

परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण

प्रभावी उपायों पर साक्ष्य की समीक्षा



परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण

प्रभावी उपायों पर
साक्ष्य की समीक्षा





विषयवस्तु

- 06 प्रस्तावना
- 08 कार्यकारी सारांश
- 20 अध्याय 1. परिचय
- 26 अध्याय 2. विवाह के समय आयु में
- 40 अध्याय 3. पहली गर्भावस्था के समय आयु में देरी
- 52 अध्याय 4. जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना
- 66 अध्याय 5. परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार
- 86 अध्याय 6. निष्कर्ष और नीतिगत निहितार्थ

प्रस्तावना

अनुभव ने हमें सिखाया है कि जब पैरवी के पीछे सशक्त शोध और प्रमाण सबूत होते हैं, तब इसके कहीं अधिक बेहतर परिणाम होते हैं और यह नीति विकास, कुशल सेवा प्रावधानीकरण और कार्यक्रमों एवं हस्तक्षेपों के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए सार्थक योगदान देती है। इसलिए, सशक्त शोध और दस्तावेजीकरण पी.एफ.आई. की पैरवी की नींव हैं।

हमारी रणनीति के हिस्से के रूप में, "महिला सशक्तिकरण और मानव अधिकारों के ढाँचे के भीतर परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण" करने के लिए पी.एफ.आई. ने परिवार नियोजन में राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय अनुभवों की एक व्यवस्थित समीक्षा की है। यह समीक्षा, डेविड और ल्यूसिले फाउंडेशन द्वारा वित्त पोषित तीन साल के अनुदान के तहत "परिवर्तन के लिए पैरवी: परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण – जन्म के बीच की दूरी को बढ़ावा देना" विषय पर की गई है, जिसमें बाल विवाह रोकना, पहले गर्भ के समय आयु में देरी, जन्मों के बीच अंतर और परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार पर कार्यक्रमों, नवाचारों और नीतियों को जाँचा गया है। यह समीक्षा आशाजनक कार्यक्रमों का विश्लेषण और दस्तावेजीकरण करती है ताकि हम इसी क्षेत्र में दूसरों की प्रक्रियाओं और परिणामों से सीख सकें। समीक्षा प्रभावशील पाई जाने वाली मुख्य रणनीतियों या रणनीतियों के मिश्रण को चिन्हित करने के लिए दक्षिण पूर्व एशिया, अफ्रीका और ब्रिटेन और अमेरिका से हस्तक्षेपों की जाँच करती है।

यह दस्तावेज़ परिवार नियोजन के महत्व पर सार्वजनिक बातचीत बढ़ाने और सफल परिवार नियोजन की पहलों को बढ़े पैमाने पर ले जाने के लिए सशक्त पैरवी के समर्थन में प्रमाण उपलब्ध कराता है। यह अलग अलग कारगर रणनीतियों की एक श्रृंखला को चिन्हित करता है, जो महिलाओं, पुरुषों और बच्चों के स्वास्थ्य और अधिकारों को कायम रखने के एक साधन के रूप में परिवार नियोजन के पुनः स्थिति-निर्धारण में सहायक होगा। इसके अतिरिक्त, यह आगे प्रयोग और बढ़े पैमाने पर ले जाने के लायक रणनीतियों की पहचान करता है, और रचनात्मक हस्तक्षेप डिजाइन करने और पहले किए जा चुके कार्यों का कड़ाई से मूल्यांकन करने के महत्व पर प्रकाश डालता है।



यह समीक्षा डेविड और ल्यूसिले फाउंडेशन के समर्थन के बिना संभव नहीं हो सकती थी। हम, विशेष रूप से, श्री लेस्टर कुटिन्हो, कार्यक्रम अधिकारी और फाउंडेशन के नई दिल्ली कार्यालय में जनसंख्या और प्रजनन कार्यक्रम के कांट्री एडवाइजर श्री वी.एस. चंद्रशेखर का धन्यवाद करना चाहेंगे।

हम तिरुवनंतपुरम के अच्युत मेनन सेंटर फॉर हैल्थ साइंस स्टडीज़ में मानद प्रोफेसर डॉ. टी.के. सुंदरी रवींद्रन का समीक्षा परिणामों का विश्लेषण करने और दस्तावेज को अंतिम रूप देने में उनके महत्वपूर्ण योगदान के लिए उनका शुक्रिया अदा करना चाहेंगे। तकनीकी सलाहकार समूह के सदस्यों – डॉ. अरविंद पाण्डेय (आई.सी.एम.आर), डॉ. एम. ई. खान (पॉपुलेशन काउंसिल), प्रोफेसर रिचर्ड कैश (पब्लिक हैल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडिया), डॉ. अलकनाथ शर्मा और डॉ. सुमित मजूमदार (इंस्टीट्यूट फॉर ह्यूमन डिवेलपमेंट), प्रोफेसर लीला विसारिया (गुजरात इंस्टीट्यूट फॉर डेवलपमेंट रिसर्च), सुश्री रेखा मसीलामानी और डॉ. रजनी वेद – द्वारा प्रदत्त जानकारी अमूल्य थीं। अंत में मसौदा रिपोर्ट में उनकी विवेचनात्मक समीक्षा के लिए हम डॉ. सुनीता मित्तल और डॉ. विजयलक्ष्मी नंदा के आभारी हैं।

Poonam Mattheja.

पूनम मुथरेजा



कार्यकारी संझोप

पृष्ठभूमि

कई दशकों से, परिवार नियोजन को मुख्यतः विश्व की जनसंख्या नियंत्रित करने के एक साधन के रूप में देखा गया है। लेकिन, वैश्विक स्तर पर गिरती हुई जनसंख्या दरों को देखते हुए, यह आवश्यक हो गया है कि परिवार नियोजन को केवल जनसंख्या नियंत्रण प्रणाली के रूप में न देखते हुए, उसके अन्य प्रभावों को मान्यता दी जाए। 'परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण' एक बहुस्तरीय प्रयास है, जिसे लगभग एक दशक पहले शुरू किया गया, जिससे कि उप-सहारा अफ्रीका में परिवार नियोजन सेवाएं उपलब्ध कराए जाने के प्रति राजनीतिक वचनबद्धता और आर्थिक सहयोग को बढ़ाया जा सके (1)। लंदन में, वर्ष 2010 में आयोजित परिवार नियोजन संगोष्ठी में 'पुनः स्थिति निर्धारण' दृष्टिकोण को वैश्विक मानचित्र पर स्थापित किया गया, जिसमें देशों की सरकारों, नागरिक संस्थाओं और विश्व के विभिन्न भागों के वित्तपोषकों का सहयोग शामिल था।

'परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण' दृष्टिकोण के अंतर्गत, विकासशील देशों में, सभी महिलाओं और पुरुषों को, उनकी प्रजननशीलता नियंत्रण की आवश्यकताएं पूरी करने के लिए, उच्च गुणवत्तापूर्ण परिवार नियोजन जानकारी और सेवाएं उपलब्ध कराए जाने पर ज़ोर दिया गया है। स्वेच्छा से परिवार नियोजन अपनाने से मातृ एवं बाल मृत्यु संख्या भी कम की जा सकती है (2)। हालाँकि इसे प्रत्यक्ष रूप से कहा नहीं गया है, स्वास्थ्य एवं स्वैच्छिक परिवार नियोजन पर ज़ोर देना, प्रजनन अधिकारों के अंतर्गत जन्म नियंत्रण की अवधारणा के अनुरूप है।

भारत में, राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के अंतर्गत, सरकार ने, परिवार नियोजन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के उपरोक्ताओं के रूप में, स्वैच्छिक और सूचित चुनाव तथा नागरिकों की सहमति सुनिश्चित करने के प्रति अपनी वचनबद्धता की पुष्टि की है। राष्ट्रीय

जनसंख्या नीति 2000 के उद्देश्यों में से एक है, विवाह के समय आयु को बढ़ाकर, कम से कम 18 वर्ष करना और जन्मों के बीच समयावधि बढ़ाने व जन्मों की संख्या कम करने की अपूरित आवश्यकताओं को संबोधित करना (3)। दस वर्ष पश्चात, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने, परिवार नियोजन की पुनः स्थिति निर्धारण के विषय पर एक राष्ट्र स्तरीय चर्चा आयोजित की। इस चर्चा में सरकार द्वारा परिवार नियोजन का मातृ एवं बाल स्वास्थ्य में सुधार लाने के एक ज़रिए के रूप में पुनः स्थिति निर्धारणकरने की घोषणा की गई। इसी संदर्भ में, पॉपुलेशन फाउन्डेशन ऑफ इंडिया की रणनीति योजना (2011–16), भारत के विकास और मातृ एवं बाल स्वास्थ्य नीतियों तथा कार्यक्रमों में, परिवार नियोजन को महिला सशक्तिकरण और मानव अधिकार ढाँचे के अंतर्गत पुनः स्थिति निर्धारण करने का प्रयास कर रही है। यह प्रणालीबद्ध समीक्षा, पी.एफ.आई. के इस 'परिवार नियोजन के पुनः स्थिति निर्धारण' प्रयास का ही एक अंश है।

भारत में परिवार नियोजन के पुनः स्थिति निर्धारण की आवश्यकता क्यों है?

कई कारण हैं कि भारतीय संदर्भ में परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण किया जाना विशेष रूप से आवश्यक है।

सर्वप्रथम, भारत के नौ राज्यों ने पहले ही प्रतिस्थापन स्तर प्रजनन दर प्राप्त कर ली है। लेकिन, कम प्रजनन दर के कारण मातृ स्वास्थ्य में सुधार प्राप्त नहीं किया जा सका, क्योंकि विवाह की आयु कम है और परिणामस्वरूप, बच्चे का जन्म भी कम आयु में ही हो जाता है, तथा दो जन्मों के बीच का अंतर भी काफी कम है। उदाहरण के लिए, आंध्र प्रदेश में, जहाँ 2005–06 में प्रजनन दर प्रति महिला 1.79 बच्चे थी, वहीं 20–24 वर्ष आयु की 55 प्रतिशत युवा महिलाओं की शादी 18 वर्ष से पहले ही हो गई थी, 15–19 वर्ष आयु की 18 प्रतिशत महिलाओं में गर्भधारण शुरू हो

1 वैश्विक जनसंख्या वृद्धि की औसत वार्षिक दर लगातार कम होती जा रही है, 1950 के दशक और 1980 के दशक के बीच 1.88 प्रतिशत से गिरकर, 1980 से 2011 के बीच 1.45 प्रतिशत हो गई है (World Population Prospects –The 2010 Revision. Department of Economic and Social Affairs, United Nations, NY, 2011. Vol I, comprehensive tables)

गया था और 60 प्रतिशत को दूसरा बच्चा, पहले बच्चे के जन्म के 36 माह के अंदर ही हो गया था (4)। जिन राज्यों में प्रजनन दरें प्रतिस्थापन स्तर तक पहुँच चुकी हैं, या उससे कम हैं, वहाँ परिवार नियोजन का एक स्वास्थ्य एवं विकास मुद्दे के रूप में पुनः स्थिति निर्धारण करने से ऐसे कार्यक्रम तैयार करने में मदद मिलेगी, जो महिलाओं की, प्रजननशीलता नियंत्रण के अतिरिक्त, अन्य प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताओं को भी पूरा कर सकें।

दूसरा, भारत की जनसंख्या वृद्धि में जनसंख्या गतिशीलता की महत्वपूर्ण भूमिका है। वार्षिक जनसंख्या वृद्धि औसत लगातार कम होने के बावजूद, भारत में प्रति वर्ष लगभग 1.8 करोड़ की जनसंख्या वृद्धि हो रही है, क्योंकि कुल जनसंख्या के लगभग 50 प्रतिशत व्यक्ति प्रजननशील आयु के हैं। जनसंख्या गतिशीलता को रोकने का एक तरीका हो सकता है कि पहले जन्म में देरी लाई जाए और उसके बाद होने वाले जन्मों में 2–4 वर्ष का अंतर हो। यू.एन.एफ.पी.ए. के अनुसार, पहले जन्म के समय माँ की आयु 18 से 23 वर्ष तक बढ़ा देने से, जनसंख्या गतिशीलता में 40 प्रतिशत तक की कमी प्राप्त की जा सकती है (5)। परिवार नियोजन के भारतीय संस्करण, जो केवल एक “सिर्फ नसबंदी” आधारित कार्यक्रम बन कर रह गया है, को इंजिनिओरिंग कर उसमें नई प्राथमिकताएं जोड़ना आवश्यक है। चुनौति केवल यह नहीं है कि रास्ता बदला जाए, पर हमें सरकार के काम करने के तरीकों को भी बदलना होगा – मतलब, स्वेच्छा से स्वीकार करने और सूचित चुनाव के मूल्यों को अपनाना।

परिवार नियोजन के पुनः स्थिति निर्धारण करने के पीछे तीसरा कारण भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के जनसंख्या नियंत्रण के लंबे इतिहास से जुड़ा है। जनसांख्यिकीय लक्ष्य और परिवार नियोजन को स्वीकार करने के लक्ष्य ही इस कार्यक्रम को शुरू से चलाते आ रहे हैं। वर्ष 1997 में, ‘लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण’ लागू किए जाने के बाद से तो जैसे कार्यक्रम का आधार ही खो गया। अब इस कार्यक्रम में एक नई जान फूंकने की आवश्यकता है – जिसमें महिलाओं के स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार शामिल हो और महिलाओं और पुरुषों को अपनी प्रजननशीलता नियंत्रण करने के अधिकार को मान्यता दी जाए।

वर्तमान समीक्षा : संदर्भ, उद्देश्य तथा कार्यप्रणाली

यह समीक्षा बिहार और राष्ट्रीय स्तर की मात्र एवं बाल स्वास्थ्य नीतियों तथा विकास कार्यक्रमों में, पी.एफ.आई. द्वारा परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण करने के प्रयास का एक अंश है। भारतीय संदर्भ को ध्यान में रखते हुए चार कार्यक्षेत्रों की पहचान की गई। यह हैं (1) पहले बाल विवाह रोकना; (2) पहले जन्म के समय आयु में देरी (3) दो जन्मों के बीच अंतर बढ़ाने को बढ़ावा देना (4) परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करना।

संदर्भ

पहले विवाह के समय आयु बढ़ाना

भारतीय महिलाओं की अभी भी काफी कम उम्र में शादी हो जाती है। वर्ष 2005–06 में, 21–29 वर्षीय आधे से ज्यादा ग्रामीण महिलाओं (53.4 प्रतिशत) और एक चौथाई से अधिक (29.7 प्रतिशत) शहरी महिलाओं की शादी 18 वर्ष तक हो गई थी (4)। सबसे अधिक अनुपात बिहार में था (63.7 प्रतिशत), फिर झारखण्ड (60.2 प्रतिशत), राजस्थान (58.4 प्रतिशत) और आंध्र प्रदेश (56.2 प्रतिशत) (4)। 18 वर्ष की आयु से पहले शादी करने वाली महिलाओं के अनुपात में 1992–93 (54 प्रतिशत) के मुकाबले, 2005–06 में कमी आई (47 प्रतिशत) और यह इसी दौरान, विवाह की औसत आयु में 0.4 वर्ष की बढ़ोतरी के अनुरूप है, एन.एफ.एच. एस.-1 में 16.7 वर्ष से एन.एफ.एच.एस.-3 में 17.1 वर्ष (6)।

पहले जन्म के समय आयु में देरी

बहुत आवश्यक है कि परिवार नियोजन कार्यक्रमों को नई दिशा दी जाए, जिससे कि युवा विवाहित महिलाएं और पुरुष अपने प्रजनन प्रयोजन प्राप्त कर सकें। भारत में कम उम्र में विवाह के बाद जल्द ही बच्चे को जन्म देना एक आम बात है। वर्ष 2005–06 में, पूरे देश में किशोर उम्र में जन्म देने वालों की संख्या 90 प्रति 1000 महिला थी, जो कि 1990–92 में 116 प्रति 1000 और 1995–96 में 107 प्रति 1000 महिलाओं से कम है। किशोर उम्र में जन्म देने वाली महिलाओं की संख्या वर्ष 2005–06 में, शहरी क्षेत्रों (57 प्रति 1000 15–19 वर्षीय महिलाएं) के

मुकाबले, ग्रामीण क्षेत्रों में तीन गुणा ज्यादा (105 प्रति 1000 महिलाएं) थी (4)।

2005–06 में, 15–19 वर्षीय प्रति 6 महिलाओं में से लगभग 1 महिला, या 16 प्रतिशत में गर्भधारण शुरू हो चुका था। 15 वर्षीय महिलाओं में से 3 प्रतिशत में गर्भधारण शुरू हुआ था, जो 19 वर्षीय महिलाओं में 36 प्रतिशत, या प्रति 3 महिलाओं में से 1 तक था। यह संख्या झारखंड में सबसे अधिक (27.5 प्रतिशत), फिर पश्चिम बंगाल (25.3 प्रतिशत) और फिर बिहार (25 प्रतिशत) में थी – यह सभी राज्य पूर्वी भारत में स्थित हैं। इसके मुकाबले, गोवा, हिमाचल प्रदेश और जम्मू कश्मीर में 5 प्रतिशत से कम 15–19 वर्षीय महिलाओं में गर्भधारण की शुरुआत हुई (4)। आँकड़े दिखाते हैं कि इन में से सभी गर्भ वांछित नहीं थे। वर्ष 2005–06 में, 25.1 प्रतिशत 15 – 19 वर्षीय महिलाओं की आवश्यकताएं अपूरित थीं, और इस आयु की केवल 32.4 प्रतिशत महिलाओं की आवश्यकताएं पूरी की जा सकीं। भारत में, 15 – 19 वर्ष की केवल 13 प्रतिशत विवाहित महिलाएं गर्भनिरोधकों का उपयोग करती हैं (2005 – 06), और उनमें से केवल आधी (6.9 प्रतिशत) आधुनिक गर्भनिरोधकों का प्रयोग कर रही हैं (4)।

दो जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना

दो जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना और इसके लिए प्रभावकारी गर्भनिरोधकों का उपयोग करना, आज के दिन भारतीय परिवार नियोजन के लिए सबसे बड़ी चुनौती है। राष्ट्रीय स्तर पर, वर्ष 2005 – 06 में, दो जन्मों के बीच औसत अंतर 31.1 माह था (4), जो कि 36 माह के स्थीकार्य जन्म अंतराल से कम है (7)। 60 प्रतिशत से अधिक जन्म, पिछले जन्म के 3 वर्षों के अंदर ही हुए और केवल 28 प्रतिशत में 36 – 59 माह का स्थीकार्य जन्म अंतराल था। इसके अतिरिक्त, पिछला बच्चा जीवित होने के मुकाबले (31.8 माह), यदि पिछला बच्चा जीवित न रह पाए, तो औसत जन्म अंतराल और भी कम हो जाता है (25.8 माह)। भारत के चार राज्यों – केरल, त्रिपुरा, गोवा और असम को छोड़कर, अन्य सभी राज्यों में 36 माह के स्वीकृत जन्म अंतराल से कम जन्म अंतराल रहता है। स्पष्ट रूप से, भारत में दो जन्मों के बीच अंतर बढ़ाने की दिशा में काफी सफर करना बाकी है (4)।



पारंपरिक या आधुनिक किसी भी प्रकार के अस्थाई गर्भनिरोधकों का उपयोग न किया जाना, देश में बच्चों के बीच उचित अंतर न होने का कारण हो सकता है। भारत में परिवार नियोजन कार्यक्रम के अंतर्गत, निःशुल्क रूप से उपलब्ध तीन अस्थाई गर्भनिरोधकों में से, आई.यू.डी. का उपयोग सबसे कम किया जाता है (प्रजननशील आयु की 1.7 प्रतिशत महिलाएं), जबकि गोली (3.1 प्रतिशत) और कंडोम (5.2 प्रतिशत) का उपयोग उससे थोड़ा ही बेहतर है। वास्तव में, आई.यू.डी. के उपयोग में, राष्ट्रीय परिवारिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण – 1 से 3 के बीच गिरावट आई है (4)।

परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करना

भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम, जो विशालाकार और बेहद महत्वाकांक्षी है, कई राज्यों में प्रजनन दर कम करने में सफल रहा है। लेकिन, इसके शुरुआती चरण में जितनी भी सफलता प्राप्त हुई, उसके पीछे उपभोक्ता को गुणवत्तापूर्ण सेवाओं की कीमत चुकानी पड़ी।

कीनिंग ने, भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम में उपलब्ध कराई जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता पर किए गए अध्ययनों के एक संकलन की प्रस्तावना में बताया है कि किस प्रकार यह कार्यक्रम “संख्याओं पर अत्यधिक जोर देता है” – गर्भनिरोधकों को अपनाने वाले लोगों के रूप में और विशेषकर, नसबंदी के। यह पूरा कार्यक्रम लक्ष्य आधारित है, ऐसे लक्ष्य जो सेवा प्रदाताओं को दंड के डर से पूरे करने पड़ते हैं।



इससे, सेवा प्रदाता केवल लक्ष्यों पर ज़ोर देते हुए, सेवाओं की गुणवत्ता पर बहुत कम ध्यान देते हैं। इस संकलन में शामिल अध्ययन सेवाओं के मूलभूत ढाँचे और उपकरणों की खराब गुणवत्ता, प्रक्रियाओं में विकल्प उपलब्ध न होने, चिकित्सीय आचार संहिता की गैर हाज़िरी, संक्रमण रोकने के कोई प्रयास न किए जाने, और महिला को कब और कैसे गर्भ निरोधकों का उपयोग करना चाहिए, उसके विषय में सेवा प्रदाता निर्दिष्ट निर्णय प्रक्रिया के सबूत हैं (8)।

प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, जिसकी घोषणा 1997 में की गई, के अंतर्गत परिवार की विस्तृत प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताओं को संबोधित करने के पक्ष में दृष्टिकोण बदलाव का वचन दिया गया। गुणवत्तापूर्ण सेवाओं पर ज़ोर दिया गया, और गर्भनिरोधकों को अपनाने वाले लोगों की संख्या के लक्ष्य को बदलकर “सामुदायिक आवश्यकता आकलन” दृष्टिकोण लागू किया गया। उपभोक्ताओं की आवश्सकताओं के आकलन के आधार पर स्थानीय स्तर पर कार्यक्रम के लक्ष्य तय किए जाने थे। इस दृष्टिकोण में बदलाव पर किए गए शुरुआती अध्ययनों के परिणाम प्रोत्साहक नहीं निकले। एक रिपोर्ट के अनुसार, सरकार से साथ मिलकर काम करने वाली संस्थाओं को सामुदायिक आवश्यकता आकलन के आधार पर काम नहीं करने दिया गया और उन्हें लक्ष्य पूरा करने के लिए दे दिए गए (9)। हाल के समय में कुछ अध्ययनों में परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता का आकलन किया गया है। राष्ट्रीय पारिवारिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3 में देखरेख सेवाओं के कुछ विशिष्ट

पहलुओं, जैसे कि सूचित चुनाव, से जुड़े संकेत प्राप्त हुए हैं। वर्तमान गर्भनिरोधक उपभोक्ताओं में से एक—तिहाई से भी कम (32.2 प्रतिशत) को उनके द्वारा चुने गए गर्भनिरोधक से जुड़ी स्वास्थ्य समस्याओं के विषय में पता था। उससे से भी कम उपभोक्ताओं (26 प्रतिशत) को यह जानकारी दी गई कि स्वास्थ्य समस्या होने पर उन्हें क्या करना चाहिए। जहाँ तक गर्भनिरोधकों के विकल्पों का सवाल है, केवल 28 प्रतिशत उपभोक्ताओं को किसी स्वास्थ्य या परिवार नियोजन कार्यकर्ता ने अन्य उपलब्ध गर्भनिरोधकों के विषय में जानकारी दी (4)। परिवार नियोजन कार्यक्रम के चरित्र में, उपभोक्ताओं के अधिकार सुनिश्चित करने के लिए शायद एक और दृष्टिकोण बदलाव की आवश्यकता है।

उद्देश्य

इस समीक्षा का उद्देश्य है कि निम्नलिखित सवालों के जवाब दिए जाएँ :

- 1) क्या विकासशील देशों में लागू किए जाने वाले,
 - (i) विवाह के समय आयु बढ़ाने वाले
 - (ii) पहले गर्भ के समय आयु बढ़ाने वाले;
 - (iii) दो जन्मों के बीच अंतराल बढ़ाने वाले और
 - (iv) परिवार नियोजन कार्यक्रमों में सेवाओं की गुणवत्ता बेहतर बनाने वाले कार्यक्रम प्रभावकारी हैं?
- 2) कौन सी रणनीतियां प्रभावकारी रही हैं?

कार्यप्रणाली

प्रणालीबद्ध तरीके से सभी आँकड़ों के संकलनों में, विकासशील देशों में चार प्रमुख कार्यक्षेत्रों में लागू किए गए कार्यक्रमों की जाँच की गई, जिनमें शामिल हैं, विवाह के समय आयु बढ़ाने वाले कार्यक्रम; पहले गर्भ के समय आयु बढ़ाने वाले कार्यक्रम; दो जन्मों के बीच अंतर बढ़ाने वाले कार्यक्रम; और परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता बेहतर बनाने वाले कार्यक्रम। चुने गए अंग्रेज़ी में प्रकाशित व अप्रकाशित लेखों की गुणवत्ता व प्रामाणिक मज़बूती की जाँच की गई, और जो लेख शामिल किए जाने और अपवर्जन के मानदंडों पर खरे उतरे, उन्हें समीक्षा में शामिल किया गया।

प्रत्येक कार्यक्षेत्र संबंधित प्रकाशनों में अध्ययन किए गए कार्यक्रमों में उपयोग की गई रणनीतियों की पहचान की गई। जो रणनीतियां प्रभावकारी पाई गई, उनकी सूची तैयार की गई। कार्यक्रमों के प्रभावों का आकलन इस आधार पर किया गया कि वे अपने उद्देश्य प्राप्त कर पाए या नहीं। इसके अतिरिक्त, प्रमाणों की सशक्तता को देखा गया, जिसमें प्रयोगात्मक अध्ययनों को सबसे सशक्त, अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययनों को दूसरा और उसके बाद ‘पहले-बाद’ वालेके अध्ययन रखे गए।

परिणाम

चारों कार्यक्षेत्रों का आकलन करने वाले अध्ययनों की कमी थी। समीक्षा में कुल 61 अध्ययन शामिल किए गए। इसमें से अधिकतर अध्ययन अफ्रीका और दक्षिण एशिया में किए गए थे, और कुछ अन्य विकासशील देशों में।

कुल मिलाकर, बहुत कम संख्या में उपलब्ध अध्ययनों और इनमें से कई में प्रामाणिक सशक्तता भी कम होने के कारण, कार्यक्रमों के प्रभावों के विषय में दृढ़ निष्कर्ष नहीं निकाले जा सकते। एक ही प्रकार के कार्यक्रमों को विविध स्थितियों में, कड़ी अध्ययन रूपरेखा का उपयोग करने के बाद ही यह किया जा सकता है। लेकिन फिर भी, जो परिणाम प्राप्त हुए हैं, वे हमें कुछ प्रभावकारी रणनीतियों की ओर संकेत अवश्य देते हैं।

विवाह के समय उम्र बढ़ाना

समीक्षा में 23 अध्ययन शामिल थे, जिनमें 16 ऐसे कार्यक्रमों का आकलन किया गया, जिनका उद्देश्य विवाह के समय आयु को बढ़ाना था : सात कार्यक्रम अफ्रीका के, दो बंगलादेश के, एक नेपाल का और पांच कार्यक्रम भारत के थे। इन कार्यक्रमों में नीचे दी गई रणनीतियों में से एक का उपयोग किया गया था :

- 1) वित्तीय प्रोत्साहन और/या किशोर आयु की लड़कियों को स्कूल में रखने और स्कूल छोड़ने की संख्या कम करने के लिए सहयोग।
- 2) किशोरियों और युवा महिलाओं के लिए जीवन कौशल शिक्षा और सशक्तिकरण कार्यक्रम
- 3) किशोरियों और युवा महिलाओं को सूक्ष्म - ऋण देना

- 4) युवाओं (पुरुष व महिला, दोनों) के लिए जीवन कौशल शिक्षा एवं संघटन कार्यक्रम
- 5) सामुदायिक संघटन – युवाओं के अभिभावकों और परिवार के सदस्यों के लिए लक्षित जागरूकता कार्यक्रमों से लेकर सामुदायिक सदस्यों के संघटन के लिए कार्यक्रम।

लड़कियों के लिए शादी के समय आयु को बढ़ाने का लक्ष्य काफी चुनौतीपूर्ण रहा। लड़कियों के लिए शादी की उचित आयु के सामुदायिक मानदंड, कुछ मामलों में 18 वर्ष से काफी कम थे, और जहाँ जल्दी शादी करने की मानसिकता को बदलने में सफलता मिली, वहाँ भी केवल बहुत जल्दी की जाने वाली (15 वर्ष आयु और उस से कम) शादियां ही रोकी जा सकीं। अधिकतर मामलों में, हालाँकि समुदाय में जल्दी शादी कर दिए जाने के स्वास्थ्य प्रभावों के विषय में जागरूकता आ थी, वे इस प्रथा को बदल नहीं पाए। इसका कारण था, युवा महिलाओं के माता-पिता पर, समुदाय द्वारा उनकी शादी जल्द से जल्द किए जाने का ज़ोरदार दबाव। अविवाहित लड़की में गर्भ ठहरने का डर रहता है, जो उसके परिवार के लिए शर्म का कारण बन जाता है। इसके अतिरिक्त, विशेषकर दक्षिण एशिया में, ज्यादा उम्र की लड़की के लिए वर ढूँढ़ने में कठिनाई होती है और संभव है, उसकी शादी के लिए ज्यादा दहेज भी देना पड़े। जल्दी शादी के पीछे एक अन्य कारण है माध्यमिक विद्यालय तक लड़कियों की सीमित पहुँच। जब माध्यमिक विद्यालय समुदाय से दूर स्थित होते हैं, तो माता-पिता अक्सर अपनी लड़कियों को स्कूल भेजना बंद कर देते हैं, और इसके कारण उनकी शादी जल्दी कर दी जाती है।

जिन कार्यक्रमों में सम्मिश्रित रणनीतियों का उपयोग किया गया – युवा महिलाओं या युवा पुरुषों और महिलाओं, दोनों के लिए जीवन कौशल शिक्षा के साथ साथ समुदाय को गहन रूप से शामिल रखना – उन्हें शादी की उम्र में देरी करने की दिशा में प्रभावकारी पाया गया। जीवन कौशल शिक्षा अधिक व्यापक थी, जिसमें ‘सशक्तिकरण’ शिक्षा के साथ यौनिकता और प्रजनन, और कौशल विकास शामिल था। इसी के बराबर का, या इससे भी अधिक महत्वपूर्ण था कि रखवालों जैसे, माता-पिता, धार्मिक गुरु और समुदाय



के बड़े-बूढ़ों को विशिष्ट संदेशों के माध्यम से जोड़े रखा जाए। और उसी समय मीडिया अभियानों के ज़रिए समुदाय में इस मुद्दे को ज्वलत रखा जाए। इनमें से, भारत में लागू किए गए प्रचार कार्यक्रम, जिसमें लड़कों और लड़कियों के लिए जीवन कौशल शिक्षा के साथ साथ गहन सामुदायिक जु़़ार बनाया गया, को सफलतापूर्वक बिहार में बड़े पैमाने पर लागू किया गया है।

दो मूलयांकनों में से, एक रणनीति जिससे शादी के समय आयुबढ़ाने में मदद की है, वह थी, लड़कियों को स्कूल से न निकाले जाने पर आर्थिक प्रोत्साहन/सहयोग देना। आर्थिक प्रोत्साहन के साथ साथ गहन सामुदायिक चर्चाओं ने, इथियोपियो में, जल्दी शादी किए जाने (15 वर्ष आयु या उससे कम) पर भी रोक लगाने में मदद की है, लेकिन 16 – 18 वर्ष आयु के बीच शादी होने पर नहीं।

भारतीय संदर्भ में इन परिणामों का महत्वपूर्ण प्रभाव है। प्रचार प्रारूप को पहले ही एक राज्य में बड़े पैमाने पर चलाया जा रहा है। किशोरी शक्ति योजना, जिसके अंतर्गत किशोरियों की शिक्षा और सशक्तिकरण के कार्यक्रम,

समेकित बाल विकास योजना के माध्यम से लागू किए जा रहे हैं, द्वारा प्रचार दृष्टिकोण को अन्य प्राथमिकता राज्यों में भी फैलाया जा सकता है। लड़कियों के लिए जीवन कौशल शिक्षा के पाठ्यक्रम और कार्यक्रम की रूपरेखा में यथोचित बदलाव करने के साथ साथ, किशोरों और युवाओं के लिए समानांतर जीवन कौशल कार्यक्रम भी तैयार करने होंगे, उनका मूल्यांकन कर उन्हें शामिल करना होगा। इन सब को कारगर बनाने के लिए ज़रूरी है कि इन्हें व्यापक सामुदायिक संघटन के साथ जोड़ा जाए और माता-पिता तथा अन्य सामाजिक रखवालों के नज़रिये को बदलने के लिए लक्षित प्रयास किए जाएं। यह मानसिक धारणाएं बदलने और स्कूल से जल्दी निकाल लिए जाने तथा छोटी उम्र में विवाह कर दिए जाने को सामाजिक रूप से अमान्य बनाने के लिए आवश्यक है।

लड़कियों द्वारा स्कूल न छोड़ने के लिए आर्थिक प्रोत्साहन दिए जाने के संदर्भ में, भारत में कई सशर्त पैसा देने की योजनाएं हैं, जिन्हें केन्द्रीय व कई राज्य सरकारें चलाती हैं। इन योजनाओं का उद्देश्य है लड़कियों के स्तर में सुधार लाना। इनमें से कम से कम 10 योजनाओं में, शादी

को 18 वर्ष उम्र तक टालना एक शर्त है। भारत सरकार की धनलक्ष्मी और बालिका समृद्धि योजना, तमिल नाडु और आंध्र प्रदेश की लड़कियों की सुरक्षा संबंधी योजनाएं, दिल्ली और हरियाणा की लाडली योजना, मध्य प्रदेश की लाडली लक्ष्मी योजना और हिमाचल प्रदेश की बेटी है अनमोल योजना – इसके कुछ उदाहरण हैं। इन योजनाओं में लड़कियों को स्कूल से न निकाले जाने, और परिणामतः शादी में देरी करने पर होने वाले प्रभावों का मूल्यांकन करना होगा। यह मूल्यांकन संभवतः सशर्त पैसा देने वाली योजनाओं की रूपरेखा में उचित बदलाव करने की दिशा दिखाएंगे, जिससे कि लड़कियों की शादी की आयु बढ़ाने का उद्देश्य प्राप्त करने में मदद मिलेगी।

कम आयु में गर्भधारण में देरी

प्रणालीबद्ध खोज में भारत के 3 अध्ययन (दो कार्यक्रमों पर) मिले, और अमरीका तथा यूके. की 23 प्रणालीबद्ध समीक्षाएं और प्रमाण संश्लेषण और अफ्रीका तथा भारत को छोड़कर एशिया के अन्य देशों से 7 अध्ययन प्राप्त हुए। भारती अध्ययनों के अतिरिक्त, सभी प्रयास विवाह के बाहर किशोरावस्था में गर्भधारण रोकने से संबंधित थे।

किशोरावस्था में अविवाहित गर्भधारण रोकने की प्रभावकारी कार्यक्रम रणनीतियों की समीक्षा नीचे दी गई है – इसमें ध्यान रखा गया है कि भारत के युवाओं के यौनिक और प्रजनन जीवन में पहले से ही बदलाव आ रहे हैं और भारतीय संदर्भ के लिए आशापूर्ण रणनीतियों का चुनाव किया जा सके।

अमरीका और यूके. से प्राप्त प्रणालीबद्ध समीक्षाएं दर्शाती हैं कि यौन शिक्षा कार्यक्रम अपने आप में किशोरावस्था में गर्भधारण रोकने के लिए अपर्याप्त हैं। व्यापक युवा विकास कार्यक्रम, जिनकी शुरुआत बचपन से होती है और जिनमें किशोरावस्था (अविवाहित) गर्भधारण को संबोधित किया जाता है – शिक्षा के अवसर, आजीविका के लिए कौशल विकास के साथ साथ यौनिकता और रिश्तों के विषय पर शिक्षा दी जाती है – वही सबसे ज्यादा प्रभावकारी होते हैं। दक्षिण अफ्रीका के दो अध्ययनों में, लड़कियों द्वारा स्कूल न छोड़ने पर आर्थिक प्रोत्साहन/ सहयोग कार्यक्रमों को

शादी में देरी के लिए प्रभावकारी पाया गया, और इनके परिणामस्वरूप, किशोरावस्था में, विवाह के बाहर, गर्भधारण रोकने में भी प्रभावकारी परिणाम प्राप्त हुए।

भारत के दो कार्यक्रमों पर किए गए तीन अध्ययनों में विवाहित युवा महिलाओं में पहला बच्चा देर से करने से संबंधित प्रयासों का मूल्यांकन किया गया और इन प्रयासों को प्रभावकारी पाया गया। दोनों ही कार्यक्रमों में, विभिन्न रणनीतियों का उपयोग किया गया था। इनमें से तीन प्रमुख रणनीतियों पर विचार किया गया : (1) प्रमुख सामाजिक रखवालों और समुदाय के साथ प्रयासों के द्वारा सामाजिक परिवेश तैयार करना (2) यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा देना – युवा दंपत्तियों को साथ में, और महिलाओं व पुरुषों को अलग अलग भी (3) गर्भ निरोधकों तथा अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच बढ़ाना।

अतः, मांग और आपूर्ति, दोनों ओर के पहलुओं को साथ ही संबोधित किया गया, और सामुदायिक संघटन द्वारा सामाजिक नियमों को बदलने के गंभीर प्रयास किए गए।

मूल्यांकित कार्यक्रमों में से एक कार्यक्रम अब चालू नहीं था, लेकिन उसके आधार पर एक दूसरे कार्यक्रम को तैयार किया गया था। यह था प्रचार कार्यक्रम, जिसे बिहार के तीन ज़िलों में लागू किया जा रहा है। इस कार्यक्रम के दायरे को बढ़ाने और अन्य राज्यों की आवश्यकताओं के अनुरूप ढालने की सभावनाओं का अध्ययन करना होगा। आवश्यकता है कि, भारत में युवा महिलाओं को शादी के तुरंत बाद अपनी प्रजननशीलता साबित करने, और मातृत्व से पहले, स्वास्थ्य प्रणाली का उपयोग करने के लिए जिस प्रकार के दबावों का सामना करना पड़ता है, उन्हें संबोधित करने के रचनात्मक उपाय निकाले जाएं (10–11)।

दो जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना

इस समीक्षा में नौ कार्यक्रमों पर किए गए अध्ययनों को शामिल किया गया। जैसा कि जल्दी शादी रोकने के हर कार्यक्रम में होता है, कई समीक्षित कार्यक्रमों में दी जा रही छः रणनीतियों में से दो या उससे अधिक रणनीतियों का उपयोग किया गया था। यह रणनीतियां हैं : (1) युवा

