

# स्वतंत्र भारत में जनसंख्या नीति और महिला सशक्तिकरण : प्रवृत्तियाँ, चुनौतियाँ और संभावनाएँ

अनामिका

शोधार्थी समाजशास्त्र विभाग, वीर कुँवर सिंह विश्वविद्यालय, आरा (बिहार)

## सार (Abstract)

भारत में जनसंख्या और विकास का प्रश्न सदैव जटिल रहा है। स्वतंत्रता के तुरंत बाद 1952 में जब भारत ने विश्व का पहला राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम आरम्भ किया, तो यह केवल एक प्रशासनिक निर्णय नहीं था, यह उस सोच की अभिव्यक्ति थी जो जनसंख्या को विकास की बाधा मानती थी। किन्तु इस पूरी नीतिगत यात्रा में एक तथ्य लगातार नज़रअंदाज़ होता रहा। परिवार नियोजन की सारी ज़िम्मेदारी, चाहे स्वेच्छा से हो या दबाव से, अन्ततः महिलाओं के शरीर पर आकर टिक जाती है। प्रस्तुत शोध पत्र इसी केन्द्रीय प्रश्न के इर्द-गिर्द बुना गया है कि क्या भारत की जनसंख्या नीतियाँ महिला सशक्तिकरण की दिशा में सहयोगी रही हैं, या उन्होंने महिलाओं को केवल नीति के क्रियान्वयन का माध्यम बनाया है? NFHS-1 (1992-93) से NFHS-5 (2019-21) तक के आँकड़ों, SRS रिपोर्टों तथा विभिन्न राष्ट्रीय-अंतर्राष्ट्रीय विद्वानों के शोध के आधार पर यह विश्लेषण किया गया है। 1976-77 के आपातकाल में जो नसबंदी अभियान मुख्यतः पुरुषों पर लक्षित था, उसकी राजनीतिक प्रतिक्रिया में परिवार नियोजन का बोझ क्रमशः और पूर्णतः महिलाओं पर स्थानांतरित होता गया। NFHS-5 यह बताता है कि आज महिला नसबंदी 37.9% है जबकि पुरुष नसबंदी मात्र 0.3%। यह असंतुलन किसी नीतिगत विफलता से कम नहीं। इसके बावजूद TFR का 2.0 पर आना, MMR का 97 प्रति लाख होना और संस्थागत प्रसव का 88.6% तक पहुँचना ये उपलब्धियाँ भी उतनी ही वास्तविक हैं। शोध यह निष्कर्ष प्रस्तुत करता है कि जनसंख्या स्थिरता और महिला सशक्तिकरण दो अलग लक्ष्य नहीं हैं; जहाँ एक सधता है, वहाँ दूसरा स्वतः परिणाम बनता है।

## 1. प्रस्तावना (Introduction)

किसी भी राष्ट्र की जनसंख्या नीति को समझने के लिए केवल जनसांख्यिकीय आँकड़े पर्याप्त नहीं होते; उसके पीछे की वैचारिकी, उसके क्रियान्वयन की प्रक्रिया और उसके सामाजिक परिणामों को एक साथ देखना आवश्यक है। भारत के सन्दर्भ में यह विश्लेषण और भी महत्वपूर्ण हो जाता है, क्योंकि यहाँ जनसंख्या नीति कभी केवल तकनीकी प्रश्न नहीं रही, वह सत्ता, लिंग, जाति और वर्ग की जटिल संरचनाओं से गुँथी हुई रही है।

भारत 1947 में जब स्वतंत्र हुआ, तब देश के सामने दो परस्पर जुड़ी चुनौतियाँ थीं, एक ओर संसाधनों की सीमितता और दूसरी ओर तेज़ी से बढ़ती जनसंख्या। नीति-निर्माताओं ने इस समीकरण को एक सरल तर्क से हल करने की कोशिश की, जनसंख्या घटाओ, विकास होगा। यही सोच 1952 में विश्व के पहले राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम की नींव बनी। परन्तु इस सोच में एक मूलभूत दोष था, इसने जनसंख्या को समस्या माना, उन लोगों को नहीं जो इस 'समस्या' के कारण माने जा रहे थे। और जब इन 'लोगों' की बात आई, तो निशाना बना महिलाओं का शरीर।

1952 से 1976 तक के पहले चरण में परिवार नियोजन धीरे-धीरे और स्वैच्छिक रूप से आगे बढ़ा। किन्तु 1975-77 के आपातकाल ने इस पूरी प्रक्रिया को एक भयावह मोड़ दे दिया। संजय गाँधी के नेतृत्व में चलाए गए जबरन

