"उत्तर प्रदेश में समन्वित बाल विकास परियोजना के क्रियान्वयन की स्थितिः लखनऊ जिले के लाभार्थियों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन"

[Implementation Status of Integrated Child Development Scheme in Uttar Pradesh: A Sociological Study of the Beneficiaries of Lucknow District]

शोध प्रबन्ध

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय की समाजशास्त्र विषय में पीएच0डी0 उपाधि हेतु

डॉक्टर ऑफ फिलॉसफी

शोधार्थी

आकांक्षा शुक्ला

नामांकन सं0–167/14

शोध निर्देशक

प्रो0 बिभूति भूषण मलिक

BABASAHEB BHIMRAO AMBEDKAR UNIVERSITY
LUCKNOW
प्रज्ञा शील करुणा
ESTABLISHED 1996

समाजशास्त्र विभाग

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय

(केन्द्रीय विश्वविद्यालय)

विद्या विहार, रायबरेली रोड, लखनऊ, भारत

2020

घोषणा पत्र

मैं आकांक्षा शुक्ला यह घोषणा करती हूँ कि मैंने **"उत्तर प्रदेश में समन्वित बाल विकास परियोजना के कियान्वयन की स्थिति: लखनऊ जिले के लाभार्थियों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन"**[Implementation Status of Integrated Child Development Scheme in Uttar Pradesh: A Sociological Study of the Beneficiaries of Lucknow District] विषय पर शोध कार्य प्रो० बिभूति भूषण मलिक, समाजशास्त्र विभाग, बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय, (केन्द्रीय विश्वविद्यालय) लखनऊ के निर्देशन में पूर्ण किया है। पी–एच०डी० की उपाधि हेतु प्रस्तुत शोध प्रबन्ध मेरा मौलिक कार्य है। प्रस्तुत शोध प्रबन्ध इससे पहले बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय में पी–एच०डी० उपाधि हेतु प्रस्तुत नही किया गया है। मैं यह घोषित करती हूँ कि मेरा शोध प्रबन्ध किसी भी प्रकार की साहित्यिक चोरी से मुक्त है।

दिनांक– 24/1/2020

Akanksha

शोधार्थी

आकांक्षा शुक्ला

समाजशास्त्र विभाग

बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय,

(केन्द्रीय विश्वविद्यालय), लखनऊ

CERTIFICATE

This is to certify that the thesis titled **"उत्तर प्रदेश में समन्वित बाल विकास परियोजना के कियान्वयन की स्थितिः लखनऊ जिलें के लाभार्थियों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन"** [Implementation Status of Integrated Child Development Scheme in Uttar Pradesh: A Sociological Study of the Beneficiaries of Lucknow District] submitted by **Akanksha Shukla** is an original research work and has not been previously submitted in part or full for the award of any other degree or diploma to this or any other university.

The thesis submitted to Babasaheb Bhimrao Ambedkar University Lucknow satisfies all the requirements as stipulated in the ***Doctor of Philosophy (Ph.D.)*** *Regulations - 1999 as amended in 2008/2010/2013* and it is fit for submission and evaluation for the award of the degree of Doctor of Philosophy of the University.

Prof. Bibhuti Bhusan Malik

Supervisor
Department of Sociology

Date: 24/1/2020

Prof. Birendra Narayan Dubey
विभागाध्यक्ष / Head
समाजशास्त्र विभाग / Deptt. of Sociology
बाबासाहेब भीमराव अम्बेडकर विश्वविद्यालय, लखनऊ
Babasaheb Bhimrao Ambedkar University, Lucknow

Head of the Department
Department of Sociology
School for Ambedkar Studies
Babasaheb Bhimrao Ambedkar University
(A Central University)
Lucknow-226025

आभार

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध " ***उत्तर प्रदेश में समन्वित बाल विकास परियोजना के क्रियान्वयन की स्थिति : लखनऊ जिलें के लाभार्थियों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन"*** *[Implementation Status of Integrated Child Development Scheme in Uttar Pradesh: A Sociological Study of the Beneficiaries of Lucknow District] विषय पर मेरे शोध करने का उद्देश्य लखनऊ जिले में महिलाओं एवं बच्चों के पोषण एवं मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति को ज्ञात करना है। मेरे इस शोध कार्य में आदरणीय गुरूजन परमपूज्य माता–पिता, भाई, बहन एवं इष्ट मित्रों का साक्षा योगदान व सहयोग प्राप्त होता रहा है। मैंने इन सबके प्रति कृतज्ञता व्यक्त कर ऋण मुक्त नहीं होना चाहती हूँ लेकिन आभार प्रस्तुत करने की परम्परा को त्याग कर मैं इस चली आ रही इस परम्परा का अनादर भी नहीं कर सकती।*

शोद्यार्थी इस शोध कार्य व विषय चयन के लिए प्रेरित व निर्देशित करने वाले परम श्रद्धेंय शिक्षक प्रो0 बिभूति भूषण मलिक जी की सदैव ऋणी रहूँगी, जिनके कुशल निर्देशन में मेरी शोध यात्रा बिना किसी व्यवधान के अनवरत् चलती रही। आपके विद्वतापूर्ण मार्ग दर्शन व स्नेह पूर्ण व्यवहार के फलस्वरूप ही मैं यह शोध कार्य पूर्ण कर सकी हूँ। आपकी अति व्यस्तताओं के बावजूद भी हर कठिन परिस्थितियों में मुझे आपने सही रास्ता दिखाया। शोधार्थी आपकी सदैव ऋणी रहेगी।

आदरणीय विभागाध्यक्ष ***प्रो0 बीरेन्द्र नारायण दुबे, प्रो. मनीष कुमार वर्मा, प्रो. कामेश्वर चौधरी, डॉ. जया श्रीवास्तव, डा. ब्रजेश कुमार*** *आदि का समय–समय पर प्रेमपूर्ण मार्गदर्शन व आपेक्षित सहयोग, बहुमूल्य परामर्श मिला। जिसके लिए आप सभी का मै हार्दिक आभार व्यक्त करती हूँ।*

मैं अपनी परम पूज्य माता ***श्रीमती प्रतिभा शुक्ला*** *एवं पूज्यनीय पिता* ***श्री अरूण कुमार शुक्ला*** *जी एवं अपनी बड़ी बहन* ***अंजना तिवारी एवं*** *बड़े भाई* ***अरविन्द शुक्ला*** *को हृदय से आभार व्यक्त करती हूँ जिन्होने बिना किसी शर्त एवं बिना स्वार्थ के मेरा सहयोग किया और मेरा विश्वास एवं आत्मबल को विचलित नही होने दिया। मैं अपने मित्र विजयलक्ष्मी, रमेश का भी आभार व्यक्त करती हूँ जिन्होनें मेरे शोध कार्य में अपना पूर्ण सहयोग प्रदान किया।*

मै अपने प्रेरणामयी सहयोगी **अनुज तिवारी** के प्रति विशेषरूप से आभार व्यक्त करती हूँ जिन्होंने मेरे शोध कार्य को पूर्ण करने मे सराहनीय सहयोग प्रदान किया। मै अपनी सुपुत्री **वैष्णवी** का भी आभार व्यक्त करती हूँ जिसके स्नेहमयी स्पर्श ने मुझे हर पल आनन्दित किया जिससे मैं अपने शोध कार्य को सकुशल पूर्ण कर सकी। इसके साथ–साथ मैं अपने परिवार के सभी जनों का आभार व्यक्त करती हूँ। इसके साथ मै **सुबोध कुमार शुक्ला** एवं **रिंकी शुक्ला** के प्रति आभार व्यक्त करती हूँ जिन्होंने मेरे शोध प्रबन्ध के डिजाइनिंग से सम्बन्धित सभी कार्य को धैर्यपूर्वक एवं लगन के साथ पूर्ण किया।

तथ्यों का संकलन करने हेतु टैगोर पुस्तकालय लखनऊ, गिरी इन्स्टीट्यूट पुस्तकालय लखनऊ, शकुन्तला विश्वविद्यालय लखनऊ एवं बी0बी0ए0यू0 केन्द्रीय विश्वविद्यालय लखनऊ के अधिकारियों एवं कर्मचारियों के प्रति मैं सहृदय आभार प्रकट करती हूँ जिन्होनें इस महत्वपूर्ण कार्य हेतु सहयोग प्रदान किया।

अन्ततः सभी गुरूजनों व मित्रों एवं सगे–सम्बन्धियों के प्रति पुनः श्रद्धा भाव प्रकट करती हूँ जिनके असीम सहयोग एवं आर्शीवाद से मैं इस शोध कार्य को पूर्ण कर पायी।

आकांक्षा शुक्ला

अनुक्रमणिका

अध्याय	विवरण	पृष्ठ सं0
	• घोषणा पत्र	i
	• प्रमाण पत्र	ii
	• आभार पत्र	iii-iv
	• अनुक्रमणिका	v
	• सारणी सूची	vi-vii
	• ग्राफ सूची	viii
	• शब्द संक्षेप	ix
प्रथम	– भूमिका	1-20
द्वितीय	– समन्वित बाल विकास परियोजना : एक समीक्षा	21-64
तृतीय	– अध्ययन क्षेत्र की रूपरेखा	65-81
चतुर्थ	– उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि	82-93
पंचम	– समन्वित बाल विकास परियोजना : क्रियान्वयन की स्थिति	94-127
षष्ठम्	– समन्वित बाल विकास परियोजना, स्तनपान एवं बच्चों का टीकाकरण : सफलता एवं चुनौतियॉ	128-155
सप्तम्	– निष्कर्ष एवं सुझाव	156-162
	– संदर्भ ग्रन्थ सूची	i-xvi
	– परिशिष्ट	

सारणी–सूची

क्रम सं0	सारणियों का विवरण	पृष्ठ संख्या
1.	सारणी 1.1–चयनित विकास खण्डों एवं गॉवों का जनांनिकी सम्बन्धी विवरण	12
2.	सारणी 2.1–भारत में नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे के ऑकड़े (1992 से 2016)	40
3.	सारणी 3.1–2011 की जनगणना के अनुसार भारत के ऑकड़ें	66
4.	सारणी 3.2–विकास खण्डों, गांवों एवं प्रति आंगनवाड़ी केन्द्र में पंजीकृत लाभार्थियों का विवरण	69
5.	सारणी 4.1–उत्तरदाताओं की आयु	83
6.	सारणी 4.2–शिक्षा का स्तर	85
7.	सारणी 4.3–जाति	86
8.	सारणी 4.4–धार्मिक आधार	87
9.	सारणी 4.5–लैंगिंक आधार	87
10.	सारणी 4.6–पारिवारिक व्यवसाय	88
11.	सारणी 4.7–पारिवारिक आय	89
12.	सारणी 4.8–उपलब्ध शौचालयों का विवरण	90
13.	सारणी 4.9–मकान का स्वरूप	91
14.	सारणी 4.10–पानी के निकास का प्रबन्धन	91
15.	सारणी 5.1–आई0सी0डी0एस0 द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवायें	97

16.	सारणी 5.2–लाभार्थियों को दिये जाने वाले पूरक पोषाहार की दैनिक मात्रा	98
17.	सारणी 5.3–गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण	99
18.	सारणी 5.4–बच्चों का टीकाकरण	100
19.	सारणी 5.5–आई0सी0डी0एस0 परियोजना की जानकारी	112
20.	सारणी 5.6–आंगनवाड़ी केन्द्र का स्थान	113
21.	सारणी 5.7–घर से केन्द्र की दूरी	114
22.	सारणी 5.8–केन्द्र के खुलने का समय	115
23.	सारणी 5.9–आंगनवाड़ी केन्द्र में स्वच्छता की स्थिति	116
24.	सारणी 5.10–केन्द्र में उपलब्ध सुविधाएँ	117
25.	सारणी 5.11–आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चों को शिक्षा	118
26.	सारणी 5.12–केन्द्र में भोजन की उपलब्धता	118
27.	सारणी 5.13–भोजन की गुणवत्ता	119
28.	सारणी 5.14–सरकार द्वारा चलायी जा रही योजनायें	120
29.	सारणी 5.15–कार्यक्रम से प्राप्त लाभ	121
30.	सारणी 6.1–स्तनपान कराने की अवधि	131
31.	सारणी 6.2–आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान की शिक्षा	133
32.	सारणी 6.3– स्तनपान के लाभ	134
33.	सारणी 6.4–स्तनपान कराने का कारण	134
34.	सारणी 6.5–गर्भावस्था के समय प्राप्त स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धित सलाह	135
35.	सारणी 6.6–आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली	137

	स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा से स्वास्थ्य में होने वाला परिवर्तन	
36.	सारणी 6.7–गर्भावस्था के दौरान प्रदान की जाने वाली दवाएँ	138
37.	सारणी 6.8–गर्भावस्था के द्वारा प्रदान की गई दवाओं की संख्या	139
38.	सारणी 6.9–गर्भावस्था के समय दवाओं के सेवन की स्थिति	140
39.	सारणी 6.10–गर्भावस्था के समय टीकाकरण	140
40.	सारणी 6.11–टीकाकरण का स्थान	141
41.	सारणी 6.12–मॉ एवं बच्चें की स्वास्थ्य जॉच	142
42.	सारणी 6.13–प्रसव उपरान्त मिलने वाली सुविधायें	144
43.	सारणी 6.14–बच्चें के वजन की अवधि	145
44.	सारणी 6.15–बच्चें के वजन करने का स्थान	146
45.	सारणी 6.16–वजन के अनुसार भोजन में होने वाला परिवर्तन	146
46.	सारणी 6.17–बच्चों का टीकाकरण	147
47.	सारणी 6.18–सरकार द्वारा प्रदान किया गया आर्थिक सहयोग	148

ग्राफ सूची

क्रम सं0	ग्राफ का विवरण	पृष्ठ संख्या
1.	ग्राफ 5.1–आई0सी0डी0एस0 परियोजना की जानकारी	112
2.	ग्राफ 5.2–केन्द्र के खुलने का समय	115
3.	ग्राफ 5.3–केन्द्र में उपलब्ध सुविधाएँ	117
4.	ग्राफ 6.1–स्तनपान कराने की अवधि	131
5.	ग्राफ 6.2–आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान की शिक्षा	133
6.	ग्राफ 6.5–गर्भावस्था के समय प्राप्त स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धित सलाह	136
7.	ग्राफ 6.13–प्रसव उपरान्त मिलने वाली सुविधायें	144
8.	ग्राफ 6.17–बच्चों का टीकाकरण	147
9.	ग्राफ 6.18–सरकार द्वारा प्रदान किया गया आर्थिक सहयोग	148

शब्द संक्षेप

• आई0सी0डी0एस0	:	इन्ट्रीग्रेटेड चाइल्ड डेवलपमेन्ट सर्विसेज
• बी0पी0एन0आई0	:	ब्रेस्टफीडिंग प्रमोशन नेटवर्क इन इंडिया
• एन0आई0पी0सी0सी0डी0 कोऑपरेशन	:	नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ पब्लिक एंड चाइल्ड डेवलपमेंट
• आई0एफ0पी0आर0आई0	:	इंटरनेशनल फूड पॉलिसी रिसर्च इंस्टीट्यूट
• यूनिसेफ	:	यूनाइटेड नेशनस् इंटरनेशनल चिल्ड्रेनस इमरजेन्सी फन्ड
• आई0डबल्यू0एफ0	:	इंडिया वर्ल्ड फांउडेशन
• डब्ल्यू0एच0ओ0	:	वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गनाइजेशन
• आई0एस0एस0एन0आई0पी0	:	आई0सी0डी0एस0 सिस्टम स्ट्रैन्थेनिंग एंड न्यूट्रिशन इम्प्रूवमेंट प्रोजेक्ट
• एन0एफ0एच0एस0	:	नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे
• यू0एस0ए0आई0डी0	:	यूनाइटेड स्टेट्स एजेंसी फॉर इंटरनेशनल डेवलपमेंट
• आई0आई0पी0एस0	:	अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान
• आई0जी0एम0एस0वाई0	:	इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना
• सी0डी0पी0ओ0	:	चाइल्ड डवलेपमेन्ट प्रोजेक्ट ऑफिसर
• ए0डब्ल्यू0	:	आंगनवाड़ी वर्कर
• जे0एस0वाई0	:	जननी सुरक्षा योजना
• के0एस0वाई0	:	किशोरी शक्ति योजना

अध्याय–प्रथम

भूमिका

अध्याय–प्रथम

भूमिका

देश का भविष्य उसके बच्चों में निहित होता है। आज के बच्चें कल के नागरिक है। अतः देश की शक्ति एवं सद्भावना को सुदृढ़ बनाये रखने के लिए यह आवश्यक है कि बच्चों के स्वास्थ्य एवं शिक्षा पर ध्यान दिया जाये। अतएव भारतीय संविधान में दिये गये निर्देशों के अनुपालन में सरकार कुपोषण, अशिक्षा एवं गरीबी से मुक्ति एवं उसके साथ ही साथ शिक्षा, स्वास्थ्य एवं पोषण की सुविधायें एवं अवसर प्रदान करने के लिए बाध्य है। इसी सन्दर्भ में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (1983) के मसौदे को अंगीकार करने के साथ ही ''सबका स्वास्थ्य'' की घोषणा के नीतिगत निर्देश भारत सरकार की घोषित नीति बन गयी। स्वस्थ राष्ट्र हेतु स्वस्थ आर्थिक वृद्धि और उत्कृष्ट स्वास्थ्य के बीच मजबूत सम्बन्ध आवश्यक है। सहस्त्राब्दी विकास लक्ष्य (2000) एवं बाद में सतत् विकास के लक्ष्यों (2015) ने इस बात को और स्वास्थ्य के एकीकृत लक्ष्यों को अपनी कार्यसूची में शामिल किया है। आज स्वास्थ्य सम्बन्धी अनेक कार्यक्रम सरकार द्वारा संचालित है, जो स्वास्थ्य के प्रमुख घटक भी है।[1]

इसी तथ्यगत बिन्दुओं को ध्यान में रखते हुए प्रस्तुत शोध में केन्द्रीय सरकार द्वारा चलाई जा रही प्रमुख योजनाओं में से एक 'समन्वित बाल विकास परियोजना' का उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले के लाभार्थियों के दृष्टिकोण में क्रियान्वयन की सही स्थिति का अभिज्ञान करने एवं इसकी प्रासंगिकता तथा उपादेयता का पता लगाने के मंतव्य से एक शोध विषय के रूप में चयनित करने का प्रयास किया गया है। शोध का मूल विषय ''समन्वित बाल विकास परियोजना के क्रियान्वयन की स्थिति : लखनऊ जिले के लाभार्थियों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' है। समन्वित बाल विकास परियोजना (आई0सी0डी0एस0) एक केन्द्र आधारित परियोजना है। जिसका संचालन भारत सरकार के मानव विकास मंत्रालय के तहत महिला एवं बाल विकास विभाग द्वारा

[1] Pib.gov.in/pressreleasepage.aspx?PRID=1550476

किया जाता है। इस परियोजना के माध्यम से 0 से 6 वर्ष तक की उम्र के बच्चों, गर्भवती महिलाओं एवं स्तनपान कराने वाली माताओं को स्वास्थ्य पोषण एवं शैक्षणिक सेवायें प्रदान की जाती है।[2]

प्रस्तुत शोध में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की प्रभावोक्तता उत्तर प्रदेश के परिप्रेक्ष्य में देखने का प्रयास किया गया है। ऐसी स्थिति में इस योजना का लाभ लेने वाले लाभार्थियों की संख्या पूरे प्रदेश में है जिसका सम्पूर्ण अध्ययन बहुत ही दुरूह कार्य है। इस शोध में उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले में आवासित जनसंख्या को समग्र के रूप में लेते हुए उन्हीं के बीच से शोध प्रविधि की सहायता से प्रतिदर्श का चयन किया गया है और चयनित लाभार्थियों से साक्षात्कार विधि का अनुपालन करते हुए परियोजना से सम्बन्धित पूर्व निर्मित प्रश्नों पर उत्तर प्राप्त किया गया और तद्सम्बन्धी तथ्यों का संकलन किया गया तत्पश्चात् शोध के विविध चरणों के आलोक में तथ्यों का वर्गीकरण एवं निष्कर्षीकरण की समस्त क्रिया–विधि को सम्पन्न किया गया है। जिसमें यह निष्कर्ष निकलता है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन की स्थिति संतोषजनक नही है और क्रियान्वयन में अनेक प्रकार की त्रुटियां परिलक्षित होती है। साथ ही साथ गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं में एवं बच्चों के स्वास्थ्य में किसी भी प्रकार का विशेष परिवर्तन दिखाई नही दे रहा है।

समस्या का कथन

प्रस्तुत शोध का विषय ''समन्वित बाल विकास परियोजना'' के क्रियान्यवन की स्थिति से सम्बन्धित है जो अत्यन्त समसामयिक एवं प्रासंगिक है। ज्ञात है कि देश–काल परिस्थितियां तथा वर्तमान दशा व दिशा के अनुसार नीतियों एवं योजनाओं में परिवर्तन होता रहता है। वर्तमान समस्याओं के अनुरूप ही उनके समाधान के लिए नीतियों का निर्माण करना पड़ता है। यद्यपि उत्तर प्रदेश भारत का जनसंख्या की दृष्टि से सबसे बड़ा राज्य है। यहां पोषण, स्वास्थ्य, शिक्षा, रोजगार एवं अन्य क्षेत्रों से सम्बन्धित

[2] Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme https://wcd.nic.in, icdsupeeb.org

समस्याओं का अम्बार है।[3] इन्हीं समस्याओं में से एक प्रमुख समस्या 6 वर्ष से नीचे के बच्चों एवं गर्भवती स्त्रियों के स्वास्थ्य, पोषण व शिक्षा से सम्बन्धित है। इसी यथा–स्थिति के अभिज्ञान करने के उद्देश्य से इस समस्या का चयन किया गया है।

उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य, शिक्षा व रोजगार की स्थिति सुदृढ़ नहीं है। इसीलिए राष्ट्र स्तर पर इस राज्य की स्थिति अत्यन्त दयनीय अवस्था में है। शिक्षा के अभाव के कारण महिलायें अपने अधिकारों के प्रति जागरूक नही है। जिसके परिणामस्वरूप सरकार द्वारा संचालित योजनाओं की जानकारी उन्हें नही प्राप्त हो पाती है। सामाजिक, आर्थिक, राजनैतिक, शैक्षिक व धार्मिक स्तर पर आज भी महिलाओं के साथ भेदभावपूर्ण व्यवहार किया जाता है। इसी प्रकार स्वास्थ्य स्तर पर भी महिलाओं की स्थिति दयनीय है।

उक्त बिन्दुओं के आलोक में प्रस्तुत शोध आई0सी0डी0एस0 परियोजना जो विशेषकर 0–6 वर्ष के बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण के साथ–साथ गर्भवती महिलाओं के समुचित देखभाल से सम्बन्धित है, की स्थिति चिन्ताजनक अवस्था में है, क्योंकि महिलाओं एवं बच्चों के पालन–पोषण सम्बन्धित मानक अनुरूपों की जागरूकता का लोगों में अभाव है। करोड़ों रुपये व्यय के पश्चात भी इच्छित लक्ष्यों की पूर्ति में यह परियोजना नहीं पहुंच पायी है। भ्रष्टाचार के दीमक के बढ़ते प्रभाव के पश्चात् भी यह योजना बहुत हद तक अपने उद्देश्यों में सफल भी हुई है जो सकारात्मक संकेतक है। बढ़ती बेरोजगारी, मंहगाई, नवीन बीमारियां तथा महंगी शिक्षा के बीच बच्चे एवं महिलाएं कई प्रकार की समस्याओं का सामना कर रहे है। ऐसी वस्तुस्थिति में शोध की समस्या अत्यन्त ही प्रासंगिक विषय बन जाती है।

अध्ययन के उद्देश्य

सामाजिक शोध के उद्देश्य के व्यवहारिक एवं सैद्धान्तिक दोनों पहलू हैं क्योंकि सामाजिक जीवन, घटनाओं, तथ्यों या समस्याओं के विषय में ज्ञान प्राप्त करने के क्रम

[3] https://www.rd.org/statenutritionmissionin UttarPradesh/Results for Development.

में हम देखते हैं कि प्रत्येक सामाजिक घटनाओं या सामाजिक तथ्यों का संरचना के अन्तर्गत कोई न कोई प्रकार्य अवश्य ही है। ऐसे में प्रकार्यात्मक सम्बन्धों की खोज भी एक महत्वपूर्ण उद्देश्य होता है।

उक्त तथ्यों को ध्यान में रखते हुए प्रस्तुत शोध विषय से सम्बन्धित उद्देश्य निम्नलिखित है।

1. आई0सी0डी0एस0 परियोजना के लाभार्थियों के परिवारों की सामाजिक–आर्थिक स्थिति का अध्ययन करना।
2. आई0सी0डी0एस0 परियोजना के लाभार्थियों (0–6 वर्ष के बच्चों) का स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर का अध्ययन करना।
3. उत्तर प्रदेश में आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन एवं उनमें आने वाली समस्याओं का अध्ययन करना।
4. आंगनबाड़ी केन्द्रों में दी जाने वाली सुविधाओं के प्रति लाभार्थियों के दृष्टिकोण को ज्ञात करना।
5. आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन के पश्चात गर्भवती माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन करना।

साहित्य सर्वेक्षण

ज्ञान के किसी क्षेत्र में किसी भी उपयुक्त अध्ययन के लिए शोधकर्ता को पुस्तकालय तथा उसके साधनों से पर्याप्त परिचय प्राप्त करना आवश्यक होता है। तदुपरान्त ही प्रभावपूर्ण शोध सम्भव हो सकता है। सम्बन्धित साहित्य का अध्ययन शोध कार्य का एक अत्यन्त उपयोगी पक्ष है। अतः किसी भी विषय का साहित्य उसकी आधारशिला होता है। जिस पर शोध का भविष्य निर्भर करता है। शोध विषय की समस्या पर उपलब्ध साहित्य द्वारा मार्गदर्शन प्राप्त होता है। इस परियोजना से सम्बन्धित बहुत सारे अध्ययन किये गये है। परन्तु सारे अध्ययन दृष्टिकोण और व्याख्या में अलग है। उनमें से कुछ अध्ययन निम्नलिखित हैं।

टण्डन, बी0 एन0 (1989) ने लेख Nutritional Interventions through Primary Health Care : Impact of the ICDS Projects in India में यह बताया है कि भारतसरकार ने ग्राम एवं नगर के पिछड़े एवं वंचित जनसंख्या (स्त्रियों एवं बच्चों) के स्वास्थ्य एवं शिक्षा में सुधार करने के उद्देश्य से 1975 में आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया। परियोजना के अर्न्तगत किशोरियों, बच्चों, गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर पर ध्यान केन्द्रित किया गया। उन्होंने यह भी बताया है कि पूरे भारत में आई0सी0डी0एस0 परियोजना का बच्चों, गर्भवती एवं धात्री माताओं पर सकारात्मक प्रभाव पड़ा है। कुपोषण के स्तर में गिरावट हुई है और साथ ही साथ स्त्रियों एवं बच्चों के स्वास्थ्य एवं जीवन स्तर में वृद्धि हुई है।[4]

घोष, शान्ति. (2004) ने अपने लेख "Child Malnutrition" में बच्चों में होने वाली कुपोषण की समस्या को उजागर किया है। उनका कहना है नवजात शिशुओं के लिए स्तनपान आवश्यक होता है। उन्होंने अपने लेख में BPNI (2013) की रिपोर्ट के अनुसार बताया है कि केवल 39.7 प्रतिशत बच्चें ही प्रारम्भिक 6 महीनों के दौरान स्तनपान करते है एवं अन्य बच्चे इससे वंचित रहते है। आगे उन्होंने बताया कि स्तनपान कम होने की वजह से बच्चों में अल्पभार एवं कुपोषण की समस्या आती है। इन्ही समस्याओं को कम करने के उद्देश्य से भारत सरकार ने आई0सी0डी0एस0 परियोजना को प्रारम्भ किया परन्तु 30 वर्षों के पश्चात् भी बच्चों के कुपोषण स्तर पर विशेष प्रभाव नही पड़ा है। अतः इस परियोजना को अपनी कार्यविधियों में परिवर्तन करना चाहिए एवं स्वस्थ विकसित कार्यक्रम में रूपान्तरित होना चाहिए।[5]

कपिल, उमेश. (2002) ने अपने लेख "ICDS, Scheme : A Programme for Holistic Development of Children in India" में बताया है कि भारत सरकार ने स्त्रियों एवं बच्चों के पोषण स्तर को उच्च करने के उद्देश्य से आई0सी0डी0एस0 परियोजना की

---

[4] Tandon B. N. (1989). Nutritional interventions through primary health care: impact of the ICDS projects in India. Bulletin of the World Health Organization, 67(1), 77–80.

[5] Ghosh, Shanti. (2004). Child Malnutrition, Economic and Political Weekly, 401-39, issue no. 0. P. 4412-4413.

शुरूआत की। शुरू में यह परियोजना 33 ब्लॉकों में प्रायोगिक तौर पर शुरू हुई परन्तु बाद में इस परियोजना का सार्वभौमीकरण कर दिया गया। अतः आगे इस लेख में बताया गया कि इस परियोजना से स्त्रियों एवं बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर में सुधार हुआ है एवं साथ ही साथ उनके शैक्षिक स्तर पर भ सकारात्मक प्रभाव पड़ा है।[6]

गुप्ता et. al. (2013) ने अपने लेख ICDS Schemes : A Journey of 37 Years में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की 37 वर्षों की कार्यविधियों पर ध्यान आकर्षित किया है एवं यह बताया है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना बच्चों एवं स्त्रियों में कुपोषण की समस्या को उन्मूलित करने, शिशु मृत्यु दर तथा मातृ मृत्यु दर को कम करने के लक्ष्य से प्रारम्भ किया गया। वर्ष 2013 तक इस परियोजना के अर्न्तगत 7.6 मिलियन गर्भवती, धात्री मातायें एवं 0–6 वर्ष के 36 मिलियन बच्चें लाभान्वित हो रहे है परन्तु 37 वर्षों के पश्चात् भी आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन में बहुत सारी कमियॉ पायी गयी जैसे आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के प्रशिक्षण में कमी, स्त्रियों एवं बच्चों में जागरूकता की कमी, स्टॉफ की कमी आदि। अतः उन्होंने आई0सी0डी0एस0 परियोजना के सकारात्मक एवं नकारात्मक दोनों पक्षों को उजागर किया है।[7]

कौल, विनीता (2000) ने अपने लेख Early Childhood Care and Education, में भारत में एकीकृत बाल विकास अधिकार की व्याख्या की है। उनका कहना है कि शिक्षा का सम्बन्ध स्वास्थ्य एवं पोषण से है। प्रारम्भिक बचपन में जो शिक्षा उपलब्ध करायी जाती है उससे बच्चों के विकास में सहायता प्राप्त होती है। 2009 में भारत सरकार ने बच्चों को मुफ्त एवं अनिवार्य शिक्षा के अधिकार का अधिनियम लागू किया जिसमें 6–14 वर्ष तक के बच्चों को अनिवार्य शिक्षा उपलब्ध करायी जाती है। अन्त में लेखक सामुदायिक

[6] Kapil, Umesh (2002). Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme : A Program for Holistic Developmnet of Children in India, Indian Journal of Pediatrics. Vol. 69. P. 597-601.
[7] Gupta, et.al. (2013). Integrated Child Development Scheme: A Journey of 37 Years, India Journal of Community Health, Vol. 25, pp. 77-81.

सहभागिता एवं विकेन्द्रीकरण पर ध्यान केन्द्रित करते है, एवं उनका सुझाव है कि एकीकृत योजना सामुदायिक सहभागिता से ही पूर्ण की जा सकती है।[8]

एजाज. (1987) ICDS Scheme : A Survey on the Working of ICDS Projects में कर्नाटक, राजस्थान एवं नागालैण्ड राज्यों के 3 ग्रामीण, 3 जनजातीय एवं 3 शहरी इकाईयों का चयन एवं अध्ययन किया। अध्ययन में उन्होंने पाया कि अधिकतर आंगनवाड़ी केन्द्रों में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता पोषण शिक्षा कार्यक्रम, उनके क्रियान्वयन से अनभिज्ञ एवं उनमें प्रशिक्षण की कमी है। अध्ययन में यह भी पाया गया है कि कही–कही पर स्त्रियों को गर्भावस्था के दौरान टीके लगे है परन्तु बच्चों की उपस्थिति में कमी पायी गयी है। इस बात की पुष्टि के लिए लाभार्थियों से पूछताछ करने पर पता चला कि केन्द्र नियमित रूप से नही खुलते है एवं परियोजना के अर्न्तगत दी जाने वाली सेवायें पर्याप्त नही है।

कुमार, पवन एवं गर्ग, मीनाक्षी (2008) ने कर्नाटक के दो जिलों में पूरक पोषण के प्रभावों का त्वरित मूल्यांकन किया गया है। इस अध्ययन से यह परिणाम प्राप्त हुए कि दोनों जिलो में लाभार्थियों को अनुपूरक पोषण कम मात्रा में वितरित किया गया एवं आंगनवाड़ी केन्द्रों में बनाया गया भोजन स्वादहीन एवं अस्वास्थ्यकारी था।[9]

शर्मा, ए. (1987) ने विभिन्न राज्यों (गुजरात, केरल, महाराष्ट्र, राजस्थान, तमिलनाडु एवं दिल्ली में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की परिवीक्षा, परियोजना के निर्माण एवं निगरानी रखने हेतु प्रायोगिक परियोजना प्रारम्भ की।) अध्ययन में यह पाया गया कि आंगनवाड़ी केन्द्र का कार्यान्वयन कही–कही पर संतोषजनक है साथ ही साथ यह भी पाया गया है कि 3–6 वर्ष के बच्चों की पूर्व प्राथमिक शिक्षा में बहुत सकारात्मक परिवर्तन हुआ है। परन्तु कुछ जगहों पर अध्ययन से यह भी प्रकट हुआ कि अधिकतर लाभार्थी आंगनवाड़ी केन्द्र में केवल भोजन प्राप्त करने आते है एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता

---

[8] Kaul, V. (2000). Early Childhood Care and Educatin. INR. Govinda (ed.), India Education Report, New Delhi: Oxford University Press.

[9] Garg, Meenakshi and Kumar, Pawan, (2008). Quick appraisal of Suppelementory Nutrition Component of ICDS : Report on ICDS Project Udupi and Karanataka Districts, Karnataka.

भी लाभार्थियों को स्वास्थ्य, के प्रति जागरूक नही करती है। उनके अन्दर प्रशिक्षण एवं ज्ञान की कमी है।[10]

राव, निर्मला (2005) ने अपने लेख में यह बताया है कि बच्चों के मूल अधिकार को बढ़ावा देने के लिए आई0सी0डी0एस0 परियोजना को बनाया गया। यह लेख भारत में राष्ट्रीय स्तर के मूल्यांकन अध्ययन के परिणामों पर विचार करके भारत में बच्चों के अस्तित्व, विकास एवं शिक्षा पर इसके प्रभावों का आंकलन करता है। अध्ययन से यह निष्कर्ष निकलता है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना ने उत्तरजीविता दर, कम शिशु मृत्यु दर एवं पोषण की स्थिति एवं बच्चों के शिक्षा को बेहतर बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। अध्ययन से यह भी पता चलता है कि सामन्य बाल जनसंख्या की तुलना में आई0सी0डी0एस0 में पंजीकृत बच्चों के पोषण की स्थिति बेहतर थी जो कि कार्यक्रम की प्रभावकारिता का प्रमाण देती है। हालॉकि पूर्वस्कूली शिक्षा घटक दोषपूर्ण है।[11]

टी. संपत (2006) ने आई0सी0डी0एस0 परियोजना में समुदाय की भागीदारी एवं कार्यक्रम में सामुदायिक सहयोग की स्थिति एवं बाधाओं का मूल्यांकन करने के लिए चेन्नई में अध्ययन का संचालन किया। अध्ययन के लिए चयनित कुल 180 उत्तरदाताओ में 40 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, 20 आंगनवाड़ी सहायककर्ता, 36 माताओं को सम्मिलित किया गया। अध्ययन के दौरान यह पाया गया कि सामुदायिक भागीदारी की मूल अवधारणा के बारे में परियोजना कार्यकर्ताओं को अपर्याप्त ज्ञान था। कार्यक्रम में 26 प्रतिशत माताओं एवं 14 प्रतिशत युवा, 36 प्रतिशत आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं 10 प्रतिशत पार्षदों ने भाग लिया एवं प्रतिदिन की गतिविधियों एवं कार्यक्रम की कार्यविधियों में भी योगदान दिया। लगभग 48 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने उल्लेख किया कि

---

[10] Sharma, A. (1987). Monitoring Social Component of Integrated Child Development Services : A Pilot Project National Institute of Public Cooperation and Child Developments, New Dehli.

[11] Rao, N. (2005). Children's Right to Survival, Development and ealrly Education in India: The Critical role of the Integrated Child Development Services Program International Journal of Early Childhood. Vol. 37, No.3, p.15.

सामुदायिक भागीदारी संतोषजनक थी परन्तु सरकारी विभागों के बीच सहयोग एवं समन्वय की कमी थी।[12]

दुनिया भर के देशों में भूख और कुपोषण के क्या हालात है, इसे जानने के लिए वाशिंगटन स्थित इंटरनेशनल फूड पॉलिसी रिसर्च इंस्टीट्यूट **''आई.एफ.पी.आर.आई.''** ने अपना जो ग्लोबल हंगर इंडेक्स–2016 जारी किया है। उसमें भारत की स्थिति बेहद चिंताजनक है। इस रिपोर्ट के मुताबिक 118 देशों की फेहरिस्त में भारत का स्थान 97वें नम्बर पर है। देश के 15.2 फीसदी लोग आधा पेट खाकर जैसे–तैसे अपनी जिन्दगी बसर करते है। यानी यह तबका गभ्भीर कुपोषण से जूझ रहा है। जबकि पांच साल से कम उम्र के 38.7 फीसदी बच्चे बेहद कमजोर हालत में हैं।[13] पाकिस्तान को यदि छोड़ दे तो हमारे सभी पड़ोसी देश मसलन चीन, नेपाल, म्यांमार, श्रीलंका और बांग्लादेश हमसे बेहतर स्थिति में है। इस रिपोर्ट में एक महत्वपूर्ण तथ्य और है जिस पर कि ध्यान देना बेहद जरूरी है। दुनिया में भुख के मोर्चे पर पिछले बरसों के दौरान 29 फीसदी सुधार आया है।

यह कितनी बड़ी विडम्बना है कि एक ओर भारत दुनिया के सुपर पावर क्लब में जगह बनाने की हैसियत रखता है। वहीं दूसरी ओर इसकी गिनती सर्वाधिक भुखमरी व कुपोषणग्रस्त देशों में होती है। यह ठीक है कि कुपोषण की समस्या से निपटने के लिए लगातार पंचवर्षीय योजनाओं मे प्रावधान किया जाता रहा है। पर सच्चाई यह है कि हम छह दशक बाद भी इससे मुक्ति पाने कि लिए संघर्ष करते नजर आ रहे है। इन साहित्य सर्वेक्षणों से यह ज्ञात होता है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना का संचालन एवं क्रियान्वयन किसी–किसी राज्य में ठीक ढंग से हो रहा है परन्तु उनमें भी बहुत

---

[12] Sampath, T. (2006).A Study on Community Participation in Integrated Child Development Scheme (ICDS) In Chennai, Loyala College, Dept. of Social Work, Chennai, Taminadu, Research on ICDS An Overview Volume 3.

[13] Gobal Hunger index.International Food Policy Research Institute, and Concern Worldwide. http://dx.doi.org/10.2499/9780896292260_01

सारी कमियॉ है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के चलाने से गरीब एवं वंचित वर्ग के लोगों को कुछ हद तक लाभ पहुॅचा है, स्त्रियों एवं बच्चों के पोषण स्तर में सुधार हुआ है परन्तु अभी भी उनके अन्दर जागरूकता की कमी है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना को सही रूप में संचालित करने के लिए सरकार द्वारा और प्रयास करना होगा तथा समय–समय पर इसकी निगरानी भी करनी होगी।

अवधारणात्मक विश्लेषण

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध के शीर्षकों में आने वाले शब्दों कथनों में निहितार्थ भावों के अभिप्राय का परिभाषीकरण अत्यन्त आवश्यक है। क्योंकि अनुसंधान के क्षेत्र में तकनीकी रूप से प्रयुक्त शब्द या पदों का विशेष महत्व होता है। प्रयुक्त पदों की सम्यक व्याख्या न होने से आंगनवाड़ियों के आधार, प्रज्ञा प्रणाली निष्कर्षो में भ्रान्तियॉ उत्पन्न होने का भय होता है। इस शोध प्रबन्ध के अन्तर्गत शोधार्थी द्वारा अध्ययन की प्रभावशाली सैद्धान्तिकता एवं स्पष्टता बनाये रखने के लिए तकनीकी शब्दों का प्रयोग किया गया है। शोध समस्या कथन एवं शब्दों के अर्थ व परिभाषायें निम्नानुसार है।

कुपोषण–मानव शरीर की एक ऐसी स्थिति जिसमें शरीर के लिए आवश्यक संतुलित आहार लम्बे समय तक नहीं मिलता है। परिणामस्वरूप व्यक्ति की रोग प्रतिरोधक क्षमता कम होने लगती है और शरीर अनेक व्याधियों का दास बन जाता है। यह अवस्था ही कुपोषण कही जाती है।

शिशु–जन्म से 1 मास तक की आयु का शिशु नवजात कहलाता है जबकि 1 महीने से 3 साल तक के बच्चें को सिर्फ शिशु कहते है।

संतुलित आहार–वह है जो कि स्वास्थ्य को बनाये रखने या उसे सुधारने में सहायक होता है। एक स्वस्थ आहार में समुचित मात्रा में सभी पोषक तत्व और पानी का सेवन शामिल है।

पोषक तत्व–पोषक तत्व वह रसायन होता है जिसकी आवश्यकता किसी व्यक्ति को उसके जीवन और वृद्धि के साथ–साथ उसके शरीर के उपापचय की क्रिया को चलाने के लिए भी पड़ती है और जिसे व्यक्ति अपने वातावरण से ग्रहण करता है।

भुखमरी–विटामिन, पोषक तत्वों और ऊर्जा अंतर्ग्रहण की गम्भीर कमी को भुमखमरी कहा जा सकता है। यह कुपोषण का सबसे चरम रूप है।

गर्भवती महिलायें–गर्भावस्था के समय शिशु को 9 महीनें तक गर्भ में रखती है। तद्परान्त शिशु को जन्म देती है।

धात्री मातायें–धात्री मातायें वह होती है जो बच्चें के जन्म के पश्चात् बच्चों को स्तनपान कराती है।

स्तनपान–मां द्वारा अपने शिशु को अपने स्तनों से आने वाला प्राकृतिक दूध पिलाने की क्रिया को स्तनपान कहा जाता है। स्तनपान शिशु के लिए संरक्षण और संवर्धन का काम करता है।

आंगनवाड़ी–आंगनवाड़ी किशोरियों, गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं एवं बच्चों की पोषण, स्वास्थ्य एवं शिक्षा सम्बन्धी आवश्यकताओं की पूर्ति करने के लिए समन्वित बाल विकास सेवा कार्यक्रम के रूप में ग्राम स्तर पर सरकार द्वारा समर्थित एक केन्द्र है।

लाभार्थी–सरकार द्वारा चलायी गयी किसी योजना में प्रदत्त सेवाओं का लाभ उठाने वाले व्यक्तियों को लाभार्थी कहते है। प्रस्तुत शोध अध्ययन में गर्भवती महिलायें, धात्री मातायें एवं 0–6 वर्ष तक के बच्चें लाभार्थी है।

अध्ययन पद्धति

अध्ययन पद्धति किसी भी अनुसंधान कार्य को करने की मूलभूत आधारशिला है। अध्ययन पद्धति ज्ञान के उत्पादन के लिए प्रयोग की जाने वाली प्रक्रिया है। जिसके अर्न्तगत ज्ञान का दर्शन तथा ज्ञान को उत्पादित करने वाले तथ्यों को एकत्रित करने

वाले उपकरणों तथा तकनीक का चयन किया जाता है। इसके साथ ही विधियों का अध्ययन व परीक्षण करना भी अध्ययन पद्धति का अहम् कार्य है। प्रस्तुत शोध का विषय ''समन्वित बाल विकास परियोजना की क्रियान्वयन की स्थिति : लखनऊ जिले के लाभार्थियों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' है। जिसके अध्ययन के लिए विशेष अनुसंधान प्रारूप, अध्ययन का समग्र, अनुसंधान निर्दशन की विधियॉ, तथ्य संकलन के स्रोत, व अनुसंधान विश्लेषण की विधियों आदि को चयनित किया गया है।[14]

अनुसंधान अभिकल्पना

इस अध्ययन का शोध प्रारूप वर्णनात्मक है। शोध में मिश्रित विधि का प्रयोग किया गया है। जिसमें परिमाणात्मक तथा गुणात्मक विधियां शामिल है। क्योंकि प्रस्तुत शोध में समन्वित बाल विकास परियोजना के क्रियान्वयन की स्थिति का मूल्यांकंन किया गया है। अतः इस शोध का उद्देश्य उत्तरदाताओं से एकत्र विचारों, तथ्यों तथा आंकड़ों का यथावत् विवरण प्रस्तुत करना है।[15]

अध्ययन का समग्र

प्रस्तुत शोध विषय से सम्बन्धित प्रतिदर्श का चयन करने हेतु समग्र के रूप में उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले में संचालित आई0सी0डी0एस0 परियोजना के समस्त लाभार्थी शामिल है। इसी समग्र से प्रतिदर्श का चयन किया गया है।

चयनित विकास खण्डों एवं गॉवों का विवरण

उत्तर प्रदेश के लखनऊ जनपद में 8 विकासखण्ड है जिनमें से अध्ययन के समग्र हेतु तीन विकासखण्डों–मोहनलाल गंज, काकोरी एवं मलिहाबाद है। इन तीनों विकासखण्डों से क्रमशः मऊ, सलेमपुर और जिन्दौर गांव का चयन किया है। अतः स्पष्ट है कि शोध

[14] Creswell, J. W. (2008). Research Design: Qualitative, Quantitative and mixed method approaches, 3rd Paper Banck edn. London. Sage.
[15] Maggetti. et al. (2012) Designing Research is the Social Sciences Sage, London.

विषय का प्रतिदर्श मूलतः समग्र मऊ, सलेमपुर व जिन्दौर गांव की जनसंख्या जो आई0सी0डी0एस0 परियोजना की लाभार्थी भी है। समग्र का सारांश इस प्रकार है।

सारणी 1.1

चयनित विकास खण्डों एवं गॉवों का जनांनिकी सम्बन्धी विवरण

विकासखण्ड / गांव	कुल जनसंख्या	एस.सी. / एस. टी. की जनसंख्या	0–6 वर्ष की जनसंख्या	आंगनवाड़ी केन्द्र	पंजीकृत गर्भवती एवं धात्री माताओं की संख्या
मोहनलालगंज / मऊ	248512 13655	108692 / 177 346 / 40	35249 1796	257 8	6496 309
काकोरी / सलेमपुर	152277 5992	57743 / 90 1888 / –	21067 800	226 5	4693 205
मलिहाबाद / जिन्दौर	179673 12323	67571 / 41 4234 / –	25393 1844	216 6	4262 195

स्रोत: बाल विकास सेवा एवं पुष्टाहार विभाग, लखनऊ

प्रस्तुत सारणी 1.1 से चयनित विकासखण्डों एवं गांवों का जनांनिकी विवरण प्रदर्शित हो रहा है। जैसे मोहनलालगंज में 2011 की जनगणना के अनुसार 248512 जनसंख्या है, काकोरी में 152277 जनसंख्या, मलिहाबाद में 17967 जनसंख्या है। इसी प्रकार 0–6 वर्ष की जनसंख्या मोहनलालगंज में 35249, काकोरी में 21067, मलिहाबाद में 25393 एवं इसी समकक्ष में चयनित गांव में मऊ की जनसंख्या 13655, सलेमपुर की 5992, जिन्दौर की 12323 एवं 0 से 6 वर्ष की जनसंख्या मऊ में 1796, सलेमपुर में 800 एवं जिन्दौर में 1844 है। इसी प्रकार से अनुसूचित जाति एवं जनजातियों का भी विवरण इस सारणी में दिया गया है। क्योंकि समाज का यह हिस्सा वंचित रहा है एवं सरकार इनके जीवन स्तर को उच्च करने के लक्ष्य से कई योजनाओं का संचालन कर रही है। जिनमें से आई0सी0डी0एस0 परियोजना एक प्रमुख परियोजना है।

सर्वेक्षण एवं पूर्व परीक्षण

शोद्यार्थी ने वैज्ञानिक निष्कर्षों तक पहुंचने हेतु सामाजिक सर्वेक्षण के कार्य को ध्यानान्तर्गत रखा है। जैसा कि हम जानते हैं कि पूर्वगामी सर्वेक्षण एवं पूर्व परीक्षण एक प्रकार का पूर्वाभ्यास है जिससे अग्रिम कठिनाईयों को दूर किया जाता है। चूंकि पूर्व परीक्षण का उद्देश्य उपकरणों, यन्त्रों, निदर्शनों आदि की उपयुक्तता की जांच करना होता है जबकि पूर्वगामी सर्वेक्षण का उद्देश्य अध्ययन विषय तथा अध्ययन–स्थल के सम्बन्ध में प्राथमिक ज्ञान की प्राप्ति है। इस प्रकार स्पष्ट है कि पूर्वगामी सर्वेक्षण हमें समस्त सम्भावित परिस्थितियों व कठिनाईयों को ज्ञात कराता है व समस्त त्रुटियों की ओर ध्यान आकर्षित करके उन्हें सुधारने का अवसर देता है जबकि पूर्वपरीक्षण हमें सूचनाओं के स्रोतों तथा पद्धतियों व उपकरणों की त्रुटियों तथा उपयोगिता के सम्बन्ध में जानकारी देते हुए सर्वोत्तम विकल्पों को चुनने में सहायता करता है।

उक्त तथ्यगत बिन्दुओं को ध्यान रखते हुए शोधार्थी ने उत्तरदाताओं से सम्पर्क करके पूर्व निर्मित साक्षात्कार–अनुसूची के माध्यम से साक्षात्कार की कार्यवाही का पूर्वाभ्यास किया और प्राप्त कमियों को दूर करते हुए साक्षात्कार–अनुसूची को बनाया। तत्पश्चात् इन्हीं प्रतिदर्श के रूप में चयनित उत्तरदाताओं से साक्षात्कार की सम्पूर्ण कार्यवाही सम्पन्न की गयी है।

प्रतिदर्श चयन

प्रस्तुत शोध में उत्तरदाता के रूप में 300 लाभार्थियों का चयन सोदेश्यपूर्ण दैव निदर्शन विधि के आधार पर किया है। प्रत्येक गॉव से 100–100 लाभार्थियों को अध्ययन के लिए चयनित किया गया। अध्ययन की प्रासंगिकता हेतु उत्तरदाताओं की सामाजिक, शैक्षणिक, आर्थिक पृष्ठभूमि एवं राजनीतिक स्थिति को भी ध्यानान्तर्गत रखा गया है। शोधार्थी द्वारा मऊ, सलेमपुर एवं जिन्दौर गॉव का चयन इसलिए किया गया है क्योंकि इन क्षेत्रों में 0–6 वर्ष के बच्चों, गर्भवती एवं धात्री माताओं की संख्या अधिक है। क्योंकि अध्ययन 0–6 वर्ष के बच्चों, गर्भवती महिलाओं एवं धात्री माताओं पर है। पूर्व

सर्वेक्षण के दौरान यह ज्ञात हुआ कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना के माध्यम से प्रदत्त सेवायें मानक के अनुरूप नही है। इन क्षेत्रों में आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के द्वारा पोषण सामग्री का वितरण एवं स्वास्थ्य शिक्षा तथा वृद्धि अनुश्रवण का क्रियान्वयन उपयुक्त ढंग से नही किया जा रहा है। इसी वजह से इन क्षेत्रों को अध्ययन के लिए चयनित किया गया। इस अध्ययन का उद्देश्य आई0सी0डी0एस0 परियोजना के सफल क्रियान्वयन में कार्यात्मक बाधाओ और कमियों का पता लगाना ही नही, अपितु आई0सी0डी0एस0 परियोजना को और प्रभावी बनाने में सुझाव प्रदत्त करना भी है।

तथ्य संकलन की प्रविधियां

निरीक्षण प्रविधि सामाजिक विज्ञानों से सम्बन्धित अनुसंधान कार्यों के सम्बन्ध में कोई नवीन प्रविधि नहीं रही। गुडे एवं हॉट ने उचित ही लिखा है कि ''विज्ञान निरीक्षण से प्रारम्भ होता है और फिर सत्यापन के लिए अन्तिम रूप से निरीक्षण पर ही लौटकर आता है। जबकि मोजर ने इसी विधि को अनुसंधान की 'शास्त्रीय पद्धति' (Classical Method) का नाम दिया है।[16] चूंकि तथ्य संकलन की प्रविधि वास्तव में वह साधन है जिसके माध्यम से अनुसंधान हेतु आवश्यक वास्तविक तथ्यों, सूचनाओं तथा आंकड़ों का संकलन किया जाता है। इस शोध कार्य को पूर्ण करने हेतु सामाजिक अनुसंधान की प्रविधियों में से प्रमुखतया साक्षात्कार अनुसूची, निरीक्षण, निदर्शन का आवश्यकतानुसार प्रयोग किया गया है।

तथ्य संकलन के स्रोत

वैज्ञानिक पद्धति नियमों की खोज करने के लिए अपनायी गयी प्रविधियों की एक व्यवस्था है। यह सत्य है कि वैज्ञानिक अध्ययन का सारा दारोमदार वास्तविक तथ्यों पर ही टिका है। तथ्य को परिभाषित करते हुए पी.वी. यंग ने लिखा है कि तथ्य को परिभाषित करना अति दुरूह है तथापि ''तथ्य केवल मूर्त चीजों तक सीमित नहीं है।

[16] Moser, C.A. (2003). Survey Method in Social Investigation, Social Research and Statics, Eight edition, New Delhi.

