

ग्रामीण क्षेत्रों में परिवार नियोजन की चुनौतियाँ

डॉ नीलम मील

(गृह विज्ञान)

सार

यह पेपर परिवार नियोजन चुनौतियाँ के उपयोग में अन्य बाधाएँ थीं; साइड इफेक्ट का डर, साइड इफेक्ट के प्रबंधन की लागत का डर, 5 साल से कम उम्र के बच्चों के मरने का डर, परिवार नियोजन कार्यक्रम में पुरुषों और समुदाय के नेताओं की भागीदारी की कमी, कई बच्चों की इच्छा जो शिक्षा स्तर के साथ कम हो गई; 44 महिलाओं (89.6%) ने प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक खराब पहुंच का संकेत दिया। परिवार नियोजन के प्रभावी उपयोग से तीव्र जनसंख्या वृद्धि को कम किया जा सकता है।

प्रमुख शब्दग्रामीण, परिवार, नियोजन

परिचय

भारत दुनिया का पहला देश था जिसने 1952 में परिवार नियोजन के लिए एक राष्ट्रीय कार्यक्रम शुरू किया था। 1952 में अपनी ऐतिहासिक शुरुआत के साथ, परिवार नियोजन कार्यक्रम नीति और वास्तविक कार्यक्रम कार्यान्वयन के संदर्भ में परिवर्तन से गुजरा है। नैदानिक दृष्टिकोण से प्रजनन बाल स्वास्थ्य दृष्टिकोण में धीरे-धीरे बदलाव आया और आगे, 2000 में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी) एक समग्र और लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण लेकर आई जिसने प्रजनन क्षमता को कम करने में मदद की। वर्षों से, कार्यक्रम का विस्तार देश के कोने-कोने तक किया गया है और ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप केंद्रों, शहरी परिवार कल्याण केंद्रों और शहरी क्षेत्रों में प्रसवोत्तर केंद्रों तक पहुंच गया है। तकनीकी विकास, बेहतर गुणवत्ता और स्वास्थ्य सेवा के कवरेज के परिणामस्वरूप अशोधित जन्म दर (सीबीआर), कुल प्रजनन दर (टीएफआर) और विकास दर (2011 की जनगणना में दशकीय विकास दर में सबसे तेज गिरावट देखी गई) में तेजी से गिरावट आई है। उद्देश्य, परिवार नियोजन प्रभाग की रणनीतियों और गतिविधियों को विभिन्न नीति दस्तावेजों (एनपीपी: राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000, एनएचपी: राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 और एनआरएचएम: राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) में बताए गए परिवार कल्याण लक्ष्यों और उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए डिजाइन और संचालित किया जाता है। भारत सरकार की प्रतिबद्धताएँ (ICPD सहित: जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन, MDG: सहस्राब्दी विकास लक्ष्य, सतत विकास लक्ष्य-SDG, FP-2020 शिखर सम्मेलन और अन्य)।

प्रयोजनों

2006 में, यूएस सेंटर फॉर डिजीज कंट्रोल (सीडीसी) ने एक सिफारिश जारी की, जिसमें पुरुषों और महिलाओं को प्रजनन जीवन योजना तैयार करने के लिए प्रोत्साहित किया गया, ताकि उन्हें अनचाहे गर्भधारण से बचने और महिलाओं के स्वास्थ्य में सुधार करने और गर्भावस्था के प्रतिकूल परिणामों को कम करने में मदद मिल सके।

परिवार नियोजन के कई लाभ हैं जिनमें स्वस्थ गर्भधारण के लिए जन्म में अंतर शामिल है, इस प्रकार मातृ रुग्णता, भ्रूण की समयपूर्वता और कम जन्म के जोखिम कम होते हैं। व्यक्ति की सामाजिक और आर्थिक उन्नति पर संभावित सकारात्मक प्रभाव भी पड़ता है, क्योंकि एक बच्चे की परवरिश के लिए महत्वपूर्ण मात्रा में संसाधनों की आवश्यकता होती है: समय, सामाजिक, वित्तीय और पर्यावरण। नियोजन यह सुनिश्चित करने में मदद कर सकता है कि संसाधन उपलब्ध हैं।

