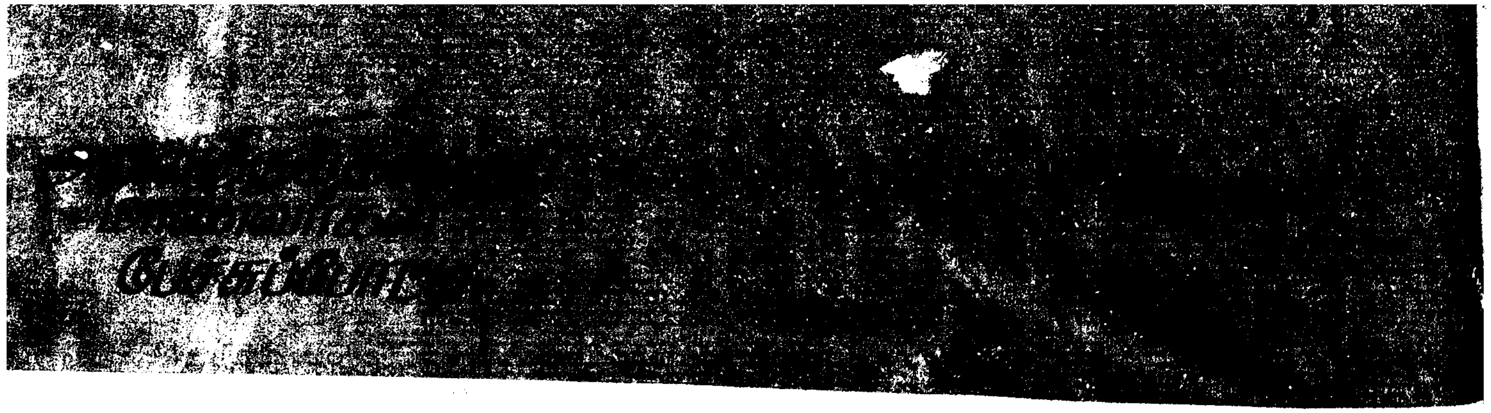
குடும்பநலச் செய்திக்கதிர்

1979
255

மலர் 9
இதழ் 4
ஜூலை-1979
தமிழ்நாடு குடும்பநலத்துறை
வெளியீடு



1. தென்னார்க்காடு மாவட்டம் அனைத்துக் கல்லூரி மாணவர் (குடும்ப நலம்) பேச்சுப் போட்டி அண்ணாமலைப் பல்கலைக் கழகத்தில் நடைபெற்றது. உளவியல் பேராசிரியர் டாக்டர். வி. கோமதி நாயகம் வரவேற்புரை ஆற்றுகிறார்.

2. உளவியல் துறை தலைவர் டாக்டர் எம். ஓ. மாத்யூ துவக்கவுரையாற்றுகிறார்.

3. பரிசு பெற்ற மாணவ மாணவிகளும், நடுவர்களும், அதிகாரிகளும்.

4. நடுவர்களும் அவையினரும்.

5. மாவட்ட குடும்பநல விளம்பர அலுவலர் (பொறுப்பு) திரு. எஸ். மெய்யப்பன் விளக்கவுரை ஆற்றுகிறார்.

என்றும் இளமை!

ஆண்டு தோறும் 1 கோடியே 30 லட்சம் குழந்தைகள் பிறக்கின்றன. ஆனால் நாட்டிற்குரிய தொழிற்சாலைகள், தொழில்கள், தொழில் நுட்ப நிலையங்கள், மருத்துவ மனைகள், பள்ளிகள், கல்லூரிகள், அரசு செய்ய வேண்டிய கடமைகள் இவற்றையெல்லாம் எவ்வளவுதான் திட்டம் போட்டுச் செய்தாலும் மக்கள் தொகைப் பெருக்கத்தின் அளவுக்கு சமம் செய்ய முடியாது போகிறது. எனவே ஏழ்மை தொடருகிறது. வறுமை தொடருகிறது. வேலையில்லாத் திண்டாட்டம் தொடருகிறது. அது மட்டுமல்ல, பெற்றோர்களை நோய் வாட்டுகிறது. குழந்தைகளுக்கு ஊட்டச்சத்து உணவு இல்லாததால், எத்தகைய வலிவு தேவையோ அது இல்லாமல் அந்தக் குழந்தைகள் கஷ்டப் படுகின்றன.

உங்கள் உள்ளத்தில், நீங்களே ஒரு உறுதியை—நம்பிக்கையை ஏற்படுத்திக் கொள்ள முடியும். இப்படிக் கட்டுப்பாடுகளால் கட்டுப்படுத்தி, கருவிகளாலும், அறுவைச் சிகிச்சைகளாலும் குழந்தைகள் பிறக்கும் வாய்ப்பைத் தவிர்க்கும் சூழ்நிலைகள் இல்லாமல், நீங்களாகவே மனதைக் கட்டுப்படுத்திக் கொண்டு, விஞ்ஞான முறையைப் புரிந்து கொண்டு நீங்கள் உங்கள் வாழ்க்கையை அமைத்துக் கொள்வீர்களானால், என்றும் நீங்கள் இளமையாக இருக்க முடியும். விரும்பும்போது குழந்தையைப் பெற்றுக் கொள்ள முடியும். மேலும் குழந்தைகளுக்கு ஊட்டச்சத்துக் கொடுக்கும் அளவுக்கு வசதியும் வாய்ப்பும் இருக்க வேண்டும். நாட்டில் பொருள்களின் உற்பத்தி பெருக வேண்டுமே தவிர, குழந்தைகளின் உற்பத்தி ஓரளவுக்கு எண்ணிக்கைக் கட்டுப்பாட்டோடு இருக்க வேண்டும்.

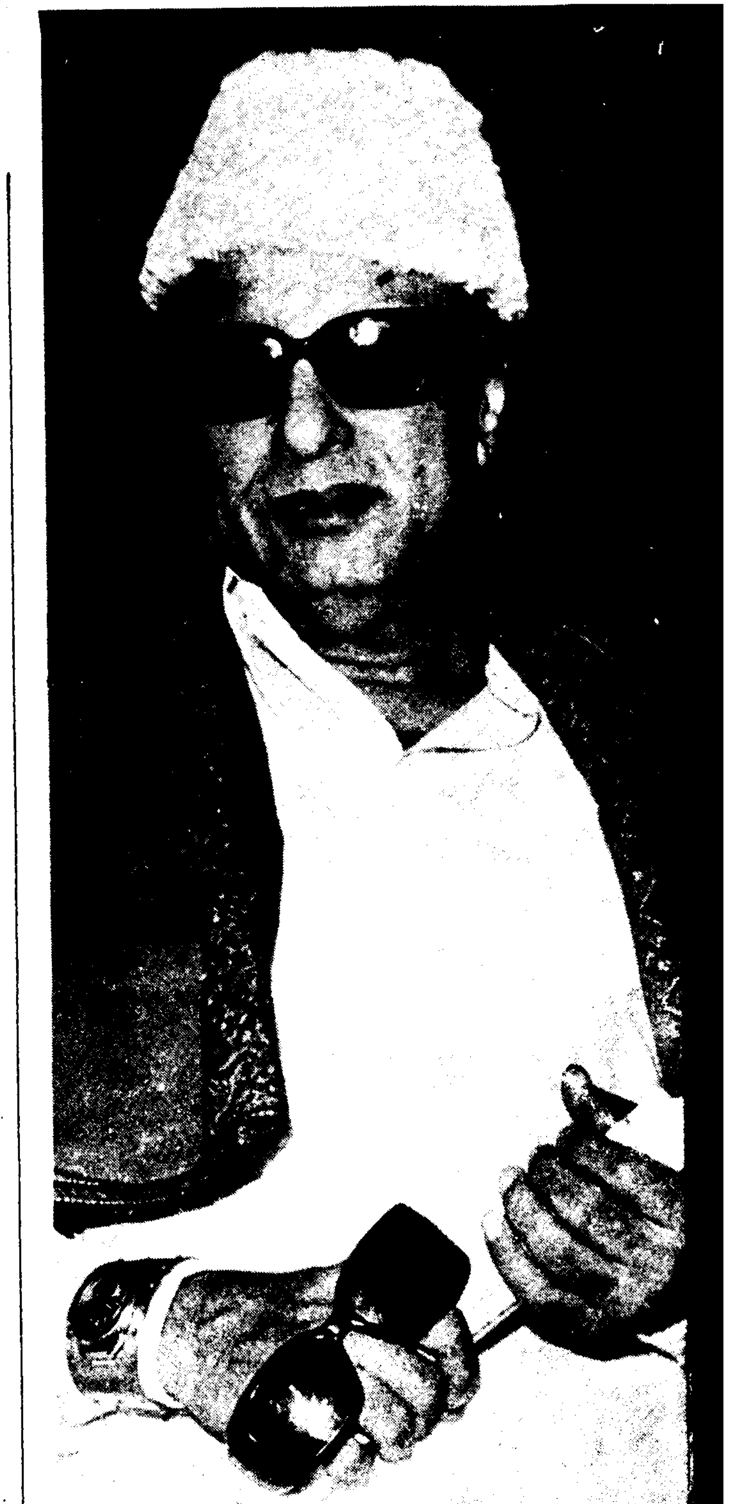
நமக்கு ஆசை இருக்கும். மூன்றும் ஆண் குழந்தைகள். ஒரு பெண் பிறக்கக் கூடாதா? அல்லது இரண்டும் பெண்; ஒரு ஆண் குழந்தை பிறக்கக்கூடாதா? இப்படி ஆசை இருக்கும். ஆசையை நீங்கள் அழித்துக் கொள்ளுங்கள் என்று நான் சொல்லவில்லை. இன்னும் கொஞ்சம் நன்றாகச் சிந்தித்து, மருத்துவர்களிடமிருந்து அதைத் தெரிந்து கொள்ள முயன்றால் உங்களால் முடியும். இளைஞர்களால் முடியும் என்பதைச் சுட்டிக் காட்ட விரும்புகிறேன்.

இளைஞர்களுக்கு நான் ஒன்று சொல்லுவேன். இப்போது திருமண வயதை 21, 18 என ஆக்கியிருக்கிறார்கள். அது போதுமா, போதாதா என்பதல்ல. 21 வயது, 18 வயது என்பது இப்போது பலருக்குக் கோபத்தைக் கூட உண்டாக்கும் என்று கருதுகிறேன். நாட்டுக்கு நன்மை எனும்போது கோபப்படுபவர்களைப் பார்த்து ஆத்திரப் படாமல் பொறுமையாக இருந்து, ஒன்றிரண்டு ஆண்டுகள் கழித்துப் பார்த்தால், அவர்களே நம்மைப் பாராட்டுவார்கள்.

இதைத்தான் நமது அண்ணா அவர்கள் கைக்கொண்டார்கள். அதைத்தான் நானும் கைக் கொள்கிறேன்.

உங்கள் ஆற்றலை, அறிவை, திறமையை நல்ல வழியிலே பயன் படுத்தி, சிறப்பான குழந்தைகளைச் சீராகப் பெற்று, அறிவுள்ள குழந்தைகளாக—இந்த நாட்டின் எதிர் காலத்தைக் காப்பாற்றக் கூடிய அறிஞர் பெருமக்களாக அவர்களை வளர்க்க வேண்டும். அவர்களை வாழச் செய்ய வேண்டும். அவர்கள் மூலமாக இந்த நாட்டைக் காப்பாற்ற வேண்டுமென்று உங்களையெல்லாம் பணிவோடு கேட்டுக் கொள்கிறேன்.

—முதலமைச்சர் திரு. எம்.ஜி.ஆர். அவர்கள்.



குழந்தைகளின் கண்ணொளி காக்க

டாக்டர் இ.டி. செல்வம்
டாக்டர். கே. ஆனந்தக்கண்ணன்

159882

ஐம்புலன்களில் கண் பிரதானமானதாகும். பார்வை இழந்த ஒருவன் தன்னைச் சார்ந்த உறவினர்கட்கும், சமுதாயத்திற்கும் ஒரு பாரமாகவே கருதப்படுகின்றான். இந்தியத் துணைக் கண்டத்தில் ஏறத்தாழ 90 லட்சம் பேர் பார்வை இழந்தவர்களாக இருப்பதாக கணக்கிடப்பட்டிருக்கின்றது. சராசரியாக 100 பேர்கட்கு ஒருவர் பார்வை இழந்தவராக இருக்கிறார். இதில் மூன்றில் ஒரு பகுதியினர் இளம் பிராயத்திலேயே பார்வை இழக்க நேரிடுகிறது.

குழந்தைப் பருவத்தில் பார்வை இழந்திடும் இவர்கள் தாழ்வு மனப்பான்மையுடனேயே வளர்ந்து வாலிபனாகி வாழ வழி தெரியாது இருப்பதை காண்கிறோம். இக் கொடுமையை அடியோடு ஒழிக்க இயலாதெனினும் ஓரளவுக்கேனும் நிவர்த்தி செய்திட, குழந்தைகள் கண் பாதுகாப்பு பற்றி பெற்றோர்கள் அறிந்திடுதல் அவசியம். ஒருசில உணவுப் பழக்கங்களினாலும், சரியான நேரத்தில் மருத்துவ ஆலோசனை பெறுவதினாலும், சில ஆபத்தான விளையாட்டுகளை தவிர்ப்பதனாலும் இளம் பிராயத்தில் ஏற்படும் பார்வைக் கோளாறுகளை பெருமளவுக்கு தடுத்திட இயலும்.

குழந்தைகள் கண் பாதுகாப்பு என்பது தாய் வயிற்றில் உருவாகி வளர்ந்து வரும் போதே கவனித்திட வேண்டிய ஒன்றாகும். முதல் நான்கு அல்லது ஐந்து மாதங்களில் கர்ப்பிணி பெண்களை தாக்கக் கூடிய சில நுண் கிருமிகளினாலாகிய நோய்கள் கருப்பையில் வளர்ந்து வரும் சிசுவின் கண்களை பாதிப்பதனால், பிறக்கும் போதே குழந்தையின் கண்கள் முழுமையான வளர்ச்சியடையாமலோ (Mal development) அல்லது இளம் பிராயத்து புரையோ (Congenital Cataract) ஏற்படுவதுண்டு. இதை தவிர்த்திட கர்ப்பிணி பெண்கள் பேறு காலங்களில் நல்ல முன்னுணர்வுடனும் தகுந்த மருத்துவ கண் காணிப்பிலும் இருந்திடல் வேண்டும். இவை தவிர மற்றும் சில கண் குறைபாடுகள் தாய் வழி அல்லது தந்தை வழி பரம்பரையாகவும் வருவதுண்டு. இவை பெரும்பாலும் மிக நெருங்கிய உறவினர்களுக்குள் மணம் முடிப்பதனால் ஏற்படுகின்றது.

குழந்தை பிறக்கும் போதோ அல்லது பிறந்தவுடனேயோ ஏற்படும் சில கண் நோய்கள் சரியாக கவனிக்கப்படாவிட்டால் குழந்தையின் கண்களை நேரடியாக தாக்கி பார்வை இழக்கச் செய்துவிடும். பேறுகாலங்களிலும் மற்றும் பிரசவ நேரங்களிலும் கையாளப்பட்டு வரும் சில முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளினாலும் சிகிச்சை முறைகளினாலும் இக் கொடிய கண் நோய் பெருவாரியாக குறைந்திருக்கின்றது. குழந்தை பிறந்தவுடன் முதல் மூன்று அல்லது நான்கு வாரங்களுக்கு சாதாரணமாக கண்களில் நீர் வருவதில்லை. அப்படிப்பட்ட நேரங்களில் கண்களில் நீர் வந்தாலோ அல்லது குழந்தையின் கண்களை திறக்க இயலாமல் அழுக்கு சேர்வதாக இருந்தாலோ கால தாமதம் செய்யாமல் மருத்துவ ஆலோசனை பெறுதல் வேண்டும்.