नसबंदी अभियान में, जो मुख्यतः पुरुषों पर केन्द्रित था, उसमें 1976-77 में कुल लगभग 83 लाख नसबंदी ऑपरेशन हुए (Shah Commission, 1978)। इस अभियान की राजनीतिक कीमत 1977 के चुनावों में चुकानी पड़ी। लेकिन उसका एक और, कम चर्चित परिणाम हुआ, इसके बाद से भारत की जनसंख्या नीति ने पुरुषों को लगभग पूरी तरह छोड़ दिया और महिलाओं को ही एकमात्र 'उपयुक्त लक्ष्य' मान लिया। जो महिला नसबंदी 1975-76 में कुल नसबंदी का 46% थी, वह 1977-78 में 80% हो गई और यह अनुपात आज तक इसी कालखण्ड में भारत में महिला सशक्तिकरण की अवधारणा भी धीरे-धीरे एक ठोस नीतिगत एजेंडा बनती गई। 73वें और 74वें संविधान संशोधन (1992) ने स्थानीय निकायों में महिलाओं को एक-तिहाई आरक्षण दिया। राष्ट्रीय महिला आयोग उसी वर्ष अस्तित्व में आया। 1994 में काहिरा में आयोजित ICPD सम्मेलन ने वैश्विक स्तर पर जनसंख्या नीति की भाषा ही बदल दी, जनसांख्यिकीय नियंत्रण की जगह महिला प्रजनन अधिकारों को केन्द्र में रखा गया। भारत ने इन सिद्धांतों को 2000 की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में औपचारिक रूप से स्वीकार किया। यहाँ एक विचारणीय प्रश्न उठता है, क्या ये दो धाराएँ, जनसंख्या नीति और महिला सशक्तिकरण, वास्तव में एक-दूसरे की पूरक बन पाई हैं? या यह एक ऐसी नीतिगत विडम्बना है जिसमें महिला सशक्तिकरण की भाषा तो अपना ली गई, लेकिन महिला के शरीर पर राज्य का नियंत्रण कम नहीं हुआ? NFHS-5 के आँकड़े बताते हैं कि देश का TFR भले ही 2.0 पर आ गया हो, पर उसकी कीमत अभी भी मुख्यतः महिलाएँ ही चुका रही हैं।

प्रस्तुत शोध इन्हीं प्रश्नों की तह तक जाने का प्रयास करता है। यह शोध न केवल नीतिगत विकास का ऐतिहासिक विवेचन करता है, बल्कि यह भी जाँचता है कि नीति और वास्तविकता के बीच की खाई कहाँ-कहाँ दिखाई पड़ती है। केरल का उदाहरण बताता है कि जब महिलाओं को सच में शिक्षित और स्वायत्त बनाया जाता है, बिना किसी दबाव के, तो जनसंख्या स्वतः स्थिर हो जाती है। यह अनुभव ही इस शोध की केन्द्रीय स्थापना है।

### 1.1 शोध प्रश्न (Research Questions)

1. क्या भारत की जनसंख्या नीतियाँ महिला सशक्तिकरण को व्यावहारिक रूप से बढ़ावा देने में सहायक रही हैं?
2. क्या इन नीतियों में महिला की देह-स्वायत्तता और प्रजनन अधिकारों का पर्याप्त सम्मान किया गया है?
3. नीति-दस्तावेज़ों और ज़मीनी वास्तविकता (Policy-Reality Gap) के बीच किस प्रकार की खाई विद्यमान है?
4. भविष्य की जनसंख्या नीति को महिला सशक्तिकरण के साथ किस प्रकार समन्वित किया जाना चाहिए?

### 1.2 शोध के उद्देश्य (Objectives)

1. स्वतंत्र भारत में जनसंख्या नीतियों के ऐतिहासिक विकास का अध्ययन करना।
2. जनसंख्या नीति और महिला सशक्तिकरण के मध्य सैद्धांतिक एवं व्यावहारिक सम्बन्ध स्थापित करना।
3. NFHS डेटा के माध्यम से महिला सशक्तिकरण के प्रमुख आयामों का विश्लेषण करना।
4. नीतिगत खामियों की पहचान कर भविष्य की नीतियों हेतु सुझाव प्रस्तुत करना।

### 1.3 शोध की सीमाएँ (Limitations)

1. यह शोध मुख्यतः द्वितीयक स्रोतों पर आधारित है; प्राथमिक क्षेत्र-कार्य इसकी परिधि में नहीं है।
2. राज्यों के भीतर जिला-स्तरीय और सामुदायिक भिन्नताओं का गहन विश्लेषण यहाँ सम्भव नहीं हो पाया।
3. धार्मिक और जातिगत आयामों को इस पत्र में सीमित रूप से छुआ गया है, ये स्वतंत्र शोध की माँग करते हैं।

