

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

Issue 4, 2009

अंक 4, 2009

एचआईवी/एड्स
और मानवाधिकारः
एक विमर्श

ASK
FIRST

रिप्रोडक्टिव

HIV/AIDS and Human Rights

RHM in Hindi

Issue # 4, 2009

Hindi edition published by:

Creating Resources for Empowerment in Action (CREA)

CREA is a feminist human rights organization, based in New Delhi, India. CREA promotes, protects and advances women's human rights and the sexual rights of all people by strengthening feminist leadership, organizations and movements, influencing global and national advocacy, creating information, knowledge and scholarship, changing public attitudes and discourses, and addressing exclusion.

Coordinated by:

Asma Saleem
S. Vinita

Advisor for selection of articles:

Noorjahan Khan,
Cell for AIDS Research Action & Training (CARAT)
TISS, Mumbai, India

Translation & Review:

Gaurav Bhargav
Rakesh Chandra Dhyani
Sominder Kumar

Cover Photo:

©Raghav Tandon/ The YP Foundation /2010

Design and typesetting:

Brijbasi Art Press Limited

With support from:

'Global Fund For Women' and 'International Women's Health Coalition'. We thank them for their support to make this edition possible.

To get additional copies of this issue contact:

CREA
7 Jangpura B, Mathura Road
New Delhi 110014, India
Tel: 91 11 24377707, 24378700, 24378701
Fax: 91 11 24377708
Email: crea@vsnl.net
www.creaworld.org



Papers in this issue are from:

Reproductive Health Matters (RHM)
Volume 15, Issue 29, May 2007
Volume 11, Issue 22, May 2003
Volume 9, Issue 18, May 2001

©Reproductive Health Matters 2009

RHM is a Registered Charity in England and Wales, No. 1040450
Limited Company Registered
ISSN 0968-8080

RHM is indexed in:

Medline
PubMed
Current Contents
Popline
EMBASE
Social Sciences Citation Index

Submission of papers:

Marge Berer, Editor
E-mail: mberer@rhmjournal.org.uk

For any other queries:

Pathika Martin
E-mail: pmartin@rhmjournal.org.uk

Guidelines available at:

www.rhmjournal.org.uk
RHM is part of the Elsevier Health Resource
Online: www.rhm-elsevier.com

RHM editorial office:

Reproductive Health Matters (RHM)
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, UK
Phone: 44-20-7267 6567
Fax : 44-20-7267 2551



REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

Issue 4, 2009

अंक 4, 2009

एचआईवी/एडस
और मानवाधिकार :
एक विमर्श

(R E A)

Table of Contents

Foreword

Editorial

- 7 Marge Berer HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related

Articles

- 18 Ian Askew, Marge Berer The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV/AIDS: A Review
- 60 Allison Smith-Estelle, Sofia Gruskin Vulnerability to HIV/STIs among Rural Women from Migrant Communities in Nepal: A Health and Human Rights Framework
- 77 Maria de Bruyn Safe Abortion for HIV-Positive Women with Unwanted Pregnancy: A Reproductive Right
- 94 Julia C Kim, Lorna J Martin, Lynette Denny Rape and HIV Post-Exposure Prophylaxis: Addressing the Dual Epidemics in South Africa
- 114 Marge Berer Male circumcision for HIV prevention: what about protecting men's partners?
- 123 Chewe Luo, Priscilla Akwara, Ngashi Ngongo, Patricia Doughty, Robert Gass, Rene Ekpini, Siobhan Crowley, Chika Hayashi Global Progress in PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment in Low- and Middle-Income Countries in 2004–2005
- 144 Aruna Lakhani, Ketan Gandhi, Martine Collumbien Addressing Semen Loss Concerns: Towards Culturally Appropriate HIV/AIDS Interventions in Gujarat, India
- 164 Tim Frasca Men and Women – Still Far Apart on HIV/AIDS
- 180 Martha Brady Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy, and Safeguarding Fertility: Triple Protection Needs of Young Women
- 194 Sofia Gruskin, Laura Ferguson, Jeffrey O'Malley Ensuring Sexual and Reproductive Health for People Living with HIV: An Overview of Key Human Rights, Policy and Health Systems Issues

विषय- सूची

प्रस्तावना

संपादकीय

- 7 मार्ज बेरर एचआईवी/एड्स, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बीच गहरा संबंध

निबंध

- 18 इयान एसक्यू, मार्ज बेरर एचआईवी/एड्स के विरुद्ध अभियान में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का योगदान: एक पुनरीक्षा
- 60 एलिसन स्मिथ-एस्टल, सोफिया ग्रिस्कन एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रति नेपाल के प्रवासी समुदायों की ग्रामीण महिलाओं की संवेदनशीलता : स्वास्थ्य और मानवाधिकारों से जुड़ा एक विषय
- 77 मारिया डी ब्रुइन अनचाहे गर्भ की समस्या का सामना कर रही एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए सुरक्षित गर्भपात : प्रजनन अधिकारों का मामला
- 94 जूलिया सी किम, लॉरना जे मार्टिन, लिनेट डेनी बलात्कार और एचआईवी संक्रमण के बाद दवाओं से उपचार: दक्षिण अफ्रीका में इस दोहरी महामारी का सामना
- 114 मार्ज बेरर एचआईवी की रोकथाम के लिए पुरुषों में खतना: इन पुरुषों के यौन साथियों की सुरक्षा कैसे हो?
- 123 च्वी लुओ, प्रिसिला अक्वारा, नगाशी न्गोंगो, पैट्रिशिया डाउटी, रॉबर्ट गॉस, रिनी एक्विनी, सायोभन क्राओली, चिका हायाशी वर्ष 2004-2005 के दौरान कम एवं मध्यम आय वाले देशों में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण (पीएमटीसीटी) के विस्तार और बच्चों में एचआईवी देखभाल व उपचार कार्यों में हुई वैश्विक प्रगति
- 144 अरुणा लखानी, केतन गाँधी, मार्टीन कोलम्बियन वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताएं: भारत के गुजरात में पारम्परिक रूप से स्वीकार्य एचआईवी/एड्स उपचार के प्रयास
- 164 टिम फ्रेस्का पुरुष और महिलाएं: एचआईवी/एड्स के विषय पर अब भी बहुत अलग विचार रखते हैं
- 180 मार्था ब्रैडी युवा महिलाओं की तिहरी आवश्यकताएं: यौन संचारित संक्रमण व अनचाहे गर्भाधान को रोकना और प्रजननशीलता को सुरक्षित रखना
- 194 सोफिया रस्कन, लॉरा फर्ग्युसन, जैफ्री ओ'मैले एचआईवी बाधित लोगों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सुनिश्चित करना: मानवाधिकारों, नीतिगत और व्यवस्थात्मक विषयों की समग्र व्याख्या

प्रस्तावना

क्रिया मुख्य रूप से महिलाओं के मानव अधिकारों और सारे लोगों के यौन अधिकारों को आगे बढ़ाने का काम करती है। इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए क्रिया नेतृत्व निर्माण, सामाजिक आंदोलनों को प्रभावित करने और विमर्श को आगे बढ़ाने और इनके हक में नीतियां बनाने के लिये माहौल तैयार करती है। इसके लिये अनेक माध्यमों का उपयोग किया जाता है, जैसे प्रशिक्षण, प्रकाशन, फिल्म समारोह, कार्यशालाएँ व चर्चा इत्यादि। इसके साथ ही क्रिया इन मुद्दों पर समुदाय, जिला, राष्ट्रीय तथा अंतरराष्ट्रीय स्तर पर नीतियों को प्रभावित करने के लिए वैचारिक, सैद्धांतिक तथा व्यावहारिक क्षमता प्रदान करने का प्रयास भी कर रही है।

यौनिकता, जेंडर एवं अधिकार विषयों के संबंध में चल रही चर्चाओं को हिन्दी भाषा के माध्यम से एक मंच देने की आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए, क्रिया ने 'रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स' के साथ सहभागिता आरंभ की है। इस संबंध में तीन संस्करण 'यौनिकता एवं अधिकार', 'युवाओं के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा अधिकार' और 'मातृ- मृत्यु एवं रूग्णता' प्रकाशित हो चुके हैं। हिन्दी में प्रकाशित आर.एच.एम. लेखों का यह चौथा संस्करण 'एच आई वी/एड्स और मानवाधिकार-एक विमर्श' पर आधारित है।

पूरे विश्व में लगभग 33 मिलियन लोग एच आई वी/एड्स के कारण किसी न किसी स्तर पर अपने अधिकारों से दूर और मानव समाज के विकास में अपनी भूमिका अदा करने से वंचित हैं। केवल भारत में ही इनकी संख्या 5.2 प्रतिशत है। जिसमें से 40 प्रतिशत महिलायें हैं। जिनकी यौनिकता, यौन अधिकार और यौन स्वास्थ्य की स्थिति और संवेदनशील हो जाती है। <http://www.avert.org/indiaaids.htm>

ऐसे कई रोग और संक्रमण हैं जिनका इलाज अभी तलाश नहीं किया जा सका, लेकिन उस पर खोज जारी है। एच आई वी भी उनमें से एक संक्रमण है। इस विषय में अब तक की गई रिसर्च जाहिर करती है, कि एच आई वी पोजिटिव व्यक्ति भी, एक अच्छा, स्वस्थ जीवन जी सकता है, परिवार या समाज की जिम्मेदारियों को निभाते हुये अन्य सदस्यों की भांति ही अपना योगदान दे सकता है। लेकिन व्यक्ति के एच आई वी पोजिटिव होने की जानकारी उसे परिवार, समाज की दृष्टि में एकदम से मानो अप्रिय व्यक्ति बना देता है। कानूनी तौर पर भले ही उसे सारे अधिकार प्राप्त हों, लेकिन वह सब की नज़रों में 'अपराधी' हो जाता है।

शायद इसलिये कि एच आई वी संक्रमण के संदर्भ में सारे व्यवहार हमारी उस विचारधारा से प्रेरित हैं, जिसमें यह मान्यता शामिल है कि यह संक्रमण उन लोगों को होता है जिनकी यौनिक प्राथमिकतायें अलग हैं, जो समलैंगिक है, वेष्ट्यावृत्ति में हैं या नशीले पदार्थों का सेवन करते हैं। ये सारी बातें समाज में पहले ही गुनाह की दृष्टि से देखी जाती हैं। यह विचारधारा एच आई वी संक्रमित व्यक्ति का प्रत्यक्ष संबंध इस 'गुनाह' से जोड़ कर उसकी गुनाहगार बना देती है। जिसका परिणाम यह होता है कि एच आई वी संक्रमण कभी सज़ा के रूप में देखा जाता है तो कभी जुर्म के तौर पर और कई बार डर की इस भावना के साथ कि इस व्यक्ति के संपर्क में जो भी आयेगा, इस का शिकार हो जायेगा।

व्यक्ति के एच आई वी पोजिटिव होने के मामले में डॉक्टर आम तौर पर इस पेशे से जुड़े नैतिक मूल्यों का पालन नहीं कर पाते। जांच कराये जाने पर विश्वसनीयता की कमी, घर परिवार से टूटने का डर, रोजगार खोने का अंदेशा, स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ उठाने से भी वंचित रखते हैं। यह सीमित संसाधनों के साथ यह स्थिति प्रभावित व्यक्ति

के लिये घातक सिद्ध होती है। उनके बच्चों को परिवार और समाज में उपेक्षा का सामना करना पड़ता है। अक्सर वे शिक्षा और स्वस्थ सुविधाओं से महरूम रह जाते हैं। जीवन में हर स्तर पर नकारात्मकता और भेद-भावपूर्ण व्यवहार एच.आई.वी. के साथ जी रहे लोगों को मानवाधिकारों तक उनकी पहुँच से दूर कर देता है। शादी करना हो या बच्चों को गोद लेना, एच.आई.वी. पोजिटिव होने की जानकारी के साथ मुश्किल होता है।

यह समस्या उस समय और उलझ जाती है जब प्रभावित व्यक्ति महिला होती है। पुरुष प्रधान समाज में महिलाओं का कमतर दर्जा जीवन के सभी क्षेत्रों में उनके प्रति व्यवहार को प्रभावित करता है। उसमें एच.आई.वी. पोजिटिव होने की सूरत में पुरुष के लिये समाज में गुंजाइश निकल आती है, मगर महिलाओं के लिये नहीं। संक्रमण का कारण कुछ भी हो, शादी शुदा होने पर इसका जिम्मेदार पति ही हो तो भी घर परिवार का त्याग उसी को करना पड़ता है। महिला की सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक और धार्मिक स्थिति, सूरतहाल को उसके लिये और संगीन बना देती है। यौनिकता से जुड़े सारे प्रश्न उसको सीधे-सीधे अपराधी की श्रेणी में ला खड़ा करते हैं। चाहे यह समस्या हिंसा का ही नतीजा हो। यह भेद-भाव इलाज और अन्य स्वास्थ्य सुविधाओं पर भी असर डालता है।

एच आई वी से जुड़े पूर्वाग्रह और भेद-भाव की भावना, इसके फैलाव को रोकने की कोशिशों में बहुत बड़ी बाधा के रूप में सामने है। यही कारण है कि आज यह पूरे विश्व में एक गंभीर चुनौति के रूप में सामने है। इस विषय में केवल कानून होना काफी नहीं है, बल्कि यह आवश्यक है कि लोगों को अपने अधिकारों की जानकारी हो और ऐसी व्यवस्था निर्मित की जा सके, जो एच आई वी के साथ जी रहे लोगों के अधिकारों को सशक्त करने और उस तक पहुँच बनाने में मददगार साबित हो। इस दिशा में व्यक्तिगत, संस्थागत स्तर पर प्रयास जारी हैं। लेकिन उनका पूरा लाभ तब ही मिल सकता है, जब महिलाओं एवं यौनिकता के बारे में हमारे नज़रिया बदले और हम इस समस्या को उसके संपूर्ण परिप्रेक्ष्य में किसी भेद-भाव और पूर्वाग्रह के बिना देखें।

आर.एच.एम. का यह अंक 'एच आई वी/एडज और मानवाधिकार: एक विमर्श' पर आधारित है। इस अंक में 10 लेख शामिल हैं, जो सिर्फ एच आई वी/एडज और मानव अधिकारों पर ही नहीं, बल्कि इनके सामाजिक, सांस्कृतिक और राजनैतिक पहलुओं से भी संबंधित हैं। इस पर भी चर्चा की गई है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं एच आई वी की रोकथाम में किस प्रकार मददगार हो सकती हैं। इन लेखों में केस स्टडीज भी शामिल हैं, रिसर्च भी और सैद्धांतिक तथा व्यवहारिक विमर्श भी।

यह लेख केवल भारत के ही बारे में नहीं हैं, बल्कि एशिया और दक्षिण अफ्रीका के अनेक देशों में एच आई वी/एड्स और मानव अधिकार संबंधी सिद्धांत और व्यवहार पर आधारित हैं और उन परिस्थितियों तथा कोशिशों पर प्रकाश डालती हैं जो भारत के लिये प्रासांगिक हैं और जिनकी जानकारी हिंदी पाठकों के लिये उपयोगी हो सकती है।

हमारी यह कोशिश कितनी कामयाब है, इस बारे में अपने बहुमुल्य सुझाव अंक के आखिर में दिये मुल्यांकन पत्र द्वारा अवश्य भेजें। ताकि आने वाले अंकों को हम अधिक बेहतर और उपयोगी बना सकें। हमें उम्मीद है कि अधिकारों और सामाजिक परिवर्तन से जुड़े मुद्दों पर काम करने वाले लोग इस से लाभांवित होंगे और अपने कार्य क्षेत्र में विशेष योगदान दे पायेंगे।

संपादकीय*

एचआईवी/एड्स, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बीच गहरा संबंध

Marge Berer

मार्ज बेरर*

एचआईवी से पुरुषों और महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य पर गहरा प्रभाव पड़ता है और एचआईवी और एड्स से पीड़ित लोगों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवायें बहुत महत्वपूर्ण होती हैं। आरएचएम के इस अंक को प्रकाशित करने का मुख्य उद्देश्य एचआईवी/एड्स तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के अंतरसंबंधों व अधिकारों के बारे में जागरूकता बढ़ाना और यह बताना है कि किस तरह राष्ट्रीय नीतियों और कार्यक्रमों में यह अंतरसंबंध दिखाई दें।

नब्बे के दशक में जिस समय 1994 में आयोजित जनसंख्या और विकास के अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन के समय एक के बाद दूसरे देश में इस दिशा में कार्यक्रम आरंभ किए जा रहे थे वहीं उस समय पूरी दुनिया में असुरक्षित यौन संबंधों के कारण एचआईवी संक्रमण फैल रहा था। सैक्स और प्रजनन के बीच के सीधे संबंधों के बारे में जानकारी बढ़ने के साथ-साथ यह भी निश्चित होता गया कि आने वाले समय में पैरवी कार्यों, स्वास्थ्य सेवायें प्रदान करने, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी/एड्स विषय पर

अनुसंधान और जानकारी में बहुत अधिक बढ़ोतरी होगी और समय के साथ-साथ यह दोनों क्षेत्र हर तरह से एक-दूसरे के करीब होते जायेंगे। लेकिन फिर भी वास्तविकता में बहुत सीमित सफलताएं ही मिल पाई हैं। इसका क्या कारण है?

- यद्यपि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और एचआईवी/एड्स विषयों पर काम कर रहे प्रमुख लोग इन दोनों विषयों पर संयुक्त कार्यक्रम चलाने पर चर्चा करने के लिए एक मंच पर एकत्रित तो हुए लेकिन वे इन कार्यक्रमों को आगे बढ़ाने पर एकमत नहीं हो सके क्योंकि उन सभी की कार्ययोजनाएं और कार्यक्रम अलग-अलग थे।
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणालियों के अंतर्गत मातृ एवं बाल स्वास्थ्य/परिवार कल्याण कार्यक्रमों के लिए धन की व्यवस्था करने और उत्तरदायित्व निर्धारित करने के कार्य और एड्स पर नियंत्रण पाने के नए प्रयासों के लिए धन की व्यवस्था के काम को अलग-अलग रखा गया है।
- द्विपक्षीय (Bilateral) और बहुपक्षीय (Multilateral) धनदाताओं ने भी एचआईवी/एड्स तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (या फिर

* यह संपादकीय रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स (अंग्रेजी) नवम्बर 2003 के अंक से लिया गया है। इस संपादकीय में कुछ अंश ऐसे भी हो सकती हैं, जो अंग्रेजी अंक के लिए तो प्रासंगिक हैं, लेकिन इस हिन्दी संस्करण के लिये नहीं।

केवल परिवार नियोजन कार्यक्रमों) कार्यक्रमों के लिए अलग-अलग धन देना जारी रखा है और वे इस तरह के कार्यक्रमों, परियोजनाओं और सेवाओं के लिए अलग-अलग विभागों को धन प्रदान करते हैं। यहाँ तक कि कण्डोम उपलब्ध कराने के लिए धन की व्यवस्था करने का काम भी (क) परिवार नियोजन के लिए कण्डोम उपलब्ध कराने और (ख) एचआईवी संक्रमण रोकने के लिए कण्डोम उपलब्ध कराके दो भागों में बंटा हुआ है।

- विश्व स्वास्थ्य संगठन और संयुक्त राष्ट्र के एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (UNAIDS) में भी एचआईवी/एड्स तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बीच संबंधों को जानने की दिशा में बहुत सीमित कार्य हुआ है। यद्यपि UNAIDS कार्यक्रम ने 2004 के अपने अभियान को 'महिलाएं एवं एचआईवी' का नाम दिया था फिर भी एचआईवी से बाधित महिलाओं की यौन स्वास्थ्य आवश्यकताओं और अधिकारों पर तथा जेंडर आधारित हिंसा की शिकार महिलाओं की ज़रूरतों पर ध्यान नहीं दिया गया है और न ही इन विषयों को इस अभियान की कार्यसूची में शामिल किया गया है।
- एड्स पर नियंत्रण पाने के प्रयासों पर विश्व स्तर पर एड्स, टीबी और मलेरिया के नियंत्रण के लिए बनाए गए कोष (GFATM) से सीमित धन मिल पाने के कारण विपरीत प्रभाव पड़ा है। इस कोष ने अभी तक इन रोगों और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बीच के संबंधों को नहीं पहचाना है। यहाँ तक कि एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं में

एचआईवी संक्रमण के कारण होने वाले एनीमिया, टीबी और मलेरिया को भी इस कोष के माध्यम से आर्थिक सहायता नहीं दी जाती।

एचआईवी/एड्स को सबसे पहले लगभग 20 वर्ष पहले पहचाना गया था। पूरी दुनिया में प्रजननशील आयु के प्रत्येक 100 वयस्कों में से एक वयस्क एचआईवी संक्रमण से बाधित है। कुछ अफ्रीकी देशों में तो प्रजननशील आयु के 40 प्रतिशत पुरुष और महिलाएं इस संक्रमण का शिकार हैं¹। अब तक इस रोग के कारण लाखों लोग मृत्यु का शिकार बन चुके हैं लेकिन फिर भी इस विश्व के धनी देशों को इस रोग के प्रसार की भीषणता को देखते हुए ये जानने में 20 वर्ष लग गए कि एचआईवी संक्रमण की रोकथाम, उपचार और देखभाल सुविधाओं की किन स्थानों पर अधिक आवश्यकता है²। अब अचानक ही राजनीतिक नेतृत्व में तेजी से हो रहे परिवर्तनों, प्राथमिकताओं में बदलाव, प्रभावशाली मध्यस्थता और स्वास्थ्य एवं विकास के क्षेत्र में अंतरराष्ट्रीय वित्त व्यवस्था की नीतियों में हुए परिवर्तनों के कारण पूरे विश्व में संसाधनों को प्राप्त करने की होड़ में, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को दी जा रही कम प्राथमिकता को बहुत बुरा समझा जा रहा है और यह माना जा रहा है कि इस विषय पर एड्स की अपेक्षा कम ध्यान दिया जा रहा है। ऐसा विचार रखने वालों को यह लगता है की इनमें से किसी एक विषय पर कार्य करने का दूसरे विषय पर कार्य करने से कोई संबंध ही न हो। रातों रात यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धन की उपलब्धता में कमी आई है और एड्स पर नियंत्रण

पाने के लिए हर ओर से प्रभावित देशों में इतनी बड़ी मात्र में धन उपलब्ध कराया जा रहा है कि स्वास्थ्य और विकास से जुड़े अन्य सभी कार्यक्रमों के लिए संकट की स्थिति पैदा हो गई है। यह विडंबना ही है कि इनमें से अधिकांश देश किसी भी तरह इस पूरे धन को खर्च नहीं कर पाएंगे और न ही कम समय में वह सब परिणाम दिखा पाएंगे जिनकी माँग धनदाता देशों द्वारा की जा रही है क्योंकि इन देशों में कार्यशील सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियाँ और यौनिकता पर जानकारी देने के कार्यक्रमों का अभाव है। फिर भी, जिस ईमानदारी से हमने 1987 में मातृ मृत्युदर के बारे में और 1994 तथा 1999 में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के संकेतकों के बारे में कहा गया था, उसी ईमानदारी को बरतते हुए यह कहें की इस महामारी में कमी लाने के लिए कम से कम 20 वर्ष का समय लगेगा तो क्या तब तक यह धनदाता देश इन्हें धन उपलब्ध कराते रहेंगे? या फिर कम समय तक ध्यान देते रहने की प्रक्रिया इन देशों की तथाकथित चट्टान सी मजबूत कटिबद्धता को कमजोर कर देगी? उदाहरण के लिए कुछ लोगों का मानना है कि विश्व आर्थिक कोष पहले ही मृतप्रायः हो गया है। क्या राष्ट्रपति बुश यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विरुद्ध अपने युद्ध में भी विजय प्राप्त कर पाएंगे?

इसी संदर्भ में यह देखा गया है कि एचआईवी/एड्स की तुलना में मुख्य रूप से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के विषय पर कम ध्यान दिया जा रहा है। हालांकि नब्बे के दशक के आरंभिक वर्षों से इन दो विषयों को एक साथ लाने के अनेक गंभीर प्रयास किए गए

हैं। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विषय पर कार्यरत अनेक मातृ एवं बाल स्वास्थ्य/ परिवार नियोजन कार्यक्रमों ने अपने कार्यों में यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम, इनके लक्षण उत्पन्न होने पर उपचार तथा एचआईवी जाँच और परामर्श जैसे विषयों को सम्मिलित किया है। इन कार्यों को बहुत ही सीमित रूप से किया गया है और इसे करने के लिए उपयुक्त प्रशिक्षण एवं संसाधनों के अभाव के चलते यौन संचारित संक्रमण एवं एचआईवी संक्रमण के प्रसार को कम करने पर बहुत अधिक प्रभाव नहीं पड़ा है और इन्हें लागू कर पाने को कठिन मानते हुए नकार दिया गया है जबकि यह प्रयास नकारे जाने के योग्य नहीं है। यद्यपि एचआईवी/एड्स ऐसे गर्भनिरोधकों के सामने एक चुनौती के रूप में उभरता है जो यौन संचारित रोगों के खिलाफ सुरक्षा प्रदान नहीं करते। साथ ही, एचआईवी संक्रमण की दर अधिक होने पर भी परिवार नियोजन को बढ़ावा दे रहे संदेशों में कोई बदलाव नहीं किया जाता। यही कारण है कि अब भी बहुत से लोग एचआईवी संक्रमण और इससे जुड़े खतरों की अपेक्षा अनचाहे गर्भधरण के प्रति अधिक चिन्तित रहते हैं।

एचआईवी/एड्स के संदर्भ में माँ से बच्चे को होने वाला एचआईवी संक्रमण (पीएमटीसीटी), कार्यक्रमों के केन्द्र में 1995 के बाद तब आया जब प्रसव के समय माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के प्रभावी उपचार विकसित कर लिए गए। यद्यपि विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) और यूएनएड्स (UNAIDS) द्वारा जारी दिशानिर्देशों में प्रसव पूर्व जाँच, प्रसव के समय और प्रसव के बाद की देखभाल में पीएमटीसीटी

सेवाएं दिए जाने की बात कही गई है और इसे परिवार नियोजन और गर्भपात सेवाओं में भी शामिल किया गया है फिर भी वास्तविकता यही है कि पीएमटीसीटी (PMTCT) सेवाओं में किए जाने वाले प्रयास मुख्य रूप से बाल स्वास्थ्य के क्षेत्र में अधिक विकसित हुए हैं और इनके अंतर्गत एचआईवी बाधित महिलाओं से जुड़े विषयों की ओर बहुत कम ध्यान दिया गया है।

इन आरंभिक प्रयासों से भविष्य में किए जाने वाले कामों के बारे में अनेक जानकारियाँ मिल पाई हैं: हालांकि यह प्रयास अभी बहुत अधिक सफल नहीं हुए हैं और न ही इन्हें लंबे समय तक जारी रखने के लिए आवश्यक समर्थन मिल पाया है। इस दिशा में आगे बढ़ने के प्रयासों के मार्ग में बाधाएं इसलिए उत्पन्न हुई हैं क्योंकि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों से एचआईवी/एड्स नियंत्रण कार्यक्रमों पर और इसी तरह एचआईवी/एड्स नियंत्रण से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों पर पड़ने वाले सकारात्मक प्रभावों के बारे में सीमित जानकारियाँ उपलब्ध हैं। हाल ही के कुछ समय तक इन दोनों क्षेत्रों से संबंधित जर्नल और पत्रिकाएं एक-दूसरे के विषय पर टिप्पणी करने से दूर रहती थीं। इसी तरह यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विषय में कार्यरत लोग एड्स विषय पर प्रकाशित जर्नल को या इस विषय पर आयोजित किसी बैठक में कभी-कभार ही भाग लिया करते थे (जब तक कि वे एड्स नियंत्रण के लिए उपलब्ध धन से आकर्षित नहीं हुए)। एचआईवी संक्रमण के अनेक विशेषज्ञ भी इसी तरह प्रजनन स्वास्थ्य (और कभी-कभी यौन स्वास्थ्य) से जुड़े कार्यक्रमों में भाग नहीं लेते। इन

दो क्षेत्रों में काम कर रहे अनुसंधानकर्ता भी एक-दूसरे से विचार-विमर्श नहीं करते या दोनों ही मुद्दों के लिए उपयुक्त किसी विषय पर लेख लिखते समय एक-दूसरे के लेखों का संदर्भ नहीं देते। अंतरराष्ट्रीय एड्स सम्मेलन में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य विषय पर लिखे गए लेखों पर कभी भी केन्द्रीय समितियों में चर्चा नहीं होती बल्कि उन्हें तो पोस्टरों या सम्मेलन के बारे में जारी की जा रही सीडी में ही शामिल मात्र किया जाता है। इस बारे में लोगों के मिल-जुलकर एक साथ विचार-विमर्श किए जाने की आवश्यकता बहुत लंबे समय से महसूस की जा रही है लेकिन इन दोनों ही समूहों को एक-दूसरे द्वारा पिछले 20 वर्षों में किए गए कामों को जानने और अनुभवों को समझने की आवश्यकता है ताकि पहले से ही किए गए कार्यों और प्रयासों को दोहराने का कार्य न करें।

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं एवं एचआईवी/एड्स

एचआईवी/एड्स की रोकथाम और उपचार के लिए महत्वपूर्ण यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार विषयों में निम्नलिखित शामिल हैं :

- सभी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं में एचआईवी संक्रमण के बारे में सलाह दी जाए और एचआईवी के बारे में परामर्श देने वाले, इसकी जाँच करने वाले तथा एचआईवी के लिए एंटी-रेट्रो वायरल दवाएं देने वाले केन्द्रों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए रैफरल सेवाएं दी जायें।
- परिवार नियोजन और यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम के लिए ऐसी स्वास्थ्य सेवाएं दी

जायें जिनमें मुख्य रूप से कण्डोम को गर्भनिरोधन के प्राथमिक उपाय के रूप में बढ़ावा दिया जाए। एचआईवी बाधित लोगों के साथ-साथ उन सभी महिलाओं और पुरुष, जो गर्भावस्था और यौन संचारित संक्रमणों से सुरक्षा चाहते हैं, को कंडोम द्वारा प्रदान की जाने वाली दोहरी सुरक्षा के बारे में बताया जाए।

- परिवार नियोजन और सुरक्षित गर्भपात की ऐसी सेवाएँ दी जाएँ जिनमें अन्य महिलाओं के साथ-साथ एचआईवी बाधित महिलाओं की समस्याओं का निवारण भी किया जा सके। उदाहरण के लिए एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों का सामना कर रही महिलाओं को कॉपर-टी के एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के खिलाफ सुरक्षा न प्रदान करने वाले तथ्य को बताना आदि।
- अकेले किशोरों, प्रवासी और शरणार्थी महिलाओं, इंजेक्शन से मादक दवाएं लेने वाले व्यक्तियों तथा यौनकर्मियों के लिए भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जाएँ जिन्हें अभी तक इन सेवाओं को प्रदान करने के अंतर्गत महत्वपूर्ण समूह नहीं माना जाता रहा है;
- प्रसव पूर्व जाँच, प्रसव के दौरान और प्रसव के बाद दी जा रही देखभाल सेवाओं के अंतर्गत एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं और उनके शिशुओं की विशेष आवश्यकताओं पर ध्यान दिया जाए;
- एचआईवी बाधित व अन्य महिलाओं को स्त्री एवं प्रसूति रोग से जुड़ी जटिलताओं को दूर

करने के लिए विशेषज्ञों की सेवाएं उपलब्ध कराई जाएँ जिससे कि एड्स के कारण मातृ मृत्यु और महिलाओं में रोग की स्थिति को कम किया जा सके;

- जटिल एनीमिया और अधिक रक्तस्राव होने की स्थिति में सुरक्षित रक्त की आपूर्ति सुनिश्चित की जाए जिससे कि महिलाओं और शिशुओं में एचआईवी संक्रमण को रोका जा सके;
- एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं से उनके शिशुओं को होने वाले संक्रमण की रोकथाम और एंटी-रेट्रोवायरल दवाओं के उपचार की व्यवस्था (गर्भवती तथा प्रसव करवा चुकी महिलाओं, माताओं और पिताओं के लिए) की जाए जिससे कि वे अपने शिशुओं का पालन-पोषण करने के लिए जीवित एवं स्वस्थ रहें और सुरक्षित स्तनपान जैसे व्यवहारों को अपना सकें;
- प्रजननशील आयु के वर्ग के लोगों में प्रजनन तंत्र के संक्रमण और यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम करने, जाँच करने और उपचार देने की व्यवस्था की जाए। एचआईवी संक्रमण के खतरे का सामना करने वाले लोगों को यौन संचारित संक्रमण के लिए उपचार दिया जाए। ऐसे समुदाय जो एचआईवी संक्रमण होने के अधिक जोखिम का सामना कर रहे हैं उनमें समुदाय आधारित उपचार प्रक्रियायें आरंभ की जाएँ इन सबके फलस्वरूप न केवल एचआईवी संक्रमण में कमी आएगी बल्कि प्रजनन तंत्र संक्रमण व यौन संचारित संक्रमण के इलाज न किए जाने के कारण होने वाली

प्रजननहीनता, पेडू में सूजन और गर्भावस्था के नकारात्मक नतीजे जैसी स्थिति से भी बचाव हो पाएगा;

- कम उम्र की एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए की जाए क्योंकि सर्वाइकल कैंसर से उनमें सड्स होने की जानकारी मिलती है।
- गर्भवती महिलाओं में विशेष रूप से मलेरिया और टीबी के लक्षणों की जाँच की जाए और एनीमिया होने के अनेक कारणों पर ध्यान दिया जाए। एचआईवी बाधित महिलाओं में इस ओर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए;
- यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी के संक्रमण का जोखिम कम करने के लिए विशेष रूप से किशोरों को यौन शिक्षा, सुरक्षित यौन संबंध बनाने और यौन स्वास्थ्य के बारे में बताया जाना चाहिए;
- मासिक धर्म से जुड़ी समस्याओं और प्रजननशीलता में कमी जैसे समस्याओं पर ध्यान दिया जाना चाहिए क्योंकि एचआईवी बाधित महिलाओं में इनका उपचार कर पाना अधिक कठिन होता है;
- बलात्कार और यौन हिंसा का सामना कर चुकी महिलाओं को विशेष सेवाएं दी जानी चाहिए। एचआईवी संक्रमण से उन्हें बचाने के लिए एंटी-रेट्रो वायरल पोस्ट एक्पोजर प्रोफेलेक्सिस (PEP, यौन संचारित संक्रमणों के लक्षणों की जाँच एवं उपचार करने, आपातकालिक गर्भनिरोधक उपलब्ध कराने और गर्भपात जैसी सेवाएं देना शामिल हैं।

एचआईवी/एड्स सेवाओं से जुड़े यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विषय

एंटी-रेट्रो वायरल दवाओं से उपचार और एचआईवी से संबंधित दूसरे चिकित्सीय उपचारों के कारण महिलाओं द्वारा गर्भधारण करने, शिशु जन्म और स्तनपान कराने के अनुभवों में क्रांतिकारी परिवर्तन हुआ है लेकिन अब भी एड्स का उपचार कर रहे स्वास्थ्य केन्द्रों में महिलाओं को इसके लिए तैयार करने हेतु या इस संबंध में अधिक जानकारी व सेवाएं प्राप्त करने के बारे में कोई विशेष प्रयास नहीं किए जाते। इसके अतिरिक्त एड्स उपचार केन्द्रों में एचआईवी बाधित महिलाओं को गर्भनिरोधक उपलब्ध नहीं कराए जाते और न ही उन्हें गर्भपात कराने आदि के लिए दूसरे अस्पतालों में रेफर किया जाता है। इन केन्द्रों में इस बात पर भी ध्यान नहीं दिया जाता कि एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के अधिक जोखिम का सामना कर रहे इंजेक्शन से मादक दवाएं लेने वाले पुरुषों और महिलाओं या फिर यौन कर्मियों को अतिरिक्त यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की आवश्यकता हो सकती है। एचआईवी बाधित पुरुषों को आमतौर पर पिता के रूप नहीं देखा जाता है या फिर एड्स रैफल केन्द्र यह मान लेते हैं कि उनकी जानकारी एवं सेवाएं प्राप्त करने की अपनी अलग आवश्यकताएं हैं। इसके अलावा ये तथ्य कि एचआईवी बाधित किशोरियों और महिलाओं की उपचार आवश्यकताएं पुरुषों से अलग हों सकती हैं (उदाहरण के लिए यौन शोषण या यौन हिंसा के बाद उपचार की आवश्यकता), ऐसे देशों में उजागर होना शुरू हुआ है जिनमें एचआईवी का प्रसार अधिक है। पुरुषों की अपेक्षा केवल

महिलाओं को एंटी-रेट्रो वायरल उपचार सेवाएं देने से जुड़े वैकल्पिक प्रश्नों पर भी अभी हाल ही में ध्यान दिया जाना आरंभ हुआ है कि ऐसी स्थिति में महिलाओं की माता, अध्यापिका या स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में भूमिकाएं किस प्रकार प्रभावित होंगी।

जैसे-जैसे उपचार प्राप्त करने के व्यवहार पर अधिक ध्यान दिया जाने लगा है वैसे-वैसे ही एचआईवी की रोकथाम के लिए धन की व्यवस्था कर पाना और अधिक कठिन होता जा रहा है। यहाँ तक कि कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने पर भी प्रतिकूल असर पड़ा है। देखभाल सेवाओं से जुड़े विषयों को भी अनदेखा किया जा रहा है जैसे कि एड्स का उपचार न मिल पाने के कारण छोटी आयु में मर जाने वाले लोगों के अनाथ बच्चों की देखभाल कर रहे उनके दादा-दादी या नाना-नानी की सहायता नहीं की जाती। इस तरह यह जरूरी है कि अनेक तरह के विषयों पर एक समान और संतुलित रूप से ध्यान दिया जाए।

बड़े पैमाने पर यौन एवं सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों से जुड़ी समस्याओं का हल

सबसे पहले तो एचआईवी और दूसरे यौन संचारित संक्रमणों की महामारी का प्रसार संचारी रोगों के प्रसार से जुड़ी आपात स्थिति है¹ जो अनेक समस्यापूर्ण यौन एवं सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों के कारण पैदा होती है और जिससे स्त्री और पुरुष समान रूप से प्रभावित होते हैं। पिछले लगभग 5 वर्षों के दौरान हालांकि एचआईवी के प्रसार के संबंध में एक नारीवादी विचारधारा उभर कर सामने आई है जिसमें यह माना जाता है कि पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं में एचआईवी संक्रमण

का खतरा अधिक होता है और यह भी कि पुरुषों की अपेक्षा महिलाएं कमजोर होती हैं और इसीलिए एचआईवी का अधिक शिकार बनती हैं। इस विचारधारा में यह भी माना जाता है कि महिलाएं शारीरिक रूप से भी पुरुषों की अपेक्षा एचआईवी संक्रमण से अधिक बाधित होती हैं। ऐसा लगता है कि एड्स केवल जेंडर संबंधों से जुड़ा एक विषय मात्र ही है। इसका यह अर्थ भी निकलता है कि दुनिया में एड्स से पीड़ित 50 प्रतिशत वयस्क पुरुष नहीं हैं और कुछ देशों और क्षेत्रों में तो एड्स से पीड़ित लोगों में महिलाओं का अनुपात 50 प्रतिशत से भी कहीं अधिक है। इसमें यह भी माना जाता है कि पुरुष केवल महिलाओं के साथ ही सैक्स करते हैं और यौन संक्रमण केवल योनि मार्ग से ही फैलता है तथा इसके प्रसार में गुदा या मुँह की कोई भूमिका नहीं होती। मानों कि महिलाएं हमेशा वफ़ादार साथी बनी रहती हैं और पुरुष हमेशा विश्वासघात करते हैं और यह भी कि पुरुषों में संक्रमण कभी भी महिलाओं से नहीं होता बल्कि पुरुष ही महिलाओं को संक्रमित करते हैं। यह भी माना जाता है कि एड्स रोग से ग्रस्त पुरुषों के बीमार पड़ने और उपचार के बिना मर जाने की संभावना एड्स से पीड़ित महिलाओं की अपेक्षा कम होती है।

इस तरह तोड़-मरोड़ कर भ्रामक रूप से प्रस्तुत किए गए इस जेंडर विश्लेषण के कारण यौनिकता की भूमिका को चुनौती नहीं दी जाती और न ही यौन संबंधों की भिन्नताओं और अलग-अलग मायनों को समझा जा सकता है बल्कि इससे तो जेंडर की पूर्व निर्धारित भूमिकाओं को ही बनाए रखने में सहायता मिलती है। इससे

भी बुरी स्थिति यह है कि यह विचारधरा एक ऐसे व्यवहार के साथ-साथ आगे बढ़ी है जिसमें इस महामारी से बचने के लिए केवल व्यक्तिगत यौन व्यवहारों में बदलाव को ही एकमात्र हल समझा गया है। इस तरह के विचार के चलते लगभग हर प्रकार के यौन संबंधों को अवैध मान लिया गया है और इन्हें सुरक्षा प्राप्त करने योग्य नहीं माना जाता। कण्डोम को दोहरी सुरक्षा के सुरक्षित एवं अत्यधिक प्रभावी उपाय की बजाए अवैध यौन संबंधों का प्रतीक माना जाता है।

इसी जेंडर विश्लेषण के अंतर्गत समान परिस्थितियों में रह रहीं 15-24 वर्ष की लड़कियों में इसी आयु वर्ग के लड़कों की अपेक्षा अधिक संक्रमण के स्तर को महिलाओं की अधिक संवेदनशीलता के साक्ष्य के रूप में प्रस्तुत किया गया है। यह साक्ष्य प्रस्तुत करते समय इस बात पर ध्यान नहीं दिया गया है कि इन्हीं परिस्थितियों में 25 वर्ष से अधिक आयु वर्ग के लोगों में यौन संबंधों के रूझानों के चलते महिलाओं की अपेक्षा अधिक युवक संक्रमण से बाधित होते हैं। एचआईवी संक्रमण के खतरे की स्थिति वास्तव में कहीं अधिक जटिल है। यह सही है कि अन्य बातों के समान होते हुए एक बार भी विषमलैंगिक यौन संबंध बनाने पर शारीरिक रूप से पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं में एचआईवी संक्रमण होने की आशंका अधिक होती है लेकिन वास्तविकता यही है कि अन्य बातें आमतौर पर समान नहीं होती और न ही हर बार सैक्स केवल योनि मार्ग से या विषमलैंगिक ही होता है। यौन कर्मियों के अलावा महिलाओं की अपेक्षा आमतौर पर पुरुष अधिक बार और एक से अधिक पुरुष या महिला साथियों

के साथ सैक्स करते हैं। पुरुषों के जितने अधिक यौन साथी होंगे, जिनमें से कुछ संभवतः पहले से संक्रमित हों और पुरुष जितनी अधिक बार असुरक्षित सैक्स करेंगे, उनमें संक्रमण का खतरा उतना ही अधिक बढ़ जाएगा। यदि पुरुष या उसके साथी को यौन संचारित संक्रमण हो तो उन्हें एचआईवी होने का खतरा कई गुना बढ़ जाता है। यही कारण है कि क्यों बड़ी संख्या में पुरुषों में एचआईवी और यौन संचारित संक्रमणों से बाधित होने का खतरा बढ़ जाता है और वे बाद में प्रायः अपनी महिला साथियों में यह संक्रमण पहुँचा देते हैं।

यह गौरतलब है कि इतना कुछ होने पर भी बड़े पैमाने पर किसी भी तरह के विचार-विमर्श की प्रक्रिया अभी तक आरंभ नहीं हुई है कि यौन संबंधों में ऐसा क्या हो रहा है कि पुरुष और महिलाओं में एचआईवी और यौन संचारित संक्रमण का प्रसार महामारी की तरह बढ़ता जा रहा है और इतिहास के इस मोड़ पर यौन संबंधों से होने वाले यौन संचारित संक्रमणों की बजाए क्यों अनचाहे गर्भ से बचाव पर इतना अधिक ध्यान दिया जा रहा है। यौन संबंधों के बारे में समझ विकसित करना और समुदायों में इसे कलंकित माने जाने जैसे व्यवहारों के बारे में जानकारी अब भी सीमित ही है। जैसा कि आज से 10-15 वर्ष पहले हो रहा था वैसे ही अब भी इन्हीं अनावश्यक और ग़लत आँकड़ों का प्रयोग करते हुए जानकारी, दृष्टिकोण और व्यवहारों के बारे में अध्ययन प्रकाशित हो रहे हैं “एड्स के बारे में पता है”, “कण्डोम का प्रयोग नहीं किया” आदि। जबकि नई जानकारियाँ देने वाले अध्ययनों का प्रकाशन यदा-कदा ही होता है। पुरुषों और महिलाओं में

यौन जोखिम के बारे में दृष्टिकोण के अंतर को समझना जेंडर विश्लेषण के लिए एक आवश्यक विषय-वस्तु है लेकिन साथ ही साथ इस विश्लेषण के अंतर्गत अपनी एचआईवी की स्थिति की जानकारी देना, यौन साथी के बारे में बताना, जानते-बूझते एचआईवी संक्रमण का प्रसार करना और इन सब समस्याओं से निबटने के उपायों के बारे में चर्चा करना भी उतना ही आवश्यक है जिन पर इस समय बहुत कम ध्यान दिया जा रहा है।

स्मरणीय है कि असुरक्षित यौन संबंधों को बढ़ावा देने में सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों की भूमिका पर भी अधिक ध्यान दिया जाना चाहिए खासकर उस समय जब सामाजिक आर्थिक कारकों की वजह से महामारी को कम करने के सरकारी प्रभाव और नीतियों का अभाव हो। इन कारकों में अधिकांश विकासशील देशों में विशेष रूप से अति निर्धन देशों में महिलाओं के लिए नौकरी कर पाने के अवसरों का अभाव; रोजगार और प्रवास करने संबंधी नीतियाँ जिनके कारण बड़ी संख्या में पुरुष और महिलाएं अपने परिवारों और साथियों को पीछे छोड़कर रोजगार की तलाश में बाहर जाने को बाध्य होते हैं; यौन उद्योग से जुड़े पर्यटन और मादक पदार्थों का व्यापार आदि शामिल है। इन अति विस्तृत परिस्थितियों के कारण सैक्स का व्यावसायीकरण होता है जिसे निम्नांकित रूप में (1) इसे उपभोग की वस्तु के रूप में देखा जाता है (2) पैसे और वस्तुओं के बदले सैक्स किया जाता है (3) एक से अधिक यौन साथी बनाए जाते हैं (4) स्वच्छंद यौन व्यवहार बढ़ते हैं और बार-बार यौन साथी बदले

जाते हैं। अतः एक-एक करके लाखों लोगों के यौन व्यवहारों को बदलने का प्रयास करने की बजाए इन परिस्थितियों में कमी लाने से जनसंख्या में सुरक्षित यौन व्यवहारों को बढ़ा पाना अधिक प्रभावी होगा।

सेवाओं का एकीकरण, वृद्धि और विस्तार

आरएचएम के इस अंक में सम्मिलित लेखों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में हो रहे अंतर्दृष्टियों पर चर्चा की गई है जिनका उद्देश्य निम्नांकित है “(क) एचआईवी के प्रसार को रोकना (ख) इस महामारी के चिकित्सीय और सामाजिक प्रभावों को कम करना (ग) इससे जुड़े कलंक और खतरे को कम करना तथा (घ) एचआईवी से बाधित और अन्य लोगों के अधिकारों और कल्याण को बढ़ाना है”¹। इन लेखों में इस महामारी में जेंडर और यौन संबंधों की भूमिका, समलैंगिक पुरुषों और नारीवादी कार्यकर्ताओं के बीच संबंधों, रोग को रोकने के लिए उत्तरदायित्वपूर्ण व्यवहार की भूमिका, प्रजनन स्वास्थ्य के कार्यक्रमों में एड्स रोग को शामिल न किए जाने, एचआईवी बाधित महिलाओं को सेवाएं देने और प्रसव के बाद उनकी नसबंदी करने, एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं द्वारा प्रेम पाने और परिवार आरंभ करने के अधिकारों, पारंपरिक जन्म सहायकों को एचआईवी संबंधी जानकारी और देखभाल सेवाएं देने का प्रशिक्षण देने की अनुपयुक्तता, एचआईवी के खतरे को समझने और कम करने में स्वास्थ्य और मानवाधिकारों को जानने के महत्व, एचआईवी के जोखिम की समझ और गर्भधरण कर पाने की इच्छा के बीच संबंधों, महिला कण्डोम के पुनः

प्रयोग पर विचारों, दोहरी सुरक्षा बढ़ाने के लिए प्रजननशीलता को सुरक्षित रखने पर ध्यान देने और इन मामलों में एचआईवी बाधित महिलाओं के अनुभवों की चर्चा की गई है। साथ ही इस अंक में समीक्षा करने वाले दो लेखों को भी शामिल किया गया है। इनमें से एक लेख यौनकर्मियों में यौन संचारित संक्रमण की जाँच और उसका उपचार करने के बारे में है और दूसरे लेख में एचआईवी/एड्स के विरु) आज तक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा किए गए योगदान के विषय को सम्मिलित किया गया है। इस अंक में एचआईवी बाधित एक कटिबद्ध युगाण्डा के कार्यकर्ता द्वारा लिखित पुस्तक के अंशों को भी शामिल किया गया है।

इन सभी लेखों से यह पता चलता है कि यदि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तथा एचआईवी/एड्स नियंत्रण कार्यक्रमों को अलग-अलग चलाया जाता रहा तो इससे दोनों ही कार्यक्रमों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा। इन लेखों में यह बताया गया है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल, एचआईवी/एड्स रोकथाम, उपचार एवं देखभाल और यौनिकता तथा स्वास्थ्य शिक्षा के बारे में एकीकृत कार्यक्रमों को और अधिक विकसित किया जाना चाहिए। यह ऐसे कार्यक्रम हों जो चिकित्सीय परिस्थितियों और समुदाय, दोनों की आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार किए जाएं। इसके लिए ज़रूरी होगा कि कुछ सेवाओं का एकीकरण हो, कुछ अन्य सेवाओं को अधिक मज़बूत किया जाए, नए जनसंख्या समूहों तक पहुँचने के लिए सेवाओं का विस्तार हो और अच्छी कार्यकारी रैफरल प्रणालियाँ तैयार की जाएँ जिससे कि विस्तार

का पूरा लाभ मिल सके और अत्यधिक प्रभाव पड़े। इन व्यवस्थाओं को लागू करने का एक अच्छा उदाहरण यह हो सकता है कि प्रसव पूर्व माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के बारे में परामर्श के समय महिला एवं पुरुष दोनों को एड्स के उपचार के लिए रैफर किया जाए। संयुक्त कार्यक्रमों के लिए बेहतर संकेतक तैयार किए जाएँ जो किसी एक कार्यक्रम पर विशेष ध्यान न दें तो इनसे भी इन प्रयासों में सहायता मिलेगी। उदाहरण के लिए एचआईवी की जाँच और परामर्श सेवाएं देते समय दम्पति के साथ सुरक्षित यौन संबंधों के बारे में चर्चा की जाए भले ही उनकी जाँच के परिणाम कुछ भी हों। इसके साथ-साथ उन्हें कण्डोम उपलब्ध कराए जाने, यौन संचारित संक्रमणों की देखभाल, गर्भनिरोधक, गर्भपात और प्रसव पूर्व एवं प्रसव सेवाएं भी दी जाएँ।

आज से कोई 10 वर्ष से भी पहले विश्व स्वास्थ्य संगठन के वैश्विक एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत राष्ट्रीय स्तर पर अल्प, मध्यम और दीर्घावधि कार्यक्रम बनाए जाने का आह्वान किया गया था। उन देशों की अपेक्षा जहाँ यौन संचारित संक्रमण अधिक होते हैं और एचआईवी का प्रसार कम है यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी के एक समान प्रसार वाले देशों में अलग कार्यक्रमों की आवश्यकता होगी। जिन देशों में मातृ मृत्यु एवं रोग की दर अधिक है, जहाँ सर्वाइकल कैंसर अधिक पाया जाता है, गर्भनिरोधकों का कम प्रयोग होता है, सुरक्षित रक्त आपूर्ति व्यवस्था नहीं है, बड़े पैमाने पर यौन व्यापार होता है या बड़ी संख्या में जहाँ लोग इंजेक्शन के माध्यम से मादक दवाएं लेते हैं

वहाँ यह जरूरी है कि कार्यक्रमों में इन कारकों को भी सम्मिलित किया जाए। बोत्स्वाना और भारत में एचआईवी के प्रसार को कम करने के लिए किए गए ऐसे ही एक प्रयोग से पता चला है कि महिला यौन कर्मियों के बीच सैक्स से पहले कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने से भारत में इस महामारी की रोकथाम की दिशा में सबसे अधिक प्रभाव पड़ा है जबकि बोत्स्वाना में जहाँ यौन संचारित संक्रमण और एचआईवी का प्रसार लगभग समान है वहाँ यौन संचारित संक्रमणों का उपचार करना ही एकमात्र प्रभावी अंतक्षेप सिद्ध हुआ³। एड्स कार्यक्रमों को आरंभ करने के लिए इस तरह के प्रयोग लाभकारी हो सकते हैं। साथ ही साथ सभी देशों को चाहिए कि वे अपने यहाँ यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का लगातार विकास करना जारी रखें और यह देखें कि किस तरह उनके यहाँ चलाए जा रहे कार्यक्रम एचआईवी/एड्स की रोकथाम, उपचार और देखभाल के कार्यक्रमों के साथ-साथ चलाए जा सकते हैं।

कुल मिलाकर आरएचएम के इस अंक में सम्मिलित लेखों में इस बात पर जोर दिया गया है कि दुनियाभर में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा देने तथा एचआईवी/एड्स की महामारी पर विजय पाने के लिए कटिबद्ध कार्यक्रमों और सेवाओं के अंतर्गत और क्या कुछ किया जाना चाहिए। इन लेखों में यूएनएड्स, विश्व स्वास्थ्य संगठन, यूएनएफपीए, देशों की सरकारों, गैर-सरकारी संगठनों, महिला स्वास्थ्य आंदोलनों और सबसे अधिक धनदाताओं के समक्ष चुनौती प्रस्तुत की गई है ताकि वे इन विषयों पर और अधिक ध्यान दें और इन्हें भली-भाँति लागू कर सकें।

अभिस्वीकृति

जुलाई 2002 में बार्सिलोना में आयोजित अंतरराष्ट्रीय एड्स सम्मेलन के दौरान आरएचएम द्वारा आयोजित कार्यशाला में भाग लेने वाले प्रतिभागियों का धन्यवाद।

पत्र व्यवहार के लिये पता

*संपादक, रिप्रोडक्टिव हैल्थच मैटर्स, लंदन, यू.के.

ई-मेल : mberer@rhjournal.org.uk

संदर्भ

1. Pison G. Tous les pays du monde (2003). Population & Services 2003;392
2. De Cock KM, Mbori - Ngacha D. Marum E. Shadow on the continent; public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. Lancet 2002;360 (6 July): 67-72.
3. Nagelkerke NJ, Jha P, de Vlas SJ, et al. Modelling HIV/AIDS epidemics in Botswana and India: impact of interventions to prevent transmission. Bulletin of World Health Organization 2002;80(2):89-96.

निबंध

एचआईवी/एड्स के विरुद्ध अभियान में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का योगदान: एक पुनरीक्षा

इयान एसक्यू^अ, मार्ज बेरर^ब

सारांश :

एचआईवी के लगभग 80% मामलों का प्रसार यौनिक रूप से होता है और 10% मामले प्रसव के दौरान बाद या तुरंत बाद शिशु को स्तनपान कराने के दौरान उत्पन्न होते हैं। अतः इस तरह से एचआईवी के प्रसार को रोकने के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र यौन एवं प्रजनन सेवा कार्यक्रमों द्वारा लोगों को जानकारी एवं परामर्श देने की पहल किए जाने की अपेक्षा रखता रहा है। साथ ही हाल ही में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमों से ये उम्मीद भी की जाती रही है कि वे एच आई वी से संबंधित कुछ उपचार देने के क्षेत्र में भी काम करें। इस लेख में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा आज तक मुख्य रूप से परिवार नियोजन सेवाएं, यौन संचारित संक्रमण के उपचार और प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान दी जाने वाली सेवाओं के माध्यम से एचआईवी/एड्स की रोकथाम और उपचार में दिए गए योगदान की पुनरीक्षा और आकलन किया गया है। इस लेख में एचआईवी बाधित महिलाओं के सामने आने वाली यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं जैसे गर्भपात सेवाओं की उपलब्धता, प्रजननहीनता का उपचार तथा सर्वाइकल कैंसर की जाँच एवं उपचार की आवश्यकता के बारे में भी चर्चा की गई है। इस लेख में यह बताया गया है कि एचआईवी की रोकथाम और उपचार में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों की महत्वपूर्ण भूमिका हो सकती है और एचआईवी/एड्स के नियंत्रण तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए यौन संचारित संक्रमणों पर नियंत्रण रखना आवश्यक है। इस लेख के अंत में यह निष्कर्ष निकाला गया है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी/एड्स के नियंत्रण के लिए और अधिक एकीकृत कार्यक्रम विकसित किए जाने चाहिए जो सेवाएं दे सकें, नए जनसंख्या समूहों तक कार्यक्रमों का विस्तार कर सकें और अभी तक चलाए जा रहे कार्यक्रमों के विस्तार और प्रभाव को बढ़ाने के लिए अच्छी कार्यकारी रैफरल सेवाएं दे सकें। © रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : एचआईवी/एड्स, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, यौन संचारित संक्रमण, स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम, सेवाओं का एकीकरण।

एचआईवी/एड्स की महामारी से समाज, व्यक्तियों और परिवारों तथा साथ ही साथ स्वास्थ्य कार्यक्रमों पर भी गहरा असर पड़ा है। जैसा कि डी जोयसा¹ ने लिखा है:

“समाज के स्तर पर एड्स के कारण यौनिकता, यौन व्यवहार और संतानोत्पत्ति के बारे में विचारों में परिवर्तन आ रहा है और मानवाधिकारों के बारे में चिन्ताएं बढ़ गई हैं। व्यक्ति एवं परिवार के स्तर पर एड्स के कारण यौन संबंध जटिल हो गए हैं और सुरक्षित रूप से गर्भधारण कर संतान उत्पन्न करने की योग्यता प्रभावित हुई है। एड्स के कारण स्वास्थ्य सेवाएं देने वाले लोगों की प्राथमिकताओं में बदलाव आया है, दूसरे यौन संचारित संक्रमणों का उपचार करने की आवश्यकता महसूस की जा रही है, गर्भनिरोधकों के प्रयोग के बारे में सिफारिशों में बदलाव आ रहा है और शिशुओं के स्तनपान तथा यौन साथी से संबंध के बारे में परामर्श सेवाओं की प्रभावशीलता पर असर पड़ रहा है”।

आने वाले कुछ समय में, विशेष रूप से विकासशील देशों में एड्स की महामारी कम होने का कोई अनुमान नहीं है और सरकारें तथा अंतरराष्ट्रीय संगठन एचआईवी के प्रसार को रोकने और एचआईवी एवं एड्स से बाधित लोगों की देखभाल एवं उपचार के लिए बहुक्षेत्रीय कार्ययोजनाएं तैयार कर रहे हैं। मुख्य रूप से स्वास्थ्य क्षेत्र द्वारा इस दिशा में पहल की गई है और एंटी-रेट्रो वायरल दवाएं उपलब्ध कराने के प्रयास किए जा रहे हैं। बहुत से देशों में और अंतरराष्ट्रीय धनदाता एवं तकनीकी सहयोग देने वाले संगठनों में भी एचआईवी/एड्स संबंधी गतिविधियों का समन्वय

करने वाले प्रकोष्ठ बनाए गए हैं। क्योंकि एचआईवी के लगभग 80% मामलों का प्रसार यौनिक रूप से होता है और 10% मामले प्रसव के दौरान या बाद में और शिशु को स्तनपान कराने के दौरान उत्पन्न होते हैं। इसलिए इस तरह से रोग के प्रसार को रोकने के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र, यौन एवं प्रजनन सेवा कार्यक्रमों द्वारा एचआईवी पर सामान्य जानकारी एवं परामर्श देने के लिए पहल किए जाने की अपेक्षा रखता रहा है। हाल ही में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमों से एचआईवी के उपचार किए जाने की पहल की भी उम्मीद की जा रही है।

इस लेख में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमों द्वारा एचआईवी/एड्स की रोकथाम और उपचार में दिए गए योगदान की पुनरीक्षा की गई है। लेख में यह चर्चा की गई है कि इस दिशा में किस तरह के प्रयास किए जा रहे हैं और वे कितने व्यावहारिक, स्वीकार्य और प्रभावी रहे हैं। यह लेख बहुत अधिक विस्तृत समीक्षा करने के उद्देश्य से नहीं लिखा गया है। इसका उद्देश्य केवल यह बताना है कि हाल ही के समय में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य (एमसीएच), परिवार नियोजन (एफपी) और यौन संचारित संक्रमण (एसटीआई) सेवाओं द्वारा किस तरह का योगदान किया गया है और प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य सेवाओं में एचआईवी/एड्स की ओर विशेष ध्यान दिए जाने वाली नीतियों और कार्यक्रमों को शामिल करने से किस तरह के सकारात्मक प्रभाव पड़े हैं।

परिप्रेक्ष्य

1994 में जनसंख्या एवं विकास विषय पर आयोजित अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन (आईसीपीडी) ने यौन एवं

प्रजनन स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए एक कार्ययोजना को स्वीकार किया गया। वर्ष 2015 तक इस लक्ष्य को प्राप्त करने की कार्ययोजनाएं निम्नलिखित लक्ष्यों और संकेतकों पर आधारित हैं जिन पर 1999 में, आईसीपीडी+5 विषय पर आयोजित संयुक्त राष्ट्र की जनरल असैम्बली (यूएनजीएएसएस) के विशेष सत्र में हामी भरी गई थी²।

- सभी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एवं परिवार नियोजन सेवाओं के अंतर्गत हर प्रकार के सुरक्षित एवं प्रभावी परिवार नियोजन उपायों, आवश्यक प्रसूति देखभाल, प्रजनन तंत्र के संक्रमण की रोकथाम एवं उपचार सेवाएं दी जानी चाहियें। इनमें यौन संचारित रोगों का उपचार और संक्रमण रोकने के प्रभावी उपाय भी उपलब्ध कराए जाने चाहियें।
- जिन क्षेत्रों में मातृ मृत्युदर बहुत अधिक है वहाँ कम से कम 40 प्रतिशत प्रसव कुशल जन्म सहायक की मौजूदगी में कराए जाने चाहिए; 2010 तक इसे बढ़कर 50 प्रतिशत और 2015 तक कम से कम 60 प्रतिशत हो जाना चाहिए। इस संबंध में सभी देशों को अपने प्रयास लगातार जारी रखने चाहिए ताकि पूरी दुनिया में 2005 तक 80 प्रतिशत प्रसव कुशल जन्म सहायिकाओं की मौजूदगी में होने लगे और यह स्तर 2010 एवं 2015 तक बढ़कर क्रमशः 85 एवं 90 प्रतिशत हो जाए।
- जहाँ परिवार में बच्चों के जन्म में अंतर रखने की इच्छा जाहिर करने वाले लोगों और गर्भनिरोधकों के प्रयोग के अनुपात में अंतर हो, वहाँ उन देशों को चाहिए कि वे 2005

तक इस अंतर में कम से कम 50 प्रतिशत की कमी लाएं।

- वर्ष 2010 तक 15-24 वर्ष की आयु के 95 प्रतिशत नवयुवकों और नवयुवतियों को एचआईवी संक्रमण के जोखिम को कम करने के लिए आवश्यक जीवन कौशलों के बारे में ज्ञान हो और उन्हें इन जीवन कौशलों को विकसित करने की सेवाएं उन्हें मिल पाएं। इन सेवाओं में संक्रमण की रोकथाम के पुरुष एवं महिला कण्डोम जैसे उपाय, स्वैच्छिक आधार पर जाँच, परामर्श एवं फॉलो-अप सेवाएं शामिल होनी चाहियें। सरकार को चाहिए कि वह 15-24 वर्ष की आयु के लोगों में एचआईवी संक्रमण के स्तर का ब्यौरा दर्ज करे और 2010 तक इस आयु वर्ग में संक्रमण के प्रसार में 25 प्रतिशत कमी लाने का लक्ष्य निर्धारित करे।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में समान राय तैयार कर पाना आईसीपीडी (ICPD) सम्मेलन की एक प्रमुख सफलता थी: हालांकि बाद में इसे लागू कर एक प्रमुख चुनौती बना हुआ है। इस समझौते में अलग-अलग स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को बड़े स्पष्ट रूप से परिभाषित किया गया है और इसमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के अंतर्गत जानकारी दिए जाने की सेवाएं भी शामिल हैं। 1994 में लागू किए गए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों को देखते हुए इन सेवाओं को लागू कर पाने की व्यावहारिक, स्वीकार्य, प्रभावी और कम खर्चीली कार्ययोजनाएं विकसित करना बहुत कठिन सिद्ध हुआ है। इसके अलावा आईसीपीडी (ICPD) सम्मेलन के बाद के एक दशक के दौरान इस

दिशा में बहुत अधिक प्रयासों के बाद भी स्वास्थ्य क्षेत्र में हुए सुधारों, राष्ट्रीय एवं अंतरराष्ट्रीय धनदाताओं से स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं (यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं सहित) के लिए मिलने वाले आर्थिक सहयोग में कमी और एड्स, टीबी व मलेरिया जैसे रोगों के तुरंत निदान करने की आवश्यकताओं के कारण इन कामों में अनेक बाधाएं आती रही हैं।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के संगठन का इतिहास

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं ऐतिहासिक रूप से किस तरह प्रदान की जाती रही हैं और आईसीपीडी (ICPD) सम्मेलन के बाद से इनमें क्या परिवर्तन आए हैं? यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की परिभाषा में किन सेवाओं को शामिल किया जाता है या किया जाना चाहिए? विश्व स्वास्थ्य संगठन के प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग की ओर से हाल ही में जारी एक अप्रकाशित प्रपत्र में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए 5 प्रमुख अवयवों की जानकारी दी गई है। इनमें गर्भनिरोधकों के चुनाव और सुरक्षा को सुनिश्चित करना, मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार, यौन संचारित एवं प्रजनन तंत्र के दूसरे संक्रमणों (एसटीआई/आरटीआई) तथा एचआईवी/एड्स के प्रसार में कमी लाना, असुरक्षित गर्भपात समाप्त करना और स्वस्थ यौनिकता को बढ़ावा देना शामिल है। अन्य प्राथमिकताओं में प्रजननहीनता की रोकथाम एवं उपचार, प्रजनन तंत्र के कैंसर की जाँच एवं उपचार तथा मासिक धर्म संबंधी समस्याओं का उपचार शामिल है।

सरकार द्वारा प्रदान की जा रही सेवाओं में परिवार नियोजन सेवाएं अलग से चलाए जा रहे कार्यक्रमों और मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन कार्यक्रमों के माध्यम से दी जाती रही हैं जिनमें प्रसवपूर्व देखभाल एवं प्रसव सेवाएं, शिशु स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन सेवाएं शामिल हैं। आसीपीडी (ICPD) सम्मेलन के बाद इनमें से अधिकांश कार्यक्रमों के नाम बदलकर 'प्रजनन (एवं बाल) स्वास्थ्य' कार्यक्रम कर दिए गए हैं और अलग-अलग देशों में इनकी संरचना अलग-अलग है। अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में जहाँ 1970-80 के दशक से मातृ एवं बाल स्वास्थ्य/परिवार नियोजन सेवाएं दी जाती रही हैं वहाँ आईसीपीडी के बाद से इन सेवाओं तक पहुँच बढ़ाने और इनकी गुणवत्ता बढ़ाने के अतिरिक्त और कोई संगठनात्मक बदलाव नहीं किए गए हैं। हालांकि पिछले एक दशक के दौरान लाभ न कमाने और लाभ कमाने के उद्देश्य से चलाए जा रहे निजी स्वास्थ्य क्षेत्र ने परिवार नियोजन, प्रसव पूर्व एवं प्रसव सेवाएं देने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। यह कहना उचित होगा कि कुछ देशों में तो इन सेवाओं में सबसे अधिक वृद्धि निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाओं में ही हुई है।

यौन संचारित संक्रमणों की जाँच एवं उपचार सेवाएं दिए जाने का इतिहास बहुत अलग है। 1980 के दशक तक यह माना जाता था कि यौन संचारित संक्रमण महिलाओं की अपेक्षा पुरुषों में अधिक होते हैं जिसकी रोकथाम की अपेक्षा उपचार की अधिक आवश्यकता होती है और सरकार द्वारा दी जा रही स्वास्थ्य सेवाओं में इसका

विशेष महत्व नहीं होता। इसके परिणामस्वरूप तथा यौन संचारित संक्रमणों से जुड़ी कलंक की भावना के कारण यौन संचारित संक्रमणों के लिए दी जा रही सेवाओं पर बहुत कम ध्यान दिया गया और इसके लिए सरकारी क्षेत्र में बहुत कम संसाधन आवंटित किए गए। इस तरह की अधिकांश सेवाएं बड़े अस्पतालों में त्वचा रोग से संबंधित विशेषज्ञों के माध्यम से ही दी जाती थी। इसका परिणाम यह हुआ है कि बहुत से लोग यौन संचारित संक्रमण होने पर खुद ही इसकी जाँच और उपचार करते हैं। यौन संचारित संक्रमणों के लिए अनेक तरह के अप्रभावी उपचार दवा विक्रेताओं और पारंपरिक झाड़-फूंक करने वालों द्वारा किए जाते हैं। निजी स्वास्थ्य क्षेत्र के सेवाप्रदाता यौन संचारित संक्रमणों के उपचार में प्रमुख भूमिका निभा रहे हैं।

1980 के दशक में अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में बड़ी संख्या में महिलाओं और पुरुषों में यौन संचारित संक्रमणों के प्रसार की जानकारी मिलने के बाद इस स्थिति में परिवर्तन आना आरंभ हुआ है³। 1990 के दशक के दौरान बड़ी संख्या में महिलाओं के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में यौन संचारित संक्रमणों से मिलते जुलते लक्षणों के साथ पहुँचने के बाद लक्षणों का उपचार करने की कार्ययोजना विकसित की गई क्योंकि संक्रमण की जाँच के इतिहास का अध्ययन करने के लिए संसाधनों की कमी थी। महिलाओं द्वारा इन सेवाओं तक पहुँच को बढ़ाने के प्रयासों

के अंतर्गत यौन संचारित संक्रमणों के लक्षण उत्पन्न होने पर इलाज किए जाने के कार्यक्रमों को अलग से न चलाकर उसे मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार कल्याण कार्यक्रमों के साथ एकीकृत कर दिया गया। हालांकि लक्षणों के आधार पर उपचार करने की प्रक्रिया पुरुषों के लिए भी जारी रही है फिर भी यह देखा गया है कि इसे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पुरुषों को दी जाने वाली सेवाओं के रूप में लागू न करके द्वितीयक स्वास्थ्य केन्द्रों के एसटीआई (STI) क्लीनिकों में ही लागू किया गया है। विश्व स्वास्थ्य संगठन और अन्य संगठनों ने ऐसे पाठ्यक्रम और प्रशिक्षण सामग्री विकसित की जिससे कि इस 'नई' (लक्षणों के आधार पर उपचार) सेवा को जल्दी से जल्दी विशेष रूप से ऐसे देशों में लागू किया जा सके जहाँ यौन संचारित संक्रमण का विस्तार बहुत अधिक था।

लगभग इसी समय इस तरह के प्रमाण भी मिल रहे थे कि प्रजनन तंत्र/ यौन संचारित संक्रमणों के कारण एचआईवी के प्रसार का जोखिम बढ़ जाता है^{4,5}। मवान्जा⁶ में किए गए एक अनुसंधान से पता चला कि समुदाय आधारित यौन संचारित संक्रमण रोकथाम कार्यक्रम चलाने से एचआईवी संक्रमण के प्रसार की दर में अत्यधिक कमी आती है। संभवतः इसका कारण यह है कि उपचार के कारण यौन संचारित संक्रमण की अवधि कम हो जाती है*। इसका परिणाम यह हुआ कि इन सभी सेवाओं को एकीकृत किए जाने के व्यावहारिक तरीके ढूँढने पर बहुत अधिक

* मवान्जा में चलाया गया कार्यक्रम बहुत अलग इसलिए था क्योंकि इसमें समुदाय की जानकारी बढ़ाने, यौन साथी को जाँच के परिणामों की सूचना देने, पर्यवेक्षण और आपूर्तियों के प्रबंधन तथा महिलाओं एवं पुरुषों में यौन संचारित संक्रमण के लक्षण उत्पन्न होने पर उपचार किए जाने पर बल दिया गया था।

ध्यान दिया गया। अमरीका में हाल ही में यौन संचारित संक्रमण के उपचार के लिए अतिरिक्त सहायता के लिए किए गए एक अध्ययन की रिपोर्ट प्रस्तुत की गई है जिसमें यह अनुमान लगाया गया है कि यौन संचारित संक्रमण और एचआईवी, दोनों से बाधित किसी व्यक्ति में यदि अन्य कोई व्यावहारिक अंतक्षेप न भी किए जाएं तो भी उससे होने वाले एचआईवी के प्रसार में 27 प्रतिशत तक की कमी की जा सकती है⁷।

1990 से यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम एवं उपचार सेवाओं का सीमित विस्तार

1990 के आरंभिक वर्षों में जो उत्साहवर्धक स्थिति पैदा हुई थी उसके अनुसार यौन संचारित संक्रमण की प्रबंधन सेवाओं को प्रमुख यौन स्वास्थ्य सेवाओं के रूप में विस्तृत किए जाने के काम में दो समस्याओं के कारण व्यवधान उत्पन्न हुआ है। पहले तो यह देखा गया कि मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/ परिवार नियोजन स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाली महिलाओं में संक्रमण के सबसे प्रमुख लक्षण, योनि स्राव के उपचार की प्रक्रिया बहुत अच्छी नहीं थी⁸⁻¹²। इसके बाद से एकत्रित किए गए साक्ष्यों के कारण अब यह सिफारिश की गई है कि योनि स्राव का उपचार यह मानकर किया जाना चाहिए कि यह संक्रमण एक संचारित संक्रमण नहीं है¹³। दूसरे, जिस तरह परिवार नियोजन सेवाओं को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकत्रित किया गया था, यौन संचारित संक्रमण सेवाओं को भी मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन कार्यक्रमों में एकीकृत करते समय उपयुक्त संसाधनों की व्यवस्था नहीं की गई थी और न ही देशों के स्वास्थ्य मंत्रालयों ने कार्ययोजनाओं अथवा

व्यवस्थाओं के माध्यम से यौन संचारित संक्रमण उपचार सेवाओं को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य / परिवार नियोजन सेवाओं में भली-भांति एकत्रित करने के प्रयास किए थे³।

इसके अनेक कारण हैं। उस समय संक्रमण के लक्षणों के आधार पर उपचार करने की प्रक्रिया विकसित हो ही रही थी और इसे बड़े पैमाने पर स्वीकार नहीं किया गया था। मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमों में काम करने वाले लोगों को यौन संचारित संक्रमणों या इससे जुड़ी सेवाएं देने के बारे में पर्याप्त जानकारी नहीं थी। धनदाताओं से यौन संचारित संक्रमणों के उपचार के लिए मिलने वाली अधिकांश धनराशि विशेष परियोजनाओं के अंतर्गत प्रशिक्षण और दवाओं के लिए निर्धारित थी और व्यापक कार्यक्रम के विकास के लिए धनराशि उपलब्ध नहीं कराई जा रही थी। इसके अलावा यह भी स्पष्ट नहीं था कि यौन संचारित संक्रमण उपचार सेवाएं कहाँ स्थापित की जाएं और किन लोगों को यह सेवाएं दी जाएं। इसके अतिरिक्त यौन संचारित संक्रमण के प्रबंधन को केवल एचआईवी के प्रसार को कम करने का साधन मात्र ही समझा जाता था। इस समय के दौरान इस वास्तविकता की ओर बहुत कम ध्यान दिया गया कि यौन संचारित संक्रमण भी एक प्रकार के प्रजनन तंत्र के संक्रमण ही हैं और किन्हीं विशिष्ट यौन संक्रमणों से महिलाओं में ग्रीवा में सूजन तथा प्रजननहीनता उत्पन्न हो सकती है व इससे शिशु बीमार पड़ सकते हैं।

यौन संचारित संक्रमण के उपचार को प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं में सम्मिलित कर लिए जाने के

प्रस्तावों को अस्वीकार कर दिया गया। उस समय यह माना गया कि यह बेहतर होगा कि यौन संचारित संक्रमणों की उपचार सेवाओं को नए उभर रहे राष्ट्रीय एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों में एच आई वी की रोकथाम की प्रक्रिया के रूप में शामिल किया जाए, जो वास्तव में उस समय विकसित ही हो रहे थे¹⁴⁻¹⁵। हालांकि एंडोजनस और आइट्रोजेनिक, दोनों प्रकार के प्रजनन तंत्र के संक्रमण से एचआईवी के प्रसार का जोखिम बढ़ सकता है। यह पहले ही जान लिया गया था कि ट्राइकोमोनियासिस संक्रमण के कारण भी एचआईवी का संक्रमण हो सकता है और इसके अलावा बैक्टीरियल वेजिनॉसिस तथा एचआईवी संक्रमण के प्रसार होने में भी संबंध दिखाए गए हैं¹⁷ जिससे लगता है कि एचआईवी के प्रसार के संबंध में अनेक तरह के प्रजनन तंत्र के संक्रमणों की ओर ध्यान देना आवश्यक होगा।

अधिकांश विकासशील देशों में एक अन्य समस्या यह देखी गई है कि मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन कार्यक्रम मुख्यतः विवाहित महिलाओं को ध्यान में रखकर बनाए जाते हैं और विवाहित महिलाएं ही इन सेवाओं का प्रयोग करती हैं। मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन देखभाल कार्यक्रमों की संरचना के अंतर्गत यौन संचारित संक्रमण की उपचार सेवाएं देने से विवाहित महिलाओं के अलावा एचआईवी के अधिक जोखिम का सामना कर रही दूसरी महिलाओं को इससे कोई विशेष लाभ नहीं होगा विशेषकर ऐसे देशों में जहाँ एचआईवी का प्रसार (अभी) बहुत अधिक नहीं है।

इस दिशा में कई प्रयास किए गए और अब

भी किए जा रहे हैं कि मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन कार्यक्रमों के अंतर्गत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं देने वाले कर्मचारियों को प्रशिक्षण दिया जाए ताकि वे अपने मरीजों को यौन संचारित संक्रमण के लक्षणों को जल्दी पहचानने और इनका शीघ्र उपचार करवाने की जानकारी दे सकें। यौन संचारित संक्रमणों (और एचआईवी) की रोकथाम के बारे में और अधिक बल परिवार कल्याण परामर्श सत्रों के दौरान गर्भधरण और संक्रमण के विरुद्ध 'दोहरी सुरक्षा' अपनाने के विचार को आगे बढ़ाते हुए भी दिया जा रहा है। लेकिन अभी तक प्राप्त साक्ष्यों से यही जानकारी मिलती है कि कुछ सीमित मामलों को छोड़, यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम और उपचार की सेवाओं को बहुत अधिक प्रभावी रूप से लागू नहीं किया जा सका है।

इसका परिणाम यह हुआ है कि यद्यपि यौन संचारित संक्रमण उपचार सेवाओं को अब पहले की अपेक्षा बहुत अधिक महत्व दिया जा रहा है और इन्हें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के एक मुख्य भाग के रूप में देखा जा रहा है फिर भी गाँव के स्तर पर इन सेवाओं को दिए जाने का स्तर अस्त-व्यस्त और छिन्न-भिन्न है। यौन संचारित संक्रमणों के लिए सेवाएं अब भी बड़े पैमाने पर अलग से चलाए जा रहे स्वास्थ्य के सरकारी कार्यक्रमों के माध्यम से नहीं दी जाती और न ही इन्हें मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन तथा एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों के साथ एकीकृत किया जा रहा है। अब भी यह कार्यक्रम उन लोगों तक नहीं पहुँच पाते जिन्हें इसकी सबसे अधिक आवश्यकता है।

एचआईवी / एड्स की रोकथाम में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का योगदान: गुण एवं दोष

यौन संचारित संक्रमणों के उपचार की सेवाओं को राष्ट्रीय यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ एकीकृत किए जाने के काम में आने वाली समस्याओं के होते हुए भी एचआईवी/एड्स के विरुद्ध संघर्ष में इन सेवाओं का महत्व किसी तरह कम नहीं हो जाता। महिलाएं व पुरुष यौन संचारित संक्रमणों और प्रजनन तंत्र के संक्रमणों से लगातार बाधित होते रहेंगे और इन समस्याओं के उपचार के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों में आते रहेंगे। निश्चित रूप से स्वास्थ्यकर्मियों के लिए यह बहुत हतोत्साहित होने की स्थिति होगी कि वे एक सरल उपचार उपलब्ध कराकर उनकी देखभाल नहीं कर पाएंगे। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं निम्नलिखित कारणों में एचआईवी /एड्स के विरुद्ध संघर्ष में महत्वपूर्ण योगदान कर सकती हैं¹⁸⁻²⁴:

- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने वाली महिलाएं एवं पुरुष एचआईवी के बारे में अधिक जानकारी और सेवाओं के बारे में तब अधिक उत्साहित होंगे जब उन्हें परिवार नियोजन और दोहरी सुरक्षा, सुरक्षित प्रसव पूर्व एवं प्रसव देखभाल तथा यौन संचारित संक्रमणों की देखभाल और उपचार द्वारा एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के महत्व की जानकारी होगी।

- प्रसव पूर्व जाँच, शिशु स्वास्थ्य देखभाल और परिवार नियोजन जैसी सेवाएं अब दुनियाभर के जनसंख्या समूहों को स्वास्थ्य केन्द्रों, विस्तार कार्यक्रमों और सामुदायिक कार्यक्रमों के माध्यम से उपलब्ध हैं। प्रजननशील आयु की महिलाओं द्वारा इन सेवाओं के प्रयोग का स्तर लगातार बढ़ता जा रहा है। एचआईवी की रोकथाम की कार्ययोजनाओं के माध्यम से इन महिलाओं तक पहुँचना बहुत आसान नहीं होगा क्योंकि एचआईवी से संबंधित कार्ययोजनाओं में दूसरे विशिष्ट समूहों, विशेषकर एचआईवी का प्रसार करने वाले समूहों पर अधिक ध्यान दिया जाता है*।
- हालांकि एचआईवी के यौनिक प्रसार के संदर्भ में विवाहित महिलाओं में एचआईवी प्रसार का 'जोखिम कम' होता है लेकिन एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में यह संभव है कि ये महिलाएं विवाह से पहले ही संक्रमण का शिकार हो चुकीं हों और अगर इनके नियमित यौन साथी दूसरी महिलाओं के साथ संबंध रखें तो इनमें भी एचआईवी होने का खतरा बढ़ जाता है। किसी देश में यदि एचआईवी संक्रमण का प्रसार बहुत अधिक हो रहा हो तो यह खतरा और ज़्यादा हो जाता है। पूर्वी और दक्षिण अफ्रीका के अधिकांश देशों में यह बढ़ा हुआ खतरा ही चिन्ता का विषय है और इससे यहाँ यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ाने के महत्व का पता चलता है।

* यह जनसंख्या के वे उप समूह हैं जो अपने अधिक जोखिमपूर्ण व्यवहारों के कारण एचआईवी संक्रमण के एक समूह से दूसरे समूह तक फैलने में या फिर सामान्य जनसंख्या समूहों तक पहुँच जाने में सहायक हो सकते हैं।

- प्रसव पूर्व जाँच, प्रसव के समय और प्रसव के बाद दी जाने वाली सेवाओं से जन्म के बाद और स्तनपान के दौरान शिशु में एचआईवी का प्रसार रोकने में सहायता मिलती है; इस तरह के उपचार अंतर्क्षेप भी केवल इन्हीं सेवाओं के माध्यम से दिए जा सकते हैं। इसके अतिरिक्त गर्भपात कराने संबंधी सेवाओं और गर्भपात के बाद की देखभाल, यौन संचारित संक्रमण का उपचार करने की सेवाओं तथा किशोरों के लिए विशेष रूप से चलाए जा रहे कार्यक्रमों के माध्यम से ऐसे समूहों तक पहुँचने में सहायता मिलती है जिन तक दूसरी एचआईवी कार्ययोजनाओं के माध्यम से नहीं पहुँचा जा सकता।
- प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं दे रहे कर्मचारियों को पहले से ही एचआईवी संबंधी जानकारी देने और रोकथाम कार्यों के लिए अनेक तरह के तकनीकी और सेवा संबंधी कौशल (उदाहरण के लिए स्त्री रोग एवं प्रसूति संबंधी जानकारीयों, सुरक्षित सैक्स व दूसरे रोकथाम संबंधी व्यवहारों के बारे में बताने वाली यौन शिक्षा, अंतरंग व्यवहारों और संबंधों के बारे में चर्चा करने की जानकारी तथा गर्भनिरोधक और कण्डोम उपलब्ध कराना आदि) सैद्धान्तिक रूप से प्राप्त हैं।
- दूसरी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ-साथ एचआईवी सेवाओं को एकीकृत करने से लागत में कमी आने की संभावना है क्योंकि इन दोनों कार्यक्रमों के लिए साझे कर्मचारी, सुविधाओं और उपकरणों का प्रयोग किया जा सकेगा। इससे प्रशासनिक और दूसरे

खर्च भी कम होंगे। इन सेवाओं को एक साथ देने से सेवाओं के प्रयोगकर्ता द्वारा किए जाने वाले खर्च में भी कमी आ सकती है, लेकिन अभी तक इस प्रकार से एकीकृत कार्यक्रमों द्वारा सेवाएं प्रदान नहीं की गई हैं।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के योगदान को बढ़ाने का प्रयास करते हुए हमें इनकी कई कमियों को भी ध्यान में रखना होगा। क्योंकि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं देने के नए कार्यक्रम अभी पूरी तरह विकसित नहीं हो पाए हैं इसलिए बहुत से धनदाता व्यापक सेवाओं की अपेक्षा किन्हीं विशिष्ट और अलग से चलाए जा रहे कार्यक्रमों (उदाहरण के लिए परिवार नियोजन, प्रसव पूर्व जाँच सेवाएं, यौन संचारित संक्रमणों के लिए उपचार सेवाएं आदि) के लिए धन देना अधिक पसंद करते हैं। वे ऐसा इसलिए भी करते हैं ताकि कार्यक्रमों के प्रति धन प्राप्त करने वालों का उत्तरदायित्व बना रहें। हालांकि अलग-अलग क्षेत्र के लिए व्यवस्था करने की प्रणालियाँ बनाई जा चुकी हैं फिर भी धनदाता ये चाहते हैं कि एचआईवी/एड्स सेवाओं के लिए सहयोग के कार्यक्रमों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं से अलग रखा जाए²³। सरकारी मंत्रालय भी इसी विचार को प्रोत्साहित करते हैं; स्वास्थ्य क्षेत्र में किए गए बहुत से सुधारों में यौन शिक्षा, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा यौन संचारित संक्रमण/ एचआईवी/एड्स के कार्यक्रमों को अलग कर दिया गया है और विभिन्न मंत्रालयों या एक ही मंत्रालय के विभिन्न विभागों को अलग से इनकी जिम्मेदारी सौंपी गई है। ऐसा करने से कार्यक्रमों के लिए उपलब्ध धनराशि और बजट प्रावधानों पर

नियंत्रण पाने की होड़ लग जाती है¹⁵।

ऐसी चिन्ताएं व्यक्त की जा रहीं हैं कि बहुत से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम पहले से ही पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित और उत्साहित कर्मचारियों की कमी, अपर्याप्त उपकरणों और आवश्यक दवाओं की बार-बार होने वाली कमी, गलत सुपरविज़न और मॉनीटरिंग व्यवस्था के कारण ठीक से कार्य नहीं कर रहे हैं। इन कार्यक्रमों को एचआईवी/एड्स संबंधी कार्य करने का अतिरिक्त उत्तरदायित्व देकर इनसे बेहतर कार्य की अपेक्षा करना ठीक और व्यावहारिक नहीं होगा। हालांकि उपलब्ध धनराशि में बढ़ोतरी कर तथा बेहतर प्रशिक्षण एवं तकनीकी सहायता के माध्यम से इनमें से कई कमजोरियों को दूर किया जा सकता है लेकिन कार्यक्रमों में कुछ कमियां इतनी गहरी हैं कि उन्हें दूर करने के लिए बहुत अधिक परिवर्तन करने होंगे। इसके अलावा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को हर देश में तथा अंतरराष्ट्रीय सहभागियों द्वारा स्वास्थ्य की प्राथमिकता नहीं माना जाता।

वहीं दूसरी ओर जैसे-जैसे यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम एचआईवी/एड्स के विरुद्ध संघर्ष के कार्य में अधिक जुड़ते जाएंगे वैसे-वैसे इन्हें अधिक राजनीतिक स्वीकार्यता मिलने लगेगी और उन्हें मिलने वाले आर्थिक एवं तकनीकी संसाधनों में भी वृद्धि होगी जिससे कि ये और अधिक मज़बूत होंगे। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों में एचआईवी/एड्स के कार्यक्रम जोड़ देने से पहले ही सरकारी स्वास्थ्य के क्षेत्र में उपेक्षित रहे प्रजनन तंत्र के संक्रमण/ यौन संचारित संक्रमण जैसे कई विषयों की ओर ध्यान आकर्षित किया

जाने लगा है और सार्वजनिक स्वास्थ्य अंतर्क्षेप कार्यक्रमों के लिए ऐसा वातावरण तैयार करने की मांग उठने लगी है जिनमें जेंडर आधारित भेदभावों को दूर किया जाए और मानवाधिकारों की सुरक्षा हो सके¹⁶।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों तथा एचआईवी/एड्स संबंधी सेवाओं में बेहतर जुड़ाव, अर्थात्, इन्हें अलग-अलग चलाए जाने की बजाए एक कार्यक्रम से दूसरे में रैफरल किए जाने की प्रणाली होना भी एक महत्वपूर्ण अवसर है। इससे उचित कार्यक्रमों के माध्यम से ज़्यादा लोगों तक पहुँचा जा सकता है। उदाहरण के लिए यौन कर्मियों को एचआईवी जाँच और परामर्श देने की सेवाओं के माध्यम से महिलाओं को परिवार नियोजन तथा सुरक्षित गर्भपात सेवाओं (जहाँ कानूनी रूप से ये स्वीकार्य हो) में रैफर किया जा सकता है³⁰ और प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों से गर्भवती महिलाओं को एड्स के उपचार और देखभाल के लिए रैफर किया जा सकता है।

अभी तक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों से होने वाले तुलनात्मक लाभ को केवल इस तरह आंका गया है कि इनसे एचआईवी का यौनिक और प्रसव के बाद होने वाला प्रसार रोकने में सहायता मिलती है। इस तरह के आकलन में परिवार कल्याण सेवाओं, गर्भपात, प्रसव पूर्व जाँच एवं प्रसव तथा यौन संचारित संक्रमण के लिए उपचार सेवाओं की भूमिका भी स्पष्ट हो रही है। इसके अतिरिक्त ऐसे कम से कम पाँच अन्य क्षेत्र हैं जिनमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं महत्वपूर्ण योगदान कर सकती हैं, विशेषकर पहले से संक्रमित लोगों की देखभाल के कार्य में। जैसे-जैसे यौन

एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यक्रमों में वृद्धि एवं विस्तार होगा जैसे-जैसे इनके अंतर्गत और अधिक विषयों को शामिल किया जा सकता है। इनमें सबसे पहला विषय समकक्ष व्यक्तियों (पीयर) द्वारा परामर्श एवं सहयोग सेवाएं देना शामिल है। उदाहरण के लिए, दक्षिण अफ्रीका के केपटाउन नगर के अस्पतालों में चलाई जा रही प्रसव पूर्व जाँच क्लिनिकों में प्रसव के बाद एचआईवी के प्रसार को रोकने की सेवाओं के साथ सहयोग करते हुए 'माओं द्वारा होने वाली माओं के लिए' कार्यक्रम आरंभ किया गया है। यहाँ पहले से माँ बन चुकी महिलाओं को समकक्ष (पीयर) परामर्शदाताओं के रूप में प्रशिक्षित किया गया है और वे प्रसव पूर्व जाँच के लिए आने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं से अपने व्यक्तिगत अनुभव बताने को कहती हैं, उन्हें लगातार उपचार जारी रखने का प्रोत्साहन देती हैं और अस्पताल पहुँचने में उनकी सहायता करती हैं³¹।

दूसरे, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का प्रबंधन करने के उत्तरदायी व्यक्तियों की यह सुनिश्चित करने में भी भूमिका हो सकती है कि प्रसूति या प्रसव के दौरान आपातस्थिति में खून दिए जाने के कारण महिलाओं या शिशुओं में एचआईवी का प्रसार न, हो चाहे यह खून अस्पताल द्वारा दिया जा रहा हो या फिर रक्तदान के माध्यम से³²।

तीसरे, एचआईवी बाधित महिलाओं में अन्य महिलाओं की अपेक्षा छोटी उम्र में ही ग्रीवा, योनि, गुदा और प्रजनन अंगों में असामान्य कोशिकाओं के होने का जोखिम बढ़ जाता है और उनमें *सर्वाइकल इंट्रा-एपिथिलियल नियोप्लासिया* तथा ग्रीवा के रोग के मामले अधिक देखे जाते हैं।

यह खतरा एड्स का पता चलने और सीडी-4 कोशिकाओं की कमी होने से और भी बढ़ जाता है³³⁻³⁶। 1993 में अमरीका के सेंटर फॉर डिजीज कंट्रोल ने *इनवेसिव सर्वाइकल कार्सिनोमा* (ग्रीवा के कैंसर) को एड्स होने की कई स्थितियों में से एक स्थिति के रूप में निर्धारित किया है³⁷। विकासशील देशों में ग्रीवा के कैंसर के कारण बहुत अधिक महिलाओं की मृत्यु होती है और इसकी जाँच तथा उपचार की सेवाएं बहुत कम हैं। ऐसी स्थिति में एचआईवी बाधित महिलाओं (और पुरुषों) में कैंसर के मामले रोकने की आवश्यकता के कारण यदि प्रजनन तंत्र के कैंसर की जाँच एवं उपचार के लिए और अधिक केन्द्र स्थापित किए जाएं तो यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार होगा।

चौथे, यौन कर्मियों और इंजेक्शन से मादक दवाएं लेने वाले लोगों के अलग-थलग पड़े समूहों में किसी बाधित व्यक्ति द्वारा प्रयोग की गई अस्वच्छ सुईयों के प्रयोग से एचआईवी संक्रमण हो सकता है। ये समूह भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं से लाभान्वित हो सकते हैं। उदाहरण के लिए अपने यौन साथी को सुरक्षित रखने के लिए वे कण्डोम का प्रयोग कर सकते हैं या परिवार नियोजन और यौन संचारित संक्रमणों के लिए उपचार सेवाएं प्राप्त कर सकते हैं। वर्तमान में इन समूहों द्वारा इन सेवाओं का प्रयोग कम किया जा रहा है।

पांचवें, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यक्रमों द्वारा पुरुषों के यौन स्वास्थ्य की आवश्यकताओं पर ध्यान दिया जाना चाहिए और पुरुषों में एचआईवी के यौन प्रसार तथा यौन संचारित संक्रमणों के प्रसार को कम करने में

भूमिका अदा की जानी चाहिए। समलैंगिक पुरुषों में एचआईवी संक्रमण और एड्स के मामले अधिक देखे जाते हैं। इनमें से बहुत से पुरुष विवाहित होते हैं तथा दूसरे पुरुषों के अलावा महिलाओं से भी यौन संबंध बनाते हैं। हंगरी के बुडापेस्ट नगर के समलैंगिक समुदायों में 469 समलैंगिक पुरुषों का सर्वेक्षण करने पर पता चला कि उनमें से आधे पुरुषों ने हाल ही में किसी अन्य पुरुष के साथ असुरक्षित गुदा सैक्स किया था और 50 प्रतिशत मामलों में उन्होंने असुरक्षित संबंध बनाए थे। इनमें से 26 प्रतिशत पुरुषों के पिछले वर्ष के दौरान महिलाओं के साथ संबंध भी रहे थे और योनि सैक्स के केवल 23 प्रतिशत मामलों में उन्होंने कण्डोम का प्रयोग किया था।

जैसे-जैसे इस महामारी का प्रसार बढ़ रहा है और इससे अलग-अलग प्रतिक्रियाएं मिल रही हैं, वैसे-वैसे नीति निर्माताओं, धनदाताओं और कार्यक्रमों से जुड़े लोगों के लिए अधिक विकल्प उपलब्ध हो रहे हैं। हालांकि यह तर्क दिया जा सकता है कि एचआईवी/एड्स की महामारी इतने बड़े पैमाने पर फैल रही है कि इसमें कमी लाने के हर प्रयास को प्रोत्साहन दिया जाना चाहिए, लेकिन इसका परिणाम यह हो सकता है कि संसाधनों और प्रणालियों का अप्रभावी रूप से प्रयोग हो जो कहीं दूसरी आवश्यकताओं के लिए अधिक ज़रूरी हो। विकल्पों में वृद्धि के साथ-साथ हमें सोच-समझ कर ऐसे विकल्प चुनने होंगे जिससे न केवल प्रभावी कार्ययोजनाओं को लागू किया जा सके बल्कि सीमित संसाधनों का भी कुशलता से प्रयोग संभव हो।

परिवार नियोजन सेवाओं का योगदान

पिछले तीन दशकों के दौरान (कुछ एशियाई देशों में तो इससे भी लंबे समय से) राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में परिवार नियोजन सेवाओं को शामिल किए जाने के कार्यक्रमों को अपेक्षाकृत भरपूर आर्थिक सहयोग मिला है और इनमें तकनीकी कुशलता का स्तर भी काफी ऊंचा रहा है। लगातार कम होती जा रही प्रजननशीलता और दुनियाभर में अनचाहे बच्चों को जन्म देने की घटनाओं का उत्तरदायित्व भी इन्हीं सेवाओं पर मढ़ा जाता रहा है जो अन्यथा भली-भाँति काम कर रही हैं और काफी हद तक सफल भी रही हैं। इसके अतिरिक्त चूंकि यह सेवाएं सीधे-सीधे यौन संबंधों के परिणामों से जुड़ी हुई हैं इसलिए एचआईवी के यौनिक प्रसार को रोकने में इन सेवाओं द्वारा बढ़-चढ़कर भाग लिए जाने की अपेक्षा करना तर्कसंगत ही है। परिवार नियोजन सेवाओं द्वारा एचआईवी के प्रसार की रोकथाम में दिए गए योगदान को मुख्य रूप से चार श्रेणियों में बांटा जा सकता है :

- परिवार नियोजन परामर्श सेवाओं के माध्यम से जोखिम कम करने के बारे में शिक्षा देते हुए लोगों के यौन व्यवहारों को बदलना;
- सेवाओं का प्रयोग करने वालों को यौन संचारित संक्रमणों, उनके लक्षणों और प्रसार तथा उनके लिए उचित उपचार लेने की जानकारी देना और यौन संचारित संक्रमणों की जाँच एवं उपचार करना;
- अनचाहे गर्भाधन, यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी तथा प्रजननहीनता को रोकने के लिए दूसरे गर्भनिरोधक उपायों के साथ या

उनके बिना भी कण्डोम के प्रयोग को प्रोत्साहन देना। लोगों को यह जानकारी देना कि नॉन-बैरियर गर्भनिरोधक उपाय यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी के प्रसार को रोकने में प्रभावी नहीं होते;

- एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों को गर्भनिरोधक तथा बंधयाकरण (नसबंदी) सेवाएं देते हुए माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी के प्रसार की रोकथाम सुनिश्चित करना।

असुरक्षित यौन संबंधों के बारे में शिक्षा

बहुत से कारणों से परिवार नियोजन सेवाओं का प्रयोग कर रहे लोगों को एक से अधिक व्यक्ति के साथ असुरक्षित यौन संबंध बनाने अथवा जोखिमपूर्ण व्यवहार वाले यौन साथी रखने के बारे में शिक्षा देने के प्रयास बहुत अधिक सफल नहीं हो पाए हैं। दुनियाभर में आमतौर पर परिवार नियोजन सेवाएं महिला नर्सों द्वारा दी जाती हैं और इनमें से अधिकांश यौनिकता के बारे में जानकारी देने के लिए प्रशिक्षित नहीं होतीं। इसके अतिरिक्त सामुदायिक कार्यक्रमों में यह संभव है कि सेवाएं देने वाला व्यक्ति कोई स्वयंसेवक हो जिसे थोड़ा बहुत प्रशिक्षण दिया गया हो या फिर यह भी संभव है कि वह महिलाओं का संबंधी हो या भली-भाँति जानता हो जिसके कारण वह इस तरह के व्यक्तिगत मुद्दे पर विचार-विमर्श करने में हिचक महसूस करे।

किसी महिला और उसके यौन साथी के आपसी यौन संबंधों के बारे में या आमतौर पर परिवार नियोजन सेवाओं के संदर्भ में यौन व्यवहारों के बारे में चर्चा करने के लिए सेवाप्रदाता का

बहुत अधिक व्यवहार कुशल होना आवश्यक होता है। फिर भी, किसी महिला के वर्तमान और पूर्व के यौन व्यवहारों पर चर्चा करना बहुत जरूरी भी होता है। हालांकि युगाण्डा में हाल ही में सामने आए साक्ष्यों से यह पता चलता है कि विवाहित महिलाओं की अपेक्षा विवाहित पुरुषों द्वारा किसी विवाह संबंध में एचआईवी संक्रमण का प्रसार करने की आशंका लगभग दो गुनी होती है⁴⁰ लेकिन इसका यह अर्थ भी निकलता है कि अब भी युगाण्डा में वैवाहिक संबंधों में एचआईवी का यौन प्रसार बड़ी मात्रा में महिलाओं के माध्यम से हो रहा है। कम उम्र की महिलाओं में जनसांख्यिकीय रूप से एचआईवी संक्रमण की अधिक दर के आधार पर पिसानी यह तर्क देते हैं कि “संक्रमण के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में पुरुषों में संक्रमण होने का सबसे बड़ा खतरा यह है कि उनका किसी ऐसी महिला से विवाह हो जाए जो विवाह पूर्व संबंधों के कारण पहले से ही संक्रमित रही हो”। हाल ही में किए गए अध्ययनों से किशोरों द्वारा विवाह से पहले असुरक्षित और एक से अधिक यौन साथी के साथ सैक्स किए जाने की जानकारी मिली है^{41,42} हालांकि अलग-अलग देशों में इसका अनुपात कम या ज्यादा हो सकता है।

समसामायिक साहित्यिक पुनरीक्षाओं में ऐसे बहुत कम उदाहरण मिलते हैं जहाँ परिवार नियोजन सेवाएं देने वाले सेवाप्रदाताओं ने परामर्श सेवाएं देने के दौरान यौनिकता के विषय पर परामर्श दिए जाने को भी शामिल किया हो^{44,45}। इन अध्ययनों से यह भी पता चला है कि यदि सेवाप्रदाता पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित हों तो विचार-विमर्श के

