



जनसंख्या वृद्धि, प्रवास और सतत विकास: अंबेडकर नगर के संदर्भ में अध्ययन

¹Ajay Kumar and ²Dr. Ram Bachan Maurya

¹Research Scholar, Mahakaushal University, Jabalpur, Madhya Pradesh, India

²Professor, Mahakaushal University, Jabalpur, Madhya Pradesh, India

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20133906>

Corresponding Author: Ajay Kumar

सारांश

डॉ. अंबेडकर ने इस समस्या को स्वीकार करने में देर नहीं लगाई, जब डॉ. बी.आर. अंबेडकर की ओर से, श्री पीजे रोहम द्वारा 10 नवंबर, 1938 को मुंबई प्रांतीय विधानसभा में एक गैर-सरकारी प्रस्ताव पर दिए गए भाषण पर विचार किया जाना था, यह परिवार नियोजन और जनसंख्या नियंत्रण पर डॉ. बी.आर. अंबेडकर के विचारों को समझने का एक बुनियादी आधार है। बेशक, बी.आर. अंबेडकर खुद प्रस्ताव पेश करना चाहते थे, लेकिन कुछ अपरिहार्य परिस्थितियों के कारण, वह उपस्थित नहीं हो सके। प्रस्ताव में परिवार के सीमित आकार के साथ-साथ जन्म नियंत्रण के संबंध में जनता के बीच सक्रिय उपायों की तत्काल आवश्यकता शामिल थी अंबेडकर के अनुसार, "बहुत कम लोग उन बच्चों की भारी क्षति का सही अंदाज़ा लगा पाते हैं जो शारीरिक, मानसिक या आर्थिक रूप से विकलांग होते हैं। ऐसे बच्चों के जन्म को रोकने से प्रसव और उससे जुड़ी बीमारियों से ग्रस्त माताओं की मृत्यु दर में कमी आएगी, शिशु मृत्यु दर में कमी आएगी, जीवन की बुनियादी ज़रूरतों के अभाव में कई लोगों को होने वाली बीमारियों को दूर करके जन स्वास्थ्य में सुधार होगा, घोर गरीबी से जूझ रहे लोगों द्वारा किए जाने वाले अपराधों पर अंकुश लगेगा और आध्यात्मिक उन्नति को पूरा अवसर प्रदान करके समाज का सर्वांगीण उत्थान होगा।

मूल शब्द: परिवार कल्याण कार्यक्रम, अंबेडकर नगर, परिवार कल्याण, जनसंख्या, भौगोलिक अध्ययन।

प्रस्तावना

जनसंख्या वृद्धि का गतिशीलता पर अनिवार्य रूप से प्रभाव पड़ता है: शहरीकरण और प्रवास। शहरी परिवेश में सामान्यतः कम प्रजनन दर के बावजूद, हम ग्रामीण आबादी के शहरी क्षेत्रों में प्रवास के कारण प्रबल शहरीकरण देख रहे हैं: जहाँ 1950 में दुनिया की 30% आबादी शहरी क्षेत्रों में रहती थी, वहीं वर्तमान में 54% आबादी वहाँ रहती है, और अनुमान है कि 2050 में यह 66% हो जाएगी, जिसमें अफ्रीका और एशिया में शहरीकरण की दर सबसे अधिक होगी। ऐतिहासिक रूप से, शहरीकरण को गरीबी उन्मूलन और सामाजिक परिवर्तन का एक महत्वपूर्ण चालक माना जाता रहा है, जैसा कि कम प्रजनन दर, लंबी जीवन प्रत्याशा और उच्च शिक्षा के स्तर से परिलक्षित होता है। शहरी परिवेश में शिक्षा, आवास, बिजली, पानी और स्वच्छता जैसी सार्वजनिक सेवाओं तक पहुँच का विस्तार अपेक्षाकृत सस्ता है। हालाँकि, यदि बुनियादी ढाँचे और सेवाओं में निवेश शहरीकरण दर के अनुरूप नहीं है और लाभों के समान वितरण को सुनिश्चित करने वाली नीतियों का अभाव है, तो तीव्र और अनियोजित शहरी विकास सतत विकास के लिए खतरा बन जाता है। इसके

परिणामस्वरूप शहरी गरीबों की संख्या में वृद्धि, प्रदूषण और पर्यावरणीय क्षरण होता है (यूएन-डीईएसए, 2014)।

