और 2012 तक 1 प्रति 1000 जीवित जन्म तक घटाना। पांच वर्ष की कम आयु में मृत्यु दर (यू 5 एमआर) 1988-92 के 125 प्रति 1000 जीवित जन्म से घटकर 2015 में 41 प्रति 1000 जीवित जन्म हो जाना चाहिए।</p>	<p>कम जीडीपी का 2-3 % किया जाए।</p>
<p><b>5. लक्ष्य 5:</b> मातृ स्वास्थ्य सुधार <b>मुख्य लक्षण</b> मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) में तीन चौथाई कमी</p>	<p>मातृ मृत्यु दर 2007 तक 2 प्रति 1000 जीवित जन्म और 2012 तक 1 प्रति 1000 जीवित जन्म तक घटाना।</p>	<p>गरीब परिवारों के लिए स्वास्थ्य बीमा का राष्ट्रीय योजना लागू करना। प्रसूति के लिए संस्थागत देखभाल को सुदृढ़ करने पर जोर देते हुए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू करना।</p>
<p><b>6. लक्ष्य 6:</b> एचआईवी/एड्स, मलेरिया और अन्य बीमारियों से लड़ना <b>मुख्य लक्षण</b> एचआईवी/एड्स के प्रसार में ठहराव और उसे घटाने की शुरुआत मलेरिया और अन्य मुख्य बीमारियों की घटनाओं में ठहराव और उन्हें घटाने की शुरुआत</p>	<p>लक्ष्य कर किए गए हस्तक्षेपों के माध्यम से उच्च जोखिम समूहों तक पहुँचना; 2007 तक एचआईवी/एड्स में शून्य स्तरीय वृद्धि हासिल करना। मलेरिया से होने वाली मृत्यु दर में 2007 तक 25% और 2010 तक 50% कमी लाना। (एनएचपी 2002)।</p>	<p>जीवनरक्षक दवाओं की उचित कीमत पर उपलब्धता सुनिश्चित करना।</p>
<p><b>7. लक्ष्य 7:</b> पर्यावरणीय संपोषण की सुनिश्चितता <b>मुख्य लक्षण</b> टिकाऊ विकास के सिद्धांतों को देश की नीतियों और</p>	<p>वन और वृक्षों के फैलाव में सन् 2007 तक 25 प्रतिशत और सन् 2012 तक 33 प्रतिशत की वृद्धि सभी गांवों में 2007 तक पीने योग्य पानी की उपलब्धता।</p>	<p>तेंदू पत्ता सहित छोटे उत्पादों पर जंगल के निवासियों का स्वामित्व अधिकार जनजातीय समुदायों और वन्य क्षेत्रों से उनकी बेदखली पर रोक। सड़कें, जलापूर्ति, वाहित मल भौतिक संरचनाओं के विकास और विस्तार को सर्वोच्च प्राथमिकता।</p>

सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (2000-2015)	राष्ट्रीय विकास लक्ष्य (10वीं पंचवर्षीय योजना)	राष्ट्रीय साझा न्यूनतम कार्यक्रम (2004-2009)
<p>कार्यक्रमों से जोड़ना; पर्यावरण संबंधी नुकसानर की भरपाई।</p> <p>सुरक्षित पेयजल के अभाव में बसर कर रहे लोगों के अनुपात को घटाकर आधा करना।</p> <p>सन् 2020 तक कम से कम 10 करोड़ झुग्गी- झोंपड़ी वालों के जीवन में उल्लेखनीय सुधार लाना।</p>	<p>सन् 2007 तक मुख्य प्रदूषित नदियों की और 2012 तक अन्य प्रदूषित अधिसूचित क्षेत्रों की सफाई।</p>	<p>कस्बों और शहरों में सामाजिक गृह-निर्माण का वृहद् विस्तार और झुग्गी-झोंपड़ियों में रहने वालों की आवश्यकताओं पर विशेष ध्यान।</p> <p>झुग्गी झोंपड़ियों से जबरन बेदखली और तोड़फोड़ पर रोग। शहरी नवीकरण के दौरान यह ध्यान रहे कि गरीबों को उनके रोगार के आस-पास ही आवासीय स्थान उपलब्ध कराया जाए।</p>
<p><b>8. लक्ष्य 8:</b> विकास के लिए वैश्विक साझेदारी का विकास</p> <p><b>मुख्य लक्षण</b> सबसे कम विकसित देशों की विशेष आवश्यकताओं पर ध्यान देना। विकासशील देशों की ऋण समस्याओं से व्यापक रूप से निपटना</p>	<p>लागू नहीं होता।</p>	<p>लागू नहीं होता।</p>

### एमडीजी की मध्यावधि समीक्षा

साल 2007 सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों को हासिल करने के लिए संयुक्त राष्ट्र के सदस्य देशों द्वारा स्वीकृत अवधि का मध्यबिन्दु है। विश्व भर के देशों में नागरिक समूह इस 'अर्द्धकाल' का उपयोग सहस्राब्दी घोषणा में निहित उद्देश्यों के प्रति अपने देश क उपलब्धियों की समीक्षा और सार्वजनिक नीतिगत संभाषणों को सुदृढ़ करने के अवसर के रूप में कर रहे हैं।

### भारत की प्रगति पर एक जाँच सूची

#### लक्ष्य 1: अतिशय गरीबी और भुखमरी उन्मूलन

**संकेतक :** प्रतिदिन 1 डॉलर क्रय शक्ति समता (पीपीपी) से कम उपयोग करने की क्षमता वाली जनसंख्या का प्रतिशत।

- सन् 1990-2001 की अवधि में, भारत की 34.7% जनसंख्या प्रतिदिन 1 डॉलर (पीपीपी)<sup>1</sup> से कम उपभोग के वैश्विक गरीबी मानक के नीचे थी। सन् 2004-05 में यह आंकड़ा तकरीबन 7ल प्रतिशत नीचे, 27.8% पर था।<sup>2</sup>
- राष्ट्रीय विकास लक्ष्य (एनडीजी) का ध्येय गरीबी दर को 2007 तक 5 प्रतिशत अंक और 2012 तक 15 प्रतिशत अंक तक घटाना है।

**संकेतक : पांच वर्ष से कम आयु के औसत दर्जे के या गीीर रूप से सामान्य सपे कम भार वाले बच्चों का प्रतिशत**

- तीन वर्ष से कम आयु के 45.9% बच्चे सामान्य से कम भार वाले हैं, 38.4% विकास-रुद्ध और 19.1% शारीरिक रूप से बेकार हैं।<sup>3</sup>

**लक्ष्य 2 : सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा की उपलब्धि**

**संकेतक : दोनों लिंगों के लिए, प्राथमिक शिक्षा के लिए कुल नामांकन दर**

- सन् 2004 में प्राथमिक शिक्षा के लिए दोनों लिंगों का नामांकन दर 89.7% था।<sup>4</sup>
- लड़कियों के लिए कुल नामांकन दर 87% और लड़कों के लिए 92.2% है।
- राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का उद्देश्य प्राथमिक स्कूलों में कुल नामांकन दर को 1991-92 में 41-96 प्रतिशत की तुलना में 100 प्रतिशत बढ़ाना और 2015 तक बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ना पूरी तरह खत्म करना है।

भारत में साक्षरता दर (7 वर्ष और उससे अधिक)				
वर्ष	व्यक्ति	पुरुष	महिला	महिला-पुरुष अंतर दर
1991	52.2	64.1	39.3	24.8
2001	64.8	75.3	53.7	21.6

स्रोत : <http://education.nic.in>

**लक्ष्य 3 : लैंगिक समानता को बढ़ावा और महिलाओं को सशक्त करना**

**संकेतक : संसद में महिलाओं के कब्जे वाली सीटों का प्रतिशत**

- सन् 2008 तक, भारतीय संसद में सिर्फ 8.3% सीटों पर महिलाएं हैं।

**संकेतक : गैर-कृषि क्षेत्र में मजदूरी रोजगार में महिलाओं की हिस्सेदारी।**

- गैर-कृषि क्षेत्र में सिर्फ 17.3% महिलाएँ मजदूरी रोजगार का लाभ उठाती हैं।<sup>5</sup>
- राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का उद्देश्य सन् 2007 तक साक्षरता और मजदूरी की दरों में लैंगिक अंतर को 50 प्रतिशतक कम करना है।

1. पर्चेजिंग पावर पैरिटी (क्रय शक्ति समता)
2. स्रोत : एनएसएस-वर्ष 2004-05 के लिए 61वां चरण
3. स्रोत : एनएफएचएस III
4. स्रोत :
5. स्रोत : [www.millenniumindicators.un.org.datafor2004](http://www.millenniumindicators.un.org.datafor2004).

#### लक्ष्य 4 : बाल मृत्यु दर घटाना

संकेतक : शिशु मृत्यु दर (जन्म से 1 वर्ष) प्रति 1000 जीवित जन्म

- सन् 1998-99 के वर्षों में भारत बाल मृत्यु दर 67.6 था और 2005-06 में यह घटकर 57 हो गया।<sup>6</sup>
- अभी तक हुई प्रगति में केरल 15/1000 जीवित बाल मृत्यु दर सबसे अच्छा है।
- देश में 73/1000 जीवित जन्म का सबसे खराब बाल मृत्यु दर उत्तर प्रदेश में है।
- राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का ध्येय बाल मृत्यु दर घटाकर 2007 तक प्रति हजार जीवित जन्म और 2012 में 1 प्रति हजार जीवित जन्म करना है।

#### लक्ष्य 5 : मातृ-स्वास्थ्य सुधार

संकेतक : मातृ मृत्यु दर प्रति 1000,000 जीवित जन्म दर

- मातृ-मृत्यु दर (एमएमआर) 2001-2003 की अवधि में 309 रही।
- केरल में एमएमआर सबसे कम 110 जबकि उत्तर प्रदेश में सर्वाधिक 517 है।<sup>7</sup>
- राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का ध्येय 2015 एमएमआर घटाकर 109 तक लाना है।

संकेतक : कुशल स्वास्थ्य कर्मचारियों की देखरेख में हुए जन्मों का प्रतिशत

- सन् 2005-06 में, 48.3% जन्म डॉक्टर/नर्स/एलएचसी/एएनएम/अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की सहायता से संपन्न हुए। वर्ष 1998-99 में यह अनुपात 42.2% था।<sup>8</sup>

वर्ष 1988-90 में उत्तर प्रदेश में वैसी महिलाएं सिर्फ 34% थीं। जिन्हें गर्भावस्था के दौरान गर्भ संबंधित किसी भी कारण के लिए एक बार भी किसी कुशल स्वास्थ्य कर्मचारी ने प्रसव पूर्व कोई देखभाल प्रदान की हो। यह अनुपात 2005-06 में लगभग दुगना 67% हो गया। राष्ट्रीय औसत 77% है।

लक्ष्य: एचआईवी/एड्स, मलेरिया और अन्य बीमारियों से लड़ना

- विश्व में कुष्ठ पीड़ितों का 68% और तपेदिक (टीबी) ग्रस्त लोगों का 30% भारत में है। पांच वर्ष से कम उम्र में टीकों से रोकी जाने वाली मौतों में भारत का हिस्सा केवल 26% है।
- मलेरिया से होने वाली मौतों की संख्या वर्ष 1998 में 648 और 2006 में बढ़कर 890 हो गई। सन् 2005 में यह सर्वाधिक 963 थी।
- सन् 2003 की रिपोर्ट के मुताबिक 0.9% जनसंख्या (15-49 वर्ष के आयु के बीच) एचआईवी/एड्स के साथ जी रही है, गर्भवती महिलाओं में इसके प्रसार की दर 2002 के प्रति हजार 0.74 से बढ़कर 2003 में प्रतिहार 0.89 हो गई थी।<sup>9</sup>

6. स्रोत : एनएफएचएस II व III

7. स्रोत : भारत सरकार, वार्षिक रिपोर्ट 2005-06, परिशिष्ट-1, मानव संसाधन और विकास मंत्रालय

8. स्रोत : एनएफएचएस IUUI के मुख्य संकेतक

9. स्रोत : एम.डी.जी. पर भारत की रिपोर्ट, 2005, भारत सरकार

## लक्ष्य 7: पर्यावरणीय संपोषण सुनिश्चितता

- सन् 2002 के आंकलन के मुताबिक विभिन्न वनों के तहत कुल क्षेत्र का 20.64% भूमि रही है। राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का ध्येय सन् 2007 तक वन और वृक्षों के फैलाव को 25 प्रतिशत और सन् 2012 तक 33 प्रतिशत बढ़ाना है।
- राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों का ध्येय है कि 10वीं पंचवर्षीय योजना अवधि में सभी गांवों में पीने योग्य पानी निरंतर उपलब्ध हो। रिपोर्ट बताता है कि 2004 में 86% जनसंख्या को पीने योग्य पानी उपलब्ध हुआ जबकि 1990 में 70% प्रतिशत लोगों को ही यह उपलब्ध था।<sup>10</sup>
- सिर्फ 33% आबादी को बेहतर स्वच्छता उपलब्ध है। यह आंकड़ा 1990 के आंकड़े 14% जैसा ही कम है।<sup>11</sup>
- सदी के मोड़ पर खड़े भारत में 55.5% शहरी आबादी झुग्गी-झोंपड़ी में रहती है।

### सहस्राब्दी लक्ष्यों पर भारत की रिपोर्ट

( भारत सरकार की 13 फरवरी 2006 को जारी विज्ञप्ति से उद्धृत )

श्री जी.के. वासन, राज्यमंत्री (स्वतंत्रत प्रभार), सांख्यिकी और कार्यक्रम क्रियान्वयन मंत्रालय ने 13 फरवरी, 2006 को नई दिल्ली में एक सादे कार्यक्रम में वर्ष 2005 के लिए प्रथम 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्य – भारत देश की रिपोर्ट' जारी की। विभिन्न लक्ष्यों के संदर्भ में भारत की स्थिति का यहां उल्लेख किया गया है –

(i) लक्ष्य-1 अतिशय गरीबी और भुखमरी उन्मूलन को हासिल करने के लिए, भारत को 2015 तक गरीबी रेखा के नीचे रह रहे लोगों के अनुपात को 1990 के 37.5 प्रतिशत से घटाकर 18.75 प्रतिशत तक लाना जरूरी है। 1990-2000 के अनुसार गरीबों की संख्या का अनुपात 26.1 प्रतिशत है, 5.2 प्रतिशत गरीबी अंतर के अनुपात के साथ, राष्ट्रीय उपभोग में गरीबों का हिस्सा ग्रामीण क्षेत्रों में 10.1 प्रतिशत है और शहरी क्षेत्रों में 7.9 प्रतिशत और कम वजन वाले बच्चों की मौजूदगी 47 प्रतिशत है। राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार अधिनियम गरीबी के अनुपात को घटाने के लिए सार्थक कदम है।

(ii) लक्ष्य-2 के तहत सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा हासिल करने के लिए, भारत को प्राथमिक स्कूल में दाखिले की दर को बढ़ाकर 100 प्रतिशत करना चाहिए और 2015 तक बीच में स्कूल छोड़ने वालों की संख्या पूरी तरह खत्म हो जाना चाहिए जो 1991-92 में 41.96 प्रतिशत थी। प्राथमिक स्कूल की पढ़ाई बीच में छोड़ने वालों की दर 2002-2003 में 34.89 प्रतिशत थी। प्राथमिक शिक्षा के दाखिले की दर लड़कों में 1992-93 से 2002-03 के बीच 20 प्रतिशत बढ़कर 100 प्रतिशत और लड़कियों में (93 प्रतिशत) पहुँची है। साक्षरता दर (सात साल और ऊपर) भी 1992-93 के 52.2 प्रतिशत के मुकाबले 2000-01 बढ़कर 65.4 प्रतिशत हो गया।

(iii) लक्ष्य-3 के तहत शिक्षा के स्तर पर लैंगिक समानता सुनिश्चित करने के लिए भारत को 2015 तक महिला-पुरुष अनुपात बराबरी पर लाने के लिए हर स्तर पर महिला सहभागिता को बढ़ावा देना होगा। प्राथमिक शिक्षा में महिला पुरुष अनुपात 1990-91 में 71:100 था जो 2000-01 में बढ़कर 78:100 पहुँचा। इसी अवधि में माध्यमिक शिक्षा का अनुपात 49:100 से बढ़कर 63:100 हो गया।

10. स्रोत : मानव विकास रिपोर्ट, 2006

11. आईवीआईडी

(iv) लक्ष्य-4 का ध्येय पांच साल के नीचे की मृत्यु दर (यू5एमआर) को घटकार 1988-92 प्रति 1000 जीवित जन्मे शिशुओं में से 125 के मृत्यु दर के आंकड़े को 2015 तक 42 करना। यू5एमआर 1998-2002 के दौरान गिरावट आई और यह घटकर प्रति हजार जीवित जन्म की तुलना में 98 हो गया। शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) 1900 के प्रति 1000 जीवित जन्म 80 था जबकि 2003 में यह घटकर प्रति हजार जीवित जन्म 60 के आंकड़े पर आ गया और खसरा रोधी टीके लगानेवाले एक साल के बच्चों की संख्या 1992-93 के 42.2 प्रतिशत से बढ़कर 2002-03 में 58.5 प्रतिशत हो गया।

(v) लक्ष्य-15 को हासिल करने के लिए भारत को मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) को 1991 के 437 प्रति 10,000 जीवित जन्म की तुलना में 2015 तक घटाकर 109 कर लेना चाहिए। प्रशिक्षित स्वास्थ्य कर्मचारियों की देखरेख में होने वाले जन्म का अनुपात लगातार बढ़ रहा है। (1992-93 में 25.5 प्रतिशत से बढ़कर 2002-03 में 39.8 प्रतिशत) जिससे मातृ-मृत्यु की संभावनाओं में कमी आ रही है।

(vi) जहाँ तक लक्ष्य-6 की बात है तो अन्य विकासशील देशों के मुकाबले भारत में गर्भवती महिलाओं में एमएचआई की व्यापकता कम है। यह आंकड़ा सन् 2002 के प्रति 1000 गर्भवती महिलाओं में 0.74 से बढ़कर 2003 में 0.86 हो गया। एमडीजी-6 को हासिल करने के लिए इस वृद्धि की प्रवृत्ति को पलटने की जरूरत है। मलेरिया की व्यापकता और इससे जुड़ी मृत्यु दर लगातार घट रही है। तपेदिक (टीबी) से जुड़ी मृत्यु दर भी घटी है, यह दर 1990 की 76 मौतें प्रति 100,000 से घटकर 2003 में 33 मौतें प्रति 1000,000 हजार तक गड़ी। टीबी मरीजों के इलाज में मिली सफलता की दर भी 1996 के 81% से बढ़कर 2003 में 86% हो गया।

(vii) लक्ष्य-7 का ध्येय पर्यावरणीय संपोषण की सुनिश्चितता है। 2003 में किए गए आंकलन के अनुसार प्राकृतिक संसाधनों को बचाए रखने के लिए सरकार के लगातार कोशिश से कुल जमीन का 20.64% विभिन्न वनों से आच्छादित है। जैविकीय विभिन्नताओं को बनाए रखने के लिए कुल जमीन का 19% आरक्षित और संरक्षित वन हैं। ऊर्जा उपयोग में लगातार कमी आई है और 1000 रुपये जीडीपी उत्पादन के लिए जहाँ 1991-92 में 36 किलोग्राम तेल का उपयोग हुआ वहीं, 2003-04 में इसके लिए 32 किलोग्राम तेल का ही उपयोग हुआ। स्वच्छ पेय जल और स्वच्छता तक दीर्घकालिक पहुँच नहीं रखने वाली जनसंख्या के अनुपात को 2015 तक आधा करना है और भारत इस रास्ते को हासिल करने की राह पर है।

(viii) लक्ष्य-18 विकास के लिए वैश्विक साझेदारी विकसित करने से संबंधित है। इसका मा मूल तात्पर्य विकसित देशों द्वारा विकासशील देशों को विकास के लिए सहयोग देने से है। हमने जी-8 की पहल का एचआईपीसी देशों के लिए अपरिवर्तनीय कर्जों को रद्द किए जाने का समर्थन किया है जिसे अब आईएमएफ (अंतरराष्ट्रीय मुद्रा कोष) और विश्व बैंक ने बहुपक्षीय ऋण राहत पहल (एम.डी.आर.आई.) के रूप में अंगीकार कर लिया है। हम निम्न आय वाले देशों (एल.आई.सी.) के लिए होने वाले सभी प्रयासों का समर्थन करेंगे, इनमें अफ्रीका के वे देश शामिल हैं; जहाँ एम.डी.जी. प्राप्ति में ऋण का भार गंभीर रूप से बाधक है।

## आंध्र प्रदेश के घुमंतु जनजाति और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

लोकधारा द्वारा प्रकाशित 'ए रिव्यू ऑफ द स्टेटस ऑफ नुर्मो पास्टोरल एंड डी-नोटिफाइड ट्राइब्स ऑफ आंध्र प्रदेश, इंडिया' से उद्धृत अंश

आंध्र प्रदेश राज्य में लगभग एक करोड़ घुमंतुजन निवास करते हैं जिनमें से लगभग 30 जनजाति शामिल हैं। भारत की कुल घुमंतु जनसंख्या का दसवां हिस्सा घुमंतु जनजातियों का है और आंध्र प्रदेश की 762 लाख की आबादी में आश्चर्यजनक रूप से इनका प्रतिशत काफी बड़ा है। मानव विज्ञानी ऐसा मानते हैं कि इनकी वंशावली विश्व के रोमा खानाबदोश समूहों से जुड़ी है।

ये समूह अतीत काल से और राज्य एवं स्थानीय शासन, कल्याण प्रथा सामाजिक सेवाओं से लागातर दरकिनार होते रहे हैं और समयानुकूल जरूरतों के समय वे पूरी तरह नजरअंदाज रहते हैं। घुमंतु जनजातियों के प्रति सरकारी ध्यान का अभाव इसी से साफ हो जाता है। कि इनकी जीविका के विषय में किसी प्रकार का कोई आंकड़ा इस रिपोर्ट के लिए आंकड़ों के संग्रहण के पूर्व उपलब्ध नहीं था। यह संक्षेप, दरकिनार बाढ़ में सामाजिक सेवाओं से बहिष्कार झेल रहे एनटी (घुमंतु जनजातियों) पर विशेष ध्यान देता है।

### अंतर्निहित भेदभाव

एनटी के विशिष्ट कार्यों में से एक की भूमिका ही इन समूहों के दरकिनार होने के तथ्य की समझ की राह खोल देती है। कूड़ा-कचरा उठाने का काम जाति से संबद्ध है। यह लोगों की जन्मजात हैसियत से बाहर निकलने की क्षमता के अभाव को भी दर्शाता है। जन्मजात हैसियत, सरकारी संसाधनों तक पहुँच में कमी, कुछ रोजगारों के लिए बंदिश और सामाजिक भेदभाव पैदा करता है।

घुमंतु जनजाति के कूड़ा-कचरा उठारे वालों से जुड़े आंकड़े कुछ निहित भेदभाव को केवल जन्म प्रदत्त बताते हैं। कूड़ा-कचरा उठाने वाले मुख्यतः बडाबुककाला जाति से हैं। उन्हें अस्पृश्य माना जाता है। यहाँ तक कि वे ऊँची जाति के लोग और अनुसूचित तथा पिछड़ी जाति के लोगों के गिलास में पानी भी नहीं पी सकते। अपने अलगाव के अलावा वे सामाजिक रूप से पिछड़े, आर्थिक रूप से कमजोर और राजनीतिक तौर पर उदासीन हैं।

### गरीबी उन्मूलन

कम आय और संसाधनों तक पहुँच के अभाव की वजह एनटी के अस्थायी

(2001 की जनगणना के अनुसार आंध्र प्रदेश में साक्षरता दर 61.1 प्रतिशत है, जो दक्षिण भारत के अन्य राज्यों की तुलना में आंध्र प्रदेश को न्यूनतम साक्षर बताता है। न्यूनतम स्कूली नामांकन और निम्न शिक्षा स्तर राज्य में एनटी के जीवन को बदतर बनाते हैं।

रोज़गार के कारण हैं। सामान्यतः ये एनटी कचरा उठाने, रिक्शा खींचने, घरेलू नौकर, देसी सुअर पालने, भीख मांगने और खेतिहार मजदूरी जैसे अस्थायी काम भी पाते हैं।

निचले स्तर के स्थायी काम में आय स्वाभाविक रूप से कम होती है। इस रिपोर्ट के लिए लोकधारा द्वारा आंध्र प्रदेश के 1968 घुमंतु परिवारों का सर्वे किया गया, इनमें से 50.5 प्रतिशत यानि 850 परिवारों की मासिक आय 800-1100 रुपये थी। यह वैश्विक गरीबी स्तर प्रतिदिन एक अमेरिकी डालर पीपीपी<sup>1</sup> से भी कम है। जबकि अन्य 21.2 प्रतिशत परिवार 1200 से 2500 रुपये प्रति महीने कमाते हैं, 15.8 प्रतिशत 2,600-3,000 रुपये और 12.9 प्रतिशत परिवार प्रतिमाह 5,000 रुपये से अधिक कमाते हैं।

राज्य स्तरीय खाद्य वितरण कार्यक्रम के तहत 'सभी आदिम जनजाति परिवारों को भोजन के लिए राशन कार्ड पाने का अधिकार है। इन समुदायों में भुखमरी की समस्या कामय है। और राशनकार्डधारक घुमंतु जनजाति परिवारों की संख्या नगण्य है।

सर्वे में शामिल कुल परिवारों में से 20 प्रतिशत पर भूख का संकट है और केवल 4.5 प्रतिशत परिवारों के पास अंत्योदय कार्ड है। सर्वे में शामिल शेष 95.5 परिवार बगैर कार्ड के हैं। इस रिपोर्ट के लिए जिन 1698 परिवारों का सर्वे किया गया उनमें से सिर्फ 642 परिवारों यानि केवल 37.8 प्रतिशत के पास पक्का मकान है, 24.2 प्रतिशत बेघर हैं, 27.03 प्रतिशत तंबुओं में जीवन जी रहे हैं और 9.5 प्रतिशत अभी भी पेड़ों के नीचे रह रहे हैं।

सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

सन् 2001 की जनगणना में आंध्र प्रदेश की साक्षरता का दर 61.1% दर्ज किया गया, यह आंध्र प्रदेश को दक्षिण का न्यूनतम साक्षर राज्य बनाता है। न्यूनतम स्कूली नामांकन और निम्न शिक्षा स्तर राज्य में एनटी के जीवन को बदतर बनाते हैं। बच्चों की स्कूली पढ़ाई के लिए किए गए हमारे सर्वेक्षण में यह बात खुलकर सामने आई कि सर्वेक्षित 1121 बच्चों में से सिर्फ 188 या 16.8 प्रतिशत ही आंगनवाड़ी स्कूलों में जाते हैं। 601 बच्चे या 53.6 प्रतिशत ने पांच साल की पढ़ाई पूरी की जबकि 46.4 प्रतिशत पांच साल की भी स्कूली पढ़ाई पूरी नहीं कर सके। ये परिणाम स्कूली शिक्षा की सुविधाओं के अभाव और वर्तमान स्कूलों की कार्यप्रणाली की अपर्याप्त निगरानी की वजह से हैं।

## महिला समानता और सशक्तिकरण

महिलाओं को लक्ष्य कर बनाई गई सामुदायिक सशक्तिकरण योजनाएँ एनटी तक पर्याप्त रूप से नहीं पहुँचती हैं। विश्व बैंक ने निर्धनतम महिलाओं तक पहुँचने के लिए 'माइक्रो क्रेडिट स्कीम' का बड़ा ही आशावादी दृष्टिकोण प्रस्तुत किया है। विश्व बैंक के क्षेत्रीय निदेशक इसबेल गुएकेरो ने कहा कि "आंध्र प्रदेश सरकार द्वारा क्रियान्वित की जा रही 'माइक्रो क्रेडिट स्कीम' (वीईएलयूजीयू) ने आंध्र प्रदेश के छह योजना जिलों 80% अर्थात 57 लाख गरीब महिलाओं को करीब 4.7 लाख एसचएचजी में क्रियाशील बनाने में मदद दी है। समूह मिली रकम का उपयोग संसंधान जुटाने और शिक्षा, स्वास्थ्य-चिकित्सा, भोजन और अन्य छोटी लेकिन महत्वपूर्ण जरूरतों को पूरा करने के लिए कर्ज दे एक-दूसरे की मदद करने के लिए करता है।"

