

**“बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम एवं दलित बच्चों का सामाजिक बहिष्करण:
उत्तर प्रदेश के श्रावस्ती जनपद का समाजशास्त्रीय अध्ययन”**

**बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय, लखनऊ से
समाजशास्त्र विषय में डॉक्टर ऑफ फिलॉसफी की**

उपाधि हेतु प्रस्तुत

शोध-सारांश

**BABASAHEB
BHIMRAO
AMBEDKAR
UNIVERSITY**



**LUCKNOW
प्रज्ञा शील करुणा
ESTABLISHED 1996**

**शोध पर्यवेक्षक
डॉ० बीरिन्द्र नारायण दुबे
सह आचार्य**

**शोधार्थी
शैलेन्द्र सिंह
नामांकन सं०:200/12**

**समाजशास्त्र विभाग
अम्बेडकर अध्ययन विद्यापीठ
बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय
(केन्द्रीय विश्वविद्यालय)**

**लखनऊ
2017**

शोध—सारांश

भारत में स्वास्थ्य सेवाओं की जड़े स्वतंत्रता पूर्व ब्रिटिश शासन काल से जुड़ी हुई है। अंग्रेजों ने पश्चिमी चिकित्सा पद्धति को भारतीय चिकित्सा सेवाओं में शामिल किया है परन्तु वह इसे समाज के कमजोर वर्ग तक नहीं पहुँचा सके। आजादी के बाद, भारत सरकार द्वारा निर्मित स्वास्थ्य नीतियों एवं कार्यक्रमों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने हेतु योजनाबद्ध प्रयास शुरू किये गये जिसके द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं में उल्लेखनीय विस्तार एवं बड़े बदलाव आये। हालांकि इन सिफारिशों के बाद भी आधुनिक स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार ग्रामीण क्षेत्रों की अपेक्षा शहरी क्षेत्रों में ही अधिक हुआ। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रभावी रूप से नहीं चलाये गये। भारत सरकार द्वारा निर्मित स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम वृहद स्तर पर निर्मित एवं संचालित किये गये। इनके द्वारा सांस्कृतिक स्थितियों, पारंपरिक स्वास्थ्य प्रथाओं, मूल्यों तथा सामाजिक समस्याओं जैसे सामाजिक बहिष्करण, जेंडर-प्रभेद, सामाजिक-आर्थिक असमानता आदि पर भी ध्यान नहीं दिया गया है जिससे यह समाज के सभी वर्ग तक समान रूप से नहीं पहुँच सके।

भारतीय समाज में अनुसूचित जातियाँ आज भी सामाजिक एवं आर्थिक रूप से पिछड़ी हुई हैं जिनकी अधिकांशतः जनसंख्या ग्रामीण क्षेत्र में निवास करती है। ग्रामीण क्षेत्र में निवास करने वाले आधे से अधिक अनुसूचित जातियों के घरों की आय का मुख्य स्रोत दैनिक मजदूरी है तथा वह वंचना में जीवन गुजार रहे हैं। इनमें निरक्षरता दर, शिशु मृत्युदर, बाल मृत्यु दर एवं कुपोषण का स्तर भी अधिक है। साहित्य समीक्षा से ज्ञात होता है कि दलित बच्चों के स्वास्थ्य को विभिन्न सामाजिक कारक जैसे अजागरूकता, माता की शिक्षा का स्तर, जाति व्यवस्था, पिता की आय, माता की आयु, प्रभेद एवं जन्म क्रम आदि प्रभावित करते हैं। भारतीय सन्दर्भ में सामाजिक बहिष्करण भी स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण सामाजिक कारक है। यह सामाजिक कारक व्यक्ति के आस पास की वह मानव निर्मित परिस्थिति है जिसमें मनुष्य निवास करता है जिसका प्रभाव बच्चों के स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवा कि पहुँच पर भी पड़ता है।

अध्ययन समस्या

वर्ल्ड हेल्थ ओरगनाइजेशन (WHO) की प्रस्तावना में यह कहा गया है कि अच्छा स्वास्थ्य सभी मनुष्यों का अधिकार है। भारतीय संविधान के अनुसार राज्य का यह दायित्व है कि वह समाज के सभी सदस्यों को समान रूप से स्वास्थ्य सेवा प्रदान करे। भारतीय संदर्भ में जाति, वर्ग एवं लिंग कई ऐसे कारक हैं जो सरकार द्वारा संचालित रोग निवारक, रोग संवर्धक और रोग उपचारक कार्यक्रमों को पूर्ण रूप से सफल होने में बाधक का कार्य करते हैं। सामाजिक बहिष्करण भी स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण सामाजिक कारक है जिसके परिणामस्वरूप अनुसूचित जातियों के बच्चे अच्छे स्वास्थ्य स्तर और चिकित्सा सेवा के उपयोग से वंचित हो जाते हैं।