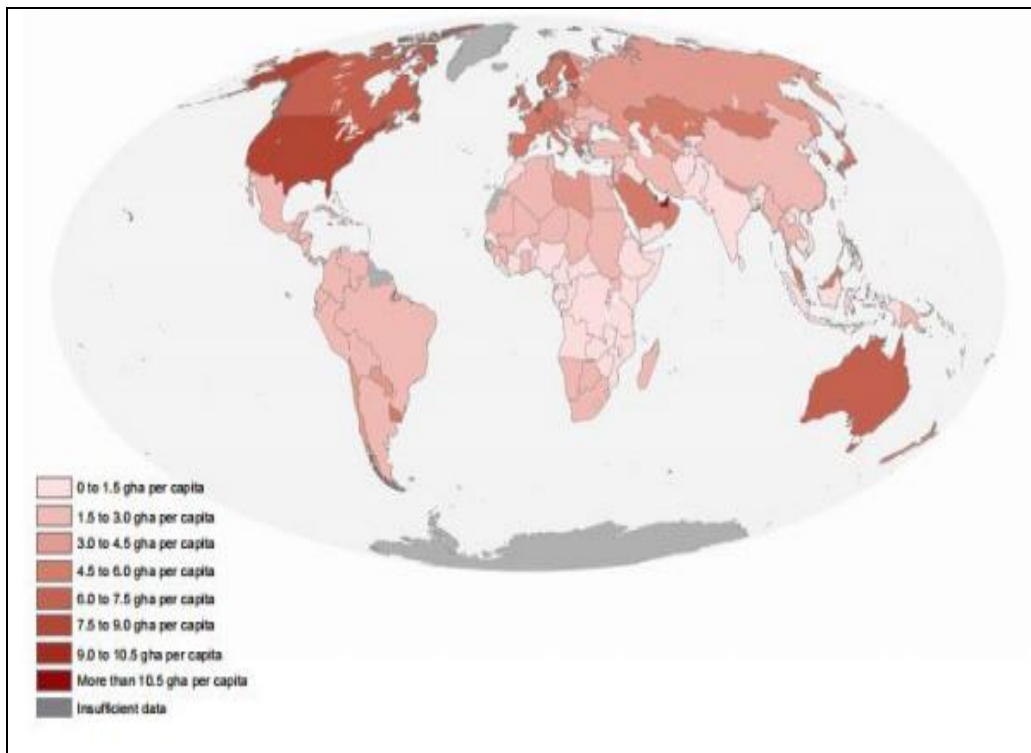
पर्यावरण, खाद्य और जल सुरक्षा

जनसंख्या गतिशीलता का पारिस्थितिक तंत्रों पर गहरा प्रभाव पड़ता है। जनसंख्या वृद्धि से मीठे पानी की उपलब्धता पर दबाव पड़ता है, वायु, जल और मृदा प्रदूषण और अपशिष्टों में वृद्धि होती है, वनों की कटाई और मृदा क्षरण, अतिचारण होता है और कृषि योग्य भूमि पर भी इसका प्रभाव पड़ता है। उच्च जनसंख्या घनत्व और सीमित कृषि योग्य भूमि के कारण शहरीकरण और तटीय क्षेत्रों की ओर पलायन होता है, जहाँ समुद्र के बढ़ते स्तर के कारण जनसंख्या खतरे में पड़ जाती है। उदाहरण के लिए, बांग्लादेश में, समुद्र के स्तर में एक मीटर की वृद्धि से 20% भूमि का नुकसान होता है और 1.5 करोड़ लोग विस्थापित होते हैं (न्यूमैन एट अल., 2014)। इस प्रकार, जनसंख्या दबाव सीधे तौर पर अकाल और पानी की कमी के बढ़ते जोखिम का कारण बन सकता है। 1990 के दशक में, मौरिस किंग ने तीन चरणों वाले पारिस्थितिक परिवर्तन का वर्णन किया था।

पहले चरण में, बढ़ती मानवीय माँगों देशों के पारिस्थितिकी तंत्र की क्षमता के भीतर होती हैं; दूसरे चरण में, मानवीय माँगों को पूरा करने के लिए जैविक भंडारों का उपयोग किया जाता है; तीसरे चरण में, पारिस्थितिकी तंत्र के ढहने के कारण मानव उपभोग को जबरन कम किया जाता है। 8 जनसंख्या गतिशीलता और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकार रटगर्स 2018। रोम क्लब की पुस्तक "द लिमिट्स ऑफ़ ग्रोथ" में 1972 में ही "ओवरशूट एंड कॉलैप्स" के विनाशकारी परिदृश्य की भविष्यवाणी की गई थी। आलोचकों ने हमेशा इस विनाशकारी परिदृश्य को टालने के लिए तकनीकी संभावनाओं की ओर इशारा किया है। इस दृष्टिकोण से, तीव्र जनसंख्या वृद्धि को तकनीकी विकास का एक प्रेरक माना जा सकता है।

फिर भी, केवल जनसंख्या वृद्धि ही पारिस्थितिक तंत्रों पर दबाव नहीं डालती। वास्तव में, कम जनसंख्या वृद्धि वाले औद्योगिक देश, उच्च जनसंख्या वृद्धि वाले विकासशील देशों की तुलना में पारिस्थितिक पदचिह्न में कहीं अधिक योगदान करते हैं (चित्र 1 देखें)। इस प्रकार, केवल प्रजनन क्षमता कम करने से पारिस्थितिक

समस्या का समाधान नहीं होगा। यह भी संभव है कि यदि प्रजनन स्तर में गिरावट आए, और यदि देश जनसांख्यिकीय लाभांश के अवसर का उपयोग आर्थिक विकास के लिए कर सकें, तो उपभोग बढ़ेगा और पारिस्थितिक तंत्र पर दबाव बना रहेगा या और भी बढ़ जाएगा। घरेलू संरचना में बदलाव से यह और भी मजबूत होता है, क्योंकि एकल-निवासी परिवार (ज्यादातर शहरी क्षेत्रों में पाए जाते हैं), और विवाह स्थगित होने, तलाक और विधवा होने के परिणामस्वरूप महत्वपूर्ण उपभोग के लिए जिम्मेदार होते हैं। संक्षेप में, जनसंख्या गतिशीलता, और विशेष रूप से तीव्र वृद्धि और आयु संरचना, सार्वजनिक सेवाओं की माँग, आर्थिक विकास, राजनीतिक और सामाजिक स्थिरता और पर्यावरण पर महत्वपूर्ण प्रभाव डालती है। तीव्र जनसंख्या वृद्धि और संसाधनों का असमान वितरण मिलकर एक अस्थिर भविष्य की ओर ले जाते हैं। प्रजनन क्षमता जनसंख्या वृद्धि के कारकों में से एक है। अगले भाग में हम प्रजनन क्षमता के साथ इसके संबंध का वर्णन करेंगे, लेकिन जनसंख्या गतिशीलता को यौन और प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों के व्यापक क्षेत्र से भी जोड़ेंगे।



