समाज कल्याण कार्यक्रम एवं सामाजिक सशक्तिकरण

डॉ0 सत्यप्रकाश गुप्त*

समाज कल्याण कार्यक्रम सभी देशों में एक ही तरह हों ऐसी आशा नहीं की जा सकती। विभिन्न देशों में उनका भिन्न–भिन्न रूपों में होना स्वाभाविक है। इसके कई कारण हैं जैसे– प्रत्येक देश में कृपालुता, दानशीलता और पारस्परिक सहायता की अपनी परम्परा है। इसकी अपनी आर्थिक, राजनीतिक और सरकारी पद्धतियाँ हैं। प्रत्येक देश का क्षेत्रफल, परिणाम, जनसंख्या, इसके विकास का स्तर, इसके लाभ प्राप्तकर्ताओं की आवश्यताएं इसका प्रशासनिक ढांचा और इसके प्रशासन अधिकारी तथा अन्ततः इसके वित्तीय स्रोत भी उस देश के समाज कल्याण कार्यक्रमों के भिन्न–भिन्न होने में कारण हैं।

विकसित देशों में समाज कल्याण सेवाओं के स्तर और मार्ग को निर्धारित करने वाले प्रमुख तत्वों में जनसंख्या की वृद्धि, श्रमिक वर्ग की संरचना में परिवर्तन, कृषि से औद्योगिक रोजगार में बदलाव, ग्रामीण क्षेत्रों से शहरी क्षेत्रों की ओर जाना, पारिवारिक जीवन के ढाँचे में परिवर्तन, चिकित्साशास्त्र और समाजशास्त्र की प्रगति, जिसके फलस्वरूप मनुष्य की शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक आवश्यकताओं की ज्यादा अच्छी समझ और उन आवश्यकताओं की पूर्ति के प्रावधान शामिल हैं।

विकसित देशों में जिनमें भारत भी सम्मिलित है, जहाँ शताब्दियों से परम्परागत आर्थिक और सामाजिक संस्थाएं निर्बाध रूप से कार्यरत हैं, औद्योगिक और कृषि सम्बन्धी क्षेत्रों में तकनीकी विकास माध्यमों से ऐसे परिवर्तन हुए हैं जिनके कारण व्यक्ति और परिवार का ख्याल रखने वाली पूर्व निर्मित पद्धतियां विश्रृंखलित हुई हैं। समाज कल्याण कार्यक्रमों द्वारा प्रमुख रूप से जो परिवर्तन दिखाई देते हैं वे निम्न हैं–

(1.) देश में सम्बन्धों की अत्यन्त निकटता ने भूतकाल में आर्थिक, भावनात्मक तथा सामाजिक सुरक्षा को पर्याप्त मात्रा में प्रदान किया है, पर आज की परिवर्तनीय स्थितियों में वे सम्बन्ध उतने प्रभावशाली ढंग से क्रियाशील नहीं हो सके हैं।

(2.) द्वितीय महायुद्ध के बाद जो आजादी प्राप्त हुई तथा फलस्वरूप विभिन्न देशों के लोगों के मन में भविष्य के लिए जो आकांक्षाओं की लहरें उठीं उन्होनें समाज और कल्याण सेवाओं की पद्धति को प्रभावित किया है।

(3.) विकासशील देशों में जनसंख्या की वृद्धि अचानक हुई। वहाँ पहले से ही गरीबी बहुत व्यापक थी और उनके स्रोतों में कमी के कारण आर्थिक और सामाजिक प्रगति का दायरा सीमित भी था। इसके फलस्वरूप वहाँ समाज और कल्याण सेवाओं के प्रावधान में विशेष समस्यायें उठ खड़ी हुईं। इसीलिए इन देशों की शक्ति प्राथमिक रूप से जन्म दर को कम करने के प्रयासों में ही केन्द्रित रही।

(4.) कल्याण कार्यक्रमों में जनसंख्याओं का आयु आवंटन भी महत्वपूर्ण भूमिका रखता है। विकासशील देशों में नवयुवकों की संख्या कुल जनसंख्या का 49 से 55 प्रतिशत है। इस कारण से समाज और कल्याण के कार्यक्रमों में उन पर राष्ट्रीय आय का आनुपातिक रूप से अधिक अंश उनकी आवश्यकताओं की पूर्ति में खर्च होता है।

