

विकलांगता
जबरदस्ती गर्भधारण कलंक
बहिष्कृत खुदकुशी अपराधित
स्वास्थ्य सेवा का इंकार सुरक्षित कष्ट उदासी
माता पिता की सहमति देखभाल कानूनी अपराध बोध
गलत खुराक पहुँच सस्ती गर्भ समापन गुस्सा
गलत दवाएं गोपनीयता सेवाएं आत्मविश्वास निराशा
काला बाजार बीमाकृत महत्व नियंत्रण मेरा हक गर्भपात
रक्तस्त्राव मेरा चुनाव खुला सम्मान लिंग चुनाव
छिद्रित गर्भाशय बलात्कार तालमेल प्रजनन यौनिकता अप्रशिक्षित प्रदाता
अपराधित शांति मेरी जिन्दगी स्कूल छूटना प्रजनन यौनिकता बेटे की चाहत
निराशा शांति गलत खुराक मेरा निर्णय शांति कलंक संक्रमण बीमाकृत दोषी
स्वास्थ्य सेवा का इंकार मेरा स्वास्थ्य मदद चुनाव लड़कियां कैदी
माता पिता की सहमति चाहा गर्भधारण महिला अधिकार
लिंग चुनाव तालमेल खुला पहुँच साथी का चुनाव
गुप्त कलंक सहमति अपराधित नियोजित मातृत्व
संक्रमण मेरा निर्णय विकलांगता पाप सहमति नियंत्रण
बहिष्कृत बीमाकृत नारीवादी महिला अधिकार कानूनी बीमाकृत
गोपनीयता जबरदस्ती गर्भधारण सुरक्षित
सस्ती नियोजित मातृत्व आत्मविश्वास
दुख सेवाएं महत्व खुला
चाहा गर्भधारण
गलत खुराक

मेरा शरीर, मेरी जिन्दगी,
निर्णय लेने का मेरा अधिकार

गर्भ समापन और अधिकार



crea

Abortion and Rights

RHM in Hindi

Issue # 6, 2012

Hindi edition published by:

CREA

Founded in 2000, CREA is a feminist human rights organisation based in New Delhi, India. It is one of the few international women's rights organisations based in the global South, led by Southern feminists, which works at the grassroots, national, regional, and international levels. Together with partners from a diverse range of human rights movements and networks, CREA works to advance the rights of women and girls, and the sexual and reproductive freedoms of all people. CREA advocates for positive social change through national and international fora, and provides training and learning opportunities to global activists and leaders through its Institutes.

Coordinated by:

Meenu Pandey
Shalini Singh

Advisors for selection of articles:

Renu Khanna, Sahaj
Suchitra Dalvie, Asia Safe Abortion Partnership

Translation and review by:

Nidhi Agarwal
Gaurav Bhargava
Sominder Kumar

Cover photo by:

WGNRR/B.Dapithapon/www.september28.org

Design and typesetting by:

Brijbasi Art Press Limited

With support from:

Reproductive Health Matters, UK and other donors to CREA

To get free copies of RHM Hindi issues, contact:

CREA

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

RHM Hindi can also be downloaded for free from www.creaworld.org

Papers in this issue are from:

Reproductive Health Matters (RHM)
Volume 10, Issue 19, 2002
Volume 12, Issue 24, 2004 Supplement
Volume 13, Issue 26, 2005
Volume 16, Issue 31, 2008 Supplement
Volume 18, Issue 35, 2010
Volume 18, Issue 36, 2010
Volume 19, Issue 37, 2011
Repoliticising Sexual and Reproductive Health and Rights; Report of a Global Meeting, Langkawi, Malaysia, 3-6 August 2010

©Reproductive Health Matters 2012

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

For submission of papers:

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

For any other queries:

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

Guidelines available at:

www.rhjournal.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 6, 2012

अंक 6, 2012

गर्भ समापन और अधिकार



Table of Contents

Foreword

Editorial

- 7 Marge Berer Making Abortion a Woman's Right Worldwide

Articles

- 19 Shireen J. Jejeebhoy,
Shveta Kalyanwala,
A.J. Francis Zavier, Rajesh Kumar Experience seeking abortion among unmarried young women in Bihar and Jharkhand, India: delays and disadvantages
- 38 Raffaella Schiavon,
Maria Elena Collado, Erika Troncoso,
José Ezequiel Soto Sánchez Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization
- 53 Ravi Duggal, Vimala Ramachandran The Abortion Assessment Project–India: Key Findings and Recommendations
- 66 Ganga Shakya, Sabitri Kishore,
Cherry Bird, Jennifer Barak Abortion Law Reform in Nepal: Women's Right to Life and Health
- 82 Marge Berer Making Abortions Safe: A Matter of Good Public Health Policy and Practice
- 106 Siddhivinayak S. Hirve Abortion Law, Policy and Services in India: A Critical Review
- 118 Bela Ganatra Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia
- 133 Suchitra S. Dalvie Second Trimester Abortions in India
- 147 Agata Chelstowska Stigmatisation and commercialisation of abortion services in Poland: turning sin into gold
- 160 Sharad D. Iyengar Introducing Medical Abortion within the Primary Health System: Comparison with Other Health Interventions and Commodities
- 171 Special Report Repoliticising Sexual and Reproductive Health and Rights; Sections from Report of a Global Meeting, Langkawi, Malaysia, 3-6 August 2010

विषय-सूची

प्रस्तावना

संपादकीय

- 7 मार्ज बेरर दुनिया भर में गर्भ समापन को महिलाओं का अधिकार बनाना

निबंध

- 19 शिरीन जे. जेजीभॉय, श्वेता कल्याणवाला, ए.जे. फ्रांसिस जेवियर, राजेश कुमार, नीता झा भारत के बिहार और झारखंड प्रदेश में गर्भ समापन कराने की इच्छुक अविवाहित युवतियों के अनुभव: देरी का कारण और इसके नुकसान
- 38 रैफेला शियावौन, मारिया इलीना कोलैडो, एरिका ट्रौन्क्सो, जोस एज़िक्वैल सोतो सैन्चेज़, गेब्रीयैला ओटेरो जोरीला, टिया पैलेरमो कानूनी मान्यता प्राप्त करने के बाद मैक्सिको शहर में प्राइवेट गर्भ समापन सेवाएं
- 53 रवि दुग्गल, विमला रामचंद्रन गर्भ समापन मूल्यांकन योजना, भारत: प्रमुख निष्कर्ष और सुझाव
- 66 गंगा शाक्या, सावित्री किशोर, चेरी बर्ड, जेनिफर बराक नेपाल में गर्भ समापन संबंधी कानून में सुधार: महिलाओं का जीवन और स्वास्थ्य का अधिकार
- 82 मार्ज बेरर गर्भ समापन को सुरक्षित बनाना: एक मजबूत जन स्वास्थ्य नीति और प्रणाली स्थापित करना
- 106 सिद्धिविनायक एस. हिरवे भारत में गर्भ समापन कानून, नीति और सेवाएं: एक आलोचनात्मक समीक्षा
- 118 बेला गनात्रा एशिया में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच बनाए रखना और लिंग अनुपात असंतुलन को कम करना
- 133 सुचित्रा एस. दल्वी भारत में गर्भावस्था के दूसरे तिमाही में गर्भ समापन
- 147 अगाता चेल्स्तोस्का पोलैंड में गर्भ समापन सेवाओं का कलंकित दर्जा और व्यवसायीकरण: किसी का पाप, किसी का फायदा
- 160 शरद डी. आयंगर प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली में चिकित्सीय गर्भ समापन को शामिल किया जाना: दूसरे स्वास्थ्य कार्यक्रमों और वस्तुओं से तुलना
- 171 खास रिपोर्ट यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों का फिर से राजनीतीकरण, एक अंतर राष्ट्रीय मीटिंग की रिपोर्ट के कुछ अंश, लांगकावी, मलेशिया, 3-6 अगस्त, 2010

प्रस्तावना

2000 में स्थापित, क्रिया, नई दिल्ली में स्थित एक नारीवादी मानव अधिकार संस्था है। यह एक अंतरराष्ट्रीय महिला अधिकार संस्था है जो समुदाय, राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर काम करती है। मानव अधिकार आंदोलनों और समूह के विभिन्न भागीदारों के साथ मिलकर, क्रिया महिलाओं और लड़कियों के अधिकार को आगे बढ़ाने और सभी लोगों के यौनिक और प्रजनन स्वतंत्रता पर कार्य करती है। क्रिया राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय मंचों पर, सकारात्मक सामाजिक बदलाव के लिए पैरवी करती है और दुनियाभर से सक्रियतावादियों और पैरवीकारों को ट्रेनिंग और सीखने के अन्य मौके प्रदान करती है।

एक द्विभाषी संस्था होने के नाते, क्रिया पहचानती है कि अंग्रेज़ी के मुकाबले, हिन्दी भाषी सक्रियतावादियों और संस्थाओं के लिए प्रजनन स्वास्थ्य, यौनिकता और मानव अधिकार पर बहुत कम जानकारी उपलब्ध है। क्रिया की कोशिश है कि हिन्दी प्रकाशनों के ज़रिए, यौनिकता, जेन्डर और प्रजनन स्वास्थ्य पर संसाधनों को उन समूहों तक पहुँचाया जाए, जहाँ भाषा की सीमाओं की वजह से यह संसाधन कम पहुँच पाए हैं। इस ज़रूरत को ध्यान में रखते हुए, क्रिया ने रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स (आरएचएम) के साथ सहभागिता स्थापित की है। इस संबंध में पांच संस्करण, 'यौनिकता एवं अधिकार', 'युवाओं के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य तथा अधिकार', 'मातृ मृत्यु एवं रुग्णता', 'एचआईवी/एड्स और मानवाधिकार: एक विमर्श' और 'अपराधीकरण' प्रकाशित हो चुके हैं। हिन्दी में प्रकाशित आरएचएम का यह छठवाँ संस्करण 'गर्भ समापन और अधिकार' पर आधारित है।

महिलाओं के यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार का एक अभिन्न भाग है, अपने शरीर पर नियंत्रण और खुद के लिए निर्णय लेने की क्षमता। ज़्यादातर नारीवादी सोच रखने वाले और महिला अधिकार पर काम कर रहे लोग यह मानेंगे कि औरतें कब बच्चे चाहती हैं और कब नहीं, इसका निर्णय लेने के अधिकार पर कोई बहस नहीं हो सकती। गर्भ समापन को दुनिया भर में औरतें, अपने जीवन पर अपना नियंत्रण रखने के लिए, अपनाती हैं। यह एक विकल्प है, जो औरतें चुनती हैं। लेकिन यह सिर्फ इनका निजी मुद्दा नहीं रह जाता क्योंकि, गर्भ समापन के मुद्दे पर सरकारों, स्वास्थ्य प्रणालियों - सरकारी और प्राइवेट, कानून, अदालतें, धर्म और समाज, इन सभी की सोच, एक अहम भूमिका अदा करती हैं। दुनिया भर में गर्भ समापन पर अलग-अलग तरह के कानून हैं, जिसकी वजह से औरतों की गर्भ समापन सेवाओं तक पहुँच भी अलग-अलग तरह की है। कई क्षेत्रों में गर्भ समापन का सामाजिक और राजनैतिक विरोध है, जिससे गर्भ समापन की ज़रूरत पड़ने पर, औरतों को बहुत मुश्किलों का सामना करना है।

भारत में महिला अधिकार आंदोलन को गर्भ समापन के लिए सरकार से संघर्ष नहीं करना पड़ा। जनसंख्या नियंत्रण के एक तरीके के रूप में, इसे 1971 में ही कानूनी कर दिया गया। भारत में, गर्भाधारण के बीस हफ्ते तक गर्भ समापन कानूनी है, अगर यह चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम (एम.टी.पी. एक्ट) के सभी शर्तों के अनुरूप हो। यह अधिनियम काफी सीधा और उदार दिखता है, लेकिन फिर भी इस अधिनियम को कई बार प्रतिबंधक रूप में समझा जाता है। औरत का सिर्फ यह कहना कि उसको अनचाहा गर्भाधारण है, काफी नहीं होता। कानून साफ तरह से नहीं कहता कि अविवाहित औरतें इस में शामिल हैं। गर्भ समापन के कानूनी होने के बावजूद, भारत में आज भी असुरक्षित गर्भ समापन से होने वाली मृत्यु दर बहुत ऊँची है।

असुरक्षित गर्भ समापन रोका जा सकता है, लेकिन आधुनिक तकनीकों के आने के बावजूद, विकासशील देशों में असुरक्षित गर्भ समापन आज भी, मातृ मृत्यु और बीमारी का एक बहुत बड़ा कारण है। WHO के मुताबिक, साल 2000 में इकट्ठा किए गए आंकड़ों के अनुसार, हर साल, दुनिया भर में, करीब 19 मिलियन असुरक्षित गर्भ समापन होते हैं। इसका मतलब, हर दस गर्भाधारण में, एक का असुरक्षित गर्भ समापन होता है। ज़्यादातर असुरक्षित गर्भ समापन विकासशील देशों में होते हैं। कई देशों, जैसे कि चिले, डोमिनिकन रिपब्लिक, पोलैंड में देखा गया है, चर्च और दक्षिणपंथी धार्मिक समूह हमेशा गर्भ समापन का विरोध करते आए हैं। यह उदाहरण साबित करता है कि जिन देशों में धर्म और राज्य का गहरा संबंध होता है, वहाँ महिला अधिकार और उनके चुनाव के हक को बहुत कम महत्व दिया जाता है।

गर्भ समापन सेवा देने वाले अस्पतालों और क्लीनिकों की सेवा गुणवत्ता, असुरक्षित गर्भ समापनों का एक बड़ा कारण है। जबकि कई देशों में सरकारी स्वास्थ्य प्रणाली गर्भ समापन सेवा प्रदान करती है, उसकी गुणवत्ता, औरतों के प्रति रवैया, शहरी-ग्रामीण सेवाओं में फर्क, कई क्षेत्रों में पाई गई है। वहीं प्राइवेट सेवाएं, जिनका औरतों के प्रति रवैया कहीं बेहतर पाया गया है, उनकी गोपनीयता बनाए तो रखते हैं, लेकिन सेवा गुणवत्ता में बहुत बार पीछे होते हैं। और साथ में प्राइवेट अस्पताल, सरकारी अस्पतालों के मुकाबले कहीं ऊँची फीस लेते हैं, जिसे देने में कई औरतें और लड़कियाँ असफल होती हैं। जबतक अपंजीकृत, अप्रशिक्षित प्रदाता गर्भ समापन की सेवा छिपकर देते रहेंगे, असुरक्षित गर्भ समापन भी तबतक होते रहेंगे। यहां पर ध्यान देना ज़रूरी है कि

औरतों को छिपकर गर्भ समापन करवाने की ज़रूरत क्यों पड़ती है? इसके कई कारण हो सकते हैं। जिन देशों में गर्भ समापन गैर-कानूनी हो, जहां सामाजिक रूप से गर्भ समापन कलांकित हो, जब युवा लड़कियों को और अमान्यतापूर्ण रिश्तों में औरतों को गर्भधारण हो जाता है, यौनिक हिंसा के मामलों में जब औरत को कोई सहायता नहीं मिले, तो सामाजिक, राजनैतिक बहिष्कार के डर से, औरतें छुपकर, कम कीमत में हो जाने वाले, कई बार अप्रशिक्षित सेवाप्रदाताओं के पास मजबूरी में जाती हैं।

जहाँ गर्भ समापन को आसानी से मिलने वाली सेवा बनाने के लिए कई देशों में, गर्भ समापन के अधिकार पर संघर्ष चल रहा है, वहीं कई जगहों पर केथोलिक दक्षिणपंथी समूहों ने गर्भ समापन के अधिकार को चुनौती दी है। गर्भ समापन विरोधी समूह भ्रूण को एक 'व्यक्ति' समझते हैं और गर्भ समापन को 'हत्या' मानते हैं। गर्भ समापन अधिकार को मांगने वाले महिला अधिकार और मानव अधिकार समूह, औरतों के जीवन, उनके निर्णय को ऊँचे दर्जे पर रखकर, इस अधिकार के लिए अपने सरकारों, और दक्षिणपंथी समूहों से संघर्ष करते हैं।

भारत में पिछले कई सालों में गर्भ समापन का मुद्दा, लिंग-चयन से जुड़ गया है। लिंग चयन, बेटे की चाहत, का कारण है। लिंग चयनात्मक गर्भ समापन भारत में, बेटियों के कम मोल को दर्शाता है। बेटे की चाहत लड़कियों के जीवन में कई अन्य दूरगामी परिणाम लाता है – पढ़ाई बीच में ही छूट जाना, पौष्टिक खाना और स्वास्थ्य सेवाओं और बाकी संसाधनों तक उनकी कम पहुँच। यह परिणाम भी बेटियों के कम मोल को दर्शाते हैं। लेकिन सभी गर्भ समापन, लिंग चयन की वजह से नहीं होते। लिंग चयन के काम में यह याद रखने की ज़रूरत है कि ऐसी कई औरतें हैं जो मुश्किल स्थितियों में गर्भ समापन करवाने के निर्णय लेती हैं। विषम लिंग अनुपात पर काम करने के साथ, गर्भ समापन सेवाओं को मज़बूत बनाने पर काम करना भी बहुत ज़रूरी है।

इसके साथ विकलांग अधिकारों पर कार्य करने वाले कई नारीवादी लोगों ने प्रश्न उठाए हैं कि क्यों महिला अधिकार पर काम करने वाले लोग, लिंग चयनात्मक गर्भ समापन का विरोध करते हैं, लेकिन विकलांगता के आधार पर होने वाले गर्भ समापनों का समर्थन करते हैं। कई देशों ने गर्भ समापन के अपने प्रतिबंधक कानूनों में बदलाव कर उन्हें उदार बनाया है। नेपाल इसका बहुत अच्छा उदाहरण है। दुनिया भर में कानून उदारीकरण पर काम चल रहा है, जिसे और ज्यादा मज़बूत बनाने की ज़रूरत है, क्योंकि गर्भ समापन विरोधी – ज़्यादातर सरकारें और दक्षिणपंथी धार्मिक गुट काफी शक्तिशाली होते हैं।

क्रिया में हम, हिंदी प्रकाशनों में नई और बेहतर भाषा का इस्तमाल करने की कोशिश करते आए हैं। इस अंक का शीर्षक हमने गर्भ समापन दिया है। गर्भपात शब्द का इस्तमाल हर जगह किया जाता है, लेकिन कुछ हिंदी भाषा की अच्छी समझ रखने वाले मानते हैं कि गर्भपात शब्द का मतलब खुद गिर जाने वाले गर्भ से है। इसके साथ, गर्भ समापन शब्द गर्भ के समापन के चुनाव को दर्शाता है। हम इस अंक को गर्भ समापन शीर्षक दे रहे हैं, ताकि अपने शरीर और ज़िन्दगी के बारे में निर्णय लेने का विचार गर्भ समापन से जुड़ा रहे।

28 सितम्बर लैटिन अमरीका और करीबीयन देशों में पिछले 20 सालों से सुरक्षित और कानूनी गर्भ समापन की उपलब्धता की मांग के दिन के रूप में पहचाना जाता है। 2011 में WGNRR, एक यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार पर वैश्विक नेटवर्क, ने इस दिन को वैश्विक स्तर पर पहचान देने के लिए पहल की। 2012 में 28 सितम्बर को सुरक्षित और कानूनी गर्भ समापन के कार्य के लिए वैश्विक दिन के रूप में पहचान मिली। WGNRR ने अपने सहभागियों के साथ मिलकर इस वैश्विक दिन के लिए एक पोस्टर बनाया है, जो आरएचएम के इस अंक की मुख्य तस्वीर के रूप में इस्तमाल किया गया है। यह पोस्टर उन कई कारकों को सामने लाता है जो गर्भ समापन को प्रभावित करता है। सिर्फ कानून ही नहीं, बल्कि समाज, अधिकार, शरीर, भावना, स्वास्थ्य सेवाएँ, रिश्ते, गोपनीयता, यह और कई अन्य कारक, गर्भ समापन के विषय में मायने रखते हैं और इसे प्रभावित करते हैं।

आरएचएम के इस अंक में 11 लेख शामिल हैं, जो गर्भ समापन के दुनिया के कई कोनों के अनुभव की व्याख्या करते हैं। यह लेख यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में कुछ देशों की स्थिति को स्पष्ट करते हैं। इन लेखों में केस स्टडीज़ भी शामिल हैं, रिसर्च भी और सैद्धांतिक और व्यावहारिक विमर्श भी। इस अंक में एक खास रिपोर्ट के कुछ अंश भी शामिल किए गए हैं। अगस्त 2010, मलेशिया में हुई यह मीटिंग यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार के फिर से राजनीतिकरण के बारे में थी। हमने इस अंक में मीटिंग का उद्देश्य पत्र, प्रमुख संदेश और दो महत्वपूर्ण प्रस्तुत किए गए लेख शामिल किए हैं।

हमारी यह कोशिश कितनी कामयाब है, इस बारे में अपने बहुमूल्य सुझाव, अंक के आखिर में दिए गए मूल्यांकन पत्र द्वारा ज़रूर भेजें। हम उम्मीद करते हैं कि अधिकारों और सामाजिक परिवर्तन से जुड़े मुद्दों पर काम करने वाले लोग इस से लाभ पाएंगे और अपने कार्य क्षेत्र में इसका उपयोग कर पाएंगे।

संपादकीय

दुनिया भर में गर्भ समापन को महिलाओं का अधिकार बनाना

Marge Berer

मार्ज बेरर*

इस साल रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स (आरएचएम) की 10वीं वर्षगांठ है, और 1993 से, पत्रिका का यह तीसरा अंक है, जिसमें आरएचएम ने गर्भ समापन पर जोर दिया है।¹ पिछले वर्षों की उपलब्धियों पर नज़र डालें, तो यह देखकर खुशी होती है, कि पिछले 10 वर्षों में गर्भ समापन के बारे में अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर कितने ज़्यादा बदलाव आए हैं, जो यहां प्रकाशित लेखों में भी दिखता है। ये लेख, महिला-स्वास्थ्य के पक्षधर, चिकित्सा क्षेत्र से जुड़े कर्मियों, अनुसंधानकर्ताओं और अपने देश में गर्भ समापन को सुरक्षित और कानूनी बनाने के लिए कार्यरत अन्य व्यक्तियों द्वारा प्रस्तुत किए गए हैं। उन्होंने, इन लेखों में अपने देश में गर्भ समापन को सुरक्षित और कानूनी बनाने की दिशा में किए गए प्रयासों का वर्णन और विश्लेषण करने के साथ-साथ, उन प्रयासों में मिली विफलताओं और उनके द्वारा सामना किए जाने वाले विरोधों का भी उल्लेख किया है। ये लेख, सुरक्षित गर्भ समापन को जन स्वास्थ्य लक्ष्य, और कानूनी गर्भ समापन को महिला का अधिकार बनाने की हिमायत करने के साथ, इसके अंतर्गत कमज़ोर वर्ग के लोगों, जैसे कि

शरणार्थी महिलाओं को भी शामिल करते हैं। इस संदर्भ में यूएस पुलिस द्वारा लिया गया एक मृत महिला का फोटो विशेष उल्लेखनीय है, जो तीन बच्चों की मां थी और जिसकी, 1964 में, गुप्त तरीके से कराए गए गर्भ समापन के कारण मृत्यु हुई। इस फोटो ने एक आंदोलन को जन्म दिया, और शिकागो, अमरीका में “आम” महिलाओं के एक समूह ‘जेन’ की भूतपूर्व सदस्य को कविताएं लिखने को भी प्रेरित किया। इस समूह ने 1973 में गर्भ समापन को कानूनी दर्जा दिए जाने से पहले हज़ारों सुरक्षित लेकिन गुप्त गर्भ समापन करवाए थे। इतिहास की ये घटनाएं, आज भी विकासशील देशों में असुरक्षित गर्भ समापन कराने वाली महिलाओं की स्थिति की याद दिलाती हैं। शुक्र है कि ऐसे मामलों की संख्या घट रही है, हालांकि उतनी तेज़ी से नहीं जितनी तेज़ी से होनी चाहिए। आरएचएम के इस अंक में प्रस्तुत विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुमान दर्शाते हैं कि वर्ष 2000 में दुनिया भर में हर वर्ष कराए जाने वाले, लगभग 460 लाख गर्भ समापन के मामलों में से 190 लाख, असुरक्षित गर्भ समापन के मामले थे।

* यह संपादकीय रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स (अंग्रेज़ी) 2002 के अंक से लिया गया है। इस संपादकीय में कुछ अंश ऐसे हैं, जो अंग्रेज़ी अंक में तो शामिल हैं, लेकिन इस हिंदी संस्करण में नहीं।

यूएस/वैटिकन का प्रजनन स्वास्थ्य का विरोध

अमरीकी सरकार ने हाल ही में कई क्षेत्रों में कई मुद्दों पर अंतर्राष्ट्रीय नेतृत्व किया है, और अंतर्राष्ट्रीय गर्भ समापन-विरोधी आंदोलन का नेतृत्व करना, इनमें से सबसे ज्यादा निंदनीय कार्य रहा है। लगता है कि जार्ज डब्ल्यू बुश, गर्भ समापन विरोधी गतिविधियों में पोप को भी पीछे छोड़ने का भरसक प्रयास कर रहे हैं।¹ फरवरी को, यूएस के स्वास्थ्य और मानव सेवाओं के सेक्रेटरी ने यूएस की कम आयवर्ग वाली महिलाओं को सरकारी स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत, प्रसवपूर्व देखभाल सेवाएं सुलभ कराने के लिए भ्रूण को “अजन्मे बच्चों” के रूप में वर्गीकृत करने की एक योजना के बारे में बताया।² दो दिनों के बाद यह घोषणा की गई कि बुश ने यूएन पॉपुलेशन फंड के लिए 34 मिलियन अमरीकी डॉलर की आर्थिक सहायता को स्थगित करने का फैसला किया।³ यह निराधार आरोपों के कारण किया गया, जिसमें यह कहा गया था कि ये फंड, चीन में जबरदस्ती गर्भनिरोध, गर्भ समापनों और नसबंदियों के लिए इस्तेमाल किया जा रहा है। इस फैसले को, राजनैतिक लेन-देन से, यूएस कांग्रेस द्वारा पलट दिए जाने की संभावना नहीं है। पिछले वर्ष संयुक्त राष्ट्र के एक सीमित सत्र में यूएसए और वैटिकन के दबाव के कारण, प्राथमिकता वाले प्रजनन स्वास्थ्य लक्ष्यों को मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स* से हटा दिया गया था, और इसमें इसके सिर्फ तीन भाग - मातृ मृत्यु, गर्भनिरोधकों की

उपलब्धता और एचआईवी/एड्स को रहने दिया गया।⁴ इस वर्ष अप्रैल में आयोजित बाल शिखर सम्मेलन और मई में आयोजित विश्व स्वास्थ्य सभा के प्रतिभागी बताते हैं कि यूएसए अभी भी प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधानों का जोरदार विरोध करता है, ताकि उनमें गर्भ समापन सेवाओं को शामिल ना किया जा सके। इन सभी बैठकों में इस रुख का विरोध किया गया था, और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का समर्थन करने वालों की संख्या अभी भी बहुत ज्यादा है। हालांकि मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स को प्रजनन स्वास्थ्य लक्ष्य के बिना ही अंतिम रूप दे दिया गया था, लेकिन इस वर्ष आयोजित दोनों प्रमुख बैठकों में प्रजनन स्वास्थ्य को हासिल करने और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने की फिर से पुष्टि की गई।

आगे बढ़ने का समय आ गया है

वैटिकन के गर्भ समापन-विरोधी, प्रजनन अधिकार-विरोधी रुख को चुनौती देने वाले, केथोलिक्स फॉर फ्री च्वाइस के समान, अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर एक धर्मनिरपेक्ष गठबंधन की ज़रूरत है, जो गर्भ समापन-विरोधी सरकारों और आंदोलनों को चुनौती पेश करे। 1970 के दशक के अंत में गर्भ समापन अधिकारों के लिए एक अंतर्राष्ट्रीय अभियान चलाया गया था, जिसमें ज्यादातर, यूरोप के राष्ट्रीय आंदोलनों के साथ-साथ उत्तर अमरीकी और लैटिन अमरीकी समूह भी शामिल थे। उस समय एशिया और अफ्रीका के अनेक हिस्सों में गर्भ समापन एक प्रतिबंधित विषय था और इसकी पैरवी करने वाले महिला स्वास्थ्य के पैरोकारों को

* मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स, आठ अंतरराष्ट्रीय विकास उद्देश्य हैं, जिन्हें 2015 तक हासिल करने के लिए सभी 193 यूएन सदस्य देश और 23 अंतरराष्ट्रीय संस्थाएं, राजी हुए हैं।

ऐसा लगा, कि वे ऐसे किसी नेटवर्क से जुड़ ही नहीं सकते हैं, जिसके नाम के साथ गर्भ समापन शब्द जुड़ा हुआ हो। 1984 में आयोजित अंतर्राष्ट्रीय महिला और स्वास्थ्य बैठक में एक नई अवधारणा पर सहमति बनी, जिसमें प्रजनन अधिकारों को छोटे हिस्सों में न बाँटकर, संपूर्ण रूप से देखा गया और इसके इस रूप को प्राप्त करने के लिए संघर्ष करने को ज़रूरी माना गया। गुप्त तरीके से कराए जाने वाले गर्भ समापन, महिलाओं द्वारा सामना की जाने वाली अनेक प्रजनन और यौन स्वास्थ्य समस्याओं में से केवल एक समस्या थी। दस वर्षों के बाद, इस अवधारणा और इन समस्याओं को आईसीपीडी कार्यक्रम की कार्यसूची में स्थान मिला। अब समय आ गया है कि अंतर्राष्ट्रीय महिला स्वास्थ्य आंदोलन, गर्भ समापन पर ही ध्यान केंद्रित करते हुए अभियान चलाएँ, क्योंकि गर्भ समापन को प्रजनन और यौन स्वास्थ्य को पूरी तरह समझौतों के हवाले छोड़ देने के एक बहाने के रूप में इस्तेमाल किया जा रहा है।

इस वर्ष इस दिशा में कुछ अच्छे कदम उठाए गए हैं। फरवरी में चिकित्सीय गर्भ समापन के अंतर्राष्ट्रीय संघ का गठन किया गया था (राउन्ड अप नेटवर्क्स) और आईपास (IPAS) ने भी हाल ही में, गर्भ समापन के बारे में एक महत्वपूर्ण पहल की घोषणा की है। सौभाग्य से,

विरोधों के बावजूद अनेक देशों में आईसीपीडी, बीजिंग और आईसीपीडी+5* के समझौतों पर अमल किया जा रहा है, क्योंकि उन्होंने, उनके सांसदों, सक्रियतावादियों और गैर-सरकारी संगठनों ने उन अंतर्राष्ट्रीय बैठकों में किए गए फैसलों को गंभीरता से लिया है। उदाहरण के लिए, विश्व के सबसे कम संसाधन वाले देशों में से एक, नेपाल के परिवार नियोजन संघ और संसद ने पिछले वर्ष गर्भ समापन से होने वाली मृत्यु को कम करने के लिए निर्णायक कार्रवाई की है। एफपीए (FPA) ने ग्लोबल गैंग नियम** पर हस्ताक्षर करने से इंकार किया है, और नेपाली संसद ने बलात्कार, व्यभिचार और भ्रूण के असमान विकास में, महिला के जीवन या स्वास्थ्य को खतरा होने पर, महिला के अनुरोध पर 12 सप्ताह तक की गर्भावस्था के गर्भ समापन को कानूनी कर दिया है (राउंड अप कानून और नीति)। यह एक ऐसा उदाहरण है, जिसकी अन्य देशों को सराहना और अनुकरण करना चाहिए।

गर्भ समापन-विरोधी कार्यकर्ता और उनके प्रभाव

इस बात को जानते हुए भी कि गर्भ समापन-विरोधी आंदोलन का आधार तो अक्सर महिलाओं के अनुभवों को नकार कर उन्हें तोड़ने-मरोड़ने, उन्हें न मानने और वैज्ञानिक

* आईसीपीडी, बीजिंग और आईसीपीडी+5 तीन अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन थे, जिनमें महिला अधिकार, जनसंख्या मुद्दे और प्रजनन अधिकारों के बारे में चर्चा हुई। इन सम्मेलनों से इन मुद्दों पर कुछ उद्देश्य बनाए गए जिनका यूएन, सरकारें और महिला आंदोलन पूरा करने के लिए कार्यरत हैं।

** ग्लोबल गैंग नियम अमरीकी सरकार की नीति थी। जिन गैर-सरकारी संस्थाओं को अमरीकी सरकार से धन मिलता था, उन संस्थाओं को किसी भी देश में गर्भ समापन करने या इसका परिवार नियोजन के तरीके के रूप में प्रचार करने पर मनाही थी। यह नियम अमरीका के रूढ़िवादी समूहों के राजनैतिक दबाव से बुश की सरकार ने आखिरी बार 2001 में लागू किया। 2009 में बराक ओबामा की सरकार के आते ही इस नियम को खारिज कर दिया गया।

साक्ष्यों को बदल कर दिखाने पर आधारित होते हैं, ये समझना अक्सर मुश्किल होता है कि गर्भ समापन-विरोधी आंदोलन का इतना ज्यादा प्रभाव क्यों पड़ता है। हालांकि इससे ये तो पता चलता ही है कि ज्यादातर लोग, खासकर जिनके पास शक्ति और प्रभाव है, महिलाओं के गुप्त तरीके से कराए जाने वाले गर्भ समापन के अनुभव की भयावह वास्तविकता, या गर्भ समापन संबंधी वैज्ञानिक साक्ष्य से परिचित हैं। इससे ये भी मान लिया जाता है कि वे ऐसी जानकारी को महत्व देते हैं, चाहे वास्तव में वे ऐसा न भी करते हों। हालांकि गर्भ समापन-विरोधी आंदोलन की स्त्री-विरोधी मानसिकता और महिलाओं पर नियंत्रण रखने की दृष्टि से किए जाने वाले कार्यों को कभी भी कमतर नहीं आंका जाना चाहिए। उनके द्वारा उपयोग की जाने वाली भावपूर्ण भाषा और डरावने चित्रों को तथ्यों और तर्क द्वारा आसानी से नहीं झुठलाया जा सकता है। बल्कि गर्भ समापन-विरोधी प्रचार-प्रसार को उसकी ही शर्त पर सफाई देने का प्रयास करना एक गलती है। इसके बजाय, यह सुनिश्चित करना बेहतर होता है कि महिलाओं के सुरक्षित, कानूनी गर्भ समापन के अधिकार के समर्थन में दिए जाने वाले तर्क, निःसंदेह महिलाओं के अनुभवों, जन स्वास्थ्य लक्ष्यों, वैज्ञानिक सबूतों, और स्वास्थ्य और अधिकार के सिद्धांतों पर आधारित हैं।

ऐसा लगता है कि गर्भ समापन को कानूनी बनाए जाने के दशकों बाद भी, मीडिया से यह अपेक्षा करना असंभव है कि वे इस बात को समझें कि गर्भ समापन अधिकार आंदोलन को “गर्भ समापन समर्थक” कहना, हमारे सिद्धांतों को गलत रूप से पेश करना है। उनके दृष्टिकोण में “गर्भ समापन-विरोध”

का साथ देना बेहतर है और इससे जुड़े समाचारों का अपना अलग ही महत्व होता है। हालांकि कोई भी “गर्भ समापन समर्थक” ऐसा नहीं है, जो यह माने कि गर्भ समापन कराना अच्छी बात है, और महिलाएं जब चाहें तब गर्भ समापन करा लें। बल्कि इतिहास गवाह है कि महिलाओं ने तभी गर्भ समापन का सहारा लिया है, जब उन्होंने इसे जरूरी समझा है और अपने जीवन और शरीर के बारे में फैसला करने को, अपना हक समझा है, इसलिए गर्भ समापन सुरक्षित और कानूनी तौर पर करवाए जाने चाहिए। वहीं दूसरी ओर गर्भ समापन-विरोधी व्यक्ति/संस्थाएं, महिलाओं और गर्भ समापन सेवाप्रदाताओं को अपराधी ठहराए जाने और गर्भ समापन को गैर कानूनी बनाए जाने का जोरदार समर्थन करते हैं, भले ही गैर कानूनी होने की इस स्थिति के कारण, असुरक्षित गर्भ समापन कराने वाली महिलाओं को कष्ट भोगना पड़े या उनकी मृत्यु हो जाए। इस कारण, आज केवल गरीब महिलाएं ही दंड भोगती हैं, क्योंकि जिनके पास पैसा है, वे सुरक्षित गर्भ समापन करवा सकती हैं, चाहे इसके लिए उन्हें दूसरे देश की यात्रा ही क्यों न करनी पड़े।

गर्भ समापन का विरोध करने वाला मुद्दा इतना मजबूत क्यों है? ऐसा इसलिए होता है क्योंकि महिलाओं के अधिकारों को अनदेखा करते हुए भ्रूण की “कमजोरी” की छवि को प्रस्तुत किया जाता है। इससे भी ज्यादा महत्वपूर्ण, ऐसा इसलिए होता है, क्योंकि महिलाएं, लोग, बच्चों को बहुत जरूरी मानते हैं। तो क्या इसका मतलब यह है, कि बच्चों को पैदा होने दिया जाए, चाहे जैसी भी और जो भी परिस्थितियां हों? निश्चित तौर पर नहीं। प्रजनन दर पर नियंत्रण रखना, मानवीय परिस्थितियों के लिए प्रमुख मुद्दा है। फिर गर्भ समापन-विरोधियों का यह दावा,

कि गर्भ समापन से महिलाओं को कष्ट होता है, क्यों हमें ठीक दावा लगता है? इसका उत्तर यह है कि गर्भधारण से फर्क पड़ता है, और अनचाहा गर्भधारण और उससे जुड़ी परिस्थितियां काफी कष्ट देने वाली हो सकती हैं। वहीं, गर्भ समापन कराने वाली महिला के लिए, दूसरे व्यक्तियों का दंडात्मक व्यवहार सबसे ज्यादा कष्ट देने वाला पहलू हो सकता है। यह कहने की ज़रूरत नहीं है कि अगर गर्भ समापन, गुप्त रूप से कराया गया है, तो इसका परिणाम बीमारी और मौत के रूप में भी देखा जा सकता है। इसलिए गर्भ समापन-विरोधियों के दावे, कि गर्भ समापन अपने-आप में एक नकारात्मक अनुभव है, एक ऐसा प्रमुख तरीका है, जिसके द्वारा महिलाओं के अनुभव को गलत तरह से पेश किया जाता है।

आखिर में, कहा जा सकता है कि महिलाओं द्वारा गर्भ समापन कराने का एकमात्र कारण यह होता है कि वे किसी खास समय पर, किसी खास गर्भावस्था को आगे जारी रखने में असमर्थ होती हैं। इसको जितनी बार कहा जाए, कम है। उन्हें अपने किए पर अफसोस हो सकता है, लेकिन इससे यह सच्चाई नहीं बदल जाती, कि गर्भ समापन ही उनके लिए, जीवन के उन हालात में सही और ज़रूरी फैसला था।

असुरक्षित गर्भ समापन के विरोध के साथ, महिला के फैसले लेने का अधिकार

आम तौर पर, गर्भ समापन के अनुभव के बाद महिलाओं में बदलाव आ जाता है, लेकिन यह अक्सर उनकी भलाई के लिए ही होता है। गर्भ समापन, इस बात का संकेत हो सकता है, कि महिला के जीवन में कुछ न कुछ गलत हुआ है। अक्सर जो गलत हुआ होता है, वह उसके व उसके पुरुष साथी के रिश्ते से जुड़ा होता है।

बार-बार होने वाला अनचाहा गर्भधारण, महिलाओं के लिए चेतावनी होता है, कि उन्हें अपने जीवन पर नियंत्रण रखने की ज़रूरत है। गर्भ समापन कराने के बाद भी महिलाओं द्वारा असफल और नुकसान पहुंचाने वाले रिश्तों को तोड़ देना आम बात है। बाद में, वे रिश्तों के कारण पहुंचे दुख को याद नहीं करना चाहती हैं, जिससे कि उन्हें गर्भ समापन याद आए। दूसरी ओर, गर्भ समापन के ज्यादातर मामले, स्थायी और अच्छे रिश्ते में, अनचाहे गर्भधारण के कारण और गर्भनिरोधकों के विफल होने पर या गर्भनिरोधकों का प्रयोग नहीं कर पाने के कारण, वैकल्पिक उपाय के रूप में, बच्चों के जन्म पर नियंत्रण रखने के लिए करवाए जाते हैं।⁵ 1960 और 1970 के दशक में गर्भ समापन अधिकार आंदोलन की चरम अवस्था के दौरान यूरोप और उत्तरी अमरीका में ऐसी बातों का पता चला था। गर्भ समापन सुविधाओं को कानूनी दर्जा देकर, उसे सुरक्षित बनाने का प्रयास करने वाले हर देश को यह याद रखने की ज़रूरत है।

पत्रिका के इस अंक में अनेक लेखों में, गर्भ समापन के बारे में आम जनता और खासकर प्रसव-स्त्रीरोग विशेषज्ञों के बीच किए गए जनमत सर्वेक्षणों के निष्कर्षों को प्रस्तुत किया गया है। ये विचार बहुत ही रोचक, और गर्भ समापन अधिकारों के लिए अभियान चलाने वालों तथा कानून बदलने के पक्षधरों के लिए महत्वपूर्ण हैं। लेकिन यह याद रखना ज़रूरी है कि ये निष्कर्ष ज्यादातर उन बातों को ही दर्शाते हैं, जो लोगों के विचार में उस समय सामाजिक रूप से स्वीकार किए जा सकते हैं। जहां ज्यादातर गर्भ समापन गैर-कानूनी और गुप्त रूप से कराए जाते हैं, वहां, विशेषकर

ऐसी सेवाएं प्रदान करने वाले सेवाप्रदाताओं के साथ, बहुत ही कम प्रसव-स्त्री रोगी विशेषज्ञ यह कहने में सुरक्षित महसूस करेंगे कि वे कानून से असहमत हैं।

गर्भ समापन, केवल कानून की नज़र में ही गैर कानूनी और गुप्त नहीं है, बल्कि लोगों की धारणा में भी यह अवैध है। जब तक समाज इस बात को स्वीकार नहीं करता कि महिलाओं के लिए गर्भ समापन सेवाएं ज़रूरी हैं और इसके लिए महिलाओं और गर्भ समापन सेवाप्रदाताओं को दंडित नहीं किया जाना चाहिए, तब तक शायद ही किसी असाधारण परिस्थिति को छोड़कर, कानूनी गर्भ समापन सेवाएं प्रदान की जाएंगी। चिकित्सीय आधार पर (महिला के जीवन या स्वास्थ्य की रक्षा के लिए), और बलात्कार और भ्रूण के असमान विकास के मामलों में कराए जाने वाले गर्भ समापन, ज़्यादा हकदार प्रतीत होते हैं, क्योंकि ऐसे मामलों में महिला ऐसी परिस्थितियों की शिकार होती है, जो उसके नियंत्रण से बाहर हैं, और ऐसे समय उसे सुरक्षा की ज़रूरत होती है। गर्भ समापन के बारे में समाज की धारणा को बदलने के लिए यहां से शुरू करना अच्छा है। हालांकि, इतना ही काफी नहीं है। ज़्यादातर महिलाओं को गर्भ समापन सेवाएं उनकी ज़रूरत के अनुसार तभी मिल पाएंगी, जब महिला को न केवल स्वास्थ्य संबंधी कारणों से, बल्कि सामाजिक, आर्थिक और मनोवैज्ञानिक कारणों से भी, इस बारे में फैसला करने की स्वतंत्रता मिले, कि उसे गर्भावस्था को आगे जारी रखना है, या नहीं। इसे नैतिक ज़रूरत समझा जाए और उसे कानूनी मान्यता प्राप्त हो।

लैटिन अमरीका के कई लेखों में बलात्कार

के आधार पर गर्भ समापन की ज़रूरत पर ध्यान आकर्षित किया जाना, इस बात का सबूत है कि कई अनचाहे गर्भधारण, बिना सहमति के किए गए सेक्स का परिणाम होते हैं। यह जानकर बहुत आश्चर्य हुआ कि मेक्सिको में किए गए एक अध्ययन में शामिल आधी महिलाओं ने बलात्कार के कारण हुए गर्भधारण का गर्भ समापन नहीं करवाना चाहा, यदि बलात्कारी उनकी जान-पहचान का था। उन्होंने पुलिस को बलात्कार के बारे में गर्भावस्था के औसतन 9 महीने पूरे होने के बाद, मतलब जब वह बच्चे को जन्म देने वाली थीं, तब बताया था। बोस्निया में बलात्कार को हथियार बनाकर ज़बरदस्ती गर्भधारण करवाना इसी प्रकार की यौन-हिंसा है, जिसका 1990 के दशक में पता चला था। अब ऐसा प्रतीत होता है कि लैटिन अमेरिका के कई स्थानों पर राजनैतिक हिंसा के रूप में महिलाओं को उनकी मर्जी के खिलाफ गर्भाधान के माध्यम से गर्भवती बनाया जा रहा है (मार्टा लामास, निजी बातचीत, फरवरी, 2002)। वास्तव में लैटिन अमरीका के कई लेखों से पता चलता है कि गर्भ समापन को कानूनी बनाए जाने का स्वीकृत कारण, बलात्कार के कारण हुआ गर्भधारण है। इसलिए, जिन महिलाओं को यौन हिंसा का सामना करना पड़ा है, उन्हें कानूनी गर्भ समापन सेवाएं मिलनी शुरू हो गई हैं। इसमें हाल के दशकों में, दुनिया भर में महिलाओं के विरुद्ध हिंसा का विरोध करने वाली गतिविधियों का भी बहुत योगदान रहा है।

ज़्यादातर गर्भ समापन कराने वाली महिलाओं के बच्चे भी होते हैं। फिर भी असुरक्षित गर्भ समापन का विरोध करना, सुरक्षित गर्भ समापन के समर्थन

करने से आसान है, और इस बात पर जोर देना, कि गर्भ समापन सुरक्षित होने के लिए यह कानूनी होना चाहिए, की तुलना में सुरक्षित गर्भ समापन का समर्थन करना आसान है। ज़्यादातर लोगों को अभी भी लगता है, कि कुछ गर्भ समापन दूसरों की तुलना में ज़्यादा स्वीकार्य हैं। फिर भी, तब तक इस बारे में चर्चा करना संभव नहीं है कि कौन-से गर्भ समापन स्वीकार्य हैं और कौन से नहीं, जब तक कि हम पिछले प्रश्न का जवाब न दें कि - इसका फैसला करने का अधिकार किसे है? या यदि दूसरे शब्दों में कहा जाए - कि क्या महिलाओं को ज़बरदस्ती माँ बनाया जा सकता है? इसके बावजूद सभी गर्भ समापनों की तुलना में कुछ का समर्थन करना आसान है, और दूसरी महिलाओं की तुलना में गर्भ समापन कराने की इच्छुक कुछ महिलाओं का समर्थन करना आसान है। हालांकि यह मान लेने से कि गर्भ समापन के बारे में फैसला करना, महिला का अधिकार है, सभी अंतर बेकार हो जाते हैं। महिला के कारण कुछ भी हों, वे महत्वपूर्ण होते हैं, और वे कभी बेकार कारण नहीं होते हैं, लेकिन असल में, उन कारणों से किसी और का लेना-देना नहीं होना चाहिए। महिलाओं को पता है कि वे अपने शरीर के साथ और जीवन में क्या कर सकती हैं और क्या नहीं। बच्चे जीवनभर की ज़िम्मेदारी होते हैं, और इच्छित और अनचाहे गर्भधारण के बीच बहुत बड़ा अंतर होता है, जो एक गहरी खाई के समान है। गर्भ समापन अधिकार के आंदोलन का मतलब, वास्तव में समाज से यह स्वीकृति लाना है, कि जब किसी अनचाहे गर्भधारण की चुनौती का सामना करना पड़े, चाहे वह गर्भधारण किसी भी कारण से या किसी भी परिस्थिति में हुआ हो, महिलाओं को, जिस तरह जीवन और स्वास्थ्य का

अधिकार प्राप्त है, उन्हें सुरक्षित कानूनी गर्भ समापन का अधिकार भी है। कोई देश, जिस प्रकार गर्भ समापन के प्रति रवैया अपनाता है, उससे वहाँ की महिलाओं की हैसियत और उनके प्रति बर्ताव का पता चलता है। जो लोग मानते हैं कि असुरक्षित गर्भ समापन से ज़्यादा महत्वपूर्ण कई मुद्दे हैं, जिन्हें ठीक करना है, तो उनकी बात का सीधा मतलब यह होता है, कि उनके लिए महिलाओं के स्वास्थ्य और जीवन के कोई मायने नहीं हैं।

गर्भ समापन-उपरांत सेवाओं से आगे: चिकित्सा व्यवसाय की भूमिका

“जब किसी महिला ने गर्भ समापन कराने का फैसला कर लिया है, तो गर्भ समापन की प्रक्रिया शुरू हो चुकी है। सेवाप्रदाता को केवल उस प्रक्रिया को पूरा करना होता है।”⁶

हालांकि, किसी महिला को आंतरिक रक्तस्राव या संक्रमण के कारण होने वाली मृत्यु से बचाने के लिए कुछ नहीं करने से बेहतर खतरनाक गर्भ समापनों की जटिलताओं का उपचार मुहैया कराना है। लेकिन ये सुरक्षित गर्भ समापन उपलब्ध कराने की तुलना में नैतिकता की दृष्टि से कम स्वीकार्य है। अस्पतालों/क्लीनिकों को सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने के बाद, गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवाएं भी उपलब्ध कराई जानी चाहिए, न कि इनमें से एक। हालांकि, जब तक कानून इसकी अनुमति नहीं देता, तब तक अस्पतालों से किसी भी संख्या में ऐसा करने की अपेक्षा नहीं की जा सकती है।

गर्भ समापन के संबंध में चिकित्सा व्यवसाय की भूमिका के बारे में कोई आम धारणा बनाना

ठीक नहीं होगा। एक तरफ तो डॉक्टर और नर्सों, सुरक्षित गर्भ समापन को कानूनी दर्जा प्रदान किए जाने और उसके प्रावधान में सबसे शक्तिशाली रुकावटें हैं। वहीं कुछ दूसरे, मानवीय उद्देश्य या मुनाफा कमाने के लिए, गुप्त रूप से गर्भ समापन करने के लिए, अपने पेशेवर जीवन को गैर-कानूनी परिस्थितियों में डाल देते हैं, और नीम-हकीमों द्वारा किए गए गर्भ समापन के मामलों को ठीक करने के लिए, अपनी पूरी क्षमता से प्रयास करते हैं। दोनों ही मामलों में, जिस महिला की वे सहायता करते हैं, उसकी मृत्यु होना, कभी उनके हित में नहीं होता है। वास्तव में कुछ सबसे सहयोगी चिकित्सक वे हैं, जिन्हें नीम-हकीमों द्वारा कराए गए गर्भ समापन के मामलों की भयावहता से निपटना पड़ा है, जिन्होंने असहाय बनकर महिलाओं की मृत्यु होते हुए देखा है, जिससे उन्हें एहसास होता है कि वास्तव में “महिलाओं के स्वास्थ्य और जीवन का संरक्षण” के कानूनी आधार कितने सर्वव्यापक हैं। इसे अफ्रीका के एक मामले के माध्यम से यहां बताया गया है।

पिछले 20 वर्षों में गर्भ समापन कराने की तकनीकें बहुत सुरक्षित और आसान हो चुकी हैं। गर्भावस्था की पहली तिमाही के दौरान, मैनुअल वैक्यूम एस्पिरेशन (एमवीए) तकनीक की सहायता से और अस्पतालों की बजाय, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में, चिकित्सीय गर्भ समापन कराने के लिए प्रशिक्षित मध्य-स्तरीय सेवाप्रदाता पूरी तरह सक्षम होते हैं। गर्भ समापन सेवाप्रदाता के रूप में प्रसवरोग-स्त्रीरोग विशेषज्ञों की सेवाएं, दूसरी तिमाही के गर्भ समापन के सर्जिकल मामलों को छोड़कर, कम ज़रूरी समझी जाती हैं। हालांकि, जब

तक, गर्भ समापन को देश की स्वास्थ्य प्रणाली के तहत कानूनी दर्जा नहीं प्रदान कर दिया जाता, इस बात की अपेक्षा करना कि पर्याप्त संख्या में मध्य स्तर के सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षण दिया जाएगा, या राष्ट्रीय स्तर पर गर्भ समापन के पुराने तरीकों को बदल दिया जाएगा, गलत होगा। इसलिए, बहुत से देशों में अभी भी डाइलेशन एंड क्यूरेटेज (डीएंडसी), जो दूसरी तरीकों के मुकाबले कम सुरक्षित है, को बड़े पैमाने पर इस्तेमाल किया जा रहा है। कुछ देशों में कानूनी रूप से गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, स्त्रीरोग विशेषज्ञों, नर्सों और मिडवाइफों के साथ, चिकित्सकों का सहयोग सुनिश्चित कराने के भी प्रयास किए जा रहे हैं। गुणवत्तापूर्ण गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने की दिशा में ये एक महत्वपूर्ण कदम है।

किनके साथ मिलकर काम किया जाए, और क्या किया जाए?

ऐतिहासिक दृष्टि से, गर्भ समापन को कानूनी दर्जा दिलाने और गर्भ समापन सेवाओं को स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत शामिल करने के लिए, महिला स्वास्थ्य पैरोकारों और प्रगतिशील नीति-निर्माताओं, चिकित्सा व्यावसायिकों और समर्थक धार्मिक समूहों का साथ मिलकर काम करना ज़रूरी माना गया है। उतना ही ज़रूरी, समुदाय की महिलाओं को साथ में लाना भी है, खासकर उन्हें, जिन्होंने गर्भ समापन करवाया है। उनके साथ-साथ सामुदायिक समूहों, मज़दूर संघों, सिविल सोसायटी के अन्य संगठनों, मीडिया और जनता की आम राय बनाना भी ज़रूरी है। उदाहरण के तौर पर, ऐसा ही सभी पश्चिमी यूरोपीय देशों और उत्तर अमेरिका में किया गया, जहां 1960 और 1980 के दशक में गर्भ

समापन को कानूनी दर्जा प्रदान किया गया था। दूसरे देशों में कुछ उच्च पद के लोगों ने कानूनी बदलाव किए, जैसे कि सोवियत संघ में, जो 1930 के दशक में गर्भ समापन को कानूनी दर्जा प्रदान करने वाला पहला देश था। जबकि दूसरे देशों में भी परिवार नियोजन गतिविधियां प्रभावपूर्ण थीं और गर्भ समापन को जनसंख्या नीति के हिस्से के रूप में उपलब्ध कराया गया था, जैसे कि भारत और ट्यूनीशिया में।

जो लोग गर्भ समापन अधिकारों को हासिल करने के लिए काम करने के लिए गठबंधन करते हैं, उन्हें अक्सर यह जानकर आश्चर्य होता है कि उन्हें सबसे ज्यादा समर्थन ज़मीनी स्तर की उन महिलाओं से प्राप्त होता है, जिन्हें गर्भ समापन संबंधी अपनी ज़रूरतों, और बच्चों की मां होने के नाते गर्भ समापन सेवाओं पर अपने हक के बारे में अच्छी तरह पता है। अक्सर सुरक्षित गर्भ समापन पर कार्य करने वाले कार्यकर्ता, खुद दोहरे मापदंड अपना सकते हैं, जब उन्हें किसी सामाजिक रूप से कम मान्यताप्राप्त मुद्दे का समर्थन करने वाले के रूप में पहचाने जाने से किसी व्यक्तिगत हानि की आशंका हो। ऐसे व्यक्ति सत्ता के जितने उच्च पद पर आसीन होते जाते हैं, उनके लिए यह उतना ही सच होता हुआ प्रतीत होता है। इसलिए, गर्भ समापन अधिकारों को हासिल करने के अभियान का नेतृत्व अक्सर ज़मीनी स्तर के व्यक्तियों द्वारा ही किया जाता है। निश्चित तौर पर आज, खासकर संयुक्त राष्ट्र और उसकी एजेंसियों में अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर, जहां गर्भ समापन-विरोधी राजनैतिक दबाव के कारण, इस समय विवाद उठा हुआ है, जहां तक प्रगति का प्रश्न है, सबसे ज्यादा समस्या पैदा

करने वाला विषय बना हुआ है, जो एक दशक पहले की तुलना में, सबसे बड़ा बदलाव है।

बहुत से देशों में राष्ट्रीय स्तर पर अभी बहुत कुछ करना बाकी है। न केवल कानून उदार बनाए जाने की ज़रूरत है, बल्कि सक्षम नियम भी ज़रूरी हैं, जैसे, इस बात का निर्धारण करना कि सेवाएं कहां प्रदान की जाएं और किसके द्वारा, और सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षण और गर्भ समापन की इच्छुक महिलाओं को जानकारी प्रदान करना। सेवा प्रदायगी स्तर पर, गर्भ समापन करने के लिए खास स्थान, स्वास्थ्य कर्मियों के लिए ज़रूरी समय, चिकित्सा पाठ्यक्रम में बदलाव, सेवारत प्रशिक्षण प्रदान करना और उपकरण और दवाएं खरीदी जाना ज़रूरी है। चिकित्सीय गर्भ समापन के लिए, बिस्तरों की ज़रूरत नहीं होती है, लेकिन हो सकता है कि महिलाएं मीसोप्रोस्टोल का सेवन करने के बाद, क्लीनिक में कुछ घंटे रुकना चाहें, इसलिए एक प्रतीक्षालय का होना ज़रूरी है। गर्भ समापन-उपरांत गर्भनिरोध सेवाएं भी उपलब्ध कराने की ज़रूरत है। इसके अलावा, समुदाय की महिलाओं को इस बारे में व्यापक रूप से जागरूक किए जाने की ज़रूरत है, कि कानूनी तौर पर गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराई जा रही हैं। जहां कानून में बदलाव किया गया है, वहां गर्भ समापन के कारण जेल में बंद लोगों को रिहा किया जाना है, जैसा कि नेपाल में देखा गया है। जन क्षेत्र की तुलना में प्राइवेट स्वास्थ्य क्षेत्र में गुप्त गर्भ समापन सेवाएं प्रदान किया जाना आम है, और सेवाप्रदाताओं को कोई प्रशिक्षण, सेवा प्रदायगी में सुरक्षा और देखभाल की गुणवत्ता, जैसे मुद्दे लगभग पूरी तरह अनियमित है। पूरी

चिकित्सा प्रशिक्षण के बिना गुप्त रूप से गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने वाली संस्थाओं को बंद करने की ज़रूरत है। मान्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं को पंजीकृत किए जाने की ज़रूरत है, जिससे उन्हें ठीक तरीके से नियंत्रित किया जा सके। जब तक पर्याप्त संख्या में मान्यताप्राप्त सेवा संस्थाएं स्थापित नहीं हो जातीं, और उनका उपयोग किया जाना शुरू नहीं हो जाता, उस समय तक किए जाने वाले ये महत्वपूर्ण उपाय हैं।

महिलाओं द्वारा बच्चों के जन्म पर नियंत्रण रखने के लिए और सामाजिक-आर्थिक कारणों से, चिकित्सीय आधार पर भी गर्भ समापन करवाना ज़रूरी है। चिकित्सा आधार पर गर्भ समापन कराने वाली महिलाओं की संख्या उस देश में ज़्यादा होगी, जहां प्रजनन दर ज़्यादा है, और जहां प्रजनन की उम्र वाली महिलाओं का स्वास्थ्य चाहे जितना भी अच्छा क्यों न हो, फिर भी चिकित्सीय आधार पर कुछ न कुछ गर्भ समापन ज़रूरी होंगे। जैसा कि कुछ गर्भ समापन-विरोधी दावा करते हैं, कि चिकित्सा विज्ञान ने चिकित्सीय आधार पर गर्भ समापन की ज़रूरत को पूरी तरह समाप्त कर दिया है, बिलकुल ही बेतुका बयान है। इसके अलावा, कानून में यह तर्क दिया जा सकता है, और दिया गया है, कि चूंकि गुप्त गर्भ समापन से महिलाओं के स्वास्थ्य और जीवन को खतरा है, इसलिए महिलाओं के स्वास्थ्य और जीवन की रक्षा के लिए सुरक्षित गर्भ समापन को ठीक ठहराया जा सकता है। इस प्रकार, न केवल कानून की भाषा, बल्कि उसकी व्याख्या भी महत्वपूर्ण होती है।

महिलाओं को गर्भावस्था के शुरुआती दौर में ही गर्भ समापन कराने के लिए जागरूक किया

जाना चाहिए और ऐसा करने के लिए कई तरीके भी मौजूद हैं। जब तक गर्भ समापन सेवाओं तक आसानी से पहुँचा जा सकता है, ज़्यादातर महिलाएं, पीरियड नहीं आने के कुछ सप्ताह के अंदर ही गर्भ समापन करवा लेती हैं, दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने वाली महिलाओं की संख्या बहुत कम (4-10 प्रतिशत) है। चिकित्सीय गर्भ समापन, गर्भावस्था के 63 दिनों से पहले, मैनुअल वैक्यूम एस्पिरेशन 12 सप्ताह तक और इलेक्ट्रिकल वैक्यूम एस्पिरेशन 14 सप्ताह तक कराना सबसे अच्छा रहता है। हालांकि, निकट भविष्य में इसमें बदलाव की संभावना है, लेकिन भ्रूण की स्थिति की जांच के लिए दूसरी तिमाही तक प्रतीक्षा करनी होती है, और महिलाओं को, खासकर कम उम्र और अकेली महिलाओं को, जिन्हें आमतौर पर सेवा सुलभ नहीं होती, गर्भावस्था के बाद के चरणों में गर्भ समापन कराने के तरीकों का सहारा लेना पड़ता है। इसलिए देशों की यह अदूरदर्शिता कही जा सकती है कि वे, गर्भावस्था के पहले 12 सप्ताह तक ही गर्भ समापन को कानूनी ठहराते हैं, जबकि दूसरी तिमाही के तरीकों पर रोक लगाते हैं, क्योंकि कुछ महिलाओं में बीमारी और मृत्यु की संभावना बनी रहती है। बेहतर होगा अगर, जैसा कि बहुत वर्ष पहले स्वीडन ने किया था, 18 सप्ताह तक गर्भ समापन के अनुरोध को अनुमति दे दी जाए। इससे इस समय के बाद, आमतौर पर चिकित्सीय आधार पर गर्भ समापन कराने वाली महिलाएं वास्तव में अपवाद ही हों।

स्पष्ट है कि कई स्तरों पर, नेतृत्व के तरीके और कार्य ही इन बदलावों को सफल बना सकते हैं। पिछले दस वर्षों में गर्भ समापन को ज़्यादा

सुरक्षित बनाने के लिए कई प्रयास किए गए हैं, और इस संबंध में असफलता और विरोध के बावजूद, बहुत प्रगति दिखती है। दुनिया भर में गर्भ समापन के फैसले को महिलाओं का अधिकार बनाने के लिए, क्या जरूरी है? महिलाओं के स्वास्थ्य की हिमायत करने वाले, एक मजबूत और बहुक्षेत्रीय अभियान के सफल होने की संभावना है, हालांकि कई देशों में इसका अभी शुरूआती दौर है। हालांकि ज्यादातर गर्भ समापन अधिकारों की हिमायत, केवल मुट्ठी भर समर्पित व्यक्तियों और समूहों से ही शुरू की गई है, और वहां से आगे, इसकी प्रगति अक्सर कई वर्षों के बाद ही हो सकती है। इस कारण उत्पन्न होने वाले विवादों के बावजूद, कम से कम एक राजनैतिक दल, और उससे भी कहीं ज्यादा, सरकार के समर्थन की जरूरत है, जो जन स्वास्थ्य की जिम्मेदारी लेती है। तीसरे, स्वास्थ्य कर्मियों/चिकित्सकों की भागीदारी जरूरी है, जिनकी स्वास्थ्य सेवाओं के लिए प्रतिबद्धता में सहयोगी तरीके से, सबसे सुरक्षित तरीकों का प्रयोग करते हुए, और अनावश्यक बाधाओं के बिना, हर एक महिला के अनुरोध पर, गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने का वादा भी शामिल है। यह सब रातों-रात नहीं होता है। इन सबको बढ़ावा दिया जाना चाहिए।

राष्ट्रीय स्तर पर, उदार गर्भ समापन कानूनों और जन क्षेत्र में सेवाएं मुहैया कराने के लिए तर्क प्रस्तुत करना महिला समूहों के लिए, खुद शिक्षाप्रद है और जनता को जागरूक करने, समर्थन जुटाने और नीति-निर्माताओं और मीडिया तक अपनी बात पहुंचाने का अच्छा तरीका है। महिलाओं के अनुभवों का वर्णन करते हुए, पाठन सामग्री

और लीफलेट तैयार करना और सहानुभूतिपूर्ण मीडिया और संचार तकनीक का उपयोग करना महत्वपूर्ण है। इन कार्यों में, सांसदों के साथ मिलकर विधेयक को संसद में प्रस्तुत करना और उस पर सहमति लेना, न्यायालय में प्रतिबंधक कानूनों को चुनौती देने वाले मामले दर्ज करना या महिलाओं और सेवाप्रदाताओं के विरुद्ध आपराधिक मामलों के खिलाफ अपील करना, जागरूकता फैलाने और धन जुटाने के लिए समारोहों या स्वास्थ्य मेलों का आयोजन करना, याचिका, प्रेस के लिए जानकारी, पत्रकार वार्ता, जन सभाएं, अधिकरण, प्रदर्शन और धरना, मजदूर संघों और अन्य सिविल सोसायटी समूहों की वार्षिक बैठकों में संकल्प पारित करना, और गर्भ समापन को कार्यसूची में शामिल करने के लिए अन्य तरीकों का इस्तेमाल करना शामिल है। किसी बड़े आयोजन में “व्याख्यान देने के लिए” प्रतिष्ठित व्यक्तियों और मशहूर हस्तियों, चाहे वे गायक हों, राजनेता हों या कोई बड़े धार्मिक नेता हों, को आमंत्रित करने से बढ़ावा मिल सकता है। अगर कुछ प्रमुख महिलाएं, सार्वजनिक रूप से यह बात कहने के लिए मान जाती हैं, कि उन्होंने कभी गर्भ समापन करवाया है, तो इससे विश्वसनीयता बढ़ती है। यहां तक कि गर्भ समापन के बारे में महिलाओं को फैसले के अधिकार के समर्थन में नारे लिखी हुई टी-शर्टें, कार बम्पर स्टिकर, बिल्ले, स्कार्फ और बैग भी अभियान की ओर जनता का ध्यान आकर्षित करने में प्रभावी होते हैं।

शायद सबसे महत्वपूर्ण बात है, डर पर काबू पाना और गर्भ समापन विरोधियों के सामने काम करने और बोलने का साहस जुटाना, खासकर

रूढ़िवादी धार्मिक और सरकारी शक्तियों के सामने, जिन्हें कई स्तरों पर सम्मान किया जाता है। कई देशों में प्रत्यक्ष कार्रवाई – महिलाओं और डॉक्टरों द्वारा गर्भ समापन कराने के तरीके सीखना और गुप्त रूप से दूसरी महिलाओं को सेवाएं प्रदान करना – बदलाव के लिए पहली और सबसे ज़्यादा महत्वपूर्ण प्रेरणा रही है। 1970 के दशक में फ्रांस के बड़े शहरों में, महिला कार्यकर्ताओं द्वारा समर्थक चिकित्सकों के साथ मिलकर, इसे किया जा रहा था। सार्वजनिक प्रचार-प्रसार के कुछ वर्षों बाद, एक पूर्व-निर्धारित तिथि पर, उन्होंने पूरे देश को एकसाथ बताया कि वे क्या कर रहे थे और गिरफ्तारी का विरोध किया। उसके कुछ ही दिनों बाद कानून बदलने के प्रयास शुरू हो गए थे। महिलाओं को गर्भ समापन के फैसले का अधिकार दिलाने का काम करने के लिए, गहरा विश्वास रखने की ज़रूरत है, कि महिलाओं को अपने शरीर पर नियंत्रण करने और अपने जीवन के बारे में खुद फैसला करने लेने का अधिकार है, और इसमें, बच्चे पैदा करें या नहीं और कब करें के फैसले भी शामिल हैं।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* संपादक, रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

ई-मेल: mberer@rhjournal.org.uk

संदर्भ

1. The first two were on “Making abortion safe and legal: the ethics and dynamics of change” 1993;1(2), and “Abortion: unfinished business” 1997;5(9).
2. Burkeman O. US pro-choice lobby angry at new status for fetuses. Guardian (UK). 1 February 2002.
3. Crossette B. UN agency on population blames US for cutbacks. New York Times. 7 April 2002. p. 13.
4. Berer M. Images, reproductive health and the collateral damage to women of fundamentalism and war editorial. RHM 2001;9(18):6–11.
5. It’s a pity the term “birth control” has mostly gone out of popular use because it accurately encompasses the need for both contraception and abortion, whereas “family planning”, which should have the same meaning, has come to be associated only with contraception.
6. Developing country gynaecologist, name withheld.