कई लोगों के लिए, परिवार नियोजन का उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि किसी भी दंपति, पुरुष या महिला जिसके बच्चे हैं, के पास इस लक्ष्य को पूरा करने के लिए आवश्यक संसाधन हैं। इन संसाधनों के साथ एक युगल, पुरुष या महिला प्राकृतिक जन्म, सरोगेसी, कृत्रिम गर्भाधान या गोद लेने के विकल्पों का पता लगा सकते हैं। दूसरे मामले में, यदि व्यक्ति विशिष्ट समय पर बच्चा नहीं चाहता है, तो वे गर्भावस्था को रोकने के लिए आवश्यक संसाधनों की जांच कर सकते हैं, जैसे जन्म नियंत्रण, गर्भ निरोधक, या शारीरिक सुरक्षा और रोकथाम।

बच्चे के गर्भधारण के लिए या उसके खिलाफ कोई स्पष्ट सामाजिक प्रभाव मामला नहीं है। व्यक्तिगत रूप से, अधिकांश लोगों के लिए, बच्चे पैदा करने या न करने का व्यक्तिगत कल्याण पर कोई मापने योग्य प्रभाव नहीं होता है। जीवन संतुष्टि पर आर्थिक साहित्य की समीक्षा से पता चलता है कि लोगों के कुछ समूह बच्चों के बिना ज्यादा खुश हैं:

- एकल माता पिता
- पिता जो दोनों काम करते हैं और बच्चों को समान रूप से पालते हैं
- एकल
- तलाकशुदा
- गरीब
- जिनके बच्चे तीन साल से बड़े हैं
- जिनके बच्चे बीमार हैं

हालांकि, गोद लेने वाले और गोद लेने वाले दोनों रिपोर्ट करते हैं कि गोद लेने के बाद वे खुश हैं।

संसाधन

जब महिलाएं अतिरिक्त शिक्षा और वैतनिक रोजगार प्राप्त कर सकती हैं, तो परिवार प्रत्येक बच्चे में अधिक निवेश कर सकते हैं। जिन बच्चों के कम भाई-बहन होते हैं, वे उन बच्चों की तुलना में अधिक समय तक स्कूल में रहते हैं, जिनके कई भाई-बहन होते हैं। बच्चे पैदा करने के लिए स्कूल छोड़ने का इन लड़कियों के भविष्य के साथ-साथ उनके परिवारों और समुदायों की मानव पूंजी पर दीर्घकालिक प्रभाव पड़ता है। परिवार नियोजन अस्थिर जनसंख्या वृद्धि को धीमा करता है जो पर्यावरण से संसाधनों को कम करता है, और राष्ट्रीय और क्षेत्रीय विकास के प्रयास करता है।

स्वास्थ्य

डब्ल्यूएचओ मातृ स्वास्थ्य के बारे में बताता है कि:

"मातृ स्वास्थ्य गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान महिलाओं के स्वास्थ्य को संदर्भित करता है। जबकि मातृत्व अक्सर एक सकारात्मक और पूर्ण अनुभव होता है, बहुत सी महिलाओं के लिए यह पीड़ा, अस्वस्थता और यहां तक कि मृत्यु से जुड़ा होता है।"

लगभग 99% मातृ मृत्यु कम विकसित देशों में होती है; आधे से भी कम उप-सहारा अफ्रीका में और लगभग एक तिहाई दक्षिण एशिया में पाए जाते हैं। प्रारंभिक और देर से मातृत्व दोनों में जोखिम बढ़ गया है। गर्भावस्था के परिणामस्वरूप युवा किशोरों को जटिलताओं और मृत्यु के उच्च जोखिम का सामना करना पड़ता है। बच्चे पैदा करने की कोशिश करने से पहले मां के कम से कम 18 साल का होने तक इंतजार करने से मातृ और शिशु स्वास्थ्य में सुधार होता है। जटिलताओं को रोकने के लिए, गर्भनिरोधक, कुशल चिकित्सा पेशेवरों और गर्भपात सेवाओं और देखभाल सहित गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच अनिवार्य है। इसके अलावा, यदि बच्चे के जन्म के बाद अतिरिक्त बच्चों की इच्छा होती है, तो गर्भधारण करने का प्रयास करने से पहले पिछले जन्म के बाद कम से कम दो साल (लेकिन पांच साल से अधिक नहीं) इंतजार करना मां और बच्चे के लिए स्वस्थ होता है। गर्भपात या गर्भपात के बाद, कम से कम छह महीने इंतजार करना बेहतर होता है।

