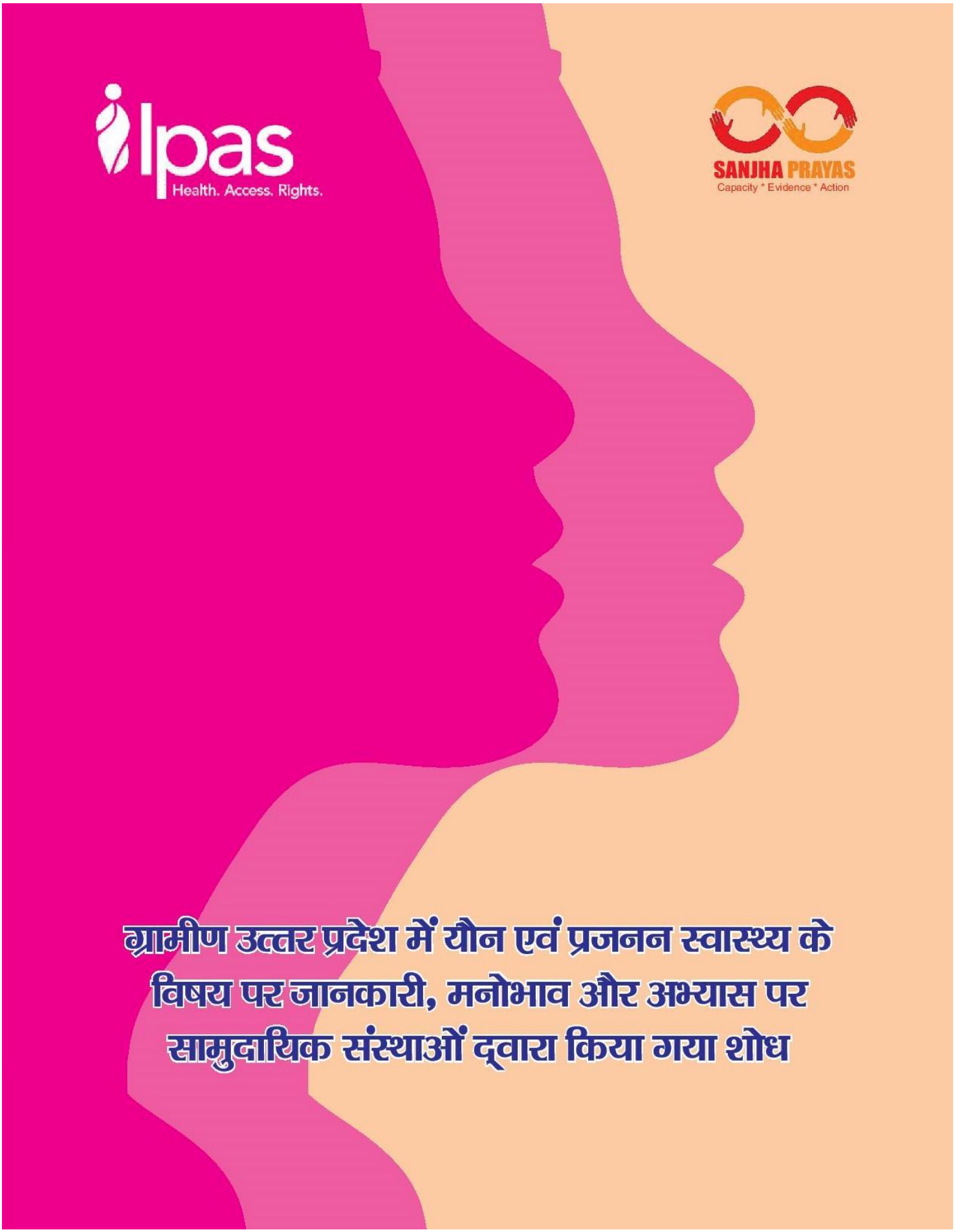
Ipas
Health. Access. Rights.

SANJHA PRAYAS
Capacity * Evidence * Action



ग्रामीण उत्तर प्रदेश में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विषय पर जानकारी, मनोभाव और अभ्यास पर सामुदायिक संस्थाओं द्वारा किया गया शोध

शोध का संचालन करने वाली संस्थायें

- अर्पण शिक्षा एवं जन कल्याण समिति
- चित्रांशु समाज कल्याण परिषद
- गंगा संस्थान
- ग्रामीण समाज विकास केंद्र
- ग्रामीण विकास सेवा समिति
- पंडित गोविंद बल्लभ पंत इंस्टीट्यूट
- प्रसार
- श्रावस्ती ग्रामोद्योग सेवा संस्थान
- सुभाष चिल्ड्रेन सोसायटी
- विनोबा सेवा आश्रम

और

उत्तर प्रदेश वालुंटरी हेल्थ एसोसिएशन (UPVHA)

उत्तर प्रदेश

मार्च, 2019

विषय-वस्तु

अध्याय 1: परिचय		
1.0	संदर्भ	3
1.1	उद्देश्य	4
1.2	औचित्य और व्यवस्था	4-6
अध्याय 2: अध्ययन की रूपरेखा और कार्यान्वयन		
2.0	अध्ययन की रूपरेखा	6
2.2	अध्ययन टूल	7
2.3	एनजीओ स्टाफ की क्षमता वृद्धि	7
2.4	अध्ययन उत्तरदाता	8
2.5	नमूना आवंटन	9
2.6	एनजीओ द्वारा डेटा का संग्रहण	10
2.7	नैतिक मानकों का अनुपालन	10
2.8	विश्लेषण	10-11
अध्याय 2: अध्ययन के निष्कर्ष		
3.0	उत्तरदाताओं की प्रोफाइल	11-13
3.1	विवाह और गर्भावस्था	14-15
3.2	यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों पर जानकारी और जागरूकता	16-17
3.3	लांछन	18
3.4	जानकारी के स्रोत	18-19
3.5	गर्भनिरोध और गर्भपात के संबंध में निर्णय	19-21
3.6	यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) सेवाओं की उपलब्धता	21-23
3.7	महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों पर पुरुषों की भूमिका और समझ	23-24
3.8	यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) सेवाओं का उपयोग	25-35
3.9	मीडिया एवं पंचायती राज संस्था (PRI) की भूमिका	35
अध्याय 4: चर्चा और निष्कर्ष		
4.0	सारांश एवं चर्चा	36-38
4.1	निष्कर्ष	38
5.0	संदर्भ	39-40
संलग्नक- 1: फोकस समूह चर्चा गाइड		
फोकस समूह चर्चा गाइड -युवा अविवाहित महिलायें (15-24 वर्ष)		42-44
फोकस समूह चर्चा गाइड - युवा विवाहित महिलायें (15-24 वर्ष)		45-47
फोकस समूह चर्चा गाइड - विवाहित महिलायें (25-49 वर्ष)		48-51
फोकस समूह चर्चा गाइड - वर्तमान में विवाहित पुरुष (25-54 वर्ष)		52-54
संलग्नक- 2: गहन साक्षात्कार गाइड		
गहन साक्षात्कार गाइड - एएनएम और आशा		56-58
गहन साक्षात्कार गाइड - मीडिया		59-60
गहन साक्षात्कार गाइड - पंचायती राज संस्था (PRI) (पंचायत प्रधान)		61-62
गहन साक्षात्कार गाइड - प्रदाता (चिकित्सक)		63-64
गहन साक्षात्कार गाइड - मुख्य चिकित्सा अधिकारी/ सिविल सर्जन		65-66

अध्याय 1

परिचय

1.0 संदर्भ

सामुदायिक शोध के अंतर्गत समुदाय के लाभ के लिये सामुदायिक सहयोगियों द्वारा जानकारी उत्पन्न की जाती है, और समुदाय को सक्षम माहौल सुनिश्चित करने हेतु शोध का स्वामित्व लेने हेतु प्रेरित किया जाता है। फिर भी सामुदायिक शोध में समुदाय/ समाज की भागीदारी बहुत सीमित रही है क्योंकि छोटे पैमाने पर शोध से संबंधित गतिविधियों के संचालन और उनको दस्तावेजित करने हेतु क्षमता समुदाय स्तर पर कम होती है। आमतौर पर, शोध राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय शोध संस्थाओं, विश्वविद्यालयों और विशेष संस्थानों का मुख्य विषय रहा है। इस युगों पुरानी गतिविधि में प्राय: सामुदायिक शोध से समुदाय को बाहर रखा जाता है। अत: विशेष रूप से स्वास्थ्य से संबंधित सामुदायिक संस्थाओं द्वारा क्रियान्वित सामुदायिक शोध काफी सीमित रखे जाते हैं। इसके अतिरिक्त, नीतियों और दिशानिर्देशों को प्राय: राष्ट्रीय या राज्य स्तर पर बनाया जाता है तथा कार्यान्वयन के लिये जिला स्तर पर प्रसारित किया जाता है, जिसमें अक्सर साक्ष्य आधारित कार्यवाही नहीं हो पाती है। आम तौर पर, निष्कर्षों के दस्तावेजीकरण और साझा करने में ऊपर से नीचे का दृष्टिकोण अपनाया जाता है।

नीचे से ऊपर के दृष्टिकोण की कमी इस सामुदायिक संस्थाओं के माध्यम से किए गए शोध को एक विशिष्ट स्थान दिलाती है क्योंकि सामुदायिक संस्थाओं की उनके कार्यक्षेत्र में अच्छी पकड़ होती है। अत: शोध और दस्तावेजीकरण पर ग्रामीण एनजीओ की क्षमता वृद्धि समुदाय के लाभ के लिये स्थानीय साक्ष्य और अंतर उत्पन्न करने में मददगार हो सकती है। इसके अतिरिक्त, सामुदायिक स्तर के एनजीओ स्वास्थ्य और सामाजिक मुद्दों के क्षेत्र में व्यापक विकास के लिये जिम्मेदार स्थानीय अधिकारियों से आगामी संचार के माध्यम से शोध के निष्कर्षों को कार्यवाही में बदलने के लिये सर्वश्रेष्ठ एजेंट हैं।

भारत में, स्वास्थ्य शोध प्राथमिकताओं में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकार (SRHR) कार्यक्रम पर फोकस किया गया है जिसमें वर्तमान में बहुत सीमित विचार अथवा शोध हैं, उनमें से अधिकांश राष्ट्रीय स्तर पर आयोजित किये जाते हैं।

इस पृष्ठभूमि में, इस हस्तक्षेप का लक्ष्य गुणात्मक शोध पर ग्रामीण एनजीओ की क्षमता वृद्धि करना, गुणात्मक आंकड़ों का विश्लेषण करने का कौशल बढ़ाना तथा ऐसे दस्तावेजीकरण पर क्षमता वृद्धि करना है जिससे वह स्थानीय स्तर (जिला स्तर) पर साक्ष्य को कार्यवाही में बदल सकें। इसके अतिरिक्त, यह पहल शोध और दस्तावेजीकरण से परे जाने की अनुमति देती है तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकार (SRHR) मामलों विशेषकर गर्भधारण को रोकने एवं प्रबंधित करने पर नई