குழந்தையின் உணவுப் பழக்கங்களில் போதிய சத்துணவு இல்லாமையின் காரணமாக ஏற்படும் பார்வைக் கோளாறுகள்தான் பெருமளவுக்கு குழந்தையின் கண்களை பாதிக்கின்றன. முக்கியமாக புரதச் சத்தும், வைட்டமின்-ஏ-ம் கண் பார்வைக்கு அத்தியாவசியமானவையாகும். இதில் வைட்டமின்-ஏ சத்து பெரும்பாலும் கீரை வகைகளிலும், காரட், பீட்ரூட் போன்றவற்றிலும், மீன், முட்டை போன்ற உணவுகளிலும் நிறைந்து இருக்கின்றன. புரதச் சத்து பருப்பு வகைகளிலும் மற்றும் பால் போன்றவற்றிலும் அதிக அளவில் உள்ளது. ஆகவே குழந்தையின் உணவில் இவைகளை தேவையான அளவு சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

சில சமயங்களில் குழந்தைக்கு வயிற்றுப் போக்கு அல்லது பேதி ஏற்படும் போது புரதச் சத்தும், வைட்டமின்-ஏ-யும் தேவையான அளவு, சீரணமாகாமல் போவதாலும் அல்லது உணவுக் குறைபாடுகளாலும் கண்கள் பாதிக்கப்படக்கூடும். இது போன்ற நேரங்களில் குழந்தையின் கண்களைத் திறக்க இயலாமல் மூடியே இருக்கும்; வெயில் அல்லது வெளிச்சத்தைப் பார்க்க இயலாது; கண்களைத் திறக்க நேரிடும் போது கண்ணின் கருவிழியில் வெண்மை படர்ந்திருக்கும். இது போன்ற சந்தர்ப்பங்களில் காலதாமதம் செய்யாமல் மருத்துவ ஆலோசனை பெற்றிருத்தல் அவசியம். ஆகவே, குழந்தைகள் நல்ல பார்வை பெற்று வளமுடன் வாழ்ந்திட வைட்டமின்-ஏ மற்றும் புரதச் சத்து அடங்கிய உணவுப் பொருள்களை பெற்றோர்கள் தங்கள் பிள்ளைகளுக்குக் கொடுத்திடல் வேண்டும். சிறு பிராயத்தில் ஏற்படும் வாந்தி, வயிற்றுப் போக்கு, தட்டம்மை, தாளம்மை, காய்ச்சல் போன்ற நோய்கள் ஏற்படும் போது உடனுக்குடன் மருத்துவ சிகிச்சை பெறுவதுடன் கண்களுக்கும் சிகிச்சை செய்து வந்தால் இளம் பிராயத்தில் ஏற்படும் பார்வை இழப்பை பெருமளவுக்கு சரி செய்துவிடலாம்.

அட்டைப் படத்தில் காணப்படும் குழந்தையின் கருவிழி பாழ்பட்டிருப்பதற்கு அநேகமாக வைட்டமின்-ஏ சத்துணவுக் குறைபாடே காரணம் எனலாம். குழந்தைகளின் உணவுத் தேவைகள் குறித்து—தாய்ப் பாலை நிறுத்திய உடன் கொடுக்க வேண்டிய உணவுகள் குறித்துப் பெற்றோர்கள் தெரிந்து செயல்பட்டிருந்தால் இந்த வேண்டாத விளைவைத் தவிர்த்திருக்கலாம்.

இந்தக் குழந்தைக்கு மீண்டும் கண் பார்வை தருவது எப்படி? கண் பார்வையை மீண்டும் இக்குழந்தை பெறுவதற்கு வாய்ப்புண்டு. இக் குழந்தையின் பழுதுபட்ட கருவிழியை அகற்றி விட்டு, இறந்தவர் ஒருவரின் கெடாத கருவிழியை எடுத்து இக்குழந்தையின் கண்ணில் பொருத்துவதின் மூலம் (Corneal Transplantation) கண் பார்வை பெறச் செய்யலாம். ஆனால் இறந்த பின் இப்படிப்பட்ட நல்ல காரியத்திற்காகத் தங்கள் கண்களைத் தானம் செய்ய முன் வருபவர்கள் மிகமிகக் குறைவாக உள்ளனர்.

இறப்புக்குப்பின் நெருப்புக்கோ, மண்ணுக்கோ இரையாகிவிடும் கண்களைத் தானம் செய்தால் எத்தனையோ குழந்தைகள் கண் ஒளி பெறும். அதன் மூலம் ஒளிமயமான எதிர்காலத்தைப் பெற்று அக்குழந்தைகள் சிறப்பாக வாழும் என்பதை உணர்ந்து, சென்னை அரசு கண் மருத்துவ மனையிலுள்ள 'கண் வங்கிக்கு' உங்கள் கண்களை மனப்பூர்வமாகத் தானம் செய்ய அனைவரும் முன் வர வேண்டும்.

கொடையாகக் கண்களை அளிப்பது எப்படி? இறந்தவர் கண்களைப் பெறுவதற்காக சென்னையிலுள்ள அரசு கண் மருத்துவ மனையின் 'கண் வங்கி' காத்திருக்கிறது. வீட்டிலோ அல்லது மருத்துவமனையிலோ உங்கள் உறவினர் யாராவது இறந்துவிட்டால் உடனே 86823 அல்லது 35508 என்ற தொலைபேசி எண்ணுக்குத் தாமதிக்காமல் தகவல் கொடுங்கள். அந்த நேரத்தில் பொறுப்பில் இருக்கும் மருத்துவர் கண்களைப் பெற்றுக் கொள்வதற்காக உடனே புறப்பட்டு நீங்கள் குறிப்பிடும் இடத்திற்கு வந்து சேருவார். கண்களை எடுப்பதால் எவ்வித விகாரத் தோற்றமும் சடலத்திற்கு ஏற்படாது.

கண்கள் என்றைக்குப் பெறப்படுகின்றனவோ அன்றைக்கே இருவர் கண் ஒளி பெற்று மகிழ்வார்கள். கண் இழந்த பலர் இத்தகைய உதவிக்காகக் காத்திருக்கின்றனர். கொடைகளில் எல்லாம் சிறந்தது 'கண் கொடை' தான். இறந்த பின் கண்களை சென்னை அரசு மருத்துவ மனையிலுள்ள 'கண் வங்கி'க்குக் கொடையாக அளிப்பதின் மூலம் பலருக்குக் கண் ஒளி வழங்கலாம்.

அடுத்து குழந்தை பள்ளிக்குச் செல்லும் வயதில் ஏற்படும் சில பார்வைக் கோளாறுகளைப் பற்றி கவனிப்போம். இதில் முக்கியமானது 'கிட்டத்து பார்வை' (Short Sight) என்பதாகும். இக்குழந்தைகளுக்கு தொலைவில் உள்ளவை—உதாரணமாக, பள்ளியில் கரும் பலகையில் எழுதி இருப்பது தெளிவாக தெரியாது. ஆகவே இக்குழந்தைகள் மற்ற பிள்ளைகளைப் போல் நன்றாக படிக்காமல் இருந்திடுவார்கள். விளையாட்டு நேரங்களிலும் மற்ற பிள்ளைகளுடன் கலந்து விளையாடவும் தயங்குவார்கள். ஆகவே இவர்களை சற்றே மந்த புத்தி உள்ளவர்கள் என்று கருதி புறக்கணிக்கவும் நேரிடுவதுண்டு. ஆனால், இதற்கான காரணத்தை அறிந்து அதை கண்ணாடி அணிவதன் மூலம் நிவர்த்தி செய்வதனால் இவர்களும் மற்ற பிள்ளைகளைப் போலவே நன்றாக படிக்கவும் தெரிந்து கொள்ளவும் செய்வார்கள். ஒரு சில சமயங்களில் மந்தபுத்திக்காரர்கள் என்று கருதப்பட்ட பிள்ளைகள் கண் பார்வை சரியானதும் மற்றவர்களைக் காட்டிலும் திறமையானவர்களாகவும் புத்திசாலிகளாகவும் மாறிவருவது நாம் கண்கூடாகக் காணும் ஒன்றாகும்.

கண்களை அடிக்கடி தேய்த்து விட்டுக் கொள்ளுதல், ஒரு கண்ணை மட்டும் மூடிக் கொள்ளுதல் அல்லது கண்களைச் சுருக்கி வைத்துக் கொண்டு பார்த்தல், அடிக்கடி கண் சிமிட்டுதல், வெளிச்சத்தைக் காணும் போது கண் கூசுதல், கண் சிவந்து போதல் அல்லது கண்களிலிருந்து நீர் வருதல் அல்லது கண்களில் அடிக்கடி தோன்றும் கட்டி அல்லது அரிப்பு இவைகள் கண் பார்வைக் கோளாறுகளால் ஏற்படும் அறிகுறிகளாகும்.

உணவுப் பழக்கங்களைப் போலவே படிக்கும் போதும், எழுதும் போதும் கடைப் பிடிக்க வேண்டிய பழக்க வழக்கங்களை குழந்தைகளுக்குப் பெற்றோர் அறிவுறுத்தல் அவசியம். படுத்துக் கொண்டோ அல்லது சாய்ந்து கொண்டோ படிப்பது கூடாது. படிக்கும் போது புத்தகத்தைக் கண்களுக்கு மிக அருகில் வைத்துக் கொண்டு படிப்பது கூடாது. படிக்கும் அறையில் நல்ல வெளிச்சம் பரவலாக இருக்க வேண்டும். நன்றாக உட்கார்ந்து கொண்டு புத்தகத்தை 14 அங்குலம் அல்லது 33 செ.மீ. தூரத்தில் வைத்துக் கொண்டு படிக்க வேண்டும். ஓடும் பஸ்ஸிலோ அல்லது ரயிலிலோ படிக்கக் கூடாது.

அடுத்து, பள்ளிப் பிராயத்தில் கவனிக்கப்படும் மற்றொரு கோளாறு மாறு கண் (Squint) எனப்படுவதாகும். இது தாய் வழி, தந்தை வழியாக பரம்பரையாகவும் ஏற்படுவதுண்டு; அல்லது சிறு பிராயத்தில் தோன்றும் பார்வைக் குறைவினாலும் ஏற்படுவதுண்டு. பொதுவாக மாறு கண் என்பது அதிர்ஷ்டத்தின் அறிகுறி என்று இப்போதும் ஒரு சிலரால் கருதப்படுகின்றது. மாறு கண் உள்ள குழந்தைகள் தாழ்வு மனப்பான்மையுடன் வளர்ந்து விடக் கூடாதே என்ற நல்லெண்ணத்துடன் இது அதிர்ஷ்டத்தின் அறிகுறி என்று நம் முன்னோர்கள் சொல்லி இருக்க வேண்டும். ஆனால் இன்றைய மருத்துவ சாதனைகளின் பயனாக இனியும் அப்படி சொல்ல வேண்டிய அவசியம் இல்லை. மாறு கண் உள்ளவர்களுக்கு இளம் பிராயத்திலேயே 4 அல்லது 5 வயதிலேயோ அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலமாகவோ அல்லது ஒரு சில பயிற்சிகளின் மூலமாகவோ பார்வைக் கோளாறையும் அதன் காரணமாகத் தோன்றிய மாறு கண்ணினையும் நேராக்கிவிட முடியும். காலதாமதம் செய்ய நேரிட்டால் மாறுகண் மட்டும்தான் சரி செய்ய முடியும்; இழந்த பார்வையை மீட்க இயலாமல் போய் விடும். பின்னர் குழந்தை வளர்ந்து வாலிபனாகும் போது பல வேலைகளுக்கு இது தகுதிக் குறைபாடாக கருதப்படுகின்றது.

இனி, சிறுவர்கள் விளையாடும் ஒரு சில விளையாட்டுப் பொருள்களினால் கண் எப்படி பாதிக்கப்படக் கூடும் என்று கவனிப்போம். கில்லி, குச்சி தாண்டுதல், கவண் எறிதல், அம்பு எய்தல் போன்ற விளையாட்டுகளில் உபயோகப்படுத்தப்படும் குச்சி, கூர்மையான அம்பு போன்ற பொருட்கள் நேரடியாகக் கண்களைத் தாக்குவதனால் கண்களில் ஏற்படும் வடு பார்வையை மறைத்துவிடுவதோடு முக அழகினையும் கெடுத்து விடுகின்றது. ஆகவே, விடுமுறைக் காலங்களில் பெற்றோர்கள் விழிப்புடன் இருந்து இப்படிப்பட்ட அபாயங்களில் இருந்து தங்கள் பிள்ளைகளைக் காத்திடல் வேண்டும்.

அட்டையில் :

வைட்டமின் 'ஏ' குறைவால் கண் பார்வை இழந்த குழந்தையின் படம் உதவிய 'யுனிசெப்' நிறுவனத்தாருக்கு நன்றி.

வீட்டில் உபயோகப் படுத்தப்படும் கத்தரிக்கோல், கத்தி, பட்டாசுகள் இவை கண்களை எப்படி பாதிக்கக் கூடும்; அவைகளை எப்படி கையாள்வது என்பது பற்றி குழந்தைகளுக்குப் பெற்றோர் சொல்லித் தர வேண்டும். ஆபத்தான, கூர்மையான பொருள்களைக் குழந்தையின் கைக்கு எட்டும் இடங்களில் வைத்திடக் கூடாது.

குழந்தையின் கண்களில் தூசு விழுந்துவிட்டால் கண்களைக் கசக்க விடக் கூடாது. மெல்ல கண்களைத் திறந்து கழுவுவதன் மூலமோ அல்லது கண்களைத் திறந்து மூடுவதன் மூலமோ தூசு வெளியே வர விட வேண்டும். சூரியன், ஒளியை நேரடியாகவோ, குளிர்ச்சிக் கண்ணாடிகள் மூலமாகவோ பார்ப்பது கண்களைப் பாதிக்கும்.

(255)

அண்ணாவின் கனவைச் செயலாக்கும் பணியில்

எஸ். அப்பர்சுந்தரம், எம்.ஏ.

குடும்ப நலத்திட்டம் மக்களுக்காக மக்களால், மக்களாலேயே நடத்தப்படும் திட்டம் என்பதை அவர்கள் உணரக் கூடிய வகையில் அமைக்கப்பட்டாக வேண்டும் என்று கூறினார் பேரறிஞர் அண்ணா அவர்கள். அவருடைய இலட்சியக் கனவினையே தமிழ் நாடு அரசு குடும்ப நலத்துறை ஆக்கப் பூர்வமாக செயலாற்றி வருகிறது. சிறு குடும்ப நெறி விளக்கத்தைப் பெற முன்பெல்லாம் குடும்ப நல மருத்துவர்களையும், ஊழியர்களையும் அவர்கள் இருக்குமிடம் தேடி செல்லும் நிலையிருந்தது. ஆனால் இன்றோ— மக்கள் இருக்கும் இடம் தேடி—அவர்கள் வாழும் பகுதிகளில், பேட்டைகளில்—குடும்ப நல மருத்துவர்களும் ஊழியர்களும் சென்று கருத்து விளக்கங்களை அளிப்பதைக் காணலாம்.

பேரறிஞர் அண்ணா அவர்களின் எண்ணங்களின் அடிச்சுவட்டிலேயே சென்னை தனது குடும்ப நல முகாம்களை இதுவரை அமைத்து வந்துள்ளது. குடும்ப நல முகாம் நடத்துவதில் சென்னை மாநகராட்சிக்கு என்றுமே தனியானதொரு இடமுண்டு. முகாம் குறித்து விளம்பரங்களைச் செய்வதிலும், முனைப்பு இயக்கங்களை முனை மழுங்காமல் நடத்துவதிலும் பல புது உத்திகளைக் கையாண்டு இலக்குகளைப் பூர்த்தி செய்த காரணத்தால் தான் அகில இந்திய குடும்பநலப் பரிசை இரண்டு முறை பெற்று தமிழகத்தின் பெருமையை அகில இந்திய அளவில் உயர்த்திக் காட்டியது.