### 2. साहित्य समीक्षा (Literature Review)

जनसंख्या नीति और महिला सशक्तिकरण के अंतर्सम्बन्ध पर उपलब्ध साहित्य बहुस्तरीय है। इस विषय पर कुछ विद्वानों ने जनसांख्यिकीय दृष्टिकोण से विचार किया है, कुछ ने नारीवादी आलोचना के औज़ारों से, और कुछ ने विकास-अर्थशास्त्र के नज़रिये से। इन सभी को एक साथ पढ़ने पर ही पूरी तस्वीर उभरती है।

Leela Visaria (1999) ने भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम में महिलाओं पर असंगत बोझ का विस्तृत दस्तावेज़ीकरण किया। उनका तर्क था कि target-based approach ने स्वास्थ्यकर्मियों को महिलाओं को 'मामले' की तरह देखने के लिए प्रशिक्षित किया, न कि ऐसे व्यक्तियों की तरह जिनकी अपनी सहमति और जानकारी का अधिकार हो। उन्होंने विशेष रूप से रेखांकित किया कि 1977 के पश्चात् पुरुष-केन्द्रित नसबंदी की राजनीतिक विफलता ने महिलाओं को एकमात्र 'स्वीकार्य' लक्ष्य बना दिया।

**Bina Agarwal** (1994) ने 'A Field of One's Own' में यह स्थापना दी कि आर्थिक स्वायत्तता के बिना प्रजनन स्वायत्तता सम्भव नहीं है। जब महिलाओं के पास भूमि, आय और सम्पत्ति नहीं होती, तब वे परिवार-निर्माण के निर्णयों में भी निष्क्रिय भागीदार रह जाती हैं। यह तर्क जनसंख्या नीति की उस सीमा को उजागर करता है जो केवल गर्भनिरोधक वितरण तक सिमटी रहती है।

**Amartya Sen** (1999) ने 'Development as Freedom' में केरल के उदाहरण के ज़रिये दिखाया कि जहाँ महिला साक्षरता और स्वायत्तता वास्तविक रूप से विकसित होती है, वहाँ कुल प्रजनन दर स्वाभाविक रूप से गिरती है, बिना किसी बाहरी दबाव के। यह तर्क उस पूरी सोच को चुनौती देता है जो नसबंदी या लक्ष्य-आधारित कार्यक्रमों को जनसंख्या नियंत्रण का प्रमुख उपाय मानती है।

**Ester Boserup** (1970) ने महिलाओं की आर्थिक भूमिका और प्रजनन व्यवहार के बीच के सीधे सम्बन्ध को पहली बार एक व्यवस्थित ढाँचे में प्रस्तुत किया। उनका शोध बताता है कि जब महिलाएँ उत्पादन-प्रक्रिया में सक्रिय हिस्सेदार होती हैं, तो बड़े परिवार का आर्थिक तर्क स्वतः कमज़ोर पड़ जाता है।

**Malini Bhattacharya** (2004) ने UNFPA के लिए किए अपने कार्य में यह रेखांकित किया कि प्रजनन स्वास्थ्य और महिला सशक्तिकरण को अलग-अलग खाँचों में रखना नीतिगत भूल है। जब महिलाएँ अपने स्वास्थ्य के बारे में जागरूक और निर्णय-सक्षम होती हैं, तो परिवार नियोजन एक थोपी हुई व्यवस्था नहीं रहती, एक स्वयंस्फूर्त विकल्प बन जाती है।

**अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर** 1994 का ICPD Programme of Action एक ऐतिहासिक दस्तावेज़ है जिसने 179 देशों की सहमति से यह घोषित किया कि प्रजनन स्वास्थ्य एक मौलिक मानवाधिकार है। इसने target-based approach को सैद्धांतिक रूप से अनैतिक ठहराया और महिला-केन्द्रित नीति की ओर वैश्विक मोड़ तैयार किया।

उपलब्ध साहित्य के अवलोकन से यह स्पष्ट होता है कि अधिकांश शोध या तो विशुद्ध जनसांख्यिकीय है या विशुद्ध नारीवादी, दोनों के बीच नीतिगत सेतु बनाने का प्रयास सीमित रहा है। 2000 के पश्चात् की नीतियों, विशेषकर मिशन परिवार विकास (2016) और SDG Agenda 2030 को महिला सशक्तिकरण के परिप्रेक्ष्य में जाँचने का काम लगभग नहीं हुआ है। यही वह रिक्तता है जिसे यह शोध भरने का प्रयास करता है।