आवाजें उत्पन्न करने की गुंजाइश सुनिश्चित करती है।

1.1 उद्देश्य

इस सामुदायिक शोध का मुख्य लक्ष्य यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकार (SRHR)विशेषकर सुरक्षित गर्भसमापन पर गुणात्मक दृष्टिकोण से स्थानीय साक्ष्य उत्पन्न करना है। इस शोध के विशेष उद्देश्य निम्नलिखित हैं-

- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) के संबंध में जानकारी, रवैये और दृष्टिकोण को समझना।
- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) सेवाओं की उपलब्धता एवं बाधाओं का पता लगाना।
- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) सेवाओं के उपयोग का पता लगाना।
- महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों के प्रति लैंगिक भूमिका को समझना।
- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) के मामलों पर मीडिया और पंचायती राज संस्था (PRI) की भूमिका का पता लगाना।

1.2 औचित्य और व्यवस्था

गर्भावस्था का प्रबंधन और रोकथाम अर्थात सुरक्षित गर्भपात और गर्भनिरोध की सुलभता, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों का एक अभिन्न हिस्सा है। गर्भावस्थाओं को प्रबंधित करने और रोकने का एकीकृत दृष्टिकोण महिलाओं को सूचित विकल्प प्रदान कर सकता है। विशेष रूप से विकासशील देशों में कई महिलायें गर्भावस्था में देरी चाहती है या गर्भधारण नहीं करना चाहती हैं परंतु उनको परिवार नियोजन के साधन सरलता से उपलब्ध नहीं है या वो उनका प्रयोग नहीं कर रही हैं। विकासशील देशों में कम से कम 22.2 करोड़ महिलाओं की परिवार नियोजन की आवश्यकता पूरी नहीं हो पा रही है (यूएनएफपीए, 2013)। इसी प्रकार, पूरे विश्व में, प्रत्येक वर्ष 40-50 लाख गर्भावस्था का गर्भपात हो जाता है, जिसमें से 20 लाख गर्भपात असुरक्षित स्थिति में किये जाते हैं। लगभग सभी असुरक्षित गर्भपात (95-97%) विकासशील देशों में होते हैं। (डब्ल्यूएचओ, 2004) पूरे विश्व में, यह आकलन किया गया है कि असुरक्षित गर्भपात से हर वर्ष 47,000 मृत्यु होती है, और पूरे विश्व में लगभग 13% मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात से होती है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2011)। भारत में लगभग 56% गर्भपात असुरक्षित स्थिति में होते हैं (दुग्गल और रामचंद्रन, 2004) और इस असुरक्षित गर्भपात के कारण भारत में लगभग 8% मातृ मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण होती है (एसआरएस 2006), जबकि कई महिलायें गर्भपात संबंधी जटिलताओं से दीर्घकालीन रुग्णता से पीड़ित होती हैं (बनर्जी, 2012)।

लगभग सभी गर्भपात संबंधी मृत्यु रोकने योग्य होती हैं यदि स्वच्छ स्थितियों में उचित तकनीकों का प्रयोग करते हुए योग्य प्रदाता द्वारा गर्भपात किया जाता है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2003)। हाल के

अध्ययन में उजागर किया गया है कि हर साल विकासशील देशों में, 3 करोड़ से ज्यादा महिलाओं का प्रसव स्वास्थ्य केंद्र में नहीं होता है, 4.5 करोड़ से अधिक महिलाओं को अपर्याप्त प्रसवपूर्व देखभाल मिलती है, और 20 करोड़ से ज्यादा महिलायें गर्भधारण से बचना चाहती हैं लेकिन आधुनिक गर्भनिरोध का प्रयोग नहीं करती हैं। हर साल पूरे विश्व में, 2.5 करोड़ असुरक्षित गर्भपात होते हैं, 350 लाख से ज्यादा पुरुष और महिलाओं को चार ठीक होने योग्य यौन संचारित संक्रमणों (STIs) में से किसी एक के उपचार की जरूरत होती है, और लगभग 20 लाख नये लोग एचआईवी से संक्रमित (लैन्सेट, 2018) होते हैं।

भारत में, 15-24 वर्ष की उम्र की युवतियों की संख्या लगभग 110 लाख है और यह महिलाओं की कुल आबादी का 19 प्रतिशत है (आरजीआई, 2011)। शादी के समय न्यूनतम वैध उम्र पर मजबूत नीति के बावजूद, कई भारतीय महिलाओं का विवाह शादी की वैध उम्र (18 वर्ष से पहले) से पहले हो जाता है और लगभग 17 प्रतिशत महिलाओं को 15-19 वर्ष में बच्चा हो जाता है (आईआईपीएस और पापुलेशन कौंसिल 2010)। युवतियों में प्रथम यौन एक्सपोजर की औसत उम्र 17.8 वर्ष है, एवं अशिक्षित और कमजोर आर्थिक तबके की महिलाओं में यह उम्र 16.4 वर्ष है। गर्भनिरोध की सही जानकारी की कमी और अपनी प्रजनन क्षमता को साबित करने के सामाजिक दबाव के चलते भारत में 30 प्रतिशत महिलायें 18 साल से पहले ही बच्चे को जन्म दे देती हैं और 53 प्रतिशत महिलायें 20 वर्ष तक बच्चे को जन्म देती हैं (आईआईपीएस एवं मैक्रो 2007)। साक्ष्यों से यह भी पता चलता है कि विकासशील देशों में हर साल (10-19 साल) की 22 से 40 लाख किशोरियों का असुरक्षित गर्भपात किया जाता है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2004)। इससे प्राय: असुरक्षित गर्भपात के कारण मृत्यु और दीर्घकालीन रुग्णता का खतरा बढ़ जाता है। उपलब्ध साहित्यों में एकरूप ढंग से विशेष रूप से युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों पर जानकारी या व्यवहार परिवर्तन संचार (BCC) की आवश्यकता को उजागर किया गया है।

बिहार और उत्तर प्रदेश- ये दोनों राज्य प्रजनन क्षमता, खराब प्रजनन स्वास्थ्य परिणाम की वजह से भारत के सबसे ज्यादा जनसांख्यिकी की दृष्टि से पिछड़े हुए राज्य हैं। बिहार और उत्तर प्रदेश दोनों उन आठ राज्यों में से हैं जिन्हें ग्रामीण स्वास्थ्य को संबोधित करने हेतु विशेष सरकारी हस्तक्षेप के लिये लक्षित सशक्तीकृत कार्य समूह में शामिल किया गया है। बिहार में प्रजनन आयुवर्ग की लगभग 2.3 करोड़ महिलायें हैं जो कुल महिला आबादी का 46% है। इस प्रजनन आयुवर्ग में 80 लाख महिलायें 15-24 वर्ष की आयु की हैं जो राज्य में प्रजनन आयुवर्ग की कुल महिला आबादी का 35% है। इसी प्रकार, उत्तर प्रदेश में प्रजनन आयुवर्ग की लगभग 4.8 करोड़ महिलायें हैं जो कुल महिला आबादी का 50% है। इस प्रजनन आयुवर्ग में 1.9 करोड़ महिलायें 15-24 वर्ष की आयु की हैं जो राज्य में प्रजनन आयुवर्ग की कुल महिला आबादी का 40% है। उक्त आंकड़ों के आधार पर प्रजनन आयु वर्ग में महिलाओं के साथ-साथ 15 से 24 वर्ष की युवा महिलाओं पर भी विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है।

यहाँ तक कि दोनों राज्यों में महिलाओं के लिये उन्नत शिक्षा और स्वास्थ्य पहलों से प्रतिकूल यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य परिणामों और अधिकारों के बढ़े हुए खतरों का अनुभव हो रहा है, जिसमें जल्दी शादी,

अनचाही गर्भावस्था, परिवार नियोजन और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) संबंधी सेवा प्रावधानों और जानकारी की अपूर्ण आवश्यकता शामिल है। साहित्यों से यह प्रकट होता है कि महिलाओं को प्रतिकूल यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य परिणामों का खतरा ज्यादा रहता है और ये खतरे महत्वपूर्ण रूप से उम्र, शिक्षा, रहन-सहन के स्तर, वैवाहिक स्थिति, आवास और देश नीति पर निर्भर करते हैं, लेकिन अधिकांश मात्रात्मक शोध में 'क्यों'का उत्तर नहीं मिल सकता है- अत: साक्ष्य उत्पन्न करने और आगे कार्यवाही करने के लिये गुणात्मक शोध पर स्थानीय एनजीओ की क्षमता वृद्धि जरूरी है।

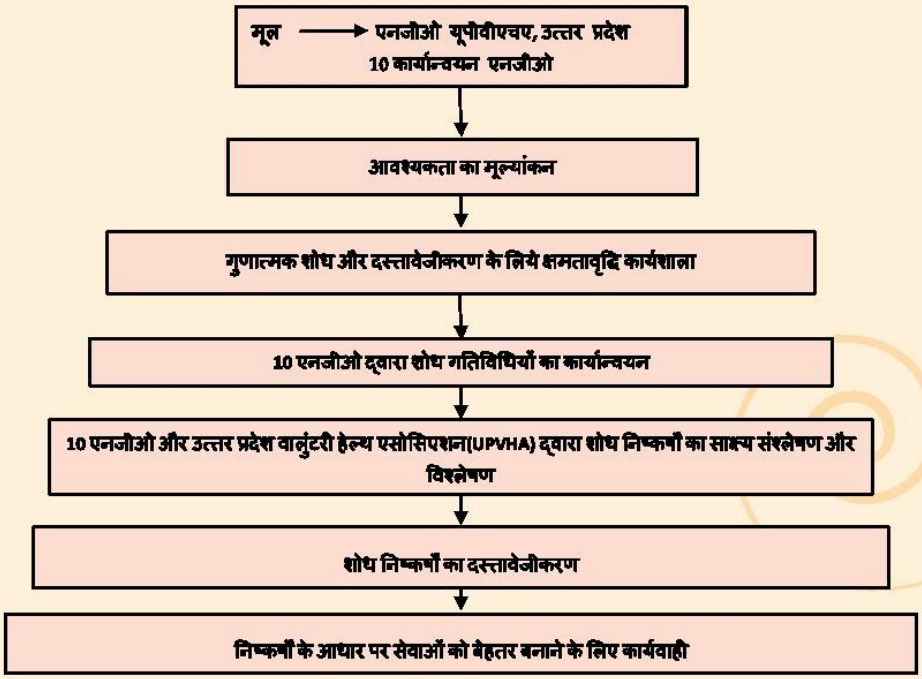
अध्याय 2

अध्ययन रूपरेखा और कार्यान्वयन

2.0 अध्ययन की रूपरेखा

अध्ययन क्षेत्र में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति को प्रकट करने के लिये खोजात्मक गुणात्मक अध्ययन डिजाइन को अपनाया गया। यह अध्ययन व्यापक एनजीओ स्कोपिंग चेकलिस्ट द्वारा पहचाने गये 10 स्थानीय एनजीओ द्वारा किया गया। इसके अतिरिक्त, शोध गतिविधियों के क्रियान्वयन की निगरानी करने के लिये राज्य स्तरीय एनजीओ (मूल एनजीओ) की पहचान की गयी (चित्र 1: कार्यान्वयन ढाँचा)। फोकस समूह चर्चाओं और गहन साक्षात्कारों के माध्यम से समुदाय स्तरीय निष्कर्ष प्राप्त करने के लिये एक प्रोजेक्टिव तकनीक का प्रयोग किया गया।