परिवार की योजना बनाते समय महिलाओं को इस बात की जानकारी होनी चाहिए कि उम्र के साथ प्रजनन संबंधी जोखिम बढ़ते जाते हैं। वृद्ध पुरुषों की तरह, वृद्ध महिलाओं में ऑटिज्म या डाउन सिंड्रोम वाले बच्चे होने की संभावना अधिक होती है; एक से अधिक जन्म होने की संभावना बढ़ जाती है, जो बाद में गर्भावस्था के जोखिम का कारण बनती है; उन्हें गर्भावधि मधुमेह होने की संभावना बढ़ जाती है; सिजेरियन सेक्शन की आवश्यकता अधिक है; और लंबे समय तक प्रसव का जोखिम अधिक होता है, जिससे शिशु संकट में पड़ जाता है।

वित्त

परिवार नियोजन सभी स्वास्थ्य हस्तक्षेपों में सबसे अधिक लागत प्रभावी है। "लागत बचत अनपेक्षित गर्भावस्था में कमी के साथ-साथ एचआईवी सहित यौन संचारित संक्रमणों के संचरण में कमी से उत्पन्न होती है"।

1996 में संयुक्त राज्य अमेरिका में सामान्य प्रसव के लिए प्रसव और प्रसव पूर्व स्वास्थ्य देखभाल की लागत औसतन \$7,090 थी। [23] अमेरिकी कृषि विभाग का अनुमान है कि 2007 में पैदा हुए बच्चे के लिए, एक अमेरिकी परिवार बच्चे के जीवन के पहले 17 वर्षों के लिए औसतन \$11,000 से \$23,000 प्रति वर्ष खर्च करेगा। (कुल मुद्रास्फीति-समायोजित अनुमानित व्यय: \$196,000 से \$393,000, घरेलू आय पर निर्भर करता है।)

परिवार नियोजन में निवेश के स्पष्ट आर्थिक लाभ हैं और यह देशों को उनके "जनसांख्यिकीय लाभांश" को प्राप्त करने में भी मदद कर सकता है, जिसका अर्थ है कि जब कार्यबल में अधिक लोग और कम आश्रित होते हैं तो देशों की उत्पादकता बढ़ सकती है। यूएनएफपीए का कहना है कि "गर्भनिरोधक में निवेश किए गए प्रत्येक डॉलर के लिए, गर्भावस्था संबंधी देखभाल की लागत \$1.47 कम हो जाती है।"

यूएनएफपीए कहता है,

किशोर गर्भावस्था से संबंधित जीवन भर की अवसर लागत - वार्षिक आय का एक उपाय जिसे एक युवा माँ अपने जीवनकाल में खो देती है - चीन जैसे बड़े देश में वार्षिक सकल घरेलू उत्पाद के 1 प्रतिशत से लेकर

वार्षिक सकल घरेलू उत्पाद के 30 प्रतिशत तक होती है। युगांडा जैसी छोटी अर्थव्यवस्था। यदि ब्राजील और भारत में किशोर लड़कियां बच्चे पैदा करने के लिए अपने बिसवां दशा तक इंतजार करने में सक्षम थीं, तो बड़ी हुई आर्थिक उत्पादकता क्रमशः \$3.5 बिलियन और \$7.7 बिलियन से अधिक के बराबर होगी।

