P: ISSN No. 2231-0045 RNI No. UPBIL/2012/55438 VOL.-6, ISSUE-4, May-2018
E: ISSN No. 2349-9435 Periodic Research

वैवाहिक जीवन के पक्षों में महिलाओं की निर्णय क्षमता : ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्र का एक तुलनात्मक अध्ययन

सुशीला
असिस्टेंट प्रोफेसर,
समाजशास्त्र विभाग,
कु॰ मायावती राजकीय महिला स्ना॰ महाविद्यालय,
बादलपुर

आरती
शोध छात्रा,
समाजशास्त्र विभाग,
कु॰ मायावती राजकीय महिला स्ना॰ महाविद्यालय,
बादलपुर

सारांश

आज भारत जैसे विकासशील देश में गर्भपात कराने का एक भीषण दौर चल रहा है जिस कारण से प्राकृतिक संतुलन अस्थिर हो गया है। भारतीय समाज आज भी आदिमकालीन बर्बरता में जी रहा है। इस बर्बरता का आरम्भ गर्भ से ही होने लगा है। वर्तमान परिप्रेक्ष्य में भारतीय समाज में आज वैज्ञानिक तकनीकियों जैसे–प्रसव पूर्व लिंग चयन का सहारा लेकर जन्म देने वाली माँ ही संहारक बन गयी है। वर्ष 2011 के अनुसार भारत में लिंगानुपात 1000 पुरुषों पर केवल 940 महिलायें हैं, अर्थात 1000 पुरुषों पर आज भी 60 महिलाओं की कमी है। वर्ष 2001 से 2011 में शिशु लिंगानुपात (0–6 वर्ष) 945 से घटकर 914 पर पहुँच गया है जिसका मूल कारण केवल कन्या भ्रूण हत्या एवं कन्या शिशु हत्या है।

जनसंख्या सर्वेक्षण संस्थान के आंकड़ों के अनुसार वर्ष 2000–2014 तक 1,27,71,033 लिंग चयनित गर्भपात कराये गये हैं। नेशनल क्राइम ब्यूरो के अनुसार पंजाब राज्य में 81,राजस्थान में 51, मध्य प्रदेश में 21, हरियाणा में 18 तथा छत्तीसगढ़ में 24 कन्या भ्रूण हत्या सम्बन्धी कानूनी मामले पंजीकृत हुए हैं।

मुख्य शब्द : औद्योगिक प्रगति, लघु उद्योग, स्वरोजगार।

प्रस्तावना

भारत में गर्भपात को वैध बनाने का कानून अधिनियम **मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेगनेंसी एक्ट 1971** अस्तित्व में आया, तत्पश्चात् **प्रसव पूर्व निदान तकनीकी अधिनियम 2002** एवं संशोधन अधिनियम 2003 (**प्री नेटल डायग्नोस्टिक टेस्ट एक्ट 2003**) लागू कर दिया गया। इसके बाद भी हमारे देश में मादा भ्रूण हत्या की प्रवृत्ति बढ़ती ही जा रही है, उच्च प्रौद्योगिकी का विकास मानव कल्याण हेतु किया जाता है परन्तु इसके दुरुपयोग के कारण महिलाओं की औसत संख्या खतरनाक बिन्दु पर पहुँच गयी है। यदि इसके विरुद्ध ठोस कदम नहीं उठाये गये तो परिणाम और भी अधिक भयावह हो सकते हैं।

अध्ययन के उद्देश्य

प्रस्तुत अध्ययन के निम्नलिखित उद्देश्य हैं:–

1. महिला उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि को ज्ञात करना।
2. महिलाओं में शिशु को जन्म देने के निर्णय लेने के अधिकार का विश्लेषण करना।
3. महिलाओं का लिंग निर्धारण की प्रक्रिया में निर्णय लेने की क्षमता का अध्ययन करना।
4. महिलाओं का गर्भपात कराने में निर्णय लेने की क्षमता का अध्ययन करना इत्यादि।

उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि को ज्ञात करने हेतु निम्नलिखित चरों जैसे–आयु, जाति, वर्ग, शिक्षा, धर्म, परिवार का प्रकार, कार्यक्षेत्र एवं निवास स्थान आदि का चयन किया गया है। मुख्यतः ग्रामीण–नगरीय विभिन्नताओं के आधार पर महिलाओं में शिशु को जन्म देने, लिंग परीक्षण कराने एवं गर्भपात कराने सम्बन्धी प्रक्रियाओं में महिलाओं की निर्णायक भूमिका का अध्ययन किया गया है तथा विभिन्न चरों के सम्बन्ध के आधार पर उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि को विश्लेषित किया गया है।

समस्या का स्पष्टीकरण

भारतीय समाज में महिलाओं कि स्थिति सदैव से ही पुरुषों की अपेक्षा निचले स्तर की रही है, हमारे शास्त्रों में अनेकानेक दृष्टांत उपलब्ध हैं, जिनमें यह दर्शाया गया है कि पुत्र का स्थान पुत्री की अपेक्षा उच्च है, जिसे हमारे समाज ने स्वीकार किया है। हिन्दू समाज में तो विवाह का दूसरा उद्देश्य ही