दौरान यौनिकता पर चर्चा करना बहुत अधिक कठिन नहीं होता। हालांकि ये जानकारी भी मिली कि सेवाप्रदाता द्वारा अपने पारंपरिक तरीकों को छोड़ कर यौनिकता के विषय पर इस तरह से चर्चा कर पाने में जहाँ सेवाप्रदाता और सेवा उपभोक्ता, दोनों को सहजता महसूस हो। इसके लिये जरूरी है कि सेवाप्रदाता को तकनीकी विषयों और प्रभावी रूप से बातचीत कर पाने पर गहन प्रशिक्षण दिया गया हो। ऐसे कार्यक्रमों में जो सिर्फ एचआईवी जाँच व परामर्श सेवा प्रदान करते हैं। दम्पतियों की एचआईवी जाँच और उन्हें परामर्श देना प्रभावी सिद्ध हुआ है^{46,47} लेकिन परिवार नियोजन सेवाओं के संदर्भ में दम्पतियों को एक साथ या समूह में परामर्श दिए जाने की व्यावहारिकता के बारे में बहुत कम लिखा गया है।

दोहरी सुरक्षा अपनाने को प्रोत्साहन देना

सैक्स के दौरान कण्डोम का प्रयोग करना यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी की रोकथाम की अत्यंत प्रभावी तकनीक है और कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने का कार्य परिवार नियोजन सेवाएं बहुत प्रभावी तरीके से कर सकती हैं⁴⁸। इसमें विडंबना यह है कि यही एक कार्य सबसे अधिक कठिन सिद्ध हो रहा है क्योंकि ऐतिहासिक रूप से परिवार कल्याण सेवाओं में गर्भाधन को रोकने के लिए नॉन-बैरियर उपायों की प्रभावशीलता पर हमेशा ही अधिक जोर दिया जाता रहा है। इसके

परिणामस्वरूप कई दशकों से कण्डोम को गर्भावस्था रोकने के अचूक तरीके के रूप में बढ़ावा नहीं दिया गया है बल्कि कण्डोम को संक्रमण रोकने का तरीका अधिक माना गया है। परिवार नियोजन सेवाएं अब ऐसे तरीके ढूँढ़ने का प्रयास कर रही हैं जिससे कि कण्डोम के बारे में व्याप्त सोच बदल जाए और इन्हें 'दोहरी सुरक्षा' के उपाय के रूप में जाना जाए''*।

यद्यपि पिछले 5 वर्षों के दौरान दोहरी सुरक्षा को बढ़ावा देने और कई तरह से सुरक्षित सैक्स करने (उदाहरण के लिए सैक्स से दूर रहने, शिशन का प्रवेश कराए बिना सैक्स करने, एचआईवी मुक्त आपसी विश्वास पर आधारित संबंध बनाने और प्रमुख संबंधों के अतिरिक्त संबंध होने पर साथी की रज़ामंदी से कण्डोम का प्रयोग करने जैसे व्यवहार) को बढ़ावा देने के लिए बहुत से काम किए जा रहे हैं लेकिन इस बारे में बहुत कम व्यावहारिक अनुभव लिखे या आकलित किए गए हैं जिनसे यह पता चलता हो कि कैसे इस तरह के परामर्श दिए जाने की प्रक्रिया को प्रभावशाली रूप से लागू किया जा सकता है। कण्डोम के साथ-साथ किसी अन्य गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करना (नॉन-बैरियर अथवा बैरियर) एक ऐसी विधि है जिसके कारण बहुत सी समस्याएं सामने आती हैं और एक दोहरी सुरक्षा विधि के रूप में इसकी सफलता के बारे में बहुत कम

* दोहरी सुरक्षा का अर्थ है कि केवल कण्डोम का प्रयोग किया जाए, कण्डोम के साथ किसी अन्य गर्भनिरोधक का प्रयोग किया जाए, या कण्डोम के साथ आपातकालिक गर्भनिरोधक तथा/या अंतिम उपाय के रूप में अनचाहे गर्भ से बचने के लिए गर्भपात का सहारा लिया जाए। यदि कण्डोम यौन संचारित संक्रमण को रोक पाने में असफल रहे तो बैक्टीरिया के कारण होने वाले संक्रमण को ठीक किया जा सकता है लेकिन वायरस के कारण होने वाले हर्पीज़ या ह्युमन पैपिलोमा वायरस अथवा एचआईवी के उपचार के लिए कोई वैकल्पिक व्यवस्था नहीं होती।

जानकारियाँ उपलब्ध हैं हालांकि दक्षिण अफ्रीका⁵² और कीनिया⁵³ में किए गए अध्ययनों से पता चला है कि 13-16 प्रतिशत लोग दूसरे गर्भनिरोधक उपायों का प्रयोग भी करते हैं। दक्षिण अफ्रीका में किए गए इस अध्ययन से यह परिणाम निकला कि दोहरी सुरक्षा के उपाय आम सहमति से प्रयोग नहीं होते और ये तभी प्रयोग किए जाते हैं जब पुरुष के मन में यौन संचारित संक्रमण से सुरक्षा का विचार हो और महिला अनचाहे गर्भ से बचना चाहती हो⁵²।

यदि यौन संचारित संक्रमण की अपेक्षा गर्भधारण से सुरक्षा की प्रमुख चिन्ता हो तो कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा आसानी से दिया जा सकता है⁵¹। इस विचार को इथोपिया के अदिस-अबाबा नगर में यौनकर्मियों के बीच किए गए एक अध्ययन से सिद्ध किया गया है, जिससे यह जानकारी मिली कि कण्डोम को गर्भनिरोधक की तरह प्रयोग करने वाले लोगों द्वारा इसे लगातार इस्तेमाल करते रहने की संभावनाएं अधिक थीं और दूसरे लोगों की अपेक्षा इन लोगों के एचआईवी बाधित होने की आशंका भी कम थी।

कण्डोम के साथ-साथ आपातकालिक गर्भनिरोधक का प्रयोग इसलिए किया जाता है कि कण्डोम के फट जाने पर भी सुरक्षा मिल सके। इसकी अभी पुष्टि की जानी बाकी है हालांकि इस बारे में कई स्थानों पर अध्ययन किए जा रहे हैं। आपातकालिक गर्भनिरोधकों के विकास से पहले ही क्रिस्टॉफर टाइड्स ने यह सिद्ध कर दिया था कि यदि कण्डोम के प्रयोग के साथ-साथ विकल्प के रूप में जल्दी और सुरक्षित गर्भपात अपनाया जाए तो यह महिलाओं के लिए अनचाहे गर्भ से बचने

का प्रभावी तरीका है⁵⁵ और यह दृष्टिकोण दोहरी सुरक्षा के उपाय के रूप में भी लागू होता है।

जिस तरह नॉन-बैरियर गर्भनिरोधकों का चयन करने वाली महिलाओं को ये बताया जाता है कि इनसे संभावित संक्रमण के विरुद्ध सुरक्षा नहीं मिलती और जिस तरह संक्रमण की आशंका होने पर आईयूडी या कॉपर-टी लगाए जाने की सिफारिश नहीं की जाती, भी यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में दोहरी सुरक्षा सुनिश्चित करने का अच्छा तरीका है लेकिन इस पर अभी बहुत अधिक अनुसंधान नहीं किया गया है। जाम्बिया⁵⁶ में हाल ही में किए गए एक अध्ययन से पता चला है कि गर्भनिरोधक गोली या इंजेक्शन का प्रयोग करने वाली 48 प्रतिशत महिलाओं को यह बताया गया था कि उनके द्वारा प्रयोग किए जा रहे उपाय से यौन संचारित संक्रमण के विरुद्ध सुरक्षा नहीं मिल पाती। यह जानकारी देने से उस महिला में स्वास्थ्य केन्द्र से निकलते समय इसकी जानकारी होने की संभावना तीन गुना बढ़ जाती थी; यदि वह महिला शिक्षित होती तो उसके इस संदेश को समझने की संभावना और भी अधिक थी। तंजानिया में किए गए एक अध्ययन से यह जानकारी मिली है कि स्वास्थ्य शिक्षा और परामर्श के बारे में जानकारी आमतौर पर परिवार नियोजन सेवाएं देने वाले लोगों को छोटे समूहों में दी जाती थी और उनके द्वारा यह संदेश दिया जाता था कि कण्डोम ही केवल एकमात्र ऐसा गर्भनिरोधक है जो एचआईवी जैसे यौन संचारित संक्रमण से सुरक्षा देता है लेकिन यह इससे अधिक और कुछ नहीं है। तंजानिया के एक सेवाप्रदाता को तो यह कहते सुना गया कि “अगर आपको

इस तरह संक्रमित होने की कोई चिन्ता हो तभी आप इसका प्रयोग करें⁵⁷।” निश्चित तौर पर जिन लोगों को यह नहीं मालूम कि उनमें एचआईवी या यौन संचारित संक्रमण का खतरा है या फिर वे लोग जो इस जोखिम को अनदेखा करते रहे हैं, उनके लिए यह जानकारी बिल्कुल उपयोगी नहीं होगी। इसी से संबंधित यद्यपि परखा न गया संदेश यह है कि कण्डोम का प्रयोग बढ़ाने के लिए महिलाओं में प्रजननहीनता की रोकथाम पर अधिक जोर दिया जाए और यह कहा जाए कि कण्डोम के प्रयोग से यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम हो सकती है⁵⁸। चूंकि एचआईवी संक्रमण के बढ़ने के साथ-साथ प्रजननशीलता में कमी आती है⁵⁹ इसलिए इस कारण से कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देना एक अच्छा उपाय है।

यौन संचारित संक्रमण के बारे में जानकारी देना

परिवार नियोजन सेवाओं का प्रयोग करने वाले लोगों को यौन संचारित संक्रमणों के बारे में शिक्षित करने से ऐसी संभावना होती है कि संक्रमण की आशंका वाली महिलाएं जल्दी और प्रभावी उपचार प्राप्त करने के लिए आगे आती हैं। अनेक अफ्रीकी देशों और क्षेत्रों से प्राप्त साक्ष्यों से यह जानकारी मिली है कि इस तरह 'एकीकृत' रूप से परामर्श दिए जाने की घटनाएं न केवल बहुत कम होती हैं बल्कि इनकी गुणवत्ता में भी बहुत अधिक अंतर होता है^{20,25,26,56}। आमतौर पर इस तरह के परामर्श देने के लिए पहले से नियुक्त प्राथमिक स्वास्थ्य कर्मियों को सेवा में रहते हुए प्रशिक्षण देने या सेवाएं देने के तरीकों के बारे में समझ और दिशा-निर्देश जारी करने के प्रयास

किए जाते रहे हैं। इस तरह के प्रयासों के आकलन से पता चलता है कि इनसे वांछित लाभ तभी मिल पाता है यदि प्रशिक्षण के साथ-साथ संशोधित दिशा-निर्देशों की जानकारी भी दी जाए⁶⁰। इस दिशा में लगता है कि और अधिक व्यवस्थित कार्यप्रणालियाँ अपनाई जानी चाहिए जिनमें सेवा में आने से पहले के प्रशिक्षण में यौन संचारित संक्रमणों के बारे में जानकारियों को सम्मिलित किया जाए।

यौन संचारित संक्रमणों के बारे में परिवार नियोजन सेवाप्रदाताओं को शिक्षित करने में कुछ सफलताओं की जानकारी मिली है। मैक्सिको में एक परियोजना के अंतर्गत परिवार नियोजन सेवाओं का प्रयोग कर रहे लोगों को गर्भनिरोधकों के बारे में जानकारी दी गई और उन्हें प्रोत्साहित किया गया कि वे स्वयं में यौन संचारित संक्रमण होने के खतरों की समीक्षा करें⁶¹। चिकित्सक द्वारा गर्भनिरोधक उपाय का चुनाव किए जाने की अपेक्षा जिन महिलाओं ने अपने लिए गर्भनिरोधक का चुनाव स्वयं किया, उनके द्वारा कण्डोम को चुने जानी की संभावना अधिक थी। ग्रीवा में संक्रमण वाली महिलाओं के मामले में यह अंतर और भी अधिक था। इस तरह यदि महिलाओं को गर्भनिरोधक का चुनाव करने से पहले उनमें यौन संचारित संक्रमण होने के खतरे के बारे में जानकारी दे दी जाए तो हो सकता है कि यह सेवा प्रयोग करने वालों में खतरे का आकलन करने के समान प्रभावी हो सके।

नाइजीरिया में रोगियों को यौन संचारित संक्रमण और स्व-मूल्यांकन के बारे में जानकारी देने के एक अध्ययन में परिवार नियोजन परामर्श देने का

प्रमुख पहलू बनाया गया। इस अध्ययन से भी उत्साहवर्धक परिणाम मिले और स्वास्थ्य केन्द्र में आने वाले लोगों और कण्डोम को अपनाने वाले (अधिकांशतः महिला कण्डोम) लोगों के अनुपात में 2-9 प्रतिशत की वृद्धि हुई⁶²। जिम्बाब्वे¹⁰ और कीनिया¹¹ में भी परिवार नियोजन और प्रसव पूर्व जाँच सेवाओं को एक नए तरीके से आरंभ करने के प्रयास किए गए ताकि उनमें यौन संचारित संक्रमणों पर शिक्षा और संक्रमणों की जाँच के कार्यों को शामिल किया जा सके। ऐसा करने के लिए वहाँ स्वास्थ्यकर्मियों को प्रशिक्षित किया गया, दवाओं की आपूर्ति सुनिश्चित की गई और पूरे परामर्श के दौरान कर्मचारियों के निर्देश के लिए एक मानक चेकलिस्ट (इसमें रोगी का पूरा ब्यौरा दर्ज करना, चिकित्सीय एवं ग्रीवा जाँच, 23 प्रश्नों के आधार पर जोखिम का निर्धारण तथा यौन संचारित संक्रमण व एचआईवी/एड्स के बारे में शिक्षित करना शामिल था) तैयार की गई। सेवाप्रदाताओं द्वारा भरी गई इन चेकलिस्ट के विश्लेषण से पता चलता है कि चेकलिस्ट के प्रयोग के कारण सेवा उपभोक्ताओं को दी जाने वाली परामर्श सेवाओं में बहुत अधिक सुधार हुआ जिनमें न केवल परिवार नियोजन के बारे में बेहतर जानकारियाँ मिल पाईं बल्कि वे बहुत से यौन संचारित संक्रमणों के बारे में भी जानकारी ले पाए।

बहुत से लेटिन अमरीकी देशों में किए गए प्रयोगात्मक कार्यकारी अनुसंधान अध्ययनों से भी यह पता चला है कि स्वास्थ्य केन्द्र में आने वाले किसी व्यक्ति की आवश्यकताओं को पूरा करने के साथ-साथ यदि ऐसी व्यवस्थाएं बनाई जा सकें

जो स्वास्थ्यकर्मी को उस व्यक्ति की प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताओं का आकलन करने में सहायक हो तो इससे भी स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाले उन लोगों का अनुपात बढ़ेगा जिन्हें अतिरिक्त सेवाओं के बारे में जानकारी होगी⁶³। उदाहरण के लिए जनसांख्यिकीय आँकड़ों के आधार पर ब्राजील के एक अस्पताल में स्त्रीरोग क्लीनिक ने एकीकृत यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम आरंभ किया जिसमें 45 वर्ष से कम आयु की महिलाओं के लिए प्रजनन तंत्र के तथा दूसरे तरह के कैंसर की जाँच एवं उपचार, यौन संचारित संक्रमण/ एचआईवी/एड्स तथा ग्रीवा में सूजन रोग, परिवार नियोजन और मासिक संबंधी समस्याओं के लिए कार्यक्रम चलाया गया। 45 वर्ष से अधिक आयु की महिलाओं के लिए अलग से एक संशोधित कार्यक्रम चलाया गया⁶⁴।

जानकारी देने के उद्देश्य से कण्डोम को बढ़ावा देने और यौन स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधियों को परिवार नियोजन सेवाओं के साथ इस तरह जोड़ना प्रभावी और व्यावहारिक होता है। उपलब्ध साहित्य की विस्तृत पुनरीक्षा से यह पता चला कि सेवाओं का प्रयोग कर रहे लोगों को यौन संचारित संक्रमण व इसकी रोकथाम के बारे में अधिक जानकारी थी और इनके द्वारा कण्डोम को स्वीकार करने के स्तर में भी परिवर्तन आया था (यद्यपि यह पता नहीं है कि क्या कण्डोम के प्रयोग पर भी प्रभाव पड़ा था या नहीं)। किसी भी तरह से कण्डोम के प्रयोग पर पड़ने वाले प्रभावों या जोखिम में कमी की अपेक्षाएं करना हालांकि वांछनीय नहीं होगा। एचआईवी तथा यौन संचारित संक्रमण की महामारी पर पड़ने वाला प्रभाव नीति

संबंधी, सामाजिक-आर्थिक और सांस्कृतिक संदर्भ में होने वाले परिवर्तनों पर भी निर्भर करता है जिसके कारण लोग अधिक संवेदनशील हो जाते हैं और उनमें खतरा बढ़ जाता है।

यौन संचारित संक्रमणों की जाँच एवं उपचार

चूँकि अलग से यौन संचारित संक्रमण के लिए दी जा जाने वाली सेवाएं बहुत अधिक उपलब्ध नहीं होती इसलिए मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन तथा एचआईवी/एड्स पर नियंत्रण के कार्यक्रमों में आरंभिक एकीकरण के समय प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल करने वाली नर्सों को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन सेवाओं में यौन संचारित संक्रमणों के लक्षण उत्पन्न होने पर उपचार करने का प्रशिक्षण दिए जाने पर अधिक बल दिया गया। महंगी प्रयोगशाला जाँच के अतिरिक्त लक्षणों के आधार पर उपचार करने जैसी वर्तमान विधियों द्वारा संक्रमण के साथ आने वाली महिलाओं में गनोरिया और क्लैमाइडिया (अर्थात् इस तरह की जाँच की संवेदनशीलता कम होती है) जैसे संक्रमणों को पहचाना नहीं जा सकता और बहुत सी ऐसी महिलाओं को संक्रमणों से बाधित मान लिया जाता है जिन्हें संक्रमण होता ही नहीं (सही आकलन कर पाने की संभावना कम होती है)। गलत रूप से संक्रमण होना मान लिए जाने की समस्या अधिक चिन्तादायी है क्योंकि योनिम्राव (सबसे सामान्य लक्षण) की शिकायत के साथ आने वाली संक्रमणरहित महिलाओं का यदि यौन संचारित संक्रमण के लिए उपचार किया जाए तो इससे अनावश्यक खर्च बढ़ता है और साथ ही साथ महिला में उन दवाओं के प्रति रोग-प्रतिरोधक क्षमता विकसित हो जाने की आशंका बनी रहती है।

लक्षणों के आधार पर उपचार किए जाने की प्रक्रिया में सुधार लाने के लिए ऐसी व्यवस्थाएं लागू की गई हैं जिनमें स्थानीय जनसांख्यिकीय आँकड़ों को ध्यान में रखा जाता है और जोखिम का आकलन करने की विधियों (शारीरिक जाँच और योनि जाँच) का प्रयोग किया जाता है। अधिकांश विकासशील देशों में जनसंख्या पर आधारित विश्वसनीय स्थानीय जनसांख्यिकीय आँकड़े उपलब्ध नहीं हैं और जोखिम का आकलन करने की विधियों के प्रयोग से कार्यप्रणाली में बहुत अधिक सुधार नहीं हुआ है⁸⁻¹¹। परिवार नियोजन सेवाओं के लिए आनी वाली महिलाओं द्वारा यौन संचारित संक्रमण होने की जानकारी दिए जाने पर उनकी योनि जाँच (स्पैकुलम द्वारा जाँच सहित) से लक्षणों के आधार पर उपचार किए जाने की प्रभावशीलता में वृद्धि हुई है लेकिन यह बहुत कम है¹⁰। संसाधनहीन क्षेत्रों में जनांगों में छाले होने या पेट में नीचे की ओर दर्द होने का उपचार ही स्वीकार्य तरीका बना रहा है। योनिम्राव होने पर केवल योनि में संक्रमण के लिए किए जाने वाले उपचार अधिक संवेदनशील और प्रभावी होते हैं और ऐसे जनसंख्या समूहों के लिए उपयुक्त हैं जहाँ यौन संचारित संक्रमणों का प्रसार कम है। ग्रीवा में संक्रमण होने पर कोई भी लक्षण दिखाई न देने वाली (योनिम्राव हो अथवा नहीं) महिलाओं की पहचान के लिए जाँच के दूसरे तरीकों की ज़रूरत होती है।

लक्षणों के आधार पर यौन संचारित संक्रमणों की जाँच व उपचार के काम में इसलिए बाधा पहुँचती है क्योंकि अधिकांश महिलाओं में इसके कोई लक्षण प्रकट नहीं होते। सैद्धान्तिक रूप से परिवार नियोजन सेवाओं के लिए आने वाले सभी

महिलाओं की प्रयोगशाला जाँच कर संक्रमण वाली महिलाओं का इलाज किया जा सकता है या फिर उन सभी को संक्रमण का उपचार दिया जा सकता है। पहली कार्ययोजना को लागू करना व्यावहारिक रूप से असंभव है और इस पर बहुत अधिक लागत भी आएगी। उदाहरण के लिए ज़िम्बाब्वे में परिवार नियोजन सेवाओं के लिए एक बार आने वाले प्रत्येक व्यक्ति पर प्रयोगशाला जाँच का अतिरिक्त खर्च 25.77 अमरीकी डॉलर और इसके इलाज पर 13.50 अमरीकी डॉलर होता है¹⁰। संक्रमणरहित महिलाओं को भी संक्रमण का उपचार देने से दवाएं व्यर्थ जाएंगी और उनमें दवा के विरुद्ध प्रतिरोधक क्षमता विकसित होने का खतरा बना रहेगा। अब यौन संचारित संक्रमण की जाँच के लिए कम खर्चीले और तुरन्त नतीजे देने वाले ऐसे प्रयोग विकसित किए जा रहे हैं जिनके लिए प्रयोगशाला की आवश्यकता नहीं होती और जो संक्रमण के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में कम खर्चीले साबित हो सकते हैं। अफ्रीका में सैद्धान्तिक मॉडलों⁶⁶ के आधार पर सामान्य जनसंख्या और विशिष्ट समूहों को यौन संचारित संक्रमण का उपचार दिए जाने की जाँच चल रही है। युगाण्डा⁶⁷ के रकार्ड में ऐसे सामुदायिक प्रयास और 3 दक्षिण अफ्रीकी देशों में खानों में काम कर रहे समुदायों में कार्यकारी अनुसंधान⁶⁸ जारी हैं। हो सकता है कि जिन स्थानों पर एचआईवी और दूसरे यौन संक्रमणों का प्रसार अधिक है या फिर जहाँ परिवार नियोजन सेवाएं लेने के लिए आने वाली महिलाओं सहित बड़े पैमाने पर लोगों का उपचार संभव है, वहाँ यह कार्ययोजना प्रभावी सिद्ध हो और इसे भविष्य में कार्यक्रमों की दिशा निर्धारित करने के लिए प्रयोग किया जाए⁶⁹।

इसका एक अन्य तरीका यह हो सकता है कि परिवार नियोजन स्वास्थ्य केन्द्रों में आने वाले सभी लोगों में जोखिम का आकलन कर या इसके बिना ही लक्षणों के आधार पर लोगों की जाँच की जाए। ज़िम्बाब्वे में किए अध्ययन¹⁰ की तरह जिस व्यक्ति में प्रजनन तंत्र का संक्रमण होने की आशंका हो उसकी प्रयोगशाला जाँच कराई जाए। हालांकि इस कार्ययोजना से यौन संक्रमण से पीड़ित महिलाओं की सही तरीके से पहचान नहीं हो पाई (लगभग एक तिहाई महिलाओं में संक्रमण का पता नहीं चल पाया) लेकिन इसके कारण संक्रमणरहित महिलाओं का उपचार करने की ज़रूरत नहीं पड़ी। इस कार्ययोजना से परिवार नियोजन सेवाओं का प्रयोग कर रहे हर व्यक्ति पर आने वाला अतिरिक्त खर्च दोगुना हो जाएगा (वर्तमान में 5.30 अमरीकी डॉलर से बढ़कर 10.30) लेकिन इसका लाभ यह है कि इससे अनावश्यक उपचार करने से बचा जा सकेगा, मूल्यवान दवाओं की बचत होगी तथा रोग-प्रतिरोधक क्षमता विकसित नहीं होगी। जिन महिलाओं में यौन संचारित संक्रमण का होना निश्चित हो जाए उसके यौन साथी को इसकी सूचना देना अधिक व्यवहार्य हो सकता है। लक्षणों के आधार पर उपचार किए जाने पर संक्रमण होने की निश्चित जानकारी नहीं होती इसलिए यौन साथी को सूचित किया जाना व्यावहारिक नहीं होता जिसका यह परिणाम होता है कि वे महिलाएं जिन्हें उपचार से पहले संक्रमण होता है उनमें दोबारा संक्रमण होने और एचआईवी होने का खतरा बना रहता है। यदि यौन संक्रमण और एचआईवी संक्रमण के उपचार पर आने वाले खर्च पर ध्यान दिया जाए तो हो सकता है कि लागत

का विश्लेषण किसी अन्य तरीके से किया जा सके।

एचआईवी बाधित महिलाओं में गर्भधारण को रोकने के लिए सुलभ गर्भनिरोधन तथा नसबंदी सेवाओं की उपलब्धता

एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा कण्डोम के अलावा दूसरे गर्भनिरोधकों के प्रयोग के अनुभवों के बारे में लिखित दस्तावेज बहुत सीमित संख्या में उपलब्ध हैं। थाइलैण्ड में पारंपरिक रूप से नसबंदी को परिवार नियोजन कार्यक्रम के एक महत्वपूर्ण भाग के रूप में शामिल किया जाता रहा है और एचआईवी से बाधित पाई जाने वाली गर्भवती महिलाओं को भी नसबंदी कराने की सेवाएं दी जाती रही हैं। एचआईवी से बाधित लेकिन इस रोग के लक्षणों के दिखाई न देने वाली जो महिलाएं अस्थायी गर्भनिरोधन के उपाय चाहती हैं उनमें यह देखा गया है कि नॉरप्लान्ट गर्भनिरोधक पट्टियाँ बहुत अधिक सुरक्षित, प्रभावी साबित हुई हैं और प्रसव के तुरंत बाद इनके प्रयोग से कोई दुष्परिणाम भी नहीं होते⁷⁰। ब्राज़ील के दो शहरों के प्रसव पूर्व स्वास्थ्य जाँच केन्द्रों में किए गए अध्ययन से पता चला कि 60 में से 57 महिलाएं जिनमें से अधिकांश के पहले से ही दो या अधिक बच्चे थे, दोबारा गर्भधारण नहीं करना चाहती थीं, इन 57 में से 43 महिलाओं ने प्रसव के समय या तुरंत बाद नसबंदी कराए जाने की इच्छा व्यक्त की⁷¹।

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/ परिवार नियोजन सेवाओं व यौन संचारित संक्रमण उपचार सेवाओं को जोड़ने से दोनों सेवाओं के स्तर में वृद्धि होती है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा कराई गई एक व्यापक पुनरीक्षा से पता चला है कि यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम के लिए दी जा रही सेवाओं को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/ परिवार नियोजन सेवाओं के साथ मिलाकर चलाने से सेवाप्रदाताओं के व्यवहार में सुधार होता है, परिवार नियोजन सेवाओं के अंतर्गत परामर्श देने की कुशलता और काम करने का स्तर बढ़ता है हालांकि इन कार्यक्रमों की शुरुआत के समय यह चिन्ता व्यक्त की गई थी कि दोनों सेवाओं को एक साथ चलाने से स्वास्थ्यकर्मियों पर काम का बोझ बहुत अधिक बढ़ जाएगा^{21,65}। इस अध्ययन से यह भी पता चला कि सेवाओं को एक साथ चलाने से लाभार्थियों को भी अधिक संतुष्टि मिलती है क्योंकि इससे जहाँ एक ओर उनकी अधिकांश आवश्यकताएं पूरी होती हैं वहीं दूसरी ओर उन्हें यौन एवं जेंडर संबंधों पर चर्चा करने का अवसर भी मिलता है। इस अध्ययन में अनेक ऐसे उदाहरण (हालांकि ये उदाहरण सेवाओं के आंकड़ों पर आधारित हैं और संभव है कि बहुत अधिक विश्वसनीय न हों) दिए गए हैं जिससे पता चलता है कि एक साथ चलाई जा रही सेवाओं के फलस्वरूप न केवल कण्डोम वितरण का स्तर बढ़ा है बल्कि दूसरे गर्भनिरोधक उपायों के प्रयोग में भी बढ़ोतरी हुई है। स्वास्थ्य केन्द्रों में दी जा रही सेवाओं और स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा उपलब्ध समय का उपयोग किए जाने के बारे में जानने के लिए ज़िम्बाब्वे में किए गए एक अध्ययन⁷² से यह पता चलता है कि सेवाप्रदाताओं को उपलब्ध कुल समय की अपेक्षा अधिक महत्वपूर्ण यह है कि वे इस समय का प्रयोग किस तरह से करते हैं।

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य तथा प्रसव सेवाओं का योगदान

अधिकांश विकासशील देशों में अधिकतर गर्भवती महिलाएं गर्भावस्था के दौरान कम से कम एक बार स्वास्थ्य जाँच केन्द्र में जाती हैं। इनमें से बड़ी संख्या में महिलाएं किसी कुशल जन्म सहायक की उपस्थिति में बच्चे को जन्म देती हैं और कम से कम एक बार प्रसव के बाद जाँच या टीकाकरण के लिए स्वास्थ्य केन्द्र में जाती हैं। महिलाओं द्वारा स्वास्थ्य केन्द्र में जाँच के लिए आने पर उन्हें एचआईवी के यौन प्रसार को रोकने और एचआईवी जाँच तथा परामर्श सेवाएं देने का अच्छा अवसर मिल सकता है। स्वास्थ्य जाँच केन्द्र में आने पर उन्हें एचआईवी के बारे में अधिक जानकारी और जोखिम को कम करने के बारे में भी बताया जा सकता है। महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान कण्डोम का प्रयोग बढ़ाने और बाद में परिवार नियोजन उपायों/ दोहरी सुरक्षा अपनाने, यौन संचारित संक्रमणों के गर्भावस्था पर पड़ने वाले विपरीत प्रभावों और सिफलिस जैसे यौन संचारित संक्रमणों की जाँच और उपचार के बारे में भी जानकारी दी जा सकती है। गर्भावस्था और प्रसव के तुरंत बाद के समय में यह जानकारी बहुत लाभकारी हो सकती है क्योंकि इस समय इन महिलाओं के पति या यौन साथी द्वारा अन्य महिलाओं से यौन संबंध बनाने की संभावना अधिक होती है।

प्रसव पूर्व जाँच एवं प्रसव देखभाल सेवाओं द्वारा माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी के प्रसार को रोकने में महत्वपूर्ण योगदान दिया जा सकता है। एचआईवी बाधित महिलाओं से जन्म लेने वाले लगभग 35 प्रतिशत शिशुओं में माँ से संक्रमण हो सकता है। इनमें से लगभग 5 प्रतिशत संक्रमण गर्भावस्था के दौरान, 15 प्रतिशत प्रसव के समय और 15 प्रतिशत संक्रमण स्तनपान के माध्यम से हो सकते हैं। माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के प्रयास गर्भावस्था से पहले या प्रसव पूर्व जाँच देखभाल के समय आरंभ किए जा सकते हैं और प्रसव पीड़ा, ज़चगी तथा प्रसव के बाद जारी रह सकते हैं। इनमें हर स्तर पर माँ और शिशु दोनों के लिए एचआईवी की जाँच और परामर्श देने तथा एंटी-रेट्रो वायरल दवाओं से उपचार करना शामिल किया जा सकता है। माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए दी जा रही सेवाओं के साथ, मातृत्व सेवाओं को एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए अत्यधिक सक्रिय एंटी-रेट्रो वायरल उपचार (HAART) सेवाओं से जोड़ने से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा एचआईवी/एड्स के उपचार में दिया जाने वाला योगदान बहुत अधिक बढ़ जाता है*।

उदाहरण के लिए अमरीका में महिलाओं और शिशुओं में संक्रमण के प्रसार के बारे में किए गए

* हार्ट उपचार व्यवस्था इस समय संक्रमण से बाधित वयस्कों में उपचार देने का मानक तरीका है जिसमें तीन दवाओं का प्रयोग किया जाता है। मिन्को⁷³ की सलाह है कि एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की देखभाल और उन्हें हार्ट दवाएं लेने का परामर्श देते हुए प्रसूति विशेषज्ञों को यह ध्यान में रखना चाहिए कि उनके ऊपर माँ को अच्छे से अच्छा उपचार देने और पैदा होने वाले शिशु में माँ से होने वाले एचआईवी संक्रमण को रोकने का दोहरा उत्तरदायित्व है। 'हर तरह के चिकित्सीय उपचार का प्रमुख लक्ष्य है कि रोगी में वायरस के स्तर को लगभग शून्य के स्तर पर लाया जाए। इस उद्देश्य की प्राप्ति होने पर बच्चे में होने वाले संक्रमण की आशंका कम हो जाती है, सिजेरियन ऑपरेशन की आवश्यकता कम होती है और रोगी के स्वास्थ्य में अधिकतम सुधार होता है'।

एक अध्ययन⁷⁴ से पता चला है कि हार्ट उपचार लेने वाली 250 महिलाओं के शिशुओं में एचआईवी संक्रमण के प्रसार का स्तर मात्र 1.2 प्रतिशत था। हालांकि इस प्रश्न से इस पूरे विषय में राजनीतिक और अधिकार से जुड़े सवाल खड़े हो जाते हैं कि सामुदायिक क्षेत्र की सेवाओं के अंतर्गत कौन सा क्षेत्र (मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य निदेशालय या एचआईवी/एड्स नियंत्रण कार्यक्रम) इन उपचार सेवाओं को नियोजित कर इनके लिए बजट की व्यवस्था करेगा और क्या निर्धन महिलाएं निजी क्षेत्र के प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों तथा प्रसव केन्द्रों के माध्यम से यह महंगा उपचार प्राप्त कर सकती हैं?

गर्भवती महिलाओं में एचआईवी व दूसरे संक्रमणों की जाँच और परामर्श सेवाएं

अफ्रीका के कुछ सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में जहाँ गर्भवती महिलाओं में एचआईवी संक्रमण के प्रसार की दर 25 प्रतिशत से अधिक है, वहाँ प्रसव पूर्व जाँच सेवाओं के माध्यम से महिलाओं को यह अवसर दिया जाता है कि वे अपनी एचआईवी की स्थिति को जानें और यह जानकारी प्राप्त करें कि वह किस तरह एचआईवी संक्रमण की रोकथाम कर (या अगर पहले से ही एचआईवी बाधित हों तो दोबारा संक्रमण से कैसे बच सकती हैं) अपने स्वास्थ्य को सुरक्षित रख सकती हैं। बहुत से देशों के प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में एचआईवी की जाँच और परामर्श सेवाएं अब उपलब्ध हैं। जबसे माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए उपचार सस्ता और व्यावहारिक हुआ है तब से ऐसा लगता है कि हर जगह, विशेषकर अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में इस उपचार की मांग बढ़ गई है⁷⁵।

गर्भावस्था के दौरान प्रसव से पहले महिलाओं में संक्रमण के प्रसार की दर के आधार पर यह उपचार मुख्य रूप से 3 तरह से किया जाता है :

- महिला से उसके स्वास्थ्य के बारे में प्रश्न पूछकर उसमें जोखिम का अनुमान लगाया जाता है। एचआईवी संक्रमण के जोखिम का सामना कर रही महिलाओं को संक्रमण जाँच और इस बारे में सलाह लेने की पेशकश की जाती है। महिलाएं अपनी इच्छा से जाँच कराने के लिए हाँ या न कह सकती हैं।
- प्रसव पूर्व स्वास्थ्य जाँच केन्द्रों में आने वाली सभी महिलाओं को एचआईवी के बारे में जानकारी दी जाती है और जाँच एवं परामर्श सेवाएं लेने की सलाह दी जाती है जिसे वे स्वीकार अथवा अस्वीकार कर सकती हैं।
- एचआईवी के बारे में जानकारी देने के बाद कई संक्रमणों का पता लगाने के लिए की जाने वाली रक्त जाँच के अंतर्गत एचआईवी की जाँच भी की जाती है। यदि महिला चाहे तो एचआईवी जाँच कराने से मना कर सकती है।

डी कॉक व अन्य लोग⁷⁶ ऊपर बताए गए तीसरे विकल्प का समर्थन करते हैं लेकिन साथ ही साथ उनका यह सुझाव भी है कि नैतिक रूप से यह प्रक्रिया तभी सही होगी जब महिला को अपने एचआईवी बाधित होने की जानकारी के बाद उसे होने वाले अन्य संक्रमणों, माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण के लिए हार्ट उपचार या अन्य उपचार व्यवस्थाएं उपलब्ध हो। सामान्य रूप से सभी महिलाओं में एचआईवी की जाँच किए जाने का विरोध करने वाले लोगों का मानना है कि महिलाओं को जाँच के लिए मना

करने के अवसर पूरी तरह नहीं मिल पाएंगे जिससे वे सही मायनों में विकल्प उपलब्ध होने और चुनाव कर पाने से वंचित रह जाएंगी।

एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में एचआईवी की जाँच और परामर्श सेवाओं को दिए जाने की लागत का अध्ययन और इनकी आरंभिक जाँच करना जरूरी होगा। इस दिशा में तुरंत परिणाम देने वाली नई एचआईवी जाँच विधि से महत्वपूर्ण अंतर आ सकता है⁷⁷ क्योंकि इसके प्रयोग से उन महिलाओं की संख्या में कमी आएगी जो जाँच कराने के लिए तो तैयार हो जाती हैं लेकिन फिर लौट कर जाँच के परिणाम लेने के लिए नहीं आतीं।

गर्भावस्था के दौरान जाँच और परामर्श सेवाओं को स्थानीय प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में आने वाली महिलाओं की संख्या के आधार पर आयोजित किया जाना चाहिए और यह सेवाएं जल्दी से जल्दी प्रदान की जानी चाहिए। इस समय स्वास्थ्य केन्द्रों में जाँच करवाने वाली अधिकतर महिलाएं स्वयं को एचआईवी बाधित जानकर भी अपने गर्भ को जारी रखना चाहेंगी और संभव होने पर माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण का उपचार और अपने लिए उपचार लेना आरंभ करेंगी लेकिन यह भी संभव है कि इनमें से कुछ महिलाएं गर्भपात कराना चाहें। महिलाओं के स्वास्थ्य को सुरक्षित रखने और उनके जीवन की रक्षा के लिए किया जाने वाला गर्भपात लगभग सभी देशों में कानूनी है और अनेक देशों में एचआईवी के संक्रमण को कानूनी रूप से गर्भपात कराए जाने का आधार माना जाता है^{78,79}।

प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों या अन्य स्वास्थ्य

सुविधाओं में एचआईवी की जाँच के साथ दिए जाने वाले परामर्श की गुणवत्ता में बहुत अधिक अंतर होता है। संभवतः आरंभ से ही यह मान लेना सही नहीं था कि केवल महिलाओं को परामर्श दिए जाने से ही वे अपने साथी के साथ अपनी स्थिति के बारे में चर्चा कर पाएंगी, या फिर परामर्श देने से महिलाओं या उनके साथियों द्वारा संतानोत्पत्ति करने की इच्छा या उनके द्वारा प्रयोग किए जा रहे गर्भनिरोधन उपायों पर प्रभाव पड़ेगा या फिर इन परामर्श सेवाओं से संक्रमण के प्रसार को प्रभावित किया जा सकेगा। आज तक इस महामारी को कम करने में कई कार्ययोजनाओं को एक साथ लागू करने से ही सफलता मिल पाई है और इनके अंतर्गत केवल व्यक्तियों के व्यवहार को ही ध्यान में रखकर काम नहीं किए जा सकते। प्रसव पूर्व स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों में संक्रमण की जाँच और परामर्श सेवाओं के बारे में कीनिया और जाम्बिया में किए गए शोध से पता चलता है कि अच्छी परामर्श सेवाओं, जिनमें संवाद करने की कुशलताओं का विकास करना शामिल है, से यौन साथियों के बीच एचआईवी और इसकी जाँच के बारे में चर्चा करने की संभावनाओं को बढ़ाया जा सकता है। कीनिया में महिलाओं के पुरुष साथियों द्वारा जाँच कराए जाने में हो रही बढोतरी के बारे में वर्तमान अध्ययनों से पता चला है (नाओमी रुटेनबर्ग का व्यक्तिगत पत्र, दिनांक 10 जुलाई, 2003)।

पारंपरिक रूप से प्रसव पूर्व जाँच देखभाल सेवाओं में जोखिम को कम करने के बारे में परामर्श देने या गर्भवती महिलाओं में कण्डोम वितरित किए जाने को अपनाया नहीं गया है,

हालांकि बहुत से देशों में विश्व स्वास्थ्य संगठन⁸⁰ द्वारा सुझाए गए तरीकों के अनुसार प्रसव पूर्व जाँच सेवाओं को पुनर्गठित करने के प्रयासों को देखते हुए यह आशा की जाती है कि अब इन सभी सेवाओं पर अधिक ध्यान दिया जाएगा। यद्यपि यह सिद्ध हो चुका है कि गर्भावस्था या प्रसव के तुरंत बाद महिलाओं को परामर्श देना उनके द्वारा प्रसव के 6 माह बाद गर्भनिरोधक उपायों का प्रयोग करना आरंभ करवाने की प्रभावी कार्ययोजना है, फिर भी अब यह जरूरी है कि गर्भनिरोधन के साथ-साथ दोहरी सुरक्षा अपनाए जाने पर ध्यान दिया जाए।

एचआईवी से बाधित गर्भवती महिलाओं में कुपोषण और मलेरिया के कारण खून की कमी या एनीमिया होने का खतरा अधिक होता है। इनमें टीबी होने की आशंका भी बढ़ जाती है। इसलिए यह जरूरी है कि एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में प्रसव पूर्व जाँच सेवाओं के अंतर्गत सभी गर्भवती महिलाओं में इन सभी रोगों की जाँच और उपचार सेवाओं को शामिल किया जाए^{81,82}।

गर्भावस्था के दौरान यौन संचारित संक्रमणों की जाँच एवं उपचार

सिफलिस रोग गर्भस्थ शिशु और गर्भवती महिला के स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है। सिफलिस, गनोरिया और क्लैमाइडिया जैसे सभी रोग नवजात शिशु के स्वास्थ्य को भी प्रभावित कर सकते हैं। ट्राइकोमोनियासिस के साथ होने पर इन सभी संक्रमणों से एचआईवी का खतरा बढ़ जाता है। सभी महिलाओं में सिफलिस की जाँच करने को लंबे समय से सिफलिस रोकने की

सस्ती एवं प्रभावी कार्ययोजना के रूप में अपनाया जाता रहा है लेकिन संसाधनों की कमी के चलते अधिकांश विकासशील देशों में प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में महिलाओं को सिफलिस की जाँच के लिए किसी दूसरे अस्पताल में रैफर किया जाता रहा है या फिर उनके खून के नमूने किसी दूसरे अस्पताल में भेजे जाते हैं। 1996-97 में अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश में 22 देशों की पुनरीक्षा किए जाने से पता चला कि प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में आने वाली महिलाओं में से केवल 38 प्रतिशत की जाँच की जा रही थी और हर वर्ष प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों पर आने वाली गर्भवती महिलाओं में से सिफलिस से पीड़ित 10 लाख महिलाओं में इस संक्रमण का पता नहीं चल पाया था। इसका परिणाम यह होता है कि 6 लाख गर्भस्थ एवं नवजात शिशुओं का स्वास्थ्य प्रभावित होता है जिसे जाँच द्वारा रोका जा सकता था⁸³।

अब स्वास्थ्य केन्द्रों में ही संक्रमण की जाँच और उपचार (साथी को इसकी सूचना दिए जाने सहित) किए जाने के प्रयास किए जा रहे हैं। नैरोबी और कीनिया में किए गए अध्ययनों से पता चला है कि जाँच एवं उपचार करवाने वाली महिलाओं के अनुपात को बढ़ाने में इस तरह के प्रयास व्यावहारिक और प्रभावी होते हैं और इनसे स्वास्थ्य केन्द्र में जाँच के लिए आने वाली लागत में कुछ ही अधिक अतिरिक्त खर्च होता है^{84,85}। दक्षिण अफ्रीका के ग्रामीण क्षेत्रों में जहाँ पहले से ही स्वास्थ्य केन्द्र से दूर रक्त के नमूनों की जाँच का कार्यक्रम जारी है, में किए गए अध्ययन से पता चला है कि स्वास्थ्य केन्द्र में ही जाँच कर लिए जाने से हालांकि उपचार जल्दी पूरा हो जाता

है लेकिन इससे उपचार कराने वाले लोगों की संख्या में बढ़ोतरी नहीं होती है और न ही इससे नवजात शिशुओं की मृत्यु की घटनाओं में कोई कमी आती है⁸⁶। अफ्रीका में अन्य स्थानों पर चलाए जा रहे कार्यक्रमों की अपेक्षा यहाँ पर यह कार्यक्रम अधिक सुचारू रूप से चल रहा था इसलिए इस अध्ययन के नमूनों को हर स्थिति में सही नहीं माना जा सकता। प्रयोगशाला उपकरणों के प्रयोग के बिना सिफलिस की तुरंत जाँच की विधि उपलब्ध होने पर दोनों विधियों की लागत और प्रभावशीलता के बारे में शोध करना आवश्यक होगा और यह जानना होगा कि इन्हें किस तरह लागू किया जा सकता है।

माँ से शिशु में फैलने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम

एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं को एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं देने से गर्भावस्था और प्रसव के समय माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण के प्रसार में कमी आती है। जो महिलाएं पहले ही हार्ट दवाएं न ले रही हों उनके लिए गर्भावस्था के 36वें सप्ताह में दवाओं का एक कोर्स (एज़ैडटी दवा) तथा प्रसव के समय से कुछ पहले दवा की एक और खुराक (नेवेरापीन दवा की एक खुराक) देना बहुत अधिक प्रभावी होता है⁸⁷। इस समय वैकल्पिक उपचार देने की प्रक्रिया के अंतर्गत इस विषय पर विचार-विमर्श जारी है कि दवा देने की यह सेवाएं किस प्रकार प्रभावी रूप से लागू की जा सके। इस प्रक्रिया में दवाएं देना, महिलाओं द्वारा दवा लेना जारी रखना सुनिश्चित करना, इस बारे में महिलाओं के पति/साथियों की हिस्सेदारी बढ़ाना, प्रसव पूर्व जाँच तथा प्रसव के दौरान एचआईवी दवाएं खाने से जुड़ी कलंक

की भावना को कम करना और किसी अस्पताल की बजाए घर पर प्रसव कराने वाली महिलाओं तक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षण देकर और रैफरल सेवाओं को बढ़ाकर इन उपचारों को पहुँचाना शामिल है। उदाहरण के लिए ज़ाम्बिया में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम की एक परियोजना को 7 अर्ध-शहरी कस्बों के 6 स्वास्थ्य केन्द्रों में चलाया जा रहा है। इस परियोजना का संचालन 3 समूहों द्वारा किया जा रहा है: ज़ाम्बिया स्वैच्छिक परामर्श और जाँच सेवाएं इसके लिए दवाओं की आपूर्ति करती है और एचआईवी की जाँच कार्यों की गुणवत्ता का ध्यान रखती है। एमटीसीटी वर्किंग ग्रुप एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की आपूर्ति करता है और जिला स्वास्थ्य प्रबंधन दल स्वास्थ्य केन्द्रों में हीमोग्लोबिन जाँच करने के लिए आवश्यक रसायन तथा आयरन की गोलियों की आपूर्ति करता है⁸⁸।

सुरक्षित गर्भावस्था व प्रसव सेवाएं देना यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए एक महत्वपूर्ण कार्य है। एचआईवी बाधित माताओं से उनके शिशु को होने वाले संक्रमण के प्रसार की आशंका को देखते हुए इस कार्य का महत्व और भी बढ़ जाता है। सुरक्षित प्रसव के लिए प्रसव के समय किसी सुरक्षित जन्म सहायक की मौजूदगी, सैप्सिस और माँस फटने की रोकथाम, अनावश्यक ऑपरेशन या एपिसियोटॉमी न किए जाने की सलाह दी जाती है। एचआईवी बाधित महिलाओं के प्रसव के समय यह आवश्यक होता है कि उनमें माँस फटने की अवधि को कम से कम रखा जाए, गर्भ में आड़े शिशु को सीधा करने के लिए ऐसा कोई कार्य न किया जाए जिससे कि बच्चे की त्वचा टट

जाए। हालांकि प्रसव पीड़ा शुरू होने से पहले ही सिजेरियन ऑपरेशन करने से एचआईवी का प्रसार कम हो सकता है लेकिन संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में सुविधाओं के अभाव में सिजेरियन ऑपरेशन नहीं किए जाने चाहिए क्योंकि इससे एचआईवी बाधित महिलाओं में जटिलताएं उत्पन्न होने का खतरा बढ़ जाता है⁸⁹⁻⁹²।

विकसित देशों में स्तनपान के माध्यम से शिशुओं में होने वाले संक्रमण में बहुत अधिक कमी इसलिए आई है क्योंकि एचआईवी बाधित महिलाओं को सलाह दी जाती है कि वे अपने शिशु को स्तनपान न कराएं और अधिकांश महिलाएं स्वयं भी इसी तरह का व्यवहार अपनाती हैं⁹³। चूंकि विकासशील देशों में स्तनपान का कोई और विकल्प न तो स्वीकार्य होता है और न ही सुरक्षित, इसलिए 6 से 12 माह तक के स्तनपान करने वाले शिशुओं में एचआईवी संक्रमण के प्रसार की दर 15 से 20 प्रतिशत देखी जाती है। अब यह निर्धारित करना जरूरी हो गया है कि क्या शिशुओं के लिए भी ऐसे एंटी रेट्रो-वायरल उपचार विकसित किए जाएं जो स्तनपान के दौरान मिलने वाली सुरक्षा को बाद में भी जारी रख सकें। इस समय यह जाँच की जा रही है कि न केवल गर्भावस्था के दौरान बल्कि प्रसव के बाद स्तनपान के दौरान भी माँ द्वारा हार्ट दवाएं लेने से क्या शिशु को भी सुरक्षा मिल पाएगी।

स्तनपान के माध्यम से एचआईवी के संक्रमण को कम करने के लिए यह जरूरी है कि प्रसव पूर्व और प्रसव के बाद दी जाने वाली सेवाओं के अंतर्गत महिलाओं को स्तनपान की बजाए दूसरे उपलब्ध स्थानीय विकल्पों की जानकारी दी जाए।

यह जानकारी स्थानीय आवश्यकताओं और अनुसंधान पर आधारित होनी चाहिए। जैसे-जैसे इस बारे में नए साक्ष्य मिल रहे हैं वैसे-वैसे ही इस संबंध में की गई सिफारिशों में बदलाव किए जाते हैं। शिशु को आहार देने का परामर्श देने वालों को चाहिए कि वे महिला को नवीनतम जानकारी दें, उन्हें सही चुनाव करने में सहायता करें और उनकी प्रगति की जाँच करते रहे⁹⁴। कीनिया और जाम्बिया से प्राप्त अनुभवों से पता चला है कि विश्व स्वास्थ्य संगठन के पाठ्यक्रम के अनुसार प्रशिक्षण दिए जाने के बाद स्वास्थ्यकर्मियों का आत्मविश्वास बढ़ा है और अब उनके द्वारा महिलाओं को शिशु को आहार देने के बारे में सही जानकारी दिए जाने की अधिक संभावनाएं हैं। जिन क्षेत्रों में स्वास्थ्यकर्मियों को एचआईवी बाधित महिलाओं को शिशु को आहार देने के बारे में परामर्श देने का प्रशिक्षण नहीं दिया जा रहा है वहाँ संभव है कि एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में भी स्तनपान को बढ़ावा दिया जाता रहे। इसके अलावा परामर्श देने वाले लोगों को यह भी लग सकता है कि इन महिलाओं के सामने शिशु को स्तनपान कराने के अलावा और कोई विकल्प नहीं है और इसी कारण से संभव है कि वे महिला को शिशु आहार के बारे में सभी विकल्पों की सही जानकारी न दे सकें। इसके लिए जरूरी है कि उन्हें सही परामर्श और जानकारी दिए जाने का प्रशिक्षण दिया जाए। यह भी संभव है कि स्वास्थ्यकर्मी स्वयं भी एचआईवी बाधित हों⁹⁵।

एचआईवी की जाँच सुविधाएं देने वाली प्रसव पूर्व जाँच एवं प्रसव सेवाओं से अब इस तरह की

एचआईवी बाधित महिलाओं की पहचान हो रही है जिन्हें अपने परिवार के सदस्यों सहित आजीवन उपचार तथा देखभाल की आवश्यकता होगी। इसलिए कुछ कार्यक्रमों के अंतर्गत अब रैफरल सेवाएं आरंभ की गई हैं और एचआईवी बाधित महिलाओं को लंबे समय तक उपचार के लिए राष्ट्रीय या अंतरराष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठनों द्वारा चलाई जा रही एचआईवी/एड्स सेवाओं में रैफर कर दिया जाता है। उदाहरण के लिए जाम्बिया में नदोला परियोजना के अंतर्गत महिलाओं को विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा चलाए जा रहे कार्यक्रम में रैफर किया जाता है ताकि उनमें टीबी और दूसरे संक्रमणों को रोका जा सके। इन महिलाओं को अतिरिक्त पोषण लेने के लिए विश्व खाद्य कार्यक्रम में और भावनात्मक, आर्थिक या पारिवारिक सहयोग के लिए समुदाय आधारित समूहों में रैफर किया जाता है।

लंबे समय तक जारी रखे जा सकने वाली रैफरल सेवाओं के लिए कार्य योजनाएं विकसित करने के उद्देश्य से वर्ष 2001 में 'एमटीसीटी-प्लस' कार्यक्रम आरंभ किया गया जिसका समन्वय अमरीका में कोलम्बिया विश्वविद्यालय द्वारा किया गया। आरंभ में 7 अफ्रीकी देशों और थाईलैण्ड ने 12 केन्द्रों के माध्यम से इस कार्यक्रम द्वारा निम्नलिखित कार्य किए जाएंगे :

- संक्रमित महिलाओं और उनके परिवारों के लिए अनेक सेवाएं दी जाएंगी जिनमें शिक्षा, परामर्श, भावनात्मक सहयोग, माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम, दूसरे संक्रमणों का उपचार और हार्ट दवाएं दी जाएंगी।

- समुदाय आधारित शिक्षा विस्तार और स्थानीय संगठनों तथा संसाधनों से जुड़ाव कार्यों को बढ़ावा दिया जाएगा।
- एचआईवी तथा इससे जुड़े दूसरे रोगों के लिए एंटी रेट्रो-वायरल व दूसरी दवाओं की खरीद और आपूर्ति, प्रशिक्षण, तकनीकी सहयोग, प्रयोगशाला सेवाओं की उपलब्धता, स्वास्थ्य केन्द्रों का निरीक्षण जैसी सेवाएं भी दी जाएंगी।

यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम सेवाएं किस वर्ग में आती हैं?

यौन संचारित संक्रमणों की जाँच और उपचार का काम यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल तथा एचआईवी/एड्स नियंत्रण, दोनों कार्यक्रमों से जुड़ा हुआ है। यौन संचारित संक्रमणों और शरीर में प्रजनन तंत्र के संक्रमणों की जाँच व उपचार करने की सेवाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य या एचआईवी/एड्स नियंत्रण कार्यक्रमों के साथ-साथ बढ़ाया नहीं गया है और न ही इन कार्यक्रमों के लिए मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन कार्यक्रमों की तरह संसाधनों की व्यवस्था की जाती है। हालांकि पिछले एक दशक में आईसीपीडी के प्रोग्राम ऑफ एक्शन कार्यक्रम के कारण और एचआईवी के यौन प्रसार के कारक होने के कारण अब इन कार्यक्रमों पर अधिक ध्यान दिया जा रहा है। एक ही उद्देश्य को ध्यान में रखकर कार्यक्रम बनाने की प्रक्रिया के चलते इस दोहराव से देशों के समक्ष असंमजस की स्थिति उत्पन्न हो गई है कि क्या यौन संचारित संक्रमणों के लिए सेवाओं का प्रबंधन एचआईवी/एड्स के लिए रखे गए कोष से किया जाए या फिर इनका संचालन यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत

किया जाए। यह निर्णय करना भी कठिन हो रहा है कि क्या इन्हें किसी अन्य तरह के कार्यक्रम के अंतर्गत चलाया जा सकता है।

इस प्रश्न का उत्तर देने के लिए यह जरूरी है कि महिलाओं और पुरुषों दोनों में यौन संचारित संक्रमण का उपचार न किए जाने के नतीजों पर ध्यान दिया जाए। इन परिणामों में गर्भावस्था के अपेक्षित परिणाम न निकलना (गर्भपात या मृत शिशु के जन्म की आशंका), प्रजननहीनता और महिलाओं में पैल्विस में संक्रमण रोग होना शामिल है जबकि पुरुषों और महिलाओं, दोनों में इससे एचआईवी संक्रमण का खतरा बढ़ जाता है। इसके अलावा जब तक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं (या मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन सेवाओं) के अंतर्गत केवल विवाहित महिलाओं पर ध्यान दिया जाता रहेगा तब तक अविवाहित पुरुषों और महिलाओं एवं यौन संचारित संक्रमण के जोखिम का सामना कर रहे दूसरे लोगों तक नहीं पहुँचा जा सकेगा, वहीं दूसरी ओर एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों के माध्यम से केवल महिलाओं और एचआईवी के यौन प्रसार के अधिक जोखिम वाले लोगों तक उपचार पहुँचाया जा सकेगा। इस परिप्रेक्ष्य में यह स्पष्ट है कि यौन संचारित संक्रमणों के प्रभाव को कम करने की कार्ययोजनाओं में एचआईवी/एड्स नियंत्रण कार्यक्रम और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों, दोनों को ही किसी न किसी रूप में शामिल किया जाना चाहिए⁹⁷।

एचआईवी संक्रमण की रोकथाम की बजाए एचआईवी बाधित व्यक्तियों की देखभाल और उन्हें उपचार देने पर अधिक ध्यान दिए जाने के कारण यौन संचारित संक्रमणों के नियंत्रण के प्रति

रुचि में कमी आई है और मवान्ज़ा, रकई और मसाका में किए जा रहे अध्ययनों के परिणामों की व्याख्या कर पाने की अनिश्चितता के बाद भी पूरी दुनिया में यौन संचारित संक्रमणों को कम करने के सभी प्रयासों से इस दिशा में एचआईवी की महामारी को प्रभावित करते हुए आगे बढ़ने का पता चलता है। छोटे पैमाने पर किए जा रहे अध्ययनों से पता चलता है कि एचआईवी के प्रसार वाले क्षेत्रों में समुदाय स्तर की संक्रमण नियंत्रण प्रणालियाँ अधिक कारगर होती हैं। इसके उदाहरण नैरोबी और कीनिया के दो इलाके हैं जहाँ सुरक्षित सैक्स का व्यवहार अपनाने में बढ़ोतरी हुई है और यौन संचारित संक्रमणों की संख्या में कमी आई है¹⁰³। इस तरह हम यह कह सकते हैं कि बहुत से अफ्रीकी व दूसरे देशों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के अंतर्गत ही समुदाय स्तर पर चलाई जाने वाली यौन संक्रमण नियंत्रण सेवाओं को लागू किया जा सकता है। जैसा कि स्टीफेन्सन और कोवैन कहते हैं: 'अधिक संक्रमण वाले इलाकों में यौन संचारित रोग नियंत्रण सेवाओं को बढ़ाने के महत्व को नकारा नहीं जा सकता'¹⁰⁴; लेकिन हमारे सामने समस्या यह है कि इन सेवाओं को किस तरह लागू किया जाए¹⁰⁵।

इसके अतिरिक्त यौन संचारित संक्रमणों की जाँच, प्रबंधन और रोकथाम सेवाओं को वर्तमान मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य/परिवार नियोजन सेवाओं से जोड़ने का प्रयास करते हुए यौन संचारित संक्रमण सेवाओं को भली-भाँति योजनाबद्ध तरीके से लागू किया जाना चाहिए। पहले किए गए प्रयासों में आमतौर पर कर्मचारियों को प्रशिक्षित करने, एचआईवी के बारे में परामर्श देने और

जाँच करने तथा कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देकर उसकी रोकथाम करने के प्रयासों पर अधिक ध्यान दिया जाता था। लेकिन दूसरी आवश्यक सेवाओं जैसे कि रैफरल स्वास्थ्य केन्द्रों की कार्यशीलता, दवाओं की नियमित आपूर्ति, सुदृढ़ निगरानी और पूरे जनसंख्या समूह तक पहुँचने के लिए लोगों में शिक्षण कार्य जैसे कामों पर भी ध्यान दिया जाना आवश्यक है। संक्षेप में यौन संचारित संक्रमण पर नियंत्रण और इसकी रोकथाम में सहायक सभी सेवाओं को और समुदाय द्वारा किए जाने वाले कार्यों को बढ़ावा दिया जाना चाहिए। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की तरह यौन संचारित संक्रमण पर नियंत्रण की सेवाओं की सफलता इस बात पर निर्भर करती है कि यह सेवाएं पुरुषों के साथ-साथ महिलाओं को भी शिक्षा और सेवाएं दे सकें और इसके लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को बढ़ाना होगा।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत आमतौर पर यह देखा गया है कि यह कार्यक्रम मुख्य रूप से वयस्क विवाहित महिलाओं तक ही सीमित रह जाते हैं और अकसर संक्रमण के प्रसार को बढ़ाने वाले लोगों तक नहीं पहुँच पाते। वहीं दूसरी ओर एचआईवी/एड्स से जुड़े कार्यक्रमों के अंतर्गत इन प्रमुख समूहों तक पहुँचने के लिए विशेष कार्ययोजनाएं अपनाई जाती हैं। जैसा कि अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में देखा गया है, संक्रमण का प्रसार करने वाले इन लोगों की संख्या कम नहीं होती इसलिए यदि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी/एड्स से जुड़े कार्यक्रम मिलकर अपनी सेवाओं को बढ़ाने का प्रयास करें तो यह संभव है कि एक

साथ मिलकर वे यौन संचारित संक्रमण और एचआईवी के जोखिम वाले सभी समूहों तक पहुँच सकें।

अंत में यौन संचारित संक्रमणों की देखभाल में औपचारिक या अनौपचारिक रूप से निजी क्षेत्र की सहभागिता का क्या होगा जो आमतौर पर इस तरह के संक्रमणों की जाँच, उपचार और प्रशिक्षण के मामले में पीछे रह गया है⁶⁹? स्वास्थ्य जाँच एवं उपचार सेवाएं दिए जाने की योग्यता, इन स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के लिए उचित प्रशिक्षण आदि के बारे में नियम बनाए जाने चाहिए और यौन संचारित सेवाओं के अंतर्गत निजी एवं सामुदायिक क्षेत्र द्वारा मिलकर काम किए जाने की व्यावहारिकता पर विचार होना चाहिए।

स्वास्थ्य केन्द्रों में और इनके बाहर सेवाओं का विस्तार

एचआईवी की रोकथाम करने के उद्देश्य से, एचआईवी का प्रसार करने वाले प्रमुख समूहों, इन लोगों तथा सामान्य जनसंख्या को जोड़ने वाले लोगों तक पहुँचना बहुत जरूरी है क्योंकि यही वे लोग हैं जो इस महामारी को जारी रखे हुए हैं। पारंपरिक रूप से दुनिया के अधिकांश भागों में पुरुष, परिवार नियोजन सेवाओं, कण्डोम लेने या यौन संचारित संक्रमणों का उपचार कराने के लिए या फिर अपनी महिला साथियों के साथ प्रसव पूर्व जाँच या शिशु स्वास्थ्य जाँच के लिए (अपनी महिला साथी के साथ या अकेले) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में नहीं आते।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से पुरुषों को भी उपचार देने के अवसर खोजे जा

रहे हैं हालांकि इसके लिए बहुत कम कार्ययोजनाओं को वास्तविक रूप से जाँचा परखा जा रहा है। पुरुषों तक पहुँचने के लिए आमतौर पर दो तरीके अपनाए जाते रहे हैं: पहला यह कि महिलाओं के लिए चलाए जा रहे स्वास्थ्य केन्द्रों में कण्डोम आसानी से उपलब्ध हों जिन्हें महिलाओं के साथ-साथ, कभी-कभी वहाँ आने वाले पुरुष भी आसानी से प्राप्त कर सकें। पुरुषों तक पहुँचने का दूसरा तरीका यह रहा है कि उन्हें अपने साथी के साथ प्रसव पूर्व जाँच या परिवार नियोजन सेवाओं के लिए स्वास्थ्य केन्द्र में आने हेतु प्रोत्साहित किया जाए ताकि उन्हें भी यौन संचारित एवं एचआईवी संक्रमण के बारे में जानकारी दी जा सके, कण्डोम वितरित किए जा सकें और उन्हें एचआईवी तथा यौन संचारित संक्रमण की जाँच और उपचार लेने के लिए प्रेरित किया जा सके। प्रसव पूर्व जाँच और परिवार नियोजन परामर्श कार्यों में पुरुषों को साथ लेकर चलाए जा रहे अनुसंधान प्रयोग इस समय दक्षिण अफ्रीका, भारत, जिम्बाब्वे और नाइजीरिया में चल रहे हैं और जल्दी ही पूरे होने वाले हैं।

इन सभी प्रयासों से पुरुषों तक उनकी महिला साथियों के माध्यम से ही पहुँचा जा सकेगा जो प्रसव पूर्व जाँच या परिवार नियोजन सेवाओं के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों में आती हैं। इनके ज़रिए अकेले रह रहे, समलैंगिक पुरुषों या परिवार नियोजन सेवाओं का प्रयोग न करने वाली अथवा गर्भवती महिलाओं के साथी पुरुषों तक पहुँचना कठिन होगा। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के अंतर्गत जनसंख्या समूह के ऐसे वर्ग के लिए भी यौन स्वास्थ्य सेवाएं विकसित की जानी चाहिए

जो प्राथमिक रूप से प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं नहीं लेते।

चूँकि इस समय भी समलैंगिकता को समाज में पूरी तरह से स्वीकार नहीं किया जाता इसलिए समलैंगिक पुरुषों तक पहुँचने के लिए विस्तार कार्यक्रमों की आवश्यकता होती है। जिन देशों में समलैंगिकता गैर कानूनी है, वहाँ भी इन पुरुषों तक पहुँचने के लिए विस्तार कार्यक्रमों का मार्ग अपनाया जाता है। यह न केवल अमरीका के लिए महत्वपूर्ण है जहाँ समलैंगिक पुरुषों में एचआईवी संक्रमण का प्रसार बहुत अधिक है¹⁰⁶ बल्कि दूसरे क्षेत्रों में भी इसका उतना ही महत्व है क्योंकि सामाजिक कलंक की वजह से इन क्षेत्रों में समलैंगिकता खुलकर दिखाई नहीं पड़ती।

पुरुष एवं महिला यौनकर्मियों द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग किए जाने या उनके द्वारा गर्भनिरोधक अथवा कण्डोम प्राप्त किए जाने के बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध है। कोतदी'आइवर के आबिदजान नगर में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि सर्वेक्षण किए गए केवल 28 प्रतिशत यौनकर्मियों ने किसी सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र या अस्पताल से यौन संचारित संक्रमण का उपचार करवाया था¹⁰⁸। कम्बोडिया के नॉम-फैन और सिहनुकविले में यौनकर्मियों के लिए चलाए जा रहे यौन संक्रमण क्लीनिकों में किए गए अध्ययन से पता चला कि चकलाघर या वेश्यालयों में काम करने वाली कुछ ही यौनकर्मियों ने कभी किसी सामुदायिक या गैर सरकारी संगठन द्वारा चलाए जा रहे स्वास्थ्य केन्द्र से परिवार नियोजन सेवाएं ली थीं। इनमें से अधिकांश यौनकर्मी दोहरी सुरक्षा के लिए केवल कण्डोम

के प्रयोग पर निर्भर करती थीं; इनमें से केवल 2 प्रतिशत इस समय किसी अन्य गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग कर रही थीं और इनके द्वारा गर्भपात करवाना एक सामान्य घटना थी। बहुत से यौनकर्मी दूसरे उपलब्ध गर्भनिरोधक उपायों के बारे में जानकारी पाने की इच्छुक थीं लेकिन कुछ मुख्य सूचना प्रदाताओं को यह चिंता थी कि यदि दूसरे गर्भनिरोधक उपलब्ध करा दिए गए तो हर बार सैक्स के दौरान कहीं कण्डोम प्रयोग करने में कमी न आ जाए³⁰।

अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में और साथ ही साथ कुछ लैटिन अमरीकी और एशियाई देशों में यौन रूप से सक्रिय किशोरों और युवाओं तथा एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में बेघर बच्चों में एचआईवी संक्रमण होने का खतरा बहुत अधिक होता है¹⁰⁹। लेकिन ये सभी लोग सार्वजनिक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य केन्द्रों में जाने से कतराते हैं। यह भी संभव है कि वे इन स्वास्थ्य केन्द्रों के कर्मचारियों के रवैए से भी निराश होते हों और वहाँ न जाते हों। इसके लिए ज़रूरी है कि इन स्वास्थ्य केन्द्रों में युवाओं के लिए विशेष सेवाएं दी जाएं और कर्मचारियों का रवैया अधिक मैत्रीपूर्ण हो ताकि यहाँ आकर जानकारी और सेवाएं लेने वाले युवाओं का अनुपात बढ़ सके। इस तरह की कार्ययोजनाओं की व्यावहारिकता और स्वीकार्यता जाँचने के लिए कुछ अध्ययन किए जा रहे हैं^{110,111}। बहुत से विकासशील देशों में हो रहे कई अध्ययनों में भी स्कूली छात्रों को सेवाएं देते हुए¹¹² या सामाजिक विपणन तकनीक¹¹³ से किशोरों तक पहुँचने की कार्ययोजनाओं का आकलन किया जा रहा है।

इस समय विद्यमान साक्ष्यों से पता चलता है कि नवयुवाओं तक पहुँचने के लिए अनेक तरह की कार्ययोजनाएं बनाने की बहुत अधिक आवश्यकता है¹⁰⁹। स्वास्थ्य केन्द्रों के माध्यम से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी के प्रसार की रोकथाम और गर्भनिरोधक तथा कण्डोम का प्रयोग बढ़ाने के उद्देश्य से इस समूह तक पहुँचने का प्रयास कर सकते हैं। इस आयु वर्ग के लोग अनियमित रूप से सैक्स करते हैं और इनके द्वारा बहुत कम समय में कई साथी भी बदले जा सकते हैं। यदि कोई कम उम्र की अविवाहित लड़की गर्भवती हो जाए तो यह संभावना अधिक होती है कि न चाहते हुए भी वह इस अनचाहे शिशु को जन्म दे और उसे इसके लिए प्रसव पूर्व जाँच तथा प्रसव देखभाल सेवाओं की आवश्यकता होगी। दूसरी महिलाएं ऐसी स्थिति में गर्भपात कराना पसन्द करेंगी। दक्षिण अफ्रीका में किए गए एक अध्ययन¹¹⁴ में इन महिलाओं का अनुपात 9 प्रतिशत तक था और अर्जेन्टीना में यह स्तर¹¹⁵ 50 प्रतिशत का था जबकि यूरोप के देशों में गर्भपात कराने की संभावना वाली महिलाएं बहुतायत में थीं¹¹⁶। निजी क्षेत्र सहित परिवार नियोजन सेवाएं देने वाले स्वास्थ्य केन्द्र इस तरह की महिलाओं को इस अनचाहे गर्भ की समस्या का सुरक्षित रूप से सामना करवाने में सहायक हो सकते हैं और जहाँ गर्भपात कानूनी है वहाँ वे इन्हें सुरक्षित गर्भपात के लिए रैफर भी कर सकते हैं।

इसके अलावा, अब एचआईवी के जोखिम को कम करने के बारे में जानकारी देने और कण्डोम वितरित करने के लिए पीयर एजुकेटर या

मित्र शिक्षकों के प्रयोग को भी बढ़ावा दिया जा रहा है। विशेषकर सामाजिक विपणन तथा दूसरे समुदाय आधारित स्कूली शिक्षा के कार्यक्रमों और मॉस मीडिया द्वारा जानकारी दिए जाने के माध्यम से इस तरह के प्रयास किए जा रहे हैं। इस पर ध्यान दिया जाना आवश्यक है कि क्या इस तरह की गतिविधियों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों (विशेषकर सामुदायिक क्षेत्र के कार्यक्रमों) के सहयोग से अथवा इनके माध्यम से चलाया जाए जिसके अंतर्गत स्कूल में पढ़ने वाले और स्कूल न जाने वाले युवाओं पर विशेष ध्यान दिया जाए।

एचआईवी/एड्स के विरुद्ध संघर्ष में कारगर कुछ यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं सामुदायिक क्षेत्र के समुदाय आधारित या विस्तार कार्यक्रमों के माध्यम से भी दी जाती हैं। उदाहरण के लिए शोध से यह स्पष्ट हुआ है कि समुदाय आधारित परिवार नियोजन के साधन वितरित करने के कार्यक्रम पुरुषों (और महिलाओं) के बीच कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने में अधिक सफल रहते हैं¹¹⁷ विशेषकर उन क्षेत्रों में जहाँ पुरुष कार्यकर्ताओं का प्रयोग किया जा रहा हो। अभी तक इस तरह का कोई आकलन नहीं किया गया कि क्या इस तरीके से गर्भनिरोधक वितरित करने से कण्डोम का प्रयोग बढ़ता। किशोरों तक समुदाय आधारित कार्यक्रमों के माध्यम से परिवार नियोजन सेवाएं देने पर इसलिए भी विपरीत प्रभाव पड़ता है क्योंकि बहुत से स्वास्थ्यकर्मी यौन रूप से सक्रिय किशोरों को स्वीकार नहीं कर पाते या पसन्द नहीं करते। ऐसे लोगों में अधिकतर वे लोग होते हैं जिनकी अपनी संतान नहीं होती¹¹⁸। युवाओं के

लिए विशेष रूप से चलाए जा रहे ऐसे ही एक समुदाय आधारित कार्यक्रम में इस तरह के व्यवहार और दृष्टिकोण स्पष्ट रूप से उजागर हुए¹¹⁹।

समुदाय आधारित कार्यक्रम मुख्य रूप से परिवार नियोजन सेवाएं देने के लिए शुरू किए गए थे। लोगों तक इनकी पहुँच और मित्र शिक्षकों के माध्यम से जानकारी देने की इन कार्यक्रमों की विशेषता के कारण कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण में यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी/एड्स की जानकारी दिए जाने के विषय को शामिल किया गया। इन्हें यौन रूप से सक्रिय होने पर खतरों को कम करने के बारे में परामर्श देने का प्रशिक्षण भी दिया गया। घाना में हुए 2 अध्ययनों से अलग-अलग तरह के परिणाम सामने आए हैं। एक अध्ययन में पता चला कि समुदाय आधारित कार्यक्रम के कार्यकर्ता प्रशिक्षण के बाद 90 प्रतिशत मामलों में यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम के बारे में सलाह दे रहे थे¹¹⁹ जबकि दूसरे अध्ययन¹²⁰ में लोगों के साथ किए गए वार्तालाप की कुल घटनाओं में से आधे से भी कम मामलों में यौन संचारित संक्रमणों में चर्चा की गई थी।

भविष्य के लिए कार्यक्रम व नीतियाँ

जैसा कि इस पुनरीक्षा और दूसरे आकलनों से पता चला है^{43,89}, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं एचआईवी की रोकथाम में (एचआईवी के उपचार व देखभाल में भी) महत्वपूर्ण योगदान दे सकती हैं। जहाँ तक परिवार नियोजन सेवाएं देने या कण्डोम उपलब्ध कराए जाने का प्रश्न है, इन सेवाओं को थोड़े बहुत बदलाव के साथ जारी रखा जा सकता है और इनमें दोहरी सुरक्षा, एचआईवी की रोकथाम शामिल करते हुए अधिक जोखिम

वाले समूहों तक पहुँचने के लिए विस्तार कार्यक्रमों के माध्यम से चलाया जा सकता है। प्रसव पूर्व जाँच, किशोरों और एचआईवी के प्रसार में सहयोगी प्रमुख लोगों में यौन संक्रमणों का उपचार करने जैसी सेवाओं को एक साथ जोड़ना ज़रूरी होगा ताकि जो सेवाएं पहले अलग-अलग रूप से दी जाती रहीं थीं उन्हें अब एक साथ दिया जा सके। महिलाओं में सर्विक्स या ग्रीवा के कैंसर की जाँच व उपचार देने जैसी दूसरी सेवाओं को बहुत से क्षेत्रों में शुरू करना अभी बाकी है। सामाजिक कलंक की भावना के चलते इन सेवाओं को प्राप्त करने में मुश्किलें उत्पन्न होती हैं। हालांकि सेवाओं को एक साथ मिलाकर दिए जाने के कुछ अनुभव बहुत व्यापक नहीं रहे हैं और कभी-कभी इनके परिणाम बहुत निराशाजनक भी देखे गए हैं फिर भी यह ज़रूरी है कि नए विचारों को अपनाकर प्रयास किए जाएं और यह समझा जाए कि किस तरह इनमें सुधार करके इनसे मिलने वाले अच्छे परिणामों को बढ़ाया जा सकता है। इस तरह हो सकता है कि कुछ दोषपूर्ण कार्ययोजनाओं को लागू करने से भी लाभ मिलने की संभावनाएं बन पाएं।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों द्वारा एचआईवी/एड्स की रोकथाम और उपचार में आने वाली एक अन्य समस्या यह है कि बहुत से विकासशील देशों में इस तरह की सेवाएं अब भी केवल विवाहित और प्रजननशील महिलाओं को ध्यान में रखकर दी जाती हैं। इसलिए यौन एवं प्रजनन सेवाएं प्राप्त करने वाले अधिकांश लाभार्थियों द्वारा एचआईवी के प्रसार की अपेक्षा इससे संक्रमित होने की संभावना अधिक होती

है। इसलिए यह ज़रूरी है कि ऊपर बताए गए दूसरे परिवर्तनों के सफल होने से पहले यह परिवर्तन पूरी तरह से हो जाएं। देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता को बढ़ाने और सेवाओं के प्रयोग के स्तर में वृद्धि मात्र से ही यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं जनसंख्या के बड़े भाग में रोग और इससे होने वाली जटिलताओं को कम करने में सहायक हो सकती हैं। एचआईवी/एड्स के विरुद्ध इस संघर्ष में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की क्षमताओं को बढ़ाने के लिए बेहतर मूलभूत सुविधाओं, उपकरणों और आपूर्तियों की आवश्यकता होगी। इसके लिए ज़रूरी होगा कि कर्मचारियों को बेहतर प्रशिक्षण मिले, उनकी भली-भाँति निगरानी हो और दवाओं की लगातार आपूर्ति सुनिश्चित की जाए।

कई स्थानों पर विकासशील देश के संदर्भ में जहाँ आमतौर पर स्वास्थ्य प्रणालियाँ बहुत सुदृढ़ नहीं होतीं, इस तरह के प्रयास हो रहे हैं और इनमें बहुत से सुधार भी देखे जा रहे हैं। आईसीपीडी सम्मेलन के बाद से नीतियों और कार्यक्रमों में सुधार, सेवाएं देने की पद्धति और कर्मचारियों की क्षमताओं में वृद्धि जैसे प्रयासों को और अधिक बढ़ाने की आवश्यकता है, विशेष रूप से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत दी जाने वाली सेवाओं को व्यापक सेवाओं के एक पैकेज के रूप में लागू किया जाना चाहिए। कौनसी कार्ययोजनाएं सफल होती हैं और कौन सी विफल रहती हैं, इस बारे में धीरे-धीरे साक्ष्य उपलब्ध हो रहे हैं। यह स्पष्ट है कि प्रगति हो रही है¹²¹ लेकिन इस प्रगति को लगातार बनाए रखना बहुत ज़रूरी है।

इस पुनरीक्षा में यह सुझाव दिया गया है कि जो कार्ययोजनाएं अधिक प्रभावी, व्यावहारिक और स्वीकार्य लगे उन पर ज़्यादा ध्यान दिया जाना चाहिए। यह भी देखा जाना चाहिए कि इन कार्ययोजनाओं को किस तरह से बेहतर बनाया जा सकता है तथा एचआईवी/एड्स के प्रसार पर इनका क्या प्रभाव होगा? ऐसा करते समय न केवल दिए जाने वाले अंतर्क्षेपों पर ध्यान दिया जाए बल्कि इन अंतर्क्षेपों को लागू करने वाली स्वास्थ्य प्रणालियों और इन पर काम कर रहे लोगों पर भी ध्यान दिया जाए और उस जनसांख्यिकीय तथा सामाजिक-आर्थिक परिप्रेक्ष्य पर भी ध्यान दिया जाए जिसके अंतर्गत यह सेवाएं काम करती हैं।

अभिस्वीकृति

इस पुनरीक्षा को विश्व स्वास्थ्य संगठन के प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग द्वारा जून, 2003 में आरंभ किया गया था। यह पुनरीक्षा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी रोकथाम के बीच संबंधों को समझने और देखभाल सेवाओं को नई दिशा देने के लिए नीति एवं कार्यक्रम विकास को जानने के लिए विचार हेतु रखे गए लेख पर आधारित थी। इस पुनरीक्षा को यहाँ विभाग की सहमति से प्रकाशित किया गया है। पुनरीक्षा में इयान एसक्यू की सहभागिता विश्व स्वास्थ्य संगठन के प्रजनन स्वास्थ्य एवं अनुसंधान विभाग और पॉपुलेशन काउन्सिल्स फ्रंटियर्स इन रिप्रोडक्टिव हैल्थ प्रोग्राम के बीच हुए समझौते के कारण संभव हुई। इस पुनरीक्षा के लिए धन की व्यवस्था यूएसएआईडी द्वारा सहयोग समझौता क्रमांक एचआरएन-ए-00-98-00012-00 के अंतर्गत की

गई। लेखकगण इस पुनरीक्षा के आरंभ में नथाली ब्रूटे, फ्रांसिस एंदोवा, टिम फाली, इसाबेल दी जोयसा, रिचर्ड स्टीन, जेन कॉटिंघम, नाओमी रुटेनबर्ग, सैम कलीबला और सायका मलिक द्वारा दिए गए सहयोग की प्रशंसा करते हैं। इस लेख में व्यक्त सभी विचार लेखकों के अपने विचार हैं और यह जरूरी नहीं कि विश्व स्वास्थ्य संगठन या पॉपुलेशन काउन्सिल के भी इसी तरह के विचार हों।

पत्र व्यवहार के लिये पता

- अ. वरिष्ठ सहयोगी, पॉपुलेशन काउन्सिल, नैरोबी, कीनिया, ई-मेल iaskeew@pcnairobi.org
ब. संपादक, रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, लंदन, यू.के.

संदर्भ

1. de Zoysa I. Reproductive Health Programmes in the Era of AIDS: A Discussion Paper. Geneva: Department of Reproductive Health and Research: WHO, 1997.
2. United Nations General Assembly Special Session (ICPD + 5). Key actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD-CPD+5. At: <http://www.unfpa.org/icpd5/icpd5.htm>.
3. Lush L, Walt G, Ogden J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: What's wrong with global guidelines? Health Policy and Planning 2003; 18(1):18-30.
4. Laga M. Human immunodeficiency virus infection prevention: the need for complementary sexually transmitted disease control. In: Germain A, Holmes KK, Piot P, et al, editors. Reproductive

- Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health. New York: Plenum Press, 1992. p.131-44.
5. Fleming DR, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* 1999; 75(1): 3-17.
 6. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995;346: 530-36.
 7. Rothenberg RB, Wasserheit JN, St Louis ME, et al. The effect of treating sexually transmitted diseases on the transmission of HIV in dually infected persons: a clinic-based estimate. Ad Hoc STD/HIV Transmission Group. *Sexually Transmitted Diseases* 2000;27(7):411-16.
 8. Dallabetta G, Gerbase A, Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections* 1998;74(Suppl.1):S1-S11.
 9. Sloan NL, Winikoff B, Haberland N, et al. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhoea and chlamydial infection among women. *Studies in Family Planning* 2000;31(1): 55-68.
 10. Maggwa BN, Askew ID, Marangwanda C, et al. Demand for and Cost-Effectiveness of Integrating RTI/HIV Services with Clinic-Based Family Planning Services in Zimbabwe. Nairobi: Population Council, 1999.
 11. Solo J, Maggwa BN, Waberu JK, et al. Improving the Management of STIs among MCH/FP Clients at the Nakuru Municipal Council Health Clinics. Nairobi: Population Council, 1999.
 12. Kapiga SH, Vuylsteke B, Lyamuya E, et al. Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections* 1998; 74(Suppl.1):S132-S138.
 13. WHO. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Geneva: WHO, 2001.
 14. Dallabetta GA, Laga M, Lamptey P. Control of Sexually Transmitted Diseases: A Handbook for the Design and Management of Programs. Arlington: AIDSCAP/Family Health International, 1996.
 15. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, et al. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):37-48.
 16. Wasserheit J. Reproductive tract infections. In: *Special Challenges in Third World Women's Health*. New York: International Women's Health Coalition, March 1990.
 17. Moodley P, Connolly C, Sturm AW. Interrelationships among human immunodeficiency virus type 1 infection, bacterial vaginosis, trichomoniasis, and presence of yeasts. *Journal of Infectious Diseases* 2002;185: 69-73.

18. Pachauri S. Relationship between AIDS and family planning programmes: a rationale for developing integrated reproductive health services. *Health Transition Review* 1994;4: 321–47.
19. Mayhew S. Integrating MCH/ FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy and Planning* 1996;11(4):339–53.
20. Askew I, Maggwa BN. Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in sub-Saharan Africa – what more do we need to know? *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):77–86.
21. Dehne K, Snow R. Integrating STI Management Services into Family Planning Services: What Are the Benefits? Geneva: World Health Organization, 1999.
22. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of World Health Organization* 1999;77(9): 771–77.
23. Haberland N, Maggwa BN, Elias C, et al. pitfalls and possibilities: managing RTIs in family planning and general reproductive health services. In: Haberland N, Measham D, editors. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council, 2002.
24. Pisani E. AIDS into the 21st century. *Reproductive Health Matters* 2000;9(15):63–76.
25. Askew ID, Fassihian G, Maggwa BN. Integrating STI and HIV/AIDS services at MCH/family planning clinics. In: Miller K, Miller R, Askew I, et al, editors. *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*. New York: Population Council, 1998. p.199–216.
26. Mayhew S, Lush L, Cleland J, et al. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning* 2000;31(2):151–62.
27. Mayhew S. Donor dealings: the impact of international donor aid on sexual and reproductive health services. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(4): 220–24.
28. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):71–76.
29. Caldwell J, Caldwell P. Is integration the answer for Africa? *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2):108–10.
30. Delvaux T, Crabb F, Seng S, et al. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):88–95.
31. Besser MJ. Mothers to mothersto- be: peer counselling, education and support for women in pregnancy in Cape Town, South Africa. Abstract MoOrF1031. *International AIDS Conference, Barcelona, July 2002*.
32. Fleming AF. Prevention of transmission of HIV by blood transfusion in developing countries. Paper presented

- at Global Impact of AIDS Conference, London, 10 March 1988.
33. Byrne MA. The common occurrence of HPV infection and intraepithelial neoplasia in women infected by HIV. *AIDS* 1989;3:379–82.
 34. Hawes SE, Critchlow CW, Faye Niang MA, et al. Increased risk of high-grade cervical squamous intraepithelial lesions and invasive cervical cancer among African women with human immunodeficiency virus type 1 and 2 infections. *Journal of Infectious Diseases* 2003;188(4):555–63.
 35. Suarez Rinco'n AE, Vazquez Valls E, Ramírez Rodríguez M, et al. [Squamous intraepithelial lesions in HIV seropositive females. Their frequency and association with cervical neoplasia risk factors— in Spanish]. *Ginecologia Obstetricia de México* 2003; 71:32–43.
 36. Stier E. Cervical neoplasia and the HIV-infected patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2003;17(3): 873–87.
 37. Pautier P, Morice P, de Crevoisier R. [HIV and cervical cancer—in French]. *Bulletin of Cancer* 2003;90(5): 399–404.
 38. Hangzo, Chatterjee A, Sarkar S, et al. Preaching out beyond the hills: HIV prevention among injecting drug users in Manipur, India. *Addiction* 1997;92(7):813–20 (Cited in Pisano24).
 39. Csepe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, et al. HIV risk behaviour among gay and bisexual men in Budapest, Hungary. *International Journal of STD and AIDS* 2002;13(3): 192–200.
 40. Carpenter LM, Kamali A, Ruberantwari A, et al. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS* 1999; 13(15):2133–41.
 41. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):44–52.
 42. Machel JZ. Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17): 82–90.
 43. Waelkens MP, de Koning K, Ormel H, et al. Integration of Sexual Health into Reproductive Health Services: Needs, Evidence and Implications: A Review Paper. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 2003.
 44. Becker J, Leitman E. Introducing Sexuality Within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean. *Quality/Calidad/Qualite' No 8*. New York: Population Council, 1997.
 45. Abdel-Tawab N, Roter D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Social Science and Medicine* 2002; 54(9):1357–68.
 46. Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M, et al. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS* 2003;17(5): 733–40.
 47. Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage

- intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine* 2001;53(11): 1397–411.
48. Feldblum PJ, Welsh MJ, Steiner MJ. Don't overlook condoms for HIV prevention. *Sexually Transmitted Infections* 2003;79:268–69.
 49. Berer M. Dual protection: making sex safer for women. In: *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J, editors. London: Reproductive Health Matters for WHO, 1997. p.109–21.
 50. WHO. *Exploring Common Ground: STI and FP Activities*. Geneva: WHO, 2001.
 51. Cates W, Steiner MJ. Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: what is the best contraceptive approach? *Sexually Transmitted Diseases* 2002; 29(3):168–74.
 52. Myer L, Morroni C, Mathews C, et al. Dual method use in South Africa. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2):119–21.
 53. Kuyoh M, et al. *Dual Method Use Among Family Planning Clients in Kenya*. Arlington: Family Health International, 1999.
 54. Aklilu M, Messele T, Tsegaye A, et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS* 2001;15(1): 87–96.
 55. Tietze C. New estimates of mortality associated with fertility control. *Family Planning Perspectives* 1977; 9(2): 74–76.
 56. Chikamata DM, Chinganya O, Jones H, et al. Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2): 96–104.
 57. Richey L. HIV/AIDS in the shadows of reproductive health interventions. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22): 30–35.
 58. Brady M. Preventing sexually transmitted infections and unintended pregnancy, and safeguarding fertility: triple protection needs of young women. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):134–141.
 59. Hunter S-C, Isingo R, Boerma JT, et al. The association between HIV and fertility in a cohort study in rural Tanzania. *Journal of Biosocial Science* 2003;35:189–99.
 60. Stanback J, Brechin SJ, Lynam P, et al. *The Effectiveness of National Dissemination of Updated Reproductive Health/ Family Planning Guidelines in Kenya*. Nairobi: Family Health International, 2001.
 61. Lazcano Ponce EC, Sloan N, Winikoff B, et al. The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted Infections* 2000;76(4):277–81.
 62. Adekun L, Mantell JE, Weiss E, et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2):87–95.
 63. Vernon R, Foreit J. How to help clients obtain more preventive reproductive

- health care, viewpoint. *International Family Planning Perspectives* 1999;25(4):200–02.
64. Pinotti J, Vieira Tjal ML, Nisida AC, et al. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 2001;9(18):69–78.
65. O'Reilly K, Dehne K, Snow R. Should management of sexually transmitted infections be integrated into family planning services: evidence and challenges. *Reproductive Health Matters* 1999;7(14): 49–59.
66. Korenromp EL, van Vliet C, Grosskurth H, et al. Modelbased evaluation of singleround mass treatment of sexually transmitted diseases for HIV control in a rural African population. *AIDS* 2000;14(5):573–93.
67. Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. *Lancet* 1999;353:525–35.
68. Van Dam J. Hybrid STI interventions: putting new prevention and treatment programs to the test, Horizons Report. At: <[http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons\(1\)_2.html](http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons(1)_2.html)>. Accessed 17 April 2002.
69. Steen R, Dallabetta G. Sexually transmitted infection control with sex workers: regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):70–86.
70. Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1- positive mothers. *Contraception* 2001;64(1):39–41.
71. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical “prescription”: mode of delivery and post- partum sterilisation among women with HIV in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):109–117.
72. Janowitz B, Johnson L, Thompson A, et al. Excess capacity and the cost of adding services at family planning clinics in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):58–66.
73. Minkoff H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy [Abstract]. *Obstetrics & Gynecology* 2003;101(4):797–810.
74. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1- infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2002;29(5):484–94.
75. Horizons. Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned from Horizons Studies. New York: Population Council, 2002. At: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/mchconskenya.pdf>>.
76. De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* 2002;360: 67–72.
77. Bakari JP, Mckenna S, Myrick A, et al. Rapid voluntary testing and counseling for HIV. Acceptability and feasibility in Zambian antenatal care clinics. *Annals*

- New York Academy of Sciences 2000;918(Nov):64–76.
78. de Bruyn M. Safe abortion for HIV-positive women with unwanted pregnancy: a reproductive right. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):152–161.
 79. Berer M. HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. London: Reproductive Health Matters, 2000. p.198–210.
 80. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, et al. WHO antenatal randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357: 1551–64.
 81. Ayisi JG, van Eijk AM, ter Kuile FO, et al. The effect of dual infection with HIV and malaria on pregnancy outcome in western Kenya. *AIDS* 2003; 17(4): 585–94.
 82. Centers for Disease Control. The deadly intersection between TB and HIV. Fact sheet.
 83. Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy and Planning* 2001;16(1):29–34.
 84. Fonck K, Claeys P, Bashir F, et al. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program. *American Journal of Public Health* 2001;91 (5):705–07.
 85. Maggwa BN, Askew I, Mugwe E, et al. A Case Study of Nairobi City Council's Decentralised Syphilis Screening Programme in Antenatal Clinics. Nairobi: Population Council, 2001.
 86. Myer L, Wilkinson D, Lombard C, et al. Impact of on-site testing for maternal syphilis on treatment delays, treatment rates, and perinatal mortality in rural South Africa: a randomised controlled trial. *Sexually Transmitted Infections* 2003;79:208–13.
 87. Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). In: *Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software, 2002.
 88. Hope Humana, Linkages, National Food and Nutrition Commission, et al. *Empowering Communities to Respond to HIV/AIDS: Ndola Demonstration Project on Maternal and Child Health*. New York: Population Council, 2003. At: <<http://www.populationcouncil.org/pdfs/horizons/ndolafnl.pdf>>.
 89. Epstein H, Whelan D, van de Wijgert J, et al. *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing- Country Settings*. New York: Population Council and UNFPA, 2002. At: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/hivaidsguidance.pdf>>.
 90. Bulterys M, Chao A, Dushimimana A, et al. Fatal complications after Caesarian section in HIV-infected women. *AIDS* 1996;10:923–24.
 91. Grubert TA, Reindell D, Ka'stner R, et al. Complications after caesarean section in HIV-1- infected women not taking antiretroviral treatment. *Lancet* 1999;354:1612–13.

92. Vimercati A, Greco P, Loverro G, et al. Maternal complications after caesarean section in HIV infected women. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2000;90:73–76.
93. Nicoll A, Newell ML, Van Praag E, et al. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS* 1995; 9(2):107–19.
94. UNICEF/UNAIDS/WHO/ UNFPA. HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-Makers. Final Draft. Geneva: WHO, June 2003.
95. de Paoli MM, Manongi R, Klepp K-I. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):144–56.
96. Sacks R, Efros L. Mailman School-Led MTCT-Plus Initiative Commits \$50 Million for HIV Treatment in Eight Countries. *Columbia News*. At: <http://www.columbia.edu/cu/news/02/07/mailman_mtct_aids.html, 2002>.
97. Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority [editorial]. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):6–15.
98. Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. *Lancet* 1999;353:525–35.
99. Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, et al. Syndromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet* 2003;361: 645–52.
100. Schulz KF. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection: Reproductive Health Library commentary (last revised: 4 October 2001). WHO Reproductive Health Library, No 6. WHO/RHR/03.5. Geneva: WHO. 2003.
101. Grosskurth H, Gray R, Hayes R, et al. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet* 2000; 355:1981–87.
102. O'Farrell N, Mann J, Adam M, et al. Syndromic STI and behaviour-change interventions in Uganda [letter]. *Lancet* 2003;361:2085–86.
103. Moses S, Ngugi E, Costigan A, et al. Response of a sexually transmitted infection epidemic to a treatment and prevention programme in Nairobi, Kenya. *Sexually Transmitted Infections* 2002;78(Suppl.1): i114–i120.
104. Stephenson JM, Cowan FM. Evaluating interventions for HIV prevention in Africa [letter]. *Lancet* 2003;361:633–34.
105. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection (Cochrane Review). In: *Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software, 2002.
106. Frasca T. Men and women-still far apart on HIV/AIDS. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):12–20.

107. Niang CI, Diagne M, Niang Y, et al. Meeting the Sexual Health Needs of Men who Have Sex with Men in Senegal. New York: Population Council, 2002.
108. Vuylsteke B, Ghys PD, Mah-bi G, et al. Where do sex workers go for health care? A community based study in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Sexually Transmitted Infections* 2001; 77(5):351–52.
109. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):170–79.
110. Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17): 160–69.
111. Senderowitz J. Making Reproductive Health Services Youth Friendly. Washington DC: Pathfinder International, 1999.
112. Senderowitz J. Reproductive Health Programs for Young Adults: School-based Programs. Washington DC: Pathfinder International, 1997.
113. Agha S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-Saharan Africa. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2):67–70;113–18.
114. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):44–52.
115. Mercer R, Ramos S, Szulik D, et al. The need for youth oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):184–91.
116. van Benthem BH, de Vincenzi I, Delmas MC, et al. Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIVinfected women. European Study on the Natural History of HIV Infection in Women. *AIDS* 2000;14(14):2171–78.
117. Foreit J. Improving Reproductive Health by Involving Men in Community-Based Distribution, *Frontiers Program Briefs No. 2*. Washington DC: Population Council, 2001.
118. Chege J, Askew I. An Assessment of Community- Based Family Planning Programmes in Kenya. Nairobi: Population Council, 1997.
119. Chege J, Askew I, Bannerman A. An Assessment of the Community-Based Distribution Programmes in Ghana. Nairobi: Population Council, 2001.
120. Navrongo Health Research Centre. The Navrongo Community Health and Family Planning Project: Lessons Learned 1994–1998. Navrongo: Navrongo Health Research Centre, 1999.
121. Haberland N, Measham D, editors. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.



एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रति नेपाल के प्रवासी समुदायों की ग्रामीण महिलाओं की संवेदनशीलता: स्वास्थ्य और मानवाधिकारों से जुड़ा एक विषय

एलिसन स्मिथ-एस्टल^अ, सोफिया ग्रस्किन^ब

सारांश :

स्वास्थ्य से जुड़े विषयों के लिए मानवाधिकार से संबंधित मानकों और व्यवस्थाओं को आकलन के टूल की तरह प्रयोग किया जा सकता है। लोगों और जनसंख्या समूहों पर खराब स्वास्थ्य के दुष्प्रभावों को कम करने और उनके जीवन में सुधार लाने के लिए आवश्यक अंतर्दृष्टियों को पहचान कर, इन्हें लागू करने के लिए भी मानवाधिकार के मानकों का प्रयोग किया जा सकता है। इस लेख में हमने यह चर्चा की है कि प्रवास, स्वास्थ्य की स्थिति, जेंडर आधारित भेदभाव और शिक्षा सुविधाओं की उपलब्धता से किस तरह नेपाल के प्रवासी समुदायों की ग्रामीण महिलाओं का जीवन प्रभावित होता है और वे एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण से ग्रस्त होने के प्रति अधिक संवेदनशील हो जाती हैं। इस लेख में उत्तरी नेपाल के कैलाली जिले के दो ग्रामीण समुदायों की 15 से 49 वर्ष की 900 महिलाओं में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण होने से संबंधित जानकारी एकत्रित किए जाने वाले अध्ययन से मिले आंकड़ों का प्रयोग किया गया है। ये आंकड़े एक स्वास्थ्य केन्द्र से प्राप्त किए गए हैं। साथ ही इसके लिए वर्तमान वैधानिक और नीति संबंधी आंकड़े भी प्रयोग किए गए हैं। इस जनसंख्या समूह में (प्रवासी) एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण की संवेदनशीलता और जोखिम के विषय को हल करने के वर्तमान प्रयासों के अंतर्गत मुख्य रूप से इन समूहों के जोखिमपूर्ण व्यवहार और जोखिम उत्पन्न करने वाली स्थितियों पर ध्यान दिया जाता है। इस तरह के प्रयास आमतौर पर इस समस्या से जुड़े उन विषयों को हल करने में असफल रहते हैं जिनके कारण ये जोखिमपूर्ण व्यवहार और स्थितियाँ उत्पन्न होती हैं। व्यक्तियों के अधिकारों का आदर करने, उन्हें सुरक्षित रखने और उन्हें उनके अधिकार प्रदान कर एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता को कम किया जा सकता है। नेपाल के संदर्भ में जेंडर आधारित भेदभाव पर कार्य करने के साथ-साथ ग्रामीण इलाकों में स्वास्थ्य देखभाल व शिक्षा सुविधाओं की कमी तथा बहुत से प्रवासियों और उनके परिवारों की खराब आर्थिक, वैधानिक एवं सामाजिक स्थिति की ओर भी विशेष ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। © 2003 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स। सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : मानवाधिकार, एचआईवी/एड्स, यौन संचारित संक्रमण, प्रवास, जेंडर आधारित भेदभाव, स्वास्थ्य नीतियाँ व कार्यक्रम, शिक्षा, नेपाल।

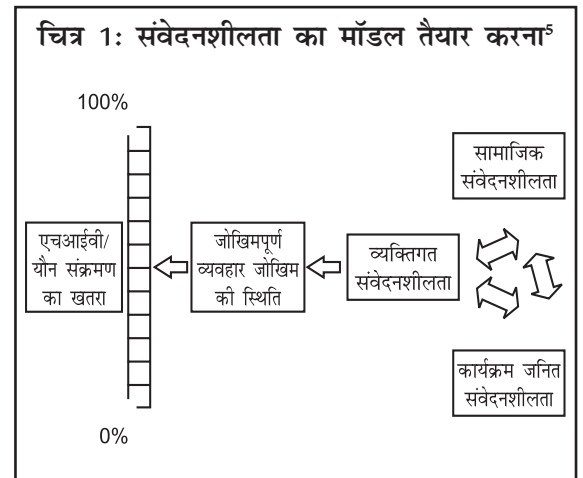
स्वास्थ्य से जुड़े विषयों पर कार्य करने के लिए मानवाधिकार के लिए स्थापित किए गए मानकों और व्यवस्थाओं को विश्लेषण करने के लिए प्रयोग में लाए जाने वाले टूल की तरह प्रयोग किया जा सकता है। लोगों और जनसंख्या समूहों पर खराब स्वास्थ्य के दुष्प्रभावों को कम करने और उनके जीवन में सुधार लाने के लिए आवश्यक अंतर्दृष्टियों को पहचान कर, इन्हें लागू करने के लिए भी मानवाधिकार के मानकों का प्रयोग किया जा सकता है। स्वास्थ्य व मानवाधिकार व्यवस्था का प्रयोग निम्नलिखित के लिए किया जा सकता है :

- अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार मानकों और व्यवस्थाओं के आधार पर किसी विशिष्ट स्थिति में लागू होने वाले अधिकारों की पहचान किए जाने के लिए;
- किसी भी देश में कानून व नीतियों और उन्हें लागू किए जाने का विश्लेषण करने के लिए; और
- इस विषय पर विचार करने के लिए कि किस तरह अधिकारों के पूरी तरह न मिलने के कारण खराब स्वास्थ्य के प्रति संवेदनशीलता बढ़ती है और बीमार होने पर व्यक्ति द्वारा पर्याप्त देखभाल और उपचार प्राप्त करने की क्षमता प्रभावित होती है¹।

इस लेख में नेपाल के प्रवासी समुदायों की ग्रामीण महिलाओं में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता को प्रभावित करने वाले कारकों की पहचान करने के लिए स्वास्थ्य तथा मानवाधिकार व्यवस्थाओं का प्रयोग किया गया है। लेख में यह तर्क दिया गया है कि

व्यक्तियों के अधिकारों का आदर करने, उन्हें सुरक्षित रखने और उन्हें उनके अधिकार प्रदान करने से एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रति लोगों की संवेदनशीलता और जोखिम को कम किया जा सकता है। इस लेख का उद्देश्य ऐसी जानकारी उपलब्ध कराना है, जिससे कि इस जनसंख्या समूह और अन्य प्रवासी समुदायों के ग्रामीण महिला समूहों में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों की समस्या का हल करने के लिए व्यापक प्रयास किए जा सकें।

किसी व्यक्ति में किसी विशिष्ट स्वास्थ्य की स्थिति के प्रति संवेदनशीलता व जोखिम को प्रभावित करने वाले विस्तृत परिप्रेक्ष्य पर ध्यान दिए जाने को स्वास्थ्य अनुसंधान, नीति और कार्यक्रमों के लिए प्रासांगिक माना गया है²⁻⁴। विशेष रूप से एचआईवी/एड्स की महामारी के संदर्भ में लोगों की 'सामाजिक पृष्ठभूमि को बहुत महत्वपूर्ण माना जाता है क्योंकि, उनके पैदा होने, बड़े होने, यौनिकता और यौन व्यवहारों से यह निर्धारित होता है कि वे जोखिमपूर्ण व्यवहार करेंगे या नहीं'⁵।



चित्र-1 में संवेदनशीलता का मॉडल दिखाया गया है और यह बताया गया है कि किस तरह जोखिम और संवेदनशीलता एक दूसरे पर परस्पर निर्भर करते हैं। संवेदनशीलता के तीन स्तरों की पहचान की गई है² :

- व्यक्तिगत संवेदनशीलता जिसमें व्यक्ति के शारीरिक एवं मानसिक विकास और व्यवहारों पर ध्यान दिया जाता है। इस संदर्भ में व्यक्तिगत संवेदनशीलता के उपयुक्त उदाहरणों में उत्पीड़न के अनुभव, शिक्षा का कम स्तर, स्वास्थ्य और यौनिकता के बारे में सीमित जानकारी और यौन विषयों पर चर्चा करने की कुशलता का अभाव आदि शामिल हैं।
- कार्यक्रम संबंधी संवेदनशीलता में यह देखा जाता है कि किस तरह स्वास्थ्य और विकास कार्यक्रमों को तैयार करने और लागू करने से लोगों की व्यक्तिगत संवेदनशीलता बढ़ती या घटती है। एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के संदर्भ में प्रासांगिक संवेदनशीलता में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम, उपचार और देखभाल कार्यों के लिए जानकारी और शिक्षा उपलब्ध कराने तथा स्वास्थ्य एवं सामाजिक सेवाओं पर ध्यान दिया जाता है।
- सामाजिक संवेदनशीलता में राजनीतिक तथा शासकीय, सामाजिक-सांस्कृतिक व आर्थिक कारण निहित होते हैं। एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रति ग्रामीण महिलाओं की संवेदनशीलता से जुड़े कारकों में जानकारियों के बेरोक-टोक प्रवाह में सरकारी हस्तक्षेप, जेंडर की असमानताएं, लोगों को सुरक्षित सैक्स से दूर रखने वाली धार्मिक मान्यताएं

और आर्थिक अवसरों का अभाव आदि शामिल हैं³।

आंकड़े और सहभागियों का विवरण

इस लेख में प्रस्तुत विश्लेषण/निष्कर्ष हावर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ तथा सेव द चिल्ड्रन/यूएस (HSPH/SC) द्वारा तैयार मूल आंकड़ों और वर्तमान वैधानिक व नीतिगत आंकड़ों पर आधारित हैं। पश्चिमी नेपाल के कैलाली जिले के स्वास्थ्य केन्द्र में दो ग्रामीण समुदायों की 15 से 49 वर्ष की विवाहित महिलाओं में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रसार का अध्ययन मई-अक्टूबर 2001 के बीच करने के बाद ये प्राथमिक आंकड़े उपलब्ध हुए। इस स्वास्थ्य केन्द्र में दी जाने वाली सुविधाओं और अध्ययन के उद्देश्यों के बारे में इन दोनों समुदायों की सभी महिलाओं को जानकारी दी गई थी। हर रोज स्वास्थ्य केन्द्र में पहले-पहल आने वाली 20-25 महिलाओं को इस अध्ययन के लिए चुना गया। स्वास्थ्य केन्द्र में आने वाली सभी महिलाओं को, भले वे इस अध्ययन में शामिल थीं या नहीं, एक ही तरह की चिकित्सा सेवाएं दी गईं। इस अध्ययन के लिए नमूना समूह एक विशेष उद्देश्य से तैयार हुआ था और लगभग 70 प्रतिशत महिलाओं ने यह जानकारी दी कि उनके पति या तो भारत में अथवा नेपाल के शहरी इलाकों में रोजगार के लिए गए हुए थे। इन महिलाओं में विभिन्न चिकित्सीय आंकड़ों को एकत्रित करने और विभिन्न संक्रमणों और एचआईवी की जाँच करने के साथ-साथ हमने महिलाओं से यह भी पूछा कि उनके पतियों के प्रवास के बाद उनके स्वयं के स्वास्थ्य की स्थिति, काम के बोझ और आर्थिक हालत में किस तरह के बदलाव

आए थे। हमने उनसे यह जानकारी भी ली कि एचआईवी व दूसरे यौन संचारित संक्रमणों के जोखिम के बारे में उनकी जानकारी का स्तर और निर्णय लेने की क्षमता कितनी थी और स्वास्थ्य देखभाल और दूसरी सामाजिक सेवाओं तक उनकी पहुँच किस स्तर की थी। आंकड़े प्राप्त करने के अन्य स्रोतों में नेपाल में सरकारी और गैर-सरकारी संगठनों के प्रतिनिधियों से साक्षात्कार, प्रवासियों के अधिकारों की सुरक्षा के बारे में वर्तमान वैधानिक और नीतिगत जानकारियाँ तथा मानवाधिकारों, प्रवासियों, महिलाओं तथा एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के बारे में राष्ट्रीय नियमों और नीतियों व उनके क्रियान्वयन से संबंधित जानकारियाँ शामिल थीं।

नेपाल में स्वास्थ्य का स्तर और एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों की स्थिति

लगभग 23 मिलियन की आबादी वाला देश नेपाल चारों तरफ से दूसरे देशों से घिरा है और उत्तर में तिब्बत और दक्षिण में भारत के साथ इसकी लंबी साझी सीमाएं हैं। यह दुनिया के सबसे गरीब देशों में से एक है जहाँ प्रति व्यक्ति सकल घरेलु उत्पाद बहुत कम है (1999 के अनुमानों के अनुसार यह 220 अमरीकी डॉलर है)⁶। यहाँ लोगों की औसत आयु लगभग 54 वर्ष है, शिशु एवं बाल मृत्यु दर अधिक है और मातृ मृत्यु दर का अनुपात तो दुनिया के अधिकतम अनुपातों में से है। वयस्क महिलाओं में शिक्षा का स्तर लगभग 35 प्रतिशत और पुरुषों में 70 प्रतिशत है⁷। स्वास्थ्य सेवाओं, विशेषकर एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों से संबंधित सेवाओं तक पहुँच अब भी बहुत सीमित है। अधिकांश जिलों में एचआईवी की जाँच और

परामर्श सुविधाओं का अभाव है और एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की उपलब्धता तो लगभग न के बराबर है। यौन संचारित संक्रमणों के उपचार के लिए कुछ ही स्वास्थ्य केन्द्र मौजूद हैं और स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं का प्रशिक्षण का स्तर बहुत कम है और यौन संचारित संक्रमणों की पहचान व उपचार के लिए दवाओं व अन्य साधनों की कमी है⁸।

नेपाल में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रसार की दर के बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध है। 1999 तक सरकारी अनुमानों के अनुसार सामान्य जनसंख्या समूहों में एचआईवी के प्रसार की दर 0.2-0.6 प्रतिशत थी⁹ लेकिन निगरानी की खराब व्यवस्था और आंकड़े एकत्रित किए जाने की दोषपूर्ण प्रणाली के चलते यह अनुमान पूरी तरह से निश्चित नहीं है¹⁰। सामान्य जनसंख्या समूहों में यौन संचारित संक्रमण के प्रसार की दर के बारे में भी कोई सरकारी अनुमान मौजूद नहीं है। हाल ही में प्रसार के स्तर के अनुमान लगाने के बारे में किए गए 2 अध्ययनों से कुछ ग्रामीण इलाकों में इस महामारी के प्रसार के संभावित स्तर के बारे में जानकारियाँ मिलती हैं। वर्ष 2001 में पश्चिमी नेपाल के 610 ग्रामीण पुरुषों के बीच किए गए अध्ययन से पता चला कि लगभग 2.3 प्रतिशत पुरुष एचआईवी बाधित थे, जबकि 13 प्रतिशत पुरुषों में कम से कम एक प्रकार का यौन संचारित संक्रमण था। लोगों के प्रवास की स्थिति के आधार पर एचआईवी के प्रसार की दर को जब बांटा गया तो यह पता चला कि दूसरे देशों में प्रवास करने वाले 3.7 प्रतिशत, नेपाल में ही दूसरी जगहों पर प्रवास करने वाले 3

प्रतिशत और प्रवास न करने वाले 0.7 प्रतिशत पुरुष एचआईवी संक्रमण से बाधित थे¹¹।

प्रवासी पुरुषों द्वारा स्वयं अपने जोखिमपूर्ण व्यवहारों की जानकारी (यौनकर्मियों, अपनी पत्नियों और दूसरी महिलाओं के साथ असुरक्षित सैक्स किए जाने सहित) दिए जाने, एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रसार और रोकथाम के बारे में जानकारी के अभाव तथा घर से दूर और घर पर रहते हुए एचआईवी व दूसरे यौन संचारित संक्रमणों के लिए उपचार प्राप्त कर पाने में कठिनाई को देखते हुए यह कहा जा सकता है कि प्रवासी पुरुष अपने समुदायों में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रसार में सहायक 'कारक' बनते जा रहे हैं^{10,12,15}। ग्रामीण महिलाओं के अध्ययन से प्राप्त आंकड़ों से यह बात और भी स्पष्ट हो जाती है। वर्ष 2001 में पश्चिमी नेपाल में किए गए हमारे अध्ययन से पता चला कि 11 प्रतिशत महिलाएं एक या अधिक तरह के यौन संचारित संक्रमण से पीड़ित थीं जिसका उपचार नहीं हो पाया था। हालांकि एचआईवी के प्रसार की दर कम थी (0.3 प्रतिशत), फिर भी 4.5 प्रतिशत महिलाएं सिफलिस, 5.8 प्रतिशत ट्राइकोमोनियासिस और 1.6 प्रतिशत गनोरिया या / तथा क्लैमाइडिया से पीड़ित थीं। महिलाओं में कम से कम एक तरह का यौन संचारित संक्रमण या एचआईवी होने के मुख्य कारणों में 39 वर्ष से अधिक आयु का होना; तलाकशुदा होना, कानूनी रूप से पति से अलग या विधवा होना; पति की या स्वयं की नसबन्दी करवाना; या पति द्वारा रोजगार के लिए भारत अथवा नेपाल में प्रवास करना शामिल था¹⁴। इन आंकड़ों में जाति या

जातीय समूह के आधार पर कोई अंतर नहीं देखा गया।

नेपाल में एचआईवी/एड्स तथा यौन संचारित संक्रमणों से जुड़ी नीतियाँ और कार्यक्रम

नेपाल की सरकार ने एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों के प्रति संवेदनशीलता और जोखिम की समस्या को हल करने के प्रयास आरंभ किए हैं लेकिन आमतौर पर यह सभी प्रयास नीतिगत घोषणाएं करने तक ही सीमित रहे। एड्स तथा यौन संचारित संक्रमण के नियंत्रण के लिए स्थापित किए गए राष्ट्रीय केन्द्र द्वारा एचआईवी व एड्स के लिए बनाई गई 1997-2001 की कार्ययोजना की पुनरीक्षा से पता चलता है कि एचआईवी व एड्स के प्रसार के लिए सामाजिक मान्यताओं और मूल्यों, महिलाओं को दिया गया निम्न दर्जा और इधर-उधर आते जाते रहने के अधिक स्तर जैसे कारकों को प्रमुख माना गया है। इस योजना में यह भी सुझाव दिया गया है कि 'विश्लेषण करते समय व्यक्तियों की ओर से ध्यान हटाकर उन परिस्थितियों पर ध्यान केन्द्रित किया जाए जो इस पूरी स्थिति को उत्पन्न करती हैं। इनमें वे सभी आर्थिक, शैक्षणिक, सांस्कृतिक, सामाजिक, कानूनी और राजनीतिक व्यवस्थाएं शामिल हैं जो दुनियाभर में एचआईवी के प्रसार को प्रभावित करती हैं और जिनके अंतर्गत इस महामारी का प्रभाव दिखाई पड़ता है'¹⁵। इसी कार्ययोजना में एचआईवी/एड्स के संबंध में नैतिक, वैधानिक और मानवाधिकार से जुड़े पहलुओं को मजबूत करने का आह्वान किया गया है ताकि इस महामारी से निपटने के लिए अनुकूल वातावरण तैयार किया जा सके। इसके अतिरिक्त 1997 से 2002

के लिए सरकार की पंचवर्षीय विकास योजना में यह स्वीकार किया गया है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान लोगों को पर्याप्त सेवाएं देने में असफल रही हैं। इसका कारण नीतियों, कार्यक्रमों और बजट में लगातार फेरबदल, प्रबंधन से जुड़ी समस्याएं और स्वास्थ्य केन्द्रों में उपकरणों और मानव संसाधनों की कमी बताया गया है¹⁶। अभी तक इन सभी समस्याओं को दूर करने की दिशा में बहुत कम काम किए गए हैं।

एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के लिए कार्यक्रम बनाने के स्तर पर हाल ही में यूएनडीपी (UNDP) द्वारा किए गए एक अध्ययन से पता चला है कि यद्यपि एचआईवी की जांच के लिए कुछ सुविधाएं मौजूद हैं, फिर भी अधिकांश जिलों में इस तरह की सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं; अध्ययन दल द्वारा जिन जिलों का दौरा किया गया वहाँ एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के बारे में सलाह देने की कोई सरकारी सुविधाएं उपलब्ध नहीं थीं¹⁷।

इसके अलावा मंत्रालय द्वारा तैयार द्वितीय दीर्घकालिक स्वास्थ्य योजना (1997-2017) में केवल कण्डोम के वितरण और उनके प्रयोग को बढ़ावा देने को ही महत्वपूर्ण प्राथमिकताएं माना गया है। हालांकि यह निश्चित तौर पर महत्वपूर्ण कार्ययोजनाएं हैं लेकिन फिर भी हमारे अध्ययन में भाग लेने वाली महिलाओं द्वारा कण्डोम के अधिक प्रयोग के बारे में किसी तरह के साक्ष्य नहीं मिल पाए¹⁴ और न ही इन कार्ययोजनाओं से महिलाओं में जोखिम व संवेदनशीलता को किसी तरह से कम किया जा सकता है। स्वास्थ्य विभाग की वर्ष 2000 की वार्षिक रिपोर्ट में एचआईवी/यौन संचारित

संक्रमणों के बारे में 50 टेलीविजन/रेडियो कार्यक्रम और/या समाचार पत्रों में दिए जाने वाले विज्ञापन तैयार करने और एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण की रोकथाम के बारे में 100 फ्लप चार्ट तैयार करने का लक्ष्य रखा गया है। इन सब कामों से संक्रमण के संदर्भ की बजाए व्यक्तिगत जोखिम को कम करने की योजनाओं का अधिक पता चलता है। इसके अलावा इन कार्ययोजनाओं की सफलता लोगों के टेलीविजन या रेडियो देख पाने या साक्षर होने पर भी निर्भर करती है। एक ऐसे देश में जहाँ केवल 37 प्रतिशत ग्रामीण महिलाएं ही रेडियो सुन पाती हैं या जहाँ पढ़ी-लिखी महिलाओं का प्रतिशत केवल 35 है, वहाँ इस तरह के प्रयास अधिकांश महिलाओं की पहुँच से दूर ही होंगे^{7,17,18}। एचआईवी/एड्स के बारे में नेपाल की राष्ट्रीय नीति में यह निर्णय लिया गया है कि कक्षा 6 से 9 के छात्रों (12-16 आयु वर्ग) को एड्स और यौन संचारित संक्रमण के बारे में शिक्षा दी जाए। हालांकि यह एक महत्वपूर्ण कदम है लेकिन फिर भी इसके अंतर्गत उन बहुत से लोगों की जानकारी पाने की आवश्यकताओं को अनदेखा कर दिया गया है जो कभी भी शिक्षा के इस स्तर को प्राप्त नहीं कर पाएंगे।

नेपाल में गैर सरकारी संगठनों द्वारा कई सशक्त कार्यक्रम चलाए जा रहे हैं। *सेव द चिल्ड्रन/यूएस कार्यक्रम और वीमैन्स इन्सपिरेशन कम्युनिटी, लाइफ सेविंग एण्ड लाइफ गिविंग सोसायटी* तथा *बीपी मेमोरियल हैल्थ फाउण्डेशन* जैसे स्थानीय सहयोगी संगठनों ने मिलकर प्रशिक्षकों के लिए मैनुअल तैयार किए हैं जिनमें एचआईवी/एड्स पर अधिक ध्यान दिया गया है। इस प्रशिक्षण सामग्री में

विभिन्न वर्गों के समूहों से चर्चा करने के लिए उपयुक्त उदाहरण दिए गए हैं। इनमें सामाजिक कलंक और भेदभाव, गोपनीयता के अधिकार तथा हिन्दू एवं बौद्ध संस्कृति के संदर्भ में एचआईवी/एड्स पर चर्चा किए जाने के विषय पर जानकारी दी गई है। इस प्रशिक्षण सामग्री में प्रवास करने वाले लोगों और उनके परिवारों के लिए यौन संचारित संक्रमण के बारे में जानकारी देने, उपचार व जाँच करने जैसे अंतर्क्षेप किए जाने पर भी विशेष ध्यान दिया गया है। इस सामग्री में प्रवासी परिवारों की विशेष जरूरतों पर ध्यान देने के लिए स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षित किए जाने के विषय को भी सम्मिलित किया गया है¹⁹। मीडियाकर्मियों और गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचार के क्षेत्र में क्षमता विकसित किए जाने के लिए प्रशिक्षण दिए जाने की सुविधाएं भी मौजूद हैं ताकि स्थानीय मीडिया के अंतर्गत एचआईवी/एड्स के बारे में ऐसे कार्यक्रमों का निर्माण हो जो सामाजिक बदलाव और व्यवहार परिवर्तन²⁰ पर ध्यान दें ताकि संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता को कम किया जा सके।

बहुत से अंतरराष्ट्रीय स्तर के गैर सरकारी संगठन, विशेषकर जिनके पास आर्थिक संसाधनों की कमी नहीं है, अब भी यौनकर्मियों और इंजेक्शन से मादक दवाएं लेने वाले लोगों के समूहों पर ध्यान देना जारी रखे हुए हैं^{20,21}। केवल व्यवहार परिवर्तन पर ध्यान दिए जाने के रूझान भी दिखाई देने लगे हैं^{10,17}। हालांकि बहुत से कार्यक्रम स्वयं को 'अधिकारों के लिए कार्यरत' कार्यक्रम मानते हैं लेकिन फिर भी कण्डोम के सामाजिक विपणन और व्यवहार परिवर्तन करने

के प्रयासों के माध्यम से उनका ध्यान मुख्य रूप से व्यक्तियों और उनके निजी जोखिमपूर्ण व्यवहारों पर ही रहता है²²। इसमें संदेह नहीं कि ये सभी बहुत महत्वपूर्ण प्रयास हैं लेकिन ये इस वास्तविक समस्या को हल करने में नाकाम रहते हैं कि नेपाल की अधिकांश जनसंख्या को अभी तक एचआईवी या यौन संचारित संक्रमणों के बारे में कोई जानकारी नहीं है और न ही उन्हें संक्रमण को रोकने के बारे में कुछ मालूम है^{7,14}। ये सभी प्रयास उन बहुत सी ग्रामीण महिलाओं की संवेदनशीलता की समस्या को भी हल करने में नाकाम रहते हैं जो अपने अंतरंग संबंधों में खुद कण्डोम खरीद पाने या इसके प्रयोग की मांग करने में विफल रहती हैं या अपने साथियों के यौन व्यवहारों में परिवर्तन कर पाने में सफल हो पाती है।

हमने पाया कि नेपाल के प्रवासी समुदाय की ग्रामीण महिलाओं में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के प्रति अधिक संवेदनशीलता के 4 प्रमुख कारण हैं : प्रवास करना, स्वास्थ्य का स्तर, जेंडर आधारित भेदभाव और विशेष रूप से लड़कियों के लिए शिक्षा की व्यवस्था क्योंकि इससे ही दीर्घकालिक बदलाव संभव हो सकते हैं।

प्रवास

ऐसा अनुमान है कि इस समय लगभग 10 लाख नेपाली लोग रोजगार के लिए भारत जाते हैं। रोजगार के लिए नेपाल में ही दूसरे स्थानों पर प्रवास करने वाले लोगों की संख्या लगभग 12 लाख है^{10,23}। प्रवास करने वाले अधिकतर लोग पुरुष होते हैं और वे कई महीनों तक अपने घर और परिवारों से दूर रह कर काम करते हैं और

प्रमुख त्यौहारों या फसल की कटाई के समय वापस आ जाते हैं। इस समय ग्रामीण समुदायों से लगभग 70 प्रतिशत पुरुष रोजगार के लिए बाहर प्रवास करते हैं²³।

न तो नेपाल और न ही भारत¹⁰ ने, जहाँ लगभग 90 प्रतिशत प्रवासी रोजगार के लिए आते हैं, 1990 के प्रवासी कर्मियों और उनके परिवारों के अधिकारों की सुरक्षा के लिए तैयार अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन के निर्णयों को स्वीकार किया है। इसी कारण दोनों ही देश प्रवास करने वाले लोगों और उनके परिवारों के प्रति स्पष्ट उत्तरदायित्व नहीं लेते, हालांकि दोनों ही देशों की सरकारों ने मानवाधिकारों के कई अन्य समझौतों को स्वीकार किया है, जिसके कारण वे इन लोगों के साथ भेदभाव न किए जाने और काम करने की अनुकूल परिस्थितियाँ उपलब्ध कराने के लिए उत्तरदायी हैं²⁴।

नेपाल में, विशेष रूप से, प्रवास करने वाले लोगों और उनके परिवारों के अधिकारों की सुरक्षा के लिए किसी तरह के कानून नहीं बनाए गए हैं। हाल ही की पंचवर्षीय योजना के अंतर्गत सरकार ने अंतरराष्ट्रीय प्रवास के नियामन के लिए नीतियाँ तैयार करने का संकल्प किया था और इस दिशा में वर्ष 2000 में प्रवास नीति का विश्लेषण भी किया था²⁵ लेकिन अब भी इस संबंध में कोई नीतियाँ नहीं बनाई गई हैं और न ही किए गए विश्लेषण की सिफारिशों को लागू किया गया है। नेपाल और भारत के बीच 1950 में शान्ति और मैत्री का एक समझौता लागू किया गया था जिसमें प्रवास के विषय को भी शामिल किया गया है:

दोनों सरकारें, भारत और नेपाल के बीच

पड़ोसी देशों की मित्रता को स्वीकार करते हुए अपने देश की सीमाओं में दूसरे देश के नागरिकों को औद्योगिक और आर्थिक विकास के कार्य में समान अधिकार देना स्वीकार करती हैं और इस तरह के विकास के लिए सभी सुविधाएं देने के प्रति भी कटिबद्ध हैं²⁶।

गरीबी, रोजगार के अवसरों की कमी और जीवन-यापन के बेहतर अवसरों की खोज के कारण ही हर वर्ष बड़ी संख्या में नेपाली लोग भारत की ओर प्रवास करते हैं। वास्तविकता हालांकि यह है कि अकसर उन्हें बेहतर अवसर मिल पाना संभव नहीं होता। नेपाली लोगों को वही काम मिल पाता है जिसे आम भारतीय करना पसन्द नहीं करता। इसमें कड़े परिश्रम वाले काम, कारखानों में काम, घरेलू काम तथा घरेलू एवं व्यवसायों में चौकीदारी करने जैसे काम शामिल हैं जिनमें बहुत कम वेतन मिलता है और नेपाल में रह रहे उनके परिवारजनों के लिए भी बहुत कम अतिरिक्त आय उपलब्ध हो पाती है ।

इस अध्ययन में शामिल 628 महिला प्रतिभागियों (जिनके पति प्रवासी हैं) में से 48 प्रतिशत ने बताया कि उनके पति प्रवास के दौरान घर पर पैसा नहीं भेजते जबकि 22 प्रतिशत ने कहा कि उनके पति वर्ष में केवल एक ही बार पैसा भेजते हैं। यह आंकड़े हाल ही में सरकार द्वारा किए गए एक अध्ययन के परिणामों से भी मिलते-जुलते हैं जिससे पता चला कि 57 प्रतिशत प्रवासी घर पर पैसा नहीं भेजते । 74 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उन्हें हर वर्ष 65 अमरीकी डॉलर से भी कम रकम मिल पाती है जो कि नेपाली मानकों के अनुसार भी बहुत कम है। इसके अलावा घर पर

पैसा भेजना भी स्वयं में एक जोखिम से भरा काम हो सकता है क्योंकि भारत और नेपाल के बीच कोई औपचारिक बैंकिंग प्रक्रिया मौजूद नहीं है। लोग सारा पैसा स्वयं लेकर आते हैं या अपने मित्रों या संबंधियों पर भरोसा कर उनके माध्यम से भेजते हैं। इन लोगों के साथ लूटपाट की घटनाएं भी अकसर सुनने को मिलती हैं जिनमें ये लोग अपनी सारी कमाई खो बैठते हैं ।

आर्थिक संसाधनों की कमी से महिलाओं की संवेदनशीलता और बढ़ जाती है क्योंकि उनके सामने खाने की समस्या खड़ी हो उठती है और उन पर काम का बोझ भी बढ़ जाता है। इस अध्ययन में शामिल 29 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उनके पति के प्रवास के दौरान उन्हें कम भोजन मिल पाता है। केवल 3 प्रतिशत महिलाओं ने कहा कि उन्हें उपलब्ध भोजन की मात्रा बढ़ जाती है। 62 प्रतिशत महिलाओं ने कहा कि पति के प्रवास के दौरान उन पर काम का बोझ बढ़ जाता है जबकि काम के बोझ के कम होने की जानकारी केवल 1 प्रतिशत महिलाओं ने दी।

प्रवास के कारण परिवार एक दूसरे से अलग हो जाते हैं और दुनिया के अन्य भागों में भी यही देखा गया है कि इसी अलगाव के कारण विवाह के अलावा यौन संबंध बढ़ते हैं और एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों का स्तर भी बढ़ जाता है । प्रवासी व्यक्तियों को एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों और यौनिकता के विषय में अपनी स्वयं की भाषा में बहुत कम जानकारी मिल पाती है। उन्हें स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं ढूँढने, इनका लाभ उठाने में कठिनाई होती है और वे इस डर से सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोग नहीं कर

पाते कि कहीं अगर उनके मालिकों को उनके बीमार होने की जानकारी मिल गई तो वे नौकरी से हाथ धो बैठेंगे । इस तरह यौन संचारित संक्रमण और एचआईवी के लिए यह प्रवासी पुरुष घर लौटने से पहले जाँच व उपचार नहीं करवा पाते जिसके कारण घर पर उनकी पत्नियाँ भी इस संक्रमण के प्रति अधिक संवेदनशील हो जाती हैं।

अध्ययन में शामिल अनेक महिलाओं ने ये जानकारी दी कि पति के प्रवास के कारण उनके स्वास्थ्य की स्थिति या उपचार करवा पाने की क्षमता पर विपरीत प्रभाव पड़ता है क्योंकि इस काम के लिए पैसा बहुत कम ही उपलब्ध हो पाता है। 43 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उनके पति के प्रवास करने के बाद से उनका स्वास्थ्य बिगड़ा था; केवल 1 महिला को लगता था कि उसका स्वास्थ्य अब बेहतर हो गया है। स्वास्थ्य की खराब स्थिति के प्रमुख कारणों में इलाज के लिए पैसे की कमी, कम भोजन या पोषण और ज़्यादा काम का बोझ होने जैसे कारण बताए गए।

स्वास्थ्य की स्थिति

हालांकि नेपाल के संविधान में स्वास्थ्य के अधिकार पर सीधे कोई चर्चा नहीं की गई है, लेकिन फिर भी संविधान में सरकार को यह निर्देश दिया गया है कि वे लोगों के जीवन स्तर को बढ़ाने और उनके शिक्षा, स्वास्थ्य के स्तर में वृद्धि करने और समाज के कमज़ोर वर्गों के विकास के लिए नीतियाँ बनाएँ। हालांकि 'संविधान के इस भाग में बताए गए कोई भी सिद्धान्त या नीतियाँ किसी भी न्यायालय द्वारा निर्देश देकर लागू नहीं करवाए जा सकते' ।

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की कमी से लोगों के स्वास्थ्य के स्तर पर बुरा असर पड़ता है। वर्ष 2000 के नेपाल जनसंख्या एवं स्वास्थ्य सर्वेक्षण से यह अनुमान लगाया गया कि 75 प्रतिशत ग्रामीण जनसंख्या को स्वच्छता सुविधाओं की पर्याप्त उपलब्धता नहीं थी और 25 प्रतिशत जनसंख्या को पीने के साफ पानी की सुविधा नहीं थी। यह आंकड़े शहरी जनसंख्या के आंकड़ों से कहीं अधिक थे। सर्वेक्षण के अनुसार नेपाल में शिशु एवं बाल मृत्यु दर अधिक थी और ग्रामीण समुदायों में तो इसका स्तर बहुत ही अधिक था। नेपाल की आधी से ज़्यादा महिलाओं को प्रसव पूर्व जाँच सेवाएं नहीं मिल पाती थीं और शहरी महिलाओं की तुलना में बहुत कम ग्रामीण महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान चिकित्सा सुविधाएं और देखभाल उपलब्ध हो पाती थीं। शहरी महिलाओं की तुलना में ग्रामीण महिलाओं में मृत बच्चों के जन्म की घटनाएं या नवजात शिशुओं की मृत्यु की घटनाएं बहुत अधिक होती थीं। कैलाली जिले में विशेष रूप से स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की बहुत कमी है। यहाँ शिशु मृत्यु और बच्चों के टीकाकरण तथा कुशल स्वास्थ्यकर्मी द्वारा जन्म के समय मौजूदगी और जनसंख्या के अनुपात में स्वास्थ्यकर्मियों की उपलब्धता का स्तर नेपाल के राष्ट्रीय औसत से कहीं खराब है।

एचएसपीएच/एससी (HSPH/SC) के इस अध्ययन में शामिल बहुत कम महिलाओं ने एचआईवी या यौन संचारित संक्रमण जैसे लक्षण दिखाई देने पर चिकित्सीय सहायता लिए जाने की जानकारी दी। इसका मुख्य कारण उनके घर से स्वास्थ्य सुविधाओं की दूरी और भाषा जैसी दूसरी

कठिनाईयाँ थीं। वे ऊँची जाति के स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं की भाषा नहीं बोल पाती थीं और खुद को असहज महसूस करतीं थीं। सेवाओं का प्रयोग करने वाली कुछ महिलाओं ने पाया कि उनकी स्थिति का सही आंकलन कर पाने और उपचार करने के लिए स्वास्थ्यकर्मियों में उचित प्रशिक्षण का अभाव था। यौन संचारित संक्रमण का उपचार न किए जाने से एचआईवी का प्रसार बढ़ता है फिर भी इस अध्ययन में शामिल यौन रूप से सक्रिय बहुत सी ग्रामीण महिलाओं में यौन संचारित संक्रमण का उपचार न हो पाने के कारण एचआईवी का जोखिम जस का तस बना हुआ था।

अध्ययन से ऐसा लगा कि पुरुषों द्वारा शराब का सेवन करना भी महिलाओं में यौन संचारित संक्रमण के जोखिम को बढ़ा देता है। इस अध्ययन में शामिल उन महिलाओं को जिनके पति हर रोज शराब पीते थे, ऐसी महिलाओं की अपेक्षा, जिनके पति कभी-कभार शराब पीते थे या बिल्कुल नहीं पीते थे, यौन संचारित संक्रमण होने का खतरा बहुत अधिक था (OR 2.68, 95%, CI 1.63-4.41)।

जेंडर आधारित भेदभाव

नेपाल द्वारा नागरिक एवं राजनीतिक अधिकारों पर अंतरराष्ट्रीय समझौते के अनुपालन के लिए 1994 में तैयार की गई आरंभिक रिपोर्ट पर प्रतिक्रिया करते हुए संयुक्त राष्ट्र की मानवाधिकार समिति ने चिन्ता व्यक्त की और कहा कि 'नेपाल में वास्तव में भेदभाव न किए जाने के सिद्धान्त और एक समान अधिकार दिए जाने का पालन नहीं किया जाता है'। इस समिति ने नेपाल में महिलाओं की

स्थिति पर भी चिन्ता व्यक्त की क्योंकि महिलाओं को नेपाल में हुई थोड़ी बहुत प्रगति के बाद अब भी विवाह, उत्तराधिकार, बच्चों को नागरिकता दिए जाने, तलाक, हिंसा के विरुद्ध सुरक्षा, आपराधिक मामलों में न्याय और वेतन जैसे मामलों में भेदभाव का सामना करना पड़ता है। समिति ने आगे कहा कि नेपाल की सरकार ने इस अंतरराष्ट्रीय समझौते की धाराओं को अपने यहाँ स्थानीय कानूनों के माध्यम से लागू करने के लिए या भेदभाव पूर्ण कानूनों में सुधार करने के लिए पर्याप्त कदम नहीं उठाए हैं। समिति ने इस बात पर भी गौर किया कि नेपाल के ग्रामीण इलाकों की महिलाओं की स्थिति के बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध है ।

नेपाल में बाल विवाह एक आम घटना है और इससे महिलाओं के स्वास्थ्य पर विपरीत प्रभाव पड़ता है। वर्ष 2002 तक नेपाल के दण्ड विधान में माँ बाप की सहमति के साथ लड़कों के विवाह की उम्र 18 वर्ष थी। लड़कियों के विवाह की उम्र 16 वर्ष निर्धारित की गई थी । महिलाओं के लिए विवाह की उम्र कानूनी तौर पर कम निर्धारित करने से यहाँ बड़ी उम्र के पुरुषों के साथ लड़कियों का विवाह कर दिए जाने की सांस्कृतिक प्रथा जारी रहती है। वास्तव में महिलाओं के विवाह की औसत आयु पुरुषों के मुकाबले 3 वर्ष कम है । कुक के अनुसार 'कानून द्वारा लड़कों की अपेक्षा लड़कियों के लिए विवाह की कम आयु निर्धारित करने से महिलाओं को संतानोत्पत्ति और परिवार की सेवा करते रहने जैसी लंबे समय से चली आ रही भूमिकाओं में बाँध दिया जाता है और उन्हें किसी भी तरह की शिक्षा या प्रशिक्षण से अलग

रखा जाता है जो लड़कों को परिवार और समाज के मुखिया के रूप में अपने दायित्व को पूरा करने के लिए दी जाती है । हाल ही में संशोधित नए नियम के अनुसार अब पुरुषों और महिलाओं के लिए विवाह की कानूनी आयु को एक समान कर दिया गया है - यदि माँ-बाप की सहमति से विवाह हो तो 18 वर्ष अन्यथा 20 वर्ष । इस अध्ययन में शामिल 95 प्रतिशत महिलाओं को मालूम था कि उनके विवाह के समय उनकी आयु कितनी थी, इनमें से 45 प्रतिशत महिलाओं का विवाह 16 वर्ष की आयु से पहले हो गया था, 15 प्रतिशत का विवाह 14 वर्ष की आयु से पहले हुआ था और सबसे कम उम्र में विवाह करने वाली महिला की आयु विवाह के समय मात्र 6 वर्ष थी । आशा है कि इस नए कानून को लागू करने से महिलाओं के जीवन पर अनुकूल प्रभाव पड़ेंगे और जेंडर आधार पर किए जाने वाले भेदभाव के परिणाम भी प्रभावित होंगे।

भारतीय-आर्य मूल के नेपाली समाज में दहेज देने की प्रथा है जिसमें लड़की का परिवार अपनी लड़की के भरण-पोषण का उत्तरदायित्व उस पुरुष द्वारा लिए जाने पर उसके परिवार को भुगतान करता है। नेपाल के दण्ड विधान में यह कहा गया है कि पारंपरिक रस्मों के अनुसार दहेज की रकम का भुगतान और इसे स्वीकार किए जाने को छोड़ किसी भी लड़की का विवाह वर पक्ष को किए गए किसी भुगतान या लाभ के एवज् में नहीं किया जाएगा (इस पर विशेष बल भी दिया गया है)। नेपाल के राष्ट्रीय दण्ड विधान के कारण वैवाहिक संबंधों में असमान शक्ति संबंध और अधिक तीव्र हो जाते हैं।

दण्ड विधान में यह निर्धारित किया गया है कि 'निम्नलिखित परिस्थितियों को छोड़ कोई भी पुरुष अपनी पहली पत्नी के जीवित रहते या उससे वैवाहिक संबंध समाप्त किए बिना किसी अन्य महिला से विवाह नहीं कर सकता :

- यदि उसकी पत्नी को कोई संक्रामक यौन रोग लग गया हो और उसका उपचार संभव न हो;
- यदि उसकी पत्नी लाइलाज पागलपन का शिकार हो गई हो;
- यदि विवाह के दस वर्षों के भीतर कोई संतान उत्पन्न न हो या उत्पन्न होने पर जीवित न रहे;
- यदि पत्नी लूली-लंगड़ी हो गई हो और चल पाने में असमर्थ हो;
- यदि पत्नी दोनों आँखों से अंधी हो गई हो'

वर्ष 2002 तक राष्ट्रीय दण्ड विधान में महिलाओं द्वारा दोबारा विवाह किए जाने की परिस्थितियों के बारे में कुछ नहीं कहा गया था। अब इसमें संशोधन किया गया है और महिलाओं को दोबारा विवाह करने की अनुमति मिल गई है यदि उनका पति किसी अन्य व्यक्ति के साथ यौन संबंध स्थापित करे। यह देखना अभी बाकी है कि महिलाएं अपने इस अधिकार का कितना प्रयोग कर पाती हैं। महिलाओं के लिए तलाक या दोबारा विवाह किए जाने के बारे में अन्य कोई नियम अभी तक नहीं बनाए गए हैं। इसके अलावा वैवाहिक संबंधों में होने वाले बलात्कार को बलात्कार की कानूनी परिभाषा से अलग रखा गया है। बलात्कार तथा अन्य तरह की हिंसक घटनाओं के लिए दण्ड न मिल पाने के कारण विवाहित

महिलाओं की स्थिति लगातार संवेदनशील बनी हुई है ।

महिलाओं द्वारा संपत्ति में उत्तराधिकार के बारे में भी राष्ट्रीय कानूनों में हाल ही में हुए बदलावों से सकारात्मक परिवर्तन का पता चलता है। पहले यदि लड़कियाँ 35 वर्ष की आयु तक अविवाहित रहती थीं तो ही उन्हें पारिवारिक संपत्ति में हिस्सा मिल पाता था। 2002 में किए गए संशोधन के अनुसार अब यह निर्धारित किया गया है कि लड़के और लड़कियों, दोनों को जन्म से ही संपत्ति प्राप्त करने का समान अधिकार है। यदि कोई महिला विवाह करने का फैसला करती है तो उसे पैतृक संपत्ति छोड़नी पड़ती है। इससे ऐसा लगता है कि इस बारे में जेंडर समानता निश्चित करने के लिए अभी और अधिक सुधारों की आवश्यकता है ।

इन्हीं सब प्रतिबंधों के कारण हो सकता है कि महिलाओं को लगे कि उन्हें जबरन किसी असफल विवाह में बंधे रहने के लिए विवश होना पड़ता है या फिर विवाह तोड़ने पर अपने बच्चों से संबंध, वैवाहिक संपत्ति और आर्थिक सुरक्षा से हाथ धोने पड़ते हैं। इसका परिणाम यह हो सकता है कि वैवाहिक संबंधों में संतानोत्पत्ति के अपने सामाजिक उत्तरदायित्व को पूरा करने के अलावा भी महिलाओं को असुरक्षित यौन संबंध बनाने के लिए विवश होना पड़ता हो। हमारे आंकड़ों से पता चलता है कि ग्रामीण महिलाओं के संदर्भ में यह स्थिति बहुत महत्वपूर्ण हो सकती है। इस अध्ययन में शामिल और एचआईवी/ यौन संक्रमण से सुरक्षा के लिए कण्डोम का प्रयोग करने वाली महिलाओं से जब यह पूछा गया कि क्या वे एचआईवी या

यौन संक्रमण से सुरक्षा के लिए कण्डोम का प्रयोग बार-बार करना चाहेंगी तो 93 प्रतिशत महिलाओं का जवाब हाँ में था। इसका कारण पूछे जाने पर 55 प्रतिशत महिलाओं ने कहा कि उन्हें एचआईवी/यौन संक्रमण से डर लगता था जबकि अन्य 2 प्रतिशत महिलाओं ने बताया कि उनके पति को किसी तरह का यौन संक्रमण था और वे स्वयं को सुरक्षित रखना चाहती थीं ।

शिक्षा सुविधाओं की उपलब्धता

नेपाल के आंतरिक कानून में यह निर्धारित किया गया है कि लड़के व लड़कियों, दोनों को पाँच वर्ष के लिए प्राथमिक शिक्षा पाना अनिवार्य है लेकिन 15-19 वर्ष के केवल 62 प्रतिशत लड़कों और 28 प्रतिशत लड़कियों ने वर्ष 2001 में प्राथमिक शिक्षा पूरी की थी । 1999 में शिक्षा के क्षेत्र में संयुक्त राष्ट्र के विशेष प्रतिनिधि ने जेंडर आधारित इस अंतर को दर्शाने वाले निम्नलिखित संकेतकों की पहचान की थी :

- साक्षरता के स्तर में अंतर जिससे कि शिक्षा सुविधाओं तक असमान पहुँच का पता चलता है,
- स्कूल में प्रवेश पाने वाले लड़के और लड़कियों की संख्या में अंतर से शिक्षा सुविधाओं तक असमान पहुँच की जानकारी मिलती है,
- प्राथमिक स्तर की शिक्षा पूरी करने वाले लड़के और लड़कियों की संख्या में अंतर से पता चलता है कि केवल स्कूल में नाम लिखवाने से ही यह जरूरी नहीं हो जाता कि वह छात्र या छात्रा अपनी शिक्षा पूरी करे, और
- स्कूलों में महिला शिक्षिकाओं का प्रतिशत कम होने के कारण भी स्कूल में प्रवेश लेने

वाली लड़कियों की संख्या कम होती है; नेपाल में महिला शिक्षिकाओं की संख्या 25 प्रतिशत से भी कम है ।

एचएसपीएच/एससी (HSPC/SC) द्वारा किए गए अध्ययन में शामिल 84 प्रतिशत महिलाओं ने किसी तरह की औपचारिक शिक्षा प्राप्त नहीं की थी और 12 प्रतिशत से भी कम महिलाओं ने प्राथमिक स्कूल तक की शिक्षा पाई थी। महिलाओं द्वारा शिक्षा प्राप्त किए जाने (औपचारिक तथा अनौपचारिक) और स्वास्थ्य विषयों के बारे में उनकी जानकारी के स्तर में भी सीधा संबंध देखा गया। यौन संचारित संक्रमण के बारे में जानकारी के संदर्भ में, इस अध्ययन में शामिल केवल 41 प्रतिशत महिलाओं को यौन संचारित संक्रमणों का पता था और केवल 40 प्रतिशत ने एड्स के बारे में सुना था । इन आंकड़ों को औपचारिक शिक्षा के स्तर के आधार पर आंके जाने से पता चला कि औपचारिक शिक्षा प्राप्त 75 प्रतिशत महिलाओं ने एड्स के बारे में सुना था जबकि किसी भी तरह की औपचारिक शिक्षा न प्राप्त करने वाली केवल 34 प्रतिशत महिलाओं को इसकी जानकारी थी। अनौपचारिक शिक्षा के स्तर के आधार पर आंकड़ों का विश्लेषण (इन महिलाओं के एक समूह ने एचआईवी के बारे में शिक्षा दिए जाने के कार्यक्रम में भाग लिया था जबकि अन्य 2 समूहों ने ऐसे किसी कार्यक्रम में भाग नहीं लिया था) करने से पता चला कि जानकारी कार्यक्रम में भाग लेने वाली 76 प्रतिशत महिलाओं को एड्स के बारे में पता था जबकि दूसरे समूहों की केवल 22 प्रतिशत महिलाओं को एड्स के बारे में जानकारी थी। यह पूछे जाने पर कि क्या कोई व्यक्ति यौन

संचारित संक्रमण से बचने के लिए कुछ कर सकता है, 13 प्रतिशत महिलाओं ने इसका उत्तर 'ना' में दिया या फिर उन्हें ऐसे किसी तरीके का पता नहीं था। विश्लेषित आंकड़ों से पता चलता है कि औपचारिक तथा अनौपचारिक शिक्षा पाने वाली और शिक्षा न पाने वाली महिलाओं की जानकारी के स्तर में कभी अंतर था (आंकड़े दर्शाए नहीं गए हैं)।

निष्कर्ष

संवेदनशीलता के परिदृश्य में स्वास्थ्य एवं मानवाधिकारों की संरचना का प्रयोग करने से ऐसी बहुत सी परिस्थितियों के बारे में पता चला है जो नेपाल की ग्रामीण महिलाओं में एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता को प्रभावित करती हैं। नीतिगत और कानूनी स्थिति में सकारात्मक परिवर्तन शुरू तो हो गए हैं लेकिन ग्रामीण महिलाओं के लिए सही अर्थों में परिवर्तन धीमी गति से ही होंगे। एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण की समस्या को हल करने के वर्तमान प्रयासों में जोखिमपूर्ण व्यवहारों और जोखिम से भरी स्थितियों पर अधिक ध्यान दिया जाता है लेकिन इन प्रयासों के अंतर्गत उन परिस्थितियों को नज़रअंदाज कर दिया जाता है जिनके कारण इस तरह के व्यवहार किए जाते हैं। एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता और जोखिम की समस्या को पूरी तरह से हल करने के लिए यह ज़रूरी है कि जेंडर भेदभाव के अनेक रूपों, ग्रामीण इलाकों में रहने वाले लोगों के स्वास्थ्य एवं शिक्षा सुविधाओं के अभाव और ग्रामीण इलाकों के प्रवासी लोगों और उनके परिवारों की खराब आर्थिक, कानूनी और सामाजिक परिस्थितियों पर अधिक ध्यान दिया जाए।

अभिस्वीकृति

यह लेख एलिसन स्मिथ-एस्टल द्वारा हावर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ के समक्ष प्रस्तुत शोध कार्य पर आधारित है। लेखकगण नेपाल में सेव द चिल्ड्रन/यूएस संगठन, नेपाल की रेडक्रास सोसायटी, एसएसीटीएस (SACTS) तथा फोरम फॉर वीमेन, लॉ एण्ड डेवलपमेंट संस्थाओं के कर्मचारियों एवं गणेश गुरुंग, ऐलन जी हिल, स्टीफन मार्क्स, रिबैका कुक, लूनी शाक्य और जूनी शाक्य के प्रति आभार व्यक्त करते हैं। हम कैलाली जिले की उन महिलाओं के प्रति अपना हार्दिक आभार प्रकट करना चाहते हैं जिन्होंने इस अध्ययन में भाग लिया। इस अध्ययन के लिए सेव द चिल्ड्रन/यूएस, हार्वर्ड विश्वविद्यालय के द हार्वर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ, जे विलियम तुलब्राइट कमीशन और अमेरिकन एसोसिएशन ऑफ यूनीवर्सिटी वीमेन एजुकेशनल फाउण्डेशन द्वारा सहयोग दिया गया। यह ज़रूरी नहीं कि इस लेख में व्यक्त सभी विचार अध्ययन के लिए धन की व्यवस्था करने वाले संगठनों के ही हों।

पत्र व्यवहार के लिये पता

- मॉन्टाना स्टेट यूनीवर्सिटी, रेड लॉज, एमटी में अध्यापक, ई-मेल allisonnepal@yahoo.com
- हार्वर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ के जनसंख्या एवं अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य विभाग की सह-व्याख्याता; तथा हावर्ड विश्वविद्यालय, बॉस्टन, एमए, अमरीका के फ्रांकियॉस जेवियर बेगनाउड सेन्टर फॉर हैल्थ एण्ड ह्युमन राइट्स में अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं मानवाधिकार कार्यक्रम की निदेशक

संदर्भ

1. Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al, editors. Oxford Textbook of Public Health. Oxford, Oxford University Press, 2002. p.311–35.
2. Mann JM, Tarantola D. AIDS in the World. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
3. Tarantola D. Risk and vulnerability reduction in the HIV/AIDS pandemic. *Current Issues in Public Health* 1995;1:176–79.
4. Mann J, Tarantola D. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. Oxford: Oxford University Press, 1996. p.441–76.
5. Gruskin S, Tarantola D. HIV/ AIDS, health and human rights. In: Lamptey P, Gayle H, Mane P, editors. HIV/AIDS Prevention and Care Programs in Resource- Constrained settings: A Handbook for the Design and Management of Programs. Arlington: Family Health International, 2002.
6. The World Bank Annual Report 2000. At: <www.worldbank.org/html/extpb/annrep2000/pdf/appndx/wb_a6.pdf>. Accessed 12 August 2003.
7. Nepal Demographic and Health Survey 2001. Calverton MD: Family Health Division, Department of Health Services Nepal/New ERA/ORC Macro, 2001.
8. Shrestha MP, Mulmi SL, editors. Health in Nepal: Realities and Challenges. Kathmandu: Resource Centre for Primary Health Care, 1997.
9. Chin J. A Reassessment of the HIV/AIDS Situation in Nepal 1999. Family Health International Trip Report. Kathmandu: University of California Berkeley, School of Public Health, October 1999.
10. Richoi Associates, Nagar A, Marga N. Situation Analysis of HIV/AIDS in Nepal. Final Draft. Teku, Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control, December 2000.
11. Mills S, Basnet J, Gurubacharya V. The role of male integration in the spread of HIV and other sexually transmitted infections in rural Nepal. (Submitted for publication 2003).
12. Subedi BK. Seasonal migration in Western Nepal and its relation to HIV transmission. 1993. Cited in [10].
13. Poudel K, Okumura J, Wakai S, et al. HIV/STIs risk behaviours among migrants and nonmigrants in Doti District. Melbourne: Proceedings of the Monitoring of the AIDS Pandemic Network, 4 October 2001. At: <http://www.thebody.com/un aids/pdfs/asia_trends.pdf>. Accessed 25 March 2003.
14. Smith-Estelle A. Sexually transmitted infections among rural women in Nepal: using epidemiology and human rights to address an emerging epidemic. DSc dissertation, Harvard School of Public Health, Boston, 2003.
15. National Center for AIDS and STD Control (Nepal). Strategic Plan for HIV and AIDS in Nepal. 1997–2001. Teku, Kathmandu: Ministry of Health, Department of Health Services, National Center for AIDS and STD Control, 2001.

16. Introduction and Policy Background: National Policies and Plans. In: DoHS Annual Report 2056/57 (1999/2000); [Ministry of Health; 1999]. p.13–19.
17. MEH Consultants (P) Ltd, Research Group for Health Economics and Development. Report of Response Analysis of HIV/AIDS in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control, October 2000.
18. Ministry of Health Nepal. Disease control: AIDS and STD control. In: Department of Health Services Annual Report 2056/57—1999/2000. Kathmandu: MoH, 1999. p.165–71.
19. Murphy H. Interrupting the spread of HIV in Nepal. Final A Smith-Estelle, S Gruskin / Reproductive Health Matters 2003;11(22):142–151 149 Report. Kathmandu: Save the Children/US, April 2001.
20. Ministry of Health Nepal. Development partners: multilateral partners. Department of Health Services Annual Report 2056/57—1999/ 2000. Kathmandu: MoH; 1999. p.249–327.
21. United States Agency for International Development, Nepal. USAID/NEPAL Country Strategic Plan FY 2001–2005. Kathmandu: Nepal, 2000.
22. United Nations Development Programme. Assistance for an expanded rights-based response to the concentrated HIV/AIDS epidemic in Nepal. Project Document. Kathmandu: UNDP, April 2001.
23. Seddon D, Adhikari J, Gurung G. Foreign Labour Migration and the Remittance Economy of Nepal. Norwich: Overseas Development Group, University of East Anglia, July 2000.
24. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN GA Res 2200 (XXI). At: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm>. Accessed 25 March 2003.
25. New ERA (Nepal). Migration Policy in Nepal: Review and Recommendations. Kathmandu: New ERA, June 2000.
26. Treaty of “Peace and Friendship” between the Government of India and the Government of Nepal, 1950. At: <<http://www.nepalicongress.org.np/nepal/peace.html>>. Accessed 25 March 2003.
27. Mbizvo MT, Machezano R, McFarland W, et al. HIV seroincidence and correlates of seroconversion in a cohort of male factory workers in Harare, Zimbabwe. AIDS 1996;10: 895–901.
28. UNAIDS, International Organization for Migration. Migration and AIDS. International Migration 1996; 36(4):445–69.
29. His Majesty’s Government, Ministry of Law and Justice. Constitution of the Kingdom of Nepal 2047 (1990). Kathmandu: Law Books Management Board, 1999.
30. United Nations Children’s Fund. State of the World’s Children 2001. New York: UNICEF, 2001.
31. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. AIDS 1993;1:95–102.
32. Wasserheit JN. Epidemiological synergy interrelationships between

- human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 1992;19:61–77.
33. Comments of the Human Rights Committee: Nepal. Proceedings of the Fifty-second session of the Human Rights Committee; CCPR/C/79/Add.42. 1994 Oct. 11; Nepal.
34. Forum for Women, Law and Development. Mapping of HIV/ AIDS laws and policies. Kathmandu: FWLD, 2001 (Draft).
35. Cook R. Gender, health and human rights. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin M, et al, editors. *Health and Human Rights: A Reader*. New York: Routledge Press, 1999. p.253–64.
36. Women Living Under Muslim Laws. Nepal: Country Code (Eleventh Amendment) Bill and Women’s Rights. At: <<http://www.wluml.org/english/new-archives/nepal/11thamendment.htm>>. Accessed 25 March 2003.
37. Regmi Research (Private) Ltd. Marriage and Conjugal Relations. Nepal Miscellaneous Series. Kathmandu: Regmi Research, 1988.
38. Tomasevski K. Special Rapporteur for Education 1999 Report E/CN.4/1999/49: Economic, Social and Cultural Rights. Proceedings of the Fifty- Fifth Session of the Commission on Human Rights, United Nations Economic and Social Council, 13 January 1999. New York: UN, 1999.



अनचाहे गर्भ की समस्या का सामना कर रही एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए सुरक्षित गर्भपात: एक प्रजनन अधिकार

मारिया डी ब्रुइन*

सारांश :

विश्व में हर वर्ष लगभग 25 लाख एचआईवी बाधित महिलाएं गर्भधारण करती हैं। यूएनएड्स (UNAIDS) यह सिफारिश करता है कि एचआईवी बाधित महिलाओं को अपनी प्रजननशीलता पर नियंत्रण रख पाने में सक्षम होना चाहिए और अगर ये महिलाएं गर्भधारण के बाद संतान पैदा करना चाहें तो वे जन्म लेने वाली संतान में एचआईवी के प्रसार को रोक पाने में भी सक्षम हों। लेकिन इन मामलों के बारे में साहित्यिक समीक्षा से किए जाने से पता चला है कि एचआईवी बाधित महिलाओं में गर्भपात की ओर बहुत कम ध्यान दिया जाता है। इस लेख में बताया गया है कि किस तरह एचआईवी बाधित महिलाओं को सुरक्षित, कानूनी और कम खर्चीली गर्भपात सेवाएं प्राप्त करने में कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है। लेख में बताया गया है कि किस तरह गर्भपात कराने और उसके बाद की देखभाल के लिए आने वाली महिलाओं को एचआईवी के बारे में स्वैच्छिक सलाह मशिवरा और जांच सुविधाएं नहीं मिल पातीं। एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा गर्भधारण करने से बचने के कारण भी दूसरी महिलाओं के समान ही होते हैं, लेकिन साथ ही साथ उनके मन में असुरक्षित सैक्स द्वारा अपने साथी को संक्रमित न करने की इच्छा, गर्भधारण और संतान उत्पन्न करने से अपने स्वास्थ्य पर होने वाले प्रभावों या पैदा होने वाली संतान के संक्रमित होने और उसके भविष्य के बारे में चिंताएं भी रहती हैं। एचआईवी से मुक्त महिलाओं की तुलना में असुरक्षित गर्भपात के बाद एचआईवी बाधित महिलाओं के अधिक रोगग्रस्त रहने की संभावना के बारे में बहुत कम शोध हुए हैं लेकिन साक्ष्यों से ऐसा पता चलता है कि असुरक्षित गर्भपात के कारण एचआईवी बाधित महिलाएं अधिक बीमार होती हैं। जिम्बाब्वे और थाईलैण्ड में किए गए अध्ययन से पता चला है कि कानूनी रूप से गर्भपात की सुविधाओं के न होने या इसके बारे में जानकारी का अभाव होने के कारण संभव है कि एचआईवी बाधित महिलाएं गर्भपात न कराती हों। इस लेख के अंत में यह निष्कर्ष निकाला गया है कि एचआईवी/एड्स से बाधित महिलाएं संतान (कब व कितनी) पैदा करने का निर्णय लेने के अपने अधिकार का प्रयोग करने में सक्षम हों। © 2003 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स। सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : एचआईवी/एड्स, गर्भपात संबंधी नीतियां व कानून, माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी प्रसार की रोकथाम, प्रजनन अधिकार

दिसम्बर 2002 में यूएनएड्स (UNAIDS) संगठन ने यह अनुमान लगाया था कि विश्व में हर वर्ष गर्भधारण करने वाली 200 मिलियन महिलाओं में से लगभग 2.5 मिलियन महिलाएं एचआईवी बाधित होती हैं; प्रभावी रोकथाम उपायों के अभाव में माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी के प्रसार के जोखिम के बारे में सभी को जानकारी है¹। यूएनएड्स (UNAIDS) ने यह भी कहा है कि प्रसव पूर्व/ प्रसव केन्द्रों और एचआईवी की रोकथाम के स्वास्थ्य केन्द्रों तथा प्रजनन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सेवाओं के माध्यम से यह सुनिश्चित किया जाए कि “महिलाओं को अपनी एचआईवी की स्थिति को जानने या न जानने का अधिकार हो; उन्हें अपनी प्रजननशीलता को नियंत्रित करने की छूट हो; वे सुरक्षित और कानूनी गर्भपात सेवाओं के माध्यम से गर्भपात करवा सकें; और यदि वे एचआईवी बाधित हों और संतान पैदा करना चाहें तो माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए उपलब्ध दवाओं और दूसरी चिकित्सा सुविधाओं का पूरा लाभ उठा सकें”। माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम, खासकर एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं का प्रयोग एचआईवी/एड्स से संबंधित अनेक सरकारी नीतियों का प्रमुख अंग बन गया है और धनदाताओं ने माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए चलाए जा रहे कार्यक्रमों के लिए दी जाने वाली धनराशि में बहुत अधिक वृद्धि की है। एचआईवी के संदर्भ में गर्भनिरोधक उपायों पर किए गए शोध से पता चलता है कि लगभग सभी गर्भनिरोधक उपाय

एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए भी प्रभावी होते हैं, हालांकि कई प्रश्न ज्यों के त्यों बने हुए हैं, जैसे कि हार्मोन आधारित गर्भनिरोधकों के बारे में और एचआईवी के प्रसार और इसकी वृद्धि से संबंधित प्रश्न। एचआईवी बाधित महिलाओं में अनचाहे गर्भाधान और गर्भपात कराने के विषयों पर बहुत कम ध्यान दिया गया है।

इस लेख में एचआईवी/एड्स से बाधित महिलाओं में अनचाहे गर्भाधान और गर्भपात के विषय में साहित्यिक पुनरीक्षा के परिणामों को संक्षेप में बताया गया है। इस विवरण को पाने के लिए मेडलाइन*, पॉपलाइन*, सोशियोफाइल* तथा साइकीइन्फो* प्रकाशनों के आंकड़ों को खोजा गया, बहुत सी इंटरनेट वेब-साइट देखी गईं और 1999 से 2002 के बीच एड्स के बारे में आयोजित अनेक अंतरराष्ट्रीय सम्मेलनों के ब्यौरे को पढ़ा गया। इसके लिए जुलाई 2003 में गर्भपात और एचआईवी/एड्स के विषय पर उपलब्ध इलैक्ट्रॉनिक डेटा-बेस या आंकड़ों का अध्ययन भी किया गया। चूंकि गर्भपात के बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध थी इसलिए समाचार पत्रों में छपे लेखों और इंटरनेट पर उपलब्ध ई-मेल समूहों की जानकारी को भी इसमें शामिल किया गया। कुल मिलाकर इस पुनरीक्षा के लिए लगभग 270 दस्तावेजों का अध्ययन किया गया।

यहाँ यह जानना जरूरी है कि गर्भावस्था के परिणामों पर चर्चा करते हुए बहुत से शोधकर्ता अपनी इच्छा से कराए गए गर्भपात और स्वयं होने वाले गर्भपात के बीच अंतर नहीं करते। जिन देशों

* कितानें

में गर्भपात कानून बहुत कड़े हैं वहाँ संभव है कि बहुत से अस्पतालों में कराए जाने वाले गर्भपात की घटनाओं को मिसकैरेज या स्वयं होने वाले गर्भपात के रूप में दर्ज किया जाता हो ताकि बाद में अस्पतालों के आंकड़ों का अध्ययन करने वाले शोधकर्ताओं को पर्याप्त आंकड़े न मिल पाएं। इन्हीं कारणों से यह संभव है कि एचआईवी बाधित महिलाओं में स्वयं होने वाले गर्भपात और अपनी इच्छा से कराए जाने वाले गर्भपात के मामलों के आंकड़े पूरे न हों।

एचआईवी जाँच व परामर्श: प्रसव पूर्व जाँच और गर्भपात केन्द्रों की स्थिति में अंतर

गर्भधारण के कारण माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण को कम करने का समर्थन करने के लिए यूएनएड्स तथा दूसरे संगठनों ने यह सिफारिश की है कि प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में आने वाली गर्भवती महिलाओं को स्वैच्छिक आधार पर एचआईवी जाँच व परामर्श सेवाएं दी जानी चाहिए। फिर भी जहाँ इस तरह की नीतियाँ विद्यमान हैं वहाँ पर भी संभव है कि गर्भपात और इसके बाद की देखभाल के लिए आने वाली महिलाओं को एचआईवी की जाँच और परामर्श सेवाएं न दी जाती हों।

उदाहरण के लिए, यूनाइटेड किंगडम के स्वास्थ्य विभाग ने 1999 में प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में एचआईवी की जाँच किए जाने के बारे में दिशा निर्देश जारी किए थे लेकिन यह निर्देश गर्भपात करने वाले केन्द्रों पर लागू नहीं किए गए थे। हालांकि, अगस्त 2002 में जारी संशोधित अधिसूचना के अनुसार गर्भपात के लिए भरे जाने वाले प्रपत्र में अब यह बताना ज़रूरी हो गया है कि क्या

लाभार्थी को क्लैमाइडिया संक्रमण की जाँच सेवाएं दी गई थीं अथवा नहीं। लंदन में गर्भपात सेवाएं देने वाले 5 केन्द्रों में 141 महिलाओं पर किए गए सर्वेक्षण से पता चला कि 39.8 प्रतिशत रोगियों में एचआईवी संक्रमण का कम से कम एक जोखिम पाया गया। 73 प्रतिशत से कुछ अधिक महिलाओं ने कहा कि वे गर्भपात केन्द्रों में एचआईवी की जाँच और परामर्श सेवाएं पाने की इच्छुक होंगी।

दक्षिण-पूर्वी फ्रांस में किए गए शोध कार्यों से पता चला है कि 1996 में स्त्री रोग विभाग एवं प्रसूति केन्द्रों तथा गर्भपात क्लीनिकों में आने वाली केवल 50 प्रतिशत महिलाओं को गर्भपात कराने पर एचआईवी जाँच सेवाएं दी गई थीं हालांकि 1992 की तुलना में इस अनुपात में वृद्धि देखी गई थी। स्वीडन में लगभग सभी प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों में एचआईवी जाँच सुविधाएं दी जाती हैं लेकिन हर गर्भपात केन्द्र में यह सेवाएं नहीं दी जातीं। गर्भपात केन्द्रों में आने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं को गर्भपात कराने के निर्णय पर पुनर्विचार करने का अवसर दिया जाता है लेकिन आमतौर पर गर्भपात के समय तक एचआईवी जाँच के परिणाम उपलब्ध नहीं हो पाते। अप्रैल, 1999 से मार्च 2000 के बीच न्यू कैलिडोनिया में गर्भवती महिलाओं की एचआईवी जाँच किए जाने के आंकड़े एकत्रित करने वाले शोधकर्ताओं ने पाया कि शिशु को जन्म देने वाली 88.6 प्रतिशत महिलाओं की तुलना में गर्भपात कराने वाली केवल 1.9 प्रतिशत महिलाओं की एचआईवी जाँच की जाती थी। शोधकर्ताओं ने यह अनुमान लगाया कि गर्भपात के लिए आने वाली महिलाओं में एचआईवी जाँच किए जाने का यह कम स्तर

केवल जाँच के लिए मना करने के कारण नहीं था बल्कि इसका कारण यह भी था कि एचआईवी जाँच और परामर्श सेवाएं व्यवस्थित रूप से नहीं दी जा रही थी¹²।

प्रसव से पूर्व एचआईवी जाँच सेवाएं देने पर यह संभव है कि स्वास्थ्य सेवाप्रदाता परामर्श के माध्यम से महिला को निर्देश देने लगें। भारत, रूस, थाईलैण्ड, यूक्रेन और अमरीका से मिली रिपोर्टों से पता चलता है कि कुछ स्वास्थ्य सेवाप्रदाता एचआईवी बाधित महिलाओं पर दबाव डालते हैं कि वे गर्भपात और नसबन्दी करवा लें¹³⁻¹⁹। इसके साथ ही साथ अब इस तरह के संकेत भी मिल रहे हैं कि माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए चलाए जाने वाले कार्यक्रमों के शुरू होने के बाद से, स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के दृष्टिकोण में परिवर्तन हो रहा है। फ्रांस और स्वीडन जैसे देश इस बदलाव के अच्छे उदाहरण हैं¹⁰⁻¹¹। यूएनएड्स (UNAIDS) और संयुक्त राष्ट्र के मानवाधिकार उच्चायोग कार्यालय ने 1998 में यह कहा कि एचआईवी बाधित महिलाओं पर गर्भपात कराने के लिए दबाव डालना मानवाधिकारों का हनन है। उन्होंने यह भी कहा कि :

“महिलाओं के प्रजनन और यौन अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए कानून बनाए जाने चाहिए। इनमें स्वतंत्र रूप से प्रजनन एवं संक्रामक रोगों के बारे में स्वास्थ्य जानकारी और सेवाओं तक पहुँच, सुरक्षित एवं कानूनी गर्भपात सहित गर्भनिरोधन के उपायों की उपलब्धता और इनमें से किसी भी विकल्प को चुनने की स्वतंत्रता, अपनी संतान की संख्या और उनके जन्म में अंतर

कर पाने का अधिकार, सुरक्षित यौन व्यवहारों की मांग करने का अधिकार, वैवाहिक संबंधों या इसके अतिरिक्त दूसरे संबंधों में यौन हिंसा होने पर कानूनी सुरक्षा का अधिकार, जिसमें वैवाहिक संबंधों में होने वाले बलात्कार के लिए प्रावधान शामिल हों, से जुड़े कानून भी बनाए जाने चाहिए²⁰।

विश्व स्वास्थ्य संगठन ने कहा है कि :

“जहाँ गर्भपात कराना कानूनी और स्वीकार्य हो, वहाँ महिलाओं को यह विकल्प दिया जा सकता है। बहुत सी महिलाओं को गर्भावस्था के दौरान अपने एचआईवी बाधित होने का पता चलता है और समय रहते जाँच परिणाम न मिल पाने के कारण उनका गर्भपात नहीं हो सकता। यदि गर्भपात का विकल्प उपलब्ध हो तो महिला या उस दम्पति को पूरी जानकारी दी जानी चाहिए ताकि वे हर विकल्प को समझ कर स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं और परामर्शदाताओं के प्रभाव से मुक्त रह कर अपनी इच्छानुसार निर्णय ले सकें²¹।

एचआईवी बाधित महिलाओं में अनचाहा गर्भधारण

यूरोपीय क्षेत्र की 449 महिलाओं के बीच किए गए एक अध्ययन से पता चला है कि एचआईवी रोग के बढ़ने के साथ-साथ महिलाओं में गर्भधारण की घटनाओं में कमी देखी गई है। एचआईवी की जाँच से पहले भी स्वयं गर्भपात कराने की अधिक घटनाओं में, एचआईवी की पुष्टि होने के बाद और अधिक वृद्धि हुई है। अकेली महिलाओं तथा 15-25 आयु वर्ग की एक से अधिक यौन साथी वाली महिलाओं में यह वृद्धि विशेष रूप से देखी गई²²। यूनाइटेड किंगडम/आयरलैण्ड में किए गए

एक अध्ययन से पता चला कि माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण रोकथाम कार्यक्रमों से पहले और बाद में भी, एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा गर्भपात कराए जाने की दर एक समान बनी रही²³। एक अन्य शोध कार्य से यह भी पता चला है कि अब ज़्यादा एचआईवी बाधित महिलाएं अपनी गर्भावस्था को पूरा कर संतान को जन्म देने का निर्णय ले रही हैं। अमरीका में किए गए एक अध्ययन में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रमों को लागू करने से पहले और बाद की स्थिति में महिलाओं द्वारा गर्भपात या नसबन्दी कराए जाने की घटनाओं की तुलना की गई। इस अध्ययन से पता चला कि नसबन्दी की दर में हालांकि कोई परिवर्तन नहीं हुआ था लेकिन गर्भावस्था के दौरान एंटी रेट्रो-वायरल उपचार उपलब्ध होने के बाद अब कम संख्या में महिलाएं गर्भपात कराने का निर्णय ले रही थीं²⁴। कनाडा में 1993 से 1997 के बीच 11 शहरों में किए गए अध्ययन में पाया गया कि जन्म के बाद होने वाले संक्रमण की रोकथाम में एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं से उपचार की प्रभावशीलता के बारे में किए गए अध्ययन के परिणामों के प्रकाशित होने के बाद गर्भपात कराने वाली महिलाओं के अनुपात में बहुत अधिक कमी हुई थी²⁵। फ्रांस के दो केन्द्रों में 1985 से 1997 के बीच चलाए गए अध्ययन से शोधकर्ताओं को पता चला कि माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रमों से पहले गर्भपात कराए जाने की दर 59.4 प्रतिशत थी, जो इन कार्यक्रमों के लागू होने के बाद घट कर 37.5 प्रतिशत रह गई थी²⁶। लंदन के दो स्वास्थ्य केन्द्रों और गैर सरकारी

संगठनों द्वारा चुनी गई एचआईवी बाधित महिलाओं से साक्षात्कार करने पर पता चला कि एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की उपलब्धता संभव होने के बाद कुछ महिलाओं में गर्भधारण करने की संभावनाएं बढ़ गई थी जबकि दूसरी महिलाओं ने शिशु को होने वाले संक्रमण और अपनी आयु में संभावित कमी को देखते हुए संतान उत्पन्न न करने का फैसला किया था²⁷। कुछ मामलों में महिलाओं का मानना था कि गर्भपात कराना गलत होता है और इसीलिए उन्होंने अपनी गर्भावस्था को जारी रखा^{11,28}।

फिर भी, कुछ एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा गर्भवती न होने के कारण भी दूसरी महिलाओं के समान ही होते हैं, विशेषकर यदि पहले से ही उनकी कोई संतान हो तो। भारत, स्वीडन, अमरीका, थाईलैण्ड और ज़िम्बाब्वे में महिलाओं ने इसका कारण बताते हुए कहा है कि वे असुरक्षित सैक्स से अपने यौन साथी को संक्रमित करने का दोष अपने ऊपर नहीं लेना चाहती, अपनी वर्तमान संतान के लालन-पालन पर ध्यान देना चाहती हैं, गर्भधारण और शिशु के जन्म से अपने स्वास्थ्य पर पड़ने वाले दुष्प्रभावों के बारे में चिन्ता करती हैं और उनके मन में जन्म देने वाले शिशु के संक्रमित होने और उसके भविष्य को लेकर चिन्ताएं रहती हैं^{11,27-35}।

स्कॉटलैण्ड³⁶ और अमरीका^{37,38} में यह देखा गया है कि कुछ एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा गर्भावस्था को समाप्त करने का निर्णय उनके पहले करवाए गए गर्भपात के परिणामों से भी प्रभावित था। हालांकि इन अध्ययनों में शामिल अधिकांश महिलाओं द्वारा अवैध मादक दवाओं

के प्रयोग का पता चला है और इसलिए इस अध्ययन के नतीजों से सभी के लिए समान निष्कर्ष नहीं निकाले जा सकते। नाइजीरिया में हाल ही में हुए एक अध्ययन में पहले हुए गर्भपात के परिणामों और वर्तमान में गर्भ को समाप्त कराने के निर्णय को लेकर एचआईवी बाधित और एचआईवी मुक्त महिलाओं में कोई अंतर नहीं पाया गया³⁹।

कुछ मामलों में यह देखा गया है कि लंबे समय से अपने एचआईवी बाधित होने की जानकारी रखने वाली महिलाओं की तुलना में प्रसव पूर्व जाँच केन्द्र में एचआईवी जाँच होने और स्वयं को एचआईवी बाधित पाने वाली महिलाएं गर्भावस्था को समाप्त करने के लिए अधिक इच्छुक होती हैं^{22,40,41}। हालांकि दूसरे कुछ अध्ययनों से इससे ठीक विपरीत व्यवहारों का पता चलता है। औद्योगिक देशों में एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की गर्भावस्था के परिणामों पर किए गए शोध कार्यों में आमतौर पर अनेक तरह के जोखिम की स्थितियों का सामना करने वाली महिलाओं को भी शामिल किया जाता है। इनमें मादक पदार्थों का सेवन करने वाली, यौन व्यवसाय से जुड़ी महिलाओं को भी शामिल किया जाता है जिनकी स्थिति एचआईवी के अतिरिक्त दूसरे कारणों से भी प्रभावित होती है। मादक पदार्थों का सेवन, यौन कर्म और निर्धनता आदि महिलाओं द्वारा गर्भावस्था को समाप्त करने के निर्णय में महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकते हैं⁴⁴⁻⁴⁶।

आम महिलाओं की तरह, एचआईवी/एड्स बाधित महिलाओं को भी बलात्कार, गर्भनिरोधक की विफलता, गर्भनिरोधकों के उपलब्ध न होने

या साथी द्वारा इसका प्रयोग न करने जैसे कारणों से भी अनचाहे गर्भ की स्थिति का सामना करना पड़ सकता है। अप्रैल 1999 से मार्च 2000 के बीच कोत'दी आइवर के आबिदजान नगर में चलाई गई ANRS 049 DITRAME परियोजना के अंतर्गत माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम कार्यक्रम में 149 एचआईवी बाधित महिलाओं के प्रसव के बाद उनका अध्ययन किया गया। इसमें यह पाया गया कि इस समय के दौरान सीमित गर्भनिरोधक सेवाएं उपलब्ध थीं और केवल 39 प्रतिशत महिलाएं किसी आधुनिक गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग कर रही थीं। फॉलो-अप समय के दौरान गर्भधारण की 37 घटनाएं हुईं जिनमें से 51 प्रतिशत अनचाहे गर्भ के मामले थे और गर्भपात पर कानूनी प्रतिबंध होने के बाद भी इनमें से 68 प्रतिशत मामलों में गर्भपात कराया गया था⁴⁷।

एचआईवी बाधित महिलाओं में गर्भपात से संबंधित जटिलताएं

यह जानने के लिए बहुत कम अनुसंधान हुए हैं कि एचआईवी मुक्त महिलाओं की तुलना में एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा गर्भपात कराए जाने के बाद उन्हें अधिक रोगों का सामना करना पड़ता है। जर्मनी में 1989 से 1999 के बीच स्त्रीरोग एवं प्रसूति से जुड़े 235 ऑपरेशनों के बाद एचआईवी बाधित और एचआईवी मुक्त महिलाओं में रोग उत्पन्न होने की आशंका को जानने के लिए एक अध्ययन किया गया। इन 235 ऑपरेशनों में से 72 को छोटा ऑपरेशन माना गया था जिनमें गर्भपात व क्यूरेटाज जैसी प्रक्रियायें की गई थीं। नसबन्दी या ऑपरेशन से शिशु का जन्म कराए

जाने (OR, 3.6; p=.001) तथा क्यूरेटाज (OR, 7.7; p=.06) के लिए किए गए पेट के ऑपरेशन के बाद अधिक जटिलताएं देखी गई थीं। एचआईवी बाधित महिलाओं में जटिलताएं होने का जोखिम पेट के ऑपरेशन के लिए इन महिलाओं की रोग प्रतिरोधक क्षमताओं के अनुसार था। इस अध्ययन के शोधकर्ताओं ने यह पाया कि एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं से उपचार तथा ऑपरेशन के बाद संक्रमण रोकने के लिए मानक एंटीबायोटिक दवाएं दिए जाने से भी इन जटिलताओं का खतरा कम नहीं हुआ था। शोधकर्ताओं का विचार था कि प्रसूति ऑपरेशनों के बाद दिए जाने वाले मानक एंटीबायोटिक ही एचआईवी बाधित महिलाओं में संक्रमण को रोकने के लिए पर्याप्त नहीं थे⁴⁸। इसके अतिरिक्त उन्होंने यह निष्कर्ष भी निकाला कि एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में क्यूरेटाज की बजाए वैक्युम एस्पिरेशन तकनीक द्वारा गर्भपात किए जाने चाहिए।

यूगाण्डा के कम्पाला शहर में जुलाई, 1996 से जून 1997 के बीच अधूरे गर्भपात के उपचार के लिए आने वाली महिलाओं का अध्ययन किया गया। इस अध्ययन में शोधकर्ताओं ने गर्भाशय में किसी भी तरह के संक्रमण के लक्षण न दिखाई देने वाली 106 महिलाओं की तुलना गर्भाशय में संक्रमण (एंडोमैट्राइटिस-मयोमैट्राइटिस) वाली 52 महिलाओं से की और यह पाया कि एचआईवी की स्थिति से संक्रमण होने के जोखिम पर कोई विशेष प्रभाव नहीं पड़ता। इसके साथ ही साथ लेकिन उन्होंने यह भी देखा कि बैक्टीरियल वैजीनॉसिस या योनि में संक्रमण (एचआईवी बाधित महिलाओं में यह स्थिति आमतौर पर देखी जाती

है) होने से गर्भपात के बाद महिलाओं में संक्रमण होने की आशंका बढ़ जाती है। इस अध्ययन में शामिल 23 प्रतिशत महिलाओं को सैप्टिसिमिया, पैरीटॉनिटिस और पैल्विक एब्सेस जैसे जीवन को जोखिम में डालने वाले संक्रमण का सामना करना पड़ा था⁴⁹। ऐसे देशों में जहाँ गर्भपात पर बहुत से प्रतिबंध लगाए जाते हैं या जिन देशों में कानूनी गर्भपात सेवाएं ले पाना कठिन होता है उन देशों के लिए यह कहना गलत नहीं होगा कि असुरक्षित गर्भपात कराने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं को एचआईवी मुक्त महिलाओं की तुलना में जीवन को जोखिम में डालने वाले सैप्टिस जैसे संक्रमण, बहुत ज़्यादा खून बहने या गर्भाशय के फटने जैसी स्थितियों का सामना करना पड़ सकता है।

यह सुझाव भी दिया गया है कि एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए ऑपरेशन द्वारा गर्भपात किए जाने की अपेक्षा दवाओं से गर्भपात कराना बेहतर विकल्प हो सकता है⁵⁰। इसके लिए अभी और अधिक शोध की आवश्यकता होगी क्योंकि दवाओं से गर्भपात कराए जाने पर मितली और उल्टी होने तथा कभी-कभी बहुत अधिक रक्तस्राव होने जैसे दुष्प्रभाव हो सकते हैं⁵¹ जिनसे समस्याएं उत्पन्न हो सकती हैं। उदाहरण के लिए उल्टी होने के कारण एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं द्वारा किए जा रहे उपचार पर विपरीत प्रभाव पड़ सकता है। बहुत अधिक रक्तस्राव की समस्या जो आमतौर पर कम महिलाओं में देखी जाती है, चिकित्सीय और ऑपरेशन द्वारा गर्भपात, दोनों स्थितियों में उत्पन्न हो सकती है। एचआईवी बाधित महिलाओं में अनेक कारणों से खून की कमी होने का

जोखिम भी बढ़ जाता है। इसमें गर्भावस्था के दौरान मलेरिया होना भी शामिल है^{52,53}। यही कारण है कि अधिक रक्तस्राव भी एक बड़ा जोखिम बन सकता है और इसका बिना विलंब किए उपचार किया जाना चाहिए। दवाओं के प्रयोग से गर्भपात किए जाने की कई प्रक्रियाओं में गर्भपात कराने वाली महिला डॉक्टर द्वारा गर्भपात की प्रक्रिया पूरी होने का निश्चय कर लेने से पहले ही घर जा सकती है। विश्व स्वास्थ्य संगठन का मानना है कि इस तरह की चिकित्सा पद्धति की सुरक्षा और उपयुक्तता की दोबारा जाँच होनी चाहिए⁵¹। एचआईवी बाधित ग्रामीण महिलाओं के लिए यह स्थिति विशेष रूप से विकट हो सकती है जिनके लिए 10-15 दिन बाद दोबारा स्वास्थ्य केन्द्र में गर्भपात की पुष्टि कराने के लिए आना मुश्किल हो सकता है।

गर्भपात : कानूनी और वित्तीय समस्याएं

एचआईवी बाधित महिलाओं को आमतौर पर गर्भपात कराने के लिए सुरक्षित विकल्प नहीं मिल पाते। प्रजननशील आयु की महिलाओं में एचआईवी के अधिक प्रसार वाले बहुत से देशों में अधिकांश महिलाओं को सुरक्षित गर्भपात की सुविधा नहीं मिल पाती। वर्ष 1999 और वर्ष 2000 के आरंभ में किए गए एक अध्ययन के अंतर्गत 49 विकासशील देशों में स्वास्थ्य सेवा विशेषज्ञों से अपने देश की 81 मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाओं का आकलन कर श्रेष्ठता के क्रम में रखने के लिए कहा गया। इन विशेषज्ञों के अनुसार महिलाओं को सबसे कम उपलब्ध हो पाने वाली सेवाओं में सुरक्षित गर्भपात सेवाएं प्रमुख थीं। ग्रामीण इलाकों में महिलाओं के लिए गर्भपात के

बाद होने वाली जटिलताओं के लिए मिलने वाली सुविधाओं का क्रम 81 में 78वां था जबकि शहरी क्षेत्रों की महिलाओं के लिए इन सेवाओं का क्रम 81 में से 17वां था⁵⁴। जिन देशों में गर्भावस्था के कारण महिला के जीवन को उत्पन्न होने वाले खतरे के कारण गर्भपात की कानूनी अनुमति दी जाती है वहाँ भी महिलाएं इस नियम से अनजान होती हैं और जानकारी के अभाव में वे सुरक्षित गर्भपात या इसके बाद की देखभाल सेवाएं नहीं ले पातीं। वे गर्भपात पर होने वाले अधिक खर्च या गर्भपात कराने वाले स्वास्थ्यकर्मियों के व्यवहार के कारण भी ये सेवाएं नहीं ले पातीं।

गर्भधारण और एचआईवी की जानकारी देने के लिए तैयार कुछ लेखों या साहित्य में गर्भपात जैसे विषयों को सीधे-सीधे उठाया जाता है⁵⁵⁻⁵⁸ जबकि कुछ दूसरे लेखों में इसका जिक्र भी नहीं किया जाता। उदाहरण के लिए अमरीका के रोग नियंत्रण एवं रोकथाम केन्द्र द्वारा गर्भवती महिलाओं की एचआईवी जाँच के लिए जारी संशोधित दिशा-निर्देशों (2001) में केवल यह कहा गया है: “एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं को सभी प्रजनन विकल्पों के बारे में जानकारी दी जानी चाहिए। प्रजनन विषयों पर दिए जाने वाले परामर्श के अंतर्गत उन्हें निर्देश नहीं दिए जाने चाहिए। स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को उन सभी प्रश्नों की जानकारी होनी चाहिए जो एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा किसी भी निर्णय को लेते समय उनके मन में आते हैं। स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को चाहिए कि वे महिलाओं द्वारा लिए गए निर्णय का समर्थन करें”⁵⁹। अमरीका में संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में एचआईवी बाधित महिलाओं के

लिए परिवार नियोजन और प्रजनन स्वास्थ्य के एक ऑनलाइन पाठ्यक्रम में भी इस विषय पर कोई चर्चा नहीं की गई है³।

कानूनी रूप से गर्भपात करा पाने की सुविधा और इस बारे में जानकारी उपलब्ध न होने से संभव है कि एचआईवी बाधित महिलाएं अनचाहे गर्भ का गर्भपात सुरक्षित रूप से या अन्यथा न भी करा पाएं। ज़िम्बाब्वे में किए गए अध्ययन से पता चला है कि हालांकि एचआईवी बाधित महिलाएं गर्भपात कराने की इच्छुक होती हैं लेकिन वे अपनी इस इच्छा को पूरा नहीं कर पातीं क्योंकि गर्भनिरोधन और गर्भपात कराने के बारे में वे स्वतंत्र रूप से निर्णय नहीं ले पातीं। इन सेवाओं की अधिक लागत भी इसका एक कारण होता है²⁹⁻³¹। वर्ष 2000-01 में थाईलैण्ड के फायायो राज्य में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रम में आने वाली 50 महिलाओं से साक्षात्कार किया गया। इनमें से 30 महिलाओं ने बताया कि उन्होंने अपना गर्भपात करा लेने का मन बनाया था। 3 महिलाओं ने कहा कि गर्भपात की अधिक लागत के कारण उन्होंने अपना यह विचार त्याग दिया था। 4 महिलाओं का गर्भपात असफल रहा था और अस्पताल के कर्मचारियों ने बाद में इनमें से 2 महिलाओं का गर्भ पूरी तरह समाप्त करने से इंकार कर दिया था। एक महिला ने अपनी कुछ एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं का सेवन यह सोचकर नहीं किया था कि कहीं इससे भ्रूण या गर्भस्थ शिशु की मृत्यु न हो जाए। एक अन्य महिला ने बताया कि किस तरह उसने दवाई खाकर स्वयं ही गर्भपात करने की कोशिश की थी; बाद में वह एक निजी चिकित्सक के पास

गई जिसने उसका गर्भपात करने से मना कर दिया क्योंकि उसके गर्भ को 4 महीने पूरे हो चुके थे। फिर इस निजी चिकित्सक द्वारा रैफर किए जाने पर यह महिला एक निजी अस्पताल में गई जहाँ उसे गर्भपात कराने के लिए 7500 भाथ (थाई करेंसी) का भुगतान करने के लिए कहा गया था। उसके पास केवल 6500 भाथ थे इसलिए अस्पताल ने गर्भपात करने से मना कर दिया²⁸। इसी तरह थाईलैण्ड के दो क्षेत्रों में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रमों का सरकारी आकलन किए जाने पर पता चला कि 54 में से 28 (52 प्रतिशत) एचआईवी बाधित महिलाओं ने, जिन्हें जाँच के बाद एचआईवी के बारे में सलाह दी गई थी, अपना गर्भपात कराने की इच्छा व्यक्त की थी लेकिन उन्होंने ऐसा नहीं किया⁶⁰। यद्यपि अमरीका में गरीब और एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए निजी चिकित्सकों से गर्भपात कराने की लागत बहुत अधिक हो सकती है, फिर भी जनवरी, 2002 में 28 राज्यों में महिलाओं को सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत गर्भपात सेवाएं नहीं मिल पाई थीं। उन्हें इस योजना के तहत यह सेवाएं केवल बलात्कार, निकट संबंधियों द्वारा सैक्स किए जाने या जीवन संकट में पड़ने की स्थिति पर ही मिल सकती थीं⁶¹।

कुछ स्वास्थ्यकर्मियों को एचआईवी का संक्रमण हो जाने से डर लगता है और वे किसी भी तरह के प्रसूति संबंधी ऑपरेशन नहीं करना चाहते खासकर ऐसी स्थिति में जब उन्हें एचआईवी बाधित महिलाओं का उपचार करने का बहुत अधिक अनुभव नहीं होता। 1980 के दशक के

अंतिम वर्षों में न्यूयॉर्क शहर में किए गए एक सर्वेक्षण से पता चला कि 30 स्वास्थ्य केन्द्रों और निजी चिकित्सकों में से 20 ने गर्भपात के लिए आने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं से मिलने से मना कर दिया था। इन 20 में से 12 ने कहा कि वे संक्रमण को रोक पाने में पूरी तरह सक्षम नहीं थे और इसीलिए उन्होंने ऐसा किया⁶²। इसी तरह 2002 में भारत की दो नर्सों ने निम्नलिखित जानकारी दी:

“मैं मुम्बई के एक मशहूर अस्पताल में नर्स के पद पर नियुक्त थी और मुझे अपने एचआईवी बाधित होने की जानकारी तब मिली जब अचानक मेरा गर्भपात हो गया। मेरा खून बहुत तेजी से बह रहा था लेकिन स्त्रीरोग विशेषज्ञ ने मुझे हाथ लगाने से भी मना कर दिया। मुझे एक सरकारी अस्पताल में ले जाया गया लेकिन वहाँ भी मुझे इसी तरह का अनुभव हुआ”⁶³।

“मैंने अपना गर्भपात खुद ही कर लिया। अस्पताल ने मुझे भर्ती करने से मना कर दिया था ख़रख़ मैंने अपनी योनि में दवा की गोलियाँ डालकर खुद ही गर्भपात कर लिया। कुल मिलाकर मैंने उस गोली के लिए लगभग 2000 रुपए का भुगतान किया। मुझे इसमें बहुत दर्द हुआ और इसलिए मैंने कुछ दर्दनिवारक दवाएं भी खाईं। एक डॉक्टर जो पहले कभी इंग्लैंड से दवा का सैम्पल लाई थी उसने वह दवा मुझे बेच दी। मैंने इसके लिए भुगतान किया और बाद में मुझे पता चला कि वह दवा तो मुफ्त दिया जाने वाला सैम्पल था”⁶⁴।

वर्ष 2000 में थाईलैण्ड द्वारा माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के राष्ट्रीय कार्यक्रम

को आरंभ करने से कुछ पूर्व 1999 तक 37 से 52 प्रतिशत डॉक्टर गर्भवती महिलाओं को एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं नहीं देते थे। उनके द्वारा यह दवाएं न दिए जाने का कारण यह था कि छोटे अस्पतालों में काम करने के कारण वे इन दवाओं की प्रक्रिया से पूरी तरह जानकार नहीं थे। यह पूछे जाने पर कि एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए “गर्भपात” ही एकमात्र उचित विकल्प हो सकता है, 41 प्रतिशत स्त्रीरोग विशेषज्ञ और 33 प्रतिशत सामान्य चिकित्सक इससे सहमत हुए⁶⁵। बहुत से चिकित्सक तो एचआईवी बाधित महिलाओं की पैल्विक जाँच करने के लिए भी तैयार नहीं थे (15 प्रतिशत)। 28 प्रतिशत ने योनि मार्ग से प्रसव और 37 प्रतिशत ने ऑपरेशन द्वारा प्रसव कराने से मना कर दिया। थाईलैण्ड की मेडिकल काउन्सिल के सामने 2001 से एक प्रस्ताव विचार के लिए लंबित पड़ा है जिसके द्वारा थाईलैण्ड के गर्भपात नियमों में संशोधन किया जाना है। इस प्रस्ताव में भी एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए गर्भपात की सुविधा देने की बात नहीं कही गई है⁶⁶।

एचआईवी बाधित महिलाओं की सुरक्षित गर्भपात सुविधाओं तक पहुँच को बढ़ाना

राजनीतिज्ञों के मन में गर्भपात जैसे संवेदनशील विषयों को लेकर बहुत अधिक हिचकिचाहट होती है और यही कारण है कि वे प्रजनन स्वास्थ्य के इस महत्वपूर्ण विषय को हल करने के प्रयास नहीं कर पाते। उदाहरण के लिए विकासशील देशों की मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उपरोक्त वर्णित आकलन में विशेषज्ञों ने पाया कि गर्भपात के बाद होने वाली जटिलताओं के इलाज की सरकारी मंजूरी नीतिगत प्राथमिकताओं में नीचे से दूसरे स्तर पर

थी⁵⁴। यदि एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों के संदर्भ में और अन्यथा भी महिलाओं में रोग की स्थिति और मृत्यु की दर को कम करना है तो यह जरूरी है कि असुरक्षित गर्भपात की समस्या को हल किया जाए। फिट्ज़जैराल्ड और बेहत्स ने हाल ही में देश का नाम न बताते हुए एक एचआईवी बाधित महिला के मामले की जानकारी दी जिसने स्वास्थ्य केन्द्र में चलाए जा रहे प्रयोग के दौरान शोधकर्ताओं को बताया कि वह जल्द ही गैर कानूनी रूप से गर्भपात कराएगी; कुछ ही दिनों बाद उस महिला की अस्पताल में असुरक्षित गर्भपात के बाद सैप्टिक-शॉक के कारण मृत्यु हो गई। इन शोधकर्ताओं ने इस पर टिप्पणी करते हुए कहा:

“ यह तो स्पष्ट है कि एचआईवी की रोकथाम के लिए शोध कर रहे शोधकर्ताओं से हम यह आशा नहीं कर सकते कि वे गर्भपात के अधिकार जैसे नैतिक विषयों से जुड़ी धारणाओं को हल कर सकें। लेकिन फिर भी यदि शोधकर्ता प्रजननशील आयु की महिलाओं को स्वास्थ्य केन्द्र में चलाए जा रहे प्रयोगों में शामिल करते हैं तो वे इस तरह के विषयों को अनदेखा नहीं कर सकते। अब प्रश्न यह उठता है कि शोधकर्ता किसी ऐसे विकासशील देश में जहाँ प्रतिबंधक प्रजनन कानून हों, किसी महिला के हितों की रक्षा किस तरह कर सकते हैं”⁶⁷ ?

यहाँ यह प्रश्न भी उठाया जा सकता है कि क्या राष्ट्रीय कानूनों में यह निर्धारित किया जाए कि एचआईवी या एड्स होने पर गर्भपात कराया जाए। ऐसा करने से यह हो सकता है कि इस तरह के कानून के बनने के बाद इसका प्रयोग एचआईवी बाधित महिलाओं पर गर्भपात कराने के लिए

दबाव डालने हेतु किया जाए⁶⁴। फिर भी, कानूनी विशेषज्ञों का मानना है कि ऐसे देशों में जहाँ जीवन रक्षा करने या महिला के स्वास्थ्य की रक्षा के लिए गर्भपात की अनुमति दी जाती हो, वहाँ एचआईवी बाधित महिलाओं को गर्भपात करा पाने की स्वतंत्रता होनी चाहिए⁶⁸। उदाहरण के लिए कोई एचआईवी बाधित महिला यदि टीबी और अन्य संक्रमणों से जूझ रही हो तो संभव है कि वह गर्भपात कराने चाहे। क्योंकि इस तरह के संक्रमणों के लिए दी जाने वाली एंटीबायोटिक दवाओं का सेवन गर्भावस्था के दौरान करने की मनाही होती है⁶⁹।

निष्कर्ष

एचआईवी बाधित महिलाओं को उनके प्रजनन जीवन पर नियंत्रण अनिवार्य होना चाहिए और यह भी सुनिश्चित किया जाए कि वे अपने इन निर्णयों को अपनी इच्छा से और सुरक्षित रूप से पूरा कर सकें। मानवाधिकार विषय के संदर्भ में ऐसे प्रयास करने जरूरी हैं कि एचआईवी/एड्स बाधित महिलाएं संतान उत्पन्न करने और संतानोत्पत्ति के समय का निर्धारण कर पाने के अपने अधिकार का उपयोग कर सकें। जो एचआईवी बाधित महिलाएं संतानोत्पत्ति करना चाहें, उन्हें माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रमों के अंतर्गत सेवाएं दी जानी चाहिए। उन्हें गर्भावस्था के दौरान व बाद में एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं का उपचार मिलना चाहिए ताकि उनका स्वास्थ्य सुरक्षित रहे और वे अपने बच्चों की देखभाल कर सकें। जो महिलाएं गर्भधारण न करना चाहती हों उन्हें भी इससे बचे रहने की स्वतंत्रता होनी चाहिए। एचआईवी संक्रमण के संदर्भ में उपलब्ध गर्भनिरोधक उपायों

के लाभ और हानियों के बारे में और अधिक शोध किया जाना चाहिए। इसके साथ ही साथ एचआईवी/एड्स बाधित लोगों को अधिक जानकारी और परामर्श देने के प्रयास किए जाएं लेकिन इस तरह का परामर्श देते समय उन्हें निर्देश देने की कोशिश न हो। गर्भनिरोधन के आपातकालिक उपायों की उपलब्धता और सुलभता बढ़ाने के लिए विशेष प्रयास किए जाने की जरूरत है।

एचआईवी बाधित महिलाओं में, खासकर जिनमें यह संक्रमण बहुत बढ़ चुका हो, गर्भपात के बाद होने वाली जटिलताओं के लिए दिए जाने वाले उपचार के बारे में भी शोध कार्य करने की जरूरत है। एचआईवी/एड्स से संक्रमित महिलाओं में गर्भपात करने के ऑपरेशन और चिकित्सीय तरीकों के लाभ और हानि का विश्लेषण भी किया जाना चाहिए। इसमें यह भी देखा जाए कि क्या इन महिलाओं में गर्भपात के बाद दोबारा गर्भधारण को रोकने के लिए किन्हीं विशेष प्रयासों की आवश्यकता है या नहीं। माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रमों के साथ-साथ गर्भनिरोधन और गर्भपात जैसे विषयों को पर्याप्त रूप से हल करने पर ही एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं को व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं मिल पाएंगी और वे अपने सभी प्रजनन अधिकारों का पूरी तरह उपयोग कर पाएंगी।

पत्र व्यवहार के लिये पता

* वरिष्ठ नीति सलाहकार, आईपास, चैपल हिल, एनसी, संयुक्त राज्य अमरीका
ई-मेल : devruynm@ipas.org

संदर्भ

1. UNAIDS. Where prevention and care meet: voluntary counselling and testing, and preventing other-to-child transmission. In: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002. Geneva: UNAIDS, 2002. p.122–32 At: <<http://www.unaids.org/barcelona/presskit/barcelona%20report/contents.html>>. Accessed 21 November 2002.
2. UNAIDS. AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS, 2002.
3. JHPIEGO. Training in Reproductive Health Project. Meeting the FP/RH Needs of Clients with HIV/AIDS Living in Limited-resource Settings. JPHIEGO. At: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/fprh-hiv-l.html>>. Accessed 22 August 2003.
4. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;185(2):380–85. M de Bruyn / Reproductive Health Matters 2003;11(22):152–161 157
5. Department of Reproductive Health and Research. Improving the Safety and Effectiveness of Contraceptive Methods. Geneva: WHO. At: <http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/safety.html#steroid>. Accessed 22 August 2003.
6. Bergenstrom A, Sherr L. HIV testing and prevention issues for women attending termination assessment clinics. British Journal of Family Planning 1999;25:3–8.

7. NHS Executive. Reducing Mother to Baby Transmission of HIV. Health Service Circular. London: Department of Health, 13 August 1999. At: <<http://www.doh.gov.uk/hsc/pdfs/hsc99183.pdf>>. Accessed 22 August 2003.
8. Department of Health. The National Strategy for Sexual Health and HIV. July 2001. London: Department of Health. At: <<http://www.doh.gov.uk/sexualhealthandhiv/pdfs/actionplan.rtf>>. Accessed 22 August 2003.
9. Statutory Instrument 2002 No. 887. The Abortion (Amendment) (England) Regulations 2002. London: HMSO. At: <<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2002/20020887.htm>>. Accessed 22 August 2003.
10. Rey D, Obadia Y, Carrieri M-P, et al. HIV screening for pregnant women in southeastern France: evolution 1992–1994–1996. *Obstetrics and Gynecology* 1998;76:5–9.
11. Lindgren S, Ottenblad C, Bengtsson A-B, et al. Pregnancy in HIV-infected women. Counseling and care–12 years' experiences and results. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1998;77:532–41.
12. Berlioz-Arthaud A, Baumann E. Se´ropre´valence du VIH chez les femmes enceintes de Nouvelle-Cale´donie: bilan d'une anne´e de surveillance. *Bulletin de la Socie´te´ de Pathologie Exotique* 2002;95(2): 109–14.
13. Chase E, Aggleton P. Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother-to-Child Transmission. A Pilot Study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso. London: Panos Institute/ UNICEF, 2001. At: <<http://www.panos.org.uk/>>. Accessed 21 November 2002.
14. Savelieva I. Discrimination of women with HIV/AIDS in Russia. Abstract MoPeE2945. XIII International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000.
15. Batterink C, de Roos R, Wolffers I, et al. AIDS and Pregnancy. Reactions to Problems of HIVPositive Pregnant Women and Their Children in Chiang Mai (Thailand). Amsterdam: Vrije Universiteit Press, 1994.
16. Batterink C, de Roos R. HIV Positive Pregnant Women and Their Possibly Infected Infants in Thailand. Institute of Social Medicine, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1994.
17. Koetsawang S, Stewart R, Hemvuttiphan J, et al. Evaluation of counselling services in the context of the perinatal HIV prevention trial in Thailand (PHPT). Abstract ThPpD1478. XIII International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000.
18. International Community of Women Living with HIV. Voices and Choices of Women Living with HIV/AIDS. Bangkok: Ford Foundation/Care/ICW/ Power of Life, 2001.
19. Pivnick A. Loss and regeneration: influences on the reproductive decisions of HIV positive, drug-using women. *Medical Anthropology* 1994;16:39–62.
20. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines.

- Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 23–25 September 1996. HR/PUB/98/1. New York: UN, 1998.: Para.30(f) p.20–21. <<http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-HumanRights-E.pdf>>. Accessed 8 September 2003.
21. World Health Organization. Factsheet 10. Women and HIV and mother to child transmission. At: <http://www.who.int/health-services/delivery/hiv_aids/English/factsheet-10/index.html>. Accessed 21 November 2002.
 22. van Benthem BHB, de Vincenzi I, Delmas MC, et al. Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV-infected women. *AIDS* 2000;14(14):2171–78.
 23. Gibb DM, et al. Uptake of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV in the United Kingdom and Ireland. *AIDS* 1997;11(7):F53–F58.
 24. Pacheco-Acosta E, Antonella T, Higgins A, et al. Reproductive choices in the Women and Infant Transmission Study (WITS): pre and post ACTG 076 results. Abstract 13565. XII International AIDS Conference, Geneva, 1998.
 25. Hankins C, Tran T, Lapointe N, et al. Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998;18(5): 479–87.
 26. Bongain A, Berrebi A, Marine´ - Barjoan E, et al. Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 104:124–28.
 27. Keegan AC, Lambert SA, Petrak J. Sex and relationships for M de Bruyn / *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):152–161 158 HIV+ women since HAART: a qualitative study. Abstract ThPeE7811. XIV International AIDS Conference, Barcelona, 7–12 July 2002.
 28. Ishida Y, et al. Mothers Living with HIV. Lessons from Field Monitoring of Prevention of Mother-to-child HIV Transmission (PMTCT) Program in Phayao, Thailand. Phayao: Phayao Provincial Public Health Office/Japan International Cooperation Agency/Care Thailand/Raks Thai Foundation. Undated.
 29. Feldman R, Manchester J, Maposhere C. Positive Women: Voices and Choices. Zimbabwe Report. Harare: SAfAIDS, June 2002.
 30. Koetsawang S, Auamkul N. HIV and women in Thailand: severity and services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997;58:121–27
 31. Kuyoh M, Best K. HIV-positive women have different needs. *Network* 2001;20(4). At: <<http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v20-4/nt2042.html>>. Accessed 21 November 2002.
 32. Marres D. AIDS en kinderen krijgen: een exploratief onderzoek bij Kenyanse vrouwen [AIDS and having children: an exploratory study among Kenyan women]. MA Thesis.

- Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, August 1992.
33. van Woudenberg J. Tave kuzvigamuchira sezvazviri (We take it as it is). MA Thesis. Utrecht: University of Utrecht/ University of Amsterdam, 1994.
 34. Yadav P. HIV positive women prefer abortions. Times of India. 13 May 2001. At: <<http://www.timesofindia.com/130501/13mchd1.htm>>. Accessed March 2002.
 35. Richter DL, Sowell RL, Delores M, et al. Factors affecting reproductive decisions of African American women living with HIV. *Women and Health* 2002;36(1):82–96.
 36. Johnstone FD, Brettle RP, MacCallum LR, et al. Women's knowledge of their HIV antibody status: its effect on their decision whether to continue pregnancy. *British Medical Journal* 1990;300:23–24.
 37. Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Social Science and Medicine* 1995;40(11):1539–47.
 38. Selwyn PA, Carter RJ, Schoenbaum EE, et al. Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users. *Journal of the American Medical Association* 1989;261(24):3567–71.
 39. Ikechebelu JI, Ikegwonu SC, Joe-Ikechebelu NN. HIV infection and sexual behaviour among infertile women in southeastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;22(3):306–07.
 40. Biedermann K, Rudin Ch, Irion O, et al. Schwangerschaften bei HIV-infizierten Frauen in der Schweiz. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1995;55: 447–55.
 41. de Vincenzi I, et al. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. *AIDS* 1997;11(3): 333–38.
 42. Stephenson JM, Griffioen A, et al. The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. *AIDS* 1996;10(14): 1683–87.
 43. Greco P, Vimercati A, Flore JR, et al. Reproductive choice in individuals HIV-1 infected in southeastern Italy. *Journal of Perinatal Medicine* 1999; 27:173–77.
 44. Darder MJM, Llacer A, Castillo S, et al. Social characteristics and risk behaviour for HIV in black-race female sex workers in Madrid, Spain. Abstract WePeD4809. XIII International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000.
 45. Sanz Aliaga SA, Sabater Pons A, Alfonso Sa´nchez JL, et al. Caracterı´sticas sociales y clı´nicas de un grupo de madres infectadas con VIH en Valencia: influencia de la drogadiccio´n parenteral. Presented at XIII International Conference on AIDS, Durban, 9–14 July 2000.
 46. Thackway SV, Furner V, Mijch A, et al. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS* 1997;11(5):663–67.
 47. Desgre´es-du-Louˆ A, Msellati P, Viho I, et al. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049

- Project, Abidjan 1995–2000. *International Journal of STD & AIDS* 2002;13:462–68.
48. Grubert TA, Reindell D, Ka"stner R, et al. Rates of postoperative complications among human immunodeficiency virusinfected women who have undergone obstetric and gynecologic surgical procedures. *Clinical Infectious Diseases* 2002;34:822–30.
 49. Okong P, Biryahwaho B, Bergstro"m S. Post-abortion endometritis-myometritis and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS* 2002; 13:729–32.
 50. Preble EA, Piwoz EG. Prevention of Mother to Child Transmission of HIV in Asia. *Practical Guidance for Programs*. Washington DC: Academy for Educational Development, 2002. At: <<http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>>. Accessed 15 August 2003.
 51. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO, 2003.
 52. UNICEF. *Malaria and HIV/AIDS*. UNICEF Technical Note #6. February 2003. At: <[http://www.unicef.org/MdeBruyn/ReproductiveHealthMatters2003;11\(22\):152–161 159 Unicef TechnicalNote6 Malariaand HIV.doc](http://www.unicef.org/MdeBruyn/ReproductiveHealthMatters2003;11(22):152-161159UnicefTechnicalNote6MalariaandHIV.doc)>. Accessed 22 August 2003.
 53. Huff B. HIV and malaria: two intertwining epidemics. *AmFAR Global Link*. At: <<http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/td/feature/print.html?record=18>>. Accessed 22 August 2003.
 54. Bulatao RA, Ross JA. Rating maternal and neonatal health services in developing countries. *Bulletin of World Health Organization* 2002;80(9): 721–27.
 55. AIDS Law Unit. *Pregnancy and HIV*. Windhoek: Legal Assistance Centre. Undated. 56. Position Paper: HIV/AIDS. No.1. London: Marie Stopes International, 2001.
 57. Ndondo NT. *Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV. A Training Manual for Healthcare Providers*. London/Bertsham: Reproductive Health Alliance and Perinatal HIV Research Unit, University of the Witwatersrand, Chris Hani Baragwanath Hospital, 2001.
 58. Rosser J. *HIV and Safe Motherhood*. London: Healthlink Worldwide, 2000.
 59. Rogers M, Fowler MG, Lindegren ML. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001;50(RR-19): 59–108.
 60. Kanshana S, et al. Evaluation of Voluntary Counselling and Testing in the National Prevention of Mother to Child Transmission Programme in Thailand. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health, October 2002.
 61. National Abortion Rights Action League. *Medicaid: Discriminatory Funding for Abortion*. New York, NARALProchoice. 13 February 2002. At: <<http://www.naral.org/facts/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=1864>>. Accessed 22 August 2003.
 62. Levine C, Neveloff Dubler N. HIV and childbearing. 1. Uncertain risks and bitter realities: the reproductive choices

- of HIV-infected women. *Milbank Quarterly* 1990;68(3):321–51.
63. They are positive despite HIV. *Times of India*. 7 March 2002. At: <http://timesofindia.indiatimes.com/articleshow.asp?art_id=3005736&sType=1>. Accessed March 2002.
64. de Bruyn M, Njoko M, Odhiambo D, et al. HIV/AIDS, Pregnancy and Abortion-Related Care. A Preliminary Inquiry. Chapel Hill: Ipas, 2002.
65. Bhatta MP, Stringer JSA, Phanuphak P, et al. Mother-to-child transmission prevention in Thailand: physician zidovudine use and willingness to provide care. *International Journal of STD & AIDS* 2003;14:404–10.
66. Whittaker A. The struggle for abortion law reform in Thailand. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):45–53.
67. Fitzgerald DW, Behets FMT. Women's health and human rights in HIV prevention research. *Lancet* 2003; 351(4 Jan):68–69.
68. Cook RJ, Dickens BM. Human rights and HIV-positive women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002;77:55–63.
69. Epstein H, Whelan D, van de Wijgert J, et al. HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings. New York: Population Council/UNFPA, 2002.



बलात्कार और एचआईवी संक्रमण से बचाव के लिए पोस्ट एक्सपोज़र प्रोफाइलैक्सिस (PPP): दक्षिण अफ्रीका में इस दोहरी महामारी का सामना

जूलिया सी किम,^अ लॉरना जे मार्टिन,^ब लिनेट डेनी^क

सारांश :

दक्षिण अफ्रीका एक ऐसा देश है जो तेज़ी से बढ़ रहे एड्स महामारी के स्तर और अधिक यौन हिंसा के लिए जाना जाने लगा है। यहाँ बलात्कार होने के बाद एचआईवी संक्रमण की आशंका पर पोस्ट एक्सपोज़र प्रोफाइलैक्सिस (पीईपी) किए जाने के विषय की ओर हाल ही में लोगों का ध्यान आकर्षित हुआ है। राष्ट्रीय सरकार ने इसके लिए पोस्ट एक्सपोज़र प्रोफाइलैक्सिस देने की एक नीति मंजूर की है। इस लेख में यूरोप व उत्तरी अमरीका तथा दक्षिण अफ्रीका में (पीईपी) सेवाएं दिए जाने और अफ्रीका में इन दो प्रयासों के सामने आने वाली कठिनाईयों की परिस्थितियों के बीच तुलना करने का प्रयास किया गया है। इनमें से एक प्रयास मुख्यतः ग्रामीण इलाकों में आधारित है तो दूसरा शहरी क्षेत्रों में। लेख में वर्ष 2000 में 18 सूचना प्रदाताओं के साथ किए गए गहन साक्षात्कारों के आधार पर उनके दृष्टिकोण को शामिल किया गया है। इन सूचना प्रदाताओं में यौन हिंसा का सामना कर चुके व्यक्ति, जेंडर और एचआईवी के विषय पर काम कर रहे कार्यकर्ता, घरेलू हिंसा के क्षेत्र में कार्यरत गैर-सरकारी संगठन, बलात्कार पीड़ित सहायता केन्द्र में उपस्थित डॉक्टर, वकील, अनुसंधानकर्ता और स्वास्थ्य विभाग में एचआईवी/एड्स विषय के सलाहकार शामिल थे। इस लेख में यह तर्क दिया गया है कि पीईपी सेवाओं के पक्ष में मौजूद वैज्ञानिक साक्ष्यों को देखते हुए और दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी तथा यौन हिंसा की दोहरी महामारी की प्रकृति को ध्यान में रखते हुए यह स्पष्ट है कि सामुदायिक स्वास्थ्य तथा सामाजिक न्याय के आधार पर यहाँ इन सेवाओं को लागू करने का औचित्य औद्योगिक देशों से कहीं अधिक है। नागरिक कानून व्यवस्था और सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षण की कमी के चलते पीईपी सेवाएं मिलने में होने वाले विलंब से इस कार्यक्रम को प्रभावी रूप से लागू करने में अनेक कठिनाईयां आती हैं। इस संदर्भ में पीईपी सेवाएं देना बलात्कार की घटना के बाद देखभाल सेवाओं में सुधार लाने और इन्हें मजबूत करने का एक अच्छा अवसर हो सकता है। इससे यौन हिंसा की महामारी को एचआईवी/एड्स की रोकथाम के प्रयासों के साथ जोड़कर देखने का अवसर भी मिल सकता है। © रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स 2003। सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : बलात्कार, जेंडर आधारित हिंसा, एचआईवी/एड्स, संक्रमण के बाद पोस्ट एक्सपोज़र प्रोफाइलैक्सिस, एंटी रेट्रो-वायरल उपचार, दक्षिण अफ्रीका।

दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी की महामारी दुनिया के सभी देशों की तुलना में सबसे अधिक तेजी से बढ़ रही है। वर्ष 2000 में 15-49 वर्ष आयु वर्ग के कुल मरने वाले लोगों में से 40 प्रतिशत की मृत्यु एड्स से संबंधित कारणों से हुई थी और ये दक्षिण अफ्रीका में मृत्यु का एक प्रमुख कारण बन गया था। वर्ष 2002 में दुनिया के किसी भी देश की अपेक्षा, दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी से बाधित लोगों की संख्या कहीं अधिक थी¹⁻³।

साथ ही दक्षिण अफ्रीका में बलात्कार की बढ़ती हुई घटनाओं को लेकर भी बहुत अधिक चिंता है। यौन हिंसा और महिलाओं के विरुद्ध हिंसा अब यहाँ राष्ट्रीय महत्व के विषय बनते जा रहे हैं और लोगों का ध्यान इस ओर आकर्षित कर रहे हैं⁴। किसी अन्य स्थान की तरह ही दक्षिण अफ्रीका में भी यौन हिंसा की घटनाओं के बारे में सटीक व सही आंकड़े इकट्ठे कर पाना मुश्किल है। दक्षिण अफ्रीका की पुलिस द्वारा जारी आंकड़ों में कहा गया है कि वर्ष 2001 में बलात्कार और बलात्कार का प्रयास किए जाने की 52860 घटनाएं पुलिस के पास दर्ज की गई⁵। हालांकि इस तरह के सभी ब्यौरों में बलात्कार की घटनाओं की सही जानकारी नहीं मिल पाती फिर भी जानकारी के यही स्रोत आसानी से उपलब्ध हैं और यही आंकड़े अन्य देशों के साथ तुलना करने का आधार बनते हैं। अंतरराष्ट्रीय पुलिस आंकड़ों की अधिकांश प्रस्तुतियों में बलात्कार के आंकड़ों के मामले में दक्षिण अफ्रीका का स्थान सूची के शीर्ष पर या इसके बहुत निकट रहता है⁶।

एचआईवी पोस्ट एक्सपोज़र प्रोफाइलैक्सिस (PPP) क्या है?

हाल ही के वर्षों में महिलाओं के विरुद्ध हिंसा और एचआईवी/एड्स के बीच संबंधों को पहचाना जाने लगा है⁷⁻⁹। बलात्कार होने के बाद एचआईवी संक्रमण का प्रसार होना ऐसा ही एक संबंध है। दुनियाभर में यौन हिंसा या बलात्कार होने के बाद एचआईवी प्रसार के खतरे को कम करने के लिए एंटी रेट्रो-वायरल पोस्ट एक्सपोज़र प्रोफाइलैक्सिस किए जाने के बारे में रूचि बढ़ रही है। इस बारे में यह रूचि इसलिए बढ़ी है क्योंकि वैज्ञानिक साक्ष्यों ने ये साबित किया है कि काम के दौरान कोई दुर्घटना होने, जैसे इंजेक्शन की सूई चुभ जाने, पर एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं दिया जाना सुरक्षित और प्रभावी हो सकता है^{10,11}। बलात्कार किए जाने के बाद एचआईवी के प्रसार की रोकथाम कर पाने में एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की प्रभावशीलता के बारे में अभी तक कोई निश्चित आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं। जानवरों पर किए गए अध्ययनों से हालांकि इस तरह की जानकारी मिली है कि आरंभिक संक्रमण के बाद बहुत कम समय के अंदर एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं देने से वायरस बढ़ नहीं पाता और एचआईवी संक्रमण नहीं होता^{12,13}। इसके अतिरिक्त विकसित और विकासशील देशों में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण को रोकने में एंटी रेट्रो-वायरल दवाओं की प्रभावशीलता के बारे में भी वैज्ञानिक साक्ष्य मौजूद हैं। इन साक्ष्यों के कारण ही इस तर्क ने जोर पकड़ा है कि अन्य तरह से संक्रमण का सामना होने पर भी इस तरह के उपचार से लाभ हो सकता है^{14,15}।

इस संदर्भ में अमरीका के सेन्टर्स फॉर डिजीज कन्ट्रोल एण्ड प्रीवेंशन (सीडीसी) ने कहा है कि 'चूंकि इस तरह के उपचार से होने वाले लाभ अभी सिद्ध नहीं हो पाए हैं और क्योंकि इससे खतरा बढ़ भी सकता है इसलिए डॉक्टरों को चाहिए कि वे केवल एचआईवी संक्रमण का बहुत अधिक खतरा होने की आशंका होने पर और रोगी द्वारा दवा का सेवन जारी रखने की संभावना होने पर ही इसका प्रयोग करें। इस तरह के उपचार को सामान्य रूप से प्रयोग नहीं किया जाना चाहिए और न ही इसे प्राथमिक रोकथाम का माध्यम समझा जाना चाहिए¹⁶। फिर भी निश्चित सिफारिशों के अभाव में और इलाज संबंधी अपनी स्वयं के दिशा-निर्देश और प्रक्रियाएं विकसित करने के उद्देश्य* से कई देशों के बहुत से केन्द्रों में बलात्कार होने के बाद एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के लिए पोस्ट एक्सपोजर प्रोफाइलैक्सिस देना आरंभ कर दिया गया है। इस उपचार की सामान्य प्रक्रिया में दो या तीन तरह की एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं दी जाती हैं जिनका सेवन लगातार 4 सप्ताह तक दिन में कई बार करना होता है। इन दवाओं में जीडोवुडीन (AZT) और लैमीवुडीन (3TC) जैसी न्यूक्लियोसाइड एनॉलॉग रिवर्स ट्रांसक्रिप्टेस इन्हीबिटर्स और प्रोटीज इन्हीबिटर्स शामिल रहती हैं।

यद्यपि पीईपी द्वारा संक्रमण को रोकने के प्रयास और इस बारे में अनुसंधान यूरोप और उत्तरी

अमरीका के अधिक विकसित स्थानों पर स्थापित हुए हैं, फिर भी 95 प्रतिशत एचआईवी बाधित लोग और एड्स से होने वाली मृत्यु के 95 प्रतिशत मामले विकासशील देशों में ही देखने को मिलते हैं²¹। इससे पता चलता है कि इस महामारी से लड़ने के लिए संसाधनों की उपलब्धता और इनकी आवश्यकता में कितना अधिक अंतर है। अधिक प्रसार वाले बहुत से देशों में^{22,23} संक्रमण तथा यौन हिंसा की अधिकता को देखते हुए विकासशील देशों के संदर्भ में पीईपी की संभावनाओं और परिणामों को समझने की तुरन्त आवश्यकता है।

इस लेख में दक्षिण अफ्रीका के संदर्भ में पीईपी के बारे में वर्तमान साक्ष्यों और अनुभवों की पुनरीक्षा की गई है। यह लेख दक्षिण अफ्रीका में यौन हिंसा और कार्य के दौरान दुर्घटना होने या इससे विपरीत स्थिति में संक्रमण का सामना करने पर पीईपी के बारे में प्रकाशित और अप्रकाशित साहित्य सामग्री की पुनरीक्षा पर आधारित है। इसके अलावा लेख में वर्ष 2000 के दौरान दक्षिण अफ्रीका में 18 सूचनाप्रदाताओं के साथ किए गए साक्षात्कारों के आधार पर बने दृष्टिकोण को भी शामिल किया गया है। इन सूचना प्रदाताओं में यौन हिंसा का सामना कर चुके व्यक्ति, जेंडर और एचआईवी के विषय पर काम कर रहे कार्यकर्ता, घरेलू हिंसा के क्षेत्र में कार्यरत गैर-सरकारी संगठन, बलात्कार पीड़ित सहायता केन्द्र में उपस्थित

* अमरीका में बलात्कार के बाद संक्रमण रोकने के लिए पोस्ट एक्सपोजर प्रोफाइलैक्सिस (PPP) के बारे में दिशा-निर्देश प्रकाशित हुए हैं हालांकि आधिकारिक रूप से इन्हें मंजूर नहीं किया गया है¹⁷। मैसाचुसेट्स, न्यूयॉर्क और कैलीफोर्निया राज्यों में बलात्कार के बाद पीईपी उपचार के लिए सरकारी नीतियां या दिशा-निर्देश लागू किए गए हैं। यूरोप में फ्रांस, इटली, स्पेन और स्वित्जरलैण्ड में काम के दौरान दुर्घटना होने के अतिरिक्त पीईपी सेवाएं देने की सिफारिश करने वाली नीतियां बनाई गई हैं। आस्ट्रेलिया के न्यू साउथ वेल्स में भी यही स्थिति है¹⁸⁻²⁰।

व्यक्ति, डॉक्टर, वकील, अनुसंधानकर्ता और स्वास्थ्य विभाग में एचआईवी/एड्स विषय के सलाहकारों को शामिल किया गया।

दक्षिण अफ्रीका में बलात्कार की घटनाएं : पीईपी का मुख्य आधार

पीईपी के संभावित लाभों को समझने से पहले दक्षिण अफ्रीका में यौन हिंसा के संदर्भ को जान लेना बहुत महत्वपूर्ण है। वर्तमान आंकड़ों से पता चलता है कि सबसे अधिक बलात्कार की घटनाएं नवयुवतियों के साथ होती हैं। 1996-1999 के दौरान दक्षिण अफ्रीका के पुलिस विभाग द्वारा दिए गए आंकड़ों से पता चलता है कि बलात्कार और बलात्कार की कोशिश के कुल अपराधों में से 40 प्रतिशत मामलों में पीड़ितों की उम्र 18 वर्ष से कम थी²⁴ और बलात्कार बच्चों के विरुद्ध होने वाला सबसे बड़ा अपराध था²⁵। ये जानकारियां बहुत महत्वपूर्ण हैं क्योंकि इससे पता चलता है कि दक्षिण अफ्रीका में नवयुवतियों का वर्ग जो पहले ही एचआईवी के सबसे अधिक जोखिम का सामना करता है²⁶ उसे बलात्कार के जोखिम का सामना भी करना पड़ रहा है। यही वह समूह है जोकि पीईपी देने वाली सेवाओं के संपर्क में सबसे अधिक आएगा।

आखिर यह बलात्कारी हैं कौन? अज्ञान व्यक्तियों द्वारा बलात्कार किए जाने की घटनाएं अलग-अलग परिस्थितियों में अलग-अलग दिखाई पड़ती हैं। हाल ही में जनसंख्या आधारित अध्ययन में पता चला था कि 42.5 प्रतिशत बलात्कार के मामले में बलात्कार अज्ञान लोगों द्वारा किए जाते हैं जबकि हिलब्रो मैडिको-लीगल क्लिनिक में मामलों के अध्ययन से इस स्तर के 80 प्रतिशत

होने की जानकारी मिली है²⁷। इन आंकड़ों से लगता है कि घटना की जानकारी दिए जाने में अंतर है क्योंकि अनुसंधानकर्ता, पुलिस, बलात्कार पीड़ित सहायता केन्द्र या स्वास्थ्य केन्द्रों में दी गई जानकारी में बलात्कारी अज्ञान व्यक्ति ही था। पीईपी देने का आधार यही है कि बलात्कारी की एचआईवी स्थिति की जानकारी या तो नहीं होती या नहीं मिल पाती।

इसके अतिरिक्त दक्षिण अफ्रीका में सामूहिक बलात्कार किए जाने की घटनाएं बार-बार सामने आती हैं। जोहानासबर्ग में बलात्कार के मामलों की समीक्षा करने पर मार्टिन को पता चला कि बलात्कार के कुल मामलों में से एक तिहाई मामलों में एक से अधिक बलात्कारी शामिल था²⁷ और स्वार्ट को भी 27 प्रतिशत मामलों में बलात्कार में एक से अधिक लोगों के शामिल होने की जानकारी मिली²⁸। बलात्कार पीड़ितों को सहायता देने वाले समूहों के लिए यह वाकई चिन्ता का विषय है कि किसी गैंग में शामिल न हुए पुरुषों द्वारा सामूहिक बलात्कार करने, नवयुवतियों का अपहरण, सामूहिक बलात्कार और फिर उनकी हत्या करने की घटनाओं में लगातार बढ़ोतरी हो रही है²⁹। दक्षिण अफ्रीका में पीईपी की संभावित भूमिका का आकलन करते समय इस तरह के बलात्कार की भयावह घटनाओं, जिसमें एक से अधिक एचआईवी बाधित बलात्कारी शामिल होते हैं, के परिणामों पर अवश्य ध्यान दिया जाना चाहिए।

जबरन बलात्कार की घटनाओं के कुल अनुभवों में से किसी अज्ञान व्यक्ति द्वारा बलात्कार किए जाने का अनुपात बहुत कम होता है⁴। वास्तविकता तो यह है कि डरा धमका कर सैक्स किए जाने

के अधिकांश घटनाओं के बारे में बहुत कम जानकारी दी जाती है³⁰। डरा धमका कर जबरन सैक्स करने या यौन शोषण की घटनाएं वैवाहिक संबंधों, प्रेम प्रसंगों, परिवारों, ब्लैकमेल किए जाने पर सैक्स के लिए तैयार होने या धमकी या अन्य तरह से डराए धमकाए जाने की परिस्थितियों में हो सकता है। इस तरह की घटनाओं को यौन अपराधों के विरुद्ध कानून के मसौदे में स्वीकार किया गया है। इस मसौदे में अब 'बाध्य कर देने वाली परिस्थितियों' (केवल सहमति न देने के विपरीत) को शामिल किया गया है जिसके कारण अब विवाह या अन्य तरह के संबंधों को बलात्कार के विरुद्ध ढाल की तरह प्रयोग नहीं किया जा सकेगा³¹। यह स्पष्ट नहीं है कि इस तरह की घटनाएं होने पर कितने मामलों में लोग पीईपी के लिए आगे आएंगे लेकिन बलात्कार के बारे में प्रचलित धारणाओं को देखते हुए और इस समय बलात्कार का सामना होने के बाद पुनर्वास सेवाएं ले रहे लोगों के विवरण को देखकर लगता है कि इस तरह पीईपी के लिए आगे आने वाले लोगों का अनुपात कम ही होगा।

बलात्कार पीड़ितों की देखभाल: व्यवस्था किस तरह यह कार्य कर पा रही है?

पीईपी सेवाएं केवल एकल रूप से नहीं दी जा सकती बल्कि उन्हें बलात्कार पीड़ितों को दी जाने वाली अन्य सेवाओं के साथ जोड़ कर लागू किया जाना होगा। इसलिए यह ज़रूरी है कि दक्षिण अफ्रीका में इस प्रकार दी जाने वाली सेवाओं का जायज़ा लिया जाए।

1998 में दक्षिण अफ्रीका में हुए जनसांख्यिकीय व स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार अपने जीवन में

कभी भी जबरन सैक्स के लिए मजबूर की गई उन सभी महिलाओं में से केवल 15 प्रतिशत ने मामले की जानकारी पुलिस को दी थी³²। घटनाओं की जानकारी देने में आने वाली विभिन्न समस्याओं का विवरण अन्य किसी स्थान पर दिया गया है⁴। इन समस्याओं में पुलिस तक पहुँचने में कठिनाई,³³ अपनी बात पर भरोसा न किए जाने का भय,³⁴ बलात्कारी द्वारा बदला लिए जाने का डर, कानूनी प्रक्रिया का डर और पुलिस द्वारा दुर्व्यवहार किया जाना आदि शामिल हैं³⁵। इसके अलावा बहुत सी महिलाएं पुलिस के पास इसलिए नहीं जाती क्योंकि वे समझती हैं कि शिकायत करने पर भी बलात्कारी को सज़ा नहीं मिलेगी। साक्ष्यों से पता चलता है कि उनकी ये चिन्ताएं बिल्कुल उचित हैं। बलात्कार की घटनाओं के कुछ ही मामले (सोवेटो पुलिस स्टेशनों में 5-50 प्रतिशत के बीच) न्यायालयों तक पहुँचते हैं जिनमें से केवल 7-13 प्रतिशत मामलों में बलात्कारी को सज़ा या कारागार का दंड हो पाता है। इसके ठीक विपरीत किसी व्यक्ति पर हमला किए जाने के दोष के अंतर्गत चलाए गए कुल मामलों में से दो तिहाई से अधिक मामले सफल रहते हैं^{36,37}।

बलात्कार पीड़ितों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताओं पर ध्यान देना (इसमें यौन संक्रमण की देखभाल, गर्भावस्था की रोकथाम, घावों का उपचार और परामर्श देना शामिल है) एक महत्वपूर्ण प्राथमिकता है। पीईपी उपलब्ध न होने पर भी आपातकालिक गर्भनिरोधन सेवाएं (गर्भनिरोधन किल रहने पर समय रहते गर्भपात कराना) दिए जाने का बहुत महत्व है। इसके अतिरिक्त बलात्कारियों को सज़ा दिलाने और मामले की जाँच पड़ताल में

मेडिकल साक्ष्यों का भी बहुत अधिक महत्व होता है।

पूर्व में सरकारी ज़िला सर्जन बलात्कार का संदेह होने पर पीड़ित की जाँच करने और मेडिकल साक्ष्य इकट्ठा करने के लिए उत्तरदायी हुआ करते थे। लेकिन इस प्रक्रिया में बहुत सी कठिनाइयाँ आती थीं और बहुत अच्छी सेवाएं न दिए जाने के कारण इसकी बहुत आलोचना हुई थी। ज़िले के सर्जन का दृष्टिकोण और बर्ताव भी समस्या का कारण था, उनके द्वारा की गई जाँच-पड़ताल सरसरी तौर पर की जाती थी और बहुत कम साक्ष्य इक्कठे हो पाते थे³⁸। इन समस्याओं को ध्यान में रखते हुए और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सेवाएं दिए जाने को देखते हुए ज़िला सर्जन द्वारा जाँच किए जाने की प्रथा समाप्त कर दी गई और बलात्कार पीड़ित की देखभाल करने का उत्तरदायित्व हर स्वास्थ्य केन्द्र के प्रभारी चिकित्सक पर डाल दिया गया। ज़िले के सर्जन की सेवाओं की समाप्ति के बाद इन सेवाओं को स्थानांतरित नहीं किया गया जिससे यह सुनिश्चित हो सके कि इस कार्य की विशेषज्ञता स्वास्थ्यकर्मियों के हाथ में ही रहे³⁹। आज तक राष्ट्रीय स्तर पर डॉक्टरों या नर्सों को किसी तरह का प्रशिक्षण नहीं दिया जा रहा है और अधिकांश मामलों में जूनियर डॉक्टर ही जटिल क्लीनिकल फॉरेंसिक जाँच करते हैं और पर्याप्त सुपरविज़न या सहायता के अभाव में बलात्कार पीड़ित की देखभाल करते हैं। इस कमी को दूर करने के लिए फॉरेंसिक नर्सों को प्रशिक्षण दिए जाने का प्रस्ताव है लेकिन अभी तक बहुत कम नर्सों को इस तरह का प्रशिक्षण मिल पाया है।

बलात्कार पीड़ितों को वापस सामान्य स्थिति पर लाने में परामर्श और लगातार भावनात्मक समर्थन दिए जाने को एक महत्वपूर्ण भाग माना गया है। आमतौर पर इस तरह की सेवाएं ऐसे गैर सरकारी संगठनों के माध्यम से दी जाती हैं जिन्हें जेंडर आधारित हिंसा विषय पर कार्य करने में महारथ हासिल होती है। इस तरह के अधिकांश गैर सरकारी संगठन केवल शहरों में ही पाए जाते हैं और मांग के अनुपात में इनकी संख्या बहुत कम होती है³⁴। बलात्कार के बाद परामर्श और सहयोग सेवाएं देने के अतिरिक्त अब ये गैर सरकारी संगठन पैरवी कार्य करने में भी बढ़ चढ़कर भूमिका अदा कर रहे हैं और अकसर विशेषज्ञ द्वारा गवाही दिए जाने या मेडिकल, पुलिस और कानूनी सेवाओं की रिपोर्टों के बीच संबंध दिखाने का कार्य करते हैं⁴⁰।

दक्षिण अफ्रीका में पीईपी सेवाएं : निचले स्तर से राष्ट्रीय नीतियों तक

पीईपी सेवाएं देने के सबसे पहले प्रयास 1998 के आसपास राष्ट्रीय नीति या दिशा-निर्देशों के लागू होने से पहले आरंभ किए गए। नैलस्पूइत, जोहनासबर्ग और केपटाउन के कई सेवाप्रदाताओं, गैर सरकारी संगठनों, कुछ सार्वजनिक और निजी अस्पतालों और बीमा कंपनियों ने बलात्कार के बाद एचआईवी के प्रसार के खतरे को कम करने की आवश्यकता को महसूस किया। उन्होंने बलात्कार के बाद देखभाल सेवाओं के अंतर्गत पीईपी देना आरंभ किया (व्यक्तिगत पत्रचार, बारबरा किन्याँन, लिनेट डेनी, लॉरना मार्टिन, एड्रियन वॉलसॉन)।

पीईपी के संबंध में किसी स्पष्ट राष्ट्रीय निर्देशों के अभाव में इस तरह के प्रयास उस

समय के राजनैतिक तनाव और विवादों से घिरे रहे तथा अलग-अलग राज्यों में पीईपी सेवाओं के लिए सरकारी सहयोग में भी अंतर रहा। 1999 में अनेक ऐसे न्यायाधिक मामले सामने आए जिनमें स्वास्थ्य विशेषज्ञों और उनके अस्पतालों की पीईपी देने के लिए निंदा की गई। इसके बाद दक्षिण अफ्रीका की मेडिकल एसोसिएशन (सामा) ने बलात्कार पीड़ितों के लिए पीईपी दिए जाने के समर्थन में एक वक्तव्य जारी किया। सामा ने स्वास्थ्य मंत्री, स्थानीय और अंतरराष्ट्रीय गैर सरकारी संगठनों और दवा उद्योग के साथ मिलकर बलात्कार पीड़ितों की सहायता किए जाने के बारे में दिशा-निर्देशों का प्रचार करने का बीड़ा उठाया।

अंत में अप्रैल 2002 में आश्चर्यचकित कर देने वाले एक फैसले में कैबिनेट ने यह घोषणा की कि वह तुरन्त प्रभाव से दक्षिण अफ्रीका के अस्पतालों और स्वास्थ्य केन्द्रों में बलात्कार पीड़ितों को पीईपी दिए जाने का समर्थन करता है। विकसित देशों में स्थापित व्यवस्थाओं का पालन करते हुए पीईपी के लिए एज़ेडटी (AZT) और 3टीसी (3TC) दवाओं से उपचार दिए जाने की व्यवस्था की गई। इसके अलावा आरंभिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना के बाद उन्हें और अधिक बढ़ाने की घोषणा भी की गई। हालांकि ये घोषणाएं आगे की दिशा में प्रयास की ओर एक महत्वपूर्ण कदम था और इनकी हर जगह सराहना भी हुई लेकिन फिर भी ये प्रयास अलग-थलग रह कर एकल रूप में कार्य नहीं कर सकते।

दो शहरों में स्थिति का विवरण : मामलों का अध्ययन

नीचे बताए गए दो पीईपी के प्रयासों के अंतर्गत सार्वजनिक सेवाओं के माध्यम से देखभाल किए जाने की कोशिश की जाती है। इन दो प्रयासों से हालांकि दक्षिण अफ्रीका में मौजूद अलग-अलग राजनीतिक समर्थन और ग्रामीण तथा शहरी जनसंख्या आधार, मूलभूत सुविधाओं और स्वास्थ्य प्रणालियों के विकास का पता चलता है। दोनों ही अंतर्क्षेपों में पीईपी को बलात्कार के बाद दिए जाने वाले चिकित्सीय और फॉरेंसिक उपचार के साथ एकीकृत किए जाने का लक्ष्य है^{41,42}।

पहला मामला : नैलस्पूइत (ग्रिप (GRIP) रेप इंटरवैन्शन प्रोग्राम)

ग्रिप एक लाभ न कमाने वाला सामुदायिक संगठन है जो मपूमालंगा राज्य के वृहत नैलस्पूइत नगर निगम क्षेत्र में बलात्कार पीड़ितों के बीच कार्यरत है*। विभिन्न स्थानीय गिरिजाघरों की 6 महिलाओं के एक समूह द्वारा मार्च 2000 में यह प्रयास आरंभ किया गया। इसने उस क्षेत्र के दो सामुदायिक अस्पतालों में बलात्कार पीड़ित देखभाल केन्द्रों की स्थापना की है। इसके अतिरिक्त उन्होंने स्थानीय मेजिस्ट्रेट के न्यायालय में बलात्कार पीड़ितों के लिए एक निजी विश्राम कक्ष, स्थानीय पुलिस स्टेशन में बलात्कार देखभाल केन्द्र और दो परामर्श केन्द्रों की स्थापना भी की है।

वर्ष 2000 से ग्रिप संगठन 2 अस्पतालों में स्थापित केन्द्रों द्वारा बलात्कार पीड़ितों के लिए पीईपी देने के लिए कार्य कर रहा है। चूंकि पीईपी

* ग्रिप संगठन के बारे में अधिक जानकारी के लिए वेब-साइट <www.grip.org.za> देखें।

अधिकांश चिकित्सीय योजनाओं के अंतर्गत नहीं आता (और इन्हें पाने वाले अधिकांश लोग किसी चिकित्सा योजना में शामिल नहीं होते) इसलिए इस सेवा को जारी रखने के लिए धन की व्यवस्था कर पाना लगातार समस्यापूर्ण बना रहा है। इस समय बलात्कार की घटना के 72 घंटों के बीच स्वास्थ्य केन्द्र में आने वाले सभी पीड़ितों को एक सप्ताह की दवा की किट (जिसमें 7 दिनों के लिए AZT और 3TC दवा होती है) निःशुल्क दी जाती है। चूंकि अस्पतालों में स्वैच्छिक रूप से एचआईवी परामर्श देने और जाँच करने की क्षमता सीमित है इसलिए सिफलिस की जाँच के लिए इक्कठे किए गए खून के नमूनों की जाँच एलिसा प्रणाली द्वारा एचआईवी संक्रमण जाँचने के लिए भी की जाती है। जाँच के बाद लाभार्थियों को फोन पर या व्यक्तिगत रूप से संदेश देकर एक सप्ताह के भीतर फॉलोअप जाँच के लिए आने के लिए कहा जाता है। यदि खून में एचआईवी संक्रमण का पता नहीं चलता (ये समझा जाता है कि बलात्कार की वजह से रोगी को एचआईवी होने का जोखिम है) तो 28 दिन की दवा का कोर्स पूरा करने के लिए शेष बची दवाएं दे दी जाती हैं। यदि खून की जाँच में संक्रमण का पता चलता है (जिससे बलात्कार के समय रोगी के पहले से ही एचआईवी बाधित होने की पुष्टि हो जाती है) तो यह एंटी रेट्रो-वायरल दवाएं रोक दी जाती हैं। दोनों ही मामलों में ग्रिप संगठन लाभार्थी को परामर्श तथा फॉलोअप देखभाल पाने के लिए पास के स्वास्थ्य केन्द्र में रैफर कर देता है।

ग्रिप का अधिकांश समय पीईपी की आरंभिक एक सप्ताह की दवा की किट के बाद बाकी

दवाई के लिए धन की व्यवस्था करने में लगता है। इसके लिए यह संगठन स्थानीय व्यावसायिकों से अपील करता है कि वे बलात्कार पीड़ित को 'गोद ले लें' और उसकी दवा पर होने वाले खर्च को वहन करें। पीईपी के दुष्प्रभावों की मॉनीटरिंग और पीड़ितों द्वारा उपचार को जारी रखने के लिए प्रोत्साहित करने से भी असमंजस की स्थिति उत्पन्न हो जाती है। चूंकि लंबी दूरी और संचार और यातायात की सुविधाओं के अभाव में बार-बार अस्पताल आना कठिन होता है इसलिए ग्रिप संगठन ने समुदायों में ही रोगियों के साथ काम करने के लिए प्रशिक्षित स्वयंसेवियों की सेवाएं लेना आरंभ किया है। इन स्वयंसेवियों के प्रशिक्षण और सुपरविजन पर आने वाली लागत, सार्वजनिक यातायात और स्वयंसेवियों को दिए जाने वाले मानदेय पर होने वाले खर्च को पूरा करते हुए उपचार के इस महत्वपूर्ण भाग को बनाए रखने से संगठन के वित्तीय संसाधनों पर अतिरिक्त बोझ पड़ता है। संगठन के सामने आने वाली समस्याओं में बलात्कार पीड़ितों द्वारा औसतन पुलिस स्टेशन में 12 घंटे लगने के कारण अस्पताल में पहुँचने में हुई देरी शामिल है। इस देरी को कम करने के महत्व के बारे में जानकारी बढ़ाने के लिए ग्रिप स्थानीय पुलिस और बाल सुरक्षा इकाईयों के साथ मिलकर काम करता है।

ग्रिप सही मायनों में समुदाय के स्तर से चलाया जाने वाला एक प्रयास है जो समुदाय द्वारा मिलने वाले समर्थन से आगे बढ़ता है। इसलिए इस कार्य के बहुत से तकनीकी और व्यवस्थात्मक पहलुओं को स्वास्थ्य सेवाओं के औपचारिक समर्थन के बिना अनुभव के आधार पर विकसित किया

गया है। ग्रिप संगठन मुख्य रूप से ग्रामीण जनसंख्या वाले क्षेत्र में कार्यरत है जहाँ संसाधनों और मूलभूत सुविधाओं की कमी है। संगठन के सामने आने वाली अंतिम चुनौती राज्य की स्वास्थ्य व्यवस्था द्वारा किया जाने वाला विरोध है। राजनीतिक विवादों के चलते ग्रिप को कई बार अपनी जगह से हटाए जाने या इसके विरुद्ध न्यायालय में मामले दर्ज किए जाने के प्रयास किए गए हैं जिससे कि इसका अधिकांश समय और धन मुख्य कार्यों की अपेक्षा दूसरे कामों में खर्च हो जाता है। हालांकि इस लेख में इस परिस्थिति का विस्तृत आकलन नहीं किया गया है फिर भी इससे सहयोगकारी नीतियों और राजनीतिक इच्छा शक्ति होने से नए और संभवतः विवादास्पद हो सकने वाले प्रयासों को लागू करने में मिलने वाली सहायता का पता चलता है।

दूसरा मामला: केपटाउन (गूट शूर अस्पताल और जीएफ जूस्ट अस्पताल)

गूट शूर अस्पताल (जीएसएच अस्पताल) पश्चिमी केप में स्थित सबसे बड़ा सरकारी अस्पताल और स्वास्थ्य देखभाल केन्द्र है। यह 1998 से बलात्कार पीड़ितों को पीईपी सेवाएं दे रहा है। जीएफ जूस्ट अस्पताल (जीएफजे अस्पताल) ने न्याय विभाग के सहयोग से वर्ष 2000 में एक बलात्कार पीड़ित सहायता केन्द्र स्थापित किया जहाँ पीईपी सेवाएं दी जा रहीं हैं। जीएफजे अस्पताल में आरंभ से ही न्यायालय में कार्यरत सरकारी वकील से संपर्क किया जाता है। ग्रिप संगठन की तुलना में ये दो अस्पताल केपटाउन के शहरी इलाके में स्थित हैं जिसके परिणामस्वरूप ये बेहतर विकसित संसाधनों और सुविधाओं का लाभ उठा सकते हैं।

इसके अतिरिक्त ये प्रयास बलात्कार पीड़ितों के लिए देखभाल और सेवाओं में सुधार करने की राजकीय नीति के अंतर्गत किए जा रहे हैं। इन प्रयासों में बलात्कार पीड़ित की सहायता के लिए एक मानक देखभाल प्रक्रिया तैयार की गई है⁴²। दोनों ही अस्पतालों में पीईपी का खर्च सरकारी कोष से उठाया जाता है। वे लोग जो पहले से किसी स्वास्थ्य योजना के सदस्य हों या दवाओं का खर्च खुद उठा सकें, उन्हें निःशुल्क उपचार की इस सुविधा से अलग रखा जाता है।

संक्रमण की आशंका उत्पन्न होने के 72 घण्टे के अंदर अस्पतालों में पहुँचने वाले लोगों को AZT दवा की आरंभिक खुराक दी जाती है। चूंकि बलात्कार पीड़ित इस समय एचआईवी की जाँच कराने के लिए मानसिक रूप से तैयार नहीं होते इसलिए इस जाँच को 3-7 दिन बाद की जाने वाली फॉलोअप जाँच के दिन के लिए निर्धारित किया जाता है। फॉलोअप जाँच के समय परामर्श दिया जाता है और जाँच की जाती है। जाँच में संक्रमण मुक्त पाए गए लोगों को 28 दिन की दवा का कोर्स पूरा करने के लिए बाकी बची दवाएं दे दी जाती हैं। यदि पीड़ित व्यक्ति एचआईवी जाँच के लिए दोबारा आने का इच्छुक न हो या इसमें असमर्थ हो तो उसे पहली बार में ही दवा की पूरी खुराक दे दी जाती है।

जीएसएच और जीएफजे अस्पतालों से 1998 से एकत्रित किए जा रहे आंकड़ों से पता चलता है कि यहाँ पहुँचने वाले लगभग 998 बलात्कार पीड़ितों में से 66 प्रतिशत को पीईपी मिला है⁴³। खून की सीरो कन्वर्शन जाँच, प्रयोगशाला जाँच और परामर्श के लिए पीड़ित को दोबारा एक

सप्ताह, 6 सप्ताह और 3 महीने बाद बुलाया जाता है। मॉनीटरिंग प्रक्रियाएं अभी हाल ही में स्थापित की गई हैं इसलिए इनके आंकड़ों का विश्लेषण अभी तक उपलब्ध नहीं हो पाया है।

दक्षिण अफ्रीका में बलात्कार तथा पीईपी: क्रियान्वयन से जुड़े मुद्दे

जुलाई 1997 में अमरीका के सैन्टर्स फॉर डिज़ीज़ कंट्रोल एण्ड प्रीवैन्शन (सीडीसी) ने कामकाज से असंबद्ध एचआईवी संक्रमण होने पर एंटी रेट्रो वायरल दवाओं के उपयोग के बारे में बाहरी विशेषज्ञों की एक बैठक प्रायोजित की। अपनी रिपोर्ट में सीडीसी ने यह बताया कि कामकाज से असंबद्ध एचआईवी संक्रमण होने पर पीईपी देते समय इसके लाभ और खतरों में संतुलन बरतना चाहिए। इस रिपोर्ट में यौन संक्रमण के बाद पीईपी की संभावित प्रभावशीलता को प्रभावित करने वाले 5 प्रमुख कारकों की पहचान की गई⁴⁴।

● संक्रमण के स्रोत के एचआईवी बाधित होने की संभावना

संयुक्त राज्य अमरीका में की गई एक पुनरीक्षा में यह निष्कर्ष निकाला गया कि यौन हिंसा के बाद आक्रमणकारी व्यक्ति की एचआईवी की स्थिति की जानकारी ले पाना बहुत कठिन होता है और इसमें बहुत सी व्यवस्थात्मक, कानूनी और नैतिक अड़चनें आ सकती हैं⁴⁵। इसलिए औद्योगिक देशों में पीईपी देते समय संक्रमण के जोखिम को वर्गीकृत कर लिया जाता है और यह अनुमान लगाने का प्रयास किया जाता है कि क्या आक्रमणकारी एचआईवी बाधित हो सकता है अथवा नहीं^{46,47}। दक्षिण अफ्रीका में हालांकि

विषमलैंगिक एचआईवी संक्रमण के अधिक प्रसार को देखते हुए आक्रमणकारी के एचआईवी बाधित होने की आशंका अधिक होती है इसलिए इस तरह से खतरों का वर्गीकरण नहीं किया जाता।

● संक्रमण के प्रसार की संभावना

एचआईवी सीरो डिस-कॉर्डेन्ट (रक्त में विषाणुओं की अलग-अलग स्थिति) दम्पतियों में किए गए अध्ययनों से यह अनुमान लगाया गया है कि एक बार असुरक्षित योनि अथवा गुदा सैक्स करने से संक्रमण होने का जोखिम उतना ही होता है जितना कि कामकाज से संबद्ध कार्यों में संक्रमण होने का, जिसके लिए दक्षिण अफ्रीका में अब पीईपी देना मानक प्रक्रिया बन गया है^{48,49}। हमें यह जानकारी है कि शरीर के द्रव्यों से विषाणु का संपर्क होने पर एचआईवी प्रसार का जोखिम बढ़ जाता है और इसी कारण से बलात्कार होने पर संक्रमण प्रसार का जोखिम अधिक माना जाता है। यौन हिंसा का शिकार हुए पीड़ित व्यक्तियों में आमतौर पर यौनांगों में चोट⁵⁰⁻⁵² और यौन संचारित संक्रमण अधिक पाए जाते हैं⁵³। दक्षिण अफ्रीका में यह कारक विशेष रूप से महत्व रखते हैं क्योंकि यहाँ देखा गया है कि यौन रूप से सक्रिय वयस्क लोगों में यौन संचारित संक्रमण का उपचार नहीं होता और महिलाओं और कम उम्र की लड़कियों के साथ यौन हिंसा होने पर अधिकतर मामलों में यौनांगों में चोट लगना देखा जाता है। 18 महीने की अवधि में जीएसएच और जीएफजे अस्पतालों में 460 बलात्कार पीड़ित महिलाओं के आरंभिक विश्लेषण से पता चला कि 65 प्रतिशत मामलों में इन महिलाओं की योनि या वलवा में चोट लगी थी और गुदा में त्लिंग प्रवेश कराया

जाना भी आमतौर पर (8 प्रतिशत मामलों में) देखा गया था⁴³। इसके अलावा आक्रमणकारी के खून में वायरस का लोड भी एचआईवी प्रसार को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक हो सकता है⁵⁴। अंत में हालांकि सामूहिक बलात्कार होने पर अतिरिक्त जोखिम को अभी तक अभिलिखित नहीं किया गया है, फिर भी यह अनुमान है कि एक से अधिक एचआईवी बाधित व्यक्तियों के साथ संपर्क होने और बलात्कार के दौरान चोट लगने से संक्रमण के प्रसार का जोखिम अपनी इच्छा से किए गए सैक्स से होने वाले जोखिम की तुलना में कहीं अधिक होगा।

● संक्रमण होने और उपचार आरंभ होने के बीच का समय

कामकाज से संबद्ध और असंबद्ध, दोनों ही परिस्थितियों में संक्रमण का सामना होने की स्थितियों में यह अनुसंशा की गई है कि संक्रमण के तुरन्त बाद जितनी जल्दी हो सके, यदि संभव हो तो कुछ ही घंटों के भीतर, पीईपी आरंभ कर देना चाहिए। जानवरों पर किए गए अध्ययनों से पता चला है कि यदि पीईपी आरंभ करने में 24-36 घण्टे का विलंब हो जाए तो यह उपचार प्रभावशाली नहीं रहता लेकिन यह जानकारी नहीं है कि मनुष्यों में विलंब से उपचार आरंभ करने पर प्रभाव में कितनी कमी आती है^{55,56}। कामकाज से असंबद्ध संक्रमण का सामना होने पर अधिकांश पीईपी व्यवस्थाओं में 24 घण्टे से पहले लेकिन अधिकतम 72 घण्टे समाप्त होने से पूर्व उपचार आरंभ करने की व्यवस्था की गई है।

पुलिस सेवाओं, आपराधिक न्याय प्रणाली और बलात्कार पीड़ितों के लिए फॉरेंसिक चिकित्सा

सेवाएं प्राप्त करने में होने वाले विलंब के कारण संक्रमण होने और पीईपी आरंभ करने के बीच समय लग जाता है। पहले बताई गई दोनों ही केस-स्टडी में स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को इन समस्याओं का सामना करना पड़ा है। इन आरंभिक अनुभवों से महत्वपूर्ण जानकारियाँ और सूचनाएं मिल रही हैं। दोनों ही अस्पतालों में केन्द्रीय रूप से सेवाएं देने की व्यवस्था की गई है जहाँ फॉरेंसिक जाँच, बलात्कार के बाद की मानक देखभाल, परामर्श (कुछ मामलों में पुलिस और आपराधिक न्याय सेवाएं भी) और पीईपी दिया जा सकता है। इस तरह एक स्थान पर सेवाएं दिए जाने के मॉडल को 'एकीकृत बलात्कार पीड़ित सहायता केन्द्र' की परिभाषा दी गई है। अन्य देशों में भी इस तरह के मॉडल सामने आए हैं⁵⁷। स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने वाले केन्द्र के रूप में ग्रिप संस्थान अब बलात्कार पीड़ितों के लिए देखभाल केन्द्रों की स्थापना सरकारी भवनों में कर रहा है जो पुलिस स्टेशन में ही या उसके आसपास होते हैं। ग्रामीण क्षेत्रों के लिए यह कार्ययोजना उपयुक्त सिद्ध हो सकती है। अब लोगों की जानकारी के स्तर में भी वृद्धि हुई है और बलात्कार पीड़ित विलंब से बचने के लिए पहले पुलिस स्टेशन जाने की बजाए अस्पताल जाना पसंद करते हैं।

इसके परिणामस्वरूप, ग्रिप संगठन ने यह देखा है कि अब बलात्कार पीड़ित द्वारा पुलिस के पास जाने और फिर अस्पताल आने के बीच के समय में कमी आई है। अब यह समय पहले के 3 दिन से घट कर 12 घण्टे हो गया है (व्यक्तिगत पत्राचार, बारबरा किन्याँन, अगस्त 2000)। जीएसएच

और जीएफजे अस्पतालों में 460 महिलाओं के विश्लेषण से पता चला कि 74 प्रतिशत पीड़ित महिलाएं बलात्कार होने के 24 घण्टे के बीच अस्पताल पहुँच गई थीं⁴³। ये आरंभिक और सीमित जानकारी हैं इसलिए इनकी व्याख्या बड़ी सावधानी से की जानी चाहिए। फिर भी इनसे पता चलता है कि 72 घण्टे की समयसीमा के भीतर उपचार आरंभ करने की व्यावहारिकता क्या हो सकती है और इस काम में किस तरह की परेशानियाँ आ सकती हैं। इन जानकारियों से इस विषय पर और अधिक कार्यकारी अनुसंधान किए जाने की आवश्यकता का भी पता चलता है।

● संक्रमण रोकने के लिए प्रयोग की जाने वाली दवाओं की प्रभावशीलता

इस समय बलात्कार की घटना के बाद पीईपी देते समय प्रयोग की जाने वाली दवाओं की प्रभावशीलता की समीक्षा करना इस लेख की विषय-वस्तु से बाहर है। दवाओं पर होने वाले खर्च और उन तक पहुँच के कारण इस पर विचार करना और तुलनात्मक रूप से सस्ती एक दवा (AZT) का प्रयोग करना दक्षिण अफ्रीका जैसी परिस्थितियों में अधिक व्यावहारिक होता है। एक केस-स्टडी, जिसका अकसर हवाला दिया जाता है और जिसमें केवल AZT दवा का प्रयोग किया गया था, से पता चला कि कामकाज से संबद्ध संक्रमण का खतरा होने पर AZT दवा लेने से स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं में संक्रमण होने के जोखिम में 81 प्रतिशत कमी हुई थी¹¹। इसके अतिरिक्त वैक्विवर, सेन-फ्रांसिस्को और न्यूयॉर्क जैसे स्थानों में पीईपी के लिए 2 या कभी-कभी 3 दवाओं से उपचार किए जाने की प्रथा विकसित हुई है क्योंकि वहाँ

यह माना जाता है कि सैद्धान्तिक रूप से एक ही दवा दिए जाने से उस दवा के प्रति प्रतिरोधक क्षमता विकसित हो जाती है⁵⁸। हालांकि इन स्थानों पर यौन संक्रमण होने के बाद एक दवा से उपचार करने की बजाए दो या तीन तरह की दवाएं देने से किसी अतिरिक्त सुरक्षा मिलने की जानकारी अभी तक नहीं मिल पाई है। यदि इस तरह के कोई लाभ दिखाई भी देते तो भी एक से अधिक प्रकार की दवाएं देने की प्रासांगिकता तब निश्चित की जा सकती थी यदि एचआईवी बाधित बलात्कारी पहले से कभी एंटी रेट्रो वायरल दवाएं ले चुका हो। दक्षिण अफ्रीका में अधिकांश एचआईवी बाधित लोगों को अपने संक्रमण की स्थिति की जानकारी नहीं है और न ही एंटी रेट्रो वायरल दवाओं का प्रयोग एचआईवी उपचार के लिए सामान्य रूप से किया जाता है इसलिए इस तरह की स्थिति उत्पन्न होने की संभावना बहुत कम होती है।

● दवा की पूरी खुराक का सेवन

फ्रांस, यूनाइटेड किंगडम, संयुक्त राज्य अमरीका और कनाडा में स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं में यह देखा गया है कि कामकाज से संबद्ध संक्रमण होने पर वे पीईपी की पूरी खुराक नहीं लेते^{11,47}। औद्योगिक देशों में भी बलात्कार के बाद पीईपी का कोर्स पूरा न करने की जानकारी मिली है⁵⁹। दवाओं की खुराक पूरी न करने (भले ही दवा के दुष्परिणामों के कारण या अन्य किन्हीं कारणों से) की यह प्रवृत्ति दक्षिण अफ्रीका में चिंता का विषय हो सकती है क्योंकि इससे दवा के प्रभाव कम होने और दवा के प्रति प्रतिरोधक क्षमता विकसित होने का खतरा बना रहता है⁶⁰। ग्रिप संगठन ने यह देखा कि दवा की खुराक जारी रखने में कई तरह

की परेशानियां थीं। यहाँ फॉलोअप जाँच व्यवस्था आरंभ करने से पहले लोगों द्वारा दवा की पूरी खुराक लेने की मॉनीटरिंग करने और उन्हें इसके लिए प्रेरित करने की सुविधाएं सीमित थीं। दोनों मामलों के अध्ययन में यह पाया गया कि पर्याप्त परामर्श देने की क्षमता और दवा का कोर्स पूरा करने के लिए प्रेरणा देना तथा रोगियों द्वारा दवा लिए जाने की मॉनीटरिंग करना एक बड़ी चुनौती था। इससे दक्षिण अफ्रीका में पीईपी के बारे में कार्यकारी अनुसंधान के लिए महत्वपूर्ण प्रश्न भी उठ खड़े होते हैं (बॉक्स-1 देखें)।

निश्चित तौर पर यह नहीं कहा जा सकता कि कामकाज से संबद्ध और असंबद्ध संक्रमण का सामना करने, अपनी इच्छा से या इच्छा के बिना यौन संबंध बनाने पर संक्रमण होने या अलग-अलग एचआईवी प्रसार की दर वाले देशों में लोगों द्वारा उपचार को पूरा किए जाने के बारे में एक समान निष्कर्ष निकाले जा सकते हैं*। एचआईवी के कम प्रसार वाले देश में किसी स्वास्थ्य सेवाकर्मी जिसे अस्पताल में सामान्य काम करते समय सूई आदि

चुभ गई हो, की तुलना में दक्षिण अफ्रीका में सामूहिक बलात्कार की शिकार कोई महिला उपचार पूरा करने के लिए अधिक तत्पर होगी अगर उसे पर्याप्त परामर्श और सहयोग मिले। इस तरह हम यह देखते हैं कि किसी व्यक्ति के मन में एचआईवी संक्रमण के जोखिम का डर उसके द्वारा उपचार पूरा किए जाने को प्रभावित कर सकता है। इस बारे में कुछ साक्ष्य भी मौजूद हैं। सेन-फ्रांसिस्को में 401 व्यक्तियों के बीच एक अध्ययन किया गया (जिनमें से 94 प्रतिशत लोग यौन संबंधों से संक्रमण का जोखिम होने पर अस्पताल पहुँचे थे और इनमें से 43 प्रतिशत को अपने साथी के एचआईवी बाधित होने की जानकारी थी)। इन लोगों में से 78 प्रतिशत ने 4 सप्ताह का उपचार पूरा किया हालांकि इन्हें दवा के कई दुष्परिणामों का सामना करना पड़ा⁶¹। इसी तरह वैक्युवर में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि एचआईवी संक्रमण के कम जोखिम वाले लोगों की तुलना में सबसे अधिक जोखिम का सामना कर रहे रोगी उपचार को जल्दी स्वीकार करते हैं और इसे पूरा भी करते हैं⁴⁷।

बॉक्स-1 : पीईपी से जुड़े प्रमुख शोध प्रश्न

- पीईपी की मांग और इसकी स्वीकार्यता की दर क्या है? विभिन्न परिस्थितियों में बलात्कार पीड़ितों के लिए पीईपी सुलभ बनाने और लोगों द्वारा इसे स्वीकार कर लिए जाने के लिए कौनसी सहायक व्यवस्थाएं स्थापित की जानी चाहिए?

* अपनी इच्छा से या इच्छा के बिना संबंध बनाने का यौनांगों पर लगने वाली चोट से कोई संबंध नहीं है (हालांकि इनमें अंतर हो सकता है)। यहाँ इनके माध्यम से यह बताया जा रहा है कि औद्योगिक देशों में किसी पहचान वाले एचआईवी बाधित या अधिक जोखिम वाले साथी के साथ संबंध बनाने के बाद अस्पताल में आने वाले लोगों (आमतौर पर समलैंगिक पुरुषों) को पीईपी दिया जाता है। (यह आपातकालिक गर्भनिरोधन के समान है हालांकि दुबारा ऐसी स्थिति उत्पन्न न हो इसके लिए परामर्श भी दिया जाता है) जोखिम और लोगों के इस बारे में सक्षम होने को दक्षिण अफ्रीका में एक समान नहीं माना जा सकता क्योंकि यहाँ पीईपी के लिए आने वाले लोग आमतौर पर बलात्कार पीड़ित होते हैं।

- दवाओं के दुष्प्रभावों पर पर्याप्त फॉलोअप करने के लिए किस तरह की न्यूनतम मॉनीटरिंग व्यवस्था होना आवश्यक है?
- विभिन्न प्रकार से उपचार दिए जाने पर उपचार पूरा करने की दर क्या है? क्या दूसरी परिस्थितियों में जहाँ पीईपी दिया जाता है, (उदाहरण के लिए एचआईवी के कम प्रसार वाले देश या काम से संबद्ध संक्रमण होने पर) यह दर भिन्न है?
- उपचार पूरा करने को कौन से कारक प्रभावित करते हैं और किस तरह उपचार पूरा किया जाना सुनिश्चित किया जा सकता है?
- दक्षिण अफ्रीका के लिए किन दवाओं से उपचार करना बेहतर होगा? क्या कम अवधि की कुछ दवाएं हैं जिनसे उपचार पूरा किए जाने की संभावनाएं बढ़ जाती हों लेकिन प्रभाव में किसी तरह की कमी न हो? क्या जोखिम को वर्गीकृत किए जाने की आवश्यकता होगी या दक्षिण अफ्रीका में सभी बलात्कार पीड़ितों को अधिक जोखिम वाला ही माना जाना चाहिए?
- बलात्कार के बाद देखभाल के लिए अस्पताल आने वाले कितने प्रतिशत लोग पहले से एचआईवी बाधित होते हैं? वे अपनी एचआईवी की स्थिति का पता चलने पर किस तरह की प्रतिक्रिया करते हैं और उन्हें किस प्रकार सहायता की जा सकती है?
- पीईपी से किस हद तक प्राथमिक रोकथाम हो सकती है? बलात्कार पीड़ितों द्वारा वर्तमान में यौन संबंधों को बनाए रखते हुए एचआईवी संक्रमण के जोखिम को किस तरह कम किया जा सकता है?
- पीईपी सेवाएं देने के लिए किस तरह के प्रशिक्षण की आवश्यकता होगी? अलग-अलग सेवाप्रदाता इन भूमिकाओं का निर्वहन किस तरह कर सकते हैं? बलात्कार के बाद संबंधित सेवाएं देने वाले दूसरे क्षेत्रों पर पीईपी का क्या प्रभाव पड़ता है?

दक्षिण अफ्रीका में बलात्कार की घटनाएं और पीईपी : सामुदायिक स्वास्थ्य और सामाजिक न्याय का महत्वपूर्ण मुद्दा

पीईपी के बारे में विद्यमान वैज्ञानिक साक्ष्यों तथा दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी और यौन हिंसा की दोहरी महामारी को देखते हुए यहाँ पीईपी सेवाओं को सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत लागू किए जाने की आवश्यकता उन औद्योगिक देशों की तुलना में कहीं अधिक है जहाँ आरंभ में पीईपी दिया

जाना शुरू किया गया था। इसके अलावा यह देखते हुए कि दक्षिण अफ्रीका में पीईपी दिए जाने के प्रयासों को बहुत सी आरंभिक कठिनाइयों का सामना करना पड़ा है और अब इस उपचार के लिए पैरवी कार्यों का स्तर राष्ट्रीय नीतियों के स्तर तक पहुँच चुका है, इसलिए इससे ऐसा प्रतीत होता है कि पीईपी न केवल सामुदायिक स्वास्थ्य का विषय रह गया है बल्कि अब यह सामाजिक न्याय का विषय भी बन गया है। बलात्कार की घटना के बाद

एचआईवी संक्रमण को रोकने के प्रयास करना अब स्वास्थ्य तथा मानवाधिकारों से जुड़ा विषय है।

दक्षिण अफ्रीका में प्रभावशाली तरीके से पीईपी को लागू करने में आने वाली कठिनाइयों को अनदेखा नहीं किया जा सकता। अब जबकि दक्षिण अफ्रीका में पीईपी का समर्थन करने वाली राष्ट्रीय नीतियाँ बन रही हैं तो ऐसे में मुख्य चुनौती इन्हें लागू करने की है। जैसा कि दो मामलों के अध्ययन से पता चला है, शुरूआती दौर में पीईपी दिए जाने के कारण इस क्षेत्र में जानकारी की कमी तथा और अधिक शोध किए जाने की आवश्यकता (बॉक्स-1) को पहचाना गया है। इसी वजह से उपचार देते समय उठने वाले नैतिक प्रश्नों पर भी गौर किया गया है (बॉक्स-2)। इन प्रयासों के लिए यदि पर्याप्त समर्थन मिले और इन्हें सही तरीके से लागू कर इनकी मॉनीटरिंग और आकलन किया जाए तो ये

प्रयास पूरे देश में पीईपी का विस्तार करने के सही मॉडल साबित हो सकते हैं।

निष्कर्ष: वर्तमान सेवाओं को सुदृढ़ करने और इनमें सुधार की आवश्यकता

इस अनुसंधान अध्ययन के दौरान अधिकांश सूचनाप्रदाताओं ने दक्षिण अफ्रीका में बलात्कार पीड़ितों को दी जाने वाली वर्तमान सेवाओं को सुदृढ़ करने और इनमें सुधार लाने के बारे में चिन्ताएं व्यक्त की हैं। साथ ही साथ अनेक लोगों ने यह विचार भी व्यक्त किए कि दक्षिण अफ्रीका में यौन हिंसा तथा एचआईवी/एड्स की वर्तमान स्थिति को देखते हुए सेवाओं में सुधार को लगातार चलने वाले लक्ष्य के रूप में देखा जाना चाहिए। इसे केवल बलात्कार के बाद उपचार प्रदान करने की आवश्यक शर्त मात्र ही नहीं समझा जाना चाहिए।

बॉक्स-2 : दक्षिण अफ्रीका में पीईपी लागू किए जाने से संबंधित नैतिक प्रश्न

- पीईपी देने से पहले फॉरेन्सिक जाँच और कानूनी रूप से शिकायत किया जाना आवश्यक नहीं होना चाहिए।
- पीईपी देने से पहले पीड़ित व्यक्ति की सूचित सहमति ली जानी चाहिए और उसे यह बताया जाना चाहिए कि इस उपचार की प्रभावशीलता के बारे में स्पष्ट साक्ष्य उपलब्ध नहीं है।
- आरंभिक जाँच में एचआईवी संक्रमण से बाधित पाए गए लोगों को दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी उपचार और देखभाल के वर्तमान स्तर की सेवाएं मिलनी चाहिए।
- पीईपी सेवाओं तक सबकी एक समान पहुँच बहुत महत्वपूर्ण है। उपचार के लिए भुगतान करने की क्षमता में अंतर और ग्रामीण क्षेत्रों में संसाधनों और सुविधाओं की कमी होते हुए भी सभी को एक समान सेवाएं दी जानी चाहिए।
- दक्षिण अफ्रीका में जबरन या डरा-धमका कर किए जाने वाले बलात्कार के मामलों में भी पीईपी सेवाएं दी जानी चाहिए और इन्हें केवल अनजान व्यक्ति द्वारा बलात्कार किए जाने तक ही सीमित न रखा जाना चाहिए। साथ ही साथ बार-बार पीईपी देकर इसे एचआईवी संक्रमण को रोकने का माध्यम नहीं बनाना चाहिए।

इस संबंध में पीईपी देने के प्रयास दक्षिण अफ्रीका में यौन हिंसा से पीड़ितों के बीच काम कर रहे सेवाप्रदाताओं की क्षमता और जानकारी के स्तर को बढ़ाने का अच्छा अवसर हो सकता है। इनमें पुलिस, न्यायपालिका और स्वास्थ्य सेवाओं में कार्यरत लोग शामिल हैं। जैसा कि इस समय किए जा रहे प्रयासों से पता चला है, पीईपी देने मात्र से ही महिलाओं के विरुद्ध हिंसा और एचआईवी के बीच संबंध बहुत स्पष्ट रूप से उजागर होते हैं। आमतौर पर जिसे उपेक्षित और नारीवादी मुद्दा कहकर नकार दिया जाता था, अब इस दृष्टिकोण में परिवर्तन होगा और बलात्कार पीड़ितों को तुरन्त मानक सेवाएं दिया जाना आवश्यक हो जाएगा। यह विषय एचआईवी संक्रमण रोकने की राष्ट्रीय प्राथमिकता से भी जुड़ा है। एंटी रेट्रो वायरल दवाओं तक लोगों की पहुँच दक्षिण अफ्रीका में अब एक ज्वलंत विषय बन गया है और इसमें कोई संदेह नहीं कि माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण को रोकने तथा उपचार सेवाओं तक लोगों की पहुँच बढ़ाने के अभियानों के कारण ही पीईपी सेवाओं को इतनी जल्दी स्वीकार किया गया है।

इस विषय पर केवल तकनीकी क्षेत्र में कुछ कार्य करना ही पर्याप्त नहीं होगा; जेंडर आधारित हिंसा और एचआईवी/एड्स के बीच संबंधों को देखते हुए एक व्यापक और व्यवस्थित प्रणाली की आवश्यकता होगी। हाल ही में एड्स, टीबी और मलेरिया के उपचार के लिए वैश्विक कोष (GFATM) की स्थापना, एचआईवी/एड्स की समाप्ति के लिए अत्यधिक संसाधनों की उपलब्धता और धनदाताओं द्वारा सभी के लिए एंटी रेट्रो वायरल दवाएं उपलब्ध करा पाने की तत्परता को देखते हुए यह ज़रूरी है कि स्वास्थ्य व्यवस्था को सुदृढ़ करने की कटिबद्धता

में किसी तरह की कोई कमी न हो। इस व्यवस्था के अंतर्गत सभी दवाएं उपलब्ध हो सकें और इन सेवाओं को एक व्यापक अर्थ मिल सके⁶²। पीईपी सेवाएं दिए जाने को दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी की महामारी में व्याप्त जेंडर संबंधों को हल करने की व्यापक और सोची समझी रणनीति के रूप में देखा जाना चाहिए। इस संबंध में इसका महत्व तब और भी बढ़ जाएगा यदि जेंडर आधारित हिंसा का सामना करने के वर्तमान प्रयासों को एचआईवी रोकथाम की कार्ययोजना के महत्वपूर्ण आयामों के रूप में स्थापित किया जाए।

अभिस्वीकृति

यह लेख वर्ष 2000 में जिनेवा में विश्व स्वास्थ्य संगठन की बैठक में “महिलाओं के विरुद्ध हिंसा तथा एचआईवी/एड्स : अनुसंधान कार्ययोजना का निर्धारण” विषय से प्रस्तुत निबंध का संशोधित तथा नवीनतम रूप है। लेखकगण विश्व स्वास्थ्य संगठन के आभारी हैं और जेंडर तथा महिला स्वास्थ्य विभाग की क्लॉडिया गार्सिया और ग्रिप संगठन की बारबरा किन्याँन के प्रति विशेष आभार व्यक्त करते हैं। इसके अतिरिक्त लेखकगण अनुसंधान के दौरान साक्षात्कारों में भाग लेने वाले सभी व्यक्तियों का भी धन्यवाद करते हैं।

पत्र व्यवहार के लिये पता

अ. वरिष्ठ अनुसंधानकर्ता, ग्रामीण एड्स तथा विकास कार्य अनुसंधान कार्यक्रम (रडार), स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ, विटवाटसरैण्ड, दक्षिण अफ्रीका; क्लिनिकल रिसर्च फैलो, हैल्थ पॉलिसी यूनिट, लंदन स्कूल ऑफ हाइजीन एण्ड ट्रॉपिकल मेडिसिन, यूके।

ई-मेल: jkim@soft.co.za

- ब. फॉरेन्सिक विज्ञान विशेषज्ञ, डिपार्टमेन्ट ऑफ फॉरेन्सिक मेडिसन एण्ड टॉक्सिकॉलॉजी, यूनीवर्सिटी ऑफ केपटाउन, दक्षिण अफ्रीका।
- स. सह-प्रोफेसर एवं वरिष्ठ विशेषज्ञ, स्त्रीरोग एवं ऑन्कोलॉजी इकाई, प्रसूति एवं स्त्री रोग विभाग, फैकल्टी ऑफ हैल्थ साइंसेज़, यूनीवर्सिटी ऑफ केपटाउन, दक्षिण अफ्रीका।

संदर्भ

1. Comprehensive Report: National STD/HIV/AIDS Review. Pretoria: Medical Research Council, 1997.
2. UNAIDS. Global report on the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS, 2000.
3. Williams B, Campbell C. Understanding the epidemic of HIV in South Africa. South African Medical Journal 1998;88:247–51.
4. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. Social Science and Medicine 2002; 55(7):1231–44.
5. South African Police Services. SAPS: Provincial crime specific statistics 1994 to 2000. Available from: <http://www.saps.org.za/8_crimeinfo/bulletin/942000.htm>.
6. International Criminal Police Organisation (ICPO). Interpol International Crime Statistics, 1996.
7. Garcý'a Moreno C, Watts C. Violence against women: its importance for HIV/AIDS. AIDS 2000;14(Suppl.3):S253–S265.
8. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual Coercion and Women's Reproductive Health: A Focus on Research. New York: Population Council, 1995.
9. Vetten L, Bhana K. Violence, vengeance and gender: a preliminary investigation into the links between violence against women and HIV/AIDS in South Africa. Johannesburg: Centre for the Study of Violence and Reconciliation, April 2001.
10. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. US Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. A case– control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. New England Journal of Medicine 1997;337: 1485–90.
11. US Centers for Disease Control. Case– control study of HIV seroconversion in healthcare workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988–August 1994. Morbidity and Mortality Weekly Report 1995;44:929–33.
12. Black RJ. Animal studies of prophylaxis. American Journal of Medicine 1997;102:39–44.
13. Watson A, McClure J, Ranchalis J, et al. Early postinfection antiviral treatment reduces viral load and prevents CD4+ cell decline in HIV type 2-infected macaques. AIDS Research and Human Retroviruses 1997;13: 1375–81.
14. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal–infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. New England Journal of Medicine 1994;331:1173–80.
15. Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM, et al. Short course oral zidovudine for prevention of maternal-to-child

- transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:781–85.
16. Centers for Disease Control and Prevention. US Centers for Disease Control and Prevention Update: PHS Report summarizes current scientific knowledge on the use of post-exposure antiretroviral therapy for non-occupational exposures. September 1998.
 17. Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, et al. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *American Journal of Medicine* 1999; 106(3):323–26.
 18. Koh HK, DeMaria A, McGuire JF. Massachusetts Clinical Advisory. Massachusetts, 2001.
 19. Roland M. Prophylaxis following non-occupational exposure to HIV, 2002. At: <<http://hivinsite.ucsf.edu/>>.
 20. Myles J, Bamberger J. Offering HIV prophylaxis following sexual assault: recommendations for the State of California. San Francisco: California HIV PEP after Sexual Assault Task Force in conjunction with the California State Office of AIDS, 2001.
 21. UNAIDS. Global Report on the HIV/AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS, 2002.
 22. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports* 1999;Dec(11): 1–43.
 23. Heise L, Raikes A, Watts CH, et al. Violence against women: a neglected public health issue in less developed countries. *Social Science and Medicine* 1994;39(4):1165–79.
 24. Crime Information Analysis Centre (CIAC). South African Police Service Crime Statistics. Pretoria, 2000.
 25. Human Rights Watch. Scared at School: Sexual Violence Against Girls in South African Schools. New York: Human Rights Watch, 2001.
 26. Human Sciences Research Council. Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS: South African national HIV prevalence, behavioural risks and mass media. Household Survey. Cape Town: Human Sciences Research Council (HSRC), 2002.
 27. Martin LJ. Violence against women: an analysis of the epidemiology and patterns of injury in rape homicide in Cape Town and in rape in Johannesburg. M Med thesis, University of Cape Town, 1999.
 28. Swart L, Gilchrist A, Butchart A, et al. Rape surveillance through district surgeon offices in Johannesburg, 1996–1998: findings, evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology* 2000;30(2): 1–10.
 29. Mokwena S. The era of the jackrollers: contextualising the rise of youth gangs in Soweto. Johannesburg: Centre for Violence and Reconciliation, 1991.
 30. Wood K, Maforah F, Jewkes R. 'He forced me to love him': putting violence on adolescent sexual health agendas. *Social Science and Medicine* 1998;47:233–42.
 31. South African Law Commission. Sexual Offences Report. Project 107, 2002.

32. Department of Health. South Africa Demographic and Health Survey: Final report. Pretoria: Department of Health, 1998.
33. Artz L. Access to Justice for Rural Women: Special Focus on Violence Against Women. Cape Town: Institute of Criminology, University of Cape Town, 1999.
34. Human Rights Watch. Human Rights Watch Report: Violence Against Women in South Africa. New York: Human Rights Watch, 1995.
35. CIET Africa. Prevention of sexual violence. A social audit of the role of the police in the jurisdiction of Johannesburg's Southern Metropolitan Local Council. Johannesburg: CIET Africa, 1998.
36. Masimanyane Women's Support Centre. Violence Against Women. An Exploratory Study of the Impact of the Justice System on Victims/Survivors of Domestic Violence and Rape. East London: Masimanyane Women's Support Centre, 1999.
37. CIET Africa. Prevention of sexual violence: a social audit of the role of the police in the jurisdiction of Johannesburg's Southern Metropolitan Local Council. Johannesburg: CIET Africa, 1998.
38. Jewkes R, Abrahams N. A review study commissioned by the Crime Prevention Research Resources Centre on violence against women in South Africa: rape and sexual coercion. Pretoria: Crime Prevention Research Resources Centre and Medical Research Council, South Africa, 2000.
39. Martin LJ. Forensic examination model in South Africa. Proceedings of Meeting: Consultation on the Health Sector Response to Sexual Violence. Geneva: World Health Organization, 2001.
40. Pithey B, Artz L, Combrinck H, et al. Legal aspects of rape: discussion document commissioned by the Deputy Minister of Justice, 1999.
41. World Health Organization. Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. Geneva: WHO (Forthcoming).
42. Martin LJ, Denny L. Standardised provincial guidelines for the management of survivors of rape or sexual assault & Report on Sexual Assault Examination. Western Cape Department of Health, 2000.
43. Denny L, Martin LJ, Buford L, et al. The challenge of providing PEP to survivors of rape: preliminary analysis of Standard Sexual Assault examination form used at Groote Schuur Hospital and GF Jooste Hospital from 1998 to 2001. In: First South African Gender Based Violence and Health Conference, Johannesburg, 2002.
44. Centers for Disease Control and Prevention. Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy: Public Health Service Statement. CDC Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports 1998;47(RR17):1-14.
45. Lawrence O. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. JAMA 1994;271(18):1437-44.
46. Katz MH, Gerberding JL. The care of persons with recent sexual exposure to HIV. Annals of Internal Medicine 1998;128: 306-11.

47. Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal* 2000;162(5):641–45.
48. DeGrurrola V, et al. Infectiousness of HIV between male homosexual partners. *Journal of Clinical Epidemiology* 1989;42:849–56.
49. Ippolito G, Puro V, De Carli G, et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine* 1993;153:1451–58.
50. British Columbia Women's Hospital. Annual Report. Vancouver: BC Women's Hospital–Vancouver General Hospital Sexual Assault Service, 1998.
51. Slaughter L, et al. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;176:609–16.
52. Lauber AA, Souma SM. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstetrics and Gynecology* 1982;60:644–48.
53. Jenny C, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine* 1990;322:713–26.
54. Padian NS, et al. Heterosexual transmission of HIV in northern California: results from a ten-year study. *American Journal of Epidemiology* 1997;146(4): 350–57.
55. Niu MT, et al. Primary HIV type-1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in human and animal retrovirus infections. *Journal of Infectious Diseases* 1993;168: 1490–501.
56. Gerberding JL. Management of occupational exposures to blood-borne viruses. *New England Journal of Medicine* 1995;332:444–51.
57. Schuler M. Violence against women: an international perspective. In: Schuler M, editor. *Freedom from Violence: Women's Strategies from around the World*. New York: UNIFEM, 1992.
58. Katz MH, Gerberding JL. Post-exposure treatment of people exposed to the human immunodeficiency virus through sexual contact or injection drug use. *New England Journal of Medicine* 1997;336: 1097–100.
59. Launay O, Soussy A, Aubert M. Post-sexual exposure prophylaxis with HAART after sexual assaults. XIIIth International AIDS Conference. Abstract WePeC4313. Durban, 9–14 July 2000.
60. Roland ME, Krone MR, Neilands TB, et al. HIV seroconversion following non-occupational post-exposure prophylaxis. Presented at: National HIV Prevention Conference; Atlanta, GA, 2003.
61. Kahn JO, Martin JN, Roland ME, et al. Feasibility of post-exposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study. *Journal of Infectious Diseases* 2001;183:707–14.
62. Pronyk PM, Kim JC, Porter J. Whose priorities? A response to the issue of antiretrovirals in Africa. *Tropical Medicine and International Health* 2001;6(8):575–78.

एड्स सम्मेलन में दिया गया प्रस्तुतिकरण एचआईवी की रोकथाम के लिए पुरुषों में खतना: इन पुरुषों के यौन साथियों की सुरक्षा कैसे हो?

Marge Berer

मार्ज बेरर

इस वर्ष मैक्सिको में आयोजित अंतरराष्ट्रीय एड्स सम्मेलन में “एचआईवी की रोकथाम के लिए पुरुषों में खतना किए जाने” का विषय सम्मेलन का मुख्य विषय बना रहा। मेरे विचार से यह बहुत ही अच्छा हुआ। इस विषय को हर मंच पर उठाया गया है और इस बारे में अलग-अलग विचार व्यक्त किए गए हैं। इससे यह लगता है कि अब हम खुलकर इस विषय पर चर्चा कर सकते हैं और इस प्रक्रिया को और बेहतर बनाने की आशा रख सकते हैं क्योंकि पुरुषों में खतना किए जाने के कार्यक्रमों के लिए पहले से ही बड़ी मात्रा में धन उपलब्ध कराया जा रहा है। हम यह आशा भी कर सकते हैं कि अब इस कार्यक्रम को हम उन देशों में और तेजी से बढ़ा सकेंगे जहाँ इस कार्यक्रम को लागू किए जाने को स्वीकार किया गया है।

महिलाओं का यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार और एचआईवी के संदर्भ में इनका अंतःसंबंध मेरी विशेषज्ञता का विषय है। मुझे इस सम्मेलन के दौरान इस विषय पर जेंडर आधारित दृष्टिकोण प्रस्तुत करने के लिए कहा गया है। मैं यहाँ पर पुरुषों में खतना किए जाने की आलोचना करने के लिए नहीं आई हूँ और मुझे मालूम है कि इसे बढ़ावा देने और स्वीकार करने के क्या कारण

हैं। एचआईवी की महामारी को कम करने में इसका क्या प्रभाव होगा, इस विषय पर अभी हमारी जानकारी सीमित है। हमें विशेष रूप से संयुक्त राष्ट्र की समाचार एजेंसी इरिन द्वारा जुलाई 2008 में दिए गए वक्तव्यों¹ के प्रति विशेष रूप से सावधान रहना होगा जिसमें खतना कराने वाले पुरुषों के बारे में बयान दिया गया है :

“ मेरे पति को विश्वास नहीं था कि खतना कराने के बाद भी वे एचआईवी बाधित हो सकते हैं” (पत्नी का कथन)

“ मैं जिन पुरुषों से चर्चा करती हूँ उनमें से अधिकांश यह समझते हैं कि खतना करवाना एड्स का प्रतिरोधक टीका लगवाने के समान है” (चिकित्सक का कथन)

‘ मैं सैक्स करना नहीं छोड़ना चाहता इसलिए खतना करवा रहा हूँ’ जब इस व्यक्ति को बताया गया कि खतना कराने के बाद भी परामर्शदाता उसे कण्डोम का प्रयोग करने की सलाह देंगे तो उसने कहा, “ अगर मुझे कण्डोम प्रयोग करना ही है तो फिर खतना कराने का क्या लाभ?” (25 वर्षीय युवक का कथन)

मेरे विचार से पुरुषों में खतना कराने की प्रक्रिया से जेंडर और यौनिकता से संबंधित कुछ मुद्दे उठ खड़े होते हैं जो यहाँ प्रस्तुत हैं।

खतना कराने वाले पुरुषों के यौन साथियों के भी समान सुरक्षा अधिकार हैं

एचआईवी की रोकथाम के लिए पुरुषों द्वारा खतना कराए जाने से एचआईवी मुक्त पुरुषों को तो आंशिक सुरक्षा मिल सकती है लेकिन इससे उनके यौन साथियों, भले ही पुरुष या स्त्री, को कोई सुरक्षा नहीं मिल पाती जब तक ये पुरुष व महिला कण्डोम का प्रयोग न करें। पुरुषों में खतना करना एचआईवी की रोकथाम करने का एकमात्र ऐसा उपाय है जिसमें दोनों यौन साथियों को कुछ हद तक भी सुरक्षा नहीं मिलती। यही हमारे लिए समस्या का विषय है।

पुरुषों में खतना किए जाने से जनसंख्या स्तर पर एचआईवी प्रसार तभी कम होगा जब बहुत अधिक अनुपात में पुरुषों का खतना हो जाएगा। ऐसा अनुमान लगाया गया था कि अत्यधिक सफल कार्यक्रमों में भी इसके पूर्ण प्रभाव मिलने में लगभग 10 वर्ष तक का समय लगेगा।*

सामुदायिक स्वास्थ्य के संदर्भ में एक दृष्टिकोण यह है कि यौन जोखिम उठाने और असुरक्षित सैक्स किए जाने की स्थिति में कुछ भी सुरक्षा न होने की अपेक्षा खतना कराए गए पुरुषों को 50-60 प्रतिशत सुरक्षा मिल पाना कहीं बेहतर है²। एचआईवी के अधिक प्रसार वाले देशों में बहुत सी महिलाएं और पुरुष खतना कराए जाने की प्रक्रिया का स्वागत करते हैं क्योंकि वे असुरक्षित सैक्स करना छोड़ना नहीं चाहते और इसके *आनन्द* से वंचित नहीं रहना चाहते।

मुझे यह मालूम है कि मैं इन लोगों की तरह नहीं सोचती। मैं पुरुषों में खतना कराए जाने को महिलाओं के स्वास्थ्य की पक्षधर के रूप में देखती हूँ और मेरा प्रश्न केवल यह है कि अगले 5 या 10 वर्षों में नहीं अभी इसी समय पुरुषों में खतना कराया जाना क्या महिलाओं के लिए लाभप्रद है?

सम्मेलन के दौरान दिए गए प्रस्तुतीकरण में मेरा यह विचार था कि एचआईवी बाधित पुरुषों के लिए खतना कराने से कोई लाभ नहीं होगा भले ही उनकी जाँच हो चुकी हो अथवा नहीं। मेरे इस विचार को चुनौती दी गई तथा श्रोताओं में से यह स्पष्टीकरण आया कि खतना कराने से पुरुषों को कुछ दूसरे यौन संचारित संक्रमणों से सुरक्षा मिलती है³। हालांकि उस समय मैंने दूसरे विचार को स्वीकार नहीं किया था जिसमें श्रोताओं ने यह कहा कि जब सभी पुरुष खतना करा रहे हैं तो कुछ पुरुषों को खतना के बिना रहने पर उन्हें एचआईवी संक्रमित समझ कर कलंकित किय जाएगा। मुझे नहीं लगता कि इस कारण से किसी पुरुष को खतना कराना चाहिए।

अभी हम कुछ देर और एचआईवी संक्रमण की स्थिति और खतना के विषय पर चर्चा करेंगे। खतना कराए हुए एचआईवी बाधित पुरुषों के यौन साथियों के लिए इसका क्या अर्थ है। यदि खतना कराने के लिए इच्छुक किसी पुरुष को अपने एचआईवी संक्रमित होने की जानकारी न हो और जाँच के लिए मना करने पर भी यदि उसका

* गणित की गणनाओं से यह पता चला कि सहारा मरुस्थलीय प्रदेश के दो अफ्रीकी देशों में यदि 80 प्रतिशत पुरुषों का खतना किया जाए तो अगले 10 वर्षों में एचआईवी के प्रसार की दर में 45-67 प्रतिशत की कमी होगी। यदि 50 प्रतिशत पुरुषों का खतना हो तो संक्रमण के प्रसार की दर में यह कमी 25-41 प्रतिशत की होगी।

खतना कर दिया जाए तो उसे यही लगेगा कि वह एचआईवी से सुरक्षित है। वह पुरुष हर बार सैक्स करते समय अपने यौन साथी के शरीर में अपना वीर्य स्थलित करता रहेगा। ऐसी स्थिति में, मेरा विचार है कि इस पुरुष के यौन साथी की स्थिति पहले से बदतर होगी। इस समय यह चर्चा भी जारी है कि क्या पुरुषों में खतना कराए जाने के कार्यक्रमों के अंतर्गत खतना करने से पहले पुरुषों की एचआईवी जाँच की जानी चाहिए। मेरे विचार से खतना करने से पहले पुरुषों की एचआईवी जाँच होनी चाहिए। गर्भवती स्त्रियों में भी उनके शिशु को एचआईवी से बचाने के लिए इस तरह की जाँच की जाती है। आपके विचार कुछ भी हों, ये तो तय है कि पुरुषों में खतना कराने से संबंधित नीति तैयार करते समय उनके यौन साथियों को सुरक्षित रखने के बारे में पर्याप्त ध्यान नहीं दिया जा रहा है। इन कार्यक्रमों में सबसे अधिक जोर अधिक से अधिक संख्या में पुरुषों का खतना करना ही है।

यहाँ विडंबना यह है कि पुरुषों को खतना करने के बाद सुरक्षा पाने के लिए अपना व्यवहार नहीं बदलना पड़ता लेकिन उनके यौन साथियों की सुरक्षा के लिए फिर भी सुरक्षित सैक्स करना ज़रूरी होता है। इसलिए यह ज़रूरी है कि पुरुष के यौन साथियों के लिए भी अन्य तरीके से समान परिस्थितियाँ पैदा की जाएं।

क्या सुरक्षित सैक्स करने से इस महामारी का अन्त हो सकता है?

सुरक्षित सैक्स यौनिकता के बारे में सोचने और उससे संबंधित काम करने का एक तरीका है। यह केवल सैक्स के समय कण्डोम का प्रयोग करना

या शिश्न के आगे की झिल्ली को हटा देना (खतना) मात्र ही नहीं है। सुरक्षित सैक्स व्यवहारों को बढ़ावा देने के लिए कभी भी पर्याप्त संसाधन उपलब्ध नहीं कराए गए हैं। इसी विफलता को देखते हुए पुरुषों के खतना कराने, एंटी रेट्रो वायरल दवाओं से उपचार की उपलब्धता को बढ़ाना और अन्य तकनीकी समाधान अपनाना अधिक महत्वपूर्ण बन गया है। अब भी यह सवाल बना हुआ है कि क्या अतिरिक्त प्रयास करने से सुरक्षित सैक्स का तरीका सफल हो सकता है या हमें ये मान लेना होगा कि इस व्यवहार को अपना पाना व्यावहारिक रूप से असंभव है? क्योंकि अगर एचआईवी संक्रमित लोग सुरक्षित सैक्स से ऊब चुके हैं और इसे छोड़ रहे हैं, और अगर एचआईवी संक्रमण से मुक्त वे लोग जिनकी जाँच न हुई हो तथा जो एचआईवी संक्रमण का खतरा होने के बावजूद अपने को जोखिमपूर्ण व्यवहार में लिप्त करते हों, तो ऐसी स्थिति में रोकथाम के दूसरे प्रयासों को करना भी बहुत ज़रूरी हो जाता है। अब प्रश्न यह उठता है कि इनमें से किन प्रयासों को प्राथमिकता दी जाए और ये किसके लाभ के लिए हों?

सम्मेलन में आए बहुत से लोगों ने यह माना है कि हमने लंबे समय तक रोकथाम के प्रयासों पर बहुत अधिक ध्यान नहीं दिया। लेकिन अब हमें इस बारे में अधिक गहराई से यह सोचना होगा कि पुरुषों में खतना कराने के अतिरिक्त रोकथाम के कौन से प्रयासों के प्रयोग किए जाएं और ये किनके लिए सबसे उचित होंगे। क्या हम पुरुषों का खतना केवल इसलिए कर दें क्योंकि वे इसकी इच्छा रखते हैं? क्या इसके बाद हम उन्हें

वापिस उनकी दुनिया में छोड़ दें ताकि वे असुरक्षित सैक्स करना जारी रखें? क्या यह मात्र संसाधनों को व्यर्थ करना नहीं होगा?

रोकथाम के उपाय

वर्ष 2006 में टोरन्टो एड्स सम्मेलन के दौरान संक्रमण रोकथाम के सभी संभावित उपायों को दर्शाने वाला एक चक्र प्रस्तुत किया गया था। 2006 में रोकथाम के तकनीकी उपाय जैसे कि टीकाकरण, गैर एंटी रेट्रो वायरल माइक्रोबीसाइड, हर्पीज़ सिम्पलैक्स वायरस को दबाने का उपचार और बड़े पैमाने पर यौन संचारित संक्रमणों का उपचार करने के उपाय अब भी अपने लक्ष्य से बहुत दूर हैं या अप्रभावी साबित हो चुके हैं। इस तरह हमारे सामने अभी भी स्वैच्छिक आधार पर परामर्श देने व जाँच कराने, व्यवहार परिवर्तन, बैरियर (कण्डोम) उपायों, पुरुषों का खतना करने जैसे उपायों के अलावा एंटी रेट्रो वायरल दवाओं की लगातार बढ़ती प्रभावशीलता का भी उपाय है।

पुरुषों में खतना करने से एचआईवी से 50-60 प्रतिशत सुरक्षा मिल पाती है²। अगर आज मैं दुनिया के सामने किसी ऐसे गर्भनिरोधक उपाय का प्रस्ताव रखूँ जिसकी प्रभावशीलता केवल 50-60 प्रतिशत हो, तो मुझे मालूम है कि यहाँ कमरे में मौजूद सभी लोग मुझे पर हँसेंगे। क्योंकि एचआईवी के यौन प्रसार को खत्म करने के लिए बहुत कम उपाय मौजूद हैं और क्योंकि अधिकांश प्रभावी हल लोगों की पहुँच से दूर हैं या इनका पर्याप्त प्रयोग नहीं किया जा रहा है, इसलिए कम प्रभावी उपाय आवश्यक हो गए हैं।

इन सबके बाद भी यदि हम पुरुषों में खतना करने की प्रक्रिया की तुलना एक सस्ते से कण्डोम

से करें जो 40 प्रतिशत मामलों में फट जाता है तो यह संभवतः उतना आकर्षक नहीं लगेगा। लेकिन बहुत से पुरुष जो इसे (खतना) किसी प्रभावी टीकाकरण के समान बेहतर समझते हैं वे अपने व्यवहार के बारे में विचार करेंगे और हो सकता है कि बहुत से अन्य दूसरे पुरुषों की तुलना में सुरक्षित व्यवहार करें।

एंटी रेट्रो वायरल दवाओं के बारे में क्या कहा जाए? हमें स्विटज़रलैण्ड के लोगों की प्रशंसा करनी होगी जिन्होंने नई नीति बनाई है जिसमें उपचार को रोकथाम के बराबर माना गया है। इस नीति पर गहराई से चर्चा मैक्सिको शहर में आयोजित सम्मेलन में की गई थी (एंटी रेट्रो वायरल दवाओं के उपचार पर एचआईवी संक्रमण का प्रसार, वेब साइट www.aids2008.org/Pag/PSession.aspx?s=485 पर उपलब्ध)। “उपचार = रोकथाम” का अर्थ यह है कि एंटी रेट्रो वायरल उपचार ले रहे कम वायरल लोड वाले लोगों के लिए सुरक्षा उपलब्ध है जिन्हें और कोई अन्य यौन संचारित संक्रमण न हो। लेकिन इसका अर्थ यह भी है कि आने वाले समय में गोली, माइक्रोबीसाइड और बैरियर पद्धति के रूप में एंटी रेट्रो वायरल उपचार विकसित हो जाएं जो उतने ही क्रान्तिकारी हों जितनी अपने समय में गर्भनिरोधक गोली क्रान्तिकारी साबित हुई थी। इसलिए मुझे उस समय बहुत आश्चर्य हुआ जब यूएनएड्स (UNAIDS) में एचआईवी की रोकथाम के लिए पुरुषों में खतना करने के प्रबल समर्थक ने विचार-विमर्श के दौरान यह चिन्ता व्यक्त की, हो सकता है कि एंटी रेट्रो वायरल दवाएं अकेले ही बहुत अधिक प्रभावी साबित न हों और जिससे

कि संक्रमण की दर भी बढ़ जाए। इसका अर्थ यह हुआ मानो यही सिद्धांत पुरुषों में खतना कराने की प्रक्रिया में लागू नहीं होता।

एंटी रेट्रो वायरल दवाओं से उपचार की विधि को विकसित होने और बड़े पैमाने पर उपचार के लिए प्रयोग किए जाने में अभी कई वर्ष लगेंगे। एचआईवी संक्रमण के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में 70 प्रतिशत या अधिक पुरुषों का खतना करने और जनसंख्या में प्रतिरोधक क्षमता उत्पन्न करने में भी बहुत अधिक समय लगेगा। एंटी रेट्रो वायरल दवाओं के उपलब्ध होने पर बैरियर पद्धति, व्यवहार परिवर्तन और पुरुषों में खतना करने की पद्धति का क्या होगा? आप देखें कि 1960 में खाने की गर्भनिरोधक गोलियों के उपलब्ध होने के बाद परिवार नियोजन के लिए कण्डोम के प्रयोग का क्या महत्व रह गया? अब इसे एचआईवी से बचाव के उपाय के रूप में स्थापित करने में मेहनत और समय लग रहा है। यहाँ हमें अल्पकालिक और दीर्घकालिक परिप्रेक्ष्यों को समझना होगा।

सत्र के दौरान मुझे पूछा गया था कि क्या हमने कण्डोम से सारी आशाएं छोड़ दी हैं? इसके उत्तर में मैंने कहा कि कम से कम मैंने तो इससे उम्मीद नहीं छोड़ी है और कमरे में मौजूद दूसरे लोगों के उत्तर से भी यही लगा कि वे भी इसके प्रति आशावान थे। लेकिन ये एक ऐसी साझी चुनौती है जिसे हम सबको मिलकर राष्ट्र के स्तर पर, धनदाताओं के स्तर पर और यूनएड्स के उच्चतम स्तर तक ले जाना होगा और इस पर काम करना होगा।

पुरुषों में खतना करने की पद्धति का महत्व

पुरुषों में खतना करने की प्रथा का पालन कई सदियों से दुनिया के दो प्रमुख धर्मों के लोग और बहुत से अन्य लोग भी स्वच्छता बनाए रखने, धर्म में प्रवेश और अन्य कारणों से करते रहे हैं। तो हाँ, यह सामुदायिक स्वास्थ्य से जुड़ा एक विषय है और दुनियाभर में लड़कों के जन्म के तुरन्त बाद उनका खतना कर दिए जाने पर गंभीरता से विचार किया जाना चाहिए। ऐसा लगता है कि यह वास्तविकता अभी हमारे लिए बहुत दूर है, खासकर एक ऐसी दुनिया में जहाँ “विकल्प” के बारे में तोड़-मरोड़कर प्रस्तुत की जा रही धारणाएं अकसर सामुदायिक स्वास्थ्य की आवश्यकताओं पर भारी पड़ती हैं।

फिर भी मुझे लगता है कि जिस तरह पुरुषों को मुझे यह बताने का अधिकार नहीं है कि एक महिला के रूप में मुझे अपने शरीर के साथ क्या करना चाहिए, उसी तरह मुझे भी यह अधिकार नहीं है कि मैं उन्हें यह राय दूँ कि वे अपने शरीर के साथ क्या करें। सबसे पहले तो यह पुरुषों के स्वास्थ्य और अधिकारों से जुड़ा मामला है और पुरुषों को इस बारे में उसी तरह अपने विचार रखने का अधिकार है जैसे कि महिला अधिकारों के पक्षधरों को महिलाओं के स्वास्थ्य के बारे में। वहीं दूसरी ओर यह विषय पुरुषों के यौन साधियों के रूप में सम्मिलित होने तथा यौन संबंधों के बारे में सामाजिक मान्यताओं से भी जुड़ा हुआ है। इसलिए यह ऐसा विषय नहीं है जिस पर केवल पुरुषों के ही विचारों को सुना जाए।

बहुत से पुरुष यह मानते होंगे कि खतना कराना एक अच्छी विधि हो सकती है लेकिन यह देखना बाकी है कि कितने पुरुष वास्तव में इस

प्रक्रिया के लिए स्वयं को प्रस्तुत करते हैं। परिवार नियोजन के इतिहास को देखने से हमें ये पता चलता है कि वास्तव में परिवार नियोजन उपायों का प्रयोग कर रहे लोगों की तुलना में कहीं अधिक संख्या में लोग यह कहते हैं कि उन्हें और अधिक बच्चों की जरूरत नहीं है। सम्मेलन के दौरान बहुत से लोगों ने यह सुझाव दिया कि पुरुषों में खतना कराने के कार्यक्रमों को दुनियाभर में चलाए जा रहे नसबन्दी कार्यक्रमों से बहुत कुछ सीखना होगा, और मैं इससे पूरी तरह सहमत हूँ। लेकिन कण्डोम की तरह ही नसबन्दी कार्यक्रम को दुनियाभर में बढ़ाना बहुत अधिक कठिन साबित हुआ है। इसलिए पुरुषों के खतना कराए जाने पर अपना पूरा विश्वास व्यक्त कर देना वास्तव में एक तरह का जुआ है - और अन्य सुरक्षा उपायों को बढ़ावा न देने के अभाव में यह जुआ और भी बड़ा हो जाता है। इस विषय पर चर्चा करते हुए मैं महिला स्वास्थ्य के पक्षधरों द्वारा व्यक्त किए गए अलग-अलग विचारों को सुनकर चकित रह गई हूँ। उनकी सबसे बड़ी चिन्ता यही है, और मैं भी इससे सहमत हूँ कि खतना करने से पुरुष पूरी तरह उत्तरदायित्व से मुक्त हो जाएंगे और महिलाएं उपेक्षित हो जाएंगी। इस मुद्दे पर हमें गंभीरतापूर्वक विचार करना होगा।

कार्यक्रमों को आरंभ करने से पहले किनके सुझाव लिए गए थे?

एचआईवी का सामना करने के लिए किए जा रहे अधिकांश प्रयासों को पहले पहल एचआईवी बाधित लोगों द्वारा ही खोजा और लागू किया गया था। क्या इस तरह के प्रयासों को शुरू करने से पहले एचआईवी/एड्स पर काम कर रहे संगठनों, जोखिम

का सामना कर रहे जनसंख्या समूहों का प्रतिनिधित्व करने वाले लोगों जैसे पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुष, यौन कर्मियों या एचआईवी बाधित लोगों के संगठनों से संपर्क कर यह पूछा गया था कि क्या वे इस प्रयास के साथ जुड़कर इसका समर्थन करेंगे? क्यों महिलाओं से इस बारे में बहुत बाद तक इस तरह की चर्चा नहीं की गई थी?