चित्र 1: कार्यान्वयन ढाँचा



2.2 अध्ययन टूल

चिन्हित अध्ययन क्षेत्रों को सिलसिलेवार ढंग से समझने के लिये गुणात्मक फोकस समूह चर्चा गाइड और विभिन्न लक्षित उत्तरदाताओं के लिये गहन साक्षात्कार गाइड तैयार की गयी और क्रियान्वयन से पहले उसका परीक्षण किया गया। चर्चा गाइड को स्थानीय भाषा हिन्दी में अनुवाद किया गया है। विभिन्न उत्तरदाताओं के लिए अलग-अलग फोकस समूह चर्चा और गहन साक्षात्कार गाइड (संलग्नक 1) को अध्ययन के विभिन्न उत्तरदाताओं के लिए तैयार किया गया।

2.3 एनजीओ स्टाफ की क्षमता वृद्धि

शोध और दस्तावेजीकरण पर क्षमता वृद्धि प्रशिक्षण का आयोजन उत्तर प्रदेश में आईडीएफ स्टाफ द्वारा किया गया। इस क्षमता वृद्धि प्रशिक्षण का उद्देश्य उनकी गुणात्मक शोध जानकारी को बढ़ाना और प्राथमिक शोध प्रबंधन और संचालन के लिये क्षमता उत्पन्न करना था और गुणात्मक शोध निष्कर्षों के विश्लेषण और दस्तावेजीकरण का कौशल विकसित करना था। क्षमता वृद्धि प्रशिक्षण के दौरान कवर किये जाने वाले विशेष क्षेत्र निम्नलिखित थे-

शोध

- सामुदायिक शोध, शोध विधियाँ (गुणात्मक बनाम मात्रात्मक)
- गुणात्मक शोध (क्या करें और क्या नहीं करें)
- फोकस समूह चर्चा और गहन साक्षात्कार गाइड
- शोध का नैतिक पहलू

दस्तावेजीकरण

- ऑडियो रिकार्डर या टैबलेट के द्वारा डेटा का संग्रहण
- इकट्ठा किये गये साक्ष्य की प्रतिलिपि
- शोध निष्कर्ष का प्रलेखन और प्रकाशन

2.4 अध्ययन उत्तरदाता

विभिन्न परिप्रेक्ष्य से समुदाय की राय प्राप्त करने के लिये फोकस समूह चर्चायें निम्नलिखित वर्गों के साथ आयोजित की गयीं-

Target Respondents for FGD

Unmarried women in age group 15-24 years

Married women in age group 15-24 years

Married women in age group 25-49 years

Married women in age group 24-54 years

Target Respondents for IDI

Service providers

Community health Intermediaries

District health officials

Media

Legal government institution

2.5 नमूना आवंटन

इस अध्ययन के अंतर्गत कुल 30 फोकस समूह चर्चायें (उत्तर प्रदेश और बिहार से कुल 60) और 50 गहन साक्षात्कार (उत्तर प्रदेश और बिहार से कुल 100) आयोजित की गयीं। विस्तृत नमूना ब्रेक-अप नीचे दिये गये हैं-

	लक्षित भाग	कुल फोकस समूह चर्चायें और गहन साक्षात्कार
फोकस समूह चर्चा	15-24 वर्ष की अविवाहित महिलायें	5
	15-24 वर्ष की विवाहित महिलायें	5
	25-49 वर्ष की विवाहित महिलायें	10
	24-54 वर्ष के विवाहित पुरुष	10
	कुल फोकस समूह चर्चा	30
गहन साक्षात्कार	एएनएम	10
	आशा	10
	चिकित्सक	10
	जिला स्वास्थ्य अधिकारी	10
	मीडिया	5
	पंचायती राज संस्था (PRI)	5
	कुल गहन साक्षात्कार	50

2.6 एनजीओ द्वारा डेटा का संग्रहण

स्थानीय बोलियों और रीति-रिवाजों जानने वाले स्थानीय एनजीओ से मध्यस्थों द्वारा फोकस समूह चर्चायें और गहन साक्षात्कार आयोजित किये गये। दोनों राज्यों में चर्चायें और साक्षात्कार हिन्दी में किये गये। फोकस समूह चर्चाओं और गहन साक्षात्कार के लिये प्रतिभागियों को चुनने के लिये उद्देश्यात्मक नमूना विधि अपनाई गयी। ऐसे लक्षित उत्तरदाताओं की पहचान करने के लिये भर्ती/ स्क्रीनिंग टूल का प्रयोग किया गया जो निर्धारित विषयों पर अपने विचार साझा कर सकें।

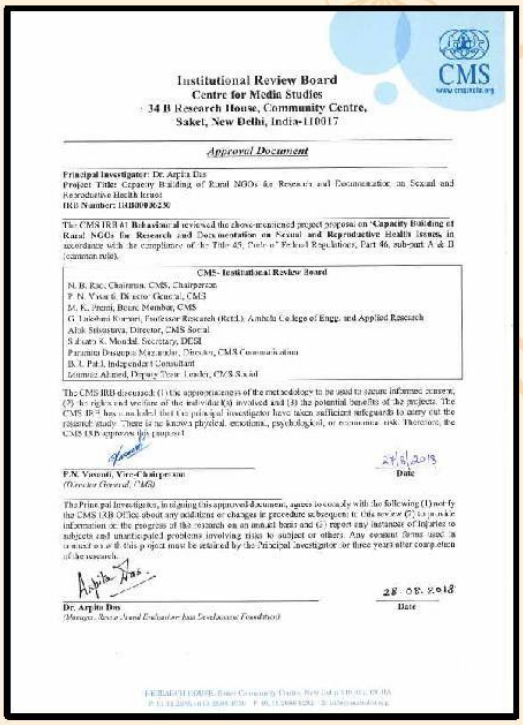
2.7 नैतिक मानकों का अनुपालन

कार्यान्वयन से पहले शोध प्रोटोकॉल, जिसमें शोध डिजाइन, टूल सूचित सहमति शामिल है, इन्स्टिट्यूशनल रिव्यू बोर्ड (IRB) द्वारा स्वीकृत किया गया। हमने इस अध्ययन के लिये आईआरबी प्रमाणपत्र प्राप्त किया।

सभी एनजीओ सहयोगियों को टूल और सहमति प्रपत्र पर उन्मुखीकृत किया गया। सभी प्रतिभागियों ने सूचित सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर किये या साक्षात्कारकर्ता को अपनी मौखिक सहमति दी। अध्ययन के दौरान, प्रतिभागी की गोपनीयता, को प्रमुखता दी गई।

सभी उत्तरदाता अनाम थे, उनकी पहचान का उल्लेख कहीं पर भी नहीं किया गया।

उत्तरदाताओं से सहमति लेने के बाद बिना किसी पहचान के सभी साक्षात्कार रिकार्ड किये गये।



Institutional Review Board
Centre for Media Studies
34 B Research House, Community Centre,
Saket, New Delhi, India-110017

Approval Document

Principal Investigator: Dr. Arpita Das
Project Title: Capacity Building of Rural NGOs for Research and Documentation on Sexual and Reproductive Health Issues
IRB Number: [illegible]

The CMS IRB #1 Behavioural reviewed the above-mentioned project proposal on 'Capacity Building of Rural NGOs for Research and Documentation on Sexual and Reproductive Health Issues, in accordance with the compliance of the Title 45, Code of Federal Regulations, Part 46, sub-part A & B (common rule).

CMS- Institutional Review Board
N. B. Rao, Chairman, CMS, Chairperson
P. N. Vasanti, Director General, CMS
M. K. Premi, Board Member, CMS
G. Lakshmi Kumari, Professor Research (Retd.), Ambala College of Engg. and Applied Research
Alok Srivastava, Director, CMS Social
Subrato K. Mondal, Secretary, DESI
Paramita Dasgupta Mazumdar, Director, CMS Communication
B. L. Patil, Independent Consultant
Mumtaz Ahmed, Deputy Team Leader, CMS Social

The CMS IRB discussed: (1) the appropriateness of the methodology to be used to secure informed consent, (2) the rights and welfare of the individual(s) involved and (3) the potential benefits of the projects. The CMS IRB has concluded that the principal investigator have taken sufficient safeguards to carry out the research study. There is no known physical, emotional, psychological, or economic risk. Therefore, the CMS IRB approves this proposal.

P.N. Vasanti, Vice-Chairperson
(Director General, CMS)
27/8/2018
Date

The Principal Investigator, in signing this approved document, agrees to comply with the following (1) notify the CMS IRB Office about any additions or changes in procedure subsequent to this review (2) to provide information on the progress of the research on an annual basis and (3) report any instance of injuries to subjects and unanticipated problems involving risks to subject or others. Any consent forms used in connection with this project must be retained by the Principal Investigator for three years after completion of the research.

Dr. Arpita Das
(Manager, Research and Evaluation [illegible] Foundation)
28.08.2018
Date

2.8 विश्लेषण

इस अध्ययन में उन मुख्य परिणामों को एकत्र और विश्लेषित करने का प्रयास किया गया जो फोकस समूह चर्चा और गहन साक्षात्कार के विभिन्न उत्तरदाताओं के परिप्रेक्ष्यों से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति और परिदृश्य को चित्रित करते हैं। सभी प्रतिभागियों से साक्षात्कार हेतु ऑडियो रिकार्डिंग की सहमति ली गई और साक्षात्कार का ऑडियो रिकार्ड किया गया था। रिकार्ड किये गये साक्षात्कार ऑडियो फाइल से फिर अनुलेखित किये गये।गुणात्मक आंकड़ों के विश्लेषण तथा साक्ष्यों के दस्तावेजीकरण के संबंध में एनजीओ के स्टाफ को प्रशिक्षण प्रदान किया गया। सभी एनजीओ को विश्लेषण करने और रिपोर्ट तैयार करने के लिये अलग से दस्तावेजीकरण टैंपलेट प्रदान किये गये। एक्सेल में प्रत्येक फोकस समूह चर्चा और गहन साक्षात्कार के लिये अलग से तैयार की गयी गुणात्मक

मैट्रिक्स स्प्रेडशीट द्वारा आंकड़ों का विश्लेषण किया गया। विश्लेषण मैट्रिक्स में कोडिंग थीम की पहचान की गयी और कोडिंग थीम के अनुसार सभी साक्षात्कारों का विश्लेषण किया गया।