संतानोत्पत्ति अर्थात पुत्र की प्राप्ति है तथा अनेक संस्कारों द्वारा भी पुत्र प्राप्ति की कामना की जाती है। सही अर्थों में पुत्र–पुत्री की पहेली के पीछे ही छिपा है–मादा भ्रूण हत्या का रहस्य, अतः इसका सामाजिक पक्ष प्रकाश में लाना आवश्यक है। पी. एन. मारी, भट्ट एवं ए. जी. फ्रांसिस जेवियर (2003 : 637-757) ने अपने अध्ययन में पाया कि उत्तरी भारत में एकल परिवार की प्रवृत्ति के कारण पुत्र की चाह कम हुई है परन्तु पूर्ण रुप से समाप्त नहीं हुई है, निष्कर्ष किशोर यौन अनुपात में रुझानों का विरोध करते दिखाई देते हैं और स्त्री भेदभाव की घटनायें लिंग पूर्वाग्रहों की गहनता का सुझाव देती हैं। जी. रोजेनबर्ग (2004 : 101-102) ने अपने अध्ययन में निष्कर्ष निकाला कि पुत्र को वरीयता देने के अनेक कारक नकारात्मक रुप से जुड़े हैं वे हैं–महिलाओं की उम्र, शहर में निवास, शिक्षा का स्तर, रहन सहन का स्तर, अनुसूचित जाति या जनजाति सदस्यता, बेरोजगारी, लड़कियों की अधिक संख्या आदि हैं।

टी. लेन. (2004 : 100-101) ने उत्तरी भारत का अध्ययन कर निष्कर्ष निकाला कि परिवार के छोटे आदर्श आकार के कारण पुत्री को प्राथमिकता दी जाती है। पूर्ण प्रजनन दर (3.2 से 2.4 प्रति महिला) में कमी आई है जो कन्या भ्रूण हत्या व पुत्र की अधिक चाहत के कारण है।

अतः भारत में महिला सशक्तिकरण से सम्बन्धित अनेक विषयों जैसे महिलाओं की निर्णायक भूमिका, महिलाओं का शोषण, भेदभाव एवं पारिवारिक संरचना पर उसका प्रभाव एवं महिला शिक्षा के विषय पर अनेक अध्ययन हुए हैं। अन्य अध्ययन पारिवार में महिलाओं की निर्णायक भूमिका जैसे– बच्चों की देखभाल, बच्चों की शिक्षा, विवाह में निर्णायक भूमिका एवं अन्य घरेलू क्रियाओं में निर्णय लेने से सम्बन्धित है। परन्तु शिशु को जन्म देने, लिंग निर्धारण, गर्भपात कराने में महिलाओं की निर्णय क्षमता इत्यादि में महिलाओं की भूमिका महिला सशक्तिकरण की वर्तमान स्थिति को महत्वपूर्ण दिशा प्रदान करेगी।

साहित्यावलोकन

निम्नलिखित लिंग परिक्षण, गर्भधारण एवं गर्भपात सम्बन्धी कुछ चयनित अन्तर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय अध्ययन इस प्रकार हैं:-

रोहिणी चटर्जी (2017) विश्व बैंक के अनुमानों पर आधारित आंकड़े बताते हैं कि पिछले कुछ सालों में लिंगानुपात में कमी आयी है और 2031 तक भविष्य में गिरावट आने की सम्भावना है। रिपोर्ट में कहा गया है कि युवाओं के लिंगानुपात में कमी कुल जनसंख्या की तुलना में अधिक है, 2021 में 909 और 2031 में 898 तक गिरावट का अनुमान है।

जमेजाया सामल (2016) उत्तरी भारत और उत्तर पश्चिमी भारतीय राज्यों में गिरावट वाले लिंग अनुपात से संकेत मिलता है। यूनिसेफ द्वारा जारी भारतीय स्त्री भ्रूण हत्या के कारण भयंकर दुल्हन संकट पैदा होगा जिसमे सबसे खराब स्थिति हरियाणा की होगी।

एशियन सेन्टर फॉर ह्यूमेन राइट (2016) ने कन्या भ्रूण हत्या सम्बन्धी रिर्पोट में निष्कर्ष निकाला कि सम्पूर्ण विश्व में लिंग–चयनात्मक गर्भपात के कारण 117 मिलियन लड़कियों का गर्भपात कराया गया है। मानवीय अधिकारों हेतु एशियाई केन्द्र द्वारा महिला शिशु हत्या पर अध्ययन प्रकट करता है कि पुत्र की अधिक चाह एवं दक्षिण एशिया में दहेज जैसी कुप्रथा के कारण लड़कयों को आर्थिक बोझ माना जाता है जो कन्या भ्रूण हत्या को बढ़ावा देती है।

डी. किर्स्टेन (2014 : 300-304) ने अपने अध्ययन में निष्कर्ष निकाला कि लिंग निर्धारित गर्भपात व कन्या भ्रूण हत्या की समस्या पूरे विश्व में फैली हुई है विशेष रुप से तीसरी दुनिया के देशों में। जागरुकता का स्तर व कन्या भ्रूण हत्या को रोकने से सम्बंधित विचार गर्भवती महिलाओं के बीच माना जाना चाहिए ताकि लडकियों के अनुकूल सामाजिक बदलाव की उम्मीद की जा सके।

सुभादा अवाछत, प्रिटिश रॉट एवं रुतुजा पुन्डकर (2013) ने अपने अध्ययन में निष्कर्ष निकाला कि पी. सी. पी. एन. डी. टी. अधिनियम के तहत डॉक्टरों को नैतिक एवं औषधीय पहलुओं के विषय में संवेदनशील बनाने की आवश्यकता को रेखांकित करने के लिए चयनात्मक लिंग निर्धारण एवं मादा भ्रूण हत्या तकनीक को अनैतिक एवं अंधाधुंध उपयोग से बचने के लिए नियमित कार्यशालाओं एवं गैर चिकित्सा तथा चिकित्सा शिक्षा सत्र के मध्य जागरुकता अभियान की आवश्यकता है।

नन्दी एवं डियोलालिकर (2013) ने अपने अध्ययन में पाया कि पी. एन. डी. टी. अधिनियम 1994 का कन्या भ्रूण हत्या को रोकने में व्यापक प्रभाव पडा है पिछले एक दशक में इस अधिनियम के कारण 1,06,000 कन्या भ्रूण हत्याओं पर रोक लगी है।