முன்னேற்பாடுகள்

கடந்த காலத்தைப் போன்றே குடும்ப நல வெற்றிப்படிக்கட்டுகளில் வீர நடைபோட சென்னை மாநகராட்சி தீவிர முன்னேற்பாடுகளை முதலிலிருந்தே செய்ய ஆரம்பித்தது. குடும்ப நல அதிகாரியுடனும் சுகாதார அதிகாரியுடனும், குடும்ப நல மருத்துவர்களுடனும், செயல் திறன் மிக்க குடும்ப நல ஊழியர்களுடனும் மாநகராட்சி அதிகாரிகள் கலந்துரையாடினர். மாநில, மைய அரசு விளம்பரப் பிரிவினருடன் விவாதித்தனர். கடைசியாக மாநகராட்சி அனைத்துத்துறை உயர் மட்ட அதிகாரிகளுடனும் கலந்து பேசி இறுதி முடிவை எடுத்தனர். முகாம் நடத்துவதற்கும், முயல் வேகத்தில் நடை போடுவதற்கும் முழு முதற் காரணமாக இருந்தவர்கள் மாநகராட்சி தனி அதிகாரி திரு. சி. இராமதாஸ் ஐ.ஏ.எஸ். அவர்களும், மாநகராட்சி ஆணையாளர் திரு. ஆறுமுகம் ஐ. ஏ. எஸ். அவர்களுமாவார்கள். இவர்களே முனைப்பு இயக்கத்தின் அச்சாணிகள்.

காலம்

சென்னையில் பிப்ரவரி மாதம் முதல் தேதியிலிருந்து மார்ச்சு மாதம் 31-ம் தேதி வரை முகாம் நடத்துவது என்று முடிவெடுக்கப்பட்டது. இக்காலத்தில் அரசு விடுமுறை நாட்களைத் தவிர மற்ற நாட்களில் அறுவை சிகிச்சை செய்வது என்றும் முடிவு செய்யப்பட்டது.

நல்வாழ்வு நிலையம்

கடந்த ஆண்டுகளில் ஒரே ஓர் இடத்தில் தான் நல்வாழ்வு நிலையம் அமைக்கப்பட்டிருந்தது. இதனால் ஒரு கோடியிலிருப்பவா மறுகோடிக்கு அழைத்து வர காலதாமதமும், பெட்ரோல் செலவும் ஏற்பட்டது. இம்முறை அதைத் தவிர்க்கவும், வட சென்னை, தென் சென்னை பகுதி மக்களின் வசதிக்காகவும் நான்கு இடங்களில் நல்வாழ்வு இல்லங்கள் அமைக்கப்பட்டன. பரவலாக, கீழ்த்தட்டு மக்களும், நடுத்தர வகுப்பினரும் பெருமளவில் வாழும் பகுதிகளைத் தேர்ந்தெடுத்து அப்பகுதிகளிலேயே நல்வாழ்வு நிலையங்கள் அமைய ஏற்பாடு செய்யப்பட்டது குறிப்பிடத்தக்க அம்சமாகும்.

அப்பகுதியில் சிறு குடும்ப நெறி உணர்வு ஏற்படவும், மக்களுக்கு குடும்ப நலத்திட்டத்தின் பாலுள்ள அச்ச உணர்வு நீங்கவும் இந் நல்வாழ்வு இல்லங்கள் பெரிதும் பயன்பட்டன. கூடுமான வரை திருமணக் கூடங்களே, நல்வாழ்வு இல்லங்களாக மாற்றப்பட்டன. திருமணம் போன்ற சுபகாரியமே குழந்தைகளைக் குறைவாக்க எடுக்கும் முயற்சியும் என்பதை மறைமுகமாக எடுத்துரைக்கவே திருமணக் கூடங்களைத் தேர்ந்தெடுத்தனர். சிகிச்சை செய்து கொண்டவர் ஓய்வெடுக்க தனித்தனி கட்டில்கள், மின்விசிறி, படிக்க பத்திரிகைகள், ஓய்வு நேரத்தை கழிக்க ஆடு புலி ஆட்டம், செஸ், கேரம் போன்ற விளையாட்டுகள், பாட்டு கேட்க வானொலிப் பெட்டி, மாலை நேரத்தில் தொலைக்காட்சி, படக்காட்சிகள் போன்றவைகள் ஏற்பாடு செய்து தரப்பட்டன.

முகாம் : கீழ்க்கண்ட அட்டவணைப்படி முகாம் நடைபெற்றது:

எண்	நல்வாழ்வு நிலையம்	அறுவை சிகிச்சை செய்யும் மருத்துவமனை	காலம்
1.	மாநகராட்சிப் பள்ளி போர்ச்சுகீஸ் சர்ச்தெரு சென்னை-1, (வட சென்னை)	ஸ்டான்லி மருத்துவமனை	1-2-79 முதல் 2-3-79 வரை
2.	இராயபுரம் சிமிட்டிரி ரோடு திருமண மண்டபம் (வட சென்னை)	,,	3-3-79 முதல் 10-3-79 வரை
3.	சேத்துப்பட்டு மங்களபுரம் திருமண மண்டபம் (தென் சென்னை)	கீழ்ப்பாக்கம் மருத்துவமனை	12-3-79 முதல் 19-3-79 வரை
4.	திருவல்லிக்கேணி பேகம் சாகிப் தெரு திருமண மண்டபம்	இராயப்பேட்டை மருத்துவமனை	20-3-79 முதல் 31-3-79 வரை

இலக்கு

முகாம் காலத்தில் இரண்டாயிரம் நபர்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை செய்வது என்று முடிவெடுக்கப்பட்டது.

ஊக்கத் தொகைகள்

சிறப்பான, பயனுள்ள ஊக்கத் தொகைகளை சிகிச்சை செய்து கொள்ள முன் வருவோர்க்கு மாநகராட்சி அளிக்க முன் வந்தது. அரசு அளிக்கும் ஈட்டுத் தொகை ரூபாய் 75 உடன், தன்னியக்க நிறுவனங்கள் சார்பில் ரூபாய் 25 சேர்த்து மொத்தமாக ரூபாய் 125/– அளிக்கப்பட்டது. இத்துடன் ரூபாய் 150/- பெறுமானமுள்ள கண் கவரும் பளபளப்பான வெளி நாட்டுப் போர்வை ஒன்றும் 'காசா' நிறுனத்தின் சார்பில் வழங்கப்பட்டது. சிகிச்சைக்கு ஆட்களை அழைத்து வருவோர்க்கு ரூபாய் 10/- தரப்பட்டது.

நன்கொடையாளர்கள்

குடும்ப நலத்திட்ட செயலாக்கத்திற்குத் தமிழகத்திலுள்ள அனைத்துத் தன்னியக்க நிறுவனங்களும் ஒட்டு மொத்தமாக ஆதரவு அளித்து வருவதை நாமெல்லோரும் அறிவோம். எல்லா தன்னியக்க நிறுவனங்களையும் ஒருங்கிணைத்து குடும்பநல முகாமை வெற்றிகரமாக நடத்திய பெருமை சென்னை மாநகராட்சிக்கே சேரும். இதற்குப் பெரிதும் உறுதுணையாக இருந்தவர்கள் மாநகராட்சி தனி அதிகாரியும் ஆணையாளருமேயாவர்.

சென்னையிலுள்ள ரோட்டரி சங்கங்கள், ரோட்டரி வடக்கு சங்கம், 1,10,39 எண்களுள்ள சென்னை ரவுண்ட் டேபிள் நிறுவனங்கள், ஃபேமிலி பிளானிங் டிரஸ்ட் (Family Planning Trust), ஃபேமிலி பிளானிங் பவுண்டேஷன் (Family planning foundation), சென்னை ரிபைனரிஸ் நிறுவனம், சென்னை பெர்டிலைசர்ஸ் நிறுவனம், காசா நிறுவனம் போன்றவைகள் சென்னை முகாமுக்கு பெரிதும் உதவின. காசா நிறுவனம் ரூபாய் 150/- மதிப்புள்ள வெளி நாட்டுப் போர்வையையும், மற்ற நிறுவனங்கள் சிகிச்சை செய்து கொள்வோருக்கு ரொக்கமாக ரூபாய் 50/-ம் தர முன் வந்தன.

முனைப்பு விளம்பரப் பணிகள்

குடும்ப நலத்திட்டத்தின் வெற்றியின் அளவுகோல் அதற்கெனச் செய்யப்படும் பிரச்சார விளம்பரங்களையே பொருத்துள்ளது. சென்னை முகாமின் விளம்பரப் பணிகள் ஒருங்கிணைக்கப்பட்டு மக்கள் கல்வி தகவல் அதிகாரி திரு. எஸ். அப்பர் சுந்தரம் அவர்களின் நேரிடைப் பார்வையில் ஒப்படைக்கப்பட்டது. தமிழ் நாடு அரசு, மைய அரசு விளம்பரப் பிரிவுகள் இணைந்து செயல் பட்டன. மாநில குடும்பநல விளம்பரத்துறை துணை இயக்குநர் திரு. வெ. நாமதேவனின் மேற்பார்வையில், மாநகராட்சி தனி அதிகாரி, ஆணையாளர் அவர்களுடன் அவ்வப் போது கலந்துரையாடி விளம்பரப் பணிகள் மேற்கொள்ளப்பட்டன.

நேரடித் தொடர்பு

மாநகராட்சியின் குடும்ப நல ஊழியர்கள் அவரவர்கள் பகுதியில் பம்பரமெனச் சுற்றிச் சுழன்று தகுதி வாய்ந்த தம்பதிகளை நேருக்கு நேர் சந்தித்து கருத்து விளக்கம் அளித்தனர். இதில் சுகாதாரத்துறை ஊழியர்களும் கலந்து கொண்டு பணியாற்றியது சிறப்பான அம்சமாகும்.

வண்டி மூலம் ஒலிபரப்பு

ஒலிபெருக்கி பொருத்தப்பட்ட வண்டியின் மூலம் சென்னை நகரின் மூலை முடுக்குகளிலெல்லாம் குடும்ப நலப் பாட்டுகளை இசைத்தும், முகாம் குறித்தும் ஒலிபரப்பு செய்யப்பட்டது. இதற்காக மாநகராட்சியின் பிரச்சார வண்டியும், மாநில குடும்ப நலச் செயலகத்தின் வண்டியும் பயன்படுத்தப்பட்டன. முகாம் காலத்தில் மட்டும் 120 ஒலிபரப்பு நிகழ்ச்சிகள் நடத்தப்பட்டன.

படக்காட்சிகள்

குடிசைப் பகுதிகளின் கேந்திர பகுதியிலும், நடுத்தர வர்க்கத்தினர் வாழக் கூடிய இடங்களிலும் படக்காட்சிகள் நடத்தப்பட்டன. மொத்தம் 50 படக்காட்சிகள் நடத்தப்பட்டன.

கலை நிகழ்ச்சிகள், நாடகங்கள்

மாநில குடும்ப நல விளம்பரத் துறை துணை இயக்குநர் இக்காலத்தில் 10 கலை நிகழ்ச்சிகளையும், 6 நாடகங்களையும் நடத்த உத்திரவிட்டார்.

வானொலி, தொலைக்காட்சி

முகாம் குறித்தும், முன்னேற்றம் குறித்தும், சிகிச்சை செய்து கொண்டவர்களின் பேட்டிகளையும் அவ்வப் போது வானொலியும், தொலைக்காட்சியும் ஒலி,ஒளி பரப்பின.

சுவரொட்டிகள்

'மக்கள் தொகைப் பெருக்கம் மதுவைப் போல் கேடு பயக்கும்' என்னும் தமிழக முதல்வரின் பொன்மொழியையும், உருவத்தையும் தாங்கிய கண் கவரும் பல வண்ண லீத்தோ போஸ்டர்கள் முகாம் பற்றிய விவரங்களுடன் மாநில குடும்ப நல விளம்பரத் துறை துணை இயக்குநரால் அச்சிட்டு தரப்பட்டது. இவ்வாறு 5,000 போஸ்டர்கள் முகாமுக்காக அச்சிடப்பட்டது. இத்துடன் 20,000 துண்டு நோட்டீசுகளும் குடும்ப நல அச்சகத்தால் அச்சடிக்கப்பட்டது.

மக்கள் பேரணி

மக்களுக்காக செயல் படுவதே குடும்ப நலத்திட்டம் என்பதை மக்களுக்கு அறிவுறுத்தும் வகையில் மாபெரும் குடும்பநல மக்கள் பேரணி ஒன்றும் சென்னை நேரு ஸ்டேடியத்திலிருந்து துவக்கப்பட்டு சென்னை நகரின் முக்கிய வீதிகளின் வழியாகச் சென்று கடற்கரையை அடைந்தது. இப்பேரணியை தமிழகத்தின் முதல்வர் மாண்புமிகு புரட்சித் தலைவர் அவர்கள் துவக்கிவைத்தது, பேரணிக்கே சிறப்பு மகுடம் சூட்டியதாக அமைந்தது.

பேரணி துவங்கு முன்னர் குடும்ப நலத்திட்டத்தின் அவசியம் குறித்து மாண்புமிகு முதல்வர் அவர்களும், தமிழக நல்வாழ்வுத் துறை அமைச்சர் மாண்புமிகு திரு. ஆர். சௌந்தரராசன் அவர்களும், திரைப்பட முன்னணி தாரகைகள் திருவாளர்கள் தேங்காய் சீனிவாசன், ஜெமினி கணேசன், நாகேஷ், ரஜனி காந்த், வி.கே. ராமசாமி, ஸ்ரீகாந்த், திருமதி சுஜாதா ஆகியோரும் பேசினர். இப்பேரணியில் மற்ற முன்னணி நடிகர்களான திரு. கண்ணன், ரதி தேவி, போன்றோரும் கலந்து கொண்டனர்.

பேரணியில் சுமார் 10,000 பேர் கலந்து கொண்டனர். மாநகராட்சி ஊழியர்கள், சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி பேராசிரியர்கள், மருத்துவர்கள், நர்சுகள், செவிலியர்கள் ஆகியோர் தமது அலுவலக உடைகளுடன் கலந்து கொண்டது கண் கொள்ளாக்காட்சியாக அமைந்தது.

அலங்கார ரதம்

பாரதப்போரில் கண்ணன் ஓட்டிய தேரை நினைவுறுத்தும் வகையில் அழகான அலங்கார ரதம் பேரணியில் வந்தது. அதில் தமிழக நல்வாழ்வுத் துறை அமைச்சர் திரு. ஆர். சௌந்தரராசன், தொழிலாளர் நலத் துறை அமைச்சர் திரு. இராகவானந்தம், வேளாண்மைத் துறை அமைச்சர் திரு. குழந்தைவேலு போன்றோர் அமர்ந்து வந்தனர். பேரணியின் முன்பு குதிரைப்படை செல்ல, அதைத் தொடர்ந்து ஒட்டகங்கள் அணிவகுத்து வர, அதன் பின்னே கும்மி, கோலாட்டம், நடனம் தாங்கிய பத்துவித அலங்கார வண்டிகள் வர, கடைசியாக அமைச்சர்கள் வந்த அலங்கார ரதம் வந்தது.

