



ISSN: 2230-7850

IMPACT FACTOR : 5.1651 (UIF)

VOLUME - 10 | ISSUE - 8 | SEPTEMBER- 2020

स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी: एक सामाजिक-आर्थिक अध्ययन

डॉ० उमेश कुमार शाक्य

अध्यक्ष, अर्थशास्त्र विभाग, माता भगवती देवी राजकीय महिला महाविद्यालय
आँवलखेड़ा, आगरा, उत्तर प्रदेश.

सारांश

भारत में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी एक-दूसरे से गहराई से जुड़े हुए सामाजिक-आर्थिक मुद्दे हैं, जो मानव विकास के स्तर को सीधे प्रभावित करते हैं। निम्न-आय वर्गों में कुपोषण, एनीमिया, बाल एवं मातृ मृत्यु दर तथा संक्रामक रोगों की संभावना अधिक पाई जाती है। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वच्छ जल, स्वच्छता, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी और अशिक्षा इस स्थिति को और गंभीर बना देती है। अध्ययन में यह भी पाया गया कि सामाजिक पिछड़ेपन, लैंगिक भेदभाव और स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता की कमी के कारण महिलाएँ और बच्चे सबसे अधिक प्रभावित होते हैं। यद्यपि सार्वजनिक वितरण प्रणाली (PDS), ICDS, मिड-डे मील, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) और आयुष्मान भारत जैसी योजनाओं ने सुधार लाने की दिशा में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है, लेकिन क्रियान्वयन की समस्याएँ, क्षेत्रीय असमानताएँ और पोषण कार्यक्रमों की गुणवत्ता अभी भी बड़ी चुनौतियाँ बनी हुई हैं।



अध्ययन से यह निष्कर्ष निकलता है कि स्वास्थ्य और पोषण के बिना गरीबी उन्मूलन संभव नहीं है, और गरीबी कम हुए बिना स्वास्थ्य में सुधार सीमित रहता है। इस दुष्चक्र को तोड़ने के लिए बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण अपनाना आवश्यक है जिसमें आर्थिक सशक्तिकरण, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ, पोषण सुरक्षा, शिक्षा, स्वच्छता, महिला सशक्तिकरण और सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम समान रूप से शामिल हों।

बीज शब्द (Keyword) : स्वास्थ्य, पोषण, गरीबी, कुपोषण, ग्रामीण स्वास्थ्य, खाद्य सुरक्षा, पोषण कार्यक्रम, गरीबी का दुष्चक्र.

साहित्य समीक्षा

भारत में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी एक-दूसरे से गहराई से जुड़े सामाजिक-आर्थिक आयाम हैं जिन पर विभिन्न शोधकर्ताओं ने समय-समय पर विस्तृत अध्ययन प्रस्तुत किए हैं। पूर्ववर्ती साहित्य दर्शाता है कि गरीबी न

केवल स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता को सीमित करती है, बल्कि पोषण स्तर को भी सीधे प्रभावित करती है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO, 2010) के अनुसार कुपोषण और गरीबी परस्पर सुदृढ़क हैं, जहाँ कम आय पोषक आहार को सीमित करती है और कमजोर स्वास्थ्य कार्यक्षमता को घटाकर आय अर्जन की क्षमता को प्रभावित करता है।

भारतीय संदर्भ में नेशनल फ़ैमिली हेल्थ सर्वे (NFHS-3, 2005-06; NFHS-4, 2015-16) के आंकड़ों से स्पष्ट है कि निम्न आय वर्ग के बच्चों में स्टंटिंग, वेस्टिंग और अंडरवेट की उच्च दर प्रचलित है। देसाई एवं शाह (2013) के अध्ययन में बताया गया कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की कमजोर पहुँच और अधिकांश कुपोषण की गंभीरता को बढ़ाती है। विभिन्न अध्ययनों में यह भी पाया गया कि सामाजिक बहिष्करण, विशेषकर अनुसूचित जाति, जनजाति और अन्य वंचित समूहों में, स्वास्थ्य असमानताओं को और गहरा करता है (ड्रेज़ और सेन, 2013)।