भारत के बिहार और झारखंड प्रदेश में गर्भ समापन कराने की इच्छुक अविवाहित युवतियों के अनुभव: देरी का कारण और इसके नुकसान

शिरीन जे. जीजीभॉय^ए, श्वेता कल्याणवाला^{बी}, ए.जे. फ्रांसिस जेवियर^{सी}, राजेश कुमार^{डी}, नीता झा^ई

सारांश:

अध्ययनों से पता चलता है कि भारत में गर्भ समापन कराने की इच्छुक अविवाहित युवतियों के अनुभव, विवाहित महिलाओं से अलग होते हैं, लेकिन इसके सबूत सीमित हैं। बिहार और झारखंड के प्रमुख गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचालित क्लिनिकों में गर्भ समापन कराने वाली 15-24 वर्ष की अविवाहित युवतियों के बीच एक अध्ययन किया गया था। 2007-08 में 14 महीनों के दौरान, गर्भ समापन कराने की इच्छुक 246 विवाहित और 549 अविवाहित युवतियों का सर्वेक्षण किया गया और 26 अविवाहित युवतियों के साथ विस्तार से चर्चा की गई। अविवाहित युवतियों में अपनी मर्जी के बिना यौन संबंध बनाए जाने की संभावना कहीं ज्यादा थी। सिर्फ 9 प्रतिशत विवाहित युवतियों की तुलना में कुल 25 प्रतिशत अविवाहित युवतियों ने गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन करवाया था। अविवाहितों द्वारा गर्भधारण का कारण, मर्जी के बिना यौन संबंध बनाया जाना कहीं ज्यादा बताया गया था। उनके द्वारा समय से गर्भ समापन नहीं कराने के कारणों में, तुरंत गर्भधारण का पता नहीं चल पाना, गर्भ समापन संबंधी निर्णय में उनको शामिल नहीं किया जाना, गर्भ समापन सेवा केंद्र के चयन में गोपनीयता बनाए रखने की ज़रूरत, गर्भ समापन कराने में पिछली बार के असफल प्रयास तथा साथी द्वारा सहयोग नहीं किया जाना आदि कारण भी कहीं ज्यादा बताये गए। निष्कर्षों से पता चलता है कि विवाहित युवतियों की तुलना में अविवाहित युवतियां, जिन्होंने इन मुश्किलों का सामना किया था, उनके द्वारा गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन करवाए जाने की संभावना ज्यादा है। कार्यक्रमों द्वारा अविवाहित युवतियों को सुरक्षित और समय से गर्भ समापन सेवाएं ज्यादा सुलभ बनाने की ज़रूरत है। © 2010 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द: अनचाहा गर्भधारण, गर्भ समापन सेवाएं, वैवाहिक स्थिति, किशोर और युवा, भारत

भारत में विवाह से पहले यौन संबंधों में तेज़ी दर्ज़ की गई है, ^{1,2} तथा अध्ययनों से पता चला है कि बहुत कम युवा, नियमित तौर पर कंडोम या किसी अन्य गर्भनिरोधक का प्रयोग करते हैं, जिससे वे अनचाहे गर्भधारण का खतरा मोल लेते हैं। उदाहरण के तौर पर, हाल ही में कॉलेज के अविवाहित छात्रों पर किए गए एक अध्ययन से पता चला कि पहले से ही यौन रूप से सक्रिय युवकों की 8-12 प्रतिशत युवतियों या उनकी महिला मित्रों ने कभी न कभी अनचाहा गर्भधारण किया था, और इन सभी का गर्भ समापन कराया गया था।³

अविवाहित युवतियों के गर्भ समापन संबंधी अनुभवों के बहुत कम सबूत उपलब्ध हैं।⁴ भारत के ऐसे अध्ययन, जो स्वास्थ्य केंद्र आधारित हैं, से पता चला है कि कुल गर्भ समापन कराने वाले लोगों में युवा और अविवाहित महिलाओं की संख्या बहुत कम है, ⁴⁻¹⁰ और गर्भ समापन कराने की इच्छुक वयस्क महिलाओं की तुलना में गर्भ समापन कराने की इच्छुक कम उम्र की युवतियां ज़्यादा संवेदनशील होती हैं। विवाहित युवतियों की तुलना में अविवाहित और कम उम्र की युवतियां और भी ज़्यादा संवेदनशील हो जाती हैं। इसी कारण गर्भ समापन कराने में उनके द्वारा ज़्यादा देरी किए जाने और इसके लिए अकुशल स्वास्थ्य प्रदाताओं के पास जाने की संभावना होती है।¹¹ कुछ ही अध्ययनों (एक अपवाद को छोड़कर⁴) में गर्भ समापन कराने की इच्छुक युवतियों और अविवाहितों के अनुभवों के बाकी पहलुओं को उजागर किया गया है।

हमारा उद्देश्य, 15-24 वर्ष उम्र की गर्भ समापन कराने की इच्छुक अविवाहित युवतियों के

अनुभवों पर प्रकाश डालना, और उनके अनुभवों की तुलना विवाहित युवतियों से करना था। साथ ही उनके द्वारा देरी कर, गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने के पीछे के कारणों का पता लगाना था। उत्तर भारत के कम स्वास्थ्य सुविधाओं वाले तथा कम विकसित दो पड़ोसी राज्यों, बिहार और झारखंड के स्वास्थ्य केंद्रों से आंकड़े इकट्ठा किए गए थे। देरी करने वाले जिन कारकों का हमने अध्ययन किया, वे ज़्यादातर विवाहित महिलाओं पर किए गए अध्ययनों से लिए गए थे। यह कारक थे, गर्भावस्था की पहचान, कब और कहां गर्भ समापन कराना है इस बारे में निर्णय लेने, गर्भ समापन कराने के कई (असफल) प्रयास, लोगों को पता चलने का भय और इसके फलस्वरूप कुशल सेवाप्रदाताओं की बजाय गोपनीयता को प्राथमिकता दिया जाना, और साथी द्वारा सहयोग की कमी।^{4,12-15} हालांकि, इनसे यह निश्चित रूप से पता नहीं चलता कि गर्भ समापन असुरक्षित थे, लेकिन इन सभी कारकों से असुरक्षित गर्भ समापन और गर्भ समापन जटिलताओं का खतरा निश्चित तौर पर बढ़ जाता है।

पृष्ठभूमि

हालांकि भारत में 1972 से गर्भ समापन कानूनी रूप से उपलब्ध है, लेकिन हर वर्ष कराए जाने वाले लगभग 60-70 लाख गर्भ समापनों में से केवल 10 लाख गर्भ समापन, पंजीकृत स्वास्थ्य केंद्रों और प्रमाणित स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा करवाए जाते हैं।¹⁶ कुल मातृ मृत्यु की घटनाओं में से 8% मामलों में मृत्यु का कारण असुरक्षित गर्भ समापन होता है।¹⁷

गर्भ समापन कराने की इच्छुक महिलाओं की उम्र और वैवाहिक स्थिति के बारे में जानकारी,

समुदाय आधारित अध्ययनों और स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित अध्ययनों, दोनों ही से प्राप्त हुई है। स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित अध्ययनों से पता चलता है कि गर्भ समापन कराने की इच्छुक सभी महिलाओं में से 27-30% की उम्र, 25 वर्ष से कम थी।^{5, 6} महाराष्ट्र के ग्रामीण इलाकों में किए गए समुदाय आधारित अध्ययनों के अनुसार, गर्भ समापन कराने की इच्छुक आधी से ज्यादा महिलाओं की उम्र 25 वर्ष से कम थी।¹² वहीं, कई स्वास्थ्य सुविधा केंद्र आधारित अध्ययनों से पता चला कि गर्भ समापन कराने की इच्छुक सभी युवतियों में से बहुत बड़ी संख्या अविवाहित युवतियों की थी।^{4, 9, 11, 18, 19} मणिपुर में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि गर्भ समापन कराने की इच्छुक महिलाएं जिनका यह पहला गर्भ धारण था, उनमें से तीन-चौथाई अविवाहित थीं।¹⁸ गर्भ समापन कराने की इच्छुक विवाहित और अविवाहित महिलाओं के अनुभवों की तुलना करने वाले बहुत ही कम अध्ययन उपलब्ध हैं और जो उपलब्ध हैं, वे गर्भ समापन कराने के समय पर केंद्रित हैं और इस बात को उजागर करते हैं कि विवाहित युवतियों की तुलना में अविवाहित युवतियों में गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना ज्यादा होती है।^{4, 5, 11, 20}

अध्ययन स्थल

बिहार और झारखंड दोनों ही राज्यों की सामाजिक-आर्थिक स्थिति एक जैसी है। दोनों ही राज्य, स्वास्थ्य सेवाओं की सुलभता के साथ-साथ ज्यादातर विकास सूचकों में दूसरे भारतीय राज्यों से पीछे हैं। उदाहरण के लिए, इन दोनों राज्यों

में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए स्वीकृत कुल 11636 संस्थाओं में से केवल 116 संस्थाएं उपलब्ध हैं। इन क्षेत्रों में किए गए गुणात्मक अध्ययन, सुरक्षित गर्भ समापन सुविधा हासिल करने में महिलाओं को होने वाली कठिनाइयों को उजागर करते हैं।^{13, 21} इसके अलावा, पूरे भारत की तुलना में बिहार और झारखंड की युवतियों में कम साक्षरता दर (पूरे भारत के 68% की तुलना में 43-50%), 18 वर्ष से कम उम्र में ज्यादा युवतियों की शादी होना (पूरे भारत के 47% की तुलना में 63-69%), और किशोरावस्था में ज्यादा युवतियों द्वारा गर्भधारण करने (पूरे भारत के 16% की तुलना में 25-28%) का पता चलता है।

यह अध्ययन, डी.के.टी. इंटरनेशनल से जुड़ी गैर-सरकारी संगठन, जननी की क्लीनिकों में किया गया था, जो बिहार और झारखंड दोनों राज्यों में कार्यरत है तथा सुविधा और पहुंच बढ़ाने वाले कार्यक्रमों के माध्यम से कई प्रकार की प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराती है। इसके क्लीनिक, गर्भ समापन सेवा प्रदान करने के लिए गर्भावस्था का चिकित्सीय समापन (एमटीपी) अधिनियम के तहत पंजीकृत हैं, और यहां कम से कम एक ऐसा डॉक्टर उपलब्ध है, जो गर्भ समापन कराने के लिए प्रशिक्षित है। हालांकि जननी, चिकित्सीय गर्भ समापन के लिए नाममात्र का शुल्क* लेती है, फिर भी बड़ी संख्या में गरीब महिलाओं द्वारा सरकारी क्लीनिकों और अन्य प्राइवेट अस्पतालों की अपेक्षा, इसके क्लीनिकों को ज्यादा पसंद किया जाता है। माना जाता है कि यह क्लीनिक विश्वसनीय हैं, गोपनीयता बनाए रखते हैं, और

* सर्वेक्षण के समय यह शुल्क, 199 रुपये, पहली तिमाही में ऑपरेशन से किए जाने वाले गर्भ समापन के लिए 399 रुपये और दूसरी तिमाही में ऑपरेशन से किए जाने वाले गर्भ समापन के लिए 799 रुपये था।

उच्च गुणवत्ता वाले हैं, तथा इनके द्वारा कोई छुपी कीमते (जैसे कि दवाओं या जांच के लिए) अलग से नहीं वसूली जाती हैं। यही कारण है कि जननी, गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने वाली एक प्रमुख संस्था है, और बिहार और झारखंड में रिपोर्ट किए जाने वाले गर्भ समापनों में से बड़ी संख्या में गर्भ समापन, इसके द्वारा ही करवाए जाते हैं।

आंकड़े और अध्ययन के तरीके

हालांकि यह अध्ययन, जननी के 23 क्लीनिकों में से 16 क्लीनिकों में किए जाने के लिए तैयार किया गया था, लेकिन वास्तव में केवल आठ से ही उत्तरदाताओं को शामिल किया गया, जिससे कुल मिलाकर गर्भ समापन की इच्छुक 91% किशोरियों को गठित किया गया। ये क्लीनिक बिहार के आरा, गया, पटना और पूर्णिया तथा झारखंड के हजारीबाग, जमशेदपुर, लातेहार और रांची में स्थित थे। चूंकि बाकी क्लीनिकों में अपेक्षाकृत गर्भ समापन के कम मामले थे, इसलिए हम उनमें से ज्यादा उत्तरदाताओं को शामिल नहीं कर सके थे।

यह अध्ययन नवंबर, 2007 से दिसंबर, 2008 के बीच सहमति देने वाली उन युवतियों के बीच किया गया, जिन्होंने पहले किसी जीवित शिशु को जन्म नहीं दिया था। जननी गर्भ समापन कराने वाली महिलाओं से उनकी वैवाहिक स्थिति के बारे में नहीं पूछती, लेकिन पहले के गर्भधारणों और बच्चों के जन्म के बारे में जानकारी जरूर इकट्ठा करती है। इसलिए 24 वर्ष या उससे कम उम्र की सभी युवतियों को, जिन्होंने पहले किसी बच्चे को जन्म नहीं दिया था, इस अध्ययन में भाग लेने के लिए आमंत्रित किया गया, भले ही उनकी वैवाहिक स्थिति कुछ भी रही हो।

इंटरव्यू करने वालों में जननी के गैर-चिकित्सीय स्टाफ शामिल थे और जब जननी किसी व्यक्ति को इस कार्य के लिए उपलब्ध कराने में असमर्थ थी, तो परियोजना के स्टाफ के लोग शामिल किए गए थे। अध्ययन से पहले सभी को 5 दिनों का गहरा प्रशिक्षण दिया गया, जिसके तहत अध्ययन की रूपरेखा और अनुसंधान की आचार-नीति के बारे में बताया गया। पूरे समय के दौरान, हर एक क्लीनिक में एक इंटरव्यू करने वाला व्यक्ति मौजूद था, जिसने युवतियों को भाग लेने के लिए आमंत्रित किया।

इस अध्ययन में गर्भ समापन की इच्छुक महिलाओं का सर्वेक्षण तथा चुनी हुई अविवाहित युवतियों का गहन साक्षात्कार शामिल था। सर्वेक्षण की प्रश्नावली को गर्भ समापन के बाद उत्तरदाता द्वारा चुने गए समय और स्थान पर उपलब्ध कराया गया था, अक्सर यह प्रश्नावली क्लीनिक में, वहां से छुट्टी होने से पहले उपलब्ध कराई गई थी। इन युवतियों से सहमति दो बार ली गई थी - पहली बार, गर्भ समापन से पहले और दोबारा, इंटरव्यू से पहले। केवल जिन्होंने दोनों बार अपनी सहमति प्रदान की, उन्हें ही अध्ययन के लिए नामांकित किया गया। जिन युवतियों को इंटरव्यू के लिए आमंत्रित किया गया था, उनमें से 1% से भी कम (छह युवतियों) ने इसमें भाग लेने से मना किया था।

इंटरव्यू में वैवाहिक स्थिति के बारे में पूछा गया। कई अविवाहित युवतियों ने अपनी वैवाहिक स्थिति छुपानी चाही (कुछ ने तो मंगलसूत्र भी पहना हुआ था, जो केवल विवाहित महिलाओं द्वारा ही पहना जाता है। सही उत्तर का पता लगाने के

लिए, वैवाहिक स्थिति संबंधी प्रश्न को सर्वेक्षण इंटरव्यू के मध्य में पूछा गया, जब महिलाएं ज्यादा सहज हो गई थीं। इसके अलावा, उस इंटरव्यू के अंत में सभी उत्तरदाताओं से एक फॉर्म में अपना नाम बताए बिना अपनी वैवाहिक स्थिति दर्ज करने के बाद, उन्हें उस फार्म को सीलबंद (लेकिन संलग्न) लिफाफे में रखकर लौटाने को कहा गया। यदि किसी युवती ने इंटरव्यू करने वाले को या सीलबंद लिफाफे में अपने को अविवाहित बताया था तो उसे अविवाहित माना गया। इसके अलावा, कुछ उत्तरदाताओं को जान-बूझकर गहन साक्षात्कार के लिए चुना गया था। जिन्होंने अपनी सहमति दी थी, उनका इंटरव्यू, सर्वेक्षण इंटरव्यू के लगभग एक सप्ताह बाद, उनके द्वारा बताए गए समय और स्थान पर किया गया।

सर्वेक्षण और गहन इंटरव्यू, दोनों ही से युवतियों द्वारा अभी-अभी कराए गए गर्भ समापन की परिस्थितियों के बारे में जानकारी ली गई। इसके साथ-साथ यह जानने की कोशिश भी की गई कि उन्हें कब पता चला कि वे गर्भ धारण कर चुकी थीं, गर्भ समापन कराने के बारे में कब निर्णय लिया था, और जननी में गर्भ समापन कराने का उनका अनुभव कैसा था। इन प्रश्नों द्वारा गर्भ समापन कराने के निर्णय में उनकी कहां तक भागीदारी थी, स्वास्थ्य केंद्र के चयन के बारे में विचार किए जाने वाले महत्वपूर्ण कारकों, गर्भ समापन कराने के लिए पहले किए गए कोई प्रयास, तथा उनके साथी, परिवार के सदस्यों या मित्रों द्वारा दिए जाने वाले सहयोग की सीमा के बारे में भी जानकारी ली गई।

उत्तरदाता

कुल मिलाकर 795 युवतियों का सर्वेक्षण किया गया, जिसमें से 549 अविवाहित थीं और 246 विवाहित। सर्वेक्षण के दौरान साक्षात्कार की गई अविवाहित युवतियों में से रैंडम तरीके से चुनी हुई 26 युवतियों का गहन इंटरव्यू किया गया।

अविवाहित युवतियों की आयु विवाहितों की तुलना में एक वर्ष कम थी (औसत आयु 20 की तुलना में 19) (तालिका 1)। आमतौर पर

तालिका 1: गर्भ समापन कराने की इच्छुक अविवाहित और विवाहित युवतियों का सामाजिक-जनसांख्यिकीय ब्यौरा (%)		
	अविवाहित (n=549)	विवाहित (n=246)
आयु	(औसत 19)	(औसत 20)
15-17	17.3	4.5
18-19	33.7	29.7
20-21	27.0	32.1
22-24	22.0	33.7
स्कूली शिक्षा की अवधि	(माध्य 9.4)	(माध्य 10.5)
0-4	16.2	11.0
5-7	9.1	4.9
8-10	26.8	26.0
11+	47.9	58.1
पिछले वर्ष नकद वेतन/वस्तु के बदले काम किया था	20.9	20.7
शहरों की निवासी	78.3	82.1

विवाहित और अविवाहित दोनों वर्ग की युवतियाँ शिक्षित थीं। 84% विवाहितों की तुलना में 75% अविवाहितों ने कम से कम 8 वर्षों तक शिक्षा प्राप्त की थी। दोनों ही वर्गों में ज्यादातर महिलाएं (78-82%) शहरी क्षेत्रों से थीं, वे या तो ऐसे शहरों या कस्बों से थीं, जहां यह स्वास्थ्य केंद्र स्थित था, या फिर पास के शहर की रहने वाली थीं। हर पांच महिलाओं में से एक ने पिछले वर्ष के दौरान नकद वेतन लेकर या वस्तु के बदले काम किया था।

पुरुष जिसके कारण यह महिला का गर्भधारण हुआ और गर्भ समापन कराने का कारण

गर्भ समापन की इच्छुक ज्यादातर युवतियों द्वारा बनाए गए यौन संबंध, जिनके कारण अनचाहा गर्भधारण हुआ था, उनकी मर्जी से बनाए गए थे। विवाहित युवतियों के साथी, जिनके साथ सेक्स करने से गर्भधारण हुआ, ज्यादातर (97%) उनके पति थे, और अविवाहित युवतियों के मामले में ज्यादातर (77%) उनके बॉयफ्रेंड या मंगेतर थे। हालांकि जिस पुरुष के कारण गर्भधारण हुआ था, उन दूसरे लोगों में, उनके परिवार के सदस्य (अविवाहितों और विवाहितों के लिए क्रमशः 9% और 2%), या कोई पड़ोसी, परिचित, सहकर्मी/सहपाठी, अध्यापक या नियोक्ता (क्रमशः 14% और 1%) थे। कुल मिलाकर, 18% अविवाहितों और 2% विवाहितों के साथ उनकी मर्जी के बिना यौन संबंध बनाए गए थे। इन मामलों में यह पुरुष आम तौर पर परिवार के कोई सदस्य, पड़ोसी या परिचित थे (तालिका 2)।

गर्भ समापन कराने के कारण भी अलग-अलग थे। अविवाहितों के लिए इसका मुख्य कारण,

तालिका 2 : अनचाहा गर्भधारण के पीछे के कारण (%)

	अविवाहित (n=549)	विवाहित (n=246)
वह व्यक्ति, जिसके साथ संबंध बने थे:		
बॉयफ्रेंड/मंगेतर/पति	76.5	97.2
परिवार का सदस्य	9.1	2.0
पड़ोसी	5.8	0.4
पड़ोस से दूर/गांव के बाहर रहने वाले सहित कोई जान-पहचान वाला	5.5	0.0
सहकर्मी/सहपाठी	1.5	0.0
अध्यापक/नियोक्ता (नौकरी देने वाला)	1.6	0.4
बिना सहमति के यौन संबंध***	17.5	2.0
गर्भ समापन कराने के कारण		
अविवाहित ^ए	91.8	-
जबरदस्ती सेक्स के कारण गर्भधारण	10.9	1.2
पढ़ाई जारी रखना चाहती थी	13.1	32.5
शादी के बाद बहुत जल्दी, बहुत कम उम्र साथी, परिवार नहीं चाहता था	-	50.8
आर्थिक कारण ^{बी}	-	22.4
आर्थिक कारण ^{बी}	-	37.0
***पी < 0.001		

ए. इनमें वे भी शामिल हैं, जिन्होंने कहा कि “वे अकेले बच्चे का पालन-पोषण नहीं करना चाहती थीं”।

बी. इस समय बच्चे का खर्च वहन नहीं कर सकती थीं या काम करना चाहती थीं।

n - कुल उत्तरदाता

उनका विवाहित नहीं होना था (92%), जबरदस्ती यौन संबंध बनाए जाने के कारण गर्भधारण होना (11%), या उनकी आगे पढ़ाई जारी रखने की चाहत (13%) थी। विवाहितों के मामले में इसका सबसे बड़ा कारण यह था, कि उनकी उम्र बहुत कम थी, या शादी के बाद वे बहुत जल्दी गर्भवती हो गई थी (51%), आर्थिक कारण (37%), अपनी शिक्षा पूरी करने की चाहत (33%), या यह कि उनके पति या उनके परिवार के सदस्य उस समय बच्चा नहीं चाहते थे (22%) (तालिका 2)।

गर्भ समापन कराने में देरी के कारण और इसके नुकसान

तालिका 3 उन कारकों को दर्शाती है, जिनके कारण गर्भ समापन कराने में देरी और कठिनाइयां हुईं। कई मामलों में इस देरी के कारण गर्भावस्था दूसरी तिमाही तक पहुंच गई थी। ज्यादातर विवाहितों की तुलना में अविवाहित युवतियां कहीं ज्यादा नुकसान में रहीं। इस प्रकार, 9% विवाहितों की तुलना में एक-चौथाई अविवाहित युवतियों को गर्भ समापन कराने में गर्भधारण के 12 सप्ताह से ज्यादा की देरी हुई।

पहली देरी, इस बात का पता करने में हुई कि गर्भधारण हो गया था। हालांकि अंतर बहुत कम था लेकिन विवाहितों की तुलना में अविवाहित युवतियों को गर्भावस्था का पता करने में ज्यादा समय लगा: 6% विवाहितों की तुलना में 17% अविवाहित युवतियों को गर्भावस्था का पता तब चला, जब उनके दो मासिक धर्म (पीरियड) नहीं आए थे, यानि गर्भधारण के नौ या ज्यादा हफ्ते हो चुके थे।

“जब मेरे पीरियड आने बंद हो गए तब मैं सोचने लगी कि कुछ तो गड़बड़ है। लेकिन जब मैंने देखा कि मेरे शरीर का आकार भी बदल रहा है, तब मैं निश्चित हो गई कि मैं गर्भवती थी। और तब मैंने अपने पेशाब की जांच कराई।” (ए, 20 वर्ष, छात्रा, बिहार)

“चूंकि ऐसा पहली बार हुआ था, इसलिए हमें कुछ पता नहीं चला। पहली बार मेरे पीरियड अक्टूबर में आने बंद हुए थे, मैंने एक महीने तक इंतजार कर देखने की सोची और जब मेरे पीरियड नवंबर में भी नहीं आए, तब मुझे संदेह हुआ, लेकिन मैंने एक महीने और इंतजार कर, फिर जांच कराने की सोची। उसके बाद मैं पूरी तरह से निश्चित हो गई थी कि मैं गर्भवती थी।” (बी, 18 वर्ष, छात्रा, झारखंड)

“मुझे उल्टी जैसा महसूस होने लगा था। मुझे इस बारे में कुछ पता नहीं था कि जब महिला गर्भवती होती हैं, तो उसे पीरियड आने बंद हो जाते हैं। मैं उल्टी करने लगी और मेरी मां ने पूछा कि तुम्हारा पिछला पीरियड कब आया था। मैंने उसे बताया कि पिछले तीन महीने से मेरे पीरियड नहीं आए हैं। तब मेरी मां ने मुझसे पूछा कि मुझे क्या हुआ है और मैंने क्या किया है।” (सी, 18 वर्ष, कोई पढ़ाई या काम नहीं करती है, झारखंड)

औसतन, विवाहितों की तुलना में अविवाहित युवतियों को अपनी गर्भावस्था का एक सप्ताह बाद पता चला था (विवाहितों के छह सप्ताह की तुलना में सात सप्ताह बाद)। इसका पता चलने पर आमतौर पर जो प्रतिक्रिया हुई, वह थी-भय, चिंता और अपराधबोध (जो अविवाहित युवतियों

के मामले में क्रमशः 70%, 80%, और 18% द्वारा बताई गई तथा विवाहित युवतियों के मामले में क्रमशः 14%, 44%, और 3% द्वारा बताई गई।

गर्भ समापन कराने का निर्णय

उत्तरदाताओं से पूछा गया कि क्या गर्भ समापन कराने का निर्णय लेने में वे शामिल थीं, चाहे स्वतंत्र रूप से या फिर अपने साथी या किसी और के सहयोग से, और जब निर्णय लिया गया था, तब वे कितने दिनों की गर्भवती थीं। कुल उत्तरदाताओं में से 80% से ज्यादा को गर्भ समापन कराने के निर्णय लेने में शामिल किया गया था, और इस संबंध में अविवाहितों और विवाहितों के बीच का अंतर न के बराबर था। अविवाहितों में से 14% ने बताया कि उनके माता-पिता ने यह फैसला अपने-आप किया था, और 4% ने बताया कि उनके साथी ने यह निर्णय लिया था। विवाहितों में से 5% ने बताया कि उनके माता-पिता या सास-ससुर ने यह फैसला अपने-आप किया था, और 12% ने बताया कि उनके पति ने यह निर्णय लिया था।

“हमने यह निर्णय (गर्भ समापन कराने का) साथ मिलकर लिया था।” (डी, 19 वर्ष, वर्तमान में कार्यरत, बिहार)

“मेरे माता-पिता ने यह निर्णय लिया था कि मुझे गर्भ समापन करा लेना चाहिए। मुझसे इस बारे में कोई राय नहीं ली गई थी लेकिन मैं भी गर्भ समापन कराना चाहती थी। (ई, 17 वर्ष, छात्रा, बिहार)

“मेरी बहन ने मुझसे कहा कि मुझे गर्भ समापन करा लेना चाहिए, नहीं तो समय बीत जाएगा, मेरे पिता को पता चल जाएगा तब

परेशानियां खड़ी हो जाएंगी। इसलिए मैं मान गई।” (एफ, 18 वर्ष, छात्रा, बिहार)

“मेरे पूरे परिवार - मेरी मां, मामा और मामी ने मिलकर यह निर्णय लिया था।” (जी, 15 वर्ष, छात्रा, बिहार)

गर्भावस्था का पता चलने के औसतन एक सप्ताह बाद, गर्भ समापन कराने के निर्णय बहुत तेजी से लिए गए थे। यानि अविवाहितों के मामले में गर्भावस्था के आठवें सप्ताह में और विवाहितों के मामले में गर्भावस्था के सातवें सप्ताह में यह निर्णय लिए गए थे।

गर्भ समापन कराने के पिछले असफल प्रयास

उत्तरदाताओं में से काफी ज्यादा ने जननी क्लीनिक में आने से पहले, कम से कम एक बार गर्भ समापन कराने का असफल प्रयास किया था। गर्भ समापन कराने की इच्छुक विवाहितों की तुलना में काफी ज्यादा अविवाहितों (18% विवाहितों की तुलना में 28% अविवाहितों) ने ऐसा कम से कम एक बार और कुछ कम (4-5%) ने दो या अधिक बार ऐसा प्रयास किया था। आम तौर पर इन असफल प्रयासों को केमिस्ट से खाने वाली दवाएं लेकर किया गया था (22% अविवाहित युवतियों ने और 11% विवाहित युवतियों ने)। हालांकि, ली गई दवा के बारे में जानकारी इकट्ठा नहीं की गई थी, लेकिन इन राज्यों में किए दूसरे अध्ययनों से पता चलता है कि गर्भ समापन कराने की इच्छुक युवतियों ने बिना किसी डॉक्टरी पर्ची और दवा की सही खुराक की जानकारी के बिना, अक्सर चिकित्सीय गर्भ समापन की दवा,

मीफेप्रीस्टोन और/या मीसोप्रोस्टोल के साथ-साथ कई प्रकार की आयुर्वेदिक और दूसरी दवाएं ली थीं।²²

“मुझे सूर्या (संभवतः क्लीनिक का नाम) आने में देरी हो गई थी क्योंकि मैं घर पर ही इससे (गर्भधारण से) छुटकारा पाने के लिए कोई न कोई उपाय कर रही थी। मैंने होम्योपैथिक दवाएं आजमाई, लेकिन उनसे कुछ नहीं हुआ... इसे तीन दिन के लिए लेना था (शायद इसका नाम मेन्सोलेक्स था... मैंने इसे खुद नहीं खरीदा था (मेरे बॉयफ्रेंड ने इसे लाकर मुझे दिया था। लेकिन उससे कुछ नहीं हुआ।” (एच, 20 वर्ष, छात्रा, बिहार)

“मेरे पिता, तीन गोलियां लेकर आए, उनमें से हर एक की कीमत 300 रुपए थी... मैं उन सब को एकसाथ खा गई थी... मुझे नहीं पता कि मेरे पिता इन दवाओं को कहां से लेकर आए थे-किसी डॉक्टर से या किसी अन्य व्यक्ति से। मेरी मां ने मुझे दवाएं दी थीं। उन्होंने मुझसे खाने को कहा और बताया कि इससे मेरी समस्या दूर हो जाएगी। लेकिन कुछ नहीं हुआ।” (आई, 17 वर्ष, कोई पढ़ाई या काम नहीं करती है, बिहार)

“जब मेरे पीरियड नहीं आए, तो मैंने उसको (अपने साथी को) इस बारे में बताया। मैं बच्चा नहीं चाहती थी, इसलिए वह, केमिस्ट से कुछ दवाएं लेकर आया, जिसे मैंने खाया, लेकिन कुछ नहीं हुआ।” (जे, 19 वर्ष, कोई पढ़ाई या काम नहीं करती है, झारखंड)

क्लीनिक के चयन में, बात खुल जाने के

भय का असर

हमने उत्तरदाताओं से पूछा कि गर्भ समापन कराने के लिए क्लीनिक पहुंचने में घर से लगने वाले समय के संदर्भ में वे कौन-से मुख्य कारक थे, जिन्होंने क्लीनिक या सेवाप्रदाता के चयन और स्थान को प्रभावित किया था। गहन साक्षात्कार में अविवाहित युवतियों द्वारा अक्सर बात खुल जाने के भय को इसका कारण बताया गया।

“मेरा पूरा परिवार सोचता है कि मैं एक अच्छी लड़की हूँ और मैं कोई गलत कदम नहीं उठाना चाहती थी। मैं बहुत डर गई थी। मैंने सोचा कि जब उन्हें पता चलेगा कि मैं गर्भवती हूँ, तो वे मुझे डांटेंगे।” (के, 18 वर्ष, छात्रा, झारखंड)

स्वास्थ्य केंद्र के चयन के बारे में सबसे अधिक बताया गया कारण, उस स्वास्थ्य केंद्र की प्रसिद्धि थी। यह 66% अविवाहित एवं 71% विवाहित महिलाओं द्वारा बताया गया (तालिका में नहीं दर्शाया गया है)। हालांकि विवाहितों की तुलना में ज़्यादा अविवाहित युवतियों (18% विवाहितों की तुलना में 66% अविवाहितों) ने गोपनीयता के वादे को प्रमुख कारण बताया था। इसके अलावा, विवाहितों की तुलना में ज़्यादा संख्या में अविवाहितों (5% विवाहितों की तुलना में 18% अविवाहितों) द्वारा बताया गया, कि जिस जननी क्लीनिक में उन्होंने गर्भ समापन करवाया था, वह उनके घर से दो या ज़्यादा घंटे की दूरी पर स्थित था, इससे यह बात उजागर होती है

तालिका 3: गर्भ समापन संबंधी जोखिम के सूचक : अविवाहित बनाम विवाहित युवतियां (%)		
	अविवाहित (n = 549)	विवाहित (n = 246)
गर्भावस्था के बारे में पता चलने का समय ए		
गर्भावस्था के चौथे सप्ताह से कम	65.5	60.6
गर्भावस्था के आठवें सप्ताह*** से कम	17.3	5.7
सप्ताह संख्या का माध्य***	6.8	5.5
निर्णय लेना		
निर्णय लेने में शामिल थीं	80.7	82.5
निर्णय लेने में शामिल नहीं की गई थीं बी	19.3	17.5
माता-पिता/सास-ससुर ने अकेले निर्णय लिया था***	14.2	4.9
साथी/पति ने अकेले निर्णय लिया था'''	4.2	12.2
गर्भावस्था के 8वें सप्ताह से कम में निर्णय लिया गया था ए*	27.4	19.5
सप्ताह संख्या का माध्य, जब निर्णय लिया गया था ए***	8.1	7.0
गर्भ समापन कराने के पिछले असफल प्रयास		
पहले एक बार गर्भ समापन कराने का प्रयास किया था**	27.5	17.5
- केमिस्ट से दवा लेकर प्रयास किया था***	22.0	10.6
- अन्य साधनों के माध्यम से प्रयास किया थाबी	5.5	6.9
पहले दो या ज्यादा बार गर्भ समापन कराने का प्रयास किया था	5.1	4.0
पता चलने का भय		
गोपनीयता को प्राथमिकता***	51.9	17.5
चुना गया स्वास्थ्य केंद्र, घर से 90 मिनट से कम की दूरी पर है***	25.9	13.0
चुना गया स्वास्थ्य केंद्र, घर से 120 मिनट से कम की दूरी पर है***	17.7	4.9
साथी का सहयोग		
साथी को गर्भावस्था के बारे में बताया सी***	85.6	97.6
साथी ने भावनात्मक सहयोग प्रदान किया सी***	80.7	95.5
साथी गर्भ समापन क्लिनिक में साथ लेकर गया सी***	63.9	83.7
साथी ने दोनों कार्य किए सी***	62.2	79.7
गर्भ समापन का समय		
गर्भावस्था की दूसरी तिमाही***	25.3	9.4
सप्ताह संख्या का माध्य***	10.0	8.0
*पी< 0.05 **पी< 0.01 ***पी< 0.001		

ए. एक अविवाहित मामले की सूचना उपलब्ध नहीं है

बी. अन्य व्यक्तियों (स्वास्थ्य सेवाप्रदाता, अन्य रिश्तेदारों) ने 27 महिलाओं के बारे में निर्णय लिया जिनमें 9 विवाहित और 18 अविवाहित युवतियां शामिल थीं।

सी. इसमें वे 78 अविवाहित युवतियां शामिल नहीं हैं, जिन्होंने परिवार के किसी सदस्य, पड़ोसी, अध्यापक या नियोक्ता, परिचित या अपरिचित द्वारा उनकी मर्जी के बिना सेक्स किया जाना बताया था (लेकिन इसमें वे युवतियां शामिल हैं जिन्होंने अपने बॉयफ्रेंड के साथ मर्जी के बिना सेक्स किया जाना बताया था, जिनमें से ज्यादातर का रिश्ता तीन महीने से ज्यादा बना रहा था।

कि उन्होंने इसे घर से दूर होने के कारण उसे प्राथमिकता दी थी।*

साथी द्वारा सहयोग

साथी द्वारा सहयोग दिए जाने का मूल्यांकन करते समय, हमने उन अविवाहित युवतियों को शामिल नहीं किया है, जिन्होंने बताया था कि वे बॉयफ्रेंड के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा उनकी मर्जी के बिना किए गए सेक्स के कारण गर्भवती हुई थीं। फिर भी, वैवाहिक स्थिति के कारण इस बारे में बहुत अंतर देखने को मिले कि युवतियों ने अपने साथी को गर्भावस्था के बारे में बताया था कि नहीं, साथी को जब पता चला तो उसने भावनात्मक सहयोग प्रदान किया था कि नहीं, और साथी, उसके साथ स्वास्थ्य केंद्र गया था कि नहीं।

लगभग सभी विवाहित युवतियों (98%) की तुलना में अविवाहित युवतियों (86%) ने अपनी गर्भावस्था के बारे में अपने साथी को बताने में काफी आसान महसूस किया था। आम तौर पर साथियों ने भावनात्मक सहयोग प्रदान किया था लेकिन एक बार फिर, विवाहितों की तुलना में ऐसा बताने वाली अविवाहितों की संख्या कम थी (क्रमशः 96% और 81%)। जहां कम उत्तरदाताओं ने बताया कि गर्भावस्था के दिन उनके साथी उनके साथ जननी क्लिनिक गए थे, एक बार फिर विवाहितों की तुलना में ऐसा बताने वाली अविवाहितों की संख्या कम थी (क्रमशः 84% और 64%)। अंत में, 80% विवाहितों की

तुलना में 62% अविवाहित युवतियों ने बताया कि उनके साथी ने उन्हें भावनात्मक सहयोग भी प्रदान किया था और उनके साथ स्वास्थ्य केंद्र भी गए थे। अविवाहित युवतियों के किए गए गहन साक्षात्कार से इस मिले-जुले अनुभवों का पता चला।

“उसने (बॉयफ्रेंड ने) मुझसे कहा कि चिंता की कोई बात नहीं है। उसने हर कदम पर मेरा साथ दिया। उसने मेरा भरपूर सहयोग किया। उसने मेरे लिए पैसे भी अदा किए।” (एल, 18 वर्ष, छात्रा, झारखंड)

“उसने (बॉयफ्रेंड ने) कहा कि हमें जांच कराने पटना जाना चाहिए। उसने मुझसे कहा कि डरने की कोई बात नहीं है और मेरा साथ दिया। उसने गर्भ समापन कराने के लिए जरूरी पैसे भी अदा किए।” (एम, 18 वर्ष, छात्रा, बिहार)

“मैंने यह (गर्भ समापन) इसलिए करवाया, क्योंकि जब मैंने इसके बारे में उस लड़के को बताया, तो वह सीधे मुकर गया और मैं चिंता करने लगी कि इस बच्चे को कौन नाम देगा। और मैंने सोचा कि मेरे पास गर्भ समापन ही इसका सिर्फ एक उपाय बचा है। उसने (बॉयफ्रेंड ने) मेरे गर्भधारण में अपना हाथ होने से इनकार कर दिया और मेरा साथ नहीं दिया। उसके बाद वह, (एक सहेली) मुझे क्लिनिक लेकर गई।” (एन, 18 वर्ष, छात्रा, झारखंड)

* जब केवल उन युवतियों से पूछा गया, जो पहली बार और केवल जननी क्लिनिक ही में आई थीं, तो गोपनीयता के महत्व और स्वास्थ्य केंद्र के घर से दूर होने के मामले में अविवाहित और विवाहित युवतियों का प्रतिशत लगभग एक जैसा था (आंकड़ा नहीं दर्शाया गया है)।

“उसने (मेरे बॉयफ्रेंड ने) मुझसे गर्भ समापन करा लेने को कहा। उसने न तो मुझे कोई पैसे दिए, न ही किसी प्रकार की सहायता की। मेरे जीजा ने मुझे पैसे दिए, जो यहां खर्च किए गए।”
(ओ, 15 वर्ष, कार्यरत, झारखंड)

एक तिहाई से कुछ कम अविवाहित युवतियों और आधे से कम विवाहित युवतियों ने अपने परिवार के किसी सदस्य या मित्र पर भरोसा किया था (तालिका में नहीं दर्शाया गया है)। जैसा कि दूसरे अध्ययनों²³ से पता चला है, जिन अविवाहित युवतियों के साथियों ने उनका साथ नहीं दिया था, उनमें से ज्यादातर ने बताया था कि उन्होंने अपनी गर्भावस्था के बारे में अपनी मां को (बहुत कम ने अपने पिता को बताया था), अपनी किसी महिला रिश्तेदार या मित्र को बताया था।

गर्भ समापन कराने में देरी पर, वैवाहिक स्थिति और अन्य कारकों का प्रभाव

इस अध्ययन के अंतर्गत लाजिस्टिक रिग्रेशन एनालिसिस किए गए थे, जिससे आयु, शिक्षा, काम-काज की स्थिति और ग्रामीण-शहरी निवास के कारकों को नियंत्रित करने के बाद, एक ओर तो वैवाहिक स्थिति और गर्भ समापन कराने में देरी के बीच संबंध, वहीं दूसरी ओर गर्भ समापन कराने में देरी करने के बारे में हमारी समझ के प्रत्येक कारकों का पता चला। निष्कर्ष दर्शाते हैं कि विवाहित युवतियों की तुलना में अविवाहित युवतियों द्वारा ‘जननी’ में गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना ज्यादा थी। उनके द्वारा स्वास्थ्य केंद्र के चयन में गोपनीयता को प्रमुख कारक माने जाने, दूर वाले स्वास्थ्य केंद्र का चयन करने, कम से कम एक

बार गर्भ समापन का असफल प्रयास करने और साथी द्वारा सहयोग नहीं किए जाने की संभावना भी अधिक थी।

इसके विपरीत, जब सामाजिक-जनसांख्यिकीय कारकों को नियंत्रित किया गया, तो गर्भावस्था के बारे में दूसरी तिमाही या उसके बाद पता चलने का संबंध, उसकी वैवाहिक स्थिति, या युवती ने गर्भ समापन कराने के निर्णय लेने में भाग लिया था या नहीं, से नहीं था (आंकड़ा नहीं दर्शाया गया है)।

गर्भ समापन की कठिनाइयों और देरी के लिए कई सामाजिक-जनसांख्यिकीय कारक भी प्रमुख रूप से ज़िम्मेदार थे। युवती द्वारा गर्भ समापन के निर्णय में भाग लेना, गोपनीयता का महत्व, और गर्भ समापन कराने के लिए दूर के स्वास्थ्य केंद्र के चयन के साथ-साथ कम उम्र की, कम शिक्षित और/या ग्रामीण महिलाओं ने दूसरों की तुलना में गर्भ समापन कराने के निर्णय लेने में अधिक देरी की थी, उन्हें साथी का सहयोग नहीं मिला था और उन्हें गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराना पड़ा था।

अविवाहित होने और गर्भ समापन में देरी के हर कारक के संबंध ने गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने पर विपरीत असर डाला था या नहीं, इसका पता लगाने के लिए व्यक्तिगत लाजिस्टिक रिग्रेशन एनालिसिस किया। कारक थे, दूसरे महीने या उसके बाद (दो या अधिक पीरियड नहीं आने पर) गर्भावस्था का पता चलना, गर्भ समापन कराने के निर्णय से बाहर रखा जाना, गर्भावस्था के दूसरे महीने के बाद निर्णय लेना, स्वास्थ्य केंद्र का चयन करते समय गोपनीयता को महत्व देना, ऐसे स्वास्थ्य

केंद्र का चयन करना, जो घर से दो घंटे से अधिक की दूरी पर है, गर्भ समापन के लिए पहले असफल प्रयास किए थे, और साथी द्वारा सहयोग नहीं किया जाना। हमने विश्लेषण में निर्णय लिए जाने के समय को शामिल नहीं किया था, क्योंकि इसका गर्भ समापन के समय से घनिष्ठ संबंध था। उम्र, शिक्षा, काम-काज की स्थिति और ग्रामीण-शहरी जैसे कारकों को नियंत्रित किया गया था।

इस विश्लेषण (तालिका 4) से पता चलता है कि चाहे जोखिम के दूसरे कारकों का सामना करना पड़ा हो या नहीं, अविवाहित होना, गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना को बढ़ा देता है। उदाहरण के लिए, विवाहित युवतियों की तुलना में जो अविवाहित युवतियां गर्भ समापन कराने के निर्णय में शामिल थीं, जिन्होंने गोपनीयता को प्राथमिकता नहीं दी थी, जिन्होंने अपेक्षाकृत ज्यादा नजदीक स्वास्थ्य केंद्र का चयन किया था, और जिन्होंने गर्भ समापन के पहले प्रयास नहीं किए थे, फिर भी उनकी गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना, विवाहित युवतियों की तुलना में कहीं ज्यादा थी (अनुपात 2.18-2.99 तक)। इसके विपरीत, जिन अविवाहित युवतियों को गर्भधारण के 8वें सप्ताह के अंदर गर्भावस्था का पता चल गया था और जिन्हें अपने साथी का सहयोग मिला था, उनके द्वारा गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना विवाहित युवतियों के लगभग बराबर थी (अनुपात क्रमशः 0.80 और 1.64)।

अविवाहित युवतियां, जिन्होंने देरी से गर्भ

समापन करवाए जाने के कारण बताए थे, उनके अनुभव बहुत बुरे थे। उदाहरण के तौर पर, यदि वे गर्भावस्था का पता दूसरे महीने तक नहीं लगा पाईं थीं, तो उम्र, शिक्षा, ग्रामीण-शहरी निवास और काम-काज की स्थिति संबंधित कारकों को नियंत्रित करने के बावजूद, विवाहित युवतियों की तुलना में उनकी गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना चार से पांच गुना ज्यादा थी (अनुपात 3.9)। यदि उन्हें निर्णय लेने से अलग रखा गया था (अनुपात 4.5), यदि उन्होंने गोपनीयता को महत्वपूर्ण माना था (3.1), यदि उन्होंने दूर वाले स्वास्थ्य केंद्र का चयन किया था (अनुपात 4.3), यदि उन्होंने पहले गर्भ समापन का असफल प्रयास किए थे (अनुपात 2.2), और उनके मामले में जिन्होंने अपनी मर्जी के बिना किसी बॉयफ्रेंड से सेक्स किया था, और यदि उन्हें अपने साथी का सहयोग नहीं मिला था (विषम अनुपात 3.7), तो भी दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना ज्यादा थी।

निष्कर्षों से इस बात की पुष्टि होती है कि अविवाहित होना ही अपने-आप में एक जोखिम है, लेकिन अविवाहित होना और इसके कारण आने वाली संभावित कारक/बाधाएं, गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने के जोखिम को स्पष्ट रूप से और ज्यादा बढ़ा देते हैं।

अध्ययन की सीमाएं

हमने स्वास्थ्य केंद्र आधारित अध्ययन किया था, क्योंकि भारत में समुदाय आधारित अध्ययन, गर्भ समापन कराने की इच्छुक अविवाहितों के बारे में विश्वसनीय जानकारी मुहैया कराने में असफल साबित हुए थे। इसका अर्थ यह है कि इस अध्ययन

तालिका 4: अविवाहित होने एवं गर्भास्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन संबंधी जोखिम का अनुभव करना: अविवाहित बनाम विवाहित युवतियां: लाजिस्टिक रिग्रेशन एनालिसिस से लिए गए विषम अनुपात (सं. 795)	
विवाहित युवतियों (संदर्भ श्रेणी) की तुलना में गर्भ समापन-संबंधी जोखिम	अनुपात ^ए
गर्भावस्था का देरी से पता चलना (>1 महीना) अविवाहित युवतियां, जिन्हें जल्दी पता चला अविवाहित युवतियां, जिन्हें जल्दी पता चला	0.802 3.914***
गर्भ समापन कराने के बारे में निर्णय लेना अविवाहित युवतियां, जिन्होंने निर्णय लिया था अविवाहित युवतियां, जिन्हें निर्णय लेने में शामिल नहीं किया गया था	2.332** 4.521***
गोपनीयता एक प्राथमिकता है अविवाहित युवतियां, जिन्होंने 'नहीं' कहा अविवाहित युवतियां, जिन्होंने 'हां' कहा	2.339** 3.100***
घर से दूर स्वास्थ्य केंद्र का चयन किया (>90 मिनट) अविवाहित युवतियां, जिन्होंने 'नहीं' कहा अविवाहित युवतियां, जिन्होंने 'हां' कहा	2.180** 4.255***
पहले असफल प्रयास किए थे अविवाहित युवतियां, जिन्होंने 'नहीं' कहा अविवाहित युवतियां, जिन्होंने 'हां' कहा	2.993*** 2.230**
साथी द्वारा सहयोग किए जाने का अभाव ^{बी} अविवाहित युवतियां, जिन्हें सहयोग मिला अविवाहित युवतियां, जिन्हें सहयोग नहीं मिला	1.638 3.674***
पी< 0.01 *पी< 0.001	

ए. अलग से एक रिग्रेशन एनालिसिस किया गया, जिसमें गर्भ समापन संबंधी जोखिम के सभी सूचकों के साथ-साथ आयु, शिक्षा, काम-काज की स्थिति तथा ग्रामीण एवं शहरी निवास स्थान को भी शामिल किया गया था।

बी. इसमें वे 78 अविवाहित युवतियां शामिल नहीं हैं, जिन्होंने परिवार के किसी सदस्य, पड़ोसी, अध्यापक या नियोक्ता, परिचित अथवा अपरिचित द्वारा उनकी मर्जी के बिना सेक्स किया जाना बताया था (किंतु इसमें वे युवतियां शामिल हैं जिन्होंने अपने बॉयफ्रेंड के साथ मर्जी के बिना सेक्स किया जाना बताया था, जिनमें से अधिकांश का रिश्ता तीन महीने से अधिक बना रहा था।



के निष्कर्षों से गर्भ समापन कराने की इच्छुक सभी युवतियों के बारे में आम राय नहीं बनाई जा सकती है। इस तथ्य के होते हुए भी कि इन राज्यों में आम तौर पर गर्भ समापन कराने की इच्छुक युवतियों की शिक्षा और काम-काज की स्थिति, शहरी युवतियों से बहुत अलग नहीं थीं, फिर भी इस बात की संभावना है कि सबसे गरीब युवतियां, जो गर्भ समापन कराने की फीस देने में असमर्थ थीं, उन्हें इस अध्ययन में शामिल नहीं किया गया हो। इसके अलावा, यह भी संभव है कि इस अध्ययन में उन युवतियों को भी शामिल नहीं किया गया हो, जिन्होंने केमिस्ट की दुकान से खरीदी हुई मीफेप्रीस्टोन और/या मीसोप्रोस्टोल दवाएं खाकर सफलतापूर्वक गर्भ समापन कर लिया

हो, या जिन्होंने अप्रशिक्षित सेवाप्रदाता से गर्भ समापन करवाया हो, या वास्तव में गर्भ समापन करवाने का उनका प्रयास असफल रहा हो, और वे गर्भावस्था को जारी रखे रही हों। दूसरे, यह अध्ययन, गर्भ समापन से जुड़ी जटिलताओं और बीमारियों पर प्रकाश नहीं डालता है। तीसरे, संभव है कि कुछ अविवाहित युवतियों ने अपनी वैवाहिक स्थिति को छुपा लिया हो, जिसके परिणामस्वरूप, विवाहित और अविवाहित के बीच का भेद करने में कुछ कमी रह गई हो। अंत में, चूंकि हमारा अध्ययन उन युवतियों पर केंद्रित है, जिन्होंने पहले कोई जन्म नहीं दिया, इसलिए इसके निष्कर्ष आम तौर पर गर्भ समापन की इच्छुक महिलाओं के परिचायक नहीं हैं।

चर्चा:

निष्कर्षों से पता चलता है कि अपने पहले गर्भ समापन की इच्छुक युवतियों के अनुभव, उनकी वैवाहिक स्थिति के अनुसार बहुत ही अलग-अलग थे। सामाजिक-जनसांख्यिकी कारकों के नियंत्रण के बावजूद, विवाहित युवतियों की तुलना में अविवाहित युवतियों द्वारा गर्भ समापन कराने में देरी की संभावना ज्यादा थी। उनके द्वारा विवाहित युवतियों की तुलना में समय से गर्भ समापन कराने की इच्छा में बाधाओं का भी सामना करने की संभावना थी। जिनमें शामिल थे-गर्भावस्था का देरी से पता चलना, साथी द्वारा सहयोग नहीं किया जाना, निर्णय लेने में शामिल नहीं किया जाना, बात खुल जाने का भय, और गर्भ समापन कराने के पहले किए गए असफल प्रयास। इसके अलावा, अविवाहित युवतियों की बातों से पता चला कि गर्भावस्था के लक्षणों के बारे में वे काफी अनजान थीं। वास्तव में जहां अविवाहित होना, जल्दी गर्भ समापन कराने में एक बड़ी बाधा थी, वहीं अविवाहित होने और इनमें से किसी बाधा का सामना एकसाथ होने से विवाहितों की तुलना में अविवाहित युवतियों द्वारा गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में गर्भ समापन कराने की संभावना को तीन से चार गुना बढ़ा दिया था। यह सच्चाई कि विवाहित युवतियों ने दूसरी तिमाही में अपेक्षाकृत कम गर्भ समापन कराए थे, इस बात को साफ करता है कि समय से गर्भ समापन सुविधा प्राप्त करने का कारण विवाहित होना है, न कि कम उम्र का होना। इसलिए कार्यक्रम स्तर पर अविवाहित युवतियों के लिए समय से गर्भ समापन सेवाएं मुहैया

कराने के ज्यादा उपाय किए जाने की जरूरत है। अध्ययन के निष्कर्षों में, सभी युवतियों को अच्छी प्रजनन और यौन-स्वास्थ्य शिक्षा और जानकारी प्रदान किए जाने की जरूरत, तथा इस बात की जानकारी प्रदान करने पर जोर दिया गया है कि यौन सक्रियता होने पर वे कहां से गर्भनिरोधकों को हासिल कर सकती हैं, जिससे वे अपने-आप को अनचाहे गर्भधारणों और यौन स्वास्थ्य समस्याओं से बचा सकें। ऐसी शिक्षा के तहत, गर्भावस्था के संकेत और लक्षण, गर्भावस्था के जल्द पता लगने का महत्व, और गर्भ समापन सेवाएं हासिल करने का उनका कानूनी अधिकार शामिल होना चाहिए। यह जरूरी है कि युवाओं को जेंडर भूमिकाओं, सुरक्षित सेक्स सुनिश्चित करने, और अनचाहा गर्भधारण होने पर अपने साथियों का साथ देने के बारे में संवेदनशील बनाया जाए। सरकारी और गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचालित, स्कूल जाने वाले किशोरों के लिए किशोर शिक्षा कार्यक्रमों²⁴ के साथ जीवन-शैली एवं यौन शिक्षा के कई कार्यक्रम उपलब्ध हैं, जो ऐसे अवसर प्रदान करते हैं जिनके माध्यम से इस प्रकार की जानकारी प्रदान की जा सकती है और जेंडर भूमिका संबंधी व्यवहारों में बदलाव किया जा सकता है।

स्वास्थ्य प्रणाली स्तर पर, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रजनन और स्वास्थ्य कार्यक्रमों ने अपनी किशोर प्रजनन और स्वास्थ्य रणनीति में युवाओं²⁵ की समस्याओं के समाधान करने की जरूरत को स्वीकार किया है।²⁶ हमारे निष्कर्ष, इन प्रतिबद्धताओं पर अमल करने पर जोर देते हैं। ऐसी युवा केंद्रित सेवाओं की जरूरत है,

जो वयस्कों द्वारा यौन उत्पीड़न किए जाने और सहकर्मियों/सहपाठियों द्वारा यौनसंबंध के लिए ज़ोर-जबरदस्ती किए जाने के साथ विवाह-पूर्व सेक्स, अनचाहे गर्भधारण और विवाहित और अविवाहित दोनों तरह की युवतियों द्वारा गर्भ समापन कराने की ज़रूरत की वास्तविकता के प्रति संवेदनशील हों। सेवाप्रदाताओं को अविवाहित युवतियों के सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं पाने और गर्भ समापन की गोपनीयता बनाए रखने के अधिकार से संबंधित कानून को समझने के लिए प्रशिक्षण दिए जाने चाहिए। यह सुनिश्चित किए जाने के भी प्रयास किए जाने चाहिए कि सेवाप्रदाता, अविवाहितों को कलंकित न करें और वे उनकी गोपनीयता बनाए रखें और यथावश्यक परामर्श और बिना जांच किए सेवाएं प्रदान करें। वास्तव में, हमारे निष्कर्ष अविवाहित युवतियों को ज़्यादा संवेदनशील समूह माने जाने और उनको समय से सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं मुहैया कराना सुनिश्चित करने की ज़रूरत को उजागर करते हैं।

आभार

इस परियोजना को, हेलेट फाउन्डेशन द्वारा पापुलेशन काउंसिल को दिए गए एक अनुदान तथा पैकार्ड फाउन्डेशन और स्वीडिश इंटरनेशनल डेवलपमेन्ट एजेंसी द्वारा कन्सोर्टियम फॉर कम्प्रेहेन्सिव अबॉर्शन केयर को दिए गए अनुदान से सहयोग प्राप्त हुआ था। हम, उनके सहयोग के लिए उनका हार्दिक आभार व्यक्त करते हैं। हम, राजीव आचार्य, के.जी. सांथ्या, इकबाल शाह और ईना वारिनर का, उनके बहुमूल्य विचारों

और सुझावों के लिए (एम.ए. जोस और कमल सक्सेना को यह लेख तैयार करने के लिए तथा अनूपा बर्मन, राखी बर्मन, प्रीति वर्मा और अपनी अनुसंधान टीम को इन कठिन विषयों पर जानकारी एकत्र करने में किए गए उनके संवेदनशील एवं ईमानदार प्रयासों के लिए आभारी हैं। हम अध्ययन में भाग लेने वाले अपने युवा प्रतिभागियों का भी हार्दिक आभार व्यक्त करना चाहते हैं, जिन्होंने स्वेच्छा से हमें अपना समय दिया तथा हमारे साथ अपने व्यक्तिगत अनुभवों का आदान-प्रदान किया।

पत्र व्यवहार के लिए पता

- ए वरिष्ठ एसोसिएट, पापुलेशन काउंसिल, नई दिल्ली, भारत ई-मेल: sjejeebhoy@popcouncil.org
- बी वरिष्ठ कार्यक्रम अधिकारी, पापुलेशन काउंसिल, नई दिल्ली, भारत
- सी कार्यक्रम अधिकारी, पापुलेशन काउंसिल, नई दिल्ली, भारत
- डी सहायक कार्यक्रम अधिकारी, पापुलेशन काउंसिल, नई दिल्ली, भारत
- ई महाप्रबंधक, जननी, पटना, भारत

संदर्भ

1. International Institute for Population Sciences, Population Council. Youth in India: Situation and NeosQ 2006-2007. Mumbai: IIPS. 2010.
2. Jejeebhoy SJ, Sebastian MP. Actions that protect: promoting sexual and reproductive health and choice among young people in India. In: Looking Back Looking Forward: A Profile of Sexual and Reproductive Health

- in India. Jejeebhoy SJ, editor. Jaipur: Rawat Publications, 2004. p.138–68.
3. Sujay R. Premarital sexual behaviour amongst unmarried college students of Gujarat, India. Health and Population Innovation Fellowship Programme Working Paper No.9. New Delhi: Population Council, 2009.
 4. Ganatra B. Abortion research in India: what we know and what we need to know. In: Women's Reproductive Health in India. Ramasubban R, Jejeebhoy S, editors. Jaipur: Rawat Publications, 2000, p.186–235.
 5. Chhabra S, Gupte N, Mehta A, et al. MTP and concurrent contraceptive adoption in rural India. *Studies in Family Planning* 1988;19(4):244–47.
 6. Solapurkar ML, Sangam RN. Has the MTP Act in India proved beneficial? *Journal of Family Welfare* 1985;31(3):46–52.
 7. Dhall BS, Harvey PD. Characteristics of first trimester abortion patients at an urban Indian clinic, *Studies in Family Planning* 1984;15(2):93–97.
 8. Rao U, Rao K. Abortions among adolescents in rural areas. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 1990;40(6):739–41.
 9. Salvi V, Damania KR, Daftary SN, et al. MTPs in Indian adolescents. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 1991;41(1):33–37.
 10. Government of India. Family Welfare Programme in India: Year Book, 1994–95. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, 1996.
 11. Aras R, Pai NP, Jain SG. Termination of pregnancy in adolescents. *Journal of Postgraduate Medicine* 1987; 33(3):120–24.
 12. Ganatra B, Hirve S. Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):76–85.
 13. Barnes L. Abortion options for rural women: case studies from the villages of Bokaro district, Jharkhand. Working paper. Abortion Assessment Project – India. CEHAT's Healthwatch. Mumbai: Chintanakshar Grafics, 2003.
 14. Santhya KG, Verma S. Induced abortion. In: Looking Back, Looking Forward: A Profile of Sexual and Reproductive Health in India. Jejeebhoy SJ, editor. Jaipur: Rawat Publications, 2004. p.88–104.
 15. Sowmini CV. Delay in seeking care and health outcomes for young abortion seekers. Report. Small Grant Programme on Gender and Social Issues in Reproductive Health Research. Trivandrum: Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Science and Technology, 2005.
 16. Chhabra R, Nuna SC. Abortion in India: An Overview. New Delhi: Ford Foundation, 1994.
 17. Registrar General, India. Maternal mortality in India: 1997–2003. *TrenosQ*, causes and risk factors. Sample Registration System. New Delhi: RGI in collaboration with Centre for Global Health Research, University of Toronto, 2006.
 18. Devi IT, Akoijam BS, Nabakishore N, et al. Characteristics of primigravid women seeking abortion services at a referral center, Manipur. *Indian Journal of Community Medicine* 2007; 32(3):175–77.
 19. Trikha S. Abortion scenario of adolescents in a north Indian city: evidence from a recent study. *Indian Journal of Community Medicine* 2001;26(1).
 20. Dalvie S. Second trimester abortions in India. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl):37–45.
 21. Barua A, Apte H. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. *Economic & Political Weekly* 2007; 42(48):71–80.
 22. Ganatra B, Manning V, Pallipamulla PS. Availability of medical abortion pills and the role of chemists: a study from Bihar and Jharkhand, India. *Reproductive Health Matters* 2005;13(26):65–74.

23. Kalyanwala S, Zavier AJF, Jejeebhoy SJ, et al. Unintended pregnancy among unmarried adolescents: factors influencing second trimester abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010 (forthcoming).
24. Ministry of Human Resource Development, National AIOsQ Control Society, United Nations Children's Fund. *Adolescence Education: National Framework and State Action Plan (2005–06)*. New Delhi: MOHRD, NACO, UNICEF, 2005.
25. Ministry of Health and Family Welfare. *Reproductive and Child Health Phase II: National Programme Implementation Plan*. New Delhi: MOHFW, Government of India, 2005.
26. Ministry of Health and Family Welfare. *Implementation Guide on Reproductive and Child Health Phase II: Adolescent Reproductive and Sexual Health Strategy for State and District Programme Managers*. New Delhi: MOHFW, Government of India, 2006.