### 3. अवधारणात्मक ढाँचा (Conceptual Framework)

#### 3.1 जनसंख्या नीति: परिभाषा एवं प्रकार

जनसंख्या नीति उन सरकारी नीतियों, कार्यक्रमों और उपायों का समुच्चय है जो किसी देश की जनसंख्या की संख्या, संरचना, वितरण और गुणवत्ता को प्रभावित करने के उद्देश्य से बनाए जाते हैं। इन्हें मोटे तौर पर तीन वर्गों में रखा जा सकता है, जनसंख्या-विरोधी (Anti-natalist) नीतियाँ, जो जन्म दर को नियंत्रित करती हैं; जनसंख्या-समर्थक (Pro-natalist) नीतियाँ, जो जन्म दर बढ़ाने को प्रोत्साहित करती हैं जैसा कि कई यूरोपीय देशों में देखा जाता है; और जनसंख्या-गुणवत्ता केन्द्रित नीतियाँ जो संख्या से अधिक शिक्षा, स्वास्थ्य और जीवन-स्तर पर बल देती हैं। भारत ने अपने इतिहास में मुख्यतः anti-natalist मार्ग अपनाया, यद्यपि 2000 के बाद इसमें मानवाधिकार आधारित तत्त्व जुड़ते गए।

#### 3.2 महिला सशक्तिकरण: बहुआयामी अवधारणा

महिला सशक्तिकरण एक ऐसी अवधारणा है जिसे एकल परिभाषा में नहीं बाँधा जा सकता। इसके कम-से-कम पाँच आयाम हैं जो एक-दूसरे से गहरे जुड़े हैं। पहला, आर्थिक सशक्तिकरण, अर्थात् रोज़गार, आय, सम्पत्ति और वित्तीय संसाधनों तक स्वतंत्र पहुँच। दूसरा, सामाजिक सशक्तिकरण, जिसमें शिक्षा, स्वास्थ्य और गतिशीलता की स्वतंत्रता सम्मिलित है। तीसरा, राजनीतिक सशक्तिकरण, जो मतदान से लेकर नीति-निर्माण तक की भागीदारी को समाहित करता है। चौथा, प्रजनन सशक्तिकरण, अर्थात् गर्भधारण, प्रसव, परिवार के आकार और गर्भनिरोधक विकल्पों के सम्बन्ध में निर्णय लेने की स्वायत्तता, यही आयाम जनसंख्या नीति से सर्वाधिक प्रत्यक्ष रूप से जुड़ा है। पाँचवाँ, मनोवैज्ञानिक सशक्तिकरण, जो आत्मविश्वास और स्वनिर्णय की क्षमता से सम्बद्ध है। इन सभी आयामों की अनुपस्थिति में जनसंख्या नीति महिला-सशक्तिकरण का उपकरण नहीं बन सकती।

#### 3.3 ICPD 1994: नीतिगत बदलाव और प्रजनन अधिकारों का संस्थानीकरण

1994 में काहिरा में आयोजित अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन (ICPD) वैश्विक जनसंख्या नीति के इतिहास में एक विभाजन-रेखा है। इससे पूर्व जनसंख्या नीति की भाषा मुख्यतः संख्या-नियंत्रण की भाषा थी। ICPD के बाद यह भाषा बदली, प्रजनन स्वास्थ्य को एक मौलिक मानवाधिकार घोषित किया गया। 179 देशों ने यह स्वीकार किया कि महिला शिक्षा और सशक्तिकरण जनसंख्या स्थिरता का सबसे प्रभावी और नैतिक मार्ग है, और लक्ष्य-आधारित परिवार नियोजन अस्वीकार्य है। भारत ने इन सिद्धांतों को राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में आधिकारिक रूप से समाहित किया, भले ही ज़मीनी क्रियान्वयन में विसंगतियाँ बनी रहीं।

### 4. स्वतंत्र भारत में जनसंख्या नीति: ऐतिहासिक विकास (Trends)

स्वतंत्रता के पश्चात् भारत की जनसंख्या नीति एकरेखीय नहीं रही। इसे चार विशिष्ट चरणों में देखा जा सकता है, और प्रत्येक चरण में न केवल नीति का स्वरूप बदला, बल्कि महिलाओं के साथ उसका सम्बन्ध भी बदलता रहा।