विवाहित महिलओं को लक्षित करते हुए संदेश (2) युवा विवाहित पुरुषों को लक्षित करते हुए संदेश (3) सामुदायिक संघटन – सामाजिक रखवालों के साथ लक्षित चर्चाओं से लेकर, सामुदायिक जागरूकता विकास और उनके नज़रिए को बदलना (4) सार्वजनिक एवं निजी कार्यक्षेत्र के स्वास्थ्य एवं अन्य सहायक सेवा प्रदाताओं के साथ बात करना (5) गर्भधारण / जन्म देने के उचित अंतराल संबंधी संदेशों को सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली में मुख्यधारा में लाना; और (6) गर्भधारण / जन्म देने के उचित अंतराल के विषय को नीतियों और कार्यक्रम उद्देश्यों में शामिल किए जाने के लिए नीति निर्माताओं के साथ उच्च स्तरीय जन पैरवी।

महिलाओं और उनके पतियों के साथ गहन रूप से काम करते हुए, और साथ साथ सामुदायिक सहयोग का निर्माण व स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की उचित सेवाएं उपलब्ध कराने की क्षमताओं में विकास करना, एक आशाजनक रणनीति हो सकती है। चार भरतीय कार्यक्रम – द हैल्ट्डी टाइमिना एंड स्पेसिंग ऑफ प्रैगनैन्सी, उत्तर प्रदेश का कार्यक्रम, बिहार में प्रचार और चार राज्यों में आर.एच.ई.वाय.ए. में इन मिश्रित रणनीतियों का उपयोग किया गया और इन सभी कार्यक्रमों को प्रभावी पाया गया, जिनमें चार में से तीन अध्ययन अर्ध प्रयोगात्मक थे। इस दृष्टिकोण ने मांग एवं आपूर्ति संबंधित पहलुओं पर भी आक्रमण किया।

ऊपर दी गई मिश्रित रणनीतियों में, पुरुषों के साथ काम करने वाली रणनीतियों की ओर अधिक खोज करनी होगी। जिन कार्यक्रमों में पतियों को लक्ष्य न बना कर समुदाय के पुरुषों के साथ काम किया गया, उनमें भी अच्छे परिणाम प्राप्त हुए।

एक और प्रयोग करने लायक मिश्रित रणनीति है, जन्म पूर्व महिलाओं और उनके पतियों के लिए, कलीनिक आधारित सघन मानसिक परामर्श। यह रणनीति, कम संसाधनों का उपयोग करते हुए प्रभावी परिणाम देती है।

भारतीय संदर्भ में, नीतियों और कार्यक्रमों में “गर्भधारण के बीच एक स्वस्थ अंतराल” की अवधारणा को मुख्यधारा में लाना एक महत्वपूर्ण कदम होगा। हालाँकि इसका वर्णन

नीति में एक प्राथमिकता के रूप में किया गया है, दो जन्मों के बीच अंतर पर परिवार नियोजन कार्यक्रम में पर्याप्त रूप से ज़ोर नहीं दिया गया। सेवा प्रदाताओं को दो जन्मों के बीच अंतर करने के विषय में जागरूक करने और आधुनिक तथा पारंपरिक पद्धतियों के उपयोग से जन्मों में अंतर करने के विषय में काफी काम करना बाकी है। उत्तर प्रदेश के एच.टी.एस.पी. कार्यक्रम और बिहार/झारखण्ड के दिशा कार्यक्रम ने क्रमशः सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत दो जन्मों के बीच अंतराल को मुख्यधारा में लाने का प्रयास किया है, जिसमें सेवा प्रदाता प्रशिक्षण और सामुदायिक संघटन को भी शामिल किया गया है। इन कार्यक्रमों के प्रारूपों में निरंतरता तथा सस्ते रूप से बढ़ाए जाने की क्षमता है, जिसकी खोज करनी होगी।

अंतराल बढ़ाने वाली पद्धतियों को संभावित उपभोक्ताओं के लिए स्वीकार्य बनाना एक और चुनौति है। वर्तमान समय में, गर्भनिरोधकों का उपयोग ज्यादातर नसबंदी तक सीमित है। भारत के विभिन्न भागों में अंतराल बढ़ाने की पद्धतियों को स्वीकार करने में आने वाली बाधाओं की पहचान करने के लिए अध्ययन की आवश्यकता है, और इनके आधार पर संदर्भ विशिष्ट संचार एवं व्यवहार बदलाव रणनीतियां बनानी होंगी। गर्ववती महिलाओं और उनके पतियों के साथ कलीनिक आधारित कार्यक्रम, नज़रिए और व्यवहार को बदलने के लिए एक महत्वपूर्ण अवसर प्रदान करते हैं।

परिवार नियोजन सेवाओं में देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाना

इस समीक्षा में 27 कार्यक्रमों का अध्ययन किया गया, जिनका उद्देश्य परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाना था। इन कार्यक्रमों में भी, एक ही समय में कई प्रकार की रणनीतियों के समिश्रण का उपयोग किया गया। जिन कार्यक्रमों की समीक्षा की गई, उनमें दी गई 10 रणनीतियों में से कम से कम एक या अधिक का उपयोग किया गया, जिससे कि परिवार नियोजन सेवाओं तक पहुँच और सेवाओं की गुणवत्ता बेहतर बनाई जा सके : (1 व 2) महिला/पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा समुदाय आधारित सेवा देना; (3 व 4) महिलाओं / पुरुषों के लिए स्वास्थ्य सेवा

आधारित लक्षित मानसिक परामर्श और शिक्षा, (5) गर्भ निरोधकों के विकल्प बढ़ाना (6) सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए प्रदाता प्रशिक्षण (7) संस्थात्मक, उपकरणों और आपूर्ति में सुधार के माध्यम से सेवाओं को और सशक्त करना (8) गर्भपात-पश्चात सेवाओं के साथ परिवार नियोजन सेवाओं को जोड़ना (9) मातृ स्वास्थ्य एवं प्रसूति देखभाल सेवाओं के साथ परिवार नियोजन को जोड़ना, और (10) सामुदायिक संघटन।

गर्भनिरोधक उपयोग बढ़ाने और उपभेदता संतुष्टि के लिए दो प्रकार की मिश्रित रणनीतियां सबसे ज्यादा प्रभावकारी सिद्ध हुईं। इनमें से पहली है, परिवार नियोजन को गर्भपात-पश्चात देखभाल सेवाओं तथा मातृ स्वास्थ्य एवं प्रसूति देखभाल सेवाओं के साथ जोड़ना, बशर्ते कि यह केवल ऊपरी रूप से एक अच्युत सेवा के रूप में न जोड़ा जाए, बल्कि मिश्रित किया जाए। प्रभावकारी कार्यक्रमों की समीक्षा में सेवाओं की उपलब्धता की उपभोक्ताओं की आवश्यकता अनुसार पुनर्व्यवस्था करना, प्रदाता प्रशिक्षण के माध्यम से सेवाओं को उपभोक्ता केन्द्रित बनाना और महिलाओं और उनके पतियों के लिए लक्षित परिवार नियोजन मानसिक परामर्श देने वाले कार्यक्रमों की भी जाँच की गई।

भारत में प्रसवोत्तर एवं गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन काफी प्रचलित है। लेकिन इन कार्यक्रमों में अधिकतर प्रसवोत्तर और गर्भपात-पश्चात नसबंदी पर ज़ोर दिया गया है। 1990 के कार्यक्रमों के अध्ययनों से सामने आया कि सुरक्षित गर्भपात-पश्चात सेवाओं को प्राप्त करने की एक शर्त के रूप में, नसबंदी या आई.यू.डी. लगाए जाने का दबाव भी बनाया जाता था। इस समीक्षा के आधार पर नीति निर्माण के लिए हमारा सुझाव होगा कि, प्रसवोत्तर और गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन सेवाओं में ऐसी सेवाएं उपलब्ध कराई जाएं, जो मानसिक परामर्श के बाद सूचित चुनाव पर आधारित हों; महिला/ उसके साथी को सभी गर्भनिरोधकों में से चुनाव करने का मौका दें, और जिनमें गुणवत्ता सुधारने का प्रयास किया जाए, जिसमें उपभोक्ता के साथ मानवीय रूप से पेश आया जाए, जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है।



एक और सफल रणनीति है, महिला और पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का समुदाय आधारित शिक्षा और मानसिक परामर्श तथा गर्भ निरोधक वितरण में उपयोग करना। हमारे पास पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता नहीं हैं, जो समुदाय आधारित परिवार नियोजन जानकारी व सेवाएं प्रदान कर सकें – असल में, हमारे पास ऐसी कोई प्रक्रिया नहीं है जिससे कि हम प्रणालीबद्ध तरीके से, परिवार नियोजन जानकारी के साथ, पुरुषों तक पहुँच सकें। महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को सेवाएं देने के लिए उपयोग करना एक ऐसी रणनीति है, जिसका भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रमों में उपयोग किया गया, और अब आशाओं को यह ज़िम्मेदारी सौंप दी गई है। मुख्य अंतर यह है कि, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को कई मामलों में, लक्ष्य पूरे करने के लिए दिए जाते हैं, चाहें औपचारिक नीति कुछ भी कहती हो। इससे जानकारी और सेवाओं को महिला के नज़दीक ले जाने के कारण, परिवार नियोजन सेवाओं में संभवतः सुधार किए जाने के बजाए, एक बलपूर्वक परिवार नियोजन करवाने की धारणा आ जाती है। हमें महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता की भूमिका को अनुकूल बनाना होगा और पुरुष सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को भी शामिल करना होगा। उनकी भूमिका होगी कि वे जानकारी उपलब्ध कराएं और विभिन्न प्रकार की प्रणालियों के लाभ और हानियों के विषय में चर्चा करके, उपभोक्ताओं को सूचित चुनाव के आधार पर, एक ऐसा विकल्प चुनने में मदद करें, जो उन्हें स्वीकार्य हो।

निष्कर्ष

इस समीक्षा में कई आशाजनक रणनीतियों की पहचान की गई है, जो परिवार नियोजन को महिलाओं, पुरुषों और बच्चों के अधिकारों को कायम करने की रणनीति के रूप में पुनर्स्थापित कर सकती हैं। इस समीक्षा के परिणामों की व्याख्या करते समय ध्यान रखना होगा कि यह सीमित प्रमाणों पर आधारित है। कई कार्यक्रमों को दस्तावेजीकृत नहीं किया गया है, और जिन्हें किया गया है उनकी सख्त समीक्षा करना जरूरी है। आगे के लिए एक प्रमुख कार्य होगा कि सभी वर्तमान कार्यक्रमों को प्रणालीबद्ध तरीके से दस्तावेजीकृत किया जाए और उनका मूल्यांकन किया जाए।

यह समीक्षा आज तक लागू किए गए कार्यक्रमों में से, ऐसी रणनीतियों की पहचान करती है, जिनका अन्य जगहों पर प्रयोग किया जा सकता है, या उनके दायरे को बढ़ाया जा सकता है। लेकिन इससे ऐसी नई अवधारणाओं के परीक्षण में बाधा नहीं आनी चाहिए, जिन्हें अभी तक उपयोग नहीं किया गया है। अन्य कई ऐसे प्रयास हैं, जिन्हें अभी तक उपयोग नहीं किया गया है : उदाहरण के लिए, ऐसे कार्यक्रम जो प्रजनन एवं यौनिक अधिकारों को मान्यता दें; ऐसे कार्यक्रम जो प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को व्यापक रूप से उपलब्ध कराते हों, जिसमें परिवार नियोजन एक अभिन्न अंश हो। लीक से

हटकर कार्यक्रमों की रूपरेख तैयार करना और उन्हें लागू करना उतना ही आवश्यक है, जितना कि पहले से चले आ रहे कार्यक्रमों का मूल्यांकन करना।

जिन रणनीतियों की समीक्षा की गई, उनमें सुरक्षित गर्भपात सेवाएं परिवार नियोजन और गर्भपात-पश्चात देखभाल सेवाओं की मिश्रित रणनीतियां केवल एक अंश के रूप में मौजूद थीं। लेकिन, परिवार नियोजन कार्यक्रमों का पुनः स्थिति निर्धारण करने के किसी भी प्रयास में सुरक्षित गर्भपातसेवाओं को, महिला स्वास्थ्य और अधिकारों को सुनिश्चित करने के एक महत्वपूर्ण पहलू के रूप में शामिल करना होगा। हम आशा करते हैं कि भविष्य में की जाने वाली समीक्षाओं में 'प्रभावकारी' सुरक्षित गर्भपात सेवाओं, जिनमें महिलाओं की सुरक्षा और सलामती परिणामों के सूचक के रूप में शामिल हो, की भी समीक्षा की जाएगी।

अंततः, ऊपर दी गई 'परिवार नियोजन के पुनः स्थिति निर्धारण' की सभी रणनीतियां, परिभाषित रूप से मानव अधिकार दृष्टिकोण पर आधारित हैं। यदि उन्हें इस परिप्रेक्ष्य व दृष्टिकोण से बाहर निकाल दिया गया, और इन्हें अनिवार्य 'जनसंख्या नियंत्रण' के साथ लागू किया गया, तो संभवतः हमें प्रजननशीलता में कमी तो प्राप्त हो जाएगी, लेकिन जनसंख्या के स्वास्थ्य और सलामती के बिना।

REFERENCES

1. Health Policy Project. *Repositioning Family Planning*. Available from: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=topics-RepositionFP>, accessed 2 February 2013.
2. Bill and Melinda Gates Foundation. *Family Planning: Strategy Overview*. Global Health program, April 2012.
3. United Nations Population Fund. *National Population Policy India 2000*. New Delhi, UNFPA, 2000. Chapter 1, Introduction.
4. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*. Mumbai: IIPS, 2007. Available from: <[http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FRIND3/FRIND3-Vol1\[Oct-17-2008\].pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FRIND3/FRIND3-Vol1[Oct-17-2008].pdf)>. Accessed January 15, 2013.
5. United Nations Population Fund. The New Generations, the Family and Society. *Population Issues* 1999. Available from: <<http://www.unfpa.org/6billion/populationissues/generation.htm>>, Accessed January 15, 2013.
6. Gupta S, Mukherjee S, Singh S, Pande R, Basu S. Knot Ready. Lessons from India on delaying marriage for girls [Internet]. Delhi, International Center for Research on Women; 2008.
- Available from: <<http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>>. Accessed January 16, 2013.
7. World Health Organization. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva, WHO, 2006.
8. Koenig MA and Khan ME. *Improving the quality of care in India's family planning program*. New Delhi, Population Council, 1999. Chapter 1.
9. Sudharshan H. *Role of NGOs in operationalising primary health care services: Modalities for replication of Karnataka's experience*. Presentation given at the Training Program on Health, Rights and Women's Empowerment, organized by the MacArthur Foundation, 22-28 September, 2002, Bangalore.
10. Santhya KG and Jejeebhoy SJ. Young people's sexual and reproductive health in India: Policies, programs and realities. *South and East Asia Regional Working Paper*, New Delhi, Population Council, 2007, No. 19.
11. Santhya KG, Jejeebhoy SJ and Ghosh S. *Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Young People: Perspectives and Experiences of Stakeholders from the Health and Non-health Sectors*, New Delhi, Population Council, 2007.



अध्याय 1

परिचय

पृष्ठभूमि

दशकों से, परिवार नियोजन को मुख्यतः दुनिया की आबादी के आकार को नियंत्रित करने के एक साधन के रूप में देखा गया है। हालाँकि, गिरती वैशिक जनसंख्या वृद्धि दर के साथ, परिवार नियोजन को जनसंख्या नियंत्रण के एक साधन से अधिक के रूप में देखे जाने की जरूरत काफी स्पष्ट हो गयी है। “परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण” एक बहुपक्षीय पहल थी जो उप सहारा अफ्रीका में, परिवार नियोजन सेवाओं को मजबूत बनाने के लिए राजनीतिक प्रतिबद्धता और धन में वृद्धि करने के लिए लगभग एक दशक पहले शुरू की गयी थी [1]। परिवार नियोजन पर 2012 लंदन शिखर सम्मेलन ने, राष्ट्रीय सरकारों, नगर समाज और दुनिया के अन्य क्षेत्रों से दानदाताओं का समर्थन जीतकर “परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण” दृष्टिकोण को मजबूती से दुनिया के नवशे पर रखा।

“परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण” दृष्टिकोण में, ध्यान विकासशील देशों में सभी महिलाओं और पुरुषों तक गुणवत्तापूर्ण परिवार नियोजन जानकारी और सेवाओं की योजना के साथ पहुंचने पर केंद्रित है, ताकि प्रजनन क्षमता पर नियंत्रण के लिए उनकी जरूरत को पूरा किया जा सके। स्वेच्छा से परिवार नियोजन अपनाना मातृ एवं शिशु मृत्यु को कम करने का एक तरीका होगा [2]। हालाँकि स्पष्ट रूप से नहीं कहा गया है, लेकिन स्वास्थ्य और खुशहाली पर और स्वैच्छिक परिवार नियोजन पर ज़ोर देना जन्म नियंत्रण की धारणा को एक प्रजनन अधिकार के रूप में देखने के अनुरूप है।

भारत में, राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 (एन.पी.पी. 2000) स्वैच्छिक और सूचित चुनाव और परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के उपयोगकर्ताओं के रूप में नागरिकों की सहमति के लिए सरकार की प्रतिबद्धता की पुष्टि करती है। एन.पी.पी. 2000 के उद्देश्यों में से एक विवाह के समय आयु को कम से कम 18 साल करना और जन्मों को सीमित एवं अंतर रखने की अपूरित जरूरतों को संबोधित करना था [3]। दस साल बाद, मई 2010 में, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने ‘परिवार नियोजन

का पुनः स्थिति-निर्धारण’ पर एक राष्ट्रीय परामर्श का आयोजन किया। इस परामर्श ने सरकार के मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए परिवार नियोजन की एक साधन के रूप में पुनः स्थिति-निर्धारित करने के फैसले की घोषणा की। यह इसी संदर्भ में है कि पॉपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया (पी.एफ.आई.) की अगले पांच वर्षों (2011–2016) की सामरिक योजना, परिवार नियोजन की स्थिति को भारत के विकास और मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य (MCH) की नीतियों और कार्यक्रमों में महिलाओं के सशक्तिकरण और मानव अधिकारों के ढांचे के अंदर बदलने का प्रयास कर रही है। यह व्यवस्थित समीक्षा पी.एफ.आई. के “परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण” पहल का एक हिस्सा है।

भारत में परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण क्यों?

भारतीय संदर्भ में विशेष रूप से “परिवार नियोजन के पुनः स्थिति-निर्धारण” के कई महत्वपूर्ण कारण हैं।

सबसे पहला, नौ भारतीय राज्यों ने पहले से ही प्रतिस्थापन स्तर प्रजनन क्षमता प्राप्त कर ली है। हालाँकि, जल्दी शादी और प्रसव, और जन्मों के बीच कम अंतर के कारण कम प्रजनन क्षमता का परिणाम बेहतर मातृ स्वास्थ्य नहीं हुआ है। उदाहरण के लिए, औंध्र प्रदेश में, जहाँ 2005–06 में प्रति महिला 1.79 बच्चे की निम्न प्रतिस्थापन स्तर प्रजनन क्षमता थी, 20–24 साल की 55% युवा महिलाओं की शादी 18 साल से पहले की जा रही थी, 15–19 साल की उम्र की 18% महिलाओं ने पहले ही गर्भधारण शुरू कर दिया था और 60% महिलाएं पिछले प्रसव के 36 महीने के भीतर एक बच्चे को जन्म दे रही थीं। [4]। प्रतिस्थापन या निम्न प्रतिस्थापन स्तर प्रजनन क्षमता वाले राज्यों में, स्वास्थ्य और विकास के मुद्दे के रूप में परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण महिलाओं की अन्य प्रजनन स्वास्थ्य जरूरतों को संबोधित करने के लिए बनाए जाने वाले कार्यक्रमों में योगदान दे सकता है।

दूसरा, जनसंख्या गति भारत की जनसंख्या वृद्धि के लिए एक महत्वपूर्ण कारक है। औसत वार्षिक विकास दर में गिरावट के साथ भी, क्योंकि प्रजनन आयु वर्ग के लोगों का

अनुपात लगभग 50% है, भारत अपनी जनसंख्या में सालाना 18 लाख लोगों को जोड़ रहा है। पहले जन्म के समय आयु में देरी से और उसके बाद के जन्मों में 2–4 साल का अंतर रख कर एक तरीके से जनसंख्या गति पर रोक लगाई जा सकती है। यूएनएफपीए के अनुसार, पहले जन्म के समय एक माँ की आयु 18 से 23 तक बढ़ाने से जनसंख्या की गति को 40 प्रतिशत से ज्यादा कम किया जा सकता है [5]। भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम, जो कि एक तरह से “केवल नसबंदी” के रूप में निश्चित हो गया है, उसे अपनी जड़ता से बाहर निकलने और इन नई प्राथमिकताओं पर ध्यान केंद्रित करने की जरूरत है। चुनौती केवल पटरियों को बदलने की नहीं है बल्कि चीजों को करने का तरीका बदलने – अर्थात् स्वैच्छिक स्वीकृति और सूचित चुनाव को कायम रखने – की भी है।

“परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण” क्यों महत्वपूर्ण है, इसका तीसरा कारण भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम की जनसंख्या नियंत्रण तर्क पर चलने वाली लंबी विरासत से संबंधित है। जनसांख्यिकीय लक्ष्यों के साथ साथ परिवार नियोजन स्वीकृति के लक्ष्य, शुरुआत से ही कार्यक्रम के प्रेरक बल रहे हैं। 1997 में ‘लक्ष्य मुक्त दृष्टिकोण’ के आरंभ के साथ लग रहा था कि कार्यक्रम ने अपना आधार खो दिया है। एक नए मिशन – अर्थात् स्वास्थ्य और खुशहाली में सुधार और महिलाओं तथा पुरुषों की प्रजनन क्षमता को नियंत्रित करने के अधिकार को कायम रखने के साथ – कार्यक्रम को बढ़ावा देने की जरूरत है।

वर्तमान समीक्षा: उद्देश्य और कार्यप्रणाली
बिहार में और राष्ट्रीय स्तर पर मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य नीतियों और विकास कार्यक्रमों में परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण करने के लिए वर्तमान समीक्षा पी.एफ.आई. की पहल में एक मूलभूत अंग है। पहल का दीर्घाकालीन लक्ष्य प्रजनन स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के ढांचे के भीतर परिवार नियोजन का पुनः स्थिति-निर्धारण करना है ताकि हर परिवार एक नियोजित परिवार हो और हर बच्चा वाहित एवं स्वस्थ बच्चा हो। इस लक्ष्य को राष्ट्रीय स्तर पर परिवार नियोजन के लिए सरकारी कार्यक्रमों को मज़बूती देकर और बिहार में कार्यक्रम संबंधी नवाचारों और नीतियों



की समीक्षा और विश्लेषण के द्वारा सूचित पैरवी के माध्यम से सामाजिक मानदंडों को बदलने के लिए और स्वास्थ्य में बेहतर परिणामों के लिए जिला स्तर पर एक अभियान दृष्टिकोण का उपयोग करके प्राप्त किए जाने की पेशकश है। मज़बूत रिसर्च और दस्तावेज़ीकरण पी.एफ.आई. के पैरवी कार्य का आधार बनेंगे और विभिन्न पहलों की प्रभावकारिता सुनिश्चित करेंगे।

साक्ष्य आधारित पैरवी रणनीतियां विकसित करने के लिए, पहल का लक्ष्य सामरिक योजना के 4 प्रमुख क्षेत्रों पर ध्यान केंद्रित करते हुए राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय अनुभवों पर आधारित अध्ययनों की व्यवस्थित ढंग से समीक्षा करना है। इन क्षेत्रों में शामिल हैं: (1) बाल विवाह रोकना; (2) पहली गर्भावस्था के समय आयु में देरी; (3) जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना; और (4) परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार। यह रिपोर्ट समीक्षा के परिणामों को प्रस्तुत करती है और इसका उद्देश्य नीतिगत पैरवी तथा कार्यक्रम कार्यान्वयन को सूचित करने और मार्गदर्शन देने के लिए साक्ष्य को मज़बूत करना है।



उद्देश्य

समीक्षा का उद्देश्य निम्न प्रश्नों का उत्तर देना था :

- क्या (1) पहली गर्भावस्था के समय आयु में देरी, (2) जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना; (3) परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों की देखभाल की गुणवत्ता में सुधार से जुड़ी पहले विकासशील देश में निम्नलिखित परिणामों में से एक या एक से अधिक प्राप्त करने में प्रभावी हैं:
- 20–24 वर्ष / 20–29 वर्ष की महिलाओं के अनुपात में कमी, जिनका विवाह 18 वर्ष की आयु से पहले हो चुका था
- विवाह की औसत आयु में वृद्धि
- पहली गर्भावस्था में देरी करने के लिए अस्थाई गर्भनिरोधक तरीकों के उपयोग में वृद्धि
- माँ के 18 साल का होने से पहले होने वाले प्रथम जन्मों के अनुपात में कमी
- जन्मों के बीच अंतर के लिए गर्भनिरोधक का उपयोग करने वाली महिलाओं और पुरुषों के अनुपात में वृद्धि

- ऐसी महिलाओं के अनुपात में वृद्धि जिनके सबसे हाल में हुए प्रसव में उचित अंतर था
- परिवार नियोजन सेवाओं के साथ ग्राहक संतुष्टि में वृद्धि
- गर्भनिरोधक सेवाओं के उपयोग में वृद्धि और फलस्वरूप गर्भनिरोधक दरों में वृद्धि

- कौन सी रणनीति या रणनीतियों का संयोजन प्रभावी रहा है?

कार्यप्रणाली

यह सुनिश्चित करने के लिए कि इस व्यवस्थित समीक्षा के परिणाम प्रासंगिक और उच्च गुणवत्ता के हों, एक तकनीकी सलाहकार समूह (जाल) स्थापित किया गया था जिसमें – विषय और कार्यप्रणाली एवं निर्णय लेने के संबंध – दोनों में अलग अलग अनुभवों वाले सदस्यों को शामिल किया गया था (परिशिष्ट 1 तालिका 1)।

परिवार नियोजन पर काम कर रही द्विपक्षीय और बहुपक्षीय एजेंसियों और गैर सरकारी संस्थाओं की वेबसाइटों के सभी प्रमुख डेटाबेस में चारों फोकस क्षेत्रों में से प्रत्येक के लिए संबंधित खोज शब्दों का उपयोग करके एक व्यवस्थित खोज की गई। प्रकाशित और अप्रकाशित रिपोर्ट और पत्रिका लेख चिन्हित किए गए और विषयवस्तु के लिए जल्दी से जांचे गए। समीक्षा किए जाने लिए इस्तेमाल की जाने वाली रिपोर्ट / लेख को चिन्हित करने के लिए निम्नलिखित मापदंड अपनाए गए:

- अंग्रेजी के लेख
- भौगोलिक फोकस: भारत, दक्षिण एशिया, अफ्रीका। अन्य क्षेत्रों से अध्ययन भी शामिल किया गया है जहाँ वे साहित्य में सबसे प्रभावी थे
- चार मुख्य क्षेत्रों – बाल विवाह रोकना, पहली गर्भावस्था के समय आयु में देरी, जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देना, और परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार – पर ध्यान केंद्रित करना
- अध्ययन की पद्धति में – प्रयोगात्मक, अर्ध प्रयोगात्मक, ‘पहले बाद में’, एक तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन – शामिल थे। हालाँकि, सीमित प्रमाणों के

तालिका 1: समीक्षा में शामिल अध्ययनों की संख्या

| क्रम. सं. | विषय | शामिल किए गए लेखों की संख्या |
|-----------|--|------------------------------|
| 1 | बाल विवाह रोकना; | 23 |
| 2 | पहली गर्भावस्था के समय आयु में देरी | 3 |
| 3 | जन्म के बीच अंतर को बढ़ावा देना | 9 |
| 4 | परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य (आरएच) कार्यक्रमों की देखभाल की गुणवत्ता में सुधार | 27 |
| | कुल | 62 |

तालिका 2: प्रमाण की मजबूती के अनुसार वर्गीकृत अध्ययन की पद्धति

| क्रम. सं. | अध्ययन की पद्धति | मजबूती |
|-----------|--|--------|
| 1 | प्रयोगात्मक | A |
| 2 | अर्ध प्रयोगात्मक | B |
| 3 | पहले-बाद वाले अध्ययन | C1 |
| 4 | एक समान तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एण्ड लाइन अध्ययन | C2 |
| 5 | एक बेजोड़ तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एण्ड लाइन अध्ययन | C3 |
| 6 | बिना तुलना समूह के गुणात्मक क्रॉस-सेक्शनल एण्ड लाइन अध्ययन | C4 |
| 7 | अध्ययन नहीं लेकिन बड़े पैमाने पर सर्वेक्षण के आँकड़ों के आधार पर एक अनुमान | D |

A – सबसे मजबूत D – सबसे कमजोर

मामलों में गुणात्मक अध्ययन और वर्णनात्मक अध्ययन भी शामिल किए गए जो अधिक कठोर अध्ययन के द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी के पूरक थे।

अध्ययन निम्न गुणवत्ता मानदंडों को संतुष्ट करते हैं: 1) अपने उद्देश्य, पृष्ठभूमि और संदर्भ का पर्याप्त वर्णन, 2) नियुक्ति, नमूना और आँकड़ों के संग्रह पर स्पष्ट विस्तार, 3) और आँकड़ों का उपयुक्त विश्लेषण और व्याख्या (इसमें पर्याप्त मूल आँकड़ों की प्रस्तुति सहित आँकड़ों का एकीकरण, व्याख्या और निष्कर्ष शामिल है)। यह अत्रैयी और मिल्टन [1], हार्डन एट अल [2] और मैकडरमॉट और ग्राहम द्वारा विकसित गुणवत्ता मूल्यांकन मानदंड के आधार पर किया गया है [3]।

परिशिष्ट 1 तालिका 2 खोजों के माध्यम से चिन्हित किए गए और समीक्षा में शामिल किया गए लेखों की छांटी गई छोटी संख्या का सार है।

इसके अलावा हस्तक्षेपों को प्रभावकारिता के आधार पर

देखा गया। प्रमाण की मजबूती का मूल्यांकन अध्ययन की पद्धति के आधार पर A (सबसे मजबूत) से लेकर D (सबसे कमजोर) से किया गया, जहाँ प्रयोगात्मक और अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन सबसे मजबूत रखा गया। तालिका 4 उस मानदंड का सारांश है जिसे हमने कई व्यवस्थित समीक्षाओं की एक जाँच के आधार पर अपनाया है।

दस्तावेजों को चुनने और समीक्षा करके विश्वसनीय निष्कर्ष पर पहुँचने में चुनौतियों रही हैं। एक चुनौती थी कि हस्तक्षेप मूल्यांकन अध्ययन बहुत सीमित संख्या में उपलब्ध थे। जहाँ हस्तक्षेप एक बड़ी संख्या में है, वहीं कई मामलों में केवल संक्षिप्त परियोजना वर्णन ही उपलब्ध हैं। ऐसे बहुत कम हस्तक्षेप हैं जिन्होंने अपने परिणाम या प्रभाव पर सूचना दी है। कुछ हस्तक्षेप ही सही रिसर्च ढाँचे के अंदर डिजाइन किए गए हैं ताकि उनके प्रभावों को मापा जा सके। इसके अलावा, विभिन्न अध्ययनों में प्रभाव और झुकाव का विश्लेषण अलग अलग समयावधि पर किया गया है जिससे जाँच परिणामों का समन्वय और संबंध देखना मुश्किल था। अध्ययनों की विविधता

के अलावा, प्रमाण की मज़बूती में अंतर से संश्लेषण पर पहुँचना मुश्किल बन गया।

दूसरी चुनौती है कि हस्तक्षेप अध्ययन विभिन्न स्थितियों में अलग अलग समय पर किए गए हैं, और सब में प्रभावकारिता के समान संकेतकों की जाँच नहीं की गयी है। जब प्रयोगात्मक डिजाइन के बिना अध्ययन में रणनीति प्रभावी नजर आती है, या जब एक या दो अध्ययन होते हैं जहाँ एक विशेष रणनीति प्रभावी पाई जाती है, तो अन्य

स्थितियों के लिए इन रणनीतियों के संभावित प्रभाव के बारे में निश्चित निष्कर्ष निकालना मुश्किल हो जाता है।

इस समीक्षा द्वारा पाई गई प्रभावी रणनीतियों और रणनीतियों के मिश्रण को इन सीमाओं के भीतर ही समझना होगा। यह प्रभावी हो सकने वाली रणनीतियों का संकेत है, लेकिन इन्हें विभिन्न स्थितियों और अलग अलग समय पर संचालित और प्रयोग करने की आवश्यकता है, उसके बाद ही निश्चित निष्कर्ष निकाला जा सकता है।

REFERENCES

1. Pamela A, Milton B. Critically appraising qualitative research for systematic reviews: defusing the methodological cluster bombs. *Evidence & Policy: A Journal of Research Debate and Practice* 2006;2(1):109–26.
2. Harden A, Garcia J, Oliver S, Rees R, Shepherd J, Brunton G, et al. Applying systematic review methods to studies of people's views: An example from public health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:794–800.
3. Graham H and McDermott E. Qualitative Research and the Evidence Base of Policy: Insights from Studies of Teenage Mothers in the UK. *Journal of Social Policy* 2006; 35:21-37.