रॉबिन मारिया डीलुगान (2013 : 649-650) ने अपने अध्ययन में पाया कि भारत व चीन में कन्या भ्रूण हत्या या शिशु हत्या की जड़ें पितृसत्तात्मक समाज है जहाँ हजारों सालों से ऐसे रिवाज व मूल्य विकसित हुए हैं जो पुरुषों को शक्तिशाली बनाते हैं यह एक लड़की है–दुनिया के तीन सबसे भीषण शब्द। जो लडकियों के खतरनाक जीवन को उदधृत करते हैं। भारत और चीन के कुछ धर्मों में लड़कियों को अधिक संख्या में जन्म लेने से पूर्व या बाद में मार या त्याग दिया जाता है जिसका कारण इन दोनो देशों में पुत्र को वरीयता देना है।

सेमसुनिसा खातून एवं अजनारुल इस्लाम (2011) ने अपने अध्ययन में निष्कर्ष निकाला कि अल्ट्रासाउंड तकनीक एवं पूँजीवादी आधुनिकता के कारण कन्या भ्रूण हत्या अन्तर्राष्ट्रीय स्तर का सामाजिक खतरा बन गया है इन्होने एक संतुलित समाज की स्थापना एवं इस घिनौने कुकृत्य से निपटने हेतु अनेक उपायों की समीक्षा की है।

इसोबेल कोलेमन (2010 : 13-20) ने अपने अध्ययन में पाया कि दक्षिण व पूर्वी एशिया में दहेज और पितृसत्तात्मक परंपरा के कारण माता पिता पुत्री की अपेक्षा पुत्र को पसंद करते हैं।

ग्रामीण भारत में भी क्लीनिक में सोनोग्राफी मशीन आसानी पूर्वक उपलब्ध हो जाती है जिससे बहुत कम कीमत पर लिंग की जांच हो जाती है और कन्या भ्रूण हत्या जैसे अपराध को अंजाम दे दिया जाता है।

उपरोक्त अध्ययनों से स्पष्ट होता है कि शिक्षा के अभाव, गरीबी, पुत्र की चाह, बेराजगारी, रहन-सहन का स्तर आदि कारण हैं जो कन्या भ्रूण हत्या को बढ़ावा देता है जो जीवन के अनेक पक्षों को ही प्रभावित नहीं करता, बल्कि गर्भपात से समाज व राष्ट्र पर भी नकारात्मक प्रभाव डालता है।

अध्ययन पद्धति

प्रस्तुत अध्ययन के अन्तर्गत गाजियाबाद जनपद के शहरी क्षेत्र राजनगर एवं ग्रामीण क्षेत्र सिकरोड को अध्ययन क्षेत्र हेतु चयनित किया गया है। अध्ययन के अन्तर्गत यादृच्छिक उद्देश्यपूर्ण निदर्शन प्रणाली का प्रयोग करते हुए प्रत्येक क्षेत्र से (ग्रामीण 50 एवं शहरी 50) कुल 100 महिला उत्तरदाताओं का चयन किया है। अध्ययन के अन्तर्गत आंकड़े एकत्रित करने हेतु प्राथमिक सामग्री के अर्न्तगत वैयक्तिक अध्ययन पद्धति तथा साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग करते हुए आँकड़ो को एकत्रित किया गया है। पारिवारिक जीवन के पक्षों में निर्णायक भूमिका एवं सामाजिक पृष्ठभूमि कारकों के मध्य संम्बधों का विश्लेषण किया गया है।

निष्कर्ष

प्रस्तुत शोध पत्र में अध्ययन के अन्तर्गत कुल 100 महिला उत्तरदाताओं से प्राप्त तथ्यों का विश्लेषण निम्नवत् है:-

अध्ययन के उद्देश्यों के अनुक्रम के अनुसार निष्कर्षों को दो उपखण्डों में वर्गीकृत कर प्रस्तुत किया है–

1. महिलाओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि तथा
2. महिलाओं की निर्णय क्षमता में सहभागिता को तीन उपखण्डों में विभाजित कर निष्कर्ष प्रस्तुत किया है–

a. महिलाओं में शिशु को जन्म देने के निर्णय लेने का अधिकार।
b. महिलाओं में लिंग निर्धारण की प्रक्रिया में निर्णय लेने की क्षमता तथा
c. महिलाओं में गर्भपात कराने में निर्णय लेने की क्षमता।

सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि के आधार पर प्राप्त निष्कर्ष

महिलाओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि के अन्तर्गत अध्ययन में उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि में कुल आठ चरों जैसे– आयु, जाति, वर्ग, शिक्षा, धर्म, परिवार, कार्यक्षेत्र एवं निवास स्थान लिया गया है। उपरोक्त वर्णित चरों पर आधारित प्राप्त निष्कर्ष इस प्रकार हैं:-

सारणी –1

महिला उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि

क्रम सं०	चर	समूह विभाजन	ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या	शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या
1.	आयु	20-25 25-30 30-35 35-40	17 13 13 7	11 13 15 7
2.	जाति (सामाजिक स्तरीकरण के अनुसार)	उच्च मध्यम निम्न	12 22 16	16 24 10
3.	वर्ग (मासिक आय के आधार पर)	उच्च मध्यम निम्न	6 26 18	10 24 16
4.	शिक्षा	10–12वां स्नातक स्नातकोत्तर तकनीकी शिक्षा	20 15 14 1	22 16 10 2
5.	धर्म	हिन्दू मुस्लिम अन्य	32 15 3	32 17 1
6.	परिवार	संयुक्त एकाकी	39 11	22 28
7.	कार्य स्थिति	कार्यशील गैर–कार्यशील	22 28	25 25