क्या इस महामारी के फैलने के 25 साल बाद हमें इस संकीर्ण, ऊपर से नीचे की ओर लागू किए जाने वाले रोकथाम प्रयास को स्वीकार करने के लिए कहा जा सकता है? नहीं, मेरे विचार से हम इससे ज़्यादा का अधिकार रखते हैं।

मुख्य जनसंख्या समूहों के बारे में चर्चा करते समय, पुरुषों का खतना कराने के कार्यक्रमों में यह माना जाता है कि सभी पुरुष विषमलैंगिक होते हैं। इस विचार को चुनौती दिया जाना बहुत जरूरी है। समलैंगिक पुरुषों के बीच गुदा सैक्स के दौरान खतना कराए जाने से मिलने वाली सुरक्षा के बारे में थोड़ा बहुत साहित्य उपलब्ध है। इस साहित्य से भी यही पता चलता है कि खतना कराने से निश्चित तौर पर सुरक्षा नहीं मिलती⁴। यह देखना अभी बाकी है कि पुरुषों का खतना कराने के कार्यक्रम, इस जानकारी का प्रयोग किस तरह करते हैं। मेरे विचार से खतना कराए गए किसी पुरुष द्वारा किसी एचआईवी बाधित महिला के साथ गुदा सैक्स किए जाने पर मिलने वाली सुरक्षा के बारे में बहुत अधिक ध्यान नहीं दिया गया है। गुदा सैक्स करना बहुत सामान्य है और अगर खतना करने से एचआईवी से कोई सुरक्षा नहीं मिलती या बहुत कम सुरक्षा मिलती हो तो लोगों को इसके बारे में बताया जाना चाहिए।

पुरुषों में खतना कराने के कार्यक्रमों की मॉनीटरिंग

पुरुषों के खतना कराए जाने की निम्नलिखित वास्तविकताओं को जानना हमारे लिए बहुत जरूरी है :

- कितने पुरुषों किन स्थानों पर खतना कराया गया है तथा ये किस समूह (युवा, बड़ी आयु के, विवाहित, अकेले, उनकी सामाजिक-आर्थिक स्थिति क्या है) से संबंध रखते हैं;
- इन पुरुषों ने खतना कराने का निर्णय क्यों लिया और इनके यौन साथी के इस बारे में क्या विचार थे;
- खतना कराने वाले कितने पुरुषों की खतना करने से पूर्व एचआईवी जाँच की गई थी और इनमें से कितने एचआईवी बाधित पाए गए थे;
- कितने पुरुष एचआईवी मुक्त थे, और खतना कराने के कई वर्षों बाद उनकी स्थिति क्या है;
- खतना कराने के बाद ज़ख्म भरने से पहले ही कितने लोगों ने सैक्स करना आरंभ कर दिया था;
- कितने लोगों को जटिलताओं का सामना करना पड़ा और ये जटिलताएं किस तरह की थीं;
- क्या खतना कराने के बाद उन्होंने अपने यौन व्यवहारों या प्रवृत्तियों में बदलाव किया, अथवा क्या उनके यौन साथियों की संख्या में कमी आई? यदि हाँ, तो किस तरह;
- खतना कराने से पहले और बाद में कण्डोम के प्रयोग की क्या स्थिति है;

- खतना कराने के समय कितने लोगों में यौन संचारित संक्रमण पाए गए और उनका उपचार किया गया? उनमें से अब कितने पुरुष यौन संचारित संक्रमण से पीड़ित हैं;
- खतना कराने के समय इन पुरुषों के यौन साथियों की एचआईवी की स्थिति क्या थी और इनमें से अब कितने एचआईवी बाधित हुए हैं;
- खतना कराने से इन लोगों के जीवन में क्या अंतर आया है?

केवल खतना कराने वाले पुरुषों की संख्या जानने के अतिरिक्त मॉनीटरिंग और आकलन कार्यों में और अन्य बहुत सी बातों को शामिल करना होगा।

इसी बीच पुरुषों में खतना कराने के कार्यक्रमों को लागू करने के काम में उनके यौन साथियों को शामिल किए जाने के बारे में कुछ प्रस्ताव इस प्रकार हैं:

यौन साथियों को शामिल करना

खतना कराने की इच्छा रखने वाले पुरुषों के यौन साथियों को भी अनेक तरह से शामिल किया जा सकता है:

- खतना करने के कार्यक्रम पुरुषों और उनके यौन साथियों, दोनों के लिए हों - इसमें दोनों को जानकारी, परामर्श तथा जाँच एवं सुरक्षित सैक्स के उपायों के बारे में बताया जाए। महिलाओं को सुरक्षित सैक्स के बारे में अधिक जानकारी और सहायता दी जानी चाहिए।
- कार्यक्रमों को लागू किए जाते समय यह ध्यान रखा जाना चाहिए कि एक से अधिक

यौन साथियों के साथ संबंध रखने वाले पुरुषों में ही एचआईवी संक्रमण और दूसरे यौन संचारित संक्रमण होने का जोखिम अधिक होता है। इससे खतना करने से पहले और बाद में दिए जाने वाले परामर्श तथा इन पुरुषों के यौन साथियों को कार्यक्रम में शामिल किए जाने के प्रयास प्रभावित होते हैं।

- यह नहीं मान लिया जाना चाहिए कि खतना कराने वाले पुरुषों की यौन साथी हमेशा महिलाएं ही होंगी या केवल पुरुष ही होंगे।
- कार्यक्रमों के अंतर्गत सेवाएं देने में यौन साथियों को सम्मिलित किए जाने की नीति तैयार करने की प्रक्रिया में महिला स्वास्थ्य के पक्षधर, एचआईवी से प्रभावित जनसंख्या समूहों के प्रतिनिधियों जैसे एचआईवी बाधित लोगों, यौन कर्मियों और समलैंगिक पुरुषों के प्रतिनिधियों को भी शामिल किया जाना चाहिए।

जहाँ तक कार्यक्रमों में महिलाओं की सहभागिता का प्रश्न है, कुछ अत्यंत कटिबद्ध नारीवादी महिलाएं खतना कराने के कार्यक्रमों से जुड़ी हैं, इसलिए हम कह सकते हैं कि कुछ महिलाओं से तो परामर्श लिया जा रहा है। महिलाओं द्वारा राष्ट्रीय स्तर पर इन कार्यक्रमों को प्रभावित करने के लिए संगठित होना आवश्यक है। कोई हमें इस कार्यक्रम के लिए आमंत्रित करने नहीं आएगा बल्कि हमें स्वयं अपने-अपने देशों में इस कार्यक्रमों से जुड़ना होगा और यह सुनिश्चित करना होगा कि समुदाय स्तर पर लोगों को वह सभी जानकारीयें मिल सकें जिनके आधार पर वे सही निर्णय ले सकें और असुरक्षित सैक्स के विषय को समझ सकें।

महिलाओं को पीड़ित बने रहना अब छोड़ना होगा और इस महामारी में स्वयं को पीड़ित कहलाए जाने से बचना होगा। बहुत से सहारा मरुस्थलीय अफ्रीकी देशों में अलग-अलग एचआईवी की स्थिति वाले 50 प्रतिशत दम्पतियों में महिलाएं संक्रमण से बाधित हैं⁵। बहुत सी महिलाओं के एक से अधिक यौन साथी भी होते हैं। सिर्फ पुरुष ही नहीं, महिलाएं भी असुरक्षित सैक्स करती हैं और कण्डोम का प्रयोग नहीं करना चाहती। पुरुषों की तरह महिलाओं को भी इन वास्तविकताओं और अपने सामने उपलब्ध विकल्पों को समझना होगा और सुरक्षित सैक्स पर जोर देना होगा।

निष्कर्ष

- महिलाओं के स्वास्थ्य अभियान से जुड़े संगठनों को अपने देशों में समुदाय स्तर पर यौनिकता, जेंडर और यौन संबंधों पर काम करने के लिए अधिक संसाधनों की आवश्यकता है।
- “उपचार = रोकथाम” को लाखों लोगों के लिए यथार्थ बनाने के लिए जरूरी है कि रोकथाम कार्यों पर बड़ा निवेश हो। इसमें विशेष रूप से कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देना और एंटी रेट्रो वायरल दवाओं के उपचारों का विकास करना शामिल है।
- हो सकता है कि पुरुषों में खतना कराए जाने को राष्ट्रीय स्तर पर प्राथमिकता मिले या न मिले लेकिन जिन देशों में इसे प्राथमिकता वाले कार्यक्रमों में शामिल किया गया है यदि वहाँ खतना कराने के बाद अधिक से अधिक लोग सुरक्षित सैक्स के व्यवहार को अपनाएं तो खतना करने के लिए किए गए सभी ऑपरेशन मूल्यवान साबित हों।

- केवल खतना कर देना ही पर्याप्त नहीं है, इस प्रक्रिया और पुरुष के दिमाग के बीच भी तालमेल होना चाहिए।
- खतना कराने वाले पुरुषों के यौन साथियों को भी सुरक्षा पाने का समान अधिकार है।

इस समय सुरक्षित सैक्स को बढ़ावा दिए जाने की आवश्यकता पहले की अपेक्षा कहीं अधिक है। इसलिए हम उम्मीद करते हैं कि कण्डोम का सामाजिक विपणन करने वाले या सामाजिक लाभ के लिए कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने वाले डीकेटी (DKT) मार्केटिंग और पॉपुलेशन सर्विसेज़ इंटरनेशनल (PSI) जैसे संगठनों के लिए अधिक सहयोग मिले ताकि वे और ज़्यादा कण्डोम वितरित कर सकें। इस महामारी के दौरान वे वास्तव में कण्डोम वितरण करने के काम के महानायक हैं और अन्य सभी की तुलना में कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने का काम बेहतर ढंग से कर रहे हैं। आइये हम सब मिलकर अगले एड्स सम्मेलन के दौरान एक दिन कण्डोम के नाम करने का समर्थन करें। हम वर्ष में एक दिन अंतरराष्ट्रीय कण्डोम दिवस के रूप में बनाए जाने, पेफार द्वारा किशोरों को कण्डोम दिए जाने पर प्रतिबंध को हटाए जाने और प्लेज़र परियोजना (<www.thepleasureproject.org>) द्वारा हर देश में कार्यालय खोले जाने का समर्थन करें। जब सुरक्षित सैक्स और आनन्द की अनुभूति पर एक साथ बल दिया जाएगा तभी हर व्यक्ति कण्डोम का प्रयोग करने तथा सैक्स को सुरक्षित बनाने के लिए तत्पर होगा।

नोट

यह लेख 7 अगस्त 2008 को मैक्सिको शहर में आयोजित अंतरराष्ट्रीय एड्स सम्मेलन में प्रस्तुत लेख का संशोधित रूप है और इसमें उस प्रस्तुतीकरण सत्र के दौरान हुई चर्चा और उठाए गए प्रश्नों को भी शामिल किया गया है।

पत्र व्यवहार के लिये पता

संपादक, रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, लंदन, यू.के.
ई-मेल : mberer@rhmjournal.org.uk

संदर्भ

1. Swaziland: Circumcision gives men an excuse not to use condoms. Irin Plus News, 31 July 2008. At: <www.irinnews.org/Report.aspx? ReportId =79557>.
2. Nagelkerke NJ, Moses S, de Vlas SJ, Bailey RC. Modelling the public health impact of male circumcision for HIV prevention in high prevalence areas in Africa. BMC Infectious Diseases 2007;13(7):16.
3. Weiss HA. Male circumcision as a preventive measure against HIV and other sexually transmitted diseases. Current Opinion Infectious Diseases 2007;20(1): 66–72.
4. Fankem SL, Wiysonge CS, Hankins CA. Male circumcision and the risk of HIV infection in men who have sex with men. International Journal of Epidemiology 2008;37(2): 353–55.
5. Desgrées-du-Loû A, Orne-Gliemann J. Couple-centred testing and counselling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. Reproductive Health Matters 2008;16(32):151–61.

वर्ष 2004-2005 के दौरान कम एवं मध्यम आय वाले देशों में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण (पीएमटीसीटी) की रोकथाम और बच्चों में एचआईवी देखभाल व उपचार कार्यों में हुई वैश्विक प्रगति

च्ची लुओ^क, प्रिसिला अक्वारा^ख, नगाशी नोंगो^ग, पैट्रिशिया डाउटी^घ, रॉबर्ट गॉस^च, रिनी एक्विनी^छ, सायोभन क्राओली^ज, चिका हायाशी^झ

सारांश : बहुत से देश मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के प्रयासों के विस्तार में लगे हैं। इसी तरह बहुत से देशों में बच्चों में एचआईवी संक्रमण का उपचार सभी तक पहुँचाने के प्रयास किए जा रहे हैं। इस लेख में वर्ष 2004-2005 के लिए कम एवं मध्यम आय वाले देशों से प्राप्त कार्यक्रम संबंधी आँकड़ों का विश्लेषण कर इन कार्यक्रमों में हुई प्रगति को जानने का प्रयास किया गया है। वर्ष 2010 तक एचआईवी संक्रमण के मामलों में 50 प्रतिशत की कमी लाने के यूएनगॉस (UNGASS) द्वारा निर्धारित लक्ष्य प्राप्त करने के लिए यह ज़रूरी है कि प्रसव पूर्व देखभाल सेवाएं प्राप्त करने वाली कम से कम 80 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को पीएमटीसीटी सेवाएं मिलें। वर्ष 2005 तक 71 देशों में से केवल 7 देश इस लक्ष्य को पूरा कर पाने के निकट पहुँचे थे। वर्ष 2004 में 58 देशों के बीच पीएमटीसीटी सेवाओं का विस्तार 7 प्रतिशत था जो वर्ष 2005 में बढ़कर 71 देशों के बीच 11 प्रतिशत हो गया। 2005 में सभी एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा पैदा हुए 8 प्रतिशत नवजात शिशुओं को पीएमटीसीटी के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिला जबकि 2004 में केवल 5 प्रतिशत नवजात शिशुओं को यह उपचार मिल पाया था। हालाँकि अब भी कॉर्टीमॉक्साज़ोल दवा केवल 4 प्रतिशत शिशुओं को ही मिल पाई थी। वर्ष 2005 में 11 प्रतिशत नवजात एचआईवी बाधित शिशुओं को एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल पाया। 31 देशों में उपलब्ध आँकड़ों से पता चलता है कि जिन 28 प्रतिशत महिलाओं को पीएमटीसीटी उपचार दिए गए थे, उन्हें उनके अपने स्वास्थ्य के लिए भी एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिला था। यूएनगॉस (UNGASS) द्वारा निर्धारित लक्ष्यों को प्राप्त कर पाना संभव तो है लेकिन इसके लिए बड़ी मात्रा में धन के निवेश और मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ करने की कटिबद्धता की ज़रूरत होगी। इसके लिए ज़रूरी होगा कि स्वास्थ्यकर्मी और स्वास्थ्य प्रणालियाँ केवल पायलेट परियोजनाएं चलाना बंद कर एक विकेन्द्रीकृत और एकीकृत तरीके से उपचार सेवाएं देना आरंभ करें।

© 2007 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स। सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण की रोकथाम (पीएमटीसीटी), बच्चों में एचआईवी संक्रमण का उपचार, एचआईवी की जाँच एवं परामर्श, एंटी रेट्रो वायरल उपचार, कॉर्टीमॉक्साज़ोल, मातृ, नवजात शिशु एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं, कार्यक्रम सेवाओं का विस्तार।

वर्ष 2005 के अंत में 15 वर्ष से कम आयु के लगभग 2.3 मिलियन बच्चे एचआईवी संक्रमण से बाधित हो चुके थे, 15 मिलियन बच्चे एड्स के कारण अनाथ हो गए थे, 5,30,000 नए बच्चों में संक्रमण फैला था (मुख्यतः माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण के माध्यम से) और एड्स के कारण 3,80,000 लोगों की मृत्यु हुई थी¹। संक्रमण की इन घटनाओं को तुरंत रोकने की आवश्यकता से इंकार नहीं किया जा सकता और इसके लिए आवश्यक ज्ञान और प्रक्रियाएं मौजूद भी हैं। बहुत से औद्योगिक देशों में बच्चों में एचआईवी संक्रमण को कई तरह के साक्ष्य आधारित उपचारों के माध्यम से लगभग समाप्त कर दिया गया है। यदि यह उपचार न मिलें तो एचआईवी बाधित माताओं के लगभग 40 प्रतिशत नवजात शिशुओं में गर्भावस्था या प्रसव के समय या फिर बाद में स्तनपान के दौरान यह संक्रमण हो जाएगा²। पीएमटीसीटी कार्यक्रमों को लागू करने के 8 वर्ष बाद अब कई देश इन कार्यक्रमों की पायलेट परियोजनाओं को लागू करने के स्तर से बढ़कर इन्हें राष्ट्रीय स्तर पर चलाने की ओर अग्रसर हैं। इन देशों में एचआईवी से बाधित बच्चों की आवश्यकताओं पर ध्यान देने की शुरुआत हो गई है।

वैश्विक कटिबद्धताएं, उद्देश्य व लक्ष्य

मिलेनियम डेवलपमेंट गोल क्रमांक 4.5 तथा 6 के अंतर्गत सदस्य देशों ने वर्ष 2000 में महिलाओं और बच्चों में 3 प्रमुख स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने के प्रति कटिबद्धता व्यक्त की। बाल मृत्यु दर को कम करने, मातृ स्वास्थ्य में वृद्धि करने और वर्ष 2015 तक एचआईवी तथा एड्स के प्रसार को रोकने और इसे कम करने³

की कटिबद्धताएं शामिल थीं। महामारी के प्रसार वाले देशों में प्रभावी पीएमटीसीटी सेवाओं तथा बच्चों में एचआईवी की देखभाल और उपचार कार्यक्रमों से ये तीनों लक्ष्य प्राप्त किए जा सकते हैं।

वर्ष 2001 में एचआईवी/एड्स की यूएनगॉस घोषणा के माध्यम से सदस्य देशों ने 2005 तक एचआईवी बाधित शिशुओं के अनुपात को 20 प्रतिशत तथा 2010 तक 50 प्रतिशत तक कम कर देने की कटिबद्धता जाहिर की। संक्रमण के प्रसार में इस कमी को प्राप्त करने के लिए यह जरूरी है कि प्रसव पूर्व जाँच सेवाएं प्राप्त करने वाली 80 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को जानकारी, रोकथाम सेवाएं और माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण को कम करने के लिए उपचार सेवाएं, स्वैच्छिक और गोपनीय परामर्श तथा जाँच, उपचार विशेषकर एंटी रेट्रो वायरल उपचार तथा स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प और लगातार देखभाल मिलना जारी रहे⁴।

जुलाई 2005 में जी-8 देशों ने एचआईवी की रोकथाम, उपचार और देखभाल के पैकेज को लागू किए जाने का आह्वान किया। उनका उद्देश्य था कि यदि संभव हो तो वर्ष 2010 तक सभी को उपचार सेवाएं उपलब्ध कराई जा सकें⁵। इसी वर्ष पीएमटीसीटी सेवाओं तथा बच्चों में एचआईवी के विषय पर गठित इंटर-एजेंसी टॉस्क टीम ने नाइजीरिया के अबूजा नगर में आयोजित उच्च स्तरीय पीएमटीसीटी वैश्विक सहभागी फोरम के सदस्य देशों, सरकारों और धनदाताओं का सम्मेलन आयोजित किया। इस सम्मेलन के नतीजे में शिशुओं और बच्चों में एचआईवी संक्रमण को समाप्त

करने की माँग की घोषणा की गई⁶। वर्ष 2005 के अंत तक यूनीसेफ और यूएनएड्स संगठनों ने मिलकर बच्चों पर एचआईवी और एड्स के प्रभाव को कम करने के लिए सभी के लिए उपचार की उपलब्धता का समर्थन करते हुए विश्व स्तर पर *यूनाईट फॉर चिल्ड्रन*, *यूनाईट अगेन्स्ट एड्स* अभियान आरंभ किया⁷।

इस लेख के माध्यम से वैश्विक, क्षेत्रीय और अलग-अलग देशों में पीएमटीसीटी तथा बच्चों में एचआईवी की देखभाल एवं उपचार विषय पर गुणात्मक एवं संख्यात्मक आंकड़े एकत्रित किए जाने के उद्देश्य से वर्ष 2005 के दौरान 71 देशों तथा वर्ष 2004 में 58 देशों के राष्ट्रीय स्तर के कार्यक्रमों के आंकड़ों की समीक्षा के परिणामों की जानकारी दी गई है। इस लेख में हर वर्ष एचआईवी संक्रमण से बाधित होने वाली लाखों महिलाओं और बच्चों के साथ की गई प्रतिबद्धताओं की वर्तमान स्थिति का भी आकलन किया गया है।

प्रक्रियाएं

जानकारी एकत्रित करने के लिए प्रश्नावली प्रयोग की गई जिसमें ऐसे प्रश्न शामिल किए गए जिनसे राष्ट्रीय स्तर के पीएमटीसीटी कार्यक्रमों तथा बच्चों में एचआईवी की देखभाल व उपचार के आंकड़े एकत्रित हो सकें। प्रत्येक स्थान और क्षेत्रों में कार्यक्रम को लागू करने वाले सहभागियों द्वारा दिए गए जनवरी से दिसम्बर 2005 के इन आंकड़ों का समाकलन किया गया। जनवरी से दिसम्बर 2004 की समयावधि के लिए 2005 में एकत्रित किए गए आंकड़ों की समीक्षा भी की गई⁸। यूएनएड्स (UNAIDS) के मॉनीटरिंग एण्ड इवेल्युएशन रैफरेंस ग्रुप द्वारा तैयार की गई इस

प्रश्नावली में अधिकांश देशों द्वारा अपनाए गए राष्ट्रीय स्तर के संकेतकों को शामिल किया गया तथा कार्यक्रम व नीति संबंधी अतिरिक्त प्रश्न भी इस प्रश्नावली में जोड़ दिए गए।

स्वास्थ्य मंत्रालय तथा/या राष्ट्रीय एड्स समन्वय एजेन्सियों से इन आंकड़ों का सत्यापन करने का आग्रह किया गया। यूनीसेफ के क्षेत्रीय कार्यालयों और न्यूयॉर्क स्थित मुख्य कार्यालय द्वारा बाद के साक्षात्कार और आंकड़ों पर स्पष्टीकरण लिए गए। सभी देशों से कुल 103 भरी हुई प्रश्नावलियाँ प्राप्त हुईं जिनमें से 71 में पूरे आंकड़े दिए गए थे और जिन्हें अंतिम विश्लेषण में शामिल किया गया था। इससे वर्ष 2005 में शिशुओं को जन्म देने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं के लगभग 99 प्रतिशत और एंटी रेट्रो वायरल दवाओं की आवश्यकता वाले 15 साल से कम आयु के एचआईवी बाधित बच्चों की 87 प्रतिशत संख्या के बारे में अनुमान लग पाया। 2004 के आंकड़े 58 देशों से प्राप्त हुए और ये वर्ष 2004 में शिशुओं को जन्म देने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं की 86 प्रतिशत संख्या दर्शाते हैं।

अंतर्क्षेप प्रयासों के विस्तार की गणना करने के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रमों के आंकड़ों से प्राप्त संख्या को अंश (न्यूमरेटर) तथा पूरे विश्व में इन सेवाओं की आवश्यकता वाले अनुमानित लोगों की संख्या को हर (डिनोमिनेटर) के रूप में प्रयोग किया गया। अनुमान लगाने के लिए संयुक्त राष्ट्र की पॉपुलेशन डिवीजन द्वारा हर वर्ष पैदा हुए शिशुओं की संख्या के बारे में जारी की गई रिपोर्टों को आधार बनाया गया। एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं तथा एंटी रेट्रो वायरल दवाओं

की आवश्यकता वाले बच्चों की संख्या का अनुमान लगाने के लिए यूएनएड्स तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन की रिपोर्टों का प्रयोग किया गया। एचआईवी/एड्स तथा यौन संचारित संक्रमणों की निगरानी से संबंधित यूएनएड्स/विश्व स्वास्थ्य संगठन के कार्यकारी समूह ने इन अनुमानों को विकसित करने के लिए अनुमान लगाने, मॉडल तैयार करने और संभावनाएं दर्शाने के यूएनएड्स के रैफरेन्स ग्रुप द्वारा सुझाए गए मानक तरीकों का प्रयोग किया।

प्रक्रियाओं की सीमितताएं

पीएमटीसीटी कार्यक्रम के लिए संयुक्त राष्ट्र द्वारा तैयार की गई कार्ययोजना के कुल 4 घटक हैं: एचआईवी संक्रमण की प्राथमिक रोकथाम, एचआईवी बाधित महिलाओं में अनचाहे गर्भ की रोकथाम, एचआईवी बाधित महिलाओं से उनके शिशुओं को होने वाले संक्रमण की रोकथाम और एचआईवी बाधित महिलाओं और उनके बच्चों व परिवारों को देखभाल एवं सहयोग सेवाएं देना। हम ऐसे सभी कार्यक्रमों के महत्व को स्वीकार करते हैं जिनमें इन चारों घटकों को शामिल किया जाता है लेकिन पहले दो घटकों के बारे में आंकड़े उपलब्ध न होने के कारण इनका विश्लेषण नहीं किया जा सका। पीएमटीसीटी सेवाओं के संदर्भ में संक्रमण की प्राथमिक रोकथाम और परिवार नियोजन सेवाओं से संबंधित सही आंकड़ों को एकत्रित करने के लिए इस समय काम किया जा रहा है। फिर भी, इन दो घटकों के बारे में आंकड़ों की उपलब्धता न होने से पता चलता है कि कार्यक्रम के इन दो प्रमुख घटकों को सुदृढ़ किए जाने की आवश्यकता है।

स्वास्थ्य केन्द्रों की मॉनीटरिंग प्रक्रिया से प्राप्त आंकड़ों में मामलों की कम या अधिक जानकारी दिए जाने की संभावना रहती है और ये राष्ट्रीय मॉनीटरिंग प्रणालियों की गुणवत्ता पर अधिक विश्वास रखते हैं। उदाहरण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रमों के आंकड़ों में निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य केन्द्रों में पीएमटीसीटी सेवाएं लेने वाली महिलाओं या घर पर किसी कुशल जन्म सहायक की गैर मौजूदगी में प्रसव कराने वाली महिलाओं से संबंधित आंकड़े प्रायः सम्मिलित नहीं किए जाते। इसके अतिरिक्त चूंकि पीएमटीसीटी और बाल रोगियों की देखभाल के कार्यक्रम अभी लागू ही किए जा रहे हैं इसलिए बहुत से देशों में मानक मॉनीटरिंग प्रक्रियाएं स्थापित नहीं हो पाई हैं तथा सभी स्थानों से उपचार प्राप्त कर रही गर्भवती महिलाओं और बच्चों की संख्या को सम्मिलित नहीं किया जा रहा है।

इस काम में एक अन्य कठिनाई यह है कि रूझान जानने के लिए 2004 और 2005 के आंकड़ों की तुलना करना कठिन है क्योंकि 2005 में अतिरिक्त देशों को शामिल कर लिया गया है। फिर भी हमें विश्वास है कि जानकारी देने वाले देशों के आंकड़ों के ये दो नमूने पर्याप्त रूप से स्थाई हैं।

परिणाम

एचआईवी जाँच तथा परामर्श

ऐसा अनुमान है कि इन 71 देशों में हर वर्ष 90.5 मिलियन गर्भवती महिलाएं शिशुओं को जन्म देती हैं। वर्ष 2005 में शिशुओं को जन्म देने वाली 2.1 मिलियन एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं में से लगभग 99 प्रतिशत इन महिलाओं

में शामिल थीं। कम और मध्यम आय वाले देशों में 77 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं (70 मिलियन) कम से कम एक बार प्रसव पूर्व जाँच कराती हैं इसलिए उनके लिए पीएमटीसीटी सेवाओं के अंतर्गत जाँच किए जाने और सलाह के अवसर उपलब्ध हैं। फिर भी, वर्ष 2005 के दौरान 71 देशों में केवल 11 प्रतिशत (10.3 मिलियन) महिलाओं को वास्तव में पीएमटीसीटी सेवाओं के बारे में सलाह दी गई और केवल 10 प्रतिशत (9.2 मिलियन) की एचआईवी जाँच हो पाई। परामर्श प्राप्त करने वाली लगभग 90 प्रतिशत महिलाओं (9,230,300) की एचआईवी जाँच की गई। आरंभिक 11 पायलेट परियोजनाओं से वर्ष 2002 में प्राप्त 50 प्रतिशत के आंकड़ों की तुलना में यह बहुत अधिक वृद्धि थी¹⁰। पीएमटीसीटी सेवाओं के लिए परामर्श पाने वाली लगभग सभी महिलाओं द्वारा एचआईवी जाँच को स्वीकार कर लेने से पता चलता है कि महिलाएं एचआईवी के उपचार तथा रोकथाम सेवाओं के इस महत्वपूर्ण सेतु को स्वीकार करती हैं। बड़ी संख्या में गर्भवती महिलाओं को पीएमटीसीटी सेवाओं के बारे में परामर्श और जाँच सेवाएं न दिए जाने से पता चलता है कि माताओं और नवजात शिशुओं का अच्छा स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के बहुत से अवसर खो दिए गए हैं। वर्ष 2004 में भी इसी तरह के रूझान देखे गए (तालिका-1)।

पीएमटीसीटी सेवाओं की आवश्यकता वाली महिलाओं की पहचान करना अब भी एक चुनौती है और इसी के कारण बहुत से देश शिशुओं में एचआईवी संक्रमण को समाप्त कर पाने में सफल नहीं हो रहे हैं। सामान्य महामारी वाले देशों में

सेवाप्रदाताओं द्वारा मातृ, नवजात तथा बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, विशेषकर प्रसव पूर्व देखभाल तथा प्रसव कक्ष में एचआईवी की जाँच और परामर्श दिए जाने के कार्यक्रम पीएमटीसीटी की सेवाओं को बढ़ाने के प्रभावी तरीके साबित हुए हैं। इनके कारण मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के पैकेज के अंतर्गत एचआईवी को भी शामिल करने में सहायता मिली है। बोत्स्वाना में सामान्य एचआईवी जाँच किया जाना 2004 में आरंभ किया गया। अगले तीन महीनों में ही एचआईवी जाँच कराने वाली गर्भवती महिलाओं का अनुपात 75 प्रतिशत से बढ़कर 90 प्रतिशत हो गया¹¹। दिसम्बर 2005 तक विश्लेषण किए गए तीन चौथाई देशों में वहाँ की सरकारों ने कुछ स्थानों पर मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत संस्थाओं के माध्यम से एचआईवी जाँच और परामर्श कार्य आरंभ कर दिए थे।

सेवाप्रदाताओं द्वारा एचआईवी जाँच और परामर्श कार्यक्रमों को लागू करने में सहयोग के लिए यह आवश्यक है कि सभी देशों में लगभग एक ही समय पर सामाजिक तथा कानूनी ढाँचे सुदृढ़ हों और क्षमताओं में भी वृद्धि हो। ऐसा करने के लिए प्रायः सामुदायिक या सामाजिक सेवाओं को सुदृढ़ करने और कलंक, भेदभाव व महिलाओं के विरुद्ध हिंसा को कम करने के प्रयास किए जाने की आवश्यकता होती है।

वर्ष 2005 के दौरान पश्चिमी और मध्य अफ्रीका की गर्भवती महिलाओं में एचआईवी की जाँच का कम स्तर (3 प्रतिशत) आंशिक रूप से इसलिए था क्योंकि उस क्षेत्र में केवल कुछ ही देशों ने संस्थाओं के माध्यम से एचआईवी जाँच

किए जाने की प्रक्रिया आरंभ की थी। इसके विपरीत पूर्वी और दक्षिण अफ्रीका में एचआईवी जाँच का कार्य संस्थाओं और स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा किए जाने को पूरी तरह लागू कर दिया गया और यही कारण है कि यहाँ परामर्श पाने वाली 90

और कार्यक्रमों के प्रसार को बढ़ाने के प्रयास अपना प्रभाव दिखाने लगे। पीएमटीसीटी सेवाएं प्राप्त करने वाली एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं का अनुपात वर्ष 2004 में 7 प्रतिशत से बढ़कर 2005 में 11* प्रतिशत हो गया। यह वृद्धि

तालिका-1 : वर्ष 2004-05 के दौरान कम एवं मध्यम आय वाले देशों में शिशुओं को जन्म देने वाली, प्रसव पूर्व जाँच प्राप्त करने वाली, पीएमटीसीटी परामर्श और एचआईवी जाँच कराने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या

	2004 (n=58 देश)	2005 (n=71 देश)
शिशुओं को जन्म देने वाली महिलाओं की अनुमानित संख्या	81.3 मिलियन	90.5 मिलियन
प्रसव पूर्व जाँच सेवाएं प्राप्त करने वाली महिलाओं की अनुमानित संख्या	59.3 मिलियन (73 प्रतिशत)	69.7 मिलियन (77 प्रतिशत)
पीएमटीसीटी सेवाओं के बारे में परामर्श पाने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या	8.7 मिलियन (11 प्रतिशत)	10.3 मिलियन (11 प्रतिशत)
एचआईवी जाँच कराने वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या	8.2 मिलियन (10 प्रतिशत)	9.2 मिलियन (10 प्रतिशत)

प्रतिशत महिलाओं ने एचआईवी जाँच कराई। इसकी तुलना में पश्चिम और मध्य अफ्रीका में परामर्श पाने वाली केवल 42 प्रतिशत महिलाओं ने एचआईवी जाँच करवाई। इतनी कम संख्या में महिलाओं की एचआईवी जाँच किए जाने से वर्ष 2005 में बहुत कम एचआईवी बाधित महिलाओं का पता चल पाया और उससे भी कम महिलाओं को पीएमटीसीटी सेवाएं दी गईं।

माताओं एवं शिशुओं के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार

अनेक अवसर खोने के बाद भी वर्ष 2005 में पीएमटीसीटी कार्यक्रमों में कुछ प्रगति देखी गई

50 प्रतिशत से भी अधिक थी। एचआईवी संक्रमण की आशंका का सामना कर चुके और एंटी रेट्रो वायरल उपचार प्राप्त कर रहे नवजात शिशुओं की संख्या भी 2004 में 5 प्रतिशत से बढ़कर 2005 में 8 प्रतिशत हो गई। हालांकि वर्ष 2005 के दौरान पीएमटीसीटी सेवा केन्द्रों में एचआईवी संक्रमण से बाधित पाई गई 50 प्रतिशत से भी कम महिलाओं को वास्तव में एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल पाया। इससे यह पता चलता है कि एचआईवी बाधित महिलाओं की पहचान कर और उन्हें स्वास्थ्य सेवाओं में शामिल कर लेने के बाद भी बहुत सी महिलाएं और उनके शिशु उपचार से वंचित रह जाते हैं।

शिशुओं को एंटी रेट्रो वायरल उपचार दे पाना भी उतना ही चुनौती भरा काम है। वर्ष 2005 में एचआईवी के संक्रमण का सामना कर चुके अनुमानित शिशुओं में से 8 प्रतिशत (2,153,881 में से 172,715) को पीएमटीसीटी सेवाओं के अंतर्गत एंटी रेट्रो वायरल उपचार दिया गया। यह संख्या वर्ष 2000 के 5 प्रतिशत से अधिक थी। वर्ष 2005 में एंटी रेट्रो वायरल उपचार प्राप्त कर चुकीं महिलाओं को जन्में लगभग एक चौथाई शिशु स्वास्थ्य प्रणालियों की कमियों के कारण इस उपचार से वंचित रह गए और उन्हें जन्म के समय आवश्यक एंटी रेट्रो वायरल उपचार नहीं मिल पाया।

व्यापक स्वास्थ्य सेवाओं, विशेष रूप से गर्भवती, प्रसव कराने वाली और प्रसव करा चुकी महिलाओं को मिलने वाली सेवाओं में सुधार लाने पर ध्यान दिया जाना चाहिए ताकि वे पूरी तरह से लाभार्थियों की पहचान कर पीएमटीसीटी सेवाएं और महिलाओं तथा उनके परिवारों को उपचार एवं देखभाल सेवाएं दे सकें। बहुत से देशों में मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाएं ही महिलाओं को पूरी तरह एचआईवी से सुरक्षित रखने, देखभाल और उपचार सेवाएं दिए जाने का एकमात्र अवसर होती है। पीएमटीसीटी सेवाओं को मातृ एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के साथ औपचारिक रूप से एकीकृत कर लेने (जिसमें लगातार देखभाल, सेवाप्रदाताओं के समन्वित प्रयासों और व्यवस्थित रूप से फॉलो-अप प्रक्रियाएं पर बल दिया जाए)

से सेवाओं के उपयोग में सुधार होता है और फॉलो-अप में आने वाली कमी दूर होती है¹²।

जीवन रक्षक सेवाएं देने वाले कुशल स्वास्थ्यकर्मी किसी भी सुदृढ़ स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के प्रमुख घटक होते हैं। माताओं और नवजात शिशुओं को गुणकारी स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के स्तर में सुधार किया जाना चाहिए: सेवाओं के सफल विस्तार में कुशल जन्म सहायकों की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। दुनिया के बहुत से भागों में स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों की कमी के कारण सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (MDG) 4, 5 व 6 को प्राप्त करने में अड़चनें आ रही हैं। इस संकट का सबसे अधिक प्रभाव अफ्रीका के सहारा मरूस्थलीय प्रदेशों पर पड़ा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की वर्ष 2006 की *विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट* से पता चलता है कि दुनियाभर के रोगों का 24 प्रतिशत भाग अफ्रीका को झेलना पड़ता है, इसमें एचआईवी का अधिकांश भाग भी शामिल है लेकिन फिर भी यहाँ दुनिया के केवल 3 प्रतिशत स्वास्थ्यकर्मी ही मौजूद हैं, जिन्हें अपने कार्यों के लिए दुनिया में उपलब्ध वित्तीय संसाधनों का केवल 1 प्रतिशत ही उपलब्ध हो पाता है¹³।

स्वास्थ्य सेवाओं के बीच मजबूत जुड़ाव: सेवा विस्तार की कुंजी

देशों में पीएमटीसीटी कार्यक्रमों का विस्तार करते हुए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तथा पीएमटीसीटी सेवाओं के बीच के जुड़ावों को मजबूत किया जाना सुनिश्चित होना चाहिए।

* यूनीसेफ की 2006 की प्रगति रिपोर्ट में वर्ष 2005 के दौरान पीएमटीसीटी सेवाओं का विस्तार 9 प्रतिशत था जिसके लिए यहाँ बताए गए कार्यक्रम के इन्हीं आंकड़ों (न्यूमरेटर) का प्रयोग किया गया। हालांकि कार्यक्रम विस्तार की गणना करने के लिए डिनोमिनेटर के नए आंकड़े प्रयोग किए गए। इससे पूरी दुनिया में कार्यक्रम विस्तार की संख्या में परिवर्तन हुआ।

एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बीच संबंध स्पष्ट हैं क्योंकि 75 प्रतिशत से अधिक एचआईवी संक्रमण यौन प्रसार या माँ से शिशु को होने वाले प्रसार के माध्यम से ही होते हैं¹⁴। इसके अलावा एचआईवी संक्रमण के प्रसार तथा यौन एवं प्रजनन समस्याओं के कारण भी लगभग एक समान हैं जिनमें जेंडर की असमानता, निर्धनता और सामाजिक अलगाव प्रमुख हैं।

हर तरह के पीएमटीसीटी कार्यक्रमों में महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की रोकथाम किए जाने को सबसे अधिक प्राथमिकता दी जानी चाहिए। दुनिया में लाखों गर्भवती महिलाएं एचआईवी संक्रमण से मुक्त हैं और इन्हें व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा प्राथमिक एचआईवी रोकथाम सेवाओं की आवश्यकता है। यह सभी सेवाएं सभी महिलाओं को उपलब्ध होनी चाहिए और पीएमटीसीटी सेवाओं से जुड़ी होनी चाहिए। अधिकांश सरकारों ने इस संबंध में कटिबद्धताएं तो जाहिर की हैं लेकिन इन पर वास्तविक रूप से काम नहीं हो पा रहा है।

इसी तरह एंटी रेट्रो वायरल उपचार की बढ़ती हुई उपलब्धता से दुनिया में अनेक परिवारों के लिए पूरी देखभाल और उपचार प्राप्त कर पाना वास्तविकता बन पाया है लेकिन पीएमटीसीटी और उपचार सेवाओं के बीच जुड़ाव को अभी और मजबूत करने की ज़रूरत है। इसमें सीडी-4 काउन्ट की मॉनीटरिंग तथा विभिन्न सेवाओं के बीच फॉलो-अप प्रक्रियाओं में सुधार लाना शामिल है।

संक्रमण से बाधित होने पर इलाज योग्य माताओं को एंटी रेट्रो वायरल उपचार प्रभावी

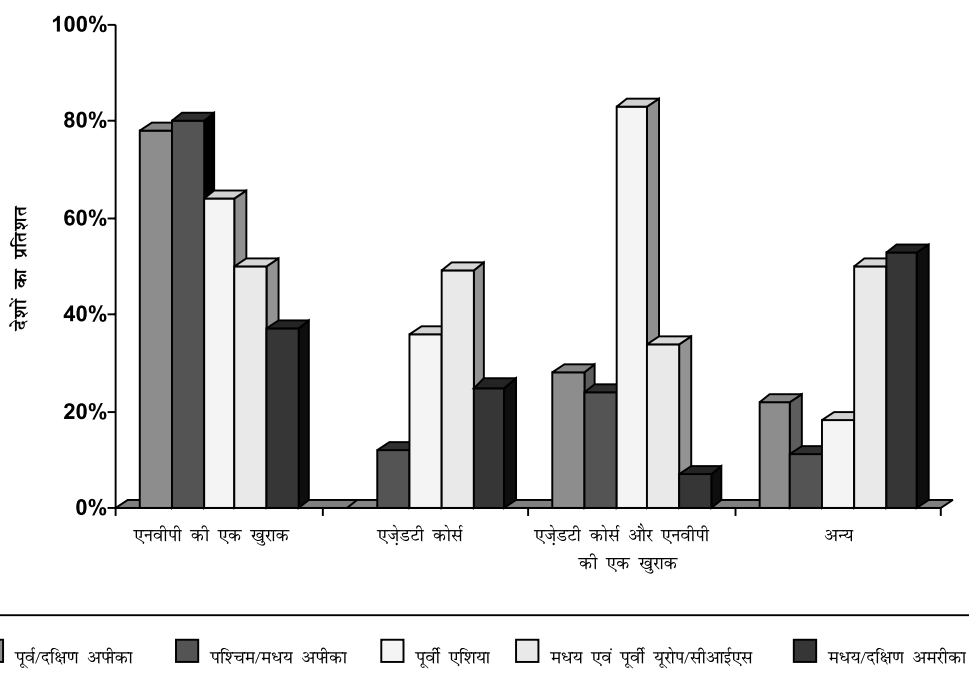
पीएमटीसीटी सेवाएं देने का सबसे अच्छा तरीका है। इससे प्रतिरोधक क्षमता बनी रहती है और यह एचआईवी बाधित माताओं को जीवित रखने में सहायक होता है। दिसम्बर 2005 तक इलाज की आवश्यकता वाली गर्भवती महिलाओं की संख्या के बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध थी। 71 में से 44 देशों में सीडी-4 कोशिकाओं के आधार पर इलाज कराने के लिए आंकलित की गई एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं से संबंधित आंकड़े उपलब्ध नहीं थे। जिन देशों में आंकड़े उपलब्ध थे वहाँ भी बहुत कम महिलाओं का आकलन किया गया था। पारंपरिक पीएमटीसीटी सेवाओं तथा एंटी रेट्रो वायरल उपचार, देखभाल सेवाओं के बीच जुड़ाव के लिए सीडी-4 कोशिकाओं की गिनती एक महत्वपूर्ण संकेतक है। इसी तरह अपने स्वयं के स्वास्थ्य की रक्षा के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार प्राप्त कर रही एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की निश्चित संख्या के आंकड़ों की भी बहुत कमी देखी गई। 71 में से 40 देशों में राष्ट्रीय स्तर के आंकड़े उपलब्ध नहीं थे। ऐसा अनुमान है कि 15 से 25 प्रतिशत एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं को उपचार की आवश्यकता है¹⁵। जिन 31 देशों से आंकड़े प्राप्त हुए, वहाँ पीएमटीसीटी के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार पाने वाली 82633 महिलाओं में से 28 प्रतिशत ने यह जानकारी दी कि वे अपने स्वास्थ्य की रक्षा के लिए भी यह उपचार ले रहीं थीं। लेकिन कई देशों में माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए तो पूरा एंटी रेट्रो वायरल उपचार दिया जाता है लेकिन यह ज़रूरी नहीं कि महिलाओं के स्वयं के स्वास्थ्य

की रक्षा के लिए भी यह उपचार दिया जा रहा हो। अन्य देशों में दी जा रही दवाओं और रोग निदान के वास्तविक समय, गर्भावस्था के दौरान या प्रसव के बाद, के बारे में आंकड़े तैयार नहीं किए गए हैं।

जब एंटी रेट्रो वायरल दवाएं न दी जा रही हों तो गर्भवती महिलाओं को उनके शिशुओं को एचआईवी संक्रमण से बचाने के लिए अनेक तरह

अधिकांश देशों (66 प्रतिशत) ने यह जानकारी दी कि उनके यहाँ नेविरापीन की एक खुराक देकर उपचार करना अब भी एंटी रेट्रो वायरल उपचार का प्रमुख तरीका है। 80 प्रतिशत पश्चिमी और मध्य अफ्रीकी देशों, 78 प्रतिशत पूर्वी और दक्षिण अफ्रीकी देशों तथा भारत में अब भी पीएमटीसीटी उपचार के अंतर्गत नेविरापीन की एक ही खुराक दी जाती है (चित्र-1)।

चित्र-1 : माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए सामान्य तौर पर प्रयोग किए जाने वाले एंटी रेट्रो वायरल उपचार



के इलाज के विकल्प मिलने चाहिए। इनमें केवल एक खुराक नेविरापीन से अधिक प्रभावी दवाएं भी शामिल हैं¹⁶।

रोग के अत्यधिक प्रसार वाले देशों सहित

इन प्रयासों के लिए धन उपलब्ध कराने की व्यवस्थाओं और धनदाताओं द्वारा अपनाई जा रही नीतियों से भी स्वास्थ्य प्रक्रियाओं में सहयोग मिलने की बजाए उपचार कार्यों में आने वाली

कठिनाईयाँ और अधिक सुदृढ़ होती जा रही हैं। इस समय एचआईवी और एड्स कार्यों के लिए अतिरिक्त धनराशि की आवश्यकता है जबकि धनदाता पहले से निर्धारित कार्यक्रमों के लिए ही धन उपलब्ध कराते हैं। इससे देशों को एचआईवी सेवाओं को सुदृढ़ करने और इन्हें मातृ, नवजात एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत कर पाने में कठिनाई का सामना करना पड़ता है¹⁷। अब सरकारों और नीति एवं वित्त पोषण से जुड़े मातृ एवं बाल स्वास्थ्य के पणधारियों द्वारा अनेक देशों, जैसे कि घाना, नाइजीरिया, कीनिया, ज़ाम्बिया और ज़िम्बाब्वे में इस दिशा में सकारात्मक प्रयास किए जा रहे हैं ताकि पीएमटीसीटी सेवाओं को मातृ, नवजात एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ भली-भाँति एकीकृत किया जा सके।

आरंभ कर दिए हैं फिर भी दुनिया के कई क्षेत्रों में सेवाओं का विस्तार अब भी बहुत सीमित है। एचआईवी रोग के सबसे अधिक विस्तार वाले देशों में पीएमटीसीटी सेवाओं का स्तर सबसे कम है (तालिका-2)। मध्य एशिया, पूर्वी यूरोप, कॉकेशियन और लैटिन अमेरिकन व कैरीबियन क्षेत्रों के अतिरिक्त दुनिया के अधिकांश भागों में ज़्यादातर महिलाओं की जाँच नहीं की जाती और न ही उन्हें पीएमटीसीटी कार्यक्रमों के बारे में सलाह दी जाती है। इसका परिणाम यह हो रहा है कि इन महिलाओं, विशेषकर सहारा मरुस्थलीय अफ्रीकी देशों और भारत में जहाँ एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं में से 95 प्रतिशत महिलाएं निवास करती हैं, को अपनी एचआईवी की स्थिति की जानकारी नहीं होती।

तालिका-2 : वर्ष 2004 व 2005 में अलग-अलग क्षेत्रों में पीएमटीसीटी के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार पाने वाली एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत

	2004	2005
पश्चिम एवं मध्य अफ्रीका	1	3
पूर्वी एवं दक्षिण अफ्रीका	9	14
पूर्वी एशिया एवं प्रशान्त क्षेत्र	20	15
लेटिन अमरीका एवं कैरीबियन क्षेत्र	28	29
मध्य एवं पूर्वी यूरोप	79	77
विश्व के कम एवं मध्यम आय वाले देशों में	7	11

अधिक रोग प्रसार वाले क्षेत्र

हालांकि बहुत से देशों ने राष्ट्रीय स्तर पर पीएमटीसीटी कार्यक्रमों का विस्तार करने के प्रयास

रोग के अधिक प्रसार वाले 2 क्षेत्र, पश्चिम एवं मध्य अफ्रीका तथा पूर्वी एवं दक्षिण अफ्रीका, ऐसे क्षेत्र हैं जहाँ बहुत से देश उल्लेखनीय प्रगति

कर रहे हैं। वर्ष 2005 में पहले वर्ष की अपेक्षा पूर्वी और दक्षिण अफ्रीका में 50 प्रतिशत अधिक महिलाओं की पीएमटीसीटी सेवाओं तक पहुँच बन पाई थी। दक्षिण अफ्रीका में वर्ष 2005 के दौरान पीएमटीसीटी के लिए उपचार प्राप्त कर रही महिलाओं का प्रतिशत दोगुना हो गया था। स्वाज़ीलैण्ड में वर्ष 2005 में पिछले वर्ष की अपेक्षा 6 गुना अधिक महिलाओं को पीएमटीसीटी सेवाएं उपलब्ध हो पाई थीं। हालांकि पश्चिम और मध्य अफ्रीका के कुछ देशों में वर्ष 2005 के दौरान भी थोड़ी बहुत प्रगति देखी गई लेकिन यह पर्याप्त नहीं था। दुनिया में अधिक रोग विस्तार वाले दस देशों में पीएमटीसीटी

के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार पाने वाली एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं* के अनुपात को तालिका-3 में दर्शाया गया है। इन महिलाओं की संख्या 2005 में माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण के मामले की कुल संख्या के दो तिहाई के बराबर थी। कांगो गणराज्य और नाइजीरिया जैसे देशों में पीएमटीसीटी सेवाओं के क्रमशः 1 और 2 प्रतिशत विस्तार की जानकारी मिली है। इन देशों में पीएमटीसीटी कार्यक्रमों को तुरन्त विस्तृत किए जाने की आवश्यकता है ताकि उपचार की आवश्यकता वाली लाखों महिलाओं को सेवाएं दी जा सकें।

तालिका-3 : 2005 के दौरान अधिक रोग विस्तार वाले 10 देशों में एचआईवी बाधित महिलाओं की अनुमानित संख्या तथा माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार प्राप्त कर रही महिलाओं का प्रतिशत

	एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की अनुमानित संख्या	पीएमटीसीटी उपचार पाने वाली महिलाओं का प्रतिशत
नाइजीरिया	250000	<1
दक्षिण अफ्रीका	250000	30
मोज़ाम्बिक	150000	6
इथोपिया	135000	2
भारत	130000	2
तंज़ानिया	110000	6
यूगाण्डा	110000	11
कांगो गणराज्य	99000	2
कीनिया	99000	20
ज़िम्बाब्वे	98000	9

* एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की संख्या के अनुमान विश्व स्वास्थ्य संगठन, यूनीसेफ और यूएनएड्स द्वारा विकसित किए गए तरीकों पर आधारित हैं।

सभी महिलाओं और बच्चों के लिए सेवाओं तक पहुँच की गारण्टी देने की दिशा में पीएमटीसीटी और बच्चों में एचआईवी रोग की देखभाल और उपचार केन्द्रों का भौगोलिक विस्तार एक महत्वपूर्ण कदम है। पूरी तरह से विकेन्द्रीकृत और मातृ एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों के साथ एकीकृत सेवाएं देना तथा स्वास्थ्य व्यवस्था के प्राथमिक स्तर पर यह सेवाएं उपलब्ध करा पाना जरूरी है ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि सभी एचआईवी बाधित महिलाओं और बच्चों की उपचार के लिए पहचान हो सके। वर्ष 2005 के दौरान पूरी दुनिया में प्रसव देखभाल सेवाएं दे रहे स्वास्थ्य केन्द्रों में से एक चौथाई से भी कम केन्द्रों में पीएमटीसीटी सेवाएं दी जा रहीं थीं (तालिका-4)।

तालिका-4 : वर्ष 2005 के दौरान क्षेत्रीय आधार पर पीएमटीसीटी सेवाएं उपलब्ध कराने वाले प्रसव पूर्व जाँच केन्द्रों का प्रतिशत	
	प्रतिशत
पूर्वी एशिया तथा प्रशान्त क्षेत्र	1
पश्चिम एवं मध्य अफ्रीका	12
मध्य एवं पूर्वी यूरोप	27
पूर्वी एवं दक्षिण अफ्रीका	28
लेटिन अमरीका तथा कैरीबियन	57
विश्व के कम एवं मध्यम आय वाले देशों में	24

पिछले कुछ वर्षों के दौरान राष्ट्रीय सरकारों ने सेवाओं को बढ़ाने की दिशा में उल्लेखनीय कटिबद्धता दर्शानी आरंभ की है। सभी 71 देशों में

वर्ष 2005 के दौरान इन कार्यक्रमों के क्रियान्वयन के लिए राष्ट्रीय स्तर की नीतियाँ और पीएमटीसीटी कार्यक्रम तैयार कर लिए गए थे। अबूजा सम्मेलन में की गई घोषणा के अनुसार इनमें से 32 देशों में राष्ट्रीय स्तर पर पीएमटीसीटी कार्यक्रमों का विस्तार करने और जनसंख्या पर आधारित लक्ष्य बनाने का कार्य कर लिया गया था। फिर भी, इन कार्यक्रमों को लागू करने और विस्तार योजनाओं को क्रियान्वित करने की प्रणालियाँ हर जगह एक समान नहीं हैं।

पीएमटीसीटी कार्यों में हुई वैश्विक प्रगति

यूएनगॉस लक्ष्यों 2010 को प्राप्त करने की दिशा में उन देशों को सही दिशा में अग्रसर माना जा सकता है जहाँ कम से कम 40 प्रतिशत एचआईवी बाधित महिलाओं को 2005 तक माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल रहा हो। इसका अर्थ यह हुआ कि वर्ष 2005 तक बहुत कम देश इस दिशा में प्रगति कर रहे थे। इस आकलन में सम्मिलित किए गए कम एवं मध्यम आय वाले 71 देशों में से केवल 7 देशों में वर्ष 2005 के दौरान शिशुओं को जन्म देने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं की अनुमानित संख्या में से 40 प्रतिशत को एंटी रेट्रो वायरल उपचार दिया जा रहा था (तालिका-5)। वहीं दूसरी ओर 2004 की तुलना में 2005 में अनेक देशों ने उल्लेखनीय प्रगति की थी। संसाधनों की अधिक उपलब्धता, प्रबंधकीय क्षमताओं और अनुभवों के आधार पर यह आशा की जा रही है कि अगले कुछ वर्षों में बहुत से अन्य देश इस दिशा में प्रगति कर पाएंगे।

तालिका-5 : एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं¹⁸ की अनुमानित संख्या में से कम से कम 40 प्रतिशत महिलाओं को माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम के लिए एंटी रेट्रो वायरल उपचार उपलब्ध कराने वाले देश

	एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की अनुमानित संख्या	पीएमटीसीटी के लिए उपचार पाने वाली महिलाओं का प्रतिशत
ब्राज़ील	14000	48
बोत्सवाना	14000	54
थाइलैण्ड	11000	46
रूस	6800	84
अर्जेंटीना	2400	87
यूक्रेन	2400	90
जमैका	500	60

वर्ष 2005 के दौरान बच्चों में एचआईवी रोग की देखभाल व उपचार सेवाओं में हुई वैश्विक प्रगति

जब तक एचआईवी से बाधित सभी गर्भवती महिलाओं को पीएमटीसीटी सेवाएं मिलना आरंभ नहीं हो जाता तब तक बच्चों में संक्रमण होना जारी रहेगा। एचआईवी और एड्स से बाधित अधिकांश बच्चों को किसी भी तरह की देखभाल या उपचार नहीं मिल पाता हालांकि पूरी दुनिया में एड्स के कारण होने वाली मृत्यु के 6 मामलों में से 1 में बच्चे की मृत्यु होती है¹⁹। यदि उपचार न किया जाए तो अनुमानतः एक तिहाई शिशु अपने जीवन का पहला वर्ष पूरा करने से पहले ही मर जाएंगे और लगभग आधे शिशु 2 वर्ष की आयु से पहले मर जाएंगे¹⁹। हाल ही में किए गए विश्लेषण से पता चला है कि गर्भ में संक्रमण से बाधित हुए

शिशुओं में जीवन के पहले 2 से 6 माह के दौरान मृत्यु का खतरा बहुत अधिक होता है। संक्रमण से बाधित अनेक नवजात शिशुओं को लंबा जीवन देने के लिए कॉर्टीमॉक्साज़ोल और छोटी उम्र में एंटी रेट्रो वायरल उपचार बहुत ज़रूरी है। कॉर्टीमॉक्साज़ोल दवाई निमोनिया और दूसरे संक्रमणों की रोकथाम में अत्यंत प्रभावी होती है²⁰⁻²²।

दुनिया के बहुत से देशों में एचआईवी बाधित महिलाओं से जन्में नवजात शिशुओं और एचआईवी बाधित बच्चों को कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार देने का काम बहुत धीमी गति से हो रहा है। कॉर्टीमॉक्साज़ोल से एचआईवी बाधित शिशुओं में मृत्यु दर को 40 प्रतिशत तक कम किया जा सकता है और यह 1990 के आरंभिक वर्षों से ही निमोनिया और दूसरे संक्रमणों की रोकथाम के लिए मानक उपचार बना रहा है²¹। चूंकि नवजात

शिशुओं में एचआईवी संक्रमण का पता लगा पाना कठिन होता है इसलिए विश्व स्वास्थ्य संगठन के 2006 के दिशा निर्देशों में यह सिफारिश की गई है कि एचआईवी बाधित माताओं से जन्में सभी नवजात शिशुओं को पैदा होने के 4 से 6 सप्ताह के बाद (या फिर पहली बार स्वास्थ्य केन्द्र में जाने के समय से यह उपचार आरंभ किया जाना चाहिए) कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार दिया जाना चाहिए। यह उपचार तब तक जारी रहना चाहिए जब तक कि बच्चे में एचआईवी संक्रमण न होने की पुष्टि हो जाए और वह इस खतरे से दूर हो जाए। हालांकि बहुत से देशों ने इस नीति को अपनाया आरंभ कर दिया है फिर भी इसे वास्तविक रूप से क्रियान्वित कर पाना अब भी एक चुनौती बना हुआ है। नवजात शिशुओं और बच्चों को कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार दिए जाने से संबंधित आंकड़ों के संकेतक को अधिकांश देशों की स्वास्थ्य एवं प्रबंधन सूचना प्रणालियों में शामिल नहीं किया गया है। जिन देशों में इससे संबंधित आंकड़े उपलब्ध थे, वहाँ यह देखा गया कि एचआईवी संक्रमण के जोखिम का सामना कर रहे केवल 4 प्रतिशत बच्चों को ही 2005 में कॉर्टीमॉक्साज़ोल दवा दी गई थी।

इस समय एचआईवी संक्रमण का सामना कर रहे और संक्रमण से प्रभावित बच्चों की तलाश करने के लिए व्यवस्थित प्रणालियों के अभाव में बड़े अनुपात में एचआईवी बाधित बच्चों को उपचार नहीं दिया जा रहा। यदि किसी महिला की प्रसव पूर्व जाँच के समय एचआईवी जाँच की जाती है या उसे उपचार दिया जाता है तो प्रसव के समय उसकी देखभाल कर रहे

स्वास्थ्यकर्मियों को उसकी एचआईवी स्थिति की जानकारी होनी चाहिए ताकि वे प्रसव के तुरन्त बाद या नवजात शिशु के जीवन के पहले कुछ महीनों में आवश्यक उपचार उपलब्ध करा सकें। ज़िम्बाब्वे जैसे बहुत से देशों में इस संबंध में प्रगति हो रही है। वहाँ महिलाओं की पुनः जाँच और बच्चों के टीकाकरण के लिए पंजीकरण करने की प्रणाली में सुधार किए जा रहे हैं ताकि स्वास्थ्यकर्मी एंटी रेट्रो वायरल और कॉर्टीमॉक्साज़ोल के उपचार की आवश्यकता वाली महिलाओं और बच्चों की पहचान कर सकें। इसके अलावा कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में एकीकृत कर, देश यह सुनिश्चित कर सकते हैं कि संक्रमण के जोखिम वाले सभी बच्चों को जीवन के पहले छः सप्ताह के भीतर ही कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार मिलना आरंभ हो जाए।

बहुत से देशों में एचआईवी संक्रमण के जोखिम का सामना कर रहे नवजात शिशुओं में प्रभावी रूप से कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार आरंभ किए गए हैं (तालिका-6)। उदाहरण के लिए वर्ष 2005 के दौरान यूक्रेन में एचआईवी बाधित माताओं के नवजात शिशुओं में जीवन के पहले दो माह के दौरान ही कॉर्टीमॉक्साज़ोल उपचार आरंभ कर दिया गया था। पश्चिम और मध्य अफ्रीकी देशों में से बेनिन में इस उपचार का विस्तार सबसे अधिक है और यहाँ जोखिम का सामना कर रहे 10 प्रतिशत शिशुओं को कॉर्टीमॉक्साज़ोल दवा दी जाती है। एशियाई क्षेत्र में लाओ में उपचार का विस्तार सबसे अधिक 14 प्रतिशत है।

तालिका-6 : उन देशों का ब्यौरा जहाँ 2005 में एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं से जन्में कम से कम 15 प्रतिशत शिशुओं को जीवन के पहले 2 महीने में कॉट्रीमॉक्साज़ोल उपचार प्राप्त हुआ

	एचआईवी बाधित गर्भवती महिलाओं की अनुमानित संख्या	एचआईवी बाधित महिलाओं से जन्में कॉट्रीमॉक्साज़ोल उपचार पाने वाले बच्चों का प्रतिशत
दक्षिण अफ्रीका	2,50,000	26
बोत्सवाना	14,000	58
यूक्रेन	2,400	88
गुयाना	500	18
जॉर्जिया	100	15

बच्चों में रोग निदान

बच्चों में एचआईवी के उपचार कार्यक्रमों के स्तर को पर्याप्त रूप से बढ़ाने के लिए यह आवश्यक है कि जितनी जल्दी संभव हो बच्चों की जाँच की जाए। वर्ष 2005 में जोखिम का सामना कर रहे केवल 2 प्रतिशत शिशुओं की जीवन के पहले 18 माह में एचआईवी जाँच हो पाई थी। वयस्कों में एचआईवी संक्रमण को जानने के लिए की जाने वाली जाँच प्रक्रिया 18 माह की आयु तक शिशुओं में प्रयोग नहीं की जा सकती क्योंकि इस समय तक शिशु के शरीर में माँ से मिली रोग प्रतिरोधक क्षमता होती है। लेकिन यह जानते हुए कि लगभग एक तिहाई एचआईवी बाधित शिशु 12 महीने की आयु से पहले मर जाते हैं और 50 प्रतिशत शिशुओं की मृत्यु 2 वर्ष की आयु से पहले हो जाती है इसलिए बच्चों में एचआईवी के संक्रमण को जानने के लिए जाँच किए जाने को 18 माह की आयु तक किसी भी तरह नहीं टाला जा सकता¹⁹।

विरॉलॉजी या रक्त जाँच द्वारा कम आयु में रोग निदान की प्रक्रिया अब भी अधिकांश कम और मध्यम आय वाले देशों में आसानी से उपलब्ध नहीं है। आमतौर पर कम आयु में जाँच करने के लिए पीसीआर जाँच को ही मानक जाँच माना जाता है। फिल्टर पेपर पर खून के सूखे हुए धब्बों से विरॉलॉजी जाँच हो सकती है और इस तरह से एकत्रित किए गए नमूनों को आसानी से केन्द्रीकृत जाँच प्रयोगशालाओं में विश्लेषण के लिए भेजा और रखा जा सकता है। खून के सूखे धब्बे को प्रयोग करने की तकनीक से दूर-दराज के क्षेत्रों में भी यह जाँच हो सकती है और इससे देशों को सीमित संख्या में ऐसी क्षेत्रीय प्रयोगशालाएं स्थापित करने की आवश्यकता होती है जो उच्च दर्जे की पीसीआर जाँच करने में सक्षम हों। इस सब के बाद भी 2005 में 2 प्रतिशत से कम शिशुओं की कम आयु में जाँच हो पाई थी और पूरी दुनिया में एचआईवी संक्रमण के जोखिम का सामना कर रहे 2.1 मिलियन बच्चों में से 25 हजार से कम शिशुओं में पीसीआर जाँच की गई।

बच्चों में रोग का उपचार

बच्चों को स्वस्थ रखने के लिए ज़रूरी उपचार, देखभाल और सहयोग उन्हें उस अनुपात में नहीं मिल पा रहा है जितना उनके स्वस्थ जीवन के लिए ज़रूरी है। उपचार पा रहे बच्चों की संख्या बहुत कम बनी हुई है और 2005 में इलाज की आवश्यकता वाले 7,80,000 बच्चों में से केवल 11 प्रतिशत को ही एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल पाया था। बच्चों के इस प्रतिशत में अलग-अलग क्षेत्रों में बहुत अधिक अंतर है (तालिका-7)। लेटिन अमरीका और कैरिबियन क्षेत्रों में उपचार का विस्तार सबसे अधिक था जहाँ 54 प्रतिशत संक्रमण से बाधित शिशुओं को एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल पाया जबकि पश्चिमी और मध्य अफ्रीका में उपचार के विस्तार का स्तर केवल 2 प्रतिशत था। हालांकि एचआईवी के नए संक्रमणों में से 12 प्रतिशत और एड्स के कारण होने वाली मृत्यु के मामलों में से 13 प्रतिशत मामले बच्चों में होते हैं, फिर भी 2005 में उपचार प्राप्त करने वाले अनुमानित 1.3 मिलियन लोगों में से बच्चों की संख्या केवल 6 प्रतिशत थी¹।

हालांकि 2005 के दौरान पूरी दुनिया में संक्रमण से बाधित 90 प्रतिशत बच्चों को उपचार सेवाएं नहीं मिल पाईं फिर भी बहुत से देशों में उल्लेखनीय प्रगति भी देखी गई। रवाण्डा (20 प्रतिशत), एल-सेल्वाडोर (21 प्रतिशत), ग्वाटेमाला (22 प्रतिशत), डॉमिनिकन रिपब्लिक (23 प्रतिशत), पेरू (27 प्रतिशत), जमैका (33 प्रतिशत), पेराग्वे (51 प्रतिशत), नामिबिया (52 प्रतिशत), अर्जेंटीना (83 प्रतिशत), बोत्स्वाना (84 प्रतिशत), ब्राज़ील और थाइलैण्ड (95 प्रतिशत से अधिक) आदि ऐसे देश थे जहाँ 2005 के दौरान कम से कम 20 प्रतिशत बाधित बच्चों को एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल पाया। सेवाएं के विस्तार में जहाँ लेटिन अमरीका और कैरिबियन क्षेत्र सबसे आगे है वहाँ दुनिया भर में एंटी रेट्रो वायरल इलाज की आवश्यकता वाले केवल 3 प्रतिशत बच्चे (7,80,000 में से 23,000) ही रहते हैं। ऐसे क्षेत्रों में उपचार कार्यक्रमों के विस्तार किए जाने की बहुत अधिक आवश्यकता है जहाँ बड़ी संख्या में संक्रमण से बाधित बच्चों के मामले पाए जाते हैं।

तालिका-7 : वर्ष 2005 में क्षेत्रों के अनुसार एचआईवी बाधित बच्चों का प्रतिशत जिन्हें एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल पाया

	प्रतिशत
लेटिन अमरीकी और कैरिबियन क्षेत्र	54
पूर्वी एशिया तथा प्रशान्त क्षेत्र	42
मध्य एवं पूर्वी यूरोप	30
पूर्वी एवं दक्षिणी अफ्रीका	12
पश्चिम एवं मध्य अफ्रीका	2
विश्व के कम एवं मध्यम आय वाले देशों में	11

चूंकि एचआईवी से बाधित अधिकांश बच्चों की मृत्यु 5 वर्ष की आयु से पहले ही हो जाती है इसलिए एचआईवी के कारण 5 वर्ष से कम आयु वर्ग में मृत्यु दर बहुत अधिक बढ़ रही है। इसके कारण बहुत से देशों में 5 साल से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर को कम करने के लिए वर्षों से किए जा रहे प्रयासों पर विपरीत प्रभाव पड़ा है²³। विश्व स्वास्थ्य संगठन का अनुमान है कि दक्षिण अफ्रीका के 6 देशों में 5 वर्ष से कम आयु के 40 प्रतिशत बच्चों में मृत्यु का मुख्य कारण एचआईवी या एड्स रोग होता है²⁴ (तालिका-8)। इन देशों में तुरन्त पीएमटीसीटी सेवाओं और बच्चों में एचआईवी रोग की उपचार सेवाओं के स्तर को बढ़ाने की आवश्यकता है।

पीएमटीसीटी, बच्चों में एचआईवी संक्रमण का उपचार और एड्स रोग की देखभाल सेवाओं के उपलब्ध होने के बाद इन उपचारों की उपलब्धता और माँग बढ़ाने के लिए, समुदाय और स्वास्थ्य सेवाओं के बीच जुड़ाव सुदृढ़ करने के लिए, उपचार को जारी रखने और अन्य तरह के सहयोग के लिए इस कार्य में परिवार और समुदायों को साथ लेकर चलना बहुत महत्वपूर्ण हो जाता है। अपने साथी के प्रति सद्भाव रखने का व्यवहार और वर्तमान सामुदायिक व्यवस्थाएं, पीएमटीसीटी उपचार व अन्य सेवाओं की आवश्यकता वाली गर्भवती महिलाओं और शिशुओं की पहचान करने में महत्वपूर्ण योगदान दे सकती हैं। इनसे भावनात्मक-सामाजिक समर्थन और पोषण में सहायता जैसे सहयोग भी प्राप्त हो सकते हैं जो आमतौर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से नहीं मिल पाते¹²।

तालिका-8 : 15 वर्ष से कम आयु के एचआईवी बाधित बच्चों का अनुमानित¹⁸ प्रतिशत जिन्हें वर्ष 2005 के दौरान 5 वर्ष से कम आयु की सबसे अधिक मृत्यु दर वाले देशों में एंटी रेट्रो वायरल उपचार मिल रहा था

	एड्स के कारण 5 वर्ष से कम आयु से पहले शिशुओं की मृत्यु दर (प्रतिशत में)	एंटी रेट्रो वायरल उपचार की आवश्यकता वाले एचआईवीबाधित बच्चों संख्या	एंटी रेट्रो की अनुमानित वायरल उपचार प्राप्त कर रहे बच्चों का प्रतिशत
दक्षिण अफ्रीका	57	67,000	18
ज़िम्बाब्वे	41	44,000	4
बोत्स्वाना	54	6,400	84
लेसैथो	56	5,700	11
नामीबिया	53	5,400	52
स्वाज़ीलैण्ड	47	5,200	16

पीएमटीसीटी और बच्चों में एचआईवी के लिए गठित इंटर-एजेंसी टॉस्क टीम को चाहिए कि वह महामारी के प्रसार के आधार पर राष्ट्रीय भौगोलिक सेवा विस्तार की प्रक्रियाएं विकसित

और कुशल स्वास्थ्यकर्मियों की उपलब्धता अब भी सीमित है; रोग का उपचार केवल बड़े शहरों में ही उपलब्ध हो पाता है और इसे विकेन्द्रीकृत तरीके से बढ़ाया जाना बहुत जरूरी है।

तालिका-9 : वर्ष 2005 के दौरान क्षेत्रों के आधार पर राष्ट्रीय पीएमटीसीटी और बच्चों में रोग उपचार के कार्यक्रमों में वृद्धि करने की योजना वाले देशों का प्रतिशत

	राष्ट्रीय पीएमटीसीटी कार्यक्रमों में वृद्धि की योजना	बच्चों में रोग उपचार के राष्ट्रीय कार्यक्रमों में वृद्धि की योजना
पूर्वी एशिया व प्रशान्त क्षेत्र	75	63
मध्य एवं पूर्वी यूरोप	50	50
पूर्वी एवं दक्षिण अफ्रीका	50	28
लेटिन अमरीका व कैरिबियन	35	20
पश्चिम एवं मध्य अफ्रीका	33	5

करें और उपचार की आवश्यकता वाले सभी लोगों की देखभाल और उपचार के लिए उपयुक्त लक्ष्य निर्धारित करें। ऐसा करने से विभिन्न देशों में पीएमटीसीटी और बच्चों में एचआईवी रोग की देखभाल और उपचार कार्यक्रमों के विस्तार को बढ़ाना निर्धारित हो जाएगा। सभी क्षेत्रों में बच्चों में रोग देखभाल के राष्ट्रीय कार्यक्रमों के विस्तार को बढ़ाने की योजनाएं पीएमटीसीटी कार्यक्रमों को बढ़ाने की योजनाओं से पीछे चल रही हैं। 71 देशों में से केवल 23 प्रतिशत ने वर्ष 2005 के लिए बच्चों में रोग की देखभाल कार्यक्रमों को बढ़ाने की कार्ययोजनाओं की जानकारी दी (तालिका-9)। एचआईवी बाधित बच्चों में रोग का उपचार करने के लिए आवश्यक सुविधाएं

निष्कर्ष

इस लेख में यह दर्शाया गया है कि बहुत से देशों में पीएमटीसीटी और बच्चों में रोग की देखभाल और उपचार कार्यक्रमों का विस्तार करने का कार्य गति पकड़ रहा है। यह बहुत ही उत्साहवर्धक स्थिति है क्योंकि इससे पता चलता है कि अनेक चुनौतियों का सामना करते हुए भी कम तथा मध्यम आय वाले देश यह सेवाएं उपलब्ध करा पा रहे हैं। यूएनगॉस 2010 के कार्यकारी लक्ष्यों को प्राप्त करना अब भी संभव है लेकिन इसके लिए बहुत अधिक धन के निवेश और मातृ, नवजात और बाल स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ करने के प्रति कटिबद्धता दर्शाने की आवश्यकता होगी। सफलतापूर्वक कार्यक्रम लागू कर चुके देशों के अनुभवों से सीख कर और

अनेक वैश्विक कटिबद्धताओं के अनुरूप देशों को बच्चों में एचआईवी संक्रमण का उन्मूलन करने के लिए जनसंख्या आधारित महत्वाकांक्षी लक्ष्य निर्धारित करने होंगे। इसका अर्थ है कि अब उन्हें अपने यहाँ महामारी के प्रकार के अनुसार पायलेट परियोजनाएं चलाना छोड़कर विकेन्द्रीकृत लेकिन एकीकृत तरीके से कार्यक्रमों का विस्तार करना होगा जो प्रत्येक स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं की क्षमता में वृद्धि कर उन्हें सुदृढ़ कर सकें।

अभिस्वीकृति

यह लेख पीएमटीसीटी तथा बच्चों में एचआईवी के विषय पर गठित वृहत् इंटर-एजेंसी टॉस्क टीम द्वारा तैयार करवाया गया है। हम विश्व स्वास्थ्य संगठन, जेनेवा के एचआईवी विभाग के यूक्स सॉटरेण्ड, समन्वयक स्ट्रेटिजिक इन्फॉर्मेशन, यूनीसेफ न्यूयॉर्क के कार्यक्रम संभाग में एचआईवी/एड्स अनुभाग के प्रमुख पीटर मैकडॉमेट, विश्व स्वास्थ्य संगठन, जिनेवा, एचआईवी विभाग में स्वास्थ्य क्षेत्र में रोकथाम के समन्वयक जॉस पैरियन्स तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन जिनेवा के एचआईवी विभाग में देखभाल एवं उपचार इकाई के समन्वयक चार्ली गिल्क्स के अत्यंत आभारी हैं जिन्होंने इस कार्य में अपना सहयोग और योगदान दिया।

पत्र व्यवहार के लिये पता

- क. वरिष्ठ कार्यक्रम सलाहकार, एचआईवी एवं स्वास्थ्य, स्वास्थ्य अनुभाग, कार्यक्रम प्रभाग, यूनीसेफ, न्यूयॉर्क, संयुक्त राज्य अमरीका, ई-मेल : cluo@unicef.org
- ख. मॉनीटरिंग तथा आकलन सलाहकार, नीति एवं योजना प्रभाग, यूनीसेफ, न्यूयॉर्क, संयुक्त राज्य अमरीका

- ग. स्वास्थ्य एवं पोषण प्रमुख, यूनीसेफ, प्रीटोरिया, दक्षिण अफ्रीका
- घ. कार्यक्रम अधिकारी, एचआईवी एवं स्वास्थ्य, स्वास्थ्य अनुभाग, कार्यक्रम प्रभाग, यूनीसेफ, न्यूयॉर्क, संयुक्त राज्य अमरीका
- च. एचआईवी देखभाल एवं सहयोग सलाहकार, एचआईवी एवं स्वास्थ्य, स्वास्थ्य अनुभाग, कार्यक्रम प्रभाग, यूनीसेफ, न्यूयॉर्क, संयुक्त राज्य अमरीका
- छ. चिकित्सा अधिकारी, स्वास्थ्य क्षेत्र में रोकथाम, एचआईवी विभाग, विश्व स्वास्थ्य संगठन, जिनेवा, स्विट्ज़रलैण्ड
- ज. चिकित्सा अधिकारी, देखभाल एवं उपचार इकाई, एचआईवी विभाग, विश्व स्वास्थ्य संगठन, जिनेवा, स्विट्ज़रलैण्ड
- झ. मॉनीटरिंग एवं आकलन अधिकारी, कार्ययोजना जानकारी, एचआईवी विभाग, विश्व स्वास्थ्य संगठन, जिनेवा, स्विट्ज़रलैण्ड

संदर्भ

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization. AIDS Epidemic Update, December 2006. Geneva: UNAIDS/ WHO, 2006.
2. UNAIDS. 2005 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS, 2005.
3. UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: UN, 2005.

4. UNAIDS. Implementation of the declaration of commitment on HIV/AIDS: core indicators. Geneva: UNAIDS, 2006.
5. G8 Gleneagles. The Gleneagles Communique. Gleneagles, 2005.
6. WorldHealth Organization. Call to action: elimination of HIV infection in infants and children. Proceedings of PMTCT High Level Global Partners' Forum, Abuja. Geneva: WHO, 2005.
7. UNICEF. Global campaign on children and AIDS: unite for children, unite against AIDS. At <www.unicef.org/uniteforchildren/index.html>. Accessed 1 May 2007.
8. PMTCT Report Card 2005: monitoring progress on the implementation of programmes to prevent mother to child transmission of HIV. UNICEF and WHO on behalf of the expanded Inter-Agency Task Team on PMTCT. New York: UNICEF, 2005.
9. UNAIDS. Reference group on estimates, modelling and projections. At <<http://www.epidem.org>>. Accessed 1 May 2007.
10. UNICEF. PMTCT programme news. New York: UNICEF, 2003.
11. Centers for Disease Control. Introduction of routine HIV testing in prenatal care: Botswana, 2004. Morbidity & Mortality Weekly Report 2004;53(46): 1083–86.
12. Kane MM, Colton TC. Integrating SRH and HIV/AIDS services: Pathfinder International's experience synergizing health initiatives. Boston: Pathfinder International, 2005.
13. WHO. World Health Report 2006: Working together for health. Geneva: WHO, 2006.
14. United Nations Population Fund. Glion call to action on family planning and HIV in women and children. New York: UNFPA, 2004.
15. J Stover J, Walker N, Grassly C, Marston M. Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to Spectrum projection package. Sex. Transm. Inf. 2006;82:45–50.
16. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants in resource-limited settings: towards universal access. Geneva: WHO, 2006.
17. Druce N, Nolan A. The big missed opportunity: why haven't maternal, newborn and child health services taken HIV into account for women and their children? Reproductive Health Matters 2007;15(30):190–201.

18. WHO, UNICEF, UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report, 2007.
19. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004;364: 1236–43.
20. Marinda E, Humphrey JH, Iliff PJ, et al. Child mortality according to maternal and infant HIV status in Zimbabwe. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2007;26(6): 519 –26.
21. Walker AS, Mulenga V, Ford D, et al. The impact of daily cotrimoxazole prophylaxis and antiretroviral therapy on mortality and hospital admissions in HIV-infected Zambian children. *Clinical Infectious Diseases* 2007;44:1361–67.
22. WHO. Guidelines on cotrimoxazole prophylaxis for HIV related infections among children, adolescents and adults in resource-limited settings. Geneva: WHO, 2006.
23. Walker N, Schwartzlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/ AIDS. *Lancet* 2002;360(9329): 284–89.
24. WHO. Mortality: country fact sheets. Geneva: WHO, 2006.

वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताएं : भारत के गुजरात में पारम्परिक रूप से स्वीकार्य एचआईवी/एड्स उपचार के प्रयास

अरुणा लखानी*, केतन गाँधी, मार्टीन कोलम्बियन

सारांश: भारत के गुजरात राज्य के एक औद्योगिक क्षेत्र में यौन नेटवर्किंग तथा यौन स्वास्थ्य की वास्तविक स्थिति का विश्लेषण करने से पता चला कि यहाँ नवयुवकों के मन में हस्तमैथुन तथा वीर्य नष्ट होने को लेकर लगातार चिन्ताएं बनी रहती थीं। इस लेख में बताया गया है कि किस तरह दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट ने अपने एचआईवी रोकथाम कार्यक्रम के माध्यम से 15-30 वर्ष की आयु के नवयुवकों के मन में विद्यमान इन चिन्ताओं को दूर किया। रोकथाम कार्यक्रम के अंतर्गत गतिविधियाँ आरंभ करने से पहले और गतिविधियों के समाप्त होने के बाद जानकारी पाने और युवकों के मन में हस्तमैथुन से होने वाले विभिन्न नुकसानों के बारे में व्याप्त भ्रान्तियों को जानने के लिए फ्लो-चार्ट पद्धति का प्रयोग किया गया। दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट तथा अन्य दो गैर सरकारी संगठनों ने असुरक्षित यौन व्यवहार करने वाले नवयुवकों के जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों और उनके मन में वीर्य नष्ट होने के प्रति चिन्ताओं के बीच संबंधों को समझने के लिए अनुसंधान कार्य भी किए। दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट दक्षिण एशिया में सभी यौन स्वास्थ्य के अभियानों के माध्यम से हस्तमैथुन और वीर्य नष्ट होने से जुड़ी दूसरी चिन्ताओं को हल करने का समर्थन करता है। यह ट्रस्ट इन चिन्ताओं की व्यापकता, इनके द्वारा यौन संचारित संक्रमणों के उपचार को प्रभावित कर पाने की संभावना और मानसिक व सामाजिक चिन्ताएं उत्पन्न कर पाने में इनके महत्व को आधार बनाकर इन समस्याओं को दूर करने की पैरवी का पक्षधर है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत हस्तमैथुन तथा यौन संबंधों में सफल हो पाने से जुड़ी चिन्ताओं को स्वास्थ्य संबंधी विषय मानकर चर्चा की जाती है। नवयुवक इस तरह प्रयास करने की प्रक्रिया से तुरन्त जुड़ जाते हैं भले ही वे यौन रूप से सक्रिय हो चुके हों अथवा नहीं और इससे यौन स्वास्थ्य तथा सुरक्षित सैक्स के बारे में शिक्षा देने का अच्छा अवसर मिल पाता है। समुदायों ने भी इन प्रयासों के प्रति सकारात्मक रवैया दर्शाया है।

मुख्य शब्द : नवयुवक, पुरुषों के मन में वीर्य नष्ट होने की चिन्ताएं, हस्तमैथुन, यौन स्वास्थ्य, भारत।

भारत में एचआईवी संक्रमण की महामारी के प्रसार के बारे में अब भी पूरी जानकारी उपलब्ध नहीं है। ऐसे अनुमान लगाए जाते हैं कि 4 से 10 मिलियन लोग पहले ही इससे प्रभावित हो चुके हैं। लम्बे समय तक भारत में संक्रमण

के प्रसार से यह कहकर इंकार किया जाता रहा कि सामाजिक-सांस्कृतिक व्यवस्था के अंतर्गत विवाह करने और पारम्परिक वैवाहिक संबंधों से एचआईवी से सुरक्षा मिलती है। जब 1994 में कई क्षेत्रों में स्थापित निगरानी व्यवस्थाओं से यह जानकारी

मिलने लगी कि यौनकर्मियों, यौन संचारित संक्रमण क्लीनिकों में आने वाले लोगों और प्रसव पूर्व जाँच के लिए आने वाली महिलाओं में संक्रमण के प्रसार के रूझान बढ़ते जा रहे हैं तब लक्षित समूहों के लिए एचआईवी की रोकथाम के तुरन्त प्रयास किए जाने की आवश्यकता महसूस हुई²। सरकारी विभागों और गैर सरकारी संगठनों ने लोगों के यौन संबंधों तथा यौन स्वास्थ्य के बारे में व्यवस्थित आंकड़ों के उपलब्ध न होते हुए भी एचआईवी जागरूकता अभियान आरंभ कर दिए³।

1997 में दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट नामक एक गैर सरकारी संगठन ने अपने कार्य क्षेत्र में स्थिति का आकलन करने के बाद एचआईवी रोकथाम गतिविधियों को अपने सामाजिक विकास कार्यों के साथ जोड़ने की संभावना पर विचार किया⁴। दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट पिछले 12 वर्षों से नंदानगर (बदला हुआ नाम) नामक औद्योगिक विकास क्षेत्र में काम कर रहा है। यह क्षेत्र गुजरात में वडोदरा के पास 20 गाँवों वाला क्षेत्र है, जहाँ रहने वाले 40 हजार निवासियों में से अधिकांश लगभग 200 वहाँ स्थित रसायनिक कारखानों में काम करते हैं। एक प्रमुख राष्ट्रीय राजमार्ग इस क्षेत्र से होकर गुज़रता है और बहुत से ट्रक यहाँ रुकते हैं। यहाँ बहुत से पेट्रोल पम्प, ढाबे और दुकानें हैं और यहाँ मुसाफिरों को सफर में आराम करने का अवसर मिलता है। राजमार्ग के आसपास स्थानीय देशी शराब और यौनकर्म भी मिल जाते हैं।

दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट के कर्मचारियों को एक चिकित्सीय एंथ्रोपॉलॉजिस्ट (मानव विज्ञानी) ने एचआईवी रोकथाम प्रयास करने के लिए महिलाओं और पुरुषों की आवश्यकता को समझने

का प्रशिक्षण दिया। उन्होंने विभिन्न लोगों के बीच अनुसंधान किए जाने की एथनोग्राफिक पद्धति का प्रयोग करते हुए इन कर्मचारियों का मार्गदर्शन भी किया। अनुसंधान की इस प्रक्रिया में सामाजिक मैपिंग, समूह चर्चा, विस्तृत पहले से तैयार की गई प्रश्नावली द्वारा साक्षात्कार और प्रमुख सूचना प्रदाताओं से बातचीत करना शामिल था⁵। आंकड़े एकत्रित करने का प्रयोजन कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देना और यौन स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के प्रयासों का समर्थन करना था। उस समय यह दोनों किसी भी लक्षित यौन स्वास्थ्य कार्यक्रम के प्रमुख अंग होते थे। इस प्रक्रिया के अंतर्गत अनुसंधान किए जा रहे लोगों के मन में यौन स्वास्थ्य से जुड़ी चिन्ताओं को समझने पर अधिक ध्यान दिया गया। अधिकांश नवयुवकों के मन में यौन संचारित संक्रमण या एचआईवी/एड्स से जुड़े भय की बजाए हस्तमैथुन तथा सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने के कारण वीर्य नष्ट हो जाने के प्रति ज़्यादा चिन्ता थी। वास्तव में मुख्य स्वास्थ्य समस्या के रूप में एड्स का विषय कभी उठा ही नहीं। इस लेख में इन नवयुवकों की यौन नेटवर्किंग और इनके मन में यौन स्वास्थ्य से जुड़ी चिन्ताओं, कि वीर्य नष्ट होने से उनके स्वास्थ्य पर किस तरह बुरा असर पड़ सकता है, के बारे में प्राप्त जानकारियों का वर्णन किया गया है। इस लेख में यह भी बताया गया है कि किस तरह प्राप्त हुई इन जानकारियों का प्रयोग करते हुए 15-30 वर्ष की आयु के अविवाहित और विवाहित नवयुवकों के लिए सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य यौन स्वास्थ्य शिक्षण और एचआईवी रोकथाम कार्यक्रम का स्वरूप तैयार किया गया।

नंदानगर में यौनिक नेटवर्किंग

राजमार्ग के साथ के गाँवों में यौन नेटवर्किंग और यौन जोखिमपूर्ण व्यवहारों के बारे में व्यापक विवरण पाने के लिए ऐसी 28 महिलाओं और 25 पुरुषों के साथ विस्तृत साक्षात्कार किए गए जिनके एक से अधिक लोगों से यौन संबंध थे। इस बारे में विवरण किसी अन्य लेख में दिया गया है⁴।

राजमार्ग पर यौन व्यवसाय से जुड़े बहुत से यौनकर्मी किसी एजेंट (आमतौर पर महिला) की मार्फत काम करते हैं। यह एजेंट महिला कोई चाय की दुकान चलाती है या फिर शराब बेचती है और ग्राहकों को इन महिलाओं के पास भेजती है। रात के समय ये महिलाएं राजमार्ग के आसपास के खेतों में ट्रक ड्राइवरों की प्रतीक्षा में बैठी रहती हैं और टॉर्च के सहारे इन्हें अपने पास बुला लेती हैं। इनमें से अधिकांश महिलाएं आसपास के गाँवों से आती हैं, कुछ महिलाएं वड़ोदरा से भी यहाँ पहुँचती हैं। इनके ग्राहकों में न केवल ट्रक चालक बल्कि गाँव के पुरुष भी होते हैं। “हाईवे में काम करने वाली” इन महिलाओं के साथ यौनकर्म आमतौर पर बिना जान पहचान होता है और यह व्यवसाय बड़े ही सुनियोजित ढंग से चलता है। इसके अलावा “गाँव की कुछ महिलाएं” जिन्हें पैसे की ज़रूरत होती है, आवश्यकता पड़ने पर अपनी जान पहचान वाले गाँव में ही रहने वाले व्यक्तियों से संबंध बना लेती हैं। आमतौर पर नियमित चलने वाले इन संबंधों में यौन साथियों की संख्या और भावनात्मक जुड़ाव में काफी अंतर होता है। गाँवों की जिन 23 महिलाओं के साथ साक्षात्कार किए गए उनमें से 5 ने यह बताया कि उनके 4 से ज़्यादा नियमित यौन साथी हैं। राजमार्ग

पर यौन कर्म करने वाली महिलाओं ने हर रोज़ 10 से अधिक ग्राहकों के साथ संबंध बनाए जाने की जानकारी दी। गाँव में रहने वाली जिन 23 महिलाओं से साक्षात्कार किया गया उनमें से 13 विवाहित थीं (इनके पति या तो अधिक शराब पीते थे या अवैध रूप से शराब बनाने के काम में लगे थे), 2 अकेली थीं और शेष अन्य या तो विधवा थीं या अपने पति से अलग हो चुकी थीं। कुछ ट्रक चालकों को गाँवों में ऐसे स्थानों की जानकारी थी जहाँ शराब मिलने के साथ-साथ यौनकर्मी भी उपलब्ध थे। कण्डोम का प्रयोग बहुत कम होता था; केवल 3 महिलाओं ने बताया कि वे अपने ग्राहकों और यौन साथियों के साथ सैक्स के समय नियमित रूप से कण्डोम का प्रयोग करती थीं।

गाँवों के पुरुषों ने जानकारी दी कि उनके यौन संबंध यौन कर्मियों के अलावा अन्य लोगों के साथ भी थे जिनमें संबंधी, अविवाहित लड़कियाँ तथा विवाहित महिलाएं शामिल थीं। हालांकि विवाह से पहले यौन संबंध बनाए जाने का कड़ा सामाजिक विरोध होता था फिर भी अकेले रहने वाले पुरुषों से साक्षात्कार के समय यह जानकारी मिली कि उनकी यौन साथी आमतौर पर गाँव की अविवाहित लड़कियाँ ही होती थीं। स्वास्थ्यकर्मियों और प्रमुख सूचनाप्रदाताओं ने यह जानकारी भी दी कि अविवाहित लड़कियों द्वारा गर्भपात कराए जाने की घटनाएं असामान्य नहीं थीं। चूंकि सभी सूचनाप्रदाताओं को उनके द्वारा किए जा रहे जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों के आधार पर चुना गया था इसलिए वे सभी गाँव वालों का प्रतिनिधित्व नहीं करते थे। इस अध्ययन के माध्यम से हम यह

अनुमान नहीं लगा पाए कि गाँव के युवाओं में से यौन रूप से सक्रिय युवाओं का अनुपात कितना था। गुजरात में अकेले रहने वाले छात्रों का सर्वेक्षण करने से पता चला कि 17 प्रतिशत लड़के महिलाओं से यौन संबंध रखते थे⁶। उड़ीसा में कॉलेज के 17 प्रतिशत छात्रों ने जानकारी दी कि उनकी कम से कम 1 महिला यौन साथी थी। इसकी तुलना में एक घरेलू सर्वेक्षण में जनसंख्या आधार पर यह अनुमान लगाया गया था कि अकेले रहने वाले 22 प्रतिशत पुरुषों के कम से कम 1 महिला के साथ संबंध थे⁷।

महिलाओं और पुरुषों के मन में यौन स्वास्थ्य से जुड़ी चिन्ताएं

महिलाओं के साथ साक्षात्कार करने पर यह पता चला कि उनमें यौन संचारित संक्रमणों और कण्डोम के सुरक्षात्मक प्रयोग के बारे में जागरूकता बहुत कम थी। महिलाओं ने लगातार ऐसी स्त्री रोग संबंधी समस्याओं की जानकारी दी जो दवाएं लेने पर भी ठीक नहीं होती थी; हम यह अनुमान नहीं लगा पाए कि इनमें से कितनी समस्याएं यौन संचारित संक्रमण के कारण थीं। कुछ महिलाओं ने बताया कि उन्हें इलाज के लिए जाने पर शर्म महसूस होती थी, हालांकि योनि के आसपास छाले या जख्म होने की जानकारी देने वाली 13 महिलाओं में से एक के अलावा सभी ने किसी निजी डॉक्टर या सरकारी अस्पताल से उपचार करवाया था।

एक से अधिक यौन साथियों के साथ संबंध रखने वाले बहुत कम पुरुषों ने कण्डोम प्रयोग किए जाने की जानकारी दी। उनके विचार से यौन संचारित संक्रमण बहुत अधिक जटिल यौन स्वास्थ्य

समस्याएं भी नहीं थे। इससे भी कई अधिक, विशेषकर अविवाहित पुरुष, हस्तमैथुन तथा सोते समय वीर्य स्वलित हो जाने के बुरे प्रभावों के बारे में चिन्तित दिखाई दिए। उनके मन में यह विश्वास था कि ऐसा करने से 'वीर्य पतला हो जाता है' और 'वीर्य नष्ट हो जाता है' जिससे उनमें यौनिक कमजोरी और ताकत में कमी जैसी कई तरह की समस्याएं उत्पन्न हो सकती हैं⁴।

प्राचीन आयुर्वेदिक और चीनी लेखों में वीर्य को सुरक्षित रखे जाने के महत्व पर चर्चा दिखाई पड़ती है। स्वास्थ्य और सैक्स के बारे में चीनी लोगों के विचार दक्षिण एशिया में व्याप्त विचारों से मिलते-जुलते हैं^{8,9}। दक्षिण एशिया में पुरुषों के मन में वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताएं और इसके कारण कमजोरी, थकान, तनाव, हाइपोकोण्ड्रिया (हमेशा बीमार रहने की स्थिति) या सैक्स न कर पाने जैसे विचार बहुत अधिक देखने को मिलते हैं और साहित्य में भी इनका भरपूर वर्णन मिलता है⁹⁻¹⁸। इसके लिए चिकित्सीय रूप से धातु शब्द का प्रयोग किया जाता है¹²। पुरुष पेशाब के साथ सफेद द्रव्य निकलने को इसका लक्षण मानते हैं और यह समझते हैं कि यह सफेद द्रव्य वीर्य होता है¹⁴। पेशाब में गाढ़ा सफेद द्रव्य आ जाना प्रोस्टेट ग्रन्थि से निकलने वाले स्राव के कारण या पेशाब की नली से भी निकल सकता है लेकिन आमतौर पर इस तरह के स्राव का कोई साक्ष्य नहीं होता और कमजोरी महसूस होने या लगातार थकान रहने के कारण यह मान लिया जाता है कि पेशाब के साथ वीर्य ही निकल रहा है^{12,15}। धातु होने को संस्कृति से जुड़ा माना जाता है और इसे आईसीडी-10 में अनुसंधान के लिए रोग निदान की आवश्यकताओं के विवरण में किन्हीं विशिष्ट

संस्कृतियों में पाया जाना माना गया है¹⁶।

धात् (वीर्य) शब्द संस्कृत के धातु शब्द से लिया गया है जिसका अर्थ है 'प्राण शक्ति'¹³। आयुर्वेद विज्ञान के प्राचीन ग्रन्थों में शरीर के सात पदार्थों का वर्णन है जिनमें वीर्य को शरीर का सबसे शक्तिशाली द्रव्य माना गया है¹⁰। इस तरह यह मान्यता है कि पुरुष के शरीर की प्राणशक्ति उसके धात् में होती है। "वीर्य" जो एक हिंदी शब्द है उसका मतलब 'ताकत' भी है और वीर्य का नष्ट हो जाना शारीरिक और मानसिक रूप से हानिकारक माना जाता है। यद्यपि यह समझा जाता है कि हर तरह से वीर्य की हानि होने से शारीरिक दुर्बलता आती है फिर भी ऐसा विश्वास है कि यौन संबंध बनाए बिना वीर्य नष्ट करने से बहुत अधिक कमजोरी आती है¹⁷। धात् गिरने या निकलने को अकसर हस्तमैथुन या सोते समय वीर्य स्वलित हो जाने का परिणाम समझा जाता है^{9,12,14,18}। आमतौर पर धात् गिरने की घटनाएं अविवाहित पुरुषों में देखी जाती हैं और इसे यौन अनुभव का अभाव होने के कारण होना माना जाता है^{10,17}।

एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम कार्यक्रमों की विषय-वस्तु

दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट ने इस अध्ययन से प्राप्त जानकारियों को लगभग 90 सामूहिक बैठकों के दौरान नंदानगर के 1200 पुरुषों और महिलाओं के साथ बांटा, जो एचआईवी/एड्स के जोखिम तथा यौन स्वास्थ्य में सुधार के बारे में जानकारी पाने के लिए इन बैठकों में भाग ले रहे थे। एक से अधिक यौन साथी रखने वाले अधिकांश पुरुषों ने भी बताया कि उनके मन में वीर्य नष्ट होने को लेकर लगातार चिन्ता रहती थी। इसलिए दीपक

चेरिटेबल ट्रस्ट ने समुदाय की सहभागिता के साथ युवाओं के लिए चलाए जा रहे अपने एचआईवी कार्यक्रमों में ऐसी जानकारियाँ सम्मिलित करने का निर्णय लिया जिनसे उनकी इन चिन्ताओं को दूर किया जा सके।

हालांकि इस लेख में इन प्रयासों के केवल इसी पहलू पर चर्चा की गई है, फिर भी यह पूरी परियोजना अत्यंत व्यापक है और एचआईवी संक्रमण के अधिक जोखिम वाले जनसंख्या के अन्य उपसमूहों पर भी ध्यान देती है। आर्थिक कारणों की वजह से एक से अधिक पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाली महिलाओं के लिए इन कार्यक्रमों के अंतर्गत आय अर्जित करने के विकल्प भी उपलब्ध कराए जाते हैं। अवैध शराब का व्यापार करने वाली विधवाओं और महिलाओं के स्वयं सहायता समूह बनाकर उन्हें संगठित किया गया है ताकि उनमें आत्मविश्वास बढ़े और वे संगठित होकर कुछ कार्य कर सकें। पारंपारिक रूप से विधवा विवाह का हमेशा ही विरोध किया जाता रहा है लेकिन अब इन समुदायों में लोग इसके पक्ष में बोलने लगे हैं। दम्पतियों के क्लब गठित किए गए हैं ताकि दम्पति आपस में प्रभावी वार्तालाप कर सकें और किशोर आयु की लड़कियों को कामकाजी प्रशिक्षण देने के साथ-साथ जीवन कौशलों की शिक्षा भी दी जाती है।

ये सभी गतिविधियाँ नवम्बर 1998 में 3 पुरुष और 3 महिलाओं के कार्यकर्ता दल के साथ आरंभ की गई थीं जो रसायन उद्योग में काम कर रहे युवाओं को पीयर एजूकेटर के रूप में प्रशिक्षित करते हैं। साथ ही ये कर्मचारियों को शिक्षित करने वाले लोगों को भी प्रशिक्षित करते हैं। इस कार्यक्रम

के अंतर्गत अधिक जोखिमपूर्ण व्यवहार वाले व्यक्तियों पर ध्यान दिया जाता है तथा उनके लिए एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों से जुड़ी ऐसी गतिविधियाँ की जाती हैं जिनसे उनमें जागरूकता बढ़े। अधिक जोखिमपूर्ण व्यवहार करने वाले व्यक्तियों से परे, सामान्य जनसंख्या के लिए जागरूकता अभियान चलाए जाते हैं। गाँवों के ही 120 पुरुषों एवं महिलाओं की सहभागिता से कण्डोम वितरण नेटवर्क भी स्थापित किया गया है।

वीर्य नष्ट होने से संबंधित जानकारियों को एचआईवी/यौन संचारित संक्रमण शिक्षण गतिविधियों के साथ एकीकृत किया गया है। गाँवों के युवाओं के साथ अनौपचारिक बैठकों के दौरान यौन स्वास्थ्य के विषय पर चर्चा आरंभ की जाती है। इन बैठकों का समन्वय और संचालन आउट रीच वर्कर या पीयर शिक्षक करते हैं। यौन स्वास्थ्य के बारे में मन में उत्पन्न चिंताओं पर चर्चा करते हुए “फ्लो-चार्ट चित्रों का प्रयोग किया जाता है और सहभागियों से खुलकर हस्तमैथुन के बारे में अपने विचार रखने को कहा जाता है। फ्लो-चार्ट एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें चित्रों की सहायता से समूहों में किसी समस्या के कारणों और परिणामों का विश्लेषण किया जाता है^{19,20}। समूह में एक व्यक्ति मार्गदर्शक की भाँति कार्य करता है और विभिन्न वस्तुओं के बीच संबंध को समझाने के लिए प्रश्न पूछता है जिससे कि समूह के लोगों के मन में उस विषय के बारे में व्याप्त चिन्ताओं और समस्याओं की स्पष्ट जानकारी मिल जाती है। सहभागियों द्वारा दिए गए उत्तरों को कागज़ के बड़े टुकड़ों पर लिखा जाता है और इस बिन्दु से