चित्र 1: प्रति व्यक्ति उपभोग का पारिस्थितिक पदचिह्न 2007

अम्बेडकर जिले में जनसंख्या वृद्धि

(1881-1991)

जनसंख्या वृद्धि या जनसंख्या परिवर्तन किसी क्षेत्र की जनसांख्यिकीय गतिशीलता के लिए महत्वपूर्ण है। यह सबसे मौलिक जनसांख्यिकीय प्रक्रिया है जिसके साथ अन्य सभी जनसांख्यिकीय विशेषताएँ प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से जुड़ी होती हैं और जो जनसंख्या के घनत्व, वितरण स्वरूप और संरचना को निर्धारित करती है।

1881-1891

यह स्पष्ट है कि अध्ययन क्षेत्र में 1881-1891 की अवधि में जनसंख्या वृद्धि में जबरदस्त वृद्धि दर्ज की गई। 1881 की गणना

के दौरान जिले में 975673 व्यक्ति थे। निस्संदेह, जिले की जनसंख्या में वृद्धि हुई, लेकिन वृद्धि का सटीक प्रतिशत ज्ञात नहीं किया जा सकता क्योंकि यह जनसंख्या की पहली नियमित जनगणना थी। 1891 में यह 995327 तक पहुँच गई, जिसमें 2.0% की वृद्धि दर्ज की गई।

1891-1901

1901 में, यह पाया गया कि अम्बेडकर की जनसंख्या 989420 थी, जो 0.67% की कमी दर्शाती है। इस दशक में बुखार और हैजा के कारण असामान्य रूप से उच्च मृत्यु दर के कारण जनसंख्या में गिरावट देखी गई।

1901-11

इस अवधि में अध्ययन क्षेत्र में जनसंख्या में 14.24% की कमी दर्ज की गई, जो पिछले वर्षों की तुलना में अधिक है, जबकि उत्तर प्रदेश में कम (0.97%) कमी आई जबकि देश में जनसंख्या में (5.75%) वृद्धि हुई। अध्ययन क्षेत्र में जनसंख्या में भारी कमी का कारण अकाल और अन्य प्राकृतिक आपदाएँ थीं क्योंकि "मलेरिया बुखार का एक गंभीर प्रकोप था, जिसने 1894 में मृत्यु दर को असाधारण रूप से बढ़ा दिया और लोगों की जीवन शक्ति को इस हद तक क्षीण कर दिया कि 1895 में जन्म दर असामान्य रूप से कम थी" (भारत की जनसंख्या रिपोर्ट, 1951, खंड 1A, पृष्ठ 132)। अध्ययन क्षेत्र और इसके आसपास के हिस्सों में खाद्यान्न की भी कमी थी क्योंकि "1898 में कमजोर मानसून के कारण संयुक्त प्रांत, मध्य प्रांत और बिहार के दक्षिण-पूर्वी जिलों में फसल की विफलता बढ़ गई" जनसंख्या में गिरावट के मुख्य कारण अकाल, प्लेग, हैजा और अन्य आपदाएँ थीं।

1911-21

1921 की जनगणना ने पूरे भारत में जनसंख्या में और कमी (0.31%) दिखाई और अध्ययन क्षेत्र कोई अपवाद नहीं था। गिरावट का रुझान (1.75%) था जो पिछले दशक (14.24) से कम था, और उत्तर प्रदेश (3.08%) से अधिक था। हालाँकि 1911-21 की अवधि के दौरान पूरे क्षेत्र में जनसंख्या में कमी देखी गई, फिर भी नुकसान कम था क्योंकि "इस दशक में 1918 में महान इन्फ्लूएंजा महामारी का अनुभव हुआ जिसने एक करोड़ 20 लाख लोगों की जान ले ली" (एस.एन.अग्रवाला, 1972, भारत की जनसंख्या समस्याएँ, पृ.53)। इस दशक के दौरान मौतों की संख्या जन्मों की संख्या से अधिक हो गई जिसके परिणामस्वरूप जनसंख्या में गिरावट आई। अध्ययन क्षेत्र में जनसंख्या में गिरावट के मुख्य कारण सूखा, अकाल, रोग और कीट आदि थे।

1921-1931

1921-31 के दशक को सुधार का काल माना जा सकता है, क्योंकि पिछले दशकों में जिलों की जनसंख्या में काफ़ी कमी आई थी, सिर्फ़ 1881-1891 के दशक को छोड़कर, जिसमें 2.0% की वृद्धि देखी गई थी। 1921 के बाद, परिवहन और संचार सुविधाओं में सुधार के कारण खाद्यान्नों की आवाजाही आसान हो गई और परिणामस्वरूप, अकालों पर नियंत्रण पाया जा सका। जन स्वास्थ्य उपायों ने संक्रामक रोगों की तीव्रता में कमी लाने का मार्ग प्रशस्त किया, जिसके परिणामस्वरूप मृत्यु दर में कमी आई और जनसंख्या में 9.88% की वृद्धि हुई। उत्तर प्रदेश और भारत में भी यही रुझान देखने को मिला, जहाँ क्रमशः 6.66% और 11% की वृद्धि हुई।