(5.) औसतन आयु सीमा में वृद्धि हुई है विशेष रूप से विकसित देशों में नार्वेजियन देशों में पुरूषों की औसतन आयु सीमा 71 वर्ष और स्त्रियों की 76 वर्ष है। भारत में औसतन आयु सीमा पुरूषों की 58.1 प्रतिशत और स्त्रियों की 59.1 प्रतिशत है।

(6.) श्रमिक दल की संरचना में हुए महत्वपूर्ण परिवर्तन का कल्याण सेवाओं पर दूरगामी प्रभाव पड़ा है और श्रमिक दल में स्त्रियों के वर्ग आनुपातिक वृद्धि इसमें मुख्य भूमिका निभा रही है। स्त्रियों की बढ़ी हुई भागीदारी, जिसमें अधिकांशतः कामकाजी मातायें है ने घर और बच्चों के प्रबन्ध की समस्या से निपटने के लिए नये समाज और कल्याण सेवाओं की आवश्यकता को उत्पन्न किया है।

(7.) तीव्र गति से बढ़ते हुए शहरीकरण ने कई नई चुनौतियाँ पैदा कर दी हैं। संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या परिगणन विभाग के अनुमानों के अनुसार संसार की जनसंख्या में शहरी संख्या 1950 में 29 प्रतिशत थी, 1975 में 35 प्रतिशत थी और 1985 में 43 प्रतिशत थी। इस शताब्दी के अन्त तक यह शहरी जनसंख्या बढ़कर 50 प्रतिशत से अधिक गयी है।

प्रत्येक देश अपने वित्तीय स्रोतों को ध्यान में रखते हुए अपने लोगों के लिए किसी न किसी प्रकार के कल्याण कार्यक्रम प्रदान करने के लिए प्रयासशील है। अपने–अपने नागरिकों की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए

* वरिष्ठ प्रवक्ता–समाजशास्त्र, का0सु0 साकेत पी0जी0 कालेज,अयोध्या, फैजाबाद

प्रत्येक देश अपने द्वारा निर्धारित व्यापक कार्यक्रमों की रूप रेखा निश्चित करते हैं। विभिन्न देशों में प्रमुख रूप से जिन कार्यक्रमों को संचालित किया जा रहा है उनके उद्देश्य एंव कार्यक्रम निम्नांकित हैं–

(1.) परिवार कल्याण सेवायें इसलिए दी जाती हैं कि वे व्यक्तियों और परिवारों को इस योग्य बनायें ताकि वे अपनी आवश्यकताओं की पूर्ति कर सकें, आर्थिक दबाव का सामना कर सकें, अन्तर्वैयक्तिक सम्बन्धों में सामंजस्य ला सकें और परिवारों के संचालन में सुधार ला सकें।

(2.) परिवार कल्याण एजेन्सियों के माध्यम से दी जाने वाली मुख्य सेवा में एक सेवा विवाहित युगलों के वैवाहिक उत्तरदायित्वों को पूरा करना तथा उनके वैवाहिक झगड़ों को निपटाना भी है। विवाह विषयक परामर्श की अत्यावश्यकता इस बात से स्पष्ट प्रतीत होती है कि विकसित देशों में इस समय सम्बन्ध विच्छेद और तलाक की दर बढ़ रही है। हाल ही में यह स्थिति विकासशील देशों में भी पनपने लगी है।

(3.) माता की देखभाल के कार्यक्रमों में गर्भावस्था से लेकर बाद तक बच्चों के मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य को बढ़ाने के लिए उठाये जाने वाले तथा विशेष रूप से गर्भवती महिलाओं के स्वास्थ्य कार्यक्रमों का एक अभिन्न अंग हैं। ये सेवाएं सामाजिक बीमे और मातृक लाभ योजनाओं से जुड़ी हुई हैं। विकासशील देशों में माता और शिशु की मृत्यु की ऊँची दरें इस बात की सूचक हैं कि वहाँ माता और शिशु के स्वास्थ्य के कार्यक्रम गुणात्मकता तथा मात्रा की दृष्टि से अपर्याप्त हैं।

(4.) परिवार कल्याण एजेंसियों द्वारा दी गई सेवाओं में, विशेष रूप से पश्चिमी यूरोप और उत्तरी अमेरिका में, एक सेवा है– परिवार जीवन शिक्षा। यह बातचीत, भाषण और रेडियो तथा दूरदर्शन के माध्यम से स्वस्थ पारिवारिक सम्बन्धों और दक्षता से पूर्ण घरेलू अर्थव्यवस्था का विकास करने में संरत है। भारत में इस प्रकार के कार्यक्रम औरतों के क्लबों तथा दूसरे समुदायों के माध्यम से, जो सामुदायिक विकास कार्यक्रम के भाग हैं, विकसित किये गये हैं।

