



मज्ञान्त् टध्दज्ञकज्ञश्रज्ञौ । कज्ञ रम्मज्ञन्,
श्रदज्ञज्ञ, टज्ञौश्र ँर्त् वश्रनै व्ज्ञलै सैध्च्छक
धश्रव्ज्ञश्र श्न्यज्ञौज् कज्ञर्यक्रम
एक वैचारिक ढाँचा

अप्रैल 2014

Futures
GROUP

A GRM FUTURES GROUP
COMPANY



EngenderHealth
for a better life

कवर फोटो क्रेडिट (दक्षिणावर्त): डेविस डेनिस, बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन, श्रेयांस भंसाली

प्रस्तावित प्रशंसनीय उल्लेख: के. हार्डी, के. न्यूमैन, एल. बकमजिआन, जे. कुमार, एस. हैरिस, एम. रोडरीगज़, और के. विल्सन। 2013। मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने का वाला स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम: एक वैचारिक ढाँचा। वाशिंगटन, डी.सी.: फ्यूचर्स ग्रुप।

आई.एस.बी.एन. :978-1-59560-015-8

यह रिपोर्ट मूल रूप से अगस्त 2013 में अंग्रेजी में प्रकाशित और अप्रैल 2014 में संशोधित की गई थी। इसके स्पेनी और फ्राँसीसी संस्करण पर भी उपलब्ध हैं। www.futuresgroup.com

यह रिपोर्ट बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन द्वारा वित्त पोषित अनुसंधान पर आधारित है। इसमें निहित जाँच परिणाम और निष्कर्ष लेखकों के हैं, और ये अनिवार्य रूप से बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन के दृष्टिकोण या नीतियों को प्रतिबिंबित नहीं करते हैं।

मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम : एक वैचारिक ढाँचा – यह कार्य इसके अधिकार धारकों और इसके लेखकों (कैरन हार्डी, कैरन न्यूमैन, लिन बकमजिआन, जन कुमार, शैनन हैरिस, मारिएला रोडरीगज़, और के. विल्सन) द्वारा सार्वजनिक क्षेत्र को समर्पित है। यह प्रकाशनाधिकार द्वारा सुरक्षित नहीं है और इसे बिना अनुमति के मुक्त रूप से पुनः प्रकाशित एवं वितरित किया जा सकता है। विस्तृत जानकारी के लिए, <http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/> पर पूर्ण लाइसेंस डीड देखें।

मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम

एक वैचारिक ढाँचा

द्वारा
कैरन हार्डी
कैरन न्यूमैन
लिन बकमजिआन
जन कुमार
शैनन हैरिस
मारिएला रोडरीगज़
के. विल्सन

स्वीकृतियां	v
कार्यकारी सारांश	Error!
Bookmark not defined.i	
संक्षिप्त रूप	x
1. परिचय	1
2. मानव अधिकार और स्वास्थ्य और स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन की नींव	4
मानवाधिकार और स्वास्थ्य	4
स्वैच्छिक और मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन की नींव	5
प्रजनन अधिकारों और गर्भनिरोधक विकल्पों के विविध उल्लंघन	6
3. मानव अधिकार-आधारित और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रोग्रामन	7
4. स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन प्रोग्रामन	9
मानव अधिकारों को स्वैच्छिक परिवार नियोजन के लिए व्यवहार में लागू करना	12
5. स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन के लिए ढाँचा	14
ढाँचें का विकास और उद्देश्य	14
ढाँचें के अवयव	16
सहायक प्रमाणों और उपकरणों की समीक्षा	17
जानकारी और गतविधियां	22
देश के संदर्भ में	22
नीतिगत स्तर पर	23
सेवा के स्तर पर	26
सामुदायिक स्तर पर	28
व्यक्तिगत स्तर पर	30
उत्पाद	31
परिणाम और प्रभाव	34
6. सारांश और अनुशंसाएं	36
परिशिष्ट 1. प्रजनन अधिकारों को स्थापित करती संधियां, घोषणाएं, और प्रसंविदाएं	38
संदर्भ	44
परिभाषिक शब्दावली	54

स्वकृत्यज्ञ |

यह कार्य बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन के साथ स्वैच्छिक परिवार नियोजन स्वास्थ्य प्रोग्रामनग के मूल सिद्धांतों और यौनिक एवं प्रजनन में ज़ोर-जबरदस्ती के अनुभवों का पता लगाने के लिए एक छोटे से अनुबंध से आगे बढ़ा है। जब हमने मेरी स्टोप्स इंटरनेशनल (एम.एस.आई.) और विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू.एच.ओ.), इन दो संगठनों के साथ सहयोग शुरू किया तब इस कार्यक्षेत्र का विस्तार हुआ – वर्तमान में ये दोनों संस्थाएं अधिकार-आधारित परिवार नियोजन पर देश के कार्यक्रमों के लिए मार्गदर्शन प्रदान करने में रुचि रखती हैं।

हम अपने काम के लिए अब तक प्राप्त हुई सकारात्मक प्रतिक्रिया और उन कई सारे लोगों के बेहद आभारी हैं जिन्होंने हमारे साथ सहयोग किया और रचनात्मक प्रतिक्रिया दी है। हम बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन के कर्मचारियों को, विशेष रूप से विन ब्राउन और मोनिका कैरीगन को उनके समर्थन और मार्गदर्शन के लिए धन्यवाद देते हैं। उनके योगदानों के साथ ही नेल ड्रूस, सैंड्रा जोर्डन, और जेन हॉबसन ने परिवार नियोजन 2020 (एफ.पी. 2020) प्रयास के महत्वपूर्ण काम के लिए विशेष कर उनके उच्च-स्तर के संदर्भ समूह और विशेषज्ञ कार्यशील समूह, अधिकार एवं सशक्तिकरण और निष्पादन निगरानी और जवाबदेही की कड़ी प्रदान की है।

हम एम.एस.आई. के लियो ब्रायंट को भी विशेष धन्यवाद देते हैं, जिन्होंने स्वैच्छिक और अधिकार-आधारित परिवार नियोजन के लिए प्रयासों के संयोजन का समर्थन किया और कुशलतापूर्वक कई मंत्रणाओं को सहज बनाया। हम लाले से और मारिया रोडरीगज़ और डब्ल्यू.एच.ओ. संचालन समिति के अन्य सदस्यों को प्रस्तुत वैचारिक ढाँचे की समीक्षा, साथ ही संसाधन संघटन और प्रजनन स्वास्थ्य गठबंधन आपूर्ति के बारे में जागरूकता कार्य समूह की दो वेबिनार मंत्रणाओं की मेजबानी के लिए, विशेष रूप से लो कॉम्पोनेलै, फ्रांसिस फिक्स, मारिया रोजा गराटे, और ग्लोरिया कास्टानी प्राडो का धन्यवाद करते हैं। हम यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों पर यू.के. नेटवर्क को रूपरेखा पर चर्चा के लिए एक बैठक की मेजबानी करने के लिए, साथ ही व्यावहारिक टिप्पणियों के लिए बैठक के प्रतिभागियों का भी धन्यवाद करते हैं। अंत में, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन पर अप्रैल 2013 डब्ल्यू.एच.ओ. मंत्रणा के प्रतिभागियों को धन्यवाद देते हैं। मंत्रणा में 25 से अधिक देशों से 100 से ज्यादा लोगों ने ढाँचे की मंत्रणा में भाग लिया और समीक्षा के लिए आगे की दूसरों को प्रस्तुत किया है; हम उनकी ईमानदारी से सराहना करते हैं।

अंत में, हम क्रमशः पयूचर्स ग्रुप की लोरी मेरिट और जिनी गॉर्डन का उनके विशेषज्ञ संपादन और ग्राफिक डिजाइन के लिए धन्यवाद करते हैं।

2012 लंदन परिवार नियोजन शिखर सम्मेलन में, दुनिया के नेताओं ने 2020 तक परिवार नियोजन के 120 मिलियन नए उपयोगकर्ताओं तक पहुँचने के लिए प्रतिबद्धता दी, यह ऐसा प्रयास है जिसे अब एफ.पी. 2020 के रूप में जाना जाता है। इसी समय, प्रासंगिक हितधारकों ने जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन (आई.सी.पी.डी.) के बाद 20 वर्षों में हुई प्रगति की समीक्षा करना आरंभ किया, साथ ही 2015 के बाद मिलेनियम विकास लक्ष्यों के विकास के एजेंडे पर विचार शुरू कर दिया। इन प्रयासों के लिए नज़र आती राजनीतिक इच्छाशक्ति और फंडिंग देने का वादा, दुनिया भर में परिवार नियोजन कार्यक्रमों को बदलने के लिए एक असाधारण अवसर प्रदान करते हैं, लेकिन एक बड़ी चुनौती भी पेश करते हैं। एफ.पी. 2020 के लिए सकारात्मक प्रतिक्रिया के बीच, कुछ सामाजिक संगठनों ने चिंता व्यक्त की कि 120 मिलियन नए उपयोगकर्ताओं तक पहुँचने का संख्यात्मक लक्ष्य 1994 आई.सी.पी.डी. में निहित मानव अधिकार केंद्रित दृष्टिकोण से पीछे हटने का संकेत दे सकता है।

मानव अधिकारों का सम्मान और रक्षा करने वाली स्वैच्छिक परिवार नियोजन सेवाओं के साथ दुनिया भर में लाखों महिलाओं और पुरुषों तक पहुँचने का लक्ष्य हासिल करने के लिए, अगले दशक और उससे आगे विविध हितधारकों के बीच टोस और समन्वित प्रयासों की जरूरत होगी। इसके लिए एक नए कार्यक्रम संबंधी दृष्टिकोण की भी जरूरत होगी जिसे सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार समुदायों दोनों का समर्थन प्राप्त हो। स्वैच्छिकतावाद का सिद्धांत परिवार नियोजन के लिए लंबे समय से अंतरराष्ट्रीय समर्थन की आधारशिला रहा है; और प्रजनन अधिकारों की एक विस्तृत सूची का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने की आवश्यकता को विशेष रूप से 1994 आई.सी.पी.डी. के बाद से व्यक्त किया गया है।

स्वैच्छिक, मानव अधिकार—आधारित परिवार नियोजन के लिए एक नये वैचारिक ढाँचे का उद्भव

यह लेख, एक नये वैचारिक ढाँचे को प्रस्तुत करता है, जिसे मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रमों के प्रावधान के लिए सरकार की प्रतिबद्धताओं और एफ.पी. 2020 के लक्ष्यों, दोनों को पूरा करने के लिए एक मार्ग के रूप में डिजाइन किया गया है। ढाँचा महत्वपूर्ण सवाल का जवाब देता है, “हम कैसे सुनिश्चित कर सकते हैं कि सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम स्वैच्छिक परिवार नियोजन पहुँच बढ़ाने की ओर उन्मुख हों और उनके डिजाइन, मूल्यांकन और क्रियान्वयन में मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति का इस्तेमाल हो?” जिस व्यापक संदर्भ में कार्यक्रम संचालित होता है उसके साथ साथ नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत स्तरों पर कार्यक्रम संबंधी आवश्यक तत्वों को ध्यान में रखते हुए, यह ढाँचा निश्चित करता है कार्यक्रम कैसा हो सकता है। यह नया ढाँचा परिवार नियोजन और देखभाल व्यवस्थाओं की गुणवत्ता पर मानव अधिकार कानूनों और सिद्धांतों को प्रयोग में लाते हुये, पहले की समानंतर पारंपरिक सोच को परिवार नियोजन में अधिकार के मुद्दे को टोस बनाने के लिए एक साथ लाता है। ढाँचा यह भी दर्शाता है कि मानव अधिकार—आधारित दृष्टिकोण और एक सार्वजनिक स्वास्थ्य आधारित दृष्टिकोण पारस्परिक मजबूत बनाने वाले हो सकते हैं, यदि प्रोग्रामन सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के परिणामों दोनों तक पहुँचने पर आधारित हो।

अर्डमैन और कुक (2008) द्वारा सारभूत हुए अधिकार दस्तावेजों के अलावा, प्रासंगिक मौजूदा ढाँचों से संयोजन के तत्वों से सीखते हुए, मानवाधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम

- मुख्य परिवार नियोजन कार्यक्रम के तत्वों का वर्णन अधिकारों, सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के सिद्धांतों को शामिल के संदर्भ में करता है।
- स्वैच्छिक परिवार नियोजन (एफ.पी.) कार्यक्रमों के विकास, कार्यान्वयन, और निगरानी एवं मूल्यांकन में प्रजनन अधिकारों के लिए एक व्यावहारिक दृष्टिकोण प्रदान करता है।
- कार्यक्रम आदानों (इनपुट) और गतिविधियों को सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के परिणामों और प्रभावों के साथ जोड़ता है।
- प्रकाश डालता है कि कैसे देश व्यापक, उच्च गुणवत्ता वाले एफ.पी. प्रोग्रामन का समर्थन करने को एक अंतर्निहित अंग के रूप में अधिकार की प्राप्ति की ओर आगे प्रगति के लिए निवेश कर सकते हैं।

ढाँचे का उद्देश्य नीति, सेवा, समुदाय और व्यक्तिगत स्तरों पर कार्यक्रम के डिजाइन, क्रियान्वयन, और निगरानी एवं मूल्यांकन में नीति निर्माताओं, कार्यक्रम प्रबंधकों, दाताओं, और नगर समाज की सहायता करना है। इसे एक तर्क मॉडल के रूप में तैयार किया गया है जहाँ इनपुट और गतिविधियों को उत्पादों, परिणामों, और प्रभावों के साथ जोड़ा गया है, विशेष रूप से, यह

- सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के वांछित परिणामों और प्रभावों को प्राप्त करने के लिए नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत स्तरों में आवश्यक आदानों (इनपुट्स) शामिल करता है।
- इन चार स्तरों को देश के संदर्भ में स्थापित करता है, जो परिवार नियोजन की आपूर्ति और उसके लिए माँग दोनों को प्रभावित करते हैं।
- दर्शाता है कि चारों स्तर – प्रजनन आत्मनिर्णय; यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, सूचना, और शिक्षा; और समानता एवं भेदभावहीनता – को समर्थन कैसे देते हैं।
- एफ.पी. प्रोग्रामन में देखभाल की गुणवत्ता पर मौजूदा फोकस को उपलब्धता, पहुँच, स्वीकार्यता, और गुणवत्ता की अवधारणाओं से जोड़ता है।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार प्रोग्रामन के सिद्धांतों को दर्शाता है।
- कार्यक्रम के सभी चरणों (यानी आंकलन, नियोजन, क्रियान्वयन, निगरानी और मूल्यांकन, पैमाना बढ़ाना, और बनाए रखना) के लिए लागू होता है।
- अधिकारों के उल्लंघन के प्रभावी निवारण और कथित या पुष्टि की गई कमजोरियों से निपटने के लिए जवाबदेही तंत्र के महत्व को प्रस्तुत करता है।
- भेदभाव, हिंसा और ज़ोर-जबरदस्ती से मुक्त प्रजनन स्वास्थ्य विकल्प चुनने के लिए व्यक्तियों की सत्ता को बढ़ावा देता है।

व्यापक होते हुए भी, ढाँचे के सभी पहलुओं को सभी संगठनों द्वारा अपनी संपूर्णता में लागू करने की जरूरत नहीं है। कुछ संगठन परिवार नियोजन प्रोग्रामग के आपूर्ति पक्ष और दूसरे माँग पक्ष पर ध्यान केंद्रित कर सकते हैं। कुछ सेवा वितरण के स्तर पर काम करते हैं, जबकि दूसरे समुदाय के स्तर पर प्रोग्रामन में विशेषज्ञता रखते हैं। अन्य नीति परिवर्तन को प्रभावित करने के लिए काम कर सकते हैं। इसी तरह, दाता फैसला कर सकते हैं कि उनके जनादेश और रणनीतियां प्रोग्रामन के किन पहलुओं का समर्थन करती हैं। लेकिन, एक व्यापक प्रणाली का नज़रिया होने से, सभी कर्ता देख सकते हैं कि उनका प्रोग्रामग स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन के लिए महिलाओं और पुरुषों की जरूरतों को पूरा करने के लिए कैसे योगदान दे रहा है। प्रणाली में कमियों को भी पहचाना जा सकता है।

ढाँचा उपलब्ध साक्ष्य और इस तरह के प्रोग्रामन के संचालन में मदद कर सकने वाले उपकरणों की समीक्षा के द्वारा समर्थित है। इन समीक्षाओं के पूर्ण जाँच परिणाम दो संलग्न लेखों में देखे जा सकते हैं (रोडरीगज और अन्य 2013; कुमार और अन्य 2013)।

ढाँचे का अनुप्रयोग और अनुशंसित अगले चरण

निम्नलिखित कार्य मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रमों को सुरक्षित और संरक्षित करने की ओर प्रगति के लिए अनुशंसित हैं:

- परिवार नियोजन पर – विशेष रूप से अल्पसेवित जनसंख्या समूहों – की पहुँच का विस्तार और मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति के गंभीर मुद्दे के आसपास चर्चा सुलभ बनाने के लिए वैश्विक और देश के स्तर पर अतिरिक्त बातचीत को प्रोत्साहित करना।
- एफ.पी. 2020 के तहत वैचारिक ढाँचे का प्रयोग देश के प्रोग्रामन और दाता सहायता के लिए एक गाइड के रूप में करना।
 - वैचारिक ढाँचे का देश और वैश्विक दोनों स्तरों पर प्रसार, जिसमें इसके उपयोग की सुविधा के लिए ढाँचे और वेब आधारित मंच पर जुड़े सबूत और उपकरणों पर पहुँच प्रदान करना शामिल है।
 - प्रोग्रामिंग में मार्गदर्शन और देश के संदर्भ में रूपांतर में वैचारिक ढाँचे के उपयोग पर चर्चा जारी रखने के लिए राष्ट्रीय/उप राष्ट्रीय और वैश्विक स्तर पर हितधारकों से अतिरिक्त समीक्षा का समर्थन करना।
- मानव अधिकार-आधारित प्रोग्रामिंग के बारे में हमारे ज्ञान में अभावों को भरने और मानव अधिकारों और सार्वजनिक स्वास्थ्य के परिणामों, दोनों का मूल्यांकन करने के लिए आगे अधिकार-आधारित दृष्टिकोण का दस्तावेजीकरण और मूल्यांकन करना।
- प्रोग्रामिंग में ढाँचा लागू करने के लिए मार्गदर्शन और उपकरण विकसित करना ताकि देश के स्तर पर और दाता समर्थन के माध्यम से इसके उपयोग को आसान बनाया जा सके।
- सबूत और उपकरणों की संबंधित समीक्षा की नवीन जानकारी जोड़ना और विस्तार करना ताकि ताकि सभी प्रासंगिक सामग्री का समावेश सुनिश्चित किया जा सके जिससे कार्यक्रमों को प्रोग्रामिंग के लिए सबसे अधिक प्रासंगिक और नवीन जानकारी पर पहुँच मिल सके।

- सभी विभिन्न स्तरों पर संचालित परिवार नियोजन कार्यक्रम सहित, ढाँचे का समर्थन करने के लिए व्यापक संकेतक चिन्हित करना। प्रासंगिक एफ.पी. 2020 कार्य समूहों द्वारा परिवार नियोजन के लिए एक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की निगरानी और मूल्यांकन करने वाले संरचनात्मक, प्रक्रिया, और परिणाम संकेतकों के एक व्यापक समूह की पहचान करना।
- अधिकार-आधारित, सार्वजनिक स्वास्थ्य के दृष्टिकोणों में नवाचार को बढ़ावा देना और स्पष्ट रूप से अधिकार-आधारित हस्तक्षेपों में अतिरिक्त निवेश करना। व्यक्तिगत सशक्तिकरण, सामुदायिक भागीदारी और क्षमता निर्माण को मजबूत करने के अतिरिक्त उपायों पर विशेष रूप से ध्यान केंद्रित करना।

ए.ए.ए.क्यू	अवेलबिलिटि, एक्सैसेबिलिटि, एक्सेप्टेबिलिटि, एंड क्वालिटि
ए.एफ.पी.	एडवांस फ़ैमिली प्लैनिंग (प्रोजेक्ट)
एड्स	एक्वायर्ड इम्यूनो डिफिशन्सी सिंड्रोम
डी.एफ.आई.डी.	(यू.के.) डिपार्टमेंट फॉर इंटरनेशनल डिवेलपमेंट
एफ.पी.	फ़ैमिली प्लैनिंग
एच.आई.वी.	ह्यूमन इम्यूनो डिफिशन्सी वायरस
एच.एम.आई.एस.	हैल्थ मैनेजमेंट इनफॉर्मेशन सिस्टम
एच.आर.	ह्यूमन राइट्स
आई.सी.पी.डी.	इंटरनेशनल कॉन्फ्रेंस ऑन पॉपुलेशन एंड डिवेलपमेंट
आई.जी.डब्ल्यू.जी.	इंटरएजेंसी जेंडर वर्किंग ग्रुप
आई.पी.पी.एफ.	इंटरनेशनल प्लैन्ड पैरेंटहुड फेडरेशन
एम.डी.जी.	मिलेनियम डिवेलपमेंट गोल
एन.जी.ओ.	नॉन गवर्नमेंट ऑरगेनाइजेशन
ओ.एच.सी.एच.आर.	(यूनाइटेड नेशन्स) ऑफिस ऑफ दि हाई कमीशनर फॉर ह्यूमन राइट्स
पी.एच.	पब्लिक हैल्थ
क्यू.ए.	क्वालिटि अश्योरेन्स
क्यू.ई.	क्वालिटि इम्प्रूवमेंट
आरस्	राइट्स
आर.एच.	रिप्रोडक्टिव हैल्थ
एस.आर.एच.	सेक्शुअल एंड रिप्रोडक्टिव हैल्थ
एस.आर.एच.आर.	सेक्शुअल एंड रिप्रोडक्टिव हैल्थ एंड राइट्स
यू.एन.सी.ई.एस.सी.आर.	यूनाइटेड नेशन्स कमिटी ऑन इकोनॉमिक, सोशल, एण्ड कल्चरल राइट्स
यू.एन.एफ.पी.ए.	यूनाइटेड नेशन्स पॉपुलेशन फण्ड
यू.एन.एच.सी.आर.	यूनाइटेड नेशन्स हाई कमीशनर फॉर रिफ्यूजीस
यू.एस.एड.	यूनाइटेड स्टेट्स एजेंसी फॉर इंटरनेशनल डेवलपमेंट
डब्ल्यू.एच.ओ.	वर्ल्ड हैल्थ ऑरगेनाइजेशन
डब्ल्यू.एच.ओ./आर.एच.आर.	वर्ल्ड हैल्थ ऑरगेनाइजेशन/रिप्रोडक्टिव हैल्थ एंड रिसर्च

1. ष्रच्य

पृष्ठभूमि

वैश्विक समुदाय के पास दुनिया भर में परिवार नियोजन कार्यक्रमों को बदलने के लिए एक असाधारण अवसर है। यह अवसर परिवार नियोजन पर 2012 में लंदन शिखर सम्मेलन के परिणामस्वरूप आया है, जहाँ 150 से अधिक विश्व नेताओं, अंतरराष्ट्रीय एजेंसियों, नगर समाज संगठनों, फाउंडेशनों, और दाता से लेकर निजी क्षेत्र और विकासशील देशों ने वर्ष 2020 तक स्वैच्छिक परिवार नियोजन सेवाओं के साथ अतिरिक्त 120 मिलियन महिलाओं और लड़कियों तक पहुँचने के लिए संसाधनों का वादा किया है। शिखर सम्मेलन ने “गर्भ निरोधकों पर पहुँच के महत्व को एक अधिकार और एक परिवर्तनकारी स्वास्थ्य और विकास प्राथमिकता दोनों के रूप में रेखांकित किया” (बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन और डी.एफ.आई.डी., 2012: 1)। इस लक्ष्य को पूरा करने वाले कार्यक्रम को अब एफ.पी. 2020 के रूप में जाना जाता है।

“जब मैं यात्रा करती हूँ और दुनिया भर में महिलाओं से बात करती हूँ, वे मुझसे कहती हैं कि गर्भनिरोधकों पर पहुँच अक्सर जीवन और मौत के बीच का अंतर बन सकती है। आज उनकी आवाज़ सुनने, उनकी आकांक्षाओं को पूरा करने, और उन्हें स्वयं और उनके परिवारों के लिए एक बेहतर जीवन बनाने के लिए ताकत देने के बारे में है।”

मेलिंडा गेट्स, सह अध्यक्ष, बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन, 11 जुलाई, 2012 के लंदन परिवार नियोजन शिखर सम्मेलन में।

लंदन परिवार नियोजन शिखर सम्मेलन ने परिवार नियोजन पर नए सिरे से ध्यान लाने के एक दशक से भी अधिक के प्रयासों को एक दायरे में समेटा। जनसंख्या और विकास पर मील के पत्थर 1994 अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन (आई.सी.पी.डी.) की 20वीं सालगिरह आ रही है, और विश्व वर्तमान मिलेनियम विकास लक्ष्यों (एम.डी.जी.) के ढाँचे से परे 2015 के बाद के विकास एजेंडे को देख रहा है। आई.सी.पी.डी. ने परिवार नियोजन को प्रजनन

स्वास्थ्य एवं मानव अधिकारों के एक व्यापक संदर्भ में स्थापित किया है। 2012 विश्व जनसंख्या स्थिति (स्टेट ऑफ दि वर्ल्ड पॉपुलेशन) की रिपोर्ट की प्रस्तावना, “चुन कर, संयोग से नहीं” बाबाटुन्द औस्टोमेहिन, कार्यकारी निदेशक, संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोष (यू.एन.एफ.पी.ए.) ने लिखा है, कि “व्यक्ति को आजादी और जिम्मेदारी से यह तय करने का अधिकार कि उसे कितने बच्चे चाहिए और कब चाहिए, दशकों से परिवार नियोजन सहित यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य में मार्गदर्शक सिद्धांत रहा है” (यू.एन.एफ.पी.ए., 2012)। आई.सी.पी.डी. और एम.डी.जी. दोनों अब परिवार नियोजन सहित प्रजनन स्वास्थ्य के लिए सार्वभौमिक पहुँच से संबंधित उद्देश्यों और लक्ष्यों को शामिल करते हैं। एम.डी.जी. ढाँचे ने प्रजनन स्वास्थ्य के लिए सार्वभौमिक पहुँच को 2007 में एक लक्ष्य के रूप में शामिल किया था।

अन्य प्रयासों में “प्रजनन स्वास्थ्य चुनौती का सामना: एच.आई.वी. की रोकथाम के लिए निरोधक और कंडोम प्राप्त करना”, 2001 इस्तांबुल सम्मेलन, जिसके परिणामस्वरूप प्रजनन स्वास्थ्य आपूर्ति गठबंधन (पुतीनचसपमेण्ववउ) की स्थापना हुई; “परिवार नियोजन का पुनःस्थापन” (यू.एस.एड., एन.डी./ए) और “अग्रिम परिवार नियोजन” (ए.एफ.पी., एन.डी.) पहले, और 2015 के लिए एक परिवार नियोजन लक्ष्य तैयार करना, जो एम.डी.जी.-5बी (रॉस और स्टोवर, 2010) का समर्थन करता है, शामिल हैं। इसके अलावा, 2009 और 2011 में अंतरराष्ट्रीय परिवार नियोजन सम्मेलन आयोजित किये गए, और तीसरा नवंबर 2013 के लिए निर्धारित है – ये सभी परिवार नियोजन के लिए बढ़ती वैश्विक दृश्यता का संकेत हैं।

