

# भारत में नियोजित परिवार : राष्ट्रीय विकास के लिए एक दृष्टिकोण

POLICY BRIEF/2013

## परिवार नियोजन प्रजनन स्वास्थ्य, आर्थिक विकास और महिलाओं के सशक्तिकरण का महत्वपूर्ण तत्व है।

### जीवन सुरक्षा: स्वास्थ्य परिणामों में सुधार

भारत में कुल प्रजनन दर, 1971 में 5.2 से गिरकर 2010 में 2.5 हो गई है। इस गिरावट से पता चलता है कि भारतीय महिलाओं का अपनी प्रजननशील जीवन पर नियंत्रण और गर्भ निरोधकों तक उनकी पहुंच में सुधार हुआ है। लेकिन, अभी भी काफी लंबा सफर तय करना बाकी है। 2005-06 के अनुमान दर्शाते हैं कि अभी भी, कुल गर्भ धारणों में से, 13 प्रतिशत 18 वर्ष से कम उम्र की लड़कियों में होते हैं। अध्ययन यह भी दर्शाते हैं कि भारत में 21 प्रतिशत गर्भ धारण अनियोजित होते हैं। ऐसे जन्म मातृ स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव डालते हैं। उदाहरण के लिए, एक अनियोजित जन्म के बहुत जल्द बाद ही, दूसरा जन्म होने से महिला के लिए स्वास्थ्य जोखिम बढ़ जाता है, विशेषकर ऐसी स्थिति में जहां उसका स्वास्थ्य पहले से ही, अपर्याप्त पोषण और खून की कमी के कारण प्रभावित हो। इसके अतिरिक्त, भारत में होने वाली कुल मातृ मृत्यु में से 8 प्रतिशत का कारण असुरक्षित गर्भ समापन है, यह संख्या देश में गर्भ समापन कानूनी रूप से वैध होने के बावजूद काफी ज्यादा है।

प्रमाण दर्शाते हैं कि महिलाओं को वांछित परिवार नियोजन सेवाओं तक सार्वलौकिक पहुंच उपलब्ध कराए जाने के काफी आश्चर्यजनक व दीर्घकालिक प्रभाव होते हैं। विश्व स्तर पर, स्वास्थ्य लाभों में शामिल है, 215,000 कम मातृ मृत्यु, अनायास गर्भ धारण में दो-तिहाई कमी जिसके कारण 2.1 करोड़ कम अवांछित जन्म होते हैं और गर्भ समापनों की संख्या में 2.6 करोड़ की कमी आती है। परिवार नियोजन के कारण मातृ मृत्यु संख्या कम करने के प्रत्यक्ष लाभ प्राप्त होते हैं, क्योंकि इससे गर्भ धारण और उससे

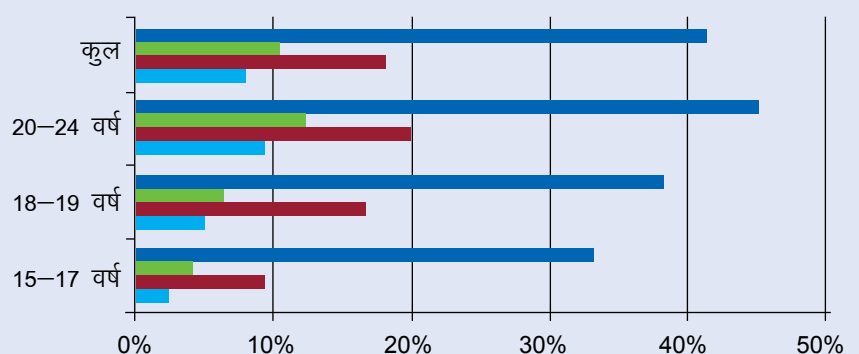
जुड़े जाखिम, असुरक्षित गर्भ समापन, युवा महिलाओं, में गर्भ धारण देर से होने और पहले से कमजोर महिलाओं के लिए जोखिम की संभावना कम हो जाती है।