(5.) होम मेकर सेवा या गृह सहायता सेवा सार्वजनिक या स्वैच्छिक कल्याण एजेंसियों के माध्यम से दी जाती है जिसके अन्तर्गत परिवारों को परिवार के उत्तरदायित्वों को पूरा करने में मदद दी जाती है और परिवार को इस योग्य बनाया जाता है कि वह लगातार रहने वाली बीमारी, विकलांगता या और भी किसी प्रकार की पारिवारिक विपत्ति में टूटने न पाएं।

(6.) जीवन की रेखा के बढ़ जाने से विशेष रूप से विकसित देशों में, बूढ़े लोगों की देखभाल अधिक महत्वपूर्ण होती जा रही है। विकसित देशों में बूढे लोगों का बचाव समाज बीमे या सार्वजनिक सहायता योजनाओं के माध्यम से किया जाता है और उन्हें विशाल स्तर पर संस्थानीय देखभाल प्राप्त होती है। विकसित देशों ने ऐसी पद्धतियों को अपनाया है जिनमें सेवानिवृत्ति भत्ता योजनायें, बुढ़ापा सहायता, संस्थानीय देखभाल, वृद्ध नागरिकों के लिए क्लब, बूढ़ों के लिए घर, पहियों पर भोजन (एक घर से दूसरे घर चलती हुई कैंटीनें) मैत्री आगमन, गृह सहायता आदि मुख्य हैं। विकासशील देशों में संयुक्त या बड़े परिवार के ढाँचे ने परम्परागत रूप से वृद्धों की परिवार में ही देखभाल की विधि को अपनाया था। जहाँ निवास स्थान से कार्यस्थल पृथक नहीं है, वहाँ वृद्ध व्यक्ति अपनी आर्थिक उत्पादन क्षमता के न रहने पर भी परिवार या पड़ोस में होने वाले सामाजिक आयोजनों में सहभागिता रखने के योग्य बने रहते हैं।

(7.) शिशु कल्याण क्षेत्र सार्वभौमिक रूप से सर्वाधिक महत्वपूर्ण माना गया है। इसकी सेवायें बच्चों के स्वस्थ विकास को आगे बढ़ाने में और सीधी सहायता के द्वारा या माता पिता या परिवारों को सहायता के माध्यम से उनकी आवश्यकताओं की पूर्ति में कृतसंकल्प हैं। इस तरह की प्रथम सेवा का प्रदान किया जाना इसलिए अपेक्षित है ताकि माता पिता अपने बच्चों के लिए स्वस्थ एवं समुचित विकास का वातावरण पैदा कर सकें।

(8.) शिशु कल्याण कार्यक्रम बहुतायत में समाज सेवाओं पर जोर देता है और नये विकसित देशों में सार्वजनिक स्वास्थ्य और दवाई आदि तथा उपचार आदि की सेवायें सबसे पहले प्रदान किए जाने की संस्तुति करता है। इससे इस तथ्य की पुष्टि होती है कि शिशु कल्याण के विषय में किसी राष्ट्र की प्रगति के प्रारम्भिक मानदण्ड माता और शिशु की मृत्यु दरें हैं।

(9.) यह जीवन एक कठोर सत्य है कि सभी माता–पिता अपने बच्चों से प्यार ही करते हों, ऐसी बात नहीं है और कुछ तो भारी मात्रा में अनिपुण और उपेक्षामय होते हैं। ऐसे माता–पिता के बच्चों के लिए विशेष संरक्षा सेवाओं की आवश्यकता होती है। स्वैच्छिक संस्थाओं के अन्तर्गत आयोजित की गयी वे परिषदें जो बच्चों पर क्रूरता को रोकने के लिए बनी हैं, 19वीं शताब्दी से आज तक अनेक स्थानों पर अनेक नामों से चल रही हैं, यद्यपि रूझान यह रहा है कि इन सेवाओं के लिए दायित्व सार्वजनिक बाल

कल्याण एजेंसियों पर डाला जाए। संरक्षा सेवायें, आमतौर पर पड़ोसियों की शिकायतों के आधार पर या उन दूसरों के कहने पर जो माता पिता के दुर्व्यवहार या उपेक्षा के विषय में जानकारी रखते हैं, प्रदान की जाती है।