संयुक्त राष्ट्र के सहयोग से नोबेल पुरस्कार विजेताओं द्वारा निर्मित कोपेनहेगन सहमति में, खर्च किए गए प्रत्येक डॉलर के लिए सामाजिक, आर्थिक और पर्यावरणीय लाभों में तीसरी सबसे बड़ी नीतिगत पहल के रूप में गर्भनिरोधक रैंक की सार्वभौमिक पहुंच है। यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच प्रदान करने और गर्भनिरोधक की अपूर्ण आवश्यकता को समाप्त करने से 640,000 कम नवजात मृत्यु, 150,000 कम मातृ मृत्यु और 600,000 कम बच्चे अपनी माँ को खो देंगे। इसी समय, समाज कम आश्रितों और कार्यबल में अधिक महिलाओं का अनुभव करेंगे, जिससे आर्थिक विकास तेजी से होगा। गर्भ निरोधकों तक सार्वभौमिक पहुंच की लागत लगभग \$3.6 बिलियन/वर्ष होगी, लेकिन लाभ सालाना \$400 बिलियन से अधिक होंगे और मातृ मृत्यु में 150,000 की कमी आएगी।

प्रत्यक्ष सरकारी समर्थन

परिवार नियोजन के लिए प्रत्यक्ष सरकारी समर्थन में सरकार द्वारा संचालित सुविधाओं जैसे अस्पतालों, क्लिनिकों, स्वास्थ्य पदों और स्वास्थ्य केंद्रों और सरकारी क्षेत्रीय कार्यकर्ताओं के माध्यम से परिवार नियोजन शिक्षा और आपूर्ति प्रदान करना शामिल है। 2013 में, 197 में से 160 सरकारों ने परिवार नियोजन के लिए प्रत्यक्ष सहायता प्रदान की। बीस देशों ने केवल निजी क्षेत्र या गैर सरकारी संगठनों के माध्यम से अप्रत्यक्ष सहायता प्रदान की। सत्रह सरकारों ने परिवार नियोजन का समर्थन नहीं किया। विकासशील देशों में 1996 में 82% से 2013 में 93% तक प्रत्यक्ष सरकारी समर्थन में वृद्धि जारी रही है, लेकिन विकसित देशों में 1976 में 58% से घटकर 2013 में 45% हो गई है। लैटिन अमेरिका और कैरिबियन के 97 प्रतिशत, 96 अफ्रीका के 82% और ओशिनिया के 94% सरकारों ने परिवार नियोजन के लिए प्रत्यक्ष समर्थन प्रदान किया। यूरोप में, केवल 45% सरकारें सीधे तौर पर परिवार नियोजन का समर्थन करती हैं। 2012 में उपलब्ध आंकड़ों वाले 172 देशों में से, 152 देशों ने 2009 से 2014 तक परिवार नियोजन के तरीकों तक महिलाओं की पहुंच बढ़ाने के लिए यथार्थवादी उपायों को लागू किया था। इस डेटा में 95% विकासशील देशों और 65% विकसित देशों को शामिल किया गया था।

निजी क्षेत्र

निजी क्षेत्र में गैर-सरकारी और विश्वास-आधारित संगठन शामिल हैं जो आमतौर पर लाभकारी चिकित्सा प्रदाताओं, फार्मसियों और दवा की दुकानों को मुफ्त या रियायती सेवाएं प्रदान करते हैं। निजी क्षेत्र दुनिया भर में लगभग दो-पांचवें गर्भनिरोधक आपूर्तिकर्ताओं के लिए जिम्मेदार है। निजी संगठन सोशल मार्केटिंग, सोशल फ्रैंचाइजिंग और फार्मेसी के माध्यम से गर्भनिरोधक सेवाओं के लिए स्थायी बाजार प्रदान करने में सक्षम हैं।