दुनिया भर में 1,000 से अधिक संगठनों द्वारा हस्ताक्षरित एक नगर समाज घोषणा सहित, एफ.पी. 2020 पर सकारात्मक प्रतिक्रिया के बीच, कुछ सामाजिक संगठनों ने चिंता व्यक्त की कि 120 मिलियन नए उपयोगकर्ताओं तक पहुँचने का संख्यात्मक लक्ष्य 1994 आई.सी.पी.डी. में निहित मानव अधिकार केंद्रित दृष्टिकोण से पीछे हटने का संकेत दे सकता है (जिरार्ड, 2012; खोसला, 2012; कृष्णन, 2012)। चिंता वयक्त की गई कि एफ.पी. शिखर सम्मेलन लक्ष्य उपेक्षित महिलाओं, पुरुषों, और युवा लोगों – जिन तक पहुँचना अधिक मंहगा हो सकता है लेकिन उन्हें और अधिक वित्तीय, सामाजिक, या अन्य बाधाओं का सामना करना पड़ सकता है, जो उन्हें ऐसी सेवाओं तक पहुँचने से रोकता है – के व्यय पर शहरी समूहों के लिए सेवाओं पर ध्यान केंद्रित करने की ओर ले जा सकता है, जिन्हें पहले से ही पहुँच प्राप्त है। इन सरोकारों ने प्रजनन अधिकारों पर ध्यान केंद्रित करने की जरूरत पर जोर दिया है ताकि मजबूत जवाबदेही प्रणाली के साथ सुनिश्चित किया जा सके कि कार्यक्रम मानव अधिकार कानूनों और सिद्धांतों पर आधारित स्वैच्छिक परिवार नियोजन की सेवाएं दें। एफ.पी. 2020 के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए शिखर सम्मेलन को “हस्तक्षेपों को इस तरह से लागू करने की आवश्यकता होगी जिससे स्वास्थ्य में सुधार हो, और राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय लक्ष्य तक पहुँचने के लिए प्रयास ... (सुनिश्चित करने होंगे).... मानव अधिकारों की उपेक्षा या उल्लंघन न करें” (गुसकिन और अन्य, 2007: 452-453)।

बॉक्स 1. लंदन एफ.पी. शिखर बैठक में परिवार नियोजन और यौनिक प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार

“शिखर सम्मेलन और उसके आगे की कार्यवाही 20 साल से (आई.सी.पी.डी. द्वारा) स्थापित व्यापक एस.आर.एच.आर. (यौनिक प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार) ढाँचे के साथ पूरी तरह मेल खाएगी। शिखर सम्मेलन का समता और अधिकार पर मजबूत ध्यान केंद्रित किया जाएगा और विवाहित और अविवाहित महिलाओं, उपेक्षित समुदायों, और किशोरों के लिए अलग अलग तरह के गर्भनिरोधकों पर पहुँच की स्वतंत्रता पर जोर दिया जाएगा।

परिवार नियोजन, 2012 को लंदन शिखर सम्मेलन: 2

गर्भनिरोधकों के साथ अधिक महिलाओं तक पहुँचने पर ध्यान केंद्रित करना आई.सी.पी.डी. के व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर ध्यान केंद्रित करने को नहीं नकारेगा; इसके बजाय, यह परिवार नियोजन पर ध्यान और संसाधन आकर्षित करेगा, जो प्रजनन स्वास्थ्य के लिए एक प्रमुख घटक हैं, जिन्हें लगभग दो दशकों से अपर्याप्त ध्यान और संसाधन प्राप्त हुये हैं। वास्तव में, शिखर सम्मेलन के लिए व्यापारिक योजना ने देखा है कि एफ.पी. 2020 का कार्यान्वयन आई.सी.पी.डी. के सिद्धांतों के साथ मेल खाता हुआ हो (बॉक्स 1 देखें)।

परिवार नियोजन पर नये सिरे से ध्यान देने की जरूरत पर प्रकाश डाला गया है, संसाधनों का वादा किया गया है, और राजनीतिक इच्छाशक्ति काफी अधिक है, यह सब मिल कर वह पेश करते हैं जिसे किंगडन (1984) ने परिवर्तनकारी बदलाव के लिए अवसर की एक खिड़की के रूप में चिन्हित किया है। इस अवसर का लाभ उठाने के लिए – परिवार नियोजन, प्रजनन स्वास्थ्य, मानव अधिकार, और सार्वजनिक स्वास्थ्य का प्रतिनिधित्व करने वाले – विविध हितधारकों को एक साथ लाने की आवश्यकता होगी जिससे प्रोग्रामन करने के लिये प्रासंगिक दृष्टिकोण को काम में लाया जा सके और एफ.पी. 2020 लक्ष्य (120 लाख नए स्वैच्छिक परिवार नियोजन उपयोगकर्ताओं) को प्राप्त करने के लिए इस तरीके से स्थितियां पैदा की जा सकें जो पसंद और मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति की गारंटी दें।

एक नया वैचारिक ढाँचे विकसित करना

स्वैच्छिकतावाद का सिद्धांत लंबे समय से परिवार नियोजन के लिए अंतरराष्ट्रीय समर्थन की आधारशिला रहा है; और प्रजनन अधिकारों की एक विस्तृत सूची का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने की जरूरत को विशेष रूप

से 1994 के बाद से व्यक्त किया गया है। फिर भी, परिवार नियोजन नीतियों और कार्यक्रमों का मार्गदर्शन करने के लिए एक व्यापक परिचालन ढाँचे में स्वैच्छिकतावाद और मानव अधिकारों को जोड़ने के लिए बहुत कम प्रयास किये गये हैं। यह लेख इस आवश्यकता के लिए एक प्रतिक्रिया को प्रस्तुत करता है और इस प्रकार निम्नलिखित को शामिल करता है:

- मानव अधिकार और वे किस तरह प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन से संबंधित हैं पर चर्चा
- आई.सी.पी.डी. की विरासत – क्योंकि यह एफ.पी. 2020 के साथ आगे बढ़ने से संबंधित है – सहित, परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के आंदोलनों का प्रासंगिक इतिहास
- अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रमों का समर्थन करने वाले नये ढाँचे का विकास
- एकीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों दृष्टिकोणों को परिवार नियोजन प्रोग्रामन में कार्यशील बनाने के लिए प्रस्ताविक कार्यवाहियां

ढाँचे का विकास परिवार नियोजन आंदोलन के इतिहास की समीक्षा और विशेषज्ञों के चर्चा द्वारा समर्थित था। साहित्य/स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन के लिए प्रमाण का आधार और इस तरह का प्रोग्रामन शुरू करने के लिए उपकरणों की व्यवस्थिति समीक्षाएं की गई¹। वैचारिक ढाँचे की व्यक्तिगत रूप से और वेब आधारित परामर्श की एक श्रृंखला के माध्यम से 25 से अधिक देशों से 150 अधिक लोगों द्वारा और विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू.एच.ओ.) की अप्रैल 2013 में अधिकार-आधारित परिवार नियोजन पर आयोजित मंत्रणा में समीक्षा की गई। अंत में, यह आशा की जाती है की यह प्रयास और इसके परिणामस्वरूप बना ढाँचा एफ.पी. 2020 कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए योगदान दे सकता है।

¹ इस श्रृंखला में संलग्न दो लेखों, मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम: प्रमाणों की व्यवस्थित समीक्षा (रोडरीगज और अन्य, 2013) और मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम: उपकरणों की व्यवस्थित समीक्षा (कुमार और अन्य, 2013) को देखें।

2. मज़न्त टध्ज्जक्ज्जश्च एच। स्ज्जस्थ्य टज्ञैश्च स्ख्ख्छक्, टध्ज्जक्ज्जश्च-टज्ञध्ज्जश्चत् ष्चश्चश्चश्च थ्थ्यज्ञैज्ज वै थ्थ् ए न्भ।त्

मानव अधिकार और स्वास्थ्य

मानव अधिकार वे अधिकार हैं जिनके लोग मनुष्य होने के नाते हकदार होते हैं। “मानव अधिकार व्यक्तियों और समूहों की मौलिक स्वतंत्रता, पात्रता, और मानव गरिमा के साथ हस्तक्षेप करने वाले कार्यों और चूक के खिलाफ रक्षा की सार्वभौमिक कानूनी गारंटी हैं” (ओ.एच.सी.एच.आर., 2006: 1)। मानव अधिकारों में नागरिक, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार शामिल हैं और इनकी जड़ें अंतरराष्ट्रीय संधियों में निहित हैं, जिन्हें अंतरराष्ट्रीय कानून होने का दर्जा प्राप्त है। 1948 का मानव अधिकारों की संयुक्त राष्ट्र वैश्विक घोषणा ने अलग अलग तरह के अधिकारों और संधियों को स्पष्ट रूप से व्यक्त किया है – जैसे कि आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतरराष्ट्रीय प्रसंविदा, जो स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार की गारंटी देती है, और नागरिक और राजनीतिक कानूनी अधिकारों पर प्रसंविदा – कानूनी रूप से बाध्यकारी मानव अधिकारों को चिन्हित करती है।

मानव अधिकार कानून के तहत, सरकारें, कर्तव्य-धारक, “अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने (यानी, अधिकारों का उल्लंघन न करके, उल्लंघन को रोकने, और अधिकारों को बढ़ावा देने और लागू करने वाली नीतियों, संरचनाओं, और संसाधन बनाने) के माध्यम से उनकी (अधिकार-धारकों) जनसंख्या के लिए बेहतर स्वास्थ्य की उपलब्धि को सुविधाजनक बनाने के लिए जिम्मेदार हैं। (गुसकिन और अन्य, 2007: 450)।

स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार की विषयवस्तु और अर्थ को आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र समिति (यू.एन.सी.ई.एस.सी.आर.) में सबसे स्पष्ट रूप से निर्धारित किया गया है। यह समिति स्वतंत्र विशेषज्ञों का निकाय है, जो इसके सहभागी राष्ट्रों द्वारा आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतरराष्ट्रीय प्रसंविदा के कार्यान्वयन पर नजर रखती है। समिति मानव अधिकारों के प्रावधानों की विषयवस्तु पर अपनी व्याख्या को विषयगत मुद्दों पर सामान्य टिप्पणी (जनरल कॉमेंट) के रूप में प्रकाशित करती है। वर्ष 2000 में, समिति ने स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार (अंतरराष्ट्रीय प्रसंविदा के अनुच्छेद 12) पर सामान्य टिप्पणी संख्या 14 प्रकाशित की थी। अनुच्छेद 12 की मानकी विषयवस्तु वाला खण्ड स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार के चार “अंतर्संबंधित और आवश्यक” तत्वों – उपलब्धता, पहुँच, स्वीकार्यता, और गुणवत्ता – की जानकारी प्रदान करता है।

साथ में लिये जाने पर, ये तत्व स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने के लिए सरकार और सेवा प्रदाता दोनों के दायित्वों की पहचान करने के लिए मूल्यवान आधार प्रदान करते हैं। जिस हद तक कार्यक्रम अपनी सेवाओं को उपलब्ध, सुलभ, एवं स्वीकार्य और सामान्य टिप्पणी संख्या 14 में परिभाषित गुणवत्ता के उच्चतम प्राप्य स्तर का बनाएंगे, वह सीधे आनुपातिक होगा कि वे किस हद तक स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के लिए मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने का दावा कर सकते हैं। विभिन्न मानव अधिकारों के उपकरणों का प्रयोग केवल सरकारों को जवाबदेह बनाने के लिए किया जा सकता है, लेकिन साथ ही इन्हें – चाहे जनता में, गैर लाभकारी, या निजी क्षेत्रों – में उपलब्ध, सुलभ, स्वीकार्य और उच्च गुणवत्तापूर्ण जानकारी और सेवाएं सुनिश्चित करने के लिए नीतियों और कार्यक्रमों का मार्गदर्शन करने के

लिए भी इस्तेमाल किया जा सकता है (कोट्टिंघम और अन्य, 2010; कोट्टिंघम और अन्य, 2012)। संधियों, घोषणाओं, और प्रजनन अधिकारों की नींव डालने वाले सम्मेलनों पर अधिक विस्तृत जानकारी परिशिष्ट 1 में देखी जा सकती है।

स्वैच्छिक और मानव अधिकार—आधारित परिवार नियोजन के लिए नींव

स्वैच्छिक और मानव अधिकार—आधारित परिवार नियोजन की नींव को 1968 के मानव अधिकार पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन में देखा जा सकता है, जिसने अपनी घोषणा में शामिल किया था कि, “माता—पिता को स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से अपने बच्चों की संख्या और उनके जन्म के बीच अंतर तय करने का बुनियादी मानव अधिकार है” (यू.एन., 1968: 4)। इस अधिकार की पुष्टि बाद के तीन अंतरराष्ट्रीय जनसंख्या सम्मेलनों – 1974 में बुखारेस्ट, 1984 में मेक्सिको, और 1994 में काएरो – में फिर से की गई (सिंह, 2009)।

1994 में जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन जो काहिरा में हुआ था, ने पुष्टि की, कि

... प्रजनन अधिकार में कुछ मानव अधिकार समाविष्ट हैं, जो राष्ट्रीय कानूनों, अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार दस्तावेजों, और अन्य आम सहमति दस्तावेजों में पहले से ही मान्य हैं। ये अधिकार सभी जोड़ों और वैयक्तिकों के स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से अपने बच्चों की संख्या, जन्म के बीच अंतर और जन्म का समय तय करने, और ऐसा करने के लिए सूचना और साधन प्राप्त करने; और यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य के उच्चतम मानकों को प्राप्त करने के बुनियादी अधिकार की मान्यता पर आधारित हैं। इनमें उनके द्वारा प्रजनन के विषय में भेदभाव, ज़ोर—जबरदस्ती और हिंसा से मुक्त निर्णय लेने का अधिकार भी शामिल है, जैसा कि मानव अधिकार दस्तावेजों में कहा गया है (यू.एन.एफ.पी.ए., 1994, कार्यवाही कार्यक्रम पैरा। 7.3)।

अर्डमैन और कूक (2008: 535) मोटे तौर पर प्रजनन अधिकारों की तीन श्रेणियां बताते हैं जिसके तहत परिवार नियोजन आता है:

“प्रजनन अधिकारों का अर्थ समग्र मानव अधिकारों से है जो खराब स्वास्थ्य के कारणों के खिलाफ रक्षा और यौनिक एवं प्रजनन खुशहाली को बढ़ावा देते हैं।”

अर्डमैन और कूक, 2008: 532

1. **प्रजनन आत्मनिर्णय के अधिकार** (व्यक्ति की शारीरिक निष्ठा और सुरक्षा का अधिकार और जोड़ों और वैयक्तिकों की स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से अपने बच्चों की संख्या और जन्म के बीच अंतर तय करने का अधिकार)
2. **यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, सूचना, और शिक्षा के अधिकार** (स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार सहित)
3. **समानता और भेदभावहीनता का अधिकार** (प्रजनन के विषय में भेदभाव, ज़ोर—जबरदस्ती और हिंसा से मुक्त निर्णय करने का अधिकार है)

इस सूची में, अन्य में गोपनीयता और जीवन के अधिकार शामिल हैं (कोट्टिंघम और अन्य, 2012) और ध्यान दें कि इस तरह के अन्य अधिकारों की एक श्रृंखला, जैसे कि शिक्षा के अधिकार को भी – यद्यपि स्वतः प्रजनन अधिकार नहीं – मानव अधिकार और अविभाज्य नहीं माना जाता है, जो प्रजनन स्वास्थ्य और जनन क्षमता को

बहुत अधिक प्रभावित करते हैं। 1994 में आई.सी.पी.डी. और 20 में काहिरा सहमति पर प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर आम सहमति बनाने की प्रक्रिया पर अधिक जानकारी के लिए, परिशिष्ट 1 देखें।

प्रजनन अधिकारों और गर्भनिरोधक विकल्पों के विविध उल्लंघन

“केवल घोर उल्लंघन पर ही ध्यान केंद्रित करके – जैसे कि बिना सहमति के नसबंदी – मानव अधिकार पद्धतियां भी मानव अधिकारों के सूक्ष्म परंतु अधिक व्यापक और लगातार उल्लंघन को देखने में असफल हो सकती हैं।”

जैकबसन, 2001: 56

क्योंकि प्रजनन स्वास्थ्य से संबंधित अधिकारों के उल्लंघनों की प्रवृत्ति कुछ प्रबल मामलों – जैसे कि चीन में जबरदस्ती गर्भपात, भारत, पेरु में जबरन नसबंदी, और अधिक हाल ही में एच.आई.वी. पॉजिटिव महिलाओं – पर ध्यान केंद्रित करने की रही है, अधिकार उल्लंघनों के अधिक सूक्ष्म रूपों को देखा नहीं गया है (बारोट, 2012)। कुछ कार्यक्रम या प्रदाता ग्राहकों पर परिवार नियोजन के उन तरीकों का उपयोग करने के लिए

दबाव या जबरदस्ती करते हैं जो वे नहीं चाहते, जबकि दूसरे रुकावटें पैदा करते हैं, ये लोगों को अपनी पसंद के तरीके प्राप्त और इस्तेमाल करने से रोकते हैं। इनमें से कुछ कारक प्रत्यक्ष होते हैं तो कुछ छिपे होते हैं। जहाँ जबरदस्ती सबसे अधिक ध्यान आकर्षित करती है, एक महिला द्वारा स्वतंत्र और सूचित चुनाव के अधिकार से समझौता करने वाली सभी परिस्थितियां अधिकार का उल्लंघन हैं (एनजेंडरहेल्थ/रिसर्पोन्ड प्रोजेक्ट, 2013)। सुरक्षित और प्रभावी गर्भनिरोधकों की अपर्याप्त आपूर्ति, असंख्य बाधाएं जिनका सामना महिलाओं को गर्भनिरोधक तक पहुँचने में करना पड़ता है, और खराब गुणवत्ता वाली सेवाएं भी मानव अधिकारों के उल्लंघन से जुड़ी हुयी हैं (कोट्टिघम और अन्य, 2012)।

सितम्बर 2012 में, एक अच्छा संतुलन: 21 वीं सदी में गर्भनिरोधक विकल्प, मंत्रणा में भाग लेने वाले विशेषज्ञों ने देखा कि, परामर्श सहित परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करना, महत्वपूर्ण तो है लेकिन महिलाओं द्वारा अपने अधिकारों और विकल्पों का लाभ लेने में उनकी सशक्तता सुनिश्चित करने के लिए पर्याप्त नहीं है। उन्होंने देखा कि आदर्श रूप से, प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन का निर्णय लेने वाला व्यक्ति स्वास्थ्य प्रणाली और सामाजिक नेटवर्क द्वारा समर्थित होना चाहिए, साथ ही नीति द्वारा और कानूनी संदर्भ में संरक्षित होना चाहिए (एनजेंडरहेल्थ/रिसर्पोन्ड प्रोजेक्ट, 2013)।

इसके अलावा, जहाँ कोई गर्भनिरोधक विधि का “सही” मिश्रण नहीं है, उपलब्ध अलग अलग विधियां और उनकी पहुँच गर्भनिरोधक के उपयोग में योगदान करती हैं (रॉस और हार्डी, 2012)। विधियों के सीमित विकल्प देने वाले कार्यक्रम वास्तव में पूर्ण विकल्प देने वाले नहीं कहे जा सकते। प्रजनन अधिकार का समर्थन करने के लिए, कार्यक्रम को विधि केंद्रित से अधिक ग्राहक केंद्रित होना चाहिए; और कार्यक्रमों के डिजाइन, कार्यान्वयन और निगरानी में ग्राहक की आवाज़ और ग्राहक का परिप्रेक्ष्य शामिल होना करना चाहिए। कौन सी विधियों में निवेश करना चाहिए यह ग्राहकों के लिए मायने रखने वाली विधियों के गुणों पर आधारित होना चाहिए (डब्ल्यू. एच.ओ., 1994)। ग्राहकों के अधिकारों को नियमित निगरानी और मूल्यांकन के माध्यम से मजबूत बनाया जा सकता है जिसमें पेश किए गए विकल्पों और दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता पर ग्राहकों के विचार शामिल हों (एनजेंडरहेल्थ/रिसर्पोन्ड प्रोजेक्ट, 2013)।

3. मज़न्त टध्ज्जवज़्जश्र-टज़्जध्ज्जश्रत् टज़्जैश्र रज़्जव्जन्व रज़्जस्थ्य ज़्जिर्गज़्जम्

एफ.पी. 2020 लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए प्रोग्रामन में सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के दृष्टिकोण के एकीकरण की आवश्यकता होगी। ऐसा करने की चुनौतियों और दृष्टिकोण के बीच तनाव नये नहीं हैं (मान और अन्य, 1999; पाथ, 2001; सेल्जर, 2002; यासिन, 2004; सिनडिंग, 2007)। जैकबसन (2001: 55) ने देखा कि, “पारंपरिक सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के दृष्टिकोण अलग अवधारणात्मक ढाँचों पर आधारित हैं और प्रत्यक्ष रूप से कार्यक्रमों के लिए अलग अलग आशयों के साथ, अलग अलग तरीकों का उपयोग कर रहे हैं। अधिकार-आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बढ़ावा देने के लिए इन तरीकों में से प्रत्येक दृष्टिकोण को एक व्यावहारिक स्तर पर दोबारा सोचने और सामंजस्य स्थापित करने की जरूरत है।” सार्वजनिक स्वास्थ्य जनसंख्या के स्वास्थ्य में सुधार या अधिकांश लोगों को अधिकांश वस्तुएं प्रदान कराने पर पर ध्यान केंद्रित करता है, जबकि मानव अधिकार व्यक्तियों पर ध्यान केंद्रित करता है। और फिर भी, सार्वजनिक स्वास्थ्य के नैतिक सिद्धांत अधिकारों से समझौता या उनका उल्लंघन नहीं करते। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रोग्रामन के तीन मानक नैतिक सिद्धांतों में निम्न शामिल हैं

“अंतर्निहित धारणा यह है कि एक मानव अधिकार दृष्टिकोण में व्यक्तिगत अधिकार हर कीमत पर संरक्षित होते हैं फिर भी एक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण व्यक्तिगत अधिकारों को जनहित से अधिक विशेषाधिकार संरक्षण नहीं देता।”

गुसकिन और लौफ, 2002: 1880

- **उपकारिता**— लाभ को अधिकतम और हानि को कम करने का दायित्व
- **समता**—कार्यवाहियों के लाभ और बोझ का उचित वितरण करना
- **स्वायत्तता**—आत्मनिर्णय के लिए व्यक्तियों के अधिकार की रक्षा और दुर्बल स्वायत्तता वालों की रक्षा (शेल्टन , 2001: 15–16)

“दुनिया को एक बेहतर जगह बनाने की कोशिश में, सार्वजनिक स्वास्थ्य के दृष्टिकोण और अधिकार-आधारित दृष्टिकोण, दोनों का उपयोग करने के अपने गुण हैं। हालाँकि, हम अलग अलग लेंस के माध्यम से दुनिया को देखते हैं, हमें अपने प्रयासों को मिलाने के तरीकों पर विचार करना चाहिए।”

शेल्टन, 2001: 22

वास्तव में, अगर प्रोग्रामन सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के परिणामों, दोनों पर आधारित हो, तो एक मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण और सार्वजनिक स्वास्थ्य-आधारित पारस्परिक रूप से मजबूत करने वाले हो सकते हैं। चित्र 1 प्रोग्रामिंग में सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों, दोनों की गुणवत्ता का आकलन करने के लिए एक रूपरेखा प्रदान करता है (इंटरनेशनल फेडरेशन

ऑफ रेड क्रॉस और रेड क्रीसेंट सोसायटी और फर्स्वा जेवियर बैगनाउड सेंटर फॉर हैल्थ एण्ड ह्यूमन राइट्स, 1999, डब्ल्यू.एच.ओ., 2001 में उद्धृत)। हालाँकि इसे कभी कभी मानव अधिकारों पर सार्वजनिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए मंजूर किया गया है, परिवार नियोजन के लिए यह सुनिश्चित करना होगा कि कार्यक्रम सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के साथ मेल खाते हों; यह जनसांख्यिकीय लक्ष्यों को पूरा करने के लिए परिवार नियोजन थोपने के प्रारंभिक इतिहास को देखते हुए विशेष रूप से महत्वपूर्ण है, जैसे कि ऊपर चर्चा की गई है। “सार्वजनिक स्वास्थ्य में मानव अधिकारों की शुरुआत किसी भी पूर्व निर्धारित परिणाम थोपने

के बारे में नहीं है, बल्कि अधिकतम सार्वजनिक स्वास्थ्य लाभ की ओर प्रक्रियाओं और उनको लागू करने के बारे में है” (गुसकिन और लौफ, 2002: 1880)।

चित्र 1: एक कार्यक्रम में मानव अधिकार और सार्वजनिक स्वास्थ्य की गुणवत्ता



स्रोत: इंटरनेशनल फेडरेशन ऑफ रेड क्रॉस और रेड क्रीसेंट सोसायटी और फर्सा जेवियर बैगनाउड सेंटर फॉर हेल्थ एण्ड ह्यूमन राइट्स, 1999, डब्ल्यू.एच.ओ., 2001 में उद्धृत।

मानव अधिकार-आधारित और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रोग्रामन दोनों को परिणाम प्राप्त करने के आधार पर विकसित और डिजाइन किया जाता है। परिणाम-आधारित (इनपुट, आउटपुट, परिणाम और प्रभाव पर ध्यान) प्रबंधन को, जवाबदेही के लिए भागीदारी प्रक्रियाएं और तंत्र सुनिश्चित करने सहित मानव अधिकार कानून और सिद्धांतों के आधार पर कार्यक्रम को डिजाइन, कार्यान्वित, और निगरानी करने के साथ कार्यक्रम प्रबंधन वाहन माना जा सकता है (ओ.एच.सी.एच.आर., 2006; डब्ल्यू.एच.ओ., 2001)।

4. स्वैच्छक, टर्ज्जवर्ज्जश्र-टर्ज्जधर्ज्जश्रत् ष्रवर्ज्जश्र अन्यर्ज्जैर्ज्जर्ज्ज्म

जोड़ों और वैयक्तिकों को स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से अपने बच्चों की संख्या, जन्म के बीच अंतर और जन्म का समय तय करने, और ऐसा करने के लिए सूचना और साधन प्राप्त करने का अधिकार सबसे पहले स्वैच्छिक परिवार नियोजन का पालन करने के लिए अंतरराष्ट्रीय समर्थन के माध्यम से शुरू किया गया था। स्वैच्छिकतावाद के सिद्धांत को परिवार नियोजन के लिए सभी अमेरिकी सरकारी सहायता में एकीकृत किया गया है (रैवनहोल्ड, 1968; यू.एस. कांग्रेस, 1968; यू.एस.एड., 1982; यू.एस.एड., एन.डी./बी.; डोनाल्डसन, 1990; बौगार्ट और सिनडिंग, 2009; बैरट, 2012)। उदाहरण के लिए, अंतरराष्ट्रीय विकास के लिए अमेरिकी एजेंसी (यू.एस.एड.), जो आधी सदी से अधिक समय से परिवार नियोजन सहायता का सबसे बड़ा दाता रही है, (रॉबिन्सन और रॉस, 2007) देखता है कि उसकी सहायता स्वैच्छिक और सूचित चुनाव के सिद्धांतों के द्वारा निर्देशित हो:

- लोगों के पास स्वैच्छिक रूप से यह चुनने का अवसर है कि क्या वे परिवार नियोजन का उपयोग करना चाहते हैं या एक विशेष परिवार नियोजन विधि का।
- व्यक्तियों को विशेष विधियों के स्वास्थ्य लाभ और जोखिमों सहित अलग अलग तरह के व्यापक परिवार नियोजन विकल्पों की जानकारी पर पहुँच है।
- ग्राहक को या तो सीधे या रेफरल के माध्यम से, विधियों और सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला की पेश की जाती है।
- नसबंदी का चयन करने वाले किसी भी ग्राहक की स्वैच्छिक और सूचित सहमति को ग्राहक द्वारा लिखित सहमति दस्तावेज पर के हस्ताक्षर लेकर सत्यापित किया जाता है (यू.एस.एड., एन.डी./बी.)।

देखभाल की गुणवत्ता पर ध्यान केंद्रित करने वाले आंदोलन (जैन, 1989; ब्रूस, 1990; लाएनम और अन्य, 1993; रामा राव और मोहनम, 2003; जैन और अन्य, 2012), जो 1980 के दशक में शुरू हुये और 1990 के दशक और उसके बाद व्यापक स्वीकृति प्राप्त हुई, ने परिवार नियोजन को प्रेरित किया और प्रोग्रामन के लिये माहौल तैयार करना जारी रखा है। अधिकतम पहुँच और गुणवत्ता पहल ने देखभाल पर पहुँच और देखभाल की गुणवत्ता को संबोधित और परिवार नियोजन के रास्ते में अनावश्यक चिकित्सा बाधाओं को कम करने का प्रयास किया (बॉक्स 2 देखें)। ये सभी प्रयास सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रोग्रामन दृष्टिकोणों के भीतर स्थित थे और सभी जोड़ों और वैयक्तिकों के स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से अपने बच्चों की संख्या, जन्म के बीच अंतर और जन्म का समय तय करने, और ऐसा करने के लिए सूचना और साधन प्राप्त करने के अधिकार पर दृढ़ रहने का प्रयास किया। गुणवत्ता को संबोधित करना आवश्यक है, लेकिन कार्यक्रमों के भीतर अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति हो यह सुनिश्चित करने के लिए लेकिन पर्याप्त नहीं है, लेकिन यह उच्चतम प्राप्य स्वास्थ्य के मानक चार प्रमुख तत्वों में से एक अर्थात् गुणवत्ता को प्रत्यक्ष रूप से संबोधित करता है। यह तत्व और अन्य तीन – उपलब्धता, पहुँच और स्वीकार्यता – को आगे इस लेख के अध्याय 5 में परिभाषित किया गया है।