(10.) अविवाहित महिलाओं के पैदा हुए बच्चों की देखभाल विशेष समस्यायें पैदा करती हैं क्योंकि समाज ऐसी महिलाओं के प्रति अच्छा दृष्टिकोण नहीं रखता। कुछ कबीलों में तो इस तरह की माताओं और उनके बच्चों को सहन कर लिया जाता है पर कुछ अन्य समुदाय इसे बड़ी गम्भीरता से लेते हैं। ऐसी महिलाओं का सामाजिक बहिष्कार कर दिया जाता है या फिर ऐसी अविवाहित स्त्रियों और उनके बच्चों से हिंसात्मक व्यवहार किया जाता है।

(11.) दिन में देखभाल केन्द्र दो और पाँच वर्ष की आयु के बालकों के लिए बनाये गये हैं और उनमें दिन में बच्चों की देखभाल की जाती है जबकि उनकी मातायें काम करने के लिए घर से बाहर गई हुई होती हैं। विकसित तथा विकासशील देशों में अधिकाधिक संख्या में महिलाओं के पूर्णकालिक या आंशिक रोजगार पाने के कारण बच्चों की दिन में देखभाल की सेवाओं की आवश्यकता विश्व भर में अनुभव की जाने लगी है।

(12.) परकीय देखभाल सेवायें उन उपेक्षित या आश्रित बच्चों के लिए हैं जिन्हें परिवारों या संस्थाओं का संरक्षात्मक या सुरक्षित वातावरण प्राप्त नहीं है।

(13.) यह ठीक है कि युवा वर्ग की मूलभूत आवश्यकताओं की पूर्ति अपने परिवारों में ही हो जाती है, तो भी अनेक प्रकार के सांस्कृतिक सामाजिक, मनोरंजनात्मक, व्यावसायिक और परामर्श सम्बन्धी कार्यक्रम, चाहे वे सार्वजनिक हों चाहे निजी हों, युवकों में नेतृत्व और उत्तरदायित्व की भावना भरने के लिए आवश्यक हो सकते हैं।

(14.) पहले शारीरिक और मानसिक रूप से विकलांगो के लिए सेवाएं आश्रय और भोजन प्रदान करने तक ही सीमित थी। अब उनके पुनर्वास पर अधिक जोर दिया जाता है ताकि रोगी को अपनी अत्यावश्यक घरेलू कठिनाइयों पर काबू पाने तथा उसे और उसके परिवार को परिस्थिति से समझौता करने में सहायता प्राप्त हो सके। साधारण तौर पर आत्मनिर्भरता या स्व सहायता पर जोर दिया जाता है।

(15.) सन् 1945 तक युद्ध लड़ने वाले सैनिकों की सेवा निवृत्ति के पश्चात संख्या बढ़ जाने से, समाज के अधिक शहरी और औद्योगिक हो जाने से तथा भूमि के कार्यो के अधिक जटिल हो जाने से उन सैनिकों के भूमि दान की परम्परा खत्म होने लगी। इस कारण से सरकारों ने उनके लिए अन्य अनेक योजनाएं तैयार कीं, जैसे सार्वजनिक कार्यक्रम, पुनः नौकरी देना, शिक्षा में सहायता, परामर्शक सेवाएं, रोजगार में वरीयता, गृह कार्यक्रम तथा उन्हें उचित दरों पर ऋणों की सुविधाएं आदि।

(16.) विपदा राहत का अर्थ उन लोगों को सहायता देता है जिन्हें जीवन की जरूरी आवश्यकताएं सुलभ नहीं है क्योंकि जो प्राकृतिक प्रकोप का शिकार हैं। प्रकृति का यह प्रकोप वर्षा के अभाव में सूखा पड़ने, अधिक वर्षा से बाढ़ वाले भूकम्प, ज्वालामुखी फूटने, तूफान या ऐसी ही अन्य विपदाओं से पैदा हो सकता है।

(17.) सामुदायिक विकास में वे प्रक्रियाएं शामिल है जिनके द्वारा लोगों और सरकार के मिले जुले प्रयासों से राष्ट्र जीवन में समुदायों या जातियों की आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक स्थितियों को सुधारने के प्रयत्न किये जाते हैं ताकि वे समुदाय राष्ट्र की प्रगति में योगदान कर सकें।