1931-1941

अध्ययन क्षेत्र की जनसंख्या 1941 में 10.57 मिलियन तक पहुँच गई, जो 15.46% की उल्लेखनीय वृद्धि दर्शाती है, जो उत्तर प्रदेश (13.57%) और भारत (14.22%) की जनसंख्या वृद्धि से अधिक थी। अध्ययन क्षेत्र में जनसंख्या में यह भारी वृद्धि अकाल नियंत्रण और आपदाओं से बचाव का परिणाम थी। यह स्पष्ट है (चित्र 2.2) कि बाद के दशकों में जनसंख्या वृद्धि और भी तेज़ रही।

1941-1951

1951 की जनगणना के अनुसार, जनसंख्या वृद्धि की पिछली दर में गिरावट दर्ज की गई, लेकिन क्षेत्र की कुल जनसंख्या बढ़कर

11.98 मिलियन हो गई, जो 1941 की तुलना में 13.37% अधिक थी, जबकि उत्तर प्रदेश (11.82%) और भारत (13.31%) में भी यही रुझान दर्ज किए गए।

जनसंख्या वितरण को प्रभावित करने वाले कारक

अध्ययन क्षेत्र में जनसंख्या का स्थानिक वितरण कमोबेश सर्वव्यापी है। जनसंख्या संकेन्द्रण की मात्रा में कोई व्यापक क्षेत्रीय विषमताएँ नहीं पाई जाती हैं। जिले में प्रति वर्ग किमी 753 व्यक्ति निवास करते हैं, जो जनसंख्या के क्षेत्रीय वितरण में एकरूपता दर्शाता है। लेकिन कई स्थानीय कारक भी हैं जिन्होंने क्षेत्र के भीतर जनसंख्या वितरण को प्रभावित किया है। क्षेत्र में जनसंख्या वितरण और घनत्व को प्रभावित करने वाले कारकों को तीन श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है (संयुक्त राष्ट्र, 1973)।

- भौतिक कारक,
- सांस्कृतिक और सामाजिक-आर्थिक कारक, और
- जनसांख्यिकीय कारकों।

किसी क्षेत्र की भौतिक स्थितियाँ भूविज्ञान, जल निकासी, बाढ़ स्तर, मिट्टी की बनावट, प्राकृतिक वनस्पति और जल निकायों आदि के संदर्भ में वृहद स्तर पर जनसंख्या वितरण के पैटर्न को प्रभावित करती हैं। हाल ही में तकनीकी विकास के प्रवेश ने विभिन्न स्तरों पर भौतिक कारकों के प्रभाव को कम कर दिया है।

भूवैज्ञानिक दृष्टि से अध्ययन क्षेत्र मध्य गंगा मैदान का एक भाग है, जिसका निर्माण गंगा, घाघरा और उनकी सहायक नदियों द्वारा तीव्र क्रमिक गतिविधि के दौरान लाए गए पर्वतीय मलबे के निक्षेपण से हुआ है। इस क्षेत्र के निर्माण की प्रक्रिया विवाद का विषय है। कृष्णन के अनुसार, "यह जलोढ़ मैदान भारतीय उपमहाद्वीप के उत्तर की ओर बहने वाली मिट्टी और टेथियन बेसिन में जमा हुए अपेक्षाकृत नरम तलछट के बीच शिखर पर एक ढलान के रूप में बना है। इस बेसिन का निर्माण ऊपरी इओसीन में शुरू हुआ और मध्य मायोसीन में इसका व्यापक विकास हुआ। तब से यह धीरे-धीरे तलछट से भर गया और एक बहुत ही हल्के दक्षिण-पूर्व ढलान के साथ एक समतल मैदान बन गया और वर्तमान आकार प्राप्त कर लिया। (कृष्णन, एम.एस., 1960)। उपरोक्त दृष्टिकोण के आधार पर यह बिल्कुल स्पष्ट है कि अध्ययन क्षेत्र लगभग एक समतल मैदान है। लेकिन, अनाच्छादनकारी कारकों की क्रिया के कारण, स्थानीय स्तर पर इसकी समतलता में थोड़ी गड़बड़ी हुई है। इस मैदान की विशेषता गाद, मिट्टी और रेत की परतों की उपस्थिति है, विशेष रूप से नदियों के पास।

पुराना जलोढ़ गहरे रंग का होता है जिसे भांगर के रूप में जाना जाता है और आमतौर पर अशुद्ध कैल्शियम कार्बोनेट के नोड्यूल से समृद्ध होता है। नया जलोढ़ हल्के रंग का होता है और कैल्शियम पदार्थ में कम होता है। इसमें रेत, बजरी और पीट के लेंटिकुलर बेड होते हैं। यह तीव्र क्रमिकता से हाल के जलोढ़ में विलीन हो जाता है जिसे अक्सर खादर के रूप में जाना जाता है (कृष्णन, 1960, पृष्ठ 574)। वास्तव में तलछट की मोटाई एक स्थान से दूसरे स्थान पर भिन्न होती है, और इसलिए वास्तविक गहराई का अनुमान लगाना बहुत मुश्किल है। जलोढ़ की गहराई धीरे-धीरे पूर्व या दक्षिण-पूर्व दिशा में बढ़ती है। अध्ययन क्षेत्र में जनसंख्या वितरण पर भूविज्ञान का प्रभाव स्पष्ट रूप से देखा गया है। पुराने जलोढ़ उच्च या भांगर क्षेत्र की विशेषता जनसंख्या की एकाग्रता है, जबकि नए जलोढ़ या खादर क्षेत्र मध्यम रूप से आबादी वाले हैं।

