

इकाई की रूपरेखा

- 4.0 उद्देश्य
- 4.1 प्रस्तावना
- 4.2 भारत में जनसंख्या का आकार और विकास
 - 4.2.1 जनसंख्या का आकार और विकास
 - 4.2.2 जनसंख्या परिवर्तन के निर्धारक तत्व
 - 4.2.3 जनसंख्या के आकार और विकास के परिणाम
- 4.3 जनन क्षमता
 - 4.3.1 जनन क्षमता का मापन
 - 4.3.2 भारत में जनन क्षमता का स्तर और प्रवृत्तियाँ
 - 4.3.3 उच्च जनन क्षमता के निर्धारक तत्व
 - 4.3.4 उच्च जनन क्षमता के परिणाम
- 4.4 मृत्यु दर
 - 4.4.1 मृत्यु दर का मापन
 - 4.4.2 भारत में मृत्यु दर का स्तर और उसकी प्रवृत्ति
 - 4.4.3 गिरते मृत्यु दर के निर्धारक तत्व
 - 4.4.4 गिरते मृत्यु दर के परिणाम
 - 4.4.5 भारत में नवजात मृत्यु दर के स्तर और प्रवृत्ति
 - 4.4.6 नवजात मृत्यु दर और बाल मृत्यु दर के निर्धारक तत्व
 - 4.4.7 उच्च नवजात और बाल मृत्यु दर के परिणाम
- 4.5 आयु और लिंग संरचना
 - 4.5.1 आयु संरचना
 - 4.5.2 लिंग संरचना
- 4.6 परिवार नियोजन और परिवार कल्याण
 - 4.6.1 परिवार नियोजन और परिवार कल्याण की अवधारणा
 - 4.6.2 परिवार नियोजन के मार्ग में आने वाली बाधाएँ
- 4.7 भारत की जनसंख्या नीति
 - 4.7.1 वर्तमान जनसंख्या नीति के अवयव
 - 4.7.2 परिवार कल्याण कार्यक्रम की उपलब्धियाँ
 - 4.7.3 बदलती प्रवृत्तियाँ
- 4.8 सारांश
- 4.9 शब्दावली
- 4.10 कुछ उपयोगी पुस्तकें
- 4.11 बोध प्रश्नों के उत्तर

4.0 उद्देश्य

इस इकाई में भारत में सामाजिक समस्या के सामाजिक जनसांख्यिकी के विभिन्न आयामों की चर्चा की गई है। इस इकाई के अध्ययन के बाद आप :

- भारत में जनसांख्यिकी परिस्थिति के विभिन्न आयामों यथा – जनसंख्या का आकार और विकास, प्रजनन-क्षमता, मृत्यु दर और जनसंख्या की आयु तथा लिंग संरचना का वर्णन;
- भारत में जनसांख्यिकी परिस्थिति के इन आयामों के निर्धारक तत्व और परिणामों की व्याख्या;
- परिवार नियोजन और परिवार कल्याण की अवधारणा तथा परिवार नियोजन की स्वीकृति में आने वाली बाधाओं की परीक्षा;
- भारत की जनसंख्या नीति की ताज़ा स्थिति का विवरण और उसकी व्याख्या; और
- ताज़ा उपलब्धियों के आलोक में परिवार कल्याण कार्यक्रम के भवि-य की संभावनाओं के वर्णन के बारे में जानकारी प्राप्त कर सकेंगे।

4.1 प्रस्तावना

“जनसांख्यिकी” शब्द लैटिन शब्द “डेमोस” से लिया गया है, जिसका अर्थ होता है – लोग। इस तरह जनसांख्यिकी जनसंख्या का विज्ञान है। एक ओर, जनसांख्यिकी आकार, संरचना, लक्षणों, मानव आबादी में परिवर्तनों और क्षेत्रीय वितरण से संबंधित मात्रात्मक अध्ययन है। दूसरी ओर, यह जनसंख्या-विकास के अंतर्निहित कारणों अथवा निर्धारक तत्वों से भी संबंधित है। यह जनसंख्या घटक और परिस्थितियाँ साथ ही उनमें जैविकीय, सामाजिक, आर्थिक और राजनीतिक विन्यास के संदर्भ में आते परिवर्तनों की व्याख्या करने का प्रयास करता है। सामाजिक जनसांख्यिकी, जनसंख्या घटक को मुख्यतः सामाजिक स्तर पर देखता है।

उपर्युक्त दृष्टिकोण को ध्यान में रखते हुए इस इकाई का भाग 4.2 भारत की जनसंख्या के आकार और विकास तथा उनके परिणामों का वर्णन करता है। भाग 4.3 में भारत में जनन क्षमता और इसके निर्धारक तत्वों तथा उच्च जनन क्षमता के परिणामों को दर्शाता है। भाग 4.4 में भारत में मृत्यु दर, इसके निर्धारकों और गिरते मृत्यु दर के साथ नवजात और बाल मृत्यु दर के परिणामों की विस्तृत चर्चा की गई है। भारतीय जनसंख्या की आयु और लिंग संरचना की विवेचना भाग 4.5 में की गई है, जो आयु संरचना के निर्धारकों की भी समीक्षा करता है। भाग 4.6 परिवार नियोजन और परिवार कल्याण तथा परिवार नियोजन के रास्ते में आने वाली बाधाओं से संबंधित है। अंत में भाग 4.7 भारत की जनसंख्या नीति, इसकी उत्पत्ति और इसके अवयव, परिवार कल्याण कार्यक्रम की उपलब्धियों एवं भवि-य में इसकी संभावनाओं को आलोकित करता है।

4.2 भारत में जनसंख्या का आकार और विकास

भारत जैसे विकासशील देश में जनसंख्या का आकार और विकास जनसांख्यिकी घटक के महत्वपूर्ण अवयव हैं। इनका हमारे सामाजिक और आर्थिक जीवन पर गहरा प्रभाव पड़ता है। अतः हम अपनी चर्चा जनसंख्या के आकार और विकास एवं इसके सामाजिक-आर्थिक परिणामों से प्रारंभ करेंगे।

4.2.1 जनसंख्या का आकार और विकास

भारत विश्व में चीन के बाद दूसरा सर्वाधिक आबादी वाला देश है। इसकी आबादी 2001 की जनगणना के अनुसार, 103 करोड़ है, 1991 के बाद की जनगणना के बाद जनसंख्या में 18 करोड़ की वृद्धि हुई है। इसका मतलब यह हुआ कि भारत में प्रतिवर्ष लगभग 1 करोड़ 8 लाख लोगों की बढ़ोत्तरी होती है। यह आस्ट्रेलिया की जनसंख्या से भी ज्यादा है।

भारत की जनसंख्या आजादी के बाद दो गुने से भी ज्यादा बढ़ी है। आजादी के बाद 1951 में हुए प्रथम जनगणना में जनसंख्या 36 करोड़ थी, जिसमें 1941-51 के दशक में वार्षिक वृद्धि की औसत दर 1.25 प्रतिशत इंगित की गई थी। जहाँ, 1991-2001 में वृद्धि की वार्षिक औसत दर 2.1 प्रतिशत है और decadal वृद्धि दर 21.32 प्रतिशत है।

4.2.2 जनसंख्या परिवर्तन के निर्धारक तत्व

तीन तथ्य किसी भी देश की जनसंख्या के आकार में परिवर्तन के कारक होते हैं : जनन क्षमता, मृत्यु दर और देशांतरण। इन तथ्यों से अंतिम, अर्थात् देशांतरण भारतीय संदर्भ में जनसंख्या वृद्धि में कोई अहम भूमिका नहीं निभाता, अतः यह आवश्यक हो जाता है कि अन्य दो तथ्यों, जनन-क्षमता और मृत्यु-दर की विस्तार से चर्चा की जाए।

4.2.3 जनसंख्या के आकार और विकास के परिणाम

भारत की जनसंख्या का आकार स्वयं ही चौंकाने वाला है और यह ऊँची दर से बढ़ रहा है। विकास कार्यक्रमों के माध्यम से गहन प्रयासों के बावजूद, उपलब्धियाँ बढ़ती जनसंख्या की आवश्यकताओं के साथ कदम से कदम मिलाकर नहीं चल पा रही हैं।

प्रति व्यक्ति खाद्यान्न की पैदावार की इन व-रों में बढ़ोत्तरी हुई है, किंतु जनसंख्या की ऊँची दर के कारण प्रति व्यक्ति वृद्धि क्षीण हो रही है। इन व-रों में आवास की कमी में भी वृद्धि हुई है। स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवा का वांछित स्तर प्राप्त नहीं किया जा सका है। इसलिए रा-ट्रीय उत्पादन की वास्तविक वृद्धि की प्रवृत्ति, प्रति व्यक्ति आय में परिलक्षित नहीं हो पा रही है। बेरोजगारी और अर्ध-बेरोजगारी से संबंधित स्थिति यह दर्शाती है कि रोजगार-बाजार इस बढ़ती हुई विशाल श्रम शक्ति का उपयोग करने में असमर्थ है।

जनसंख्या वृद्धि की दर अत्यधिक ऊँची भी प्रतीत हो सकती है। तथापि जब यह विशाल जनसंख्या के आधार पर लागू किया जाता है तो जनसंख्या में यह वृद्धि पर्याप्त चौकाने वाली है।

बोध प्रश्न 1

सही उत्तर पर टिक (✓) का निशान लगाइए।

i) 2001 की जनगणना के अनुसार भारत की आबादी

- क) 65 करोड़ थी।
- ख) 85 करोड़ थी।
- ग) 103 करोड़ थी।
- घ) 113 करोड़ थी।

- ii) भारत के विशाल आकार और उच्च जनसंख्या विकास दर के क्या परिणाम हैं? लगभग सात पंक्तियों में उत्तर दीजिए ।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.3 जनन क्षमता

जैसा कि आप जानते हैं, जनन क्षमता जनसंख्या वृद्धि का एक महत्वपूर्ण निर्धारक है । इस खंड में हम उच्च जनन क्षमता के मापन स्तर और प्रवृत्ति और परिणामों की चर्चा करेंगे ।

4.3.1 जनन क्षमता का मापन

प्रारंभ में बहु-संतानोत्पादकता और जनन क्षमता के मध्य अंतर स्प-ट करना आवश्यक है । बहुसंतानोत्पादकता का तात्पर्य पुनःउत्पादन के शारीरिक सामर्थ्य से है और जनन क्षमता व्यक्ति या समूह के वास्तविक प्रजनन क्रिया से संबंधित है ।

जहाँ बहु-संतानोत्पादकता का कोई सीधा मापन नहीं है, जनन क्षमता का अध्ययन जनन के आँकड़े से किया जा सकता है । स्थूल जन्म दर, जनन-क्षमता का एक महत्वपूर्ण मापन है, जिसके लिए केवल जीवित जन्म अर्थात् बच्चे जो जीवित जन्म लेते हैं, उनका हिसाब रखा जाता है । स्थूल जन्म दर की गणना कैलेण्डर वर्- के दरम्यान एक क्षेत्र विशेष- में हुए जीवित जन्म को उस वर्- के मध्य-वर्- की जनसंख्या से विभाजित कर दिया जाता है । स्थूल जन्म दर सामान्यतया प्रति हजार जनसंख्या से दर्शाया जाता है । यह निम्न तरीके से परिगणित किया जाता है :

$$\frac{\text{एक वर्- के दरम्यान कुल जीवित जन्मों की संख्या}}{\text{उस वर्- के मध्य कुल जनसंख्या}} \times 1000$$