सामाजिक विपणन गर्भ निरोधकों को उपलब्ध कराते समय व्यवहार परिवर्तन को प्राप्त करने के लिए विपणन तकनीकों को नियोजित करता है। निजी प्रदाताओं का उपयोग करके, सामाजिक विपणन भौगोलिक और सामाजिक आर्थिक विषमताओं को कम करता है और पुरुषों और लड़कों तक पहुंचता है। गर्भ निरोधकों के लिए बाजार का विस्तार करने के लिए सोशल फ्रैंचाइजिंग गर्भ निरोधकों के लिए एक ब्रांड तैयार करता है। दवा की दुकानें और फार्मेसी ग्रामीण क्षेत्रों और शहरी मलिन बस्तियों में स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करती हैं जहाँ कुछ सार्वजनिक क्लिनिक हैं। वे उप-सहारा अफ्रीका में गर्भनिरोधक प्रदान करने वाले अधिकांश निजी क्षेत्र के लिए जिम्मेदार हैं, विशेष रूप से कंडोम, गोलियां, इंजेक्शन और आपातकालीन गर्भनिरोधक के लिए। दक्षिण अफ्रीका और कई

कम आय वाले देशों में फार्मैसी आपूर्ति और कम लागत वाले आपातकालीन गर्भनिरोधक ने गर्भनिरोधक तक पहुंच बढ़ा दी है। कार्यस्थल की नीतियां और कार्यक्रम परिवार नियोजन की जानकारी तक पहुंच बढ़ाने में मदद करते हैं। इथियोपिया का फैमिली गाइडेंस एसोसिएशन, जो स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिए 150 से अधिक उद्यमों के साथ काम करता है, ने 10 वर्षों में एक कारखाने में स्वास्थ्य परिणामों का विश्लेषण किया और अनपेक्षित गर्भधारण और एसटीआई के साथ-साथ बीमारी की छुट्टी में कमी पाई। 1997 और 2000 के बीच गर्भनिरोधक का उपयोग 11% से बढ़कर 90% हो गया। 2016 में, बांग्लादेश गारमेंट मैनुफैक्चरर्स एक्सपोर्ट एसोसिएशन ने फैक्टरी क्लिनिकों को प्रशिक्षण और मुफ्त गर्भ निरोधक प्रदान करने के लिए परिवार नियोजन संगठनों के साथ भागीदारी की, जिससे हजारों फैक्टरी कर्मचारियों तक पहुँचने की संभावना पैदा हुई।

गैर सरकारी संगठन

गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ) स्व-सहायता और भागीदारी को प्रोत्साहित करके, सामाजिक और सांस्कृतिक सूक्ष्मताओं को समझकर, और लालफीताशाही के आसपास काम करके स्थानीय गरीबों की जरूरतों को पूरा कर सकते हैं, जब सरकारें अपने घटकों की जरूरतों को पर्याप्त रूप से पूरा नहीं करती हैं। एक सफल एनजीओ परिवार नियोजन सेवाओं को तब भी बरकरार रख सकता है जब किसी राष्ट्रीय कार्यक्रम को राजनीतिक ताकतों से खतरा हो। गैर-सरकारी संगठन सरकार की नीति को सूचित करने, कार्यक्रमों को विकसित करने, या उन कार्यक्रमों को चलाने में योगदान दे सकते हैं जिन्हें सरकार लागू नहीं करेगी या नहीं कर सकती है।

गर्भनिरोधक के तरीके

गर्भनिरोधक अनुसंधान और विकास का क्षेत्र अब तक एक ऐसी विधि प्रदान करने में असमर्थ रहा है जिसे चिकित्सा पर्यवेक्षण की आवश्यकता के बिना स्व-प्रशासित किया जा सकता है और साथ ही प्रभावी और सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य है। उपलब्ध आधुनिक गर्भनिरोधक ज्यादातर चिकित्सक-निर्भर हैं और स्वास्थ्य जोखिमों के बिना नहीं हैं। जहां दुष्प्रभावों और जटिलताओं से निपटने के लिए चिकित्सा सेवाओं की कमी है, वहां जोखिम अधिक होंगे। हालाँकि, यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि गर्भनिरोधक का उपयोग नहीं करने का विकल्प एक अवांछित गर्भावस्था है, और गर्भावस्था और प्रसव ग्रामीण व्यवस्था में अत्यधिक स्वास्थ्य संबंधी खतरों को वहन करते हैं। विकासशील देशों के कुछ क्षेत्रों में, गर्भवती महिलाओं की मृत्यु दर विकसित देशों (WHO 1985) की तुलना में लगभग 200 गुना अधिक है। हालांकि पारंपरिक बाधा विधियां स्व-प्रशासित हैं और कोई विधि-विशिष्ट स्वास्थ्य खतरे नहीं हैं, किसी को उनकी विफलता दर और परिणामी अवांछित गर्भधारण के खतरों को ध्यान में रखना होगा। इसके अलावा, बाधा विधियां हमेशा सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य नहीं होती हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में गर्भनिरोधक अक्सर टर्मिनेटर होते हैं न कि स्पेसर। लंबे समय से अभिनय के तरीके। इसलिए अधिक उपयुक्त होगा।