सामाजिक विज्ञान में विचार, अनुभव तथा भावनायें भी तथ्य हैं।[17] जबकि गुडे एवं हाट ने कहा कि ''तथ्य एक अनुभव सिद्ध अवलोकन है।''[18] इसी तरह इमाईल दुर्खीम ने सामाजिक तथ्य को परिभाषित करते हुए लिखा है कि ''सामाजिक तथ्य व्यवहार (विचार, अनुभव व क्रिया) का वह पक्ष है जिसका निरीक्षण वस्तुनिष्ठ रूप में सम्भव है और जो कि एक विशेष ढंग से व्यवहार करने को बाध्य करता है।''[19] इस तरह स्पष्ट होता है कि तथ्य संकलन हेतु अनेक मार्ग एवं माध्यम हैं किन्तु तथ्य संकलन की सुचारू कार्यवाही सम्पन्न करने हेतु इस शोध में तथ्य संकलन के दो स्रोतों (प्राथमिक स्रोत एवं द्वितीयक स्रोत) को अपनाया गया है।

प्राथमिक स्रोत

इसके अंतर्गत लखनऊ जनपद के विकासखण्ड मोहनलाल गंज का मऊ ग्राम, काकोरी विकासखण्ड का सलेमपुर ग्राम और मलिहाबाद विकासखण्ड का जिन्दौर ग्राम से आई0सी0डी0एस0 परियोजना के लाभार्थियों में से 300 चयनित उत्तरदाता सम्मिलित हैं। प्राथमिक तथ्यों का संकलन साक्षात्कार अनुसूची, समूह केन्द्रित चर्चा व असहभागी अवलोकन के द्वारा किया गया है।

द्वितीयक स्रोत

तथ्य संकलन अथवा सूचना प्राप्ति में द्वितीयक स्रोत के अन्तर्गत प्रकाशित व अप्रकाशित शोध प्रबन्ध, प्रगति प्रतिवेदन, संदर्भ ग्रंथ, डायरी, स्मरण–पत्र, पाण्डुलिपि, सरकारी स्तर पर निर्गत सांख्यिकी आंकड़े, मानचित्र आदि सम्मलित है।

---

[17] Young, P.V. (1975). Scientific social survey and Research, Prentice Hall of India, New Delhi,, p. 9
[18] Goode,W.J. and Hatt, P.K. (1952). Methods in Social Research, New York, p. 8
[19] Durkheim, Emile (2003). The Rules of Sociological Method, Social Research and Statistics, III Ed. p.131, New Delhi.

तथ्यों का वर्गीकरण एवं सारणीयन

शोधार्थी द्वारा संकलित तथ्यों का प्रकृति, गुण, समानता, विषमता, अर्थात् गुणात्मक, गणनात्मक, सामयिक एवं भौगोलिक आधार पर वर्गीकरण किया गया है। इसके पश्चात् सारिणीयन की विधि का अनुपालन करते हुए एक बोधगम्य निष्कर्ष तक पहुंचने का प्रयास किया गया है। वस्तुतः वर्गीकरण को और अधिक स्पष्ट करने हेतु एलहान्स कोनोर के विचार उद्धृत करना आवश्यक है। एलहान्स कहते हैं कि सादृश्यताओं व समानताओं के अनुसार तथ्यों को समूह एवं वर्गों में व्यवस्थित करने की प्रक्रिया ही वर्गीकरण कही जायेगी[20], जबकि कोनोर ने लिखा कि ''वर्गीकरण तथ्यों को उनकी समानता तथा निकटता के आधार पर समूहों तथा वर्गों में क्रमबद्ध करने तथा व्यक्तिगत इकाईयों की भिन्नता के बीच पाये जाने वाले गुणों की एकात्मकता को प्रकट करने की एक प्रक्रिया है।''[21] उक्त विद्वानों के मतों पर हम कह सकते हैं कि वर्गीकरण एक ऐसी प्रक्रिया है जो संकलित तथ्यों को संक्षिप्त, स्पष्ट एवं सरलतम बनाने के साथ–साथ उन्हें उनकी समानता व भिन्नता के आधार पर निश्चित वर्गों या समूहों में व्यवस्थित करता है। इसी तरह सारिणीयन जो तथ्यों की स्तम्भों तथा पंक्तियों में व्यवस्थित व्यवस्था है, का प्रयोग शोधार्थी ने उनकी आकर्षकता, समुचित आकार स्पष्टता, सरलता तथा उद्देश्यों एवं वैज्ञानिकता जैसे सारगर्भित गुणों को ध्यान में रखते हुए किया है। तथ्यों के वर्गीकरण, सारणीयन एवं विश्लेषण का कार्य संगणक साधन (कम्प्यूटर) में SPSS साफ्टवेयर की सहायता से किया गया है।

अध्यायीकरण

शोधार्थी ने अपने शोध प्रबन्ध को सात अध्यायों में विभक्त करते हुए क्रमशः अध्यायानुसार वर्णन एवं विश्लेषण कार्य सम्पन्न किया है। शोध प्रबन्ध में अध्यायीकरण अधोलिखित है।

---

[20] Elhane, D.N.C. (2003). Foundamentals of Statistics, Social Research and Statistics, Eight Edition, p. 348, New Delhi.

[21] Connor, L.R. (1936). Statistics in Theory and Practice, p. 6 quoted by IBD p. 348.

प्रथम अध्याय–भूमिका : प्रथम अध्याय में प्रस्तुत शोध का परिचय, साहित्य की समीक्षा एवं अवधाराणात्मक सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि, अध्ययन का उद्देश्य एवं शोध प्रविधि वर्णित है।

द्वितीय अध्याय–समन्वित बाल विकास परियोजना : एक समीक्षा : इस अध्याय में अन्तर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय स्तर पर आई0सी0डी0एस0 परियोजना से जुड़े अध्ययनों की साहित्यिक समीक्षा की गयी है।

तृतीय अध्याय –अध्ययन क्षेत्र की रूपरेखा : प्रस्तुत अध्याय में भारत, उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ क्षेत्र की जनसंख्या, बाल जनसंख्या, साक्षरता स्तर, शिशु मृत्यु दर, मातृ मुत्यु दर तथा इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य एवं शिक्षा के स्तर एवं चयनित विकासखण्ड़ों एवं गांवों को वर्णित किया गया है।

चतुर्थ अध्याय–उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि : इस अध्याय में अध्ययन के लिए चयनित उत्तरदाताओं की सामाजिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि का विभिन्न सारणियों के माध्यम से विश्लेषण किया गया है।

पंचम अध्याय–समन्वित बाल विकास परियोजना : क्रियान्वयन की स्थिति : इस अध्याय में आई0सी0डी0एस0 परियोजना, उद्देश्य, सेवायें एवं क्रियान्वयन की स्थिति का वर्णन किया गया है।

षष्ठम् अध्याय–समन्वित बाल विकास परियोजना, स्तनपान एवं बच्चों का टीकाकरण : सफलता एवं चुनौतियॉ : प्रस्तुत अध्याय में बच्चों के टीकाकरण एवं स्तनपान की महत्ता के बारें में एवं आई0सी0डी0एस0 परियोजना की सफलता एवं चुनौतियों को प्रदर्शित किया गया है।

सप्तम् अध्याय –निष्कर्ष व सुझाव : इस अध्याय में आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अध्ययन से सम्बन्धित तथ्यों के विश्लेषण का निष्कर्ष एवं सुझाव प्रस्तुत किया गया है।

सन्दर्भ सूची

Connor, L.R. (1936). Statistics in Theory and Practice, p. 6 quoted by IBD p. 348.

Creswell, J. W. (2008). Research Design: Qualitative, Quantitative and mixed method approaches, 3rd Paper Banck edn. London. Sage.

Durkheim, Emile (2003). The Rules of Sociological Method, Social Research and Statistics, III Ed. p.131, New Delhi.

Elhane, D.N.C. (2003). Foundamentals of Statistics, Social Research and Statistics, Eight Edition, p. 348, New Delhi.

Garg, Meenakshi and Kumar, Pawan, (2008). Quick appraisal of Suppelementory Nutrition Component of ICDS : Report on ICDS Project Udupi and Karanataka Districts, Karnataka.

Ghosh, Shanti. (2004). "Child Malnutrition", Economic and Political Weekly, 401-39, issue no. 0. P. 4412-4413.

Gupta, et. al. (2013). Integrated Child Development Scheme: A Journey of 37 Years, India Journal of Community Health, Vol. 25, pp. 77-81.

Kapil, Umesh (2002). Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme : A Program for Holistic Developmnet of Children in India, Indian Journal of Pediatrics. Vol. 69. P. 597-601.

Kaul, V. (2000). Early Childhood Care and Educatin. INR. Govinda (ed.), India Education Report, New Delhi: Oxford University Press.

Moser, C.A. (2003). Survey Method in Social Investigation, Social Research and Statics, Eight edition, New Delhi.

Maggetti. et al. (2012) Designing Research is the Social Sciences Sage, London.

Tandon B. N. (1989). Nutritional interventions through primary health care: impact of the ICDS projects in India. Bulletin of the World Health Organization, 67(1), 77–80.

Young, P.V. (1975). Scientific Social Servey and Research, Prentice Hall of India, p.9, New Delhi.

बाल विकास सेवा एवं पुष्टाहार, निदेशालय, लखनऊ

Pib.gov.in/pressreleasepage.aspx?PRID=1550476

Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme https://wcd.nic.in, icdsupeeb.org

https://www.r4d.org/statenutritionmissioninUttarPradesh/Resultsfor Development.

Gobal Hunger index.International Food Policy Research Institute, and Concern Worldwide. http://dx.doi.org/10.2499/9780896292260_01

अध्याय–द्वितीय

समन्वित बाल विकास परियोजना : एक समीक्षा

अध्याय–द्वितीय

समन्वित बाल विकास परियोजना : एक समीक्षा

प्रस्तावना

अनुसंधान कार्य की प्रक्रिया में सम्बंधित साहित्य का अध्ययन करना एक वैज्ञानिक एवं महत्वपूर्ण चरण है क्योंकि मानव अपने अतीत के संग्रहित लिखित एवं अलिखित ज्ञान के आधार पर ही नवीन ज्ञान का सृजन करता है। जिस प्रकार एक महासागर में मछली अपने भोजन की तलाश में होती है उसी प्रकार शोधकर्ता साहित्य रूपी महासागर में ज्ञान तलाशता है। उचित साहित्य के अध्ययन से शोधकर्त्ता सम्बंधित विधियों, आयामों और प्रविधियों का ज्ञान प्राप्त करता है और इसी से वह अपने शोध को सही रूप प्रदान कर सकता है। इस प्रकार सम्बंधित साहित्य का अध्ययन शोधों के विषय में जानकारी प्राप्त करने की एक उपयोगी प्रक्रिया है। सम्बंधित साहित्य के अध्ययन के बिना अनुसंधानकर्ता का कार्य अंधेरे में तीर चलाने के समान होगा। इसके अभाव में शोधकर्ता उचित दिशा में एक कदम भी आगे नहीं बढ़ सकता। जब तक उसे ज्ञान न हो कि उस क्षेत्र में कितना कार्य हो चुका है? किस विधि से कार्य किया गया है तथा उसके क्या निष्कर्ष आए हैं? तब तक वह न तो समस्या का निर्धारण कर सकता है और न ही उसकी रूपरेखा तैयार कर सकता है। इस प्रकार सम्बन्धित साहित्य का अध्ययन किसी भी अनुसंधानकर्ता के लिए अध्ययन विषय को सरल एवं प्रभावी बनाने की दृष्टि से आवश्यक होता है। सम्बंधित साहित्य से आशय अनुसंधान की समस्या उन सभी प्रकार की पुस्तकों, ज्ञान कोषों, पत्र–पत्रिकाओं, प्रकाशित तथा अप्रकाशित शोध प्रबंधों एवं अभिलेखों आदि से है जिसके अध्ययन से शोधकर्त्ता को अपनी समस्या के चयन, परिकल्पनाओं के निर्माण, अध्ययन की रूपरेखा तैयार करने एवं कार्य को आगे बढ़ाने में मदद मिलती है।

यह स्पष्ट हो जाता है कि सम्बंधित साहित्य का अध्ययन समय साध्य होता है और यह अनुसंधान कार्य का अत्यंत ही उपयोगी चरण है। इस प्रकार सम्बंधित साहित्य का

अध्ययन किसी भी अनुसंधान की नींव होता है जिसके आधार पर अनुसंधान रूपी भवन खड़ा होता है। समस्याएँ आना, समस्याओं के आधार पर उनके मूल समाधानों को खोजना मनुष्य की प्रकृति है। मनुष्य की ये प्रकृति ही समस्या व उसके समाधान के सोपान निश्चित करती है। इस दृष्टि से अनुसंधान के क्षेत्र में सम्बंधित साहित्य के अध्ययन में शोधकर्त्ता का बहुत महत्व होता है जिससे वह पूर्व में हुई गलतियों व अपूर्णताओं को अपनी पैनी निगाह से आगामी अध्ययनों में नवीन स्वरूप देकर सुधार कर सकता है। प्रस्तुत अध्याय में राष्ट्रीय एवं अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर कुपोषण एवं स्वास्थ्य की समस्या को दूर करने हेतु यूनिसेफ, विश्व स्वास्थ्य संगठन एवं राष्ट्रीय स्तर पर आई0सी0डी0एस0 से जुड़े विभिन्न अध्ययनों की, राज्य स्तर पर विभिन्न राज्यों में आई0सी0डी0एस0 की भूमिका एवं साहित्य सम्बन्धी विश्लेषण तथा उत्तर प्रदेश के सन्दर्भ में आई0सी0डी0एस0 परियोजना से सम्बन्धित विभिन्न पहलुओं की साहित्यिक समीक्षा की गयी है।

कुपोषण एवं स्वास्थ्य हेतु अंतर्राष्ट्रीय प्रयास

संयुक्त राष्ट्र का कहना है कि भारत में हर साल कुपोषण के कारण मरने वाले पांच साल से कम उम्र वाले बच्चों की संख्या दस लाख से भी ज्यादा है। दक्षिण एशिया में भारत कुपोषण के मामले में सबसे बुरी हालत में है। राजस्थान और उत्तर प्रदेश में किए गए सर्वेक्षणों में पाया गया कि देश के सबसे गरीब इलाकों में आज भी बच्चे भुखमरी के कारण अपनी जान गंवा रहे हैं।[22] अतः अगर इस ओर ध्यान दिया जाए तो इन मृत्युओं को रोका जा सकता है। संयुक्त राष्ट्र ने स्थिति को "चिंताजनक" बताया है। भारत में फाइट हंगर फाउंडेशन और एसीएफ इंडिया ने मिलकर "जनरेशनल न्यूट्रिशन प्रोग्राम" की शुरुआत भी की है। भारत में एसीएफ के उपाध्यक्ष राजीव टंडन ने इस प्रोग्राम के बारे में बताते हुए कहा कि कुपोषण को "चिकित्सीय आपात स्थिति" के रूप में देखने की जरूरत होने के साथ ही उन्होंने इस दिशा में बेहतर नीतियों के

[22] Sahu, Kumar Swaroop, Kumar, S., Ganesh, Vishnu.B. (2015). Malnutrition among under five children in India and strategies for control, Sci Biol me-66 (1): 18-23

बनाए जाने और इसके लिए बजट दिए जाने की भी पैरवी की। नई दिल्ली, (2018) में हुई कॉन्फ्रेंस में सरकार से जरूरी कदम उठाने पर जोर दिया गया। ग्लोबल न्यूट्रीशन रिपोर्ट बताती है कि भारत में कुपोषण जितनी बड़ी समस्या है, वैसी पूरे दक्षिण एशिया में और कहीं देखने को नहीं मिली है। आज के समय में कुपोषण अंतर्राष्ट्रीय समुदाय के लिये चिंता का विषय बन गया है। यहां तक की विश्व बैंक ने इसकी तुलना Black Death नामक महामारी से की है। जिसने 18वीं सदीं में यूरोप की जनसंख्या के एक बड़े हिस्से को निगल लिया था। कुपोषण को क्यों इतना महत्वपूर्ण माना जा रहा हैं? विश्व बैंक जैसी संस्थाएँ क्यों इसके प्रति इतनी चिंतित हैं? सामान्य रूप में कुपोषण को चिकित्सीय मामला माना जाता है और अधिकतर लोग सोचते हैं कि यह चिकित्सा का विषय है। वास्तव में कुपोषण बहुत सारे सामाजिक–राजनैतिक कारणों का परिणाम है। जब भूख और गरीबी राजनैतिक एजेंडा की प्राथमिकता नहीं होती तो बड़ी तादाद में कुपोषण सतह पर उभरता है। भारत का उदाहरण लें, जहां कुपोषण गरीब और कम विकसित पड़ोसियों जैसे बांग्लादेश और नेपाल से भी अधिक है।

भारत सरकार और संयुक्त राष्ट्र विश्व खाद्य कार्यक्रम की नई साझा रिपोर्ट 'खाद्य एवं पोषण सुरक्षा विश्लेषण, भारत 2019 (Food and Nutrition Security Analysis India 2019) ने भारत के एक बड़े हिस्से में बाल भुखमरी और कुपोषण की स्थिति को उजागर किया है।[23] इससे समृद्धि की ओर आगे कदम बढ़ाते देश की आकांक्षा पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। इससे उस राष्ट्र व समाज के चरित्र को लेकर प्रश्न खड़े होते हैं। जो स्वतंत्रता के 72 वर्षों बाद भी अपने लाखों निर्धन व वंचित लोगों की आबादी के लिये भोजन एवं पोषण जैसी मूलभूत जरूरतों को भी पूर्ण नहीं कर पा रहा है। ऐसे में प्रश्न उठता है कि तीव्र आर्थिक विकास, निर्धनता के घटते और सरकारी कार्यक्रमों की बहुलता के बावजूद गरीब तबके में कुपोषण का उच्चतम स्तर क्यों बना हुआ है।

[23] The Global Food Policy Report (2019) gfpr.ifpri.info

यूनिसेफ कार्यक्रम

राज्य में यूनिसेफ द्वारा समय–समय पर अलग–अलग विभागों के माध्यम से कई कार्यक्रमों में वित्तीय सहयोग प्रदान किया जाता है। इन कार्यक्रमों एवं विभिन्न विभागों के कई कार्यक्रमों में बाल विकास विभाग को नोड़ल विभाग अधिकृत किया गया है। महिला एवं बाल विकास विभाग के कई कार्यक्रमों/योजनाओं में यूनिसेफ द्वारा सेवा गुणवत्ता सुधार, कार्मिकों की क्षमता बढ़ाने, तकनीकी व वित्तीय सहयोग प्रदान किया जा रहा है। यूनिसेफ संपोषित कार्यक्रमों का विवरण निम्नानुसार है।

- **विटामिन–'ए' कार्यक्रम**
- **आयोडीन विकार एवं निवारण**
- **कुपोषण प्रबन्धन कार्यक्रमः–** बच्चों में कुपोषण दूर करने के लिए विभिन्न प्रयास किये गये है। किन्तु फिर भी हमारे राज्य में 0–36 माह के 44 प्रतिशत बच्चों में कुपोषण है।[24] कुपोषण की रोकथाम हेतु किये गये प्रयासों में मुख्य रूप से कुपोषण उपचार केन्द्र खोलना तथा समुदाय आधारित देखभाल मुख्य है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के नये मानदण्डों के आधार पर बालक बालिकाओं के अलग–अलग ग्रोथ चार्ट विकसित किये गये है। जिनके आधार पर अब बच्चों की पोषण स्थिति ज्ञात की जा रही है। प्रथम चरण में जोधपुर, टोंक, राजसमन्द, धौलपुर, एवं बारा जिले में गहन अभियान मिशन मोड़ पर चला कर इन जिलों को कुपोषण विहीन करने का लक्ष्य रखा है। कार्यक्रम के संचालन के लिए यूनिसेफ के सहयोग से राज्य, जिला एवं सेक्टर स्तर पर कार्यशालाओं का आयोजन किया जा रहा है ताकि कार्मिकों एवं समुदाय को लक्ष्य प्राप्ति हेतु सक्षम बनाया जा सके। वजन के आधार पर अतिकुपोषित बच्चें को कुपोषण निदान केन्द्र में उपचार हेतु भेजना एवं उपचार केन्द्र से लौटे बच्चों की देखरेख के लिए माता–पिता एवं कार्यकर्ता को सक्षम बनाया गया है।

[24] UNICEF (2019) The state of the worlds children 2019. Food and Nutrition

- **एनीमिया नियन्त्रण कार्यक्रम–** यूनिसेफ के तकनीकी व वित्तीय सहयोग से स्कूल नही जाने वाली किशोर बालिकाओं में एनिमिया नियन्त्रण हेतु कार्ययोजना तैयार की गई है। इसके अर्न्तगत गर्भवती एवं धात्री माताओं तथा किशोर बालिकाओं में जागरूकता लाकर एनीमिया नियंत्रण हेतु प्रयास किये जा रहे है। प्रत्येक केन्द्र पर स्कूल नही जाने वाली किशोरी बालिकाओं को प्रति सप्ताह आयरन फोलिक एसिड की गोली खिलायी जायेगी। यह गोली राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के माध्यम से उपलब्ध करायी जायेगी। यह कार्यक्रम राज्य के 7 जिलों यथा टोंक, अलवर, जोधपुर, बारां, धौलपुर, राजसमन्द एवं झालावाड में शुरू किया गया है। किशोरी शक्ति योजना में चयनित किशोरी बालिकाओं को भी आई.एफ.ए. की गोलियों का वितरण किया जा रहा है।
- **अन्य कार्यक्रम–** यूनिसेफ के सहयोग से महिला एवं बाल विकास द्वारा सम्पूर्ण स्वच्छता कार्यक्रम के अर्न्तगत यूनिसेफ समर्थित 7 जिलों में मॉडल शौचालयों का निर्माण करवाया गया है। प्रत्येक जिलें में 8 मॉडल शौचालय तैयार करवाये गये है।

बच्चों के पोषण के लिए कई योजनाएं बनाई गई हैं जिसमें कई ने अर्न्तराष्ट्रीय संगठनों में अपना योगदान दिया है जो इस प्रकार हैं।

- **शिशुओ और छोटे बच्चों के पोषण (फीडिंग) के संबंध में राष्ट्रीय मार्गदर्शी सिद्धांतः** इन मार्गदर्शी सिद्धांतों द्वारा स्तनपान के महत्व पर जोर दिया गया है। बच्चे के जन्म के तुरन्त बाद स्तनपान प्रारंभ कर देना चाहिए तथा किसी अन्य प्रकार के दूध का प्रयोग शुरू करने से पहले छह महीने तक केवल स्तनपान कराना चाहिए। इसके बाद ही उचित व पूरक पोषण (फीडिंग) शुरू किया जाना चाहिए और साथ ही स्तनपान भी दो वर्ष तक कराया जा सकता है।[25]

- **राष्ट्रीय पोषण नीतिः** राष्ट्रीय पोषण नीति, महिला व बाल विकास विभाग के तत्वावधान में भारत सरकार द्वारा 1993 में अंगीकार किया गया था। इसके द्वारा

[25] ICDS.UP.Web.org.

कुपोषण मिटाने और सबके लिए पोषण का लक्ष्य प्राप्त करने के लिए बहु–सेक्टर संबंधी योजना की वकालत की गई। यह योजना देश भर में पोषण के स्तर की निगरानी करने तथा अच्छे पोषण की आवश्यकता व कुपोषण रोकने की जरुरत के संबंध में सरकारी मशीनरी को सुग्राही बनाने की वकालत करती है। राष्ट्रीय पोषण नीति में आहार व पोषण बोर्ड भी सम्मिलित है, जिसके द्वारा स्तनपान व पूरक फीडिंग के संबंध में सही तथ्यों का प्रसार करने के लिए पोस्टर विकसित किए जाते हैं।

- **समन्वित बाल विकास सेवा योजनाः** यह पूरे देश में व कदाचित विश्वभर में, बाल विकास के संबंध में, अत्यधिक व्यापक योजनाओं में से एक है। बच्चों के संबंध में राष्ट्रीय नीति के अनुसरण में महिला व बाल विकास मंत्रालय द्वारा इस योजना को 1975 से चलाया जा रहा है। इसका उद्देश्य स्कूल जाने से पहले बच्चों के लिए एकीकृत रूप से सेवाएं उपलब्ध कराना है, ताकि ग्रामीण, आदिवासी और झुग्गी वाले क्षेत्रों में बच्चों की उचित वृद्धि और विकास सुनिश्चित किया जा सके। इस केन्द्रीय प्रायोजित योजना द्वारा बच्चों के पोषण स्तर पर निगरानी रखी जाती है।

- **उदिशाः** उदिशा का संस्कृत में अर्थ होता है नए भोर की पहली किरण। यह विश्व बैंक से सहायता प्राप्त महिला व बाल विकास परियोजना है। इस कार्यक्रम का उद्देश्य देशभर में बाल देखभाल करने वाले कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित करना है। बच्चों के लिए राष्ट्रीय नीति द्वारा यह निर्धारित किया गया है कि राज्य द्वारा, बच्चों के पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक विकास के लिए उनके जन्म पूर्व व जन्म के पश्चात् (दोनों) और विकास की अवस्थाओं में, पर्याप्त सेवाएं उपलब्ध कराई जाएंगी।

यूनिसेफ की भूमिका

भारत में कुपोषण से लड़ने में प्रमुख भूमिका निभा रही यूनिसेफ और उसके साथ मिलकर काम करने वाली संस्था आई. डबल्यू. एफ. (India Word Foundation) ने सराहनीय काम किया है तथा यह संस्था विभिन्न कार्यक्रमों के तहत, आज भी पूरी निष्ठा से इस दिशा में कार्य कर रही है। आई. डबल्यू. एफ. (India Word Foundation) ने भारत के विभिन्न क्षेत्रों की झुग्गी–झोपड़ी बस्तियों के बच्चों की न सिर्फ पोषण संबंधी जरूरतों को पूरा किया वरन् उन्हें शिक्षित करने का काम भी किया है। निपुण संस्था यूनिसेफ के साथ काम करते हुए आई. डबल्यू. एफ. को विभिन्न क्षेत्रों के अनुभवी व्यक्तियों का सहयोग मिला जिसके परिणामस्वरूप दोनों संस्थाओं के संयुक्त प्रयास से भारत में कुपोषण के कलंक को मिटाने में काफी हद तक सफलता मिली।[26]

आई. डबल्यू. एफ., कुपोषण राहत कार्य में तुरंत आवश्यक कार्यवाही तो करती ही है साथ ही यह संस्थान कुपोषण के कारणों को दूर करने के प्रोग्राम भी चला रही है। इसने आज तक लगभग 100 जगहों पर कार्यक्रम चलाकर कई हजार बच्चों को कुपोषण से दूर करने का प्रयास किया है जोकि प्रशंसनीय है। सन् 1985 में यह मानते हुए कि कुपोषण और सतत् बरकरार रहने वाली भुखमरी की स्थिति को मिटाये बिना एक स्वस्थ व समता मूलक समाज स्थापित नहीं किया जा सकता। अतः इसी व्यापक नजरिये को आधार बनाते हुए समन्वित बाल विकास परियोजना शुरू की गई और इस तरह शुरू हुई आंगनवाड़ी! एक लंबे दौर तक आंगनवाड़ी को दोयम दर्जे का महत्व दिया जाता रहा। किन्तु 45 सालों बाद भी बचपन की भुखमरी और कुपोषण का समापन नहीं हो सका। भारत में कुपोषण जितनी बड़ी समस्या है, वैसा पूरे दक्षिण एशिया में और कहीं नहीं है।[27] कुपोषण को इतना महत्व देने का क्या कारण है? विश्व बैंक जैसी अनेक संस्थाएँ इसके प्रति इतनी चिंतित क्यों हैं? क्योंकि आमतौर पर कुपोषण को चिकित्सा से जोड़कर देखा गया है। परंतु वास्तव में यह बहुत सारे

[26] UNICEF- The state of the worlds children, 2013 (Available from http://www.unicef.org/2011)
[27] समेकित बाल विकास परियोजना https://wcd.nic.in, Indian Journal of Public Health 3 (1), 21-25, 1999.

सामाजिक–राजनैतिक कारणों का परिणाम है। जब भूख और गरीबी को राजनैतिक लक्ष्यों में प्राथमिकता नहीं दी जाती तो बड़ी तादाद में कुपोषण सतह पर उभरता है। भारत से अधिक गरीब और कम विकसित पड़ोसी देश बांग्लादेश और नेपाल हैं और कुपोषण में भारत इनसे भी आगे है।

कुपोषण कार्यक्रमों और गतिविधियों से नहीं रूक सकता है। एक मजबूत जन समर्पण और पहल जरूरी है। जब तक खाद्य सुरक्षा के लिये दूरगामी नीतियां निर्धारित न हो और बच्चों को नीति निर्धारण तथा बजट आवंटन में प्राथमिकता न दी जाए तो कुपोषण के निवारण में अधिक प्रगति संभव नहीं है।

कुपोषण खत्म करने के लिए यूनिसेफ का सपोर्ट ग्रुप

कुपोषित बच्चों की तेजी से बढ़ रही संख्या रोकने के लिए यूनिसेफ ने स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर इसके खात्मे की योजना बनाई है। यूनिसेफ की ओर से इसके लिए गांवों में सपोर्ट ग्रुप तैयार कराया जाएगा। इसके लिए आईकेईए फाउंडेशन की मदद ली जाएगी जो पूरे क्षेत्र में कार्य करेगी। सपोर्ट ग्रुप में केवल महिलाएं ही होंगी और ये घर–घर जाकर अभिवावकों को, बच्चों को जरूरी आहार समय से देने के लिए जागरूक करेंगी। सपोर्ट ग्रुप में शामिल की जाने वाली महिलाओं को शिशु जन्म के बाद से दो साल तक उचित आहार देने, स्तनपान कराने सहित अन्य जानकारियां देने की जिम्मेदारी महिलाओं पर ही रहेगी। इसमें आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, एनम और गांव की दो–तीन महिलाओं को शामिल किया जाएगा। जरूरत पंड़ने पर पंचायती राज विभाग, स्वयंसेवी समूहों की भी मदद ली जाएगी।

- **विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू.एच.ओ.) (World Health Organisation)**

विश्व स्वास्थ्य संगठन उन प्रमुख संयुक्त राष्ट्र अभिकरणों में से एक है, जो स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के साथ सहयोग करते हैं। डब्ल्यूएचओ द्वारा हमारे देश में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों और स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं के

प्रमुख क्षेत्रों में तकनीकी सहायता प्रदान की जाती है।[28] डब्ल्यूएचओ के तहत कार्यकलापों का वित्तपोषण दो स्रोतों के माध्यम से होता है– देश का बजट जो सदस्य देशों द्वारा दिए गए योगदान से जाता है तथा अतिरिक्त बजटीय संसाधन जो निम्नलिखित से आते हैं।

(क) स्वास्थ्य के सामान्य या विशिष्ट पहलुओं के लिए विभिन्न स्रोतों से चंदा और

(ख) अन्य सदस्य राष्ट्रों या संस्थान एजेंसियों द्वारा विश्व स्वास्थ्य संगठन के माध्यम से देशों को निधी बजट प्रति कलैण्डर वर्ष द्विवार्षिक आधार पर प्रस्तुत किया जाता है।

- **विश्व बैंक बोर्ड द्वारा भारत में बच्चों के पोषण की स्थिति में सुधार के लिए आर्थिक सहयोग**

विश्व बैंक ने भारत सरकार के 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों में पोषण की स्थिति में सुधार लाने के प्रयासों को समर्थन देने के लिए दो चरणों वाले ऋण के पहले अंश के तौर पर 10.6 करोड़ अमेरिकी डॉलर के क्रेडिट को स्वीकृति प्रदान की। इसमें 0–3 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों पर विशेष रूप से ध्यान दिया जाएगा। विश्व बैंक द्वारा स्वीकृत की गई आई0सी0डी0एस0, सिस्टम्स स्ट्रैन्थेनिंग एंड न्यूट्रिशन इम्प्रूवमेंट परियोजना (ISSNIP) में, गर्भवती/स्तनपान कराने वाली महिलाओं के साथ–साथ 0–3 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों को मुहैया कराई जाने वाली सेवाओं में सुधार करने पर ध्यान दिया जाएगा।[29] परियोजना का पहला चरण अगले तीन वर्षों में और दूसरा (चार–वर्षीय) चरण इसके परिणामों को सफलतापूर्वक अर्जित करने के बाद क्रियान्वित किया जाएगा। नीतिगत और संस्थागत सुधारों के साथ–साथ नई प्रायोगिक योजनाओं व कार्यक्रमों को कुपोषण के अत्यधिक भार से ग्रस्त आठ राज्यों में परखा जाएगा, जिसके दौरान इन

[28] विश्व स्वास्थ्य संगठन डब्ल्यू.एच.ओ. https://www.who.int/., Social Science and Medicine (10), 1403-1409), 1995.
[29] आईसीडीएस सिस्टम्स स्ट्रैन्थेनिंग एंड न्यूट्रिशन इम्प्रूवमेंट परियोजना https://icds-wcd.nic.in/issnip/home.htm, pg. No.-198-204.

राज्यों में कुपोषण के अत्यधिक भार से ग्रस्त 162 जिलों पर विशेष रूप से ध्यान दिया जाएगा।

आज, भारत उन देशों में से है, जिनमें कुपोषण का स्तर विश्व में सर्वाधिक है। पैदा होने वाले एक–तिहाई बच्चों का वजन कम होता है, पांच वर्ष से छोटे 43 प्रतिशत बच्चों का वजन कम होता है, 48 प्रतिशत बच्चे कद में छोटे रह जाते हैं, 20 प्रतिशत कमजोर होते हैं, 70 प्रतिशत एनीमिया (अल्परक्तता) का शिकार होते हैं और 57 प्रतिशत में विटामिन ए की कमी होती है। हालांकि भारत में कुपोषण गरीबों तक ही सीमित नहीं है। पोषण–संबंधी सूचकांकों में उल्लेखनीय क्षेत्रीय विषमताएं हैं। कुपोषण का 60 प्रतिशत भार कम आय वाले राज्यों (बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, मध्य प्रदेश, राजस्थान और उत्तर प्रदेश) में तथा 8 से 10 प्रतिशत अतिरिक्त भार आंध्र प्रदेश और महाराष्ट्र राज्यों के विशिष्ट भौगोलिक इलाकों में संकेन्द्रित है। एक विस्तृत और दूरगामी संरचना के जरिए मार्गदर्शन के बावजूद गत वर्षों में भारत के कुपोषण संबंधी अग्रणी कार्यक्रम समन्वित बाल विकास परियोजना में अधिकतर भोजन से संबंधित कार्यों और 3 से 6 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों पर ही ध्यान दिया गया है।[30] लेकिन, शोध से पता चलता है कि बार–बार संक्रमण (इंफेक्शन) का शिकार होना, स्वास्थ्य सेवाओं का अपर्याप्त इस्तेमाल, सफाई की कमी और विशेषकर गर्भावस्था के दौरान तथा जीवन के आरंभिक दो वर्षों में बच्चों को दूध पिलाने और उनकी देखभाल करने में रह जाने वाली कमियां कुपोषण में बढ़ोतरी करने वाले प्रमुख कारक हैं। सरकार आई0सी0डी0एस0 परियोजना की विस्तृत समीक्षा कर रही है और गर्भवती/स्तनपान कराने वाली माताओं तथा तीन वर्ष से छोटे बच्चों पर पहले से अधिक ध्यान देने के लिए नए–नए दृष्टिकोण अपना रही है। संसाधन, उन क्षेत्रों पर लक्षित किए जाएंगे जिनमें कुपोषण का भार बहुत अधिक है। विश्व बैंक के कंट्री डायरेक्टर ओन्नो रुह्ल ने कहा है, "बच्चे के जीवन के आरंभिक वर्षों के दौरान कुपोषण के दूरगामी प्रभाव पड़ सकते हैं। कुपोषित बच्चों की मृत्यु दर अधिक और ज्ञानात्मक (कॉग्निटिव) क्षमता कम

[30] इंटेग्रेटेड चाइल्ड डेवलपमेंट सर्विसेज https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925843/pg.50-51.

होती है। उनके पढ़ाई बीच में ही छोड़ देने की काफी संभावना बनी रहती है और वे जीवन में आगे अधिक काम नहीं कर पाते। कुपोषण बच्चे के पैदा होने से पहले भी शुरू हो सकता है (जब वे अपनी मॉ के गर्भ में रहते है।) और यह जटिल स्थिति उसके दो वर्ष का होने तक बनी रह सकती है।" उन्होंने आगे कहा, "इस परियोजना से गर्भवती माताओं और उनके बच्चों के पोषक स्तर में सुधार करने के लिए आवश्यक संस्थागत क्षमता और कार्यप्रणालियों का गठन करने की दिशा में सरकार द्वारा किए जा रहे प्रयासों को मदद मिलेगी।"

यही वजह है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अंतर्गत् कार्यप्रणालियों को सुदृढ़ करना, बहुक्षेत्रीय (स्वास्थ्य–संबंधी अन्य कार्यक्रमों के साथ) तालमेल बैठाना, स्वस्थ गर्भावस्था (समय पर गर्भधारण) एवं स्तनपान कराने हेतु समुचित आहार और देखभाल पर ध्यान देना जैसे लक्ष्यों को प्राथमिकता दी गई है। इसी मुख्य लक्ष्य में 0–3 वर्ष के आयु वर्ग के बच्चों के लिए स्तनपान को अनिवार्य रूप से सम्मिलित करना तथा स्वच्छता आदतों में बदलाव लाने व समुदायों को बेहतर गुणवत्तापूर्ण बाल विकास और पोषण सेवाओं की मांग करने की अधिकारिता देने का उद्देश्य भी निहित है। सार्वजनिक संसाधनों की तकनीकी क्षमता जैसे क्षेत्रों में सरकार के कामकाज में सुधार करने के मुद्दे को ध्यान में रखकर परियोजना का निर्माण हुआ है।

भारतीय सन्दर्भ में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की भूमिका

समाज का अधिकतर तबका निर्धनता और कुपोषण के जाल में फँसा हुआ है और पीढ़ी–दर–पीढ़ी यही स्थिति बनी हुई है। भूख और कुपोषण की शिकार महिलाओं के बच्चे अल्प वजन के शिकार रहते हैं और वे हमेशा के लिए कुपोषित होकर रह जाते हैं। शिशुओं में कुपोषण के प्रभाव महज शारीरिक ही नहीं होते, अपितु पोषण से वंचित शिशु के मस्तिष्क का कभी पूर्ण विकास नहीं हो पाता। लांसेट (Lancet) के एक अध्ययन में पाया गया कि अल्पपोषण नवजात के संज्ञानात्मक विकास को प्रभावित करता है। संज्ञानात्मक विकास के माध्यम से ही कोई शिशु अपने विकास के क्रम में

सूचना प्रसंस्करण, अवधारणात्मक कौशल, भाषा की समझ एवं अन्य जरुरी कौशल सीखता है। इसके अतिरिक्त अल्पपोषण नवजात के शारीरिक विकास को भी प्रभावित करता है जिससे शिशु में विकलांगता के लक्षण प्रदर्शित होने लगते हैं जो उसकी गतिशीलता को प्रभावित करते हैं। साथ ही इससे विद्यालय में बच्चे की सीखने की क्षमता प्रभावित होती है और परिणामस्वरूप वे आजीवन निर्धनता व अवसरहीन भविष्य की ओर धकेल दिए जाते हैं। लांसेट के एक अन्य अध्ययन में पाया गया कि ये कुपोषित/अल्पपोषित बच्चे प्रायः विद्यालयों में निम्न स्तरीय शैक्षणिक प्रदर्शन तो करते ही हैं और परिणामस्वरूप भविष्य में निम्न आय, उच्च प्रजनन दर तथा अपने बच्चों की अनुपयुक्त देखभाल के साथ निर्धनता के अंतर–पीढ़ीगत संचरण के भागी भी बनते हैं। दूसरे शब्दों में कहें तो आज के निर्धन भूखे बच्चे ही कल की भूखी, बेरोजगार और अल्पशिक्षित वयस्क आबादी का निर्माण करेंगे।

Global Nutrition Report, (2018) से प्राप्त निष्कर्षों में कुछ भी आश्चर्यजनक प्रतीत नहीं होता। पिछले पाँच वर्षों के विभिन्न अध्ययनों से यह खुलासा हुआ है कि अपने सर्वाधिक निस्सहाय नागरिकों को उनकी बाल आयु के वर्षो में पर्याप्त पोषण सुनिश्चित कर सकने में देश विफल रहा है। भारत लंबे समय से विश्व में सर्वाधिक कुपोषित बच्चों का देश बना है। हालाँकि कुपोषण के स्तर को कम करने में कुछ प्रगति भी हुई है। गंभीर कुपोषण के शिकार बच्चों का अनुपात वर्ष 2005–06 के 48 प्रतिशत से घटकर वर्ष 2015–16 में 38.4 प्रतिशत हो गया। इस अवधि में अल्प वजन के शिकार बच्चों का प्रतिशत 42.5 प्रतिशत से घटकर 35.7 प्रतिशत हो गया। साथ ही शिशुओं में रक्ताल्पता (एनीमिया) की स्थिति 69.5 प्रतिशत से घटकर 58.5 प्रतिशत रह गई किंतु इसे अत्यंत सीमित प्रगति ही मान सकते हैं।[31]

HUNGAMA Report on Malnutrition, (2011) भूख और कुपोषण सर्वेक्षण रिपोर्ट, Naandi फाउडेंशन की एक पहल है। जिसका उद्देश्य 'भूख और कुपोषण' के लिए हंगामा करना एवं कुपोषण के लिए लड़ना है। 2011 में 'हंगामा' सर्वेक्षण भारत के 112

[31] https://www.who.int>nutrition>report2018

ग्रामीण जिलों में संचालित किया है। 112 ग्रामीण जिलों में 100 ग्रामीण जिलों का चयन (6 राज्यों) में किया गया। जिनमें बाल विकास के संकेतक बिल्कुल निम्न अवस्था में थे। उन 100 जिलों में 6 राज्यों (बिहार, झारखण्ड़ मध्य प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान एवं उत्तरप्रदेश) है। इस सर्वेक्षण में पॉच वर्ष से कम उम्र के 109,093 बच्चों में पोषण स्तर को देखा गया एवं डाटा का संग्रहण अक्टूबर एवं फरवरी–2011 के बीच 3,360 गॉवों से संकलित किया गया। हंगामा सर्वेक्षण बच्चों में अल्पभार, ऑकड़ों को प्रस्तुत करता है। 9 राज्यों में 112 जिलों की यह रिपोर्ट बताती है कि 42.3 प्रतिशत बच्चें कम वजन के है, 58 प्रतिशत बच्चे stunted है। एवं 11 प्रतिशत wasted है।[32]

- **प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के माध्यम से पोषण संबंधी हस्तक्षेपः भारत में आई0सी0डी0एस0 परियोजनाओं के प्रभाव**

  टण्डन, बी॰ एन॰ (2000) का कहना है कि भारत सरकार ने ग्राम एवं नगर मलिन बस्तियों की वंचित जनसंख्या को स्वास्थ्य, पोषण एवं शिक्षा से सम्बन्धित सेवायें केन्द्रों के जरिये उपलब्ध कराने के लक्ष्य से 1975 में आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया। यह परियोजना प्राथमिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम के रूप में भी जाना जाता है। यह परियोजना बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर पर ध्यान केन्द्रित करता है एवं इसमें बच्चों को स्वास्थ सम्बन्धित सेवायें उपलब्ध करायी जाती हैं। आगे इस लेख में आई0सी0डी0एस0 परियोजना के भारत में पड़ने वाले प्रभाव को प्रदर्शित किया गया है। इस परियोजना का प्रारम्भ कुपोषण की समस्या का उन्मूलन करने एवं गर्भवती व धात्री महिलाओं के स्वास्थ्य स्तर को ऊँचा उठाने के लक्ष्य से किया गया एवं इस लक्ष्य की प्राप्ति के लिये अथक प्रयास भी किए गए हैं। इन प्रयासों के फलस्वरूप ही भारत में इस परियोजना का सकारात्मक प्रभाव पड़ा है तथा कुपोषण के स्तर में गिरावट हुई है एवं बच्चों एवं माताओं के स्वास्थ्य में वृद्धि हुई है।

---

[32] HUNGAMA: Figthing hunger and malnutrition : The Hungama Survey Report- 2011, www.eldis.org.

टण्डन, बी॰ एन॰ एवं कपिल, यू॰ (1991) ने अपने लेख ''आई0सी0डी0एस0 परियोजनाः महिला एवं बाल स्वास्थ्य विकास हेतु कार्यक्रम'' में बताया है कि भारत सरकार द्वारा 2 अक्टूबर, 1975 को आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ, 33 ब्लाकों में प्रायोगिक तौर पर किया गया। यह लेख माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य एवं विकास में होने वाले सकारात्मक प्रभाव को प्रदर्शित करने के साथ ही उनके स्वास्थ्य, पोषण स्तर व शैक्षिक सेवाओं में होने वाले सुधार की जानकारी भी देता है।[33]

घोष, शान्ति (2004) ने अपने लेख ''बाल कुपोषण'' में बच्चों में होने वाली कुपोषण की समस्या को उजागर किया है। उनका कहना है "0–3 वर्ष के बच्चों में स्तनपान सबसे अधिक आवश्यक होता है। परन्तु भारत में स्तनपान संवर्धन नेटवर्क – बी.पी.एन.आई. (2013) में 49 जिलों के अध्ययन के परिणामस्वरूप यह पाया गया कि केवल 39.7 प्रतिशत बच्चे ही प्रारम्भिक 6 महीनों के दौरान स्तनपान करते हैं जबकि अन्य बच्चे इससे वंचित रहते हैं जिससे उन्हें आवश्यक तत्व प्राप्त नहीं हो पाते। कुपोषित होने पर अल्पभार की समस्या भी उन्हें घेरने लगती है।[34] समन्वित बाल विकास कार्यक्रम देश के विभिन्न भागों में कुपोषण उन्मूलन के लक्ष्य को लेकर प्रारम्भ किया गया था फिर भी 30 वर्षों के संचालन के पश्चात् भी बच्चों के कुपोषण स्तर पर कोई विशेष प्रभाव नहीं हुआ। अतः इस कार्यक्रम को अपनी कार्यविधियों में परिवर्तन करते हुए एक स्वस्थ एवं विकसित कार्यक्रम में रूपान्तरित होना चाहिए।"

गुप्ता ए॰ व गुप्ता एस॰ के॰ (2013) ने अपने लेख ''समन्वित बाल विकास परियोजनाः एक 37 वर्षीय यात्रा'' में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की 37 वर्षों की कार्यविधियों पर ध्यान आकर्षित किया है। समन्वित बाल विकास परियोजना का प्रारम्भ 2 अक्टूबर, 1975 को कुपोषण की समस्या को उन्मूलित करने एवं 0–6 के बच्चों में मृत्युदर में कमी लाने के लक्ष्य से प्रारम्भ किया गया एवं इस परियोजना की प्रगति अभूतपूर्व रही। वर्तमान समय में इस परियोजना के अन्तर्गत 7.6 मिलियन गर्भवती महिलाएँ एवं

---

[33] Tandon B.N., Kapil U. (1991). ICDS scheme: A Program for development of mother and child health.Indian Pediatr 1991; 28:1425–1428.

[34] Ghosh,Shanti. (2004). Vol. 39, Issue No. 40, 02

स्तनपान कराने वाली माताएँ एवं 0–6 वर्ष के 36 मिलियन बच्चे लाभान्वित हो रहे हैं। परन्तु इतनी प्रगति के बावजूद बहुत सारी कमियाँ पाई गई हैं जैसे कि, आगनवाड़ी कार्यकर्ता अपने कार्य का सही से निष्पादन नहीं कर रहे हैं एवं बच्चों को स्वास्थ्य सम्बन्धित बुनियादी सुविधाएँ उपलब्ध नहीं हो पा रही हैं। अतः लेखक का उद्देश्य आई0सी0डी0एस0 परियोजना के सकारात्मक एवं नकारात्मक दोनों पक्षों को उजागर करना है।[35]

कौल, विनीता (2009) ने अपने लेख ''भारत में एकीकृत प्रारंभिक बचपन का अधिकार'' को परिभाषित करते हुए, भारत में एकीकृत बाल विकास अधिकार की व्याख्या की है। उनका कहना है कि शिक्षा का सम्बन्ध स्वास्थ्य एवं पोषण से है। प्रारम्भिक बचपन में जो शिक्षा उपलब्ध करवाई जाती है, उससे बच्चों के विकास में सहायता प्राप्त होती है। 2009 में भारत सरकार ने बच्चों को मुफ्त एवं अनिवार्य शिक्षा के अधिकार का अधिनियम लागू किया जिसमें 6–14 वर्ष तक के बच्चों को अनिवार्य शिक्षा उपलब्ध करायी जाती है। अन्त में लेखक सामुदायिक सहभागिता एवं विकेन्द्रीकरण पर ध्यान केन्द्रित करते हैं और उनका सुझाव है कि एकीकृत योजना सामुदायिक सहभागिता से ही पूर्ण की जा सकती है।[36]

कपिल, उमेश (2002) ने अपने लेख ''समन्वित बाल विकास सेवाएँः भारत में समग्र बाल विकास कार्यक्रम'' में कहा है कि आर्थिक प्रगति में वर्तमान उपलब्धि के बावजूद भारत के विकास में बच्चों को एक अच्छा पोषित स्तर उपलब्ध नहीं हो पाया है एवं बच्चों के स्वास्थ्य स्तर में भी कमी हुई है। इसी समस्या के समाधान के लिए सरकार द्वारा आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया गया। यह परियोजना मातृत्व एवं बाल स्वास्थ्य तथा पोषण से सम्बन्धित है। जिसका प्रचार सिर्फ भारत में नहीं, बल्कि पूरे विश्व में है। बच्चों को एक उत्तम पोषित स्तर, स्वास्थ्य शिक्षा एवं कुपोषण से दूर रखने

[35] Gupta A., Gupta SK, (2013). Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme: A Journey of 37 years, Indian J Community Health, 2013. https://www.iapsmupuk.org/journal/index.php/IJCH /article/view/292

[36] Kaul, Venita. (2009). Defining a right to integrated early childhood development in India, Centre for Early Childhood Education and Development (CECED), Ambedkar Universit y, Delhi, India

के लिए इस कार्यक्रम पर ध्यान केन्द्रित किया गया। इसके लाभार्थियों में 0–6 वर्ष के बच्चे, गर्भवती महिलाएँ एवं स्तनपान कराने वाली माताओं को सम्मिलित किया गया है। इस लेख में समन्वित बाल विकास परियोजना के बारे में एवं भारत के विकास में कार्यक्रम के योगदान के बारे में बताया गया है।[37]

''आई0सी0डी0एस0 का सामाजिक अभिविन्यास का मूल्यांकन सेवा कार्यक्रम'' में **दिवाकर, दिलीप एवं निधि (2001)** ने समन्वित बाल विकास परियोजना के उद्‌भव एवं विकास को वर्णित किया है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ 2, अक्टूबर 1975 में बच्चों एवं महिलाओं के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर को उत्तम बनाने के लक्ष्य से किया गया था। इस कार्यक्रम में 0–6 वर्ष के बच्चों को स्वास्थ्य सम्बन्धी सुविधाएँ, टीकाकरण, अनुपूरक पोषण, गर्भवती एवं धात्री माताओं को स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान उपलब्ध कराया जाता है। इस लेख में कार्यक्रम की सामाजिक उन्मुखता का मूल्यांकन किया गया है। इसके लिए 4 राज्यों के 14 गाँवों को अध्ययन किया गया एवं यह जानने का प्रयास किया गया कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना में आने वाले लाभार्थी कौन हैं एवं उनको जो सुविधाएँ प्रदान की जा रही हैं, क्या वे उन्हें उपलब्ध हो पा रही हैं या वे इन सुविधाओं से वंचित हैं। अध्ययन करने के लिए महिला लाभार्थी की घरेलू एवं आर्थिक परिस्थितियों को निर्धारित किया गया है। महिला लाभार्थियों का शैक्षिक स्तर, आयु, व्यावसायिक स्तर, जाति एवं धर्म के आधार पर यह जानने का प्रयास किया गया कि कितनी लाभार्थी महिलाएं इस कार्यक्रम का लाभ उठा रही हैं एवं कितनी इससे वंचित हैं? घरेलू व आर्थिक परिस्थितियाँ इस अवस्था के लिए कितनी उत्तरदायी है? अध्ययन के परिणामस्वरूप यह ज्ञात हुआ है कि अनुसूचित जाति, जनजाति की महिलाएँ इस कार्यक्रम का अत्यधिक लाभ प्राप्त कर रही हैं एवं अन्य जाति (हिन्दू, मुस्लिम, सिख, जैन) की लाभार्थी महिलाएँ इससे लाभान्वित नहीं हो पा रही हैं। निष्कर्षतः कुछ असमानताओं का वर्णन किया गया है जैसे जिन राज्यों में कुपोषित बच्चे ज्यादा हैं उन राज्यों में समन्वित बाल विकास परियोजना का संचालन निम्न स्तर पर

[37] Kapil, Umesh (2002). ICDS Services : A Program for Holistic Development of Children in India. The Indian Journal of Pediatics July, Volume 69, Issue 7, Pp 597-601.