उनका विज़न है, “ऐसा विकासशील विश्व, जहाँ सभी महिलाएं अपने परिवारों का आकार और परिवार बनाने का समय चुनने में सक्षम हों, जहाँ कोई महिला जन्म देते हुए ना मरे, और जहाँ सभी नवजात शिशु जीवित बचें और फले फूलें”।

समता को बढ़ावा देने और परिवार नियोजन सहित जेंडर को प्रजनन स्वास्थ्य प्रोग्रामन में एकीकृत और संबोधित किया जाये यह सुनिश्चित करने के लिए पहलें की गई हैं। हाल के वर्षों में, परिवार नियोजन में समता को सेवा उपलब्धता और धन पंचमक द्वारा उपयोग के विश्लेषण के माध्यम से मापा गया है (ग्वाटकिन और अन्य, 2007; ओरटायली और मलारशेर, 2010; यू.एस.एड. स्वास्थ्य नीति पहल, 2009; सॉन्डर्स और अन्य, 2010; फॉरीट और अन्य, 2011; पाथ, 2012)। 1997 से, यू.एस.एड. इंटरएजेंसी जेंडर वर्किंग ग्रुप (आई.जी.डब्ल्यू.जी.)² विकास कार्यक्रमों में जेंडर के एकीकरण का समर्थन और कई सारी रिपोर्टें, अध्ययनों, और उपकरणों को तैयार करता रहा है (जजचरुधूपहूहपवतहध्वनजणेंचग देखें)। उदाहरण के लिए, एक अध्ययन – जो आई.जी.डब्ल्यू.जी. की जेंडर, पहुँच, और देखभाल की गुणवत्ता टास्क फोर्स और पहुँच को उच्चतम सीमा तक बढ़ाना और गुणवत्ता पहल के समर्थन से किया गया – उसमें भारत, ग्वाटेमाला और केन्या में प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों में जेंडर, देखभाल पर पहुँच, और देखभाल की गुणवत्ता के बीच प्रतिच्छेदन निर्धारित किया गया (हार्डी, 2005)। आई.जी.डब्ल्यू.जी. द्वारा अधिकृत किये गये दो अन्य आकलन प्रजनन स्वास्थ्य के परिणामों पर प्रोग्रामन में समेकित जेंडर के प्रभाव पर केंद्रित थे (बोएन्डर और अन्य, 2004; रोटॉच्च और अन्य, 2009)। असमान जेंडर मानकों को संबोधित करने के द्वारा जेंडर को एच.आई.वी./एड्स प्रोग्रामन में एकीकृत करना भी परिवार नियोजन के लिए प्रासंगिक है (पुलर्विट्ज़ और अन्य, 2006; वर्मा और अन्य, 2008; गे और अन्य, 2012)।

संयुक्त राष्ट्र की मानव अधिकारों के प्रति संगठन में व्यापक प्रतिबद्धता है। यू.एन.एफ.पी.ए. का प्रोग्रामन ढाँचा उसके 2008 दस्तावेज – *यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य ढाँचा: सभी के लिए एक वास्तविकता* – में परिलक्षित होता है (यू.एन.एफ.पी.ए., 2008)। डब्ल्यू.एच.ओ. भी यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य का समर्थन करता है। “डब्ल्यू.एच.ओ./आर.एच.आर. (रिप्रोडक्टिव हैल्थ एण्ड रिसर्च), का विज़न सभी लोगों का यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य के उच्चतम संभव स्तर तक पहुँचाना है। यह ऐसे विश्व के लिए प्रयास करता है जहाँ सभी महिलाओं के पुरुषों के यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य का आनंद उठाने के अधिकारों को प्रोत्साहित और संरक्षित किया जाए और किशोरों और जो अल्पसेवित या हाशिए पर हैं उन सहित, सभी महिलाओं और पुरुषों को यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य की सूचनाओं और सेवाओं पर पहुँच प्राप्त हो (डब्ल्यू.एच.ओ./आर.एच.आर., एन. डी.)। आई.पी.पी.एफ. ने यौनिक और प्रजनन अधिकार 1996 का एक चार्टर प्रकाशित किया और 2003 में उसे पुनः जारी किया गया। प्रतिष्ठान जैसे कि फोर्ड फाउंडेशन और ओपन सोसायटी फाउंडेशन भी लगातार प्रजनन अधिकारों का अग्रसक्रिय रूप से समर्थन करते हैं।

² इंटरएजेंसी जेंडर वर्किंग ग्रुप (आई.जी.डब्ल्यू.जी.), 1997 में स्थापित, गैर सरकारी संगठनों, अंतर्राष्ट्रीय विकास के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका एजेंसी (यू.एस.एड.), सहयोगी एजेंसियों, और यू.एस.एड. के वैश्विक स्वास्थ्य के लिए ब्यूरो नेटवर्क है। आई.जी.डब्ल्यू.जी. डब्ल्यू.एच.ओ. सहित बहुपक्षीय संगठनों के साथ सहयोग करता है।

मानव अधिकारों को स्वैच्छिक परिवार नियोजन में व्यवहार में लागू करना

जहाँ मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करना सरकारों के कानूनी दायित्व हैं, परिवार नियोजन के लिए एक मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण लेना यह सुनिश्चित करने में मदद कर सकता है कि मानव अधिकार मूल्यों और अवधारणाओं को प्रोग्रामन के सभी पहलुओं में डाला जाए (कोट्टिघम और अन्य, 2012)। बॉक्स 4 कानूनी मानव अधिकारों से संबंधित सरकारों की आवश्यकताओं और प्रोग्रामन में एक मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण लेने के बीच के अंतर पर प्रकाश डालता है। ऐसे प्रोग्रामन में ध्यान केवल स्वास्थ्य के परिणामों पर नहीं, बल्कि कार्यक्रमों को लागू कैसे किया जा रहा है उस पर भी दिया जाता है।

बॉक्स 4. एक मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण का वर्णन

“हाल के वर्षों में, दो अलग लेकिन पूरक दृष्टिकोण विकसित हुये हैं। पहला है एक कानूनी दृष्टिकोण। यह अधिकारों के सम्मान, रक्षा, और पूर्ति के कानूनी दायित्व पर जोर देने के लिए मानव अधिकार मानकों, अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार कानून की औपचारिक प्रणाली का उपयोग करता है। दूसरा है विस्तृत विकास-केंद्रित दृष्टिकोण। यह मानव अधिकारों के मानकों और सिद्धांतों से सीख लेता है और “अच्छे विकास अभ्यासों” जैसे कि भागीदारी और समावेशन के पालन की माँग करता है।

डी.एफ.आई.डी., 2005: 2

जहाँ मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की कोई एक परिभाषा नहीं है, परिवार नियोजन के लिए इस तरह के एक दृष्टिकोण को अपनाने में निम्नलिखित शामिल हैं (ओ.एच.सी.एच.आर., 2006; गुसकिन और अन्य, 2007; यू.एन.एफ.पी.ए., 2010):

- परिवार नियोजन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और कानूनों और नीतियों, जिनके तहत कार्यक्रमों होते हैं, से संबंधित *असमानताओं का विश्लेषण* करना
- सुनिश्चित करना कि योजनाएं, नीतियां और कार्यक्रम अधिकार और अंतरराष्ट्रीय कानून द्वारा स्थापित *संबंधित दायित्वों की प्रणाली में कसे हुये हों* और *मूल मानव अधिकारों के सिद्धांतों* जैसे कि *भागीदारी, जवाबदेही, भेदभावहीनता, और सशक्तिकरण* को शामिल करें
- *न्यायोचित* सेवा प्रदानगी की ओर काम करें
- सेवाओं के प्रावधान के लिए मानकों को परिभाषित करते समय स्वास्थ्य अधिकार के प्रमुख तत्वों – *उपलब्धता, पहुँच, स्वीकार्यता, और गुणवत्ता* – पर ध्यान केंद्रित करें
- *स्वयं लोगों* – विशेष रूप से सबसे उपेक्षितों – को नीति निर्माण में *भाग लेने* और जिनका कर्तव्य कार्यवाही करना है उन्हें *जवाबदेह ठहराने* के लिए *सशक्त बनाना*

मानव अधिकार को स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रमों में व्यवहार में लागू करने क्या मतलब है? कोट्टिघम और अन्य (2012) ने यह निष्कर्ष निकाला कि मानव अधिकारों के नजरिए से, गर्भनिरोधक सूचना और सेवाओं पर सार्वभौमिक पहुँच प्राप्त करने के लिए, कानूनी तौर पर आवश्यक प्राथमिकताओं में निम्न शामिल हैं:

- सार्वभौमिक पहुँच सक्षम बनाने वाले ठोस राष्ट्रीय और उप राष्ट्रीय योजनाओं की स्थापना

- कानूनी और नियामक बाधाओं को हटाना
- सुरक्षित और प्रभावी गर्भनिरोधकों की विस्तृत संभव सीमा सहित उच्च गुणवत्ता प्रजनन स्वास्थ्य वस्तुओं की निरंतर आपूर्ति
- उचित रूप से कुशल और देखरेख के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की नियुक्ति, जो एंकातता और गोपनीयता का सम्मान करें, पूरी और सही जानकारी प्रदान करें, और स्वतंत्र और सूचित सहमति सुनिश्चित करें
- उच्च गुणवत्तायुक्त सुविधाओं का रखरखाव
- पहुँच की सुविधा में आने वाली वित्तीय बाधाओं को हटाना
- मानव अधिकार और अन्य प्रतिबद्धताओं को बनाए रखा जाता है यह जाँच करने के लिए प्रभावी निगरानी और जवाबदेही तंत्र की स्थापना

बाक्स 5 यह दर्शाता है कि एफ.पी. शिखर सम्मेलन की व्यापार योजना में उल्लेखित सिद्धांत ऐसे ही मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण को अपनाया प्रतिबिंबित करती है।

बॉक्स 5. वर्ष 2020 तक 120 मिलियन अतिरिक्त महिलाओं तक पहुँचने के लक्ष्य का समर्थन करने का सिद्धांत

- उच्च गुणवत्तायुक्त, सुरक्षित, प्रभावी, स्वीकार्य, और सस्ते गर्भनिरोधक तरीकों का एक व्यापक श्रृंखला की सूचित पसंद सुनिश्चित करने के लिए नीतियों और तंत्र के माध्यम से महिलाओं और लड़कियों के मानव अधिकारों के संरक्षण; भेदभावहरीनता, और आश्वासन कि महिलाएं और लड़कियां पूरी तरह से सूचित हैं और किसी भी तरह से मजबूर नहीं हैं।
- महिलाओं और बच्चों के लिए देखभाल (एच.आई.वी. से संबंधित सेवाओं सहित) के सातत्य के भीतर परिवार नियोजन का एकीकरण, और सस्ती और उच्च गुणवत्ता की जानकारी, आपूर्ति, और परिवार नियोजन सेवाओं, जो फिर भी स्वीकार्य हों और जिन्हें फिर से महिलाओं और बच्चों के अपूरित स्वास्थ्य और विकास की जरूरतों के व्यापक समूह को पूरा करने के लिए विस्तारित किया जा सकता है, पर पहुँच की सुविधा में आने वाली बाधाओं को संबोधित करने के लिए तरीका विकसित करना
- यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों और स्वास्थ्य से संबंधित मिलेनियम विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए एकीकृत कार्यक्रम के संदर्भ में स्वेच्छिक गर्भनिरोधक जानकारी, सेवाओं, और आपूर्ति की सार्वभौमिक पहुँच।
- नीतियों और कार्यक्रम के डिजाइन और कार्यान्वयन में समता, जैसे कि नीति और वित्तीय बाधाओं को हटाना और सार्वजनिक और निजी वितरण प्रणाली का विकास करना, ताकि सबसे गरीब और सबसे कमजोर महिलाओं और लड़कियों को सस्ती, उच्च गुणवत्ता वाली परिवार नियोजन की सूचना, आपूर्ति, और सेवाओं पर आसान पहुँच की सुविधा हो।
- महिलाओं को क्या वे गर्भवती होना चाहती हैं और कब होना चाहती है साथ ही वे कितने बच्चे चाहती हैं, यह निर्णय करने में सशक्त बनाना।
- सभी हितधारकों, विशेष रूप से गरीब और उपेक्षित लड़कियों और महिलाओं के मंत्रणा, और उनके दृष्टिकोणों के आधार पर देश योजनाओं को सहभागितापूर्ण तरीके से तैयार करना।
- हितधारकों –समुदाय, सरकारों, राजनीतिक नेताओं, नागरिक समाज संगठनों (विश्वास पर आधारित संगठनों सहित), निजी क्षेत्र, दाताओं, और बहुपक्षीय – के व्यापक आधार में और उनके बीच मजबूत भागीदारी ताकि उच्च गुणवत्तायुक्त सेवा प्रदानगी, अधिक वंचित समूहों तक पहुँच, समुदाय का समर्थन जुटाना, सेवित लोगों के प्रति कार्यक्रम जवाबदेही सुनिश्चित करने में मदद करना।
- परिणामों, पारदर्शिता और जवाबदेही के प्रति प्रतिबद्धता ताकि सुनिश्चित किया जा सके कि देश और वैश्विक समुदाय परिणामों के प्रति प्रगति का ध्यान रखना, साथ ही मानव अधिकारों का संरक्षण और गरीब और उपेक्षित महिलाओं और किशोरियों तक किस हद तक पहुँच जा रहा है की निगरानी और आकलन करना।

परिवार नियोजन पर लंदन शिखर सम्मेलन, 2012: 5

5. स्वैच्छक, टध्झक्झश्र-टझध्झझश्रत् ष्रद्धश्र अन्यज्ञैज वै थ्त् ढझँच्च

ढाँचे का विकास और प्रयोजन

एक स्वैच्छक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन कार्यक्रम में क्या शामिल होना चाहिए और इसे प्रभावी ढंग से कैसे लागू किया जाना चाहिए, इसे पूरी तरह से समझने के लिए फ्यूचर्स ग्रुप से परामर्शदाताओं, एनजेंडरहेल्थ, और बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउंडेशन³ से सलाहकारों की एक टीम ने स्पष्ट रूप यह दिखाने के लिए कि स्वैच्छक और मानव अधिकार परस्पर परिवार नियोजन कार्यक्रमों को मजबूत बनाने वाले कैसे हो सकते हैं, एक वैचारिक ढाँचे का मसौदा तैयार किया। अर्डमैन और कुक (2008) से सारभूत अधिकार दस्तावेजों के अलावा प्रासंगिक मौजूदा ढाँचों⁴ से सीख लेते हुये और तत्वों को संयोजित करते हुये, मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छक, परिवार नियोजन कार्यक्रमों के इस नये ढाँचे को विकसित किया गया:

- अधिकारों, सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के सिद्धांतों को शामिल करने के संदर्भ में महत्वपूर्ण परिवार नियोजन कार्यक्रम के तत्वों का वर्णन करने के लिये।
- स्वैच्छक परिवार नियोजन कार्यक्रम के विकास, कार्यान्वयन, और निगरानी एवं मूल्यांकन में व प्रजनन अधिकारों के परिचालन के लिए एक व्यावहारिक दृष्टिकोण प्रदान करने के लिये।
- कार्यक्रम आदानों और गतिविधियों को सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के परिणामों और प्रभाव के साथ जोड़ने के लिये।
- देश कैसे निवेश कर सकते हैं और व्यापक, उच्च गुणवत्ता वाले एफ.पी. प्रोग्रामन के समर्थन के एक अंतर्निहित अंग के रूप में अधिकारों की प्राप्ति की ओर आगे प्रगति कर सकते हैं पर प्रकाश डालने के लिये।

ढाँचे का उद्देश्य “मानव अधिकार मानदंडों को विविध नीति संदर्भों और राष्ट्रीय परिस्थितियों में लागू ठोस प्रोग्रामन मार्गदर्शन में बदल कर....सिद्धांत और व्यवहार के बीच की खाई को पाटने” के माध्यम से नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत स्तर पर कार्यक्रम के डिजाइन, क्रियान्वयन, और निगरानी और मूल्यांकन के साथ नीति निर्माताओं, कार्यक्रम प्रबंधक, दाताओं, और नागरिक समाज की सहायता करना है (आर्बर, ओ.एच.सी.एच.आर., 2006: 3)। ढाँचा वांछित प्रभाव को परिभाषित करने का प्रयास करता है और इसे प्राप्त करने के लिए एक प्रणालीगत मार्ग प्रदान करता है। उसी रूप में यह निम्नलिखित प्रमुख सवालों के जवाब देने में मदद करता है:

³ टीम में वैश्विक और देश में परिवार नियोजन कार्यक्रम, नीति, निगरानी और मूल्यांकन, प्रजनन अधिकारों, और जेंडर में विशेषज्ञता शामिल थी। विशेषज्ञता को वैश्विक, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तर पर अलग अलग हितधारकों से समीक्षा द्वारा संवर्धित किया गया था।

⁴ मुख्य समीक्षित ढाँचों में की परिवार नियोजन का देखभाल गुणवत्ता ढाँचा (ब्रूस, 1990), की शामिल है, ग्राहकों के अधिकार और प्रदाताओं की जरूरतें (ह्यूजो और डायस, 1993), परिवार नियोजन में विकल्प: सूचित और स्वैच्छक निर्णय लेना और परिवार नियोजन के लिए सीड (म्स) आकलन गाइड (एनजेंडरहेल्थ, 2003 और 2011) शामिल थे।

- क्या करने की आवश्यकता है—क्या अपनी जगह पर होना चाहिए—जिससे सुनिश्चित किया जा सके कि परिवार नियोजन कार्यक्रम स्वैच्छिक है, मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करता है? (इनपुट और गतिविधियाँ)
- स्वैच्छिक, मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाला परिवार नियोजन कार्यक्रम कैसा होता है? (परिणाम)
- स्वैच्छिक, मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रम के वांछित प्रभाव क्या हैं? (परिणाम)
- एक स्वैच्छिक, मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रम को लागू करने से क्या हासिल किए जाने की आशा की जाती है? (प्रभाव)

सोच विचार

परिवार नियोजन कार्यक्रम और देखभाल की गुणवत्ता के ढाँचों पर मानव अधिकार कानून और सिद्धांतों को प्रयोग में लाकर, यह नया वैचारिक ढाँचा पहले की समानतर पारंपरिक सोच को परिवार नियोजन में अधिकार के मुद्दे को ठोस बनाने के लिए एक साथ लाता है। अधिकारों पर ध्यान केंद्रित करना और सूचित एवं स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रमों पर ध्यान केंद्रित करना, स्पष्ट रूप से अतिव्याप्त हैं। ब्रूस/जैन देखभाल की गुणवत्ता का ढाँचा (ब्रूस, 1990) और आई.पी.पी.एफ. द्वारा ग्राहकों के अधिकार और प्रदाताओं की आवश्यकताएं (ह्यूजो और डियाज, 1993) उल्लेखनीय उदाहरण हैं। ढाँचे में दृष्टिकोणों की अनुकूलता दिखाने के लिए स्वैच्छिकतावाद और अधिकारों की भाषा भी शामिल है।

परिवार नियोजन में मानव अधिकारों का समावेश भी अधिकारों के उल्लंघन के लिए जवाबदेही और निवारण का समर्थन करने वाली प्रणालियों की जरूरत की ओर ध्यान खींचता है। इसी रूप में, यह ढाँचा स्वतंत्र रूप से और बिना किसी भेदभाव के बच्चों की संख्या और जन्म के बीच अंतर तय करने के अधिकार सहित अधिकारों के उल्लंघन की निगरानी और जवाबदेही की प्रणालियों के महत्व पर प्रकाश डालता है।

यह ढाँचा परिवार नियोजन को एक समग्र, ग्राहक केंद्रित, और स्वास्थ्य प्रणालियों के नज़रिये से, मानव अधिकार और चुनाव और परिवार नियोजन के उपयोग को प्रभावित करने वाले कारकों को संबोधित करने के माध्यम से प्रोत्साहित करता है। यह उस देश और वैश्विक संदर्भों पर भी विचार करता है जिसमें परिवार नियोजन कार्यक्रम संचालित है। इसके अलावा, यह स्वास्थ्य प्रोग्रामन के वर्तमान संदर्भ को दर्शाता है, जिसमें एक ही दिशा के कार्यक्रमों की जगह स्वास्थ्य प्रणालियों को मजबूती प्रदान करने के माध्यम से सार्वभौमिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने पर ध्यान केंद्रित होता है। जहाँ एक ही दिशा के कार्यक्रमों को संचालित करना आसान है, आवश्यक एकीकृत सेवाएं देने के लिए वे वित्तीय और मानव क्षमता के साथ स्वास्थ्य प्रणालियों की तुलना में कम प्रभावी पाये जाते हैं।

सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल को जनसंख्याओं, विशेष रूप उपेक्षित और अल्पसेवित जनसंख्याओं – उदाहरण के लिए युवा, एच.आई.वी. के साथ जी रहे लोगों, प्रवासी मजदूरों, विस्थापित व्यक्तियों, या जो अक्सर दूसरों से सशस्त्र संघर्ष के फंसे हैं, और अन्य जिनकी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर खराब पहुँच होती है – के बीच असमानताओं को संबोधित किये बिना हासिल नहीं किया जा है। मानव अधिकार दृष्टिकोण ऐसी असमानताओं को संबोधित करने के लिए कारगर है, और इस प्रकार, यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के भाग के रूप परिवार नियोजन के प्रावधान के लिए मानव अधिकार दृष्टिकोण को लेना, उन सेवाओं के लिए सार्वभौमिक पहुँच को सुरक्षित करने में मदद करेगा जो मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, जहाँ तक संभव है पूर्ति करती हैं।

ढाँचा स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर हाल ही के संवाद को दर्शाता है (डब्ल्यू.एच.ओ., एन.डी.), जिन्हें आई.सी.पी.डी. द्वारा स्पष्ट रूप से व्यक्त किया गया है। सेन (2010:143) ने नोट किया कि आई.सी.पी.डी. “ने पहचाना है कि लोगों को कैसे, कब, और कितने बच्चे चाहिए इसके बारे में स्वतंत्र और जिम्मेदार चुनाव वे केवल तभी कर सकते हैं जब वे यह निर्धारित कर सकते हों कि कैसे, कब, और किन स्थितियों में वे यौन संबंध, सहवास, या शादी कर सकते हैं, और अगर ये फैसले जबरदस्ती और हिंसा से मुक्त और पूर्ण वयस्क स्वायत्तता और सत्ता से किये गये हों। आई.सी.पी.डी. ने आयु और लिंग के आधार पर शक्ति संबंधों की केन्द्रीयता को स्वीकार किया है।”

ध्यान दें कि ढाँचा गर्भपात से संबंधित गतिविधियों को संबोधित नहीं करता है; यहाँ इस्तेमाल परिवार नियोजन की परिभाषा आई.सी.पी.डी. की परिभाषा के अनुरूप है, जो कहती है (अनुच्छेद 8.25) कि “असुरक्षित गर्भपात के स्वास्थ्य प्रभाव से एक प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंता के रूप में निपटने” की जरूरत है और कि “किसी भी मामले में गर्भपात को परिवार नियोजन के एक तरीके के रूप में बढ़ावा नहीं दिया जाना चाहिए।”

ढाँचे के अवयव

ढाँचा (चित्र 2 देखें) को एक तर्क मॉडल के रूप में तैयार किया गया है, जहाँ आदानों और गतिविधियों को एफ.पी. 2020 के लिए निर्धारित उत्पादों, परिणामों, और प्रभावों के साथ जोड़ा गया है⁵। यह

- वांछित सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों के परिणामों और प्रभाव को प्राप्त करने के लिये नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत स्तर पर आवश्यक आदानों को शामिल करता है
- इन चारों स्तरों को देश के संदर्भ में रखता है जो परिवार नियोजन के लिए माँग और आपूर्ति दोनों को प्रभावित करते हैं
- दिखाता है कि कैसे चारों स्तर प्रजनन अधिकार (३) की तीन व्यापक श्रेणियों का समर्थन करते हैं⁶:
 - प्रजनन आत्मनिर्णय का अधिकार
 - यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, सूचना, और शिक्षा का अधिकार
 - समानता और भेदभावहीनता का अधिकार
- मौजूदा ध्यान को एफ.पी. प्रोग्रामन में देखभाल की गुणवत्ता को ए.ए.ए.क्यू (॥।फ)⁷ के तत्वों से जोड़ता है:
 - उपलब्धता
 - पहुँच
 - स्वीकार्यता
 - गुणवत्ता
- सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार प्रोग्रामन के सिद्धांतों को दर्शाता है:
 - सार्वजनिक स्वास्थ्य –उपकारिता, समता, स्वायत्तता
 - मानव अधिकार – भागीदारी, जवाबदेही, भेदभावहीनता, सशक्तिकरण और अंतरराष्ट्रीय संधियों से संबंध
- कार्यक्रम जीवन चक्र के सभी चरणों के लिए लागू होता है (यानी आवश्यकताओं का आंकलन, नियोजन, क्रियान्वयन, निगरानी और मूल्यांकन, बड़े पैमाने पर ले जाना, और बनाए रखना)
- अधिकारों के उल्लंघन और कथित या पुष्टि की गयी कमजोरियों से निपटने के प्रभावी निवारण के लिए जवाबदेही तंत्र के महत्व को प्रस्तुत करता है

⁵ एफ.पी. 2020 के साथ जुड़े परिणामों और प्रभावों और उन्हें मापने के लिए संकेतक के साथ और निगरानी और मूल्यांकन प्रणाली पर काम कर रहे समूहों में निगरानी और जवाबदेही कार्य समूह और अधिकार और सशक्तिकरण कार्य समूह शामिल हैं।

⁶ इन श्रेणियों के बारे में अधिक जानकारी के लिए अर्डमैन और कुक, 2008 देखें।

⁷ इन ए.ए.ए.क्यू (॥।फ) शब्दावली की परिभाषा और चर्चा के लिए इस अध्याय का “आपटपुट” भाग देखें।

- भेदभाव, हिंसा और जबरदस्ती से मुक्त रह कर प्रजनन स्वास्थ्य विकल्प चुनने के लिए व्यक्तियों की एजेंसी को बढ़ावा देता है

ढाँचा स्पष्ट रूप से कार्यक्रम योजनाकारों द्वारा ग्राहक प्रदाता की बातचीत के दौरान क्या होता है से लेकर नीति और संसाधन पर्यावरण के प्रभावों (क्या यह चुनाव और विधि का उपयोग और ग्राहकों के अधिकारों का समर्थन या बाधित करता है?) के परे सोचने की जरूरत के साथ साथ सामुदायिक कारकों (क्या सामाजिक-सांस्कृतिक और जेंडर मानदंडों ग्राहकों के अधिकार और स्वायत्त एफ.पी. निर्णय लेने की क्षमता का समर्थन करते हैं?) को दर्शाता है। यह व्यवस्थित सोच का मार्गदर्शन करता है जिसमें पूरे कार्यक्रम पर विचार करने के लिए, सिर्फ व्यक्तिगत सेवाओं पर, सेवा वितरण बिंदु पर क्या होता है और उसे परे की सोच भी शामिल है।

व्यापक होते हुए भी, ढाँचे के सभी पहलुओं को सभी संगठनों द्वारा अपनी संपूर्णता में लागू करने की जरूरत नहीं है। कुछ संगठन परिवार नियोजन प्रोग्रामन के आपूर्ति पक्ष और दूसरे मांग पक्ष पर ध्यान केंद्रित कर सकते हैं। कुछ सेवा वितरण के स्तर पर काम करते हैं, जबकि दूसरे समुदाय के स्तर पर प्रोग्रामन में विशेषज्ञता रखते हैं। अन्य नीति परिवर्तन को प्रभावित करने के लिए काम कर सकते हैं। इसी तरह, दाता फैसला कर सकते हैं उनके जनादेश और रणनीतियां प्रोग्रामन के किन पहलुओं का समर्थन करती हैं। लेकिन, एक व्यापक प्रणाली का नजरिया होने से, सभी कर्ता देख सकते हैं कि उनकी प्रोग्रामन स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन के लिए महिलाओं और पुरुषों की जरूरतों को पूरा करने के लिए कैसे योगदान दे रहा है। प्रणाली में कमियों को भी पहचाना जा सकता है।

सहायक प्रमाणों और उपकरणों की समीक्षा

ढाँचे तैयार करने के क्रम में, टीम ने (1) सार्वजनिक स्वास्थ्य और अधिकारों के परिणामों को प्राप्त करने के लिए अधिकार आधारित दृष्टिकोण को बढ़ावा देने वाले अभ्यासों को चिन्हित करने के लिए स्वैच्छिक अधिकार आधारित परिवार नियोजन के लिए वर्तमान साक्ष्य की साहित्यिक समीक्षा (2) उपलब्ध उपकरणों की समीक्षा आयोजित की जो स्वैच्छिक अधिकार आधारित दृष्टिकोण संचालित करने में मदद कर सके। इस काम के पहले तक, स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन की कोई व्यवस्थित समीक्षा अस्तित्व में नहीं थी, और इस तरह, ऐसे प्रमाण और उपकरणों की खोज करने की जरूरत थी जो ढाँचे के घटकों का समर्थन और विस्तार कर सकें। टीम ने ढाँचे के घटकों और चार स्तर के अनुसार निष्कर्षों को संश्लेषित किया और लागू करने या विचार करने के लिए परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए महत्वपूर्ण कार्य या कारकों की पहचान करने में मदद की।

एक सफल स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन कार्यक्रम के लिए आवश्यक तत्वों की बेहतर समझ हासिल करने में मदद करने के लिए साहित्य की समीक्षा ने प्रासंगिक हस्तक्षेपों, मूल्यांकनों, और मामले के अध्ययन पर ध्यान केंद्रित किया। क्योंकि परिवार नियोजन के अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की कोई मौजूदा परिभाषा नहीं है, अधिकार-आधारित प्रोग्रामन से संबंधित प्रमाण सीमित हैं। इसलिए, समीक्षा को संपूर्ण नहीं बल्कि निरंतर अनुसंधान के लिए एक अच्छा प्रारंभिक बिंदु माना जा सकता है। खोज रणनीति के मार्गदर्शक सवालों में निम्नलिखित शामिल हैं:

1. हम कैसे सुनिश्चित कर सकते हैं कि पहुँच और इस्तेमाल को बढ़ाने की ओर उन्मुख परिवार नियोजन सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम स्वैच्छिक हों और डिजाइन, कार्यान्वयन, और मूल्यांकन इस तरह से हों, जो अधिकारों का सम्मान और रक्षा करने वाले हों?
2. स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन को बढ़ावा देने के लिए क्या कारगर है? या फिर कौन से अधिकार-आधारित हस्तक्षेप या उपकरण परिवार नियोजन की माँग और/या पहुँच (सेवा प्रदानगी) में वृद्धि करते हैं?
3. परिवार नियोजन के लिए एक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण का समर्थन करने के लिए क्या प्रमाण मौजूद है?