जनगणना (2011) के अनुसार भारत में 0–6 वर्ष तक की आयु के कुल बच्चों की जनसंख्या 1.64 करोड़ है जिसमें से लगभग 16 प्रतिशत बच्चे अनुसूचित जातियों के हैं जिनका 80 प्रतिशत आज भी ग्रामीण क्षेत्र में निवास करता है। अनुसूचित जातियों के बच्चों में शिशु मृत्युदर, बाल मृत्यु दर, पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों में मृत्यु दर, कुपोषण और एनीमिया का स्तर समाज की अन्य जाति के बच्चों की अपेक्षा अधिक है। सरकार द्वारा इन बच्चों के स्वास्थ्य स्तर में सुधार लाने के लिए “समेकित बाल विकास सेवा” (आई0सी0डी0एस0, 1975) के अन्तर्गत आँगनबाड़ी केन्द्रों में 6 माह–6 वर्ष तक की आयु के बच्चों को मुफ्त टीके एवं पोषाहार प्रदान किये जाते हैं जो बच्चों को स्वास्थ्य तथा बीमारी से लड़ने में सक्षम बनाते हैं परन्तु सरकार द्वारा संचालित इन स्वास्थ्य सेवाओं के लाभ से अनुसूचित जातियों के बच्चे अन्य जाति समूहों की अपेक्षा अधिक वंचित हैं। अतः बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में उन सामाजिक प्रक्रिया का अध्ययन किये जाने की आवश्यकता है जिसके माध्यम से दलित बच्चे अच्छे स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच से वंचित हो रहे हैं इसलिए प्रस्तुत शोध की मुख्य अध्ययन समस्या “समेकित बाल विकास सेवा कार्यक्रम” के अन्तर्गत आँगनबाड़ी केन्द्रों में 0–6 वर्ष तक की आयु के बच्चों को मुफ्त में प्रदान किये जाने वाले टीके एवं पोषाहार सेवाओं में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति, स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम की गुणवत्ता एवं प्रभाव का अध्ययन करना है।

प्रस्तुत अध्ययन के उद्देश्य

1. भारत की स्वास्थ्य नीतियों एवं कार्यक्रमों का अध्ययन करना।
2. दलित बच्चों के परिवार की सामाजिक, आर्थिक और स्वास्थ्य सम्बन्धित पृष्ठभूमि का अध्ययन करना।
3. बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति का अध्ययन करना।
4. बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम की गुणवत्ता एवं प्रभाव का अध्ययन करना।

प्रस्तुत अध्ययन की उपकल्पनायें

1. भारत की स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम वृहद स्तर के हैं।
2. दलित बच्चों की सामाजिक, आर्थिक एवं स्वास्थ्य स्थिति अच्छी नहीं है।
3. बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति अप्रत्यक्ष प्रकार की है।
4. बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में दलित उपजातियों के मध्य पाये जाने वाले सामाजिक बहिष्करण की तीव्रता में असमानता है।
5. बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम की गुणवत्ता अच्छी नहीं है।
6. बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम का प्रभाव बहुत कम दलित बच्चों पर पड़ा है।

इस शोध विषय के अध्ययन हेतु श्रावस्ती जनपद का चयन किया गया। इस जनपद में निरक्षरता दर, शिशु मृत्युदर, बाल मृत्यु दर एवं कुपोषण का स्तर प्रदेश के अन्य जनपदों की अपेक्षा अधिक है। इस जनपद से दो विकास खण्ड (गिलौला एवं हरिहरपुररानी) एवं कुल बारह ग्राम सभाओं का चयन किया गया है। इन ग्राम सभाओं से 300 दलित बच्चों (1-6 वर्ष) एवं उनकी देखभाल करने वाले अभिभावकों का चयन किया गया है। साथ ही 12 आँगनबाड़ी केन्द्रों, कार्यकर्त्री, सहायिका तथा आशा का चयन भी किया गया है। प्राथमिक तथ्यों का संकलन साक्षात्कार अनुसूची, खुला साक्षात्कार एवं अवलोकन पद्धति द्वारा किया गया है तथा द्वितीयक स्रोतों जैसे एन0एफ0एच0एस0 के आंकड़ों, योजना आयोग की रिपोर्ट, जनगणना 2011, केंद्रीय स्वास्थ्य ब्यूरो ऑफ इंटेलिजेंस रिपोर्ट, वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य