अध्याय 3

अध्ययन के निष्कर्ष

3.0 उत्तरदाताओं की प्रोफाइल

फोकस समूह चर्चा के माध्यम से इस अध्ययन में युवतियों से लेकर बुजुर्ग महिलाओं तक विभिन्न समूहों से विभिन्न विचार प्राप्त किये गये, इसके अतिरिक्त हमने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य मामलों पर पुरुषों के परिप्रेक्ष्यों को जानने के लिये उनसे भी फोकस समूह चर्चायें कीं। इसी प्रकार, गहन साक्षात्कार से हमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य मामलों के संपूर्ण परिदृश्य पर परिप्रेक्ष्यों को प्राप्त करने में मदद मिली। उत्तरदाताओं की विस्तृत प्रोफाइल नीचे दी गयी है-

गुणात्मक विधि	लक्षित भाग	प्रोफाइल
फोकस समूह चर्चा	15-24 वर्ष अविवाहित महिलायें	- अविवाहित युवतियों के साथ पाँच फोकस समूह चर्चायें की गयीं। - अधिकांश महिलायें 18 साल की थीं; बाकी महिलायें 16 से 23 साल के आयुवर्ग की थीं। - ये सभी महिलायें साक्षर थीं, अधिकांश महिलाओं ने हाईस्कूल या इंटरमीडिएट किया हुआ था, कुछ महिलायें आठवीं और नौंवीं पास थीं तथा कुछ महिलाओं ने स्नातक किया था। - सभी महिलायें ग्रामीण क्षेत्रों की थीं।
	15-24 वर्ष विवाहित महिलायें	- विवाहित युवतियों के साथ पाँच फोकस समूह चर्चायें की गयीं। - अधिकांश महिलायें 20 से 24 वर्ष के आयुवर्ग की थीं। - उनमें से कुछ निरक्षर थीं, कुछ ने प्राथमिक शिक्षा पूरी की थी, लेकिन अधिकांश महिलाओं ने स्नातक स्तर की शिक्षा प्राप्त की थी। - अधिकांश महिलाओं के एक या दो बच्चे थे। कुछ महिलाओं के

		तीन या उससे ज्यादा बच्चे थे। इस समूह में कुछ ऐसी भी युवतियाँ थीं जिनके कोई बच्चा नहीं था।
	25-49 वर्ष की विवाहित महिलायें	- बुजुर्ग वर्ग की विवाहित महिलाओं के साथ दस फोकस समूह चर्चायें की गयीं। - अधिकांश महिलायें 25 से 35 वर्ष के आयुवर्ग की थीं। कुछ ऐसी महिलायें थीं जो 35 से 40 वर्ष के आयुवर्ग की थीं। - अधिकांश महिलायें या तो निरक्षर थीं या उन्होंने प्राथमिक शिक्षा प्राप्त की थी, कुछ महिलाओं ने 10वीं की शिक्षा प्राप्त की थी। - मुख्य रूप से महिलाओं को औसतन दो या तीन बच्चे थे।
	24-54 वर्ष के विवाहित पुरुष	- विवाहित पुरुषों के साथ दस फोकस समूह चर्चायें की गयीं। - अधिकांश पुरुष 26 से 30 वर्ष के आयुवर्ग के थे। - अधिकांश पुरुषों ने प्राथमिक से लेकर आठवीं तक की शिक्षा प्राप्त की थी। - अधिकांश पुरुषों के औसतन दो या तीन बच्चे थे, कुछ पुरुषों के 5 से 6 बच्चे थे। - उनमें से अधिकांश पुरुषों का व्यवसाय खेती/ किसानी था, उनमें से कुछ पुरुष कृषि मजदूर थे और कुछ पुरुषों का छोटा व्यवसाय जैसे जनरल स्टोर, खाने का स्टाल था। कुछ लोग निजी नौकरी करते थे और कुछ लोग शिक्षक थे।
गहन साक्षात्कार	सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एएनएम और आशा)	- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ बीस गहन साक्षात्कार किये गये, जिसमें से 10 साक्षात्कार एएनएम के साथ किये गये और 10 साक्षात्कार आशाओं के साथ किये गये। - उनमें से अधिकांश सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता 40-50 वर्ष के आयुवर्ग की थीं। कुछ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता 24 से 39 वर्ष के आयुवर्ग की थीं। - अधिकांश एएनएम ने स्नातक तक की पढ़ाई की हुई थी और उनमें से कुछ एएनएम ने परास्नातक की भी पढ़ाई की थी, जबकि, आशाओं में से अधिकांश ने 10वीं तक की पढ़ाई की हुई थी।

		- अधिकांश एएनएम और आशाओं के पास 10 या उससे ज्यादा सालों का कार्य अनुभव था।
	प्रदाता (चिकित्सक)	- उन चिकित्सकों के साथ दस गहन साक्षात्कार किये गये जो गर्भपात सेवायें प्रदान करती हैं। - ये चिकित्सक 34 से 50 वर्ष के आयुवर्ग की थीं, जबकि अधिकांश चिकित्सक 34 से 38 वर्ष की आयुवर्ग की थीं। - उनमें से अधिकांश एमबीबीएस डॉक्टर थीं और अधिकांश के पास 5 साल का कार्य अनुभव था।
	जिला स्वास्थ्य अधिकारी	- जिला स्वास्थ्य अधिकारियों के साथ दस गहन साक्षात्कार किये गये। - लगभग सभी जिला स्वास्थ्य अधिकारियों की उम्र 48 से 53 वर्ष के बीच थी। - उनके पास वर्तमान पद पर औसतन 4-6 वर्ष का कार्य अनुभव है, कुछ के पास जिला अधिकारी के रूप में 10 साल का अनुभव है।
	पंचायती राज संस्था (PRI) प्रतिनिधि	- पंचायती राज संस्था के प्रतिनिधियों के साथ पाँच गहन साक्षात्कार आयोजित किये गये। - सभी प्रतिनिधियों को 'पंचायत प्रधान'कहते हैं। सभी पंचायत प्रधान 39 से 46 वर्ष के आयुवर्ग के पुरुष थे। - उनमें से आधे स्नातक थे और बाकी ने आठवीं कक्षा पास की थी।
	मीडिया के लोग	- स्थानीय मीडिया के लोगों के साथ पाँच गहन साक्षात्कार किये गये। - उनमें से अधिकांश की उम्र 40 साल या उससे अधिक थी। - वे मुख्य रूप से प्रिंट मीडिया के थे। - और अधिकांश लोग 15 साल से ज्यादा समय से मीडिया गतिविधि से जुड़े थे।

3.1 विवाह और गर्भावस्था

विवाह के समय उम्र

युवतियों से चर्चा करने से यह पता चला कि लड़कियों की 14 से 17 साल की उम्र में शादी कर दी जाती है जो भारत में विवाह की वैध उम्र से कम है। उन्होंने यह भी साझा किया कि जल्दी शादी होने से उनकी उच्च शिक्षा प्राप्त करने की इच्छा धूमिल हो गयी और यदि लड़कियाँ जल्दी शादी नहीं करना चाहती हैं और अपनी पढ़ाई चालू रखना चाहती हैं तो उन्हें ऐसा करने की अनुमति नहीं मिलती है।

> *"मेरे गाँव में, अधिकांश लड़कियों की कम उम्र में शादी हो जाती है। जल्दी शादी होने से वे अपनी पढ़ाई पूरी नहीं कर पाती हैं।"*
>
> **(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

विवाह के संबंध में निर्णय

विवाहित युवतियों ने यह साझा किया कि शादी का निर्णय मुख्य रूप से माता-पिता द्वारा लिया जाता है, कभी-कभी परिवार के अन्य सदस्य भी निर्णय लेने में शामिल होते हैं। लड़कियों को अपनी शादी के बारे में कुछ भी बोलने की इजाजत नहीं होती है, परिवार के लोग जो भी निर्णय ले लेते हैं उसका पालन करना पड़ता है। एक अविवाहित मुस्लिम महिला ने शादी के संबंध में अपने परिवार के उसूलों के बारे में बताया, जब दूल्हे का परिवार शादी का रिश्ता लेकर आता है तो महिलाओं को यह रिश्ता ठुकराने की अनुमति नहीं होती है यदि परिवार सहमत है।

> *"शादी का निर्णय मुख्य रूप से परिवारों में माता और पिता (अभिभावक) द्वारा लिया जाता है, कभी-कभी चाचा, चाची या परिवार के अन्य सदस्य भी शादी का निर्णय लेते हैं।"*
>
> *"अधिकांश रूप से "बाबा" जो परिवार का मुखिया होता है, शादी का निर्णय लेता है और परिवार के प्रत्येक सदस्य को उनके निर्णय का सम्मान करना पड़ता है तथा हर चीज उनके अनुसार करनी होती है।"*
>
> *"हम मुस्लिम हैं और रिजवी समुदाय के हैं। मेरे परिवार में लड़कियों की शादी कभी भी कर दी जाती है। लड़कियों को रिश्ता ठुकराने की कोई अनुमति नहीं होती है।"*
>
> **(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

शादी की उचित उम्र पर राय

चर्चा के दौरान उत्तरदाताओं से शादी की उचित उम्र पर उनके विचारों के बारे में पूछा गया, उनमें से अधिकांश ने कहा कि लड़कियों की शादी 18 साल के बाद ही होनी चाहिए। उनमें से कुछ ने बताया कि लड़कियों की शादी 20 से 23 वर्ष के बीच में उनकी पढ़ाई पूरी होने के बाद होनी चाहिए।

> *"मैं सोचती हूँ कि लड़कियों की शादी की सर्वश्रेष्ठ उम्र 20 साल है क्योंकि तब तक वे अपनी पढ़ाई पूरी कर लेंगी।"*
>
> *"लड़की की शादी 19 साल पर करनी चाहिए क्योंकि तब वह स्वयं और अपने परिवार की जिम्मेदारी संभाल सकती है।"*
>
> **(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

प्रथम गर्भावस्था

समुदाय में शादी के तुरंत बाद गर्भधारण आम बात थी, विवाहित युवतियों ने शादी के तुरंत बाद अपना पहला बच्चा होने की पारंपरिक गतिविधि के बारे में विचार व्यक्त किये। उन्होंने बताया कि यदि शादी के बाद एक साल के अंदर महिला गर्भवती नहीं होती है तो लोगों के अंदर उसके बांझ होने की धारणा बन जाती है।

> *लोगों के अनुसार, यदि महिला को तुरंत बच्चा नहीं होगा तो वह बाद में गर्भवती नहीं हो पायेगी।*
>
> **(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

उनके अनुसार, शादी के तुरंत बाद गर्भधारण का महत्वपूर्ण निर्धारक परिवार का दबाव था, इसमें सास की भूमिका अहम होती है। वे अक्सर नवविवाहित जोड़े को जल्दी बच्चा पैदा करने का दबाव डालती हैं। कुछ समुदायों में यदि महिलायें शादी के बाद एक साल के भीतर गर्भवती नहीं हो जाती हैं तो लोग उन्हें बाँझ कहकर दोष देने लगते हैं। लेकिन युवतियों की धारणा थी कि शादी के बाद पहली गर्भावस्था के लिये महिला को कम से कम दो या तीन साल तक इंतजार करना चाहिए।

> *"अधिकांशतः महिलायें शादी के तुरंत बाद गर्भवती हो जाती हैं क्योंकि यदि वे एक साल के भीतर गर्भवती नहीं होती हैं तो उसका पति, सास और अन्य लोग उसे दोष देना शुरू कर देंगे और वह परिवार के सदस्यों के दबाव में आ जाती है।"*
>
> **(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