साहित्य खोज (डेटाबेस, व्यक्तिगत वेबसाइटों, हाथ से खोज) का उद्देश्य निम्न के लिए संदर्भ खोजना था:

1. प्रजनन अधिकारों और सशक्तिकरण के कोई भी "सिद्धांत" ("दृष्टिकोण" शामिल हो सकता है)
2. "उपकरण" या "दृष्टिकोण" जिन्हें प्रजनन अधिकारों और सशक्तिकरण का समर्थन करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रम में इस्तेमाल किया जा सकता है
3. परिवार नियोजन कार्यक्रम में "हस्तक्षेप अध्ययन"

350 दस्तावेजों की समीक्षा के निष्कर्षों को वैचारिक ढाँचे के अनुसार चार स्तरों – नीति, सेवा, समुदाय⁸, और व्यक्तिगत – में वर्गीकृत किया गया। संक्षेप में, निष्कर्षों में निम्न को सुनिश्चित करने के लिए कुछ मुख्य महत्वपूर्ण कार्यों/उपायों का पता चला:

- *नीतिगत स्तर* – शासन (विशेष रूप से राजनीतिक प्रतिबद्धता) और जवाबदेही (विशेष रूप से समुदाय के लिए) की शर्तें उन परिवार नियोजन कार्यक्रमों का समर्थन करती हैं जो अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति (विशेष रूप से जानकारी, आपूर्ति, और सेवाओं के क्षेत्रों में) करते हैं।
- *सेवा स्तर* – देखभाल की गुणवत्ता के तत्व (गुणवत्ता, पहुँच की सुविधा, उपलब्धता, और स्वीकार्यता) प्रोग्रामन का मार्गदर्शन करते हैं ताकि देखभाल के उच्चतम मानक का पालन हो और इस प्रकार निहित मानव अधिकारों के सिद्धांतों (विशेष रूप से विधि मिश्रण, तकनीकी क्षमता और सेवा एकीकरण के क्षेत्रों में) की रक्षा हो।
- *सामुदायिक स्तर* – राजनीतिक, वित्तीय और सामाजिक वातावरण को परिवार नियोजन नीति और कार्यक्रम के विकास, क्रियान्वयन, निगरानी (विशेष रूप से निर्माण के क्षेत्र, फंडिंग, और सामाजिक मानदंडों और समता) के सभी पहलुओं में विविध सामुदायिक समूहों (विशेषकर युवाओं) की प्रभावी भागीदारी से समर्थन मिलता है।

⁸ समुदाय के स्तर पर टीम की समीक्षा समुदाय की भागीदारी पर केंद्रित थी, समृद्ध साहित्य की एक विस्तृत समीक्षा के रूप में समुदायिक सहभागिता दृष्टिकोण, सामुदायिक सशक्तिकरण, और स्वास्थ्य में सामुदायिक क्षमता निर्माण इस समीक्षा के दायरे से बाहर था।

- व्यक्तिगत स्तर – एक व्यक्ति जिन विभिन्न संदर्भों में रहता है वे उसे (विशेष रूप से व्यवहार, ज्ञान, सूचना और सेवाओं पर पहुँच की सुविधा, और सशक्तिकरण के क्षेत्रों में) उसके अधिकारों का प्रयोग करने की अनुमति देते हैं।

प्रत्येक स्तर पर चिन्हित किए गए मुख्य इनपुट और गतिविधियां ढाँचे में परिलक्षित होती हैं। चिन्हित ज्ञान अंतराल सहित दृष्टिकोण, खोज रणनीति, और प्रमाण स्तर द्वारा समीक्षा पर जानकारी के लिए, इस श्रृंखला, *मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम: प्रमाणों की एक व्यवस्थित समीक्षा* (रोड्रिगेज और अन्य 2013) देखिए।

उपलब्ध एफ.पी. से संबंधित उपकरणों की समीक्षा का ध्यान उन पर केंद्रित किया गया था जो परिवार नियोजन के लिए एक स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित दृष्टिकोण के घटकों के संचालन में मदद कर सकते हैं। खोज रणनीति, उपकरण के साथ अनुभव के मूल्यांकन पर केंद्रित थी। तीन सौ पचास संसाधन दस्तावेजों की समीक्षा की गयी और उन में से, 150 को ढाँचे की चार श्रेणियों – नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत के साथ पांचवी सभी पर लागू होने वाली (सभी चार स्तरों के साथ जुड़ी हुई) में वर्गीकृत किया गया, और फिर आगे निम्न के आधार पर वर्गीकृत किया गया:

- प्रशिक्षण
- आकलन
- ढाँचा
- कार्यपद्धति
- कार्यान्वयन
- नौकरी सहायता

शामिल कुल 150 उपकरण में से, 29 प्रतिशत स्पष्ट रूप से मानव अधिकार या प्रजनन अधिकारों पर केंद्रित थे, लेकिन इसका मतलब यह नहीं है कि शेष दस्तावेजों में मानव या प्रजनन अधिकारों के लिए समर्थन (संदर्भ कभी कभी निहित थे) की कमी नजर आई। समीक्षा से पता चला कि

- मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रमों के परिचालन में एक उपकरण की क्षमता या एक उपकरण के रूप में तुलनात्मक प्रभावशीलता निर्धारित करने के लिए अधिक मूल्यांकन की जरूरत है।
- निगरानी और जवाबदेही सुनिश्चित करने के कई उपकरणों और संकेतक में अंतर मौजूद है।
- अधिकांश उपकरण मोटे तौर पर देखभाल की गुणवत्ता पर ध्यान केंद्रित करते हैं, विशेष रूप से सशक्तिकरण या ग्राहक के अधिकारों पर नहीं।

समीक्षित संसाधन दस्तावेजों और निष्कर्ष पर जानकारी के लिए इस श्रृंखला में संलग्न लेख (श्रेणी और प्रकार से) (कुमार और अन्य, 2013) *मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रम: उपकरण की एक व्यवस्थित समीक्षा*, देखें।

चित्र 2. मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए ढाँचा

आदान (इनपुट) और गतिविधियां

नीतिगत स्तर पर

- अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने वाली नीतियां तैयार/संशोधित/लागू करना और (सभी अधिकारों) पर पहुँच की सुविधा में अनुचित विकृति/अवरोध पैदा करने वाली नीतियों को समाप्त करना
- गर्भनिरोधक सुझाव सुनिश्चित करने के लिए नीतियों का विकास/संशोधन/कार्यान्वयन करना, इसमें सार्वजनिक, निजी, और गैर सरकारी संगठन (आर2) सहित अलग अलग तरह की विधियां और सेवा के तौर-तरीकों की एक श्रृंखला पर पहुँच की सुविधा शामिल है
- विभिन्न हितावाहकों (जैसे नीति-निर्माताओं, पैरवी समूहों, समुदाय के सदस्यों) की भागीदारी के लिए प्रक्रियाएँ और माहौल बनाना (आर 2/आर3)
- अंतरराष्ट्रीय सचियों के लिए प्रतिबद्धताओं (सभी अधिकारों) सहित निगरानी और जवाबदेही की प्रक्रिया का समर्थन करना और सक्रिय रूप से भागीदारी करना
- सभी परिेशों में (आर2/आर3) में पहुँच, समानता, भेदभावहीनता, और गुणवत्ता को अधिकतम करने के लिए वित्तपोषण विकल्पों की गारंटी

सेवा के स्तर पर

- सभी ग्राहकों को सटीक, निष्पक्ष, और सुबोध जानकारी सुनिश्चित करने वाली उच्च गुणवत्तापूर्ण बातचीत की जानकारी और परामर्श देना और ग्राहकों की गरिमा, गोपनीयता और एकात्मता की रक्षा करना, और अन्य एसआरएच (सभी अधिकारों) सेवाओं के बारे में बताना
- प्रभावी प्रशिक्षण और देखरेख और निष्पादन में सुधार के माध्यम से उच्च गुणवत्ता की देखभाल सुनिश्चित करना और ग्राहकों और उनके अधिकारों (सभी अधिकारों) का सम्मान करने के लिए प्रदाताओं की आधिकारिक रूप से प्रशंसा करना
- विभिन्न सेवा मॉडलों (एकीकृत, गतिशील, और/या युवाओं के अनुकूल सेवाओं सहित) के माध्यम से अल्पसंख्यक और उपेक्षित, जिनके प्रति भेदभाव होता है, और मुश्किल पहुँच वाली जनसंख्याओं सहित सभी के लिए न्यायचित सेवा पर पहुँच की सुविधा सुनिश्चित करना और अन्य एसआरएच, सेवाओं (सभी अधिकारों) के बारे में बताना
- पर्याप्त आपूर्ति और आवश्यक उपकरण और बुनियादी संरचना के समर्थन द्वारा, नियमित रूप से विधियों के विस्तृत विकल्प प्रदान करना और इम्प्लेंट/आईयूडी के उचित निष्कासन के लिए सेवाएँ सुनिश्चित करना (आर2)
- समुदाय के आदानों (इनपुट) के साथ, प्रभावी निगरानी और जवाबदेही प्रणाली स्थापित करना और बनाना रखना, और एचएमआईएस और क्यूए/क्यूआई प्रक्रियाओं (सभी अधिकार) को मजबूत बनाना

सामुदायिक स्तर पर

- सहभागितापूर्ण कार्यक्रम के विकास और कार्यान्वयन की प्रक्रिया में विभिन्न समूहों को जोड़ना (आर2/आर3)
- गठन/निगरानी में समुदाय की क्षमता को मजबूत बनाना और अधिकारों के उल्लंघन के लिए निवारण के मजबूत तरीके सुनिश्चित करना (आर2/आर3)
- प्रजनन स्वास्थ्य के वित्तपोषण और एक बेहतर देश संदर्भ और परिवार नियोजन पहुँच और (सभी अधिकारों) के उपयोग के लिए अनुकूल माहौल की पैरवी करने के लिए समुदाय को सशक्त बनाना और प्रेरित करना
- जेंडर मानकों और शक्ति असंतुलों को बदलना और समुदाय, परिवार और साथी के स्तर पर प्रजनन अधिकारों की प्राप्ति को प्रभावित करने वाली बाधाओं को कम करना (आर3)
- किशोरावस्था से वयस्कता में स्वस्थ पारगमन के लिए समर्थन (सभी अधिकार)

व्यक्तिगत स्तर पर

- प्रजनन अधिकारों, गर्भनिरोध विकल्पों (सभी अधिकारों) पर जानकारी पर पहुँच की सुविधा में वृद्धि
- प्रजनन स्वास्थ्य, आत्म सम्मान, अधिकारों, जीवन कौशलों, और पारस्परिक संचार (आर1/आर2) के बारे में शिक्षा और प्रशिक्षण के माध्यम से सशक्त करना
- आई.ई.सी./बी.सी.सी. के माध्यम से उच्च गुणवत्ता की सेवा और आपूर्ति के लिए माँग को बढ़ावा देना और अपने अधिकारों (आर2) के सम्मान, रक्षा, और पूर्ति की माँग करने के लिए व्यक्तियों को सशक्त बनाना

उत्पाद

उदाहरण रूप

- परिवार नियोजन सेवाएँ
- उपलब्ध (सेवा प्रदानगी केंद्रों की पर्याप्त संख्या, समान रूप से वितरण) होनी चाहिए
- सुलभ (सामर्थ्य के अंदर और निष्पक्ष, भेदभाव से मुक्त: सेवा प्रदानगी के लिए कोई अवसर न छूटे) होनी चाहिए
- स्वीकार्य (विकेत्सीय नैतिकता के प्रति सम्मानपूर्ण, सांस्कृतिक रूप से उचित, और ग्राहकों के नजरिए को महत्व देने वाली) होनी चाहिए
- उच्चतम गुणवत्ता वैज्ञानिक और विकेत्सीकीय उपयुक्त और अच्छी गुणवत्ता वाली (जैसे, पूर्ण, मुक्त, और सूचित निर्णय: एक लगातार उपलब्ध तरीकों का व्यापक विकल्प, सही, निष्पक्ष और व्यापक जानकारी, तकनीकी क्षमता, उच्च गुणवत्ता वाली ग्राहक-प्रदाता बातचीत, फॉलोअप और निरंतरता प्रणालियाँ और सेवाओं का उचित समूह) की होनी चाहिए
- जवाबदेही प्रणाली स्थापित हो, जो कोई भी कमजोरियों को प्रभावी ढंग से सामने लाए, और कथित तौर पर या पुष्टि किए गए अधिकारों के उल्लंघन और मुद्दों का महत्वपूर्ण, समय पर, और सम्मानजनक ढंग से निपटारा करे

- कार्यक्रम के डिजाइन, निगरानी, जवाबदेही, और गुणवत्ता के सुधार में समुदाय सक्रिय रूप से भाग लें

- सामुदायिक मानदंड विवाहित और अविवाहित महिलाओं, पुरुषों, और युवा लोगों के स्वास्थ्य एवं अधिकार और उनके परिवार नियोजन के प्रयोग का समर्थन करें

- व्यक्तियों की सत्ता को बढ़ाना ताकि उन्हें प्रजनन स्वास्थ्य निर्णय लेने और कार्यवाही करने के लिए सक्षम बनाया जाए

परिणाम

उदाहरण रूप

- महिला, पुरुष, युवा लोग भेदभाव, जोर-जबदरस्ती, और हिंसा के बिना अपने लिए तय करें कि क्या बच्चे चाहिए कब और कितने चाहिए और ऐसा करने के साधनों तक पहुँच हो
- एफ.पी. कार्यक्रमों पर विश्वास में वृद्धि हो
- एफ.पी. के लिए सार्वभौमिक पहुँच प्राप्त हो
- सेवा के प्रावधान और उपयोग में समता में वृद्धि हो
- गर्भनिरोधक तरीकों की व्यापक श्रृंखला की उपलब्धता स्थायी हो
- महिला को उनकी पसंद की विधियां बिना बाधाओं या जोर-जबदरस्ती के मिलें
- एफ.पी. आवश्यकताएँ पूरी हों; माँग संतुष्ट हो

प्रभाव

गिरावट

- अविवाहित गर्भधारणों में
- मातृ/शिशु मृत्युओं में
- असुरक्षित गर्भपातों में
- किशोरों में जनन क्षमता दर में
- कुल जनन क्षमता दर में

बढ़ोतरी

- संपूर्ण जीवन के दौरान प्रजनन मंशाओं को प्राप्त करने के लिए सत्ता
- व्यक्तियों, परिवारों, समुदायों और देशों की खुशहाली

*प्रजनन अधिकार
आर 1: प्रजनन आत्मनिर्णय
आर 2: यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, वस्तुओं, सूचना, और शिक्षा पर पहुँच
आर 3: समानता और भेदभावहीनता ('सभी आर' इंगित करता है कि सभी अधिकार सम्मिलित हैं)

देश के संदर्भ में
इस्तकों को सूचित करने लिए आंकलन करें

आदान (इनपुट) और गतिविधियां

देश का संदर्भ

ढाँचा इस बात को पहचानता है कि परिवार नियोजन कार्यक्रम एक देश के राजनीतिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, और आर्थिक वातावरण से प्रभावित होता है। मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रमों को बढ़ावा देने और लागू करने के लिए इस समग्र संदर्भ का आकलन करना और इसके भीतर काम करना और इसके पहलुओं को बदलने की तलाश करना दोनों ही महत्वपूर्ण हैं। इस तरह के विश्लेषण का मूल्य यह है कि उसकी प्रक्रिया, साथ ही उससे पैदा विश्लेषण और सिफारिशें, विशेष रूप से कमजोर वर्ग के लिए यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की सार्वभौमिक पहुँच के लिए बाधाओं की पहचान करने और उन्हें कम करने के लिए विषयों और क्षेत्रों में सहयोग की जरूरत की एक बेहतर समझ हासिल करने में मदद कर सकती हैं।

इस स्तर पर महत्वपूर्ण कार्य हैं

- देश और वैश्विक संदर्भ का समग्र आकलन करना – जिसके भीतर स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन स्थित है – और जाँच परिणामों को उपेक्षित और कमजोर जनसंख्या से संबंधित हस्तक्षेपों सहित, सभी स्तरों पर हस्तक्षेपों को सूचित करने के लिए उपयोग करना:
 - विश्व बैंक के छह आयामों – जवाबदेही और आवाज, राजनीतिक स्थिरता और समर्थन, कानून का शासन/विनियामक गुणवत्ता, सरकारी प्रभावशीलता, शक्ति संबंध और गतिशीलता, और भ्रष्टाचार का नियंत्रण – सहित समग्र देश शासन⁹
 - स्वास्थ्य के लिए सरकारी प्रबन्ध (जैसे, स्वास्थ्य प्रणालियों के निर्माण ब्लॉकों की स्थापना के माध्यम से मजबूत बनाने के लिए स्वास्थ्य प्रणाली) और परिवार नियोजन/प्रजनन स्वास्थ्य सहित स्वास्थ्य प्रशासन
 - स्वास्थ्य , प्रजनन स्वास्थ्य, और परिवार नियोजन के लिए राष्ट्रीय और स्थानीय अनुदान की उपलब्धता सहित वित्त/संसाधन
 - परिवार नियोजन से संबंधित उन नीतियों (जैसे, सुरक्षित मातृत्व नीति, युवा नीति) और स्वास्थ्य की स्थिति (जैसे, मातृ रुग्णता और मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर, शिशु स्वास्थ्य की स्थिति) सहित स्वास्थ्य नीति वातावरण
 - उपेक्षित जनसंख्याओं को प्रभावित करने वाले सहित सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भ और जेंडर मानदंड
 - नगर समाज, समुदायों, और सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के कर्ताओं के साथ जुड़ाव सहित विविध हितधारकों की भागीदारी
 - राष्ट्रीय कानूनों और नीतियों सहित वैश्विक मानव अधिकार समझौतों का पालन

⁹ सुशासन इन आयामों में उच्च रैंकिंग (<http://info-worldbank-org/governance/wgi/index.asp>) द्वारा परिभाषित किया जाता है। शासन में संसदों, मंत्रालयों, और नियामक एजेंसियों जैसी निर्वाचित और नियुक्त सरकारी निकायों द्वारा की जाने वाली गतिविधियां शामिल होती हैं। निजी कंपनियों, नगर समाज पैरवी संगठनों, सामुदायिक समूहों, और निजी व्यक्तियों को शामिल करने के लिए शासन इन से भी परे चला जाता है।

- देश स्तर के काम करने सहित दाताओं और अन्य वैश्विक कर्ताओं की वैश्विक जवाबदेही
- मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने वाले कर्तव्य-वाहक (जैसे, संधि निगरानी निकायों, मानव अधिकार अधिकरणों, राष्ट्रीय अदालतों) के रूप में सरकार के लिए अधिकारों के उल्लंघन के निवारण के साधन सहित राष्ट्रीय जवाबदेही प्रणाली स्थापित करना, इसमें निजी कर्ताओं के लिए और अंतरराष्ट्रीय सहायता के लिए जवाबदेही शामिल है।

नीतिगत स्तर पर

समर्थक नीति को सफल परिवार नियोजन प्रोग्रामन के 10 तत्वों में से एक के रूप में चिन्हित किया गया है (रिची और सलेम, 2008)। नीति-निर्माण – जहाँ जरूरी है वहीं स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित परिवार नियोजन सुनिश्चित करने के लिए पर्याप्त नहीं है – एक जटिल प्रक्रिया योजना है, जिसमें भिन्न मांगों और प्राथमिकताओं के साथ अलग अलग तरह के कर्ता जुड़े होते हैं (वॉल्ट और अन्य, 2008; ब्यूज और अन्य, 2010)। राष्ट्रीय नीतियां, कानून, परिचालन दिशानिर्देश, रणनीतिक योजनाएं और अन्य नीति से संबंधित उपकरण – केवल स्वास्थ्य के क्षेत्र में ही नहीं बल्कि अन्य क्षेत्रों में भी – यह स्थापित करते हैं कि देश परिवार नियोजन के मुद्दों को कैसे संबोधित करते हैं और क्या वे यह काम अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले तरीकों से करते हैं। उदाहरण के लिए, लैटिन अमेरिका और अफ्रीका में, स्वास्थ्य और शिक्षा के मंत्रियों ने उन घोषणाओं को अपनाया है और हस्ताक्षर किये हैं जो मानव अधिकार ढाँचे के माध्यम से यौनिकता शिक्षा प्रदान करने के लिए कार्यवाही करने के लिए उनकी सरकारों का प्रतिबद्ध बनाती हैं (कोट्टिघम और अन्य, 2012)।

नीतिगत स्तर में नीतियों को प्रभावित करने वाली कार्यवाहियां या कारक शामिल होते हैं – और इस प्रकार अनुकूल माहौल बनता है – जो न्यायोचित पहुँच और उपचार; पर्याप्त संसाधनों; सुशासन; और प्रबंधन तथा एफ.पी. की जानकारी और सेवाओं की उपलब्धता, पहुँच, स्वीकार्यता और गुणवत्ता को सुनिश्चित करने के लिए जवाबदेही को प्रभावित करता है:

परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए एक अनुकूल माहौल तैयार करना

- क. अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने वाली नीतियां तैयार/संशोधित/लागू करना और (सभी अधिकारों) पर पहुँच की सुविधा में अनुचित चिकित्सा अवरोध पैदा करने वाली नीतियों को समाप्त करना
- ऐसे कानून और नीतियों का विकास करना जो परिवार नियोजन सेवाओं की पर्याप्त रूप से उपलब्धता; भेदभाव के बिना सभी लोगों को शारीरिक और आर्थिक रूप से पहुँच; स्वीकार्यता-संस्कृति का सम्मान करने वाली और गोपनीय; और उच्चतम संभव गुणवत्ता सुनिश्चित करें
 - महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य और मानव अधिकारों की रक्षा करें
 - जेंडर समानता को बढ़ावा देने और महिलाओं को उनके प्रजनन अधिकारों को साकार करने में स्वायत्तता का समर्थन करें

- हानिकारक प्रथाओं (जैसे, बाल विवाह, जेंडर आधारित हिंसा, महिला जननांग काटने) की रोकथाम का समर्थन और इस तरह की प्रथाओं की वजह से पहुँचने वाली हानि और अधिकारों के उल्लंघन की जानकारी
- सभी समूहों के लिए सेवाओं की न्यायोचित (नस्ल, आयु, आय स्तर के संबंध में भेदभाव के बिना) सुलभता सुनिश्चित करें
- प्रजनन स्वास्थ्य के उच्चतम मानक को सुनिश्चित करना और खराब यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य (एस.आर.एच.) का बढ़ाने वाले कारकों को संबोधित करें
- पहुँच की सुविधा पर अनुचित बाधाओं (जैसे, ग्राहक पात्रता मानदंड) या विधि विशेष या निष्पादन-आधारित लक्ष्य वाली नीतियों या व्यवहार में आक्रामक होने का प्रभाव रखने वाले प्रोत्साहनों को समाप्त करें
- सेवा मानकों को स्थापित करें और कार्य परिवर्तन और कार्य सहभाजन को सक्षम बनायें और सुरक्षित और प्रभावी गर्भनिरोधक तरीकों की एक विस्तृत श्रृंखला के लिए उपयोग की सुविधा दें
- सेवा वितरण परिवेश में गोपनीयता की रक्षा करें
- व्यापक यौन शिक्षा और परिवार नियोजन (एस.आर.एस. के अंदर) पर पहुँच की सुविधा की जानकारी के प्रावधान को बढ़ावा दें
- विकल्प और उच्च गुणवत्ता की सेवा करने के लिए पात्रता की भावना प्रदान करने के लिए प्रजनन अधिकार (आर.2) के बारे में जानकारी पर पहुँच में वृद्धि

ख. गर्भनिरोधक सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए नीतियों का विकास/संशोधन/कार्यान्वयन करना, इसमें सार्वजनिक, निजी, और गैर सरकारी संगठन (आर. 2) सहित अलग अलग तरह की विधियाँ और सेवा के तौर-तरीकों की एक श्रृंखला पर पहुँच की सुविधा शामिल है

- डब्ल्यू.एच.ओ. की आवश्यक दवाओं की सूची के कार्यान्वयन को पूरा करना
- अलग अलग गर्भ निरोधकों, आपूर्तियों, और उपकरणों की सतत आपूर्ति सुनिश्चित करना
- प्रासंगिक मंत्रालयों और दाताओं द्वारा आर.एच. आपूर्ति के लिए बजट में सहयोग सुनिश्चित करना
- स्वास्थ्य और आपूर्ति की जरूरत का ध्यान रखने के लिए खरीद और आंकड़ा संग्रह प्रणाली के लिए क्षमता निर्माण करना
- एक प्रभावी आपूर्ति श्रृंखला और खरीद प्रणाली स्थापित करना, इसमें निगरानी प्रणाली शामिल हो जो सभी भागीदारों को भंडार समाप्त होने की निगरानी और वितरण प्रणाली में सुधार के लिए सक्षम बनाये
- व्यक्तियों की जरूरतों को पूरा करने वाले, सुरक्षित, प्रभावी और स्वीकार्य गर्भनिरोधक तकनीकों को विकसित करने के लिए अनुसंधान संस्थानों, निर्माताओं, सेवा प्रदानगी संगठनों और संभावित उपयोगकर्ताओं के साथ सहयोग करना