मिशन, डब्ल्यूएचओ की रिपोर्ट, पुस्तिका, पत्र पत्रिका, सरकारी आंकड़े एवं समाचार पत्रों का भी प्रयोग किया गया है।

इस शोध अध्ययन के प्रारम्भ में भारत की स्वास्थ्य नीति एवं कार्यक्रम पर प्रकाश डाला गया है। आजादी के बाद कई विशेषज्ञ समितियों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने हेतु उल्लेखनीय पहल की गयी है। मुदालियर समिति (1959), डॉ० एम० एस० चड्ढा (1963), मुखर्जी समिति (1965), करतार सिंह समिति (1972) एवं डॉ० जे बी श्रीवास्तव समिति (1972) इत्यादि समिति की सिफारिशें प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, प्रशासन, चिकित्सा शिक्षा, प्रशिक्षण और अनुसंधान, एमपीएचडब्ल्यू एवं सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता पर केन्द्रित है। 1978 में अल्मा एटा घोषणा में वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य एवं एकीकृत स्वास्थ्य ढांचे के भीतर संपर्क सेवाएं एवं बुनियादी चिकित्सा देखभाल का विकास किये जाने की सिफारिशें प्रदान की है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (1983) में निवारक, प्रोत्साहन, सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल और देश के दूरस्थ क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को पहुँचाने के लिए प्रयास किये जाने की सिफारिशें प्रदान की है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) में परिवार नियोजन, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य लक्ष्यों के लिए स्वैच्छिक और गैर-सरकारी संगठनों के साथ सरकार की साझेदारी का विकास किया गया। दूसरा राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) का उद्देश्य स्वास्थ्य क्षेत्रों में नए बुनियादी ढांचे की स्थापना करना और मौजूदा संस्थानों के बुनियादी ढांचे में उन्नयन द्वारा विकेन्द्रीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों तक पहुंच में वृद्धि करना था। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2017) के तहत देश के सभी नागरिकों को सरकारी इलाज की सुविधा का प्रावधान किया गया है।

स्वतंत्रता के सात दशकों में भारत सरकार द्वारा देश की स्वास्थ्य व्यवस्था को विकसित करने हेतु महत्वपूर्ण प्रयास किये गये हैं जिसमें कुछ वैश्विक स्तर के सुझावों को भी शामिल किया गया है। हालांकि भारत सरकार निर्मित समितियों के सुझाव एवं कार्यक्रम वृहद स्तर के हैं। इनमें समाज के कमजोर वर्ग जैसे अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, महिलाओं एवं सामाजिक एवं आर्थिक रूप से पिछड़े समूहों का ध्यान नहीं रखा गया है। भारत सरकार द्वारा निर्मित इस व्यवस्था को पूर्ण रूप से सफल बनाने के लिए इसे भारतीय सामाजिक संरचना के अनुरूप बनाने पर भी ध्यान देना होगा क्योंकि भारत विविधताओं से भरा हुआ देश है तथा इस

देश में निवास करने वाले विभिन्न समूहों की समस्याएँ भी विशिष्ट हैं। अतः भारत सरकार द्वारा स्वास्थ्य व्यवस्था को वृहद स्तर पर निर्मित तथा संचालित किये जाने के साथ-साथ इन्हें सूक्ष्म स्तर पर भी निर्मित किये जाने की आवश्यकता है जिससे यह समाज के प्रत्येक समूह तक समान रूप से पहुँच सके।

श्रावस्ती जनपद एक नवनिर्मित, ऐतिहासिक एवं अन्तर्वैश्विक धार्मिक महत्व वाला धर्मस्थल है। इस जनपद कि अधिकांश जनसंख्या ग्रामीण क्षेत्र में निवास करती है। यहाँ शिक्षा का स्तर प्रदेश के अन्य जनपद कि अपेक्षा ज्यादा खराब है। महिलाओं में निरक्षरता का स्तर बहुत अधिक है। शिक्षा के अभाव तथा प्रदेश की खराब नीतियों के चलते इस जनपद में कृषि और उससे संबद्ध गतिविधियाँ रोजगार का मुख्य स्रोत हैं। बच्चों में मृत्यु दर का स्तर राज्य के अन्य जनपद से सर्वाधिक है। टीकाकरण तथा ए0एन0सी0 प्राप्त करने वाली महिलाओं एवं बच्चों का अनुपात भी बहुत कम है। साथ ही इस जनपद में स्वास्थ्य संस्थानों, शिक्षा संस्थानों एवं बुनियादी सुविधाओं का अभाव है। अतः यह स्पष्ट होता है कि जनपद की स्थिति बहुत खराब है तथा पंचायतीराज मंत्रालय ने भी इस जनपद को 2009 में सर्वाधिक पिछड़ा जनपद घोषित किया है।