जनसंख्या गतिशीलता - प्रजनन क्षमता

जनसांख्यिकीविदों के लिए जनसंख्या गतिशीलता या जनसंख्या परिवर्तन चर्चा का एक महत्वपूर्ण विषय है। जनसंख्या परिवर्तन या गतिशीलता किसी क्षेत्र में एक समयावधि में जनसंख्या में वृद्धि या कमी को कहते हैं। आमतौर पर, जनसांख्यिकीविद् जनसंख्या गतिशीलता की प्रक्रिया में मुख्यतः तीन कारकों को शामिल करते हैं। ये हैं प्रजनन क्षमता, मृत्यु दर और प्रवास।

प्रजनन क्षमता का तात्पर्य 'जीवन के जन्म (या जन्मों) की घटना' से है और यह विभिन्न कारकों द्वारा निर्धारित होती है। जैविक, सामाजिक, आर्थिक, मनोवैज्ञानिक और सांस्कृतिक कारक, जैविक कारक प्रजनन की शारीरिक क्षमता निर्धारित करते हैं। अन्य कारक बच्चों की लागत और लाभ के बारे में धारणाओं को निर्धारित करते हैं। गर्भनिरोधक की उपलब्धता और प्रभावशीलता जन्मों की संख्या और समय को नियंत्रित करने की क्षमता को प्रभावित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। यूरोप, उत्तरी अमेरिका और अन्य उच्च आय वाले देशों में पिछली दो शताब्दियों में प्रजनन दर में गिरावट आई है। कुछ विकासशील देशों ने भी हाल के दिनों में अपनी प्रजनन दर में भारी गिरावट देखी है। जनसंख्या वृद्धि के प्रजनन घटक पर पिछले खंडों में विस्तृत चर्चा की गई है।

प्रजनन क्षमता का निर्धारण विवाह की आयु और वैवाहिक स्थिति से किया जा सकता है। विवाह की आयु सांस्कृतिक दृष्टिकोण से काफी प्रभावित होती है। भारत में हिंदू लड़कियों का औपचारिक विवाह यौवनावस्था में करने की प्रथा है, हालाँकि पहला संभोग आमतौर पर देर से होता है। मध्य और दक्षिणी अफ्रीका में बाल विवाह सामान्य है। इन समाजों में संभोग में भारत की तरह देरी नहीं की जाती है और लड़कियों की प्रजनन क्षमता तब साबित हो जाती है जब वह अभी भी 18 वर्ष से कम होती है। इस्लामी देशों में रीति-रिवाज महिलाओं के लिए कम उम्र में शादी को प्रोत्साहित करते हैं। यूरोप और उत्तरी अमेरिका के औद्योगिक या उत्तर-औद्योगिक देशों में पिछले 50 वर्षों में पुरुषों और महिलाओं दोनों के लिए विवाह की उम्र पहले हो गई है और यह 1940 के बाद से अधिक चिह्नित है। ब्रह्मचर्य और समय से पहले विधवा होने के कारण, विवाहित जोड़ों का एक अनुपात इच्छा के बावजूद बच्चा पैदा करने में असफल रहता है। यह गणना की गई है कि विकसित देशों में 10 से 15 प्रतिशत पत्नियाँ जो गर्भवती होना चाहती हैं, शादी के एक साल बाद भी ऐसा नहीं कर पाती हैं।

इस प्रकार, यह कहा जा सकता है कि प्रजनन दर जितनी अधिक होगी, किसी क्षेत्र में जनसंख्या भी उतनी ही अधिक होगी।

अंबेडकर जिले की प्रजनन दर: जहाँ तक अंबेडकर जिले का सवाल है, प्रजनन दर कम हुई है, लेकिन जनसंख्या वृद्धि जारी है, क्योंकि मृत्यु दर पर भी नियंत्रण पाया गया है। वर्तमान में जिले में जनसंख्या वृद्धि दर 2.2% वार्षिक है और यदि इस दर पर प्रभावी नियंत्रण नहीं किया गया, तो यह न केवल समाज के लिए, बल्कि राष्ट्र के लिए भी एक बड़ी समस्या उत्पन्न कर देगी।

जहाँ तक जिले में प्रजनन क्षमता का सवाल है, आबादी गांवों में रहती है और वहाँ यह शहरों की तुलना में अधिक पाई जाती है। फिर एक और कारक यह है कि जिले में दो प्रमुख धार्मिक समुदाय हैं; अर्थात् हिंदू और मुस्लिम। यदि ये दोनों धार्मिक समुदाय जन्म दर और प्रजनन क्षमता को नियंत्रित करने के लिए सहमत नहीं होते हैं। ग्रामीण-शहरी प्रजनन क्षमता के संबंध में, नमूना सर्वेक्षण द्वारा जानकारी प्रदान की गई है। उपलब्ध आंकड़ों से, यह स्पष्ट है कि ग्रामीण क्षेत्र में जन्म दर हमेशा शहरी क्षेत्रों की तुलना में अधिक रही है। यह केवल शादी की उम्र के कारण है,

क्योंकि शहरों में लोग आमतौर पर ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों की तुलना में देर से शादी करते हैं।

