International Journal of Education, Modern Management, Applied Science & Social Science (IJEMMASSS)
ISSN :2581-9925(Online), Impact Factor: 7.555, Volume 07, No. 03(I), July- September, 2025, pp. 101-110

झुंझुनू जिले में महिलाओं की प्रजनन प्रक्रिया, परिवार के आकार में परिवर्तन एवं सामाजिक–पारिवारिक भूमिका का विश्लेषण

कल्पना[1*] | प्रोफेसर अरविंद कुमार महला[2]

[1]सहायक आचार्य, समाजशास्त्र, राजकीय महिला महाविद्यालय, झुंझुनू, राजस्थान।
[2]प्राचार्य, एस. आर. आर. एम राजकीय महाविद्यालय, नवलगढ़ झुंझुनू, राजस्थान।

[*]Corresponding Author: kalpanajanu3930@gmail.com

Citation: कल्पना, महला, अरविंद कुमार.(2025). झुंझुनू जिले में महिलाओं की प्रजनन प्रक्रिया, परिवार के आकार में परिवर्तन एवं सामाजिक–पारिवारिक भूमिका का विश्लेषण. International Journal of Education, Modern Management, Applied Science & Social Science, 07(03(I)), 101–110. https://doi.org/10.62823/IJEMMASSS/7.3(I).7843

सार

प्रजनन प्रक्रिया, परिवार के आकार में परिवर्तन और महिलाओं की सामाजिक–पारिवारिक भूमिकाएँ जनसांख्यिकीय और सामाजिक अध्ययन के महत्त्वपूर्ण पहलू हैं। यह शोध महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य, प्रजनन प्रवृत्तियों और पारिवारिक संरचनाओं के विकसित पैटर्न का विश्लेषण करने के लिए राजस्थान के झुंझुनू जिले पर केंद्रित है। अध्ययन में इस बात की जांच की गई है कि सामाजिक–आर्थिक, सांस्कृतिक और नीति–संचालित कारक महिलाओं के प्रजनन विकल्पों और परिवार नियोजन निर्णयों को कैसे प्रभावित करते हैं। सर्वेक्षण, साक्षात्कार और माध्यमिक डेटा विश्लेषण सहित मिश्रित तरीकों के दृष्टिकोण के माध्यम से, अध्ययन प्रजनन व्यवहार पर शिक्षा, स्वास्थ्य देखभाल पहुँच, आर्थिक स्थिति और सामाजिक मानदंडों के प्रभाव की पड़ताल करता है। इसके अतिरिक्त, यह परिवार के आकार की वरीयताओं में बदलाव और लिंग भूमिकाओं, अंतर्जनपदीय सम्बंधों और महिला सशक्तिकरण पर उनके निहितार्थ का मूल्यांकन करता है। इस शोध के निष्कर्षों का उद्देश्य इस बात की अंतर्दृष्टि प्रदान करना है कि कैसे आधुनिकीकरण, सरकारी हस्तक्षेप और बदलते सामाजिक दृष्टिकोण झुंझुनू में प्रजनन प्रवृत्तियों और परिवार की गतिशीलता को आकार देते हैं। अध्ययन महिलाओं की प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ाने, लैंगिक समानता को बढ़ावा देने और स्थायी परिवार नियोजन पहल का समर्थन करने के लिए नीतिगत सिफारिशें प्रदान करता है।

शब्दकोश: *महिलाओं की प्रजनन प्रक्रिया, परिवार का आकार, सामाजिक–पारिवारिक भूमिका, प्रजनन रुझान, लिंग गतिशीलता।*

प्रस्तावना

प्रजनन स्वास्थ्य किसी भी महिला के जीवन का एक अत्यंत महत्वपूर्ण पहलू है, जो न केवल उसके शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है, बल्कि समाज और परिवार की संरचना पर भी गहरा प्रभाव डालता है। भारत जैसे विकासशील देश में, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में, महिलाओं की प्रजनन संबंधी स्थिति सामाजिक, सांस्कृतिक, शैक्षिक और आर्थिक कारकों से गहराई से जुड़ी होती है।

[*] *Copyright © 2025 by Author's and Licensed by Inspira. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work properly cited.*

यह शोध पत्र राजस्थान राज्य के झुंझुनू जिले की महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य, परिवार के आकार में हो रहे परिवर्तनों और उनके सामाजिक व पारिवारिक भूमिकाओं के बीच संबंधों का विश्लेषण करने का प्रयास करता है। इसमें यह समझने का प्रयास किया गया है कि कैसे शिक्षा, स्वास्थ्य सुविधाएँ, सामाजिक जागरूकता, एवं पारंपरिक मान्यताएँ महिलाओं की प्रजनन प्रक्रिया को प्रभावित करती हैं।

यह अध्ययन न केवल महिला स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति को समझने में सहायक होगा, बल्कि नीति–निर्माताओं, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और सामाजिक संगठनों को बेहतर रणनीतियाँ तैयार करने में भी मार्गदर्शन देगा।

प्रजनन स्वास्थ्य किसी भी व्यक्ति के अच्छे स्वास्थ्य और मानव विकास का एक ज़रूरी हिस्सा है। यह किशोरावस्था से शुरू होता है और महिलाओं के लिए रजोनिवृत्ति तक चलता है। यह जीवन के हर चरण में महत्वपूर्ण होता है और इससे जुड़ी ज़रूरतें उम्र के अनुसार बदलती रहती हैं।

यदि समय पर प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं का समाधान नहीं किया जाए, तो आगे चलकर यह गंभीर स्वास्थ्य समस्याओं का कारण बन सकती हैं। इसलिए इसे 'जीवन चक्र की दृष्टि' से देखना ज़रूरी है।