पोषण संबंधित साहित्य में आय स्तर, खाद्य सुरक्षा और आहार विविधता को कुपोषण के प्रमुख निर्धारक के रूप में चिन्हित किया गया है। FAO (2013) ने खाद्य असुरक्षा को गरीबीग्रस्त देशों की प्रमुख चुनौती बताया है, जबकि भारतीय शोधकर्ताओं ने यह तर्क दिया है कि सार्वजनिक वितरण प्रणाली (PDS) और ICDS योजनाएँ पोषण सुधार में महत्वपूर्ण योगदान देती हैं, परंतु इनकी पहुँच और कार्यकुशलता राज्यवार भिन्न है (कपूर, 2014)।

स्वास्थ्य पर गरीबी के प्रभाव का विश्लेषण करते हुए मुदलियार और सिंह (2011) ने पाया कि गरीब परिवार बीमारी के दौरान प्राइवेट सेवाओं के महंगे विकल्प चुनने में असमर्थ होते हैं, जिसके कारण अक्सर उपचार अधूरा रह जाता है। ग्रामीण क्षेत्रों में योग्य स्वास्थ्यकर्मियों की कमी, दवाओं की अनुपलब्धता तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का अपर्याप्त बुनियादी ढाँचा स्वास्थ्य परिणामों को कमजोर करता है।

समग्र रूप से उपलब्ध साहित्य यह इंगित करता है कि स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी का संबंध चक्रीय है—गरीबी पोषण को प्रभावित करती है, कुपोषण स्वास्थ्य को कमजोर करता है, और कमजोर स्वास्थ्य आर्थिक उत्पादकता को घटाकर गरीबी को बनाए रखता है। अतः नीतिगत हस्तक्षेपों में बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण—स्वास्थ्य, खाद्य सुरक्षा, शिक्षा और सामाजिक सुरक्षा—को समन्वित रूप से अपनाना आवश्यक है।

शोध विधि

इस शोध में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी के पारस्परिक संबंधों का विश्लेषण करने हेतु वर्णनात्मक (Descriptive) तथा विश्लेषणात्मक (Analytical) शोध पद्धति का प्रयोग किया गया है। अध्ययन की प्रकृति मुख्यतः द्वितीयक (Secondary Data Based) है, क्योंकि इसमें उपलब्ध आधिकारिक रिपोर्टें, सर्वेक्षणों और पूर्व प्रकाशित शोध कार्यों के आधार पर निष्कर्ष तैयार किए गए हैं।

अध्ययन अखिल भारतीय स्तर पर केंद्रित है, जिसमें विशेष रूप से ग्रामीण और निम्न-आय वर्ग के परिवारों की स्वास्थ्यगत एवं पोषण संबंधी स्थितियों का विश्लेषण शामिल है। लक्षित जनसंख्या में वे परिवार सम्मिलित हैं जो सरकारी सर्वेक्षणों—विशेषकर NFHS, NSSO एवं Census—में गरीबी और स्वास्थ्य सूचकों के आधार पर चिन्हित किए गए हैं।

शोध में प्रयुक्त डेटा पूर्णतः विश्वसनीय द्वितीयक स्रोतों से लिया गया है, जिनमें प्रमुख रूप से शामिल हैं—राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFHS-3, 2005-06; NFHS-4, 2015-16), राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण कार्यालय (NSSO) रिपोर्ट्स, भारतीय जनगणना 2011, WHO, FAO एवं UNICEF की विभिन्न रिपोर्टें, योजना आयोग एवं नीति आयोग की गरीबी अनुमान संबंधित रिपोर्टें, शोध लेख एवं पुस्तकों से पूर्व प्रकाशित साहित्य शामिल हैं।