1. यू.एस.डी. मौजूदा दर से अंदाजन 43.00 रुपए के बराबर है।

बहरहाल, हमारा अध्ययन बताता है कि 'माइक्रो क्रेडिट प्रोग्राम' (लघु ऋण कार्यक्रम) अन्य अनेकों सार्वजनिक सेवाओं की तरह, घुमंतु जनजाति महिलाओं तक पर्याप्त रूप में नहीं पहुंच रहा। घुमंतु बसाव के 4603 महिलाओं में से केवल 15.75 प्रतिशत या 725 महिलाएँ सरकार या एनजीओ द्वारा गठित स्व-सहायता समूहों (सेल्फ हेल्प ग्रुप/एचएचजी) से जुड़ी हैं और 361 अथवा 7.84 प्रतिशत महिलाएँ बैंकों अथवा सरकार के जरिए 'लघु ऋण' के तहत कर्ज पा सकी हैं। एलचएचजी में घुमंतु महिलाओं में से सिर्फ 16 प्रतिशत ही एसएचजी की सदस्यता पा सकी हैं और शेष 84 प्रतिशत महिलाएँ इस लघु ऋण आंदोलन से अछूती हैं।

सामुदायिक सशक्तिकरण और सामुदायिक विकास के लिए महिलाओं का सशक्तिकरण जरूरी है तथा जनजाति महिलाओं पर ज्यादा ध्यान दिए बिना सामुदायिक विकास योजना असफल रहेगी।

## स्वास्थ्य

स्वास्थ्य चिकित्सा पर विशेष रूप से ध्यान दिए जाने के बावजूद विशेष रूप से सरकार से परिवारों को मदद नहीं मिल पा रही है। स्वास्थ्य से जुड़े आंकड़े बदतर स्थिति को दर्शाते हैं। घुमंतु समुदाय में मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) 1000 में से ज्यादा है जबकि राष्ट्रीय अनुपात 1000 में 5 है। इसके अलावा जनजातियों में 22 प्रतिशत एचआईवी परिवार हैं। 1.35<sup>2</sup> परिवारों में टीबी है। बहरहाल, हमारे अध्ययन के मुताबिक सरकारी योजनाओं के तहत एक भी परिवार को स्वास्थ्य-सुरक्षा या निरोधक सुविधाओं का लाभ नहीं मिल पा रहा है और इसके अलावा सिर्फ 30.5 प्रतिशत परिवारों को स्वच्छ पानी, शौचालय और नालियाँ उपलब्ध हैं।

## कृषि और भूमि उपलब्धता

सिंचाई पर सरकार का सारा ध्यान होने के बावजूद, एनटी की मिलिकियत वाले पहले से ही कम भूखंडों में से एक तिहाई को सरकारी सिंचाई सुविधा उपलब्ध नहीं है। सर्वेक्षण में शामिल किए गए परिवारों में से 17.07 प्रतिशत परिवारों के पास कृषि भूमि है और शेष 82.3 प्रतिशत भूमिहीन है। उपलब्ध जमीन में से 31.3 प्रतिशत पर सरकार की ओर से कोई सिंचाई व्यवस्था नहीं है।

जबकि सरकार ने केवल सिंचाई में वृहद् निवेश का वादा किया है और इसकी भूमि सुधार की ठोस योजना भी है। योजना का लक्ष्य गरीबों को सरकार द्वारा वितरित भूमि को ऊपजाऊ बनाना है, जो असे से बंजर रही है। पहले चरण में योजना का लक्ष्य दो लाख परिवारों की मिलिकियत की 3.5 लाख एकड़ भूमि को नाबर्ड से जुटाई गई 500 करोड़ रुपये की रकम से ऊपजाऊ बनाया जाएगा। उम्मीद की जा रही है कि इस योजना से बंजर जमीन खेती लायक हो जाएगी।

इन योजनाओं का एनटी तक पहुंचना, उनके जीवन की बेहतरी के लिए बहुत जरूरी है। इसके अलावा, यह दर्शाया गया है कि बार-बार के अकाल और मशीनी खेती के कारण ग्रामीण क्षेत्रों से वृहद् स्थानांतरण की गति तेज हो गई है। इन भू-योजनाओं को अगर सही ढंग से लागू नहीं किया जाता है तो संसाधनों पर और अधिक दबाव पड़ेगा जिससे संपूर्ण आबादी को समस्याएं झेलनी पड़ेंगी और एनटी पर इसका असंतुलित कु-प्रभाव पड़ेगा।

---

2. लोकधारा द्वारा किया गया अध्ययन

## विकास योजनाओं में सहभागिता

सरकार मानव सेवा अभिमुख साहसिक कार्यों के मद की रकम बड़ रकम विकास और विशेष रूप से सिंचाई परियोजनाओं पर लगा रही हैं एनटी लक्षित विकास परियोजनाओं – विस्थापन और उनकी आजीविका पर प्रभाव को इन परियोजनाओं के संदर्भ में देखना जरूरी है। वार्षिक योजनाओं में सिंचाई क्षेत्र के लिए आबंटन दमें 10000 करोड़ की बढ़ोतरी चालू वर्ष के आवंटन में 51.5 प्रतिशत की वृद्धि को दर्शाता है। सिंचाई विकास पर इतने भारी व्यय के संदर्भ में आंध्र प्रदेश का 2006-07<sup>3</sup> का बजट आबंटन –

- 1602 करोड़ रुपए पंचायती राज और ग्रामीण विकास के लिए
- 1024 करोड़ रुपए शहरी विकास के लिए
- 1545 करोड़ रुपए कल्याण क्षेत्र के लिए
- 566 करोड़ रुपए शिक्षा के लिए
- 535 करोड़ रुपए चिकित्सा व स्वास्थ्य के लिए
- 1222 करोड़ रुपए ढांचागत सुविधाओं के लिए
- 1161 करोड़ रुपए कमजोर वर्गों के आवास के लिए

विकास योजनाओं के सिलसिले में एनटी की सहभागिता महत्वपूर्ण है ऐसा न हो कि 'विकास' के लिए राज्य लाखों लोगों को विस्थापित करें और उनकी आजीविका का नुकसान पहुँचाए। सबसे महत्वपूर्ण यह है कि सार्वजनिक सेवाओं के लिए खर्च किए जा रहे संसाधनों तक एनटी की पहुँच जरूरी हो।

## निष्कर्ष

असंख्य सरकारी योजनाएं जो राज्य के नागरिकों के जीवन को बेहतर बनाने के लिए निवेश का वादा करती हैं, उन्हें इस तरह लागू किया जाना चाहिए कि वे एनटी संबंधी विचार सर्वोपरि रखें। बड़े पैमाने पर हाशिए पर रह रहे इन समूहों की आंध्र प्रदेश की आबादी में वृहद् प्रतिशत है और उनकी जीविका पर ध्यान दिए बिना राज्य शासन यह नहीं कह सकता कि उसकी पहुँच अपने सभी नागरिकों तक है।

एनटी को आवास और सतत् आजीविका हरहाल में उपलब्ध कराया जाना चाहिए जिससे कि ऊँची और सतत् आय से भूख का सामधान हो सके। वर्गीय भेदभाव आधारित सामाजिक बहिष्कार पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए, अगर जनता एनटी के साथ मानवीय व्यवहार करने को इच्छुक नहं है तो इन समूहों तक पहुँचने में कोई भी योजना असफल रहेगी।

अंततः, शैक्षणिक संस्थाओं को अवश्य बेहतर बनाया जाना चाहिए क्योंकि उच्च शिक्षा के स्तर बेहतर पोषण, महिलाओं के साथ बेहतर व्यवहार और अधिकारों की बेहतर जानकारी से संबद्ध हैं। साक्षरता दर में वृद्धि बेहतर जरूरी है क्योंकि राज्य की साक्षरता दर देश में न्यूनतम है।

3. साइलेंट फीचर ऑफ द आंध्र प्रदेश स्टेट बजट एंड प्रोग्राम (2006-07)

## दलित और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

नेकडॉर द्वारा प्रकाशित 'मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स एंड दलित-एस्टेट रिपोर्ट', 2007 से उद्धृत अंश

वैसे समाज में जहाँ आजीविका पाना और उसे बचाए रखना बहुत अधिक कठिन है हाशिए पर रह रहे समूह मानवाधिकार की सुरक्षा और जीवन की स्थितियों में सुधार की तलाश में अत्यधिक कष्ट झेलते हैं। भारत में जाति-प्रथा ने अपनी एक दृढ़ परंपरा कायम कर दी है जिससे कुछ समूह जन्म से मरण तक हाशिए पर रहते हैं। अनुसूचित जाति (एस.सी.) या अनुसूचित जनजाति (एस.टी.) पुकारे जाने वाले ये लोग पूर्व 'अछूत' हैं और नीची अथवा अतिरिक्त जाति समूहों के सदस्य हैं।

अनुसूचित जाति और जनजाति भारत की आबादी में 25 प्रतिशत हैं और इस वजह से ....

देश में तकरीबन 85 प्रतिशत बंधुओं मजदूर भी इन्हीं समूहों से हैं। इनकी लगभग 90 प्रतिशत आबादी गाँवों में रहती है।<sup>1</sup>

एम.डी.जी. की उपलब्धियों की तलाश में पता चलता है कि एस.सी. और एस.टी. अभी भी हाशिए पर हैं। जाति व्यवस्था की दृढ़ परंपरा के कारण इन समूहों के असंतुलित कष्ट और हाशिए पर धकेले जाने की स्थिति कभी अस्पष्ट और कभ स्पष्ट रूप से होती रही है। एस.सी. और एस.टी. की इस दुर्दशा को स्वीकार कर उनके निराकरण के लिए इन लोगों की स्थिति पर अधिक ध्यान देने की जरूरत है कि इन एम.डी.जी. इसमें क्या और किस तरह सहायता कर सकती है और यह इन समूहों के वास्तविक मानवाधिकार हासिल करने में कैसे पिछड़ रही है।

### गरीबी उन्मूलन

गरीबी रेखा के नीचे जीने वाले एस.सी. और एस.टी. की संख्या राष्ट्रीय औसत के मुकाबले ज्यादा है और अन्य समूहों के तुलना में इन समूहों की गरीबी दर में गिरावट काफी धीमी है। ग्रामीण इलाकों में, 1999-2000 में गरीबी रेखा के नीचे रह रही 27 प्रतिशत आबादी के मुकाबले 36 प्रतिशत एस.सी. और 46 प्रतिशत एस.टी. आबादी गरीबी रेखा के नीचे जीवन जी रही थी।<sup>2</sup>

ग्रामीण इलाकों में  
1999-2000 में  
गरीबी रेखा के  
नीचे रह रही 27  
प्रतिशत आबादी  
के मुकाबले 36  
प्रतिशत एससी  
और 46 प्रतिशत  
एसटी आबादी  
गरीबी रेखा के  
नीचे जीवन जी  
रही थी।

1. द राइट टू फूड रिपोर्ट ऑफ द स्पेशल रपटियर रिपोर्ट ऑन द राइट टू फूड, जीन जेग्लर, एडेनडम, मिशन टु इंडिया, (20 अगस्त-2 सितंबर, 2005)

2. प्लानिंग कमिशन एस्टिमेंट, मार्च 2005

ग्रामीण इलाकों में 1999-2000 में गरीबी रेखा के नीचे रह रही 27 प्रतिशत आबादी के मुकाबले 36 प्रतिशत एस.सी. और 46 प्रतिशत एस.टी. आबादी गरीबी रेखा के नीचे जीवन जी रही थी।

गरीबी के मामले में ग्रामीण और शहरी इलाकों में असमानता है। ज्यादातर राज्यों में ग्रामीण इलाकों में एस.टी. जनसंख्या बड़े अनुपात में गरीबी रेखा के नीचे हैं जबकि शहरी इलाकों में गरीबी के अनुपात के आधार पर ज्यादातर राज्यों में एस.टी. की तुलना में एस.सी. का अनुपात ज्यादा है।

एस.टी. और एस.सी. के पास न्यूनतम भूमि और उस पर खेती के लिए जरूरी संसाधन होते हैं। इसके अलावा भूमि सुधार और अन्य कृषि-सहाय योजनाएं एस.टी. और एस.सी. के लिए वृहद् रूप से गैर-लाभदायक रही हैं। उपयोगी कृषि के लिए एस.सी. की कार्य-क्षमता पर्याप्त भूमि की अनुपलब्धता और नगण्य भूमि के स्वामित्व से बाधित होती है। गरीबी कम करने वाली विभिन्न योजनाओं का एस.सी. की आर्थिक स्थिति सुधार पर पर्याप्त प्रभाव नहीं पड़ा। यह सर्वविदित है कि ऊँची जाति के बहुत से लोगों ने भ्रष्ट नौकरशाही के जरिए एस.सी. होने का जाली प्रमाण पत्र हासिल कर एस.सी. रोजगारों को हड़पात है।

दूर-दूर तक व्याप्त भेदभाव दलितों को जमीन का मालिक बनने से रोकता है, उन्हें हमेशा से 'मजदूर वर्ग' के रूप में देखा गया है और अगर उन्हें जमीन मिलती भी है (जैसा कि पुनर्वितरण और भूमि सुधार कार्यक्रम के परिणामस्वरूप कुछ राज्यों हुआ) तो उस पर इलाके के ऊँची जाति के दबंग जबरन कब्जा जमा लेते हैं। भेदभाव के परिणामस्वरूप, बहुत सारे नीची जाति के दलितों में मजदूरी के बगैर खेतिहर मजदूर के रूप में काम करने की अपेक्षा की जाती है, बहुत से लोग कर्ज के एवज में ऊँची जाति के अपने नियोजकों के अधिन बंधुआ हैं।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

चौदह साल तक की उम्र के सभी बच्चों को मुफ्त और अनिवार्य शिक्षा देने के सरकारी वादे से एसटी और एस.सी. अनुछूए रहते हैं क्योंकि स्कूली सुविधाओं के प्रति ध्यान का अभाव और काम करने की उनकी सामाजिक जरूरत स्कूल छोड़ने की दर को बढ़ाती है। इन समूहों में 'शिक्षा अभाव' और भी बदतर हो जाता है। जैसा कि आम आबादी की तुलना में एसटी और एस.सी. की साक्षरता और नामांकन दर के आंकड़ों से साफ पता चलता है।

1993 में प्राथमिक स्कूल जाने लायक उम्र के दलित बच्चों में से केवल 16.2 फीसद का ही स्कूलों में नामांकन था, इसकी तुलना में 83.8 प्रतिशत गैर-दलित बच्चों का नामांकन स्कूलों में था।<sup>3</sup> दलित बच्चे अपने हमउम्र और दलित बच्चों के मुकाबले ज्यादातर स्कूल छोड़ देते हैं, विशेष तौर पर प्राथमिक आयु वर्ग में। यह चकित करने वाला है। कि 99 प्रतिशत दलित विद्यार्थी सरकारी स्कूलों में पढ़ते हैं, जहाँ बुनियादी ढांचागत सुविधाएं, कक्षाओं के लिए कमरों, शिक्षकों और शिक्षण सामग्रियों का अभाव रहता है।

एस.टी. और एस.सी. दोनों समूहों में साक्षरता दर 1961 तक उल्लेखनीय रूप से बढ़ा और उसके बाद 1991 और 2001 के मध्य बढ़ा। एस.टी. और एस.सी. और अन्य समूहों के बीच साक्षरता का अंतर कम। बहरहाल दोनों समूहों में असमानता है – समग्र रूप से एस.सी. उके मुकाबले एस.टी. निम्न दर पर है।

3. एलिन आर्टिस, चड डुबाय और करने लियान्स : वर्क्सशाप ऑन ह्यूमन राइट्स : फ्रॉम ग्रासरूट टू इंटरनेशनल इंप्लुएंस, द वुड्रो विल्सन स्कूल ऑफ पब्लिक एंड इंटरनेशनल अफेयर्स, प्रिंसटन यूनिवर्सिटी, जनवरी 2003

1961 और 2001 के बीच एस.टी. और एस.सी. दोनों ही वर्गों के परिपक्व साक्षरता दर में 35-35 प्रतिशत की वृद्धि हुई। 1991-2001 की अवधि में एस.टी. का प्रभाव साक्षरता दर 20.6 से बढ़कर 47.1 प्रतिशत हो गई। समान अवधि में एस.सी. का प्रभावी साक्षरता दर 37.41 प्रतिशत से बढ़कर 54.69 प्रतिशत हो गया।

एसटी और एससी समूहों की साक्षरता का प्रतिशत गैर-एसटी/एससी समूहों की तुलना में 1991 के 20.28 से घटकर 2001 में 21.71 हो गया है।

क्षेत्रीय स्तर पर साक्षरता दर में असमान है हालांकि समय के साथ-साथ इसमें गिरावट आ रही है। केरल में एससी साक्षरता दर सबसे ज्यादा (79.7 प्रतिशत) और सबसे कम बिहार में (19.5 प्रतिशत) थी। यह ढाँचा 2001 में भी कायम रहा, सबसे आगे केरल 82.7 प्रतिशत और सबसे कम बिहार 82.2 रहा।

### लैंगिक समानता और महिला सशक्तिकरण

सामान्य आबादी की तुलना में एससी और एसटी में लैंगिक असमानता काफी ज्यादा है। 1991 की जनगणना सामान्य आबादी निरक्षरता दर (47.79; की तुलना में एससी महिला निरक्षरता दर (76.24) के अंतर को उजागर करता है। 1991 की जनगणना के मुताबिक मुश्किल से 24 प्रतिशत दलित महिलाएं साक्षर हैं। एस.सी. लड़कियों में शिक्षा के हर स्तर पर पढ़ाई छोड़ने की दर एस.सी. लड़कों और सामान्य आबादी की लड़कियों के मुकाबले कहीं ज्यादा है। सेकेंडरी स्तर 83 प्रतिशत से अधिक एस.सी. लड़कियाँ स्कूल छोड़ देती हैं जबकि इस स्तर की पढ़ाई ऊँची, शिक्षा और भविष्य में रोजगार के लिए जरूरी होती है।

### बाल और मातृ मृत्यु

मातृ और शिशु मृत्यु दर साथ ही साथ कुल जनन क्षमता दर राष्ट्रीय स्तर की तुलना में काफी ऊँची है। राष्ट्रीय स्तर पर अन्य के मुकाबले कुल जनन क्षमता दर एससी और एसटी में ज्यादा है। 1998-99 में, शेष आबादी की प्रति हजार जीवित जन्म में शिशु मृत्यु दर 67.6 की तुलना में एस.सी. में शिशु मृत्यु दर 83 और एसटी में 84.2 थी। एनएफएचएस II के आंकड़ों के मुताबिक एससी और एसटी में नवजात मृत्यु, शिशु मृत्यु, बाल मृत्यु और पांच साल तक की आयु वर्ग की मृत्यु दर और अन्य समूहों की कुल मृत्यु दर की तुलना में क्रमानुसार एससी और एसटी में कहीं ज्यादा है।

इसके अलावा एससी और एसटी में बेहतर मातृ-बाल स्वास्थ्य के आम संकेतक भी बदतर हैं। राष्ट्रीय स्तर पर संस्थागत प्रसव की तुलना के दौरान अन्य के मुकाबले एससी और एसटी के संकेतकों में गिरावटी पाई गई। अन्य समुदायों की महिलाओं के मुकाबले एससी और एसटी महिलाओं में रक्तक्षीणता ज्यादा है। अन्य के मुकाबले एससी और एसटी में बच्चों का पूर्ण टीकाकरण भी कम होता है।

### संसाधनों तक पहुँच

1990 की शुरुआत से जब भारतीय सामाजिक-आर्थिक परिदृश्य में सुधार काल आया, सामाजिक विकास के सारे आयामों में, दलित और गैर दलितों के बीच का अंतर सिर्फ बढ़ा है। 2001 की जनगणना आंकड़ों के मुताबिक 42.3 प्रतिशत सामान्य परिवारों के मुकाबले अनुसूचित जाति के सिर्फ 23.7 फीसद परिवारों के घरों में शौचालय की सुविधा है।

(अनुसूचित जनजातियों के सिर्फ 17 प्रतिशत परिवारों के घरों में शौचालय की सुविधा है। 2001 की जनगणना के अनुसार, 57.7 प्रतिशत सामान्य परिवारों के पास स्थायी घर हैं। जबकि अनुसूचित जाति के 42.8 परिवार और अनुसूचित जनजाति के सिर्फ 24.4 परिवारों के पास स्थायी घर हैं।

### अंतरराष्ट्रीय संगठनों में प्रतिमानों की निरंतरता

अंतरराष्ट्रीय संगठन भी अपने कामकाज में भारतीय संस्कृति के सामाजिक क्रम की नकल कर रहे हैं। हाल में हुए सर्वेक्षण में यह बात सामने आई है कि भारत में अंतरराष्ट्रीय कंपनियों ने शायद ही किसी दलित को कर्मचारी रखा है जबकि जनसंख्या में दलितों की भागीदारी 18-20 प्रतिशत है। सोच यह है कि दलितों को व्यापक रूप से उनके पारंपरिक निम्न दर्जे के कामों तक ही सीमित रखा जाए और जिन्होंने शैक्षणिक योग्यता हासिल कर ली है उनके लिए काम पाना कठिन है।

### निष्कर्ष

मौजूदा विकास योजना मॉडल हरेक के लिए योजना बनाता है सिवाय अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति के, जो अपेक्षित परिणाम देने में असफल रहते हैं।

यह जानना कष्टकर है कि एमडीजी हासिल करने वाली मौजूदा योजनाएं ऐसे ढांचे पर बनी हैं जो न केवल एसटी और एससी की हाशिए पर स्थिति को बनाए रखती है बल्कि इन समूहों के हितों का बेहतर ख्याल भी नहीं करती, ऐसे में योजनाएं इन समूहों की स्थितियों को और बदतर बनाती हैं। जैसा कि रिपोर्ट सही तौर पर बतता है कि भारत में एमडीजी के लिए दलित केन्द्रित योजना का ढांचा बनाना पहली जरूरत है।

जिला स्तर पर विशेष रूप से सही और एससी को लक्ष्य कर एक पृथक और उपयुक्त रणनीति बनाकर गतिविधियों को केंद्रित करने की जरूरत है। स्वास्थ्य और कल्याण मंत्रालय को अभियान चलाकर उन जिलों में प्रजनन स्वास्थ्य मुद्दों को उठाना चाहिए, जहाँ एससी लड़कियों में साक्षरता दर 33 प्रतिशत से कम है।

यह जरूरत है कि उपलब्ध स्थानीय डॉक्टरों, पारा मेडिकल स्टाफ और शिक्षकों की बहाली ठेके पर हों ताकि कर्मचारियों की कमी झेल रहे स्कूल और स्वास्थ्य केंद्र लगातार प्रभावी सेवाएं दे सकें। किसानों के लिए जल सिंचाई संसाधनों के विस्तार पर विशेष ध्यान देना चाहिए। कर्ज, स्वयं सहाय समूहों, गांवों के भीतर संचाई स्रोत का निर्माण जैसी योजनाओं पर ज्यादा मदद लायक जरूरतमंद क्षेत्रों पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।

एसटी और एससी की राजनीतिक सहाभागिता उनके जीवन से जुड़ी निर्णय प्रक्रिया में जरूरी है। न्यूनतम मजदूरी का सूचकांक मूल खाद्य पदार्थों पर आधारित होना चाहिए और रोजाना की न्यूनतम आवश्यक कैलोरी को खरीदने के लिए पर्याप्त होना चाहिए। न्यूनतम मजदूरी कानून और रोजगार गारंटी अधिनियम को पूरी तरह लागू किया जाना चाहिए।

एमडीजी योजना जो एससी और एसटी के व्यवस्थागत हाशिए पर ढकेले जाने के प्रतिरोध में काम करती है, के लिए यह आवश्यक है कि कार्यक्रम के लागू होने को सुनिश्चित करने के लिए निरीक्षण समूहों का गठन किया जाए। हाशिए के इन समूहों को आगे लाने में एमडीजी के सामने अत्यधिक महत्वपूर्ण बाधाओं में से सबसे प्रमुख बाधा सामाजिक रवैया है। इस तरह निरीक्षण समूह एसटी और एससी के सहायताथ कार्यक्रमों और योजनाओं के क्रियान्वयन पर पूरी निगरानी अवश्य रखें।

## मुस्लिम और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

तहरीक-ए-पसमांदा, 2007 द्वारा प्रकाशित 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्य और मुस्लिम स्थिति रिपोर्ट'

भारत में मुस्लिम 138 लाख से भी ज्यादा हैं और लगातार आश्चर्यजनक दर से बढ़ रहे हैं। भारतीय मुस्लिम संख्या की दृष्टि से केवल इंडोनेशिया से पीछे हैं लेकिन पड़ोसी देश बांग्लादेश और पाकिस्तान से ज्यादा है। देश में मुस्लिम दूसरा सबसे बड़ा धार्मिक समूह है और सबसे बड़ा धार्मिक अल्पसंख्यक समूह हैं।

भारत में मुस्लिम आबादी में क्षेत्रीय असमानता काफी अधिक है, उसी तरह कुछ क्षेत्रों में मुस्लिमों में आयु-वर्ग की दृष्टि से भी असमानता है। पश्चिम बंगाल, बिहार, महाराष्ट्र और उत्तर प्रदेश जैसे क्षेत्रों में मुस्लिम युवकों की संख्या काफी ज्यादा है जहाँ इनमें कार्यशक्ति में सहभागिता के अभाव की वजह से पारिवारिक संसाधनों पर दबाव जैसी दूसरी तरह की कठिनाइयाँ झेलनी पड़ रही हैं – उन क्षेत्रों की तुलना में जहाँ मुस्लिम आबादी में वृद्धों की संख्या ज्यादा है। इस असमानताओं के बावजूद, लैंगिक असमानता कम है और मुस्लिमों में देश का उच्चतम लैंगिक अनुपात है।

भारत में मुस्लिमों को आमतौर पर ऐसी अनेक सुविधाएँ सुलभ नहीं हैं जो देश के अन्य समूहों को उपलब्ध हैं। ओबीसी (अन्य पिछड़ा वर्ग) में कम मुस्लिमों को शामिल किया जाना यह दर्शाता है कि देश में अत्यधिक हाशिए पर रह रहे हिंदू समूहों को जो उपयोगी मदद की जा रही है उससे मुस्लिमों को कैसे वंचित रखा जा रहा है। इससे मुस्लिम समुदाय हिंदू ओबीसी से पिछड़ रहा है।

मुस्लिम समुदाय शहरी इलाकों की तुलना में ग्रामीण इलाकों में अधिक सबता है लेकिन भारत की पूरी जनसंख्या की तुलना में इनका शहरीकरण अधिक हो रहा है।

### गरीबी उन्मूलन

देश के गरीबों की संख्या में मुस्लिम लगभग एक तिहाई हैं, एचसीआर के हिसाब से इनकी संख्या शहरी इलाकों में ज्यादा हैं यहां तक कि एसटी और एससी से भी ज्यादा भारत में 22.7 प्रतिशत गरीबों में से 31 प्रतिशत मुस्लिम गरीबी रेखा के नीचे हैं। शहरी इलाकों में मुस्लिमों में एचसीआर का प्रतिशत सबसे ज्यादा 38.4 है। इसके बाद अनेक एससी/एसटी में 36.4 प्रतिशत है। गरीबी रेखा पर होने वाले व्यय का औसत सिर्फ 75 प्रतिशत ही गरीब मुस्लिम पा सकते हैं।'

उल्लेखनीय है कि ग्रामीण इलाकों में 54.6 प्रतिशत और शहरी इलाकों में 60 प्रतिशत मुस्लिम कभी स्कूल नहीं गए जबकि राष्ट्रीय औसत क्रमशः ग्रामीण इलाकों में 40.8 और शहरी इलाकों में 19.9 है।

1. पीएमएचएलसी रिपोर्ट

उल्लेखनीय है कि ग्रामीण इलाकों में 54.6 प्रतिशत और शहरी इलाकों में 60 प्रतिशत मुस्लिम कभी स्कूल नहीं गए जबकि राष्ट्रीय औसत क्रमशः ग्रामीण इलाकों में 40.8 और शहरी इलाकों में 19.9 है।

मुस्लिमों को अक्सर समान सरकारी लाभ नहीं मिलते जिन्हें पाने के लिए दूसरे संघर्ष करते हैं। उदाहरण के लिए सिर्फ 3.2 प्रतिशत मुसलमान अनुदान युक्त ऋण पाते हैं और समुदाय के केवल 1.9 प्रतिशत तक ही अंत्योदय अन्न योजना का लाभ पहुँचता है। कुपोषण से जुड़े कई आंकड़े बताते हैं कि मुस्लिम पोषण और स्वास्थ्य हिंदुओं के मुकाबले नीचे हैं लेकिन यह एसटी और एससी से जरा सा ऊपर है। साक्ष्य बताते हैं कि मुस्लिम बच्चे हिंदू बच्चों की तुलना में कुपोषण के ज्यादा पास हैं। हालाँकि वे एसटी और एससी बच्चों की तुलना में अल्पवजन और शारीरिक विकार-रुद्धता के कम शिकार हैं।

