RESEARCH REVIEW JOURNALS
Volume-04
Issue-03
March -2019

ISSN: 2455-3085 (Online)
RESEARCH REVIEW International Journal of Multidisciplinary
www.rrjournals.com [UGC Listed Journal]

उत्तर प्रदेश में प्रजनन और परिवार नियोजनः एक प्रमुख प्रगति और अंतराल का एक भौगोलिक अध्ययन

[1]Vinod Kumar Chaudhary & [2]Dr. Priyanka

[1]*Research Scholar, OPJS University, Churu Rajasthan (India)*
[2]*Assistant Professor, OPJS University, Churu Rajasthan (India)*

ARTICLE DETAILS

Article History
Published Online: 13 March 2019

Keywords
कुल प्रजनन दर, परिवार नियोजन, भौगोलिक भिन्नता, उत्तर प्रदेश

ABSTRACT

उत्तर प्रदेश में प्रजनन क्षमता में पर्याप्त गिरावट आई है। राज्य में कुल प्रजनन दर (टीएफआर) हमेशा राष्ट्रीय औसत से ऊपर रही है, लेकिन प्रजनन क्षमता समान है। वास्तव में, उत्तर प्रदेश (यूपी) में प्रजनन क्षमता में 2000 के बाद से तेजी आई है, और उत्तर प्रदेश के बीच प्रजनन क्षमता में काफी कमी आई है। हालाँकि, उत्तर प्रदेश के जिलों में ज्थ् में पर्याप्त भिन्नताएँ हैं, जो 1.6 से 4.4 तक हैं। जब जिलों को उनके प्रजनन स्तर के आधार पर विभिन्न समूहों में वर्गीकृत किया गया था, तो इससे विभिन्न स्तरों के उर्वरता वाले क्षेत्रों का भू–स्थानिक क्लस्टरिंग हुआ। उदाहरण के लिए, मध्य उत्तर प्रदेश में तराई बेल्ट और उसके आस–पास के जिलों में उच्च प्रजनन क्षेत्र के साथ क्लस्टर का गठन किया गया था और बुंदेलखंड क्षेत्र कम उर्वरता क्लस्टर था। यूपी में प्रजनन क्षमता में गिरावट विवाहित महिलाओं के बीच गर्भनिरोधक तरीकों के उपयोग में वृद्धि से प्रेरित थी। महिला नसबंदी उत्तर प्रदेश की प्रमुख पद्धति थी, लेकिन नसबंदी करने वाली विवाहित महिलाओं का प्रतिशत भारत में पहले की तुलना में आधा ही था। कंडोम का उपयोग दूसरा सबसे अच्छा तरीका था और इसकी बढ़ती प्रवृत्ति है, और भारत में दो बार प्रचलित है। परिवार नियोजन के पारंपरिक तरीकों (ताल ६ आवधिक संयम और प्रत्याहार) का उपयोग, सबसे विशेष रूप से आवधिक संयम, भारत की तुलना में उत्तर प्रदेश में दो गुना अधिक था। सरकारी टीएफआर लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए, परिवार नियोजन कार्यक्रमों और प्रजनन परिणामों में राज्य–स्तरीय सुधार की उपलब्धि सुनिश्चित करने के लिए गतिविधियों को आवश्यकता और भूगोल के अनुसार उचित रूप से छोटा और लक्षित किया जाना चाहिए।

प्रस्तावना

समाज के लगभग सभी वर्गों में प्रजनन क्षमता में गिरावट आई है– अमीर और गरीब, साक्षर और गैर–साक्षर, उच्च जाति और निम्न जाति, हिंदू और मुस्लिम ख्3–5,। बाल मृत्यु दर में सुधार, महिलाओं की स्कूली शिक्षा और आर्थिक विकास को परिवार के वांछित आकार में कमी और आधुनिक गर्भनिरोधक विधियों (गर्भनिरोधक गोलियां, अंतर्गर्भाशयी गर्भनिरोधक उपकरण, इंजेक्शन लगाने वाले गर्भनिरोधक, महिला बंध्याकरण, पुरुष नसबंदी, पुरुष नसबंदी, लैक्टेशनल एमेनोरिया, महिला के उपयोग में महत्वपूर्ण योगदान माना जाता है) पुरुष कंडोम, फोम ६ जेली और मानक दिन के तरीके) । 15–49 वर्ष की विवाहित महिलाओं के बीच आधुनिक गर्भ निरोधकों का उपयोग 1992 से 93 और 2015–16 के बीच 47 से 48 : तक बढ़ गया, भले ही 2005–06 ख्10, के बाद से वृद्धि की कमी के बारे में चिंताएं हैं। राज्य और जिले द्वारा प्रजनन और परिवार नियोजन में उप–भिन्नताएँ कुल प्रजनन दर (ज्थ्) ख्11, में धर्मनिरपेक्ष गिरावट के बावजूद बनी रहती हैं। 2000 में, भारत सरकार ने 2012 तक राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2012 और जनसंख्या स्थिरीकरण आवश्यकताओं को संबोधित करके २०४५ तक जनसंख्या स्थिरीकरण को प्राप्त करने के लिए राष्ट्रीय नीति तैयार की।