स्थूल जन्म दर जनसंख्या वृद्धि दर में जनन क्षमता के योगदान की ओर सीधा इशारा करता है । यह कतिपय कमियों से प्रभावित होता है, खासकर इसलिए कि यह संख्या उस पूरी जनसंख्या को सूचित करती है, जिसमें पुरु- साथ ही अल्प-वयस्क और अति वयस्क औरतें सम्मिलित हैं, जो जैविकीय रूप से संतानोत्पादन करने में सक्षम नहीं हैं । कतिपय ऐसे अधिक परिमार्जित जनन क्षमता मापक भी हैं, जो इन कमियों से रहित हैं, तथा – सामान्य जन्म दर, अवस्था विशेष- जन्म दर इत्यादि, किंतु वे हमारी चर्चा के वि-य नहीं हैं ।

4.3.2 भारत में जनन क्षमता का स्तर और प्रवृत्तियाँ

अन्य विकासशील देशों की तरह भारत में स्थूल पर्याप्त उच्च रहा है । बीसवीं शताब्दी के प्रथम दशक में भारत के लिए संभावित जन्म दर 49.2 प्रति हजार था । 1951-61 के दशक

में, जो हमारी आजादी के बाद का दशक है, जन्म दर में 4 बिंदुओं की गिरावट आई और यह लगभग प्रति हजार जनसंख्या 45 थी। 1961 से, इस तरह यद्यपि बहुत तेजी से नहीं फिर भी लगातार गिरावट होती रही। नमूना पंजीकरण विधि के आकलन के अनुसार 1988 में भारत में जन्म दर 31.3 प्रति हजार जनसंख्या रही। उसी वर्ग ग्रामीण क्षेत्रों में जहाँ यह 32.8 प्रति हजार थी, शहरी क्षेत्रों में 26.0 प्रति हजार जनसंख्या थी। नमूना पंजीकरण विधि के अनुसार 2002 में भारत में जन्म दर 25.8 प्रति हजार थी। राज्य स्तर पर इसमें व्यापक भिन्नता पाई गई।

4.3.3 उच्च जनन क्षमता के निर्धारक तत्व

भारतीय स्त्रियों के उच्च प्रजनन क्षमता को कई तथ्य प्रभावित करते हैं। इनमें से कुछ तथ्यों की हम विवेचना करें:

- i) बौद्ध धर्म को छोड़कर दुनिया का हर धर्म अपने अनुयायियों को जन्म देने और वृद्धि करने के लिए प्रोत्साहित करता है। अतः यह एकदम से आश्चर्यजनक नहीं है कि इस भ्रामक धारणा और धर्मों तथा सामाजिक संस्थाओं द्वारा प्रबलता से समर्थित उच्च जनन क्षमता की प्रवृत्ति ने पारंपरिक भारत में परिवार के आकार के स्तर को अपने हिसाब से तय किया।
- ii) दूसरा तथ्य जो उच्च जनन क्षमता को आधार प्रदान करता है, वह है – वैवाहिक संस्था की सार्वभौमिकता। हिन्दुओं में एक पुरुष से यह आशा की जाती है कि वह अपने जीवन कि विभिन्न पड़ावों (आश्रम) के अपने कर्तव्यों को पूरा करे। विवाह ऐसा ही एक कर्तव्य माना जाता है। हिन्दू औरतों के लिए विवाह आवश्यक समझा जाता है, क्योंकि वे मात्र इसी संस्कार की अधिकारी हैं, यद्यपि हिन्दू पुरुष के जीवन में कई संस्कार होते हैं।
- iii) हाल के वर्गों तक भारत में प्रथा के अनुसार हिन्दू लड़कियों की शादी उनके रजास्वला होने से पूर्व ही कर दी जाती थी। आज भी, बावजूद इस कानून के कि अट्ठारह वर्ग से कम उम्र की लड़कियों की शादी नहीं हो सकती, उनकी शादी इससे पूर्व ही कर दी जाती है। भारत में, परंपरागत रूप से स्त्रियाँ कम उम्र से ही बच्चों को जन्म देने लग जाती हैं और जब तक जैविकीय रूप से इसके अयोग्य नहीं हो जाती हैं, ऐसा करती रहती हैं।
- iv) हर परंपरागत समाज की तरह, भारत में भी बच्चों को जन्म देने पर काफी जोर दिया जाता है। समाज उस औरत को तिरस्कारपूर्ण दृष्टि से देखता है जो संतानोत्पत्ति नहीं करती। वस्तुतः नई बहु परिवार में अपनी अंधकारपूर्ण स्थिति से तभी निकल पाती है, जब वह एक बच्चे को, खासकर लड़के को जन्म देती है।
- v) लड़के के लिए पक्षपातपूर्ण चाहत भारतीय संस्कृति से गहराई से जुड़ा है। पारिवारिक क्रम की निरंतरता बनाए रखने के लिए और माता-पिता की बुढ़ापे में देखरेख करने के लिए लड़कों की आवश्यकता महसूस की जाती है। हिन्दुओं में, लड़के की चाहत सिर्फ इसलिए नहीं होती है कि वह पारिवारिक क्रम को जारी रखे और बुढ़ापे में सुरक्षा प्रदान करे बल्कि इसलिए भी होती है कि वह औपचारिकता के साथ चिता को अग्नि दे और अपने पिता की आत्मा के लिए मोक्ष का मार्ग प्रशस्त करे। भारतीय समाज में लड़के की चाहत इतनी प्रबल है कि एक पति-पत्नी कई लड़कियाँ होने के बावजूद कम से कम एक लड़के की उम्मीद में संतानोत्पत्ति जारी रखते हैं।

- vi) भाग्यवादी प्रवृत्ति भारतीय समाज में अंतर्निहित है और यह बचपन से सिखाई जाती है। ऐसी प्रवृत्ति संतानोत्पत्ति के संबंध में स्वनिर्णय के अधिकार को लागू करने के खिलाफ है। बच्चों को ईश्वर का उपहार समझा जाता है और उनकी संख्या निर्धारित करना मनु-य का काम नहीं है। नवजात और बाल मृत्यु की ऊँची दर भी वृहत् परिवार के कारक हैं। एक पति-पत्नी इस उम्मीद में बहुत सारे बच्चे पैदा कर लेते हैं कि इनमें से कुछ तो जवान होने तक जिन्दा बच ही जाएंगे। औरतों की निम्न स्थिति भी उच्च जनन क्षमता की जिम्मेदार है। औरतें बिना कोई प्रश्न किए अत्यधिक संतानोत्पत्ति आत्म प्रदर्शन के किसी विकल्प के अभाव में करती चली जाती हैं।
- vii) इस तरह भारतीय समाज में अधिक बच्चे पैदा करना सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक और धार्मिक मूल्य है। अतः भारतीय नारियों की जनन क्षमता अधिक है। बहुधा बच्चों की संख्या सीमित रखने का कोई आर्थिक अभिप्रेरण नहीं होता है क्योंकि जन्म देने वाले माता-पिता के जिम्मे अपने बच्चों की आवश्यकताओं को पूरा करने की तब तक जबावदेही नहीं होती है जब तक वृहत्तर परिवार के जिम्मे परिवार में जन्में सभी बच्चों के देखरेख की संयुक्त भागीदारी होती है।
- viii) पुनश्च गर्भ नियंत्रण विधि को विस्तार से अपनाने की कमी के कारण, भारतीय स्त्रियों की जनन क्षमता उच्च बनी हुई है।

इन सभी कारकों को अलग-अलग करके नहीं देखा सकता। वास्तव में यह अनेक कारकों का सम्मिश्रण है, जो भारत में उच्च जन्म दर में अपना योगदान देते हैं। उच्च जनन क्षमता के तथ्यों के संबंध में विचार करते हुए यह भी आवश्यक है कि परंपरागत भारतीय मान्यताओं पर भी ध्यान दिया जाए जो दम्पति के संतानोत्पत्ति से संबंधित व्यवहार को प्रभावित करता है। भारतीय उप-महाद्वीप में स्तनपान सार्वभौम रूप से प्रचलित है और इसका गर्भधारण पर एक नि-धैत्मक प्रभाव पड़ता है। कतिपय वर्जनाएँ भी आसन्न प्रसव अवधि के बाद वाले समय में प्रचलित हैं, जब पति-पत्नी से शारीरिक संपर्क नहीं करने की आशा की जाती है। जन्म देने के समय माता-पिता के घर, खासकर पहली बार, जाने का प्रचलन भी देश के कई भागों में सामान्य है और इससे जन्म के बाद पति-पत्नी के बीच संपर्क होने में रुकावटें आती हैं जिससे गर्भधारण की प्रक्रिया टलती है। महीने के कुछ खास दिनों में भी संपर्क प्रतिबंधित होता है। सामान्यतया यह भी जानकारी में आया है कि दादी, नानी बन जाने के बाद भी कोई औरत संतानोत्पत्ति करती है तो उसकी स्थिति हास्यास्पद हो जाती है।

4.3.4 उच्च जनन क्षमता के परिणाम

देश की जनसंख्या समस्या को व्यापक रूप से प्रभावित करने के अलावा, उच्च जनन क्षमता परिवार और समाज को कई तरह से प्रभावित करती है।

औरतें अपने उत्पादक जीवन के सर्वोत्तम व-र्षों में संतानोत्पत्ति और उनके लालन-पालन से बंध जाती हैं। इस तरह वे अपनी क्षमता के प्रदर्शन और आत्म विकास के अन्य माध्यमों को ढूँढ़ने से वंचित रह जाती हैं। यह कुंठा को जन्म दे सकता है। अत्यधिक संतानोत्पत्ति उसके स्वयं के और उसके बच्चों के स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव डालता है। बहुत से बच्चों की देखभाल करना ऐसी औरतों के क्षीण शारीरिक और मानसिक शक्ति पर अतिरिक्त रूप से तनाव डालता है।

बड़े परिवार के भरण-पो-ण की जिम्मेदारी परिवार के कमाऊ व्यक्ति पर अतिरिक्त भार डालता है। न्यूनतम जीवनयापन के लिए निरंतर संघ-र्ष से थकने लगता है। दैनिक जीवन की समस्याओं से बचने के लिए वह शराब आदि वयस्नों का सहारा ले सकता है जो परिवार के आर्थिक और भावनात्मक स्थिति को और भी बरबाद कर डालता है।

उच्च जनन क्षमता का सामाजिक प्रभाव

बच्चे जो बहुधा अनचाहे, बिना प्यार के और तिरस्कृत होते हैं, अपनी मर्जी से अपना जीवन बसर करने के लिए छोड़ दिए जाते हैं। इसके परिणामस्वरूप ऐसे बच्चों में कभी-कभी अपराध प्रवृत्ति पनपने लगती है। बड़े परिवार के बच्चों को बहुधा बहुत कम उम्र से काम करना पड़ जाता है ताकि वे परिवार के क्षीण आर्थिक स्रोतों को बढ़ाने में सहयोग दे सकें। इस तरह वे स्कूल जाने और शिक्षा ग्रहण करने से वंचित रह जाते हैं। लड़की सबसे ज्यादा नुकसान उठाती है। वह बहुधा स्कूल ही नहीं भेजी जाती या छोटी उम्र में स्कूल जाने से रोक दी जाती है ताकि घरेलू कामकाज में अपनी माँ की मदद करें और जब उसकी माँ काम पर हो तो वह अपने से छोटे बच्चों की देखभाल करे। छोटी उम्र में विवाह उन्हें संतानोत्पत्ति की ओर ढकेलता है। इस तरह यह दू-गित चक्र चालू रहता है। बड़े परिवारों में बच्चे, लड़का या लड़की, इस प्रकार बचपन के आनंद से वंचित रह जाते हैं और अत्यंत छोटी उम्र में ही प्रौढ़ता प्राप्त कर लेते हैं।

सुखी और स्वस्थ परिवार ही वह आधार है जिस पर स्वस्थ समाज का निर्माण होता है। अत्यधिक जनन क्षमता जो पारिवारिक असंतो-न और अस्वस्थता के कारणों में से एक है, को स्वस्थ समाज के निर्माण के लिए बदलने की आवश्यकता है।

बोध प्रश्न 2

- i) स्थूल जन्म दर गणना का सूत्र लिखें। लगभग दो पंक्तियों में उत्तर दीजिए।

.....