कानूनी मान्यता प्राप्त करने के बाद मैक्सिको शहर में प्राइवेट गर्भ समापन सेवाएं

रैफेला शियावौन ^ए, मारिया इलीना कोलैडो ^{बी}, एरिका ट्रौन्क्सो ^{सी}, जोस एज़िक्वैल सोतो सैन्चेज़ ^{डी}, गेब्रीयैला ओटेरो ज़ोरीला ^ई, टिया पैलेरमो ^{एफ}

सारांश:

वर्ष 2007 में, मैक्सिको सिटी में, पहले तिमाही में गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दे दी गई, और जन स्वास्थ्य प्रणाली ने गर्भ समापन सेवाओं को विस्तृत स्तर पर फैलाना शुरू कर दिया है। वर्ष 2008 में, प्राइवेट कार्यक्षेत्र में उपलब्ध गर्भ समापन सेवाओं पर इस कानून के प्रभावों के विषय में जानकारी प्राप्त करने के लिए, हमने प्राइवेट अस्पतालों के, 135 डॉक्टरों से बातचीत की, जिनका चुनाव व्यापक अध्ययन के बाद किया गया था। अनेक अस्पतलों में विभिन्न प्रकार की प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जा रही थीं, जिसमें गर्भ समापन की सेवा भी शामिल थी। 70 प्रतिशत से ज्यादा अस्पतालों में अभी भी गर्भ समापन के लिए डाइलेशन एंड क्यूरेटेज (डीएंडसी) का उपयोग किया जा रहा था। एक तिहाई से भी कम अस्पतलों में वैक्यूम ऐस्पिरेशन या चिकित्सीय गर्भ समापन की सेवा उपलब्ध थी। हर अस्पताल में गर्भ समापनों की दर केवल तीन हर महीने की थी। कुछ अस्पतालों ने हर महीने 10 से ज्यादा गर्भ समापनों की रिपोर्ट दी। 90 प्रतिशत से ज्यादा का कहना था, कि उनके अस्पताल में गर्भ समापन सेवा को शुरू हुए 20 माह से कम समय हुआ है। अनेक औरतें अभी भी प्राइवेट अस्पतालों में गर्भ समापन करवाती हैं, हालांकि जन स्वास्थ्य स्तर पर निःशुल्क या बहुत कम कीमत पर यह सेवाएं अब उपलब्ध हैं। लेकिन, डीएंडसी तकनीक के उपयोग, ऊंची फीस (औसतन 157 - 505 डॉलर), दर्द निवारण के अनुचित तरीकों, अल्ट्रासाउण्ड, बेहोश कर देने और रात भर रोकने जैसी अनावश्यक प्रक्रियाओं का उपयोग दर्शाता है कि प्राइवेट कार्यक्षेत्र में गर्भ समापन सेवाएं काफी महंगी और अनुचित हैं। गर्भ समापन को कानूनी मान्यता मिलने के बाद, ऐसे तथ्यों का सामने आना दर्शाता है कि प्राइवेट कार्यक्षेत्र में सेवा प्रदाताओं को उचित गर्भ समापन प्रक्रियाओं में प्रशिक्षण देना और इनकी सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाना ज़रूरी है। © 2010 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार आरक्षित।

मुख्य शब्द: गर्भ समापन प्रदाता और सेवाएं, निजीकरण, गर्भ समापन के तरीके, मैक्सिको

7 अप्रैल 2007 को, मैक्सिको सिटी में औरतों के अनुरोध पर गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दी गई। यह औरतों के प्रजनन स्वास्थ्य को बेहतर बनाने और उनके अधिकारों की सुरक्षा की दिशा में एक महत्वपूर्ण कदम था। कानूनी मान्यताप्राप्त वातावरण में किए जाने वाले गर्भ समापन, बाधक वातावरण में किए गए गर्भ समापनों के मुकाबले कहीं ज़्यादा सुरक्षित होते हैं¹, और गर्भ समापन के लिए कानूनी मान्यता होने पर औरतें गर्भ समापन करवाने में सक्षम महसूस करती हैं।² मीडिया तथा इंटरनेट पर खुले संचार के माध्यम से, औरतों की इन सेवाओं तक पहुंच को बढ़ाया जा सकता है, और सेवाओं को भी बढ़ाया जा सकता है।³

वर्ष 2008 में, मैक्सिको सिटी स्वास्थ्य मंत्रालय के अंतर्गत, जन स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र में वर्ष 2002 से 2007 के बीच किए गए 66 गर्भ समापनों के मुकाबले, कुल 13057 गर्भ समापन किए गए।⁴ 2002 से 2007 के बीच गर्भ समापन केवल बलात्कार, औरत के जीवन को खतरा होने पर या भ्रूण के असमान विकास की स्थिति में ही किया जा सकता था। लेकिन, खुद किए जाने वाले गर्भ समापन, अभी भी गैर सरकारी संस्थाओं और प्राइवेट स्तर पर कार्यरत, योग्य व अयोग्य डॉक्टरों द्वारा, या औरतों द्वारा खुद ही किए जा रहे हैं, जिनमें अक्सर दवाखानों से दवाएं लाकर यह प्रक्रिया की जाती है।⁵ कानून बदलने से पहले, गर्भ समापन की इच्छुक औरतों के लिए केवल यही उपाय उपलब्ध था (लेकिन इनसे संबंधित कोई जानकारी और आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं, क्योंकि वे गैर कानूनी रूप से काम करते थे। कानूनी मान्यता मिलने के एक वर्ष बाद, प्राइवेट

कार्यक्षेत्र में होने वाले गर्भ समापनों की संख्या, सेवाओं या उनकी गुणवत्ता के विषय में काफी कम जानकारी उपलब्ध थी। इसलिए हमने निश्चय किया कि हम मैक्सिको शहर में प्राइवेट कार्यक्षेत्र में उपलब्ध कराई जा रही सेवाओं के विषय पर अध्ययन करें, जिससे कि प्राइवेट गर्भ समापन कार्यक्षेत्र की तस्वीर तथा कानूनी मान्यता के उस पर प्रभाव स्पष्ट हो सकें।

मैक्सिको में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के संदर्भ में प्राइवेट कार्यक्षेत्र काफी महत्वपूर्ण है, जहां कुल पंजीकृत सेवाओं में से प्राइवेट सेवाएं 13 प्रतिशत हैं। वर्ष 2001 से 2005 के बीच प्राइवेट सेवा प्रदाताओं की संख्या में 32 प्रतिशत तक की बढ़ोतरी हुई, कुल 12900 अतिरिक्त डाक्टर।⁶ 2006 में किए गए राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं पोषण सर्वेक्षण में पाया गया, कि जिन 48600 परिवारों से सर्वेक्षण के दौरान बातचीत की गई, उनमें से 37.5 प्रतिशत ने बातचीत करने से 15 दिन पहले के समय में किसी प्रकार की प्राइवेट स्वास्थ्य सेवा का उपयोग किया था।⁷ प्राइवेट सेवा प्रदाताओं द्वारा बच्चों के जन्म के रिकार्ड को रखना, विशेषकर शहरी क्षेत्रों में, प्राइवेट स्वास्थ्य सेवाओं के महत्व को दर्शाते हैं। वर्ष 2008 में, मैक्सिको शहर में हुए कुल 199060 जन्मों में से, 19 प्रतिशत का पंजीकरण प्राइवेट स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा किया गया। राष्ट्रीय स्तर पर, 2636110 जन्मों में से 15 प्रतिशत की रिपोर्ट प्राइवेट सेवा प्रदाताओं ने उपलब्ध कराई।⁸ इसके अलावा, उपभोक्ताओं का मानना है कि प्राइवेट प्रदाताओं द्वारा दी जाने वाली सेवाएं जन स्वास्थ्य प्रणाली के मुकाबले ज़्यादा अच्छी होती हैं।⁷ लेकिन, इस कार्यक्षेत्र के महत्वपूर्ण होने

और स्वास्थ्य सूचना रिपोर्ट प्रणाली की प्राईवेट और जन स्वास्थ्य प्रणाली के लिए अनिवार्यता के बावजूद, 9 प्राईवेट कार्यक्षेत्र द्वारा प्रदान की जा रही कुछ सेवाओं के आंकड़ों को अधूरा और अक्सर अविश्वसनीय माना जाता है, जिसकी हर राज्य में अलग स्थिति हो सकती है।

गर्भ समापन कानून में संशोधन के तुरंत बाद, अप्रैल 2007 के अंत में, मैक्सिको शहर के स्वास्थ्य मंत्रालय ने, मैक्सिको शहर में रहने वाली 43 प्रतिशत महिलाओं के लिए, जिनका किसी भी प्रकार का जन स्वास्थ्य बीमा नहीं था, निःशुल्क पहले तिमाह में गर्भ समापन की सेवा उपलब्ध करानी शुरू कर दी।¹⁰ मैक्सिको शहर के बाहर रहने वाली और किसी भी प्रकार की स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत आने वाली महिलाओं¹¹ को सेवा शुल्क देना पड़ता है, जो उनकी आय पर आधारित होता है। इसलिए, जहां जन स्वास्थ्य प्रणाली में निःशुल्क गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं, उनमें भी ज्यादातर महिलाओं को किसी प्रकार का सेवा शुल्क देना पड़ता है।

इसके अलावा, जो महिलाएं कानूनी रूप से, जन स्वास्थ्य प्रणाली में गर्भ समापन करवाना चाहती हैं, उन्हें भर्ती होने के लिए एक कठिन प्रक्रिया का सामना करना पड़ता है, और उन्हें उनके निर्णय संबंधी सवालों का जवाब देने का भी डर रहता है।³ मैक्सिको में कानूनी रूप से मान्यता प्राप्त गर्भ समापन सेवाओं के विषय पर किए गए पुराने अध्ययन दर्शाते हैं, कि बलात्कार के कारण गर्भधारण होने पर, औरतों को जन स्वास्थ्य प्रणाली में कानूनी रूप से गर्भ समापन करवाने के लिए अनेक समस्याओं का सामना करना

पड़ा।^{12,13} अन्य अध्ययनों में औरतों के हर स्टाफ के असंवेदनशील रवैये के भी प्रमाण मिले हैं। यह असंवेदनशीलता प्राकृतिक रूप से गर्भसमापन हो जाने और गर्भ समापन के बाद दी जाने वाली देखरेख के संदर्भ में भी देखी गई है।¹⁴ दक्षिण अफ्रीका, जहां गर्भ समापन को 1990 के दशक में ही कानूनी मान्यता मिल गई थी और जहां जन स्वास्थ्य प्रणाली में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध करा दी गई, के अनुभव दर्शाते हैं कि औरतें जन सेवाओं से कतराती हैं क्योंकि वहां के कर्मचारियों का रवैया सही नहीं होता, औरतों को कानून की जानकारी नहीं होती, सेवाओं की उपलब्धता के विषय में जानकारी नहीं होती और उन्हें डर होता है कि उनकी गोपनीयता भंग हो जाएगी।¹⁵ इसके अलावा, किशोर युवतियां प्राईवेट कार्यक्षेत्र से गर्भ समापन इसलिए करवाती हैं, जिससे कि वे जन स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा लागू की गई कठिन शर्तें जैसे, माता पिता की स्वीकृति, से बच सकें।

हम जानना चाहते थे कि ये या इनके अलावा कोई अन्य कारण मैक्सिको शहर की औरतों द्वारा जन स्वास्थ्य प्रणाली में उपलब्ध सस्ती, सुरक्षित, कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन सेवाओं के बावजूद, प्राईवेट कार्यक्षेत्र में गर्भ समापन करवाने वाली औरतों पर भी लागू होते हैं या नहीं।

कानूनी संशोधन के बाद से, मैक्सिको शहर के स्वास्थ्य मंत्रालय ने सार्वजनिक रूप से उपलब्ध कराई जाने वाली गर्भ समापन सेवाओं, गर्भ समापन के लिए उपयोग की जाने वाली विभिन्न प्रक्रियाओं और गर्भ समापन करवाने वाली औरतों के जनसांख्यिकी लक्षणों के विषय में जानकारी इकट्ठा की है और उसे बांटने के भी प्रयास किए हैं। प्राईवेट कार्यक्षेत्र पर

रिपोर्ट देने की शर्त लागू नहीं की गई है, और यही कारण है कि इन सेवा प्रदाताओं के विषय में केन्द्रित रूप से जानकारी उपलब्ध नहीं है। इस कमी को पूरा करने के लिए, हमने इस अध्ययन में, मैक्सिको शहर में दिसंबर 2008 में, प्राईवेट स्तर पर कार्यरत 135 डॉक्टरों द्वारा किए गए गर्भ समापनों की संख्या, उसकी कीमत और गुणवत्ता के विषय में प्राथमिक आंकड़े इकट्ठा किए।

अध्ययन की प्रक्रियाएं

यह एक विश्लेषणात्मक अध्ययन था। मैक्सिको में प्राईवेट कार्यक्षेत्र में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने वालों की कोई सूची नहीं है, और सभी गर्भ समापन सेवा प्रदाता अपनी सेवाओं का प्रचार भी नहीं करते। इस अध्ययन में उपयोग की गई प्रक्रिया में, हम ऐसे सेवा प्रदाताओं की पहचान नहीं कर पाए और न ही उनकी जानकारी इकट्ठा कर पाए। हमने बहु-स्तरीय तकनीक का उपयोग करते हुए संभावित औपचारिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की पहचान की, जिससे कि पता लगाया जा सके कि वे वास्तव में गर्भ समापन सेवाएं दे रहे हैं या नहीं, और यदि हां, तो हम उनसे जानकारी प्राप्त कर सकें। पहले कदम पर, हमने प्रचार सामग्री का अध्ययन किया, जिसमें इंटरनेट प्रचार, टेलीफोन डायरेक्ट्री, यैलो पेजेज़ और पत्रिकाएं भी शामिल थीं। जिन इंटरनेट साइट पर गर्भ समापन सेवाओं को ढूँढा गया, उसमें गूगल, याहू! और एमएसएन शामिल थीं, जिनमें गर्भ समापन, गर्भ धारण, मदद, औरत, गर्भ समापन, डॉक्टर, फिजीशियन, स्त्री रोग विशेषज्ञ, स्त्री रोग विज्ञान, प्रसूती शास्त्र, महिला सेवाएं, महिलाओं की मदद, महिला स्वास्थ्य, क्लीनिक और अस्पताल

शब्दों के आधार पर सामग्री ढूँढी गई। इस प्रकार से जिन सेवा प्रदाताओं की जानकारी प्राप्त की गई, उनमें से ज्यादातर ने इंटरनेट पर केवल अपना फोन नम्बर व ई-मेल ही दिया हुआ था, वे कहां स्थित हैं, इसकी कोई जानकारी नहीं थी। हमने ऐसी वेबसाइट व फोरम पर भी जांच की, जहां गर्भ समापन संबंधी कानूनी जानकारी दी गई थी, क्योंकि इनमें से कुछ वेबसाइट पर प्राईवेट सेवा प्रदाताओं की संपर्क सूचना भी दी गई थी। इसके अलावा, हमने यैलो पेजेज़ (अक्टूबर 2007 - सितंबर 2008 तक के संस्करण) में भी कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन सेवाओं, डॉक्टरों, और स्त्री रोग विशेषज्ञों और प्रसूति गृहों की खोज की। हमने डॉक्टरों की एक सूची भी प्राप्त की, जिसमें 7 प्रमुख प्राईवेट अस्पतालों में गर्भ समापन के बाद देखरेख सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, जाने माने डॉक्टरों के नाम दिए गए थे।

हमने 23 अखबारों की, मार्च 2008 के पहले सप्ताह में सोमवार, गुरुवार और रविवार को जांच की, जिससे कोई विशेष जानकारी प्राप्त नहीं हुई। इसके अलावा, नैशनल औटोनोमा डे मैक्सिको में पंजीकृत सभी अखबारों में से, जनवरी 2008 और जून 2008 के पहले दो सप्ताह में प्रकाशित अखबारों में भी खोज की गई। हमारी खोज के संदर्भ में ज्यादातर विज्ञापन तीन अखबारों तक ही सीमित थे। हमने टीवी कार्यक्रमों संबंधी पत्रिकाओं, टीवी पर आने वाले नाटकों और फैशन कार्यक्रमों, 20 वर्षीय युवतियों के लिए एक पत्रिका, और किशोरियों की एक पत्रिका में भी खोज की। लेकिन हमें इन पत्रिकाओं में एक भी गर्भ समापन संबंधी विज्ञापन नहीं मिला।

पत्रिकाओं और अखबारों में विज्ञापन प्रकाशित करने की क्षमता न रखने वाले छोटे प्रसूति गृहों की खोज करने के लिए हमने जन यातायात साधनों पर प्रकाशित किए जाने वाले विज्ञापनों में भी खोज की, जिसमें बसें और सबवे के 7 प्रमुख स्थल भी शामिल थे। इनमें से हमें केवल चार गर्भ समापन संबंधी विज्ञापन मिले। कुल मिलाकर, इस खोज से हमें 3233 संपर्क प्राप्त हुए।

अंत में, हमने शहर के विभिन्न क्षेत्रों में सड़कों पर प्रकाशित विज्ञापनों की खोज की, जिसमें जनसंख्या के ज़्यादा होने के आधार पर मैक्सिको शहर के 16 प्रशासकीय खंडों में से हमने खोज के क्षेत्रों को चुना था। हमने निचले मध्यम वर्गीय क्षेत्रों में खोज करने का निर्णय लिया, जहां बड़ी संख्या में छोटे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता पाए जाते हैं। इस प्रकार हमने इन 16 प्रशासनिक खंडों में, 115 स्वास्थ्य सेवाओं को चिह्नित किया, जिससे संभावित गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं की सूची में कुल 3348 संपर्क शामिल हो गए।

यह पता करने के लिए, कि यह सेवा प्रदाता वास्तव में कानूनी मान्यताप्राप्त गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराते हैं या नहीं, हमने सभी 115 स्वास्थ्य सेवाओं में फोन किया और बाकी बचे 3233 संपर्कों में से हमने 581 को फोन किया। इस पहले फोन में साधारण रूप से बातचीत करते हुए यह जानकारी प्राप्त करने की कोशिश की गई, गर्भ समापन सेवाएं दी जाती हैं या नहीं, क्या प्रणाली उपयोग की जाती है (चिकित्सीय, शल्य चिकित्सा या वैक्यूम ऐस्पिरेशन), संभावित कीमत, ज़्यादा से ज़्यादा गर्भ धारण के कितने समय बाद गर्भ समापन करवाया जा सकता है, किस प्रकार

की लैबोरेटरी जांच करवानी ज़रूरी है, और पता व अन्य संपर्क जानकारी की पुष्टि। यहां कहना ज़रूरी होगा कि इन फोन वार्ताओं से प्राप्त जानकारी से हमें केवल वास्तविक गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं को छांटने में मदद मिली, और उनके जवाबों को यहां प्रकाशित नहीं किया जा रहा है।

इन फोन बातचीत से 159 सेवा प्रदाताओं की सूची बनी, जो निश्चित रूप से गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराते थे : सड़कों पर की गई खोज में से चिह्नित 115 स्वास्थ्य सेवाओं में से 46, और बाकी चुने गए 581 स्वास्थ्य सेवाओं में से 113। इन 159 निश्चित संपर्कों में से हमने विस्तृत चर्चा और बातचीत उन 135 सेवा प्रदाताओं से की, जो हमसे बात करने के लिए तैयार थे - सड़कों से चिह्नित 46 में से 39 और शेष 113 में से 96 (दोनों सैम्पल में स्वीकृति दर 85 प्रतिशत रही)। हमने प्रत्येक स्थल पर एक प्रदाता से बात की।

इन सेवा प्रदाताओं की गोपनीयता को सुरक्षित रखने के लिए, हमने यह बातचीत उनके क्लिनिकों में ही की। सभी प्रदाताओं को उनके समय के लिए क्षतिपूर्क राशि का प्रस्ताव दिया गया। कुछ ने स्वीकार की, और कुछ ने निःशुल्क जानकारी दी। हमने प्रत्येक सेवा प्रदाता से सूचित सहमति प्राप्त की। बातचीत में निम्नलिखित जानकारी प्राप्त की गई - प्रदाता की विशेषताएं और सुविधाएं, उपलब्ध सेवाएं, उनकी कीमत व पूर्व तैयारियां, उदाहरण के लिए लैबोरेटरी परीक्षण और गर्भ धारण की अवधि। मैक्सिको शहर के कानून व दिशानिर्देशों की जानकारी, और गर्भ समापन सेवाओं की मांग व कानूनी मान्यता पर कानूनी संशोधन के प्रभावों पर उनका दृष्टिकोण। यह बातचीत अगस्त और

दिसंबर 2008 के बीच की गई। यहां प्रस्तुत किए गए जांच परिणाम, उन 135 डॉक्टरों के साथ हुई बातचीत से प्राप्त किए गए, जिन्होंने गर्भ समापन सेवा प्रदाता होने की पुष्टि की।

जांच परिणाम

डॉक्टरों और क्लिनिकों की विशेषताएं

जिन सेवाप्रदाताओं से बातचीत की गई, उनमें से 74 प्रतिशत पुरुष थे और 26 प्रतिशत महिलाएं (तालिका 1)। औसत उम्र 51 थी। ज्यादातर प्रदाता किसी अन्य जन स्वास्थ्य या प्राइवेट अस्पताल में काम नहीं करते थे। आधे से कुछ कम स्त्री रोग या प्रसूति विशेषज्ञ थे, 24 प्रतिशत किसी अन्य प्रकार के विशेषज्ञ थे और बाकी सामान्य चिकित्सक थे। इनकी इस कार्यक्षेत्र में काम करने की औसत अवधि 19 वर्ष थी (एसडी 8 वर्ष)।

केवल पांच या छह प्रदाताओं के पास अंतर्विषयक टीम थी, जिसमें औसतन 5 स्त्री रोग या प्रसूति विशेषज्ञ, 8 अन्य चिकित्सक, 3 शल्य चिकित्सक, 4 निश्चेतक, 11 नर्स व अन्य सहयोगी कर्मचारी थे। सभी क्लिनिकों में परामर्श कक्ष थे, 74 प्रतिशत में ऑपरेशन कक्ष थे, 33 प्रतिशत में परीक्षण लैबोरेटरी थी और 22 प्रतिशत की अपनी एम्बुलेंस थी। सभी प्रसव-पश्चात देखरेख सेवाएं देते थे और 86 प्रतिशत प्रसव देखरेख सेवाएं भी (90 प्रतिशत से ज्यादा सुविधाओं में यौन संक्रमणों के लिए उपचार, गर्भाशय के मुख के कैंसर और स्तन कैंसर की परीक्षण सेवा, और गर्भ नियोजन, जिसमें आपातकालीन गर्भ नियंत्रण भी शामिल है, जैसी सेवाएं उपलब्ध थीं) 77 प्रतिशत सुविधाओं में नसबंदी सेवाएं भी उपलब्ध थीं (आंकड़े नहीं दिए गए हैं)।

तालिका 1. प्राइवेट गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं की विशेषताएं (कुल 135), मैक्सिको सिटी, 2008	
	संख्या
जेंडर	
पुरुष	100
महिलाएं	35
उम्र (औसत)	50.7
किसी अन्य प्राइवेट अस्पताल में भी कार्यरत	
हां	10
नहीं	125
जन स्वास्थ्य अस्पताल में भी कार्यरत	
हां	18
नहीं	117

उपयोग की जाने वाली गर्भ समापन प्रक्रियाएं

ज्यादातर प्रश्न पहले तिमाही के गर्भ समापनों से ही संबंधित थे। 71 प्रतिशत प्रदाता डायलेशन और क्यूटरेज (डीएंडसी) का उपयोग कर रहे थे। एक तिहाई से भी कम प्रदाता मैनुअल या वैद्युत वैक्यूम ऐस्पिरेशन (एमवीए, ईवीए) और/या गर्भ समापन गोलियां (एमए) उपलब्ध करा रहे थे (तालिका 2)। उपयोग की जा रही प्रक्रियाएं कुछ एक जैसी ही थीं, लेकिन 20 प्रदाताओं में से केवल एक प्रदाता ही सभी तकनीकें उपयोग करने में प्रशिक्षित व सक्षम पाए गए।

20 प्रतिशत से कुछ कम प्रदाता केवल चिकित्सीय गर्भ समापन सेवा दे रहे थे, जिसमें केवल मीसोप्रौस्टौल, मीफेप्रिस्टोन के साथ मीसोप्रौस्टौल, या मैथेट्रेक्सेट के साथ मीसोप्रौस्टौल का उपयोग किया जा रहा था।

135 प्रदाताओं में से 25 गर्भ समापन प्रक्रिया करने से पहले गर्भ धारण परीक्षण करने की मांग कर रहे थे, और 64 अल्ट्रासाउण्ड की।

डीएंडसी करने वाले प्रदाताओं में से 84 प्रतिशत औरत को कम से कम एक रात अस्पताल में रख रहे थे, और 54 प्रतिशत एमवीए के बाद भी ऐसा कर रहे थे। किसी ने भी चिकित्सीय गर्भ समापन के लिए अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत के बारे में नहीं बताया। दर्द निवारकों का उपयोग अपर्याप्त पाया गया। 20 प्रतिशत डीएंडसी तकनीक का उपयोग लोकल एनेस्थीज़िया के साथ ही कर रहे थे; ऐस्पिरेशन के लिए 49 प्रतिशत जनरल एनेस्थीज़िया का उपयोग कर रहे थे, और 10 प्रतिशत प्रदाता एमवीए के साथ, किसी भी दर्द निवारक का उपयोग नहीं कर रहे थे। चार में से एक चिकित्सीय गर्भ समापन सेवा प्रदाता, किसी प्रकार के दर्द निवारक का उपयोग नहीं कर रहा था, और जो प्रदाता दर्द निवारक के उपयोग की सलाह दे भी रहे थे, उनमें से ज़्यादातर केवल पैरासैटामोल (एमए के लिए साधारणतया आईबूफ़ेन उपयोग करने की सलाह दी जाती है) उपयोग करने का परामर्श दे रहे थे। गर्भ समापन के बाद अस्पताल में मरीज़ों के, डीएंडसी के बाद 83 प्रतिशत मामलों में, एमवीए के बाद 87 प्रतिशत मामलों में और एमए के बाद 95 प्रतिशत मामलों में ही, जांच के लिए एक से दो बार वापस आने के रिकार्ड रखे गए थे और इन्हीं मामलों में क्रमानुसार फोन पर 7.5 प्रतिशत, 9 प्रतिशत और 13 प्रतिशत मामलों में हाल चाल पूछा गया (आंकड़े नहीं दर्शाए गए हैं)।

तालिका 2. प्राइवेट सेवा प्रदाताओं द्वारा उपयोग की जाने वाली गर्भ समापन तकनीकें (कुल 135), मैक्सिको सिटी, 2008

	संख्या	प्रतिशत या औसत
तकनीक		
डायलेशन एंड क्यूरेज	96	71.1 प्रतिशत
ऐस्पिरेशन	39	28.9 प्रतिशत
(मैन्यूअल या इलैक्ट्रिक)		
चिकित्सीय गर्भ समापन	40	29.6 प्रतिशत
औसत सेवा शुल्क (अमरीकी डॉलर में)		
डायलेशन एंड क्यूरेज	96	डॉलर 505.00
(डॉलर 35 - 1,109)		
ऐस्पिरेशन	38	डॉलर 393.04
(मैन्यूअल या इलैक्ट्रिक)		
(डॉलर 35 - 887)		
चिकित्सीय गर्भ समापन	40	डॉलर 156.78
(डॉलर 37 - 443)		
गर्भ समापन से पहले ज़रूरी टेस्ट		
गर्भ धारण टेस्ट	25	18.5 प्रतिशत
अल्ट्रासाउण्ड	64	47.4 प्रतिशत
खून परीक्षण	25	18.5 प्रतिशत
एचआईवी टेस्ट	1	0.7 प्रतिशत
गर्भ समापन तकनीक से पहले टेस्ट	1	0.7 प्रतिशत
चिकित्सीय गर्भ समापन में उपयोग की जाने वाली दवाएं		
मीसोप्रौस्टौल	26	19.3 प्रतिशत
मीफेप्रिस्टोन	13	9.6 प्रतिशत
मैथोट्रेक्सेट	7	5.2 प्रतिशत

फीस

फीस की दरें न्यूनतम 35 अमरीकी डॉलर से अधिकतम 1109 अमरीकी डॉलर तक थीं* (तालिका 2), और यह दरें उपयोग की जा रही तकनीक व अस्पताल के आधार पर निर्धारित की जा रही थीं। डीएंडसी का शुल्क सबसे ज़्यादा था, जिसकी औसत 505 अमरीकी डॉलर था, एमवीए दूसरे स्तर पर 393 अमरीकी डॉलर और चिकित्सीय गर्भ समापन 157 अमरीकी डॉलर के साथ तीसरे स्थान पर था। हमने यह नहीं पूछा कि यह दरें अन्य स्थितियों, जैसे कि गर्भ धारण की समयावधि के आधार पर बदलती हैं या नहीं।

गर्भ समापन के पीछे कारण, परामर्श प्रदान करना व अन्य सहयोग

प्रदाताओं के अनुसार, औरतों द्वारा गर्भ समापन के लिए दिए गए कारण थे - औरत के स्वास्थ्य या जीवन को खतरा (88 प्रतिशत), भ्रूण का असमान विकास (87 प्रतिशत), बलात्कार (78 प्रतिशत), और निजी/सामाजिक कारण (53 प्रतिशत) (तालिका 3)। लगभग 50 प्रतिशत प्रदाता केवल अपनी जान पहचान वाली औरतों के लिए ही गर्भ समापन करते थे, और इतने ही केवल मैक्सिको शहर में रहने वाली औरतों के लिए। एक तिहाई से कम प्रदाताओं का कहना था कि वे अल्पवयस्क के लिए भी गर्भ समापन सेवा दे सकते हैं, और केवल 9 प्रतिशत का कहना था कि यदि गर्भ धारण को 12 सप्ताह से ज़्यादा (मैक्सिको सिटी कानून के अंतर्गत, बलात्कार,

औरत के स्वास्थ्य या जीवन को खतरा होने, या भ्रूण के असमान विकास की स्थिति में इसे कानूनी मान्यता है) समय हो गया है, तब भी वे गर्भ समापन कर देंगे।¹⁶ ज़्यादातर प्रदाताओं के नियमों के अंतर्गत, डीएंडसी (67 प्रतिशत), ऐस्पिरेशन (27 प्रतिशत) और चिकित्सीय गर्भ समापन (13 प्रतिशत) द्वारा गर्भ समापन करवाने वाली औरत को किसी अन्य वयस्क के साथ आना ज़रूरी था। जो प्रदाता अवयस्क किशोरियों को गर्भ समापन सेवा उपलब्ध करा रहे थे, उनमें से लगभग तीन में से एक प्रदाता अभिभावकों की अनुमति को अनिवार्य समझते थे। जब उनसे पूछा गया कि औरतों को उनकी सेवा की उपलब्धता के विषय में जानकारी कैसे मिलती है, तो 67 प्रतिशत ने कहा कि औरतें खुद वहां आकर पता करती हैं और 18 प्रतिशत का कहना था कि उन्हें विज्ञापनों के माध्यम से पता चलता है।

केवल 8 प्रतिशत का कहना था कि वे गर्भ समापन के विकल्पों का सुझाव देते हैं, जैसे कि बच्चे को जन्म के बाद गोद दे देना, या फिर औरत को गर्भ समापन न करवाने की राय देना। 77 प्रतिशत का कहना था कि वे केवल तकनीक की प्रक्रिया के विषय में बताते हैं और/अथवा कि दवा कैसे काम करेगी, लेकिन औरत के निर्णय को बदलने की कोई कोशिश नहीं करते (आंकड़े नहीं दर्शाए गए हैं)। केवल 15 प्रतिशत ने कहा कि वे औरत को निर्णय लेने में मदद करने के लिए परामर्श देते हैं और 23 प्रतिशत बाद में भावनात्मक सहयोग देते हैं।

* दिसंबर 2008 में विनिमय दर थी - 1 अमरीकी डॉलर = 135225 मैक्सिकन पीसो। इस पूरे लेख में अमरीकी डॉलर की यही विनिमय दर उपयोग की गई है।

तालिका 3. प्राईवेट गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं की अन्य विशेषताएं (कुल संख्या 135), मैक्सिको सिटी, 2008

	संख्या	प्रतिशत
गर्भ समापन के कारण		
औरत के स्वास्थ्य या जीवन को खतरा	119	88.1
भ्रूण का असमान विकास	118	87.4
बलात्कार	105	77.8
निजी/सामाजिक कारण	71	52.6
गर्भ समापन करेंगे यदि:		
अवयस्क हो	40	29.6
औरत उनकी पहचान की न हो	72	53.3
औरत के सहभागी को जानकारी न हो	65	48.1
औरत मैक्सिको शहर से बाहर रहती हो	68	50.4
गर्भ धारण को 12 सप्ताह से ज्यादा समय हो गया है	12	8.9
औरत का धर्म गर्भ समापन की अनुमति नहीं देता तब भी	63	46.7
भावनात्मक और अन्य परामर्श दिया		
गर्भ समापन करने से पहले	23	17
गर्भ समापन करने के बाद	31	23
इनमें से किस तकनीक के लिए औरत के साथ अन्य व्यक्ति का आना अनिवार्य है:		
डायलेशन एंड क्यूटरेज	90	66.7
ऐस्पिरेशन (मैन्यूअल या इलैक्ट्रिक)	36	26.7
चिकित्सीय गर्भ समापन	17	12.6
इनमें से किस तकनीक के लिए अवयस्क को अभिभावकों की स्वीकृति लेना अनिवार्य है:		
डायलेशन एंड क्यूटरेज	45	33.3
ऐस्पिरेशन (मैन्यूअल या इलैक्ट्रिक)	21	15.6
चिकित्सीय गर्भ समापन	24	17.8
कोई उत्तर नहीं दिया	45	33.3
औरतों को सेवा प्रदाता के विषय में जानकारी कहां से मिली		
विज्ञापन	11	8.1
अन्य औरतों से	58	43
स्वयं आकर जानकारी ली	91	67.4
नियमित रूप से आती हैं	65	48.1
कोई उत्तर नहीं	1	0.7

नए कानून और उसके बाद जारी किए गए दिशानिर्देशों के विषय में जानकारी

अंतिम प्रश्नों के रूप में, हमने प्रदाताओं से नए कानून और उनके अनुसार, इससे गर्भ समापन करवाने वाली औरतों की संख्या व तकनीकों के उपयोग पर हुए प्रभावों के विषय में पूछा (तालिका 4)। 90 प्रतिशत से ज़्यादा प्रदाताओं ने बताया कि वे 20 महीने से कम समय से गर्भ समापन का कार्य कर रहे हैं (गर्भ समापन को हमारे सर्वेक्षण से दो वर्ष पहले ही कानूनी मान्यता प्राप्त हुई थी)। 135 प्रदाताओं में से केवल 2 का कहना था कि उन्हें गर्भ समापन को कानूनी मान्यता देने वाले कानून के विषय में जानकारी नहीं है, 62 प्रतिशत ने कहा कि वे अब ज़्यादा सुरक्षित महसूस करते हैं और केवल एक प्रदाता को ही गर्भ समापन - विरोधी गतिविधियों का शिकार बनाया गया था।

लगभग 90 प्रतिशत प्रदाताओं को जानकारी थी कि मैक्सिको शहर में गर्भ समापन सेवाएं जन स्वास्थ्य प्रणाली में, निःशुल्क उपलब्ध कराई जा रही हैं, और 57 प्रतिशत ने कहा कि उन्होंने अपने पास आई औरतों को इन जन सेवाओं का लाभ उठाने के लिए भेजा। 49 प्रतिशत ने बताया कि कानूनी मान्यता प्राप्त होने के बाद उनके अस्पताल में गर्भ समापन के लिए आने वाली औरतों की संख्या में बढ़ोतरी हुई है, और 10 प्रतिशत ने कहा कि उनकी सेवाओं की मांग में कमी आई है। औसतन, कानूनी बदलाव से पहले, हर महीने दो औरतें उनके अस्पताल में गर्भ समापन करवाने आती थीं, जो अब बढ़कर तीन हो गई हैं। केवल 5 प्रतिशत प्रदाताओं ने बताया कि बातचीत के

समय तक उन्होंने हर महीने 10 से ज़्यादा गर्भ समापन किए हैं।

अंतिम चर्चा

हमारी जानकारी में, यह पहला अध्ययन है जिसमें मैक्सिको सिटी में गर्भ समापन को कानूनी मान्यता मिलने के बाद प्राइवेट गर्भ समापन सेवाओं की जांच की है, और हम बड़ी संख्या में प्राइवेट सेवा प्रदाताओं की पहचान कर पाए। हालांकि यह प्राइवेट सेवा प्रदाता हर महीने छोटी संख्या में ही गर्भ समापन के मामलों पर काम करते हैं, और वह भी केवल अपनी नियमित पहचान की औरतों के लिए ही, फिर भी प्राइवेट प्रदाताओं द्वारा किए जाने वाले कुल गर्भ समापन के मामलों की संख्या महत्वपूर्ण हो सकती है। हमारे सैम्पल के अध्ययन में पाया गया कि कुल 3000 पहचान की गई प्राइवेट अस्पतालों में, हर पांच में से तीन चिकित्सालयों में, हर महीने तीन गर्भ समापन किए जा रहे हैं। इस हिसाब से कुल मिलाकर प्राइवेट कार्यक्षेत्र में 21600 वार्षिक गर्भ समापन किए जा रहे हैं। इसके मुकाबले, 2008 में, लगभग 13000 औरतों ने जन स्वास्थ्य सुविधाओं में गर्भ समापन करवाया; 4 और अप्रैल 2007, जब कानून में संशोधन किया गया, से लेकर अगस्त 2010 तक जन स्वास्थ्य प्रणाली में कुल 45000 गर्भ समापन की रिपोर्ट दी गई है।¹⁷ हाल के एक अध्ययन में अनुमान लगाया गया है, कि मैक्सिको शहर में वार्षिक रूप से, लगभग 100000 गर्भ समापन करवाए जाते हैं, जिसका मतलब है कि ज़्यादातर गर्भ समापन औपचारिक या अनौपचारिक प्राइवेट कार्यक्षेत्र में ही करवाए जाते हैं।¹⁸

इस अध्ययन में शामिल, ज़्यादातर गर्भ समापन

तालिका 4. गर्भ समापन कानून और सेवाओं की जानकारी (कुल संख्या 135), मैक्सिको सिटी		
	संख्या	प्रतिशत
यह अस्पताल कितने महीने से गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध करा रहा है?		
20 महीने से ज़्यादा	80	90
20 महीने से कम	8	10
क्या आप वर्ष 2007 में मैक्सिको में पारित गर्भ समापन को कानूनी मान्यता देने वाले कानून के विषय में जानते हैं?		
हां	133	98.5
नहीं	2	1.5
क्या आपको पता था कि मैक्सिको में जन स्वास्थ्य प्रणाली में निःशुल्क गर्भ समापन सेवाएं दी जा रही हैं?		
हां	121	89.6
नहीं	14	10.4
क्या आपने कभी किसी औरत को जन सेवा में गर्भ समापन करवाने के लिए भेजा है?		
हां	77	57
नहीं	58	43
कानूनी मान्यता मिलने के बाद आपके पास गर्भ समापन करवाने आने वाली औरतों की संख्या बढ़ी/घटी है?		
बहुत ज़्यादा बढ़ी है	12	8.9
बहुत कम बढ़ी है	54	40
कोई बदलाव नहीं है	50	37
बहुत कम गिरी है	11	8.1
बहुत ज़्यादा गिरी है	3	2.2
नहीं जानते/कोई उत्तर नहीं	5	3.7

सेवा प्रदाताओं से संबंधित जानकारी के अध्ययन से पता चला है कि वे औरतों के पारिवारिक डॉक्टर/स्त्री रोग विशेषज्ञ के रूप में काम करते हैं और उन्हें कई प्रकार की प्रजनन व यौन स्वास्थ्य संबंधी सेवाएं भी देते हैं, जिनमें गर्भ नियोजन के तरीकों से लेकर प्रजनन तंत्र के कैंसर के टेस्ट, और प्रसव पूर्व देखरेख से लेकर प्रसव करवाने तक की सेवाएं शामिल हैं। 2007 में हुए कानूनी संशोधन के विषय में ज्यादातर प्रदाताओं को जानकारी है। लेकिन संवेदनशीलता के कारण, हमने सीधा प्रश्न नहीं किया कि क्या कानून में बदलाव के कारण ही वे कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन सेवाएं देने लगे हैं और अपने सहकर्मियों के पास उन्हें भेज रहे हैं, या अब वे अपनी सेवाओं के बारे में खुले वातावरण में बात कर सकते हैं। वास्वत में, 10 में से केवल 1 ने कहा कि वह कानूनी मान्यता से पहले से गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध करा रहे थे। लेकिन दो में से एक ने कहा कि कानूनी मान्यता प्राप्त होने के बाद गर्भ समापन के लिए आने वाली औरतों की संख्या बढ़ गई है।

सब यह अच्छी तरह से जानते हैं कि गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए अच्छे कानूनों, नीतियों और कार्यक्रमों और अच्छी स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता है। असुरक्षित से सुरक्षित सेवाओं के बीच किसी भी प्रकार के बदलाव के लिए, प्राइवेट या जन स्वास्थ्य प्रणाली में, नए प्रदाताओं को प्रशिक्षित करने और नए चिकित्सालय खोलने के लिए एक संगठित प्रयास की ज़रूरत है। ऐसे बदलाव की नींव सबसे बढ़िया प्रथाओं पर आधारित होनी चाहिए; जिसमें औरतों की आवश्यकताओं पर ध्यान दिया गया हो; जिनकी मौजूदगी के विषय

में जन स्तर पर जागरूकता हो और जिन तक हर एक औरत, जिसमें विशेष ज़रूरतों वाली औरतें भी शामिल हों, जैसे किशोर उम्र की महिलाएं, एकल महिलाएं और देर से गर्भ समापन करवाने वाली महिलाओं की पहुंच हो।^{19, 20}

हालांकि यह इस अध्ययन के दायरे से बाहर था कि हम प्राइवेट कार्यक्षेत्र में होने वाले गर्भ समापनों की कुल संख्या निर्धारित कर सकें, लेकिन फिर भी हमारे अध्ययन के अनुसार, अनुमान लगाया जा सकता है कि अनेक औरतें अभी भी प्राइवेट गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं के पास जा रही हैं, और जाती रहेंगी, क्योंकि यही उनके नियमित डॉक्टर भी हैं। लेकिन, उनका इन्हीं डॉक्टरों के पास जाने का कारण यह भी हो सकता है कि उन्हें इनसे बेहतर गुणवत्तापूर्ण सेवाओं की अपेक्षा रहती है, यहां अफसरों द्वारा व्यर्थ उलझनें पैदा नहीं की जातीं, नए कानून की जानकारी नहीं होती और गोपनीयता बरती जाती है।^{5, 15, 21}

कानूनी मान्यता मिलने से पहले गुप्त रूप से दी जा रही सेवाओं पर किए गए अध्ययनों में अधिकतर औरतों की पहुंच और दृष्टिकोण जैसे विषयों का अध्ययन किया गया।^{5, 13, 19-21} हाल में, मैक्सिको शहर की जन स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन किए जाने पर ध्यान दिया जा रहा है, जहां देखरेख सेवाओं की गुणवत्ता बढ़ाने, बेहतर तकनीकों के उपयोग और प्रदाताओं के नज़रिए को सुधारने पर ध्यान दिया जा रहा है।^{4, 22}

हमारे अध्ययन से प्राप्त जानकारी के कुछ अन्य पहलुओं पर भी नज़र डालना महत्वपूर्ण होगा। पहला, प्राइवेट अस्पताल में गर्भ समापन करवाने की कीमत ज्यादा थी और इसका मुख्य कारण था

डीऍंडसी तकनीक के साथ-साथ अल्ट्रासाउन्ड और जनरल ऐनेस्थीज़िया का उपयोग और औरतों को एक रात अस्पताल में भर्ती रखना। इसके अलावा, उपलब्ध कराई जा रही सेवाओं की गुणवत्ता भी ठीक नहीं थी। 70 प्रतिशत से ज़्यादा प्रदाता अभी भी डीऍंडसी तकनीक का उपयोग कर रहे थे, जिसका सुझाव देना डब्ल्यू.एच.ओ. ने कई वर्ष पहले ही बंद कर दिया था। तीन में से एक से भी कम प्रदाता एमवीए या चिकित्सीय गर्भ समापन कर रहे थे। दर्द निवारक अक्सर दिए ही नहीं जा रहे थे, या जो दिए जा रहे थे वे अच्छे नहीं थे, जनरल ऐनेस्थीज़िया का अनावश्यक उपयोग किया जा रहा था, और गर्भ समापन किए जाने से पहले और बाद में दी जाने वाली जानकारी सीमित पाई गई। इस सब से पता चलता है कि प्राइवेट गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं के लिए अच्छे प्रशिक्षण की ज़रूरत है, लेकिन कम संख्या में गर्भ समापन के मामलों पर काम करने के कारण उन्हें खुद भी प्रशिक्षण में रुचि नहीं रहती। इसके लिए अन्य रणनीतियां बनानी होंगी।

हमारे सर्वेक्षण में 90 प्रतिशत प्रदाताओं का यह कहना कि उन्होंने कानूनी संशोधन के बाद ही गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध करानी शुरू की हैं, यह दर्शाता है कि कानूनी मान्यता के कारण वास्तव में प्रदाताओं की संख्या में बढ़ोतरी हुई है। या फिर, इनमें से कुछ प्रदाता यह कहने से डर रहे हैं कि वे कानूनी मान्यता प्राप्त होने से पहले भी गर्भ समापन करते थे। इसके अलावा, पांच में से एक प्रदाता द्वारा केवल चिकित्सीय गर्भ समापन सेवा देना दर्शाता है कि नए प्रदाता, कानूनी संशोधन होने के बाद, अब आश्वस्त हो

गए हैं और इसी कारण वे यह विकल्प उपलब्ध करा रहे हैं।

यह अध्ययन कुछ हद तक सीमित था। पहला, हमने केवल औपचारिक प्राइवेट चिकित्सालयों का अध्ययन किया, जहां डॉक्टर इस प्रकार की सेवा प्रदान करते हैं। संभव है कि हमारे अध्ययन में खराब सेवाएं देने वाले प्रदाता छूट गए हों, जो यैलो पेजेज़ में विज्ञापन नहीं देते, जो शहर के गरीब क्षेत्रों में काम करते हैं, जहां पर्याप्त मूलभूत सुविधाएं और जन संसाधन उपलब्ध नहीं होते और जो पूरे देश के प्राइवेट कार्यक्षेत्र के सेवा प्रदाताओं का महत्वपूर्ण अंश हों।²³ अंत में, चूंकि मैक्सिको शहर में अभी भी गर्भ समापन को एक कलंकित दृष्टि से देखा जाता है और लोग अभी भी कानून तोड़ने के विषय में चिंतित रहते हैं, संभव है कि कुछ प्रश्नों के उत्तर में प्रदाताओं ने हमें कम संख्या दी हो, विशेषकर कानूनी संशोधन से पहले उपलब्ध सेवाओं के संदर्भ में।

हमारा मानना है कि सभी प्राइवेट या जन स्वास्थ्य प्रणाली में काम करने वाले गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं को नियमित रूप से, संबंधित अधिकारियों को उनके द्वारा किए गए गर्भ समापन के आंकड़ों की रिपोर्ट देनी चाहिए। हमारा सुझाव है कि सभी सेवा प्रदाताओं को प्रशिक्षण दिया जाए और उन्हें डब्ल्यू.एच.ओ. प्रमाणित गर्भ समापन तकनीकों में कुशल होने का प्रमाण पत्र दिया जाए, जिसमें चिकित्सीय गर्भ समापन भी शामिल हो। उन्हें दर्द निवारकों के उचित उपयोग व नियमों के विषय में बताया जाए, और नियमित रूप से औरतों को एक रात के लिए अस्पताल में भर्ती किए जाने और जनरल ऐनेस्थीज़िया के उपयोग

पर रोक लगाई जाए। यह सभी प्रणालियां ठोस सबूतों के आधार पर विकसित की गई हैं, जिससे गुणवत्ता और सुरक्षा को बढ़ाया जा सकता है, और प्राईवेट और जन स्वास्थ्य प्रणाली में किए जाने वाले गर्भ समापनों की शुल्क दरें कम की जा सकती हैं।

पत्र व्यवहार के लिए पता

- ए निर्देशक, आई.पी.ए.एस., मैक्सिको सिटी, मैक्सिको। ईमेल: schiavon@ipas.org
- बी कार्यक्रम सहायक, आई.पी.ए.एस., मैक्सिको सिटी, मैक्सिको।
- सी जांच एवं परीक्षण सहायक, आई.पी.ए.एस., मैक्सिको सिटी, मैक्सिको।
- डी कार्यक्रम संयोजक, प्लैनेसियौ वी अनालिसीस ऐप्लीकाडो एसी, मैक्सिको सिटी, मैक्सिको।
- ई कार्यक्रम संयोजक, प्लैनेसियौ वी अनालिसीस ऐप्लीकाडो एसी, मैक्सिको सिटी, मैक्सिको।
- एफ पोस्ट डॉक्टरल फैलो, सी.यू.एन.वाय. इन्स्टिट्यूट फौर डैमोग्राफिक रिसर्च, न्यू यौर्क शहर का विश्वविद्यालय, न्यू यौर्क, एनवाय, यूएसए।

संदर्भ

1. Sing S, Wulf D, Hussain R, et al. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York: Guttmacher Institute, 2009.
2. Kahane LH. Anti-abortion activities and the market for abortion services. *American Journal of Economics and Sociology* 2000;July:3-4.
3. Troncoso E, Palermo T, Ortiz O. Barriers to

legal abortion services in Mexico City: women's perspectives. Presented at American Public Health Association, 137th Annual Meeting. 7-11 November 2009.

4. Sanhueza P. Experiencias de la Secretaria de Salud del Distrito Federal con el Programa de Interrupción Legal del Embarazo. In: Freyermuth G, Troncoso E, editors. *El aborto: acciones médicas y estrategias sociales*. Mexico City: Comité por un Maternidad Sin Riesgos and Ipas, 2008.
5. Billings DL, Walker D, Mainero del Paso G, et al. Pharmacy worker practices related to the use of misoprostol for abortion in one Mexican state. *Contraception* 2009;79(6):445-51.
6. Sistema Nacional de Información en Salud. Dirección General de Información en Salud-Secretaria Federal de Salud. <http://esisinais.salud.gobmedicinaprivada.10> सितंबर 2010 को जानकारी प्राप्त की गई।
7. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, et al. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica, 2006.
8. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Registros administrativos; Estadísticas vitales; Estadísticas de natalidad; Nacimientos registrados por municipio de ocurrencia según lugar donde se atendió el parto. www.inegi.org.mx/lib/olap/general_ver4/MDXQueryDatos.asp. 10 सितंबर 2010 को जानकारी प्राप्त की गई।
9. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud. *Diario Oficial de la Federación*. DCXXIV, 19, 2005.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población 2005. Tabulados Básicos. At: www.inegi.org.mx/TabuladosBasicos/Default.aspx?.c=10398&s=est. 10 सितंबर 2010 को जानकारी प्राप्त की गई।
11. Frenk J, Sepulveda J, Gómez-Dantes O. Evidence based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003;362: 1667-71.
12. Human Rights Watch. Mexico. *Victimas por partida doble. Obstrucciones al aborto legal por violación en Mexico*. HRW, 2006;18:1(B).
13. Lara D, García S, Ortiz O, et al. Challenges

- accessing legal abortion after rape in Mexico City. *Gaceta Médica de Mexico* 2006;142(Suppl 2):85–89.
14. Langer A, Garcia-Barrios C, Heimburger A, et al. Improving post-abortion care in a hospital in Oaxaca, Mexico. *Reproductive Health Matters* 1997;5(9):20–28.
15. Jewkes R, Gumede T, Westaway M, et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *BJOG* 2005;112:1236–42.
16. Grupo de Información en Reproducción Elegida. El aborto en los códigos penales de la entidades federativas. Mexico DF: GIRE, 2010. www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=31. 13 सितंबर 2010 को जानकारी प्राप्त की गई।
17. Secretaría de Salud del DF. Statistical information on women performing legal abortions in Mexico City, 2010. (Unpublished data).
18. Juarez F, Singh S, Garcia S, et al. Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspectives* 2008; 34(4):158–68.
19. Berer M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):31–44.
20. Collado ME, Alva R, Villa L, et al. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. *Género y Salud en Cifras* 2008;6(2):17–30.
21. Lafaurie M, Grossman D, Troncoso E, et al. Women's perspective on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. *Reproductive Health Matters* 2005;13(26):75–83.
22. Becker D, Diaz C, Juarez C, et al. Women's perceptions of the quality of public sector abortion services in Mexico City, Presented at: Population Association of America 2010 Annual Meeting, 17 April 2010.
23. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O. Unidades privadas con servicios de hospitalización. Síntesis Ejecutiva. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño, México 2001. www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/unidades_privadas.pdf. 13 सितंबर 2010 को जानकारी प्राप्त की गई।

गर्भ समापन मूल्यांकन योजना, भारत: प्रमुख निष्कर्ष और सुझाव

रवि दुग्गल ^ए, विमला रामचंद्रन ^{बी}

सारांश:

अगस्त 2000 में शुरू की गई, गर्भ समापन मूल्यांकन योजना, भारत में गर्भ समापन पर अब तक किए गए सबसे व्यापक अध्ययनों में से एक है। इस लेख में, छह अस्पताल-आधारित सर्वेक्षणों, 2 समुदाय-आधारित सर्वेक्षणों, आठ गुणात्मक अध्ययनों, नीति समीक्षा और अनुसंधानकर्ताओं द्वारा योजना के दौरान किए गए स्वीकृत लेखों के निष्कर्षों का मेल प्रस्तुत किया गया है। गर्भ समापन सेवाओं में सरकारी निवेश को निहायत अपर्याप्त पाया गया। छहों राज्यों में यह पाया गया कि गर्भ समापन सेवाएं देने वाले 75 प्रतिशत अस्पताल प्राईवेट क्षेत्र में थे और लोगों का यह मानना था कि इन अस्पतालों में बेहतर इलाज होता है। हालांकि 1971 में स्थापित गर्भ का चिकित्सीय समापन अधिनियम (मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेग्नेन्सी ऐक्ट) में क्लिनिक प्रमाणीकरण और चिकित्सीय गर्भ समापन में कुछ महत्वपूर्ण बदलाव किए गए थे। इस अध्ययन और इस योजना द्वारा, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर आयोजित चर्चाओं के आधार पर, सरकार के प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के दूसरे चरण के दौरान, और अधिक बदलाव किए जाने के सुझाव दिए गए हैं। इन सुझावों में शामिल हैं, गर्भ समापन सेवाओं को प्राथमिक और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में मुहैया करवाना, सरकारी अस्पतालों में निवेश को बढ़ाना, वैक्यूम एस्पिरेशन और चिकित्सीय गर्भ समापन को बढ़ावा दिया जाना, सेवाप्रदाताओं को क्यूरेटेज तरीके का प्रयोग बंद किए जाने के लिए मनाना, सहायक स्टाफ (पैरामेडिक्स) को गर्भावस्था की पहली तिमाही के गर्भ समापन कराने के लिए प्रशिक्षित कर गर्भ समापन सेवाप्रदाताओं का विस्तार करना, और पारंपरिक सेवाप्रदाताओं को ऐसी वैकल्पिक भूमिकाएं निभाने के लिए सक्षम बनाना, जो महिलाओं को सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं सुलभ कराने में सहायक हों। © 2004 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द: गर्भ समापन सेवाएं, असुरक्षित गर्भ समापन, गर्भ समापन कानून और नीति, पैरवी और राजनीतिक प्रक्रिया, देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता, भारत

भारत ने 1971 में एमटीपी (मेडिकल टर्मिनेशन ऑफ प्रेग्नेन्सी) ऐक्ट के तहत गर्भ समापन को कानूनी करार कर, इस दिशा में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई थी। इस अधिनियम के तहत, अगर गर्भावस्था के कारण महिला को गंभीर शारीरिक क्षति होने का जोखिम है और उसके मानसिक स्वास्थ्य को खतरा है, यदि किसी विवाहित महिला का गर्भधारण गर्भनिरोधक उपायों के विफल हो जाने या बलात्कार के कारण हुआ है, या भ्रूण का विकास असामान्य हो, तो वो गर्भावस्था के 20वें सप्ताह तक या उससे पहले कानूनन गर्भ समापन करवा सकती है। इसके लिए पति की सहमति लेनी ज़रूरी नहीं है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के अनुसार 1996-97 के दौरान पूरे देश में 465705 गर्भ समापन के मामलों की जानकारी दी गई।¹ हालांकि, पंजीकृत और सरकारी मान्यताप्राप्त अस्पतालों के अलावा हर वर्ष लगभग 6.7 मिलियन गर्भ समापन करवाए जाते हैं, जिनकी जानकारी नहीं दी जाती है। यह गर्भ समापन अक्सर अप्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा अस्वस्थ माहौल में किए जाते हैं।²

जिन महिलाओं को मजबूरन असुरक्षित गर्भ समापन के विकल्प को चुनना पड़ता है, वे कई गंभीर खतरों का सामना करती हैं। पूरे विश्व में होने वाली 13% मातृ मृत्यु का कारण असुरक्षित गर्भ समापन होता है।³ 1995 में भारत में असुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली मातृ मृत्यु का अनुपात 13% होने का अनुमान लगाया गया था।⁴ 1960 तथा 1970 के दशक के शुरू में सुरक्षित मातृत्व और असुरक्षित गर्भ समापन पर अभियान चलाए जाने के कारण, गर्भ समापन को कानूनी

वैधता मिल गई थी। गर्भ समापन के कारण हुई बीमारियों और मृत्यु पर कोई सार्वजनिक चर्चा नहीं हुई है। कुछ अनुसंधानकर्ता, सीमित आंकड़ों के कारण इस निष्कर्ष पर पहुंचे हैं कि “भारत में गर्भ समापन को कानूनी करने के 28 वर्षों बाद भी असुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली बीमारियां और मृत्यु भारतीय महिलाओं के लिए एक गंभीर समस्या बनी हुई हैं।”⁵ इस स्थिति को देखते हुए, पिछले दशक में महिलाओं के स्वास्थ्य सलाहकारों और भारत में स्थित अन्य स्वास्थ्य समूहों ने, गर्भ समापन सेवाओं की उपलब्धता, सुरक्षा और उपयोग में सुधार लाने के लिए नीचे दिए हुए मुद्दों की ओर नीति-निर्माताओं का ध्यान आकर्षित किया:

- ग्रामीण और शहरी दोनों ही क्षेत्रों की ज़्यादातर गरीब महिलाओं की पहुंच वाले सुरक्षित गर्भ समापन सुविधा केंद्र बहुत ही कम हैं।
- मान्यताप्राप्त गर्भ समापन सेवाप्रदाताओं और पंजीकृत अस्पतालों की कमी है।
- गर्भ समापन के बाद परिवार नियोजन परामर्श एवं सेवाएं अपर्याप्त हैं।
- अक्सर असुरक्षित गर्भ समापन को महिलाओं के स्वास्थ्य से जुड़ा मुद्दा नहीं माना जाता है।
- देश के कुछ हिस्सों में लिंग-चयनात्मक गर्भ समापन का रुझान बढ़ रहा है।
- सरकार ने असुरक्षित गर्भ समापन के मामले में “कुछ नहीं करने” की नीति अपना ली है। क्योंकि ये बच्चों के जन्म के बीच अंतर रखने के लिए गर्भनिरोधकों के उपयोग की

जगह पर, जनसंख्या को नियंत्रित करने में मदद करता है।

कायरो के आईसीपीडी सम्मेलन के बाद, व्यापक प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) कार्यक्रम शुरू किए जाने के साथ अलग-अलग चल रहे सुरक्षित मातृत्व, बाल सुरक्षा और परिवार नियोजन कार्यक्रमों के स्थान पर, गर्भ समापन के कारण होने वाली मौत और बीमारियों की ओर ज़्यादा ध्यान दिया गया है। सरकारी प्रयासों में सहयोग कर रही संस्थाओं (यूएनएफपीए, विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व बैंक, यूरोपीय समुदाय, सिडा, डानिडा और डीएफआईडी) ने गर्भ समापन संबंधी मौत और बीमारियों को आरसीएच पैकेज का हिस्सा माने जाने के महत्व को उजागर किया है। इससे महिला स्वास्थ्य सलाहकारों को गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के महत्व को फिर से स्थापित करने का अवसर मिला है।

हालांकि यह वातावरण सहायक लगता है, लेकिन विश्वसनीय जानकारी की कमी और गहरे क्षेत्रीय और ग्रामीण-शहरी अंतरों के कारण रणनीति तैयार करना मुश्किल है। भारत की गर्भ समापन मूल्यांकन योजना (एएपी-इंडिया) ने गर्भ समापन के सभी पहलुओं के विभिन्न सबूतों को इकट्ठा कर, जानकारी की इस कमी को दूर करने की कोशिश की है। यह योजना, पूरे भारत में बहुकेंद्रीय अध्ययन था, जिसे अगस्त 2000 में शुरू किया गया था। इसका संचालन संयुक्त रूप से सेहत, मुंबई और हेल्थ वॉच, नई दिल्ली द्वारा किया गया था। इस लेख में योजना के निष्कर्षों

के संयोजन की कोशिश की गई है। इस योजना के उद्देश्य थे:

- गर्भ समापन देखभाल पर सरकारी नीति, और देश के नीति और कार्यक्रम के वातावरण की समीक्षा करना।⁶
- छह राज्यों में सरकारी और प्राइवेट, दोनों क्षेत्रों में गर्भ समापन सेवाओं के संगठन, प्रबंध, चिकित्सालयों, तकनीक, पंजीकरण, प्रशिक्षण, प्रमाणीकरण और उपयोग का मूल्यांकन करना।^{7*}
- सेवाओं का उपयोग करने वाले लोगों, खासकर महिलाओं से सेवाओं की गुणवत्ता, उपलब्धता, उनकी सेवाओं तक पहुँच (बाधाओं), गोपनीयता, सहमति, गर्भ समापन के बाद गर्भनिरोध और सेवाप्रदाताओं के रवैए का अध्ययन करना।⁸⁻¹⁰
- ऐसे सामाजिक-आर्थिक कारणों को समझना जो सामाजिक मूल्यों में बदलाव, पुरुषों के दायित्व, पारिवारिक गतिशीलता और निर्णय लेने के साथ निर्णय प्रक्रिया पर प्रभाव डालते हैं।⁸⁻¹⁰
- गर्भ समापन की दर, उससे होने वाली बीमारी और मृत्यु की व्यापकता, अपने-आप होने वाले और कराए जाने वाले गर्भ समापनों के कारणों का आंकलन करना।^{9, 10}
- गर्भ समापन करवाने पर दस्तावेज़ तैयार करने पर आने वाले खर्च और इससे जुड़े आर्थिक मुद्दे।^{9, 10}

* इससे जुड़े छह संगठनों द्वारा छह राज्यों में चिकित्सालयों के बारे में अलग-अलग प्रकाशित अध्ययन और छह अध्ययनों के आंकड़ों को मिलाकर तैयार की गई एक अलग राष्ट्रीय सिन्थेसिस रिपोर्ट, दोनों ही थी।

- व्यापक रूप से जानकारी का प्रचार-प्रसार करना और महिलाओं के प्रजनन अधिकारों से संबंधित मुद्दों पर पैरवी की एक रणनीति तैयार करना।

इन उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए, कई क्षेत्रों में कई प्रकार के अध्ययन किए गए, जिसमें पांच मुख्य थे:

- एमटीपी अधिनियम के व्यावहारिक पहलुओं पर केंद्रित एक नीति समीक्षा⁶ और कई स्वीकृत आधार पत्र (वर्किंग पेपर)^{5, 11-18} और गर्भ समापन नीति समस्याओं और खामियों का पता लगाने के लिए कई हितधारकों के साथ गहरा विचार-विमर्श।
- छह राज्यों - केरल, राजस्थान, हरियाणा, मध्य प्रदेश, उड़ीसा और मिज़ोरम में बहुकेंद्रीय गर्भ समापन केंद्रों में सर्वे।¹⁹⁻²⁴
- छह बहुकेंद्रीय सर्वेक्षणों के साथ, निर्णय लेने के तरीके, गर्भ समापन कराने के कारणों, गर्भ समापन कराने में अलग-अलग पीढ़ियों के बीच अंतर, पहुँच और सेवाप्रदाता का चयन, देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता, सेवाप्रदाताओं का दृष्टिकोण, लिंग-चयनात्मक गर्भ समापन और सांस्कृतिक आयाम पर आठ गुणात्मक अध्ययन।⁸ इन्हें छह राज्यों - तमिलनाडु, कर्नाटक, आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, गुजरात और हरियाणा के चिकित्सालय कर्मचारी और अध्ययन में शामिल कर्मचारियों ने पूरा किया। राजस्थान, महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, कर्नाटक, उत्तर प्रदेश, हरियाणा और दिल्ली में अपंजीकृत सेवाप्रदाताओं पर एक बहुकेंद्रीय गुणात्मक अध्ययन भी किया गया था।

- महाराष्ट्र और तमिलनाडु में गर्भ समापन दर और गर्भ समापन पर अपनी जेब से किए जाने वाले खर्चों का अनुमान लगाने के लिए समुदाय-आधारित अध्ययन।^{9, 10}
- विभिन्न हितधारकों के साथ बैठकों से जानकारी लेना और पैरवी कार्यक्रम और शिक्षण संस्थाओं, गैर-सरकारी संगठनों और मीडिया के माध्यम से निष्कर्षों का प्रकाशन।

पिछले छह वर्षों से डोनर संस्थाएं, भारत सरकार और कई राज्य सरकारों के साथ मिलकर प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम को चलाने के लिए हर ज़िला के लिए योजनाएं तैयार करने का कार्य कर रहे हैं। पहला चरण अब पूरा होने वाला है और अगले चरण की योजनाओं को अंतिम रूप दिया जा रहा है। कार्यक्रम के पहले चरण की उपलब्धियां सीमित रही हैं, पर कार्यक्रम की समीक्षा और अगले चरण की योजना तैयार करने में भारी संख्या में हितधारकों की भागीदारी, नीतिगत रूप से आगे बढ़ने की इच्छा को दर्शाती है। ये प्रयास ध्यान में रखने लायक हैं, क्योंकि प्रशासक, लोक नीति की अन्य समस्याओं से निपटने का प्रयास कर रहे हैं। यूएसएड के माध्यम से अमेरिका के ग्लोबल गैग नियम (गर्भ समापन के मामलों पर कोई जानकारी न देने के नियम) के बावजूद, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के प्रथम चरण के दौरान, 2003 में एमटीपी अधिनियम और प्रमाणीकरण प्रक्रिया के विकेंद्रीकरण के नियम बनाए गए। अवैध गर्भ समापन के सबूत की ज़िम्मेदारी सेवाप्रदाता पर डालना, और चिकित्सीय गर्भ समापन के लिए एक अलग धारा शामिल

करने का काम भी सरकार ने किया।²⁵ इसके साथ-साथ कार्यकर्ताओं द्वारा लिंग चयन को रोकने के तरीकों की दिशा में किए गए प्रयासों ने इस मुद्दे को राज्य के कार्य में ऊपर पहुंचाया। राज्यों में प्रसव-पूर्व जाँच तकनीकों, पीएनडीटी अधिनियम, 1994²⁶ के कार्य में काफी सुधार हुआ है। इसके अलावा भारत सरकार ने हाल ही में एक संशोधित पीएनडीटी अधिनियम पारित किया है, जिसके तहत अब लिंग निर्धारण करने में सहायक, गर्भधारण-पूर्व तकनीकें शामिल हैं।²⁷

नीति समीक्षा, लेख और इस योजना के अंतर्गत किए गए विभिन्न अध्ययन उजागर करते हैं कि भारत की स्वास्थ्य और जनसंख्या नीति के तहत, गर्भ समापन पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया जाता। वे अक्सर उठाए जाने वाले इस मुद्दे की भी पुष्टि करते हैं कि 1997 में सरकार द्वारा शुरू किए गए प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम से भी गर्भ समापन की परेशानियों का समाधान नहीं हो सका है।

प्रमुख निष्कर्षों का सारांश

छह राज्यों में किए गए बहुकेंद्रीय चिकित्सालय अध्ययन (कुल 380 गर्भ समापन केंद्र, जिनमें से 285 प्राइवेट थे) से पता चला कि भारत में हर 100000 आबादी पर औसतन चार मान्यताप्राप्त गर्भ समापन केंद्र थे (चिकित्सीय मान्यताप्राप्त, हालांकि यह ज़रूरी नहीं था के वे गर्भ समापन करवाने के लिए भी प्रमाणित थे)। हर अस्पताल में औसतन 1.2 सेवाप्रदाता थे। इसका मतलब यह होगा कि पूरे देश में 40000 गर्भ समापन केंद्र और 48000 सेवाप्रदाता थे। मान्यताप्राप्त गर्भ समापन सेवाप्रदाताओं में से 55% स्त्रीरोग विशेषज्ञ और

64% केंद्रों में कम से कम एक महिला सेवाप्रदाता मौजूद थी। इन सभी अस्पतालों में हर वर्ष औसतन 120 गर्भ समापन करवाए जाते थे, जिसका मतलब है कि मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य केंद्रों में (जिनमें से एक-तिहाई सरकारी अस्पताल थे), कुल मिलाकर हर वर्ष 4.8 मिलियन गर्भ समापन करवाए जाते थे। इसके अलावा, इतनी ही संख्या में अनाधिकारिक सेवाप्रदाता (पारंपरिक और/या चिकित्सीय रूप से अयोग्य) हैं, जो मान्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं द्वारा कराए जाने वाले सभी गर्भ समापन के मामलों के एक-तिहाई मामले देखते हैं। इससे भारत में हर वर्ष 6.4 मिलियन गर्भ समापन करवाए जाने का अनुमान आता है।⁷ यह आंकड़ा, इन सभी 380 मान्यताप्राप्त अस्पतालों और देशभर में अध्ययन किए गए 1270 अनाधिकारिक सेवाप्रदाताओं से तीन महीनों के इकट्ठा किए आंकड़ों के आंकलन से निकला है।

हालांकि एमटीपी अधिनियम 33 वर्ष पहले पारित कर दिया गया था, तथा इसे बेहतर बनाने के लिए इसमें 2003 में संशोधन भी किया गया था, फिर भी देश भर के गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने वाले अस्पतालों में से केवल 24% अस्पताल ही मान्यताप्राप्त हैं। जिन अस्पतालों को प्रमाणित किया गया था, उन्होंने औसतन एक महीने के अंदर प्रमाणन हासिल कर लिया था। जिन्हें प्रमाणित नहीं किया गया था उनमें से 68% ने कभी प्रमाणन का प्रयास ही नहीं किया था क्योंकि या तो वे पंजीकरण के इच्छुक ही नहीं थे या फिर सरकार के प्रति जवाबदेह नहीं होना चाहते थे। 19% अस्पतालों ने प्रयास किया था लेकिन प्रमाण हासिल करने में असफल रहे थे

और 13% ने पंजीकरण नहीं करने का कारण नहीं बताया था। यह चिकित्सा क्षेत्र में नैतिकता की कमी और इस पेशे में आत्म-नियमन की कमी को दर्शाता है। एक अच्छा पहलू यह देखने को मिला कि गैर-प्रमाणित अस्पतालों के दो-तिहाई सेवाप्रदाताओं को गर्भ समापन कराने का ज़रूरी प्रशिक्षण प्राप्त था, और उनके पास एमटीपी अधिनियम के तहत गर्भ समापन कराने के लिए ज़रूरी योग्यता हासिल थी। इसलिए हो सकता है कि बहुत से गैर-प्रमाणित अस्पताल सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं प्रदान कर रहे हों। यह धारणा, इस तथ्य से और भी मज़बूत होती है कि मान्यताप्राप्त और गैर-मान्यताप्राप्त अस्पतालों के बीच तकनीकी पहलुओं और ढांचागत सुविधाओं, जैसे कि उपकरणों और यंत्रों की उपलब्धता, कर्मियों का कौशल और प्रशिक्षण और अस्पताल की भौतिक स्थिति में बहुत कम अंतर था।⁷

सर्वेक्षण से पता चला कि गर्भ समापन के 73% मामले, 12 सप्ताह से कम समय के गर्भावस्था के थे। लगभग 89% गर्भ समापन के मामलों में डायलेटेशन एंड क्यूरेटेज (डीएंडसी) तरीके का प्रयोग किया गया था। जिनमें वैक्यूम एस्पिरेशन तरीके का प्रयोग किया था, उनमें भी गर्भ समापन पूरी तरह हुआ है कि नहीं, इसकी “जांच” करने के लिए क्यूरेटेज का प्रयोग करना एक आम बात थी। क्यूरेटेज तरीके के प्रयोग पर ज़्यादा ज़ोर दिए जाने के कारण इस प्रक्रिया का खर्च बढ़ता है और गर्भ समापन के बाद परेशानियों और संक्रमण में भी बढ़ावा होने की आशंका रहती है। जहां तक उपकरणों और यंत्रों की उपलब्धता का प्रश्न है, सरकारी अस्पतालों की तुलना में प्राइवेट अस्पतालों

की भौतिक सुविधाएं बेहतर थीं, लेकिन महिलाओं को जानकारी और परामर्श प्रदान करने के मामले में सरकारी अस्पताल बेहतर थे।⁷