आयु के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से 20–25 आयु वर्ग की कुल 28% महिला उत्तरदाताओं में से 17% ग्रामीण क्षेत्र एवं 11% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित है, 25–30 आयु वर्ग की कुल 26% महिला उत्तरदाताओं में से 13% ग्रामीण क्षेत्र एवं 13% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं। 30–35 आयु वर्ग की कुल 28% महिला उत्तरदाताओं में से 13% ग्रामीण क्षेत्र एवं 15% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं। 35–40 आयु वर्ग की कुल 18% महिला उत्तरदाताओं में से 7% ग्रामीण क्षेत्र एवं 11% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित है।

P: ISSN No. 2231-0045 RNI No. UPBIL/2012/55438 VOL.-6, ISSUE-4, May-2018
E: ISSN No. 2349-9435 Periodic Research

जाति के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से उच्च जाति की कुल 28% महिला उत्तरदाताओं में से 12% ग्रामीण क्षेत्र एवं 16% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, मध्ययम जाति की कुल 46% महिला उत्तरदाताओं में से 22% ग्रामीण क्षेत्र एवं 24% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं। निम्न जाति की कुल 26% महिला उत्तरदाताओं में से 16% ग्रामीण क्षेत्र एवं 10% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं

वर्ग के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से उच्च वर्ग की कुल 16% महिला उत्तरदाताओं से 6% ग्रामीण क्षेत्र एवं 10% शहरी क्षेत्र से सम्बंधित हैं मध्यम वर्ग की कुल 50% महिला उत्तरदाताओं में से 26% ग्रामीण क्षेत्र एवं 24% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, निम्न वर्ग से सम्बन्धित कुल 34% महिला उत्तरदाताओं में से 18% ग्रामीण क्षेत्र एवं 16% शहरी क्षेत्र से सम्बंधित हैं।

शिक्षा के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से 10–12 वीं कक्षा तक शिक्षा प्राप्त कुल 42% महिला उत्तरदाताओं में से 20% ग्रामीण क्षेत्र एवं 22% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, स्नातक तक शिक्षा प्राप्त कुल 31% महिला उत्तरदाताओं में से 15% ग्रामीण क्षेत्र एवं 16% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, स्नातकोत्तर तक शिक्षा प्राप्त कुल 24% महिला उत्तरदाताओं में से 14% ग्रामीण क्षेत्र एवं 10% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, तकनीकी शिक्षा प्राप्त कुल 3% महिला उत्तरदाताओं में से 1% ग्रामीण क्षेत्र एवं 2% शहरी क्षेत्र से सम्बंधित हैं,

धर्म के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से हिन्दू धर्म की कुल 64% महिला उत्तरदाताओं में से 32% ग्रामीण क्षेत्र एवं 32% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, मुस्लिम धर्म से सम्बन्धित कुल 32% महिला उत्तरदाताओं में से 15% ग्रामीण क्षेत्र एवं 17% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, अन्य धर्म से सम्बन्धित कुल 4% महिला उत्तरदाताओं में से 3% ग्रामीण क्षेत्र एवं 1% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं,

परिवार के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से संयुक्त परिवार की कुल 61% महिला उत्तरदाताओं में से 39% ग्रामीण क्षेत्र एवं 22% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, एकांकी परिवार से सम्बन्धित कुल 39% महिला उत्तरदाताओं में से 11% ग्रामीण क्षेत्र एवं 28% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं।

कार्य स्थिति के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से, 47% कार्य–शील महिला उत्तरदाताओं में से 22% ग्रामीण क्षेत्र एवं 25% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं, 53% गैर कार्यशील महिला उत्तरदाताओं में से 28% ग्रामीण क्षेत्र एवं 25% शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित हैं।

महिलाओं में निर्णय क्षमता में सहभागिता का विश्लेषण निम्न पक्षों में देखा गया है जैसे–

1. महिलाओं में शिशु को जन्म देने के निर्णय लेने का अधिकार।
2. महिलाओं में लिंग निर्धारण की प्रक्रिया में निर्णय लेने की क्षमता।
3. महिलाओं में गर्भपात कराने में निर्णय लेने की क्षमता का अध्ययन कर निम्नलिखित निष्कर्ष प्राप्त हुए हैं–

महिलाओं में शिशु को जन्म देने में निर्णय लेने का अधिकार का विश्लेषण चरों के आधार पर शिशु को जन्म देने में निर्णय लेन के अधिकार का विश्लेषण

सारणी –2

क्रम सं०	चर	समूह विभाजन	ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या				शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या			
			स्वयं द्वारा	पति द्वारा	पारस्परिक सहमति द्वारा	अन्य द्वारा	स्वयं द्वारा	पति द्वारा	पारस्परिक सहमति द्वारा	अन्य द्वारा
1.	आयु	20-25	1	4	9	3	-	2	6	3
		25-30	2	2	7	2	3	1	8	1
		30-35	-	-	11	2	2	-	12	1
		35-40	-	-	7	-	1	-	10	-
2.	जाति (सामाजिक स्तरीकरण के अनुसार)	उच्च	3	1	8	-	4	-	12	-
		मध्यम	-	2	17	3	2	2	16	4
		निम्न	-	3	9	4	-	1	8	1
3.	वर्ग (मासिक आय के आधार पर)	उच्च	2	-	4	-	5	-	4	1
		मध्यम	1	4	16	5	1	1	19	3
		निम्न	-	2	14	2	-	2	13	1
4.	शिक्षा	10–12वीं	-	3	14	3	-	2	16	4
		स्नातक	-	1	12	2	1	1	13	1
		स्नातकोत्तर	2	1	9	2	3	-	7	-
		तकनीकी शिक्षा	1	-	-	-	2	-	-	-