श्रावस्ती जनपद से निदर्श में चयनित एक से छः वर्ष की आयु के कुल 300 दलित बच्चों में लगभग तीन चौथाई बच्चे पासी, चमार एवं कोरी उपजाति के हैं जबकि धोबी एवं बाल्मीकि उपजाति के बच्चे लगभग एक चौथाई हैं। इन उपजातियों में पासी उपजाति के बच्चों की संख्या सर्वाधिक है जबकि बाल्मीकि उपजाति के बच्चों की संख्या सबसे कम है। दलित बच्चों के पिता एवं माता की शैक्षणिक स्थिति का स्तर अत्यन्त निम्न है अधिकांश बच्चों के पिता एवं माता निरक्षर हैं तथा जिन बच्चों के अभिभावकों ने शिक्षा ग्रहण की है वह सामान्यतः प्राथमिक स्तर एवं माध्यमिक स्तर की है। शैक्षणिक स्तर बढ़ने के साथ पिता एवं माता में शिक्षा ग्रहण करने का प्रतिशत कम होता जाता है तथा पिता की तुलना में माता का शैक्षिक स्तर निम्न है। सभी उपजातियों में बाल्मीकि उपजाति में निरक्षर का स्तर सर्वाधिक है तथा सबसे कम निरक्षरता का स्तर पासी एवं चमार उपजाति में है। केन्द्रीय परिवार की अपेक्षा संयुक्त परिवार में रहने वाले बच्चों की संख्या अधिक हैं। सामान्य जाति के लोग सामाजिक उत्सव जैसे विवाह,

खान-पान, व्यवहार, त्यौहार आदि में दलित जाति के लोगों को बहुत कम बुलाते हैं। सभी उपजातियों की अपेक्षा पासी उपजाति के अन्तर जाति सम्बन्ध अन्य जातियों की अपेक्षा अधिक है जबकि बाल्मीकि उपजाति के सबसे कम हैं। अतः दलित परिवारों में शिक्षा का स्तर अत्यन्त निम्न है तथा अन्तर जाति सम्बन्ध भी बहुत कम दलित परिवारों में पाये गये हैं।

दलित बच्चों के परिवार के व्यवसाय में श्रमिक का प्रतिशत सर्वाधिक है जबकि कृषक लगभग एक चौथाई है। अर्द्ध कुशल श्रमिक एवं छोटे व्यवसायी की संख्या श्रमिक एवं कृषक की अपेक्षा बहुत कम है। सभी उपजातियों में परिवार का मुख्य व्यवसाय श्रमिक या दैनिक मजदूरी है। अधिकांश बच्चे मिश्रित मकानों में रहते हैं तथा पक्के मकान में रहने वाले बच्चों का प्रतिशत कम है। अध्ययन क्षेत्र के सर्वाधिक घरों में विद्युतीकरण एवं शौचालय की व्यवस्था नहीं है। अधिकांश बच्चों के मकानों में आधारभूत सुविधायें भी नहीं हैं। अतः दलित परिवार गरीबी एवं वंचना में जीवन यापन कर रहे हैं।

इस अध्ययन के अधिकांशतः दलित बच्चे आँख, दाँत, त्वचा सम्बन्धी रोग एवं बीमारियों से ग्रसित हैं। पासी, उपजातियों के बच्चों में स्वास्थ्य समस्या सबसे कम है जबकि बाल्मीकि के बच्चों में स्वास्थ्य समस्या सभी उपजाति के बच्चों की अपेक्षा अधिक है। निरक्षर माता के बच्चे अधिक स्वास्थ्य समस्याओं से ग्रसित हैं तथा जिन बच्चों की माताओं में साक्षरता दर या साक्षरता का स्तर जितना अधिक है उनके बच्चों में स्वास्थ्य समस्या कम है। अतः साक्षरता बच्चों के स्वास्थ्य स्तर को प्रभावित करता है। परिवार की वार्षिक आय का स्तर बढ़ने पर भी बच्चों की समस्याओं में कमी आती जाती है। अतः वार्षिक आय स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण निर्धारक है।