परिवार नियोजन सेवाओं के लिए विभिन्न एजेंसियां

स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार और उसके परिणामस्वरूप तीव्र जनसंख्या वृद्धि के कारण परिवार नियोजन एक चिंता का विषय रहा है। सरकार द्वारा शुरू किए गए इस कार्यक्रम में पिछले दशकों में कई संशोधन हुए हैं और इसका जोर अलग-अलग दिशाओं में रहा है। अंततः यह एक एकीकृत परियोजना के रूप में विकसित हुआ है जिसमें गर्भनिरोधक और मातृ एवं शिशु देखभाल तथा एकीकृत बाल विकास के साथ दम्पतियों की सुरक्षा शामिल है। जिले में परिवार नियोजन कार्यक्रम राज्य सरकार द्वारा केंद्रीय सहायता से क्रियान्वित किया जाता है। ग्रामीण क्षेत्रों में, इसे प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों के माध्यम से आयोजित किया जाता है। सरकारी संगठनों के अलावा, स्वयंसेवी संगठन भी अपेक्षाकृत कम शुल्क पर सेवाओं की पूरी श्रृंखला प्रदान करने में सक्रिय रहे हैं। अम्बेडकर जिले में, निम्नलिखित एजेंसियों ने जिले की आबादी को परिवार नियोजन सेवाएँ प्रदान करने में अपनी सक्रिय भूमिका निभाई है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और उप-केंद्र

अंबेडकर जिले में सरकार ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों के माध्यम से लोगों को परिवार नियोजन सेवाएँ प्रदान कर रही है। इसलिए, इन सेवाओं पर अलग से चर्चा की जाती है: - (ए) ग्रामीण क्षेत्र: जिले के ग्रामीण क्षेत्रों में, 48 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, 7 मातृत्व और बाल कल्याण केंद्र और 263 मातृत्व और बाल कल्याण उपकेंद्र जिले की ग्रामीण आबादी को परिवार नियोजन सेवाओं की सुविधाएँ प्रदान कर रहे हैं। ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शिका ग्रामीण क्षेत्रों में जनसंख्या और एमसीएच सेवाओं के बीच एक कड़ी है। सहायक नर्स या दाई महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता होती है और वह पात्र महिलाओं और बच्चों को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाएँ प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होती है। गर्भावस्था की पूरी अवधि में अपने घर में गर्भवती महिला की देखभाल करना उसका कर्तव्य है। अगर दाई को पता चलता है कि उसकी गर्भावस्था में असामान्यता है या गर्भवती महिला को स्त्री रोग संबंधी समस्या है प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में दी जाने वाली बुनियादी मातृ एवं शिशु देखभाल सेवाओं में माताओं की प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल के साथ-साथ बच्चों की देखभाल भी शामिल है। इसके अलावा, ग्रामीण क्षेत्रों में 2 एलोपैथिक अस्पताल, 19 आयुर्वेदिक अस्पताल और 10 होम्योपैथिक अस्पताल, ग्रामीण लोगों को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान कर रहे हैं। इन सभी अस्पतालों में ग्रामीण आबादी 306 बिस्तरों के साथ 75 डॉक्टरों, 39 अर्ध-चिकित्साकर्मियों और 402 अन्य लोगों की सुविधा का लाभ उठा रही है।

स्वैच्छिक एजेंसियां

जिले में परिवार नियोजन की सुविधाएँ उपलब्ध कराने में सरकारी एजेंसियों के अलावा, स्वयंसेवी संस्थाओं ने भी महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। बेशक, निजी डॉक्टर भी योग्य दम्पतियों को गर्भनिरोधक उपायों को अपनाने की सलाह देने में सजग हैं। यह देखा गया है कि लोग डॉक्टरों की हर सलाह पर विश्वास करते हैं। जिले में कई डॉक्टर बिना किसी जाति-भेदभाव के, परिवार नियोजन कार्यक्रम के प्रचार-प्रसार में सरकार का सहयोग करने के लिए हमेशा तत्पर रहते हैं। इस प्रकार, जिले की अर्थव्यवस्था के

विकास के लिए ये स्वयंसेवी संस्थाएँ अत्यंत आवश्यक हैं। इसलिए, इन संस्थाओं को अनुदान स्वीकृत करना सरकार का कर्तव्य है।

निरोध की निःशुल्क वितरण एजेंसी

निरोध नामक कंडोम एक प्रकार की लंबी, पतली रबर की जेब होती है। इसका उपयोग पुरुष करते हैं और यह प्रजनन क्षमता और प्रसव की जाँच का सबसे आसान तरीका है। निरोध जिले में बहुत लोकप्रिय है और यह सबसे अच्छा, सुरक्षित और सबसे प्रभावी तरीका है। जिले में इसे तीन योजनाओं के माध्यम से वितरित किया जा रहा है, जो इस प्रकार हैं:-

मोबाइल इकाइयाँ

जिला स्तर पर, मोबाइल इकाइयाँ ग्रामीण क्षेत्रों के अंदरूनी हिस्सों में रहने वाले लोगों को नसबंदी और लूप निवेशन की सुविधा प्रदान कर रही हैं, जहाँ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और उप-केंद्रों की सुविधा उपलब्ध नहीं है। ये मोबाइल इकाइयाँ अपने वाहनों द्वारा जिले के अंदरूनी हिस्सों में पहुंचती हैं। इस मोबाइल यूनिट में एक डॉक्टर या सर्जन, एक नर्स या एक कंपाउंडर और चपरसी होते हैं। यूनिट में नसबंदी और लूप निवेशन के लिए आवश्यक सभी आवश्यक उपकरण और दवाइयाँ मौजूद हैं। यह बिल्कुल स्पष्ट है कि मोबाइल वैन मोबाइल क्लिनिक के उद्देश्य को पूरा करती है। आमतौर पर देखा जाता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में लूप और अंतर्गर्भाशयी गर्भनिरोधक उपकरण डालने की सुविधा प्रदान करने के लिए उप-केंद्रों पर महिला डॉक्टर उपलब्ध नहीं होती हैं। यह मोबाइल लूप टीम उन गांवों में शिविर लगाती है जहाँ परिवार नियोजन सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं। इस प्रकार, मोबाइल नसबंदी टीम और मोबाइल लूप टीम उन दंपतियों के लिए बहुत उपयोगी और लाभदायक हैं।