अधूरे गर्भ समापन, ज़्यादा चिकित्सीय जोखिम, और गर्भावस्था की दूसरी तिमाही वाले गर्भ समापन के रेफरल संबंधी कुछ ऐसे मामले हैं, जिन्हें अस्पताल खुद नहीं संभाल सकते। इनके बारे में दो-तिहाई अस्पतालों ने कहा कि उन्होंने ऐसे मामलों को उच्चतर अस्पतालों में रेफर किया था और 20% अस्पताल, अपने 50% से ज़्यादा मामलों को रेफर कर रहे थे। 78% सेवाप्रदाताओं ने बताया कि सबसे अधिक दूसरी तिमाही वाले मामलों को गर्भ समापन के लिए उच्च स्तरीय अस्पतालों में रेफर किया गया था। सेवाप्रदाता द्वारा गर्भ समापन के रेफर किए गए मामले को जोखिमपूर्ण मानना और किसी अन्य स्थान पर कराए गए गर्भ समापनों को अधूरा गर्भ समापन मानकर रेफरल करने के मामले क्रमशः 58% और 25% थे। आंकड़े से पता चलता है कि खासकर गैर-मान्यताप्राप्त अस्पतालों के सेवाप्रदाता, अगर वे किसी मामले को लेकर दुविधा में होते हैं, तो वे कोई जोखिम नहीं उठाना चाहते। रेफरल ज़्यादातर सरकारी अस्पतालों में किए गए थे। कुछ रेफर किए गए मामले ज़िला अस्पतालों में (44%), मेडिकल कालेजों में (25%), गर्भ समापन-उपरांत देखभाल केंद्रों में (15%), उप-ज़िला अस्पतालों में (44%) तथा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में (7%) किए गए थे।⁷

हालांकि औरतें चिकित्सालयों तक पहुंच पाती हैं, लेकिन इन चिकित्सालयों का उपयोग सीमित बना हुआ है क्योंकि सेवाप्रदाता, खासकर

पंजीकृत और मान्यताप्राप्त अस्पतालों में अक्सर उन महिलाओं को सेवाएं नहीं देते जो अकेली आती हैं और जिनका पति या कोई नज़दीकी रिश्तेदार गर्भ समापन के लिए अपनी सहमति नहीं देता।⁷ घरेलू और गुणात्मक अध्ययनों में महिलाओं ने बताया कि गर्भ समापन कराने का निर्णय शायद ही कभी उनका अपना निर्णय होता है। अक्सर उनके पति या रिश्तेदार उनके लिए निर्णय लेते हैं। इसलिए, क्योंकि महिलाओं द्वारा गर्भ समापन सेवाओं का उपयोग करने पर नियंत्रण है, उनकी गोपनीयता सीमित हो जाती है। ऐसी स्थिति में वे कम पूछताछ करने वाले असुरक्षित सेवाप्रदाताओं का सहारा ले सकती हैं।⁸

महाराष्ट्र⁹ और तमिलनाडु¹⁰ में किए गए घरेलू अध्ययनों में गर्भ समापन के मामलों की सूचना अब तक के दर्ज़ सभी आंकड़ों से ज़्यादा थी। महाराष्ट्र में 1996 से 2000 तक के दौरान कराए गए गर्भ समापन, कुल गर्भधारणों की संख्या का 4.5% थे, जबकि तमिलनाडु में यह 7% थे। दोनों ही राज्यों में ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच तथा विभिन्न वर्गों और सामाजिक समूहों के बीच की गर्भ समापन दरों में बहुत अंतर था - शहरी क्षेत्रों में गर्भ समापन की दर, ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में लगभग दोगुनी थी (महाराष्ट्र में ऐसा ज़्यादा देखा गया), और जो लोग आर्थिक और सामाजिक दृष्टि से बेहतर थे, उनके द्वारा गर्भ समापन करवाने की दर गरीब लोगों से ज़्यादा थीं। महिलाओं ने, गर्भ समापन सेवाओं का लाभ नहीं उठा पाने के जो दो मुख्य कारण बताए थे उनमें - सरकारी सेवाओं की घर से ज़्यादा दूरी, और प्राइवेट क्षेत्र की सेवाएं काफी महंगी होना शामिल है। इससे पता चलता

है कि गर्भ समापन दर और गर्भ समापन सेवाओं के इस्तमाल के निर्धारण में भौतिक और आर्थिक पहुँच महत्वपूर्ण कारण हैं।

गर्भ समापन सेवाओं के लिए किया जाने वाला सरकारी खर्च निहायत ही अपर्याप्त है। मान्यताप्राप्त क्षेत्र के केवल 25% गर्भ समापन केंद्र सरकारी पाए गए। 87% से ज़्यादा गर्भ समापन प्राइवेट अस्पतालों में करवाए जा रहे थे। दोनों ही राज्यों में ग्रामीण क्षेत्रों की अपेक्षा शहरी क्षेत्रों में सरकारी सेवाएं ज़्यादा आसान थीं। गर्भ समापन के लिए सरकारी सुविधाएं जहां भी और जब भी उपलब्ध थीं, ज़्यादा गरीब महिलाओं द्वारा उनका उपयोग ज़्यादा किया जा रहा था।

अध्ययन में शामिल किए गए प्राइवेट चिकित्सालयों में एक गर्भ समापन पर औसत खर्च 801 रुपए पायी गई, जो कि सरकारी अस्पताल में गर्भ समापन के खर्च का सात गुना है।⁷ गरीब वर्ग और अन्य वंचित समूहों जैसे कि दलित (अनुसूचित जातियों) और आदिवासी महिलाओं के लिए यह एक प्रमुख बाधा है। इस योजना में किए गए अध्ययनों से पता चलता है कि इन समुदायों की महिलाओं में कराए जाने वाले गर्भ समापन की दरें काफी कम हैं, क्योंकि प्राइवेट या सरकारी क्षेत्र में गर्भ समापन सेवाएं हासिल करने के लिए फीस देने व आने जाने के लिए उनके पास नकद पैसे नहीं होते।⁹ इस कारण पूरे देश में सरकारी गर्भ समापन सुविधाओं को मज़बूत करना और उनका विस्तार किया जाना बहुत ज़रूरी हो जाता है। अगर महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य में सुधार लाना है तो प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के दूसरे चरण में इस बात पर ध्यान दिया जाना ज़रूरी है।

दूसरी ओर, प्राइवेट सेवाओं का खर्च, सेवाप्रदाता और गर्भावस्था की अवधि के अनुसार अलग-अलग था। महिलाओं ने माना कि हालांकि प्राइवेट सेवाओं में खर्च ज़्यादा होता है, लेकिन सरकारी अस्पतालों में भी मुफ्त सेवाएं नहीं प्रदान की जाती हैं, क्योंकि वहां भी उन्हें दवाओं के लिए अलग से भुगतान करना पड़ता है। कभी-कभार उन्हें गर्भ समापन कराने से पहले अस्पतालों के कई चक्कर काटने पड़ते हैं। अक्सर वहां काफी देर तक प्रतीक्षा करनी होती है, इसका परिणाम यह होता है कि महिला के साथ जाने वाले व्यक्ति* को उस दिन की मज़दूरी का नुकसान उठाना पड़ता है।⁸

घरेलू अध्ययनों के अनुसार, एक गर्भ समापन के लिए औरत के घर से किया जाने वाला खर्च (महाराष्ट्र में औसतन 1220 रुपए और तमिलनाडु में 950 रुपए) अस्पतालों के सर्वेक्षणों में दर्ज आंकड़ों के समान है।^{9,10} हर गर्भ समापन पर होने वाले खर्च को गर्भ समापनों की कुल अनुमानित संख्या 6.4 मिलियन से गुणा करने पर 2001 में कुल लागत लगभग 6950 मिलियन रुपए आती है। यह स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं पर मरीज़ की अपनी जेब से कुल किए जाने वाले खर्च का मात्र 0.58% है। (गर्भ समापन सेवाओं पर किए जाने वाले सरकारी खर्च की जानकारी नहीं है, क्योंकि स्वास्थ्य बजट में इसके लिए कोई अलग से बजट नहीं निर्धारित होता है।)

महिलाओं द्वारा गर्भ समापन कराने के कारणों में केवल 31% कारण ही पूरी तरह से एमटीपी

अधिनियम के तहत स्वीकृत हैं। बाकी गर्भ समापन कराने के कारण थे - अनचाहा गर्भधारण (71%), आर्थिक कारण (7%), और भ्रूण का अनचाहा लिंग (13%)।^{9**} समुदाय-आधारित सर्वेक्षणों^{9,10} गुणात्मक अध्ययनों⁸ और आधार पत्र (वर्किंग पेपर)¹¹, सभी से भ्रूण लिंग निर्धारण करवाए जाने के बाद गर्भ समापन करवाए जाने का पता चला।

आठ गुणवत्तापरक अध्ययनों से पता चला कि विवाहित महिलाओं द्वारा गर्भ समापन करवाने का सबसे बड़ा कारण, परिवार के आकार को सीमित रखना था। जब महिलाओं से गर्भ समापन के उनके कारण पूछे गए, तो महाराष्ट्र, गुजरात, हरियाणा, आंध्र प्रदेश और तमिलनाडु की ज़्यादातर महिलाओं ने गर्भ समापन कराने का मुख्य कारण परिवार को सीमित करना बताया। इसके अलावा अनचाहे गर्भधारण का मुख्य कारण, गर्भनिरोधक उपायों का प्रयोग नहीं किया जाना बताया गया। बहुत कम मामलों में गर्भनिरोधक उपायों के असफल हो जाने को कारण बताया गया। हालांकि अध्ययनों के सभी उत्तरदाताओं को परिवार का आकार सीमित करने के लिए नसबंदी कराने के बारे में पता था, और ज़्यादातर महिलाओं को दो बच्चों के जन्म में अंतर रखने के लिए गर्भनिरोधक तरीकों जैसे कि कंडोम, खाने की गोलियों और आईयूडी (लूप) के बारे में जानकारी थी। इस जानकारी को व्यवहार में नहीं लाया जा रहा था जिसका कारण, स्वास्थ्य पर पड़ने वाले दुष्प्रभाव

* आम तौर पर, सरकारी अस्पतालों जैसे बड़े स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में महिलाएं अकेली नहीं जाती हैं।

** इन सबका योग 100% नहीं आता है, क्योंकि यह एकाधिक उत्तर वाला प्रश्न था।

का डर, दर्द या तकलीफ होना, उनकी अनियमित आपूर्ति और पति से अनुमति मिलने में आने वाली समस्याएं थीं। दूसरी ओर महिलाओं के मन में आम तौर पर यह धारणा थी कि गर्भ समापन सुरक्षित होता है और इससे स्वास्थ्य पर कोई दूरगामी दुष्प्रभाव नहीं पड़ते। कुछ उत्तरदाताओं द्वारा इसे आईयूडी (लूप) और बच्चों के जन्म में अंतर रखने वाली दूसरे तरीकों से 'ज़्यादा सुरक्षित' माना गया था।⁸

इसके साथ-साथ लगभग सभी महिलाओं को इस बात की जानकारी थी कि लिंग निर्धारण जाँच गैर कानूनी है, और उन्होंने माना कि महिलाएं भ्रूण लिंग पता करने और गर्भ समापन करवाने के लिए कई अस्पतालों में जाती हैं। महिलाओं और सेवाप्रदाताओं को एमटीपी अधिनियम की तुलना में, नए पीएनडीटी अधिनियम की काफी बेहतर जानकारी थी। जब लिंग चयन के बारे में चर्चा की जाने लगी तो सामूहिक चर्चाओं में नया उत्साह देखने को मिला, और महिलाओं ने इस विषय पर खुलकर और बिना किसी झिझक के अपनी बात रखी। महिलाओं ने अपनी असमर्थता जाहिर की और बताया कि उनके परिवार में उनकी हैसियत और कभी-कभार तो शादी का बने रहना उनके द्वारा बेटों को जन्म देने की क्षमता पर ही निर्भर होता है। उन्होंने कहा कि जब दंपतियों को दो से ज़्यादा लड़कियां हो जाती हैं तो परिवार द्वारा लिंग चयनित गर्भ समापन की मंजूरी दे दी जाती है, और समुदाय द्वारा भी इसे माफ कर दिया जाता है। लिंग चयनित गर्भ समापन से कोई सामाजिक कलंक नहीं लगता है - खासकर उन माताओं को, जिनकी पहले ही कई लड़कियां हैं। गुजरात और

हरियाणा की महिलाओं ने बताया कि हालांकि वे गर्भ समापन के लिए राजी नहीं थीं, लेकिन जब यह परिवार की खातिर किया गया, तो उन्होंने भी इसे स्वीकार कर लिया।⁸

प्राइवेट अस्पतालों को सरकारी अस्पतालों की तुलना में बेहतर माना गया था, क्योंकि:

- प्राइवेट अस्पतालों में गर्भ समापन करवाने में बहुत कम समय लगता है। एक बार जाने में सबकुछ हो जाता है।
- प्राइवेट डॉक्टरों के पास बेहतर सुविधाएं और उपकरण उपलब्ध हैं, गर्भ समापन प्रक्रिया पूरी हो जाने के बाद अगर महिलाओं को घर जाने से पहले एक-आध घंटे आराम करने की ज़रूरत होती है, तो उन्हें अस्पताल से छुट्टी देने की कोई जल्दबाज़ी नहीं की जाती। सरकारी अस्पतालों में बिस्तरों की कमी होने के कारण, महिलाओं को जितना जल्दी संभव हो, घर जाने के लिए कहा जाता है।
- प्राइवेट डॉक्टर, महिलाओं से बेहतर ढंग से पेश आते हैं और उनकी गोपनीयता बनाए रखने का वादा करते हैं।⁸

सात राज्यों में अनाधिकारिक सेवाप्रदाताओं पर किए गए बहुकेंद्रीय अध्ययनों से यह स्पष्ट हो गया कि महिलाएं आम तौर पर ऐसे सेवाप्रदाताओं के पास, पीरियड आने में देरी होने पर या गर्भावस्था की शुरूआत में गर्भ समापन को कराने के लिए जाती हैं। ज़्यादातर अनाधिकारिक सेवाप्रदाता, जड़ी-बूटियों, काढ़ों या अन्य खाने की दवा देने वाली तरीकों का प्रयोग कर रहे थे। हालांकि राजस्थान और उत्तर प्रदेश में, जहां मान्यताप्राप्त

सेवाप्रदाताओं की बहुत कम सेवाएं ली जाती हैं, अनाधिकारिक सेवाप्रदाता अभी भी कष्टदायी तरीके अपना रहे हैं और ऑपरेशन करके गर्भ समापन करते हैं। महाराष्ट्र, कर्नाटक, हरियाणा और दिल्ली में जहां मान्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं की सुविधा काफी हद तक बेहतर है, वे अक्सर मौखिक तरीकों (खाने की दवाओं) का प्रयोग करते हैं। अनाधिकारिक सेवाप्रदाता, अविवाहित महिलाओं को भी बहुत ज़्यादा सेवाएं प्रदान कर रहे थे। कई क्षेत्रों, खासकर ग्रामीण क्षेत्रों में अनाधिकारिक सेवाप्रदाता, गर्भ समापन कराने की इच्छुक महिलाओं और मान्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं के बीच संपर्क बन गए हैं और भविष्य में यह रुझान बढ़ने की संभावना है।²⁸

योजना के परिणाम

भारत की गर्भ समापन आंकलन योजना - भारत में गर्भ समापन विषय पर किए जाने वाले सबसे बड़े अध्ययनों में से एक है। विभिन्न समूहों से आए अनुसंधानकर्ताओं को एकजुट करने के लिए कई संस्थाओं, सेवाप्रदाताओं, सरकार और महिला स्वास्थ्य के सलाहकारों के साथ संपर्क बनाया गया। जब योजना अपने आखिरी चरण में पहुंच गई, तो नवंबर 2003 में एक पैरवी और प्रचार बैठक बुलाई गई। इस बैठक के प्रतिभागियों में राष्ट्रीय और कुछ राज्य सरकारों के अधिकारी, भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद, प्रमुख अनुसंधानकर्ता, भारतीय प्रसूति विशेषज्ञ संघ और स्त्रीरोग सोसायटी के सदस्य, तथा भारत में प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों से जुड़े डॉनर शामिल थे। सभी

अध्ययनों और लेखों को प्रस्तुत किया गया।

इस बैठक का एक सकारात्मक परिणाम, आरसीएच चरण-2 की डिज़ाइन टीम से प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) कार्यक्रम के साथ जेंडर समानता ढांचे को एकीकृत करने के लिए ठोस सिफारिशें करना था। इस विषय में, एक आधार दस्तावेज़²⁹ तैयार किया गया। जेंडर को मुख्य धारा में शामिल करने संबंधी, खासकर गर्भ समापन का उपयोग, सुरक्षा और गोपनीयता से संबंधित रूपरेखा, अब कार्यक्रम की योजनाओं का हिस्सा बन चुकी है।

व्यापक परामर्श प्रक्रिया के बाद सरकार को प्रस्तुत सिफारिशों के आधार पर यह निश्चित हुआ है कि अगर एमटीपी अधिनियम में आगे कोई संशोधन होगा, तो उसमें सेहत को शामिल किया जाएगा। संशोधन प्रक्रिया में समय लगेगा, खासकर अब, जब मई 2004 में सरकार बदल चुकी है। हालांकि संशोधन समूह और मंत्रालय कर्मियों के बीच एक मौन सहमति बन गई है कि गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में कराए जाने वाले लिंग-चयनात्मक गर्भ समापन पर रोकथाम के लिए लगाए गए प्रतिबंध में कोई फेरबदल नहीं किया जाएगा।*

एमटीपी अधिनियम और पीएनडीटी अधिनियम के बीच विरोधाभासों को दूर करने के लिए सेहत, हेल्थ वॉच और आईपास इंडिया ने एक राष्ट्रीय परामर्श बैठक का आयोजन किया, जिससे कि सुझाव प्रस्तुत किए जा सकें।

* इस संबंध में एक महत्वपूर्ण तर्क यह भी दिया जा रहा था कि संभव है कि गर्भावस्था की पहली तिमाही के दौरान लिंग निर्धारण अधिक करवाया जाने लगे।

योजना का जुलाई और सितंबर, 2004 के बीच समापन करने के लिए, 24 राज्यों में राज्य-स्तरीय प्रचार बैठकों का आयोजन किया गया। इन बैठकों में सरकारी कर्मी, गर्भ समापन सेवाप्रदाता, महिला और स्वास्थ्य समूह, गैर-सरकारी संगठन और स्वास्थ्य पर कार्यरत शिक्षाविद शामिल थे। उन्हें योजन के निष्कर्षों से अवगत कराया गया और स्थानीय रूप से उपयुक्त गर्भ समापन और इससे जुड़े प्रजनन स्वास्थ्य मुद्दों के बारे में पैरवी रणनीतियां बनाने के लिए कहा गया। एएपी-इंडिया के अगले चरण के लिए एक राष्ट्रीय पैरवी रणनीति के रूप में इनको इकट्ठा करने की प्रक्रिया जारी है।

पैरवी के लिए उभरते मुद्दे और सुझाव

इस योजना के दौरान गर्भ समापन और गर्भ समापन सेवाओं से संबंधित कई महत्वपूर्ण मुद्दे और समस्याएं उभर कर सामने आए। नवंबर, 2003 में नई दिल्ली में आयोजित एक परामर्श बैठक के दौरान इन्हें, गर्भ समापन और महिलाओं की स्वास्थ्य समस्याओं के क्षेत्र में सक्रिय कई हितधारकों के सामने एकसाथ उठाया गया। योजना के प्रचार चरण में आगे बढ़ाने के लिए, नीति-निर्माताओं, चिकित्सकों, गैर-सरकारी संगठनों और डोनर समुदाय के साथ कार्य करने के लिए आयोजित, राज्य-स्तरीय बैठकों से उभर कर आए मुद्दों के साथ-साथ, पैरवी के लिए निम्नलिखित मुद्दों को सूचीबद्ध किया गया:

- महिलाओं के लिए गर्भ समापन संबंधित सेवाएं बेहतर मुहैया करवाने के लिए आरसीएच कार्यक्रम के माध्यम से गर्भ समापन सेवाओं को प्राथमिक और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों

पर दी जाने वाली सेवा के साथ मिलाना।

- सरकारी गर्भ समापन सेवाएं बेहतर करने के लिए सरकारी अस्पतालों पर ज्यादा धन खर्च करना।
- वैक्यूम एस्पिरेशन तकनीकों और चिकित्सीय गर्भ समापन जैसे सुरक्षित गर्भ समापन तरीकों को बढ़ावा देना, तथा डॉक्टरों को लगभग सभी मामलों में क्यूरेटेज तरीके का प्रयोग बंद करने के लिए मनाना।
- सहयोगी स्टाफ (पैरामेडिक्स) को गर्भावस्था की पहली तिमाही के गर्भ समापन कराने का प्रशिक्षण प्रदान कर, गर्भ समापन सेवाप्रदाताओं की संख्या बढ़ाना। दक्षिण अफ्रीका और बांग्लादेश जैसे कई दूसरे देशों में पहले ही ऐसा किया जा रहा है।³⁰
- चिकित्सा संघों को, खासकर, प्राइवेट क्षेत्र के सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षित करने के लिए सक्रिय होने के लिए प्रोत्साहित करना।
- प्रशिक्षण के स्रोत के रूप में अप्रेन्टिसशिप को बढ़ावा देना।
- महिलाओं को सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं हासिल करने में सहयोग करने की वैकल्पिक भूमिका निभाने के लिए पारंपरिक सेवाप्रदाताओं को फिर से प्रशिक्षण प्रदान करना।
- गर्भ समापन केंद्रों द्वारा देखभाल की गुणवत्ता और मान्यता प्राप्त करने के न्यूनतम मानकों का पालन करने के नियमों को कठोर बनाना।
- पेशेवर संगठनों के माध्यम से क्लीनिक निर्देशकों को क्लीनिक प्रमाणीकरण स्वीकार

करने के लिए प्रोत्साहित करना व उनकी मानसिकता बदलना।

- सभी गर्भ समापन केंद्रों द्वारा अपने प्रमाण पत्र ऐसे स्थान पर प्रदर्शित करना ज़रूरी बनाना, जहां महिलाएं आसानी से उसे देख सकें।
- अनचाहे गर्भधारणों के मामलों में कमी लाने के लिए दो बच्चों के बीच अंतर रखने के लिए सुरक्षित गर्भनिरोधक उपायों के प्रयोग को बढ़ावा देना।
- लिंग निर्धारण की नैतिकता और पीएनडीटी अधिनियम के प्रावधानों का पालन करने के लिए सेवा प्रदाताओं को जागरूक करना।

आभार

सेमिनार के एक विशेष संस्करण (अंक सं. 352, दिसंबर, 2003) में, 13 लेख प्रकाशित किए गए, जो मोटे तौर पर, एएपी-इंडिया योजना के तहत किए गए अध्ययनों पर आधारित थे। एएपी-इंडिया योजना को, फोर्ड फाउन्डेशन (नई दिल्ली), जॉन डी एवं केथेरिन टी मॅकआर्थर फाउन्डेशन और रॉकफेलर फाउन्डेशन द्वारा सहयोग प्रदान किया गया था। लेखों की प्रतियों और रिपोर्टों के लिए सेहत से ई-मेल: cehat@vsnl.com पर या हेल्थवाच से ई-मेल: visaria@vsnl.com पर अनुरोध किया जा सकता है।

पत्र व्यवहार के लिए पता

ए भारत के मुंबई में स्थित सेंटर फॉर इन्क्वायरी इनटू हेल्थ एंड एलाइड थीम्स (सेहत) के समन्वयक।
ई-मेल: raviduggal@vsnl.com

बी भारत के नई दिल्ली में स्थित हेल्थवाच ट्रस्ट की ट्रस्टी

संदर्भ

1. Ministry of Health and Family Welfare. Family Welfare Year Book 1997–98. New Delhi: MoHFW, 1999.
2. Khan ME, Rajagopal S, Barge S, et al. Situational analysis of medical termination of pregnancy services in Gujarat, Maharashtra, Tamil Nadu and Uttar Pradesh. Paper presented at: International Workshop on Abortion Facilities and Post-Abortion Care and Operations Research. New York, 19–21 January 1998.
3. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003.
4. Registrar General of India. Medical Certification of Cause of Death 1995. New Delhi: RGI, 1999.
5. Johnston H. Abortion Practice in India: A Review of Literature. Working Paper No.1, Abortion Assessment Project – India. Mumbai: CEHAT and HealthWatch, 2002.
6. Hirve S. Abortion Policy in India – Lacunae and Future Challenges. Abortion Assessment Project – India. Mumbai: CEHAT and HealthWatch, 2004.
7. Duggal R, Barge S. Abortion Services in India: Report of a Multicentric Enquiry. Abortion Assessment Project – India. Mumbai: CEHAT and HealthWatch, 2004.
8. HealthWatch. Qualitative Studies – A Report. Abortion Assessment Project – India. New Delhi: HealthWatch and CEHAT, 2004.
9. Saha S, Duggal R, Mishra M, et al. Abortion in Maharashtra: Incidence, Care and Cost. Mumbai: CEHAT, 2004.
10. Krishnamoorthy S, Thenmozhi N, Sheela J, et al. Pregnancy Outcome in Tamil Nadu. Coimbatore: Bharatihar University, 2004.
11. Malik R. Negative Choice: Sex Determination and Sex Selective Abortion in India. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
12. Barnes L. Abortion Options for Rural Women: Case Studies from the Villages of Jharkhand. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.

13. Batra S, Rabindranath S. Abortion Training: A Long Way to Go. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
14. Ghosh S. Professional Abortion Seekers: The Sex Workers of Kolkatta. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
15. Mishra U, Dilip T. Assessing Potential for Induced Abortion among Indian Women. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
16. Saha S. Methodological Issues in Abortion Estimation. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
17. Sundar R. Abortion Costs and Financing: A Review. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
18. Anand A. Sexuality, Abortion and the Media: A Review of Adolescent Concerns. Mumbai: CEHAT and Healthwatch, 2003.
19. Ramanathan M, Sarma P, Krishnakumar C. Situational Analysis of MTP Services in Kerala: Provider Perspectives. Thiruvananthapuram: AMCHSS, Sri Chitra Institute, 2003.
20. George A. An Enquiry into Provision of Abortion Services in Madhya Pradesh. Hyderabad: CHSSS, 2003.
21. Society for Operations Research and Training. Situational Analysis of MTP Facilities in Haryana. Vadodara: SORT, 2003.
22. Child in Need Institute. A Multicentric Study on Provider-Related Issues in Orissa. Kolkatta: CINI, 2003.
23. Omeo Kumar Das Institute for Social Change and Development. Abortion in Mizoram: a multicentric study. Guwahati: OKDISCD, 2003. (Draft report)
24. Action Research & Training for Health. Situational analysis of abortion providers in Rajasthan. Udaipur: ARTH, 2004. (Draft report)
25. Government of India. The Medical Termination of Pregnancy Act (34 of 1971; amended 2003). New Delhi: GOI, 2003.
26. Government of India. Pre-natal Diagnostics Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act 1994. New Delhi: GOI, 1994.
27. Government of India. Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostics Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act 1994, amended 2002. New Delhi: GOI, 2002.
28. HealthWatch, Ipas India. Informal providers of abortion services: qualitative case studies. New Delhi: HealthWatch, Ipas and CEHAT, 2004. (Draft report)
29. Iyengar S, Iyengar K, Mohan P, et al. Mainstreaming gender in India's RCH II Programme, January 2004. (Mimeo)
30. Klugman B, Budlender D, editors. Advocating for Abortion Access. Johannesburg: University of Witwatersrand, 2000.

नेपाल में गर्भ समापन संबंधी कानून में सुधार: महिलाओं का जीवन और स्वास्थ्य का अधिकार

गंगा शाक्या ए, साबित्री किशोर बी, चेरी बर्ड सी, जेनिफर बराक डी

सारांश:

नेपाली समाज में महिलाओं का नीचा दर्जा और उन्हें स्वास्थ्य और परिवार नियोजन सुविधाएं उपलब्ध नहीं होने के कारण, नेपाल में मातृ मृत्यु का अनुपात दक्षिण एशिया में सबसे ज्यादा है। 1990 के दशक के मध्य तक, स्वास्थ्य मंत्रालय में स्वास्थ्य सेवा विभाग के प्रमुख कार्यकर्ताओं ने स्वीकार किया कि असुरक्षित गर्भ समापन, मातृ मृत्यु और बीमारी का मुख्य कारण है। कई दशकों से गर्भ समापन कानून में सुधार करने के लिए की जाने वाली पैरवी का नतीजा यह हुआ कि 2002 में नया गर्भ समापन कानून पारित किया गया। बिल को संसद में प्रस्तुत किए जाने के बाद कानून बनाने की संसदीय प्रक्रिया में लगभग चार वर्ष लग गए। बिल को पास होने और इसके पालन करने के आदेश को मंजूरी देने के बीच लगभग दो वर्ष निकल गए। इस लेख में सरकार के नेतृत्व और गैर-सरकारी संगठनों, डोनर संस्थाओं और अन्य साझेदारों के सहयोग से नए कानून के पालन के लिए तैयार की जाने वाली नीति और कार्यक्रम रणनीतियों का वर्णन किया गया है। उस दौरान, कानून का पालन करने के लिए ज़रूरी दस्तावेज़ तैयार किए जा रहे थे, सेवाप्रदाताओं का प्रशिक्षण शुरू हो चुका था, और काठमांडू प्रसूति अस्पताल में एक आदर्श सेवा और प्रशिक्षण स्थल स्थापित कर दिया गया था। सेवाओं को तेज़ी से बढ़ाने के लिए किए जाने और उन्हें महिलाओं के अनुकूल बनाने के लिए आसान प्रणाली विकसित की गई थी। इसके तहत, डॉक्टरों और नर्सों द्वारा सस्ती सेवाओं को सभी के लिए उपलब्ध कराने को बढ़ावा दिया गया था। दूर-दराज़ के ग्रामीण इलाकों में, जहां कुल आबादी के 88% लोग निवास करते हैं, नर्सों द्वारा सेवाएं प्रदान करने की योजना बनाई गई। © 2004 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार सुरक्षित।

मुख्य शब्द: असुरक्षित गर्भ समापन, गर्भ समापन कानून और नीति, पैरवी और राजनीतिक प्रक्रिया, गर्भ समापन सेवाएं, सेवाप्रदाताओं का प्रशिक्षण, नेपाल

नेपाल में ऊंची मातृ मृत्यु दर के कारणों में असुरक्षित गर्भ समापन का योगदान काफी ज्यादा रहा है, जिसे कम करने के लिए सरकार, 1991 से ही राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के तहत और हाल के मिलेनियम डेवलपमेंट गोल के हिस्से के रूप में, प्रयत्न कर रही है। इस प्रक्रिया के अनिवार्य अंग के रूप में यह माना गया, कि कानूनी बदलाव किए जाने से सभी महिलाओं की जरूरतें पूरी हो सकेंगी और उन्हें चुनिंदा, सुलभ और गुणवत्तापूर्ण सेवाएं हासिल होंगी और सभी “महिलाओं के अनुकूल” सेवाओं को तेजी और प्रभावी तरीके से महिलाओं तक पहुँचाया जा सकेगा।

मार्च, 2002 में नेपाल की कानून संहिता (मुलुकी आइन) के 11वें संशोधन ने कई परिस्थितियों में गर्भ समापन को कानूनी करार कर दिया, और उसी वर्ष सितंबर माह में उस पर शाही मंजूरी ले ली गई। दिसंबर, 2003 में नए कानून के पालन के लिए आदेश पारित कर दिया गया, जिससे सेवाएं प्रदान कर पाना संभव हो गया। इसी बीच, किए जाने वाले कार्य के अंतर्गत कानूनी बदलाव की पैरवी से हटकर, सेवाओं के अमल के लिए रणनीतियां और योजनाएं बनाने की ओर ज्यादा ध्यान दिया जाने लगा।

पिछले कानून के तहत, केवल महिला की जान बचाने के लिए गर्भ समापन की अनुमति दी गई थी, और गर्भ समापन की आवश्यकता को दो डाक्टरों द्वारा प्रमाणित किया जाना होता था। नेपाल, दुनिया के उन कुछ देशों में से था, जहां यह कानून लागू किया जाता था, और गर्भ समापन कराने पर महिलाओं को जेल भेज दिया

जाता था। इसके लिए परिस्थितियों¹ के आधार पर, तीन वर्ष या उससे ज्यादा के कारावास की सजा हो सकती थी, जिसमें आधी सजा पूरी कर लेने के बाद माफी दिए जाने की संभावना थी। यदि महिला का ये अपराध जन्म के बाद शिशु हत्या पाया जाता, तो 20 वर्ष तक के कारावास की सजा दी जा सकती थी।² व्यावहारिक रूप से कानून, गर्भ समापन और जन्म के बाद शिशु हत्या में स्पष्ट भेद नहीं करता था, और कई गरीब और अनपढ़ महिलाओं को, जिन्हें न्यायालय की पेंचीदा कार्यवाहियों की समझ नहीं थी, लंबे समय के कारावास की सजा सुना दी जाती थी। पूरे देश में – खासकर बहुत गरीब महिलाएं, जेलों में बंद थीं, जिनके बारे में अक्सर उनके रिश्तेदारों द्वारा ही शिकायत दर्ज कराई गई थी, कभी-कभार तो तब भी जब महिला का गर्भ समापन अपने आप ही हो गया हो। 1997 में देश भर में किए गए एक सर्वेक्षण से पता चला कि नेपाली जेलों में बंद 20% महिलाओं पर जन्म के बाद शिशु हत्या के आरोप लगाए गए थे।¹ गर्भ समापन का कानून बनने के बाद भी अप्रैल, 2004 में देश भर में 31 महिलाएं शिशु हत्या के आरोपों में जेलों में बंद थीं। नवंबर, 2004 तक उनमें से 18 को छोड़ दिया गया था (बिंदा मागर, महिला मंच, कानून एवं विकास से नवंबर, 2004 में की गई व्यक्तिगत बातचीत)। इनमें से ज्यादातर गरीब और अनपढ़ थीं, जिन्हें बहुत ही खराब स्थितियों में रखा गया था, जो कोई कानूनी सहायता हासिल करने में भी असमर्थ थीं, या यह भी नहीं समझ सकती थीं कि उनके साथ क्या हुआ है। ध्यान देने लायक है, कि केवल महिलाओं को जेलों

में डाला गया था, उनके पुरुष साथी और गर्भ समापन कराने वालों को ज़िम्मेदार नहीं ठहराया गया था। इसके विपरीत, मध्यम और ऊँचे वर्ग की महिलाएं, चिकित्सीय और कानूनी सुरक्षा की कीमत अदा करते हुए प्राईवेट डाक्टरों से सेवाएं ले रही थीं। कई धनी महिलाओं ने सीमा पार भारत जाकर भी सेवाओं का लाभ उठाया था (ज्योत्सना तमांग, पर्यावरण अनुसंधान केंद्र, स्वास्थ्य एवं जनसंख्या गतिविधियां, से अक्टूबर 2004 में की गई व्यक्तिगत बातचीत)।

इसके विपरीत, नया कानून प्रगति की दिशा में एक बहुत बड़ा कदम है। किसी भी महिला को उसकी सहमति से 12 सप्ताह तक गर्भ समापन कराने की अनुमति है; यदि महिला के साथ



2004 में काठमांडू, नेपाल के जेलों में गर्भ समापन के आरोपों में बंद महिलाएं

बलात्कार या ज़ोर-ज़बरदस्ती के कारण गर्भधारण हुआ है, तो 18 सप्ताह तक गर्भ समापन करवाने की अनुमति है। यदि महिला के जीवन, शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को खतरा हो, या भ्रूण के असमान विकास का पता चले या उसके जीवित बचे रहने की कोई संभावना नहीं हो, तो डॉक्टर की सलाह पर गर्भावस्था के दौरान कभी भी गर्भ समापन कराने की अनुमति है। 16 वर्ष से ज्यादा उम्र की महिलाओं के लिए उनके पति या संरक्षक की सहमति लेना ज़रूरी नहीं है, और 16 वर्ष से कम उम्र होने पर उसका कोई भी वयस्क मित्र या परिवार के सदस्य उसके “संरक्षक” बनकर, गर्भ समापन की अनुमति दे सकते हैं।

यह लेख, गरीब, ज़्यादातर ग्रामीण और सीमित स्वास्थ्य देखभाल संसाधनों वाले देशों के संदर्भ में नए गर्भ समापन कानून के पालन के लिए नीति और कार्यक्रम रणनीतियों के विकास का वर्णन करता है। यह नीति और कार्यक्रम बिल पास किए जाने और इसके पालन के लिए आदेश को मंजूरी मिलने के बीच लगभग दो वर्ष लग गए थे।

नेपाल में महिलाओं का स्वास्थ्य और सामाजिक दर्ज़ा

नेपाल में जन स्वास्थ्य सेवाएं, संसाधन और स्टाफ की कमी से जूझ रही हैं, खासकर ग्रामीण इलाकों में, जहां देश की लगभग 88% आबादी रहती है, और 44% परिवार गरीबी रेखा से नीचे जीवन-यापन करते हैं।³ दूर दराज़ के कई इलाकों में सरकारी स्वास्थ्य सेवाएं आम तौर पर उपलब्ध ही नहीं होती हैं, या स्वास्थ्य पदों पर कभी-कभार ही कर्मचारी तैनात होते हैं और दवाएं या तो उपलब्ध नहीं होती या इतनी पुरानी होती हैं कि उन्हें

इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। ऐसी परिस्थितियों में लोग पारंपरिक वैद्य-हकीमों और जड़ी-बूटियों का सहारा लेते हैं। बहुत से लोगों की आधुनिक परिवार नियोजन के तरीकों तक पहुँच नहीं है या उनकी जानकारी नहीं है। इस प्रकार, 40 वर्षों से किए जा रहे परिवार नियोजन प्रयासों के बावजूद, केवल 59% लोगों की परिवार नियोजन की मांग को ही पूरा किया जा सका है, और केवल 39% प्रजननशील विवाहित महिलाएं ही गर्भनिरोधकों का प्रयोग करती हैं।⁴

पारंपरिक समुदायों में महिलाओं की शारीरिक और सामाजिक स्थिति बहुत खराब है। परंपरागत रूप से लड़कियों के साथ भेदभाव किया जाता है, उन्हें कम भोजन दिया जाता है⁵, छोटी उम्र से ही उनसे ज़्यादा काम लिया जाता है, और अपने भाईयों की तुलना में उनके स्कूल जाने की संभावना कम होती है। महिलाओं की औसत साक्षरता दर (35%) पुरुषों की तुलना में केवल आधी है।⁴ अक्सर किशोरावस्था के शुरू में ही बेटे की शादी कर दी जाती है। अपने पति के परिवार में रहते हुए उसका दर्जा सबसे नीचे होता है, उसके साथ किए जाने वाला व्यवहार, उसके द्वारा बेटे पैदा करने और मेहनत-मशक्कत वाले काम करने पर निर्भर होता है।⁶ उसके जीवन और स्वास्थ्य से जुड़ा कोई भी फैसला उसके पति और पति के परिवार के सदस्यों द्वारा किया जाता है। यद्यपि महिलाओं की ज़िम्मेदारी, सभी सामाजिक दायित्व निभाने और ज़्यादा बेटों वाले परिवार को अच्छी तरह चलाने की होती है, लेकिन उन्हें फैसले लेने का कोई अधिकार नहीं होता। अनचाहे गर्भधारण के लिए उन्हें ही दोष दिया जाता है -

चाहे वह बलात्कार या ज़ोर-ज़बरदस्ती के कारण हुआ हो या ज़्यादा बच्चे हो गए हों। अपने पति और परिवार की मर्जी के बिना वे कोई परिवार नियोजन का उपाय इस्तेमाल भी नहीं कर सकतीं। ग्रामीण इलाकों की महिलाओं को सबसे ज़्यादा कष्ट झेलने पड़ते हैं, क्योंकि वहां परंपराओं का कड़ा पालन किया जाता है, और मजबूरन उन्हें स्थानीय “नीमहकीमों” का सहारा लेना पड़ता है, जो गर्भ समापन करने के लिए कई तरह के असुरक्षित तरीके अपनाते हैं। जब जटिलताएं बढ़ जाती हैं, तो महिलाएं ज़्यादातर चिकित्सीय सहायता लेने से डरती हैं, और इसी कारण कई बार बहुत अधिक देरी हो जाती है। शहरी इलाकों में प्राइवेट डॉक्टर, कानून का फायदा (कानून में इस्तेमाल की गई भाषा की खामियों का फायदा) उठाते हुए, जिसमें स्वास्थ्य कारणों से दो डॉक्टरों के अनुमति देने पर गर्भ समापन कराया जा सकता है, कई वर्षों से गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करते रहे हैं। इस तरह की सेवाओं पर आने वाला खर्च गरीब महिलाओं की क्षमता से परे है, और जो सस्ते विकल्प वो चुनती हैं उनमें ज़्यादा जोखिम है, इसलिए सबसे गरीब महिलाओं को ही ज़्यादा खतरे का सामना करना पड़ता है।

महिलाओं का निचला सामाजिक दर्जा और स्वास्थ्य देखभाल और परिवार नियोजन सुविधाएं तक पहुँच नहीं होने के मिले-जुले असर के फलस्वरूप नेपाल की मातृमृत्यु दर 539 है⁷, जो दक्षिण एशिया में सबसे ज़्यादा है। इसमें असुरक्षित गर्भ समापन का योगदान काफी ज़्यादा रहा है। अनुमानों के अनुसार, स्त्री और प्रसूतिरोग के कारण अस्पताल में भर्ती की गई 53.7% महिलाएं, गर्भ

समापन संबंधी जटिलताओं के कारण वहाँ भर्ती की गई थीं⁸, और इसी कारण स्वास्थ्य केंद्रों में 20% मातृ मृत्यु हुई थी।⁹ इसमें ऐसी अनेक महिलाएं शामिल नहीं हैं, जिनकी घर से अस्पताल दूर होने के कारण या गर्भ समापन के गैर-कानूनी होने के कारण सरकारी अस्पतालों में जाने के डर से, घर पर ही मृत्यु हो गई थी। 1994 में किए गए एक सामुदायिक अध्ययन से अनुमान लगाया गया था कि प्रजननशील महिलाओं में हर वर्ष कुल गर्भ समापन की दर प्रति 1000 महिला, 117 है।¹⁰

गर्भ समापन कराने से होने वाली आर्थिक उलझनें भी गंभीर थीं। मामले की गंभीरता, प्रयोग की गई तकनीक और सामाजिक-आर्थिक कारकों के अनुसार, गर्भ समापन संबंधी जटिलताएं होने पर इलाज का खर्च लगभग 20 अमरीकी डालर से लेकर 133 अमरीकी डालर¹⁰ तक होता था। 1995 में गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवाएं आरंभ की गई थीं और अब यह देश के 72 बड़े सरकारी अस्पतालों में से 45 में उपलब्ध हैं (स्वास्थ्य सेवा विभाग के रिकार्ड)। कई विकास कार्यक्रमों, मुख्य रूप से यूएसएड (USAID) से आर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले कार्यक्रमों के अंतर्गत स्वास्थ्य केंद्रों को बेहतर बनाने और डॉक्टरों और नर्सों के प्रशिक्षण के लिए सहायता प्रदान की जाती है।*

हालांकि गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवाओं

की उपलब्धता, अनेक महिलाओं की जान बचाने और उन्हें परिवार नियोजन सेवाएं उपलब्ध कराने की दिशा में एक बड़ा कदम थी, लेकिन इससे गर्भ समापन को गैर-कानूनी करार दिए जाने के कारण होने वाली जटिलताओं और मृत्यु की मूल समस्या का समाधान नहीं हुआ।

छोटी शुरुआत: बदलाव की ज़रूरत का अनुभव

1980 के दशक में की गई छोटी-छोटी शुरुआतों से आरंभ करते हुए, 1990 के पूरे दशक में इस दिशा में किए गए कार्यों के दौरान, बहुत से कारक बदलाव लाने की प्रक्रिया को प्रभावित करते रहे थे। इनमें जन स्वास्थ्य परिदृश्य (मातृ मृत्यु पर केंद्रित), कानूनी और मानव अधिकार के मुद्दे (जेलों में बंद महिलाएं), और अंतर्राष्ट्रीय प्रभाव (पड़ोसी देशों के अनुभव) आदि शामिल थे। अलग-अलग तरह से इनमें से हर एक ने जन जागरूकता और विचारधारा पर असर डालना शुरू किया, जिससे धीरे-धीरे गर्भ समापन के प्रति रवैया और रूढ़िवादी धारणा मिटने लगी। इसका एक महत्वपूर्ण कारण प्रमुख पदों पर आसीन सशक्त पौरवी करने वाले थे, जो मुद्दे को आगे ले जा सके थे और विभिन्न हितधारकों के साथ संपर्क बना पाए थे।

1980 के आसपास, काठमांडू के एक प्रसव अस्पताल में कार्यरत प्रसूतिरोग-स्त्रीरोग विशेषज्ञ ने

* किसी भी अध्ययन में इस संबंध में नवीनतम आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं। हालांकि इस समय सरकारी अस्पतालों में गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए 500 रुपए और ज़रूरी दवाओं का खर्च लिया जा रहा है। गंभीर संक्रमण के मामलों में कुल लागत 1500 रुपए तक हो सकती है, जिसे महिला को ही खर्च करना पड़ता है, जब तक कि वह बहुत ही गरीब नहीं हो। बहुत ही गरीब होने पर अस्पताल उसको छूट दे सकता है। गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवा केंद्रों की स्थापना ने जटिलता वाली महिलाओं के खर्च को कम कर दिया है, इसलिए हम इस लेख के लिए 1994 के अनुमान को ही ठीक मानते हैं।

देखा कि चिकित्सीय और सामाजिक कारणों से गर्भ समापन संबंधी जटिलताओं के कारण कई महिलाएं कष्ट झेल रही हैं और उनकी मृत्यु हो रही है। यह देखने से उनको लगा कि गर्भ समापन को कानूनी कर दिया जाना चाहिए, और उन्होंने अपने विचारों को प्रकट करते हुए कई लेख दैनिक समाचार पत्रों को भेजे। इसके कारण राष्ट्रीय बहस छिड़ गई और उसी दौरान इसके फलस्वरूप बीबीसी श्रीलंका और बीबीसी यूके पर एक इंटरव्यू प्रसारित हुआ, जिससे अंतर्राष्ट्रीय समुदाय का ध्यान इस ओर आकर्षित हुआ।¹¹ 1990 में उसी डॉक्टर ने गर्भ समापन को कानूनी बनाए जाने के विषय पर नेपाली टेलीविजन पर आयोजित एक चर्चा में भाग लिया और गर्भ समापन विरोधी विचारों को यह कहते हुए चुनौती दी कि वे सेवाएं प्रदान करना चाहते थे। 1992 में वे, नेपाल के परिवार नियोजन संघ के साथ काम करने लगे, जहां वे छोटे लैपारोटोमी नसबंदी ऑपरेशन और मासिक धर्म को नियमित करने का इलाज करने लगे।

1993-95 में देश की जेलों का दौरा करते हुए गृह मंत्रालय के सचिव ने, गर्भ समापन के आरोपों में बंद कई महिलाओं को बुरी स्थिति में पाया। उन्होंने ये भी पाया कि उन महिलाओं को उनके अधिकारों से वंचित रखा गया है। उन्होंने इस मसले का हल करने का निश्चय किया। नेपाल परिवार नियोजन संघ के अध्यक्ष, जो नेपाल की उच्च संसद के सदस्य भी थे, के साथ कार्य करते हुए उन्होंने 1996 में एक निजी बिल उच्च संसद में प्रस्तुत करने के लिए गर्भ समापन कानून का मसौदा तैयार किया। कई सांसदों के समर्थन के बावजूद, यह नामंजूर हो गया और 1997 में फिर

एक बार जब इसे महिला संपत्ति अधिकार बिल के रूप में प्रस्तुत किया गया, तब यह दुबारा विफल हो गया। इस समय तक यह एक बड़ा राष्ट्रीय मुद्दा नहीं बन पाया था क्योंकि महिलाओं के सुधार समूह, गर्भ समापन के मुद्दे की बजाय, महिलाओं को उनके संपत्ति अधिकार दिलाने की दिशा में अपना ध्यान केंद्रित किए हुए थे।

1990 के दशक के अंत तक, राष्ट्रीय मातृ मृत्यु एवं बीमारी अध्ययन⁸ द्वारा मातृ मृत्यु और बीमारी के ऊंचे स्तरों के लिए असुरक्षित गर्भ समापन के योगदान को स्वीकार किया गया, और स्वास्थ्य मंत्रालय और स्वास्थ्य सेवा विभाग के प्रमुख कार्यकर्ताओं ने माना कि इस बदलाव की जरूरत थी।

गैर-सरकारी संगठनों द्वारा पैरवी के प्रयास

1990 के दशक के मध्य में क्रहेपा (CREHPA), एक गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ), जो शोध और पैरवी का कार्य करता है, ने गर्भ समापन के मुद्दे पर रुचि लेना शुरू किया। इस संस्था ने खासकर गरीब महिलाओं के अधिकारों और रहन-सहन पर गर्भ समापन के गैर कानूनी होने से पड़ने वाले असर के बारे में कई अध्ययन किए। ये विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा नेपाल में महिलाओं द्वारा कराए जाने वाले गर्भ समापनों के प्रकार, और उसके कारण होने वाली मृत्यु और काठमांडू के तीन बड़े अस्पतालों में गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवाओं के लिए वसूली जाने वाली कीमत पर, 1992-94¹² में किए गए अध्ययनों के नतीजों का समर्थन करते थे। 1996 में क्रहेपा ने गर्भ समापन को कानूनी दर्जा दिए जाने के बारे में जनता की राय लेने के

लिए एक ओपीनियन पोल¹³ कराया, जिससे पता चला कि नेपाली समुदाय के ज्यादातर वर्ग, मोटे तौर पर गर्भ समापन को कानूनी कर दिए जाने के पक्ष में थे।

1995 में कानूनी सुधार और मानव अधिकारों की पैरवी करने वाला एक राष्ट्रीय एनजीओ, एफ. डब्लू.एल.डी. (FWLD) ने, गर्भ समापन संबंधी आरोपों में जेलों में बंद महिलाओं के लिए कार्य करना शुरू किया। उन्होंने अपने कार्य संबंधी कई लेख समाचार पत्रों में प्रकाशित करवाए, जिसमें इस बात का दावा किया गया था कि गर्भ समापन को गैर कानूनी करार दिए जाने से मानव अधिकारों का उल्लंघन होता है। वर्ष 2003 में, उन्होंने जेलों में बंद महिलाओं पर एक नया अध्ययन प्रकाशित किया।¹⁴

1990 के दशक के मध्य से सक्रियतावादियों और संगठनों द्वारा किए जाने वाले पैरवी कार्य से महिला समूहों के कार्यकर्ताओं में जागरूकता बढ़ी, और इस मुद्दे को राष्ट्रीय पहचान और गति मिली। CREHPA ने प्रेस का भरपूर उपयोग किया, जिसमें प्रकाशित लेखों में गर्भ समापन संबंधी जटिलताओं के कारण होने वाली मातृ मृत्यु और सरकारी अस्पतालों पर बढ़ते हुए बोझ पर जोर दिया गया था। इसी बीच, FWLD ने जेलों में बंद महिलाओं से संबंधित कानूनी मुद्दों और कराए जाने वाले या खुद हो जाने वाले गर्भ समापन के बीच अंतर की कमी पर ध्यान आकर्षित करते हुए, प्रमुख निर्णयकर्ताओं और संसद सदस्यों का समर्थन प्राप्त करने और महिला समूहों और दूसरे गैर-सरकारी संगठनों के साथ गठबंधन करने पर ध्यान केंद्रित किया।

1999 में CREHPA ने दूसरे संगठनों के साथ मिलकर, पैरवी की रणनीति पर काम करना शुरू किया और असुरक्षित गर्भ समापन की रोकथाम पर पोस्टर तैयार किए। 1999 और 2000 में उन्होंने संसद को दो नीतिगत ज्ञापन सौंपे, जिनमें गर्भ समापन को कानूनी बनाने की बात रखी। 2001 में CREHPA ने परिवार स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर एक पैरवी पत्र तैयार किया। FWLD भी, कानून संहिता में बदलाव पर, न्यूयॉर्क स्थित प्रजनन कानून एवं नीति केंद्र के साथ मिलकर काम कर रहा था। वे गर्भ समापन के साथ सभी जेंडर भेदभावपूर्ण कानून के संशोधन पर ध्यान दे रहे थे। उन्होंने वर्ष 2002 में एक लेख प्रकाशित कर, गर्भ समापन से जुड़े अपराधों के आरोप में जेलों में बंद महिलाओं की दुर्दशा को उजागर करना जारी रखा।² बदलाव का आंदोलन गति पकड़ रहा था, क्योंकि असुरक्षित गर्भ समापन कम करने की पैरवी, 1999 के कायरो⁵ सम्मेलन की कार्यसूची का भी हिस्सा थी, और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर गर्भ समापन पर कई सकारात्मक बदलाव दिख रहे थे।

वर्ष 2000 के आसपास, विभिन्न प्रभावशाली कारकों ने गति पकड़ी जिसमें से स्वास्थ्य मंत्रालय एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग का बढ़ता सहयोग, खास महत्व का था, जिसने बाद में कानून में बदलाव करने की प्रक्रिया में महत्वपूर्ण भूमिकाएं निभाईं।

1990 के दशक के मध्य में, परिवार स्वास्थ्य विभाग के निर्देशक ने नेपाल के परिवार नियोजन संघ के उपाध्यक्ष होने के नाते, महिला संसद सदस्यों, नेपाल चिकित्सा संघ, अधिवक्ता और युवा

समूहों के साथ कई प्रभावी समूहों के साथ चर्चाएं की। नवंबर, 2000 में परिवार स्वास्थ्य विभाग के निर्देशक के रूप में उन्होंने इस मुद्दे को राष्ट्रीय स्तर की प्रजनन स्वास्थ्य संचालन समिति की बैठक में उठाया, जिसमें सात प्रमुख मंत्रालयों के सचिव भी उपस्थित थे। डोनर संस्थाओं के प्रतिनिधियों के समर्थन से वह, इन प्रभावी सचिवों को, संसद में गर्भ समापन कानून के संशोधन का ऐसा प्रस्ताव प्रस्तुत करने पर राजी करने में कामयाब हो गए, जो स्वास्थ्य क्षेत्र द्वारा महत्वपूर्ण समझे गए, राष्ट्रीय मातृ मृत्यु अनुपात को कम करने की ज़रूरत पर आधारित हो। प्रस्ताव को स्वीकार कर लिया गया, और स्वास्थ्य मंत्रालय ने परिवार स्वास्थ्य विभाग को अनुरोध किया कि वे, कानून संहिता के 11वें संशोधन में, जिस पर संसद में चर्चा की जानी प्रस्तावित है, शामिल करने के लिए गर्भ समापन खंड का मसौदा तैयार करें। इस संशोधन में महिला अधिकारों से संबंधित अन्य विषय, खासकर संपत्ति अधिकार भी शामिल थे।¹⁵

इसी दौरान, CREPHA और FWLD की सहायता से असुरक्षित गर्भ समापन की रोकथाम संबंधी लीफलेट तैयार किए गए, और उन्हें सभी सांसदों और मंत्रालयों के सचिवों में बाँटा गया। महिला एवं सामाजिक कल्याण सचिव ने संसद में 11वां संशोधन पेश किया, और इस पर की गई चर्चा के केंद्र बिंदु, उपलब्धता और कानूनी गर्भ समापन के नैतिक, धार्मिक और सामाजिक पहलू थे। कई महीनों की चर्चा के बाद, सुरक्षित गर्भ समापन पर सिद्धांत रूप में सहमति बन गई, और मार्च, 2002 में संशोधन को पारित कर दिया गया।

नए कानून को लागू करने के लिए सरकारी तैयारियां

फरवरी 2002, में जब संशोधन को पारित किए जाने का समय नज़दीक आ गया था, तब परिवार स्वास्थ्य विभाग ने संशोधनों और नीति और रणनीतिक दस्तावेजों को लागू किए जाने के आदेश को तैयार करने के लिए एक गर्भ समापन कार्य बल गठित किया। सितंबर 2002, में शाही मंजूरी प्रदान कर दी गई, और आदेश को केबिनेट के समक्ष रखा गया। हालांकि सरकार में फेर-बदल हो जाने से इसको मंजूरी मिलने में दिसंबर 2003, तक की देरी हो गई और इस समय तक नया कानून पारित हुए लगभग दो वर्ष हो चुके थे। यह समय काफी निराशाभरा था, क्योंकि इस समय गर्भ समापन अब तकनीकी रूप से गैर कानूनी नहीं रह गया था, लेकिन फिर भी इसके लिए सरकारी सेवाएं नहीं प्रदान की जा सकती थीं।

गर्भ समापन कार्य बल की अध्यक्षता, परिवार स्वास्थ्य विभाग द्वारा की जा रही थी। इस कार्यबल के सदस्य प्रसूतिरोग एवं स्त्रीरोग विशेषज्ञों की नेपाली समिति, डीएफआईडी (DFID), यूके द्वारा आर्थिक रूप से समर्थित नेपाल की सुरक्षित मातृत्व परियोजना, जर्मनी द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र सहायता कार्यक्रम के अंतर्गत तकनीकी सहायता और CREHPA से चुने गए सदस्य थे। जीटीजेड (GTZ), DFID और आईपास (IPAS) ने तकनीकी और आर्थिक सहायता प्रदान की। इसका ज्यादातर कार्य, मुख्य दस्तावेजों (बॉक्स 1) को तैयार करना था।

बॉक्स 1. मुख्य दस्तावेज़

प्रक्रियात्मक आदेश: इसमें इलाज के तरीकों, सेवा प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य केंद्रों, सहमति प्राप्त करने के तरीके और मान्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं की सूची दी गई है।

गर्भ समापन नीति: मातृ मृत्यु और असुरक्षित गर्भ समापन के बीच के संबंध को उजागर किया गया है और महिलाओं के गर्भावस्था को जारी रखने या गर्भ समापन करवा लेने संबंधी जानकारीपूर्ण अधिकार का सम्मान करने की ज़रूरत का उल्लेख किया गया है। प्रणालियों को लागू करना और संचालित करना आसान होना चाहिए।

गर्भ समापन रणनीति: व्यापक गर्भ समापन सेवाओं को राष्ट्रीय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति के तहत लाया जाए। अंतिम लक्ष्य है कि गर्भ समापन सेवाएं प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर उपलब्ध हो पाएं। डॉक्टरों और नर्सों को मान्यताप्राप्त (सरकारी और प्राईवेट) प्रशिक्षण केंद्रों पर दक्षता-आधारित प्रशिक्षण प्रदान किया जाए। मानकों की निगरानी करना सरकार की ज़िम्मेदारी हो। महिलाओं के साथ सम्मानपूर्वक बर्ताव किया जाए और गोपनीयता बरती जाए। सभी के लिए सेवाएं उपलब्ध की जाएं।

कार्यान्वयन योजना: असुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली मातृ मृत्यु और बीमारी को कम करने के लक्ष्य वाली दो वर्षीय कार्यान्वयन योजना। चार शीर्षों के तहत गतिविधियां: प्रशिक्षण, सेवा प्रदायगी, पैरवी और मूल्यांकन।

संदर्भ और प्रशिक्षण मैनुअल: इलाज के तौर-तरीके (क्लीनिकल प्रोटोकॉल्स) और प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का मसौदा, तथा उनके आधार पर इलाज के तरीकों, परामर्श संबंधी दिशा-निर्देश, उपकरण और सुविधाओं के साथ एक गुणवत्तापूर्ण व्यापक गर्भ समापन देखभाल कार्यक्रम के बारे में तैयार किया गया प्रशिक्षण मैनुअल।

जिन देशों में पहले ही गर्भ समापन कानूनी कर दिया गया था, उनके अनुभवों के बारे में जानकारी हासिल करने के लिए अंतर्राष्ट्रीय साहित्य की समीक्षा की गई। इन देशों में भारत, जहां जटिल विनियमों और ग्रामीण इलाकों में स्वास्थ्य सेवा की सुविधाओं में कमी के कारण बहुत सी बाधाएं उठ खड़ी हुई थीं, तथा दक्षिण अफ्रीका और गयाना, जिन्होंने बाधाओं को कम करने के लिए अपने-अपने कानून बनाकर कुछ हद तक सफलता हासिल की थी, शामिल थे।¹⁶ उस समय विश्व स्वास्थ्य संगठन के दिशा-निर्देशों के मसौदे में शामिल की गई कई सिफारिशों को भी शामिल कर लिया गया था।¹⁷ दुनिया भर के अनुभवों से सीख लेते हुए, कार्यान्वयन को व्यापक और सरल बनाने और सेवाएं प्राप्त करने की इच्छुक महिलाओं के लिए बाधाएं कम करने के लिए जो संशोधित कानून, नीतियां और प्रक्रिया तैयार की गई, वह बहुत ही उदार थीं।

नए कानून को लागू करने के लिए सिद्धांत और प्राथमिकताएं

जून 2002, में साहित्य समीक्षा पर आधारित परिवार स्वास्थ्य विभाग को प्रस्तुत एक नीति समर्थन पत्र¹⁸ ने गर्भ समापन कानून में सुधार के सफल कार्यान्वयन के लिए तीन महत्वपूर्ण सिद्धांतों पर प्रकाश डाला :

- केवल उदार कानून पारित करने से ही पैरवी समाप्त नहीं हो जाती। दूसरे देशों में यह सुनिश्चित करने के लिए कि गर्भ समापन विरोधी शक्तियां, इतनी मुश्किल से हासिल किए गए कानूनी सुधारों को पलट न दें या इनमें कटौती न कर दें, लगातार पैरवी की

गई थी। यह भी निश्चित किया गया था कि स्वास्थ्य सेवाप्रदाता तैनात हैं और सुरक्षित सेवाएं प्रदान करने के इच्छुक हैं, और महिलाओं को अपने अधिकारों का पता है और वे सेवाओं का लाभ उठा पाती हैं।

- एक प्रगतिशील कानून, जिसे पूरी तरह लागू नहीं किया जा सकता, हालांकि महिलाओं के उत्पीड़न और उन्हें जेल में डाले जाने की रोकथाम कर सकता है, लेकिन स्थिति को सुधारने के लिए काफी नहीं होता। इसके साथ-साथ, सुरक्षा या मानकों पर कोई समझौता किए बिना, सीमित संसाधनों के साथ सेवाओं के तेजी से कार्यान्वयन के लिए नीतियां और प्रक्रियात्मक दिशा-निर्देश काफी लचीले होने चाहिए।
- मज़बूत परिवार नियोजन सेवाओं को व्यापक गर्भ समापन देखभाल सेवा का अभिन्न भाग बनाया जाना चाहिए, जिससे अनचाहे गर्भधारण से बचा जा सके और मातृ मृत्यु में काफी हद तक कमी लाई जा सके।

इन तीनों सिद्धांतों पर आधारित 35 सिफारिशों की गईं, जिन्हें दस प्रमुख शीर्षों के तहत बांटा गया गया था। इन सिफारिशों में शामिल थीं : गर्भ समापन के प्रति सामाजिक रवैए में बदलाव किए जाने की ज़रूरत, महिलाओं की ज़रूरतों को पूरा किया जाना, नीति और मानक, स्वास्थ्य प्रणाली में बाधाएं, स्वास्थ्य नीति ढांचे के लिए सरकारी निवेश, अंतर-क्षेत्रीय संबंध और भागीदारियां और मूल्यांकन।

महिलाओं की ज़रूरतों को पूरा किए जाने की प्राथमिकताओं का सार इस तरह का बनाया गया :

- ❖ सेवाओं तक पहुँच में सहजता और सुलभता।
- ❖ गोपनीयता - स्वास्थ्य केंद्रों की भौतिक संरचना और सेवाप्रदाताओं के रवैए, दोनों ही के संबंध में।
- ❖ देखभाल और आराम - सेवाप्रदाताओं के रवैए और दर्द नियंत्रक तकनीकों सहित।
- ❖ खर्च - यह सुनिश्चित करना कि खर्च का भुगतान करने में असमर्थ होने के कारण किसी महिला को सेवाओं से वंचित न रखा जाए।
- ❖ गर्भनिरोध - प्रभावी परामर्श और समुचित गर्भनिरोधक उपायों की उपलब्धता।

नेपाल में उपलब्ध संसाधनों की कमी को देखते हुए गरीब और अनपढ़ महिलाओं के साथ सभी महिलाओं की ज़रूरतों को पूरा करना एक बड़ी चुनौती है। दो प्रमुख निर्णय लिए गए थे, पहला यह कि सेवाप्रदाता नर्सों को प्रशिक्षित किया जाए, जिससे छोटे ज़िला अस्पतालों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में सेवाएं उपलब्ध हो सकेंगी। दूसरा यह कि मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य केंद्रों में सुरक्षित सेवाएं प्रदान करने के न्यूनतम सुरक्षा मानकों के अनुरूप प्रशिक्षण को संतोषजनक रूप से पूरा करने के बाद ही सेवाप्रदाताओं को प्रमाण पत्र प्रदान किया जाए। गर्भ समापन-उपरांत देखभाल सेवाओं के पिछले अनुभवों के आधार पर, जिनमें गर्भ समापन की मैनुअल वैक्यूम एस्पीरेशन (एमवीए) तकनीक का उपयोग किया जा रहा था, गर्भ समापन की स्वीकृत तरीके के रूप में एमवीए का चयन किया गया था, ताकि नर्सों को भी ये सेवाएं देने के लिए प्रशिक्षित किया जा सके।

कार्यान्वयन योजना तैयार करने की प्रक्रिया शुरू करने के लिए नवंबर 2002, में एक दो-दिवसीय कार्यशाला¹⁹ का आयोजन किया गया। इसमें सरकार, डोनर संस्थाओं, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठनों के साथ सभी प्रमुख साझेदारों के प्रतिनिधियों ने भागीदारी की। इसका उद्देश्य, यह जानना था कि व्यापक गर्भ समापन सेवाओं में किन सेवाओं को शामिल किया जाए, राष्ट्रीय सुरक्षित गर्भ समापन योजना के लक्ष्यों एमवीए उद्देश्य पर सहमति बनाना, और सेवाएं आरंभ करने के लिए दो-वर्षीय योजना तैयार करना था।

चूंकि गर्भ समापन कार्य बल ने अपने काम¹⁹ पूरे कर लिए थे, इसलिए उसे भंग कर दिया गया था। कानून की योजना तैयार करने और उस पर अमल करने के लिए सरकार का सहयोग करने के लिए, एक नई तकनीकी समिति, TCIC, बनाई गई और नई कार्यसूची तैयार की गई। कार्य बल के पहले गठित चार कार्य समूह बरकरार रहे और उन्होंने कार्य बल के तहत किए जाने वाले अपने कार्यों को करना जारी रखा।

TCIC में एक रोग विषयक संयोजक, एक प्रशासक, एक परामर्शी तकनीकी सलाहकार शामिल किए गए और इसके लिए DFID, IPAS एवं पाथ (PATH) द्वारा आर्थिक तकनीकी सहायता उपलब्ध कराई गई थी। राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठनों के लगभग 30 प्रतिनिधियों की समिति एक वर्ष में लगभग चार बैठकें करती है। परिवार स्वास्थ्य विभाग, DFID, GTZ और सचिवालय के प्रतिनिधियों वाला कोर समूह भी बैठकें करता है। कार्य समूह अलग से बैठकें करते

हैं और कोर समूह और मुख्य समिति को अपनी रिपोर्टें प्रस्तुत करते हैं।

स्वास्थ्य सेवा विभाग की प्रजनन स्वास्थ्य समन्वय समिति द्वारा गर्भ समापन सेवाओं का समन्वय किया जाता है, और सेवाप्रदाताओं को सूचीबद्ध करने की मुख्य जिम्मेदारी विभाग के पास होती है। क्षेत्रीय स्तर पर सेवाप्रदाताओं और अस्पतालों को सूचीबद्ध करने के साथ सेवाओं के लागू करने और निरीक्षण की जिम्मेदारी, जिला स्वास्थ्य कार्यालयों की होती है। सूचीबद्ध करने की प्रक्रिया को सफलतापूर्वक सरल रखा गया है।

प्रशिक्षण और सेवा प्रदायगी

देश भर में सेवाओं को तेजी से लागू करवाने के लिए कास्केड पद्धति का उपयोग किया गया था और इसमें सरकारी और प्राईवेट, दोनों क्षेत्र शामिल थे। गतिविधियों की शुरूआत में वरिष्ठ स्त्रीरोग विशेषज्ञों के लिए तीन-दिवसीय कार्यक्रम का आयोजन किया गया, जिसमें रोग विषयक पद्धतियों की नवीनतम जानकारी, संक्रमण की रोकथाम और परामर्श शामिल था। उनके अनुभवों को देखते हुए, उन्हें सक्षम सेवाप्रदाता के रूप में सूचीबद्ध करने के लिए इसे पर्याप्त माना गया था। दूसरे चरण में, प्रशिक्षकों को प्रशिक्षण प्रदान किया जा रहा है। जून 2004 तक देश भर के क्षेत्रीय सरकारी अस्पतालों, मेडिकल कॉलेजों (सेवा-पूर्व प्रशिक्षण में गर्भ समापन को शामिल करने को बढ़ावा देने के लिए), और प्राईवेट संस्थाओं के 20 प्रतिभागियों ने प्रशिक्षण प्राप्त कर लिया था। इन अस्पतालों को प्रशिक्षण केंद्रों के रूप में विकसित किया जाना निश्चित किया गया। नौ-दिवसीय

