

परिवार नियोजन

9.1 परिचय

वर्ष 1952 में भारत ने विश्व का पहला राष्ट्रीय कार्यक्रम का शुभारंभ किया जिसमें राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था के अनुरूप स्तर पर जनसंख्या को स्थिर करने के लिए जन्म दरों को कम करने हेतु आवश्यक सीमा तक परिवार नियोजन पर जोर दिया गया है। तब से परिवार नियोजन कार्यक्रम में विकास हुआ है और यह कार्यक्रम इस समय न केवल जनसंख्या स्थिरीकरण को प्राप्त करने बल्कि प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा देने और मातृ शिशु, बाल मृत्यु एवं रूग्णता को कम करने के लिए पुनः दुबारा कार्यान्वित किया जा रहा है।

बिलियन थी जो कि विश्व में चीन के बाद दूसरे स्थान पर है। छह सर्वाधिक आबादी वाले राज्यों (अर्थात् उत्तर प्रदेश, महाराष्ट्र, बिहार, पश्चिम बंगाल, आंध्र प्रदेश और मध्य प्रदेश) में भारत की कुल 54.9 प्रतिशत जनसंख्या है। उत्तर प्रदेश और बिहार में देश में उच्चतम प्रजनन दर के साथ देश की 25.1 प्रतिशत जनसंख्या की हिस्सेदारी है। कुल भू-क्षेत्र में 2.4 प्रतिशत क्षेत्र में बसा भारत पहले ही विश्व की जनसंख्या के लगभग 17 प्रतिशत का भरण-पोषण कर रहा है।

तालिका-1 परिवार कल्याण से संबंधित हालिया राष्ट्रीय जनसंख्या और स्वास्थ्य नीतियों में उल्लिखित लक्ष्य और उसकी वर्तमान स्थिति

कार्यक्रम/ नीति लक्ष्य	10 वीं पंचवर्षीय योजना (2007 तक)	राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2010 तक)	एनआरएचएम (2012 तक)	एमडीजी (2015 तक)	मौजूदा स्थिति (संदर्भ वर्ष)
शिशु मृत्यु दर	45	<30	30	27	50 (2009)
मातृ मृत्यु अनुपात	200	<100	100	100	212 (2009)
कुल प्रजननता दर	उपलब्ध नहीं	2.1	2.1	2.1	2.6 (2009)

विभिन्न नीतिगत दस्तावेजों (राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) में वर्णित परिवार कल्याण संबंधी लक्ष्यों एवं उद्देश्यों को पूरा करने और भारत सरकार की वचनबद्धताओं (अंतरराष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन, सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों और अन्य सहित) (तालिका-1 देखें) को पूरा करने के लिए परिवार नियोजन प्रभाग के उद्देश्यों, कार्यनीतियों एवं कार्यकलापों की रूपरेखा तैयार की गई है और उनको प्रचालित किया गया है।

9.2 भारत में जनसंख्या एवं परिवार नियोजन का मौजूदा परिदृश्य

9.2.1 जनांकिकी परिदृश्य

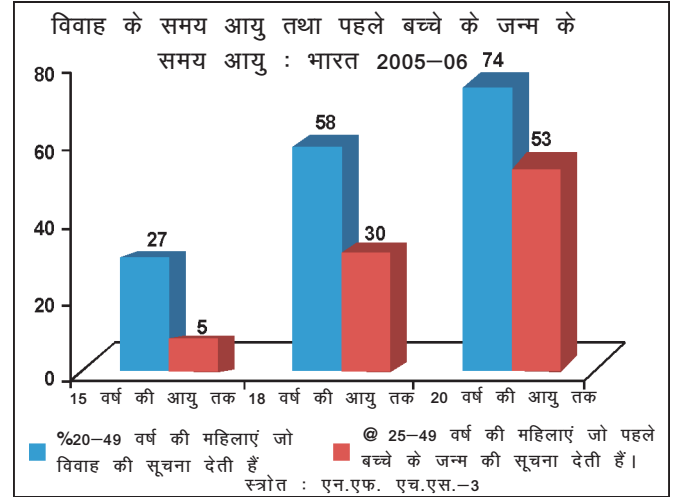
वर्ष 2011 की जनगणना के अनुसार भारत की जनसंख्या 1.21

यद्यपि, कुछ सकारात्मक संकेत भी हैं : जैसे

- भारत जनसंख्या वृद्धि में धीमी लेकिन लगातार गिरावट दर्शाता रहा है। वर्ष 2001-2011 के दशक के दौरान भारत की वार्षिक जनसंख्या वृद्धि 1.64 प्रतिशत है, जो स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद सबसे कम है।
- दशक 2001-2011 के दौरान भारत में पूर्ववर्ती दशकों की तुलना में सबसे कम जनसंख्या (181.46 मिलियन) जुड़ी।
- जनगणना 2011 देश के जनांकिकीय इतिहास में एक मील का पत्थर अभिलक्षित हुई है क्योंकि शायद पहली बार ऐसा हुआ है कि ई ए जी राज्यों में ठहराव के दशकों के उपरांत जनसंख्या की वृद्धि दर में पर्याप्त गिरावट हुई है।

- 0-6 जनसंख्या समूह में देश में 3.08 प्रतिशत तक गिरावट आई है।
- इसी प्रकार देश में कुल प्रजनन दर (टी एफ आर) में 2.6 (एसआरएस 2009) के मौजूदा स्तरों तक निरंतर गिरावट दर्ज की गई है जोकि 1960 के दशक के मध्य से 42 प्रतिशत गिरावट है।
- कुल प्रजनन दर (टी एफ आर) : 20 राज्य/संघ राज्य क्षेत्र प्रजनन के प्रतिस्थापन स्तर अर्थात 2.1 के टी एफ आर पर पहले ही पहुँच चुके हैं: ये अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, गोवा, पुदुचेरी, मणिपुर, तमिलनाडु, केरल, त्रिपुरा, चंडीगढ़, आंध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, पश्चिम बंगाल, पंजाब, दिल्ली, महाराष्ट्र, दमण और दीव, कर्नाटक, मिजोरम, नागालैंड, सिक्किम और लक्षद्वीप हैं।
- हालिया वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एचएस-2010) के आंकड़े (9 राज्यों से उपलब्ध) दर्शाते हैं कि अशोधित जन्म दर (सीवीआर) में अत्यधिक गिरावट (प्रत्येक राज्य में औसतन 2 प्वाइंट गिरावट) आई है।

एस-2 दोनों से पता चला है कि गर्भनिरोधक का प्रयोग सामान्य रूप से बढ़ रहा है (नीचे चित्र में देखें) एनएफएचएस-3 में विवाहित महिलाओं (15-49 वर्ष की आयु वाली) में गर्भनिरोधक का प्रयोग 56.3 प्रतिशत था। (एन एफ एच एस-2 से 8.1 प्रतिशत की वृद्धि) जबकि



9.2.2 परिवार नियोजन परिदृश्य

एनएफएचएस-3 (2005-06) और डी एलएचएस-3 (2007-08) से अंतिम सर्वेक्षण आंकड़ें उपलब्ध हैं जिन्हें भारत में मौजूदा परिवार नियोजन स्थिति को निर्धारित करने हेतु प्रयुक्त किया जा रहा है। राष्ट्रव्यापी छोटे परिवार के मानदंड को व्यापक रूप से स्वीकार किया गया है। समग्र रूप से भारत के लिए वांछित प्रजननता दर 1.9 (राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3) और गर्भनिरोधन के बारे में

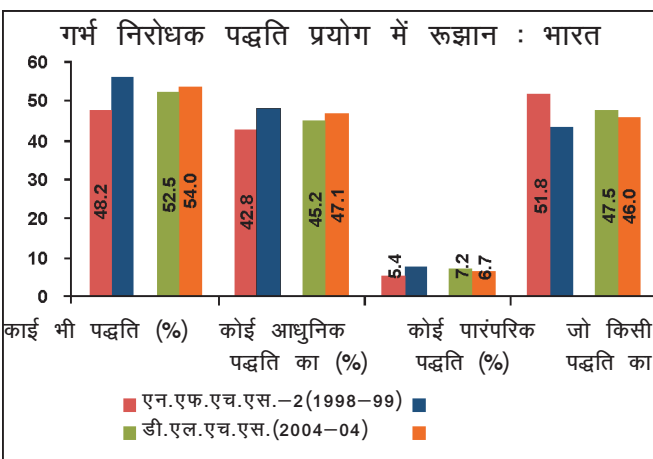
डी एल एच एस 2 एवं 3 में वृद्धि अपेक्षाकृत कम है (52.5 प्रतिशत से 54.0 प्रतिशत है) प्रजननता के प्रमुख निर्धारक जैसे कि विवाह की आयु और पहले बच्चों के जन्म के समय आयु (जो कि सामाजिक वरीयताएं हैं) में भी राष्ट्रीय स्तर पर काफी सुधार दिखाई दे रहे हैं। नीचे चित्र में देश में प्रजननता के सामाजिक निर्धारकों की मौजूदा स्थिति दर्शाई गई है।

9.3 परिवार नियोजन से संबंधित मौजूदा प्रयास :

परिवार नियोजन प्रभाग को दोहरे उद्देश्यों को पूरा करने और स्थाई विकास के व्यापक परिप्रेक्ष्य में प्रजनन स्वास्थ्य और जनसंख्या स्थिरीकरण को बढ़ावा देने के लिए कार्यनीतिक उपायों के विकास कार्यान्वयन एवं मॉनीटरिंग में लगाया गया है। वर्ष 2010-11 में परिवार नियोजन के क्षेत्र में उपाय कार्यकलाप एवं कार्यनिष्पादन निम्नानुसार है :

9.3.1 राष्ट्रीय परिवार कल्याण के अंतर्गत गर्भनिरोधक सेवाएं :