मुस्लिम नियमित रोजगारों से कम और खत्म होनेवाले रोजगारों से अधिक जुड़े होते हैं, जिससे वे विस्थापित होते हैं और आजीविका खोते हैं। पुरुष और महिला कामगारों में असमानता काफी ऊँची है और इससे काम करने वालों की संख्या कम होती है। बेरोजगारी दर की दृष्टि से भी मुस्लिम हिंदुओं और एससी एवं एसटी के मध्य है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

राष्ट्रीय साक्षरता आंकड़ों की तुलना में मुस्लिमों की साक्षरता दर लगातार कम है और इसमें ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में असमानता भी है। छोटी उम्र में ही बच्चों को पढ़ाने पर विशेष ध्यान देना जरूरी है क्योंकि छोटी उम्र वालों की तुलना में बड़ी उम्र वालों साक्षरता अधिक है।

2001 में मुस्लिमों में साक्षरता दर (एलआर) 59.1 प्रतिशत था जो कि राष्ट्रीय साक्षरता दर 65.1 प्रतिशत की तुलना में काफी कम है। शहरी क्षेत्रों में मुस्लिम साक्षरता स्तर (70.1) प्रतिशत और राष्ट्रीय औसत के बीच अंतर का 11 प्रतिशत है जबकि अन्य धार्मिक समुदायों में ये अंतर 15 प्रतिशत है।<sup>2</sup>

स्कूलों में बच्चों के नामांकन के तरीकों में सुधार लाने की आवश्यकता है और उच्च शिक्षा तक निरंतर उपस्थिति पर अनिवार्य रूप से जोर दिया जाना चाहिए। छह से 13 साल की आयु के मुस्लिम बच्चों की संख्या का आठवां हिस्सा स्कूल नहीं जाता है। छह से 10 साल की उम्र के 65 प्रतिशत मुसलिमों के बच्चों का स्कूलों में नामांकन है। शहरी बच्चों का माध्यमिक स्कूलों में नामांकन का अनुपात 28 प्रतिशत है। जैसे-जैसे पढ़ाई का स्तर बढ़ता है नामांकन की दर में उल्लेखनीय कमी आती है।

क्षेत्रीय असमानता के अलावा स्कूलों के बीच भारी असमानता है जो बताता है कि मुस्लिम समुदाय किसी भी शैक्षिक सुधार के लाभ से लगातार वंचित है और नामांकन में देश में अन्य की तुलना में पीछे हैं। शहरी क्षेत्रों में ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में मुस्लिमों और अन्य धार्मिक समुदायों के बीच असमानता का अंतर अधिक है। स्वाधीनता के बाद से ही और विशेष रूप से 1980 से मुस्लिमों और लाभ-प्राप्त वर्गों के बीच का अंतर बढ़ता गया है। ग्रामीण क्षेत्रों में 54.6 प्रतिशत मुसलिम और शहरी क्षेत्रों में 60 प्रतिशत मुसलिम कभी स्कूल नहीं गए, इसकी तुलना में राष्ट्रीय औसत क्रमशः ग्रामीण क्षेत्र में 48.8 प्रतिशत और शहरी क्षेत्र में 19.9 प्रतिशत है।

### लैंगिक समानता और महिला सशक्तिकरण

कम उम्र में शादी महिलाओं तक संसाधनों की पहुँच में उल्लेखनीय गिरावट लाती है। लगभग 60 प्रतिशत मुसलिम महिलाओं की शादी 17 साल में हो जाती है और लगभग समान प्रतिशत मुस्लिम महिलाएं निरक्षर हैं। मुस्लिम लड़कियों की स्कूल में नामांकन दर 40.66 प्रतिशत है जबकि आठ साल की स्कूली शिक्षा पूरी होने तक सिर्फ 17 प्रतिशत लड़कियों का स्कूलों में नामांकन रहता है। मुस्लिम महिलाओं की शिक्षा उपलब्धि पुरुषों और अन्य सामाजिक-धार्मिक समुदाय (एसआरसी) की तुलना में कम है।

2. सच्चर रिपोर्ट, 2006

ग्राम पंचायत से लेकर संसद तक की निर्णय-प्रक्रिया में मुस्लिम महिलाओं की भागीदारी तकरीबन शून्य है और वे अल्पसंख्यक कल्याण संस्थाओं में भी स्थान नहीं पा सकती हैं। मुस्लिम महिलाएं बीपीएल लाभान्वितों को जवाहर रोजगार योजना के तहत मिलने वाले ऋण, घर के लिए ऋण और विधवा पेंशन पाने में भी भेदभाव का सामना करना पड़ता है। वे ओबीसी के लिए आरक्षित लाभों का भी उपयोग नहीं कर पाती हैं क्योंकि अधिकारी उन्हें आवश्यक जाति प्रमाण-पत्र ही जारी नहीं करते हैं।

मुस्लिम महिलाओं की स्थिति लगभग बदतर होती है पर महिलाओं और लड़कियों की घर और मुहल्ले की हद से बाहर निकल, स्कूल में पढ़ने और अपनी स्थिति सुधारने की आकांक्षा में आशा की किरण दिखती है। कुछ महिलाओं ने इन स्थानों में काम करने की जो योग्यता और विश्वास दिखाई है उससे यह प्रकट होता है कि महिला समुदाय में महिलाओं के विकास की संभावनाएं तो असाधारण रूप से महत्वपूर्ण हैं और इस पर ध्यान देने की जरूरत है।

### बाल मृत्यु

भारत में मुस्लिमों में शिशु और बाल मृत्यु दर कम है जबकि नवजात कन्या हत्या और गर्भपात संभवतः भारतीय मुस्लिमों में बढ़ते शहरीकरण का नतीजा है। भारत के अन्य सामाजिक, धार्मिक समुदाय की तुलना में मुस्लिमों में शिशु और पाँच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर कमी में दूसरे स्थान पर है। सभी सामाजिक, धार्मिक, समुदायों की तुलना में मुसलमानों में शिशु मृत्यु दर और पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर न केवल न्यूनतम से कम है बल्कि किसी भी सामाजिक विकास में 1990 के दशक में शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) और पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर (यूएमआर) में सबसे अधिक गिरावट आई।<sup>3</sup> शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) अन्य समुदाय के मुकाबले में कम है जैसा कि दूसरे संकेतक बताते हैं कि भारत में अन्य समुदायों की तुलना में मुस्लिमों में 'पुत्री-घृणा' बहुत ही कम है। इन साकारात्मक आंकड़ों के बावजूद, मुस्लिम बच्चों में भी कुपोषण की दर ऊँची है जबकि टीकाकरण दर कम है और डायरिया का प्रभाव ज्यादा है।

### मातृ मृत्यु दर

अन्य भारतीयों की तुलना में मुस्लिमों में मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) थोड़ा कम है और जनन दर में भी कमी आई है। हालांकि जन्म दर सामान्य जनसंख्या की तुलना में अभी भी ज्यादा है। सामान्य जनसंख्या की तुलना में मुस्लिम समुदाय में गर्भ निरोधक का उपयोग काफी कम है और मुस्लिम महिलाओं में निरोधक की 'न पूरी हुई जरूरत' अधिक है। गर्भ-निरोधक सुरक्षा दर में गैर-मुस्लिमों और मुस्लिमों के बीच 10 प्रतिशत का अंतर दिखता है।<sup>4</sup> बंध्याकरण के उपयोग में भारी अंतर है। मुस्लिमों में गर्भनिरोधक की 'न पूरी हुई जरूरत' काफी ऊँची है और बड़े पैमाने पर इसे पलटने की प्रक्रिया की मांग के साक्ष्य हैं। एक तिहाई मुस्लिम दंपति ने कहा कि वे कुछ गर्भ-निरोधक का उपयोग करते हैं हालांकि अन्य धार्मिक समुदायों की तुलना में मुस्लिमों में इसके उपयोग का चलन कम है।

गिरती हुई पर अभी भी बहुत ऊँची मुस्लिम महिलाओं के प्रजनन दर में कमी लाने के लिए गर्भ निरोधकों की विस्तृत उपलब्धता और विस्तृत उपयोग जरूरी है।

### एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

एचआईवी/एड्स से बचाव में बड़ी कठिनाई कंडोम के वितरण में वृद्धि और उसके उपयोग को प्रोत्साहन देने को लेकर

3. एनएफएचएस II, 1998-99

4. गर्भ निरोधक सुरक्षा दर एनएफएचएस-2, 1998-99, सच्वर रिपोर्ट 2006

उपजा विवाद है। कुछ धार्मिक नेताओं का तर्क है कि कंडोम का वितरण विवाहेतर और विवाहपूर्ण यौन संबंधों को बढ़ावा देने वाला होगा और इसके साथ ही, उन्होंने यह भी इशारा किया कि अनेक संस्कृतियों के मर्द इसके उपयोग के लिए अनिच्छुक हैं। और इसलिए बिना किसी ठोस शैक्षिक कार्यक्रम के इनका कोई लाभ नहीं है।

विशेष रूप से एचआईवी/एड्स के मामले से बचाव के लिए मुस्लिमों की समस्या रोग के विषय में उनके ज्ञान की कमी और निरोध कार्यक्रमों तक उनकी शिक्षा और पहुँच का अभाव है। इसके अलावा दूरी की वजह से स्वास्थ्य सुरक्षा सुविधाओं तक उनकी पहुँच की असमर्थता और साथ ही साथ संसाधनों की कमी और अपर्याप्तता भी इसके कारण हैं।

### पर्यावरण निरंतरता

भारत में मुस्लिमों में पर्याप्त नागरिक सुविधाओं और बुनियादी ढांचागत सुविधाओं का अभाव पाया गया है। मुस्लिम को आजीविका सुनिश्चित करने के क्रम में अक्सर पर्याप्त संसाधनों का अभाव झेलना पड़ता है। ग्रामीण इलाकों में राष्ट्रीय औसत 43 प्रतिशत की तुलना में 60.2 प्रतिशत मुस्लिमों के पास ज़मीन नहीं है। सिर्फ 2.1 प्रतिशत मुस्लिम किसानों के पास ट्रैक्टर हैं और सिर्फ 1 प्रतिशत के पास हैंड पंप हैं।

मुस्लिम समुदाय में शौचालय की सुविधा कम है लेकिन एससी/एसटी और ओबीसी की तुलना में ये बेहतर हैं। भारत में लगभग आधे मुस्लिम परिवारों में शौचालय का अभाव है। उपलब्धता कम है लेकिन एससी/एसटी और ओबीसी की तुलना में ये बेहतर हैं क्योंकि मुस्लिमों में महिलाओं को पर्दे को लेकर अधिक आग्रह है। बड़ी संख्या में मुस्लिम और एससी/एसटी ऐसे गांवों में रहते हैं जहां बिजली बहुत कम है। रोशनी के लिए बिजली का उपयोग राष्ट्रीय औसत की तुलना में मुस्लिम बहुत कम करते हैं। आमतौर पर मुस्लिम परिवारों के पास उतना सामान नहीं होता जितना हिंदू परिवारों या दूसरे अल्पसंख्यकों के पास होता है लेकिन हिंदू ओबीसी और एससी/एसटी की तुलना में ये कहीं ज्यादा बेहतर हैं।

### निष्कर्ष

भारत में मुस्लिम जिन समस्याओं का सामना कर रहे हैं उसे बड़े पैमाने पर चुनौती देने के लिए अंतरराष्ट्रीय व्यापार प्रणाली के सुधारों और विभिन्न वैयक्तिक समूहों – अर्थशास्त्रियों और राजनेताओं, नागरिकों और धार्मिक नेताओं का साझा सहयोग जरूरी है। लोगों तक पहुंचने और सोच एवं जीवन पद्धति को दीर्घकाल तक बनाए रखने की क्षमता से सांस्कृतिक और आध्यात्मिक बुनियाद परिवर्तन को प्रोत्साहन मिलता है।

विशेष रूप से भारतीय राज्यों में स्व-रोजगार से जुड़े मुस्लिमों तक कौशल प्रशिक्षण और ऋण कार्यक्रम अवश्य पहुंचना चाहिए, मुस्लिम सघन आबादी वाले क्षेत्रों और कम मुस्लिम सघनता वाले क्षेत्रों में स्वास्थ्य, आरोग्य, बिजली और सार्वजनिक सेवा संसाधनों की उपलब्धता की असमानता पर विशेष ध्यान देना चाहिए।

इसी तरह सामुदायिक स्तर पर मुस्लिम महिलाओं की पहुंच पर रोक और पांबंदियों को तोड़ने अधिक से अधिक सार्वजनिक स्तर पर उपस्थित होने की क्षमता पर भी अवश्य विशेष ध्यान देना चाहिए। मुस्लिम महिलाओं की अधिक शिक्षा और सार्वजनिक स्तर पर स्थान बनाने की इच्छा के प्रति धार्मिक नेताओं और सरकारी अधिकारियों को अवश्य ध्यान देना चाहिए जिससे कि यह आबदी पूर्ण और सशक्त जीवन के लिए अपनी इच्छा को पूरा करने योग्य हो सके। सामाजिक भेदभाव मुस्लिम महिला और पुरुष दोनों के लिए कमक किए जाने की आवश्यकता है ताकि सभी क्षेत्रों में और ग्रामीण तथा शहरी सभी स्थानों पर सार्वजनिक संसाधन मुस्लिमों को बिना किसी समस्या के उपलब्ध हो सके। मुस्लिमों के प्रति व्याप्त व्यवहारिक और बुनियादी ढांचागत भेदभाव खत्म करने से ही भारत में इस समुदाय के नागरिकों को हित में एमडीजी शुरू हो सकता है।

## उत्तर प्रदेश और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

उपवन (उत्तरप्रदेश वालंटियर एक्शन नेटवर्क), 2007 द्वारा प्रकाशित 'उत्तर प्रदेश और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य – मध्यावधि नागरिक समीक्षा रिपोर्ट से उद्धृत अंश।

भारत की कुल आबादी का 16.2% उत्तर-मध्य स्थित राज्य उत्तर प्रदेश में रहती है, जो राज्य की कुल 7.2% जमीन पर बसती है। इसके अलावा उत्तर प्रदेश में घनी आबादी वाला राज्य है जहाँ आबादी घनत्व राष्ट्रीय औसत से अधिक है।

उत्तर प्रदेश की लगभग 79% जनसंख्या गांवों में रहती है और राज्य में पर्यावरणीय संसाधनों पर उल्लेखनीय निर्भरता है। पूरे राज्य में बड़ी भारी गरीबी व्याप्त है। राज्य में अनेक क्षेत्रों में जैविक विभिन्नताएँ हैं, इसलिए नागरिक हितों के लिए पर्यावरण पर ध्यान और उसकी सुरक्षा ज़रूरी है।

### गरीबी उन्मूलन

नेशनल सैंपल सर्वे (एनएसएस) के अनुसार उत्तर प्रदेश में 28 प्रतिशत आबादी गरीबी रेखा के नीचे रहती है। बहरहाल विश्व बैंक का आकलन है कि एक डॉलर से नीचे जीवन जी रहे लोगों की गणना की जाए तो कुल आबादी का 70% जनसंख्या गरीबी की रेखा से नीचे हैं।

जनसंख्या की गणना से यह स्पष्ट है कि हाल के वर्षों में ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में गरीबी में रहने वालों की संख्या बढ़ी है। अगर हम व्यक्ति की गणना के आधार पर देखें तो 1993-94 में लगभग पांच करोड़, पांच लाख, 70 हजार लोग ग्रामीण क्षेत्रों में जीते थे। जबकि यह संख्या 2003-04 में बढ़कर पांच करोड़, 13 लाख नौ हजार हो गई। शहरी क्षेत्रों में भी लोगों की गणना बताती है कि यह एक करोड़, नौ लाख, 50 हजार से बढ़कर एक करोड़ 25 लाख चार हजार हो गई।<sup>1</sup>

जाति व्यवस्था में निहित सामाजिक बहिष्कार की वजह से संसाधनों का वितरण कुछ हाथों में सीमित हो गया है जबकि अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति खेतिहर मजदूरों या अकुशल मजदूरों में तब्दील हो गए हैं। रोजगार के अवसर का विकास कम है और इसमें वृद्धि आधे प्रतिशत से भी कम होती है जो राज्य में गरीबी का दूसरा बड़ा कारण है।

1. नेशनल सैंपल सर्वे, उत्तर प्रदेश सांख्यिकी डायरी

नवजात कन्याओं की हत्या एक बड़ी समस्या है, यहां तक कि राज्य में लड़कियों के पैदा होने से पहले ही उनकी हत्याद चलन में है, जिससे 0 से छह साल की आयु वर्ग में यौन अनुपात बहुत ही खराब 916 है। ( एनएफएचएस, 2005-06 )

## सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

पिछले दस साल में स्कूलों में नामांकन की समस्या काफी बढ़ी है, जो प्राथमिक शिक्षा की सकारात्मक तस्वीर पेश करती है। शिक्षा के स्तर की चुनौती से लड़ने की जरूरत है जिस कारण देश में स्कूल छोड़ने वाले बच्चों की संख्या बढ़ी है। नामांकन और शिक्षा में ध्यान देने में लैंगिक पूर्वाग्रह बिल्कुल स्पष्ट है।

ग्रामीण क्षेत्रों में नामांकन दर बढ़ा है। लेकिन शिक्षा स्तर में कोई बदलाव नहीं दिखता है। प्राथमिक शिक्षा में मानव संसाधन के साथ-साथ स्कूलों में ढांचागत सुविधाओं की भी कमी है। (वर्ग और विद्यार्थी अनुपात 1:64)<sup>2</sup> है। शैक्षणिक ढांचे के सुधार के रास्ते में अनेकों रुकावटें हैं; जैसे कि पर्याप्त शैक्षणिक संसाधनों, ढांचागत सामग्री और विशेष रूप से निरंतर और प्रतिबद्ध शिक्षकों की पर्याप्त संख्या का अभाव। इसके अलावा यह सुनिश्चित करने के लिए कि उपयुक्त पर्यवेक्षण मशीनरी का भी अभाव है जो सुनिश्चित करें कि स्कूलों में सरकारी सुधार कार्यक्रम वास्तविक रूप में लागू हो रहे हैं और शहरी स्कूलों की अपेक्षा ग्रामीण स्कूलों पर ध्यान की कमी नहीं है।

## लिंग और महिला शक्तिकरण

प्रति हजार 898 महिलाओं (2001 जनगणना) का यौन अनुपात राज्य में लैंगिक समानता की निराशाजनक तस्वीर दर्शाता है। महिलाएं स्कूली नामांकन और साक्षरता के मामले में कम, उम्र में काम करने की जरूरत, लैंगिक असमानता और छात्राओं के लिए आधारभूत संरचना का अभाव जैसे कारणों से पुरुषों से पीछे हैं।

लड़कियों की शिक्षा को लक्ष्य कर सरकार ने लैंगिक संवेदी वातावरण बनाने, मुफ्त पुस्तक वितरण, मीना मंच का सृजन और घरों तक पहुंचने जैसे प्रयास शुरू किए हैं। सर्वशिक्षा अभियान में कक्षा आठ तक की लड़कियों के लिए अलग शौचाल बनाने, लड़कियों को स्कूल भेजने के लिए अभिभावकों को प्रेरित करने हेतु सामुदायिक लामबंदी, लैंगिक संवेदी पाठ्यक्रम बनाने के प्रावधान हैं। कस्तूरबा गांधी कन्या शिक्षा योजना एसीसी और एसटी समुदाय की लड़कियों के लिए आवासी स्कूलों का निर्माण कर उनकी शिक्षा पर विशेष ध्यान दे रही है।

महिलाएं विभिन्न रोजगार क्षेत्रों में हैं पर सरकारी क्षेत्रों में वे दुर्व्यवहार और निम्नतर मजदूरी के संभावित शिकार हैं। महिलाओं की संख्या अनौपचारिक मजदूरी में बहुत बढ़ी है और निहित शोषण के दायरे में है।

कुछ महिलाएं राजनीतिक हैसियत वाले पदों पर भी हैं; इसके बावजूद महत्वपूर्ण फैसले आमतौर पर उनके पति और पुत्र लेते हैं। राजनीतिक सहभागिता में फैसले करने और अपने नजरिए पर जोर डालना अपेक्षित है। इसके बावजूद अगर कुछेक निर्वाचित महिला प्रतिनिधियों जैसे अपवादों को छोड़ दें तो उनकी स्थिति तरबतर स्टांप जैसी है और फैसले उनके पति या पुत्र लेते हैं।

## बाल मृत्यु

प्रदेश में बड़ी संख्या में बच्चे कुपोषण के साथ ही साथ अन्य बीमारियों की गिरफ्त में हैं और गर्भावस्था के दौरान और उसके बाद माता के स्वास्थ्य की सही देखभाल न होना भी बच्चों के खराब स्वास्थ्य की एक वजह है।

संस्थागत प्रसव को बढ़ाने, साथ ही साथ महिलाओं के लिए पहले और प्रसव पूर्व देखभाल को और विस्तृत करने की स्पष्ट आवश्यकता है। स्कूलों में आहार कार्यक्रम अनिवार्य रूप से लागू किया जाना चाहिए जिससे यह सुनिश्चित

2. सर्व शिक्षा अभियान, उत्तर प्रदेश, ईएमआईएस; 2005-2006

हो कि बच्चों को पर्याप्त पोषण हो रहा है।

नवजात कन्याओं की हत्या एक बड़ी समस्या है, यहां तक कि राज्य में लड़कियों के पैदा होने से पहले ही उनकी हत्या का चलन में, जिसेस 0 से 6 साल के के आयु वर्ग में यौन अनुपात बहुत ही ख़राब 916 है।<sup>3</sup>

राज्य सरकार और सीएसओ साझा रूप से कन्या भ्रूण हत्या की मांग के खिलाफ समुदाय को सुग्राही बना रहे हैं और जिला स्तर पर प्रशासन और अन्य साझेदारों के बीच इस मुद्दे पर जोरशोर से वकालत कर रहे हैं लेकिन उनसे अभी वांछित परिणाम नहीं मिले हैं।

## मातृ स्वास्थ्य

कम उम्र की अवधारणा, गर्भावस्था के लिए अपर्याप्त तैयारी, पोषण और स्वास्थ्य देखभाल में कमी के कारण उत्तर प्रदेश में एमएमआर ऊँची 517 है।<sup>4</sup>

उत्तर प्रदेश में सामाजिक स्थिति लड़कियों की कम उम्र में शादी की इजाजत देता है, 62% लड़कियों की शादी 18 साल से पहले होती है परिणामस्वरूप गर्भावस्था असुरक्षित हो जाती है क्योंकि ये लड़कियाँ गर्भधारण करने के लिए शारीरिक और मानसिक रूप से तैयार नहीं होती हैं संस्थागत प्रसूति का अभाव और गर्भावस्था के दौरान स्वास्थ्य कर्मियों तक सलाह के लिए जाने वाली महिलाओं की संख्या नहीं के बराबर है। शहरी निवासियों की तुलना में ग्रामीण इससे ज्यादा प्रभावित होते हैं और देखभाल की उपलब्धता में भी क्षेत्रीय असमानता है।

जनन दर ऊँचा 3.82 है, परिवार नियोजन की तकलीफ अपनाने वालों का प्रतिशत बहुत ही कम सिर्फ 29 % है और केवल 26.3% गर्भवती महिलाओं का ही चिकित्सकों द्वारा परीक्षण हो पाता है। अगर हम संस्थागत प्रसूति के आंकड़ों को देखें तो पाते हैं कि पूर्वी यूपी के क्षेत्रों की मातृ मृत्यु दर 573 की तुलना में पश्चिमी यूपी के क्षेत्रों की स्थिति अच्छी है जहाँ मातृ मृत्यु दर 472 है।<sup>5</sup> परिवार के शक्ति संबंध परिवार की निर्णय प्रक्रिया में महिलाओं को कोई अधिकार नहीं देते। परिवार में प्रसव पूर्व देखभाल यसा स्वास्थ्य-चिकित्सा सलाह के प्रति अनुकूलता नहीं होती।

## एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

भारी आबादी के बावजूद उत्तर प्रदेश में तुलनात्मक रूप से एचआईवी/एड्स की दर कम है हालांकिहाल के अध्ययनों के अनुसार सामने आए मामलों के आधार पर इसके फैलाव का अंदेशा है।

राज्य के हर हिस्से में सामने आई एचआईवी प्रभावितों के मामले बताते हैं कि एचआईवी पूरे राज्य में तेजी से फैल रहा है, यह निश्चित रूप से खतरे की घंटी, चिंता का विषय है।

उत्तर प्रदेश आबादी के लिहाज से सर्वाधिक बड़ा राज्य होने के साथ ही पिछड़ेपन, उपयुक्त और प्रभावी स्वास्थ्य ढांचागत सुविधाओं के अभाव और बढ़ते स्थानांतरण के कारण एचआईवी/एड्स के प्रसार के लिए अधिक असुरक्षित

3. एनएफएचएस 2005-2006

4. सैपल रजिस्ट्रेशन सिस्टम; मेटरनल मॉर्टेलिटी इन इंडिया, 1997-2003; ट्रेड, काउज एंड रिस्क फैक्टर्स; महानिबंधक कार्यालय, भारत, अक्टूबर-2006

5. की इंडिकेटर्स फॉर उत्तर प्रदेश फ्रॉम एनएफएचएस (2005-2006); नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे, इंटरनेशनल इंस्टिट्यूट ऑफ पापुलेशन साइंसेस, आईसीएमआर टॉस्क फोर्स स्टडी; गुप्ता एन. कुमार एस. सक्सेना एन सी, नंदा डी, सक्सेना की एन, इंडियन जनरल ऑफ पॉलिटिकल हेल्थ; 50(3); 173-8; जुलाई-सितंबर 2006

है। इसके अलावा उपलब्ध गर्म-निरोधकों के उपयोग और सावधानी प्रणाली के प्रयोग के प्रति अरुचि एचआईवी/एड्स के प्रसार को रोकने के प्रयास को जटिल बना देता है। एचआईवी प्रभावित लोगों की स्थापित शिक्षा और उपयुक्त निःशुल्क चिकित्सा के लिए अनेकों प्रयास किए जा रहे हैं। इनके लिए तीन एनआरटी सेंटर वाराणसी के आईएमएस (बीएचयू), छत्रपति शाहू महाराज अस्पताल (लखनऊ) और लाला लाजपत राय मेडिकल कॉलेज (मेरठ) में स्थापित किए गए हैं। राज्य के आसपास चिकित्सा केन्द्र होने और राज्य में केंद्रों की स्थापना में मिली सफलता के बाद भी राज्य में ऐसे लोगों की बड़ी संख्या तक पहुंचने में कठिनाई आ रही है।

### पर्यावरणीय निरंतरता

राज्य में ऊर्जा वितरण में सुधार के प्रयासों के बाद भी 40% से अधिक गांव अभी भी बिजली की पहुँच से दूर हैं और आपूर्ति इतनी नहीं है कि बिजली की मांग पूरी की जा सके।

किसी भी राज्य का विकास स्तर वहां होने वाली ऊर्जा उपभोग (308.83) न्यूनतम है जो राज्य को अविकसित बताता है। 41.76% गांवों में अभी भी बिजली का का पहुंचना बाकी है। कम ऊर्जा खतप के बाद भी बिजली की आपूर्ति मांग की तुलना में 5% की कमी दर्शाती है।<sup>6</sup>

पूरे राज्य में जलापूर्ति की स्थिति भयावह है, 1,07,452 राजस्व गांवों को जलापूर्ति व्यवस्था से जोड़ा जाना अभी बाकी है, इनमें से 12% गांवों को पीने योग्य पानी मिलना शेष है। 38% गांवों में जलापूर्ति के साधन सीमित हैं। शहरों की कुल संख्या में से केवल आधी को ही मानक जलापूर्ति उपलब्ध है।<sup>7</sup>

सन् 2001 की जनसंख्या के अनुसार आधी शहरी आबादी पानी बिजली और शौचालय जैसी सुविधाओं के अभाव में जी रही है। 7% जनसंख्या के पास इनमें से एक भी सुविधा नहीं है पिछले एक दशक में शहरी गरीबों की संख्या 74 लाख से बढ़कर 109 लाख हो गई है।<sup>8</sup>

### निष्कर्ष

उत्तर प्रदेश में छोटे भौगोलिक क्षेत्र में भारी आबादी के कारण संसाधन पर पड़ने वाले दबाव पर विशेष ध्यान देना जरूरी है। शहरों की ओर स्थानांतरण और वहाँ झुगियों का विकास रोकने के लिए जरूरी है कि बुनियादी स्वचच्छता, शिक्षा, स्वास्थ्य और अन्य सुविधाएं उपलब्ध कराने के लिए ग्रामीण क्षेत्रों में विशेष रूप से महिलाओं को ध्यान में रखकर ढांचागत संसाधन जुटाए जाएं।

शिक्षा के स्तर को बढ़ाना अनिवार्य है जिससे कि उच्च स्तर तक शिक्षा के लिए स्कूलों में नामांकन बना रहे। लड़कियों के स्कूलों के रख-रखाव को बढ़ावा देने के लिए विशेष प्रयास अनिवार्य रूप से हो।

इसके साथ ही निर्णय प्रक्रिया को विस्तार देकर महिलाओं को इससे जोड़ना चाहिए क्योंकि महिलाएं अपने और अपने बच्चों के स्वास्थ्य की बेहतरी के लिए पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल से संबंधी निर्णय करने में सक्षम हैं।

6. ऊर्जा मंत्रालय, भारत सरकार, <http://powermin.gov.in/ruralelectrification/statesun electrified.htm>

7. हिंरिशसेन डॉन; फीडिंग ए फ्यूचर वर्ल्ड; पीपल एंड प्लानेट, संस्करण 7/1, 1998.