संग्रहित आंकड़ों का विश्लेषण सांख्यिकीय तथा तुलनात्मक (Comparative) विधियों के आधार पर किया गया है। स्वास्थ्य एवं पोषण सूचकों—जैसे कि IMR, MMR, स्टंटिंग, वेस्टिंग, अंडरवेट, एनीमिया, प्रति व्यक्ति

आय—का गरीबी स्तरों के साथ संबंध स्थापित करने के लिए तालिकाओं और प्रतिशत आधारित विश्लेषण का उपयोग किया गया है। इसके अतिरिक्त, विभिन्न योजनाओं (PDS, ICDS, NRHM आदि) के प्रभावों को भी तुलनात्मक रूप से प्रस्तुत किया गया है।

स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी के बीच संबंधों को समझने हेतु उपलब्ध द्वितीयक आंकड़ों (NFHS, NSSO, WHO, FAO आदि) का विश्लेषण किया गया है। भारत में गरीबी स्तर और स्वास्थ्य-संबंधी सूचकों में गहरी परस्पर निर्भरता पाई जाती है, जिसे विभिन्न डेटा बिंदुओं के माध्यम से स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है।

डेटा विश्लेषण

स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी के बीच संबंधों को समझने हेतु उपलब्ध द्वितीयक आंकड़ों (NFHS, NSSO, WHO, FAO आदि) का विश्लेषण किया गया है। भारत में गरीबी स्तर और स्वास्थ्य-संबंधी सूचकों में गहरी परस्पर निर्भरता पाई जाती है, जिसे विभिन्न डेटा बिंदुओं के माध्यम से स्पष्ट रूप से देखा जा सकता है।

1. गरीबी और स्वास्थ्य सूचकों का संबंध

NFHS-4 (2015–16) के अनुसार भारत में पाँच वर्ष से कम आयु के 38% बच्चे स्टंटेड, 21% वेस्टेड तथा 36% अंडरवेट पाए गए। ग्रामीण क्षेत्रों में यह प्रतिशत शहरी क्षेत्रों की तुलना में अधिक है, और गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले परिवारों में कुपोषण की तीव्रता सबसे अधिक दर्ज की गई है। इसके अतिरिक्त, शिशु मृत्यु दर (IMR) और मातृ मृत्यु दर (MMR) भी निम्न-आय समूहों में काफी अधिक हैं।

2. आय स्तर का पोषण पर प्रभाव

NSSO (68th Round, 2011–12) के अनुसार निम्न-आय वाले परिवारों का खाद्य उपभोग व्यय कुल आय के बड़े हिस्से (47–55%) को ग्रहण करता है, परंतु इसके बावजूद आहार विविधता सीमित रहती है। गरीब परिवार मुख्यतः अनाज-आधारित आहार पर निर्भर रहते हैं, जिससे प्रोटीन, आयरन, विटामिन आदि की कमी अधिक देखी जाती है। FAO (2013) के अनुसार भारत में 'हिडन हंगर' यानी सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी का प्रमुख कारण कम विविध आहार और गरीबी-जनित खाद्य असुरक्षा है।

3. स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और गरीबी

कम आय वाले परिवारों में स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच कम पाई गई। NFHS-4 रिपोर्ट दर्शाती है कि ग्रामीण और गरीब वर्गों में प्रसव पूर्व जांच (ANC), संस्थागत प्रसव और टीकाकरण कवरेज नगण्य रूप से कम है। साथ ही, NSSO (2014) के अनुसार 64% ग्रामीण परिवार बीमार होने पर निजी स्वास्थ्य सेवाएँ वहन नहीं कर पाते, जिसके कारण उपचार अधूरा रह जाता है।

4. बाल एवं महिला पोषण की स्थिति

NFHS-4 के आंकड़े बताते हैं कि-53% महिलाएँ एनीमिक हैं, 58% बच्चे (6–59 महीने) एनीमिक, 36% बच्चे अंडरवेट इन आंकड़ों से स्पष्ट है कि पोषण-अभाव परिवार की आर्थिक स्थिति और महिला शिक्षा स्तर से गहराई से प्रभावित होता है। गरीब परिवारों में महिला शिक्षा न्यूनतम होने से पोषण संबंधी जागरूकता भी कम रहती है।