.....

.....

ii) भारत में उच्च जनन क्षमता के निर्धारकों को सूचीबद्ध कीजिए । उत्तर लगभग पाँच पंक्तियों में दीजिए ।

.....

.....

.....

.....

.....

iii) परिवार और समाज के लिए उच्च जनन क्षमता के क्या परिणाम हैं ? उत्तर लगभग दस पंक्तियों में दीजिए ।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.4 मृत्यु दर

मृत्यु दर जनसंख्या का एक महत्वपूर्ण निर्धारक है। अब हम मृत्यु दर के कुछ महत्वपूर्ण आयामों की जाँच करेंगे ।

4.4.1 मृत्यु दर का मापन

मृत्यु दर के विश्लेषण में मृत्यु दर के बहुत से साधनों का उपयोग किया जाता है । मृत्यु दर की प्रक्रिया सामान्य जानकारी के लिए, मृत्यु दर के तीन मूल साधनों का वर्णन करना पर्याप्त है : स्थूल मृत्यु दर, जन्म से जीवन की आशा और नवजात शिशु मृत्यु दर ।

i) स्थूल मृत्यु दर

स्थूल मृत्यु दर एक कैलेंडर वर्ग में हुए संपूर्ण पंजीकृत मृत्यु का उस वर्ग के मध्य वर्ग में संपूर्ण जनसंख्या का एक हजार से गुणित अनुपात है । इसकी गणना निम्न प्रकार से की जाती है:

$$\frac{\text{एक वर्ग के दरम्यान पंजीकृत मृत्यु}}{\text{उस वर्ग के मध्य की समूची जनसंख्या}} \times 1000$$

स्थूल जन्म दर की तरह मृत्यु दर में कतिपय कमियाँ हैं। मुख्यतः चूँकि यह जनसंख्या के विभिन्न समूहों के मृत्यु दरों के अनुभवों को समाहित करता है। उम्र और लिंग संरचना का इसमें ध्यान नहीं रखा गया है। उदाहरण के लिए, किसी ऐसे देश की स्थूल मृत्यु दर जिसमें बड़ों की संख्या बहुत ज्यादा है, उतनी ही होगी जितनी किसी दूसरे देश की, जहाँ बुढ़ापे का यह अनुपात काफी कम है। इन देशों की मृत्यु दर की परिस्थितियों को समान नहीं माना जा सकता है। अतः, यह आवश्यक है कि आयु की मृत्यु दरों की गणना की जाए और स्त्री और पुरुषों की अलग-अलग रपट प्रकाशित की जाए।

ii) जन्म से जीवन की आशा

जन्म के आधार पर जीवन की प्रत्याशा मृत्यु दर के स्तर की अच्छी माप है क्योंकि यह जनसंख्या की आयु संरचना से प्रभावित नहीं होता है। “औसत जीवन प्रत्याशा” पद यह इंगित करता है कि खास समय व खास स्थान पर जहाँ यह अध्ययन किया जा रहा है, प्रतिवर्ष हो रहे विशेष-आयु की मृत्यु दर के खतरों के मध्य एक नवजात के औसत जीवन का या समान वर्ग में पैदा हुए नवजात शिशु समूहों के औसत जीवन की आशा कितनी है। यह तरीका गणना करने के अर्थ में जटिल है किंतु समझना आसान है।

iii) नवजात मृत्यु दर

जनसांख्यिकी में नवजात की परिभाषा इस प्रकार दी जाती है कि वे सभी बच्चे जो अपने जीवन के प्रथम वर्ग में हैं और जिन्होंने अपने प्रथम जन्म दिन की औपचारिकता को पूरा नहीं किया है। नवजातों का अध्ययन पृथक रूप से किया जाता है क्योंकि जीवन के प्रथम वर्ग में मृत्यु दर निर्विवाद रूप से उच्च है। भारत जैसे देश में जहाँ स्वास्थ्य की परिस्थितियाँ अच्छी नहीं हैं, सभी मृत्यु दर में नवजातों की संख्या यथेष्ट है। उस तरह नवजात मृत्यु दर को बहुधा किसी देश की सामाजिक-आर्थिक परिस्थिति और जीवन का स्तर निर्धारित करने वाले सूचक के रूप में देखा जाता है।

$dk^Vd \ 1\% \ uotkr \ eR; \ qnj \ dk \ eki \ u$

नवजात मृत्यु दर सामान्यतया एक कैलेण्डर वर्ग में नवजात मृत्यु (एक वर्ग के अंदर के बच्चों की मृत्यु) और उसी वर्ग हुए पंजीकृत जीवित जन्म (बच्चे जो जीवित जन्म लेते हैं) का अनुपात निकाल कर परिगणन किया जाता है। यह गणन अग्रलिखित तरीके से किया जाता है :

$$\frac{\text{कैलेण्डर वर्ग में पंजीकृत एक वर्ग के अंदर मृत्यु की संख्या}}{\text{उसी वर्ग के दरम्यान पंजीकृत जीवित जन्म}} \times 1000$$

उल्लेखनीय है कि यह अनुपात नवजात मृत्यु दर का लगभग एक माप है, चूँकि इस तथ्य के लिए कोई समायोजन नहीं किया गया है कि अध्ययन के चयनित वर्ग में मरे कुछ बच्चे पिछले वर्ग पैदा हुए थे।

4.4.2 भारत में मृत्यु दर का स्तर और उसकी प्रवृत्ति

1921 तक भारत में स्थूल मृत्यु दर पर्याप्त उच्च थी (40 और 50 के बीच प्रति हजार जनसंख्या थी), जो 1911-21 के दशक में सर्वाधिक हो गई, जिसका मुख्य कारण था 1918 में इन्फ्लूएंजा महामारी से 1 करोड़ 50 लाख से अधिक लोगों की मृत्यु। 1911-21 से 1971-81 तक 60 वर्षों के दरम्यान वार्षिक औसत मृत्यु दर 48.6 प्रतिशत प्रति हजार जनसंख्या से गिरकर 14.9 प्रति हजार जनसंख्या हो गई। अर्थात् 69 प्रतिशत से भी ज्यादा की गिरावट आई। नमूना पंजीकरण विधि का अनुमान यह इंगित करता है कि वर्ग 1988

के लिए स्थूल मृत्यु दर 11.0 प्रति हजार जनसंख्या थी । वर्ग 2000 में स्थूल मृत्यु दर घटकर 8.5 प्रति हजार हो गई ।

इन वर्गों के दौरान जन्म के आधार पर औसत जीवन प्रत्याशा में भी बढ़ोत्तरी हुई है । 1911-21 के दौरान यह पुरुषों के लिए 19.4 वर्ग, स्त्रियों के लिए 20.9 वर्ग और दोनों लिंगों को मिलाकर 20.1 वर्ग थी । आँकड़े देश के निम्नतम और दुनिया में कहीं भी निम्नतम में से एक माने जा सकते हैं । 1941-50 के दशक में ये आँकड़े पुरुषों के लिए 32.1 वर्ग, स्त्रियों के लिए 31.7 वर्ग और दोनों को एक साथ करने पर 32.1 वर्ग थे । 1981 से 1986 की अवधि में जीवन प्रत्याशा पुरुषों के लिए 55.6 वर्ग, महिलाओं के लिए 56.4 वर्ग और दोनों लिंगों को मिलाकर 56.0 वर्ग थी । ताजा आँकड़ा इंगित करता है कि भारत में औसत जीवन प्रत्याशा 63.3 वर्ग की है जो महिलाओं के लिए 63.8 वर्ग और पुरुषों के लिए 62.8 वर्ग है ।

4.4.3 गिरते मृत्यु दर के निर्धारक तत्व

भारत में मृत्यु दर में आई गिरावट का प्रमुख कारण विकसित देशों से आयातित लोक-स्वास्थ्य और बीमारी की रोकथाम के उपाय हैं । इनमें डी.डी.टी. छिड़काव, संक्रामक और बचपन की बीमारियों तथा टी.बी., पोलियो, टाईफाइड, कॉलरा (हैजा) की रोकथाम के लिए पेन्सिलिन और वेक्सीन आदि शामिल हैं । खतरनाक (मारक रोग) यथा – प्लेग और चेचक का पूर्ण रूप से सफाया कर दिया गया है । स्वास्थ्य और चिकित्सा सेवा का देश के विभिन्न भागों में विस्तार और चिकित्सा विज्ञान की प्रगति ने भारत में मृत्यु दर कम करने में व्यापक योगदान दिया है । भयावह अकालों का असर भी रोकथाम और राहत के कार्यों के द्वारा काफी कम किया गया है । मृत्यु की दर को और कम करने के लिए अभी और बहुत कुछ करना बाकी है।

4.4.4 गिरते मृत्यु दर के परिणाम

चूँकि गिरती मृत्यु दर और बढ़ती जन्म दर को समानुपातिक न्यून जन्म दर के साथ नहीं जोड़ा जा सकता है, अतः मृत्यु दर में आई कमी जनसंख्या वृद्धि की तीव्रता का प्रमुख कारण रहा है। बढ़ी हुई जन्म दर के आधार पर औसत जीवन प्रत्याशा का परिणाम है बूढ़ों (अर्थात् वे जो 60 वर्ग से ऊपर की उम्र के हैं) के अनुपात में वृद्धि । वर्तमान समय में भारत में बूढ़ों का प्रतिशत 6.49 (1981) विकसित देशों जितना ऊँचा नहीं है (उदाहरण के लिए 1984 में संयुक्त राज्य अमेरिका में 16.47) यद्यपि कुल संख्या पर्याप्त उच्च है ।

हमारे देश में बूढ़े व्यक्ति आवश्यक रूप से पारिवारिक आमदनी या रा-द्रीय आय को बढ़ाने में मदद नहीं करते हैं । उनके भोजन एवं स्वास्थ्य या चिकित्सा देखभाल का खर्च वहन करना पड़ता है । जब संयुक्त परिवार के द्वारा पूरी मदद नहीं की जाती तो यह भार समाज के जिम्मे आ पड़ता है । सरकारी राशि से वृद्धों के लिए वृद्धावस्था पेंशन अथवा स्नेह पालन घर उपलब्ध कराए जाते हैं । अनेक राज्यों ने सीमित मात्रा में वृद्धों के लिए वृद्धावस्था पेंशन योजना शुरू कर दी है । भारत जैसे गरीब देश में इस प्रकार के उपायों को अमल में लाने के लिए राजनीतिक प्रतिबद्धता की आवश्यकता है ।