8. नेशनल सैपल सर्वे ऑर्गनाइजेशन; एनएसएस का पांचवां चरण 1999-2000, भारत सरकार, भानत की जनगणना 2001

## मध्यमार्ग चिन्ह और उड़ीसा में सहस्राब्दी विकास लक्ष्य की उपलब्धि

कथा रखिबा सरकार द्वारा, 2007 में प्रकाशित, 'मध्यमार्ग चिन्ह और उड़ीसा में सहस्राब्दी विकास लक्ष्य की उपलब्धि' से उद्धृत अंश

उड़ीसा भारत का सर्वाधिक गरीब राज्य है जहां, प्रति व्यक्ति आय 250 अमेरिकी डालर है। राज्य की करीब 87% जनसंख्या कम घनत्व वाले ग्रामीण क्षेत्रों में रहती है और राज्य की जनसंख्या का 80% आजीविका के लिए सीधे पर्यावरण पर निर्भर है। दुर्भाग्यवश, सरकार अपना सारा ध्यान औद्योगिक विकास पर केन्द्रित करते हुए समाज के सबसे जरूरतमंद तबके को मूल्यवान संसाधनों से वंचित कर रही है। पर्यावरण की स्थिति बदतर हुई है। और धीमी आर्थिक विकास में औद्योगिकीकरण का प्रभाव नहीं दिख रहा है।

शिक्षा के स्तर, स्वास्थ्य पहुँच और आमदनी में क्षेत्रीय असमानता उड़ीसा की असाधारण विशेषता है। जनजातीय जनसंख्या और जिनका जीवन वन संसाधनों पर निर्भर है, उन्हें औद्योगिकीकरण के लिए सरकार के शोषण, ज़मीन हड़पे जाने और संसाधनों तक पहुँच के अभाव के कारण बदतर स्थितियों का सामना करना पड़ रहा है। इसलिए उड़ीसा में विशेष रूप से राज्य स्तरीय औसत से परे इस राज्य की प्रगति को आंकने की जरूरत।

### गरीबी उन्मूलन

उड़ीसा ग्रामीण रोज़गार गारंटी योजना ग्रामीण परिवार के मुखिया को रोज़गार की गारंटी देने की इच्छा रखती है। योजना के अस्तित्व की जानकारी व्यापक प्रचार से दूर है, अधिकांश परिवारों को यह भी जानकारी नहीं है कि यह मांग आधारित उद्यम है और इससे बदतर यह है कि जो मांगते हैं उन्हें काम नहीं मिलता।

सर्वप्रथम तो यह कि सभी परिवार इस कार्यक्रम में पंजीकृत नहीं हैं। अक्सर कार्ड पर काम के दिनों की संख्या काम के वास्तविक दिनों की संख्या से अधिक लिखी जाती है। बहुत सारे व्यक्तियों को समय पर न्यूनतम मज़दूरी नहीं दी जाती और कई बार तो मज़दूरी दी ही नहीं जाती। अनेक मामलों में योजना के सौ दिन काम की गारंटी आदिवासी गांवों में पूरी नहीं हो रही है और आमतौर पर कोई काम दिया ही नहीं जाता है इसके अलावा अवैध तरीके से ये काम निजी ठेकेदारों को सौंप दिए जाते हैं।

एनआरईजी के सफल क्रियान्वयन और निगरानी के लिए पर्याप्त सामुदायिक, मानवीय शक्ति अथवा भौतिक साधन नहीं हैं, यही कारण है कि अनियमितताएं होती हैं। रोज़गार कार्ड उपयुक्त रूप से वितरित नहीं किए जाते हैं और

पूरे देश में मलेरिया के मामलों का 23 प्रतिशत और मलेरिया से होने वाली मौतों में 50 प्रतिशत अकेले उड़ीसा की देन है। इसके अलावा, उड़ीसा की 60 प्रतिशत आबादी मलेरिया के अत्यधिक ख़तरे वाले इलाके विशेष रूप से आदिवासी जिलों में रहती है।

जो कार्ड से वंचित हैं उनमें अधिकांश महिला मुखिया वाले परिवार और आदिवासियों जैसे हाशिए पर रहने वाले लोग हैं।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

उड़ीसा में शिक्षा का स्तर पर्याप्त और निरंतर शिक्षण के अभाव, स्कूल भवनों की कमी और शिक्षकों के दबाव के कारण निम्न है।

ये कारण बीच में स्कूल छोड़ने के ऊँचे दर को बढ़ाते हैं।

केन्द्रीय शिक्षा सलाहकार बोर्ड (सीएबीई) कमेटी ने 2005 में शियाक्ष का अधिकार विधेयक तैयार किया जो वद्रमान में सार्वजनिक प्रतिक्रिया के लिए रखी गई है। यह विधेयक हर इलाके में ऐसे स्कूल का वादा करता है जो न्यूनतम शिक्षण स्तर मानक की पुष्टि करते हों। यह सभी बच्चों को मुफ्त शिक्षा और निजी स्कूलों में शोषित तबकों के लिए विशिष्ट स्थान देने का वादा करता है। अंततः यह प्राथमिक शियाक्षक के लिए एक राष्ट्रीय आयोग के माध्यम से शिक्षकों की निरंतरता और शिक्षा पर निगरानी चाहता है।

बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने की ऊँची दर, उच्च शिक्षा तक पहुँच की कमी और संसधनों का अभाव इस विधेयक के क्रियान्वयन को कठिन या असंभावी बना सकते हैं।

### लैंगिक समानता और सशक्तिकरण

उड़ीसा की लैंगिक असमानता लड़कियों के बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने की ऊँची दर, स्वास्थ्य देखभाल चाहने की स्वायत्ता का अभाव, महिलाओं द्वारा किए गए कामों को कम कर आंकना और राजनीतिक शक्ति वाले पदों पर महिलाओं की कमी में स्पष्ट रूप से झलकती है। उड़ीसा में स्वास्थ्य देखभाल में महिलाओं की स्वायत्ता सबसे कम केरल के 55 प्रतिशत की तुलना में केवल 14 प्रतिशत है।

जल और स्वच्छता की उपलब्धता की वृद्धि हेतु जो दीर्घकालीन आर्थिक नीतियाँ हों। उन्हें स्व-सहायता समूहों (एसएचजी) की वृद्धित क्रियाशीलता के साथ संयुक्त कर देना चाहिए ताकि जल प्राप्त करने जैसे दैनिक कार्य भार में कमी हो जिससे महिलाओं को स्व-सहायता समूहों और सशक्तिकरण की पोषण की सूचनाओं का लाभ लेने का समय मिल सके।

महिला शक्तिकरण की बढ़ती हुई विस्तृत सामाजिक मान्यता के साथ-साथ महिलाओं को अपन लिंग-पूर्वग्रह से ऊपर उठकर महिला हितकारी नीतियों का भी लाभ उठाना होगा।

### बाल-मृत्यु

राज्य स्तर पर बाल मृत्यु दर में कमी आई है, लेकिन इसमें जिलावार अंतर है। इसके अलावा शेष भारत की तुलना में अभी भी यहां यह दर बहुत ऊँची है।

कुल मिलाकर जन्म-दर कम है और प्रसव बाद देखभाल और जन्म के समय देखरेख का अभाव होता है। इसके अलावा मातृ और शिशु पोषण का अभाव, मलेरिया एवं अन्य संक्रामक बीमारियाँ और पीने के सुरक्षित पानी का अभाव ऊँची शिशु-मृत्यु दर के कारण है।

स्थिति में सुधार के लिए बच्चों के जन्म के समय प्रशिक्षित डॉक्टरों और स्वास्थ्य क्षेत्र के पेशेवरों तक निरंतर

और एकसमान पहुँच के प्रावधान की सिफारिश की जाती है। इससे भी स्पष्ट कि ऐसी व्यवस्था अनिवार्य हो जिससे कि जन्म से पहले और जन्म के बाद स्वास्थ्य कर्मचारियों को कम से कम तीन बार मिलना अनिवार्य हो। विशेष रूप से आदिवासियों और हाशिए पर रह रहे समूहों के लिए ऐसी व्यवस्था अवश्य उपलब्ध हो।

### मातृ-मृत्यु

उड़ीसा का मातृ मृत्यु दर भौजक कर देने वाली है और महिलाओं की शिक्षा प्रसव के पहले, प्रसव के दौरान और प्रसव के बाद पूरी सावधानी के अन्वेषण और उपयोग दोनों के लिए महत्वपूर्ण है।

उड़ीसा में एमएमआर में वृद्धि को बढ़ाने वाले कारणों में जनम के समय देखरेख करने वाले कुशल कार्यकर्ताओं की कमी, स्वास्थ्य देखभाल से जुड़ी सामग्रियों एवं सुविधाओं तक पर्याप्त पहुँच तथा उपयोग की कमी और स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय करने वाली महिला एजेंसियों का अभाव शामिल है।

इसके अलावा, देखभाल में देरी, पर्याप्त देखभाल तक पहुँचने में महिलाओं को होने वाली देर और स्वास्थ्य देखभाल को महिलाओं के लिए आसान-सुलभ बनाने में हो रही देर उड़ीसा में एमएमआर को बढ़ा रही है।

नेशनल रूरल हेल्थ मिशन (एनआरएचएम) ने इन समस्याओं को हल के लिए समुदाय आधारित स्वास्थ्य सेवा क्लिनिक शुरू किया है जो स्वास्थ्य देखभाल के न्यूनतम मानक के अनुकूल हैं और पर्याप्त देखभाल के मानक के लिए मौजूदा सुविधाओं को उन्नत बना रहे हैं। इसके अलावा एनआरएचएम स्वास्थ्य देखभाल को भौगोलिक रूप से और अधिक सुलभ बनाने के लिए समुदाय आधारित पेशवरों जैसे कि दाइयाँ तक स्वास्थ्य देखभाल को विकेंद्रित करने का काम कर रही है। अंततः एनआरएचएम महिलाओं और परिवारों के जागरूकता अभियान के तहत पूर्ण सहायता प्राप्त करने के लिए महिलाओं की मदद करता है।

### एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

मलेरिया उड़ीसा की एक बड़ी समस्या है। पूरे देश में मलेरिया के मामलों का 23% और मलेरिया से होने वाली मौतों में 50% अकेले उड़ीसा की देन है। इसके अलावा उड़ीसा की 60% आबादी मलेरिया के अत्यधिक खतरा वाले इलाके-विशेष रूप से आदिवासी जिलों में रहती है।

संक्रमण पैदा करने वाले कारणों में से अधिकांश पर्यावरण संबंधित है जैसे कि खराब आवास, मच्छरों के पैदा होने वाले ठिकानों पर बसाव, सोने की आदत, कम कपड़े और खुला रहने से मच्छरों के काटने का मौका मिलना, साथ ही साथ शहरी इलाकों की ओर स्थानांतरण जहाँ उन्हें स्वच्छता का अभाव और मच्छरों के पैदा होने के इलाके मिलते हैं। रोकथाम के लिए अभाव भी इस क्षेत्र में मलेरिया मामलों की ऊँची दर का कारण है।

मलेरिया की दर को कम करने के ताजा कार्यक्रमों में शीघ्र जांच और प्रभावी इलाज, प्रभाव रोकथाम के उपाय जैसे कि कीटनाशक युक्त मच्छरदानियाँ और बीमारी के बारे में सामुदायिक जानकारी बढ़ाना शामिल है।

उड़ीसा में हालांकि एचआईवी/एड्स के मामले कम हैं, लेकिन बड़ी संख्या में विभिन्न पेशे के लोगों का लंबे समय तक अपने परिवार से दूर अन्यत्र रहना इन मामलों में वृद्धि के खतरों को बढ़ाता है। स्वास्थ्य देखभाल का लक्ष्य एचआईवी/एड्स और अन्य एसटीडी के खतरों के बारे में जागरूकता फैलाना भी है।

पर्यावरणीय निरंतरता

खदान और इस्पात जैसे संसाधनों को उद्योग की तरफ मोड़े जाने से बड़े पैमाने पर जंगलों का उजाड़ना, अशुद्ध

और घटता जल-संसाधना और बड़े पैमाने पर ज़मीन आधारित आजीविका छिनने जैसी समस्याएं सामने आई हैं। नेताओं को समझना चाहिए कि खदान और अयस्क में निवेश के रिसाव के अनुसार नहीं हुए हैं और औद्योगिकीकरण का बहुत बड़ा प्रभाव यह है कि संपूर्ण समाज को आजीविका का अभाव हो गया है।

उड़ीसा के कई इलाकों में आजीविका पूरी तरह पर्यावरणीय स्वास्थ्य से जुड़ा हुआ है। राज्य की पारिस्थितिकी राज्य की लगभग 80 प्रतिशत जनसंख्या का संपोषण करती है। इसके अलावा उसके आसपास आवास कर रहे करीब 30 प्रतिशत लोगों की सालाना आय जंगलों पर निर्भर है।

बहरहाल, प्राकृतिक संसाधनों की आबादी से पिछले तीन दशकों की बर्बादी से पिछले तीन दशकों में प्रभावी वन आच्छादित क्षेत्रों में 33% की कमी आई है। वन कटाव के कारण राज्य की 52 प्रतिशत भूमि-क्षरण प्रभावित है और लगभग राज्य की 43 लाख 30 हजार हेक्टेयर भूमि और 72 लाख हेक्टेयर कृषि भूमि भारी भू-क्षरण से प्रभावित है और अनुपजाऊ हो रही है। 29 लाख हेक्टेयर भूमि में से अधिकांश आदिवासियों और निर्धनतम किसानों के हैं जो निम्न कोटि के और बंजर हैं।

### निष्कर्ष

पर्यावरण और आजीविका के संबंध को अनिवार्य रूप से पूरी अहमियत के साथ स्वीकारना चाहिए और छोटे किसानों की ज़मीन को बचाने का प्रयास किया जाना चाहिए, जंगल के निवासियों और हाशिए के अन्य समूहों को अनिवार्य रूप से समृद्ध किया जाना चाहिए। इसलिए समाज के अन्य तत्वों के मूल्य पर उद्योग पर दिए जा रहे असंतुलित ध्यान से पैदा हो रही उल्लेखनीय समस्याओं को पहचानने के लिए नेताओं पर दबावस डालना होगा।

इसी तरह शिक्षा और स्वास्थ्य देखभाल के बीच के संबंध को समझना भी अनिवार्य है जिससे कि महिलाएं संस्थागत प्रसव और प्रसव पूर्ण तथा प्रसव बाद के स्वास्थ्य देखभाल के बारे में अधिक जानकार हों जिससे कि एम.एम. आर. और आई.एम.आर. में कमी आए।

इसके अलावा इन महिलाओं और बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुलभ कराने के लिए अनिवार्य रूप से अधिक संसाधन लगाना चाहिए। बीमारियों के प्रसार और उनके रोकथाम के बारे में व्यापक जानकारी दिए जाने से मलेरिया, एचआईवी/एड्स की दर घटाने में मदद मिलेगी।

राज्य के मदद के दृढ़ वादे के पीछे रोज़गार कार्यक्रम और आय सहायता को अनिवार्य रूप से दृढ़ता के साथ खड़ा होना चाहिए। अन्यथा, बढ़ती बेरोज़गारी और विशेष रूप से रोज़गार का अभाव, अल्पशिक्षा, ढ़ती हुई बीमारियाँ और मृत्यु दरों तथा महत्वपूर्ण पर्यावरणीय संसाधनों के प्रति लापरवाही से यह दुष्चक्र जारी रहेगा।

## सहस्राब्दी लक्ष्य के वादे और महाराष्ट्र में सच्चाई

महा-अभियान द्वारा 2007 में प्रकाशित 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्य के वादे और महाराष्ट्र में सच्चाई : 7-7-7 नागरिक समाज रिपोर्ट' से उद्धृत अंश

महाराष्ट्र देश के पश्चिमी मध्य समुद्र तट पर आर्थिक और औद्योगिक कमान वाली अपनी राजधानी मुंबई के साथ अवस्थित है।

महाराष्ट्र दो शीयर बाजारों का घर और भारत का वित्तीय नामी केंद्र होने के साथ-साथ देश के सर्वाधिक समृद्ध और ऋणग्रस्त राज्यों में से एक है। इस विरोधाभासी प्रकृति के अलावा महाराष्ट्र को राष्ट्र के सर्वोत्तम शिक्षण संस्थानों में से कुछ के अपने यहाँ होने का गर्व तो है ही, साथ ही यहाँ शिक्षा की गुणवत्ता और और उस तक पहुँच में सर्वाधिक क्षेत्रीय असमानता भी है।

(मुम्बई में धन का चरम केन्द्रीकरण है और राज्य के जीडीपी का 50 प्रतिशत मुंबई, ठाणे, पुणे औद्योगिक क्षेत्र से ही आते हैं। संसाधनों का स्वामित्व और उन तक पहुँच अभी तक समाजिक रूप से सशक्त समूहों के कब्जे में है और शिक्षा, स्वास्थ्य-सेवा, पर्यावरणिक स्थिति में सुधार तथा महिलाओं एवं अन्य बहिष्कृत समूहों की स्थिति को बेहतर बनाने जैसे सरकारी वादों का कार्यान्वयन अभी तक शेष है।

### गरीबी उन्मूलन

महाराष्ट्र की जनसंख्या में 63 प्रतिशत घुमंतु, किसान और जनजाति होने के बाद भी तेजी से हो रहे शहरीकरण के कारण किसान पुनर्स्थापना अथवा पुनर्वास के किसी योजना के बगैर ही अपनी ज़मीन से बेदखल हो रहे हैं।

सन् 1983 में महाराष्ट्र में गरीबी रेखा के नीचे रहने वाली जनसंख्या लगभग 40% थी। 1999-2000 में महाराष्ट्र गरीबी रेखा के नीचे रहने वालों का प्रतिशत घटा कर 25% करने लायक हुआ। महाराष्ट्र में 1999-2001 के दौरान गरीबी रेखा के नीचे रहने वाली जनसंख्या घटकर 23 लाख हो गई।<sup>1</sup>

कामदार और बसाक (2005) के अनुसार, महाराष्ट्र ने पोषण के मामले में भी अच्छा नहीं किया है। ग्रामीण इलाकों में 57.4% परिवार और शहरी इलाकों में 54.8% मानक कैलोरी प्रतिदिन 27000 से भी कम का उपभोग करते हैं। निम्न स्तर का खाना बच्चों और महिलाओं पौषणिक स्थिति को प्रभावित करता है।<sup>2</sup>

पूरे देश में मलेरिया के मामलों का 23 प्रतिशत और मलेरिया से होने वाली मौतों में 50 प्रतिशत अकेले उड़ीसा की देन है। उसके अलावा, उड़ीसा की 60 प्रतिशत आबादी मलेरिया के अत्यधिक खतरे वाले इलाके विशेष रूप से आदिवासी जिलों में रहती है।

1. भारत सरकार (2002); 10वीं पंचवर्षीय योजना 2002-07; योजना 2002-07; भाग-3 स्टेट प्लान : ट्रेड, कन्सर्ट एंड स्ट्रैटेजी,
3. कामदार एंड बसाक, ए (2005); 'बियांड ह्यूमन डेवलपमेंट इंडेक्स : प्रिलिमिनरी नोट्स ऑन डिप्राइवेशन एंड एंड एन्क्विटि', इकॉनामिक एंड पॉलिटिकल वीकली; अगस्त 20; पेज 3759-3765

राज्य के गंभीर स्थानीय कुपोषण पर केंद्र और राज्य सरकारों पर्याप्त ध्यान नहीं दे रही हैं और न ही इस समस्या के निराकरण के प्रति उपयुक्त प्रतिक्रिया ही दर्शा रही हैं। बहरहाल, हाशिए पर रहे समूहों की लागतार कायम भूखमरी एवं गरीबी और सरकार की नीतियों के बीच जो संबंध है उसके परिणामस्वरूप किसानों, आदिवासियों, घुमंतु जनजातियों और शहरी गरीबों को बलपूर्वक निष्काशित और बेदखल किया जा रहा है और इस ओर भी अपेक्षित ध्यान नहीं दिया गया है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

महाराष्ट्र में साक्षरता दर ऊँची है, लेकिन शिक्षा कार्यक्रम, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्र के कार्यक्रम के अपर्याप्त संसाधनों और अनियमित शिक्षण, अपर्याप्त शौचालय सुविधा और पर्याप्त बुनियादी सुविधाओं के अभाव के कारण होते हैं।

सरकार एक कार्यक्रम के लिए रकम का आबंटन कर ऐसा स्वांग करती है कि उसने सभी कार्यक्रमों के लिए आबंटन कर दिया है जबकि इस आबंटन के आधे से भी कम का निवेश शिक्षा प्रणाली में होता है।<sup>3</sup> अनेक स्कूलों में समुचित आधारभूत संरचना नहीं है, जैसे – शौचालय, भवन और भौतिक संसाधन जिस कारण विद्यार्थियों की पढ़ने की आकांक्षा और उनकी वास्तविक शिक्षा दोनों में बाधा आती है।

सोशल एंड रूरल रिसर्च इंस्टीट्यूट (एसआईआई) द्वारा किए गए लाभार्थी सर्वेक्षण ने यह प्रकट किया कि लगभग 3.4% प्राथमिक स्कूल, 3.5% उच्च प्राथमिक स्कूल और उच्च प्राथमिक कक्षाओं सहित 5.2% हाई स्कूल कच्चे ढांचों में चल रहे हैं जो न तो बुनियादी रूप से स्थायी हैं और न ही स्कूल जैसी संस्थाओं को चलाने के लिए उपयुक्त हैं। 25.3% प्राथमिक स्कूल, 12.6% उच्च प्राथमिक स्कूल और 12.5% उच्च कक्षाओं सहित हाई स्कूलों के ढांचे लगभग पक्के हैं। दिचलस्प यह है कि 0.4% प्राथमिक स्कूल और 0.9% उच्च प्राथमिक स्कूलों के पास कोई भवन है ही नहीं।

परिणामस्वरूप ग्रामीण स्कूलों में शिक्षा का स्तर सबसे अधिक कुप्राभावित है और लड़कों की तुलना में शिक्षा तक लड़कियों की पहुँच अधिक कठिन है। स्कूलों के बार-बार के राजनीतिकरण के कारण यह असमानता और बढ़ती है और शिक्षण की गुणवत्ता घटती है।

नागरिकों के साक्षात्कार से यह विदित होता है कि ग्राम शिक्षण समितियों<sup>4</sup> के स्कूलों की स्थिति की समीक्षा बार-बार करने की जरूरत है और यह सुनिश्चित करना है कि जो सर्वाधिक अभावग्रस्त हैं उन्हें लाभ मिले। स्कूलों को केवल किताबी जानकारी न देकर ज्यादा व्यवहारिक ज्ञान देने की जरूरत है जिससे कि विद्यार्थियों विशेष रूप से लड़कियों को सेवा क्षेत्र में बेहतर काम पाने में मदद मिले।

### महिला समानता और सशक्तिकरण

नीति में महिलाओं की गरिमा पर जोर दिया गया है और इसे विधान सभा में महिलाओं को सीट देने की घोषणा में आदर्श-रूप से व्यक्त होना चाहिए, सुनिश्चित हो कि महिलाओं के हितों के कार्यक्रम बने और कानून महिलाओं की जरूरतों को देखें।

3. 31 मार्च, 2006 को समाप्त हुए वर्ष के लिए एसजी रिपोर्ट जानकारी में दर्शाया गया है।

4. महा-अभियान दारा जून-जुलाई 2007 में लिए गए साक्षात्कार

राज्य मंत्रिपरिषद (कैबिनेट और राज्य मंत्री) में केवल एक महिला मंत्री है। राज्य विधान सभा (2004) के लिए निर्वाचित 288 सदस्यों में से केवल 12 महिलाएँ हैं।<sup>5</sup>

अहिल्याबाई होल्कर योजना को ऐसी अकेली योजना बताया जा रहा है जिसे राज्य बजट में महिलाओं की शिक्षा के लिए सबसे ज्यादा आबंटन दिया गया है, इसके सरल अंकगणितीय आंकड़ों को समझें तो साफ पता चलता है कि सरकार फर्जी अंकों के सहारे वास्तविक आंकड़ों को ढंकने की कोशिश करती है। इस योजना के तहत महाराष्ट्र के ग्रामीण इलाकों में कक्षा 5 से 10 की छात्राओं के लिए महाराष्ट्र राज्य पथ परिवहन निगम की बसों में स्कूल के लिए यत्रा मुफ्त है, अगर स्कूल उनके गाँव में नहीं है। खर्च में सरकार का हिस्सा वर्ष 200-06 के लिए 70-79 करोड़ तक पहुँचता है।<sup>6</sup> सरकारी आंकड़ें बताते हैं कि 12.60 लड़कियों ने इस सुविधा का उपभोग किया यह सीधी अंकगणना है जिस सरकार ने प्रति छात्रा प्रतिदिन मात्र 2.80 रुपये की दर से आंबंटित किया और यह अनुमान लगासया कि हर छात्रा साल भर में दो सौ दिन ही स्कूल जाती है। ऐसे अविश्वसनीय प्रति छात्रा आंकड़े सिर्फ दर्शाते हैं कि सरकार योजना के तहत लाभान्वितों की संख्या बढ़ाकर दिखाने की कोशिश कर रही है। साथ ही, ये ग्रामीण क्षेत्रों में राज्य पथ परिवहन निगम की बसों के आवागमन की वास्तविक लागत को भी झुठलाते हैं।

महिलाओं को अधिक अधिकार और संसाधन देने के क्रम में, अध्ययन के लिए उपयुक्त वातावरण के निर्माण को सुनिश्चित करने हेतु लड़कियों के लिए अनिवार्य रूप से अधिक महिला छात्रावास का निर्माण होना चाहिए। ग्रामीण लड़कियों के बस से स्कूल जाने में होने वाले उपयुक्त खर्च को वादे के अनुरूप आवश्यक आंबंटित किया जाना चाहिए। इसके अलावा यह भी सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि महिलाओं की गरिमा राज्य विधान सभा में सुरक्षित रहे।

## बाल और मातृ मृत्यु दर

### बाल-स्वास्थ्य

एनएफएचएस (2005-2006) के आंकड़े बताते हैं कि राज्य के टीकाकरण अभियानों के बावजूद पूर्ण टीकाकरण वाले बच्चों का प्रतिशत 64.3 से गिरकर 28.8 प्रतिशत पर आ गया है। इसके अलावा 6 से 35 महीने के बच्चों में एनीमिया के मामलों की आश्चर्यजनक वृद्धि हुई है।

शिशु मृत्यु दर में अभिष्ट सुधार नहीं हुआ है और टीकाकरण की दर में भी वृद्धि नहीं हुई है। इसके अलावा शहरों और गावों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में काफी अंतर है।

### मातृ स्वास्थ्य

एनएफएचएस-3 के अनुसार, मातृ स्वास्थ्य की स्थिति बेहतर हुई है क्योंकि संस्थागत प्रसूति में वृद्धि हुई है और यह वृद्धि 1992-93 के 44.5 प्रतिशत की तुलना में 2005-2006 में 66.1 प्रतिशत हो गई है। लेकिन स्वास्थ्य देखभाल में क्षेत्रीय असमानताएँ चिंताजनक हैं। उदाहरण के लिए एनएचएचएस-3 के आंकड़ों के अनुसार 46.4 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं के पुणे में आईएफए के पर्याप्त टैब्लेट और सिरप मिले जबकि हिंगोली में मात्र

5. इस मुद्दे पर अधिक जानकारी दे के लिए देखें [http://www.eci.gov.in/MH\\_2004.pdf](http://www.eci.gov.in/MH_2004.pdf) (pg.15)

6. द इकॉनामिक सर्वे ऑफ महाराष्ट्र 2006-07.