अध्याय 2 विवाह के समय आयु में देरी

पृष्ठभूमि

राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय समुदाय जल्दी शादी – 18 साल की उम्र से पहले – को लगातार लड़कियों के मानव अधिकारों के उल्लंघन और नकारात्मक सामाजिक, स्वास्थ्य और जनसंख्या वृद्धि के परिणामों के साथ मुख्य विकास के परिणामों के लिए एक बाधा के रूप में स्वीकार कर रहा है।

जल्दी शादी लड़कियों के लिए कम शिक्षा की प्राप्ति, उनके सीमित रोजगार के अवसरों और आर्थिक सुरक्षा के साथ जुड़ी हुई है। यह कारक सामाजिक और आर्थिक संसाधनों पर सीमित पहुँच, परिवार में निम्न स्तर के निर्णय और हिंसा के जोखिम में बढ़ोतरी में योगदान देते हैं {1-3}।

जल्दी शादी युवा महिलाओं पर जल्दी बच्चे पैदा करने का दबाव डालती है। जिन महिलाओं की शादी जल्दी हो जाती है औसतन उनके लिए गर्भावस्था के जोखिम की अवधि लंबी होती है और जीवनकाल में जन्मों की उच्च संख्या की संभावना अधिक होती है {4}। 50 देशों के एक बहुभिन्नरूपी विश्लेषण ने पुष्टि की है कि जिन महिलाओं के बच्चे नहीं हैं उनकी तुलना में काफी अधिक संभावना है कि तीन या अधिक बच्चों वाली महिलाओं की शादी 18 साल की उम्र से पहले कर दी गई होगी {5}। हाल ही का लान्सेट अध्ययन भारत में बाल विवाह के प्रजनन स्वास्थ्य परिणामों को दस्तावेजीकृत करता है {4}। बाल विवाह पहले बच्चे के जन्म से पहले कोई गर्भनिरोधक का उपयोग न करने, उच्च (तीन या अधिक जन्म) प्रजनन, 24 महीनों से कम समय में दोबारा प्रसव, कई अनचाहे गर्भधारण, गर्भ समापन और महिला नसबंदी के साथ उल्लेखनीय रूप से जुड़ा हुआ था। यह बात जब बचपन में विवाहित महिलाओं और वयस्क के रूप में विवाहित महिलाओं के बीच अन्य जनसांख्यिकीय और सामाजिक – आर्थिक विशेषताएं समान थीं, तब भी सच था, और शादी की अवधि को नियंत्रित करने के बाद भी सच था {4}।

अध्ययनों से यह भी पता चलता है कि कम उम्र में विवाहित लड़कियों को यौन अनुभव और जानकारी न के बराबर होती है, स्वायत्तता नहीं होती, और यौन संबंधों में बातचीत करने की बहुत कम सत्ता होती है।



उनके साथी अक्सर उम्र में बड़े और अधिक यौन सक्रिय होते हैं, जो युवा महिलाओं को एच.आई.वी. सहित, प्रजनन और यौन संचरित संक्रमणों के अधिक जोखिम में डाल देता है {3}। जिन युवा महिलाओं की शादी 18 साल से पहले हुई है उनकी तुलना में 18 साल की या उससे बड़ी उम्र में विवाहित युवा महिलाओं के शादी की योजना में शामिल होने (अंतर अनुपात, 1.4), पत्नी की पिटाई को अस्वीकार करने (1.2), पहली गर्भावस्था में देरी के लिए गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल करने (1.4), और पहला प्रसव स्वास्थ्य सुविधा में कराने (1.4) की संभावना अधिक थी। कम उम्र में विवाहित महिलाओं की तुलना में उन्हें अपनी शादी में शारीरिक हिंसा (0.6) या यौन हिंसा (0.7) या गर्भपात या मृत जन्म (0.6) का कम अनुभव होने की संभावना थी {3}। जाँच परिणाम युवा और उनके परिवारों में देर से शादी के लिए समर्थन का निर्माण करने, विवाह की न्यूनतम उम्र पर मौजूदा कानूनों को लागू करने और देर से शादी के लिए अपने माता पिता के साथ बातचीत करने में युवा महिलाओं को स्कूल, स्वास्थ्य और अन्य अधिकारियों द्वारा समर्थन देने की आवश्यकता को रेखांकित करते हैं {6}।

दक्षिण एशिया में जल्दी शादी

दुनिया भर में, 20-24 साल की 60 लाख से अधिक महिलाओं की शादी 18 साल की होने से पहले ही हो जाती है {7}। हालाँकि, जल्दी शादी की हद में देशों के बीच काफी भिन्नता है, प्रभावित लड़कियों में से आधी दक्षिण एशिया में रहती

चित्र 1. जल्दी शादी के कारण और परिणाम

अनौपचारिक कारक

समाजिक-सांस्कृतिक

धार्मिक और पारंपरिक प्रथाएं, मान्यताएं
पितृसत्तात्मक समाज, मानदंड
सामुदायिक दबाव
निश्चित जेंडर भूमिकाएं और जेंडर भेदभाव
निर्णय लेने की शक्ति की कमी, महिलाओं का निम्न दर्जा
शिक्षा, कानून की अज्ञानता और जागरूकता की कमी
गिरता लिंग अनुपात
सामाजिक अस्वीकृति / एस.आर.एच. से जुड़ा कलंक

जल्दी विवाह से जुड़े जोखिम

समाजिक-सांस्कृतिक

कलंक और दुर्व्यवहार
शिक्षा और शिक्षा के अपर्याप्त अवसर
रोजगार के अवसरों का लाभ उठाने में असमर्थता
आत्म सम्मान की कमी
पितृसत्तात्मक सामाजिक संबंधों का सुदृढ़ीकरण और जेंडर भेदभाव

स्वास्थ्य जोखिम

ज्ञान की कमी – एस.आर.एच. / सेवाओं पर कैसे, कब,
कहां
जल्दी प्रसव
अनचाहा गर्भ
असुरक्षित गर्भपात
गर्भावस्था संबंधी जटिलताएं –
पूर्व ऐकलेमिशिया,
बाधित प्रसव फिर्तुला, अपरिपक्व या जन्म के समय
कम वजन के शिशु,
यौन संचारित रोग
शिशु/मातृ मृत्यु

वित्तीय

गरीबी और निरक्षरता
रोजगार का अभाव
शादी एक सुरक्षा के रूप में
आर्थिक लाभ के लिए एक लेनदेन के रूप में बाल विवाह
जल्दी शादी “किफायती” है

कानूनी और राजनीतिक

बाल विवाह पर राजनीतिक इच्छाशक्ति का अभाव और
कानून का खराब प्रवर्तन
जल्दी शादी के परिणामों के बारे में जानकारी का अभाव

है। पिछली आधे से अधिक सदी में कई दक्षिण एशियाई देशों में शादी की औसत उम्र में वृद्धि के बावजूद, लड़कियों का बाल विवाह अभी भी एक व्यापक प्रथा है। सबसे हाल के जनसांख्यिकीय और स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार, दक्षिण एशिया में लड़कियों के लिए शादी की औसत उम्र बांग्लादेश में सबसे कम (15 वर्ष) थी, उसके बाद भारत (16.8 साल) और अफगानिस्तान (17.7 साल); मालदीव (19 वर्ष), पाकिस्तान (19.1 साल) और नेपाल (21.6 साल) में अपेक्षाकृत बेहतर थी। वर्ष 2006–07 में श्रीलंका में शादी की उच्चतम औसत उम्र 23.3 साल थी। सभी देशों में, शादी के समय औसत उम्र कम धन वाले पंचमक में कम थी और धन बढ़ने के साथ औसत उम्र में भी वृद्धि हुई [14]।

भारत

वर्ष 2005–06 के राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एच.एस.) के आंकड़े इंगित करते हैं कि 18–29 उम्र की आधे से अधिक ग्रामीण भारतीय महिलाओं (53.4%) और एक चौथाई से अधिक शहरी भारतीय महिलाओं (29.7%) की शादी 18 साल तक हो जाती है। मध्य भारत के सभी राज्यों में, उड़ीसा को छोड़ कर भारत के सभी पूर्वी राज्यों में और दक्षिण भारत में औंध प्रदेश में 21–29 साल की आधे से अधिक महिलाओं की शादी कानूनी न्यूनतम आयु तक पहुँचने से पहले हो जाती है। उच्चतम अनुपात बिहार का (63.7%) था उसके बाद थे झारखंड (60.2%), राजस्थान (58.4%) और औंध प्रदेश (56.2%) का था।

तालिका 1. राज्य वार पहली शादी के समय आयु: राज्य और विवास द्वारा, 18-29 उम्र की महिलाओं का प्रतिशत जिनकी शादी ठीक 18 साल की उम्र हुई, भारत, 2005-06

| | शहरी | ग्रामीण | कुल |
|-------------------|------|---------|------|
| भारत | 29.7 | 53.4 | 45.6 |
| उत्तर | | | |
| दिल्ली | 22.6 | 34.7 | 23.4 |
| हरियाणा | 32.9 | 45.2 | 41.4 |
| हिमाचल प्रदेश | 13.7 | 14.4 | 14.4 |
| जम्मू और कश्मीर | 9.2 | 18.6 | 16.1 |
| पंजाब | 19.4 | 22.9 | 21.6 |
| राजस्थान | 36.3 | 67.4 | 58.4 |
| उत्तराखण्ड | 16.7 | 29.5 | 26.0 |
| केंद्रीय | | | |
| छत्तीसगढ़ | 26.4 | 57.6 | 50.5 |
| मध्य प्रदेश | 33.7 | 60.4 | 52.6 |
| उत्तर प्रदेश | 31.8 | 59.4 | 52.2 |
| पूर्व | | | |
| बिहार | 37.8 | 68.6 | 63.7 |
| झारखण्ड | 32.7 | 70.1 | 60.2 |
| उड़ीसा | 27.8 | 39.5 | 37.5 |
| पश्चिम बंगाल | 31.3 | 62.3 | 53.3 |
| उत्तरपूर्व | | | |
| अरुणाचल प्रदेश | 38.7 | 43.0 | 41.7 |
| অসম | 25.7 | 40.9 | 38.2 |
| মণিপুর | 10.9 | 15.5 | 14.0 |
| মেঘালয় | 13.3 | 28.2 | 24.1 |
| মিজোরাম | 15.6 | 24.4 | 19.4 |
| নাগালেঙ্গ | 19.4 | 23.7 | 22.4 |
| সিকিম | 17.1 | 31.9 | 28.7 |
| ত্রিপুরা | 37.0 | 42.1 | 41.2 |
| পশ्चिम | | | |
| গোবা | 14.7 | 7.3 | 11.4 |
| ગુજરાત | 28.2 | 40.9 | 35.4 |
| મહારાષ્ટ્ર | 29.2 | 51.8 | 40.2 |
| दक्षिण | | | |
| आंध्र प्रदेश | 43.4 | 62.9 | 56.2 |
| ಕರ್ನಾಟಕ | 29.7 | 48.8 | 41.0 |
| കেರल | 12.1 | 20.1 | 17.2 |
| தமிழ்நாடு | 20.7 | 29.5 | 25.2 |

स्रोत: राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण -3 [9]

यह अभी भी बाल विवाह के उच्च स्तर का संकेत देता है हालाँकि पिछले एक दशक में महत्वपूर्ण गिरावट हुई है (तालिका 1) [9]।

तीन एन.एफ.एच.एस. के आँकड़े दिखाते हैं कि महिलाओं

के लिए शादी के समय औसत आयु – 1992-93 में 16.4 साल से 1997-98 में 16.7 साल और 2005-06 में 17.2 साल – बढ़ रही है [15-16, 9]। तीनों सर्वेक्षणों में, ग्रामीण की तुलना में शहरी क्षेत्रों में लड़कियों के लिए शादी के समय औसत आयु काफी अधिक है,



और शहरी-ग्रामीण हालाँकि एक ही बिंदु पर आ रहे हैं, लेकिन अभी भी काफी अंतर है। शहरी क्षेत्रों में लड़कियों के लिए शादी के समय औसत आयु 1992–93 में 18.4 साल से 1997–98 में 18.8 साल और 2005–06 में 18.7 साल तक बढ़ी है। ग्रामीण क्षेत्रों में, लड़कियों के लिए शादी के समय औसत आयु 1992–93 में 15.7 साल थी, 1997–98 में 16.0 साल और आगे 2005–06 में 16.4 साल तक बढ़ी {15–16, 9} है।

अध्ययनों से जल्दी शादी के आर्थिक और सामाजिक हानि के साथ जुड़ाव पर मिली जानकारी, भारत के लिए एन.एफ.एच.एस. के आँकड़ों में भी देखी गई है। लड़कियों के लिए शादी में औसत आयु सबसे कम धन पंचमक और बिना किसी भी स्कूली शिक्षा की लड़कियों (दोनों मामलों में 15.5 साल) में बहुत कम थी। अनुसूचित जातियों और अनुसूचित जनजातियों से लड़कियों की शादी के समय आयु भी क्रमशः 16.3 साल और 16.5 साल के साथ मध्य औसत आयु से कम थी {9}।

विवाह में देरी के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

खोज रणनीति और शामिल किए जाने के लिए पहले वर्णित मानदंडों के अनुसार की गई एक व्यवस्थित खोज में, ऐसे 23 प्रकाशित मूल्यांकन अध्ययनों को चिन्हित किया गया

जिनमें शादी में देर करने के उद्देश्य से हस्तक्षेप किए गए थे : अफ्रीका से दस, दक्षिण एशिया (एक बांग्लादेश से को छोड़कर सभी) से आठ और भारत से पाँच {17–40}। यह 16 हस्तक्षेपों से मेल खाते थे। इनमें सात हस्तक्षेप अफ्रीका से, दो बांग्लादेश से, एक नेपाल से और भारत से पांच कार्यक्रम शामिल थे। हालाँकि उनमें से कुछ प्रयोगात्मक या अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन नहीं थे, लेकिन सीमित संख्या में उपलब्ध अध्ययनों के कारण हमने उन्हें शामिल किया। नमूने का आकार और इन अध्ययनों के निष्कर्षों का व्यौरा परिषिष्ट 3 में प्रस्तुत किया गया है।

16 में से 12 हस्तक्षेपों में, विवाह में लड़कों के लिए 21 साल और लड़कियों के लिए 18 साल तक देरी करना अकसर लड़कियों के सशक्तिकरण और युवा लोगों और प्रजनन क्षमता कम करने से संबंधित अन्य उद्देश्यों के बीच एक सीधा उद्देश्य था। मिस्र में दो हस्तक्षेपों में मुख्य उद्देश्य लड़कियों को स्कूलों में लंबी अवधि तक रखना था, जिसके परिणामस्वरूप जल्दी शादी को कम करने में योगदान मिलेगा। केन्या में स्कूल आधारित एच.आई.वी. हस्तक्षेप एच.आई.वी. की रोकथाम और जल्दी यौन गतिविधि को रोकने पर केंद्रित था। देर से विवाह इस दिशा में शुरू की गई गतिविधियों का एक आकस्मिक परिणाम था।

लक्षित समूह

16 हस्तक्षेपों में से केवल ग्यारह में किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं को लिया गया था, चार में युवा महिलाओं और पुरुषों दोनों के लिए हस्तक्षेप किया गया था। केवल चार हस्तक्षेपों में विशेष रूप से युवा लोगों के माता-पिता के साथ काम करने का उल्लेख है, जबकि दस हस्तक्षेप समुदाय के मुख्य रखवालों और राय निर्माताओं पर केंद्रित थे। एक हस्तक्षेप विधायी परिवर्तन को प्रभावित करने के लिए नीति निर्माताओं पर केंद्रित था; और एक में समुदाय में महत्वपूर्ण राय के निर्माताओं के रूप में शिक्षकों के साथ, वयस्क महिलाओं की जागरूकता और समर्थन का निर्माण करने के लिए समुदाय के महिलाओं समूहों के साथ, और चिकित्सा अधिकारियों के साथ उन्हें किशोर-अनुकूल स्वास्थ्य सेवा प्रदानगी के लिए प्रशिक्षित करने के लिए काम किया गया था।

16 में से ग्यारह हस्तक्षेपों में बहु लक्षित दर्शकों को लिया किया गया था, जबकि शेष पाँच केवल किशोर लड़कियों के समूहों के साथ काम करते थे। हस्तक्षेप अधिकतर समुदाय के भीतर से गैर सरकारी संगठन के कार्यकर्ताओं द्वारा किए गए प्रतीत होते हैं, लेकिन कुछ हस्तक्षेप बदलाव लाने वालों के रूप में सहकर्मी नेताओं, शिक्षकों और समुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को शामिल करते हैं।

अपनायी गई रणनीतियां

जिन 16 हस्तक्षेपों की समीक्षा की गई, उनमें बाल विवाह रोकना, को संबोधित या प्रभावित करने के लिए नीचे निम्नलिखित रणनीतियों में से एक या एक से अधिक को अपनाया गया है:

- 1) किशोरियों को स्कूल में रखने और उनके ड्रॉप आउट को कम करने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन और/या समर्थन
- 2) किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए जीवन कौशल शिक्षा और सशक्तिकरण
- 3) किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए सूक्ष्म ऋण वितरण
- 4) युवा लोगों (दोनों लिंगों) के लिए जीवन कौशल शिक्षा और उन्हें संघटित करने के लिए कार्यक्रम

5) समुदाय को संघटित करना – युवा लोगों के माता-पिता और परिवार के सदस्यों के बीच लक्षित जागरूकता पैदा करने से लेकर बड़े पैमाने पर समुदाय के सदस्यों की व्यापक सामाजिक एकजुटता के लिए कार्यक्रम

ज्यादातर मामलों (तालिका 2) में कई रणनीतियां एक साथ इस्तेमाल की गईं। उदाहरण के लिए, सात कार्यक्रमों में कम आयु के विवाह में देरी लाने हेतु एक सहायक सामाजिक वातावरण बनाने के लिए युवा लोगों की जीवन कौशल शिक्षा को सामुदायिक भागीदारी के साथ जोड़ा गया।

9) किशोरियों को स्कूल में रखने और उनके ड्रॉप आउट को कम करने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन और या समर्थन

चार कार्यक्रमों – मलावी के जोम्बा कन्डिशनल कैश ट्रांसफर प्रोग्राम, केन्या के स्कूल-बेरड एच.आई.वी. प्रोग्राम, इथियोपिया में बर्हन हिवान, और बांग्लादेश में फीमेल-सेकेंडरी स्कूल असिस्टेंस प्रोजेक्ट – ने इस रणनीति को अपनाया।

मलावी में, हाई स्कूल की लड़कियों को दस डॉलर की दस मासिक किश्तों में 100 यूएस डालर का भुगतान किया गया जिसमें से लगभग 30% भुगतान सीधे लड़की को किया गया, और शेष भुगतान उसके माता-पिता या अभिभावकों को किया गया। भुगतान इस शर्त पर था कि लड़कियां स्कूल जाएंगी और यदि नहीं गई तो भुगतान बंद कर दिया गया। इसके अलावा, माध्यमिक स्कूल फीस का भुगतान सीधे स्कूल को किया गया। बांग्लादेश के फीमेल-सेकेंडरी स्कूल असिस्टेंस कार्यक्रम में भी इसी तरह कक्षा 6–10 में भाग लेने वाली लड़कियों को एक वृत्ति का भुगतान किया। यह निम्न शर्तों पर था (क) लड़कियों की सालाना उपस्थिति न्यूनतम 75% हो (ख) वे 45% की औसत से या अंतिम परीक्षा में उससे अधिक अंक प्राप्त करें (ग) 10वीं कक्षा पूरी होने तक वे अविवाहित बनी रहें।

केन्या और इथियोपिया में कोई नकद प्रोत्साहन नहीं थे। इसके बजाय, स्कूल की वर्दी (केन्या) और स्कूल

की किताबें और कलम और अन्य आपूर्ति जिनका मूल्य 4 अमेरिकी डॉलर प्रति वर्ष था (इथियोपिया) वह प्रदान किया गया।

२) किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए जीवन कौशल शिक्षा और सशक्तिकरण

सात कार्यक्रमों में – इथियोपिया में बर्हन हिवान, मिस्र में इशरक और न्यू हॉराइज़नस, बांग्लादेश में ब्राक (BRAC) का एडोल्सेंट डिवेलपमेंट प्रोग्राम, भारत में बेटर लाईफ ऑप्शन प्रोजेक्ट, आई.एच.एम.पी. पचौड़ विस्तार कार्यक्रम – जीवन कौशल शिक्षा और किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए सशक्तिकरण कार्यक्रम शामिल थे। इन कार्यक्रमों की विषयवस्तु, तीव्रता और अवधि में व्यापक रूप से भिन्नता दिखाई देती है। उदाहरण के लिए, कुछ कार्यक्रमों में मुखरता और प्रजनन स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित किया गया जबकि दूसरों में साक्षरता, गणना और व्यावसायिक प्रशिक्षण भी दिया गया। कई कार्यक्रमों में विकसित पाठ्यक्रम के साथ एक सप्ताह में एक या अधिक बार कक्षाएं आयोजित की गईं। जबकि कुछ में, जैसे कि भारत के विस्तार में, सरकारी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को महीने में एक बार समुदायों में ग्राम स्वास्थ्य और पोषण दिवस के हिस्से के रूप में किशोर लड़कियों से स्वास्थ्य-संबंधित विशिष्ट विषयों पर बात करना जरूरी होने के साथ संरचना काफी ढीली थी।

३) किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए सूक्ष्म ऋण वितरण

बांग्लादेश रुरल एडवांसमेंट कमेटी (BRAC) के एडोल्सेंट डिवेलपमेंट प्रोग्राम के विभिन्न संस्करणों में सूक्ष्म ऋण प्रावधान के साथ किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए जीवन कौशल शिक्षा कार्यक्रम को जोड़ा गया। उदाहरण के लिए इसमें इम्पलायमेंट एण्ड लाइवलीहुड प्रोग्राम फॉर एडोल्सेंट (ELA) और APON (एडोल्सेंट पीअर-लेड एड्यूकेशन प्रोग्राम) / JVO (जूनियर विपेज ऑरगेनाइजेशन) भी शामिल हैं। किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं ने अपने समूहों का गठन किया और आय संवर्धन गतिविधियों को शुरू करने के लिए उन्हें सूक्ष्म ऋण दिए गए।

४) युवा लोगों (दोनों लिंगों) के लिए जीवन कौशल शिक्षा और उन्हें संघटित करने के लिए कार्यक्रम
तीन कार्यक्रमों – नेपाल के पार्टिसिपेट्री यूथ रिप्रोडक्शनिव हैल्थ प्रोजेक्ट और भारत के दिशा और प्रचार कार्यक्रम – में दोनों लिंगों के लिए जीवन कौशल शिक्षा कार्यक्रम है।

नेपाल में, एक हस्तक्षेप में समकक्ष शिक्षक (पीआर एड्यूकेटर्स) के मिश्रित समूहों को प्रजनन स्वास्थ्य पर प्रशिक्षण देना शामिल था, जिनका काम आगे अपने साथियों को शिक्षित करना था। आर्थिक अवसरों को बढ़ाने के लिए एक पूरक हस्तक्षेप ने व्यावसायिक कौशल में प्रशिक्षण प्रदान किया। भारत में युवाओं के लिए दिशा कार्यक्रम ने आर्थिक अवसरों के विस्तार के लिए यौन और प्रजनन स्वास्थ्य और कौशल विकास में पीआर एड्यूकेटर्स की इसी तरह की रणनीति अपनाई।

एक निर्धारित पाठ्यक्रम और प्रशिक्षण मैनुअल के आधार पर तीन से पांच घंटे के सत्र के साथ प्रचार कार्यक्रम का एक काफी सीमित हस्तक्षेप था। लड़कों और लड़कियों दोनों को प्रशिक्षित किया गया, लेकिन अलग अलग समूहों में। दोनों लिंगों के ट्रेनर्स ने दोनों समूहों में संचालन किया।

५) समुदाय को संघटित करना

16 कार्यक्रमों में से ग्यारह में समुदाय को संघटित करना उनकी रणनीतियों में से एक थी। इसमें मिस्र का 'इटिग्रेटेड एक्शन ऑन पौवरटी एण्ड अर्ली मैरिज' (IAPEM) प्रोग्राम, इथियोपिया का बर्हन हिवान और यूएसएड का पाथफाइंडर इंटरवेन्शन, मिस्र का इशरक, सेनेगल का टोस्टान, नेपाल का पार्टिसिपेट्री यूथ रिप्रोडक्शनिव हैल्थ प्रोजेक्ट, और भारत से बेटर लाईफ ऑप्शन प्रोजेक्ट, दिशा, आई.एच.एम.पी. पचौड़, विस्तार और प्रचार कार्यक्रम शामिल थे।

समुदाय को संघटित करने के अंदर, दो विशिष्ट उप रणनीतियां देखी गईं: एक थी युवा लोगों के माता-पिता और परिवार के सदस्यों और स्वयं युवा लोगों के बीच लक्षित जागरूकता पैदा करना, जबकि दूसरी थी एक अभियान के रूप में बड़े पैमाने पर समुदाय के सदस्यों का व्यापक सामाजिक संघटन करना।

लक्षित जागरूकता पैदा करने के हस्तक्षेपों में अक्सर लक्षित समूहों – माता-पिता और दादा-दादी/नाना-नानी, युवा लोग, समुदाय के बुजुर्ग, और कभी कभी धार्मिक नेताओं – के साथ नियमित बैठकें शामिल थीं। इथियोपिया में बर्हन हिवान कार्यक्रम ने “कम्यूनिटि कन्वरसेशन यानि सामुदायिक बातचीत” नामक एक विशेष तकनीक का इस्तेमाल किया। इथियोपिया में विकसित इस तकनीक में, समस्या को हल करने के लिए सहभागितापूर्ण सामुदायिक बातचीत होती है। हर दो हफ्ते में एक बार समुदाय के सदस्यों से मुलाकात की और चार प्रशिक्षित प्रेरकों ने इन वार्तालापों को सुलभ बनाया। सैनेगल के टोस्टान कार्यक्रम ने सामुदायिक सहमति बनाने की दिशा में काम किया जिसका परिणाम उनके समुदायों के भीतर कम आयु में विवाह को रोकने के लिए एक सार्वजनिक घोषणा में हुआ।

व्यापक सामुदायिक संघटन अधिक लचीला था, और इसका उद्देश्य महत्वपूर्ण सरकारी अधिकारियों के साथ बैठकों सहित पोस्टर, मास मीडिया अभियान और गांव के समारोहों के माध्यम से जागरूकता बढ़ाना था।

इन दोनों उप रणनीतियों को दस में से छह कार्यक्रमों में सामुदायिक संघटन इस्तेमाल करते हुए एक रणनीति के रूप में अपनाया गया, और दो में इन उप रणनीतियों में से केवल एक को अपनाया गया।

रणनीतियों की प्रभावशीलता

कार्यक्रमों के प्रभाव को मापने के लिए अध्ययन के द्वारा निम्नलिखित संकेतकों में से एक या दोनों को इस्तेमाल किया गया है:

- लड़कियों में विवाह की औसत आयु में महत्वपूर्ण सांख्यिकीय वृद्धि या
- 18 साल से पहले लड़कियों की शादी के अनुपात में गिरावट।

कुछ अध्ययनों ने शादी की सही कानूनी उम्र के बारे में जागरूकता या लड़कियों के लिए शादी की आदर्श उम्र पर राय के संकेतकों का इस्तेमाल किया है। चूंकि कई



कार्यक्रमों में एक साथ कई रणनीतियों को अपनाया गया है, सफल परिणाम के कारण के रूप में किसी एक विशेष रणनीति पर उंगली रखना हमेशा संभव नहीं है।

एक और जटिलता अध्ययन के डिजाइन और नमूने के आधार पर प्रमाण के अलग प्रकार और गुणों से पैदा होती है। एक रणनीति या मिश्रित रणनीतियों के प्रभाव के बारे में निष्कर्ष निकालते समय हमने अध्ययन के जाँच परिणाम और प्रमाण की गुणवत्ता दोनों पर विचार किया (तालिका 2)।

पहले हम सात कार्यक्रमों द्वारा अपनाई गई एक मुख्य रणनीति के परिणामों पर विचार करते हैं। मलावी के जोम्बा कन्डिशनल कैश ट्रांसफर प्रोग्राम, केन्या के स्कूल-बेर्स्ड एच.आई.वी. प्रोग्राम ने लड़कियों को स्कूल में रहने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन या समर्थन की एक ही रणनीति उपयोग की है। यह दोनों कार्यक्रम लड़कियों के लिए शादी की आयु बढ़ाने में कुछ हद तक प्रभावी रहे हैं। मलावी कार्यक्रम उनका ड्रॉप आउट अनुपात कम करने में सफल रहा जिनकी शादी 18 साल की उम्र से पहले हुई थी। नियंत्रण समूह में बेस लाइन ड्रॉप आउट के 27.4% की तुलना में हस्तक्षेप समूह में बेस लाइन ड्रॉप आउट के 16.4% हस्तक्षेप के अंत में शादी कर रहे थे। हालाँकि, हस्तक्षेप ने आधारभूत स्तर पर स्कूल में जो लड़कियों थीं उनमें इस तरह का प्रभाव प्राप्त नहीं किया है। केन्या में, नियंत्रण समूह की तुलना में हस्तक्षेप समूह से लड़कियों के हस्तक्षेप के अंत में शादी करने की

तालिका 2. मूल्यांकित हस्तक्षेप: स्थान, प्रयुक्त रणनीतियां, प्रभावशीलता का स्तर और प्रमाण की मज़बूती

| क्रम सं. | हस्तक्षेप का नाम | स्थान | रणनीतियां | प्रभावशीलता | सबूत की मज़बूती |
|----------|--|---|-----------|---|-----------------|
| 1. | 'इंटिग्रेटेड एक्शन ऑन पौवरटी एण्ड अर्ली मैरिज' (IAPEM) प्रोग्राम | यमन | 5 | नहीं | C4 |
| 2. | बहन हिवान | एमहारा, इथियोपिया | 1, 2, 5 | हाँ, 10–14 आयु वर्ग में | B, C4, |
| 3. | यूएसएड-पाथफाइंडर इंटरवेन्शन | मोज़ेबो, इथियोपिया | 5 | अनिर्णायक | C3 |
| 4. | इशरक प्रोग्राम | ग्रामीण ऊपरी मिस्र | 2, 5 | जलदी शारी को प्राथमिकता; साथ ही आंशिक खुराक प्रतिक्रिया | B |
| 5. | न्यू हॉराइजन्स् | अलेकजेंड्रिया, बेनी सुएफ और क्वेना, मिस्र | 2 | नहीं | C4 |
| 6. | टॉस्टान | कोल्डा, थिएस और फाटिक क्षेत्रों, सेनेगल | 5 | नहीं | C3, C4 |
| 7. | जोम्बा कन्डिशनल कैश ट्रांसफर प्रोग्राम | जोम्बा, मलावी | 1 | हाँ | A |
| 8. | स्कूल-बेस्ड एच.आई.वी. प्रोग्राम | पश्चिमी केन्या | 1 | हाँ | A |
| 9. | एडोल्सेंट डिवेलपमेंट प्रोग्राम | ब्राक (ठंट।), बांग्लादेश | 2, 3 | अनिर्णायक | B, B, B, B, C1 |
| 10. | फीमेल-सेकेंडरी स्कूल असिस्टेंस प्रोजेक्ट | राष्ट्रीय, बांग्लादेश | 1 | अनिर्णायक | D |
| 11. | पार्टिसिपेटरी यूथ रिप्रोडक्शनिंग हैल्थ प्रोजेक्ट | नेपाल | 4, 5 | हाँ | B |
| 12. | बेटर लाइफ ऑशन प्रोजेक्ट | पेरी शहरी मालिन बस्तियां, दिल्ली, ग्रामीण मध्य प्रदेश और ग्रामीण गुजरात, भारत | 2, 5 | नहीं | C2 |
| 13. | आई.एच.एम.पी. पचौड़ | ग्रामीण महाराष्ट्र, भारत | 2, 5 | हाँ | A |
| 14. | दिशा प्रोग्राम | बिहार और झारखण्ड, भारत | 4, 5 | अनिर्णायक | B |
| 15. | विस्तार | झारखण्ड, भारत | 2, 5 | हाँ | C1* |
| 16. | प्रचार | बिहार, भारत | 4, 5 | हाँ | B |

रणनीतियां: 1 = लड़कियों को स्कूल में रखने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन/समर्थन 2 = किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए जीवन कौशल शिक्षा 3 = किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं के लिए सूक्ष्म ऋण 4 = युवा लोगों को जीवन कौशल शिक्षा और उन्हें प्रेरित करना 5 = सामुदायिक संघटन

* एक ही हस्तक्षेप के मूल्यांकन के विभिन्न अध्ययनों में एक से अधिक प्रतिक्रियाएं प्रमाण की गुणवत्ता से मेल खाती हैं।

A = प्रायोगिक डिजाइन B = अर्ध प्रयोगात्मक डिजाइन C1 = अध्ययन से पहले-बाद में C2 = एक समान तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन अध्ययन C3 = एक बेजोड़ तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन अध्ययन C4 = बिना तुलना समूह के गुणात्मक क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन अध्ययन



संभावना 12% कम थी। इन दोनों अध्ययनों में प्रयोगात्मक डिजाइन अपनाया था।

मिस्र में न्यू हॉराइज़न्स प्रोजेक्ट ने जीवन कौशल शिक्षा और लड़कियों के लिए सशक्तिकरण की एक ही रणनीति अपनाई। मूल्यांकन अध्ययन में हस्तक्षेप की लड़कियों और नियंत्रण समूह की लड़कियों के बीच विवाह के समय आयु की प्राथमिकता के लिए कोई अंतर नहीं पाया गया। तीन कार्यक्रम जिनमें केवल सामुदायिक संघटन को ही हस्तक्षेप रणनीति के रूप में इस्तेमाल किया गया था वे भी अप्रभावी पाए गए।

दोनों अध्ययनों के परिणामों और प्रमाण की मज़बूती को देखते हुए, स्कूल में बनाए रखने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन, लड़कियों की जीवन कौशल शिक्षा एवं सशक्तिकरण और सामुदायिक संघटन की संयुक्त रणनीति भी बहें हिवान में कारगर साबित हुई। अपनाई गई रणनीतियों में गुणात्मक एण्ड लाइन अध्ययन ने सामुदायिक बातचीत को सबसे अधिक प्रभावी होने का, और उसके बहुत करीब जीवन कौशल शिक्षा और फिर लड़कियों के क्लब के माध्यम से सशक्तिकरण को प्रभावी होने का दर्जा दिया है।

इसी तरह, नेपाल में पार्टिसिपेटरी यूथ रिप्रोडक्शनिव हैथ्यो प्रोजेक्ट ने भी 18 साल की उम्र से पहले विवाहित लड़कियों के अनुपात को कम करने में अपनी जीवन कौशल शिक्षा और सामुदायिक भागीदारी के साथ युवाओं को संघटित करने की मिलीजुली रणनीति को नियंत्रण समूहों की तुलना में हस्तक्षेप में काफी प्रभावी पाया।

ध्यान देने की बात यह है कि कई प्रोग्रामों को विवाह के समय आयु बढ़ाने का लक्ष्य प्राप्त करना मुश्किल लगा। जहाँ कई अध्ययनों द्वारा जागरूकता और नजरिए में बदलाव के मामले में सकारात्मक परिणाम दर्ज किए गए हैं, वहाँ इन्हें वास्तविक व्यवहार में परिवर्तित करना आसान नहीं रहा है। मूल्यांकन ने कई सारी सामाजिक बाधाओं को चिन्हित किया है। कुछ परिवेशों में जैसे कि यमन में, गरीबी और लड़कियों के लिए पास में उच्च विद्यालयों की कमी ने जल्दी शादी कर देने को प्रोत्साहित किया। लड़कियों ने भी जल्दी स्कूल छोड़ दिया क्योंकि महिला शिक्षक बहुत कम थीं और शौचालय की सुविधा की कमी एक और कारण था। अन्य परिवेशों में जैसे कि सेनेगल और बांग्लादेश में, माता-पिता अपनी बेटियों के शादी से पहले गर्भवती होने की चिंता थी और इसे रोकने के लिए वे शादी जल्दी करना



पसंद करते हैं। बांग्लादेश में बड़ी उम्र की लड़कियों को अक्सर भारी दहेज देना पड़ता था, और इसलिए यह भी एक कारण था कि जल्दी शादी के नुकसान को जानते हुए भी माता-पिता उसे नजरअंदाज नहीं कर पाते थे।

कुल मिलाकर मूल्यांकन अध्ययन की बहुत छोटी संख्या और प्रयोगात्मक या अर्ध प्रयोगात्मक डिजाइन को अपनाने वाले और भी कम मूल्यांकन अध्ययनों को देखते हुए, उपलब्ध साक्ष्य से निश्चित निष्कर्ष निकालना संभव नहीं है। हालाँकि, यह कहा जा सकता है कि बाल विवाह रोकना; को प्राप्त

करने के लिए दूसरों की तुलना में – किशोरियों को स्कूल में रखने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन या समर्थन, केवल लड़कियों के लिए जीवन कौशल शिक्षा या लड़कियों और लड़कों के लिए जीवन कौशल शिक्षा के साथ सामुदायिक संघटन – यह तीन रणनीतियां अपेक्षाकृत अधिक सफल रही हैं। कुल मिलाकर, एकल रणनीतियों की तुलना में बहु आयामी दृष्टिकोण, लड़कियों की जल्दी शादी के लिए सामाजिक दबाव के विभिन्न स्रोतों को प्रभावित करने के लिए खुद को आगे ला रहा है।

REFERENCES

1. Barua A, Kurz K. Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters*. 2001;9(17):53–62.
2. Jejeebhoy S.J. Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. *Social Science and Medicine*. 1998;46(10):1275–90.
3. Mathur S, Greene M, Malhotra A. *Too young to wed: the lives, rights and health of young married girls*. Washington DC: International Center for Research on Women; 2003.
4. Raj A, Saggurti N, Balaiah D, Silverman J. Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study. *The Lancet*. 2009;373(9678):1883 – 1889.
5. *Early marriage: A harmful traditional*

- practice.* New York: UNICEF; 2005 [accessed 2013 Jan 15]. Available from: http://www.unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12.lo.pdf
6. SanthyaK.G., Ram U, Acharya R, Jejeebhoy S, Ram F, Singh A. Associations between early marriage and young women's marital and reproductive health outcomes: evidence from India. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2010;36(3):132–9.
7. Gupta S, Mukherjee S, Singh S, Pande R, Basu S. Knot Ready. *Lessons from India on delaying marriage for girls* [Internet]. International Center for Research on Women; 2008 [accessed 2013 Jan 16]. Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>
8. Afghan Public Health Institute, Ministry of Public Health (APHI/MoPH) [Afghanistan], Central Statistics Organization (CSO) [Afghanistan], ICF Macro, Indian Institute of Health Management Research (IIHMR) [India], and World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO/EMRO) [Egypt]. *Afghanistan Mortality Survey 2010.* Calverton, Maryland, USA: APHI/ MoPH, CSO, ICF Macro, IIHMR and WHO/EMRO, 2011.
9. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra Associates and Macro International. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007.* Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Population Research and Training, Mitra Associates and Macro International, 2009.
10. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06,* India: Volume I. Mumbai, IIPS, 2007.
11. Ministry of Health and Family (MOHF) [Maldives] and ICF Macro. *Maldives Demographic and Health Survey 2009.* Calverton, Maryland: MOHF and ICF Macro, 2010.
12. Ministry of Health and Population (MOHP) [Nepal], New ERA, and ICF International Inc. *Nepal Demographic and Health Survey 2011.* Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International, Calverton, Maryland 2012.
13. National Institute of Population Studies (NIPS)[Pakistan] and Macro International Inc. *Pakistan Demographic and Health Survey.* Islamabad, National Institute of Population Studies, 2008.
14. Department of Census and Statistics (Sri Lanka). *Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007.* Colombo, Sri Lanka, Department of Census and Statistics, 2008.
15. International Institute for Population Sciences (IIPS). *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93.* Bombay, IIPS, 1995.
16. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99.* Mumbai, IIPS, 2000.
17. Evaluation of “*Integrated Action on Poverty and Early Marriage*” programme in Yemen. Oxfam GB programme evaluation [Internet]. Oxfam GB; 2008 [accessed 2012 Dec 20]. Available from: <http://erc>.

- undp.org/unwomen/resources/docs/genderequality/Oxfam_Poverty-early-marriage_yemen_2008.pdf
18. Erulkar A, Muthengi E. Evaluation of Berhane Hewan: A program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2005;35(1):6–14.
 19. Erulkar A, Muthengi E. *Evaluation of BerhaneHewan: A pilot progam to promote education & delay marriage in rural Ethiopia.* New York, The Population Council, 2007 [accessed 2013 Jan 16]. Available from: http://www.popcouncil.org/pdfs/Ethiopia_EvalBerhaneHewan.pdf
 20. Anastasia Gage (Ed.). *Coverage and effects of child marriage prevention activities in Amhara region, Ethiopia. Findings from a 2007 study.* MEASURE Evaluation; 2009 Apr.
 21. Ringler K. A review of the Ishraq Program's quasi-experimental impact evaluation [Internet]. 2009 [accessed 2013 Jan 16] . Available from: <http://conservancy.umn.edu/bitstream/50227/1/Ringler,%20Kristine.pdf>
 22. Brady M, Assaad R, Ibrahim B, Salem A, Salem R, Zibani N. *Providing new opportunities to adolescent girls in socially conservative settings: The Ishraq program in rural Upper Egypt.* New York, The Population Council, 2007.
 23. North South Consultants Exchange. Impact study of the New Horizons Program in Egypt. Cairo, USAID, 2003.
 24. Diop N, Faye M, Cabral A, Benga H, Mané F, Baumgarten I, et al. *The TOSTAN program evaluation of a community based education program in Senegal.* USAID, 2004.
 25. Diop N, Moreau A, Benga H. Evaluation of the long-term impact of the TOSTAN programme on the abandonment of FGM/C and early marriage: Results from a qualitative study in Senegal. New York, Population Council, *Frontiers in Reproductive Health,* 2008.
 26. Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Özler B. *The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women* [Internet]. Institute for International Economic Policy Working Paper Series Elliott School of International Affairs. The George Washington University; 2009 [accessed 2012 Dec 20]. Available from: http://www.gwu.edu/~iiep/assets/docs/papers/Baird_IIEPWP2010-10.pdf
 27. Duflo E, Dupas P, Kremer M, Sinei S. Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya. Washington D.C, The World Bank, Policy Research Working Paper, 2006.
 28. Amin S and Suran L. Program Efforts to Delay Marriage Through Improved Opportunities: *Some Evidence from Rural Bangladesh.* New York, The Population Council, 2005.
 29. Shahnaz R, Karim R. *Providing microfinance and social space to empower adolescent girls: An evaluation of BRAC's ELA centres* [Internet]. BRAC; 2008 [accessed 2012 Dec 18]. Available from: http://www.bracresearch.org/workingpapers/REDWP_3.pdf
 30. Ara J and Das NC. Impact Assessment of Adolescent Development Programme in the Selective Border Regions of Bangladesh. Dhaka, BRAC, 2010.

31. Alim MA, Nahar MA, Khatoon FZ. How the Adolescents Applied their Learning in their Lives: *An Evaluation of the Adolescent Development Programme of BRAC.* Dhaka, BRAC, 2012.
32. Mahmud S. *Female secondary school stipend programme in Bangladesh: A critical assessment* [Internet]. Bangladesh Institute of Development Studies; [accessed 2012 Dec 18]. Available from: <http://www.unesco.org/new/en/custom-search/?cx=000136296116563084670%3Ah14j45a1zaw&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&q=Femal+e+secondary+school+stipend+progra+mme+in+Bangladesh%3A+A+critical+assessment&hl=en&sa=ok&siteurl=www.unesco.org%2Fnew%2Fen%2Feducation%2F&ref=portal.unesco.org%2Feducation%2Fen%2F&ss=72j5184j2>
33. Raynor J and Wesson K. The Girls' Stipend Program in Bangladesh. *Journal of Education for International Development* 2:2. [accessed 2012 Dec 20]. Available from <http://www.equip123.net/JEID/articles/3/Girls'StipendPrograminBangladesh.pdf>
34. Schurmann TA. Review of the Bangladesh Female Secondary School Stipend Project using a social exclusion framework. *Journal of Health Population and Nutrition* 2009; 27(4): 505-517
35. Mathur S, Mehta M, Malhotra A.
36. Center for Development and Population Activities. *Adolescent girls in India choose a better future: An impact assessment.* Washington DC, CEDPA, 2001.
37. Pande R, Kurz K, Walia S et al. Improving reproductive health of married and unmarried youth in India. Evidence of effectiveness and costs from community-based interventions. New Delhi, International Centre for Research on Women, 2006.
38. Mathur S, Malhotra A, DasGupta S, Mukherjee S, Kanesathasan A. *Should interventions address the full complexity of transitions to adulthood? Lessons from a program experience in India.* [Internet]. [accessed 2012 Dec 25]. Available from: <http://iussp2009.princeton.edu/papers/93085>
39. IntraHealth International. *Community-based interventions to delay age of marriage: A review of evidence in India.* New Delhi, USAID, 2008..
40. Wilder J, Masilamani R, Daniel. *Promoting change in the reproductive behavior of Youth Pathfinder International's PRACHAR Project, Bihar, India.* Pathfinder International/India; 2005 Aug.