3.2 यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों पर जानकारी और जागरूकता

निष्कर्षों से पता चलता है कि महिलाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य मामलों के संबंध में व्यापक जानकारी नहीं थी। अधिकांश रूप से, महिलाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में मामलों के रूप में किशोरावस्था, मासिक स्त्राव के दौरान समस्यायें और गर्भावस्था में समस्याओं के बारे में पता होता है।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के संबंध में पुरुषों के बीच जानकारी की कमी पाई गयी। उन्हें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के मामलों और चिंताओं के रूप में यौन संबंध, गर्भावस्था और बच्चे के जन्म की जानकारी थी।

शरीर में बदलाव और मासिक स्त्राव के बारे में जानकारी

इस चर्चा से यह बात निकलकर सामने आयी कि मासिक स्त्राव से संबंधित कई मिथक और गलत धारणायें थीं, समुदाय में अधिकांश महिलाओं का विश्वास है कि पीरियड के दौरान गंदा खून बाहर निकलता है, कुछ अविवाहित युवतियों की धारणा थी कि मासिक स्त्राव अभिशाप के कारण होता है। उनके पास मासिक स्त्राव के तथ्य के बारे में सही जानकारी नहीं थी। इसके संबंध में उनके दिमाग में कई प्रश्न थे, लेकिन उन्हें यह नहीं मालूम था कि इनका जवाब पाने के लिये उन्हें किससे संपर्क करना चाहिए।

> *"हम पीरियड के बारे में सोचते हैं, पीरियड क्यों होता है और पीरियड के संबंध में अपने संदेह को दूर करने के लिये हमें किससे पूछना चाहिए।"*
>
> **(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

जब एक छोटी लड़की वयस्क होती है तो उसके शरीर के अंदर कई बदलाव होते हैं जैसे स्तन का बढ़ना, मासिक स्त्राव शुरू होना, हार्मोन में बदलाव होना, शरीर के अंगों का विकसित होना आदि जैसा अधिकांश अविवाहित युवतियों द्वारा बताया गया।

गर्भनिरोधक विधियों के बारे में जागरूकता और जानकारी

अधिकांश महिलाओं को विभिन्न आधुनिक गर्भनिरोधक विधियों की जानकारी थी और सभी को कम से कम एक या दो विधियों की जानकारी थी। अधिकांश लोग ओरल गर्भनिरोधक गोली, महिला नसबंदी, कंडोम, कॉपर टी/ आईयूसीडी, और इंजेक्शन के बारे में जानते थे। बुजुर्ग विवाहित महिलाओं ने गर्भधारण से बचने के लिये विभिन्न पारंपरिक विधियों के बारे में बताया। इनमें से एक विधि केले का पानी है।

"मेरे गाँव में कई महिलायें गर्भधारण से बचने के लिये केले के पानी का इस्तेमाल करती हैं।" इसलिये, मैंने भी केले का पानी पीया, लेकिन मैं गर्भवती हो गयी और एक लड़की को जन्म दिया। मेरी चाची ने भी केले का पानी पी या लेकिन यह उन पर काम कर गया लेकिन हमारे ऊपर काम नहीं किया, अत: अब मैंने ऑपरेशन करवा लिया है।"

(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

इसी प्रकार, विवाहित पुरुषों को भी गर्भनिरोधक विधियों के संबंध में जानकारी है। उनमें से अधिकांश को कम से कम गर्भनिरोधक की दो विधियों की जानकारी थी। गर्भनिरोधक की सबसे ज्यादा प्रसिद्ध विधियाँ थीं- कंडोम, कॉपर टी, ओरल पिल, महिला नसबंदी।

"अधिकांशतया कंडोम का प्रयोग मेरे समुदाय में किया जाता है क्योंकि यह परिवार नियोजन की सर्वश्रेष्ठ विधि है।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

गर्भपात के कानूनी पहलू के बारे में

विवाहित और अविवाहित महिलाओं ने गर्भपात की वैधता के बारे में बहुत कम जानकारी होने की बात कही। अधिकांश महिलाओं और पुरुषों की धारणा थी कि भारत में गर्भपात वैध नहीं है। केवल कुछ लोगों को ही मालूम था कि गर्भपात वैध है, लेकिन उन्हें 20 हफ्ते की सही वैध गर्भावधि के बारे में भी जानकारी नहीं थी। महिलाओं से बातचीत करने पर गर्भपात के संबंध में उनकी धारणाओं का पता चला, आधी महिलाओं का मानना था कि भारत में गर्भपात वैध नहीं है और कुछ महिलाओं को गर्भपात के वैध पहलुओं के संबंध में गलत धारणा थी क्योंकि उन्होंने बताया कि दो से लेकर ढाई महीने तक की गर्भावस्था की वैध गर्भावधि में गर्भपात कराया जा सकता है, कुछ को मालूम था कि भारत में तीन महीने की गर्भावधि का गर्भपात वैध है, लेकिन पुरुषों और महिलाओं के बीच 20 हफ्ते की सही वैध गर्भावधि के बारे में जानकारी नहीं थी।

"लोग अधिकतर मेडिकल स्टोर से दवा ले लेते हैं और यदि यह काम नहीं करती है तो वे नर्सिंग होम में जाते हैं और गोपनीय तरीके से गर्भपात करवा देते हैं, क्योंकि यह वैध नहीं है।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

हमने सुना है कि यदि महिला की जान खतरे में है या उसे कोई गंभीर बीमारी है, तो पुरुष गर्भावस्था को खत्म करने की अनुमति कानून से लेगा।

मैंने कहीं पढ़ा है कि गर्भपात कराना अपराध है (गर्भपात करवाना पाप है) क्योंकि यह भारत में वैध नहीं है।

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

3.3 लांछन

समुदाय में गर्भपात के बारे में महिलाओं से चर्चा करने से यह धारणा एकत्रित हुई कि लोगों का मानना है कि गर्भपात पाप है। अधिकांश पुरुषों ने गर्भपात पर अपनी गलत धारणा और लांछन को साझा किया। उनके अनुसार गर्भपात को समुदाय में पाप माना जाता है और लांछन की अधिकता के तहत यह महिलाओं के लिये शर्म और बदनामी की बात है। कुछ लोगों की यह भी धारणा थी कि यदि कोई महिला गर्भपात कराती है तो उसने अपराध किया है।

मुस्लिम समुदाय में धार्मिक मान्यताओं के कारण गर्भपात पर रोक है जबकि हिंदुओं में समुदाय में गर्भपात आम बात थी। लेकिन लोगों ने इसे गोपनीय तरीके से किया क्योंकि समुदाय के लोगों ने गर्भावस्था की समाप्ति को स्वीकार नहीं किया और उन औरतों का सहयोग नहीं किया जिन्हें गर्भपात की आवश्यकता थी।

"मेरे समुदाय में लोगों की धारणा है कि गर्भपात पाप है (गर्भपात करवाना पाप है)"

(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

"समाज गर्भपात को स्वीकार नहीं करता है और लोग सोचते हैं कि गर्भपात करवाना हत्या करने के समान है (गर्भपात एक हत्या है)।"

"गर्भपात समुदाय में सामान्य नहीं है लेकिन यह सबसे बड़ा अपराध है।"

"गर्भपात मेरे गाँव में सामान्य नहीं है और समुदाय के सदस्य इसे अच्छा नहीं मानते हैं।मेरी राय में लोगों को यह नहीं करना चाहिए क्योंकि इसे हमारे समाज में अपराध माना जाता है।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

3.4 जानकारी के स्रोत

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य मामलों के लिये जानकारी के स्त्रोत

शारीरिक बदलाव और मासिक स्त्राव:अविवाहित युवतियों से बाचतीत करने पर यह पता चला कि उन्होंने अपनी माँ, बड़ी बहन और कुछ मामलों में ननद या दोस्तों से शरीर के बदलाव और मासिक स्त्राव संबंधी मामले के बारे में पूछना भरोसेमंद लगता है। उनके अनुसार, लड़कियाँ कुछ ग्रामीण क्षेत्रों में किसी के साथ यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी प्रश्न नहीं पूछ सकती हैं क्योंकि गाँवों में उनके बारे में लोग गलत सोचना शुरू कर देते हैं, समुदाय के लोग लड़की के बारे में आलोचनात्मक हो सकते हैं।

"जब पहली बार मुझे मासिक स्त्राव (पीरियड) हुआ, मुझे लगा कि यह अल्सर है। मैंने अपनी बहन को यह बात बतायी तो उसने मुझे बताया कि यह मासिक स्त्राव है जो हर महीने हर लड़की को होता है। मैंने अपनी बहन से श्वेत स्त्राव के बारे में भी पूछा।"

"मैंने इन समस्याओं की अपनी माँ से चर्चा की। लेकिन मेरे गाँव में कई ऐसी लड़कियाँ हैं जो निरक्षर हैं, वे घर से बाहर नहीं जाती हैं। उन्हें अपनी समस्याओं की चर्चा करने में हिचकिचाहट होती है और उन्हें यह डर होता है कि लोग उनके बारे में क्या सोचेंगे, मैं हमेशा उन्हें अपनी समस्या अपनी माँ या बहन से साझा करने की सलाह देती हूँ।"

"जब मैं श्वेत स्त्राव और अनियमित माहवारी चक्र संबंधी समस्याओं का सामना करती हूँ तो मैं अपनी भाभी से सलाह लेती हूँ।"

(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

गर्भनिरोधक और गर्भपात: गर्भनिरोधक संबंधी जानकारी के स्त्रोत विभिन्न आयुवर्ग की महिलाओं में अलग-अलग होते हैं। अधिकांश अविवाहित युवतियों ने गर्भनिरोधक विधियों के संबंध में जानकारी संचार मीडिया जैसे टेलीविजन या रेडियो के माध्यम से प्राप्त करने की बात कही। उनमें से कुछ ने जानकारी के स्त्रोत के रूप में दोस्तों और परिवार के सदस्यों, अधिकांशत: भाभी से प्राप्त करने की बात कही।

इसके विपरीत, आउटरीच कार्यकर्ता जैसे एएनएम, आशा विवाहित महिलाओं के लिये परिवार नियोजन, गर्भनिरोध और गर्भपात की जानकारी के स्त्रोत थे। यहाँ पर, आउटरीच कार्यकर्ताओं की विवाहित समूह के बीच जानकारी प्रसारित करने की मुख्य भूमिका है। कुछ महिलाओं ने आधुनिक गर्भनिरोधक विधियों के बारे में जानकारी स्वास्थ्य केंद्र के कार्यकर्ताओं से प्राप्त की जिसमें डॉक्टर या नर्सें शामिल हैं।

पति गर्भपात के संबंध में जानकारी के अन्य स्त्रोत हैं जैसा कि अधिकांश बुजुर्ग विवाहित महिलाओं द्वारा बताया गया। महिलाओं ने अपने मामलों को अपने पतियों से साझा किया जिन्होंने आगे कार्यवाही की। कभी-कभी महिलायें भी गर्भपात पर जानकारी प्राप्त करने के लिये अपने पड़ोसियों से चर्चा करती हैं।