(18.) रोगियों की सामाजिक और मनोवैज्ञानिक स्थितियाँ स्पष्टतः उनके ठीक होने में सहायक भी हो सकती है और नहीं भी। चिकित्सा समाज कार्यकर्ता चिकित्सक को सामाजिक और मनोवैज्ञानिक पहलुओं की ऐसी तस्वीर देने का यत्न करते हैं जिन पहलुओं से रोग पैदा हुआ या बढ़ा है। वे रोगियों को सब प्रकार की सम्भव सुविधाओं का पूरा सदुपयोग करने के योग्य बनाते हैं तथा परिवार और समुदाय के साथ मिलकर काम करते हैं उन स्रोतों का पता लगाते हैं जिनसे बीमारी का निदान हो सके और रोगी की बाद में भी देखभाल की जा सके।

(19.) स्कूल सामाजिक कार्यकर्ता उन बच्चों के साथ काम करते हैं जिन्हें परिवार या पड़ोस में अपने आपको ढालने में समस्याओं का इस हद तक सामना करना पड़ता है कि वे उसकी पढ़ाई में बाधा बनती है। जिन वास्तविक समस्याओं का सामना स्कूल के बच्चों को करना पड़ता है, वे समस्यायें विकासशील देशों की अपेक्षा विकसित देशों में बहुत भिन्न प्रकार की हैं जहाँ तक स्कूल अतिपरिष्कृत शिक्षात्मक सुविधायें देते हैं और जहाँ शिक्षा अनिवार्य है।

(20.) आतंकवाद और दंगो से प्रभावित व्यक्तियों के लिए विशेष राहत और पुनर्वास की सुविधाओं की आवश्यकता है।

कल्याण सेवायें प्रदान करने में लगी हुई सरकारी एजेन्सियाँ और स्वैच्छिक संस्थायें अपने उपभोक्ताओं की जरूरतों के अनुसार और उनकी समस्याओं को ध्यान में रखते हुए उनके समाधान के लिए अपेक्षित पद्धतियों तथा तकनीकों का निर्धारण करती हैं। प्रायः वे केसवर्क, सामुदायिक संगठन का प्रयोग समाज कल्याण, शोध और मूल्यांकन तथा प्रशासन के लिए करते हैं ताकि वे अपने कार्यक्रम के क्रियान्वयन की प्रभावशीलता और दक्षता से परिचिंत हो सकें तथा समाज के सम्बन्धित वर्गो के विकास तथा कल्याण के लिए अच्छी सेवायें प्रदान करने की इच्छा से अपनी नीतियों में आवश्यक परिवर्तन कर सकें। जैसे ही लक्ष्यों पर आग्रह में बदलाव आयेगा, वैसे ही पद्धतियों और तकनीकों में भी परिवर्तन लाना पड़ेगा। विभिन्न प्रकार के उपभोक्ताओं के साथ सम्बन्धित कल्याण सेवाओं को रोकथाम मूलक होने के साथ–साथ रचनात्मक एवं कल्याणपरक बनाना पड़ेगा। वर्षो में प्राप्त अनुभव के आधार पर कल्याण सेवाओं को अधिकांश लोगों तक पहुंचाने के लिए पद्धतियों में परिवर्तन लाना होगा जिससे समाजिक सशक्तिकरण को गतिशील बनाया जा सके।

References :

1. A.B. Bose, Encyclopaedia of Social work in India, Ministry of Welfare, Govt. of India, New Delhi, 1987.
2. M.G. Gore and M. Khandelkar, Quarter Century of welfare in India in S.Q. Gokhale (ed) Social Welfare, legend and Legacy, 1975.
3. D.P. Chaudhary, A Handbook of welfare, Atma Ram & Sons, Delhi, 1966.
4. Howard, Donald S; Social Welfare in the Encyclopaedia Americana, New York, 1967.
5. Kleun, Phillip, From Philanthrophy to Social Welfare, San Fransisco, 1968.
6. First Five year plan, planning Commission Government of India, 1951.
7. Friedlander, watter A. Introduction to Social Welfare, Princeton Hall Inc 1961.
8. M.S. Gore, Social work and Social work Education in India, Asia Publishing House, Bombay, 1965.
9. V.K. Malhotra, Welfare State and Supreme Court of India, Deep and Deep Publications, New Delhi1986.
10. Sushil Chandra, Social work in Uttar Pradesh Indian Confrence of social work, Institute of Sociology and Human Relations, Lucknow University Lucknow, 1954.
11. Rajeshwar Prasad, Social work as a Profession in Encyclopaedia of Social Work, Ministry of Social Welfare, Government of India, New Delhi, 1987.

●