सार्वजनिक क्षेत्र निम्नलिखित तालिका में यथावर्णित स्वास्थ्य प्रणाली के विभिन्न स्तरों पर जन्मों को सीमित रखने और इनमें अंतर रखने के लिए गर्भनिरोधक सेवाओं का व्यापक विकल्प प्रदान करता है।



समान जागरूकता व्यापक है। (महिलाओं में 98 प्रतिशत और पुरुषों में 98.6 प्रतिशत)। एन एफ एच एस एवं डी एल एच

परिवार नियोजन विधि	सेवा प्रदायक	सेवा स्थिति	सेवा कार्यनीति एवं संवर्द्धनात्मक योजनाएं
जन्म में अंतर रखने संबंधी विधियाँ आई यू डी 380ए	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित ए एनएम, एलएचवीएसएन एवं डॉक्टर	उप-केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	<ul style="list-style-type: none"> ● मांग पर ● शिविर अभिगम
खाई जाने वाली गर्भनिरोधक गोलियां (ओसीपी)	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवीएसएन एवं डॉक्टर	घर-घर जाकर (प्रायोगिक जिलों में) ग्राम स्तरीय उप-केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	<ul style="list-style-type: none"> ● मांग पर ● ग्राम स्वास्थ्य पोषण दिवस।
कंडोम	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवी,एसएन एवं डॉक्टर	घर-घर जाकर (प्रायोगिक जिलों में) ग्राम स्तरीय उप-केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	<ul style="list-style-type: none"> ● मांग पर ● ग्राम स्वास्थ्य पोषण दिवस।
सीमित विधियां			
मिनी लैप	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर एवं विशेषज्ञ डॉक्टर	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	<ul style="list-style-type: none"> ● नियत दिवस स्थाई सेवा दृष्टिकोण
लेकोस्कोपी बंध्याकरण	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित विशेषज्ञ डॉक्टर (प्रसूति रोग विज्ञानी एवं जनरल सर्जन)	सामान्यतः सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	<ul style="list-style-type: none"> ● शिविर दृष्टिकोण ● संशोधित मुआवजा योजना ● राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना।
एनएसवी: नो-स्केलपल वैसेक्टॉमी	प्रशिक्षित एवं प्रमाणित एमबीबीएस डॉक्टर एवं विशेषज्ञ डॉक्टर	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	
आपातकालीन गर्भनिरोधन			
आपातकालीन गर्भनिरोधन गोलियां	प्रशिक्षित आशा, एएनएम, एलएचवी एसएन एवं डॉक्टर	घर-घर जाकर ; (प्रायोगिक जिलों में) ग्राम स्तरीय उप-केन्द्र एवं उच्चतर स्तर	<ul style="list-style-type: none"> ● मांग पर ● ग्राम स्वास्थ्य पोषण दिवस।

लीजेंड : एएनएम : सहायक नर्स/धार्त्री, एलएचवी : लेडी हेल्थ विजिटर, एसएन, स्टाफ नर्स, आशा : मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता।
नोट : परिवार नियोजन कार्यक्रम की सभी कार्यनीतियों का प्रमुख घटक गहन आई ई सी हैं।

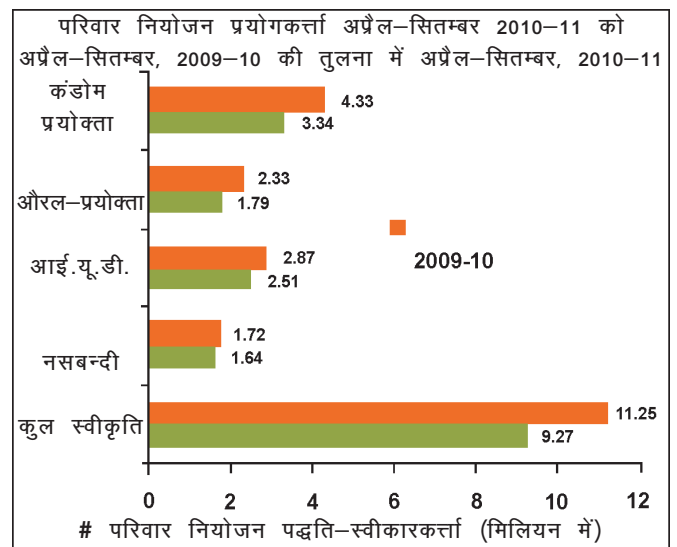
परिवार नियोजन सेवाओं की प्रमुख विशेषताएं निम्नानुसार हैं :

- **नई पहलें :** पात्र दंपतियों द्वारा गर्भ निरोधकों तक पहुँच में उन्नयन करने के लिए यह निर्णय लिया गया है कि घर-घर जाकर गर्भ निरोधकों के वितरण हेतु आशाओं की सेवाओं को उपयोग में लाया जाए तथा उनके प्रयास के लिए उन्हें प्रोत्साहन दिया जाए। शुरुआत में इस पहल को 17 राज्यों के 233 जिलों में प्रायोगिक आधार पर क्रियान्वित किया जा रहा है। इन स्कीमों के अंतर्गत जिलों को सीधे गर्भनिरोधकों की आपूर्ति की जा रही है।
- उच्चतम स्तर विशेषकर उच्च प्रजनन दर वाले राज्यों में दृढ़ राजनैतिक इच्छा शक्ति और समर्थन देना।
- विगत 2 वर्षों में विश्व जनसंख्या दिवस समारोह में सभी निर्वाचित प्रतिनिधियों को शामिल करके परिवार नियोजन कार्यक्रम और सेवाओं के बारे में जन जागरूकता पैदा करने हेतु एक महान मंच रहा है।
- **आई यू सी डी जैसी जन्म अंतराल पद्धति पर जोर देना :** 10 वर्षों की प्रभावकारिता के साथ पहले आई यू डी-380-ए शुरु की गई थी जिसके लिए 50000 से ज्यादा कार्मिकों को पहले वैकल्पिक प्रशिक्षण कार्यविधि (ए टी एम) के अंतर्गत गुणवत्तायुक्त सेवाएं प्रदान करने हेतु विभिन्न राज्यों में प्रशिक्षित किया गया है। अल्पावधि का जन्म अंतराल पद्धति के रूप में 5 वर्ष की प्रभावकारिता के साथ एक नई सीयूआईयूसीडी-375 शुरु करने पर भी विचार चल रहा है।
- आधिकाधिक सांस्थानिक प्रसवों द्वारा प्रदत्त अवसर का लाभ उठाने के लिए पीपीआईयूसीडी सहित पोस्टपार्टम परिवार नियोजन को पुनरुज्जीवित करना। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने उच्च सांस्थानिक प्रसवों वाले संस्थानों (बेंचमार्क से ऊपर) को 'प्रसव स्थल' (डिलीवरी प्वाइंट) के रूप में अभिज्ञात और नामोद्दिष्ट किया है, कम से कम इन सुविधाओं को शुरु करने में पीपीएफपी की उपलब्धता सुनिश्चित करने पर फोकस किया जा रहा है।
- **सभी सुविधा केन्द्रों पर नियत दिवस स्थायी सेवा की उपलब्धता :** विभिन्न स्तरों पर नियत दिवस स्थायी परिवार कल्याण सेवाएं प्रदान करने के लिए सुविधा केन्द्रों को प्रचालनात्मक बनाने हेतु प्रयास किए गए हैं। राज्य पी आई पीजे के लिए इन्हें मानव संसाधन, अवसंरचना, उपस्करों इत्यादि की सहायता प्रदान की गई है।
- उच्च प्रजनन दर वाले राज्यों में बंधीकरण शिविर जारी रखने संबंधी एफडीएस प्रभावी ढंग से चल रही है।

- राज्य और जिला स्तरों पर गुणवत्ता आश्वासन समितियां गठित करके परिवार नियोजन सेवाओं में गुणवत्ता परिचर्या सुनिश्चित करना।
- **निजी प्रदायकों का प्रत्यायन:** राज्यों को बंधीकरण, आई यू सी डी सन्निवेशन इत्यादि जैसी एफ पी सेवाएं प्रदान करने के लिए निजी/गैर सरकारी संगठन सुविधा केन्द्रों को अभिज्ञात और प्रत्यायन करने हेतु प्रोत्साहित किया गया है।
- नॉन स्केल्पल वैसक्टॉमी को बढ़ावा देना और पुरुष सहभागिता में वृद्धि करना।
- परीधीय सुविधा केन्द्रों तक गर्भनिरोधकों के आपूर्ति प्रबंधन में सुधार लाना।
- परामर्श , अच्छी गुणवत्तायुक्त सेवाओं की सुलभता एवं व्यवस्था।
- नसबंदी कराने वालों के लिए संशोधित मुआवजा योजना।
- 'राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना' (एनएफपीआईएस) जहां ग्राहकों को बंधीकरण से होने वाली मौतों, जटिलताओं एवं इसके विफल होने की स्थिति में बीमित किया जाता है तथा प्रदाता/मान्यता प्राप्त संस्थानों को उन परिस्थितियों में मुकदमेंबाजी के लिए क्षतिपूर्ति कवर दिया जाता है।

वर्ष 2011-2012 में की गई कार्रवाई और उपलब्धियों

वर्ष 2009-10 की तुलना में वर्ष 2010-11 के संबंध में राष्ट्रीय स्तर पर परिवार नियोजन सेवाओं के कार्य निष्पादन में सभी



स्रोत : 25 नवम्बर, 2010 की स्थिति के अनुसार एचएमआईएस वेबपोर्टल से प्राप्त रिपोर्ट

विधियों (परिशिष्ट-1) में थोड़ी कमी दिखाई दे रही है। (परिशिष्ट-1)
(स्रोत : एच एम आई एस):