பட்டிமன்றம், கூட்டம்

கடற்கரை சீரணி அரங்கில் விளம்பரத்துறை அதிகாரிகள் ஒருபக்கமாகவும், மருத்துவத் துறை பெண் மருத்துவர்கள் மற்றொரு பக்கமாகவும் இருந்து குடும்ப நலப் பட்டி மன்றம், கூட்டுறவுத்துறை அமைச்சர் மாண்புமிகு திரு. கே. ஏ. கிருஷ்ணசாமி அவர்கள் தலைமையில் நடைபெற்றது. அதைத் தொடர்ந்து நடைபெற்ற குடும்பநல பொதுக் கூட்டத்திற்கு தமிழக நல்வாழ்வுத் துறை அமைச்சர் மாண்புமிகு திரு. ஆர். சௌந்தரராசன் அவர்கள் தலைமை தாங்க, கல்வி அமைச்சர் மாண்புமிகு செ. அரங்க நாயகம், கைத்தறித் துறை அமைச்சர் மாண்புமிகு திருமதி சுப்புலட்சுமி ஜெகதீசன் ஆகியோர் பேசினர். இறுதியாக, போக்குவரத்துத் துறை அமைச்சர் மாண்புமிகு திரு. பொன்னையன் அவர்கள் தலைமையில் திரைப்பட நடிகர் கவர்ச்சி வில்லன் திரு. கண்ணன் குழுவினர் நடித்த அண்ணாவின் 'பார்வதி பி.ஏ.' நாடகம் நடைபெற்றது.

இவ்வளவு சிறப்பு மிக்க அம்சங்களுக்கிடையே நடைபெற்ற குடும்ப நல முகாமில் 1518 தந்தையர்களுக்கும், 729 தாய்மார்களுக்கும் ஆக மொத்தம் 2,247 பேர்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டது.

1979-80 ஆம் ஆண்டிற்குத் தமிழ் நாட்டுக்குரிய குடும்ப நலத்திட்ட இலக்கு

எண்	மாவட்டத்தின் பெயர்	குடும்ப நல நிரந்தர சிகிச்சை	கருத்தடை வளையம்	மரபு வழி கருத்தடை முறைகளைப் பின்பற்றுவோர்	உட்கொள்ளும் கருத்தடை மாத்திரைகளைப் பயன் படுத்துவோர்
1.	செங்கற்பட்டு வடக்கு	10,800	3,260	3,900	1,240
2.	செங்கற்பட்டு தெற்கு	9,000	2,720	3,200	1,040
3.	கோயம்புத்தூர்	29,900	9,010	10,700	3,450
4.	தர்மபுரி	11,500	3,460	4,100	1,320
5.	கன்னியாகுமரி	8,400	2,540	3,000	970
6.	மதுரை	27,000	8,130	9,700	3,110
7.	நீலகிரி	3,400	1,020	1,200	390
8.	வட ஆர்க்காடு	25,600	7,730	9,200	2,960
9.	இராமநாதபுரம்	19,600	5,910	7,000	2,260
10.	சேலம்	20,500	6,180	7,400	2,360
11.	தென் ஆர்க்காடு	24,800	7,460	8,900	2,850
12.	தஞ்சாவூர்	26,300	7,930	9,400	3,030
13.	திருச்சிராப்பள்ளி	19,800	5,960	7,100	2,280
14.	புதுக்கோட்டை	6,600	1,990	2,400	760
15.	திருநெல்வேலி	21,900	6,600	7,900	2,530
16.	சென்னை	16,900	5,100	6,100	1,950
	மொத்தம்	2,82,000	85,000	1,01,200	32,500

வானவில்லில்தான் ஏழு வண்ணங்கள் பிரதிபலிக்கும் என்று சொல்லுவார்கள். 1979-ஆம் ஆண்டு மார்ச்சு மாதம் 17-ஆம் நாளன்று கருப்புத் தங்கம் கிடைத்திடும் சிறப்புமிகு நெய்வேலி நகரத்தில் அமைந்திருக்கும் அழகு மிகு கலையரங்கிலும் ஏழு வண்ணங்கள் கோலாகலமாகப் பிரதிபலித்தன. வானவில்லின் வண்ணங்கள் கண்ணுக்குக் குளிர்ச்சியாக விருந்தளிக்கும்; ஆனால், நெய்வேலியில் பிரதிபலித்த ஏழு வண்ணங்கள் கவிதை வடிவத்தில், கூடியிருந்த ஐயாயிரத்திற்கும் மேற்பட்ட மக்களின் காதுகளுக்குப் பெரும் விருந்தாக அமைந்தது.

"செந்தமிழ் நாடெனும் போதினிலே — இன்பத்
தேன்வந்து பாயுது காதினிலே"

என்ற பாரதியாரின் கவிதை வரிகளுக்கொப்ப, அன்று வண்ணக்கவியரங்கில் கலந்து கொண்ட அத்தனை கவிஞர்களின் கவிதைகளும் மக்களின் காதுகளில் தேனாகப் பாய்ந்து வழிந்தது.

எண்ணத்தைக் கவர்ந்திழுக்கும் இந்த வண்ணப் பொலிவுமிக்க இனிய கவியரங்கம், நெய்வேலி பழுப்பு நிலக்கரி நிறுவனம், புதுவை வானொலி நிலையம், தென்னார்க்காடு மாவட்ட குடும்பநல அலுவலகம் ஆகிய மூன்று நிறுவனங்களும் இணைந்து நடத்தியதாகும்.

கவியரங்க நிகழ்ச்சியைத் துவக்கி வைத்து வரவேற்புரையாற்றிய புதுவை வானொலி நிலைய இயக்குநர் திரு. ஜி. சுப்ரமணியன் அவர்கள், "குடும்பநலக் கருத்துக்களை மக்கள் மத்தியில் வேரூன்றச் செய்வதற்கு, நகர்ப்புற மக்கள், கிராமப்புற மக்கள் என்று பலதரப்பட்டவர்களும் இருப்பதால், அவரவர்களின் அறிவுத் திறத்திற்கு ஏற்ப நிகழ்ச்சிகளை அமைத்திட வேண்டும் என்ற அடிப்படையில்தான், நெய்வேலி நகரியப் பகுதியில் வண்ணக் கவியரங்கமும், நாடகமும் ஏற்பாடு செய்யப்பெற்றுள்ளது; இதைச் செவியுற்றும் கண்ணுற்றும் செல்லுகின்ற மக்கள், தாங்கள் குடும்பநலத் திட்டத்தை ஏற்றுக் கொள்ளுவதோடு மட்டுமின்றி, தங்களின் சுற்றத்தார் மற்றும் நண்பர்கள் அனைவரையும் இதனை ஏற்றுக் கொள்ளும்படிச் செய்வதற்கு முயன்றிட வேண்டும்" என்று கேட்டுக் கொண்டார்.

இதன் பிறகு சட்டமன்ற உறுப்பினர் திரு. எம். செல்வராசு அவர்கள் பேசுகையில், "குடும்ப நலத்திட்டமானது, கட்சி, ஜாதி, மத, இனவேறுபாடுகளுக்கு அப்பாற்பட்டு அனைவராலும் பின்பற்றப்பட வேண்டிய ஒரு சிறந்த திட்டமாகும்" என்று குறிப்பிட்டார். பிறகு மாவட்ட குடும்பநல அலுவலர் டாக்டர் திருமதி எஸ். ஞானசுந்தரி அவர்கள் பேசும்போது, குடும்பநலத் திட்ட முறைகளைச் செயல்படுத்துவதற்கு மாவட்ட அளவில் செய்யப்பெற்றிருக்கும் அனைத்து வசதிகளையும் விளக்கிக் கூறினார்.

இதன் பிறகு மாவட்ட மருத்துவ அலுவலர் டாக்டர் செல்வி சரஸ்வதி, நெய்வேலி நிறுவன தலைமை மருத்துவ அலுவலர் டாக்டர் பி. விசுவநாதன், பொது மருத்துவமனை சர்ஜன் டாக்டர் கே. சவுந்தரபாண்டியன் ஆகியோர், குடும்பநலத் திட்டத்தை அனைவரும் பின்பற்ற வேண்டியதன் அவசியத்தை வற்புறுத்திப் பேசினர். இப்பொதுக்கூட்ட நிகழ்ச்சிக்குப் பிறகு "வண்ணக் கவியரங்கம்" துவங்கியது.

மாவட்ட குடும்பநல விளம்பர அலுவலர் (பொறுப்பு) திரு.எஸ்.மெய்யப்பன், வரவேற்பின்போது,

" வண்ணக்கவி யரங்கத்தை நாங்க ளிங்கே
வாழ்வுசுகம் காண்பதற்குக் கூட்டியுள்ளோம்!
எண்ணமெல்லாம் இனிக்கின்ற கவிதை பாட
ஏழுவண்ணம் கொடுத்துள்ளோம்! இளங் கறுப்புச்
சுண்ணமதை வெட்டும்நெய் வேலி தன்னில்
சூல் இரண்டு கொள்வதோடு நின்று விட்டால்
பெண்களுக்குப் பேரின்ப வாழ்வு கிட்டும்
என்பதனை எடுத்துரைக்கக் கூடியுள் ளோம்! "

என்று கவிதை பாடி, கவியரங்கின் நோக்கத்தைப்பற்றி விளக்கினார்.

கவியரங்கிற்குத் தலைமை தாங்கிய உவமைக் கவிஞர் சுரதா :

"பச்சை நிறம் இச்சை நிறம் ! கறந்து வைத்த
பால்போன்ற வெள்ளைநிறம் தாய்மைகாட்டும் !
எச்சரிக்கை செய்யும் நிறம் சிவப்பு ! நீலம்
என்னும்நிறம் உள்ளத்தின் உறவைக் காட்டும் !
நிச்சயத்தைக் கூறும் நிறம் மஞ்சள் ! வாழ்வில்
நிதானத்தைக் காட்டும்நிறம் ஊதாவாகும் !
மிச்சமொரு நிறந்தானே ! அதனைப் பற்றி
மேடையிலுள்ளோர் திறம்படவே பாடுவார்கள் !"

என்று பாடி, வண்ணங்களின் தன்மைபற்றி விளக்கி, குடும்பநலத் திட்டத்தைப் பெண்டிரும் ஆடவரும் தவறாமல் கைக்கொள்ள வேண்டியதன் அவசியத்தை வற்புறுத்தினார்.

பாமுகில் பண்ணரசன் அவர்கள் ஊதா நிறம் பற்றிப் பாடுகையில்,

" ஆண்டவனை வேண்டலிங்க, அரசமரம் சுத்தலிங்க!
என்றாலும் கருவாய்க்கு இடைவேளை ஓயலிங்க!
சிவப்பாயிக் கப்புறமா சீரியலா ஐந்துபொண்ணு!
வெள்ளச்சி, கருப்பாயி, பச்சையம்மாள், நீலாம்பாள்!
மஞ்சுளா என்றழைக்கும் மக்களைநான் பெற்றெடுத்தேன்!
தண்ணீரில் மிதக்கின்ற தாமரைபோல் நாங்களெல்லாம்
கண்ணீரில் மிதக்கின்ற காலம் வந்து சேர்ந்ததுங்க! "

என்று "தனக்கோடி—அலமேலு" தம்பதியரின் கதையை மிகவும் உருக்கமாகப் பாடினார்.

அடுத்து, கவிஞர் சக்தி அவர்கள் சிவப்பு வண்ணம் பற்றிப் பாடுகையில்,

'' அந்தி வானமோ அழகாய்ச் சிவக்கலாம்;
செந்துவர் மாதுளை சிரிப்பும் சிவக்கலாம்;
முருக்கம் பூக்களோ முருகிற் சிவக்கலாம்;
தருமவான்களின் தளிர்க்கரம் சிவக்கலாம்;
கள்சுவைக் கன்னியர் கனிவாய் சிவக்கலாம்;
பிள்ளைப் பேற்றினால் பெருகும் குருதியால்
நாடு சிவந்தால் நாசமே விளையும்!
வீடுகள் இடர்களின் விளைநிலம் ஆகும்!''

என்று, அருமைமிகு தத்துவப் பாங்குடன், பேற்றுப் பந்தயத்தினால் விளைகின்ற இடர்களனைத்தையும் தெள்ளத்தெளிவாய் எடுத்துக் காட்டினார்.

இதற்கடுத்து வெண்மை நிறத்தைப் பற்றிப் பாடிய கவிஞர் ஆராவமுதன்,

'' குழந்தைவிதை உண்டாக்கும் கேந்திரத்தில்
குழாய்மாற்ற சிறு அறுவை செய்து கொண்டால்
நிழல்பட்டால் கூடப்புதுப் பிள்ளை தோன்றும்
நிலையிங்கே நிகழாது! வெள்ளை யாற்றில்
முழுகிவரும் ஜீவமீன்கள் நிற்கும்! ஆனால்
மோகநதி வெள்ளோட்டம் நிற்பதில்லை!
அழகுசுகம் அனுபவிக்க வாரீர்! பிள்ளை
அல்லலதை நிறுத்துதற்கு விரைந்து வாரீர்!''

எனச் சுவைஞர்களுக்கு அழைப்பு விடுத்து, சோகை வெண்மை சேராமல் துணைவியின் உடல்நலத்தைக் காப்பதற்கும், வெள்ளைப் பெருமழையில் உதிக்கும் விஞ்ஞான முயற்சி வெல்வதற்கும், ஒத்துழைப்பு நல்கிட வேண்டும் என வேண்டுகோள் விடுத்தார்.

இதற்குப் பிறகு, பச்சை வண்ணம் பற்றிப் பாடிய கவிஞர் ஞான. வைத்தியநாதன் அவர்கள்,

'' வருமானக் கணக்கிட்டு வாழ்க்கை ஏட்டை
வரையறுத்துப் புரட்டிடுவோர் குடும்பமெல்லாம்
நறுநிறமாம் வளப்பச்சை செழிப்புக் காணும்;
நலங்கூடும்; துன்பங்கள் ஓடிப் போகும்
அரும்வாழ்வில் உடலுறவே கடமை என்று,
ஆக்கங்கள் செய்யாது, பிள்ளை ஈன்று
தரும் கருவி மனைவியென எண்ணும் வீட்டில்,
தன்மானம் இருக்காது; ஓடிப் போகும்! ''

என்று, குடும்பங்கள் அனைத்தும் பச்சைப் பசும் பயிர் போல் செழிப்புடன் விளங்க வேண்டுமெனில், அதற்குக் குடும்ப நலத்திட்டத்தைப் பின்பற்றுவதுதான் ஒரே வழி என்பதனை வலியுறுத்தினார்.

அடுத்து, கவிஞர் இரா. தனசேகரன் அவர்கள் கறுப்பு வண்ணம் பற்றிப் பாடும்போது,

''வான்மேகம் தான்கறுப்பு; மழையே நல்கும்!
வைரங்கள் நிறம்கறுப்பு; வெளிச்சம் காட்டும்!
நீண்டபெரும் கடல்கறுப்பு; முத்தை நல்கும்!
நெடுவிழிகள் நிறம்கறுப்பு; பார்வை நல்கும்!
தாண்டுவரால் வயல்கறுப்பு; பயிர்கள் வாழும்!
தங்குமிட நிழல்கறுப்பு; குளுமை ஊட்டும்!
ஈண்டெதற்கும் அஞ்சாது தொடர்ந்து பிள்ளை
ஈவதனால் வரும்கறுப்போ நம்மைக் கொல்லும்!''

என்று பாடி, ஏழையர்கள் மற்றும் உழைப்பாளர் வாழ்வில் என்றும் தங்கிவரும் கறுப்புக்கு வெளிச்சம் பூசத் தருந்த வழி, குடும்ப நலத் திட்டம்தான் என்பதனை இனிமையாக விளக்கிக்காட்டினார்.

