

परिवार नियोजन के लिए विकल्प-आधारित दृष्टिकोण: अपूरित माँग को संबोधित करने के लिए एक मुख्य घटक

- गर्भनिरोधक की अपूरित माँग को पूरा करना फायदेमंद प्रतीत होता है - महिलाओं द्वारा चुने गए विकल्पों के लेंस के माध्यम से और उन्हें सशक्त बनाकर जनसंख्या को स्थिर करने में मदद करने की यह एक विधि है।
- विकल्प-आधारित दृष्टिकोण यह मानता है कि महिलाओं के पास उनकी प्रजनन क्षमता, परिवार नियोजन और गर्भनिरोधक उपयोग के लिए अलग-अलग विकल्प और व्यक्तिगत प्राथमिकताएं हैं। और इसका लक्ष्य उन नीतियाँ और कार्यक्रमों का निर्माण करना है जो यह सुनिश्चित करते हैं कि महिलाओं के पास चयन करने के लिए विकल्प हैं, उनके पास सटीक और पूरी जानकारी है जो उन्हें चयन करने में मदद करती है और अपनी पसंद का प्रयोग करने की स्वतंत्रता देती है।

प्रसंग और पृष्ठभूमि

अपूरित माँग का अर्थ "एक ऐसी स्थिति है जिसमें प्रसव से बचने या उसे स्थगित करने की इच्छा है लेकिन ऐसा करने के लिए गर्भनिरोधक की किसी भी विधि का उपयोग नहीं किया जा रहा है"¹।

अपूरित माँग को दो हिस्सों में विभाजित किया जा सकता है - जन्मों को सीमित करने के लिए और बच्चों के बीज उचित अंतराल रखने के लिए²। भूगोल, आयु, शिक्षा, धर्म, जाति, और आर्थिक स्थिति जैसे अन्य मापदंडों के आधार पर भी अपूरित माँग अलग-अलग होती है³। हमें यह समझना चाहिए कि महिलाओं की अपूरित माँग गतिशील है और उनकी प्रजनन इच्छा समय के साथ बदल सकती है जब महिलाएं अपनी गर्भनिरोधक विधि को बदलना चाहती हैं, या बच्चे के जन्म के बाद गर्भनिरोधक पर लौटने का निर्णय लेती हैं⁴।

1994 में अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास पर सम्मेलन (आईसीपीडी) पासा पलटने वाला साबित हुआ। इसने जनसंख्या के सरोकारों को दूर करने के लिए अधिकार-आधारित दृष्टिकोण पर, व्यापक जेंडर विकास के लिए प्रयास करके एक वांछित परिवार के आकार को प्राप्त करने की संभावनाओं पर, और सभी के लिए गुणवत्तापूर्ण प्रजनन स्वास्थ्य सेवा को सुलभ बनाने पर जोर दिया⁵।

इसके बाद, महिलाओं की अपूरित माँग को पूरा करना प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन के एक महत्वपूर्ण उपाय के रूप में उभरा है जो परिवार नियोजन कार्यक्रमों के दो अलग-अलग पहलुओं - जनसंख्या स्थिरीकरण और प्रजनन स्वास्थ्य में वृद्धि - को जोड़ सकता है, विशेष रूप से जेंडर विकास के माध्यम से व्यक्तिगत पसंद को कायम रखते हुए और सामाजिक परिवर्तन के लिए प्रयास करते हुए।