### मातृ मृत्यु को रोकना

परिवार नियोजन की चली आ रही अपूर्ण आवश्यकताओं के कारण, बाल मृत्यु और मातृ स्वास्थ्य सुधार के क्षेत्र में "अपर्याप्त विकास" हुआ है। अनुमान लगाया जा रहा है, कि गर्भ निरोधक उपयोग से, वर्ष 2008 में, 44 प्रतिशत मातृ मृत्यु रोकी जा सकी। इसके अतिरिक्त, परिवार नियोजन की विश्व स्तर की अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करने से, वार्षिक स्तर पर 29 प्रतिशत मातृ मृत्यु और रोकी जा सकती हैं। **भारत में गर्भ निरोधक उपयोग से, वर्ष 2008 में, लगभग 85-90,000 मृत्यु रोकी गईं।**

विश्व स्तर पर, यदि स्वैच्छिक परिवार नियोजन को पूरी तरह से लागू कर दिया जाए और सभी अपूर्ण आवश्यकताओं को पूर्ण कर दिया जाए, तो गर्भ निरोधक उपयोग से लगभग आधी से अधिक मातृ मृत्यु को रोका जा सकता है। इस परिणाम के मातृ स्वास्थ्य एवं उत्तरजीविता के लिए गहरक निहितार्थ हैं और यह जोर देते हैं कि हमें शीघ्र से शीघ्र, भारत की लगभग 3.2 करोड़ महिलाओं की, गर्भ निरोधकों की अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करना चाहिए। अतः, मातृ मृत्यु रोकने के लिए, परिवार नियोजन प्राथमिक उपाय है। सुरक्षित मातृत्व प्रयास के अंतर्गत, उच्च स्तरीय परिवार नियोजन और मातृ स्वास्थ्य सेवाओं तक व्यापक और बिना किसी प्रकार के दबाव के पहुंच स्थापित करना, और प्रसव के दौरान प्रशिक्षित कर्मचारियों की मौजूदगी, महत्वपूर्ण रणनीतियां हैं। लेकिन इस दिशा में बहुत धीमी गति से विकास हो रहा है और अभी भी मातृ मृत्यु संख्या बहुत अधिक है।

चित्र 1: बांग्लादेश, भारत, नेपाल और पाकिस्तान में आधुनिक गर्भनिरोधक विधियों का प्रयोग



नसबंदी शामिल नहीं है। ओ.सी.पी., आई.यू.डी., सुइंचा, कंडोम, इम्प्लांट, झिल्ली (डायफ्राम), महिला कंडोम, झाग/जेली।

नोट: झाग/जेली, महिला कंडोम और झिल्ली (डायफ्राम) का कुल शून्य है और यह ब्रेकआउट ग्राफ में शामिल नहीं हैं।

■ बांग्लादेश 2007 ■ भारत 2006 ■ नेपाल 2011 ■ पाकिस्तान 2007

## बाल स्वास्थ्य में सुधार

गर्भ निरोधक उपयोग से प्रति वर्ष, लगभग 23 करोड़ जन्म रोके जाते हैं, और अनियोजित एवं अवांछित गर्भ धारण को रोकने के लिए, परिवार नियोजन ही प्राथमिक रणनीति है। व्यापक परिवार नियोजन सेवाओं के महिलाओं के लिए, गैर गर्भ निरोधक प्रभाव भी होते हैं। विवाह में देरी, परिवार नियोजन सेवाओं और देखरेख में सुधार तथा गर्भ निरोधक उपयोग से, जन्म सही समय पर होने व दो जन्मों के बीच समयावधि बढ़ने से, बाल उत्तरजीविता में भी सुधार प्राप्त किया जा सकता है। इससे बच्चों के लिए, सीमित पारिवारिक संसाधन भी उचित मात्रा में उपलब्ध कराए जा सकते हैं। 3 वर्ष की समयावधि, या उससे अधिक के बाद जन्मे बच्चों के मुकाबले, 2-3 वर्ष के अंतर में जन्मे बच्चों में, शैशव काल में ही मृत्यु होने का जोखिम 10 प्रतिशत अधिक होता है और 2 वर्ष के अंदर ही जन्मे बच्चों के लिए यह जोखिम 60 प्रतिशत अधिक होता है। इसके अतिरिक्त, विकासशील देशों में समय से पहले जन्म हो जाने, और जन्म के समय कम वजन का जोखिम दो गुणा अधिक हो जाता है, यदि पिछले जन्म के 6 माह के अंदर ही दूसरा गर्भ धारण हो जाए। परिवार नियोजन तक पहुंच स्थापित करके, लगभग 10 प्रतिशत शिशु मृत्यु और 21 प्रतिशत बाल मृत्यु रोकी जा सकती हैं। **अतः, महिला एवं बाल स्वास्थ्य के लिए परिवार नियोजन एक प्रमुख निवेश है।**