एक सुरक्षित और स्वस्थ प्रजनन प्रणाली अच्छे संपूर्ण स्वास्थ्य का जरूरी भाग होती है, लेकिन कई आंतरिक और बाहरी कारण इस पर नकारात्मक असर डाल सकते हैं। उदाहरण के लिए, कुछ खतरनाक रसायनों के संपर्क में आने वाले काम व्यक्ति की प्रजनन क्षमता को नुकसान पहुँचा सकते हैं।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) के अनुसार, प्रजनन स्वास्थ्य का मतलब सिर्फ बीमारियों से बचाव नहीं, बल्कि शारीरिक, मानसिक और सामाजिक रूप से पूर्ण स्वस्थ स्थिति है। इसमें यह अधिकार शामिल है कि हर व्यक्ति सुरक्षित और संतोषजनक यौन जीवन जी सके और यह तय कर सके कि वह कब और कितने बच्चे चाहता है।

पुरुषों और महिलाओं दोनों को परिवार नियोजन के बारे में जानकारी और सुविधाएँ मिलनी चाहिए। साथ ही, यह भी सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि महिलाएँ गर्भावस्था और प्रसव की प्रक्रिया सुरक्षित तरीके से पूरी कर सकें और परिवार को एक स्वस्थ बच्चा मिल सके।

हालाँकि यह एक वैश्विक विषय है, लेकिन महिलाओं के लिए यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण है क्योंकि उनके ऊपर प्रजनन से जुड़ी जिम्मेदारियाँ अधिक होती हैं। महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य का उनके जीवन की गुणवत्ता से गहरा संबंध है।

यौन स्वास्थ्य का मतलब केवल शरीर से नहीं है, बल्कि यह एक व्यक्ति के संपूर्ण व्यक्तित्व, संबंधों और भावनाओं से भी जुड़ा होता है। यह एक सकारात्मक सोच और आत्म–सम्मान का हिस्सा होता है।

साहित्य समीक्षा

महिलाओं को अपनी यौन प्रथाओं को सुरक्षित और प्रभावी ढंग से संचालित करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता होती है। बीसवीं शताब्दी के उत्तरार्ध में, महिलाओं की प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को स्वास्थ्य प्रौद्योगिकी सेवादारों की सूची में जोड़ा गया। हालाँकि, सेवाएँ दोषों के बिना नहीं थीं। अपर्याप्त संसाधन आवंटन के अलावा, इन सेवाओं के साथ मूलभूत दोष उनकी विचारधारा थी। महिलाओं को प्रजनन के स्रोत के साथ–साथ प्रजनन प्रबंधन के लिए एक लक्ष्य के रूप में देखा गया था। महिलाओं को अंत के साधन के रूप में सेवाएँ नहीं दी गईं। इस प्रक्रिया से महिलाओं को लाभ हुआ है। परंपरागत रूप से, महिलाओं की ज़रूरतों को मातृत्व और बाल स्वास्थ्य (एमसीएच) (पिल्लितेरी ए. 2010) की अवधारणा के माध्यम से पूरा किया गया है। महिला की इच्छाएँ माँ की आवश्यकताओं के साथ जुड़ी हुई थीं। एमसीएच कार्यक्रमों और सेवाओं ने माताओं और बच्चों के निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य में महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाई है। एक स्वस्थ बच्चे की सफलता अक्सर एमसीएच सेवाओं का फोकस होती है। यद्यपि जन्म प्रक्रिया में आपके निवेश की सफलता के बारे में कई

चिंताएं हैं, लेकिन गर्भावस्था और प्रसव के दौरान माताओं को होने वाले स्वास्थ्य जोखिमों को विभिन्न जोखिमों के कारण कम करके आंका गया है, तथा जोखिमों से निपटने के लिए प्रसूति संबंधी प्रथाओं और व्यवसायों की स्थापना की आवश्यकता है। नतीजतन, मातृ मृत्यु दर की त्रासदी इस हद तक बढ़ गई है कि इसे अब अनदेखा नहीं किया जा सकता है। महिलाओं के जीवन की गुणवत्ता के लिए उनके कई लाभों के बावजूद, परिवार नियोजन कार्यक्रमों ने महिलाओं को वास्तविक और अपूर्ण दोनों चिंताओं के साथ छोड़ दिया है (डिक्ज़फालुसी ई, 1994)।

महिलाओं की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को मोटे तौर पर चार समूहों में विभाजित किया जा सकता है। सबसे पहले, महिलाओं की अलग–अलग यौन और प्रजनन स्वास्थ्य मांगें हैं। दूसरे, महिलाओं में एक परिष्कृत प्रजनन प्रणाली होती है जो ऑपरेशन में आने से पहले या बाद में भी विफलता या बीमारी के अधीन होती है। तीसरा, महिलाओं को उन्हीं बीमारियों का ख़तरा होता है जो अन्य शरीर प्रणालियों में पुरुषों को प्रभावित करती हैं। आनुवंशिक संरचना, हार्मोनल वातावरण या लिंगों के व्यवहार के कारण रोग के पैटर्न अक्सर पुरुषों के पैटर्न से भिन्न होते हैं। अन्य शारीरिक प्रणालियों के रोग या उनके उपचार प्रजनन प्रणाली के साथ अंतःक्रिया कर सकते हैं या कार्यात्मक समस्याएं पैदा कर सकते हैं। चौथा, महिलाएँ सामाजिक बीमारियों से पीड़ित हैं जो उनके शारीरिक, मानसिक या सामाजिक कल्याण को नुक़सान पहुँचाती हैं। इसके उदाहरण महिला जननांग विकृति, यौन शोषण और घरेलू हिंसा हैं। प्रजनन प्रणाली महिलाओं के कार्य, खराबी और बीमारी में महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाती है। यह पुरुषों से अलग है। बीमारी का एक महत्त्वपूर्ण बोझ महिलाओं पर निहित है क्योंकि उनके प्रजनन कार्य और प्रजनन प्रणाली का इलाज़ उनके लिंग के कारण समाज द्वारा किया जाता है या उनके साथ दुर्व्यवहार किया जाता है। जबकि अधिक पुरुष अपने 'दोषों' के कारण मर जाते हैं, महिलाएँ अक्सर प्रजातियों के अस्तित्व और सम्बंधित कार्यों को सुनिश्चित करने के लिए अपने प्राकृतिक शारीरिक कार्यों से पीड़ित होती हैं (लेक जेके, 1997)।