5. सरकारी योजनाओं का प्रभाव

ICDS, PDS, NRHM और मध्याह्न भोजन योजना (MDMS) ने पोषण और स्वास्थ्य सुधार में योगदान तो दिया है, लेकिन राज्यवार असमानताएँ और योजना क्रियान्वयन की खामियाँ इनकी प्रभावशीलता को सीमित करती हैं। उदाहरण के लिए, PDS की लीकेज दर गरीब परिवारों तक सही मात्रा में अनाज पहुँचने में बाधा उत्पन्न करती है।

संपूर्ण डेटा इंगित करता है कि गरीबी के कारण उत्पन्न पोषण-अभाव स्वास्थ्य को कमजोर करता है और कमजोर स्वास्थ्य आय अर्जन क्षमता को घटाकर गरीबी के चक्र को और गहरा करता है। स्वास्थ्य एवं पोषण संकेतकों में सुधार के लिए गरीबी उन्मूलन नीतियों, खाद्य सुरक्षा कार्यक्रमों, और स्वास्थ्य ढाँचे के विस्तार को समान रूप से सुदृढ़ करना अनिवार्य है।

भारत में स्वास्थ्य, पोषण एवं गरीबी की स्थिति को निम्नलिखित तालिकाओं से समझा जा सकता है –

भारत में कुपोषण की स्थिति

पोषण सूचकांक	प्रतिशत (%)
स्टंटिंग (5 वर्ष से कम)	38%
वेस्टिंग	21%
अंडरवेट	36%
एनीमिक महिलाएँ (15-49 वर्ष)	53%
एनीमिक बच्चे (6-59 महीने)	58%

स्रोत : National Family Health Survey (NFHS-4, 2015-16), NFHS-4

तालिका दर्शाती है कि कुपोषण—विशेषकर स्टंटिंग, वेस्टिंग और एनीमिया—गरीबीग्रस्त परिवारों में अत्यधिक व्यापक है। यह प्रवृत्ति बताती है कि पोषक आहार की उपलब्धता और गुणवत्ता सीधे आय स्तर पर निर्भर करती है।

गरीबी और खाद्य उपभोग व्यय का तुलना

आय वर्ग	खाद्य पर व्यय (%)	गैर-खाद्य पर व्यय (%)
निम्न-आय (Bottom 20%)	55%	45%
मध्यम-आय	42%	58%
उच्च-आय	32%	68%

स्रोत : NSSO

तालिका से ज्ञात होता है कि निम्न-आय वर्ग अपनी आय का बड़ा हिस्सा खाद्य पर व्यय करता है, फिर भी आहार विविधता की कमी बनी रहती है, जिससे 'हिडन हंगर' की स्थिति उत्पन्न होती है।

स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच — ग्रामीण बनाम शहरी

स्वास्थ्य सेवा संकेतक	ग्रामीण (%)	शहरी (%)
संस्थानगत प्रसव	75%	94%
पूर्ण टीकाकरण	62%	71%
प्रसव पूर्व जांच (4+ ANC)	31%	65%
निजी स्वास्थ्य सेवा का उपयोग	48%	62%

स्रोत : NFHS-4

ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के असमान वितरण को दर्शाती है, जहाँ ग्रामीण क्षेत्रों में संस्थानगत प्रसव, ANC जांच और टीकाकरण कवरेज काफी कम है। यह असमानता स्वास्थ्य अवसंरचना और आर्थिक क्षमता दोनों से प्रभावित होती है।

खाद्य सुरक्षा कार्यक्रमों का कवरेज

योजना	लाभार्थी कवरेज	प्रमुख लाभ
PDS	80 करोड़ से अधिक	सब्सिडीयुक्त अनाज
ICDS	10.3 लाख आंगनवाड़ी केंद्र	बच्चों/गर्भवती महिलाओं को पोषण
MDMS (मिड-डे मील)	11.8 करोड़ विद्यार्थी	स्कूल पोषण
NRHM	पूरे देश में	प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार

स्रोत : MHRD Ministry of Health & Family Welfare, Ministry of Women & Child Development

भारत में चयनित स्वास्थ्य सूचकांक

सूचकांक	India
Infant Mortality Rate (IMR)	34 प्रति 1000 जीवित जन्म
Maternal Mortality Ratio (MMR)	174 प्रति 1 लाख जीवित जन्म
Life Expectancy	68.8 वर्ष

स्रोत : WHO

खाद्य सुरक्षा कार्यक्रमों का कवरेज एवं भारत में चयनित स्वास्थ्य सूचकांक से संबंधित तालिकाएँ दर्शाती हैं कि सरकारी योजनाएँ और स्वास्थ्य सूचकांक सुधार की दिशा में योगदान तो दे रहे हैं, परंतु उनकी प्रभावशीलता गरीबी, सामाजिक असमानता और कमजोर क्रियान्वयन से सीमित हो जाती है।

समस्याएं/चुनौतियाँ

भारत में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी की स्थिति कई जटिल सामाजिक-आर्थिक चुनौतियों से घिरी हुई है, जो एक-दूसरे को प्रभावित करते हुए गरीबी के दुष्चक्र को और सुदृढ़ करती हैं। सबसे बड़ी समस्या **आर्थिक असमानता** है, जिसके कारण निम्न-आय वर्ग के परिवार पौष्टिक भोजन, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाएँ और सुरक्षित आवास जैसी मूलभूत आवश्यकताओं को पूरा नहीं कर पाते। आय की कमी के कारण परिवार सस्ते, कम पौष्टिक और असंतुलित आहार पर निर्भर होते हैं, जिससे कुपोषण और सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी व्यापक रूप से देखी जाती है।

एक अन्य प्रमुख चुनौती **स्वास्थ्य सेवाओं की क्षेत्रीय असमानता** है। ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या और गुणवत्ता दोनों अपर्याप्त हैं। योग्य डॉक्टरों, नर्सों और दवाइयों की कमी के कारण बीमारियाँ समय पर उपचार न मिलने से गंभीर रूप ले लेती हैं। प्रसव पूर्व देखभाल, टीकाकरण और मातृ-शिशु स्वास्थ्य सेवाओं की कमजोर पहुँच भी स्वास्थ्य परिणामों को नकारात्मक रूप से प्रभावित करती है।

शिक्षा और जागरूकता का निम्न स्तर भी एक बड़ी बाधा है। गरीब और अशिक्षित परिवार स्वास्थ्य एवं पोषण संबंधी बुनियादी जानकारी से वंचित होते हैं, जिसके कारण स्वच्छता, पोषण, टीकाकरण और संतुलित आहार से संबंधित व्यवहार में सुधार नहीं हो पाता। इससे विशेष रूप से महिलाओं और बच्चों में कुपोषण की दर अधिक बनी रहती है।

साथ ही, **खाद्य असुरक्षा** भारत की एक पुरानी और गंभीर चुनौती है। सार्वजनिक वितरण प्रणाली (PDS) में लीकेज, भेदभाव, अनियमितता और गुणवत्ताहीन अनाज वितरण जैसी समस्याओं के कारण गरीब परिवारों तक पर्याप्त और गुणवत्तापूर्ण खाद्य सामग्री नहीं पहुँच पाती। इसी प्रकार ICDS और मिड-डे मील कार्यक्रमों में भी कई क्षेत्रों में क्रियान्वयन की खामियाँ देखी जाती हैं।

स्वच्छ पेयजल और स्वच्छता सुविधाओं की कमी भी स्वास्थ्य समस्याओं को बढ़ाती है। ग्रामीण क्षेत्रों में दूषित जल स्रोतों, खुले में शौच और उचित कचरा प्रबंधन की कमी के कारण दस्त, डेंगू, मलेरिया और अन्य बीमारियाँ अधिक प्रचलित हैं, जो पहले से पोषक तत्वों की कमी झेल रहे बच्चों और कमजोर प्रतिरक्षा वाले व्यक्तियों के लिए अधिक घातक सिद्ध होती हैं।