भारत और परिवार नियोजन

भारत की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ उठाने में स्वैच्छिकता, जानकारी-आधारित विकल्प और सहमति के प्रति सरकार की प्रतिबद्धता को दर्शाती है। यह जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए एक व्यापक दृष्टिकोण और स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को संबोधित करने, महिला सशक्तिकरण और शिक्षा को बढ़ावा देने, लक्ष्य-मुक्त दृष्टिकोण अपनाने, सामुदायिक भागीदारी को प्रोत्साहित करने और सामुदायिक स्तर पर सेवा प्रदानगी के एक-साथ आने को सुनिश्चित करने के लिए भी आहवाहन करती है⁶। भारत 2012 में एफपी2020 पहल के लिए प्रतिबद्ध देशों के पहले समूह का हिस्सा भी था। एफपी2020 (अब एफपी2030) परिवार नियोजन के लिए वैश्विक साझेदारी है। इन प्रतिबद्धताओं को 2017 में आधुनिक गर्भनिरोधक प्रचलन दर (एमसीपीआर) को 53.1% से बढ़ाकर 54.3% करने और आधुनिक गर्भ निरोधकों की 74% माँग को पूरा करने के लिए पुनर्जीवित किया गया था⁶।

भारत ने आधुनिक गर्भ निरोधकों के उपयोग को बढ़ावा दिया है और गर्भनिरोधक विकल्पों का लगातार विस्तार किया है। 2017 में बच्चों में अंतर रखने की तीन नई विधियों को जोड़ा गया: इंजेक्टबल गर्भनिरोधक एमपीए (अंतरा - एक 3-मासिक इंजेक्शन); सेंट्रोमेन गोली (छाया - सप्ताह में एक बार लेने के लिए एक गैर-हार्मोनल गोली); और प्रोजेस्टेरोन गोली* (पीओपी) (*अभी आरंभ नहीं किया गया है)।

फिर भी, इच्छित प्रजनन दर (डीएफआर, जिसे वांछित प्रजनन दर के रूप में भी जाना जाता है) - जिसे बच्चों की वह संख्या जो एक महिला अपने प्रजनन जीवन में चाहती है के रूप में परिभाषित किया जाता है - कुल प्रजनन दर (टीएफआर) से पीछे ही बनी हुई है, और इस तथ्य को प्रमाणित करती है कि वर्तमान प्रजनन दर के मुकाबले, महिलाएं अधिक छोटा परिवार चाहती हैं। भारत में एनएफएचएस-5 के अनुसार डीएफआर वर्तमान में 1.8 है जबकि टीएफआर 2.0 है। फिर भी प्रजनन आयु वर्ग (15-49 वर्ष) में 9.4% विवाहित महिलाओं, अर्थात पूरे भारत में लगभग 2.2 करोड़ महिलाओं की, परिवार नियोजन के लिए अपूरित माँग है⁷।

‘अपूरित माँग’ को प्रभावित करने वाले कारक

- सामाजिक मानदंड: महिला द्वारा स्वयं या उसके किसी करीबी - जिसमें उसके पति, ससुराल वाले, आदि शामिल हैं - द्वारा परिवार नियोजन का विरोध
- जागरूकता और सेवा तक पहुँच के मुद्दे: इसमें विधियों के बारे में जागरूकता और उनकी उपलब्धता और लागत, और किसी स्रोत या स्वास्थ्य सुविधा तक पहुँच शामिल हैं
- देखभाल की गुणवत्ता के मुद्दे: विधि के उपयोग से संबंधित परामर्श की कमी, जिसमें लाभ, दुष्प्रभाव और आवश्यकता पड़ने पर विधि को बदलने के विकल्प शामिल हैं

अधिक जानकारी के लिए अपूरित माँग को पूरा करने पर नीति संक्षेप देखें -

<https://populationfoundation.in/wp-content/uploads/2020/09/Choice-Based-FP-White-Paper.pdf>