इन दलित बच्चों के सन्दर्भ में समेकित बाल विकास सेवा के अन्तर्गत आँगनबाड़ी केन्द्रों में 6 माह-6 वर्ष तक की आयु के बच्चों को प्रदान की जाने वाली अनुपूरक पोषाहार एवं टीकाकरण सेवाओं में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति का अध्ययन करने से ज्ञात होता है कि टीकाकरण का लाभ पूर्ण रूप से बहुत कम दलित बच्चों तक पहुँचा है तथा टीकाकरण की खुराकों की पहुँच के आधार पर दलित उपजाति के बच्चों में असमानता है। सभी दलित उपजातियों में

टीकाकरण की खुराकों की पहुँच पासी उपजाति में सर्वाधिक है बाल्मीकि उपजाति के बच्चों में टीके की खुराकें की पहुँच सबसे कम हैं।

टीकाकरण कार्यक्रम से दलित बच्चों के पूर्ण तथा आंशिक रूप से बहिष्कृत होने की प्रक्रिया अप्रत्यक्ष प्रकार की है जिसमें कार्यकर्ता दलित बच्चों के अभिभावक को सूचना ना प्रदान करके, टीकाकरण कैंप का दलित पुरवा से दूर ही लगाना, कार्यक्रम का संचालन अनियमित रूप से करके तथा बच्चों एवं उनके अभिभावक के साथ दुर्व्यवहार करके दलित बच्चों को टीकाकरण कार्यक्रम से पूर्ण तथा आंशिक रूप से बहिष्कृत करता है। दलित बच्चों के अभिभावक की अप्रत्यक्ष असामर्थ्य भी एक महत्वपूर्ण कारण है। बच्चों की माताओं की शिक्षा एवं परिवारों की आर्थिक स्थिति बच्चों में टीके की पहुँच को प्रभावित करती है जिन परिवारों की आर्थिक एवं शैक्षणिक स्थिति अच्छी है तथा उनके परिवार के सदस्य समाज की सभी जातियों के साथ सामान्य व्यवहार करते हैं उन घरों के बच्चे टीके की सर्वाधिक खुराकें प्राप्त कर पा रहे हैं। साथ ही इस शोध में यह भी पाया गया है कि सामाजिक बहिष्करण की प्रक्रिया सभी उपजातियों को असमान रूप से प्रभावित करती हैं।

टीकाकरण कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण को एकाधिकार प्रतिमान के माध्यम से समझने का प्रयास किया गया है जिसमें एक समूह या वर्ग का सामाजिक, आर्थिक एवं राजनीतिक शक्ति पर एकाधिकार होता है। यह एकाधिकार समाज में एक शक्ति असंतुलन को जन्म देता है जिससे समाज का संस्तरणात्मक विभाजन हो जाता है जिसमें एक समूह समस्त सामाजिक, आर्थिक एवं राजनीतिक अधिकार पर एकाधिकार प्राप्त करना चाहता है और अन्य समूहों को संसाधनों एवं अधिकारों से वंचित रखता है। यह प्रक्रिया सामाजिक बहिष्करण को जन्म देती है। टीकाकरण कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण को अमर्त्य सेन (2000) के सामाजिक बहिष्करण की सामर्थ्य की वंचना के आधार पर भी परिभाषित किया है जिसमें व्यक्ति सामर्थ्य के अभाव के कारण अपने सामाजिक, आर्थिक एवं राजनीतिक अधिकारों से वंचित हो जाता है। टीकाकरण कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण को अमर्त्य सेन (2000) के निष्क्रिय बहिष्करण के आधार पर भी समझा गया है जिसमें असमानता का व्यवहार एक समूह विशेष को उसके अधिकार प्राप्त करने से वंचित कर देता है।

पोषाहार पैकेटों में सामाजिक बहिष्करण का अध्ययन पहुँच के आधार पर करने से ज्ञात होता है कि अधिकांश बच्चे इस कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण का सामना कर रहे हैं। पोषाहार पैकेट की खुराकों की पहुँच का स्तर सभी उपजातियों में असमान है। पोषाहार पैकेट की सभी खुराकों की पहुँच सर्वाधिक चमार उपजाति में है जबकि बाल्मीकि उपजातियों के बच्चों में सबसे कम है। दलित बच्चों के पोषाहार पैकेट ना प्राप्त करने का कारण कार्यकर्ता द्वारा पोषाहार पैकेट के वितरण के समय दलित बच्चों के अभिभावकों को सूचना नहीं देना, पोषाहार पैकेट का वितरण नहीं करना एवं पोषाहार पैकेट का अनुपलब्ध बताया जाना है।