அடுத்து, மஞ்சள் நிறம் பற்றிப் பாடிய பெண் கவிஞர் பாலா கந்தசாமி அவர்கள்,

'' மஞ்சள் எனது நிறம்; மனதுள் நகைக்காதீர்!
கொஞ்சம் இருக்கின்ற குழிப்பார்வை மஞ்சள் நிறம்!
நெஞ்சத் தசைப்பையின் நெகிழ்வில் புலம்பரவும்
எஞ்சியுள்ள ரத்தம் இளமை இழந்ததனால்
துஞ்சும் இளமேனித் தோலெல்லாம் மஞ்சள்நிறம்!
புஞ்சைத் திடலிடையே பொழிகின்ற வான்மழையைத்
தஞ்சமெனக் கொண்டு தான்வளரும் தினைப் பயிராய்
சஞ்சரிக்கும் மக்கள் தரையில் புரளுவதால்
தலை தொட்டுக் கால்வரையில் தனிப்பட்ட மஞ்சள்நிறம்!
என்னை மணந்ததனால் இதயத்து ஏக்கங்கள்
தன்னை ஓர் புன்சிரிப்பால் தான் அடக்கும் என்தலைவர்
முன்னுச்சி முடியெல்லாம் முழுதான மஞ்சள் நிறம்!''

என்று, தாய்மைப் பேற்றின் அளவுக்கு மீறிய தன்மையால் விளைகின்ற அனைத்துத் துன்பங்களையும் அழகுற விளக்கிக் காட்டினார்.

அடுத்து, நீல நிறம் பற்றிப் பாடிய கவிஞர் ஆதிகணேசன் அவர்கள்,

''விண்ணைவிடப் பெரியதுண்டா விளம்பிடுவீர் அதன் நிறத்தை!
மண்ணைவிட மும்மடங்காம் மாக்கடலின் நிறமென்ன?
மலைகளது நிறமென்ன? மலைக்காதீர் சகநிறத்தீர்!
தலையாய இவைகளெலாம் தங்குநிறம் நீலநிறம்
என்றுணர்ந்தால் இரக்கத்தால் எளியேன்நான் சொல்கின்றேன்
மண்ணிலுள்ள மக்களெல்லாம் மகிழ்ச்சியுடன் வாழுதற்கு
நன்னிடவே பலவழிகள் நாட்டினிலே மெத்தவுண்டு!
எண்ணிமிகத் தெளிந்துநாம் ஏற்றவழி தேடிடுவோம்!
பொலபொலெனப் பிள்ளைபெற்றோர் புலம்பிமிகத் துடிக்கின்றார்!
கலகலெனக் கண்ணீரைக் காலமெல்லாம் வடிக்கின்றார்!
கண்டபின்னும் நாமெல்லாம் கவலையின்றிக் கிடப்போமா?
கண்ணிருந்தும் கிணற்றில்விழக் காலெடுத்து வைப்போமா?''

என்று அளவோடு பிள்ளைகள் பெற்றுக் கொள்ள வேண்டியதன் அவசியத்தை விளக்கினார்.

இவ்விதம் கவிஞர்கள் அனைவரும் '' வண்ணங்கள் பற்றிப் பாடி முடித்தபின்னர், கடைசியாக புதுவை வானொலியைச் சார்ந்த திரு. முல்லைவளவன் அவர்கள் நன்றி கூறுகையில்,

'' பெரியோரே! தாய்மாரே! புதியமணத் தம்பதிகாள்!
இறுதியில் உங்களுக்கு என் சிறிய விண்ணப்பம்!
பிறப்பினைச் சிலகாலம் தான்நிறுத்தி வையுங்கள்!
பிறப்புக்கு ஐந்தாண்டு இடைவெளியைக் கொள்ளுங்கள்!
ஒரு குழந்தை பெற்றோரே ஓய் வெடுத்துக் கொள்ளுங்கள்!
மறு குழந்தை பெற்றவுடன் மறந்திடுங்கள் மகப்பேற்றை!
சிறு குடும்பத் தத்துவத்தைச் சிறப்பாக ஏற்றிடுங்கள்!''

என்று பாடி, வந்திருந்தோர் அனைவருக்கும் விண்ணப்பித்துக் கொண்டு சிறு குடும்ப நெறியின் அவசியத்தை வலியுறுத்தினார்.

இதன்பிறகு மாவட்ட ஆட்சித் தலைவர் திரு. பி. எஸ். பாண்டியன், ஐ. ஏ. எஸ் அவர்கள் முன்னிலையிலும் பாராளுமன்ற உறுப்பினர் திரு. ஏ. முருகேசன் அவர்கள் தலைமையிலும், நெய்வேலி ஸ்புட்னிக் கிரியேஷன்சார் வழங்கிய '' சக்கரங்கள் பின்னோக்கிச் செல்கின்றன '' என்னும் குடும்பநலத் திட்டத்தின் அவசியத்தை விளக்கும் அருமையான நகைச்சுவை நாடகம் நடைபெற்றது. கவியரங்கில் பிரதிபலித்த ஏழு வண்ணங்களுடன், இந்த நாடகம் எட்டாவது வண்ணமாகத் திகழ்ந்து நிகழ்ச்சிக்குப் பெருமை சேர்த்தது என்றால் மிகையாகாது.

அனைத்துலகக் குழந்தைகள் நிலை!

- எஸ்.முத்துராமலிங்கம்

'அனைத்துலகக் குழந்தைகள் ஆண்டு 1979', உலக நாடுகளில் எல்லாம் நடத்தப்பட்டு வருகிறது. குழந்தைகளின் நலம் பேணுவது; அவர்களுக்கென்றே ஐக்கிய நாடுகள் மன்றம் 1959-ஆம் ஆண்டு அறிவித்துள்ள உரிமைகளை எல்லாம் பெறச் செய்வதற்கான சூழ்நிலைகளை உருவாக்குவது போன்ற பணிகளில் உலகம் தன்னைத்தானே ஈடுபடுத்திக் கொண்டிருக்கிறது.

இன்றைய நிலையில் குழந்தைகளின் நிலை என்ன? கி.பி. 2000-ல் எப்படியிருக்கும்? உலக அளவிலான விவரங்களையெல்லாம் 'உலக வங்கி' திரட்டித் தந்துள்ளது. அந்த விவரங்களைத் தான் வெளியிட்டுள்ள உலக வரை படத்தொகுப்பில் (World Atlas of the Child)வெளியிட்டுள்ளது. உலக நாடுகளைத் தொழில் மயமான நாடுகள் என்றும், வளர்ந்து வரும் நாடுகளில் உயர் வருவாய் உள்ள நாடுகள், உயர் நடுத்தர வருவாய் உள்ள நாடுகள், நடுத்தர வருவாய் உள்ள நாடுகள், குறைவான நடுத்தர வருவாய் உள்ள நாடுகள், குறைவான வருவாய் உள்ள நாடுகள், மத்தியத் திட்டப்படி பொருளாதாரத்தை உடைய நாடுகள் எனவும் தனித் தனிக்குழுக்களாகப் பிரித்துத் தந்துள்ளது! நமது இந்திய நாடு குறைவான வருவாய் உடைய வளர்ச்சியுறும் நாடாகக் கருதப்படுகிறது.

குழந்தைகள் பெருகும் நாடுகள்

அந்த விவரங்களின் அடிப்படையில் நோக்கினால், மிகக் குறைவான வருமானமுடைய நாடுகளில் தான் உலக மொத்தக் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கையில் பெரும் பகுதியினர் வாழ்கிறார்கள். இந்த நாடுகள் உலக அளவில் மிக அதிகமான மக்கள் தொகையைக் கொண்டவையாகவும் இருக்கின்றன. உலக அளவில், பதினான்கு வயது வரையிலான குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 1975-ஆம் ஆண்டு முதல் கி.பி. 2000க்குள் எந்த அளவு உயரும் என்பதைக் கீழ்வரும் புள்ளி விவரம் தெளிவாக்கும் :

நாடுகளின் குழுக்கள் (எண்ணிக்கையுடன்)	1975-ல் குழந்தைகள் [000]	கி.பி. 2000-ல் குழந்தைகள் [000]
தொழில் மயமான நாடுகள் (21)	2206	2258
வளர்ச்சியுறும் நாடுகள் :		
உயர் வருவாய் உடையவை (9)	1137	1923
உயர் நடுத்தர வருவாய் உடையவை (18)	1209	1261
நடுத்தர வருவாய் உடையவை (21)	3254	5226
குறைவான நடுத்தர வருவாய் உடைய நாடுகள் (21)	2173	3635
குறைந்த வருவாய் உடைய நாடுகள் (37)	2923	5770
மத்தியத் திட்டப்படி பொருளாதாரத்தை உடைய நாடுகள் (11)	3544	3769

உலக அளவில் மிக அதிகமான மக்கள் தொகையைப் பெற்றுள்ள நாடுகள் எனக் கருதப்படுபவையிடையே தான் கி.பி. 2000-ல் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை வெகுவாகப் பெருக இருக்கிறது. இந்தியா உட்பட குறைந்த வருவாய் உடைய நாடுகளில் இவ்வயதுக்கிடைப்பட்ட குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை மிக அதிகமாக விருக்கிறது. அடுத்துக் குறைவான நடுத்தர வருவாய் உள்ள நாடுகளிலும், நடுத்தர வருவாய் உடைய நாடுகளிலும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை அதிகப்பட விருக்கிறது. வருவாயும் குறைவு, மக்கள் தொகையும் அதிகம். குழந்தைகளின் எண்ணிக்கையும் பெருக விருக்கிறது. இந்நாடுகளில் வாழப் போகும்—வாழும் குழந்தைகள் எல்லாம், எல்லா உரிமைகளோடும் நலன்களோடும் நல்வாழ்வு வாழ்வதற்கான வழிவகைகளை உலகம் காண்டாக வேண்டும் ?

பிறப்பும் இறப்பும்

குறைவான வருவாய் உடைய நாடுகளில் 1975ஆம் ஆண்டு இருந்த குழந்தைகளின் எண்ணிக்கையைப் போல கி.பி. 2000-ல் இருமடங்காகப் பெருகும். 1975-ஆம் ஆண்டுக்கும் கி.பி. 2000க்கும் இடையில் பிறப்பு விகிதம் குறைந்த போதிலும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை இருமடங்காகப் பெருகும். ஆப்பிரிக்க நாடுகளில் ஆயிரத்துக்கு 45.6 என இருக்கும் பிறப்பு விகிதம் 38.6 எனக் குறையும். ஆசிய நாடுகளில் இப்போது 43.4 ஆக இருக்கும் பிறப்பு விகிதம் 31.4 ஆகவும், தென் அமெரிக்காவில் 38.8 ஆக இருக்கும் பிறப்பும் விகிதம் 28.1 எனவும் குறையும்.

அதே நேரத்தில் பிறக்கும் குழந்தைகளின் வாழ் நாளின் அளவும் கூடி வருகிறது. குறைந்த வருமானமுள்ள நாட்டில் (A typical low income country) 1960-ஆம் ஆண்டு பிறந்த குழந்தைகள் 36 ஆண்டுகள் வாழ்ந்தனர். ஆனால் 1975-ஆம் ஆண்டில் பிறந்த குழந்தைகளது வாழ் நாளின் அளவு 43 ஆண்டுகளாக உயர்ந்துள்ளது. பல்வேறு காரணங்களால் மனிதனின் வாழ் நாள் அளவு கூடிக் கொண்டு வருவதே மக்கள் தொகைப் பெருக்கத்திற்கான காரணங்களில் ஒன்றாகும்.

1970-ஆம் ஆண்டில் ஆப்பிரிக்காவில் பிறந்த ஆயிரம் குழந்தைகளில் முதல் பிறந்த நாள் விழாவைக் காணாமலேயே 108 குழந்தைகள் மடிந்தன. அப்படி ஆசியாவிலும், தென் அமெரிக்காவிலும் இறந்த குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை முறையே 41, 54 எனப்படுகிறது.

ஆனால் இந்த எண்ணிக்கை ஐரோப்பாவில் 24 ஆகவும், அமெரிக்க ஐக்கிய நாடுகளில் 20 ஆகவும் உள்ளது. நான்கு வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளிடையே சிசு மரணங்களும், இறப்பு விகிதமும் குறைந்துள்ளது. குழந்தைகளைப் பேணிக் காப்பதில் உலக அளவில் பரவலான அக்கறை ஏற்பட்டு வருகிறது.

வளர்ச்சி, கல்வி, குழந்தைகள்:

கல்வியைப் பொறுத்தமட்டில் பெண்கள் நல்ல முன்னேற்றமடைந்து வருகின்றனர். 1960-ல் இருந்ததைக் காட்டிலும் 1970-ல் ஆப்பிரிக்க, ஆசிய நாடுகளில் கல்வி வளர்ச்சி விகிதம் குறைந்துள்ளது. குறைந்த வருமானமுடைய நாடுகளில் 58 சதவிகிதக் குழந்தைகளே ஆரம்பக் கல்வி பெறவும், 9 சதவிகிதக் குழந்தைகளே உயர் நிலைக் கல்வி பெறவும் செல்கின்றனர். தொழில்மயமான நாடுகளில் ஆரம்பக் கல்வி பெற நூறு சதவிகிதக் குழந்தைகளும், உயர் நிலைக் கல்வி பெற 75 சதவிகிதக் குழந்தைகளும் செல்கின்றனர்.

பொதுவாக வளர்ச்சியடைந்து வரும் நாடுகளின் கோடிக்கணக்கான குழந்தைகள் அடிப்படை வசதிகள்—அத்யாவசியத் தேவைகள் இல்லாதிருக்கின்றனர். உலகின் பெரும்பாலான பகுதிகளில் உள்ள நிலை வருந்தத்தக்கதாக உள்ளது. ஆப்பிரிக்க, ஆசிய, தென் அமெரிக்க நாடுகளில் சிசு மரண விகிதம் அதிகமாகவுள்ளது. வேலை செய்யும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கையும் இந்நாடுகளில் தான் அதிகம். தென் அமெரிக்க நாடுகளைவிட, ஆப்பிரிக்க, ஆசிய நாடுகளில் கல்வி நிலை மோசமாக உள்ளது. ஆப்பிரிக்க, ஆசிய நாடுகளில் உள்ள குழந்தைகளின் நிலை மிகவும் மோசமாக இருப்பதற்குக் காரணம், வறுமை அப்பகுதிகளில் நிலையாகக் குடிகொண்டிருப்பதேயாகும்.

குறைந்த அளவு வளர்ச்சி காரணமாகப் பாதிக்கப்பட்டு வருந்துபவர்கள் குழந்தைகளே! அனைத்துலக வளர்ச்சிப் பணிகள் காரணமாக முதலில் பலன் பெறுபவர்களும் குழந்தைகளே! குடிதண்ணீர் வசதி குறித்து உலக நல்வாழ்வு நிறுவனம் ஆய்வு ஒன்றை நடத்தியுள்ளது. அந்த ஆய்வின்படி 1975 ஆம் ஆண்டில் 1230 மில்லியன் மக்களுக்குப் போதுமான அளவு குடி தண்ணீர் வழங்கப்படவில்லை. 1350 மில்லியன் மக்கள் சரியான சுகாதாரச் சூழ்நிலை இல்லாது வாழ்கிறார்கள். இவர்களில் 700 மில்லியன் பேர்கள் குழந்தைகள் என்பது குறிப்பிடத்தக்கதாகும்.

நல்வாழ்வு-சத்துணவு:

உலக அளவில் போர் காரணமாக, மத, அரசியல் காரணங்களினால் 10 மில்லியன் பேர்கள் நாடிழந்தவர்களாக இருக்கிறார்கள். இவர்களில் 50 சதவிகிதத்தினர் குழந்தைகள். நாடிழந்தவர்களில் ஐந்தில் நான்கு பகுதியினர் வளர்ச்சியுறும் நாடுகளைக் கொண்ட உலகத்தைச் சார்ந்தவர்கள். நான்கரை மில்லியன் பேர்களை ஆப்பிரிக்காவில் காணலாம்.