पद्धति

झुंझुनू जिले में प्रजनन प्रक्रिया, परिवार के आकार में परिवर्तन और महिलाओं की सामाजिक–पारिवारिक भूमिका पर यह अध्ययन एक मिश्रित–तरीकों के दृष्टिकोण को अपनाता है, जिसमें व्यापक विश्लेषण सुनिश्चित करने के लिए मात्रात्मक और गुणात्मक अनुसंधान तकनीकों दोनों का संयोजन होता है।

- **अनुसंधान डिजाइन**

झुंझुनू में महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य, प्रजनन विकल्पों और पारिवारिक संरचनाओं से सम्बंधित रुझानों, पैटर्न और प्रभावित करने वाले कारकों को समझने के लिए एक वर्णनात्मक और विश्लेषणात्मक अनुसंधान डिजाइन का उपयोग किया जाता है।

- **अध्ययन क्षेत्र**

यह अध्ययन झुंझुनू जिला, राजस्थान में आयोजित किया गया है जिसमें विविध सामाजिक–आर्थिक और सांस्कृतिक परिप्रेक्ष्यों को पकड़ने के लिए चुनिंदा शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों को शामिल किया गया है।

- **नमूनाकरण तकनीक और नमूना आकार**
  - **नमूनाकरण विधिः** विभिन्न सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि से प्रतिनिधित्व सुनिश्चित करने के लिए एक बहु–चरण स्तरीकृत यादृच्छिक नमूनाकरण तकनीक का उपयोग किया जाता है।
  - **नमूना आकारः** अध्ययन में प्रजनन आयु (15–49 वर्ष) की 300–500 महिलाओं के साथ–साथ स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, बुजुर्ग परिवार के सदस्यों और स्थानीय नीति निर्माताओं जैसे प्रमुख मुखबिर शामिल हैं।

डेटा संग्रह के तरीके

- **प्राथमिक डेटा संग्रह**
  - **संरचित प्रश्नावली** – प्रजनन प्रवृत्तियों, गर्भनिरोधक उपयोग, परिवार नियोजन और सामाजिक–सांस्कृतिक कारकों के बारे में जानकारी इकट्ठा करने के लिए।
  - **गहन साक्षात्कार** – व्यक्तिगत अनुभवों, चुनौतियों और सामाजिक अपेक्षाओं का पता लगाने के लिए चयनित महिलाओं के साथ आयोजित।
  - **फोकस समूह चर्चा (एफजीडी)** – परिवार के आकार और लिंग भूमिकाओं पर अंतरजनपदीय दृष्टिकोण को समझने के लिए महिलाओं, पुरुषों और बुजुर्गों के साथ आयोजित।
- **द्वितीयक डेटा संग्रह**
  - जनगणना रिपोर्ट, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस) के आंकड़े, राजस्थान सरकार की स्वास्थ्य रिपोर्ट और विद्वानों के लेखों की समीक्षा की जाती है।
  - सरकारी पहलों के प्रभाव का आंकलन करने के लिए नीति दस्तावेजों और जिला स्तरीय स्वास्थ्य रिकॉर्ड का विश्लेषण किया जाता है।

डेटा विश्लेषण तकनीक

- **मात्रात्मक विश्लेषण**
  - जनसांख्यिकीय विश्लेषण के लिए वर्णनात्मक आँकड़े (माध्य, प्रतिशत, आवृत्ति वितरण) का उपयोग किया जाता है।
  - प्रतिगमन विश्लेषण सामाजिक–आर्थिक कारकों और प्रजनन प्रवृत्तियों के बीच संबंध की जांच करने के लिए नियोजित किया जाता है।
  - एसपीएसएस या इसी तरह के सांख्यिकीय उपकरण डेटा प्रोसेसिंग के लिए उपयोग किए जाते हैं।
- **गुणात्मक विश्लेषण**
  - साक्षात्कार और एफजीडी निष्कर्षों की व्याख्या करने के लिए विषयगत विश्लेषण लागू किया जाता है।
  - गुणात्मक कोडिंग और प्रवृत्ति पहचान के लिए एनवीवो सॉफ्टवेयर का उपयोग किया जा सकता है।

नैतिक विचार

- सभी प्रतिभागियों से सूचित सहमति प्राप्त की जाती है।
- गोपनीयता और गुमनामी सुनिश्चित की जाती है।
- अध्ययन मानव विषयों पर शोध के लिए नैतिक दिशानिर्देशों का पालन करता है।

अध्ययन की सीमाएं

यह अध्ययन भौगोलिक रूप से झुंझुनू तक सीमित है, जो अन्य क्षेत्रों के लिए सामान्य नहीं हो सकता है।

स्व–रिपोर्ट किए गए डेटा में पूर्वाग्रह या अशुद्धियाँ हो सकती हैं।

सांस्कृतिक संवेदनशीलता प्रजनन स्वास्थ्य विषयों पर प्रतिक्रियाओं को प्रभावित कर सकती है।