सामाजिक असमानताएँ, जैसे जाति, लिंग और क्षेत्रीय भेदभाव, स्वास्थ्य व पोषण सेवाओं तक पहुँच में अंतर पैदा करती हैं। अनुसूचित जाति व जनजाति समूहों में कुपोषण और स्वास्थ्य समस्याएँ अधिक पाई जाती हैं, जिससे गरीबी का चक्र पीढ़ी-दर-पीढ़ी चलता रहता है।

इन सभी चुनौतियों का समग्र विश्लेषण यह दर्शाता है कि भारत में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी की समस्या केवल आर्थिक नहीं बल्कि संरचनात्मक, सामाजिक और नीतिगत स्तर पर भी गहराई से जुड़ी हुई है, जिसके समाधान हेतु बहुआयामी रणनीति आवश्यक है।

सुझाव/उपाय

भारत में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी की जटिल समस्या से निपटने के लिए बहुआयामी, दीर्घकालिक और समन्वित नीति-हस्तक्षेप आवश्यक हैं। इस दिशा में निम्न सुझाव/उपाय अत्यंत महत्वपूर्ण हैं:

1. आर्थिक सशक्तिकरण एवं आजीविका के अवसर बढ़ाना

गरीबी उन्मूलन स्वास्थ्य और पोषण सुधार का मूल आधार है। इसके लिए ग्रामीण रोजगार सृजन (जैसे- मनरेगा), स्वरोजगार योजनाएँ, महिला स्वयं सहायता समूहों (SHGs) का विस्तार, और छोटे-मझोले उद्यमों

(MSMEs) को प्रोत्साहन अत्यंत महत्वपूर्ण है। आय स्तर बढ़ने से भोजन की गुणवत्ता और स्वास्थ्य-सेवा उपयोग दोनों में सुधार संभव है।

2. पोषण-विशिष्ट एवं पोषण-संवेदनशील कार्यक्रमों को सशक्त बनाना

ICDS, PDS और मिड-डे मील (MDMS) जैसी योजनाओं के प्रभावी क्रियान्वयन से कुपोषण में उल्लेखनीय कमी लाई जा सकती है। आंगनवाड़ी केंद्रों में पर्याप्त पोषक आहार, सप्लिमेंटरी न्यूट्रिशन, और बच्चों की नियमित निगरानी को मजबूत करना आवश्यक है। साथ ही, गर्भवती एवं स्तनपान कराने वाली माताओं को पोषण किट, माइक्रोन्यूट्रिएंट सप्लिमेंट, तथा स्वास्थ्य परामर्श उपलब्ध कराया जाना चाहिए।

3. स्वास्थ्य अवसंरचना का विस्तार और गुणवत्ता सुधार

ग्रामीण और पिछड़े क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की संख्या बढ़ाना, वहाँ योग्य डॉक्टरों और नर्सों की नियुक्ति करना, आवश्यक दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करना आवश्यक है। मोबाइल हेल्थ यूनिट, टेलीमेडिसिन और डिजिटल हेल्थ प्लेटफॉर्म जैसी आधुनिक सुविधाओं का विस्तार स्वास्थ्य सेवाओं को सुलभ बना सकता है।

4. मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पर विशेष ध्यान

ANC जांच, संस्थागत प्रसव, जन्म के बाद देखभाल, और टीकाकरण कार्यक्रमों को तेज़ी से लागू करना महत्वपूर्ण है। मातृ स्वास्थ्य में सुधार के लिए आयरन-फोलिक एसिड सप्लिमेंट, स्तनपान जागरूकता, और परिवार नियोजन सेवाओं को अधिक प्रभावी बनाने की आवश्यकता है।