7.1 प्रतिशत महिलाओं को ही यह उपलब्ध हुआ।

इस आशा के बावजूद कि औद्योगिकीकरण नागरिकों और विशेषरूप से महिलाओं और बच्चों के लिए अनपेक्षित सरकारी स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध कराएगा पर उपकरणों और दवाइयों के अभाव वाले दूर-दूर स्थित स्वास्थ्य केंद्रों के कारण लोग निजी स्वास्थ्य सेवाओं की शरण लेनी पड़ती है और अधिक पैसे खर्च करने पड़ते हैं।

महाराष्ट्र सरकार स्वास्थ्य देखभाल पर जीडीपी के 1 प्रतिशत से भी कम खर्च करती है 2005-06 में यह मात्र .52 प्रतिशत था। कोष के इस अभाव पर दूरगामी प्रभाव पड़ता है। उदाहरण के लिए आंगवाड़ियाँ, महिलाओं और बच्चों के संदर्भ में बृहद् रूप से मददगार साबित हो सकती है लेकिन कोष का अभाव और कमी झेल रही हैं। स्वास्थ्य देखभाल के मद में कोष को बढ़ाकर कम से कम जीडीपी का 2 प्रतिशत करने से इन समस्याओं का निदान हो सकता है। इसके अलावा डॉक्टरों को कम से कम ग्रामीण क्षेत्रों में दो महीने बिताने के लिए प्रोत्साहन मिलना चाहिए।

### एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

महाराष्ट्र सरकार ने एचआईवी/एड्स महामारी पर काबू पाने के लिए 1998 में महाराष्ट्र स्टेट एड्स कंट्रोल (एमएससीसीएस) कागठन किया। सलाह और जांच केन्द्रों के साथ-साथ पश्चिमगति रोधी विषणु (एंटिरेट्रो वायरल) औषधीय उपचार के लिए कोष दिए गए। एचआईवी प्रभावितों और एड्स रोगियों के औचक साक्षात्कार से पता चलता है कि रोगी इस कार्यक्रम से वाकिफ हैं और कुछ सार्वजनिक अस्पतालों में मुफ्त में चिकित्सा पा रहे हैं। साक्षात्कारों से निष्कर्ष निकलता है कि सरकार को आसान और प्रभावी संदेशों के माध्यम से एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों की जानकारी आम जनता तक पहुँचानी चाहिए।

मलेरिया नियंत्रण गतिविधियों को बढ़ावा देने के लिए विश्व बैंक की सहायता से अक्टूबर 1997 में विस्तारित मलेरिया नियंत्रण परियोजना शुरू हुई। परिणामस्वरूप राज्य के 16 जनजाति जिलों में मलेरिया नियंत्रण समितियों का गठन हुआ। इन जिलों की समितियों को मलेरिया गतिविधियों के विस्तार के लिए कोष उपलब्ध कराए गए। बहरहाल, इन जिलों के जनजातियों में व्याप्त विश्वास और परंपरा रोकथाम के तरीकों के निर्धारित उपाय की संभावना को कम करता है।

### पर्यावरणीय निरंतरता

राज्य की मिट्टी पथरीली है और इसकी गुणवत्ता में पानी एवं खाद की कमी, पोषक तत्वों का अभाव और खारापान दूर होने से गिरावट आती है। जल अत्यंत ही दूषित होता है और राज्य भर में जल की विषमता बहुत अधिक है। किसान कृषि के लिए पर्याप्त संसाधनों को जुटाने के लिए कर्ज पाने में सक्षम नहीं है। पर्यावरणीय गिरावट और औद्योगिकीकरण कार्यक्रम स्थानांतरित श्रमिक बनने की किसानों की प्रवृत्ति को बढ़ावा दे रहा है।

वर्तमान पर्यावरणीय नीति में शहरी जल-संसाधनों को सौंदर्यीकरण की सतही कोशिश भर है और पानी की कमी, प्रदूषण तथा अपोषित मिट्टी की समस्या को दूर किए बिना जागरूकता फैलाने और नदियों को साफ करने का दावा किया जा रहा है।

यह महत्वपूर्ण है कि नेता कृषि, पर्यावरण और आजीविका के मुद्दों के बीच के संबंध को जानते हैं। स्थानांतरण के लिए विवश किसान अपने बच्चों को निरंतर शिक्षा दिलाने में असमर्थ हैं। इसके अलावा इससे पूरे समुदाय

को हानि होती है और गरिमा भी गिरती है। कृषि में घाटे से कई समस्याएँ पैदा होती हैं, यथा किसानों की आत्महत्या की ऊँची दर जो कम नहीं हो रही है।

### निष्कर्ष

कृषोषण की समस्या, भुखमरी, लैंगिक एवं जाति भेद और पर्यावरण में गिरावट की समस्याएँ महाराष्ट्र की जनता के लिए काफी महत्वपूर्ण हैं। साथ ही, इस धारणा को मिटाने की आवश्यकता है कि मुंबई की समृद्धि पूरे राज्य की समृद्धि है। पर्यावरण के कारण लगातार हो रही किसान-आत्महत्याओं की दर खतरे की घंटी है; विस्तृत स्वास्थ्य देखभाल और शिक्षा 'फटेहाल' है और महिलाओं तथा पिछड़े वर्गों को सशक्त बनाने के लिए राजनीतिक या भौतिक संसाधन उपलब्ध कराने की बजाएँ कोरे शाब्दिक वादे किए जा रहे हैं।

महाराष्ट्र की ग्रामीण आबादी की सुरक्षा और आजीविका में वृद्धि की ओर ध्यान देना जरूरी है। औद्योगिक वृद्धि से पर्यावरण की हो रही गिरावट की दर को जारी नहीं रहना चाहिए अन्यथा और अधिक किसान अपनी ज़मीन, साख और जीवन से हाथ धोएंगे। क्षेत्रीय जल उपलब्धता में असमानता और पानी एवं मिट्टी के स्तर में सुधार, कार्य-स्थानांतरण रोकने के लिए भूमि-पट्टा की सुरक्षा हेतु संयुक्त प्रयास अवश्य किया जाना चाहिए।

महिलाओं, बच्चों और हाशिए के समूहों की शिक्षा के साथ-साथ माताओं एवं शिशुओं के स्वास्थ्य के साथ-साथ स्कूलों की आधारभूत संरचनाओं में भी वृद्धि होनी चाहिए और शिक्षकों के स्तर तथा उनकी निरंतरता सुनिश्चित की जानी चाहिए।

## हिमालच प्रदेश और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

सूत्र (एसयूटीआरए), द्वारा 2007 में प्रकाशित 'मात्रा, गुणवत्ता या दोनों? सहस्राब्दी विकास लक्ष्य-हिमाचल प्रदेश में मध्यावधि समीक्षा रिपोर्ट' से उद्धृत अंश

हिमालच प्रदेश भारत के उत्तर-पूर्व में एक छोटा-सा पहाड़ी राज्य है। जिसे 1971 में अलग राज्य का दर्जा मिला और यह लगभग साठ लाख पहाड़ी आबादी का घर है। यहाँ लगभग 90 प्रतिशत जनता ग्रामीण क्षेत्रों में निपवास करती है और जनजातियों की एक बड़ी आबादी है। हाल के वर्षों के तुलना में अभी अधिक अनाज उपजा रहे हैं। यह राज्य प्रति व्यक्ति आय के आधार पर देश में चौथे नम्बर पर आता है और इसकी अर्थव्यवस्था मजबूत है और तेजी से बढ़ रही है।

राज्य में विस्थापित लोगों की क्रियाशीलता अपनी स्थिति में बदलाव को लेकर तेज हो गई है, सरकार इस विरोध के प्रति आमतौर पर दमनात्मक कार्रवाई ही अपनाती है और सरकारी नियुक्तियों में तथा अन्य कार्यों में पारदर्शिता का अभाव नागरिक समाज की क्रियाओं को अत्यधिक चुनौतीपूर्ण बना देता है।

### गरीबी और भूखमरी उन्मूलन

अच्छे आवास के साथ-साथ व्यक्तियों का स्तर उल्लेखनीय रूप से ऊँचा है, एससी का स्तर भी काफी ऊँचा है और राज्य स्तरीय दर और इसके बीच अंतर नगण्य है। 2001 की जनगणना के अनुसार 12,070,027 घरों में केवल 32,546 (2.6 प्रतिशत) घर जीर्ण-शीर्षा अवस्था में थे। इसका अर्थ यह है कि 98 प्रतिशत परिवारों के पास अच्छा और रहने लायक घर है।

जहाँ तक पीने के पानी का सवाल है लगभग 90 प्रतिशत जनसंख्या के पास परिसर में ही यह सुविधा उपलब्ध है और लगभग 83 प्रतिशत एससी आबादी भी समान सुविधा का उपभोग कर रही है। 95 प्रतिशत घरों की बिजली आपूर्ति है। सामान्य जाति और एससी के घरों के स्तर पर में कुछ ज्यादा अंतर नहीं है। 67 प्रतिशत घरों में शौचालय सुविधा नहीं है, 75 प्रतिशत एससी परिवार भी इस तरह की सुविधाओं से वंचित हैं।

एनएफएचएस-3 के आंकड़ों के अनुसार कुपोषण के शिकार महिलाओं और बच्चों की संख्या चौंकाने वाली है : 58.8 प्रतिशत 6 से 35 महीने के बच्चों को और 40 प्रतिशत महिलाओं (15 से 49 की उम्र) को एनीमिया है। विकास अवरुद्ध बच्चों का प्रतिशत 26.6 प्रतिशत है, शहरी क्षेत्रों के यह 25 प्रतिशत और ग्रामीण क्षेत्रों के 26.7 प्रतिशत है और कृषकाय बच्चों का प्रतिशत 18.

एचआईवी और  
एड्स मामलों में  
2000 और  
नाटकीय वृद्धि हुई  
है - 278  
एचआईवी और  
87 एड्स मामलों  
की दर से बढ़कर  
2170 एचआईवी  
और 434 एड्स  
मामलों की दर  
तक क्रमशः पहुंच  
चुकी है।

8 है जिसका शहरी क्षेत्रों में 18.5 और ग्रामीण क्षेत्रों के 18.8 प्रतिशत है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

सरकार की ओर से शिक्षा पर खर्च किए जाने के बाद भी, अनेक स्कूलों में अभी भी पर्याप्त सुविधाओं का अभाव है जिससे विद्यार्थियों का नामांकन में बाधित होता है। एसएसए के तहत कुल 100.88 करोड़ (एसएसए के रिकार्ड के अनुसार, 321 मार्च, 2007 तक) हो गया है। लेकिन अधिकांश सरकारी स्कूलों में छात्रों को अभी तक उपयुक्त वातावरण नहीं उपलब्ध कराया गया है जहाँ वे आराम से बैठकर अध्ययन कर सकें साक्षरता दर और स्कूली नामांकन में क्षेत्रीय और लैंगिक असमानताएँ व्याप्त हैं।

हिमालच को शहरी केन्द्रित सोच को प्रभावित करने की जगह राज्य के दुर्गम क्षेत्रों विशेष रूप से चंबा और सिरमौर जैसे पिछड़े जिलों में शिक्षा सुविधाएँ फैलाने की आवश्यकता है, जहाँ शिक्षा के आंकड़े बहुत ही निम्न हैं।

हिमालच को जरूरत है सिर्फ शहरी केन्द्रित सोच को छोड़कर चंबा और सिरमौर जैसे राज्य के सुदूर क्षेत्रों में शिक्षा की सुविधाओं का विस्तार किया जाये जहाँ शिक्षा के आँकड़े बहुत नीचे हैं।

### लैंगिक समानता और महिला सशक्तिकरण

हिमाचल प्रदेश में महिलाओं की स्थितियों को लेकर बहुत ही वैचारिक भिन्नताएँ हैं – राज्य में पूरे देश की तुलना में साक्षरता दर ऊँची है, 19 साल से कम उम्र में महिलाओं की शादी का प्रतिशत बहुत कम है, दूसरी तरफ कन्या शिशु हत्या और महिला के साथ अपराध दर ऊँची है।

दुर्भाग्यवश हिमाचल प्रदेश के लोग अपने घरों में लड़कियाँ नहीं चाहते हैं और एक से अधिक लड़कियों वाला परिवार ही पारिवारिक संरचना का चलन बन गया है। बाल-यौन अनुपात 1981 के 971 से गिरकर 1991 में 951 और 2001 में और भी कम 897 पर आ गया है।<sup>1</sup>

विधवा महिलाओं की स्थिति भी उतनी ही दुर्भाग्यपूर्ण है, शादी के बाद पत्नी का पति द्वारा परित्याग आम बात है, ये महिलाएँ 'परित्याक्त जीवन' जीती हैं और बहुत ही दयनीय स्थिति में रहती हैं। स्वास्थ्य सेवाओं के लिए सरकार ने उपयोग करने वालों के लिए 'फीस' लेने का निर्णय किया है और गरीब तबके की सामान्य महिलाओं और विशेष रूप से विधवाओं के लिए यह व्यवस्था स्वास्थ्य सेवा पाने में बाधक हो रही है। कन्या शिशु हत्या और कन्या गर्भपात में कमी के लिए और लड़कियों के प्रति सामाजिक सोच में सुधार लाने के लिए उपयोगी प्रयास किए जाने की जरूरत है।

### बाल-मृत्यु

शिशु मृत्यु दर और बाल मृत्यु दर वर्षों से कम होते आ रहे हैं लेकिन ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में इसमें अंतर है। आंकड़े जुटाने वाले दो समूहों – एउसआरएम और एनएफएचएस के बीच हाल के वर्षों में ग्रामीण इलाकों में आईएमआर की सही दरों को लेकर विरोधाभास है। इसलिए ग्रामीण क्षेत्रों में वास्तविक आईएमआर का आकलन कठिन है।

1. इंडिया, महाराजिस्ट्रार और जनगणना आयुक्त (2001), प्रादेशिक जनसंख्या कुल + 2001 का पहला पत्र : भारत की जनसंख्या – <http://hrcw.nic.in/statistics%20tables/totdpopulation.html>.

एनएफएचएस के आंकड़ों के अनुसार, शहरी आईएमआर एनएफएचएस-1 और एनएफएचएस-3 के मध्य 49 से गिरकर 11 पर आ गया। एनएफएचएस आंकड़े एनएफएचएस-1 और एनएफएचएस-3 के मध्य ग्रामीण क्षेत्रों में 56 में से 39 की गिरावट दर्शाते हैं।

बहरहाल, एसआरएस आंकड़ों के अनुसार 2000 और 2005 के दौरान ग्रामीण आईएमआर 62 से गिरकर 50 पर आ गया जो एनएफएचएस के आंकड़ों की तुलना में आईएमआर को और अधिक ऊँचा दिखाते हैं। शहरी एमआरएस आंकड़े 2000-2005 के बीच आईएमआर के 27 से घटकर 20 होने की बात बताते हैं।

हालांकि एमआरएस के शहरी आईएमआर की दर एनएचएचएस के आंकड़ों से बहुत भिन्न हैं, लेकिन आंकड़े जुटाने वाले ये समूह शहरी आंकलन के संदर्भ में सापेक्ष रूप से वास्तविकता के समीप हैं, लेकिन ग्रामीण दर की वास्तविकता के संदर्भ में वास्तविकता जानने का दावा नहीं कर सकते।

### मातृ-मृत्यु

उल्लेखनीय है एमएमआर के विश्वसनीय आंकड़ों के लिए छोटा राज्य पूर्ण नमूना प्रस्तुत करता है और इसी कारण अब तक हिमाचल प्रदेश में एमएमआर को लेकर कोई अध्ययन नहीं हुआ है। इसलिए पूर्व में राज्य में राष्ट्रीय स्तर को ही राज्य का स्तर माना गया। बहरहाल, राज्य वर्तमान आंकड़ों के लिए पड़ोसी क्षेत्रों को टटोल रहा है। प्रसव पूर्व स्वास्थ्य केंद्रों तक जाने का प्रतिशत ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में लगभग समान है और इसमें एनएफएचएस-1 और एनएफएचएस-3 के बीच आमतौर पर वृद्धि आई थी। बहरहाल बहुत सारी महिलाएं प्रसवपूर्व तीन बार स्वास्थ्य केंद्र जाने की जिम्मेवारी पूरी नहीं कर सकी। अतः संभावना यह है कि लगभग 40 प्रतिशत महिलाएँ पर्याप्त और व्यापक प्रसव पूर्व देखभाल से वंचित हैं।

संस्थागत प्रसव का प्रतिशत बढ़ा है क्योंकि अधिकांश प्रसव कुशल पेशेवरों की देखरेख में हो रहे हैं। हालांकि महिलाओं में एनीमिया के स्तर में हल्की वृद्धि हुई है। एनएफएचएस-1 और एनएफएचएस-3 के मध्य संस्थागत प्रसव 17.1 प्रतिशत से 45.3 प्रतिशत तक पहुँचा है। स्वास्थ्य कर्मचारियों की देखरेख में हुए प्रसव का प्रतिशत 25.6 प्रतिशत (एनएफएचएस-1) से 50.2 प्रतिशत (एनएफएचएस-3) तक पहुँच गई है। एनीमिया से प्रभावित गर्भवती महिलाओं की संख्या 21.8 प्रतिशत (एनएफएचएस-2) से बढ़कर 27 प्रतिशत (एनएफएचएस-3) हो गई है।

अनेक नवीन पटल यथा आशा (एसएचए) एफआरयू में व्यापक आपात प्रासविक देखभाल, पीएचएस में संस्थागत प्रसवों का प्रावधान, अनुभवी टीबीए को प्रशिक्षण देकर उनके कौशल के स्तर को एसबीए के समकक्ष लाने के प्रयास मातृ स्वास्थ्य में कुछ सुधार लाएंगे ही।

### एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

एचआईवी/एड्स के मामलों में 2000 और 2007 के मामलों के बीच नाटकीय वृद्धि हुई है – 278 एचआईवी और 87 एड्स के मामलों की दर से यह बढ़कर क्रमशः 2170 एचआईवी और 434 एड्स के मामलों की दर तक क्रमशः पहुँच की चुकी है।<sup>2</sup> एचआईवी/एड्स के मामलों में क्षेत्रीय असमानता है : लगभग 88 प्रतिशत एचआईवी

2. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग, एचपीएससीएस

प्रभावितों के मामलों में हमीरपुर, कांगड़ा, शिमला, बिलासपुर, मंडी और ऊना जिलों में है। हमीरपुर जिले की भागीदारी 25 प्रतिशत की है। आदिवासी जिलों में लाहौल और स्पीति ऐसे एक भी मामले की सूचना नहीं है। एड्स के अस्तित्व के बारे में और संक्रमण के प्रसार से बचने के लिए कंडोम के उपयोग की संभाव्यता के बारे में काफी जानकारी है।

मलेरिया पिछले दशकों में राज्य के लिए एक बड़ी समस्या थी, लेकिन वर्तमान में स्थिति काफी अच्छी है। सन् 2000 में प्रति वर्ष मलेरिया से होने वाली मृत्यु की दर शून्य ही रही है। बहरहाल, मलेरिया के प्रसार की संभाव्य समस्या के बारे में जानकारी होने के कारण सरकार ने पूरी रोकथाम की मशीनरी को जारी रखा है।

### पर्यावरणीय निरंतरता

इस राज्य का पारिस्थितिक तंत्र अति महत्वपूर्ण संसाधन है जो भारत के उत्तर-पश्चिम भाग से पाकिस्तान के पूर्वी भाग के लगभग छह करोड़ लोगों को संसाधन और आजीविका उपलब्ध कराती है। राज्य में हाइड्रो-पावर और सीमेंट उद्योगों के विकास पर ध्यान बढ़ाए जाने से लोगों और संसाधनों का विस्थापन बढ़ा है।

राज्य में आजीविका के संबंध में पर्यावरण के महत्व की पहचान अनिवार्य है और एमडीजी हासिल करने के अभियान को आधार देने के लिए इस पर ध्यान देना चाहिए। आबादी को विस्थापित और आजीविका को नष्ट करने वाली औद्योगिक परियोजनाओं से हटाकर ऊर्जा का उपयोग नजातियों के संसाधनों की वृद्धि और जनजातियों की जीमन की सुरक्षा हेतु पर्यावरणीय संसाधनों के दबाव को घटाएगा और रोजगार बढ़ाएगा जिससे आय में वृद्धि होगी।

### निष्कर्ष

रोजगार और आय में वृद्धि स्वास्थ्य देखभाल और अन्य महत्वपूर्ण संसाधनों जैसे कि भोजन, पर्याप्त पोषण और गर्भावस्था के दौरान महिलाओं की पर्याप्त देखभाल की पहुँच की योग्यता को बढ़ाएगी। आजीविका के स्थायित्व से समयभाव, आय, संसाधन से समीपता जैसी बाधाएँ कम समस्याएँ खड़ी करेंगी।

अंत में, घरेलू, बिजली, स्वच्छ पानी और स्वच्छता सुविधाओं की आधारभूत संरचना को बढ़ाने पर सार्थक ध्यान देना जरूरी है। उसी तरह, शैक्षिकण आधारभूत संरचना को राज्य के दुर्गम क्षेत्रों तक विशेष रूप से फैलाना चाहिए, जिससे साक्षरता दर बढ़े और छात्र स्कूल पहुँचने योग्य बने।

इस तरह उच्च स्तरीय शिक्षा के लाभ मौजूदा संसाधनों के उपयुक्त उपयोग और उस तक पहुँच को आसान कर सकता है और राज्य सरकार से अधिक ध्यान देने की मांग करने के लिए विश्वास के स्तर में वृद्धि कर सकता है।

## छत्तीसगढ़ और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

सीईसीओईडीईसीओएन और आइडीएस द्वारा 2007 में प्रकाशित 'छत्तीसगढ़ और संरा सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (एमडीजी); अर्द्ध मार्ग चिन्ह परद स्थिति और प्रगति' से उद्धृत अंश

छत्तीसगढ़ तुलनात्मक रूप से नया राज्य और 2000 में स्वतंत्र राज्य बना। यह लगभग जनजातीय राज्य है और यहाँ एमडीजी के क्रियान्वयन के लिए बुनियादी, भैतिक और सामाजिक आधारभूत संरचना का भारी अभाव है। प्राकृतिक संसाधनों से भरपूर होने के बावजूद इन संसाधनों के अक्सर फलीभूत होने और उन तक पहुँच में मानव शक्ति की कमी आ जाती है।

यह राज्य मध्य भारत में, मध्य प्रदेश के पड़ोस में है, लगभग 82 प्रतिशत वर्तमान ग्रामीण जनसंख्या की आजीविका कृषि पर निर्भर है जबकि शेष ठेका मजदूरी और जंगल आधारित गतिविधियों पर निर्भर हैं। जनसंख्या की आजीविका कृषि पर निर्भर है। जनसंख्या का विशिष्ट भाग ग्रामीण और वर्तमान कार्यक्रम अक्सर स आबादी तक प्रभावी रूप से नहीं पहुँचते हैं। इसलिए पर्यावरणीय स्वास्थ्य की विशिष्ट चिंता है।

राज्य की इस छोटी आयु में 1991 से एमडीजी संदर्भ में विशिष्ट जानकारी जुटाना मुश्किल है क्योंकि वे दूसरे राज्य के पास हैं। राज्य के बारे में छपी सामग्री भी सीमित है जिससे राज्य की स्थिति के बारे में साफ समझ बनाना चुनौतीपूर्ण हो गया है। बहरहाल, राज्य की आयु इतनी कम है कि यह अपनी नीतियों को तुलनात्मक रूप से दूसरे राज्यों की तुलना में अधिक अनुकूल बनने की क्षमता वाला मानता है। इसलिए छत्तीसगढ़ में एमडीजी सुनिश्चित करने के लिए कार्यक्रम को लेकर काफी आशावादिता है।

### गरीबी और भुखमरी उन्मूलन

राज्य में ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के निवासियों के रहन-सहन में बहुत अंतर है, लेकिन कुल मिलाकर यहाँ राष्ट्रीय स्तर की समृद्धि की तुलना में स्थिति बहुत खराब है। लगभग 98 प्रतिशत ग्रामीण और 46.4 प्रतिशत शहरी प्रतिदिन 38.50 रुपये पर जीवन व्यतीत करते हैं। जो कि एक डॉलर दैनिक से भी कमक है। ग्रामीण स्थिति और भी बदतर है क्योंकि वहाँ एक चौथाई लोगों की एमपीसीई 270 रुपये या उससे कम है। 2004-05 में 55 प्रतिशत ग्रामीण एमपीसीई स्तर से नीचे 365 रुपये या 12 रुपये प्रतिदिन और 24 प्रतिशत एमपीसीई स्तर से नीचे 365 रुपये या 12 रुपये प्रतिदिन और 270 रुपये अथवा नौ रुपये दैनिक पर जी रहे हैं। शहरी इलाकों में 50 प्रतिशत नागरिक 580 रुपए की एमपीसीई

लगभग 98  
प्रतिशत ग्रामीण  
और 96.4  
प्रतिशत शहरी  
प्रति दिन 38.50  
रुपये पर जीवन  
जीते हैं जो एक  
डॉलर दैनिक से  
भी कम है।

या 19 रुपए दैनिक से कम पर जी रहे हैं। 25 प्रतिशत 395 रुपए पर की एमपीसीई या 13 रुपए प्रतिदिन से कम पर जी रहे हैं।<sup>1</sup> ग्रामीण गरीबी शहरी गरीबी की तुलना में थोड़ी बेहतर है, पूरे राज्य में गरीबी रेखा से नीचे रह रहे लोगों की संख्या ऊँची है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

प्राथमिक पर स्कूली नामांकन में लैंगिक अनुपात ऊँचा है और यह माध्यमिक तथा तीसरे स्तर की शिक्षा में कम हो जाता है। ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में शहरी क्षेत्रों में स्कूली नामांकन में लैंगिक असमानता कम है। यह जान लेना महत्वपूर्ण है कि ग्रामीण आंकड़े वास्तविक नामांकन प्रतिकृति (पैटर्न) से अधिक है क्योंकि उपस्थिति पंजी में पंजीयन वास्तविक उपस्थिति पर आधारित नहीं है।

सातवें स्कूल शिक्षा सर्वेक्षण, 2002 के अनुसार 2002 में प्राथमिक स्तर पर स्कूली नामांकन 0.94 लैंगिक अनुपात के साथ 24.92 लाख था। उच्च प्राथमिक स्तर पर स्कूली नामांकन घटकर 9.57 लाख हो गया और लैंगिक अनुपात भी कम होकर 0.77 हो गया और उच्चतर माध्यमिक स्तर पर लैंगिक अनुपात की गिरावट 0.66 तक जा पहुँची। स्कूली नामांकन ढाँचे में क्षेत्रीय अंतर मात्र शहरी और ग्रामीण परिदृश्य के मध्य में ही नहीं बल्कि राज्य स्तर पर हर जिलों के बीच भी दिखता है। ग्रामीण क्षेत्रों में 2006 में हुए 'प्रथम' का सर्वेक्षण बताता है कि छत्तीसगढ़ के ग्रामीण इलाकों में 3-5 साल की उम्र में 76.6 प्रतिशत बच्चे या तो आंगनबाड़ी में हैं या स्कूल जाते हैं, इसमें और 2006 के बस्तर जिले के 100 प्रतिशत और कोरबा जिले के 51.4 प्रतिशत के बीच अंतर था।

ऊँची कक्षाओं में स्कूली पढ़ाई को बीच में छोड़ने की दर उल्लेखनीय है, लड़कों की तुलना में यह दर लड़कियों में थोड़ा अधिक है। कक्षा का स्तर बढ़ने के साथ-साथ स्कूली पढ़ाई बीच में छोड़ने की दर भी बढ़ती जाती है। यहां तक कि सर्वशिक्षा अभियान के प्रयासों के बाद भी पुनरावृत्ति की दर तुलनात्मक रूप से अधिक है। लैंगिक समानता और महिला शक्तिकरण