- **मातृत्व और महिलाओं की स्थिति**

एशिया में रिश्तेदारी और परिवार पर एक बड़े साहित्य ने एक सामाजिक भूमिका के रूप में मातृत्व के महत्त्व पर ज़ोर दिया है जो घर और बड़े समाज के भीतर स्थिति प्रदान कर सकता है। दक्षिण एशियाई महिलाएँ अक्सर रिपोर्ट करती हैं कि बच्चे पैदा करना उनके सामाजिक या धार्मिक कर्तव्य का हिस्सा है (सावला 2001; मेहता और कपाड़िया 2008; नाहर और रिक्टर 2011; भंभानी और इंबानाथन 2018) । मातृत्व से जुड़े स्थिति लाभ कम से कम आंशिक रूप से महिला के रिश्तों के माध्यम से कार्य करते हैंरू पहला, अपने पति और वैवाहिक परिवार के साथ बंधन को मज़बूत करके और दूसरा, अपने बच्चों के साथ मातृ बंधन के निर्माण के माध्यम से, जो बुढ़ापे में उसका समर्थन करेगा (मेहता और कपाड़िया 2008; नाहर और रिक्टर 2011; राव 2015)। पुत्र धारण करने से यह भी सुनिश्चित होता है कि एक स्त्री एक दिन अपने पुत्र की पत्नी की सास बन जाएगी, एक ऐसी स्थिति जो अक्सर घर में महत्त्वपूर्ण शक्ति के साथ आती है। जो महिलाएँ बांझपन के कारण मातृत्व की सामाजिक अपेक्षा को पूरा करने में असमर्थ हैं या जो बच्चे पैदा नहीं करना चुनती हैं, वे अक्सर सामाजिक कलंक, कम स्वायत्तता, परित्याग और हिंसा का सामना करने की रिपोर्ट करती हैं। रिस्मैन कोहलर 2000; मेहता और कपाड़िया 2008; ली–रिफ 2010; नाहर और रिक्टर 2011; राव 2014; भंभानी और इंबानाथन 2018)।

जनसांख्यिकीय सर्वेक्षण डेटा का उपयोग करते हुए कुछ पिछले अध्ययनों ने घर में महिलाओं की स्थिति पर मातृत्व के प्रभावों को निर्धारित करने का प्रयास किया है। क्रॉस–अनुभागीय डेटा का उपयोग करना, जेजीवॉय और साथर (2001) यह प्रदर्शित किया कि एक बेटा होने का भारत के पंजाब जिले में उच्च स्वायत्तता के साथ सहसम्बंध था, लेकिन बेटी होना नहीं था। किशोर और स्पीयर्स (2014) उन्होंने क्रॉस–सेक्शनल डेटा का उपयोग करके यह भी प्रलेखित किया कि शहरी भारतीय परिवारों के लिए, यदि पहला बच्चा पुरुष द्वारा जन्म दिया जाता है, तो इस बात की संभावना बढ़ जाती है कि परिवार स्वच्छ खाना पकाने वाले ईंधन का उपयोग करता है, और इस प्रभाव को वे बेटों की माताओं की बढ़ी हुई स्थिति से जोड़ते हैं। भारत में एक राज्य से पूर्वव्यापी डेटा का उपयोग करना, मैकक्वेरी (2009) इस बात के प्रमाण मिले कि जीवन के प्रसव चरण में महिलाओं ने उन लोगों की तुलना में अधिक एजेंसी और घरेलू हिंसा का कम डर का आनंद लिया, जिन्होंने अभी तक मातृत्व में संक्रमण नहीं किया था। मेरी जानकारी के अनुसार, केवल कुछ अध्ययनों ने पैनल डेटा का उपयोग करके महिलाओं की स्थिति पर मातृत्व के प्रभाव की जांच की है और कोई भी भारतीय संदर्भ में आधारित नहीं था। पैनल डेटा का उपयोग करना, ली और वू (2011) पाया गया कि ज्येष्ठ पुत्र होने से चीन में महिलाओं की निर्णय लेने की शक्ति और पोषण सेवन में सुधार हुआ है। मिस्र से पैनल डेटा का उपयोग करना, सामरी (2017) पाया गया कि मिस्र की महिलाओं ने प्रत्येक बच्चे के जन्म के बाद स्थिति लाभ का अनुभव किया।

- **स्थायी गर्भनिरोधक और महिलाओं की स्थिति**

मातृत्व में प्रवेश की तरह, प्रसव का अंत एक महत्त्वपूर्ण प्रजनन संक्रमण है, विशेष रूप से दक्षिण एशियाई संदर्भ में जहाँ युवा महिलाएँ अक्सर स्थायी गर्भनिरोधक को अपनाने के माध्यम से अपने प्रसव चरण से अचानक बाहर निकल जाती हैं। नलबंदी के माध्यम से नसबंदी भारत में प्रमुख परिवार नियोजन विधि है और इसका उपयोग कम प्रजनन क्षमता वाली युवा महिलाओं द्वारा तेजी से किया जा रहा है (आईआईपीएस और आईसीएफ 2017)। भारत के नवीनतम राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के आंकड़ों के अनुसार, भारत में 36 प्रतिशत विवाहित महिलाओं की नसबंदी (IIPS और ICF 2017) की जाती है। नसबंदी अब भारत में कई महिलाओं के प्रजनन जीवन पाठ्यक्रम का हिस्सा है। क्योंकि शादी अक्सर जल्दी हो जाती है और शादी के कुछ समय बाद ही बच्चे पैदा होने लगते हैं, इसलिए ज़्यादातर महिलाएँ अपनी वांछित प्रजनन क्षमता को अपने बीसवें दशक के मध्य से लेकर अंत तक पूरा कर लेती हैं। नतीजतन, स्थायी गर्भनिरोधक अपनाने की प्रक्रिया भी कम उम्र में ही शुरू हो जाती है। 2015–16 में, नसबंदी की औसत आयु केवल 25.7 (IIPS और ICF 2017) थी।