अध्याय ३

पहली गर्भावरण के समय आयु में देरी

पृष्ठभूमि

पहला जन्म देने के समय एक महिला की आयु, गर्भधारण की गति की सीधा निर्धारक होती है और यह इस बात को भी प्रभावित करती है कि उसके कुल कितने बच्चे हो सकते हैं। प्रारंभिक प्रसव न केवल प्रजनन क्षमता को प्रभावित करते हैं बल्कि इससे महिलाओं के जीवन, उनके परिवारों, उनके बच्चों के स्वास्थ्य और खुशहाली पर भी प्रतिकूल परिणाम हो सकते हैं।

भारत में और अन्य स्थानों पर अध्ययनों में पाया गया है कि जल्दी और/या बार बार गर्भधारण खराब मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के परिणामों के लिए जोखिम का कारण {1-7} है। बड़ी उम्र की महिलाओं की तुलना में 15-19 आयु वर्ग की युवा महिलाओं के लिए मातृ मृत्यु दो गुना अधिक है और रिसर्च इंगित करती है कि 20-24 आयु वर्ग की महिलाओं की तुलना में 10-14 आयु वर्ग की लड़कियों के प्रसव संबंधित कारणों से मृत्यु की संभावना पांच गुना अधिक है {8}। खासकर गरीब देशों में, बहुत सी किशोर माताएं, शारीरिक रूप से अपरिपक्व होती हैं, जिससे उनके लिए प्रसूति से संबंधित जटिलताओं का खतरा बढ़ जाता है। इसके अलावा, 20 वर्ष से कम आयु वर्ग की माताओं के शिशुओं में मृत्यु दर औसतन 20 से 29 आयु वर्ग की माताओं के शिशुओं की तुलना में 50% अधिक होती है {9}। किशोरी माता से जन्म लेने के कारण नवजात शिशु में खराब स्वास्थ्य के अंतर पीढ़ीगत प्रभाव और वयस्क होने के समय रोगों के लिए दीर्घकालिक परिणाम हो सकते हैं {10}।

किशोर गर्भावस्था दुनिया भर में एक चिंता का विषय है। दुनिया भर में हुए सभी जन्मों में (2008) 11% 15-19 वर्ष आयु वर्ग की लड़कियों में हुए थे। 2000-2005 के लिए दुनिया भर में किशोर प्रजनन दर 55.3 प्रति हजार होने का अनुमान था, जिसका मतलब है कि 5.5% किशोरियां प्रति वर्ष जन्म देती हैं {10}। 2000-2009 में औद्योगिक देशों के बीच अमेरिका में – प्रति 1000, 41 जन्म 15-19 आयु वर्ग की महिलाओं – के साथ उच्चतम किशोर प्रजनन दर थी। न्यूजीलैंड प्रति 1000, 32 जन्म के साथ दूसरे स्थान पर था और उसके बाद ब्रिटेन (15-19 आयु वर्ग की महिलाओं में प्रति 1000, 26 जन्म) था। 2000-2009 के दौरान,



विकासशील देशों में किशोर जन्म दर (55 प्रति 1000) औद्योगिकृत देशों (23 प्रति 100) से लगभग दो गुना अधिक थी {10-11}। कम आयु में प्रसव उप-सहारा अफ्रीका में विशेष रूप से आम है, जहाँ 20-24 आयु वर्ग की 28% महिलाएं 18 वर्ष की होने तक जन्म दे चुकी होती हैं। नाइजीरिया में, यह 51% प्रतिशत तक ऊपर चला गया था। 18 साल की उम्र में बच्चा हो जाना दुनिया के अन्य भागों में आम बात है, जैसे कि बांग्लादेश (46%) और निकारागुआ (28%) में है {11}।

जिस संदर्भ में किशोरी गर्भवती होती है वह विभिन्न स्थितियों में बहुत अलग होता है। पश्चिमी एशिया/उत्तरी अफ्रीका, मध्य एशिया और दक्षिण-मध्य और दक्षिण-पूर्वी एशिया में लगभग 100% किशोरियों के प्रसव शादी के अंदर होते हैं। भारत में भी यही स्थिति है। दक्षिण अमेरिका और उप सहारा अफ्रीका में, किशोरावस्था में गर्भधारण और शादी के अंदर जन्मों का अनुपात 70-80% के बीच है {10}। अविवाहित किशोर माताओं में जन्म अधिकतर अनजाने में होते हैं। बिना सहमति के यौन संबंध किशोरावस्था में गर्भधारण का एक छोटा लेकिन महत्वपूर्ण अनुपात है। अधिक विकसित देशों जैसे कि संयुक्त राज्य अमेरिका और ब्रिटेन में, किशोरावस्था में गर्भधारण मुख्य रूप शादी के बाहर और सामाजिक और आर्थिक रूप से वंचितों में होता है। {10}।

भारत में, एन.एफ.एच.एस. – 3 (2005-06) से पता चलता है कि पूरे देश के लिए, किशोर जन्म दर 90 प्रति 1000 थी,

तालिका 1: राज्यवार किशोर गर्भवत्या और मातृत्व: 15-19 आयु समूह की महिलाओं का अनुपात

| | जो जीवित जन्म दे चुकी थी | जो पहले बच्चे के साथ गर्भवती हैं | जिनमें गर्भधारण शुरू हो चुका है |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| भारत | 12.1 | 3.9 | 16.0 |
| उत्तर | | | |
| दिल्ली | 3.8 | 1.2 | 5.0 |
| हरियाणा | 7.5 | 4.6 | 12.1 |
| हिमाचल प्रदेश | 2.1 | 0.9 | 3.1 |
| जम्मू एवं कश्मीर | 3.4 | 0.8 | 4.2 |
| पंजाब | 3.6 | 1.9 | 5.5 |
| राजस्थान | 12.6 | 3.4 | 16.0 |
| उत्तराखण्ड | 3.6 | 2.6 | 6.2 |
| केंद्रीय | | | |
| छत्तीसगढ़ | 11.2 | 3.4 | 14.6 |
| मध्य प्रदेश | 10.6 | 3.0 | 13.6 |
| उत्तर प्रदेश | 11.2 | 3.1 | 14.3 |
| पूर्व | | | |
| बिहार | 19.3 | 5.7 | 25.0 |
| झारखण्ड | 20.8 | 6.8 | 27.5 |
| उडीसा | 10.4 | 4.1 | 14.4 |
| पश्चिम बंगाल | 19.3 | 6.0 | 25.3 |
| नॉर्थ ईस्ट | | | |
| अरुणाचल प्रदेश | 12.4 | 3.0 | 15.4 |
| অসম | 13.1 | 3.2 | 16.4 |
| मणिपुर | 5.2 | 2.1 | 7.3 |
| मेघालय | 6.7 | 1.5 | 8.3 |
| मिजोरम | 7.7 | 2.5 | 10.1 |
| নাগালেঁড় | 5.5 | 1.9 | 7.5 |
| সিকিম | 8.7 | 3.2 | 12.0 |
| ত्रिपुরা | 14.0 | 4.5 | 18.5 |
| पश्चिम | | | |
| गोवा | 2.6 | 1.1 | 3.6 |
| ગુજરાત | 8.9 | 3.7 | 12.7 |
| મહારાષ્ટ્ર | 11.0 | 2.9 | 13.8 |
| दक्षिण | | | |
| आंध्र प्रदेश | 12.7 | 5.4 | 18.1 |
| कर्नाटक | 12.8 | 4.3 | 17.0 |
| കेरल | 2.9 | 2.9 | 5.8 |
| தமிழ்நாடு | 4.8 | 2.9 | 7.7 |

स्रोत: एन.एफ.एच.एस. – 3 [12]

जिसमें 1990–1992 में 116 प्रति 1000 और 1995–96 में 107 प्रति 1000 से गिरावट आई है। 2005–06 में किशोर जन्म दर शहरी क्षेत्रों (57 प्रति 1000) की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में करीब दो गुना (105 प्रति 1000) 15–19 आयु वर्ग की महिलाएं¹² अधिक थी {12}।

15–19 आयु वर्ग की 6 में से 1 महिला या 16% ने 2005–06 ने गर्भधारण शुरू कर दिया था। जिन महिलाओं को गर्भधारण शुरू हो चुका था, 15 साल की उम्र के लिए उनका अनुपात 3% था और इसमें 19 वर्ष तक की महिलाओं के लिए 36% या 3 में 1 तक पहुँचने की तेजी से वृद्धि हुई है। तालिका 1 भारतीय राज्यों के लिए 2005–06 में जिनका गर्भधारण शुरू हो गया था उन महिलाओं के अनुपात पर आँकड़े प्रस्तुत करता है। सबसे उच्च अनुपात झारखण्ड (27.5%) में है, फिर पश्चिम बंगाल (25.3%) और बिहार (25%), फिर पूर्वी भारत में स्थित सभी में है। इसके विपरीत, गोवा, हिमाचल प्रदेश और जम्मू एवं कश्मीर की 15–19 वर्ष की महिलाओं में 5% से कम में गर्भधारण शुरू हुआ था {12}।

विश्व बैंक का एक अध्ययन इंगित करता है कि 1990 और 2030 के बीच भारत की जनसंख्या वृद्धि में 80% वृद्धि रप्तार के कारण होगी {13}। इसका अर्थ है कि भले ही देश 2010 में प्रतिस्थापन स्तर प्रजनन क्षमता (प्रति महिला 2.2 जन्मों) को प्राप्त कर ले, फिर भी वर्ष 2050 में देश की कुल जनसंख्या में आधे अरब लोगों की वृद्धि होगी। हालाँकि, पहले बच्चों के जन्म में देरी और पहले और दूसरे बच्चों के जन्म के बीच अंतर, बढ़ती हुई जनसंख्या गति के प्रभाव को कम कर सकते हैं।

ऐसा तभी संभव है अगर युवा जोड़ों द्वारा गर्भनिरोधक का उपयोग परिवार और समाज के लिए बड़े पैमाने पर स्वीकार्य हो जाता है। भारत में गुणात्मक अध्ययन में मिले साक्ष्य कई महत्वपूर्ण सामाजिक तानोंबानों और मजबूरियों पर प्रकाश डालते हैं जो युवा युगलों के जल्दी प्रजनन जीवन आरंभ करने को प्रभावित करते हैं। जाँच परिणाम बताते हैं कि बहुत से युवा जोड़े देर से बच्चे पैदा करना चाहते हैं, लेकिन जल्दी से जल्दी बच्चा पैदा करने के सामाजिक दबाव सहित कई अन्य सामाजिक कारणों की वजह से और

साथ ही गर्भधारण शुरू होने से पहले गर्भ निरोधक सूचना और सेवाओं के साथ युवा विवाहित जोड़ों तक पहुँचने में विफलता जैसी कार्यक्रम संबंधी बाधाओं के कारण वे अपनी इच्छाओं को वास्तविकता बनाने में असफल रहते हैं। {14}।

दुर्भाग्य से, वर्तमान परिवार नियोजन कार्यक्रम युवा विवाहित लोगों की जरूरतों को पूरा नहीं करते। एन.एफ.एच.एस. –3 के अनुसार, भारत में 15–19 आयु समूह की विवाहित महिलाओं में से वर्तमान में केवल 13% किसी भी गर्भनिरोधक का उपयोग कर रही हैं (2005–06), और उनमें से केवल आधी (6.9%) ने गर्भनिरोधक का आधुनिक तरीका इस्तेमाल किया है। इस आयु वर्ग के जन्म के बीच अंतर रखने के लिए अपूरित आवश्यकता 25.1% थी, और इस आयु वर्ग में गर्भनिरोध की केवल 32.4% माँग को पूरा किया गया {12}।

ऊपर चित्र 1 में दिया गया ढाँचा गर्भ नियोजन में मुख्य बाधाओं और परिणामस्वरूप माँ और बच्चे के स्वास्थ्य पर प्रभावों का का सार बताता है।

जल्दी प्रसव को रोकने के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

खोज में भारत से 3 अध्ययन, संयुक्त राज्य अमेरिका और ब्रिटेन से 23 व्यवस्थित समीक्षा और प्रमाणों के संयोग (21अमेरिका से और 2 ब्रिटेन से), और भारत को छोड़कर अफ्रीका और एशिया से सात अध्ययन मिले। इन समीक्षाओं और अध्ययनों में से अधिकाँश शादी के बाहर और किशोरावस्था में गर्भधारण को रोकने के लिए हस्तक्षेप के हैं और भारतीय संदर्भ में इनकी प्रासंगिकता सीमित है, जहाँ अधिकाँश किशोर गर्भधारण शादी के अंदर होते हैं। फिर भी, हम इस खंड की शुरुआत संयुक्त राज्य अमेरिका और ब्रिटेन की सबसे हाल ही में व्यवस्थित समीक्षाओं और अध्ययनों से प्रभावी हस्तक्षेप रणनीतियों पर जाँच परिणामों के संक्षिप्त सारांश के साथ करते हैं। भारतीय अध्ययनों से मिले जाँच परिणामों को पेश करने से पहले, हम अफ्रीका और एशिया से भी मुख्य रणनीतियों पर चर्चा करेंगे। यह कार्य भारत में युवा लोगों के यौन और प्रजनन जीवन में जो परिवर्तन पहले से ही हो रहे हैं उनको ध्यान में रखते हुए और साथ ही भारतीय संदर्भ के लिए प्रासंगिक कारगर रणनीतियों पर विचार करने की दृष्टि से किया गया है।



संयुक्त राज्य अमेरिका और ब्रिटेन में अविवाहित किशोरियों के बीच गर्भधारण को रोकने के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

संयुक्त राज्य अमेरिका और ब्रिटेन में स्कूल आधारित किशोर गर्भावस्था रोकथाम के कार्यक्रम सबसे आम हस्तक्षेप हैं। व्यवस्थित समीक्षा और प्रमाण संयोजन इनकी प्रभावशीलता पर मिश्रित प्रमाण प्रदान करते हैं, यद्यकि शायद कार्यक्रम के अंशों, विषयवस्तु, आवृत्ति और तीव्रता में व्यापक अंतर हैं। हस्तक्षेप एकल विमर्श से लेकर 2 घंटे से 30 घंटों की कुल अवधि के कई सत्रों तक अलग अलग हैं। अमेरिका के संदर्भ में, यह संयम पर केंद्रित और गर्भनिरोधक पर किसी भी जानकारी को बाहर रखने वाले या गर्भनिरोधक पर ध्यान केंद्रित करने वाले हो सकते हैं, और यह बहु-घटक युवा विकास कार्यक्रम होने के लिए यौन शिक्षा से परे भी जा सकते हैं।

किशोरियों के लिए यौन शिक्षा हस्तक्षेपों पर अमेरिका स्थित 38 अनियमित नियंत्रित परीक्षणों पर रिपोर्टिंग करने वाले 31 अध्ययनों की 2006 में की गई एक व्यवस्थित समीक्षा, में कोई एक जैसे प्रमाण नहीं मिले कि यौन शिक्षा कार्यक्रमों ने इन संभावनाओं – कि युवा लोग यौन संबंध आसंभ करेंगे, गर्भधारण का जोखिम उठाएंगे या गर्भवती हो जाएंगी (या किसी गर्भवती कर देंगे) – पर गहरा प्रभाव डाला है। प्रभाव के अनुमानों

का आकार, दिशा और सांख्यिकीय महत्व सारे कार्यक्रमों में बहुत ही भिन्न था। हालाँकि, कई व्यक्तिगत अध्ययनों में विशेष रूप से गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में वृद्धि पर सकारात्मक प्रभाव पाए गए। हस्तक्षेप रणनीतियों की समीक्षा में, बहु-घटक युवा विकास कार्यक्रम सबसे कारगर थे [15]। युवा विकास कार्यक्रमों में आमतौर पर ‘सेक्स और सम्बन्ध शिक्षा’ एस.आर.ई. को आत्म सम्मान का निर्माण, खेलिंग कार्य, शैक्षिक सहायता, व्यावसायिक तैयारी, स्वास्थ्य देखभाल, खेल और कला गतिविधियों के साथ ही जोड़ा जाता है।

अमेरिका से किशोर गर्भावस्था में, एच.आई.वी. और यौन संचारित संक्रमणों को रोकने के उद्देश्य से यौन शिक्षा और अन्य कार्यक्रमों पर 2012 में प्रमाण के संयोग इन कई विचारों की पुष्टि करते हैं [16]। छत्तीस कार्यक्रमों की समीक्षा की गई जो प्रयोगात्मक या अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन डिजाइन होने के मानदंड पर खरे उत्तरते हैं। चौदह कार्यक्रमों ने किशोर जन्मदरां में महत्वपूर्ण सांख्यिकीय गिरावट दर्ज की। इनमें से दो स्कूल आधारित यौन शिक्षा कार्यक्रम थे, तीसरा स्कूल आधारित सेवा वितरण कार्यक्रम था, आठ (इसमें वह भी शामिल है जहाँ स्कूल और समुदाय आधारित हस्तक्षेप को मिलाया गया था) समुदाय आधारित हस्तक्षेप और तीन क्लिनिक आधारित हस्तक्षेप थे।

ब्रिटेन के स्वास्थ्य विकास एजेंसी द्वारा की गई समीक्षाओं की समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला कि स्कूल आधारित ‘सेक्स’ और सम्बन्ध शिक्षा’ एस.आर.ई. कार्यक्रम प्रभावी हो सकता है, और यदि वे गर्भनिरोधक सेवाओं से जुड़े हो तो और अधिक प्रभावी हो सकते हैं। प्रभाव युवा लोगों के ज्ञान और व्यवहार, यौन गतिविधि दर से शुरू करने और गर्भावस्था दरों में कमी के रूप में थे। समीक्षा में पाया गया कि एस.आर.ई. कार्यक्रमों के लिए अपने दम पर किशोरावस्था गर्भ की दर में कमी लाने की संभावना नहीं जब तक कि वे किसी बहु-घटक हस्तक्षेप का हिस्सा न हों {17}।

एक और व्यवस्थित समीक्षा ने विशेष रूप से जल्दी माता-पिता बन जाने के साथ जुड़े सामाजिक नुकसान को संबोधित करने वाली रणनीतियों के प्रभाव का आंकलन किया है {18}। छह नियंत्रित परीक्षणों और पांच गुणात्मक अध्ययनों से प्रमाण के आधार पर, समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला कि ऐसे आंरभिक बालपन हस्तक्षेप और युवा विकास कार्यक्रम जिन्होंने जीवन के प्रारंभिक वर्षों में सामाजिक असुविधाओं से निपटने की कोशिश की और सामाजिक सहायता, शैक्षिक सहायता और कौशल प्रशिक्षण प्रदान किया, वे किशोर गर्भावस्था के जोखिम को कम करने में प्रभावी रहे।

कुल मिलाकर, फैसला बहुआयामी युवा विकास कार्यक्रम के पक्ष में जाता प्रतीत होता है, जिन्होंने किशोर गर्भावस्था के सामाजिक निर्धारकों को संबोधित किया है। इस तरह के हस्तक्षेपों में सेक्स और संबंध शिक्षा कार्यक्रम अनिवार्य लेकिन एकमात्र घटक नहीं होंगे।

विकासशील देश के परिवेश में अविवाहित किशोरों के बीच गर्भाधान को रोकने के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

हम सात प्रकाशित अध्ययनों की पहचान करने में सक्षम रहे। इसमें अन्य व्यवहार में परिवर्तनों के साथ, गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में वृद्धि और गर्भावस्था की रोकथाम को बढ़ावा देने के उद्देश्य से हस्तक्षेप की प्रभावशीलता पर प्रयोगात्मक और/या अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययनों से प्राप्त प्रमाण के तीन संयोग भी शामिल हैं।

फैमिली हेल्थ इंटरनेशनल द्वारा व्यापक समीक्षा निष्पन्न में से – सुरक्षित सेक्स से संबंधित विश्वासों, नजरिए और व्यवहारों को बदलना और यौन संचारित संक्रमण और गर्भावस्था की रोकथाम – एक या अधिक करने के उद्देश्य से युवा लोगों (9–24 वर्ष) के लिए यौन शिक्षा कार्यक्रम के 83 अध्ययनों की जांच की गई। इनमें से अठारह अध्ययन बारह विकासशील देशों – अफ्रीका में छह, मध्य और दक्षिण अमेरिका में पांच और एशिया में एक – में किए गए हस्तक्षेपों के थे। अठारह में बारह अध्ययनों में कंडोम के बड़े हुए इस्तेमाल पर ऑकड़े थे और केवल दो में अन्य गर्भ निरोधकों के उपयोग में वृद्धि पर ऑकड़े थे। कंडोम के इस्तेमाल पर निर्णायक सकारात्मक प्रमाण केवल सात अध्ययनों में पाए गए जबकि अन्य गर्भ निरोधकों के उपयोग में वृद्धि के संबंध में प्रभावशीलता पर कोई निर्णायक प्रमाण नहीं पाए गए हैं। जिन कुछ अध्ययनों ने गर्भावस्था दरों की जांच की है उनके भी कोई महत्वपूर्ण सकारात्मक परिणाम नहीं मिले हैं {19}।

फैमिली हेल्थ इंटरनेशनल (2002) द्वार पहले किया गया एक अध्ययन युवाओं के सुरक्षित यौन को बढ़ावा देने, उच्च जोखिम वाले यौन व्यवहारों और गर्भावस्था की दर को रोकने के अलग अलग हस्तक्षेपों का समन्वय करता है। सभी मूल्यांकन अध्ययनों में प्रयोगात्मक या अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन डिजाइन अपनाया गया था। हस्तक्षेपों में स्कूल आधारित यौनितकता और एच.आई.वी./एड्स कार्यक्रम, स्कूल आधारित प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम, मास मीडिया अभियान, समुदाय आधारित हस्तक्षेप, व्यवहार परिवर्तन सामाजिक विपणन कार्यक्रम और किशोरों के अनुकूल स्वास्थ्य सेवाएं शामिल हैं। जांचे गए हस्तक्षेपों में, समुदाय आधारित कार्यक्रमों के एक बड़े अनुपात और बड़े पैमाने पर मीडिया अभियान का कंडोम और/या अन्य गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में वृद्धि पर एक निर्णायक सकारात्मक प्रभाव हुआ है। केवल आठ स्कूल आधारित प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों और सात में से तीन स्कूल आधारित एच.आई.वी./एड्स यौनितकता कार्यक्रमों ने महत्वपूर्ण सकारात्मक परिणाम दिखाएं हैं {20}।

सोहेल (2005) ने अफ्रीका में चार सेक्स शिक्षा कार्यक्रम की जांच की जिनका मूल्यांकन अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन

चित्र 1. गर्भ नियोजन करने में प्रमुख बाधाएं और विकासशील देश के परिवेश में उसके स्वास्थ्य परिणाम

गर्भधारण का समय

गर्भ नियोजन में बाधाएं
हानिकारक स्वास्थ्य

परिणाम

- समाजिक-सांस्कृतिक**
- प्रजनन क्षमता को साबित करने के लिए जितनी जल्दी हो सके बच्चा पैदा करने का सामाजिक दबाव
 - गर्भनिरोधकों पर जानकारी की कमी
 - निर्णय लेने की शक्ति का अभाव
 - प्रजनन क्षमता को सामाजिक स्थिति के संकेत के रूप में देखा जाना
 - गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल से भविष्य में प्रजनन क्षमता प्रभावित होने का डर

बढ़ती हुई जनसंख्या गति

मातृ एवं शिशु मृत्यु

गर्भावस्था में जटिलताएं

बच्चे के विकास के मील के पत्थर में विलंब

खराब पोषण

जल्दी शादी के कारण
जल्दी गर्भधारण करना

कार्यक्रम संबंधी

- सेवा वितरण केंद्रों पर जागरूकता की कमी
- गुणवत्तापूर्ण परिवार नियोजन सेवाओं पर अपर्याप्त पहुँच
- गर्भ निरोधकों के लिए अधिक विकल्पों की अनुपलब्धता
- परिवार नियोजन सेवाओं का ध्यान बच्चों के जन्म के बीच अंतर रखने के बजाय मनचाहे बच्चे पैदा करने के बाद जन्मों पर रोक लगाने पर केंद्रित होना
- सभी संबंधित व्यक्तियों – युवा महिला, पति और सास – के लिए गर्भनिरोधक को बढ़ावा देने के लिए लक्ष्य विशिष्ट संचार की कमी
- स्वास्थ्य प्रदाताओं का असंवेदनशील रवैया और युवा महिलाओं द्वारा पहले बच्चे के जन्म में देरी करने के लिए गर्भ निरोधकों के इस्तेमाल को लेकर प्रदाताओं का पूर्वाग्रह
- गोपनीयता की कमी

डिजाइन द्वारा किया गया था। इन हस्तक्षेपों का सीधा उद्देश्य गर्भवर्स्था की रोकथाम नहीं था, लेकिन यह गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में वृद्धि और विशेष रूप से कंडोम के इस्तेमाल की वृद्धि का एक अप्रत्यक्ष परिणाम होगा, जो कि कार्यक्रम के प्रत्यक्ष उद्देश्य थे। हस्तक्षेप 1990 के दशक में कैमरून, दक्षिण अफ्रीका, बोत्सवाना और गिनी में किए गए थे, और इसमें कई रणनीतियों – मास मीडिया, प्रायोजित समारोह, पीअर (समकक्ष) शिक्षा और युवा अनुकूल सेवाएं – को मिलाजुला कर अपनाया गया। केवल कैमरून में युवा महिलाओं के साथ साथ युवा पुरुषों में गर्भनिरोधक के प्रयोग में वृद्धि के रूप महत्वपूर्ण सकारात्मक परिणाम पाए गए। यह सबसे लंबी अवधि और सबसे बड़ी पहुँच वाला हस्तक्षेप भी था [21]।

शेष चार अध्ययनों में क्रमशः मलावी और केन्या से दो अनियमित नियंत्रित परीक्षण और इथियोपिया और चीन से दो अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन शामिल हैं [22–25]। मलावी में, किशोरियों को स्कूल में रखने और ड्रॉपआउटों को दोबारा आने के लिए प्रोत्साहित करने के उद्देश्य वाले उसी कांडिशनल कैश ट्रांसफर प्रोग्राम (जो जल्दी शादी को रोकने में प्रभावी था), में भी देखा गया कि पिछले साल भर में बेसलाइन ड्रॉपआउटों के गर्भवती होने की संभावना 5.1% कम थी, जो 30% से अधिक की कमी थी और सांख्यिकीय तौर पर 5% के स्तर पर महत्वपूर्ण थी। हालाँकि, बेसलाइन पर स्कूल में पहले से मौजूद और हस्तक्षेप के दौरान स्कूल में बनी रहने वाली लड़कियों में कोई बदलाव नहीं देखा गया [22]। पश्चिमी केन्या में, स्कूली शिक्षा की लागत को कम करने के तरीके के रूप मुफ्त वर्दी उपलब्ध कराने वाले हस्तक्षेप ने पाया (बाल विवाह रोकना; के अलावा) कि मुफ्त वर्दी वाले स्कूलों में हस्तक्षेप की अवधि के अंत में लड़कियों के प्रसव शुरू होने की संभावना 1.5 प्रतिशत अंक कम, किशोर गर्भावस्था में लगभग 10% की कमी थी [23]।

इथियोपिया में बहेन हिवान कार्यक्रम एक बहुआयामी रणनीति अपनाने वाला हस्तक्षेप था जिसमें लड़कियों को स्कूल में रखने के लिए वित्तीय सहायता और क्लब और सामुदायिक भागीदारी के माध्यम से जीवन कौशल शिक्षा प्रदान की गई। नियंत्रित गांवों (अंतर अनुपात 2.9) की



तुलना में हस्तक्षेप वाले गांवों से लड़कियों द्वारा गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल होने की अधिक संभावना थी। अध्ययन से गर्भवर्स्था दरें उपलब्ध नहीं थीं [24]।

बो वैंग और अन्य (2005) की शंघाई, चीन में एक व्यापक यौन शिक्षा कार्यक्रम के मूल्यांकन पर रिपोर्ट।

हस्तक्षेप ने शैक्षिक वीडियो, लैक्चर, पीअर (समकक्ष) शिक्षा, गर्भनिरोधक और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और परामर्श की जाँच, शैक्षिक सामग्री के वितरण सहित कई रणनीतियों को अपनाया। हाई स्कूल के छात्र और स्कूल के बाहर के छात्र, दोनों को कार्यक्रम में शामिल किया गया। संयम, स्वस्थ और बिना जबरदस्ती के यौन व्यवहार और गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल पर जानकारी प्रदान की गई। हस्तक्षेप के परिणामस्वरूप तुलना समूह की तुलना में हस्तक्षेप समूह में गर्भनिरोधक के उपयोग (6.2) और कंडोम के इस्तेमाल (13.3) के अनुपात में वृद्धि हुई। तुलना समूह (26%) की तुलना में हस्तक्षेप समूह में (19%) गर्भधारण करने वाले या अपने साथी को गर्भवती करने वाले युवा लोगों का अनुपात काफी कम था [25]।

इन अध्ययनों से मिले प्रमाण संश्लेषण करने के संदर्भ से काफी अलग हैं। फिर भी, कुछ टिप्पणियां की जा सकती हैं। प्रभावी रूप से लड़कियों को हाई स्कूल छोड़ने से रोकने या वित्तीय प्रोत्साहन और समर्थन के माध्यम से उन्हें स्कूल में रखने में मदद करने वाले कार्यक्रमों में न केवल बाल

विवाह रोकना; (अध्याय 2) बल्कि प्रथम प्रसव के समय पर भी उम्र में देरी के संदर्भ में संभावना दिखाई देती है। एकल हस्तक्षेप के रूप में यौन शिक्षा कार्यक्रमों में उतनी संभावना नहीं दिखाई देती जितनी कि कई रणनीतियों को अपनाने वाले कार्यक्रमों में। मास मीडिया अभियान, सामुदायिक संघटन, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य पर किशोरों और युवा लोगों को शिक्षा, परामर्श और सेवा प्रदानगी शामिल हों।

विवाहित युवा लोगों के बीच प्रसव में देरी के मूल्यांकित हस्तक्षेप - भारत

भारत से तीन अध्ययनों को चिन्हित किया गया था जो अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन से पहली गर्भावस्था में देरी करने के हस्तक्षणों के प्रमाण प्रस्तुत करते हैं [26–28]। इनमें से दो, बिहार में प्रचार परियोजना के बारे में थे, जबकि एक तम्हा। परियोजना के बारे में था, जो प्रचार पर आधारित था। RHEYA को तमिलनाडु, नई दिल्ली, राजस्थान और मध्य प्रदेश के चयनित क्षेत्रों में लागू किया गया था।

प्रचार परियोजना 2001 से बिहार के नालंदा, नवादा और पटना जिलों में लागू है किया गया, और यह परियोजना अभी भी चल रही है। परियोजना का पहला चरण 2001–2006 तक था, जिसके बाद कार्यान्वयन रणनीति में एक परिवर्तन किया गया। यहाँ पर शामिल किए गए दोनों अध्ययन पहले चरण का मूल्यांकन हैं। माँ के 21 साल का हो जाने तक पहले बच्चे के जन्म में देरी इस परियोजना के विशिष्ट उद्देश्यों में से एक था [26–27]।

प्रजनन क्षमता में कमी से संबंधित अपने कई उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए परियोजना ने कई रणनीतियों का इस्तेमाल किया। पहली रणनीति थी समुदाय को संघटित करना जिसे परियोजना द्वारा ‘सामाजिक वातावरण का निर्माण’ कहा गया। युवा विवाहित पुरुषों के माता पिता के साथ बैठकें आयोजित की गई जिन्हें शादी के बाद तुरंत प्रसव के लिए दबाव के सबसे महत्वपूर्ण स्रोत के रूप में देखा जाता है। संचार रणनीति में नुकड़ नाटक और दीवार के चित्रों जैसे स्थानीय स्तर के उपयुक्त मीडिया का इस्तेमाल किया।

पिछले अध्याय में वर्णित अविवाहित किशोरों को पहली गर्भावस्था में देरी के लिए तैयार करने के लिए प्रजनन स्वास्थ्य प्रशिक्षण को माता-पिता की मर्जी से विवाह की व्यवस्था में पहली गर्भावस्था में देरी के लिए एक प्रमुख रणनीति के रूप में देखा जाना चाहिए। ऐसा इसलिए क्योंकि पहली संतान में देरी तब तक नहीं की जा सकती जब तक कि हस्तक्षेपों में शादी से पहले अविवाहित किशोरों में देरी करने का इरादा और देरी कैसे करनी है उसके बारे में जानकारी नहीं दी जाती।

तीसरी रणनीति में युवा विवाहित जोड़ों को गर्भनिरोधक और प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में शिक्षा और जानकारी प्रदान करना शामिल है। युवा विवाहित जोड़ों के लिए “जानकारीयुक्त मनोरंजक यानि इंफोटेन्मेंट” पार्टियां आयोजित की गई, और महिलाओं और पुरुषों के लिए अलग से शैक्षिक बैठकें आयोजित की गई। घर घर जाने वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं ने भी गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल पर परामर्श देने के लिए बिना बच्चों या एक बच्चे वाली युवा विवाहित महिलाओं को अपना लक्ष्य बनाया।

चौथी रणनीति सेवाओं पर पहुँच बढ़ाने की थी। युवा जोड़ों को अपने प्रजनन स्वास्थ्य की जरूरतों के लिए सरकारी स्थानीय फार्मेसियों को गर्भनिरोधक गोलियां और कंडोम का स्टॉक रखने में सहायता दी गई, और स्थानीय अनौपचारिक प्रदाताओं को प्रजनन स्वास्थ्य और गर्भनिरोधक सेवाओं के प्रावधान में प्रशिक्षित किया गया।

हस्तक्षेप के शुरू होने से पहले वर्ष 2002–03 में परियोजना क्षेत्र और तुलना के क्षेत्र में बेसलाइन सर्वेक्षण आयोजित किया गया था, और हस्तक्षेप के 21–27 महीने बाद, 2004 में फौलोअप सर्वेक्षण आयोजित किया गया। हस्तक्षेप के क्षेत्र में बिना बच्चों वाली महिलाओं के बीच गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में महत्वपूर्ण वृद्धि (पी डी.01) देखी गई। तुलना क्षेत्र में 2% की तुलना में, हस्तक्षेप क्षेत्र में बेसलाइन पर बिना बच्चों वाली 3% महिलाएं गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल कर रही थीं। हस्तक्षेप के बाद, हस्तक्षेप क्षेत्र में बिना बच्चों वाली महिलाओं में गर्भनिरोधक के इस्तेमाल में 16% की वृद्धि हुई जबकि नियंत्रित क्षेत्र में 3% की वृद्धि हुई [26]।

परियोजना में अविवाहित लड़के और लड़कियों के लिए प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा सत्र भी था। प्रचार परियोजना की इस गतिविधि के प्रभाव का मूल्यांकन करने वाले एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन में प्रशिक्षण में भाग लेने वाली लड़कियों में (23.6 साल) और जो लड़कियां प्रशिक्षण में शामिल नहीं थीं (21.5 साल) उनके बीच पहले जन्म के समय आयु में एक महत्वपूर्ण अंतर बताया [27]।

RHEYA परियोजना पर रिपोर्ट अपेक्षाकृत अपर्याप्त जानकारी प्रदान करती है। अपनाई गई रणनीति बिल्कुल प्रचार के समान है। 3225 युवा जोड़ों – जो हस्तक्षेप का हिस्सा थे – में से केवल 10% (300) का एण्ड लाइन अध्ययन में साक्षात्कार किया गया। हस्तक्षेप और नियंत्रित समूहों के बीच पहले जन्म के समय औसत आयु में – 21.3 साल की तुलना में 20.7 साल – एक महत्वपूर्ण अंतर है। शादी और पहले जन्म के बीच अंतराल में भी – नियंत्रित समूह में 24.9 महीने की तुलना में हस्तक्षेप समूह में 27.1 महीने – काफी अंतर था [28]।

संक्षेप में, सीमित उपलब्ध साक्ष्य प्रसव में देरी करने में प्रभावशीलता के मामले में प्रचार मॉडल के आशाजनक होने की संभावना की ओर इशारा करते हैं। दूसरे शब्दों में, सामुदायिक संघटन के लिए हस्तक्षेप, मास मीडिया अभियान, युवा जोड़े के जीवन में महत्वपूर्ण निर्णयकर्ताओं के नजरिए में बदलाव के प्रयासों के साथ साथ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा, युवा लोगों के लिए परामर्श और सेवा प्रदानगी के साथ एक बहुआयामी रणनीति से जल्दी प्रसव में देरी की अच्छी संभावना है। अधिक निर्णयक अनुमान के लिए, विभिन्न परिवेशों और संदर्भों में इस तरह के हस्तक्षेप और कठोर मूल्यांकन करने की जरूरत होगी।

प्रचार मॉडल, हालाँकि जल्दी प्रसव को रोकने के लिए शादीशुदा किशोरों को लक्षित करता है, फिर भी यह दुनिया के अन्य भागों में अविवाहित युवा लोगों के साथ अधिक आशाजनक हस्तक्षेप, जो कई लक्ष्य समूहों को संबोधित करने में प्रभावकारिता दिखाते हैं, उनसे बहुत अलग नहीं है।

REFERENCES

1. Bicego G.T, Boerma J.T. Preceding birth intervals and child survival: searching for pathways of influence. *Studies in Family Planning.* 1992;23(4):243–56.
2. Conde-Agudelo A, Belizán JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *British Medical Journal*/2000;321:1255–9.
3. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005;192(2):342–9
4. Gubhaju BG. *Regional and Socio-Economic Differentials in Infant and child Mortality in rural Nepal.* CNAS Journal [Internet]. 1985;13(1). [accessed 2013 Jan 20] Available from: <http://lib.icimod.org/record/9725/files/6957.pdf>
5. DaVanzo J, Razzaque A, Rahman M, Hale L. *The Effects of Birth Spacing on Infant and Child Mortality, Pregnancy Outcomes, and Maternal Morbidity and Mortality in Matlab, Bangladesh.* RAND Labor and Population Working Paper Series [Internet]. 2004 Oct [accessed 2013 Jan 20]; Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadt346.pdf

6. Govindasamy P, Stewart K, Rutstein S O., Boerma JT, Sommerfelt AE. *High-Risk Births and Maternity Care* [Internet]. Columbia, Maryland: Macro International 1993 [accessed 2013 Jan 22]. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABP613.pdf
7. Pandey A, Choe MK, Luther NY, Sahu D, Chand J. Infant and Child Mortality in India [Internet]. Mumbai, India/Honolulu, Hawaii, U.S.A.: International Institute for Population Sciences, East-West Center Program on Population; 1998 Dec [accessed 2013 Jan 20]. Available from: <http://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/handle/10125/3477/NFHSsubrpt011.pdf>
8. State of the World's Mothers 2004 - Children having Children [Internet]. Save the Children; 2004 [accessed 2013 Jan 18]. Available from: http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2004_final.pdf
9. Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels [Internet]. The Guttmacher Institute. 2002 [accessed 2013 Jan 18]. Available from: http://www.guttmacher.org/pubs/ib_2-02.html
10. Heine M., editor. Adolescent Pregnancy - MPS Notes [Internet]. Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2008 [accessed 2013 Jan 18]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mpsnnotes_2_lr.pdf
11. United Nations Children's Fund. *The state of the world's children 2011 - Adolescence an age of opportunity.* New York, UNICEF, 2011.
12. National Family Health Survey (NFHS-2), 1998–99: India. Mumbai: IIPS; International Institute for Population Sciences (IIPS) and ORC Macro; 2000.
13. Sanderson WC, Tan JP. *Population in Asia*. Washington D.C, The World Bank, 1995.
14. Sebastian MP, Khan ME, Roy Chowdhury S. Promoting healthy spacing between pregnancies in India: Need for differential education campaigns. *Patient Education and Counseling* 2010; 81:395-401.
15. Scher LS, Maynard RA, Stagner M. Interventions intended to reduce pregnancy-related outcomes among adolescents. *Campbell Systematic Reviews*. 2006;12.
16. Alford S. *Science and success- sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV and sexually transmitted infections.* Washington DC, Advocates for Youth; 2012.
17. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosmin M. *Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews.* Yorkshire (UK), Health Development Agency, 2003.
18. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *British Medical Journal* [Internet]. 2005 [accessed 2013 Jan 20];339. Available from: <http://www.bmjjournals.org/cgi/content/full/339/b7714/7714>
19. Kirby D, Laris B., Roller L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries [Internet]. Chapel Hill (North Carolina), Family Health International; 2005 [accessed 2013 Jan 20]. Report No.: 2. Available from: <http://www.ibe.unesco.org>.