पुरुष उत्तरदाताओं ने भी बताया कि आम तौर पर पति समुदाय में गर्भपात सेवाओं के बारे में जानकारी एकत्र करते हैं। जबकि, उनमें से कुछ ने बताया कि महिलायें एएनएम या आशा से संपर्क करती हैं क्योंकि वे नियमित रूप से उनके क्षेत्रों का भ्रमण करती हैं।

> *"मुझे अपने गाँव में आशा और एएनएम दीदी के माध्यम से परिवार नियोजन विधियों के बारे में जानकारी मिली।"*
>
> **(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**
>
> *"मुझे नेशनल टेलीविजन पर ऐड देखते हुए परिवार नियोजन विधियों के बारे में जानकारी मिली। मैंने अस्पतालों में वाल पेंटिंग भी देखीं।"*
>
> **(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)**

3.5 गर्भनिरोध और गर्भपात के संबंध में निर्णय

गर्भनिरोधक पर निर्णय

युवा विवाहित महिलाओं ने बताया कि अधिकांशत: पति और पत्नी दोनों संयुक्त रूप से गर्भनिरोधक के प्रयोग के बारे में निर्णय लेते हैं लेकिन बुजुर्ग विवाहित महिलाओं में गर्भनिरोधक के प्रयोग का निर्णय अधिकांशत: पतियों द्वारा लिया गया।

"पति और पत्नी दोनों गर्भनिरोधक के प्रयोग के बारे में निर्णय लेते हैं।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

गर्भपात पर निर्णय

आमतौर पर महिलायें गर्भावस्था के समापन के मामले में अपने पतियों के साथ संयुक्त रूप से निर्णय की प्रक्रिया में शामिल थीं, लेकिन अधिकांश केसों में पति ने ही इस बारे में अंतिम निर्णय लिया। कभी-कभी गर्भपात के बारे में अंतिम निर्णय परिवार के सदस्यों जैसे सास-ससुर द्वारा लिया जाता है।

"यह निर्णय पति द्वारा ही लिया जाता है।यदि पति बच्चा चाहता है तो वह गर्भावस्था को जारी रखने की अनुमति देगा और यदि वह बच्चा नहीं चाहता है तो गर्भपात करवायेगा।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

फोकस समूह चर्चा के दौरान विवाहित महिलाओं ने बताया कि गर्भावस्था के समापन का निर्णय अधिकांश रूप से पतियों या परिवार के मुखिया द्वारा लिया गया। लेकिन जवाब देते समय उनके विचारों में मतभेद था जब उनसे पूछा गया कि गर्भपात के बारे में अंतिम निर्णय कौन लेता है, उनमें से अधिकांश महिलाओं ने बताया कि गर्भपात के बारे में अंतिम निर्णय पति और पत्नी दोनों लेते हैं, हालांकि वे इस बात से सहमत थीं कि पति गर्भपात का निर्णय लेने में मुख्य भूमिका निभाते हैं।

"पति और पत्नी दोनों संयुक्त रूप से गर्भपात के बारे में निर्णय लेते हैं और परिवार के बाकी सदस्य इस निर्णय लेने की प्रक्रिया में शामिल नहीं होते हैं।"

"गर्भपात संबंधी निर्णय लेने में पति और पत्नी दोनों मुख्य भूमिका निभाते हैं क्योंकि केवल एक व्यक्ति के निर्णय लेने से कुछ नहीं किया जा सकता है।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं ने भी निर्णय लेने में पुरुषों की भूमिका की पुष्टि की।अधिकांश आशाओं और एएनएम ने बताया कि गर्भावस्था के समापन के निर्णय में पति महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। कुछ दंपति संयुक्त रूप से निर्णय लेते हैं, लेकिन कुछ ऐसे भी उदाहरण देखे गये जिसमें पुरुष अपनी पत्नियों पर हावी थे तथा महिलायें अपने पति की सहमति के बिना स्वतंत्र ढंग से निर्णय नहीं ले सकती थीं।

"पति की मुख्य भूमिका होती है, और यदि वह बच्चा नहीं चाहता है तो महिला को अपनी गर्भावस्था का समापन करना पड़ता है और पुरुष आमतौर पर गर्भपात का अंतिम निर्णय लेते हैं।"

(एएनएम कार्यकर्त्री)

3.6 यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) सेवाओं की उपलब्धता

उपलब्धता

महिलाओं ने गर्भनिरोधक प्राप्त करने के विभिन्न स्त्रोतों के बारे में बताया। बार-बार प्रयोग में लाये गये स्त्रोत आउटरीच कार्यकर्ता थे जिसमें एएनएम, आशा शामिल हैं। कुछ महिलाओं ने मोबाइल एंबुलेंस से भी गर्भनिरोधक प्राप्त किये जो उनके गाँव में आती है, जबकि पुरुषों की गर्भनिरोधक विधियों काे प्राप्त करने के बारे में अलग राय थी। वे आमतौर पर गर्भनिरोधक विशेष रूप से कंडोम मेडिकल शॉप से खरीदते हैं।

युवा विवाहित महिलाओं ने बताया कि गर्भनिरोधक प्राप्त करना समुदाय में अधिकांश महिलाओं के लिये अभी भी एक चुनौती है। वे गर्भनिरोधक प्राप्त करने के लिये मुख्य रूप से आउटरीच कार्यकर्ताओं पर निर्भर रहती हैं लेकिन कभी-कभी आउटरीच कार्यकर्ताओं के पास स्टॉक न होने की चुनौती का सामना करना पड़ता है। और युवा विवाहित महिलायें आमतौर पर दूरी और निजी प्रयोग के कारण किसी भी स्वास्थ्य केंद्र पर जाना पसंद नहीं करती हैं।

युवा अविवाहित महिलायें किसी भी व्यक्तिगत स्वास्थ्य समस्याओं के लिये सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र के बजाए निजी अस्पतालों और क्लीनिक में जाने में आराम महसूस करती हैं क्योंकि उन्हें लगता है कि सार्वजनिक अस्पताल की तुलना में निजी अस्पतालों में देखभाल की गुणवत्ता बेहतर होती है।

"मैं आशा दीदी से गर्भनिरोधक लेती हूँ या हम एंबुलेंस से लेते हैं जो मेरे गाँव में आती है। वे अच्छी गुणवत्ता वाली गर्भनिरोधक देते हैं।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

"मेरे गाँव का दुकानदार कंडोम बेचता है जिससे अधिकांश लोग आसानी से उपलब्ध होने के कारण कंडोम का इस्तेमाल करते हैं।"

"पुरुषों को गर्भनिरोधक विधियाँ आसानी से प्राप्त हो जाती हैं क्योंकि पुरुष इसके बारे में ज्यादा जानते हैं और वे केवल परिवार नियोजन करते हैं।"

"हम एक ग्रामीण परिवार के हैं और हमें आसानी से गर्भनिरोधक विधियाँ नहीं मिल पाती हैं।अतः ये सभी चीजें महिलाओं पर छोड़ दी जाती हैं। वह आसानी से गाँव में आशा से मिल सकती है, लेकिन पुरुष आशा से गर्भनिरोधक लेने में हिचकिचातेहैं, वे आमतौर पर मेडिकल स्टोर से गर्भनिरोधक खरीद लेते हैं।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) प्राप्त करने में बाधायें और चुनौतियाँ

सामाजिक वर्जना को ध्यान में रखते हुए अविवाहित महिलाओं को गर्भपात सेवायें प्राप्त करने मे शर्म महसूस होती है। समाज उसे स्वीकार नहीं करता है, इससे उसकी शादी में भी समस्या उत्पन्न होती है। सरकारी अस्पताल उनके क्षेत्र से काफी दूर होते हैं जिसके कारण कभी-कभी महिलाओं को आपातकाल स्थिति में भी सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों तक पहुँचना कठिन हो जाता है। गर्भपात की वैध पहलुओं पर जागरूकता की कमी और गर्भपात सेवाओं के बारे में मिथक तथा गलत धारणायें सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों से गर्भपात सेवायें प्राप्त करने की अवरोधक हैं।

"मुख्य समस्या यह है कि महिलायें अस्पताल नहीं जाती हैं क्योंकि यह अवैध है, जिससे महिलायें घर पर ही दवायें ले लेती हैं या कोई भी घरेलू उपाय करती है जिसके कारण उन्हें कई समस्याओं का सामना करना पड़ता है।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

"एक महिला जो सरकारी अस्पताल में गर्भपात कराने गयी।डॉक्टर ने कुछ टूल्स का प्रयोग किया जिसके कारण उसे कैंसर हो गया और डॉक्टरों ने उसके गर्भाशय को निकाल दिया।"

"मेरी भाभी को सरकारी अस्पताल में गर्भपात कराते समय कानूनी समस्याओं का सामना करना पड़ा। गर्भपात के दौरान जिस उपकरण का प्रयोग किया गया उससे उसके शरीर को चोट पहुँची जिसके कारण उसे कैंसर हो गया। इसके बाद हम उसे उपचार के लिये निजी अस्पताल ले गये और डॉक्टर ने उसका गर्भाशय निकाल दिया।"

(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

विवाहित महिलाओं ने महसूस किया कि ऐसे स्वास्थ्य केंद्रों की कमी है जहाँ महिलायें गुणवत्तापूर्ण गर्भपात सेवायें प्राप्त कर सकें। उन्होंने विभिन्न प्रकार के अवरोधक भी बताये, जैसे-

- गुणवत्तापूर्ण देखभाल की कमी
- महिला डॉक्टरों की अनुपलब्धता
- सेवा प्रदाताओं का व्यवहार
- लंबे समय तक लाइन में इंतजार करना
- स्वास्थ्य केंद्र की दूरी
- लागत

मुख्य कारण थे जिनके कारण वे सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों से गर्भपात सेवायें नहीं ले पा रही थीं।

विवाहित महिलाओं ने उल्लेख किया कि उन्हें सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में गर्भपात सेवाओं के लिये रु. 1500 से 2000 तक खर्च करना पड़ा। यह लागत निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य केंद्रों में थोड़ा ज्यादा है।

> *"महिलायें पुरुष डॉक्टर से बात करने में हिचकती हैं। वे एएनएम या आशा कार्यकत्रियों से आसानी से अपनी समस्यायें साझा कर लेती हैं।"*
>
> *"एक दिन, मेरी चाची गर्भपात के लिये गयी। नर्स ने उनके साथ बुरा व्यवहार किया।"*
>
> **(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

सेवा प्रदाताओं के साथ गहन साक्षात्कार के दौरान एकत्र किये गये विचारों में यह उजागर हुआ कि जागरूकता और जानकारी की कमी सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों से सेवायें प्राप्त करने में बड़ी बाधक है।

> *"इस क्षेत्र के लोगों में जागरूकता की कमी है। अधिकांश महिलायें सोचती हैं कि गर्भावस्था के समापन का सबसे आसान तरीका दवाखाना है। लेकिन वे इसके उचित प्रयोग और खुराक के बारे में नहीं जानती हैं जिसके कारण उन्हें समस्याओं का सामना करना पड़ता है। दूसरे, महिलायें गर्भनिरोधक विधियों के सही इस्तेमाल के बारे में भी नहीं जानती हैं।*
>
> **(चिकित्सक)**