स्थायी गर्भनिरोधक का भारत में एक जटिल इतिहास रहा है। 1975 से 1977 तक, भारत सरकार ने एक जबरन नसबंदी अभियान चलाया, जिसमें मुख्य रूप से पुरुषों को निशाना बनाया गया। उस समय के दौरान, 8.3 मिलियन नसबंदी हुई (हौब और शर्मा 2006)। कार्यक्रम के बाद जनता की प्रतिक्रिया तीव्र थी। तब से, सरकार ने परिवार नियोजन की पहल को रीब्रांड करने का प्रयास किया है और 1996 में स्थायी गर्भनिरोधक के लिए 'नो कोटा' प्रणाली स्थापित की है; हालांकि, भारत सरकार परिवारों के लिए अपने वांछित परिवार के आकार को प्राप्त करने के तरीके के रूप में नसबंदी को बढ़ावा देना जारी रखती है, जिसमें वित्तीय प्रोत्साहन (डोनाल्डसन 2002) भी शामिल है। नतीजतन, इनमें से 82 प्रतिशत सर्जरी सार्वजनिक क्षेत्र की सुविधा (आईआईपीएस और आईसीएफ 2017) में होती हैं।

आज भारत में ज्यादातर नसबंदी पुरुषों की बजाय महिलाओं पर की जाती है। केवल 0.3 प्रतिशत विवाहित महिलाएँ रिपोर्ट करती हैं कि उनके पति की नसबंदी उनकी जन्म नियंत्रण विधि है (IIPS और ICF 2017) । गर्भनिरोधक के प्रतिवर्ती रूप अलोकप्रिय हैं और कभी–कभी भारत में कलंकित होते हैं। 15–49 आयु वर्ग की केवल 4 प्रतिशत विवाहित भारतीय महिलाएँ गोली का उपयोग करती हैं और 12 प्रतिशत कंडोम का उपयोग करने की रिपोर्ट करती हैं (IIPS और ICF 2017) । हालांकि इसके उपयोग में अपेक्षाकृत व्यापक, गरीब परिवारों में नसबंदी अधिक आम है (मैकने एट अल। डी ओलिवेरा एट अल 2014)। गरीब ग्रामीण क्षेत्रों में स्थापित बड़े सरकारी शिविरों में कुछ महिलाओं की नसबंदी की गई है, एक प्रथा जिसकी कई कार्यकर्ताओं ने आलोचना की है और हाल ही में भारत के सर्वोच्च न्यायालय (द गार्जियन 2016) द्वारा इसे रोकने का आदेश दिया गया था। यह इन शिविरों में बोटेड सर्जरी के बाद मौतों से जुड़े कई सार्वजनिक घोटालों के बाद हुआ (रॉयटर्स 2014)।

इन मुद्दों के बावजूद, ग्रामीण महिलाओं को अपनी प्रजनन क्षमता को सीमित करने के लिए सक्रिय रूप से नसबंदी की तलाश करने के लिए पाया गया है और ये महिलाएँ अक्सर अभ्यास के अनुकूल छापों की रिपोर्ट करती हैं (सावला 1999)। आंकड़े बताते हैं कि महिलाएँ अक्सर अपने परिवार में गर्भनिरोधक निर्णयों के लिए प्राथमिक या संयुक्त निर्णय निर्माता होती हैं, हालांकि पति या ससुराल वाले लगभग एक–तिहाई घरों में प्राथमिक निर्णय निर्माता होते हैं (चार एट अल 2009; मकाडे एट अल 2012) । हालांकि, शोधकर्ताओं ने जबरदस्ती के बारे में चिंता व्यक्त की है, जो आंकड़े बताते हैं कि भारतीय महिलाओं को अक्सर प्रक्रिया के लिए सहमति देने से पहले जोखिमों के बारे में सीमित जानकारी होती है (जाधव और वाला–हेन्स 2018) । भारत में नसबंदी के बाद पछतावे की दर आमतौर पर लगभग 5 प्रतिशत बताई जाती है (रामनाथन और मिश्रा 2000; सिंह एवं अन्य 2012)।

भारत में महिलाओं के लिए स्थायी गर्भनिरोधक तेजी से एक आम जीवन पाठ्यक्रम कार्यक्रम बनने के साथ, एक उभरते साहित्य ने महिलाओं के जीवन पर इसके प्रभावों की जांच करना शुरू कर दिया है। घर में महिलाओं की स्थिति पर स्थायी गर्भनिरोधक, यदि कोई हो, के प्रभाव के बारे में वर्तमान साक्ष्य मिश्रित है। राव (1997) ने पाया कि दक्षिण भारत में नसबंदी करवाने वाली महिलाओं को अपने अंतरंग साथी द्वारा हिंसा का शिकार होने की अधिक संभावना थी, शायद बेवफाई के डर के कारण। इससे पता चलता है कि स्थायी गर्भनिरोधक का घर में महिलाओं की स्थिति पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है।

अन्य साक्ष्य स्थायी गर्भनिरोधक को अपनाने और घर में महिलाओं की स्थिति के बीच सकारात्मक सम्बंध की ओर इशारा करते हैं। प्रारंभिक अध्ययनों ने नसबंदी और बेहतर पति–पत्नी संचार और आंदोलन की स्वतंत्रता के बीच एक संभावित लिंक का सुझाव दिया (व्लासॉफ़ 1991) । सावला (2001) ग्रामीण आंध्र प्रदेश में अपने नृवंशविज्ञान अध्ययन से इस बात के प्रमाण मिले कि नसबंदी करवाने वाली महिलाएं 'प्रजनन के बाद' की पहचान का लाभ तब उठा पाती हैं, जब वे सामान्य रूप से अपने प्रजनन के वर्षों (रजोनिवृत्ति के समय) को समाप्त नहीं करतीं। प्रजनन के बाद की महिलाओं को प्रजनन में महिलाओं की भूमिका से उत्पन्न 'महिला दायित्व' और महिलाओं की कामुकता को नियंत्रित न किए जाने पर पितृत्व को लेकर भय से रहित माना जाता