है एवं जिन राज्यों में बच्चों का स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर उच्च हैं तथा अन्य सुविधायें भी उपलब्ध हैं वहाँ पर परियोजना का संचालन सही से हो रहा है।

आर. शशीधर, मेज, परमपल्ली सदानन्दा एवं रामकृष्ण, वी. (2006) द्वारा प्रस्तुत ''भारत की समन्वित बाल विकास परियोजना एवं इसके प्रभाव : आंगनवाड़ियों के कार्यों का विश्लेषण'' आई0सी0डी0एस0 परियोजना बच्चों के विकास से सम्बन्धित विश्व का एक अद्भुत कार्यक्रम है। यह परियोजना 0–6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों को भोजन, स्वास्थ्य सुविधा एवं पोषण उपलब्ध कराता है। 3–6 वर्ष के बच्चों को अनौपचारिक शिक्षा (विद्यालय से पूर्व शिक्षा) उपलब्ध कराई जाती है। 15–45 वर्ष की महिलाओं को पोषण एवं स्वास्थ्य की शिक्षा दी जाती है। पिछले कुछ वर्षों से सामाजिक आर्थिक व्यवस्था को बनाये रखने में आई॰सी॰डी॰एस॰ ने महत्वपूर्ण भूमिका निभायी है। बच्चों की वृद्धि, सुरक्षा एवं विकास में यह एक सक्रिय भूमिका निभाती हैं। इससे यह प्रमाणित होता है कि आंगनवाड़ी केन्द्रों के जरिए ग्रामीण क्षेत्रो में बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण के स्तर को सुधारने का प्रयास किया गया है। आंगनवाड़ी केन्द्रों को मिलने वाली निधि, पंचवर्षीय योजनाओं के जरिए उनका विश्लेषण भी हुआ है।[38] आंगनवाड़ी केन्द्र के जरिये ही हर गांव में बच्चों को पोष्टिक भोजन, स्वास्थ्य शिक्षा एवं विद्यालय पूर्व शिक्षा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के द्वारा प्रदान की जाती हैं। साल में 300 दिन भोजन उपलब्ध कराया जाता है। स्तनपान कराने वाली एवं गर्भवती महिलाओं और वयस्क लड़कियों को इन लाभार्थियो में सम्मिलित किया जाता है और उन्हें पोषण स्तर की शिक्षा दी जाती है। 3–6 वर्ष के बच्चों को पूर्व विद्यालय शिक्षा प्रदान की जाती है। इस शोध पत्र में आंगनवाड़ी केन्द्रों, आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं और उनके कार्य के बारे में बताया गया है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना की सबसे बड़ी चुनौती है बालिकाओं में भेदभाव को समाप्त करके उन्हें समाज के एक स्तर से जोड़ना। आंगनवाड़ी संस्था ने ग्रामीण क्षेत्रो में महिलाओं एवं बच्चों को अच्छा स्तर उपलब्ध कराने में बहुत महत्वपूर्ण भूमिका निभाई

[38] आर. शशीधर, सदानन्दा, वाल्मिकी रामकृष्ण
https://www.academia.edu/2979708/INDIA_S_INTEGRATED_CHILD_DEVELOPMENT_SCHEME_AND_ITS_IMPLEMENTATION_PERFORMANCE_OF_ANGANWADIS_AND_ANALYSIS

है तथा इनका सकारात्मक प्रभाव देश के कई क्षेत्रों पर पड़ा है। कई प्रदेशों में सामाजिक, आर्थिक दशाओं में सुधार आने लगा है। अतः हम कह सकते हैं कि आंगनवाड़ी केन्द्रों की भूमिका आई.सी.डी.एस. कार्यक्रम को कार्यान्वित करने में बहुत प्रमुख रही है।

अपनी पुस्तक ''शिशु मृत्यु दर (1959)'' में **चन्दशेखर** ने बताया है कि शिशुओं की जनसंख्या का एक अनुभाग उनके अस्तित्व के लिए पर्यावरणीय दशाओं पर बहुत हद तक निर्भर करता है। यह कहना गलत नहीं होगा कि शिशु की मृत्यु अधिकांशतः निर्धनता एवं अस्वास्थ्यकर परिवेश की वजह से होती है। स्वस्थ परिवेश तथा समुचित देखभाल की व्यवस्था करना ही शिशु मृत्युदर में कमी लाने के लिए आवश्यक है।

बनर्जी, संगीता (1999) ने ''समुदाय का आई.सी.डी.एस. जाँच में सहयोग में सामुदायिक सहभागिता की प्रभावशीलता एवं परिणाम'' के बारे में अध्ययन किया है।[39] इस कार्यक्रम में पूरी जनसंख्या के 854 उत्तरदाताओं को सम्मिलित किया गया जिसमें अलाभान्वित बच्चों के 15 अभिभावकों को एवं लाभान्वित बच्चों के 10 अभिभावकों को चयनित किया गया। इस अध्ययन का ब्यौरा निम्नलिखित है।

- 15 में से 7 माताओं ने बच्चों को प्रदान की जाने वाली सेवाओं के बारे में सही सूचना उपलब्ध करवाई एवं बताया कि बच्चों को आंगनवाड़ी केन्द्र में भेजने के लिए परिवार के सदस्य उन्हें प्रोत्साहित करते हैं।
- उत्तरदाता महिलाओं का कहना था कि मलिन बस्ती में रहने वाले बच्चों को उत्तम भोजन एवं शिक्षा प्राप्त नहीं हो पाती है।
- उत्तरदाताओं का मानना है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता महीने में एक बार या दो बार उनके घर का निरीक्षण करने आते हैं।

[39] Banarjee, S. (1999). A Study on Community Participation in ICDS in North Kolkata, VIdya Sagar School of Social Work, Kolkata, West Bengal, Research on ICDS An Overview Volume-3

- उत्तरदाताओं का मानना था कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता प्रत्येक महीने उनके घर का निरीक्षण करते हैं एवं साथ ही साथ स्वास्थ्य सम्बन्धी जाँच एवं सलाह भी प्रदान करते हैं। परन्तु 2 सूचनादाता, कार्यकर्ताओं से बिल्कुल भी संतुष्ट नहीं थे क्योंकि उनके आने–जाने का कोई निश्चित समय नहीं होता था एवं उनके द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएँ भी संतोषजनक नहीं थीं।
- उत्तरदाता, केन्द्र में गर्भवती महिलाओं को प्रदान करने वाली सुविधाओं के बारे में जाग्रत नहीं थे। उनका मानना था कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता हफ्ते में एक बार निरीक्षण करना प्रारम्भ करें तो वह इस कार्यक्रम में सम्मिलित होने के लिए अधिक जागरूक होंगे।
- अलाभान्वित सूचनादाताओं का मानना है कि केन्द्र में सिर्फ सुसज्जित ड्रेस के बच्चों पर ही ध्यान दिया जाता है एवं बच्चों को जो भोजन प्रदान किया जाता है वह भी संतोषजनक नहीं है। इसी वजह से वे अपने बच्चों को आंगनवाड़ी केन्द्र में नहीं भेजते हैं।

अतः आवश्यकता है कि अन्य बच्चों को भी ड्रेस प्रदान की जाए, समुदाय में जागरुकता बढ़ाई जाए एवं बच्चों को उत्तम भोजन एवं दवाएँ उपलब्ध कराई जाएँ।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य सांख्यिकी केन्द्र (एन.सी.एच.) के आकड़ों के अनुसार यह ज्ञात हुआ है कि 66 प्रतिशत पुरूषों एवं 68 प्रतिशत महिलाओं में गंभीर कुपोषण विद्यमान है एवं इस कार्यक्रम से सम्बन्धित सारे ब्लॉक में महिलाएँ पुरूषों की तुलना में ज्यादा कुपोषित हैं।[40]

जनता के सहायतार्थ राष्ट्रीय बाल विकास संस्थान, (एन.आई.पी.सी.सी.डी.) में आयोजित एक राष्ट्रीय अध्ययन में समन्वित बाल विकास परियोजना के सकारात्मक प्रभाव की पुष्टि की गई है। कार्यक्रम का संचालन जहाँ पर किया जा रहा था वहाँ शिशुओं में

[40] राष्ट्रीय स्वास्थ्य सांख्यिकी केन्द्र (एन.सी.एच.)
https://www.nlm.nih.gov/nichsr/stats_tutorial/section4/ex1_NCHS.html

अल्पभार का प्रतिशत कम था। कम शिशु मृत्यु दर, उच्च टीकाकरण, स्वास्थ्य सेवाओं के उच्च उपयोग की दर एवं उत्तम पोषण उपस्थित था एवं गम्भीर रूप से कुपोषित बच्चों के प्रतिशत में गिरावट थी।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, (एन.एफ.एच.एस.)

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस) एक बड़े पैमाने पर, बहुबोल सर्वेक्षण है जो पूरे भारत में पारिवारिक प्रतिनिधि–नमूने में किया जाता है। एनएफएचएस अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान (आईआईपीएस), मुंबई, भारत की एक सहयोगी परियोजना है। भारत सरकार ने IIPS को नोडल एजेंसी के रूप में नामित किया है, जो NFHS के लिए समन्वय और तकनीकी मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए जिम्मेदार है। एनएफएचएस को यूनाइटेड स्टेट्स एजेंसी फॉर इंटरनेशनल डेवलपमेंट द्वारा संयुक्त राष्ट्र बाल विकास (यूएसएआईडी) के पूरक समर्थन के साथ वित्त पोषित किया गया था। आईआईपीएस ने सर्वेक्षण के कार्यान्वयन के लिए कई फील्ड संगठनों के साथ सहयोग किया। (एफओ) प्रत्येक एफओ NFHS द्वारा कवर किए गए एक या अधिक राज्यों में सर्वेक्षण गतिविधियों का संचालन करने के लिए जिम्मेदार था। एनएफएचएस के लिए तकनीकी सहायता ओआरसी मैंक्रो और पूर्व पश्चिम केन्द्र द्वारा प्रदान की गई थी। पहला राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS-1) 1992–93 में आयोजित किया गया था। सर्वेक्षण में महिलाओं और छोटे बच्चों पर जोर देने के साथ जनसंख्या, स्वास्थ्य और पोषण पर व्यापक जानकारी एकत्र की गई। विश्वविद्यालयों और राष्ट्रीय ख्याति के संस्थानों में स्थित अठारह जनसंख्या अनुसंधान केन्द्र (PRCs) ने NFHS-1 के संचालन के सभी चरणों में IIPS की सहायता की। सर्वेक्षण के लिए सभी राज्य स्तरीय और राष्ट्रीय स्तर की रिपोर्ट पहले ही प्रकाशित हो चुकी है। दूसरा राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS-2) 1998–99 में भारत के सभी 26 राज्यों में स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता, घरेलू हिंसा, प्रजनन स्वास्थ्य, एनीमिया, महिलाओं के पोषण, और गुणवत्ता को जोड़ा गया था।

तीसरा राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS-3) 2005–2006 में किया गया था। पॉच जनसंख्या अनुसंधान केन्द्रों सहित अठारह अनुसंधान संगठनों ने भारत के 29 राज्यों में सर्वेक्षण किया। चतुर्थ राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2015–16) किया गया। जिसमें कुपोषित बच्चें, अवरूद्ध बच्चों एवं अल्पभार बच्चों का विवरण दिया गया है। (NFHS-1) 1992–93 से लेकर (NFHS-4) 2015–2016 से सम्बन्धित आंकड़ों का विवरण अग्रलिखित है।

सारणी 2.1

भारत में नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे के ऑकड़े (1992 से 2016)

	5 वर्ष के अर्न्तगत अवरूद्ध बच्चों का प्रतिशत	5 वर्ष के अर्न्तगत अल्पभार बच्चों का प्रतिशत	5 वर्ष के अर्न्तगत कमजोर बच्चों का प्रतिशत
NFHS 1 (1992/93)	52*	53.4*	17.5*
NFHS 2 (1998/99)	45.5**	47**	15.5**
NFHS 3 (2005/06)	48	42.5	19-.8
NFHS 4 (2015/16)	38.4	35.7	21

Source: National Family Health Survey (NFHS), rounds 1-4

* 4 वर्ष के अर्न्तगत आने वाले बच्चें
** 3 वर्ष के अर्न्तगत आने वाले बच्चें

एन0एफ0एच0एस0 रिपोर्ट की सारणी 2.1 से यह स्पष्ट होता है कि 1992–93 में 52 प्रतिशत बच्चें (4 वर्ष के अर्न्तगत आने वाले) अवरूद्ध है, 53.4 प्रतिशत कम वजन के है एवं 17.5 प्रतिशत कमजोर है। इन्ही ऑकड़ों की तुलना में जब एन0एफ0एच0एस0–4 (2015–16) की रिपोर्ट को देखते है तो यह ज्ञात होता है कि 38.4 प्रतिशत बच्चें अवरूद्ध है, 35.7 प्रतिशत कम वजन के है एवं 21 प्रतिशत बच्चे कमजोर है। इन ऑकड़ों से यह प्रदर्शित हो रहा है कि 1992–93 में अवरूद्ध एवं कम वजन के बच्चों का प्रतिशत ज्यादा था परन्तु 2015–16 में इसके प्रतिशत में गिरावट आयी है। 1992–93 में कमजोर बच्चों का प्रतिशत जहॉ 17.5 प्रतिशत था वह 2015–16 में

बढ़कर 21 प्रतिशत हो गया है। इन आंकड़ों के अनुसार यह कह सकते है कि जहॉ अवरूद्ध एवं कम वजन के बच्चों के प्रतिशत के बच्चों में गिरावट हुइ है परन्तु कमजोर बच्चों के आंकड़ों में वृद्धि हुई है। फिर भी बच्चों में कुपोषण की समस्या को पूरी तरह से दूर करने के लिए अभी सरकार को बहुत प्रयास करना बाकी है। तब जाकर कही आंकड़ों में परिवर्तन आयेगा।[41]

विश्व बैंक के एक अध्ययन में पाया गया है कि भारत में इस समय काम करने लायक लोगों में दो तिहाई लोग बचपन में ठिगनेपन (Stunting) के शिकार थे। इसका प्रति व्यक्ति आय और कुल आर्थिक लागत पर व्यापक प्रभाव पड़ता है। भारत में ठिगनेपन (Stunting) की वजह से प्रति व्यक्ति आय में 13% की भारी कमी दर्ज हो रही है। यह दुनिया में सबसे ज्यादा है।[42] पूरे दक्षिण एशिया और अफ्रीकी देशों में यह लगभग 10 प्रतिशत है। पैदा होने के कुछ समय बाद से लेकर वयस्क होने तक के आंकड़ों को शामिल करने वाले अध्ययनों में पता चला है कि जीवन के शुरुआती चरण में पर्याप्त पोषण नहीं मिलने से बालक/बालिका के जीवन पर बहुत गंभीर असर पड़ता है। एशियन डेवलपमेंट बैंक की (2017) की एक ताजा रिपोर्ट में पाया गया है कि कुपोषण बच्चों के मानसिक विकास और स्वास्थ्य को प्रभावित करता है।[43] जिसकी वजह से उसे ज्यादा ताकत नहीं मिल पाती, मस्तिष्क का ठीक से विकास नहीं हो पाता और साथ ही यह मृत्यु दर को भी बढ़ाता है। इसका उसकी शिक्षा पर और वयस्क होने के बाद उसकी उत्पादन क्षमता पर प्रभाव पड़ता है और उसे मजदूरी या पारिश्रमिक कम मिलता है। इसके अलावा बचपन में कुपोषण का संबंध मधुमेह जैसी लाइलाज बीमारियों से भी होता है। साथ ही आगे चलकर वह मोटापे का शिकार भी हो सकता है। भारत कुपोषण की जिस गंभीर समस्या से जूझ रहा है, ठिगनापन (Stunting) उसका महज एक पहलू है। इसके अलावा एनीमिया का ऊंचा स्तर, दुबलापन और बड़ी तादाद में बच्चों का कम वजन के साथ पैदा होना जैसे तथ्य इसमें और अधिक वृद्धि का कारण

[41] National family health survey (NFHS) rounds 1-4, http://rchips.org/NFHS/factsheet/html.
[42] https://www.worldbank.org
[43] https://www.adb.org

बनते हैं। वजन ज्यादा होने या मोटापे का शिकार होने के साथ ही जन्म से छह महीने तक बच्चों को सिर्फ स्तनपान नहीं मिल पाने से यह समस्या और बढ़ जाती है। हाल के अध्ययनों में यह भी पता चला है कि भारत में लगभग एक लाख बच्चे हर साल उन बीमारियों की वजह से मर जाते हैं, जिन्हें छह महीने तक सिर्फ मां का दूध उपलब्ध करवाकर आसानी से रोका जा सकता था। छह महीने तक बच्चों को सिर्फ स्तनपान नहीं करवाने की वजह से ही भारत की अर्थव्यवस्था पर हर साल 14 अरब अमेरिकी डॉलर का बोझ पड़ता है। क्योंकि बीमारियों की वजह से एक तो इलाज पर खर्च आता है और दूसरा उत्पादकता भी कम हो जाती है। भारत सहित विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्लूएचओ) के सभी सदस्य देशों ने वादा किया था कि वे सतत् विकास लक्ष्य (एसडीजी) संबंधी अपनी प्रतिबद्धता के तहत अपने–अपने देश में पोषण संबंधी स्थिति को बेहतर करेंगे। लेकिन इस लिहाज से प्रगति बहुत धीमी है और भारत को वर्ष 2025 तक वैश्विक लक्ष्य तक पहुंचने के लिए काफी तेज प्रयास करने होंगे।

राज्य आधारित आई0सी0डी0एस0 परियोजना

भारत में 29 राज्य है एवं अधिकतर राज्यों में आई0सी0डी0एस0 परियोजना प्रारम्भ हो चुकी है। अतः विभिन्न राज्यों में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की कार्यविधियॉ, क्रियान्वयन एवं दी जाने वाली सुविधाओं को जानने के लिए कुछ समीक्षाएं प्रस्तुत की गयी है। जिसका विवरण निम्नवत् है।

एजाज (1987) ''समन्वित बाल विकास परियोजना के कार्यों पर एक अध्ययन'' में कर्नाटक, राजस्थान एवं नागालैण्ड राज्यों में से 3 ग्रामीण, 3 जनजातीय एवं 3 शहरी इकाईयों को चयनित किया गया है। अध्ययन से यह ज्ञात हुआ है कि ज्यादातर आंगनबाड़ी केन्द्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुॅच पर्याप्त नहीं है एवं कई आंगनबाड़ी कार्यकर्ता पोषण शिक्षा कार्यक्रम के प्रभावशाली कार्यान्वयन के लिए प्रयोग किए जाने वाले तरीकों से अनभिज्ञ हैं क्योंकि कार्यकर्ताओ को जो प्रशिक्षण प्रदान किया जा रहा है उसमें कई कमियाँ विद्यमान हैं। यह पाया गया कि तीनों राज्यों में 53 प्रतिशत

माताओं ने गर्भावस्था के दौरान एवं गर्भाधान होने के 6 महीनों के पश्चात् अनुपूरक पोषण प्राप्त किया है। लगभग 99.3 प्रतिशत महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान टिटनेस का टीका लगाया गया। अतः आंगनवाड़ी केन्द्रों का कार्यकलाप इन राज्यों में संतोषजनक पाया गया परन्तु बच्चों की उपस्थिति इन केन्द्रों में पूर्ण नहीं थी। बच्चे केन्द्रों में तब ही जाते थे जब अनुपूरक खाद्य वितरित किया जाता था। कुछ लाभार्थियों को यह शिकायत भी रही कि आँगनवाड़ी केन्द्र नियमित रूप से खुलते नहीं हैं। उत्तर प्रदेश एवं राजस्थान के केन्द्रों में कार्यक्रम के क्रियान्वयन में बहुत सारी समस्याएं सामने आई हैं। जैसे– आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के वेतन के वितरण में असमानता, सही समय पर खाद्य वितरित न होना, अनुपूरक पोषण के परिवहन संबंधी खर्च के लिए अपर्याप्त बजट, कार्यकर्ताओं की कमी, आंगनवाड़ी के निवास स्थान की समस्या, बच्चों के लिए उपलब्ध भोजन में कमी आदि है।

कुमार, पवन एवं गर्ग, मीनाक्षी (2008) ने कर्नाटक की दो योजनाओं में अनुपूरक पोषण एवं कार्यक्रम के प्रभाव को ज्ञात करने के लिए अध्ययन किया। इस अध्ययन का उद्देश्य आंगनवाड़ी केन्द्र में वितरित अनुपूरक पोषण की गुणवत्ता एवं अनुपूरक पोषण कार्यक्रम की क्षमता का मूल्यांकन करना है। अध्ययन से यह परिणाम प्राप्त हुए कि दोनों योजनाओं में लाभार्थियो को अनुपूरक पोषण कम मात्रा में वितरित किया गया एवं आंगनवाड़ी केन्द्रों में बनाया गया भोजन स्वादहीन एवं अस्वास्थकारी था।

बीज एवं अजर (1986) ने कर्नाटक, नागालैण्ड, राजस्थान एवं दिल्ली राज्यों के ग्रामीण, शहरी एवं जनजातीय परियोजना में समन्वित बाल विकास कार्यक्रम की कार्यकारिणी को जानने के लिए जो अध्ययन किया, उससे यह परिणाम प्राप्त हुए कि इन राज्यो में संचालित आंगनवाड़ी केन्द्रों में स्वास्थ्य एवं पोषण सेवाएँ सुचारू रूप से नहीं चल रही हैं। फिर भी अनुपूरक पोषण एवं स्वास्थ्य सेवाओं को कुछ मायने में आच्छादित किया गया है।

शर्मा, अनिल (1989) ने एन.आई.पी.सी.सी.डी. (NIPCCD), ने विभिन्न राज्यों में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की परिवीक्षा करने को एंव अलग–अलग राज्यो में परियोजना के निर्माण एवं निगरानी रखने हेतु प्रयोग में आने वाले संकेत की पहचान करने के लिए प्रायोगिक परियोजना (Pilot Project) प्रारम्भ की। अध्ययन के लिए 13 ब्लॉकों का चयन किया गया जिनमें केरल, महाराष्ट्र, राजस्थान, तमिलनाडु एवं दिल्ली से है। अध्ययन के पश्चात् यह पता चला कि आंगनवाड़ी केन्द्र का कार्यान्वयन संतोषजनक है। यह पाया गया है कि 3–6 वर्ष के बच्चों की पूर्व प्राथमिक शिक्षा में बहुत सकारात्मक परिवर्तन हुआ है परन्तु अध्ययन से यह भी प्रकट हुआ कि ज्यादातर लाभार्थी आंगनवाड़ी केन्द्र में केवल भोजन प्राप्त करने आते हैं। जबकि लाभार्थियों को स्वच्छता एवं स्वस्थ रहने के प्रति जागरूक रहने को प्रेरित करना भी आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं का ही कार्य है। स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा गतिविधि का संचालन आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कभी–कभी ही करते हैं।

सामाजिक, आर्थिक, शैक्षिक विकास समुदाय (एस.ई.ई.डी.एस). ने 'आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन का मूल्यांकन एवं परियोजना के वितरण पहलू' पर ध्यान केन्द्रित करने के लिए हरियाणा में आवला, फतेहाबाद, रोहतक एवं गुडगांव से प्रत्येक दो ब्लॉकों का चयन किया एवं 32 आंगनवाड़ी केन्द्रों को एवं 725 कुल लाभार्थियों को प्रतिदर्शन के लिए लिया गया जिनमें कि 127 गर्भवती माताएँ, 131 स्तनपान कराने वाली माताएँ, 6 महीने से 3 वर्ष के 65 बच्चे, 3–6 वर्ष के 161 बच्चे एवं 131 अन्य लाभार्थी चयनित किए गए।[44] यह पाया गया कि गुडगांव एवं रोहतक में से अम्बाला एवं फतेहाबाद जिलों में प्रत्येक घर के लाभार्थियों की संख्या थोड़ा अधिक है। 6 वर्ष के 64.4 प्रतिशत बच्चे थे जबकि गर्भवती एवं स्तनपान कराने वाली महिलाएँ 35.6 प्रतिशत थी। जिलों में कोई किशोरी लाभार्थी नहीं थी। अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि 83 प्रतिशत परिवार अनुपूरक पोषण प्राप्त कर रहे थे। उनमें से 77 प्रतिशत ने उल्लेख किया कि अनुपूरक पोषण की आपूर्ति अच्छी थी। जबकि 11 प्रतिशत का मानना था कि

[44] Socio Economic Educational Development Society – SEEDS http://seedsindia.org.in/

यह संतोषजनक था। 7 प्रतिशत का मानना था कि इसकी गुणवत्ता खराब थी। 43 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने उल्लेख किया कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एक हफ्ते में तीन बार घर का दौरा करते हैं। 24 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना था कि एक सप्ताह में एक बार ही कार्यकर्ता आते हैं। जबकि 30 प्रतिशत का कहना था कि एक महीने में एक बार एवं 4 प्रतिशत ने बताया कि कार्यकर्ताओ ने घर का दौरा कभी किया ही नहीं। अध्ययन में यह भी पाया गया कि हरियाणा में टीकाकरण के लिए जागरूकता का स्तर बहुत अधिक नहीं था। 25 प्रतिशत जनसंख्या का मानना था कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने टीकाकरण के लिए घर का मुआयना किया है। फतेहाबाद में अधिकतम संख्या में लोग टीकाकरण कार्यक्रम के बारे में जानते थे एवं गुड़गांव जिले में बहुत कम लोग इसके बारे में जानते थे। अत्यधिक लाभार्थियों ने उल्लेख किया है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता टीकाकरण कार्यक्रम में मदद के लिए उन्हें समय–समय पर सूचित करते रहते थे। सर्वेक्षण के आकड़ों से यह भी ज्ञात हुआ कि 6 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों को बी॰ सी॰ जी॰ एवं पोलियो से बचने के लिए प्रतिरक्षित किया गया।

संपत, टी. (2008) ने ''समन्वित बाल विकास परियोजना में समुदाय की भागीदारी एवं कार्यक्रम में सामुदायिक सहयोग की स्थिति एवं बाधाओं का मूल्यांकन'' करने के लिए चेन्नई में अध्ययन का संचालन किया। अध्ययन के लिए चयनित कुल 180 उत्तरदाताओ में 40 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, 20 आंगनवाड़ी सहायककर्ता, 36 माताओं को सम्मिलित किया गया। अध्ययन के दौरान यह पाया गया कि सामुदायिक भागीदारी की मूल अवधारणा के बारे में परियोजना कार्यकर्ताओं को अपर्याप्त ज्ञान था। कार्यक्रम में 26 प्रतिशत माताओं एवं 14 प्रतिशत युवा, 36 प्रतिशत आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं 10 प्रतिशत पार्षदों ने भाग लिया एवं दिन प्रतिदिन की गतिविधियों एवं कार्यक्रम की कार्यविधियों में भी योगदान दिया।[45] लगभग 48 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने उल्लेख किया

[45] Sampath, T. (2006) A Study on Community Participation in Integrated Child Development Scheme (ICDS) In Chennai, Loyala College, Dept. of Social Work, Chennai, Taminadu, Research on ICDS An Overview Volume 3.

कि सामुदायिक भागीदारी संतोषजनक थी परन्तु सरकारी विभागों के बीच सहयोग एवं समन्वय की कमी थी।

आर्थिक विकास और पर्यावरण प्रबंधन के लिए समुदाय – (एस.ई.डी.ई.एम) (2005) द्वारा राजस्थान में आई.सी.डी.एस. की कार्यकारिणी की त्वरित समीक्षा की गई। आई.सी.डी. एस. कार्यक्रम के कार्य करने की एक विस्तृत प्रणाली का विश्लेषण किया जिसमें आपूर्ति वितरण के विश्लेषण सहित आंगनवाड़ी कार्यकर्ता तथा एनम के मध्य समन्वय की गुणवत्ता एवं मासिक स्वास्थ्य दिवस व राष्ट्रीय स्वास्थ्य दिवस में लाभार्थी महिलाओं की भागीदारी का विश्लेषण शामिल था। यह अध्ययन राजस्थान के पाँच जिलों अलवर, अजमेर, नागपुर, सीकर एवं जैसलमेर में आयोजित किया गया। उत्तरदाताओं की कुल संख्या 466 थी जिसमें 10 सुपरवाइजर, 43 एनम, 250 उपयोगकर्ता, 45 प्रधान, 5 क्षेत्रीय उपनिदेशक, 10 सीडीपीओ, 10 पर्यवेक्षक शामिल थे। इसके अन्तर्गत् यह पाया गया है कि लगभग 92 प्रतिशत महिलाएँ आंगनवाड़ी केन्द्रों में अनुपूरक पोषण से लाभान्वित हो रही हैं। परन्तु अनुपूरक पोषण का भंडारण एक समस्या थी। कुछ लाभार्थियों को अनुपूरक पोषण पसन्द नहीं आया क्योंकि यह बासी था। किन्तु कुछ ने इसे पसन्द किया एवं गैर लाभार्थी बच्चे भी इसे प्राप्त करने के लिए आते थे।[46] ज्यादातर आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चे सर्वेक्षण के समय 9 से 12 के मध्य उपस्थित थे। वहाँ पर कुछ अधिकारिक तौर पर नामिक आदर्श आंगनवाड़ी केन्द्र थे। क्रेच में प्रति 40 बच्चों के लिए प्रावधान था परन्तु नामांकित बच्चों का कोई अलग रजिस्टर नहीं था। 90 प्रतिशत से अधिक महिलाओं ने उल्लेख किया कि उनके आंगनवाड़ी केन्द्रों में प्रत्येक महीने एन.एच.ई. आयोजित किया गया फिर भी राष्ट्रीय स्वास्थ्य शिक्षा दिवस में जागरूकता का स्तर 50 प्रतिशत से निम्न था। अत्यधिक उत्तरदाताओं ने विभिन्न बीमारियों के उपचार के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग किया था परन्तु सारी प्रतिदर्श महिलाओं ने आई.एफ.ए. की गोलियां नहीं ली थी। केवल 6 प्रतिशत आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने सन्दर्भ सेवाओं का रिकार्ड बनाए रखा था एवं 14 प्रतिशत

[46] Society for economic Developmnet and Environment Mangagment-SEDEM). Report No. 321 Pg. no. 25-29

आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने महिलाओं एवं बच्चों को स्वास्थ्य जाँच प्रदान की। यह पाया गया कि 25 प्रतिशत लाभार्थी महिलाएँ अनुपूरक पोषण की तैयारी में शामिल थे एवं 28–75 प्रतिशत अनुपूरक पोषण के वितरण में एवं 13.75 प्रतिशत अभिभावकों ने किशोरियों को केन्द्र में भेजा था।

तिवारी, रेखा (2008) समन्वित ग्रामीण विकास किसी क्षेत्र में सामाजिक–आर्थिक क्रियाओं के समुचित वितरण एवं अवस्थिति से सम्बन्धित है, जिससे उसका संतुलित विकास हो सके। साथ ही, यह प्रत्येक के लिए न्यूनतम एवं जहां तक संभव हो उच्च स्तर तक से सम्बन्धित है। इस प्रकार ग्रामीण क्षेत्र का संतुलित विकास करके उनके जीवन की गुणवत्ता में वृद्वि करके क्षेत्र का विकास संभव है।[47]

गुप्ता, नेहा (2017) समन्वित बाल विकास परियोजना महिला एवं बाल विकास विभाग की सबसे पुरानी और महत्वपूर्ण योजना है, जिसका क्रियान्वयन जिले में वर्ष 1982 से किया जा रहा है। जबकि महिला बाल विकास विभाग की स्थापना, जिले में वर्ष 1988 में हुई है[48]। इस परियोजना का क्रियान्वयन आंगनवाड़ी केन्द्रों के माध्यम से किया जाता है तथा इसके अन्तर्गत छः प्रकार की सेवाएँ हितग्राहियों (महिलाओं और बच्चों) को प्रदान की जाती है। वे छः सेवाएँ हैं– पूरक पोषण आहार, टीकाकरण, स्वास्थ्य जांच, संदर्भ सेवाएँ, 3 से 6 वर्ष की आयु वाले शिशुओं को स्कूल पूर्व अनौपचारिक शिक्षा, महिलाओं के लिए पोषण तथा स्वास्थ्य शिक्षा। इन सेवाओं में से टीकाकरण सेवा व स्वास्थ्य जांच सेवा का कार्य स्वास्थ्य विभाग के सहयोग से आंगनवाड़ी केन्द्रों में किया जाता है। अनौपचारिक शिक्षा, पोषाहार एवं स्वास्थ्य शिक्षा व पूरक पोषण आहार का वितरण केन्द्रों का संचालन करने वाली आंगनवाड़ी कार्यकर्ता तथा सहायिका द्वारा पर्यवेक्षक के सहयोग से हितग्राहियों को किया जाता है। जिले में आई0सी0डी0एस0 परियोजना के प्रारंभ में 261 आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित थे। 1989 में इनकी संख्या बढ़कर 402 तथा 1998 में 998 हो गयी। वर्ष 2008 में बढ़कर 3434 हो गयी। जिले में

---

[47] Tiwari, Rekha. (2008) Village Development, Bull 31, 334-351.
[48] Gupta, Neha. (2017) ICDS, Scheme, https://doi.org/10.32677/IJCH.2017 Pg. No. 35-40

आंगनवाड़ी केन्द्रों की संख्या में निरंतर वृद्धि की जा रही है ताकि अधिक से अधिक हितग्राहियों को सेवाओं का लाभ प्रदान किया जा सके एवं कुपोषण के कलंक को समाप्त किया जा सके परंतु जिला सहित सम्भाग में यह प्रयास सार्थक साबित नहीं हो पा रहा है।

शर्मा, आँचल (2017) जीवन के प्रथम पाँच वर्ष शिशु की उत्तर जीविका के लिए महत्वपूर्ण होते हैं। इनमें से भी प्रथम तीन वर्षों के दौरान प्राप्त हुआ शारीरिक व मानसिक विकास भविष्य में उसकी दिशा निर्धारित करने के लिए महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। अतः यह आवश्यक है कि इस दौरान बच्चे का पूर्ण शारीरिक व मानसिक विकास सुनिश्चित किया जाए। बच्चे की वजन वृद्धि उसके स्वास्थ्य में हुए सकारात्मक परिवर्तन का सूचक होती है[49]। अतः उसके शारीरिक विकास पर नज़र बनाए रखने के लिए उसकी वजन वृद्धि पर ध्यान देना आवश्यक होता है। बच्चे के विकास की वृद्धि अवलोकन में आई0सी0डी0एस0 परियोजना का विशेष योगदान है। यह परियोजना आई0सी0डी0एस0 आंगनवाडी केन्द्रों के विशाल नेटवर्क द्वारा अपनी सेवाएँ समाज के गरीब वर्ग को प्रदान करती हैं। आई0सी0डी0एस0, आंगनवाडी केन्द्रों में आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के माध्यम से पूरक पोषाहार, टीकाकरण, स्वास्थ्य जाँच, पोषण एवं स्वास्थ्य शिक्षा, स्कूल पूर्व शिक्षा तथा संदर्भ सेवाएँ एकीकृत रूप में प्रदान करता है। स्वास्थ्य जाँच के अन्तर्गत वजन वृद्धि पर निगरानी रखने हेतु आंगनवाडी कार्यकर्त्री को पर्याप्त प्रशिक्षित किया जाता है। प्रस्तुत शोध अध्ययन विकास वृद्धि पर निगरानी के प्रति आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री की जानकारी का आंकलन करने के लिए किया गया है। प्रस्तुत शोध अध्ययन के लिए स्तरीकृत यादृच्छिक प्रतिदर्श प्रतिचयन विधि का प्रयोग कर उत्तर प्रदेश के गाज़ियाबाद जिले के शहरी क्षेत्र की 50 आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री का चयन किया गया है। चयनित प्रतिदर्शों पर स्वनिर्मित साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग किया गया हैं। प्रस्तुत शोध अध्ययन के निष्कर्षों से यह ज्ञात होता है कि वृद्धि निगरानी के प्रति आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री को पर्याप्त जानकारी है।

[49] Sharma, Aanchol (2017). Internation Journal of Community Medicin and Public Health, Pg. No. 20-22

गुप्ता, अर्चना, श्रीवास्तव जे.पी. (2016) प्रस्तुत शोध अध्ययन उत्तर प्रदेश राज्य के फतेहपुर जनपद के 2 विकासखण्डों खजुहा एवं अमौली में संचालित 31 आँगनवाड़ी केन्द्रों की आधारिक संरचना से सम्बन्धित है। इस शोध अध्ययन में वर्णनात्मक सर्वेक्षण शोध अभिकल्प का प्रयोग करते हुए समस्या की वर्तमान स्थिति को प्रस्तुत किया गया है। इस शोध पत्र में बहुस्तरीय संयोगिक निदर्शन तकनीक का प्रयोग करते हुए चयनित विकासखण्डों से 31 आँगनवाड़ी केन्द्र आनुपातिक दैव निदर्शन विधि द्वारा चयनित किए गए। आँकड़ों का संकलन अनुसूची निर्मित करके व्यक्तिगत साक्षात्कार एवं अवलोकन विधि के द्वारा किया गया। अधिकांश आँगनवाड़ी केन्द्रों में उपलब्ध शालापूर्व शिक्षा की सामग्री क्षतिग्रस्त एवं अव्यवस्थित पाई गई। शत प्रतिशत आँगनवाड़ी केन्द्रों में भोजन पकाने के बर्तन अपर्याप्त पाए गए। सामान्य वजन मशीन 83.87 प्रतिशत, ग्रोथ चार्ट एवं शिशु रक्षा कार्ड 93.55 प्रतिशत तथा दवा किट 12.90 प्रतिशत आँगनवाड़ी केन्द्रों में उपलब्ध पाए गए। शौचालय की सुविधा 48.39 प्रतिशत, पीने के स्वच्छ पानी की सुविधा 67.74 प्रतिशत, पंखा या प्राकृतिक हवा की सुविधा, खेल गतिविधियों के लिए स्थान व बच्चों का वजन लेने के लिए स्थान 93.55 प्रतिशत आँगनवाड़ी केन्द्रों में पाया गया। जबकि पोषाहार भण्डारण की सुविधा केवल 32.26 प्रतिशत आँगनवाड़ी केन्द्रों में ही उपलब्ध पाई गई। अभिलेखों/पंजिकाओं का रख–रखाव अधिकांश आँगनवाड़ी केन्द्रों में अच्छा पाया गया। समन्वित बाल विकास सेवा कार्यक्रम को बेहतर बनाने हेतु अधिकांश उत्तरदाताओं (67.20%) ने आँगनवाड़ी केन्द्र का भौतिक परिवेश अच्छा होने एवं केन्द्र में बुनियादी सुविधाएँ उपलब्ध होने, 65. 59 प्रतिशत ने कार्यक्रम के प्रति लोगों को जागरूक करने, 64.52 प्रतिशत ने शालापूर्व शिक्षा में सुधार लाने, 61.29 प्रतिशत ने पूरक पोषाहार की व्यवस्था को बेहतर बनाने एवं 56.45 प्रतिशत ने स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने पर बल दिया है।

बहल, सुनीता (2017) द्वारा, यू.पी. (चंडीगढ़) में आई.सी.डी.एस. के प्रशासन और प्रबंधन पर मामलों का अध्ययन–चंडीगढ़ में आई.सी.डी.एस. प्रस्ताव 1979 में आया जहाँ आरंभ

में 24 आंगनबाड़ी केन्द्र खोले गए। जिसे 1983 में बढाकर 160 कर दिया गया।[50] इस अध्ययन का मुख्य उद्देश्य आंगनवाड़ियों की कार्यप्रणाली का उनके लक्ष्य समूह पर प्रभाव देखना है। अध्ययन के मुख्य उद्देश्य थे।

1. आई0सी0डी0एस0 के तहत योजनाओं का बच्चों तथा महिलाओं के पोषण स्तर एवं स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन करना।
2. आई0सी0डी0एस0 के तहत योजनाओं के प्रति महिलाओं का दृष्टिकोण जानना।
3. आई0सी0डी0एस0 के तहत योजनाओं के प्रति लोगों के नकारात्मक दृष्टिकोण को बदलने हेतु सुझाव देना।

इस अध्ययन के लिए ग्रामीण क्षेत्र के 37 तथा शहरी क्षेत्र की 33 आंगनवाड़ियों का चयन किया गया। प्रश्नावलियों के प्राप्त उत्तरों का प्रतिशत आधार पर विश्लेषण किया गया।

यूनीसेफ समाचार लेख (2001–02) के अनुसार पोषण स्तर की समस्या आज अंतर्राष्ट्रीय स्तर की समस्या बन गई है। भारत के नगरीय परिवेश में घनी बस्तियों–झुग्गी–झोपड़ियों के निम्न आय वर्ग वाले बच्चो में पोषण स्तर की यह समस्या और भी विकराल होती है।[51]

कथूरिया ओ.के. एवं अरनेजा इंदु (1991) ने 6 से 10 साल के मध्य आयु समूहों से कुपोषण के प्रति व्यवहार संबंधी समस्याओं पर एक अध्ययन किया। अध्ययन के मुख्य उद्देश्य इस प्रकार थे।

1. 1 से 10 वर्ष के आयुवर्ग वाले छात्रों में कुपोषण की दर और निश्चित दर को ज्ञात करना।

---

[50] Bahal, Sunita (2017). Uttar Pradesh, Chandigarh, ICDS, Scheme, community med Public Health: 3283-4.
[51] Kathuriya. O.K. and Anneja Indu., (2001-02) Protein Energy Malnutrition, Nutritin and Health 1997.

2. बच्चो में कुपोषण और व्यावहारिक समस्याओं के बीच संबंधों को ज्ञात करना।

न्यादर्श के रूप में दिल्ली के दो सहायक स्कूलों में से 6 से 10 वर्ष के 100 स्कूली बच्चो को चुना गया। इसमें 66 लड़के व 34 लड़कियां थीं। उपकरण के रूप में प्रश्न प्रणाली, लंबाई व भार मापने की मशीन व फीते का उपयोग किया गया। बच्चों को औसत माता–पिता की शिक्षा व पारिवारिक आय के आधार पर 2 समूहों में विभक्त किया गया। दोनों समूहों की एक–दूसरे से तुलना (औसत आयु, माता–पिता की शिक्षा और पारिवारिक आय के आधार पर) की गई। जिनसे निम्न निष्कर्ष प्राप्त हुए।

- शिक्षित माता–पिता और अच्छी पारिवारिक आय वाले बच्चों को पूर्ण पोषण प्राप्त हुआ।
- अशिक्षित माता–पिता व कम आय वाले परिवार के बच्चो में कुपोषण की समस्या पाई गई।

त्रिपाठी, वेद प्रकाश (2011) इन्होने अध्ययन हेतु ग्वालियर जनपद के शहरी व ग्रामीण क्षेत्र के अंतर्गत् कुल 20 गावों में प्रत्येक गांव से 14–14 गर्भवती व शालापूर्व बालकों वाली 300 प्रतिदर्श से सूचनादाताओं का चयन किया। इनके अध्ययन के मुख्य उद्देश्य निम्न थे।

1. जनपद ग्वालियर की ग्रामीण व नगरीय महिलाओं में बच्चों के पोषण से संबंधित ज्ञान के स्तर को ज्ञात करना।
2. जनपद ग्वालियर की ग्रामीण व नगरीय महिलाओं में बच्चो के पोषण के प्रति अभिवृत्ति का स्तर ज्ञात करना।
3. जनपद ग्वालियर की ग्रामीण नगरीय महिलाओं में बच्चो के पोषण से संबंधित व्यवहारिकता ज्ञात करना।

शैक्षिक उपकरणों के द्वारा पोषण के प्रतिज्ञान अभिवृत्ति तथा व्यवहारिकता से संबंधित आंकडों का संकलन किया गया। प्राप्त आकड़ों को प्रभावपूर्ण ढ़ंग से सारणीकृत करके

सांख्यिकीय तकनीक जैसे– मध्यमान, मानक विचलन, टी–टेस्ट, काई स्कवायर परीक्षण द्वारा विश्लेषण किया गया। शोध के निम्न परिणाम प्राप्त हुए।

- पोषण के विभिन्न आयामों जैसे स्तनपान की स्थिति, वातावरण की स्वच्छता, शिशु पोषण, टीकाकरण एवं कुपोषण के संपूर्ण आयामों पर शहरी महिलाओं का ज्ञानात्मक स्तर ग्रामीण महिलाओं की तुलना में अधिक सार्थक पाया गया।
- पोषण से संबंधित व्यावहारिक पक्ष के क्रिया–कलापों पर शहरी महिलाओं की व्यावहारिकता ग्रामीण महिलाओं की व्यावहारिकता की तुलना में अधिक पाई गई जबकि तीन क्रिया–कलापों पर ग्रामीण एवं शहरी महिलाओं की व्यावहारिकता समान पाई गई।

डेहरिया, अशोक कुमार (2019) इस शोध पत्र में महिलाओं की आर्थिक स्थिति एवं बच्चों के कुपोषण के बीच सम्बन्ध का एक विश्लेषणात्मक अध्ययन किया गया है। इस शोध पत्र में अमरवाड़ा तहसील के 10 अनुसूचित जाति बहुल गांवों से 100 कुपोषित बच्चों का अध्ययन किया गया है। इस अध्ययन में यह पाया गया कि महिलाओं की आर्थिक एवं सामाजिक स्थिति अच्छी नहीं होने की वजह से वे बच्चों की ठीक से देखभाल नहीं कर पाती हैं। वे सुबह से लेकर शाम तक या तो स्वयं के खेतों या फिर दूसरे के यहाँ काम करने चली जाती हैं। बच्चों को या तो बड़े बुजुर्गों के साथ या बच्चे के बड़े–भाई बहन के साथ छोड़कर चली जाती हैं। बच्चों को न तो ठीक से पानी मिलता है और न ही भोजन। जिस वजह से बच्चे कमजोर और कुपोषित हो जाते हैं। महिलाओं के विकास के लिए चलाई जा रही योजनाओं से भी ये गरीब महिलाएं वंचित रहती हैं, जिसका मुख्य कारण इन महिलाओं में एक तो जागरूकता का आभाव होता है और दूसरा आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की लापरवाही की वजह से भी विकास योजनाओं की सेवाएँ इन तक नहीं पहुँच पातीं। जिस कारण कुपोषण की स्थिति और भी गंभीर हो जाती है।

उत्तर प्रदेश में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की भूमिका

यूनिसेफ की रिपोर्ट के अनुसार, भारत में कुपोषण के कारण 5 साल से कम उम्र के करीब 10 लाख बच्चों की हर साल मृत्यु हो जाती है। बाल मृत्यु दर के मामले में उत्तर प्रदेश देश में सबसे आगे है। यहां प्रति हजार बच्चों पर बाल मृत्यु दर 64 है और पांच साल के नीचे के बच्चों की बाल मृत्यु दर प्रति हजार बच्चों पर 78 है।[52] स्वास्थ्य एवं कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार की ओर से कराए जाने वाले इस स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार यू.पी. में 0 से 5 आयु वर्ग के 46.3 प्रतिशत बच्चे कुपोषित हैं। बिहार में 48. 3 प्रतिशत तथा यूपी में 39.5 प्रतिशत बच्चे अपनी आयु के हिसाब से अल्प वजन के शिकार हैं।

चतुर्वेदी (1987) द्वारा उत्तर प्रदेश के दो सामुदायिक विकास खण्ड़ो में लक्ष्यित बच्चों के मानसिक विकास पर आई0सी0डी0एस0 परियोजना के प्रभाव का आंकलन करने के लिये अध्ययन की रूपरेखा तैयार की गई। अध्ययन के संचालन के पश्चात् यह संकेत प्राप्त हुए हैं कि आंगनवाड़ी अनुभव के साथ अध्ययन में भाग लेने वाले बच्चों में एवं आंगनवाड़ी अनुभव के बिना अध्ययन में भाग लेने वाले बच्चों में महत्वपूर्ण अन्तर है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्षेत्र में बच्चों का शैक्षिक प्रदर्शन एवं विद्यालय में बच्चों की नियमितता एवं विद्यालय में बच्चों का सामान्य व्यवहार काफी बेहतर है। इस प्रकार इस परियोजना ने बच्चों की शिक्षा के बारे में जागरूकता बढ़ाने में अच्छा परिणाम प्रदर्शित किया है एवं बच्चों की शैक्षिक उपलब्धि में भी वृद्धि हुई है।

बनर्जी (1999) द्वारा ''उत्तर प्रदेश, कोलकाता में आई0सी0डी0एस0 परियोजना में समुदाय की भागीदारी का एक अध्ययन'' किया गया। इस अध्ययन में कुल जनसंख्या 554 में लाभार्थी बच्चों से 15 माताओं एवं 15 पिताओं को चयनित किया गया जिसमें 10 माता–पिता गैर लाभार्थी स्थानीय संगठन के प्रतिनिधियों एवं 5 विभिन्न केन्द्रों के पदाधिकारी थे। निष्कर्ष से यह ज्ञात हुआ कि परियोजना द्वारा बच्चों के लिए प्रदान की

[52] UNICEF, Underlying causes of under nutrition : Food Insecurity. Aug. 2013 (Available from http://www.unicef.org/nutrition/2.519html

जाने वाली सेवाओ में 15 में से 7 माताओं को अपने बच्चों को केन्द्र में भेजने के लिए परिवार के सदस्यो द्वारा प्रोत्साहित किया गया। अधिकतर माताओं को अपने क्षेत्र में आई0सी0डी0एस0 परियोजना प्रारम्भ होने के कारण पता थे। माताओं ने उल्लेख किया कि प्रत्येक तीन महीने में एक या दो बार आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने उनके घरों का दौरा किया जबकि स्वयं उत्तरदाताओ का कहना था कि वे हर महीने घर पर उपस्थित होते हैं। दो उत्तरदाताओं का कहना था कि वे आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं से खुश नहीं हैं क्योंकि उनके आने का कोई निश्चित समय नहीं होता एवं उनके द्वारा प्रदान की गई सेवाएँ भी संतोषजनक नहीं हैं।

धुरू (2009) ने अपने अध्ययन में बताया है कि आंगनवाड़ी केन्द्रों में बजट की कमी के रहते हुए भी आई0सी0डी0एस0 परियोजना क्रियान्वयन की वजह से भोजन की संख्या एवं गुणवत्ता दोनों प्रभावित होते हैं। धन का सही वितरण न होने से आंगनवाड़ी कार्यकर्ता भी अपने कार्य का सही से निष्पादन नहीं करते हैं। अतः आई0सी0डी0एस0 के क्रियान्वयन एवं व्यवस्था के बीच की दूरी का पारदर्शी होना आवश्यक है। इससे परियोजना में नियंत्रण एवं उचित प्रबन्धन होगा क्योंकि उत्तर प्रदेश में यह परियोजना भोजन वितरण योजना बनकर रह गयी है। अतः बच्चों एवं माताओं के विकास को बनाए रखने के लिए इस परियोजना के पुर्ननिर्माण की आवश्यकता है। सुप्रीम कोर्ट ने 28 नवम्बर, 2001 के अपने आदेश में कहा है कि हर जिले में आंगनवाड़ी केन्द्र होने चाहिए। जहाँ पर 0–6 वर्ष के बच्चों, गर्भवती एवं स्तनपान कराने वाली माताओं एवं सभी वयस्क बालिकाओं को वर्ष में 300 दिन का अनुपूरक पोषण उपलब्ध होना चाहिए। परन्तु अपने अध्ययन के दौरान उन्होंने यह पाया कि सारे आंगनवाड़ी केन्द्र नियमित रूप से नहीं खुल रहे हैं एवं ज्यादातर आंगनवाड़ी केन्द्र पंजीरी वितरण केन्द्र के रूप में जाने जाते हैं, जहाँ पर अनुसूचित जाति एवं जनजाति के बच्चे केवल पंजीरी प्राप्त करने आते हैं। इससे यह प्रदर्शित होता है कि उत्तर प्रदेश में आंगनवाड़ी केन्द्र केवल भोजन वितरण केन्द्र बनकर रह गए हैं।[53] अतः आंगनवाड़ी केन्द्रों की अनियमितता

[53] Dhuru, Report on ICDS, https://www.dawntoearth.org.in

केवल पोषण स्तर को ही नहीं प्रभावित करती, बल्कि आई.सी.डी.एस. योजना के अन्य तत्वों जैसे वृद्धि निगरानी, स्वास्थ्य एवं पोषण परामर्श, टीकाकरण, स्वास्थ्य रक्षा एवं पूर्ण प्राथमिक शिक्षा को भी प्रभावित करती है। आंगनवाड़ी पोषण कार्यक्रम के विकास पर अगर हम ध्यान केन्द्रित करें तो पता चलता है कि कई आंगनवाड़ी केन्द्रों की भूमिका संतोषजनक नहीं है। भोजन का वितरण तो अनियमित है ही उसकी गुणवत्ता भी बहुत खराब है।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएचएफएस–3) के अनुसार उत्तर प्रदेश में 42 प्रतिशत बच्चे कम वजन के हैं तथा प्रदेश का हर दूसरा बच्चा कुपोषित पाया गया है। कुपोषित बच्चों में मृत्यु की सम्भावना सामान्य बच्चों की तुलना में 9 गुना अधिक होती है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार बच्चे में लम्बाई के अनुपात में कम वजन होना, किसी भी देश या प्रदेश में स्वास्थ्य पोषण सेवाओं की गुणवत्ता का आकलन करने का महत्वपूर्ण मापदण्ड है। प्रदेश में बाल विकास सेवा एवं पुष्टाहार विभाग के अन्तर्गत आई.सी.डी.एस. के माध्यम से आंगनवाड़ी केन्द्र संचालित किये जा रहे हैं और बच्चों, किशोरी बालिकाओं, गर्भवती एवं धात्री महिलाओं के लिए अनुपूरक पोषाहार का वितरण कराकर कुपोषण की समस्या को दूर किये जाने का प्रयास किया जा रहा है। बावजूद इसके प्रदेश के बच्चों में कुपोषण की समस्या अभी भी बनी हुई है।

बेगम, एन. और खादी, पी.बी., (2008) ने अपने शोध "उत्तर प्रदेश में ग्रामीण पूर्व विद्यालयी बालकों के स्वास्थ्य विकास और पोषण स्तर पर ''समन्वित बाल विकास सेवाओं का प्रभाव" में निष्कर्ष निकाला कि–

- आँगनवाड़ी केन्द्रों पर मिलने वाले पूरक पोषाहार से बालकों की लम्बाई में काफी वृद्धि हुई थी।
- आँगनवाड़ी केन्द्र पर आने वाले बालकों और केन्द्र पर न आने वाले बालकों की लम्बाई और वजन में अपेक्षाकृत काफी अंतर था। केन्द्र पर आने वाले बालकों का वजन और लम्बाई अधिक थी।

गुप्ता, रूचि, (2003) ने अपने पीएच.डी. शोध "आई.सी.डी.एस. योजना के तहत स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा का माताओं पर प्रभाव और इसका बालकों के पोषण स्तर से सम्बंध का अध्ययन– एक मूल्यांकन" में निष्कर्ष निकाला है।

- जिन बालकों को लगातार स्तनपान कराया गया उनका सामान्य विकास अन्य बालकों की अपेक्षा उच्च स्तर का था।
- आँगनवाड़ी केन्द्रों में दी जाने वाली स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा ने बालकों की पोषण आवश्यकताओं के प्रति महिलाओं की जागरूकता में काफी बढोतरी की थी।

जैन, कल्पना, (2004) ने अपने एम.फिल शोध "गर्भावस्था में उत्तर प्रदेश में महिलाओं की कुपोषण और स्वास्थ्य सम्बंधी समस्याओं का अध्ययन" में निष्कर्ष निकाला है।

- आँगनवाड़ी केन्द्रों पर दी जाने वाली स्वास्थ्य तथा पोषण शिक्षा, टीकाकरण सेवाओं तथा पूरक पोषाहार योजना ने गर्भावस्था में ग्रामीण महिलाओं की कुपोषण की समस्या को कम किया था।
- जिन महिलाओं ने निरंतर पूरक पोषाहार तथा आयरन की गोलियाँ ली थीं उनमें कुपोषण तथा एनीमिया जैसी स्वास्थ्य समस्याएं बहुत कम पाई गईं।[54]

कालप्रिया, सी. (2004) ने "उत्तर प्रदेश में आँगनवाड़ी केन्द्रों में खेलों और खेल सामग्री का स्तर" में निष्कर्ष निकाला कि–

- लगभग सभी आँगनवाड़ी केन्द्रों में बालकों को खेलने के लिए खुला छोड़ दिया जाता था केवल 30 प्रतिशत आँगनवाड़ी कार्यकर्ता ही उनके खेलों में सक्रिय रूप से भाग लेती थीं।
- बाहर बैठने के लिए छायादार स्थान न होने के कारण 52 प्रतिशत आँगनवाड़ी केन्द्रों में बालक/बालिकाएँ कमरे के अन्दर ही खेल खेलने को विवश थे।

[54] Jain, Kalpana. (2001). Study of Malnutrition Problem I Women's, Volume I, Pg. No. 50-55

के. गीता, (2006) ने अपने पीएच.डी. शोध "तिरूपति आई.सी.डी.एस. योजना क्षेत्र की शहरी बस्तियों के आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की बाल विकास के अन्तर्गत् भागीदारी और प्रतिस्पर्धा का अध्ययन" में निष्कर्ष निकाला है।

- आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के ज्ञान और बाल विकास में भागीदारी पर, (आयु में भिन्नता, शैक्षिक तथा अनुभव योग्यता में अन्तर का) कोई विशेष प्रभाव नहीं पड़ा था।
- सभी आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं का शिशु देखभाल, पोषण एवं स्वास्थ्य, संगठन तथा कार्य प्रणाली के सम्बंध में ज्ञान 75 प्रतिशत के स्तर से ऊपर था।[55]