4.4.5 भारत में नवजात मृत्यु दर के स्तर और प्रवृत्ति

1969 में भारत में नवजात मृत्यु दर 140 प्रति हजार जीवित जन्म दर के समान ही उच्च थी । 1989 में नवजात मृत्यु दर 100 प्रति हजार जीवित जन्म दर से कम हो गई । सन 2000 तक 20 प्रति हजार जीवित जन्म के नवजात मृत्यु दर के लक्ष्य को प्राप्त करने के

लिए भारत को अभी एक लम्बा सफर तय करना है, जिसमें एक है - 2000 ई. तक सभी को स्वास्थ्य की सुरक्षा प्रदान करना। लेकिन वर्ष 2002 में भारत में नवजात मृत्यु दर प्रति हजार 68 जीवित जन्म थी।

दृश्य 2: भारत और इसके प्रमुख राज्यों में लिंगानुसार 0-4 वर्ष की आयु के बच्चों की अनुमानित मृत्यु दर में भिन्नता, 1998

	कुल	पुरु-1	महिला
भारत	22.5	21.0	24.1
आंध्र प्रदेश	18.1	17.8	18.4
असम	27.5	29.2	25.6
बिहार	22.9	21.2	24.8
गुजरात	19.6	18.5	20.9
हरियाणा	22.4	19.4	26.2
हिमाचल प्रदेश	16.7	14.1	19.7
कर्नाटक	16.7	16.5	16.8
केरल	3.6	4.2	3.0
मध्य प्रदेश	32.6	31.6	33.7
महाराष्ट्र	12.7	11.2	14.3
उड़ीसा	29.0	28.7	29.4
पंजाब	16.8	15.9	17.9
राजस्थान	27.77	27.3	28.1
तमिलनाडु	13.0	12.3	13.8
उत्तर प्रदेश	29.6	25.3	34.5
पश्चिम बंगाल	15.0	16.2	13.8

स्रोत: भारत के महापंजीयक, नमूना पंजीकरण विधि

संपूर्ण भारत: ग्रामीण

कुल	पुरु-1	महिला
24.8	23.2	26.6

संपूर्ण भारत: शहरी

कुल	पुरु-1	महिला
12.8	12.0	13.6

4.4.6 नवजात मृत्यु दर और बाल मृत्यु दर के निर्धारक तत्व

नव प्रासूतिक अवधि के दौरान (अर्थात् बच्चे के जीवन के प्रथम चार सप्ताहों में) मृत्यु दर के निर्धारक पश्चात प्रासूतिक अवधि (अर्थात् 1 से 11 महीने की अवधि के मध्य) बालपन की अवधि के साथ (अर्थात् 1 से 4 वर्ष के मध्य) की अवधि में पर्याप्त फर्क है।

i) नव प्रासूतिक मृत्यु दर

नव प्रासूतिक मृत्यु दर में जैविकीय तथ्य निर्णायक भूमिका अदा करते हैं। ये तथ्य भी अंतः विकसित तथ्य के रूप में जाने जाते हैं।

क) यह ज्ञात है कि उच्च प्रासूतिक मृत्यु दर तब होती है जबकि माँ अठारह वर्ष से कम अथवा 35 वर्ष की उम्र की हो, जबकि समानता 4 से ज्यादा है और दो जन्मों के मध्य का अंतर एक वर्ष से कम है। ये परिस्थितियाँ हमारे देश में सामान्य हैं, जो उच्च नवजात मृत्यु का कारण बनती हैं।

ख) तब जबकि विश्व स्वास्थ्य संगठन के द्वारा निर्दिष्ट मानक यह स्पष्ट करता है कि 2500 ग्राम से कम वजन के बच्चों के ऐसा बच्चा समझना चाहिए जिनके मर जाने की संभावना ज्यादा होती है और उन पर विशेष ध्यान देने की जरूरत होती है। 24 से 37 प्रतिशत तक भारतीय बच्चे 2500 ग्राम से कम वजन के होते हैं जिनकी कोई खास देख-रेख की संभावना नहीं होती।

ग) सामान्यतया गर्भवती महिलाओं की भलाई के लिए किए जाने वाले नव प्रासूतिक उपचार सावधानी की हमारे देश में कमी है। इस तरह, यह संभव नहीं है कि अधिक खतरे में पड़ी महिला को चिह्नित किया जा सके जिन्हें विशेष सावधानी की आवश्यकता है, जो बच्चे पैदा नहीं हुए हैं, उन्हें धनु-टंकार से उन्मुक्त करने के लिए टेन्टानस टाक्साइड इंजेक्शन दिया जाए और गर्भवती महिला को रक्त की कमी से बचाने के लिए आयरन और फोलिक एसिड की गोलियाँ दी जाएँ। एक माँ जिसमें खून की कमी होती है, वह कम वजन के बच्चे को जन्म देती है जिसके जीवित रहने की संभावनाएँ क्षीण होती हैं।

घ) उच्च सफाई की प्रस्थिति और जन्म के समय चिकित्सा संबंधी सावधानी सुनिश्चित नहीं हैं, खासकर ग्रामीण क्षेत्रों में। प्रसव सामान्यतया दाई (अप्रिशिक्षित पारंपरिक प्रसव कराने वाली) के द्वारा अथवा किसी बुजुर्ग महिला से कराया जाता है। अभी भी हमारे देश के हर भाग में प्रशिक्षित दाई उपलब्ध कराने की योजना नहीं पहुँच पाई है।

च) सौभाग्यवश हमारे देश में स्तनपान कराने की आदत सर्वत्र व्याप्त है। यह बच्चे की कई तरह के संक्रामक रोगों से रक्षा करता है। स्तनपान यद्यपि जन्म के 48 घंटे से 72 घंटे के बाद प्रारंभ किया जाता है और प्रथम 24 घंटे पूर्णतः निनिद्ध है। अगर बच्चे को जन्म के तत्काल बाद स्तन से लगाया जाए तो यह कोलोस्ट्रन (माँ के दूध की प्रथम धारा) के द्वारा माँ से कई प्रकार की विमुक्ति प्राप्त कर लेता है।

बच्चों को कतिपय बीमारियों से प्रतिरक्षित करने के इस अवसर से वंचित रखा जाता है जिससे उनमें नव प्रासूतिक मृत्यु दर की संभावना बढ़ जाती है।

ii) नव प्रासूतिक अवधि के बाद बाल मृत्यु दर

नव प्रासूतिक अवधि के बाद बाल मृत्यु दर को प्रभावित करने वाले कारण सामान्यतः जैविकीय नहीं होते अपितु पर्यावरण और इसके प्रति व्यवहृत प्रक्रिया की उपज हैं। ये कारक भी बहिर्जात तथ्य के रूप में जाने जाते हैं।

क) बचपन की सामान्य बीमारी यथा - डिप्थीरिया, कुकुर खाँसी, मीजल्स और पोलियो साथ ही क्षय रोग का नव प्रासूतिक अवधि के बाद और बाल मृत्यु दर को प्रभावित करने में काफी बड़ी भूमिका होती है। इन बीमारियों के कारण होने वाली मृत्यु को रोका जा सकता है किंतु या तो प्रतिरक्षण सेवा ग्रामीण क्षेत्र में उपलब्ध नहीं है अथवा ग्रामीण आबादी द्वारा अज्ञानता और अंधविश्वास के कारण अथवा निरपेक्षता के कारण उसे स्वीकृति नहीं मिल पाती।

ख) डायरिया और इसके परिणाम: निर्जलीकरण दूसरा तथ्य है जो नवप्रासूतिक अवधि के बाद और बाल मृत्यु की दर को बढ़ाने में अत्यधिक योगदान देता है। यह आकलन किया गया है कि प्रतिवर्ष लगभग 15 लाख 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चे डायरिया के कारण मर जाते हैं, जिनमें से 60 से 70 प्रतिशत निर्जलीकरण के कारण करते हैं।

मुँह द्वारा पुनर्जलीकरण चिकित्सा को हाल के वर्षों में आरंभ किए जाने से बच्चों की देखरेख में लगे लोगों को अधिक व्यय नहीं करना होता है और परेशानी भी कम होती है। पीने वाले पुनर्जलीकरण घोल को घर में एक चम्मच चीनी, थोड़े नमक और एक गिलास उबाले हुए पानी को मिश्रित कर तैयार किया जा सकता है। सरकारी स्वास्थ्य कार्यकर्ता अथवा स्थानीय स्वास्थ्य सलाहकार से भी घोल तैयार करने की सामग्री प्राप्त की जा सकती है। वस्तुतः बाधा है तो सिर्फ पुरातन पारंपरिक वह विश्वास जो बच्चे को डायरिया हो जाने पर दूध या किसी अन्य प्रकार का खाद्य पदार्थ देने की मनाही करता है। निर्जलीकरण जो कि डायरिया की वजह से होता है, इतना ज्यादा हो सकता है कि चिकित्सा में की गई थोड़ी-सी भी देरी जानलेवा हो सकती है। दूसरी ओर पीने वाला पुनर्जलीकरण घोल जो एक घरेलू इलाज माना जा सकता है, न केवल निर्जलीकरण से बचाता है, अपितु डायरिया को भी नियंत्रित करता है।

ग) पो-ण की कमी एक अन्य तथ्य है जो बाल मृत्यु दर को प्रभावित करता है। 1981 में किए गए एक अध्ययन में रा-ट्रीय पो-ण संस्थान ने यह पाया कि लगभग 85 प्रतिशत चार वर्ष से कम आयु के बच्चे कुपो-ण का शिकार थे, जिनमें से लगभग 6 प्रतिशत गंभीर रूप से कुपो-णित थे।

इन कुपो-णित बच्चों में डायरिया तथा अन्य दुर्बलताजन्य रोगों के होने की संभावना अधिक होती है, जिससे बाल्यावस्था की बीमारियों का आक्रमण हो सकता है। यह दू-णित परिधि जब तक शैक्षणिक और सेवा कार्यक्रम के द्वारा तोड़ा नहीं जाएगा तब तक उच्चा नवजात और बाल मृत्यु दर जारी रहेगी।

4.4.7 उच्च नवजात और बाल मृत्यु दर के परिणाम

यह देखा गया है कि जहाँ कहीं भी नवजात और बाल मरणशीलता अधिक है, वहाँ प्रजनन भी अधिक है। पति-पत्नी जीवित बच्चों की संख्या देखते हैं न कि जन्में बच्चों की संख्या। उच्च नवजात बाल मृत्यु दर के कारण लोग इस आशा के चलते कि इनमें से कुछ तो जीवित रहेंगे और जवान होकर उनका सहारा बनेंगे, काफी बच्चे पैदा करते हैं। साथ ही, जब एक बच्चा मरता है, माता-पिता इसका स्थानापन्न दूसरा बच्चा यथाशीघ्र लाने की चे-टा करते हैं। यह भी ज्ञात है कि नवजात बच्चे की मृत्यु हो जाने से स्तनपान के कारण गर्भधारण में जो प्राकृतिक अवरोध होता है वह समाप्त हो जाता है। उस स्थिति में उसके गर्भधारण करने की संभावना बढ़ जाती है जो जनन क्षमता को बढ़ाती है।

इस प्रकार, नवजात और बाल मरणशीलता की उच्च दर माता-पिता को भावनात्मक चोट देने के अलावा उच्च जनन क्षमता का कारण भी बनती है जिससे जनसंख्या की समस्या

उत्पन्न होती है। इन बच्चों की देखभाल, जो देश की बेहतरी के लिए कुछ करने से पूर्व ही काल कवलित हो जाते हैं भी देश के क्षीण स्रोत पर काफी प्रभाव डालते हैं। यहाँ फिर से याद दिलाने की आवश्यकता है कि किसी देश के नवजात मृत्यु दर उस देश की सामाजिक-आर्थिक स्थिति और जीवन के स्तर का सूचक है।

बोध प्रश्न 3

i) “औसत जीवन प्रत्याशा” अथवा “जीवन-आशा” को स्प-ट कीजिए। पाँच पंक्तियों में उत्तर दें।

.....