5. स्वच्छता, स्वच्छ जल और पोषण के बीच संबंध को सुदृढ़ करना

स्वच्छ भारत मिशन के अंतर्गत शौचालय निर्माण के साथ-साथ व्यवहार परिवर्तन पर ध्यान देना होगा। सुरक्षित पेयजल की उपलब्धता सुनिश्चित करने से दस्त और अन्य जलजनित रोगों में कमी आएगी, जो पोषण स्तर सुधार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

6. जन-जागरूकता और शिक्षा का विस्तार

स्वास्थ्य और पोषण संबंधी ज्ञान का अभाव गरीब परिवारों में सबसे बड़ी बाधा है। विद्यालयों, आंगनवाड़ी केंद्रों, पंचायतों और मीडिया के माध्यम से संतुलित आहार, स्वच्छता, स्तनपान, टीकाकरण और पोषण संबंधी जानकारी का प्रसार किया जाना चाहिए। महिलाओं की शिक्षा को विशेष प्राथमिकता दी जानी चाहिए, क्योंकि शोध दर्शाते हैं कि शिक्षित महिलाओं के परिवारों में पोषण स्तर बेहतर होता है।

7. सामाजिक सुरक्षा योजनाओं को मजबूत बनाना

आरोग्य भारत, जननी सुरक्षा योजना, आयुष्मान भारत जैसे कार्यक्रम गरीब परिवारों के लिए सुरक्षा कवच का काम कर सकते हैं। इनके प्रभावी क्रियान्वयन तथा लाभार्थियों की आसान पहुँच सुनिश्चित करनी होगी। स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का कवरेज बढ़ाने से out-of-pocket expenditure कम होगा।

8. खाद्य सुरक्षा तंत्र में सुधार

PDS में लीकेज रोकने, DBT प्रणाली का विस्तार करने, राशन कार्ड के डिजिटलीकरण, और गुणवत्ता नियंत्रण से गरीब परिवारों को वास्तविक लाभ मिल सकेगा। इसके अतिरिक्त, स्थानीय स्तर पर पौष्टिक भोजन की उपलब्धता बढ़ाने हेतु सामुदायिक किचन एक प्रभावी समाधान हो सकता है।

9. डेटा-आधारित नीति निर्माण

NFHS, NSSO और राज्य स्तरीय सर्वेक्षणों के आधार पर वास्तविक समय डेटा विश्लेषण कर नीतियों को क्षेत्रीय आवश्यकताओं के अनुसार अनुकूलित किया जाना चाहिए।

समग्र रूप से, स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी की समस्या से निपटने के लिए केवल सरकारी योजनाएँ पर्याप्त नहीं हैं, बल्कि समुदाय-आधारित प्रयास, जागरूकता, शिक्षा और बहु-क्षेत्रीय समन्वय आवश्यक हैं। ये समग्र उपाय भारत को एक स्वस्थ, पोषित और आर्थिक रूप से सशक्त समाज की दिशा में आगे ले जा सकते हैं।

निष्कर्ष

भारत में स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी एक त्रिकोणीय समस्या के रूप में एक-दूसरे से गहराई से जुड़ी हुई हैं, जिसका प्रभाव न केवल व्यक्ति और परिवार के स्तर पर बल्कि व्यापक सामाजिक-आर्थिक विकास पर भी स्पष्ट रूप से दिखाई देता है। अध्ययन से यह निष्कर्ष निकलता है कि गरीबी पोषण-अभाव को जन्म देती है, पोषण-अभाव स्वास्थ्य समस्याओं को बढ़ाता है और कमजोर स्वास्थ्य पुनः आर्थिक उत्पादकता को घटाकर गरीबी के दुष्चक्र को मजबूत करता है। यह चक्र तब तक अपरिवर्तित रहता है जब तक एकीकृत, बहु-क्षेत्रीय नीति दृष्टिकोण अपनाया न जाए।