खोसला, रेणू, (2008) ने अपने स्वतंत्र अध्ययन "उत्तर प्रदेश में पूर्व विद्यालयी शिक्षा में आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के लिए नये पाठ्यक्रम–एक मूल्यांकन" में निष्कर्ष निकाला कि–

- आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं का पूर्व विद्यालयी कार्यक्रमों में उनकी भागीदारी और इसमें बच्चों की माताओं को सम्मिलित करने की आवश्यकता के महत्व का ज्ञान उनके प्रशिक्षण के पश्चात् काफी बढ़ गया था।
- पूर्व विद्यालयी शिक्षा की गतिविधियों में सहायिका के योगदान में प्रशिक्षण के छः माह पश्चात् काफी सुधार हुआ था।

कुमारी, पी., (2009) ने पीएच.डी. शोध प्रबंध "समेकित बाल विकास परियोजना के अन्तर्गत आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की कार्य सहभागिता, व्यक्तित्व और भूमिका का अध्ययन" में निष्कर्ष निकाला कि।

[55] K. Gita. (2015). ICDS Prog. At Tirupati District, Pg. No. 80-85

- आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा दवाब अनुभव होने के दो मुख्य कारण अत्यधिक कार्यभार का होना और अपने पर्यवेक्षक को संतुष्ट करने में असफल होने का भय था।

- आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की कार्यक्षमता पर उनकी आयु और वैवाहिक स्थिति का विशेष प्रभाव पाया गया था।

मंजुला, एन. एन., (2010) ने अपने अध्ययन "उत्तर प्रदेश में समन्वित बाल विकास परियोजना" में निष्कर्ष निकाला है।

- समन्वित बाल विकास परियोजना के अन्तर्गत् दी जाने वाली पूर्व बाल्यावस्था शिक्षा और स्वास्थ्य तथा पोषण सुविधाओं को सभी अभिभावक अपने बालकों के लिए महत्वपूर्ण मानते थे।
- आँगनवाड़ी अनुभव रखने वाले बालकों के सीखने की तत्परता अन्य बालकों की अपेक्षा अधिक थी।

मिस्त्री, कौल वीणा, धर, सुनीता, हंसा. (2010) ने अपने स्वतंत्र अध्ययन "उत्तर प्रदेश के शहरी आई0सी0डी0एस0 ब्लॉक की अनौपचारिक पूर्व–विद्यालयी शिक्षा के कारकों का अध्ययन" में निष्कर्ष निकाला है।

- उच्च स्तर के आँगनवाड़ी केन्द्रों के बालकों तथा निम्न स्तर के आँगनवाड़ी केन्द्रों के बालकों में कोई विशेष अन्तर नहीं था।

- आँगनवाड़ी केन्द्रों के बालकों का इस कार्यक्रम के बारे में ज्ञान अन्य बालकों की तुलना में अधिक था।

गुप्ता, पंकज. (2013) ने अपने स्वतंत्र अध्ययन "उत्तर प्रदेश में बाल–विकास सेवाएँ" में निष्कर्ष निकाला है।

- उत्तर प्रदेश में 2–5 वर्ष के बच्चों के लिए विकास सेवाएँ अत्यधिक प्रभावी थी।

- बाल–विकास सेवाओं का मुख्य बिन्दु बालकों की माताएँ और बालिकाएँ न होकर केवल बालक ही थे।

पटेल, गायत्री, (2014) ने अपने अध्ययन "उत्तर प्रदेश में अनुसूचित जाति व सामान्य जाति की महिलाओं द्वारा आँगनवाड़ी केन्द्रों के स्वंय सहायता समूह में भागीदारी का अध्ययन" में निष्कर्ष निकाला है।

- सामान्य जाति की महिलाओं की अपेक्षा अनुसूचित जाति की महिलाएं स्वयं सहायता समूह में अधिक सक्रियता से भाग लेती हैं।
- आँगनवाड़ी केन्द्रों के स्वयं सहायता समूहों में कामकाजी महिलाओं की अपेक्षा गृहणी महिलाओं की संख्या अधिक थी।

शिवम, एम. (2015) ने अपने अध्ययन "उत्तर प्रदेश में ग्रामीण महिलाओं की स्थिति और सरकारी योजनाएँ" में निष्कर्ष निकाला है।

- आँगनवाड़ी कार्यक्रम के द्वारा ग्रामीण महिलाओं के स्वास्थ्य तथा पोषण स्तर में काफी सुधार हुआ था।
- ग्रामीण महिलाओं को सरकारी योजनाओं का पूरा लाभ न मिलने का मुख्य कारण उनका अशिक्षित होना था।

NFHS-4 (REPORT) 2015-2016

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं कल्याण मंत्रालय की ओर से पूरे देश में कराया जाता है। इससे पहले इस सर्वेक्षण का यह चौथा दौर है। 2006 में इसके तीसरे दौर को पूरा किया गया था चौथें दौर के लिए सारे राज्यों के नतीजे पहले जारी किए जा चुके थे, केवल उत्तर प्रदेश की तस्वीर सामने आनी बाकी थी। इसमें समाने आया है कि उत्तर प्रदेश में पांच साल तक के 46.3 फीसदी बच्चें ठिगनेपन (Stunting) का शिकार हैं इसका मतलब यह होता है कि उनकी ऊँचाई

उनकी उम्र के हिसाब से नहीं बढ़ती कुपोषण का एक दूसरा प्रकार उम्र के हिसाब के वजन नहीं बढ़ना है। इसमें भी उत्तर प्रदेश के 39.5 प्रतिशत बच्चें सामने आए हैं। जबकि भारत में अभी 35.7 प्रतिशत बच्चें कम वजन के है। यानि उत्तर प्रदेश राष्ट्रीय औसत से ज्यादा गंभीर स्थिति में है, अतः ऐसे में यह देखना लाजिमी होगा कि सरकार इस मसले पर कितनी गंभीरता से कदम उठाती है।[56] आई0सी0डी0एस0 पर लान्सा की रिपोर्ट की मानें तो उत्तर प्रदेश में आई0सी0डी0एस0 के कार्यान्वयन में भ्रष्टाचार ने इस महत्वाकांक्षी योजना को मुश्किल में डाल दिया है।[57] संस्था के सर्वे में पाया गया है कि इस योजना के तहत संचालन केन्द्र के रूप में गठित ऑगनबाड़ियों में कर्मचारी अपनी ड्यूटी से गैर हाजिर रहते है। इसके अलावा बच्चों के टीकाकरण का मुख्य केन्द्र होने से जुड़ी कुछ ही सेवाएं यहॉ उपलबध है। रिपोर्ट के मुताबिक इस कारण आंगनबाड़ी केन्द्र आमतौर पर बंद ही मिलते है। कभी–कभार वे खुलते है तो बच्चे काफी कम संख्या में है एवं बच्चों के लिए दिए जाने वाले दाल जैसे आहारों में भी भ्रष्टाचार व्याप्त है। सर्वे के दौरान आंगनबाड़ी कर्मियों ने बताया कि वे आवंटित अनाजों को बेच करके प्रत्येक महीने 1,000 से 3,500 रूपये बना लेती है। लान्सा की रिपोर्ट यह भी बताती है कि आंगनबाड़ी कर्मियों को स्थानीय नेताओं का संरक्षण हासिल होने की वजह से अधिकारी इनके खिलाफ सख्त कदम नहीं उठा पा रहे इसके अलावा स्थानीय लोगों में इस परियोजना को लेकर जागरूकता की कमी भी इसकी विफलता की एक बड़ी वजह के रूप में सामने आई है। उत्तर प्रदेश के ठीक उलट छत्तीसगढ़ इस महत्वाकांक्षी योजना के ठीक से कार्यान्वयन में कही आगे दिखता है। चाहे मामला आंगनबाड़ी केन्द्रों में बुनियादी सुविधाओं का हो या फिर इसकी गुणवत्ता का रिपोर्ट में यह बात सामने आई है कि रायपुर जिले में आंगनबाड़ी केन्द्र तय वक्त पर खुलते है। इसके अलावा सरकारी विभागों में भी इस स्थानीय संस्थाओं के साथ योजना को लेकर सक्रियता और जिम्मेदारी नजर आती है। आई0सी0डी0एस0 के संबंध में छत्तीसगढ़ का उदाहरण बताता है कि योजनाओं के कार्यान्वयन का विकेन्द्रीकृत कर सामुदायिक भागीदारी के

[56] NFHS-4 Report (fact sheet), 2015-16.
[57] Lanca Report on Implementation of ICDS www/Lanca (ICDS) Report.in.

जरिए किस तरह अच्छे नतीजे हासिल किए जा सकते है। हालांकि गांवों में राजनीतिक, आर्थिक और सामाजिक लगाम आने से कमजोर रूप से सशक्त लोगों के हाथ में इस योजना के लाभों से वंचित होने की आशंका भी पैदा होती है। लेकिन सरकार की प्रभावी निगरानी इसे रोक सकती है। लान्सा की रिपोर्ट में दोनों राज्यों में योजना के जमीनी हालात की जानकारी देने के साथ आने वाले वक्त में इसे और अधिक प्रभावशाली बनाने के लिए कुछ रास्ते भी बताए गए है। इस योजना के तहत सबसे जरूरी बात बुनियादी सुविधाओं तक ग्राम लाभार्थियों की पहुॅच सुनिश्चित कराना है। नेशनल फैमिली हेल्थ सर्वे–एनएफएचएस–4, (2015–16) भी इसकी काफी हद तक पुष्टि करता है। एनएफएचएस के मुताबिक नवजात और शिशु छत्तीसगढ़ में बीते एक दशक के दौरान नवजात (पांच साल से कम) मृत्यु दर में काफी कमी आई है। 2005–06 में वहॉ नवजात मृत्यु दर 71 प्रति हजार थी। 2015–16 यह आंकड़ा गिरकर 54 पर आ गया। शिशु मृत्यु दर की बात करें तो इस साल तो इसमें भी काफी कमी दर्ज की गई है। 2005–06 में 90 प्रति हजार के मुकाबले यह 2015–16 में यह घटकर 64 रह गई है। दूसरी ओर उत्तर प्रदेश में भी इन मामलों में सुधार तो दिख रहा है। लेकिन इसकी गति छत्तीसगढ़ की तुलना में धीमी है। सूबे में 2015–16 में नवजात मृत्यु दर 64 प्रति हजार थी। 2005–06 में यह आंकड़ा 73 मृत्यु दर के बीते दशक के दौरान शिशु मृत्यु मामलों में भी कमी दर्ज की गई है। 2005–06 में 96 प्रति हजार की तुलना में 2015–16 में आंकड़ा 78 रह गया है।[58]

निष्कर्ष

ऊपर की गई समीक्षा से स्पष्ट है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना अनुसंधान का विषय रहा है। अधिकांश मूल्यांकन का प्रभाव स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर पर पड़ा है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना पर किए गए शोध अध्ययनों से यह ज्ञात हुआ है कि यह कार्यक्रम कुल मिलाकर लक्ष्यित समूहों के बच्चों एवं माताओं के स्वास्थ्य एवं पोषित स्थिति में सुधार लाने में सफल रहा है। दूसरी ओर समीक्षा में यह पाया गया है कि

[58] (National Family Health Survey 2016 lansa report)

स्कूल पूर्व शिक्षा की अवधारणा को आई0सी0डी0एस0 कार्यकर्ताओं द्वारा सही ढंग से नहीं समझा गया एवं स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा में घटकों पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया गया अतः आई0सी0डी0एस0 परियोजना में सामुदायिक सहयोग एवं भागीदारी नगण्य थी। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के विभिन्न स्तरों पर कार्यात्मक समन्वय के लिए आंगनवाड़ी स्तर पर परियोजना के प्रभावी पर्यवेक्षण में कमी पाई गई एवं आई0सी0डी0एस0 परियोजना के प्रभावी कार्यान्वयन में स्थानीय नेतृत्व की भागीदारी में कमी को एक महत्वपूर्ण बाधा के रूप में चिन्हित किया गया है। फिर भी वर्तमान अध्ययन, परियोजना में व्याप्त खामियों को समझने की दिशा में एक उचित प्रयास है। यह अध्ययन इन खामियों को दूर करने एवं अधिक प्रभावी ढंग से कार्य करने में नीति–निर्माताओं, अधिकारियों, एवं सम्बन्धित कर्मियों की मदद करेगा।

संदर्भ सूची

Bahal, Sunita. (2017). Uttar Pradesh, Chandigarh, ICDS, Scheme, community med Public Health: 3283-4.

Banarjee, S. (1999) A Study on Community Participation in ICDS in North Kolkata, VIdya Sagar School of Social Work, Kolkata, West Bengal, Research on ICDS An Overview Volume-3

Ghosh, Shanti. (2004). Child Malnutrition,Vol. 39, Issue No. 40.

Gupta A., Gupta S.K., (2013). Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme: A Journey of 37 years, Indian J Community Health.

Gupta, Neha. (2005). ICDS, Scheme, https://doi.org/10.32677/IJCH.2017 Pg. No. 35-40

Integrated Child Development Services Scheme. Department of Women and Child Development, Ministry of Human Resource Development, Government of India Press, New Delhi 2000; 15–29.

Jain, Kalpana. (2001). Study of Malnutrition Problem I Women's, Volume I, Pg. No. 50-55

K. Gita. (2015). ICDS Prog. At Tirupati District, Pg. No. 80-85

Kapil U. Chaturvedi S, Nayar D. (1992). National Nutrition Supplementation Programmes.Indian Pediatrcs, 29:1601–1613.

Kathuriya. O.K. and Anneja Indu. (2001-02). Protein Energy Malnutrition, Nutritin and Health 1997.

Sahu, Kumar Swaroop, Kumar, S., Ganesh, Vishnu.B. (2015). Malnutrition among under five children in India and strategies for control, Sci Biol me-66 (1): 18-23

Sampath, T. (2006). A Study on Community Participation in Integrated Child Development Scheme (ICDS) In Chennai, Loyala College, Dept. of Social Work, Chennai, Taminadu, Research on ICDS An Overview Volume 3.

Sharma, Aanchol. (2017). International Journal of Community Medicin and Public Health, Pg. No. 20-22

Tandon B.N. (1989). Nutritional Intervention through primary health care: Impact of ICDS projects in India.Bull WHO , 67:77–80.

Tandon B.N., Kapil U. (1991). ICDS scheme: A Program for Development of Mother and Child Health.Indian Pediatr, 28:1425–1428.

Tiwari, Rekha. (2008). Village Development, 2008, Bull 31, 334-351.

The Global Food Policy Report (2019) gfpr.ifpri.info

UNICEF, Underlying causes of under nutrition : Food Insecurity. Aug. 2013 (Available from http://www.unicef.org/nutrition/2.519html

UNICEF (2019) The state of the worlds children 2019. Food and Nutrition ICDS.UP.Web.org.

UNICEF- The state of the worlds children, 2013 (Available from http://www.unicef.org/2011)https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925843/pg.50-51.

HUNGAMA: Figthing hunger and malnutrition : The Hungama Survey Report-2011, www.eldis.org.

ICDS System Strengthing and Nutrition Improvment Scheme, https://icds-wcd.nic.in/issnip/home.htm, pg. No.-198-204.

Dhuru, Report on ICDS, https://www.dawntoearth.org.in

Society for economic Developmnet and Environment Mangagment-SEDEM). Report No. 321 Pg. no. 25-29

NFHS-4 Report (fact sheet), 2015-16.

Lanca Report on Implementation of ICDS www/Lanca (ICDS) Report.in.

https://www.worldbank.org

https://www.adb.org

https://www.downtoarth.org.in

https://www.unicef.org.2018globalnutritionreport

https://www.who.int>nutrition>report2018

https://www.academia.edu/2979 708/India_

http://rchips.org/NFHS/factsheet/html.

https://www.who.int/., Social Science and Medicine (10), 1403-1409), 1995.

अध्याय–तृतीय

अध्ययन क्षेत्र की रूपरेखा

अध्याय–तृतीय

अध्ययन क्षेत्र की रूपरेखा

प्रस्तावना

किसी भी देश के विकास और उसकी प्रगति में देश के युवा वर्ग का सबसे बड़ा हिस्सा होता है। इस युवा वर्ग को बेहतर बनाने के लिए सरकार द्वारा उनके बचपन को सुरक्षित करना आवश्यक है। हमारे देश में 2011 की जनगणना के आधार पर 0–6 वर्ष के 15.8 करोड़ बच्चें हे। उत्तर प्रदेश भारत के सबसे बड़े राज्यों में से एक राज्य है। जिसमें 0–6 वर्ष के बच्चों की संख्या 30,791331 है एवं अध्ययन के लिए चयनित जिले लखनऊ में 06 वर्ष के बच्चों की संख्या 293,697 (154,226 लड़के 139,471 लड़कियॉ) है।[59] इस सन्दर्भ में अध्ययन क्षेत्र अर्थात् उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले के चयनित ब्लॉकों के गॉवों का अध्ययनवार तथ्यात्मक वर्णन किया गया है। विभिन्न सारणियों के माध्यम से भारत, उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ जिले का विस्तृत ब्यौरा दिया गया है। जिसमें भारत की जनसंख्या, वृद्धि दर, लिगांनुपात, ग्रामीण जनसंख्या, अनुसूचित जाति एवं जनजाति की जनसंख्या, साक्षरता दर, शिशु मृत्यु दर एवं मातृत्व मृत्यु दर को वर्णित किया गया है। इसी समकक्ष में उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ के बारे में भी बताया गया है। इसके पश्चात् चयनित विकास खण्डों एवं गॉवों का विवरण दिया गया है। भारत में कुपोषण एवं भुखमरी की समस्या का क्या प्रभाव है एवं कुपोषण की समस्या को कम करने में आई0सी0डी0एस0 की भूमिका, इसके उद्देश्य, इसके अर्न्तगत प्रदान की जाने वाली सेवाओं का वर्णन किया गया है तथा साथ ही साथ आई0सी0डी0एस0 योजना में आंगनवाड़ी एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की क्या भूमिका रही है इसकी भी व्याख्या इस अध्याय में की गयी है।

[59] http://censusindia.gov.in/

जनांनिकी विवरण : उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ

वर्ष 1991 की जनगणना में आबादी में 23.87 प्रतिशत की वृद्धि देखी गयी है। वर्ष 1991 की जनगणना में आबादी में 23.87 प्रतिशत की वृद्धि देखी गयी थी। 2001 में 21.54 फीसदी की बढ़ोत्तरी देखी गयी, जबकि वर्ष 2011 की जनगणना के अनुसार बीते एक दशक में आबादी 17.6 फीसदी बढ़ी है। इस तरह जनसंख्या वृद्धि में निरन्तर गिरावट दर्ज की गई है। इसी प्रकार 2001 की जनगणना के अनुसार लिंगानुपात में सुधार हुआ है। पिछली जनगणना के अनुसार देश में प्रति एक हजार पुरूषों पर महिलाओं की संख्या 933 थी जो एक दशक में बढ़कर अब 940 हो गयी है।[60]

सारणी 3.1

2011 की जनगणना के अनुसार भारत के ऑकड़ें

विवरण	भारत के ऑकड़े	उत्तर प्रदेश के ऑकड़े	लखनऊ के ऑकड़े
जनसंख्या	1,210,193,22 बिलियन	19,95,81,477 करोड़	45.90 लाख
जनसंख्या का घनत्व	382 प्रति वर्ग किलोमीटर	828 (प्रतिवर्ग किलोमीटर)	1,816 वर्ग किमी0
ग्रामीण जनसंख्या	833 मिलियन (68.84 प्रतिशत)	155,317,278 करोड़	15,50,842 लाख
अनुसूचित जाति की जनसंख्या	166,635,700	35,148,377	302,938 लाख
अनुसूचित जनजाति की जनसंख्या	84,326,240	107,963	6319 हजार
लिंगानुपात	943 महिलायें (1000 पुरूषों पर)	912 (प्रति 1000 पुरूषों पर)	917 (1000 पुरूषों पर)
बाल लिंगानुपात	914(1000 लड़कों पर)	885 (1000 लड़को पर)	915 (1000 लड़कों पर)
0–6 वर्ष आयु वर्ग	16.45 करोड़	3,07,91,331 (15.41 प्रतिशत).	543,641 (11.84 प्रतिशत).
शिशु मृत्यु दर	44 (1000 जीवित बच्चों के जन्म पर)	41(1000 जीवित जन्म पर)	41 (1000 जीवित जन्म पर)
मातृ मृत्यु दर	178 (100,000 जीवित जन्म पर)	292 (प्रति 100,000 जीवित बच्चों के जन्म पर)	45 (प्रति 100,000 जीवित बच्चों के जन्म पर)
साक्षरता दर	74.0 प्रतिशत	67.7 प्रतिशत	77.29 प्रतिशत
साक्षर पुरूष	43.47 करोड़	77.3 प्रतिशत	82.56 प्रतिशत
साक्षर महिलाएं	32.88 करोड़	57.2 प्रतिशत	71.54 प्रतिशत

Source:censusindia.gov.in

[60] www.brandbharat.com

2011 की जनगणना के अनुसार उत्तर प्रदेश की जनसंख्या 19,98,12,341 करोड़ है। जो कि देश के अन्य राज्यों के सन्दर्भ में सबसे अधिक है। भारत की कुल आबादी में से 16.50 प्रतिशत उत्तर प्रदेश में रहती है। वर्ष 2001–2011 के दौरान प्रदेश के जनसंख्या की दशकीय वृद्धि दर 20.23 प्रतिशत रही, जो कि राष्ट्रीय औसत वृद्धि दर 17.7 प्रतिशत से अधिक है। उत्तर प्रदेश का लिंगानुपात 912 प्रति 1000 पुरूषों पर है, यहॉ पर 0–6 आयु समूह की जनसंख्या का अनुपात राष्ट्रीय स्तर के अनुपात में 136 प्रतिशत से अधिक है। इसी प्रकार लखनऊ जिले में हर साल औसतन 1.15 लाख लोग बढ़ रहे है। 2011 की जनगणना के अनुसार लखनऊ की जनसंख्या 45,89,838 लाख है। यहॉ का जनसंख्या घनत्व 1,816 प्रति वर्ग कि0मी0 है। लखनऊ में 0–6 वर्ष आयु समूह की जनसंख्या 543,641 है और यहॉ बाल लिंगानुपात 915 लड़कियॉ 1000 लड़कों पर है।

अध्ययन के लिए उत्तर प्रदेश के लखनऊ जिले को चयनित किया गया है। अतः यहॉ चयनित विकासखण्डों एवं गांवों का विवरण आवश्यक है। इन चयनित विकासखण्डों एवं गांवों में आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत कितने लाभार्थी पंजीकृत है। इसका भी वर्णन इस अध्याय में किया गया है। लखनऊ जिले के चयनित विकासखण्डों एवं गांवों का विवरण निम्नलिखित है।

लखनऊ का नक्शा

Source: www.mapsofindia.com/maps/lucknow/uttar-pradesh-district

चयनित विकासखण्ड़ों एवं गांवों का विवरण

लखनऊ जिले के 8 प्रमुख विकास खण्ड हैं– बक्शी का तालाब, गोसाईगंज, काकोरी, माल, मलिहाबाद, मोहनलालगंज, और सरोजिनी नगर। इनमें से चयनित 3 विकासखण्डों एवं गांवों के आंगनवाड़ी केन्द्रों में नामांकित लाभार्थियों का विवरण इस प्रकार है।

सारणी 3.2

विकास खण्डों, गांवों एवं प्रति आंगनवाड़ी केन्द्र में पंजीकृत लाभार्थियों का विवरण

विकासखण्ड एवं गांव	0 से 6 महीने के बच्चें	6 महीने से 3 वर्ष के बच्चें	3 से 6 वर्ष के बच्चें	कुल बच्चें	पंजीकृत गर्भवती एवं धात्री माताओं की संख्या
काकोरी / सलेमपुर	2393 18	10890 82	7463 47	20746 147	4693 205
मलिहाबाद / जिन्दौर	3187 20	10040 75	6935 40	19144 135	4262 195
मोहनलालगंज / मऊ	3187 13	15372 60	14888 57	33447 130	6496 309

Source: https://icdsupweb.org

कॉकोरी ब्लाक– 2011 की भारतीय जनगणना के अनुसार काकोरी की जनसंख्या 16831 है जिसमें कि 53 प्रतिशत पुरूष एवं 47 प्रतिशत महिलाएं हैं। यहॉ की साक्षरता का प्रतिशत 46 है जो कि राष्ट्रीय औसत में निम्न हैं, इसमें पुरूष साक्षरता 51 प्रतिशत है, महिला साक्षरता 40 प्रतिशत है। काकोरी में 6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों का प्रतिशत 13 है। यहॉ पर ऑगनवाड़ी केन्द्रों की संख्या 226 है। 2393 संख्या 0–6 माह के बच्चों की, 10890 6 माह से 3 वर्ष के बच्चों की, 7463 सं0 3 से 6 वर्ष के बच्चों की है। कुल बच्चों की संख्या 20746 है। गर्भवती महिलाओं की संख्या 2300 एवं धात्री महिलाओं की संख्या 2393 है।[61] इसी प्रकार काकोरी के सलेमपुर गांव में 0–6 महीने के बच्चों की संख्या 13, 6 महीने से 3 वर्ष के बच्चों की संख्या 82, 3–6 वर्ष की 47

[61] www.brandbharat.com(districts and aganwadi details).

है। कुल बच्चों की संख्या 147 है तथा गर्भवती महिलाओं की संख्या 17 एवं धात्री माताओं की संख्या 18 है।

मलिहाबाद ब्लॉक– 2011 की भारतीय जनगणना के अनुसार मलिहाबाद की जनसंख्या 15866 है जिसमें 53 प्रतिशत एवं 47 प्रतिशत महिलाएं है। यहाँ का साक्षरता स्तर 52 प्रतिशत है जिसमें की पुरूष की साक्षरता 53 प्रतिशत है एवं महिलाओं की साक्षरता 45 प्रतिशत है। यहॉ पर ज्यादा जनसंख्या मुस्लिम की है। यहॉ ऑगनबाड़ी केन्द्रों की संख्या 216 है। 0–6 माह के बच्चों की संख्या 2169, 6 माह से 3 वर्ष के बच्चों की संख्या 10040 है, 3 से 6 वर्ष के बच्चों की संख्या 6935 है। अतः कुल बच्चों की संख्या 19144 है। गर्भवती महिलायें 2093 एवं धात्री महिलाये 2169 है। मलिहाबाद के जिन्दौर गांव में 0–6 महीनें के बच्चों की संख्या 20, 6 महीनें से 3 वर्ष के बच्चों की संख्या 75, 3–6 वर्ष के बच्चों की संख्या 40 अतः कुल बच्चों की संख्या 135 है तथा गर्भवती महिलाओं की संख्या 15, धात्री माताओं की संख्या 16 है।

मोहनलालगंज– मोहनलालगंज लखनऊ में स्थित है। 2011 जनगणना के अनुसार यहॉ की जनसंख्या 480528 है। यहॉ पर कुल कार्यकारी जनसंख्या 165355 लोग है, जिसमें की 126319 पुरूष एवं 39036 महिलाएं है। यहॉ पर साक्षरता स्तर 66 प्रतिशत है जिसमें कि 272452 लोग साक्षर हैं। यहॉ पर 257 ऑगनबाड़ी केन्द्र है जिसमें 0–6 माह के बच्चों की संख्या 3187, 6 माह से 3 वर्ष के बच्चों की संख्या 15372, 3 से 6 वर्ष के बच्चों की संख्या 14888 है अर्थात् कुल 33447 बच्चें है। गर्भवती महिलायें 3309 एवं धात्री मातायें 3187 है। मोहनलालगंज के मऊ गांव में 0–6 महीने के बच्चों की संख्या 13, 6 महीने से 3 वर्ष के बच्चों की संख्या 60, 3–6 वर्ष के बच्चों की संख्या 57 अतः कुल बच्चें 130 है। गर्भवती महिलाओं की संख्या 11 एवं धात्री माताओं की संख्या 12 है। उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ में स्वास्थ्य एवं शिक्षा की क्या स्थिति एवं यह बच्चों एवं महिलाओं को किस प्रकार प्रभावित करता है, इसकी क्या महत्ता है, इसका वर्णन आगे किया गया है।

शिक्षा एवं स्वास्थ्य—शिक्षा एवं स्वास्थ्य ऐसे पहलू है जो व्यक्ति के विकास को प्रभावित करते है। अगर बचपन में ही बच्चों को बेहतर शिक्षा एवं स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध करायी जाये तो यह देश के आर्थिक विकास को बढ़ानें में मदद करेगा। भारत में साक्षरता के माामलें में पुरूष और महिलाओं में काफी अंतर है। जहॉ पुरूष की साक्षरता दर 43.47 प्रतिशत है, वही महिलाओं में इसका प्रति0 केवल 32.88 है। महिलाओं में कम साक्षरता का कारण परिवार में जानकारी एवं जागरूकता में कमी का होना है। भारत में साक्षरता पहले के अपेक्षा काफी बेहतर हुई है। इसी प्रकार उत्तरप्रदेश में वर्ष 2011 की जनगणना के अनुसार साक्षरता दर 67.7 प्रतिशत है। जिसमें पुरूष साक्षरता 77.3 प्रतिशत तथा महिला साक्षरता 57.21 प्रतिशत है। इस प्रकार वर्ष 2001—2011 के दशक में उत्तरप्रदेश की साक्षरता में 13.4 की वृद्धि दर्ज की गयी है। शिक्षा को सामान्यतः सामाजिक विकास के संकेतकों के तौर पर देखा जाता है। शिक्षा का विस्तार औद्योगिकीकरण, शहरीकरण, बेहर संचार, वाणिज्य विस्तार और आधुनिकीकरण के साथ भी सम्बद्ध किया जाता है। संशोधित साक्षरता स्तर जागरूकता और सामाजिक कौशल बढ़ाने तथा आर्थिक दशा सुधारने में सहायक होता है। शिक्षा जीवन की गुणवत्ता, आयु प्रत्याशा, बच्चों का पोषण स्तर और निम्न शिशु मृत्यु दर को सुधारने में योगदान करती है। उत्तरप्रदेश की वर्तमान शिक्षा व्यवस्था पर नजर डाली जाय तो इसकी दिशा व दशा किसी भी प्रकार से सन्तोषजनक नही मानी जा सकती। सन् 2011 की जनगणना के अनुसार उत्तर प्रदेश की साक्षरता प्रतिशत भले ही 2001 में 56. 27 प्रतिशत से बढ़कर 2011 में 67.68 प्रतिशत हो गयी हो किन्तु आजादी के लगभग 72 वर्ष बाद भी हम अनेक विकसित देशों की तुलना में अभी भी बहुत पीछे है। अनेक प्रयासों के बावजूद आज भी उत्तरप्रदेश का नाम शैक्षिक रूप से पिछड़े राज्यों की सूची से शुमार है। शिक्षा को बनाये रखने में स्वास्थ्य भी एक महत्वपूर्ण कारक है। क्योंकि अगर व्यक्ति स्वस्थ नही होगा तो वह शिक्षित नही हो पायेगा। परन्तु भारत में स्वास्थ्य सेवायें ज्यादा बेहतर नही है।[62]

[62] https://societyhealth.bcu.education>work

हमारे देश में स्वास्थ्य सेवायें अत्यधिक महॅगी है जो गरीबों की पहुॅच से काफी दूर हो गई है। स्वास्थ्य, शिक्षा, भोजन व आवास जीवन की मूलभूत आवश्यकताओं है। हमारे संविधान में इस बात का प्रावधान होते हुए भी नागरिकों को स्वास्थ्य व शिक्षा प्रदान करना हमारी प्राथमिकता है। हम एक राष्ट्र के रूप में इस लक्ष्य की प्राप्ति में असफल रहे है। चूंकि भारत दुनिया की दूसरी सबसे बड़ी जनसंख्या वाला देश है और इसकी वजह से स्वास्थ्य सेवाओं पर अत्यधिक दबाव है। मृत्यु दर घटी है, लेकिन जन्मदर दुनिया के ज्यादातर देशों से अधिक है। उत्तर प्रदेश के नागरिकों के जीवन स्तर एवं स्वास्थ्य में सुधार लाने में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उत्तर प्रदेश की अहम भूमिका है। वर्ष 1921 में इसकी स्थापना होने के बाद से ही यह विभाग मानव सेवा में शामिल रहा है। उत्तर प्रदेश मे यह विभाग चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण से संबन्धित सेवाओं को प्रदान करने के लिये उत्तरदायी है। शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवायें प्रदान करने के उद्देश्य से विभाग द्वारा उत्तरप्रदेश में त्रिस्तरीय चिकित्सा सेवायें प्रदान की जा रही है। इसके तहत, पहले स्तर पर शहरी क्षेत्रों में तथा दूसरे व तीसरे स्तर पर ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाये प्रदान की जा रही है।[63] शिक्षा एवं स्वास्थ्य ऐसे पहलू है जो किसी राष्ट्र के विकास को आगे बढ़ाते है। जनसंख्या का एक बड़ा भाग भुखमरी एवं कुपोषण की समस्या से आज भी जूझ रहा है। उसका सबसे बड़ा कारण है कि जनसंख्या में जिस अनुपात में वृद्धि हो रही है। उस अनुपात में उनको पोषित भोजन नही मिल पा रहा है। जिससे बीमारी एवं अन्य समस्यायें बढ़ती जा रही है। किस प्रकार ये समस्यायें बच्चों एवं महिलाओं में कुपोषण के स्तर को बढ़ा रही है। इसका वर्णन अग्रलिखित है।

कुपोषण एवं भुखमरी की समस्या

कुपोषण और भुखमरी गरीबी से जुड़ी हुई है। Global Malnutrition Report, 2018 के अनुसार गरीबी, कुपोषण और भुखमरी में कमी नही आयी और यह लगातार बढ़ती ही गयी। इसका मुख्य कारण सरकार द्वारा बनायी गयी योजनाओं

[63] http://www.WHO.int>topics>health-education/en/

का लोगों तक न पहुँच पाना एवं लोगों में योजनाओं के बारें में जागरूकता का अभाव होना है। समाज के संतुलित विकास के लिए यह आवश्यक है कि मनुष्य का सर्वांगीण विकास हो। विश्व में लोगों को संतुलित भोजन की इतनी मात्रा मिले कि वे कुपोषण के दायरे से बाहर निकल कर एक स्वस्थ जीवन जी सकें। लोगों को संतुलित भोजन मिल सके, इसके लिए आवश्यक है कि विश्व में खाद्यान्न का उत्पादन भी पर्याप्त मात्रा में हो।

''संयुक्त राष्ट्र का कहना है कि भारत में हर साल कुपोषण के कारण मरने वाले पांच साल से कम उम्र वाले बच्चों की संख्या दस लाख से भी ज्यादा है। दक्षिण एशिया में भारत कुपोषण के मामले में सबसे बुरी हालत में है। देश के सामने गरीबी, कुपोषण और पर्यावरण में होने वाला बदलाव सबसे बड़ी चुनौती है। इससे निपटने के लिए हर स्तर पर प्रयास करने की आवश्यकता है। भारत में भूख की समस्या चिंताजनक स्तर तक पहुँच गई है। एसीएफ की रिपोर्ट बताती है कि भारत में कुपोषण जितनी बड़ी समस्या है, वैसा पूरे दक्षिण एशिया में और कहीं देखने को नहीं मिला है।[64] भारत में अनुसूचित जनजाति, अनुसूचित जाति, पिछड़ी जाति और ग्रामीण समुदाय पर अत्यधिक कुपोषण का बोझ है। कुपोषण देश को दीमक की तरह खाए जा रहा है। गरीबी और अशिक्षा के चलते ग्रामीण अंचलों में बच्चों की परवरिश ठीक ढंग से नही हो पाती, जिससे बच्चें बीमारियों और कुपोषण की चपेट में आ जाते है। वैश्विक खाद्य सुरक्षा सूचकांक की रिपोर्ट कहती है कि भारत की 68.5 फीसदी आबादी गरीबी रेखा के नीचे रहती है।[65] हालांकि गरीबी में कमी आती जा रही है, लेकिन बढ़ती हुई जनसंख्या भूख और कुपोषण की समस्या को और बढ़ाती जा रही है। यह गंभीर चिन्ता का विषय इसलिए भी है कि विकास के साथ–साथ कमजोर वर्ग को लाभान्वित करने की कई योजनाओं के बाद भी भूख और कुपोषण की चुनौती दिखाई दे रही है। unicef की रिपोर्ट The State of the

[64] Dongare, A.R., Deshmukh, P.R. and Garg, B.S. (2008) Eliminating Childhood malnutrition Discussions with mothers and Aaganwadi workers, Journal of Health Studies 1-23.
[65] https://www.prabhasakshi.com/currentaffairs/the-problem-of-malnutrition-and-starvation-in-india

World's Children-2019 में कहा गया है कि भारत में 5 वर्ष से कम उम्र के 69 प्रतिशत बच्चों की मृत्यु का कारण कुपोषण है। Global Hunger Index-2019 की रिपोर्ट बताती है कि पॉच साल से कम उम्र के बच्चों में कम वजन वाले बच्चों की संख्या तेजी से बढ़ रही है। साथ ही, भारत के 6 से 23 महीने तक सभी बच्चों में से मात्र 9.6 प्रतिशत बच्चों को न्यूनतम स्वीकार्य आहार मिल पाता है। unicef की रिपोर्ट The State of the World's Children-2019 में एवं Global Hunger Index-2019 की रिपोर्ट में भारत की बिगड़ती स्थिति का प्रमुख कारण बढ़ती जनसंख्या और बच्चों को समय पर पर्याप्त आहार न मिल पाना है। अर्थशास्त्री अमर्त्य सेन का कहना है कि ''भारत में भूख से पीड़ित लोगों और कुपोषण से ग्रस्त बच्चों की बढ़ती जनसंख्या चिन्ताजनक है''। बिहार, मध्यप्रदेश, ओड़ीशा, गुजरात, पश्चिम, बंगाल, झारखण्ड, उत्तर प्रदेश जैसे राज्यों में भी यह समस्यायें लम्बे समय से चिन्ता का विषय है। जन्म के बाद बच्चों को जिन पोषक तत्वों और स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता होती है, वे बच्चों को मिल नही पाते है। स्थिति यह है कि न तो बच्चों का ढंग से टीकाकरण हो पाता है, न ही उनकी बीमारियों का समुचित इलाज। भारत एवं उत्तर प्रदेश में भूख और कुपोषण से निपटने के लिए विकास दर को ऊॅचाई पर ले जाकर प्रतिव्यक्ति आय बढ़ाने के साथ–साथ शिक्षा, उद्योग एवं स्वास्थ्य क्षेत्रों में सुधार करने की जरूरत है।[66]

कुपोषण एवं भुखमरी की समस्या को दूर करने के लिए बच्चों, गर्भवती महिलाओं एवं धात्री माताओं के स्वास्थ्य स्तर को बेहतर बनाने के उद्देश्य के साथ ही आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया गया। जिसका विवरण अग्रलिखित है।

समन्वित बाल विकास परियोजना (आई0सी0डी0एस0)

आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ 2 अक्टूबर, 1975 को पूरे भारत वर्ष में बच्चों के सर्वांगीण विकास एवं उनकी मूलभूत आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु किया गया। उत्तर

[66] https://data.unicef.org/resources/state-of-the-worlds-children-2019/

प्रदेश में वर्ष 1975 में 3 विकासखण्डों में गर्भवती/धात्री माताओं एवं बच्चों आदि को कुपोषण से बचाने के लिए, उनके समन्वित विकास के लिए भारत सरकार के सहयोग से परियोजना प्रारम्भ की गयी। उत्तर प्रदेश में इस समय मात्र 49,784 आंगनवाड़ी केन्द्र है। जबकि वास्तविक आवश्यकता 1.10 लाख केन्द्रों की है एवं लखनऊ जिले में 2519 आंगनवाड़ी केन्द्र है। जबकि वास्तविक आवश्यकता 1689 आंगनवाड़ी केन्द्रों की है। वर्तमान में 897 परियोजनाओं में 1,66073 आंगनवाड़ी केन्द्र तथा 22186 मिनी केन्द्र स्वीकृत है। इस परियोजना के अर्न्तगत 0–6 वर्ष तक की आयु के बच्चों के सर्वागीण विकास तथा गर्भवती एवं धात्री महिलाओं के समुचित पोषण एवं प्रतिरक्षण के लिए आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत विभाग द्वारा सेवायें प्रदान की जा रही है। यह परियोजना बच्चों के पोषण से सम्बन्धित विभिन्न घटकों–वृद्धि निगरानी, अनुपूरक पोषाहार, शालापूर्व शिक्षा, पोषण जॉच एवं सन्दर्भ सेवाओं पर केन्द्रित है।[67]

समन्वित बाल विकास परियोजना (आई0सी0डी0एस0) महिला एवं बाल विकास मंत्रालय भारत सरकार द्वारा चलायी जा रही है। यह देश की सबसे बड़ी और बहुआयामी परियोजना है। इस परियोजना के मुख्य उद्देश्य हैं।

- छः वर्ष की उम्र तक के बच्चों के स्वास्थ्य तथा पोषण स्थिति में सुधार लाना।
- बच्चों के शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक विकास के लिए उपयुक्त नींव डालना।
- नवजात शिशु मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर, कुपोषण, रूग्ढ़ता तथा स्कूल छोड़ने वाले बच्चों में कमी लाना।
- बच्चों के विकास से सम्बन्धित नीतियों एवं कार्यक्रमों में प्रभावी समन्वय स्थापित करना।

[67] Pandey, D.D., (2004). Integrated Child Development Services Scheme: Presenting Innovative Panarama, NIPCED, New Delhi. Research on ICDS An Overview, Volume-3

- स्वास्थ्य शिक्षा तथा उपयुक्त पोषाहार द्वारा बच्चों की पोषण आवश्यकता एवं सामान्य स्वास्थ्य देखभाल हेतु माताओं की क्षमता बढ़ाना।

आई0सी0डी.0एस0 परियोजना द्वारा प्रेक्षित सेवाएँ

- पूरक पोषाहार
- टीकाकरण
- स्वास्थ्य जांच
- पोषण एवं स्वास्थ्य शिक्षा
- अनौपचारिक शिक्षा (स्कूल पूर्व शिक्षा)
- संदर्भ सेवाएँ।

आई0सी0डी.0एस0 परियोजना के लक्ष्य समूह

- 0–6 माह के बच्चे
- 7 माह से 3 वर्ष के बच्चे
- 3 से 6 वर्ष के बच्चे
- गर्भवती महिलाएँ
- धात्री महिलाएँ
- 15–45 वर्ष की महिलाएँ
- किशोरी बालिकाएँ

आई0सी0डी.0एस0 परियोजना का कार्यान्वयन आंगनवाड़ी केन्द्रों के माध्यम से किया जाता है। जिसमें आंगनवाड़ी कार्यकर्ता लाभार्थियों को सारी सुविधायें प्रदान करते है। आंगनवाड़ी केन्द्रों का विवरण निम्नवत् है।

आंगनवाड़ी

आई0सी0डी0एस0 का दूसरा नाम आंगनवाड़ी कार्यक्रम भी है, क्योंकि स्थानीय आंगनवाड़ी आई0सी0डी0एस0 की आधारशिला है। दरअसल आई0सी0डी0एस0 परियोजनायें उसके केन्द्रों के विशाल नेटवर्क द्वारा प्रदान की जाती हैं, जिन्हें आमतौर पर 'आंगनवाड़ी' कहा जाता है। जैसा कि नाम से ही स्पष्ट है, आंगनवाड़ी वह केंद्र है

जिसमें आंगन हो अर्थात् जहाँ घर जैसी सुविधा तथा सुरक्षा मिले। आंगनवाड़ी केंद्र का संचालन वेतनभोगी आंगनवाड़ी कार्यकर्ता करती हैं और आंगनवाड़ी सहायिका उसकी सहायता के लिए होती है।

आंगनवाड़ी केंद्रों की स्थापना के लिए सामान्य दिशा–निर्देश जनसंख्या मानकों पर आधारित हैं। आमतौर पर ग्रामीण–शहरी क्षेत्रों में 400–800 जनसंख्या पर एक आंगनवाड़ी केंद्र खोला जा सकता है और तत्पश्चात 800 के गुणन में एक आंगनवाड़ी केंद्र खोला जा सकता है। जनजातीय/पहाड़ी क्षेत्रों में, 300–800 की जनसंख्या पर एक आंगनवाड़ी केंद्र स्थापित किया जा सकता है। कम आबादी या दूरदराज आबादी वाले क्षेत्र में लघु आंगनवाड़ी केंद्रों की स्थापना के लिए भी प्रावधान है। ग्रामीण–शहरी क्षेत्रों में 150–400 की जनसंख्या पर एक लघु आंगनवाड़ी केंद्र खोला जा सकता है, जबकि पहाड़ी/जनजातीय क्षेत्रों में 150–300 की जनसंख्या पर एक लघु आंगनवाड़ी केंद्र खोला जा सकता है। लघु आंगनवाड़ी केन्द्रों को केवल आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ही संभालते हैं एवं सेवाओं के वितरण की देखरेख करते हैं।[68]

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के दायित्व एवं भूमिकाएं

- परियोजना के प्रभावी कियान्वयन के लिए समुदाय से सहयोग एवं सहभागिता प्राप्त करना।
- प्रत्येक बच्चें का प्रत्येक माह वजन लेना और वजन को ग्रोथचार्ट में दर्ज करना, माताओं एवं बच्चों को आवश्यकतानुसार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/उप स्वास्थ्य केन्द्र को संदर्भित करना, 6 वर्ष से कम आयु के बच्चों का ब्यौरा तैयार करके रखना और आवश्यकता अनुसार प्रस्तुत करना।
- वर्ष में एक बार क्षेत्र के समस्त परिवारों का सर्वे करना जिसमें माताओं एवं शिशुओं पर विशेष ध्यान देना चाहिए।

[68] aganwadi centre of uttar Pradesh/up/nic/in

- आंगनवाड़ी केन्द्रों पर 3 से 6 वर्ष के बच्चों के लिए अनौपचारिक स्कूल पूर्व शिक्षा की गतिविधियों का संचालन करना और आंगनवाड़ी केन्द्र पर उपयोग करने के लए बच्चों को खिलौने बनाने एवं खेलने के उपकरण बनाने में सहयोग करना।
- 0–6 वर्ष के बच्चों और गर्भवती महिलाओं एवं धात्री माताओं को अनुपूरक पोषाहार प्रदान करना।
- माताओं को स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा प्रदान करना और स्तनपान एवं बच्चों की देखभाल/खान–पान के लिए परामर्श देना। कार्यकर्ता द्वारा नव विवाहित स्त्रियों को परिवार नियोजन के विषय में अवगत कराते हुए प्रोत्साहित किया जाना।
- केन्द्र पर आने वाली गर्भवती/धात्री महिलाओं को बच्चों के जन्म का पंजीकरण कराने में भी सहयोग देना और इस कार्य के लिए पंजीकरण कराने वाले गांव के रजिस्ट्रार के साथ सूचना का आदान–प्रदान करना।
- गृहभ्रमण करके अभिभावकों को बच्चें के सर्वांगीण विकास की जानकारी देना, विशेष रूप से नवजात बच्चों के बारें में।
- केन्द्र के निर्धारित अभिलेखों का रख–रखाव करना।
- स्वास्थ्य कर्मी को टीकाकरण, स्वास्थ्य परीक्षण इत्यादि में सहायता करना।
- यदि जगह की सुविधा उपलब्ध हो तो आई.एफ.ए. तथा विटामिन 'ए' की सामग्री रखकर एनम को वितरण में सहयोग देना। इसके लिए कार्यकर्ता को अतिरिक्त अभिलेख बनाने की आवश्यकता नही होगी।
- केन्द्र पर प्राप्त सूचनाओं को एनम को भी आवश्यकतानुसार उपलब्ध कराना, लेकिन एनम अपने स्तर से भी सूचना संकलित करेगी केवल आंगनवाड़ी केन्द्र ही स्त्रोत नही होगा।
- गांवों में किसी प्रकार की प्रगति जो कि सहयोगी संस्थाओं/विभागों द्वारा की गयी है को निरीक्षण अथवा बैठक के समय मुख्य सेविका/बाल विकास परियोजना अधिकारी को अवगत कराना।

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता आई0सी0डी0एस0 परियोजना के लक्ष्यों को पूरा करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है एवं परियोजना के क्रियान्वयन में अपना योगदान देती है।

निष्कर्ष

उपर्युक्त अध्याय में उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ क्षेत्र की भौगोलिक स्थिति, जनांकिकी स्थिति, स्वास्थ्य एवं पोषण स्थिति आदि की व्याख्या की गयी है। उत्तर प्रदेश क्षेत्र का कुल क्षेत्रफल 243,286 वर्ग कि.मी.^{2} है तथा 2011 की जनगणना के अनुसार कुल जनसंख्या 204.2 मिलियन है। जो कि लगभग 20 करोड़ से अधिक निवासियों के साथ यह भारत में सबसे अधिक जनसंख्या वाला राज्य है। उत्तर प्रदेश का जनसंख्या घनत्व 828 प्रति वर्ग किमी है। जिसके परिणामस्वरूप सरकार द्वारा चलायी जा रही योजनाओं का लाभ प्रभावी रूप से लोगों तक नही पहुँच पा रहा है। उसका एक बड़ा कारण जनसंख्या भी है। उत्तर प्रदेश की जनसंख्या 19.98 करोड़ है एवं गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओं तथा बच्चों को स्वास्थ्य एवं पोषण सहयोग प्रदान करने हेतु पर्याप्त संख्या में आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्थापना किया जाना अति महत्वपूर्ण है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अनुसार, एक समन्वित बाल विकास सेवा परियोजना के अधीन 500–700 की जनसंख्या पर एक आंगनवाड़ी की स्थापना की जानी होती है। परन्तु प्रदेश 2,85,429 आंगनवाड़ी केन्द्रों की आवश्यकता है, जिसके सापेक्ष मात्र 1,90,145 आंगनवाड़ी केन्द्र (67 प्रतिशत) स्वीकृत तथा 1,87997 आंगनवाड़ी केन्द्र (66 प्रतिशत) क्रियाशील है। इस प्रकार उत्तर प्रदेश में निर्धारित मानकों के सापेक्ष 43 प्रतिशत की बड़ी संख्या में आंगनवाड़ी केन्द्रों की कमी। (CAG 2013b) की रिपोर्ट इस बात की पुष्टि करती है कि 36.468 आंगनवाड़ी केन्द्रों में (36 प्रतिशत) की कमी थी क्योंकि 1,00234 आंगनवाड़ी केन्द्रों की आवश्यकता के सापेक्ष मात्र 63,766 केन्द्र संचालित है और जो आंगनवाड़ी है भी वह भ्रष्टाचार और जागरूकता की कमी के कारण निष्क्रिय पड़े है। अतः सरकार को ऐसी रणनीतियॉ बनानी चाहिए जिससे आई0सी0डी0एस0 परियोजना का लाभ वंचित वर्ग को मिल सके और महिलायें एवं बच्चें इससे लाभान्वित हो। उत्तर प्रदेश में आंगनवाड़ी केन्द्रों की अत्यधिक कमी के

कारण परियोजना के अर्न्तगत इन केन्द्रों के माध्यम से महिलाओं एवं बच्चों को प्रदान किये जा रहे स्वास्थ्य एवं पोषण सहयोग की गुणवत्ता का प्रभावित होना आवश्यक है। अतः इसमें सुधार की आवश्यकता है।

सन्दर्भ सूची

Dongare, A.R. Deshmukh, P.R. and Garg, B.S. (2008). Eliminating Childhood Malnutrition Discussions with Mothers and Aaganwadi Workers, Journal of Health Studies 1-23.

Pandey, D.D. (2004). Integrated Child Development Services Scheme: Presenting Innovative Panarama, NIPCED, New Delhi. Research on ICDS An Overview, Volume-3

https://www.prabhasakshi.com/currentaffairs/the-problem-of-malnutrition-and-starvation-in-india

www.brandbharat.com(districts and aganwadi details).

http://www.WHO.int>topics>health-education/en/

https://data.unicef.org/resources/state-of-the-worlds-children-2019/

http://censusindia.gov.in/

aganwadi centre of uttar Pradesh/up/nic/in

अध्याय–चतुर्थ

उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि

अध्याय–चतुर्थ

उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि

प्रस्तावना

स्वास्थ्य मानव जीवन की प्रमुख सम्पत्ति है। स्वास्थ्य किसी भी समाज की आर्थिक प्रगति के लिए अनिवार्य है। जो भी व्यक्ति अथवा समाज स्वास्थ्य की दृष्टि से पिछड़ा हुआ है। वह न केवल विकास की दृष्टि से पिछड़ जायेगा, बल्कि ऐसे समाज में जीवन मूल्यों की स्थापना करना भी बेहद कठिन है। अच्छे स्वास्थ्य के अभाव में व्यक्ति और व्यक्तियों से र्निमित समाज अपने गुणों के अनुरूप सर्वश्रेष्ठ प्रदर्शन करने में सक्षम नही हो पाता। मानव जीवन में स्वास्थ्य के इसी महत्व को स्वीकारते हुए यह राज्य का दायित्व है कि सभी स्वास्थ्य सेवाओं तक प्रत्येक व्यक्ति की पहुॅच हो सके तथा आर्थिक स्थिति की वजह से किसी को भी स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित न होना पड़े।[69] बिना स्वस्थ जनसंख्या के देश का आर्थिक, सामाजिक विकास असंभव है क्योंकि समाजिक आर्थिक स्थिति एवं स्वास्थ्य के बीच एक निरन्तर सम्बन्ध है। व्यक्तियों और समुदायों के स्वास्थ्य को कई कारक प्रभावित करते है। जैसे– आय एवं सामाजिक स्थिति, शिक्षा, भौतिक वातावरण, रोजगार एवं कार्य करने की एवं पारिवारिक स्थिति आदि। किसी समाज विशेष के प्रचलित नियम–कानून व्यक्ति के स्वास्थ्य को अप्रत्यक्ष रूप से प्रभावित करते है। मनोवैज्ञानिक स्थितियॉ और सोच व्यक्ति की दिनचर्या एवं विचारों को प्रभावित करता है। सांस्कृतिक रीति–रिवाज व्यक्ति को आदर्शवादी नियम पर चलने को विवश करते है एवं आर्थिक कारणों से व्यक्ति चाहते हुए भी स्वस्थ्य रहने के लिए न्यूनतम आवश्यक सुविधायें नही जुटा पाता है। अतः जब हम समाज विशेष के स्वास्थ्य स्तर का आंकलन करे तो हमें इन सभी तथ्यों को ध्यान में रखना चाहिए।[70] इसी समकक्ष में बोरदियू ने समाजिक पूॅजी की बात की है। बोरदियू के अनुसार जिसके

---

[69] Meena, R.S. (2003). ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधायें, कुरूक्षेत्र 48 (7), P.No. 43-46

[70] टेखरे, वाय. एल. (2010), भारत में मानसिक स्वास्थ्यः एक विहंगम दृष्टि, धारणा, अंक 15, P.No. 5-8.