ग. ऐसी प्रक्रियाएं और माहौल बनाना जो विभिन्न हितधारकों (जैसे नीति-निर्माताओं, पैरवी समूहों, समुदाय के सदस्यों) की भागीदारी का समर्थन करें— इसमें राष्ट्रीय और विकेन्द्रीकृत स्तरों पर विविध निजी/सार्वजनिक कर्ता; राष्ट्रीय और समुदाय के स्तर पर महिला समूहों और मानवाधिकार संगठनों सहित नगर समाज संगठन; गरीब, कमजोर और उपेक्षित लोग और अन्य प्रमुख जनसंख्याएं; सामुदायिक और धार्मिक नेता; निजी क्षेत्र के कर्ता; और संबंधित क्षेत्र के कर्ता (आर.2/आर.3) निम्न कार्यों के लिए शामिल हैं:

- एफ.पी. नीतियों/कार्यक्रमों के लिए प्राथमिकताएं और मानक निर्धारित करने में योगदान करने के लिए
- परिवार नियोजन सुधार प्रक्रियाओं के लिए पैरवी करने के लिए
- नीतियों और कार्यक्रमों की निगरानी (घ बिंदु देखें) करने के लिए
- गरीब/कमजोर समूहों की आवाज और मांगों का जवाब देने के लिए
- परिवार नियोजन उपयोग में बाधाएं पैदा करने वाले पर्यावरणीय कारकों का आकलन और उन्हें संबोधित करने के लिए

घ. अंतरराष्ट्रीय संधियों के लिए प्रतिबद्धताओं (सभी अधिकारों) सहित निगरानी और जवाबदेही की प्रक्रिया का समर्थन करना और सक्रिय रूप से भागीदारी करना

- समय पर निगरानी और जवाबदेही की प्रक्रिया को सुविधाजनक बनाने के लिए पर्याप्त निगरानी और मूल्यांकन प्रणाली और आंकड़े (जैसे कि आयु, लिंग, द्वारा अलग अलग किए गए) सुनिश्चित करना
- अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों (जैसे, महिलाओं के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव के उन्मूलन से संबंधित अभिसमय या सी.ई.डी.ए.डब्ल्यू.) से प्रतिबद्धताओं और समापन टिप्पणियों पर कार्यवाही की निगरानी और अनुवर्ती कार्य (फॉलोअप) करना
- देखभाल की गुणवत्ता सहित एफ.पी. के मुद्दों पर सरकार की नीतियों और निष्पादन की निगरानी के लिए नगर समाज संगठनों और अन्व्यों (जैसे, महिला समूहों और मुख्य जनसंख्याओं) को समर्थन देना
- सुनिश्चित करना कि सरकार सेवा प्रदानगी की गुणवत्ता और परिवार नियोजन की समझ की निगरानी करें
- (भेदभाव या ज़ोर-जबरदस्ती सहित) अधिकारों के उल्लंघन को संबोधित करने के लिए जवाबदेही तंत्र/मानव अधिकार तंत्र को स्थापित या मजबूत करना; उल्लंघन का निवारण करने के लिए साधन बनाना; और अधिकारों की निगरानी के उपकरण (समता आडिट) लागू करना
- प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल शामिल किया जाए यह सुनिश्चित करने के लिए बजटीय विनियोजन की निगरानी करना

ङ. सभी परिवेशों में (आर.2/आर.3) में पहुँच, समता, भेदभावहीनता, और गुणवत्ता को अधिकतम करने के लिए वित्तपोषण विकल्पों की गारंटी

- परिवार नियोजन सेवाओं की कवरेज का विस्तार करने के लिए नीतियों को लागू करने के लिए राष्ट्रीय और दाता संसाधनों और वित्तपोषण तंत्रों को सुनिश्चित करना और अलग अलग तरह के

व्यापक विधियों और सेवाओं पर सभी (गरीब/कमजोर वर्ग सहित) के लिए पहुँच की सुविधा सुनिश्चित करना

- एफ.पी. सेवाओं, वस्तुओं, और आपूर्ति के लिए पहुँच की सुविधा को प्राप्त करने के लिए बाधाओं को समाप्त कर सकने वाली वित्तपोषण योजनाओं को चिन्हित और सुधार करना
- एफ.पी. वस्तुओं, उपकरणों, आपूर्ति, और सेवाओं के लिए एक बजट में मद सुनिश्चित करना

सेवा के स्तर पर

ग्राहकों को प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने और अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति करने वाली उच्च गुणवत्ता की सेवा प्रदान करने से सेवा प्रदानगी पर उचित तरीके से ध्यान केंद्रित हो पाता है। जैसा इस लेख में उल्लेख किया गया है, वैचारिक ढाँचा, मौजूदा मुख्य ढाँचों – सबसे विशेष रूप से, देखभाल की गुणवत्ता के मौलिक तत्व (ब्रूस, 1990), आई.पी.पी.एफ. द्वारा ग्राहकों के अधिकार और प्रदाताओं की आवश्यकताएं (ह्यूजो और डियाज, 1993), और आई.पी.पी.एफ. द्वारा प्रजनन अधिकारों पर चार्टर (आई.पी.पी.एफ., 1996) से सीख लेता है और जुड़ता है। इस लेख के लिए व्यवस्थित समीक्षा में चिन्हित किए गए अधिकांश प्रमाण और उपकरण सेवा प्रदानगी स्तर से संबंधित हैं।

सेवा के स्तर में अन्य के साथ साथ सार्वजनिक, निजी, और एन.जी.ओ.; क्लिनिक और समुदाय आधारित; स्थिर और गतिशील (मोबाइल), और सामाजिक विपणन सहित सेवा प्रदानगी के सभी तौर-तरीके शामिल हैं। सेवा प्रदानगी के स्तर पर, ढाँचा सुविधा केंद्रों और समुदायों दोनों के भीतर और उन कार्यों या कारकों पर ध्यान देता है जो स्वैच्छिक परिवार नियोजन सेवाओं को, उपलब्ध, सुलभ, और स्वीकार्य और उच्च गुणवत्तापूर्ण (जो ग्राहकों के अधिकारों और प्रदाताओं की आवश्यकताओं की पूर्ति करते हैं) बनाने के लिए स्वास्थ्य प्रणाली की क्षमता को प्रभावित करते हैं।

न्यायोचित, उच्च गुणवत्ता वाली परिवार नियोजन की जानकारी, सेवाएं, और आपूर्ति प्रदान करना

क. सभी ग्राहकों को सटीक, निष्पक्ष, और सुबोध जानकारी सुनिश्चित करने वाली उच्च गुणवत्तापूर्ण बातचीत की जानकारी और परामर्श देना और ग्राहकों की गरिमा, गोपनीयता, एकांतता की रक्षा करना, और अन्य एस.आर.एच. (सभी अधिकारों) सेवाओं के बारे में बताना

- सभी ग्राहकों को नियमित रूप से परामर्श देना और परिवार नियोजन का उपयोग करना है या नहीं और कौन सी विधि का प्रयोग करना है इसके बारे में स्वायत्त निर्णय लेने के उनके अधिकार का सम्मान और रक्षा करना
- ग्राहकों की एकांतता और गोपनीयता की रक्षा करना
- जेंडर-आधारित हिंसा को संबोधित करना और जेंडर-आधारित हिंसा के व्यापक प्रोग्रामन के साथ संपर्क स्थापित करना

ख. प्रभावी प्रशिक्षण और देखरेख और निष्पादन में सुधार के माध्यम से उच्च गुणवत्ता की देखभाल सुनिश्चित करना और ग्राहकों और उनके अधिकारों (सभी अधिकारों) का सम्मान करने के लिए प्रदाताओं की आधिकारिक रूप से प्रशंसा करना

- प्रदाताओं को पर्याप्त प्रशिक्षण, देखरेख, और संसाधन (तकनीकी ज्ञान और कौशल और अधिकारों के प्रति जागरूकता सहित) उपलब्ध कराना ताकि तकनीकी क्षमता सुनिश्चित हो और पूर्वाग्रह, कलंक, और भेदभाव को कम किया जा सके

ग. विभिन्न सेवा मॉडलों (एकीकृत, मोबाइल, और/या युवाओं के अनुकूल सेवाओं सहित) के माध्यम से अल्पसेवित और उपेक्षित, जिनके प्रति भेदभाव होता हो, और मुश्किल पहुँच वाली जनसंख्याओं सहित सभी के लिए न्यायांचित सेवा पर पहुँच की सुविधा सुनिश्चित करना और अन्य एस.आर.एच. सेवाओं (सभी अधिकारों) के बारे में बताना

- एच.आई.वी. से ग्रस्त महिलाओं और लड़कियों, संघर्ष और मानवीय संकट में रहने वाली महिलाओं और लड़कियों, गरीब, ग्रामीण निवासियों सहित पहुँच की सुविधा सुनिश्चित करना
- सुविधा केंद्रों और समुदाय के स्तर पर सेवाएं प्रदान करना
- एफ.पी. को एच.आई.वी. और मातृ, नवजात, एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के साथ उचित रूप में एकीकृत करना

घ. पर्याप्त आपूर्ति और आवश्यक उपकरण और बुनियादी संरचना (आर.2) सुनिश्चित करने के द्वारा, इम्प्लैट/आई.यू.डी. के उचित निष्कासन के लिए नियमित रूप से विधियों का विस्तृत विकल्प और सेवाएं प्रदान करना

- ग्राहक वरीयताओं को और प्रजनन इरादों की पूरी श्रृंखला की पूर्ति करने के लिए, बिना किसी भेदभाव के सभी ग्राहकों को नियमित रूप से विधियों का विस्तृत चयन की पेश करना
- आपूर्तियों, उपकरणों और काम करने वाले औजारों की विश्वसनीय, पर्याप्त माल सूची, साथ ही उच्च गुणवत्ता सेवाओं की निर्बाध प्रदानगी बनाए रखने के लिए आवश्यक बुनियादी ढाँचा सुनिश्चित करना
- सुनिश्चित करना कि केंद्रीय, जिला और स्थानीय स्तरों पर आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन प्रशिक्षण निश्चित हो

ङ. समुदाय के आदानों (इनपुट) के साथ, प्रभावी निगरानी और जवाबदेही प्रणाली स्थापित करना और बनाए रखना; और एच.एम.आई.एस. और क्यू.ए./क्यू.आई. प्रक्रियाओं (सभी अधिकार) को मजबूत बनाना

- सुनिश्चित करना कि अधिकारों का सम्मान और रक्षा करना निष्पादन की निगरानी और जवाबदेही संकेतकों, प्रक्रियाओं और प्रथाओं में अंतर्निहित हो
- कार्यक्रम की निगरानी में समुदायों को जोड़ना और एक ग्राहक प्रतिक्रिया (फीडबैक) प्रणाली स्थापित करना

- अधिकारों की अतिसंवेदनशीलता की जाँच करने और उल्लंघन के निवारण के लिए प्रणाली स्थापित करना

सामुदायिक स्तर पर

1978 में अल्मा – अता घोषणा के बाद से, स्वास्थ्य कार्यक्रमों में समुदाय की भागीदारी पर जोर दिया गया है, और यह विकास कार्यक्रमों के लिए मानव अधिकार आधारित दृष्टिकोण का एक केंद्रीय भाग है, जैसा कि 2003 में अपनाई गई संयुक्त राष्ट्र आम समझ में स्पष्ट रूप से व्यक्त है (एच.आर.बी.ए. पोर्टल, एन.डी.)। सामुदायिक भागीदारी दृष्टिकोण के पीछे दो प्राथमिक कारण हैं: (1) लागत को बराबर करने और स्थिरता को बढ़ाने के लिए समुदाय से संसाधनों का उपयोग करना और (2) समुदायों को स्वास्थ्य और विकास परियोजनाओं में अधिक सक्रिय होने के लिए सशक्त बनाना ताकि लोगों को अधिक स्वाधीनता हो और वे अपने स्वयं के जीवन का बेहतर प्रबंधन करने में समर्थ हों (वालनरस्टीन, 1993)। जैकस और लाएसैक (1998:2) समुदाय की भागीदारी के लिए बाद वाले दृष्टिकोण का वर्णन करते हैं:

“स्वास्थ्य में समुदाय की भागीदारी ... को ऐसी प्रक्रिया के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिसके द्वारा समुदाय के सदस्य (क) अपने स्वास्थ्य की जरूरतों और समस्याओं का आकलन करने के लिए अधिक से अधिक जिम्मेदारी संभालने के लिए क्षमता विकसित करते हैं; (ख) योजना बनाते हैं और फिर उनके समाधान को लागू करने के लिए कार्यवाही करते हैं; (ग) इन प्रयासों के समर्थन में संगठनों का गठन और प्रबंधन करते हैं; और (घ) प्रभावों का मूल्यांकन करते हैं और एक निरंतर आधार पर लक्ष्यों और कार्यक्रमों में आवश्यक समायोजन लाते हैं। इसलिए सामुदायिक भागीदारी एक रणनीति है जो लोगों को यह भावना प्रदान करती है कि सावधान चिंतन और सामूहिक कार्यवाही के माध्यम से वे अपनी समस्याओं का समाधान कर सकते हैं।”

सामुदायिक भागीदारी – चाहे कार्यक्रम के विकास, निगरानी, जवाबदेही की या पैरवी की ओर निर्देशित हो – यह परिवार नियोजन कार्यक्रमों की स्वीकार्यता और पारंपरिक रूप से मुश्किल पहुँच वाली जनसंख्या में कर्षण हासिल करने के लिए कार्यक्रमों की क्षमता के लिए सबसे महत्वपूर्ण रूप से योगदान दे सकती है (रिपकीन, 2003)। जहाँ सेवा प्रदानगी के स्तर पर ध्यान देना आवश्यक है, वहीं यह, यह सुनिश्चित करने के लिए पर्याप्त नहीं है कि ग्राहकों को उनकी जरूरतों को पूरा करने वाले तरीकों का विकल्प है और उन्हें अपनी पसंद के तरीकों पर पहुँच है। यह उन समुदायों में भी संभावित ग्राहकों तक नहीं पहुँचती है जहाँ एफ.पी. के उपयोग या स्वायत्त निर्णय लेने में सामाजिक-सांस्कृतिक बाधाएं महिलाओं को उनके गर्भनिरोधक के लिए सूचना और सेवाओं का प्रयोग करने के अधिकार से रोकती हैं।

समुदाय के स्तर पर, ढाँचा उन कार्यवाहियों और कारकों को ध्यान में रखता है जो समुदायों को (1) उनकी सेवा करने के लिए डिजाइन की गई नीतियों और कार्यक्रमों के विकास और कार्यान्वयन में भाग लेने के लिए; (2) नीति निर्माताओं और सेवा प्रदाताओं को जिम्मेदार ठहराने के लिए; (3) मानदंडों और प्रथाओं को अनुकूल बनाने के लिए; और (4) समुदाय के सदस्यों के उच्च गुणवत्ता वाले, स्वैच्छिक एफ.पी. सूचना और सेवाओं की पूर्ति के अधिकारों का सम्मान, सुरक्षा, और पूर्ति के लिए मानव अधिकारों और परिवार नियोजन के बारे में समुदाय के ज्ञान में वृद्धि करने के लिए सशक्त बनाता है।

नीति और कार्यक्रम विकास, कार्यान्वयन और निगरानी में न्यायोचित भागीदारी/जुड़ाव सुनिश्चित करना

- क. सहभागितापूर्ण कार्यक्रम के विकास और कार्यान्वयन की प्रक्रिया में विभिन्न समूहों को जोड़ना (आर. 2/आर.3)
- नीतियों और सेवा कार्यक्रमों के डिजाइन, कार्यान्वयन, और निगरानी में राष्ट्रीय और समुदाय के स्तर पर महिला समूहों और मानव अधिकार समूहों सहित; गरीब, कमजोर, और उपेक्षित व्यक्तियों, युवाओं, और अन्य मुख्य जनसंख्याओं, और में समुदाय और धार्मिक नेताओं को नगर समाज की भागीदारी को प्रोत्साहित और समर्थन करना
 - अल्प प्रतिनिधित्व वाले समूहों को चिन्हित और कार्यक्रम के विकास की प्रक्रिया में उनकी भागीदारी में बाधक कारकों को संबोधित करने के द्वारा एक प्रतिनिधि दृष्टिकोण सुनिश्चित करना
- ख. गठन/निगरानी में समुदाय की क्षमता को मजबूत बनाना और अधिकारों के उल्लंघन के लिए निवारण का मजबूत साधन सुनिश्चित करना (आर.2/आर.3)
- मानव अधिकार, निगरानी, और जवाबदेही में समुदाय की साक्षरता में बढ़ोतरी
 - परिणामों में सुधार करने के लिए और अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति सुनिश्चित करने के लिए वार्ता के माध्यम से समुदाय और स्वास्थ्य प्रणाली के बीच जुड़ाव की एक सक्रिय प्रक्रिया की स्थापना करना
 - उच्च गुणवत्ता की देखभाल और स्वैच्छिक, सूचित निर्णय लेना सुनिश्चित करने के लिए समुदाय को प्रणालियों के बारे में शिक्षित करना
 - प्रदाता के निष्पादन, सेवाओं और सुविधाओं की गुणवत्ता, और वस्तुओं और सेवाओं की उपलब्धता की निगरानी के माध्यम से बेहतर स्वास्थ्य के परिणामों सुनिश्चित करना
- ग. प्रजनन स्वास्थ्य के वित्तपोषण और एक बेहतर देश संदर्भ और परिवार नियोजन पहुँच और (सभी अधिकारों) के उपयोग के लिए अनुकूल माहौल की पैरवी करने के लिए समुदाय को सशक्त बनाना और प्रेरित करना
- उपलब्ध, सुलभ, स्वीकार्य, और उच्च गुणवत्ता वाले स्वास्थ्य की पैरवी करने के लिए समुदायों की क्षमता निर्माण/मजबूत करें
 - स्वास्थ्य सेवाओं के लिए स्थानीय धन और बजट के इर्दगिद निर्णय लेने और प्रेरित करने में नगर समाज और समुदाय की भागीदारी को बढ़ावा देना
 - प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा के लिए बाधाओं सहित पहुँच की सुविधा के लिए सामाजिक बाधाओं को संबोधित करने के लिए पैरवी को पोषित करना
 - प्रजनन अधिकारों, जेंडर समानता, और युवा लोगों के लिए जानकारी और पहुँच के लिए समग्र जागरूकता और समर्थन में वृद्धि
 - कमजोर वर्ग के प्रजनन अधिकारों के लिए जागरूकता और समर्थन का निर्माण

घ. जेंडर मानकों और शक्ति असंतुलनों को बदलना और समुदाय, परिवार और साथी के स्तर पर प्रजनन अधिकारों की प्राप्ति को प्रभावित करने वाली बाधाओं को कम करना (आर.3)

- एफ.पी. के प्रयोग में बाधाएं पैदा करने वाले समुदाय और अन्य पर्यावरणीय कारकों को प्रासंगिक मानदंडों, अभिवृत्तियों, और व्यवहारों में बदलाव लाकर और समुदाय के स्तर पर एफ.पी. के प्रयोग में आत्मनिर्णय को बढ़ावा देने के द्वारा संबोधित करना
- समुदाय के रक्षकों – परंपरागत, धार्मिक या सांस्कृतिक नेताओं/व्यक्तियों – को परिवार नियोजन के समर्थन में जोड़ना
- एफ.पी. और एस.आर.एच. में पुरुषों को रचनात्मक तरीके से शामिल करना

ड. किशोरावस्था से वयस्कता में स्वस्थ पारगमन के लिए समर्थन (सभी अधिकार)

- युवा लोगों के प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों और उच्च गुणवत्ता वाली एफ.पी. सेवाओं पर पहुँच के निर्माण के लिए समर्थन बनाने हेतु युवाओं के जीवन में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने वाले समुदाय के नेताओं, माता पिता, और वयस्कों के साथ काम करना
- लड़कियों और लड़कों को स्वच्छता, आत्म सम्मान, अधिकार, जीवन कौशल, आदि के शिक्षण द्वारा वयस्कता के लिए की तैयार करना
- युवा लोगों के लिए प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर आयु उचित शिक्षा प्रदान करना

व्यक्तिगत स्तर पर

“स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से अपने बच्चों की संख्या और उन के बीच अंतर तय करने के लिए व्यक्तियों और जोड़ों के अधिकार”, दिल से वैयक्तिक परिवार नियोजन के लिए स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित दृष्टिकोण केंद्र में होते हैं। यह जानने के बाद, कि वैयक्तिकों को अपने प्रजनन अधिकारों का प्रयोग करने में महत्वपूर्ण चुनौतियों का सामना करना पड़ सकता है, ढाँचे का व्यक्तिगत स्तर परिवार, शैक्षिक, धार्मिक, जेंडर, और सामाजिक मानदंडों सहित उन कार्यवाहियों और कारकों पर विचार करता है, जो एक विशेष समुदाय में व्यक्तियों की स्वैच्छिक एफ.पी. सूचना और सेवाओं सहित अपने प्रजनन अधिकार का लाभ उठाने की क्षमता को प्रभावित करते हैं।

प्रजनन अधिकारों का प्रयोग करने के लिए व्यक्तियों को सक्षम बनाना

- क. प्रजनन अधिकारों, गर्भनिरोध विकल्पों (सभी अधिकारों) पर जानकारी पर पहुँच की सुविधा में वृद्धि
- दृष्टिकोण और व्यवहार में परिवर्तन के लिए सूचना का प्रसार और समर्थन प्रदान करने हेतु स्वयं सहायता समूहों और अन्य नेटवर्किंग और जानकारी सहभाजन के वाहनों को समर्थन देना
 - मानव अधिकार, प्रजनन अधिकारों, और समानता और भेदभावहीनता के आधार पर स्वास्थ्य सुविधाओं के भीतर सम्मानीय, उच्च गुणवत्ता वाले इलाज के बारे में वैयक्तिकों के ज्ञान में बढ़ोतरी करना
 - अपने प्रजनन जीवन चक्र की प्रगति के दौरान महिलाओं की बदलती गर्भनिरोधक जरूरतों के बारे में शिक्षित करना

- परिवार नियोजन के बारे में जानकारी की कमियों पूरा करना और मिथकों को सही करना
- ख. प्रजनन स्वास्थ्य, आत्म सम्मान, अधिकारों, जीवन कौशलों, और पारस्परिक संचार (आर.1/आर.2) के बारे में शिक्षा और प्रशिक्षण के माध्यम से सशक्त करना
- साथी के साथ संचार और बातचीत कौशल में सुधार करना
 - जेंडर न्यायोचित नजरिए और व्यवहार को बढ़ावा देना
 - स्वास्थ्य साक्षरता और संचार कौशल में सुधार करना
 - परिवार नियोजन के उपयोग के लिए परिवार के सदस्यों और अन्य प्रभावशाली लोगों समर्थन को प्रोत्साहित करना
- ग. आई.ई.सी./बी.सी.सी. के माध्यम से उच्च गुणवत्ता की सेवा और आपूर्ति के लिए माँग को बढ़ावा देना और अपने अधिकारों (आर.2) के सम्मान, रक्षा, और पूर्ति की माँग करने के लिए व्यक्तियों को सशक्त बनाना
- कमजोर लोगों को उन कार्यक्रमों के बारे में शिक्षित करना जो उनके के लिए डिजाइन किये गये हैं, जैसे कि वाउचर योजनाओं या समुदाय आधारित सेवा का प्रावधान
 - अपने यौन और प्रजनन स्वास्थ्य से संबंधित निर्णय लेने के लिए महिलाओं की स्वायत्तता से समझौता किए बिना प्रजनन निर्णय में लेने पुरुषों को भागीदार के रूप में शामिल करना

उत्पाद

ढाँचे में जानकारी और गतिविधियां स्वैच्छिक परिवार नियोजन प्रोग्रामन करने के लिए एक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण पर जोर देती हैं। एक तर्क मॉडल ढाँचे का उपयोग, प्रस्तावित गतिविधियों को संबद्ध अधिकार आधारित उत्पादों और परिणामों से जोड़ने को आसान बनाता है। यह परिवार नियोजन का प्रणालीगत दृश्य देखने के लिए स्वयं को प्रदान करता है। मेडोस (1999) "प्रणाली के लक्ष्यों" को जटिल प्रणालियों के परिवर्तनकारी बदलाव का लाभ उठाने के सबसे महत्वपूर्ण बिंदुओं में से एक के रूप में शामिल करता है। स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन के लिए यह ढाँचा ऐसी कार्यवाहियों का संचालन करता है जो परिवार नियोजन और मानव अधिकारों, दोनों लक्ष्यों को प्राप्त करने में मदद करेगा, जिसका विरोध में होना जरूरी नहीं है। हालाँकि एफ.पी. 2020 के लिए मापे जाने वाले अंतिम परिवार नियोजन परिणामों को नामित किया जाना अभी बाकी है, इस ढाँचे के उत्पाद, परिवार नियोजन की उपलब्धता, पहुँच और स्वीकार्यता का संकेत देने वाले और प्रोग्रामन में समता और गुणवत्ता के लिए जवाबदेही पर जोर देने वाले कारकों को मापने के लिए गर्भनिरोधक प्रचलन दर जैसे पारंपरिक उपायों से परे ले जाने वाले परिणामों की ओर अग्रसर करेंगे।

एक मानव अधिकार ढाँचे का उपयोग कर्तव्य-धारकों द्वारा उपलब्ध, सुलभ, स्वीकार्य और उच्च गुणवत्ता वाले परिवार नियोजन कार्यक्रमों (ए.ए.ए.क्यू.) को बढ़ावा देने के दायित्व पर प्रकाश डालता है। परिवार नियोजन में ए.ए.ए.क्यू. नीति और सेवा के स्तर पर गतिविधि उत्पाद होने चाहिए। जहाँ ये दायित्व सरकारों पर हैं, ढाँचा सेवा प्रबंधकों और सेवा प्रदाताओं के लिए उनकी प्रासंगिकता को इंगित करता है ताकि उनकी सेवाएं अधिकारों

का सम्मान और रक्षा सुनिश्चित करें। आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार पर संयुक्त राष्ट्र समिति (यू.एच.सी.ई.स.सी.आर., 2000) की सामान्य टिप्पणी 14 शब्दावली को निम्न रूप में परिभाषित करती है:

उपलब्धता का अर्थ देश के भीतर सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सुविधाओं, वस्तुओं, और सेवाओं, के साथ साथ कार्यक्रमों की पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध क्रियाशीलता से है।

पहुँच के चार घटक हैं – भेदभावहीनता, भौतिक पहुँच, आर्थिक पहुँच, और जानकारी पर पहुँच।

स्वीकार्यता का अर्थ है कि सभी स्वास्थ्य सुविधाएं, वस्तुएं, और सेवाएं चिकित्सा नैतिकता के प्रति सम्मानजनक और सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त हों (यानी व्यक्तियों, अल्पसंख्यकों, लोगों और समुदायों के प्रति सम्मानजनक, जेंडर और जीवन चक्र की जरूरतों के प्रति संवेदनशील, साथ ही संबद्ध लोगों की गोपनीयता का सम्मान करने वाली और स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करने वाली हो)।

गुणवत्ता जोर देती है कि स्वास्थ्य सुविधाएं, सेवाएं और वस्तुएं भी वैज्ञानिक और चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त और अच्छी गुणवत्ता की होनी चाहिए। इसके लिए, अन्य बातों के साथ साथ, कुशल चिकित्सा कर्मियों, वैज्ञानिक रूप से मंजूरी प्राप्त और असमाप्त दवाओं और अस्पताल के उपकरणों, सुरक्षित और पीने योग्य पानी, और पर्याप्त सफाई की आवश्यकता है।

ए.ए.ए.क्यू. को शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार की विषयवस्तु और अर्थ स्पष्ट करने के लिए बनाया गया था। जब ढाँचा कार्यक्रम और नीति विकास के लिए प्रयोग किया जाता है तब परिवार नियोजन के संदर्भ में बढ़ते ए.ए.ए.क्यू. से संबंधित गतिविधि परिणामों को अधिक विशिष्ट बनाया जा सकता है; ढाँचे में केवल कुछ ही परिणामों को उदाहरण के रूप में प्रदान किया गया है।