था (सावला 2001, पृष्ठ 202) । पल्लिकादवथ एवं अन्य (2015) पाया गया कि युवा निष्फल माताओं ने समान सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि की गैर–निष्फल माताओं की तुलना में अधिक स्वायत्तता का आनंद लिया। हालांकि, उन्होंने यह भी पाया कि जिन महिलाओं ने गर्भनिरोधक के आधुनिक, अस्थायी रूपों, जैसे कि गोली या अंतर्गर्भाशयी डिवाइस (आईयूडी) का उपयोग किया, उन्होंने नसबंदी महिलाओं की तुलना में भी अधिक स्वायत्तता स्तर का अनुभव किया। मैकक्वेरी (2009), मध्य प्रदेश से पूर्वव्यापी डेटा का उपयोग करते हुए, प्रजनन जीवन पाठ्यक्रम के अंत में निर्णय लेने में वृद्धि और आंदोलन की अधिक स्वतंत्रता के प्रमाण मिले (स्थायी गर्भनिरोधक को अपनाने द्वारा चिह्नित) ।

स्थायी गर्भनिरोधक वैवाहिक सम्बंधों में भी सुधार कर सकता है। सबसे बुनियादी स्तर पर, यह जोड़ों को गर्भावस्था के डर के बिना यौन गतिविधि का आनंद लेने की अनुमति देता है। सावला (2001) पाया कि उनके नृवंशविज्ञान क्षेत्र स्थल पर कई ग्रामीणों ने नसबंदी को एक बलिदान के रूप में देखा जो महिलाओं ने किया ताकि उनके पति को पुरुष नसबंदी, कंडोम के उपयोग या संयम के माध्यम से प्रजनन नियंत्रण का बोझ उठाने की आवश्यकता न हो। साक्षात्कार में महिलाओं ने महसूस किया कि यह बलिदान करने से उनके पति के साथ उनके रिश्ते में सुधार हो सकता है।

जैसे–जैसे भारतीय महिलाएँ जीवन के माध्यम से आगे बढ़ती हैं, घर में उनकी स्थिति बढ़ने की उम्मीद है। सावला (2001) सिद्धांत दिया कि यह एक सौतेले की तरह होता है, महिलाओं की सामाजिक प्रतिष्ठा पहले बढ़ती है क्योंकि वे लड़कपन से नारीत्व में संक्रमण करते हैं, फिर अविवाहित से विवाहित तक, फिर जब वे माताओं में संक्रमण करते हैं और अंत में सास, उच्चतम स्थिति संभव है। स्थायी गर्भनिरोधक को अपनाने से जुड़ा एक पोस्ट–प्रोक्रिएटिव संक्रमण मातृत्व और सास की स्थिति के बीच भी मौजूद हो सकता है। विश्लेषण जो महिलाओं की स्थिति और दो प्रजनन संक्रमणों के बीच सम्बंधों का परीक्षण करता हैरू मातृत्व और स्थायी गर्भनिरोधक को अपनाना। स्थिति के प्रत्येक आयाम की अलग–अलग जांच करने से यह भी परीक्षण किया जा सकता है कि स्थिति के कौन से आयाम प्रजनन संक्रमणों से प्रभावित होते हैं, यदि कोई हो।

- **समाप्ति**

यह अध्ययन राजस्थान के झुंझुनू जिले में महिलाओं की प्रजनन प्रक्रियाओं, परिवार के आकार में परिवर्तन और सामाजिक–पारिवारिक भूमिकाओं का व्यापक विश्लेषण प्रदान करता है। निष्कर्षों से पता चलता है कि सामाजिक–आर्थिक कारक, शिक्षा का स्तर, स्वास्थ्य देखभाल पहुँच और सांस्कृतिक मानदंड महिलाओं के प्रजनन सम्बंधी निर्णयों और पारिवारिक संरचनाओं को महत्त्वपूर्ण रूप से प्रभावित करते हैं। पारंपरिक मान्यताओं और पितृसत्तात्मक मूल्यों ने प्रजनन वरीयताओं को प्रभावित करना जारी रखा है, हालांकि आधुनिकीकरण और सरकारी हस्तक्षेप धीरे–धीरे परिवार नियोजन और लिंग भूमिकाओं पर नए दृष्टिकोण को आकार दे रहे हैं।

शोध में बढ़ती जागरूकता, बेहतर स्वास्थ्य सुविधाओं और बदलती आर्थिक स्थितियों के कारण छोटे परिवार के आकार की ओर बदलाव पर प्रकाश डाला गया है। हालांकि, प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और सामाजिक अपेक्षाओं में असमानता प्रमुख चुनौतियाँ बनी हुई हैं। महिला सशक्तिकरण, विशेष रूप से शिक्षा और आर्थिक स्वतंत्रता के माध्यम से, सूचित प्रजनन विकल्पों को बढ़ावा देने और उनकी सामाजिक–पारिवारिक भूमिकाओं को बढ़ाने में एक महत्त्वपूर्ण कारक के रूप में उभरता है।

स्थायी परिवार नियोजन को बढ़ावा देने और प्रजनन स्वास्थ्य परिणामों में सुधार करने के लिए, नीतिगत उपायों को स्वास्थ्य देखभाल के बुनियादी ढांचे को बढ़ाने, समुदाय–आधारित जागरूकता कार्यक्रमों को मज़बूत करने और परिवार नियोजन निर्णयों में पुरुष भागीदारी को प्रोत्साहित करने पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए। अंतरजनपदीय परिवर्तनों और क्षेत्रीय विविधताओं पर आगे के शोध जनसांख्यिकीय रुझानों को विकसित करने में गहरी अंतर्दृष्टि प्रदान कर सकते हैं।

कुल मिलाकर, यह अध्ययन महिलाओं के प्रजनन अधिकारों और पारिवारिक गतिशीलता पर प्रवचन में योगदान देता है, नीति निर्माताओं, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और लैंगिक समानता और ग्रामीण और अर्ध–शहरी भारत में बेहतर प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की दिशा में काम करने वाले समाज सुधारकों के लिए मूल्यवान सिफारिशें प्रदान करता है।