- org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/DougKirby.pdf
20. Intervention Strategies that Work for Youth - Summary of the FOCUS on Young Adults End of Program Report. Chapel Hill (North Carolina),Family Health International; 2002.
 21. Agha S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-saharan Africa. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):67–70 & 113–8.
 22. Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Özler B. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women [Internet]. Institute for International Economic Policy Working Paper Series Elliott School of International Affairs. The George Washington University; 2009 [accessed 2012 Dec 20]. Available from: http://www.gwu.edu/~iiep/assets/docs/papers/Baird_IIEPWP2010-10.pdf
 23. Duflo E, Dupas P, Kremer M, Sinei S. Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya. World Bank Policy Research Working Paper; 2006.
 24. ErulkarA, Muthengi E. Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2005;35(1):6–14.
 25. Wang B, Hertog S, Meier A, Lou C, Gao E. The potential of comprehensive sex education in China: Findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*. 2005;31(2):63–72.
 26. Daniel EE, Masilamani R, Rahman M. The effect of community-based reproductive health communication interventions on contraceptive use among young married couples in Bihar, India. *International Family Planning Perspectives* 2008;34(4):189–97. (did not get 2010)
 27. Wilder J, Masilamani R, Daniel. *Promoting change in the reproductive behavior of Youth Pathfinder International's PRACHAR Project, Bihar, India*. Pathfinder International/India; 2005.
 28. Wilder J, Masilamani R and Mathew A. *Reproductive health of young adults in India: The road to public health. Pathfinder International's RHEYA Project demonstrates widespread community results in youth reproductive health*. New Delhi, Pathfinder International/India, 2006.



अध्याय 4

बच्चों के जन्म के बीच अंतर को बढ़ावा देना

पृष्ठभूमि

जन्म के बीच अंतर रखना एक जीवित जन्म या एक मृत जन्म और अगले गर्भधारण के बीच की अवधि को दर्शाता है। और 'जन्म अंतराल' दो जीवित जन्मों के बीच की अवधि है। डब्ल्यू.एच.ओ. के अनुसार, एक जीवित जन्म के बाद अगली गर्भावस्था का प्रयास करने से पहले प्रतिकूल मातृ प्रसवकालीन और शिशु परिणाम के जोखिम को कम करने के लिए कम से कम 24 महीने के अंतराल का सुझाव दिया जाता है। एक गर्भपात या गर्भ समापन के बाद, अगली गर्भावस्था के लिए प्रतिकूल मातृ और प्रसवकालीन परिणामों के जोखिम को कम करने के लिए कम से कम 6 महीने के न्यूनतम अंतराल का सुझाव दिया जाता है [1]। कई सर्वेक्षण जन्म में अंतर रखने के बजाय जन्म के अंतराल पर आँकड़े प्रदान करते हैं। सबसे हाल के प्रमाणों से पता चलता है कि दो जीवित जन्मों के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतराल 36–59 महीनों का है [2–7]।

कम अंतर वाले जन्मों को रोकने से, परिवार नियोजन सालाना 2 लाख से अधिक शिशुओं और बच्चों की जान बचा सकता है [7]। जन्मों के बीच सही अंतर न होने से समय से पहले जन्म और जन्म के समय कम वजन, और गर्भावधि आयु के हिसाब से छोटे जन्मों के अवसरों में वृद्धि हो जाती है। जन्म या गर्भपात या गर्भ समापन के बाद बहुत जल्द गर्भधारण करने वाली महिलाओं को एनीमिया, समय से पहले झिल्ली फटने, गर्भपात या गर्भ समापन का अनुभव होने की अधिक संभावना होती है, और उन्हें मातृ मृत्यु का उच्च जोखिम भी रहता है। क्या छोटा जन्म अंतराल माँ या बच्चे के लिए प्रतिकूल पोषण परिणामों के साथ जुड़ा हुआ है इस शोध से मिले प्रमाण, बताते हैं कि जन्म अंतराल बढ़ाने का पाँच साल से कम के बच्चों में अवरुद्ध विकास और कम वजन पर एक सकारात्मक प्रभाव होता है [8]। जल्दी जल्दी गर्भधारण और स्तनपान से माँ की पोषण की स्थिति खराब हो जाती है क्योंकि माँ को पहले की गर्भावस्था के शारीरिक तनाव से उबरने के लिए पर्याप्त समय नहीं मिलता और उससे पहले उसे अगला तनाव हो जाता है। इससे मातृ पोषक भंडार में कमी होती रहती है, साथ ही प्रतिकूल प्रसवकालीन परिणामों का जोखिम बढ़ जाता है।



परिणामस्वरूप गर्भावस्था के प्रतिकूल परिणाम जन्मों में सही अंतराल न रख पाने में योगदान दे सकते हैं। बांग्लादेश से एक अध्ययन में पाया गया कि गैर जीवित जन्म, गर्भपात या शायद मृत प्रसव के साथ कम अंतराल की संभावना बढ़ जाती है क्योंकि महिलाएं अपने हाल के अनचाहे भूल या बच्चे के गम को जल्द से जल्द 'भरना' चाहती हैं [9]। नीचे तालिका 1 जन्म में कम अंतर रखने के फलस्वरूप प्रतिकूल मातृ, प्रसवकालीन और शिशु परिणामों के उच्च जोखिम का सार दर्शाता है।

जन्म में अंतर रखने के निर्धारकों की जांच करने वाले अध्ययनों से संकेत मिलता है कि जल्दी विवाह, पिछले बच्चे का जीवित रहना, और ज्ञान और गर्भनिरोधकों का उपयोग महत्वपूर्ण कारक हैं [10]। यह भी ज्ञात है कि कई महिलाएं जन्म में अंतर रखने के लिए अपने प्रजनन लक्ष्यों में पीछे रह जाती हैं और लक्षित समय से पहले गर्भवती हो जाती हैं। "गर्भनिरोधक के लिए अपूरित आवश्यकता" की अवधारणा का संबंध महिलाओं के अनुपात से है जो गर्भवती नहीं होना चाहती लेकिन गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। अंतर रखने के तरीकों के लिए अपूरित आवश्यकता, जिसका संबंध अगले जन्म को स्थगित करने के इच्छुक होने के बावजूद गर्भनिरोधक का इस्तेमाल न करने से है, 2000–2009 के दौरान उप सहारा अफ्रीका में 17% से मध्य पूर्व और उत्तरी अफ्रीका में 4% के साथ काफी अलग अलग था। दक्षिण एशिया में, अंतर रखने के लिए अपूरित आवश्यकता 8% थी [11]।

तालिका 1: चुने हुए अध्ययन में प्रयुक्त संदर्भ समूह अंतराल की तुलना में, बहुत कम अंतराल में गर्भावस्था के बाद स्वास्थ्य के प्रतिकूल परिणामों के जोखिम।

| | |
|---|--------------------------|
| बढ़े हुए जोखिम जब गर्भ जीवित जन्म के 6 महीने बाद होता है | |
| प्रतिकूल परिणाम | बढ़ा हुआ जोखिम |
| प्रेरित गर्भपात | 650% |
| गर्भपात | 230% |
| नवजात की मृत्यु (< 9 महीने) | 170% |
| मातृ मृत्यु | 150% |
| अपरिपक्व जन्म/समय से पहले जन्म | 70% |
| मृत जन्म | 60% |
| जन्म के समय कम वजन | 60% |
| बढ़े हुए जोखिम जब गर्भधारण गर्भपात या गर्भ समापन के <6 महीने के बाद होता है | |
| 1–2 महीने के अंतराल के साथ बढ़ा हुआ जोखिम | 3–5 माह के अंतराल के साथ |
| स्वू ठपतजी॑ मपहीज | 170% |
| डंजमतदंस ।दमउंपं | 160% |
| च्वमजमतउ ठपतजी | 80% |
| | 140% |
| | 120% |
| | 40% |

स्रोत: कॉंडे-ऑगडेलो और अन्य 2000, 2005, 2006; डावैंजो और अन्य 2004, रज्जाक और अन्य 2005 और रस्टिन 2005 {2-7}

भारत

एन.एफ.एच.एस. -3 (2005–06) के आँकड़ों के अनुसार भारत में एक तिहाई से भी कम जन्म सर्वोत्कृष्ट जन्म अंतराल के बाद होते हैं। अखिल भारतीय स्तर पर, पिछले जन्म के बाद मध्य का अंतराल 31.1 महीने था। 60% से अधिक जन्म पिछले जन्म के तीन साल के भीतर होते हैं। केवल 28% में 36–59 महीने का सर्वोत्कृष्ट जन्म अंतराल होता है। इसके अलावा, पिछला बच्चा जीवित (31.8 महीने) था तो उसकी तुलना में बच्चे के जीवित न होने से (25.8 महीने) जन्म का औसत अंतराल कम होता है। तालिका 2 भारत और राज्य के लिए सबसे हाल ही में जन्म से पहले के महीनों पर आँकड़े देता है। चार राज्यों – केरल, त्रिपुरा, गोवा और असम – को छोड़ कर, जन्म अंतराल भारत के सभी राज्यों में 36 माह से कम है। जाहिर है भारत में सर्वोत्कृष्ट जन्म अंतराल प्राप्त करने का रास्ता अभी काफी लंबा है {12}।

गर्भनिरोधकों के पारंपरिक या आधुनिक अस्थाई तरीकों का इस्तेमाल न होना देश में जन्मों के बीच सही दूरी न होने का कारण हो सकता है। भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम में उपलब्ध अस्थाई तीन आधुनिक निशुल्क

तरीकों में से, आई.यू.सी.डी. सबसे कम प्रयोग होता है जबकि गोली और कंडोम केवल मामूली बेहतर (तालिका 3) हैं। वास्तव में, आई.यू.सी.डी. के उपयोग में एन.एफ.एच.एस. -1 और एन.एफ.एच.एस.-3, के बीच गिरावट आई है {12}।

गर्भनिरोधक के अस्थाई तरीकों का इस्तेमाल न होने के साथ जन्म के बीच अंतर की अपूरित आवश्यकता भी मौजूद है। जैसा कि दुनिया के अन्य भागों में देखा गया है, कई भारतीय महिलाएं जो अगली गर्भावस्था को स्थिरित करना चाहती हैं उसके साथ साथ गर्भनिरोधक विधि का उपयोग नहीं कर रही हैं। लगभग 6.2% महिलाओं की जन्म के बीच अंतर रखने के लिए अपूरित आवश्यकता थी। हालाँकि, जन्म के बीच अंतर रखने के लिए अपूरित आवश्यकता युवा महिलाओं के बीच काफी अधिक थी – 15–19 आयु वर्ग और 20–24 आयु वर्ग की महिलाओं के लिए क्रमशः 25% और 14.9% थी। कुल मिलाकर परिवार नियोजन और अंतर रखने के लिए अपूरित आवश्यकता भी उच्च स्तरीय आर्थिक समूहों की तुलना में (3.3%) सबसे निम्न आर्थिक समूहों की महिलाओं के बीच सबसे ज्यादा (7.7%) है {12}।

तालिका 2. सर्वेक्षण से पहले पाँच सालों के दौरान अंतराल द्वारा जन्मों का प्रतिशत वितरण, पिछले जन्म के बाद से और पिछले जन्म के बाद से महीने की औसत संख्या, राज्यवार, भारत 2005-06।

| भारत | पिछले जन्म के बाद से महीने | | | | | | कुल | पिछले जन्म के बाद से महीने की औसत संख्या |
|--------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-----|--|
| | 7.17 | 18.23 | 24.35 | 36.47 | 48.59 | 60 | | |
| उत्तर | | | | | | | | |
| दिल्ली | 11.4 | 16.3 | 33.6 | 19.2 | 9.1 | 10.4 | 100 | 31.1 |
| हरियाणा | 13.3 | 12.9 | 28.1 | 16.8 | 13.1 | 15.7 | 100 | 33.4 |
| हिमाचल प्रदेश | 14.3 | 15.4 | 33.7 | 18.8 | 8.6 | 9.2 | 100 | 30.4 |
| हिमाचल प्रदेश | 16.2 | 16.2 | 32.7 | 15.8 | 8.6 | 10.6 | 100 | 29.9 |
| जम्मू और कश्मीर | 11.2 | 15.5 | 29.3 | 19.4 | 10.6 | 13.9 | 100 | 32.0 |
| पंजाब | 17.8 | 17.1 | 29.9 | 16.0 | 7.3 | 11.9 | 100 | 29.7 |
| राजस्थान | 11.7 | 17.1 | 36.1 | 20.5 | 8.3 | 6.3 | 100 | 30.2 |
| उत्तरांचल | 12.5 | 15.2 | 31.5 | 19.1 | 9.6 | 11.9 | 100 | 32.4 |
| केंद्रीय | | | | | | | | |
| छत्तीसगढ़ | 8.9 | 14.4 | 34.3 | 18.2 | 12.6 | 11.7 | 100 | 33.0 |
| मध्य प्रदेश | 12.2 | 18.4 | 36.6 | 18.6 | 7.5 | 6.8 | 100 | 29.2 |
| उत्तर प्रदेश | 13.0 | 17.2 | 34.2 | 18.3 | 8.6 | 8.7 | 100 | 29.8 |
| पूर्व | | | | | | | | |
| बिहार | 11.6 | 16.9 | 34.5 | 20.5 | 8.4 | 8.0 | 100 | 29.9 |
| झारखण्ड | 7.8 | 16.2 | 36.5 | 19.9 | 10.9 | 8.6 | 100 | 31.5 |
| उड़ीसा | 8.5 | 14.2 | 33.3 | 21.8 | 11.3 | 10.9 | 100 | 33.8 |
| पश्चिम बंगाल | 9.0 | 12.6 | 30.0 | 19.0 | 11.7 | 17.6 | 100 | 35.2 |
| उत्तर पूर्व | | | | | | | | |
| अरुणाचल प्रदेश | 10.3 | 16.4 | 36.3 | 17.4 | 10.4 | 9.3 | 100 | 30.8 |
| অসম | 7.8 | 12.0 | 27.5 | 20.9 | 14.0 | 17.7 | 100 | 37.0 |
| मणिपुर | 6.5 | 13.4 | 31.7 | 18.8 | 15.5 | 14.0 | 100 | 35.4 |
| मेघालय | 11.1 | 13.9 | 34.3 | 16.7 | 10.8 | 13.1 | 100 | 31.7 |
| मिजोरम | 11.5 | 19.7 | 29.0 | 16.7 | 10.3 | 12.8 | 100 | 30.6 |
| নাগালেংড | 12.4 | 20.0 | 37.4 | 15.4 | 6.6 | 8.1 | 100 | 28.6 |
| সিকিম | 6.6 | 13.1 | 32.8 | 16.3 | 14.4 | 16.8 | 100 | 34.5 |
| ত্রিপুরা | 7.2 | 13.4 | 24.7 | 18.9 | 13.7 | 22.2 | 100 | 39.0 |
| पश्चिम | | | | | | | | |
| গোআ | 8.4 | 12.3 | 26.1 | 19.8 | 11.1 | 22.2 | 100 | 37.4 |
| ગુજરાત | 12.1 | 16.8 | 37.0 | 17.3 | 6.7 | 10.1 | 100 | 29.2 |
| મહારાષ્ટ્ર | 10.1 | 15.0 | 33.8 | 19.9 | 8.7 | 12.5 | 100 | 31.9 |
| दक्षिण | | | | | | | | |
| ఆంధ్ర ప్రదేశ | 12.3 | 19.0 | 29.4 | 18.7 | 9.0 | 11.7 | 100 | 31.4 |
| கர்நాటక | 11.2 | 16.7 | 35.4 | 19.1 | 8.0 | 9.6 | 100 | 30.3 |
| கேరள | 5.9 | 12.9 | 20.6 | 21.3 | 12.7 | 26.5 | 100 | 41.2 |
| தமிழ்நாடு | 11.2 | 14.9 | 32.5 | 19.3 | 9.3 | 12.8 | 100 | 31.4 |

स्रोत: एन.एफ.एच.एस. -3 {12}

तालिका 3: निवास के अनुसार, वर्तमान में विवाहित महिलाओं द्वारा वर्तमान में प्रयुक्त गर्भनिरोधक विधि का प्रतिशत वितरण।

| | एन.एफ.एच.एस. 1 | | | एन.एफ.एच.एस. 2 | | | एन.एफ.एच.एस. 3 | | |
|---------------------|----------------|---------|------|----------------|---------|------|----------------|---------|------|
| | शहरी | ग्रामीण | कुल | शहरी | ग्रामीण | कुल | शहरी | ग्रामीण | कुल |
| कोई भी विधि | 51.1 | 37.1 | 40.7 | 58.2 | 44.7 | 48.2 | 64 | 53 | 56.3 |
| कोई भी आधुनिक विधि | 45.3 | 33.3 | 36.5 | 51.2 | 39.9 | 42.8 | 55.8 | 45.3 | 48.5 |
| महिला नसबंदी | 30.4 | 26.4 | 27.4 | 36 | 33.5 | 34.2 | 37.8 | 37.1 | 37.3 |
| पुरुष नसबंदी | 3.2 | 3.5 | 3.5 | 1.8 | 1.9 | 1.9 | 1.1 | 1 | 1.0 |
| गोली | 1.9 | 0.9 | 1.2 | 2.7 | 1.9 | 2.1 | 3.8 | 2.8 | 3.1 |
| आई.यू.सी.डी. (IUCD) | 3.9 | 1.2 | 1.9 | 3.5 | 1.0 | 1.6 | 3.2 | 1.1 | 1.7 |
| इंजेक्शन | 0 | 0 | 0 | . | . | . | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| कंडोम | 5.8 | 1.2 | 2.4 | 7.2 | 1.6 | 3.1 | 9.8 | 3.2 | 5.2 |

स्रोत: एन.एफ.एच.एस. -3 {12}

गर्भधारण न करने की इच्छुक होते हुए भी गर्भनिरोधक का इस्तेमाल न करने का एक परिणाम दो जन्मों के बीच मनचाहा अंतर रखने के लिए प्रेरित गर्भपात का इस्तेमाल होता है। भारत में, तुरंत दूसरा बच्चा न चाहना या परिवार का वांछित आकार प्राप्त करने के बाद गर्भवती हो जाना – महिलाओं द्वारा प्रेरित गर्भपात करने के सबसे महत्वपूर्ण कारणों में से हैं। प्रेरित गर्भपात करने वाली महिलाओं को प्रेरित गर्भपात दोहराने का विशेष खतरा होता है [13]। कई महिलाओं को गर्भपात के बाद तत्काल परिवार नियोजन सेवाएं प्राप्त नहीं होती, भले ही उन्हें दो से तीन सप्ताह के भीतर गर्भावस्था का खतरा होता है।

जन्म के बीच अंतर रखने के लिए अपूरित आवश्यकता के बढ़ने का एक कारण गर्भनिरोधक विधियों के बारे में अपर्याप्त जानकारी है। जहाँ 15–49 आयु समूह की कम से कम 98% महिलाओं और पुरुषों को गर्भनिरोधकों के एक या एक से अधिक तरीकों का पता था, जन्म के बीच अंतर रखने के सही तरीकों पर जानकारी सीमित थी। जन्म के बीच अंतर रखने के लिए सरकारी परिवार नियोजन कार्यक्रम द्वारा प्रस्तुत तीन विधियों (गोली, आई.यू.सी.डी. और कंडोम) में, 61% महिलाओं और 49% पुरुषों को जन्म के बीच अंतर रखने के तीनों आधुनिक तरीकों पर जानकारी थी। गोली सबसे व्यापक रूप से

(85%) महिलाओं के बीच में जानी जाती है और कंडोम सबसे व्यापक रूप से (93%) पुरुषों के बीच जाना जाता है। केवल 39% महिलाओं को जानकारी थी कि आई.यू.सी.डी. महिलाओं के गर्भाशय में लगाया जाता है और 1% से कम महिलाओं को यह जानकारी थी कि कुछ आई.यू.सी.डी. 10 साल के लिए सुरक्षा (सरकारी सुविधाओं में इस्तेमाल किया जा रहा आईयूडी 380ए) प्रदान करता है। सबसे व्यापक रूप से इस्तेमाल होने वाली विधि महिला नसबंदी के साथ यह गर्भनिरोधक इस्तेमाल के उदाहरणों में परिलक्षित होता है [12]।

फिर भी जन्म के बीच अंतर रखने की अपूरित आवश्यकता बढ़ने का एक और कारण भारत में महिलाओं को अपने जीवन पर सीमित नियंत्रण होना हो सकता है [14–15]। कई मामलों में पति प्रजनन क्षमता और गर्भनिरोधक इस्तेमाल करने के फैसलों को नियंत्रित करते हैं। युवा महिला के गर्भनिरोधक इस्तेमाल करने के निर्णय में सास भी एक प्रमुख भूमिका निभाती है [16]। उत्तर प्रदेश में किए गए एक अध्ययन में, प्रजनन आयु की 56% महिलाओं ने स्वारथ्य देखभाल निर्णय को अपनी सास और 15% ने पति के लिए विलम्बित किया [17]। इसके अलावा, पति या ससुराल वालों का दबाव भी गर्भनिरोधक इस्तेमाल बंद करने का कारण बन सकता है [18–19]।

चित्र 1 जन्म के बीच अपर्याप्त अंतर रखने के कारण और स्वास्थ्य

| कारण | अपर्याप्त दूरी पर बच्चे होने के परिणाम |
|--|--|
| सामाजिक सांस्कृतिक कारक | |
| निर्धनता | जल्दी बच्चे पैदा होना |
| अशिक्षा का स्तर | बच्चे में जन्म / गर्भधारण में अपर्याप्त अंतर |
| हाशिए के समूहों – किशोरों, ग्रामीण गरीब – के बीच असमान पहुँच | प्रेरित गर्भपात |
| महिलाओं की निम्न स्थिति | असुरक्षित गर्भपात |
| लिंग आधारित भेदभाव | अनियोजित गर्भधारण |
| बेटा होने की इच्छा | तेजी से जनसंख्या वृद्धि |
| निर्णय लेने क्षमता में कमी | गर्भपात |
| जल्दी शादी और प्रसव | गर्भनिरोधक बंद करना |
| गर्भनिरोधक के उपयोग की सामाजिक स्वीकार्यता | शिशु / मातृ मृत्यु |
| कार्यक्रम संबंधी कारकों | आर्थिक विकास में भाग लेने में असमर्थता |
| गर्भनिरोधक पर ज्ञान का अभाव | |
| गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं पर अपर्याप्त पहुँच | |
| कमजोर बुनियादी ढांचे | |
| योग्य प्रदाताओं की कमी | |
| प्रशिक्षण की कमी | |
| प्राकृतिक आपदाएं/सशस्त्र संघर्ष | |

जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने को बढ़ावा देने के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

इन अध्ययनों से प्राप्त प्रमाण की समीक्षा करने से पहले, साहित्य खोज में जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने को बढ़ावा देने के लिए पाए गए दो प्रमुख हस्तक्षेप पहलों पर एक नजर डालना उपयोगी हो सकता है: 'हैल्डी टाइमिंग एण्ड स्पेसिंग ऑफ प्रेगनेन्सी (HTSP)' और उत्प्रेरक (CATALYST) परियोजना। यह हस्तक्षेप पहले कई सारे अफ्रीकी और एशियाई देशों किए गए थे, हालाँकि प्रयोगात्मक या अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन डिजाइन का उपयोग कर मूल्यांकन अध्ययन केवल इन दोनों में पाए गए।

'हैल्डी टाइमिंग एण्ड स्पेसिंग ऑफ प्रेगनेन्सी (HTSP) यानि गर्भ का स्वस्थ समय और अंतर'

HTSP कार्यक्रमों का उद्देश्य प्रतिकूल मातृ प्रसवकालीन

और शिशु स्वास्थ्य के परिणामों को कम करने के लिए पहली-बार गर्भधारण में देरी और उसके बाद के गर्भधारणों में अंतर रखने के बारे में जागरूकता और ज्ञान को बढ़ावा देना है। तीन प्रमुख HTSP संदेश हैं कि निम्न तरीके से गर्भवस्था होने पर माँ और बच्चों के स्वास्थ्य में काफी सुधार होता है:

- 'पिछले जीवित जन्म के बाद कम से कम 24 महीनों में गर्भपात या प्रेरित गर्भपात के बाद 6 महीनों से पहले नहीं,
- एक माँ के 21 साल की आयु तक पहुँचने से पहले नहीं' [20]

मुख्य HTSP हस्तक्षेपों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- नीति के स्तर पर पैरवी
- महिलाओं और परिवारों की शिक्षा और काउंसलिंग
- जैसे अवसर मिलें – अर्थात् गर्भपात–पश्चात् देखभाल के साथ और बचपन के रोगों का एकीकृत प्रबंधन कार्यक्रम

(IMCI) के साथ – परिवार नियोजन सेवाओं, और अन्य कार्यक्रमों के साथ एकीकरण

HTSP कार्यक्रमों को यूएसएड पोषित विस्तार सेवा डिलीवरी (ईएसडी) परियोजना के हिस्से के रूप में कई विकासशील देशों में शुरू किया गया है, जिसका उद्देश्य परिवार नियोजन सेवाओं के उपयोग को विशेष रूप से कम सेवा वाले समुदायों में बढ़ावा देना है [20]। हमारी खोज ने नेपाल में एक **HTSP** कार्यक्रम के एक अर्ध प्रायोगिक मूल्यांकन अध्ययन को चिह्नित किया।

CATALYST यानि उत्प्रेरक

यह मातृ, शिशु और बाल मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ावा देने वाली एक स्वास्थ्य परियोजना थी। इसकी एक मुख्य रणनीति जन्म में उच्च प्राथमिकता और जीवन रक्षक अभ्यास के रूप में अंतर रखने की पैरवी करना थी। **CATALYST** ने व्यवहार परिवर्तन संचार पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए प्रशिक्षण आयोजित किया और ‘जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर हस्तक्षेप (**OBSI**)’ पर कांउसलिंग की। इसने छैप पर वैशिक और राष्ट्रीय स्तर पर पैरवी भी की। परियोजना यूएसएड द्वारा वित्त पोषित है और अंतरराष्ट्रीय गैर सरकारी संगठनों के एक संघ द्वारा 2000 और 2005 के बीच 15 देशों में लागू की गई। मिस्र में किए गए **OBSI** हस्तक्षेप को एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन डिजाइन का उपयोग कर मूल्यांकित किया गया है और उसे इस समीक्षा में शामिल किया गया है [21]।

इस समीक्षा में जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने को बढ़ावा देने के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

खोज में भारत से आठ और अन्य विकासशील देशों से तीन अध्ययन मिले, जो शामिल किए जाने के मानदंड पर खरे उतरे। चूंकि कुछ अध्ययन एक ही कार्यक्रम के बारे में थे, नौ कार्यक्रमों – छह भारत से, एक एक नेपाल, मिस्र और चीन से – की समीक्षा की गई।

नौ कार्यक्रमों में से आठ में अक्सर परिवार नियोजन और

प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को बढ़ावा देने, और कभी कभी, कम आयु में शादी में देरी से संबंधित अन्य उद्देश्यों में जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने को बढ़ावा देना एक सीधा उद्देश्य था। चीन के एक हस्तक्षेप में हाल ही में जन्म देने वाली महिलाओं को आपातकालीन गर्भनिरोधक के उन्नत प्रावधान के माध्यम से अनायास गर्भधारण को रोकने पर ध्यान केंद्रित किया गया है, इसलिए जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने को परोक्ष रूप से बढ़ावा मिल रहा है।

लक्षित समूह

प्राथमिक लक्ष्य समूह में वर्तमान में गर्भवती या हाल ही में बच्चे को जन्म देने वाली युवा विवाहित महिलाएं और उनके पति थे। सभी में नहीं पर दो कार्यक्रमों में, दूसरे क्रम के बहु लक्ष्य समूह थे जिनमें परिवार से सास और अन्य बड़ों जैसे निर्णयकर्ताओं सहित समुदाय के नेता और स्कूल के शिक्षकों और धार्मिक नेताओं, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं जैसे राय का प्रभावित करने वाले लोग शामिल थे। इन विभिन्न लक्षित समूहों के अलावा, मिस्र का तहसीन (**CATALYST**) कार्यक्रम और नेपाल का **HTSP** कार्यक्रम स्पष्ट रूप से सरकार के उच्च स्तरीय हितधारकों को निशाना बनाने का उल्लेख करते हैं। चीन से ‘आपातकालीन गर्भनिरोधक का उन्नत प्रावधान’ अकेली ऐसी परियोजना थी जिसमें केवल प्रसवोत्तर महिलाओं के एक ही लक्ष्य समूह को शामिल किया गया था जबकि “मातृत्व में पुरुष या मैन इन मैटरनिटी” (**MiM**) कार्यक्रम में प्रसव पूर्व देखभाल की मांग करने वाली गर्भवती महिलाओं और उनके पतियों को शामिल किया गया था।

अपनाई गई रणनीतियाँ

समीक्षित नौ कार्यक्रमों ने जन्म में अंतर रखने को संबोधित या प्रभावित करने वाली छह रणनीतियों में से एक या एक से अधिक को अपनाया।

- 1) युवा विवाहित महिलाओं के लिए लक्षित संदेश
- 2) युवा विवाहित पुरुषों पर केंद्रित शैक्षिक और परामर्श हस्तक्षेप
- 3) सामुदायिक संघटन – बड़े पैमाने पर समुदाय के सदस्यों की व्यापक सामाजिक एकजुटता से लेकर युवा लोगों के माता-पिता और परिवार के सदस्यों के बीच लक्षित जागरूकता पैदा करने के कार्यक्रम थे।



- 4) स्वास्थ्य और संबद्ध सेवा प्रदाताओं (सरकार और / या निजी क्षेत्रों) के साथ जुड़ाव
- 5) सरकारी स्वास्थ्य के क्षेत्र के अंदर जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के संदेशों और सेवाओं को मुख्यधारा में लाना
- 6) उच्च स्तरीय पैरवी

१) युवा विवाहित महिलाओं के लिए लक्षित संदेश
 आठ कार्यक्रमों (तहसीन, मिस को छोड़ कर) ने गर्भवती या प्रसवोत्तर महिलाओं को और जिन महिलाओं का सबसे छोटा बच्चा दो साल से कम का था, उन महिलाओं के लिए जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने से संबंधित लक्षित संदेश दिए। पांच कार्यक्रमों में यह संदेश, सरकार के सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा घर घर जाकर दिए गए, जबकि प्रचार कार्यक्रम में समुदाय के भीतर से प्रशिक्षित परिवर्तनकर्ताओं का इस्तेमाल किया गया। दिशा कार्यक्रम ने महिलाओं के लिए शैक्षिक सत्रों के माध्यम से अपना संदेश दिया जबकि MiM कार्यक्रम और आपातकालीन गर्भनिरोधक का उन्नत प्रावधान, दोनों ने क्लिनिक आधारित परामर्श और शिक्षा को शामिल किया।

उत्तर प्रदेश में प्रगति कार्यक्रम का अध्ययन लक्षित संदेश वितरण रणनीति का विवरण प्रदान करता है। गर्भावस्था और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान सात मुलाकातें की गईं, तीन

मुलाकातें गर्भावस्था के दौरान, तीन प्रसवोत्तर के दौरान और एक बच्चे के जन्म के दो दिन के भीतर थीं। हर मुलाकात के दौरान विशिष्ट, मानकीकृत संदेश दिए गए। बाद वाली हर मुलाकात पहली मुलाकात के संदेशों को सुदृढ़ करती और सेवाओं और वांछनीय प्रथाएं अपनाने का दस्तावेजीकरण करती {27}।

२) युवा विवाहित पुरुषों के लिए लक्षित संदेश
 पांच कार्यक्रमों ने इस रणनीति को अपनाया, और कार्यक्रमों के आठ उप समूह थे जिन्होंने युवा विवाहित महिलाओं के लिए लक्षित संदेश प्रदान किए। गर्भवती महिलाओं और प्रसवोत्तर महिलाओं और जिनका सबसे छोटा बच्चा दो साल से कम का था ऐसी महिलाओं के पतियों को संदेश का निशाना बनाया गया। उपर्युक्त कार्यक्रम को छोड़ कर सभी में संदेश व्यवस्थित समुदाय आधारित शैक्षिक सत्र में दिए गए। इसके अलावा, प्रचार और रेहया कार्यक्रमों में समुदाय से पुरुष परिवर्तनकर्ताओं के माध्यम से घर आधारित काउंसलिंग भी थी, जबकि अन्य दो कार्यक्रमों में घर पर उनकी पत्नियों से मिलने के दौरान पुरुषों की काउंसलिंग के लिए उपलब्ध किसी भी अवसर का इस्तेमाल किया गया। उपर्युक्त कार्यक्रम में पुरुषों के लिए संदेश क्लिनिक के परिवेश में दिए गए।

३) सामुदायिक संघटन
 सामुदायिक संघटन रणनीतियां बड़े पैमाने पर समुदाय के

सदस्यों के व्यापक सामाजिक एकजुटता से लेकर युवा लोगों के परिवार के सदस्यों के बीच लक्षित जागरूकता कार्यक्रमों तक अलग अलग थीं। समीक्षित सात कार्यक्रमों (विलिनिक आधारित दो को छोड़कर) ने इस रणनीति का इस्तेमाल किया। लक्षित जागरूकता पैदा करने वाले कार्यक्रम सार्वत्रीय युवा विवाहित जोड़ों, परिवार के मुख्य बड़ों, और साथ ही समुदाय के नेताओं और राय प्रभावित करने वालों तक पहुँचे। मिस्त्र के तहसीन कार्यक्रम में प्रभावित करने के लिए एक महत्वपूर्ण लक्ष्य समूह के रूप में धार्मिक नेता थे।

संचार के अलग अलग तरीके और उपकरणों – समूह की बैठकें, रंगमंच, दीवार पेंटिंग, पर्चे और पुस्तिका, टी.वी. और रथानीय रेडियो पर एयरटाइम पर विज्ञापन स्पॉट – का इस्तेमाल किया गया। मिस्त्र में, सरकार के शिक्षा विभाग द्वारा आयोजित साक्षरता कक्षाओं में जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने पर संरेश दिया गया, और कृषि और सिंचाई विस्तार कार्यकर्ताओं को किसानों तक संदेश का प्रसार करने के लिए प्रशिक्षित किया गया।

४) स्वास्थ्य और संबद्ध सेवा प्रदाताओं के साथ जुड़ाव

स्वास्थ्य और संबद्ध सेवा प्रदाताओं के साथ जुड़ाव में स्वास्थ्य और अन्य संबंधित विभागों (जैसे महिला एवं बाल कल्याण विभाग) के साथ मंत्रणा बैठकें, और सार्वजनिक और निजी, औपचारिक और अनौपचारिक स्वास्थ्य क्षेत्रों से स्वास्थ्य और संबद्ध सेवा प्रदाताओं को प्रशिक्षण शामिल हैं। यह रणनीति छह कार्यक्रमों – पांच भारत से और एक नेपाल से **HTSP** कार्यक्रम – द्वारा अपनाई गई थी। भारत और नेपाल में **HTSP** कार्यक्रमों और प्रगति कार्यक्रम में, सरकार ने सेवा प्रदाताओं, विशेष रूप से अगली पंक्ति के श्रमिकों को, सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली के अंदर जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के संदेशों को मुख्यधारा में लाने के लिए रणनीति के हिस्से के रूप में प्रशिक्षित किया गया। फिर प्रशिक्षित श्रमिकों को युवा विवाहित महिलाओं और पुरुषों तक जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के लक्षित संदेश पहुँचाने की जिम्मेदारी सौंपी गई। ऐसी सोच ने रणनीति को बड़े पैमाने पर ले जाने में मदद की।

तीन कार्यक्रमों – प्रचार, रेहया और दिशा – में ध्यान निजी क्षेत्र स्वास्थ्य प्रदाताओं के प्रशिक्षण पर केंद्रित था, जिसमें अनौपचारिक प्रदाता और पारंपरिक जन्म परिचारक, और गैर सरकारी संगठनों के सामुदायिक कार्यकर्ता शामिल हो सकते थे। नेपाल **HTSP** कार्यक्रम ने सार्वजनिक और निजी दोनों स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को प्रशिक्षित किया।

५) सरकारी स्वास्थ्य के क्षेत्र के अंदर जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के संदेशों और सेवाओं को मुख्यधारा में लाना

भारत और नेपाल में **HTSP** परियोजनाओं और भारत में प्रगति परियोजना ने जन्म में अंतर रखने के उपायों को लागू करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली और सेवा प्रदाताओं के साथ काम किया। यह कार्य सभी संभावित कार्यक्रमों और कार्यकर्ताओं के माध्यम से किया गया था: उदाहरण के लिए, भारत में, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और एकीकृत बाल विकास योजना (आई.सी.डी.एस.) के शिशु देखभाल कार्यकर्ताओं दोनों को प्रशिक्षित और कार्यान्वयन में शामिल किया गया।

मिस्त्र के तहसीन कार्यक्रम में, एक मास्टर स्ट्रोक **OBSI** को आर.एच./एफ.पी. क्लीनिकल सेवा के प्रावधान के लिए नेशनल क्लीनिकल मानकों में शामिल करवा रहा था जो न केवल सार्वजनिक क्षेत्र में बल्कि निजी और एन.जी.ओ. क्षेत्रों में नैदानिक अभ्यास मानकों को निर्देशित करता है। एक और सफलता **OBSI** संदेशों का पूर्व-सेवा के पाठ्यक्रम के साथ साथ सेवा—में स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ एकीकरण थी।