बच्चों को स्नैक्स/हॉट कुकड फूड में सामाजिक बहिष्करण का अध्ययन पहुँच के आधार पर करने से ज्ञात होता है कि अधिकांश बच्चे बहिष्करण का सामना कर रहे हैं। स्नैक्स/हॉट कुकड फूड की खुराकों की पहुँच पासी उपजाति में अधिक है। बाल्मीकि उपजातियों के बच्चे स्नैक्स/हॉट कुकड फूड की अधिकांश खुराकें प्राप्त नहीं कर पाते हैं। अतः सामाजिक बहिष्करण का स्तर सभी उपजातियों में असमान है। बच्चों के स्नैक्स एवं हॉट कुकड फूड से वंचित होने की प्रक्रिया अप्रत्यक्ष प्रकार की है जिसमें कार्यकर्ता द्वारा पोषाहार पैकेट के वितरण के समय दलित बच्चों के अभिभावकों को सूचना नहीं देना, आँगनबाड़ी केन्द्र का दलित पुरवा से दूर होना, पोषाहार प्रदान कर्ता का व्यवहार सही नहीं होना, सहायिका द्वारा बच्चों को लेने ना आना, अन्य जाति के बच्चों द्वारा दुर्व्यवहार किया जाना तथा अभिभावक की असामर्थ्य है। साथ ही इस अध्ययन में यह भी पाया गया है कि दलित उपजाति के बच्चों में स्नैक्स/हॉट कुकड फूड की पहुँच ना होने के लिए उत्तरदायी कारण की गहनता में असमान है।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा दलित बच्चों के साथ विभिन्न स्तर पर किये जाने वाले भेद भाव पूर्ण व्यवहार के अध्ययन से स्पष्ट होता है कि दलित बच्चों एवं उनके अभिभावकों के साथ आशा द्वारा भेद-भाव पूर्ण व्यवहार विभिन्न रूपों में किया जाता है जैसे दलित बच्चों के घरों पर आशा नहीं जाती है यदि जाती भी है तो सबसे बाद में जाती है। दलित बच्चों के घर पर आशा पर्याप्त समय नहीं देती है। जल्दी-जल्दी सूचना देकर चली जाती है पूरी जानकारी नहीं देती है। आशा द्वारा उनके साथ अच्छा व्यवहार नहीं किया जाता है। स्वास्थ्य कैम्प दलित बच्चों के घरों से दूर लगाये जाते हैं। आशा द्वारा दवा वितरण एवं स्वास्थ्य जाँच के दौरान

छुआ-छूत का व्यवहार किया गया है। ए0एन0एम0 सेवा प्रदान करते समय दलित बच्चों के साथ स्वास्थ्य की जाँच करते समय, दलित बच्चों के साथ परामर्श प्रदान करते समय तथा दवा वितरण के दौरान भेदभावपूर्ण व्यवहार किया है। कार्यकर्त्री एवं सहायिका दलित बच्चों से अच्छा व्यवहार नहीं करती है। खाना सबसे बाद में दिया जाता है। बच्चों ने कहा है कि वह खाना खाते समय अलग बैठ कर खाते हैं सभी बच्चों के साथ नहीं खाते हैं। अतः बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम के क्रियान्वयन में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा भेदभाव पूर्ण व्यवहार किया जा रहा है जो अप्रत्यक्ष बहिष्करण का एक रूप है जिसमें व्यक्तियों और समूहों को अप्रत्यक्ष रूप से संसाधनों से वंचित किया जाता है जिसे अमर्त्य सेन (2000) ने निष्क्रिय बहिष्करण' एवं प्रतिकूल समावेश कहते हैं। प्रतिकूल समावेश एवं निष्क्रिय बहिष्करण के परिणाम समान रूप से वंचना उत्पन्न करते हैं।

बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम की गुणवत्ता के अध्ययन से ज्ञात होता है कि अधिकांश आँगनबाड़ी केन्द्रों की गुणवत्ता संतोष जनक नहीं है। यह केन्द्र संरचनात्मक स्थिति के आधार पर, कर्मचारियों के दायित्व निर्वहन के आधार पर, लाभान्वित हुए बच्चों के आधार पर, अभिभावक की संतुष्ट एवं प्रभाव के आधार पर संतोषजनक नहीं है। इन्हे समावेशी बनाये जाने की आवश्यकता है।