.....

.....

.....

.....

ii) नवजात प्रासूतिक मृत्यु दर से क्या अभिप्राय है? तीन पंक्तियों में उत्तर दीजिए।

.....

.....

.....

iii) भारत में उच्च नव प्रासूतिक मृत्यु दर को कौन-से कारक बढ़ावा देते हैं? कम से कम सात कारकों का उल्लेख करें। तीन पंक्तियों में उत्तर दीजिए।

.....

.....

.....

iv) उन तीन कारकों की सूची दीजिए जो भारत में उच्च नवजात और बाल मृत्यु दर में वृद्धि करते हैं। दो पंक्तियों में उत्तर दीजिए।

.....

.....

4.5 आयु और लिंग संरचना

आयु और लिंग किसी जनसंख्या के बुनियादी अथवा जैविकीय गुण हैं। ये लक्षण अथवा गुण न केवल सांख्यिकी संरचना को प्रभावित करते हैं, अपितु जनसंख्या की सामाजिक-आर्थिक और राजनीतिक संरचना को भी प्रभावित करते हैं।

आयु और लिंग भी महत्वपूर्ण तथ्य हैं, क्योंकि वे सामाजिक स्थिति के सूचक हैं। समाज में हर व्यक्ति की आयु और लिंग पर आधारित खास स्थिति होती है। प्रस्थिति और भूमिका सांस्कृतिक रूप से निर्धारित होती है और एक संस्कृति से दूसरी संस्कृति में भिन्न-भिन्न होती है। एक संस्कृति के अंदर प्रस्थिति और भूमिका समय के साथ बदल जाती है।

पारंपरिक समाज में जहाँ आयु सम्मान चाहती है, आधुनिक समाज में हो सकता है वह युवकोन्मुख हो। जहाँ जनसंख्या की आयु संरचना में बूढ़ों के लिए स्थिति और भूमिका का निर्देश हो सकता है, वहीं लिंग संरचना सामाजिक वास्तविकता को प्रतिबिंबित कर सकती है।

किसी जनसंख्या का आयु और लिंग संरचना का जन्म और मृत्यु दर, आंतरिक और अंतर्रा-द्रीय देशांतरण, वैवाहिक प्रस्थिति संरचना, मानव शक्ति और कुल रा-द्रीय उत्पाद का निर्धारक और परिणाम दोनों हैं। जनसंख्या की आयु संरचना के आधार पर ही शिक्षा, स्वास्थ्य सेवा, आवास इत्यादि के लिए योजना तैयार की जाती है।

4.5.1 आयु संरचना

i) आयु संरचना का मापन

यह तरीका है कि आयु के आँकड़े का पाँच-पाँच वर्ग के आयु समूहों में वर्गीकरण किया जाता है। जैसे: 0 - 5, 5 - 9, 10 - 14, 15 - 19। किसी जनसंख्या की आयु संरचना का अध्ययन करने का सबसे आसान तरीका पूर्ण संख्या का बहुत से पाँच-पाँच वर्ग के आयु समूहों पर आधारित जनसंख्या का प्रतिशत विवरण है। यह प्रतिशत विवरण यह बताता है कि 100 में एक आयु समूह के कितने व्यक्ति हैं। यह तरीका किसी जनसंख्या की आयु संरचना का वर्णन करने की समझदारी के लिए उपयोगी है। इसका उपयोग किसी समय विशेष में दो या दो से अधिक जनसंख्या समूहों का विभिन्न समय में आयु संरचना की तुलना के लिए किया जा सकता है। आयु-लिंग पिरामिड का निर्माण भी आयु लिंग भौतिकी की मदद से किया जा सकता है।

निर्भरता अनुपात = $\frac{0-14 \text{ आयु समूह की जनसंख्या}}{15-64 \text{ आयु समूह की जनसंख्या}}$

जनसंख्या की संरचना के अध्ययन का अन्य तरीका — निर्भरता का अनुपात है। यह तरीका प्रति 100 कामगार पर आश्रित की संख्या इंगित करता है। तीन आयु समूह इस उद्देश्य के लिए चुने जाते हैं। 15 - 50 अथवा 15 - 64 आयु की जनसंख्या कामगार जनसंख्या मानी जाती है। 15 आयु से कम की जनसंख्या निर्भर बालक/बालिका और 60 या 65 से ऊपर की जनसंख्या वृद्धों की मानी जाती है। निर्भरता अनुपात की गणना निम्न सूत्र द्वारा की जाती है:

$$\text{निर्भरता अनुपात} = \frac{0 - 14 \text{ आयु समूह की जनसंख्या} + 60 + \text{या} 65 +}{15 - 64 \text{ आयु समूह की जनसंख्या}}$$

निर्भरता का अनुपात किसी जनसंख्या की आर्थिक निर्भरता का मोटे तौर पर अनुमान करता है और यह निर्भरता के भार के आयु समूह के मूल्यांकन के लिए पूर्ण तरीका नहीं है। उल्लेखनीय है कि कामगार आयु समूह के (15 - 59 अथवा 15 - 64) सभी व्यक्ति नियोजित नहीं हैं और वे सभी जो निर्भर आयु समूहों (0 - 14 और 60+ या 65+) में हैं आर्थिक रूप से निर्भर नहीं हैं। भारत जैसे देश में गरीब कृ-क, दस्तकार के बच्चे बहुत कम उम्र से माता-पिता के काम में हाथ बंटाने लगते हैं अथवा समाचार पत्र डालने या होटलों में काम करने लगते हैं और ग्रामीण क्षेत्रों में बूढ़े स्वयं को किसी न किसी आर्थिक गतिविधि में लगाए रखते हैं क्योंकि कृ-नि जन्य अर्थ में अवकाश प्राप्त की कोई उम्र नहीं है। इससे अलग डॉक्टरों, वकीलों, व्यापारियों और अन्य स्व-नियोजित व्यक्तियों की गतिविधियाँ हैं, जिनके लिए उम्र आर्थिक गतिविधियों से अवकाश ग्रहण का कोई कारक नहीं है।

ii) भारत में आयु संरचना

निर्धारक और परिणाम: भारत एक प्राचीन देश है, यहां 0-14 आयु वर्ष के बच्चों की आबादी सबसे ज्यादा है और 50 वर्ष से ऊपर आयु समूह के लोगों की संख्या लगातार बढ़ रही है।

1991 की जनसंख्या गणना के अनुसार भारत में बच्चों का निर्भरता अनुपात 67.2 था यानी कि 15.59 आयु समूह के कामकाजी 100 लोगों को 0-14 वर्ष के आयु समूह के 67.2 बच्चों का भरण पोषण करना पड़ता है। इसी प्रकार भारत में बुर्जुग लोगों की निर्भरता 12.2 है।

किसी जनसंख्या की आयु संरचना जनन क्षमता के स्तर, मृत्यु दर व देशांतरण से निर्धारित की जाती है। इन तीनों तथ्यों में, देशांतरण किसी जनसंख्या की आयु संरचना को तभी प्रभावित कर सकता है जबकि देशांतरित किसी एक वर्ग समूह के हों और देशांतरण का अनुपात अधिक हो।

भारत में बच्चों की आबादी ज्यादा है क्योंकि जन्म दर उच्च है और जन्में बच्चों की संख्या में वृद्धि हुई है। लगातार जारी उच्च जन्म दर के परिणामस्वरूप जनसंख्या में वयस्कों का अनुपात कम हुआ है और बच्चों का अनुपात बढ़ा है। दूसरी ओर आर्थिक रूप से विकसित देशों में जन्म दर कम होने की वजह से कम बच्चे पैदा होते हैं। निम्न जन्म दरों का परिणाम होता है वयस्कों के अनुपात में वृद्धि। किसी जनसंख्या की आयु संरचना निर्धारित करने में जनन क्षमता की भूमिका की तुलना मृत्यु दर से करने पर हम पाते हैं कि मृत्यु दर की भूमिका सीमित है, खासकर तब जब मृत्यु दर उच्च हो। मृत्यु दर में तेजी से कमी आने और जीवन अवधि के बढ़ जाने के फलस्वरूप बाल जनसंख्या में वृद्धि होती है क्योंकि सुधार का प्रथम लाभ नवजात और बच्चों को ही मिलता है। जितने ही नवजात और बच्चे जीवित रहते हैं, जनसंख्या में बाल अनुपात उतना ही बढ़ता है। भारत में ऐसा ही हुआ है। दूसरी ओर जब मृत्यु दर स्तर अत्यंत निम्न है तब नवजात अवस्था और बाल्यावस्था के दौरान जीवित रहने वालों की संख्या में अधिक बढ़ोत्तरी होने की संभावना रहती है और मृत्यु दर की स्थिति में कोई सुधार वृद्ध वर्ग समूह को प्रभावित करेगा और जनसंख्या को बूढ़ा करेगा। अर्थात् जनसंख्या में बूढ़ों का अनुपात बढ़ाएगा। यही स्थिति स्वीडन, यू.के., कनाडा, जापान, फ्रांस और आस्ट्रेलिया जैसे विकसित देशों में है।

बच्चों की जनसंख्या का देश की अर्थव्यवस्था पर अतिशय भार है और उन पर तब जब वे स्वयं पारिवारिक अथवा रा-ट्रीय अर्थव्यवस्था की किसी मदद के योग्य नहीं होते हैं, शिक्षा, वस्त्र और आवास मुहैया कराना पड़ता है।

भारतीय जनसंख्या के बाल आयु संरचना का एक दूसरा अभिप्राय है कि इसमें भवि-य के वर्गों में जनसंख्या के उच्च वृद्धि की संभावना भी है। कुछ ही वर्गों के अंदर, ये बच्चे बड़े हो जाएंगे, शादी करेंगे और बच्चे पैदा करना शुरू कर देंगे। जब बच्चे पैदा करने की उम्र में पति-पत्नी की संख्या (पत्नी 15-44 आयु समूह) ज्यादा होगी तो सामान्य जनन क्षमता के बावजूद जन्म दर के उच्च होने की आशा की जा सकती है। यह इस तरह उच्च जनसंख्या वृद्धि की ओर ले जाता है।