परिवार कल्याण कार्यक्रम

परिवार कल्याण कार्यक्रम मानव कल्याण की योजना बनाने के प्रगतिशील दृष्टिकोण का एक अनिवार्य अंग है और यह सरकारी तथा गैर-सरकारी सामाजिक-आर्थिक विकास कार्यक्रमों के तहत आम जनता और विशेष रूप से परिवारों की प्रतिबद्ध इच्छाशक्ति की भागीदारी पर मुख्य बल देता है। यह कार्यक्रम सरकार द्वारा शुरू की गई एकीकृत विकास नीति के एक अनिवार्य अंग के रूप में क्रियान्वित किया जा रहा है, जिसमें स्वास्थ्य, मातृ एवं शिशु देखभाल, पोषण और महिला शिक्षा, अधिकार और रोजगार आदि शामिल हैं। इस नीति की मुख्य विशेषताएँ हैं:

- विभिन्न प्रचार एवं प्रसार तथा रचनात्मक प्रयासों के माध्यम से लोगों में जनसंख्या नियंत्रण तथा बढ़ती जनसंख्या समस्या के उनके स्वयं के व्यक्तिगत, पारिवारिक, सामाजिक एवं आर्थिक स्वास्थ्य एवं खुशहाली तथा उनके बच्चों के भविष्य के साथ घनिष्ठ संबंध के बारे में चेतना जागृत करना।
- पॉलिसी अपनाने के इच्छुक लोगों को उनके निवास के निकटतम स्थानों पर आवश्यक बुनियादी सेवाएं उपलब्ध कराना।
- सामान्य रूप से लोगों और विशेष रूप से महिलाओं को प्रदान की जाने वाली सुविधाओं का तेजी से विकास करना, ताकि उनकी कार्यात्मक साक्षरता का स्तर और शिक्षा तथा उनकी व्यक्तिगत, पारिवारिक और सामाजिक समस्याओं के बारे में सामान्य जागरूकता बढ़े तथा साथ ही साथ उत्तरदायी व्यक्तियों की भी सहायता की जा सके।
- विभिन्न कार्यक्रमों और गतिविधियों को अधिक सहभागी

बनाने के लिए स्थानीय निकायों, स्वैच्छिक संगठनों और मानद परिवार नियोजन कार्यकर्ताओं की सहायता और समर्थन प्राप्त करना तथा उनकी सक्रिय भागीदारी सुनिश्चित करना।

- नीति के संबंध में अन्य मंत्रालयों से संपर्क करना।
- परिवार नियोजन अपनाने वालों को प्रोत्साहित करना तथा उन्हें सभी कार्यक्रमों के फायदे और नुकसान के बारे में जागरूक करना।
- मेडिकल कॉलेजों के सामान्य पाठ्यक्रमों में परिवार नियोजन को शामिल करना, तथा साथ ही अल्पकालिक प्रशिक्षण और अभिमुखीकरण पाठ्यक्रम प्रदान करना।

विशुद्ध रूप से परिवार नियोजन दृष्टिकोण ही प्रजनन क्षमता को परिवार के आकार के वांछित स्तर तक कम कर सकता है। सामान्यतः नियोजन आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक मोर्चों पर विकास लाने के लिए वांछनीय है। ऐसे सामान्य नियोजन या गैर-परिवार नियोजन दृष्टिकोण, जो जनसंख्या के मूल्यों, दृष्टिकोणों, संस्थागत संरचना और सामाजिक-सांस्कृतिक परिवेश में परिवर्तन के माध्यम से परिवार के आकार के लिए सामाजिक मानदंडों में परिवर्तन के महत्व पर बल देते हैं, बढ़ती जनसंख्या पर नियंत्रण चाहने वाले देश के लिए हमेशा वांछनीय नीति हो सकते हैं। महिलाओं के शैक्षिक स्तर और विवाह की आयु बढ़ाने, उन्हें रोजगार उपलब्ध कराने, जनसंख्या शिक्षा, परिवार कल्याण कार्यक्रमों के प्रचार-प्रसार हेतु जनसंचार माध्यमों का उपयोग आदि जैसे गैर-परिवार नियोजन दृष्टिकोणों पर अधिक जोर देना एक सुविचारित और वांछनीय कदम है, यदि इसे सही अर्थों में क्रियान्वित किया जाए। परिवार नियोजन कार्यक्रम की सफलता काफी हद तक जनसंख्या के युवा वर्ग के उद्देश्य पर निर्भर करती है, जो लगातार प्रजनन काल में प्रवेश कर रहा होगा। जनसंख्या शिक्षा और व्यापक वयस्क शिक्षा कार्यक्रम पर बढ़ते जोर से जनसंख्या समस्या के बारे में बुनियादी जागरूकता पैदा हो सकती है और छोटे परिवार के आकार के प्रति अनुकूल मूल्यों और दृष्टिकोणों को पोषित करने के लिए अनुकूल वातावरण विकसित हो सकता है।

निष्कर्ष

यह निष्कर्ष निकाला गया है कि राष्ट्र के सामाजिक-आर्थिक और राजनीतिक विकास के लिए जनसंख्या भूगोल का महत्व अत्यंत आवश्यक सिद्ध हुआ है। जनसंख्या भूगोल, लोगों और उनके वितरण, घनत्व, वृद्धि, व्यावसायिक संरचना, वैवाहिक स्थिति, लिंगानुपात, प्रजनन क्षमता, मृत्यु दर और गतिशीलता का अध्ययन है। जनसंख्या की विस्फोटक वृद्धि ने अंबेडकर जिले को निरंतर संकट में डाल रखा है। इसलिए, योग्य दम्पतियों के लिए परिवार नियोजन कार्यक्रम अत्यंत आवश्यक है ताकि वे छोटा परिवार रखकर समाज में सुखी और समृद्ध जीवन जी सकें।