आरंभ करते हुए वह व्यक्ति सहभागियों को पुरुष शारीरिक संरचना के बारे में बताता है और वीर्य नष्ट हो जाने से जुड़ी भ्रान्तियों को दूर करता है। बैठकों में भाग लेने वाले लोगों को आश्वस्त किया जाता है कि उन्हें वीर्य के नष्ट हो जाने या किसी तरह की कमजोरी आ जाने के बारे में किसी तरह की कोई चिन्ता करने की ज़रूरत नहीं है क्योंकि शरीर में वीर्य का निर्माण लगातार होता रहता है और रात को सोते समय वीर्य स्थलित हो जाना यौन तनाव को कम कर देने का ही एक तरीका है। उन्हें यह भी बताया जाता है कि हस्तमैथुन करना हानिरहित और आनन्ददायक होने के साथ-साथ सुरक्षित सैक्स का एक तरीका भी है। सहभागियों को मिट्टी के मॉडल की सहायता से कण्डोम प्रयोग करने के बारे में बताया जाता है और यौन संचारित संक्रमणों के चित्र दिखाए जाते हैं। उन्हें हर तरह के यौन संबंध के समय कण्डोम प्रयोग करने के लिए प्रेरित किया जाता है और यह बताया जाता है कि वे किसी भी तरह की समस्या होने पर उसका उपचार अवश्य करवाएं।

दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट हर 2 या 3 महीने में अलग-अलग गाँवों में स्वास्थ्य मेलों का आयोजन करता है। 3 दिन चलने वाले इन मेलों में प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, किशोरों को जीवन कौशल की शिक्षा, कण्डोम के प्रयोग का प्रदर्शन और यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी की रोकथाम के बारे में प्रस्तुतीकरण देने के लिए स्टॉल लगाए जाते हैं। इन मेलों में महिलाएं आमतौर पर दोपहर के समय आती हैं जबकि पुरुष (ज़्यादातर नवयुवक) शाम के समय आते हैं और देर रात तक आते रहते हैं।

आउटरीच वर्कर समुदाय में अधिक जोखिमपूर्ण व्यवहार अपनाने वाले लोगों पर विशेष ध्यान केन्द्रित करते हैं और उनके साथ यौन स्वास्थ्य तथा जोखिम को कम करने और व्यवहार परिवर्तन कर पाने में लगातार सहयोग देने के बारे में बातचीत करते हैं। दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट के केन्द्र (जोकि एक छोटा सा अस्पताल भी है) में एक होम्योपैथिक डॉक्टर और एक स्त्री रोग विशेषज्ञ मरीजों को देखते हैं। इन दोनों चिकित्सकों को यौन संचारित संक्रमणों के लक्षण होने पर उपचार देने में प्रशिक्षण प्राप्त हैं और सप्ताह में एक दिन ये पुरुषों और महिलाओं को यौन संचारित संक्रमणों का उपचार प्रदान करते हैं। इस केन्द्र में स्थित अन्य चिकित्सक भी 5 गाँवों में हर माह परामर्श बैठकें आयोजित करते हैं जिसमें न केवल यौन संचारित संक्रमणों के उपचार पर बातचीत की जाती है बल्कि यहाँ मन में उत्पन्न यौनिक समस्याओं से संबंधित विषयों पर भी परामर्श दिया जाता है। इसके अलावा गर्भवती महिलाओं के पतियों को प्रसव पूर्व और प्रसव के बाद की जाँच व उस समय महिलाओं का ध्यान रखने से संबंधित जानकारी दी जाती है। गाँव में स्थित प्रसव पूर्व और प्रसव के बाद की जाँच किए जाने वाले केन्द्रों का संचालन पैरामेडिक (नर्स अथवा कम्पाउंडर) करते हैं जो यौन संचारित संक्रमण के मामलों का संदेह होने पर मरीजों को स्त्री रोग विशेषज्ञ के पास रेफर कर देते हैं।

वीर्य नष्ट होने, हस्तमैथुन और सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने के विषय पर शोध कार्य

दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट के कर्मचारियों को

अविवाहित नवयुवकों में हस्तमैथुन और सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने के कारण मन में उत्पन्न चिंताओं के बारे में और अधिक शोध करने की आवश्यकता महसूस हुई। उन्हें यह भी लगा कि वीर्य नष्ट होने से जुड़ी इन चिन्ताओं और जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों के बीच संबंधों को जाना जाए। चूंकि नंदानगर में नवयुवकों की यौन साथी आमतौर पर गाँव की ही लड़कियाँ होती थीं इसलिए इन संबंधों को नवयुवकों के अन्य समूहों के बीच भी जानना जरूरी था। इसलिए दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट ने गुजरात में पुरुषों के यौन स्वास्थ्य विषय पर काम कर रहे अन्य 5 गैर सरकारी संगठनों के साथ शोध कार्य करने के लिए सहभागिता करने का निर्णय लिया।

इन 5 गैर सरकारी संगठनों की गतिविधियों में भाग लेने वाले अविवाहित नवयुवकों के साथ विस्तृत साक्षात्कार किए गए। नवयुवकों के साथ उनके पहले यौन अनुभव, साथी के साथ सैक्स करने, हस्तमैथुन और सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने तथा वर्तमान में उनके यौन व्यवहारों के बारे में प्रश्न पूछे गए। 3 गैर सरकारी संगठनों से प्राप्त आंकड़े गुणवत्ता और चयन के मानकों के अनुरूप निकले। इनमें स्वयं दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट से प्राप्त आंकड़े और गुजरात के एक शहर सूरत में कार्यरत 2 गैर सरकारी संगठनों से प्राप्त आंकड़े शामिल थे। साक्षात्कार करते समय जाते समय फील्ड नोट तैयार किए गए, इन पर बाद में विस्तृत व्याख्याएं की गईं और दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट के अनुसंधान दल ने इनका विश्लेषण किया। अधिकांश सूचनाप्रदाताओं का चुनाव 'स्नो-बॉल सैम्पलिंग' पद्धति से किया गया जिसमें आमतौर पर साक्षात्कार

किए गए व्यक्तियों द्वारा सुझाए गए व्यक्तियों को चुना गया। अकेले रह रहे 50 पुरुषों के साथ विस्तृत साक्षात्कार किए गए। इनमें से 22 व्यक्ति नंदानगर के रहने वाले थे, 16 हीरे तराशने के उद्योग से जुड़े प्रवासी थे और शेष 12 जेल में बंद कैदी थे। इस अध्ययन में अधिकांशतः ऐसे नवयुवकों को शामिल किया गया था जो एचआईवी रोकथाम कार्यक्रमों के लक्षित समूह अर्थात् अधिक जोखिमपूर्ण व्यवहारों से जुड़े थे।

“लो-चार्ट के माध्यम से हस्तमैथुन तथा सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने के संभावित परिणामों और इससे जुड़ी भावनाओं के बारे में जानकारी मिली। ये सब जानकारियाँ सामूहिक रूप से काम करते हुए एकत्रित की गईं। चूँकि इस पूरी कार्यवाही में किसी व्यक्ति विशेष के व्यवहारों पर ध्यान नहीं दिया जा रहा था इसलिए किसी के व्यक्तिगत रूप से इन प्रश्नों से आहत होने पर आसानी से उनके द्वारा की गई प्रतिक्रियाओं को अनदेखा किया जा सका¹⁹।

विस्तृत साक्षात्कार विशेष रूप से चुने गए पुरुषों के साथ किए गए थे जिनका चुनाव उनके जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों के आधार पर किया गया था लेकिन “लो-चार्ट तैयार करते समय अनेक नवयुवकों के विचार लिए गए जिनमें यौन रूप से अनुभव हीन और सक्रिय, दोनों तरह के नवयुवक शामिल थे। आउटरीच वर्कर इन लोगों तक पहुँचने के लिए बड़े ही अनौपचारिक तरीके से युवाओं के किसी समूह से बातचीत आरंभ करते थे और अंत में 8-15 पुरुष इस सामूहिक विचार-विमर्श में भाग लेने के लिए तैयार हो जाते थे। फ्लो-चार्ट में नवयुवकों के विस्तृत दृष्टिकोणों

और विश्वासों की जानकारी मिलती है जबकि विस्तृत साक्षात्कारों में किसी व्यक्ति विशेष के विचारों और व्यवहार को शामिल किया गया है।

इस अंतक्षेप प्रयास को आरंभ करने के 1-2 वर्ष बाद पुरुषों के अनौपचारिक समूहों से एक बार फिर से हस्तमैथुन और सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने के बारे में फ्लो चार्ट के माध्यम से बातचीत की गई। इसका उद्देश्य यह जानना था कि इन प्रयासों से नवयुवकों के विचारों और दृष्टिकोण पर किसी तरह का प्रभाव पड़ा था या नहीं। इस लेख को लिखते समय अंतक्षेप किए जाने से पहले के 35 (तालिका-1) और प्रयास आरंभ होने के बाद 16 फ्लो-चार्ट्स (तालिका-2) के बीच संबंधों का आकलन किया गया। इन संबंधों को सकारात्मक और नकारात्मक दृष्टिकोणों में विभाजित करते हुए इनकी समीक्षा की गई।

हस्तमैथुन के लिए आमतौर पर स्थानीय शब्दावलियों में (हाथ-लाड़ी, मुठिया, हस्तमैथुन और हिलवाउ) आदि शब्दों का प्रयोग किया जाता है। सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने को स्वप्नदोष कहा जाता है। दोष शब्द कुछ गलत हो जाने का बोध कराता है जो शर्मनाक भी माना जाता है। सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने और हस्तमैथुन के परिणाम लगभग एक समान समझे जाते थे : इसलिए फ्लो-चार्ट्स में हस्तमैथुन पर ही ध्यान दिया गया।

नवयुवक हस्तमैथुन को बहुत से बुरे प्रभावों से जोड़कर देखते थे (तालिका-1)। अंतक्षेप प्रयास आरंभ करने से पहले 35 बैठकों में तैयार “लो-चार्ट्स में लगभग 313 प्रभावों की गिनती की गई। इन सब में आधे से अधिक मामलों में नवयुवकों के

मन में यह चिन्ता थी कि वीर्य नष्ट हो जाने से स्वास्थ्य पर बुरा असर पड़ता है। उनके मन में व्याप्त दूसरी चिन्ताओं में यौन संबंधों में आने वाली समस्याएं या हस्तमैथुन अथवा वीर्य नष्ट हो जाने के कारण यौन दुर्बलता से जुड़ी चिन्ताएं शामिल थीं। वे यह भी सोचते थे कि शादी से पहले हस्तमैथुन करने से शादी के बाद यौन संबंध और संतान उत्पन्न करने की क्षमता प्रभावित होती है। कुछ नवयुवकों के मन में हस्तमैथुन करने के कारण पुरुष लिंग या शिश्न को नुकसान पहुँचाने का डर था। उन्हें लगता था कि ऐसा करने से उनका शिश्न पतला और ढीला हो जाएगा, शिश्न की माँसपेशियाँ खिंच जाएंगी जिसके कारण शिश्न कमजोर हो जाएगा और पूरी तरह से उत्तेजित नहीं हो पाएगा। वे यह भी सोचते थे कि हस्तमैथुन करना गलत है या पाप है और इसका पता चल जाने पर उन्हें बहुत अधिक शर्मिन्दा भी होना पड़ेगा।

हस्तमैथुन जोखिमपूर्ण यौन व्यवहार

जोखिमपूर्ण यौन व्यवहार करने वाले पुरुषों के साथ गहन साक्षात्कारों के दौरान यह जानकारी मिली कि ये पुरुष यौन साथी इसलिए चाहते थे ताकि वे आंशिक रूप से हस्तमैथुन के कारण होने वाले विपरीत प्रभावों, अर्थात् शारीरिक कमजोरी और बाद में यौन दुर्बलता से बच सकें।

'मैं बहुत कम हस्तमैथुन करता हूँ क्योंकि ऐसा करने के बाद मुझे कमजोरी महसूस होती है। इसकी बजाए कभी-कभी किसी के साथ सैक्स कर लेना बेहतर होता है ताकि हमें चिन्ता न करनी पड़े। अगर किसी को हस्तमैथुन करने की लत लग जाए तो शरीर का विकास नहीं होता और शिश्न ढीला पड़ जाता है'।

कुछ नवयुवकों का मानना था कि किसी यौन साथी के साथ सैक्स करने की तुलना में हस्तमैथुन करने के कारण वीर्य स्खलित होने या सोते समय वीर्य स्खलित हो जाने के कारण ज़्यादा बुरे प्रभाव पड़ सकते हैं।

'जब आप किसी लड़की के साथ सैक्स करते हैं तो आपका वीर्य बाहर नहीं गिरता और निकलने वाले वीर्य की मात्रा भी कम होती है। हस्तमैथुन करने से बहुत अधिक वीर्य निकलता है जिससे ज़्यादा कमजोरी आती है'।

जब नवयुवकों से हस्तमैथुन करने और किसी महिला के साथ सैक्स करने के बीच तुलना करने के लिए कहा गया तो कुछ उत्तरदाताओं ने सैक्स करने को बेहतर माना। इसका मुख्य कारण यौन आनन्द की बजाए उनके मन में हस्तमैथुन से जुड़े पहले से व्याप्त खतरों के विचार अधिक थे:

'मैं किसी महिला के साथ सैक्स करना बेहतर समझता हूँ क्योंकि अगर बहुत ज़्यादा हस्तमैथुन किया जाए तो शिश्न खिंच सकता है और शादी होने पर इसमें तनाव आने में कमी आ सकती है या फिर इसका परिणाम यह भी हो सकता है कि शादी के बाद सैक्स करते समय समय से पहले ही वीर्य स्खलित हो जाए। यदि ऐसा हो तो बहुत शर्मिन्दगी महसूस होगी। अगर शिश्न की कोई नस खिंच गई तो इसके बहुत गंभीर परिणाम हो सकते हैं'।

वहीं दूसरी ओर कुछ नवयुवकों का विचार था कि यौन संचारित संक्रमणों के जोखिम या इनका उपचार करवाने पर आने वाली लागत हस्तमैथुन करने से होने वाले दुष्प्रभावों की तुलना में कहीं अधिक थी।

‘अगर मैं किसी महिला के साथ सैक्स करूँ तो मुझे इसके लिए 50 या 100 रुपए खर्च करने होंगे और हो सकता है कि मुझे कोई बीमारी भी लग जाए। लेकिन अगर मैं हस्तमैथुन करता हूँ तो इससे मुझे कोई नुकसान नहीं होता। अगर मुझे कमजोरी लगे तो मैं इन्हीं 50 या 100 रुपए से ताजे फल और सब्जियाँ खरीद सकता हूँ और अच्छा खाना खा सकता हूँ।’

छोटी उम्र के लड़कों में यह देखा गया कि वे मिलकर एक दूसरे का हस्तमैथुन करते हैं। गाँव के युवक ने बताया कि कैसे वह और उसका मित्र रविवार के दिन उत्तेजक फिल्मों देखने के लिए जाते थे :

‘हम फिल्म देखकर बहुत उत्तेजित हो जाते थे... फिर हम एक दूसरे की जाँघों को पकड़ते और हस्तमैथुन करते। ऐसा करके हमें बहुत तसल्ली

तालिका-1 : अंतर्क्षेप प्रयासों से पहले तैयार किए गए 35 “लो-चार्टस का सारांश : हस्तमैथुन के संभावित दुष्परिणामों के बारे में युवकों के विचार

हस्तमैथुन से होने वाले संभावित दुष्परिणाम	प्रतिशत*
इससे कमजोरी आती है, शिश्न पतला हो जाता है और सूख जाता है, शारीरिक नुकसान होता है और ताकत में कमी आती है	24
इससे वीर्य नष्ट होता है, वीर्य पतला हो जाता है और बेकार चला जाता है	14
यह शरीर के लिए नुकसानदायक है और इससे बीमारियाँ लगती हैं, आँखें धंस जाती हैं और याददाश्त कम हो जाती है	14
इससे नपुंसकता आती है, सैक्स में रूचि कम हो जाती है और बाद में संतानोत्पत्ति में समस्या आती है	12
इससे शिश्न पर बुरा प्रभाव पड़ता है, शिश्न के उत्तेजित होने में समस्या आती है, शिश्न पतला और टेढ़ा हो जाता है तथा नसें कमजोर पड़ जाती हैं	17
हस्तमैथुन करने से पुरुष किसी महिला या अपनी पत्नी को यौन रूप से संतुष्ट नहीं कर पाता, यौन इच्छाएं और ताकत में कमी आ जाती है, महिला को सैक्स का पूरा आनन्द नहीं मिल पाता	6
इससे मन में ग्लानि और पाप की भावना पनपती है, पता चल जाने पर शर्म महसूस होती है और नाम खराब होता है	13

* फ्लो-चार्ट में दर्ज कुल जानकारियों का प्रतिशत (जानकारियों की कुल संख्या = 313)

होती थी और अच्छा लगता था। हम अब भी सिनेमा देखने के लिए जाते हैं और हस्तमैथुन करते हैं... हम आज तक कभी किसी यौनकर्म के पास सैक्स करने के लिए नहीं गए।

इस तरह कुछ नवयुवकों के मन में अकेले या किसी साथी के साथ मिलकर हस्तमैथुन करने के बारे में सकारात्मक विचार भी देखे गए। साक्षात्कार किए गए अधिकांश पुरुषों ने बताया कि हस्तमैथुन करना आनन्ददायी होता है और यौन इच्छाओं को संतुष्ट करने के लिए ज़रूरी भी होता है फिर भी अधिकांश युवकों ने इसके बुरे प्रभावों को लेकर ही चर्चा की।

शिक्षण गतिविधियाँ पूरी होने के बाद प्राप्त जानकारीयाँ

हालांकि आरंभ में दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट के कर्मचारियों द्वारा इन विषयों को उठाए जाने पर युवकों के मन में बहुत अधिक आश्चर्य हुआ

लेकिन बाद में इन युवकों ने पुरुष प्रजनन तंत्र, शरीर में वीर्य के निर्माण और हस्तमैथुन के बारे में दी जाने वाली जानकारियों को सकारात्मक रूप से लिया और बहुत अधिक संतोष व्यक्त किया।

‘अब हमें पता है कि हस्तमैथुन करने से वीर्य कम नहीं हो जाता - इसलिए जब भी हमारी इच्छा होती है, हम हस्तमैथुन कर सकते हैं।’

तालिका-2 में उन गाँवों में तैयार किए गए 16 फ्लो-चार्ट्स का सारांश दिखाया गया है जहाँ स्वास्थ्य शिक्षा देने की ये गतिविधियाँ संचालित की गईं। ये ज़रूरी नहीं कि सभी सहभागियों ने इन शैक्षणिक जानकारियों को प्राप्त किया हो; उनके द्वारा दिए गए उत्तर मिले-जुले हैं और उनके मन में पहले से व्याप्त चिन्ताएं पूरी तरह से समाप्त नहीं हुई हैं। इन अधिकांश युवकों द्वारा दिए गए उत्तरों से पता चलता है कि शिक्षा गतिविधियों के दौरान दिए गए संदेश भली-भांति इन तक पहुँचे हैं और उन्होंने इन्हें ग्रहण किए हैं।

तालिका-2 : शैक्षणिक गतिविधियाँ समाप्त होने के बाद तैयार किए गए 16 फ्लो-चार्ट्स का सारांश : हस्तमैथुन के संभावित परिणामों के बारे में युवकों के विचार

हस्तमैथुन से होने वाले संभावित परिणाम	प्रतिशत*
इससे रोगों, एड्स की रोकथाम होती है	9
इससे शरीर को कोई नुकसान नहीं पहुँचता, वीर्य नष्ट नहीं होता और न ही वीर्य पतला या गाढ़ा हो जाता है	10
इससे शरीर को नुकसान होता है और कमजोरी आती है	18
इससे वीर्य नष्ट होता है और पतला हो जाता है	5
शिशुन को इससे कोई नुकसान नहीं पहुँचता, नपुंसकता होने का कोई खतरा नहीं और न ही संतानोत्पत्ति में कोई समस्या आती है	4

हस्तमैथुन से होने वाले संभावित परिणाम	प्रतिशत*
इससे बहुत संतुष्टि होती है, बहुत मज़ा आता है, सैक्स करने के बराबर मज़ा मिलता है	8
यह यौनकर्मों के पास जाने से बेहतर है जहाँ बीमारी लगने का बहुत डर होता है, यह लड़कियों के पीछे घूमने से अच्छा है, इससे बलात्कार की घटनाओं में कमी आएगी, लड़कियों का जीवन बिना मतलब के खराब नहीं होगा और न ही गर्भधारण करने या इज्जत जाने का डर रहेगा	22
इससे शिश्न पर बुरा प्रभाव पड़ता है, यौन दुर्बलता और प्रजननहीनता उत्पन्न होती है	7
यह एक अच्छा तरीका है, अब हम सभी हस्तमैथुन करते हैं। हस्तमैथुन करना चाहिए	11
हस्तमैथुन नहीं करना चाहिए, इससे आदत पड़ जाती है	6
* फ्लो-चार्ट में दर्ज कुल जानकारियों का प्रतिशत (जानकारियों की कुल संख्या = 279)	

शिक्षा गतिविधियों के बाद तैयार किए गए चार्ट से यह पता चलता है कि अब हस्तमैथुन को बुरा समझने की बजाए ठीक समझा जाता है। इससे नवयुवकों के मन में एक जानकारीपूर्ण दृष्टिकोण उत्पन्न होने का पता चलता है। शैक्षणिक गतिविधियाँ किए जाने से पहले तैयार फ्लो-चार्ट्स में बताए गए दुष्परिणामों से तुलना करने पर यह पता चला कि अधिकांश युवकों के मन में भविष्य में सैक्स करने में आने वाली समस्याओं से जुड़ी चिन्ताएं कम हुई थीं (पहले 35 प्रतिशत की बजाए अब केवल 7 प्रतिशत युवकों के मन में इस तरह की चिन्ताएं थीं)। प्राप्त उत्तरों में लगभग 20 प्रतिशत से यह पता चलता है कि यौनकर्मियों या छोटी उम्र की अविवाहित लड़कियों से सैक्स

किए जाने की अपेक्षा हस्तमैथुन को अब बेहतर समझा जाता है। आमतौर पर उनके ये विचार विवाह से पहले लड़कियों की पवित्रता नष्ट हो जाने या फिर गाँव की लड़कियों के साथ संबंधों का पता चलने पर होने वाले झगड़ों और सजा से बचने के कारण उत्पन्न हुए लगते हैं। इससे उनके संबंधित साथियों और परिवारों की इज्जत भी सुरक्षित रह सकती है। इन जानकारियों में हस्तमैथुन करके समुदायों में बलात्कार की घटनाओं को कम करने के बारे में भी बताया गया है। हस्तमैथुन करने से मिलने वाले आनन्द के बारे में बार-बार चर्चा की गई है। विस्तृत साक्षात्कारों की तुलना में शैक्षणिक गतिविधियों से पहले तैयार किए गए फ्लो-चार्ट्स में हस्तमैथुन से जुड़ी इस तरह की

सकारात्मक जानकारियाँ नहीं मिली थीं।

इन प्रयासों के अंतर्गत यौन रूप से सक्रिय जिन युवकों के साथ व्यवहार बदलने हेतु गतिविधियाँ की गई थी उनके साथ किए गए विस्तृत साक्षात्कारों से पता चलता है कि अब वे हस्तमैथुन अधिक करते थे, उनके द्वारा सैक्स किए जाने की घटनाओं में कमी आई थी और अब सैक्स के दौरान वे कण्डोम का प्रयोग करते थे।

‘मैं हस्तमैथुन करता हूँ, इससे मुझे बहुत संतुष्टि मिलती है और थोड़े समय के लिए मेरा ध्यान सैक्स करने की इच्छा से हट जाता है। अब मैं सैक्स के लिए महिलाओं के पास कम जाता हूँ और जब भी जाता हूँ तो कण्डोम का प्रयोग जरूर करता हूँ।’

‘मैं सैक्स तो अब भी करता हूँ लेकिन अब मैं कण्डोम का प्रयोग भी करता हूँ। जब कभी भी मेरा मन करता है तो मैं हस्तमैथुन भी कर लेता हूँ। पहले मेरे मन में वीर्य नष्ट हो जाने को लेकर बहुत सी चिन्ताएं थीं लेकिन अब ऐसा नहीं है क्योंकि मुझे मालूम है कि शरीर में वीर्य लगातार बनता रहता है। अगर मैं हस्तमैथुन न भी करूँ तो यह वैसे ही अपने आप सोते समय बाहर निकल जाएगा।’

हमारे द्वारा किए गए शोध कार्यों से प्राप्त गुणात्मक आंकड़ों से समुदाय के व्यवहार में हुए उल्लेखनीय बदलावों को सिद्ध नहीं किया जा सकता लेकिन इनसे यह तो पता चलता है कि अब हस्तमैथुन को सुरक्षित सैक्स का एक आनन्ददायक तरीका माना जाता है।

हालांकि दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट ने हस्तमैथुन

को वीर्य नष्ट होने से जोड़ते हुए एक स्वास्थ्य संबंधी समस्या के रूप में उठाया था लेकिन इस पूरी प्रक्रिया के दौरान यौन आनन्द के अंतरंग और संवेदनशील पहलुओं पर भी चर्चा हुई। इस पूरे अभियान के दौरान गाँवों के नवयुवकों और अन्य व्यक्तियों के बीच किसी भी तरह से इस तरह के व्यवहारों को अपनाने की नैतिक भर्त्सना नहीं की गई। इस संबंध में गाँवों के निवासियों द्वारा पतंगों पर लिखे गए संदेशों से उनकी स्वीकार्यता का पता चलता है जिसे दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट के पीयर शिक्षक पिछले 3 वर्षों से गुजरात में वार्षिक पतंगबाजी महोत्सव के दौरान बेच रहे हैं। इन पतंगों पर अलग-अलग तरह के 5 संदेश लिखे रहते हैं जिनमें कण्डोम के प्रयोग, यौन संचारित संक्रमणों के उपचार और स्वयं को एचआईवी/एड्स से बचाने के उपायों के बारे में संदेश दिए जाते हैं। इसके कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं :

‘कौन कहता है कि कण्डोम के प्रयोग से आनन्द में रूकावट आती है? वास्तव में इससे तो एड्स रुकता है।’

‘यौन संचारित संक्रमण किससे रुकते हैं? कण्डोम... कण्डोम... कण्डोम।’

‘एड्स का संक्रमण जानलेवा होता है। हस्तमैथुन करना (यौन साथी के साथ सैक्स करने की बजाए) एक अच्छा विकल्प है।’

पतंगबाजी महोत्सव में लगभग 27000 पतंगों खरीदी गई हैं जिनमें से 5400 पर हस्तमैथुन से संबंधित संदेश लिखे गए थे। अभी तक समुदाय से या गाँवों के बड़े बूढ़ों से इस बारे में कोई भी शिकायत नहीं मिली है। अभी तक पुरुषों के

स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विषयों पर इस तरह सवाल उठाने के बारे में केवल सकारात्मक प्रतिक्रियाएं ही प्राप्त हुई हैं।

दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट अब स्थानीय समुदाय के स्तर से ऊपर उठते हुए मीडिया के साथ मिलकर काम कर रहा है। स्थानीय गुजराती पत्रकारों के लिए आयोजित दो दिवसीय कार्यशाला के बाद वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं और एचआईवी तथा एड्स की रोकथाम के बारे में विभिन्न स्थानीय समाचार पत्रों में 14 लेख लिखे गए। मीडिया द्वारा इस विषय पर दिए जा रहे ध्यान को लगातार बनाए रखा गया है और अंग्रेजी भाषा के समाचार पत्रों, पत्रिकाओं और टेलीविजन तथा रेडियो पर लगातार फीचर प्रस्तुत किए जा रहे हैं। पत्रकारों और श्रोताओं एवं पाठकों से प्राप्त प्रतिक्रियाएं बहुत ही उत्साहवर्धक रही हैं।

विचार-विमर्श

हालांकि दक्षिण एशिया में वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं के बारे में प्राचीन और मानसिक स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न तरह के साहित्य में विस्तृत चर्चाएं की गई हैं, फिर भी इन विषयों को सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रयासों के अंतर्गत यौन स्वास्थ्य सेवाएं देने के प्रयास करते समय अनदेखा किया जाता रहा है। एचआईवी/एड्स के फैलने की गति को रोकने का प्रयास करने के सभी कार्यक्रम केवल यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम और उपचार तक ही सीमित रह गए हैं²¹। इस अध्ययन द्वारा और पुरुषों के यौन स्वास्थ्य के बारे में स्थानीय दृष्टिकोण जानने के बारे में किए गए अन्य शोध कार्यों में यह मान लिया गया है कि वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताएं और दूसरी

मानसिक-यौनिक समस्याएं लोगों की प्रमुख समस्याएं हैं^{21,22}। वीर्य नष्ट होने से संबंधित स्वास्थ्य संदेशों को नवयुवकों के लिए बनाए गए एचआईवी रोकथाम कार्यक्रमों के साथ एकीकृत करते हुए, दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्राप्त करने की सामुदायिक आवश्यकताओं को पूरा कर रहा है। क्या हम इतनी जानकारी रखते हैं कि हम यह सिफारिश कर सकें कि वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं को भारत में एचआईवी/एड्स की रोकथाम के लिए चलाए जा रहे सभी कार्यक्रमों में शामिल किया जाए? क्या वास्तव में इनका और जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों का परस्पर संबंध है?

गुणात्मक अध्ययनों से स्वास्थ्य चिन्ताओं के बारे में सार्वजनिक स्वास्थ्य अंतर्क्षेपों के प्रभावों को परिभाषित नहीं किया जा सकता लेकिन स्वास्थ्य केन्द्रों में जाँच कार्यों से पता चलता है कि धातु की इस समस्या के कारण पहले से ही बोझ से दबी हुई स्वास्थ्य सेवाएं और भी प्रभावित होती हैं⁹। लाहौर के चिकित्सीय स्वास्थ्य केन्द्रों में इस तरह के लक्षणों वाले 394 पुरुषों के बारे में अध्ययन करने से यह पता चला कि 30 प्रतिशत पुरुषों ने पेशाब के रास्ते वीर्य निकलने की जानकारी दी थी और ये माना था कि इसका कारण मानसिक और भावनात्मक तनाव है¹⁶। उड़ीसा में भी 18-35 वर्ष की आयु के 2084 पुरुषों के बीच हाल ही में किए गए सामुदायिक आधारित अध्ययन से भी पता चला कि अधिकांश पुरुषों के मन में वीर्य निकलने से जुड़ी चिन्ताएं होती हैं। इस अध्ययन में 27 प्रतिशत पुरुषों ने बताया कि उन्होंने पेशाब में वीर्य निकल जाने का अनुभव किया था²¹। मुम्बई की निर्धन बस्तियों में रहने वाले 1279 विवाहित

पुरुषों में से 11 प्रतिशत ने भी इसी तरह की जानकारी दी²³।

लाहौर में किए गए अध्ययन से यह पता चला कि पेशाब में वीर्य निकलना थकान, कमजोरी, पूरी तरह शिशन में उत्तेजना न हो पाने और पेशाब करते समय जलन होने जैसे लक्षणों से जुड़ा था¹⁶। पेशाब के समय जलन होना यौन संचारित संक्रमणों के नियंत्रण में भी प्रासंगिक होता है क्योंकि वीर्य निकलने से जुड़ी चिन्ताओं के चलते संक्रमण में बढ़ोतरी हो सकती है। पेशाब में जलन के साथ-साथ किसी द्रव्य का स्राव होना गनोरिया और क्लैमाइडिया के लक्षणों के बारे में भी बताता है²⁴। यदि इस तरह के स्राव की चिकित्सीय जाँच की बजाए इन रोगियों द्वारा दी गई जानकारी के आधार पर रोग निदान हो तो संभव है कि इन यौन संचारित संक्रमणों के लिए ज़रूरत से ज़्यादा दवाएं दी जाएंगी²⁵। इसके अलावा ये भी संभव है कि यौन संचारित संक्रमण के कारण होने वाले स्राव को पुरुष वीर्य स्राव ही समझ लें। मनोवैज्ञानिक साहित्य में भी केवल एक ही अध्ययन में इस तरह की जानकारी है जहाँ पेशाब में वीर्य निकलने की शिकायत के साथ आने वाले 52 रोगियों में से 1 रोगी में ही गनोरिया संक्रमण पाया गया¹⁴।

दक्षिण एशिया में पुरुषों में वीर्य नष्ट होना महिलाओं में योनिस्त्राव होने जितना ही महत्व रखता है और इससे प्रजनन एवं स्वास्थ्य सेवाएं भी प्रभावित होती हैं। रोगी द्वारा स्वयं योनिस्त्राव होने की जानकारी देने को प्रजननतंत्र के संक्रमण का एक खराब संकेतक समझा जाता है²⁶⁻²⁹। चूंकि सांस्कृतिक अवधारणाओं के अनुसार शरीर से होने वाले किसी भी स्राव को शारीरिक ताकत के

नुकसान का प्रतीक माना जाता है इसलिए महिलाओं और पुरुषों, दोनों में कमजोरी महसूस होने को स्राव होने से जोड़ कर देखा जाता है। यह संभव है कि योनिस्त्राव और वीर्यस्राव दोनों ही किसी तरह के अवसाद या सामाजिक तनाव को दर्शाने वाले शारीरिक लक्षण हों^{9,13}। औपचारिक स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत मानसिक और यौन स्वास्थ्य के बीच इस परस्पर समानता को पहचाने जाने की आवश्यकता है²⁸। वीर्य से नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं की प्रबलता और इन्हें मानसिक-सामाजिक चिन्ताओं के रूप में देखा जाना ही इन्हें एचआईवी रोकथाम प्रयासों के अंतर्गत शामिल किए जाने के लिए पर्याप्त हैं।

क्या वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं के कारण जोखिमपूर्ण यौन व्यवहार पनपते हैं? अधिक जोखिमपूर्ण व्यवहार करने वाले पुरुषों के यौन अनुभवों से इस तरह के संबंधों का पता चलता है। सैद्धान्तिक रूप से हस्तमैथुन और सोते समय वीर्य स्थलित हो जाने से होने वाले नुकसान से जुड़ी मान्यताओं को देखते हुए यौन संबंधों को आमतौर पर कम नुकसानदायक समझा जाता है¹⁷। इस संबंध में संख्यात्मक आंकड़ों का अभाव है हालांकि मुम्बई में निर्धन बस्तियों में रहने वाले 1276 विवाहित लोगों के बीच सर्वेक्षण से यह पता चला कि हस्तमैथुन से जुड़े डर और जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों के बीच निश्चित व उल्लेखनीय संबंध होते हैं। जो पुरुष यह मानते थे कि बार-बार हस्तमैथुन करने से वीर्य पतला हो जाता है, उनके अध्ययन से पहले के दो महीनों के दौरान विवाह के अलावा अन्य महिलाओं से यौन संबंध रखने की संभावनाएं दो गुना अधिक पाई गईं। इसी तरह जिन पुरुषों का यह

मानना था कि हस्तमैथुन करने से शारीरिक कमजोरी आ जाती है, उनके भी विवाह के अलावा दूसरे साथियों से यौन संबंध होने की संभावनाएं दोगुना अधिक थी³⁰। हो सकता है यह संबंध सही न हों। विवाहित पुरुषों के बीच किए गए एक अध्ययन से और हमारे द्वारा स्वयं चुने हुए पुरुषों के बीच उनके असुरक्षित यौन व्यवहारों से संबंधित आंकड़ों से ऐसे कोई साक्ष्य नहीं मिल पाए जिनसे कि इन दो स्थितियों के बीच आकस्मिक संबंध सिद्ध होते हों।

युवाओं में हस्तमैथुन से जुड़ी चिन्ताएं केवल जोखिमपूर्ण यौन व्यवहार करने वाले लोगों तक ही सीमित नहीं हैं; इनमें ऐसे युवा भी शामिल हैं जिन्होंने अभी तक किसी यौन साथी के साथ सैक्स नहीं किया। दोनों ही समूह वीर्य नष्ट होने को बुरा समझते हैं और यही कारण है कि इन चिन्ताओं के बारे में दी जाने वाली शिक्षा को इन लोगों के बीच किए जाने वाले एचआईवी/एड्स कार्यों के साथ जोड़ा जाना चाहिए। हस्तमैथुन और वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं को तुरन्त पहचान लेने से एचआईवी की रोकथाम के संदेश देने का अच्छा अवसर मिलता है और इससे ये समुदाय में आसानी से स्वीकार भी हो सकते हैं। इस बारे में अधिक व्यवस्थित शोध कार्यों से यह पता चल सकता है कि क्या हस्तमैथुन और वीर्य नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताओं के कारण जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारों का पता लगाया जा सकता है। फिर भी इस तरह के शोध कार्य इन चिन्ताओं को, कम से कम दुनिया के इस भाग में, एचआईवी प्रयासों के साथ एकीकृत किए जाने की पैरवी करने के लिए ज़रूरी नहीं है।

क्या दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट द्वारा किए गए प्रयासों से व्यवहारों में बदलाव और असुरक्षित यौन संबंधों की घटनाओं में कमी आई है? हालांकि सार्वजनिक स्वास्थ्य पर होने वाले प्रभावों का आकलन हमारे आंकड़ों से नहीं किया जा सकता फिर भी साक्षात्कारों के दौरान उत्तरदाताओं के द्वारा स्वयं व्यवहारों में परिवर्तन होने की जानकारी दिए जाने से यह पता चला है कि असुरक्षित यौन संबंधों की घटनाओं में कमी आई है, हस्तमैथुन के बारे में अधिक सकारात्मक दृष्टिकोण विकसित हुआ है और कण्डोम का प्रयोग बढ़ा है। इस कार्यक्रम से मिले अनुभवों के आधार पर हमारा यह दृढ़ विश्वास है कि अन्य अध्ययनों से मिलने वाले परिणामों की प्रतीक्षा करते रहने की आवश्यकता नहीं है। हमें इन चिन्ताओं को दूर करने के लिए दक्षिण एशिया में अन्य स्थानों पर भी एचआईवी रोकथाम के ऐसे ही कार्यक्रम आरंभ करने चाहिए।

क्या हस्तमैथुन करने के व्यवहार में परिवर्तन आया है? इस प्रश्न का उत्तर दे पाना असंभव है और अप्रासंगिक भी। हमारे प्रयासों का उद्देश्य है कि नवयुवकों के मन में हस्तमैथुन और इसके प्रभावों के बारे में विद्यमान नकारात्मक दृष्टिकोणों को हटाया जाए। इस संबंध में शिक्षण गतिविधियों के बाद तैयार किए गए फ्लो-चार्ट्स से मिली जानकारियाँ बहुत आश्चर्य करने वाली हैं विशेषकर इसलिए क्योंकि इनसे यह पता चला कि अब लोगों के मन में भविष्य में यौन संबंधों में समस्याएं आने से जुड़ी चिन्ताएं कम हुई थीं। इसमें कोई आश्चर्य नहीं कि स्वास्थ्य से जुड़े डर पूरी तरह से समाप्त नहीं हो पाए क्योंकि स्थानीय चिकित्सक इन विश्वासों को लगातार सुदृढ़ करते रहते हैं और

यौन स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं का इलाज करने के लिए बड़े पैमाने पर विज्ञापन भी देते रहते हैं^{10,12}। हस्तमैथुन और सोते समय वीर्य स्थलित हो जाने से शरीर पर पड़ने वाले बुरे प्रभावों और यौन कमजोरी आ जाने की बात करना इन चिकित्सकों के लिए व्यावसायिक रूप से लाभप्रद होता है¹⁸। इन चिकित्सकों को एचआईवी की रोकथाम से जुड़े कार्यक्रमों में शामिल कर पाना एक कठिन चुनौती साबित हो सकता है। इस संबंध में बेहतर यह होगा कि एचआईवी की रोकथाम के प्रयासों को सांस्कृतिक रूप से अधिक स्वीकार्य बनाते हुए इन चिकित्सकों के प्रभाव को कम किए जाने के प्रयास किए जाएं।

दक्षिण एशिया में हस्तमैथुन के बुरे प्रभावों को स्पष्ट रूप से नैतिकता की बजाए स्वास्थ्य से जुड़ा विषय समझा जाता है। यौनिक मानसिकता के वर्तमान पश्चिमी चिकित्सीय दृष्टिकोण में हस्तमैथुन से जुड़ी चिन्ताओं को स्वास्थ्य से जोड़कर नहीं देखा जाता⁹। सामाजिक कलंक के कारण यह संभव है कि हस्तमैथुन के बारे में विवेकपूर्ण चर्चाएं न की जाती हों। इस संबंध में हमें 1994 में अमरीका के राष्ट्रपति क्लिंटन द्वारा सर्जन जनरल डॉक्टर जोसलिन एल्डर्स को उनके द्वारा एचआईवी/एड्स के जोखिम पर चर्चा करते हुए दिए गए एक वक्तव्य के कारण बर्खास्त कर दिए जाने के मामले को देखना होगा जिसमें उन्होंने कहा था कि संभवतः स्कूल जाने वाले छात्रों को जोखिमपूर्ण यौन गतिविधियों से बचाने के लिए हस्तमैथुन करने की शिक्षा दी जा सकती है³¹।

इस कार्यक्रम के अंतर्गत हस्तमैथुन को स्वास्थ्य से जुड़े विषय के रूप में उठाए जाने के कारण

ही संभवतः अंतरंग और संवेदनशील विषयों पर किसी तरह के नैतिक विरोध का सामना नहीं करना पड़ा। शैक्षणिक सत्रों और शिक्षण सामग्रियों के द्वारा शरीर में वीर्य के निर्माण की शारीरिक प्रक्रिया की जानकारी दी जाती थी लेकिन फिर भी हस्तमैथुन को सुरक्षित सैक्स के विकल्प के रूप में बढ़ावा दिया जाना भी स्पष्ट रूप से दिखाई पड़ता था। हस्तमैथुन को सुरक्षित सैक्स के विकल्प के रूप में स्वीकार कर लिए जाने का अर्थ यह नहीं है कि इसे यौनकर्मियों के साथ किए जाने वाले सैक्स के विकल्प के रूप में देखा गया था। वैसे भी हमारा ध्यान यह बताने पर अधिक था कि हस्तमैथुन करना एक हानिरहित प्रक्रिया है और हमने यह कोशिश की कि हम यौन आनन्द को केवल शारीरिक उत्तेजना के रूप में ही न दर्शाएं। सभी पुरुषों और महिलाओं को स्वस्थ रहने और सुरक्षित संबंध बनाने का अधिकार है। स्वास्थ्य विषयों पर यह संवाद गतिविधियाँ सैक्स शिक्षा के माध्यम से स्वस्थ यौन संबंधों के विकास का समर्थन करने का अनोखा अवसर है। यौन संबंधों में किसी तरह की दुर्बलता या कमजोरी से जुड़ी चिन्ताओं को दूर करने से न केवल सुरक्षित सैक्स बल्कि यौनिकता व यौनिक दबाव और जेंडर विषयों पर खुलकर चर्चा करने का अवसर मिल पाता है जिनसे एचआईवी संक्रमण के प्रति संवेदनशीलता पर गहरा असर पड़ता है।

प्रभावी एचआईवी रोकथाम कार्यों, लक्षित अंतर्क्षेप प्रयासों के आधार को विस्तृत करते हुए इनमें समुदाय द्वारा पहचानी गई स्वास्थ्य समस्याओं को जोड़ने का लगातार समर्थन किया जाना

आवश्यक है। दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट ने गुजरात राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी को इस बात के लिए तैयार कर लिया है कि गुजरात में एचआईवी/एड्स से जुड़े सभी नए कार्यक्रमों में वीर्य नष्ट होने के बारे में शिक्षा दिए जाने को शामिल किया जाए। सितम्बर 2001 में इस विषय पर दिल्ली में एक राष्ट्रीय सलाहकार बैठक का आयोजन किया गया। इसमें भारी संख्या में लोगों ने भाग लिया और एक समिति का गठन किया गया जो इस विषय पर विचार करेगी कि किस तरह से राष्ट्रीय स्तर पर एचआईवी रोकथाम कार्यक्रमों के अंतर्गत इन प्रयासों को शामिल किया जाए।

अभिस्वीकृति

1997 में आवश्यकताओं के आकलन के लिए किए गए अध्ययन की वित्त व्यवस्था इंग्लैंड के अंतरराष्ट्रीय विकास विभाग (DFID) द्वारा की गई थी। DFID और NACO ने गुजरात राज्य की एड्स नियंत्रण सोसायटी (GSACS) के माध्यम से एचआईवी/यौन संचारित संक्रमणों पर किए गए अंतर्दृष्टियों के लिए धन की व्यवस्था की। इस लेख में वर्णित शोध कार्यों के लिए अमरीका के इंटरनेशनल सेंटर फॉर रिसर्च ऑन वीमैन ने धन उपलब्ध कराया और यह शोध कार्य दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट द्वारा सूरत के गैर सरकारी संगठनों 'साहस' तथा 'सूरत जिला कारागार' के सहयोग से किए गए। हम प्रोफेसर डॉक्टर प्रीति पैल्टो के आभारी हैं जिन्होंने गुणात्मक शोध प्रक्रियाओं के बारे में प्रशिक्षण दिया और आंकड़ों के विश्लेषण के समय भी अपना सहयोग जारी रखा। इस लेख में 4 सितम्बर 2001 को नई दिल्ली में यूएनएड्स-भारत के सहयोग से 'पुरुषों का यौन स्वास्थ्य और वीर्य

नष्ट होने से जुड़ी चिन्ताएं' विषय पर आयोजित राष्ट्रीय सलाहकार सम्मेलन से प्राप्त जानकारियों को भी शामिल किया गया है।

पत्र व्यवहार के लिये पता

*अरुणा लखानी, दीपक चेरिटेबल ट्रस्ट, 9-10 कुंज सोसायटी, अल्कापुरी, वड़ोदरा 390007, भारता
ई-मेल : arunalakhani@rediffmail.com

संदर्भ

1. Pisani E, 2000. AIDS into the 21st century: some critical considerations. *Reproductive Health Matters*. 8(15): 63-76.
2. Ramasubban R, 1999. HIV/AIDS in India: gulf between rhetoric and reality. In: S Pachauri (ed). *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. Population Council, New Delhi.
3. Pelto PJ, 1999. Sexuality and sexual behaviour: the current discourse. In: S Pachauri (ed). *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. Population Council, New Delhi.
4. Deepak Charitable Trust, 1998. *Situation assessment of the sexual behaviour in the Nandanagar area*. Vadodara.
5. Pelto PJ, 1994. *Focused ethnographic studies on sexual behaviour and AIDS/*

- STI: Indian Journal of Social Work. 55(4):589-601.
6. Gujarat State AIDS Control Society, Family Health International, 2001. Gujarat: Summary Results Behavioural Surveillance Survey 2000. (draft)
 7. Collumbien M, Das B, Bohidar N, 2001. Male sexual debut in Orissa, India: context, partners and differentials. Asia-Pacific Population Journal. 16(2):21 - 24.
 8. Kleinman A, 1980. Patients and feelers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press, Berkeley.
 9. Edwards JW, 1983. Semen cultural and transcultural significance. Medical Anthropology. 7(3):51-67. anxiety in South Asian cultures:
 10. Paris J, 1992. Dhat: the semen loss anxiety syndrome. Transcultural Psychiatric Research Review. 29: 109-18.
 11. Money J, Prakasam KS, Joshi VN, 1991. Semen-conservation doctrine from ancient Ayurvedic to modern sexological theory. American Journal of Psychotherapy. 45(1):9- 13.
 12. Bhatia MS, Malik SC, 1991. Dhat syndrome: a useful diagnostic entity in Indian culture. British Journal of Psychiatry. 159:69 I- 95.
 13. Nichter M, 1981. Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress. A case study from South India. Culture, Medicine and Psychiatry. 5:379-408.
 14. Chadda RK, Ahuja N, 1990. Dhat syndrome. A sex neurosis of the Indian subcontinent. British Journal of Psychiatry. 156:577-79.
 15. Bottero A, 1991. Consumption by semen loss in India and elsewhere. Culture, Medicine and Psychiatry. 15(3):303-20.
 16. Mumford DB, 1996. The 'Dhat syndrome': a culturally determined symptom of depression? Acta Psychiatrica Scandinavica. 94(3):163-67.
 17. Dewaraja R, Sasaki Y, 1991. Semen-loss syndrome: a comparison between Sri Lanka and Japan. American Journal of Psychotherapy. 45(1):14-20. syndrome in Sri Lanka: a clinical
 18. De Silva P, Dissanayake SAW, study. Sexual and Marital Therapy. 4(2): 195-204.
 19. Institute of Development 1989. The loss of semen Studies, 1997. The SHIP: Sexual Health Information Pack. University of Sussex, Brighton.

20. Rifkin SB, Pridmore P, 2001. Partners in Planning. Information, Participation and Empowerment. MacMillan Education, London.
21. Collumbien M, Hawkes S, 2000. Missing men's message: does the reproductive health approach respond to men's sexual health needs? Culture, Health and Sexuality. 2(2):135-50.
22. Verma RK, Rangaiyan G, Narkhede S et al, 1998. Cultural perceptions and categorization of male sexual health problems by practitioners and men in a Mumbai slum population. Paper presented to International Conference on Males as Supportive Partners. Kathmandu, June.
23. Verma RK, Pelto PJ, Rangaiyan G et al, 2000. Treatment seeking for sexual health problems by men in a Mumbai slum community. Paper presented at Workshop on Reproductive Health in India: New Evidence and Issues. Pune, March.
24. World Health Organization, 1997. Management of Patients with Sexually Transmitted Diseases. WHO, Geneva.
25. Collumbien M, Bohidar N, Das R et al. Etic and emic categories in male sexual health: a case study from Orissa. In: S Szreter, H Sholkamy, A Dharmalingam (eds). Categories and Contexts. Critical Studies in Qualitative Demography and Anthropology. Clarendon Press, Oxford. (forthcoming)
26. Hawkes S, Morison L, Foster S et al, 1999. Reproductive tract infections in women in low income, low-prevalence situations: assessments of syndromic management in Matlab, Bangladesh. Lancet. 354:1776-81.
27. Trollope-Kumar K, 1999. Symptoms of reproductive tract infection: not all that they seem to be. Lancet. 354: 1745-46.
28. Pate1 V, Oomman N, 1999. Mental health matters too: gynaecological symptoms and depression in South Asia. Reproductive Health Matters. 7(14):30-38.
29. Koenig M, Jejeebhoy S, Singh S et al, 1998. Investigating women's gynaecological morbidity in India: not just another KAP survey. Reproductive Health Matters. 6(11):84-97.
30. Verma RK, 2001. Population based evidence and impact of male concerns on STIs and violence, Presentation at National Consultation Meeting on 'Men's Sexual Health and Semen Loss Concerns', Delhi, 4 September,
31. Reuters, 1994. Clinton fires Surgeon-General. Financial Times. London.

पुरुष और महिलाएं : एचआईवी/एड्स के विषय पर अब भी बहुत अलग विचार रखते हैं
टिम फ्रेस्का*

सारांश : लैटिन अमरीका में एड्स की महामारी पर नियंत्रण करने के प्रयासों में समलैंगिक पुरुषों और महिलाओं के गठबंधन द्वारा मिलकर प्रयास किए जाने से अधिक प्रासंगिक घटना क्या हो सकती है? अब तक प्रकाशित लेखों और चिली में एचआईवी/एड्स महामारी के विरुद्ध किए जा रहे कार्यों के बारे में अपने अनुभवों के आधार पर, इस लेख के माध्यम से लेखक यह विचार प्रस्तुत करना चाहता है कि यह गठजोड़ वास्तविक होने की बजाए प्रतिक्रियात्मक अधिक है। इस गठजोड़ में सहभागी दोनों ही दल अपनी-अपनी मान्यताओं को ही सही मानते हैं और इस पूरी महामारी को अपनी विशेष आवश्यकताओं और लक्षित जनसंख्या समूहों की चिन्ताओं के दृष्टिकोण से ही देखते हैं। वे एक दूसरे के अनुभवों से सीखने और एक दूसरे का समर्थन करने की कोशिश नहीं करते। अधिकांश महिलावादी संगठन एचआईवी/एड्स को समस्या इसलिए मानते हैं क्योंकि इससे महिलाएं प्रभावित होती हैं। अधिकांश लैटिन अमरीकी देशों में इस महामारी के प्रसार में पुरुषों और समलैंगिक संबंधों के योगदान के कारण रोग के प्रति महिलाओं को अधिक संवेदनशील समझे जाने के दृष्टिकोण को सही तरीके से प्रयोग नहीं किया जाता। महिलाएं और समलैंगिक संबंध रखने वाले पुरुष, दोनों में ही एचआईवी संक्रमण से बाधित होने का खतरा बहुत अधिक होता है और खतरे के प्रति संवेदनशीलता की इस सूची में शीर्ष स्थान पाने के लिए खुद को अधिक संवेदनशील बताने से कोई लाभ नहीं हो सकता। लैटिन अमरीकी देशों के समलैंगिक पुरुषों के समूह एड्स तथा समलैंगिक व्यक्तियों के अधिकारों के लिए संघर्ष के बीच परस्पर स्वयं को घिरा पाते हैं और ये अकसर महिलाओं द्वारा उठाए गए विषयों तथा महिला केन्द्रित समस्याओं का विरोध करते हैं। हालांकि एंटी रेट्रो वायरल उपचार सेवाओं को पाने के संघर्ष के चलते इन समूहों के बीच यह विवाद स्पष्ट रूप से दिखाई नहीं देता लेकिन फिर भी एचआईवी बाधित लोगों के संगठित समूहों के माध्यम से यह पुनः जागृत हो जाता है और संभव है कि इस क्षेत्र में रोग के विषमलैंगिक कारणों से होने वाले प्रयास के साथ यह और अधिक बढ़ जाए। आमतौर पर दिखाई न पड़ने वाले इन विभाजनों को दूर करने के लिए आपसी विचार विमर्श और चर्चाएं करने को प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। © 2003 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स। सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : एचआईवी/एड्स, संवेदनशीलता, समलैंगिक पुरुष, महिलाओं के स्वास्थ्य एवं अधिकारों से जुड़े समूह, लैटिन अमरीका

लैटिन अमरीका में एड्स की महामारी पर नियंत्रण करने के प्रयासों में समलैंगिक

पुरुषों और महिलाओं के गठबंधन द्वारा मिलकर प्रयास किए जाने से अधिक प्रासंगिक घटना क्या

हो सकती है? इन लोगों से अधिक और कौन इस विषय के प्रति इतना चिन्तित है कि वह रोग की रोकथाम के बारे में शिक्षा और जानकारी देने तथा सेवाओं में सुधार लाने के कामों में अपने पीयर समूहों को भी शामिल करें? सीमित संसाधनों की समस्या से पार पाने और अपने क्षेत्र में यौन स्वास्थ्य से जुड़े लोगों के प्रभाव को देखते हुए इन दो प्राकृतिक सहभागियों के एक साथ मिलकर काम करने से अच्छा और क्या हो सकता है?

जैसा कि हम सब जानते हैं कि लैटिन अमरीका सहित बहुत से देशों में एड्स महामारी के प्रति समलैंगिक पुरुषों ने सबसे पहले प्रतिक्रिया की क्योंकि इस महामारी का सीधा असर उनके जीवन पर हो रहा था। प्रजनन स्वास्थ्य के विषय से जुड़ी महिलाओं ने जल्दी ही यह जान लिया कि उन्हें भी इस संबंध में कुछ करना चाहिए। उन्होंने यह भी समझ लिया कि यह विषय प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं, उनसे जुड़ी नीतियों और सार्वजनिक राय से बहुत अधिक जुड़ा हुआ है।

दोनों ही समूहों ने बहुत पहले ही यह जान लिया कि एड्स के कारण उनकी यौन स्वतंत्रता खतरे में पड़ सकती है। उनकी स्वतंत्रता का विरोध करने वाले समूह इस अवसर का लाभ उठाकर यौन स्वतंत्रता चाहने वाले युवाओं को आतंकित कर रहे थे और इस रोग को यौनिक प्रवृत्तियों के विरुद्ध दैविक अभिशाप सिद्ध करने पर तुले हुए थे। पुरुषों और महिलाओं के इन दोनों समूहों ने इस समय संगठित होकर काम करने और रोग की रोकथाम के प्रयासों के साथ सामाजिक कलंक को कम करने की आवश्यकता को भी समझा।

नारीवादियों और समलैंगिक पुरुषों, दोनों ने ही यह समझ लिया कि तेजी से फैल रही इस महामारी के कारणों को केवल शारीरिक या व्यक्तिगत व्यवहार से ऊपर के कारणों द्वारा ही समझाया जा सकता है; इन दोनों समूहों ने यह समझ लिया कि समलैंगिकता के प्रति द्वेष और सैक्सिज़्म या जेंडर असमानता जैसी सामाजिक स्थितियों के कारण ही एचआईवी संक्रमण का प्रसार हो रहा है। इन दोनों ही मामलों में सम्मिलित परस्पर विरोधी दल एक ही थे और अब भी हैं – ये हैं, दमनकारी यौनिक संस्कृतियाँ, उत्तरदायित्व से बचने वाली या कमजोर सरकारें और विषय को भ्रामक बनाने वाली धार्मिक शक्तियाँ।

दुर्भाग्य से एक समान लक्ष्य रखने वाले इन दो समूहों के एक साथ आने के अपेक्षित परिणाम नहीं मिल पाए हैं। एक पत्रकार और इस कार्यक्रम से पिछले 15 वर्षों के दौरान सीधेतौर पर जुड़े एक कार्यकर्ता के रूप में लैटिन अमरीका में एड्स पर किए जा रहे कार्यों के प्रति अपने अनुभव से मैंने यह देखा है कि यह गठजोड़ वास्तविक होने की बजाए अधिक औपचारिक और व्यावहारिक होने की अपेक्षा अधिक प्रतिक्रियावादी रहा है। कुछ अपवादों को छोड़कर इस गठजोड़ में सहभागी दोनों ही दल, समलैंगिक पुरुषों के समूह और महिला समूह अपनी-अपनी मान्यताओं को ही सही मानते हैं और इस पूरी महामारी को अपनी विशेष आवश्यकताओं और लक्षित जनसंख्या समूहों की चिन्ताओं के दृष्टिकोण से ही देखते हैं। हम पहले से ही जाँच लिए गए विषयों के बारे में एक दूसरे द्वारा किए गए प्रयासों से सीखने में व्यर्थ ही समय और अवसर नष्ट करते हैं। एक समान समझे जाने वाले

सैद्धान्तिक लक्ष्यों और एक दूसरे के प्रति आमतौर पर सद्भावना रखे जाने से इस द्विपक्षीय संबंध के बीच का बहुत कम अंतर अस्पष्ट हो गया है। चूंकि एड्स एक तेजी से फैलने वाली महामारी है इसलिए लंबे समय में इस औपचारिक गठजोड़ की कमजोरी बहुत महंगी साबित हो सकती है। हमें न केवल व्यर्थ किए गए अवसरों के प्रति सचेत रहना होगा बल्कि अपने समुदायों और उसमें किए जा रहे प्रयासों के बीच सही मायने में एक वास्तविक सेतु न बना पाने के खतरों को भी समझना होगा।

मेरा मानना है कि इन अवसरों को खो देना प्रमुख रूप से सांस्कृतिक कारणों से और सैद्धान्तिक तथा प्रतिक्रियात्मक गलतियों का ही परिणाम है, जिनसे हमारे तंग नजरिए और फलहीन प्रयास करने की प्रवृत्तियों का पता चलता है। हम प्रवृत्तियों को बदल भी सकते हैं, इनके बारे में खुलकर चर्चा करने से संभव है कि हम उन कठिनाईयों को दूर कर पाएं जो हमारे क्षेत्र के समलैंगिक पुरुषों और नारीवादी महिलाओं के लिए शक्ति का प्रमुख स्रोत हो सकती थीं।

खतरे का पहला चिन्ह : अफ्रीका की स्थिति

हम बार-बार एड्स पर चर्चा करते हुए अफ्रीका में इससे हुए विध्वंस का संदर्भ देते हैं और मुझे लगता है कि लैटिन अमरीका में महिलाओं तथा एचआईवी के बारे में की जाने वाली चर्चाओं में यही सबसे पहली कमी है। अकसर उस महाद्वीप में पुरुषों और महिलाओं में संक्रमण की दर के अंतर के समाप्त हो जाने के प्रति ध्यान आकर्षित किया जाता है। हाल ही में प्रकाशित कुछ लेखों के अनुसार वहाँ इस समय एचआईवी बाधित तथा एड्स की स्थिति तक आए कुल अनुमानित 38.

6 मिलियन वयस्कों में से 19.2 मिलियन महिलाएं हैं। यह संख्या लगभग आधे के आस-पास है¹⁻³।

अफ्रीका और लैटिन अमरीका की स्थिति की तुलना किसी भी तरह से नहीं की जा सकती; यह सांस्कृतिक, राजनैतिक और आर्थिक रूप से अलग-थलग है भले ही लैटिन अमरीका, एशिया और अफ्रीका को एक साथ विकासशील देशों के रूप में देखा जाता रहा हो। अफ्रीका में एड्स की महामारी का प्रसार बहुत ही दुःखदायी स्थिति है और इससे हमें यह जानने में सहायता मिल सकती है कि किस तरह कोई महामारी विकसित हो सकती है और कैसे इसे दोबारा पैदा होने से रोका जा सकता है, लेकिन जब हमारे क्षेत्र की महिलाओं के एचआईवी बाधित होने की समस्या की बात की जाती है तो हम ये पाते हैं कि हमारी ओर से इस पर पूरी तरह से ध्यान नहीं दिया जा रहा है। हालांकि यह सही है कि बोत्स्वाना में किशोर आयु के लड़कों की अपेक्षा लड़कियों के एचआईवी संक्रमण से बाधित होने की आशंका 5 गुना अधिक है, लेकिन इसका यह अर्थ बिल्कुल नहीं है कि लैटिन अमरीका में भी संक्रमण के प्रसार की यही स्थिति है।

लैटिन अमरीका में उपलब्ध आंकड़े बहुत स्पष्ट हैं लेकिन इन्हें आमतौर पर अनदेखा किया जाता रहा है। यूएनएड्स (UNAIDS) की वेबसाइट पर उपलब्ध आंकड़ों* के अनुसार एड्स मुख्य रूप से पुरुषों को प्रभावित करने वाली एक बीमारी है। इससे संबंधित पुरुष और महिला के आधार पर तैयार आंकड़ों का विवरण 6 लैटिन अमेरिकी देशों के बारे में भी दिया गया है (तालिका-1)।

तालिका-1 : वर्ष 2001 के अंत में लैटिन अमरीका के चुने हुए देशों में एचआईवी संक्रमण के प्रसार की दर⁴

देश	पुरुष	महिला	पुरुष-महिला अनुपात
अर्जेंटीना	100000	30000	3.3:1
ब्राज़ील	380000	220000	1.7:1
चिली	16000	4000	4:1
हॉण्डुरास	27000	27000	1:1
पेरू	38000	13000	2.9:1
मैक्सिको	118000	32000	3.7:1

ब्राज़ील में भी जहाँ बहुत कम उम्र में यह संक्रमण विषमलैंगिक पुरुषों और महिलाओं को प्रभावित करता है, वहाँ भी पुरुषों और महिलाओं में संक्रमण की दर 2:1 के आसपास है। जैसाकि हॉण्डुरास की स्थिति में देखा जा सकता है, अफ्रीका में विषमलैंगिक आधार पर इस संक्रमण के प्रसार की घटना एक अपवाद है। लेकिन लैटिन अमरीकी नारीवादी लेखकों द्वारा इस विषय पर लिखे गए लेखों को पढ़ने वाला कोई भी पाठक बिल्कुल इससे विपरीत विचार बना सकता है, विशेषकर इसलिए क्योंकि इन लेखों के आरंभिक अनुच्छेदों और पंक्तियों में बार-बार यह कहा जाता है कि 'महिलाएं इस संक्रमण के प्रति अधिक संवेदनशील होती हैं'। लेखों में किए गए इन सभी दावों से यह प्रश्न उठ खड़ा होता है कि क्या इसका अर्थ यह है कि महिलाओं में पुरुषों की अपेक्षा अधिक संक्रमण हो रहा है या महिलाएं पहले की

अपेक्षा पहले से अधिक संक्रमित हो रही है। जैसा कि वर्ष 2001 में एड्स पर काम कर रहे एक प्रमुख नारीवादी कार्यकर्ता ने लिखा था :

“ इस समय, विशेष रूप से विकासशील देशों में, महिलाएं और लड़कियाँ एचआईवी/एड्स के यौनिक प्रसार के प्रति अधिक संवेदनशील हैं... यदि इस बारे में सामाजिक जागरूकता 1985 में ही शुरू हो जाती और रोकथाम संबंधी नीतियाँ अपनाई गईं होती तो कितनी महिलाओं और लड़कियों के जीवन की रक्षा की जा सकती थी? ”⁵

वास्तविकता तो यह है कि लैटिन अमरीका में अपने-अपने क्षेत्र में एड्स पर हो रहे विचार-विमर्श में समलैंगिक पुरुष और नारीवादी महिलाएं बहुत कम एक ही तरह की घटनाओं के बारे में चर्चा करते प्रतीत होते हैं। समलैंगिक पुरुष एड्स के बारे में चर्चा करते हैं जबकि महिलाएं, महिलाओं और

* यूएनएड्स द्वारा एचआईवी संक्रमण के अनुमानों में महिलाओं में एड्स पर दिए जा रहे ध्यान को स्वीकार किया गया है - इसके अंतर्गत वयस्क, महिलाएं तथा बच्चों की श्रेणियाँ बनाई गई हैं लेकिन एचआईवी बाधित पुरुष इन आंकड़ों में दिखाई नहीं देते।

एड्स के बारे में बात करती हैं। उपरोक्त वाक्य में दूसरे विषय पर मार्गदर्शन के लिए इसीलिए अफ्रीका की स्थिति का सहारा लिया जाता है क्योंकि वही ऐसा स्थान है जहाँ महिलाएं इस महामारी से सबसे अधिक प्रभावित हो रही हैं।

अफ्रीका पर ध्यान दिए जाने से एक अन्य तरह की स्थिति भी उत्पन्न हो गई है। लैटिन अमरीका में एड्स के बारे में लिखे गए आंशिक लेखों में दुनिया के दूसरे भाग में एड्स के कारण उत्पन्न होने वाली भयंकर स्थितियों का वर्णन किया गया था लेकिन उस समय वहाँ पर पुरुषों के बीच तेजी से बढ़ती इस महामारी पर लगभग न के बराबर चर्चा की गई थी। एचआईवी/एड्स के विषय से जुड़ी महिला कार्यकर्ताओं द्वारा यह कहा जाना असामान्य नहीं था कि अमुक देश में पुरुषों की तुलना में महिलाओं में इस रोग की दर 30:1 या 35:1 से घटकर 8:1 या 4:1 अथवा और भी कम हो गई है। हालांकि यह जाने पहचाने आंकड़े बहुत ही डराने वाले थे और अब भी हैं लेकिन इसका यह अर्थ बिल्कुल नहीं है कि एड्स महिलाओं में अधिक तेजी से फैल रहा है जैसाकि आमतौर पर माना जाता रहा है। इसका अर्थ यह है कि सैक्स का अनुपात गिर रहा था जबकि नए संक्रमण पुरुषों में अधिक हो रहे थे। अब भी पैन-अमरीकी स्वास्थ्य संगठन असमंजस की इस स्थिति को बढ़ा रहा है :

‘एचआईवी संक्रमण का जोखिम महिलाओं में अधिक है... पूरी दुनिया में अपनी असमान सामाजिक स्थिति के कारण महिलाओं में एचआईवी संक्रमण होने का खतरा अधिक होता है... इन सभी असमानताओं के फलस्वरूप लैटिन अमरीकी

और कैरिबियन देशों में महिलाओं में एचआईवी संक्रमण की दर पुरुषों में संक्रमण की अपेक्षा तेजी से बढ़ रही है।’⁶

हॉण्डुरास की तरह मध्य अमरीका और कैरिबियन क्षेत्र के वे देश जहाँ अफ्रीका के समान आंकड़े देखे जा रहे हैं अब भी अपवाद ही हैं लेकिन इन्हें कभी भी इस तरह नहीं पहचाना जाता। यह सही है कि इस संदर्भ में यह तर्क भी दिया जा सकता है कि मानवीय परेशानियों और मुसीबतों से जुड़ी किसी भी समस्या का सामना करते हुए पुरुषों और महिलाओं की संख्या पर ध्यान देने से कोई लाभ नहीं होगा। लेकिन फिर भी नारीवादी विचारधाराओं में लगातार इसी तरह के विचार पर जोर दिया जाता रहा है।

महिला स्वास्थ्य से जुड़े समूहों द्वारा बढ़ती संख्या में महिलाओं के एचआईवी/एड्स से बाधित हो जाने के प्रति चिन्ता व्यक्त करना और इस पर ध्यान देना बिल्कुल तर्कसंगत है। हालांकि जिस तरह से इन चिन्ताओं को जताया जा रहा है वह उन्हीं द्वारा सुझाए समाधानों के संदर्भ में बहुत अधिक प्रासांगिक है। हालांकि किसी भी सुझाए समाधान को अलग नहीं करना चाहिए, फिर भी यौन स्वास्थ्य की पैरवी करने वाले हम सभी लोगों का यह दायित्व है कि हम ऐसे किन्हीं भी सुझावों को अपनाने से बचें जो ये साबित करते हैं कि एचआईवी/एड्स अब इसलिए भी समस्या बन गया है क्योंकि यह महिलाओं या किसी वर्ग विशेष को अधिक प्रभावित करता है। यदि तुलनाएं करना इतना ही अप्रिय हो तो किसी एक समूह की समस्याओं की तुलना किसी दूसरे समूह की समस्याओं से करना वास्तव में गैर जरूरी ही

होगा। महामारी की इस दुःखद स्थिति में महिलाओं को पीड़ितों की पंक्ति में सबसे आगे रखकर आखिर क्या मिलने वाला है?

यहाँ बताए गए आंकड़ों व उनमें बदलाव इस महामारी के आरंभिक वर्षों के समय के हैं, और इस बारे में वर्तमान विचारधारा अभी पूरी तरह से विकसित नहीं हुई है जैसा कि मैक्सिको से प्राप्त फरवरी 2003 के इस लेख से पता चलता है :

विश्व की महिला जनसंख्या में एड्स के मामलों में बढ़ोतरी

एड्स से संबंधित संयुक्त राष्ट्र की एजेंसी यूएनएड्स के अनुसार एड्स की महामारी महिलाओं को ज़्यादा से ज़्यादा प्रभावित कर रही है। दुनियाभर में हर रोज़ 7500 नए मामलों में से आधे से अधिक मामले महिलाओं से जुड़े होते हैं हालाँकि हर क्षेत्र या देश की परिस्थितियाँ बहुत अलग होती हैं... मैक्सिको में एचआईवी बाधित हर 6 पुरुषों पर एक महिला इस संक्रमण से बाधित होती है। संक्रमण के बढ़ने के प्रमुख कारण महिलाओं की इस संक्रमण के प्रति शारीरिक और सामाजिक संवेदनशीलता है और बड़े ही असमंजसकारी रूप से पति के साथ होने वाले यौन संबंधों से उत्पन्न जोखिम को भी इसका कारण माना गया है।

खतरे का दूसरा चिन्ह: महिलाएं एचआईवी/एड्स के प्रति 'अधिक संवेदनशील' होती हैं

एचआईवी/एड्स से महिलाओं के बाधित होने के विभिन्न तरीकों के बारे में कार्यकर्ताओं और शोधकर्ताओं ने अत्यंत महत्वपूर्ण कार्य किए हैं। जैसा कि रेविस्टा मुज़ेर सालुद (महिलाओं के

स्वास्थ्य से जुड़ी पत्रिका) के हाल ही के, इसी विषय पर प्रकाशित अंक में कहा गया है कि विषमलैंगिक महिलाएं एड्स की महामारी से प्रभावित होने वाले लोगों में सबसे अग्रिम पंक्ति में खड़ी हैं और इसका कारण उनकी शारीरिक संवेदनशीलता (योनि और गुदा मार्ग में नाजुक झिल्ली की उपस्थिति तथा शुक्राणुओं में एचआईवी संक्रमण की अधिकता के कारण) ही नहीं है बल्कि इसका कारण उनकी सामाजिक, आर्थिक, राजनैतिक और सांस्कृतिक परिस्थितियाँ भी हैं। इस विचार से ऐसा प्रतीत होता है मानो एचआईवी/एड्स के रोग का विस्तार एक जेंडर आधारित विषमता के कारण हो रहा है जिसमें महिलाओं के सामने उत्पन्न होने वाले जोखिमों के कारण उनमें संक्रमण का खतरा बढ़ जाता है। महिलाओं द्वारा यौन संबंधों के लिए मना कर पाने की संभावनाएं कम होती हैं और वे आमतौर पर यौन हिंसा और डराने-धमकाने की परिस्थितियों का शिकार बनती हैं, वे आर्थिक और भावनात्मक रूप से अपने साथियों पर निर्भर करती हैं जो उनके साथ संबंधों के अलावा भी यौन संबंध बनाते हैं, महिलाओं को सांस्कृतिक रूप से भी दूसरों की सेवा करना या तिरस्कार को स्वीकार करना मानों घुटी में पिलाया जाता है, उन्हें यौनिकता से जुड़े मुद्दों से अनजान रखा जाता है और वे अपने स्वयं के स्वास्थ्य की अपेक्षा परिवार के सदस्यों के स्वास्थ्य को अधिक महत्व देती हैं। जैसा कि यूएनएड्स के एक लेख में इस स्थिति की समीक्षा की गई है : “एचआईवी संक्रमण के विषमलैंगिक प्रसार को जेंडर असमानता का सीधा परिणाम माना जा सकता है”।

हमें यहाँ रुककर बहुत सूक्ष्मता से यह जानने का प्रयास करना होगा कि एड्स से संबंधित इन

प्रतीक चिन्हों के माध्यम से क्या कहा जा रहा है या इनका क्या अर्थ है। यूएनएड्स द्वारा दिए गए वक्तव्य में हर तरह के एचआईवी प्रसार की बजाए केवल एचआईवी के विषमलैंगिक प्रसार की बात कही गई है। ऊपर बताए गए आंकड़ों से यह कहा जा सकता है कि लैटिन अमरीका में इस महामारी का अधिकतम प्रसार किसी अन्य कारणों से है। विषमलैंगिक और समलैंगिक पुरुषों को 'कम संवेदनशीलता' के वर्ग में रख देने के इन तर्कों से ये साबित होता है कि समलैंगिक संबंधों के दौरान एचआईवी/एड्स की महामारी का प्रसार नगण्य या न के बराबर हो जाता है। क्या यह सही है?

वास्तविकता तो यह है कि पुरुष यदि केवल विषमलैंगिक व्यवहार कर रहे हों तो वे एचआईवी संक्रमण के प्रति कम संवेदनशील होते हैं। शिश्न का प्रवेश कराकर गुदा सैक्स करने वाले पुरुषों में संवेदनशीलता का स्तर महिलाओं के बराबर ही होता है। किसी भी तरह के समलैंगिक पुरुष-नारीवादी गठजोड़ को तैयार करने में इस अंतर को पहचान पाने की असफलता महत्वपूर्ण स्थान रखती है। केवल महिलाओं में एचआईवी संक्रमण के बढ़ते प्रसार की दर के बारे में चिन्ता व्यक्त करना सरकारों द्वारा इस महामारी को अनदेखा किए जाने के बराबर ही है जिन्होंने तब तक इसे अनदेखा किया जब तक कि यह संक्रमण केवल समलैंगिक पुरुषों, इंजेक्शन के माध्यम से मादक दवाएं लेने वालों और समाज के दूसरे कलंकित समूहों के बीच फैल रहा था। सांस्कृतिक रूप से बड़े पैमाने पर समलैंगिकता के प्रति द्वेष के कारण भी यही दृष्टिकोण फला-फूला। उदाहरण के लिए

चिली में 1996 में लोगों के विचार जानने के लिए किए गए एक अध्ययन से पता चला कि नकारात्मक व्यवहारों में सबसे पहला स्थान समलैंगिकता का था। वर्ष 2000 में इसी तरह का एक अन्य सर्वेक्षण कराने पर भी यह पता चला कि 70 प्रतिशत से अधिक लोग यह मानते थे कि 'डाक्टरों को इस संक्रमण के प्रसार के कारणों की जाँच करनी चाहिए ताकि और अधिक समलैंगिक पुरुषों के जन्म को रोका जा सके'¹⁰। सरकारी दृष्टिकोण में परिवर्तन आना केवल तब आरंभ हुआ जब स्वास्थ्य अधिकारियों और राजनितिज्ञों को यह महसूस होने लगा कि एड्स को लंबे समय तक किसी एक वर्ग में सीमित रखकर रोका नहीं जा सकता। तब उनके दृष्टिकोण में अचानक बदलाव आया और एकदम से घबराहट की स्थिति उत्पन्न हो गई। एचआईवी संक्रमण को न केवल तुरन्त कार्यवाही किए जाने योग्य बल्कि खतरनाक कहकर भी प्रस्तुत किया गया। जैसा कि चिली के एक पार्षद ने 1991 में काँग्रेस में की जा रही बहस के दौरान कहा, 'यह न केवल वेश्याओं और समलैंगिकों को प्रभावित कर रहा था बल्कि हमारे अपने बच्चे भी इससे संक्रमित हो रहे थे'¹¹।

एड्स के संदर्भ में समलैंगिक पुरुषों को अदृश्य कर देने के प्रयासों के बहुत नकारात्मक प्रभाव हुए। 1990 के दशक के दौरान चिली के स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा नियमित रूप से की जाने वाली घोषणाओं में यह चिन्ता व्यक्त की गई कि महिलाओं और मादक दवाओं का प्रयोग करने वालों में एड्स के प्रसार की दर बढ़ रही थी जबकि इन सभी घोषणाओं में एड्स के समलैंगिक

प्रसार पर चुप्पी साध ली गई थी। उस समय समलैंगिक कारणों से लगभग 85 प्रतिशत संक्रमण के मामले देखे जा रहे थे। पूरे क्षेत्र में ही उस समय इसी तरह के रूझान देखे गए। सरकारों के इस प्रकार संदेश दिए जाने से समलैंगिक पुरुषों को भी यह समझ में आ गया कि नीति-निर्माताओं के लिए उनके जीवन का कोई मूल्य नहीं था। इस दोषपूर्ण दृष्टिकोण को चुनौती दिए जाने पर चिली के स्वास्थ्य उपसचिव ने यह कहा कि इन संदेशों में समलैंगिकों का वर्णन करने से यह संभव था कि उनके प्रति कलंक की भावना और भेदभाव बढ़ जाता (व्यक्तिगत पत्राचार, 1997)।

1980 के दशक के अंतिम वर्षों में भी जब चिली में पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं में संक्रमण का अनुपात 30:1 था, तब भी स्वास्थ्य पदाधिकारियों (यहाँ हम प्रचलित मीडिया और प्रेस का जिक्र नहीं कर रहे हैं) ने विवाहित दम्पतियों के सामने पैदा हो रहे खतरों और विशेष रूप से नवजात शिशुओं को होने वाले खतरों पर बहुत अधिक बल दिया। उस समय लगभग हर व्यक्ति को और मुझे भी यह सोचकर बहुत चिन्ता होती थी कि विषमलैंगिक संबंधों को इन अधिकांश संक्रमणों का कारण बताया जा रहा था। यह संभव है कि उस समय संक्रमण के आरंभिक स्तर पर इस तरह की घोषणाएं करना लाभप्रद रहा हो लेकिन इस अत्यधिक चतुराई से की जा रही घोषणाओं के जल्दी ही नकारात्मक परिणाम मिलने शुरू हो गए क्योंकि एचआईवी संक्रमण की रोकथाम, देखभाल के प्रयासों के मामले में समलैंगिक पुरुषों को अनदेखा किया जाने लगा। आरंभ में जिस अभियान को इस संदेश के साथ शुरू किया गया था कि

‘एड्स : हर किसी की समस्या है’ अब परिवर्तित हो गया और इसमें संक्रमण के समलैंगिक प्रसार और पुरुषों की संवेदनशीलता को पूरी तरह से नकार दिया गया। यही रूझान दोबारा फिर से तब नज़र आया जब एचआईवी बाधित लोग और उनके संगठन इस संघर्ष के प्रमुख दावेदार बन गए और उन्होंने आरंभिक मीडिया कार्ययोजनाओं के अंतर्गत डूबते हुए टाइटेनिक जहाज़ में लोगों को बचाए जाने के प्रयासों के अंतर्गत ‘महिलाएं और बच्चे सबसे पहले’ कहना शुरू कर दिया।

‘महिलाओं को अधिक संवेदनशील’ बताए जाने के इन लगातार प्रयासों से उन समलैंगिक पुरुषों पर पड़ने वाले प्रभाव के बारे में और अधिक स्पष्टता से नहीं बताया जा सकता जिनके मित्र आरंभिक वर्षों में लगातार बीमार पड़ रहे थे या मर रहे थे। जब हमने 1990 के दशक के बीच के वर्षों में सेंटियागो में सक्रिय समलैंगिक पुरुषों के बीच एचआईवी संक्रमण के प्रसार का आकलन करने का प्रयास किया तो हमारे आंकड़ों से पता चला कि यह दर 15-20 प्रतिशत¹² थी और पूरे लैटिन अमरीकी देशों में लगभग इसी तरह के आकलन प्राप्त हुए। इस समय व्यक्तिगत तौर पर महिलाओं ने बढ़-चढ़कर देखभाल और रोकथाम गतिविधियों में भाग लिया लेकिन महिला स्वास्थ्य के संगठित समूहों ने इन पूरे प्रयासों से दूर रहने का निर्णय लिया और वे इस बात पर अधिक ध्यान देते रहे कि किस अनुपात में एड्स का प्रसार महिला जनसंख्या में हो रहा था। इस संदर्भ में एक महत्वपूर्ण अपवाद यौनकर्मियों के बीच किए गए प्रयास थे क्योंकि चिली में सरकार द्वारा बाहर से प्राप्त धनराशि से इन प्रयासों के लिए

वित्तीय व्यवस्था कर दी गई थी।

इस विषय पर लैटिन अमरीकी समलैंगिक पुरुषों के दृष्टिकोण से लिखे गए चन्द लेखों में से एक में कैकेरस और पीचेने ने यह तर्क रखा है कि एड्स को जान बूझकर समलैंगिकता से परे किया जाना दो अवधारणाओं पर आधारित था : कि पुरुषों से पुरुषों में होने वाला संक्रमण नियंत्रित हो चुका था और इन समुदायों की संवेदनशीलताओं की समस्या को पहले ही हल कर लिया गया था¹³। एचआईवी संक्रमण के प्रसार के आरंभिक वर्षों में जब एचआईवी का संक्रमण क्षेत्र के सक्रिय समलैंगिक पुरुषों में बहुत तेजी से बढ़ रहा था, उस समय समलैंगिकों में प्रसार की इस वास्तविकता को स्वीकार न करने की स्थिति में यह वक्तव्य अत्यंत ही नम्र रूप से प्रस्तुत किया गया था। इन लेखकों ने अपने लेख में यह भी कहा है कि 'पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुषों को स्वास्थ्य के अधिकार के साथ अन्य अधिकार रखने वाले लोगों के रूप में मानने में होने वाली कठिनाई' भी इसका एक कारण थी।

इस दौरान सरकारी रूप से अब भी महिलाओं के ऊपर अधिक ध्यान दिया जाता रहा है और उन्हें नवजात शिशुओं तक संक्रमण को पहुँचाने के वाहक माना जाता रहा है। पेरू के लीमा में स्थित यूएनएड्स (UNAIDS) के क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा 2001 में प्रकाशित एक रिपोर्ट¹⁴ में यह स्वीकार किया गया है कि देश में पुरुषों और महिलाओं में संक्रमण का अनुपात 14.5:1 से आरंभ हुआ था और यह नई सहस्राब्दि के आरंभ तक लगभग 3:1 के स्तर पर स्थाई बना हुआ है। लेकिन इन आंकड़ों में संक्रमण के मामलों से

बाधित 75 प्रतिशत पुरुष कहीं भी दिखाई नहीं देते। जैसा कि इस रिपोर्ट के आरंभ में कहा गया है:

'माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण के जोखिम के कारण रूझानों में यह परिवर्तन कुछ ही वर्षों में 1:1 के स्तर तक पहुँच सकता है'¹⁴।

महिलाओं और पुरुषों में संक्रमण के मामलों में सांख्यिकीय समानता लाने की इस आवश्यकता से समलैंगिकों में नुकसानदायी महामारी को नकार दिए जाने के ऐतिहासिक दृष्टिकोण का पता चलता है। इस रिपोर्ट में आगे एचआईवी संक्रमण के प्रति महिलाओं की अधिक संवेदनशीलता पर चर्चा की गई है। इससे यौन स्वास्थ्य के ऐसे दृष्टिकोण का पता चलता है जिसमें महिलाओं को केवल प्रजनन करने के माध्यम मान लिया जाता है और पुरुषों को पूरी तरह अनदेखा कर दिया जाता है।

खतरे का तीसरा चिन्ह: समलैंगिकों के अधिकार बनाम एड्स का रोग

इस समय एचआईवी/एड्स कार्यों से जुड़े और हाल ही में बने समलैंगिक पुरुषों के समूह इस पूरे समय के दौरान अपने सीमित दायरों में सहभागियों और अपने उद्देश्यों के प्रति संवेदना रखने वाले साथियों को ढूँढने के लिए किस तरह के प्रयास कर रहे थे? लैटिन अमरीका के बहुत से देशों में एड्स और समलैंगिकता के बीच संबंधों को देखते हुए और यह देखकर कि बहुत से देशों में समलैंगिक पुरुषों के संगठन एड्स की महामारी आरंभ होने के बाद बने थे, इन समूहों के बीच यह निश्चित करने के लिए तीव्र संघर्ष और विचार-विमर्श चल रहा था कि प्राथमिक

मुद्दा एड्स की रोकथाम है अथवा समलैंगिक पुरुषों के अधिकार। कुछ लोगों का तर्क था कि समाज में समलैंगिकों के प्रति फैले द्वेष को देखते हुए समलैंगिकों के अधिकारों और उनके प्रति भेदभाव हटाए जाने के लिए संघर्ष किए जाने को प्राथमिकता दी जानी चाहिए। दूसरे कुछ समूह यह चाहते थे कि यौन रूप से सक्रिय व्यक्तियों में एड्स के व्यापक खतरे को देखते हुए और परोक्ष रूप से इस क्षेत्र में लोगों के लिए उपलब्ध विकल्पों और स्वायत्ता स्वीकार करने के उद्देश्य से विस्तृत रूप से लोगों को इस काम से जोड़ने के लिए एड्स के विषय पर काम किए जाएं।

अब पीछे मुड़कर देखने पर यह लगता है कि उस समय यह दोनों ही कार्ययोजनाएं प्रतीकात्मक रूप से ज़रूरी थीं हालांकि इन्हें प्रतिपादित करने वालों के बीच समय-समय पर विरोधाभास भी उत्पन्न हो जाया करता था। कई परियोजनाओं में लगातार समलैंगिक पुरुषों और महिला समूहों, विशेषकर युवाओं के बीच चर्चा किए जाने के लगातार प्रयास किए गए और बहुत से अनौपचारिक गठजोड़ भी निर्मित हुए। मिलकर हम एचआईवी और एड्स बाधित लोगों के साथ काफी अधिक एकता स्थापित कर पाने में सफल रहे, विशेषकर इसलिए क्योंकि समलैंगिकता के बारे में खुले विचार रख पाने की बजाए किसी बीमार व्यक्ति के साथ समवेदना कर पाना सांस्कृतिक रूप से भी आसान होता है। हमारे प्रयासों से प्राप्त यह दोहराव बिल्कुल सही और लाभकारी था। लेकिन उस समय बने ये गठजोड़ आगे चलकर कम ही कायम रह सके : 10-15 वर्ष बाद ये दोनों पक्ष अब फिर से एचआईवी बाधित लोगों के लिए

उपचार की उपलब्धता के विषय पर मिलकर एक साथ सामने आए हैं। लेकिन इसका मतलब यह बिल्कुल नहीं कि इनके बीच यौन या प्रजनन अधिकारों के बारे में किसी तरह की कोई सक्रिय सहभागिता बन गई है।

इसके अलावा एक बार संगठित हो जाने के बाद समलैंगिक कार्यकर्ताओं को आरंभिक सफलताओं के कारण उत्पन्न खतरे का भी सामना करना पड़ा। हालांकि इसे शुरू करने में लगभग 10 वर्ष लगे लेकिन तब बहुत से राष्ट्रीय एड्स कार्यक्रमों के अंतर्गत समलैंगिकों और अन्य सक्रिय समलैंगिक पुरुषों के बीच रोकथाम प्रयास करने की आवश्यकता को स्वीकार करते हुए अपने स्वयं के जनसांख्यिक आंकड़ों पर ध्यान दिए जाने और उन पर काम करने की प्रक्रिया आरंभ हुई। धीरे-धीरे संसाधन भी उपलब्ध होने लगे। कुछ देशों में समलैंगिकों के नेतृत्व करने वाले एड्स समूह अपने पीयर साथियों के साथ मिलकर काम करने से अब भी परहेज़ करते थे क्योंकि उनके मन में इन दोनों घटनाओं को एक साथ जोड़ देने का भय था। समलैंगिक पुरुषों द्वारा चलाए जा रहे अधिकांश एड्स संगठन अपनी आवश्यकताओं वाले समूहों के पक्ष में सफलतापूर्वक पैरवी कार्य कर पाए।

एड्स की महामारी में लगातार परिवर्तन होना जारी है और सुरक्षित सैक्स करने की कार्यशालाएं, कण्डोम लगाना सिखाने की प्रक्रियाएं आदि अब पुरानी बातें बन चुकी हैं। अधिकांश समलैंगिक पुरुष एड्स से उकता चुके हैं और इस बारे में प्राप्त रिपोर्टों से लगातार ऐसा पता चलता है कि नई पीढ़ी का यह मानना है कि इस रोग का

उपचार कर पाना अब संभव है, इसलिए यह कोई बहुत बड़ी समस्या नहीं रह गया है। इसी समय चमत्कारिक एंटी रेट्रो वायरल उपचारों तक पहुँच की लड़ाई के कारण वे मूल कारण अनदेखे हो रहे हैं जिनके चलते रोकथाम प्रयास आरंभ किए गए थे और जिनमें यह संकल्प किया गया था कि मानवीय यौनिकता को एक नए तरीके से देखा जाएगा।

मेरे विचार से एड्स की रोकथाम के नए प्रयासों को सभी लोगों के लिए स्वस्थ और आनन्ददायक यौन संबंधों को बढ़ावा देने के पुराने प्रश्नों से जुड़ना होगा। यह एक ऐसा क्षेत्र है जिसमें महिला स्वास्थ्य समूहों और नारीवादियों के अनुभव और प्रक्रियात्मक जानकारियाँ बहुत लाभदायक सिद्ध हो सकती हैं। नई पीढ़ी को यौनिकता की शिक्षा तथा सेवाएं देने के लिए नई सहभागिताएं तैयार करने और नवीनतम प्रक्रियाओं को अपनाने की आवश्यकता होगी। मुझे लगता है कि महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अभियान सहित इस बारे में नए विषयों को सम्मिलित करने और व्यापक गठजोड़ बनने की बजाए, समलैंगिकता समर्थक एड्स सक्रिय कार्यप्रणालियाँ फिर से एक बार समाप्त हो जाएंगी।

इस प्राकृतिक गठजोड़ का विरोध करने का एक कारण यह लगता है कि समलैंगिक पुरुषों में भी उनके विषमलैंगिक साथियों की तरह ही जेंडर विषय से जुड़े अनेक असुलझे मुद्दे अब भी विद्यमान हैं। लैटिन अमरीका एक ऐसा क्षेत्र है जहाँ पुरुष अपने दैनिक जीवन में होने वाले जेंडर अन्याय की चिन्ता किए बिना समलैंगिक जीवन जीना जारी रखते हैं। वे इस तरह से अलग-थलग रहने के आदी हो चुके हैं और नौकरियों तथा परिवारों

में उन्हें विरोधी विषमलैंगिक वातावरण का सामना करना पड़ता है। यही कारण है कि बहुत से समलैंगिक पुरुषों को अपने संगठनों को सामाजिक सेवा की एजेन्सियों के रूप में परिवर्तित करने की कोई जल्दी नहीं है जहाँ बड़ी मात्रा में महिलाएं सेवाप्रदाता और लाभार्थियों के रूप में मौजूद हों। वे अब भी पुराने और भली-भाँति काम कर रहे महिला स्वास्थ्य समूहों की ओर देखते हैं और यह आश्चर्य करते हैं कि उनके द्वारा समलैंगिक पुरुषों के लिए चलाई जा रही परियोजनाएं 'क्यों जारी रहनी चाहिए'? इसका परिणाम यह होता है कि उनके स्वयं के कार्यों को प्रभावित करने वाले जेंडर संबंधी कारकों पर प्रायः चर्चा या विचार-विमर्श नहीं हो पाता।

1990 के दशक में जब एचआईवी/एड्स से बाधित लोग एंटी रेट्रो वायरल उपचार की उपलब्धता के विषय को लेकर संगठित होना आरंभ हुए तब इन सब तनावों और चिन्ताओं ने रूप परिवर्तित कर लिया लेकिन वे पूरी तरह से खत्म नहीं हुई। एचआईवी संक्रमित महिलाओं और पुरुषों, दोनों को ही उपचार की आवश्यकता थी और वे अपने संगठनों में विद्यमान जेंडर शक्ति संबंधों को अनदेखा नहीं कर सकते थे जहाँ आमतौर पर समलैंगिक पुरुषों का ही वर्चस्व था। केवल एचआईवी बाधित महिलाओं के ही समूह जल्दी स्थापित हुए और बहुत से देशों में इस समस्या का अभी तक हल नहीं हो पाया है।

लैटिन अमरीका में एचआईवी के संदर्भ में समलैंगिक पुरुषों की ओर से जेंडर और अधिकारों के बारे में सोचने की प्रक्रिया, आश्चर्यजनक रूप से अब भी पूरी तरह से विकसित नहीं हो पाई है।

स्पैनिश भाषा में इंटरनेट पर इन प्रमुख शब्दों की खोज करने से बहुत कम नतीजे मिलते हैं। इसका अर्थ यह है कि बहुत से लोगों के मन में अब भी यह विचार उत्पन्न नहीं हुआ है कि यौन स्वास्थ्य के बारे में समलैंगिकों का सशक्तिकरण किए जाने के कार्य महिला सशक्तिकरण कार्यों के 40 वर्ष के इतिहास से सीख सकते हैं। (हालांकि, पुर्तगाली भाषा में लिखे गए साहित्य में यह स्थिति बहुत भिन्न है क्योंकि ब्राजील के बहुत से लोग इस तरह से सोचते हैं)

खतरे का चौथा चिन्ह: जेंडर विषय के रूप में एड्स रोग

यह अच्छी बात है कि एचआईवी संक्रमण के प्रति महिलाओं की संवेदनशीलता से जुड़े जेंडर विषयों पर अब बहुत कुछ कहा जाने लगा है। यह सब महत्वपूर्ण खोजें हैं जिनमें सैक्स से दूर रहने, कण्डोम का प्रयोग और एक साथी के प्रति कादारी को रोकथाम के उपाय बता कर अनेक तरह के विकल्प दे रहे सरकारी अभियानों को चुनौती दी जा रही है। इन बहुविकल्पीय कार्यक्रमों से ऐसा लगता है मानों सामाजिक व्यवहार किसी बाजार में उपलब्ध वस्तुओं की तरह हों जिन्हें इच्छानुसार चुना या प्रयोग किया जा सकता हो।

महिलाओं के बारे में लैटिन अमरीका में जेंडर और एड्स के विषय पर व्याख्यात्मक साहित्य में बहुत कम इस तरह के संदर्भ देखने को मिलते हैं जिनमें यह कहा गया हो कि किसी पुरुष द्वारा किसी महिला में इस संक्रमण को फैलाने के लिए यह ज़रूरी है कि उस पुरुष को पहले ही यह संक्रमण हो चुका हो। क्या जोखिमपूर्ण व्यवहारों में जेंडर पर किसी तरह का ध्यान नहीं दिया जाता?

यदि हम इस तरह की समस्याओं का समाधान ढूँढ़ने के प्रति गंभीर हों तो क्या हम केवल संवेदनशीलता पर ध्यान देते हुए अन्य दूसरे कारकों को अनदेखा कर सकते हैं?

इसके अलावा क्या समलैंगिक प्रवृत्तियों के विरुद्ध होने वाले सामाजिक भेदभाव में भी जेंडर भेदभाव दिखाई नहीं पड़ता। समलैंगिक पुरुषों और महिलाओं को उनकी जेंडर निर्धारित भूमिकाओं को निभाने के लिए क्या अत्यधिक दबाव का सामना नहीं करना पड़ता? क्या किसी समलैंगिक पुरुष द्वारा खुद को एचआईवी संक्रमण से सुरक्षित रख पाने की भावनात्मक लड़ाई जेंडर से जुड़ा मुद्दा नहीं है?