सिफारिशें / चार अनिवार्य कार्य

1. **देखभाल की गुणवत्ता और परिवार नियोजन परामर्श को मजबूत करना:** महिलाओं को अपनी अपूरित माँगों को पूरा करने के लिए सस्ती और गुणवत्तापूर्ण प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाओं तक पहुँच की आवश्यकता है, जिसमें गर्भनिरोधक के विकल्प, स्वास्थ्य सेवाओं का अंतिम व्यक्ति तक जुड़ाव और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और फ्रंटलाइन वर्कर्स (FLW) के साथ बातचीत शामिल है। इन एफएलडब्ल्यू से गर्भ निरोधकों के चयन और उनके उपयोग के बारे में सहानुभूतिपूर्ण और बिना किसी पूर्वाग्रह के सूचित निर्णय लेने की सुविधा देने की उम्मीद की जाती है। फ्रंटलाइन वर्कर्स का क्षमता निर्माण इस दिशा में सबसे महत्वपूर्ण कदम है।

प्रभावी परामर्श के कारण परिवार नियोजन सेवाओं में बेहतर परिणामों के उदाहरण

- 1970 दशक के मध्य में बांग्लादेश में मतलब (MATLAB) प्रोजेक्ट के तहत शिक्षित स्थानीय महिलाओं ने खराब सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों वाले धार्मिक रूप से रूढ़िवादी गाँवों में घर-घर परिवार नियोजन परामर्श और सेवाओं की पेशकश की। एक साल से भी कम समय में गर्भनिरोधक के इस्तेमाल का प्रचलन 5% से बढ़कर लगभग 20% हो गया⁸।
- जॉर्डन में “परामर्श और पसंद” या “कंसल्ट एंड चॉइस” (सीसी) नामक एक परिवार नियोजन सेवा कार्यक्रम द्वारा महिलाओं को स्वास्थ्य केंद्र जाने के लिए प्रोत्साहित करने के लिए समुदाय आधारित गतिविधियों के

परिणामस्वरूप कार्यक्रम शुरू होने के बाद नए परिवार नियोजन उपयोगकर्ताओं की संख्या और कपल इयर्स ऑफ प्रोटेक्शन (सुरक्षा के उपायों का दम्पतियों द्वारा उपयोग), इनमें वृद्धि हुई है⁹।

- भारत के राज्य बिहार में, प्रचार प्रोजेक्ट ने परिवार नियोजन सेवाओं की माँग पैदा करने पर जोर दिया और संचार के माध्यम से जन्म में देरी और अंतराल के लिए गर्भनिरोधक उपयोग को बढ़ाने का लक्ष्य रखा। प्रोजेक्ट के आंकड़ों से पता चला है कि हस्तक्षेप क्षेत्रों में गर्भनिरोधक की माँग आधार रेखा पर 25% से बढ़कर 40% हो गई, लेकिन तुलनात्मक क्षेत्रों में वास्तव में अपरिवर्तित रही है¹⁰।

अधिक जानकारी के लिए एफपी परामर्श पर श्वेत पत्र देखें - <https://populationfoundation.in/wp-content/uploads/2021/05/FINAL-Consolidated-Counselling-Whitepaper.pdf>