- बंधीकरण की संख्या में कोई सुधार नहीं हुआ है और यह स्थिर बनी हुई है, इसका एक कारण आंकड़ों की गुणवत्ता में सुधार हो सकता है।
- आईयूसीडी सन्निवेशन की संख्या में कमी आई है, ए एन एम प्रशिक्षण नेटवर्क का विस्तार करने, आईयूसीडी सन्निवेशन के लिए नियत दिवस सेवा प्रदानगी (एसएचएस और पी एच सी पर) तथा नए बी सी सी/आई ई सी अभियानों जैसे परिदृश्य में सुधार लाने के लिए अनेक प्रयास किए जा रहे हैं।
- पहली दो तिमाही के संबंध में सभी पद्धतियों के लिए विस्तृत रिपोर्ट उपलब्ध नहीं है, तथापि, पुरुष और महिला बंधीकरण और आई यू डी सन्निवेशन प्रोत्साहक रूझान दर्शा रहे हैं :
- सितम्बर, 2011 तक 13.89 लाख महिला बंधीकरणों और 0.61 लाख पुरुष बंधीकरणों की सूचना मिली, जो विगत वर्ष के निष्पादन का 29 प्रतिशत है और बंधीकरण में आवर्तकता को देखते हुए यह आशा है कि चालू वर्ष में निष्पादन में सुधार आएगा।
- सितम्बर, 2011 तक 27 लाख आईयूडी सन्निवेशनों की सूचना प्राप्त हुई, जोकि विगत वर्ष के निष्पादन का 49 प्रतिशत है।

9.3.2 अल्पकालिक एवं दीर्घकालिक जन्म में अंतर रखने की विधि के रूप में आईयूडी को बढ़ावा :

वर्ष 2006 में भारत सरकार ने गर्भनिरोधक सेवाओं में विभिन्न विधियों के मिश्रण में सुधार लाने के उद्देश्य से राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में आईयूसीडी को पुनः शुरू करना (मार्ग निर्देशकों को <http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/Repositioning.IUCD/pdf> से डाउनलोड किया जा सकता है) और विभिन्न स्तरों पर आईयूसीडी के प्रचार-प्रसार सहित विभिन्न कार्यनीतियों को अपनाया है जिसमें आईयूसीडी के लिए सामुदायिक एकजुटता; गुणवत्ता युक्त आईयूसीडी सेवाएं और गहन सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण कार्यकलापों द्वारा आईयूसीडी के बारे में व्याप्त मिथ्यों को दूर करने के लिए एएनएम से लेकर जन स्वास्थ्य प्रणाली स्टाफ का क्षमता निर्माण शामिल है। फिलहाल परिवार नियोजन कार्यक्रम के

तहत जन्म अंतराल की मुख्य पद्धति के रूप में आईयूसीडी सन्निवेशन के प्रोत्साहन पर ज्यादा जोर दिया जाता है।

गुणवत्तायुक्त आईयूसीडी सेवाएं प्रदान करने में सेवा प्रदायकों को प्रशिक्षित करने के लिए सितम्बर, 2007 में एनाटोमिकल, सीमुलेटर पैल्विक मॉडल्स जिसमें वयस्क शिक्षण सिद्धांतों और मानवीय प्रशिक्षण तकनीक का प्रयोग करते हुए आईयूसीडी में वैकल्पिक प्रशिक्षण क्रियाविधि शुरू की गई।

वर्ष 2011-2012 में उपलब्धियां और की गई कार्रवाई

- अक्टूबर, 2011 की स्थिति के अनुसार :
 - भारत सरकार ने राष्ट्रीय स्तर पर राज्यों से राज्य प्रशिक्षकों को प्रशिक्षित किया है।
 - एनाटोमिकल सिमुलेटर पैल्विक मॉडल को सभी जिलों में वितरित किया गया है।
 - सभी राज्यों ने जिला प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण और सेवा प्रदायकों का प्रशिक्षण शुरू किया है।
 - लगभग 50000 सेवा प्रदायकों (चिकित्सा अधिकारी, स्टाफ नर्स, लेडी हेल्थ विजिटर और एएनएम सहित) को अब तक इस कार्यक्रम के अंतर्गत प्रशिक्षित किया गया है।
- आईयूसीडी में वैकल्पिक प्रशिक्षण क्रियाविधि का तीव्र मूल्यांकन पूरा हो गया है जो प्रशिक्षण के महत्व को उजागर करता है क्योंकि यह एसेप्टिक सन्निवेशन तकनीक, ए एन एम/एल एच वी, स्टाफ नर्सों के दीर्घावधिक क्षमता निर्माण उपाय की अनिवार्य विशेषता के रूप में परामर्शी दक्षता और अनुवर्ती परिचर्या पर फोकस करता है। यह रिपोर्ट यह भी उजागर करती है कि सभी अध्ययन क्षेत्रों में देखे गए सामान्य रूझान स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में और आई यू सी डी इस्तेमाल करने में प्रदत्त सेवा की गुणवत्ता के संबंध में लाभार्थियों में उच्च संतोष दर्शाते हैं।
- जन्म में अंतर रखने की विधियों में गर्भ निरोधकों के विकल्प को बढ़ाने के लिए कॉपर आईयूसीडी 375 शुरू करने का निर्णय लिया गया है और देश में नए आईयूसीडी शुरू करने के लिए कार्यविधियां तैयार की जा रही है।

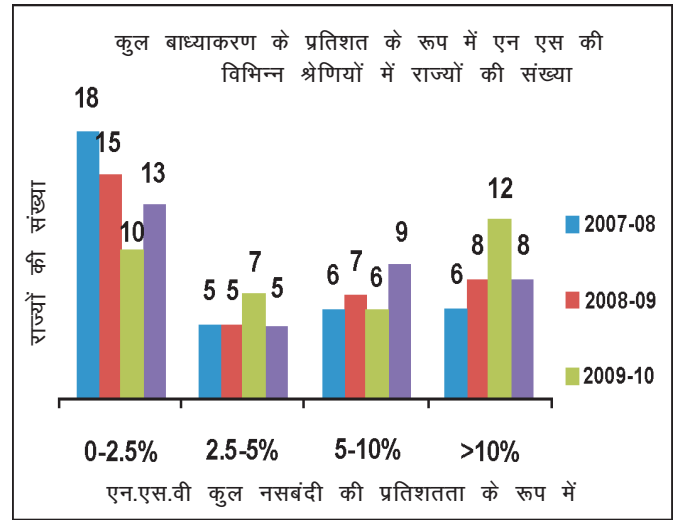
9.3.3 'नो स्केलपल वैसेक्टोमी' सहित नियोजित मातृत्व-पितृत्व में पुरुष भागीदारी बढ़ाना :

- नियोजित मातृत्व-पितृत्व में पुरुष भागीदारी बढ़ाना राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के प्रमुख कार्यनीतिक विषयों में से एक है।
- लिंग समानता मुद्दों के हाल की दशा में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य में पुरुष भागीदारी बढ़ाने के लिए नो स्केलपल वैसेक्टोमी की स्वीकार्यता को बढ़ावा देना सर्वाधिक महत्वपूर्ण और दूरगामी घटकों में से एक है।
- नो स्केलपल वैसेक्टोमी, (एनएसवी) जो कि एक संशोधित पुरुष बंधीकरण तकनीक है, को वर्ष 1997 में शुरू किया गया था।
- इसके साथ ही नो-स्केलपल वैसेक्टोमी में मानव संसाधन विकास को प्रचालित किया गया जिसमें चिकित्सा कॉलेजों के सर्जिकल संकाय, जिला नो-स्केलपल वैसेक्टोमी प्रशिक्षक एवं सेवा प्रदायकों को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए त्रिस्तरीय कार्यनीति अपनाई गई।

वर्ष 2011-2012 में उपलब्धियां और की गई कार्रवाई

- भारत के अधिकतर राज्यों में शिविर दृष्टिकोण जारी रहा। (http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/Revised_Budget_Guidelines_CSS.pdf)

- राज्यों में एनएसवी प्रशिक्षण।
- दो क्षेत्रीय प्रशिक्षण केन्द्रों में सर्जिकल संकाय प्रशिक्षण जारी है और इसके लिए निधियां संवितरित कर दी गई हैं।
- नो-स्केलपल वैसेक्टोमी के कार्यनिष्पादन ने सकारात्मक रुझान दर्शाया; तथापि 2010-11 में इससे गिरावट दर्शाई है और वर्ष 2009-10 में वृद्धि प्रदर्शित की है :
- कुल बंधीकरण में पुरुष बंधीकरण का प्रतिशत वर्ष 1999 में 1.89 प्रतिशत के निम्न स्तर पर पहुंच गया और



वर्ष 2006 तक इसमें बिना कोई सुधार हुए 2.5 प्रतिशत के आसपास रहा। परिवार नियोजन प्रभाग और जन

तालिका-3 पुरुष बंधीकरण में उपलब्धियां, राष्ट्रव्यापी

गर्भनिरोधन अवधि	अप्रैल-मार्च 2009-10 (लाख)	अप्रैल-सितम्बर 2010-11 (लाख)	वार्षिक परिवर्तन (%)	2011-12 (लाख)
पुरुष बंधीकरण	2.74	2.17	-21.04	0.61
कुल बंधीकरण में पुरुष बंधीकरण का प्रतिशत	5.6	4.4		4.2

- नो-स्केलपल वैसेक्टोमी में प्रशिक्षण प्राथमिकता के आधार पर जारी रखा गया। सितम्बर, 2010 की स्थिति के अनुसार :
- नवीनतम रिपोर्ट (एनआईएचएफडब्ल्यू और राज्य के डाटा) के अनुसार नो-स्केलपल वैसेक्टोमी सेवा प्रदान करने के लिए 8000 सुविधा केन्द्र देश में हैं।