संदर्भ ग्रन्थ सूची

1. ग्लेशियर ए, गुल्मेज़ोग्लू एएम, श्मिड जीपी, मोरेनो सीजी, वैन लुक पीएफ। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्यरू जीवन और मृत्यु का मामला। लैंसेट. 2006;368(9547):1595–607। डीओआईः 10.1016/एस0140–6736(06)69478–6, पीएमआईडी 17084760।
2. डिक्सन–म्यूएलर आर. प्रजनन स्वास्थ्य में कामुकता संबंध। स्टड परिवार योजना. 1993;24(5)/269–82. डीओआईः 10.2307/2939221, पीएमआईडी 8296329।
3. कुक आरजे, डिकेंस बीएम, फथल्ला एमएफ। प्रजनन स्वास्थ्य और मानवाधिकारः चिकित्सा, नैतिकता और कानून को एकीकृत करना। क्लेरेंडन प्रेस; 2003.
4. गज़मेरियन जेए, पीटरसन आर, स्पिट्ज एएम, गुडविन एमएम, साल्ट्ज़मैन एलई, मार्क्स जेएस। हिंसा और प्रजनन स्वास्थ्यरू वर्तमान ज्ञान और भविष्य के अनुसंधान निर्देश। मातृ शिशु स्वास्थ्य जे. 2000;4(2):79–84. डीओआईः 10.1023/ए:1009514119423, पीएमआईडी 10994575।
5. कैसर्टा डी, मंटोवानी ए, मार्सी आर, फ़ाज़ी ए, सिआर्डो एफ, ला रोक्का सी, एट अल। पर्यावरण और महिलाओं का प्रजनन स्वास्थ्य। हम रिप्रोड अपडेट। 2011;17(3):418–33. डीओआईः 10.1093/एचयूएमयूपीडी/डीएमक्यू061, पीएमआईडी 21266373।
6. पिल्लितेरी ए. मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य नर्सिंगरू बच्चे पैदा करने वाले एवं बच्चे पालने वाले परिवार की देखभाल। लिपिंकॉट विलियम्स और विल्किंस; 2010.
7. डिक्ज़फालुसी ई, फथल्ला एमएफ, केसलर ए, बार्ज़ेलट्टो जे, नकाजिमा एच, सादिक एन, एट अल। प्रजनन स्वास्थ्यः उज्जवल भविष्य की ओर। विश्व स्वास्थ्य मंच. 1994;15(1):1–8. पीएमआईडी 8141969.
8. लेक जेके, पावर सी, कोल टीजे। महिलाओं का प्रजनन स्वास्थ्यरू प्रारंभिक और वयस्क जीवन में बॉडी मास इंडेक्स की भूमिका। इंट जे ओबेस रिलेट मेटाब डिसॉर्डर। 1997;21(6):432–8. डीओआईः 10.1038/एसजे.आईजो.0800424, पीएमआईडी 9192225।
9. सावला मिन्ना. 2001. प्रजनन क्षमता और पारिवारिक शक्ति संबंधः दक्षिण भारत में प्रजनन। रिचमंड, सरेरू कर्जन प्रेस।
10. मेहता बामिनी, और कपाड़िया शगुफ़ा। 2008. भारतीय संदर्भ में संतानहीनता के अनुभवः एक लिंग परिप्रेक्ष्य, इंडियन जर्नल ऑफ जेंडर स्टडीज 15(3): 437–60। डीओआईः 10.1177/097152150801500301
11. नाहर पप्रिन, और रिक्टर्स एनेमीक। 2011. बांग्लादेश में निःसंतान महिलाओं की पीड़ाः लिंग और वर्ग की सामाजिक पहचान का प्रतिच्छेदन, मानव विज्ञान और चिकित्सा 18(3): 327–38। डीओआईः 10.1080/13648470.2011.615911
12. भंभानी चांदनी, और इंबनाथन आनंद। 2018. एक मां नहीं, फिर भी एक महिलारू भारत में मातृत्व से बाहर निकलने वाली महिलाओं के अनुभवों की खोज, एशियन जर्नल ऑफ विमेन स्टडीज 24(2): 159–82। डीओआईः 10.1080/12259276.2018.1462932

13. राव नित्या. 2015. विवाह, हिंसा और विकल्पः ग्रामीण तमिलनाडु में दलित महिला एजेंसी को समझना, लिंग और समाज 29(3): 410–33। डीओआईः 10.1177/0891243214554798

14. कैथरीन रीसमैन कोहलर। 2000. कलंक और रोजमर्रा की प्रतिरोध प्रथाएँः दक्षिण भारत में निःसंतान महिलाएँ, लिंग और समाज 14(1)/ 111–35। डीओआईः 10.1177/089124300014001007

15. ली–रिफ़ सुसान एम. 2010। महिला सशक्तिकरण और जीवन भर प्रजनन अनुभव, सामाजिक विज्ञान और चिकित्सा 71(3): 634–42। doi: 10-1016/j-socscimed-2010-04-019

16. जेजीभॉय शिरीन जे., और साथर ज़ेबा ए.. 2001। भारत और पाकिस्तान में महिलाओं की स्वायत्तताः धर्म और क्षेत्र का प्रभाव, जनसंख्या और विकास समीक्षा 27(4)रू 687–712। डीओआईः 10.1111/जे. 1728–4457.2001.00687

17. किशोर अविनाश, और स्पीयर्स डीन। 2014. बेटा होने से शहरी भारत में स्वच्छ खाना पकाने के ईंधन के उपयोग को बढ़ावा मिलता हैः महिलाओं की स्थिति और बेटे को प्राथमिकता, आर्थिक विकास और सांस्कृतिक परिवर्तन 62(4): 673–99। डीओआईः 10.1086/676330

18. मैकक्वेरी केरी. 2009. मध्य प्रदेश, भारत में जीवन भर महिला सशक्तिकरण और परिवार निर्माणरू समय–भिन्न और निश्चित सशक्तिकरण संसाधनों का प्रभाव, XXVI IUSSP अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या सम्मेलन, मराकेश, मोरक्को, 27 सितंबर – 2 अक्टूबर को प्रस्तुत किया गया पेपर।