स्वास्थ्य पेशे के लिए चुनौती

ग्रामीण क्षेत्रों में कम गर्भनिरोधक प्रचलन के परिणाम जनसंख्या और स्वास्थ्य की दृष्टि से गंभीर हैं। विकासशील देशों में ग्रामीण जनसंख्या कुल जनसंख्या का लगभग 70% है। प्रभावी चिकित्सा सेवाओं की कमी के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में अनियमित प्रजनन क्षमता के स्वास्थ्य संबंधी खतरे भी बढ़ा-चढ़ाकर पेश किए जाते हैं। यह अनुमान लगाया गया है कि विकासशील देशों में लगभग 200000 मातृ मृत्यु और 5.6 मिलियन शिशु मृत्यु से बचा जा सकता है यदि महिलाएं अपने बच्चों को जन्म और मध्यम आकार के पूर्ण परिवारों के बीच पर्याप्त

अंतर के साथ सबसे सुरक्षित वर्षों के भीतर चुनने में सक्षम थीं (जनसंख्या रिपोर्ट 1984)। ग्रामीण क्षेत्रों में परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य सेवा के बुनियादी ढांचे में आम तौर पर कमी है। अधिकांश ग्रामीण आबादी तक सेवाएँ पहुँचाने के लिए नवोन्मेषी दृष्टिकोणों का पता लगाया जाना चाहिए।

परिवार नियोजन के उपयोग में बाधाएँ

इस अध्ययन से पता चला कि महिलाओं में परिवार नियोजन के बारे में उच्च स्तर की जागरूकता और ज्ञान था। इसलिए, ग्रामीण उत्तरी युगांडा की महिलाओं के बीच परिवार नियोजन के उपयोग में ज्ञान बाधा एक महत्वपूर्ण बाधा नहीं थी। यह खोज इरिट्रिया के एक अध्ययन के अनुरूप नहीं है, जिसमें दिखाया गया है कि महिलाओं में गर्भनिरोधक का उपयोग न करने के लिए ज्ञान की कमी एक प्रमुख कारक थी। संघर्ष के बाद उत्तरी युगांडा में परिवार नियोजन के बारे में जागरूकता और ज्ञान का उच्च स्तर मुख्य रूप से सरकार की नीति के कारण था कि सभी महिलाओं को प्रसवपूर्व देखभाल में भाग लेने के लिए परिवार नियोजन सेवाएँ प्रदान की जाती हैं। प्रमुख मुखबिरो के अनुसार, विकास भागीदार मुफ्त परिवार नियोजन सेवाएँ प्रदान कर रहे थे जो उच्च स्तर की परिवार नियोजन जागरूकता और ज्ञान के लिए भी जिम्मेदार थी। महिलाओं ने कहा कि उन्हें परिवार नियोजन सेवाओं तक पहुँचने में निम्नलिखित समस्याओं का सामना करना पड़ा; घर से दूर सेवाएँ 137 (32.3%), पति 73 (17.2%) और परिवार 21 (5%) उन्हें परिवार नियोजन सेवाओं का उपयोग करने से मना करते हैं, और सेवाएँ उपलब्ध नहीं हैं 62 (14.6%)। एक प्रमुख मुखबिर के अनुसार, परिवार नियोजन प्रदाताओं की अनुपस्थिति भी परिवार नियोजन के उपयोग में एक बाधा थी। ये निष्कर्ष पिछले अध्ययन से सहमत हैं जो दिखाते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ अमुरु जिले के कई निवासियों से बहुत दूर थीं और जिला कर्मचारियों की अनुपस्थिति से जूझ रहा था परिवार नियोजन के उपयोग में अन्य बाधाएँ थीं; साइड इफेक्ट का डर, साइड इफेक्ट के प्रबंधन की लागत का डर, 5 साल से कम उम्र के बच्चों के मरने का डर, परिवार नियोजन कार्यक्रम में पुरुषों और समुदाय के नेताओं की भागीदारी की कमी, कई बच्चों की इच्छा जो शिक्षा स्तर के साथ कम हो गई; 44 महिलाएं (89.6%) बिना किसी शिक्षा के और 97 (35%) प्राथमिक शिक्षा के साथ 5 या अधिक बच्चों की इच्छा रखती हैं, जबकि साधारण स्तर की शिक्षा वाली केवल 6 महिलाएं (7%) 5 या अधिक बच्चों की इच्छा रखती हैं। यह निष्कर्ष पिछली रिपोर्ट से सहमत है जिसमें दिखाया गया है कि प्राथमिक शिक्षा वाले लोगों में वांछित बच्चों की संख्या प्राथमिक शिक्षा के बाद (3.8 बच्चों) की तुलना में उच्च (5.9 बच्चे) थी। .