स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा पुरुष सहभागिता को बढ़ाने के लिए किए गए गहन प्रयासों के परिणामस्वरूप पुरुष भागीदारी वर्ष 2007-08 में बढ़कर 4.3 प्रतिशत तथा 2008-09 में 5.5% दर्ज की गई तथा 2009-10 में यह बढ़कर 5.6 प्रतिशत हो गयी है। सितम्बर 2010-11 की अवधि में एनएसवी की सूचित संख्या 4.2 प्रतिशत है।

- उपरोक्त चार्ट से यह स्पष्ट है कि कुल बंधीकरण में एनएसवी का प्रतिशत देशभर में बढ़ रहा है और अधिक से अधिक राज्य सही दिशा में प्रगति कर रहे हैं।
- 9.3.4. परिवार नियोजन सेवाओं के आश्वस्त प्रदानगी के माध्यम से गर्भ निरोधन में अपूरित आवश्यकता को पूरा करना :
- 9.3.4. क. सुविधा केन्द्र स्तर पर आई यू सी डी सन्निवेशन के लिए नियत दिवस स्थायी सेवा : एस सी और पीएचसी (सप्ताह में कम से कम 2 दिन) के स्तर पर नियत दिवस आईयूसीडी सन्निवेशन सेवाएं सुनिश्चित करने का निर्णय लिया गया है।
- 9.3.4. ख. सुविधा केन्द्र स्तर पर बंधीकरण में नियत दिवस नियत सेवाएं
- निम्नलिखित उद्देश्यों से देशभर में बंधीकरण सेवाओं में एफडीएस दृष्टिकोण को कार्यान्वित किया गया है। (http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/Fixed_Day_Static_Guidelines.pdf):

तालिका 4 बंधीकरण सेवाओं के लिए एफडीएस मार्गनिर्देश

स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र	बंधीकरण सेवाओं की न्यूनतम बारम्बारता
जिला अस्पताल	साप्ताहिक
उप-जिला अस्पताल	साप्ताहिक
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र / खंड प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	पाक्षिक
सातों दिन चौबीसों घंटे चलने वाले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	मासिक

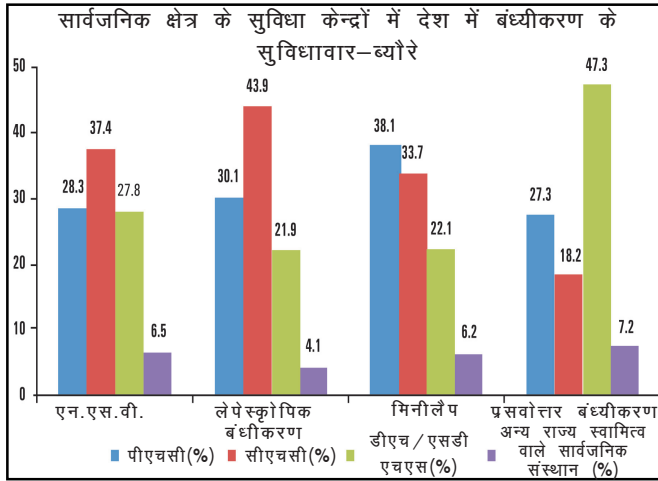
नोट : ऐसी सेवाओं को अधिकतर प्रदान करने वाले सुविधा केन्द्रों को ऐसा करना जारी रखना चाहिए।

- शिविर दृष्टिकोण से बंधीकरण सेवाओं को नियमित नेमी सेवाओं तक ले जाना।
- बंधीकरण सेवाएं प्रदान करने में स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों को आत्मनिर्भर बनाना।

- व्यक्तियों को कहीं निर्धारित स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में किसी भी दिन बंधीकरण सेवाएं सुलभ कराना।
- 9.3.4. ग. बंधीकरण सेवाओं के लिए शिविर दृष्टिकोण उन राज्यों में जारी है जहां बंधीकरण में नियमित रूप से नियत दिवस नियत सेवाएं प्रदान करने में अधिक समय लगता है।
- 9.3.4. घ. एफडीएस के पूर्ण प्रचालन के लिए सेवा प्रदायकों का प्रशिक्षण सभी राज्यों में सभी बंधीकरण सेवाओं (एनएसवी, मिनीलैप, एबडोमिनल क्यूबेक्टामी और लेप्रोस्कोपिक ट्यूबेक्टामी) और आईयूसीडी सेवाओं के लिए जारी है।
- 9.3.4. ड. नियमित परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने के लिए परिधीय सुविधा केन्द्रों में प्रशिक्षित प्रदायकों की युक्तिसंगत तैनाती।

वर्ष 2011-2012 में और उपलब्धियों की गई कार्रवाई

- एफडीएस दिशा निर्देश सभी राज्यों को भेज दिए गए हैं। राज्यों में हालिया समीक्षा मिशनों और क्षेत्र दौरें यह दर्शाते हैं कि सीएचसी और उसके उपर के स्तर के अधिकतर सुविधा केन्द्रों को नियत दिवस आधार पर एफपी सेवाएं प्रदान करने हेतु प्रचालनात्मक बनाया गया है।
- 'शिविरों में बंधीकरण सेवाओं के लिए मानक प्रचालन प्रक्रिया' के लिए दिशा निर्देश विकसित कर लिए गए, मुद्रित कर लिए गए और सभी राज्यों में भेज दिए गए।
- पुरुष एवं महिला बंधीकरण सेवाओं में क्लिनिकल कौशल निर्माण प्रशिक्षणों हेतु दिशा निर्देश <http://mohfw.nic.in/NRHM/PF/scan-clinical-skill-Bombay.pdf> प्रचार बनाए गए और सभी राज्यों में प्रसारित किए गए।
- वर्ष 2010-11 के संबंध में एचएमआईएस के उपलब्ध आंकड़ों के विश्लेषण से पता चलता है कि लगभग 70 प्रतिशत एनएसवी, मिनीलैप और यहां तक कि लेप्रोस्कोपिक बंधीकरण (जिसके लिए विशेषज्ञ प्रशिक्षण और मंहगे उपकरण की आवश्यकता होती है) प्रक्रियाएं और लगभग 45 प्रतिशत प्रसवोत्तर बंधीकरण प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर किए जा रहे हैं जिससे स्पष्ट होता है कि बंधीकरण में एफडीएस दृष्टिकोण देश में जड़ें जमा रहा है।



नोट : वर्ष 2011-12 के लिए परिवारवार डाटा उपलब्ध नहीं है और यह पूरा नहीं है अतः 2010-11 का डाटा इस्तेमाल किया गया है यह मान लिया गया है कि रुझानों में बहुत ज्यादा परिवर्तन नहीं होगा।

9.3.5 परिवार नियोजन में गुणवत्ता आश्वासन :

गर्भनिरोधक पद्धतियों और सेवाओं की स्वीकार्यता और निरन्तरता में परिवार नियोजन सेवाओं में गुणवत्ता आश्वासन निर्णायक कारक हैं। विभिन्न परिवार नियोजन सेवाओं में गुणवत्ता आश्वासन और मानकों के लिए दिशा निर्देश बनाए गए हैं। उच्चतम न्यायालय के निर्देशों के अनुसरण में राज्य और जिला स्तर पर गुणवत्ता आश्वासन समितियां गठित की गई हैं। केन्द्रीय स्तर पर इन क्रियाकलापों की रिपोर्टों और क्षेत्रीय दौरों के माध्यम से मॉनीटरिंग की जाती है।

सेवाओं की गुणवत्ता संबंधी अद्यतन दिशानिर्देश अब निम्नोक्त के लिए उपलब्ध है :-

- महिला और पुरुष बन्ध्याकरण सेवाएं (http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/Quality_Assurance.pdf)
- शिविरों में बंधीकरण सेवाएं (http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/SOP_Book.pdf)
- आईयूडी सेवाएं (<http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/medical-officer.pdf> और <http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/nursing.pdf>)
- ईसीपी प्रबन्ध (http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/ECP-Book_Final-pdf) प्रभाग में निम्नलिखित पर संदर्भ मैनुअल तैयार किया गया है।
- मिनीलैप ट्यूबेक्टोमी

- प्रसवोत्तर परिवार नियोजन
- प्रसव के बाद तुरंत ही आई यू सी डी लगाना
- महिला बंधीकरण में प्रशिक्षण संबंधी दिशा निर्देश

वर्ष 2011-2012 में की गई कार्रवाई और उपलब्धियां

- परिवार नियोजन कार्यक्रम की समीक्षा के लिए एक दो दिवसीय कार्यशाला का अगस्त 2011 में आयोजन किया गया था और एक पूर्ण अधिवेशन परिवार नियोजन के अंतर्गत गुणवत्ता मुद्दों पर समर्पित था। राज्य कार्यक्रम अधिकारियों के गुणवत्ता उन्नयन के संबंध में हालिया दिशानिर्देशों/तैयार किए गए मैनुअलों के बारे में अद्यतन बनाया गया।

- लगभग सभी राज्यों में एसक्यूएसी और डीक्यूएसी के गठन की सूचना दी है।

9.3.6 प्रसवोत्तर परिवार नियोजन (पी पी एफ पी) सेवाएं :

- उच्च सांस्थानिक प्रसवों वाले सुविधा केन्द्रों में पीपीआईयूसीडी सहित पोस्टपार्टम परिवार नियोजन सेवाओं पर जोर दिया जाता है।
- भारत के विभिन्न राज्यों में सभी स्तर के स्वास्थ्य प्रणाली में एक समान रूप से प्रसवोत्तर परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान नहीं की जा रही हैं।
- आईयूसीडी (कॉपर टी 380 ए) का तत्काल पोस्टपार्टम इंडायूटेरिन कोंट्रासेप्टिव ड्रिवाइस (पी पी आई यू सी डी) सन्निवेशन एक नया कार्यकलाप है जिसे देश में पोस्टपार्टम अवधि के दौरान जन्म-अंतराल की अत्यधिक अपूर्ण आवश्यकता पर ध्यान देने के लिए देश में शुरू किया गया है।