प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में, नैदानिक कौशल, परामर्श, संक्रमण की रोकथाम, कानून की जानकारी और प्रशिक्षण कौशल शामिल थे। तीसरे चरण में, सेवाप्रदाताओं का प्रशिक्षण काठमांडू में शुरू हुआ और बाद में राजधानी के बाहर स्थित, क्षेत्रीय अस्पतालों के प्रशिक्षण केंद्रों में इसका विस्तार किया गया। दिसंबर 2004 तक 99 चिकित्सकों और 53 परामर्शदाताओं/सहायकों को प्रशिक्षित कर दिया गया था। अगले वर्ष के अंदर नर्सों को भी सेवाप्रदाता के रूप में प्रशिक्षित करना शुरू किए जाने की योजना थी।

काठमांडू के प्रसूति अस्पताल में स्थित, देश के पहले सेवा और प्रशिक्षण केंद्र को मॉडल केंद्र के रूप में विकसित किया गया। इस केंद्र में ज्यादा मामलों में उपचार प्रदान करने के लिए बढ़ियां सेवाएं उपलब्ध कराई गई थी। ऐसा अनुमान है कि छोटे अस्पतालों और स्वास्थ्य केंद्रों की सुविधाओं में प्रशिक्षण और सेवाएं सम्मिलित कर दी जाएंगी। स्थान उपलब्ध कराने के लिए छोटे-मोटे बदलाव किए जाएंगे। प्रशिक्षण पूरा कर लेने पर सेवाप्रदाताओं को एमवीए करने के लिए उपकरण और नसबंदी करने वाले उपकरण और स्पैचुला दिए जाएंगे। इन दिशा-निर्देशों के तहत, सरकार की मंजूरी मिलने के बाद, प्राईवेट अस्पतालों और गैर-सरकारी संगठनों को भी प्रशिक्षण केंद्र के रूप में सेवाएं प्रदान करने की अनुमति प्रदान की गई है।

जानकारी का प्रचार-प्रसार

जानकारी के प्रचार-प्रसार की योजनाएं अभी भी योजना निर्माण चरण में हैं, क्योंकि इससे पहले कि सेवाएं मुहैया कराई जा सकें, मांग में

बढ़ावा करना गैर-जिम्मेदाराना होगा। पहले सारा ध्यान, कानून लागू करने वाली एजेंसियों को कानूनी बदलावों की जानकारी प्रदान करने पर केंद्रित किया गया, जिससे उन्हें, इस बात की जानकारी हो सके कि गर्भ समापन कराने के आरोपों में महिलाओं को अब गिरफ्तार नहीं किया जाए। हालांकि इन प्रयासों के बावजूद, महिलाओं की गिरफ्तारी जारी रही।¹⁴ पैरवी करने वाले गैर-सरकारी संगठन, जिला स्तर पर नए कानून के बारे में जागरूकता फैला रहे थे, और राष्ट्रीय स्तर पर जानकारी का प्रचार-प्रसार करने के लिए मीडिया का उपयोग कर रहे हैं। इसके साथ-साथ, सरकार और गैर-सरकारी संगठनों ने मीडिया द्वारा प्रचार-प्रसार करने के लिए नए कानून, सेवाओं की उपलब्धता और असुरक्षित गर्भ समापन से बचने के बारे में संदेश तैयार करना शुरू कर दिया है। प्रजनन स्वास्थ्य विभाग के प्रतिनिधियों ने अस्पताल के स्टाफ, जिला स्वास्थ्य कार्यालय और स्थानीय कर्मियों को नए कानून की बारीकियों के बारे में जागरूक करने के लिए, उन जिलों का दौरा करना शुरू कर दिया था, जहां सबसे पहले सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षित किया गया था। PATH की तकनीकी सहायता से, CREPHA द्वारा किए गए अध्ययन के आधार पर गर्भ समापन के बारे में वर्तमान रवैए और बर्ताव में बदलाव करने के लिए व्यवहार परिवर्तन रणनीति तैयार करने का भी कार्य शुरू हो गया है।

सेवाओं के मूल्यांकन की जिम्मेदारी, जिला स्वास्थ्य कार्यालयों और परिवार स्वास्थ्य विभाग की होगी और इसके लिए पंजीकरण और सूचीबद्धता फार्म के साथ अन्य फार्म तैयार किए गए हैं।

प्रशिक्षित सेवाप्रदाताओं के क्षमता मूल्यांकन और सेवाओं की स्थापना संबंधी सलाह देने के साथ, प्रशिक्षण के मूल्यांकन की जिम्मेदारी TCIC की होगी।

भविष्य की चुनौतियां

ऐसी बहुत सी उपलब्धियां हासिल की गई हैं जिनपर देश गर्व कर सकता है, हालांकि नेपाल में महिलाओं को सुरक्षित और सुलभ गर्भ समापन सेवाएं मुहैया कराने में कई चुनौतियां अभी भी बरकरार हैं। इन चुनौतियों में से सामाजिक कलंक की चुनौती कुछ कम नहीं है, जिसमें गर्भ समापन को औरतों के “चरित्रहीन, अनैतिक आचरण” से जोड़ कर देखा जाता है। खासकर ग्रामीण इलाकों में महिलाओं की सामाजिक स्थिति निचले दर्जे की बनी हुई है, जिससे उन्हें जानकारी हासिल करने और कानूनी समय-सीमा के अंदर (जो सामान्य परिस्थितियों में 12 सप्ताह के अंदर ही गर्भ समापन की अनुमति देता है) सेवाओं का लाभ उठाने में कठिनाई होती है। हालांकि सरकार सेवाप्रदाताओं को प्रशिक्षण देने और सेवा केंद्रों को सूचीबद्ध करने का कार्य कर रही है, फिर भी ऐसे कई इलाके हैं, जहां अभी तक सेवाएं और जानकारी उपलब्ध नहीं है। यहां तक कि, जहां ये सेवाएं उपलब्ध हैं, वहां भी कई महिलाओं को गर्भधारण से संबंधित जानकारी कम है और वे क्लिनिकों में तब पहुंचती हैं, जब 12 सप्ताह की कानूनी समय-सीमा बीत चुकी होती है। (प्रसूति अस्पताल, काठमांडू की साबित्री किशोर से अक्टूबर, 2004 में की गई निजी बातचीत)।

कानूनी बदलाव की जानकारी को पूरी तरह प्रसारित करना काफी महत्वपूर्ण था। खासकर

दूर-दराज़ के ग्रामीण इलाकों में, स्थानीय अधिकारियों द्वारा महिलाओं को गर्भ समापन करवाने पर गिरफ्तार करने से रोका जाना महत्वपूर्ण था। इसके साथ ही जेलों में बंद बाकी 13 महिलाओं को भी जल्द से जल्द छोड़ा जाना चाहिए था।

यह सुनिश्चित करना एक प्रमुख मुद्दा होगा कि सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं को, प्रभावी परिवार नियोजन सेवाओं की व्यापक सुलभता के साथ जोड़ा जाए, और स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के संपर्कों को मजबूत बनाया जाए, जिससे महिलाओं को बार-बार गर्भ समापन न करवाना पड़े।

नेपाल की भौगोलिक कठिनाइयां और संसाधनों की कमी, कार्यक्रम की योजनाओं को पूरे देश में लागू करने के सामने बड़ी चुनौती खड़ी करते हैं। साथ ही, खराब सड़कें और संचार सुविधाएं तथा स्टाफ की कमी, उच्च मानकों को बनाए रखना कठिन बना देते हैं। वर्तमान राजनैतिक वातावरण में स्थानीय अशांति और स्थानीय लोगों को प्रताड़ित किए जाने से परिस्थिति और भी बदतर हो गई है, जिसके कारण ग्रामीण इलाकों में यात्रा करने पर असर पड़ रहा है और स्वास्थ्य कर्मियों के साथ सभी को इन इलाकों में यात्रा करने में डर लगता है, जिससे योजना बनाना कठिन हो रहा है। इस कारण, उन स्थानों पर, जहां अक्सर डॉक्टर उपलब्ध नहीं होते हैं, वहां सुरक्षित सेवाएं प्रदान करने और दूर-दराज़ इलाकों की गरीब महिलाओं, जिन्हें असुरक्षित गर्भ समापन का सबसे अधिक जोखिम होता है, तक पहुंचने के लिए नर्सों को प्रशिक्षित किया जाना एक महत्वपूर्ण मुद्दा होगा।

जैसे-जैसे सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं ज्यादा

उपलब्ध होती जाएंगी, जटिलताओं से निपटने के लिए गर्भ समापन-उपरांत देखभाल की ज़रूरत कम होती जाएगी। कुछ आर्थिक सहायता प्रदान करने वाले देश, गर्भ समापन-उपरांत देखभाल के लिए ही सरकारी आर्थिक सहायता की अनुमति प्रदान करते हैं, न कि सुरक्षित गर्भ समापन के लिए। चूंकि अपूर्ण गर्भ समापन के मामलों में भी महिलाओं को गर्भ समापन-उपरांत देखभाल की ज़रूरत पड़ेगी, इसलिए सरकार इस आर्थिक सहायता से कोई समझौता नहीं कर सकती, इसलिए निकट भविष्य में दोनों सेवाओं के मिले जुले रूप की कम संभावना है।

निष्कर्ष

महिलाओं की ज़रूरतों और अधिकारों को सबसे महत्वपूर्ण मानते हुए, असुरक्षित गर्भ समापन के कारण ऊंची मातृ मृत्यु को नियंत्रित करने की ज़रूरत के आधार पर, कानून में बदलाव किए गए थे। देश में परंपरागत रुढ़िवादी सामाजिक धारणाओं के बावजूद, ऊँचे पदों पर आसीन अधिकारी इस बात से सहमत हो गए थे, कि गर्भ समापन का कानून बनाने और सुरक्षित, सुलभ सेवाओं को उपलब्ध कराए जाने से, जटिलताओं और मौतों को रोका जा सकेगा। दिलचस्प बात यह थी कि नेपाली समाज की कट्टर धार्मिक प्रवृत्ति के बावजूद, सुधारों के विरोध में जनता द्वारा कोई भारी विरोध नहीं किया गया। सुधार विधेयक पारित किए जाने और नए कानून को मंजूरी देने वाले आदेश जारी किए जाने के बीच की लगभग दो वर्ष के दौरान काफी निराशा थी, क्योंकि गर्भ समापन हालांकि गैर-कानूनी नहीं रह गया था, लेकिन फिर भी सरकारी सेवाएं प्रदान

नहीं की जा सकती थीं। बदलाव की दिशा में तेजी बनाए रखने के लिए निरंतर प्रयास और धैर्य की ज़रूरत थी और मंजूरी मिल जाने पर तुरंत कार्य योजना बनाने की।

मार्च 2004 में काठमांडू के प्रसूति अस्पताल में सेवाएं शुरू हो गईं, और इन सेवाओं की मांग तेजी से बढ़ने लगी। दिसंबर 2004, तक वहां लगभग 2000 महिलाओं ने कानूनी तरीके से गर्भ समापन करवाया था। 22 दूसरे केंद्र (सरकारी और प्राइवेट) भी सेवाएं उपलब्ध कराने लगे हैं, हालांकि वहां मामलों की संख्या में धीमी प्रगति हो रही है। देशभर के 43 केंद्रों (26 सरकारी और 17 प्राइवेट) ने पंजीकरण किए जाने की प्रक्रिया पूरी कर ली है, और वे सेवाएं शुरू करने के लिए तैयार हैं। अब देश के 75 जिलों में से 30 जिलों में सेवाएं प्रदान करने वाले प्रशिक्षित डॉक्टर उपलब्ध हैं। काठमांडू के बाहर दूसरा प्रशिक्षण केंद्र स्थापित करने की योजनाएं बनाई जा रही हैं।

इससे जो प्रमुख सीख मिलती है वे यह है कि प्रक्रिया के शुरूआती चरणों से ही सरकार के प्रमुख सदस्यों ने बदलाव लाने और नीति निर्माण के मार्गदर्शन में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई थी। और सरकार को ज़रूरी बदलाव करने में सहयोग करने के लिए, साझेदारों के व्यापक और विविध समूहों के साथ प्रभावी गठबंधन और भागीदारियां करनी ज़रूरी रही थीं।

आभार

हम, डॉ. यशोवर्धन प्रधान (स्वास्थ्य सेवाएं विभाग, नेपाल), एन एरपेलिडिंग (GTZ, कंबोडिया), सूज़न क्लफैम (DFID, नेपाल), मैरी ल्यूक

(IPAS, यूएसए) और बेला गनात्रा (IPAS, भारत) के, उनकी तकनीकी सलाह और सहयोग के लिए विशेष आभारी हैं। हम, डॉ. लक्ष्मी राज पाठक (स्वास्थ्य मंत्रालय, नेपाल), श्री आनंद तमांग (CREHPA, नेपाल), डॉ. भोला रिजाल (प्रसूति-स्त्री रोग विशेषज्ञ), और बिंदा मागर (FWLD, नेपाल) का भी आभार प्रस्तुत करते हैं, जिन्होंने गर्भ समापन कानून सुधार प्रक्रिया में उल्लेखनीय भूमिकाएं निभाईं और इस लेख के लिए अमूल्य जानकारी मुहैया कराई है।

पत्र व्यवहार के लिए पता

ए प्रजनन स्वास्थ्य सलाहकार, परिवार स्वास्थ्य विभाग, स्वास्थ्य सेवा विभाग, स्वास्थ्य मंत्रालय (एफएचडी/डीएचएस/एमओएच), टेकू, नेपाल

बी गर्भ समापन कार्य बल समन्वयक एवं नैदानिक समन्वयक, नेपाल में व्यापक गर्भ समापन सेवाओं के कार्यान्वयन हेतु तकनीकी समिति (टीसीआईसी), एफएचडी/डीएचएस/एमओएच, टेकू, नेपाल

सी तकनीकी सलाहकार, टीसीआईसी, एफएचडी/डीएचएस/एमओएच, टेकू, नेपाल।

ई-मेल: cherry@mos.com.np

डी प्रजनन स्वास्थ्य सलाहकार, जीटीजेड स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम, काठमांडू, नेपाल

संदर्भ

1. Tamang AK, Puri M, Nepal B, et al. Women in Prison in Nepal for Abortion. Kathmandu7 Centre for Reproductive Law and Policy and CREHPA, 2000.
2. Centre for Research on Environment, Health and Population Activities and Forum for Women

Law and Development. Abortion in Nepal: Women Imprisoned. Kathmandu7 CREPHA and FWLD, 2002.

3. Central Bureau of Statistics, Nepal Living Standard Survey. Kathmandu7 CBS, 1996.
4. Family Health Division, Ministry of Health Nepal, New Era and ORC Macro. Demographic and Health Survey 2001. Calverton MD7 ORC Macro, 2001.
5. Gittelsohn J. Opening the box: intra-household food allocation in rural Nepal. *Social Science and Medicine* 1991;33(10): 1141-54.
6. Gittelsohn J, Thapa M, Landman LT. Cultural factors, caloric intake and micronutrient sufficiency in rural Nepali households. *Social Science and Medicine* 1997;44(11): 1739-49.
7. UNICEF. The State of the World's Children 2004. Table 6: Demographic Indicators. At: http://www.unicef.org/sowc04_tables.htm. Accessed 24 December 2003.
8. Ministry of Health Nepal. National Maternal Mortality and Morbidity Study. Kathmandu: MoH, 1998.
9. His Majesty's Government Nepal and UNICEF. Needs Assessment on the Availability of Emergency Obstetric Care Services. Kathmandu: HMG Nepal/UNICEF, 2000
10. Thapa S, Thapa PJ, Shrestha N. Abortion in Nepal: emerging insights. *Journal of Nepal Medical Association* 1994;32:175-90.
11. Forum for Women Law and Development and Planned Parenthood Global Partners. Struggles to Legalise Abortion in Nepal and Challenges Ahead. No.70. FWLD, Kathmandu, 2003.
12. Tamang AK, Shrestha N, Sharma K. Determinants of abortion and subsequent reproductive behaviour among women of three urban districts of Nepal. In: Mundigo AI, Infriso C, editors. *Abortion in the Developing World*. New Delhi7 Vistaar Publications, 1999. p.167-90.
13. Centre for Research on Environment, Health and Population Activities. Opinion Poll Survey on Abortion Rights for Women. August 1996.

14. Forum for Women, Law and Development, Center for Reproductive Rights, Ipas. According to the findings of the district prison visit by FWLD, CRLP and Ipas, June 2003. (Unpublished report)
15. Forum for Women, Law and Development. Country Code Eleventh Amendment Bill and Woman's Rights No.45. Kathmandu: FWLD, 2001.
16. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. Report on a National Conference on Making Early Abortion Safe and Accessible. Agra, India. 11–13 October 2000
17. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003. 7
18. McCall M. Policy Support Paper: A Review of Global Lessons Learned and Recommendations to His Majesty's Government of Nepal on the Implementation of Abortion Services. Kathmandu, 2002. (Unpublished report)
19. Ministry of Health, Department of Health Services, Family Health Division. National Implementation Plan for Comprehensive Abortion Services: Workshop Report. Kathmandu, 2002.

गर्भ समापन को सुरक्षित बनाना: एक मज़बूत जन स्वास्थ्य नीति और प्रणाली स्थापित करना

मार्ज बेरर*

सारांश:

पूरे विश्व में, गर्भ समापन से होने वाली मृत्यु, मातृ मृत्यु दर का 13 प्रतिशत हिस्सा है। असुरक्षित गर्भ समापन प्रक्रियाएं, अप्रशिक्षित गर्भ समापन करने वाले, बाधक गर्भ समापन कानून और गर्भ समापन के कारण ऊँची मृत्यु और अस्वस्थता दरें अक्सर एक दूसरे को बढ़ावा देती हैं। जिन देशों में गर्भ समापन के कारण होने वाली मृत्यु और अस्वस्थता दरें काफी ज्यादा हैं, वहां इनसे सुरक्षा के लिए एक अच्छी और मज़बूत जन स्वास्थ्य नीति स्थापित करना महत्वपूर्ण है। यह नीतियाँ मज़बूत उपचार व्यवस्था पर आधारित होनी चाहिए, और इन नीतियों को गर्भधारण को सुरक्षित बनाने के प्रयासों का अभिन्न हिस्सा बनाना चाहिए। इस लेख में, नीति संशोधनों और गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए ज़रूरी स्वास्थ्य सेवाओं में बदलावों का अध्ययन किया गया है। यह अध्ययन व्यापक स्तर पर प्रकाशित और अप्रकाशित सामग्री पर आधारित है। प्रभावकारी होने के लिए ज़रूरी है कि जन स्वास्थ्य प्रक्रियाओं में ध्यान रखा जाए कि महिलाएं गर्भ समापन क्यों करवाती हैं, गर्भावस्था के किस चरण पर, किस प्रकार की गर्भ समापन सेवाओं की ज़रूरत है, किस प्रकार के सेवा प्रदाताओं की गर्भ समापन सेवाओं में ज़रूरत है और साथ ही प्रशिक्षण, कीमतों और मनोवैज्ञानिक सहयोग के विषय में भी सोचा जाए। असुरक्षित गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए ज़रूरी है कि राष्ट्रीय नीतियों में संशोधन किया जाए; सेवाएं उपलब्ध कराने वाले लोगों को प्रशिक्षण दिया जाए; प्राथमिक उपचार केन्द्रों में उचित गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराई जाएं; और यह सुनिश्चित किया जाए, कि महिलाएं अप्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं के पास न जाकर प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं तक पहुंच सकें। इस बदलाव का एक महत्वपूर्ण पहलू है कि गर्भ समापन सेवाओं की उपलब्धता की जानकारी सार्वजनिक स्तर पर उपलब्ध कराई जाए, विशेषकर किशोरियों और एकल महिलाओं के बीच, जिनके लिए सामान्यतया, प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध नहीं होतीं। © 2000 बुलेटिन ऑफ वल्ड हैल्थ औरगनाईज़ेशन, रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स की ओर से ऐल्सेवियर साईंस द्वारा प्रकाशित

मुख्य शब्द: असुरक्षित और छिपाकर गर्भ समापन, गर्भ समापन कानून और नीति, गर्भ समापन सेवा प्रदाता और सेवाएं

दवर्ल्ड हैल्थ औरगनाईजेशन (डब्ल्यू.एच.ओ.) के अनुसार, पूरे विश्व में साल में लगभग 25 प्रतिशत गर्भधारणों के (जिसकी संख्या लगभग 5 करोड़ है) गर्भ समापन करवाए जाते हैं। इनमें से, 2 करोड़ गर्भ समापन खतरनाक स्थितियों में किए जाते हैं, जहां अप्रशिक्षित लोग या असुरक्षित तरीकों से गर्भ समापन किया जाता है। विकासशील देशों में असुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली मृत्यु दर का अनुमान वार्षिक रूप से लगभग 80000 लगाया गया है, मतलब हर एक लाख गर्भ समापन में 400 मृत्यु। यह संख्या क्षेत्रीय स्तर की विविधता को नहीं दर्शाते, लेकिन अनुमान के लिए देखा जाए तो, अफ्रीका में असुरक्षित गर्भ समापन के कारण मृत्यु की संभावना, विकसित देशों में सुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली मृत्यु से 700 गुना ज्यादा है (तालिका 1 देखें)। पिछले दशक में, गर्भ समापन प्रक्रियाओं में सुरक्षा तकनीकें बढ़ी हैं और विकासशील देशों में महिलाओं को बेहतर उपचार उपलब्ध हैं। इनके बावजूद, असुरक्षित गर्भ समापन के कारण गंभीर समस्याओं के उभरने के कारण जिन महिलाओं को उपचार की ज़रूरत पड़ती है, उनकी संख्या अभी भी काफी ज्यादा है, और इनमें से ज्यादातर महिलाओं को यह सेवाएं उपलब्ध हो ही नहीं पातीं।¹⁻⁸

असुरक्षित गर्भ समापन प्रक्रियाओं, अप्रशिक्षित गर्भ समापन करने वालों, बाधक गर्भ समापन कानून और गर्भ समापन के कारण ऊँची मृत्यु और अस्वस्थता दरें, यह सभी अक्सर एक दूसरे को बढ़ावा देते हैं। इस लेख में हमने कुछ ऐसे उपाय पेश किए हैं, जिनसे एक अच्छी व मजबूत जन

स्वास्थ्य नीति और गुणवत्तापूर्ण चिकित्सा प्रक्रियाएं गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने में मदद कर सकती हैं। यह लेख अनेक प्रकाशित और अप्रकाशित स्रोतों के आधार पर लिखा गया है, जो मैडलाइन और पौपलाइन पत्रिकाओं के साथ साथ इस कार्यक्षेत्र से संबंधित कई पत्रिकाओं, समाचारपत्रों, किताबों और अन्य प्रकाशनों में प्रकाशित हुए हैं।

तालिका 1. असुरक्षित गर्भ समापन के कारण मृत्यु दर (3)

क्षेत्र	हर 1 लाख गर्भ समापन पर मृत्यु दर
अफ्रीका	680
दक्षिण और दक्षिणपूर्वी एशिया	283
लैटिन अमरीका	119
विकासशील देश	400
विकसित देश	0.2-1.2

प्रजनन क्षमता दरों में गिरावट और गर्भ समापन की ज़रूरत

अनियोजित और अनचाहा गर्भधारण जन स्वास्थ्य के लिए एक गंभीर जिम्मेदारी है। जहां, 1960 के दशक से, प्रजनन क्षमता दरें लगभग आधी हो चुकी हैं⁹, वहीं दो बच्चों के बीच अंतर रखने और गर्भनियोजन करने की भावना में बढ़त हुई है। एक बार जब लोग सोच लेते हैं कि उन्हें कम बच्चे चाहिए, वे इसे प्राप्त करने के लिए अलग अलग तरह के प्रयास करते हैं, जिसमें गर्भनियोजन और गर्भ समापन के आधुनिक और पारंपरिक, दोनों तरीके शामिल हैं। प्रजनन

क्षमता की दरों में गिरावट के लिए अक्सर केवल प्रभावकारी गर्भनियोजन प्रक्रियाओं को ही श्रेय दिया जाता है, लेकिन गर्भ समापन भी इसका एक महत्वपूर्ण कारण है।¹⁰⁻¹³ गर्भनियोजकों का उपयोग गर्भ समापन की दरों को प्रभावित करता है, लेकिन सही प्रकार और निरंतर उपयोग के बावजूद भी गर्भनियोजक असफल हो सकते हैं।¹⁴ 15 इटली, टर्की और यूके में, अनियमित रूप से कन्डोम और गर्भनिरोधक गोण्डियों का उपयोग, गर्भ समापन का एक प्रमुख कारण है।¹⁶⁻¹⁸ ग्रीस और पूर्व यूगोस्लाविया में, सुरक्षित गर्भ समापन के अलावा, अन्य आधुनिक गर्भनिरोधक साधनों तक पहुंच न होने के कारण, वहां गर्भ समापन की दरें ऐतिहासिक रूप से ऊँची रही हैं।^{19,20}

प्रजनन क्षमता प्राप्त करने और शादी की उम्र के बीच बढ़ते अंतर के कारण, एकल महिलाओं में अनचाहे गर्भधारण का समय बढ़ गया है। किशोरियों और एकल महिलाओं के लिए गर्भ निरोधक सेवाएं उपलब्ध न होने के कारण भी गर्भ समापन की दरों में बढ़ोतरी होती है। अर्जेंटीना, चिलि, घाना, केन्या और वियतनाम में, अनचाहे गर्भधारण के लिए एकल महिलाएं निम्न कारण बताती हैं - यौनिकता के विषय पर सहभागी के साथ बहुत कम बातचीत, प्रजनन और गर्भ नियोजन के विषय में बहुत कम जानकारी, गर्भ नियोजकों का कम उपयोग और/या गर्भ नियोजन प्रक्रियाओं का अनियमित और अप्रभावकारी उपयोग।²¹⁻²⁶

अन्य प्रभावकारी गर्भनियोजकों के मुकाबले, कन्डोम का बढ़ता उपयोग, विशेषकर उन लोगों के बीच, जो यौन संक्रमण और अनचाहे गर्भधारण से

बचना चाहते हैं, भी गर्भ समापन की दर बढ़ने का कारण है।²⁷ ऊँची गर्भ समापन दरों को अक्सर कन्डोम उपयोग का एक नकारात्मक प्रभाव समझा जाता है, लेकिन यौन संक्रमणों की दरें, विशेषकर एचआईवी की दर, कन्डोम उपयोग के कारण कम हुई हैं। इसे एक सकारात्मक प्रभाव और अच्छी जन स्वास्थ्य नीति की तरह देखा जाना चाहिए, बशर्ते कि गर्भ समापन की सुविधा उपलब्ध और सुरक्षित हो।

ज्यादातर औरतें गर्भ निरोधकों का उपयोग करती हैं - और ज़रूरत पड़ने पर गर्भ समापन का - क्योंकि वे अपने पहले से पैदा हुए बच्चों के ऊपर ध्यान देना चाहती हैं।²⁸ कुछ औरतें बच्चों को जन्म देने के लिए तैयार नहीं होतीं या असक्षम होती हैं और कुछ कम, मगर बढ़ती संख्या, में ऐसी औरतें भी हैं, जो बच्चे चाहती ही नहीं, और उनके निर्णय का भी आदर करना ज़रूरी है²⁹। औरतों के स्वास्थ्य, परिवार कल्याण और गरीबी से जुड़े मुद्दों को अक्सर गर्भ समापन का कारण बताया जाता है, विशेषकर ऐसी औरतों के लिए, जिनके अनेक बच्चे हैं।^{14, 30, 31}

एशियाई देशों में, राष्ट्रीय जनसंख्या नियंत्रण नीतियों का सीधा प्रभाव गर्भ समापन की दरों पर देखा गया है। चीन में, एक-शिशु नीति लागू किए जाने के बाद, पिछले दशक के मुकाबले, गर्भ समापन की दरों में भारी बढ़ोतरी हुई।³² इसी प्रकार, वियतनाम में, गर्भ समापन दरें वहां की दो-शिशु नीति, छोटे परिवारों की चाह, और अपर्याप्त गर्भ नियोजन सेवाओं से प्रभावित रही हैं³³। चीन, कोरिया और ताइवान में, छोटे परिवार की प्रथा के संदर्भ में, लड़कों की चाह भी गर्भ

समापन निर्णय को प्रभावित करती है।³⁴

जिन देशों में गर्भ नियोजकों का उपयोग काफी ज़्यादा है, वहां भी अनियोजित गर्भ धारण और गर्भ समापन होते हैं। नीदरलैंड्स में यौन शिक्षा का व्यापक कार्यक्रम, सुचारु गर्भ नियोजन और आपातकालीन गर्भ नियोजन सेवाओं और सुरक्षित, कानूनी रूप से मान्यता प्राप्त गर्भ समापन सेवाओं को (छोटे परिवार प्रथा के साथ साथ) लागू किया गया है। यहां पहले गर्भधारण में से केवल 6 प्रतिशत ही अनियोजित होते हैं और यहां गर्भ समापन की दरें विश्व में सबसे कम हैं (वर्ष 1994 में, अमरीका में 26 प्रति 1000 के मुकाबले, नीदरलैंड्स में 6 प्रति 1000)। लेकिन फिर भी गर्भ समापन, प्रजनन नियंत्रण का एक अभिन्न अंग है।³⁵

असुरक्षित से सुरक्षित गर्भ समापन तक बदलाव

पिछले 20 वर्षों में अनेक देशों में गर्भ समापन के कारण होने वाली मृत्यु और अस्वस्थता दरों को कम करने के लिए अनेक सकारात्मक कदम उठाए गए हैं। वर्ष 1980 से, एल्बेनिया, ऐलजीरिया, बारबेडोस, बैल्जियम, बोट्सवाना, बल्गेरिया, बुर्कीना फासो, कम्बोडिया, केनेडा, पूर्व चैकोस्लोवाकिया, घाना, ग्रीस, गयाना, हंगरी, इन्डोनीशिया, मलेशिया, मन्गोलिया, पाकिस्तान, रोमेनिया, दक्षिण अफ्रीका, स्पेन, ताइवान और टर्की में गर्भ समापन कानूनों में संशोधन किया गया है।³⁶⁻⁴³ अन्य देशों में बहुत बाध्य गर्भ समापन कानूनों और इस विषय पर हो रही प्रमुख राष्ट्रीय चर्चाओं को खुला करने के प्रयास किए गए हैं।^{37, 44-48} उदाहरण के लिए, ब्राज़ील में, वहां की संसद ने वर्ष 1946 से 1995

के बीच गर्भ समापन के विषय पर 46 बिलों पर चर्चा की, जिनमें 1991-95 के बीच पेश किए गए 16 बिलों में से 13, गर्भ समापन को कुछ स्थितियों में कानूनी मान्यता देने के पक्ष में थे।⁴⁹

कानूनी संशोधनों के अभाव में भी, औरतों के लिए कम-से-कम शहरी क्षेत्रों के बड़े अस्पतालों में, गर्भ समापन के कारण आई समस्याओं का इलाज करवाना आसान हो गया है। ज़्यादा विकासशील देशों के जन अस्पतालों में अधिक दामों पर खराब सेवाएं प्रदान किए जाने की स्थिति को सुधारने के भी प्रयास किए जा रहे हैं। पहले समय में प्रचलित तकनीकें, जैसे डायलेशन और क्यूरेटेज, जिनसे गर्भ समापन अधूरा रह जाने की संभावना रहती थी, के मुकाबले अनेक नई तकनीकों जैसे मैनुअल वैक्यूम ऐस्पीरेशन का अब ज़्यादा उपयोग किया जा रहा है, जिससे खतरे अपने आप कम हो रहे हैं।^{15, 50, 51} इसके अलावा, प्रशिक्षित गर्भ समापन सेवा देने वालों की भी संख्या बढ़ रही है, जो सुरक्षित गर्भ समापन प्रक्रियाओं के प्रति जागरूक हैं। उदाहरण के लिए बंगलादेश में 10 वर्ष पहले के मुकाबले, वर्तमान समय में कम समस्याएं या मृत्यु होती हैं।⁷

कुछ देशों में, औरतों ने खुद ही गर्भ समापन के सुरक्षित उपाय अपनाने शुरू कर दिए हैं जैसे कि योनि में प्रौस्टाग्लैन्डिन मीसोप्रौस्टोल का उपयोग करना, जिससे कि समस्याएं नहीं बढ़ती और अस्पताल में ज़्यादा दिन भी नहीं रहना पड़ता। इसका ब्राज़ील में विस्तृत रूप से दस्तावेज़ीकरण किया गया है⁵²⁻⁵⁶ और माना जाता है कि इस क्षेत्र में यह आम बात है।⁵⁷ यह बदलाव लकड़ी, जड़ें और नुकीले यंत्रों से गर्भ समापन के प्रयासों

के कारण होने वाली अस्वस्थता और मृत्यु की दरों को कम करने में सहायक भूमिका निभा रहे हैं।

लेकिन ज़रूरी नहीं है कि किसी परियोजना के अंतर्गत किए गए प्रयासों का जन स्वास्थ्य पर बहुत प्रभाव हो। उदाहरण के लिए, लैटिन अमरीका में, गर्भ समापन के बाद दी जाने वाली सेवाओं के पायलेट कार्यक्रम लंबे समय तक सतत रूप से चलाना संभव नहीं हो पाया है।⁵⁸ वास्तविक बदलाव लाने के लिए ज़रूरी है कि राष्ट्रीय नीति और प्रक्रियाओं में बदलाव लाए जाएं।

गर्भ समापन को कानूनी मान्यता देने की ज़रूरत

गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए एक महत्वपूर्ण पहलू है, उसे कानूनी रूप से मान्यता देना। कानून में संशोधन करना ज़रूरी है। जो इन संशोधनों का विरोध करते हैं, उनकी अवधारणा का ना तो कोई आधार है और ना ही वास्तविक प्रक्रिया इनका साथ देती है। हालांकि, अनेक देशों में, कानूनी बदलावों के पहले या उनके अभाव में ही गर्भ समापन में अनेक बदलाव आए हैं, लेकिन अगर हम सभी औरतों की सुरक्षा चाहते हैं, तो कानूनी बदलाव लाना ज़रूरी है।

सुरक्षा केवल चिकित्सकों द्वारा सुरक्षित प्रक्रियाएं अपनाने से नहीं आती। इसके लिए सज़ा मिलने और औरतों और चिकित्सकों पर दंडात्मक कार्यवाही के डर को भी मिटाना ज़रूरी है - वहां भी जहां गैर-कानूनी गर्भ समापन के विषय पर सहनशीलता हो।

लैटिन अमरीका के शहरी क्षेत्रों में सुरक्षित,

लेकिन गुप्त रूप से गर्भ समापन की सेवा उपलब्ध कराने वाले स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं ने बताया है कि उन्हें न केवल अपने सहभागियों से सहयोग लेने में, बल्कि गुप्तता बनाए रखने में भी मुश्किल होती है, और साथ ही हिंसा, पैसे एंटे जाने और सज़ा दिए जाने जैसे खतरों का भी सामना करना पड़ता है⁵¹। बोलिविया और चिलि में, गर्भ समापन के कारण समस्याओं का उपचार कराने आई औरतों से नियमित रूप से पूछताछ की जाती है।^{30, 58} नाइजीरिया में, गैर कानूनी गर्भ समापन के लिए 14 वर्ष तक की कैद की सज़ा हो सकती है, केवल उन स्थितियों को छोड़कर जहां गर्भ समापन महिला की जान बचाने के लिए किया गया हो।⁵⁹ इसके अलावा, अनेक देशों में, हालांकि पिछले दशकों में गैर कानूनी गर्भ समापन के विषय पर सख्ती नहीं बर्ती गई है, पर अनेक मामलों में बिना किसी पूर्व सूचना के गिरफ्तारियां भी की गई हैं।

सुरक्षा का यह भी मतलब है कि गर्भ समापन छिप कर या अप्रशिक्षित व्यक्तियों द्वारा न किया जाए, जो अक्सर ऐसे वातावरण में काम करते हैं, जहां औरतों के जीवन को खतरा हो सकता है, फिर चाहे उनकी मंशा अच्छी ही क्यों न हो। गैर कानूनी गर्भ समापन की स्थिति में, औरत के पास और कोई चारा नहीं होता, चाहे उसे गंभीर चोट लगी हो, उसके साथ दुर्व्यवहार किया गया हो, उसके दर्द को कम करने के लिए कोई मदद न दी गई हो, बुरी अवस्था में उसे ज़बरदस्ती घर वापस भेज दिया गया हो, बहुत ज़्यादा कीमत ली गई हो या किसी भी अन्य प्रकार की अनदेखी या बुरा व्यवहार किया गया हो। औरतों को गर्भ

समापन के बाद देखरेख की ज़रूरत हो सकती है, लेकिन उन तक पहुंच पाना मुश्किल हो जाता है, क्योंकि उन्होंने अपना गलत पता लिखवाया होता है।⁶⁰ अपने आप किए गए गर्भ समापन के प्रयासों के बाद, गर्भ धारण जारी रहने के मामले अनसुने नहीं हैं, उदाहरण के लिए, ब्राज़ील के एक अस्पताल में जन्म दे रही 803 औरतों में से 18 प्रतिशत ने खुद गर्भ समापन की असफल कोशिश की थी।^{61, 62 *}

गर्भ समापन से संबंधित अच्छे कानून और नीतियां, एक मज़बूत कानून प्रणाली के सूचक होने के साथ साथ, जन स्तर पर प्रजनन नियंत्रण और औरतों की गर्भ समापन की ज़रूरत को सामाजिक मान्यता दिए जाने के भी सूचक हैं। इससे पता चलता है कि गर्भ नियोजकों और उनके उपयोग के विफल होने की संभावना, और औरतों के अपने बच्चों की संख्या व उनके बीच अंतर रखने के अधिकार को मान्यता दी गई है। इसके अलावा, यह औरतों की मां की भूमिका को मान्यता भी देते हैं। साथ ही, यह खतरनाक गर्भ समापन प्रक्रियाओं की न केवल औरतों, बल्कि उनके होने वाले बच्चों, साथियों और परिवारों, और साथ ही स्वास्थ्य सेवाओं और समाज द्वारा चुकाई जाने वाली, असल कीमतों के विषय में जन स्वास्थ्य जागरूकता दर्शाता है।

कानून व नीतियों को लागू करने के दिशानिर्देश भी उतने ही ज़रूरी हैं, जितने कि कानून और नीतियां। अक्सर इन विस्तृत दिशानिर्देशों के माध्यम

से ही सेवाओं को सीमित या सुगम बनाया जाता है। ज़ाम्बिया⁶³ और भारत⁶⁴ दोनों देशों को ही ऐसे उदाहरणों में गिना जाता है, जहां कानून बदलने से कोई बदलाव नहीं हुआ, क्योंकि दोनों ही देशों में गर्भ समापन “कानूनी” रूप से मान्य है, लेकिन फिर भी यहां गर्भ समापन संबंधी मृत्यु दरें काफी ज़्यादा हैं। लेकिन “कानूनी” रूप से मान्यता होने का मतलब यह नहीं है कि जिन परिस्थितियों में इसे लागू किया जाए, वह परिस्थिति अनूकूल है। भारत और ज़ाम्बिया में गर्भ समापन संबंधी मृत्यु दरें इसलिए ज़्यादा हैं, क्योंकि यहां कानून लागू करने में अनेक बाधाएं मौजूद हैं, जिनमें सेवा उपलब्ध कराने वालों की मंशा न होना, उनके लिए प्रशिक्षण का अभाव, उन्हें व उनकी सेवाओं को मान्यता न दिया जाना, और संसाधनों या वचनबद्धता की कमी के कारण, प्राथमिक देखरेख स्तर पर अच्छी सेवाएं उपलब्ध न करा पाना शामिल है।

ज़ाम्बिया में, कानून के अंतर्गत, गर्भ समापन के लिए अनेक डॉक्टरों के हस्ताक्षर होना ज़रूरी है। ज़्यादातर जगहों पर या तो सीमित संख्या में या फिर डॉक्टर उपलब्ध ही नहीं होते और न ही उचित संसाधन। एक अध्ययन में पाया गया कि स्कूल जाने वाली लड़कियां, जिनमें कुल गर्भ समापन से होने वाली मृत्यु में से आधी से ज़्यादा मृत्यु होती है, कानूनी मान्यता-प्राप्त गर्भ समापन सेवाओं तक या तो पहुंच नहीं पाती या उन्हें वे सेवाएं स्वीकार नहीं हैं, क्योंकि सेवाएं उपलब्ध

* ब्राज़ील में 42 नवजात शिशुओं पर, मीसोप्रोस्टोल उपयोग के बाद गर्भ समापन की असफलता के कारण पैदा हुई, शारीरिक विकृतियों के एक अध्ययन में पाया गया, कि इसका सीधा संबंध भ्रूण तक रक्त पहुंचाने वाली नाड़ियों में बाधा डालने से है, जिसका कारण प्रोस्टाग्लैन्डिन के कारण होने वाली सिकुड़न होती है (लेकिन इस जुड़ाव को सत्यापित किया जाना अभी बाकी है।

कराने वाले गोपनीयता नहीं रखते। लड़कियों को बताना पड़ता है कि उनका गर्भधारण किसकी वजह से हुआ, जो वे बताना नहीं चाहतीं, और उन्हें डर होता है कि इसके कारण उन्हें स्कूल से भी निकाल दिया जाएगा।⁶³

भारत में वर्ष 1972 में सामाजिक और चिकित्सीय कारणों से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दी गई। वर्तमान में 67 लाख गर्भ समापन के मामलों में से ज़्यादातर अभी भी अप्रशिक्षित प्रदाताओं द्वारा, अपंजीकृत जगहों पर किए जाते हैं। पंजीकृत गर्भ समापन चिकित्सालय शहरों में स्थित हैं,⁶⁴ और असमान रूप से फैले हुए हैं। चार राज्यों में, लगभग 16-32 प्रतिशत पंजीकृत प्राथमिक उपचार केन्द्रों में कभी भी गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध नहीं कराई गईं, क्योंकि वहां प्रशिक्षित प्रबंधक और यंत्र उपलब्ध नहीं थे। एक राज्य में, गर्भ समापन के बाद नसबंदी कराना ज़रूरी था⁶⁵, हालांकि यह कानूनी तौर पर ज़रूरी नहीं। इसके अलावा, यह उम्मीद की जाती है कि औरतों को यह सेवाएं पहले से, समय दिए बिना दी जाएंगी। यदि उस दिन चिकित्सालय में काम बहुत ज़्यादा हो, तो उन्हें अगले दिन आने के लिए कहा जाता है, वह भी बिना समय तय किए हुए। औरतों से गर्भ समापन के लिए गर्भधारण की समयावधि के अनुसार शुल्क लिया जाता है, हालांकि वास्तव में यह निःशुल्क होता है (टी.के. सुन्दरी रवीन्द्रन, आपसी बातचीत, 1997)। इसलिए, औरतें अक्सर उपलब्ध सेवाएं लेने से कतराती हैं या अनेक ऐसे कारणों से उनका उपयोग नहीं कर पातीं, जो वास्तव में उन्हें कानूनी रूप से सेवाओं का उपयोग करने से नहीं रोकती।

कानून व नीतियों में बदलाव

गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए, लगभग सभी देशों के बाधक गर्भ समापन कानूनों (जिनमें कुछ पारंपरिक और धार्मिक कानून के मामले भी शामिल हैं) को रद्द या संशोधित करना या बदलना होगा।⁶⁶ इसके लिए विभिन्न देशों ने तीन प्रमुख प्रकार के कदम लिए हैं : (1) दंड या आपराधिक संहिताओं के अंतर्गत, वर्तमान कानूनों का उदारीकरण, (2) किसी सकारात्मक कानून या अदालत के फैसले द्वारा पूरी तरह से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता देना, या (3) कानूनी दायरे से बाहर करके, गर्भ समापन का गैर अपराधीकरण। यह बदलाव लगभग सभी विकसित देशों में कर दिए गए हैं और यह बदलाव करने वाले विकासशील देशों की संख्या भी बढ़ रही है।

वर्तमान गर्भ समापन कानून दर्शाते हैं कि सरकार की गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने में कितनी वचनबद्धता है। वे यह भी दर्शाते हैं कि गर्भ समापन पर औरतों के मुकाबले, राज्य सरकार (जहां ज़्यादातर स्वास्थ्य कर्मचारी निगरानी रखने का काम करते हैं) का कितना नियंत्रण है। इस संदर्भ में कानून, समर्थक, हस्तक्षेप करने वाले या बाधक हो सकते हैं। इसलिए, स्वीडन में औरतों को यह अधिकार है कि वे गर्भ समापन के लिए आवेदन करें और इस अधिकार को लागू करने के लिए उन्हें सेवाएं उपलब्ध कराई गई हैं। लेकिन दूसरी ओर, इज़रायल में औरतों को गर्भ समापन के लिए एक निर्धारित कमिटी से स्वीकृति लेनी पड़ती है और वहां स्वीकृत गर्भ समापन के मामलों के लिए संपूर्ण सेवाएं उपलब्ध कराई गई हैं⁶⁷। गर्भ समापन

संबंधी मृत्यु और अस्वस्थता दरें, ऐसे देशों में सबसे ज्यादा रहती हैं, जहां गर्भ समापन कानून सबसे ज्यादा बाधक हैं। अनेक ऐसे कानून औपनिवेशिक शासन में बनाए गए थे और जिन देशों ने उन्हें बनाया था, वहां अब वे लागू भी नहीं हैं। बाधक कानूनों के अंतर्गत, औरत को गर्भ समापन का अधिकार तभी है, जब वह किसी विपरीत स्थिति का शिकार हुई हो, जैसे चिकित्सीय रूप से आपात स्थितियां, भ्रूण का असमान विकास, बलात्कार या पारिवारिक व्यभिचार।⁶⁸ इसके बावजूद, बड़ी संख्या में औरतों को परिवार नियोजन के लिए और आर्थिक और सामाजिक कारणों से गर्भ समापन की ज़रूरत रहती है।

गर्भ समापन कानून में न्यूनतम सुधार की स्थिति तब बनती है, जब पहले से बाधक कानून में गर्भ समापन के लिए कुछ शर्तें लगा दी जाती हैं। उदाहरण के लिए घाना में एक 1960 में बनाए गए कानून के अंतर्गत गर्भ समापन की स्वीकृति, केवल औरत की जान बचाने के लिए दी गई थी। इस कानून में 1985 में किए गए संशोधन के अंतर्गत, गर्भ समापन की स्वीकृति में उसकी शारीरिक या मानसिक स्थिति की सुरक्षा के साथ-साथ न्यायिक या भ्रूण को हानि से सुरक्षा के कारण जोड़े गए।³⁷ लेकिन 1995 में, असुरक्षित गर्भ समापन और इसके कारण मृत्यु की दरें घाना में आम बात थी⁶⁹ जिससे पता चलता है कि वास्तविक स्थिति में कोई खास बदलाव नहीं आया था।

वर्तमान कानून में व्यापक कारण जोड़कर उसे कुछ हद तक कानूनी मान्यता दी जा सकती है। मलेशिया में अब गर्भ धारण के 120 दिन के अंदर,

ऐसी स्थिति में गर्भ समापन को स्वीकृति दी गई है, जहां औरत के जीवन या उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को गर्भ समापन से होने वाले खतरे से ज्यादा खतरा हो।⁷⁰ माना जाता है कि पहले तिमाह में गर्भ समापन गर्भावस्था से ज्यादा सुरक्षित होता है – यह शब्दावली उदार व्याख्या के लिए खुली है, जैसा कि ब्रिटेन में हुआ भी है, लेकिन फिर भी इसे सीमित रूप से लागू किया जा सकता है।

आज तक, केनेडा एकमात्र ऐसा देश है जिसने गर्भ समापन को पूरी तरह से गैर अपराधीकृत कर दिया है।³⁷ वर्ष 1988 में, केनेडा के सर्वोच्च न्यायालय ने गर्भ समापन संबंधी केन्द्रीय कानून को रद्द किया और उसके लिए कोई अन्य कानून नहीं बनाया। हालांकि राज्यों में गर्भ समापन संबंधी नियम हैं, लेकिन गर्भ समापन को किसी भी रूप में फिर से अपराधीकृत किया जाना गैर-कानूनी होगा। यह गर्भ समापन के सामान्यकरण और गैर-राजनीतिकरण का सबसे अच्छा उदाहरण है, जिसके अंतर्गत गर्भ समापन को किसी भी अन्य प्रकार की चिकित्सा की नज़र से देखा जाता है, और इससे संबंधित मुद्दों का संदर्भ केवल अच्छी चिकित्सा और गुणवत्ता पूर्ण सेवाएं उपलब्ध कराने से ही है। किसी भी प्रकार के चिकित्सा संबंधी उल्लंघनों के लिए वर्तमान कानूनों के अंतर्गत सज़ा दी जा सकती है।

कौन और कब निश्चय लेता है

गर्भ धारण करने के बाद, जितनी जल्दी गर्भ समापन किया जाए, वह उतना ही औरत के स्वास्थ्य के लिए सुरक्षित और सेवा प्रदाता के लिए भी कम जटिल होता है। इसलिए, जन स्वास्थ्य के

संबंध में, ऐसे नियम नहीं बनाने चाहिए, जिनके कारण गर्भ समापन में देरी हो। ऐसे नियमों में शामिल है - औरत के अलावा, किसी अन्य व्यक्ति के हाथ में निर्णय लेने की ज़िम्मेदारी सौंपना, जो सेवा प्रदाता ऐसी सेवाएं प्रदान नहीं करना चाहते, उनके पक्ष में आपत्ति खंड का प्रावधान, या गर्भ समापन करने की स्वीकृति लेने और उसे करने के बीच कुछ समयावधि रखने की आवश्यकता।

भारतीय कानून के अंतर्गत, गर्भ समापन के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की स्वीकृति लेना अनिवार्य है। इसके अलावा, भारत में जन स्वास्थ्य सेवा प्रदाता कभी कभी औरतों से उनके पति की स्वीकृति मांगते हैं, हालांकि इसकी कानून में कोई ज़रूरत नहीं है। पंजाब राज्य में उच्च न्यायालय ने एक आदमी को तलाक लेने की अनुमति दे दी क्योंकि उसकी पत्नी ने उसकी स्वीकृति के बिना दो बार गर्भ समापन किया था - यह मामला पति की स्वीकृति को मान्यता देता है।^{64, 65} 14 देशों में, पत्नी को गर्भ समापन के लिए पति की स्वीकृति लेना अनिवार्य है^{37*} और इसे लागू न करने का सुझाव स्वास्थ्य कारणों से, केवल कोई न्यायालय या निर्धारित स्वास्थ्य प्रदाता ही दे सकता है। इसके विपरीत, दक्षिण अफ्रीका के 1996 के एक कानून के अंतर्गत, केवल औरत की स्वीकृति ही ज़रूरी है।⁴⁰ 27 देशों में, किशोरियों के गर्भ समापन के लिए उनके माता-पिता की स्वीकृति

ज़रूरी है। ज़्यादातर पूर्वी और पश्चिमी यूरोप के देशों में तथा चीन, भारत³⁶ और अमरीका के कुछ राज्यों में भी, स्वीकृति के बिना गर्भ समापन कराने की अनुमति न्यायालय दे सकता है, लेकिन यह काफी मुश्किल हो जाता है। दूसरी ओर, दक्षिण अफ्रीका के एक नए कानून के अंतर्गत, एक स्वास्थ्य प्रदाता या पंजीकृत दाई औरत को "अपने मां-बाप, अभिभावकों, परिजनों या दोस्तों से चर्चा करने" की सलाह देते हैं, लेकिन यदि वह ऐसा न करे, तो भी उसे गर्भ समापन की सुविधा दी जाती है।⁴⁰

जिन देशों में सामान्य रूप से सुरक्षित गर्भ समापन किया जाता है, वहां 90 प्रतिशत से ज़्यादा औरतें गर्भ धारण के पहले तिमाह में ही गर्भ समापन करवा लेती हैं।** यूरोपीय कानून (उदाहरण के लिए फ्रांस, स्पेन और इटली) साधारण रूप से पहले तिमाह में औरत के कहने पर गर्भ समापन की स्वीकृति देते हैं, लेकिन दूसरे तिमाह में एक या ज़्यादा डॉक्टर या निर्धारित चिकित्सा कमिटी की स्वीकृति की ज़रूरत होती है, और/या इससे भी ज़्यादा बाधक प्रावधान मौजूद हैं। इस प्रकार के कानून 20-30 वर्ष पहले बनाए गए थे और सुचारु सेवाओं के साथ इनके कारण गर्भ समापन संबंधी मृत्यु और अस्वस्थता दरें इतनी कम हो गई हैं कि वे अब गिने-चुने मामलों में ही सुनने में आती हैं।³⁷ लेकिन इसका एक अनपेक्षित

* यह 14 देश हैं - इजिप्ट, सिरिया, युनाइटेड अरब एमिरेट्स, कुवैत, मोरोक्को, इराक, सौदी अरेबिया, टर्की, निकारागुआ, कोरिया गणतंत्र, जापान, ताइवान, मालावी और गिनी-बिस्सौ। देखें 37।

** गर्भ धारण की समयावधि कभी कभी आखिरी माहवारी के पहले दिन से गिनी जाती है, और कभी उस तिथि के अनुमान से, जब गर्भ धारण किया गया हो, जो आखिरी माहवारी के पहले दिन के दो माह बाद होता है। इस जानकारी के स्रोत अक्सर स्पष्ट रूप से अंतर नहीं कर पाते। वैक्यूम ऐस्पिरेशन तकनीक से किए जाने वाले गर्भ समापन आखिरी माहवारी के पहले दिन से 14 सप्ताह तक किए जा सकते हैं।

परिणाम हुआ, कि कुछ औरतों को दूसरे तिमाह में गर्भ समापन सेवाएं नहीं मिल पातीं, और इसके लिए उन्हें दूसरे देशों में जाना पड़ता है।^{71*} परिणामस्वरूप, 12 सप्ताह के बाद गर्भ समापन सेवाएं प्राप्त करने में बाधाओं के कारण गर्भ समापन में देर हो जाती है, और अनावश्यक जटिलताएं पैदा हो जाती हैं।

पहले तिमाह के बाद गर्भ समापन चाहने वाली औरतें अक्सर वे होती हैं, जिन्हें गर्भ धारण का पता नहीं चलता या वे उसे तब तक मानने से इंकार करती रहती हैं, जब तक कि गर्भ धारण के सबूत सामने नहीं दिखने लगते (अक्सर किशोरियों के संबंध में), या जो यह मानती हैं कि वे गर्भ धारण की उम्र पार कर चुकी हैं, या जिनकी निजी जिंदगी में गर्भ धारण करने के बाद कोई गंभीर बदलाव आया हो (जैसे, पति द्वारा छोड़ दिया जाना या उसकी मृत्यु), जिन्हें चिकीत्सीय कारणों से गर्भ समापन करवाना पड़ता है और वे जिन्हें भ्रूण में असामान्य विकास के विषय में पता चलता है। जहां पहले गर्भ समापन गैर कानूनी और गुप्त रूप से किया जाता था, वहां जिन औरतों को दूसरे तिमाह में गर्भ समापन करवाना होता है, उनमें ऐसी औरतें भी शामिल होती हैं, जिन्हें कानूनी बदलावों के विषय में जानकारी नहीं होती, जो सेवा प्रदाताओं से बहुत दूर रहती हैं, जिन्हें सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं के विषय में जानकारी प्राप्त करने में काफी समय लग जाता है, और वे जिन्होंने अपने आप गर्भ समापन करने का असफल प्रयास किया हो और गर्भावस्था खत्म न हुई हो।

क्यूबा, विकासशील देशों का एक ऐसा उदाहरण है, जहां काफी पहले गर्भ समापन को व्यापक संकेतों के आधार पर कानूनी रूप से मान्यता दी गई। 1936 में औरत के स्वास्थ्य पर जोखिम को पहचान कर, गर्भ समापन को कानूनी घोषित किया गया था। वर्ष 1959 में इस देश में स्वास्थ्य सेवाओं में व्यापक बदलावों के चलते इस कानून में बदलाव करके, डब्ल्यू.एच.ओ. की परिभाषा के आधार पर “स्वास्थ्य” को संपूर्ण स्वास्थ्य के रूप में मान्यता दी गई। सभी प्रसूति अस्पतालों में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराई गईं। वर्ष 1979 में, जब नई दंड संहिता बनाई गई, उसमें स्पष्ट किया गया कि किन स्थितियों में गर्भ समापन गैर कानूनी है। इस संहिता के अंतर्गत, गर्भ समापन को तब ही गैर कानूनी माना जाएगा, जब वह औरत की सहमति के बिना किया जाए, या अस्पताल के अलावा किसी अन्य जगह पर किया जाए, या सेवा प्रदाता द्वारा स्थापित मानकों का पालन न किया गया हो, या उससे मुनाफा कमाने की कोशिश की गई हो। चूंकि पूरे देश में निःशुल्क गर्भ समापन सेवाएं देने वाले चिकित्सालय उपलब्ध थे, इन शर्तों से औरतों के लिए कोई बाधा नहीं आई। इसके अलावा, कानून में स्पष्ट रूप से कहा गया था कि, माहवरी विनियमन को गर्भ समापन प्रक्रिया नहीं माना जा सकता, क्योंकि माहवारी में देरी होने के, गर्भ धारण के अलावा, कई और कारण हो सकते हैं।⁷²

दक्षिण अफ्रीका का नया कानून, हाल के समय का अच्छा उदाहरण है, और इसके साथ ही

* ब्रिटेन के बाहर से आई लगभग 2000 औरतों ने इंग्लैंड या वेल्स में गर्भ समापन करवाया, और लगभग सभी औरतें ऐसे देशों से थीं, जहां पहले तिमाह के बाद गर्भ समापन की स्वीकृति नहीं है।

वहां, देश भर में अच्छी सेवाएं उपलब्ध कराने के प्रयास भी किए जा रहे हैं। लेकिन, इसके अंतर्गत भी पहले तिमाह के बाद, समयावधि अनुसार, सीमाएं लगाई गई हैं। इसमें कहा गया है कि गर्भ धारण के पहले 12 सप्ताह के अंदर, औरत के अनुरोध पर गर्भ समापन किया जा सकता है, लेकिन 13-20 सप्ताह की समयावधि में किसी चिकित्सक द्वारा स्वीकृति लेनी होगी, और 20वें सप्ताह के बाद, दो चिकित्सकों से (या फिर एक चिकित्सक और एक पंजीकृत दाई से स्वीकृति लेनी होगी)।⁴⁰ विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों की औरतों के लिए यह सीमाएं समस्या पैदा कर सकती हैं।

बंगलादेश में, माहवारी विनियमन (एम.आर.) गर्भ धारण के 10 सप्ताह तक ही उपलब्ध है। वर्ष 1990 में एम.आर. का अनुरोध करने वाली औरतों पर किए गए एक अध्ययन में पाया गया कि लगभग 20 प्रतिशत औरतों को वापस भेज दिया गया, क्योंकि वे यह समय सीमा पार कर चुकी थीं।⁷³ अनेक अन्य औरतें इन सेवाओं का उपयोग करने की कोशिश भी नहीं करतीं और सीधे अपंजीकृत प्रदाता के पास ही चली जाती हैं, जो शायद मृत्यु और अस्वस्थता दरें बनाए रखने के प्रमुख स्रोत हैं।

स्वीडन में, औरत के अनुरोध पर गर्भ समापन की सेवा गर्भ धारण करने के 18 सप्ताह तक उपलब्ध है और उसके बाद चिकित्सक बोर्ड की स्वीकृति के आधार पर किया जाता है।⁷⁴ यही कारण है कि वहां, लगभग सभी गर्भ समापन, औरत के अपने निर्णय पर आधारित हैं। चिकित्सकों और नीति निर्माताओं के बीच औरतों की ज़रूरतों के प्रति विकसित जागरूकता और अनुभव पर

आधारित होने के कारण, एक सकारात्मक नीति बन पाई है।

चिकित्सीय बोर्ड और व्यक्ति विशेष चिकित्सक सहयोगी भी हो सकते हैं और बाधक भी। लेकिन, गर्भ समापन करवाने वाली औरत के अलावा, किसी भी अन्य व्यक्ति के हाथों में निर्णय देने से, देश अपंजीकृत प्रदाताओं और असुरक्षित तकनीकों को बढ़ावा देते हैं, जिसके परिणामस्वरूप, वे जन स्वास्थ्य की उन्हीं मुश्किलों को बनाए रखते हैं, जिन्हें वे दूर करना चाहते थे। स्वीडन और केनेडा के उदाहरण स्पष्ट रूप से दर्शाते हैं, कि गर्भ समापन के संदर्भ में आपराधिक कानूनों और जटिल शर्तों की कोई ज़रूरत नहीं है। यह प्रारूप स्पष्ट हैं, और अन्य जगहों पर भी लागू करने योग्य हैं।

एक संतुलित स्थिति की ओर

कुछ कानूनों में प्रावधान है कि स्वास्थ्य कार्यकर्ता अपने दृष्टिकोण के कारण कानूनी रूप से मान्य गर्भ समापन में भाग लेने से मना कर सकते हैं। ब्रिटेन में स्वास्थ्य व्यवसायिक, जब तक कि औरत की जान को खतरे की स्थिति पैदा न हो जाए, ऐसा ही करते हैं। इसके अलावा, ब्रिटेन में स्त्री रोग विशेषज्ञ पद के लिए आवेदन करने वालों से गर्भ समापन पर उनके दृष्टिकोण के विषय में सवाल नहीं किए जा सकते, तब भी जब गर्भ समापन उनके कार्य विवरण में शामिल हो। लेकिन प्रदाता अन्य कारणों से भी गर्भ समापन में भाग लेने से मना कर देते हैं। इसके कारण औरतों को मुश्किलों का सामना करना पड़ता है और उन पर ज़िम्मेदारी आ जाती है कि वे अपने लिए गर्भ समापन प्रदाता की खुद ही खोज करें।

इसमें मुश्किलों का सामना करने के साथ साथ उनका काफी समय भी बर्बाद होता है।⁷⁵

ज्यादातर नैतिक मानकों के अंतर्गत माना जाता है कि जो स्वास्थ्य प्रदाता अपने दृष्टिकोण के आधार पर गर्भ समापन करने से मना करता है, वह औरत को ऐसे प्रदाता के पास भेज दे, जहां वह यह सेवा प्राप्त कर सकती हो। दक्षिण अफ्रीका में, एक नए कानून के अनुसार, यह ज़रूरी है कि गर्भ समापन के विपरीत दृष्टिकोण के कारण गर्भ समापन से मना करने वाले प्रदाता को, उस औरत को किसी अन्य सेवा उपलब्ध कराने वाले के पास भेजना होगा, लेकिन यह प्रावधान अंतिम चरण पर निकाल दिया गया।⁷⁶ वर्तमान कानून केवल यह कहता है कि, औरत को उसके “अधिकारों की सूचना दी जाए”।⁴⁰

एक संतुलित कानून ही निजी दृष्टिकोण आधारित आपत्ति और औरत के कानूनी रूप से मान्य गर्भ समापन प्राप्त करने के अधिकार को सुरक्षा दे सकता है, जिसमें किसी अन्य प्रदाता के पास सेवा प्राप्त करने के लिए भेजे जाने का अधिकार शामिल है। इसके बावजूद, कुछ सलाहकारों का मानना है कि स्वास्थ्य व्यवसायियों की ज़िम्मेदारी है कि वे सभी सामाजिक रूप से मान्यता प्राप्त सेवाएं उपलब्ध कराएं, जिसमें गर्भ समापन भी शामिल है।⁷⁷ इसी प्रकार, यह कहा जा सकता है कि गर्भ समापन सेवा एक प्रकार की समर्पित सेवा है, और सेवाओं की गुणवत्ता और औरत की भावनाओं का सम्मान सुनिश्चित करने के लिए, केवल उन प्रदाताओं को इनके लिए कार्यरत किया जाना चाहिए, जो औरत की गर्भ समापन की ज़रूरत को समझते हैं।

कुछ औरतें गर्भ समापन की पूरी व्यवस्था कर लेने के बाद अपना विचार बदल लेती हैं, और गर्भधारण जारी रखती हैं।⁷⁸ लेकिन इस कारण को गर्भ समापन में देरी को उचित ठहराने के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता, जैसा कि फ्रांस और नीदरलैंड्स में होता है। इन देशों में इस प्रावधान को अन्य देशों से गर्भ समापन करवाने के लिए आने वाली औरतों को रोकने के लिए भी उपयोग किया जाता है।

जहां मनोवैज्ञानिक परामर्श देना ज़रूरी है, वहां कानून में निर्देश दिया जा सकता है कि उसके अंतर्गत क्या शामिल हो और यह भी कि वह ज़रूरी है या नहीं। ऐसे परामर्श के माध्यम से शायद औरत को प्रभावित करने या उसके निर्णय पर नियंत्रण रखने की कोशिश भी की जा सकती है। कुछ विकासशील देशों में कभी कभी गर्भ समापन विरोधी संस्थाएं ऐसी परामर्श सेवाएं देती हैं। सिंगापोर में छोटे परिवारों को बढ़ावा देने के उद्देश्य से वर्ष 1974 में गर्भ समापन कानून को उदार बनाया गया। 1986 में ज़रूरी परामर्श का प्रावधान लागू किया गया, जिससे कि जो लोग ज्यादा बच्चे पालने की क्षमता रखते हैं, उन्हें बच्चे पैदा करने के लिए प्रेरित किया जा सके, जिसके परिणामस्वरूप, गर्भ समापन के मामलों की संख्या गिरने लगी।⁷⁹ इसके विपरीत, सामने वाले के निर्णय को प्रभावित किए बिना दिया जाने वाला परामर्श, जो परामर्श का सबसे नैतिक रूप माना जाता है, का उद्देश्य होता है कि वे औरतों को अपने लिए उचित निर्णय लेने में मदद करें। दक्षिण अफ्रीका का नया कानून कहता है कि सरकार “गर्भ समापन से पहले और उसके

बाद, गैर-अनिवार्य और गैर-प्रभावी परामर्श को बढ़ावा देगी”।⁴⁰

वियतनाम में, गर्भ समापन करवाने वाली बहुत कम औरतों को भविष्य में गर्भ धारण से बचने के विषय पर जानकारी दी जाती है, हालांकि उन्होंने बताया है कि वे यह जानकारी प्राप्त करना चाहती हैं। कुछ को किसी अन्य जगह से जानकारी मिल जाती है और बाकी औरतों की जानकारी का उतना ही स्तर रहता है, जो गर्भ समापन से पहले था।²⁶ गयाना में इसके विपरीत 1995 के एक कानून के अंतर्गत, गर्भ समापन से पहले और उसके बाद परामर्श का प्रावधान दिया गया है, जिसमें गर्भ निरोधकों के उपयोग, परामर्श के दौरान उसके पुरुष सहभागी को शामिल करने, परामर्श के अंतर्गत दी जाने वाली जानकारियों का विस्तृत विवरण (गर्भ समापन के विकल्प, अलग अलग प्रक्रियाएं, संभावित खतरनाक प्रभाव, गर्भ नियोजन, यौन संक्रमण, मानसिक-सामाजिक मार्गदर्शन) जैसे विषय शामिल हैं। इस कानून के अंतर्गत, गर्भ समापन प्रक्रिया किए जाने से पहले, 48 घंटे की अनिवार्य प्रतीक्षा अवधि भी रखी गई है, जिससे कि इस समय में परामर्श दिया जा सके।³⁹ लेकिन, इस कानून में बदलाव के एक वर्ष बाद, डॉक्टरों के रिकार्ड जांच करने के बाद पता चला कि परामर्श के अंतर्गत, ज्यादातर गर्भ समापन सेवा दिए जाने के विषय पर ही सलाह दी गई।⁵⁷ यह आश्चर्य की बात नहीं है, क्योंकि यह डॉक्टर परामर्श देने के लिए प्रशिक्षित नहीं थे।

एक उचित संतुलन बनाना और पता लगाना कि औरत की असल आवश्यकता क्या है, जरूरी है। खुले रूप से उपलब्ध गर्भ समापन सेवाओं

के माध्यम से औरतों को परिवार नियोजन और यौनिक स्वास्थ्य संबंधी जानकारियां दी जा सकती हैं, जिससे कि औरतें अपनी सुरक्षा कर सकें। विकसित देशों के अनुभवों से स्पष्ट है कि गर्भ समापन करवाने वाली कुछ ही औरतों को गर्भ समापन के निर्णय से संबंधित “मनोवैज्ञानिक परामर्श” की आवश्यकता पड़ती है, लेकिन उन्हें जानकारी की आवश्यकता होती है। इसमें गर्भ समापन के लिए उपलब्ध विभिन्न प्रकार की प्रक्रियाओं की जानकारी और इनमें से किसे चुना जाए, और गर्भ समापन के बाद क्या खतरे हो सकते हैं, और उनके लिए कहां से मदद मिल सकती है, फिर से यौन संबंध शुरू करने के लिए क्या करना चाहिए, एचआईवी/यौन संक्रमण से बचाव और गर्भ नियोजन संबंधित जानकारी शामिल है। औरत के सहभागी को इसमें शामिल करना संभव हो सकता है, लेकिन केवल औरत के आवेदन पर, जिससे कि उसके गोपनीयता के अधिकार का हनन न हो।

सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं के लिए भुगतान

जहां गर्भ समापन छिप कर और असुरक्षित तरीकों से किया जाता है, वहां औरतें (या उनके सहभागी या परिवार) दवाओं या अपने आप गर्भ समापन करने के अलग अलग तरीकों का उपयोग करती हैं, या छिप कर सेवाएं प्रदान करने वालों को पैसा देकर गर्भ समापन करवाती हैं। दूसरी ओर जन स्वास्थ्य सेवाओं और औरतों, दोनों का ही गर्भ समापन संबंधी समस्याओं पर भी पैसा खर्च हो रहा है, वह भी ऊपरी स्तर के अस्पतालों में, जहां कीमतें वैसे भी सबसे ज्यादा होती हैं।

असुरक्षित गर्भ समापन की कीमतों (आर्थिक और सामाजिक) में न केवल मुश्किल स्थितियों में देखभाल, बल्कि प्रजनन अंगों में दीर्घकालिक विकृतियों, श्रोणी में सूजन और कुछ समय तक बच्चा पैदा न कर पाने जैसी कीमतें भी शामिल हैं। इसके अलावा, रक्तस्राव की स्थिति में, खून की ज़रूरत और असुरक्षित रूप से किए गए गर्भ समापन से जुड़ी अन्य समस्याओं को विकासशील देशों में बढ़ते एचआईवी संक्रमण के परिवेश में देखना भी ज़रूरी है। परिवारों द्वारा चुकाई जाने वाली कीमत, विशेषकर औरत के पहले से मौजूद बच्चों के संदर्भ में, मां की मृत्यु से जुड़ी कठिनाइयां भी शामिल करना ज़रूरी है।

असुरक्षित गर्भ समापन की स्थितियों में अक्सर कीमतों, सुरक्षा और सेवाओं की गुणवत्ता के आधार पर असमानता की स्थिति पाई जाती है। बोलिविया के कुछ अस्पतालों में, जो औरतें गर्भ समापन के प्रयास के लक्षणों के साथ भर्ती की जाती हैं, उनसे सेवाओं के लिए ज़्यादा भुगतान लिया जाता है - और जिनका प्राकृतिक रूप से गर्भ समापन हो गया हो उनसे कम। और यही कारण है कि कुछ औरतों को सेवाएं देर से उपलब्ध हो पाती हैं।⁵⁸ इजिप्ट में, अन्य देशों की तरह ही, छिप कर किए जाने वाले गर्भ समापन के मामलों में, जितनी सुरक्षा दी जाती है, उतना ही ज़्यादा भुगतान लिया जाता है।⁸⁰

ज़्यादातर लेखक स्वीकार करते हैं कि, उप-सहारा अफ्रीकी क्षेत्र के अस्पतालों में, गर्भ समापन संबंधी समस्याओं के लिए किया जा रहा खर्च, उनकी आय के मुकाबले कहीं ज़्यादा है।⁵⁰ बंगलादेश में, प्रसूति विभाग में, लगभग 50 प्रतिशत

मामले गर्भ समापन संबंधी समस्याओं के हैं। औरतें अक्सर, गर्भ समापन के बाद, समस्याओं के काफी गंभीर होने पर ही मदद के लिए आती हैं, जिससे उनके उपचार की कीमत और जटिलता, दोनों बढ़ जाती हैं। इसके अलावा, अप्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं के पास जाने वाली औरतों को प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं के पास जाने वाली औरतों के मुकाबले, सेवा प्राप्त करने के लिए ज़्यादा चक्कर लगाने पड़ते हैं और पैसा भी ज़्यादा खर्च करना पड़ता है।⁶ तन्ज़ानिया में किए गए एक अध्ययन के अनुसार, गर्भ समापन संबंधी समस्याओं पर किया गया हर दिन खर्च, जिसमें दवाओं, खाने, रहने और शल्य चिकित्सा की कीमतें शामिल हैं, स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा वार्षिक हर व्यक्ति बजट से सात गुणा ज़्यादा थी। 455 औरतों में से केवल 3 को उसी दिन सफलतापूर्वक इलाज कर के वापस भेजा जा सका, 25 प्रतिशत को एक दिन के बाद, 50 प्रतिशत को 2 दिन तक रखने की आवश्यकता थी और बाकी औरतों को पूरी तरह से ठीक होने के लिए, 3-5 दिन तक रखना पड़ा।⁸⁰ गयाना में, कानून बदलने से पहले, प्रमुख जन अस्पताल में उपलब्ध लगभग 25 प्रतिशत खून का उपयोग गर्भ समापन संबंधी मामलों के लिए किया गया।⁵⁷

इसलिए जन स्वास्थ्य सेवाओं में सुरक्षित गर्भ समापन की कीमतों में नए प्रकार के खर्च के मुकाबले, ऊंचे स्तर के अस्पतालों में, जटिल मामलों पर किए जाने वाले खर्च को बचाने के लिए, प्राथमिक स्तर पर साधारण प्रक्रियाओं पर किए जाने वाले खर्च में बदलने की ज़रूरत है। सेवा प्रदान किए जाने के लिए औरतों से भुगतान

लिया जाए या नहीं, लेकिन सभी औरतों के लिए, गरीब या वे भी जो पैसा दे सकती हैं, को सुरक्षा प्रदान की जाए।

सुरक्षित गर्भ समापन के लिए ज़रूरी प्रयोजन

लगभग सभी विकसित देशों में आज भी स्त्री रोग विशेषज्ञ ही गर्भ समापन की प्रक्रिया करते हैं, हालांकि यह अनिवार्य नहीं है। स्त्री रोग विशेषज्ञ की ज़रूरत विशेषकर गर्भ धारण के 14 सप्ताह के अंदर गर्भ समापन किए जाने की दशा में नहीं है, क्योंकि अब गर्भ समापन के लिए आवश्यक कुशलताओं को आसान बना दिया गया है और इन देशों में गर्भ समापन संबंधी जटिलताओं की दरें काफी कम हैं।⁷⁵ इसके बदले उचित प्रशिक्षण के बाद दाईयां, या अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता गर्भ समापन सेवा देने के लिए सबसे उचित लोग हैं।

प्रशिक्षकों के प्रशिक्षण, वैक्यूम ऐस्पिरेशन तकनीक के लिए उपकरण व प्रशिक्षण और चिकित्सीय रूप से गर्भ समापन करने के तरीकों में प्रशिक्षण की ज़रूरत है। अनेक देशों में, लंबे समय से गर्भ समापन के गैर कानूनी होने के कारण, अनेक सेवा प्रदाता, डीएंडसी और अन्य पुराने तरीकों से ही गर्भ समापन करते हैं, जिनका उपयोग विकसित देशों में अनेक वर्षों से बंद हो चुका है, क्योंकि इनके कारण मृत्यु होने की संभावनाएं ज़्यादा रहती हैं।

पिछले दशक और उससे ज़्यादा समय में, ज़्यादातर विकासशील देशों में एमवीए तकनीक के उपयोग से, असुरक्षित तरीकों से किए गए अपूर्ण

गर्भ समापन के कारण पैदा हुई स्थितियों का उपचार किया जा रहा है - यह तकनीक डीएंडसी के मुकाबले ज़्यादा सुरक्षित और सस्ती है।⁸² नाइजीरिया में, एमवीए को भर्ती न हुए रोगी विभाग प्रक्रिया की तरह उपयोग किया जाता है, जिससे औरतों के इंतज़ार के समय में काफी कमी आई है, 48-72 घंटों के मुकाबले अब उन्हें केवल 10-15 मिनट ही इंतज़ार करना पड़ता है।⁸³ मृत्यु और अस्वस्थता दरें कम करने के अलावा⁸⁴, वैक्यूम ऐस्पिरेशन तकनीक को गर्भ धारण के 14 सप्ताह तक के गर्भ समापन के मामलों में उपयोग किया जा सकता है, जिससे कि असुरक्षित गर्भ समापन संबंधी समस्याओं को पूरी तरह से मिटाया जा सके। दक्षिण अफ्रीका में, दाईयों को एमवीए में प्रशिक्षण देना नए राष्ट्रीय गर्भ समापन कार्यक्रम की प्रमुख गतिविधि है:

“दाईयों के प्रशिक्षण के दिशानिर्देशों में 160 घंटे का पाठ्यक्रम दिया गया है, जिसमें सैद्धांतिक व वास्तविक प्रक्रियाओं का प्रशिक्षण शामिल है। इस पाठ्यक्रम के अन्य पहलू हैं - कानूनी परिदृश्य और असुरक्षित गर्भ समापन की समस्या, प्रदाता व्यवहार और नैतिकता, बातचीत करने के तरीके और मनोवैज्ञानिक परामर्श तकनीकें, रोगी की जांच व उसे तैयार करना, औषधि विज्ञान, एमवीए तकनीक, संक्रमण नियंत्रण, गर्भ समापन संबंधी समस्याओं का प्रबंध करना, गर्भ समापन के बाद परिवार नियोजन, आपातकालीन गर्भ निरोधक, यौन संक्रमणों की पहचान व उपचार और अनचाहे गर्भ धारण व यौन संक्रमणों से सुरक्षा के लिए दोहरी सुरक्षा रणनीतियां...”⁸⁵

पहले तिमाह में औपरेशन या अन्य चिकित्सीय तरीकों* से गर्भ समापन की सेवा भर्ती न हुए रोग विभाग के माध्यम से, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के रूप में उपलब्ध कराई जा सकती है। दूसरे तिमाह में गर्भ समापन करने की नई तकनीकों में भी पहले के मुकाबले कम कुशलताओं की आवश्यकता होती है। उदाहरण के लिए, 12 से 22 सप्ताह के गर्भ धारण के मामलों में इन्ट्रा वजाइनल मीसोप्रौस्टौल।^{86, 87} जहां गर्भ समापन करवाने वाली औरतों में यौन संक्रमण की संभावना ज्यादा हो, वहां चिकित्सीय तरीके से गर्भ समापन करने से पहले प्रौफिलैक्टिक ऐन्टीबायोटिक उपचार करने से ऊपरी प्रजनन पथ में संक्रमण होने से बचाया जा सकता है।⁸⁸

चीन, क्यूबा और भारत में मीफेप्रिस्टोन-मीसोप्रौस्टोल द्वारा चिकित्सीय गर्भ समापन और औपरेशन से किए गए गर्भ समापन के मामलों की तुलना करते हुए, एक अध्ययन किया गया। इसमें, चिकित्सीय गर्भ समापन को अनेक प्रकार की स्थितियों में सुरक्षित, प्रभावकारी और संतोषजनक पाया गया।⁸⁹ चिकित्सीय गर्भ समापन सेवा उपलब्ध कराए जाने के लिए पूरी तरह से स्थापित सेवाओं की ज़रूरत नहीं है। हालांकि, आपातकालीन स्थिति आ जाने पर, सुरक्षा के लिए वैक्यूम ऐस्पिरेशन की व्यवस्था अवश्य रहनी चाहिए, क्योंकि पहले और दूसरे तिमाह में किए जाने वाले चिकित्सीय गर्भ समापन के मामलों में, जहां कुछ छोटी संख्या में ही सही, लेकिन अपूर्ण गर्भ समापन होने की संभावना रहती है।⁹⁰ अक्सर यह तर्क दिया जाता है कि महिलाएं खुद

चिकित्सीय गर्भ समापन कर सकती हैं, अगर उनके गर्भ धारण को 9 सप्ताह या कम समय हुआ हो, वे पूरी प्रक्रिया को भली भांति समझ कर लागू कर सकती हों, कुछ छोटी-मोटी समस्याओं का उपाय करने में सक्षम हों और गंभीर समस्या आने पर मदद मांग सकें, भ्रूण बाहर आने पर उसे पहचान सकें और उससे भयभीत न हों, पहचान सकें कि गर्भ समापन पूरी तरह से हुआ है कि नहीं और फॉलो-अप के लिए जा सकें या घर पर ही गर्भ धारण जांच कर लेने में सक्षम हों।⁹¹

सुरक्षित उपायों और प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं के साथ-साथ ज़रूरी है कि ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में चलाए जा रहे कार्यक्रम के लिए स्थानीय स्तर पर सुविधाएं उपलब्ध हों। ज़ाम्बिया में पाया गया कि सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं स्थापित करने में, प्रमुख रूप से स्त्री रोग विशेषज्ञों की गैर उपलब्धता बाधाएं पैदा कर रहे थे।⁹² इंडोनेशिया में, डॉक्टरों की गर्भ समापन के विषय में दोहरी मानसिकता के कारण संशोधित कानून को लागू करने में समस्याएं आ रही थीं।⁴¹ बंगलादेश और भारत में अप्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं, जिन तक पहुंचना ग्रामीण क्षेत्र के लोगों के लिए ज्यादा आसान रहता है, को रोकने के लिए कभी कोई कोशिश ही नहीं की गई।^{7, 64} इसके मुकाबले, दक्षिण अफ्रीका में, कानून बदलने के बावजूद, अपंजीकृत सेवा प्रदाताओं के कारण आने वाली समस्याओं के बढ़ते मामलों में अब कानूनी कार्यवाही की जा रही है। दक्षिण अफ्रीका में एक राष्ट्रीय स्तर पर चलाए जा रहे कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य है कि पूरे देश में, गर्भ समापन की सेवा

* ब्रिटेन के बाहर से आई लगभग 2000 औरतों ने इंग्लैंड या वेल्स में गर्भ समापन करवाया, और लगभग सभी औरतें ऐसे देशों से थीं, जहां पहले तिमाह के बाद गर्भ समापन की स्वीकृति नहीं है।

देने के लिए, प्राथमिक और माध्यमिक देखरेख सेवाएं तैयार की जाएं। दक्षिण अफ्रीका के सभी 9 राज्यों ने, किसी मैडिकल स्कूल या ऊपरी स्तर के अस्पताल की मदद से, अपनी योजनाएं तैयार कर ली हैं। नए कानून को लागू करने व इस प्रक्रिया का संचालन करने के लिए, एक राष्ट्रीय सलाहकार समूह का गठन किया गया है, जिसमें स्वास्थ्य सेवा प्रबंधक, मैडिकल स्कूलों के प्रतिनिधि, शिक्षाविद और विशेषज्ञ, नर्सिंग काउंसिल, शोधकर्ता और गैर सरकारी संस्थाएं शामिल हैं। यह समूह हर चार से छह महीने में बैठक करके, सरकार को सभी मुद्दों पर सलाह देगा।⁸⁵

देखरेख की गुणवत्ता

गर्भ समापन सेवाओं को खुले रूप से उपलब्ध करा पाने के लिए ज़रूरी है कि, देखरेख सेवाओं की गुणवत्ता, उन तक पहुंच, उनकी उपलब्धता और उचित दरें, विशेषकर गरीब औरतों की पहुंच में हो। इससे स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को ऐसी सेवा उपलब्ध कराने में मदद मिलती है, जिसके लिए वे जवाबदारी ले सकें। उदाहरण के लिए, गयाना में, हालांकि 1995 में कानून के संशोधन से पहले, छिप कर गर्भ समापन सेवाएं देने वाले ज्यादातर प्रदाता स्वास्थ्य कर्मचारी ही थे, तब भी अस्पतालों में भर्ती होने वाले मामलों में से ज्यादातर मामले (19 प्रतिशत) इन्फैक्शन के थे। कानून में संशोधन होने के बाद, इन्हीं गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं ने अपना संगठन बनाया और स्वेच्छा से रोगनिरोध एंटीबायोटिक दवाएं बांटने लगे। प्रमुख जन अस्पताल में इन्फैक्शन या अपूर्ण गर्भ समापन के कारण दर्ज होने वाले मामलों में, इस संशोधन के लागू करने के शुरुआती छह

महीने में ही, 41 प्रतिशत गिरावट आ गई।⁵⁷

जन स्तर पर खुले रूप से उपलब्ध सेवाओं से, औरतों को भी खुले रूप से सेवा प्रदाता चुनने का मौका मिलेगा, और अगर उनके अधिकारों का हनन होता है या उन्हें उचित सेवाएं उपलब्ध नहीं कराई जातीं, तो वे इसके खिलाफ कार्यवाही कर सकती हैं। कानूनी मान्यता मिलने से, गर्भ समापन करवाने आई औरतों का यौन शोषण करने वाले सेवा प्रदाताओं को भी सज़ा दी जा सकती है, जिसके किस्से अक्सर छिप कर गर्भ समापन करवाने आई औरतों से सुनने को मिलते हैं।⁵⁷ सेवा प्रदाताओं द्वारा सहानुभूतिपूर्ण उपचार दिया जाना भी ज़रूरी है। छिप कर करवाए गए गर्भ समापन के कारण हुई समस्याओं का उपचार कराने आई औरतों के साथ, स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा बुरा व्यवहार और गालियां दिये जाने के मामले लैटिन अमरीका के अध्ययन में सामने आए हैं^{29, 51}। वास्तव में, अनेक देशों में सहानुभूति की कमी एक बड़ी समस्या है। यह समस्या ब्रिटेन और अमरीका जैसे देशों में भी मौजूद है जहां गर्भ समापन सेवाओं को पिछले 30 वर्षों से कानूनी मान्यता प्राप्त है।^{81, 93} दक्षिण अफ्रीका इन समस्याओं का हल निकालने के लिए सेवा प्रदाताओं की कार्यशालाओं के माध्यम से प्रयास कर रहा है, कि सेवा प्रदाताओं के मूल्यों का स्पष्टीकरण और अनचाहे गर्भ वाली औरतों के लिए सहानुभूति और सम्मान की भावना का विकास किया जा सके।⁸⁵

देखरेख सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने और उन पर जांच रखने के लिए अन्य तरीकों में शामिल हैं - एक स्वतंत्र सलाहकार समिति

द्वारा निरीक्षण, राष्ट्रीय बीमा योजना में गर्भ समापन सेवा को शामिल करने के निर्णय, मान्यता प्राप्त संस्थानों द्वारा पालन करने के लिए मानक, सेवा प्रदान करने के लिए निर्धारित शुल्क और रिकार्ड और आंकड़े रखने के निर्देश।^{57, 85} गयाना में इकट्ठा आंकड़ों में औरत की जनसांख्यिकीय जानकारी, गर्भ धारण की अवधि, गर्भ समापन के कारण, किस प्रकार गर्भ समापन किया गया, यदि कोई समस्या आई तो उसका विवरण, और यदि कोई गर्भ निरोधक दिया गया तो उसकी जानकारी लिखना ज़रूरी है। जहां खतरनाक रूप से किए गए गर्भ समापन के मामलों के कारण होने वाली मृत्यु दरें काफी ज़्यादा थीं, वहां इस दर को शून्य तक पहुंचाने के लिए ज़रूरी है कि आधारभूत आंकड़े इकट्ठा किए जाएं।⁵⁷ इसके अलावा, मातृ मृत्यु के कारणों की जांच के अंतर्गत, गर्भ समापन संबंधी सभी औरतों की मृत्यु की नियमित रूप से जांच करने पर, इस प्रक्रिया से जुड़ी जटिलताओं पर प्रकाश पड़ेगा, जिस पर चर्चा करके उचित कार्यवाही के माध्यम से इन खतरों को हटाने का प्रयास किया जा सकता है।* देखरेख सेवाओं तक पहुंच स्थापित करने और उनकी गुणवत्ता में समानता बनाए रखने के लिए स्वास्थ्य सेवा कर्मचारियों के लिए दिशानिर्देश काफी मूल्यवान हैं। द यूके रौयल कौलेज ऑफ औब्स्ट्रेटिशियन्स एंड गाइनाकौलजिस्ट्स ने हाल ही में, साक्ष्य आधारित दिशा निर्देश प्रकाशित किए हैं, जिनमें सेवा उपलब्ध कराने वाली संस्थाओं और औरतों के लिए महत्वपूर्ण जानकारी, गर्भ समापन से पहले

की जाने वाली जांच, गर्भ समापन प्रणालियों, समस्याओं के प्रबंधन और गर्भ समापन के बाद दी जाने वाली सेवाओं के विषय में जानकारी दी गई है।⁹⁴

जन स्तर पर जागरूकता बढ़ाना

हालांकि भारत में गर्भ समापन को वर्ष 1972 से कानूनी मान्यता प्राप्त है, 1997 में महाराष्ट्र के ग्रामीण क्षेत्रों की 67 औरतों के अध्ययन में पाया गया कि उनमें से केवल 18 प्रतिशत को कानूनी मान्यता के विषय में जानकारी थी। 64 प्रतिशत का मानना था कि गर्भ समापन अभी भी गैर कानूनी है, और बाकी औरतों को कुछ भी पता नहीं था। जिन्हें इस विषय में जानकारी थी, उन्हें भी अक्सर पूरी या सही जानकारी नहीं थी। गर्भ समापन के लिए पति की सहमति की ज़रूरत है कि नहीं, किन स्थितियों में गर्भ समापन कराया जा सकता है और उससे जुड़ी समयावधि - इन प्रश्नों के जवाब अस्पष्ट थे।⁶⁴

पोर्टो रीको में, हालांकि 20 वर्षों से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता प्राप्त है (यह उसके अमरीका के साथ राष्ट्रमंडल समझौते के कारण संभव हुआ), पर वहां अभी भी व्यापक स्तर पर यही माना जाता है कि गर्भ समापन गैर कानूनी है। औरतें कहां से गर्भ समापन करवा सकती हैं, इस विषय में जन स्तर पर सीमित जानकारी उपलब्ध है, और अस्पताल अभी भी घुमा फिरा कर बताते हैं कि वहां यह सेवाएं उपलब्ध हैं। मैडिकल स्कूलों के छात्रों को भी नहीं पता कि कानूनी अनुमति है या नहीं।⁹⁵

* कौन्फिडेंशियल इन्क्वायरी इन्टू मेटर्नल डैथ्स इन द यूके शीर्षक के अंतर्गत, लंदन की रानी के लेखन कार्यालय से, हर तीन वर्ष में लेख परीक्षण संग्रह छपता है।

मोज़ाम्बीक में, हालांकि गर्भ समापन को कानूनी मान्यता नहीं दी गई है, गर्भ समापन से होने वाली मृत्यु दरों पर नियंत्रण रखने के लिए, मापूतो शहर के प्रमुख अस्पताल में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं 1981 से उपलब्ध हैं। लेकिन, 1997 में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि हाल ही में छोटे शहरों से बड़े शहरों में आई युवतियां, जिनका कोई एक स्थिर साथी नहीं था, जो गरीब परिवारों से थीं, जिन्होंने गर्भ निरोधकों का उपयोग नहीं किया और जिन्होंने पहले कभी गर्भ समापन नहीं करवाया था, उनके पास इस अस्पताल में सुरक्षित गर्भ समापन सेवा मौजूद होने के विषय में जानकारी होने की संभावना कम थी। उनकी, छिप कर गर्भ समापन सेवा प्राप्त करने की संभावना रहती है, जिसके कारण समस्याएं पैदा हो जाती हैं, और इन समस्याओं के उपचार के लिए भी वे उसी अस्पताल में जाती हैं, जहां उन्होंने गर्भ समापन करवाया था। इसलिए जिन औरतों को ज़्यादा खतरा है, उन्हें ही सबसे कम जानकारी उपलब्ध है।⁹⁶

इसलिए, जहां गर्भ समापन पहले असुरक्षित था, वहां जन स्तर पर व्यापक जागरूकता होने पर ही गर्भ समापन को सुरक्षित बनाया जा सकता है। औरतों को जानकारी होनी चाहिए कि सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं को न केवल कानूनी मान्यता प्राप्त है, बल्कि वे उपलब्ध भी हैं।

निष्कर्ष

बदलते राष्ट्रीय गर्भ समापन कानूनों से पैदा होने वाली समस्याओं के बावजूद, काफी कुछ किया जा सकता है। महिला स्वास्थ्य समूह और अन्य पैरवी करने वाले समूह, सांसद और स्वास्थ्य

कर्मचारी मिलकर, औरतों के अधिकार के लिए काम कर सकते हैं, जिससे उनकी असुरक्षित गर्भ समापन के कारण मृत्यु न हो और यह सुनिश्चित किया जा सके कि उन्हें जटिल समस्याओं के लिए उपचार मिल सके। वे अस्पतालों से औरतों और प्रशिक्षित सेवा प्रदाताओं के खिलाफ पुलिस में रिपोर्ट न करने के लिए दबाव डाल सकते हैं, और साथ ही गर्भ समापन को गैर अपराधीकृत करने के लिए पैरवी कर सकते हैं। जिन देशों में कानून प्रमुख अडचन नहीं हैं, वहां वे सुरक्षित गर्भ समापन प्रणालियों, सेवा प्रदाताओं और सेवाओं के पंजीकरण के लिए नियमों में संशोधन, और सेवा प्रदाताओं के लिए अच्छे प्रशिक्षण के लिए अभियान भी चला सकते हैं। इसके अलावा, वे इन सेवाओं तक औरतों की पहुंच, उनकी दरों और सेवाओं की गुणवत्ता का निरीक्षण भी कर सकते हैं।^{97, 98}

इस सेवा के लिए समर्पित डॉक्टर, इस स्थिति में एक महत्वपूर्ण बदलाव ला सकते हैं, उदाहरण के लिए, गर्भ समापन समस्याओं के उपचार में⁹⁹, कानून की एक उदार व्याख्या करके और जहां कानूनी वैधता है, वहां सुरक्षित सेवाएं प्रदान करके⁹², और प्रदाताओं को सुरक्षित प्रणालियों में प्रशिक्षण देकर, जिससे कि मृत्यु और अस्वस्थता दरें कम की जा सकें।^{96, 100} जहां पर कानूनी बदलाव नहीं हुए हैं या बहुत जल्द होने की संभावना भी नहीं है, वहां भी गर्भ समापन सेवाओं और सेवा प्रदाताओं की जवाबदेही में सुधार होने से स्थिति में सकारात्मक बदलाव लाए जा सकते हैं। इसके अलावा, न्यायालय ऐसे आदेश दे सकते हैं, जिससे गर्भ समापन कराने

वाली औरतों को कम समय का कारावास हो, और कानून बदलने के नए रास्ते खुल सकें। ऐसा 1990 के दशक में नेपाल में हुआ¹⁰¹, और स्पेन जैसे देशों में 1970 के दशक में।

गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए कानूनी संशोधन जरूरी हैं, लेकिन अपने आप में काफी नहीं हैं। जहां गर्भ समापन को कानूनी मान्यता प्राप्त नहीं है, वहां औरतें अभी भी संवेदनशील स्थिति में हैं, क्योंकि सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित नहीं है, अधिकारों के हनन के मामलों को चुनौती नहीं दी जा सकती और औरतें और सेवा प्रदाता, दोनों पर ही कानूनी कार्यवाही, पैसे एंटे जाने, और सामाजिक और प्रदाता कलंक लगने का खतरा बना रहता है। चोरी-छिपे सेवाएं प्रदान करने के माहौल में, समस्याओं के उपचार या सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं के लिए प्रदाताओं का समर्पण, हालांकि बेहद महत्वपूर्ण है - लेकिन यह कानूनी ढांचे और राष्ट्रीय स्तर के कार्यक्रमों की कमी को पूरा नहीं कर सकता। लंबे समय में गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए इसका गैर अपराधीकरण करना जरूरी है।

हालांकि, कानून एवं नीति और औरतों के अधिकार इस मुद्दे के अहम पहलू हैं, असुरक्षित गर्भ समापन को सुरक्षित बनाना, सभी सरकारों की जन स्वास्थ्य के प्रति जिम्मेदारी में सबसे ऊपर है। इसके अलावा, गर्भ समापन को सुरक्षित बनाकर मातृ मृत्यु दर को कम करना, कायरो में वर्ष 1994 में दी गई वचनबद्धता का भी महत्वपूर्ण अंश है, जिसकी 1999 की कायरो+5 बैठक में फिर से पुष्टि की गई। सभी देश यदि एक बार गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के लिए प्रतिबद्धित

हो जाएं, तो वे इस लेख में दिए गए व्यवहारिक बदलावों के सुझावों को कुछ ही वर्षों में लागू कर सकते हैं।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* संपादक, रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स।

ई-मेल: marge@rhmjournals.org.uk

संदर्भ

1. World Health Organization. [WHO/RHT/MSM/97.16.] Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion. Geneva: 1998.
2. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York: Alan Guttmacher Institute; 1999 [Table 1 adapted from p. 38].
3. Clandestine abortion: a Latin American reality. New York: Alan Guttmacher Institute; 1994.
4. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in south central and southeast Asia. *Int Fam Plan Perspec* 1997;23(2):59-67.
5. Rodriguez K, Strickler J. Clandestine abortion in Latin America: provider perspectives. *Women Health* 1999;28(3):59-75.
6. Ahmed S, Islam A, Khanum PA, et al. Induced abortion: what's happening in rural Bangladesh. *Reprod Health Matters* 1999;7(14):19-29.
7. Makinwa-Adebusoye P, Singh S, Audam S. Nigerian health professionals' perceptions about abortion. *Int Fam Plan Perspec* 1997;3(4):148-54 [In [2], p. 36].
8. Mahomed K, Healy J, Tandon S, et al. Improved treatment of abortion complications and postabortion family planning in Zimbabwe. Presented at 120th Annual Meeting, November 8-12, 1992, American Public Health Association, Washington, DC.
9. Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. Presented at Annual Meeting, 27-29 March, 1997, Population Association of America, Washington, DC. Data were obtained from Demographic and Health Surveys and World Fertility Surveys.

10. Singh S, Henshaw S. The incidence of abortion: a worldwide overview. Presented at Seminar on Socio-Cultural and Political Aspects of Abortion from an Anthropological Perspective, 25–28 March 1996, Trivandrum, India.
11. Desgrees du Lou A, Msellati P, Viho I, et al. Le recours a l'avortement provoqu e a Abidjan. Une cause de la baisse de la fecondite? *Population* 1999;54(3):427–46.
12. Laughrin AK, West SL, Seligman BH, et al. Abortion and contraception in Kazakhstan, Kyrgyzstan, and Uzbekistan: the provider perspectives (preliminary results). Unpublished, 1994.
13. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *Int Fam Plan Perspec* 1998;24(3):117–27.
14. Frejka T, Atkin LC. The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America. In: Guzman JM, Singh S, Rodriguez G, et al., editors. *The fertility transition in Latin America*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 179–91.
15. Huntington D. Advances and challenges in postabortion care operations research: summary report of a global meeting. New York: Population Council; 19–21 January, 1998.
16. Bastianelli C, Lucantoni V, Papale S, et al. Contraccezione e interruzione volontaria della gravidanza. Indagine conoscitiva su di un campione di 500 donne (Contraception and induced abortion. Study of a sample of 500 women). *Minerva Ginecol* 1996;48(9): 359–63.
17. Pile J, Ciloglu AG, Cagatay L, et al. The quality of abortion services in Turkey 1998 [In [15]].
18. Price SJ, Barrett G, Smith C, et al. Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. *Public Health* 1997;111(6):377–82.
19. Georges E. Abortion policy and practice in Greece. *Soc Sci Med* 1996;42(4):509–19.
20. Rasevic M. Yugoslavia: abortion as a preferred method of birth control. *Reprod Health Matters* 1994;2(3): 68–74.
21. Geldstein RN, Pantelides EA. Double subordination, double risk: class, gender and sexuality in adolescent women in Argentina. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):121–31.
22. Palma I, Quilodran C. Adolescent pregnancy in Chile today: from marriage to abortion. *Reprod Health Matters* 1995;3(5):12–21.
23. Adjase ET. "Hu M'Ani So Ma Me Nti" (Two Heads are Better than One): teenage sexuality, unwanted pregnancy and the consequences of unsafe abortion in Sunyani district, Ghana. MA thesis, Amsterdam: Royal Tropical Institute; 1997.
24. Lema VM, Rogo KO, Kamau RK. Induced abortion in Kenya: its determinants and associated factors. *East Afr Med J* 1996;73(3):164–8.
25. Belanger D, Khuat TH. Young single women using abortion in Hanoi, Vietnam. *Asia Pac Popul J* 1998;13:3–26.
26. Belanger D, Khuat TH. Single women's experiences of sexual relationships and abortion in Hanoi, Vietnam. *Reprod Health Matters* 1999;7(14):71–82.
27. Calves AE, Meekers D. Gender differentials in premarital sex, condom use, and abortion: a case study of Yaounde, Cameroon. Population Services International Research Division Working Paper No. 10, 1997, Washington, D.C.
28. Petchesky RP, Judd K, editors. *Negotiating reproductive rights: women's perspectives across countries and cultures*. London: Zed Books; 1998.
29. Gillespie R. Voluntary childlessness in the UK. *Reprod Health Matters* 1999;7(13):43–53.
30. Casas-Becerra L. Women prosecuted and imprisoned for abortion in Chile. *Reprod Health Matters* 1997;5(9): 29–36.
31. Johansson A, Nguyen Thu Nga, Tran Quang Huyx, et al. Husbands' involvement in abortion in Vietnam. *Stud Fam Plan* 1998;29(4):400–13.
32. Wu T, Parish WL. The one-child policy and induced abortion in Jilin, China. Presented at Annual Meeting, May 5–7, 1994, Population Association of America, Miami.

33. Johansson A, Nham Tuyet LT, Lap NT, et al. Abortion in context: women's experience in two villages in Thai Binh province, Vietnam. *Int Fam Plan Perspec* 1996;22(3):103-7.
34. Westley SB. Evidence mounts for sexselective abortion in Asia. *Asia-Pac Popul Policy* 1995;34(May-Jun):1-4.
35. In: David H, Rademakers J. Lessons from the Dutch abortion experience. *Stud Fam Plan* 1996;27(6):341-3.
36. Henshaw SK. Induced abortion: a world review, 1990. *Fam Plan Perspec* 1990;22(2):76-89.
37. Rahman A, Katzive L, Henshaw SK. A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *Int Fam Plan Perspec* 1998;24(2):56-64.
38. Gursoy A. Abortion in Turkey: a matter of state, family or individual decision. *Soc Sci Med* 1996;42(4): 531-42.
39. Nunes FE, Delph YM. Making abortion law reform happen in Guyana: a success story. *Reprod Health Matters* 1995;3(6):12-23, See also [57].
40. Choice on Termination of Pregnancy Act. Republic of South Africa. *Reprod Health Matters* 1996;5(9):116-8.
41. Djohan E, Indrawasih R, Adenan M, et al. The attitudes of health providers towards abortion in Indonesia. *Reprod Health Matters* 1993;1(2):32-40.
42. Barbados Medical Termination of Pregnancy Act, 1983-4, Supplement to Official Gazette, Barbados, 17 February, 1983.
43. Tietze C, Henshaw SK. In: *Abortion: a world review*. New York: Alan Guttmacher Institute; 1986. p. 26.
44. Gabriel A. Amathila goes it alone. *Sister Namibia* 1997;(September/October).
45. Bill proposes to allow some abortions under health care system. *Conscience* 1997;18(3):31.
46. Bill to ease abortion restrictions narrowly defeated: Portugal. *Conscience* 1997;18(1):34.
47. Abortion debate in Mexico. Press release, Grupo de Informacion en Reproduccion Elegida. Mexico City, October 1998.
48. Tornaria C. Aborto: debate reabierto. *Mujer/ Fempress* 1994;148/149(Feb/Mar): 4.
49. Baltar da Rocha MI. The abortion issue in Brazil: a study of the debate in Congress. *Estudos Feministas* 1996;4(2):505-22.
50. See for example Benson J, Nicholson LA, Gaffikin L, et al. Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review. *Health Policy Plan* 1996;11(2):117-31.
51. Langer A, Garcia-Barrios C, Heimburger A, et al. Improving post-abortion care in a hospital in Oaxaca, Mexico. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):20-8.
52. Arilha M, Barbosa RM. Cytotec in Brazil: at least it doesn't kill. *Reprod Health Matters* 1993;1(2):41-52.
53. Costa SH. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obst* 1998;63(Suppl. 1):S131-139.
54. Fonseca W, Misago C, Freitas P, et al. Socio-demographic, reproductive and clinical characteristics of abortion patients hospitalised in southern Brazil. *Cadernos Saude Publica* 1998;14(2):279-86.
55. Faundes A, from data from the Sistema de Informac~oes Hospitalares do Sistema Unificado de Saude, 1998, in [2].
56. Faundes A, Santos LC, Carvalho M, et al. *Adv Contracept* 1996;12(1):1-9.
57. See Nunes F, Delph Y. Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):66-76.
58. Diaz J, Loayza M, Torres Y, et al. Evaluation of a strategy for improving the quality of services and contraceptive acceptance in the post-abortion period in three public sector hospitals in Bolivia. 1998. In [15].
59. Okagbue I. Pregnancy termination and the law in Nigeria. *Stud Fam Plan* 1990;21(4):197-208.
60. Kissling F. Abortion: the link between legality and safety. *Reprod Health Matters* 1993;1(2):65-7.
61. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 1993;341:1258-61.

62. Hajaj Gonzalez C, Marques-Dias MJ, Chong AK, et al. *Lancet* 1998;351:1624–7.
63. Koster-Oyekan W. Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Soc Sci Med* 1998;46(10):1303–12.
64. Gupte M, Bandewar S, Pisal H. Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):77–86.
65. Khan ME, Rajagopal S, Barge S, et al. Situation analysis of medical termination of pregnancy (MTP) services in Gujarat, Maharashtra, Tamil Nadu and Uttar Pradesh 1998, In [15].
66. Banwell SS, Paxman JM. The search for meaning: RU486/PG, pregnancy and the law of abortion. *Amer J Pub Health* 1992;82(10):1399–406.
67. Yishai Y. Public ideas and public policy: abortion politics in four democracies. *Comp Polit* 1993;25(2): 207–28.
68. Smyth L. Narratives of Irishness and the problem of abortion: the X case 1992. *Feminist Rev* 1998;60(Autumn): 61–83.
69. Lassey AT. Complications of induced abortions and their prevention in Ghana. *East Afr Med J* 1995;72(12): 774–7.
70. Malaysia Act A727 of 1989. In: *Annual Review of Population Law*, vol. 16. 1989. p. 32 [In [36]].
71. Abortion Statistics 1997: England and Wales. Pro-Choice Alliance, London. From: Office for National Statistics Monitors AB 98/3 & 4, 26 June 1998. See [75].
72. Alvarez-Lajonchere C. Commentary on abortion law and practice in Cuba. *Int J Gynecol Obst* 1989;3(Suppl):93–5.
73. Kamal MG, Kabir GM, et al. Study on interventions necessary for preventing rejection of MR clients. Dhaka: Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion; 1990.
74. The Swedish Abortion Act. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 1995 (leaflet).
75. Roe J, Francome C, Bush M. Recruitment and training of British obstetrician-gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *Reprod Health Matters* 1999;7(14):97–105.
76. Stevens M, Xaba M. Commentary [on 40 above]. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):119.
77. Meyers C, Woosq RD. An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse. *J Med Ethics* 1996;22(2):115–20.
78. Soderberg H, Andersson C, Janzon L, et al. Continued pregnancy among abortion applications. A study of women having a change of mind. *Acta Obstet Gyn Scan* 1997;76(10):942–7.
79. Singh K, Fai FY, Prasad RN, et al. Abortion trends in Singapore: a 25year review. *J Pediat Adolescent Gynecol* 1996;9(1):27–30.
80. Lane SD, Jok JM, El-Mouelhy MT. *Soc Sci Med* 1998;47(8):1089–99.
81. Mpangile GS, Leshabari MT, Kihwele DJ. Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. *Reprod Health Matters* 1993;1(2):21–31.
82. Johnson BR, Benson J, Bradley J, et al. Costs of alternative treatments for incomplete abortion. Policy Research Working Papers WPS 1072. Washington DC: World Bank, Population and Human Resources Department; 1993.
83. McLaurin KE. A pro-active approach: meeting women's needs for abortion care in restrictive environments. Paper presented at 119th Annual Meeting, November 11–14, 1991, American Public Health Association, Atlanta GA.
84. Rogo KO et al. Strategies to reduce morbidity and mortality due to unsafe abortion at the community level. *East Afr Med J* 1999;76(Suppl November).
85. Dickson-Tetteh K, Rees H. Efforts to reduce abortion-related mortality in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London: Blackwell Science for RHM; 1999.
86. Bugalho A, Bique C, Alemida L, et al. The effectiveness of intravaginal misoprostol (Cytotec) in inducing abortion after 11 weeks of pregnancy. *Stud Fam Plan* 1993;24(5): 319–23.

87. See also Carbonell JL, Varela L, Velazco A, et al. Vaginal misoprostol for abortion at 10–13 weeks' gestation. *European J Contracep Reprod Health Care* 1999;4(1):35–40.
88. Blackwell A et al. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet* 1993;342:206–10.
89. Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative study of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *Amer J Obst Gynecol* 1997;176:431–7.
90. Population Council. Medical methods of early abortion in developing countries: a consensus statement. *Contraception* 1998;58:257–9.
91. Ellertson C, Elul B, Winikoff B. Can women use medical abortion without supervision? *Reprod Health Matters* 1997;5(9):149–61.
92. Castle MA, Likwa R, Whittaker M. Observations on abortion in Zambia. *Stud Fam Plan* 1990;21:231–5.
93. Joffe C. *Doctors of conscience: the struggle to provide abortions before and after Roe v. Wade*. Boston: Beacon Press; 1995.
94. The care of women requesting induced abortion. Evidence-Based Guideline No. 7. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2000.
95. Azize-Vargas Y, Aviles LA. Abortion in Puerto Rico: the limits of colonial legality. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):56–65.
96. Hardy E, Faundes A, Bugalho A, et al. Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique. *Reprod Health Matters* 1997;5(9):108–15.
97. See for example Lamas M. The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico. *Reprod Health Matters* 1997;5(10):58–67.
98. See also Bellucci M. Women's struggle to decide about their own bodies: abortion and sexual rights in Argentina. *Reprod Health Matters* 1997;5(10):99–106.
99. Mora M, Villarreal J. Unwanted pregnancy and abortion: Colombia. *Reprod Health Matters* 1993;1(2):11–20.
100. Rogo K, Orero S, Oguttu M. Preventing unsafe abortion in Western Kenya: an innovative approach through private physicians. *Reprod Health Matters* 1998;6(12):77–83.
101. Ramaseshan G. Women imprisoned for abortion in Nepal: report of a Forum Asia fact-finding mission. *Reprod Health Matters* 1997;5(10): 133–8

भारत में गर्भ समापन कानून, नीति और सेवाएं: एक आलोचनात्मक समीक्षा

सिद्धिविनायक एस. हिरवे*

सारांश:

30 वर्षों से मौजूद उदार कानूनों के बावजूद, भारत की ज्यादातर महिलाओं को सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं। यह लेख, भारत में 1960 के दशक से उपलब्ध गर्भ समापन कानून और नीतियों के इतिहास और गर्भ समापन सेवाओं पर किए गए अध्ययनों की आलोचनात्मक समीक्षा करता है। 1971 के चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम का वर्ष 2002 और 2003 में संशोधन किया गया। इन संशोधनों के अंतर्गत गर्भ समापन सेवाओं का विकेंद्रीकरण कर, उन्हें जिला स्तर पर उपलब्ध कराया गया। इनमें असुरक्षित गर्भ समापन प्रणालियों को रोकने के लिए सजा के प्रावधान, सुरक्षित गर्भ समापन चिकित्सालय प्रदान करने के लिए अनिवार्य भौतिक आवश्यकताएं, और चिकित्सीय गर्भ समापन की स्वीकृति शामिल है। इन सभी का उद्देश्य था कि सुरक्षित सेवाएं बढ़ाई जा सकें। इस अधिनियम में प्रस्तावित संशोधनों के अंतर्गत लिंग चयनात्मक गर्भ समापन पर रोक लगाना अनैतिक होता और इससे गोपनीयता भंग होती है, इसलिए उन्हें पारित नहीं किया गया। कुछ समस्याएं, जिनका अभी भी सामना करना पड़ता है, में शामिल है - दोनों, प्राइवेट और जन स्वास्थ्य प्रणालियों में सेवा प्रदाताओं का अपर्याप्त विनियमन, केवल डॉक्टरों को गर्भ समापन करने की अनुमति होना (जिसके कारण मध्य-स्तरीय प्रदाताओं का छूट जाना) और पंजीकृत शहरी अस्पतालों के मुकाबले ग्रामीण क्षेत्रों में कम संख्या में पंजीकृत अस्पताल होना - यह सभी इन सेवाओं तक औरतों की पहुंच को सीमित रखने के कारण बन जाते हैं। कानून की अपर्याप्त जानकारी, अनावश्यक पति की स्वीकृति की ज़रूरत, गर्भ समापन से जुड़े गर्भ निरोधान के लक्ष्य, और अनौपचारिक और ऊँची सेवा शुल्क भी बाधक के रूप में काम करते हैं। सेवा प्रदाताओं का प्रशिक्षण, पंजीकरण प्रक्रियाओं को सरल बनाना, अस्पताल और सेवा प्रदाता की स्वीकृतियों को एक दूसरे से अलग करना, और नीतियों को नवीनतम तकनीकों, अध्ययन और सबसे बढ़िया प्रथाओं से जोड़ना - यह कुछ महत्वपूर्ण उपाय हैं, जो औरतों की, सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच सुधारने में मदद कर सकते हैं। © 2004 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार आरक्षित।

मुख्य शब्द: गर्भ समापन कानून एवं नीति, गर्भ समापन सेवाएं, सरकारी बनाम प्राइवेट सेवाएं, भारत में लिंग निर्धारण पर प्रतिबंध, भारत

भारतीय दंड संहिता 1862 और अपराधिक दंड संहिता 1898, जिनका मूल ब्रिटिश औफैन्सेज़ अगेन्स्ट द पर्सन ऐक्ट 1861 में है, के अंतर्गत केवल औरत की जान को बचाने की स्थिति को छोड़कर गर्भ समापन को औरत और सेवा प्रदाता, दोनों के लिए आपराधिक कृत्य बना दिया गया। 1960 और 70 के दशकों में पूरे यूरोप और अमरीका में गर्भ समापन कानूनों में उदारीकरण का चरण आया, जो विश्व के अन्य भागों में 1980 के दशक में जारी रहा।^{1,2} भारत में गर्भ समापन कानून के उदारीकरण की प्रक्रिया वर्ष 1964 में, असुरक्षित गर्भ समापनों के कारण मातृ मृत्यु दरों की बहुत ऊँची दरों के संदर्भ में शुरू हुई। डॉक्टरों के पास नियमित रूप से, अप्रशिक्षित प्रदाताओं द्वारा असुरक्षित गर्भ समापन प्रक्रियाओं के उपयोग के कारण, गंभीर रूप से अस्वस्थ या मृत्यु की कगार पर औरतें आती थीं। उन्हें अहसास हुआ कि गर्भ समापन करवाने वाली औरतें ज्यादातर विवाहित थीं और उन पर अपने गर्भ को छिपाने का कोई सामाजिक दबाव नहीं था। गर्भ समापन के गैर अपराधीकरण से यह औरतें कानूनी मान्यता प्राप्त और सुरक्षित जगहों पर गर्भ समापन करवा सकती हैं।³

भारत सरकार द्वारा नियुक्त शाह कमिटी ने गर्भ समापन संबंधी सामाजिक-सांस्कृतिक, कानूनी और चिकित्सीय पहलुओं का अध्ययन किया और वर्ष 1966 में सुझाव दिया कि सहानुभूति और चिकित्सीय कारणों से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दी जाए, जिससे कि औरतों के स्वास्थ्य पर होने वाली हानि को बचाया जा सके।⁴ हालांकि कुछ राज्यों ने प्रस्तावित कानून को जनसंख्या कम

करने की रणनीति के रूप में देखा⁵, शाह कमिटी ने इस उद्देश्य से स्पष्ट रूप से इंकार कर दिया। गर्भ समापन कानून के उदारीकरण का विरोध करने वाले सामाजिक-धार्मिक समूहों के विरोध को कम करने के लिए इसे “चिकित्सीय गर्भ समापन” का नाम दिया गया। चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम, संसद द्वारा 1971 में पारित किया गया और इसके अंतर्गत, जम्मू कश्मीर के अलावा, भारत के सभी राज्यों में गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दे दी गई।

लेकिन उदारवादी कानून अपनाए जाने के 30 वर्षों के बाद भी भारत में औरतों को सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं प्राप्त नहीं हैं। यह लेख भारत में गर्भ समापन संबंधी कानून और नीतियों के संशोधनों के इतिहास और 1960 के दशक के बाद से हुए रोग-विज्ञान तथा सेवाओं की गुणवत्ता संबंधी अध्ययनों का आलोचनात्मक अध्ययन करता है। इसमें सबसे बढ़िया प्रथाओं में आने वाली बाधाओं की पहचान करके, सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच बढ़ाने के लिए ज़रूरी नीति संशोधन और कार्यक्रमों के सुझाव दिए गए हैं।

चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम 1971 और दिशानिर्देश 1975

चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम (1971, संख्या 34)⁶ के अंतर्गत, यदि गर्भ समापन करवाने वाली महिला को, एक पंजीकृत ऐलोपैथिक चिकित्सक द्वारा किसी भी प्रकार की चोट पहुंचती है तो, चिकित्सक को किसी भी प्रकार की कानूनी या आपराधिक कार्यवाही से सुरक्षा प्राप्त है, बशर्ते कि गर्भ समापन विश्वास में, अधिनियम की शर्तों के अंतर्गत किया गया हो। इस अधिनियम के

अंतर्गत, 20 सप्ताह तक के गर्भ का समापन करने की अनुमति है, और अगर गर्भ 12 सप्ताह से ज्यादा समय का हो, तब दूसरे चिकित्सक की राय लेना ज़रूरी है। गर्भ समापन के कानूनी कारणों में शामिल है - महिला के वर्तमान या भावी वातावरण में, उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को गंभीर क्षति पहुंचने की संभावना, जैसे कि गर्भ नियोजन विफल हो जाने के कारण गर्भ धारण हो जाना, या मानवीय कारणों से, यौन अपराधों के कारण गर्भ धारण, जैसे कि बलात्कार या मानसिक रूप से अस्वस्थ महिला के साथ यौन संबंध स्थापित किया जाना, या प्रजनन विज्ञान संबंधी कारणों से, जहां डर हो कि, बच्चे में पैदा होने पर निश्चित रूप से कोई विकलांगता या बीमारी हो सकती है। कानून के अंतर्गत, किसी भी सरकारी अस्पताल में गर्भ समापन की सेवा दिए जाने की अनुमति है, लेकिन प्राइवेट अस्पताल को स्वीकृति या सेवा का प्रमाणीकरण प्राप्त करना ज़रूरी है।

महिला के जीवन की सुरक्षा की स्थिति में गर्भ समापन के संदर्भ में कानून में छूट दी गई है: डॉक्टरों को नियम के अनुसार अनुभव या प्रशिक्षित होने की ज़रूरत नहीं है, लेकिन उसका ऐलोपैथिक चिकित्सक के रूप में पंजीकृत होना ज़रूरी है, 12 सप्ताह से ज्यादा के गर्भ के लिए दूसरे डॉक्टरों की स्वीकृति की ज़रूरत नहीं है और सेवा प्रदाता के क्लीनिक को पहले से प्रमाणीकरण की ज़रूरत नहीं है।

चिकित्सीय गर्भ समापन नियम और विनियम 1975⁷ के अंतर्गत गर्भ समापन चिकित्सालय के प्रमाणीकरण के लिए ज़रूरी मापदंड और प्रक्रियाएं, स्वीकृति की प्रक्रियाएं, रिकार्ड और रिपोर्ट रखने

और गोपनीयता बनाए रखने की प्रक्रियाएं परिभाषित की गई हैं। किसी भी अस्पताल या क्लीनिक में, जिसे सरकारी स्वीकृति न हो, गर्भ समापन किया जाना गैर कानूनी है और पूर्व स्वीकृति लेने की ज़िम्मेदारी अस्पताल की है।

भारत में गर्भ समापन 1970-2000

1972 से 1986 के बीच, गर्भ समापन को कानूनी मान्यता मिलने के शुरुआती वर्षों में, स्वीकृति प्राप्त गर्भ समापन चिकित्सालयों और इनके द्वारा रिपोर्ट किए गए गर्भ समापन के मामलों की संख्या में थोड़ी ही (8-10 प्रतिशत) बढ़त हुई। इसके मुकाबले, 1980 के दशक के अंत में और 1990 के दशक में, स्वीकृति प्राप्त चिकित्सालयों में किए जाने वाले गर्भ समापन के मामलों की संख्या में कमी आने लगी।⁶ 1997 में, स्वीकृत चिकित्सालयों में से दो-तिहाई शहरों में स्थित थीं, जिससे शहर और गांव में उपलब्ध चिकित्सालयों के बीच अबराबरी झलकती है, वह भी ऐसे देश में जो अभी भी मुख्य रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में ही बसता है।⁸ 1990 के दशक के मध्य में, कुल गर्भ समापनों के केवल 10 प्रतिशत मामले ही सरकार को रिपोर्ट किए गए।⁹⁻¹¹ स्वीकृति प्राप्त चिकित्सालयों के बाहर होने वाले गर्भ समापनों के आंकड़े मुश्किल से प्राप्त होते हैं और अविश्वसनीय होते हैं। 1990 के दशक की शुरुआत से प्राप्त अनुमानों से लेकर वर्तमान समय के अनुमानों के अनुसार, हर एक कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन के मुकाबले, होने वाले गैर कानूनी गर्भ समापन 2-11 के बीच होते हैं।^{3,12,13} हालांकि ज़रूरी नहीं है कि सभी अस्वीकृत चिकित्सालयों में किए गए गर्भ समापन असुरक्षित हों, यह माना जा

सकता है कि सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं उचित संख्या में उपलब्ध नहीं हैं। अधिकतर राज्यों में, 20 प्रतिशत से भी कम प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध हैं।^{14,15} और जहां उपलब्ध हैं, वहां भी, औरतें प्राइवेट अस्पतालों में ही गर्भ समापन करवाना पसंद करती हैं, जिसके कारण जन चिकित्सालयों का उपयोग नहीं होता। इसके अलावा दोनों, प्राइवेट और जन स्वास्थ्य प्रणालियों में गर्भ समापन सेवाओं की गुणवत्ता, काफी कमजोर रहती है, चाहे वह उपयोग की जाने वाली तकनीकें, मनोवैज्ञानिक परामर्श, एकांतता या गोपनीयता हो। ज़्यादातर डॉक्टर अभी भी शुरुआती चरणों में गर्भ समापन के लिए डायलेशन और क्यूटरेज (डीएंडसी) का ही उपयोग करते हैं, और कुल प्रदाताओं में से एक चौथाई से भी कम वैक्यूम एस्पिरेशन का।^{8,16} गर्भ समापन को कानूनी स्वीकृति मिलने के विषय में बहुत कम जागरूकता है और महिलाओं तथा प्रदाताओं, दोनों के बीच इससे संबंधित कई भ्रांतियां भी पाई जाती हैं।¹⁷⁻²¹

वर्ष 2000 से अब तक गर्भ समापन कानूनों में संशोधन

भारत ने विभिन्न अंतर्राष्ट्रीय मंचों में मानव अधिकारों व प्रजनन अधिकारों के लिए वचनबद्धता दी है।²²⁻²⁵ विभिन्न सरकारी और गैर सरकारी संस्थाओं, व्यावसायिक संगठनों और सक्रियतावादियों के साथ विचार विमर्श के बाद, भारतीय संसद ने चिकित्सीय गर्भ समापन (संशोधित) अधिनियम, 2002 पारित किया और 2003 में उसके नियम और विनियमों को संशोधित किया।^{26,27} चिकित्सालयों के पंजीकरण से संबंधित

प्रक्रियाओं की जटिलता को कम करने के प्रयास में, नए अधिनियम ने गर्भ समापन चिकित्सालयों का नियंत्रण विकेन्द्रीकृत करके, उसकी ज़िम्मेदारी राज्य स्तर से ज़िला स्तर पर दे दी है। इसके अंतर्गत, व्यक्तिगत प्रदाताओं और चिकित्सालयों के मालिकों द्वारा सरकारी स्वीकृति लिए बिना गर्भ समापन करने पर 2-7 वर्ष की कैद की सज़ा भी निर्धारित की गई है। प्रशासनिक देरी के समय को कम करने के लिए, संशोधित चिकित्सीय गर्भ समापन नियमों²⁷ के अंतर्गत पंजीकरण के लिए एक निश्चित समयावधि निर्धारित कर दी गई है। ज़िला कमिटी को निर्देश दिया गया है कि वे आवेदन प्राप्त करने के दो महीने के अंदर चिकित्सालय की स्थलीय जांच करके, यदि कोई अनियमितता न पाई गई हो, तो अगले दो महीने के अंदर ही स्वीकृति की प्रक्रिया को समाप्त कर दें। चिकित्सालय में अनियमितता पाए जाने की स्थिति में, उसे पूरा कर दिए जाने के दो महीने के अंदर स्वीकृति मिल जानी चाहिए। लेकिन, संशोधित चिकित्सीय गर्भ समापन नियमों में, निर्धारित समयावधि में प्रक्रियाएं समाप्त न किए जाने की स्थिति के लिए कोई कदम नहीं दिए गए हैं।

दूसरे तिमाह में गर्भ समापन सेवाएं देने वाले चिकित्सालयों के लिए भौतिक मापदंडों में कोई बदलाव नहीं किया गया है (ऑपरेशन टेबल, उदर या स्त्री रोग संबंधी शल्य चिकित्सा उपकरण, जनरल ऐनेस्थीज़िया देने के लिए बौयेल्स ऐपेरेटस, औटोक्लेव, आपातकालीन, सांस बंद हो जाने पर पुनर्जीवित करने के उपकरण और दवाएं)। लेकिन पहले तिमाह में गर्भ समापन के लिए चिकित्सीय गर्भ समापन नियमों के अंतर्गत आवश्यक भौतिक

उपकरणों की उपलब्धि पर जोर दिया गया है। चिकित्सालयों में अब आपातकालीन स्थितियों के प्रबंधन के लिए तैयारी रखना ज़रूरी नहीं है। लेकिन, हर चिकित्सालय में प्रशिक्षित कर्मचारी होने चाहिए, जो जटिलताओं की पहचान कर सकें और औरतों को आपातकालीन देखरेख सेवा उपलब्ध करा सकें या उन्हें ऐसी जगह पहुंचा सकें, जहां उन्हें यह देखरेख उपलब्ध हो सके।

संशोधित चिकित्सीय गर्भ समापन नियमों में चिकित्सीय प्रणालियों को भी मान्यता दी गई है, और पंजीकृत चिकित्सक (जैसे कि पारिवारिक डॉक्टर) को अनुमति है कि वह 7 सप्ताह तक के गर्भ समापन के लिए अपने क्लिनिक में ही मीफेप्रिस्टोन के साथ मीसोप्रोस्टॉल का उपयोग कर सकते हैं, बशर्ते कि डॉक्टर का क्लिनिक सक्षम हो या डॉक्टर किसी ऐसी चिकित्सालय तक पहुंच रखता हो, जहां गर्भ समापन प्रक्रिया के विफल हो जाने पर या अपूर्ण गर्भ समापन होने पर, शल्य चिकित्सा की जा सके। लेकिन, भारतीय ड्रग महानियंत्रक ने मीफेप्रिस्टोन का उपयोग केवल स्त्री रोग विशेषज्ञ द्वारा किए जाने को अनुमति दी है, इसलिए यह प्रावधान वास्तव में केवल शहरी औरतों के लिए ही उपलब्ध है। चिकित्सीय गर्भ समापन के लिए राष्ट्रीय आम सहमति दिशानिर्देश और आदर्श²⁸ अभी विकसित किए जा रहे हैं।

वर्तमान कानून एवं नीति: अभी भी क्या कमियां हैं?

चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम की एक प्रमुख आलोचना है कि वह चिकित्सकों के पक्ष में है। प्रदाताओं के रूप में “केवल डॉक्टर” नीति के कारण मध्य-स्तरीय प्रदाता और वैकल्पिक

चिकित्सा प्रणालियों का पालन करने वाले छूट जाते हैं। दूसरे तिमाह के गर्भ समापनों के लिए, दूसरे चिकित्सक की स्वीकृति की ज़रूरत के कारण, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में, इन सेवाओं तक पहुंच में बाधा आती है।

चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम के अंतर्गत, राज्यों की जिम्मेदारी है कि वे सभी सरकारी अस्पतालों में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराएं। लेकिन, जन स्वास्थ्य चिकित्सालयों के लिए स्वीकृतियों की आवश्यकता अनिवार्य न होने के कारण, उन पर वे नियंत्रक नियम लागू नहीं होते, जो प्राइवेट चिकित्सालयों के लिए लागू हैं। यह मान्यता सही नहीं है, कि यदि संस्थान जन स्वास्थ्य प्रणाली का है, तो वह आंतरिक रूप से जन सामान्य के प्रति जवाबदार है, और वहां सभी नियंत्रक नियमों को भली-भांति लागू किया जाता है, जिन्हें कानून और नीतियों में स्पष्ट करना ज़रूरी नहीं है। अक्सर, इस प्रकार के नियंत्रक कानून लागू नहीं किए जाते या उनमें पारदर्शिता नहीं रखी जाती। जन स्वास्थ्य प्रणाली में गर्भ समापन सेवाओं की गुणवत्ता में कमी के संदर्भ में^{8, 29} वही मापदंड लागू किए जाने चाहिए, जो प्राइवेट चिकित्सालयों के लिए किए गए हैं, और उनको भी, प्राइवेट प्रदाताओं की तरह ही लेख परीक्षण के प्रति जवाबदार होना चाहिए। लेकिन, परेशानी यह है कि, भारत में गैर सरकारी प्रणाली भी अनियंत्रित है और कानून के अंतर्गत दिए गए मानकों को पूरा करने के लिए जिस प्रकार के आत्मानुशासन की आवश्यकता है, उसका वह पालन नहीं करती।

भारत की गर्भ समापन नीति में एक महत्वपूर्ण कमी है, कि इसमें सर्वोत्तम रोग विषयक प्रथाओं

और अध्ययन के लिए कोई स्पष्ट नीति नहीं है। वर्ष 2001 में प्रकाशित राष्ट्रीय तकनीकी दिशानिर्देश³⁰ डब्ल्यू.एच.ओ. के अंतर्राष्ट्रीय मार्गदर्शन³¹ का अनुपालन नहीं करते और यही कारण है कि स्वीकृति प्राप्त चिकित्सालयों में भी अच्छी रोग विषयक प्रथाओं का पालन नहीं होता। इसके परिणामस्वरूप, 39-79 प्रतिशत सेवा प्रदाताओं द्वारा, डीएंडसी के दौरान तेज़ खुरचन⁸ और 8-15 प्रतिशत प्रदाताओं द्वारा अभी भी जनरल ऐनेस्थीज़िया का उपयोग किया जाता है।³² भारत में अभी भी अध्ययन और प्रजनन शस्त्र तकनीकों के निरंतर विकास द्वारा सुझायी गई बेहतर और सुरक्षित गर्भ समापन प्रक्रियाओं के उपयोग को सुनिश्चित करने के तरीके लागू नहीं किए जा सके हैं।

गर्भ समापन कानून और नीति: संभावनाएं और वास्तविक दुष्प्रयोग

1960 के दशक में, गर्भ समापन संबंधी चर्चा में ज़्यादातर चिकित्सीय और जनसांख्यिकीय मुद्दे ही शामिल थे। इस चर्चा में मानव और प्रजनन अधिकार मुद्दे, आईसीपीडी सम्मेलन, कायरो 1994 के बाद ही शामिल हुए। भारत की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000³³ अनचाहे गर्भ धारण को रोकने के लिए परिवार नियोजन को बढ़ावा देती है, लेकिन इसमें, ऐसी गर्भ समापन सेवाओं के महत्व को भी मान्यता दी गई है, जो अनचाहे गर्भ का समापन करवाने वाली महिलाओं के लिए सस्ती, उपलब्ध और स्वीकार्य हों। भारत में, हालांकि विभिन्न परिस्थितियों के लिए गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दे दी गई है लेकिन अंतिम निर्णय डॉक्टर का ही होता है। एक औरत को यह साबित करना पड़ता है कि, गर्भ धारण रोकने के

हर प्रयास के बावजूद उसे गर्भ धारण हो गया या फिर, कि गर्भ अनचाहा नहीं है, लेकिन उसकी परिस्थिति बदल गई है, और अब उसे यह गर्भ नहीं चाहिए। वास्तव में हो सकता है कि गर्भ शुरु से ही अनचाहा हो, लेकिन कानूनी ढांचे के अंतर्गत गर्भ समापन को उचित ठहराने के लिए, औरतों को कहना पड़ता है कि गर्भ निरोधक विफल हो गया, जिससे कि झूठ का माहौल बन जाता है।

गर्भ समापन की विभिन्न प्रकार की व्याख्याएं की जा सकती हैं और हालांकि वर्तमान समय में, ज़्यादातर मामलों में इसकी उदार व्याख्या संभव है, लेकिन वैचारिक स्तर पर, विभिन्न सामाजिक-राजनीतिक परिवेश और जनसांख्यिकीय विवशताओं के कारण, इसकी बाधक व्याख्या होने का भी डर बना रहता है।³⁴ आज भी, 1971 के अधिनियम की धारा 3 के अंतर्गत, अविवाहित या अपने पति से अलग रहने वाली या विधवा औरतों के लिए, गर्भ समापन करवाना गैर कानूनी नहीं है, लेकिन इन शब्दों का प्रयोग, कि “जहां विवाहित महिला या उसके पति द्वारा, बच्चों की संख्या सीमित रखने के उद्देश्य से प्रयोग किए गए उपकरण या प्रणाली के विफल हो जाने पर...”, शायद अविवाहित औरतों को गर्भ समापन सेवा से वंचित करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं या विवाहित औरतों के लिए उसके पति की स्वीकृति प्राप्त करने का कारण। हालांकि सक्रियतावादियों ने “विवाहित महिलाओं” में संशोधन करके “सभी महिलाएं” करने की मांग की है, उनके इस सुझाव पर सरकार ने कोई प्रतिक्रिया नहीं की है, क्योंकि इससे अविवाहित या पहले विवाहित

रह चुके व्यक्तियों के बीच यौन संबंधों को मौन स्वीकृति दिए जाने की संभावना है।

महिलाओं के प्रजनन अधिकारों के हनन की एक और संभावना है, जहां चिकित्सीय गर्भ समापन नियमों (फॉर्म 2) के अंतर्गत, गर्भ समापन करवाने के बाद गर्भ निरोधक के उपयोग की अनिवार्य रिपोर्ट दी जानी है - इस प्रावधान का उपयोग करते हुए संभव है कि राज्य सरकार गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं को परिवार नियोजन लक्ष्य प्राप्त करने के लिए उपयोग करने लगे। इस प्रकार की निगरानी रखना, एक तरह से औरतों के साथ ज़बरदस्ती करने जैसा ही है, विशेषकर जन स्वास्थ्य प्रणाली में गर्भ समापन करवाने वाली औरतों के लिए।¹⁷

गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने में बाधाएं

जैसा कि भारत में लगभग सभी स्वास्थ्य सेवाओं के साथ होता है, गर्भ समापन देखरेख सेवाएं, विशेषकर जन स्वास्थ्य प्रणाली में, एक उपेक्षित क्षेत्र रहा है। जन स्वास्थ्य प्रणाली में देखरेख सेवाओं में गुणवत्ता की कमी और कर्मचारियों के अनुचित व्यवहार व अप्रभावी कानून (या उसे लागू करने में विफलता) के कारण, प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में अनियंत्रित व शोषक सेवाओं को पनपने का मौका मिला है। हालांकि भारतीय गर्भ समापन नीति और कानून प्रगतिशील हैं, उन्हें प्रभावकारी तरीके से सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच बढ़ाने के लिए उपयोग करने के रास्ते में अक्सर, गलत और अनावश्यक प्रथाएं बाधक बन जाती हैं।

कानून के अंतर्गत, राज्य सरकारों को गर्भ

समापन सेवाएं नियंत्रित करने की शक्तियां दी गई हैं। राज्यों ने इन नियमों और विनियमन को लागू तो कर दिया है, लेकिन उनके द्वारा की गई व्याख्या और लागू करने के तरीके अलग हैं। सुरक्षा सुनिश्चित करने और असुरक्षित गर्भ समापनों से बचाव के उद्देश्य से, कुछ राज्यों ने विभिन्न अनुपयोगी प्रक्रियाएं इनमें जोड़ दी हैं, जिनके कारण प्रशासनिक प्रक्रिया में देर लगती है और उन्हें अनावश्यक नियंत्रण दे दिया गया है। उदाहरण के लिए, महाराष्ट्र में किसी भी गर्भ समापन सेवा देने वाले क्लीनिक के 5 कि.मी. वर्ग क्षेत्र में रक्त कोष होना ज़रूरी है, एक ऐसी शर्त, जो अव्यावहारिक और अनावश्यक है। कुछ राज्यों - दिल्ली और हरियाणा - में अस्पताल की ज़मीन के क्षेत्रफल के साथ उसके भवन की वास्तु योजना और गाड़ियां खड़ी करने जैसे विवरण भी पंजीकरण के लिए जमा करना ज़रूरी है।¹⁸ कुल मिलाकर, इन राज्यों में गर्भ समापन सेवाओं को बढ़ावा देने से ज़्यादा, नियंत्रित करने की मानसिकता है। इस प्रकार के नियमों की पक्षपाती प्रवृत्ति स्पष्ट हो जाती है, जब इन्हें केवल प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली के लिए लागू किया जाता है, जन स्वास्थ्य प्रणाली के लिए नहीं।

गर्भ समापन चिकित्सालय के प्रमाण पत्र प्राप्त करने में लगने वाले समय और प्रयास, सरकार के गर्भ समापन संबंधी रवैये को भी दर्शाता है। प्रमाणीकरण प्रक्रिया के लिए निर्धारित समयावधि होने के बावजूद, इस संदर्भ में, प्रशासनिक स्तर पर अक्सर कमियां और भ्रष्टाचार पाया जाता है।¹⁹ 1999 में, राष्ट्रीय स्तर पर 118 गर्भ समापन चिकित्सालयों पर किए गए एक अध्ययन में

प्रमाणीकरण प्रक्रिया में 1-7 वर्ष तक की देर होती पाई गई।³⁶ लेकिन, हाल में, 6 राज्यों में किए गए एक अध्ययन में, इससे अलग तथ्य पाए गए। कुल 285 प्राईवेट चिकित्सालयों में से, जिन के पास प्रमाण पत्र थे (25 प्रतिशत), उन्हें वे प्रमाणपत्र एक महीने के अंदर प्राप्त हो गए थे। जिनके पास प्रमाणपत्र नहीं थे, उनमें से एक तिहाई ने कोशिश करने के बाद उम्मीद छोड़ दी थी या अभी भी प्रमाणीकरण का इंतज़ार कर रहे थे। बाकी बचे दो तिहाई ने प्रमाणीकरण का आवेदन करने की कोशिश भी नहीं की थी। इससे लगता है कि प्रमाणीकरण के प्रति उनकी लापरवाही या रिकार्ड रखने और गर्भ समापन में आई परेशानियों की रिपोर्ट सरकार को देना नापसंद करना, ना कि प्रमाणीकरण की जटिल प्रक्रिया, प्रमाणीकरण के लिए आवेदन भी न देने के इनके कारण प्रतीत होते हैं।³⁷ कम जानकारी होना या कानून के विषय में भ्रांतियां (उदाहरण के लिए, कि डॉक्टरों को छोटे क्लीनिक में काम करने, या कुछ गिने चुने मामलों में विवाहित महिलाओं के लिए गर्भ समापन करने के लिए प्रमाणीकरण की ज़रूरत नहीं है) भी प्रमाणीकरण के आवेदन कम होने का कारण होती हैं।³⁸

कई बार, न कानून और न ही नीति के कारण, लेकिन प्रदाता खुद अपने लिए समस्याएं खड़ी कर लेते हैं। हालांकि कानून के अंतर्गत, अवयस्क को छोड़कर, गर्भ समापन के लिए, पति/सहभागी या किसी तीसरे व्यक्ति की स्वीकृति लेना ज़रूरी नहीं है, लेकिन वास्तविकता में, गर्भ समापन सेवा प्रदाता अक्सर इस प्रकार की स्वीकृति मांगते हैं। इसके पीछे वे कारण देते हैं, कि उन्हें गर्भ समापन

संबंधी जटिलताओं या मृत्यु हो जाने की स्थिति में, सामाजिक और कानूनी समस्याओं से बचने के लिए यह स्वीकृति चाहिए। इसके अलावा, औरतों की कमज़ोर सामाजिक स्थिति और उनके पति पर उनकी निर्भरता भी इसका कारण है।

और अंतिम पहलू है, प्राईवेट सेवा प्रदाताओं द्वारा अनौपचारिक रूप से ज़्यादा शुल्क लेना, जो औरतों की संवेदनशीलता और कानून की कम जानकारी का गलत फायदा उठाते हैं, विशेषकर ऐसी परिस्थितियों में जहां अनचाहा गर्भ सामाजिक रूप से स्वीकार नहीं किया जाता।³⁹

गर्भ समापन और लिंग जांच: दो अलग मुद्दे

गर्भ पूर्व जांच तकनीक (नियंत्रण एवं दुरुपयोग रोकथाम) अधिनियम (पी.एन.डी.टी. अधिनियम) 1994⁴⁰, जिसे बाद में संशोधित करके गर्भाधान पूर्व और प्रसव पूर्व लिंग चयन और निर्धारण (प्रतिबंध और विनियमन) अधिनियम 2002 बना दिया गया, के अंतर्गत, प्रसव पूर्व जांच परीक्षणों का लिंग जांच के लिए दुरुपयोग पर रोक है, क्योंकि यह मादा भ्रूण के गर्भ समापन का कारण बन जाता है। इन अधिनियमों के अंतर्गत, इन परीक्षणों के इस प्रकार के उपयोग का विज्ञापन करने पर भी प्रतिबंध है। इन परीक्षणों का उपयोग करने वाले चिकित्सालयों का पंजीकृत होना अनिवार्य है और भ्रूण का लिंग निर्धारित करने के लिए इन परीक्षणों का उपयोग करने पर प्रतिबंध है।

पी.एन.डी.टी. कानूनों (लिंग जांच प्रतिबंधित करने वाले) और एम.टी.पी. अधिनियम के उद्देश्य स्पष्ट रूप से अलग हैं, लेकिन इन्हें हमेशा अनुपयुक्त रूप से जोड़ दिया जाता था।

डा. साबू जौर्ज और सेहत और मासूम नामक गैर सरकारी संस्थाओं द्वारा, वर्ष 2000 में, पी.एन.डी.टी. अधिनियम लागू न किए जाने पर, भारत सरकार के विरुद्ध, सर्वोच्च न्यायालय में एक जनहित याचिका दायर की गई। इसके बाद, एक नीति समीक्षा बैठक में एम.टी.पी. अधिनियम को संशोधित करके लिंग जांच पर आधारित गर्भ समापन को रोकने के विषय में चर्चा की गई।⁴² एक सुझाव था कि गर्भ समापन की अनुमति केवल गर्भ धारण के 12 सप्ताह तक ही दी जानी चाहिए, जिससे कि, दूसरे तिमाह में, ऐम्नियोसैन्टिसिस या सोनोग्राफी द्वारा भ्रूण के लिंग का पता चल जाने पर कराए जाने वाले लिंग चयनात्मक गर्भ समापनों पर रोक लगाई जा सके। अन्य सुझाव थे - गर्भ समापन करवाने वाली हर एक महिला की पहचान और गर्भ समापन किए गए भ्रूण के लिंग की रिपोर्ट देना। लेकिन, विशेषज्ञों ने निर्णय लिया कि एम.टी.पी. अधिनियम का संशोधन करने की ज़रूरत नहीं है, लेकिन पी.एन.डी.टी. अधिनियम को सख्ती से लागू करना ज़रूरी है। औरत की पहचान देना उसकी गोपनीयता के हक के खिलाफ होगा। कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन को गर्भ धारण के 12 सप्ताह तक सीमित करने से, 12 सप्ताह से ज़्यादा समयावधि पर गर्भ समापन कराने वाली औरतें गैर कानूनी सेवाओं का सहारा लेने के लिए विवश हो जाएंगी, चाहे गर्भ समापन के पीछे कोई भी कारण हो, जिसमें उनके स्वास्थ्य पर बुरा असर पड़ेगा। गर्भ समापन किए गए भ्रूण के लिंग की रिपोर्ट देना, अनैतिक होने के साथ साथ अन्य कारणों से होने वाले गर्भ समापनों को भी शक के दायरे में डाल देगा, और इससे

सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच स्थापित करना और भी मुश्किल हो सकता है।

गर्भ समापन कानून और नीति: भविष्य के लिए सुझाव

हाल के कानून और नीतियों में संशोधन, हालांकि क्रांतिकारी नहीं हैं, फिर भी औरतों के सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं के अधिकारों को सुनिश्चित करने की दिशा में सकारात्मक कदम हैं। ऐसा हाल के ही कुछ वर्षों में हुआ है कि राष्ट्रीय स्तर पर⁴³⁻⁴⁶, नीति निर्माताओं, व्यावसायिक संस्थाओं, जैसे फ़ैडरेशन ऑफ़ औब्सट्रिट्रिक्स ऐंड गायनेकोलौजिकल सोसायटीज़ ऑफ़ इंडिया (फौगसी) और इंडियन मैडिकल असोसिएशन (आई.एम.ए.), गैर सरकारी संस्थाओं (विशेषकर परिवार सेवा संस्था, सेहत, हैल्थ वॉच और भारतीय परिवार नियोजन संघ) और स्वास्थ्य सक्रियतावादियों के साथ चर्चाओं के कारण, सुरक्षित और कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच सुधारने का मौका मिला है। उनके कई सुझाव वर्ष 2000 की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की कार्यकारी योजना में दी गई रणनीतियों और उद्देश्यों के समान हैं। इनमें शामिल है :

- सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं की उपलब्धता और उन तक पहुंच में बढ़ोतरी,
- प्रशिक्षित प्रदाताओं और चिकित्सालयों (जिसमें मध्य स्तरीय प्रदाता भी शामिल हों) को तैयार करना, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में,
- प्रमाणीकरण प्रक्रिया को आसान बनाना,
- क्लिनिक और प्रदाता प्रमाणकरण को एक दूसरे से अलग करना,

- नीति को तकनीकों और अध्ययन तथा अच्छी नैदानिक प्रणालियों से जोड़ना, प्राईवेट व जन स्वास्थ्य प्रणाली के लिए समान मानक स्थापित करना, और
- गर्भ समापन सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करना।

जागरूकता बढ़ाना और प्रदाताओं व नीति निर्माताओं के बीच कानून की भ्रंतियों को मिटाना, इस दिशा में एक ज़रूरी कदम है। यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के अंतर्गत, विशेषकर किशोर उम्र के लोगों में, गर्भ निरोधकों और गर्भ समापन सेवाओं के विषय में जागरूकता बढ़ाने की ज़रूरत है। साथ ही, रणनीतियों और कार्यक्रमों को पारिवारिक मूल्यों और जेंडर संबंधों में निहित करना भी ज़रूरी है।^{35,47}

इन नीतियों के प्रभावकारी अमल के लिए, इनके सहयोग में, उपयुक्त संसाधनों, प्रशिक्षण और ढांचागत सहयोग के रूप में, राजनैतिक इच्छा और वचनबद्धता ज़रूरी है। साथ ही, औरतों की आवश्यकताओं के आधार पर सामाजिक निवेश भी। केन्द्रीय और राज्य स्तर पर जन वकालत और कार्यक्रम लागू करना आवश्यक है, जिससे कि, राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 में दी गई, गर्भ समापन संबंधी कार्यकारी रणनीतियों को प्रभावकारी तरीके से लागू किया जा सके।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* निर्देशक, वादु ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम, के. ई.एम. अस्पताल, पुणे, भारत।

ई-मेल: sidbela@vsnl.com

संदर्भ

1. Berer M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of World Health Organization* 2000;78: 580–92.
2. Rahman A, Katzive L, Henshaw S. A global review of laws on induced abortion, 1985–1997. *International Family Planning Perspectives* 1998;24:56–64.
3. Chhabra R, Nuna SC. *Abortion in India: An Overview*. New Delhi Veerendra Printers, 1994.
4. Government of India. Report of the Shah Committee to study the question of legalization of abortion. New Delhi Ministry of Health and Family Planning, 1966.
5. Phadke S. Pro-choice or population control: a study of the Medical Termination of Pregnancy Act, Government of India, 1971. 1998. At: www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/SAsia/repro/MTPact.html.
6. Government of India. The Medical Termination of Pregnancy Act [Act No. 34, 1971]. New Delhi Ministry of Health and Family Planning, 1971.
7. Government of India. The Medical Termination of Pregnancy Rules and Regulations. Vide GSR 2543, New Delhi Gazette of India, 1975.
8. Barge S. Situation analysis of medical termination of pregnancy in Gujarat, Maharashtra, Tamil Nadu and Uttar Pradesh. Paper presented at MTP workshop, Ford Foundation, 20 May 1997. In: Bandewar S, Ramani R, Asharaf A, editors. *Health Panorama No.2*. Mumbai 7 CEHAT, 2001. p.25–34.
9. Chhabra R. Abortion in India: an overview. *Demography India* 1996;25(1):83–92.
10. Government of India. *Family Welfare Programme in India: Year Book 1994–95*. New Delhi Ministry of Health and Family Welfare, 1996.
11. Henshaw S, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999;25(Suppl.): S30–38.

12. Indian Council of Medical Research. Illegal Abortion in Rural Areas: A Task Force Study. New Delhi ICMR, 1989.
13. Karkal M. Abortion laws and the abortion situation in India. *Issues in Reproductive and Genetic Engineering* 1991;4(3):223–30.
14. Indian Council of Medical Research. Evaluation of the quality of family welfare services at the primary health centre level: an ICMR task force study. New Delhi ICMR, 1991.
15. Khan ME, Barge S, Kumar N. Availability and Access to Abortion Services in India: Myth and Realities. Baroda Center for Operations Research and Training, 2001.
16. Iyengar K, Iyengar S. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):54–63.
17. Ganatra B, Hirve S, Walawalkar S, et al. Induced abortions in a rural community in Western Maharashtra: prevalence and patterns. Working Paper Series. New Delhi Ford Foundation, 1998.
18. Gupte M, Bandewar S, Pisal H. Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 1997;5(9): 77–86.
19. Ganatra B, Hirve S, Rao VN. Sex selective abortions: evidence from a community based study in Western India. *Asia Pacific Population Journal* 2001; 16(2):109–24.
20. Ganatra B, Hirve S. Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):76–85.
21. Malhotra A, Nyblade L, Parasuraman S, et al. Realizing Reproductive Choice and Rights: Abortion and Contraception in India. Washington DC International Center for Research on Women, 2003.
22. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York UN, 1995.
23. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4–15 September 1995. New York UN, 1996.
24. United Nations. Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York UN, 1999.
25. United Nations. Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action. New York UN, 2000. A/S-23/10/Rev1 (Suppl.3). At: www.un.org/womenwatch/confer/beijing5/
26. Government of India. Medical Termination of Pregnancy (Amendment) Act [No.64 of 2002]. New Delhi Ministry of Health and Family Welfare, 2002.
27. Government of India. Medical Termination of Pregnancy Rules and Regulations. Vide GSR 485(E) and 486(E). New Delhi Gazette of India, 2003.
28. Government of India. Consortium for National Consensus for Medical Abortion in India: Proceedings and Recommendations. New Delhi All India Institute of Medical Sciences, and Ministry of Health and Family Welfare, March 2003.
29. Bandewar S. Quality of Abortion Care: A Reality From Medical, Legal and Women's Perspective. Pune CEHAT, 2002.
30. Government of India Guidelines for medical officers for medical termination of pregnancy up to eight weeks using manual vacuum aspiration technique. New Delhi Maternal Health Division, Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, 2001.
31. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva WHO, 2003.
32. Kalpagam B. PSS experience of early abortion services. Paper presented at National Conference on Making Early Abortion Safe and Accessible. Parivar Seva Sanstha. Agra, 11–13 October 2000.
33. Government of India. National Population Policy, 2000. New Delhi Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, 2000.
34. Jesani A, Iyer A. Women and abortion. *Economic & Political Weekly* 1993;27: 2591–94.

35. Hirve S. Abortion Policy in India: Lacunae and Future Challenges. Abortion Assessment Project, India. Mumbai CEHAT, Health Watch, 2003.
36. Sheriar N. Manual vacuum aspiration decentralizing early abortion services. Paper presented at: National Conference on Making Early Abortion Safe and Accessible. Parivar Seva Sanstha. Agra, 11–13 October 2000.
37. Duggal R, Barge S. Synthesis of multicentric facility survey: a summary. Abortion Assessment Project India. Presented at Dissemination Meeting, New Delhi, 25–26 November 2003.
38. Federation of Obstetrics and Gynaecological Societies of India. Safe abortions save lives: understanding the MTP Act. Mumbai: MTP Committee, Medico-Legal Committee FOGSI; New Delhi: Ipas India, 2002.
39. Banerjee A. Rapid assessment of abortion clients: a qualitative case study in selected districts of Orissa. Paper presented at Orissa State-level Workshop on Making Abortion Safe and Accessible. Parivar Seva Sanstha. Bhubhaneshwar, 15–17 October 2001.
40. Government of India. The Prenatal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of misuse) Act, 1994. New Delhi Gazette of India, 1996.
41. Government of India. The Pre-Conception and Pre-Natal Sex Selection/Determination (Prohibition and Regulation) Act, 2002. New Delhi Gazette of India, 2003.
42. Government of India. Minutes of Expert Group Meeting to review MTP Act in the context of PNDT Act. 17 April 2002; Chaired by Jt. Secretary, RCH, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi. No.M.12015/15/98-MCH.
43. Parivar Seva Sanstha. Workshop on service delivery system in induced abortion. Parivar Seva Sanstha, New Delhi, 21–22 February 1994.
43. Family Planning Association of India. Report of a national consultative meeting for improving access to safe abortion services in India. Mumbai, 30 September–1 October 2002.
44. Center for Enquiry into Health and Allied Themes. Access to safe and legal abortion –issues and concerns: statelevel consultation, Pune, 7 June 1998. In: Bandewar S, Ramani R, Asharaf A, editors. Health Panorama No.2, Mumbai7 CEHAT, 2001. p.49–51.
45. Government of India, Parivar Seva Sanstha, Ipas. National Conference on making early abortion safe and accessible. Agra, 11–13 October 2000; New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.
46. Hirve S. Abortion: policy and practice. Seminar 2003; 532(Dec):14–19.

एशिया में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच बनाए रखना और लिंग अनुपात असंतुलन को कम करना

बेला गनात्रा*

सारांश:

चीन, ताइवान, दक्षिण कोरिया, भारत और वियतनाम के कुछ भागों में जन्म के समय उच्च लिंग अनुपात (100 लड़कियों पर 108 लड़के या उससे ज्यादा) देखा गया है। यह असंतुलन बेटे की चाहत के कारण पैदा होता है और घटती प्रजननशीलता दरें इसे बनाए रखने में सहयोग देती हैं। अल्ट्रासाउंड से, जन्म के पूर्व, भ्रूण का लिंग पता लगाने के बाद, दूसरे तिमाही में गर्भ समापन एक ऐसा तरीका है, जिससे लिंग चयन की अभिव्यक्ति की जाती है, लेकिन यह इस चुनाव का कारण नहीं है। इस असंतुलन को मिटाने की पैरवी करने वाले कार्यकर्ताओं और सरकारों ने ज्यादातर लिंग जांच परीक्षणों और/या लिंग चयनात्मक गर्भ समापन पर प्रतिबंध लगा दिया है - उनका मानना है कि इससे इस प्रवृत्ति को उल्टा किया जा सकता है। ऐसी नीतियों को लागू करने में अनेक कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है, और इन्हें सीमित सफलता ही प्राप्त हुई है। साथ ही, इन नीतियों के पहले से ही सीमित दूसरे तिमाही में गर्भ समापन की सुरक्षित और कानूनी सेवाओं की उपलब्धता पर नकारात्मक प्रभाव पड़ने लगे हैं। दूसरे तिमाही में गर्भ समापन केवल लिंग चयन के कारण नहीं करवाए जाते। इसके अलावा, लिंग चुनाव मुद्दे को कुछ समूह गर्भ समापन विरोधी शब्दाडम्बर के रूप में प्रयोग करने लगे हैं। सुरक्षित गर्भ समापन की सेवाओं तक पहुंच बनाए रखना और ऊंचे लिंग अनुपात को कम करना, दोनों ही महत्वपूर्ण उद्देश्य हैं। अगर बेटे की चाहत को प्रेरित करने वाली स्थितियों को संबोधित किया जाए, तो इन दोनों उद्देश्यों को प्राप्त करना संभव है। © 2008 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार आरक्षित)।

मुख्य शब्द: लिंग जांच और चयन, दूसरे तिमाही में गर्भ समापन, बेटे की चाहत, एशिया

जन्म के समय प्राकृतिक लिंग अनुपात साधारण रूप से 100 लड़कियों पर 104-107 लड़के रहता है।* इससे ज़्यादा लिंग अनुपात (जहां लड़कियों के मुकाबले बहुत ज़्यादा संख्या में लड़के पैदा हो रहे हों), लिंग चयन की ओर संकेत देता है। विभिन्न देशों में इसके अलग-अलग अनुमान लगाए गए हैं, लेकिन पूर्वी और दक्षिण एशिया के अनेक देशों में (चीन, दक्षिण कोरिया, ताइवान, भारत), जन्म के समय का लिंग अनुपात 108 या उससे ज़्यादा है।²

इस लेख में एशिया में असंतुलित लिंग अनुपात और लिंग चुनाव के बीच की कड़ी का अध्ययन किया गया है। इस लेख में कुछ गैर सरकारी संस्थाओं और सरकारों की इस विषय में क्या प्रतिक्रिया रही है, लिंग चुनाव और गर्भ समापन के बीच इतना गहरा संबंध क्यों बन गया है, और इस स्थिति से आगे बढ़ने के लिए क्या संभावित रास्ते हो सकते हैं, पर भी विचार विमर्श किया गया है।

लिंग अनुपात असंतुलन: कहाँ और क्यों

जन्म के समय लिंग अनुपात की राष्ट्रीय औसत, इस मुद्दे के अनेक रूपों पर पर्दा डाल देती हैं। चीन में, केवल दो जनजातीय प्रांतों, तिब्बत और ज़िनजियैंग में ही ऊंचा लिंग अनुपात पाया गया है।³ दूसरी ओर भारत में यह असंतुलन ज़्यादातर उत्तरी और पश्चिमी क्षेत्रों में देखा गया है (पंजाब, हरयाणा, दिल्ली, हिमाचल प्रदेश, राजस्थान और गुजरात तथा महाराष्ट्र के कुछ क्षेत्र)। देश के 593 ज़िलों में से 49 (8.2 प्रतिशत) में

यह अनुपात 117 या उससे ज़्यादा है और 258 ज़िलों में (43.5 प्रतिशत) में यह अनुपात 105 या उससे कम है।⁴

वियतनाम का राष्ट्रीय औसत हालांकि बहुत ज़्यादा नहीं है पर फिर भी वहां के अनेक राज्यों में असंतुलन के प्रमाण मिले हैं।^{5,6} नेपाल में वर्तमान समय में केवल भारत से लगते हुए दो ज़िलों में ही लिंग अनुपात 108 या उससे ज़्यादा है - ऐसी स्थिति में नेपाल में आने वाले समय को लेकर चिंता व्यक्त की जा रही है।⁷ जहां भी विषम अनुपात देखा गया है, वहां पहले जन्म के मामलों में लिंग अनुपात साधारण श्रेणी के अंदर या उसके आसपास ही पाया गया है। जैसे-जैसे एक ही परिवार में बच्चों की संख्या बढ़ने लगती है, वैसे ही वहां असंतुलन बढ़ने लगता है।^{3, 8-10}

इस विषय पर व्यापक सहमति है कि, पिछले दो दशकों में इन देशों में बढ़ते लिंग अनुपात असंतुलन का संबंध अल्ट्रासाउन्ड के माध्यम से जन्म पूर्व लिंग जांच करवाना है, जो कि गर्भ धारण के 13-14 सप्ताह के अंदर संभव हो जाती है। इसके बाद दूसरे तिमाही में ज़्यादातर लिंग चुनाव पर आधारित, गर्भ समापन करवाया जाता है।^{3, 8, 11, 12} लेकिन जन्म के समय लिंग अनुपात को प्रभावित करने वाले अन्य कारण भी हैं। लड़कियों के जन्म का अक्सर पंजीकरण नहीं कराया जाता। जिन लड़कियों की जन्म के कुछ समय बाद ही हत्या कर दी जाती है, या जिन्हें दूसरों को गोद दे दिया जाता है, उनकी गिनती नहीं की जाती। हालांकि भारत में हम जन्म के समय

* भारत इस अंतर्राष्ट्रीय संगोष्ठी का उपयोग नहीं करता; 104-107 के साधारण रूप से मान्य लिंग अनुपात को, भारत में प्रति 1000 लड़कों पर 934-961 लड़कियों के रूप में अभिव्यक्ति की जाती है।

लिंग अनुपात की बात करते हैं, लेकिन ज़्यादातर देशों में जन्म पंजीकरण से संबंधित विश्वसनीय आंकड़े/स्रोत उपलब्ध न होने के कारण बाल्यावस्था लिंग अनुपात (0-4 या 0-6 वर्ष) का उपयोग किया जाता है। जन्म के समय लिंग अनुपात को प्रभावित करने वाले कारणों के अलावा, जनगणना में लड़कियों की संख्या कम दिखाए जाने और जन्म के बाद लड़कियों का भेदभावपूर्ण पोषण और स्वास्थ्य देखभाल जैसी प्रथाओं का भी इस अनुपात पर प्रभाव पड़ता है। वास्तव में चीन और भारत में 20वीं सदी के मध्य से ही जब यह आंकड़े मिलना शुरू ही हुए थे, साधारण से काफी ज़्यादा लिंग अनुपात के प्रमाण मिले हैं। यह सभी कारण लिंग अनुपात को प्रभावित करते हैं, केवल अलग अलग देशों और स्थितियों में इनका प्रभाव कम या ज़्यादा हो जाता है।^{3,6,8,11,12}

लिंग जांच, लिंग चुनाव के लिए गर्भ समापन और बदलते लिंग अनुपात के बीच संबंध का यह मतलब नहीं है कि इनके बीच साधारण कारण और प्रभाव का रिश्ता है। जिन स्थानों पर बेटे की चाहत का कारण नहीं है (उदाहरण के लिए दक्षिण भारत और जापान) वहां केवल अल्ट्रासाउंड और गर्भ समापन सेवाओं की उपलब्धता के कारण इन सेवाओं का उपयोग लिंग चयनात्मक भेदभाव के लिए नहीं किया जाता। इसके विपरीत जिन देशों में बेटे की चाहत की संस्कृति नहीं है, वहां भी अप्रवासियों के कारण यह संस्कृति पहुंच जाती है। परिणामस्वरूप अमरीका और ब्रिटेन में एशियाई मूल के बच्चों के बीच लिंग अनुपात असंतुलन देखा गया है।^{13,14}

बेटे की चाहत उन सभी एशियाई देशों में

मज़बूत है, जहां बढ़ा हुआ लिंग अनुपात देखा गया है। पितृवंशीय विरासत और रिश्तों के साथ-साथ, पिता के घर में रहने की सांस्कृतिक प्रथा, लड़कों को परिवार के लिए बहुमूल्य बना देते हैं। खेती आधारित आर्थिक व्यवस्था में पुरुषों की ज़रूरत रहती है और सरकारी योजनाओं के अभाव में बेटे ही अपने मां-बाप को बुढ़ापे में सुरक्षा का आश्वासन देता है। दक्षिण एशिया में, दहेज प्रथा लड़कियों की आर्थिक प्रतिकूल परिस्थिति को और ज़्यादा संवेदनशील बना देती है। धार्मिक प्रथाएं (हिंदू परंपरा में बेटा ही अंतिम संस्कार करता है और कन्फ्यूशियस परंपरा में बेटे द्वारा पूर्वज पूजा की जाती है) भी बेटे की चाहत को बढ़ावा देती हैं।^{3,6,7,9,15}

प्रजननशीलता में कमी के कारण भी बेटे की चाहत को ज़्यादा बल मिलता है और ऐसी स्थिति में महिलाएं छोटे परिवार और एक या उससे ज़्यादा बेटे पाने के दोहरे उद्देश्य पूरा करने की कोशिश करती हैं। जनसंख्या नियंत्रण नीतियां लागू हो जाने पर यह दबाव और ज़्यादा बढ़ जाते हैं। 1970 और 1980 के दशकों में भारत ने हर परिवार के लिए दो-बच्चे के नियम को बढ़ावा दिया और जन जागरूकता कार्यक्रम चलाए; हर जगह एक आदर्श परिवार के दृश्य (एक लड़का और एक लड़की) व्यापक रूप से प्रचारित किए गए। हालांकि, हाल के कुछ वर्षों में, औपचारिक स्तर पर इस प्रकार के लक्षित तरीके को त्याग दिया गया है, फिर भी हतोत्साहकों का छिटपुट उपयोग अभी भी किया जाता है। वियतनाम में भी हर परिवार के लिए दो बच्चों की नीति है, लेकिन इसे अस्थिर रूप से लागू किया गया है। सबसे ज़्यादा

दबाव का उपयोग चीन में देखा गया है, जहां हर परिवार में एक और दो बच्चों की नीतियां, जबकि पहले के मुताबिक अब कम सख्ती की जाती है, अभी भी सक्रियता से लागू की जाती हैं। इसके लिए गर्भ धारण पर जांच रखना, गर्भ समापन के साथ साथ, दीर्घकालिक गर्भ निरोधकों का उपयोग और उल्लंघन करने वालों के लिए भारी दंड का उपयोग किया जाता है।^{3,6,8,10}

असंतुलित लिंग अनुपात दिखाता है, कि किस हद तक बेटे की चाहत मौजूद है, लेकिन इसके विपरीत - एक साधारण लिंग अनुपात से यह अनुमान नहीं लगाया जा सकता कि बेटे की चाहत या लिंग चयन की प्रवृत्ति मौजूद नहीं हैं। गर्भ समापन पर कानूनी प्रतिबंध होने के बावजूद लिंग चयनात्मक गर्भ समापन हो सकता है जैसा कि पाकिस्तान और अफगानिस्तान में देखा गया है। इसके अलावा, ज़रूरी नहीं है कि लिंग चयन के लिए गर्भ समापन किया जाए, जैसा कि शुक्राणु छटाई जैसी गर्भ धारण पूर्व तकनीकों में किया जाता है। लड़के पैदा करने के स्वदेशी तरीके, चाहे वे प्रभावकारी हों या न हों, व्यापक रूप से उपलब्ध हैं और पूरे एशिया में प्रयोग किए जाते हैं।^{5,7} जहां अभी प्रजननशीलता में कमी नहीं आई है या गर्भ समापन सेवाएं आसानी से उपलब्ध नहीं हैं, वहां बेटे की चाहत प्रजनन व्यवहार और गर्भ निरोधकों के उपयोग को प्रभावित कर सकती है।¹⁶

लिंग अनुपात का संतुलन

लिंग अनुपात को वापस संतुलन में लाने के लिए अपनाए गए तरीकों में शामिल हैं - लिंग जांच परीक्षणों पर रोक, लिंग चयनात्मक गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच सीमित करना और

बेटे की चाहत निर्धारित करने वाली स्थितियों में बदलाव लाना। अक्सर यह सभी तरीके एक दूसरे के लिए मददगार साबित होते हैं।

लिंग जांच परीक्षणों पर प्रतिबंध

वर्ष 1987 में, दक्षिण कोरिया से शुरू होकर, अनेक एशियाई देशों ने जन्म पूर्व लिंग जांच पर प्रतिबंध लगाया (तालिका 1 देखें)। लगभग सभी देशों में समान रूप के प्रतिबंध लगाए गए जिसमें शामिल है - मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों तक ही अल्ट्रासाउण्ड का उपयोग सीमित करना, अल्ट्रासाउण्ड के दौरान की गई सभी प्रक्रियाओं की अनिवार्य रिपोर्ट देना और भ्रूण लिंग की घोषणा को गैर कानूनी बनाना। वियतनाम में, लिंग जांच से संबंधित सामग्री बांटने पर जुर्माना हो सकता है और भारत में सभी जांच चिकित्सालयों में चेतावनियां लगाना अनिवार्य है कि वहां लिंग जांच परीक्षण नहीं किए जाते। अल्ट्रासाउण्ड मशीनें केवल पंजीकृत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने वालों को ही बेची जाती हैं।^{17,18}

इन सब प्रतिबंधों के बावजूद, इन सभी देशों में अल्ट्रासाउण्ड की उपलब्धता में बढ़ोतरी हुई है। सेवा प्रदाता और महिलाओं के लिए इस तकनीक की कम कीमत और बढ़ते व्यापारीकरण और अनियंत्रित प्राइवेट कार्यक्षेत्र में सेवाओं के वस्तुतीकरण (जो भारत में बहुत ज़्यादा और वियतनाम और चीन में लगातार बढ़ रहा है) ने पहले से ही जन्म पूर्व लिंग जांच की ऊंची मांग की दरों को और ज़्यादा बढ़ावा दिया है।^{8,10,19} भारत में विभिन्न शहरों और बड़े गांवों में जहां लिंग जांच एक आम बात है अनगिनत "मोबाइल क्लिनिक" सस्ती अल्ट्रासाउण्ड मशीनों का उपयोग कर रहे हैं, जिन्हें अप्रशिक्षित

व्यक्ति चलाते हैं (जिसमें औषधि सहायक से लेकर स्थानीय ग्रामीण चिकित्सक शामिल हैं)।²⁰ हालांकि सरकारी कार्यक्षेत्र में इन सेवाओं को नियंत्रित करना अपेक्षाकृत आसान रहा है, लेकिन इस कार्यक्षेत्र में डॉक्टरों को कम वेतन दिए जाने,

सरकारी अस्पतालों को चलाने के लिए पूंजी की कमी और मरीजों द्वारा दिए गए शुल्क पर निर्भरता (वियतनाम और चीन) के कारण, कुछ सरकारी क्षेत्र में कार्यरत अस्पताल, सेवा प्रदाता और क्लिनिक भी यह सेवाएं उपलब्ध करा रहे हैं।⁸

तालिका 1. कुछ एशियाई देशों में लिंग जांच और गर्भ समापन संबंधी कानून और नीतियां

देश	जन्म पूर्व लिंग जांच	गर्भ समापन
चीन ²⁴	1989 से प्रतिबंधित। सज़ा में जुर्माना, लाइसेंस रद्द होना शामिल। गर्भ धारण पूर्व तकनीकों के समय लिंग चुनाव पर भी प्रतिबंध।	गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध और 1953 से व्यापक स्तर पर पहुंच। लिंग चयनात्मक गर्भ समापन 1994 से प्रतिबंधित, कोई आपराधिक सज़ा नहीं।
भारत ^{18,25}	1994 से प्रतिबंधित। जन्म पूर्व और गर्भ धारण पूर्व तकनीकों पर 2002 से प्रतिबंध। सज़ा में मशीनें ज़ब्त करना, जुर्माना, जेल या लाइसेंस रद्द करना शामिल है।	1971 से 20 सप्ताह तक निम्न कारणों की वजह से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता - महिला के जीवन, शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को खतरा, विवाहित महिलाओं में गर्भ निरोधक का विफल हो जाना, बलात्कार या भ्रूण का असमान विकास।
नेपाल ²⁶	2002 से प्रतिबंधित, सज़ा में 3-6 माह कारावास।	2002 में गर्भ समापन को कानूनी मान्यता। 12 सप्ताह तक आवेदन पर उपलब्ध और 18 सप्ताह तक कुछ सीमित परिस्थितियों में। कानून के अंतर्गत, लिंग चयनात्मक गर्भ समापन प्रतिबंधित सज़ा में 1 वर्ष तक कारावास।
दक्षिण कोरिया ¹⁹	1987 से प्रतिबंध। 1994 में सज़ा बढ़ाकर कारावास, 12000 डॉलर तक जुर्माना और लाइसेंस रद्द किया जाना।	1973 में कानूनी मान्यता दी गई, जिसमें महिला की जान बचाना, बलात्कार, पारिवारिक व्यभिचार और जन्म दोष, और कुछ चिकित्सीय परिस्थितियां शामिल हैं। वास्तविकता में गर्भ समापन सेवाएं व्यापक रूप से उपलब्ध।
वियतनाम ^{7,27}	पारंपरिक या आधुनिक तरीकों से लिंग जांच पर 2003 से प्रतिबंध। उल्लंघन करने पर जुर्माना हो सकता है।	1960 से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता प्राप्त। 2003 में लिंग चयनात्मक गर्भ समापन पर प्रतिबंध। सज़ा में जुर्माना शामिल है।

भ्रूण लिंग अक्सर, बातों में या इशारों से बतलाया जाता है जिसका कोई कागजी सबूत नहीं रहता और उसे साबित करना मुश्किल हो जाता है।^{5,21} गैर-कानूनी चिकित्सालयों से उपकरण ज़ब्त करने या उन्हें बंद करवाने की कार्यवाही आम बात है, लेकिन कुछ गिने-चुने प्रदाता ही वास्तव में लिंग जांच करते हुए पकड़े जाते हैं। जहां अपराधिक दंड के कानूनी प्रावधान हैं, वहां भी दोष साबित करने में कई साल लग जाते हैं। भारत में 1994 में प्रतिबंध लगने के बाद से 400 से ज़्यादा मामले दर्ज़ किए गए हैं, जिनमें से लगभग 90 प्रतिशत मामलों का संबंध पंजीकरण और रिकार्ड रखने संबंधित उल्लंघनों से है।²² अपराधियों को पकड़ने के दबाव के कारण, अधिकारी असामान्य तरीकों का उपयोग करते हैं, जैसे “सूचकों” को पैसा देकर उनसे जानकारी लेना। भारत में ‘स्टिंग ऑपरेशन’ किए जाते हैं, जहां बनावटी रोगी अस्पतालों में जाते हैं और छिपा हुआ वीडियो कैमरा सारी बातचीत रिकार्ड कर लेता है।

फिर भी, अल्ट्रासाउण्ड की उपलब्धता और उसका लिंग चयन में उपयोग किए जाने के बीच कोई संबंध नहीं है। उदाहरण के लिए, दक्षिण भारत में उत्तर भारत के मुकाबले, अल्ट्रासाउण्ड की उपलब्धता और उपयोग दोनों ही काफी ज़्यादा हैं लेकिन दक्षिण भारत में लिंग अनुपात कहीं ज़्यादा संतुलित है।¹¹ अल्ट्रासाउण्ड का गर्भावस्था के दौरान काफी ज़्यादा उपयोग किया जाना प्रकाश में आया है। वियतनाम में किए गए एक अध्ययन में पाया गया कि महिलाओं को 6-7 बार अल्ट्रासाउण्ड करवाना पड़ता है लेकिन इसका मुख्य उद्देश्य केवल “बच्चे की स्वस्थता” की जांच करना होता

है।²³ कुल मिलाकर, जैसा कि भारत में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अध्ययन से स्पष्ट होता है, गर्भ धारण के समय अल्ट्रासाउण्ड करवाने वाली ज़्यादातर महिलाएं, इसका उपयोग लिंग चुनाव के लिए नहीं करती।¹¹ इन सब कारणों से कानूनी व गैर कानूनी उपयोग के बीच अंतर करना कठिन हो जाता है, जिसके परिणामस्वरूप, नियंत्रक कानूनों को लागू करना भी जटिल है।

लिंग चुनाव के लिए गर्भ समापन पर प्रतिबंध

लिंग जांच परीक्षण को साबित करना मुश्किल है और ये भी ठीक है कि परीक्षणों के बाद हर बार गर्भ समापन नहीं होता। और सभी परीक्षण, चाहे वे गैर कानूनी ही क्यों न हों, गर्भ समापन में नहीं अंत होते, इसलिए उनसे लिंग अनुपात पर प्रभाव नहीं होता। अक्सर, ध्यान इन परीक्षणों से हटकर, लिंग जांच के बाद होने वाले गर्भ समापन पर जाता है। लिंग चयनात्मक गर्भ समापन अनेक एशियाई देशों में प्रतिबंधित है, हालांकि उन देशों में अन्य कारणों से गर्भ समापन की अनुमति है (तालिका 1 देखें)।

यह साबित करना कि गर्भ समापन लिंग चयनात्मक है, उतना ही कठिन है, जितना कि यह साबित करना कि अल्ट्रासाउण्ड का उपयोग लिंग जांच के लिए किया जा रहा है। साधारण रूप से अल्ट्रासाउण्ड और गर्भ समापन अलग-अलग जगह पर किए जाते हैं, जिससे उन दोनों के बीच संबंध स्थापित करना और भी मुश्किल हो जाता है।²¹ अनेक बार महिलाएं प्राइवेट अस्पताल में लिंग जांच करवाने के बाद, सरकारी अस्पतालों में गर्भ समापन करवाती हैं। जहां रिपोर्ट देना अनिवार्य है

वहां महिलाएं या डॉक्टर ऐसे कारण लिखते हैं जो कानून के अनुरूप हों।^{5,21,28} एक ओर तो यह अल्ट्रासाउंड सेवा प्रदाताओं और गर्भ समापन सेवा प्रदाताओं के बीच एक अनैतिक रिश्ता स्थापित कर देता है और दूसरी ओर यह हर उस डॉक्टर को, जो दूसरे तिमाही में गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करता है, लिंग चयनात्मक गर्भ समापन के शक के दायरे में खड़ा कर देता है।

इन सबके कारण व्यक्तिगत रूप से सेवाएं उपलब्ध कराने वाले लोगों, स्वास्थ्य व्यवस्था और सरकारों पर कड़ी जांच और नियंत्रण रखने और दूसरे तिमाही में होने वाले सभी गर्भ समापनों पर प्रतिबंध लगाने का काफी दबाव बन जाता है।

वर्ष 2004 में चीन के गियांग शहर में 14 सप्ताह के बाद गर्भ समापन करवाने पर कड़ी पाबंदी लगा दी गई। इसके बाद कई अन्य राज्यों में भी यह प्रतिबंध लगा दिया गया। अब 14 सप्ताह से ज्यादा गर्भ वाली महिलाओं को गर्भ समापन करवाने के लिए, स्थानीय अधिकारी से विशेष अनुमति लेनी पड़ती है।²⁹ भारत सरकार ने भी कानूनी रूप से मान्य गर्भ समापन की समय सीमा को 20 सप्ताह से कम करके 12 सप्ताह करने का विचार किया था (लेकिन पारित नहीं किया)।²⁵ फिर भी, साधारण तौर पर सुनने में आता है कि प्रदाता खुद ही इन सेवाओं को सीमित रूप से, पहले तिमाही तक ही उपलब्ध कराते हैं, जिससे कि उन्हें किसी भी प्रकार से लिंग चयनात्मक गर्भ समापन का दोषी न ठहराया जा सके।²⁸ जैसा कि लिंग जांच परीक्षणों के साथ होता आया है, गैर सरकारी संस्थाओं और सरकारी अधिकारियों द्वारा स्टिंग ऑपरेशन आम बात हो गई है। भारत के

एक राज्य में तो दूसरे तिमाही में किए गए प्रत्येक गर्भ समापन के मामले में, भ्रूण के लिंग को रिपोर्ट करने के विषय में भी विचार किया गया।²⁵ भारत के एक जिले में हर एक गर्भ धारण पर निगरानी रखने का कार्यक्रम भी चलाया गया, और इसे पूरे देश में लागू करने पर भी विचार किया गया। चीन में गर्भावस्था पर निगरानी रखना एक साधारण प्रक्रिया है। इस डर से कि चिकित्सीय कारणों की आड़ में, वास्तव में दूसरे तिमाही में लिंग चयनात्मक गर्भ समापन किए जाएंगे, चीन के अनेक राज्यों ने गर्भ समापन गोण्डियों की बिक्री पर प्रतिबंध लगा दिया।³⁰ भारत में राज्यों द्वारा गर्भ समापन गोण्डियों और अन्य दवाओं जैसे एथाक्रीडीन लैक्टेट की बिक्री को कठिन बनाने के मामले सुनने में आए हैं, जिससे कि दूसरे तिमाही में होने वाले गर्भ समापनों पर रोक लगाई जा सके (शरद आयंगार, ऐक्शन रिसर्च ट्रेनिंग फौर हैल्थ, निजी बातचीत, जुलाई 2008)।

जिस प्रकार नीतियों की व्याख्या की जाती है और मीडिया मुद्दों को पेश करती है, उससे इस विषय पर चर्चा और अधिक बिखर जाती है और गर्भ समापन विरोधी वातावरण को बढ़ावा मिलता है - जो भारत के उदाहरण से स्पष्ट है।

भारत में गर्भ समापन विरोधी वातावरण को बढ़ावा

भारत में, चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम पारित होने के 37 वर्ष बाद भी, किन स्थितियों में और कब कानूनी रूप से गर्भ समापन किया जा सकता है, इस विषय में लोगों को बहुत कम जानकारी है।³¹⁻³³ इसके चलते कुछ गैर सरकारी संगठन, मीडिया और सरकार ने लिंग जांच पर

प्रतिबंध के विषय में सक्रिय जागरुकता कार्यक्रम चलाए हैं। इसके परिणामस्वरूप, प्रतिबंध के विषय में जागरुकता तो बढ़ी है, लेकिन इसे अक्सर महिलाओं और प्रदाताओं द्वारा सभी प्रकार के गर्भ समापनों पर प्रतिबंध के रूप में समझा जाता है।^{28, 34}

असुरक्षित गर्भ समापन के मुकाबले, लिंग जांच के विषय पर मीडिया रिपोर्ट और जानकारी के स्रोत, कहीं ज़्यादा हैं, लेकिन लिंग जांच पर उपलब्ध जानकारी अक्सर गलत होती है या फिर ऐसी जानकारी ये स्पष्ट नहीं करती कि उनके आधार पर लोगों से किस प्रकार के व्यवहार की अपेक्षा है। अन्य कारणों से गर्भ समापन करवाने की कानूनी मान्यता के विषय में कुछ नहीं कहा जाता और कई जानकारी के स्रोतों से ऐसा प्रतीत होता है कि गर्भ समापन केवल लिंग चयनात्मक ही होता है।^{35, 36} काफी जगहों पर भ्रूण को एक व्यक्ति के रूप में संबोधित किया जाता है, और कुछ लोग “मादा भ्रूण हत्या” जैसी शब्दावली का प्रयोग करते हैं (जिसमें से मादा शब्द भी कभी कभी छोड़ दिया जाता है)। ऐसा करने से छवि बन जाती है कि जैसे किसी व्यक्ति की हत्या की जा रही हो। अक्सर लिंग चयनात्मक गर्भ समापन को एक पाप या अनैतिक अवधारणा के रूप में भी पेश किया जाता है। उचित शब्दावली उपलब्ध न होने के कारण, इन अवधारणाओं का स्थानीय भाषाओं में अनुवाद, अंग्रेज़ी भाषा के मुकाबले, और ज़्यादा गर्भ समापन विरोधी प्रतीत होता है। टैलीविज़न और पत्रिकाओं/अखबारों में अक्सर ऐसी रिपोर्ट दी जाती है जहां विकसित भ्रूण को कुएं, तालाब या नालियों में फेंके जाने की तस्वीरें

(ज़्यादातर मादा भ्रूण की) दिखाई जाती हैं। इनमें से अधिकतर तो वास्तव में मृतजन्म होते हैं (जहां भ्रूण छह महीने या उससे अधिक होता है) जिनमें गर्भावस्था कानूनी रूप से गर्भ समापन की अवधि पार कर चुकी होती है, जिसके कारण मुद्दे की जटिलता और बढ़ जाती है।

भ्रूण को व्यक्ति के रूप में संबोधित करने की शुरुआत भारत के कार्यकर्ताओं और महिला संगठनों ने की, क्योंकि वे इस मुद्दे की ओर ध्यान और सहयोग आकर्षित करना चाहते थे, उन्होंने इससे संभावित गर्भ समापन विरोधी प्रभावों के विषय में नहीं सोचा था।³⁷ लेकिन इसके कारण गर्भ समापन विरोधी संदेश फैलने लगे और जो लोग वास्तव में गर्भ समापन का विरोध कर रहे थे, उन्हें लिंग जांच की आड़ में विकल्प-विरोधी संदेश फैलाने का अवसर मिल गया।

सभी धर्मों के रूढ़िवादी धार्मिक नेता, अब बढ़चढ़ कर लिंग चुनाव अभियान के साथ अपनी आवाज़ जोड़ रहे हैं और अपने गर्भ समापन विरोधी उद्देश्य का भी प्रचार कर रहे हैं। वर्ष 2005 में, यूएनएफपीए (UNFPA) ने सभी भारतीय धार्मिक नेताओं की एक संगोष्ठी आयोजित की; उसमें भाग लेने वाले धार्मिक नेताओं में से ज़्यादातर ने लिंग चयनात्मक गर्भ समापन की निंदा करते हुए, उसे हत्या समान बताया और गर्भ समापन की भी कड़े शब्दों में आलोचना की।³⁸ सरकार और अनेक संयुक्त राष्ट्र संस्थाओं ने देश के पांच राज्यों में 200 धार्मिक नेताओं की “भ्रूण हत्या विरोधी” यात्रा का समर्थन किया। क्षेत्र में कार्यरत कुछ संयुक्त राष्ट्र संस्थाएं भी “भ्रूण हत्या” शब्दावली का उपयोग करती हैं और कुछ लिंग चुनाव का

यह कहकर विरोध करती हैं कि प्रत्येक “अजन्मी लड़की” को जन्म लेने का अधिकार है। लेकिन, मानव अधिकार की सर्वव्यापी उद्घोषणा और बाकी संधियों में स्पष्ट कहा गया है कि मानव अधिकार जन्म लेने के बाद लागू होते हैं।³⁹

गर्भ समापन के प्रतिबंध पर अत्यधिक जोर देना समस्याप्रद क्यों है?

अल्ट्रासाउंड उपयोग की तरह ही, सभी अनचाहे गर्भ के पीछे केवल लिंग चुनाव ही एक कारण नहीं होता। अन्य कारणों से कराए गए गर्भ समापन की तुलना में, लिंग चयनात्मक गर्भ समापन की संख्या की जानकारी सीमित है और अक्सर यह जानकारी लिंग अनुपात के आंकड़ों से तैयार की जाती है। लेकिन पश्चिमी भारत में किए गए अनेक समुदाय आधारित अध्ययनों में पाया गया कि विवाहित महिलाओं में 2.5-17 प्रतिशत गर्भ समापन के मामले लिंग चुनाव से संबंधित हो सकते हैं।^{21, 31, 32} चीन के ग्रामीण क्षेत्रों में किए गए एक अध्ययन में पाया गया कि, 36 प्रतिशत विवाहित महिलाओं ने अपने गर्भ समापन के पीछे लिंग चुनाव का कारण स्वीकार किया।¹² भारत में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य एवं कल्याण सर्वेक्षण दर्शाता है कि लगभग 8 प्रतिशत गर्भ समापन के मामलों का संबंध लिंग चुनाव से हो सकता है।⁴⁰ जहां संभव है कि गैर कानूनी होने और नकारात्मक प्रचार के कारण ऐसे मामलों की रिपोर्ट कम दर्ज किए जाने की संभावना है, वहीं विवाहित महिलाओं में भी ज्यादातर अनचाहे गर्भ का समापन कई अन्य कारणों से होता है।

जहां पूर्वी एशिया में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं व्यापक रूप से उपलब्ध हैं, भारत में स्थिति इससे

अलग है। कई चिकित्सीय और सामाजिक कारणों से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता होने के बावजूद सुरक्षित सेवाओं तक पहुंच सीमित है। शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों तथा भौगोलिक क्षेत्रीय आधार पर अनेक विसंगतियां मौजूद हैं, और असुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली बीमारियों की संख्या अभी भी एक गंभीर समस्या है। लेकिन दोनों ही संदर्भ में, दूसरे तिमाही में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच स्थापित कर पाना कठिन है। लिंग जांच के अलावा भी, अनेक कारणों से गर्भ समापन दूसरे तिमाही तक खिंच जाता है; देरी से गर्भ समापन करवाने वालों में ज्यादातर अविवाहित, किशोर उम्र की, गरीब, ग्रामीण और अल्प शिक्षित लड़कियां होती हैं।^{6, 29, 41} प्रतिबंध पहले से ही शोषित इन संवेदनशील महिलाओं को और ज्यादा अधिकारहीन बना देते हैं, इनसे ज्यादा कीमतें ली जाती हैं, प्रदाताओं की उपलब्धता कम रहती है और शोषण की संभावनाएं और बढ़ जाती हैं। दूसरी ओर, दूसरे तिमाही में लिंग चयनात्मक गर्भ समापन करवाने वाली महिलाएं अक्सर आर्थिक रूप से संपन्न परिवारों से आती हैं, शिक्षित होती हैं और इन सेवाओं तक उनकी पहुंच अच्छी होती है।^{21, 28} वे लिंग चयनात्मक तकनीकों पर कानूनी प्रतिबंध होने के बावजूद, छिप कर उन सेवाओं का उपयोग करने में सक्षम होती हैं।

मूल कारणों को संबोधित करना

हाल के समय में, लिंग जांच और/या लिंग चयनात्मक गर्भ समापन के साथ साथ, बेटे की चाहत संबंधित मुद्दों को संबोधित करने के प्रयास भी किए जा रहे हैं। चीन में “लड़कियों की परवरिश” संबंधित अभियान, जो वर्ष 2003 में

शुरु हुआ उसे अब राष्ट्रीय स्तर पर चलाने की योजना है। इस अभियान में लड़कियों से संबंधित सकारात्मक संदेश, लड़कियों के अभिभावकों के लिए बढ़ावा देने वाली नीतियां और मातृवंशीय विवाह को प्रोत्साहन देना शामिल है। लड़कियों के ग्रामीण मां-बाप को 60 वर्ष की उम्र के बाद घर और वृद्धावस्था पेंशन दी जाती है।⁴² भारत में भी लड़कियों को स्कूल में पढ़ाने और 18 वर्ष की उम्र तक शादी न करने के लिए उत्प्रेरक दिए जाते हैं। “क्रेडल बेबी” जैसे अभियान विवादग्रस्त रहे हैं, जिसमें माता पिता लिंग चयनात्मक गर्भ समापन न करके अनचाही लड़कियों को सरकारी अनाथालयों में छोड़ सकते हैं। लेकिन, इससे लड़कियों से जुड़ी आर्थिक भार की भावना को और बढ़ावा मिल सकता है।

क्या काम करता है और क्या नहीं

लिंग अनुपात को वापस संतुलित करने के लिए अपनाई गई रणनीतियों का शायद ही कभी औपचारिक रूप से मूल्यांकन किया गया है। क्या काम कर सकता है, का एक सकारात्मक उदाहरण दक्षिण कोरिया के अनुभव से लिया जा सकता है, जहां निहायत ही असंतुलित लिंग अनुपात, अब साधारण स्थिति में लौटने लगा है। सामाजिक और आर्थिक बदलाव, जिसमें खेती आधारित आर्थिक व्यवस्था में बदलाव और एकल परिवारों की बढ़ती संख्या शामिल है, शहरीकरण, कार्यबल में बढ़ती महिलाओं की भागीदारी, बेहतर रोज़गार के अवसर, महिलाओं के लिए बेहतर शिक्षा व्यवस्था और माता-पिता की सेवा निवृत्ति के बाद वृद्धावस्था के लिए बचत योजनाएं – इन सभी की भूमिका रही है। अनेक कानूनों, जैसे वह कानून जिसके

अंतर्गत महिलाओं को शादी के बाद भी उनके पैदायशी परिवार में अधिकार और ज़िम्मेदारियों को मान्यता दी गई है और वह कानून जिसके अंतर्गत महिला-मुखिया परिवारों को मान्यता दी गई है को इस संदर्भ में लाभप्रद माना गया है। इसी संदर्भ में, “लव यॉर डॉटर्स” अभियान ने भी मदद की। दक्षिण कोरिया, जहां की स्वास्थ्य व्यवस्था काफी नियंत्रित है, लिंग जांच परीक्षणों को भी प्रभावकारी तरीके से नियंत्रित करने में सफल रहा है।^{9,15}

डर और नियंत्रण पर आधारित तरीकों के लंबे समय में प्रभावकारी न होने का उदाहरण भारत के पंजाब राज्य के नवांशहर ज़िले से मिला है। विशेष रूप से असंतुलित लिंग अनुपात के जवाब में, स्थानीय अधिकारियों ने वर्ष 2005 में एक ज़ोरदार अभियान शुरु किया, जिसके अंतर्गत सभी गर्भधारण महिलाओं की निजी जानकारी को कंप्यूटरीकृत किया जाना था। इन महिलाओं से, गर्भ धारण के तीन माह से लेकर बच्चे का जन्म हो जाने तक हर सप्ताह फोन पर संपर्क रखा जाता था। ज़िला अधिकारी ने प्रैस के साथ एक बातचीत में कहा, “हर कुछ दिनों में कोई व्यक्ति, गर्भवती महिला से उसका हालचाल पूछने के लिए उसे फोन करता है। उसे पता है कि उस पर नज़र रखी जा रही है।” हर एक अल्ट्रासाउंड परीक्षण और गर्भ समापन की जांच-पड़ताल की जाती थी और हर एक अल्ट्रासाउंड सेवा प्रदाता पर भी कड़ी निगरानी थी। समुदाय के सदस्यों को पैसा देकर उन्हें “सूचक” बनाया गया था। स्थानीय गैर सरकारी संस्था ने सामुदायिक स्तर पर लिंग जांच करवाने वाले परिवारों को शर्मिंदा करके जागरूकता बढ़ाई, उन्होंने “गर्भ में लड़कियों की हत्या” का

शोक मनाने के लिए “शोक सभाएं” और “मृत्यु संस्कार” किए। असंतुलित लिंग अनुपात संतुलित होने लगा और इस प्रारूप को हर जगह लागू करने की चर्चा होने लगी। लेकिन वर्ष 2007 में, ज़िला प्रशासन के अधिकारियों के तबादलों और गर्भावस्था निगरानी और अन्य योजनाओं के समापन के बाद, लिंग अनुपात असंतुलन वापस लौटने लगा है।^{22,43-45} प्रश्न ये भी है कि महिलाओं के जीवन में इस हद तक हस्तक्षेप नैतिक भी है या नहीं और यह भी कि इस सब के बावजूद ऐसे कार्यक्रम सफल हो पाते हैं या नहीं।

लिंग जांच परीक्षणों पर प्रतिबंध लगाना ज़रूरी है, लेकिन इसे सफलतापूर्वक लागू करना काफी हद तक सेवा प्रदाताओं की व्यक्तिगत ज़िम्मेदारी और चिकित्सीय नैतिकता है। ये चिकित्सीय व्यवसायिक संस्थानों की सतर्कता पर भी निर्भर है। चिकित्सकों के बीच जवाबदारी बढ़ाने के प्रयास करना भी ज़रूरी है लेकिन प्राइवेट कार्यक्षेत्र में अनियंत्रित बढ़ोतरी, व्यापारीकरण और भ्रष्टाचार जैसे मुद्दे केवल लिंग जांच या लिंग चयनात्मक गर्भ समापन तक ही सीमित नहीं हैं, वे पूरी स्वास्थ्य व्यवस्था को खोखला कर रहे हैं।

यह भी याद रखना ज़रूरी है कि यदि अल्ट्रासाउंड द्वारा लिंग जांच पर नियंत्रण कर भी लिया जाए तो अन्य किसी तकनीक द्वारा लिंग जांच करना संभव हो सकता है, क्योंकि तकनीकों में दिन प्रतिदिन बदलाव हो रहे हैं। जैसे कि ऐमिनियोसैन्टेसिस के स्थान पर अल्ट्रासाउंड का उपयोग होने लगा, वैसे ही अब एक ऐसी खून जांच की सुविधा है, जिसके अंतर्गत गर्भ धारण के 6-7 सप्ताह बाद, महिला के खून में भ्रूण

कोशिकाओं के संचालन का पता लगाया जा सकता है।⁴⁶ खून का नमूना घर पर लेकर उसे डाक द्वारा प्रयोगशाला भेजा जा सकता है। हालांकि वर्तमान समय में यह परीक्षण काफी कीमती है पर कुछ समय में इस परीक्षण की मांग के कारण यह और ऐसे अन्य परीक्षण आसानी से उपलब्ध हो जाएंगे। ऐसे परीक्षणों को नियंत्रित करना असंभव होगा, चाहे कितने ही कड़े कानून बना लिए जाएं। इसी प्रकार, गर्भधारण पूर्व तकनीकों की कीमतें कम होने और उनके और ज़्यादा विश्वनीय बन जाने की भी संभावना है, और इन तकनीकों के अंतर्गत गर्भ समापन भी नहीं करना पड़ता।

आगे के लिए रास्ता: महत्वपूर्ण बदलावों पर ज़ोर

महिलाओं को प्राथमिकता

व्यक्तिगत निर्णयों के आधार पर होने वाले सामाजिक अन्याय (असंतुलित लिंग अनुपात) जैसी नैतिक दुविधा का हल निकालना आसान नहीं है। पर फिर भी जिन मुश्किल स्थितियों में महिलाएं लिंग जांच परीक्षण या लिंग चयनात्मक गर्भ समापन के “विकल्प का चुनाव” करती हैं, उन्हें समझना ज़रूरी है। महिलाओं में भी पितृसत्तात्मक पक्षपात घर कर लेता है। बेटा पैदा न करने पर, उन पर पारिवारिक दबाव या हिंसा का डर या पति द्वारा त्याग दिए जाने का भय रहता है।^{12,21,28} कभी-कभी, महिला पर अनचाहे गर्भधारण के समय गर्भ समापन कराने से पहले परिवार या डॉक्टर उन पर लिंग जांच परीक्षण का दबाव डालते हैं, जिससे कि वे पता लगा सकें कि कहीं “बेटे की बलि” तो नहीं दी जा रही। ऐसी महिलाएं संपन्न परिवारों की हो सकती हैं लेकिन

उनको ऐसे निर्णय लेने की शक्ति या स्वतंत्रता नहीं दी जाती और न ही आर्थिक संसाधनों पर उनका नियंत्रण रहता है।²¹ ऐसी जटिल स्थिति से गुज़र रही महिला के लिए उसके द्वारा चुने गए विकल्प, उसकी स्थिति से बाहर निकलने का एकमात्र रास्ता हो सकते हैं - और कुछ सीमित समय के लिए ही सही, परिवार व समाज में उसका स्तर बढ़ा देते हैं, या राज्य की अप्रभावी नीतियों से उसे बचा लेते हैं।⁴⁷

जैसे कि भारतीय कानून मानते हैं कि महिला लिंग जांच करवाते समय स्वतंत्र रूप से विकल्प नहीं चुनती और कानून उसे तब तक दोषी नहीं मानता जब तक उसका अपराध साबित न हो जाए। लेकिन कानूनी दंड से मुक्ति महिला को सामाजिक और पारिवारिक प्रभावों से स्वतंत्रता नहीं देती। जो महिलाएं बेटे की चाहत की मांग को पूरा नहीं कर पातीं, उन पर होने वाली हिंसा और भेदभाव का अध्ययन करना, इस चर्चा के लिए ज़रूरी है।

लिंग अनुपात असंतुलन संबंधी चिंताओं को अक्सर वधुओं की कमी या पुरुषों के यौन सहभागियों में कमी के रूप में व्यक्त किया जाता है, और माना जाता है कि इसकी वजह से महिलाओं के विरुद्ध हिंसा, पलायन और उनका गैर कानूनी व्यापार बढ़ जाता है।^{22, 48} यह सभी मुद्दे पुरुषों को यौन भक्षकों के रूप में देखते हैं, महिलाओं का वस्तुतीकरण करते हैं और असमानता जैसे महत्वपूर्ण मुद्दे को नज़रअंदाज़ कर देते हैं, जिसका केन्द्र असमान संख्या नहीं, बल्कि असमान शक्ति और जेंडर रिश्तों में है।

भेदभाव की इन जड़ों को संबोधित करना, उदाहरण के लिए जेंडर समानता बढ़ाने के लिए बनाई गई नीतियों, जैसे कि भारत में दहेज विरोधी कानून को प्रभावकारी रूप से लागू करना महत्वपूर्ण है। अन्य सक्रिय उपायों जैसे शिक्षा, रोज़गार और विरासत में समान अवसर और पेंशन और वृद्धावस्था में ज़्यादा स्वतंत्रता देने वाली सामाजिक सुरक्षा योजनाओं को लागू करने के लिए पैरवी करना भी ज़रूरी है।^{3, 10} ऐसी परिवार नियोजन नीतियां और दृष्टिकोण को त्यागना होगा जिनके कारण बेटे की चाहत की अवधारणा को बढ़ावा मिलता है। इनकी जगह पर नए “लक्षित उपायों” से भी बचना होगा (उदाहरण के लिए चीन में लिंग अनुपात को सही करने के लिए वर्ष 2016 का लक्ष्य रखा गया है) क्योंकि इससे नकारात्मक प्रभाव ही प्राप्त होंगे।

सुरक्षित और कानूनी रूप से मान्य गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच स्थापित करना

एशिया और विशेषकर भारत में असुरक्षित गर्भ समापन अभी भी एक गंभीर समस्या है और गर्भ समापन विरोधी वातावरण में भारत सरकार और अन्य संस्थाओं द्वारा गर्भ समापन को सुरक्षित बनाने के प्रयासों से प्राप्त लाभों को खो देने का भी खतरा है। भारत के अलावा, गर्भ समापन विरोधी गतिविधियां एशिया के अन्य क्षेत्रों में भी बढ़ रही हैं। हालांकि इसी समय लिंग अनुपात सही करने में भी सफलताएं मिली हैं। लिंग जांच के मुद्दे से जुड़े कार्यकर्ता और सुरक्षित गर्भ समापन पर काम करने वाले सेवा प्रदाता एक दूसरे से अलग रहकर काम करते हैं और उनकी इन दोनों मुद्दों के बीच गहरे मगर जटिल संबंधों के विषय में समझ सीमित है।

हालांकि सरकार इन दोनों मुद्दों को अलग रखना चाहती है लेकिन ज़मीनी वास्तविकताएं इससे अलग हैं। सुरक्षित और कानूनी मान्यताप्राप्त गर्भ समापन को गैर कानूनी लिंग चुनाव से अलग करने के लिए कदम उठाए जा सकते हैं। सुनिश्चित करना होगा कि संदेशों में “भ्रूण हत्या” जैसी शब्दावली व तस्वीरों का उपयोग न किया जाए, भ्रूण को अन्य तरीकों से जीवधारी रूप में पेश न किया जाए और दोनों लिंग चुनाव तथा सुरक्षित गर्भ समापन के संदेशों से संबंधित सभी मुद्दों तथा कानूनों की संतुलित जानकारी दी जाए। मीडिया के बीच इन दोनों विषयों की समझ विकसित करना भी ज़रूरी है। असुरक्षित गर्भ समापन, दूसरे तिमाही के गर्भ समापन और लिंग चयनात्मक गर्भ समापन संबंधी बेहतर तथा सही आंकड़े, और उनके बीच के रिश्ते की समझ भी ज़रूरी है।

जन्म के समय लिंग अनुपात असंतुलन को ठीक करना एक जटिल मुद्दा है जिसका कोई आसान हल नहीं है। जहां जन्म के पूर्व उपयोग की जाने वाली तकनीकें और लिंग चयनात्मक गर्भ समापनों के माध्यम से बेटे की चाहत की अभिव्यक्ति होती है, जिसके कारण लिंग अनुपात असंतुलित हो जाता है, वहां न तकनीकों के नियंत्रण, न ही गर्भ समापन के नियंत्रण से लिंग अनुपात को सुधारा जा सकता है – क्योंकि यह दोनों ही समस्या की जड़ नहीं हैं। प्रमाण मिले हैं कि विशेषकर युवा महिलाओं के बीच, बेटे की चाहत के मामलों की संख्या कम हो रही है।¹⁰ यह धर्म निरपेक्ष प्रवृत्ति कुछ समय बाद के आंकड़ों में ही देखने को मिलेगी। यदि जेंडर असमानता को संबोधित करने के लिए रणनीतियां लागू की

जाएं, तो इस प्रक्रिया में तेज़ी लाई जा सकती है, क्योंकि यही इस समस्या की जड़ है, जो बेटे की चाहत को बढ़ावा देती है। लिंग चयन प्रवृत्ति को कम करने का यही लंबे समय में परिणाम देने वाला एक रास्ता हो सकता है।

आभार

यह लेख सुरक्षित गर्भ समापन के लिए राष्ट्रीय अभियान की अप्रैल 2008 में मुंबई में आयोजित एक बैठक के लिए तैयार किए गए लेख को आगे ले जाने का एक प्रयास है। लेखक ट्रेसी बैर्ड के प्रति, उनकी टिप्पणियों के लिए, आभारी हैं।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* वरिष्ठ अनुसंधान और नीति सलाहकार, आईपास, पुणे, भारत।

ई-मेल: ganatrab@ipas.org

संदर्भ

1. Visaria P. The sex ratio of the population of India and Pakistan and regional variations during 1901–61. In: Bose A, editor. Patterns of population change in India 1951–61. Allied Publishers, 1967. p.334–71.
2. United Nations. World population prospects: the 2006 revision. At: [bhttp://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3a52N](http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3a52N).
3. Banister J. Shortage of girls in China today. Journal of Population Research 2004. At: [bhttp://findarticles.com/p/articles/mi_m0PCG/is_1_21/ai_n6155263/pg_1?tag=artBody;col1N](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0PCG/is_1_21/ai_n6155263/pg_1?tag=artBody;col1N). Accessed 14 March 2008.
4. Registrar General of India. Primary census abstract, India. Census of India 2001. New Delhi: Government of India.
5. Institute for Social Development Studies. New “common sense”: family planning policy and sex ratio in Viet Nam. UNFPA, 2007. At: bwww.