5.	धर्म	हिन्दू मुस्लिम अन्य	3 - -	2 4 -	23 9 2	4 2 1	5 1 -	1 2 -	23 12 1	3 2 -
6.	परिवार	संयुक्त एकाकी	- 3	5 1	28 6	6 1	1 5	3 -	14 22	4 1
7.	कार्य स्थिति	कार्यशील गैर–कार्यशील	1 2	1 5	18 16	2 5	5 1	- 3	19 17	1 4

आयु के आधार पर प्राप्त आँकडों में पाया गया कि अधिकांशतः 20–25 एवं 25–30 आयु वर्ग की महिलायें (6%) शिशु को जन्म देने के निर्णय लेने में सक्षम हैं।

जाति के आधार पर निष्कर्ष प्राप्त हुआ कि शिशु को जन्म देने के निर्णय लेने में सक्षम महिलाओं में अधिकांशतः उच्च जाति (7%) से सम्बन्धित महिला उत्तरदाता हैं जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (4%) एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% है।

वर्ग के आधार पर निष्कर्ष प्राप्त होता है कि अधिकांश महिलायें निर्णय लेने में सक्षम महिलायें उच्च वर्ग (7%) से सम्बन्धित हैं जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 5% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% है।

शिक्षा के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि शिशु को जन्म देने सम्बन्धी निर्णय लेने में सक्षम महिलाओं में अधिकांश स्नातकोत्तर (5%) तक शिक्षा प्राप्त महिलायें हैं जिसमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या 3% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या 2% है।

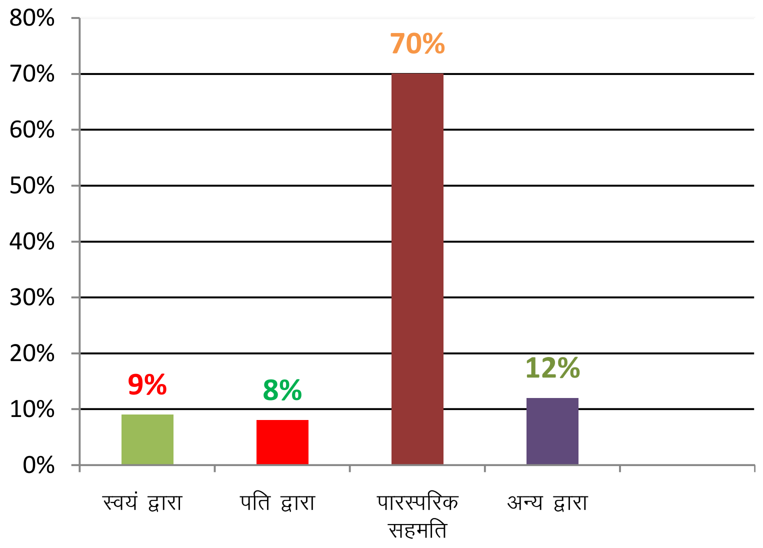
धर्म के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिलाओं में से अधिकांश महिला शिशु को जन्म देने संबंधी निर्णय लेने में सक्षम महिलाओं में अधिकांश महिला उत्तरदाता हिन्दू धर्म (7%) से सम्बन्धित है, जिसमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या 5% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या 3% है। मुस्लिम धर्म से सम्बन्धित निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं की संख्या केवल 1% है जो शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित है।

परिवार से सम्बन्धित आँकडों के आधार पर पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाता (8%) एकाकी परिवार से सम्बन्धित हैं, जिसमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 5% ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% है।

कार्य–स्थिति के आधार पर निष्कर्ष प्राप्त होता है कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में कार्यशील महिला उत्तरदाताओं की संख्या (6%) अधिक है, जिसमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (5%) ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या 1% है।

अतः उपरोक्त सारणी से सपष्ट होता है कि शिशु को जन्म देने संबधी निर्णय स्वयं लेने से सम्बन्धित महिला उत्तरदाता उच्च जाति, उच्च वर्ग एवं उच्च शिक्षा प्राप्त तथा हिन्दू धर्म, एकल परिवार व कार्यशील महिला उत्तरदाता हैं। मुस्लिम धर्म से सम्बन्धित शहरी क्षेत्र की केवल 1% महिला उत्तरदाता स्वयं निर्णय लेने में सक्षम थीं।

आकृति –1



अतः निष्कर्षतः अधिकांश महिला उत्तरदाताओं (70%) ने पारस्परिक सहमति द्वारा शिशु जन्म सम्बन्धी निर्णय लिया।

प्रस्तुत अध्ययन के अर्न्तगत प्राप्त आँकड़ों के आधार पर पाया गया कि शिशु को जन्म देने सम्बन्धी निर्णय में कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से केवल 9% महिला उत्तरदाता स्वयं निर्णय लेने में सक्षम हैं जिसमें से 6% महिला उत्तरदाता शहरी क्षेत्र एवं 3% महिला उत्तरदाता ग्रामीण क्षेत्र से संम्बंधित हैं।

पति द्वारा लिये गये निर्णय से 8% महिला संम्बंधित हैं, जिसमें ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (6%) शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (3%) की अपेक्षा अधिक है।

पारस्परिक सहमति से लिए गये निर्णय से सम्बन्धित महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या 70% है, जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (36%) ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (34%) की अपेक्षा अधिक है।

अन्य दबाव के कारण शिशु को जन्म देने सम्बंधी निर्णय 12% महिला उत्तरदाताओं द्वारा लिये गये, जिसमें से ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (7%) शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (5%) की अपेक्षा अधिक है। अन्य दबाव से सम्बन्धित महिला उत्तरदाताओं ने परिवार में पति के इकलौते पुत्र होने के कारण सास–ससुर इत्यादि के दबाव में शिशु को जन्म देने का निर्णय लिया।