நல்வாழ்வு என்று எடுத்துக் கொண்டால் 15.5 மில்லியன் குழந்தைகள் முதல் பிறந்த நாளையே சந்திக்காமல் இறக்கின்றனர். இதில் 15 மில்லியன் குழந்தைகள் வளர்ச்சியுறும் நாடுகளைச் சார்ந்தவர்கள். உரிய இலகுவான நடவடிக்கைகளின் மூலம் வறுமைமிக்க இந்நாடுகளின் பகுதிகளில் 90 சதவிகிதச் சாவினைத் தடுக்கமுடியும் எனக்கருதப்படுகிறது.

குழந்தைகள் பிஞ்சுப் பருவத்திலேயே பள்ளி செல்லாமல் வேலையில் ஈடுபடுத்தப்படுகின்றனர். உலகம் முழுவதிலும் 52 மில்லியன் குழந்தைகள் தொழிலாளர்களாகப் பணியாற்றுகிறார்கள். இவர்கள் எல்லாம் பதினைந்தும் அதற்குக் குறைவான வயதுமுடையவர்கள். அனைத்துலகத் தொழிலாளர் நிறுவனம் நடத்திய ஆய்வு ஒன்றின் வழி கிடைத்த புள்ளி விவரம் இது. இதில் 42 மில்லியன் குழந்தைகள் வீட்டு வேலையும், விவசாயத் தொழிலும் கூலி பெறாமல் செய்கிறார்கள். அடுத்த 10 மில்லியன் குழந்தைகள் சிறுகடைகள், தொழிற்கூடங்கள், வயல்கள் ஆகியவற்றில் கூலிபெற்று வேலை செய்கிறார்கள். தென் ஆசிய நாடுகளில் 29 மில்லியன் குழந்தைகளும், ஆப்பிரிக்காவில் 10 மில்லியன் குழந்தைகளும், கிழக்கு ஆசிய நாடுகளில் 9 மில்லியன் குழந்தைகளும், லத்தீன் அமெரிக்கப் பகுதிகளில் 3 மில்லியன் குழந்தைகளும், மிக வளர்ச்சியடைந்த நாடுகளில் 1 மில்லியன் குழந்தைகளும், இத்தகைய தொழில் செய்கின்றனர். இதில் சேராத வேறு புள்ளி விவரங்களும் உண்டு.

சத்து உணவுக் குறைபாடு காரணமாக உலக மக்களில் பெரும்பாலோர் துன்புறுகின்றனர். 460 மில்லியன் மக்கள் சத்துணவுக் குறைபாடு காரணமாகத் துன்புறுகிறார்கள். சிசு மரணத்திற்கு இது மூலகாரணமாக அமைகிறது. உலகில் பிறக்கும் குழந்தைகளில் ஆறில் ஒரு பகுதியினர் தேவைக்கும் குறைவான எடையுடையவர்களாக இருக்கிறார்கள். வைட்டமின் 'ஏ' குறைபாடு காரணமாக ஆண்டு தோறும் 250,000 குழந்தைகள் கண் பார்வை இழக்கின்றனர்.

நகர்ப்புறம்-நாட்டுப்புறம்:

நகர்ப்புறங்களின் வளர்ச்சி மிக வேகமாக உள்ளது. கிராமப் புறங்களிலிருந்து நகர்ப்புறங்களுக்கு வந்து குடியேறுபவர்களின் எண்ணிக்கையும் கூடி வருகிறது. இந்த நூற்றாண்டின் முடிவில் இன்றைய பல நகரங்களின் மக்கள் தொகை இரு மடங்காகப் பெருகிவிடும். மெக்சிகோ நகரத்தின் மக்கள் தொகை 31 மில்லியன்களாக உயர்ந்துவிடும். 1970 ஆம் ஆண்டில் உலகிலேயே இரண்டாவது பெருநகராக விளங்கியது இலண்டன் மாநகரம். ஆனால் அது இந்நூற்றாண்டின் முடிவில் பதினெட்டாவது இடத்தைப் பெறும் அளவுக்கு ஏனைய நகரங்களின் வளர்ச்சி அமையும்.

1979 ஆம் ஆண்டுக் கணக்கின்படி நகர்ப்புறங்களில் உள்ள எழ்மையான குடிசைப் பகுதிகளில் வாழும் பதினைந்து வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 156 மில்லியன்களாகும். இதில் ஐந்து வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 60 மில்லியன்களாகும். இந்த நூற்றாண்டின் இறுதியில் நகரங்களில் மட்டும் வாழும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 700 மில்லியன்களாக இருக்கும். நகர்ப்பகுதி குடும்பங்களின் எண்ணிக்கையைவிட, நகர்ப்புறக் குடிசைப் பகுதி குடும்பங்களின் எண்ணிக்கை இரு மடங்காகப் பெருகிவருகிறது.

கிராமப் புறங்களில் வறுமை பெருகி வருகிறது. வளர்ச்சியடைந்து வரும் நாடுகளைச் சார்ந்த கிராமப் புறங்களில் மிகுந்த வறுமைக்கிடையே 600 மில்லியன் மக்கள் வாழ்ந்து வருகிறார்கள். இவர்களில் 15 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 264 மில்லியன் என மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. ஒரு ஆண்டு காலத்தில் இந்த எண்ணிக்கை 270 மில்லியன்களாக உயரும்.

இவ்வகையில் உலக அளவில் உள்ள குழந்தைகளின் நிலையை உயர்த்தவும், அவர்களுக்குரிய அடிப்படை உரிமைகளைக் காத்தளிக்கவும் 'அனைத்துலகக் குழந்தைகள் ஆண்டு 1979' வழி வகைகளைச் செய்து வருகிறது. ஐக்கிய நாடுகள் மன்றச் செயலாளர், உலகக் கிறித்துவ மதத் தலைவர் ஆகியோரின் ஆதரவைப் பெற்றுள்ள 'அனைத்துலகக் குழந்தைகள் ஆண்டு 1979' இந்தியக் குழந்தைகளின் வாழ்விலும் மறுமலர்ச்சியை உருவாக்கி வருகிறது.

காட்சி 9.

இடம்: திறந்த வெளித்திடல்.

இருப்போர்: குருசாமி, நாச்சிமுத்து, தனகோடி, பூஞ்சோலை.

[குருசாமியும், நாச்சிமுத்தும் பேசிக் கொண்டே வருகிறார்கள்.]

குரு: இந்தக் கவிதையைக் கேளு, நாச்சிமுத்து..................

"ஆனமுதலில் அதிகம் செலவானால்
மானமிழந்து மதிகெட்டு—போனதிசை
எல்லார்க்குங் கள்ளனாய் ஏழ்பிறப்பும் தீயனாய்
நல்லார்க்கும் பொல்லனாய் நாடு"

நாச்: சின்ன வயசிலே படிச்சிருக்கேனே!

குரு: சின்ன வயசிலே படிச்சதுதான்! மனப்பாடம் செய்து, வாத்தியார் கிட்ட ஒப்புவிச்சும் இருக்கோம்! அப்போ, ஏன் இதை மனப்பாடம் செய்யச் சொன்னாங்க தெரியுமா? வயசு எவ்வளவு ஆனாலும், வாழ்க்கை முழுவதும் இந்தக் கவிதையை வாயிலே முணுமுணுத்துக் கிட்டே இருக்கனுமின்னுதான்! சம்பாரிக்கறதுக்கு மேலே செலவு செய்தா, மானம் இழந்து, அறிவு கெட்டு, பிழைக்கச் சென்ற இடங்களில் எல்லாம் அங்குள்ள எல்லோருக்கும் திருடனாய், கொடியவனாய், கட்டிய மனைவியினாலேயே வெறுக்கப்படறவனாவான்! இவ்வளவுதான் இந்தப் பாடலிலே சொல்லியிருக்கிற கருத்து! ஒன்றைப் பத்தி பிரச்சாரம் செய்யறதுன்னா—அதிலே ரெண்டு முறை உண்டு! எதைப் பத்திச் சொல்லனுமோ, அதை நேரிடையாச் சொல்லிடறது—இது ஒரு முறை! இன்னொரு முறை—ஒன்றைச் சொல்லி, அதிலே இருந்து இன்னொன்றைப் புரிய வைக்கிறது!......... இந்தக் கவிதை, இரண்டாவது ரகத்தைச் சேர்ந்தது! வரவுக்கு மேலே செலவு செய்யக் கூடாது என்று தான், மேற்போக்கா இந்தப் பாடலைப் படிச்சா அர்த்தமாகும்! வரவுக்கு மேலே செலவு செய்யாதே, அப்படிச் செய்தா இப்படியெல்லாம் அவமானப்படுவே என்று சொன்னால், அதன் உள்அர்த்தம் என்ன? கொஞ்சமாவது மீத்திவை, கொஞ்சமாவது எதிர் காலத்துக்கின்னு சேர்த்துவை இன்னுதானே அர்த்தம்? அமைதியா ஆனந்தமா வாழனுமின்னா சேமித்துவை என்பது தான், இந்தக் கவிதையோட உள்கருத்து!

தன: ஆகா! சின்ன வயசிலே படிச்ச பாட்டுக்கு, இவ்வளவு பெரிய விளக்கம் கொடுத்திட்டிங்க, ஐயா! இனிமே போற இடங்களிலே எல்லாம், இந்தப் பாடலெ பிச்சி உதறிவிடறேன்!

குரு: சரி தனகோடி! நம்ம ஊர் மக்கள் மன்றம் நாளைக்குத் கூடப் போகுது இல்லையா?

தன: ஆமாம் ஐயா, அதெ பத்தித்தான் உங்கக் கிட்ட கலந்து பேசலாமின்னு வந்தேன்! நாச்சிமுத்தும் வர்ரேன்னு சொன்னாரு!

[நாச்சிமுத்து அப்போது அவர்களை நோக்கி வர...]

மனிசனுக்கு நூறு வயசு! நாச்சிமுத்து வருவாரின்னு சொல்றேன்—அவரே வந்துட்டாறே!

நாச்: வணக்கம், ஐயா!

குரு: வணக்கம்! வாப்பா! நாச்சிமுத்து! நாளைக்குக் கூடப்போற ஊர் மக்கள் மன்றக் கூட்டத்தைப் பத்திப் பேசிக்கிட்டு இருக்கோம்!

நாச்: ஆமாம் ஐயா, அந்தக் கூட்டத்தெ பத்திப் பேசத்தான் உங்களெ தேடிக்கிட்டு வந்தேன்!

குரு: அந்தக் கூட்டத்துக்கு ஊரிலே இருக்கிற எல்லோரும் வருவாங்க! நாம் என்ன வேலை செய்தோமின்னு, கூட்டத்திலே சொல்லனுமில்லையா? சிறு சேமிப்புத் திட்டப் பிரச்சாரக் குழுவுக்கு நான் தலைவன்! தனகோடி, நீயோ மதுவிலக்குத் திட்டப் பிரச்சாரக் குழுவுக்குத் தலைவன்! நாச்சிமுத்து............

நாச்: நானு குடும்ப நலத்திட்டப் பிரச்சாரக் குழுவுக்குத் தலைவன்! நம்ம ஊரிலே பாருங்க.........

" நாம் இருவர்—நமக்கு இருவர்! "

" வேண்டாம்! வேண்டாம் அடுத்த குழந்தை
இப்போது வேண்டாம்!
இரண்டுக்குப் பிறகு எப்போதுமே வேண்டாம்! "

159882

இப்படிச் சுவருங்களிலே ஆங்காங்கே எழுதியிருக்கோம்! அது மட்டுமா, வீடுவீடாகப் போயி, தனித்தனியா பார்த்து—குடும்ப நலத் திட்டமின்னா என்ன, அதிக குழந்தைங்க இருந்தா எவ்வளவு அல்லல் அலைச்சல், இரண்டே குழந்தைங்க இருந்தா எவ்வளவு வசதி வளம் என்பதையெல்லாம் சொல்லி வர்ரோம்! கரு தரிக்காமல் தடுக்க என்னென்ன முறைங்க இருக்கு என்பதையும் சொல்லி வர்ரோம்!

குரு: சரி நாச்சிமுத்து, குடும்ப நலத்திட்டத்தை நம்ம ஊரிலே எத்தனை பேர் ஏத்துக்கிட்டிருக்குறாங்க?

நாச்: பெரும் வெற்றிதான் ஐயா! தெருவிலே போற யாரை வேணுமின்னாலும், நீங்க கூப்பிட்டுக் கேட்டுப் பாருங்க—எத்தனை குழந்தைங்க வேணுமின்னு! ரெண்டுதான்னு சொல்லுவாங்க! நாலு வேணும் ஆறு வேணுமின்னு ஒருத்தர் கூடச் சொல்ல மாட்டங்க! நம்ம ஊரிலே ரொம்ப பேரு குடும்பநல அறுவை சிகிச்சை செய்துகிட்டிருக்கிறாங்க! எந்தந்தத் தெருவிலே எத்தனை பேர் செய்துகிட்டாங்க—எத்தனை பேர் செய்து கொள்றதா சம்மதிச்சி இருக்கிறாங்க—தற்காலிக முறைகளை எவ்வளவு பேர் கையாளறாங்க—இன்ற பட்டியல் வச்சிருக்கேன்! நாளை கூட்டத்திலே அதைப் படிச்சிக்காட்டப் போறேன்!

குரு: பிரமாதம் நாச்சிமுத்து! நல்லாவே வேலை செய்திருக்கிறிங்க! நம்ம முதலமைச்சர் புரட்சித் தலைவர் அவர்கள், தமது உயிர் மூச்சாக நினைக்கிற மது விலக்கு அமுல் எவ்வளவு தூரத்திலே இருக்கு, தனகோடி?

தன: ''துஞ்சினார் செத்தாரின் வேறல்லர்
எஞ்ஞான்றும் நஞ்சுண்பார் கள்ளுண்பவர்!''

இந்தக் குறளை நான் எங்கு போனாலும், சொல்லாம லிருப்பதில்லே! கள் உண்பது, நஞ்சை—அதாவது கொடிய விஷத்தை—சாப்பிடுவதற்குச் சமம்! இது இன்னைக்கு நேத்து சொன்னதில்லே, இரண்டாயிரம் ஆண்டுகளுக்கு முன்னாலேயே திருவள்ளுவர் இப்படி எழுதியிருக்கிறாருன்னு சொல்லும் போது, குடிப் பழக்கத்திலே மூழ்கினவன் கூட, ஒரு வினாடி அசந்து நம்மெ பார்க்கிறான்!..... .... மாநிலத்துக்கு அதிக வருமானம் வரும்—மது விலக்கை ரத்து செய்துவிட்டால் இன்னு சிலர் சொன்னப்போ—நம் அண்ணா என்ன சொன்னாரு? ''மது விலக்கை எடுத்து விட்டு, அதனாலே வருகிற பணம், குஷ்டரோகி கையிலே இருக்கிற வெண்ணெய்க்குச் சமம்!''—அப்படியின்னு சொன்னாரு இல்லையா? அண்ணா வழியிலே, நமது முதலமைச்சர் புரட்சித் தலைவர் அவர்கள் மதுவிலக்கைத் தீவிரமாக அமுலாக்கி வருகிறார்! அவரது அந்த உறுதியைப் பார்த்து, நாட்டிலே உள்ள பெரும் தலைவர்களெல்லாம் பாராட்டுத் தெரிவித்திருக்கிறாங்க! இதையெல்லாம் மக்களிடம் எடுத்துச் சொல்றோம்! நீண்ட காலம் குடித்துப் பழக்கப்பட்டுப் போனவங்க—சகவாச தோஷத்தாலே கெட்டுப் போனவங்க-இவங்களிலே எத்தனையோ பேரைத் திருத்தியிருக்கிறோம்! நமது புரட்சித் தலைவரின் இலட்சியத் திட்டத்தின் வெற்றிக்கு இரவு பகலுன்னு பாராமே உழைச்சிக்கிட்டு வருகிறோம்!