यहाँ लैटिन अमरीका में महिला स्वास्थ्य से जुड़े कार्यकर्ताओं ने यह समझ पाने का अच्छा अवसर खो दिया है कि समलैंगिक पुरुषों में एड्स की रोकथाम से जुड़ी परियोजनाओं में पुरुष उत्तेजना और पुरुषों के जेंडर संघर्ष के बारे में अब तक क्या सीखा है? जब तक पुरुषों को यौन स्वास्थ्य सेवाओं और पैरवी कार्यों के महत्वपूर्ण सह-लाभार्थी नहीं समझा जाता तब तक यह सभी अनुभव समलैंगिक पुरुषों की संस्कृतियों में ही दबे रह जाएंगे। मैंने स्पैनिश भाषा में महिलाओं के स्वास्थ्य पर लिखे गए साहित्य में देखा है कि उनमें पुरुषों को अपने दृष्टिकोण और व्यवहारों में परिवर्तन लाने के लिए कहा जाता है लेकिन इसी साहित्य में कभी भी यह जानने का प्रयास नहीं किया जाता कि पुरुषों के इस तरह के व्यवहार या दृष्टिकोण किन भावनाओं या अनुभवों के कारण विकसित होते हैं। अगर पुरुषों के लिए यौनिक और आपसी संबंधों में संतुष्टि को यौन स्वास्थ्य कार्यक्रमों का

भाग न बनाया गया तो ये कार्यक्रम महिलाओं तक ही सीमित रह जाएंगे और पुरुषों का प्रतिरोध और भी बढ़ जाएगा।

महिला स्वास्थ्य और समलैंगिक कार्यकर्ताओं के बीच दूरी के व्यावहारिक परिणाम

नारीवादियों और समलैंगिक पुरुषों के एचआईवी/एड्स के बारे में अलग-अलग विचार होने की वास्तविकता के न केवल राजनैतिक बल्कि पूरी तरह से नकारात्मक व्यावहारिक परिणाम भी होते हैं क्योंकि ये दोनों ही दल ऐसी गलतियाँ कर जाते हैं जिन्हें वे एक दूसरे की सहायता से हल कर सकते हैं। उदाहरण के लिए नारीवादी लेखों में ऐसे रोकथाम कार्यक्रमों की बिल्कुल सही आलोचना की जाती है जिनमें उन्हें सैक्स से दूर रहने, कादार रहने और कण्डोम प्रयोग करते रहने के बारे में बताया जाता है। इस तरह की सभी अपीलों में जेंडर अवधारणाओं के लिए कोई स्थान नहीं होता और जो महिलाएं इनमें से किसी भी एक का पालन नहीं कर पातीं, उनके सामने प्रायः खुद को सुरक्षित रख पाने का कोई भी विकल्प शेष नहीं रह जाता। महिलाएं यह सुन-सुनकर उकता चुकी हैं कि किस तरह वैवाहिक संबंधों में कादारी बनाए रखने से वे एड्स से सुरक्षित रह सकती हैं जबकि उनके पुरुष साथी खुलकर दूसरी महिलाओं के साथ यौन संबंध बनाते हैं और किसी भी तरह स्वयं को बदलने की कोई कोशिश नहीं करते। लेकिन यह निष्कर्ष निकालना प्रासंगिक नहीं होगा कि एक ही साथी के साथ संबंध रखने की कार्ययोजना पूरी तरह 'गैर ज़रूरी' हो गई है क्योंकि यह कहना गलत होगा कि वास्तव में विवाह 'सुरक्षात्मक उपाय होने की बजाए एक जोखिम है'।

समलैंगिक पुरुषों पर ध्यान देने वाले एड्स रोकथाम कार्यक्रमों को लगभग 2 दशकों तक इसी असमंजस की स्थिति का सामना करना पड़ा है और रोकथाम के बारे में शिक्षा देने वाले बहुत कम शिक्षक इस बात से इंकार करेंगे कि एक ही साथी के साथ कादारीपूर्ण संबंध बहुत से लोगों, जिनमें समलैंगिक और सामान्य विषमलैंगिक लोग भी शामिल हैं, के लिए रोग से बचने का महत्वपूर्ण तरीका हो सकता है। मैं इस पत्रिका के बहुत से पाठकों के साथ इस बारे में शर्त लगाने के लिए तैयार हूँ। हालांकि सुरक्षित व्यवहार अपनाने से संवेदनशीलता किसी भी तरह से कम नहीं हो जाती फिर भी बच्चे को नहाने के पानी से बाहर निकाल देना पूरी तरह निरर्थक और व्यर्थ प्रयास ही होगा। यौन संबंध रखने वाले व्यक्तियों के साथ काम करते हुए उनके जीवन को एचआईवी मुक्त रखने लेकिन साथ ही साथ यदि वे जोखिमपूर्ण व्यवहार करें तो उनके इस निर्णय का आदर करना ज़्यादा बेहतर होगा। महिलाओं में एड्स की रोकथाम करने के लिए यह ज़रूरी है कि केवल एक ही साथी के साथ संबंध रखे जाने पर जोर देने के अलावा और भी काम किए जाएं। सही मायनों में जेंडर समानता की प्रतीक्षा करते हुए भी बहुत सी महिलाएं एक साथी के प्रति कादारी और यौनिक प्रवृत्तियों के बारे में विचार करना जारी रखेंगी और अगर हम ऐसा करने में उनका साथ देना चाहते हैं तो समलैंगिक दम्पतियों के अनुभव बहुत अधिक लाभप्रद हो सकते हैं।

समलैंगिक पुरुषों में एचआईवी की रोकथाम के बारे में शिक्षा देने वाले लोग अक्सर अपने ही द्वारा कही बातों के जाल में उलझ जाते हैं। हमने

देखा है कि एचआईवी की रोकथाम के प्रयास तब अधिक सफल होते हैं जब लोगों में स्वाभिमान की भावना हो या वे अपनी पहचान और यौन प्रवृत्तियों के बारे में आश्वस्त हों। भले ही यह प्रवृत्तियाँ समलैंगिकता की हों, बाई-सैक्सुअल हों या जिस तरह सैक्स के नए पंडितों द्वारा कहा जाता है, ये लोग 'पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुष' (एमएसएम)* हों। लेकिन निरीह आयु के किशोरों को उनकी इच्छाओं के सही या गलत होने के बारे में लगातार बताते रहने से यह जरूरी नहीं कि यौन स्वास्थ्य में वृद्धि हो या एचआईवी के संक्रमण का खतरा कम हो जाए। मुझे एक से ज़्यादा हतोत्साहित किशोर ने यह बताया है कि समलैंगिकता के बारे में परामर्श देने वाले यह मानते हैं कि स्वाभिमान रोकथाम के बराबर होता है। ऐसा करते हुए यह संभव है कि वे लोगों को अपने समलैंगिक जीवन के प्रति स्वाभिमान की भावना रखने के लिए प्रोत्साहित करते हों और उन्हें किसी भी तरह अपने जीवन को निर्मित करने के बारे में कोई परामर्श न दे पाते हों। बातों को बहुत अधिक सरल तरीके से कहने की बजाए लैटिन अमरीका में समलैंगिकता के बारे में सलाह देने वाले लोगों को चाहिए कि वे जेंडर पहचान निर्मित करने के नारीवादी आंदोलन के दसियों वर्षों के अनुभव से सीख लें। वे उन महिलाओं के जीवन से भी सीख लें जिन्होंने स्वयं अपने जीवन में ऐसा करने में अपना आधा जीवन व्यतीत कर दिया है।

निष्कर्ष

नारीवादियों द्वारा प्रतिक्रियात्मक विचार रखने और समलैंगिक पुरुषों के स्वयं को छिपाए रखने के व्यवहार के कारण हमारे क्षेत्र में लंबे समय तक समलैंगिकों और नारीवादियों के बीच सहभागिताएं नहीं विकसित हो पाईं, विशेषकर ऐसी परियोजनाओं में जिनसे वास्तव में महिलाओं में एचआईवी संक्रमण के जोखिम की समस्या के समाधान मिल सकते थे। अपने समलैंगिक साथियों के लगातार विरोध के बाद भी मेरे द्वारा बार-बार चिली के महिला स्वास्थ्य समूहों में एड्स के विषय पर रूचि उत्पन्न करने के प्रयासों के परिणाम बहुत अधिक उत्साहवर्धक नहीं रहे हैं। सैन्रियागो में चलाई जा रही स्वास्थ्य संबंधी परियोजनाओं और कुछ अन्य परियोजनाओं में बड़े उत्साह से एड्स संबंधी कार्यों को अपने कामों में शामिल किया। लेकिन अभी हाल तक ही बड़े पैमाने पर फोरम नेटवर्क ऑन सैक्च्युल एंड रिप्रोडक्टिव हैल्थ एंड राईट्स के नेटवर्क या यूएनएड्स (UNAIDS) के थीम समूह (चिली के लिए संयुक्त राष्ट्र की इंटर एजेंसी कमेटी) के माध्यम से शुरू होने वाली परियोजनाएं कभी भी सही मायने में आरंभ नहीं हो सकीं। आंकड़ों से प्राप्त चुनौतीपूर्ण नतीजों के बाद भी यह देखा गया है कि चिली में महिलाओं में एचआईवी संक्रमण अपेक्षाकृत रूप से कम रहा है और जब तक यह स्थिति बदल नहीं जाती तब तक लोगों के मन में इस बारे में चिंता का स्तर इतना ही बना रहेगा। इस दौरान समलैंगिक पुरुषों

* पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुषों के लिए प्रयोग किया जाने वाला यह संक्षेपाक्षर यौनिक रूप से सक्रिय ऐसे समलैंगिक पुरुषों के वर्ग के बारे में बताता है जिससे सभी दूसरे वर्गों और विचार के लिए खतरा उत्पन्न हो गया है जो सोच-समझकर किए गए निर्णय और किसी समुदाय को निर्मित करने के आधार के रूप में पिछले 30 वर्षों से स्वीकार किया जाता रहा है।

से जुड़े समूह अब दोबारा अपने लक्षित जनसंख्या समूहों पर ध्यान देने लगे हैं क्योंकि जल्दी ही उन्हें एड्स, टीबी और मलेरिया के विरुद्ध संघर्ष के लिए चिली को मिलने वाली 38.1 मिलियन अमरीकी डॉलर की राशि उपलब्ध होने वाली है जिसमें से अधिकांश भाग उन्हीं को मिलेगा और महिलाओं के स्वास्थ्य समूहों को इस राशि के अंतर्गत किए जाने वाले कार्यों में अनदेखा किया गया है।

इस बीच हम सभी किसी एक व्यक्ति की समस्याओं को दूसरे से अधिक न मानते हुए और स्पष्ट रूप से यह कहकर कि महिलाओं और समलैंगिक पुरुषों (इसमें इंजेक्शन द्वारा मादक दवाएं लेने वाले, विषमलैंगिक पुरुष और अन्य सभी लोग शामिल हैं), दोनों ही समूहों की संवेदनशीलताएं और आवश्यकताएं हैं, इस स्थिति को और अधिक बिगड़ने से रोक सकते हैं। इस समय लैटिन अमरीका में एड्स को फिर से एक बार चिकित्सीय समस्या मान लिया गया है और एड्स संबंधी कार्यों में अब एचआईवी बाधित लोगों के लिए दवाओं की उपलब्धता प्रमुख विषय बनती जा रही है। अब यौनिक संस्कृति, यौनिक स्वायत्तता, स्वास्थ्य सेवाओं, सैक्स के बारे में शिक्षा और ऐसे ही विषयों को एक बार फिर से पीछे छोड़ दिया गया है।

इस परिस्थिति में बदलाव आ सकता है अगर लैटिन अमरीकी देशों में लंबे समय से अपेक्षित विषमलैंगिक महामारी बड़े रूप में फैलती है क्योंकि कुछ देशों में ऐसा होता प्रतीत हो रहा है। एचआईवी संक्रमण की इस नई लहर को रोकने में समलैंगिक पुरुषों और नारीवादियों की सहभागिता

एक बड़ी भूमिका अदा कर सकती थी। हमारे समूहों द्वारा स्वायत्तता, गोपनीयता, स्वास्थ्य, आनन्द और जेंडर व्यवस्था से मुक्ति की एक समान माँगों के होते हुए भी नारीवादियों और समलैंगिक पुरुषों के बीच सहभागिता होने के अवसर अब भी बहुत से देशों में एक समान ही बने हुए हैं हालांकि इनके द्वारा मिलकर एड्स से संघर्ष के प्रयास और अधिक जानकारीपूर्ण तथा प्रभावी हो सकते थे।

अभिस्वीकृति

चिली के बाहर एक असंबंधित परियोजना में एड्स कार्यक्रमों को जानने हेतु दौरा करने के लिए फोर्ड फाउण्डेशन द्वारा सहायता की गई जिससे कि इस लेख में बताई गई बहुत सी जानकारियाँ मिल पाई।

पत्र व्यवहार के लिये पता

* कार्यकारी निदेशक, फाउण्डेशन सिप्रेस (CIPRESS), सैन्टियागो, चिली ई-मेल tfrasca@mi-mail.cl

संदर्भ

1. Manier J. "Women AIDS victims multiply," Chicago Tribune, 27 Nov 2002.
2. Donnelly J. "Half of those with HIV are women," Boston Globe, 27 Nov 2002.
3. Firm D, Lamont J. "Half of global HIV infections found in women," Financial Times USA Edition 1, 27 Nov 2002.
4. UNAIDS. HIV/AIDS Info by Country. At: www.unaids.org. Accessed 10 June 2003.

5. Bianco M. Mujeres, niñas y VIH/SIDA. Revista Mujer Salud 2001;1. At: <www.reddesalud.web.cl>.
6. Organización Panamericana de la Salud. El Género y la Infección por el VIH/SIDA. Hoja Informativa/ GenSalud. At: <www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GHIVFactSheet>. Accessed 11 June 2003.
7. Magally S. Avanza Sida entre la población femenina del mundo. At: <www.cimacnoticias.com/>. Accessed 8 June 2003.
8. Gómez A. Gender and the HIV/ AIDS pandemic. Women and HIV/AIDS: the challenge continues. Women's Health Journal 2002;3. At: <www.reddesalud.web.cl/>.
9. Mann J. Quoted in: Rao Gupta G, Weiss E, editors. Prologue, Women and AIDS: Developing a New Health Strategy. Washington, DC: International Center for Research on Women, 1993.
10. Aymerich J, et al. Segunda Encuesta sobre Intolerancia y Discriminación en Santiago de Chile. Santiago: Fundación IDEAS, 2002.
11. Alessandri Balmaceda G. Record of the Chilean House of Deputies, 20 March 1991.
12. Frasca T, et al. De Amores y Sombras: Poblaciones y Culturas Homo y Bisexuales de Hombres en Santiago. Santiago: Corporación Chilena de Prevención del SIDA, 1997.
13. Cáceres C, Pecheny M, editors. AIDS and Male-to-Male Sex in Latin America: Vulnerabilities, Strengths and Proposed Measures. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.
14. UNAIDS/Ministerio de Salud Peru. Estado de Situación: El SIDA en el Perú al Año 2000. Lima: ONUSIDA, 2001.

युवा महिलाओं की तिहरी आवश्यकताएं: यौन संचारित संक्रमण व अनचाहे गर्भाधान को रोकना और प्रजननशीलता को सुरक्षित रखना

मार्था ब्रैडी*

सारांश : असुरक्षित सैक्स, अनचाहे गर्भाधान और यौन संचारित संक्रमण की समस्याओं और जोखिम में आपस में गहरा संबंध होता है। इसी संदर्भ में इन समस्याओं के साथ-साथ प्रजननहीनता की समस्या को हल करने की भी जरूरत है जो बहुत महत्वपूर्ण तो है लेकिन जिसे अभी तक अनदेखा किया जाता रहा है। दोहरी सुरक्षा के अंतर्गत हम अनचाहे गर्भाधान और यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी के विरुद्ध एक साथ सुरक्षा उपायों पर बात करते हैं। इस लेख में यह तर्क दिया गया है कि 'तिहरी सुरक्षा' की व्यापक संरचना हो जिसमें प्रजननशीलता को सुरक्षित रखे जाने के प्रयास भी शामिल किए जाएं। इसके लिए आसानी से दिखाई देने वाली प्रजननशीलता और प्रजननहीनता व लोगों के आसानी से इन धारणाओं से जुड़ने का प्रयोग करते हुए प्रजननहीनता और यौन संचारित संक्रमणों के बीच के संबंधों को बताने का प्रयास किया जाए जिससे कि यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम और इन्हें नियंत्रित करने के प्रयास अधिक सुदृढ़ हो सकें। लेख में प्रजननहीनता और असुरक्षित गर्भपात व प्रसव प्रक्रियाओं के बीच के संबंधों को भी उजागर करने का प्रयास किया गया है जो कि अब भी बहुत से विकासशील देशों में विद्यमान हैं। प्रभावी कार्यक्रम तैयार करने के लिए यह जरूरी है कि युवा महिलाओं और पुरुषों के मन में सुरक्षा से जुड़े दृष्टिकोण और चिन्ताओं के परस्पर अंतर को समझा जाए, क्या वह इस समय गर्भधारण के लिए तैयार हैं, इसे कुछ समय के लिए टालना चाहते हैं या गर्भधारण नहीं चाहते। दोहरी सुरक्षा को बढ़ाने के प्रयासों को आधार बनाकर प्रजननहीनता की रोकथाम के प्रयासों को भी सुरक्षित सैक्स के संदेशों में सम्मिलित करने और प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों को छिन्न-भिन्न होने से बचाने का यह अच्छा अवसर हो सकता है। © 2003 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स। सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द : यौन संचारित संक्रमण, एचआईवी/एड्स, प्रजननहीनता, गर्भनिरोधन व अनचाहा गर्भाधान, प्रजननशीलता के बारे में जागरूकता, दोहरी सुरक्षा

एचआईवी/एड्स की महामारी के आरंभ होने के बाद के तीसरे दशक में प्रवेश करते समय हमारे सामने अब भी यौन प्रसार द्वारा एचआईवी संक्रमण रोक पाने के बहुत कम विकल्प

उपलब्ध हैं। वर्ष 2002 के अंत तक लगभग 38.6 मिलियन वयस्क, जिनमें से 11.8 मिलियन की आयु 15-24 वर्ष की थी और 3.2 मिलियन बच्चे एचआईवी/एड्स से बाधित हो चुके थे¹। हालांकि

पुरुषों और महिलाओं द्वारा इस संक्रमण से बाधित होने की आशंका लगभग एक समान होती है फिर भी यह देखा गया है कि कम आयु की महिलाओं में यह संक्रमण हो जाता है²। अफ्रीका के कुछ भागों में यौनिक संबंधों के रूझानों के कारण कम उम्र के लड़कों की तुलना में अधिक लड़कियाँ इस संक्रमण से बाधित होती हैं। कुछ शहरों में तो 15-19 वर्ष की आयु की किशोर लड़कियों में संक्रमण की दर लड़कों की तुलना में 2 से 8 गुना अधिक पाई गई है³।

एड्स की महामारी के कारण और इस जानकारी के कारण कि यौन संचारित संक्रमणों से एचआईवी संक्रमण के प्रसार को बढ़ावा मिलता है, पूरी दुनिया में नई कार्यक्रम योजनाएं और रोकथाम की विधियाँ विकसित करने के काम ने बहुत जोर पकड़ा है। एचआईवी और यौन संचारित संक्रमण प्रमुख रूप से असुरक्षित सैक्स द्वारा फैलते हैं। पुरुषों और महिलाओं के बीच परिवारों, शिक्षा, रोजगार और समाज में विद्यमान जेंडर की असमान परिस्थितियों के कारण भी एचआईवी और यौन संचारित संक्रमण फैलते हैं और यह सभी परिस्थितियाँ इन महामारियों के फैलने के मुख्य कारण होते हैं। हालांकि यह दोनों महामारियाँ बहुत अलग हैं और भौगोलिक रूप से इनके प्रसार और उत्पन्न होने की दर में अंतर के कारण सभी लोगों में उपचार किए जा सकने वाले यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी के प्रसार का जोखिम एक समान नहीं होता। पूरी दुनिया में यौन संचारित संक्रमण लोगों के बीमार पड़ने के प्रमुख कारण होते हैं और इनके स्वास्थ्य से संबंधित, सामाजिक और आर्थिक परिणाम अत्यंत विषम होते हैं⁴।

इसके अलावा महिलाएं सामाजिक, आर्थिक और शारीरिक रूप से पुरुषों की अपेक्षा यौन संचारित संक्रमणों के प्रति अधिक संवेदनशील होती हैं। यह देखा गया है कि महिलाओं में इन रोगों के लक्षण लंबे समय तक दिखाई नहीं पड़ते, वे उपचार भी देर से आरंभ करती हैं और एचआईवी को छोड़कर अन्य यौन संचारित संक्रमणों जैसे ग्रीवा का कैन्सर, गर्भनलिकाओं में गर्भधारण, सैप्सिस और प्रजननहीनता के अधिक गंभीर दुष्प्रभावों का सामना करती हैं⁵।

असुरक्षित सैक्स, अनचाहे गर्भाधान और संक्रमण की समस्याओं और जोखिम में गहरा संबंध होता है। जल्दी विवाह कर दिए जाने और दहेज जैसी भेदभावपूर्ण सांस्कृतिक प्रथाओं, यौन हिंसा और पुरुषों के ऊपर महिलाओं की आर्थिक निर्भरता के कारण बहुत सी महिलाएं विशेषकर युवा महिलाएं अत्यधिक संवेदनशील हो जाती हैं। पुरुषों और महिलाओं के बीच शक्ति के इस असंतुलन को बदलने की ज़रूरत है और इसे उच्चतम प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

दुनियाभर में यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी की महामारी तथा अनचाहे गर्भाधान की समस्याओं को देखते हुए यह ज़रूरी है कि युवा महिलाओं की जटिल सुरक्षा आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए नए सिरे से संकल्प किए जाएं। इसके लिए एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों के साथ-साथ परिवार नियोजन तथा दूसरे प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के सहयोग की आवश्यकता होगी। इसके साथ-साथ प्रजननहीनता जो एक प्रमुख लेकिन अनदेखी समस्या है का भी समाधान करना ज़रूरी होगा। आईसीपीडी की कार्ययोजना

में प्रजननहीनता की रोकथाम और उपचार कार्यों को प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल कार्यों के प्रमुख घटक के रूप में स्वीकार किया गया है:

*‘ किशोरों को जानकारीयाँ और सेवाएं दी जानी चाहिए ताकि वे अपनी यौनिकता को समझ सकें और अनचाहे गर्भ, यौन संचारित संक्रमणों तथा इस कारण बाद में उत्पन्न होने वाली प्रजननहीनता के जोखिम से सुरक्षित रह सकें’*⁶।

इतना सब कुछ होने के बाद भी प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत प्रजननशीलता को स्पष्ट रूप से न तो स्वीकार किया जाता है और न ही इससे जुड़ी समस्याओं को हल करने के प्रयास किए जाते हैं। आंशिक रूप से इसका कारण यह है कि प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं छिन्न-भिन्न हो गई हैं और दूसरे नीति निर्माताओं और कार्यक्रम प्रबंधकों को अनचाहे गर्भाधान और यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी के खतरे के सामने प्रजननहीनता एक साधारण सी समस्या लगती है। लेकिन यह देखते हुए कि प्रजननशीलता और प्रजननहीनता बहुत सी महिलाओं के जीवन में बहुत महत्वपूर्ण स्थान रखती हैं, इन समस्याओं का सामना कर, इन्हें समय रहते हल न करना वास्तव में तंग नज़रिया है। इस विषय पर सामाजिक और जीव वैज्ञानिक शोधों से पता चलता है कि प्रजननहीनता के डर या इससे प्रभावित लोगों का जीवन बहुत अधिक कष्टों और तकलीफों में गुज़रता है। वे इसके उपचार के लिए बहुत पैसा खर्च करते हैं लेकिन उन्हें, विशेषकर महिलाओं को प्रभावी उपचार नहीं मिल पाता। इसके अलावा ऐसे भी साक्ष्य मौजूद हैं कि प्रजननहीनता का उपचार अब एक महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर रहा है और

डॉक्टरों की सहायता से गर्भधारण करने का बाज़ार बहुत से विकासशील देशों में फल-फूल रहा है⁷। प्रजननहीनता को सामुदायिक स्वास्थ्य समस्या के रूप में महत्व दिया जाना चाहिए – जिसके लिए सही जाँच और उपचार मिल सके, उपयुक्त रोकथाम कार्ययोजनाएं बनें और इससे पीड़ित लोगों के दुःखों को समझते हुए सही परामर्श और सहयोग दिया जाए।

प्रजननहीनता के कारण महिलाओं के जीवन में पड़ने वाले प्रभाव और इनका विस्तार

पूरी दुनिया में प्रजननहीनता प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी एक बड़ी समस्या है। इसमें पुरुष और महिलाओं, हर एक के उत्तरदायी होने के कारक लगभग 40 प्रतिशत होते हैं जबकि शेष 20 प्रतिशत मामलों में प्रजननहीनता दोनों में किसी तरह की कमी या ऐसे कारणों से होती है जिनकी व्याख्या नहीं की जा सकती⁸। प्रजननहीनता को परिभाषित कर पाने और इसकी सही जानकारी मिलने में आने वाली कठिनाईयों के कारण इसके प्रसार के बारे में पूरी तरह विश्वसनीय आंकड़े प्राप्त कर पाना कठिन है, लेकिन ऐसा अनुमान है कि 8-12 प्रतिशत दम्पतियों को अपने प्रजननशील जीवन में प्रजननहीनता की समस्या का सामना करना पड़ता है। अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों में जहाँ दुनिया में प्रजननहीनता की दर सबसे अधिक है, ऐसा अनुमान है कि यहाँ कुछ देशों में प्रजननहीनता की दर 15-30 प्रतिशत है⁹। ऐसे साक्ष्य भी मिले हैं कि दुनिया के कई भागों में प्रजननशीलता की दर बढ़ रही है और इसका प्रमुख कारण बार-बार होने वाले संक्रमण, मुख्य रूप से यौन संचारित संक्रमण होते हैं जिनका

उपचार न किए जाने से महिलाओं की प्रजननशीलता प्रभावित होती है।

विश्व के अधिकांश विकासशील देशों में महिलाओं में प्रजननहीनता किन्हीं विशिष्ट यौन संचारित संक्रमणों के कारण या गलत तरीके से किए गए ऑपरेशनों-असुरक्षित गर्भपात और प्रसव प्रक्रियाओं - के कारण उत्पन्न होती है और इन सभी की रोकथाम भी की जा सकती है। इससे स्पष्ट होता है कि सुरक्षित गर्भपात प्रक्रियाओं तक सभी की पहुँच सुनिश्चित करने और प्रसव प्रक्रियाओं तथा प्रसव देखभाल सेवाओं में सुधार लाने से इन कारणों से उत्पन्न होने वाली प्रजननहीनता को कम कर पाने में सहायता मिल सकती है। यौन संचारित संक्रमणों की बढ़ती हुई घटनाओं की समस्या को हल करना भी इस दिशा में महत्वपूर्ण हो सकता है लेकिन सिर्फ इसीलिए नहीं क्योंकि यौन संचारित संक्रमण एचआईवी के प्रसार से जुड़े होते हैं।

प्रजननहीनता से युवा महिलाओं का जीवन गंभीर रूप से प्रभावित होता है। उदाहरण के लिए भारत में किशोरों के यौन एवं प्रजनन व्यवहारों की पुनरीक्षा करते हुए जीजीभाँय ने लिखा है कि युवा महिलाओं के मन में प्रजननहीनता को लेकर बहुत अधिक डर होता है¹¹ और इस्लामिक समाज में तो यह कहा जाता है कि 'माँ के पैरों तले जन्मती होती है'। इस तरह यह माना जाता है कि प्रजननहीनता किसी महिला के जीवन में उत्पन्न होने वाली सबसे बुरी समस्या हो सकती है¹²।

महिलाओं द्वारा अपनी प्रजननशीलता को सुरक्षित रख पाने की इच्छा उनके द्वारा गर्भनिरोधन और गर्भपात जैसे मामलों में निर्णय लेने को प्रभावित

कर सकती है। पश्चिमी अफ्रीका से प्राप्त साक्ष्यों से पता चलता है कि प्रजननशीलता और प्रजननहीनता, प्रजननशील आयु की बहुत सी महिलाओं के जीवन का केन्द्र बिन्दु होती हैं। उदाहरण के लिए कुछ युवा महिलाएं ऐसा विश्वास रखती हैं, भले ही उनका यह विश्वास भ्रान्तियों पर आधारित है, कि गर्भनिरोधन उपायों को अपनाने के कारण ही प्रजननहीनता उत्पन्न होती है लेकिन फिर भी असुरक्षित गर्भपात को प्रजननशीलता को प्रभावित करने वाला नहीं समझा जाता¹³। हालांकि अन्य कई अध्ययनों में वयस्क महिलाओं ने यह माना है कि ठीक तरह से न किए गए गर्भपात के कारण जीवन में बाद में प्रजननहीनता उत्पन्न हो सकती है¹⁴।

कुछ शोधकर्ताओं ने भी यह विचार लोगों के सामने रखा है कि अफ्रीका में प्रजननहीनता की अधिक दर के कारण ही बहुत सी महिलाओं द्वारा गर्भनिरोधन उपाय नहीं अपनाए जाते क्योंकि उन्हें भविष्य में अपनी प्रजननशीलता के खतरे में पड़ जाने का डर होता है¹⁵। गर्भनिरोधकों के प्रयोग के बारे में निर्णय लिए जाने की प्रक्रिया पर किए गए शोध कार्यों में प्रजननहीनता को मुख्य कारण मानते हुए गर्भनिरोधन उपायों के प्रयोग को जारी न रखने के बारे में पर्याप्त रूप से विवेचना नहीं की गई है। सर्वेक्षणों के दौरान महिलाओं से केवल यही पूछा जाता है कि उन्होंने गर्भनिरोधन उपायों का प्रयोग क्यों बंद कर दिया? संभव है कि इस प्रश्न के बहुत ही सरल उत्तर दिए जाते हों¹⁷ और प्रजननहीनता सहित कई अन्य प्रमुख कारण छिपे ही रह जाते हों।

हालांकि प्रजननहीनता दुनिया के हर भाग में

पुरुषों और महिलाओं, दोनों के जीवन को अनेक तरीके से प्रभावित करती है लेकिन फिर भी पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं के जीवन पर प्रजननहीनता के सामाजिक प्रभाव निश्चित तौर पर बहुत अधिक होते हैं। आमतौर पर पुरुषों में प्रजननहीनता की समस्या होने को स्वीकार ही नहीं किया जाता और महिलाओं को ही उस दम्पति द्वारा संतान उत्पन्न न कर पाने के लिए उत्तरदायी समझा जाता है¹⁸। प्रजननहीनता से महिलाओं का जीवन सामाजिक, आर्थिक और स्वास्थ्य की दृष्टि से बहुत अधिक प्रभावित होता है, विशेष रूप से पारंपरिक परिस्थितियों में जहाँ महिलाओं की पहचान और उनके महत्व को संतान उत्पन्न कर पाने की योग्यता से जोड़ कर देखा जाता है। संतान उत्पन्न न कर पाने से महिलाओं के जीवन पर बहुत गंभीर परिणाम होते हैं और अकसर इस कारण से महिलाओं को शारीरिक और मानसिक यातनाएं झेलनी पड़ती हैं, भावनात्मक तनाव, अलगाव और तलाक जैसी स्थिति का सामना करना पड़ता है^{7,18,19}।

पुरुषों में प्रजननहीनता

सामाजिक विज्ञान और जैविकीय और चिकित्सीय साक्ष्यों से यह जानकारी मिल रही है कि प्रजननहीनता के 40 प्रतिशत मामलों में पुरुषों की समस्याएं उत्तरदायी होती हैं⁸। प्रजननहीनता के इस पूरे समीकरण में पुरुषों की प्रजननहीनता का महत्वपूर्ण योगदान होते हुए भी इस बारे में बहुत कम जानकारी उपलब्ध है कि पुरुष अपनी या अपने साथी की प्रजननहीनता के बारे में वास्तव में क्या सोचते हैं। बहुत सी परिस्थितियों में पुरुषों की प्रजननहीनता पर सवाल नहीं खड़े किए जाते,

इसे केवल मान लिया जाता है। विकासशील देशों में पुरुषों को प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों से जोड़ने के अनेक प्रयासों के बाद भी, हाल ही के कुछ अपवादों को छोड़कर, पुरुषों को इस विचार-विमर्श प्रक्रिया में शामिल करने और प्रजननहीनता के उपचार के कार्यक्रमों से जोड़ने पर बहुत कम ध्यान दिया गया है²⁰।

पुरुषों और महिलाओं के बीच प्रजननहीनता के चिकित्सीय कारण भी बहुत अलग होते हैं। पुरुषों में प्रजननहीनता को मुख्य रूप से आनुवांशिक या जन्मजात कारणों, रोग-प्रतिरोधक क्षमता या हार्मोन से जुड़े कारणों अथवा शारीरिक रोगों (उदाहरण के लिए टीबी), पुराने रोगों और पर्यावरण से जुड़े कारणों से उत्पन्न होना समझा जाता है²¹। महिलाओं में यौन संचारित संक्रमणों के कारण ऊपरी प्रजननतंत्र के संक्रमित होने और बार-बार संक्रमण होने के कारण प्रजननशीलता प्रभावित होती है। पुरुषों में *बाई-लैटरल एपिडीडिमाइटिस* (एक प्रकार का यौन संक्रमण) को छोड़ यौन संचारित संक्रमणों के कारण प्रजननहीनता बहुत कम उत्पन्न होती है²²। कुछ अध्ययनों में यह अनुमान भी लगाए गए थे कि यौन संचारित संक्रमण के कारण शुक्राणु नलिकाएं या *वॉस डीफ्रेंस* अवरुद्ध हो जाता है जिससे प्रजननहीनता उत्पन्न होती है, लेकिन इस तरह के अध्ययनों के नतीजे भी पूरी तरह से प्रमाणित नहीं हो पाए हैं²³।

महिलाओं की तरह पुरुष भी प्रजननशीलता को बहुत महत्व देते हैं। बहुत से सामाजिक समुदायों में संतानहीन पुरुषों को किसी पिता के बराबर का दर्जा नहीं मिल पाता⁷। फिर भी महिलाओं की तुलना में पुरुष किसी अन्य महिला से उत्पन्न

संतान को उस महिला से संबंधों का परिणाम बताकर या फिर अपने यौन साथी को गुप्त रूप से किसी अन्य पुरुष के साथ संबंध स्थापित करने (आमतौर पर किसी रिश्तेदार के साथ) की अनुमति देकर अपने प्रजननहीन होने की वास्तविकता को छिपा जाते हैं²⁴। जिम्बाब्वे, तंजानिया, कैमरून और यूगाण्डा से प्राप्त रिपोर्टों से यह जानकारी मिली है कि पुरुषों के मान-सम्मान को सुरक्षित रखने के लिए उनमें प्रजननहीनता की सच्चाई को छिपाया जाता है⁷। इससे पुरुषों द्वारा प्रजननहीनता की जाँच, उपचार और इसके प्रबंधन के कामों में शामिल होना प्रभावित होता है। इसका परिणाम यह होता है कि महिलाओं को बिना किसी कारण अनावश्यक और महंगे उपचार कराने पड़ते हैं जबकि वास्तव में समस्या उनके साथी के साथ होती है।

इस बारे में बहुत अधिक जानकारी नहीं है कि महिलाएं (और पुरुष) यौन संचारित संक्रमणों और प्रजननहीनता के बीच संबंधों को किस हद तक समझते हैं, हालांकि इस विषय पर शैक्षणिक और प्रशिक्षण सामग्री के अभाव को देखते हुए यह अनुमान लगाया जा सकता है कि उनकी जानकारी के स्तर बहुत ही कम हैं। हाल ही में किशोर आयु के लड़कों और लड़कियों द्वारा अपने यौन स्वास्थ्य की आवश्यकताओं को परिभाषित करने से संबंधित अध्ययन से पता चला कि उन्हें यौन संचारित संक्रमणों तथा प्रजननहीनता के बीच संबंध की जानकारी नहीं थी²⁵।

दोहरी सुरक्षा को विस्तृत कर प्रजननशीलता को सुरक्षित रखे जाने को इसमें शामिल करना

हालांकि जनसांख्यिकीय रूप से यह जाँच

नहीं की गई है, लेकिन फिर भी जहाँ महिलाओं की स्थिति उनकी प्रजननशीलता से आंकी जाती हो वहाँ प्रजननशीलता को सुरक्षित रखे जाने का महत्व बहुत ही प्रासंगिक होगा। प्रजननहीनता सहित महिलाओं की व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताओं को हल करने से न केवल काया रोग सम्मेलन में निर्धारित सिद्धान्तों का पता चलता है बल्कि इससे विभिन्न कार्यक्रमों के बीच साझा प्रयासों की भी जानकारी मिलती है। इस दिशा में एक व्यावहारिक कदम यह होगा कि दोहरी सुरक्षा प्रदान करने के प्रयासों को बढ़ाया जाए और इन्हें अधिक मज़बूत किया जाए।

जैसा कि इस समय समझा जाता है, दोहरी सुरक्षा का अर्थ है अनचाहे गर्भ और यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी के प्रति रोकथाम मिल पाना। केवल पुरुष और महिला कण्डोम ही अपने आप में इस दोहरी सुरक्षा को प्रदान करने के प्रभावी तरीके सिद्ध हो पाए हैं²⁶। पुरुष या महिला कण्डोम के प्रयोग के साथ-साथ किसी अन्य गर्भनिरोधन उपाय के प्रयोग या/तथा गर्भपात द्वारा भी दोहरी सुरक्षा प्राप्त की जा सकती है। दो तरह के गर्भनिरोधकों का प्रयोग करते हुए दोहरी सुरक्षा पाने की विधि तभी सफल होती है जब इनमें से गर्भनिरोधन के एक उपाय के रूप में कण्डोम का प्रयोग किया जा रहा हो। दोहरी सुरक्षा पाने का एक अन्य उपाय यह है कि संक्रमण से मुक्त और केवल एक-दूसरे के साथ ही शारीरिक संबंध रखने वाले दम्पति किसी *नॉन बैरियर* गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करें। इसके अलावा योनि में शिशन का प्रवेश न कराकर किए जाने वाले सैक्स से भी दोहरी सुरक्षा मिल सकती है। हालांकि

स्वास्थ्य की स्थिति को बढ़ावा देने के अभियानों में इस अंतिम उपाय पर बहुत अधिक ध्यान नहीं दिया जाता है फिर भी यह एक ऐसा क्षेत्र है जो भविष्य में शोध कार्य किए जाने और कार्यक्रमों के रूप में, विशेषकर युवाओं के बीच चलाए जाने वाले अभियानों के संदर्भ में, बहुत अधिक महत्वपूर्ण साबित हो सकता है।

सुरक्षा के इस विचार को और अधिक व्यापक तरीके से प्रस्तुत करते हुए इसे 'तिहरी सुरक्षा' के रूप में भी परिभाषित किया जा सकता है। इसमें सैक्स के तीन अनावश्यक परिणामों की रोकथाम होनी चाहिए जिसमें (1) यौन संचारित संक्रमण/एचआईवी, (2) अनचाहा गर्भाधान और (3) प्रजननहीनता से सुरक्षा मिलनी चाहिए। दोहरी सुरक्षा के इस विचार को आगे बढ़ाने का प्रमुख कारण न केवल प्रजननहीनता और यौन संचारित संक्रमणों के बीच के संबंध को सामने लाना और ऐसा करते हुए यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम और नियंत्रण के प्रयासों को बढ़ाना है बल्कि बहुत से विकासशील देशों में प्रजननहीनता, असुरक्षित गर्भपात और प्रसव प्रक्रियाओं के बीच के गहरे संबंध को उजागर करना भी है। यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी को बहुत अधिक कलंकित माना जाता है तथा इन पर चर्चा नहीं की जाती। इसका परिणाम यह होता है कि इनके बारे में सही जानकारी विकसित नहीं हो पाती और ये विषय लगभग अनछुए रह जाते हैं। प्रजननहीनता और असुरक्षित गर्भपात एवं प्रसव प्रक्रियाओं के बीच के संबंधों को भी अकसर भुला दिया जाता है। 'तिहरी सुरक्षा' की प्रक्रिया प्रजननशीलता और प्रजननहीनता के 'स्पष्ट रूप से दिखाई देने' और

लोगों द्वारा इससे जुड़ने और इसे समझने की परिस्थितियों का प्रयोग करते हुए दोहरी सुरक्षा देने वाले उपायों का प्रयोग करते हुए ही यौन संचारित संक्रमण और एचआईवी के प्रति भी सुरक्षा पाने को बढ़ावा दे सकती है।

यद्यपि ग्रीवा में लगाए जाने वाले कैमिकलयुक्त बहुत से गर्भनिरोधक उपायों से किन्हीं विशेष यौन संचारित संक्रमणों के विरुद्ध सुरक्षा मिल पाती है, लेकिन फिर भी वे एचआईवी के विरुद्ध पूरी तरह से सुरक्षित और प्रभावी सिद्ध नहीं हुए हैं²⁶। ग्रीवा में लगाए जाने वाले डायफ्राम या कैप्स जैसे गर्भनिरोधक कुछ तरह के यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी के जोखिम को रोक पाने या कम करने में संभवतः प्रभावी होते हों लेकिन आज तक इस बारे में निश्चित अध्ययन नहीं किए गए हैं। इस उद्देश्य से डायफ्राम की प्रभावशीलता को जाँचने के लिए हाल ही में एक अध्ययन आरंभ किया गया है। ऐसी आशा है कि भविष्य में वैजाइनल माइक्रोबिसाइड या योनि में लगाई जाने वाली दवाओं से इस दिशा में कुछ प्रगति हो सकेगी लेकिन प्रमुख माइक्रोबिसाइडल दवाओं पर परीक्षण अभी हाल ही में आरंभ हुए हैं।

नए और अधिक प्रभावी उपायों से निश्चित तौर पर सहायता मिलेगी लेकिन इस समय उपलब्ध दोहरी (तिहरी) सुरक्षा के उपायों को भी बढ़ावा देने के प्रयास लगातार जारी रखे जाने चाहिए। इसमें समस्या यह है कि बहुत से लोगों को कण्डोम का प्रयोग करना अच्छा नहीं लगता क्योंकि उनके मन में ऐसी भावना रहती है या संभवतः उन्हें ऐसा अनुभव होता है कि इसके प्रयोग से यौनिक आनन्द में कमी आ जाती है। इसके

अलावा परिवार नियोजन सेवाएं देने वाले सेवाप्रदाता भी कण्डोम के प्रति भेदभावपूर्ण रवैया रखते हैं क्योंकि उनका मानना है कि अन्य गर्भनिरोधक उपायों की तुलना में कण्डोम के प्रयोग से कम सुरक्षा मिलती है हालांकि यदि इनका सही और लगातार प्रयोग किया जाए तो यह अत्यधिक प्रभावी हो सकते हैं। बहुत सी परिस्थितियों में पुरुष कण्डोम को 'अपने मुख्य साथी के साथ सैक्स के अलावा किसी अन्य से सैक्स किए जाने' का प्रतीक भी समझा जाता रहा है हालांकि हमेशा ही ऐसा नहीं होता। ऐतिहासिक रूप से भी पुरुष कण्डोम गर्भाधान को रोकने, वैवाहिक संबंधों में और विवाह के अतिरिक्त संबंधों में भी गर्भावस्था को रोकने की कार्ययोजनाओं के अभिन्न अंग बन चुके हैं। कम से कम विकसित देशों में तो किसी अन्य नॉन बैरियर गर्भनिरोधक उपाय के उपलब्ध होने तक तो यही स्थिति बनी रही थी। यह देखना भी अभी बाकी है कि क्या वैवाहिक संबंधों में भी यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम करने के लिए व्यवहार में इसी तरह के बदलाव भविष्य में आएंगे अथवा नहीं। पुरुषों को, विशेषकर विवाहित पुरुषों को प्रजननशीलता को उनके अपने ही हित में सुरक्षित रखने के बारे में शिक्षा देने से व्यक्तिगत और सामान्य व्यवहार संभवतः बदल पाएंगे।

लोगों को स्वयं को और अपने साथियों को एचआईवी, यौन संचारित संक्रमण, प्रजननहीनता और अनचाहे गर्भाधान से सुरक्षित रखने के लिए अनेक तरह के उपायों की उपलब्धता की आवश्यकता होती है। इन उपायों के प्रयोग को आरंभ कराने के लिए भी नए तरीकों का प्रयोग ज़रूरी होता है। दोहरी/तिहरी सुरक्षा के उपायों को

प्रजननशीलता को सुरक्षित रखे जाने के रूप में देखे जाने से संभवतः स्वास्थ्य वृद्धि के लिए इन उपायों के प्रयोग को अधिक बढ़ावा मिल सकता है। इसके लिए ज़रूरी है कि उपायों के प्रयोग को बढ़ावा देने के प्रयास करते हुए कई तरह के प्रयोग किए जाएं।

युवा महिलाओं की सुरक्षा आवश्यकताओं की पूर्ति

युवा लोगों के लिए कार्यक्रम तैयार करते समय सबसे बड़ी समस्या तब पैदा होती है जब यह मान लिया जाता है कि युवा लोग स्पष्ट रूप से किसी एक या अन्य वर्ग से संबंध रखते हैं। हमारे लिए यह जानना बहुत ज़रूरी है कि युवा लोग अपनी आवश्यकताओं के बारे में क्या सोचते हैं और सुरक्षित व्यवहारों को अपनाने की उनकी क्षमताएं किस तरह की हैं। आज तक किशोरों के बारे में उपलब्ध अधिकतर साहित्य में किशोरों को उनकी यौन गतिविधियों, विवाह से पहले संतान उत्पन्न करने, गर्भनिरोधकों और कण्डोम के प्रयोग के आधार पर वर्गीकृत करते हुए समझने के प्रयास किए जाते रहे हैं। उनके द्वारा जोखिमों को समझने और प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े निर्णय ले पाने की क्षमता को कभी भी उन्हें समझने का आधार नहीं माना गया है²⁷।

यौन साथियों के बीच शक्ति असंतुलन या असमानताओं से सुरक्षा उपायों का प्रयोग किया जाना प्रभावित होता है। इससे आयु, सामाजिक मोलभाव की कम क्षमता, सेवाओं तक कम पहुँच और वित्तीय विकल्पों के अभाव के कारण वयस्क महिलाओं की तुलना में युवा महिलाएं अधिक संवेदनशील हो जाती हैं। अफ्रीका के सहारा

मरुस्थलीय प्रदेशों में किशोर आयु की लड़कियों के यौन संबंधों में आयु तथा आर्थिक असमानताओं की पुनरीक्षा करते हुए ल्यूक ने पाया कि हमेशा किशोर लड़कियाँ ही परिस्थितियों से पीड़ित नहीं होतीं और न ही उनके यौन संबंधों पर पूरी तरह से उनका नियंत्रण होता है²⁸। इसकी बजाए ऐसा लगता है कि यौन संबंधों के बहुत से पहलुओं पर लड़कियों में अपनी बात को रखने और मनवाने की क्षमता होती है लेकिन संबंधों के बीच अपनाए जा रहे यौन व्यवहारों पर उनका बहुत अधिक नियंत्रण नहीं होता। उनकी जानकारी का स्तर अकसर कम होता है और वे संभावित जोखिम को वास्तविक जोखिम की तुलना में बहुत कम कर आंकती हैं^{29,30}।

इस दिशा में पहला कदम यह होगा कि गर्भधारण की इच्छा रखने वाली और इससे बचने वाली महिलाओं में अंतर किया जाए और यौन संचारित संक्रमण तथा एचआईवी के प्रति सुरक्षा की उनकी आवश्यकताओं पर ध्यान दिया जाए।

गर्भाधान न चाहने वाली महिलाएं

गर्भावस्था से बचने की इच्छा रखने वाली महिलाओं के मन में गर्भावस्था का जोखिम, किसी भी तरह के संक्रमण के जोखिम की चिन्ता से भी अधिक महत्व रखता है भले ही यौन संचारित संक्रमणों विशेषकर, एचआईवी के परिणाम बहुत ही गंभीर होते हैं। साक्ष्यों से पता चलता है कि आमतौर पर महिलाएं रोग की रोकथाम की बजाए गर्भावस्था से बचने के लिए अपने यौन साथी को कण्डोम का प्रयोग करने के लिए तैयार करने में अधिक तत्पर और अधिक सफल रहती हैं।

विकासशील देशों में यौन रूप से सक्रिय महिलाओं में सबसे अधिक संख्या विवाहित महिलाओं की होती है। गर्भधारण न चाहने वाली या इसे कुछ समय के लिए टालने की इच्छा रखने वाली महिलाओं को आमतौर पर नॉन बैरियर गर्भनिरोधक उपाय उपलब्ध कराए जाते हैं जिनसे यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी के प्रति किसी तरह की सुरक्षा नहीं मिल पाती। शोध कार्यों से पता चला है कि किसी अत्यधिक प्रभावी गर्भनिरोधक उपाय के लगातार प्रयोग और कण्डोम के लगातार प्रयोग के बीच परस्पर अस्पष्ट नकारात्मक संबंध होते हैं³¹। विवाहित महिलाओं को आमतौर पर यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों के अंतर्गत अनदेखा किया जाता है क्योंकि ऐसा मान लिया जाता है कि विवाह सुरक्षित सैक्स व्यवहारों का द्वार है। विवाहित संबंधों में भी (गर्भावस्था से बचने के लिए भी) बहुत सी महिलाओं के लिए अपने साथी द्वारा कण्डोम का प्रयोग सुनिश्चित कर पाना कठिन हो जाता है। विवाह के अतिरिक्त अन्य संबंधों में अपने यौन साथी को कण्डोम का प्रयोग करने के लिए प्रोत्साहित कर पाना भी संभवतः उनके लिए मुश्किल होता होगा³²। ऐसी स्थिति में एक ऐसी कार्ययोजना, यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में भी ज़्यादा स्वीकार्य हो सकती है जिसमें गर्भावस्था की रोकथाम के साथ-साथ प्रजननशीलता को सुरक्षित रखे जाने के बारे में भी कहा जाए। उदाहरण के लिए इसी तरह के विचार सामने रखते हुए ज़िम्बाब्वे में महिला कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा दिए जाने के प्रयास किए गए हैं³³।

गर्भधारण करने की इच्छा रखने वाली महिलाएं

विवाहित महिलाएं और अविवाहित लड़कियाँ, दोनों ही गर्भधारण करने की इच्छुक हो सकती हैं। साक्ष्यों से ऐसी जानकारी मिलती है कि कुछ अविवाहित लड़कियाँ अपने संबंधों को सुदृढ़ करने के लिए या विवाह सुनिश्चित करने के लिए गर्भधारण करने का सहारा लेती हैं हालांकि यह ज़रूरी नहीं कि वे हमेशा ही इसमें सफल हो पाती हों। विवाहित महिलाओं के संबंध में प्राप्त साक्ष्यों से ऐसा लगता है कि किसी नवविवाहित महिला से यह अपेक्षा की जाती है, और वह स्वयं ही यही चाहती है कि वह विवाह के बाद जल्दी ही, संभवतः विवाह के पहले वर्ष में ही संतान उत्पन्न करे³⁴। ऐसा न हो पाने से उसकी प्रजननशीलता के बारे में संदेह उत्पन्न हो जाता है। इन महिलाओं के मन में यौन संचारित संक्रमणों के जोखिम को लेकर चिन्ताएं नहीं होती हालांकि वैवाहिक संबंधों से पहले या विवाह के अतिरिक्त यौन संबंधों के दौरान भी यौन संचारित संक्रमण होने का खतरा बना रहता है।

यहाँ समस्या यह है कि युवा महिलाओं की इन अलग-अलग और कभी-कभी परस्पर विरोधी आवश्यकताओं को एक साथ किस तरह से पूरा किया जाए। इस समय किसी एचआईवी बाधित पुरुष के साथ विवाहित एचआईवी मुक्त महिला द्वारा गर्भवती होने की इच्छा को पूरा करने का एकमात्र उपाय किसी संक्रमणमुक्त प्रजननशील पुरुष द्वारा शुक्राणु दान करना या फिर गर्भाधान के बाद उसके पति के शुक्राणुओं में से एचआईवी संक्रमण हटा देना ही है³⁵। ये प्रक्रियाएं बहुत अधिक प्रचलित और स्वीकार्य नहीं हैं। शुक्राणुओं

में से संक्रमण को निकाल पाने की प्रक्रिया तो अधिकांश देशों में आसानी से उपलब्ध भी नहीं है। इसलिए यह ज़रूरी है कि महिलाओं के लिए एक प्रभावी लेकिन गर्भाधान को न रोकने वाले माइक्रोबिसाइड का विकास किया जाए जो गर्भाधान को संभव बनाने के साथ-साथ कम से कम आंशिक रूप से ही सही, यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी के प्रसार को रोक सके।

तिहरी सुरक्षा की दिशा में आगे बढ़ने के प्रयास

युवा महिलाओं को सटीक जानकारी और सेवाओं की उपलब्धता की ज़रूरत होती है। इसके साथ ही साथ उन्हें स्वयं को प्रभावी रूप से सुरक्षित रखने के लिए सामाजिक समर्थन की भी आवश्यकता होती है।

इस संबंध में सबसे पहला कदम तो यह होगा कि युवा महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों को स्वीकार किया जाए। इसमें उनके द्वारा सुरक्षित, आनन्ददायी और आपसी सहमति से यौन संबंध बनाने के अधिकार और सुरक्षित तथा अपनी इच्छा से विवाह किए जाने के अधिकार को स्वीकार किया जाना शामिल है। नीति-निर्माण और कार्यक्रमों के स्तर पर युवा लोगों के स्वास्थ्य और विकास की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सहभागिताएं निर्मित करने को भी बढ़ावा दिया जाना चाहिए।

सभी आयु वर्ग के पुरुषों और महिलाओं को स्वस्थ यौन व्यवहारों तथा सुरक्षित सैक्स, मूलभूत प्रजनन संरचना और इसकी कार्यप्रणाली, असुरक्षित सैक्स के खतरों तथा गर्भावस्था एवं यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम के विभिन्न उपायों के बारे

में शिक्षित किया जाना चाहिए। उन्हें यह भी बताया जाना चाहिए कि प्रजननहीनता किन कारणों से उत्पन्न होती है और आवश्यकता पड़ने पर इसके निदान के लिए क्या किया जा सकता है। इस तरह के कार्य अनेक तरीकों से किए जा सकते हैं: इनमें स्कूलों में जीवन कौशल की शिक्षा के कार्यक्रमों को सुदृढ़ किया जा सकता है, परिवार नियोजन, आरंभिक देखभाल, यौन संचारित संक्रमण एवं एड्स रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रमों, प्रसव पूर्व और प्रसव देखभाल सेवाओं, गर्भपात या गर्भपात के बाद की देखभाल, किशोर शिक्षा कार्यक्रमों और जनसामान्य को शिक्षित किए जाने के व्यापक प्रयासों को भी इन संदेशों को शामिल किया जा सकता है।

इन आवश्यकताओं को पूरा करने में आने वाली प्रमुख चुनौती यह है कि प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं छिन्न-भिन्न हो गई हैं। अब यौन संचारित संक्रमणों का उपचार आमतौर पर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों या क्लीनिकों में ही किया जाता है। प्रजननहीनता से जुड़ी समस्याओं का निदान, मुख्य रूप से निर्धन महिलाओं में, वैकल्पिक या पारंपरिक उपचार देने वाले लोग ही करते हैं जबकि धनी महिलाओं में इसका उपचार प्रजननहीनता के विशेषज्ञ डॉक्टर करते हैं। अब भी गर्भनिरोधन उपाय परिवार नियोजन सेवाओं, व्यावसायिक वितरण या निजी चिकित्सकों द्वारा ही उपलब्ध कराए जाते हैं और यह जरूरी नहीं कि इन्हें प्रसवपूर्व जाँच कार्यों के अंतर्गत भी उपलब्ध कराया जाता हो। इसी तरह एड्स पर नियंत्रण करने के प्रयास भी बहुत अलग-थलग हैं। स्वास्थ्य सेवाओं में इस अलगाव को दूर करने के लिए दार्शनिक, तकनीकी और

व्यवस्थात्मक रूप से यह जरूरी होगा कि सेवाएं दिए जाने के कई नए मॉडलों के साथ प्रयोग किए जाएं जो अलग-अलग परिस्थितियों के अनुसार विशेष रूप से तैयार किए गए हों। उदाहरण के लिए परिवार नियोजन कार्यक्रम किसी परिस्थिति में प्रजननहीनता को रोकने, तो किसी अन्य परिस्थिति में इसका उपचार करने में सहायक हो सकते हैं जिससे कि प्रजननशीलता से जुड़ी समस्याओं को दूर किया जा सकता है, पुरुषों को प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल कार्यों से जोड़ा जा सकता है, यौन संचारित संक्रमणों के प्रयास को कम किया जा सकता है और समुदाय का विश्वास जीता जा सकता है³⁶। सेवाओं की उपलब्धता बढ़ाने से यौन संचारित संक्रमणों और एचआईवी से जुड़े कलंक को भी कम किया जा सकता है। ऐसा करने से सेवाओं का एकीकरण अधिक व्यावहारिक हो पाएगा और संभवतः अधिक सफल भी हो जाएगा।

शोध कार्यों के संदर्भ में किशोरों द्वारा दोहरी/तिहरी सुरक्षा के प्रयोग के बारे में समझ की व्याख्याएं किए जाने की आवश्यकता है और यह बताए जाने की जरूरत है कि युवा लोग प्रजननहीनता के कारणों और परिणामों के बारे में क्या सोचते हैं।

अंत में बहुत से समुदायों और समाजों में लड़कियों तथा महिलाओं की असमान परिस्थितियाँ किसी भी तरह की सुरक्षा कार्ययोजनाओं पर गंभीर चर्चा करने में महत्वपूर्ण योगदान दे सकती हैं। संभवतः महिलाओं को सशक्त करने और पुरुषों को जागृत करने के मिले-जुले प्रयास करना ही इस दिशा में सफलता पाने का सबसे अच्छा तरीका हो सकता है।

पत्र व्यवहार के लिये पता

*पॉपुलेशन काउन्सिल न्यूयॉर्क के परिवार एवं विकास कार्यक्रम में जेंडर विषय पर आधारित कार्यक्रम में सहयोगी, न्यूयॉर्क, एनवाई, संयुक्त राज्य अमरीका, ई-मेल: mbrady@popcouncil.org

संदर्भ

1. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS, 2002.
2. Gregson S, Nyamukapa C, Mlilo M. Are women or men more affected by HIV in southern Africa? Insights from studies in rural Zimbabwe. SAfAIDS News 2000;8(4).
3. Glynn JR, Carae'l M, Auvert B, et al. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya, and Ndola, Zambia. AIDS 2001;15(Suppl.4):S51-60.
4. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DHL, et al. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. Sexually Transmitted Infections 1998;74(Suppl.1): S12-S16.
5. World Health Organization. Women and Sexually Transmitted Infections: Fact Sheet, June 2000. At: <<http://www.who.int/inf-fs/en/fact249.html>>. Accessed 16 July 2003.
6. United Nations. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, September 1994.
7. van Zandvoort H, de Koning K, Gerrits T. Medical infertility care in low income countries: the case for concern in policy and practice [Viewpoint]. Tropical Medicine and International Health 2001;6(7):563-69.
8. Stewart GK. Impaired fertility. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al, editors. Contraceptive Technology. 17th revised edition. New York: Ardent Media, 1998.
9. World Health Organization. Recent Advances in Medically Assisted Conception: Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series, No. 820. Geneva: WHO, 1992.
10. Farley TMM, Belsey EM. The prevalence of infertility. In: African Population Conference. International Union for the Scientific Study of Population 1988;1:2.1.15-2.1.30.
11. Jejeebhoy SJ. Adolescent sexual and reproductive behaviour: a review of the evidence from India. Social Science and Medicine 1998;46(10):1275-90.
12. Bhatti LI, Fikree FF, Khan A. The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study. Social Science and Medicine 1999;49:637-49.

13. Otoide VO, Oronsaye F, Okonofua FE. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions. *International Family Planning Perspectives* 2001;27(2):77–81.
14. Okonofua FE, Harris D, Odebiyi A, et al. The social meaning of infertility in southwest Nigeria. *Health Transition Review* 1997; 7(2):205–20.
15. Cates W, Farley TM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: is Africa different? *Lancet* 1985;2:596–98.
16. Bongaarts J, Bruce J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* 1995; 26(2):596–75.
17. Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Studies in Family Planning* 2002;33(2):127–40.
18. Bharadwaj A. Culture, infertility and gender: vignettes from South Asia and North Africa. *Sexual Health Exchange* 2002; 2:14–15.
19. Jackson H. Having control of one's own fertility. *Sexual Health Exchange* 2002; 2:1–2.
20. Datta B. "What about us?" Bringing Infertility into Reproductive Health Care. *Quality/Calidad/Qualite´* 2002; 13:3–29.
21. Iammarrone E, Balet R, Lower AM, et al. Review: Male infertility. *Baillie're's Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2003;17(2):211–29.
22. Cates W, Brunham RC. Sexually Transmitted Infections and Infertility. In: Homes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd dition. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 1079–87.
23. Berger RE. Acute epididymitis. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 847–58.
24. Sundby J. Infertility: a priority reproductive health issue. *Sexual Health Exchange* 2002;2:13–14.
25. Doumbia S, Brady M, Gomis D. Understanding the dual protection needs of adolescents in Bamako, Mali, 2003. Unpublished.
26. Stone KM, Timyan J, Thomas EL. Barrier methods for the prevention of sexually transmitted diseases. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 1307–21.
27. Gage A. Sexual activity and

- contraceptive use: the components of the decision making process. *Studies in Family Planning* 1998; 29(2):154–66.
28. Luke N. Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 2003; 34(2):67–83.
29. Ahlberg BM, Jylka's E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sexual practices among young people in Kenya and Sweden. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):26–35.
30. Nzioka C. Lay perceptions of risk of HIV infection and the social construction of safer sex: some experiences from Kenya. *AIDS Care* 1996;8(5): 565–80.
31. Jacobi J. Practical options for prevention of HIV/STD infections and unwanted pregnancy. *Sexual Health Exchange* 1999;1–3.
32. Adetunji J. Condom use in marital and non-marital relationships in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 2000;26(4): 196–200.
33. Warren M, Philpott A. Expanding safer sex options: introducing the female condom into national programmes. *Reproductive Health Matters* 2003;10(21):130–39.
34. Haberland N. The neglected majority: married adolescents. In: *Background Document for UNFPA Workshop on Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. New York: Population Council, 2002.
35. Meseguer M, Garrido N, Gimeno C. Comparison of polymerase chain reaction-dependent methods for determining the presence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus in washed sperm. *Fertility and Sterility* 2002;78(6):1199–202.
36. Okonofua FE. Afterword. In: "What about us?" *Bringing Infertility Into Reproductive Health Care. Quality/Calidad/Qualite'* 2002;13:30–31.

एचआईवी बाधित लोगों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सुनिश्चित करना : मानवाधिकारों, नीतिगत और स्वास्थ्य संबंधित व्यवस्थात्मक विषयों की समीक्षा

सोफिया रस्किन^अ, लॉरा फर्ग्युसन^अ, जैफ्री ओ'मैले^ब

सारांश :

एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के बारे में बार-बार ध्यान आकर्षित किए जाने के बाद भी इस संबंध में कार्यक्रमों में कोई ऐसे दिशा-निर्देश देखने को नहीं मिलते जिनसे इन लोगों के मानवाधिकारों को सुनिश्चित करते हुए इन्हें ये सेवाएं दी जा सकती हों। स्वास्थ्य सेवाएं और कार्यक्रम लागू करने तथा इन सेवाओं को प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के बीच बड़े जटिल संबंध देखे जाते हैं। इस विषय पर उपलब्ध साहित्य सामग्री की पुनरीक्षा करने से स्पष्ट रूप से यह पता चलता है कि इन कार्यक्रमों और सेवाओं में अभी भी बहुत सी कमियां हैं जिन्हें पर्याप्त रूप से हल नहीं किया जा रहा है। स्वास्थ्य सेवाओं तथा कार्यक्रमों की उपलब्धता और इन्हें प्रयोग किया जाना इस बात पर निर्भर करता है कि लोगों को ये सेवाएं कितनी आसानी से उपलब्ध हैं, वे इनका कितना प्रयोग कर पाते हैं। साथ ही इन सेवाओं की गुणवत्ता इस पर भी निर्भर करती है कि समुदाय और राष्ट्र के स्तर पर स्वास्थ्य प्रणालियों का स्तर कैसा है और ये किस तरह के वैधानिक और नीतिगत ढाँचे के अंतर्गत प्रदान की जाती हैं। बहुत कम सरकारें ही अपनी संपूर्ण जनसंख्या की आवश्यकता के अनुसार सभी सेवाएं दे पाने में सक्षम होती हैं। अधिकांश स्थानों पर लोग अनेक तरह के औपचारिक तथा अनौपचारिक सेवाप्रदाताओं के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाएं पाते हैं और स्वास्थ्य के संबंध में उनका व्यवहार कई कारकों और दिशाओं में प्रभावित होता है। इस बात को समझने और हल करने की आवश्यकता है कि किस प्रकार स्वास्थ्य सेवाएं, कानून एवं नीतियों तथा सामाजिक परिस्थितियाँ मिलकर एचआईवी बाधित लोगों के लिए पर्याप्त कार्यक्रम और सेवाएं विकसित किए जाने और दिए जाने में सहयोग देती हैं अथवा इसमें समस्याएं उत्पन्न करती हैं। © 2007 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स। सर्वाधिकार सुरक्षित।

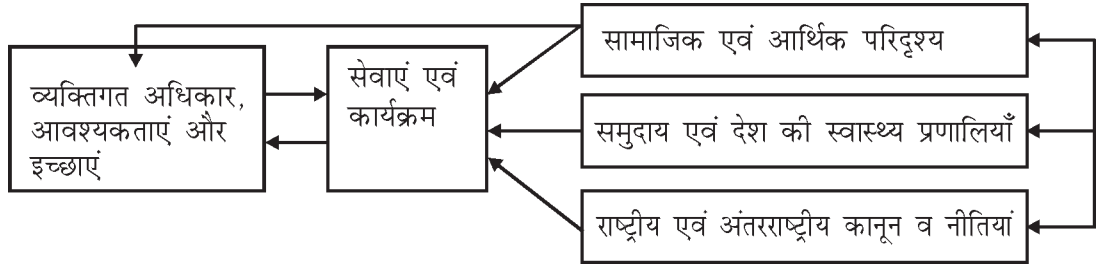
मुख्य शब्द : यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, प्रजनन स्वास्थ्य नीतियाँ एवं कार्यक्रम, मानवाधिकार, सामाजिक निर्धारक, एचआईवी/एड्स

दुनियाभर में अब इस बात को माना जाने लगा है कि वर्तमान सामुदायिक स्वास्थ्य नीतियाँ और कार्यक्रम अकसर एचआईवी बाधित लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े अधिकारों, आवश्यकताओं और इच्छाओं की पूर्ति करने में किल रहते हैं। इन किलताओं को रोकने के लिए तुरन्त कार्यवाही किए जाने की आवश्यकता है।

एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों के अधिकारों, आवश्यकताओं और इच्छाओं को साथ ही उनके द्वारा स्व-देखभाल तथा सेवाओं की माँग को पर्याप्त रूप से किस तरह पूरा किया जा सकता है? स्वास्थ्य सेवाएं देने और कार्यक्रम लागू करने तथा इन सेवाओं को प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के बीच बड़े जटिल संबंध देखे जाते हैं।

चित्र-1 में दिखाई गई संरचना का प्रयोग करते हुए इस लेख में नीतियों और कार्यक्रमों से जुड़े उन सभी विषयों को उठाया गया है जो एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं पाने से जुड़े हैं। इस लेख में उन सभी कार्यक्रमों के बारे में भी चर्चा की गई है जो इन व्यक्तियों के मानवाधिकारों का आदर, सुरक्षा को सुनिश्चित करते हुए इन्हें अपने प्रजनन लक्ष्यों को प्राप्त कराने में भी सहायक होते हैं। चित्र की संरचना में दिखाए गए सभी भागों की कार्यप्रणालियों को यदि एक साथ लागू किया जाए तभी उपयुक्त सेवाएं और कार्यक्रम तैयार एवं क्रियान्वित किए जा सकते हैं और आवश्यकतानुसार लोग इनका लाभ उठा सकते हैं।

चित्र-1 : सैद्धान्तिक संरचना



इसके अलावा स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग और इन्हें दिया जाना समुदाय और राष्ट्र स्तर पर विद्यमान स्वास्थ्य सेवा प्रणालियों, राष्ट्रीय तथा अंतरराष्ट्रीय वैधानिक व नीतिगत संरचनाओं और इन सेवाओं को प्रयोग करने वाले और इनसे लाभ पाने वाले लोगों की समग्र सामाजिक और आर्थिक परिस्थितियों पर भी निर्भर करता है।

हालांकि एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े अधिकार, आवश्यकताएं और इच्छाएं एचआईवी मुक्त पुरुषों और महिलाओं से बहुत मिलती-जुलती हैं फिर भी इन लोगों में कुछ प्रमुख शारीरिक और सामाजिक अंतरों पर विशेष ध्यान दिए जाने की ज़रूरत होती है। उदाहरण के लिए एचआईवी के अधिक प्रसार

वाले क्षेत्रों में वहाँ के जनसंख्या समूहों में किन्हीं विशेष चिकित्सीय समस्याओं के प्रति अधिक संवेदनशीलता को देखते हुए यह संभव है कि वहाँ इन समस्याओं को हल किए जाने को अधिक प्राथमिकता दी जाए। इसके अलावा, एचआईवी को कलंकित मानने के सामाजिक व्यवहार को देखते हुए यह भी जरूरी हो जाता है कि संक्रमण से बाधित लोगों की गोपनीयता बनाए रखने के विषय पर अधिक ध्यान दिया जाए। स्वास्थ्य सेवाओं एवं कार्यक्रमों से एचआईवी बाधित लोगों की आकांक्षाओं और इच्छाओं को जान लेना जरूरी है ताकि इनकी विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार कार्यक्रम तैयार किए जा सकें और सेवाएं प्रदान की जा सकें।

यौन एवं प्रजनन सेवाओं और एचआईवी से अनेक तरह के सामाजिक कलंक जुड़े होते हैं इसलिए यह आकलन कर लेना बहुत जरूरी है कि सामाजिक और आर्थिक परिस्थितियाँ स्वास्थ्य सेवाओं और कार्यक्रमों की उपलब्धता, माँग और गुणवत्ता को किस तरह प्रभावित करेंगी। कुछ व्यापक शक्ति संतुलनों से एचआईवी बाधित लोगों के जीवन पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है जिनके परिणामस्वरूप वे निर्धनता, जेंडर असमानता और सामाजिक अलगाव जैसी परिस्थितियों का सामना करने के लिए मजबूर हो जाते हैं। इन लोगों के जीवन पर कुछ सकारात्मक प्रभाव भी पड़ते हैं जिनमें कार्यक्रमों में सहभागिता और उत्तरदायित्व, विशेष समुदायों में सामाजिक वर्चस्व और संगठन अथवा समानता के प्रति अधिक सामाजिक कटिबद्धता जैसी परिस्थितियाँ शामिल हैं। इस लेख में एचआईवी बाधित पुरुषों एवं महिलाओं

के जीवन और अनुभवों को प्रभावित करने वाली प्रमुख सामाजिक-सांस्कृतिक एवं आर्थिक परिस्थितियों की ओर ध्यान आकृष्ट करने का प्रयास किया गया है।

ऐतिहासिक रूप से एचआईवी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने का विकास सामानान्तर रूप से लगातार साथ-साथ होता रहा और ये एक दूसरे को प्रभावित भी करती रहीं; कई मामलों में अब इन्हें धीरे-धीरे जोड़ने या साथ लाने के प्रयास किए जा रहे हैं। एचआईवी कार्यक्रमों का लक्ष्य अब एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के बारे में जानकारी देने से हटकर एड्स के उपचार की व्यवस्था करना हो गया है, इसलिए अब एक ऐसी कार्यकारी स्वास्थ्य प्रणाली की आवश्यकता और भी अधिक हो गई है जो एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, दोनों ही एक साथ प्रदान कर सकें। यही कारण है कि सेवाओं के एकीकरण को अब बहुत जरूरी समझा जाने लगा है। यह सही समय है कि एचआईवी कार्यक्रमों की सफलता और इनके प्रति राजनैतिक कटिबद्धता का लाभ उठाया जाए और एचआईवी बाधित लोगों एवं अन्य सामान्य जनसंख्या समूहों के लिए उपलब्ध यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को और अधिक सुदृढ़ किया जाए²।

अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकारों की संरचना के अंतर्गत यह व्यवस्था की गई है कि राष्ट्रीय सरकारें ऐसे नियम, नीतियाँ और व्यवस्थाएं तैयार करें जिनसे कि एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों द्वारा अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की आवश्यकताओं और इच्छाओं को पूरा कर पाने में सहायता मिले। राज्यों का यह कानूनी दायित्व है

कि वे एचआईवी बाधित लोगों के मानवाधिकारों को बढ़ाने और सुरक्षित रखने के लिए काम करें। इनमें इन लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े अधिकार भी शामिल हैं। एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के लिए उपयुक्त काम करने हेतु मानवाधिकारों पर ध्यान देने से अनेक सुअवसर उत्पन्न होने के साथ-साथ कई दायित्व भी खड़े हो जाते हैं। एचआईवी के प्रति मानवाधिकारों के दृष्टिकोण में यह व्यवस्था की गई है कि नीतियाँ और कार्यक्रम बनाते समय तथा उन्हें लागू करते समय प्रभावित समुदायों को इस काम में जोड़ा जाए और उनके साथ किसी तरह का कोई भेदभाव नहीं किया जाए। अब ऐसा माना जाता है कि यही सिद्धांत न केवल एचआईवी बाधित लोगों बल्कि पूरी जनसंख्या के व्यापक स्वास्थ्य लक्ष्यों को पूरा करने में भी सहायक होते हैं। समय के साथ-साथ इस बारे में साक्ष्य और अधिक पुष्ट हुए हैं कि अधिकारों पर आधारित दृष्टिकोण से एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य, दोनों ही क्षेत्रों में काम करने में सहायता मिलती है। इसी तरह अनेक अंतरराष्ट्रीय नीतियों और कार्यक्रम दिशा-निर्देशों में भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी बाधित लोगों के जीवन से जुड़ी वैधानिक आवश्यकताओं की पूर्ति होती दिखाई दे रही है¹। फिर भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी के क्षेत्र में, विशेष रूप से एचआईवी बाधित लोगों की आवश्यकताओं और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के उनके विशिष्ट अधिकारों की दिशा में प्रयासों को एक साथ लाने वाली अंतरराष्ट्रीय स्तर पर सार्वजनिक नीतियाँ अब भी बहुत कम देखने को मिलती हैं और ऐसी नीतियों का बनाया जाना अपेक्षाकृत एक नई घटना है³।

चित्र-1 के आधार पर इस लेख में एचआईवी बाधित लोगों के लिए पर्याप्त कार्यक्रम और सेवाएं विकसित करने और इन्हें लागू करने में व्यक्तिगत अधिकारों, आवश्यकताओं और इच्छाओं, सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों, स्वास्थ्य प्रणालियों एवं कानून व नीतियों की मिली-जुली भूमिकाओं के सहयोग अथवा इनके द्वारा उत्पन्न होने वाली समस्याओं को जानने का प्रयास किया गया है। लेख के अंत में प्रभावी रूप से सेवाएं देने और कार्यक्रम विकसित करने में इन सभी के बीच परस्पर जुड़ाव के महत्व को उभारा गया है।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में एचआईवी बाधित लोगों के अधिकार, आवश्यकताएं और इच्छाएं

एचआईवी बाधित लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े अधिकार, उनकी आवश्यकताएं और इच्छाएं आमतौर पर एचआईवी मुक्त लोगों के अधिकारों, आवश्यकताओं या इच्छाओं से मिलती-जुलती होती हैं। उदाहरण के लिए सभी लोगों को यह अधिकार है कि वे 'अपने बच्चों की संख्या, उनके जन्म में अंतर और जन्म के समय का निर्धारण स्वतंत्रतापूर्वक और उत्तरदायित्वपूर्ण तरीके से स्वयं कर सकें। उन्हें यह भी अधिकार है कि ऐसा कर पाने के लिए सहयोगी परिस्थितियाँ मौजूद हों'⁴। सभी महिलाओं को प्रसव के समय माँ एवं नवजात शिशु के स्वास्थ्य को होने वाले खतरे को कम करने और उनकी जीवन रक्षा के लिए एक कुशल जन्म सहायक की आवश्यकता होती है। अधिकांश युवाओं के मन में, भले ही वे एचआईवी बाधित हों या नहीं, अपने शरीर में होने वाले बदलावों को जानने की इच्छा होती है और

वे ये भी चाहते हैं कि वे उत्तरदायित्वपूर्ण तरीके से अपनी इस नई यौनिकता का आनन्द उठाएं।

एचआईवी बाधित लोगों की कुछ विशिष्ट लेकिन महत्वपूर्ण यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी आवश्यकताएं और इच्छाएं भी होती हैं। एचआईवी मुक्त लोगों की अपेक्षा एचआईवी संक्रमण से बाधित लोग शारीरिक रूप से कुछ तरह की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की समस्याओं के प्रति अधिक संवेदनशील होते हैं। इसका एक अच्छा उदाहरण कैंसर उत्पन्न होने से पहले ग्रीवा की कोशिकाओं में आने वाले बदलाव हैं जो एचआईवी बाधित महिलाओं में अधिक पाए जाते हैं और बने रहते हैं⁵।

इसके अलावा एचआईवी बाधित लोगों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी कुछ अन्य आवश्यकताएं भी होती हैं उदाहरण के लिए उन्हें प्रसव और स्तनपान के दौरान नवजात शिशुओं को संक्रमण से बचाने के लिए उपचार सेवाओं और सहयोग की आवश्यकता होती है।

कुछ सामाजिक परिस्थितियाँ और व्यवस्थात्मक कारण भी होते हैं जो केवल एचआईवी बाधित लोगों के लिए ही प्रासंगिक होते हैं। उदाहरण के लिए एचआईवी बाधित महिलाओं को संतान उत्पन्न करने या न करने के लिए बहुत ही अलग तरह के दबाव का सामना करना पड़ सकता है और उनसे रखी जाने वाली अपेक्षाएं भी अलग होती हैं। एचआईवी बाधित पुरुष और महिलाएं अक्सर इस तरह की जानकारी देते हैं कि उन्हें यौन रूप से सक्रिय न बने रहने के दबाव का सामना करना पड़ता है भले ही उनमें संक्रमण के कोई भी

लक्षण उत्पन्न न हुए हों⁶। इन लोगों के परिवार, समुदाय या स्वास्थ्य सेवाएं भी इस तरह के दबाव बना सकती हैं या अपेक्षाएं उत्पन्न कर सकती हैं। यहाँ तक कि वैधानिक और नीति संबंधी दिशा-निर्देशों से भी ऐसी ही परिस्थितियाँ उत्पन्न हो सकती हैं। उदाहरण के लिए ब्राजील में हुए शोध कार्य से ऐसी जानकारी मिली है कि वहाँ बहुत सी एचआईवी बाधित महिलाएं स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के सामने संतान उत्पन्न करने की अपनी इच्छा इसलिए व्यक्त नहीं कर पातीं क्योंकि उन्हें सेवाप्रदाताओं से नकारात्मक प्रतिक्रिया मिलने का डर रहता है⁷। गुणात्मक शोध कार्यों से ऐसी जानकारी मिली है कि एचआईवी बाधित लोगों के जीवन को प्रभावित करने वाले सबसे नकारात्मक और नुकसानदायक अनुभव उन्हें स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में कलंक की दृष्टि से देखा जाना और भेदभावपूर्ण व्यवहार से जुड़े होते हैं। इस तरह के व्यवहार के माध्यम से स्वास्थ्य सेवाप्रदाता उनकी एचआईवी स्थिति या एचआईवी संक्रमण के असामाजिक अथवा गैर-कानूनी व्यवहारों से जुड़े होने के बारे में बहुत ही अभद्र और लज्जापूर्ण टिप्पणियाँ करते हैं और सेवाप्रदाताओं द्वारा दी जा रही सेवाओं के स्तर में भी बहुत कमी आ जाती है⁸।

अंतरराष्ट्रीय कानून की परिभाषा के अनुसार यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विषय को मुख्य रूप से मानवाधिकारों की संरचना के अंतर्गत उठाया जाता है और इसे जुड़े समाधान दिए जाते हैं। मानवाधिकारों का विशेष ध्यान राज्य के उत्तरदायित्वों पर होता है, लेकिन यौनिकता और यौन स्वास्थ्य ऐसे विषय हैं जिन्हें पर्याप्त रूप से सुरक्षा नहीं

मिल पाती। प्रजनन कार्यों के अतिरिक्त यौन गतिविधियाँ करते हुए संतोषजनक यौन जीवन जीने की आवश्यकता को पहचानते हुए राज्य के उत्तरदायित्व की सीमाएं निर्धारित नहीं की जाती हैं। प्रजनन कर पाने का अधिकार, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों का केवल एक भाग मात्र है और इससे इस पूरी व्यापक परिभाषा के अंतर्गत आने वाले हर तरह के व्यवहारों को पर्याप्त सुरक्षा नहीं मिल पाती। अंतरराष्ट्रीय वैधानिक परिभाषाओं के अंतर्गत यौन स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए समर्थक वातावरण बनाने के राज्य के उत्तरदायित्व को परिभाषित नहीं किया गया है जिससे कि एचआईवी बाधित लोगों, और पूरे जनसंख्या समूहों का यौन स्वास्थ्य नकारात्मक रूप से प्रभावित होता है।

हालांकि मानवाधिकार सार्वभौमिक हैं अर्थात् सभी पर समान रूप से लागू होते हैं और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की आवश्यकताएं और इच्छाएं भी एचआईवी बाधित, व दूसरे लोगों में एक समान ही होती हैं, फिर भी एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों के अधिकारों, आवश्यकताओं और इच्छाओं से जुड़े कुछ ऐसे सिद्धान्त भी हैं जिन पर विशेष ध्यान दिए जाने की ज़रूरत होती है। मानवाधिकारों के मानकों और इस तरह के दृष्टिकोण की प्रभावशीलता के आधार पर सबसे अधिक महत्वपूर्ण सिद्धान्त इस तरह से हैं:⁹

- एचआईवी बाधित व्यक्ति अपनी यौनिकता और प्रजननशीलता के संबंध में बिना किसी डर के स्वतंत्र रूप से निर्णय ले पाने में सक्षम हों।

- एचआईवी बाधित वयस्कों और युवा लोगों को स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से सटीक जानकारी, परामर्श और सेवाएं मिलनी चाहिए जो उनकी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी विशेष ज़रूरतों को पूरा करने के लिए आवश्यक हों।
- एचआईवी बाधित लोगों के साथ पूरी गोपनीयता बरती जानी चाहिए और हर तरह की सेवाएं देने से पहले उनकी सहमति ली जानी चाहिए।
- जहाँ तक संभव हो, एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं को यह अवसर मिलना चाहिए कि वे अपनी यौनिकता, प्रजनन स्वास्थ्य और बच्चों की देखभाल से जुड़े फैसलों में अपने साथियों को भी शामिल कर सकें।

स्वास्थ्य अनुसंधान और नीतियों से जुड़े साहित्य में हाल ही के कुछ वर्षों में एचआईवी बाधित लोगों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की चिन्ताओं को पहचाना जाने लगा है। इस तरह के अध्ययनों में निम्नलिखित विषय उभर कर सामने आए हैं :

एचआईवी बाधित लोगों के मन में संतान उत्पन्न करने की इच्छा मुख्य रूप से उनकी पहले से मौजूद संतानों की संख्या से जुड़ी होती है

बहुत से स्वास्थ्य सेवाप्रदाता यह मानते हैं कि एचआईवी बाधित महिलाओं की गर्भावस्था से जुड़ी आवश्यकताओं में सबसे ज़रूरी यह होता है कि माँ से शिशु को होने वाले एचआईवी संक्रमण को रोका जाए¹⁰। इस तरह की धारणा का परिणाम यह होता है कि संतान उत्पन्न करने से जुड़ी दूसरी आवश्यकताओं की ओर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया

जाता। एचआईवी बाधित लोगों द्वारा प्रजनन विकल्पों पर किए गए अध्ययनों से लगातार भ्रम उत्पन्न करने वाले परिणाम सामने आए हैं। एक अध्ययन से यह जानकारी मिली कि एचआईवी मुक्त महिलाओं की अपेक्षा एचआईवी बाधित महिलाओं में और अधिक संतान उत्पन्न करने की इच्छा अपेक्षाकृत रूप से कम होती है लेकिन इस अध्ययन में शामिल जनसंख्या समूह में अध्ययन से पहले लगभग हर महिला की औसत 2.8 संतान थी¹¹। ब्राजील में एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं के बीच किए गए एक अध्ययन से यह निष्कर्ष निकाला गया कि बड़े अनुपात में लोग भविष्य में संतान उत्पन्न करने की इच्छा रखते हैं। इसमें एचआईवी बाधित पुरुषों का प्रतिशत 43 था (कोई भी संतान न होने वाले पुरुषों में यह प्रतिशत और भी अधिक था), तो महिलाओं में यह 14-20 प्रतिशत था (आमतौर पर केवल एक या कोई संतान न होने वाली महिलाओं में ऐसा देखा गया है)¹²। कुछ अध्ययनों के निष्कर्षों से यह पता चलता है कि एचआईवी बाधित लोग संतान उत्पन्न करना चाहते हैं ताकि वे अपने बाद इस दुनिया में 'अपना कोई अंश पीछे छोड़ जाएं' या फिर इसलिए क्योंकि संतान 'सामान्य परिस्थितियों' या उनकी रोग मुक्त सामान्य स्थिति का प्रतीक होती है¹³। ब्राजील और जिम्बाब्वे में किए गए अनुसंधान और शोध कार्यों से यह भी पता चला है कि एचआईवी बाधित लोगों के मन में यह डर बना रहता है कि यदि वे और अधिक संतान उत्पन्न करने की इच्छा व्यक्त करें तो उन्हें स्वास्थ्यकर्मियों की नकारात्मक प्रतिक्रिया का सामना करना पड़ेगा। स्वास्थ्य केन्द्रों के बाहर स्वास्थ्यकर्मियों

ने एचआईवी बाधित लोगों द्वारा संतान उत्पन्न करने के निर्णय के विरोध में खुलकर अपनी प्रतिक्रियाएं भी व्यक्त की हैं¹²।

एचआईवी जाँच केवल स्वैच्छिक हो और इसमें परामर्श भी दिया जाए

ये सुनिश्चित करने के प्रयास किए जाने चाहिए कि एचआईवी बाधित लोग अपने संक्रमित होने की जानकारी पाने के बाद यह महसूस करें कि उन्हें समर्थन मिल पाएगा। इसके लिए जरूरी होगा कि एचआईवी जाँच केवल स्वैच्छिक आधार पर की जाए, इसमें जाँच से पहले और बाद उपयुक्त परामर्श कार्यों को शामिल किया जाए और यह जाँच केवल नैतिक आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए की जाए अर्थात् इसका मुख्य उद्देश्य ये हो कि संक्रमित स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग करना जारी रखें और जाँच के दौरान संक्रमण से मुक्त पाए गए लोग आगे भी संक्रमण मुक्त रहें।

विश्व स्वास्थ्य संगठन/यूएनएड्स ने हाल ही में स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं द्वारा एचआईवी की जाँच और परामर्श कार्यों के लिए दिशा-निर्देश जारी किए हैं जिस पर टिप्पणियाँ माँगी गई हैं। इन दिशा-निर्देशों में एचआईवी जाँच करने का उत्तरदायित्व सेवाओं से लाभ प्राप्त करने वालों से हटाकर सेवाप्रदाताओं पर डाला गया है। इन दिशा-निर्देशों में एचआईवी संक्रमण के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग कर रहे सभी लाभार्थियों के लिए एचआईवी जाँच की उपलब्धता को बढ़ाने पर जोर दिया गया है। इनके अंतर्गत ऐसे स्थानों पर भी एचआईवी जाँच

कार्यों को बढ़ाने पर बल दिया गया है जहाँ यह संक्रमण किसी एक जगह पर बहुत ज़्यादा देखने को मिलता है या कम स्तर का है। इन दिशा निर्देशों में सेवाप्रदाताओं द्वारा एचआईवी जाँच और परामर्श सेवाएं दिए जाने का उद्देश्य भी शामिल है जिसमें यह बताया गया है कि इससे एचआईवी की स्थिति के बारे में जल्दी और पूरी जानकारी मिल पाएगी तथा एचआईवी की रोकथाम, उपचार, देखभाल और सहयोग कार्यों में मदद मिलेगी¹⁴। इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए इन दिशा-निर्देशों में संक्रमण के प्रति चिकित्सीय, सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानवाधिकार उद्देश्यों के बीच तालमेल करने पर बल दिया गया है¹⁵। सैद्धान्तिक रूप से इन दिशानिर्देशों को देखने से लगता है कि इनके द्वारा सभी विषयों पर पर्याप्त संतुलन बनाने की कोशिश की गई है; लेकिन फिर भी एचआईवी परामर्श एवं जाँच कार्यक्रमों तथा सेवाओं को लागू करते समय इस संतुलन को बनाए रखने के लिए बहुत सावधानी की आवश्यकता होगी।

जिन क्षेत्रों में एचआईवी की जाँच के तुरंत परिणाम मिल पाने की प्रक्रिया (रैपिड जाँच) उपलब्ध नहीं है वहाँ जाँच किए जा रहे लोगों की संख्या अपनी जाँच के परिणामों की रिपोर्ट को प्राप्त करने वाले लोगों की अपेक्षा कहीं अधिक है। इसका अर्थ यह है कि जितनी संख्या में लोगों की जाँच की जाती है, उतनी ही संख्या में लोग अपनी जाँच के परिणामों को जानने के लिए दोबारा स्वास्थ्य केन्द्र में नहीं आते। हो सकता है कि इसके कारणों में बच्चों की देखभाल करने के उत्तरदायित्व के कारण दोबारा स्वास्थ्य केन्द्र में न आ पाना शामिल हो। फिर भी ऐसा देखा गया है

कि बहुत से लोग किसी स्वास्थ्यकर्मी के दबाव के कारण एचआईवी जाँच कराते हैं और स्वयं को एचआईवी बाधित पाने के डर से दोबारा रिपोर्ट लेने के लिए नहीं आते। रैपिड जाँच उपलब्ध होने से यह संभव हो पाएगा कि जाँच और उसके परिणाम एक ही बार स्वास्थ्य केन्द्र पर आने पर उपलब्ध हो सकेंगे जिससे कि लोग अपनी जाँच के परिणामों को प्राप्त करने में आने वाली कठिनाईयों से बच पाएंगे। सेवाओं के अंतर्गत यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि जाँच के लिए भले ही कोई भी प्रक्रिया प्रयोग की जाए, जाँच पूरी तरह से स्वैच्छिक आधार पर ही होनी चाहिए और लोगों के रोग निदान के समय उन्हें पूरा समर्थन और सहयोग मिलना चाहिए।

बहुत सी महिलाओं को प्रसव-पूर्व जाँच या प्रसव के समय स्वयं के एचआईवी बाधित होने का पता चलता है

जिन स्थानों पर एचआईवी संक्रमण के बारे में परामर्श और जाँच सेवाएं बड़े पैमाने पर उपलब्ध नहीं होती या इनका बहुत अधिक प्रयोग नहीं किया जाता, वहाँ प्रसव पूर्व जाँच सेवाएं ही ऐसा अवसर होती हैं जब एचआईवी जाँच सेवाएं उपलब्ध हो पाती हैं। इन परिस्थितियों के और अधिक बढ़ने की संभावना भी है क्योंकि सेवाप्रदाताओं द्वारा एचआईवी जाँच किए जाने के बारे में विश्व स्वास्थ्य संगठन/यूएनएड्स द्वारा जारी दिशा-निर्देशों में यह कहा गया है कि एचआईवी संक्रमण के अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में जाँच सेवाएं मुख्य रूप से प्रसव पूर्व जाँच, प्रसव तथा प्रसव के बाद की उपचार सेवाओं के दौरान दी जा सकती हैं। इस संदर्भ में जाँच किए जाने को लेकर उठाई गई

चिन्ताओं के अतिरिक्त सेवाप्रदाता द्वारा संक्रमित पाए जाने पर महिला को जाँच के परिणामों के बारे में बताए जाने और सहयोग दिए जाने के कार्यों के दौरान यह जानना भी जरूरी है कि महिलाओं को यह समझने में भी समय लगता है कि संक्रमण बाधित होने से उन पर, उनके साथी पर और जन्म लेने वाले शिशु पर क्या प्रभाव पड़ेगा। वे इस बारे में भी विचार कर सकती हैं कि अपने परिवार और जानने वाले लोगों को इस बारे में बताया जाए या नहीं अथवा संक्रमित पाए जाने के बाद गर्भावस्था को जारी रखा जाए या नहीं। यह निर्णय पूरी तरह से किसी महिला के जीवन की परिस्थितियों पर निर्भर करता है और इस बात पर भी निर्भर करता है कि उसे अपने जीवन में किस तरह का सहयोग या समर्थन मिलता है या मिल सकता है⁸।

संक्रमित पाए जाने के बाद बहुत से लोग यौन गतिविधियाँ बंद कर देते हैं

संक्रमण के बाद लोगों द्वारा यौन व्यवहार बंद करने के मुख्य कारण अपने साथी की मृत्यु या उसका दूर चले जाना, बीमारी, यौन इच्छाओं में कमी, इस रोग को फैलाने का डर या दोबारा संक्रमण हो जाने का डर आदि हो सकते हैं। थाईलैण्ड में किए गए एक अध्ययन में यह पाया गया कि एचआईवी संक्रमण से बाधित होने का पता चलने के बाद अध्ययन में शामिल लगभग आधी महिलाओं ने यौन संबंध बनाना जारी रखा था लेकिन केवल 31 प्रतिशत ने यह जानकारी दी कि अध्ययन के समय वे यौन रूप से सक्रिय थीं। एचआईवी की जाँच और एचआईवी संक्रमित होने का पता चलने के बीच औसतन 32 महीने का

अंतर था⁹। एचआईवी बाधित लोगों के लिए दी जा रही सेवाओं के अंतर्गत उनकी इन चिन्ताओं को दूर किए जाने की कोशिश की जानी चाहिए ताकि वे यह समझ सकें कि संक्रमण होने के बाद उनकी यौनिकता किस तरह से प्रभावित होगी।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी सभी सेवाओं में एचआईवी बाधित लोगों के जीवन के अनुभवों तथा यौनिकता के अंतर पर ध्यान दिया जाना चाहिए

सेवाएं देते समय यह ध्यान में रखा जाना चाहिए कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं या परामर्श पाने वाले लोग संभवतः ऐसी यौन गतिविधियों में संलग्न हो सकते हैं जोकि स्वास्थ्य सेवाप्रदाता के अनुभवों या जानकारी से परे हों। इसलिए यह जरूरी है कि स्वास्थ्य सेवाप्रदाता ऐसे व्यक्तियों और दम्पतियों की आवश्यकताओं के प्रति संवेदनशील हों जिनके यौन जीवन को वे पूरी तरह से समझ न पाएं, पहचान न सकें अथवा स्वीकार करने में असमर्थ हों।

सेरोनैगेटिव महिलाओं की तुलना में एचआईवी बाधित महिलाओं पर प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी कुछ जटिलताओं का अधिक प्रभाव पड़ सकता है

इनमें मुख्य रूप से गर्भपात होना, प्रसव के बाद खून बहना, प्युरपरल सैप्सिस और ऑपरेशन द्वारा प्रसव कराए जाने के बाद होने वाली जटिलताएं शामिल हैं¹⁰। सेवाप्रदाताओं को इन संभावित जोखिमों के बारे में जानकारी होनी चाहिए ताकि वे पर्याप्त प्रशिक्षण और अंतर्दृष्टि सेवाएं दे सकें।

एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं में ह्युमन पैपिलोमा वायरस (एचपीवी) संक्रमण तथा दूसरे यौन संचारित संक्रमण होने का खतरा अधिक होता है

पुरुषों में ह्युमन पैपिलोमा वायरस संक्रमण के लक्षण आमतौर पर बहुत कम प्रकट होते हैं इसलिए संभव है कि वे इसका उपचार कराने के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों में न आएँ लेकिन फिर भी उनके साथी को संक्रमण होने का खतरा हमेशा ही बना रहता है। पुरुषों में ह्युमन पैपिलोमा वायरस के संक्रमण के दूसरे लक्षण दिखाई पड़ सकते हैं जिसमें यौनांगों पर मस्से होना या गुदा-यौनांगों में कैंसर आदि होना शामिल है। पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुषों में गुदा का कैंसर होना ज़्यादा चिन्ता का विषय है¹⁷। महिलाओं में ह्युमन पैपिलोमा वायरस की अनेक प्रजातियों से निचले प्रजनन तंत्र और बच्चेदानी के मुँह का कैंसर (इससे एड्स होने का भी पता चलता है) आदि होता है¹⁸। ह्युमन पैपिलोमा वायरस के लिए टीकाकरण तथा बच्चेदानी के मुँह के कैंसर और प्रजनन तंत्र के दूसरे कैंसरों की जाँच और उपचार सभी महिलाओं के लिए ज़रूरी है भले ही उनकी एचआईवी संक्रमण की स्थिति कुछ भी हो। एचआईवी बाधित महिलाओं में दूसरी महिलाओं की तुलना में कम उम्र में ही बच्चेदानी का कैंसर होने का खतरा ज़्यादा होता है। संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में चिकित्सक द्वारा जाँच किया जाना, क्रायोथैरेपी और लूप इलैक्ट्रो-सर्जिकल एक्सीजन आदि प्रक्रियाएं कम खर्चीली होती हैं और जहाँ संभव हों वहाँ ये सेवाएं अवश्य दी जानी चाहिए।

एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों के लिए कण्डोम के अलावा परिवार नियोजन सेवाओं तक पहुँच भी ज़रूरी है

दोहरी सुरक्षा को हम अनचाहे गर्भ और यौन संचारित संक्रमणों तथा एचआईवी से मिलने वाली सुरक्षा के रूप में जानते हैं। दोहरी सुरक्षा कई तरह से मिल सकती है। इसमें केवल कण्डोम का प्रयोग करना या किसी अन्य गर्भनिरोधक उपाय के साथ-साथ कण्डोम का प्रयोग किया जाना शामिल है जिसमें आवश्यकता पड़ने पर आपातकालिक गर्भनिरोधक भी प्रयोग किए जाते हैं ताकि अनचाहा गर्भाधान न हो सके। जब तक किसी दम्पति को यह पता न हो कि वे एचआईवी संक्रमण और दूसरे यौन संचारित संक्रमणों से मुक्त हैं और उनके द्वारा किसी अन्य व्यक्ति के साथ यौन संबंध बनाने से भी कोई जोखिम नहीं है, तो ऐसी स्थिति में कण्डोम प्रयोग ही दोहरी सुरक्षा का एक प्रमुख तरीका हो सकता है। इसलिए यह ज़रूरी है कि महिलाओं और पुरुषों, दोनों को सैक्स के दौरान कण्डोम का प्रयोग लगातार जारी रखने के लिए सही सेवाएं मिल सकें। केवल एचआईवी बाधित लोगों या रक्त में वायरस की अलग स्थिति वाले दम्पतियों, जिनमें से एक या दोनों साथी ऐसे लोगों के साथ यौन संबंध रखते हों जिनमें संक्रमण का खतरा हो, के लिए सैक्स के दौरान कण्डोम का प्रयोग करते रहना बहुत ज़रूरी होता है।

एचआईवी के संक्रमण की स्थिति कुछ भी हो, फिर भी अधिकांश गर्भनिरोधक उपायों का प्रयोग जारी रखा जा सकता है^{19,20}। लेकिन इस बारे में उपलब्ध सीमित आंकड़ों से यह पता

चलता है कि यौन संचारित संक्रमण होने या एड्स होने पर कॉपर-टी का प्रयोग करने या कुछ दवाओं के प्रयोग के साथ-साथ हार्मोन आधारित गर्भनिरोधक उपाय अपनाने से कुछ जटिलताएं उत्पन्न हो सकती हैं¹⁹।

एचआईवी बाधित महिलाओं द्वारा कण्डोम प्रयोग न किए जाने के लिए बताए गए कारणों में आमतौर पर यह जानकारी दी जाती है कि उनके साथी कण्डोम का प्रयोग नहीं करना चाहते क्योंकि उन्हें उन महिलाओं की एचआईवी की स्थिति की जानकारी नहीं होती या वे संक्रमण से नहीं डरते। इसके अलावा कण्डोम के आसानी से उपलब्ध न होने या उनके सही प्रयोग की जानकारी न होना जैसे कारण भी महिलाओं द्वारा बताए जाते हैं⁸। जाम्बिया में किए गए एक बेस-लाइन आकलन से यह पता चला कि 30 प्रतिशत एचआईवी बाधित महिलाओं ने सैक्स की आधी से कम घटनाओं के दौरान कण्डोम प्रयोग की जानकारी दी जिससे यह लगता है कि कण्डोम के लगातार प्रयोग के महत्व के बारे में और अधिक जानकारी दी जानी चाहिए²¹।

एचआईवी बाधित महिलाओं को अनचाहे गर्भाधान की स्थिति का सामना करना पड़ सकता है

गर्भनिरोधन उपायों के विफल रहने, गर्भनिरोधकों का प्रयोग न किए जाने या बलात्कार आदि के कारण एचआईवी बाधित महिलाओं में अनचाहे गर्भ की स्थिति उत्पन्न हो सकती है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं एचआईवी बाधित महिलाओं में अनचाहे गर्भाधान की समस्या का समाधान करने और उन्हें बलात्कार के बाद की सेवाएं देने

में सक्षम होनी चाहिए। बलात्कार होने पर दी जाने वाली एकीकृत सेवाओं में पुलिस को खबर करने में सहयोग, यौन संचारित संक्रमणों की जाँच एवं उपचार, आपातकालिक गर्भनिरोधन या आवश्यकता पड़ने पर गर्भपात करना आदि शामिल हैं²²। एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए भी एचआईवी मुक्त महिलाओं की तरह ही सुरक्षित गर्भपात सेवाएं, यदि गैर कानूनी न हों, तो उपलब्ध होनी चाहिए^{23,24}। जहाँ गर्भपात गैर कानूनी या असुरक्षित हो वहाँ गर्भपात के बाद की जटिलताओं के लिए देखभाल सेवाएं आसानी से उपलब्ध होनी चाहिए। हालांकि थाईलैण्ड में गर्भपात गैर कानूनी है फिर भी गर्भधारण करने वाली जिन 49 एचआईवी बाधित महिलाओं के साथ साक्षात्कार किया गया उनमें से 28 ने गर्भपात कराना ही उचित समझा⁸। दक्षिण अफ्रीका में महिलाओं द्वारा संतान उत्पन्न न करने की इच्छा के दो प्रमुख कारणों में संक्रमित शिशु को जन्म देना और उस शिशु की देखभाल के लिए आर्थिक रूप से समर्थ न हो पाना मुख्य कारण थे¹³।

एचआईवी बाधित महिलाओं को प्रसव के दौरान शिशु को जन्म देने के तरीके का चुनाव करने का विकल्प उपलब्ध होना चाहिए

एंटी रेट्रो वायरल दवाओं का प्रयोग किए जाने से पहले औद्योगिक देशों में एचआईवी बाधित महिलाओं में प्रसव के लिए ऑपरेशन की विधि का भी प्रयोग किया जाता था। लेकिन जो महिलाएं एंटी रेट्रो वायरल दवाएं ले रहीं हो और जिनके द्वारा अपने शिशु में यह संक्रमण का प्रसार करने का जोखिम कम हो गया हो उनमें ऑपरेशन द्वारा प्रसव कराए जाने का खतरा (ऑपरेशन के दौरान

होने वाली जटिलताएं या समय से पहले शिशु का जन्म होना) इससे मिलने वाले लाभों की अपेक्षा ज्यादा हो सकता है²⁵। दुनिया के सभी भागों में एचआईवी बाधित महिलाओं के गर्भवती होने पर स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से उन्हें जानकारी दी जानी चाहिए ताकि वे प्रसव का तरीका चुनने के बारे में अपनी इच्छानुसार और विवेकपूर्ण निर्णय ले सकें।

एचआईवी बाधित महिलाओं को स्तनपान के बारे में विशेष परामर्श की आवश्यकता होती है

गर्भावस्था के दौरान एचआईवी बाधित महिलाओं को शिशु को स्तनपान कराने या अपने दूध की बजाए दूसरा आहार देने से जुड़े जोखिमों के बारे में जानकारी की आवश्यकता होती है। उन्हें शिशु के लिए स्तनपान की बजाए दूसरा आहार तैयार करने, इस पर आने वाली अतिरिक्त लागत, इस विधि को जारी रखने में आने वाली कठिनाईयों (शरणार्थी या मजदूरी करने वाली महिलाओं को) को जानने की ज़रूरत होती है। जो महिलाएं अब तक शिशु को स्तनपान करा रही हों, उनके लिए यह जानना भी ज़रूरी होता है कि शिशु को स्तनपान कराना बंद कर ऊपरी आहार देना कैसे शुरू किया जा सकता है। अंतरराष्ट्रीय संगठनों द्वारा इस बारे में तैयार निर्देश सामग्री के आधार पर स्थानीय जानकारियाँ तैयार की जा सकती हैं लेकिन फिर भी संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत स्तनपान पर विशेष रूप से ध्यान दिया जाना बहुत ज़रूरी होता है²⁶।

एचआईवी बाधित लोगों के जीवन पर दूसरी दवाओं से होने वाले असर भी महत्वपूर्ण होते हैं

कई एंटी रेट्रो वायरल दवाओं और खाने की गर्भनिरोधक गोलियों के प्रयोग से होने वाले प्रभावों के अतिरिक्त उपचार पाने वाली एचआईवी बाधित महिलाओं को यह जानकारी दी जानी चाहिए कि कुछ तरह के संक्रमणों का उपचार करने के लिए प्रयोग की जा रही रिफैम्पिन जैसी दवाओं से खाने की गर्भनिरोधक गोलियों का प्रभाव कम हो सकता है¹⁹।

स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत रोकथाम और उपचार, दोनों की आवश्यकता होती है

पूर्व में प्रभावी उपचार उपलब्ध न हो पाने के कारण एचआईवी कार्यक्रमों के अंतर्गत आरंभ में मुख्य रूप से संक्रमण की रोकथाम पर अधिक ध्यान दिया जाता था। कभी-कभी यह सेवाएं पहले से मौजूद यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ ही दी जाती थीं और कभी-कभी इन्हें अलग से भी दिया जाता था क्योंकि उस समय यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत संक्रमण की रोकथाम से जुड़े संदेश या जानकारियाँ लोगों तक पहुँचाने की आवश्यकता के बारे में बहुत अधिक मालूम नहीं था। एंटी रेट्रो वायरल और दूसरे उपचारों की उपलब्धता बढ़ने के साथ-साथ अब अंतरराष्ट्रीय स्तर पर रोकथाम की बजाए उपचार पर अधिक ध्यान दिया जाने लगा है। फिर भी यह ज़रूरी है कि रोकथाम और उपचार, दोनों प्रयासों के बीच संतुलन बनाए रखा जाए और इस तरह की सेवाएं देने वाले संगठन

एक-दूसरे से मिलकर सहयोग करते हुए काम करें। एचआईवी की रोकथाम को बढ़ावा देने वाले बहुत से संगठन कई दूसरे यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम के लिए भी काम करते हैं। ये दोनों ही कार्य एचआईवी बाधित लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की देखभाल के दो प्रमुख अंग हैं। यह देखते हुए कि आरंभ में एचआईवी की रोकथाम के कई कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवाओं से अलग स्वतंत्र रूप से शुरू किए गए थे, इस तरह की सहभागिताओं के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र के अतिरिक्त बाहर के संगठनों के साथ भी मिलकर काम किया जाना ज़रूरी होगा।

बहुत से एचआईवी बाधित लोगों के लिए गोपनीयता बनाए रखना एक बड़ी समस्या होता है

एचआईवी आज भी कलंक की भावना से घिरा एक विषय है। उदाहरण के लिए जेंडर आधारित हिंसा के डर के कारण बहुत सी महिलाएं अपनी एचआईवी की स्थिति को जानना नहीं चाहती। स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत इस वास्तविकता को पहचाना जाना चाहिए और इसका हल किया जाना चाहिए²⁷। जाँच के दौरान प्राप्त परिणामों की गोपनीयता सुनिश्चित की जानी चाहिए और जो लोग अपने साथी या परिवारजनों को अपने संक्रमित होने की जानकारी देना चाहें उन्हें हर तरह का सहयोग और समर्थन दिया जाना चाहिए। स्वास्थ्यकर्मियों को चाहिए कि वे बाधित व्यक्ति की सूचित सहमति के बिना उसके संक्रमण बाधित होने की जानकारी किसी भी व्यक्ति को न दे। सेवाप्रदाताओं द्वारा किसी व्यक्ति के संक्रमण बाधित होने की जानकारी दूसरे कर्मचारियों या समुदाय

के लोगों को दिए जाने के कारण ही बहुत से लोग उपचार सेवाएं लेने के लिए दोबारा स्वास्थ्य केन्द्र पर आने से कतराते हैं⁸। कलंक लगने या भेदभाव किए जाने के डर के कारण हो सकता है कि लोग अपने संक्रमण की स्थिति की वास्तविकता को छुपाए रखें जिससे कि न केवल एचआईवी बाधित व्यक्ति का जीवन प्रभावित होता है बल्कि उनके साथी, बच्चों और परिवार के दूसरे सदस्यों के जीवन पर भी प्रभाव पड़ सकता है²⁸।

एचआईवी बाधित पुरुषों और संक्रमण की भिन्न स्थिति वाले दम्पतियों के लिए सेवाओं को अनदेखा किया जाता है

एचआईवी बाधित लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी चिन्ताओं के बारे में लोगों के ध्यान में वृद्धि होने और इन्हें दी जाने वाली सेवाओं की आवश्यकता का पता लगने के बाद भी अभी बहुत से मामलों में पूरी तरह से सेवाएं नहीं मिल पा रही हैं। मुख्य रूप से पुरुषों को तो लगभग अनदेखा ही किया जा रहा है। हालांकि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के विषय में पुरुषों की सहभागिता बढ़ाने के बारे में बहुत कुछ कहा और लिखा जा चुका है फिर भी संक्रमण बाधित पुरुषों या संक्रमण की अलग स्थिति वाले दम्पतियों में से पुरुषों के लिए उपयुक्त सेवाएं उपलब्ध कराने के बारे में बहुत कम शोध हुए हैं। उदाहरण के लिए जेल में यौन उत्पीड़न या जबरन सैक्स का सामना कर चुके एचआईवी बाधित पुरुषों को यौन संचारित संक्रमण की जाँच और उपचार की आवश्यकता होती है। अभी तक एचआईवी सेवाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ जोड़ने के अधिकांश प्रयासों में यही कोशिश की जाती रही

है कि किस तरह एचआईवी रोकथाम सेवाओं को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के साथ जोड़ा जाए। केवल कुछ स्थानों पर माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण तथा एचआईवी सेवाओं में एकीकरण के प्रयास किए गए हैं²⁹ लेकिन इनसे भी एचआईवी बाधित पुरुषों के जीवन पर बहुत कम या न के बराबर प्रभाव पड़ा है।

एचआईवी बाधित पुरुषों की आवश्यकताओं और इच्छाओं की जानकारी देने वाले उपलब्ध सीमित साहित्य से यह पता चलता है कि बहुत से पुरुष यौन रूप से सक्रिय रहना चाहते हैं और संतान भी उत्पन्न करने की इच्छा रखते हैं³⁰। इसके अलावा पुरुषों पर अपने पौरुष को सिद्ध किए जाने के लिए पड़ने वाले दबाव को भी अनदेखा किया जाता रहा है। यह ज़रूरी है कि ऐसे मॉडल तैयार किए जाएं जिनसे कि एचआईवी बाधित पुरुष और संक्रमण की अलग स्थिति वाले दम्पति यौन रूप से सक्रिय रहते हुए सुरक्षित रूप से संतान उत्पन्न करने में सक्षम हों। आमतौर पर यह जानने की आवश्यकता है कि स्वास्थ्य सेवाएं किस तरह एचआईवी बाधित पुरुषों की ज़रूरतों को पूरा कर सकती हैं।

योनि सैक्स करने वाले एचआईवी मुक्त पुरुषों के लिए खतना कराना एचआईवी के जोखिम को कम करने का प्रमुख तरीका बनकर उभरा है

विश्व स्वास्थ्य संगठन और यूनएड्स ने हाल ही में यह सिफारिश की है कि एचआईवी की रोकथाम के व्यापक प्रयासों के अंतर्गत पुरुषों द्वारा खतना कराए जाने के व्यवहार को बढ़ावा दिया जाए³¹। हाल ही के कुछ महीनों में इस बारे में भी बहुत सी चर्चाएं हुई हैं कि एचआईवी संक्रमण के

विषमलैंगिक प्रसार को कम करने में पुरुषों द्वारा खतना कराए जाने से किस तरह के लाभ मिल सकते हैं। इस बारे में किए गए प्रयोगों से पता चला है कि खतना कराने के बाद योनि सैक्स करने वाले पुरुषों में एचआईवी संक्रमण होने का खतरा 50-60 प्रतिशत कम हो सकता है लेकिन महिलाओं को किसी तरह के लाभ नहीं मिलते³²। लेकिन इस चर्चा को आगे बढ़ाने से पहले बहुत से विषयों का समाधान खोजना ज़रूरी है और यह जानना ज़रूरी है कि यदि इस तरह के प्रयासों को बढ़ाने के लिए नीतियाँ और कार्यक्रम तैयार किए जाएं तो क्या इसके अपेक्षित लाभ मिल पाएंगे और संक्रमण की नई घटनाओं में कमी होगी?