19. ली लिक्सिंग, और वू जियाओयू। 2011. बच्चों का लिंग, सौदेबाजी की शक्ति, और चीन में इंट्राहाउसहोल्ड संसाधन आवंटन, जर्नल ऑफ ह्यूमन रिसोर्सेज 46(2): 295–316। डीओआईः 10. 3368/जेएचआर.46.2.295

20. सामरी गोलेन. 2017. पहला जन्म और मिस्र में महिला सशक्तिकरण का प्रक्षेप पथ, बीएमसी गर्भावस्था और प्रसव 17 (पूरक 2)। डीओआईः 10.1186/एस12884–017–1494–2

21. आईआईपीएस और आईसीएफ। 2017. राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (छथ्थै–4) 2015–16ः भारत। मुंबई।

22. हाउब कार्ल, और शर्मा ओपी। 2006. भारत की जनसंख्या वास्तविकतारू परिवर्तन और परंपरा में सामंजस्य, जनसंख्या बुलेटिन 61(3): 1–20।

23. डोनाल्डसन पीटर जे. 2002. गर्भनिरोधक स्वीकर्ता लक्ष्यों का उन्मूलन और भारत में जनसंख्या नीति का विकास, जनसंख्या अध्ययन 56(1): 97–110। डीओआईः 10.1080/00324720213793

24. मैकने कर्स्टी, अरोकियासामी पेरियानायगम, और कैसेन रॉबर्ट। 2003. भारत में अशिक्षित महिलाएं गर्भनिरोधक का उपयोग क्यों कर रही हैं? एक बहुस्तरीय विश्लेषण, जनसंख्या अध्ययन 57(जनवरी): 21–40। डीओआईः 10.1080/003247203200006170 3

25. संरक्षक द. 2016. क्या भारत के नसबंदी शिविरों के बंद होने से असफल ऑपरेशन ख़त्म हो जायेंगे?, द गार्जियन।

https://www-theguardian-com/global&development/2016/oct/26/will&closure&india&sterilisation& camps&end&botched&operations&supreme&court

26- रॉयटर्स. 2014. भारतीय नसबंदी शिविरों के बाद कम से कम एक दर्जन महिलाओं की मौत, रॉयटर्स। https://www-reuters-com/article/us&india&health&sterilisation/at&least&a&dozen& women&dead&after& Indian&sterilization&camps

27. सावला मिन्ना. 1999. ग्रामीण दक्षिण भारत में महिला नसबंदी की व्यापकता को समझना, परिवार नियोजन में अध्ययन 30(4): 288–301। doi: 10.1111/j-1728–4465.1999.ज01–1–।

28. चार अरुंधति, मिन्ना सावला, और तीजा कुलमाला। 2009. महिला नसबंदी पर पुरुषों की धारणाः ग्रामीण मध्य भारत में एक समुदाय–आधारित अध्ययन, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य पर अंतर्राष्ट्रीय परिप्रेक्ष्य 35(3): 131–38। डीओआईः 10.1363/आईपीएसआरएच.35.131.09

29. मकाडे किरण जी, मानसी पाध्येगुर्जर, शेखर बी पाध्येगुर्जर, और कुलकर्णी आरएन। 2012. मुंबई की एक झुग्गी बस्ती में विवाहित महिलाओं के बीच गर्भनिरोधक के उपयोग का अध्ययन, नेशनल जर्नल ऑफ कम्युनिटी मेडिसिन 3(1): 40–43।

30. जाधव अपूर्वा, और वाला–हेन्स एमिली। 2018. दक्षिण एशिया और लैटिन अमेरिका में सूचित विकल्प और महिला नसबंदी, जर्नल ऑफ बायोसोशल साइंस 50(6): 823–39। डीओआईः 10.1017/एस0021932017000621

31. रामनाथन माला, और यू.एस. मिश्रा। 2000. भारत के दक्षिणी राज्यों में महिला नसबंदी के अफसोस के सहसंबंध, जर्नल ऑफ बायोसोशल साइंस 32(4): 547–58। डीओआईः 10.1017/एस0021932000005472

32. सिंह अभिषेक, रूबेन ओगोल्ला, फौजदार राम, और ससींद्रन पल्लिकादावथ। 2012. भारत में विवाहित महिलाओं में नसबंदी का अफसोसरू भारतीय राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम के लिए निहितार्थ, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य पर अंतर्राष्ट्रीय परिप्रेक्ष्य 38(4)रू 187–95। डीओआईः 10.1363/3818712

33. राव विजयेंद्र. 1997. ग्रामीण दक्षिण भारत में पत्नी की पिटाईरू एक गुणात्मक और अर्थमितीय विश्लेषण, सामाजिक विज्ञान और चिकित्सा 44(8): 1169–80। डीओआईः 10.1016/एस0277–9536(96)00252–3

34. व्लासॉफ़ कैरल. 1991. प्रगति और ठहरावः भारतीय गाँव में प्रजनन क्षमता और महिलाओं की स्थिति में परिवर्तन, जनसंख्या अध्ययन 46(2): 195–212 doi: 10-1080/0032472031000146196

35. पल्लिकादावथ ससींद्रन, राजन इरुदया, सिंह अभिषेक, ओगोल्ला रूबेन, और पेज सामन्था। 2015. दक्षिण भारत में युवा माताओं के बीच नसबंदी के बाद की स्वायत्तता, जर्नल ऑफ बायोसोशल साइंस 47(1): 75–89। doi: 10-1017/S002193201300059X

36. मैकक्वेरी केरी. 2009. मध्य प्रदेश, भारत में जीवन भर महिला सशक्तिकरण और परिवार निर्माणः समय–भिन्न और निश्चित सशक्तिकरण संसाधनों का प्रभाव, XXVI IUSSP अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या सम्मेलन, मराकेश, मोरक्को में 27 सितंबर – 2 अक्टूबर को प्रस्तुत किया गया पेपर।

❑❑❑