इन राष्ट्रीय लक्ष्यों को मुख्य रूप से पूरा करने के लिए बड़ी आबादी वाले भारत के राज्यों में प्रगति पर निर्भर करता है। प्रजनन क्षमता का संक्रमण दक्षिण भारत में शुरू हुआ, जो 1990 के रूप में जल्दी–जल्दी प्रतिस्थापन स्तर 2.1 तक पहुँच गया, विशेष रूप से केरल और तमिलनाडु राज्यों में ख्13, 14, और बाद में महाराष्ट्र, पंजाब, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर जैसे राज्यों में भी यही चलन हुआ। , पूर्वी राज्य पश्चिम बंगाल और ओडिशा । हालांकि, उत्तर–मध्य भारत के कई राज्यों में प्रजनन दर प्रतिस्थापन स्तर से काफी ऊपर है, जहां विशेष रूप से बड़ी आबादी वाले राज्यों में प्रजनन क्षमता की धीमी गति को आंशिक रूप से सामाजिक–आर्थिक विकास के लिए जिम्मेदार ठहराया गया है । भारत में 199.8 मिलियन आबादी वाले सबसे अधिक आबादी वाले राज्य उत्तर प्रदेश (यूपी) में प्रजनन स्तर भारत की राष्ट्रीय दर से काफी ऊपर है। इस तथ्य के बावजूद कि यूपी ने 1992 से 2015 तक पिछले कुछ दशकों के दौरान प्रजनन क्षमता में गिरावट का अनुभव किया है, राज्य में टीएफआर अभी भी प्रतिस्थापन स्तर से ऊपर है और सबसे हाल के दौर के अनुसार राष्ट्रीय अनुमान (2.7 और 2.18) की तुलना में 20: अधिक है। एनएफएचएस (2015–16)। यह पत्र यूपी में वर्तमान प्रगति को समझने के लिए प्रजनन क्षमता में गिरावट और जिले के अंतर

RRIJM 2015, All Rights Reserved

की जांच करता है और उन क्षेत्रों की पहचान करता है जिन्हें प्रजनन क्षमता को बनाए रखने या तेज करने के लिए संबोधित करने की आवश्यकता होती है। हमने पहली बार यूपी में प्रजनन क्षमता में गिरावट की तुलना एक संपूर्ण गर्भनिरोधक विधियों और परिवार नियोजन से जुड़ी मांग के कवरेज में बदलाव पर ध्यान केंद्रित करने के साथ की। फिर हमने उच्च प्रजनन क्षमता और कम गर्भनिरोधक उपयोग के साथ आबादी की पहचान करने के लिए यूपी के प्रशासनिक जिलों में प्रजनन क्षमता और परिवार नियोजन का विश्लेषण किया, जिसमें नीतियों और कार्यक्रमों के माध्यम से यूपी में सभी जोड़ों की आवश्यकता को पूरा करने के लिए भविष्य के प्रयासों के निहितार्थ हैं।