६) उच्च स्तरीय पैरवी

नेपाल **HTSP** कार्यक्रम और तहसीन कार्यक्रम के मूल्यांकन एक स्पष्ट रणनीति के रूप में उच्च स्तरीय पैरवी का उल्लेख करते हैं। नेपाल में, केंद्रीय प्रजनन स्वास्थ्य समिति के सदस्यों और परिवार नियोजन पर राष्ट्रीय तकनीकी कार्य समूह के साथ सामने आई कई चुनौतियों सहित हस्तक्षेप, और उसकी प्रगति के बारे में जानकारी बांटने के लिए बैठकें आयोजित की गईं।

मिस्त्र में, ऑप्टिमल बर्थ स्पेसिंग इंटरवेल (**OBSI**) यानि जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के बारे में एक आम

तालिका 4. जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने को बढ़ावा देने वाले कार्यक्रमों की प्रभावशीलता, इस्तेमाल की गई रणनीतियां और प्रमाणों की मजबूती।

| क्रम. सं | कार्यक्रम का नाम | रणनीतियाँ | प्रभावशीलता | प्रमाण की गुणवत्ता |
|----------|--|-----------|-----------------------------|--------------------|
| 1. | तहसीन ((CATALYST project), मिस्र | 3,5,6 | जगरूकता बढ़ावने में प्रभावी | C1 |
| 2. | सेवा प्रदानगी परियोजना के विस्तार के माध्यम से एच.टी.एस.पी. (HTSP) द्वारा लागू नेपाल | 1,3,4,5,6 | प्रभावी | B |
| 3. | अनचाहे गर्भ को रोकने के लिए आपातकालीन गर्भनिरोधक का उन्नत प्रावधान, चीन | 1 | प्रभावी नहीं | A |
| 4. | एच.टी.एस.पी. (HTSP) परियोजना, उत्तर प्रदेश, भारत | 1,2,3,4,5 | प्रभावी | B |
| 5. | प्रगति, उत्तर प्रदेश, भारत | 1,2,3,4,5 | प्रभावी | C1 |
| 6. | प्रचार (PRACHAR)] बिहार, भारत | 1,2,3,4 | प्रभावी | B |
| 7. | दिशा (DISHA)] बिहार और झारखण्ड, भारत | 1,3,4 | प्रभावी | B |
| 8. | रेहया (RHEYA), दिल्ली, मध्य प्रदेश और तमिलनाडु, भारत | 1,2,3,4 | प्रभावी | B |
| 9. | मातृत्व में पुरुष (Men in Maternity - MiM), दिल्ली, भारत | 1,2 | प्रभावी | B |

स्रोत: [22-31]

रणनीतियाँ: 1 = युवा विवाहित महिलाओं के लिए लक्षित संदेश 2 = युवा विवाहित पुरुषों के लिए शैक्षिक और काउंसलिंग हस्तक्षेप 3 = सामुदायिक संघटन 4 = स्वास्थ्य और संबद्ध सेवा प्रदाताओं (सरकार और/या निजी क्षेत्रों) के साथ जुड़ाव 5 = जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के संदेशों और सेवाओं को सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्र की मुख्यधारा में लाना 6 = उच्च स्तरीय पैरवी

प्रमाण की गुणवत्ता: A = प्रयोगात्मक डिजाइन B = अर्ध प्रयोगात्मक डिजाइन C1 = अध्ययन से "पहले-बाद" में

सहमति कायम करने के लिए एक ठोस रणनीति में परिवार नियोजन और मातृ एवं बाल स्वास्थ्य क्षेत्र से प्रमुख नीति निर्माताओं के साथ जुड़ाव शामिल था।

रणनीतियों की प्रभावशीलता

निम्नलिखित संकेतक सामान्यतः कार्यक्रमों के प्रभाव के संकेतकों के रूप में अध्ययन के द्वारा इस्तेमाल किए गए हैं: नियंत्रित या तुलना समूह के मुकाबले हस्तक्षेप समूह में एक बच्चे वाली महिलाओं या प्रसवोत्तर महिलाओं के बीच गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में महत्वपूर्ण सांख्यिकीय वृद्धि; और नियंत्रित या तुलना समूह के मुकाबले हस्तक्षेप समूह में औसत जन्म अंतराल में महत्वपूर्ण सांख्यिकीय वृद्धि। चीन का अध्ययन हस्तक्षेप में एक वर्ष में प्रसवोत्तर गर्भावस्था की दर के मुकाबले आंकलन के लिए नियंत्रित समूह को संकेत के रूप में उपयोग करता है। अध्ययनों में जन्म में अंतर रखने की दिशा में सही ज्ञान और/या उचित

दृष्टिकोण के साथ लक्षित जनसंख्या के अनुपात में परिवर्तन के संकेतकों का भी इस्तेमाल किया गया है।

नौ मूल्यांकनों में से केवल एक में प्रायोगिक अध्ययन के डिजाइन को अपनाया गया, छह में पूर्व-पश्चात मूल्यांकन के साथ एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन डिजाइन को अपनाया गया, और दो अध्ययनों में पहले-बाद की पद्धति का इस्तेमाल किया गया। सभी अध्ययनों में नहीं लेकिन एक को अपने घोषित उद्देश्यों को प्राप्त करने में प्रभावी पाया गया।

तहसीन परियोजना में, जिसमें सामुदायिक संघटन और उच्च स्तरीय पैरवी को इस्तेमाल किया गया था, उसमें परियोजना द्वारा उत्पादित नाटकों को देखने वालों में उनके OBSI अंतराल की जानकारी में 27% से 60% तक, धार्मिक नेताओं में 19% से 98% की वृद्धि हुई। साक्षरता



कक्षाओं में भाग लेने वाले पुरुषों में **OBSI** के बारे में जानकारी के साथ साथ माँ और भ्रूण को इससे होने वाले फायदे के बारे में जानकारी में वृद्धि दिखाई दी। 1% के स्तर पर सभी सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण वृद्धि थी, लेकिन बिना किसी तुलना समूह के अध्ययन पहले-बाद वाला पद्धति का अध्ययन था, ताकि विशेष रूप से इस हस्तक्षेप में परिवर्तन विशेषताओं को सक्षम किया जा सके।

नेपाल **HTSP** परियोजना में पाया गया है कि नियंत्रित क्षेत्र में महिलाओं के एक तुलनीय समूह के 63% की तुलना में हस्तक्षेप क्षेत्र में 84% महिलाएं 7–15 महीने प्रसव के पश्चात गर्भनिरोधक विधि का उपयोग कर रही थीं। नब्बे प्रतिशत महिलाएं लैकटेशनल ऐम्नोरिया विधि को पहली विधि के रूप इस्तेमाल कर रही थीं और बाद में उन सभी ने आधुनिक गर्भनिरोधक विधि को अपना लिया। इस कार्यक्रम ने पुरुषों को लक्षित नहीं किया था, लेकिन ऐसा लगता है कि उन्होंने अपने उद्देश्यों को हासिल कर लिया है।

चार भारतीय कार्यक्रम – **HTSP** परियोजना, प्रगति, प्रचार, और **RHEA** – ने रणनीतियों के इसी तरह के मिश्रण को अपनाया – महिलाओं और उनके पतियों को शिक्षा और काउंसलिंग, सामुदायिक संघटन और जुड़ाव के साथ स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को प्रशिक्षण। इन सभी को प्रभावी पाया गया है, और इनमें से तीन में मजबूत प्रमाण हैं। भारत में **HTSP** परियोजना ने हस्तक्षेप समूह में जन्म में

अंतर रखने और प्रसव के पश्चात गर्भनिरोधकों के उपयोग दोनों के बारे में जानकारी में सफलतापूर्वक वृद्धि की है। तुलना समूह में 30% के मुकाबले हस्तक्षेप समूह में सत्तावन प्रतिशत महिलाएं प्रसव के पश्चात नौ महीने पर गर्भनिरोधक विधि का उपयोग कर रही थीं। साथ ही, तुलना समूह में 45% गर्भनिरोधक उपयोग न करने वालों के मुकाबले हस्तक्षेप समूह में 24% महिलाएं प्रसव के पश्चात नौ महीने पर गर्भनिरोधक विधि का उपयोग नहीं कर रही थीं। हस्तक्षेप समूह में, सबसे आम विधि कंडोम (41%) उसके बाद पारंपरिक विधियां (20%) और आई.यू.सी.डी. (2%) थीं।

हस्तक्षेप के अंत में प्रगति कार्यक्रम ने तीनों हस्तक्षेप क्षेत्रों में प्रसवोत्तर महिलाओं में गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में – मुरादाबाद में 17% से 27%, ललितपुर में 12% से 27% और बलिया में 9% से 33.9% – महत्वपूर्ण वृद्धि दर्ज की। गर्भावस्था और प्रसवोत्तर के दौरान विशेष समय के अनुरूप संदेश बनाने के मामले में यह एक अद्वितीय हस्तक्षेप था, लेकिन तुलना समूह के अभाव के कारण दृढ़तापूर्वक यह कहना कठिन है कि यह वृद्धि हस्तक्षेप का प्रत्यक्ष परिणाम था न कि किसी अन्य अंतर्निहित या हस्तक्षेप कारक का।

प्रचार कार्यक्रम में हस्तक्षेप क्षेत्र में एक बच्चे वाली महिलाओं के बीच गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में – बेसलाइन पर 6% से एण्ड लाइन पर 25% – एक उल्लेखनीय वृद्धि पाई गई है। यह वृद्धि भी तुलना क्षेत्र के मुकाबले काफी अधिक थी। **RHEA** कार्यक्रम जिसने यही पद्धति अपनाई थी दर्शाता है कि एण्ड लाइन पर पहले और दूसरे जन्मों के बीच औसत अंतराल तुलना क्षेत्र में 33.9 महीने के मुकाबले हस्तक्षेप क्षेत्र में 35.2 महीने था, जो सांख्यिकीय रूप से एक महत्वपूर्ण अंतर है।

दिशा परियोजना में विशेष रूप से पतियों को लक्षित कर हस्तक्षेप नहीं किए गए थे, उन्होंने महिलाओं, समुदाय, और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ काम किया। इनका प्रजनन स्वास्थ्य और जीवन कौशल शिक्षा के साथ युवा अविवाहित महिलाओं और पुरुषों को लक्षित कर एक शैक्षिक हस्तक्षेप भी था। अविवाहित युवा लोगों के साथ हस्तक्षेप से ऐसा देखा गया है कि यह शादी के बाद व्यवहार को प्रभावित करता है। दिशा

शिक्षा कार्यक्रम के संपर्क में न रहने वाले युवाओं की तुलना में संपर्क में रहने वाले युवाओं में 60% से अधिक में शादी के बाद गर्भनिरोधक उपयोग की संभावना देखी गई है।

प्रगति और HTSP परियोजनाओं द्वारा इस्तेमाल सरकारी स्वास्थ्य के क्षेत्र में जन्म में अंतर रखने को बढ़ावा देने वाली गतिविधियों को मुख्यधारा में लाने की रणनीति, में दीर्घोपयोगी और सस्ते में बड़े पैमाने पर जाने की क्षमता है और इसके लिए आगे जाँच करने की जरूरत है।

डपड कार्यक्रम ने गर्भवती महिलाओं और उनके पतियों के साथ काउंसलिंग, शिक्षा और सेवा के प्रावधान के साथ विलिनिक के परिवेश में हस्तक्षेप किया। यह रणनीति भी प्रभावी पाई गई। प्रसव-पश्चात 6–9 महीने पर तुलना समूहों के मुकाबले हस्तक्षेप समूहों में गर्भनिरोधक का उपयोग काफी अधिक था। उपयोग न करने वालों में, तुलना समूह के मुकाबले गर्भनिरोधक का उपयोग करने का इरादा रखने वाली महिलाएं हस्तक्षेप समूह में काफी अधिक थीं। पुरुषों में ऐसा कोई संबंध नहीं पाया गया।

चीन में, प्रसवोत्तर महिलाओं को आपातकालीन गर्भनिरोधक का उन्नत प्रावधान, जहाँ आपातकालीन गर्भनिरोधकों के उपयोग में वृद्धि कर रहा है, अनायास गर्भधारण और प्रेरित गर्भपत के खतरे में कमी नहीं आ रही है। नियंत्रित समूह की तुलना में

हस्तक्षेप समूह की महिलाओं में 1 वर्ष के अंत में गर्भावस्था दरों में कोई अंतर नहीं था।

इस प्रमाण की जांच से दो अस्थाई निष्कर्ष उभरते हैं। एक, जन्म में अंतर को बढ़ावा देने के प्रभावी कार्यक्रम के लिए जन्म में अंतर पर महिलाओं और उनके पतियों के साथ व्यापकता से काम करने के साथ साथ सामुदायिक समर्थन और स्वास्थ्य कार्यकर्ता क्षमता निर्माण एक संभावित रणनीतियों का कारगर मिश्रण हो सकता है। इसके अंदर, पुरुषों के साथ काम करने के महत्व की आगे पढ़ताल करने की जरूरत है। कुछ हस्तक्षेप जो पतियों के लिए विशेष रूप से लक्षित हस्तक्षेप करे बिना सामुदायिक संघटन के हिस्से के रूप में पुरुषों को शामिल करते हैं, उनमें भी प्रभावी परिणाम प्राप्त होने लगते हैं, और आगे इसके कारणों की जांच करने की जरूरत है।

दूसरा अस्थाई निष्कर्ष है, कि डपड कार्यक्रम जैसे विलिनिक आधारित हस्तक्षेपों में संभावना है, और उनमें ध्यान केंद्रित होने, कम संसाधन खर्च, और इनकी कठोर निगरानी और मूल्यांकन किए जा सकने का फायदा है।

अधिक हस्तक्षेप अध्ययनों की जरूरत है, जो इन तरीकों के साथ प्रयोग करें, जिससे प्रभावशीलता का एक बेहतर विश्लेषण हो सकेगा।

REFERENCES

1. World Health Organization. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva, WHO, 2006.
2. Conde-Agudelo A, Belizán JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *British Medical Journal* 2000;321:1255–1259.
3. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;192(2):342–9
4. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes. *Journal of the American Medical Association*. 2006; 295(15):1809–23.
5. DaVanzo J, Hale L, Razzaque A, Rahman M. Effects of inter-pregnancy interval and

- outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007;114:1079–87.
6. Razzaque A, Da Vanzo J, Rahman M, Gausia K, Hale L, Khan M, et al. Pregnancy spacing and maternal morbidity in Matlab, Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 89(1):S41–S49.
 7. Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005; 89(1):S7–S24.
 8. Galloway R. Integrating family planning and counseling on nutrition for children 6-23 months. 2011 [accessed January 10 2013]. Available from: http://www.esdproj.org/site/DocServer/FP-MNCH-Nutrition_Integration_Conference_Report_7.12.11_.pdf?docID=4161.
 9. Rahman M., Akhter HH, Khan Chowdhury ME, Yusuf HR, Rochat RW. Obstetric deaths in Bangladesh, 1996–1997. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; 77(2):161–169.
 10. Yohannes S, Wondafrash M, Abera M and Girma E. Duration and determinants of birth interval among women of childbearing age in Southern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011; 11: 38.
 11. World Bank. *Unmet need for contraception*. Washington DC. The World Bank, 2010.
 12. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*. Mumbai, IIPS, 2007.
 13. Jones RK, Singh S, Finer LB and Frohwirth LF. Repeat abortion in the United States. New York, Guttmacher Institute, 2006. Occasional Report 29.
 14. Basu AM. Girls' schooling, autonomy and fertility change: what do these words mean in South Asia. In Jeffer R and Basu AM (eds) *Girls' schooling, women's autonomy and fertility change*. New Delhi, Sage, 1996: 48-72.
 15. Visaria L. Regional variations in female autonomy, fertility and contraception in India. In Jeffer R and Basu AM (eds) *Girls' schooling, women's autonomy and fertility change*. New Delhi, Sage, 1996: 235-268.
 16. Singh K, Bloom S, Ong Tsui A. Husbands' reproductive health knowledge, attitudes, and behaviour in Uttar Pradesh, India. *Studies in Family Planning* 1988;29:388–99.
 17. Stephenson T, Tsui AS. Contextual influences on reproductive health services in Uttar Pradesh, India. *Studies in Family Planning* 2002; 33: 309-320.
 18. Foundation for Research in Health Systems (FRHS). *Community involvement in reproductive health: findings from research in Karnataka, India* [Internet]. Washington, DC, Population Council, 2004. [accessed January 6 2013]. Available from: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_RH_Small%20Grant.pdf
 19. Gandotra M. Contraceptive choice, shift and use continuation: a prospective study in Gujarat. *The Journal of Family Welfare*. 1990;36(3):54–69.

20. BASICS III. *Healthy Timing and Spacing of Pregnancy (HTSP) : End of Project Report*. [Internet]. USAID/BASICS, 2005. [accessed January 6 2013]. Available from: http://www.basics.org/reports/FinalReport/HTSP-Final-Report_BASICS.pdf
21. CATALYST Consortium. *End-of-Project Report* [Internet]. USAID/CATALYST Consortium, 2005. [accessed Jan 16 2013]. Available from: pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACG357.pdf
22. Berhane E, Dupont V. *The TAHSEEN model for reaching the urban poor in Egypt. A promising practice* [Internet]. USAID/Extending Service Delivery Project; 2007 May. Report No.: 3 [accessed January 5 2013]. Available from: http://www.esdproj.org/site/DocServer/TAHSEEN_Urban_Poor_Model_7_12_07_Final.pdf?docID=601
23. Pathfinder International. *Nepal: reaching the urban poor with family planning/HTSP messages* [Internet]. Pathfinder International/Extending Service Delivery Project; Report No.: 3601 [accessed January 6 2013]. Available from: http://www.esdproj.org/site/DocServer/ESD_Legacy_Nepal.pdf?docID=3601
24. Hua X, Cheng L, Hua X, Glasier A. Advanced provision of emergency contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomized controlled trial. *Contraception* 2005; 72:111-116
25. Khan ME, Sebastian MP, Sharma U et al. *Promoting Healthy Timing and Spacing of Births in India through a Community-based Approach*. New Delhi , Frontiers Program, 2010.
26. Sebastian MP, Khan ME, Kumari K and Idnani R. Increasing Postpartum Contraception in Rural India: Evaluation of a Community-Based Behavior Change Communication Intervention. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(2):68-77.
27. World Vision United States and India. *The Right Messages – To the Right People – At the Right Time*. New Delhi, World Vision, 2008
28. Daniel EE, Masilamani R, Rahman M. The effect of community-based reproductive health communication interventions on contraceptive use among young married couples in Bihar, India. *International Family Planning Perspectives* 2008; 34(4):189–97.
29. Mathur S, Malhotra A, DasGupta S, Mukherjee S, Kanesathasan A. *Should interventions address the full complexity of transitions to adulthood? Lessons from a program experience in India*. 2009 [Internet]. [accessed Dec 25 2012]. Available from: <http://iussp2009.princeton.edu/papers/93085>
30. Wilder J, Masilamani R, Mathews A. Reproductive health of young adults in India: The road to public health. Pathfinder International/India; 2006 Sep.
31. Varkey, L C, Mishra A, Das A et al. *Involving men in maternity care in India* [Internet]. Washington, DC: Population Council, 2004; [accessed Jan 6, 2013]. Available from: <http://www.popcouncil.org/frontiers/frontiersfinalrpts.html>



अध्याय 5

परिवार नियोजन सेवाओं

की गुणवत्ता में सुधार

परिचय

बहरहाल परिवार नियोजन के उपयोगकर्ताओं ने गर्भनिरोधक उपयोग में “देखभाल की गुणवत्ता” को शायद हमेशा केंद्रीय माना है, लेकिन देखभाल की खराब गुणवत्ता परिवार नियोजन कार्यक्रमों की प्रगति में बाधा हो सकता है। इस बढ़ते अहसास के परिणामस्वरूप केवल 1980 के दशक के बाद परिवार नियोजन कार्यक्रमों में यह अध्ययन और चर्चा का एक मुद्दा बना।

परिवार नियोजन में देखभाल की गुणवत्ता का मूल्यांकन करने के लिए सबसे पहले मानक और मानदंड निर्धारित करने वाला ढाँचा ब्रूस-जैन ढाँचा है {1-2}।

ढाँचा सेवा वितरण के स्तर पर गुणवत्ता के साथ संबंधित है, और देखभाल की गुणवत्ता के बहुआयामी प्रकृति को समझने के लिए छह तत्वों की रूपरेखा देता है।

- विधियों का चुनाव** – एक विश्वसनीय आधार पर कई सारी गर्भनिरोधक विधियों का दिया जाना; प्रमुख उपसमूहों (आयु, लिंग, स्तनपान करने वाली महिलाओं) की आवश्यकताओं को पूरा करने वाली विधियों का दिया जाना, जन्मों अंतर बढ़ाने/सीमित करने के इच्छुक जोड़ों के लिए संतोषजनक विकल्प; विधियों पर कोई अनावश्यक प्रतिबंध नहीं।
- ग्राहकों को दी गई जानकारी** – सेवा के लिए बातचीत के दौरान ग्राहकों को जानकारी दी जाती है जिससे वे कुशलता और संतोष के साथ गर्भनिरोधक चुन और इस्तेमाल कर पाते हैं। इस बातचीत में विधि के प्रतिकूल संकेत, फायदे और नुकसान, चुने हुए तरीके को कैसे उपयोग करना है, संभावित दुष्प्रभावों, और सेवा प्रदाताओं से सतत देखभाल प्राप्त करने के बारे में जानकारी शामिल होती है।
- तकनीकी क्षमता** – प्रदाताओं की विलिनिक संबंधी तकनीकें, प्रोटोकॉल का पालन, और विलिनिक की परिस्थितियों में एसेप्सिस यानि संक्रमण से मुक्त रहने की अवस्था
- पारस्परिक संबंध** – समानुभूति की मात्रा, विश्वास/तालमेल, गोपनीयता/एकांतता, और ग्राहक की जरूरत के लिए प्रदाता की संवेदनशीलता।



- फौलोअप और निरंतरता को प्रोत्साहित करने के तरीके** – अच्छी तरह से वाकिफ उपयोगकर्ताओं/औपचारिक कार्यक्रम से निरंतर इस्तेमाल को प्रोत्साहित करना। तरीकों में मास मीडिया और ग्राहक आधारित फौलोअप (दोबारा आने के लिए तारीख निश्चित करना, ग्राहकों के घर जा कर मुलाकात करना) दोनों तरीके शामिल हो सकते हैं।
- उचित सेवाओं का समूह** – उस हद तक जहाँ तक यह परिवार नियोजन सेवाओं ग्राहकों के लिए सुविधाजनक और स्वीकार्य हों। यह उनकी पहुँच की सुविधा (दूरी, समय, लागत) और अन्य सेवाओं (लम्बवत, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं, व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत) के साथ एक हद तक एकीकरण {1-2}।

देखभाल की गुणवत्ता और गर्भनिरोधक का उपयोग

कई अध्ययनों से संकेत मिलता है कि गुणवत्ता की समझ एक गर्भनिरोधक विधि अपनाने से संबंधित निर्णय प्रभावित करती है। उदाहरण के लिए, बांग्लादेश में महिलाओं के एक लम्बे अध्ययन में पाया गया कि जिन लोगों को लगा कि उन्हें क्षेत्र के कार्यकर्ताओं से देखभाल की अच्छी गुणवत्ता प्राप्त हुई उनमें ऐसा न लगने वालों की तुलना में गर्भनिरोधक विधि अपनाने की संभावना काफी अधिक थी। कुछ 3632 महिलाएं जो बेसलाइन पर गर्भनिरोधकों का उपयोग नहीं कर रही थीं और जिनसे क्षेत्र की महिला कार्यकर्ताओं ने मुलाकात की, 30 महीने की अवधि तक उनका फौलोअप किया गया। उत्तर देने वालों से पूछा गया

कि क्षेत्र के कार्यकर्ता से प्राप्त देखभाल की गुणवत्ता के बारे में उनका क्या सोचना था। बहुमिन्स्टरी विश्लेषणों से पता चला कि अगले 30 महीनों के भीतर गर्भनिरोधक विधि न अपनाने वाली महिलाओं की तुलना में पारस्परिक तालमेल से मापी गई देखभाल का उच्च स्तर बताने वाली महिलाएं 27% अधिक थीं।

तंजानिया में देखभाल गुणवत्ता के बारे में सोच और गर्भनिरोधकों अपनाने के बीच संबंध एक पूरी तरह से अलग परिवेश में पाया गया। उपलब्ध परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता पर सामुदायिक सोच को प्रत्येक समुदाय में कई सारे मुख्य सूचना देने वालों के साक्षात्कार के द्वारा मापा गया [4] प्रत्येक सूचना देने वाले से दो सवाल पूछे गए: एक विशिष्ट परिवार नियोजन केंद्र की गुणवत्ता का वर्णन ज्यादातर महिलाएं (या पुरुष) कैसे करेंगे और एक से पाँच के पैमाने पर उस सुविधा केंद्र के बारे में महिलाओं (या पुरुष) के समूचे प्रभाव को वे कैसे अंकित करेंगे। सूचना देने वालों ने सुविधा केंद्र पर पहुँच, और यात्रा के समय पर जानकारी दी। इस जानकारी को तंजानिया डी.एच.एस.के लिए एकत्र परिवार नियोजन के व्यक्तिगत व्यवहार और परिवारिक पृष्ठभूमि के आँकड़ों के साथ जोड़ा गया था। जहाँ गुणवत्ता को बेहतर माना गया वहाँ महिलाओं के बीच गर्भनिरोधक उपयोग का स्तर अधिक था और जहाँ गुणवत्ता को खराब माना गया वहाँ कम था। समुदाय के स्तर पर मापे गए कारकों में से केवल गुणवत्ता का गर्भनिरोधक के उपयोग पर महत्वपूर्ण प्रभाव था।

देखभाल की गुणवत्ता भी इस बात की एक महत्वपूर्ण निर्धारक है कि कोई व्यक्ति जो शुरू में एक गर्भनिरोधक विधि अपनाता है वह इसका इस्तेमाल जारी रखेगा कि नहीं। फिलीपीन्स में किए गए अध्ययन में ग्राहकों को मिलने वाली परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता की धारणा के लगातार गर्भनिरोधक इस्तेमाल करने के साथ संबंध की जांच की गई। देखभाल की गुणवत्ता का मूल्यांकन पांच आयामों का प्रतिनिधित्व करने वाले 24 संकेतकों के उपयोग द्वारा किया गया था: ग्राहक की जरूरत के आकलन, दी गई जानकारी, पेश किए गए विकल्प, क्या प्रदाता ने ग्राहक का इलाज अच्छी तरह किया, और क्या महिला को

फौलोअप सेवाओं के साथ जोड़ा गया था। देखभाल के पाँच पहलुओं को जोड़ कर एक संयुक्त परिवर्तनशील संयोजन कुल गुणवत्ता को दर्शाता है। अध्ययन में पाया गया है कि अपनाने के बाद 16 महीनों तक गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल जारी रखना महत्वपूर्ण रूप से देखभाल की गुणवत्ता के साथ जुड़ा हुआ था। गुणवत्ता देखभाल को कम, मध्यम और उच्च बताने वाली महिलाओं में इस्तेमाल जारी रखने की संभावना क्रमशः 55%, 62% और 67% थी [5]। मिस्र में 2003 अंतरिम जनसांख्यिकीय और स्वास्थ्य सर्वेक्षण के आँकड़ों का विश्लेषण करने वाले एक अध्ययन में पाया गया है कि तर्क से अलग अस्थिर चीजों को नियंत्रित करने के बाद सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य सुविधाओं का इस्तेमाल करने वाली महिलाओं में गर्भाशय के अदरं लगाया वाला यंत्र (आई.यू.सी.डी.) का प्रयोग महत्वपूर्ण रूप से सेवाओं की गुणवत्ता से संबंधित था। देखभाल की गुणवत्ता को चार आयामों के संदर्भ में परिभाषित किया गया था: काउंसलिंग, जांच कक्ष, गर्भनिरोधक तरीकों की आपूर्ति और प्रबंधन [6]।

अन्य अध्ययनों में गर्भनिरोधक इस्तेमाल जारी रखना देखभाल की गुणवत्ता के विशिष्ट पहलुओं के साथ संबंधित पाया गया है। उदाहरण के लिए, इंडोनेशिया में एक हजार से अधिक महिलाओं के एक अध्ययन में पाया गया है कि तर्क से अलग अस्थिर चीजों को नियंत्रित करने के बाद, अपनी पसंद की विधि प्राप्त करने वाली महिलाओं में उपयोग जारी रखने की संभावना अधिक है बजाय उनके जिन्हें अपनी पसंद की विधि प्राप्त नहीं हुई। अपनी पसंद की विधि न मिलेन वाली महिलाओं में 72% के मुकाबले अपनी पसंद की विधि मिलने वाली महिलाओं में उपयोग बंद करने की दर केवल 9% थी [7]। लगता है विधि के संभावित दुष्प्रभावों के बारे में प्रदाता द्वारा दी गई अपर्याप्त जानकारी गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल जारी रखने की दरों को प्रभावित करने का एक और महत्वपूर्ण आयाम है। नाइजर और गाम्बिया में गर्भनिरोधक बंद करने पर एक अध्ययन में बताया कि नाइजर में अपर्याप्त काउंसलिंग प्राप्त करने वाली 37% महिलाओं के मुकाबले पर्याप्त काउंसलिंग प्राप्त करने वाली केवल 19% महिलाओं ने गर्भनिरोधक का इस्तेमाल बंद किया। तदनुसार, गाम्बिया के लिए आँकड़े क्रमशः 51% और 14% थे [8]।



भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम में सेवाओं की गुणवत्ता

पैमाने और क्षमता में महत्वाकांक्षी, भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम, गर्भनिरोधक प्रचलन दरों में महत्वपूर्ण वृद्धि प्राप्त करने और कई राज्यों में प्रजनन क्षमता में तेजी से कठोरी को प्रभावित करने में सफल रहा है। हालाँकि, पहले की उपलब्धियों उपयोगकर्ता को उच्च गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने की कीमत पर थीं।

भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम में देखभाल की गुणवत्ता पर अध्ययन के पहले संकलन के लिए अपने परिचय में, कोनिंग (1999) ने कहा कि इस कार्यक्रम की विशेषता “संख्या के लिए परमावश्यक चिंता” थी – गर्भनिरोधकों के स्वीकारकर्ताओं के और विशेष रूप से, नसबंदी मामले में। पूरा कार्यक्रम परिवार नियोजन की स्वीकृति के लिए लक्ष्यों द्वारा प्रेरित था जिसे सेवा प्रदाताओं को दंडात्मक कार्रवाई के डर से पूरा करना था। इससे प्रदाताओं का ध्यान देखभाल की गुणवत्ता पर कम रहा और वे लक्ष्य पूरा करने की चिंता में लगे रहे। दोरों अध्ययन बुनियादी ढांचे और उपकरण, विधियों के सीमित विकल्प, नैदानिक प्रोटोकॉल के अभाव, संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं के चौंकाने वाले लापरवाही के मामले और महिलाओं गर्भनिरोधक का उपयोग करना चाहिए या नहीं इसके संबंध में प्रदाता–निर्देशित निर्णय के रूप देखभाल की खराब गुणवत्ता के गवाह हैं [9]।

1997 में शुरू किए गए प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम ने परिवार की व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य जरूरतों को संबोधित करने की दिशा में एक बदलाव का वादा किया। देखभाल की गुणवत्ता में एक स्पष्ट ध्यान केंद्रित किया गया था, और गर्भनिरोधक स्वीकृति के लिए लक्ष्यों को ‘सामुदायिक आवश्यकता आंकलन’ दृष्टिकोण द्वारा प्रतिस्थापित किया जाना था। इसके आधार पर ग्राहकों की जरूरतों का मूल्यांकन और स्थानीय स्तर पर कार्यक्रम के लक्ष्यों को निर्धारित किया जाना था। परिप्रेक्ष्य बदलाव का प्रारंभिक आंकलन उत्साहजनक नहीं था। एक गैर सरकारी संस्था द्वारा एक रिपोर्ट के अनुसार, सरकार के साथ मिलकर काम करने वाले गैर सरकारी संस्थाओं को सामुदायिक आवश्यकता आंकलन अपनाने की अनुमति नहीं दी जाती थी और उन्हें लक्ष्य दिए जाते थे [10]।

हाल ही में परिवार नियोजन सेवाओं में देखभाल की गुणवत्ता पर कुछ अध्ययन किए गए हैं। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3 के अँकड़े देखभाल की गुणवत्ता अर्थात् सूचित पसंद के विशिष्ट आयामों से संबंधित कुछ संकेत देते हैं। गर्भनिरोधकों के मौजूदा उपयोगकर्ताओं में एक तिहाई (32.2%) से कम को उनके द्वारा इस्तेमाल की जाने वाली या इस्तेमाल की जा रही विधि के प्रभावों या समस्याओं के बारे में सूचित किया गया था। इससे भी कम (26%) को बताया गया था कि अगर वे दुष्प्रभावों का अनुभव करें तो उन्हें क्या करना

होगा। अलग अलग विधियों के विकल्प पेश करने के मामले में, केवल 28% उपयोगकर्ताओं को स्वास्थ्य और परिवार नियोजन कार्यकर्ता द्वारा अन्य इस्तेमाल किया जा सकने वाले तरीकों बारे में बताया गया था [11]।

परिवार नियोजन सेवाओं में देखभाल की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए मूल्यांकित हस्तक्षेप

परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार के लिए सेवा प्रदानगी के परिवेश में कई अलग अलग नवीन दृष्टिकोणों को लागू किया गया है। ऐसे विभिन्न नवाचारों के 2003 में एक समीक्षा में निष्कर्ष निकला है कि गुणवत्ता में सुधार और उससे गर्भनिरोधक स्वीकृति और निरंतरता के परम उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए हस्तक्षेपों की प्रभावशीलता पर बहुत कम परिशुद्ध प्रयोगात्मक अध्ययन किए गए हैं [12]।

अन्य स्वास्थ्य और विकास सेवाओं के साथ परिवार नियोजन सेवाओं को एकीकृत करने की प्रभावशीलता 2010 में किए गए एक समीक्षा का विषय बनी। नौ कार्यक्रमों की पहचान की गई है जहाँ परिवार नियोजन को टीकाकरण कार्यक्रम, एच.आई.वी./एड्स कार्यक्रमों जैसी स्वास्थ्य सेवाओं और जल एवं स्वच्छता और माइक्रो क्रेडिट जैसे विकास कार्यक्रमों के साथ एकीकृत किया गया। समीक्षा में निष्कर्ष निकला है कि अन्य स्वास्थ्य सेवाओं के साथ परिवार नियोजन के एकीकरण का समर्थन करने के प्रमाण कमज़ोर बने रहे [40]।

अभी हाल ही में (2011) एक व्यवस्थित समीक्षा ने – परिवार नियोजन में क्या काम करता है – पर प्रमाण एकत्र करने का प्रयास किया [41]। इस समीक्षा में 63 अध्ययन शामिल हैं, जिसमें 42 परिवार नियोजन सेवाओं के लिए मांग पैदा करने के उद्देश्य वाले हस्तक्षेपों, और 21 सेवाओं की आपूर्ति में सुधार की जांच करने वाले हस्तक्षेपों के बारे में हैं। आपूर्ति पक्ष के 21 अध्ययनों में एक अध्ययन किशारों द्वारा सेवाओं के उपयोग को बढ़ाने के लिए एक वाउचर कार्यक्रम

पर था, नौ अध्ययन परिवार नियोजन सेवाओं को और अधिक सुलभ बनाने के हस्तक्षेपों पर थे इसमें समुदाय आधारित वितरण कार्यक्रम शामिल थे; और 11 अध्ययन, देखभाल की बेहतर गुणवत्ता जैसे विधि चुनाव का विस्तार, ग्राहक-प्रदाता बातचीत और देखभाल के एकीकृत वितरण सहित अन्य दृष्टिकोण में सुधार पर थे। कुल मिलाकर निष्कर्ष यह था कि सेवाओं के उपयोग को बढ़ावा देने वाले हस्तक्षेपों का परिवार नियोजन के परिणामों पर एक मजबूत सकारात्मक प्रभाव था, और गुणवत्ता में सुधार के प्रयास परिवार नियोजन ज्ञान, दृष्टिकोण और व्यवहार पर एक मामूली सकारात्मक प्रभाव दिखाते हैं।

वर्तमान समीक्षा

वर्तमान समीक्षा में हमने परिवार नियोजन सेवाओं में देखभाल की गुणवत्ता में वृद्धि करने के उद्देश्य वाले आपूर्ति पक्ष के हस्तक्षेपों को शामिल किया है²। अध्ययन के डिजाइन और गुणवत्ता के लिए शामिल मापदंड के अनुसार एक व्यवस्थित खोज में 27 प्रकाशित हस्तक्षेप अध्ययनों के मूल्यांकन अध्ययन मिले। छह अध्ययन भारत से थे {13–18}, छह दक्षिण एशिया से {19–24}, 12 अफ्रीका से {25–36} और अन्य तीन विकासशील देशों से {37–39}। नमूने के आकार और स्थान और निष्कर्ष के विवरण तालिका 1 में प्रस्तुत किए गए हैं।

लक्षित दर्शक

27 अध्ययनों में से, 16 महिलाओं और पुरुषों की आम जनता को संबोधित करते परिवार नियोजन हस्तक्षेप थे; 11 प्रजनन आयु की विवाहित महिलाओं के साथ हस्तक्षेप थे; तीन महिलाओं और पुरुषों के साथ हस्तक्षेप थे, जबकि एक एक हस्तक्षेप अकेले पुरुषों और योग्य दम्पतियों को संबोधित करने था। शेष 11 अध्ययनों में ऐसे हस्तक्षेपों की जांच की गई जो गर्भपात के बाद देखभाल (8 अध्ययन) या गर्भावस्था और प्रसव संबंधी देखभाल (3 अध्ययन) चाहने वाली महिलाओं के उद्देश्य से किए गए थे।

² हमने एच.आई.वी./एड्स सेवाओं के साथ परिवार नियोजन को एकीकृत करने वाले हस्तक्षेपों को शामिल नहीं किया है, जिनमें से अधिकाश्च अफ्रीकी परिवेश में स्थित हैं। एच.आई.वी./एड्स के साथ परिवार नियोजन को एकीकृत करने के सबके के लिए, ‘इंटिग्रेशन ऑफ एम.एन.सी.एच. एण्ड न्यूट्रिशन, एफ.पी. एण्ड एच.आई.वी.: फाइनल रिपोर्ट’ देखें। वॉशिंगटन डी.सी., ग्लोबल हैल्थ टेक्निकल असिस्टेंस प्रोजेक्ट, 2011।

अपनाई गई रणनीतियां

समीक्षित 27 कार्यक्रमों में गुणवत्तापूर्ण परिवार नियोजन सेवाओं की पहुँच में सुधार के लिए 10 में से एक या एक से अधिक और भी रणनीतियों को और अपनाया गया (तालिका 1)।