सामान्य टिप्पणी में वर्णित तकनीकी गुणवत्ता को आगे उच्च गुणवत्ता की देखभाल (ब्रूस, 1990) पर जोर देते, परिवार नियोजन के भीतर दशकों के लंबे इतिहास द्वारा समर्थित किया जा सकता है। देखभाल की गुणवत्ता की अवधारणा सूचित चुनाव और ग्राहकों और प्रदाताओं के बीच पारस्परिक संपर्क की गुणवत्ता के महत्व को रेखांकित करने के द्वारा आत्मनिर्णय, सूचना, और शिक्षा के अधिकार को मज़बूत बनाती है। परिवार नियोजन के संदर्भ में, देखभाल की गुणवत्ता पर ऐतिहासिक और वर्तमान में दिया जा रहा जोर ए.ए.ए.क्यू. का क्यू (यानि क्वालिटी) तत्व है; इसलिए, परिवार नियोजन के लिए देखभाल की गुणवत्ता के तत्वों को ढाँचे के परिणाम खंड में परिणामों और संबंधित संकेतकों को तैयार करने में उनके अद्वितीय योगदान को दिखाने के लिए शामिल किया गया है। देखभाल की परिवार नियोजन गुणवत्ता के घटक में निम्न शामिल हैं:

- महिलाएं एफ.पी. उपयोग के बारे में, पूर्ण, स्वतंत्र, और सूचित निर्णय लें
- महिलाओं को विधियों के विकल्पों पर पहुँच की सुविधा हो
- ग्राहकों को दी जाने वाली जानकारी, सही, निष्पक्ष, और व्यापक हो
- प्रदाताओं के पास ग्राहकों को अलग अलग विधियां उपलब्ध कराने या रेफर करने के लिए तकनीकी क्षमता हो
- प्रदाता प्रशिक्षण, मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने के लिए प्रतिबद्धता दर्शाएं, और पर्यवेक्षक (सुपरवरजर), सेवा प्रदाता के मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले प्रदर्शन को पुरस्कृत कर प्रशिक्षण को सुदृढ़ बनाएं

- प्रदाता के पास उच्च गुणवत्ता वाले ग्राहक-प्रदाता बातचीत के लिए पर्याप्त समय और संचार कौशल हों
- गर्भनिरोधक का निरंतर उपयोग और विधि बदलने का समर्थन करने के लिए फॉलोअप और निरंतरता बनाए रखने की प्रणाली मौजूद हो
- आसानी से पहुँच और समग्र प्रजनन स्वास्थ्य का समर्थन करने के लिए सेवाओं का एक उचित समूह उपलब्ध हो

देखभाल की गुणवत्ता उपलब्धता और गुणवत्ता जैसी अवधारणाओं को मज़बूत बनाती है और विस्तार करती है, लेकिन यह समानता पर उतना जोर नहीं देती जितना परिवार नियोजन के लिए एक मानव अधिकार दृष्टिकोण के लिए आवश्यक है। ए.ए.ए.क्यू और देखभाल की गुणवत्ता दोनों को शामिल करके, ढाँचे के परिणाम इस तरह से वर्णित हैं कि समानता और गुणवत्ता दोनों मुद्दे पर्याप्त रूप से परिलक्षित होते हैं।

ए.ए.ए.क्यू और देखभाल की गुणवत्ता परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए देश संदर्भ के पहलुओं और आपूर्ति पक्ष से संबंधित परिणामों और व्यक्तियों को अपने प्रजनन अधिकारों का प्रयोग करने के लिए अनुकूल माहौल देने के लिए एक व्यापक आधार प्रदान करती हैं। अतिरिक्त परिणाम समुदाय और व्यक्तिगत स्तर की गतिविधियों से अपेक्षा होते हैं। समुदाय की आवश्यकताओं, सरोकारों और संदर्भ में अनुकूलित प्राथमिक परिणामों को एक स्थानीय स्तर पर निर्धारित करने की आवश्यकता है। कुल मिलाकर, समुदाय और व्यक्तिगत स्तर की गतिविधियों को शामिल करने वाला कार्यक्रम परिवार नियोजन के लिए सामुदायिक स्तर की बाधाओं को संबोधित करने और उच्च गुणवत्ता सेवाओं के लिए माँग प्रेरित करने के द्वारा परिवार नियोजन के लिए एक मज़बूत अनुकूल वातावरण को बढ़ावा देंगे। कार्यक्रमों को विकसित और पहुँच प्राप्त करने में, जवाबदेही तंत्र को बढ़ावा देने, पैरवी में जुड़ने, और किशोरों की जरूरतों को पूरा करने और सूचना के प्रसार में समुदाय की भागीदारी का वर्णन करने वाले परिणामों को स्थानीय स्तर पर निर्दिष्ट किया जा सकता है।

अंत में, वांछित परिणाम (1) प्रजनन आत्मनिर्णय के अधिकार (व्यक्ति की शारीरिक निष्ठा और सुरक्षा का अधिकार और जोड़ों और व्यक्तियों को स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से बच्चों की संख्या और उनके बीच अंतर तय करने के अधिकार); (2) यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, सूचना, और शिक्षा के अधिकार (इसमें स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का अधिकार शामिल है); और (3) समानता और भेदभावहीनता के अधिकारों (प्रजनन के विषय में भेदभाव, ज़ोर-जबरदस्ती, और हिंसा से मुक्त निर्णय करने का अधिकार) को सम्मानित, संरक्षित, पूरा किया जाए। इन सभी अधिकारों को नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत स्तर पर काम करने के माध्यम से सम्मानित, संरक्षित, और पूरा किया जाए।

सफल परिवार नियोजन कार्यक्रमों की पहचान करने के लिए, ढाँचे की गतिविधियों के प्रभाव का आकलन करने के क्या मापा जाए यह निर्धारित करना महत्वपूर्ण है। माप और संकेतक 120 मिलियन नए उपयोगकर्ताओं तक पहुँचने के लक्ष्य को प्राप्त करने की ओर प्रगति देखने वाले होने चाहिए, लेकिन साथ ही परिवार नियोजन की प्रोग्रामन में अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति किस हद तक होती है उसका स्पष्ट रूप से मूल्यांकन करने द्वारा कार्यक्रम के दायित्वों को पहचानने और सुदृढ़ करने वाले होने चाहिए। स्वैच्छिक, अधिकार-आधारित गतिविधियों को मापने योग्य उत्पादों, परिणामों, और प्रभाव से जोड़ना कार्यक्रमों के लिए एक परिवर्तनकारी तरह से परिणाम प्राप्त करने के लिए जवाबदेही को बढ़ाता देता है।

परिणाम और प्रभाव

परिवार नियोजन कार्यक्रम – व्यक्तियों और समाज दोनों के लिए – तरह तरह के सकारात्मक परिणामों में योगदान देते हैं। समय के साथ, इन परिणामों को परिवार नियोजन में निवेश के लिए तीन तर्काधारों के रूप में प्रयोग किया गया है: व्यक्तिगत सशक्तिकरण, माताओं और बच्चों के स्वास्थ्य में सुधार और खुशहाली, और विकास की योजना और प्रबंधन के लिए एक देश की क्षमता। इन तर्काधारों को भी मानव अधिकार, स्वास्थ्य, और जनसांख्यिकीय तर्काधारों के रूप में वर्णित किया गया है (सेल्ज़र, 2002)।

यह वैचारिक ढाँचा मानव अधिकारों और स्वास्थ्य के परिणामों दोनों को शामिल करने वाले स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए सफलता का एक सपना वर्णन करता है। 2012 लंदन शिखर सम्मेलन से पहले स्वास्थ्य तर्काधार पर पहले जोर दिया गया था और मानव अधिकारों के तर्काधार को बाद में शामिल किया गया था। फिर भी, जब महिलाएं अधिकारों का सम्मान और रक्षा करने वाली परिवार नियोजन सेवाओं का उपयोग और चयन करती हैं, तो समग्र स्वास्थ्य में सुधार और व्यापक राष्ट्रीय दीर्घोपयोगी विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने की क्षमता से संबंधित अतिरिक्त लाभ प्राप्त होते हैं। परिणाम संभवतः देशों के लिए विकास योजना और प्रबंधन के लिए लाभ भी प्रदान करेंगे। उदाहरण के लिए, ढाँचे में व्याख्यात्मक परिणामों में एफ.पी. कार्यक्रमों में बढ़ता विश्वास, एफ.पी. के लिए सार्वभौमिक पहुँच की उपलब्धि, सेवा के प्रावधान और उपयोग में समता, गर्भनिरोधक तरीकों की व्यापक श्रृंखला की सतत उपलब्धता, और परिवार नियोजन के लिए बढ़ती माँग की पूर्ति करना शामिल हैं। व्याख्यात्मक प्रभावों में अनायास ही गर्भधारण में कमी, मातृ और शिशु मृत्यु में गिरावट, असुरक्षित गर्भपात में कमी, और किशोर प्रजनन क्षमता में कमी शामिल है। इसके अलावा, प्रभावों में जीवन चक्र के दौरान अपने प्रजनन इरादों को प्राप्त करने के लिए महिलाओं की शक्ति में वृद्धि और व्यक्तियों, परिवारों, समुदायों, और देशों की खुशहाली में वृद्धि शामिल हैं।

6. रज़श्रज़ | रज़ टज़ैश्र थ्रफ़ज़थ्रश्रज़ै ।

सारांश

आई.सी.पी.डी. 20 और एम.डी.जी. के 2015 के बाद की वर्तमान समीक्षा के अलावा, 2012 लंदन परिवार नियोजन शिखर सम्मेलन में मिली राजनीतिक इच्छाशक्ति और धन की प्रतिबद्धता, एक असाधारण अवसर के साथ साथ एक बड़ी चुनौती भी पेश करते हैं। मानव अधिकारों का सम्मान और रक्षा करने वाली स्वैच्छिक परिवार नियोजन सेवाओं के साथ दुनिया भर में लाखों महिलाओं और पुरुषों तक पहुँचने का लक्ष्य हासिल करने के लिए अगले दशक में और उससे आगे भी विविध हितधारकों के बीच ठोस और समन्वित प्रयासों की जरूरत होगी। इसके लिए कार्यक्रम संबंधी नया दृष्टिकोण भी चाहिए होगा जिसे सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकारों दोनों समुदायों का समर्थन प्राप्त हो। यह लेख, एक वैचारिक ढाँचे के माध्यम से, सहायक प्रमाण और उपकरणों, एफ.पी. 2020 सेवा लक्ष्य और सतत तथा मानव अधिकारों को पूरा करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रमों के प्रावधान करने के लिए और सरकार की प्रतिबद्धताओं दोनों को पूरा करने के लिए एक मार्ग प्रदान करता है।

दुनिया भर में देश अंतरराष्ट्रीय कानून का दर्जा प्राप्त और प्रजनन अधिकारों को बनाए रखने वाली मानवाधिकार संधियों और समझौतों के हस्ताक्षरकर्ता हैं। हम दावे के साथ कह सकते हैं कि एफ.पी. 2020 के लक्ष्यों को पूरा करने के प्रयासों के लिए परिवर्तनकारी प्रोग्रामिंग के मूल में स्थित मानव अधिकारों के मूल्य और मानदंड केंद्रीय होने चाहिए। हम मानते हैं कि मानव अधिकार और सार्वजनिक स्वास्थ्य के परिणाम, पूरक हैं, विरोधाभासी नहीं, और दृष्टिकोण के संयोजन महिलाओं और लड़कियों के लिए परिवार नियोजन और अधिकारों के लिए एक मजबूत समर्थक संदर्भ की ओर ले जाता है। ढाँचा स्वास्थ्य पेशेवरों और मानव अधिकार कार्यकर्ताओं के लिए सेवाओं के माध्यम से परिवार नियोजन पर पहुँच के विस्तार पर साथ काम करने के लिए सामान्य आधार प्रदान करता है। ये सेवाएं इस तरह से विकसित, कार्यान्वित और मूल्यांकित होती हैं जो मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाली होती हैं।

कुछ कार्यक्रमों ने जनसांख्यिकीय लक्ष्य तक पहुँचने के लिए आक्रामक रणनीति लागू की है, वहीं वैश्विक प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन समुदाय ने बहुत पहले से संस्थापक सिद्धांत के रूप में स्वतंत्र रूप से और जिम्मेदारी से बच्चों की संख्या और उनके बीच अंतर और ऐसा करने के लिए जानकारी और साधन तय करने के लिए व्यक्तियों और जोड़ों के अधिकार को समाहित कर लिया है। परिवार नियोजन कार्यक्रमों ने भी 1990 में देखभाल की गुणवत्ता पर पथ प्रदर्शक की बुनियादी बातों के प्रकाशन के बाद से देखभाल की गुणवत्ता पर ध्यान केंद्रित किया है। ये दो संस्थापक सिद्धांत, प्रजनन अधिकारों के लिए प्रासंगिक अतिरिक्त प्रासंगिक मानव अधिकारों के सिद्धांतों के साथ जुड़ कर, एफ.पी. 2020 प्रोग्रामिंग आगे बढ़ने के लिए एक ठोस आधार प्रदान करते हैं।

इस लेख में प्रस्तुत ढाँचा, उच्च गुणवत्ता वाले परिवार नियोजन और मानव अधिकारों के तत्वों को एक एकीकृत रचना में मिला देता है, जो इस प्रश्न "हम सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को स्वैच्छिक परिवार नियोजन उपयोग को बढ़ाने की ओर उन्मुख और उनके डिजाइन, कार्यान्वयन और मूल्यांकन में मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करना कैसे सुनिश्चित कर सकते हैं?" का उत्तर देता है। जिस व्यापक संदर्भ में कार्यक्रम संचालित होता है के साथ साथ नीति, सेवा, समुदाय, और व्यक्तिगत स्तरों पर कार्यक्रम संबंधी

आवश्यक तत्वों को ध्यान में रखते हुए, यह ढाँचा परिभाषित करता है कि कार्यक्रम कैसा हो सकता है। वैचारिक ढाँचे को एक तर्क मॉडल के रूप में प्रस्तुत किया है जो आदानों (इनपुट)/ गतिविधियों को उत्पादों, परिणामों और प्रभावों को एक साथ जोड़ता है। इस प्रकार, वैचारिक ढाँचे को आकलन, डिजाइन, कार्यान्वयन और निगरानी तथा मूल्यांकन सहित कार्यक्रम चक्र के सभी चरणों में इस्तेमाल किया जा सकता है।

अनुशासार्ँ

वर्तमान स्थितियाँ परिवार नियोजन कार्यक्रमों को बदलने के लिए और उन सबसे कमजोर लोगों तक पहुँचने का मौका प्रदान करती हैं, जिन्हें जीवन बदल देने वाली इन सेवाओं की जरूरत है। हम सरकारों और दानदाताओं से (1) नगर समाज के समर्थन और जुड़ाव के साथ स्वैच्छिक, मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन प्रोग्रामिंग को अपनाने और समर्थन देने, और (2) मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने के लिए कार्यक्रमों को जवाबदेह ठहराने का आग्रह करते हैं। यह दृष्टिकोण बयानबाजी और प्रजनन अधिकारों की वास्तविकता के बीच की खाई को भरने, महिलाओं और पुरुषों को अपने अधिकारों का प्रयोग करने और अपने प्रजनन इरादों को प्राप्त करने में सक्षम बनाने वाली परिवार नियोजन की उच्च गुणवत्ता वाली सेवाओं पर न्यायोचित पहुँच और उनके उपयोग का विस्तार करने के लिए क्षमता प्रदान करता है। इस लेख में प्रस्तुत वैचारिक ढाँचा परिवार नियोजन प्रोग्रामन और मानव अधिकारों को बढ़ावा देने के अनुभव पर आधारित है और दुनिया भर में विभिन्न हितधारकों द्वारा समीक्षित है। मानव अधिकार का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले परिवार नियोजन कार्यक्रमों को संरक्षित और सुरक्षित करने की ओर आगे प्रगति के लिए निम्नलिखित कार्यों का सुझाव दिया जाता है:

- परिवार नियोजन की पहुँच का विस्तार – विशेष रूप से अल्पसेवित जनसंख्या समूहों के लिए – और मानव अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने के लिए महत्वपूर्ण मुद्दों के इर्दगिर्द की सुविधा के लिए वैश्विक और देश के स्तर पर अतिरिक्त बातचीत को प्रोत्साहित करना।
- एफ.पी. 2020 के तहत देश प्रोग्रामन और दाता सहायता के लिए वैचारिक ढाँचे को एक गाइड के रूप में प्रयोग करना।
 - देश और वैश्विक स्तर दोनों पर वैचारिक ढाँचे का प्रसार करना, इसमें इसके उपयोग की सुविधा के लिए ढाँचे और एक वेब आधारित मंच पर संबद्ध प्रमाणों और उपकरणों पर पहुँच प्रदान करना शामिल है।
 - देश संदर्भों के लिए ढाँचे की प्रोग्रामन और इसके रूपांतर का मार्गदर्शन करने के लिए इसके उपयोग पर चर्चा जारी रखने के लिए राष्ट्रीय/उपराष्ट्रीय और वैश्विक स्तर पर हितधारकों से वैचारिक ढाँचे की अतिरिक्त समीक्षा का समर्थन करना।
- आगे मानव अधिकार-आधारित प्रोग्रामन के बारे में हमारे ज्ञान में कमियों को भरने और मानव अधिकारों के परिणामों और सार्वजनिक स्वास्थ्य के परिणामों दोनों का मूल्यांकन करने के लिए अधिकार-आधारित दृष्टिकोण का दस्तावेजीकरण और मूल्यांकन करना।
- प्रोग्रामन में देश के स्तर पर और दाता समर्थन के माध्यम से इसके उपयोग को आसान बनाने के लिए ढाँचा लागू करने के लिए मार्गदर्शन और उपकरणों का विकास करना।

- सभी प्रासंगिक सामग्रियों का समावेश सुनिश्चित करने के लिए प्रमाणों और उपकरणों की संबद्ध समीक्षा को ताजा और विस्तार करना ताकि कार्यक्रमों को प्रोग्रामिंग के लिए सबसे अधिक प्रासंगिक और नवीन जानकारी पर पहुँच हो।
- ढाँचे का समर्थन करने के लिए संकेतक के व्यापक सेट को चिन्हित करना, इसमें वे सभी अलग अलग स्तर शामिल हैं जिन पर परिवार नियोजन कार्यक्रम संचालित होता है। प्रासंगिक एफ.पी. 2020 कार्य समूहों द्वारा परिवार नियोजन के लिए एक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की निगरानी और मूल्यांकन कि संरचनात्मक, प्रक्रिया, और परिणाम संकेतकों के एक व्यापक सेट को चिन्हित करवाना।
- अधिकार-आधारित, सार्वजनिक स्वास्थ्य के दृष्टिकोणों और स्पष्ट रूप से अधिकार-आधारित हस्तक्षेपों में अतिरिक्त निवेश को प्रोत्साहित करना। व्यक्तिगत सशक्तिकरण, सामुदायिक भागीदारी और क्षमता निर्माण को मजबूत करने के लिए अतिरिक्त उपायों पर विशेष रूप से ध्यान देना।

अध्याय 1. जिन् टख्जकजश्रज्ञै | कज्ञै स्थज्ञथ् कश्रत्भ र।ध्जयज्ञ |, घ्जज्ञैष्णज्ञज्ञए ।।, टज्ञैश्र रिं।ध्छज्ञए ।

मानवाधिकार संधियां महत्वपूर्ण होती हैं, आई.सी.पी.डी. जैसे अंतरराष्ट्रीय सम्मेलनों से उभरते आम सहमति दस्तावेजों के विपरीत, इन्हें अंतरराष्ट्रीय कानून का दर्जा प्राप्त होता है, और इन पर हस्ताक्षर और मंजूर करने वाले देश इनकी तर्ज पर अपने राष्ट्रीय कानून लाने के लिए कानूनी रूप से बाध्यकारी दायित्वों में आ जाते हैं। सम्मेलन के परिणाम दस्तावेज इन मानव अधिकारों के लिए विषयवस्तु और अर्थ तो जोड़ते हैं लेकिन उसी प्रकार सरकारों पर बाध्यकारी नहीं होते हैं¹⁰। संधि निगरानी निकाय सुनिश्चित करते हैं कि सहभागी राज्य संधियों (ओ.एच.सी.एच.आर., एन.डी./ए.) के अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने के लिए अपने दायित्वों के निर्वहन के लिए जवाबदेह हों। परिवार नियोजन से संबंधित सहित, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के संबंध में प्रासंगिक संधियां, बॉक्स 1 में दी गई हैं।

आई.सी.पी.डी. 1994 में हुआ था; यह मानव अधिकारों पर वियना में 1993 विश्व सम्मेलन का बारीकी से अनुपालन करते हुए – जहाँ दृढ़ता से कहा गया कि महिलाओं के अधिकार मानव अधिकार हैं और सफलतापूर्वक एक नई व्यवस्था का निर्माण किया, जिसे महिलाओं के खिलाफ हिंसा पर विशेष दूत कहा जाता है – और महिलाओं पर 1995 बीजिंग चौथे विश्व सम्मेलन से पहले वर्ष में होने वाला, अंतरराष्ट्रीय विकास पर संयुक्त राष्ट्र के कई महत्वपूर्ण सम्मेलनों में से एक था, जिसने अपनी विशेषज्ञता के क्षेत्र में मानव अधिकारों के सिद्धांतों लागू किया है। जैसा कि कुक और अन्य (2003: 148) का तर्क है, ये सम्मेलन, विशेष रूप से काहिरा और बीजिंग सम्मेलन, “इस बात को मान्यता देने की ओर अग्रसर करते हैं कि प्रजनन और यौन स्वास्थ्य का संरक्षण, सामाजिक न्याय का विषय है और इस तरह के स्वास्थ्य की प्राप्ति को मौजूदा राष्ट्रीय संविधानों और क्षेत्रीय और अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों में निहित मानव अधिकारों के बेहतर कार्यान्वयन के माध्यम से संबोधित किया जा सकता है।”

¹⁰ प्रजनन स्वास्थ्य और और अधिकारों के लिए प्रासंगिक संधियों, प्रसंविदाओं और समझौतों की संपूर्ण सूची देखने के लिए, यू.एन.एफ.पी.ए. 2012 देखें।

बॉक्स 1. परिवार नियोजन सहित विशेष रूप से प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के लिए प्रासंगिक संधियां, घोषणाएं, और प्रसंविदाएं

संधियां (जिन्हें अंतरराष्ट्रीय कानून का दर्जा प्राप्त है)

- आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार संबंधी अंतरराष्ट्रीय प्रसंविदा (1966)
- सिविल और राजनीतिक अधिकार संबंधी अंतरराष्ट्रीय प्रसंविदा (1966)
- नस्लीय भेदभाव के सभी रूपों के उन्मूलन पर अभिसमय (1969)
- महिलाओं के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव उन्मूलन संबंधी अभिसमय (1979)
- बाल अधिकार अभिसमय (1989)

सम्मेलन दस्तावेज़ (मानव अधिकार के लिए विषयवस्तु सामग्री और अर्थ जोड़ते हैं)

- मानवाधिकार पर तेहरान सम्मेलन (1968)
- विश्व जनसंख्या कार्यवाही योजना (1974, 1984)
- जनसंख्या और विकास कार्यक्रम कार्रवाई पर अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन (1994)
- महिलाओं की बीजिंग घोषणा और कार्यवाही मंच पर चौथा विश्व सम्मेलन (1995)
- मानव अधिकार पर संयुक्त राष्ट्र का विश्व सम्मेलन (1993)

घोषणाएं (कोई कानूनी दर्जा नहीं है, लेकिन "निर्विवाद नैतिक बल है और सहभागी राष्ट्रों को उनके आचरण में व्यावहारिक मार्गदर्शन प्रदान करती हैं" [यू.एन.एच.सी.आर.एच., एन. डी.]])

- मानव अधिकारों की वैश्विक घोषणा (1948)
- मिलेनियम घोषणा (2000) और संबंधित मिलेनियम विकास लक्ष्य (2001), इसमें 2007 में लक्ष्य 5 ब (प्रजनन स्वास्थ्य के लिए सार्वभौमिक पहुँच) शामिल है

प्रजनन स्वास्थ्य और और अधिकारों के लिए प्रासंगिक संधियों, प्रसंविदाओं और समझौतों की संपूर्ण सूची देखने के लिए, यू.एन.एफ.पी.ए. 2012: 4-5 देखें। साथ ही इन उपकरणों के कानूनी बल की व्याख्या के लिए ओ.एच.सी.एच.आर., एन. डी./बी. और एन. डी./सी देखें।

काहिरा सहमति विकसित करना

मानव अधिकार, प्रजनन स्वास्थ्य, और परिवार नियोजन के बीच संबंध, जो 1990 के दशक में एक साथ आया, और उसने सुनिश्चित किया कि आई.सी.पी.डी. कार्यवाही कार्यक्रम मानव अधिकार को सही ठहराने वाले यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य के लिए एक व्यापक विज्ञान पर आधारित हो और उसके लिए कड़ी मेहनत से लड़ा जाए। आई.सी.पी.डी., गठबंधनों के बीच मानव अधिकारों को बढ़ावा देने और लक्ष्यों से इनकार के आम एजेंडे के साथ आगे बढ़ने के लिए समझौतों से उभरा था (हॉजसन और वाटकिंस, 1997)। काहिरा एजेंडा विभिन्न मतदाता क्षेत्रों से विकसित हुआ था (सिंह, 2009), इनमें "नारीवादी, सार्वजनिक स्वास्थ्य पेशेवर, विकास अर्थशास्त्री, जनसांख्यिकीविद्, पर्यावरणविद्, विश्वास समुदाय, दाता और सरकारें शामिल थीं, राइकेनबक और रोजमन (2009: 4)। आई.सी.पी.डी. सम्मेलन की तैयारी की प्रक्रिया में महिलाओं के स्वास्थ्य और अधिकारों की पैरोकारों¹¹ ने महत्वपूर्ण भूमिका निभाई थी। ये समूह जनसंख्या, परिवार नियोजन, प्रजनन स्वास्थ्य, और महिलाओं के अधिकारों पर बहस को आकार देने में प्रभावशाली थे (पैचेस्की और जड, 1998; हॉजसन और वाटकिंस, 1997; ऐशफोर्ड, 2001; ईगर, 2004; आई.डब्ल्यू.एच.सी., एन. डी.)।

¹¹ इस समूह में काहिरा में किससे निपटने की कोशिश की जानी चाहिए और कार्यवाही योजना में सहमति देनी चाहिए पर तरह तरह की मनः स्थितियां शामिल थीं (हॉजसन और वाटकिंस, 1997 देखें)

महिलाओं का गर्भवती होने या न होने और कब होना है यह तय करने का अधिकार महिलाओं को अपने जीवन के अन्य पहलुओं पर नियंत्रण लेने की क्षमता के लिए महत्वपूर्ण था, यह जानते हुए महिलाओं के स्वास्थ्य और मानवाधिकार कार्यकर्ता यह सुनिश्चित करने के लिए बेहद प्रेरित थे कि काहिरा सम्मेलन से जो भी कार्यवाही कार्यक्रम उभरेगा पहले के कुछ परिवार नियोजन कार्यक्रम के दृष्टिकोणों को अस्वीकार करेगा – जिनमें लक्ष्यों, प्रोत्साहनों¹², और हतोत्साहनों का उपयोग शामिल है – जिनमें से कुछ स्पष्ट रूप से आक्रामक थे। आमतौर पर दिये जाने उदाहरण थे, भारत में 1970 के मध्य में आपातकालीन अवधि के दौरान कुछ राज्यों में जबरन नसबंदी करना (हारकवी और रॉय, 2007; कौनेली, 2006) और 1979 में चीन में अपनायी गई एक बच्चे की नीति, जिसमें कानूनी तौर बच्चों की अनिवार्य संख्या, जन्म नियंत्रण का उपयोग, जन्म कोटा पूरा करने के लिए गर्भपात का अनिवार्य इस्तेमाल शामिल था (विंकलर, 2002; कॉफमैन, 2003; गू और अन्य, 2007)।

1970 और 1980 के दशक में लागू परिवार नियोजन कार्यक्रमों में मानक के बजाय किस हद तक आक्रामक कार्यक्रमों में अपवाद नजर आये, इस पर गर्मागर्म बहस की गई है (वारविक, 1982; पिल्सबरी, 1990; फिन्कल और मकिनतोश, 1994; साऊल्स, 1994; हार्टमन, 1995; बोन्गार्ट्स और शिंनडिंग, 2009; कोनेली, 2008; हार्डी और अन्य, आगामी)। बारोट (2012:7) का कहना है कि “इतिहास उदाहरणों से भरा पड़ा है,” बोन्गार्ट्स और शिंनडिंग (2009:39) का कहना है कि “केवल दुर्लभ मामलों में, सबसे विशेष रूप से चीन में और संक्षेप में भारत में, जोर-जबरदस्ती का इस्तेमाल किया गया है।” परिवार नियोजन आंदोलन का इतिहास स्वास्थ्य और जनसांख्यिकीय तर्काधारों दोनों को शामिल करता है (शिपफमन और क्वीसैल, 2012)।