குரு: கடினமான பணியை உற்சாகமாகச் செய்யறிங்க—உங்களெ நல்லவங்க பாராட்டாமே இருக்க மாட்டாங்க!

தன: குடிக்காதேன்னு சொல்றது மட்டுமில்லே, குடிக்கிறவங்களுக்குச் சரக்கு விக்கறாங்களே அவங்களெ பத்தியும், கள்ளச் சாராயம் காய்ச்சறவங்களெ பத்தியும் புலன் விசாரித்து அறிந்து, உடனுக்குடன் போலீசுக்குத் தகவல் கொடுக்கிறோம்! எல்லாமே அரசாங்கமே செய்யனுமின்னு எதிர்பார்த்தா முடியுங்களா—மது விலக்குத் திட்டம், மக்கள் திட்டம்! அதனாலே இந்தத் திட்டத்தின் வெற்றிக்கு மக்கள்தான் பாடுபடனும்! குடிக்கிறவனைச் சமுதாயத்தில் இருந்தே ஒதுக்கனும்! கள்ளச்சாராயம் காய்ச்சறவனெ, ஊரை விட்டே விரட்டனும்!.................

குரு: எங்கக்கிட்டவே இவ்வளவு உணர்ச்சியோட பேசற நீங்க, குடிக்கிறவனைப் பார்த்தால், எவ்வளவு ஆவேசமா புத்திமதி சொல்லுவிங்க இன்றதெ, என்னாலே புரிஞ்சிக்க முடியுது, தனகோடி!

[மூவரும் சிரிக்கிறார்கள்.]

நாச்: குடும்பநலத் திட்டத்தோட நானு சிறு சேமிப்புத் திட்டத்தைப் பத்தியும் சொல்லிக்கிட்டு வர்ரேன்!

குரு: ரொம்ப நல்லது! எதுக்குக் குடும்பநலத் திட்டம்? மது விலக்கைப் பத்தி ஏன் தீவிரம் காட்டறோம்? இந்தத் திட்டங்க வெற்றியடையனுமின்னு சொல்றதே முக்கியமா மக்களோட பொருளாதாரம் மேன்மையடையனும் என்பதுக்காகத்தான்! சேமிப்புத் திட்டத்திலே ஒருவனுக்குப் பற்றுவந்து விட்டால், அவன் குடும்பத்தைச் சின்னதாகத்தான் வச்சுக்கோவான்! குழந்தைகளை அதிகமாகப் பெத்துக் கொள்ள மாட்டான்! சேமிப்புத் திட்டத்திலே ஒருத்தன் பணம் போடப் பழக்கப் பட்டுட்டான்னா, மதுவுக்கு அவன் பணத்தை வீணாக்க மாட்டான்! கணக்குப் போட்டுச் செலவு செய்வான்— கள்ளச்சாராயம் பக்கமே திரும்பமாட்டான்! ஆமாம், எல்லாத் திட்டங்களின் வெற்றியும், சிறுசேமிப்புத் திட்டத்தின் வெற்றியிலேதான் இருக்குன்னு, நான் சொல்றேன்!

நாச்:, தன: (ஒரே குரலில்) நாங்க ஒத்துக்கிறோம் ஐயா!

குரு: சிறுசேமிப்புத் துறைத் தலைவர் முதலமைச்சர் புரட்சித் தலைவர் அவர்களும், துணைத் தலைவர் இலட்சிய நடிகர் எஸ். எஸ். ஆரும், இத்திட்டத்தை மக்களிடையே தீவிரமாகப் பரப்பி வர்ராங்க! மற்ற மாநிலங்களைவிட, நம்மாநிலம் சிறுசேமிப்புத் துறையிலே வீரநடை போடுது என்றால், அதுக்கு நமது புரட்சித் தலைவரும், நமது இலட்சிய நடிகரும் காரணமின்னு நான் சொல்லவும் வேண்டுமா?........

நாச்: நீங்க எதுக்குங்க சொல்லனும்—நாட்டிலே இருக்கிற எல்லாருக்குமே இது நல்லாத் தெரியுமே!

குரு: சின்ன வயசிலேயே சேமிக்கிற பழக்கத்தை ஏற்படுத்த, பள்ளி சேமிப்பு வங்கியை ஏற்படுத்த அரசாங்கம் ஊக்கம் கொடுத்து வருது! அந்த வங்கிக்கு மேலாளர், பணம் வாங்குகிற கொடுக்கிற எழுத்தர், கணக்கர் எல்லோரும் மாணவர்களே! நம் ஊர் பள்ளியிலும் அத்தகைய வங்கியை ஏற்படுத்தி, நல்ல முறையிலே நடத்தி வருகிறோம்!

நாச்: ''ஆன முதலிலே அதிகம் செலவானால்'' இன்ற பாட்டு, சின்ன வயசிலே படிச்சாலும், எப்படி இன்னக்கி வரைக்கும் நம்ம கவனத்திலே இருக்குதோ—அதேபோல பள்ளியிலே சேமிப்புத் திட்டத்திலே சேர்ந்தவங்க, வாழ்க்கை மொத்தம் அந்தப் பழக்கத்தை விட மாட்டாங்க!

தன: சம்பளப்பட்டியல் சேமிப்புத் திட்டத்தைப் பத்தி, முன்பொருநாள் சொன்னிங்களே...........

குரு: அதிலே ஏதாவது சந்தேகமா?

தன: சந்தேகமில்லைங்க— அடுத்த வாரம் நம்ம ஊர் பக்கத்திலே இருக்கிற சர்க்கரை ஆலைக்குப் போகலாமின்னு இருக்கேன்! தொழிலாளர் கூட்டத்திலே பேசப் போறேன்! அப்போ அந்தத் திட்டத்தை எடுத்துச் சொல்லி, எல்லோரையும் அந்தத் திட்டத்திலே சேர்த்துடறேன், ஐயா!

குரு: தொழிலாளர் மட்டுமல்ல, அரசாங்க ஊழியர் எல்லாங்கூட அந்தத்திட்டத்திலே சேர்ந்து, மாதம் மாதம் ஒரு தொகையைப் போட்டுவந்தா, கடைசியிலே ஒரு பெரும் தொகையை வாங்கி, உருப்படியா ஏதாச்சும் செய்ய முடியும்! தபால் நிலைய சேமிப்பு வங்கி பரிசுத் தலுக்கல், பல்விதமான தேசிய சேமிப்புப் பத்திரங்கள், ரெக்கரிங் டெபாசிட்டுகள்—இப்படிச் சேமிப்புத்திட்டங்கள் ஏராளமா இருக்கின்றன! இதிலே யாருக்காவது விவரம் விளக்கமா தெரியனுமின்னா, என் கிட்ட அவங்களெ அனுப்பி வையுங்க—இல்லே, தேசிய சேமிப்பு நிறுவனத்துக்குப் போயி விசாரிக்கச் சொல்லுங்க!

நாச்: அன்னிக்கி நீங்க சில துண்டு பிரசுரங்கள் கொடுத்திங்களே......

குரு: ஆமாம், தேசிய சேமிப்பு நிறுவனத்தார் வெளியிட்ட வெளியீடுகள்—சேமிப்புத் திட்டங்கள் ஒவ்வொன்றைப் பத்தியும் அவற்றிலே அலசி அலசிச் சொல்லியிருக்கிறாங்க! எல்லோரும் அதையெல்லாம் படிச்சிப் பார்க்கனும்!

தன: இப்போ சம்பாரிக்கிறது செலவுக்கே போத மாட்டேன்னுது—மீதமாகும்போது சேமிப்பிலே போடறேன்னு சிலர் சொல்றாங்களே?

குரு: சம்பாரிப்பதிலே மீதமாகுமின்னு யார் சொன்னது என்று அவர்களை மடக்கிக் கேளுங்க!

தன: அதுதான் சொல்லிட்டிங்களே- இனிமே திருப்பிக் கேட்கிறோம்!

குரு: இன்னொன்றையும் அவங்களுக்கு நீ மனசிலே பதியராப்பலே சொல்லனும்! முதுமையில் ஊன்றிக் கொள்ள ஒவ்வொருவரும், இளமையிலேயே ஒரு கழி தயாரித்துக் கொள்ளனும்! சிறு சேமிப்புத்தான் அந்தக் கழி! ..... இப்பவே நமக்குள்ளாகவே பேசிக்கிறமே—நாளைக்கு மக்கள் மன்றக் கூட்டத்திலே பேசனுமில்லையா? ...... சரி, நாளைக்குச் சந்திக்கலாம்!

தன: வரங்க ஐயா, வணக்கம்!

நாச்: வணக்கம் ஐயா!

குரு: வணக்கம்.

[நாச்சிமுத்தும் தனகோடியும் ஒரு பக்கம் செல்கிறார்கள். வேறு பக்கம் போகும் குருசாமியின் எதிரே பூஞ்சோலைவருகிறான்]

பூஞ்: வணக்கங்க ஐயா!

குரு: பூஞ்சோலை, சௌக்கியமா இருக்கிறையா?

பூஞ்: உங்க தயவாலே, ஒரு குறைவுமில்லைங்க! ...... உங்க மகன் இருக்கிறாரே........

குரு: பஞ்சவர்ணம்! வெகுளிப்பய! எப்பப் பார்த்தாலும் எவனாவது பரதேசி எழுதின புத்தகங்களையே படித்துக் கிட்டிருப்பான்! பொம்பளைங்க இன்னாலே மிரண்டு ஓடறவன்—உன் கிட்டத்தான் அப்பப்ப பேசறதா கேள்விப்பட்டேன்! எப்படியோ அவனெ ஒரு மனிதனாக் கிட்டெயனா, என் குடும்பமே உனக்கு நன்றி சொல்லும்!

பூஞ்: என்னென்னமோ சொல்லறிங்களே, ஐயா!

குரு: பஞ்சவர்ணத்தைப் பத்தி உன் கிட்ட பேசனுமின்னு, நினைச்சுக்கிட்டிருந்தேன்! இன்னக்கி நீயே அவனே பத்தி பேச்செ எடுத்துட்டே! அவனுக்குக் கல்யாணம் கட்டிப் பார்க்கனுமின்னு அவன் அம்மா ஆசைப்படறா—இவனோ காவி கட்டிக்கினு போயிடுவான் போல இருக்கு! வாழ்க்கையிலே அவனுக்கு ஒரு பற்றும் இல்லே! பிடித்தமில்லே! எல்லாம் மாயை, வாழ்க்கை அநித்தியமின்னு எழுதியிருக்கிற புத்தகங்களைக் கண்டா விட மாட்டான்! விழுந்து விழுந்து படிப்பான்! பெண்களின்னா அவனுக்கு எட்டிக்காய்—முகத்தெ திருப்பிக் கொள்வான்!

பூஞ்: நீங்க நினைக்கிறாப்பலே அவர் இல்லைங்க! ஒன்னெ உங்கக் கிட்ட சொல்லக்கூடாதுன்னு இருந்தேன்! இவ்வளவு தூரம் மகனெ பத்தி நினைக்கிற உங்களுக்கு, அதே பத்தி சொல்லாமெ இருக்கக்கூடாது! பொம்பளைங்க இன்னா உங்க மகனுக்கு ஒன்னும் எட்டிக்காய் இல்லைங்க! ......

குரு: உன் கிட்ட பழகறதெ வச்சிச் சொல்றையா?

பூஞ்: என் கிட்ட அவர் எங்கங்க பழகறாரு-தினசரி பூவாங்கறாரு—அப்பப் பேசறதுதான்!

குரு: பூ வாங்கறானா?

பூஞ்: ஆறு முழம் பூ வாங்கறாரு!

குரு: அப்படியா?

பூஞ்: அதிலே எனக்கொரு சந்தேகங்க—யாரோ நாலஞ்சி அக்கா தங்கச்சிங்க இருக்கிற வீட்டிலே இவர் போயி சிக்கிக்கிட்டு இருக்கிறாரு! ஒருத்திக்கி வாங்கிக் கொடுத்தா விடுவாங்களா—எல்லாருக்கும் சேர்த்து ஆறு முழம் வாங்கறாரு!

குரு: சேசே! பஞ்சவர்ணம் ஒரு நாளும் அப்படியெல்லாம் செய்ய மாட்டான்! அந்த விஷயத்திலே அவன் மேலே எனக்கு முழு நம்பிக்கை இருக்கு!

பூஞ்: அதுவும் ஒரு நாளைக்குத் தெரியத்தானே போகுது! அப்போ சொல்றங்க!

குரு: என்ன சொல்லுவையோ-ஏது செய்வையோ! எப்படியோ அவன் மனசெ மாத்தி—மத்தவங்களெ போலக் குடியும் குடித்தனமா இருக்கச் செய்யி! உனக்குக் கோடி புண்ணிய முண்டு! அப்புறம் பார்க்கலாம்மா—நான் வர்ரேன்!

[குருசாமி செல்கிறார்—பூஞ்சோலை சிந்தனையோடு நின்று விடுகிறாள்.]

—காட்சி முடிகிறது—

Health for all by 2000 A.D.

Hon'ble Minister for Health Thiru R. Soundararajan

[Speech of the Hon'ble Minister for Health Thiru R. Soundararajan at the VI Joint Conference of Central Council of Health and Central Family Welfare Council held at New Delhi.]

Honourable Chairman and my dear colleagues,

It is indeed a great pleasure to be yet again provided an opportunity to participate in this Conference of the Central Councils of Health and Family Welfare.

I find eight subjects of national importance included in the Agenda, which cover a wide spectrum of problems to be tackled jointly by the Centre and the States.

As regards the Family Welfare Programme, I should like to say that our country has crossed the stage of "rapid population growth" and reached the stage of "Population Explosion". the uncontrolled increase of population, handicaps, if not cripples, the planned efforts towards socio-economic development and slows down the pace at which the benefits of planned development are made available to the people, who live well below the poverty line. The pressure on our scarce resources continues to mount. Population planning is, therefore, a matter of utmost importance and urgency for all of us and our ultimate aim is to improve the quality of life of our people and assure the future generation an increasingly better standard of life in all its aspects. If this objective is unfulfilled, planning will have little or no content or meaning. If the danger of 'Population Explosion' threatening this country has to be averted, it is of course not an easy affair, concerted efforts are required and multifacetted programmes have to be launched. Compulsion and coercion in the implementation of the programme have to be avoided and motivation should be the sole weapon to be employed in getting people to accept the concept of "small family norm". However, and experience of the past two years has shown us that, these keys words of lack of compulsion and coercion should not be mis-understood for sloth, indifference and inaction. There is this great danger which needs to be avoided at all costs. We should then recast our schemes, so as to have a package of only incentives without any disincentives.

It is seen from the agenda notes that each State, depending upon their resources and the resources forth coming from the voluntary agencies, provides additional incentives to the acceptors. The prevalance of this variation not only among the States but among the different areas even within a State itself has deleterious effects on the successful implementation of this programme. I would like to suggest before this "august body", that an uniform pattern of incentives applicable throughout the Union may be evolved and necessary financial assistance given to the States.

Small countries like Singapore have effectively checked the population growth, mainly by implementing package schemes of incentives and disincentives. If Indian conditions are not susceptible of such importation atleast more incentives have to be given on an uniform pattern throughout India.