पिछले दशक (1991-2001) के दौरान स्कूलों में होने वाली उपस्थिति में लैंगिक अनुपात अंतर में भारी कमी आई है, लेकिन अभी तो बहुत सी लड़कियाँ शिक्षा तक पहुँच के समान अवसर से वंचित हैं।

राज्य में महिलाओं के प्रति होने वाली हिंसा की दर काफी ऊँची है। ये कई रूपों में होती है, विशेष रूप से घरेलू हिंसा और लगभग दो तिहाई शादीशुदा महिलाएं (62 प्रतिशत) से भी किसी एक कारण से पतियों द्वारा अपनी पत्नी को पीटने के औचित्य को स्वीकारती हैं।<sup>2</sup>

पारिवारिक निर्णय प्रक्रिया में महिलाओं की पहुँच सीमित है और जब निर्णय की छूट मिलती है, रसोई और स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दे हावी होते हैं। अधिक कमाने की क्षमता वाली महिलाओं को निर्णय करने शक्ति अधिक है। महिलाओं के निर्णय करने में सामाजिक-आर्थिक, शैक्षिक और ग्रामीण स्तर पर असमानताएं हैं।

### बाल मृत्यु

बाल मृत्यु दर हालांकि 1998-99 के प्रति 1000 जन्म में 81 से कम होकर 2005-06 में 71 हो गया है, लेकिन राष्ट्रीय दर की तुलना में राज्य स्तर का दर अभी भी ऊँचा है और ग्रामीण क्षेत्रों की दर (75 प्रति 1000 जन्म) शहरी क्षेत्रों (51 प्रति 1000 जन्म) से अधिक है।<sup>3</sup>

1. साल 2004-2005 के लिए उपभोक्ता खर्च के 6 स्तर और पैटर्न पर हुआ एनएसओ सर्वे
2. एनएफएचएस-2 (1998-99)
3. आईबीआईडी

माता की अपोषक आदतों और पोषाहार के पर्याप्त संसाधनों की कमी के कारण कुपोषित या अविकसित बच्चों की संख्या में चौंकाने वाली वृद्धि हुई है। हालांकि हाल के वर्षों में इसमें सुधार आया है लेकिन बाल विकास की दिशा में अभी भी बड़े कदम उठाने हैं।

एनएफएचएस-2 के अनुसार 1998-99 में छत्तीसगढ़ में तीन साल के आयु वर्ग में 60.8 प्रतिशत बच्चे कम वजन, 57.9 प्रतिशत विकास अवरुद्ध, 18.5 प्रतिशत कृषकाय थे और 2005-2006 (एनएफएचएस-3) में ये आंकड़े 52.1, 45.4 और 17.9 प्रतिशत क्रमशः कम वजन वाले बच्चों के, विकास अवरुद्ध बच्चों के और कृषकाय बच्चों के रहे। टीकाकरण दर और विटामिन संपूरण की दिशा में सुधार हुआ है लेकिन यह अभी भी लक्ष्य से बहुत दूर है और ग्रामीण शहरी अंतर व्याप्त है।

## मातृ मृत्यु

छत्तीसगढ़ में अंतिम प्रसूति तक प्रसव पूर्व देखभाल (एएनसी) का उपयोग 46 प्रतिशत है और इस उपयोग में यह कमी पहुंच से बाहर और अपर्याप्त सेवाओं के कारण हुई। अड़तालिस प्रतिशत महिलाओं ने किसी से प्रसव-पूर्व देखभाल नहीं पाया और 12 प्रतिशत को स्वास्थ्यकर्मियों से यह सुविधा घर पर मिली जबकि 34 प्रतिशत की डॉक्टरों ने देखभाल की। जिन्होंने घर अथवा स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रसव पूर्व जांच नहीं करवायीं और इससे वे जरूरी नहीं मानतीं, ऐसी महिलाएं 76 प्रतिशत हैं।

छत्तीसगढ़ में 14 प्रतिशत विवाहित महिलाओं ने आर्थिक कारणों से कभी प्रसव पूर्व जांच नहीं करवायी जबकि 10 प्रतिशत ने इसका कारण रिवाज अथवा परिवार से इजाजत नहीं मिलना बताया।<sup>4</sup>

एएनसी साथ ही साथ, प्रसव सेवाओं तक पहुंच और इसके उपयोग में उल्लेखनीय क्षेत्रीय और आय विभिन्नताएं हैं। छत्तीसगढ़ में ग्रामीण महिलाओं की तुलना में एएनसी जांच कराने वाली शहरी महिलाएं अधिक हैं। अनुसूचित जाति और जनजाति महिलाओं की तुलना में अन्य जातियों की अधिक महिलाएं एएनसी जांच के लिए जाती हैं। निम्न आर्थिक आय की महिलाएं (22 प्रतिशत) उच्चतर आय की महिलाओं (24 प्रतिशत) की तुलना में एएनसी की तीन जांच के लिए की गई हैं।<sup>5</sup>

एनएफएचएस-2 के अनुसार छत्तीसगढ़ में ग्रामीण क्षेत्रों के (8 प्रतिशत) की तुलना में शहरी क्षेत्र में ज्यादा प्रसव (25 प्रतिशत) स्वास्थ्य कर्मियों की देखभाल के होते हैं। अस्पताल अथवा स्वास्थ्यकर्मियों का उपयोग अन्य जातियों की महिलाओं में ज्यादा होता है। (11.5 प्रतिशत अन्य जातियों से और 9.1 प्रतिशत अनुसूचित जाति/जनजाति से)। ग्रामीण महिलाओं के लिए अस्पताल की देखभाल अभी भी एक सपना है यहाँ तक कि शहरों में भी यह सबको सुलभ नहीं है।

## एचआईवी/एड्स और अन्य संक्रामक बीमारियाँ

राष्ट्रीय दर की तुलना में, छत्तीसगढ़ में महिलाओं के बीच एचआईवी/एड्स की जानकारी कम है और शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में यह जानकारी कम है। एनएफएचएस-2 के 1998-99 के 1998-99 के आंकड़ों के अनुसार 15-49 उम्र की शादीशुदा वयस्क महिलाओं में से केवल 20 प्रतिशत ने एड्स के बारे में सुना और

4. नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे (एनएफएचएस) 2 और 3, 1998-99

5. आईबीआईडी

यह प्रतिशत 2005-06 (एनएफएचएस-3) में बढ़कर 41 हो गया। छत्तीसगढ़ के ग्रामीण क्षेत्रों में यह आंकड़े शहरी क्षेत्रों के 54 और 79 प्रतिशत की तुलना में क्रम में 12 और 31 प्रतिशत हो गए।

### निष्कर्ष

शिक्षा प्रणाली में उल्लेखनीय सुधार अनिवार्य रूप से लाया जाना चाहिए ताकि शिक्षा तक पहुँच को विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में बढ़ावा मिले विशेष रूप से इसलिए कि शिक्षा सीधे बाल और मातृत्व स्वास्थ्य से जुड़ा है। इसके अनुरूप ही विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में, स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं को अनिवार्य रूप से बढ़ाया जाना चाहिए। इससे संस्थागत प्रसव और प्रसव पूर्व तथा प्रसव पश्चात् डॉक्टर की देखरेख में वृद्धि होगी और मातृ एवं बाल मृत्यु दर पर अंकुश लग सकेगी। नवजात कन्या हत्या रोकने पर ध्यान देकर राज्य में यौन अनुपात बढ़ाना भी जरूरी है।

भोजन की सुरक्षा सुनिश्चित करना जरूरी है और भोजन की सुरक्षा और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच सुनिश्चित करने के क्रम में प्रभावित और पर्यवेक्षित रोजगार योजनाओं के माध्यमसे गरीबों की आय को अनिवार्य रूप से बढ़ाने की जरूरत है। एचआईवी/एड्स दर पर काबू पाने के लिए लोगों को कंडोम के उपयोग से बचाव और कंडोम के उपयोग को बढ़ावा देने, दोनों के बारे में शिक्षा दी जानी चाहिए।

प्रभावी, टिकाऊ और बेहतर वित्तीय स्थिति वाली संस्थाओं के गठन पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए जिससे स्वास्थ्य सेवाएं, रोजगार योजनाओं, भोजन और शिक्षा के उपर्युक्त लक्ष्य प्राप्त किया जा सकें। इन योजनाओं को वित्त उपलब्ध कराने के लिए सार्वजनिक और निजी क्षेत्रों को अवश्य जोड़ा जाना चाहिए और सफलता सुनिश्चित करने के लिए कार्यक्रम के विकास हेतु व्यापक योजना अवश्य बननी चाहिए।

## मध्य प्रदेश और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

सीईसीओडईडीईसीओए और आईडीएस द्वारा 2007 में प्रकाशित 'मध्य प्रदेश और संरा सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (एमडीजी) : मध्य राह चिन्ह पर पर स्थिति और प्रगति

मध्य प्रदेश मुख्य रूप से कृषि बहुल्य है, इसके ग्रामीण क्षेत्र के 89.08 प्रतिशत की आजीविका कृषि, खदान और उससे जुड़े क्षेत्रों पर आधारित है। इनमें से अधिकांश लोग छोटे किसान हैं और कुछ वर्षों में इनकी जनसंख्या की आय में गिरावटी आ रही है। इस राज्य में भरपूर घने जंगल हैं और बहुत सारे लोगों की आजीविका जंगल पर निर्भर है।

सन् 2000 में हुए विभाजन और मध्य प्रदेश के पुनर्गठन के बाद से राज्य की आर्थिक क्रियाएं असमान रही हैं। परिणामस्वरूप 1991 से सही आंकड़ों की जानकारी बाधित हुई है।

### गरीबी उन्मूलन

राज्य की लगभग एक तिहाई जनसंख्या गरीबी रेखा के नीचे रहती है, शहरों में गांवों के मुकाबले गरीबी दर ऊँची है हालांकि शहरी क्षेत्र में प्रति व्यक्ति मासिक खर्च कुल मिलाकर अधिक है।

मध्य प्रदेश में 2004-05 में एमआरपी (मिश्रित विगत अवधि) 210.97 लाख या 32.4 प्रतिशत जनसंख्या गरीबी रेखा के नीचे थी। ग्रामीण क्षेत्र में यह आंकड़ा 141.99 लाख या 29.8 प्रतिशत था। शहरी क्षेत्रों में गरीबी की संख्या 68.97 लाख या 39.3 प्रतिशत थी।<sup>1</sup>

मध्य प्रदेश में 2004-05 यूआरपी (समरूप विगत अवधि में उपभोग के अनुसार गरीबी रेखा के नीचे रहने वाली जनसंख्या 249.68 लाख या 38.3 प्रतिशत है। ग्रामीण क्षेत्रों में यह आंकड़ा 175.65 लाख या 36.9 प्रतिशत है। शहरी इलाकों में रहने वाली गरीबों की संख्या 74.03 लाख या 42.1 प्रतिशत है।<sup>2</sup>

मध्य प्रदेश की 58.3 प्रतिशत आबादी की मासिक प्रति व्यक्ति खर्च (एमपीसीई) 410 रुपए से कम है और मात्र 4.6 प्रतिशत की एमपीसीई 890 रुपए या उससे अधिक है। शहरी मध्य प्रदेश में यह अनुपात 53.5 प्रतिशत और 6.7 प्रतिशत है। ग्रामीण स्थिति निराशाजनक है क्योंकि वहां 21.1 प्रतिशत की एमपीसीई 270

1. एनएसएस 61वां चरण, 2004
2. आईबीआईडी

प्रसूति के समय  
अस्पताल की  
सेवाएं पेशेवर  
स्वास्थ्य कर्मियों  
की सहायता लेने  
के मामले में उच्च  
आर्थिक वर्ग की  
महिलाओं का  
प्रतिशत 10.1 ही  
है।

रुपये या उससे कम है। लगभग 97.9 प्रतिशत और 96.1 प्रतिशत शहरी आबादी प्रतिदिन 38.50 रुपए जो कि एक डालर से भी कम है, पर जीते हैं।<sup>3</sup>

पौष्टिक भोजन के मामले में 1993 और 2000 के मध्य ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में पर्याप्त भोजन वाले पाले परिवारों की संख्या में हल्की सी गिरावट आई। भोजन की उपलब्धता मौसम के साथ बदलती है, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में। औसत काया परिणाम सूचक (बीएमआई) से नीचे के पुरुष महिलाओं के प्रतिशत में गिरावट आ रही है फिर भी यह ऊँची ही है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

हाल में ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी क्षेत्रों की तुलना में शिक्षा की आधारभूत संरचना में तेजी से वृद्धि हुई है। स्कूली नामांकन में लिंग, भौगोलिक क्षेत्र के प्रकार और भौगोलिक क्षेत्र आधारित भिन्नता है। इसके अलावा नामांकन वर्ग के आधार पर भी विभिन्नता है।

प्रथम द्वारा किए गए सर्वेक्षण एसईआर 2005 बताता है कि सर्वेक्षित 477 स्कूलों में नामांकित बच्चों की उपस्थिति औसत 66.2 प्रतिशत है और एक से चार/पांच कक्षा तक वाले स्कूलों में नामांकित बच्चों में से 50 प्रतिशत से कम उपस्थिति वाले बच्चों के स्कूलों का प्रतिशत 16.4 है।

शुरुआती शिक्षा के उच्च प्राथमिक स्तर की तुलना में आरंभिक प्राथमिक स्तर पर और कुछ विशेष क्षेत्रों में पांच और 11 की उम्र के बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने की दर की तुलना में अनुपस्थिति दर ऊँची है। इससे पता चलता है कि प्राथमिक शिक्षा पूरी करने के लिए बच्चों का नामांकन और प्राथमिक स्तर तक के उन्हें स्कूल में बनाए रखने के लिए महत्वपूर्ण कदम लिए जाने जायें हैं। बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने वाले बड़े होते बच्चों के बीच लैंगिक अंतर है। शहरी ग्रामीण अंतर बहुत अधिक है।

वैसे नहीं पढ़ सकने वाले बच्चों का प्रतिशत ऊँच है, ग्रामीण क्षेत्रों में निजी स्कूल की तुलना में सरकारी स्कूलों में यह प्रवृत्ति अधिक है। छात्रों की उपस्थिति स्कूलों में बनाए रखने के लिए दोपहर का भोजन 'मिड-डे मील' अति महत्वपूर्ण है। हालांकि भ्रष्टाचार, शिक्षकों की कमी और पर्याप्त सुविधाओं के कारण 'मिड-डे मील' के स्तर में गिरावट आई है।

### लैंगिक समानता और महिला सशक्तिकरण

एसएसए के हस्तक्षेप से महिला साक्षरता दर में सुधार हुआ है, पुरुषों और महिलाओं की साक्षरता दर में सुधार हुआ है, पुरुषों और महिलाओं की साक्षरता दर में अभी भी विशिष्ट अंतर है। और यह अंतर क्षेत्रानुसार बदलता है।

कुल मिलाकर 2001 में पुरुष साक्षरता दर 76.80 प्रतिशत थी जो कि महिला साक्षरता दर 50.28 प्रतिशत से बहुत अधिक थी और लैंगिक अंतर 26.52 प्रतिशत अंक था।<sup>4</sup>

लड़कियों की स्कूल से अनुपस्थिति और बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने के मामलों में महिलाओं की संख्या पुरुषों की तुलना में अधिक है। बहुसंख्यक महिलाएं स्वीकारती हैं कि पति हिंसा के कुछ कारण हैं और बहुत सारी महिलाओं ने इसका अनुभव किया है। अधिक शिक्षित महिला पति हिंसा की शिकार कम होती हैं।

## बाल-मृत्यु

उपलब्ध जानकारी के अनुसार, जिससे छत्तीसगढ़ के आंकड़े भी शामिल हैं, बाल मृत्यु की दर हाल के वर्षों में घटी है। हालांकि इस क्षेत्र पर और अधिक ध्यान दिए जाने की जरूरत है। शहरों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में यह दर अधिक ऊँची है और भारत में पांच साल कसे कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर सबसे अधिक मध्य प्रदेश में है।

प्रतिदर्श पंजीकरण पद्धति (एसआरएए) के आंकड़े दर्शाते हैं कि 1992-94 में औसत नवजात मृत्यु दर 102.7 थी जो घटकर 2002-04 में 76.5 (मध्य प्रदेश और छत्तीसगढ़ के लिए) हो गई। ग्रामीण क्षेत्रों में गिरावट इस अवधि में 109.0 से घटकर 80.8 हो गई और शहरों में 66.0 से घटकर 52.3 हो गई। पांच से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु का प्रतिशत एसआरएस 2004 के अनुसार मध्य प्रदेश में 35.8 (भारत में 24.4) रहा, ग्रामीण मध्य प्रदेश में 37.7 प्रतिशत (भारत 26.5) और शहरी मध्य प्रदेश में 25.6 प्रतिशत (भारत 16.5) रहा।

बच्चों के पोषण की स्थिति खराब है तथ इस पर अनिवार्य रूप से ध्यान देना चाहिए और टीकाकरण दर में सुधार होने के बावजूद इस क्षेत्र में बच्चों के स्वास्थ्य में सुधार के लिए अभी भी बड़े कदम उठाने की जरूरत है।

एनएफएचएस-2 के आंकड़ों के अनुसार, मध्य प्रदेश में 12-23 महीने के 23 प्रतिशत बच्चों का पूर्ण टीकाकरण है और यह अनुपात 2005-06 में बढ़कर 40 प्रतिशत हो गया। इसी अवधि में ग्रामीण इलाकों में पूर्ण टीकाकरण के प्रतिशत में सुधार आया और यह 17 प्रतिशत से बढ़कर 32 प्रतिशत हो गया जबकि शहरी क्षेत्र में यह 41 प्रतिशत से बढ़कर 69 प्रतिशत हो गया। बाल-मृत्यु दर अनुसूचित जाति और जनजाति, कम पढ़ी-लिखी महिलाओं और निम्न आर्थिक वर्ग की महिलाओं और निम्न आर्थिक वर्ग की महिलाओं में सर्वाधिक है।

## मातृ मृत्यु

संस्थागत प्रसूति और प्रसव पूर्व एवं प्रसव पश्चात स्वास्थ्य देखभाल मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए बहुत जरूरी है। ये स्वास्थ्य गतिविधियाँ शहरी क्षेत्रों, उच्च आर्थिक वर्गों, अधिक शिक्षित महिलाओं, प्रौढ़ महिलाओं और बच्चों के बीच काफी अंतर वाली महिलाओं में मिलती है।

एनएचएचएस-2 के परिणाम दर्शाते हैं कि मध्य प्रदेश में 22 प्रतिशत प्रसूति स्वास्थ्य केंद्रों में होती है। यह आंकड़ा स्तर (34 प्रतिशत) से बहुत कम है। यह प्रतिशत 2005-06 में बढ़कर 29.7 हो गया।

एनएचएचएस-3 के अनुसार, डॉक्टरों की देखरेख में ग्रामीण क्षेत्रों में हुए प्रसव (20 प्रतिशत) की तुलना में शहरी क्षेत्रों में प्रसव अधिक (59.9) प्रतिशत हुए हैं। उच्च आर्थिक वर्ग की (59.9) प्रतिशत हुए हैं उच्च आर्थिक वर्ग की 51.3 प्रतिशत महिलाएं प्रसव के समय अस्पताल की सेवाएं अथवा स्वास्थ्य कर्मियों की मदद लेती हैं इसकी तुलना में निम्न आर्थिक वर्ग की केवल 10.1 प्रतिशत महिलाएं ऐसा करती हैं।

## एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

एनएचएचएस के आंकड़ों के अनुसार शादीशुदा 15-49 साल की आयु-वर्ग की महिलाओं में 1998-99 में केवल 23.7 प्रतिशत ने ही एड्स के बारे में सुना था और 2005-2006 (एनएचएचएस-3) में यह प्रतिशत 45.3 तक जा पहुंचा है। 2005-2006 तक ग्रामीण और शहरी अनुपात क्रमशः 25.0 और 74.1 रहा। एनएचएचएस-3 के

अनुसार 15-40 साल के आयु-वर्ग के शादीशुदा पुरुषों में 689.3 प्रतिशत को 'एड्स के बारे में पता है कि शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों में यह अनुपात क्रमशः 94.8 प्रतिशत और 58.8

प्रतिशत है।

राज्य में मलेरिया के मामलों में वर्षों से उतार-चढ़ाव होता रहा है, हालांकि मलेरिया से होने वाली मौत की संख्या 2000 की 81 से घटकर 2004 में 36 हो गई और 2005 में एक भी मामला सामने नहीं आया।

## पर्यावरण निरंतरता

इस सच्चाई के बावजूद कि मध्य प्रदेश की आबादी के लिए जंगल कितना महत्वपूर्ण है और यह कि राज्य की पारंपरिक संस्कृति के हिस्सा होने के कारण जंगल से श्रद्धा जुड़ी है, जंगलों की रक्षा के लिए शायद ही कोई जनजातीय संगठन है।

साल 2005-06 में मध्य प्रदेश में 94689.38 वर्ग किलोमीटर क्षेत्र में जंगल था। इसमें से 61886.46 वर्ग किलोमीटर (65.35%) आरक्षित वन हैं, 31098.04 वर्ग किलोमीटर (32.84%) सुरक्षित वन और शेष अवर्गीकृत वन (1.8%) हैं। मध्य प्रदेश के कुछ जिले हमेशा से वन उत्पादों से समृद्ध रहे हैं<sup>1</sup>

## निष्कर्ष

ग्रामीण स्थितियों को सुधारने के प्रयास केंद्रित किए जाने चाहिए; आय में वृद्धि और संसाधनों को विकास एवं औद्योगीकरण की तरफ कम और जंगल एवं जमीन के संरक्षण के लिए अधिक संसाधन लगाने चाहिए क्योंकि मध्य प्रदेश की अधिक आबादी की आजीविका इसी पर निर्भर है।

शहरी और ग्रामीण सभी लोगों के लिए शिक्षा तक पहुंच जरूरी है। लगातार शिक्षण और उत्तम दोपहर भोजन कार्यक्रम के द्वक्षरा बीच में पढ़ाई छोड़ने की दर, विशेष रूप से लड़कियों के संदर्भ में कम करना जरूरी है।

शहरी और ग्रामीण सभी लोगों के लिए शिक्षा तक पहुँच जरूरी है। लगातार शिक्षण और उत्तम दोहर भोजन कार्यक्रम के द्वारा बीच में पढ़ाई छोड़ने की दर, विशेष रूप से लड़कियों के संदर्भ में कम करना जरूरी है।

उसी तरह अस्पतालों तक पहुँच में भी वृद्धि होनी चाहिए और स्वास्थ्य सेवाओं में देखभाल की गुणवत्ता और सामग्रियों को भी अवश्य बढ़ाया जाना चाहिए। स्वास्थ्य सेवाओं के लिए उपभेक्ता शुल्क को परिवर्तित किया जाना चाहिए जिससे यह बिल्कुल बहिष्कारक न हो। भोजन की सुरक्षा विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में सुनिश्चित की जानी चाहिए।

इन लक्ष्यों की उपलब्धि के लिए सामाजिक सेवाओं में और अधिक वित्तीय सहयोग दिया जाना चाहिए, जिससे कि इन सेवाओं के लिए अनिवार्य मानव शक्ति और भौतिक संसाधन की उपलब्धता सुनिश्चित हो।

1. मध्य प्रदेश का सांख्यिक-सार, 2007

## राजस्थान और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

सीईसीओडीईसीओएन और आईडीएस द्वारा 2007 में प्रकाशित 'राजस्थान और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य स्थिति एवं प्रगति : मध्य मार्ग बिंदु' से उद्धृत अंश

राजस्थान राज्य जो भारत के उत्तर पूर्व में स्थित है और जिसके पश्चिमी और थार मरुभूमि और पाकिस्तान है, मूल रूप से ग्रामीण आबादी वाला राज्य है। कृषि मुख्य आर्थिक क्षेत्र है, राज्य की 77 प्रतिशत ग्रामीण आबादी को आजीविका देती है। इन किसानों में से अधिकांश हाशिए के अलावा छोटे किसान हैं, जबकि कृषि आधारित बड़े व्यापार में इनमें से बहुत कम लोग शामिल हैं। जबकि बढ़ता औद्योगिक क्षेत्र अर्थव्यवस्था के समरूप ही बना रहता है? राज्य के आर्थिक क्षेत्र में सेवा क्षेत्र अपना हिस्सा बढ़ाता जाता है। प्रति व्यक्ति आय 1999-2000 के 9721 रुपए से बढ़कर 2006-06 में 11378 रुपए पर पहुंचा है।<sup>1</sup>

पूरे राज्य में प्रति व्यक्ति आय, शिक्षा, लैंगिक व्यवहार और स्वास्थ्य देखभाल को लेकर व्यापक क्षेत्रीय असमानता है, दक्षिण-पूर्वी और पश्चिमी क्षेत्र काफी कठिनाइयों का सामना कर रहे हैं और सामान्य बेहतर जीवन के आकलन की सांख्यिकी में राज्य के अन्य क्षेत्रों से पीछे चल रहे हैं। अधिकांश मामलों में राज्य के अन्य क्षेत्रों से पीछे चले रहे हैं। अधिकांश मामलों में राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों से शहरी क्षेत्रों की हालत बहुत अच्छी है, कई बार ये क्षेत्र एमडीजी उपलब्धि की दिशा में भारत के अन्य क्षेत्रों से आगे हैं, हालांकि शिक्षा, लैंगिक समानता और बेहतरी के अन्य मानकों पर बहुत ही निम्न आंकड़े रखते हैं।

### गरीबी उन्मूलन और भुखमरी

गरीबी स्तर के क्षेत्र में ग्रामीण शहरियों को मात दे देते हैं; शहरी लोगों से गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले ग्रामीणों का प्रतिशत कम है। ग्रामीण जनसंख्या का सत्रह प्रतिशत मासिक प्रति व्यक्ति आय एमपीसीई स्तर 365 रुपये या प्रतिदिन 12 रुपये से नीचे और 3 प्रतिशत 2170 मासिक अथवा 9 रुपये प्रतिदिन के एमपीसीई से नीचे जीवन जी रही है। शहरी क्षेत्रों में 36 प्रतिशत शहरी निवासी 580 रुपए मासिक या 19 रुपए प्रतिदिन की एमपीसीई से नीचे और 10 प्रतिशत 395 रुपए मासिक या 13 रुपए दैनिक की एमपीसीई से नीचे जीवन जे रहे हैं। लगभग 95 प्रतिशत राजस्थान की जनसंख्या 38.50 रुपए दैनिक पर जीवन जी रही है जो कि एक डॉलर दैनिक से भी कम है।<sup>2</sup> राजस्थान में महिलाओं और पुरुषों

सन् 2005-2006  
एनएफएचएस-3 के  
अनुसार कम वजन  
वाले विकास  
अवरुद्ध और  
कृषकाय बच्चों का  
प्रतिशत क्रमशः  
44, 34 और 20  
है।

1. सेंटर फॉर मॉनिटरिंग इंडियन इकनॉमी
2. एनएसएसओ 61वां चरण, 2004-05

के बीएमआई से नीचे होने के कारण पोषण में उल्लेखनीय सुधार की आवश्यकता है। विशेषतः इसलिए कि कुपोषित महिलाओं और उच्च शिशु मृत्यु दर में परस्पर संबंध है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

जाति, लिंग और क्षेत्रीय असमानताएं शिक्षा तक पहुँच और उसके स्तर पर व्याप्त हैं। इसके साथ ही शिक्षकों की अनुपस्थिति और शैक्षिक संसाधनों की कमी के कारण कुल मिलाकर शिक्षा निम्न है। ग्रामीण राजस्थान में 2006 में 3-5 आयु वर्ग के 69.06 प्रतिशत बच्चे या तो आंगनबाड़ी या स्कूल में पढ़ते हैं, इस प्रतिशत में गंगानगर जिले के 90.0 प्रतिशत और सीकर जिले में 55.3 प्रतिशत की भिन्नता है। इसके साथ ही 36.5 प्रतिशत बच्चे पाठ्य स्तर-1 (वर्ग 1 के स्तर के छोटे वाक्यों वाले छोटे पैराग्राफ को पढ़ सकने में कठिनाई) को नहीं पढ़ सकते। उसी तरह 7-14 साल के आयु वर्ग वाले 51.4 प्रतिशत बच्चे पाठ्य स्तर-2 (वर्ग-2 के कुछ लंबे वाक्यों वाली कहानी को पढ़ने की योग्यता) को नहीं पढ़ सकते।<sup>3</sup>