3.7 महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों पर पुरुषों की भूमिका और समझ

भूमिका और समझ: निष्कर्षों में परिवार नियोजन के प्रति पुरुषों के रवैये भी उजागर हुआ । कुछ पुरुष उत्तरदाताओं ने कहा कि पुरुष परिवार नियोजन में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, और उन्हें अपनी पत्नी के साथ संयुक्त रूप से निर्णय लेना चाहिए। हालांकि, कुछ ने उल्लेख किया कि महिलायें परिवार नियोजन के लिये पूरी तरह से जिम्मेदार हैं।

पुरुष उत्तरदाताओं से एकत्र किए विचारों से लैंगिक भूमिकाओं, पुरुषत्व और महिला अधिकारों के प्रति उनका नकारात्मक स्वभाव उजागर हआ। पुरुष उत्तरदाताओं ने कहा कि परिवार नियोजन में केवल पुरुष ही मुख्य भूमिका निभाता है क्योंकि परिवार को आगे बढ़ाने की जिम्मेदारी पुरुष की ही होती है। कुछ पुरुष उत्तरदाताओं ने उजागर किया कि निर्णय पुरुषों द्वारा ही लिया जाना चाहिए क्योंकि केवल पुरुष ही पैसा कमाता है और परिवार, पत्नी तथा बच्चों की जिम्मेदारी लेता है। पुरुषों की यह भी धारणा थी कि यह एक "पुरुष प्रधान"समाज है और सभी निर्णय केवल पुरुष द्वारा ही लिये जाने चाहिए।

"पुरुष परिवार नियोजन में भूमिका निभाते हैं क्योंकि वे परिवार के मुखिया होते हैं तथा उनके पास ही परिवार को आगे बढ़ने की ताकत होती है।"

"अधिकांश महिलायें परिवार नियोजन के बारे में निर्णय लेती हैं क्योंकि उन्हें हर चीज के बारे में सोचना होता है और केवल उनके पास ही परिवार उत्पन्न करने की क्षमता होती है। महिला का काम घर पर रहना और खाना बनाना है।"

"मेरा मानना है कि पुरुषों को सभी निर्णय लेने चाहिए क्योंकि अधिकांश जिम्मेदारियाँ उनके द्वारा निभाई जाती हैं और उन्हें अपने परिवार को आगे बढ़ाना होता है।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण)

पुरुष का सहयोग: अधिकांश पुरुष उत्तरदाता यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) मामलों पर अपनी पत्नियों को सहयोग प्रदान करने पर सहमत थे। उन्होंने हर प्रकार की व्यक्तिगत स्वास्थ्य समस्या या प्रसव देखभाल के लिये अपनी पत्नियों का सहयोग देने की बात कही। अधिकांश पुरुषों ने बताया कि मुख्य रूप से पति गर्भपात के लिये अपनी पत्नी का सहयोग करते हैं। उनके अनुसार, इसकी जिम्मेदारी पति की होती है, अत: वह अपनी पत्नी को अस्पताल ले जाता है ताकि किसी को भी गर्भपात के बारे में पता न चले। कभी-कभी पति गर्भपात संबंधी दवायें लेने के लिये मेडिकल की दुकान पर गया और अपनी पत्नियों को दवा दी।

इसी प्रकार, इसके विपरीत अन्य उत्तरदाताओं का समूह था जिन्होंने व्यक्त किया कि समाज में कुछ ही पुरुष थे जिन्होंने किसी भी सेवा के लिये अपनी पत्नियों का सहयोग नहीं किया और पत्नियों ने गर्भनिरोधक एएनएम और आशा से प्राप्त किया तथा ये महिलायें अधिकांशत: दूसरी महिलाओं या सामुदायिक स्वास्थ्य मध्यस्थों जैसे एएनएम, आशा के साथ सेवायें प्राप्त करने के लिये स्वास्थ्य केंद्र गयीं।

"मैं अपनी पत्नी के साथ अस्पताल नहीं जाता हूँ। मेरे गाँव में अधिकांश महिलायें सेवायें प्राप्त करने के लिये दूसरी महिलाओं के साथ अस्पताल जाती हैं।"

"पति अपनी पत्नियों का केवल पैसे से सहयोग करते हैं और जरूरत पड़ने पर वे अपनी पत्नियों को अस्पताल भी ले जाते हैं।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

3.8 यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (SRH) सेवाओं का उपयोग

माहवारी संबंधित स्वच्छता और प्रबंधन

शोध से समुदाय में मासिक स्त्राव संबंधी साफ-सफाई की गतिविधि की कमी के बारे में पता चला। अधिकांश अविवाहित महिलाओं ने माहवारी के दौरान कपड़ों का प्रयोग करने की बात कही, जबकि कुछ महिलाओं ने सैनीटरी पैड इस्तेमाल करने की बात कही।

निरक्षण या कम शिक्षा प्राप्त ग्रामीण अविवाहित युवतियाँ सैनीटरी पैड के बारे में नहीं जानती थीं, जैसा अविवाहित उत्तरदाताओं ने बताया। वे माहवारी में एक ही कपड़े को बार-बार धोकर इस्तेमाल करती हैं। महिलाओं में माहवारी के बारे में कई गलत धारणायें थीं जिससे माहवारी चक्र के दौरान गंदी गतिविधियों को भी बढ़ावा मिला।

"कुछ निरक्षर महिलायें सैनीटरी पैड का इस्तेमाल करना पसंद नहीं करती हैं क्योंकि वे नहीं जानती हैं कि इसका इस्तेमाल कैसे करते हैं।वे माहवारी के समय कॉटन के कपड़ों का इस्तेमाल करना आसान समझती हैं।

"मेरी बहन ने बताया कि इस्तेमाल किये गये कॉटन के कपड़े को धोने के बाद कपड़े को कभी भी धूप में न सुखायें क्योंकि इससे हमारे स्वास्थ्य पर असर पड़ेगा।"

"डॉक्टर ने मेरी माँ को माहवारी के दौरान सैनीटरी पैड का इस्तेमाल करने के लिये कहा क्योंकि पैड पर बनी ब्लू लाइन एक दवा है जो रोगों से हमें बचाती है।

"जब मैं कॉलेज में पढ़ती थी, मैं माहवारी के दौरान हमेशा "गत्ता" का इस्तेमाल करती थी।"

(युवा अविवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

"मैं अधिकांशतः पीरियड के दौरान कॉटन के कपड़े का प्रयोग करती हूँ और उस कपड़े को तालाब में फेंक देती हूँ या गड्ढे के अंदर दबा देती हूँ।"

(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

गर्भनिरोधक का प्रयोग

गर्भनिरोधक के प्रयोग संबंधी व्यवहार: विवाहित महिलाओं की गर्भनिरोधक के प्रयोग के संबंध में भिन्न धारणायें थीं। अधिकांश महिलाओं की धारणा थी कि पहले बच्चे का जन्म होने के बाद महिलाओं को गर्भनिरोधक का इस्तेमाल शुरू कर देना चाहिए। उनकी धारणा थी कि यदि किसी महिला ने शादी के तुरंत बाद गर्भनिरोधक का प्रयोग शुरू कर दिया तो इससे उसे बच्चा पैदा करने में परेशानी हो जायेगी। इसके अतिरक्त, कुछ उत्तरदाताओं ने महिलाओं का परिवार पूरा होने के बाद गर्भनिरोधक के माध्यम से गर्भधारण रोकने की गतिविधि को प्रकट किया।

ऐसी महिलाओं से फोकस समूह चर्चा से ये विचार एकत्र किये गये कि स्थायी विधियाँ जैसे- महिला

नसबंदी महिलाओं के लिये सर्वश्रेष्ठ विधि है क्योंकि यह असफल नहीं होती है और महिलाओं को दोबारा गर्भवती होने की चिंता नहीं होती है।

"पहले बच्चे के बाद, महिलाओं को कम से कम तीन साल तक इंतजार करना चाहिए और वे सुरक्षा के लिये कॉपर टी या माला डी का इस्तेमाल कर सकती हैं ताकि वह अपने पहले बच्चे की देखभाल कर सके।"

"गर्भावस्था के बाद माहवारी शुरू होने के पश्चात महिलाओं को गर्भनिरोधक गोली लेनी शुरू करनी चाहिए और जब तक पहला बच्चा बड़ा नहीं हो जाता है तब तक दूसरे बच्चे के लिये इंतजार करना चाहिए।"

"जब परिवार पूरा हो जाये तो गर्भनिरोधक की सर्वश्रेष्ठ विधि "नसबंदी" है क्योंकि इससे असफल होने या गर्भधारण करने की कोई चिंता नहीं रहती है। यह विधि सर्वश्रेष्ठ विधि है।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

मेरे गाँव में अधिकांश महिलायें दो या तीन बच्चों के बाद नसबंदी करवा लेती हैं।कुछ महिलायें दो बच्चों के बीच में अंतर रखने के लिये कॉपर टी या कंडोम का प्रयोग करती हैं।

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

गर्भनिरोधक प्रयोग व्यवहार के संबंध में विभिन्न धारणाओं की परवाह किये बिना युवा विवाहित महिलाओं ने गर्भनिरोधक का इस्तेमाल करने की बात कही और उन्होंने यह भी रिपोर्ट किया कि गर्भनिरोधक का प्रयोग बुजुर्ग महिलाओं की अपेक्षा युवतियों में प्रचलित है। कंडोम और ओरल गर्भनिरोधक गोलियाँ समुदाय में गर्भनिरोधक की सबसे लोकप्रिय विधियाँ हैं, इसके अलावा नसबंदी, कॉपर टी/ आईयूसीडी और इंजेक्शन भी है।

"सबसे लोकप्रिय गर्भनिरोधक कंडोम है। इसे प्रयोग करना बहुत आसान है और यह मेडिकल स्टोर पर उपलब्ध भी है।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

महिलाओं ने गर्भनिरोधक की पारंपरिक विधि के प्रयोग के बारे में भी बताया। कुछ महिलाओं ने गर्भधारण से बचने के लिये दूध-हल्दी या कोई गर्म पेय पदार्थ, सिरका, नींबू और अन्य स्थानीय जड़ी-बूटी का प्रयोग किया था। उनकी यह भी धारणा थी कि माहवारी के दौरान संयम बरतने से भी गर्भावस्था से बचा जा सकता है।

गर्भनिरोधक का प्रयोग करने में चुनौतियाँ

महिलाओं के परिप्रेक्ष्य से: महिलाओं ने गर्भनिरोधकों के प्रयोग में विभिन्न चुनौतियों के बारे में बताया, अधिकांश महिलाओं ने ओरल गर्भनिरोधक गोलियों का इस्तेमाल करने के कारण माहवारी में अनियमितताओं को साझा किया। उनका मानना था कि गर्भनिरोधक गोलियों से शरीर दर्द, कमजोरी, अनियमित रक्तस्त्राव, उल्टी, आँखों की नजर कमजोर होना आदि समस्यायें होती हैं। इसी प्रकार, महिलाओं का मानना था कि कॉपर टी (आईयूसीडी) के प्रयोग से एलर्जी और बहुत ज्यादा रक्तस्त्राव होता है। इन सभी चुनौतियों ने महिलाओं को किसी भी प्रकार के गर्भनिरोध के साधन के प्रयोग ना करने पर मजबूर कर दिया।