## आर्थिक परिणामों में सुधार

महिलाओं द्वारा अपनी प्रजननशीलता के नियंत्रण के, स्वास्थ्य के अतिरिक्त अन्य कई दीर्घकालिक एवं उत्प्रेरक प्रभाव हैं। गृहस्थी के स्तर पर, परिवार अपने सीमित संसाधनों का बच्चों के स्वास्थ्य और शिक्षा के लिए अधिक उपयोग कर सकते हैं। छोटे परिवारों की लड़कियों की शिक्षा पूरी होने की संभावना बढ़ जाती है और कम बच्चे होने से, महिलाएं रोजगार कमाने में जुड़ सकती हैं, जिससे परिवार की आय और पूंजी में वृद्धि होती है। प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन तक पहुंच में सुधार होने के कारण आम स्वास्थ्य में सुधार और प्रजननशीलता में कमी आने से, आर्थिक व्यवस्था में भी सुधार प्राप्त किए जा सकते हैं। अतः, परिवार नियोजन मानवीय पूंजी में सुधार करने, गरीबी और भूखमरी कम

## सार्वभौमिक और व्यापक परिवार नियोजन से महिला के जीवन में बदलाव आ सकता है।

- 1 पहले गर्भ धारण में देरी लाकर, उसे अपनी शिक्षा पूरी करने और आमदनी देने वाले काम के साथ जुड़ने का अवसर देकर।
- 2 दो बच्चों के बीच अंतर रख कर, जिससे मातृ और बाल स्वास्थ्य में सुधार होता है, और महिला को घर से बाहर काम करने या नई कुशलताएं प्राप्त करने का अवसर मिलता है।
- 3 महिला-पक्षीय गर्भ निरोधक विकल्पों तक पहुंच स्थापित करके, उसे परिवार नियोजन के लिए सशक्त करके।

करने, प्राकृतिक संसाधनों के संरक्षण और जलवायु परिवर्तन तथा पर्यावरण के संरक्षण के प्रभावों से जुड़ने की हमारी सरकार की क्षमता बढ़ाने में मददगार होगा।

परिवार नियोजन तक पहुंच होने से, प्रजननशीलता में कमी और स्वास्थ्य में सुधार के अतिरिक्त, परिवारों को अन्य आर्थिक लाभ भी प्राप्त हो सकते हैं। पारिवारिक आय और पूंजी में बढ़ोतरी का मतलब है, कि बच्चों की संख्या कम होने से, माता-पिता प्रति शिशु, स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा के लिए और अधिक पैसा व समय दे सकते हैं। बाल्यावस्था में स्वास्थ्य और पोषण पर किए गए निवेश के व्यापक प्रभाव मिल सकते हैं, जैसे शारीरिक और मानसिक विकास और शिक्षा से जुड़े प्रभाव, जो वयस्क होने पर आमदनी पर प्रभाव डालते हैं। निवेश से अगली पीढ़ी के लिए अवसरों में सुधार होता है, मजदूरों की उत्पादकता में बढ़ोतरी के कारण गरीबी मिटती है और पूंजी संचय से आर्थिक विकास होता है।