महिलाओं में लिंग निर्धारण की प्रक्रिया में निर्णय लेने की क्षमता के आधार प्राप्त पर निष्कर्ष

चरों के आधार पर महिलाओं में शिशु के लिंग निर्धारण की प्रक्रिया में निर्णय क्षमता के आधार पर प्राप्त निष्कर्ष

सारणी –3

क्रम सं०	चर	समूह विभाजन	ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या				शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या			
			स्वयं द्वारा	पति द्वारा	पारस्परिक सहमति द्वारा	अन्य दबाव द्वारा	स्वयं द्वारा	पति द्वारा	पारस्परिक सहमति द्वारा	अन्य दबाव द्वारा
1.	आयु	20-25 25-30 30-35 35-40	- 1 1 -	3 1 2 1	8 7 8 5	6 4 2 1	1 - 2 -	1 1 2 1	7 9 10 9	2 3 1 1
2.	जाति (सामाजिक स्तरीकरण के अनुसार)	उच्च मध्यम निम्न	1 1 -	- 4 3	9 13 6	2 4 7	2 1 -	1 1 3	13 19 3	- 3 4
3.	वर्ग (मासिक आय के आधार पर)	उच्च मध्यम निम्न	2 - -	- 3 4	4 18 6	- 5 8	2 1 -	- 3 2	8 16 11	- 4 3
4.	शिक्षा	10–12th स्नातक स्नातकोत्तर तकनीकी शिक्षा	- - 1 1	4 2 1 -	10 9 9 -	6 4 3 -	- - 2 1	3 2 - -	15 11 7 1	4 3 1 -
5.	धर्म	हिन्दू मुस्लिम अन्य	2 - -	3 3 1	22 4 2	5 8 -	2 - 1	2 3 -	25 10 -	3 4 -
6.	परिवार	संयुक्त एकाकी	- 2	6 1	22 6	11 2	1 2	4 1	11 24	6 1
7.	कार्य स्थिति	कार्यशील गैर–कार्यशील	1 1	2 5	15 13	4 9	3 -	1 4	19 16	2 5

आयु के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि शिशु के लिंग निर्धारण सम्बन्धी निर्णय से अधिकांशतः 30–35 आयु वर्ग की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% है जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

जाति के आधार पर निष्कर्ष प्राप्त हुआ कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं की संख्या अधिकांशतः उच्च जाति (3%) से सम्बन्धित है जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

वर्ग के आधार पर निष्कर्ष प्राप्त हुआ कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से सबसे अधिक उच्च वर्ग (4%) से सम्बधित महिलायें हैं जिनकी संख्या ग्रामीण क्षेत्र (2%) एवं शहरी क्षेत्र (2%) दोनों में समान है।

शिक्षा के आधार पर प्राप्त आँकडों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम अधिकांश स्नातकोत्तर तक

P: ISSN No. 2231-0045 RNI No. UPBIL/2012/55438 VOL.-6, ISSUE-4, May-2018
E: ISSN No. 2349-9435 Periodic Research

शिक्षा प्राप्त महिला उत्तरदाता (3%) हैं जिसमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

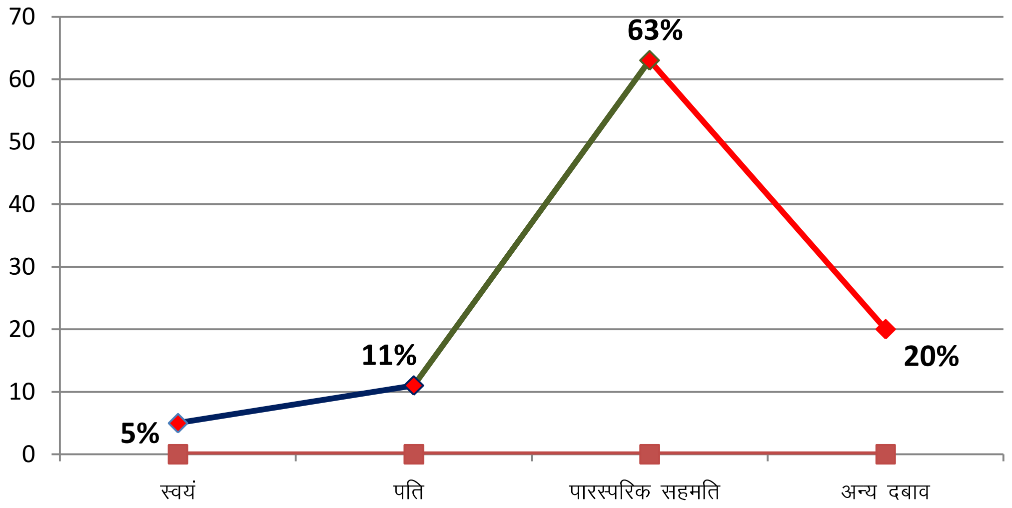
धर्म के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांशतः महिला उत्तरदाता (4%) हिन्दू धर्म से सम्बन्धित है, जिसकी संख्या ग्रामीण क्षेत्र (2%) एवं शहरी क्षेत्र (2%) में एक समान है।

परिवार से सम्बन्धित आँकड़ों के आधार पर पाया गया कि स्वयं शिशु के लिंग निर्धारण सम्बन्धी निर्णय निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांशतः महिला उत्तरदाता 4% एकाकी परिवार से सम्बन्धित हैं, जिनकी संख्या ग्रामीण क्षेत्र (2%) एवं शहरी क्षेत्र (2%) में एक समान है।