वर्ष 2011-2012 में की गई कार्रवाई और उपलब्धियां

- सुविधा केन्द्र स्तर पर पी पी एफ पी के सुदृढीकरण को राज्य पी आई पी के जरिए सहायता प्रदान की गई है और उच्च फोकस वाले सभी राज्यों को वर्ष 2011-12 की पी आई पी में इसके लिए कार्यकलापों को प्रस्तावित करने हेतु प्रोत्साहित किया गया।
- फरवरी, 2010 में पी पी आई यू सी डी के लिए प्रशिक्षण शुरू किया गया है। 19 राज्यों को कवर किया गया (6

ई ए जी राज्यों पर विशेष फोकस के साथ)। 350 प्रदायकों द्वारा 12000 सन्निवेशन से अधिक सन्निवेशन किए गए हैं। काउंसलरों को प्रशिक्षित किया गया है और उन्हें इस तकनीक में उनकी विशेषज्ञता के आधार पर जे एच पी आई ई जी ओ की तकनीकी सहायता से 2-दिवसीय प्रशिक्षण के उपरांत जिला अस्पताल में तैनात किया गया है। लाभार्थियों की उपचार उपरान्त देखभाल के लिए कार्यनीति बनाई गई है।

- पीपीएस राष्ट्रीय स्तर पर बढ़ रही प्रवृत्तियां दर्शा रही हैं। कुल स्त्री बन्ध्याकरण में से पीपीएस का अनुपात वर्ष 2009-10 में 24 प्रतिशत तक पहुंच गया और वर्ष 2010-11 में 23.23 प्रतिशत की मामूली गिरावट दर्शाई (वर्ष 2011-12 के संबंध में द्विविभाजक तिथि उपलब्ध नहीं है)।

9.3.7 आपात गर्भनिरोधक गोलियों (ईसीपी) का संवर्धन :

अनियोजित/असुरक्षित यौन किया के कारण गर्भधारण को रोकने के लिए ईसीपी प्रभावकारी है। यह अवांछनीय गर्भावस्था और उससे संबद्ध गर्भपात, मातृ मृत्यु और रूग्णता कम करने में सहायक है।

- ईसीपी को राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम में शामिल किया गया है और जन स्वास्थ्य प्रणाली के सभी स्तरों पर इनका जिम्मेवारी से इस्तेमाल करने के प्रयास किए जा रहे हैं।
- समुदाय स्तर पर अवांछनीय गर्भावस्था के मुद्दे पर ध्यान देने के लिए आशा के किट्स में ईसीपी को शामिल किया गया है।
- 233 प्रायोगिक जिलों में (नई स्कीम के अंतर्गत) आशा को ग्राहकों को घर-घर जाकर नाममात्र मूल्य पर बेचने के लिए ईसीपी प्रदान की गई हैं।

9.3.8 नई गर्भनिरोधक पद्धतियां और गर्भनिरोधक सेवाएं शुरू करना :

विश्व भर में ऐसा देखा गया है कि नई गर्भनिरोधक प्रक्रिया शुरू करने से सीपीआर लगभग 3 प्रतिशत बढ़ गया है। प्रभाग परिवार कल्याण कार्यक्रम में नये गर्भनिरोधक पद्धतियां और सेवाएं शुरू करने के लिए सक्रिय दृष्टिकोण अपना रहा है।

वर्ष 2011-2012 में की गई कार्रवाई और उपलब्धियां

- कार्यक्रम में गर्भ निरोधक तकनीक के रूप में प्रसवोत्तर

आईयूसीडी शुरू किया गया है। 18 राज्यों में सेवा प्रदाताओं और प्रशिक्षकों के लिए प्रशिक्षण आयोजित किया गया है -32 स्त्रीरोग विज्ञानियों एवं 30 (राज्य प्रशिक्षकों के रूप में) जिला स्तर पर 100 से अधिक स्त्रीरोग विज्ञानियों एवं नर्सों को प्रशिक्षित किया है जो बाद में प्रथम रेफरल यूनिटों के चिकित्सा अधिकारियों को प्रशिक्षित करेंगे। यूएनएफपीए की अध्यक्षता में प्रसवोत्तर गर्भाशय के साथ 2000 एनाटोमिकल पेल्विक मॉडल खरीदे गए और उन्हें राज्यों में वितरित किया गया।

- कार्यक्रम में सी यू आई यू सी डी-375 को शामिल करने पर विचार चल रहा है। एक विस्तृत रोल-आउट योजना तैयार की जा रही है।
- आरआईएसयूजी देश में ही विकसित एक इंटरावैशेल पुरुष गर्भनिरोधक है। इसका चरण-III नैदानिक प्रयोग चल रहा है जिसके लिए मंत्रालय द्वारा निधियों की व्यवस्था की गई है। फिलहाल प्रतिवर्त्यता की मंत्रालय द्वारा वित्त पोषित एक परियोजना के अंतर्गत स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग द्वारा मानवों पर जांच की जा रही है।

9.3.9 अन्य संवर्धनात्मक योजनाएं :

9.3.9 क. बन्ध्याकरण के स्वीकार कर्ताओं के लिए संशोधित व्यापक योजना :

भारत सरकार सितम्बर, 2007 से संशोधित दरों के अनुसार सेवाओं का लाभ उठाने के लिए बन्ध्याकरण के स्वीकारकर्ताओं को मजदूरियों के नुकसान के लिए मुआवजा प्रदान कर रही है और सभी राज्यों को इस योजना के अन्तर्गत शामिल किया जाता है। मान्यता प्राप्त निजी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों और सूचीबद्ध निजी स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों द्वारा बन्ध्याकरण करने के लिए मुआवजा देने के लिए इस योजना में निधियां भी निर्धारित की गई है।

यह विस्तृत योजना मंत्रालय की वेबसाइट http://mohfw.nic.in/NRHM/FP/Revised_compensation.pdf पर उपलब्ध है।

9.3.9 ख. राष्ट्रीय परिवार नियोजन बीमा योजना (एनएफपीआईएस) :

भारत सरकार ने नवम्बर, 2005 में एनएफपीआईएस योजना शुरू की थी जिसका उद्देश्य बन्ध्याकरण के स्वीकारकर्ताओं अथवा उसके नामिती को बन्ध्याकरण आपरेशन के असफल होने अथवा

उसकी मृत्यु हो जाने की असंभावित परिस्थिति में मुआवजा देना है। इस योजना में चिकित्सा अधिकारियों तथा स्वास्थ्य केन्द्रों को प्रतिवर्ष 4 मुकदमों पर होने वाले व्यय के लिए जो कि स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक अथवा सुविधा केन्द्र को बन्ध्याकरण आपरेशन करने के परिणाम स्वरूप उनकी सामने पेश आ सकते हैं, क्षतिपूर्ति बीमा कवर की भी व्यवस्था है।

- वर्ष 2010 के लिए आईसीआईसीआई लोमबार्ड के साथ बीमा योजना नवीकृत की गई है और यह वर्ष 2012 तक वैध है।
- वर्ष 2008 और जून, 2011 के बीच 354 जटिल मामलों, 14442 असफल मामलों तथा 560 मौत संबंधी मामलों के लिए भुगतान किया गया है।
- एनएफपीआईएस का मैनुअल मंत्रालय की वेबसाइट <http://mohfw.nic.in/NRHM/FP-Manual 2008. Final.pdf> पर उपलब्ध है।

9.3.9. ग. सार्वजनिक निजी सहभागिता (पीपीपी):

- परिवार नियोजन सेवाओं में सार्वजनिक निजी सहभागिता का उद्देश्य परिवार नियोजन सेवाओं की पहुंच बढ़ाने में निजी क्षेत्र की सेवाओं का उपयोग करना है। परिवार नियोजन सेवाओं में सार्वजनिक निजी सहभागिता को बढ़ावा देने के लिए मान्यता प्राप्त निजी सुविधा केन्द्रों और सूचीबद्ध स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को बन्ध्याकरण और एनएफपीआईएस की संशोधित मुआवजा योजना में शामिल किया गया है।
- निजी सुविधा केन्द्रों और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को

मान्यता प्रदान करने तथा सूचीबद्ध करने की प्रणाली को जिला तक विकेन्द्रीकृत किया गया है।

9.3.9. घ. लाभार्थियों के घर-घर जाकर आशाओं द्वारा गर्भनिरोधकों की होम डिलीवरी संबंधी स्कीम :

- पात्र दंपतियों द्वारा गर्भनिरोधकों तक पहुंच में सुधार लाने के लिए यह निर्णय लिया गया है कि परिवारों के घर-घर जाकर गर्भनिरोधक प्रदान करने के लिए आशाओं की सेवाएं ली जाएं और इस प्रयास के लिए उन्हें प्रोत्साहन दिया जाए।
- इस पहल को 17 राज्यों के 233 जिलों में प्रायोगिक आधार पर क्रियान्वित किया गया है।
- स्कीम के अंतर्गत इस्तेमाल किए जाने वाले गर्भनिरोधकों के पैकों पर निम्न लिखा है :

“भारत सरकार आपूर्ति, “आशा द्वारा होम डिलीवरी के लिए,”

3 कंडोमों के पैक के लिए एक रूपया/ओसीपी की वक्र के लिए एक रूपया/ईसीपी की एक गोली के पैक के लिए 2 रूपए “।