दोपहर के भोजन में भ्रष्टाचार, खराब स्तर के खाद्यान्न के उपयोग और अस्वस्थकर स्थिति में उसे पकाने संबंधी शिकायतें हैं। साक्षरता दर अवश्य बढ़ाया जाना चाहिए क्योंकि शिक्षा महिलाओं के अधिकारों के प्रति स्वास्थ्य विचार, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य, पर्यावरणीय चिंता लिए जरूरी है और यह बढ़ते औद्योगिक युग में अधिक लचीला बनाने में भी सहायक होगी।

### लैंगिक समानता और महिला सशक्तिकरण

राजस्थान में महिलाएं अपराध के खतरों, बलात्कार और हत्या के साथ ही साथ स्वास्थ्य सेवाओं से बहिष्करण और निम्न साक्षरता दर को झेलती हैं। घरेलू हिंसा बहुधा स्वीकार्य और अस्तित्व में होती है। महिलाओं को पारिवारिक निर्णय लेने का कोई अधिकार नहीं है। शिक्षा, जीवन स्तर और जाति-स्तर का प्रभाव पति-हिंसा की स्वीकार्यता और विस्तार पर पड़ता है।

उल्लेखनीय है कि महिलाओं का आमतौर पर अपनी इच्छा से स्वास्थ्य देखभाल पर नियंत्रण नहीं होता। 1998-1999 के आंकड़े दर्शाते हैं कि 15 लाख से अधिक उम्र की, शादीशुदा महिलाओं में से 13.3 प्रतिशत की घर की किसी निर्णय में कोई सहभागिता नहीं है।

पति हिंसा की दर को कम करने के लिए महिलाओं की शिक्षा महत्वपूर्ण है। घरेलू हिंसा की घटनाओं में कमी के लिए महिलाओं के सशक्तिकरण और अधिकार के बारे में पुरुषों की शिक्षा जरूरी है। इसके साथ ही हाशिए के वर्गों और जाति समूहों के सशक्तिकरण और उनकी शिक्षा पर जोर देना जरूरी है।

### बाल मृत्यु

राजस्थान नवजात मृत्यु दर (आईएमओ) के मामले में भारत के सबसे बदतरों में शामिल है। मृत्यु-दर शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में उल्लेखनीय रूप से काफी ऊँची है।

3. प्रथम, एएसईआर 2006

राजस्थान में पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु प्रतिशत दर एसआर एस 2004 के अनुसार 35.2 (भारत 24.4) है और ग्रामीण राजस्थान में यह दर 38.6 (भारत 26.5) और शहरी राजस्थान में 23.3 (भारत 16.5)<sup>4</sup> है। शहरी क्षेत्रों की बाल मृत्यु दर ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में लगभग आधार है और जो भी सुधार हुए हैं उसमें ग्रामीण क्षेत्र पीछे पड़ गए हैं।

एनएफएचएस-2 के आंकड़ों के अनुसार 12 में से 1 शिशु अपने जीवन के पहले साल में ही दम तोड़ देता है और हर नौ में से एक बच्चा अपने पांच साल की उम्र के भीतर ही दम तोड़ देता है, स्पष्ट है कि राजस्थान में बच्चों के जीवन को बचाने वाले कार्यक्रमों को तेज करने की आवश्यकता है। सभी का सामाजिक समूहों की तुलना में अनूसूचित जनजाति में पांच साल से कम उम्र की आयु में मरने वाले बच्चों की संख्या अधिक है। राज्य में हाशिए पर रहने वाले सभी समूहों में आईएमआर की दर ऊँची है।

कुपोषण अनेक दृष्टि से अभी भी बहुत है, इसके बावजूद कि हाल के वर्षों में इसमें कमी आई है। एनएफएचएस-2 के अनुसार 1998-99 में, राजस्थान में तीन साल से कम उम्र को 51 प्रतिशत बच्चे कम वजन वाले (आयु की तुलना में काफी दुबले), 52 प्रतिशत विकास अवरुद्ध (आयु की तुलना में बहुत छोटे), 12 प्रतिशत कृषकाय (ऊंचाई की तुलना में काफी दुबले-पतले) हैं। साल 2005-2006 में (एनएफएचएस-3) के अनुसार कम वजन वाले, विकास अवरुद्ध और कृषकाय बच्चों का प्रतिशत क्रमशः 44, 34, और 20 है।

आईएमआर, कुपोषण और बच्चों के स्वास्थ्य देखभाल में क्षेत्रीय और जाति स्तर पर विभिन्नताएं हैं। अन्य समूहों की तुलना में ग्रामीण और हाशिए पर रहनेवाले समूह अधिक प्रभावित होते हैं।

## मातृ-मृत्यु

हाल के वर्षों में हालांकि पूर्व और प्रसव पूर्व स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच में हुए कुछ सुधार के बाद भी पर्याप्त इलाज से वंचित महिलाओं की संख्या बहुत ऊँची है। एनएफएचएस-2 से प्रतीत होता है कि सर्वेक्षण (1998-99) के पूर्व के तीन वर्षों में राजस्थान में माताओं ने 47.5 प्रतिशत प्रसित के लिए प्रसव पूर्व जांच की सुविधा पाई। स्वास्थ्य सुविधा स्थलों पर 21.5 प्रतिशत प्रसव हुए (एनएफएचएस-1 के अनुसार, 12 प्रतिशत) यह आंकड़ा राष्ट्रीय स्तर के (34 प्रतिशत) से काफी कम है।

जाति और शिक्षा का भेदभाव पूर्व और प्रसव पूर्व स्वास्थ्य देखभाल के प्रकार और नियमितता को काफी प्रभावित करता है। प्रसव पूर्व डॉक्टर से जाँच कराउने का चलन अनुसूचित जाति की माताओं को कम और उनमें अधिक है जो अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति और पिछड़े वर्गों की नहीं है। ग्रामीण महिलाओं में प्रसव पूर्व सेवाओं का उपयोग शहरी महिलाओं की तुलना में कम है क्योंकि वे कम आय वाले कामकाज से जुड़ी हैं और छुट्टियों से उसकी आय प्रभावित होती है।

आईएमआर और एमएमआर दोनों में सुधार के लिए गर्भावस्था के दौरान तीसरे तिमाही में प्रसव स्वास्थ्य देखभाल जरूरी होनी चाहिए। स्वास्थ्य देखभाल तक भौगोलिक पहुँच को अवश्य सुधारा जाना चाहिए क्योंकि ग्रामीण महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान आमतौर पर परिवहन के खर्च और दूरी की जवह से काफी संघर्ष करना पड़ता है।

4. सैपल रजिस्ट्रेशन सिस्टिम स्टैटिक्स रिपोर्ट, 2004

## एचआईवी/एड्स संक्रामक बीमारियाँ

हाल के वर्षों में एचआईवी/एड्स के बारे में जानकारी बढ़ी है लेकिन अभी कम है और पुरुषों की तुलना में महिलाओं में यह उल्लेखनीय रूप से कम है। इसके अलावा एचआईवी/एड्स जागरूकता के मामले में ग्रामीण शहरी असमानता भी विशेष रूप से स्पष्ट है। सिर्फ 20.8 प्रतिशत, 15-49 साल की शादीशुदा महिलाओं ने एड्स के बारे में सुना है और यह प्रतिशत 2005-06 (एनएफएचएस-3) में 33.8 तक गया और ग्रामीण व शहरी अनुपात 2005-06 में क्रमशः 19.3 और 73.0 प्रतिशत रहा। एनएफएचएस-3 की रिपोर्ट दर्शाती है कि 15-49 साल की उम्र के वयस्क पुरुषों में से 74.2 प्रतिशत को एड्स के बारे में जानकारी है और शहरी क्षेत्रों में यह अनुपात 94.5 प्रतिशत और ग्रामीण क्षेत्रों में 64.5 प्रतिशत है। हालांकि बचाव के लिए कंडोम के उपयोग की जानकारी मात्र 5.3 प्रतिशत दंपति ही इसका उपयोग करते हैं।

एचआईवी/एड्स के बचाव के लिए कंडोम के उपयोग को प्रोत्साहन देना और महिलाओं में एचआईवी/एड्स के बारे में जागरूकता फैलाना बहुत जरूरी है।

## निष्कर्ष

हमें कभी-कभी शहरी क्षेत्रों के ठोस आंकड़ों के परे प्रायः ग्रामीणों की दारुण स्थिति पर भी अधिक ध्यान देने की जरूरत है। कृषि-क्षेत्र के विकास पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए जिस पर लगभग 75 प्रतिशत की आजीविका निर्भर है। यह नजरिया लक्ष्य को औद्योगिक विकास से हटकर कर ग्रामीण किसानों की आजीविका की वृद्धि में लगाएगा, जो शायद एमडीजी की उपलब्धि के लिए सबसे महत्वपूर्ण होगी।

शिक्षा विशेष रूप से महिलाओं की शिक्षा स्तर को सुधारा जाना चाहिए क्योंकि यह स्पष्ट है कि अधिक शिक्षित महिलाएं पति हिंसा की शिकार कम होती हैं और वे गर्भावस्था पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल लेती हैं। इसके साथ ही, सामान्य शिक्षा स्तर में वृद्धि होने से स्वास्थ्य चिकित्सा और लैंगिक समस्याओं में उल्लेखनीय कमी आती है। हाशिए पर रह रहे सामाजिक वर्ग और जाति पर विशेष ध्यान दिए जाने की जरूरत है क्योंकि ये सभी ओर से परेशानी झेलते हैं।

## सहस्राब्दी विकास लक्ष्य और बिहार

वीएसएस द्वारा 2007 में प्रकाशित 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्य पर नागरिक नजरिया और बेरोज़गारी, शिक्षा, स्वास्थ्य तथा सामाजिक बहिष्कार के संदर्भ में बिहार' से उद्धृत अंश

बिहार की मुल आबादी का महत्वपूर्ण 42 प्रतिशत गरीबी रेखा के नीचे (बीपीएल) रहती है। लाल कार्ड और अंत्योदय योजनाएं सार्वजनिक जिम्मेदारी के अभाव में असफल हुई हैं और भूख व कुपोषण संबंधी बीमारियों और मौतों के प्रति सरकारी उपेक्षा ने स्थिति को और बदतर किया है। मुजफ्फरपुर और मधेपुरा के दोनों जिलों ने भुखमरी को झेला है। अकाट्य रूप से भुखमरी और कुपोषण बिहार की ज्वलंत समस्याएं हैं।

देश में गरीब आबादी को खिलाने के लिए पर्याप्त सुरक्षित भंडार हैं लेकिन गरीब भूख से लगातार मर रहे हैं राष्ट्रीय ग्रामीण रोज़गार योजना (एनआरईजीए) के तहत उपलब्ध कोष 2006-07 के दौरान रोज़गार चाहने वालों को सौ दिन रोज़गार उपलब्ध कराने में अपर्याप्त रहा।

भुखमरी के लिए जिम्मेदार कई में से प्रमुख कारण सिर्फ बाढ़ से ही 2004 में 522 करोड़ रुपए की फसल बर्बाद हुई जबकि केन्द्र ने मात्र 132 करोड़ का आबंटन दिया, दूसरी तरफ महाराष्ट्र के एक छोटे से हिस्से में आई बाढ़ के लिए 500 करोड़ रुपए दिए गए। हालांकि बाढ़ प्रभावित परिवार को 50,000 रुपए दिए जाते हैं, लेकिन बाढ़ पीड़ितों के पशुधन नुकसान के लिए किसी राहत या अनुदान का प्रावधान नहीं है, जो कि सरकार की दूरदर्शिता के अभाव को दर्शाता है। आजीविका के अभाव हो जाने से छोटे-छोटे हाशिए के किसान स्थानांतरित होते हैं।

भूखों के लिए खाद्यान्न की नियमित व्यवस्था सुनिश्चित करने के लिए छोटे परिवार को सौ दिनों के रोज़गार गारंटी अवश्य मिलनी चाहिए। संयुक्त परिवार को राशन कार्ड या संयुक्त चुल्हे (रसोई) के आधार पर एक रोज़गार कार्ड दिए जाने के कारण बड़े पैमाने पर संयुक्त परिवार व्यवस्था टूट रही है।

### सर्वव्यापी शिक्षा अभियान

कक्षा पांच तक 65% बच्चे स्कूली पढ़ाई बीच में ही छोड़ देते हैं और कक्षा आठ तक 86% बच्चे अपनी स्कूली पढ़ाई बीच में ही छोड़ देते हैं। बिहार का यह आंकड़ा राष्ट्रीय स्तर पर स्कूली पढ़ाई छोड़ने वालों के आंकड़ों का दुगना है। वर्ष 2004-05 के नामांकन 98.24 से घटकर 95.40 पर आ गया। बिहार

राष्ट्रीय ग्रामीण रोज़गार गारंटी योजना अधिनियम के तहत पंजीकृत परिवारों को 2006-07 में मात्र 35 दिनों का रोज़गार मिला, कार्य दिवस में महिलाओं का हिस्सा मात्र 17 प्रतिशत रहा।

राष्ट्रीय औसत से भी बहुत नीचे है। उच्च प्राथमिक स्तर पर लड़कों के नामांकन की दर बहुत ख़राब है। हालांकि यह उत्साहवर्द्धक है कि यही अवधि प्राथमिक स्तर पर लड़कियों के नामांकन में उल्लेखनीय वृद्धि (10%-11%) दर्शाती है, जो कि राष्ट्रीय औसत 20 प्रतिशत से अभी भी बहुत नीचे है।

सन् 1993 से 2002 तक की अवधि को राष्ट्रीय स्तर पर प्राथमिक स्कूलों में 14.19 प्रतिशत वृद्धि के लिए चिन्हित किया गया है, जबकि बिहार में इस अवधि में हुई यह वृद्धि शहरी क्षेत्रों में 4.6 प्रतिशत के साथ मुक्तिश से 10.42 प्रतिशत दर्ज हुई। उच्चतर माध्यमिक स्कूलों के मामले में बिहार की मात्र 1.12 प्रतिशत की तुलना में राष्ट्रीय स्तर पर यह वृद्धि 50.66 प्रतिशत रही। स्कूलों की आधारभूत संरचनाओं में 2002 के दौरान कोई उल्लेखनीय वृद्धि नहीं हुई, राष्ट्रीय स्तर पर इस दौरान 2.83 प्रतिशत प्राथमिक स्कूल बगैर भवन के थे, बिहार में यह आंकड़ा 11.51 प्रतिशत का था।

एसएसए सर्व शिक्षा अभियान-2001 के तहत दस लाख शिक्षा मित्रों की पुनः बहारी का प्रावधान हुआ। बिहार में अब तक एक लाख से अधिक शिक्षा मित्रों की बहाली हो चुकी है। बहरहाल, 6-14 उम्र के सभी बच्चों को शिक्षित करने के लक्ष्य की उपलब्धि अभी राज्य में शेष है।

कृषि एवं ज़मी तक पहुँच और विकास योजनाओं में सहभागिता 2006-07 में मात्र 35 दिनों का रोज़गार मिला, कार्य दिवस में महिलाओं का हिस्सा मुश्किल से 17 प्रतिशत था। दुर्भाग्यवश, एनआईजीए का 'गारंटी' पक्ष यहां गायब रहा। अधिनियम के क्रियान्वयन में मज़दूरी में देरी, कम भुगतान, ठेकेदारों की भूमिका और रोज़गार कार्ड की अपर्याप्त संख्या जैसी कुछ कमियाँ हैं। यह सराहनीय है कि इस राज्य में दलितों को उनकी जन-सांख्यिकी औसत (15.72%) से बहुत अधिक (47%) रोज़गार मिला है।

एनएसएसओ (नेशनल सैपल सर्वे आर्गनाइजेशन) की ओर से हाल में जारी किए गए आंकड़ों के अनुसार, बिहार में ग़रीबी रेखा के नीचे रहने वालों की संख्या में कमी आई है। सर्वे के 61वें चरण में ग़रीबी रेखा बीपीएल के नीचे रहने वालों की संख्या 1999-2000 के 42.6 प्रतिशत की तुलना में 2004-05 में 3.57 प्रतिशत दर्ज कमी के साक्षी हैं, यह दर राष्ट्रीय दर से 0.79 प्रतिशत अधिक है।

कृषि बिहार में ग्रामीण रोज़गार का मुख्य स्रोत है और यह अधिकांश लोगों के जीवन निर्वाह की ज़रूरतों को पूरा करता है। राज्य में कृषि क्षेत्र की स्थिति अच्छी नहीं है। इस क्षेत्र में रोज़गार के अवसर बहुत ही कम हैं। बिहार में बहुसंख्यक ग्रामीण जनसंख्या को नियमित और स्थायी रोज़गार दिलाने के ठोस प्रयासों की आवश्यकता है। एनआरजीईए और अन्य भोजन सुरक्षा वाली योजनाएं जोर-शोर से लागू किया जाना चाहिए। पंचायती राज संस्थान का प्रभाव सशक्तिकरण इस दिशा में अगला कदम होगा।

## बाल-स्वास्थ्य

आरसीएच सर्वे के अनुसार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों पर मातृ सुविधाओं तक पहुँच, जीव रक्षक दवाइयाँ और ओआरएस पैकेट की उपलब्धता क्रमिक रूप से 15% और 0.8%, 19% है और स्वास्थ्य सहायता भी औसत निम्न दर्जे की है। इस तरह के सिर्फ 33% केंद्रों पर ही नियमित विशेषज्ञ महिला डॉक्टर हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में पदस्थापित स्वास्थ्य कर्मचारियों को वेतन नहीं मिलता, बुनियादी सच्चा यह है कि इसमें उपयुक्त प्रावधानों में बाधा आती है।

बिहार में पिछले पांच साल में शिशु मृत्यु दर 72.9 प्रतिशत से घटकर 62 प्रतिशत हो गई है। एनीमिया वाले शिशुओं की दर बहुत ऊँची 81.3% है साथ ही, कुपोषण प्रभावित 53.7% और औसत से कम वाजने वाले शिशु 54.4% है।

## मातृ स्वास्थ्य

बिहार में 50% से भी अधिक लड़कियों की शादी 18 साल की उम्र से पहले कर दी जाती है, यही कारण है कि अन्य राज्यों की तुलना में यहाँ महिलाओं का स्वास्थ्य खराब रहता है। चूँकि इस राज्य की महिलाएं स्वास्थ्य के प्रति कम जागरूक हैं। इसलिए मातृ मृत्यु दर बहुत अधिक 452 प्रति 100000 है। जन्म दर 31.1 और मृत्यु दर 10.2 है। प्रसव के समय 65.8 प्रतिशत महिलाएं पारंपरिक दाई की मदद लेती हैं। परिवार नियोजन के उपाय पुरुषों की तुलना में महिलाएं अधिक अपनाती हैं, इसके लिए जहां 19.2 प्रतिशत महिलाएं शल्य चिकित्सा प्रणाली अपनाती हैं वहीं मात्र 1.0 प्रतिशत पुरुष इस प्रणाली को अपनाते हैं। परिवार नियोजन के लिए केवल 0.7 प्रतिशत लोग कंडोम का उपयोग करते हैं।

स्वाधीनता के बाद से हुए स्वास्थ्य सेवाओं में हुई वृद्धि के अनुसार स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार नहीं हुआ है। लगातार प्रयासों के बाद भी लोग कुपोषण, पीने का सुरक्षित पानी (मात्र 30% ग्रामीण आबादी की पहुंच पीने लायक पानी तक है), बदतर स्वच्छता (0.5% बुनियादी स्वच्छता उपलब्ध है) से जूझ रहे हैं, जो संक्रामक बीमारियों के कारण हैं। यद्यपि कि इधर विगत वर्षों में स्वास्थ्य के आधारभूत संरचना का व्यापक जाल बिछा दिया गया है जिसे उच्चतर स्वास्थ्य केंद्रों की भी सहायता मिलती है। मुख्य स्वास्थ्य केंद्रों में विशेषज्ञों की कमी स्तब्ध करने वाली है और ग्रामीण स्वास्थ्य आधारभूत संरचना पुराने और समय से पीछे होने के साथ-साथ संख्या में कम हैं और सामग्रियों तथा दवाइयों की उपलब्धता भी पर्याप्त नहीं है। इंडिया टुडे के सर्वे (2005) में बड़े राज्यों में प्राथमिक स्वास्थ्य आधारभूत संरचना के आधार पर बिहार को सबसे नीचे रखा है।

## बिहार में हाशिए के समूह

### दलित

बिहार की जनसंख्या में 15.7 प्रतिशत दलित हैं। बिहार में अनुसूचित जाति में साक्षरता दर 28.47 प्रतिशत है जबकि राष्ट्रीय औसत 54.7 प्रतिशत है केवल 28.4 प्रतिशत दलित बच्चे स्कूली पढ़ाई मध्य तक पहुँचते हैं, 15.1 प्रतिशत माध्यमिक स्तर तक और मुश्किल से 3.6 प्रतिशत कॉलेज की पढ़ाई पूरी कर पाते हैं।

यौन अनुपात 0.6 आयुवर्ग में प्रति 1000 पुरुषों की तुलना में 936 महिलाएं हैं जबकि राज्य औसत प्रति 1000 पुरुष 923 महिलाएं हैं।

बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने वालों का अनुपात दलितों के कुछ अधिक है, पांचवी कक्षा के बाद 440.02 प्रतिशत लड़के और 74.10 प्रतिशत लड़कियां स्कूली पढ़ाई बीच में छोड़ देते हैं। कक्षा आठ की पढ़ाई के बाद 81.84 प्रतिशत दलित बच्चे स्कूली पढ़ाई छोड़ देते हैं, इनमें 81.88 प्रतिशत लड़के और 81.76 प्रतिशत लड़कियाँ हैं।

बिहार में 88.06 प्रतिशत मौजूदा कृषक मजदूर दलित हैं। गांवों में रहने वाले 91 प्रतिशत दलित भूमिहीन (एक एकड़ से भी कम और 55 प्रतिशत गरीबी रेखा से नीचे हैं)।

सरकारी कार्यक्रमों जैसे कि 2006 में 70151 दलित शिक्षकों की नियुक्ति जैसे कदम स्वागत योग्य हैं, लेकिन राज्य में आंगनवाड़ी सुविधाओं तक पहुंच चिंता का विषय है।

## मुस्लिम

बिहार में 2001 में मुस्लिम आबादी 16.9 प्रतिशत थी।<sup>1</sup> 1990 के दौरान मुस्लिमों में 40.6 प्रतिशत ओबीसी थे जो 2004-05 में बढ़कर 63.6 प्रतिशत हो गए।

सच्चर कमेटी की रिपोर्ट के अनुसार राज्य की सरकारी सेवाओं में मुस्लिमों की संख्या 7.6 प्रतिशत और विभिन्न विभागों की नौकरियों में उनका हिस्सा निराशाजनक रूप से बहुत ही कम है।

सरकारी विकास योजनाओं में मुस्लिमों की सहभागिता काफी कम है। राज्य अल्पसंख्यक आयोग की रिपोर्ट के अनुसार मात्र 4 प्रतिशत मुस्लिमक जवाहर रोजगार योजना से, 4.2 प्रतिशत आईएवाई से, 0.4 प्रतिशत पीएमआरवाई से, 1.5 प्रतिशत मातृ लाभ योजना से, 0.2 प्रतिशत आईसीडीएस से लाभान्वित हुए हैं।

मुस्लिमों में गरीबी का अनुमानित अनुपात 56 प्रतिशत है। एक अन्य रिपोर्ट (एडीआरआई) के अनुसार, शहरी क्षेत्रों के बीपीएल परिवारों में 44.8 प्रतिशत मुस्लिम हैं। जबकि ग्रामीण क्षेत्रों में यह प्रतिशत 49.5 है। ग्रामीण क्षेत्रों में सरकारी योजनाओं से केवल 4.1 प्रतिशत और शहरी क्षेत्रों में 0.4 प्रतिशत मुस्लिम लाभान्वित हो रहे हैं। राज्य में भोजन सुरक्षा योजना में बहुत ही कम सहभागिता है। राज्य अल्पसंख्यक आयोग की रिपोर्ट के अनुसार, अन्नपूर्णा में 0.9 प्रतिशत, अंत्योदय में 0.6 प्रतिशत, 1.8 प्रतिशत मुस्लिम ही इन योजनाओं से लाभान्वित हो पाए हैं। साथ ही, 123 प्रतिशत के पास लाल कार्ड है यह अनुपात उनकी गरीबी की तुलना में बहुत ही नीचे हैं।

मात्र 35.9 प्रतिशत मुस्लिमों के पास अपनी ज़मीन है जबकि सामान्य जनसंख्या में 58 प्रतिशत के पास अपनी ज़मीन है।<sup>2</sup> केवल 28 प्रतिशत अपनी ज़मीन पर खेती करते हैं। चूंकि उनकी ज़मीन की जोत छोटी होती है, इसलिए वे इसे पट्टे पर देते हैं या बड़े जोतदारों को दे देते हैं। उनमें व्याप्त भूमिहीनता एक बड़ी समस्या है जिस कारण तीन-चौथाई मुस्लिम दैनिक मजदूरी और स्वरोजगार पर निर्भर हैं।

## निष्कर्ष

सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों की ओर बिहार की प्रगति की राह में सबसे बड़ी बाधा सरकारी विकास योजनाओं का सही ढंग से लागू न किया जाना है। हाशिए पर रहने वाले अधिकांश समूहों की इन योजनाओं तक पहुँच को बढ़ाना चुनौतीपूर्ण बना हुआ है। भूमिहीनता के परिणामस्वरूप हुई भोजन और सामाजिक सुरक्षा की चिंता तथा चिरकालिक बाढ़ के कारण आजीविका का छिनना गंभीर चिंता के विषय हैं।

स्वास्थ्य, शिक्षा, आजीविका के मद में बजट आबंटन बढ़ाने और हाशिए के समूहों पर सरकार द्वारा तुरंत ध्यान दिए जाने की जरूरत है।

---

1. एनएसओ 55वां चरण

2. एनएफएचएस-2

## तमिलनाडु और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

नेबरहुड कम्युनिटी नेटवर्क (एनसीएन) द्वारा 2007 में प्रकाशित 'तमिलनाडु में सहस्राब्दी विकास लक्ष्य पर मध्यावधि रिपोर्ट' से उद्धृत अंश)

तमिलनाडु भारत के चार दक्षिणी राज्यों में से है। हाल में यह विशेष राजनीतिक बदलाव से गुजरा है, यह बदलाव इस रिपोर्ट के तैयार होने से ठीक पहले हुए विगत चुनाव प्रक्रिया पहली बार 70.22 प्रतिशत मतदाताओं के शामिल होने से आया। जाति के शक्तिशाली राजनीतिक समूहों द्वारा जाति का लगातार बहिष्कार किए जाने से यह आशा जागी है कि बड़े राजनीतिक बदलाव, अधिक सामाजिक समानता और विस्तृत सामाजिक प्रतिनिधित्व की संभाव्यता बढ़ रही है।

आंकड़ा संग्रहण प्रणाली की कठिनाई और अधिकारिक स्थानों पर बैठे लोगों एमडीजी की विस्तृत जानकारी के अभाव के कारण तमिलनाडु की सूचनाएं बहुधा अधूरी रहती हैं और प्रस्तुत होने में समय और स्रोतों की बहुलता होती है और जब यह मिलता है तो विविध काल और स्रोतों से संबंध होता है। आमतौर पर तथ्य एमडीजी की प्रगति आकलन आवश्यक सूचनाओं से मेल नहीं खाती।

### गरीबी उन्मूलन

तमिलनाडु में गरीबी का स्तर बहुत ऊँचा है – दक्षिण भारत में उच्चतम में से है। तमिलनाडु में गरीबी रेखा के नीचे रहने वाली आबादी 20.16 है जबकि राष्ट्रीय औसत 41.28 प्रतिशत है और राज्य में एक डॉलर प्रतिदिन से कम पर जीवन जी रही अनुमानित आबादी 34 प्रतिशत है।<sup>1</sup>

बेरोजगारी दुर्भाग्यवश समय के साथ-साथ बढ़ती जाती है क्योंकि कृषि के क्षेत्र से हटकर संसाधनों को औद्योगिक क्षेत्र में लगाया जा रहा है। यह प्रवृत्ति विशेष ध्यान दिए जाने की मांग कर रही है क्योंकि कृषि क्षेत्र को विकसित करने की संभाव्यता है और नियोजन अवसर सृजित हो सकते हैं न कि उन्हें समाप्त किया जाए।