हालाँकि, एक मानव अधिकार दृष्टिकोण से, एक मानव अधिकार का उल्लंघन भी महत्वपूर्ण है और उल्लंघन बहुत बड़ा होता है – बात आई.सी.पी.डी. कार्यवाही कार्यक्रम के लिए ऐसा तरीका खोजने की थी, जो कार्यक्रमों को इस प्रकार की विशेषता दे जिससे कार्यक्रमों का डिजाइन, कार्यान्वयन, निगरानी और मूल्यांकन व्यक्ति के अधिकारों का सम्मान, रक्षा और पूर्ति सुनिश्चित करने वाला हो। आई.सी.पी.डी. ने एकीकृत प्रोग्रामन (सेन, 2010) और अधिकार और महिलाओं के सशक्तिकरण पर स्वास्थ्य के क्षेत्र से परे ध्यान देने के लिए भी आह्वान किया।

महिला स्वास्थ्य पैरोकारों और अन्य उन कार्यक्रमों के खिलाफ प्रतिक्रिया कर रहे थे जो जनसंख्या वृद्धि को कम करने के जनसांख्यिकीय उद्देश्यों से संचालित किये गये थे, जिनके अंदर महिलाएं कार्यक्रमों के “विषयों” के बजाय “वस्तुएं” थीं (डिक्सन-म्यूलर, 1993; जैकबसन, 2001; ईगर, 2004)। ये कार्यक्रम 1960 और 1970 के दशक में बढ़ती जनसंख्या वृद्धि के बारे में बढ़ती चिंता के संदर्भ में बनाए गए थे। यह चिंता 1968 में पॉल अर्लिक द्वारा लिखित एक प्रभावशाली पुस्तक “दि पॉपुलेशन बॉम” में पक्की हो गई जिसमें 1970 और 1980 के दशक में मनुष्यों के बड़े पैमाने पर भुखमरी की चेतावनी और जनसंख्या वृद्धि को कम करने के लिए तत्काल कार्यवाही की पैरवी की गई थी। हालाँकि, महिलाओं के स्वास्थ्य पैरोकारों ने तर्क दिया कि ऐसी प्रोग्रामन महिलाओं को बच्चे चाहिए या नहीं और कब चाहिए के बारे में अपना निर्णय लेने की क्षमता के संबंध में

¹² ध्यान दें कि “प्रोत्साहन” मोटे तौर पर प्रयोग किया जाता है क्योंकि “प्रोत्साहन” एक वांछित व्यवहार को प्रोत्साहित या प्रेरित करने के उद्देश्य से किया जा सकता है, जो जोर-जबरदस्ती का सूक्ष्म है। कुछ भुगतान जो कोई मजदूरी या यात्रा खर्च के लिए प्रतिपूर्ति सहित पहुँच की बाधाओं को दूर करने के इरादे से किये जाते हैं, उन्हें भी आम तौर पर प्रोत्साहन ही कहा जाता है। सभी भुगतान ना तो प्रोत्साहन होते हैं, और ना ही आक्रामक। प्रमुख तत्व यह समझना है कि उपाय के अस्तित्व या प्रोत्साहन ने किस हद तक परिवार नियोजन विधि का उपयोग करने के निर्णय को प्रभावित किया है या समझौता किया गया है।

महिलाओं की शक्ति में वृद्धि करने की बजाय परिवार नियोजन को प्रतिबंध लगाने के साथ जोड़ देगी। उन्होंने तर्क दिया कि परिवार नियोजन पर विशेष ध्यान देना – अगर इसका मतलब महिला और पुरुष ग्राहकों के लिए स्पष्ट रूप से महत्वपूर्ण अन्य मुद्दों (अर्थात् किसी प्रकार का सफेद पानी आना जो यौन संचारित संक्रमण का संकेत दे सकता है, या एक खरोंच की अनदेखी हो सकती है जेंडर आधारित हिंसा का संकेत हो सकता है) की अनदेखी करना था – तो यह महिलाओं के सर्वोपरि हित में नहीं था। काहिरा ने “जनसंख्या नीति को जनन क्षमता विनियमन से दूर और प्रजनन अधिकारों और महिला सशक्तिकरण के अभ्यास पर आधारित, प्रजनन स्वास्थ्य की धारणा की ओर स्थानांतरित कर दिया” (राइकेनबक और रोज़मन, 2009: 4).

20 पर काहिरा सहमति

क्योंकि काहिरा दृष्टिकोण की बीसवीं सालगिरह आने वाली है, “काहिरा सहमति” के परिप्रेक्ष्यों, कि कार्यवाही योजना कैसे लागू की गई है, और जो विवाद बने हुए हैं, उनका आकलन करना महत्वपूर्ण है। जैसा कि ऊपर संकेत दिया गया है महिलाओं के स्वास्थ्य पैरोकारों ने यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के एक व्यापक विजन के लिए सफलतापूर्वक तर्क पेश किया, जिसके अंतर्गत महिलाओं के सशक्तिकरण को बढ़ावा देने वाले स्वास्थ्य क्षेत्र के परे, अन्य हस्तक्षेपों के अलावा, यौन शिक्षा, यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम, निदान और उपचार; प्रसव पूर्व, प्रसव के बाद, और प्रसव देखभाल सहित परिवार नियोजन ने इन मुद्दों के लिए प्रासंगिक अन्य हस्तक्षेपों की एक श्रृंखला में अपनी जगह बनाई। फिर भी, यिंगर और अन्य (2008:1) ने उल्लेख किया गया है, “आई.सी.पी.डी. की परिभाषा इतनी व्यापक है कि इसकी व्याख्या अत्यधिक राजनीतिक रंग देकर की जा सकती है।” गर्भपात विवादास्पद मुद्दों में से है। गर्भपात कुछ देशों में कानूनी है, लेकिन दूसरों में नहीं, और पैरवी तथा सेवा प्रदानगी प्रोग्रामन कुछ दाताओं द्वारा समर्थित है और दूसरों द्वारा नहीं, यह सबसे विवादास्पद मुद्दे बने रहे हैं।

राइकेनबक और रोज़मन (2009:7) ने ध्यान दिया कि “आई.सी.पी.डी. को जब धारणात्मक रूप से समझा गया है तो ज्यादा स्थायी सफलता मिली है। फिर भी, प्रचालन समीक्षा किये जाने पर इसे गंभीर चुनौतियों का सामना करना पड़ता है।” कुछ ने पाया कि प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर विस्तृत फोकस को प्रोग्रामन में बदलना कठिन था (गलेस्पी, 2004)। आई.सी.पी.डी. का प्रचालन इसलिए भी कठिन रहा क्योंकि इसका व्यापक कार्यक्षेत्र किसी भी एक सरकारी एजेंसी, गैर सरकारी संगठन, या एक दाता संगठन के भीतर विभाग को श्रेष्ठ बना देता है। इसके अलावा, एक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण से प्रोग्रामिंग पर मार्गदर्शन, जो देखभाल की गुणवत्ता के दृष्टिकोण –जो पहले से चल रहा था –से अलग था, आई.सी.पी.डी. के बाद तुरंत उपलब्ध नहीं था।

आई.सी.पी.डी. के बाद, देशों ने 1994 आई.सी.पी.डी. कार्यवाही कार्यक्रम में व्यक्त किये यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के व्यापक दृष्टिकोण को लागू करने के लिए काम किया (ऐशफोर्ड और मकिनतोश, 1999; पचौरी, 1999; हार्डी और अन्य, 1999; फोरमैन और घोष, 2000; हाबरलेंड और मीशम, 2002), और पिछले कुछ वर्षों में, संगठनों के कई उपकरण, प्रशिक्षण पाठ्यक्रम, और दिशा निर्देशों का विकास किया है। हालाँकि, इस समय के दौरान, प्रजनन स्वास्थ्य में वैश्विक निवेश गिर गया (डेनिस, 2012; पी.ए.आई., 2011; ओसोटोमेहिन, 2012)। दुर्भाग्य से, काहिरा के बाद के दशकों के दौरान इस तरह के कार्यक्रमों के लिए धन का प्रवाह नहीं था; ऐसा आंशिक रूप से एच.आई.वी./एड्स की रोकथाम, देखभाल, और इलाज के कार्यक्रमों के वित्त पोषण के दावों की हरेड़ के कारण था और आंशिक रूप से गर्भावस्था और सुरक्षित प्रसव के रास्ते से जाने की ओर उन्मुख पहल के कारण था, जिसकी मंशा व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य हस्तक्षेपों को शामिल करने की

नहीं बल्कि प्रसव पूर्व देखभाल, जन्म के समय कुशल परिचारक, और आपातकालीन प्रसूति देखभाल के महत्वपूर्ण मुद्दों पर ध्यान केंद्रित करने की थी।

इसके अलावा, आई.सी.पी.डी. के बाद राजनीतिक संदर्भ नाटकीय रूप से बदल गए। राष्ट्रपति जॉर्ज डब्ल्यू. बुश के युग के दौरान संयुक्त राज्य अमेरिका में हुये राजनीतिक परिवर्तनों, जिस दौरान मेक्सिको शहर नीति को “ग्लोबल गैग रूल¹³” के रूप में पुनर्जीवित किया गया था, और अन्य प्रतिबंधक नियमों और विनियमों को अपनाया गया, उसने आगे फिर परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य के लिए अनुदान को सीमित किया (शिंनडिंग, 2005)। चूंकि संयुक्त राज्य अमेरिका में पिछले कई दशकों में परिवार नियोजन के लिए तकनीकी और कार्यक्रम सहायता का सबसे बड़ा दाता था, अमेरिका से कम वित्त पोषण ने प्रजनन स्वास्थ्य पर ध्यान कम करने में योगदान दिया। ओबामा प्रशासन ने पहले की प्रतिबंधात्मक नीतियों में से कुछ को रद्द कर दिया है, और अमेरिकी सरकार से अनुदान बढ़ गया है।

साथ ही, काहिरा के बाद यौन प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार इस हद तक विवादास्पद विषय बने रहे कि प्रजनन स्वास्थ्य के लिए सार्वभौमिक पहुँच एम.डी.जी. लक्ष्यों की मूल सूची में थे ही नहीं। (क्रॉसैटे, 2005)। ठोस प्रयास करने के बाद, लक्ष्य 5 बी – परिवार नियोजन के लिए अपूरित आवश्यकताओं को पूरा करने और गर्भनिरोधक के उपयोग सहित प्रजनन स्वास्थ्य के लिए सार्वभौमिक पहुँच – को 2007 में लक्ष्य 5 के तहत मातृ स्वास्थ्य पर एम.डी.जी. में जोड़ा गया था (ई.एन.आर.ई.सी.ए. हैल्थ, 2012)।

प्रजनन स्वास्थ्य बनाम परिवार नियोजन

कुछ लोग हैं जो यह मानते हैं कि यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य पर जोर देना परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए हानिकारक था। जहाँ लोगों को प्रजनन स्वास्थ्य, प्रजनन अधिकारों, और महिलाओं के सशक्तिकरण के मुद्दों को संबोधित करने के महत्व पर शक था, वहीं कुछ लोगों के लिए, आई.सी.पी.डी. द्वारा अपनाया गया यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर व्यापक लेकिन अपेक्षाकृत जटिल अवधारणा पर महत्व ने परिवार नियोजन की दृश्यता और महत्व को कम करने का प्रभाव दिखाया (गलेस्पी, 2004; क्लैलेण्ड और अन्य, 2006; बोन्गार्ट्स और शिंनडिंग, 2009; यिंगर और अन्य, 2008; शिफफमन और क्वीसैल, 2012), और कुछ ने परिवार नियोजन के लिए अनुदान में गिरावट के लिए महत्व के इस बदलाव को दोषी ठहराया, जिसका परिणाम लगातार अपूरित जरूरतों (बोन्गार्ट्स, 2006) का सामना करने में ठप उर्वरता परिवर्तन के रूप में हुआ (सिंह, 2012)।

जैकबसन (2001: 62) विरोध में कहते हैं कि “यह समूह ... सार्वजनिक स्वास्थ्य का दृष्टिकोण “सब कुछ नहीं कर सकता है” और सामान्य स्वास्थ्य बढ़ाने के हित में सामरिक, लागत प्रभावी कार्यवाही चुनने की माँग करता है इस तर्क के साथ अक्सर व्यापक, एकीकृत सेवाओं के आह्वान को बुरी तरह से अवास्तविक के रूप में

¹³ संयुक्त राज्य अमेरिका में, 1973 के बाद से लागू, हेल्थ्स संशोधन ने यह सुनिश्चित किया गया है कि एक भी अमेरिकी करदाता डॉलर “गर्भपात से संबंधित गतिविधियों” पर खर्च न हो, एक वर्ग जो केवल गर्भपात करने तक ही सीमित नहीं, और उदाहरण के लिए इसमें असुरक्षित के सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रभाव के बारे में जागरूकता पैदा करना शामिल हो सकता है। 1984 में, रीगन प्रशासन ने “मेक्सिको सिटी नीति” की शुरुआत की जिसने यह शर्त लगाई कि अमेरिकी अनुदान केवल उन्हीं सस्थाओं के लिए उपलब्ध था जिन्होंने अपने स्वयं के संसाधनों से या किसी अन्य स्रोत कोई भी ऐसे अनुदानों पर नहीं किया है। नीति को क्लिंटन प्रशासन के तहत रद्द किया गया, बुश प्रशासन के तहत बहाल किया गया, और ओबामा प्रशासन के दौरान फिर से रद्द कर दिया गया था। (<http://populationaction-org/data&and&maps/global&gag&rule&timeline/> देखें)

खारिज कर देता है"। हाल ही में, राइकेनबक और रोज़मन (2009:15) ने कहा कि, "कुछ नीति विशिष्टों जिन्होंने पहले आई.सी.पी.डी. और प्रजनन स्वास्थ्य को अपना लिया था परिवार नियोजन के पुराने अच्छे दिनों की ओर लौटने की बात कही है, जब सफलता का अर्थ दंपतियों की गर्भनिरोधक जरूरतों को पूरा करना और "परिवार नियोजन के प्रावधान के लिए प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान को कम करना सुनिश्चित करने" के लिए तरसते हैं (पेज. 11)। सुज़ान एहलर्स, जनसंख्या एक्शन इंटरनेशनल की अध्यक्ष, ने इस अनुत्पादक कटाक्ष समाप्त करने के लिए लंदन एफ.पी. शिखर सम्मेलन से पहले आग्रह करते हुए यह कहा:

"सदियों पुराने पैरवी विभाजन के यहाँ अपना असर दिखाने का जोखिम है: शिखर सम्मेलन परिवार नियोजन के लिए टनों नए पैसे की संभावना दिखाता है, लेकिन यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के अति महत्वपूर्ण एजेंडे पर कम ध्यान देता है। लेकिन यह सब कुछ या फिर कुछ भी नहीं की स्थिति है? परिवार नियोजन महिलाओं की खुशहाली में योगदान देता है, और ग्रहों की स्थिरता और आर्थिक विकास के वादे को पूरा करने में मदद करता है। इतना बेकार भी नहीं है (एहलर्स, 2012)।

इस विवाद का समाधान मुश्किल होगा; काहिरा-समर्थित, यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के व्यापक विज़न वाले पैराकारों के लिए, यह स्पष्ट है कि परिवार नियोजन इस विज़न का एक महत्वपूर्ण तत्व है, जबकि परिवार नियोजन के कुछ पैराकारों का मानना है कि विस्तारित विज़न से फोकस में नुकसान हुआ है। सार्वजनिक स्वास्थ्य के नज़रिए वाले लोगों और मानव अधिकारों के नज़रिए वाले लोगों के बीच एक स्वस्थ तनाव निश्चित रूप से एक मौजूद रहेगा। दोनों के पैराकार परिवार नियोजन में दोबारा रुचि का स्वागत करते हैं, जिसमें पहने वाला समूह प्रोग्रामन के अंदर स्वेच्छिकतावाद पर जोर देने की अपील करता है जिससे परिवार नियोजन के पैराकार स्पष्ट रूप से सहमत हैं; जिस तरह से कार्यक्रमों को डिजाइन, लागू और मूल्यांकित किया जाता है उसमें स्पष्टता लाना चुनौती है।

- Advance Family Planning (AFP). (n.d.). *Advance Family Planning*. <http://www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/about-4>. Accessed December 27, 2013.
- Ashford, L.S. (2001). New Population Policies: Advancing Women’s Health and Rights. *Population Bulletin* 56(1). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Ashford, L.S., and Makinson, C. (1999). *Reproductive Health in Policy and Practice. Case Studies from Brazil, India, Morocco and Uganda*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Barot, S. (2012). Governmental Coercion in Reproductive Decision Making: See It Both Ways. *Guttmacher Policy Review* 15(4): 6.
- Bertrand, J.T., Hardee, K., Magnani R.J., and Angle, M.A. (1995). Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives* 1(2): 64–9, 74.
- Bill & Melinda Gates Foundation and UK Department for International Development (DFID). (2012). *Landmark Summit Puts Women at Heart of Global Health Agenda*. Press Release. <http://www.londonfamilyplanningssummit.co.uk/1530%20FINAL%20press%20release.pdf>. Accessed October 3, 2012.
- Boender, C., Santana, D., Santillán, D., Hardee, K., Green, ME., and Schuler, S. (2004). *The So What Report. A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group. http://www.prb.org/igwg_media/thesowhatreport.pdf. Accessed on February 17, 2013.
- Bongaarts, J. (2006). The Causes of Stalling Fertility Transitions. *Studies in Family Planning* 37(1): 1–16.
- Bongaarts, J., and Sinding, S. (2009). “A Response to Critics of Family Planning.” *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(1): 39–44.
- Bruce, J. (1990). The Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 21: 61–91.
- Buse, K., Lalji, N., Mayhew, S.H., Imran, M., and Hawkes, S.J. (2010). Political Feasibility of Scaling-up Five Evidence-informed HIV Intervention in Pakistan: A Policy Analysis. *Sexually Transmitted Infections* 85(Suppl II): ii37–ii42.
- CEDPA. (1995). *Cairo, Beijing and Beyond. A Handbook on Advocacy for Women Leaders*. Washington, DC: CEDPA.
- Chauls, D. (1994). Is the Indonesian Family Planning Program Coercive? Paper presented at the National Council for International Health, Washington, DC, June.

- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., and Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 368(9549): 1810–1827.
- Cook, R.J., Dickens, B.M. and Fathalla, M.F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Connelly, M. (2006). Population control in India: prologue to the emergency period. *Population and Development Review* 32(4): 629–667.
- Connelly, M. (2008). *Fatal Misconceptions*. Boston: Harvard University Press.
- Cottingham, J., Germain, A., and Hunt, P. (2012). Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *The Lancet* 380(9837): 172–180.
- Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M., and Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bulletin of the World Health Organization* 88(7): 551–555.
- Crossette, B. (2005). Reproductive Health and the Millennium Development Goals: The Missing Link. *Studies in Family Planning* 36(1): 71–79.
- Dennis, S. (2012). More Funding Needed for International Reproductive Health. *Policy and Issue Brief*. Washington, DC: Population Action International.
- Department for International Development (DFID). (2004). *Sexual and Reproductive Health and Rights. A Position Paper*. London: DFID.
- Department for International Development (DFID). (2005). *How to Reduce Maternal Deaths: Rights and Responsibilities*. London: DFID, Policy Division.
- Department for International Development (DFID). (2010). *Choices for women - planned pregnancies, safe births and healthy newborns: The Framework for Results for Improving Reproductive, Maternal and Newborn Health in the Developing World*. [London: DFID](#).
- [Department for International Development \(DFID\). \(n.d.\). Reproductive, Maternal and Child Health. <http://www.dfid.gov.uk/rmh>. Accessed January 10, 2013.](#)
- Dixon-Mueller, R. (1993). *Population Policy and Women's Rights*. Boulder, CO: Praeger.
- Donaldson, PJ. (1990). *Nature Against Us. The United States and the World Population Crisis, 1965–1980*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Eager, PW. (2004). *Global Population Policy: From Population Control to Reproductive Rights*. Wilmington, DE: University of Delaware Press.
- Ehlers, S. (2012). *Perspective on the London Family Planning Summit: Seeing the Forrest and Trees*. Blog Post, RH Reality Check. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/10/forest-and-trees>. Accessed December 29, 2012.

EngenderHealth. (2003). *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Revised Edition. New York: EngenderHealth.

EngenderHealth. (2011). *SEED™ Assessment Guide for Family Planning Programming*. New York: EngenderHealth.

EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21st Century*. Report from a USAID-funded RESPOND Project consultation held in Bellagio, Italy, September, 2012. New York: EngenderHealth, RESPOND Project.

ENRECA Health. (2012). Sexual Reproductive Health and Rights. In Defense of Life. A Background Document. Danish Research Network for International Health. http://www.enrecahealth.dk/rhwg/upcoming_boks/Background_Doc_SRHR_2012.pdf/. Accessed December 29, 2012.

Erdman, J. N., and Cook, R. J. (2008). *Reproductive Rights*. *International Encyclopedia of Public Health*. Editor-in-Chief: Kris. Oxford, Academic Press: 532–538.

Finkle, J., and McIntosh, C.A. (1994). The New Politics of Population. Conflicts and Consensus in Family Planning. *Population and Development Review* 20(suppl).

Ford Foundation. (n.d.). *Sexuality and Reproductive Health and Rights* <http://www.fordfoundation.org/issues/sexuality-and-reproductive-health-and-rights>. Accessed January 10, 2013.

Foreit, K., Barden-O’Fallon, J., Dietrich, J., Seck, C., and Sharma, S. (2011). Achieving Equity in Planning: Getting Beyond the Rhetoric. Presentation in Session 1.2.11 at the International Family Planning Conference: Dakar.

Foreman, S., and Ghosh, R. (2000). *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.

Gay, J., Croce-Galis, M., and Hardee, K. (2012). *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2nd edition. Washington DC: Futures Group, Health Policy Project. www.whatworksforwomen.org.

Gillespie, D.G. (2004). Whatever Happened to Family Planning And, for That Matter, Reproductive Health. *International Family Planning Perspectives* 30(1): 34–38.

Girard, F. (2012). *Will the London Family Planning Initiative Measure Up?* Blog post. RH Reality Check. July 23. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/20/will-london-family-planning-initiative-measure-up>. Accessed December 9, 2012.

Gruskin, S., and Loff, B. (2002). Do human rights have a role in public health work. *The Lancet* 360(9348): 1880.

Gruskin, S., Mills, E.J., and Tarantola, D. (2007). “History, principles, and practice of health and human rights.” *The Lancet* 370(9585): 449–455.

Gu, BC., Feng, W., Guo, ZG, and Zhang E. (2007). China's local and national fertility policies at the end of the twentieth century. *Population and Development Review* 33(1): 129–147.

Gwatkin, D., Rutstein, S., Johnson, K., Suliman, E., Wagstaff, A., and Amouzou, A. (2007). *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An Overview*. Country Reports on HNP and Poverty. Washington, D.C., World Bank.

Haberland, N., and Measham, D. Eds. (2002). *Responding to Cairo. Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.

Hardee, K., Agarwal, K., Luke, N., Wilson, E., Pendzich, M., Farrell, M., and Cross, H. (1999). Reproductive health policies and programs in eight countries: progress since Cairo. *International Family Planning Perspectives*, 25(Suppl): S2–9.

Hardee, K. (2005). *The Intersection of Gender, Access, and Quality of Care in Reproductive Services:*

Examples from Kenya, India, and Guatemala. Washington, DC: Interagency Gender Working Group. http://www.prb.org/igwg_media/IntersectionOfGender.pdf. Accessed February 17, 2013.

Hardee, K., Rodriguez, M., and Harris, S. (2013). “Achieving the London FP Summit Goal through Adhering to Voluntary, Rights-based Family Planning: What Can We Learn from Past Experiences with Coercion?”

Harkavy, O., and Roy, K. (2007). “Emergence of the India National Family Planning Program.” In Robinson, W. and J. Ross. Eds. 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.

Hodgson, Dennis, and Watkins, Susan Cotts. (1997). Feminists and Neo-Malthusians: Past and Present Alliances. *Population and Development Review* 23(3): 469–523.

HRBA Portal. (n.d.). The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies. <http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies>. Accessed March 27, 2013.

Huezo, C., and S. Diaz. (1993). Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs. *Advances in Contraception* 9(2): 129–139.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights. (1999). “Public Health—Human Rights Dialogue.” Chapter 5 in Mann, J., S. Gruskin, MA. Grodin and GJ. Annas, Eds. 1999. *Health and Human Rights*, New York: Routledge.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). (1996). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.

International Women's Health Coalition (IWHC). (n.d.). *The Women's Coalition for ICPD*. http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3366&Itemid=548.

- Jacobson, J. (2001). Transforming Family Planning Programs: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda. In PATH. 2001. *Reproductive Health, Gender and HumanRights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH, pp. 53–65.
- Jacobson, J. L. (2000). Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reprod Health Matters* 8(15): 21–32.
- Jain, A.K. (1989). Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services. *Studies in Family Planning*. 20(1): 1–16.
- Jain, A.K, RamoRao, S., Kim, J., and Costello, M. (2012). Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines. *Journal of Biosocial Science*. 44: 27–41.
- Katz, K., Hardee, K., and Villinski, M. (1993). *Quality of Care in Family Planning. A Catalog of Assessment and Improvement Tools*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Kaufman, J. (2003). The Myths and Realities of China’s Population Program. *Harvard Asia Quarterly*. Winter.
- Khosla, R. (2012). *Looking for Human Rights at the Family Planning Summit*. Blog post. *Livewire*. July 11. <http://livewire.amnesty.org/2012/07/11/looking-for-human-rights-at-family-planning-summit/>. Accessed December 9, 2012.
- Kingdon, J.W. (1984). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston, MA: Longman.
- Kols, A.J., and Sherman, J.E. (1998). Family planning programs: improving quality. *Population Reports*. Series J, No. 47. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program. November.
- Krishnan, S. (2012). *Highs and Lows at The London Family Planning Summit*. Blog post on ASAP. July 12. <http://asap-asia.org/blog/highs-and-lows-at-the-london-family-planning-summit/>. Accessed December 9, 2012.
- Kumar, J., Bakamjian, L., and Connor, H. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Tools*. Washington, DC: Futures Group and EngenderHealth.
- London Summit on Family Planning. (2012). *London Summit on Family Planning, July 11, 2012*. June 14 version. <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/>. Accessed July 17, 2013.
- Lynam, P., McNeil Rabinovitz, L., and Shobowale, M. (1993). Using self-assessment to improve the quality of family planning clinic services. *Studies in Family Planning* 24(4): 252–260.
- Mann, J., Gruskin, S., Grodin, M.A., and Annas, G.J. (1999). *Health and Human Rights*. New York: Routledge.

- Meadows, Donella H. (1999). *Leverage Points: Places to Intervene in a System*. The Sustainability Institute. Vermont
- MEASURE Evaluation. (2001). Quick Investigation of Quality (QIQ). A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning. MEASURE *Evaluation* Manual Series, No. 2. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation and the Monitoring and Evaluation Subcommittee of the Maximizing Access and Quality (MAQ) Initiative.
- Miller, R, Fisher, A, Miller, K. Ndhlovu, L, Maggwa, BN, Askew I, Sonogo, D., and Tapsoba, P. (1997). *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook*. New York: Population Council.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2006). *Frequently Asked Questions on a Human Rights-based Approach to Development Cooperation*. New York and Geneva: OHCHR.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./a). Enhancing the human rights treaty body system. Harmonized guidelines on reporting to the treaty bodies. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/CCD.htm>. Accessed December 29, 2012.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./b). *International Law*. <http://www2.ohchr.org/english/law/>. Accessed February 17, 2013.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./c). *Human Rights Bodies*. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>. Accessed January 6, 2013.
- Ortayli, N., and Malarcher, S. (2010). Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs. *Studies in Family Planning* 41(2): 101–108.
- Osoimehin, B. (2012). Family Planning Saves Lives Yet Investments Falter. *The Lancet*. Published online July 10, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60906-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60906-4).
- Pachauri, S. Ed. (1999). *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi: Population Council.
- PATH. (2001). *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH.
- PATH. (2012). *Enhancing Equity and Sustainability of Public-Sector Family Planning*. Seattle: PATH. http://www.path.org/publications/files/RH_enh_equity_sustain_fp_fs.pdf. Accessed February 17, 2013.
- Petchesky, R., and Judd, K. (1998). *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*. New York: Zed Books.
- Pillsbury, B. (1990). The Politics of Family Planning: Sterilization and Human Rights in Bangladesh. In Handwerker, WP. Ed. 1990. *Births and Power. Social Change and the Politics of Reproduction*. Boulder, CO: Westview Press, pp. 165–196.