"जब मैंने माला डी का प्रयोग किया तो बहुत ज्यादा और अनियमित माहवारी शुरू हो गयी जिसके कारण मुझे कई समस्याओं का सामना करना पड़ा।उसके बाद मैंने एएनएम दीदी से सलाह ली और उन्होंने मुझे बताया कि चिंता करने की कोई बात नहीं है, शुरूआत में आमतौर पर ऐसा होता है, लेकिन बाद में यह ठीक हो जायेगा।"

"मैंने गर्भनिरोधक गोलियों का इस्तेमाल किया जिससे मेरी आँखों की नजर कमजोर हो गयी।"

(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)

प्रदाता के परिप्रेक्ष्य से: जानकारी और जागरूकता की कमी समुदाय में गर्भनिरोधक के इस्तेमाल का मुख्य अवरोधक थी।

इसके अतिरक्त, प्रदाताओं ने पति की निर्णय लेने की क्षमता के बारे में भी बताया, उन्होंने बताया कि कई जगहों पर केवल पति ही गर्भनिरोधक के प्रयोग का निर्णय लेता है, महिलाओं को गर्भनिरोधक के बारे में कुछ भी कहने की मनाही होती है।

"गर्भनिरोध सुनिश्चित करने में कई चुनौतियाँ हैं क्योंकि लोग इससे अवगत नहीं हैं।दंपतियों के बीच जागरूकता उत्पन्न करना बहुत जरूरी है।

(चिकित्सक)

संपूर्ण निष्कर्ष से यह भी प्रकट होता है कि उत्तरदाताओं के बीच गर्भनिरोधक प्रयोग व्यवहार के लिये जानकारी और गतिविधि के बीच बहुत ज्यादा अंतर था। कई मिथक और गलत धारणायें उन्हें गर्भनिरोधक का प्रयोग करने से रोकती हैं। सेवा प्रदाताओं के अनुसार, दंपतियों में जागरूकता और सही जानकारी का अभाव ग्रामीण क्षेत्रों में गर्भनिरोधक का प्रयोग सुनिश्चित करने में सबसे बड़ी चुनौती थी।

गर्भपात सेवाएँ

गर्भपात परिदृश्य: गर्भपात सेवायें प्राप्त करना अधिकांश महिलाओं द्वारा कठिन माना गया। यह अविवाहित महिला के लिये ज्यादा कठिन हो जाता है क्योंकि इसे समुदाय में 'शर्मनाक'या 'पाप'माना जाता है जैसा युवा अविवाहित महिलाओं ने बताया।

विवाहित महिलाओं के अनुसार, समुदाय में गर्भपात का प्रचलन ज्यादा है। अधिकांश युवा विवाहित महिलायें जिनके एक भी शिशु नहीं है अपनी अनचाही गर्भावस्था का समापन करने में इच्छुक होती हैं। उनका यह भी मानना था कि निरक्षर महिलायें गर्भनिरोध का प्रयोग करने के स्थान पर अनचाही गर्भावस्था के लिये गर्भपात करवाना करवाना पसंद करती हैं।

> *"शिक्षित दंपति अवांछित गर्भावस्था को रोकने के लिये परिवार नियोजन विधियों का प्रयोग करते हैं लेकिन वे लोग जो शिक्षित नहीं हैं, वे अवांछित गर्भावस्था के लिये गर्भपात कराते हैं।"*
>
> **(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**
>
> *"मेरे गाँव में गर्भपात बहुत ही सामान्य है।मेरे गाँव की एक औरत ने गर्भपात करवाया और दूसरे दिन उसे भारी रक्तस्त्राव शुरू हो गया। उसकी दशा बहुत ही खराब हो गयी।उसके बाद उसे नवाबगंज (उसके गाँव से 25 किमी दूर) के अस्पताल में भर्ती कराया गया।उसका वहाँ पर उपचार किया गया तथा अब वह ठीक है।"*
>
> **(विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के अनुसार गर्भनिरोधक विधियों की असफलता, गर्भनिरोधक विधियों का असंगत प्रयोग तथा अप्रयोग अनियोजित गर्भनिरोध के कारण थे। गर्भपात को दंपतियों में सामान्य गतिविधि के रूप में उद्धृत किया गया है, अधिकांश परिवार 2-3 से ज्यादा बच्चे नहीं चाहते थे।

गर्भपात सेवाओं के स्त्रोत: निष्कर्षों से उजागर हुआ कि अधिकांश लाभार्थियों ने मेडिकल शॉप तथा सरकारी अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र या प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र को गर्भपात के लिये वरीयता प्रदान की। उनमें से कुछ ने निजी नर्सिंग होम की तरफ का रुख किया और अभी भी कुछ लोग गर्भपात का घरेलू उपचार प्राप्त करने के लिये गाँव के नीम-हकीम के पास महिलायें गर्भपात के लिये पारंपरिक तरीकों के इस्तेमाल को प्राथमिकता देती है।

गर्भपात सेवाओं के लिये वरीयता

गर्भपात सेवाओं के स्त्रोत	**फार्मेसी/ मेडिकल शॉप**
	घर पर पारंपरिक विधियाँ
	स्वास्थ्य केंद्र- जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
	निजी नर्सिंग होम/ अस्पताल
	दाई/ नीम-हकीम

"अधिकांश रूप से मैं गर्भावस्था के समापन के लिये मेडिकल स्टोर से दवा लेता हूँ और इसे अपनी पत्नी को देता हूँ। यदि यह काम नहीं करती है और कोई समस्या उत्पन्न होती है, तो मैं अस्पताल जाता हूँ और गर्भपात करवाता हूँ।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

"एक महिला गर्भावस्था के समापन के लिये मेरे गाँव में एक झोला छाप डॉक्टर (नीम-हकीम) से दवा लेती है। लेकिन वह डॉक्टर प्रशिक्षित नहीं था और उसके पास कोई भी मेडिकल डिग्री नहीं थी। उसने रु. 200 की दवा ली। कुछ दिनों के बाद उसे भारी रक्तस्त्राव होने लगा, और वह बीमार हो गयी। उसने मुझे बुलाया और पूरी बात बतायी।मैं उसे सरकारी अस्पताल लेकर गयी और उसका गर्भपात करवाया। अब वह ठीक है।"

(आशा कार्यकत्री)

"मेरे गाँव के लोग अस्पताल नहीं जाते हैं क्योंकि वे अधिकांशतया गर्भपात के लिये पारंपरिक औषधि का इस्तेमाल करते हैं। जिसे कई प्रकार की जड़ी-बूटी को मिलाकर बनाया जाता है।"

(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)

गर्भपात की विधियाँ

जिला स्वास्थ्य अधिकारियों ने अधिकांश जिलों में इस्तेमाल किये जा रहे लोकप्रिय गर्भपात विधियों के बारे में बताया। डी एंड सी (डाइलेशन एवं क्यूरेटेज) और एमएमए (गर्भपात की चिकित्सकीय विधियाँ) सबसे लोकप्रिय विधियाँ रही हैं, जबकि, एमवीए और ईवीए कुछ जिलों में प्रयोग की जा रही थीं। हालांकि गर्भपात की सुरक्षित विधियाँ जैसे- एमवीए और ईवीए उपलब्ध थीं, अधिकांश जिलों में अभी भी डी एंड सी (डाइलेशन एवं करटेज) की पारंपरिक विधि का इस्तेमाल किया जा रहा था।

कुछ जिला स्वास्थ्य अधिकारियों ने अपने जिलों में प्रशिक्षित डॉक्टर न होने के बारे में बताया। उन्होंने यह भी बताया कि दूसरी तिमाही गर्भपात सेवायें चुनिंदा सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों पर उपलब्ध हैं क्योंकि ये सेवायें प्रदान करने के लिये बहुत ज्यादा प्रशिक्षित डॉक्टर नहीं हैं।

गर्भपात की दवा का स्वयं उपयोग करना

फोकस समूह चर्चा और गहन साक्षात्कार से एकत्र अंर्तदृष्टि से सामने आया कि दवा द्वारा गर्भपात का स्वयं प्रयोग समुदाय में बहुत ही आम बात थी। दवायें प्राप्त करने का मुख्य स्त्रोत मेडिकल शॉप थी। पतियों ने मुख्य भूमिका निभायी क्योंकि वे मुख्य रूप से मेडिकल स्टोर से गर्भपात की दवायें लेने गये थे। अधिकांश विवाहित पुरुषों ने व्यक्त किया कि समुदाय में यदि कोई दंपति बच्चा नहीं चाहता है और किसी भी गर्भनिरोधक का प्रयोग नहीं करता है तो वे अधिकांशतया मेडिकल स्टोर से दवायें लेते हैं और गर्भपात करवाते हैं।

> *"एक साल पहले मेरी पत्नी गर्भवती थी। मैं एक मेडिकल स्टोर पर गया और रु. 50 की एक प्रेग्नेंसी किट खरीदी, उसने चेक किया और यह पॉजिटिव निकला।उसके बाद हमने दवा से गर्भावस्था का समापन किया।"*
>
> **(विवाहित पुरुष, ग्रामीण क्षेत्र)**
>
> *"कई महिलायें गर्भपात के लिये दवा लेती हैं और यदि दवा काम नहीं करती है तो वे गर्भपात करवाने के लिये सरकारी अस्पताल जाती हैं।*
>
> **(युवा विवाहित महिला, ग्रामीण क्षेत्र)**

गर्भपात के बारे में कई मिथकों और गलत धारणाओं तथा गर्भपात की वैधता के संबंध में जानकारी और जागरूकता की कमी के कारण उन्हें गोपनीय तरीके से गर्भावस्था के समापन के लिये जाना पड़ता है। इसके अतिरिक्त, महिलाओं और पुरुष दोनों ने मेडिकल शॉप से गर्भपात की दवायें आसानी से उपलब्ध होने की बात कहीं, गोपनीयता स्वयं प्रयोग का मुख्य कारण है।

> *"हम गर्भपात के लिये सरकारी अस्पताल नहीं जाते हैं क्योंकि यह वैध नहीं है, और कोई भी इसके बारे में पूछ सकता है। अत: हम इसके लिये कोई "जुगाड़" (अस्थायी समाधान) करने का प्रयास करते हैं।"*
>
> **(विवाहित पुरुष, ग्रामीण)**

महिलाओं ने गर्भपात सेवाओं की लागत के बारे में बताया जो रु. 1500 से 2000 तक है। निजी स्वास्थ्य केंद्रों में गर्भपात की लागत सार्वजनिक क्षेत्र की अपेक्षा ज्यादा होती है। पुरुष उत्तरदाता प्राय: मुख्य

Uttar Pradesh Voluntary Health Association