- आशाओं तक आपूर्तियां पहुंचने में लगने वाले समयान्तराल को कम करने के लिए सभी प्रायोगिक जिलों को सीधे गर्भनिरोधक आपूर्तियां भेजी जा रही हैं। नवीनतम सूचना के अनुसार (23 नवंबर, 2011 की स्थिति के अनुसार) 209 जिलों में कंडोम की आपूर्ति की गई है। 180 जिलों में ओसीपी की तथा 152 जिलों में ईसीपी की आपूर्ति की गई है। इन जिलों के साथ विचार-विमर्श किया गया है और 70 जिलों ने पहले इस स्कीम को शुरू कर दिया है :

क्र.सं.	राज्य	जिलों की संख्या	कंडोम	ओसीपी	ईसीपी
1	अरुणाचल प्रदेश	3	1	2	1
2	असम	14	14	5	6
3	बिहार	36	26	20	11
4	छत्तीसगढ़	16	15	11	5
5	गुजरात	6	6	5	4
6	हरियाणा	1	1	1	0
7	हिमाचल प्रदेश	3	3	2	1
8	जम्मू	4	4	4	4

9	झारखंड	19	14	12	10
10	मध्य प्रदेश	34	34	34	34
11	मणिपुर	4	2	2	0
12	मेघालय	5	5	4	4
13	उड़ीसा	18	15	15	11
14	राजस्थान	19	19	15	15
15	त्रिपुरा	2	2	1	2
16	उत्तर प्रदेश	45	44	44	41
17	उत्तराखंड	4	4	3	3
कुल		233	209	180	152

9.3.10. वर्ष के दौरान कुछ प्रमुख कार्यकलाप :

9.3.10. क. विश्व जनसंख्या दिवस एवं पखवाड़े का आयोजन (जुलाई 11-17, 2011)

- विगत वर्ष जबरदस्त अनुक्रिया से उत्प्लवित होकर मंत्रालय ने देश के 22 राज्यों के 401 जिलों के 3800 ब्लॉकों से ज्यादा में विश्व जनसंख्या दिवस 2011 मनाया।
- यह कार्यक्रम एक माह से ज्यादा लंबी अवधि तक चला जिसमें पहला पखवाड़ा मौबिलाइजेशन/सुग्राह्यता में और इसके बाद वाला पखवाड़ा सुनिश्चित परिवार नियोजन सेवा प्रदानगी में विभाजित था। 27 जून से 10 जुलाई, 2011 के बीच "मौबिलाइजेशन पखवाड़ा" अथवा 'दम्पति सम्पर्क पखवाड़ा' का आयोजन किया गया, जबकि 11 जुलाई और 24 जुलाई, 2011 के बीच "जनसंख्या स्थिरता पखवाड़ा" अथवा "पापुलेशन स्टेबिलाइजेशन फोर्टनाइट" मनाया गया।
- नई दिल्ली में युवा मामले राज्य मंत्री श्री अजय माकन ने विज्ञान भवन में विश्व जनसंख्या दिवस के अवसर पर नेहरू युवा केन्द्रों की राष्ट्रीय स्तरीय कार्यशाला का उद्घाटन किया।
- अन्य राज्यों में भी ऐसे ही कार्यक्रम आयोजित किए गए, 3 राज्यों अर्थात् राजस्थान, ओड़िशा और दिल्ली के माननीय मुख्य मंत्रियों तथा 5 राज्यों के स्वास्थ्य मंत्रियों ने अपने-अपने संबंधित राज्यों में समारोहों में भाग लिया।

मुख्य निष्कर्ष :

- बिहार, झारखंड और छत्तीसगढ़ तथा राजस्थान के कुछेक भागों में भारी मानसून और असम में व्यापक बाढ़ आने के बावजूद कुल मिला कर सभी राज्यों में जनसंख्या पखवाड़े का सफलतापूर्वक आयोजन किया गया। पखवाड़े के दौरान समग्र कार्य निष्पादन नीचे दिया गया है :-

क्र.सं.	पद्धति	सूचित प्रगति
1	महिला बंधीकरण	150540
2	पुरुष बंधीकरण	16376
कुल बंधीकरण		166916
3	आईयूसीडी सन्निवेशन	322164
4	संवितरित ओ सी पी	1267197

- उपर्युक्त आंकड़े यह प्रतिबिंबित करते हैं कि ' विश्व जनसंख्या पखवाड़ा' अभियान से देश में केवल सदी के महीनों में बंधीकरण करवाने की मौसमी प्रवृत्ति को खत्म करने के संबंध में सहायता मिली है।
- उपाख्यानात्मक साक्ष्य बताते हैं कि महीने भर तक चले इस कार्यक्रम ने माँग बढ़ाने, मांग बढ़ाने के लिए स्थानीय स्तर के नवप्रवर्तनों हेतु प्रणालियां विकसित करने, गुणवत्तापूर्ण सेवाओं आदि को सुनिश्चित करने के उत्प्रेरक के रूप में काम किया।

- विभिन्न राज्यों में इस कार्यक्रम में विभागीय सीमाओं से परे स्थित सरकारी प्राधिकारी भी शामिल थे।
- सावधानीपूर्वक सूक्ष्म योजना से उपलब्ध सेवा प्रदाताओं को औद्योगिक सुविधा केन्द्रों को कार्यशील बनाने के लिए न्यायोचित ढंग से वितरित किया जा सकता है और इस प्रकार लोगों को उनके निवास स्थान के पास सेवा प्रदान किया जा सकता है।
- उन राज्यों में कार्य निष्पादन बेहतर रहा है जहां मुख्य सचिव/प्रधान स्वास्थ्य सचिवों के स्तर से सरकारी आदेशों के जरिए जिला समाहर्ताओं को सूचीबद्ध किया गया।

9.3.10. ख. परिवार नियोजन कार्यक्रम की राष्ट्रीय समीक्षा (अगस्त 18-19, 2011) :

- "मातृत्व स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य और स्थिरकारी जनसंख्या में उन्नयन संबंधी परिवार नियोजन" शीर्षक से परिवार नियोजन संबंधी राष्ट्रीय समीक्षा बैठक दिनांक 18-19 अगस्त, 2011 को स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय में परिवार नियोजन प्रभाग द्वारा निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ आयोजित की गई थी :
 - 0 परिवार नियोजन कार्यक्रम के कार्यक्रम संबंधी पहलुओं, जोर देने वाले क्षेत्रों, कार्यकलापों और कार्यान्वयन प्रक्रियाओं के संबंध में चर्चा करना।
 - 0 आगामी कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (पी आई पी) में फीड किए जा सकने वाले इनपुट प्रदान करना।
 - 0 सेवा प्रदायकों का पूल तैयार करना, उच्चकोटि की सेवाएं सुनिश्चित करना और प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) के संपूर्ण ढांचें (फ्रेमवर्क) में परिवार नियोजन का प्रतिस्थापन।
 - 0 फील्ड कार्य में नए सदस्यों के जानकारी स्तर को अद्यतन बनाना।
 - 0 इस दो दिवसीय कार्यशाला में राज्य सरकारों, गैर सरकारी संगठनों, विकासमूलक साझेदारों इत्यादि के 100 से ज्यादा सहभागियों ने भाग लिया।

9.3.10. ग. उच्च फोकस वाले राज्यों की डेस्क समीक्षा : परिवार नियोजन के अंतर्गत निम्नलिखित घटकों के संबंध में नवम्बर 2011 में 11 उच्च फोकस वाले राज्यों की समीक्षा की गई है :

- विगत 3 वर्ष और चालू वर्ष में सेवा प्रदायगी में प्रगति
- विभिन्न तकनीकी पद्धतियों के लिए मानव संसाधन (एचआर) की उपलब्धता और अभिज्ञात सुविधा केन्द्रों में उनकी तैनाती

- विभिन्न स्कीमों, दिशानिर्देशों, मानकों इत्यादि के बारे में जागरूकता

- 2012-13 के लिए योजना

9.4 मुख्य चुनौतियां और अवसर

9.4.1 जनांकिकीय चुनौतियां :

- ऐसा अनुमान है कि मौजूदा प्रवृत्तियों से भारत में जनसंख्या वर्ष 2001-2026 तक की अवधि के दौरान 1.21 बिलियन से बढ़कर 1.4 बिलियन हो जाएगी। इस प्रकार 25 वर्षों की अवधि में वह 1.2 प्रतिशत की प्रतिवर्ष वृद्धि दर से 36 प्रतिशत बढ़ जाएगी।
- इस बीच और राज्यों के भीतर कुल प्रजननता दर में पर्याप्त अन्तर होगा तथा इन उल्लेखनीय अन्तर के परिप्रेक्ष्य में राष्ट्रीय प्रगति देखी जा सकती है। एक दृश्य यह है कि केरल, तमिलनाडु, आन्ध्र प्रदेश और कर्नाटक जैसे दक्षिणी राज्यों में कुल प्रजननता दर प्रतिस्थापन दर या उससे कम है जबकि दूसरी ओर उत्तर प्रदेश, बिहार, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, उत्तराखंड, राजस्थान, झारखंड और उड़ीसा जैसे अधिक अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों में वर्ष 2000 में संयुक्त रूप से अनुमानित कुल प्रजननता दर 4.2 थी। तालिका 5 में जिस अनुमानित वर्ष तक कुछ चुनिन्दा अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्य प्रतिस्थापन दर को प्राप्त कर लेंगे, का उल्लेख है बशर्ते कि मौजूदा प्रवृत्तियां जारी रहे, और यह चिन्ता का विषय है कि ये राज्य वर्ष 2021 तक भारत में प्रजननता के प्रतिस्थापन स्तर को प्राप्त करने में विलम्ब करेंगे।

सारणी-5 प्रतिस्थापन स्तर-प्रजननता प्राप्त करने हेतु अनुमानित वर्ष

क्र.सं.	राज्य का नाम	वर्ष
1	उत्तर प्रदेश	2027
2	मध्य प्रदेश	2025
3	छत्तीसगढ़	2022
4	उत्तराखंड	2022
5	बिहार	2021
6	राजस्थान	2021
7	झारखंड	2018
	भारत	2021