टीएफआर में स्तर और रुझानः राज्य और राष्ट्रीय स्तर का परिदृश्य

यूपी में प्रजनन क्षमता में गिरावट भारत में 2000 तक सभी दशकों के दौरान धीमी थी लेकिन 2000–2009 और 2010द्2016 (प्रति वर्ष 0.6ः तेजी से गिरावट) के दौरान गिरावट की राष्ट्रीय गति से अधिक हो गई, जिसके परिणामस्वरूप भारत और यूपी के बीच अंतर कम हो गया। एनएफएचएस 2015–16 में 2.7 के यूपी में टीएफआर, हालांकि, 2012 तक भारत सरकार के लक्ष्य 2.1 और 2015–16 में राष्ट्रीय औसत 2.18 से ऊपर रहा। 2015–16 में भारत में 12. 9ः की तुलना में यूपी में हेलमेट की जरूरत 18.0ः थी, जिसके परिणामस्वरूप परिवार नियोजन के लिए अनुमानित 8.2 मिलियन महिलाओं की आवश्यकता थी। 1549 वर्ष की विवाहित महिलाओं के बीच गर्भनिरोधक का उपयोग भारत और यूपी के बीच अलग–अलग है। सबसे पहले, भारत और यूपी के बीच आधुनिक गर्भनिरोधक उपयोग में बड़ा अंतर 2005–06 के बाद से घट गया, लेकिन 2015–16 (क्रमशः 48.5 और 30. 6ः) में पर्याप्त रहा। दूसरा, जबकि भारत में नसबंदी अब तक का सबसे लोकप्रिय तरीका है, भारत और यूपी में 36.3 और 18.0ः जोड़ों के साथ स्तर बहुत भिन्न हैं, जिनमें से एक भागीदार निष्फल है। तीसरा, यूपी में 2015–16 तक पारंपरिक तरीकों का उपयोग 5.7 से 13.3ः तक बढ़ गया, लगभग पूरी तरह से आवधिक संयम के अधिक उपयोग से संचालित होता है, और भारत में (5.8ः) के मुकाबले दोगुना से अधिक था। परिवार नियोजन कवरेज, विवाहित महिलाओं का अनुपात जिनकी आधुनिक या पारंपरिक तरीकों की मांग पूरी हुई, 2015–16 में 70ः से अधिक हो गई, जो कि 1992–93 में भारत में एक स्तर तक पहुंच गई थी। हालांकि, आधुनिक तरीकों से मिले परिवार नियोजन के लिए संतुष्ट मांग में यूपी और राष्ट्रीय स्तर के बीच बड़ा अंतर हैः एनएफएचएस –4 के अनुसार क्रमशः 49.9 और 72.0ः।

उत्तर प्रदेश में प्रजनन अंतर

2015–16 में, लखनऊ और कानपुर नगर जिलों में कुल प्रजनन क्षमता का जिला स्तर 1.6 थाय दोनों अत्यधिक शहरीकृत, मध्य यूपी में 4.2 और 4.4 श्रावस्ती और बहराइच जिलों में उत्तरी यूपी की सीमा से लगते नेपाल तक। 71 जिलों में से एक–तिहाई में प्रजनन क्षमता 3.0 या अधिक थी। अधिकांश उच्च टीएफआर जिलों को तराई क्षेत्र (उत्तरी–यूपी) और उनके आस–पास के जिलों में क्लस्टर किया गया था। कम टीएफआर वाले जिले बड़े पैमाने पर यूपी के दक्षिणी हिस्से (बुंदेलखंड क्षेत्र के आसपास) में स्थित थे। कई जिला विशेषताएं उच्च कुल प्रजनन दर से जुड़ी थीं, जिनमें महिलाओं का उच्च अनुपात वाले जिले शामिल थे जो स्कूल नहीं गए थे, शहरीकरण का निम्न स्तर, जनसंख्या का बड़ा अनुपात जो मुस्लिम हैं और जिले में गरीबी के रिग्रेशन परिणामों के आधार पर गरीबी का उच्च स्तर हैय लेकिन अनुसूचित जाति पर कोई खास असर नहीं पड़ा। बहुभिन्नरूपी विश्लेषण में केवल स्कूलिंग स्तर 2015–16 में टीएफआर (बी = 0.6319 पी <0. 001) के साथ महत्वपूर्ण रूप से जुड़े थे और टीएफआर में 60ः से अधिक भिन्नता को समझाया। एनएफएचएस 2 और एनएफएचएस –4 में तुलनीय डेटा वाले 71 जिलों में, सभी दो जिलों में सर्वेक्षण अवधि के दौरान प्रजनन क्षमता में गिरावट आई। 1998द्99 में प्रजनन क्षमता के उच्च स्तर वाले जिलों ने 1998–299 में कम प्रजनन क्षमता वाले जिलों की तुलना में अधिक पूर्ण और सापेक्ष गिरावट हासिल की, जिससे अभिसरण हुआ। 1998 और 2016 के बीच प्रजनन क्षमता में गिरावट उन जिलों में तेजी से बढ़ी जहां वर्तमान में विवाहित महिलाओं और उच्च आधारभूत एफएफआर स्तर के बीच स्कूली शिक्षा में वृद्धि हुई थी। वर्तमान में विवाहित महिलाओं के अनुपात में वृद्धि, जो मुस्लिम थीं और अनुसूचित जाति की थीं, ने गिरावट के आकार के साथ महत्वपूर्ण संबंध नहीं दिखाया। बहुभिन्नरूपी विश्लेषण से पता चला कि टीएफआर में सापेक्ष गिरावट की व्याख्या करने में केवल स्कूली शिक्षा और आधारभूत उर्वरता स्तर सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण थे।