- 1) महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी
- 2) पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी
- 3) महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा
- 4) पुरुषों के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा
- 5) गर्भनिरोधक विकल्पों का विस्तार
- 6) देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए प्रदाता प्रशिक्षण
- 7) बेहतर संगठन, उपकरण, और आपूर्ति के माध्यम से सेवा प्रावधान का सुदृढ़ीकरण
- 8) परिवार नियोजन का गर्भपाता-पश्चात सेवाओं के साथ एकीकरण
- 9) परिवार नियोजन का मातृ स्वास्थ्य और प्रसव देखभाल के साथ एकीकरण
- 10) समुदाय का संघटन

ऊपरलिखित चार रणनीतियों को गुणवत्ता तत्व “सेवाओं की उचित समूह” के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है। एक और दो रणनीतियों में, समुदाय आधारित सेवा प्रावधान और गर्भनिरोधक वितरण के अलग अलग व्यापक हस्तक्षेप शामिल हैं, और आठ और नौ नम्बर की रणनीतियों में अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ परिवार नियोजन को एकीकृत किया गया है। पांच रणनीतियों: तीन से सात तक की रणनीतियों में – ग्राहक केंद्रित सेवाओं के लिए प्रशिक्षण और प्रदाता क्षमता निर्माण सहित स्वास्थ्य सुविधाओं के भीतर सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए प्रयास शामिल हैं। दसवीं रणनीति सेवा प्रदानगी में सुधार करने के लिए एक पूरक के रूप में समुदाय को गर्भनिरोधक इस्तेमाल करने के लिए प्रेरणा बनाए रखने और निरंतरता को प्रोत्साहित करने के एक साधन के रूप में जोड़ती है।



हालाँकि ऊपरलिखित कई रणनीतियों को “आपूर्ति पक्ष” की रणनीति के रूप में वर्गीकृत करना प्रथागत है, हमारा विश्वास है कि रणनीतियों को सख्ती से आपूर्ति और मांग पक्ष में श्रेणीबद्ध करना आसान नहीं होगा। इसका कारण यह कि देखभाल की बेहतर गुणवत्ता गर्भनिरोधक इस्तेमाल पर मुख्य रूप से ग्राहकों को सेवाओं के उपयोग के लिए प्रोत्साहित करके और गर्भनिरोध के लिए मांग को प्रभावित करने के माध्यम से प्रभावों डालती है।

9) महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी

दस कार्यक्रमों (ग्यारह अध्ययनों) में महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी शामिल थी। इन कार्यक्रमों में से सात में, यह मुख्य हस्तक्षेप रणनीति थी {13–15, 19–20, 22,24}। दो कार्यक्रमों में इसके साथ समुदाय संघटन शामिल था {26–27}, एक में पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम में {35} और एक उदाहरण में, समुदाय के शामिल होने के साथ साथ स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित हस्तक्षेप में यह व्यापक देखभाल गुणवत्ता सुधार कार्यक्रम के घटकों में एक थी {18}।

दो अलग अलग प्रकार की महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता थीं – एक में, समुदाय से स्थानीय महिलाओं को आउटरीच कार्यकर्ता के रूप में एक संक्षिप्त प्रशिक्षण के बाद प्रशिक्षित किया गया था, और दूसरे में, पैरामेडिकल

तालिका 1. अपनाई गई हस्तक्षेप रणनीतियां और देखभाल की गुणवत्ता और पहुँच में सुधार के लिए कार्यक्रमों के प्रभावशीलता

| क्रम. सं | अध्ययन | स्थान का देश | रणनीतियाँ | प्रभावशीलता | प्रमाण की मजबूती |
|----------|---------------------------|--|---|--|------------------|
| 1. | सेडपा (CEDPA) 1991 | भारत, शहरी मलिन बस्तियां, गुजरात | 1 | हाँ | C1 |
| 2. | काक और अन्य 1994 | भारत, समस्तीपुर, उ. बिहार | 1 | हाँ | C1 |
| 3. | परवीन और अन्य 1994 | भारत, समस्तीपुर, उ. बिहार | 1 | हाँ | C4 |
| 4. | वार्क और अन्य 2004 | दिल्ली, 6 ई.एस.आई. क्लीनिक | 3,4,9 | हाँ | B |
| 5. | एच.एस.ई (डस्ट) 2012 | भारत: उत्तर प्रदेश, आगरा, अलीगढ़, इलाहाबाद, गोरखपुर | 3, 5,6, 7,8,9,10 | हाँ | C1 |
| 6. | सेडपा (ब्यूच)ए 2003 | भारत, झारखण्ड, रांची | 1,5,6,7,10 | हाँ | C1 |
| 7. | मुलनी और अन्य 2010 | पूर्वी बर्मा | 1 | हाँ | C1 |
| 8. | डाउथवैट और वार्ड 2005 | पाकिस्तान | 1 | हाँ | C2 |
| 9. | बेलम और अन्य, 1998 | नेपाल, शहरी काठमांडू | 3,9 | हाँ | A |
| 10. | श्रेष्ठा 2002 | सी. नेपाल, ककनी गांव | 1 | हाँ | C1 |
| 11. | तालुकदार और अन्य 2009 | बांग्लादेश, शहरी मलिन बस्तियां, ढाका | 3,6,7 | हाँ, ग्राहक संतुष्टि | C1 |
| 12. | किनकैड डी.एल. 2000 | बांग्लादेश, 3 थाने | 1 | हाँ | B |
| 13. | स्नोगा और अन्य 2003 | सेनेगल, थिएस, काओलैक, सेंट लुइस, टैंबाकौडा और फाटिक क्षेत्र। | 3,5,6,7 | मिश्रित, ग्राहक संतुष्टि में वृद्धि, सीपीआर नहीं | B |
| 14. | छेबपुर और अन्य 2002 | घाना, नोरेंगों | मॉडल 1:10 मॉडल 2: 1 मॉडल 3: 10, 1 | मॉडल 1 और 2 के लिए नहीं। मॉडल 3 के लिए हाँ | B |
| 15. | लुटलों और अन्य 2010 | युगांडा, रकाए | 1,10 | हाँ | A |
| 16. | शाट्टक और अन्य 2011 | मलायी मंगोवी प्रांत्य | 2 | हाँ | A |
| 17. | म्वांगी और अन्य 2008 | केन्या, एम्बू जिला, पूर्वी प्रांत | 3,9 | अनिर्णायिक | C1 |
| 18. | सोलो और अन्य 1999 | केन्या; मोम्बासा में 6 सार्वजनिक अस्पताल, किसूमू, नकूरू, मेरु, एल्डरेट और नेयरी। 3 मॉडल का परीक्षण | 3,6,7,8 | हाँ | C1 |
| 19. | अब्दल - तवाब और अन्य 1999 | दक्षिणी मिस्र, मेनिआ गवर्नोरेट में 6 सार्वजनिक अस्पताल | 3,4, 6,7,8 | अनिर्णायिक | A |
| 20. | यूसफ और अन्य 2007 | मिस्र, फेयोम और बेनी सूएफ गोवर्नोरेट्स के 6 सार्वजनिक अस्पताल। 2 मॉडलों का परीक्षण | 3,6,7,8 | हाँ | C1 |
| 21. | जॉनसन और अन्य 2002 | जिम्बाब्वे, हरारे जी.एच. हस्तक्षेप, एमपीलोसेंट्रल एच बुलावायो नियंत्रण। | 3,6,7,8 | हाँ | B |

| | | | | |
|-----|---|-----------|--------------------------------------|----|
| 22. | जिरामा (JIRAMA), 1993 मेडागास्कर, मध्य प्रांत, तीन मॉडलों की तुलना | 7,10 | हाँ | B |
| 23. | काटज़ और अन्य 1998 ग्रामीण माली, कोलोनूडिएवा | 1,2 | हाँ | B |
| 24. | फ्रॉटियर्स 2000 बुर्किना फासो, उआगडूगू और बोबो-डिओलास्सां में 2 बड़े अस्पताल | 3,6,7,8 | हाँ | C1 |
| 25. | कॉस्टैलो और अन्य 2001 फिलीपींस, डावाओ डेल नौरटे, कॉम्पोस्टेला घाटी प्रांत | 6,7 | हाँ, ग्राहक धारणा गुणवत्ता में सुधार | B |
| 26. | डियाज़ और अन्य 1999 बोलीविया, ला पाज में तीन अस्पताल, सांता क्रूज़ डे ला सिएरा और सूकरे गणतंत्र | 3,6,7,8 | हाँ | C1 |
| 27. | लैंगर और अन्य 1999 मेक्सिको, ओक्साका सार्वजनिक अस्पताल | 3,5,6,7,8 | हाँ | C1 |

रणनीतियाँ: 1— महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी, 2— पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी, 3— महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा, 4— पुरुषों के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा, 5— गर्भनिरोधक विकल्पों का विस्तार, 6— देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए प्रदाता प्रशिक्षण, 7— बेहतर संगठन, उपकरण, और आपूर्ति के माध्यम से सेवा प्रावधान का सुदृढ़ीकरण, 8— परिवार नियोजन का गर्भपात-पश्चात सेवाओं के साथ एकीकरण, 9— परिवार नियोजन का मातृ स्वास्थ्य और प्रसव देखभाल के साथ एकीकरण, 10— समुदाय का संघटन

A = प्रायोगिक डिजाइन B = अर्द्ध प्रयोगात्मक डिजाइन C1 = अध्ययन से पहले-बाद में C2 = एक समान तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन अध्ययन C3 = एक बेजोड़ तुलना समूह के साथ क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन अध्ययन C4 = विना तुलना समूह के गुणात्मक क्रॉस-सेक्शनल एंड लाइन अध्ययन

प्रशिक्षण वाली महिलाओं को भर्ती किया गया था, जैसे पाकिस्तान सरकार के स्वास्थ्य विभाग द्वारा नियुक्त महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता है [20]। महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का काम में आम तौर पर परिवार नियोजन के लिए काउंसलिंग, नए उपयोगकर्ता जोड़ना और कंडोम या खाने वाली गर्भनिरोधक गोलियों की आपूर्ति और पुनःपूर्ति प्रदान करना शामिल होता है। वे किलनिकल गर्भनिरोधकों चुनने वाली महिलाओं को स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में रेफर करती हैं और अक्सर उनके साथ जाती हैं। परिवार नियोजन अपनाने वालों के साथ फौलाअप करना उनकी जिम्मेदारियों का एक अन्य महत्वपूर्ण घटक है। प्रदान की जाने वाली अलग अलग सेवाओं में प्रशिक्षण के स्तर के आधार अंतर था और पाकिस्तान में महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने ऊपर उल्लिखित सेवाओं के अलावा, मातृ और शिशु स्वास्थ्य सेवाएं, और मामूली बीमारियों का इलाज प्रदान किया [20]।

इस दृष्टिकोण में कुछ नई भिन्नताएं थीं। नेपाल में एक कार्यक्रम में, सरकार महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (FCHV) को परिवार नियोजन में “सशक्तिकरण” प्रशिक्षण दिया गया था, जिसने उनकी समुदाय में महिलाओं के सामने परिवार नियोजन सेवाएं इस्तेमाल करने में आने वाली समस्याओं के विश्लेषण और समाधान खोजने की क्षमता को बढ़ाया है, उन्हें समुदाय में महिलाओं के साथ सहभागितापूर्ण सामूहिक चर्चा आयोजित करने में सक्षम बनाया है [22]। बांग्लादेश में, एक “सामाजिक नेटवर्क” दृष्टिकोण अपनाया गया था। महिला परिवार कल्याण सहायकों (Female Welfare Assisants-FWAs) को संचार कौशल में प्रशिक्षित किया गया था। उसके बाद उन्होंने समुदाय में एक महीने में कम से कम एक बार सहकर्मी समूह चर्चा का आयोजन किया। इनमें ‘जिज्ञासाओं’ को संतुष्ट किया गया, गर्भनिरोधक उपयोगकर्ताओं ने उपयोग न करने वालों के



साथ बातचीत की और परिवार नियोजन के बारे में बात की [24]। दोनों मामलों में, यह गतिविधियों गर्भनिरोधक सेवाएं प्रदान करने के इसके अलावा थीं।

२) पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानगी

27 में से केवल दो कार्यक्रमों में पुरुष सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने समुदाय आधारित गर्भनिरोधक सेवाएं प्रदान की। मलावी में, एक प्रायोगिक अध्ययन ने वर्तमान में उपयोग न करने वालों के बीच गर्भनिरोधक का उपयोग बढ़ाने में पुरुष 'प्रेरकों' के प्रभाव का मूल्यांकन किया है। इसके लिए 30 वर्ष या उससे अधिक आयु के विवाहित पुरुष और जो गर्भनिरोधक की आधुनिक पद्धति का उपयोग कर रहे थे, उन्हें आधुनिक गर्भनिरोधक उपयोग करने के उनके उत्साह के आधार पर चुना गया था। पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं अपना गर्भनिरोधक इस्तेमाल का अनुभव उपयोग न करने वाले युवा पुरुषों के साथ बांटा, उन्हें सक्रिय रूप से परिवार नियोजन के फैसले में भाग लेने के लिए प्रोत्साहित किया, कंडोम इस्तेमाल करने के सही तरीके का प्रदर्शन किया और अनुरोध पर कंडोम उपलब्ध कराए

[28]। माली में, पुरुष सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने पुरुषों को शिक्षित किया और परिवार की योजना की गैर चिकित्सीय विधियों की आपूर्ति वितरित की, जबकि उनकी महिला समकक्षों ने महिलाओं के साथ यही काम किया [35]।

३) महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा

महिलाओं के लिए लक्षित गर्भनिरोधक काउंसलिंग और शिक्षा 13 कार्यक्रमों का हिस्सा थी। ग्यारह कार्यक्रमों में, महिलाओं के लिए लक्षित काउंसलिंग व्यापक सेवा एकीकरण और या सुधार कार्यक्रम का एक पहलू था [16–17, 37–39, 21,23,29–33, 36]। उदाहरण के लिए, गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ परिवार नियोजन को एकीकृत करने वाले सभी कार्यक्रमों में यह रणनीति शामिल थी। दो मामलों में, काउंसलिंग महिलाओं के पतियां और दंपति के लिए भी थी [16,31]।

इनमें से, एक कार्यक्रम [21] में महिलाओं के लिए लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा ही इकलौती रणनीति थी। काठमांडू नेपाल में एक प्रयोगात्मक हस्तक्षेप को तीन प्रयोगात्मक

शाखाओं और एक नियंत्रण शाखा के साथ लागू किया गया था। तीनों प्रयोगात्मक शाखाओं में प्रसवोत्तर माताओं को लक्षित प्रसवोत्तर और प्रसवोत्तर देखभाल और परिवार नियोजन से संबंधित संदेश प्रदान किए गए। मॉडलों के समय और संदेशों की आवृत्ति में अंतर था। एक समूह को क्रमशः स्वास्थ्य और परिवार नियोजन, प्रसव के तुरंत बाद और तीन महीने के बाद शिक्षा प्राप्त हुई, जबकि तीसरे समूह को दोनों समय पर स्वास्थ्य शिक्षा प्राप्त हुई।

४) पुरुषों के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसिलिंग और शिक्षा

भारत, दिल्ली में “मैं इन मैटरनिटी परियोजना में पुरुषों के लिए लक्षित परिवार नियोजन काउंसिलिंग और शिक्षा शामिल थी। कर्मचारी राज्य बीमा निगम (ई.एस.आई.सी.) औषधालयों में प्रसव पूर्व देखभाल के लिए जाने वाली महिलाओं के पतियों को परिवार नियोजन पर परामर्श, कंडोम के सही इस्तेमाल पर जानकारी दी गई और मुख्य संदेशों के साथ घर ले जाने के लिए ब्रोशर दिए गए [16]।

मिस्र में, छह सार्वजनिक अस्पतालों में गर्भपात-पश्चात देखभाल में सुधार और परिवार नियोजन सेवाओं को गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ एकीकृत करने के लिए पतियों की काऊंसिलिंग हस्तक्षेप का एक हिस्सा थी [31]। महिलाओं और उनके पतियों की काऊंसिलिंग अलग अलग की गई थी ताकि महिलाएं प्रश्न पूछ सकें या अपनी चिंताओं को खुल कर व्यक्त कर सकें। पतियों की काऊंसिलिंग उनकी पल्नियों की सहमति प्राप्त होन के बाद ही की गई। एक सख्त नैतिक प्रोटोकॉल विकसित किया गया था और उसका पालन या गया, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके महिला की कोई भी चिकित्सीय अवरथा जिससे उसे खतरा हो सकता है, उससे संबंधित जानकारी अनजाने में भी पति के सामने न आए (जैसे महिला ने अपने पति को बताए बगैर गर्भ समापन करवाया हो)। काऊंसिलिंग की विषयवस्तु चार मुख्य संदेशों पर केंद्रित थी – रोगी को आराम और पर्याप्त पोषण की जरूरत, गर्भपात के बाद चेतावनी के संकेत जिनके लिए चिकित्सा ध्यान देने की जरूरत है; प्रजनन क्षमता दो सप्ताह के भीतर वापस लौटने की संभावना; और असमय या अवांछित गर्भधारण की रोकथाम के लिए परिवार नियोजन अपनाने की जरूरत [31]।

५) गर्भनिरोधक विकल्पों का विस्तार

ग्राहकों के लिए उपलब्ध तरीकों की संख्या को बढ़ाने के द्वारा गर्भनिरोधक विकल्प का विस्तार परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता के प्रमुख तत्वों में से एक है। यहाँ 27 समीक्षित कार्यक्रमों में से केवल चार में स्पष्ट रूप से देखभाल की गुणवत्ता बढ़ाने के लिए गर्भनिरोधक विकल्प के विस्तार का हस्तक्षेपों के एक हिस्से के रूप में उल्लेख किया गया है। इनमें से दो उत्तर प्रदेश में शहरी परिवार नियोजन पहले हैं और एक झारखंड में एकीकृत परिवार नियोजन और स्वास्थ्य हस्तक्षेप है [17-18]। इन कार्यक्रमों में विस्तारित विधि चुनाव में दो पारंपरिक तरीके शामिल थे – एन्नोरिया विधि और ‘मानक दिन’ विधि – जिस पर संभावित प्रयोक्ताओं – प्रसवोत्तर महिलाएं जिनके परिवार का मनवांछित आकार पूरा नहीं हुआ था – को सटीक जानकारी को दी गई। तीसरा सेनेगल में महिलाओं के बीच गर्भनिरोधक समझ बेहतर बनाने के लिए एक स्वास्थ्य सुविधा आधारित हस्तक्षेप था, जिसमें नॉरप्लांट (NORPLANT), गर्भनिरोधक प्रत्यारोपण, प्रदान की गर्भनिरोधकों के समूह में जोड़ा गया था [25]। एक उदाहरण में, ओक्साका, मेक्सिको में गर्भनिरोधक विकल्पों का विस्तार एक एकीकृत गर्भपात-पश्चात देखभाल और परिवार नियोजन कार्यक्रम का हिस्सा था [39]।

६) देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए प्रदाता प्रशिक्षण

किसी भी परिवार नियोजन कार्यक्रम में देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए अलग स्तर के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए अलग अलग विषयों और कौशलों पर प्रशिक्षण और क्षमता निर्माण शामिल होना संभावना है। उदाहरण के लिए, समुदाय आधारित सेवा प्रदाताओं को असरदार तरीके से इस्तेमाल करने के लिए कार्यकर्ताओं के एक नए समूह को प्रशिक्षण देना और उनकी निगरानी के लिए जो जिम्मेदार हैं उनकी क्षमता का निर्माण करना शामिल होगा।

हालाँकि, समीक्षित 27 कार्यक्रमों में से 12 में, देखभाल की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए प्रदाता प्रशिक्षण एक विशेष रणनीति है। यहाँ कार्यक्रमों में परिवार नियोजन सेवाओं को गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ एकीकृत

चित्र 4

देखभाल की गुणवत्ता के बहु आयाम

रणनीतियाँ

परिणाम

विधियों के विकल्प

महिला और/या पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित परिवार नियोजन सेवाओं की प्रदानगी

ग्राहकों को दी गई सूचना

महिलाओं और/या पुरुषों की स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित गर्भनिरोधक काउंसलिंग और शिक्षा

तकनीकी दक्षता

गर्भनिरोधक विकल्पों का विस्तार

पारस्परिक संबंध

प्रदाता प्रशिक्षण

निरंतरता और फौलोअप

बुनियादी ढांचे, आपूर्ति में सुधार

सेवाओं का उचित समूह

ग्राहक की जरूरत की तर्ज पर क्लिनिक का समय और सेवाएं निश्चित करना

परिवार नियोजन सेवाओं का गर्भपात-पश्चात देखभाल, और मातृ स्वास्थ्य देखभाल के साथ एकीकरण

समुदाय का संघटन

गर्भनिरोधक अपनाने और लगातार इस्तेमाल करने में वृद्धि हुई है

ग्राहक संतुष्टि में वृद्धि, ग्राहकों द्वारा देखभाल की गुणवत्ता में सुधार बताए जाने में वृद्धि

किया गया था, प्रदाताओं को गर्भनिरोधक तकनीक के साथ साथ गर्भपात-पश्चात देखभाल में सुधार के क्षेत्र में अच्छी तरह प्रशिक्षित किया गया था {17, 30–33, 36,38–39}। कहाँ गर्भनिरोधक विकल्प का विस्तार किया गया था, प्रदाता-प्रशिक्षण नए गर्भनिरोधक तकनीक की

प्रदानगी और काउंसलिंग पर पर ध्यान केंद्रित था। उदाहरण के लिए, झारखंड, भारत में आर.सी.एच. /संक्रामक रोगों आउटरीच एकीकृत कार्यक्रम में प्रदाताओं को सुईयों वाले गर्भनिरोधक देने लैक्टेशनल एन्नोरिया और “मानक-दिन-विधि के सही इस्तेमाल पर काउंसलिंग के लिए प्रशिक्षित किया गया था {18}। सेनेगल में, प्रदाताओं को नॉरप्लाट (छक्क-छजे) लगाने और निकालने में प्रशिक्षित किया गया था {25}।

सभी कार्यक्रमों में प्रशिक्षण का एक और आयाम परस्पर बातचीत में सुधार था, लेकिन प्रमुखता केवल कुछ में ही थी, जैसे कि फिलीपींस के दावो शहर में “परिवार नियोजन के लिए ग्राहक केंद्रित दृष्टिकोण” परियोजना {37}। दावो परियोजना में, प्रदाताओं को ग्राहकों को सुनने और “प्रासंगिक, सही और पूरी जानकारी” के साथ जवाब देने के लिए संचार कौशलों में प्रशिक्षित किया गया था {पृ. 306}। इसके अलावा, जेंडर और यौन और प्रजनन अधिकारों पर परिप्रेक्ष्य निर्माण कार्यशालाएं आयोजित की गई थीं। प्रशिक्षण में चिकित्सक, नर्स और दाइयां और कई ताजी जानकारी के पाठ्यक्रम शामिल थे। प्रबंधकीय और संगठनात्मक परिवर्तन वाले कार्यक्रमों में, प्रशिक्षण में बेहतर योजना

बनाने के लिए जानकारी के प्रबंधन सहित प्रबंधन पर ध्यान केंद्रित किया गया था [37]।

७) बेहतर संगठन, उपकरण, और आपूर्ति के माध्यम से सेवा प्रावधान का सुदृढ़ीकरण

जहाँ तक प्रदाताओं के प्रशिक्षण की बात है, किसी भी कार्यक्रम में परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए उपकरणों और सेवाओं की उपलब्धता में सुधार लाना एक आवश्यक शर्त है। ऊपरलिखित रणनीति का विशेष रूप से उल्लेख करने वाले 11 कार्यक्रमों में, 8 वह भी शामिल है जिनमें परिवार नियोजन सेवाओं को गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ एकीकृत किया गया था [17, 30–33, 36, 38–39]। इन सभी कार्यक्रमों में, सेवा प्रदानगी की व्यवहार्यता जाँचने वाले एक मॉडल में प्रसूतिशास्त्र या प्रसूति वार्ड परिवेश के अंदर परिवार नियोजन सेवाओं का प्रावधान किया गया था। कई मामलों में, इसका अर्थ अतिरिक्त काउंसलिंग कक्ष/स्थान और एक उपचार के लिए जगह ढूँढ़ना या मौजूदा जगह को ठीक करना था। इसमें सेवाओं के समय में तबदीली, अतिरिक्त सेवाएं प्रदान करने के लिए कर्मचारियों के समय में तबदीली और कुछ मामलों में, उसी स्वास्थ्य सुविधा केंद्र के दूसरे विभाग से परिवार नियोजन सेवा प्रदाताओं के साथ समन्वय भी शामिल था। दो कार्यक्रम – एक झारखंड, भारत [18] और दूसरा ढाका, बांग्लादेश की शहरी मलिन बस्तियों में – ने भी ग्राहक की जरूरत के अनुरूप सेवाओं में तबदीली के लिए में निवेश किया [23]।

देखभाल की गुणवत्ता और गर्भनिरोधकों के उपयोग में सुधार लाने के लिए प्रबंधन सूचना प्रणाली (एम.आई.एस.) के सुदृढ़ीकरण का सेनेगल कार्यक्रम द्वारा विशेष रूप से उल्लेख किया है। कर्मचारियों को एम.आई.एस. में विशेष प्रशिक्षण मिला, एम.आई.एस. स्थान निश्चित किया गया जहाँ ग्राहकों रिकॉर्ड रखे गए, और एम.आई.एस. का उपयोग कर ग्राहकों का पता लगाने के लिए एक रणनीति विकसित की गई। जो उपयोगकर्ता अगली मुलाकात के लिए विलिनिक वापस नहीं आए और जिन्होंने छोड़ दिया उनकी पहचान की गई और विलिनिक के कर्मचारियों उनके घर मुलाकात करने गए [25]।

C) परिवार नियोजन का गर्भपात-पश्चात सेवाओं के साथ एकीकरण

इस समीक्षा में हमने आठ कार्यक्रमों शामिल किया है जहाँ परिवार नियोजन सेवाओं को गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ एकीकृत किया गया था। इसमें उत्तर प्रदेश में शहरी परिवार नियोजन कार्यक्रम, भारत [17]; केन्या में सार्वजनिक अस्पताल आधारित कार्यक्रम; मिस्र (2 परिवेशों में), जिम्बाब्वे, बुर्किना फासो, बोलीविया और मेकिसको शामिल हैं [30–33, 36, 38–39]। सेवाओं की एकीकरण में अक्सर गर्भपात-पश्चात देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के और उसमें गर्भनिरोधक सेवा के घटक को जोड़ना था। ओक्साका, उदाहरण के लिए, मेकिसको, और बोलीविया में तीन अस्पतालों के परिवेश में परिवार नियोजन सेवाओं के गर्भपात-पश्चात देखभाल के एकीकरण में एक सरकारी अस्पताल में गर्भ के उत्पाद निकालने के लिए मैनुअल वैक्यूम एसपिरेश या चूषण (एम.वी.ए.) में प्रदाता-प्रशिक्षण, गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन काउंसलिंग की विषयवस्तु और गुणवत्ता में सुधार लाने, उपलब्ध गर्भनिरोधकों के चुनाव को बढ़ाने और प्रदाताओं को रोगियों के मानवीय इलाज के प्रति संवेदनशील बनाना शामिल था [38–39]।

दो परिवेश : केन्या और मिस्र ने – परिवार नियोजन सेवाओं के गर्भपात-पश्चात देखभाल को एकीकृत करने के विभिन्न मॉडलों के साथ प्रयोग किया। केन्या में, तीन मॉडलों का प्रयास किया गया। पहले में, महिलाओं को गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन सेवाएं प्रसूतिविज्ञान वार्ड (जहाँ उन्हें गर्भपात-पश्चात देखभाल के लिए भर्ती किया था) में वार्ड कर्मचारियों द्वारा प्रदान की गई। दूसरे मॉडल में, महिलाओं को गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन सेवाएं प्रसूतिविज्ञान वार्ड में प्रदान की गई लेकिन प्रदाता उसी अस्पताल के मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विलिनिक / परिवार नियोजन विलिनिक से थे। तीसरे मॉडल में, गर्भपात-पश्चात रोगियों परिवार नियोजन सेवाएं प्राप्त करने के लिए मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य / परिवार नियोजन विलिनिक में रेफर कर दिया गया [30]।

मिस्र में, लगातार दो मॉडलों का प्रयास किया गया। मॉडल ए में गर्भपात-पश्चात महिलाओं को उसी स्वास्थ्य

सुविधा केंद्र के अंदर मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन कलीनिक में रफर किया गया, जबकि कुछ महीनों के बाद लागू मॉडल बी में, परिवार नियोजन सेवाएं प्रसूतिविज्ञान वार्ड में वार्ड कर्मचारियों द्वारा उपलब्ध करना शामिल था [32]। मिस्र और केन्या दोनों में, प्रसूतिविज्ञान वार्ड में परिवार नियोजन सेवाएं वार्ड कर्मचारियों द्वारा उपलब्ध करना रोगी की पसंद और संतुष्टि हिसाब से एक बेहतर मॉडल था।

९) परिवार नियोजन का मातृ स्वास्थ्य और प्रसव देखभाल के साथ एकीकरण

समीक्षित 27 कार्यक्रमों में तीन में, परिवार नियोजन सेवाओं को मातृ स्वास्थ्य और देखभाल के साथ एकीकृत किया गया था [17, 21, 29]। इनमें से, काठमांडू, नेपाल में एक अस्पताल स्थित कार्यक्रम में, नेपाल को ऊपरलिखित तीसरी रणनीति के हिस्से के रूप में वर्णित किया गया है [21]। शेष दो क्रमशः भारत और केन्या में स्थिति थे [17, 29]। केन्या में, इस कार्यक्रम को पूर्वी प्रांत में एक अस्पताल और तीन स्वास्थ्य केन्द्रों में लागू किया गया था। एक प्रसवोत्तर देखभाल परिवार नियोजन पैकेज डिजाइन किया गया था, जिसमें सुविधा केंद्र आधार मूल्यांकन और चार बार काउंसलिंग शामिल थी। पहला संपर्क प्रसव के बाद स्वास्थ्य केंद्र छोड़ने से पहले या अगर प्रसव घर में हुआ हो तो प्रसव के 48 घंटे अंदर किया गया था। माताओं को स्वयं की देखभाल और नवजात की देखभाल पर जानकारी के साथ साथ स्वस्थ समय और गर्भावस्था का स्थान (HTSP) दिया गया था। उन्हें लैक्टेशनल एम्नोरिया विधि के बारे में भी बताया गया था। दूसरा संपर्क दो सप्ताह बाद किया गया, जिसमें मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं को संबोधित किया गया, सलाह यौन गतिविधि पर और प्रजनन क्षताक लौटने पर सलाह दी गई, जन्म के बीच अंतर रखने के संदेशों को दोहराया गया, और इसके अलावा, परिवार नियोजन काउंसलिंग और सेवाएं प्रदान की गई। तीसरा संपर्क प्रसव के छह सप्ताह बाद किया गया, वही संदेश दोहराया गए और इसके अतिरिक्त, लैक्टेशनल एम्नोरिया विधि के उपयोगकर्ताओं को दूध छुड़ा कर भोजन शुरू करने के साथ साथ आधुनिक गर्भनिरोधक तरीकों के उपयोग पर सलाह दी गई क्योंकि अब वे संरक्षित नहीं रहेंगी। चौथा संपर्क, प्रसव के चार से छह महीने बाद

किया गया था, जहाँ सभी गर्भनिरोध संबंधित सभी संदेशों को दोहराया गया, परिवार नियोजन काउंसलिंग और सेवाएं प्रदान की गई और गर्भनिरोध के नैदानिक तरीकों के लिए रेफर किया गया [29]।

भारत में, उत्तर प्रदेश में शहरी परिवार नियोजन कार्यक्रम ने महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल मुलाकातों के दौरान और प्रसव के तुरंत बाद परिवार नियोजन काउंसलिंग प्रदान की। तत्काल प्रसवोत्तर अवधि में और प्रसव के बाद पहले कुछ महीनों के अंदर भी गर्भनिरोधक सेवाएं प्रदान की गई [17]।

१०) समुदाय का संघटन

समुदाय के संघटन को मुख्य रूप मांग पैदा करने के तरीके के तौर पर इस्तेमाल किया गया है। हालाँकि, कई परिवार नियोजन देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के कई हस्तक्षेपों में भी शायद सहायक सामाजिक वातावरण बनाने के साधन के रूप में समुदाय संघटन एक घटक होता है, जो उपयोगकर्ताओं को उपयोग जारी रखने के लिए प्रोत्साहित करेगा और जिन लोगों को प्रसवया गर्भपात के बाद फिर से इस्तेमाल शुरू करने की जरूरत है उनके लिए मांग को बनाए रखेगा।

इस समीक्षा में शामिल चार कार्यक्रमों में एक समुदाय संघटन का घटक है। इनमें से दो कार्यक्रम भारत में ग्रामीण झारखंड और शहरी उत्तर प्रदेश में कार्यान्वित हैं [17–18]। उत्तर प्रदेश परियोजना में, समुदाय आधारित रंगमंच और स्थानीय मीडिया का उपयोग कर अन्य समारोहों के अलावा प्रत्येक वर्ष एक “खुश दंपति” प्रतियोगिता आयोजित की गई जिसमें समुदाय ने परिवार नियोजन को सफलतापूर्वक स्वीकार करने वाले दंपतियों को चिन्हित किया और खुशी मनाई। इसमें गर्भनिरोधक को एक सामाजिक आदर्श के रूप में बढ़ावा देने की क्षमता है [17]। झारखंड में, ग्राम स्वास्थ्य समितियों का गठन किया गया जो स्वास्थ्य उप केन्द्रों के सुधार और की निगरानी में सक्रिय रूप से शामिल थी। ग्राम स्वास्थ्य समितियों ने कंडोम और गोलियों जैसे गर्भनिरोधकों के सामाजिक विपणन की भी पैरवी की और बढ़ावा दिया। इन समितियों ने उप केन्द्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता पर नजर रखने के रखवाले भी नियुक्त किए [18]।

मेडागास्कर में, समुदाय संघटन की रणनीति के हिस्से के रूप में संतुष्ट गर्भनिरोधक उपयोगकर्ताओं के “मां बढ़ाव” को बढ़ाव देने के लिए एक मामूली निवेश किया गया था [34]। घाना की नैवरैंगो परियोजना ने गर्भनिरोधक सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार के लिए समुदाय संघटन को एक प्रमुख रणनीति के रूप में इस्तेमाल किया।

परियोजना ने स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सेवाओं के लिए समर्थन जुटाने के लिए जुरुगेलू नामक पारंपरिक सामाजिक सहयोग का इस्तेमाल किया। परिवार नियोजन की जानकारी का प्रसार और गर्भनिरोधकों की आपूर्ति के वितरण के लिए पुरुषों की पारंपरिक बैठकों को एक स्थल के रूप में इस्तेमाल किया गया। जब परंपरागत बैठकें आमतौर पर “केवल पुरुष” के लिए थीं, परियोजना ने इसमें महिलाओं की भागीदारी के लिए समर्थन की मांग की [26]।

रणनीतियों की प्रभावशीलता

एक या निम्नलिखित दोनों संकेतकों को अध्ययन के द्वारा कार्यक्रमों के प्रभाव के संकेतकों के रूप में इस्तेमाल किया गया है: हस्तक्षेप से पहले और बाद में, गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल और ग्राहक संतुष्टि में महत्वपूर्ण सांख्यिकीय वृद्धि, और इन संकेतकों में हस्तक्षेप और नियंत्रण समूहों के बीच एक महत्वपूर्ण सांख्यिकीय सकारात्मक अंतर।

समुदाय आधारित महिला और पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करना

समुदाय आधारित महिला और/या पुरुष कार्यकर्ताओं का उपयोग करने की रणनीति इस्तेमाल करने वाले हस्तक्षेप प्रभावी रहे, हालांकि प्रमाण की मजबूती मध्यम थी। फिर भी यह ध्यान रखना चाहिए कि कार्यकर्ताओं के विवरण, उन्हें प्राप्त प्रशिक्षण की सीमा, उनके काम की शर्तें, और प्रदान की गई सेवाओं के विस्तार में काफी भिन्नताएं थीं।

ग्यारह में से (6 कार्यक्रमों) केवल महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदान करने की रणनीति का उपयोग करने वाले सात अध्ययनों में, रणनीति ने गर्भनिरोधक प्रचलन दरों में सफलतापूर्वक



वृद्धि की। इन सात में से पाँच “पहले-बाद”वाले अध्ययन थे, एक गुणात्मक एण्ड लाइन अध्ययन (“पहले-बाद”वाले अध्ययन द्वारा मूल्यांकित कार्यक्रम का) और एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन था। एक अध्ययन में रणनीति एक साथ कई में से एक को इस्तेमाल करने की थी, और इस अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन ने हस्तक्षेप को प्रभावी पाया। एक और अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन में, यह पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के इस्तेमाल से एक समुदाय आधारित सेवाओं के उपयोग की रणनीति थी, और यह फिर से, प्रभावी रही। दो उदाहरणों में, जहाँ रणनीति को समुदाय संघटन के साथ इस्तेमाल किया गया था, इस रणनीति को फिर से प्रभावी पाया गया।

पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने वाले दोनों कार्यक्रमों – मलावी से एक प्रायोगिक अध्ययन और माली से एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन – ने रणनीति को प्रभावी पाया। जहाँ प्रमाण की मजबूती ऊँची है, अध्ययनों की संख्या बहुत छोटी है। प्रभावी समुदाय आधारित गर्भनिरोधक वितरण कार्यक्रमों के लिए कुछ सबक अफ्रीका में 1999 कार्यक्रमों की समीक्षा के द्वारा पेश किए गए हैं। समीक्षा इस पर जोर देती है कि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को सही तरीके से इस्तेमाल करने के साथ साथ, सामुदायिक संघटन और जुड़ाव ने रणनीति की सफलता में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। समीक्षा सुझाव देती है कि कार्यकर्ताओं का चुनाव समुदाय की राय द्वारा निर्देशित हो और आगे, ग्राहक समूहों



तक पहुँचने के लिए समुदाय संरचनाओं को आधार के रूप में इस्तेमाल किया जाए। इसके साथ ही, सफल कार्यक्रमों ने सिर्फ गर्भनिरोधक से परे सेवाओं की एक व्यापक श्रृंखला पेश की, और कार्यकर्ताओं को पारिश्रमिक या प्रोत्साहन की पेशकश की [42]।

इन सबकों को देखते हुए, सिर्फ गर्भनिरोधकों बांटने से अधिक काम करने वाले समुदाय आधारित स्वास्थ्य कार्यकर्ता वाले दृष्टिकोण आगे और जांच करने के लायक हैं। उदाहरण के लिए, इसमें महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का “सशक्तिकरण”, जहाँ महिलाएं परिवार नियोजन पर चर्चा करने के लिए संतुष्ट गर्भनिरोधक उपयोगकर्ताओं से मिलती वहाँ “सामाजिक नेटवर्क” दृष्टिकोण का उपयोग और जहाँ संतुष्ट और उत्साही पुरुष गर्भनिरोधक उपयोगकर्ता अपने समकक्षों को गर्भनिरोधक उपयोगकर्ता बनने के लिए प्रेरित करते हैं वहाँ “पुरुष प्रेरक” दृष्टिकोण का उपयोग शामिल है।