#### 4.1 प्रथम चरण (1947-1976): परिवार नियोजन की नींव

1952 में जब परिवार नियोजन कार्यक्रम शुरू हुआ, तो वह काफी सौम्य था- प्रारम्भ में rhythm method और safe period की जानकारी दी जाती थी, फिर 1960 के दशक में IUD और गर्भनिरोधक गोलियों का वितरण। धीरे-धीरे नसबंदी को केन्द्रीय उपाय बनाया गया। महिला नलबंदी (tubectomy) को पुरुष नसबंदी (vasectomy) की अपेक्षा अधिक प्रचारित किया जाने लगा। स्वास्थ्यकर्मियों पर लक्ष्य-पूर्ति का दबाव बढ़ता गया। इस पूरे दौर में महिला को नीति की लाभार्थी नहीं, बल्कि नीति का साधन माना गया।

#### 4.2 द्वितीय चरण (1976-1977): आपातकाल का काला अध्याय

आपातकाल (1975-77) के दौरान संजय गाँधी के नेतृत्व में जो नसबंदी अभियान चला, वह भारतीय जनसंख्या नीति का सबसे विवादास्पद अध्याय है। यह अभियान मुख्यतः पुरुषों पर केन्द्रित था। 1976-77 में लगभग 62 लाख पुरुषों का जबरन नसबंदी किया गया। 1976-77 में कुल नसबंदी का आँकड़ा लगभग 83 लाख रहा, जिनमें से अधिकांश जबरन थे (Shah Commission, 1978)। गरीब, दलित और अल्पसंख्यक वर्ग के पुरुष इसके मुख्य शिकार बने। मुजफ्फरनगर में विरोध-प्रदर्शन पर गोलीबारी जैसी घटनाएँ इस अभियान की क्रूरता की गवाह है।

इस अभियान की राजनीतिक परिणति 1977 के चुनावों में कांग्रेस की हार के रूप में हुई। किन्तु उसका सामाजिक परिणाम और भी दीर्घकालिक निकला, भारत की परिवार नियोजन नीति ने पुरुषों से मुँह मोड़ लिया और महिलाओं को एकमात्र 'व्यावहारिक' लक्ष्य बना लिया। जो महिला नसबंदी 1975-76 में 46% थी, वह 1977-78 में 80% हो गई और यह प्रवृत्ति आज तक नहीं बदली।

#### 4.3 तृतीय चरण (1977-2000): सुधार की कोशिश

जनता पार्टी सरकार ने सबसे पहले 'परिवार नियोजन' का नाम बदलकर 'परिवार कल्याण' किया, यह एक सांकेतिक परन्तु महत्वपूर्ण परिवर्तन था। 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य को प्राथमिकता मिली। 1994 के ICPD के प्रभाव में 1996 में target-free approach अपनाया गया। Reproductive and Child Health Programme 1997 में आरम्भ हुआ। इस दौर में धीरे-धीरे यह मान्यता बनी कि जनसंख्या नियंत्रण का रास्ता महिला के शरीर पर नियंत्रण से नहीं, बल्कि उसकी शिक्षा और स्वायत्तता से होकर जाता है, परन्तु यह समझ नीति में पूरी तरह उतरने में अभी और समय लगा।

#### 4.4 चतुर्थ चरण (2000-वर्तमान): अधिकार-आधारित दृष्टिकोण

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 (NPP 2000) ने पहली बार ICPD के सिद्धांतों को आधिकारिक रूप से स्वीकार किया। इसके मुख्य लक्ष्यों में 2010 तक TFR को 2.1 पर लाना, MMR को 100 प्रति लाख से नीचे करना, IMR को 30 प्रति 1000 से नीचे लाना, महिला साक्षरता बढ़ाना और 18 वर्ष से पहले विवाह रोकना सम्मिलित थे। 2016 में मिशन परिवार विकास उन 146 जिलों के लिए शुरू हुआ जहाँ TFR अभी भी 3 से ऊपर था। SDG 2030 के Goal 3, Goal 5 और Goal 10 वर्तमान नीति के मार्गदर्शक सिद्धांत हैं। इस चरण में नीति की भाषा बदली, कुछ परिणाम भी बेहतर हुए, परन्तु क्रियान्वयन की विसंगतियाँ बनी रहीं।