Our objective is to reduce the birth rate to 30 per thousand, by 1982-83, but the demographic situation is not encouraging. The current all India birth rate is estimated to be 33 per thousand, whereas the birth rate in Tamil Nadu even now is 29 per thousand i.e., what is aimed to be achieved by 1982-83 has been achieved even in 1978-79, as evidenced by the sample survey conducted in our State, which shows that the birth rate in a few districts is even less than 29 per thousand. The Government of India have informed the State Governments that unless the levels of performance fixed for the States for 1978-79 are achieved, there would be a cut of 8 per cent of the Central Assistance, subject to certain formulae. As far as our State is concerned, in regard to sterilisation, we have achieved about 2.2 lakh cases, as against the target of 2.76 lakhs.

Our Government have never failed to achieve the levels of performance fixed in the past and have even exceeded them many a time. The successive awards this Government have received from the Centre will bear testimony to the above fact. I would, therefore, like to reiterate and stress that the formula of 8 percent linkage in relation to the annual percentage decline in birth rate may be totally dispensed within so far as the States like Tamil Nadu are concerned, and the 20 per cent ear-marked for criteria automatically allowed. Otherwise, the enthusiasm of the States, which effectively implement the programme, will be dampened.

The recent trend in sterilisation is towards Tubectomy rather than Vasectomy, though the latter is a very simple operation and with lesser side effects. This has to be encouraged. The decrease in libido is perhaps one of the reasons for this trend. The Council may suggest ways to dispel this unwarranted fear. The follow up after care is one of the relevant factors in the implementation of this programme, so that the fear of after-effects could be wiped out of the minds of the people, particularly among the illiterates and rural segments. Even a stray case of side effects and complications, affects the success of the programme to a great extent. Specific suggestions may, perhaps, emerge out of the deliberations of this Conference to avoid such contingencies. The other reason for reluctance on the part of the acceptors still prevailing is due to the mortality and morbidity among the children. Unless the acceptors are definite about the survival of their children, the programme is bound to suffer a set back. To avoid such a contingency, the MCH Programme has to be strengthened and implemented with a missionary zeal.

The Alma-Ata Declaration has appealed to the Nations of the World to provide "health for all by 2000 AD". It envisages primary health care problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services. This declaration covers total primary health care service, particularly to the rural mass and building up necessary infrastructure for carrying health care services to the door steps of the downtrodden for which our State Government are aiming at.

Mini Health Centres are organised in our State with the objective of delivering comprehensive health care to the small groups of rural population on a co-operative basis. The main agencies involved, according to the original concept are the Union Government, the State Government and a Voluntary Organisation sharing the total expenditure on 1:1:1 basis. The Government of Tamil Nadu have already sanctioned 104 Mini Health Centres till now and the response from the voluntary agencies and the beneficiaries is extremely good. Pending receipt of the Central share of 1/3rd, this Government have sanctioned an expenditure of Rs. 4.50 lakhs for this Scheme. But the hope of getting Central assistance seems to be very bleak, though this Scheme is found to be successful. Just as we hope and wish for a change of heart and attitude everywhere we hope in this case for a change of heart and attitude on the part of the Government of India.

Our Government have increased the annual provision for drugs from Rs. 10,000 to Rs. 14,000 for each primary health centre with a view to meet the shortage of required medicines at the village level. Besides this, we have allotted Rs. 2,000 for each sub-centre and Rs. 15,000/- for each mobile medical team. Our Government have considerably increased the out-lay on the Health Budget, in anticipation of additional financial help from the Centre. In fact the health budget outlays amount to 14% of the total State budget.

The scheme of upgrading one out of every 4 primary health centres to serve as a referal hospital is welcome. It was decided by our Government to strengthen 24 Taluk hospitals providing for special facilities like air-conditioning of theatres, provision of blood banks, installation of sophisticated equipments, increasing the bed strength etc.

For raising health consciousness of the community, to accept preventive measures, to create awareness of health problems among mothers and children, we have appointed District Public Health Nursing Supervisors in the Districts.

Medical Science is developing so fast that even a layman is conscious of the specialities available in various fields. It, therefore, becomes an additional responsibility of the State to provide specialist services to the interior parts of the State, not confining them only at the State Headquarters or at selected centres. We have, therefore, made a beginning by providing specialist services in medicine, surgery, Obstetrics and Gynaecology, Paediatrics and Orthopaedics in some of the District Head quarters Hospitals by appointing medical officers in the category of Selection Grade Assistant Surgeons, besides Orthopaedic Civil Surgeons attached to some of the Head quarters hospitals. We are keen in creating a nucleus of important specialities in all the District Head quarters Hospitals and make them adjucts to teaching institutions.

The Planning Commission has rightly advised the Central Government to transfer all the Centrally Sponsored Schemes except the Family Welfare Programme to the State Sector and the required financial assistance given for implementation. This view was fully endorsed by the National Development Council. The Tamil Nadu Government supports this stand.

The Nationl draft health policy circulated to us, envisages a shift from the hospital based, disease oriented, approach to one of making the best use of knowledge and expertise of higher level technical experts, be they health workers, physicians or specialists. This would appear to be a basic document marking a significant shift in our attitude towards total health care for all people. The views expressed are sound and I am sure would be welcomed by all people who have a vital stake in improving the standard of health care in this country. In so far as Tamil Nadu Government is concerned, we have been actively following the policy of dispersing improved health care facilities in the rural areas of our State, with greater emphasis on the preventive aspects of health services, with the objective of eliminating communicable diseases, imparting health education, promoting immunization programmes, raising the nutritional status of mothers and improving environmental sanitation. With this in view, installing specialised services in the rural areas, strengthening of infrastructure facilities in taluk and non taluk hospitals and opening of dispensaries in modern and Indian System of Medicines have been the basic planks in our health strategy.

However, our parting of ways in the outlay strategy relates to the decision taken as to who should provide such preventive, promotive and

curative services in the remote rural areas. The Tamil Nadu Government are of the firm view that such services should be provided to our rural populace, including those living in the interior areas inhabited by tribals who have never had the benefit of medical aid, by trained and qualified medical doctors, to whatever systems of medicine they may belong, and paramedical workers; but not by people trained only for a short duration. This is not the philosophy of the Government in power alone but reflects fully the wishes and the aspirations of the people of Tamil Nadu. That is why we are going ahead with our scheme of covering the entire State by mobile medical teams radiating from the primary health centres. We hope that the evaluation group of the Planning Commission, which is currently examining the working of our alternative scheme in Tamil Nadu, would clear the proposals and make us eligible for Central assistance.

Another innovative scheme introduced this year by Tamil Nadu would relate to the provision of accident and emergency services in the rural areas It has now been computed that a number of cases of morbidity and mortality occur due to accident in the rural areas and remote, inaccessible, hilly and tribal areas. Under the new scheme the Government will provide accident and emergency services in primary health centres, taluk and non taluk hospitals and district headquarters hospitals. The primary health centre will be the first aid post, the taluk hospital, the casuality receiving station and district headquarters hospitals, the referral centres. Fully equipped ambulance with life saving equipment and wireless sets, working round the clock, will be stationed at the taluk hospitals to rush to accident spots and handle emergency cases. Each taluk hospital will have 30 additional beds to handle accident and emergency cases. These taluk hospitals will have X Ray, blood bank and other forms of equipments. The district headquarters hospitals, as referral centres, will have all major units to handle serious and emergency cases, including neurological and Orthopaedic cases. In the first phase, this would cover the four southern districts and the total outlay Rs. 118.32 lakhs. The entire state would be covered under the scheme in the next three years. The ambulance vans with all the required equipment is being donated free by the various transport corporations in the State. 150 such vans are being provided under the scheme.

I do not wish to strike a discordant note, but I cannot help stating that while the objective of providing preventive health care in the rural areas is most important, yet in our pre-occupation with this view of shifting the emphasis from curative services, let us not forget that there is a place also for improving the curative services in our major hospitals. I do not think that we can condemn any poor man to death simply because we do not have the facilities for saving his life when he come to our major medical institutions. To my mind, there is a place for sophisticated diagnostic and curative aids in our major hospitals. Today, in many an institution, we do not have even minimum facilities for saving the lives of poor patients from major neurological, Urological, nephrological, and cardiological problems; nor can these patients afford the luxury of going to private institutions or outside the State for treatment. With this in view the Tamil Nadu Government have approved specialist facilities in the Government Medical College Hospitals for handling these ailments. Some of the schemes would include the installation of dialysis equipment in the nephrology department, the provision of CT scanner in the neurological department and facilities for open heart surgery and kidney transplantation.

159882
600 008

The draft national medical education policy envisages some form of obligatory rural service by doctors and the medical and para-medical personnel. This is a very welcome policy statement, but, unfortunately, we have been talking of this for last few years without doing anything about it. The first pre-requisite would appear to be to reconstruct the medical education system itself and to introduce new subjects which are of relevance to the present day. However, there is no point in over burdening the under graduates with too many subjects. The only solution would be to reduce the time spent on a number of subjects by condensing the courses and to lay greater emphasis on subjects such as community health, nutrition and Family Welfare. The Tamil Nadu Government have already taken steps to attach three primary health centres to each of the eight medical colleges of our State where internees and students can be made to work. With the receipt of the three vans provided by the Government of India we should be able to really inculcate in our under graduates and doctors a spirit of community health service. That way we can motivate doctors to serve in rural areas. The one thing lacking today in rural areas, namely provision of basic amenities such as living quarters, educational facilities for the children etc. should be the State's responsibility.

It has been rightly emphasised that Indian systems of medicine, long neglected, should be actively encouraged. Siddha system, an ancient system, has many points of affinity to the other systems and there has been fruitful interchange of the best from this system to other systems. It has now taken very firm roots in Tamil Nadu. Today, increasingly some of the southern States wish to train their students in the siddha system of medicine and we have started reciprocal arrangements for training of students from other States in siddha system in our college and are sending students from our State to other States for studying Ayurvedha, etc. We have also now provided funds to translate siddha books into English from Tamil and Ayurvedha and Unani books from Sanskrit and Urdu into Tamil. This way a wider dissemination of knowledge contained in the Indian systems of medicines would be rendered possible. Nevertheless, it is a matter for regret that while for Homoeopathy, Yoga, Naturopathy and Unani we have separate councils for research and development. Siddha does not have a separate council, for this is clubbed with Ayurvedha. It would be more apt for the balanced development and growth on Siddha to have a separate Council for research and Development in Siddha.

One of the problems on the proper development of Indian systems would relate to the inadequacy of medicines and Pharmacies. With a view to provide a steady supply of rare and quality herbs the Tamil Nadu Government has proposed to set up a number of herbal gardens in the State to improve upon the working of existing Pharmacies manufacturing medicines under the Indian systems. For the proper development of these farms, our Government are thinking in terms of setting up of a separate corporation for this purpose and hope that the Planning Commission, with the support of the Centre, would earmark substantial funds.

It may not be out of context to pose a problem which is defying solution in our State. The practice which is in vogue in Tamil Nadu is to register the Indian Medical Practitioners with the Central Board of Indian Medicine of our state, constituted under executive orders during 1931. There was no problem of registration of traditionally trained and/or hereditary practitioners of Indian systems of Medicine till 1972, when the Central Government passed the Act governing the practice of Indian Systems of Medicine. The last date contemplated for registration of the above mentioned medical practitioners was 1st October, 1976. However, due to various factors, a large number of practitioners from our State have failed to register themselves before the prescribed date. The State Government had conducted a test subsequent to the said date and the passed candidates have not been registered because such a registration may not be legally valid. Our Government addressed the Centre for issue of a notification to postpone the enforcement of section 17 of the Central Act, so as to enable the State Government to register the qualified hands; however, this reasonable request has been turned down. I would, therefore, make a personal request to the Central Government now to reconsider the matter and issue a special notification as a gesture towards our genuine desire to promote Indian Systems of Medicine.

Registered No. RN 28061 71
Registered No. TN/MS C/130

Draft Resolution on Reproductive Science and Contraceptive Technology

The United Nations Conference on Science and Technology for Development (UNCSTD) will be held in Vienna in August, 1979, to recommend a program of action on how science and technology can further development goals. UNCSTD provides a most important occasion to call upon governments and international agencies to provide specific commitments for increased funding for reproductive science and contraceptive technology as a vital contribution to the health and welfare of all mankind. For this purpose, the following draft resolution is being circulated to leading scientists, development experts an' ›ncerned citizens worldwide.

Recalling that the World Population Plan of Action, adopted by 136 governments in Bucharest in 1974, reaffirmed the principle agreed to in many other international instruments that "all couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education an means to do so."

Recognizing that approximately one billion individuals in the world, and especially in the developing world unable to exercise that basic right effectively because of poor social conditions, inadequate methods, and the un ability of contraceptive services,

Knowing that even the most up-to-date contraceptive technology has some limitations with respect to effica safety, and continuity of use that result in unacceptability in some situations, too high failure rates; and in large-sca resort to abortion,

Realizing that the inability of millions of individuals, to control whether and when they will bear childr results in serious health problems—prematurity, infant mortality, retardation, congenital defects, maternal morta and morbidity—and in intractable social and economic problems—illegitimacy, early marriage, family disrupti education disadvantage and perpetuation of poverty,

Realizing also that the inability of millions of individuals to regulate pregnancy contributes to the current high rate of world population growth that retards economic development in many developing countries and that has led most developing countries, accounting for over 92 percent of the population of the developing world, to nounce policies to reduce fertility or to improve health through the provision of contraceptive services,

Noting that the diversity of personal, cultural, religious and economic circumstances of human life, as well as t varying needs of individuals at different stages in the life cycle, impose diverse demands upon contraceptive tech nology,

Bearing in mind that the present population of four billion people will continue to grow throughout this and th next century at high birthrates and high death rates unless effective, safe, low cost, culturally and morally acceptabl contraceptives are made available to all people and particularly to the poor in the urban slums and rural areas o developing countries,

Bearing in mind also that there are a substantial number of promising research efforts now underway that coul result in new contraceptives with increased support and that it takes substantial support and at least ten to twen years to develop new contraceptives,

Reaffirming the Recommendation of Action adopted by all countries at the World Population Conference which called for: "The assessment and improvement of existing and new methods of fertility regulation by means of re search, including basic biological and applied research; the evaluation of the impact, both in short-term and long-term effects, of different methods of fertility regulation on ethical and cultural values and on mental and physical health; and the assessment and study of policies for creating social and economic conditions so that couples can freely decide on the size of their families."

Now calls upon all governments, international agencies and private institutions and organizations, both non-governmental and commercial, to ensure:

(a) That a broad array of contraceptive methods are developed that require less complex distribution system that are safer, less discomforting and more convenient than present methods; that combine high acceptability initiation and continuation of use; and that are suited to the diversity imposed by the diversity of conditions througho the world;

(b) That there is a substantial increase in the allocation for research in reproductive science and contrace tive development that is, in real terms, three times the present allocation by 1985;

(c) That a sustained and expanded program for research in reproductive science and contraceptive technolo involves a balanced international division of labor with increased participation by the industrial nations, and w greatly increased participation, to the extent that the capacity can be made available effectively and efficiently, developing nations, with more collaborative projects and greater exchange of information;

(d) That bilateral and multilateral agencies, and particularly the United Nations Fund for Population Activities and the World Health Organization, give higher priority to supporting reproductive science and contraceptive develop ment and training by the developing countries, in accord with "a" and "c" above;

(e) That there is increased and higher priority consideration for clinical and safety testing by the organizations best equipped to perform this function;

(f) That there are serious government efforts to involve the non-governmental sector and private industry more deeply in both basic research and product development and testing by the provision of appropriate incentives that will, at the same time, attract increased industry participation, shorten the time-lag between the scientific idea and the usable product, and provide safe, low-cost, culturally and morally acceptable contraceptives.

Printed and Published by S. GNANADESIKAN, M.D., Director of Medical Services and Family Welfare [Incharge] at No. 49, Pantheon Road, Madras 600 008 — State Family Welfare Press, 79/81, Anna Salai, Madras – 600006
Editor: K. G. RADHAMANALAN Assistant Editor: S. MUTHURAMALINGAM