वर्तमान परिवार नियोजन प्रयास

परिवार नियोजन में क्रांतिकारी बदलाव आया है और यह मातृ एवं शिशु मृत्यु दर और रुग्णता को कम करने के लिए एक हस्तक्षेप के रूप में उभरा है। यह अच्छी तरह से स्थापित है कि उच्च गर्भनिरोधक प्रसार दर वाले राज्यों में मातृ और शिशु मृत्यु दर कम है। परिवार नियोजन में अधिक निवेश इस प्रकार महिलाओं को वांछित परिवार का आकार प्राप्त करने और अनपेक्षित और गलत गर्भधारण से बचने में मदद करके उच्च जनसंख्या वृद्धि के प्रभाव को कम करने में मदद कर सकता है। इसके अलावा, गर्भनिरोधक का उपयोग प्रेरित गर्भपात को रोक सकता है और इनमें से अधिकांश मौतों को खत्म कर सकता है। अध्ययनों से पता चलता है

कि अगर अगले 5 वर्षों में परिवार नियोजन की मौजूदा अपूर्ण आवश्यकता को पूरा किया जा सकता है, तो हम 35,000 मातृ मृत्यु, 1.2 मिलियन शिशु मृत्यु को टाल सकते हैं, रुपये से अधिक की बचत कर सकते हैं। 4450 करोड़ और बचत रु। 6500 करोड़, अगर सुरक्षित गर्भपात सेवाओं को परिवार नियोजन सेवाओं में वृद्धि के साथ जोड़ा जाए। यह रणनीतिक दिशा भविष्य में परिवार नियोजन कार्यक्रम के कार्यान्वयन में मार्गदर्शक सिद्धांत है।

निष्कर्ष

यह अध्ययन इस बात का पता लगाने के लिए किया गया था कि ग्रामीण लोगों में अभी भी उच्च प्रजनन दर क्यों मौजूद है, हमने पाया कि गर्भनिरोधक उपयोग और छोटे परिवार के आकार के पक्ष में बदलती धारणाएं और व्यवहारिक बदलाव हैं। परिवार नियोजन की अवधारणा स्थापित हो चुकी है और अधिकांश प्रतिभागियों को गर्भ निरोधकों के बारे में जानकारी थी। इसके अलावा, गर्भ निरोधकों की पहुंच में सुधार हुआ है क्योंकि अब गांव में स्वास्थ्य चौकी पर चार प्रकार के गर्भनिरोधक मुफ्त में उपलब्ध कराए जाते हैं। दूसरी ओर, हमारे निष्कर्ष बताते हैं कि परिवार नियोजन के खिलाफ काम करने वाली कई और संस्कृति-विशिष्ट बाधाएं हैं। कई भ्रांतियां, अफवाहें और भय तेजी से बढ़ रहे हैं, और यह स्पष्ट है कि सामाजिक लिंग असंतुलन के कारण पति आमतौर पर प्रजनन क्षमता और परिवार के बारे में निर्णय लेते हैं। इसके अलावा, मजबूत सामाजिक और धार्मिक मानदंड और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की विरोधाभासी जानकारी परिवार नियोजन को नकारात्मक रूप से प्रभावित करती है।