#### 5. जनसंख्या नीति और महिला सशक्तिकरण: एक तुलनात्मक विश्लेषण

NFHS-5 (2019-21) के आँकड़े उपलब्ध प्रमाणों का सबसे विश्वसनीय आधार हैं। इन्हें NFHS-4 (2015-16) और SRS के आँकड़ों के साथ मिलाकर पढ़ने पर एक स्पष्ट चित्र उभरता है। कुल प्रजनन दर (TFR) NFHS-4 के 2.2 से घटकर NFHS-5 में 2.0 हो गई है, यह प्रतिस्थापन स्तर (2.1) से भी नीचे है। मातृ मृत्यु दर (MMR) 2014-16 में 130 प्रति लाख जीवित जन्म थी जो 2018-20 में घटकर 97 हो गई (SRS, 2022)। शिशु मृत्यु दर (IMR) NFHS-4 के 41 से NFHS-5 में 35 प्रति 1000 जीवित जन्म पर आई। संस्थागत प्रसव 79% (NFHS-4) से बढ़कर 88.6% (NFHS-5) हो गया, इसमें 61.9% हिस्सा सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं का है। गर्भनिरोधक उपयोग दर (CPR) 54% से बढ़कर 67% हुई, जिसमें female sterilisation की हिस्सेदारी 37.9% है जबकि पुरुष नसबंदी मात्र 0.3%। यह असंतुलन नीतिगत विफलता का स्पष्ट संकेत है। बाल विवाह दर 26.8% (NFHS-4) से घटकर 23.3% (NFHS-5) हुई है, परन्तु बिहार और पश्चिम बंगाल में यह अभी भी 41% के आसपास है।

राज्यवार तुलना एक महत्वपूर्ण उत्तर-दक्षिण विभाजन उजागर करती है। NFHS-5 के अनुसार केरल और तमिलनाडु दोनों का TFR 1.8 है और संस्थागत प्रसव क्रमशः 99.9% और 99.7% है, ये वे राज्य हैं जहाँ महिला साक्षरता ऐतिहासिक रूप से उच्च रही है। इसके विपरीत Bihar का TFR 3.0 है और संस्थागत प्रसव 76.2%, उत्तर प्रदेश 76.2%, उत्तर प्रदेश का TFR 2.4 है (83.4% संस्थागत प्रसव) और राजस्थान का 2.4 (94.9%)। बिहार, मेघालय, उत्तर प्रदेश, झारखंड और मणिपुर— ये पाँच राज्य ऐसे हैं जो अभी भी प्रतिस्थापन स्तर से ऊपर हैं। यह आँकड़ा सन् (1999) के केरल मॉडल के तर्क को एक बार फिर प्रमाणित करता है, जहाँ महिला शिक्षा और स्वास्थ्य सेवाएँ मज़बूत होती हैं।

## 6. चुनौतियाँ (Challenges)

### 6.1 नीतिगत चुनौतियाँ

हाल के वर्षों में Uttar Pradesh Population Policy 2021 और असम सरकार की घोषणाओं ने 'दो बच्चों की नीति' का प्रस्ताव रखा है। इसके अंतर्गत दो से अधिक बच्चों वाले व्यक्तियों को सरकारी नौकरियों और सुविधाओं से वंचित करने का प्रावधान है। यह नीति कई कारणों से समस्याग्रस्त है, यह महिलाओं के प्रजनन अधिकारों का उल्लंघन करती है, गरीब और अल्पसंख्यक वर्गों को असमान रूप से प्रभावित करती है, और ICPD 1994 तथा NPP 2000 के सिद्धांतों से सीधे टकराती है। इससे लिंग-चयनात्मक गर्भपात की आशंका भी बढ़ती है, जो लिंग अनुपात को और बिगाड़ सकती है।

नसबंदी का असंतुलन एक और बड़ी नीतिगत चुनौती है। NFHS-5 के अनुसार CPR में महिला नसबंदी 37.9% है, पुरुष नसबंदी मात्र 0.3%। इसकी जड़ें 1977-78 की उस नीतिगत दिशा में हैं जब पुरुष-केन्द्रित नसबंदी की राजनीतिक प्रतिक्रिया में पूरा परिवार नियोजन महिला-केन्द्रित हो गया। यह असंतुलन आज तक सुधरा नहीं।

### 6.2 सामाजिक-सांस्कृतिक चुनौतियाँ

पुत्र-प्राथमिकता भारत में गहरी जड़ें रखती है। इसके कारण परिवार तब तक बच्चे पैदा करते रहते हैं जब तक पुत्र न हो, यह प्रजनन व्यवहार को सीधे प्रभावित करता है। NFHS-5 ने Sex Ratio at Birth में 919 से 929 तक का सुधार दर्ज किया है, परन्तु PC-PNDT Act 1994 के बावजूद लिंग-चयनात्मक गर्भपात बंद नहीं हुआ है। बाल विवाह भी एक जुड़ी हुई समस्या है, कम उम्र में विवाह से प्रजनन काल लम्बा होता है और TFR बढ़ता है।