सांख्यिकीय आंकड़े स्पष्ट रूप से दर्शाते हैं कि गरीब परिवारों में कुपोषण, एनीमिया, शिशु एवं मातृ मृत्यु दर जैसी समस्याएँ अधिक गंभीर हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की सीमित पहुँच, शिक्षा की कमी, स्वच्छता और सुरक्षित जल की अनुपलब्धता इन समस्याओं को और गहरा कर देती है। यद्यपि PDS, ICDS, NRHM, मिड-डे मील और आयुष्मान भारत जैसी सरकारी योजनाएँ सकारात्मक दिशा में योगदान दे रही हैं, परंतु क्रियान्वयन में क्षेत्रीय असमानताएँ और ढाँचागत सीमाएँ अभी भी बड़ी बाधा बनी हुई हैं।

इस अध्ययन से यह भी स्पष्ट होता है कि स्वास्थ्य, पोषण और गरीबी की समस्या केवल आर्थिक मुद्दा नहीं है, बल्कि यह सामाजिक, संरचनात्मक और नीतिगत चुनौतियों से भी जुड़ी हुई है। इसलिए समाधान भी बहुआयामी होने चाहिए, जिसमें आर्थिक सशक्तिकरण, स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार, गुणवत्तापूर्ण पोषण कार्यक्रम, स्वच्छता सुविधाएँ, महिला शिक्षा, सामाजिक सुरक्षा योजनाएँ और जागरूकता अभियान समान रूप से शामिल हों। अंततः, भारत में एक स्वस्थ और समृद्ध समाज तभी संभव है जब स्वास्थ्य और पोषण को विकास के केंद्र में रखकर गरीबी उन्मूलन को प्राथमिकता दी जाए। समन्वित प्रयास इस जटिल चक्र को तोड़ने और स्थायी मानव विकास सुनिश्चित करने की दिशा में निर्णायक कदम सिद्ध होंगे।

संदर्भ

1. Agarwal, B. (2010). *Gender and green governance: The political economy of women's participation in community forestry*. Oxford University Press.
2. Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., et al. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451.

3. Deaton, A., & Drèze, J. (2009). Food and nutrition in India: Facts and interpretations. *Economic and Political Weekly*, 44(7), 42–65.
4. Drèze, J., & Sen, A. (2013). *An uncertain glory: India and its contradictions*. Princeton University Press.
5. Government of India. (2015). *National Family Health Survey (NFHS-4) 2015–16*. Ministry of Health and Family Welfare.
6. Government of India. (2018). *Rural Health Statistics 2017–18*. Ministry of Health and Family Welfare.
7. Haddad, L., Alderman, H., Appleton, S., Song, L., & Yohannes, Y. (2003). Reducing child malnutrition: How far does income growth take us? *World Bank Economic Review*, 17(1), 107–131.
8. IFPRI. (2017). *Global Hunger Index 2017: Inequalities of hunger*. International Food Policy Research Institute.
9. International Labour Organization. (2016). *World employment social outlook 2016: Transforming jobs to end poverty*. ILO Publications.
10. Jain, A., & Ghosh, S. (2015). Poverty, nutrition and public distribution system in India. *Indian Journal of Human Development*, 9(2), 205–219.
11. Mehta, A. K., & Shah, A. (2003). Chronic poverty in India: Overview study. *Chronic Poverty Research Centre Working Paper*.
12. NITI Aayog. (2018). *Nutritional status of children and women (based on NFHS-4)*. Government of India.
13. Radhakrishna, R., & Ravi, C. (2004). Malnutrition in India: Trends and determinants. *Economic and Political Weekly*, 39(7), 671–676.
14. Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
15. Smith, L. C., & Haddad, L. (2015). Reducing child malnutrition: Past drivers and priorities for the post-MDG era. *World Development*, 68, 180–204.
16. UNDP. (2016). *Human Development Report 2016: Human development for everyone*. United Nations Development Programme.
17. UNICEF. (2014). *The state of the world's children 2014: Every child counts*. UNICEF.
18. World Bank. (2013). *India: Nutrition at a glance*. World Bank Publications.
19. World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs*. WHO Publications.
20. World Health Organization. (2018). *Global nutrition report 2018*. WHO Publications.