पास सामाजिक एवं आर्थिक पूँजी है वह शारीरिक व मानसिक रूप से भी स्वस्थ है।[71] (Galasso and wagstaff, 2018) अपने लेख में यह बताया कि अगर बचपन में बच्चें अल्पविकसित न हो तो वह भारत की अर्थव्यवस्था को आगे बढ़ाने में बहुत योगदान दे सकते है।[72]इसी सन्दर्भ में इस अध्याय में उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि का अध्ययन एवं विश्लेषण किया गया है एवं बताया गया है कि किस तरह से व्यक्ति का सामाजिक एवं आर्थिक परिवेश उसके स्वास्थ्य की दशाओं को प्रभावित करते है।

प्रस्तुत शोध के लिए 300 उत्तरदाता (गर्भवती, धात्री माताएं एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता) का चयन किया गया है एवं उनसे पारस्परिक बातचीत की गई है। प्रस्तुत शोध में उत्तरदाताओं से उनकी सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि को ज्ञात करने के लिए उनसे सम्बन्धित प्रश्न जैसे–उनकी आयु, शिक्षा, जाति, व्यवसाय, आय, जो कि उनकी सामाजिक, आर्थिक स्थिति को दर्शाते है, पूछे गये है। जिनका विवरण और विश्लेषण सारणीगत रूप से प्रस्तुत किया गया है।

उत्तरदाताओं की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति से सम्बन्धित संग्रहित आंकड़े

सारणी 4.1

उत्तरदाताओं की आयु

आयु			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	16 से 20 वर्ष	115	38.3
2.	21 से 25 वर्ष	156	52
3.	26 से 30 वर्ष	26	8.7
4.	30 वर्ष से अधिक	3	1.0
	कुल	**300**	**100.0**

[71] Understanding Bourdieu by Jen Webb, Tony Schiraato, Geoff Damher, Allen and unwin, 2002

[72] Galasso, Emanuela; wagstaff, Adam. (2018). The aggregate income fromchildhood stunting and the returns to a nutrition intervention aimed at readucing policy research working paper: no. WPS 8536 washington D.C:

क्षेत्र सवेक्षण से यह स्पष्ट होता है कि 38.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 16 से 20 वर्ष के मध्य है। 52 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 21 से 25 वर्ष के मध्य है। 8.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं की आयु 26 से 30 वर्ष के मध्य है एवं 1.0 प्रतिशत उत्तरदाता 30 वर्ष से अधिक है। प्रस्तुत तालिका में 115 आवृत्ति के मध्य वह महिलायें है जिनकी आयु 16 वर्ष से 20 वर्ष के मध्य में है एवं जिनका विवाह हो चुका है। अर्थात् 115 महिलाओं का विवाह 18 वर्ष से कम उम्र में हुआ है। जबकि सरकार द्वारा लड़कियों के विवाह की उम्र 18 वर्ष रखी गयी है। क्योंकि 18 वर्ष के पहले लड़कियों का शरीर प्रसव के लिए पूरी तरह से विकसित नही हो पाता है। विवाह पश्चात् लड़कियों के शरीर में बहुत बदलाव आते है एवं अगर विवाह कम उम्र में होता है तो उन्हें कई प्रकार की स्वास्थ्य समस्याओं का सामना करना पड़ता है। कम उम्र में विवाह होने के पीछे कुछ सामाजिक, आर्थिक एवं शैक्षिक कारण है। जैसे गरीबी, शिक्षा का निम्न स्तर, लड़कियों को आर्थिक बोझ समझना एवं हमारी सामाजिक प्रथाएं एवं परम्पराएं इत्यादि। गॉव में ज्यादातर लोगों की यह मानसिकता रहती है कि लड़कियों के जैसे ही मासिक धर्म प्रारम्भ हो जाये उनका विवाह कर देना चाहिए। क्योंकि अब लड़की विवाह योग्य हो गयी है। जबकि कम उम्र में किये गये विवाह से लड़कियों का शारीरिक एवं मानसिक पूर्ण विकास नही हो पाता है एवं कम उम्र में गर्भवती होने से जच्चा एवं बच्चा दोनों के मृत्यु की सम्भावना ज्यादा रहती है। कुपोषण का मुख्य कारण लड़की की कम उम्र में शादी और गर्भधारण करना है। (NFHS-4) सर्वे के अनुसार उ0प्र0 जिले में 19 साल से पहले लगभग 49 प्रतिशत महिलायें जल्दी गर्भधारण कर लेती है। अतः कम उम्र में गर्भावस्था प्रायः अविकसित बच्चों को जन्म देती है। ऐसे में ज्यादातर बच्चें या तो समय से पहले जन्म लेते है या कुपोषित होते है।

अतः इस निष्कर्ष से यह ज्ञात हो रहा है कि आयु एवं स्वास्थ्य एक दूसरे को प्रभावित कर रहे है एवं इससे कही न कही उत्तरदाताओं की निम्न सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति भी प्रदर्शित हो रही है।

सारणी 4.2
शिक्षा का स्तर

शिक्षा			
क्रम संख्या	शिक्षा का स्तर	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	अनपढ़	201	67
2.	प्राथमिक स्तर (1–5)	39	13
3.	माध्यमिक स्तर (6–8)	35	11.66
4.	हाईस्कूल (9–10)	16	5.33
5.	इण्टरमीडिएट (11–12)	09	3
	कुल	**300**	**100.0**

उत्तरदाताओं के शिक्षा के स्तर को देखने पर यह ज्ञात हुआ कि 67 प्रतिशत उत्तरदाता अनपढ़ है एवं 13 प्रतिशत उत्तरदाता प्राथमिक स्तर तक शिक्षित है। 11.66 प्रतिशत माध्यमिक स्तर तक शिक्षित, 5.33 प्रतिशत हाईस्कूल तक, 3 प्रतिशत इण्टरमीडिएट तक शिक्षित है। अशिक्षा का कारण जानने पर यह ज्ञात हुआ कि, कुछ लोगों की आर्थिक समस्या होने के कारण वे शिक्षित नहीं हो पाये एवं कुछ लोगों के परिवार के लोगों में पूर्वाग्रह (कि शिक्षा से कुछ नही मिलता है, जितने समय में वे स्कूल जायेंगे उतने समय में वे अन्य कार्य कर लेंगें) होने से वह शिक्षित नहीं हो पाये। शिक्षा सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति को मजबूत करने का एक महत्वपूर्ण अंग है। चयनित उत्तरदातायें गर्भवती एवं धात्री महिलायें है। यह माना जाता है कि बच्चों की पहली गुरू उनकी माता होती है यदि मॉ ही शिक्षित नही होगी तो बच्चें किस प्रकार शिक्षित होगे। इसलिए माता को शिक्षित एवं स्वस्थ दोनों होना चाहिए। आई0सी0डी0एस0 परियोजना में गर्भवती एवं धात्री महिलाओं को आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा दी जाती है, कि किस प्रकार से वे अपना एवं अपने बच्चों का ध्यान रखे, उन्हें क्या खिलाये क्या नही इत्यादि। आज भी ग्रामीण भारत में प्रसव के समय महिलाओं के पास सुप्रशिक्षित महिला चिकित्सकों अभाव रहता है। दवाई

और चिकित्सकीय सुविधाओं की अक्सर कमी रहती है। अगर प्रशिक्षण होगा, शिक्षा होगी तो शिक्षा के जरिए स्वास्थ्य को बेहतर किया जा सकता है।

सारणी 4.3

जाति

जाति			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	ब्रहम्ण	57	19.0
2.	चमार	135	45.0
3.	खटिक	31	10.3
4.	क्षत्रिय	50	16.6
5.	बनिया	25	7.8
6.	कुम्हार	1	0.3
7	मली	1	0.3
कुल		**300**	**100**

इसी क्रम में जब उत्तरदाताओं की जाति को देखा गया तब यह ज्ञात हुआ कि ब्राहम्ण जाति 19 प्रतिशत, चमार 45 प्रतिशत, 10.3 प्रतिशत खटिक, 16.6 प्रतिशत क्षत्रिय, 7.8 प्रतिशत बनिया, 0.3 प्रतिशत कुम्हार एवं 0.3 प्रतिशत माली जाति के लोग है अर्थात् चमार जाति का प्रतिशत सबसे अधिक है। भारतीय समाज में जाति को एक विशेष व्यवसाय से जोड़ा जाता है। जैसे– ब्राहम्ण, क्षत्रिय, वैश्य, शूद्र। इसमें ब्राहम्ण का कार्य है पूजा करना, क्षत्रिय का रक्षा करना, वैश्य लेन–देन का कार्य एवं शूद्र का कार्य था अपने से ऊपर इन तीनों जातियों की सेवा करना। सेवा करके जो भी उसे प्राप्त होता था। वही उसकी आर्थिक स्थिति को प्रस्तुत करता था। हालॉकि वर्तमान समय में इस स्थिति में बहुत परिवर्तन आ गया है। परन्तु आज भी कही न कही जाति को शुचिता एवं प्रदूषण से जोड़ा जाता है। गॉव में निम्न जाति के ज्यादातर लोग अपनी से बड़ी जाति के यहॉ कार्य करते है। जैसे–दूसरे के खेत में खेती, पशुपालन इत्यादि। यह क्षेत्र में भी देखने को मिला कि जो निम्न जाति के लोग है। वह दूसरे के खेत में खेती

करते है, पशुओं को पालते है एवं उनका जीवन स्तर बहुत निम्न है। गांव के लोगों में आज भी उच्च्य जाति एवं निम्न जाति का भेद है। अतः इस तरह का जीवन स्तर उत्तरदाताओं के परिवार की निम्न सामाजिक–आर्थिक स्थिति को दर्शाता है।

सारणी 4.4

धार्मिक आधार

धर्म			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	हिन्दू	271	90.3
2.	मुस्लिम	29	9.7
कुल		**300**	**100**

धर्म के आधार पर हिन्दुओं का 90.3 प्रतिशत और मुस्लिम समुदाय के लाभार्थियों का केवल 9.7 प्रतिशत यह दर्शाता है कि हिन्दु आबादी का प्रतिशत मुस्लिम वर्ग से अधिक है। धर्म शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ा हुआ है। धार्मिक विश्वास रखने से स्वास्थ्य पर सकारात्मक एवं नकारात्मक दोनों प्रभाव पड़ सकते है। धार्मिक भागीदारी और आध्यात्मिकता बेहतर स्वास्थ्य परिणामों से जुड़ी हुई है।

सारणी 4.5

लैंगिंक आधार

लिंग			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	पुरूष	170	56.66
2.	महिला	130	43.33
कुल		**300**	**100**

उत्तरदाताओं के परिवार में पुरूष का 56.66 प्रतिशत है एवं महिलाओं का 43.33 प्रतिशत है। अर्थात् पुरूषों का प्रतिशत महिलाओं के प्रतिशत से ज्यादा है।

सारणी 4.6

पारिवारिक व्यवसाय

व्यवसाय			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	कृषि	102	34
2.	पशुपालन	65	21.66
3.	मजदूरी	115	38.33
4.	प्राइवेट नौकरी	10	3.33
5.	परचून की दुकान	08	2.66
कुल		**300**	**100**

उत्तरदाताओं के पारिवारिक व्यवसाय में 34 प्रतिशत कृषि, 21.66 प्रतिशत पशुपालन, 38.33 प्रतिशत मजदूरी, 3.33 प्रतिशत प्राइवेट नौकरी एवं 2.66 प्रतिशत का व्यवसाय परचून की दुकान है। अधिकतर उत्तरदाताओं का पारिवारिक व्यवसाय मजदूरी एवं कृषि है एवं क्षेत्र अध्ययन के दौरान यह ज्ञात हुआ कि कृषि करने वाले ज्यादातर लोगों के पास अपनी स्वयं की भूमि नही है। वह दूसरे की जमीन में बटाईदार है। (अर्थात् दूसरे की जमीन में कार्य करते है एवं उसी से अपना जीवनयापन करते है।) मजदूरी करने वालों में भी वह लोग है जिन्हें दिन के हिसाब से पैसा मिलता है। उत्तरदाताओं के परिवार के व्यवसाय को देखकर उत्तरदाताओं के परिवार की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति के बारें में पता चलता है। परिवार में कोई स्थायी व्यवसाय न होने से परिवार के जीविका निर्वाहन में कई प्रकार की समस्यायें आती है। जो उनके सामाजिक एवं आर्थिक स्तर को प्रभावित करता है।

सारणी 4.7

पारिवारिक आय

आय			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	1000 से 2000	103	34.33
2.	3000 से 4000	112	37.33
3.	5000 से 6000	73	24.33
4.	6000 से ऊपर	12	4
कुल		**300**	**100**

इसी क्रम में उत्तरदाताओं के परिवार की आय जानने पर यह ज्ञात हुआ कि 34.33 प्रतिशत लोगों की आय 1000 से 2000 के मध्य, 37.33 प्रतिशत की आय 3000 से 4000 के मध्य, 24.33 प्रतिशत 5000 से 6000 के मध्य एवं 4 प्रतिशत की आय 6000 से ऊपर है। अतः 112 उत्तरदाताओं की आय 3000 से 4000 के मध्य है जो परिवार की निम्न आर्थिक स्थिति को प्रदर्शित करता है। क्षेत्र अध्ययन से प्राप्त आंकड़ों से यह प्रदर्शित हो रहा है कि सरकार द्वारा गरीबी उन्मूलन के लिए कई कार्यक्रम चलाये जा रहे है। परन्तु फिर भी जनसंख्या का एक वर्ग आज भी गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करता है। जिसकी समाज में एक निम्न सामाजिक आर्थिक स्थिति है। जब लोगों के पास पर्याप्त धन नही होगा तो वह कैसे अपने बच्चों को एक स्वस्थ और प्रगतिशील जीवन दे पायेंगें। इसलिए सरकार द्वारा आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया गया। जिससे गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाले बच्चों एवं महिलाओं को पोषक भोजन, दवाएं एवं टीकाकरण की सुविधा मुफ्त में उपलब्ध करायी जाये।

इसी क्रम में उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक स्थिति को जानने के लिए प्रस्तुत शोध में कुछ अन्य पहलुओं पर भी प्रकाश डाला गया है। जैसे–शौचालय, मकान का स्वरूप, पानी के निकास का प्रबन्धन इत्यादि। किसी व्यक्ति की सामाजिक स्थिति

केवल उसकी शिक्षा, आय एवं जाति से ही नही अपितु उसके उस वातावरण पर भी निर्भर करता है। जिसमें वह निवास करता है क्योंकि स्वस्थ वातावरण में ही स्वस्थ जीवन का विकास हो सकता है।

सारणी 4.8

उपलब्ध शौचालयों का विवरण

शौचालय			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	हाँ	110	36.7
2.	न्हीं	190	63.3
	कुल	**300**	**100.0**

घर के अंदर शौचालय का न होना निश्चय ही एक बड़ी समस्या है। खुले में शौच जाने से पर्यावरण के साथ ही स्वच्छता संबंधी समस्याओं का होना तो आम बात है ही इसका सामाजिक प्रभाव महिलाओं की सुरक्षा पर भी पड़ता है। बच्चियाँ यौन हिंसा का शिकार हो सकती हैं तथा महिलाओं की गरिमा भी भंग होती है। वर्तमान में, शौचालय निर्माण में बढ़ोतरी के प्रति जागरूकता बढ़ी है। सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति को जानने के लिए उत्तरदाताओं के मकान में शौचालय की व्यवस्था के आधार पर प्राप्त आकड़ों में 36.7 प्रतिशत के पास शौचालय उपलब्ध हैं तथा 63.3 प्रतिशत के पास शौचालय नहीं हैं। ये आकड़े स्वच्छता के लिहाज़ से अनुकूल नहीं है और क्षेत्र के लाभार्थियों को जागरूक करने की आवश्यकता को दर्शा रहे है। क्योंकि सुरक्षित स्वच्छता प्रणालियों की कमी के कारण संक्रमण और बीमारियॉ होती है जिसमें डायरिया एवं टायफायड आदि है। ये बच्चों के स्वास्थ्य को प्रभावित करते है एवं उसका परिणाम होता है बच्चों में बढ़ने वाला बाल कुपोषण। स्वास्थ्य में सुधार के लिए शौचालयों का ज्यादा से ज्यादा निर्माण होना चाहिए। 80 प्रतिशत बाल रोग जल जनित बीमारियों के कारण होते है। करीब 30 प्रतिशत शिशु मृत्यु डायरिया और इसके प्रभाव के कारण होते है। कुपोषण का सीधा सम्बन्ध स्वच्छता से है। 2011 की census of india की रिपोर्ट भी यह पुष्टि

कर रही है कि 53 प्रतिशत घरों के लोग खुले में शौच जाते है एवं (spears 2013b) विश्व भर में उत्तर प्रदेश के पूरे 12 प्रतिशत लोग खुले में शौच जाते है।

सारणी 4.9

मकान का स्वरूप

मकान			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	कच्चा मकान	107	35.7
2.	पक्का मकान	193	64.3
कुल		**300**	**100**

उपर्युक्त सारणी से प्रदर्शित होता है कि 35.7 प्रतिशत लाभार्थी कच्चे मकान में रहते हैं जबकि 64.3 प्रतिशत लाभार्थियों के पास रहने को पक्का मकान है। इससे तो यही प्रदर्शित हो रहा है कि अधिकतर उत्तरदाताओं के मकान पक्के है अर्थात् उनके पास रहने की अच्छी सुविधा है।

सारणी 4.10

पानी के निकास का प्रबन्धन

पानी			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	अच्छा	256	85.3
2.	खराब	23	7.7
3.	सामान्य	21	7.8
कुल		**300**	**100**

घरों से गन्दे पानी का निकास करने हेतु (बाहर निकालना) नालियों की उचित व्यवस्था होनी चाहिए जिससे मच्छरों एवं बीमारियों से बचा जा सके। उत्तरदाताओं से प्राप्त आकड़े बताते हैं कि 85.3 प्रतिशत लाभार्थियों के यहाँ पानी के निकास की सुविधा की स्थिति अच्छी है एवं 7.7 प्रतिशत के घरों में पानी के निकास की स्थिति खराब है और 7.8 प्रतिशत के घरों में पानी के निकास की स्थिति सिर्फ संतोषजनक है।

विश्लेषण

गरीबी तथा कुपोषण के कारण व्यक्ति की कार्यक्षमता में कमी आ जाती है। जिस कारण व्यक्ति की आय अर्जित करने की क्षमता में भी कमी आ जाती है जिससे व्यक्ति और अधिक गरीब हो जाता है। सरकार द्वारा चलायी जा रही योजनाओं के तहत अतिसंवेदनशील समूह जैसे–शिशु, गर्भवती एवं धात्री महिलायें एवं किशोरयों पर विशेष ध्यान दिया जाता है। क्योंकि मुख्यतः यही समूह कुपोषण से अधिक प्रभावित होता है। अध्ययन के लिये चुने गये व्यक्तियों की सामाजिक–आर्थिक, पृष्ठभूमि में काफी विविधता है। इस अध्ययन में सम्मिलित अधिकांश उत्तरदाता मध्यमवर्गीय एवं निम्नवर्गीय सामाजिक, आर्थिक परिवेश से आते है। प्रस्तुत अध्याय में उत्तरदाताओं की वैयक्तिक पृष्ठभूमि का अध्ययन किया गया जिसमें आयु के आधार पर उत्तरदाताओं की सारणी के विश्लेषणोपरान्त स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 52 प्रतिशत उत्तरदाता 21 से 25 आयु वर्ग के है। जाति के आधार पर उत्तरदाताओं के वर्गीकरण से स्पष्ट होता है कि सर्वाधिक 45.0 प्रतिशत उत्तरदाता निम्न जाति के है। अध्ययन में सम्मिलित अधिकांश 90.3 प्रतिशत उत्तर दाता हिन्दू धर्मावलम्बी के है। शिक्षा के आधार पर उत्तरदाताओं के वर्गीकरण से सुस्पष्ट होता है कि अधिकतर उत्तरदाता अशिक्षित है और उनमें शिक्षा का स्तर निम्न है और अगर शैक्षिक स्थिति अच्छी नहीं होगी तो स्वास्थ्य और पोषण के प्रति जागरूकता भी नहीं होगी। उत्तरदाता की पारिवारिक आय 3000 से 4000 के मध्य है। आय का यह स्तर परिवार की निम्न आर्थिक स्थिति को प्रदर्शित करता है। जब हम शौचालय की स्थिति देखते है तो इस विश्लेषण से स्पष्ट हुआ है कि 63.3 प्रतिशत लोग शौचालय की सुविधा से वंचित है जो उनके स्वास्थ्य पर प्रतिकूल असर डालता है। ये सारे आंकड़े उत्तरदाताओं की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति को प्रदर्शित कर रहे है एवं किस तरह से व्यक्ति की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति उसके स्वास्थ्य को प्रभावित करती है इससे यह भी स्पष्ट हो रहा है।

सन्दर्भ सूची

Galasso,Emanuela; wagstaff, Adam. (2018). The aggregate income fromchildhood stunting and the returns to a nutrition intervention aimed at readucing policy research working paper: no. WPS 8536 washington D.C.

Meena, R.S. (2003). ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधायें, कुरूक्षेत्र 48 (7), P.No. 43-46

Understanding Bourdieu by Jen Webb, Tony Schiraato, Geoff Damher, Allen and unwin, 2002

Women's Health in a Rural Community in Kerela India: do caste and Socio Economic Position mater J Epidemiol Community Health. 2006 Dec: 60 (12) : 1020-1026.

टेखरे, वाय. एल. (2010). 'भारत में मानसिक स्वास्थ्यः एक विहंगम दृष्टि, धारणा, अंक 15, P.No. 5-8.

अध्याय–पंचम

समन्वित बाल विकास परियोजना : क्रियान्वयन की स्थिति

अध्याय–पंचम

समन्वित बाल विकास परियोजना : क्रियान्वयन की स्थिति

प्रस्तावना

बच्चें समाज के लिए सामाजिक पूँजी का आधार होते है। बच्चों का पालन–पोषण उसके माता–पिता की आर्थिक एवं सामाजिक जागरूकता पर निर्भर करता है। परन्तु लोकतांत्रिक देश में यह जिम्मेदारी केवल माता–पिता पर ही नहीं अपितु राज्य पर भी हैं। इसलिए भारत के संविधान अनु0 45 में 0–6 वर्ष तक के बच्चों के सर्वांगीण (सामाजिक, आर्थिक, मनोवैज्ञानिक एवं शारीरिक) विकास की बात की गयी है। बच्चों के सम्पूर्ण विकास एवं कुपोषण की समस्या को दूर करने के उद्देश्य से आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया गया। इस परियोजना को लागू करके सरकार ने बच्चों, गर्भवती एवं धात्री माताओं के लिए पोषण सुनिश्चित करने का प्रयास किया है। प्रस्तुत अध्याय में शोधार्थी द्वारा आई0सी0डी0एस0 परियोजना को लागू करने के मुख्य लक्ष्यों पर विचार किया गया है। एवं तथ्यों की परख के साथ–साथ इस परियोजना से जुड़ी अन्य नीतियों के बारें में भी प्रकाश डाला गया है। इसके अतिरिक्त जिला एवं समुदाय स्तर पर आई0सी0डी0एस0 परियोजना की समीक्षा की गयी है एवं परियोजना के क्रियान्वयन में आने वाली समस्याओं के बारें मे भी विचार किया गया है तथा साथ ही साथ सरकार को परियोजना को लागू करने में कौन–कौन सी रणनीतियां अपनानी चाहिए। इसका विवेचन भी इस अध्याय में किया गया है।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना

गरीबी एवं भुखमरी आज भी विकासशील देशों के लिए सबसे बड़ी चुनौती है। गरीबी का प्रभाव कुपोषण के रूप में दिखाई देता है। जिससे गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाले व्यक्ति विशेषतः महिलायें एवं बच्चें कुपोषण से सबसे अधिक प्रभावित होते है। अल्प पोषण तथा आहार में पोषक तत्वों को कम मात्रा में ग्रहण करने से व्यक्ति का

शारीरिक एवं मानसिक विकास बाधित होता है।[73] साथ ही यह व्यक्ति की कार्यक्षमता को भी प्रभावित करता है। परिणामस्वरूप मृत्यु दर एवं बीमारियों की दर में वृद्धि होती है। 1947 में बच्चों के लिए राष्ट्रीय नीति बनायी गयी थी। इसी नीति के अर्न्तगत सन् 1975 में लागू की गयी इस योजना में देश के 0–6 वर्ष आयु वर्ग के बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण की देखभाल की जाती है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना केन्द्र प्रायोजित योजना है जो कि महिला एवं बाल विकास मंत्रालय द्वारा निष्पादित की जा रही है। वर्तमान में इस योजना में 95612 लाख से 103014 लाख लाभार्थियों का नामांकन हो चुका है। केन्द्र सरकार इस योजना का 90 प्रतिशत खर्च वहन करती है। बाकी का राज्य एवं केन्द्रशासित प्रदेश अपने आप करते है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना में केन्द्र सरकार कार्यक्रमों की योजना और परिचालन लागत के लिए जिम्मेदार है जबकि राज्य सरकार कार्यक्रम के क्रियान्वयन एवं स्वयं के संसाधनों के अतिरिक्त पोषण उपलब्ध कराने के लिए उत्तरदायी होते है।[74]

यह योजना प्राथमिक स्वास्थ्य की देखभाल और अनौपचारिक शिक्षा के साथ–साथ पूरक पोषण की सुविधायें उपलब्ध कराने के लिए भी जिम्मेदार हे। यह विश्व में बच्चों के सन्दर्भ में सबसे बड़े कार्यक्रमों में से एक है। इसके अर्न्तगत बच्चों को बुनियादी सुविधाये (3 से 6 साल तक) और गर्भवती माताओं और बच्चों के पालन पोषण में जुटी माताओं के स्वास्थ्य की देखभाल के जरूरी पुष्टाहार, विटामिन की गोलियॉ और अन्य बीमारियों के बारे में जानकारी दी जाती है। अतः देश के विकास एवं अल्पपोषण से होने वाली समस्याओं जैसे–कुपोषण और संक्रमण को नियंत्रित करने के उद्देश्य से ही आई0सी0डी0एस0 परियोजना का प्रारम्भ किया गया जिससे बच्चों, गर्भवती एवं धात्री महिलाओं के जीवनस्तर को बढ़ाने के साथ ही उन्हें स्वस्थ एवं सुनहरा जीवन प्रदान किया जा सके।

[73] www.pacsindia.org/projects/healthandnutrition/icds-scheme
[74] https://icds-wcd-nic-in(ICDS)

आई0सी0डी0एस0 परियोजना का विकास शिशुओं के विकास को ध्यान में रखकर निम्न उद्देश्यों के साथ आरम्भ किया गया।

1. पूरक भोजन जिसके अर्न्तगत बच्चों को 300 दिन की अवधि के लिए जिसमें 500 कैलोरी की ऊर्जा और 12–15 ग्राम प्रोटीन दिया जायेगा। इसके अलावा स्तनपान कराने वाली और गर्भवती महिलाओं के भोजन में 600 कैलोरी की ऊर्जा और 18–20 ग्राम प्रोटीन दिया जायेगा।
2. बच्चों (जन्म से 6 वर्ष तक) के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर में सुधार लाना।
3. बच्चों को उचित शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक विकास की ओर प्रोत्साहित करना।[75]
4. शिशुओं/बच्चों में कुपोषण एवं मृत्यु दर को कम करना।
5. परिवार की कमजोर आर्थिक स्थिति के कारण बीच में ही शिक्षा छोड़ने की प्रवृत्ति को कम करना।
6. स्वास्थ्य शिक्षा एवं उचित पोषाहार के सम्बन्ध में माताओं को जागरूक कर बच्चों की स्वास्थ्य एवं पोषण सम्बन्धी आवश्यकताओं को पूर्ण करना।
7. गर्भवती महिलाओं, धात्री माताओ, किशोरियों तथा बच्चों (सामान्य कुपोषित, अल्प पोषित) को उचित पोषाहार उपलब्ध कराना।
8. बच्चों की वृद्धि का अनुवीक्षण करना।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के चार प्रमुख घटक है।

1. बचपन की देखभाल एवं विकास।
2. देखभाल एवं पोषण परामर्श।
3. स्वास्थ्य सेवायें।
4. समुदाय संगठन, जागरूकता, वकालत और सूचना, शिक्षा एवं संचार।

[75] https://iap.healthphorne.org/integrated.child-development-services-html (Accessed to 8 Nov. 2019)

इन घटको के जरिए परियोजना के उद्देश्य को पूरा करने में सहायता मिलती है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं एवं सहायिकाओं द्वारा योजना के उद्देश्य को पूरा करने के लिए आंगनवाड़ी केन्द्र में जो सेवायें प्रदान की जाती है। उसका विवरण अग्रलिखित है।

आई0सी0डी0एस0 द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवायें

आई0सी0डी0एस0 के तहत लाभार्थियों को गॉव में स्थित आंगनवाड़ी केन्द्रों के माध्यम से योजना के विभिन्न लाभ पहुॅचाये जाते है। इसके अर्न्तगत प्रदान की जाने वाली सेवायें सारणीगत है। आई0सी0डी0एस0 द्वारा प्रदान की जाने वाली छः सेवाओं में से तीन सेवायें टीकाकरण, स्वास्थ्य जॉच एवं सन्दर्भ सेवायें, स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से एन0आर0एच0एम0 योजना के तहत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग द्वारा प्रदान की जाती है।

सारणी 5.1

आई0सी0डी0एस0 द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवायें

सेवा का नाम	लाभार्थी वर्ग	प्रदान करने का दिवस	प्रदान करने हेतु जिम्मेदार संस्था/व्यक्ति
पूरक पोषाहार वर्ष में 300 दिन, पोषाहार देने का प्रावधान	गर्भवती महिलायें, धात्री मातायें, 7 माह से 6 साल तक के बच्चें	आंगनवाड़ी केन्द्र पर आने वाले बच्चों को भोजन पकाकर प्रतिदिन रविवार एवं राजकीय अवकाशों को छोड़कर शेष लाभार्थियों को टेक होम राशन के रूप में प्रत्येक शनिवार को	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं सहायिका, ग्राम स्वास्थ्य एवं कल्याण समिति की देखरेख में वितरित करने का प्रावधान है।
स्कूल पूर्व शिक्षा	3 से 6 साल के बच्चें	अवकाशों को छोड़कर प्रत्येक दिन	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
टीकाकरण	गर्भवती महिलाये, तीन साल तक के बच्चें एवं किशोरी बालिकायें	प्रत्येक मंगलवार ग्राम स्वास्थ्य दिवस एवं शनिवार को	एनम
स्वास्थ्य जॉच	गर्भवती एवं धात्री महिलायें, 6 साल तक के बच्चें	प्रत्येक मंगलवार, ग्राम स्वास्थ्य दिवस एवं शनिवार को	एनम, एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा	15 से 45 आयु वर्ग की महिलायें	प्रत्येक शनिवार टेक होम राशन दिवस के दिन	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
वृद्धि अनुवीक्षण	0 से 6 वर्ष के बच्चें	प्रत्येक मंगलवार, ग्राम स्वास्थ्य दिवस एवं शनिवार	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
सन्दर्भ सेवायें	अतिकुपोषित बच्चें, गम्भीर समूह वाली गर्भवती एवं रक्ताल्पत्ता से ग्रस्त किशोरियॉ	आवश्यकतानुसार	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता

Source-जनस्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तराष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07, Pg. No. 6

सेवाओं का विस्तृत विवरण निम्नवत् है।

पूरक पोषाहारः—लाभार्थियों को (6 वर्ष से कम वर्ष के बच्चों, गर्भवती महिलाओं एवं धात्री माताओं को) वर्ष में 300 दिनों के लिए पूरक पोषाहार मिलता है। (मौसमी फल, हरी सब्जियॉ, अनाज, दालें, गेहूँ, सिंघाड़ा और आलू, तेल और घी, अंडे, मांस, मछली, दूध, दही, मक्खन एवं लस्सी) स्थानीय जरूरतों और खाने की आदतो के आधार पर विभिन्न राज्यों में पौष्टिक आहारों में भिन्नता होती है, पर आंगनवाड़ी में बने गरम आहार में प्रायः दाल, चावल, सब्जियॉ, चीनी, आयोडीन वाला नमक आदि होता है। कई बार 3 वर्ष से कम आयु के बच्चों को घर ले जाने वाला आहार भी दिया जाता है।

सारणी 5.2

लाभार्थियों को दिये जाने वाले पूरक पोषाहार की दैनिक मात्रा

मात्रा	लाभार्थी विवरण	लाभार्थियों की संख्या प्रति केन्द्र
80 ग्राम	6 माह से 3 साल के बच्चें 3 से 6 साल के बच्चे	सर्वे अनुसार अधिकतम 40
100 ग्राम	गर्भवती महिलाएं धात्री माताएं किशारी बालिकाएं अतिकुपोषित बच्चे	सर्वे अनुसार सवे अनुसार 03 जितने भी चिन्हित हो

Source-जनस्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तराष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07, Pg. No. 5

स्कूल पूर्व शिक्षाः— आई0सी0डी0एस0 में स्कूली पूर्व शिक्षा के माध्यम से 3 वर्ष से 6 वर्ष के बच्चों का पढ़ाई की ओर ध्यान आकर्षित किया जाता है। अनौपचारिक वातावरण होने के कारण बच्चें पढ़ाई को बोझ न समझते हुए, उसे सीखने के लिए प्रेरित होते है, जिससे उनकी कल्पना शक्ति को बल मिलता है। इस सेवा के माध्यम से बच्चों को

कहानी, कविता, खेल के साथ–साथ उन्हें अंक एवं अक्षर का ज्ञान दिया जाता है, जिसक कारण वह प्राथमिक शिक्षा के लिए तैयार हो जाते है।[76]

टीकाकरणः– कुपोषण का संक्रमण से सीधा सम्बन्ध है। कुपोषित बच्चें एवं गर्भवती महिलायें आसानी से संक्रमण से ग्रसित हो जाते है। जिस कारण वजन कम हो जाता है तथा गम्भीर स्थिति में मृत्यु तक हो सकती है। इसलिए इस परियोजना के तहत स्वास्थ्य विभाग के साथ समन्वय स्थापित कर गर्भवती महिलाओ तथा 5 वर्षों तक के बच्चों की जानलेवा बीमारियों से बचाव के लिए प्रतिरक्षीकरण कार्यक्रम चलाये जाते है। जिसके तहत मुख्यतः बीमारियों (क्षय रोग, काली खांसी, टिटनेस एवं पोलियो) से बचाव किया जा सकता है। भारत सरकार द्वारा संस्तुत टीकाकरण अनुसूची निम्नलिखित प्रकार से है।

सारणी 5.3

गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण

लाभार्थी	टीकाकरण
गर्भवती महिलाओं के लिए	टिटनेस टाक्साई टीकाकरण
गर्भावस्था के प्रारम्भिक दौर में	(टी0टी01) इन्जेक्शन
टी0टी0 1 के एक माह बाद	टिटनेस टाक्साई बूस्टर (टी0टी02) इन्जेक्शन

Source-जनस्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तराष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07, Pg. No. 10

[76] जनस्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तराष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07 Pg. No. 5-7

सारणी 5.4

बच्चों का टीकाकरण

नवजात शिशुओं के लिए/ बच्चों की आयु	टीके का नाम (टीकाकरण)	बीमारी
1 ½ महीने पर	बी.सी.जी. इन्जेक्शन	क्षय रोग से बचाव
	डी.पी.टी.–1 (इन्जेक्शन) ओ.पी.वी.1 (पीने की दवा)	गलाघोटू, काली खांसी, टिटनेस एवं पोलियो से बचाव
2 से 2 ½ महीने पर	डी.पी.टी.–2 (इन्जेक्शन) ओ.पी.वी. 2 (पीने की दवा)	गलाघोटू, काली खांसी से बचाव
3 से 3 ½ महीने पर	डी.पी.टी.–3 (इन्जेक्शन) ओ.पी.वी.3 (पीने की दवा)	खसरा से बचाव
9 महीने पर	खसरा इन्जेक्शन	काली खांसी
16–24 महीने पर	डी.पी.टी.–बूस्टर (इन्जेक्शन) ओ.पी.वी. (बूस्टर)	
18 महीने	विटामिन 'ए' (2 मि0ली0)	
24 महीने पर	विटामिन 'ए' (2 मि0ली0)	

Source:जन स्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तर्राष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07, pg. No. ID

(सभी टीके गॉव मे ंएनम, पी0एच0सी0 तथा शहरों में जिला अस्पताल में निःशुल्क उपलब्ध कराये जाते है)

स्वास्थ्य जॉच–आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत यह सेवा चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग तथा महिला और बाल विकास के समन्वय एवं सहयोग से प्रदान की जा रही है। स्वास्थ्य प्रसव पश्चात् की देखभाल, नवजात शिशुओं को देखभाल तथा 6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की देखभाल आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा की जाती है।

स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा–आंगनवाड़ी में महिला स्वास्थ्य प्रदर्शक एनम., आशा कार्यकर्ती, सहायक नर्स तथा आंगनवाड़ी कार्यकर्ती के माध्यम से बच्चों, गर्भवती एवं धात्री महिलाओं का निश्चित अवधि में स्वास्थ्य परीक्षण किया जाता है। लाभार्थियों का

उपचार आंगनवाड़ी कार्यकर्ती द्वारा स्वयं किया जाता है। जिसके लिए उन्हें सभी जीवन रक्षक दवायें उपलब्ध करायी जाती है तथा गम्भीर बीमारी की स्थिति में बीमार व्यक्तियों को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र अथवा जिला अस्पताल में उपचार हेतु भेजा जाता है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा अपने क्षेत्र की (15 से 45 वर्ष की) किशोरियों एवं महिलाओं को एक निश्चित दिन पर एकत्र कर उन्हें स्वास्थ्य पोषण स्तर को उत्तम बनाने के विभिन्न उपाय बताये जाते है।

वृद्धि अनुवीक्षण– आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत आंगनवाड़ी कार्यकर्ती के माध्यम से बच्चों के वजन का रिकार्ड रखा जाता है क्योंकि शारीरिक वजन बच्चों के स्वास्थ्य तथा पोषण स्तर की प्रगति जानने का एक अच्छा साधन है। इस परियोजना के तहत आंगनवाड़ी कार्यकर्मी के द्वारा पंजीकृत बच्चों का रिकार्ड वृद्धि चार्ट के माध्यम से रखा जाता है। जिसका आधार शारीरिक भार एवं लम्बाई होता है। वृद्धि चार्ट में शिशु/बच्चें की आयु के अनुसार वजन का अभिलेख, पोषण सम्बन्धी अभिलेख, बच्चों के स्वास्थ्य एवं कुपोषण का रोग प्रतिरक्षण रिकार्ड, रोगों के उपचार एवं परिवार नियोजन सम्बन्धी सलाह के अभिलेख रखे जाते हैं यह रिकार्ड एक कैलेण्डर के रूप में होता है जिसमें बच्चें के जन्म से लेकर पॉच वर्ष का विवरण रखा जाता है।[77]

संदर्भ सेवायें– समेकित सेवाओं के इस कार्यक्रम के अर्न्तगत आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा जॉच के दौरान पाये गये अति कुपोषित, गम्भीर रूप से बीमार एवं संकटग्रस्त बच्चों तथा महिलाओं को विशेष देखभाल हेतु रेफरल कार्ड/स्लिप देकर अस्पताल व स्वास्थ्य केन्द्र चिकित्सा पर बीमारी के निदान हेतु भेजवाने की सलाह प्रदान की जाती है।

समन्वित बाल विकास परियोजना से सम्बन्धित योजनाएँ

0–6 साल के आयु वर्ग के बच्चे भारत की जनसंख्या 2011 की जनगणना के लगभग 15.8 करोड़ हैं।[78] महिला एवं बाल विकास मंत्रालय बच्चों के संरक्षण के लिए विभिन्न

[77] http://icds-wcd.nic.in/in=cdsimg/icds_hindi_03-12-2016. pdf.
[78] www.censusindia.gov.in

योजनाओं को कार्यान्वित कर रहा है एवं अन्य कई बड़े कार्यक्रम सरकारी स्तर पर चलाए जा रहे हैं जिनका ब्यौरा नीचे दिया गया है। ये सभी योजनाएं कहीं न कहीं आई.सी.डी.एस. से जुड़ी हुई हैं। विविध प्रकार की योजनाओं में जो समन्वित बाल विकास से संबंद्ध है। सभी आयुवर्ग के बच्चों, किशोरियों एवं महिलाओं के स्वास्थ्य सम्बन्धी देखरेख हेतु लागू किया गया है। जिनके अर्न्तगत कन्या सुमंगला योजना, निपसेड योजना, सबला, इन्दिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना, पूरक पोषाहार योजना, ग्राम सम्पर्क अभियान इत्यादि।

कन्या सुमंगला योजना– हाल ही में उत्तर प्रदेश के शहर लखनऊ में 1 मार्च, 2019 में किशोरियों के लिए कन्या सुमंगला योजना लागू की गई है। जिसका मुख्य उद्देश्य कन्या भ्रूण हत्या को समाप्त करना, समान लैंगिक अनुपात स्थापित करना, बाल विवाह की कुप्रथा को रोकना, बालिकाओं के स्वास्थ्य व शिक्षा को प्रोत्साहन देना, बालिकाओं को स्वावलंबी बनाने में सहायता प्रदान करना, बालिका के जन्म के प्रति समाज में एक सकारात्मक सोच को विकसित करना है।[79] यह योजना छः श्रेणियों में लागू होगी। इसमें लाभार्थी का वर्गीकरण किया गया है तथा उसी अनुसार धनराशि वितरण की व्यवस्था रखी गई है। प्रथम श्रेणी में बालिका का जन्म होने पर सरकार द्वारा 2000 रूपये की एकमुश्त रकम पी.एफ.एम.एस. के माध्यम से उसके बैंक खाते में हस्तांतरित की जाएगी। द्वितीय श्रेणी में बालिका के एक वर्ष तक के पूर्ण टीकाकरण के उपरान्त 1000 रूपये देय होंगे, तृतीय श्रेणी, कक्षा प्रथम में प्रवेश के उपरान्त 2000 रूपये की एकमुश्त राशि, चतुर्थ, कक्षा छः में बालिका के प्रवेश उपरान्त 2000 रूपये देय, पंचम श्रेणी कक्षा नौ में बालिका के प्रवेश उपरान्त 3000 रूपये देय तथा षष्टम् श्रेणी में ऐसी बालिकाओं को शामिल किया गया है जिन्होंने कक्षा 12वीं उत्तीर्ण करके स्नातक या 2 वर्षीय या अधिक अवधि के डिप्लोमा कोर्स में प्रवेश ले लिया हो।

निपसेड योजना–NIPCCD के रूप में लोकप्रिय नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ पब्लिक कोऑपरेशन एंड चाइल्ड डेवलपमेंट, महिलाओं और बाल विकास के समग्र क्षेत्र में

[79] लखनऊ में कन्या सुमंगला योजना http://mahilakalyan.up.nic.in/Images/ae0a20105201932342.pdf

स्वैच्छिक अनुसंधान, प्रशिक्षण और प्रलेखन को बढ़ावा देने के लिए समर्पित एक प्रमुख संगठन है।[80] 1866 में सोसायटी पंजीकरण अधिनियम के तहत वर्ष 1966 में नई दिल्ली में स्थापित, यह महिला और बाल विकास मंत्रालय के तत्वावधान में कार्य करता है। देश की क्षेत्र–विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए, संस्थान ने समय के साथ गुवाहाटी (1978), बैंगलोर (1980), लखनऊ (1982) और इंदौर (2001) में चार क्षेत्रीय केंद्र स्थापित किए हैं।

किशोरियों के सशक्तीकरण के लिए राजीव गांधी योजना– सबला

11 से 18 वर्ष की किशोरियों की पोषण और स्वास्थ्य स्थिति में सुधार करने और जीवन, कौशल, स्वास्थ्य और पोषण संबंधी शिक्षा के माध्यम से उनका सशक्तीकरण करने के लक्ष्य की प्राप्ति के लिए भारत सरकार ने नवम्बर 2010 मे किशोरियों के सशक्तीकरण के लिए राजीव गांधी योजना (सबला) आरम्भ की। इस योजना का उद्देश्य किशोरियों के परिवार कल्याण, स्वास्थ्य और स्वच्छता, वर्तमान सार्वजनिक सेवाओं के बारे मे जानकारी से अवगत कराना, और विद्यालय न जाने वाली किशोरियों को अनौपचारिक शिक्षा प्रणाली के अन्तर्गत लाना है।[81] आई0सी0डी0एस0 परियोजना का मुख्य लक्ष्य विद्यालय न जाने वाली लडकियां हैं। उन्हें पोषण और गैर पोषण घटकों के साथ समेकित सेवाएं प्रदान की जाती है। पोषण घटक का लक्ष्य 11–14 वर्ष की विद्यालय न जाने वाली किशोरियां और 14–18 वर्ष की सभी लडकियॉ है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अन्तर्गत निम्नलिखित सेवाएं प्रदान की जा रही है। पोषण का प्रावधान (600 कैलोरीज, 18–20 ग्राम प्रोटीन और सूक्ष्म पोषक तत्व 300 दिनों के लिए)

- आईएफए की गोलियॉ
- स्वास्थ्य जॉच और सन्दर्भ सेवायें

[80] निपसेड योजना https://www.nipccd.nic.in/
[81] https://wcd.nic.in.schemes

- पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा
- परिवार कल्याण किशोर प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य, बाल देखरेख के तरीके, घर का प्रबन्धन पर परामर्श और मार्गदर्शन जीवन कौशलों और सार्वजनिक सेवाएं प्राप्त करने संबंधी शिक्षा तथा राष्ट्रीय कौशल विकास कार्यक्रम के अन्तर्गत 16 वर्ष और उससे अधिक आयु की लडकियों को व्यवसायिक प्रशिक्षण।

इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना

इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोंग योजना (आई.जी.एम.एस.वाई.) की शुरूआत महिला एवं बाल विकास मंत्रालय द्वारा गर्भवती और धात्री महिलाओं के लिए की गई थी। इसका उद्देश्य बच्चे के जन्म और बाल देखरेख के दौरान वेतन क्षति से उनकी प्रतिपूर्ति करना और साथ ही सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करने एवं शिशुओं और छोटे बच्चों के पोषण और आहार देने के उत्तम तौर तरीकों को प्रोन्नत करने हेतु अनुकल स्थिति प्रदान करना है। योजना के अन्तर्गत ये लक्ष्य निम्न प्रकार से हासिल किये जायेगे। गर्भावस्था, प्रसव और स्तनपान की अवधि के दौरान उपयुक्त तौर–तरीकों देखरेख और संस्थागत सेवा को प्रोन्नत करना। शिशुओं और छोटे बच्चों के लिए पोषण और आहार देने के तौर–तरीकों का पालन करने के लिए महिलाओं को प्रात्साहित करना। गर्भवती और धात्री माताओं को स्वास्थ्य एवं पोषण में सुधार लाने के लिए नगद प्रोत्साहन प्रदान करके उक्त तौर तरीकों को अपनाने हेतु एक अनुकूल वातावरण बनाने में योगदान करना। यह योजना केंद्रीय रूप से प्रायोजित योजना है जिसके लिए राज्य सरकार को अनुदान सहायता के रूप में वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है।[82] इस योजना के अन्तर्गत पहले दो जीवित जन्मों के लिए 19 वर्ष या उससे अधिक आयु की सभी गर्भवती महिलाएं लाभ प्राप्त करने की पात्र हैं परन्तु जिन महिलाओं को मातृत्व अवकाश मिलता है वे इस योजना के लाभों की पात्र नही है।

[82] https://niti.gov.in › IGMSY_FinalReport

योजना के अन्तर्गत नकद हस्तांतरण निम्नलिखित शर्तो के अधीन है।

- 1500 रूपए का पहला नकद हस्तातरण (गर्भावस्था के 6 माह में) निम्नलिखित शर्तो के अधीन किया जायेगा।
- गर्भधारण के चार महीनों के भीतर आंगनबाडी केन्द्र में गर्भावस्था का पंजीकरण।
- कम से कम प्रसव पूर्व देखरेख सत्र में भाग लेना और आईएफए या स्वास्थ्य केन्द्रों में कम से कम एक परामर्श सत्र में भाग लेना।
- 1500 रूपये का दूसरा हस्तांतरण (प्रसव के 03 माह बाद) तभी किया जायेगा जब बच्चें के जन्म का पंजीकरण किया गया हो।
- बच्चे के जन्म के समय, छह सप्ताह पर और फिर आगे के सप्ताह पर ओपीवी दी गई हो बीसीजी का टीका लगाया गया हो, और मां ने प्रसव के तीन महीनों के भीतर कम से कम दो शारीरिक विकास मॉनीटरिंग सत्रों मे भाग लिया हो।
- छह महीने तक केवल स्तनपान और फिर पूरक आहार आरम्भ करना।
- बच्चे को ओपीवी की खुराक दी गई हो और डीपीटी का तीसरा टीका लगाया गया हो।
- मॉ ने प्रसव के तीसरे और छठे महीने के बीच शारीरिक विकास मॉनीटरिंग और शिशु व बच्चे के पोषण पर दो परामर्श सत्रों में भाग लिया हो।

  इस योजना के अन्तर्गत पहले दो जीवित जन्मों पर 19 वर्ष या उससे अधिक आयु की गर्भवती और धात्री महिलाओं को 4000/रू0 का नगद प्रोत्साहन दिया जाता है। इसे निम्न प्रकार से गर्भावस्था की दूसरी तिमाही से लेकर बच्चे के छह महीने का होने के बीच तीन किश्तों में दिया जाता है।

आंगनबाडी बच्चों के लिए पोषक योजना/मुख्यमंत्री पोषक योजना का उद्देश्य 3–6 वर्ष की आयु के बच्चों को आंगनबाडी केन्द्रो में आने हेतु प्रोत्साहन के रूप में यूनिफार्म दे कर आई.सी.डी.एस. के आरंभिक बालपन शिक्षा घटक को मजबूत बनाना है। इस योजना के अन्तर्गत इन यूनिफार्म्स के माध्यम से बच्चों के बीच घनिष्ठता,

मित्रता और एकता की भावनाओं का संचार करना है। आंगनबाडी केन्द्रों में पंजीकृत 3–6 वर्ष के सभी बच्चों को यूनिफार्म का एक सेट दिया जाता है या वैकल्पिक रूप से यूनिफार्म (लड़को के लिए हल्के नीलें रंग की कमीज और नेवी ब्लू पैंटस तथा लडकियों के लिए हल्के नीले रंग की कमीज और नेवी ब्लू स्कर्ट) के लिए प्रति वर्ष प्रति बच्चा 250 रूपये की राशि आवंटित की जाती है।

पूरक पोषाहार योजना

पूरक पोषाहार योजना के अन्तर्गत 6 माह से 6 वर्ष के बच्चों, गर्भवती और धात्री माताओं तथा किशोरियों को उनकी पोषण सम्बन्धी स्थिति मे सुधार के लिए पूरक पोषण प्रदान किया जाता है। यह योजना 50:50 के अनुपात में केंन्द्र और राज्य सरकारों द्वारा वित्तपोषित है। हर आंगनबाड़ी केंद्र औसतन 6 माह से 6 वर्ष तक के 80 बच्चों को अपनी परिधि में लेता है। साथ ही हर केंन्द्र औसतन 16 गर्भवती या धात्री महिलाओं तथा तीन किशोरियों को लाभ प्रदान करता है। हर केन्द्र प्रति दिन प्रति बच्चा दो रूपये, प्रति दिन प्रति महिला और लडकी पॉच रूपये और गंभीर रूप से कुपोषित बच्चे के मामले में प्रति दिन प्रति बच्चा 6 रूपये की दर से पूरक पोषण प्रदान करता है। केन्द्र माह में 25 दिन ये सेवाएं प्रदान करता है। योजना के लाभार्थियों की पहचान आंगनबाडी कार्यकर्ताओं द्वारा और पूरक पोषण का वितरण आंगनबाडी केन्द्रो के माध्यम से किया जाता है।[83]

जननी सुरक्षा योजना (2015) अप्रैल

इस योजना के तहत लाभार्थी महिलाओं को निःशुल्क भोजन दिया जा रहा है। प्रसवकाल के दौरान सरकारी अस्पताल में सभी जॉच मुफ्त उपलब्ध करायी जाती है। नवजात बच्चों नव प्रसूता माताओं का स्वास्थ परीक्षण निःशुल्क किया जाता है। इस

[83] https://icds-wcd-nic.in (Accessed on 6 Nov. 2019)

योजना के अन्तर्गत पात्र महिलाओं को प्रसव के बाद अस्पताल से छुट्टी के दौरान एक निश्चित राशि का भुगतान किया जाता है।[84]

कुपोंषण का दर्पण (2015) अप्रैल

उत्तर प्रदेश सरकार ने कुपोषण की समस्या से निजात पाने के लिए राज्य पोषण मिशन के अन्तर्गत एक वेब एप्लीकेशन कुपोषण का दर्पण शुरू किया है। इस साफ्टवेयर के माध्यम से कोई व्यक्ति अपने बच्चों के सेहतमंद या कुपोषित होने की जानकारी आसानी से प्राप्त कर सकता है। राज्यपोषण मिशन की वेबसाइट से इसका साफ्टवेयर को लिंक कर दिया गया है। इस वेब एप्लीकेशन मे लोगो को अपने बच्चों की उम्र वजन एवं लिंग की सूचना भरनी होगी। इसके तुरन्त बाद ही बच्चों की स्वास्थ्य संबंधी जानकारी कम्प्यूटर स्क्रीन पर उपलब्ध हो जायेगी।

राज्य पोषण मिशन योजना

आंगनबाडी केन्द्र पर अतिकुपोषित बच्चों को वर्तमान मे आई.सी.डी.एम. विभाग द्वारा दी जाने वाली अनुपूरक पोषाहार की मात्रा 200 ग्राम प्रतिदिन अर्थात पॉच पैकेट प्रतिमाह है, जिससे इस श्रेणी के बच्चों केा प्रतिदिन 840 कैलोरी ऊर्जा एवं 24 ग्राम प्रोटीन की मात्रा उपलब्ध करायी जाती है। प्रदेश में 06 माह से 03 वर्ष के अतिकुपोषित बच्चों को संतुलित पोषण योजना के अन्तर्गत पका–पकाया भोजन दिया जारहा है। इसमें मध्यांहन भोजन योजना के दैनिक मीनू के अनुसार बच्चो को स्वादिष्ट और पोषक आहार वितरित किया जा रहा है।

बालवाड़ी योजना

गैर सरकारी संगठनों द्वारा समाज मे आर्थिक रूप से कमजोर वर्गो के लिये प्री–स्कूल चलाया जाता है। यह आर्थिक रूप से कमजोर बच्चों को शिक्षित करने और स्वास्थ सेवायें प्रदान करने के लिए चलाया जाता है।

---

[84] https://wcd.nic.in › schemes

किशोरी शक्ति योजना

इस योजना के तहत अविवाहित एवं गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली किशोरियों 11 से 18 वर्ष को शिक्षा, स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा के साथ–साथ व्यावसायिक प्रशिक्षण देने का प्रावधान है। योजना के मानक अनुसार प्रत्येक आंगनवाड़ी केन्द्र द्वारा 3 किशोरियों के लिए पोषाहार वितरित किया जाता है।[85]