NFHS-5 में 23.3% महिलाओं का विवाह 18 वर्ष से पहले हुआ; बिहार और पश्चिम बंगाल में यह आँकड़ा 41% के आसपास है।

### 6.3 आर्थिक एवं क्रियान्वयन की चुनौतियाँ

ग्रामीण और आदिवासी क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र की कमी, स्टाफ का अभाव और दूरी, ये सब मिलकर स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच को सीमित करते हैं। ASHA और ANM कार्यकर्ताओं पर कार्य-भार इतना अधिक है कि वे परिवार नियोजन परामर्श के लिए पर्याप्त समय नहीं दे पातीं। प्रोत्साहन संरचनाएँ ने अनौपचारिक रूप से लक्ष्य-केन्द्रित व्यवहार को फिर से बढ़ावा दिया है। सूचित सहमति का अभाव, महिलाओं को नसबंदी के विकल्पों और जोखिमों की जानकारी न देना, एक नैतिक और कानूनी समस्या दोनों है। दलित, आदिवासी और मुस्लिम महिलाओं की विशिष्ट परिस्थितियों को नीतिगत ढाँचे में उचित स्थान नहीं मिला है।

## 7. संभावनाएँ एवं नीतिगत सुझाव (Prospects & Recommendations)

### 7.1 महिला शिक्षा को केन्द्र में रखें

केरल, तमिलनाडु और हिमाचल प्रदेश जैसे राज्यों का अनुभव बार-बार यही सिद्ध करता है कि जब लड़कियाँ पढ़ती हैं, तब जनसंख्या स्थिर होती है, बिना किसी दबाव के। बालिका शिक्षा पर सार्वजनिक व्यय बढ़ाया जाए, विशेषकर बिहार, उत्तर प्रदेश और राजस्थान जैसे उच्च TFR वाले राज्यों में। STEM शिक्षा में लड़कियों की भागीदारी बढ़ाना दीर्घकालिक सशक्तिकरण का रास्ता है।

### 7.2 प्रजनन अधिकारों की संवैधानिक पहचान

वर्ष 2017 में सर्वोच्च न्यायालय ने K.S. Puttaswamy बनाम भारत संघ वाद में निजता के अधिकार को अनुच्छेद 21 के अन्तर्गत मौलिक अधिकार घोषित किया। इस निर्णय के आलोक में प्रजनन स्वायत्तता को स्पष्ट संवैधानिक संरक्षण देना न्यायसंगत और आवश्यक है।

### 7.3 पुरुषों की भागीदारी सुनिश्चित करें

परिवार नियोजन की ज़िम्मेदारी केवल महिलाओं पर नहीं डाली जा सकती। पुरुष नसबंदी को प्रोत्साहित करने के लिए विशेष जागरूकता अभियान चलाए जाएँ। पाठ्यक्रम में लैंगिक समानता और साझा निर्णय-निर्माण को स्थान दिया जाए। जब तक पुरुषों की भागीदारी नहीं बढ़ती, परिवार नियोजन का बोझ असमान बना रहेगा।

### 7.4 केरल मॉडल का विस्तार

केरल की सफलता किसी एक नीति का परिणाम नहीं है, यह उच्च महिला साक्षरता, मज़बूत सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र, महिलाओं की राजनीतिक भागीदारी और सामाजिक सुरक्षा जाल के संयोजन से आई है। इस समग्र मॉडल को बिहार, उत्तर प्रदेश और राजस्थान जैसे राज्यों में चरणबद्ध रूप से लागू किया जाना चाहिए, न कि केवल कुछ योजनाओं की नकल।

### 7.5 अंतर विभाजकता और प्रौद्योगिकी

एक ही नीति सभी पर लागू करना वास्तव में असमानता को और बढ़ाता है। दलित, आदिवासी, मुस्लिम और विकलांग महिलाओं की ज़रूरतें अलग हैं, नीति में यह विविधता स्वीकार की जानी चाहिए। साथ ही,

Telehealth, mobile-based counselling और digital health monitoring के ज़रिये दूरदराज़ के क्षेत्रों तक प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएँ पहुँचाना अब व्यावहारिक रूप से सम्भव है। पंचायती राज संस्थाओं में महिला प्रतिनिधियों को स्थानीय स्वास्थ्य नीति-निर्माण में सक्रिय रूप से शामिल किया जाए।

## 8. निष्कर्ष (Conclusion)

इस शोध पत्र की यात्रा कई परतों से गुज़री है, ऐतिहासिक, सांख्यिकीय, नीतिगत और सैद्धांतिक। इन सभी को एक साथ देखने पर जो चित्र उभरता है, वह न पूरी तरह निराशाजनक है और न पूरी तरह संतोषजनक।