उपकल्पनाओं का सत्यापन

उपकल्पना संख्या 1: भारत की स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम वृहद स्तर के हैं।

सरकार द्वारा निर्मित स्वास्थ्य नीतियों एवं कार्यक्रमों के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने हेतु प्रयास किये जा रहे हैं। यह नीतियाँ एवं कार्यक्रम आदर्श समाज के आधार पर वृहद स्तर पर निर्मित तथा संचालित किये गये हैं। इनमें समाज की समस्याओं को महत्व नहीं दिया गया है और ना ही समाज के कमजोर वर्ग हेतु किसी भी प्रकार के विशेष प्रावधान किये गये हैं जिससे यह समाज के कमजोर वर्ग तक पूर्ण रूप से नहीं पहुँच सके हैं। अतः सरकार द्वारा निर्मित स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम वृहद स्तर के हैं। यह उपकल्पना सत्य है।

उपकल्पना संख्या 2: दलित बच्चों की सामाजिक, आर्थिक एवं स्वास्थ्य स्थिति बहुत अच्छी नहीं है।

श्रावस्ती जनपद के अध्ययन में पाया गया है कि दलित बच्चों के पिता की शैक्षणिक स्थिति का स्तर अत्यन्त निम्न है तथा निरक्षरता की दर माताओं में भी बहुत अधिक है। अन्तर जाति सम्बन्ध भी बहुत कम दलित परिवारों के साथ ही है। बच्चों के परिवार के व्यवसाय में श्रमिक का प्रतिशत सर्वाधिक है जबकि कृषक लगभग एक चौथाई है। अधिकांश दलित परिवारों की वार्षिक आय बहुत कम है। अधिकांश बच्चों के मकानों में आधारभूत सुविधायें नहीं हैं। यह परिवार गरीबी एवं वंचना में जीवन यापन कर रहे हैं। अधिकांशतः दलित बच्चे आँख, दाँत, त्वचा सम्बन्धी रोग एवं बीमारी से ग्रसित हुए हैं। बच्चों के परिवार की वार्षिक आय एवं माता की शैक्षणिक स्थिति स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण निर्धारक है। अतः दलित बच्चों की सामाजिक, आर्थिक, शैक्षिक एवं स्वास्थ्य स्थिति बहुत अच्छी नहीं है। यह उपकल्पना पूर्णतः रूप से सत्य है।

उपकल्पना संख्या 3: बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति अप्रत्यक्ष प्रकार की है।

श्रावस्ती जनपद में दलित बच्चे टीकाकरण एवं पोषाहार कार्यक्रम से पूर्ण तथा आंशिक रूप से वंचित हैं। अतः वंचना के आधार पर दोनों ही कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति पूर्ण तथा आंशिक दोनों प्रकार की है जिसमें कार्यकर्ता दलित बच्चों के अभिभावकों को अप्रत्यक्ष रूप से जैसे दलित बच्चों के अभिभावकों को सूचना ना प्रदान करके, टीकाकरण कैम्प का दलित पुरवा से दूर लगाना, कार्यक्रम का संचालन अनियमित रूप से करके, बच्चों एवं उनके अभिभावक के साथ दुर्व्यवहार करके, दलित बच्चों को टीकाकरण कार्यक्रम से पूर्ण तथा आंशिक रूप से बहिष्कृत करता है। साथ ही दलित बच्चों के अभिभावक की अप्रत्यक्ष असामर्थ्य भी एक महत्वपूर्ण कारण है जिसके द्वारा दलित बच्चे इन कार्यक्रम से बहिष्कृत हो जाते हैं।

बच्चों के स्नैक्स एवं हॉट कुकड फूड से वंचित होने की प्रक्रिया भी अप्रत्यक्ष प्रकार की है जिसमें कार्यकर्ता द्वारा पोषाहार पैकेट के वितरण के समय दलित बच्चों के अभिभावकों को सूचना नहीं

देना, आँगनबाड़ी केन्द्र का दलित पुरवा से दूर होना, पोषाहार प्रदान कर्ता का व्यवहार सही नहीं होना, सहायिका द्वारा बच्चों को लेने ना आना, अन्य जाति के बच्चों द्वारा दुर्व्यवहार किया जाना तथा अभिभावकों की असामर्थ्य शामिल है। अतः बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति अप्रत्यक्ष प्रकार की है। यह उपकल्पना सत्य है।

उपकल्पना संख्या 4: बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में दलित उपजातियों के मध्य पाये जाने वाले सामाजिक बहिष्करण की तीव्रता में अन्तर है।