सेवाओं की उपलब्धता और सेवाओं तक पहुँच में कमियाँ लगातार बनी हुई हैं

उपलब्ध साहित्य सामग्री पर किए गए हमारे अनुसंधान से यह पता चला कि एचआईवी बाधित लोगों द्वारा सेवाओं के पर्याप्त प्रयोग को सुनिश्चित करने के लिए सेवाएं दिए जाने के बारे में लगभग न के बराबर चर्चा हुई है। एचआईवी बाधित लोगों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ करने के सफल मॉडलों या यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को एचआईवी रोकथाम एवं उपचार सेवाओं के साथ जोड़े जाने के बारे में भी बहुत कम लिखा गया है। हालांकि वैचारिक स्तर पर संक्रमण बाधित लोगों के अधिकारों पर बहुत चर्चा की गई है और उपलब्ध साहित्य में भी यह देखने को मिलता है फिर भी इस बारे में बहुत कुछ नहीं लिखा गया है कि सेवाएं दिए जाने को बाधित लोगों के अधिकारों के साथ किस तरह जोड़ा गया है?

अंत में, एचआईवी बाधित लोगों द्वारा संतान उत्पन्न न करते हुए संतोषजनक रूप से सक्रिय यौन जीवन जारी रखने के विभिन्न पहलुओं पर ध्यान देने वाले अनुसंधान कार्य बहुत कम हुए हैं और इस बारे में बहुत कम नीतियाँ बनाई गई हैं। सभी लोगों की तरह संक्रमित लोगों का यौन स्वास्थ्य भी केवल संतान उत्पन्न करने के अतिरिक्त बहुत कुछ है लेकिन साहित्य में इन व्यापक विषयों को पूरी तरह से नहीं उठाया गया है।

सामाजिक एवं आर्थिक परिप्रेक्ष्य

इस तथ्य को लंबे समय से भली-भाँति जान एवं समझ लिया गया है कि किसी भी सामाजिक और आर्थिक परिप्रेक्ष्य या परिस्थितियों का सीधा प्रभाव स्वास्थ्य की स्थिति पर पड़ता है। पर्याप्त भोजन उपलब्ध न होने या अपर्याप्त यातायात व्यवस्था से स्वास्थ्य और प्रजनन स्वास्थ्य की स्थिति जिस तरह प्रभावित होती है उससे यह पता चलता है कि ये परिस्थितियाँ स्वास्थ्य की स्थिति को सीधे तौर पर प्रभावित कर सकती हैं। स्वास्थ्य की स्थिति को प्रभावित करने में सामाजिक आर्थिक परिप्रेक्ष्य की परोक्ष भूमिका भी महत्वपूर्ण होती है; यह परिस्थितियाँ स्वास्थ्य प्रणालियों को और अधिक बेहतर बना सकती हैं या फिर इन्हें प्रभावहीन भी कर सकती हैं। इन परिस्थितियों से वैधानिक और नीतिगत कार्यों का प्रभाव बहुत अधिक बढ़ भी सकता है या फिर कम भी हो सकता है। उदाहरण के लिए जिन स्थानों पर सामुदायिक सेवाओं में भ्रष्टाचार पाया जाता हो वहाँ स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं द्वारा लाभार्थियों से रिश्वत की माँग करने जैसी स्थिति के कारण स्वास्थ्य सेवाओं तक लोगों की पहुँच कम हो सकती है। इसी तरह सामाजिक

मान्यताओं में पुरुषों के वर्चस्व से जेंडर समानता का समर्थन करने वाली नियामक व्यवस्था भी प्रभावहीन हो जाती है।

सकारात्मक और नकारात्मक सामाजिक शक्ति संतुलन, एचआईवी बाधित लोगों के जीवन में बहुत अधिक प्रासंगिक होते हैं:

निर्धनता और असमानता

निर्धनता, असमानता तथा एचआईवी के प्रति संवेदनशीलता और यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में कमी के बीच सीधा संबंध दिखाई पड़ता है³³। निर्धनता के कारण प्रजनन स्वास्थ्य भी प्रभावित होता है और इसके नकारात्मक परिणाम दिखाई देने लगते हैं। उदाहरण के लिए कुपोषण के कारण बड़ी संख्या में माँ व नवजात शिशुओं की मृत्यु होती है और निर्धन समुदायों में मातृ एवं नवजात शिशुओं के लिए जटिलताएं उत्पन्न होने पर दी जाने वाली सेवाओं तक महिलाओं की पहुँच विशेष रूप से सीमित होती है³⁴।

निर्धनता और एचआईवी संक्रमण के बीच के संबंध कुछ और जटिल हैं। उपलब्ध साक्ष्यों से पता चलता है कि समाज में आय और जेंडर की असमानता व एक से अधिक यौन साथियों के साथ संबंध रखना भी एचआईवी के प्रति संवेदनशीलता बढ़ाने पर निर्धनता की तरह ही महत्वपूर्ण कारण होता है। उदाहरण के लिए रवाण्डा में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि जिन महिलाओं के मुख्य साथियों ने उच्च शिक्षा पाई थी और जिनकी आय अधिक थी उनके दूसरे लोगों की अपेक्षा एचआईवी से बाधित होने की आशंका अधिक थी। दूसरे प्रदेशों विशेषकर दक्षिणी

और पूर्वी अफ्रीका में किए गए अनुसंधानों से भी ऐसे ही परिणाम मिले। तंज़ानिया में किए गए एक अध्ययन के अंतर्गत परिवार नियोजन केन्द्रों में आने वाली महिलाओं के सर्वेक्षण से यह पता चला कि अधिक पढ़े-लिखे साथी वाली महिलाओं में एचआईवी संक्रमण होने की आशंका अनपढ़ साथियों वाली महिलाओं की तुलना में पाँच गुना अधिक थी³⁵। इससे पता चलता है कि विभिन्न तरह की असमानताओं और एचआईवी संक्रमण पर उनके प्रभाव के बीच जटिल संबंध होते हैं।

एक बार एचआईवी हो जाने पर हालांकि निर्धनता के कारण और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच न होने की वजह से रोग तेजी से बढ़ता है। इसके अलावा ऐसे साक्ष्य भी मौजूद हैं कि निर्धनता के कारण एचआईवी और यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य, दोनों के संदर्भ में सेवाओं और जानकारी की उपलब्धता और पहुँच व गुणवत्ता प्रभावित होती है। दुनिया के अधिकांश भागों में निर्धन लोगों के लिए, भले ही वह शहरी हों या ग्रामीण इलाकों में रहते हों, बहुत कम सामुदायिक और निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं पाई जाती हैं। औपचारिक या अनौपचारिक रूप से सेवाओं के लिए भुगतान करने की व्यवस्था से भी निर्धनों द्वारा सेवाओं तक पहुँच प्रभावित होती है। स्वास्थ्य सेवाएं चाहे मुफ्त भी दी जा रही हों लेकिन यातायात पर खर्च करना पड़ता हो तो भी निर्धनों के लिए स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच कम हो जाती है।

आवश्यक सेवाओं तक लोगों की पहुँच को बढ़ाने के उद्देश्य से निर्धनता में कमी लाने के अल्पकालिक और दीर्घकालिक प्रयासों को अपनाए जाने के पक्ष में बहुत जोरदार तर्क दिए जाते हैं।

इसमें उन लोगों के लिए सेवा शुल्क माफ़ कर देने के प्रावधान की बात कही जाती है जो उपचार और दवाईयों पर आने वाला खर्चा नहीं उठा सकते। यह भी कहा जाता है कि जो लोग अस्पताल में निश्चित समय पर पहुँच पाने में असमर्थ हों उन्हें यात्रा खर्च के लिए सहायता भी दी जाए। दीर्घकालिक कार्यक्रमों के अंतर्गत एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं की संवेदनशीलता और बार-बार स्वास्थ्य एवं सामाजिक सेवाओं को प्राप्त करने की उनकी आवश्यकताओं को ध्यान में रखा जाना चाहिए।

जेंडर असमानताएं और जेंडर के आधार पर भूमिकाओं में अंतर

आमतौर पर ऐसा माना जाता है कि अंतरराष्ट्रीय, राष्ट्रीय, सामुदायिक और व्यक्तिगत स्तर पर सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक और राजनीतिक वास्तविकताओं के चलते महिलाओं में एचआईवी संक्रमण होने की शारीरिक संवेदनशीलता बढ़ जाती है। इसी तरह इन्हीं कारणों से देखभाल कार्यों में महिलाओं की भूमिका भी प्रभावित होती है³⁶। अलग-अलग देशों और संस्कृतियों में इस समस्या का अनुपात कम या ज्यादा हो सकता है लेकिन अनेक अंतरराष्ट्रीय दस्तावेजों में यह स्वीकार किया गया है कि महिलाओं में यह संवेदनशीलताएं होती हैं^{37,38} क्योंकि नीतियों और कार्यक्रमों के द्वारा इन्हें पर्याप्त रूप से इन्हें हल किए जाने के प्रयास नहीं किए जाते।

इसी तरह दुनिया के अधिकांश भागों में पुरुष व्यवहार की सांस्कृतिक अपेक्षाओं से यौन जोखिम उठाने और सुरक्षात्मक उपायों को न अपनाने को बढ़ावा मिलता है। पुरुषों के एड्स से अधिक

बीमार होने पर उनके द्वारा देखभाल और उपचार सेवाएं लेने की संभावना महिलाओं की तुलना में कहीं अधिक होती हैं। लेकिन वे खराब स्वास्थ्य के आरंभिक लक्षण दिखाई देने पर जाँच या उपचार नहीं करवाते जिससे कि कई तरह के रोगों, एचआईवी और यौन संचारित संक्रमणों की शुरुआत में ही जाँच और उपचार किए जाने की संभावना कम हो जाती है³⁹।

अनेक साक्ष्यों के माध्यम से यह पता चलता है कि प्रौढ़ शिक्षा और सशक्तिकरण द्वारा महिलाओं की शिक्षा के स्तर में वृद्धि करने से बाल स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार आता है और प्रजननशीलता कम होती है⁴⁰। इसके अलावा जहाँ कहीं भी यौन स्वास्थ्य और एचआईवी रोकथाम कार्यक्रमों को आर्थिक, शैक्षणिक तथा/या राजनैतिक क्षेत्र के साथ एकीकृत किया गया है वहाँ अधिक भावनात्मक सशक्तिकरण, स्वायत्तता और निर्णय लेने की क्षमता दिखाई पड़ती है और इससे स्वास्थ्य की स्थिति में भी बहुत अधिक बदलाव आता है⁴⁰।

एचआईवी से जुड़ी कलंक की भावना और भेदभाव

किसी विशेष समूह के सदस्यों के प्रति दुर्भावनापूर्ण व्यवहार करने या अपमानजनक सामाजिक दृष्टिकोण रखने या मान्यताएं बनाने को कलंक के रूप में परिभाषित किया गया है। भेदभाव किए जाने का संबंध उस कानूनी, संस्थागत और व्यवस्थागत व्यवहार से है जिसके कारण लोगों को उनकी वास्तविक अथवा कल्पित एचआईवी स्थिति के कारण उनके अधिकारों से वंचित रखा जाता है⁴¹। एचआईवी के साथ कलंक की भावना जुड़ी होने और भेदभाव किए जाने के

कारण एचआईवी की रोकथाम, देखभाल और उपचार कार्यक्रमों के सफल होने में अड़चनें आती हैं। इसके कारण एचआईवी बाधित लोग अपनी वास्तविक स्थिति के बारे में बताने से हिचकते हैं और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग नहीं कर पाते⁴²। यूएनएड्स ने तो कलंक और भेदभाव को संक्रमण को रोकने, पर्याप्त देखभाल और उपचार सेवाएं देने तथा संक्रमण के प्रभाव को कम करने के काम में सामने आने वाली सबसे बड़ी रुकावट माना है। एचआईवी को कलंक के रूप में देखे जाने और भेदभाव किए जाने की घटनाएं दुनियाभर में एक समान हैं और हर देश व क्षेत्र में देखी जाती हैं⁴³।

ऐसी आशा की जा रही थी कि एंटी रेट्रो वायरल उपचार के उपलब्ध हो जाने के बाद एचआईवी से जुड़ी कलंक की भावना और भेदभाव अपने आप ही समाप्त हो जाएगा; इस बारे में अनुसंधान अभी जारी हैं लेकिन अभी तक ऐसे कोई आसार नज़र नहीं आते। कलंक और भेदभाव को प्रभावी रूप से कम करने के लिए यह ज़रूरी है कि प्रत्येक स्तर पर कार्यक्रम चलाए जाएं और लंबे समय तक काम करते रहने का संकल्प लिया जाए।

सामुदायिक सहभागिता और कार्यक्रमों से जुड़ाव

पिछले एक दशक से कार्यक्रमों के लाभप्रद परिणाम पाने और एचआईवी बाधित लोगों के रोकथाम कार्यों के साथ जुड़ने को अच्छे व्यवहार का आधार स्तंभ माना जाता रहा है। उदाहरण के लिए *इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स अलायंस एण्ड पॉपुलेशन कॉन्सिल/ होराइजन्स* द्वारा 4 देशों में कार्यकारी अनुसंधान अध्ययन किए जाने के बाद

यह निष्कर्ष निकाला गया कि समुदाय द्वारा एचआईवी की रोकथाम कार्यक्रमों में बाधित लोगों की सहभागिता से उनके शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार हो सकता है। लेकिन केवल इन कार्यक्रमों से जुड़ने मात्र से ही कार्यक्रमों की सफलता या बाधित लोगों के स्वास्थ्य में सुधार सुनिश्चित नहीं किया जा सकता। कार्यक्रमों की सफलता इस बात पर निर्भर करती है कि इनमें लोगों की सहभागिता का तरीका किस तरह का है और वे किस तरह स्वयं को इन कार्यक्रमों से जोड़ पाते हैं⁴⁴।

इसी तरह उपेक्षित लोगों के लिए किए गए सशक्तिकरण के प्रयासों और इस कारण से उनके स्वास्थ्य पर पड़े प्रभावों के बीच संबंधों को दर्शाने वाली साहित्य सामग्री भी बहुत कम उपलब्ध है। फिर भी ऐसे जो भी अध्ययन किए गए हैं, उनसे यही पता चलता है कि सशक्तिकरण किए जाने के सकारात्मक परिणाम ही होते हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने ऐसे कुछ प्रकाशित अध्ययनों की पुनरीक्षा की जिनमें यह जाँच की गई थी कि निर्णय लेने की प्रक्रिया में सामुदायिक सहभागिता से स्वास्थ्य या स्वास्थ्य देखभाल कार्यों पर अच्छा असर पड़ता है। इस पुनरीक्षा से यह पता चला कि सशक्तिकरण किए जाने से उल्लेखनीय सहयोग मिलता है और वास्तव में परिणामों पर अच्छा असर पड़ता है⁴⁰।

सामाजिक पूंजी

एशिया, लैटिन अमरीका और बहुत से धनी देशों से ऐसे साक्ष्य मिले हैं जिनसे पता चलता है कि घनिष्ट पारिवारिक और सामुदायिक संबंध रखने वाले व्यक्तियों के एचआईवी संक्रमण से बाधित होने की आशंका कम होती है। यदि उनमें

संक्रमण हो भी जाए तो वे उन लोगों की अपेक्षा देखभाल और जाँच सुविधाएं अधिक प्राप्त कर पाते हैं जिनकी आय तो उनके समान होती है लेकिन जिनके पारिवारिक और सामुदायिक संबंध घनिष्ट नहीं होते। किसी समुदाय, नेटवर्क, समूह से जुड़े रहने या अपने आसपास के लोगों द्वारा अपने जीवन पर कुछ नियंत्रण होने अथवा उनकी सहभागिता आदि होने से बेहतर स्वास्थ्य की स्थिति बनी रहती है और अवसाद के लक्षण भी कम दिखाई पड़ते हैं⁴⁰। ऐसे और इसी तरह के अन्य परिणाम प्रभावी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं देने के लिए बहुत महत्वपूर्ण हो सकते हैं⁴⁵⁻⁴⁷।

स्वास्थ्य व्यवस्थाओं की भूमिका

स्वास्थ्य व्यवस्थाएं किस प्रकार एचआईवी बाधित लोगों को दी जाने वाली सेवाओं और कार्यक्रमों तथा इन सेवाओं तक बाधित लोगों की पहुँच को प्रभावित करती हैं? एक सही और उच्च दर्जे का सेवा पैकेज किस प्रकार सुनिश्चित किया जा सकता है?

विकासशील देशों में सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए धन की व्यवस्था करने वाले विश्व स्वास्थ्य संगठन, डीएफआईडी (DFID) और यूएसएआईडी (USAID) जैसे प्रमुख संगठन स्वास्थ्य प्रणालियों और व्यवस्थाओं को ऐसे लोगों, संस्थाओं या संगठनों का समूह मानते हैं जो रोगों की रोकथाम और उपचार के लिए मिलकर काम करते हैं। स्वास्थ्य संबंधी नीतियाँ, धन उपलब्ध कराने की व्यवस्था, स्वास्थ्यकर्मी और स्वास्थ्य जानकारी एवं मॉनीटरिंग प्रणालियाँ, सभी इस कार्य में सहयोग करती हैं^{48,49}। हालांकि इस पूरी संरचना के द्वारा यह माना जाता है कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

सार्वजनिक क्षेत्र के माध्यम से दी जानी चाहिए लेकिन फिर भी स्वास्थ्य में वृद्धि और सेवाओं की माँग बढ़ाना किसी अच्छी स्वास्थ्य व्यवस्था के मुख्य परिणाम हो सकते हैं। पूरी दुनिया में निजी क्षेत्र (लाभ कमाने के लिए या लोक कल्याण के लिए) भी सेवाएं देने में सामुदायिक क्षेत्र के समान महत्वपूर्ण या इससे भी अधिक महत्वपूर्ण भूमिका अदा करता है। एचआईवी बाधित लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर विचार करते समय यह सुनिश्चित करना ज़रूरी है कि स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ करते समय अपनी देखभाल स्वयं कर पाने और सेवाओं की माँग बढ़ाने पर और लाभ कमाने वाले निजी सेवाप्रदाताओं, पारंपरिक तथा लोक कल्याण के लिए कार्यरत संस्थाओं और संगठनों की ओर भी उतना ही अधिक ध्यान दिया जाए⁵⁰।

एचआईवी तथा यौन स्वास्थ्य सेवाओं का समानांतर इतिहास

एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं लगभग एक साथ लेकिन समानांतर रूप से विकसित हुईं और एक दूसरे को प्रभावित करती रहीं। अब समानांतर विकास के इसी ऐतिहासिक पक्ष के कारण इन सेवाओं को धीरे-धीरे एक साथ लाने के प्रयास प्रभावित हो रहे हैं। दुनियाभर में एचआईवी संक्रमण के प्रति आंशिक प्रतिक्रियाएं करने के प्रयास आमतौर पर स्वयं एचआईवी बाधित लोगों, उनके परिजनों और परिवारों द्वारा शुरू किए गए और बाद में एचआईवी पर ध्यान देने वाले सामुदायिक संगठन भी इससे जुड़ गए। संगठित रूप से सेवाएं देने के पहले पहल चलाए गए कार्यक्रमों में रोग से पीड़ित व्यक्तियों की

देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने की कोशिश की गई लेकिन बहुत जल्दी ही एचआईवी के इस आंदोलन में 'सुरक्षित सैक्स' को एचआईवी की रोकथाम का प्रमुख तरीका माना जाने लगा। एचआईवी की रोकथाम के लिए किए गए प्रयासों के शुरूआती दिनों से ही यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की देखभाल और एचआईवी की रोकथाम, उपचार व देखभाल के काम में नीतियों, कार्यक्रमों और दृष्टिकोण के स्तर पर संबंध बने रहे।

1980 के दशक में इन सेवाओं में यह जुड़ाव बहुत अधिक दिखाई देने लगे, जब एचआईवी आंदोलन में भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और महिलाओं के स्वास्थ्य के व्यापक आंदोलन में प्रयोग किए जा रहे तरीकों को अपनाया गया। 'सुरक्षित सैक्स' के माध्यम से वास्तव में एचआईवी की रोकथाम के लिए कण्डोम के प्रयोग और योनि में शिशन का प्रवेश किया बिना सैक्स किए जाने को बढ़ावा दिया गया। यह ऐसे व्यवहार थे जो पहले से ही गर्भनिरोधन और यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम प्रयासों में अपनाए जा रहे थे। एचआईवी बाधित लोगों को नीतियाँ विकसित करने और कार्यक्रम लागू करने के प्रयासों से जोड़ने को बढ़ावा देने की कार्ययोजना भी महिला स्वास्थ्य अभियान से ली गई थी। यह विचार भी महिला स्वास्थ्य अभियान से आया था कि सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए यह ज़रूरी है कि सेवाएं दिए जाने के साथ-साथ राजनीति पर भी ध्यान दिया जाए। एचआईवी की रोकथाम और देखभाल कार्यों को मानवाधिकारों की वृद्धि और सुरक्षा के साथ जोड़ा जाना भी जेंडर विश्लेषण और महिला स्वास्थ्य आंदोलन से प्रभावित था।

एचआईवी की रोकथाम के लिए कार्यक्रमों के विकास के समय ही 'जनसंख्या पर नियंत्रण' करने के विचार को हटाकर 'परिवार नियोजन' को अपनाने और महिलाओं के स्वास्थ्य एवं अधिकारों को सुनिश्चित करने के कार्यक्रम एक दूसरे से प्रभावित हो रहे थे और एक दूसरे को बदल भी रहे थे। विकास की इस पूरी प्रक्रिया में कार्यकर्ताओं, गैर सरकारी संगठनों, सेवाप्रदाताओं, कार्यक्रम प्रबंधकों और नीति निर्माताओं की महत्वपूर्ण भूमिका थी। इस दिशा में उल्लेखनीय व महत्वपूर्ण क्षण तब आया जब 1994 में काहिरा में जनसंख्या और विकास विषय पर आयोजित अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन (आईसीपीडी) के दौरान सरकारों ने मिलकर प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों तथा यौन स्वास्थ्य की अंतरराष्ट्रीय स्वीकार्य परिभाषा जारी की। इस सम्मेलन के दौरान उन्होंने संबंधित कार्यक्रम और सेवाएं विकसित करने की कार्ययोजना भी निर्धारित की। जैसाकि किसी अन्य स्थान पर सारांश में कहा गया है : 'काहिरा में औपचारिक रूप से इस मान्यता को स्वीकार कर लिया गया कि एक व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकार सेवाओं के अंतर्गत परिवार नियोजन सेवाएं दी जानी चाहिए। इनमें एचआईवी जैसे यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम, सेवाएं देने और मानवाधिकारों के दृष्टिकोण के बीच जुड़ाव, लाभार्थियों को ध्यान में रखकर सारे कार्यक्रम बनाए जाने तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए आवश्यक सेवाओं को परिभाषित करने में केन्द्रीय नेतृत्व की प्रधानता जैसे विचार शामिल थे लेकिन यह केवल इन तक ही सीमित नहीं थे'⁵¹। आईसीपीडी एक्शन प्रोग्राम वास्तव में राज्यों को

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं देने के लिए दिशा-निर्देश जारी किए जाने की दिशा में एक ऐतिहासिक कदम था। इस समय एचआईवी की रोकथाम के क्षेत्र में काम कर रहे लोग इसकी आलोचना कर रहे थे क्योंकि इस घोषणा में एचआईवी की ओर बहुत अधिक ध्यान नहीं दिया गया था और विशेष रूप से एचआईवी बाधित लोगों के अधिकारों और आवश्यकताओं को अनदेखा किया गया था⁵²।

हालांकि मानवाधिकारों, स्वास्थ्य व्यवस्थाओं, कानून एवं नीतियों के महत्व को पहचानने और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और प्रयोग के सामाजिक और आर्थिक परिप्रेक्ष्यों को समझने की दिशा में आईसीपीडी सम्मेलन एक क्रान्तिकारी पहल थी। लेकिन फिर भी इसने इन सभी कारकों को एक साथ लाने या इनसे जुड़ी समस्याओं के हल खोजने की दिशा में कोई स्पष्ट कार्ययोजना प्रस्तुत नहीं की। यही कारण था कि सरकारों के मन में इस काम के लिए बहुत अधिक लगन और कटिबद्धता होने के बाद भी यह स्पष्ट नहीं था कि इन विषयों पर व्यवस्थात्मक रूप से किस प्रकार विचार किया जाएगा या वास्तव में सेवाएं दिए जाने और उनका प्रयोग होने में इससे क्या अंतर पड़ेगा। आईसीपीडी सम्मेलन के 10 वर्ष बाद कुछ महत्वपूर्ण परिणाम सामने आए हैं। विकसित देशों ने आमतौर पर नीतियों में आवश्यक परिवर्तन करके अच्छी प्रगति की है। हालांकि धन देने वाले अधिकांश देश उन संसाधनों को उपलब्ध करा पाने में असफल रहे हैं जिसका संकल्प उन्होंने सम्मेलन के समय किया था⁵²। नीतियों के अंतर्गत ही सही कटिबद्धता होते हुए

भी संसाधनों की उपलब्धता में लगातार कमी, इन अलग-अलग विचारों को एक साथ लागू किए जाने में स्पष्टता का अभाव और बढ़े हुए उत्तरदायित्व के कारण स्वास्थ्यकर्मियों को आईसीपीडी सम्मेलन में किए गए संकल्पों को पूरा कर पाने में लगातार कठिनाईयों का सामना करना पड़ा है।

पिछले कुछ वर्षों से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत पक्षों ने यौन प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी के बीच जटिल संबंधों को स्वीकार करना आरंभ कर दिया है और वे एचआईवी कार्यक्रमों में अपनाए गए कुछ नए तरीकों की सफलता से प्रभावित भी हुए हैं। इनमें रोकथाम कार्ययोजनाओं के अंतर्गत संवेदनशीलता को कम करने पर जोर देना, पुरुषों में यौन संचारित संक्रमणों के लक्षणों की जाँच करना, उपेक्षित और अलग-थलग पड़े जनसंख्या समूहों पर अधिक ध्यान दिए जाने और सामाजिक विपणन कार्यक्रमों में प्रयोग किए जा रहे नए तरीके शामिल हैं। हालांकि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी कार्यक्रमों की व्यावहारिक कार्यसूचियाँ आपस में मिलती-जुलती हैं और इन दोनों ही कार्यक्रमों में जेंडर संबंधों, यौनिकता, यौन संचारित संक्रमणों, गर्भावस्था, संतानोत्पत्ति और स्तनपान पर ध्यान दिया जाता है फिर भी इन दोनों को मिलाकर एचआईवी तथा यौन स्वास्थ्य के बीच सही संतुलन बनाए रखते हुए प्रभावी रूप से कार्यक्रम तैयार करने की गति बहुत धीमी ही रही है।

इन विषयों को कार्यकारी रूप से एक साथ लाने की गति भी अपेक्षाकृत बहुत धीमी रही है और संक्रमित लोगों की विशिष्ट यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की आवश्यकताओं को हल करने

के मामले में तो यह और भी शिथिल पड़ी रही है। इस धीमी गति के अनेक कारण हैं जिनका अलग-अलग परिप्रेक्ष्य में अलग-अलग महत्व है।

इन दो तरह के कार्यक्रमों में और अधिक जुड़ाव लाने के प्रति स्वास्थ्यकर्मियों ने विरोध जताया है जिसके कारण उनके एकीकरण में जटिल समस्याएं खड़ी हो गईं। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं ने अकसर यह चिन्ता जताई है कि एचआईवी कार्यक्रमों के साथ जुड़ने से उनकी सेवाएं भी कर्लकित समझी जाएंगी और इनका महत्व कम हो जाएगा⁵³। बहुत से एचआईवी कार्यक्रमों के प्रबंधकों ने भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाकर्मियों की आलोचना करते हुए यह कहा है कि उनमें कुशलता का अभाव है और इस कारण वे यौनिकता, एचआईवी देखभाल और वंचित जनसमूहों से जुड़े विषयों पर काम करने के योग्य नहीं हैं। शोधकर्ताओं ने भी इन दो तरह की सेवाओं में एकीकरण किए जाने पर उत्पन्न होने वाले अनेक खतरों की ओर इशारा किया है और इसके लिए उन्होंने यौन संचारित सेवाओं को प्रभावी रूप से परिवार नियोजन या मातृ स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के साथ जोड़े जाने से मिले-जुले परिणामों के उदाहरण दिए हैं⁵⁴।

जिन देशों में इन कार्यक्रमों को चलाने के लिए बाहरी आर्थिक सहायता की जरूरत पड़ती है वहाँ विशेष रूप से धनदाताओं द्वारा धन उपलब्ध कराए जाने की प्रक्रिया भी कभी एक प्रमुख चुनौती तो कभी इसे दिशा देने वाली सिद्ध हुई है। स्वास्थ्य सेवाओं के विकास के लिए प्राप्त होने वाली धनराशि हमेशा ही अपर्याप्त बनी रही है लेकिन धनदाताओं की प्राथमिकताओं में हुए फेरबदल

के कारण दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता और इनके दृष्टिकोण में बहुत अधिक बदलाव आया है। उदाहरण के तौर पर 1990 के दशक के दौरान एचआईवी कार्यों के लिए मिलने वाले धन की कमी को देखें जिसमें 1999 के बाद अचानक लोगों की रुचि जागृत हो गई जबकि उसी समय यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धन की उपलब्धता कम हो रही थी। इसके अलावा बहुत से धनदाता अलग-अलग लेकिन एक ही समय पर चलाए जा रहे कार्यक्रमों के लिए धन उपलब्ध कराते हैं। अंत में मुख्य अंतरराष्ट्रीय नीतियों और तकनीकी निर्देशों में भी इसी तरह के रूझान दिखाई दिए हैं और ऐसा लगता है कि ये भी सामायिक परिस्थितियों से प्रभावित हुए हैं। इसका परिणाम यह हुआ है कि पिछले कई सालों से एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के कार्यक्रम एक दूसरे से अलग ही बने हुए हैं।

इस विभाजन को कम करने के प्रयास

पिछले एक दशक में एचआईवी की रोकथाम के प्रति दृष्टिकोण में बहुत अधिक बदलाव आया है। इन बदलावों में एंटी रेट्रो वायरल दवाओं की खोज और इनके उपचार में आने वाली लागत में हुई कमी शामिल है। उपचार की लागत कम होने के कारण कार्यक्रमों का लक्ष्य अब रोकथाम की शिक्षा दिए जाने के बजाए पूरा उपचार व देखभाल दिए जाने की ओर हो गया है। इसका परिणाम यह हुआ है कि अब कार्यशील स्वास्थ्य व्यवस्थाओं पर निर्भरता बढ़ती जा रही है जिनके माध्यम से ये उपचार सेवाएं आदि दी जाती हैं। आवश्यक सेवाएं देना और इन्हें सुनिश्चित करने और जनसंख्या समूहों, संक्रमित व संक्रमण मुक्त, दोनों की अनेक

तरह की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए यह अब जरूरी हो गया है कि एचआईवी की रोकथाम के प्रयासों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य व्यवस्था में शामिल कर स्थान दिया जाए। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की ओर से ध्यान और संसाधनों की उपलब्धता हटकर एचआईवी की ओर हो जाने से यह स्पष्ट हो गया है कि एचआईवी रोकथाम प्रयासों के साथ जुड़ने से न केवल पर्याप्त सेवाएं दे पाना आसान होगा बल्कि संसाधनों की उपलब्धता और राष्ट्रीय कटिबद्धता का लाभ भी उठाया जा सकेगा। यही कारण है कि कार्यक्रमों के एकीकरण या किसी हद तक इनमें जुड़ाव को अब कार्यकारी और वित्तीय रूप से पहचाना जाने लगा है और लाभप्रद समझा जाने लगा है।

एचआईवी के क्षेत्र में काम कर रहे बहुत से लोग यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ मिलकर काम करने की आवश्यकता को पहचानने में पूरी तरह से सफल नहीं हुए हैं लेकिन इसके बावजूद भी इन दो विषयों के बीच की दूरी लगातार कम हो रही है। इसे देखते हुए बहुत से अंतरराष्ट्रीय धनदाताओं ने एचआईवी कार्यक्रमों के लिए धन उपलब्ध कराने के अपने दिशा-निर्देशों को और विस्तृत किया है और इनमें स्वास्थ्य प्रक्रियाओं के विकास पर किए जाने वाले निवेश को भी शामिल किया है ताकि लंबे समय तक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अन्य स्वास्थ्य सेवाएं दे पाना सुनिश्चित हो सके। इसके साथ ही साथ अंतरराष्ट्रीय नीति निर्देशों में भी परिवर्तन आ रहा है। वर्ष 2004 के बाद तैयार किए गए 4 अंतरराष्ट्रीय दस्तावेजों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी के बीच के जुड़ावों पर ध्यान दिया गया है और

इनमें यह भी कहा गया है कि एचआईवी बाधित लोगों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की आवश्यकताओं को बेहतर रूप से समझने और इन पर अधिक ध्यान दिए जाने की जरूरत है⁵⁵⁻⁵⁸। इन नीतियों में इस कार्य को आगे बढ़ाने के लिए मानवाधिकारों की संरचना के प्रति समर्पित रहने का भी खुलकर समर्थन किया गया है। एचआईवी बाधित लोगों का यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य इन दो क्षेत्रों के अंतर्गत ध्यान दिए जाने योग्य विषय है। स्वास्थ्य सेवाओं के स्तर पर यह एक ऐसी स्थिति है जिसे पहचानना अभी आरंभ ही हुआ है।

सेवाओं का एकीकरण

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य एवं एचआईवी के बीच के संबंधों पर चल रहे वर्तमान विचार-विमर्श में अब विशिष्ट सेवाओं के बीच जुड़ावों को और अधिक बढ़ाने से होने वाले लाभ, हानि और इनके बीच कहीं स्थित सेवाओं पर आने वाली लागत पर ध्यान दिया जाता है।

स्वास्थ्य सेवाओं का एकीकरण किए जाने का उद्देश्य स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता को बढ़ाना और सेवाओं तक लोगों की पहुँच को आसान बनाना होता है⁵⁹। हाल ही में तैयार एक परिभाषा में यह कहा गया है कि एक ही स्वास्थ्य केन्द्र (या कार्यशील रैफरल व्यवस्था के अंतर्गत) में अनेक तरह की सेवाएं दी जाएं और स्वास्थ्यकर्मी यहाँ आने वाले लोगों को उन दूसरी सेवाओं का प्रयोग करने के लिए भी सक्रिय रूप से प्रोत्साहित करें⁶⁰। इस संदर्भ में एक ही स्वास्थ्य केन्द्र में अलग-अलग सेवाओं को एक साथ दिए जाने तथा कार्यशील रैफरल प्रणाली होने पर सेवाओं को जोड़ने में अंतर है। कार्यशील रैफरल प्रणाली

में यह सुनिश्चित किया जाता है कि व्यक्तियों को स्थान की जानकारी दें जहाँ उनके लिए आवश्यक सेवाएं हों। अनुसंधान कार्यों से पता चला है कि बड़े अनुपात में रोगी एक स्वास्थ्य केन्द्र से दूसरे केन्द्र में रैफर किए जाने पर इस प्रक्रिया का पालन नहीं करते⁶¹। इसलिए कई स्थानों पर समस्या को कम करने के लिए एक ही केन्द्र के माध्यम से सेवाओं में एकीकरण किया जाना अधिक बेहतर प्रतीत होता है। अन्य परिस्थितियों में इन सेवाओं को अलग रखने पर भी विचार किया जा सकता है। उदाहरण के लिए विशिष्ट एचआईवी सेवाएं देने से समाज के उपेक्षित समूहों को ऐसा लग सकता है कि उनके स्थानीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की तुलना में इन केन्द्रों के माध्यम से बेहतर व उच्च दर्जे की सेवाएं दी जाएंगी⁶⁰। लोगों द्वारा इन अलग-अलग तरह से सेवाएं दिए जाने का प्रयोग इस बात पर निर्भर करता है कि स्थानीय लोगों का स्वास्थ्य कैसा है और उनकी आर्थिक तथा सामाजिक-सांस्कृतिक परिस्थितियाँ कैसी हैं। इसलिए यह जरूरी है कि परिस्थितियों में बदलाव होने पर सेवाएं दिए जाने की प्रक्रिया का भी बार-बार आकलन किया जाए।

चूँकि बड़े पैमाने पर एचआईवी से जुड़े कार्यक्रम संसाधनों की कमी वाले क्षेत्रों में आरंभ हुए थे इसलिए कई देश यह विचार कर रहे हैं कि वे अब एचआईवी से जुड़ी सेवाओं और कार्यक्रमों को वर्तमान यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं में ही जोड़ दें⁶²। सेवाओं का प्रयोग करने वालों के लिए इसके महत्वपूर्ण परिणाम हो सकते हैं। यौन संचारित संक्रमणों के लिए दी जा रही सेवाओं के एकमात्र अपवाद को

छोड़कर, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं लगभग पूरी तरह महिलाओं के लिए ही होती हैं। इस तरह एचआईवी सेवाओं को इन्हीं के साथ देने से जहाँ एचआईवी बाधित महिलाओं के लिए सेवाओं तक पहुँच आसान हो जाएगी वहीं यह भी संभव है कि एचआईवी बाधित पुरुष महिलाओं की बहुलता वाले इस वातावरण में खुद को सहज महसूस न करें। इसके अलावा संतानोत्पत्ति करने के उद्देश्य से की जाने वाली गतिविधियों से न जुड़ी महिलाएं भी इन सेवाओं का प्रयोग करने में हिचकिचाहट महसूस करेंगी। इसके साथ यह भी सही है कि पुरुषों के लिए यौन स्वास्थ्य सेवाएं बहुत कम उपलब्ध होती हैं हालांकि पुरुषों में खतना किए जाने की सेवाएं दिए जाने से संभव है कि आने वाले वर्षों में यह परिस्थिति बदल जाए। इसलिए यह ज़रूरी है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने की पारंपरिक व्यवस्था से आगे बढ़ा जाए जिससे यह सुनिश्चित हो सके कि एचआईवी बाधित पुरुष और महिलाओं, दोनों को उनकी आवश्यकतानुसार सेवाएं और देखभाल मिल सकें।

सेवाओं का प्रयोग करने वाले लोग आमतौर पर एक ही स्थान पर अलग-अलग सेवाएं दिए जाने की व्यवस्था को बेहतर समझते हैं विशेषकर तब जब सेवाप्रदाताओं पर उनका विश्वास जम जाता है और इन स्वास्थ्य केन्द्रों पर आसानी से पहुँचा जा सकता हो और यहाँ उन्हें स्वास्थ्यकर्मियों से अच्छा व्यवहार मिले। ये सभी शर्तें पूरी होना या इन परिस्थितियों का होना बहुत ज़रूरी होता है क्योंकि सेवाओं को एकीकृत करने वाली सरकारों और दूसरे सेवाप्रदाताओं को यह चुनाव भी करना

होता है कि एकीकृत सेवाएं किसी भौगोलिक क्षेत्र में पूरी जनसंख्या के लिए तैयार की जाएं या फिर एक ही स्थान पर सेवाएं दिए जाने के कई केन्द्र खोल दिए जाएं जिनका प्रयोग सामान्य जनसंख्या और जनसंख्या के विशिष्ट समूह कर सकें। एक ही स्थान पर एकीकृत सेवाएं दिए जाने के इन केन्द्रों में विशेष रूप से युवाओं के लिए या यौनकर्मियों की आवश्यकताओं को ध्यान में रखकर स्थापित स्वास्थ्य केन्द्र शामिल हैं।

जिन स्थानों पर सेवाओं में एकीकरण किया जाता है वहाँ इस एकीकरण की दिशा (अर्थात् यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को एचआईवी सेवाओं के साथ जोड़ा जाता है अथवा एचआईवी सेवाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं में मिलाया जाता है) भी महत्वपूर्ण कारक सिद्ध हो सकती है क्योंकि स्वास्थ्यकर्मियों का पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित होना ज़रूरी है और उन्हें यह जानकारी भी होनी चाहिए कि समुदाय के सदस्य इन सेवाओं के बारे में क्या सोचते हैं। लोगों के अनुभवों से प्राप्त साक्ष्यों से पता चलता है कि आमतौर पर एचआईवी सेवाओं को ही वर्तमान यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ जोड़ दिया जाता है क्योंकि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का विकास सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था के अंतर्गत हुआ होता है। वहीं दूसरी ओर बहुत सी एचआईवी सेवाएं समानांतर रूप से विकसित होती हैं जिन्हें लंबे समय तक जारी रखना संभव नहीं समझा जाता। जिन स्थानों पर एचआईवी सेवाएं विशेष रूप से अच्छी तरह विकसित हो चुकी हैं वहाँ इससे विपरीत स्थिति भी उत्पन्न हो सकती है। अलग-अलग जनसंख्या समूहों के लिए कई

तरह की स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने के महत्व को पहचाना गया है और यह एक तरह की या किसी अन्य तरह की सेवाएं देने वाले स्वास्थ्य केन्द्रों से भी पता चलता है।

इस संदर्भ में सेवाओं का एकीकरण किए जाने के अनेक मॉडल उपयोगी लग सकते हैं क्योंकि इनमें प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत ही बिना कोई बड़ा बदलाव लाए सेवाओं के स्तर को धीरे-धीरे बढ़ाया जा सकता है। उदाहरण के लिए इंग्लैंड में अब सभी परिवार नियोजन केन्द्रों में प्राथमिक एचआईवी सेवाएं और जानकारी दिए जाने को बढ़ावा दिया जाता है। एचआईवी और यौन संचारित संक्रमण सेवाओं में प्राथमिक परिवार नियोजन सेवाओं की जानकारी दिए जाने और सामान्य चिकित्सकों (फैमिली डॉक्टर) को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी से जुड़े विषयों के बारे में प्राथमिक प्रशिक्षण दिए जाने को भी प्रोत्साहन दिया जाता है⁶³। अधिक व्यापक रूप से यह जरूरी है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी देखभाल सेवाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के साथ जोड़ा जाए और वयस्कों के जटिल रोगों के एकीकृत प्रबंधन, बच्चों के रोगों के एकीकृत प्रबंधन, सामान्य चिकित्सकों की भूमिका को बढ़ाने, जन्म सहायिकाओं और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और टीबी रोकथाम सेवाओं के साथ जुड़ाव किए जाने पर विशेष ध्यान दिया जाए।

कई परिस्थितियों में सेवाओं का एकीकरण कर पाना व्यावहारिक नहीं होता और वित्तीय रूप से भी संभव नहीं होता। ऐसी परिस्थितियों में यह जरूरी है कि कार्यशील रैफरल प्रणालियाँ स्थापित

की जाएं ताकि सेवाओं का प्रयोग करने वालों को स्पष्ट रूप से उन स्थानों पर भेजा जा सके जहाँ उनके लिए आवश्यक सेवाएं मिल सकती हों जिससे कि रोगियों द्वारा उपचार पूरा किया जाना सुनिश्चित हो। सेवाओं को एकीकृत किए जाने की प्रक्रिया और इस कार्य का विस्तार इस पर निर्भर करेगा कि वर्तमान यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं स्वयं कितनी एकीकृत हैं या फिर मातृ एवं बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, यौन संचारित संक्रमण और गर्भपात सेवाएं अलग-अलग सेवाप्रदाताओं द्वारा दी जा रही हैं। यह जानना भी बहुत जरूरी है कि इन सेवाओं के लिए कुछ प्रमुख स्वास्थ्य केन्द्र अन्य प्राथमिक और अस्पतालों में स्थित क्लीनिकों में भी स्थापित होने चाहिए। इस संदर्भ में टीबी की जाँच और उपचार के कार्यक्रम विशेष रूप से महत्वपूर्ण हैं।

विकेन्द्रीकरण का महत्व

किसी देश द्वारा अपनी स्वास्थ्य प्रणाली के विकेन्द्रीकरण के स्तर का प्रभाव रोगियों को मिलने वाली विभिन्न सेवाओं की उपलब्धता और उन प्रक्रियाओं पर भी पड़ता है जिनके माध्यम से ये सेवाएं दी जाती हैं। विकेन्द्रीकरण को बढ़ाने के लिए सीमान्त क्षेत्रों में भी कुशल कर्मचारियों को तैनात किया जाना जरूरी होता है क्योंकि इन पर निर्णय लेने का उत्तरदायित्व अधिक बढ़ जाता है। इस व्यवस्था का एक लाभ यह होता है कि ये कर्मचारी सुनिश्चित कर सकते हैं कि दी जा रही सेवाएं स्थानीय संस्कृति और परिप्रेक्ष्य के अनुरूप हों। इसके अलावा एक विकेन्द्रीकृत प्रणाली के अंतर्गत एचआईवी के कम प्रसार वाले क्षेत्रों की अपेक्षा अधिक प्रसार वाले क्षेत्रों में संक्रमण बाधित

लोगों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को अधिक प्राथमिकता दी जा सकती है।

एचआईवी बाधित लोगों को दी जाने वाली सेवाओं पर विकेन्द्रीयकरण के व्यापक प्रभावों को जाँचने के साथ-साथ स्वास्थ्य व्यवस्था के प्रत्येक घटक को भी एक ऐसी प्रक्रिया समझा जा सकता है जिसके माध्यम से कई तरह की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ किया जा सकता है। रोगियों को मिलने वाली हर सेवा पर भी व्यापक स्वास्थ्य व्यवस्था के अंतर्गत ध्यान दिया जाना चाहिए। इस तरह उदाहरण के लिए माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम सेवाओं के स्तर में वृद्धि करने के लिए अनेक तरह के काम किए जा सकते हैं जिनमें स्वास्थ्यकर्मियों का प्रशिक्षण, एक ही स्थान पर एचआईवी की जाँच एवं परामर्श सेवाओं की उपलब्धता, माँ से शिशु को होने वाले संक्रमण की रोकथाम सेवाओं, प्रसव पूर्व जाँच और प्रसव सेवाओं की उपलब्धता आदि के लिए धन की व्यवस्था करने की एक ही प्रक्रिया हो। दोनों तरह की प्रणालियों को ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य व्यवस्था के विभिन्न घटकों को लक्षित करने से प्रभावित जनसंख्या समूहों के लिए स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के स्तर पर उल्लेखनीय वृद्धि की जा सकती है।

सेवाएं दिए जाने के तरीकों में बदलाव

आमतौर पर रोगी में एचआईवी के संक्रमण की स्थिति के अनुसार केवल सेवाएं दिए जाने के तरीके में बदलाव आता है, सभी उपलब्ध सेवाओं में किसी तरह का परिवर्तन नहीं होता। उदाहरण के लिए, हालांकि परिवार नियोजन सेवाएं चाहने वाले हर व्यक्ति द्वारा दोहरी सुरक्षा के उपाय

अपनाए जाने को बढ़ावा दिया जा सकता है, एचआईवी बाधित व्यक्तियों की जाँच के बाद परामर्श के दौरान उन्हें दोहरी सुरक्षा अपनाने के बारे में अतिरिक्त जानकारी भी दी जा सकती है। एचआईवी बाधित व्यक्तियों को परिवार नियोजन तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं दे रहे स्वास्थ्यकर्मियों के व्यवहार और दृष्टिकोण को भी ध्यान में रखा जाना चाहिए क्योंकि इनके सकारात्मक व्यवहारों से संक्रमण बाधित लोगों द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के मामले में सही निर्णय लिया जाना प्रभावित होता है⁶⁴।

इसके अलावा पुरुषों और महिलाओं, दोनों को ऐसे अवसर मिलने चाहिए कि वे एचआईवी तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े विषयों के बारे में स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के साथ गोपनीय रूप से स्वयं, या अपने साथी के साथ मिलकर, चर्चा कर सकें। ब्राजील में किए गए अनुसंधान से पता चला है कि एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं को इस तरह चर्चा करने के अवसर नहीं मिल पाते हैं¹⁰ हालांकि यदि ऐसा हो सके तो इससे बहुत अधिक अंतर पड़ सकता है।

स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं का दृष्टिकोण, उनके डर और चिन्ताएं

दुनिया के कई भागों में स्वास्थ्यकर्मियों ने एचआईवी बाधित लोगों का उपचार करते हुए स्वयं के एचआईवी बाधित हो जाने के बारे में उठने वाली चिन्ताओं और डर के बारे में जानकारी दी है। स्वास्थ्यकर्मियों को शिक्षित किए जाने का कार्य प्राथमिकता के आधार पर होना चाहिए। उन्हें यह बताया जाना चाहिए कि सुरक्षा बरतने के पर्याप्त तरीके क्या हो सकते हैं और व्यापक

सुरक्षा व्यवहार अपनाने का कितना अधिक महत्व होता है⁶⁵। इसके अलावा यह मानते हुए कि स्वास्थ्यकर्मियों के स्वास्थ्य के लिए भी कुछ खतरा हो सकता है (भले ही इसकी आशंका कम होती है) कुछ देशों ने संक्रमण के जोखिम का सामना करने वाले स्वास्थ्यकर्मियों (उदाहरण के लिए टीके की सुई से संक्रमण का खतरा) के लिए प्राथमिकता के आधार पर एंटी रेट्रो वायरल उपचार उपलब्ध कराना शुरू किया है।

एचआईवी बाधित लोगों को अकसर भेदभाव का सामना करना पड़ता है और कभी-कभी स्वास्थ्यकर्मियों भी उनका उपचार करने से मना कर देते हैं। ऐसा देखा गया है कि स्वास्थ्यकर्मियों बिना किसी आवश्यकता के व्यर्थ ही लेटेक्स से बने तीन या चार दस्ताने पहनते हैं। गर्भवती महिलाओं को ऐसी सलाह दी जाती है कि वे गर्भपात करवा लें भले ही उनकी इच्छा संतान उत्पन्न करने की हो। इस तरह के व्यवहार गैर जिम्मेदाराना हैं और ये किसी भी तरह मानवाधिकारों तथा भेदभाव विरोधी नीतियों के विरुद्ध भी हैं⁶⁶। स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं की जानकारी के स्तर को बढ़ाने और उन्हें अधिक संवेदनशील बनाने के लिए नीतियों और कार्यक्रमों की आवश्यकता है ताकि सामाजिक कलंक और भेदभाव को दूर किया जा सके और एचआईवी बाधित लोगों को उनके लिए ज़रूरी उपचार सेवाएं मिल सकें।

मानवीय संसाधनों का विकास

दुनिया के बहुत से विकासशील देशों में अपर्याप्त मानवीय संसाधनों की उपलब्धता स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए चिन्ता का विषय बना हुआ है। मेडिकल और नर्सिंग पाठ्यक्रमों में एचआईवी

बाधित व्यक्तियों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की आवश्यकताओं के विषय को शामिल करने से आने वाले समय में बहुत लाभ हो सकता है। शीघ्र प्रभाव के लिए यह ज़रूरी है कि शिक्षा जारी रखने के कार्यक्रमों के पाठ्यक्रम में भी इन विषयों को शामिल कर लिया जाए। इस समय मलावी में आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के राष्ट्रीय कार्यक्रम को लागू किया जा रहा है जिसमें बड़े पैमाने पर एचआईवी से जुड़ी सेवाएं शामिल की गई हैं। इस कार्यक्रम को लागू करते समय देश में मातृ मृत्यु और महिलाओं के बीमार रहने की अधिक दर को भी ध्यान में रखा गया है। इस तरह के प्रयासों और दूसरी सकारात्मक कोशिशों के बाद भी दुनियाभर में स्वास्थ्यकर्मियों की कमी सबसे बड़ी चुनौती है⁶⁷।

स्वास्थ्यकर्मियों के लिए नैतिक निर्देश

शिक्षा, प्रशिक्षण और जानकारी मिलने के बाद भी दुनिया के कई भागों में स्वास्थ्यकर्मियों को संक्रमण बाधित लोगों को प्रजनन उपायों के बारे में बताने और स्वास्थ्य सेवा देना आरंभ करने से पहले किसी संस्था से निर्देश लेने होते हैं। जिन स्थानों पर प्रजनन स्वास्थ्य के लिए तकनीकी सुविधाएं उपलब्ध हैं वहाँ संक्रमण बाधित लोगों द्वारा इनका प्रयोग किए जाने के बारे में बहुत कम नैतिक निर्देश जारी किए गए हैं। नैतिकता से जुड़े मामलों की पुनरीक्षा करने वाले मेडिकल बोर्ड और दूसरे संस्थागत निकायों द्वारा एचआईवी बाधित व्यक्तियों में शुक्राणुओं को स्वच्छ किए जाने या उन्हें प्रजननहीनता दूर करने के उपचार देने के बारे में निर्णय लेने में सहयोगी निर्देशों की आवश्यकता है। थाइलैण्ड में इस तरह के कई

मॉडल मौजूद हैं जिनका अनुसरण दुनिया के दूसरे भागों में भी किया जा सकता है⁶⁸। इंग्लैंड में एड्स तथा यौन स्वास्थ्य की मेडिकल फाउण्डेशन ने अनेक प्रकाशन जारी किए हैं जिनमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी सेवाओं के मानकों के बारे में सिफारिशों की गई हैं और इन्हें भी प्रयोग में लाया जा सकता है⁶⁹।

राष्ट्रीय एवं अंतरराष्ट्रीय स्तर पर धन की व्यवस्था

धनदाताओं द्वारा सहायता प्राप्त करने वाले बहुत से देश अब स्वास्थ्य कार्यों के लिए प्राप्त धन को अलग-अलग स्वास्थ्य के क्षेत्रों में लगाने लगे हैं⁷⁰। इस व्यवस्था के अंतर्गत धन पाने वाली देश की सरकार इस धनराशि को अपने स्वास्थ्य मंत्रालय को दे देती है जो फिर अपनी प्राथमिकताओं के आधार पर इसका आबंटन करते हैं। ऐसा किए जाने के कारण यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धन की उपलब्धता में कमी आ गई है क्योंकि राष्ट्रीय सरकारें इन सेवाओं को बहुत अधिक महत्व नहीं देतीं। यूरोपीय देशों के कुछ धनदाता अब इस नकारात्मक रूझान को ठीक करने के प्रयास कर रहे हैं।

चूंकि एचआईवी कार्यों के लिए धनराशि आमतौर पर अलग व्यवस्था के अंतर्गत मिलती है इसलिए एचआईवी संबंधित गतिविधियों को दूसरी स्वास्थ्य गतिविधियों से अलग रखते हुए संचालित किया जा सकता है। हालांकि सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं के लिए धनराशि की हमेशा से ही कमी बनी हुई है, फिर भी कुछ देशों में एचआईवी से जुड़े कामों के लिए इतना अधिक पैसा पहुँच रहा है जिसे वे देश खर्च कर पाने में स्वयं को असमर्थ

पाते हैं। अंतरराष्ट्रीय धनदाताओं द्वारा धनराशि दिए जाने की प्रक्रिया का आकलन किया जाना चाहिए। इनका आकलन करते हुए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और एचआईवी बाधित लोगों को मिलने वाली सेवाओं पर इस धनराशि के प्रभाव का भी आकलन होना चाहिए ताकि स्वास्थ्य प्रणाली के अंदर और बाहर, एचआईवी सहित सभी तरह की स्वास्थ्य समस्याओं के हल खोजे जा सकें।

कुछ स्थानों पर एचआईवी कार्यों के लिए मिली धनराशि का प्रबंधन वहाँ के प्रधानमंत्री या राष्ट्रपति कार्यालय द्वारा किया जाता है जबकि स्वास्थ्य कार्यों के लिए अन्य सभी वित्तीय संसाधनों को स्वास्थ्य या वित्त मंत्रालय जारी करता है और इन पर अलग-अलग नियामक और लेखा परीक्षा व्यवस्थाएं लागू करता है। हालांकि प्रधानमंत्री या राष्ट्रपति के कार्यालय द्वारा इस धनराशि के खर्च से सीधे जुड़ने का उद्देश्य एचआईवी के प्रभाव को कम करना और अनेक क्षेत्रों में इस धनराशि के प्रभाव को बढ़ाना होता है लेकिन इसका परिणाम यह होता है कि एचआईवी और स्वास्थ्य से जुड़ी दूसरी गतिविधियों के बीच अंतर हमेशा बना रहता है और दिखाई पड़ता है। यदि एचआईवी कार्यों के लिए धनराशि की व्यवस्था समानांतर प्रक्रियाओं के माध्यम से हो रही हो तो इन दोनों के बीच समन्वय के लिए किसी व्यवस्था का होना जरूरी है ताकि सामान्य स्वास्थ्य कार्यों और एचआईवी के लिए मिली धनराशि का वित्तीय प्रबंधन करने वालों के बीच जुड़ाव बना रहे।

इस काम के लिए बहुत से नए तरीकों की आवश्यकता है लेकिन अभी तक सफल हुए प्रयोगों को बहुत कम अभिलिखित किया गया है।

मोज़ाम्बिक में हाल ही में लागू की गई राष्ट्रीय एचआईवी योजना को राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्ययोजना के अंग के रूप में ही तैयार किया गया है हालांकि इसके लिए धन की व्यवस्था शेष स्वास्थ्य प्रक्रियाओं से अलग की जा रही है। इसमें एचआईवी संबंधित गतिविधियों को वर्तमान यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं से एकीकृत किए जाने के काम को भी शामिल किया गया है⁷²। इस कार्ययोजना से मिले परिणामों और दूसरे देशों के प्रासंगिक अनुभवों को जानने के प्रयास किए जाने चाहिए।

कानून और नीतियों की भूमिका

कानूनों और नीतियों से स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता एवं कार्यक्रमों का प्रारूप तैयार होता है और यह भी निर्धारित हो पाता है कि वे एचआईवी बाधित लोगों की आवश्यकताओं और इच्छाओं के प्रति किस स्तर तक उत्तरदायी हैं। कानून और सामुदायिक नीतियाँ सामाजिक और आर्थिक परिप्रेक्ष्य को प्रभावित करने वाले महत्वपूर्ण कारक हैं : इनसे सकारात्मक सामाजिक परिस्थितियाँ और सुदृढ़ होती हैं और उन परिस्थितियों या सामाजिक व्यवस्थाओं को बदलने की प्रक्रिया आरंभ होती है जिनके कारण स्वास्थ्य की स्थिति में असमानताएं बढ़ती हैं।

मानवाधिकारों के अंतर्गत एक वैधानिक संरचना की व्यवस्था है जिसके अंतर्गत राष्ट्रीय कानून, नीतियों और सेवाओं को लागू किया जा सकता है और इनका आकलन किया जा सकता है। इस व्यवस्था में नीतियों और कार्यक्रमों की रूपरेखा भी तैयार की जा सकती है। एचआईवी बाधित लोगों की यौन एवं प्रजनन अधिकारों के प्रति स्पष्ट अंतरराष्ट्रीय समर्पण की भावना न होने से

लगातार चुनौतीपूर्ण स्थिति बनी रहती है⁷³। मानवाधिकारों के बारे में अधिकांश अंतरराष्ट्रीय दस्तावेज एचआईवी की महामारी के प्रसार से पहले तैयार किए गए हैं और इनमें एचआईवी का कोई उल्लेख नहीं मिलता हालांकि सरकारों द्वारा अंतरराष्ट्रीय नीतियों और राजनैतिक दायित्वों को पूरा किए जाने के आकलन की प्रक्रिया में एचआईवी का विषय भी शामिल है। वैधानिक रूप से सरकारों को बाधय करने वाले कुछ दस्तावेजों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य का उल्लेख तो मिलता है लेकिन संक्रमण बाधित लोगों की आवश्यकताओं एवं इच्छाओं को पूरा करने के सरकार के दायित्व के बारे में उल्लेख केवल पूरी जनसंख्या को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के रूप में ही पाया जाता है। दुनियाभर में सरकारों को चाहिए कि वे प्रजनन अधिकारों के बारे में अपनी अंतरराष्ट्रीय कटिबद्धताओं को राष्ट्रीय कानूनों और नीतियों में बदलें जिनके माध्यम से एचआईवी बाधित लोगों सहित सभी के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा दिया जाए।

अधिकांश देशों के संविधानों में भेदभाव को दूर करने के बारे में प्रावधान रखे गए हैं; कुछ देशों ने विशेष रूप से ऐसे कानून भी बनाए हैं जिनसे यह सुनिश्चित हो सके कि एचआईवी बाधित व्यक्तियों को नौकरी, स्वास्थ्य बीमा, आवास तथा अन्य सामाजिक लाभों से उनकी एचआईवी की स्थिति के आधार पर अलग नहीं रखा जा सकता। इसके अलावा एचआईवी बाधित लोगों के साथ भेदभाव न किए जाने के मानक को सुदृढ़ करने के लिए अंतरराष्ट्रीय नीतियाँ भी मौजूद हैं। उदाहरण के लिए अंतरराष्ट्रीय श्रम संगठन (ILO)

द्वारा जारी व्यवहार के नियमों में स्पष्ट रूप से नौकरियों में कर्मचारियों को उनकी एचआईवी की स्थिति के आधार पर भेदभाव किए जाने के खिलाफ सुरक्षा प्रदान की गई है⁷⁴। हालांकि ऐसे कई सकारात्मक उदाहरण मौजूद हैं जिनसे पता चलता है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक लोगों की पहुँच और प्रयोग को बढ़ाने के लिए किस तरह कानून और नीतियों का प्रयोग किया गया लेकिन ऐसे कानूनों और नीतियों के बहुत से उदाहरण देखने को मिल जाते हैं जहाँ किसी अन्य कारण से बनाए गए किसी नियम या नीति के कारण एचआईवी बाधित व्यक्तियों का यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार प्रभावित होते हैं। ऐसे ही कुछ हानिकारक नियमों और नीतियों के बारे में आगे चर्चा की गई है।

सबसे अधिक हानिकारक स्थिति तब उत्पन्न होती है जब देश एचआईवी बाधित लोगों के प्रजनन अधिकारों पर नियंत्रण करने का प्रयास करते हैं। उदाहरण के लिए भारत में हाल ही के कुछ समय तक भारत के कई भागों में एचआईवी बाधित लोगों को विवाह करने का अधिकार नहीं था⁷⁵। यह न केवल सामुदायिक स्वास्थ्य के लिए बुरा है बल्कि सरकार के उस दायित्व का भी विरोधी है जिसके अंतर्गत सरकार लोगों द्वारा विवाह किए जाने के अधिकार को सुनिश्चित करती है⁷⁶। पौलैण्ड में एचआईवी संक्रमण होना गर्भावस्था को समाप्त करने के स्वीकार्य वैधानिक कारणों में से एक है और संतान उत्पन्न करने की इच्छा रखने वाले एचआईवी बाधित लोगों को आमतौर पर गर्भपात करा लेने की सलाह दी जाती है⁷⁷। इस तरह के नियंत्रणों से एचआईवी बाधित

लोगों के जीवन पर गंभीर प्रभाव पड़ सकता है भले ही उनके लाभ के लिए कितनी ही अन्य सेवाएं उपलब्ध कराई जाती रहें।

राष्ट्रीय नियम व कानून एक ऐसी व्यवस्था है जिसके माध्यम से देश की सरकार अपनी सार्वजनिक नीतियों के उद्देश्यों की घोषणा करती है और इन पर काम करती है। हो सकता है कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में किसी देश के संविधान के अंतर्गत स्वास्थ्य के अधिकार की गारण्टी दी जाती हो या मातृत्व और बाल स्वास्थ्य के लिए विशेष सुरक्षा उपलब्ध कराई जाए। राष्ट्रीय कानूनों के अंतर्गत राष्ट्रीय स्वास्थ्य व्यवस्था तथा/या राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना आदि शुरू की जा सकती हैं। बहुत से देश प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में भी नियम व कानून बनाते हैं जिनके द्वारा सभी को व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं दिया जाना अनिवार्य कर दिया जाता है। कुछ अन्य देशों में प्रजनन स्वास्थ्य के लिए उपलब्ध तकनीकी सुविधाओं तक लोगों की पहुँच पर भी नियंत्रण रखा जाता है। एचआईवी और यौन प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े ऐसे अनेक क्षेत्र हैं जिन पर राष्ट्रीय कानून और नीतियों का सीधा असर पड़ता है, इसमें भेदभाव के विरुद्ध सुरक्षा दिया जाना और कुछ खास तरह के व्यवहारों को आपराधिक समझा जाना शामिल है।

अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार कानूनों में एचआईवी की स्थिति के आधार पर भेदभाव किए जाने की अनुमति नहीं दी जाती। इसका उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि एचआईवी बाधित लोग भी एचआईवी संक्रमण से मुक्त लोगों की तरह ही समान अधिकारों का लाभ उठा सकें और सभी लोगों को अपनी यौन एवं प्रजनन आवश्यकताओं और इच्छाओं को

पूरा करने का समान अवसर मिले। अंतरराष्ट्रीय स्तर की कानूनी और नीतिगत संधियों में स्पष्ट रूप से देशों की सरकारों को यह निर्देश दिए गए हैं कि वे बिना कोई भेदभाव किए किशोरों और वयस्कों (दम्पतियों को भी) के लिए पर्याप्त और गुणकारी सेवाएं और जानकारीयाँ उपलब्ध कराएं। सरकारों का यह दायित्व है कि वे सुनिश्चित करें कि किसी भी कानून, नीति या व्यवहार के अंतर्गत लोगों की जाति, रंग, लिंग, राष्ट्रीय या सामाजिक परिप्रेक्ष्य या अन्य किसी स्थिति के आधार पर लोगों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं और जानकारी मिल पाने में भेदभाव न बरता जाए। अन्य किसी स्थिति में एचआईवी संक्रमण की स्थिति भी शामिल है⁷⁸।

इन सबके बावजूद एचआईवी बाधित लोगों (या एचआईवी संक्रमण से बाधित मान लिए गए लोगों) के साथ भेदभाव बरता जाता है। इस तरह भेदभाव किए जाने के बहुत से नकारात्मक प्रभाव पड़ते हैं, उदाहरण के लिए नौकरियों में लोगों को स्वास्थ्य बीमा की सुविधा नहीं मिल पाती। किसी व्यक्ति के एचआईवी बाधित होने के कारण उसे नौकरी न देना या नौकरी से निकालने से उसके अधिकारों का हनन होता है। इससे उनके द्वारा अपना भरण-पोषण करने की क्षमता प्रभावित तो होती ही है साथ ही साथ स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुँच भी कम हो जाती है। वैधानिक सुरक्षा न होने के कारण स्वास्थ्य बीमा लाभ न मिलने से अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में सही जानकारी देना भी प्रभावित हो सकता है। मानवाधिकारों के संदर्भ में लोगों की एचआईवी स्थिति के आधार पर उनके साथ गैर कानूनी भेदभाव को रोकने के

लिए और सार्वजनिक स्वास्थ्य के सकारात्मक प्रभावों को सुनिश्चित करने के लिए कानूनों की आवश्यकता होती है।

एचआईवी बाधित लोगों के स्वास्थ्य क्षेत्र के अतिरिक्त सरकार द्वारा कुछ खास तरह के व्यवहारों को आपराधिक मानते हुए लगाए गए प्रतिबंधों के नकारात्मक प्रभाव अनेक उदाहरणों से दिखाई पड़ते हैं। ये प्रभाव जनसंख्या के कई समूहों को प्रभावित करते हैं। उदाहरण के लिए :

इंजेक्शन से मादक दवाएं लेने वाले

बहुत से स्थानों पर इंजेक्शन लगाकर मादक दवाएं लेना न केवल आपराधिक समझा जाता है बल्कि स्वास्थ्य सेवाओं से यह अपेक्षा की जाती है कि वे इन लोगों के नाम और दूसरी व्यक्तिगत जानकारीयाँ पुलिस या किसी सरकारी एजेंसी को भी उपलब्ध कराए। इंजेक्शन द्वारा मादक दवाएं लेने वाले लोगों द्वारा मिलकर सुईयों का प्रयोग करने जैसी सेवाओं को भी गैर कानूनी समझा जाता है। हमें यह भली-भाँति मालूम है कि संक्रमित सुई का प्रयोग किए जाने से भी एचआईवी का प्रसार होता है। एचआईवी रोकथाम कार्यक्रमों के अंतर्गत संक्रमण मुक्त सुईयाँ उपलब्ध कराने और रक्त के माध्यम से फैलने वाले दूसरे संक्रमणों को रोकने के प्रयासों के अच्छे परिणाम मिले हैं और इन्हें एचआईवी की रोकथाम के लिए 'सही व्यवहार' माना जाता है। बहुत से देशों और राज्य के निगमों में ऐसे अधिनियम और कानून बनाए गए हैं जिनके अंतर्गत गोपनीय ढंग से सुरक्षित सुईयों का आदान-प्रदान स्वीकार्य होता है⁷⁹। इन लोगों द्वारा सुरक्षित और स्वच्छ सुईयाँ प्राप्त कर पाना सुनिश्चित करने के कानून व नीतियों को

अपनाने से लोग बिना गिरफ्तारी के डर के अन्य स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग कर पाने में सहज महसूस करेंगे। सुरक्षित सुईयों के आदान-प्रदान, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी सेवाओं के बीच जुड़ाव बनाए जाने चाहिए।

पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुष

समलैंगिक यौन गतिविधियों को आपराधिक मानने वाले कानून न केवल भेदभावपूर्ण होते हैं बल्कि इनसे एचआईवी की रोकथाम और उपचार के कार्यक्रमों पर भी विपरीत प्रभाव पड़ता है। इसके अलावा ऐसे देशों में जहाँ इस तरह के व्यवहारों को गैर कानूनी समझा जाता है वहाँ समलैंगिक यौन गतिविधियों से जुड़े लोगों में जानकारी और शिक्षा के अभाव के कारण सामुदायिक स्वास्थ्य पर भी बुरा असर पड़ता है। इसके अलावा आधिकारिक रूप से या अन्यथा, पुलिस तथा दूसरे अधिकारियों को पुरुषों के साथ सैक्स करने वाले पुरुषों को प्रताड़ित करने की अनुमति देने की नीति से भी ये लोग स्वास्थ्य सेवाओं से दूर हो जाते हैं⁸⁰। ऐसी नीतियाँ बनाई जानी चाहिए जिनसे समलैंगिक यौन गतिविधियों से जुड़े लोग भी सुरक्षित रूप से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी संबंधी सेवाओं का लाभ उठा सकें।

यौनकर्मी

दुनिया के अधिकांश देशों में यौनकर्मी आपराधिक या गैर कानूनी माना जाता है लेकिन फिर भी यह हर जगह मौजूद है। इसका अर्थ यह है कि अगर इन यौनकर्मियों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी सेवाएं उपलब्ध कराई

जाएं तो भी वे अपने नाम, अपनी एचआईवी की स्थिति और दूसरी व्यक्तिगत जानकारियों की सूचना पुलिस को दे दिए जाने के डर से इनका प्रयोग नहीं करेंगे क्योंकि उन्हें अपने गिरफ्तार कर लिए जाने का भय सताता रहेगा। यौनकर्मियों को अकसर अपने ग्राहकों और पुलिस, दोनों द्वारा हिंसा का सामना करना पड़ता है। कई स्थानों पर तो पुलिस किसी व्यक्ति के पास कण्डोम मिल जाने पर ही उसे यौनकर्मी मान लेती है। यौनकर्म को आपराधिक न समझे जाने और पुलिस अथवा ग्राहकों द्वारा की गई हिंसा को गैर कानूनी मानने वाली नीतियों और कण्डोम के प्रयोग तथा सुरक्षित सैक्स व्यवहार को बढ़ाने के सफल सामुदायिक स्वास्थ्य मानकों को बढ़ावा देने से न केवल यौनकर्मियों को एचआईवी संक्रमण के प्रति संवेदनशील बनाने वाली परिस्थितियाँ समाप्त हो जाएंगी बल्कि ऐसा करने से उनके द्वारा आवश्यक सेवाओं का प्रयोग किया जाना भी सुनिश्चित हो जाएगा।

प्रवासी

चीन और रूस जैसे कई देशों में किसी व्यक्ति को केवल अपने जन्म स्थान या रहने के आधिकारिक स्थान पर ही स्वास्थ्य देखभाल और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार होता है। यदि कोई व्यक्ति अपने ही देश में किसी अन्य स्थान पर चला जाए तो वह उस नए स्थान पर इन सेवाओं को प्राप्त नहीं कर सकता। थाइलैण्ड में बर्मा (म्यांमार) से आए अपंजीकृत प्रवासियों में एचआईवी संक्रमण की दर बहुत अधिक देखी गई है और ये आवश्यक स्वास्थ्य सुविधाएं प्राप्त नहीं कर पाते^{81,82}। किसी एक स्थान पर रहने के नियम और स्वास्थ्य सेवाएं

पाने के लिए दस्तावेजों के उपलब्ध होने की इस प्रक्रिया को समाप्त करने से इस लगातार बढ़ते जनसंख्या समूह में स्वास्थ्य की समस्याएं कम हो सकेंगी जिनके श्रम के कारण कई देशों की अर्थव्यवस्था सुचारू रूप से चलती है।

किशोर तथा युवा लोग

किशोरों और युवा लोगों द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग कर पाने में अनेक समस्याएं आती हैं। ये समस्याएं केवल कानूनों और नीतियों में ही विद्यमान नहीं हैं बल्कि समाज और सांस्कृतिक दृष्टिकोणों में भी पाई जाती है। उदाहरण के लिए किसी सेवा का प्रयोग कर पाने के लिए अभिभावक अथवा किसी वयस्क व्यक्ति की अनुमति लेने की ज़रूरत के कारण केवल विवाहित लोग ही इन सेवाओं का प्रयोग कर पाते हैं। इसी तरह जाँच के परिणामों या यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े परिणामों की सूचना अभिभावकों या माता-पिता को दिए जाने से भी किशोरों और युवाओं द्वारा सेवाओं का प्रयोग किया जाना प्रभावित होता है। जेंडर ओर यौनिकता से जुड़े कारणों के चलते उनकी यह समस्याएं और भी बढ़ जाती हैं। यूएनएड्स और विश्व स्वास्थ्य संगठन ने जोर देकर कहा है कि युवाओं को बिना किसी कानूनी या नीतिगत व्यवधान के, गोपनीय सेवाएं विशेष रूप से दी जानी चाहिए^{83,84}। युवाओं द्वारा माता-पिता की सहमति के बिना स्वास्थ्य सेवाएं प्रयोग कर पाने का अधिकार सुनिश्चित करने की कानूनी गारण्टी के माध्यम से और उनके बारे में व्यक्तिगत जानकारी को गोपनीय रखने या केवल उनकी सहमति से किसी अन्य को यह जानकारी देना सुनिश्चित करने से स्वास्थ्य

देखभाल व्यवस्था में उनका विश्वास बढ़ेगा और युवा लोगों द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की रोकथाम एवं उपचार सेवाओं के प्रयोग का स्तर भी बढ़ेगा।

ध्यान दिए जाने योग्य अन्य विषय

पारिवारिक कानून और दूसरी हानिकारक सामाजिक मान्यताएं व इनसे जुड़ी विवाह, तलाक, बच्चे के पालन का दायित्व और उत्तराधिकार आदि धारणाओं के कारण लोगों, विशेषकर एचआईवी बाधित लोगों द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग कर पाने में व्यवधान उत्पन्न होते हैं। उदाहरण के लिए विधवाओं को उत्तराधिकार के रूप में दिए जाने की मान्यता के कारण, जिसमें विधवा को सम्पत्ति समझ कर मृत पति के किसी पुरुष रिश्तेदार को सौंपा जाता है, विधवाएं उत्तराधिकारी बनने से वंचित रह जाती हैं। इसका परिणाम यह हो सकता है कि उसके ससुराल वाले उसे अपने घर और जमीन से भी बेदखल कर दें। आमतौर पर मृत पति के भाई विधवा महिला को उत्तराधिकार में पाने का दावा करते हैं जिसके कारण वह महिला व उसका परिवार बेसहारा हो जाते हैं⁸⁵। इस तरह के कानून और व्यवहार न केवल भेदभावपूर्ण हैं बल्कि इनसे एचआईवी संक्रमण का जोखिम भी बढ़ता है।

जहाँ तक एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य का प्रश्न है, वहाँ स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा किए गए काम बहुत महत्व रखते हैं लेकिन शिक्षा, न्याय और वित्त मंत्रालयों द्वारा लिए गए निर्णयों का भी बहुत अधिक प्रभाव पड़ता है। विभिन्न मंत्रालयों के बीच आपसी संवाद में सुधार और एक दूसरे के क्षेत्र में

एचआईवी बाधित लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले नियमों और नीतियों के बारे में जानकारी रखना, सुधार लाने की दृष्टि से बहुत आवश्यक है हालांकि कानूनों में सुधार लाने के काम में बहुत अधिक समय लगता है। यौनकर्म को आपराधिक समझे जाने जैसे कानूनों के कारण सामुदायिक स्वास्थ्य पर होने वाले बुरे प्रभावों को पहचानना यद्यपि अपेक्षाकृत रूप से आसान है, फिर भी कानून निर्माताओं और दूसरे पणधारियों के सामने स्वीकार्य सुधारों के प्रस्ताव रख पाना बहुत कठिन होता है। कानूनों में सुधार लाना और इन सुधारों को लागू करना मुख्य रूप से एक राजनैतिक प्रक्रिया है जिसमें कई बार बहुत से समझौते भी करने पड़ते हैं; पुलिस, स्वास्थ्यकर्मियों, समुदाय और नीति-निर्माताओं के बीच आमराय तैयार करना बहुत ज़रूरी है। इसके लिए जिस तरह के सामाजिक बदलाव की ज़रूरत होगी उसमें बहुत अधिक समय लगेगा क्योंकि ऐसा करने के लिए प्रभावित लोगों और उनके समुदायों के दृष्टिकोण में परिवर्तन लाना होगा।

इसके अलावा कानूनों और नीतियों में सुधार तो इस दिशा में केवल पहला कदम है : दुनिया के अच्छे से अच्छे कानून और नीतियाँ बेअसर हो जाएंगी अगर उन्हें लागू न किया जाए। सरकारों को चाहिए कि वे इन कानूनों और नीतियों के प्रभावी क्रियान्वयन को सुनिश्चित करने के लिए संस्थाओं, बजट व्यवस्थाओं और प्रक्रियाओं को स्थापित करने के लिए सक्रिय प्रयास करें।

अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार कानूनों में यह माना गया है कि हो सकता है कि देशों की सरकारें उन सभी अधिकारों को सुनिश्चित न कर पाएं जिन्हें

लागू करने का दायित्व उन्होंने अपने ऊपर लिया हो। राष्ट्रीय कानूनों और नीतियों के अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार समझौतों के साथ एकरूपता बनाने के लिए समय-समय पर इनकी पुनरीक्षा और संशोधन को आमतौर पर तुरंत किए जाने योग्य उत्तरदायित्व माना गया है भले ही इन संशोधनों और पुनरीक्षा को लागू करने के लिए आवश्यक संसाधन बाद में धीरे-धीरे उपलब्ध हो पाए⁶⁶। ऐसा करने के लिए लगातार निश्चित प्रयास किए जाते रहने चाहिए ताकि अधिकारों का पूरी तरह से उपयोग हो पाए। संसाधन उपलब्ध होने के साथ-साथ यह कदम उठा लिए जाने चाहिए और समय के साथ आए बदलावों के अनुसार इनमें सुधार की गुंजाइश भी दिखाई देनी चाहिए। धनी देशों की सरकारों का भी इसमें दायित्व बनता है क्योंकि वे विकास कार्यों के लिए धन और तकनीकी सहायता उपलब्ध कराती हैं।

इन सभी कमियों के होते हुए भी अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार कानूनों में एचआईवी बाधित पुरुषों और महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा अधिकारों को सुरक्षित रखने और बढ़ावा देने की आवश्यकता पर जोर दिया गया है। अब ज़रूरत यह रह जाती है कि इस मानवाधिकार संरचना का प्रयोग करते हुए राष्ट्रीय और स्थानीय स्तर पर हानिकारक कानूनों, नीतियों और कार्यक्रमों को बदला जाए और उनके प्रभाव को कम करने की कोशिश की जाए⁶⁶।

निष्कर्ष

उपयुक्त सेवाएं और कार्यक्रमों की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए यह ज़रूरी है कि इससे जुड़े लोगों के अधिकारों, आवश्यकताओं और

इच्छाओं के बारे में सहानुभूतिपूर्वक विचार किया जाए, व्यापक सामाजिक और आर्थिक परिवेश व सेवाएं दिए जाने और इनका प्रयोग किए जाने की स्वास्थ्य प्रणाली पर भी विचार किया जाए। इसके साथ ही साथ इन सेवाओं को चलाने के लिए बनाई गई राष्ट्रीय कानूनी एवं नीतिगत संरचनाओं पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए। आवश्यक सेवाओं और कार्यक्रमों की जरूरत अलग-अलग परिस्थितियों में अलग हो सकती है, इन सभी विषयों पर यदि ध्यान दिया जाए तो इससे यह निर्धारित कर पाने में सहायता मिलेगी कि किसी विशेष परिस्थिति में कौनसी सेवाएं सबसे प्रासंगिक हैं और किस तरह इन्हें सही रूप में लागू किया जा सकता है।

विश्लेषण किए जाने की जिस रूपरेखा को इस लेख के माध्यम से प्रस्तुत किया गया है वह केवल स्वास्थ्य क्षेत्र के संदर्भ में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और एचआईवी के विषयों को समझने और सुलझाने के लिए आरंभिक बिन्दु मात्र हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र के कामों में सरकार के अन्य विभागों, गैर सरकारी संगठनों तथा नागरिक समाज के दूसरे सहभागियों का भी सहयोग मिलना चाहिए। अपनी पूरी जनसंख्या के लिए आवश्यक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी सेवाएं कोई भी सरकार अकेले ही उपलब्ध नहीं करा सकती। हालांकि कुछ धनी देशों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा और स्वास्थ्य सेवाएं दिए जाने के व्यापक कार्यक्रम हैं लेकिन फिर भी अधिकांश स्थानों पर लोग आमतौर पर अनेक तरह के औपचारिक और अनौपचारिक स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के पास स्वास्थ्य सेवाएं और उपचार पाने के लिए जाते हैं। स्वास्थ्य से जुड़े उनके व्यवहार कई कारणों से भी प्रभावित

होते हैं। इस तरह की जटिल परिस्थिति में समस्याओं को जल्दी सुलझाने के कोई स्वीकार्य मानक मौजूद नहीं हैं लेकिन सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ करने के अनेक परस्पर सहयोगी अवसर मौजूद हैं जिनके द्वारा लोगों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी संबंधी आवश्यकताओं को प्रभावी रूप से पूरा किया जा सकता है।

इस लेख का उद्देश्य यह नहीं है कि एचआईवी बाधित महिलाओं और पुरुषों को अपने प्रजनन विकल्पों को चुनने के लिए मिलने वाली सेवाओं और कार्यक्रमों की सूची उपलब्ध कराई जाए बल्कि इसका उद्देश्य इन सेवाओं से जुड़े विषयों की तरफ ध्यान आकर्षित करना है ताकि उपयुक्त सेवाएं और कार्यक्रम बनाए जा सकें और इन्हें लागू किया जा सके। इन सेवाओं और कार्यक्रमों को प्रभावी रूप से लागू करने के लिए यह जरूरी है कि इनका प्रयोग करने वाले लोगों के अधिकारों, आवश्यकताओं और इच्छाओं पर सहानुभूतिपूर्वक विचार किया जाए। इसके लिए यह भी जरूरी है कि इन सेवाओं को जिस स्वास्थ्य व्यवस्था के अंतर्गत लागू किया जाना है उस पर भी भली-भाँति विचार हो, साथ ही साथ राष्ट्रीय कानूनी और नीतिगत संरचना पर भी विचार किया जाए और सामाजिक तथा आर्थिक परिप्रेक्ष्य को भी देखा जाए। इनमें से हर भाग का अपना महत्व है लेकिन यदि किसी एक पर भी ध्यान केन्द्रित किया जाए तो यह पर्याप्त नहीं होगा। एचआईवी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में इन सभी विषयों पर एक साथ विचार किए जाने से बड़े लाभ मिल पाएंगे और एचआईवी बाधित

लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को सुरक्षित रखने और बढ़ावा देने के लिए चलाए जा रहे कार्यक्रमों और सेवाओं की सफलता सुनिश्चित हो पाएगी।

पत्र व्यवहार के लिये पता

- अ. अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं मानवाधिकार कार्यक्रम, हार्वर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हैल्थ, बॉस्टन एमए, संयुक्त राज्य अमरीका, ई-मेल sgruskin@hsph.harvard.edu
- ब. पाथ इंडिया, नई दिल्ली, भारत के राष्ट्रीय निदेशक

संदर्भ

1. Center for Reproductive Rights. Reproductive Rights 2000: Moving Forward. Center for Reproductive Rights, 2003. At: <www.reproductiverights.org/pdf/rr2k-1.pdf>. Accessed 16 February 2006.
2. Richey LA. Rethinking Uganda: The Impact of AIDS on Reproductive Health and Rights Reforms in Sub-Saharan Africa. IIS/GI Keongevej Working Paper 03.8. Copenhagen7 Institute for International Studies, 2003.
3. These include the <www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/index.html> IN progress review of the Millennium Development Goals; the “Glion Call for Action” of WHO and other organisations, the “New York Commitment” of UNFPA and a group of high-level parliamentarians, the ICPD+10 declaration issued by a wide range of NGOs and civil society actors and the guidelines for the “Integrated Management of Adult Illnesses” from WHO.
4. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. At: <www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm>. Accessed 10 February 2006.
5. Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, et al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. JAMA 2000;283(8): 1031–37.
6. Feldman R, Manchester J, Maposhere C. Positive Women: Voices and Choices – Zimbabwe Report. Harare7 SAfAIDS, June 2002.
7. Paiva V, Latorre M do R, Gravato N, et al. Enhancing Care Initiative – Brazil. Sexuality of women living with HIV/AIDS in Saõ Paulo. Cadernos de Saude Pu´blica 2002;18(6):1609–20.
8. HIV Positive Women in Thailand: Their Voices and Choices. The International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), Institute for Population and Social Research, Faculty of Nursing (Khon Kaen University), The Power of Life Support Group. At: <www.icw.org/files/Voices_and_Choices_Thailand.pdf>.

- Accessed 15 February 2006.
9. Adapted from de Bruyn M. Gender, adolescents and the HIV/AIDS epidemic: the need for comprehensive sexual and reproductive health responses. 13 November 2000. At: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/De%20bruyn.htm>.
 10. Oliveira LA, Junior IF. Demandas reprodutivas e assistência a's pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos services de saúde especializados. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(Suppl. 2): S315–23.
 11. Population Council Horizons: Publications by HIV/AIDS Research Area. At: www.popcouncil.org/horizons/horizonspublications.html. Accessed 15 February 2006.
 12. Paiva V, Filipe EV, Santos N, et al. The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):91–100.
 13. Cooper D, Bracken H, Myer L, et al. Reproductive intentions and choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: lessons for reproductive policy and service provision from a qualitative study. *Women's Health Research Unit, Infectious Diseases Epidemiology Unit, University of Cape Town, School of Public Health & Family Medicine, Population Council, New York City.* September 2005.
 14. UNAIDS/WHO. Policy Statement on HIV Testing. August 2004. At: www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf. Accessed 26 March 2007.
 15. WHO/UNAIDS Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities. Draft for Public Comment. 27 November 2006.
 16. McIntyre J. Maternal health and HIV. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):129–35.
 17. Del Mistro A, Chieco Bianchi L. HPV-related neoplasias in HIV-infected individuals. *European Journal of Cancer* 2001;37(10):1227–35.
 18. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathologies* 2002;55: 244–65.
 19. World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 3rd ed. Geneva: WHO, 2004.
 20. World Health Organization. *Sexual and*

- Reproductive health of Women with HIV. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV and their children in resource-constrained settings. Geneva: HO, 19 May 2005 (draft).
21. Jones DL, Weiss SM, Bhat GH, et al. Influencing sexual practices among HIV-positive Zambian women. *AIDS* 2006;18(6): 629–34.
 22. Kim JC, Martin LJ, Denny L. Rape and HIV post-exposure prophylaxis: addressing the dual epidemics in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):101–12.
 23. Epstein H, Whelan D, van de Wijgert J, et al. HIV/AIDS prevention guidance for reproductive health professionals in developing-country settings. New York: Population Council/ UNFPA, 2002. At: <www.popcouncil.org/pdfs/hivaidsguidance.pdf>. Accessed 10 February 2006.
 24. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. HIV and Human Rights: International Guidelines. Geneva: UNHCR and UNAIDS, 1998. 25. Berer M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. *Health Policy & Planning* 2004;19(Suppl. 1): i62–i70.
 26. Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS in Uganda. Regional Center for Quality of Health Care. At: [bhttp://rcqhc1.cfi.co.ug/modules/UpDownload/store_folder/Focus_Areas/Nutrition_and_Child_Health_/book.pdf](http://rcqhc1.cfi.co.ug/modules/UpDownload/store_folder/Focus_Areas/Nutrition_and_Child_Health_/book.pdf)>. Accessed 15 February 2006.
 27. Eldis Dossiers: Gender and HIV/ AIDS. At: <www.eldis.org/gender/dossiers/Genderviolence.htm#partners>. Accessed 15 February 2006.
 28. Policy Paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa. Human Rights Watch. December 2003. At: <www.hrw.org/reports/2003/africa1203/>. Accessed 30 March 2007.
 29. Myer L, Rabkin M, Abrams EJ, et al. for the Columbia University MTCT-Plus Initiative. Focus on women: linking HIV care and treatment with reproductive health services in the MTCT-Plus Initiative. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):136–46.
 30. Chen JL, Phillips KA, Kanouse DE, et al. Fertility desires and intentions of HIV-positive men and women. *Family Planning Perspectives* 2001;33(4).

31. WHO and UNAIDS announce recommendations from expert consultation on male circumcision for HIV prevention [press release]. Geneva, WHO. March 2007. At:<www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr10/en/index.html>. Accessed 29 March 2007.
32. Check E. Trio of studies makes headway in HIV battle. *Nature* 2007;446(12/March).
33. Cohen D. Poverty and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. UNDP HIV and Development Programme Issues Paper No. 27. At: <www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue27e.html>. Accessed 15 February 2006.
34. Freedman L, et al. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. New York7 UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, 2005.
35. World Bank. *Confronting AIDS. Revised edition: Public Priorities in a Global Epidemic.* Oxford University Press, October 1999.
36. Reid E. Gender Knowledge and Responsibility in the Global AIDS Policy Coalition, Harvard School of Public Health. *AIDS in the World 2.* Mann J, Tarantola D, editors. 1994. See also: Triple Jeopardy: Women and AIDS. London: PANOS Institute, 1990.
37. United Nations General Assembly (UNGASS) Declaration of Commitment on HIV and AIDS. New York7 UN, 2001.
38. United Nations Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women, UN Document. A/CONF.177/20. Beijing7 UN, 1995.
39. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 1985;26(3): 156–82.
40. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. February 2006. At: <www.euro.who.int/HEN/Syntheses/empowerment/20060119_10>. Accessed 29 March 2007.
41. Brown R. *Prejudice: Its Social Psychology.* Oxford7 Blackwell, 1995.
42. Nyblade L, Pane R, Banteyerga H, et al. Family and community-level stigma impedes HIV prevention and care, and lowers the quality of life for people living with HIV and AIDS [Abstract ThPeD7783]. *AIDS* 2004. Bangkok. July.

43. Aggleton P, Wood K, Malcolm A, et al. HIV-related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case Studies of Successful Programmes. UNAIDS Best Practice Collection. UNAIDS/05.05E. At: [bhttp://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf). Accessed 16 February 2006.
44. Cornu C. Towards a more meaningful involvement of people living with HIV/AIDS. Brighton7 International HIV/AIDS Alliance, 2002.
45. AIDSQuest: The HIV/AIDS Survey Library – Behavioral and Social Theories Commonly Used in HIV Research: Social Capital Theory. Population Council. At: www.popcouncil.org/horizons/AIDSquest/cmnbhvrtheo/soccap.html Accessed 29 March 2007.
46. Campbell C, Williams B, Gilgen D. Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa. *AIDS Care* 2002;14:41–54.
47. Bachmann MO, Booyesen FL. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: a cohort study. *BMC Public Health* 2003;3:14 (online article).
48. WHO. Making Health Systems Work: Opportunities for Global Health Initiatives in the Health System Action Agenda. Draft Working Paper. WHO/EIP/healthsystems/2005.4. Geneva: WHO, 2005. p.5.
49. USAID, Health Systems Overview. At: www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/index.html. Accessed 29 March 2007.
50. O'Malley J. Sexual & reproductive health needs & aspirations of vulnerable populations. [Plenary presentation] International Conference on Actions to Strengthen Linkages between SRH and HIV/AIDS. Mumbai, 4–8 February 2007.
51. O'Malley J. SRH HIV: Can this marriage work? Countdown 2015 ICPD at 10. International Planned Parenthood Federation, 2004, p.58–63.
52. Population Action International At: www.populationaction.org/resources/publications/archive.htm. Accessed 16 February 2006.
53. Sai F. Time to move on. Countdown 2015 ICPD at 10. International Planned Parenthood Federation, 2005, p.63.
54. Askew I, Berer M. The contribution of sexual and reproductive health

- services to the fight against HIV/AIDS: a review. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):51–73.
55. World Health Organization. *Reproductive Health Strategy, 2004*. Adopted by the 57th World Health Assembly, May 2004. At: <www.who.int/reproductive-health/strategy.htm>.
56. UNFPA Recommendations on Integration of Reproductive Health and HIV/AIDS. UNFPA, 2004.
57. Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children, 2004.
58. The New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health. 2004.
59. Grfne O, Garcia-Barbero M. Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues. 2002. At: <www.euro.who.int/document/ihb/trendicreflconissue.pdf>. Accessed 10 April 2005.
60. AbouZahr C, Vaughn JP. Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: questions regarding the use of disability-adjusted life years. *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(5).
61. Johnson W, Pugas M, Tavede E, et al. HAART treatment access for HIV positive ante-natal attendees: Differences between off-site clinics vs. treatment offered at the same health center [Abstract]. American Public Health Association Annual Meeting. Boston, 2006.
62. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy & Planning* 1996; 11(4):339–53.
63. General Medical Council, United Kingdom. At: <www.gmc-uk.org/N>. Accessed 15 February 2006.
64. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, et al. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine* 2005 Aug;2(8):e246. Epub 2005 Jul 19.
65. Universal precaution use boosted by proper training. *AIDS Alert* 1996;11(2):17–18.
66. Sringernyung L, Thaweessit S, Nakapiw S. A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Bangkok, Thailand. *AIDS Care* 2005;17(Suppl 2):S165–74.
67. Palmer D. Tackling Malawi's human resources crisis. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):27–39.
68. Chasombat S, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, et al. The National

- Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) in Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health* 2006;37(4): 704–15.
69. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health, Current Publications. At: <www.medfash.org.uk/publications/current.html>. Accessed 26 March 2007.
70. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health: What is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*. 1998;13(2): 177–90.
71. Mayhew S. Donor dealings: the impact of international donor aid on sexual and reproductive health services. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(4):220–24.
72. National Strategic Plan to Combat STI/HIV/AIDS, Health Sector 2004–2008. Ministry of Health, Mozambique. 19 March 2004.
73. Inter-American Parliamentary Group on Population & Development. At: <www.iapg.org/aboutus/keyissues.htm#repro>. Accessed 10 February 2006.
74. International Labour Organization Code of Practice on HIV/AIDS. At: <www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/manualen/index.htm>. Accessed 16 February 2006.
75. Lawyers Collective HIV/AIDS. A, C and Ors. V Union of India and Ors. (1999). Bombay High Court (Right to Marry). At: <www.lawyerscollective.org/lc_hivaids/Judgement/Judgements/right_to_marry.htm?Menu=1N>. Accessed 16 February 2006.
76. Gruskin S, Roseman MJ, Ferguson L. Re-negotiating the Relationship of HIV/AIDS to Women's Sexual and Reproductive Health and Rights: Observations and Developments. UNFPA/IAPG Brief, June 2004.
77. Center for Reproductive Rights. Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives, East and Central Europe, 2000. At: <www.crlp.org/pub_bo_wowece.html#PDF>. Accessed 10 February 2006.
78. Commission on Human Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights. At: <www.unhchr.ch/html/menu2/2/chr.htm>. Accessed 15 February 2006.
79. See, for example, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, Legal Framework of Needle and Syringe Programmes, 2005. At: <http://eldd.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=>

- 13212&sLanguageISO=EN> . Accessed 3 January 2007.
80. Hated to Death: Homophobia, Violence, and Jamaica's HIV/ AIDS Epidemic. Human Rights Watch, November, 2004. At: <http://hrw.org/reports/2004/jamaica1104/> . Accessed 15 February 2006.
81. Macan-Markar M. HIV/AIDS stalks Burmese migrant workers, Mizzima News. July 2005 At: www.mizzima.com/mizzima/archives/news-in-2005/news-in-July/11-July-05-30.htm . Accessed 15 February 2006.
82. Srithanaviboonchai Kriengkrai, Choi Kyung-Hee, van Griensven F, et al. HIV-1 in ethnic Shan migrant workers in northern Thailand. *AIDS* 2002;16(6): 929–31.
83. UNAIDS. At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions: Inter-Agency Task Team on Young People. Geneva7 UNAIDS, 2004. At: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/316_filename_UNFPA_Crossroads.pdf . Accessed 3 January 2007.
84. World Health Organization. Implementing the Global Reproductive Health Strategy: Policy Brief 4. Geneva7 WHO, 2006. At: www.who.int/reproductivehealth/publications/policybrief4.pdf . Accessed 3 January 2007.
85. Double Standards: Women's Property Rights Violations in Kenya. Human Rights Watch. March 2003. At: www.hrw.org/reports/2003/kenya0303/N . Accessed 15 February 2006.
86. See in particular: The nature of States parties obligations (Art. 2, par.1) : 14/12/90. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 3, Fifth Session 1990.

सुझाव पत्र

नाम:

पता:

पेशा:

संस्था का नाम:

निम्नलिखित पैमाने के प्रयोग द्वारा, कृपया इस अंक 'एच आई वी/एडज और मानव अधिकार: एक विमर्श' का मूल्यांकन करें:

	5-बहुत अच्छा	4-अच्छा	3-ठीकठाक	2-साधारण/असंतोषजनक	1-खराब
इस अंक में दी गई जानकारी	5	4	3	2	1
प्रस्तुति	5	4	3	2	1
अंक की उपयोगिता	5	4	3	2	1
भाषा की सरलता	5	4	3	2	1

आप यह प्रकाशन अपने काम में किस तरह उपयोग कर सकते हैं?

इस अंक में कौन सा लेख आपके लिये सब से ज़्यादा उपयोगी रहा?

भविष्य में प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े किन किन मुद्दों पर प्रकाशन आप पसंद करेंगे?

रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स के भविष्य के लिये कोई विशेष सुझाव?

कृपया इस फार्म को निम्नलिखित पते पर भेजें:

क्रिया

7, मथुरा रोड,

दूसरी मंज़िल, जंगपुरा बी

नई दिल्ली-110014

दूरभाष: 91-11-24377707



रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स
अंक 1, 2006
यौनिकता एवं अधिकार



रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स
अंक 2, 2007
युवाओं के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार



रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स
अंक 3, 2008
मातृ मृत्यु एवं रुग्णता

क्रिया

7, मथुरा रोड, जंगपुरा बी, दूसरी मंज़िल, नई दिल्ली - 110 014, भारत
दूरभाष : 91-11-24377707
ई-मेल : crea@vsnl.net वेबसाइट : www.creaworld.org

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

444, हाईगेट स्टूडियोज़
53-79, हाईगेट रोड, लंदन एम डब्ल्यू 5, 1 टी एल, यू. के.
दूरभाष : 44-20-7267-6567 फैक्स : 44-20-7267 2551