स्रोत : राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग द्वारा प्रस्तुत जनसंख्या प्रक्षेपण संबंधी तकनीकी समूह की रिपोर्ट मई, 2006

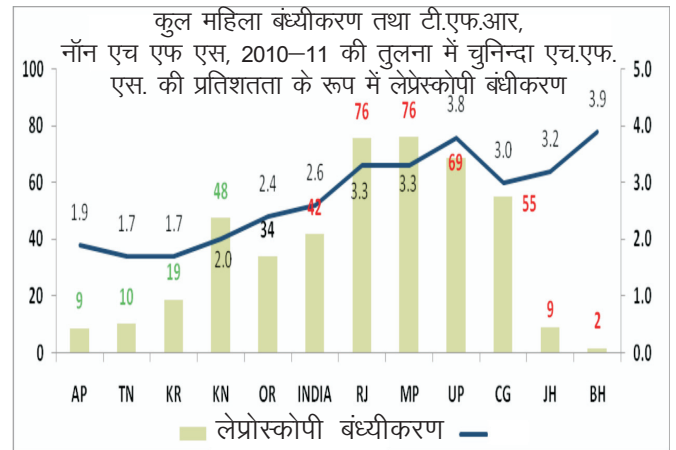
9.4.2 परिवार नियोजन में कार्यक्रम प्रक्रिया संबंधी तथा सेवा प्रदानगी की चुनौतियां :

9.4.2.क. नियमित बन्धीकरण सेवाओं की अनुपलब्धता : उप जिला स्तर पर बन्धीकरण सेवाओं की पहुंच एफडीएस दृष्टिकोण के निकृष्ट क्रियान्वयन के कारण सीमित है विशेष रूप से अधिक ध्यान दिए जाने वाले राज्यों में जिनमें कुल प्रजननता दर अधिक है तथा न किए जाने वाली आवश्यकताएं अधिक है जिसके निम्नलिखित कारण हैं :

- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर बन्धीकरण के प्रशिक्षित सेवा प्रदायकों की कमी।
- वर्ष के दौरान सेवा संबंधी प्रावधानों के लिए योजना बचने हेतु तत्परता का अभाव
- निकृष्ट सुविधा तैयारी

विश्व जनसंख्या दिवस 2011 के आयोजन के दौरान 15 दिवसीय लंबे " जनसंख्या स्थिरीकरण पखवाड़े " के जरिए प्रयास किए गए हैं। समान्वित प्रयासों और सूक्ष्म-नियोजन से यह देखा गया है कि वर्ष में भी समय के दौरान सेवाएं प्रदान की जा सकती है। तथापि, अभी भी बहुत कुछ किया जाना बाकी है। एचएमआईएस से प्राप्त डाटा यह दर्शाते हैं कि दक्षिणी राज्यों (बगल वाला चित्र देखें) में वर्ष-भर और समान कार्यनिष्पादन की तुलना में उच्च ध्यान केन्द्रित किए जाने वाले राज्यों में बन्धीकरण सेवाओं के कार्यनिष्पादन में उच्च मौसमी अन्तर अधिक है। (पिछले छह महीनों में 83 प्रतिशत बन्धीकरण और पिछले तीन महीनों में 50 प्रतिशत) इससे स्वीकारकर्ताओं की वरीयता के बजाय नियमित सेवाओं की व्यवस्था का अभाव प्रदर्शित होता है जैसा कि कई सेवा प्रदायकों द्वारा बार-बार दावा किया गया है। पूरे वर्ष में प्रत्येक स्तर पर सेवाएं उपलब्ध करवाने के लिए राज्य/जिला/ब्लॉक स्तरों पर और प्रयास किए जाने की आवश्यकता है।

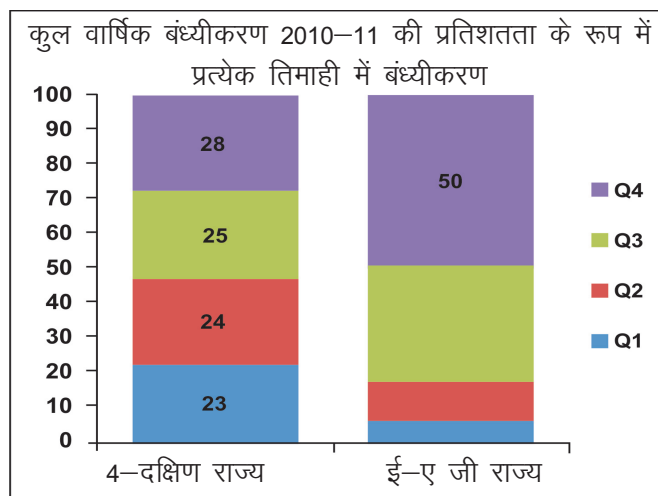
9.4.2.ख. महंगे, तकनीकी और संचार तंत्र रूप से अत्यधिक मांग वाले लेप्रोस्कोपिक बन्धीकरणों पर भारी निर्भरता : जैसा कि नीचे के आंकड़े से देखा गया है, कर्नाटक को छोड़कर प्रतिस्थापन स्तर की, प्रजननता दर वाले दक्षिणी, राज्यों में मिनीलैप बन्धीकरण का अनुपात अधिक है। (कुल महिला बन्धीकरणों में से 75 से 89 प्रतिशत)। तथापि बिहार एवं झारखंड को छोड़कर



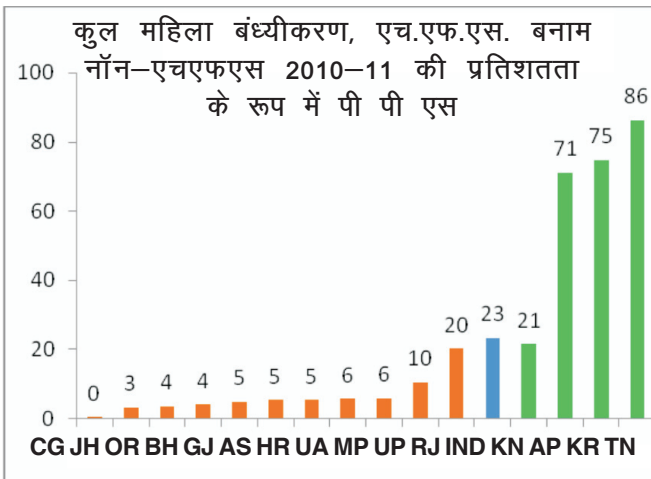
उच्च ध्यान केन्द्रित किए जाने वाले अधिकतर राज्यों में लेप्रोस्कोपिक महिला बन्धीकरण सबसे अधिक अपनाई जाने वाली विधि रही।

लेप्रोस्कोपिक बन्धीकरण की सेवाएं केवल प्रशिक्षित स्त्रीरोग विज्ञानियों/शल्य चिकित्सकों द्वारा ही प्रदान की जा सकती है, इस विधि के लिए अधिक रख-रखाव सहित महंगे उपकरणों और आधारभूत आपरेशन थियेटर सहित परिष्कृत बुनियादी ढांचे की आवश्यकता होती है। अतः इस पर बढ़ी निर्भरता इन राज्यों में सेवा व्यवस्था को सीमित करेगी जहां पर विशेषज्ञों की उपलब्धता और सेवा तत्परता अभी भी कम है। अपेक्षाकृत सरल, सुरक्षित और मिनीलैप आसानी से प्रदान करना बन्धीकरण सेवाओं तक पहुंच बढ़ाने तथा उच्च ध्यान केन्द्रित किए जाने वाले राज्यों में सीमित विधियों में अपूरित आवश्यकताओं को कम करने के लिए एक बेहतर प्रस्ताव होगा।

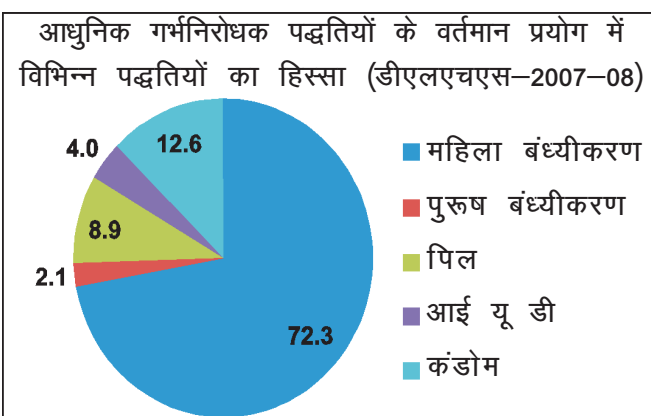
9.4.2.ग. संस्थागत प्रसवों की बढ़ती हुई संख्या से प्रस्तुत प्रसवोत्तर गर्भनिरोधन की भारी क्षमता का नियोजन का अभाव, प्रशिक्षित प्रसवोत्तर परिवार नियोजन सेवा प्रदायकों के अभाव और उच्च ध्यान केन्द्रित किए जाने वाले अधिकतर राज्यों में बुनियादी सुविधाओं के अभाव के कारण पर्याप्त रूप से उपयोग नहीं किया गया है। उपरोक्त आंकड़े प्रत्यक्ष हैं जो यह दर्शाता है कि उत्तर प्रदेश, बिहार, झारखंड, मध्य प्रदेश, राजस्थान, छत्तीसगढ़, उत्तराखंड, ओड़ीशा, असम, गुजरात और हरियाणा जैसे उच्च धन केन्द्रित किए जाने वाले राज्यों में प्रसवोत्तर बन्धीकरण की