संदर्भ

1. बुन्यारतावेज पी, रजतपति बी, धितवत बी, किचनंथा बी, तांगचाई डब्ल्यू, सुकोनथामन वाई, वोंगविरियाथम एस, चिनप्रहस्त के, वतनपत एस, दुसित्सिन एन (1981) थाईलैंड में मेडिकल छात्रों और सर्जनों द्वारा किए गए पुरुष नसबंदी की तुलना। स्टड फैमिली प्लान 12:58
2. दुसिट्सिन एन, चलपति एस, वरकामिन एस, बून्सरी बी, निंगसनॉन पी, ग्रे आरएच (1980) थाईलैंड में नर्स-मिडवाइव्स और डॉक्टरों द्वारा पोस्ट-पार्टम ट्यूबल लिगेशन। लैंसेट 1:638
3. एरेन एन, रामोस आर, ग्रे आरएच (1983) आईयूडी सेवाओं के प्रदाताओं के रूप में चिकित्सक बनाम सहायक नर्स-मिडवाइव्स: टिकी और फिलीपींस में एक अध्ययन। स्टड परिवार योजना 14:43
4. जनसंख्या रिपोर्ट (1978) समुदाय आधारित और वाणिज्यिक गर्भनिरोधक वितरण: एक सूची और मूल्यांकन। जम्मू [19] जनसंख्या रिपोर्ट (1984)
5. बेकर, एमएच, ड्रैकमैन, आरएच, और किशिट, जेपी (1974)। कम आय वाली आबादी में बीमार-भूमिका व्यवहार को समझाने का एक नया तरीका। अमेरिकन जर्नल ऑफ पब्लिक हेल्थ, 64(3), 205-216।
6. बरहेन, वाई., मेकोनेन, ई., जेरिहून, एल., और आसिफा, जी. (1999)। सुदूर समुदाय, दक्षिण इथियोपिया में प्रजनन नियमन की धारणा। इथियोपियन जर्नल ऑफ हेल्थ डेवलपमेंट, 13(3), 217-222।
7. बोंगाटर्स, जे। (2009)। मानव जनसंख्या वृद्धि और जनसांख्यिकीय संक्रमण। रॉयल सोसाइटी बी के दार्शनिक लेनदेन: जैविक विज्ञान, 364 (1532), 2985-2990

8. डेविस, सी. ए. (2008)। रिफ्लेक्सिव नृवंशविज्ञान: स्वयं और दूसरों पर शोध करने के लिए एक गाइड। लंदन: रूटलेज.
9. आइयाउ, वाई., बरहाने, वाई., और जेरिहुन, एल. (2005)। दूरस्थ रूप से स्थित समुदायों में प्रजनन क्षमता से संबंधित निर्णयों में सामाजिक-सांस्कृतिक कारक: सूरी जातीय समूह का मामला। इथियोपियन जर्नल ऑफ हेल्थ डेवलपमेंट, 18(3), 171-174।
10. हीटन, टीबी (2011)। क्या विकासशील देशों में धर्म प्रजनन क्षमता को प्रभावित करता है? जनसंख्या अनुसंधान और नीति समीक्षा, 30(3), 449-465।
11. क्लेनमैन, ए। (1980)। संस्कृति के संदर्भ में रोगी और चिकित्सक: मानव विज्ञान, चिकित्सा और मनोचिकित्सा के बीच सीमावर्ती क्षेत्र का अन्वेषण (वॉल्यूम 3)। लंदन, इंग्लैंड: यूनिवर्सिटी ऑफ कैलिफोर्निया प्रेस।
12. मल्टरूड, के. (2001)। गुणात्मक अनुसंधान: मानक, चुनौतियाँ और दिशानिर्देश। लैंसेट, 358(9280), 483-488।