उत्तर प्रदेश में परिवार नियोजन

प्रजनन के स्तर द्वारा वर्गीकृत जिलों के तीन समूहों के बीच परिवार नियोजन कवरेज के स्तर और आधुनिक तरीकों के उपयोग के रुझानों में काफी अंतर हैं। 1998–99 से 2015–16 के दौरान जिलों के सभी तीन समूहों में पारंपरिक तरीकों से संतुष्ट मांग में काफी वृद्धि हुई और पारंपरिक तरीकों से प्राप्त मांग के अनुपात में जिलों के तीन समूहों में समान पैटर्न दिखाई दिया, जिसमें 11 से वृद्धि हुई है 1998–99 में 13ः, 2015–16 में 21–23ः। आधुनिक तरीकों से संतुष्ट होने की मांग भी जिलों के तीन समूहों में समान निरपेक्ष अनुपात से बढ़ी, लेकिन कवरेज स्तर अभी भी 2015–16 में 58, 52 और 42ः के साथ क्रमशः निम्न, मध्यम और उच्च प्रजनन जिलों में भिन्नता है। परिवार नियोजन के तरीकों के

मिश्रण में जिलों के तीन समूहों में उल्लेखनीय समानताएं हैं, जिनमें प्रमुखता है लेकिन नसबंदी का महत्व, दूसरी सबसे आम आधुनिक पद्धति का बढ़ता हिस्सा – कंडोम, अपेक्षाकृत कम वृद्धि के साथ अन्य सभी आधुनिक गर्भ निरोधकों की अपेक्षाकृत छोटी भूमिका समय के साथ और महिलाओं का बढ़ता अनुपात जो पारंपरिक तरीकों पर निर्भर करता है (चित्र 7)। नसबंदी का हिस्सा क्रमशः निम्न और उच्च प्रजनन जिले के समूहों में 41 और 33ः था। सभी तीन जिला समूहों में कंडोम की हिस्सेदारी 1998–14 में 14 से 17ः तक बढ़कर 2015–16 में विधियों के 23–25ः हो गई। पारंपरिक तरीकों में निम्न और मध्यम प्रजनन जिलों में 29ः उपयोगकर्ताओं के लिए और 2015–2016 में उच्च–प्रजनन जिलों में 33ः के लिए जिम्मेदार है। उपरोक्तानुसार एनएफएचएस –4 में टीएफआर स्तरों के आधार पर जिलों को जोड़ने के बजाय, हमने टीएफआर के परिवर्तन, टीएफआर के परिवर्तन को प्रभावित करने वाले कारक और प्रत्येक जिले में गर्भनिरोधक उपयोग के पैटर्न और रुझानों में परिवर्तन की भी जांच की। टीएफआर और गर्भनिरोधक नेंहमे के परिवर्तन की दर के बीच संबंध समान है। यह मुख्य रूप से है क्योंकि परिवर्तन की धीमी दर वाले कई जिले लो टीएफआर वाले जिले की समान श्रेणियों में गिर रहे हैं। इसी तरह, तेजी से बदलाव वाले जिले उच्च टीएफआर वाले हैं। यद्यपि ज्थ्त् के परिवर्तन की दर पर आधारित विश्लेषण निष्कर्षों में एक और आयाम जोड़ता है, लेकिन यह परिणामों को पर्याप्त रूप से नहीं बदलता है।