श्रावस्ती जनपद में दलित उपजातियों के बच्चे टीकाकरण एवं पोषाहार कार्यक्रम से पूर्ण तथा आंशिक रूप से वंचित है। यह वंचना सभी उपजातियों में समान नहीं है। बाल्मीकि एवं कोरी उपजाति के बच्चों में पासी, धोबी एवं चमार उपजाति के बच्चों की अपेक्षा अधिक वंचित है तथा बाल्मीकि उपजाति के बच्चों के साथ भेद-भावपूर्ण व्यवहार अधिक किया गया है जो यह स्पष्ट करता है कि बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम में दलित उपजातियों के मध्य पाये जाने वाले सामाजिक बहिष्करण की तीव्रता में अन्तर है। यह उपकल्पना सत्य है।

उपकल्पना संख्या 5: बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम की गुणवत्ता अच्छी नहीं है।

श्रावस्ती जनपद के आँगनबाड़ी केन्द्रों की संरचनात्मक स्थिति के आधार, कर्मचारियों के दायित्व निर्वहन के आधार पर, लाभान्वित हुए बच्चों के आधार पर एवं अभिभावकों की संतुष्टि के आधार पर 'समेकित बाल विकास सेवा' कार्यक्रम की गुणवत्ता संतोष जनक नहीं है अतः बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम की गुणवत्ता अच्छी नहीं है। यह उपकल्पना सत्य है।

उपकल्पना संख्या 6: बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम का प्रभाव बहुत कम दलित बच्चों पर पड़ा है।

श्रावस्ती जनपद में टीकाकरण एवं पोषाहार कार्यक्रम से अधिकांश दलित बच्चे पूर्ण तथा आंशिक रूप से वंचित है तथा बहुत कम दलित बच्चों ने इन कार्यक्रम का लाभ प्राप्त किया है। लाभ प्राप्त करने वाले बच्चों में स्वास्थ्य समस्या अन्य बच्चों की अपेक्षा कम है। अतः यह स्पष्ट

होता है की सामाजिक बहिष्करण के कारण बाल स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम का प्रभाव बहुत कम दलित बच्चों पर पड़ा है। यह उपकल्पना सत्य है।

प्रस्तुत शोध अध्ययन यह दर्शाता है कि भारत सरकार द्वारा निर्मित स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम वृहद दृष्टिकोण से निर्मित एवं संचालित किये गये हैं। यह भारत की सामाजिक, आर्थिक एवं क्षेत्रीय विविधताओं की सराहना करने में विफल रहे है जिससे यह समाज के कमजोर वर्ग तक समान रूप से नहीं पहुँच सके हैं। समेकित बाल विकास सेवा के अन्तर्गत आँगनबाड़ी केन्द्रों में 6 माह-6 वर्ष तक की आयु के बच्चों को प्रदान की जाने वाली टीकाकरण एवं पोषाहार सेवाओं में सामाजिक बहिष्करण का अध्ययन श्रावस्ती जनपद के हाशियें पर जीवन यापन करने वाले दलित समूह के सन्दर्भ में करने से यह भी सिद्ध होता है कि दलित बच्चे इस कार्यक्रम से पूर्ण तथा आंशिक दोनों प्रकार से वंचित है तथा इस कार्यक्रम में पाये जाने वाले सामाजिक बहिष्करण की प्रकृति अप्रत्यक्ष प्रकार की है। दलित बच्चों के अभिभावक की अप्रत्यक्ष असामर्थ्य भी एक महत्वपूर्ण कारण है जिसके द्वारा दलित बच्चे इन कार्यक्रम से बहिष्कृत हो जाते है। साथ ही यह भी स्पष्ट होता है कि दलित उपजातियों के मध्य पाये जाने वाले सामाजिक बहिष्करण की तीव्रता या गहनता में अन्तर भी है। समेकित बाल विकास सेवा कार्यक्रम की गुणवत्ता भी संतोषजनक एवं समावेशी नहीं है जिससे यह समाज के बहुत कम बच्चों तक ही पहुँच पाती है। अतः पिछड़े क्षेत्रों के वंचित समूहों तक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच बनाने के लिए सरकारी नीतियों एवं कार्यक्रमों का निर्माण समावेशी एवं सूक्ष्म स्तर पर किये जाने की आवश्यकता है जिससे सामाजिक बहिष्करण जैसे सामाजिक कारकों के नकारात्मक प्रभावों को कम किया जा सके और यह समाज के सभी बच्चों तक समान रूप से पहुँच सके।