## करोड़ों लड़कियां और महिलाएं अपने जीवन में विस्तृत बदलाव ला सकती हैं, यदि उनकी परिवार नियोजन की स्वैच्छिक और व्यापक जरूरतें पूरी कर दी जाएं।

परिवार नियोजन को, स्वस्थ परिवार को बढ़ावा देने, आर्थिक विकास के अवसर बढ़ाने और एक शक्तिशाली तथा जीवंत देश बनाने के लिए, एक बेहद सस्ता विकास प्रयास माना गया है। **संयुक्त राष्ट्र ने मान्यता दी है कि, "परिवार नियोजन पर खर्च किए गए प्रत्येक अमरीकी डॉलर के कारण, अन्य विकास लक्ष्य प्राप्त करने के लिए बनाए गए कार्यक्रमों में, 2 से 6 डॉलर बचाए जा सकते**

हैं।"<sup>13</sup> अतः, परिवार नियोजन एक महत्वपूर्ण निवेश क्षेत्र है, क्योंकि इसके कारण स्वास्थ्य व्यवस्था की कीमतें कम करने में मदद मिलती है।

कम होती जन्म संख्या भी, एक प्रकार का 'जनसांख्यिकीय लाभ' है, जिसके कारण निर्भर व्यक्तियों के मुकाबले, कार्यरत वयस्कों की संख्या में बढ़ोतरी होती है। तथा-कथित एशियन टाइगर देशों (सिंगापुर, ताइवान, दक्षिण कोरिया, थाइलैंड) में तेजी से हुए विकास के पीछे, मुख्यतः रोजगार वाले कामों में भाग लेने वाले लोगों की संख्या में बढ़ोतरी का हाथ है, जिसका एक कारण है कि काम करने की उम्र के लोगों, कामकाजी महिलाओं और शिक्षा प्राप्त करने वाले लोगों की संख्या में बढ़ोतरी हुई।<sup>14</sup> देशों ने, जिसमें दक्षिण कोरिया और थाइलैंड शामिल हैं, आर्थिक विकास के इस अवसर का लाभ उठाया और अपने नागरिकों के स्वास्थ्य, शिक्षा और कल्याण के क्षेत्रों में निवेश किया। अपने नागरिकों के जीवन में बदलाव लाकर, सार्वजनिक क्षेत्र में यथोचित खर्च और भूमण्डलीय स्तर पर आर्थिक व्यवस्था में सहयोग करके, भारत भी यह लाभ उठाने की कगार पर खड़ा है।

## मानव अधिकार का मामला

परिवार नियोजन में निवेश करने से स्वास्थ्य, आर्थिक और विकास लाभ प्राप्त होते हैं। जहां एक ओर, जरूरी है कि परिवार नियोजन में निवेश करने से होने वाले विविध प्रकार के सामाजिक, आर्थिक और स्वास्थ्य लाभों का दस्तावेजीकरण किया जाए, वहीं यह भी याद रखना जरूरी है, कि आखिरकार परिवार नियोजन व्यक्तिगत मानव अधिकार का मामला है।

गर्भ निरोधन जानकारी और सेवाओं के अधिकार (सार्वभौमिक परिवार नियोजन) के गैर-भेदभाव और स्वास्थ्य, जानकारी और शिक्षा, एकांतता और जीने के अधिकारों से संबंध को बदला नहीं जा सकता।<sup>15</sup> इनमें से प्रत्येक मानव अधिकार एक दूसरे से जुड़ा है। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य के सर्वोच्च मानकों को प्राप्त करने का अधिकार, जिसमें स्वास्थ्य सेवाओं और स्वास्थ्य जानकारियों तक पहुंच शामिल है, को तब तक पूरा नहीं किया जा सकता, जब तक शिक्षा व जानकारी के अधिकार को पूरा न किया जाए।