2. **गर्भनिरोधक विकल्पों की पेशकश का विस्तार करना:** पिछले 30 वर्षों (लगभग) के दौरान दुनियाभर के डेटा से पता चलता है कि अधिकांश आबादी को उपलब्ध कराई गई प्रत्येक अतिरिक्त गर्भनिरोधक विधि के लिए, समग्र आधुनिक गर्भनिरोधक उपयोग में वृद्धि हुई है। कम से कम आधी आबादी के लिए उपलब्ध एक विधि का संबंध, 6 आधुनिक विधियों के कुल उपयोग में 4-8 प्रतिशत अंकों की वृद्धि होती है¹¹।
3. **सरकार को नागरिक समाज संगठनों के साथ मिलकर सामाजिक व्यवहार परिवर्तन संचार (एसबीसीसी) को विकसित करने और बढ़ावा देने के लिए काम करना जारी रखना चाहिए** जो सामाजिक निर्धारकों को चुनौती देते हैं, महिलाओं की प्रजनन क्षमता और परिवार नियोजन पर निर्णय लेने के अधिकार पर, गर्भ निरोधकों के उपयोग के बारे में मिथकों और गलत धारणाओं को दूर करने पर, और अपूरित माँग को कम करने के लिए साथी की भागीदारी और सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देने पर जोर देते हैं।
4. **परिवार नियोजन में निवेश बढ़ाना:** 2014-15 से 2019-20 तक के वर्षों के लिए औसत एफपी बजट आवंटन कुल एनएचएम बजट के 3 से 4 प्रतिशत के बीच रहा है। इसके अलावा, परिवार नियोजन पर खर्च 2014-15 में आवंटित बजट के 79% से घटकर 2016-17 में 63% और 2017-18 में 59% हो गया है (एनएचएम वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट)। यह देखते हुए कि भारत की 30% आबादी में युवा (10-24 वर्ष) शामिल हैं, जो अपने प्रजनन आयु वर्ग में हैं, या जल्द ही होने वाले हैं, सेवा पर पर्याप्त पहुँच, उपलब्धता और देखभाल की गुणवत्ता सुनिश्चित करते हुए बढ़ती मांगों को पूरा करने के लिए परिवार नियोजन हेतु बजट आवंटन में वृद्धि करने की आवश्यकता है। एनएचएम एफपी बजट की समग्र संरचना 2017-18 से आवंटन में सकारात्मक बदलाव को दर्शाती है। अंतराल विधियों और आईईसी/बीसीसी गतिविधियों के लिए बजट में एक बड़ी वृद्धि देखी गई है। अतीत में, बजट का लगभग 70% आवधिक (टर्मिनल) विधियों / नसबंदी के लिए आवंटित किया गया था। प्राथमिकताओं के इस बदलाव को कायम रखा जाना चाहिए और इसमें और तेज़ी लाई जानी चाहिए।

रेफरेंस

- ¹ Casterline, John B. and Steven W. Sinding. 2000. Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. Policy Research Division Working Paper no. 135. New York: Population Council.
- ² In NFHS-4, unmet need for spacing methods was 5.6% and 7.2% for limiting methods.
http://rchiips.org/nfhs/factsheet_NFHS-4.shtml
- ³ New, Jin Rou, Niamh Cahill, John Stover, Yogender Gupta and Leontine Alkema. 2017. Levels and Trends in Contraceptive Prevalence, Unmet Need, and Demand for Family Planning for 29 States and Union Territories in India: A Modelling Study Using the Family Planning Estimation Tool. *The Lancet Global Health* 5: 350–58.
- ⁴ Jain, Anirudh, Arshad Mahmood, Zeba Sathar and Irfan Masood. 2014. Reducing Unmet Need and Unwanted Childbearing: Evidence from a Panel Survey in Pakistan. *Studies in Family Planning* 45(2): 277–99.
- ⁵ https://nhm.gov.in/images/pdf/guidelines/nrhm-guidelines/national_population_policy_2000.pdf
- ⁶ <http://www.familyplanning2020.org/india>
- ⁷ International Institute for Population Sciences (IIPS) and ICF. 2021. National Family Health Survey (NFHS-5), India, 2019-21. Mumbai: IIPS. http://rchiips.org/nfhs/NFHS-5_FCTS/India.pdf
- ⁸ Phillips JF, Simmons R, Koenig MA, Chakraborty J. Determinants of reproductive change in a traditional society: Evidence from Matlab, Bangladesh. *Stud Fam Plann* 1988; 19: 313-34.
- ⁹ Kamhawi S, Underwood C, Murad H, Jabre B. Client-centered counselling improves client satisfaction with family planning visits: evidence from Irbid, Jordan. *Glob Health Sci Pract*. 2013;1(2):180-192
- ¹⁰ <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2008/12/effect-community-based-reproductive-health-communication-interventions>
- ¹¹ Ross, John and John Stover. 2013. Use of Modern Contraception Increases when More Methods become Available: Analysis of Evidence from 1982-2009. *Global Health: Science and Practice* 1(2):203–212.