प्रतिशतता केरल और तमिलनाडु जैसे गैर उच्च ध्यान केन्द्रित किए जाने वाले राज्यों में 71-86 प्रतिशत की तुलना में कुल महिला बंध्याकरण की प्रतिशतता बहुत ही कम 0.35-20 प्रतिशत बैठती है।



9.4.2.घ. बच्चों के जन्म में अन्तर रखने की विधियों पर अपर्याप्त ध्यान बच्चों के जन्म में अंतर रखने की अत्यधिक अपूरित आवश्यकता के बावजूद भी भारत के अधिकतर राज्यों में बच्चों के जन्म में अंतर रखने की विधियों के लगातार कम उपयोग से स्पष्ट है। डीएलएचएस 3 के अनुसार महिला और पुरुष नसबंदियों को एक साथ मिलकर उनके उपयोग की 74.5 प्रतिशत की तुलना में बच्चों के जन्म में अंतर रखने की सभी विधियों का उपयोग वर्तमान सभी गर्भनिरोधक विधियों का उपयोग लगभग 25.5 प्रतिशत बैठता है जैसाकि चार्ट से देखा जा सकता है।



9.4.2.ड. बन्धीकरण में एफडीएस के प्रचालन के लिए मिनीलैप लेप्रोस्कोपिक बन्धीकरण और नो-स्केलपेल पुरुष नसबंदी हेतु मानव संसाधन विकास में वृद्धि हो रही है। तथापि, मानक

सेवा प्रदानगी नयाचारों का कड़ाई से अनुपालन करने के लिए प्रशिक्षण, प्रशिक्षणोत्तर अनुवर्ती कार्रवाई तथा सहायता बहुत ही कम है। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि उन राज्यों जहां प्रशिक्षार्थियों का चयन प्रशिक्षणोत्तर अनुवर्ती कार्रवाई तथा सहायता बहुत ही कम है। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि उन राज्यों जहां प्रशिक्षार्थियों का चयन प्रशिक्षणोत्तर पर नौकरी देने और प्रशिक्षणोत्तर बुनियादी ढांचे और संचार तंत्र सहायता को पर्याप्त महत्ता नहीं दी जाती है, में युक्तिसंगत मानव संसाधन विकास योजना का अभाव है। जिससे इस प्रणाली के प्रशिक्षित सेवा प्रदायकों की हानि होती है और संसाधनों की बर्बादी होती है।

9.4.2.च. सभी श्रेणियों के सेवा प्रदायकों के लिए राज्य/जिला स्तर पर नियमित गर्भनिरोधक की अद्यतन स्थितियों के अभाव अद्यतन सेवा प्रदानगी के नयाचारों के अनुसार गुणवत्तायुक्त गर्भनिरोधक सेवाएं प्रदान करने के लिए सेवा प्रदायकों की जानकारी के स्तर और कौशलों को सीमित करता है।

9.4.2.छ: गर्भ निरोधकों के लिए राज्यों से मांग और गर्भनिरोधकों के उपयोग पर सर्वेक्षण निष्कर्षों में अंतर है। इस मुद्दे पर ध्यान देने के लिए गर्भनिरोधकों के अधिप्रापण/क्य के संचार तंत्र और आपूर्ति को वास्तविक आवश्यकता और उपयोग को प्रदर्शित करने के लिए युक्ति संगत बनाना होगा।

9.4.2.ज. परिवार नियोजन में सार्वजनिक निजी भागीदारी (पीपीपी) को भारत में अधिकतर राज्यों में पर्याप्त रूप से बढ़ावा नहीं दिया गया है और राज्य/जिला स्तर पर निजी प्रदायकों को अधिकृत करने में उदासीनता है जो व्यक्तियों की परिवार नियोजन सेवाओं तक व्यापक संभव पहुंच को प्रतिकूल ढंग से प्रभावित कर रही है।

9.4.2.झ. आशाओं, वीएचएनडीज और वीएचएससीज का उपयोग करने वाली समुदाय आधारित परिवार नियोजन सेवाओं (परामर्शी गर्भनिरोधक संवितरण, रेफरल सेवाएं) को अभी तक कारगर ढंग से नहीं चलाया गया है।

9.5 भावी कार्यनीतियाँ

तथापि सभी कार्यनीतियां (इस अध्याय के शुरू में वर्णित) आगामी 1-2 वर्षों में और ज्यादा जोर देने के लिए मिश्रित पद्धति को प्रोत्साहन देने के साथ-साथ एफपी सेवाओं के उपयोग में सुधार लाने पर संकेन्द्रित हैं, निम्नलिखित दृष्टिकोणों की अपनाया जाएगा :

- स्थानीय मुद्दों को अभिज्ञात करने और उनके समाधान के लिए कार्य नीतियां/कार्यकलाप तैयार करने हेतु राज्य विशेष संकेन्द्रित संवाद।

- बेहतर काउंसिलिंग के साथ-साथ पीपीएफपी सेवाएं प्रदान करने के लिए संकेन्द्रित राज्यों में जिला अस्पतालों के सुदृढीकरण के जरिए प्रसवोत्तर एफपी प्रदानगी प्रणाली को पुनरुज्जीवित करने पर फोकस।
- राष्ट्रीय, राज्य, जिला और ब्लॉक स्तर पर जन स्वास्थ्य प्रबंधन व्यावसायिकों को नियुक्त करके इन स्तरों पर प्रबंधन तंत्र को सुदृढीकरण।
- प्रापण को विकेन्द्रीकृत (राज्यों को) करने के उपाय पता लगाना ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके ताकि सुविधा केन्द्रों पर स्टॉक खत्म हो जाने की स्थिति नहीं बने।

राज्यों द्वारा परिवार नियोजन के उपयोगकर्ताओं की संख्या और प्रतिशतता : 2010-11

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र अभिकरण	बंधीकरण के कुल स्वीकारकर्ता		आईयूडी निवेशन		खाई जाने वाली गर्भ निरोधक गोलियों के उपयोगकर्ता		कंडोम के उपयोगकर्ता	
	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन
I. उच्च ध्यान केन्द्रित पूर्वोत्तर राज्य								
अरुणाचल प्रदेश	1,657	19	2,386	12.65	1408	21	664	35
असम	81,136	0.03	45,046	25.55	75837	21	58913	31
मणिपुर	1,468	49	2,386	12.65	2914	26	2319	-21
मेघालय	2,030	11	5,097	-1.66	5727	18	4170	17
मिजोरम	2,373	-6	4,021	55.19	6583	-1	4161	-8
नागालैंड	1,646	36	3,067	17.02	672	0	978	114
सिक्किम	239	-56	1857	-16.69	4561	1	2343	-38
त्रिपुरा	4,043	8	1822	14.02	5521	-58	7877	1
II. उच्च ध्यान केन्द्रित गैर-पूर्वोत्तर राज्य								
बिहार	557,434	-16	207,545	16.93	46558	2	88619	33
छत्तीसगढ़	150,031	-14	105,100	-5.41	91021	-18	145165	-10
हिमाचल प्रदेश	23,638	-14	21,220	-12.29	26308	-10	81549	-20
जम्मू और कश्मीर	20,964	4	21,044	-6.76	17963	15	28632	6
झारखंड	127,523	12	106,863	20.12	83726	-3	118158	-29
मध्य प्रदेश	259,609	-34	364,553	-17.41	391003	-19	608509	-39
उड़ीशा	107,572	6	135,206	-1.47	168995	-5	190687	-24
राजस्थान	644,000	48	395,603	-5.61	717744	-18	1337031	-20
उत्तर प्रदेश	503,483	-5	1,570,880	1.27	389344	-40	786134	-8
उत्तराखंड	137,366	16	96,535	-1.80	37716	-20	59277	-25

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र अभिकरण	बंधीकरण के कुल स्वीकारकर्ता	आईयूडी निवेशन	खाई जाने वाली गर्भ निरोधक गोलियों के उपयोगकर्ता	कंडोम के उपयोगकर्ता				
2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	2010-11	2009-10 से प्रतिशत परिवर्तन	
III. गैर-ध्यान केन्द्रित विशाल राज्य								
आंध्र प्रदेश	5,57,434	-16	358,215	-11.16	289977	-21	680932	-18
गोवा	3,776	-10	36,238	10.61	3622	9	1536	7
गुजरात	325,748	4	2,171	0.74	231831	-16	712489	-16
हरियाणा	80,203	-7	599,778	3.28	66879	-23	205479	-30
कर्नाटक	127,523	12	179,369	-4.28	110433	-35	204785	-18
केरल	259,609	-34	21,220	-12.29	8915	-62	69335	-43
महाराष्ट्र	107,572	6	21,044	-6.76	189306	-32	295879	-37
पंजाब	644,000	48	218,733	-18.15	100902	6	412111	0
तमिलनाडु	503,483	-5	49,831	-19.32	119603	32	165108	-2
पश्चिम बंगाल	137,366	16	331,108	-19.45	657330	2	591382	6
IV. ध्यान केन्द्रित न किए जाने वाले छोटे राज्य व संघ राज्य क्षेत्र								
अंडमान और निकोबार	711	-14	400	-49.17	752	-54	514	-67
चंडीगढ़	2,016	-3	3,190	-8.91	748	-4	13358	-4
दादरा और नागर हवेली	1,045	-10	108	30.12	237	-9	1321	13
दमण और दीव	391		226		482		2344	
दिल्ली	18,695	-14	36,238	-17.27	14577	-5	102875	-10
लक्षदीप	32	300	22	-21.43	2	-98	67	-22
पुदुच्चेरी	11,218	23	2,180	-37.36	2334	2	9294	99269
V. अन्य अभिकरण								
रक्षा मंत्रालय	7,160	-24	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध
रेलवे मंत्रालय	1,705	-58	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध	अनुपलब्ध
अखिल भारत	4,995,445	-0.3	5,515,110	-6.74	3871531	-17	6993995	-18