4.5.2 लिंग संरचना

i) लिंग संरचना का मापन

किसी जनसंख्या की आयु संरचना का अध्ययन करने के लिए सामान्यतया दो तरीके अपनाए जाते हैं : (1) जनसंख्या में पुरु-न का प्रतिशत या पुरु-न अनुपात और (2) लिंग अनुपात। दोनों तरीकों में लिंग अनुपात जनसंख्या के अध्ययन के लिए प्रायः उपयोग किए जाते हैं।

किसी जनसंख्या के लिंग अनुपात को या तो प्रति 1000 स्त्रियों में पुरु-ओं की संख्या अथवा प्रति 1000 पुरु-ओं में स्त्रियों की संख्या से दर्शाया जाता है। भारतीय जनगणना के प्रति 1000 पुरु-ओं में स्त्रियों की संख्या को स्प-ट करने को प्रश्रय दिया है, यद्यपि लिंग अनुपात की परिभा-ा जो पूरी दुनिया में प्रचलित है, वह है प्रति 1000 स्त्रियों में पुरु-ओं की संख्या।

ii) भारत में लिंग अनुपात और इसके निर्धारक तत्व

बहुत से देशों में सामान्यतया कुल जनसंख्या का लिंग अनुपात औरतों के पक्ष में है अर्थात् जनसंख्या में पुरु-ओं की अपेक्षा औरतों की संख्या अधिक है। जब परिस्थिति दूसरी होती है अर्थात् जब जनसंख्या में औरतों की अपेक्षा पुरु-ा ज्यादा होते हैं, तब यह आसान माना जाता है। जनगणना उपलब्ध जनसंख्या आँकड़ा निर्देशित करता है कि भारत में लिंग अनुपात सदैव औरतों के विपरीत रहा है अर्थात् प्रति हजार पुरु-ओं में स्त्रियों की संख्या हजार से कम रही है। वास्तव में लिंग अनुपात लगातार (1901 में 972 से 1971 में 930) गिरा है। 1951 और 1981 की जनगणना में मामूली सुधार अंकित किया गया किंतु 1991 की जनगणना ने 5 अंकों की गिरावट 1981 में 934 से 1991 में 929 अंकित किया गया। 2001 में महिला लिंग अनुपात 933 था जो 1991 की गणना से बेहतर स्थिति थी।

किसी जनसंख्या के लिंग अनुपात को निर्धारित करने के लिए निम्नांकित तीन तथ्य जिम्मेदार होते हैं :

(1) जन्म का लिंग अनुपात (2) मृतकों का लिंग अनुपात (3) वास्तविक देशांतरितों का लिंग अनुपात। भारत जैसे विकासशील देश में इस सूची में अन्य तथ्य भी शामिल किए जा सकते हैं। इस बात की सदैव संभावना है कि औरतें कम अंकित हैं क्योंकि जनगणना परिगणक जब सूचना एकत्र करते हैं, तो गृहपति के द्वारा औरतों को घर के सदस्य के रूप में अंकित नहीं कराया जाता।

इन सभी तथ्यों में औरतों की ऊँची मृत्यु दर भारत में लिंग अनुपात की सर्वाधिक मान्य व्याख्या लगती है, जो कि औरतों के विरुद्ध है। यद्यपि जैविकीय रूप से ये पुरु-ओं से सबल हैं, किंतु भारत में औरतें सामाजिक और सांस्कृतिक रूप से अलाभकारी स्थिति में हैं और सदियों से उन्हें निम्न स्थिति प्रदान की जाती रही है। ज्यादातर आयु समूहों में औरतों की मृत्यु दर पुरु-ओं से ज्यादा है। अन्य तथ्यों में नवजात बच्चों का लिंग अनुपात निम्न देशों से ज्यादा भिन्न नहीं है। इस तरह, इस तथ्य को लिंग अनुपात जो औरतों के विपरीत है, भारतीय जनसांख्यिकी तस्वीर की एक विचित्रता का कारण नहीं माना जा सकता है। जहाँ तक पुरु-ओं के अंतरराष्ट्रीय देशांतरण का संबंध है, यह अत्यंत मामूली है और इस तरह भारत में लिंग अनुपात को प्रभावित करना नहीं दीखता है। औरतों का जनगणना में कम अंकित हो पाने का अंकीय असंतुलन भारत में स्त्री-पुरु-ा के मध्य अंकीय असंतुलन के एक बहुत ही सूक्ष्म भाग की ही व्याख्या कर सकता है।

बोध प्रश्न 4

i) भारत बाल जनसंख्या के साथ एक पुराना देश क्यों माना जाता है? अपना उत्तर चार पंक्तियों में दीजिए।

.....

.....

.....

.....

ii) भारत में लिंग अनुपात औरतों के पक्ष में क्यों नहीं है? तीन पंक्तियों में उत्तर दीजिए।

.....
.....
.....

4.6 परिवार नियोजन और परिवार कल्याण

भारत में परिवार नियोजन और परिवार कल्याण की अवधारणा प्रायः सुनने में आती है ।
इससे क्या अभिप्राय है ?

4.6.1 परिवार नियोजन और परिवार कल्याण की अवधारणा

परिवार के स्तर पर परिवार नियोजन का अर्थ है सिर्फ इच्छित संख्या में बच्चों का होना और तब जब उनकी चाहत हो । इस तरह परिवार नियोजन से अभिप्राय परिवार के स्रोतों की क्षमता भर परिवार को सीमित रखना साथ ही बच्चों के मध्य उचित अंतर बनाए रखना दोनों है । परिवार नियोजन का अनुकूलन स्प-ट रूप से पति-पत्नी के गर्भ निरोधन के चेतन प्रयास की चाह करता है ।

सामाजिक आंदोलन के रूप में परिवार नियोजन का तात्पर्य अनुकूल वातावरण तैयार कर लोगों के बच्चा पैदा करने की धारणा को उनके संगठित प्रयास द्वारा परिवर्तित करना है । जन्म नियंत्रण आंदोलन जैसा कि इसे आरंभ में कहा गया था, का उद्देश्य औरतों को अतिशय पैदा करने से मुक्त कराना था और इसे औरतों की आत्म निर्णय के अधिकार द्वारा मुक्ति दिलाने के रूप में देखा गया था ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम भी गतिविधियों के एक समान समूह को समाहित करता है, जो समय के साथ बच्चे पैदा करने की प्रवृत्ति में परिवर्तन लाने के उद्देश्य से चलता रहता है। परिवार नियोजन कार्यक्रम का उद्देश्य या तो औरतों और उनके बच्चों की स्वास्थ्य प्रस्थिति को सुधारना अथवा जन्म दर कम करना तथा इस तरह देश की जनसंख्या नियंत्रण नीति के साथ बहुत से देश परिवार नियोजन के स्वास्थ्य दृष्टिकोण पर भी जोर देते हैं । परिवार नियोजन कार्यक्रम के कतिपय अवयव निम्न हैं :

- i) सूचना, शिक्षा, सम्प्रे-ण गतिविधियाँ;
- ii) गर्भ-निरोधकों की आपूर्ति और सेवाएँ;
- iii) अधिकारियों का प्रशिक्षण;
- iv) शोध;
- v) प्रशासकीय ढाँचा।

जब सरकार स्वयं को परिवार और समुदाय के संपूर्ण कल्याण को बढ़ाने के लिए परिवार नियोजन के माध्यम से प्रतिबद्धित होती है, तो कार्यक्रम शिक्षा, स्वास्थ्य, प्रसूति और बाल सावधानी, परिवार नियोजन व पो-ण के साथ विस्तृत गतिविधियों को समाहित कर लेता है। 1977 से भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम समस्या के कल्याणकारी उपाय पर ज्यादा जोर देता हुआ परिवार कल्याण कार्यक्रम के रूप में जाना जाता है ।

4.6.2 परिवार नियोजन के मार्ग में आने वाली बाधाएँ

उप-भाग 4.3.3 में उच्च जनन क्षमता के निर्धारक तत्वों के अंतर्गत वर्णित अधिकांश कारण परिवार नियोजन की स्वीकृति में, जिसका अर्थ जनन क्षमता नियंत्रण होता है, बाधक का काम करते हैं। ये बाधाएँ हैं – भाग्यवादिता, भारतीय संस्कृति और भारतीय मतों में बच्चे पैदा करने पर दिया गया जोर।

इसके साथ ही कतिपय परिवार नियोजन की विधियों का उपयोग भी कई कठिनाइयाँ खड़ी करती है। संभावित प्रतिकूल प्रभाव, बुरे गुण या उनका उपयोग जैसा अनुशासन चाहती है, को देखते हुए विधियाँ समान रूप से प्रभावी भी नहीं होती हैं। जहाँ स्त्री या पुरुष का बन्ध्याकरण सौ प्रतिशत प्रभावी माना जाता है IUD जैसी विधियाँ 95 प्रतिशत प्रभावी हैं, खाने वाली गोलियाँ लगभग 100 प्रतिशत प्रभावी हैं परंतु इसे नियमित रूप से खाना जरूरी होता है। और पारंपरिक गर्भ-निरोधक यथा – कंडोम मात्र 50 प्रतिशत प्रभावी है, इनकी सहज उपलब्धता और सेवा परिवार नियोजन के अभ्यास अथवा स्वीकृति के लिए एक आवश्यक शर्त है। इन सेवाओं और वस्तुओं की सहज उपलब्धता के अभाव में लोग चाहकर भी परिवार नियोजन को नहीं अपना पाते।

अभ्यास 1

उप-भाग 4.3.3 (उच्च प्रजननता के निर्धारक) और उप-भाग 4.6.2 (परिवार नियोजन की रुकावटें) को ध्यानपूर्वक पढ़ें। अब आप समाज में व्याप्त परिस्थितियों एवं इन खंडों में वर्णित तथ्यों को मिलाकर एक लेख लिखें। अगर संभव हो तो अपने नोट को अध्ययन केंद्र के अपने साथ पढ़ने वालों से बदलें।

4.7 भारत की जनसंख्या नीति

भारत विश्व का पहला देश है जहाँ एक पूर्ण रूप से सरकार समर्थित परिवार नियोजन कार्यक्रम है। यह प्रगति रात भर में नहीं हुई। इसकी बुनियाद बीसवीं सदी के आरंभ में ही डाल दी गई थी।

स्वतंत्रता पूर्व के समय में भी अभिजात बुद्धिजीवी भारतीयों ने जनसंख्या की समस्या के प्रति अपना ध्यान दिया और गर्भ नियंत्रण की बात का समर्थन किया। यद्यपि, उनके ब्रिटिश शासक इस विवादास्पद मुद्दे से अलग रहे।

गर्भ-नियंत्रण के लिए सहयोग स्प-ट था जब 1945 में सर जौसेफ मोरे की अध्यक्षता में स्थापित स्वास्थ्य सर्वेक्षण और विकास समिति ने यह प्रस्तावित किया कि माँ और बच्चों में सुधार के लिए गर्भ-नियंत्रण सेवाएँ मुहैया कराई जानी चाहिए। बुद्धिजीवियों की ओर से यह दबाव कि सरकार गर्भ-नियंत्रण पर विस्तृत सूचना और इसके अभ्यास को बढ़ावा देने के लिए एक नीति निर्धारित करे, स्वतंत्रता पूर्व के समय में यह विचार बढ़ रहा था।