अम्ब्रेला योजना

यह योजना विशेषकर महिलाओं की सुरक्षा एवं सशक्तिकरण से सम्बन्धित है। इसका लक्ष्य घटते हुए लिंगानुपात में सुधार करना, महिलाओं की शिक्षा को सुनिश्चित करना एवं उसकी क्षमता को पूर्ण करने के लिए उन्हें सशक्त बनाना है। यह योजना ग्रामीण महिलाओं को उनके अधिकारों की प्राप्ति हेतु सरकार से सम्पर्क करने के लिए एक रास्ता प्रदान करेगा।[86]

आई0सी0डी0एस0 परियोजना का क्रियान्वयन

किसी भी योजना के सफल होने के लिए आवश्यक है योजना का सही रूप में संचालित होना। इसके लिए यह जानना आवश्यक है योजना का क्रियान्वयन कैसे किया जा रहा है एवं कौन–कौन से विभाग इसमें कार्य कर रहे है और उनकी क्या भूमिका रही है। जिसका विवरण अग्रलिखित है।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना केन्द्रीय संस्थान, मानव संसाधन मंत्रालय के महिला एवं बाल विकास विभाग द्वारा क्रियान्वित किया जाता है, जिसमें राज्य सरकार की कार्यप्रणाली केन्द्रीय सरकार के दिशा निर्देशन में कार्य करती है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत लाभार्थी एक वर्ष से कम आयु के शिशु, एक से 6 वर्ष के बच्चें, 11 से 18 वर्ष की किशोरियॉ, गर्भवती एवं धात्री महिलायें तथा 45 वर्ष की आयु तक

---

[85] https://wcd.nic.in/kishori-shakti-yojana/(Accessed on 8 Nov. 2019)
[86] https://wcd.nic.in/umbrella-scheme-/

की सभी महिलायें होती है।[87] लाभार्थियों को पोषाहार, स्वास्थ्य एवं अन्य सेवायें प्रदान करने के लिए प्रत्येक राज्य को जिले तथा जिले को खण्ड तथा उपखण्ड में विभाजित किया जाता है। प्रत्येक उपखण्ड के अर्न्तगत विभिन्न गॉव आते है। जिसमें कार्यक्रम के उचित संचालन के लिए स्वास्थ्यकर्ता एवं आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की नियुक्ति की जाती है। जिसमें प्रत्येक हजार की आबादी पर एक आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की नियुक्ति दी जाती है। आंगनबाड़ी केन्द्रों में पर्यवेक्षण हेतु उपखण्ड स्तर पर मुख्यसेविका/ सुपरवाईजर की नियुक्ति होती है। सामान्यतः 20–25 हजार की आबादी वाले क्षेत्र में एक उपखण्ड की स्थापना की जाती है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के तहत महिला एवं बाल विकास विभाग एवं स्वास्थ्य विभाग की अहम भूमिका होती है। जिसमें मुख्य चिकित्सा अधिकारी से लेकर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र प्रभारी तथा ग्रामीण स्तर पर एनम तथा आशा कार्यकर्ता महत्वपूर्ण भूमिका निभाते है।

परियोजना को संचालित करने वाले प्रमुख विभाग एवं उनकी भूमिका

जिला कार्यक्रम अधिकारी– जिला कार्यक्रम अधिकारी जिला स्तर पर महिला एवं बाल विकास विभाग का मुखिया होता है। विभाग द्वारा संचालित समस्त कार्यक्रम यथा सी0डी0पी0ओ0 आदि जिला कार्यक्रम अधिकारी की देखरेख में संचालित किये जाते है। कार्यक्रम की सफलता हेतु विभिन्न विभागों में समन्वय करना भी जिला कार्यक्रम अधिकारी का मुख्य कार्य है।[88]

बाल विकास परियोजना अधिकारी (सी0डी0पी0ओ0):– सी0डी0पी0ओ0 की नियुक्ति खण्ड स्तर पर कार्यक्रम के उचित देखभाल हेतु की जाती है। सी0डी0पी0ओ0 के अर्न्तगत लगभग चार सुपरवाईजर तथा 100 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कार्यरत होते है। खण्ड प्रशासन सी0डी0पी0ओ0 के माध्यम से प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं आई0सी0डी0एस0 की विभिन्न सेवाओं के बीच समन्वय स्थापित करता है। सी0डी0पी0ओ0 द्वारा मुख्य सेविका तथा आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की कार्यप्रणाली का

[87] जन स्वास्थ्य एवं सामुदायिक पोषण, DPHCN-07, P.g. No.9
[88] Implementation of ICDS Scheme https://pib.gov.in/newsite/printrelease.aspx=9373/17

समय–समय पर निरीक्षण कर उनका मार्गदर्शन किया जाता है। सी0डी0पी0ओ0 के मुख्य कार्य द्वारा आंगनबाड़ी केन्द्र के लिए उचित जगह का चुनाव करना एवं केन्द्र तक भोजन पोषाहार तथा स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध कराने की उचित व्यवस्था स्थापित करना होता है। बाल विकास परियोजना अधिकारी द्वारा समय–समय पर कार्यक्रम का पर्यवेक्षण कर समय–समय पर राज्य सरकार को प्रगति रिपोर्ट भी भेजी जाती है।

मुख्य सेविका/सुपरवाईजरः– प्रत्येक 20–25 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के कार्य प्रणाली के निरीक्षण एवं मार्गदर्शन के लिए एक मुख्य सेविका नियुक्ति की जाती है। कार्यक्षेत्र में सक्षम रूप से कार्य करने तथा कार्यप्रणाली को त्रुटि रहित बनाने के लिए मुख्य सेविका को तीन महीनों तक प्रशिक्षण दिया जाता है। मुख्य सेविका समय–समय पर आंगनबाड़ी कार्यकर्ता को प्रशिक्षण देती है तथा लाभार्थियों को उचित चिकित्सीय सुविधा उपलब्ध कराने हेतु स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की मदद करती है।

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/कार्यकर्मीः– यह आई0सी0डी0एस0 की प्रमुख घटक होती है। कार्यकर्ता स्थानीय गॉव/मोहल्ले के निवासी होती है। आंगनबाड़ी कार्यकर्ती का मुख्य कार्य स्थानीय लोगों को प्रेरित कर, केन्द्र में लाभार्थियों की पंजीकरण संख्या को बढ़ाना है, जिससे अधिक से अधिक लोगों को योजना का लाभ पहुॅचाया जा सके। यह गर्भवती महिलाओं, धात्री महिलाओं तथा किशोरियों के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर सुधारने सम्बन्धी अहम जानकारी प्रदान करती है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता पंजीकृत बच्चों के टीकाकरण, उपस्थिति, पोषाहार खिलाने का रिकार्ड भी रखती है। समुदाय स्तर पर स्वास्थ्य सुविधायें तथा परिवार नियोजन जानकारी प्रदान करने में भी आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की अहम भूमिका रहती है।

आंगनवाड़ी सहायिकाः– आंगनवाड़ी सहायिका का चयन सामान्यतः ग्रामीण स्तर पर जरूरतमंद महिलाओं यथा विधवा, निर्धन महिलाओं में से, उनकी शिक्षा के स्तर के आधार पर किया जाता है। इनका मुख्य कार्य आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के सहयोग से विभिन्न लाभार्थियों को योजना का लाभ उपलब्ध कराना है।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन को सुचारू रूप से चलाने के लिए केन्द्र एवं राज्य सरकार मिलकर योजना के लिए धन का वितरण करते है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना एक केन्द्र आधारित योजना है। अतः अनुपूरक पोषाहार को छोड़कर अन्य घटकों के लए केन्द्र ही सारे धन का वितरण करती है। जैसे आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का वेतन, योजना के अन्य घटकों के लिए 60 प्रतिशत केन्द्र सरकार खर्च देती एवं 40 प्रतिशत राज्य सरकार एवं अनुपूरक पोषाहार के लिए 50 प्रतिश केन्द्र एवं 50 प्रतिशत राज्य दोनों समान धन देते है। केन्द्र सरकार के धन का आवंटन एवं कार्यक्रम के क्रियान्वयन की निगरानी एवं पर्यवेक्षण के लिए केन्द्र स्तर से लेकर राज्य स्तर निगरानी समिति की स्थापना की गयी है।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना की प्रगति, निगरानी, एवं पर्यवेक्षण का कार्य विभिन्न शैक्षणिक संस्थानों जैसे कि मेडिकल कॉलेज के सामुदायिक विभागों, गृह विभाग कॉलेज एवं सामाजिक कल्याण कॉलेज के सहयोग से किया जाता है। इस संस्थानों के सहयोग से प्रत्येक जिले से डाटा का संग्रहण किया जाता है और फिर उसकों विश्लेषित किया जाता है। डाटा विश्लेषण एवं प्रोजेक्ट क्रियान्वयन की प्रगति का मासिक एवं वार्षिक प्रगति रिपोर्ट के द्वारा पता लगाया जाता है जो कि महिला एवं बाल विकास विभाग की निगरानी एवं मूल्यांकन इकाई को प्रस्तुत की जाती है। जिला स्तर में आई0सी0डी0एस0 परियोजना की निगरानी का कार्य तीन स्तरों में होता है।

1. जिला मजिस्ट्रेट/कलेक्टर/जिला कल्याण अधिकारी।
2. ब्लॉक स्तर पर आई0सी0डी0एस0 द्वारा निगरानी रखी जाती है।
3. क्षेत्र स्तर पर सुपरवाइजर यह कार्य करता है।

अतः ये सारे विभाग मिलकर आई0सी0डी0एस0 परियोजना में निगरानी रखते है एवं जिसके आधार पर परियोजना का क्रियान्वयन किया जाता है।[89] परियोजना के

[89] Monitoring and Suprevision guidelines issued by CMU of ICDS in 2013-14: http://nipccd.nic.in/cmu/r28.pdf

क्रियान्वयन की स्थिति को जानने के लिए शोधार्थी ने चयनित क्षेत्र से कुछ आंकड़े संकलित किए जिनका विश्लेषण अग्रलिखित है।

संकलित ऑकड़ों का विवरण

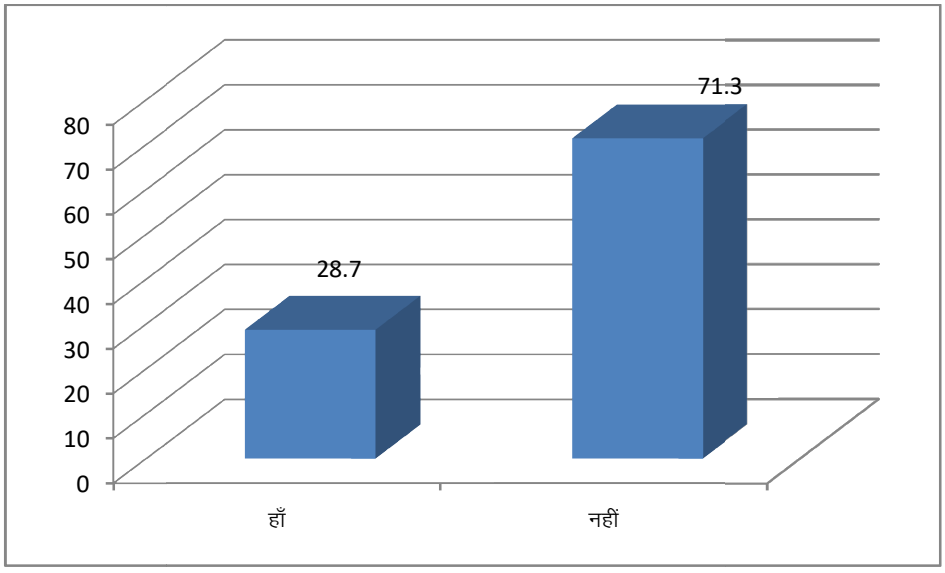
सारणी 5.5

आई0सी0डी0एस0 परियोजना की जानकारी

आई0सी0डी0एस0 परियोजना की जानकारी			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हाँ	86	28.7
2.	न्हीं	214	71.3
कुल		**300**	**100**

ग्राफ 5.1

आई0सी0डी0एस0 परियोजना की जानकारी



आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन को जानने के लिए यह आवश्यक है कि यह जाना जाये कि कितने उत्तरदाताओं को इस परियोजना की जानकारी है।

क्योंकि अगर लाभार्थियों को परियोजना की जानकारी ही नही होगी तो वह आंगनवाड़ी केन्द्र में प्रदान की जाने वाली सेवाओं के बारें में कैसें जानेंगे एवं कैसे इसका लाभ प्राप्त कर पायेंगे। इसी क्रम मे उत्तरदाताओं से बातचीत के दौरान यह ज्ञात हुआ कि 21.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने बताया कि उन्हें कार्यक्रम के बारें में जानकारी है एवं 71.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं को परियोजना के बारें में कोई भी जानकारी नही है कि ये कैसी परियोजना है इसमें क्या सुविधायें दी जा रही आदि। बस उन्हें इतना ज्ञात है कि इस परियोजना में बच्चों को मुफ्त खाना एवं दवाएँ दी जाती है। अधिकतर उत्तरदाता आई0सी0डी0एस0 परियोजना को आंगनवाड़ी के नाम से जानते है। उन्हें यह नही पता कि आंगनवाड़ी आई0सी0डी0एस0 परियोजना के माध्यम से चलाया जाता है। उत्तरदाताओं में परियोजना के प्रति जागरूकता का बहुत अधिक अभाव है जो परियोजना के क्रियान्वयन को बाधित करता है। अतः आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं का यह दायित्व है कि वे लाभार्थियों को आई0सी0डी0एस0 के बारें में सारी जानकारी प्रदान करे एवं उन्हें जागरूक करें।

सारणी 5.6

आंगनवाड़ी केन्द्र का स्थान

आंगनवाड़ी केन्द्र का स्थान			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	विद्यालय में	199	66.33
2.	किराए की बिल्डिंग में	101	33.66
3.	घर में	100	33.33
कुल		**300**	**100.0**

शोधार्थी द्वारा क्षेत्र में उत्तरदाताओं से आंगनवाड़ी केन्द्र के स्थान के बारें में जानने पर यह ज्ञात हुआ कि 66.33 प्रतिशत लाभार्थियों ने आंगनवाड़ी केन्द्र का स्थान विद्यालय में बताया है। 33.66 प्रतिशत ने किराये की बिल्डिंग में एवं 33.3 प्रतिशत ने बताया है कि आंगनवाड़ी केन्द्र घर में चलाया जाता है। जबकि सरकार के द्वारा आंगनवाड़ी भवन के

निर्माण हेतु धनराशि दी जाती है (एवं जिन जगहों में केन्द्र नही होता वहॉ सरकार द्वारा मासिक किराया दिया जाता है। जैसे–ग्रामीण क्षेत्रों में 1000रू0, शहरी क्षेत्रों में 4000रू0 एवं महानगरों में 6000रू0 दिये जाने का प्रावधान है।) जिसमें एक भवन, बरामदा, खेल का मैदान, रसोई घर एवं शौचालय का होना चाहिए। परन्तु क्षेत्र सर्वेक्षण के समय कोई भी भवन नही मिला। अधिकतर केन्द्र किराये के भवन में, स्कूल में या घर में ही चलाये जा रहे है। (CAG 2013b) की रिपोर्ट भी इस बात की पुष्टि करती है कि कई आंगनवाड़ी केन्द्रों में आधारिक संरचना की कमी है एवं केन्द्रों के पास अपनी स्वयं की इमारत नही है जिससे केन्द्रों को स्कूल, किराये की इमारत में एवं पेड़ों के नीचे संचालित किया जाता है।

सारणी 5.7
घर से केन्द्र की दूरी

आंगनवाड़ी केन्द्र से लाभार्थियों के घर की दूरी			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	2 किलोमीटर	85	28.3
2.	2–5 किलोमीटर	110	36.7
3.	5–7 किलोमीटर	46	15.3
4.	घर के पास में	59	19.7
कुल		**300**	**100**

इसी क्रम में जब उत्तरदाताओं से केन्द्र की दूरी के बारें में पूछा गया तो ज्ञात हुआ कि कि 28.3 प्रतिशत लाभार्थियों ने घर से केन्द्र की दूरी 2 किलो0मी0 बतायी, 36.7 प्रतिशत ने 2 से 5 किमी0, 15.3 प्रतिशत ने 5 से 7 किमी0 एवं 19.7 प्रतिशत ने बताया कि उनके घर से केन्द्र पास है। अर्थात् 36.7 प्रतिशत लाभार्थियों के घर से केन्द्र दूर है। जबकि आई0सी0डी0एस0 परियोजना में यह प्रावधान है कि आंगनवाड़ी केन्द्र लाभार्थियों के घर से नजदीक हो। (1 कि0मी0 पर हो) जिससे बच्चों को केन्द्र में आना आसान हो जाये। इसी आधार पर कुछ उत्तरदाताओं का कहना था कि केन्द्र दूर होने

की वजह से ही वह अपने बच्चों को नियमित केन्द्र नही भेज पाती है। क्योंकि बारिश, ठंड इस तरह के मौसम में बच्चों को इतनी दूर ले जाना मुश्किल हो जाता है।

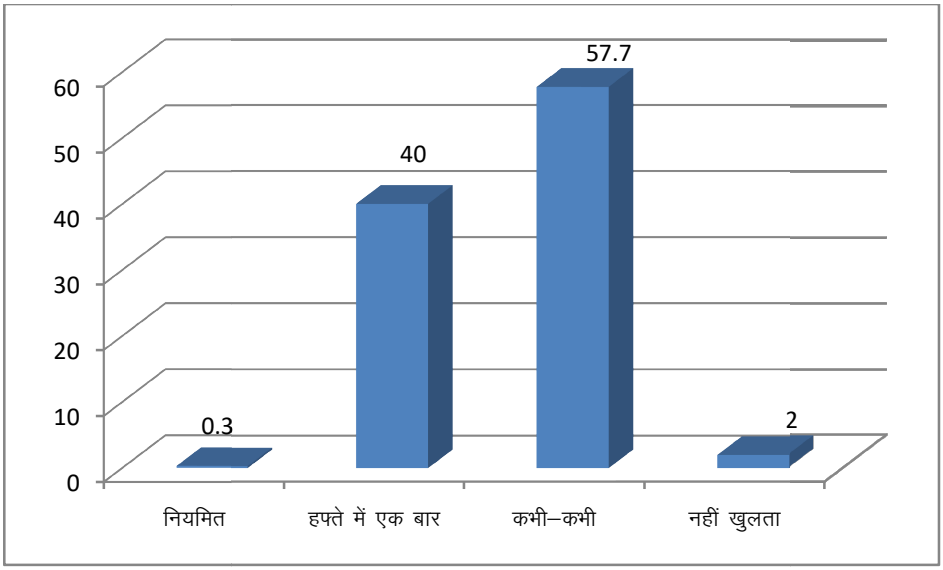
सारणी 5.8

केन्द्र के खुलने का समय

आंगनवाड़ी केन्द्रों के खुलने का समय			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	नियमित	1	0.3
2.	हफ्ते में एक बार	120	40.0
3.	कभी–कभी	173	57.7
4.	नहीं खुलता	6	2.0
कुल		**300**	**100**

ग्राफ 5.2

केन्द्र के खुलने का समय



उपयुक्त सारणी से यह ज्ञात होता है कि 0.3 प्रतिशत लाभार्थियों का कहना है कि केन्द्र नियमित खुलते है, 40 प्रतिशत का कहना है कि केन्द्र हफ्तें में एक बार खुलते है, 57.7 प्रतिशत का कहना है कि केन्द्र कभी–कभी खुलते है एवं 2.0 प्रतिशत का कहना है कि केन्द्र खुलते ही नही है। अतः अधिकतर उत्तरदाताओं का

कहना है कि केन्द्र कभी–कभी खुलते है। जबकि सरकार के नियमानुसार आंगनवाड़ी केन्द्र रविवार को छोड़कर प्रत्येक दिन खोले जाने है। पहले इसका समय सुबह 9 बजे से खुलने का था परन्तु अब सरकार के नए नियमों के अनुसार यह साढ़े सात बजे खुलेगें। केन्द्र के नियमित न खुलने का असर परियोजना के क्रियान्वयन पर पड़ रहा है क्योंकि अगर केन्द्र नियमित नही खुलेगे तो लाभार्थियों को सारी सुविधायें नही मिल पायेगी एवं परियोजना के लक्षित उद्देश्य पूरे नही हो पायेगें।

सारणी 5.9

आंगनवाड़ी केन्द्र में स्वच्छता की स्थिति

आंगनवाड़ी केन्द्र में स्वच्छता की स्थिति			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	सामान्य	95	31.7
2.	खराब	205	68.3
कुल		**300**	**100**

इसी क्रम में आंगनवाड़ी केन्द्रों में स्वच्छता की स्थिति देखने पर यह स्पष्ट हुआ कि 31.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि केन्द्र में स्वच्छता की स्थिति सामान्य है एवं 68.3 प्रतिशत का कहना है कि केन्द्र में स्वच्छता अच्छी नही है जबकि केन्द्रों में सफाई होनी चाहिए क्योंकि इसका प्रभाव बच्चों के स्वास्थ्य पर पड़ता है। स्वच्छ वातावरण बच्चों के विकास के लिए बेहतर स्थिति उपलब्ध कराता है। आंगनवाड़ी केन्द्रों में स्वच्छता अच्छी होनी चाहिए। क्योंकि अगर केन्द्र स्वच्छ नही होगें तो यह बच्चों के शारीरिक, सामाजिक एवं मानसिक विकास बाधित करेगा। The Comptroller and Auditor General Report से भी यह प्रदर्शित होता है कि 52 प्रतिशत आंगनवाड़ी केन्द्रों में शौचालयों की कमी एवं 32 प्रतिशत केन्द्रों के पास स्वच्छ पानी के आपूर्ति की कमी पायी गयी है।

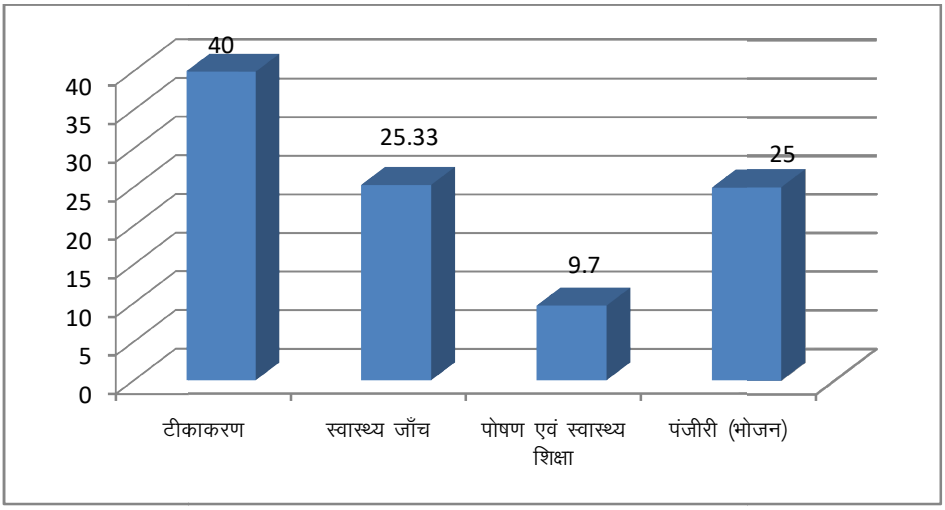
सारणी 5.10

केन्द्र में उपलब्ध सुविधाऍं

केन्द्र में उपलब्ध सुविधाएँ			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	टीकाकरण	120	40.0
2.	स्वास्थ्य जाँच	76	25.33
3.	पोषण एवं स्वास्थ्य शिक्षा	29	9.7
4.	पंजीरी (भोजन)	75	25.0
कुल		**300**	**100**

ग्राफ 5.3

केन्द्र में उपलब्ध सुविधाऍं



इसके पश्चात् उत्तरदाताओं से यह जानने का प्रयास किया गया कि केन्द्र में लाभार्थियों को कौन सी सुविधायें दी जा रही है तो यह ज्ञात हुआ कि 40.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उन्हें टीकाकरण की सुविधा प्राप्त हुई है, 25.33 प्रतिशत का कहना है कि उनको स्वास्थ्य जॉच की सुविधा प्राप्त हुई है, 9.7 प्रतिशत का कहना है कि उन्हें पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा दी गयी एवं 25.0 प्रतिशत कहना है कि उन्हें सिर्फ पंजीरी मिली अन्य कोई सुविधा नही प्राप्त हुई। जबकि प्रत्येक उत्तरदाता को ये सारी सुविधायें आंगनवाड़ी केन्द्र में नियमित मिलनी चाहिए परन्तु क्षेत्र सर्वेक्षण में किसी भी उत्तरदाता को सारी सुविधायें नही दी गयी है।

सारणी 5.11
आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चों को शिक्षा

आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चों को शिक्षा			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	प्राप्त हुई	35	11.7
2.	नही प्राप्त हुई	265	88.3
कुल		**300**	**100**

जब उत्तरदाताओं से केन्द्र में मिलने वाली शिक्षा के बारें में पूछा गया तो यह ज्ञात हुआ कि 11.7 प्रतिशत, बच्चों को केन्द्र में अनौपचारिक शिक्षा प्राप्त हुई एवं 88.3 प्रतिशत का कहना था कि उन्हें केन्द्र में किसी भी प्रकार की शिक्षा नही दी गयी। जबकि आई0सी0डी0एस0 परियोजना में बच्चों को जो सेवायें प्रदान की जाती है उसमें बच्चों को दी जाने वाली स्कूल पूर्व शिक्षा भी है। इसमें 3 से 6 वर्ष तक के बच्चों को कहानी, कविता और खेल के साथ–साथ अंक एवं अक्षर का भी ज्ञान दिया जाता है। जिसके कारण वह प्राथमिक शिक्षा के लिए तैयार हो जाते है और इसके लिए सरकार द्वारा शिशु चार्ट, खिलौने एवं किताबें आंगनवाड़ी केन्द्रों को उपलब्ध करायी जाती है। परन्तु उत्तरदाताओं से बातचीत में एवं केन्द्रों में कोई भी उपकरण एवं किताबें उपलब्ध नही थे।

सारणी 5.12
केन्द्र में भोजन की उपलब्धता

केन्द्र में भोजन की उपलब्धता			
क्रम संख्या	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हफ्ते में	104	34.7
2.	कभी–कभी	165	55.0
3.	कभी नहीं	31	10.3
कुल		**300**	**100**

इसी क्रम में जब केन्द्र में भोजन की उपलब्धता को देखा गया तो यह ज्ञात हुआ कि 34.7 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उन्हें केन्द्र में भोजन हफ्तें में एक बार ही प्राप्त होता है, 55.0 प्रतिशत का कहना है कि उन्हें केन्द्र में भोजन कभी–कभी (जब केन्द्र खुलते है तब दिया जाता है वह भी सिर्फ पंजीरी मिलती है), 10.3 प्रतिशत का कहना है कि उन्हें केन्द्र में कुछ नही दिया जाता है जबकि सरकार के द्वारा बच्चों के लिए पूरे सप्ताह का मीनू बनाया गया है। जिसमें उन्हें दूध, फल, मीठी दलिया एवं खिचड़ी आदि उपलब्ध कराया जाता है। परन्तु ऑकड़ों में यह नही दिख रहा है।

सारणी 5.13

भोजन की गुणवत्ता

भोजन की गुणवत्ता			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	सामान्य	147	49
2.	अच्छी	2	0.7
3.	खराब	151	50.3
कुल		**300**	**100**

बच्चों एवं माताओं का अच्छा स्वास्थ्य उन्हें प्राप्त होने वाले भोजन पर निर्भर करता है अच्छा भोजन अर्थात् अच्छा स्वास्थ्य। उत्तरदाताओं से प्राप्त आंकड़ों से यह निष्कर्ष निकलता है कि केन्द्र में भोजन पाने वाले 50.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि केन्द्र में मिलने वाले भोजन की गुणवत्ता खराब है, 49 प्रतिशत ने कहा भोजन की गुणवत्ता सामान्य होती है एवं 0.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि प्राप्त भोजन की गुणवत्ता अच्छी होती है। अधिकतर उत्तरदाताओं ने भोजन की गुणवत्ता खराब बतायी है और बताया है कि केन्द्र में उपलब्ध कराया जाने वाला भोजन ठीक से नही पकाया जाता है। (कुमार एवं गर्ग (2008) ने कर्नाटक में आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अपने अध्ययन में भी बताया है कि लाभार्थियों को केन्द्र में प्रदान किये जाने वाले भोजन की गुणवत्ता अच्छी नही थी एवं केन्द्रों में बनाया गया भोजन स्वादहीन एवं अस्वस्थकारी था।) यह साफ–सुथरा नही होता है एवं खराब गुणवत्ता का होता है

जबकि आंगनवाड़ी केन्द्रों में मिलने वाला भोजन बहुत ही पौष्टिक एवं स्वच्छ होना चाहिए क्योंकि यह बच्चों के स्वास्थ्य को प्रभावित करता है।

सारणी 5.14
सरकार द्वारा चलायी जा रही योजनायें

सरकार द्वारा चलायी जा रही योजनायें			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	पल्स पोलिया	100	33.33
2.	जननी सुरक्षा योजना	100	33.33
3.	किशोरी शक्ति योजना	30	10
4.	इन्द्रधनुष योजना	50	16.66
5.	पूरक पोषाहार योजना	20	8.66
कुल		**300**	**100**

उत्तरदाताओं से जब परियोजना से सम्बन्धित अन्य योजनाओं के बारें में पूछा गया तो अधिकतम उत्तरदाताओं 33.33 प्रतिशत को पल्स पोलियों कार्यक्रम के बारें में पता है एवं इसका उन्हें लाभ है। 33.33 प्रतिशत उत्तरदाताओं को जननी सुरक्षा योजना का लाभ मिला है (जननी सुरक्षा योजना में गर्भवती महिलाओं को प्रसव की संस्थागत सुविधा प्रदान की जाती है एवं संस्थागत प्रसव कराने के लिए 1000 रू0 की आर्थिक सहायता प्रदान की जाती है)। 10 प्रतिशत लाभार्थी किशोरी शक्ति योजना से लाभान्वित हुए। (हालॉकि उत्तरदाताओं को योजना का नाम नही पता था परन्तु जब उनसे पूरा विवरण देकर पूछा गया तब उन्होंने यह जानकारी दी)। बहुत ही कम प्रतिशत उत्तरदाताओं 8.66 प्रतिशत को पूरक पोषाहार योजना का लाभ मिला। (इस योजना में 6 माह से 6 वर्ष तक के बच्चों, गर्भवती एवं धात्री माताओं तथा किशोरियों को पूरक पोषण प्रदान किया जाता है।) पूरक पोषण आंगनवाड़ी केन्द्रों में प्रदान किया जाता है एवं इसका प्रतिशत कम होने की सबसे बड़ी वजह है केन्द्र का नियमित न खुलना एवं आंगनवाड़ी कार्यकताओं का नियमित केन्द्र न आना। जब केन्द्र ही नही खुलेगे तो लाभार्थियों को पोषाहार कैसे वितरित किया जायेगा। 16.66 प्रतिशत लाभार्थी

इन्द्रधनुष योजना से लाभान्वित है। इन योजनाओं के बारें में अधिकतर लाभार्थियों में जागरूकता नही थी एवं कुछ उत्तरदाता तो अपने पूर्वाग्रह से ग्रस्त होने की वजह से भी इन योजनाओं का लाभ नही ले पा रहे है। जैसे कि क्षेत्र सर्वेक्षण के दौरान यह ज्ञात हुआ कि जब पोलियो की दवा पिलाने के लिए कार्यकर्ताओं की टीम आती थी तो कई मुस्लिम परिवार के मुखिया अपने बच्चों को घर के अन्दर छिपा देते थे। उनको लगता था कि अगर वह अपने बच्चों को यह दवा पिलायेंगे तो उनका विकास नही होगा और उनकी उत्पादक क्षमता कम हो जायेगी।

सारणी 5.15

कार्यक्रम से प्राप्त लाभ

कार्यक्रम से प्राप्त लाभ			
क्रम संख्या	**विवरण**	**आवृत्ति**	**प्रतिशत**
1.	हाँ	93	31
2.	नहीं	207	69
कुल		**300**	**100**

उत्तरदाताओं से आई0सी0डी0एस0 परियोजना से प्राप्त लाभों के बारें में पूछने पर यह ज्ञात हुआ कि 31 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि वे इस परियोजना से लाभान्वित हुए है जैसे– (इसके जरिये बच्चों का टीकाकरण, दवायें एवं भोजन प्राप्त हुआ) परन्तु 69 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि उन्हें इस परियोजना से लाभ नही प्राप्त हुआ है। परियोजना से लाभान्वित न होने वाले उत्तरदाताओं का कहना था कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ताएँ नियमित केन्द्र में उपस्थित नही रहती एवं न ही योजना से सम्बन्धित कोई जानकारी प्रदान करती है। अतः जब कार्यकर्ता नियमित केन्द्र ही नही आयेगें तो कार्यक्रम का लाभ कैसे मिलेगा।

आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं से क्षेत्र में बातचीत के दौरान कार्यकर्ताओं ने यह बताया कि वह केन्द्र नियमित आती है। सारे बच्चें भी केन्द्र में नियमित आते है। कभी–कभी बच्चों को स्वयं भी लेने जाती है। (जबकि क्षेत्र अध्ययन में ऐसा नही पाया गया, लाभार्थियों

का कहना था कि कार्यकर्ताएं नियमित केन्द्र नही आती है।) आगे उन्होनें बताया कि बच्चों को खाने में सिर्फ पंजीरी दी जाती है। क्योंकि सरकार द्वारा बच्चों के भोजन के लिए नियमित पैसा नही आता है एवं सिर्फ पंजीरी आती है वह भी नियमित नही। उसी पंजीरी का हम हलवा या कभी लड्डू बनाकर दे देते है। कार्यकर्ताओं का कहना था कि वे लाभार्थियों के घर का निरीक्षण दिये गये समय के अनुसार नियमित करती है एवं महिलाओं को स्वास्थ्य पोषण शिक्षा भी देती है। टीकाकरण के बारें में कार्यकर्ताओं का कहना था कि हम लाभार्थियों को जब स्वास्थ्य केन्द्र में जाने के लिए कहते है तो बहुत सी महिलायें न तो स्वयं जाती है और न ही अपने बच्चों को भेजती है। उनको लगता है कि टीका लगने से उनके एवं उनके बच्चों के शरीर में समस्यायें हो जायेगी। जबकि कार्यकर्ताएं उन्हें समझाती है परन्तु फिर भी कई महिलायें स्वास्थ्य केन्द्र नही जाती है। कार्यकर्ताओं का कहना था कि सरकार द्वारा केन्द्र में कोई सुविधा नही दी जाती है। बच्चों के खाने के लिए नियमित पैसा नही आता है। (प्रत्येक महीने 2300रू0 केन्द्र के लिए दिया जाता है।) अन्तिम बार पैसा एक साल पहले आया था तबसे नही आया है। केन्द्र में वृद्धि चार्ट, भार मशीन, बच्चों के लिए किताबें एवं खिलौने कुछ भी उपस्थित नही था क्योंकि यह सब उपकरण सरकार द्वारा आंगनवाड़ी केन्द्र में नही पहुचायें जा रहे है। कार्यकर्ताओं का कहना था कि वे सरकार द्वारा दिए गए वेतन से बिल्कुल भी सन्तुष्ट नही है। क्योंकि दिये गये वेतन की धनराशि बहुत कम है एवं नियमित नही मिलता है। कार्यभार बहुत ज्यादा रहता है और वेतन बहुत कम। अतः इतने कम वेतन के साथ कार्य करना बहुत मुश्किल होता है।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन में आने वाली समस्याएं

महिलायें जीवन की तीनों महत्वपूर्ण अवस्थाओं अर्थात् शैशवास्था एवं बाल्यावस्था, किशोरावस्था एवं प्रजनन के चरण में कुपोषण एवं बीमारी के गम्भीर खतरों का सामना करती है। वर्ष 1975 में प्रारम्भ की गई केन्द्र आधारित योजना आई0सी0डी0एस0 परियोजना का उद्देश्य 0 से 6 वर्ष तक की आयु के बच्चों, गर्भवती एवं धात्री माताओं का सर्वांगीण विकास करना है। इस योजना में यह क्षमता है कि पीढ़ियों से चले आ

रहे कुपोषण के चक्र को तोड़ने के साथ–साथ बालिकाओं और महिलाओं के सामने आने वाली समस्याओं का समाधान कर सके। परन्तु सरकार द्वारा इस परियोजना को सही से संचालित नही किया जा रहा है। इसमें समन्वय एवं संगठन की कमी है।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन में आने वाली समस्यायें निम्नलिखित है।

अल्प धनराशि का आवंटन–2005–06 तक आई0सी0डी0एस0 परियोजना के लिए बहुत कम धनराशि का आवंटन किया गया था। कम धनराशि का आवंटन होने से इस परियोजना में कई प्रकार की समस्याऍ आ रही है। जैसे कि आंगनवाड़ी केन्द्रों में आधारिक संरचना की कमी, स्वयं की इमारत न होना जिससे बच्चों को स्कूल, मन्दिरों एवं वृक्ष के नीचे इकट्ठा किया जाता है और वही केन्द्र चलाया जाता है। (CAG 2013b), 52 प्रतिशत आंगनवाड़ी केन्द्रों में शौचालय उपलब्ध नही है। 32 प्रतिशत केन्द्रों में पीने के पानी की आपूर्ति अच्छी नही है। धन की कमी आई0सी0डी0एस0 परियोजना के संचालन एवं सार्वभौमिकरण को प्रभावित करता है।[90]

स्टॉफ की समस्या– दूसरी प्रमुख समस्या स्टॉफ के कम होने की है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की संख्या कम होने से कार्यकताऍ केन्द्र पर पूरा ध्यान नही दे पाती है, लाभार्थियों के घर का निरीक्षण नही कर पाती है एवं दूसरी तरफ आंगनवाड़ी कार्यकर्ताएं नियमित केन्द्र नही आती। इसका प्रभाव भी परियोजना के क्रियान्वयन पर पड़ता है। कार्यकर्ताओं की चुनाव में ड्यूटी, जनगणना में ड्यूटी एवं बहुत सारे योजना से गैर सम्बन्धित कार्यो में लगे रहने पर भी कार्यकर्ता अपने कार्य को सही से नही कर पाती है। कार्यकर्ताओं को मिलने वाला मानदेय भी बहुत कम है और वह भी नियमित नही आता है। प्लॉनिंग कमीशन (2012) की रिपोर्ट यह प्रदर्शित करती है कि किस तरह से आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कागजी कार्य एवं अन्य कार्यो में इतना व्यस्त रहती है कि उनके पास इतना समय नही है कि वे उन बच्चों पर ध्यान पर दे पायें जो केन्द्र नही आ पाते है।

[90] https://cag.gov.in/content/report-no-13-2013-compliance-audit-observations-union-government-commercial.

आहार (Feeding) कार्यक्रम के रूप में क्रियान्वयन–यह तीसरी प्रमुख क्रियान्वयन की समस्या है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना बच्चों के स्वास्थ्य स्तर को बनाये रखने का कार्य करता है। परन्तु वास्तव में यह कार्यक्रम एक फीडिंग प्रोग्राम बन कर रह गया है। वास्तव में बाल कुपोषण का प्रमुख कारण गरीबी, समाज में महिलाओं की निम्न स्थिति एवं निम्न स्वच्छता है। अतः सिर्फ बच्चों को भोजन प्रदान करने से बच्चों में होने वाले कुपोषण को कम नही किया जा सकता है। इसके लिए अन्य पहलुओं में भी सुधार करने की आवश्यकता है।[91]

निगरानी एवं उत्तरदायित्व में कमी–आंगनवाड़ी केन्द्र के अनियमित एवं अवस्थिति संचालन के पीछे सबसे बड़ा कारण परियोजना में निगरानी एवं उत्तरदायित्व में कमी है। कार्यकर्ता अपने कार्य को कैसे कर रहे है, कार्य की प्रगति कैसी है, बच्चों को कैसा भोजन प्रदान किया जा रहा है, उसकी गुणवत्ता क्या है। इन सारी स्थितियों को जानने के लिए परियोजना में निगरानी रखने के लिए सरकार को कुछ अथक प्रयास करने चाहिए। आई0सी0डी0एस0 परियोजना में कार्य को सुचारू रूप से चलाने के लिए महिला एवं बाल विकास विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण एवं स्वच्छता विभाग में समन्वयन होना चाहिए। इनके बीच समन्वय की कमी परियोजना के क्रियान्वयन को प्रभावित करता है। अतः आवश्यकता है कि परियोजना को सुचारू रूप से संचालित करने के लिए पर्याप्त धन का आंवटन किया जाये। जिससे केन्द्र की स्वयं की इमारत हो, शौचालय हो एवं पानी की अच्छी आपूर्ति हो तथा आंगनवाड़ी कार्यकताओं को पर्याप्त मानदेय नियमित दिया जाये। उनका प्रशिक्षण किया जायें एव उन्हें परियोजना के लिए जागरूक किया जाये। साथ ही साथ आई0सी0डी0एस0 परियोजना को फीडिंग प्रोग्राम के रूप में न स्वीकार करके एक बहुआयामी परियोजना के रूप में स्वीकार करना चाहिए। जिसमें सिर्फ बच्चों को भोजन ही नही प्रदान किया जाये अपितु बाल कुपोषण से जुड़ें सारे पहलुओं पर भी विचार किया जाये। आई0सी0डी0एस0 परियोजना का लाभ सारे बच्चों, महिलाओं एवं किशोरी बालिकाओं तक पहुॅचाने के उद्देश्य से

[91] Chandrah, Seema Jaya. Pandey, Rohini. (2017). Why are Indian children so short, American Economic Review Vol. 107, No.9 Sep. 2017.

उच्चतम न्यायालय 2001 में यह निर्णय दिया कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना को सर्वव्यापी बनाया जाये। ताकि 6 से वर्ष से कम आयु के सभी बच्चों को इस योजना का लाभ मिल सके। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के लोकव्यापीकरण से तात्पर्य है कि सभी बस्तियों में आंगनवाड़ी कार्य करे और इसमें 6 वर्ष तक की आयु के बच्चों के अलावा सभी किशोरी बालिकाओं एवं धात्री माताओं को शामिल किया जाये। उच्चतम न्यायालय ने 2004 में आई0सी0डी0एस0 परियोजना को सुदृढ़ बनाने के लिए कुछ और निर्देश दिए। परन्तु यह ज्ञात हुआ कि उच्चतम न्यायालय के आदेश का पालन नही हुआ है एवं न्यायालय के आदेशों में निहित लोकव्यापीकरण के आधारभूत सिद्धान्तों को चुनौती दी है। इस परियोजना को लोकव्यापी बनाने के लिए इसे समयबद्ध और सुचारू कार्यक्रम बनाना होगा।[92]

निष्कर्ष

(उत्तरदाता सुशीला देवी उम्र 22 वर्ष जो कि आंगनवाड़ी में पंजीकृत लाभार्थी है से बातचीत करने के दौरान आई0सी0डी0एस0 परियोजना से जुड़ी जानकारी प्राप्त हुई। जिसमें उन्होंने बताया कि केन्द्र खुलने और बन्द होने का कोई भी समय निश्चित नही है। कार्यकर्ता कब केन्द्र में आती है और जाती है पता ही नही चलता है और जब हम अपने बच्चें को लेकर आंगनवाड़ी केन्द्र जाते है तो वहॉ पर हमारे बच्चें को सिर्फ बिठाकर रखते है और जाते वक्त कभी–कभी पंजीरी दे देते है। सुशीला देवी ने बताया कि महीने भर पहले हमारे बच्चें को पंजीरी दी गयी थी तबसे कुछ नही मिला। आगे उनका कहना था कि हमारी आर्थिक स्थिति अच्छी न होने की वजह से एवं नीची जाति होने की वजह से आंगनवाड़ी कार्यकर्ता हमारे बच्चों पर ज्यादा ध्यान नही देती और भेदभावपूर्ण व्यवहार करती है। जो बच्चें अच्छे आर्थिक स्थिति के होते है उन पर ज्यादा ध्यान देती है।) सम्पूर्ण अध्याय के विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना के कियान्वयन में बहुत सारी चुनौतियॉ सामने है। सरकार द्वारा तो धनराशि का वितरण किया जा रहा है। तो ऐसे क्या कारण है कि धनराशि

[92] https://cag.gov.in>audit.report.files

सही से लाभार्थियों तक नही पहुॅच रही है। सारी तालिकाओं का विश्लेषण करने से कार्यक्रम के क्रियान्वयन में आने वाली समस्याओं के बारें में पता चल रहा है। जब हम आई0सी0डी0एस0 परियोजना के बारें में पढ़ते है तो उसमें बहुत कुछ दिया होता है, उसके अर्न्तगत दी जाने वाली सेवायें, महिलाओं एवं बच्चों के लिए भोजन, टीकाकरण इत्यादि। परन्तु जब हम क्षेत्र में उन सारे पहलुओं को देखते है तो वास्तविकता कुछ और ही होती है। इससे तो यही स्पष्ट हो रहा है कि महिलाओं एवं बच्चों के लिए बनायी गयी यह योजना किताबों में कुछ और है एवं वास्तव में कुछ और है। फिर भी यह परियोजना देश के 29 राज्यों में चलायी जा रही है। उनमें से कुछ राज्यों जैसे–कर्नाटक, तमिलनाडु में इस परियोजना का क्रियान्वयन सुचारू रूप से चल रहा है एवं इसके सकारात्मक परिणाम भी हुए है। तमिलनाडु में आई0सी0डी0एस0 की कार्यप्रणाली उत्तर प्रदेश, छत्तीसगढ़, महाराष्ट्र और हिमाचल प्रदेश से काफी बेहतर है। खासकर आंगनवाड़ी केन्द्रों के खुले रहने के लम्बे समय, तीन वर्ष से कम उम्र के बच्चों के नियमित रूप से केन्द्रों में आने वाले बच्चों, बुनियादी ढॉचागत सुविधाओं और आंगनवाड़ी केन्द्रों के कर्मचारियों को दिये जाने वाले नियमित वेतन से स्पष्ट होता है कि तमिलनाडु में आई0सी0डी0एस0 का कार्य बेहतर ढंग से चल रहा है। यहॉ आई0सी0डी0एस0 की सफलता का मुख्य कारण यह है कि यहॉ की सरकार ने भूख और कुपोषण से संघर्ष को अपनी प्राथमिकताओं में बनाये रखा है। अतः अन्य राज्यों को भी कुछ ऐसे प्रयास करने चाहिए जिससे आई0सी0डी0एस0 परियोजना का लाभ प्रत्येक बच्चें एवं महिलाओं को प्राप्त हो तथा आई0सी0डी0एस0 क्रियान्वयन में आने वाली समस्याओं का समाधान किया जा सके।

संदर्भ सूची

जनस्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तराष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07 Pg. No. 5-7

जन स्वास्थ्य एवं सामुदायिक पोषण, DPHCN-07, P.g. No.9

Chandrah, Seema Jaya. Pandey, Rohini .(2017). Why are Indian children so short, American Economic Review Vol. 107, No.9.

https://motherchildnutrition.org/india/challenges-and-way-forward.html

लखनऊ में कन्या सुमंगला योजना
http://mahilakalyan.up.nic.in/Images/ae0a20105201932342.pdf

निपसेड योजनाhttps://www.nipccd.nic.in/

Implementation of ICDS Schemehttps://pib.gov.in/newsite/printrelease.aspx=9373/17

Monitoring and Suprevision guidelines issued by CMU of ICDS in 2013-14:
http://nipccd.nic.in/cmu/r28.pdf

https://cag.gov.in/content/report-no-13-2013-compliance-audit-observations-union-government-commercial.

www.pacsindia.org/projects/healthandnutrition/icds-scheme

https://icds-wcd-nic-in(ICDS)

https://iap.healthphorne.org/integrated.child-development-services-html (Accessed to 8 Nov. 2019)

http://icds-wcd.nic.in/in=cdsimg/icds_hindi_03-12-2016. pdf.

www.censusindia.gov.in

https://wcd.nic.in.schemes

https://niti.gov.in › IGMSY_FinalReport

https://icds-wcd-nic.in (Accessed on 6 Nov. 2019)

https://wcd.nic.in › schemes

https://wcd.nic.in › schemes

https://wcd.nic.in/kishori-shakti-yojana/(Accessed on 8 Nov. 2019)

https://wcd.nic.in/umbrella-scheme-/

https://cag.gov.in>audit.report.files

अध्याय–षष्ठम्

समन्वित बाल विकास परियोजना, स्तनपान एवं बच्चों का टीकाकरण: सफलता एवं चुनौतियाँ

अध्याय–षष्ठम्

समन्वित बाल विकास परियोजना, स्तनपान एवं बच्चों का टीकाकरण : सफलता एवं चुनौतियॉ

प्रस्तावना

गर्भवती महिलाओं को गर्भावस्था के समय अत्यधिक पोषण की आवश्यकता होती है क्योंकि इस समय शरीर में कई प्रकार के बदलाव आते है, जैसे–हार्मोन्स में परिवर्तन, वजन बढ़ना आदि। इस समय जच्चा एवं बच्चा को देखभाल की जरूरत होती है परन्तु आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के लोग चिकित्सा का खर्च संवहन करने में असमर्थ है। इन्ही सारी समस्याओं को दूर करने के लिए एवं वंचित वर्ग को आर्थिक एवं सामाजिक सहायता देने के उद्देश्य से ही समन्वित बाल विकास परियोजना (आई0सी0डी0एस0) का प्रारम्भ किया गया जिसमें गर्भवती एवं धात्री माताओं को समुचित पोषण एवं स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की जाती है और मुफ्त में दवायें एवं टीकाकरण उपलब्ध कराया जाता है।

बाल स्वास्थ्य का अर्थ गर्भधारण से जन्म और उसके बाद पॉच साल की उम्र तक बच्चें की देखभाल होना। पॉच साल की उम्र के बाद बच्चों के स्वास्थ्य में काफी परिवर्तन आने लगते है अतः बच्चों की वृद्धि एवं विकास पर सतत् निगरानी रखना जरूरी है। क्योंकि बच्चों का विकास एक सतत् एवं जटिल प्रक्रिया है जो निरन्तर चलती रहती है।[93] बाल स्वास्थ्य के प्रमुख पहलुओं में स्तनपान एवं टीकाकरण है। स्तनपान शिशु जन्म के पश्चात प्रारम्भ होता है। स्तनपान एक स्वाभाविक प्रक्रिया है। मॉ के दूध में रोग प्रतिरक्षा क्षमता होती है, इसके कारण शिशु संक्रमण से सुरक्षित रहता है। इस दूध में प्रोटीन, वसा, शक्कर, क्षार एवं पानी सही मात्रा में होते है। मॉ द्वारा अपने शिशु को अपने स्तनों से आने वाले प्राकृतिक दूध पिलाने की क्रिया को स्तनपान कहते है।[94] स्तनपान शिशु के लिए संरक्षण एवं संवर्धन का कार्य करता है। बाल स्वास्थ्य का दूसरा

[93] Press Information Bureau, www.pib.nic.in
[94] Chauwdhury R, Sinha B, Sankar Mj. et.al. (2015). Breastfeeding and Maternal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta Analysis. Acta paediatric104 (467).

पहलू टीकाकरण है। टीकाकरण कुपोषण एवं संक्रमण का सीधा सम्बन्ध है। कुपोषित बच्चें आसानी से संक्रमण से ग्रसित हो जाते है। जिस कारण उनका वजन कम होता है तथा गम्भीर अवस्था में मृत्यु तक हो सकती है। इसलिए आई0सी0डी0एस0 परियोजना के तहत स्वास्थ्य विभाग के साथ समन्वय स्थापित कर गर्भवती तथा 5 वर्ष तक के बच्चों को जानलेवा बीमारियों से बचाव के लिए प्रतिरक्षित किया जाता है। बाल चिकित्सा एवं कुपोषण एक चिन्ताजनक विषय है। The State of the world's children, 2019 के अनुसार, दुनिया में पॉच साल से कम उम्र का हर तीसरा बच्चा कुपोषण का शिकार है एवं 15–49 वर्ष तक की 55.3 प्रतिशत महिलायें खून की कमी से ग्रसित है। जिनकी संख्या बढ़कर 56.0 प्रतिशत हो गयी।[95] अतः आई0सी0डी0एस0 परियोजना के जरिये गर्भवती एवं धात्री माताओं एवं नवजात बच्चों को पौष्टिक आहार उपलब्ध कराया जाता है। जिससे शिशु मृत्यु दर एवं कुपोषण से सम्बन्धित अन्य समस्याओं को दूर किया जा सकें।[96] इस अध्याय में शोधार्थी ने परियोजना में आने वाले लाभार्थियों महिलाओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य, टीकाकरण एवं पोषण स्थिति का विश्लेषण किया गया है एवं यह जानने का प्रयास किया गया है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा गर्भवती, धात्री महिलाओं एवं बच्चों को कौन–कौन सी सेवायें प्रदान की जा रही है।

समन्वित बाल विकास परियोजना : स्तनपान एवं टीकाकरण

विश्व स्वास्थ्य संगठन और यूनिसेफ जैसे अंतर्राष्ट्रीय संगठन शिशु के जन्म के बाद वाले शुरूआती छः महीनों के दौरान उसे केवल मां का दूध पिलाने तथा किसी भी तरह का अतिरिक्त आहार न देने और यहॉ तक कि पानी तक न पिलाने की सलाह देते है।[97] विश्व स्वास्थ्य संगठन जन्म के एक घंटे के भीतर शिशु को मॉ का दूध पिलाने की भी सिफारिश करता है क्योंकि गर्भावस्था की समाप्ति पर बनने वाला पीला, गाढ़ा दूध नवजात शिशु के लिए बिल्कुल उपयुक्त आहार होता है। जन्म के बाद वाले शुरूआती छः महीनों के दौरान शिशु को केवल मॉ का दूध पिलाना चाहिए और उसके

[95] https://www.unicef.org/sowc/
[96] https://www.cdc.gov/Breastfeeding-vaccinations-medication-html/
[97] Brestfeeding Promotion Network of India (BPNI) http://www.bpni.org/educationpreserviceback.html

बाद उसे दो साल का होने तक या उसके बाद भी उचित पूरक आहार के साथ–साथ स्तनपान जारी रखना चाहिए।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना में धात्री माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण स्थिति को सुधारने के लक्ष्य से बच्चों एवं गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण किया जाता है एवं धात्री माताओं को आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा दी जाती है। इसमें उनकों यह बताया जाता है कि बच्चों को स्तनपान कब और कैसे करवाना है एवं स्तनपान से बच्चों को क्या लाभ होता है जैसे–बच्चों में बीमारी को कम करता है, निमोनिया और डायरिया जैसे संक्रमणों से बच्चों की रक्षा भी करता है एवं स्तनपान के जरिये बच्चों को समस्त ऊर्जा और पोषक तत्व प्राप्त होती है।[98]

स्तनपान एवं टीकाकरण : फील्ड व्यू

बच्चें के जन्म होने पश्चात् सबसे पहले उसे स्तनपान कराया जाता है क्योंकि मॉ के दूध में कोलोस्ट्रम होता है। जो बच्चें के पाचनतन्त्र को मजबूत करता है। कोलोस्ट्रम विभिन्न प्रकार के पोषक तत्वों जैसे जिंक, कैल्शियम और विटामिनों से युक्त होता है। बच्चें के बेहतर स्वास्थ्य के लिए स्तनपान एवं टीकाकरण बहुत आवश्यक है क्योंकि इन दोनों के प्रयोग से बच्चों की रोग प्रतिरोध क्षमता मजबूत होती है एवं बच्चें कई प्रकार की बीमारियों से बच्चें रहते है। सरकार द्वारा बच्चों को पूर्ण रूप से बीमारियों से बचाने के उद्देश्य से ही आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत बच्चों का टीकाकरण किया जाता है एवं स्तनपान को ज्यादा से ज्यादा बढ़ाने के लिए कार्यकर्ताओं द्वारा धात्री माताओं को स्तनपान के लाभों के बारे में बताया जाता है।[99] उत्तरदाताओं से स्तनपान से सम्बन्धित आंकड़ों की जानकारी का विवरण नीचे प्रस्तुत किया गया है

---

[98] Chudasama, R. K., Kadri, A. M., Verma, P. B., Vala, M., Rangoonwala, M., & Sheth, A. (2015). of nutritional and other activities at Anganwadi centers under integrated child development services program in different districts of Gujarat, India. *Journal of Medical Nutrition and Nutraceuticals,* 4(2), 101-106.