संदर्भ

1. कैसल्स ए. एक सामाजिक समूह में मानवीय गरिमा का मूल्यांकन करने का प्रयास. *Advances in Systems Science and Applications*. 2015;15:72-89।
2. मैकक्लेन श, ब्रुच क, फूजी म. गरिमापूर्ण प्रवासन ढाँचे की कार्यप्रणाली और अनुप्रयोग. *Journal of Disaster Research*. 2022;17:308-314. DOI: 10.20965/jdr.2022.p0308।
3. स्मिथ ड. जनसंख्या भूगोल II: प्रवास का युग. *Progress in*

- Human Geography. 2018;43. DOI: 10.1177/03091325187600981
4. गैरेट म, पोलेन म. उम्र बढ़ने का भूगोल: संबद्धता का विज्ञान. 2018;73-83।
 5. पिगेट ए, केंजिंग र, गेलाट ज. "पर्यावरणीय प्रवास" पर शोध का असमान भूगोल. Population and Environment. 2018;39. DOI: 10.1007/s11111-018-0296-4।
 6. पगार स. महाराष्ट्र के नासिक जिले में साक्षरता का भौगोलिक विश्लेषण. 2016;33:73-81।
 7. राय प, नाथावत म. वाराणसी जिले में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का उपयोग: एक भौगोलिक विश्लेषण. Geografia: Malaysian Journal of Society and Space. 2014;10:14-33।
 8. नागराज एच, कार्लवाड स, पुजार ल. भारत के कर्नाटक के हावेरी जिले में शैक्षिक सुविधाओं और जीवन की गुणवत्ता का स्थानिक विश्लेषण. 2019. DOI: 10.1007/978-981-13-6958-2_15।
 9. सहस्रनामण अ, बेटेनकोर्ट ल. भारत में आर्थिक भूगोल और शहरी एवं क्षेत्रीय आय का पैमाना. 2019. DOI: 10.48550/arXiv.1902.09872।
 10. मोलामो म. अवसर का भूगोल: तशवाने शहर में खोजपूर्ण स्थानिक डेटा विश्लेषण. 2021।
 11. मंडल स, मंडल म, मंडल स. क्या 'भूगोल' मायने रखता है? भारत में जीवन की गुणवत्ता (QOL) में स्थानिक निर्भरता का मानचित्रण. 2022. DOI: 10.21203/rs.3.rs-2073869/v1।
 12. अहमद न, खान ज. भारत में अनुसूचित जनजाति की आबादी में घरेलू सुविधाओं की उपलब्धता का स्थानिक वितरण. 2018।
 13. कुकुलेली म, डि मार्कोबेराडिनो ड, गिआम्पाओली न, रेंगिनी म. क्षेत्रीय परिप्रेक्ष्य में जनसंख्या वृद्धावस्था और उद्यमिता: एक ग्रंथसूची और विषयवस्तु विश्लेषण. Review of Regional Research. 2023;43. DOI: 10.1007/s10037-023-00184-7।
 14. पिटोस्की ड, लैम्पोल्टशैमर थ, पैरीसेक प. मानव प्रवास के चालक: वैज्ञानिक साक्ष्य की समीक्षा. Social Sciences. 2021;10:21. doi:10.3390/socsci10010021।
 15. ग्रीली म, शाहन आ, बरुआ श. सतत विकास, मानव सम्मान और विकल्प: एनरिच कार्यक्रम, बांग्लादेश से सबक. 2021. doi:10.1007/978-3-030-71668-4।
 16. जॉनसन र, हैरिस र, जोन्स क, मैन्ली ड, वांग डब्ल्यूडब्ल्यू, वुल्फ ल. मात्रात्मक विधियाँ II: हम कैसे आगे बढ़ें - दर्शन, फोकस और विधियों में दशकों के बदलाव. Progress in Human Geography. 2019;44. DOI: 10.1177/0309132519869451।
 17. गोविंदराज य. डॉ. बी.आर. अंबेडकर का सशक्तिकरण का दृष्टिकोण: महिलाओं, गरीबी उन्मूलन, बेरोजगारी और सामाजिक विकास का एक व्यापक मूल्यांकन. 2024;09:122-138।
 18. इस्लाम म, आलम म, शबनम, कौर न. अंबेडकर के 'नए भारत' की स्थिति की पड़ताल: एनएफएचएस के आंकड़ों पर आधारित महिला शिक्षा, बाल विवाह और स्वास्थ्य पर एक परिप्रेक्ष्य. International Journal of Health Sciences. 2022;5783-5793. DOI: 10.53730/ijhs.v6nS6.10891।
 19. मिश्रा श. 'जन्म दर सीमित करना': डॉ. बी.आर. अंबेडकर

- जनसंख्या नियंत्रण के समर्थक. Humanities and Social Science Research Journal. 2019;10. DOI: 10.5958/2321-5828.2019.00144.XI
20. चौहान न, सिंह द, रफ़ी स, ताहिर म, अबेदिन इ. आगरा शहर की मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं में हाथ की स्वच्छता से संबंधित ज्ञान और व्यवहार पर विश्लेषणात्मक सर्वेक्षण. 2022;5. ISSN: 2581-8996।

Creative Commons (CC) License

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) license. This license permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.