4.7.1 वर्तमान जनसंख्या नीति के अवयव

स्वतंत्रता के आगमन के बाद, प्रथम पंचवर्षीय योजना (1951-56) के साथ ही देश के विकास की योजना में परिवार नियोजन को जनसंख्या नियंत्रण का तरीका मानकर सर्वोच्च प्राथमिकता दी गई। बाद वाली प्रत्येक पंचवर्षीय योजना में परिवार नियोजन कार्यक्रम के लिए बढ़ता हुआ आर्थिक निर्धारण भी परिवार नियोजन कार्यक्रम पर बढ़ते हुए दबाव को इंगित करता है।

क) रा-ट्रीय जनसंख्या नीति, 1976 और 1977

यद्यपि सरकार द्वारा अधिगृहीत परिवार नियोजन कार्यक्रम में यह अंतर्निहित था, देश की जनसंख्या नीति प्रत्यक्ष रूप से स्प-ट न होने के कारण औपचारिक रूप से अस्प-ट रही । 16 अप्रैल, 1976 में रा-ट्रीय जनसंख्या नीति घो-ित की गई। यह जून 1977 में किंचित परिवर्तित की गई ।

अप्रैल 1977 में रा-ट्रीय जनसंख्या नीति प्रथम बार घो-ित किए जाने तक, भारत की जनसंख्या नीति सामान्यतया परिवार नीति मानी जाती थी । भारत की अंतर्रा-ट्रीय परिधि में आलोचना के आधारों में से यह एक था कि जनसंख्या नीति के अन्य समाधानों को यह अनदेखा कर देता था। जनसंख्या नीति के वक्तव्य ने जनसंख्या की समस्या के कतिपय पहलुओं यथा सामाजिक-आर्थिक और राजनीतिक के मध्य कुछ जटिल संबंधों को ध्यान में रखा । इसने जनसंख्या समस्या के निवारण के लिए समीचीन उपायों को समाहित किया, जिनमें से कई परिवार नियोजन से आगे बढ़े । नीति वक्तव्य में परिवार नियोजन कार्यक्रम की बेहतरी के उपाय समाहित थे ।

29 जून, 1977 को निर्गत परिवार कल्याण कार्यक्रम नीति का वक्तव्य वैसे किसी तरीके को समाप्त करता है, जिसमें बाध्यता अथवा दबाव की थोड़ी भी गुंजाइश है और समस्या कल्याण उपाय पर जोर डालती है । परिवार नियोजन कार्यक्रम का नाम भी बदलकर परिवार कल्याण कार्यक्रम हो गया जो सरकार की परिवार और समुदाय की कार्यक्रम के द्वारा संपूर्ण कल्याण बढ़ाने की चिंता को दर्शाता है ।

1976 में घो-ित रा-ट्रीय जनसंख्या नीति द्वारा निर्मित उपायों को बरकरार रखा गया है । ये निम्न हैं :

(2) विवाह के लिए कानून निम्नतम निर्धारित उम्र को बढ़ाकर लड़कियों के लिए 18 वर्- और लड़कों के लिए 21 वर्- करना । (2) 2001 तक 1971 की जनसंख्या रखना, हर परिस्थिति जहाँ जनसंख्या राज्य के साथ केंद्रीय स्रोतों की साझेदारी में कारक है, यथा – राज्य की योजनाओं के लिए केंद्रीय सहायता का आबंटन, करों और शुल्कों की सहायता राशि का हस्तांतरण (3) राज्य की योजनाओं को दी जाने वाली 8 प्रतिशत केंद्रीय सहायता को सिद्धांत रूप से उनके परिवार कल्याण कार्यक्रम के साथ जोड़ दिया जाना (4) औपचारिक स्कूली शिक्षा में जनसंख्या शिक्षा को जोड़ दिया जाना (5) परिवार कल्याण कार्यक्रम को हर माध्यम का उपयोग कर लोकप्रिय कराने की योजना (6) कार्यक्रम को लागू कराने में स्वयंसेवी संस्थाओं की सहभागिता (7) औपचारिक और अनौपचारिक माध्यम के द्वारा औरतों का शैक्षणिक स्तर बढ़ाना। नीति वक्तव्य ने यह भी घो-ित किया कि सरकार प्रजनक जैविकीय और गर्भ-निरोधन के क्षेत्र में होने वाले शोध पर विशेष-ध्यान देगी।

ख) रा-ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000

भारत ने वर्- 2000 में एक नई रा-ट्रीय जनसंख्या नीति बनाई । इसमें वर्- 2010 तक कुछ सामाजिक-जनसांख्यिकी लक्ष्य प्राप्त करने का लक्ष्य रखा गया, जिसके फलस्वरूप वर्- 2045 तक जनसंख्या स्थिरता की स्थिति प्राप्त की जा सकती है । इस नीति में अब तक प्राप्त न किए जा सके कुछ महत्वपूर्ण मुद्दों की पहचान की गई, जैसे – गर्भ-निरोधक स्वास्थ्य सेवा आधारिक संरचना, प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिक और निम्नलिखित हस्तक्षेप सहित एकीकृत सेवा की सुपुर्दगी:

i) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप-केंद्रों को सुदृढ़ बनाना,

- ii) स्वास्थ्य कार्मिकों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वालों की दक्षता में वृद्धि करना,
- iii) संबंधित सामाजिक क्षेत्र कार्यक्रम के कार्यान्वयन में सम-अभिरूपता लाना, जिससे परिवार-कल्याण कार्यक्रम को परिवार कल्याण पर केंद्रित किया जा सके।
- iv) चलती-फिरती स्वास्थ्य क्लीनिक और परामर्श सेवाओं द्वारा मूलभूत पुनःउत्पादक और बाल स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार कर गाँव और परिवार स्तर पर आवश्यक सेवाओं को एकीकृत करना और निजी चिकित्सा व्यवसायिकों की सेवाओं को प्रामाणिक बनाने की संभावनाओं का पता लगाना और लाभार्थी समूहों की पहचानकर उन्हें ये सेवाएँ प्रदान करना (भारत सरकार, 2003)।

4.7.2 परिवार कल्याण कार्यक्रम की उपलब्धियाँ

देश में मार्च, 1989 तक, परिवार नियोजन की विधियों द्वारा सुरक्षित किए गए दम्पतियों की संख्या 64.79 मिलियन आँकी गई थी, जो अनुमानतः 138.9 मिलियन सक्षम दम्पतियों (प्रजनन आयु समूह 15-44 की पत्नियों के साथ) की 46.7 प्रतिशत थी। विभिन्न विधियों के उपयोग की प्रभावकता का आकलन करने पर जो बंध्याकरण और खाने वाली गोलियों के लिए 100 प्रतिशत, आई.यू.डी. के लिए 95 प्रतिशत और परम्परागत गर्भ निरोधक या कंडोम के लिए 50 प्रतिशत माना गया है। मार्च 1989 तक प्रभावकारी सुरक्षित किए गए दम्पतियों की संख्या 58.14 मिलियन, अर्थात् कुल सक्षम दम्पति की 41.9 प्रतिशत थी।

बंध्याकरण सर्वाधिक स्वीकृत एवं व्यापक विधि है जो 29.8 प्रतिशत सक्षम दम्पतियों को सुरक्षित करती है। पूरे सक्षम दम्पतियों में से 5.9 प्रतिशत आई.यू.डी. के द्वारा पूरी तरह सुरक्षित किए जाते हैं। 45 प्रतिशत परम्परागत गर्भ-निरोधक द्वारा और 1.7 खाने वाली गोलियों द्वारा।

जहाँ पुरु-1 और स्त्री बंध्याकरण जैसे – चरम विधि बड़ा हिस्सा बना रहना जारी है, ध्यान देने योग्य है कि स्त्री बंध्याकरण पुरु-1 बंध्याकरण की अपेक्षा कहीं ज्यादा पसंद किया जाता है : 1988-89 में किए गए बंध्याकरण का 86.8 प्रतिशत स्त्री बंध्याकरण का था।

1987-88 के आँकड़े यह बताते हैं कि स्त्री बंध्याकरण (Vasectomy) स्वीकार करने वाली पत्नियों की औसतन उम्र 32.4 वर्ष है। Tubectomy को स्वीकार करने वाली महिलाओं का औसत 30.2 और IUD को स्वीकार करने का औसत 27.4 वर्ष है। इन दम्पतियों को स्त्री बंध्याकरण, पुरु-1 बंध्याकरण और आई.यू.डी. स्वीकार करते वक्त औसतन जीवित बच्चों की संख्या क्रमशः 3.6, 3.3 और 2.3 है।

वर्ष 2001-2002 के दौरान देश में 47.27 लाख बंध्याकरण किया गया। इस अवधि में 62.02 लाख इंटर-यूटेराइन डिवाइस अर्थात् आई.यू.डी. का इस्तेमाल किया गया। इसके अलावा 145.69 लाख व्यक्तियों द्वारा कंडोम और 74.75 लाख खाने वाली गोलियों अर्थात् ओ.पी. का सेवन किया गया। वर्ष 1992-93 में 40.06 प्रतिशत गर्भ निरोधक सामग्री को प्रयोग में लाया गया जो वर्ष 1998-99 में बढ़कर 48.2 प्रतिशत हो गई (भारत सरकार, 2003)।

इससे यह परिलक्षित होता है कि सामान्यतया औरतों की सर्वाधिक प्रजनन अवधि 29 वर्ष बीत जाने और दम्पति के द्वारा सरकार द्वारा प्रतिपादित 2 बच्चों की सीमा पार कर जाने के बाद ही परिवार नियोजन स्वीकार किए जाते हैं।

परिवार नियोजन की उपलब्धियों में अंतर्राज्यीय विभिन्नता भी देखी जा सकती है। गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, महारा-द्र, तमिलनाडु, पंजाब जैसे राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों जैसे दादर और नगर हवेली, दिल्ली और पांडिचेरी का प्रभावी रूप से सुरक्षित किए गए दम्पतियों की संख्या अखिल भारतीय औसत से ज्यादा है। दूसरे सभी राज्यों ने प्रभावी रूप से सुरक्षित किए गए दम्पतियों की संख्या भारतीय औसत से कम अंकित की है। इसका उपवाद मात्र आंध्र प्रदेश है, जहाँ का प्रतिशत अखिल भारतीय औसत के समान है।

4.7.3 बदलती प्रवृत्तियाँ

यह स्प-ट है कि परिवार कल्याण कार्यक्रम आपातकाल के बाद लगे धक्के से धीरे-धीरे उभर रहा है, जिसके दौरान चौंकाने वाले परिणामों की आशा में कुछ दबाव देने वाली विधियाँ अपनाई गई थीं।

देश के लिए दूरगामी लक्ष्य प्रतिस्थापन स्तर की एकता (एक या वास्तविक प्रजनन दर जब एक औरत सिर्फ एक लड़की से प्रतिस्थापित की जाएगी)। जनसांख्यिकी लक्ष्य जो रा-ट्रीय स्वास्थ्य नीति के हिस्से के रूप में प्रस्तुत की गई है, जो 2000 ई. तक 21 प्रति हजार जन्म संख्या की जन्म दर और 60 प्रतिशत प्रभावी सुरक्षा दर प्राप्त कर लेना है। सातवीं योजना (1990 तक) उससे संबंधित जो लक्ष्य प्राप्त करने हैं, वे हैं : 29.1 का स्थूल जन्म दर और 42 प्रतिशत प्रभावी दम्पति सुरक्षा दर।