[99] https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic, maternal-infantand child health (Accessed on 5 Nov. 2019)

जिसमें यह जाना गया है कि माताओं ने अपने बच्चें को कब स्तनपान कराया है, एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की इसमें क्या भूमिका रही है तथा विभिन्न संग्रहीत आंकड़ों के द्वारा लाभार्थियों को मिलने वाली सुविधाओं को उजागर किया गया है। यह भी वर्णित किया गया है कि परियोजना के इतने वर्षों के कियान्वयन के पश्चात् आई0सी0डी0एस0 परियोजना में क्या सफलता प्राप्त हुई है एवं अभी भी क्या चुनौतियॉ सामने है जिन्हें पूरा करना बाकी है।

स्तनपान सम्बन्धी आंकड़े

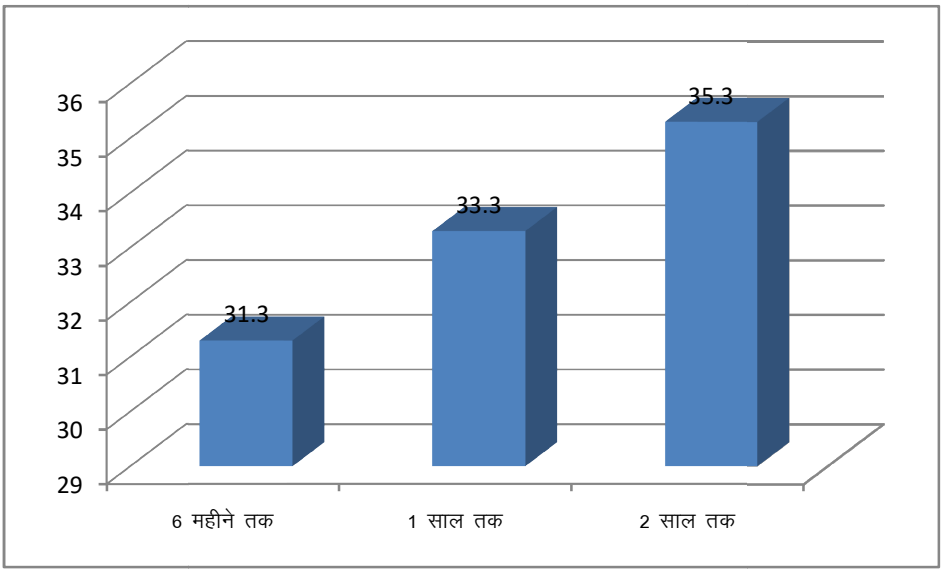
सारणी 6.1

स्तनपान कराने की अवधि

क0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	6 महीने तक	94	31.3
2.	1 साल तक	100	33.3
3.	2 साल तक	106	35.3
	कुल	300	100.00

ग्राफ 6.1

स्तनपान कराने की अवधि

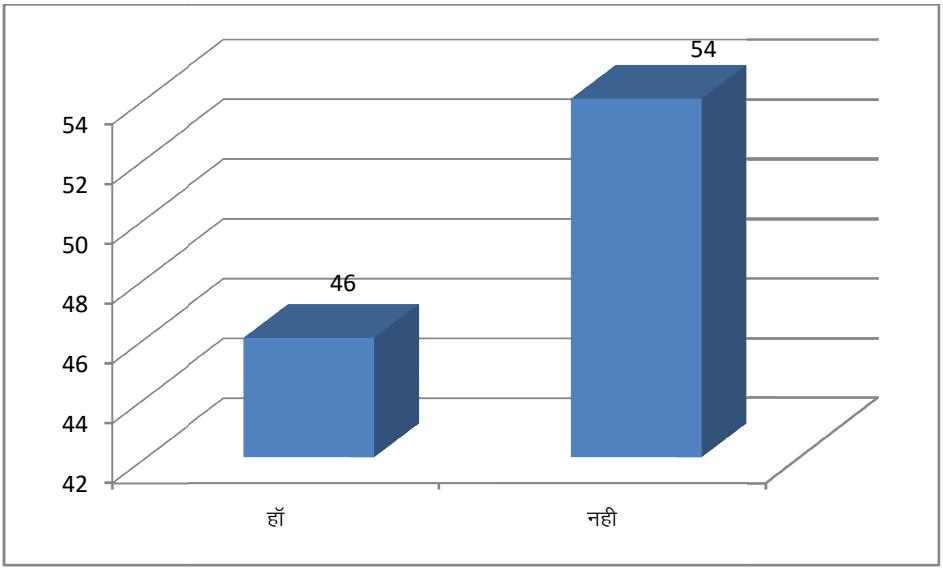


क्षेत्र सर्वेक्षण के समय उत्तरदाताओं से बातचीत करने पर यह ज्ञात हुआ कि 31.3 प्रतिशत महिलाओं ने अपने बच्चों को 6 महीने तक स्तनपान कराया, (घोष (2004) ने अपने बाल कुपोषण लेख में बताया कि 0–6 वर्ष के बच्चों के लिए स्तनपान सबसे अधिक आवश्यक है। परन्तु बी.पी.एन.आई. (2013) ने अपने सर्वे में यह बताया कि 39.7 प्रतिशत बच्चों ने ही प्रारम्भिक 6 महीनों के दौरान स्तनपान किया है। अतः ऑकड़ों से यह स्पष्ट होता है कि स्तनपान कराने के प्रतिशत में कमी आयी है जो कि बच्चों में कुपोषण के संकेत को परिलक्षित करता है।) 33.3 प्रतिशत ने 1 साल तक, 35.3 प्रतिशत महिलाओं से अपने बच्चें को 2 साल तक स्तनपान कराया है। अर्थात् 2 साल तक स्तनपान कराने वाली महिलाओं का प्रतिशत ज्यादा है। क्योंकि उनका मानना था कि स्तनपान से बच्चें स्वस्थ रहेगे, उन्हें बीमारी नही होगीं एवं उनकी रोग प्रतिरोधक क्षमता बढ़ेगी एवं जिन महिलाओं ने सिर्फ 6 महीने तक स्तनपान कराया तो कारण पूछने पर कुछ महिलाओं ने बताया कि स्तन में दूध आता ही नहीं था और कमजोरी रहती थी। इसलिए उन्होंने अपने बच्चें को सिर्फ 6 महीने तक स्तनपान कराया। इसका कारण यह है कि निम्न आर्थिक स्थिति होने के कारण, पर्याप्त भोजन, सन्तुलित आहार, फल, दूध ये सब उपलब्ध न होने की वजह से भी महिलाओं में ये समस्या आती है जबकि प्रसव उपरान्त जब महिला अपने बच्चें को स्तनपान कराती है तो उसे बहुत पोषण की आवश्यकता होती है क्योंकि शिशु अपनी मॉ से ही सारा आहार प्राप्त करता है। एक पूर्वाग्रह यह भी क्षेत्र में देखने को मिला कि वहॉ कि बुर्जुग महिलाओं का कहना था कि पुरूष को ज्यादा पौष्टिक भोजन करना चाहिए एवं महिलाओं को साधारण भोजन। क्योंकि पुरूष बाहर कार्य करने जाते है और महिलाओं को तो घर में ही रहना है। इस कारण भी महिलाओं का स्वास्थ्य प्रभावित होता है और इसका असर बच्चें पर भी पड़ता है।

सारणी 6.2
आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान की शिक्षा

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	138	46
2.	नही	162	54
	कुल	300	100.00

ग्राफ 6.2
आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान की शिक्षा



इसी क्रम में उत्तरदाताओं से स्तनपान के लाभों के बारें में जानने की कोशिश की गयी। जिससे ज्ञात हुआ कि 54 प्रतिशत लाभार्थी महिलाओं को आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान के लाभों के बारे में नही बताया गया है एवं 46 प्रतिशत महिलाओं का कहना है कि उन्हें कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान के लाभों के बारें में बताया गया है। अर्थात् महिलाओं का मानना है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता नियमित रूप से उन्हें स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा नही देती है एवं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता नियमित ग्रह निरीक्षण नही करती है। इसलिए उनका कहना है कि उन्हें कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान के लाभों के बारें में नही बताया गया है। परन्तु फिर भी उन्होंने अपने बच्चे को जो स्तनपान नियमित

कराया है। उसके बारें में उन्हें अपने बड़ो और बुजुर्गो से पता था कि बच्चों को स्तनपान कराना लाभकारी है।

सारणी 6.3
स्तनपान के लाभ

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	स्पष्ट नहीं	162	54.0
2.	बच्चें मजबूत होते है	127	42.3
3.	बच्चों का स्वास्थ्य बनता है और रोगों से दूर रहते है	11	3.7
	कुल	300	100.00

उत्तरदाताओं से स्तनपान से होने वाले लाभों के बारें में पूछा तो यह ज्ञात हुआ कि 54.0 प्रतिशत उत्तरदाता कहते है कि कार्यकर्ता द्वारा उन्हें कोई स्पष्ट जानकारी नही प्रदान की गयी जबकि 42.3 प्रतिशत का कहना है कि कार्यकर्ता द्वारा यह बताया गया है कि स्तनपान कराने से बच्चें मजबूत होते है। 3.7 प्रतिशत का कहना है कि स्तनपान कराने से बच्चों का स्वास्थ्य बनता है और वे रोगों से दूर रहते है। 54.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्तनपान के लाभों के बारें में पता न होने के कारण कार्यकर्ताओं द्वारा महिलाओं को स्वास्थ्य एवं स्तनपान के लिए जागरूक नही करना है।

सारणी 6.4
स्तनपान कराने का कारण

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	120	40
2.	नही	180	64
	कुल	300	100.00

इसी क्रम में उत्तरदाताओं से जब स्तनपान कराने का कारण पूछा गया तो यह ज्ञात हुआ कि 64 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान के लाभों के बारें में बताने की वजह से ही उन्होंने अपने बच्चों को स्तनपान नही कराया है बल्कि

स्तनपान बच्चों के लिए आवश्यक है। इसलिए उन्होंने स्तनपान कराया है एवं 40 प्रतिशत का कहना है कि कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान के लाभों के बारें में बताने की वजह से ही उन्होंने अपने बच्चों को स्तनपान कराया है। उत्तरदाताओं ने बताया कि उन्हें अपनी मॉ एवं अपनी सास से यह पता था कि अगर वे अपने बच्चों को नियमित स्तनपान करायेगीं तो उनके बच्चें स्वस्थ एवं मजबूत होगे, उन्हें बीमारी नही होगी और बच्चा मॉ का दूध जितना ज्यादा पीयेगा वह स्वस्थ रहेगा।

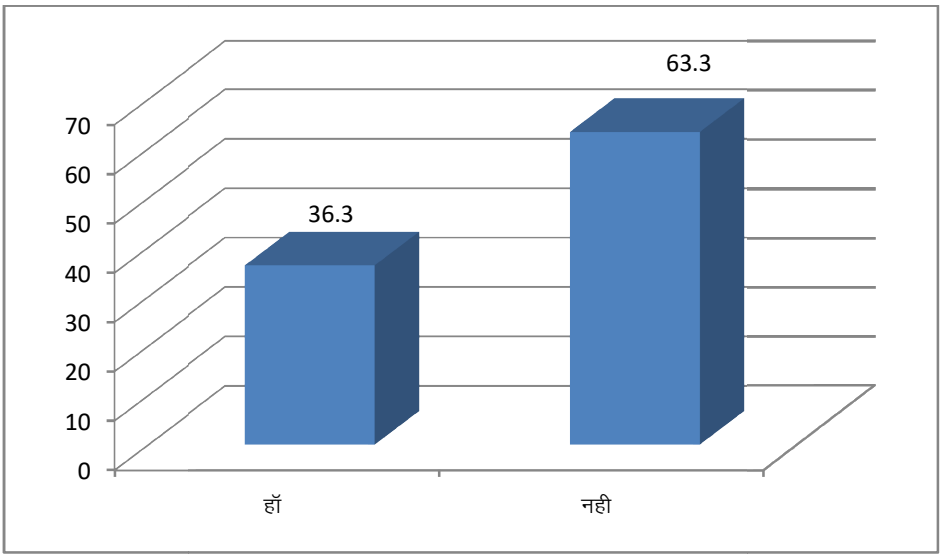
पोषण आहार एवं दवाएं

एक स्वस्थ शरीर में एक स्वस्थ मस्तिष्क का निर्माण होता है जिसके लिए जच्चा एवं बच्चा को पौष्टिक आहार देना अति आवश्यक है। जब मॉ स्वस्थ रहेगी तो बच्चा भी स्वस्थ रहेगा। इसके लिए जो आहार माता को दिया जाये वह ज्यादा पौष्टिक होना चाहिए क्योंकि माता के स्तनपान के जरिए ही बच्चें को आहार प्राप्त होता है। मॉ जो भी आहार लेगी वह सीधे स्तनपान के जरिए बच्चों को प्राप्त होगा। इसलिए माता को स्वस्थ रहना, संतुलित एवं पौष्टिक आहार लेना अति आवश्यक है।

सारणी 6.5
गर्भावस्था के समय प्राप्त स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धित सलाह

क0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	110	36.3
2.	नही	190	63.3
	कुल	300	100.00

ग्राफ 6.5
गर्भावस्था के समय प्राप्त स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धित सलाह



क्षेत्र सर्वेक्षण के समय उत्तरदाताओं से जब आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धी सलाह के बारें में जानकारी ली गयी तो यह ज्ञात हुआ कि 36.3 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना था कि गर्भावस्था के दौरान उन्हें स्वास्थ्य एवं भोजन से सम्बन्धित सलाह कार्यकर्ताओं द्वारा प्राप्त हुई है और 63.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना था कि उन्हें कार्यकर्ताओं द्वारा गर्भावस्था के समय कोई स्वास्थ्य एवं भोजन से सम्बन्धित सलाह नही दी गयी। इसका कारण है कि कार्यकर्ता नियमित घर का निरीक्षण (सरकारी मानक के अनुसार आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को हफ्तें में 5 बार लाभार्थियों के घर का निरीक्षण करना होता है एवं स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा के लिए मातृ समिति प्रत्येक सोमवार को संचांलित की जाती है) करने नही आते है एवं आंगनवाड़ी केन्द्र में भी कार्यकर्ता नियमित नही मिलते है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को यह कार्य सौपा गया है कि वे लाभार्थियों से अन्तःक्रिया करे, उन्हें योजना के लिए जागरूक करे एवं प्रमुखता गर्भवती महिलाओं की नियमित स्वास्थ्य जॉच करे एवं स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा दे कि इस अवस्था में वह अपना कैसे ध्यान रखें। परन्तु क्षेत्र से प्राप्त आंकड़ों में ऐसा कुछ नही दिखा। (CAG 2013b) की रिपोर्ट में यह स्पष्ट हुआ कि 52 प्रतिशत

आंगनवाड़ी केन्द्रों में गर्भावस्था के दौरान की अवधि एवं बीमारी के समय माताओं एवं उनके परिवार को सलाह देने हेतु आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा किये गए गृह निरीक्षण के अभिलेख उपस्थित नही थे।

सारणी 6.6
आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा से स्वास्थ्य में होने वाला परिवर्तन

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	139	46.3
2.	नही	161	53.7
	कुल	300	100.00

इसके पश्चात् जब उत्तरदाताओं से यह पूछा गया कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धी सलाह से स्वास्थ्य में कैसा परिवर्तन के हुआ तो यह ज्ञात हुआ कि 53.7 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं का कहना है कि कार्यकर्ता द्वारा गर्भावस्था के समय जो स्वास्थ्य एवं भोजन सम्बन्धी सलाह दी गयी उससे उनके स्वास्थ्य स्तर में कोई परिवर्तन नही हुआ है और 46.3 प्रतिशत का कहना है कि कार्यकर्ताओं द्वारा दी जाने वाली सलाह से उनके स्वास्थ्य में परिवर्तन हुआ है। उत्तरदाताओं ने स्वास्थ्य में परिवर्तन न होने के कारण बताया कि स्वास्थ्य में परिवर्तन तो तब होगा जब कार्यकर्ता हमें कुछ बतायेंगी, वह तो केन्द्र पर आती ही नही है और जब आती भी है तो इसके बारें में कुछ नही बताती। क्षेत्र से प्राप्त आंकड़े तो यही प्रदर्शित कर रहे है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा अपने कार्य को सही से पूरा नही किया जा रहा है।

सारणी 6.7
गर्भावस्था के दौरान प्रदान की जाने वाली दवाएँ

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	फोलिक एसिड+आयरन	139	46.33
2.	कैल्शियम	70	23.3
3.	कोई नहीं	91	30.33
	कुल	300	100

गर्भवती महिलाओं को, गर्भावस्था के दौरान में फोलिक+एसिड आयरन की 180 गोलियॉ दी जाती है। जिससे माता और बच्चें एनीमिक न हो पायें। आई0सी0डी0एस0 परियोजना में यह कार्य एनम्/आशा का है कि गर्भवती महिलाओं को आयरन व फोलिक एसिड की यह पूरी खुराक दी जाये तथा आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की यह जिम्मेदारी है कि वह निरन्तर देखती रहे कि महिलायें इन दवाओं का सेवन कर रही है या नही। क्षेत्र में जब उत्तरदाताओं से पूछा गया कि गर्भावस्था के समय आपकों कौन–कौन सी दवायें दी गयी तो सबसे पहले तो लाभार्थियों को यही नही ज्ञात था कि फोलिक एसिड, आयरन एवं कैल्शियम को कहते क्या है, फिर उन्हें जब पूरा विवरण दिया या तो यह ज्ञात हुआ कि 46.33 प्रतिशत उत्तरदाता ऐसे है जिन्हें गर्भावस्था के समय फोलिक एसिड+आयरन की गोलियॉ प्राप्त हुई है। एवं 23.3 प्रतिशत का कहना है कि उन्हें केवल कैल्शियम की गोलियॉ मिली, 30.33 प्रतिशत का उत्तरदाताओं का कहना था कि उन्हें कोई भी दवायें नही प्राप्त हुई।

इससे यही स्पष्ट हो रहा है कि आयरन, फोलिक, एसिड प्राप्त करने वाली महिलाओं का प्रतिशत तो ठीक है परन्तु बहुत अच्छा नही हैं। कैल्शियम प्राप्त करने वाली महिलाओं का प्रतिशत भी बिल्कुल ही कम है। (जबकि सरकार द्वारा गर्भवती, धात्री माताओं में एनीमिया को रोकने के लिए National Nutritional Anaemia Control Program चलाया गया है जिसमें महिलाओं को आयरन+फोलिक एसिड की गोलियॉ वितरित की जाती है।) एवं जिन महिलाओं को दवाये प्राप्त नही हुई है उनका कहना

था कि हमें आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने दवाये दी ही नहीं और न ही हमें पता चला कि कब केन्द्र में दवायें बॉटी जा रही है। महिलाओं को दवायें प्राप्त होने के इतने कम आंकड़ों से तो यही प्रदर्शित हो रहा है कि कार्यक्रम के प्रति बहुत जागरूकता की आवश्यकता है।

सारणी 6.8
गर्भावस्था के द्वारा प्रदान की गई दवाओं की संख्या

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	40 गोलियां	104	34.7
2.	50 गोलियां	22	7.3
3.	80 गोलियां	79	26.3
4.	90 गोलियां	95	31.7
	कुल	300	100

इसी क्रम में जब उत्तरदाताओं से गर्भावस्था में दी गयी दवाओं की संख्या पूछने पर ज्ञात हुआ कि 7.3 प्रतिशत उत्तरदाता को गर्भावस्था के समय कुल 50 गोलियॉ प्राप्त हुई, 31.7 प्रतिशत का मानना है कि उन्हें 90 गोलियॉ प्राप्त हुई, 26.3 प्रतिशत का कहना है कि उन्हें जो गोलियॉ दी गयी उनकी संख्या 80 है एवं 7.3 प्रतिशत ने बताया कि उन्हें 50 गोलियॉ गर्भावस्था के समय दी गयी। सरकार द्वारा गर्भावस्था के दौरान में 100 दिनों के लिए 180 आयरन+फोलिक एसिड की गोलियॉ देने का प्रावधान है। परन्तु जब हम क्षेत्र में देखते है तो किसी भी गर्भवती महिला को पूरी गोलियॉ नही प्राप्त हुई है। जब ए.एन.एम. से पूछा गया कि तो उनका कहना था कि महिलायें गोलियॉ लेती नही है और लेती भी है तो उनका सेवन नही करती है। महिलाओं को लगता है कि ये उनके बच्चे को नुकसान करेगी।

सारणी 6.9
गर्भावस्था के समय दवाओं के सेवन की स्थिति

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	14	48
2.	नही	156	52
	कुल	300	100.00

इसी क्रम में जब उत्तरदाताओं से पूछा गया कि जो दवायें आपको एनम से मिली, आपने उन्हें खाया तो, 48 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उन्होंने यह गोलियॉ खायी है एवं 52 प्रतिशत महिलाओं ने कहा कि उन्होंने नही खायी। जिन महिलाओं ने गोलियों का सेवन नही किया था उनमें से कुछ महिलाओं ने बताया कि हमारे बड़े–बुजुर्ग मना करते है कि गर्भावस्था के समय कोई दवा नही खानी चाहिए नही तो बच्चे प्रभावित हो सकते है और दवाये शरीर को नुकसान करती है, कुछ महिलाओं का कहना था कि वे दवा खाना भूल जाती थी और खाना चाहती थी तो उन्हें बहुत बदबू आती थी, और उनके पेट मे दर्द होने लगता था। ये परिणाम तो यही बता रहे है कि जितनी संख्या में महिलाओं को इन गोलियों का सेवन करना चाहिए था उतना हुआ नही है।

सारणी 6.10
गर्भावस्था के समय टीकाकरण

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	टिटनेस–1	167	55.7
2.	टिटनेस–2	40	13.3
3.	पता नही	93	31.0
	कुल	300	100.00

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के तहत स्वास्थ्य विभाग के साथ समन्वय स्थापित कर गर्भवती महिलाओं को जानलेवा बीमारियों से बचाव के लिए प्रतिरक्षित किया जाता है।

उत्तरदाताओं से क्षेत्र सर्वेक्षण के समय प्राप्त जानकारी से यह ज्ञात हुआ कि 55.7 प्रतिशत महिलाओं को टिटनेस का लगा है और 13.3 प्रतिशत को टिटनेस–2 का, 31.0 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उन्हें गर्भावस्था के समय कोई भी टीका नही लगाया गया है। परन्तु प्राप्त आंकड़ों से प्रदर्शित हो रहा है कि ज्यादातर महिलाओं को टिटनेस का टीका लगाया गया एवं कुछ महिलायें ऐसी है जिन्हें यह तक नही पता था कि गर्भावस्था के समय कौन–कौन से टीके लगते है। क्योंकि वह इस योजना से जागरूक नही है।

सारणी 6.11
टीकाकरण का स्थान

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	स्वास्थ्य केन्द्र	220	73.3
2.	ऑगनबाड़ी केन्द्र	80	26.7
	कुल	300	100.00

जब उत्तरदाताओं से टीके का स्थान पूछा गया तो यह पता चला कि 73.7 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उन्हें टीके स्वास्थ्य केन्द्र में लगाये गये है एवं 26.3 प्रतिशत ने बताया कि टीके ऑगनबाड़ी केन्द्र में लगाये जाते है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अर्न्तगत गर्भवती महिलाओं को एएनएम के द्वारा प्रत्येक मंगलवार को ग्राम स्वास्थ्य दिवस के दिन एवं शनिवार को टीके लगाये जाते है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता लाभार्थियों को टीकाकरण कराने के लिए उन्हें केन्द्र तक लेकर जाती है एवं कार्ड भरने का कार्य करती है, टीके स्वास्थ्य केन्द्र में लगते है परन्तु कभी–कभी टीके एनम द्वारा आंगनवाड़ी केन्द्र में भी लगाये जाते है।

सारणी 6.12
मॉ एवं बच्चें की स्वास्थ्य जॉच

		गर्भावस्था के दौरान की गई स्वास्थ्य जॉच	बच्चें के जन्म उपरान्त की गई स्वास्थ्य जॉच
क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति /प्रतिशत	आवृत्ति /प्रतिशत
1.	3 महीने तक	78 (26.0)	60 (20.0)
2.	6 महीने तक	82 (27.0)	72 (24.0)
3.	9 महीने तक	105 (35.0)	45 (15.0)
4.	नही हुआ	35 (12.0)	123 (41.0)
	कुल	300 (100.00)	300 (100.00)

इसी क्रम में जब उत्तरदाताओं से गर्भावस्था के दौरान होने वाली स्वास्थ्य जॉच के बारें में पता किया गया तो 26 प्रतिशत का कहना था कि उनकी 3 महीने में जॉच, 27 प्रतिशत की 6 महीनें में जॉच, 35 प्रतिशत की 9 महीने में जॉच एवं 12 प्रतिशत की स्वास्थ्य जॉच नही हुई है। इसी पहलू में दूसरे तरफ जब हम बच्चों के स्वास्थ्य जॉच को देखते है तो उसके आंकड़ों में काफी विविधता पायी गयी जैसे कि 20 प्रतिशत बच्चों की जॉच 3 महीने में, 24 प्रतिशत की 6 महीने में, 15 प्रतिशत की 9 महीने एवं 41 प्रतिशत की स्वास्थ्य जॉच नही हुई है। दोनों सारणियों का तुलनात्मक विश्लेषण करने पर यह ज्ञात हुआ कि आंकड़ों से तो यही प्रदर्शित हो रहा है कि किसी भी महिला की पूरे 9 महीने में नियमित स्वास्थ्य जॉच नही की गयी है एवं अधिकतर बच्चों की भी स्वास्थ्य जॉच नही की गयी। जबकि आई0सी0डी0एस0 परियोजना का उद्देश्य है कि गर्भवती महिलाओं एवं धात्री माताओं की पूरी गर्भावस्था के समय नियमित स्वास्थ्य जॉच की जायें, उन्हें अधिक मात्रा में कैलोरी वाला भोजन दिया जाये एवं उनका नियमित टीकाकरण हो एवं इस कार्य का उत्तरदायित्व आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का है जो प्रत्येक महीने के ग्राम स्वास्थ्य दिवस के दिन लाभार्थियों की स्वास्थ्य जॉच करवाये। परन्तु क्षेत्र में प्राप्त आंकड़े कुछ अलग ही प्रदर्शित कर रहे है।

महिला की प्रसव उपरान्त देखभाल

प्रसव उपरान्त की 6 सप्ताह की अवधि को प्रसव पश्चात् अवधि के रूप में माना जाता है। प्रसव के 48 घंटे तथा उसके बाद का पहला सप्ताह मॉ एवं नवजात के स्वास्थ्य एवं उत्तरजीविता के लिए सबसे अधिक महत्वपूर्ण होता है क्योंकि 60 प्रतिशत से अधिक माताओं की मृत्यु प्रसवोत्तर अवधि के दौरान होती है। इसका कारण है सुरक्षित एवं संस्थागत प्रसव का न होना। अतः आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का यह उत्तरदायित्व है कि।

1. वह बताये कि मॉ और बच्चें से सम्बन्धित सरकारी स्कीम का लाभ कहॉ और कैसे प्राप्त किया जा सकता है।
2. यह सुनिश्चित करे कि संस्था में प्रसव पश्चात मॉ का प्रवास, प्रसव के बाद की देखरेख के लिए कम से कम 8 घंटे के लिए हो।
3. मातृ एवं शिशु सुरक्षा कार्ड में दिये गये खाने में प्रसव की तिथि, स्थान, प्रकार, प्रसव का समय, गर्भावस्था के दौरान जटिलता। (यदि कोई हो) ज्ञात करे।
4. अनुसूची के अनुसार गृह निरीक्षण करे और मॉ और परिवार को जच्चा और बच्चा दोनों के लिए खतरे के लक्षणों के बारें में बताये।
5. मॉ को पूरक पोषाहार प्रदान करे।
6. घर पर प्रसव होने की स्थिति में जन्म का पंजीकरण कराने की सलाह दें।

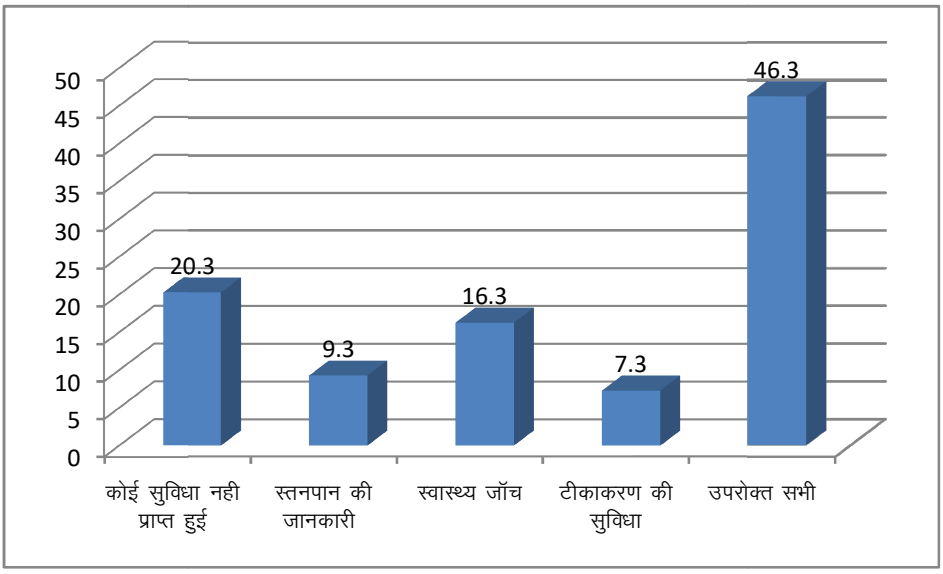
State Nutrition Mission-2016 की रिपोर्ट ने यह पुष्टि की, कि केन्द्र और राज्य सरकार चाहे कुछ भी दावा करे लेकिनि उत्तर प्रदेश में सिर्फ 6 प्रतिशत महिलाओं को ही प्रसव पूर्व देखरेख की सुविधा मिल पाती है। इसके अलावा महज 13 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को ही आयरन और फोलिक एसिड सप्लीमेन्ट मिल पाता हे। उत्तर प्रदेश में जन्म के पहले घंटे में चार में से तीन बच्चों का मॉ का दूध नही मिल पाता। राज्य में जन्म लेने वाले 6 से 59 महीनों के दो तिहाई बच्चें एनीमिया के शिकार होते है। उत्तर प्रदेश में हर रोज 650 बच्चों की मौत कुपोषण के कारण हो रही है, 50

प्रतिशत मातायें खून की कमी से जूझ रही है। प्रसव पश्चात् महिलाओं को आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के जरिये क्या–क्या सुविधा प्रदान की जाती है। उसका विवरण निम्न सारणियों में प्रदर्शित है।

सारणी 6.13
प्रसव उपरान्त मिलने वाली सुविधायें

क0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	कोई सुविधा नही प्राप्त हुई	61	20.3
2.	स्तनपान की जानकारी	28	9.3
3.	स्वास्थ्य जॉच	49	16.3
4.	टीकाकरण की सुविधा	62	7.3
5.	उपरोक्त सभी	100	46.3
	कुल	300	100.00

ग्राफ 6.13
प्रसव उपरान्त मिलने वाली सुविधायें



क्षेत्र सर्वेक्षण से प्राप्त आंकड़ों से यह निष्कर्ष निकलता है कि 46.3 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उन्हें स्तनपान की जानकारी, स्वास्थ्य जॉच एवं टीकाकरण, ये सारी

सुविधायें प्राप्त हुई है एवं 20.3 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उन्हें कोई भी सुविधा नही मिली है। 16.3 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उनकी स्वास्थ्य जॉच की गई है, 7.3 प्रतिशत का कहना है कि उनका टीकाकरण हुआ है एवं 9.3 प्रतिशत को केवल स्तनपान की जानकारी दी गयी है। इसका अर्थ यह हुआ कि बहुत ही कम लाभार्थियों को प्रसव उपरान्त सारी सुविधायें प्राप्त हुई है। जबकि गर्भावस्था के समय एवं प्रसव उपरान्त गर्भवती महिलाओं की स्वास्थ्य जॉच, टीकाकरण एवं भोजन प्रदान करने का दायित्व आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का है।

सारणी 6.14
बच्चें के वजन की अवधि

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	प्रत्येक महीने में	88	29.3
2.	दो महीने में	4	1.3
3.	नहीं किया जाता	208	69.3
	कुल	300	100.00

इसी क्रम में उत्तरदाताओं से बातचीत के दौरान यह ज्ञात हुआ कि 29.3 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उनके बच्चें का वजन प्रत्येक महीने में, 1.3 प्रतिशत का वजन दो महीने एवं 69.3 प्रतिशत बच्चों का वजन नही किया गया है। परन्तु सरकार की इस योजना में बच्चों की वृद्धि एवं विकास को सुनिश्चित करने के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के माध्यम से बच्चों का भार किया जाता है एवं उनका रिकार्ड रखा जाता है। इस योजना के तहत पंजीकृत बच्चों का रिकार्ड वृद्धि चार्ट के माध्यम से रखा जाता है। क्षेत्र सर्वेक्षण में इससे विपरीत आंकड़े प्राप्त हुए है। अर्थात् बहुत ही कम बच्चों का वजन किया गया। और अगर बच्चों का वजन नियमित नही होगा तो सामान्य एवं कुपोषित बच्चों की पहचान कैसे की जायेगी एवं कुपोषण को कैसे दूर किया जायेगा।

सारणी 6.15
बच्चें के वजन करने का स्थान

क0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	केन्द्र	135	45.0
2.	घर	4	1.3
3.	कही नही	161	53.7
	कुल	300	100.00

वजन की अवधि जानने के पश्चात् उत्तरदाताओं से बच्चों के वजन के स्थान के बारें में पूछने पर यह ज्ञात हुआ कि 45.0 प्रतिशत उत्तरदाताओं के बच्चों का केन्द्र में वजन किया गया। 1.3 प्रतिशत का घर में एवं 53.7 प्रतिशत बच्चों का वजन हुआ ही नही है। वजन न होने के कुछ प्रमुख कारण क्षेत्र में ज्ञात हुए जैसे कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता बच्चों का वजन नियमित नही करते। लाभार्थी भी केन्द्र में नियमित नही जाते एवं कुछ उत्तरदाताओं का कहना था कि उनके बच्चों को नजर लग जायेगी अगर बच्चें का वजन हुआ। इसे हम उत्तरदाताओं का पूर्वाग्रह मान सकते है।

सारणी 6.16
वजन के अनुसार भोजन में होने वाला परिवर्तन

क0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	100	33.3
2.	नही	200	66.7
	कुल	300	100.00

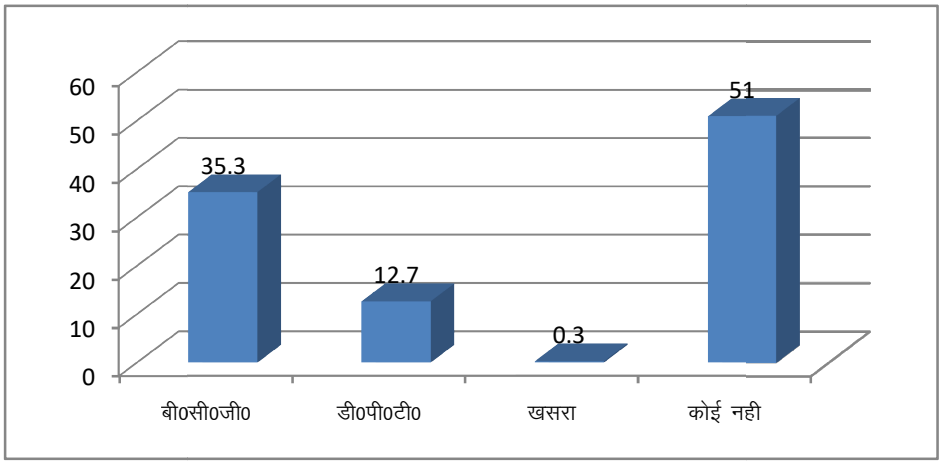
इसी क्रम में यह जानने का प्रयास किया गया कि बच्चें के वजन के अनुसार भोजन में क्या–क्या परिवर्तन किया जाता है तो यह ज्ञात हुआ कि 33.3 प्रतिशत का कहना है कि वजन के अनुसार बच्चों के भोजन में परिवर्तन किया जाता है एवं 66.7 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि बच्चों के वजन के अनुसार भोजन में परिवर्तन नही किया गया। जबकि आई0सी0डी0एस0 के अर्न्तगत जब बच्चों का आंगनवाड़ी केन्द्र में वजन किया जाता है तो जो बच्चें कुपोषित एवं अल्प भार के होते है उनके उनके

भोजन में कैलोरी की मात्रा बढ़ा दी जाती है। (इसकी पहचान बच्चों के वजन से होती है अगर बच्चा सामान्य वजन से कम हुआ तो उसी के अनुसार भोजन में परिवर्तन किया जाता है।) जैसे– 6 से 72 महीने के बच्चों को 500 कैलोरी, 12 से 15 ग्राम प्रोटीन दिया जाता है एवं अत्यधिक कुपोषित 6 से 72 महीने के बच्चों को 800 कैलोरी, 20 से 25 ग्राम प्रोटीन प्रदान किया जाता है। परन्तु क्षेत्र अध्ययन से प्राप्त ऑकड़े वास्तविक तथ्यों से बिल्कुल विपरीत है।

सारणी 6.17
बच्चों का टीकाकरण

क0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	बी0सी0जी0	106	35.3
2.	डी0पी0टी0	37	12.7
3.	खसरा	1	0.3
4.	कोई नही	153	51.0
	कुल	300	100.00

ग्राफ 6.17
बच्चों का टीकाकरण



आई0सी0डी0एस0 परियोजना में 0 से 5 वर्ष तक के बच्चों को बीमारियों से बचाने के लिए प्रतिरक्षित किया जाता है। जिसमें पहला टीका बच्चें के पैदा होने पर अन्य टीके उसके पश्चात 24 महीने तक की अवधि तक एनम द्वारा लगाये जाते है। इसी सन्दर्भ में बच्चों को लगने वाले टीकाकरण के बारें में क्षेत्र में उत्तरदाताओं से बातचीत करने के पश्चात यह ज्ञात हुआ कि 35.3 प्रतिशत बच्चों को बी.सी.जी. का टीका, 12.7

प्रतिशत डी.पी.टी. का, 0.3 प्रतिशत को खसरा का एवं 51.0 प्रतिशत बच्चों को किसी भी प्रकार का टीका नही लगा। टीके न लगने के कुछ प्रमुख कारण ज्ञात हुए। सबसे प्रमुख कारण तो यह था कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा लाभार्थियों को स्वास्थ्य केन्द्र नही ले जाया जाता था एवं ग्राम स्वास्थ्य दिवस की कोई जानकारी भी लाभार्थियों को नही दी जाती थी और कुछ महिलाओं का कहना था कि टीका लगने के बाद उनका बच्चा बीमार हो जाता था, उसे बुखार आ जाता था, बच्चें के शरीर में दाने आने लगते थे। इसलिए वह अपने बच्चों को टीका नही लगवाती थी। अतः निष्कर्षतः कह सकते है कि ज्यादातर बच्चों को सारे टीके नही लगाये गये है।

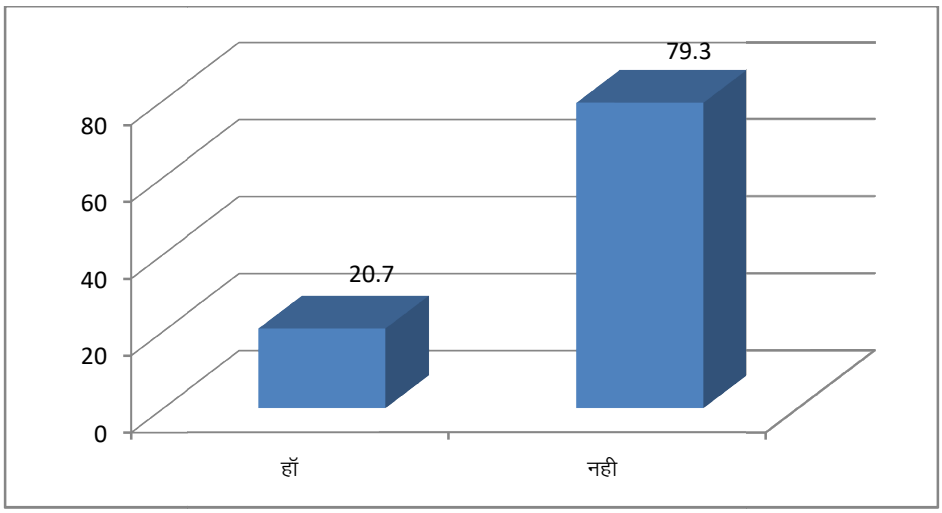
सारणी 6.18

सरकार द्वारा प्रदान किया गया आर्थिक सहयोग

क्र0सं0	विवरण	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	62	20.7
2.	नही	238	79.3
	कुल	300	100.00

ग्राफ 6.18

सरकार द्वारा प्रदान किया गया आर्थिक सहयोग



इसी क्रम में जब उत्तरदाताओं से सरकार द्वारा प्रदान की जाने वाली आर्थिक सहायता के बारें में जाना गया तो यह स्पष्ट हुआ कि 79.3 प्रतिशत उत्तरदाता का कहना है कि उन्हें सरकार द्वारा कोई आर्थिक सहयोग नही दिया गया है एवं 20.7 प्रतिशत का कहना है कि उन्हें सरकार द्वारा आर्थिक सहयोग प्राप्त हुआ है। यहॉ यह बताना आवश्यक है कि भारत सरकार द्वारा (1 जनवरी 2017 को प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना) को प्रारम्भ किया गया एवं इस योजना के अर्न्तगत सरकार द्वारा गर्भवती एवं स्तनपान कराने वाली माताओं को पहले जीवित जन्म के लिए 6400रू0 की आर्थिक सहायता (शहरों में 6000रू.) प्रदान की जाती है। इसी तरह से गर्भवती महिलाओं के लिए भारत सरकार द्वारा जननी सुरक्षा योजना का प्रारम्भ 2005 में किया गया। इसके अर्न्तगत गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाली महिलाओं को संस्थागत प्रसूति कराने के लिए 1400रू0 की आर्थिक सहायता (शहरों में 1000रू.) प्रदान की जाती है। परन्तु जब हम क्षेत्र में इसका वास्तविक रूप देखते है तो यह ज्ञात होता है कि बहुत ही कम गर्भवती महिलाओं को सरकार द्वारा आर्थिक सहायता प्रदान की गयी है। अधिकतर इससे वंचित है।

वैयक्तिक अध्ययन

''आरती नाम की एक उत्तरदाता से बातचीत के दौरान यह ज्ञात हुआ कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कुछ कार्य नही करती, न ही हमारे बच्चों को कुछ खाने को देती है, न ही कभी घर पर आती है और अभी तक हमारे बच्चें को कोई भी टीका नही लगाया गया हैं एवं अगर केन्द्र जाओं भी तो वे हमें भगा देती है और खाने के लिए जो पंजीरी आती है वह अपने पास रख लेती है एवं यहॉ के प्रधान को दे देती है। वह (प्रधान) पैसा देकर पंजीरी खरीदते है और अपने जानवरों को खिला देते है।''

एक अन्य उत्तरदाता से बातचीत के दौरान सरकार द्वारा गर्भवती एवं धात्री महिलाओं को दी जाने वाली आर्थिक सहायता की स्थिति के बारें पता चला प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना के अर्न्तगत गर्भवती एवं धात्री माताओं को सरकार की तरफ से 6400

रू0 (शहरो में 6000रू0) देने का प्रावधान है जिससे गर्भवती एवं धात्री मातायें अपने स्वास्थ्य का ध्यान रख सकें और पोषित आहार प्राप्त कर सके एवं जननी सुरक्षा योजना में सरकारी अस्पतालों में प्रसव कराने पर सरकार द्वारा गर्भवती महिलाओं को 1400 रू0 (शहरी क्षेत्र की महिलाओं के लिए 1000रू0) परन्तु अध्ययन के निष्कर्ष बताते है कि 79.3 प्रतिशत महिलाओं का कहना है कि उन्हें सरकार की तरफ से कोई आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं हुई है ''एक उदाहरण के तौर पर हम बता सकते है क्षेत्र सर्वेक्षण के समय ''मीना देवी'' नाम की गर्भवती महिला का कहना था ''सब कहते थे कि बच्चो हो जायेगा तो सरकार पैसा देगी सरकारी अस्पताल में अच्छा इलाज होगा पर हमें तो ना ही कोई पैसा मिला न ही हमारा सरकारी अस्पताल में अच्छा इलाज हुआ, हमारे पति ने सारी कोशिश कर ली पर कभी कोई साहब कहते थे कि ये कागज लगाओं, वे कागज लगाओं तब पैसा मिलेगा पर हमें कोई पैसा नहीं मिला आंगनबाड़ी कार्यकर्ता से पूछते है तो वे केन्द्र ही ज्यादा नहीं आती है और जब भी आती है और उनसे पूछते है तो वह कुछ बताती ही नहीं''।

आई0सी0डी0एस0 परियोजना की सफलता एवं चुनौतियॉ

आई0सी0डी0एस0 परियोजना को शिशु मृत्यु दर जन्म के समय कम वजन और महिलाओं एवं बच्चों के बीच कुपोषण की उच्च दर से निपटने के लिए केन्द्र सरकार द्वारा एक प्रमुख हस्तक्षेप के रूप में कल्पना की गयी है। यह योजना अनिवार्य रूप से 0 से 6 वर्ष आयु के बच्चों एवं प्रजनन आयु वर्ग की महिलाओं के लिए बनायी गयी थी। परन्तु सम्पूर्ण अध्याय में प्राप्त ऑकड़ों का जब हम विश्लेषण करते है तो उससे आई0सी0डी0एस0 परियोजना की सफलता एवं आने वाली चुनौतियों के बारे में स्पष्ट पता चलता है।

सफलता के कुछ पहलू

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के तहत प्रदान की जाने वाली सेवाएं जैसे– गर्भावस्था के समय टीकाकरण एवं दवायें, बच्चों का टीकाकरण, गर्भावस्था के समय महिलाओं की

स्वास्थ्य जॉच, बच्चों के जन्म के उपरान्त उनकी स्वास्थ्य जॉच जैसी सेवायें अध्ययन क्षेत्र में लाभार्थियों को प्रदान की गयी है। परन्तु उपलब्ध ऑकड़े आई0सी0डी0एस0 परियोजना के उद्देश्य को सम्पूर्ण रूप से पूरा नही कर पा रहे है। अतः आई0सी0डी0एस0 परियोजना की सफलता दर कम है।

चुनौतियॉ

सरकार अपने लक्ष्यों में महिलाओं एवं बच्चों की स्थिति को सुधारने की प्राथमिकता रखती है एवं सरकार द्वारा जो भी बजट बनाया जाता है उस पर महिलाओं एवं बच्चों के लिए अधिक मात्रा में धन का आवंटन किया जाता है। परन्तु योजना के लगभग 45 वर्ष पूर्ण होने के पश्चात् भी आई0सी0डी0एस0 परियोजना अपने लक्ष्यों को पूरा नही कर पा रही है। इस बात की पुष्टि गुप्ता एवं गुप्ता (2013) ने अपने लेख ICDS Scheme : A Journey of 37 Years में बताया है कि भारत में 37 वर्षों में इस परियोजना के अर्न्तगत 7.6 मिलियन गर्भवती एवं धात्री माताएं, 0–6 वर्ष के 36 मिलियन बच्चें लाभान्वित हो रहे है। परन्तु इसके बावजूद भी आई0सी0डी0एस0 परियोजना में बहुत सारी कमियां पायी गयी है। आज भी सरकार के सामने कार्यक्रम को सुचारू रूप से संचालित करने की बहुत बड़ी चुनौती है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के अपने लक्ष्य न प्राप्त करने के पीछे सरकार की कमी तो है ही परन्तु साथ ही साथ लाभार्थियों में अपने पूर्वाग्रह एवं धार्मिक विश्वासों की वजह से भी किसी भी योजना को स्वीकार नही कर पा रहे है। अतः जितना ज्यादा लोग जागरूक होगे उतना ही कार्यक्रम सफल होगा।

- **अपर्याप्त आंगनवाड़ी कार्यकर्ता प्रशिक्षण**

  आंगनवाड़ी कार्यकर्ता में प्रशिक्षण की कमी होने से कार्यकर्ता अपने कार्य को सही से पूरा नही कर पा रहे है। आई0सी0डी0एस0 परियोजना में प्रशिक्षण का बहुत महत्व है क्योंकि कार्यक्रम की सफलता अग्रणी कार्यकर्ताओं की प्रभावी भूमिका पर निर्भर करती है। संपत (2006) ने अपने अध्ययन में यह पाया है कि

परियोजना के अर्न्तगत जो सामुदायिक भागीदारी की मूल अवधारणा है उनके बारे में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं सहायककर्ता को अपर्याप्त ज्ञान है। जो कि आई0सी0डी0एस0 में प्रशिक्षण की कमी को दर्शाता है।

- **आंगनवाड़ी केन्द्रों में मूलभूत सुविधाओं एवं उपकरणों का अभाव**

  अधिकतर आंगनवाड़ी केन्द्रों में स्वच्छ पानी, शौचालय, बच्चों के खिलौने, ग्रोथ चार्ट, शिशु विकास किट उपलब्ध नही थे। जबकि सरकार के द्वारा इन सारे उपकरणों के लिए धन दिया जाता है।

- **लाभार्थियों में जागरूकता की कमी**

  आज इतने वर्षो के पश्चात् अगर परियोजना सफल नही हो पा रहा है तो इसमें सरकार की कमी के साथ–साथ लाभार्थियों में जागरूकता की कमी भी एक महत्वपूर्ण कारक है और यह सरकार का दायित्व है कि वे लाभार्थियों को आई0सी0डी0एस0 परियोजना के बारे में जागरूक करे, उन्हें योजना से मिलने वाले लाभों से अवगत करायें। एन.आई.पी.सी.सी.डी. की रिपोर्ट में यह पाया गया है कि अधिकतर लाभार्थी आंगनवाड़ी केन्द्र में केवल भोजन प्राप्त करने आते है। उनमें स्वच्छ एवं स्वस्थ रहने के प्रति जागरूकता की कमी है। जबकि यह आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का दायित्व है कि वह लाभार्थियों को आई0सी0डी0एस0 में प्रदान की जाने वाली सेवाओं के प्रति जागरूक करें।

- **आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्षेत्र का व्यापक बनाना**

  आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्षेत्र को व्यापक बनाना एक बड़ी चुनौती है ताकि यह उन क्षेत्रों में भी लागू हो सके जो अभी इसकी पहुॅच से बाहर है।

- **आई0सी0डी0एस0 परियोजना में निगरानी एवं पर्यवेक्षण की कमी**

  आई0सी0डी0एस0 परियोजना की प्रगति पर निगरानी रखने एवं आंगनवाड़ी केन्द्रों की स्थिति के बारें में, लाभार्थियों को केन्द्र में मिलने वाली सुविधाओं के

बारें में जानने के लिए यह आवश्यक है कि आई0सी0डी0एस0 परियोजना में निगरानी रखी जाये। इसमें विभिन्न विभागों में समन्वय होना आवश्यक है।[100]

इन चुनौतियों से तो यही स्पष्ट हो रहा है कि इस योजना में अभी बहुत सुधार की आवश्यकता है। इसके लिए आवश्यक है कि गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य स्तर पर ज्यादा ध्यान दिया जाये, आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित किया जाये एवं उन्हें अपने कार्यों के प्रति जागरूक किया जाये, केन्द्रों में बच्चों के लिए सारी सुविधायें उपलब्ध हो (जैसें–शौचालय, स्वच्छ पानी, खिलौने, शिशु किट इत्यादि) कार्यकर्ताओं के मानदेय को बढ़ाया जाये जिससे वह अपने कार्य को उत्साह के साथ करे एवं कार्यक्रम के क्रियान्वयन में महत्वपूण योगदान दे।

निष्कर्ष

इस अध्याय में बच्चों के स्तनपान एवं टीकाकरण के बारें में विस्तृत वर्णन किया गया है। प्रारम्भिक आयु में बच्चों में स्तनपान बहुत आवश्यक होता है क्योंकि प्रारम्भिक 6 महीने तक बच्चों को आहार नही दिया जाता है। जो भी आहार बच्चों को मिलता है अपनी मॉ के जरिए मिलता है एवं इसी समय में बच्चों का टीकाकरण भी नियमित होना चाहिए। अगर बच्चों ने प्रारम्भिक 6 महीने तक नियमित स्तनपान किया है और टीकाकरण हुआ है तो बच्चें बीमारियों से दूर रहेगें एवं उनकी रोग प्रतिरोधक क्षमता भी मजबूत होगी। आई0सी0डी0एस0 परियोजना में गर्भवती माताओं आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा प्रदान की जाती है कि वे अपने स्वास्थ्य का कैसे ध्यान रखे, क्या खाये क्या नही एवं बच्चा हो जाने के उपरान्त स्तनपान कैसे कराये एवं आई0सी0डी0एस0 परियोजना में बच्चों के टीकाकरण का भी प्रावधान है। जिसमें बच्चें के जन्म के पश्चात से ही उसको प्रतिरक्षित किया जाता है। जिससे बच्चें संक्रमित न हो पाये एवं स्वस्थ रहे। कार्यकर्ताओं द्वारा गर्भवती महिलाओं को स्तनपान से जुड़ी कोई भी जानकारी नही दी गयी। इस निष्कर्ष से तो यही स्पष्ट हो रहा है कि लाभार्थियों

[100] Challenges and way forward- The Integrated Child Development Services (ICDS) Program Mother, infanat and Young Child Nutrition- motherchildnutrition.org.