ग्रामीण समस्याओं को कम करने के लिए आमतौर पर छोटे गांवों के लिए सड़कों की संख्या में वृद्धि और एमएनसी को आकर्षित करने हेतु सेज का क्रियान्वयन जैसी कई योजनाएं अस्तित्व में हैं। लेकिन यह स्पष्ट है कि इस तरह का औद्योगीकरण और सेज की योजनाएं गरीबों और ग्रामीण आबादी के लिए विकास के दरवाजे नहीं खोलते।

1. फायनेंशियल एक्सप्रेस दिनांक 10.08.2001

तमिलनाडु में अन्य पितृसत्तात्मक समाज की तरह मातृ मृत्यु को केवल निजी दुख के तार पर लिया जाता है। यह वृहद् स्वास्थ्य नीति के मुद्दे रूप में नहीं देखा जाता है। राज्य में होने वाले लगभग 40 प्रतिशत मातृ मृत्यु के लिए प्रसव पश्चात् और प्रसव पूर्व रक्त स्राव को जिम्मेदार ठहराया गया है।

## सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

हालांकि कुल साक्षरता दर में वृद्धि हुई है लेकिन लैंगिक, ग्रामीण और शहरी तथा जाति असमानताएं बहुत ऊंची हैं। महिला साक्षरता 51.3 प्रतिशत से बढ़कर 64.5 प्रतिशत और पुरुष साक्षरता 51.3 प्रतिशत से बढ़कर 64.5 प्रतिशत और पुरुष साक्षरता दर 73.7 प्रतिशत से 82.3 हो गई है। ग्रामीण साक्षरता दर 41.8 प्रतिशत से बढ़कर 55.8 प्रतिशत और शहरी साक्षरता दर 69.6 प्रतिशत से 75.6 प्रतिशत हो गई और ग्रामीण तथा शहरी क्षेत्रों में अंतर यहां तक कि हर क्षेत्र में कायम है।<sup>2</sup>

सामाजिक-आर्थिक स्तर स्कूली नामांकन और शिक्षा को पूरी करने में सबसे बड़ी बाधा है। जहाँ अनुपूरक आय के लिए बच्चों काम पर जाना जरूरी होता है, वहां बच्चे पढ़ाई पूरी नहीं कर पाते हैं।

मिड-डे मील को बच्चों के स्कूल आने के एक बड़े आकर्षण के रूप में बताया गया, विशेष रूप से उन परिवारों के बच्चों के लिए अतिशय गरीबी झेल रहे हैं। ऐसा देखा गया कि उनमें कई भोजन के लिए आते हैं और खाना खाकर तुरंत स्कूल से चल देते हैं। समुद्री किनारे के क्षेत्रों के लड़के दस साल की उम्र तक स्कूल जाते हैं और उसके बाद स्कूल छोड़ मछली मारने के काम में परिवार का हाथ बंटाने लगते हैं।

## लैंगिक समानता और महिला शक्तिकरण

राज्य ग्रामीण महिलाओं की निशक्तिकरण की गंभीर समस्या से जूझ रहा है, लड़कियों के जन्म के प्रति सामान्य सामाजिक विद्वेष है और महिलाओं के लिए योजनाओं के क्रियान्वयन में कमी है।

ग्रामीण महिलाएं घर में बच्चों को संभालने के साथ-साथ खेतों में काम भी करती हैं। 15 से 49 साल की आयु वर्ग की 53.3 प्रतिशत महिलाओं को एनीमिया है।<sup>3</sup>

स्थानीय शासकीय निकायों में बड़ी संख्या में महिलाएं निर्वाचित हुई हैं, लेकिन उन्हें अपने नेतृत्व का उपयोग करने और पंचायतों में बैठने नहीं दिया जाता, महिला सदस्यों को उपयुक्त सम्मान नहीं मिलता है। बड़ी संख्या में महिलाएं स्व-सहायता समूहों से भी जुड़ी हैं जिसमें सशक्तिकरण की बड़ी संभाव्यता है।

## बाल मृत्यु

तमिलनाडु के बच्चे पर्याप्त पोषण और प्रभावी स्तनपान के निम्न स्तर के कारण एनीमिया से भारी रूप से ग्रस्त हैं। पूरे भारत में जहां 46.3 प्रतिशत माताएं अपने 0.5 उम्र के बच्चों को स्तनपान कराती हैं वहीं तमिलनाडु में मात्र 33.3 प्रतिशत महिलाएं इस आयु वर्ग के बच्चों को स्तनपान कराती हैं। 6-35 माह के एनीमिया वाले बच्चों का स्तर काफी ऊंचा 72.5 प्रतिशत है।<sup>4</sup>

## मातृ मृत्यु

तमिलनाडु में अन्य पितृसत्तात्मक समाज की तरह मातृ मृत्यु को केवल निजी दुख के तौर पर लिया जाता है।

2. तमिलनाडु जनसंख्या आंकड़ा, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण विभाग, तमिलनाडु सरकार की वेब-साइट
3. इंटर स्टेट एंड इंटरस्टेट डिफ्रेंस इन द प्रीविलेंस ऑफ एनीमिया इन रिप्रॉडक्टिव एज वीमेन – ए स्टडी ऑफ पॉसिबल कंट्रीब्यूटिंग फैक्टर्स <http://nutritionfoundationofinda.res.in/ongoing1.asp>
4. एनएफआई साइंटिफिक रिपोर्ट 4

यह वृहद् स्वास्थ्य नीति के मुद्दे के रूप में नहीं देखा जाता है। राज्य में होने वाले लगभग 40 प्रतिशत मातृ मृत्यु के लिए प्रसव पश्चात् और प्रसव पूर्व रक्त-स्राव को जिम्मेदार ठहराया गया है।

बहरहाल, बच्चों के स्वास्थ्य के मामले में विशेष रूप से संपूर्ण भारत की तुलना में तमिलनाडु ने उल्लेखनीय सुधार किया है। तमिलनाडु में 80.6 प्रतिशत माताओं को प्रसव के दो दिन के भीतर कुशल स्वास्थ्य कर्मियों की देखभाल उपलब्ध होती है। पूरे भारत में यह स्तर अथाह नीचे केवल 26.4 प्रतिशत है।

सन् 2005-06 में, 90.4 प्रतिशत जन्म मान्य संस्थानों में हुए। 93.2 प्रतिशत माताओं ने अपने अंतिम बच्चे के प्रसव के समय कुशल स्वास्थ्य सहायकों की सहायता चाही और उसका उपयोग किया जबकि राष्ट्रीय स्तर पर यह आंकड़ा मात्र 48.2 प्रतिशत का है।

तमिलनाडु उस दौर में प्रवेश कर गया है जहां प्राथमिक स्तरीय मेडिकल संस्थानों में ग़रीबों के लिए प्रसव और प्रसव पश्चात देखभाल की गुणवत्ता मातृ जीवन के लिए चिंताजनक है। इस तरह, सभी एफआरयू में प्रसूति और स्त्री रोग विशेषज्ञों तथा एनेस्थिसिया और बाल रोग विशेषज्ञों की विशेष रूप से 24 घंटे आकस्मिक प्रसूति इकाई के साथ आवश्यकता है। एमएमआर की दर घटाने के लिए माताओं के एनीमिया से निपटने की जरूरत है क्योंकि 12 प्रतिशत मातृत्व मृत्यु परोक्ष और अपरोक्ष रूप से एनीमिया के कारण होती है।

### एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

तमिलनाडु में एचआईवी/एड्स की स्थिति भयावह है, यह पूरे देश में सबसे बदतर है। बीमारी के बारे में जानकारी विस्तृत है, लेकिन निरोधक प्रक्रिया का उपयोग नहीं होता है। लगभग 45 प्रतिशत एड्स के बीमार तमिलनाडु में रहते हैं।<sup>5</sup>

हालांकि स्थिति में कुछ उल्लेखनीय सुधार भी हुए हैं। तमिलनाडु में एनसी में एचआईवी की व्यापकता 2001 के 1.13 प्रतिशत की तुलना में 0.5 प्रतिशत की कमी आई है। एसटीआई की सामुदायिक व्यापकता में 1998 के 15 प्रतिशत की तुलना में 10.6 प्रतिशत की कमी आई है।<sup>6</sup>

नब्बे के दशक में तमिलनाडु राज्य में मलेरिया के 120,020 मामले थे जिनमें 59.6 प्रतिशत शहरी क्षेत्रों के और 44.4 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों के थे। 2000 में यह घटकर 43,053 हो गया।<sup>7</sup> राज्य भर से प्राप्त मामलों में से 74 प्रतिशत केवल राजधानी चेन्नई के हैं। यह मलेरिया प्रभावित क्षेत्रों की आबादी के स्थानांतरण, पर्याप्त जलापूर्ति की कमी, जिससे खुली जगहों में जल भंडारण होता है और मलेरिया के मच्छरों को पनपने के अन्य कारणों से हुआ होगा।

### पर्यावरणीय निरंतरता

औद्योगिक वृद्धि ने तेजी से कृषि भूमि के क्षेत्रफल में कमी करने के साथ-साथ भूमि और जल स्रोतों को भी प्रदूषित किया है। तमिलनाडु में औद्योगिकीकरण की तेज प्रक्रिया 91 में वैश्विक अर्थव्यवस्था की शुरुआत के समय

5. एनएसीओ

6. एपीएसी विशिष्ट योगदान [www.apacvhs.org/accomplishmnet.pps#288.5](http://www.apacvhs.org/accomplishmnet.pps#288.5)

7. तमिलनाडु मलेरिया डिस्ट्रिब्यूशन केसेस इन द रूरल इंड अर्बन फ़ॉर्म 2001 से 2006 <http://tnhealth.org/healthindicators.htm>

से ही जारी है और आज भी कृषि योग्य भूमि को कम कर रही है।

इस प्रदूषण के लिए पलार नदी के किनारे क्रामपेट, रानीपेट, अंबर और विण्णियमपाडी और कुंडावनारू नदी के किनारे डिंडुगल की ज़मीन और पानी के प्रदूषण के लिए धर्मशोधन-शालाओं को जिम्मेवार माना गया है।

बड़े हाई-वे को चौ-रस्ते वाला बनाने के लिए बड़ी संख्या में कट रहे पेड़ों का राज्य साक्षी है, यह पहले से ही ख़राब हो रहे पर्यावरण को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर रहा है। साथ ही साथ, स्थानीय जनसंख्या को आहार से वंचित कर रहा है। हरित क्रांति के कारण बहुत से भू-संसाधनों की गुणवत्ता ख़राब हुई और कूड़ा निपटान की उचित सुविधाओं के अभाव ने भूमि और जल संसाधनों को और भी प्रदूषित किया है।

हरित क्रांति के दौरान 1967 में शुरू हुए खाद और कीटनाशकों के उपयोग ने कृषि भूमि की उर्वरता के साथ-साथ लोगों के स्वास्थ्य को भी नुकसान पहुंचाया है।<sup>8</sup>

### निष्कर्ष

यह रिपोर्ट लोगों का अपनी आजीविका पर प्रभाव डालने वाले निर्णय लेने हेतु सशक्त करने के लिए गंभीरता से ध्यान देने की ज़रूरत को दर्शाता है। केरल की तर्ज़ पर फेडरेशन ऑफ सिटीजंस और स्व-सहायता समूहों को साथ आकार उन मुद्दों को सुझलाना चाहिए जिन्हें अकेले सरकार ही अब तक निपटा रही है।

बच्चों को भी ऐसे कार्यक्रमों में लगाया जा सकता है जो प्रासंगिक मुद्दों पर ज्ञानवर्धन करते हैं, और राज्य की तरक्की के लिए जन-मंच में सहभागिता के लिए उत्साहित करते हैं।

पर्यावरण की समस्याओं पर ध्यान देना नितांत आवश्यक है क्योंकि आबादी का बड़ा हिस्सा कृषि और वन संसाधनों पर आश्रित है। वन-क्षेत्र अवश्य बढ़ाया जाना चाहिए और अधिक भूमि कृषि योग्य बनायी जानी चाहिए और जल संसाधनों को अवश्य ही स्वच्छ और प्रचुर बनाना चाहिए।

एचआईवी/एड्स मामलों में गिरावट अनिवार्य रूप से होनी चाहिए और इसके लिए लागों को बचाव के तरीकों के प्रभावी उपयोग हेतु अवश्य प्रोत्साहित किया जाए। इसके साथ ही मलेरिया के खतरों पर विशेष रूप से शहरों में, सालाना मामलों को कम करने के लिए ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है।

8. एस्सर्ट्स नाम्मालवार, ए लीडिंग प्रोनेट ऑफ सस्टेनेबल एग्रीकल्चर इन द इस्टेट। हरित क्रांति का ढहना भी देखें <http://www.truthforce.into/28=node/view/412>

## पश्चिम बंगाल और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

वादा न तोड़ा - पश्चिम बंगाल द्वारा 2007 में प्राकाशित 'पश्चिम-बंगाल में सहस्राब्दी विकास लक्ष्य की प्रगति की स्थिति पर मध्यावधि रिपोर्ट' से उद्धृत अंश

पश्चिम बंगाल पूर्वी भारत में स्थित एक राज्य की कुल भूमि का लगभग 14 प्रतिशत वनों से आच्छादित है और राज्य की लगभग 40 प्रतिशत सामान्य ऊर्जा का स्रोत जलावन की लकड़ी है।<sup>1</sup> यह उन कारणों में से एक है तो राज्य की जनता के लिए जंगल को महत्वपूर्ण बनाते हैं।

पश्चिम बंगाल सरकार कृषिक की कीमत पर खुलेआम बढ़ते औद्योगिक विस्तार ध्यान देकर ग्रामीण और कृषि क्षेत्र के संसाधन शहरी क्षेत्रों में लगा रही है। राज्य में ग्रामीण क्षेत्रों और कृषि के महत्त्व को अनिवार्य रूप से समझने की जरूरत है, ऐसा न हो कि सरकार की उलटी सीधी नीति लोगों को आवाज, अधिकार, भूमि और आजीविका से वंचित कर दे।

### गरीबी उन्मूलन

पश्चिम बंगाल राज्य में भुखमरी आश्चर्यजनक रूप से जिसका प्रभाव ग्रामीण परिवारों और हाशिए के एससी और एसटी जैसे समूहों पर है। पश्चिमी बंगाल में 10.6 प्रतिशत परिवारों को साल में कुछ महीने हर दिन पर्याप्त भोजन नहीं मिल पाता। यह अनुपात देश का उच्चतम है और उसके पीछे उड़ीसा (4.6 प्रतिशत) है। साल के सभी महीनों में प्रतिदिन पर्याप्त भोजन नहीं मिलने के मामलों में असम (3.6 प्रतिशत) और उड़ीसा के बाद तीसरे नम्बर पर पश्चिम बंगाल (1.3 प्रतिशत) है।

नेशनल सेंपल सर्वे (एनएसएस) के आंकड़े दर्शाते हैं कि राज्य की 15 प्रतिशत आबादी जरूरी दैनिक कैलोरी (2700 कैलोरी दैनिक) से 70 प्रतिशत से कम जुटा पाते हैं और उनमें से 64 प्रतिशत को आवश्यक मात्रा से कम मिलता है। (एनएसएस रिपोर्ट नम्बर 471)। ग्रामीण क्षेत्रों में, कृषि श्रमिक मौसमी भोजन की अपर्याप्तता की दृष्टि से सबसे ज्यादा आक्रान्त हैं। सबसे ज्यादा मार एसटी परिवार (3.7 प्रतिशत) और उसके बाद एससी परिवार (3.3 प्रतिशत) पर है।

### सर्वव्यापी प्राथमिक शिक्षा

पश्चिम बंगाल प्राथमिक शिक्षा स्तर के मामले में कई राज्यों से पीछे चल रहा

1. डब्ल्यू बीएचडीआर 2004

विकास प्रक्रिया में  
जिन सर्वाधिक  
महत्वपूर्ण क्षेत्रों में  
महिलाओं को पीछे  
छोड़ दिया जाता  
है वे भूमि सुधार  
कार्यक्रमों में  
दृष्टिगोचर होते हैं।  
मात्र 9.7 प्रतिशत  
महिलाओं ने  
संयुक्त भूमि का  
पट्टा पाया है।

है। बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने की दर विशेष रूप से हाशिए की जनसंख्या में ऊँची है। प्राथमिक स्तर पर, बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने की दर 2001-02 के 30 प्रतिशत घटकर 2002-03 में 34.9 प्रतिशत हो गई। हालांकि छात्राओं के मामले में बीच में स्कूली पढ़ाई छोड़ने की दर 2002-03 में 33.7 थी। एससी और एसटी महिलाएं साक्षरता दर तथा स्कूली नामांकन दर और विशेष रूप से उच्च शिक्षा स्तर में शेष जनसंख्या से पीछे हैं।

### लैंगिक समानता और महिला सशक्तिकरण

विकास प्रक्रिया में जिन सर्वाधिक महत्वपूर्ण क्षेत्रों में महिलाओं को पीछे छोड़ दिया जाता है वे भूमि-सुधार कार्यक्रम में दृष्टिगोचर होते हैं। बस हाल ही में राज्य सरकार संयुक्त पट्टा। भू-स्वामित्व प्रणाली की पहल कर कृषक महिलाओं को प्रक्रिया में शामिल किया है। हालांकि अब तक मात्र 9.7 प्रतिशत महिलाओं ने संयुक्त भूमि पट्टा (डब्ल्यूबीएचडीआर 20004 पाया है। लैंगिक पहलु भूमि सुधार नीति और इसके क्रियान्वयन की प्रक्रिया में उपेक्षित है।

महिलाओं और पुरुषों की शिक्षा में अंतर पर विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल, विशेष रूप से गर्भावस्था और शिशु जन्म के संदर्भ में भी एक चिंताजनक मुद्दा है।

### बाल मृत्यु

राज्य सरकार का अनुमान है कि बाल स्वास्थ्य में सुधार के कारण, पश्चिमी बंगाल में नवजात मृत्यु दर के एमडीजी लक्ष्य तक पहुँचने में काफी क्षमता है। पश्चिमी बंगाल में 1900-2004 की अवधि में उल्लेखनीय सुधार देखे गए हैं। एक साल की उम्र के बच्चों के खसरे का टीकाकरण का औसत 42.5 प्रतिशत से बढ़कर 74.7 प्रतिशत<sup>2</sup> हो गया, जो कि राष्ट्रीय औसत से बहुत ही ऊपर है। हालांकि आईएमआर दर अभी भी काफी ऊँची है और मातृ स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा मामले में अधिक संसाधन लगाने की आवश्यकता है।

पश्चिम बंगाल के 2005-2006 (एनएफएचएस-3 का आंकड़ा) के आंकड़े यह खुलासा करते हैं कि 3 साल से कम उम्र वाले अल्प वजन वाले बच्चे 44 प्रतिशत हैं जो कि एनएफएचएस-2 और एनएफएचएस-1 के आंकड़ों से क्रमशः 5 अंक और 11 प्रतिशत अंक कम है। यह राष्ट्रीय उपलब्धि की तुलना में अच्छा लेकिन साफ तौर पर एमडीजी लक्ष्यों में पीछे हैं।

### मातृ मृत्यु

पश्चिम बंगाल में पांच साल की छोटी सी अवधि में मातृ मृत्यु दर 266 से 194 हो गई। इस मामले में यह उल्लेख करना उपयोगी होगा कि पश्चिम बंगाल राष्ट्रीय औसत की तुलना में बहुत ऊपर है।

हालांकि यह ध्यान देने योग्य है कि बाल मृत्यु दर मामले में ग्रामीण और शहरी स्थितियों में बहुत असमानता है। 2005-2006 में कुशल पेशेवरों की देखरेख में शहरी क्षेत्रों में 80.2 प्रतिशत जन्म हुए, लेकिन ग्रामीण क्षेत्रों में यह असाधारण रूप से कम 36.8 प्रतिशत है।<sup>3</sup> इसलिए राज्य स्तरीय मातृ मृत्यु दर की कमी हर क्षेत्र, जाति और

2. एनएफएचएस-1 (1992-93) एनएफएचएस-3 (2005-06)

3. महिला आयोग, यूनिसेफ और पश्चिम बंगाल सरकार की रिपोर्ट और जेंडर बजटिंग स्टडी इन डब्ल्यू. बी. (नवम्बर, 2006)

आर्थिक वर्गों की असमानताओं को अनिवार्य रूप से नहीं दर्शाती है। पश्चिम बंगाल को ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सेवाएं फैलानी चाहिए, अगर ऐसा होता है तो सही अर्थों में मातृ मृत्यु दर में सुधार पर तभी गर्व किया जा सकता है।

### एचआईवी/एड्स और संक्रामक बीमारियाँ

पश्चिम बंगाल में 1996 से 2006 के दौरान संक्रमित लोगों की संख्या में उल्लेखनीय वृद्धि हुई है और कुछ अधिक खतरे वाले लोग संक्रमण से बचाव के उपयुक्त उपाया करते हैं। पश्चिम बंगाल में एचआईवी संक्रमित लोगों की संख्या 1996 में 204 थी। 1997 में यह 371 और 2006 में यह संख्या बढ़कर 3610 हो गई। उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार, 15-24 साल की प्रति 100 गर्भवती महिलाओं में एचआईवी की उपस्थिति 2002 के 0.74 प्रतिशत से बढ़कर 2003 में 0.86 प्रतिशत हो गई।<sup>4</sup>

बेस लाइन विहेवियर सर्वेविलेंस सर्वे (बीएसएस) रिपोर्ट 23001 के अनुसार आबदी की मात्र 6.6 प्रतिशत जनसंख्या अनियमित साथी के साथ यौन संबंध में कंडोम का उपयोग करती है और 15-49 वर्ष के आयु वर्ग वाले 49.3 प्रतिशत लोगों को एचआईवी/एड्स के बारे में विस्तृत सही जानकारी है। एचआईवी/एड्स की जानकारी और साथ ही बचाव उपाय के लिए कंडोम के मामले में पश्चिम बंगाल के ग्रामीण और शहरी निवासियों और पुरुष एवं महिलाओं के बीच काफी असमानताएं हैं। 2005-2006 में हुए एनएफएचएस-3 के अनुसार, पश्चिमी बंगाल में उन महिलाओं और पुरुषों का प्रतिशत जिन्होंने एड्स के बारे में सुना है क्रमशः 73.5 और 50.2 है।

मलेरिया की दर में वृद्धि हुई है और उसके बावजूद राष्ट्रीय औसत से यह कम है, मामले बढ़ रहे हैं और इस पर अनिवार्य रूप से ध्यान दिया जाना चाहिए। मलेरिया से हुई कुल मौतों की संख्या 1990 के 4 की तुलना में 2004 में बढ़कर 186 हो गई है। इन बीमारियों की रोकथाम और उससे बचव के बारे में विशेष रूप से महिलाओं, हाशिए की जातियों और ग्रामीणों की शिक्षा में अवश्य वृद्धि होनी चाहिए।

### पर्यावरणीय निरंतरता

वन जैसे पर्यावरणीय संसाधनों को अनिवार्य रूप से बढ़ाया जाना चाहिए पानी और स्वच्छता तक पहुँच में अवश्य सुधार होनी चाहिए। डब्ल्यू बीएचडीआर 2004 के राज्य के वन क्षेत्र को धीरे-धीरे बढ़ाने के डब्ल्यू बीएचडीआर 20054 के विश्लेषणात्मक सुझाव के उलट ह्यूमन डेवलपमेंट 2007 के अनुसार पश्चिम बंगाल के वन-क्षेत्र में कमी आई है।

### निष्कर्ष

एमडीजी और सुधार नीतियों के क्रियान्वयन को राज्य के सभी सदस्यों, विशेष रूप से ग्रामीणों और जो लोग हाशिए की जातियों और अन्य समूहों से हैं उनके लिए और पहुँच योग्य बनाए जाने के बारे में जानकारी की आवश्यकता है। एमडीजी के बारे में व्यापक जानकारी होनी चाहिए और एनजीओ को इन एमडीजी के क्रियान्वयन के लिए

4. एनएसीओ (एनएसीपी-2)

सरकार के हर स्तर और अधिकारिक समूहों के साथ काम करना चाहिए। शिक्षा और स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच और आय तथा पोषण के मामलों में जाति, लिंग और क्षेत्रीय असमानता पर अनिवार्य रूप से ध्यान दिया जाना चाहिए। कृषि के महत्व पर जीडीपी और लोगों की आजीविका दोनों को ध्यान में रखते हुए विशेषज्ञ जोर दिया जाना चाहिए।

भुखमरी की स्थिति की पश्चिम बंगाल में एमडीजी के क्रियान्वयन में पड़ी बाधा के रूप में पहचाना जाना चाहिए और कृषि उत्पादन में वृद्धि, आय में वृद्धि और रोजगार की उपलब्धता और पोषण के सर्वाधिक जरूरतमंदों की देखभाल से ही से पूरा किया जा सकता है। सरकार को औद्योगिक क्षेत्र में वृद्धि अवश्य धीमी करनी चाहिए और किसानों से ज़मीन लेकर उद्योग लगानेके लिए देने के खतरों को समझना चाहिए।

संभवतः इस निष्कर्ष के साथ यह रिपोर्ट समाप्त करना सही होगा कि कृषि-सुधार आजीविका सुधार से जुड़ा है; न कि केवल उच्चतर उत्पादकता बल्कि विकेंद्रित योजना, लघु सिंचाई में सुधार, ग्रामीण नहर प्रणाली में पूर्ण सुधार, 100 प्रतिशत ग्रामीण विद्युतीकरण, ग्रामीण बाज़ार संजाल का विकास, पवन ऊर्जा संसाधनों का उपयोग, कृषि में सर्वाधिक संस्थागत कर्ज और भूमि सुधार के अधूरे कार्यों को पूरा करना, ऐसे क्षेत्र हैं जहाँ विकास की जरूरत है।

## आलोचनात्मक संकेतक

- दक्षिण एशिया क्षेत्र में अनुमानतः 43 करोड़ 10 लाख एक डॉलर प्रतिदिन (समतुल्य क्रम शक्ति के साथ) रह रहे हैं, जिनमें से 36 करोड़ 40 लाख लोग भारत में हैं।
- विगत दशक में खाद्यान्न की खपत में बहुत अधिक कमी आई है। वर्तमान आकलन इसे प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष करीब 155 किलो बताता है जो कि 1990 के दशक में पश्चिम बंगाल में हुए आकाल में हुई खपत के करीब है।
- भारत में प्राथमिक शिक्षा पूरी कर पाने की दर अभी बहुत नीची (59%) है।
- वर्ग एक से पाँच के बीच स्कूल छोड़ने की दरें बिहार (60%) राजस्थान (55%), उत्तर-प्रदेश (50%) और उड़ीसा (50%) में बहुत ऊँची है।
- एम एम आर (प्रति 100000 जीवित प्रसव) खतरनाक ढंग से ऊँची है। कुछ राज्यों यथा उत्तर प्रदेश में (707) और राजस्थान (670) में अनुपात विश्व के सर्वाधिक बढ़ कर में से है।
- पाँच साल से कम उम्र के बच्चों में बिहार में 54% मध्य प्रदेश में 55%, राजस्थान में 51%, उत्तर प्रदेश में 51% और उड़ीसा में 54% कम वजन वाले हैं।
- वर्ष 2000 में उड़ीसा में 509797 लोग और मध्य प्रदेश में 194689 लोग मलेरिया से ग्रसित हुए।
- टी. बी. की व्यापकता दर (प्रति 100000 आबादी) भारत (344) की दर सब-सहारा अफ्रीका के कुछ देशों से तुलनीय है।
- मध्य प्रदेश और राजस्थान के 32% और उड़ीसा के 36% लोगों को सुरक्षित जल तक पहुँच ही नहीं है।
- मध्य प्रदेश में 92%, उड़ीसा में 91% और उत्तर प्रदेश में 67% लोगों को उन्नत स्वच्छता तक पहुँच नहीं है।
- देश के 18 करोड़ अनुसूचित जाति और 8 करोड़ अनुसूचित जनजाति के लोग अभी तक सामाजिक और आर्थिक वंचना की भीषणता को झेल रहे हैं।

स्रोत : प्रवीण झा और मारियो नैगरे परिप्रेक्ष्य में गरीबी दक्षिण एशिया में विकास की कमियाँ, मई 2005

## वादा ना तोड़ों अभियान

सी-1 / ई, दूसरा नाला ग्रीन पार्क एक्सटेंशन, नई दिल्ली- 110016 भारत टेलीफोन: 91-11-46082371 से 74,  
फैक्स: 91-11-46082373 ई. मेल: [info@wadanatodo.net](mailto:info@wadanatodo.net) वेब साइट: [www.wadanatodo.net](http://www.wadanatodo.net)