कार्य–स्थिति के आधार पर प्राप्त आँकडों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांश महिला उत्तरदाताओं में से कार्यशील महिला उत्तरदाता (4%) है, जिनकी संख्या शहरी क्षेत्र में 3% एवं ग्रामीण क्षेत्र में 1% है।

अतः शिशु के लिंग निर्धारण संबंधी निर्णय स्वयं लेने में सक्षम अधिकांश महिला उत्तरदाता 30–35 आयु वर्ग, उच्च जाति, उच्च वर्ग, हिन्दू धर्म, स्नात्तकोत्तर तक शिक्षा प्राप्त, एकल परिवार एवं शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित महिला उत्तरदाता हैं।

आकृति –2



अतः निष्कर्षतः स्पष्ट है कि अधिकांश महिला उत्तरदाताओं 63% ने पारस्परिक सहमति द्वारा शिशु का लिंग निर्धारण सम्बन्धी निर्णय लिया।

1. महिलाओं में लिंग निर्धारण की प्रकिया में निर्णय लेने की क्षमता के आधार पर प्राप्त आँकडों में पाया गया कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में शिशु के लिंग निर्धारण सम्बन्धी निर्णय 5% स्वयं महिला उत्तरदाताओं द्वारा लिये गये जिसमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (3%) ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (2%) की अपेक्षा अधिक है।
2. 11% महिला उत्तरदाताओं में पति द्वारा लिंग निर्धारण सम्बन्धी निर्णय लिये गये थे, जिसमें ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (7%) शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (5%) की अपेक्षा अधिक है।
3. 63% महिला उत्तरदाताओं ने पारस्परिक सहमति द्वारा निर्णय लिया है, जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (35%) की संख्या ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (28%) की अपेक्षा अधिक है।
4. अन्य दबाव के कारण लिंग निर्धारण सम्बन्धी निर्णय 20% महिला उत्तरदाताओं द्वारा लिये गये जिसमें ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (13%) शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (7%) की अपेक्षा अधिक है।

महिलाओं में गर्भपात कराने में निर्णय लेने की क्षमता के आधार पर प्राप्त निष्कर्ष

चरों के आधार पर महिलाओं में गर्भपात कराने की प्रकिया में निर्णय लेने की क्षमता के आधार पर प्राप्त निष्कर्ष

सारणी –4

क्रम सं०	चर	समूह विभाजन	ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाता				शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाता			
			स्वयं द्वारा	पति द्वारा	पारस्परिक सहमति द्वारा	अन्य दबाव द्वारा	स्वयं द्वारा	पति द्वारा	पारस्परिक सहमति द्वारा	अन्य दबाव द्वारा
1.	आयु	20-25	-	2	12	3	1	1	7	2
		25-30	1	3	7	2	2	1	9	1
		30-35	-	1	11	1	1	-	12	2

P: ISSN No. 2231-0045 RNI No. UPBIL/2012/55438 VOL.-6, ISSUE-4, May-2018
E: ISSN No. 2349-9435 Periodic Research

		35-40	1	-	3	3	-	1	10	-
2.	जाति (सामाजिक स्तरीकरण के अनुसार)	उच्च मध्यम निम्न	1 1 -	1 3 2	9 13 11	1 5 3	3 1 -	- 2 1	13 18 7	- 3 2
3.	वर्ग (मासिक आय के आधार पर)	उच्च मध्यम निम्न	1 1 -	1 3 2	4 19 10	- 3 6	3 1 -	- 1 2	7 21 10	- 1 4
4.	शिक्षा	10–12th स्नातक स्नातकोत्तर तकनीकी शिक्षा	- - 2 -	4 2 - -	11 10 11 1	5 3 1 -	- 1 1 1	3 - - -	15 14 9 1	4 1 - -
5.	धर्म	हिन्दू मुस्लिम अन्य	2 - -	2 4 -	24 6 3	4 5 -	3 1 -	1 2 -	25 12 1	3 2 -
6.	परिवार	संयुक्त एकाकी	- 2	5 1	27 6	7 2	1 3	2 1	15 23	4 1
7.	कार्यस्थिति	कार्यशील गैर–कार्यशील	1 1	1 5	16 17	2 7	3 1	1 2	20 18	1 4

आयु के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि अधिकांशतः 25–30 आयु वर्ग की महिलायें (3%) गर्भपात सम्बन्धी निर्णय स्वयं लेने में सक्षम हैं जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

जाति के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिलाओं में से अधिकांशतः उच्च जाति से सम्बन्धित हैं जिनमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

वर्ग के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांश महिला उत्तरदाता उच्च वर्ग से सम्बन्धित महिला उत्तरदाता (4%) हैं, जिनमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

शिक्षा के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि गर्भपात सम्बंधी निर्णय स्वयं लेने में सक्षम अधिकांश महिला उत्तरदाता स्नातकोत्तर तक शिक्षा प्राप्त महिलायें (3%) हैं जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% है।

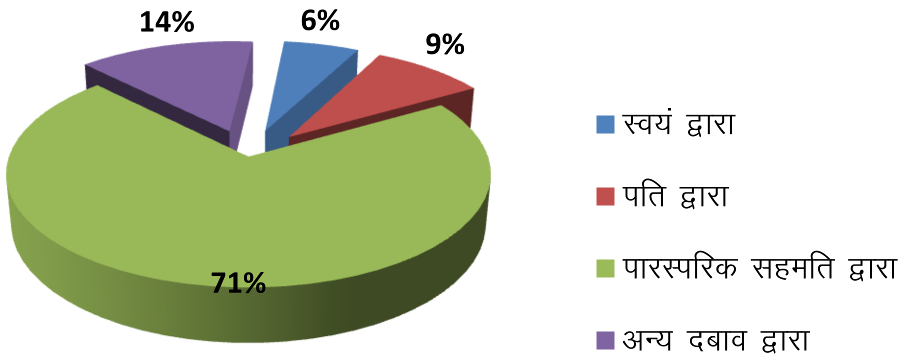
धर्म के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिलाओं में से अधिकांश महिला उत्तरदाता (5%) हिन्दू धर्म से सम्बन्धित हैं, जिनमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1% है।