भारत ने TFR को 2.0 पर लाने की जो उपलब्धि हासिल की है, वह सराहनीय है। MMR का 97 पर आना, संस्थागत प्रसव का 88.6% तक पहुँचना, ये संकेत देते हैं कि नीतियों ने असर किया है। परन्तु जब यह देखते हैं कि महिला नसबंदी 37.9% है और पुरुष नसबंदी 0.3%, तब यह स्पष्ट हो जाता है कि यह उपलब्धि अभी भी असमान कीमत पर मिली है।

आपातकाल का नसबंदी अभियान मुख्यतः पुरुषों पर था, इस ऐतिहासिक तथ्य को स्वीकार करना ज़रूरी है, क्योंकि उसकी प्रतिक्रिया ने जो रास्ता चुना, उसने महिलाओं को दशकों तक असमान बोझ का वाहक बनाए रखा। Two-child policy जैसी दण्डात्मक योजनाएँ इसी पुरानी सोच की वापसी हैं, और ये न नैतिक हैं, न प्रभावी।

केरल का अनुभव बताता है कि जब महिलाएँ सच में शिक्षित और स्वायत्त होती हैं, तो जनसंख्या नीति की ज़रूरत नहीं पड़ती, जनसंख्या स्वयं स्थिर हो जाती है। यही इस शोध की केन्द्रीय स्थापना है और यही भारत की भविष्य की जनसंख्या नीति की दिशा होनी चाहिए। महिला सशक्तिकरण और जनसंख्या स्थिरता दो अलग लक्ष्य नहीं हैं, एक साधने पर दूसरा स्वतः सधता है।

## संदर्भ सूची (References)

1. Agarwal, B. (1994). *A field of one's own: Gender and land rights in South Asia*. Cambridge University Press.
2. Bhattacharya, M. (2004). *Women's empowerment and reproductive health: Linkages throughout the life cycle*. UNFPA Working Paper.
3. Boserup, E. (1970). *Woman's role in economic development*. St. Martin's Press.
4. Dreze, J., & Sen, A. (1995). *India: Economic development and social opportunity*. Oxford University Press.
5. Government of India. (2000). *National Population Policy 2000*. Ministry of Health and Family Welfare.
6. International Institute for Population Sciences (IIPS) & ICF. (2021). *National Family Health Survey (NFHS-5), 2019–21: India*. IIPS.
7. International Institute for Population Sciences (IIPS) & Macro International. (1995). *National Family Health Survey (NFHS-1), 1992–93: India*. IIPS.
8. International Institute for Population Sciences (IIPS) & Macro International. (2007). *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*. IIPS.
9. International Institute for Population Sciences (IIPS) & ICF. (2017). *National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16: India*. IIPS.

10. Jejeebhoy, S. J. (1995). *Women's education, autonomy and reproductive behaviour: Experience from developing countries*. Clarendon Press.
11. Justice K. S. Puttaswamy (Retd.) & Anr. v. Union of India & Ors., (2017) 10 SCC 1 (Supreme Court of India).
12. Krishnamurthy, J. (2007). *Women in colonial India: Essays on survival, work and the state*. Oxford University Press.
13. Mazumdar, V. (Ed.). (1985). *Women and rural transformation*. Concept Publishing Company.
14. Ministry of Health and Family Welfare. (2016). *Mission Parivar Vikas: Family planning for prosperity*. Government of India.
15. Office of the Registrar General, India. (2011). *Census of India 2011: Primary census abstract*. Government of India.
16. Sample Registration System. (2022). *Special bulletin on maternal mortality in India 2018–20*. Office of the Registrar General, India.
17. Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
18. Shah Commission of Inquiry. (1978). *Interim report II*. Government of India.
19. Tarlo, E. (2003). *Unsettling memories: Narratives of the Emergency in Delhi*. University of California Press.
20. United Nations. (1994). *Programme of action of the International Conference on Population and Development (ICPD)*. UNFPA.
21. United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1)*. United Nations General Assembly.
22. Visaria, L. (1999). *Deficit of women in India: Magnitude, trends, regional variations and determinants*. In M. Das Gupta, L. Chen, & T. N. Krishnan (Eds.), *Women's health in India* (pp. 88–118). Oxford University Press.
23. Visaria, P. (2004). *Population policies and reproductive health*. *Economic and Political Weekly*, 39(52), 5558–5566.
24. World Health Organization. (2019). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. WHO.