भेदभाव से सुरक्षा के मानव अधिकार को सुनिश्चित करने के लिए ज़रूरी है कि गर्भ निरोधन जानकारी और सेवाएं उपलब्ध कराई जाएं और उन तक सब तरह के समूहों की पहुंच हो।<sup>16</sup> शरणार्थी, आंतरिक रूप से विस्थापित महिलाएं, यौन कर्मी, किशोर व युवा व्यक्ति, धार्मिक व जातीय अल्पसंख्यक हैं। भारतीय संदर्भ में, युवाओं को बिना किसी भेदभाव के संबोधित करना अनिवार्य है। युवाओं की आयु-विशिष्ट यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताएं होती हैं। उन्हें अक्सर अपने बचाव के लिए उचित जानकारी और सेवाएं उपलब्ध नहीं होतीं, क्योंकि सेवा प्रदाता और समाज उनके संबंध में कड़ी पूर्वधारणाएं रखते हैं। न ही वयस्कों के लिए बनाई गई सेवाएं उनके लिए अनुकूल होती हैं।

उनकी आवश्यकताओं को संबोधित करने के लिए प्रशिक्षित परिवार नियोजन सलाहकार, एकांतता और गोपनीयता के कानून, गर्भ निरोधन और रोगों से बचाव पर जोर, नए युवा दंपतियों को लक्षित करने वाले कार्यक्रम और मानव अधिकारों और जैन्डर समानता पर आधारित व्यापक यौनिकता शिक्षा की आवश्यकता है।

स्वास्थ्य के सर्वोच्च मानकों को प्राप्त करने के अधिकार के लिए ज़रूरी है कि सभी लोग स्वास्थ्य जानकारी और सेवाओं तक, बिना किसी बाधा के पहुंच पाएं। लेकिन, भारत में परिवार नियोजन तक महिलाओं की पहुंच में निम्नलिखित बाधाएं सामने आती हैं:

1. जानकारी व सलाह के अभाव में महिलाएं स्वतंत्र और सूचित निर्णय लेने में सक्षम नहीं रहतीं।
2. गोपनीयता और एकांतता न होना।



3. गर्भ निरोधन प्रणालियों में विकल्प उपलब्ध न होना व उनकी आपूर्ति में कमी।
4. प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं का अभाव।
5. गर्भ निरोधन के स्थायी तरीकों पर अत्यधिक जोर।
6. परिवार नियोजन सेवाओं में खराब देखरेख।

इन बाधाओं को हटाने के लिए नीतियां और प्रक्रियाएं स्थापित करने से, भारत में परिवार नियोजन तक पहुंच बढ़ाने में बहुत मदद मिलेगी।

मानव अधिकार मानकों को स्थापित करने के लिए ज़रूरी है कि विभिन्न प्रकार के गर्भ निरोधक, उचित मात्रा में, हमेशा उपलब्ध रहें। भारत में कई प्रकार के गर्भ निरोधक या तो उपलब्ध नहीं हैं, या उचित प्रशिक्षण-युक्त सेवा प्रदाता नहीं हैं, जो इन्हें लगा सकें। परिवार नियोजन को महिला – पक्षीय मानव अधिकार आधारित दृष्टिकोण से देखें और अधिक तथा संपूर्ण गर्भ निरोधकों के विकल्पों तक पहुंच स्थापित की जा सकती है।

इसे स्थापित करने के लिए ग्राहक – केन्द्रित देखरेख सेवाएं स्थापित करनी होंगी। इसके तत्व हैं: गर्भ निरोधक प्रणालियों में विकल्प; विभिन्न प्रकार के गर्भ निरोधकों के उपयोग के प्रभावों, जोखिम व लाभों की सही जानकारी; सेवा प्रदाताओं की तकनीकी कुशलता; एकांतता

और गोपनीयता; और उपचार के बाद संपर्क बनाए रखना।<sup>17</sup> अध्ययन दर्शाते हैं, कि जहां ग्राहकों को लगता है कि उनकी अच्छी देखरेख की जाती है वहां, खराब देखरेख देने वाली स्वास्थ्य सुविधाओं के मुकाबले, गर्भ निरोधकों का प्रयोग अधिक है।<sup>18</sup>

जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन (आई.सी.पी.डी.) कार्य योजना के अंतर्गत, स्वैच्छिक और मानव अधिकारों के सिद्धांतों का अनुपालन करने वाले, किसी प्रकार का दबाव न डालने वाले और व्यक्तिगत निर्णय लेने की प्रक्रिया वाले दृष्टिकोण का आह्वान किया गया है। भारत भी आई.सी.पी.डी. का हस्ताक्षरकर्ता है, और राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 आई.सी.पी.डी. दृष्टिकोण के अनुरूप है, लेकिन अभी भी कई राष्ट्रीय नीतियां जनसांख्यिकीय लक्ष्यों, जनसंख्या नियंत्रण और प्रोत्साहक व हतोत्साहक पर आधारित हैं।<sup>19</sup> इस दृष्टिकोण का सामाजिक न्याय व तुल्यता के सिद्धांतों के आधार पर संशोधन करना होगा, राज्यों को आई.सी.पी.डी. मानकों के अनुरूप नीतियों में बदलाव लाना होगा। यह करने का एक तरीका है कि राज्य स्तर पर तय किए गए लक्ष्य और प्रोत्साहकों को छोड़कर, समुदाय की ज़रूरतों पर आधारित योजनाएं बनाई जाएं और गर्भ निरोधकों के बेहतर विकल्प और जानकारी उपलब्ध कराई जाए, जिससे कि महिलाओं को वह गर्भ निरोधक चुनने की स्वतंत्रता हो, जो उनकी आवश्यकताओं के अनुरूप है।

# प्रजनन विकल्प एक मौलिक मानव अधिकार है और महिलाओं को लगातार गर्भ धारण, स्तनपान और बच्चों की देखरेख से छुटकारा देकर, परिवार नियोजन जैन्डर समानता की दिशा में एक महत्वपूर्ण कदम का सूचक है।

## संस्तुतियां: प्रत्येक परिवार, नियोजित परिवार

आगे बढ़ने के लिए सार्वभौमिक और स्वैच्छिक परिवार नियोजन सुनिश्चित करना ही होगा। संदर्भों और विकास में विविधता के बावजूद, कई तत्व एक समान हैं।

- सब महिलाओं और पुरुषों (विवाहित, अविवाहित, किशोर, विशेषकर गरीब और अधिकार विहीन लोगों) के लिए व्यापक परिवार नियोजन सेवाओं तक पहुंच सुनिश्चित करना।
- सुरक्षित और प्रभावकारी आधुनिक गर्भ निरोधकों के विविध प्रकार उपलब्ध कराना। यह प्रत्येक निजी और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा पर उपलब्ध होने चाहिए।
- स्वास्थ्य व्यवस्था की क्षमताओं में विकास, जिससे कि वह विविध प्रकार के गर्भ निरोधक लोगों तक पहुंचा जा सकें।

(क) स्वास्थ्य सेवाओं के तृणमूल स्तर के कार्यकर्ताओं, ए.एन.एम., आशा, नर्स, डॉक्टर, परिवार नियोजन सलाहकारों, को गुणवत्तापूर्ण प्रशिक्षण व उनकी क्षमताओं का विकास करना। स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को उपभोक्ताओं की एकांतता और व्यक्तिगत चुनाव का सम्मान करने का प्रशिक्षण देना अनिवार्य है।

(ख) स्वास्थ्य केन्द्र उपलब्ध कराना (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जिला अस्पताल आदि), जो सुरक्षित और साफ हों और सभी ग्राहक जहां आसानी से पहुंच पाएं।