परिवार के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांश एकल परिवार से सम्बन्धित महिला उत्तरदाता (5%) हैं, जिनमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 2% है।

कार्य–स्थिति के आधार पर प्राप्त आँकड़ों में पाया गया कि स्वयं गर्भपात सम्बन्धी निर्णय लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांश कार्यशील महिला उत्तरदाता (4%) हैं, जिनमें से शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 3% एवं ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या 1%है।

अतः गर्भपात संम्बधी निर्णय स्यवं लेने में सक्षम महिला उत्तरदाताओं में से अधिकांश महिला उत्तरदाता उच्च जाति, उच्च वर्ग, हिन्दू धर्म, स्नात्तकोत्तर तक शिक्षा प्राप्त, एकल परिवार एवं शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित तथा अधिकांश महिला उत्तरदाता कार्यशील हैं।

आकृति –3



अतः निष्कर्षतः स्पष्ट है कि अधिकांश गर्भपात सम्बन्धी निर्णय पति–पत्नि की पारस्परिक सहमति (71%) द्वारा लिये गये।

प्रस्तुत शोध पत्र में अध्ययन से प्राप्त आँकड़ों से निष्कर्ष प्राप्त होते हैं कि कुल 100 महिला उत्तरदाताओं में से गर्भपात सम्बन्धी निर्णय स्वयं केवल 6% महिला उत्तरदाताओं द्वारा लिए गये जिसमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की कुल संख्या (4%) ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाता (2%) की अपेक्षा अधिक है। 9% गर्भपात सम्बन्धी निर्णय महिला उत्तरदाताओं के पति द्वारा लिया गया, जिनमें ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (6%) की संख्या शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (3%) की अपेक्षा अधिक है।

71% महिला उत्तरदाताओं ने गर्भपात सम्बन्धी निर्णय पारस्परिक सहमति द्वारा लिये थे, जिनमें शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (38%) ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (33%) की अपेक्षा अधिक है।

14% महिला उत्तरदाताओं द्वारा गर्भपात सम्बन्धी निर्णय अन्य दबाव के कारण लिया, जिसमें ग्रामीण क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं की संख्या (9%) शहरी क्षेत्र की महिला उत्तरदाताओं (5%) की अपेक्षा अधिक है।

अतः प्रस्तुत अध्ययन के अन्तर्गत पाया गया कि शिशु को जन्म देने, लिंग निर्धारण, एवं गर्भपात सम्बन्धी निर्णय लेने में सक्षम अधिकांश महिला उत्तरदाता उच्च जाति, उच्च वर्ग, उच्च शिक्षा प्राप्त, हिन्दू धर्म, एकल परिवार एवं शहरी क्षेत्र से सम्बन्धित तथा कार्यशील महिला उत्तरदाता हैं, मुस्लिम धर्म से सम्बन्धित केवल 1% महिला उत्तरदाता शिशु को जन्म देने एवं गर्भपात सम्बंधी निर्णय लेने में सक्षम हैं तथा वह शहरी क्षेत्र से सम्बधित हैं।

सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

1. *Asian Center for Human Right, India witness on of the highest female infanticide incidents in the world, 8 Jul 2016.*
2. *Auchat, Subhada and Raut, 2013: "Perspectives of Medical Interns Regarding Female foeticide and Declining Sex Ration in India",5(8) : 469-472*
3. *Bhat, R.L. and Sharma 2006: "Missing Girls: Evidence from Some North India States" in Indian Journal of Gender Studies, Vol. 13. pp. 357-374.*
4. *Chatterji, Rohini 2017: "Ration of Young Women in India will drastically Decrease By 2013", Latest Government Study 2017.*
5. *Coleman, Isobel 2010: "The Global Glass Ceiling: Why Empowering Women is Good for Business" Foreign Affairs, Vol. 89, No. 3, pp. 13-20.*
6. *Cherstian, Donal and K.N. Sonaliya and Jignesh Garsondiya 2014, "Female Feticide in the view of Fertile Female – A Study among Suburban Pregnant women of Gujrat in India" Int J Med Sci Public Health, 3 (3), pp. 300-304.*
7. *DeLugen, Robin Maria 2013: "Exposing Gendercide in India and China" Current Anthropology, Vol. 54, No. 5, pp. 649-650.*
8. *Indian Population Statistical Institute, 2015.*
9. *Khatun, Samsunnessa and Islam, Aznarul 2011: "Death Before birth", A study on Female Foeticide in India.*
10. *Lane, T. 2004 : "In India Son Preference Declines with Ideal Familysize, but Remain Strong", International Family Planning Perspective, Vol. 30, No. 2, pp. 100-101.*
11. *Nandi and Deolalikar 2013: Low Birth Weight is Linked to Timing of Prenatal Care and Other Maternal Factors", International Family Planning Perspectives, Vol. 30, No. 2, pp 101-102.*
12. *Rosenberg, J. 2004:"Low Birth Weight is Linked to Timing of Prenatal Care and Other Maternal Factors", International Family Planning Perspectives, Vol. 30, No. 2, pp101-102.*
13. *Somel, Jamejaya 2016: "The Unabated Female Foeticide is Leading to Bride Crisis and Bride Trade in India", 5(2), pp. 503-505.*