निष्कर्ष

यह विश्लेषण यूपी के भीतर प्रजनन और परिवार नियोजन में महत्वपूर्ण अंतर्दृष्टि प्रदान करता है। प्रजनन क्षमता में बड़ी गिरावट आई है, लेकिन प्रजनन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए बहुत कुछ किया जाना बाकी है, जिलों के बीच असमानताओं को कम करने और यह सुनिश्चित करने के लिए कि जोड़ों के पास परिवार नियोजन के तरीकों की सार्वभौमिक पहुंच है। यूपी की बड़ी आबादी को देखते हुए, परिवार नियोजन कार्यक्रमों और प्रजनन परिणामों में राज्य–स्तरीय सुधार की उपलब्धि सुनिश्चित करने के लिए जरूरतों और भूगोल के अनुसार गतिविधियों को उचित रूप से छोटा और लक्षित किया जाना चाहिए।

संदर्भ ग्रन्थ सूची

1. भारत के रजिस्ट्रार जनरल का कार्यालय। 2013 की रिपोर्ट नंबर 1, नमूना पंजीकरण प्रणाली सांख्यिकीय रिपोर्ट। अध्याय –3ः प्रजनन संकेतकों का अनुमान। नई दिल्ली। 2011ः 2013।
2. अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान (IIP) और ICF। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NFH–4) 2015–16। मुंबईः IIPS;2017।
3. विसारिया पी, विसारिया एल। जनसांख्यिकीय संक्रमणः 1980 के दशक में प्रजनन क्षमता में तेजी। एकॉन पोलिट वेक्ली। 1994य 29 (51ध्52)ः 3281–92।
4. जेम्स के.एस. आंध्र प्रदेश में प्रजनन क्षमता में गिरावटः वैकल्पिक परिकल्पना के लिए एक खोज। एकॉन पोलिट वेक्ली इंडिया। 1999य 34 (8)ः 20–6।
5. जेम्स केएस, नायर एसबी। 1980 के दशक के बाद से भारत में प्रजनन क्षमता में तेजी से गिरावटः हिंदुओं और मुस्लिमों के बीच रुझान। एकॉन पोलिट वेक्ली। 2005य 4 (5)ः 375–83।
6. अक्सन ए.एम. उप–सहारा अफ्रीका में प्रजनन संक्रमण पर बचपन की मृत्यु दर और रुग्णता का प्रभाव। पॉपुल देव रेव। 2014य 40 (2)ः 311दृ29।
7. अमीन एस, केस्टरलाइन जेबी, स्पीस एल। गरीबी और प्रजनन क्षमताः साक्ष्य और एजेंडा। गरीबी और प्रजनन क्षमताः सबूत और एजेंडा। वर्किंग पेपर नंबर 4, न्यूयॉर्कः जनसंख्या परिषदय 2007।
8. बसु एएम। शिक्षा निम्न प्रजनन क्षमता की ओर क्यों ले जाती है? कुछ संभावनाओं की समीक्षात्मक समीक्षा। विश्व देव। 2002य 30 (10)ः 1779–1790।
9. कुलकर्णी पीएम। भारत के प्रजनन संक्रमण की व्याख्या की ओर। इनः जॉर्ज सिमंस मेमोरियल लेक्चर, IASP]लखनऊ, भारत का 33 वाँ वार्षिक सम्मेलन, 11–11 नवंबर, 2011 को प्रस्तुत किया गया पेपर।
10. सिंह ए, कुमार के, कुमार पाठक पी, कुमार चौहान आर, बनर्जी ए। स्थानिक पैटर्न और भारत में प्रजनन क्षमता के निर्धारक। जनसंख्या (पेरिस)। 2017य 72 (3)ः 505दृ26।
11. दास एम, मोहंती एसके। उत्तर प्रदेश और बिहार में प्रजनन संक्रमण का स्थानिक पैटर्नः एक जिला स्तरीय विश्लेषण। जीनस। 2012य 68 (2)ः 81–106।
12. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000।
13. कृष्णमूर्ति एस, कुलकर्णी पीएम, ऑडिनारायण एन। दक्षिण भारत में प्रजनन संक्रमण, भाग IIः क्षेत्र अध्ययन और गुणात्मक दृष्टिकोण, अध्याय –7ः तमिलनाडु में प्रजनन संक्रमण का कारण, वॉल्यूम। 227. नई दिल्लीः SAGE;2005।
14. गिल्मोटो सीजेड, राजन एसआई, दक्षिण भारत में प्रजनन संक्रमण (एड)। नई दिल्लीः SAGE; 2005।