Population Action International (PAI). (2011). *Trends in US Population Assistance*. <http://populationaction.org/articles/trends-in-us-population-assistance/>.

Pulerwitz, J., Barker, G., Segundo, M., and Nascimento, M. (2006). Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy. Washington, DC: Horizons Program, Population Council.

Rama Rao, S., and R. Mohanam. (2003). The quality of family planning programs: concepts, measurements, interventions, and effects. *Studies in family planning* 34(4): 227–248.

Ravenholt, R. T. (1968). The A.I.D. population and family planning program—goals, scope, and progress. *Demography* 5(2): 561–573.

Reichenbach, L., and Roseman, M.J. (2009). *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Richey, C., and Salem, M. (2008). Elements of Success in Family Planning Programming. Population Reports. I. Project. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series J, No. 57.

Rifkin, S. (2003). A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health Population and Nutrition* 21(3): 168–180.

Rottach, E., Schuler, S.R., and Hardee, K. (2009). *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group.

Robinson, W., and Ross, J. Eds. (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.

Rodriguez, M., Harris, S., Willson, K., and Hardee, K. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Evidence*. Washington, DC: Futures Group.

Ross, J., and Hardee, K. (2012). Access to Contraceptive Methods and Prevalence of Use. *Journal of Biosocial Science*. Published online. doi:10.1017/S0021932012000715.

Ross, J., and Stover, J. (2010). *Developing a Family Planning Goal for 2015 that Supports MDG-5b*. Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1, Futures Group.

Saunders, M., Sethi, H., Jayachandran, A.A., and Sharma, S. (2010). *A Policy Response to Increase Access to Family Planning Services for the Poor in Jharkhand, India*. Washington, DC: Futures Group, USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1.

SEATS. (2000). *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Services Delivery. Context & Case Studies*. Arlington, VA: John Snow, Inc. SEATS II Project.

Seltzer, J., and Gomez, F. (1998). *Family Planning and Population Programs in Colombia 1965 to 1997, Population Technical Assistance Project [POPTECH]*. [2], xxii, 93, [40] p.: 40p.

- Seltzer, JR. (2002). The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries. *Population Matters*. Santa Monica, CA: RAND.
- Sen, G. (2010). Integrating family planning with sexual and reproductive health and rights: the past as prologue? *Studies in Family Planning* 41(2): 143–146.
- Shelton, J. (2001). “Women’s Reproductive Health: The Public Health Perspective.” In PATH. 2001. *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH.
- Shiffman, J., and Quissell, K. (2012). Family planning: a political issue. *The Lancet* 380(9837): 181–185.
- Simmons, R., Brown, J., and Diaz, M. (2002). Facilitating large-scale transitions to quality of care: an idea whose time has come. *Studies in Family Planning* 33(1): 61–75.
- Sinding, S. (2005). Why is funding for population activities declining? *Asia-Pacific Population Journal* 20(2): 3–9.
- Sinding, S. (2007). “Overview and Perspective.” Chapter 1 in Robinson, W. and J. Ross, Eds. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.
- Singh, S., Darroch, J., Ashford, L., and Vlassoff, M. (2012). *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher and UNFPA.
- Singh, J.S. (2009). *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment*. London: Earthscan.
- United Nations (UN). (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations.
- United Nations (UN). (1968). Final Act of the International Conference on Human Rights. Teheran. 22 April—13 May 1968. New York: United Nations.
- United Nations (UN). (1974). World Population Conference. World Population Plan of Action. 1974. Bucharest. New York: United Nations.
- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UNCESCR). (2000). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. 2000. “The Right to the highest attainable standard of health.” [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En). Accessed March 23, 2013.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2008). *Sexual and Reproductive Health Framework a Reality for All*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2010). *A Human Rights-based Approach to Programming/Practical Implementation Manual and Training Materials*. New York: UNFPA and Boston: Harvard School of Public Health.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/hrba/hrba_manual_in%20full.pdf. Accessed December 29, 2012.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2012). *By Choice, Not by Chance. State of World Population 2012*. New York: UNFPA.

UNHCR. (n.d.). UNHCR Note on Refugee Claims Based on Coercive Family Planning Laws or Policies. Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4301a9184.pdf>. Accessed on March 27, 2013.

United States Agency for International Development (USAID). (n.d./a). *Repositioning Family Planning*.
http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/repositioning/index.html. Accessed December 27, 2012.

United States Agency for International Development (USAID). (n.d./b). *USAID's Family Planning Guiding Principles and U.S. Legislative and Policy Requirements*.
http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html. Accessed November 12, 2012.

United States Agency for International Development (USAID). (1982). *USAID Policy Paper on Population Assistance*. Washington, DC, USAID.

United States Agency for International Development (USAID) | Health Policy Initiative. (2009). *Achieving EQUITY for the Poor in Kenya: Understanding the Level of Inequalities and Barriers to Family Planning Services*. Washington, DC: Futures Group.
http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1247_1_Achieving_Equity_for_Poor_in_Kenya_brief_FINAL_acc.pdf. Accessed February 17, 2013.

United States Congress. (1968). *Foreign Assistance Act of 1967, Title X*, Jan. 2, 1968. Washington, DC: US Congress.

Verma, R., Pulerwitz, J., Mahendra, V., Khandkar, S., Singh, A., Das, S., Mehra, S., Nura, A., and Barker, G. (2008). *Promoting Gender Equality as a Strategy to Reduce HIV Risk and Gender-based Violence Among Young Men in India*. Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council.

Wallerstein, N. (1993). Empowerment and health: the theory and practice of community change. *Community Dev Journal* 28: 218–27.

Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, SF., Brugha, R., and Gilson, L. (2008). Doing Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges. *Health Policy and Planning* 23(5): 308–317.

Warwick, D. (1982). *Bitter Pills. Population Policies and Their Implementation in Eight Developing Countries*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Winkler, EA. (2002). Chinese reproductive policy at the turn of the millennium: dynamic stability. *Population and Development Review* 28(3): 379–418.

Whaley, F. (2013). Catholics Mobilize to Defeat Philippine Politicians Who Backed Reproductive Law. http://www.nytimes.com/2013/01/30/world/asia/catholics-mobilize-after-setback-over-reproductive-law.html?_r=0. Accessed February 1, 2013.

World Health Organization (WHO). (1994). *Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework*. Geneva: WHO, UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. WHO/HRP/ITT/94.1.

World Health Organization (WHO/RHR). (2001). *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*. Geneva: WHO. WHO/RHR/01.29

World Health Organization (WHO). (n.d.). *Social Determinants of Health*.

http://www.who.int/social_determinants/en/. Accessed December 29, 2012.

World Health Organization (WHO/RHR). (n.d.). *Sexual and Reproductive Health*. http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/. Accessed January 10, 2013

Yamin, A. E. (2004). Promising but elusive engagements: combining human rights and public health to promote women's well-being. *Health and Human Rights* 8(1): 62–92.

Yinger, N., Bradford, C., Sines, E., and Mbacke, C. (2008). *An Essay on Adding Rights to the Measurement of Reproductive Health*. Presented at a special meeting at the Population Association of America, New Orleans, April.

Zackus, D., and Lysack, C. (1998). Revisiting community participation. *Health Policy Planning* 13(1):1–1.

ज्ञाश्रभज्ञाथज्ञाव शज्ञाञ्जलम्

जवाबदेही¹⁴: मानव अधिकार की एक विशिष्ट, जटिल, और केंद्रीय विशेषता है। जवाबदेही में राष्ट्रीय और वैश्विक स्तर शामिल होते हैं और इसमें तीन परस्पर प्रक्रियाएं – निगरानी, समीक्षा, और कार्यवाही – सीखने और निरंतर सुधार के उद्देश्य से शामिल होती हैं। यह संसाधनों के लिए जवाबदेही को परिणामों से जोड़ती है (यानी उनके द्वारा निर्मित उत्पाद, परिणाम, और प्रभाव)।

ज़ोर-जबरदस्ती¹⁵: में अनुचित प्रभाव के तत्व और दबाव होते हैं और यह तब होता है जब एक व्यक्ति उसकी इच्छा के विपरीत कोई कार्य करने के लिए मजबूर किया जाता है। यह प्रत्यक्ष (जैसे, शारीरिक बल) या अप्रत्यक्ष (जैसे, व्यक्ति कानूनी रूप से किसी अन्य के मातहत हो जाता है) हो सकता है। परिवार नियोजन के लिए, ज़ोर-जबरदस्ती का मतलब आम तौर पर व्यक्तियों को गर्भनिरोधक का उपयोग करने के लिए या गर्भपात के लिए मजबूर करना माना गया है (हालाँकि, 1994 के आई.सी.पी.डी. कार्यवाही कार्यक्रम के अनुसार, गर्भपात को गर्भनिरोधक का एक तरीका नहीं माना जा सकता है)। ज़ोर-जबरदस्ती का एक व्यापक दृष्टिकोण कहता है कि जिन व्यक्तियों के पास गर्भनिरोधकों के सुरक्षित और प्रभावी तरीकों पर पहुँच की कमी है, यह माना जा सकता है कि उन्हें उनकी इच्छा से अधिक बच्चे पैदा करने में मजबूर किया जा रहा है, इस प्रकार उन्हें उनके बच्चों की संख्या और बच्चों के बीच अंतर और ऐसा करने के लिए सूचना और साधन के मानव अधिकार का उल्लंघन हो रहा है।

गर्भनिरोधक विकल्प¹⁶: व्यक्तियों की जरूरतों और प्राथमिकताओं को पूरा करती गर्भनिरोधक विधि के चयन और पहुँच का उनका मौलिक अधिकार और क्षमता।

वंचित/कमजोर/उपेक्षित समूह¹⁷: ये शब्द उन लोगों के समूहों पर लागे होते हैं जिन्हें आमतौर पर अपने नियंत्रण से बाहर के कारणों के कारण, समाज में अन्य, अधिक भाग्यशाली समूह के समान अवसर नहीं मिलते हैं। उदाहरणों में बेरोजगार, शरणार्थी, सामाजिक रूप से बहिष्कृत और अन्य शामिल लोग हो सकते हैं।

भेदभाव¹⁸: लिंग के आधार पर किसी तरह की विशिष्टता, बहिष्कार, या प्रतिबंध, जिसका प्रभाव या उद्देश्य महिलाओं की वैवाहिक स्थिति पर विचार किए बिना, महिलाओं और पुरुषों की समानता के आधार पर, मानव अधिकार और राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, सिविल, या किसी भी अन्य क्षेत्र में मौलिक स्वतंत्रता की महिलाओं द्वारा मान्यता, आनंद, या प्रयोग को बाधित या समाप्त करने वाला हो।”

¹⁴ सूचना और जवाबदेही पर आयोग, ग्लोबल स्ट्रैटेजी। (2011) अंतिम रिपोर्ट।

¹⁵ [जजचरुधसमहंस.कपवजपवदंतलण्जीमतिममकपवजपवदंतलण्ववउध्ववमतबपवदर](#) 16 अप्रैल 2013 को देखा गया;

¹⁶ [जजचरुधूनदीबतण्वतहधतमूवितसकधकपिकध3019184ण्चकारि](#) 16 अप्रैल 2013 को देखा गया; और एनजेंडरहैल्थ/रिसर्पोन्ड प्रोजेक्ट, 2013। ए फाइन बैलेंस: कॉन्ट्रासैप्टिक चॉइस इन 21स्ट सेंचुरी। सितम्बर 2012 में बैलाजिओ, इटली में आयोजित यूएसएड-अनुदान प्राप्त रिसर्पोन्ड प्रोजेक्ट मंत्रणा की रिपोर्ट से। न्यूयॉर्क: एनजेंडरहैल्थ/रिसर्पोन्ड प्रोजेक्ट

¹⁷ डब्ल्यू.एच.ओ.। स्वास्थ्य प्रभाव आकलन, परिभाषिक शब्दावली। [जजचरुधूणीवण्णदजधिपंड्वनजधसवेमदधदकमगणीजउसण](#) पर उपलब्ध।

¹⁸ संयुक्त राष्ट्र, सामाजिक और आर्थिक मामलों के विभाग, महिलाओं की उन्नति के लिए प्रभाग। (एन.डी). महिलाओं के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव उन्मूलन संबंधी अभिसमय। [जजचरुधूनदण्वतहध्वउमदंजबीधकध्वमकंधण](#) पर 23 मार्च, 2013 को देखा गया।

समानता¹⁹: “ रंग, लिंग, भाषा, धर्म, राजनीतिक या अन्य विचार, राष्ट्रीय या सामाजिक मूल, संपत्ति, जन्म, या अन्य स्थिति जैसी किसी भी तरह की विशिष्टता के बिना, हर किसी को इस घोषणा में उल्लिखित सभी अधिकारों और स्वतंत्रताओं को पाने का हक है।”

समता (स्वास्थ्य में)²⁰: अंतर्निहित सामाजिक लाभ/नुकसान – यानि धन, शक्ति, या प्रतिष्ठा – वाले विभिन्न स्तरों के साथ समूहों के बीच स्वास्थ्य में (या स्वास्थ्य के मुख्य सामाजिक निर्धारकों में) व्यवस्थित असमानताओं की अनुपस्थिति।

परिवार नियोजन ग्राहक: एक व्यक्ति जो स्वतंत्र रूप से परिवार नियोजन सेवाएं या परामर्श लेता है, लेकिन परिवार नियोजन विधि का उपयोगकर्ता बन जाए यह जरूरी नहीं है।

परिवार नियोजन उपयोगकर्ता: एक व्यक्ति जो स्वतंत्र रूप से एक परिवार नियोजन विधि प्राप्त करने और उपयोग करने का फैसला करता है।

परिवार नियोजन कार्यक्रम²¹: ग्राहकों के लिए गर्भनिरोधक और प्रजनन स्वास्थ्य वस्तुएं या सेवाएं उपलब्ध कराने वाली (सरकारी, निजी/सार्वजनिक, या एन.जी.ओ.) इकाई है। यह स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान का एक घटक है।

जेंडर समानता²²: ऐसी अवस्था या स्थिति, जो महिलाओं और पुरुषों को मानव अधिकारों, सामाजिक दृष्टि से महत्वपूर्ण वस्तुओं, अवसरों और संसाधनों का बराबर आनंद प्रदान करती है।

स्वास्थ्य प्रणाली²³: में वे सभी संगठन, लोग, और कार्यवाहियां शामिल होती हैं जिनका प्राथमिक उद्देश्य स्वास्थ्य को बढ़ावा देना, बहाल करना, या बनाए रखना होता है। डब्ल्यू.एच.ओ. “छह आवश्यक मूलभूत अंगों” को चिन्हित करता है, जो साथ मिलकर एक स्वास्थ्य प्रणाली बनाते हैं:

स्वास्थ्य सेवाओं/ “अच्छी स्वास्थ्य सेवाएं वह होती हैं जो, जिन्हें जरूरत है, जब और जहाँ जरूरत है वहाँ संसाधनों की कम से कम बर्बादी के साथ, प्रभावी, सुरक्षित, उच्च गुणवत्तापूर्ण व्यक्तिगत और गैर व्यक्तिगत स्वास्थ्य हस्तक्षेपों का प्रदान करें।”

स्वास्थ्य कार्यबल: “एक भलीभाँति कार्य करने वाला स्वास्थ्य कार्यबल वह होता है, जो, उपलब्ध संसाधनों और परिस्थितियों (यानी, स्टाफ की पर्याप्त और मिलेजुली संख्या हो, उचित रूप से बंटी हुई हो, वे सक्षम, उत्तरदायी और उत्पादक हों) में सबसे अच्छे संभव स्वास्थ्य परिणाम प्राप्त करने के लिए, उत्तरदायी, निष्पक्ष, और कुशल तरीकों से काम करता है।”

¹⁹ संयुक्त राष्ट्र। (1948)। मानवाधिकार पर वैश्विक घोषणा। [जिजचरुधुनदण्वतहधमदधकववनउमदजेनकीतध](#) पर 23 मार्च, 2013 को देखा गया।

²⁰ ब्रेवमन. पी. और एस.ग्रुसकिन। (2002)। “स्वास्थ्य में समता को परिभाषित करना।” *जरनल ऑफ एपिडिओलॉजी एण्ड कम्युनिटी हैल्थ*, 57(4)।

²¹ डब्ल्यू.एच.ओ. समूह दस्तावेज प्रारूप (अप्रकाशित)।

²² जनसंख्या संदर्भ ब्यूरो। “पारिभाषिक शब्दावली।” [जिजचरुधुनदण्वतहधकनबंजवतेधनेवनतवमेध्कसवेतलणैचगण](#)

पर उपलब्ध।

²³ डब्ल्यू.एच.ओ. (2007)। डब्ल्यू.एच.ओ.स फ्रेमवर्क। फॉर एक्शन: एवरीबॉडीस् बिजनेस: स्ट्रेन्थनिंग हैल्थ सिस्टमस् टू इम्प्रूव हैल्थ आउटकम्स। जिनेवा: डब्ल्यू.एच.ओ। पेज 3।

स्वास्थ्य सूचना प्रणाली। “एक भलीभाँति कार्य करने वाली स्वास्थ्य सूचना प्रणाली वह होती है, जो, स्वास्थ्य निर्धारकों, स्वास्थ्य प्रणालियों के प्रदर्शन और स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में विश्वसनीय और समय पर जानकारी का उत्पादन, विश्लेषण, प्रसार, और उपयोग सुनिश्चित करती है।”

चिकित्सा उत्पाद, टीके और तकनीकें। “ भलीभाँति कार्य करने वाली स्वास्थ्य प्रणाली, आवश्यक चिकित्सा उत्पादों, टीकों, तकनीकों पर आशवासित गुणवत्ता, सुरक्षा, प्रभावकारिता, और लागत प्रभावशीलता, और उनके वैज्ञानिक रूप से ठोस और लागत प्रभावी उपयोग की न्यायसंगत पहुँच सुनिश्चित करती है।

स्वास्थ्य वित्तपोषण। “एक अच्छी स्वास्थ्य वित्तपोषण प्रणाली, इस तरह से स्वास्थ्य के लिए पर्याप्त धन जुटाती है, जो सुनिश्चित करता है कि लोग जरूरत की सेवाओं का उपयोग कर सकें और उनके लिए भुगतान करने के साथ जुड़ी वित्तीय तबाही या दरिद्रता से उनकी रक्षा हो सके।”

नेतृत्व, शासन, व्यवस्था। इसमें “यह सुनिश्चित करना शामिल होता है कि सामरिक नीति ढाँचे मौजूद हों और प्रभावी निरीक्षण, गठबंधन निर्माण, उचित नियमों और प्रोत्साहन के प्रावधान, प्रणाली के डिजाइन पर ध्यान, और जवाबदेही के साथ सम्मिलित हो।”

मानव अधिकार-आधारित परिवार नियोजन: अधिकारों का सम्मान, रक्षा, और पूर्ति करने वाले स्वैच्छिक परिवार नियोजन कार्यक्रमों का ढाँचा देखें।

सूचित विकल्प²⁴ : जानकारी, समझ, और विकल्पों के आधार पर एक व्यक्ति की भलीभाँति विचारित, स्वैच्छिक निर्णय (कोई जोर-जबरदस्ती नहीं और कोई अवरोध नहीं) की प्रक्रिया और परिणाम है।

नीति²⁵: स्वास्थ्य नीति का संबंध एक समाज के अंदर विशिष्ट स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए, लिए गए फैसलों, योजनाओं, और कार्यवाहियों से है। नीति समस्या की पहचान, नीति विकास, नीति के कार्यान्वयन, और नीति की निगरानी एवं मूल्यांकन की एक गतिशील प्रक्रिया भी है जिसमें कई हितधारक शामिल होते हैं।

भागीदारी²⁶: व्यक्तियों और समूहों का उनके विकास को प्रभावित करने वाले निर्णय लेने की प्रक्रिया में भाग लेने के लिए अधिकार है – इसे किसी भी नीति, कार्यक्रम, या रणनीति के एक अभिन्न अंग के रूप में देखा जाता है।

प्रजनन अधिकार²⁷: मानव अधिकारों का संयोजन जो खराब स्वास्थ्य के कारणों के खिलाफ की रक्षा और यौनिक एवं प्रजनन कल्याण को बढ़ावा देते हैं। प्रजनन अधिकारों तीन घटकों में निम्न शामिल हैं:

²⁴ एनजेंडरहेल्थ/रिसर्पॉन्ड प्रोजेक्ट, (2013)। *ए फाइन बैलेंस: कॉन्ट्रासैप्टिक चॉइस इन 21स्ट सेंचुरी*। सितम्बर 2012 में बैलाजिओ, इटली में आयोजित यूएसएड-अनुदान प्राप्त रिसर्पॉन्ड प्रोजेक्ट मंत्रणा की रिपोर्ट से। न्यूयॉर्क: एनजेंडरहेल्थ/रिसर्पॉन्ड प्रोजेक्ट।

²⁵ डब्ल्यू.एच.ओ. (एन.डी.). स्वास्थ्य नीति। [“जजचरुष्णवणपदजधजवचपबेधेमंसजीत्रचवसपबलधमध”](#) 16 अप्रैल 2013 को देखा गया; और हार्डी, के., एल. ईरानी, मखेनस, आर., और हैमिल्टन, एम. (2012)। *लिकिंग हेल्थ पॉलिसी विद हेल्थ सिस्टमस् एण्ड हेल्थ आउटकमस्: ए कॉन्सेप्चुअल फ्रेमवर्क*। वाशिंगटन, डीसी: फ्यूचर्स ग्रुप, स्वास्थ्य नीति परियोजना।

²⁶ गुसकिन, एस., बोगेचो, डी., और फर्ग्यूसन, एल. (2010)। “राइट्स बेस्ड एप्रोचेस टू हेल्थ पॉलिसीस एण्ड प्रोग्राम्स: आर्टीकुलेशन्स, एम्बिग्यूटीज, एण्ड असैसमेंट। *जे पब्लिक हेल्थ पॉलिसी* 31 (2):129–45।

1. प्रजनन आत्मनिर्णय
2. यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, वस्तुओं, सूचना, और शिक्षा पर पहुँच की सुविधा
3. समानता और भेदभावहीनता

अधिकार—आधारित दृष्टिकोण²⁸: का उद्देश्य असमानताओं, भेदभावपूर्ण प्रथाओं (कानून तौर पर और वास्तविक रूप से), और अनुचित शक्ति संबंधों का विश्लेषण करने और संबोधित करने के द्वारा बेहतर और अधिक स्थायी विकास परिणामों को समर्थन देना है।

स्वास्थ्य का अधिकार²⁹: स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक की प्राप्ति के लिए जरूरी सुविधाओं, वस्तुओं, सेवाओं, और अवस्थाओं का लाभ उठाने की क्षमता है। स्वास्थ्य के अधिकार के आवश्यक तत्वों में निम्नलिखित शामिल हैं:

उपलब्धता। सरकार के पास कार्यशील सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सुविधाओं, वस्तुओं, और सेवाओं, के साथ साथ कार्यक्रमों की पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध होनी चाहिए।

पहुँच। सरकार के क्षेत्राधिकार के अंदर स्वास्थ्य की सुविधाएं, वस्तुएं, और सेवाएं, बिना किसी भेदभाव के सभी के लिए सुलभ होनी चाहिए। पहुँच के चार अतिव्यापी आयाम हैं – भेदभावहीनता, भौतिक पहुँच, आर्थिक पहुँच, और आर्थिक (सामर्थ्य) पहुँच।

स्वीकार्यता। सभी स्वास्थ्य सुविधाएं, वस्तुएं, और सेवाएं, चिकित्सा नैतिकता का सम्मान करने वाली और सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त (अर्थात्, वैयक्तिकों, अल्पसंख्यकों, लोगों और समुदायों का संस्कृति करने वाली, जेंडर और जीवन चक्र की जरूरतों के प्रति संवेदनशील होन के साथ ही गोपनीयता का सम्मान करने वाली और जो संबंधित है उनके स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार करने वाली) होनी चाहिए।

गुणवत्ता। स्वास्थ्य सुविधाएं, वस्तुएं, और सेवाएं सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य होने के साथ ही वैज्ञानिक और चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त और अच्छी गुणवत्ता की होनी चाहिए। इसके लिए, *अन्य बातों के साथ साथ*, कुशल चिकित्सा कर्मियों, वैज्ञानिक रूप से मंजूरी प्राप्त और असमाप्त दवाओं और अस्पताल के उपकरणों, सुरक्षित और पीने योग्य पानी, और पर्याप्त सफाई की आवश्यकता होती है।

राज्य के दायित्व (मानव अधिकार दायित्व):

²⁷ अर्डमैन, जे. एन., और कुक, आर. जे. (2008)। रिप्रोडक्टिव राइट्स। इंटरनेशनल एनसाइक्लोपीडिया ऑफ पब्लिक हेल्थ। मुख्य संपादक: क्रिस. ऑक्सफोर्ड, अकेडमिक प्रेस: 532–538. पेज. 532।

²⁸ “ए. ह्यूमन राइट्स बेस्ड एप्रोचेस टू हेल्थ।” [“जजचरुध्णीवणपदजधीतध्दमूधेतइंऋजवऋमंसजी2ण्चकणि”](#) पर देखी जा सकती है।

²⁹ संयुक्त राष्ट्र की आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों (यू.एन.सी.ई.एस.सी.आर.) समिति। (2000)। आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार संबंधी प्रसंविदा। अनुच्छेद 12, सामान्य टिप्पणी संख्या 14। 2000। “स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का अधिकार।” [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En.23](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En.23) मार्च 2013 को देखा गया।

सम्मान। स्वास्थ्य के अधिकार का लाभ लेने में प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से हस्तक्षेप ना करना (जैसे, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की पहुँच को सीमित करने या असुरक्षित दवाओं को बाजार में लाने से बचना)।

रक्षा। तीसरे पक्ष (थर्ड पार्टी) को स्वास्थ्य के अधिकार में हस्तक्षेप करने से रोकना (जैसे, सुनिश्चित करना कि निजी कंपनियां अपने कर्मचारियों और आसपास के समुदायों के लिए सुरक्षित पर्यावरण प्रदान करें)।

पूर्ति। स्वास्थ्य के अधिकार की पूरी तरह से पूर्ति करने के लिए उपयुक्त विधायी, प्रशासनिक, बजटीय, यायिक, प्रचार, और अन्य उपायों को अपनाना।

कलंक³⁰: का अर्थ वास्तविक या कथित स्वास्थ्य की स्थिति, सामाजिक-आर्थिक वर्ग, वैवाहिक स्थिति, लिंग, विकलांगता, आयु, जाति, नस्ल, या यौनिक अभिव्यक्ति के आधार पर व्यक्तियों या समुदायों के द्वारा अवमूल्यन किया जाना है।

परिवार नियोजन में स्वैच्छिकतावाद³¹:

- लोगों को स्वेच्छा से परिवार नियोजन का उपयोग करने या एक विशेष परिवार नियोजन विधि चुनने का अवसर मिले।
- व्यक्तियों के विशेष विधियों के लाभ और स्वास्थ्य जोखिमों सहित परिवार नियोजन विकल्प की एक व्यापक विविधता पर जानकारी पर पहुँच हो।
- ग्राहक या तो सीधे या रेफरल के माध्यम से, विधियों और सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला दी जाए।
- नसबंदी का चयन करने वाले किसी भी ग्राहक की स्वैच्छिक और सूचित सहमति को ग्राहक द्वारा हस्ताक्षरित एक लिखित सहमति दस्तावेज द्वारा सत्यापित किया जाए।

³⁰ गुसकिन, एस., और फर्ग्यूसन, एल. (2009)। "सार्वजनिक स्वास्थ्य के प्रयासों में मानव अधिकारों के योगदान को निर्धारित करने के लिए संकेतक का उपयोग करना। "बुल वलर्ड ऑरगन 87 (9):714-9।

³¹ यूएसएड। (2009)। "यूएसएड की परिवार नियोजन मार्गदर्शी सिद्धांत और यू.एस. विधायी और नीति आवश्यकताएं, स्वैच्छिकतावाद और सूचित विकल्प। http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html. पर उपलब्ध।

Futures Group

One Thomas Circle, Suite 200
Washington, DC 20005

202.775.9680

www.futuresgroup.com