को आई0सी0डी0एस0 परियोजना से जुड़ी सारी सुविधायें नही प्राप्त हो रही है। अतः आवश्यकता है कि कार्यक्रम का सही से क्रियान्वयन किया जाये। जब आंगनवाड़ी कार्यकर्ता अपने कार्य को पूरी निष्ठा के साथ से करेंगे तब कार्यक्रम अपने उद्देश्यों को पूरा करने में सफल होगा एवं सकारात्मक परिणाम प्राप्त होगे और महिलाओं एवं बच्चों पर भी कार्यक्रम का सकारात्मक प्रभाव पड़ेंगा।

सन्दर्भ सूची

Chauwdhury R, Sinha B, Sankar Mj. et.al. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta analysis. Acta paediatric. 104 (467).

Chudasama, R. K., Kadri, A. M., Verma, P. B., Vala, M., Rangoonwala, M., & Sheth, A. (2015). Evaluation of nutritional and other activities at Anganwadi centers under integrated child development services program in different districts of Gujarat, India. *Journal of Medical Nutrition and Nutraceuticals,* 4(2), 101-106.

Challenges and way forward- The Integrated Child Development Services (ICDS) Program Mother, infanat and Young Child Nutrition- motherchildnutrition.org.

Brestfeeding Promotion Network of India (BPNI) http://www.bpni.org/education preserviceback.html

https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic,maternal-infantand child health (Accessed on 5 Nov. 2019)

Press Information Bureau, www.pib.nic.in

https://www.unicef.org/sowc/

https://www.cdc.gov/Breastfeeding-vaccinations-medication-html/

अध्याय–सप्तम्

निष्कर्ष एवं सुझाव

अध्याय–सप्तम्

निष्कर्ष एवं सुझाव

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध का विषय ''उत्तर प्रदेश में समन्वित बाल विकास परियोजना के क्रियान्वयन की स्थिति : लखनऊ जिले का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' जो उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ में आई0सी0डी0एस0 के लाभार्थियों के अध्ययन पर आधारित है। प्रस्तुत शोध प्रबन्ध को सात अध्यायों में विभक्त किया गया है। अध्याय प्रथम में समस्या का कथन, शोध विधियॉ, समग्र एवं निदर्शन के बारे में बताया गया है। द्वितीय अध्याय आई0सी0डी0एस0 परियोजना की समीक्षा से सम्बन्धित है जिसमें विभिन्न लेखों, पत्रिकाओं, शोध प्रबन्ध एवं किताबों के जरिये आई0सी0डी0एस0 परियोजना की समीक्षा की गयी है। तृतीय अध्याय में अध्ययन क्षेत्र की रूपरेखा को विस्तृत वर्णित किया गया है जिसमें भारत, उत्तर प्रदेश एवं लखनऊ की जनसंख्या, बाल जनसंख्या, साक्षरता, शिशु मृत्यु दर, मातृत्व मृत्यु दर इत्यादि के बारें में चर्चा की गयी है एवं साथ ही साथ चयनित विकास खण्डों एवं गॉवों का विवरण भी दिया गया है, इन क्षेत्रों में आई0सी0डी0एस0 एवं आंगनवाड़ी कैसे कार्य करती है इसके बारें में भी बताया गया है। अध्याय चतुर्थ उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक स्थिति से सम्बन्धित है। इसमें उत्तरदाताओं के स्वास्थ्य को उनकी सामाजिक–आर्थिक स्थिति कैसे प्रभावित करती है इसके बारे में बताया गया है। अध्याय पंचम में आई0सी0डी0एस0 परियोजना, परियोजना के क्रियान्वयन के बारें में विस्तृत चर्चा की गयी है। अध्याय षष्ठम् में आई0सी0डी0एस0 परियोजना में स्तनपान एवं टीकाकरण की सुविधा कैसे प्रदान की जाती है एवं लाभार्थियों को यह सुविधायें प्राप्त हो रही है कि नही इसका विस्तृत विवेचन सारणियों के माध्यम से किया गया है एवं अध्याय सप्तम् में सम्पूर्ण अध्यायों के निष्कर्ष के साथ–साथ आई0सी0डी0एस0 परियोजना के क्रियान्वयन को बेहतर बनाने के लिए सुझाव प्रस्तुत किये गये है।

उद्देश्यानुसार निष्कर्षात्मक व्याख्या–चयनित उद्देश्यों के आधार पर निष्कर्ष अग्रलिखित है।

उत्तरदाताओं की सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति

अध्ययन के लिए चयनित उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक स्थिति का अध्ययन करने के पश्चात् यह ज्ञात हुआ है कि अधिकतर उत्तरदाताओं की आयु 21 से 25 वर्ष के मध्य है, अध्ययन क्षेत्र में चमार (निम्न जाति) का प्रतिशत ज्यादा है। उत्तरदाताओं में शिक्षा का स्तर बहुत निम्न है बहुत ही कम उत्तरदाता शिक्षित है। हिन्दू धर्म का प्रतिशत मुस्लिम धर्म के लोगों से अधिक है एवं उत्तरदाताओं के परिवार में पुरूषों का प्रतिशत ज्यादा है, महिलाओं का प्रतिशत कम है। अधिकतर उत्तरदाताओं का पारिवारिक व्यवसाय कृषि और मजदूरी है एवं उनकी आय 3000 से 4000 के मध्य है जो कि एक निम्न आर्थिक स्तर को प्रकट करता है। उत्तरदाताओं का निवास स्थान पक्के मकान है परन्तु अधिकतर के घर में शौचालय उपलब्ध नही हैं, पक्की नालियॉ नही है एवं जल का स्रोत सिर्फ हैण्डपम्प है। अतः सम्पूर्ण सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति के विश्लेषण से यह निष्कर्ष निकल रहा है कि उत्तरदाताओं में शिक्षा का निम्न स्तर, निम्न पारिवारिक आय एवं अस्थायी व्यवसाय निम्न सामाजिक एवं आर्थिक स्थिति को प्रदर्शित कर रहा है।

0 से 6 वर्ष के बच्चों का स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर

बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण स्तर का अध्ययन करने से यह ज्ञात हुआ कि अधिकतर महिलाओं ने अपने बच्चों को 2 साल तक स्तनपान कराया परन्तु इसमें आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का कोई सहयोग नही था अर्थात् अधिकतर उत्तरदाताओं का कहना था कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा उन्हें स्तनपान के बारें में नही बताया गया था कि कैसे और कब बच्चों को स्तनपान कराना चाहिए। अधिकतर बच्चों की स्वास्थ्य जॉच नही की गयी एवं वजन के अनुसार बच्चों के भोजन में कोई परिवर्तन नही किया गया। बच्चों को भोजन में सिर्फ पंजीरी दी जाती है और वह भी नियमित नही मिलती। अतः

सम्पूर्ण निष्कर्ष से यह स्पष्ट हो रहा है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा बच्चों को सारी सुविधायें नही दी जा रही है एवं ना ही बच्चों पर ध्यान दिया जा रहा है।

समन्वित बाल विकास परियोजना का क्रियान्वयन

चयनित क्षेत्रों में आई0सी0डी0एस0 परियोजना का क्रियान्वयन किस प्रकार किया जा रहा है एवं क्रियान्वयन में किस प्रकार की समस्यायें आ रही है इनके अध्ययन के पश्चात् यह निष्कर्ष प्राप्त हुए कि आंगनवाड़ी केन्द्र नियमित नही खुलते है। ये कभी–कभी खुलते है जबकि सरकार के नियमानुसार आंगनवाड़ी केन्द्र रविवार को छोड़कर प्रत्येक दिन खुलने चाहिए। अधिकतर आंगनवाड़ी केन्द्र किराये की बिल्ड़िग में और प्राथमिक विद्यालयों में चलाये जा रहे है। जबकि सरकार आंगनवाड़ी भवन के निर्माण के लिए धनराशि प्रदान करती है। उस भवन में एक कमरा, एक किचन, प्रसाधन एवं खेल का मैदान बनाये जाने का प्रावधान है। परन्तु क्षेत्र सर्वेक्षण से यह आंकड़े प्राप्त हुए है। कि ज्यादातर आंगनवाड़ी केन्द्र किराये के भवन, प्राथमिक स्कूल और खुले आसमान के नीचे संचालित हो रहे है। कार्यक्रम का प्रारम्भ हुए काफी समय हो चुका है परन्तु अभी भी आंगनवाड़ी केन्द्र प्राथमिक विधालयों में चलाये जा रहे है। अपने निजी भवन न होने के कारण क्षेत्र में परियोजना का क्रियान्वयन ठीक ढग से नही हो पा रहा है। निजी भवन के अभाव में सामग्री भण्डारण, रसोई, अभिलेख तथा अन्य सामान रखने में असुविधा होती है। यह भी पाया गया है कि एक प्राइमरी स्कूल में 2 से अधिक केन्द्र चलाये जाते है। केन्द्रों मे साफ हवा का उचित प्रबन्ध नही है तथा आंगनवाड़ी का रख–रखाव भी खराब है। इसमें समुचित, फर्नीचर एवं भंडार ग्रह भी नही है। रसोई घर अत्यन्त गंदा है। पेयजल साफ नही है तथा शौचालय प्रयोग करने योग्य नही है। आंगनवाड़ी ऐसे स्थान पर स्थित है जहॉ जरूरतमंद, गरीब परिवारों के लिए आसानी से पहुॅच योग्य नही है। आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चों को सिर्फ पंजीरी प्रदान की जाती है वह भी नियमित नही। जबकि सरकार के द्वारा बच्चों के लिए पूरे सप्ताह की भोजन सूची बनायी गयी है। जिसमें उन्हे दूध, फल, मीठी दलिया, खिचड़ी आदि उपलब्ध कराया जाता है परन्तु संकलित आंकड़ों से ऐसा नही

प्रदर्शित हो रहा है। क्षेत्र के सर्वेक्षण के समय यह देखा गया कि कार्यकर्ताओं द्वारा उपलब्ध कराया जाने वाला पोषक भोजन ठीक से नही पकाया जाता है और ना ही साफ–सुथरा एवं अच्छी गुणवत्ता का होता है। माताओं की बैठके स्थानीय आंगनवाड़ी सहायता समिति की बैठके (स्वास्थ्य एवं पोषण शिक्षा के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं माताओं की बैठकें प्रत्येक सोमवार को संचालित की जाती है।) नियमित रूप से आयोजित नही की जा रही है एवं केन्द्रों पर बच्चें कम उपस्थित रहते है। इसीलिए लाभार्थियों की संख्या केन्द्र में कम होती है। आंगनवाड़ी में बच्चों को पूर्व अनौपचारिक शिक्षा नही प्रदान की जाती है एवं बच्चों के खेलने के उपकरण भी केन्द्र में उपलब्ध नही है। बहुत कम उत्तरदाताओं को आई0सी0डी0एस0 परियोजना के बारें में पता है अधिकतर इससे अनभिज्ञ है एवं उत्तरदाता आई0सी0डी0एस0 परियोजना में दी जाने वाली सेवाओं से भी सन्तुष्ट नही है। सरकार द्वारा महिलाओं एवं बच्चों में कुपोषण के स्तर को कम करने के लिए क्षेत्र में कई तरह की योजनाएं चलायी जा रही है। जिनमें जननी सुरक्षा योजना, किशोरी शक्ति योजना, पोलियो, पूरक पोषाहार योजना एवं इन्द्रधनुष योजनाएं है। परन्तु क्षेत्र में सिर्फ पोलियों कार्यक्रम एवं जननी सुरक्षा योजना से ही बच्चें एवं महिलायें लाभान्वित हुए है। उसका भी प्रतिशत कम है एवं अन्य योजनाओं का लाभ बहुत कम ही लाभार्थियों को प्राप्त हुआ है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं से बातचीत करने पर कार्यकर्ताओं ने बताया कि सरकार द्वारा बच्चों के लिए एवं केन्द्र की अन्य सुविधाओं के लिए दी जाने वाली धनराशि नियमित नही आती है जिससे कार्यकर्ता बच्चों को नियमित भोजन नही दे पाती है। कार्यकर्ताओं का मानदेय नियमित नही आता है एवं मानदेय जो भी है वह बहुत कम है इससे उनकी सारी आवश्यकतायें पूरी भी नही हो पाती है एवं वह अपने कार्य को सही से नही कर पाती है। इसी वजह से कार्यकर्ता सरकार द्वारा दी जाने वाली सहायताओं से बिल्कुल भी सन्तुष्ट नही है। मुख्य सेविका केन्द्रों की संख्या अधिक होने के कारण सभी केन्द्रों का निरीक्षण दिये गये मानक (मानक के अनुसार हफ्ते में 5 बार घर का निरीक्षण करना हेाता है।) समय अंतराल के अनुसार नही कर पाती जिससे उन्हें केन्द्रों की वर्तमान स्थिति नही ज्ञात हो पाती है। आंगनवाड़ी केन्द्रों पर कार्यकर्ता एवं एक सहायिका की व्यवस्था होती है।

परन्तु यह ज्ञात हुआ कि कुछ केन्द्रों पर केवल कार्यकर्ती कार्यरत है और कुछ पर केवल सहायिका ही है। स्टॉफ पूर्ण ना होने के कारण केन्द्र का कार्य प्रभावित होता है।

आंगनवाड़ी में दी जाने वाली सुविधाओं के प्रति लाभार्थियों की राय

आई0सी0डी0एस0 परियोजना में सम्मिलित लाभार्थियों को आंगनवाड़ी केन्द्रों में कैसे सुविधाएं प्रदान की जा रही है एवं इसके प्रति उनकी क्या राय है। यह जानने के पश्चात् यह निष्कर्ष निकला कि अधिकतर उत्तरदाताओं को आई0सी0डी0एस0 परियोजना के बारें मे कुछ ज्यादा नही पता है। ना ही उन्हें परियोजना एवं परियोजना के अर्न्तगत प्रदान की जाने वाली सुविधाओं के बारें में ज्ञान है। उनके अनुसार इस परियोजना के जरिये उन्हें (लाभार्थियों) को खाना एवं दवायें निःशुल्क दी जाती है एवं यह गरीब बच्चों एवं परिवारों के लए बनायी गयी एक सरकारी योजना है। अधिकतर उत्तरदाता आई0सी0डी0एस0 परियोजना को आंगनवाड़ी के नाम से जानते है। उन्हें आई0सी0डी0एस0 परियोजना का नाम तक भी नही पता है। उत्तरदाता को कार्यक्रम में प्रदान की जाने वाली सुविधाओं को प्राप्त करने में बहुत सारी समस्याओं का सामना करना पड़ता है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता गरीब समुदायों एवं दलित वर्ग से अच्छा व्यवहार नही करते है। उनकी उपेक्षा करते है। इसका अर्थ यह हुआ कि अधिकतर उत्तरदाता आई0सी0डी0एस0 परियोजना में प्रदान की जाने वाली सेवाओं से बिल्कुल सन्तुष्ट नही है। अतः इसमें अभी और सुधार की आवश्यकता है।

माताओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य पर कार्यक्रम का प्रभाव

आई0सी0डी0एस0 परियोजना के कियान्वयन के पश्चात् महिलाओं एवं बच्चों के स्वास्थ्य पर कार्यक्रम का क्या प्रभाव पड़ रहा है। इसके अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि महिलाओं का स्वास्थ्य जॉच एवं टीकाकरण हुआ एवं उन्हे फोलिक एसिड एवं आयरन की गोलियॉ भी दी गयी। परन्तु ये सारे लाभार्थियों को नही प्राप्त हुई एवं जिन लाभार्थियों को ये प्राप्त हुई उनमें से कुछ ने इनका सेवन नही किया। बहुत ही कम महिलाओं को आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं द्वारा प्रसव उपरान्त सुविधायें प्रदान की गयी।

गर्भावस्था के समय भोजन में कुछ नही दिया गया। जननी सुरक्षा योजना से बहुत ही कम महिलाये लाभान्वित हुई है अधिकतर इससे वंचित रही। इन निष्कर्षों से तो यही ज्ञात हो रहा है कि अधिकतर महिलाओं को कार्यक्रम से जुड़ी सारी सुविधायें नही प्राप्त हो पा रही हैं।

सुझाव

सम्पूर्ण निष्कर्ष के पश्चात् आवश्यक है कि कुछ सुझाव प्रस्तुत किये जाये कि किस तरह से आई0सी0डी0एस0 परियोजना में जो समस्यायें आ रही है। उनको दूर करने के लिए क्या प्रयास किये जाये। दिये गये प्रमुख सुझाव अग्रलिखित है।

सभी केन्द्रों पर आंगनवाड़ी कार्यकर्ता एवं सहायिका की उपलब्धता सुनिश्चित की जाये एवं केन्द्र में सभी अभिलेखों के रख–रखाव के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को प्रशिक्षित किया जाये एवं कोई भी नयी योजना शुरू होने से पहले आंगनवाड़ी एवं मुख्य सेविका को प्रशिक्षण दिया जाये। आई0सी0डी0एस0 परियोजना को विस्तृत पैमाने पर चलाया जा रहा है। इसलिए ये नितान्त आवश्यक है कि प्राथमिकता के आधार पर निजी भवनों का निर्माण ऐसी जगह कराया जाये जहॉ बच्चे आसानी से पहुॅच सके। स्वास्थ्य विभागों एवं आई0सी0डी0एस0 परियोजना के कार्यकर्ताओं को एक दूसरे के कार्यदायित्व की जानकारी करानी चाहिए। जिससे दोनों के बीच समन्वय स्थापित हो सके। आई0सी0डी0एस0 परियोजना के कार्यान्वयन एवं निगरानी में समुदायों को शामिल करने के लिए आंगनवाड़ी केन्द्रों में अतिरिक्त संसाधनों को एकत्रित करने एवं सेवा वितरण की गुणवत्ता में सुधार करने की आवश्यकता है। परियोजना का लक्ष्य होना चाहिए कि गर्भावस्था एवं स्तनपान के दौरान शिशु एवं मातृ पोषण पर जोर देने के साथ–साथ माताओं के भोजन एवं देखभाल व्यवहार में भी सुधार किया जाये। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं के मानदेय में वृद्धि एवं प्रशिक्षण प्रणाली मे सुधार करना चाहिए एवं कार्यकर्ताओं की समस्यायें, विशेष रूप से अत्यधिक कार्य अनपयुक्त कार्य माहौल आदि को सुलझाने पर जोर दिया जाये। आंगनवाड़ी केन्द्रों को नियमित खुलना चाहिए

एवं केन्द्रों में नियमित भोजन का वितरण होना चाहिए एवं वितरित भोजन अच्छी गुणवत्ता का होना चाहिए जिसके बच्चों में कुपोषण को दूर किया जा सके। कार्यकर्ताओं द्वारा लाभार्थियों को आई0सी0डी0एस0 परियोजना के बारे में व इसमें प्रदान की जाने वाली सारी सुविधाओं की पूर्ण जानकारी लाभार्थी को देनी चाहिए एवं केन्द्रों के सुव्यवस्थित संचालन के लिए धन का आवंटन किया जाये, जिससे आंगनवाड़ी केन्द्रों की आधारिक संरचना में परिवर्तन किया जा सके। आंगनवाड़ी केन्द्रों में वजन मशीन, ग्रोथ चार्ट, शिशु विकास किट एवं अन्य उपकरण होने चाहिए जो बच्चें के वृद्धि एवं विकास में सहायक हो।

अतः अगर सरकार को आई0सी0डी0एस0 परियोजना के जरिये वास्तव में गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों के पोषण स्तर एवं जीवनस्तर में सुधार लाना है तो परियोजना में कुछ परिवर्तन करने की आवश्यकता है। तब कही जाकर सरकार कुपाषेण के स्तर में कमी कर पायेगी, नही तो चाहे जितनी भी धनराशि इस योजना में खर्च कर दी जाये, जब तक कार्यक्रम की रूपरेखा में परिवर्तन एवं विभिन्न विभागों में समन्वयन नही होगा तब तक बच्चों में कुपोषण के ऐसे ही हालात रहेगें।

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- *Agarwal, K. N. et al. (2000). Impact of the Integrated Child Development Services (ICDS) On Maternal Nutrition and Birth Weight in Rural Varanasi.*
- *Agarwal, S.N. (1962). Age at Marriage, Kitab Mahal Pvt. Ltd. Allahabad.*
- *Aggarwal, Kumar, Arun and Kumar, Rajesh (2005). Long Term Effects of ICDS Services on Behavior and Academic Achievements of Children. Chandigarh: Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Dept of Community Medicine.*
- *Altekar, A.S. (1971). The Position of Women in Hindu Civilization. Motilal Banarasi Dass, New Delhi.*
- *Ameya, et al. (2005). Child Welfare and Community Participation: ICDS Program in Trivandrum District, Kerala. Thiruvananthapuram: Institute Of Social Sciences, Thiruvanthapuram*
- *Arora, Samridhi, Mahajan, Arti and Bharti, Shaveta. (2003). Evaluation of Non- Formal Pre-School Education Provided At Anganwadi Centers (Urban Slums of Jammu City). Jammu: Jammu Univ., PG Dept. of Home Science.*
- *Bahal, Sunita. (2017). Uttar Pradesh, Chandigarh, ICDS, Scheme, community med Public Health : 3283-4.*
- *Banarjee, S. (1999). A Study on Community Participation in ICDS in North Kolkata, VIdya Sagar School of Social Work, Kolkata, West Bengal, Research on ICDS An Overview Volume-3*

- *Banerjee, Sangita. (1999). Vidyasagar School of Social Work-A Study on Community Participation in ICDS At North Calcutta. Kolkata.*
- *Barman, Nibha Rani. (2001). Functioning Of Anganwadi Centers under ICDS Scheme; An Evaluative Study. Jorhat, Assam: Assam Agricultural Univ., Faculty of Home Science, Department Of Child Development and Family Relations.*
- *Berge, A. (1981). Malnourished People : A Policy View. Poverty and Basic Needs Series, Washington, DC : World Bank.*
- *Bharti, Shaveta, Mahajan, Arshi AndArora, Samridhi, (2003). Evaluation of Health Services Provided To Preschoolers At Anganwadi Centers (Urban Slums of Jammu City, Jammu: Jammu Univ., Post Graduate Department of Home Science.*
- *Bhasin, Sanjiv K. et al. (2001). Long Term Nutritional Effects of ICDS. Indian Journal of Pediatrics, 68(3): P.P. 211-16.*
- *Bhasin, Sanjivkumar, et al (1995). Knowledge of Anganawadi Workers about Growth Monitoring in Delhi. Indian Pediatrics. Vol. 32. January 1995. P. 73-75.*
- *Chandrah, Seema Jaya. Pande, Rohini (2017). Why are Indian children so short, American Economic Review Vol. 107, No.9 Sep. 2017.*
- *Chauwdhury R, Sinha B, Sankar Mj. et. al (2015). Breastfeeding and Maternal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta Analysis. Act paediatric,104 (467).*
- *Chudasama, R. K., Kadri, A. M., Verma, P. B., Vala, M., Rangoonwala, M., & Sheth, A. (2015). Evaluation of nutritional and other activities at Anganwadi centers under integrated child development services*

program in different districts of Gujarat, India. Journal of Medical Nutrition and Nutraceuticals, 4(2), 101-106.

- *Citizen's Initiative for the Rights of Children under Six, New Delhi. (2006). Focus On Children Under Six. New Delhi: CIRCUS. Concurrent Evaluation of Integrated Child Development Services (2001): National Report Vol. 1 & 2. New Delhi: NCAER- National Council of Applied Economic Research, New Delhi.*
- *Connor, L. R., (1936). Statistics in theory and Practice, quoted by IBD p. 348*
- *Creswell, J.W. (2008). Research Design: qualitative, quantitative and mixed method approaches, 3rd Paper Back edn, London, Sage.*
- *D.D. et al. (2008). Quality of Pre-Schooling under Different Programs Including ICDS: A Study. New Delhi: NIPCCD- Pandey.*
- *Darnal, Srijana et al. (2005). The Changing Role of Anganwadi Workers: A Case Study on IMNCI in Valsad District, Gujarat. Pune: BAIF Development Research Foundation.*
- *Dash, N.C. et Al. (2006). Bhubaneswar: Centre for Rural Development – Impact Assessment/ Evaluation of ICDS Program in the State of Orissa.*
- *Datta, Vrinda. (2001). Factors Affecting Job Performance Of Anganwadi Workers: A Study Of Three Districts Of Maharashtra. Mumbai: Tata Institute of Social Sciences Development Studies. Jaipur*
- *Deaths in Childbirth : An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950, ISBN-13078-019822997.*
- *Desai, Gaurav, Pandit, Niraj and Diwakar Sharma (2012). Changing role of Anganwadi workers, A study conducted in Vadodara district. Health line, Volume 3 Issue.*

- *Dongare, A.R., Deshmukh, P.R. and Garg, B.S. (2008). Eliminating Childhood malnutrition Discussions with mothers and Aaganwadi workers, Journal of Health Studies 1-23.*
- *Durkheim, Emile. (2003). The Rules of Sociological Method, Social Research and Statistics, New Delhi, III Ed., p.131.*
- *Elhance, D.N. (2003). Fundamentals of Statistics. Social Research and Statistics, Eight editions, Vivek Prakashan, New Delhi, p. 348.*
- *Galasso, Emanuela; wagstaff, Adam. (2018). The aggregate income from childhood stunting and the returns to a nutrition intervention aimed at reducing policy research working paper: no. WPS 8536 Washington D.C:*
- *Gangur, S.G. (2007). Analysis of Role Effectiveness of ICDS Supervisors of Gujarat. Indore : NIPCCD, Regional Centre Indore.*
- *Garg, Meenakshi, Rajesh, Vidya and Kuma, Pawan.(2014). Effect of Breakfast Skipping on Nutritional Status and School Performance of 10-16 Years old Children of Udupi District, Health and Population - Perspectives and Issues 37 (3 & 4), Page 98-11.*
- *George, K. A., et al. (2000), Anemia and Nutritional Status of Pre-School Health line, Volume 3 Issue.*
- *Ghosh, Shanti. (2004). Child Malnutrition, Vol. 39, Issue No. 40.*
- *Goode ,W.J. and Hatt, P.K. (1952). Methods in Social Research, New York, p. 8.*
- *Goode,W.J. and Hatt, P.K. (1952). Methods in Social Research, Mc. Graw Hill Book Co. Inc., New York, p. 199.*

- *Gopal, A.K. et. al. (2006). New Delhi: National Institute of Public Cooperation and Child Development-Three Decades of ICDS: An Appraisal.*
- *Gunajit, Kalita, Snowden, Hannah and Ghosh, Sujata. (2006). The Effectiveness of the Mother and Child Protection Card as a Community Management Tool: A Case Study. Indore: NIPCCD, Regional Centre Indore.*
- *Gupta A., Gupta S.K.(2013). Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme: A Journey of 37 years, Indian J Community Health.*
- *Gupta, Neha.(2017). ICDS, Scheme, https://doi.org/10.32677/IJCH.2017 Pg. No. 35-40, New Delhi.*
- *Humairah, Ishrath (2011): The Anganawadi Workers of India – Connecting for Health at the Grassroots. Health Care Infrastructure.*
- *ICDS Project Implementation In Pooh Block (Kinnaur District) Himachal Pradesh (2003). A Case Study. Lucknow: NIPCCD- NIPCCD, Regional Centre Lucknow, Lucknow.*
- *Infant Death Audit (2007). ICDS Unit- Uttarakhand, Dept. Of Women and Child Development, Dehradun.*
- *Jain, Kalpana, Study of Malnutrition Problem I Women's, Volume I, Pg. No. 50-55*
- *Jena, Prasanti (2013). Knowledge of Anganwadi Worker about Integrated Child Development Services (ICDS): Study of Urban Blocks in Sundargarh District of Odisha, Master of arts in development studies department of humanities and social sciences national institute of technology rourkela – 769008, Odisha.*

- *Jones, John F. and Pandey, Rama S. (1981). Social Development-Conceptual Methodological and Policy Issues. Mac Millan India Limited, New Delhi, New Delhi.*
- *Jones, Nicola et. al. (2007). New Delhi: UNICEF-Local Institutions and Social Policy for Children: Opportunities and Constraints of Participatory Service Delivery.*
- *Joshi, Anita. (2001). A Comparative Study of Urban, Rural and Tribal Mothers Regarding Their Knowledge, Attitude and Practices of Nutrition. Indore: BAL Niketan Sangh, Indore.*
- *K. Gita (2015). ICDS Prog. At Tirupati District, Pg. No. 80-85*
- *Kapil U. Chaturvedi S, Nayar D. (1992). National Nutrition Supplementation Programmes. Indian Paediatr 29:1601–1613.*
- *Kariyil, Antony and Sunny, Celine. (2001). A Study on Redesigning the Anganwadis in Kerala. Kalamassery, Kerala: Rajagiri College of Social Sciences, Research Institute.*
- *Kathuriya. O.K. and Anneja Indu (2001-02). Protein Energy Malnutrition, Nutrition and Health 1997.*
- *Maggetti. et al. (2012). Designing Research is the Social Sciences Sage, London.*
- *Mathur, GP, et al. (1995). Detection and Prevention of Childhood Disability with the Help of Anganawadi Workers. Indian Pediatrics. Vol. 32. July 1995. P. 773-777.*
- *Mohan, Laxmi (2009). An Akshara-Supported Anganawadi Centre, a Case study The Chokkasandra Anganawadi. Bangalore: Akshara Foundation Mahadevaswamy and Gopalaraju (2010). A Study of Role Perception among Anganawadi Workers in Different Taluks of*

Chamarajanagar District, Asian Journal of Development Matters ; Vol 4 No 1

- *Moser, C.A. (2003). Survey Method in Social Investigation. Social Research and Statistics, Eight Edition, New Delhi.*
- *Nagaraj, Nirmala M.(2009). No retirement age for Anganawadi workers? The Times of India, Bangalore.*
- *Nagi, B. S., Dighe, Anita and Sadana, Rajeev. (1997). Nutrition and Health Education Project Rajasthan: Final Evaluation Report. New Delhi: CARE India.*
- *Naveenkumar (2009). Anganawadi centres to ensure health of mother, child. The Times of India, Varanasi.*
- *Pandey, D.D., (2004). Integrated Child Development Services Scheme: Presenting Innovative Panarama, NIPCED, New Delhi. Research on ICDS An Overview, Volume-3*
- *Pasupuleti, Usha Rani et al. (2004). Integrated Child Development Services. New Delhi: Discovery.*
- *Patil SB (2013). Doibale MK Study of profile, knowledge and problems of anganwadi workers in ICDS blocks: a cross sectional study Indian Journal of Basic & Applied Medical Research, Issue-7, Vol.-2, P. 738-744.*
- *Paul, Dinesh, et al. (2003). Evaluation Of Medicine Kit Provided To Anganwadi Worker. New Delhi: NIPCCD.*
- *Prasanna Kumari, B., Kamini, S. And Menon, A.G.G. (2006). Factors Affecting the Knowledge, Attitude and Adoption of Improved Practices In Health And Nutrition Of ICDS Beneficiaries. Kerala Agricultural Univ., College of Home Science, Thiruvananthapuram. KAU-CHS.*

- *Prekshi, Sehgal, Salil and Kawatra, Asha. (2008). Anthropometric Measurements of Preschool Children of Gurgaon District as Affected By Socioeconomic Factors. Hisar : CCS Haryana Agricultural Univ., Dept. Of Foods and Nutrition.*
- *Presentation of Nutrition Survey: End Line Survey of World Bank Assisted ICDS-II Projects in Chhattisgarh (2003). Bhopal: IIDM. Indian Institute Of Development Management, Bhopal.*
- *Rani, Sandhya and, Rao, Usha. (2013). Role And Responsibilities of Anganwadi Workers, With Special Reference to Mysore District, International Journal of Science, Environment and Technology, Vol. 2, No 6:1277 – 1296*
- *Sahu, Swarrop Kumar, Kumar, S. Ganesh, Vishnu, B. (2015). Malnutrition among under five children in India and strategies for control, Sci Biol me-2015 Jan-June, 66 (1): 18-23*
- *Saini, Sarita and Sharma, Seema. (2002). Learning Stimulation to Rural Pre-Scholars. Psycho-Lingua, NewDelhi.*
- *Saiyed, F. And Seshadri, S. (2000). Impact of the Integrated Package of Nutrition and Health Services. Indian Journal of Pediatrics, 67(5): 322-28.*
- *Sampath, T. (2006). A Study on Community Participation in Integrated Child Development Scheme (ICDS) In Chennai, Loyala College, Dept. of Social Work, Chennai, Taminadu, Research on ICDS An Overview Volume 3.*
- *Sharma, Adarsh and Pandey, D.D. (2005). Impact of ICDS Training On Service Delivery by Anganwadi Workers: A Study. New Delhi: NIPCCD.*

- *Srinivas Rao, G. (2001). Long Wait for Anganawadi Candidates. The Times of India, Hyderabad, November 23.*
- *Tando B.N., Kapil (2000). Integrated Child Development Services Scheme. Department of Women and Child Development, Ministry of Human Resource Development, Government of India Press, 15–29.*
- *Tandon B.N. (1989). Nutritional intervention through primary health care: Impact of ICDS projects in India. Bull WHO, 67:77–80.*
- *Tandon BN, Kapil U. (1991). ICDS scheme: A Program for development of mother and child health. Indian Paediatric, 28:1425–1428.*
- *Thakare Meenal M. Kurll B.M. Doibale M.K., Goel Naveen (2011). Knowledge of anganwadi workers and their problems in urban ICDS block" journal of Medical College Chandigarh.*
- *Tiwari, Rekha. (2008). Village Development, Bull 31, 334-351.*
- *Vinnarasan, A. (2007). A Study on Factors Influencing Non Enrollment of Children in the ICDS Anganwadi Centers at Chennai Corporation.*
- *Women's Health in a Rural Community in Kerala India: do caste and Socio Economic Position mater J Epidemiol Community Health. 2006 Dec: 60 (12) : 1020-1026.*
- *Yatsu, Mayuk. (2003). "The Impact of Anganwadi Centers" Services on Infant Survival in India"*
- *Young, P.V. (1975). Scientific social survey and Research, Prentice Hall of India, New Delhi, p. 9*
- *Meena, R.S. (2003). ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधायें, कुरूक्षेत्र 48 (7), P.No. 43-46.*
- *टेखरे, वाय. एल. (2010). भारत में मानसिक स्वास्थ्यः एक विहंगम दृष्टि, धारणा, अंक 15, P.No. 5-8.*

रिपोर्ट

- *जनस्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रीय एवं अन्तराष्ट्रीय कार्यक्रम, DPHCN-07 Pg. No. 5-7*
- *जन स्वास्थ्य एवं सामुदायिक पोषण, DPHCN-07, P.g. No.9*
- *विश्व स्वास्थ्य संगठन डब्ल्यू.एच.ओ- https://www.who.int/., Social Science and Medicine (10), 1403-1409), 1995.*
- *A Micro Study of the Status of the Young Child (2005). A Block Level Study in Chandauli District Of UP: By FORCES. New Delhi: FORCES- FORCES, New Delhi.*
- *A Social Audit of ICDS in the State of Bihar (2005). A Study by FORCES. New Delhi: FORCES- FORCES, New Delhi.*
- *Sharma, Aanchol (2017). International Journal of Community Medicine and Public Health, Sep. 2017/ Pg. No. 20-22*
- *Aganwadi centre of Uttar Pradesh/up/nic/in*
- *Baseline Survey for World Bank Assisted ICDS-III Project in Rajasthan (2000).*
- *Consultancy for Continuous Social Assessment (CSA) (2005). Final Report.*
- *Dhuru, Report on ICDS, https://www.dawntoearth.org.in*
- *DWCD (Department of Women and Child Development (1992). Monitoring, Motivation, Continuing Education, Evaluation Research and Training System in ICDS. CTC, Department of Women and Child Development, Government of India Press, Ministry of Human Resource Development 1992, pp 23-45.*
- *Evaluation of Project Udisha: The National Training Component of World Bank Assisted Women and Child Development Project: 2 Vols*

(2005). New Delhi: ORG- Operation Research Group, Centre for Social Research, New Delhi.

- *Evaluation Study of ICDS in Haryana 2002-03 (2004). Chandigarh-Haryana, Dept. Of Economics and Statistics, Chandigarh.*
- *Final Report on Functioning of Anganwadi Centers in Assam and Meghalaya (2006). Guwahati- Centre for North East Studies and Policy Research, Guwahati.*
- *Govt. of India. ICDS. (2010) Dept. Of Women and Child Development. Ministry of Human resources development, New Delhi.*
- *HUNGAMA: Fighting hunger and malnutrition : The Hungama Survey Report- 2011, www.eldis.org.*
- *ICDS Program In Trivandrum District, Kerala.*
- *Implementation Completion Report Of World Bank Assisted ICDS III/ WCD Project : Borrower's [Government Of India] Evaluation Report (2007). New Delhi: I-MWCD. India, Ministry Of Women And Child Development, New Delhi.Indian Pediatrics, 37(12) : 1321-27.*
- *Induction Training of Anganwadi Workers in MP: An Evaluation Report (1997). New Delhi: NIPCCD. NIPCCD.*
- *Integrated child development services (ICDS) scheme : A program for holistic development of children in India The Indian Journal of Pediatrics, 2002, Volume 69, Number 7, Page 597.*
- *Lanca Report on Implementation of ICDS www/Lanca (ICDS) Report.in.*
- *Mumbai: ORG- Operations Research Group, Centre for Social Research, Mumbai.*
- *National family health survey (NFHS) rounds 1-4, http://rchips.org/NFHS /factsheet/html.*

- *NFHS-4 Report (fact sheet), 2015-16.*
- *Parliament of India LokSabha committee on empowerment of women (2010-2011). (Fifteenth Loksabha) Eighth report ,,working conditions of anganwadi workers ''lokSabha secretariat, New Delhi*
- *Prevention of Low Birth Weight Babies In The State (2007). ICDS Unit. Uttarakhand, Dept. of Women and Child Development, Dehradun.*
- *Report of Pre-Test Study: Mother and Child Protection Card (2005). New Delhi: NIPCCD- National Institute of Public Cooperation and Child Development, New Delhi.*
- *Social Assessment of ICDS in Karnataka (2005). Bengalore: KAR-DWCD Indian Institute of Management Bangalore, Bengalore.*
- *Society for economic Development and Environment Management-SEDEM). Report No. 321 Pg. no. 25-29*
- *The Global Food Policy Report (2019) gfpr.ifpri.info*
- *The Micro Status of ICDS in Hayathnagar (A.P.) (2005). A Study by FORCES. New Delhi: FORCES- FORCES, New Delhi.*
- *Times News Network (2009). Officials take to new strategy to curb irregularities at Anganawadi centre. The Times of India, Varanasi.*
- *Times News Network (2011). Anganawadi for poor tosses around. The Times of India, Ranchi. Uttarakhand, Dept. of Women and Child Development, ICDS Unit, Dehradun. (2007)- Community Based Monitoring System. Dehradun.*
- *UNICEF (2019). The state of the worlds children (2019). Food and Nutrition ICDS.UP.Web.org.*
- *Vinobha, K.T. (2012). Anganawadi workers get pittance for additional work. The Times of India, Daily Newspaper, Mangalore Edition.*

इंटरनेट स्रोत

- *http://mahilakalyan.up.nic.in/Images /ae0a20105201932342.pdf*
- *https://www.nipccd.nic.in/*
- *https://www.academia.edu/2979 708/India.*
- *Breastfeeding Promotion Network of India (BPNI) http://www.bpni.org/ education preserviceback.html*
- *Challenges and way forward- The Integrated Child Development Services (ICDS) Program Mother, infanat and Young Child Nutrition-motherchildnutrition.org.*
- *Gobal hunger index. International Food Policy Research Institute, and Concern Worldwide. http://dx.doi.org/10.2499/9780896292260_01*
- *ICDS System Strengthing and Nutrition Improvement Scheme, https://icds-wcd.nic.in/issnip/home.htm, pg. No.-198-204.*
- *Implementation of ICDS Schemehttps://pib.gov.in/newsite/printrelease. aspx=9373/17*
- *Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme https://wcd.nic.in, icdsupeeb.org*
- *Monitoring and Supervision guidelines issued by CMU of ICDS in 2013-14: http://nipccd.nic.in/cmu/r28.pdf*
- *UNICEF, (2013). Underlying causes of under nutrition : Food Insecurity. (Available from http://www.unicef.org/nutrition/2.519html*
- *UNICEF- The state of the world's children, (2013). Available from http://www.unicef.org/2011)https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4925843/pg.50-51.*
- *wikipedia: the online encyclopedia. http://www.wikipedia.org*

- *www.thehindu.com/todays-paper/tp-national/tp-karnataka/16-pu-colleges-inraichur-district-have-only-one-lecturer-each/article284779.ece*
- *http://en.wikipedia.org/wiki/anganwadi*
- *http://ethesis.nitrkl.ac.in/5194/*
- *http://healthopine.com/healthcare-infrastructure/the-anganwadi-workers-of-indiaconnecting-for-health-at-the-grassroots*
- *http://healthopine.com/the-anganwadi-workers-of-india-connecting-for-health-atthe-grassroots/#sthash.gsh9ctco.dpuf*
- *http://healthopine.com/the-anganwadi-workers-of-india-connecting-for-health-atthe-grassroots/#sthash.gsh9ctco.dpuf*
- *http://healthopine.com/the-anganwadi-workers-of-india-connecting-for-health-atthe-grassroots/#sthash.gsh9ctco.dpuf*
- *http://healthopine.com/the-anganwadi-workers-of-india-connecting-for-health-atthe-grassroots/#sthash.gsh9ctco.dpuf*
- *http://nlrd.org/wp-content/uploads/2012/01/eighth-report-on-workingconditions-of-anganwadi-workers.pdf*
- *http://nrupatunga.com/aboutraichur.htm*
- *http://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/8595/3/12%20topic%204.pdf*
- *http://wcd.nic.in/icds.htm*
- *http://www.census2011.co.in/district.php*
- *http://www.deccanherald.com/content/146192/raichur-steeped-history.html*
- *http://www.effiatech.com/anganvadi-case-study.html*

- *http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973709x&year=2012&month=september&issue=7&id=2464*
- *http://www.karnataka.com/education/medical/navodaya-medical-college-raichur/*
- *http://www.karnataka.com/tumku*
- *http://www.raichur.nic.in/history.htm*
- *http://www.sharepdf.com/235152420bd94819854f317457e33a9b/info%20on%20raichur.htms*
- *http://www.sharepdf.com/235152420bd94819854f317457e33a9b/info%20on%20raichur.html*
- *http://www.thehindu.com/news/national/karnataka/soaring-temperature-sandextraction-leave-shimsha-for-dead/article4811282.ece*
- *http://www.tourism-of-india.com/karnataka-tour/raichur-tour.html*
- *https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic,maternal-infantand child health (Accessed on 5 Nov. 2019)*
- *Press Information Bureau, www.pib.nic.in*
- *https://www.unicef.org/sowc/*
- *https://www.cdc.gov/Breastfeeding-vaccinations-medication-html/*
- *https://motherchildnutrition.org/india/challenges-and-way-forward.html*
- *https://cag.gov.in/content/report-no-13-2013-compliance-audit-observations-union-government-commercial.*
- *www.pacsindia.org/projects/healthandnutrition/icds-scheme*
- *https://icds-wcd-nic-in(ICDS)*
- *https://iap.healthphorne.org/integrated.child-development-services-html (Accessed to 8 Nov. 2019)*
- *http://icds-wcd.nic.in/in=cdsimg/icds_hindi_03-12-2016. pdf.*

- *www.censusindia.gov.in*
- *https://wcd.nic.in.schemes*
- *https://niti.gov.in › IGMSY Final Report*
- *https://icds-wcd-nic.in (Accessed on 6 Nov. 2019)*
- *https://wcd.nic.in › schemes*
- *https://wcd.nic.in › schemes*
- *https://wcd.nic.in/kishori-shakti-yojana/(Accessed on 8 Nov. 2019)*
- *https://wcd.nic.in/umbrella-scheme-/*
- *https://cag.gov.in>audit.report.files*
- *https://www.r4d.org/statnutritionmissioninUttarPradesh/ResultsforDevelopment.*
- *Pib.gov.in/pressreleasepage.aspx?PRID=1550476*
- *https://www.worldbank.org*
- *https://www.adb.org*
- *https://www.downtoarth.org.in*
- *https://www.unicef.org.2018globalnutritionreport*
- *https://www.who.int>nutrition>report2018*
- *https://www.prabhasakshi.com/currentaffairs/the-problem-of-malnutrition-and-starvation-in-india*
- *www.brandbharat.com(districts and aganwadi details).*
- *http://www.WHO.int>topics>health-education/en/*
- *https://data.unicef.org/resources/state-of-the-worlds-children-2019/*
- *http://censusindia.gov.in/*

परिशिष्ट

परिशिष्ट

साक्षात्कार अनुसूची

1. पृष्ठभूमि

- नाम–
- उम्र–
- लिंग– महिला ( ) पुरूष ( )
- शिक्षा–
  - क. शिक्षित ( )
  - ख. अशिक्षित ( )
- व्यवसाय–
  - क. गृहणी ( )
  - ख. नौकरी ( )
  - ग. अन्य कार्य ( )
- आय–
- धर्म–
- जाति–

2. पारिवारिक विवरण

नाम	उत्तरदाता से सम्बन्ध	लिंग	शिक्षा	आयु	व्यवसाय	आय (वार्षिक / मासिक)

1. यहॉ पर कितने आंगनबाडी केन्द्र हैं।
   उ0.....
2. केन्द्र कब–कब खुलते है और इनके खुलने का समय क्या है।

   क. नियमित ☐ ख. हफ्ते में एक बार ☐

   ग. कभी–कभी ☐ घ. नहीं खुलता ☐

3. क्या ये आंगनबाडी केन्द्र की अपनी बिल्डिंग है।

   क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

4. आंगनबाडी केन्द्र कहॉ चलाया जाता है।

   क. स्कूल में ☐ ख. किराये की बिल्डिंग में। ☐

   ग. घर में ☐

5. आपके घर से केन्द्र की दूरी कितनी है।

   क. 2 किमी0 ☐ ख. 2–5 किमी0 ☐

   ग. 5–7 किमी0 ☐ घ. घर के पास में ☐

6. आंगनबाडी केन्द्र में सफाई कैसी रहती है।

   क. अच्छी ☐ ख. सामान्य ☐

   ग. खराब ☐

- केन्द्र में प्राप्त होने वाली सुविधाऍ

7. केंन्द्र में कौन कौन सी सुविधाऍ उपलब्ध करायी जाती है।

   क. पंजीरी वितरण ☐ ख. टीकाकरण ☐

   ग. स्वास्थ्य जॉच ☐ घ. पोषण एवं स्वास्थ्य शिक्षा। ☐

8. भोजन में क्या क्या दिया जाता है।

   .....

9. केंन्द्र में भोजन कब–कब प्रदान किया जाता है।

   क. हफ्ते में। ☐ ख. कभी कभी ☐

   ग. कभी नहीं। ☐

10. भोजन की गुणवत्ता कैसी होती है।

क. अच्छी ☐ ख. सामान्य ☐

ग. खराब ☐

11. क्या आंगनवाड़ी केन्द्र में प्रदान किये जाने वाले भोजन से आपके बच्चों के स्वास्थ्य में कोई परिवर्तन हुआ है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

12. क्या आंगनबाडी केंन्द्र में बच्चों को शिक्षा भी प्रदान की जाती है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

13. क्या केन्द्र में बच्चों के खेलने के लिये खिलौना या कोई अन्य खेल उपकरण उपलब्ध कराया जाता है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

14. स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा बच्चो की जॉच कब कब की जाती है।

क. कभी कभी ☐ ख. महीने में ☐

ग. नहीं की जाती ☐

15. कार्यकर्ता द्वारा बच्चों की जॉच कहॉ की जाती है।

क. केन्द्र में ☐ ख. कही नहीं। ☐

16. आपके बच्चें का वजन कब–कब किया जाता है।

क. महीने में ☐ ख. दो महीने ☐

ग. नही किया जाता है ☐

क्या यह नियमित किया जाता है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

17. बच्चे का वजन केन्द्र में किया जाता है कि कार्यकर्ता घर में आते है।

क. केन्द्र में ☐ ख. घर में ☐ ग. कही नही ☐

18. क्या वजन के अनुसार भोजन में कुछ परिवर्तन किया जाता है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

19. आपके बच्चे को कौन कौन से टीके लगाये गये।

क. बी0सी0जी0 ☐ ख. डी0पी0टी0 ☐

ग. खसरा ☐ घ. कोई नहीं। ☐

20. टीकाकरण के लिये आप कहॉ जाती है।

क. आगनबाडी केंन्द्र ☐ ख. स्वास्थ्य केन्द्र ☐

ग. कहीं नही। ☐

21. आंगनबाडी कार्यकर्ता घर का निरीक्षण करने के लिये कब कब आते है।

क. कभी कभी ☐ ख. नहीं आते। ☐

22. क्या आप समन्वित बाल विकास कार्यक्रम के बारे में जानते है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

23. आप कार्यक्रम के बारे में क्या क्या जानते है।

24. क्या यह आपके लिये लाभदायक है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

25. क्या कार्यकर्ता द्वारा आपको कार्यक्रम के बारे में एवम इससे प्राप्त होने वाले लाभों के बारे में बताया जाता है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

- गर्भवती एवम धात्री माताओं के स्वास्थ्य में होने वाला परिवर्तन

26. आपके बच्चे के उम्र कितनी है।

उ0.....

27. क्या आपने अपने बच्चें को स्तनपान कराया है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

28. स्तनपान कितने महीने तक कराया।

क. 6 महीने तक ☐ ख. 1 साल तक ☐

ग. 2 साल तक ☐

29. क्या आंगनबाडी कार्यकर्ता ने आपको स्तनपान के लाभों के बारे में बताया है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

30. क्या–क्या बताया है।

उ0.....

31. क्या इसी वजह से आपने बच्चों को स्तनपान कराया था।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

32. क्या आगनबाडी कार्यकर्ताओं द्वारा गर्भावस्था के दौरान आपको स्वास्थ्य और खाने से सम्बन्धी सलाह प्रदान की गयी।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

33. क्या इससे आपके स्वास्थ्य स्तर पर कोई परिवर्तन हुआ है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

34. गर्भावस्था के दौरान कौन–कौन सी दवायें प्रदान की गयी।

क. फोलिक एसिड+आयरन ☐ ख. कैल्सियम ☐

घ. कोई नहीं ☐

35. कितनी कितनी दवायें दी गयी।

उ0.....

36. क्या आपने उन गोलियो को खाया है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

37. आपके कौन कौन टीके लगाये गये।

क. टिटनेस–1 ☐ ख. टिटनेस–2 ☐

ग. कोई नहीं। ☐

38. टीका कब लगा।

क. गर्भावस्था के समय ☐ ख. नहीं लगा। ☐

39. कितने टीके लगे

उ0.....

40. अंतिम टीका कब लगा

उ0.....

41. टीके कहॉ लगाये जाते है।

क. स्वास्थ्य केंन्द्र ☐ ख. आंगनबाडी ☐

42. गर्भावस्था के दौरान आपकी स्वास्थ्य जांच की गयी।

क. 3 महीने तक ☐ ख. 6 महीने तक ☐

ग. 9 महीने तक ☐ घ. नही हुई ☐

43. स्वास्थ्य जॉच कौन करता है।

क. स्वास्थ्य कार्यकर्ता एवम एनम ☐ ख. आंगनबाडी कार्यकर्ता ☐

44. गर्भावस्था के समय आपको भोजन में क्या दिया जाता है।

.....

45. बच्चा हो जाने के उपरान्त आपको कौन सी सुविधाये प्रदान की गयी।

.क. कोई सुविधा नहीं मिली।☐ ख. स्तनपान की जानकारी ☐

ग. स्वास्थ्य जांच ☐ घ. टीकाकरण की सुविधा ☐

ड. उपरोक्त सभी ☐

46. क्या सरकार द्वारा आपको कोई आर्थिक सहयोग प्रदान किया गया है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

- कार्यक्रम का क्रियान्वयन स्तर एवम समस्याऍ–

47. क्या आप समन्वित बाल विकास कार्यक्रम के बारे में एवम इन कार्यक्रमों के अन्तर्गत प्रदान की जाने वाली सेवाओं के बारे में जानते है।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

48. क्या इन सेवाओं से आप संतुष्ट ह।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

49. आपके अनुसार क्या इस कार्यक्रम में कोई सुधार किया जाना चाहिये।

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

50. सेवाओं को प्राप्त करने में आपको किन–किन समस्याओं का सामना करना पडा।

क. समय पर सूचना प्राप्त नहीं होती ☐ ख. नियमित केन्द्र नहीं खुलते ☐

ग. सरकारी योजनाओं का लाभ नहीं मिलता। ☐

51. सरकार द्वारा चलायी जा रही किन किन योजनाओं के बारे में आप जानते है एवं इनमें से किन किन योजनाओं का आपको लाभ प्राप्त हो रहा है।

क. पल्स पोलियों ☐ ख. जननी सुरक्षा योजना ☐

ग. किशोरी शक्ति योजना ☐ घ. इन्द्रधनुष योजना ☐

ड. पूरक पोषाहार योजना ☐

52. अवलोकनीय प्रश्न

मकान की स्थिति	शौचालय की उपस्थिति	गांव में पीने योग्य जल का श्रोत	पानी के निकास की सुविधा	बिजली का कनेक्शन

- आंगनबाडी कार्यकर्ता से प्रश्न

53. आप कितने समय से कार्य कर रही है।

उ0.....

54. आपके साथ और कितनी सहायिका है।

उ0.....

55. आप केन्द्र में कब कब जाती है।

उ0.....

56. क्या बच्चे केन्द्र में स्वयं आते है या आप उन्हे लेने जाते है ?

क. स्वयं आते है। ☐ ख. लेने जाते है। ☐

57. बच्चों को भोजन में क्या क्या दिया जाता है।

उ0.....

58. पैसा कब कब आता है।

उ0.....

59. पैसा कितना आता है।

उ0.....

60. अन्तिम किस दिनांक को आया।

उ0.....

61. बच्चों को भोजन प्रदान करने का समय क्या है।

उ0.....

62. क्या सारे बच्चे केन्द्र में उपस्थित रहते है ?

क. हॉ ☐ ख. नहीं। ☐

63. सरकार द्वारा आपको कौन कौन सी सहायताये प्रदान की जाती है।

क. मानदेय ☐ ख. मानदेय + यूनीफार्म ☐

64. सरकार द्वारा वेतन आपको किस माध्यम से प्राप्त होता है।

उ0.....

65. क्या वेतन आपको नियमित प्राप्त होता है।

क. नियमित ☐ ख. अनियमित ☐

66. सरकार द्वारा दी जाने वाली सहायताओं से आप कितना संतुष्ट है।

क. पूर्णतः संतुष्ट ☐ ख. संतुष्ट ☐

ग. असंतुष्ट ☐