भारत की जनसंख्या की बदलती प्रवृत्तियाँ नीचे सारणी में दी गई है।

भारत में जनसंख्या-वृद्धि

जनगणना वर्ष	दशकीय वृद्धि प्रतिशत		औसत चरघातांकी वृद्धि (प्रतिशत)
1971	24.80		2.20
1981	24.66		2.22
1991	23.86		2.14
2001	21.34		1.93

प्राचल (Parameter)	1951	1981	1991	वर्तमान स्तर
स्थूल जन्म दर (प्रति हजार जनसंख्या)	40.8	33.9 (एसआरएस)	29.5* (एसआरएस)	25.8 (एसआरएस 2000)
स्थूल जन्म दर (प्रति हजार जनसंख्या)	25.1 (एसआरएस)	12.5 (एसआरएस)	9.8* (एसआरएस 2000)	8.5
कुल जनन दर (औसत प्रति महिला)	6.0 (एसआरएस)	4.5 (एसआरएस)	3.6* (एनएफएचएस-II)	2.8
मातृ मृत्यु दर (प्रति 1 लाख जीवित जन्म) (1992-93)	437	ज्ञात नहीं	ज्ञात नहीं	407 (1998)
नवजात मृत्यु दर (प्रति हजार जीवित जन्म) (1951-61)	146	110 (एसआरएस)	80* (एसआरएस)	68 (एसआरएस 2000)

पति-पत्नी सुरक्षा दर (प्रतिशत) 10.4 (1971)	22.8	44.1	48.2 (एनएफएचएस-II)
जन्म के वर्ग पर जीवन-प्रत्याशा (पुरु-)	37.2	54.1	60.6 63.87* (2001-02)
जन्म के वर्ग पर जीवन-प्रत्याशा (महिला)	36.2	54.7	61.7 66.9*
		(1991-96)	(2001-02)

* इसमें जम्मू और कश्मीर के अलावा # प्रतिशत

एसआरएस = नमूना पंजीकरण विधि, भारत के महापंजीयक का कार्यालय

बोध प्रश्न 5

i) भारत की रा-द्रीय जनसंख्या नीति में “ परिवार नियोजन से अलग” कौन-से बड़े उपाय किए गए हैं? सात पंक्तियों में उत्तर दीजिए

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ii) किन तत्वों पर भारत के परिवार कल्याण का भवि-य निर्भर करता है ? छः पंक्तियों में उत्तर दीजिए ।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.8 सारांश

यह इकाई जनसांख्यिकी की परिभा-गा से प्रारंभ होती है और निम्न संभावनाओं की जाँच करती है : मृत्यु दर, जनन क्षमता, जनसंख्या का संयोजन और देशांतरण । मापने के तकनीक दिए गए हैं और उसके सामाजिक और सांस्कृतिक दृ-टिकोणों को उजागर करने की आवश्यकता पर जोर दिया गया है । हमने भारत की जनसंख्या के आकार और विकास का वर्णन किया और उसके परिणामों की जाँच की । भारत में जनन क्षमता और मृत्यु दर के निर्धारकों और परिणामों की व्याख्या की गई है । भारत की जनसंख्या की उम्र और लिंग

संरचना उसके निर्धारक हैं और परिणाम वर्गीकृत किए गए हैं। परिवार नियोजन और परिवार कल्याण की अवधारणा और परिवार नियोजन की बाधाओं की चर्चा की गई है। भारत की जनसंख्या नीति, इसकी उत्पत्ति और अवयव, परिवार कार्यक्रम की उपलब्धियों और इसकी भविष्य की संभावनाएँ, अंत में जनसांख्यिकी स्तर पर की गई चर्चा सामाजिक समस्याओं को सुधारने के प्रयासों को जानने में मदद करता है।

4.9 शब्दावली

जनन क्षमता : जनन क्षमता वास्तविक प्रजनक नि-पादन की ओर संकेत करता है, चाहे व्यक्ति अथवा समूह पर लागू किया गया हो, जीवित जन्मे बच्चों की संख्या के रूप में माप किया जाता है।

जीवन की संभावना/जन्म से जीवन की औसत संभावना : नवजातों के दस्ते (अर्थात् उसी वर्ग जन्मे बच्चे) के जीवन की अध्ययन के समय देश की उम्र सापेक्ष मृत्यु दर के खतरे के खिलाफ औसत आशा।

नव प्रासूतिक और नव प्रासूतिक पश्चात मृत्यु : जब कोई बच्चा जीवन के प्रथम चार सप्ताहों में मर जाता है तो यह नव प्रासूतिक मृत्यु के रूप में माना जाता है। जब बच्चा चार सप्ताह जीवित रहकर किंतु वर्ग के पूरा होने से पूर्व मर जाता है, तो उस नव प्रासूतिक पश्चात मृत्यु कहते हैं।

जनसंख्या वृद्धि दर : जनसंख्या वृद्धि मापने का एक तरीका उसकी गणना करना है जिस दर से जनसंख्या बढ़ती है। यह दो समय में किसी खास क्षेत्र की जनसंख्या के आकार का अंतर जानकर उसे पूर्व के समय की जनसंख्या के पूर्ण परिवर्तन के द्वारा विभाजित करके किया जाता है।

लिंग अनुपात : लिंग अनुपात को प्रति 100 स्त्रियों में पुरु-ओं की संख्या या प्रति 100 पुरु-ओं में स्त्रियों की संख्या दोनों तरीकों से उजागर किया जा सकता है। भारतीय जनगणना ने लिंग अनुपात को प्रति 1000 पुरु-ओं में स्त्रियों की संख्या के रूप में परिभाषित किया है।

4.10 कुछ उपयोगी पुस्तकें

भांडे, आशा ए. और कनितकर, तारा 1992, *प्रिंसिपल ऑफ पॉपुलेशन स्टडीज*, बम्बई : हिमालय पब्लिशिंग हाउस (पाँचवां संस्करण), (अध्याय 7,8,9 और 15)।

मिश्रा, भास्कर डी, 1981, *एन इंट्रोडक्शन टु दी स्टडी ऑफ पॉपुलेशन*, साउथ एशियन पब्लिशर्स प्रा. लि. नई दिल्ली : (अध्याय 3 और 11)।

4.11 बोध प्रश्नों के उत्तर

बोध प्रश्न 1

- i) ख) 844 मिलियन
- ii) विकास कार्यक्रम बढ़ती हुई जनसंख्या की आवश्यकताओं के साथ तालमेल बैठाने में अक्षम रहे हैं। आवास, स्वास्थ्य सेवाएँ और रोजगार के अवसरों की देश में कमी है।

प्रति व्यक्ति खाद्यान्न की उपज में बढ़ोत्तरी साधारण है और प्रति व्यक्ति आय निम्न है। ये समस्याएँ जनसंख्या के वृहत् आकार और उच्च जनसंख्या वृद्धि दर की देन हैं।

बोध प्रश्न 2

- i)
$$\frac{\text{एक वर्ग के भीतर जीवित जन्म}}{\text{वर्ग के मध्य में कुल जनसंख्या}} \times 1000$$
- ii) (i) ज्यादातर धर्म उच्च जन्म दर को उत्साहित करते हैं, (ii) विवाह की सार्वभौमिकता, (iii) कम उम्र में विवाह, (iv) बच्चे पैदा करने पर जोर, (v) लड़कों की चाहत, (vi) भाग्यवादी, (vii) उच्च नवजात और बाल मृत्यु दर, (viii) औरतों की निम्न प्रस्थिति, (ix) संयुक्त परिवार ।
- iii) औरतें अपने उत्पादक जीवन के सर्वोत्तम वर्गों में केवल बच्चे पैदा करने में लगी रहती हैं। अति संताने पैदा करना उनके स्वास्थ्य को प्रभावित करता है । कमाने वाला बड़े परिवार का भरण-पोषण करने में अक्षम होकर कुंठित हो जाता है । बच्चे बहुधा तिरस्कृत हो जाते हैं । वे अपराधी व्यवहार में संलग्न हो सकते हैं । उनसे बहुधा कम उम्र में ही स्कूल छोड़कर काम करने के लिए कहा जाता है । लड़की को शिक्षा नहीं दी जाती है और कम उम्र में ही उसकी शादी करवा कर जल्दी बच्चे पैदा करने के लिए छोड़ दी जाती हैं ।

बोध प्रश्न 3

- i) पद “जीवन की औसत संभावना” या जीवन की संभावना यह दर्शाता है कि उस वर्ग जन्में बच्चों की उस समय की मृत्यु दर के अनुसार, कितने वर्ग जीवन की आशा है।
- ii) नव-प्रासूतिक मृत्यु दर बच्चों के प्रथम चार सप्ताह के जीवन के दौरान मृत्यु को इंगित करता है ।
- iii) क) 18 वर्ग से कम उम्र की माँ, (ख) 4 से ज्यादा समानता, (ग) जन्मों के मध्य एक वर्ग से कम का अंतराल, (घ) निम्न जन्म कालिक वजन, (च) प्रसूतिकालिक व्याधि निरोधी सावधानी का अभाव, (छ) घर पर अस्वास्थ्यकर वातावरण में कराया गया प्रसव, (ज) कोलोस्ट्रम (मातृ स्तन की प्रथम धार) बच्चों को नहीं दिया जाना।
- iv) (क) बचपन की सामान्य बीमारियों का विमुक्तीकरण द्वारा नहीं बचाया जाना, (ख) डायरिया और निर्जलीकरण, (ग) पोषक तत्वों की कमी ।

बोध प्रश्न 4

- i) भारत एक प्राचीन देश है । इसका इतिहास सदियों पुराना है । इसकी जनसंख्या बाल बहुल है अर्थात् जनसंख्या का 40 प्रतिशत 15 वर्ग से कम उम्र का है । अमेरिका जैसे विकसित देश में यह प्रतिशत 22 के लगभग है ।
- ii) मुख्यतः निम्न प्रस्थितिजन्य अवहेलना की वजह से भारत में लिंग अनुपात महिलाओं के प्रतिकूल है । अधिकांश आयु समूहों में महिलाओं की मृत्यु दर पुरुषों की अपेक्षा ज्यादा है ।

बोध प्रश्न 5

- i) (क) विवाह की न्यूनतम उम्र बढ़ाना, (ख) स्कूलों में जनसंख्या की शिक्षा, (ग) औरतों की प्रस्थिति में सुधार, विशेषतः शिक्षा के द्वारा, (घ) 2001 तक 1971 की जनसंख्या के आँकड़ों को हर स्थिति में, जहाँ जनसंख्या राज्यों के साथ केंद्रीय स्रोतों के बंटवारे का तत्व है, स्थिर कर देना, (च) राज्य की योजनाओं के लिए केंद्रीय सहायता को राज्य के परिवार कल्याण कार्यक्रम की उपलब्धि के साथ जोड़ना ।
- ii) (क) परिवार नियोजन की विस्तृत स्वीकृति, (ख) परिवार नियोजन कार्यक्रम को निम्न उपलब्धि प्राप्त राज्यों यथा – बिहार, मध्य प्रदेश, राजस्थान, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश इत्यादि में सुधार ।
- iii) कम उम्र के परिवार नियोजन स्वीकार करना और किसी भी स्थिति में लड़का हो या लड़की दो बच्चों तक ही परिवार को सीमित रखना ।