महिलाओं और पुरुषों की लक्षित गर्भनिरोधक काउंसलिंग और शिक्षा
किसी निश्चित निष्कर्ष पर पहुँचने के लिए इन तरीकों के साथ अधिक प्रयोगों की जरूरत है।

एक प्रायोगिक अध्ययन, जिसने इकलौती रणनीति के रूप में महिलाओं की प्रसवोत्तर लक्षित काउंसलिंग का इस्तेमाल किया, रणनीति के परिणामस्वरूप गर्भनिरोधकों की बेहतर वृद्धि प्राप्त की। किसी भी निश्चित निष्कर्ष पर पहुँचने से पहले अन्य परिवेशों में इस तरह के और अध्ययनों की जरूरत है। प्रसव और प्रसवोत्तर देखभाल उपलब्ध कराने वाले स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में इस तरह के दृष्टिकोण को एकीकृत करने की व्यवहार्यता को देखते हुए, यह निश्चित रूप से एक कोशिश के लायक है।

पुरुषों की काउंसलिंग शिक्षा के साथ पुरुषों को लक्षित करने वाले दो हस्तक्षेपों में, दिल्ली का अर्ध प्रयोगात्मक

अध्ययन जिसमें अपनी पत्नियों के साथ प्रसवपूर्व किलनिक में जाने वाले पुरुषों के साथ काम किया, उसे प्रभावी पाया गया। दूसरा, गर्भपात-पश्चात देखभाल के लिए भर्ती महिलाओं के पति को लक्षित करने वाले एक प्रयोगात्मक अध्ययन को परिणाम ऐसा नहीं था। इस अध्ययन में पाया गया है कि जहाँ छुट्टी से पहले गर्भनिरोधकों की स्वीकृति प्रायोगिक समूह के बीच ऊँच स्तर पर थी, वहीं प्रयोगात्मक और नियंत्रित समूहों के बीच 12 सप्ताह में गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में अंतर काफी अलग नहीं था।

गुणवत्ता में सुधार के लिए गर्भनिरोधक विकल्पों में विरतार, प्रदाताओं का प्रशिक्षण और संगठनात्मक परिवर्तन

कुल मिलाकर, देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए हस्तक्षेपों को आगे प्रयोग और कठोर मूल्यांकन की जरूरत है।

ऐसे चार कार्यक्रम थे जिन्होंने देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए मुख्य रूप से इन रणनीतियों का इस्तेमाल किया। इनमें से दो थे “पहले-बाद” वाले अध्ययन थे जबकि दो अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन थे। एक अध्ययन के हस्तक्षेपों को गर्भनिरोधक प्रचलन दरों में वृद्धि करने में प्रभावी पाया गया, और यह एक “पहले-बाद” वाला अध्ययन था। दो अन्य अध्ययनों में हस्तक्षेपों को देखभाल की गुणवत्ता के साथ ग्राहक की संतुष्टि बढ़ाने में प्रभावी देखा गया। इनमें से “पहले-बाद” वाला अध्ययन है, जबकि अन्य एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन है। चौथा, एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन हस्तक्षेप को गर्भनिरोधक बढ़ाने में नहीं, लेकिन ग्राहक की संतुष्टि बढ़ाने में प्रभावी दर्शाता है।

परिवार नियोजन का गर्भपात-पश्चात और मातृ स्वास्थ्य/प्रसव देखभाल वितरण के साथ एकीकरण

कुल मिलाकर, गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ एकीकरण की प्रभावशीलता के प्रमाण को मामूली सा सकारात्मक माना जा सकता है; मातृ स्वास्थ्य और प्रसव संबंधी देखभाल के साथ सेवाओं को एकीकृत करने की प्रभावशीलता आशाजनक है, लेकिन अध्ययनों की संख्या छोटी है।

आठ में सात गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ परिवार नियोजन सेवाओं के एकीकरण कार्यक्रमों को गर्भपात-पश्चात गर्भनिरोधका अपनाने में वृद्धि और 3-6 महीने की अवधि के बाद भी उसे जारी रखना सुनिश्चित करने में प्रभावी पाया गया। हालाँकि, इनमें से छह “पहले-बाद” वाले अध्ययन थे और केवल एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन था। एक प्रायोगिक अध्ययन जिसका ध्यान गर्भपात-पश्चात देखभाल के ग्राहकों के पतियों की काउंसलिंग और शिक्षा पर केंद्रित था उसमें प्रयोगात्मक और नियंत्रित समूहों के बीच गर्भनिरोधकों अपनाने में कई महत्वपूर्ण अंतर नहीं था।

मातृ स्वास्थ्य और प्रसव देखभाल के साथ परिवार नियोजन सेवाओं को एकीकृत करने वाले तीन कार्यक्रमों में से तीनों ने हस्तक्षेपों को प्रभावी बताया। एक प्रयोगात्मक और एक अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन था, जबकि तीसरा “पहले-बाद” वाला अध्ययन था।

समुदाय का संघटन

समुदाय संघटन पर प्रमाण रणनीति को देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए अन्य रणनीतियों के साथ प्रयोग में प्रभावी दर्शाते हैं। केवल एक उदाहरण में, जब इसे इकलौती रणनीति के रूप में इस्तेमाल किया गया था – घाना में नैवरैंगों परियोजना – इसे प्रभावी नहीं पाया गया था।

अंत में,

अध्ययन के द्वारा केवल देखभाल की गुणवत्ता के छह तत्वों के कुछ आयामों की जाँच की गई है। उदाहरण के लिए, जहाँ कई अध्ययनों ने परिवार नियोजन सेवाओं के एकीकरण की जाँच की है, बहुत कम ने ग्राहक-प्रदाता की परस्पर बातचीत में सुधार के हस्तक्षेपों पर ध्यान दिया है। यह स्पष्ट नहीं है कि क्या यह जमीनी स्तर पर जिस तरह के नवाचार लागू किए गए हैं, उनका प्रतिबिंब है।

कई अध्ययनों ने उन कार्यक्रमों का मूल्यांकन किया है जिनमें एक साथ कई रणनीतियों का प्रयोग किया गया है। इस तरह के कार्यक्रमों में, गर्भपात-पश्चात देखभाल और

मातृ स्वास्थ्य/प्रसव देखभाल सेवाओं के साथ एकीकरण वाले अपनी गर्भनिरोधक उपयोग में सुधार करने की क्षमता के मामले में सबसे संभावना दर्शाते हैं।

केवल एक या दो रणनीतियों का उपयोग करने वाले हस्तक्षेपों में, समुदाय आधारित कांउसलिंग और शिक्षा परामर्श और गर्भनिरोधकों के वितरण के लिए महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का उपयोग करने वाले हस्तक्षेप देखभाल की गुणवत्ता के अन्य पहलुओं पर ध्यान केंद्रित करने वालों के मुकाबले अधिक आशाजनक प्रतीत होते हैं। यहाँ फिर से, महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का प्रशिक्षण के रूप में 'सशक्तिकरण' और गर्भनिरोधक संदेश के साथ समुदाय में महिलाओं तक पहुँचने के लिए सामाजिक नेटवर्क के उपयोग जैसी अभिनव और सहभागितापूर्ण

दृष्टिकोण, आगे जाँच के लायक लगते हैं। महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ-साथ पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं या स्वयं का प्रयोग भी कुछ परिवेशों में पुरुषों को गर्भनिरोधक प्रयोग के लिए प्रेरित करने में प्रभावी प्रतीत होता है, जहाँ इसका व्यवस्थित अध्ययन किया गया है।

इसके अलावा, प्रभावी हस्तक्षेप – जैसे प्रसवोत्तर महिलाओं के लिए नेपाल स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम और गर्भावस्था के दौरान और प्रसवोत्तर में महिलाओं और उनके पतियों को लक्षित कांउसलिंग और शिक्षा प्रदान करता मैन इन मैटरनिटी कार्यक्रम – ऐसे उदाहरण हैं, जिन्हें आगे जाँचने की जरूरत है। ये रणनीतियां सादगी और संसाधनों के मामूली निवेश के साथ अपनी व्यवहार्यता के लिए विशेष रूप से आकर्षक हैं।

REFERENCES

- Bruce, Judith. Fundamental elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 1990;21:61–91.
- Jain, A. Fertility reduction and the quality of services. *Studies in Family Planning* 1989;20(1):1–16.
- Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1997 Dec;28(4):278–89.
- Mroz TA, Bollen KA, Speizer IS, Mancini DJ. Quality, accessibility and contraceptive use in rural Tanzania. *Demography* 1999;36(1):23–40.
- Rama Rao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(2):76–83.
- Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Services Research* 2006;6:79.
- Pariani S, Heer DM, Van Arsdol MD Jr. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. *Studies in Family Planning* 1991;22(6):384–90.
- Cotton N, Stanback J, Maidouka H, Joseph T, Taylor-Thomas, Turk T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. *International Family Planning Perspectives* 1992; 18(4):145–9.
- Koenig MA, Khan ME. *Improving the quality of care in India's family planning programme*. New Delhi, India: The Population Council, 1999.
- Sudharshan H. *Role of NGOs in operationalising primary health care*

- services: Modalities for replication of Karnataka's experience.* Bangalore; 2002.
11. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I.* Mumbai, IIPS, 2007.
 12. RamaRao S, Mohanam R. The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects. *Studies in Family Planning.* 2003; 34(4):227–48.
 13. Centre for Development and Population Activities. *Reaching urban women with family planning services in Ahmedabad, India.* Washington, D.C, CEDPA, 1991. Special study.
 14. Kak LP, Roychoudhury PN, Weeden D. *Expanding contraceptive choice and access: a dairy cooperative project in Bihar, India.* Washington, D.C: Centre for Development and Population Activities [CEDPA]; 1994. Report No.: 4.
 15. Parveen S, Khan ME, Patel BC. *Lessons learned from Bihar dairy project, a community based distribution program.* New Delhi, India: Population Council; 1994.
 16. Varkey LE, Mishra A, Ottolenghi E, Khan ME, Das A. *Integrating FP and STI prevention messages into antenatal and postnatal care: Did it make a difference?* Los Angeles, California; 2006 [cited 2013 Jan 5]. Available from: <http://paa2006.princeton.edu/papers/61815>
 17. Measurement, Learning & Evaluation (MLE) Project. Measurement, learning and evaluation of the Urban Health Initiative: Uttar Pradesh, India, mid-term survey 2012, mid-term survey report. Chapel Hill, North Carolina, 2012. Report No.: TWP 1-2012.
 18. Krishi Gram Vikas Kendra. *Partnerships for enabling change: moving towards sustainable RCH and infectious disease services in Jharkhand.* Jharkhand, India, KGVK and CEDPA; 2003.
 19. Mullany LC, Lee TJ, Yone L, Lee CI, Teela KC, Paw P, et al. Impact of community-based maternal health workers on coverage of essential maternal health interventions among internally displaced communities in Eastern Burma: The MOM Project. *PLoS Medicine* 2010 Aug;7(8).
 20. Douthwaite M, Ward P. Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy and Planning* 2005; 20(2):117–23.
 21. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Costello AM de L. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1998; 316:805–11.
 22. Shrestha S. Increasing contraceptive acceptance through empowerment of female community health volunteers in Rural Nepal. *Journal of Health Population and Nutrition* 2002; 20(2):156–65.
 23. Talukder MN, Rob U, Rahman MM. *Improving the quality of family planning and reproductive tract infection services for urban slum populations.* Dhaka, Bangladesh, Population Council, 2009.
 24. Kincaid DL. Social networks, ideation,

- and contraceptive behavior in Bangladesh: a longitudinal analysis. *Social Science and Medicine* 2000; 50:215–31.
25. Sanogo D, RamaRao S, Jones H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *African Journal of Reproductive Health* 2003;7(2):57–73.
26. Debpuur C, Phillips JF, Jackson EF, Nazzar A, Ngorn P, Binka FN. The impact of the Navrongo Project on contraceptive knowledge and use, reproductive preferences, and fertility. *Studies in Family Planning* 2002; 33(2):141–64.
27. Lutalo T, Kigozi G, Kimera E, Serwadda D, Wawer MJ, Zabin LS, et al. A randomized community trial of enhanced family planning outreach in Rakai, Uganda. *Studies in Family Planning* 2010;41(1):55–60.
28. Shattuck D, Kerner B, Gilles K, Hartmann M, Ng'ombe T, Guest G. Encouraging contraceptive uptake by motivating men to communicate about family planning: The Malawi Male Motivator Project. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(6): 1089–1095.
29. Mwangi A, Warren C, Koskei N, Blanchard H. *Strengthening postnatal care services including postpartum family planning in Kenya*. New York, Population Council (Frontiers in Reproductive Health), ACCESS-FP, JHPIEGO, 2008.
30. Solo J, Billings DL, Aloo-Obunga C, Ominde A, Makumi M. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. Post-abortion care: lessons from operations research. New York, Population Council, 1999.
31. Abdel-Tawab N, Huntington D, Hassan EO, Youssef H, Nawar L. Effects of husband involvement on post-abortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. In Huntington D and Piet-Pelon NJ.(eds) *Post-abortion care: lessons from operations research*. New York, Population council, 1999.
32. Youssef H, Abdel-Tawab N, Bratt J, Velden T van der, Abou-Gabal M. *Linking family planning with post-abortion services in Egypt: Testing the feasibility, acceptability and effectiveness of two models of integration*. New York, Population Council and Chapel Hill (North Carolina) Family Health International, 2007.
33. Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through post-abortion contraception. *Studies in Family Planning* 2002;33(2):195–202.
34. J I R A M A. *The impact of strengthening clinic services and community education programs on family planning acceptance in Rural Madagascar*. New York, Population Council, 1993.
35. Katz KR, West CG, Doumbia F, Kane F. Increasing access to family planning services in Rural Mali through community-based distribution. *International Family Planning Perspectives* 1998; 24(3):104–10.
36. Frontiers in Reproductive Health. *Upgrading post abortion care benefits patients and providers*. New York, Population Council, 2000. Report No.: 3.

37. Costello M, Lacuesta M, RamaRao S, Jain A. A client-centered approach to family planning: The Davao Project. *Studies in Family Planning* 2001;32(4):302–14.
38. Díaz J, Loayza M, Aloo-Obunga C, Yépez YT de, Lora O, Alvarez F, et al. Improving the quality of services and contraceptive acceptance in the post-abortion period in three public-sector hospitals in Bolivia. In Huntington D and Piet-Pelon NJ.(eds) *Post-abortion care : lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999.
39. Langer A, García-Barrios C, Heimburger A, Campero L, Stein K, Winikoff B, et al. Improving post-abortion care with limited resources in a public hospital in Oaxaca, Mexico. In Huntington D and Piet-Pelon NJ.(eds) *Post-abortion care:*
- lessons from operations research. New York, Population Council, 1999.
40. Sebert Kuhlmann A, Gavin L, Galavotti C. The integration of family planning with other health services: A literature review. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010; 36(4):189–96.
41. Mwaikambo L, Speizer IS, Schurmann A, Morgan G, Fikree F. What works in family planning interventions: a systematic review. *Studies in Family Planning*. 2011 Jun;42(2):67–82.
42. Phillips JE, Greene WL, Jackson EF. *Lessons from community-based distribution of family planning in Africa*. New York, Population Council, 1999 [accessed 2013 January 15]. Available from: <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/121.pdf>



अध्याय ६

निष्कर्ष और नीतिगत संबंध

जनसंख्या फाउंडेशन आफ़ इंडिया के एक स्वारथ्य और अधिकारों के मुद्दे के रूप में ‘परिवार नियोजन की पुनः स्थिति निर्धारण’ की दिशा में एक कदम के तौर पर, यह समीक्षा बाल विवाह रोकने, पहले जन्म के समय उम्र में देरी, जन्म के बीच अंतर में वृद्धि करने, और परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाने में प्रभावी रणनीतियों या रणनीतियों के मिश्रण को चिन्हित करने की तलाश में है।

एक व्यवस्थित खोज के माध्यम से, प्रयोगात्मक, अर्ध प्रयोगात्मक या “पहले-बाद”³ वाला अध्ययन डिजाइन अपनाने वाले और (पृ. 20 देखें) ‘गुणवत्ता’ शर्तों पर खरे उत्तरने वाले हस्तक्षेप अध्ययन चारों फोकस क्षेत्रों – 1) बाल विवाह रोकना, 2) पहले जन्म के समय आयु में देरी, 3) जन्म के बीच अंतर को बढ़ावा देना, और 4) परिवार नियोजन कार्यक्रमों की गुणवत्ता में सुधार – के लिए चिन्हित किए गए।

चारों फोकस क्षेत्रों के लिए हस्तक्षेप का मूल्यांकन करने वाले अध्ययनों की गंभीर कमी थी। विवाहित महिलाओं में पहली गर्भावस्था के समय आयु में देरी के हस्तक्षेपों के मामले में विशेष रूप से ऐसा था, जिसके लिए हम केवल दो अध्ययन चिन्हित कर पाए। समीक्षा में कुल 61 अध्ययनों को शामिल किया गया। अधिकांश अध्ययन अफ्रीका और दक्षिण एशिया से, कुछ अन्य विकासशील देशों से थे।

हस्तक्षेपों की प्रभावशीलता का अनुमान इस आधार पर लगाया गया कि उन्होंने अपने उद्देश्यों को हासिल किया या नहीं। इसके अतिरिक्त, प्रमाण की मज़बूती को भी ध्यान में रखा गया जिसमें प्रयोगात्मक अध्ययन को सबसे अधिक, उसके बाद अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन, फिर ‘पहले-बाद’ वाले अध्ययन को मज़बूत पाया गया।

कुल मिलाकर अध्ययनों की छोटी संख्या और इनमें से कई में प्रमाण की सीमित मज़बूती को देखते हुए, यह



प्रभावशलता के बारे में ठोस निष्कर्ष निकालना मुश्किल है। हम ऐसा करने में सक्षम हों इससे पहले इसी तरह के हस्तक्षेपों को कठोर अध्ययन डिजाइन का उपयोग कर विभिन्न परिवेशों में कार्यान्वित करने की जरूरत होगी। फिर भी, परिणाम हमें ‘कारगर’ रणनीतियों/रणनीतियों के मिश्रण की दिशा में इशारा करते हैं।

बाल विवाह रोकना

किशोरियों को स्कूल छोड़ने से रोकने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन/समर्थन ‘इकलौती’ रणनीति थी जो दो सख्त मूल्यांकनों में बाल विवाह को रोकने में मददगार साबित हुई। लड़कियों को स्कूल में रखने और गहन समुदाय संघटन ने इथियोपिया में बहुत जल्दी विवाह को रोकने में मदद की, लेकिन 18 वर्ष से पहले में विवाह को रोकने में नहीं।

रणनीतियों अन्य प्रभावी मिश्रण – समुदाय के साथ गहन जुड़ाव के साथ, युवा महिलाओं के लिए या दोनों लिंगों के युवा लोगों के लिए जीवन कौशल शिक्षा – का था। जीवन कौशल शिक्षा व्यापक आधार था, इसमें यौनिकता और प्रजनन और कौशल विकास के बारे में जानकारी के साथ ‘सशक्तिकरण’ शिक्षा भी शामिल थी। विशिष्ट संदेशों के साथ माता पिता, धार्मिक नेताओं और समुदाय बड़ों जैसे रखवालों साथ हस्तक्षेप और उसी के साथ साथ समुदाय

³ ऐसे उदाहरणों में जहाँ चिन्हित अध्ययनों की संख्या छोटी (10 से कम) थी, वहाँ सभी डिजाइन इस्तेमाल करने वाले अध्ययनों को भी शामिल किया गया है।

के अंदर इस मुद्दे की दृश्यता को ऊपर उठाने के मीडिया अभियान चलाना, दोनों महत्वपूर्ण थे।

लड़कियों का बाल विवाह विशेष रूप से चुनौतीपूर्ण लक्ष्य था। कुछ मामलों में लड़कियों के लिए शादी की उपयुक्त आयु पर सामुदायिक मानदंड 18 साल से काफी कम थे, और बाल विवाह के प्रति दृष्टिकोण बदलने में सफलता के साथ भी, बहुत जल्दी विवाह (15 साल से नीचे) को रोका जा सका। हालाँकि, ज्यादातर मामलों में, समुदाय को बाल विवाह के नकारात्मक स्वास्थ्य के परिणाम के बारे में पता चलने के बाद भी, वे प्रथा को बदलने में असमर्थ थे। ऐसा युवा महिलाओं के माता-पिता पर अपनी लड़कियों का जल्द से जल्द विवाह कर देने के लिए समुदाय के भारी दबाव के कारण था। अविवाहित लड़की में गर्भवती होने का डर था, जिससे उसका परिवार शर्मसार हो सकता है। इसके अलावा, विशेष रूप से दक्षिण एशियाई समाज में, एक बड़ी उम्र की लड़की के लिए क दूल्हे खोजना कठिन है और ज्यादा दहेज भी देना पड़ सकता है।

भारतीय संदर्भ में इन निष्कर्षों का महत्वपूर्ण प्रभाव है। भारत बालिकाओं की स्थिति में सुधार लाने के उद्देश्य से केंद्र सरकार और विभिन्न राज्य सरकारों द्वारा संचालित कई सशर्त नकद हस्तांतरण योजनाएं हैं। 10 से अधिक योजनाओं में 18 वर्ष पूरे होने तक शादी न करना नकद हस्तांतरण के लिए शर्तों में से एक है। भारत सरकार की धनलक्ष्मी और बालिका समृद्धि योजना, तमिलनाडु और आंध्र प्रदेश की बालिका संरक्षण योजनाएं, दिल्ली और हरियाणा की लाडली योजना, मध्य प्रदेश की लाडली लक्ष्मी योजना और हिमाचल प्रदेश की बेटी है अनमोल योजना कुछ उदाहरण हैं। बाल विवाह को रोकने में इन योजनाओं के प्रभाव का मूल्यांकन करना, और उपयुक्त बेहतर उद्देश्य प्राप्त करने के लिए, उन्हें मूल्यांकन के आधार पर नया स्वरूप देना महत्वपूर्ण होगा।

किशोरियों के लिए समेकित बाल विकास योजना (आईसीडीएस) के माध्यम से कार्यान्वित किशोरी शक्ति योजना शिक्षा और सशक्तिकरण कार्यक्रम की समुदाय संघटन के साथ लड़कियों के जीवन कौशल शिक्षा की

संयुक्त रणनीति को लागू करने के लिए गुंजाइश प्रदान करता है। इसके साथ ही, हमें तीसरी रणनीति – जीवन कौशल कार्यक्रम जो समुदाय संघटन के साथ न केवल लड़कियों और युवा महिलाओं को बल्कि किशोरों और युवकों का भी शामिल करता है – आरंभ, पायलट डिजाइन और उसका मूल्यांकन करने की जरूरत है। मानसिकता बदलने और अलग अलग मीडिया संसाधनों का इस्तेमाल करके समुदाय संघटन कार्यक्रमों के माध्यम से बाल विवाह और जल्दी पढ़ाई छोड़ने को सामाजिक रूप से अस्वीकार्य बनाने की दिशा में विशेष प्रयासों की जरूरत है।

जल्दी गर्भधारण को रोकना

जल्दी गर्भधारणक को रोकने से संबंधित हस्तक्षेप अध्ययनों में अधिकाँश अमेरिका और ब्रिटेन, और उप सहारा अफ्रीका के जैसे उच्च आय वाले देशों में अविवाहित किशोरों में गर्भावस्था रोकने को संबोधित करते हैं।

अमेरिका और ब्रिटेन से हस्तक्षेप अध्ययन की व्यवस्थित समीक्षा दर्शाती है कि यौन शिक्षा कार्यक्रम अपने आप में किशोर गर्भावस्था को रोकने में अप्रभावी रहे हैं। व्यापक युवा विकास कार्यक्रम जो बचपन से हस्तक्षेप के साथ शुरू होते हैं और किशोर (अविवाहित) गर्भावस्था के सामाजिक निर्धारकों – शिक्षा के अवसर, आजीविका के लिए कौशल विकास, यौनिकता और रिश्तों की शिक्षा के साथ – को संबोधित करते हैं, वे सबसे प्रभावी पाए गए हैं। लड़कियों को स्कूल में रखने और स्कूल छोड़ने से रोकने के लिए वित्तीय प्रोत्साहन/समर्थन को, अफ्रीका से दो अध्ययनों में बाल विवाह रोकने, और विवाह के बाहर किशोर गर्भावस्था को रोकने में भी प्रभावी पाया गया है।

दो अध्ययनों ने विवाहित युवा महिलाओं में पहले जन्म के समय आयु में देरी के हस्तक्षेपों का मूल्यांकन किया, और इन्हें प्रभावी पाया। दोनों मामलों में कई रणनीतियों का इस्तेमाल किया गया था। तीन मुख्य रणनीतियों पहचाना जा सकता है। एक रणनीति का उद्देश्य मुख्य रखवालों के साथ साथ बड़े समुदाय के साथ हस्तक्षेप के माध्यम से सामाजिक वातावरण का निर्माण करना था। दूसरी रणनीति में युवा विवाहित जोड़ों को संयुक्त रूप से और महिलाओं और

पुरुषों को अलग से भी यौन और प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की जा रही थी। तीसरी रणनीति, गर्भनिरोधक और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए पहुँच की सुविधा में वृद्धि कर रही थी। इस प्रकार, मांग और आपूर्ति पक्ष दोनों के कारकों एक साथ संबोधित कर रही थी, और सामाजिक मानदंडों को बदलने का एक गंभीर प्रयास किया गया था।

यह दोनों अध्ययनों भारत से हैं। मूल्यांकित हस्तक्षेपों में से एक अब कार्य नहीं कर रहा, जबकि दूसरा प्रभावी हस्तक्षेप बिहार में लागू किया जा रहा है। इस हस्तक्षेप को अन्य राज्यों में बड़े पैमाने पर ले जाने की गुंजाइश को आगे जाँचने की जरूरत है।

बच्चों के जन्म के बीच अंतर को बढ़ावा देना

समीक्षा में नौ हस्तक्षेप अध्ययन शामिल किए गए थे। बाल विवाह रोकने के हस्तक्षेपों की तरह, जन्मों के बीच अंतर को बढ़ावा देने के मूल्यांकित हस्तक्षेपों ने छह विशेष रणनीतियों में से दो या दो से अधिक को एक साथ इस्तेमाल किया। इन छह रणनीतियों में शामिल थीं: 1) के युवा विवाहित महिलाओं के लिए लक्षित संदेश, 2) युवा विवाहित पुरुषों के लिए लक्षित संदेश 3) सामुदायिक संघटन – रखवालों के साथ लक्षित बैठकों से लेकर व्यापक सामुदायिक जागरूकता निर्माण और मनोवृत्तियों को आकार देना, 4) सरकारी और / या निजी क्षेत्रों के अंदर स्वास्थ्य और संबद्ध सेवा प्रदाताओं के साथ जुड़ाव, 5) सरकारी स्वास्थ्य के क्षेत्र के अंदर जन्म के बीच सर्वोत्कृष्ट अंतर रखने के संदेशों और सेवाओं को मुख्यधारा में लाना, और 6) सर्वोत्कृष्ट गर्भावस्था / जन्म के बीच अंतर को नीति और कार्यक्रम उद्देश के रूप में एकीकृत करने के लिए नीति-निर्माताओं के साथ उच्च स्तरीय पैरवी।

महिलाओं और उनके पतियों के साथ गहनता से काम करना, साथ ही सामुदायिक समर्थन निर्माण और उपयुक्त सेवाएं प्रदान करने में स्वास्थ्य कार्यकर्ता क्षमता निर्माण रणनीतियों का एक कारगर मिश्रण प्रतीत होता है। चार भारतीय कार्यक्रमों ने इन रणनीतियों के मिश्रण को अपनाया और उन सभी को प्रभावी पाया गया, जिसमें चार में से

तीन प्रयोगात्मक या अर्ध प्रयोगात्मक अध्ययन थे। यह ऐसा दृष्टिकोण है जिसने मांग और आपूर्ति से संबंधित कारकों को एक साथ संबोधित किया।

उपरलिखित रणनीतियों के मिश्रणों के अंदर, पुरुषों के साथ काम करने के दृष्टिकोण को आगे जाँचने की जरूरत है। जिन हस्तक्षेपों ने पतियों को अधिकता से लक्षित नहीं किया लेकिन समुदाय में पुरुषों के साथ काम किया उनमें भी अच्छे परिणाम हासिल होते दिखाई देते हैं।

आगे प्रयोग के लायक रणनीतियों का एक और मिश्रण है गर्भवती महिलाओं और उनके पतियों की विलनिक आधारित गहन काउंसलिंग का अध्ययन। यह दृष्टिकोण संसाधनों का अपेक्षाकृत मामूली निवेश के साथ प्रभावी परिणाम प्राप्त करने में सफल प्रतीत होता है।

भारतीय संदर्भ में, नीतियों और कार्यक्रमों के भीतर “गर्भावस्था के स्वरूप समय और दूरी” (HTSP) को मुख्यधारा में लाना एक महत्वपूर्ण पहला कदम होगा। बच्चों के जन्म के बीच की दूरी को नीति दस्तावेज में एक प्राथमिकता के रूप में उल्लेखित किया गया है, हालांकि, भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम में पर्याप्त रूप से बल नहीं दिया गया है। प्रदाताओं को जन्म में अंतर रखने की प्राथमिकता के प्रति और अद्वितीय जागरूक बनाने और गर्भावस्था में दूरी के लिए आधुनिक के साथ पारंपरिक तरीकों पर अपने ज्ञान को बढ़ाने में ज्यादा काम करने की जरूरत है। उत्तर प्रदेश और बिहार / झारखण्ड में क्रमशः दो भारतीय कार्यक्रमों ने प्रदाता प्रशिक्षण और सामुदायिक भागीदारी सहित, सरकारी स्वास्थ्य के क्षेत्र के अंदर जन्म में अंतर रखने को बढ़ावा देने को मुख्यधारा में लाने का प्रयास किया है। इन मॉडलों को टिकाऊ और किफायती रूप से बड़े पैमाने पा ले जाने के लिए आगे जाँच करने की जरूरत है।

संभावित उपयोगकर्ताओं के लिए जन्म के बीच अंतर के तरीकों को स्वीकार्य बनाना एक और चुनौती है जिससे पार पाना अभी बाकी है। वर्तमान में, गर्भनिरोधक का उपयोग ज्ञाकाव नसबंदी की तरफ ज्यादा है। भारत के विभिन्न भागों में अंतर रखने के तरीकों की स्वीकृति में बाधाओं की

पहचान करने के लिए, और इन पर आधारित संदर्भ विशेष संचार और व्यवहार परिवर्तन रणनीति बनाने के लिए शोध की जरूरत है। गर्भवती महिलाओं और उनके पतियों के साथ क्लिनिक आधारित हस्तक्षेप जन्मों के बीच अंतर रखने से संबंधित नजरिए और व्यवहार को प्रभावित करने के लिए एक बड़ा अवसर प्रदान करते हैं।

अध्ययनों से पता चलता है कि युवा विवाहित महिलाओं के साथ लक्षित हस्तक्षेपों को उनके पतियों या विवाहित पुरुषों के समूहों के साथ पूरा करने की जरूरत है। जहाँ आशा और ए.एन.एम. को महिलाओं के साथ जन्म में अंतर रखने को बढ़ावा देने के लिए प्रशिक्षित किया जा सकता है, वहीं युवा विवाहित पुरुषों के साथ काम करने के लिए एक उपयुक्त पुरुष समूह की पहचान करना महत्वपूर्ण होगा।

परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार

सत्ताइस हस्तक्षेप अध्ययनों को समीक्षा में शामिल किया गया। कई रणनीतियों का एक साथ अपनाना भी परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार के लिए भी हस्तक्षेपों की एक विशेषता थी। समीक्षित कार्यक्रमों में परिवार नियोजन सेवाओं पर पहुँच और गुणवत्ता में सुधार के लिए 10 रणनीतियों में से एक या एक से अधिक को अपनाया गया: 1) और 2) महिला और पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय आधारित सेवा प्रदानी, 3) और 4) महिलाओं और पुरुषों के लिए स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित लक्षित काउंसलिंग और शिक्षा, 5) गर्भनिरोधक विकल्पों का विस्तार, 6) देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए प्रदाता प्रशिक्षण, 7) बेहतर संगठन, उपकरण, और आपूर्ति के माध्यम से सेवा प्रावधान का सुदृढ़ीकरण, 8) परिवार नियोजन का गर्भपात-पश्चात सेवाओं के साथ एकीकरण, 9) परिवार नियोजन का मातृ स्वास्थ्य और प्रसव देखभाल के साथ एकीकरण, और 10) समुदाय का संघटन।

रणनीतियों के दो मिश्रण सेवाओं के साथ ग्राहक संतुष्टि में सुधार के साथ साथ गर्भनिरोधक उपयोग में सुधार करने की उनकी क्षमता के मामले में संभावना दिखाते करते हैं। इनमें से पहली, परिवार नियोजन सेवाओं का

गर्भपात-पश्चात देखभाल और मातृ स्वास्थ्य प्रसव देखभाल के साथ एकीकरण है, बशर्ते यह सिर्फ एक अतिरिक्त सेवा की एक यांत्रिक अधिकता न हो। जाँचे गए प्रभावी हस्तक्षेपों में ग्राहक सुविधा के अनुरूप सेवा प्रदान करने में बदलाव, सेवा प्रदानी को अधिक ग्राहक केंद्रित बनाने के लिए प्रदाता प्रशिक्षण, और महिलाओं और अपने पतियों के लिए लक्षित परिवार नियोजन काउंसलिंग भी शामिल है।

प्रसवोत्तर और गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन भारत में अच्छी तरह से जाना जाता है। हालाँकि, ज्यादा ध्यान प्रसवोत्तर और गर्भपात-पश्चात नसबंदी पर दिया गया है। इसके अलावा, 1990 के दशक में देखभाल की गुणवत्ता की जाँच के कई अध्ययनों में नसबंदी या आई.यू.सी.डी. लगाने को सुरक्षित गर्भपात सेवाएं प्रदान करने के लिए एक शर्त के रूप में इस्तेमाल किए जाने की सूचना मिलती है। इस समीक्षा से नीतिगत सिफारिशें प्रसवोत्तर और गर्भपात-पश्चात परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने के लिए होंगी जो सही मायने में काउंसलिंग के बाद सूचित पसंद, महिला / उसके साथी को चुनने के लिए के लिए गर्भनिरोधकों की पूरी श्रृंखला पेश करने, और जैसा ऊपर बताया गया है, ग्राहक के साथ मानवीय व्यवहार सहित समग्र गुणवत्ता में सुधार पर आधारित है।

अन्य रणनीति जो संभावना पेश करती है, वह है समुदाय आधारित शिक्षा और काउंसलिंग और गर्भनिरोधकों के वितरण के लिए महिला और पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का इस्तेमाल करना। हमारे पास परिवार नियोजन की जानकारी और सेवाएं प्रदान करने वाला समुदाय आधारित पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता समूह नहीं है – वास्तव में, हमारे पास योजनाबद्ध तरीके से परिवार नियोजन की जानकारी के साथ पुरुषों तक पहुँचने के लिए कोई प्रणाली नहीं है। सुविधाएं मुहैया कराने के लिए महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का प्रयोग किर से भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम में एक जानीमानी रणनीति है, और अब आशा को यह जिम्मेदारी सौंपी गई है। मुख्य अंतर यह है कि कई मामलों में (सरकारी नीति जो कुछ भी हो) व्यवहार में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता को ‘लक्ष्य’ पूरे करने होते हैं। यह महिला के घर के करीब सूचना और सेवाओं

को उपलब्ध कराने के द्वारा परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार ला सकने वाले हस्तक्षेप को जबरदस्ती परिणाम देने वाले में बदल देता है। हमें महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता की भूमिका को नई दिशा देने और पुरुष सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को शामिल करने की जरूरत है। उनकी भूमिका, जानकारी देने, विभिन्न तरीकों नुकसान और फायदों पर पर चर्चा सुलभ कराने और ग्राहक को उसके लिए स्वीकार्य विधि की सूचित पसंद में मदद के लिए होगी।

समापन टिप्पणी

इस समीक्षा ने अलग अलग “आशाजनक” रणनीतियों की पहचान की है जो महिलाओं, पुरुषों और बच्चों के स्वास्थ्य और अधिकारों को कायम रखने के एक साधन के रूप में परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण करने मदद करेंगी। समीक्षा के परिणामों की व्याख्या बहुत सीमित प्रमाणों ध्यान में रख कर करने की जरूरत है जिस पर यह आधारित है। कई हस्तक्षेपों को दस्तावेजीकृत नहीं किया गया है, और जिन्हें दस्तावेजीकृत किया गया है उनका कड़ाई से मूल्यांकन किया जाना अभी बाकी है। आगे महत्वपूर्ण कार्यों में से एक मौजूदा हस्तक्षेपों को व्यवस्थित तरीके से दस्तावेजीकरण और मूल्यांकन है।

समीक्षा अब तक लागू किए गए ढेरों हस्तक्षेपों में से आगे प्रयोग और बड़े पैमाने पर ले जाने योग्य हैं रणनीतियों को चिह्नित करती है। हालाँकि इससे अभी तक जो कोशिश नहीं की गई उसकी राह निकालने की संभावना आरंभ होनी चाहिए। ऐसे अन्य अन्य संभावित हस्तक्षेप हैं जिनका प्रयास या कल्पना करना भी अभी बाकी है: उदाहरण के लिए, प्रजनन और यौन अधिकारों को बनाए रखने के कार्यक्रम, प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की एक व्यापक श्रृंखला प्रदान करने वाले कार्यक्रम परिवार नियोजन जिसका एक अभिन्न



हिस्सा है। ढाँचे से अलग हस्तक्षेप डिजाइन और लागू करना उतनी ही बड़ी प्राथमिकता है जितना कि पहले से ही मौजूद का कठोर मूल्यांकन करना।

सुरक्षित गर्भपात सेवाएं गर्भपात-पश्चात देखभाल के साथ परिवार नियोजन को एकीकृत करने वाले हस्तक्षेपों के एक भाग के रूप में ही जाँची गई रणनीतियों में नजर आई हैं। फिर भी, परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण करने के किसी भी प्रयास को सुरक्षित गर्भपात सेवाओं को महिलाओं के स्वास्थ्य और अधिकारों को कायम रखने के एक महत्वपूर्ण आयाम के रूप में शामिल करने की आवश्यकता होगी।

अंत में, ऊपर ‘परिवार नियोजन का पुनः स्थिति निर्धारण’ की सभी रणनीतियों के सुझाव परिभाषा के द्वारा मानव अधिकारों के परिप्रेक्ष्य द्वारा निर्देशित हैं। इस संदर्भ और परिप्रेक्ष्य से बाहर कर दिया जाए और एक ‘जनसंख्या नियंत्रण’ अनिवार्यता की परत लगा दी जाए, तो हम शायद प्रजनन क्षमता में कमी को प्राप्त लेंगे, लेकिन जनसंख्या के स्वास्थ्य और खुशहाली में जुड़े सुधार के बिना।



Population Foundation of India

B-28, Qutab Institutional Area, Tara Crescent, New Delhi - 110 016, INDIA

Telephone : + 91-11-43894100; Fax : +91-11-43894199

E-mail : info@populationfoundation.in

Website : www.populationfoundation.in