- परिवार नियोजन की ओर समुदाय आधारित दृष्टिकोण को बढ़ावा दिया जाए। समुदायों को शामिल करने से, गर्भ निरोधक उपयोग से जुड़ी कलंक की भावना से बचाव किया जा सकता है। सेवाओं में सुनिश्चित करना होगा कि परिवार नियोजन निर्णय में पुरुषों की भागीदारी और सहयोग रहे।
- परिवार नियोजन के लिए राज्य द्वारा छूट, राष्ट्रीय बीमा योजनाओं, सरकारी और वित्तीय संस्थाओं द्वारा आर्थिक सहयोग उपलब्ध कराया जाए, जिससे कि उन लोगों की पहुंच सुनिश्चित की जा सके, जो अन्यथा इन सेवाओं का खर्च नहीं उठा सकते। परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए सरकारी और वित्तीय संस्थाओं द्वारा और अधिक आर्थिक सहयोग उपलब्ध कराया जाए और सार्वजनिक/निजी भागीदारी को बढ़ावा देकर, देश की विशाल अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा किया जाए।

इन सभी प्रयासों से महिला और उपभोक्ता केन्द्रित, यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का व्यापक 'पैकेज' उपलब्ध कराने में मदद मिलेगी।



## संदर्भ सूची:

<sup>1</sup> भारतीय जनगणना। 2011, सैम्पल पंजीकरण प्रणाली। <http://censusindia.gov.in/2011-Common/srs.html>

<sup>2</sup> स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, जनसंख्या विज्ञान अंतर्राष्ट्रीय संस्थान (आई.आई.पी.एस.) और मैक्रो इंटरनेशनल। 2007। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एस. - 3)ए 2005 - 06 : भारत : खंड 1, मुंबई : आई.आई.पी.एस।

<sup>3</sup> Singh S. et al. 2009. Barriers to Safe Motherhood in India. New York: Guttmacher Institute

<sup>4</sup> पूर्वोक्त।

<sup>5</sup> Singh S. & JE Darroch. 2012. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012. New York: Guttmacher Institute

<sup>6</sup> सहस्राब्दी विकास लक्ष्य 4 और 5 के अनुसार।

<sup>7</sup> अहमद एस. इत्यादि। 2012। गर्भ निरोधक उपयोग से रोकी गई मातृ मृत्यु : 172 देशों का विश्लेषण। लैन्सेट 2012। ऑन लाइन प्रकाशन जुलाई 10, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4)

<sup>8</sup> पूर्वोक्त।

<sup>9</sup> पूर्वोक्त।

<sup>10</sup> स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार और जनसंख्या विज्ञान अंतर्राष्ट्रीय संस्थान (आई.आई.पी.एस.)। 2008। डिस्ट्रिक्ट लैवल हाउसहोल्ड ऐंड फैमिलिटी सर्वे 2007 - 08। मुंबई : आई.आई.पी.एस। भारत में यह संख्या

केवल विवाहित महिलाओं के लिए लागू है, जिन्होंने बताया कि उनकी अपूर्ण आवश्यकताओं की पूर्ति नहीं हुई है।

<sup>11</sup> Rutstein SO. 2008. Further evidence of the effects of preceding intervals on neonatal, infant and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. Demographic & Health Surveys, Working Paper No. 41. Calverton, MD: Macro International.

<sup>12</sup> क्लेलेड जे. इत्यादि। 2012। गर्भ निरोधन और स्वास्थ्य। लैन्सेट 2012। ऑनलाइन प्रकाशन जुलाई 10, 2012। [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60609-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6)

<sup>13</sup> UN Population Division. 2009. What would it take to accelerate fertility decline in the least developed countries? Policy Brief, No. 2009/1

<sup>14</sup> Canning D. & TP Schultz. 2012. The Economic Consequences of Reproductive Health and Family Planning. Lancet 2012. Published online July 10, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60827-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60827-7).

<sup>15</sup> Cottingham J. et al. 2012. Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning. Lancet 2012. Published Online July 10, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60732-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60732-6).

<sup>16</sup> पूर्वोक्त।

<sup>17</sup> पूर्वोक्त।

<sup>18</sup> Koenig, MA. 2003. The Impact of Quality of care on Contraceptive Use: Evidence From Longitudinal Data from Rural Bangladesh. Baltimore: Johns Hopkins University.

<sup>19</sup> Sen, G. & A. Iyer. Incentives and Disincentives: Necessary, effective, just? Seminar (web-edition). New Delhi.