- unfpa.org/gender/docs/studies/Vietnam.pdfN. Accessed 16 February 2008.
6. Belanger D, Oanh K, Jianye L, et al. Are sex ratios at birth increasing in Vietnam. *Population (E)* 2003;58 (2):231–50.
 7. CREHPA. Sex selection: pervasiveness and preparedness in Nepal. UNFPA, 2007. At: bwww.unfpa.org/gender/docs/studies/nepal.pdfN. Accessed 26 March 2008.
 8. Wu Z, Viisainen K, Hemminki E. Determinants of high sex ratio among newborns: a cohort study from rural Anhui province, China. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):172–80.
 9. Kim D. Missing girls in South Korea: trenosQ, levels and regional variations. *Population (E)* 2004;59:865–78.
 10. Hesketh T, Lu Li, Xing Z. The effect of China's one-child family policy after 25 years. *New England Journal of Medicine* 2005;353: 1171–76.
 11. Bhat PNM, Zavier AJF. Factors influencing the use of prenatal diagnostic techniques and the sex ratio at birth in India. *Economic and Political Weekly* 2007;16 June:2292–2303.
 12. Junhong C. Prenatal sex determination and sex selective abortion in central China. *Population and Development Review* 2001;27(2):259–80.
 13. Almond D, Edlund L. Son-biased sex ratios in the 2000 United States census. *The National Academy of Sciences of the USA*. 2008. At: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0800703105. Accessed April 24, 2008.
 14. Dubuc S, Coleman D. An increase in the sex ratio of births to India-born mothers in England and Wales: Evidence for sex-selective abortion. *Population and Development Review* 2007;33(2):383–400.
 15. Chung W, Das Gupta M. The decline of son preference in South Korea: the roles of development and public policy. *Population and Development Review* 2007;33(4):757–83.
 16. Leone T, Matthews Z, Zuanna G. Impact and determinants of sex preference in Nepal. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(2): 69–75. At: bwww.guttmacher.org/pubs/journals/2906903.htmlN. Accessed 23 January 2008.
 17. Government of Viet Nam. Decree 104/2003/ND-CP. Detailing and guiding the implementation of a number of articles of the population ordinance. Hanoi, 2003.
 18. Ministry of Law and Justice. The Pre-Natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Amendment Act. New Delhi: Government of India, 2002.
 19. Villa A. Sex preferences and fertility trenosQ in South Korea. *Asia-Pacific Social Science Review* 2006;6(2): 153–61.
 20. Unisa S, Pujari S, Ram U. Sex selective abortion in Haryana: evidence from pregnancy history and antenatal care. *Economic and Political Weekly* 2007;6 January:60–66.
 21. Ganatra B, Hirve S, Rao V. Sex-selective abortion: evidence from a community based study in western India. *Asia-Pacific Population Journal* 2001;16(2): 109–24.
 22. Guilamoto C. Characteristics of sex ratio imbalance in India and future scenarios. UNFPA, 2007.
 23. Gammeltoft T, Nguyen H. The commodification of obstetric ultra-sound screening in Hanoi, Viet Nam. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29):163–71.
 24. State Family Planning Commission of China. *Population and Family Planning Law of the People's Republic of China*. Beijing: China Population Publishing House, 2002.
 25. Hirve S. Abortion law, policy and services in India: a critical review. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl): 114–21.
 26. Thapa S. Abortion law in Nepal: the road to reform. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24 Suppl):85–94.
 27. Government cracks down on abortion practice. *Viet Nam News*. 17 October 2006.
 28. Visaria L, Ramachandran V, Ganatra B, et al. Abortion in India: emerging issues from qualitative studies. *Economic and Political Weekly* 2004; 24 November:5044–52.
 29. Xinhua. Guiyang to ban abortion after 14 weeks. *China Daily*. 16 December 2004.

30. Xinhua. Henan bans gender selective abortions. China Daily. 3 January 2007.
31. Elul B, Barge S, Verma S, et al. Unwanted pregnancy and induced abortion: data from men and women in Rajasthan, India. New Delhi: Population Council, 2004. p.29–30.
32. Malhotra A, Nyblade L, Parasuraman S, et al. Abortion and contraception in India. New Delhi: International Centre for Research on Women, 2003. p.19–28–29.
33. Ganatra B, Hirve S. Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):76–85.
34. Jaising I, Sathyamala C, Basu A. From the abnormal to the normal: preventing sex selective abortions through the law. New Delhi: Lawyers Collective, 2007.
35. Nidadavolu V, Bracken H. Abortion and sex determination: conflicting messages in information materials in a district of Rajasthan, India. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27): 160–71.
36. Naqvi F. Images and icons: harnessing the power of mass media to promote gender equality and reduce practices of sex selection. New Delhi: BBC World Service Trust, 2006.
37. Gupte M. A walk down memory lane: an insider's reflections on the campaign against sex selective abortions. Pune7 MASUM, 2003 At: http://geneticsandsociety.org/downloads/200308_gupte.pdf.
38. Bhagat R. Turning to faith to find the missing daughters. Hindu Business Line. 14 November 2005.
39. Copelon R, Zampas C, Brusie E, et al. Human rights begin at birth: international law and the claim of fetal rights. *Reproductive Health Matters* 2005;13(26):120–29.
40. Arnold F, Kishore S, et al. Sex selective abortions in India. *Population and Development Review* 2002;28(4): 759–85.
41. Gallo M, Nghia N. Real life is different: a qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science and Medicine* 2007;64: 1812–22.
42. Xinhua. China promotes girls to avoid glut of bachelors. China Daily. 8 August 2006.
43. Soondas A. Girls uninterrupted in Nawanshahr. Times of India. 10 February 2007.
44. Sareen V. Sorry, sex ratio dips again in Nawanshahr. Punjab Newslines. 3 July 2008.
45. Chaba A. Fall from grace: declining sex ratio in Nawanshahr district. 27 April 2008.
46. Ren CC, Miao XH, Cheng H, et al. Detection of fetal sex in the peripheral blood of pregnant women. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2007; 22(5):377–82.
47. Varma R. Technological fix: sex determination in India. *Bulletin of Science, Technology and Society* 2002;22(1):21–30.
48. Den Boer A, Hudson V. The security threat of Asia's sex ratios. *SAIS Review* 2004;24(2): 27–43.

भारत में गर्भावस्था के दूसरे तिमाही में गर्भ समापन

सुचित्रा एस. दल्वी*

सारांश:

इस लेख में, भारत में गर्भावस्था के दूसरे तिमाही में कराए गए गर्भ समापनों की समीक्षा की गई है, जिसमें दूसरे तिमाही में गर्भ समापन के कारणों, गर्भ समापन कानून एवं नीतियों के प्रभावों, गर्भ समापन करने की सुरक्षित व असुरक्षित सर्जिकल व चिकित्सीय प्रणालियों, सेवाओं की उपलब्धता, दूसरे तिमाही में मौजूद सेवाओं, और इन सेवाओं तक पहुंचने में महिलाओं को आने वाली अड़चनों को शामिल किया गया है। वर्ष 1993 से मैंने गर्भ समापन सेवाएं देना शुरू कीं। उस समय से लेकर इस लेख के लिखे जाने तक, अपने व्यक्तिगत अनुभवों और दूसरे डॉक्टरों के साथ हुई बातचीत के आधार पर, गर्भ समापन सेवाओं का उपयोग करने वाली महिलाओं की केस हिस्ट्री और दूसरे तिमाही में गर्भ समापन से जुड़ी वास्तविकता को भी इस लेख में शामिल किया गया है। सुझावों में शामिल है - सेवा प्रदाताओं की सूची में एलोपैथी के अलावा, अन्य औषधि प्रणालियों के चिकित्सकों और प्रशिक्षित नर्सों को शामिल करना, जन स्वास्थ्य प्रणाली में दूसरे तिमाही गर्भ समापन का प्रवेश करना, एथाक्रिडीन लैक्टेट के बदले मीफेप्रिस्टोन-मीसोप्रौस्टोल का उपयोग करना, सेवा प्रदाताओं की क्षमता को बढ़ाना जिससे कि वे दूसरे तिमाही में गर्भ समापन का आग्रह करने वाली महिलाओं के विरुद्ध कलंक और उनके साथ किए जाने वाले दुर्व्यवहार को चुनौती दे सकें, और इस विषय में जागरूकता बढ़ाना कि दूसरे तिमाही में गर्भ समापन कराना कानूनी है और यह सिर्फ लिंग चुनाव के आधार पर नहीं कराया जा रहा है। © 2008 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार आरक्षित।

मुख्य शब्द: दूसरे तिमाही में गर्भ समापन, गर्भ समापन कानून और नीति, असुरक्षित गर्भ समापन, गर्भ समापन के तरीके, लिंग जांच और चयन, भारत

भारत में दूसरे तिमाही में गर्भ समापन संबंधी प्रकाशित सामग्री कम उपलब्ध है और साथ ही इस पर सही आंकड़े प्राप्त करना बेहद कठिन है। हालांकि, कुछ लेखकों का मानना है कि भारत में, विश्व के सबसे ज्यादा दूसरे तिमाही गर्भ समापन होते हैं, लेकिन इसके प्रमाण के लिए निर्णायक आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं।¹

भारत में किए जाने वाले गर्भ समापनों की संख्या के अनुमान एक दूसरे से अलग रहे हैं। उदाहरण के लिए, शांतिलाल शाह कमिटि, जिसने 1960 के दशक में, संशोधन करने से पहले, गर्भ समापन कानून और इसकी कार्यप्रणाली की समीक्षा की थी, ने 1964 में अनुमान लगाया कि हर 73 जीवित जन्मों में, 15 गर्भ समापन के मामले होते हैं। 1990 के दशक के मध्य में, अनुमान लगाया गया कि भारत में हर वर्ष 67 लाख गर्भ समापन किए जाते हैं। एक अन्य अनुमान के अनुसार, ग्रामीण क्षेत्रों में किए गए हर कानूनी गर्भ समापन पर तीन गैर कानूनी गर्भ समापन होते हैं। शहरी क्षेत्रों में हर कानूनी गर्भ समापन पर चार से पांच गैर कानूनी गर्भ समापन होते हैं।¹⁻³ इनमें से किसी भी अनुमान में यह नहीं बताया गया है कि यह गर्भ समापन पहली या दूसरी तिमाही में हुए हैं।

भारत में अनेक अध्ययनों में देखा गया है कि गर्भ समापन गर्भावस्था के किस चरण में कराया गया है।^{4,5} इन अध्ययनों से पता चलता है कि ज्यादातर गर्भ समापन पहले तिमाही में ही होते हैं।⁶ यह देखा गया कि, जो महिलाएं दो बच्चों के बीच अंतर रखना चाहती थीं या कम बच्चे पैदा करना चाहती थीं, उन्हें जल्द ही, गर्भावस्था के आठवें सप्ताह तक, गर्भ समापन करने का

निर्णय लिया था। लेकिन शायद उन्हें गर्भ समापन करवाने में कुछ देरी हो सकती है।

कुछ अध्ययनों के अनुसार, दूसरे तिमाही गर्भ समापनों की संख्या भी काफी ज्यादा है। 1996 में महाराष्ट्र के ग्रामीण इलाकों में किए गए एक अध्ययन में यह पता चला कि 1717 गर्भ समापनों में से 26 प्रतिशत दूसरे तिमाही में हुए और लगभग 3 प्रतिशत गर्भावस्था के 20 सप्ताह के बाद।⁷ भारत सरकार के वर्ष 2003 के आंकड़ों के अनुसार, कुल गर्भ समापनों में से 11 प्रतिशत दूसरे तिमाही में हुए।⁸ जहां कुछ दूसरे तिमाही गर्भ समापनों से पहले लिंग जांच होने की संभावना है, वहीं 2006 में किया गया एक अध्ययन संकेत देता है कि भारत में इन गर्भ समापनों के पीछे, बच्चे के लिंग से ज्यादा अनचाहा गर्भ धारण कारण रहा है।⁹

अविवाहित होते हुए भी गर्भधारण से जुड़े कलंक के डर की वजह से अविवाहित महिलाओं का गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंचना ज्यादा मुश्किल हो जाता है। इसी कारण ऐसी महिलाओं को गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने में देरी भी हो जाती है। महाराष्ट्र के एक ग्रामीण इलाके के अस्पताल में 42.6 प्रतिशत विवाहित महिलाओं के मुकाबले 72.2 प्रतिशत अविवाहित महिलाओं ने दूसरे तिमाही में गर्भ समापन कराया। चंडीगढ़ में एक केस कंट्रोल अध्ययन में भी ऐसा ही पाया गया, जहां 60 प्रतिशत अविवाहित महिलाओं के मुकाबले केवल 7 प्रतिशत विवाहित महिलाओं ने दूसरे तिमाही गर्भ समापन का आग्रह किया।¹⁰

महिला द्वारा गर्भ धारण की पहचान न किए जाने के कारण भी देर हो सकती है। ऐसा अक्सर

तब होता है, जब गर्भ निरोधक के विफल हो जाने¹¹ के कारण या फिर बच्चे को स्तनपान कराते समय गर्भ ठहर जाता है। यह दोनों ऐसी स्थितियां हैं जब महिलाओं को गर्भ धारण की अपेक्षा नहीं होती। जिन महिलाओं को अनियमित माहवारी होती है या कुपोषण की स्थिति रहती है, वे माहवारी में देर होने से गर्भ धारण के विषय में तब तक नहीं सोचतीं जब तक गर्भ धारण के अन्य संकेत जैसे सुबह के समय जी मिचलाना आदि शुरू नहीं हो जाते।

भारत में उपयोग होने वाली दूसरे तिमाही गर्भ समापन के तरीके

भारत में अनेक प्रकार की दूसरे तिमाही गर्भ समापन प्रणालियां प्रयोग की जाती हैं। सर्जिकल प्रक्रियाओं में शामिल है डाइलेटेशन ऐंड इवैक्यूएशन (डीऍंडई) और हिस्टेरोक्ट्मी। हिस्टेरोक्ट्मी के कम ही संकेत देखने को मिलते हैं, क्योंकि इसके कारण होने वाली मृत्यु दर काफी ज्यादा है। परिवर्तित डीऍंडई प्रक्रिया का भी प्रौस्टाग्लैन्डिन्स के साथ प्रयोग किया जाता है।¹² सर्जिकल प्रक्रियाओं के लिए उच्च स्तर के प्रशिक्षण और कौशल और उपकरणों की जरूरत होती है, इसलिए भारत में यह ज्यादा प्रचलित नहीं हैं।

प्रयोग किए जाने वाली चिकित्सीय प्रक्रियाओं में शामिल हैं - विभिन्न रसायनों को शरीर के अंदर डालना (जिसका अब प्रचलन नहीं है), और एथाक्रीडीन लैक्टेट को (अकेले या प्रौस्टाग्लैन्डिन के साथ) उल्बी के बाहर रखना - यह प्रक्रिया अभी भी भारत के प्रसूति विशेषज्ञों के बीच काफी प्रचलित है, लेकिन डब्ल्यू.एच.ओ. इसकी सलाह नहीं देता। इस पद्धति के अंतर्गत दवा

डालने और गर्भ समापन के बीच के समय को 24 घंटे के समय तक घटाया जा सकता है।^{13,14} प्रोविडोन-आयोडीन का नमक के पानी में उपयोग भी एक कम खर्चीली प्रक्रिया है,¹⁵ लेकिन यह भी अनुशंसित नहीं है। मीफेप्रिस्टोन और मीसोप्रौस्टोल के मिश्रित उपयोग को अब एक स्थापित चिकित्सीय प्रक्रिया का दर्जा मिल गया है और दूसरे तिमाही में भी इसे गर्भ समापन के लिए काफी प्रभावी तरीका माना जाता है। इसे वर्ष 2002 में, भारतीय औषधि नियंत्रक द्वारा, गर्भ धारण के बाद केवल 49 दिनों के अंदर उपयोग करने की स्वीकृति दी गई।^{16,17} लेकिन भारत में प्राइवेट कार्यक्षेत्र में दूसरे तिमाही में भी इसका उपयोग होते देखा गया है।

भारत में महिलाएं, अक्सर किसी योग्य डॉक्टर के पास जाने से पहले, घर पर सभी संभव नुस्खे अपनाती हैं। इसमें शामिल है - कई प्रकार के खाद्य पदार्थों का सेवन, या पेट के बल सोने और साइकिल चलाने जैसी गतिविधियां।¹⁸ वे दुकान से, बिना किसी डॉक्टर से परामर्श किए, दवाएं भी लेती हैं।¹⁹ इन सब के कारण गर्भ समापन करवाने में कुछ सप्ताह की देर हो जाती है। ज्यादातर महिलाओं को, शहरी महिलाओं को भी, गर्भ समापन को प्राप्त कानूनी मान्यता के विषय में जानकारी नहीं होती²⁰ और यही कारण है कि वे पहले अयोग्य सेवा प्रदाताओं के पास चली जाती हैं, और किसी डॉक्टर या अस्पताल में तभी जाती हैं, जब यह कोशिश विफल हो जाती है, या कोई समस्या आ जाती है।

हालांकि गर्भ समापन के कुल मामलों में दूसरे तिमाही गर्भ समापनों का हिस्सा काफी कम है,

लेकिन इनके कारण होने वाली बीमारी की दर काफी ज्यादा है, विशेषकर अगर असुरक्षित या कम सुरक्षित प्रक्रियाओं का उपयोग किया गया हो।

भारत में गर्भ समापन को प्रभावित करने वाले कानून और नीतियां

1860 की भारतीय दंड संहिता²¹, प्रमुख रूप से ब्रिटिश औफैन्सेज अगेन्स्ट द पर्सन ऐक्ट, 1861 पर आधारित है जिसके अंतर्गत, महिला की जान के खतरा होने के अलावा किसी भी स्थिति में गर्भ समापन करवाना एक अपराधिक कृत्य है।

पश्चिमी देशों में गर्भ समापन कानूनों में 1960 और 1970 के दशकों में किए गए संशोधनों के मुकाबले, भारत में कानूनी संशोधनों में नारीवादी आंदोलन की केन्द्रीय भूमिका नहीं रही। वास्तविकता में, जहां एक ओर जनसांख्यिकी विशेषज्ञों ने जनसंख्या नियंत्रण के उद्देश्य से गर्भ समापन को कानूनी मान्यता दिए जाने की मांग की, वहीं चिकित्सकों ने कानून के संशोधन और उदारीकरण की मांग की, इसलिए ताकि असुरक्षित गर्भ समापन के कारण होने वाली मृत्यु और अस्वस्थता दरों को कम किया जा सके। शांतिलाल शाह कमिटी ने जिसे 1964 में नियुक्त किया गया था, अनेक देशों में, जिसमें ब्रिटेन भी शामिल है, असुरक्षित गर्भ समापन से जुड़ी समस्याओं और उस समय के गर्भ समापन कानूनों के विषय में प्रकाशित अध्ययनों की समीक्षा की। कमिटी के 1966 में दिए गए सुझाव काफी प्रगतिशील थे, और उसमें लिखा गया था कि : *“जब कोई महिला, (अपने सहभागी की सहमति या उसके बिना) महसूस करती है कि उसे गर्भ नहीं चाहिए, और वह गर्भ धारण करना नहीं चाहती ...तो (उसे)*

*अपने शरीर पर अधिकार होना चाहिए और अपने मातृत्व के विषय में वह खुद निर्णय ले।”*²²

चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम को वर्ष 1971 में संसद में प्रस्तुत और पारित किया गया और इसे अप्रैल 1972 से जम्मू और कश्मीर के अलावा पूरे देश में लागू कर दिया गया। जम्मू और कश्मीर में इसे 1980 में लागू किया गया। लक्षद्वीप संघ राज्य क्षेत्र में अभी भी प्रतिबंधात्मक गर्भ समापन कानून है।²⁴ इस अधिनियम के अंतर्गत, गर्भावस्था के 20 सप्ताह तक गर्भ समापन की अनुमति है, जिसके लिए निम्नलिखित कारण दिए गए हैं :

- जहां गर्भ जारी रखने पर गर्भवती महिला के जीवन को खतरा हो या उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को खतरा हो; या
- जहां पैदा होने वाले बच्चे को गंभीर शारीरिक या मानसिक विकलांगता होने का डर हो।

अधिनियम की व्याख्या में, यह भी संकेत दिया गया है कि बलात्कार या गर्भ निरोधक के विफल हो जाने पर भी गर्भ समापन किया जा सकता है क्योंकि “ऐसे अनचाहे गर्भ के कारण गर्भवती महिला के मानसिक स्वास्थ्य पर गंभीर प्रभाव की परिकल्पना की जा सकती है”। इसके अलावा स्पष्ट किया गया है कि गर्भावस्था जारी रखने के कारण महिला के स्वास्थ्य को होने वाली हानि का आंकलन करते समय, गर्भवती महिला की “वर्तमान परिस्थिति या होने वाली परिस्थिति” का भी ध्यान रखना चाहिए।

गर्भ समापन केवल अधिनियम में परिभाषित, पंजीकृत चिकित्सक द्वारा ही किया जा सकता

है। दूसरे तिमाही गर्भ समापन के लिए, दो ऐसे पंजीकृत चिकित्सकों की राय लेना ज़रूरी है, जो यह प्रमाणित कर सकें कि गर्भ समापन कानूनी कारण से किया जा रहा है। अधिनियम में पहले और दूसरे तिमाही के गर्भ समापन के कारणों के बीच अंतर स्पष्ट नहीं किया गया है।

जन स्वास्थ्य नीति का जोर अभी भी परिवार छोटा रखने पर ही है। हालांकि, भारत में 13.2 प्रतिशत प्रजननशील महिलाओं की गर्भनिरोधक की ज़रूरत पूरी नहीं है (शहरों में 10 प्रतिशत और ग्रामीण क्षेत्रों में 14.6 प्रतिशत)²⁵ फिर भी देश की कुल प्रजननशीलता दर 1971 में 5.2 से गिरकर 2005-06 में 2.68 हो गई थी।²⁶⁻²⁸ वर्ष 2006 में भारतीय संसद ने हर परिवार के लिए दो बच्चे की नीति को बढ़ावा देते हुए एक कानून पारित किया।²⁷ देश के कुछ हिस्सों में, प्रजननशीलता दर में कमी और बेटे की चाहत के कारण लड़कियों के परित्याग, और गर्भावस्था में अल्ट्रासाउंड के माध्यम से लिंग जांच करने के बाद, दूसरे तिमाही में गर्भ समापन के मामलों की संख्या काफी बढ़ गई है।²⁸ लेकिन, लड़कियों के विरुद्ध भेदभाव अपने आप में एक जटिल मुद्दा है, जिसे लंबे समय से, अल्ट्रासाउंड तकनीक के आने से कहीं पहले से, सांस्कृतिक मान्यता प्राप्त है।

भारत में गर्भ समापन को कानूनी मान्यता मिले 30 वर्ष से ज़्यादा हो चुके हैं। लिंग अनुपात में लगातार आती गिरावट²⁹ के कारण नीति निर्माता कार्यनीति के रूप में, दूसरे तिमाही गर्भ समापनों पर प्रतिबंध लगाने पर विचार कर रहे हैं। महिला और बाल विकास मंत्रालय की मंत्री, रेणुका चौधरी ने सुझाव भी दिया था कि सभी गर्भ धारणों का

रिकार्ड रखा जाए जिससे कि उनके जारी रहने पर नज़र रखी जा सके।³⁰ हालांकि यह सुझाव व्यावहारिक नहीं है, फिर भी यह नीति निर्माताओं को महिला अधिकारों, प्रजनन और यौन अधिकारों और स्वायत्तता के मुद्दों पर जल्द ही जागरूक करने की ज़रूरत का संकेत करता है।

अभी भी अनेक कारणों की वजह से पहले तिमाही में भी सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं तक पहुंच स्थापित करना मुश्किल है और असुरक्षित तरीके से कराए गए गर्भ समापन (8.9 प्रतिशत) अभी भी मातृ मृत्यु दर को बढ़ाने में योगदान कर रहे हैं (1998 में, हर 1 लाख जीवित जन्मों में 407)।³¹

दूसरे तिमाही गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने वाले प्रदाता

पूरे देश में कुल जनसंख्या के अनुपात में पंजीकृत और पूरी तरह से गर्भ समापन करने में सक्षम सेवा प्रदाताओं की संख्या बहुत कम है और उनकी उपलब्धता असमान रूप से बंटी हुई है। सब से ज़्यादा मात्रा में प्रदाता शहरों में उपलब्ध हैं। इसके अलावा छोटे लेकिन विकसित राज्यों के मुकाबले, कम विकसित लेकिन ज़्यादा जनसंख्या वाले राज्यों में गर्भ समापन सेवाओं की संख्या कम है। भारत के कुल पंजीकृत गर्भ समापन चिकित्सालयों में से 21.2 प्रतिशत महाराष्ट्र (जिसकी जनसंख्या कुल जनसंख्या की 9.4 प्रतिशत है) में स्थित हैं। इसके मुकाबले बिहार में, जहां देश की 10.3 प्रतिशत जनसंख्या रहती है, केवल 1.2 प्रतिशत ऐसे चिकित्सालय हैं।³² देश भर के कुल पंजीकृत गर्भ समापन चिकित्सालयों में से लगभग 70 प्रतिशत केवल प्रथम तिमाही

गर्भ समापन सेवाएं देते हैं।^{33,34} यह एक अन्य बाधा और देर होने का कारण है।

जन स्वास्थ्य प्रणाली में, जहां सेवाओं की गुणवत्ता में कमी रहती है, विशेषकर गरीब और गर्भ समापन करवाने वाली महिलाओं को अपमानित किया जाता है। इन सेवाओं की कीमत देने के अलावा, वहां पहुंचने पर दवाइयों और सफाई कर्मचारियों और देखभाल करने वाले कर्मचारियों को भी पैसा देना पड़ता है।³⁵ यह भी जरूरी नहीं है कि जन स्वास्थ्य केन्द्रों में पर्याप्त और योग्य कर्मचारी मौजूद हों या वहां के उपकरण ठीक से काम करते हों।

ग्रामीण क्षेत्रों में न सिर्फ योग्य सेवा प्रदाताओं की कमी है, बल्कि ऐसे सक्षम और इच्छुक प्रदाताओं की उपलब्धता में कमी होने लगती है, जो गर्भावस्था के बढ़ते चरण के साथ गर्भ समापन सुविधाएं भी प्रदान कर सकें। पहले तिमाही में किए गए गर्भ समापन के विपरीत दूसरे तिमाही में गर्भ समापन करने के लिए ज्यादा विस्तृत व्यवस्था की जरूरत होती है। इसमें आपातकालीन सर्जरी के लिए ऑपरेशन थियेटर, खून चढ़ाने, अन्य अस्पतालों से संपर्क और यातायात के साधनों की व्यवस्था उपलब्ध होना जरूरी है। कुछ पुरानी प्रक्रियाओं में गर्भवती महिला को भर्ती करने से लेकर गर्भ समापन प्रक्रिया होने तक की अवधि, आम तौर पर 24-72 घंटे होती है। ऐसी स्थिति में 24 घंटे कर्मचारियों की उपलब्धता भी जरूरी है। यही कारण है कि अक्सर ऐसी सेवाएं डॉक्टरों या अस्पतालों तक ही सीमित रहती हैं। लेकिन प्राईवेट कार्यक्षेत्र में मीफेप्रिस्टोन - मीसोप्रौस्टोल या केवल मीसोप्रौस्टोल के बढ़ते उपयोग के कारण,

जो अक्सर बाह्य रोगी विभाग में ही उपलब्ध कराई जा सकती हैं, इस स्थिति में जल्द ही बदलाव आने की संभावना है।³⁶

गर्भ समापन करवाने की कीमतें गर्भावस्था के समय, वैवाहिक स्थिति, तथा स्थानीय बाज़ारी कारणों से बढ़ जाती हैं। भारत में वर्ष 2004 में गर्भ समापन मूल्यांकन कार्यक्रम के अंतर्गत यह पाया गया कि शुरूआती चरण में गर्भ समापन सेवा औसतन रु. 500-1000 के बीच उपलब्ध हो जाती है और देर करने पर गर्भ समापन करवाने पर यही कीमत रु. 2000-3000 तक हो सकती है।³³ हालांकि सेवा प्रदाताओं के नज़रिए से यह कीमत काफी कम है लेकिन, यह कीमत कई महिलाओं के लिए काफी ज्यादा हो सकती है, इसी कारण उनमें से कई महिलाएं अयोग्य या अप्रशिक्षित प्रदाताओं के पास चली जाती हैं।

“हमारे अस्पताल में अपूर्ण गर्भ समापन की स्थिति में एक महिला भर्ती की गई। यूटरीन इवैक्यूएशन और दवाएं देने के बावजूद उसकी स्थिति बिगड़ती रही। आखिर में हमने लैपैरोटॉमी की और उसकी आंतों में अनेक छिद्र पाए। अस्पताल में ऑपरेशन थियेटर का सहायक काम के बाद सभी उपकरण घर ले जाया था। वह जिस झुग्गी में रहता था, वहां ‘गर्भ समापन सेवाएं’ प्रदान करता था। यह महिला पहले उसी के पास आई थी। लेकिन, हमारे पास कोई सबूत नहीं था और हम इस विषय में कोई कार्यवाही नहीं कर पाए।” वरिष्ठ सहयोगी, जन अस्पताल, मुंबई, आपसी बातचीत, 2006।

प्राईवेट कार्यक्षेत्र में उपलब्ध सेवाओं को गोपनीयता बनाए रखने, स्वच्छता, इंतज़ार करने का

समय और उपचार के बाद दी जाने वाली सेवाओं के संदर्भ में अक्सर “बेहतर” समझा जाता है।³⁷ लेकिन, इन सभी सेवाओं के लिए काफी ज्यादा कीमतें देनी पड़ती हैं, जिन्हें कोई भी प्रक्रिया किए जाने से पहले ही जमा करना होता है। और इस सब के बावजूद, अगर कोई गंभीर स्थिति पैदा होने का डर हो तो, प्राइवेट डॉक्टर तुरंत महिला को जन अस्पताल भेज देते हैं।

गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने की इच्छुक गैर सरकारी चिकित्सालयों को पंजीकृत करना और उचित सरकारी विभाग से स्वीकृति प्राप्त करना ज़रूरी होता है। यह प्रक्रिया अक्सर काफी जटिल और लंबी होती है, जिसमें जांच और पंजीकरण में प्रतीक्षा का समय कभी कभी 2-3 वर्ष भी हो सकता है। इसलिए अनेक ऐसे योग्य स्त्री रोग विशेषज्ञ हैं, जो सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराते हैं पर “गैर कानूनी” हैं, क्योंकि उनके अस्पताल पंजीकृत नहीं हैं। इसके कारण आंकड़े इकट्ठा करना और भी मुश्किल हो जाता है, क्योंकि ऐसे अस्पतालों की जानकारी उपयुक्त स्थानीय सरकारी विभाग के पास रिकार्ड नहीं की जाती।

वर्ष 2000 की भारत की राष्ट्रीय जनसंख्या नीति में सुझाव दिया गया कि गर्भ समापन सेवाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में उपलब्ध कराया जाना चाहिए।³⁸ प्राइवेट गर्भ समापन अस्पतालों के पंजीकरण को आसान बनाने के लिए भारतीय संसद ने चिकित्सीय गर्भ समापन अधिनियम में वर्ष 2003 में संशोधन किया, जिसके अंतर्गत पंजीकरण व्यवस्था का ज़िला स्तर तक विकेन्द्रीकरण कर दिया गया।³⁹

इसके अलावा, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं की आवश्यकता को पूरा करने पर जोर दिया है। इसके परिणामस्वरूप मैनुअल वैक्यूम ऐस्पिरेशन तकनीक के प्रशिक्षणों में बढ़ोतरी हुई है, जिससे कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में सेवा उपलब्ध कराई जा सके।⁴⁰ 2003 में गर्भ समापन अधिनियम में संशोधन करके स्पष्ट किया गया कि पहले और दूसरे तिमाही में किए जाने वाले गर्भ समापनों के लिए अलग अलग स्तर की सुविधाएं और प्रशिक्षण देना ज़रूरी है।⁴¹ इससे सेवाओं और सेवा प्रदाताओं के पंजीकरण में सुविधा हुई है - वे अब केवल पहले तिमाही में गर्भ समापन करने के लिए पंजीकरण करवा सकते हैं, उन्हें दूसरे तिमाही गर्भ समापनों के लिए आवश्यक सेवाएं और उपकरणों, जैसे ऑपरेशन थियेटर और बाकी संबंधित उपकरण की तैयारी रखने की ज़रूरत नहीं होती। लेकिन इससे दूसरे तिमाही में गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने वालों को कोई सुविधा नहीं मिली है।

सेवा प्रदाताओं द्वारा बताई गई महिलाओं की कहानियां

हाल के लिंग चयन विरोधी अभियानों के कारण ऐसी महिलाएं उलझन में पड़ गईं, जिन्हें यह जानकारी नहीं थी कि भारत में अब गर्भ समापन कानूनी है। इन अभियानों में दिए गए संदेशों से ऐसा लगता है कि केवल लिंग जांच के बाद किए गए गर्भ समापन ही गैर कानूनी नहीं हैं बल्कि सभी गर्भ समापन गैर कानूनी हैं। इसके अलावा सरकार द्वारा अनुमोदित सूचना सामग्री, जिसमें लिंग जांच की निंदा की गई है,

ऐसे समुदायों तक पहुंच रही है, जिन्हें पहले गर्भ समापन की कानूनी वैधता के विषय में कोई जानकारी नहीं दी गई थी।⁴² ऐसा प्रतीत होता है (या शायद वे ऐसा करना ही नहीं चाहते) कि अभियान और अभियान कार्यकर्ता समुदायों के बीच स्पष्ट नहीं कर पाते कि लिंग जांच का कारण जेंडर भेदभाव है, न कि सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं की उपलब्धता।

दूसरे तिमाही में गर्भ समापन करवाने के कारण पहले तिमाही में गर्भ समापन करवाने जैसे ही होते हैं। एक महिला के लिए, तिमाही के बीच का अंतर बहुत मायने नहीं रखता। उसे ऐसा गर्भ धारण है, जो उसे नहीं चाहिए। यहां पर जरूरी ये समझना है कि गर्भ समापन देर से क्यों हुआ? भारत में इस विषय से संबंधित जानकारी बहुत कम है, लेकिन एशिया क्षेत्र में कुछ अध्ययन किए गए हैं। वियतनाम में, जहां महिला के अनुरोध पर गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध हैं, किए गए एक अध्ययन के अनुसार गर्भ समापन प्रक्रिया में देर होने के तीन प्रमुख कारण पाए गए : ज्यादातर महिलाएं पहले तिमाही में गर्भ धारण को पहचान नहीं पाईं; इससे पहले, इन सेवाओं का उपयोग करने में समस्याएं आती थीं; उन्हें निर्णय लेने के लिए काफी समय की जरूरत थी, या फिर उन्होंने गर्भ समापन का निर्णय तब लिया जब उनके जीवन में कुछ अन्य घटनाएं घटीं।⁴³

जो महिलाएं मानसिक रूप से अस्वस्थ हैं, किसी प्रकार के जेल या अन्य संस्था में भर्ती हैं, या किसी अन्य कारण से संवेदनशील स्थिति में हैं और यौन हिंसा का शिकार हुई हैं - संभव है कि उन्हें गर्भ धारण का अहसास दूसरे तिमाही

में ही हुआ हो। प्रवासी मजदूर और घरों में काम करने वाली महिलाओं के साथ भी ऐसा हो सकता है।

“एल, एक बारह वर्षीय लड़की है जिसे पैदा होते ही उसके माता-पिता ने त्याग दिया और वह एक सरकारी अनाथालय में पल रही थी। वहां का चौकीदार निरंतर रूप से उसका यौन शोषण कर रहा था। जब उसे बीमार रहने के कारण, हमारे पास लाया गया, तो हमने पाया कि वह 16 सप्ताह से गर्भवती है।” जन स्वास्थ्य अस्पताल में कार्यरत एक स्त्री रोग विशेषज्ञ के साथ आपसी बातचीत, 1996

ऐसी स्थिति में अक्सर महिलाएं या लड़कियां अपने गर्भ को छिपाने की कोशिश करती हैं, जब तक शारीरिक लक्षण न दिखने लगें। यह सबसे ज्यादा किशोर उम्र की लड़कियों में देखा गया है, जो गोपनीयता के कारण गर्भ को नजरंदाज करती हैं और सेवा प्रदाताओं के असहयोगी व्यवहार व मानसिकताओं से ऐसे समय तक दूर रहना चाहती हैं, जब तक कि गर्भ को छिपाना संभव रहे। यह विधवा या परित्यक्ता महिलाओं में भी देखा गया है, जो सामाजिक मान्यताप्राप्त रिश्तों में नहीं हैं। बड़े जन स्वास्थ्य अस्पतालों में इन महिलाओं को एंटी नेटल (प्रसव पूर्व) विभाग में “अविवाहितों के लिए सामाजिक भर्ती” के शीर्षक से भर्ती किया जाता है।

“एच, एक किशोरी जो घरों में काम करती है, की शादी पक्की हो गई थी लेकिन उसका उसी घर में काम करने वाले रसोइये के साथ रिश्ता था। उसे 3 महीने पूरे होने तक अपने गर्भधारण होने का पता नहीं था। वह किसी को बता भी नहीं सकती

थी और अस्पताल भी नहीं जा सकती थी, नहीं तो उसकी मालकिन को पता चल जाता। इसलिए रसोइया उसे एक पास के अयोग्य हकीम के पास ले गया। चार दिन बाद लड़की को बेहोश स्थिति में अस्पताल में भर्ती किया गया, जहां सैप्टिक के कारण उसकी मृत्यु हो गई।” जन स्वास्थ्य अस्पताल में कार्यरत एक स्त्री रोग विशेषज्ञ के साथ आपसी बातचीत, 2006

देर से अस्पताल में भर्ती होने का एक अन्य कारण है, महिला की स्थिति में बदलाव आ जाना।⁴⁴ यह गर्भ रखने की इच्छा या अनिच्छा दोनों स्थितियों में संभव है, जहां बच्चे को पैदा कर पाने के पीछे कुछ बाहरी कारण हों - जैसे, नौकरी, आर्थिक स्थिरता और/या अपने सहभागी का सहयोग।

“एम, एक 32 वर्षीय महिला को पिछली शादी से एक 9 वर्षीय बेटा था। अब उसकी दूसरी शादी हो चुकी थी और आठ सप्ताह के गर्भ के साथ वह एंटी नेटल सेवा विभाग में आई। दो महीने के बाद वह गर्भ समापन के लिए आई। उसका कहना था कि उसका पति उसके साथ बहुत बुरा व्यवहार कर रहा था और उसे शक था कि वह बच्चा उसका नहीं है। उसके पति ने कहा कि वह बच्चा पैदा होने के बाद उसकी डी.एन.ए. जांच करवाएगा। महिला का कहना था कि अगर उसका पति बच्चे को स्वीकार नहीं करेगा और उसे प्यार नहीं देगा तो उसे विवाह का रिश्ता तोड़ना होगा, और वह अकेले बच्चे की परवरिश करने में सक्षम नहीं है।” लेखक ने इस महिला का मामला खुद संभाला था, जन स्वास्थ्य अस्पताल, 2007

किशोर लड़कियों के पास गर्भ समापन की बहुत ऊंची कीमत देने की क्षमता नहीं होती। जन स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र से उन्हें गोपनीयता न मिलने का खतरा रहता है, जिसे वे सुरक्षा से ज्यादा महत्व देती हैं। भारत में, अनेक वयस्क महिलाओं के पास भी पैसा नहीं रहता, जिसे वे जहां चाहें खर्च कर सकें।

घरेलू यौन हिंसा और बलात्कार का शिकार हुई महिलाओं, इस घटना को भूल जाना चाहती हैं, और गर्भ बढ़ जाने पर ही उनका ध्यान इस ओर आकर्षित होता है। मासिक धर्म खत्म हो जाने के बाद भी गर्भ धारण को पहचानने में देर हो सकती है।

“मेरी उम्र 40 वर्ष है। पांच वर्ष पहले मैंने बच्चे पैदा करने पर रोक लगाने के लिए ऑपरेशन करवाया था। कुछ माह पहले मेरी माहवारी बंद हो गई। मैंने सोचा अब समाप्त हो गया है। मेरी बहन का भी समाप्त हो गया था। जब बच्चे ने गर्भ में हिलना शुरू कर दिया, मुझे तब गर्भवती होने का पता चला। मेरी बेटी के दो बच्चे हैं। मैं नानी बन चुकी हूँ। अब बच्चा पैदा करना मेरे लिए शर्मनाक है।” एक गैर सरकारी अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी का वार्ड सहायक के साथ आपसी बातचीत, 2002

ज्यादातर भ्रूण के असमान विकास के विषय में गर्भ धारण के शुरुआती चरण में पता लगाना मुश्किल है। भारत में, चिकित्सीय कारणों से किए जाने वाले गर्भ समापन अक्सर दूसरे और तीसरे तिमाही में होते हैं। कुछ मातृ स्वास्थ्य स्थितियां, शारीरिक और मानसिक, भी गर्भ धारण के काफी समय बाद ही पता चलती हैं।

भारत जैसे देशों, जहां बेटे की चाहत वहां की संस्कृति और परंपराओं से गहरे रूप से जुड़ी है, में हमेशा से ही अनचाही लड़की के गर्भ समापन के लिए अनेक तरीके उपलब्ध रहे हैं - जन्म के बाद शिशु हत्या, त्याग देना, भूखा रखना या उसकी देखभाल न करना। कोरियोन वाइलस बायौप्सी (10-12 सप्ताह), ऐम्नियोसैन्टेसिस (14 सप्ताह से अधिक)⁴⁵ और अल्ट्रासोनोग्राफी (14 सप्ताह से अधिक), ऐसे परीक्षण हैं, जिनका विकास भ्रूण के असमान विकास या गर्भावस्था में समस्याओं की जांच के लिए किया गया था, इनका उपयोग अब भ्रूण लिंग जांच के लिए किया जा रहा है। इन परीक्षणों से भ्रूण का लिंग पहले तिमाही के अंत में, या दूसरे तिमाही की शुरुआत में ही पता लगाया जा सकता है, यह भी देर से गर्भ समापन कराने का कारण है।

गर्भावस्था में एचआईवी जांच अनिवार्य है। अक्सर इस जांच से महिलाओं को “जांच पूर्व परामर्श” नहीं प्रदान किया जाता। अनेक महिलाओं को जांच का परिणाम गर्भावस्था की दूसरी तिमाही में मिलता है। संक्रमित पाए जाने पर इन महिलाओं को अक्सर उनके पति व अन्य घरवाले त्याग देते हैं और समाज भी उनका बहिष्कार कर देता है। ऐसी परिस्थिति में वे अक्सर गर्भ समापन करा देती हैं।

“एक 20 वर्षीय लड़की मेरे पास आई। एक साल पहले ही उसका विवाह एक 35 वर्षीय पुरुष से सामूहिक विवाह समारोह में हुआ था। वह चार महीने पहले गर्भवती हो गई। गर्भावस्था के दौरान किया जाने वाला एचआईवी परीक्षण स्थानीय अस्पताल में ही उपलब्ध था, तो उसने वहीं वह परीक्षण कराया। उसे बताया गया कि वह

एचआईवी संक्रमित है। उसके पति के परिवार ने उसे घर से निकाल दिया। वह गर्भ समापन करवाना चाहती थी। लेकिन ऐसे गर्भ समापन के दौरान काफी खून बहता है और मेरे कर्मचारी एचआईवी संक्रमित व्यक्ति को भर्ती करने का विरोध करते हैं। इसके अतिरिक्त, उसके पास पैसे भी नहीं थे।” प्राइवेट कार्यक्षेत्र के एक डॉक्टर के साथ आपसी बातचीत, 2005

सेवा प्रदाताओं का दृष्टिकोण

सेवा प्रदाताओं को अनेक जरूरतें पूरी करनी पड़ती हैं। वे समाज का एक हिस्सा हैं, जिस से उनमें अनेक प्रकार की अवधारणाएं जन्म लेती हैं (जैसे लिंग चुनाव, धार्मिक और नैतिक विरोध आदि)। उनके पास शक्ति होती है, लेकिन उन्हें कानून और नीतियों के दायरे में रहकर भी काम करना पड़ता है।

भारत में सुरक्षित गर्भ समापन के सैद्धांतिक पहलुओं पर प्रशिक्षण चिकित्सा शिक्षा के अंतर्गत दिया जाता है लेकिन व्यवहारिक प्रशिक्षण केवल स्त्री रोग विशेषज्ञों तक ही सीमित है। यह प्रशिक्षण केवल रैजीडेंसी कार्यक्रम के अंतर्गत दिया जाता है और दूसरे तिमाही गर्भ समापनों के लिए यह प्रशिक्षण केवल एथाक्रोडीन लैक्टेट (भारत में जिसे रिवैनौल, या ऐमरेडिल/अबौरटिल के नाम से जाना जाता है) के प्रौस्टाग्लैन्डिन या औक्सिटौसिन के साथ मिश्रित उपयोग तक ही सीमित रहता है।

प्राइवेट कार्यक्षेत्र में कार्यरत व्यक्तियों को, दूसरे तिमाही गर्भ समापन करते समय अनेक व्यवहारिक स्थितियों का सामना करना पड़ता है। जैसे पंजीकरण की आवश्यकताओं, दस्तावेजीकरण

और रिकार्ड रखना, गोपनीयता बनाए रखना, रात को रुकने और आपातकालीन सेवाओं की व्यवस्था, भ्रूण को फेंकना और कुशल और प्रेरित कर्मचारियों की नियुक्ति। चिकित्सीय-कानूनी समस्याएं हमेशा उन्हें हतोत्साहित करती हैं।

“मुझे विश्वास नहीं हो रहा था कि उस लड़की की उम्र केवल 12 वर्ष थी, लेकिन उसकी ‘मौसी’ ने कहा कि वह 12 वर्ष की ही है। वह इतनी कुपोषित और कमजोर थी कि उसकी उम्र 8 वर्ष लग रही थी। उसके माता पिता की मृत्यु हो गई थी, और वह अपनी बड़ी बहन के साथ गांव में रहती थी। उसकी बहन का पति एक वर्ष से उसका यौन शोषण कर रहा था। उसने पहली माहवारी भी नहीं देखी, पर वह गर्भवती हो गई। जब उसकी बहन को पता चला तो उसने उसे गर्भ समापन करवाने के लिए शहर में उसकी मौसी के पास भेज दिया। मैंने जब लड़की को देखा तब उसे 16 सप्ताह का गर्भ था। मुझे विश्वास नहीं था कि वह महिला उसकी मौसी थी। उनके पास बहुत कम पैसे थे और मैं अपने प्राइवेट अस्पताल में कोई खतरा मोल लेना नहीं चाहता था। मैंने उन्हें नज़दीक के सरकारी अस्पताल में भेज दिया।” प्राइवेट कार्यक्षेत्र में कार्यरत प्रसूति विशेषज्ञ, आपसी बातचीत, 2006

इससे यह स्पष्ट होता है कि, कई डॉक्टर दूसरे तिमाही गर्भ समापन नहीं करते। जो करते हैं उन्हें सरकारी अधिकारियों द्वारा प्रताड़ित किया जाता है। उन्हें स्टिंग ऑपरेशन का शिकार भी बनाया जाता है, जो गर्भ धारण पूर्व लिंग जांच (पर प्रतिबंध) अधिनियम (पीसीपीएनडीटी ऐक्ट) लागू करवाने के लिए किए जाता है।⁴⁶

“मुझे किसी वास्तविक मामले में मदद करने में कोई समस्या नहीं है। लेकिन पिछले सप्ताह मेरे पास एक महिला आई। उसकी दो बेटियां थीं और वह 16 सप्ताह के गर्भ का समापन करवाना चाहती थी। मुझे कैसे पता कि उसने किसी और जगह से अल्ट्रासाउंड नहीं करवाया था? मैं पकड़ा जा सकता हूं। अगर अखबार में मेरा नाम छप गया, तो मेरी प्रतिष्ठा चली जाएगी। 15 वर्ष काम करने के बाद, केवल पैसे के लिए खतरा मोल क्यों लूं?” प्रसूति विशेषज्ञ, आपसी बातचीत, आपसी बातचीत, 2006

500 ग्राम से कम वजन के भ्रूण का बाकी जैव-चिकित्सा कूड़े के साथ ही निपटारा किया जाता है पर कुछ डॉक्टर इन्हें महिलाओं को ही दे देते हैं जिससे कि उन पर कानूनी अधिकारियों की नज़र न पड़े। यह न केवल महिला के लिए मानसिक आघात होता है, बल्कि जैव-चिकित्सीय कूड़े की निवारण प्रक्रियाओं की भी अवहेलना करता है। कुछ परिवार इन टिशू का दाह संस्कार करते हैं या उन्हें दफना देते हैं लेकिन अक्सर वे उन्हें कूड़ेदान, तालाबों, झीलों या अन्य ऐसी जगहों पर फेंक देते हैं।

दूसरे तिमाही गर्भ समापन करने वाले डॉक्टरों को उपयुक्त पैसा नहीं मिलता है। इसके बावजूद, अनेक डॉक्टर दूसरे तिमाही गर्भ समापन की सेवाएं उपलब्ध कराते हैं और स्वाभाविक है कि इनमें से अनेक लिंग जांच के बाद भी यह सेवा देते हैं।

चर्चा और सुझाव

भारत में दूसरे तिमाही गर्भ समापनों के विषय में अभी विस्तृत जानकारी उपलब्ध नहीं है। लेकिन

यह स्पष्ट है कि सामुदायिक स्तर पर भारत में गर्भ समापन के कानूनी स्तर की जानकारी बढ़ाना ज़रूरी है। विशेषकर तब जब हाल के लिंग जांच विरोधी अभियानों द्वारा दी गई अपूर्ण जानकारी के कारण लोगों के बीच यह गलत संदेश गया है कि सभी प्रकार के गर्भ समापन गैर कानूनी हैं। राष्ट्रीय स्तर पर अध्ययन, दस्तावेज़ीकरण और उच्च स्तरीय जन वकालत प्रयासों की ज़रूरत है, जिससे कि यह सुनिश्चित किया जा सके कि दूसरे तिमाही में गर्भ समापन सिर्फ लिंग जांच के बाद नहीं कराया जाता। नीति निमाताओं, स्वास्थ्य प्रबंधकों, मीडिया, कर्मचारी, वकील और डॉक्टरों को जानकारी देना ज़रूरी है, जिससे कि वे यह समझ सकें कि लिंग चुनाव की प्रथा पितृसत्तात्मक ढांचों, बेटे की चाहत और लड़कियों व महिलाओं के विरुद्ध भेदभाव के कारण जन्म लेती है।

मीफेप्रिस्टोन-मीसोप्रौस्टैल के उपयोग से गर्भ समापन को जन स्वास्थ्य प्रणाली में लागू करना होगा, जिससे कि एथाक्रीडीन लैक्टेट के उपयोग को समाप्त किया जा सके। भारत के ग्रामीण और अर्ध-ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सीय गर्भ समापन प्रणालियों को उपलब्ध कराया जाना चाहिए। इससे इन सेवाओं तक महिलाओं की पहुंच को बढ़ाने में मदद मिलेगी।⁴⁷

गर्भावस्था के शुरुआती चरणों में मैन्युअल वैक्यूम ऐस्पिरेशन तकनीक से गर्भ समापन सेवा उपलब्ध कराने वाले और पहले व दूसरे तिमाही में गर्भ समापन कराने वाले सेवा प्रदाताओं की संख्या में बढ़ोतरी से भी इन सेवाओं तक पहुंच बढ़ाने में मदद मिलेगी। ऐलोपैथिक औषध प्रणाली के अलावा, अन्य औषध प्रणालियों के डॉक्टरों

और योग्य नर्सों को शामिल करने पर भी विचार किया जा सकता है। ऐसे सेवा प्रदाताओं को चिकित्सीय सेवाएं प्रदान करने का प्रशिक्षण व अनुभव होता है। साहित्य अध्ययन से पता चलता है कि प्रथम तिमाही में गर्भ समापन सेवाओं तक महिलाओं की पहुंच बढ़ाने से दूसरे तिमाही में गर्भ समापन करवाने वाली महिलाओं की संख्या में कमी आएगी।⁴⁸

असुरक्षित व कमजोर महिलाओं द्वारा इन सेवाओं तक पहुंच स्थापित करने में आने वाली बाधाओं को चुनौती देने के लिए ज़रूरत है कि, प्रदाताओं के बीच प्रचलित मान्यताओं का स्पष्टीकरण किया जाए। चिकित्सीय शिक्षा और नर्स प्रशिक्षण महाविद्यालयों में पढ़ाने वाले अध्यापकों पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए, क्योंकि वे प्रदाताओं की अनेक पीढ़ियों को प्रभावित करते हैं। जहां संभव हो, असुरक्षित और गैर कानूनी रूप से गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने वाले प्रदाताओं की पहचान करके उन्हें सुरक्षित सेवाओं की सीमा में शामिल करना आवश्यक है, या फिर उन्हें असुरक्षित गर्भ समापन प्रक्रियाएं करने से रोकना होगा। मीफेप्रिस्टोन-मीसोप्रौस्टैल के बढ़ते उपयोग के साथ ही, औषधालयों और दवा विक्रेताओं को भी क्षमता विकास और संवेदीकरण कार्यक्रमों में शामिल करना चाहिए।

भारत इस स्थिति में है कि दूसरे तिमाही गर्भ समापनों के कारण होने वाली, मृत्यु और अस्वस्थता दरों को कम कर सके और सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार ला सके। इस प्रकार के गर्भ समापनों के विषय में और ज़्यादा जानकारी की ज़रूरत

है, जिससे कि बदलाव लाने के लिए प्रोत्साहन और जानकारी मिले। आखिर में एक ऐसी राष्ट्रीय नीति की ज़रूरत है जिसके महिलाओं के यौन और प्रजनन अधिकारों में सुरक्षित गर्भ समापन पर ध्यान दिया जा सके।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ; संयोजक, एशिया सुरक्षित गर्भ समापन सहभागिता; यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों पर सलाहकार, मुंबई, भारत।
ईमेल: suchidoc@hotmail.com

संदर्भ

1. Chhabra R, Nuna SC. Abortion in India: An Overview. New Delhi: Veerendra Printers, 1994.
2. Gupte M, Bandewar S, Pisal H. Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 1997;9:77-86.
3. Karkal M. Abortion laws and the abortion situation in India. *Issues in Reproductive and Genetic Engineering* 1991;4(3).
4. Iyengar V, Gupta M. MTP clients at a voluntary family welfare organization. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. January 1991.
5. Choudhury DC. Survey on Needs Assessment on Abortion in Assam. Gauhati Population Research Centre, Department of Statistics, 1999.
6. Hirve S. Study of abortion and medical termination of pregnancy. Pune: King Edward Memorial Hospital and Research Centre, 1996. (Unpublished report).
7. Ganatra B, et al. Induced abortions in a rural community in Western Maharashtra: prevalence and patterns. Pune: King Edward Memorial Hospital and Research Centre, 1996.
8. Family Welfare Programme in India: Year Book 2001. New Delhi: Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2003.
9. Pallikadavath S, Stones RW. Maternal and social factors associated with abortion in India: a population based study. *International Family Planning Perspectives* 2006;32(3).
10. Cited in: Ravindran TKS. Gender gaps in research on abortion in India: a critical review of selected studies. *Gender and Reproductive Health Research Initiative*. New Delhi: CREA, 2002.
11. Roy KK, Banerjee N, Takkar D. Pregnancy following tubal sterilization: an 11-year survey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 68(1):53-54.
12. Castleman LD, Oanh KT, Hyman AG, et al. Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception* 2006;74(3):272-76.
13. Kelekci S, Erdemoglu E, Inan I. Randomized study on the effect of adding oxytocin to ethacridine lactate or misoprostol for second trimester termination of pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(7): 825-29.
14. Bhatena RK, Sheriar NK, Walvekar VR, et al. Second trimester pregnancy termination using extra-amniotic ethacridine lactate. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990;97(11): 1026-29.
15. Allahbadia G. Comparative study of midtrimester termination of pregnancy using hypertonic saline, ethacridine lactate, prostaglandin analogue and iodine-saline. *Journal of Indian Medical Association* 1992;90(9):237-39.
16. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update* 2007;13(1): 37-52.
17. Bhattacharjee N, Gangulay RP, Saha SP. Misoprostol for termination of mid-trimester post-caesarean pregnancy. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007;47(1):23-25.
18. Elul B, Bracken H, et al. Unwanted pregnancy and induced abortion in Rajasthan, India: a qualitative exploration. New Delhi: Population Council, 2004. At: www.popcouncil.org/pdfs/SARreport.pdf. Accessed 15 June 2008.
19. Ganatra B, Manning V, Pallipamulla S. Availability of medical abortion pills and the role of chemists: a study from Bihar and Jharkhand, India. *Reproductive Health Matters* 2005;13(26): 65-74.
20. Hirve S. Abortion law, policy and services in India: a critical review. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24):114-21.

21. Indian Penal Code. At: www.nrcw.nic.in/shared/sublinkimages/59.pdf. Accessed, 15 June 2008.
22. Wadia AB. The light is ours. International Planned Parenthood Federation, 2001. p.599.
23. Medical Termination of Pregnancy Act 1971. Act No.34 of 1971. 10 August 1971. At: www.mohfw.nic.in/MTP%20Act%201971.htm.
24. Hirve S. Abortion: a symposium on the multiple facets of medical termination of pregnancy. Policy and practice. December 2003. At: www.india-seminar.com/2003/532/532%20siddhi%20hirve.htm. Accessed, 16 June 2008.
25. Key indicators for India from National Family Health Survey 3. 2005–06. At: www.mohfw.nic.in/fact%20sheet%20XI/IN.xls.
26. Sample Registration System, Census of India. At: www.censusindia.gov.in/Vital_Statistics/SRS/Sample_Registration_System.aspx.
27. The Promotion of Two-Child Norm Bill. Bill No. LXVIII, 2006. At: www.rajyasabha.nic.in/bills-ls-rs/2006/LXVIII_2006.pdf.
28. Murthy L. No kidding. InfoChange News & Features, August 2003. At www.infochangeindia.org/features123.jsp.
29. Indian Census Data. At: www.censusindia.net/data/chapter6.pdf.
30. India to create a national registry of pregnancies. 18 July 2007 At: www.medicalnewstoday.com/articles/77012.php. Accessed, 17 June 2008.
31. India, Registrar General. Sample Registration System Bulletin 2000;34(1).
32. Khan ME, Barge S, Kumar N. Availability and access to abortion services in India: myth and realities. At: www.iussp.org/Brazil2001/s20/S21_P10_Barge.pdf. Accessed 21 May 2007.
33. Duggal R, Barge S. Abortion services in India: a situational analysis. Abortion Assessment Project–India. Mumbai7 CEHAT, Healthwatch, 2004.
34. Duggal R, Ramachandran V. The abortion assessment project– India: key findings and recommendations. *Reproductive Health Matters* 2004;12(Suppl.24):122–29.
35. Santhya KG, Verma S. Induced Abortion: the current scenario in India. *Regional Health Forum* 2004;8(2):1.
36. Saha S, Bal R, Ghosh S, et al. Medical abortion in late second trimester – a comparative study with misoprostol through vaginal versus oral followed by vaginal route. *Journal of Indian Medical Association* 2006;104(2):81–82/84.
37. Ramchandrar L, Pelto PJ. The role of village health nurses in mediating abortions in rural Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):64–75.
38. National Population Policy 2000. At: populationcommission.nic.in/npp.htm.
39. Ministry of Health and Family Welfare notification. 13 June 2003. At: <http://mohfw.nic.in/MTP%20Rules.htm>.
40. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, Maternal Health Programme. At: mohfw.nic.in/dofw%20website/MATERNAL%20HEALTH%20. S.S. Dalvie / *Reproductive Health Matters* 2008;16(31 Supplement):37–45 20PROGRAMME%20%20.htm.
41. Medical Termination of Pregnancy Act, Rules 13 June 2003. At: www.mohfw.nic.in/MTP%20Rules.htm.
42. Nidadavolu V, Bracken H. Abortion and sex determination: conflicting messages in information materials in a district of Rajasthan, India. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):160–71.
43. Gallo MF, Nghia NC. Real life is different: a qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science and Medicine* 2007;64(9):1812–22.
44. Guilbert E, Marcoux S, Rioux JE. Factors associated with the obtaining of a second trimester induced abortion. *Canadian Journal of Public Health* 1994;85:402–06.
45. Amniocentesis and chorionic villus sampling. National Guideline Clearing House. At: www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=7670&nbr=4469.
46. The Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act, Rules, 2003. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. At: <http://rajswashya.nic.in/PCPNDT/03/01%20PC%20&%20PNDT%20%20ACT.pdf>. Accessed on 16 June, 2008.
47. Mundle S, Elul B, et al. Increasing access to safe abortion services in rural India: experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception* 2007;76(1):66–70.
48. George A, Randall S. Late presentation for abortion. *British Journal of Family Planning* 1996;22:12–15.

पोलैंड में गर्भ समापन सेवाओं का कलंकित दर्जा और व्यवसायीकरण: किसी का पाप, किसी का फायदा

अगाता चेल्स्तोस्का*

सारांश:

यह लेख गर्भ समापन के कलंकित दर्जे और गैर कानूनी होने के आर्थिक प्रभावों के बारे में है। यह लेख गर्भ समापन को 1980 के दशक से पोलैंड के जन स्वास्थ्य सेवाओं से पूरी तरह से हटा दिए जाने के बारे में भी लिखा गया है। एक बार गर्भ समापन जन स्वास्थ्य प्रणाली से हट गया, तो यह प्राइवेट व्यवस्थाओं के अपरिभाषित क्षेत्र में चला गया, जहां किसी औरत की निजी समस्याएं किसी अन्य व्यक्ति का व्यक्तिगत लाभ बन गईं, और उसका अनचाहा गर्भ धारण करना किसी और के लिए लाभप्रद बन गया। इसका सबसे महत्वपूर्ण प्रभाव था सामाजिक असमानता, क्योंकि स्वास्थ्य, जीवन, सूचना और सुरक्षा के अधिकार खुले बाजार में बेचने योग्य वस्तुएं बन गए। जिन औरतों के पास पैसा है, और राजनैतिक प्रतिष्ठा भी, इस स्थिति से ज़्यादा परेशान नहीं हैं, वहीं श्रमिक वर्ग की औरतों में विरोध करने के लिए राजनैतिक प्रभाव की कमी है। प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में शुल्क, सेवाओं की गुणवत्ता या जवाबदारी पर कोई सरकारी नियंत्रण नहीं है और न ही किसी मामले में कोई सज़ा ही हुई है। हर वर्ष लगभग 150000 गर्भ समापनों के मामलों से, डॉक्टरों के लिए लगभग 9.5 करोड़ डॉलर की कमाई हो रही है, जिसका कोई रिकार्ड नहीं है और इसपर टैक्स भी नहीं दिया जाता। इसलिए, दक्षिणपंथी विचारधारा और नये-उदारवादी आर्थिक बदलावों की मिली भगत से प्रजनन और सामाजिक अन्याय की स्थिति बन गई है। इसे संबोधित करने के लिए, गर्भ समापन से जुड़े कलंक को मिटाना ज़रूरी है। लेकिन, राजनैतिक माहौल में बदलाव, कानून को कम प्रतिबंधक बनाने से, या नए कानून से भी समस्या का हल नहीं निकल सकेगा। जन स्वास्थ्य खर्च में कटौती के कारण जब तक नव-उदारवादी स्वास्थ्य व्यवस्था बदलावों को पलटा न जा सके, गर्भ समापन राज्य के दायरे से बाहर ही रहेगा।
© 2008 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार आरक्षित।

मुख्य शब्द: गर्भ समापन कानून और नीति, समानता और पहुंच, स्वास्थ्य नीति और कार्यक्रम, स्वास्थ्य प्रणाली का निजीकरण, रोमन कैथोलिक चर्च, पोलैंड

10 मार्च 2010 को, मुझे पोलैंड के एक टी.वी. चैनल पर, अतिथि के रूप में आमंत्रित किया गया था, जहां एक गर्भ समापन दवाई के विज्ञापन पर चर्चा हो रही थी। इस विज्ञापन में “स्वयं गर्भ समापन करें” का संदेश दिया गया था। मैं यहाँ गर्भ समापन के औरत के चयन के अधिकार के और प्रजनन न्याय के दृष्टिकोण से बात करने के लिए आमंत्रित की गई थी। यह विज्ञापन पोलैंड के एक शहर, लौडज़ में, कुछ दिन पहले, कई बस स्थानकों पर लगाए गए थे। पोस्टर में, मास्टरकार्ड के विज्ञापनों की तरह ही, एक औरत को अंतर्वस्त्रों में, इन शब्दों के साथ दिखाया गया था:

“ग्रेट ब्रिटेन के लिए हवाई टिकट - 300 पी.एल.एन (पोलैंड की मुद्रा)। वहाँ रहने का खर्च - 240 पी.एल.एन.। जन अस्पताल में गर्भ समापन गोलियां - 0 पी.एल.एन.। सम्मानजनक वातावरण में की गई प्रक्रिया के बाद राहत - अमूल्य। अन्य हर चीज़ के लिए आप को पोलैंड में लोकल ट्रेन उपयोग से भी कम पैसे देने होंगे।”

टी.वी. कार्यक्रम के प्रस्तुतकर्ता ने कार्यक्रम की शुरुआत करते हुए इस पोस्टर को “उत्तेजक” बताते हुए, ताज्जुब व्यक्त किया कि पोस्टर निर्माताओं ने गर्भ समापन को एक वस्तु के रूप में पेश किया है, “ऐसी वस्तु जिसे आराम से खरीदा जा सके”। प्रस्तुतकर्ता की इस बात से मुझे बहुत आश्चर्य हुआ। मैंने सोचा था कि हम कार्यक्रम की शुरुआत इस चर्चा से करेंगे कि एक दिन पहले, लौडज़ के सरकारी अभियोजक को नोटिस मिला कि एक अपराध हुआ है। इस नोटिस का कहना था कि इन पोस्टरों के माध्यम से औरतों को गर्भ

समापन में मदद दी जा रही है और इसके बाद मीडिया अनुमान लगाती रही कि क्या अनजाने अपराधियों (पोस्टर बनाने वालों) पर पोलैंड के गर्भ समापन कानून के अंतर्गत आपराधिक आरोप लगाए जाएंगे या नहीं।¹ वास्तव में, कुछ लोग सरकारी अभियोजक के ऑफिस में गए और उन्होंने खुद को फेसबुक पर यह पोस्टर प्रकाशित करने के लिए ज़िम्मेदार ठहराया। उनके विरुद्ध मामला दर्ज कर लिया गया, लेकिन एक महीने बाद, उन पर लगे आरोप वापस ले लिये गए। (निजी वार्ता, इज़ाबैला देस्पैरैक, 20 फरवरी 2011)।

टी.वी. कार्यक्रम के प्रस्तुतकर्ता ने कहा कि इस तरह गर्भ समापन के संदर्भ में कीमतों, हवाई टिकट आदि के विषय में चर्चा करना काफी चौंका देने वाला है। प्रस्तुतकर्ता के अनुसार, गर्भ समापन के ऊपर चर्चा एक गहरी नैतिक समस्या, एक दुविधा, और शायद एक सदमे भरे अनुभव के रूप में होनी चाहिए। इसलिए वह “गर्भ समापन की समस्या” के लिए एक आर्थिक व्याख्या न देकर, भावनात्मक रूप देने पर ज़ोर देता रहा। उसे पोस्टर सरलीकृत, अनुचित और अशिष्ट लगा, क्योंकि उसमें यह दर्शाया गया था कि पोलैंड की औरतें, गर्भ समापन के दार्शनिक पहलुओं से ज़्यादा उसके व्यावहारिक पहलुओं पर ध्यान देती हैं।

हमारा इन आपसी मतभेदों पर आश्चर्य, गर्भ समापन के विषय पर चल रही मुख्यधारा चर्चाओं और प्रजनन स्वास्थ्य संस्थाओं और नारीवादी आंदोलन द्वारा दी गई व्याख्या के बीच मतभेद को दर्शाता है। मीडिया, कैथोलिक चर्च और राजनीतिज्ञ इस मुद्दे के नैतिक और राजनैतिक पहलुओं पर ध्यान देते हुए, भ्रूण के जीवन के अधिकार पर

ज़ोर देते हैं, और ईसाई मूल्यों की बात करते हैं।² साथ ही, पोलैंड की प्रजनन स्वास्थ्य मुद्दों पर कार्यरत गैर-सरकारी संस्थाएं, जैसे कि महिला एवं परिवार नियोजन संघ, और नारीवादी आंदोलन, गर्भ समापन कानून के औरतों पर होने वाले चिकित्सीय और आर्थिक प्रभावों की ओर ध्यान आकर्षित करना चाहते हैं, और यह बताना चाहते हैं कि गर्भ समापन तक असमान पहुंच के कारण प्रजनन और सामाजिक अन्याय पैदा होता है।*

पोलैंड में जन स्तर पर दक्षिण पंथी राजनीतिज्ञों और कैथोलिक चर्च के विचार ही हावी हैं, जो गर्भ समापन की निंदा करते हैं और उन औरतों की भी, जो गर्भ समापन करवा चुकी हैं। गर्भ समापन मुद्दे की चर्चा का स्वरूप ज्यादातर राजनैतिक है। यह चर्चा परस्पर विरोधी मूल्यों के एक प्रश्न के रूप में होती है, पोलैंड में चर्च की स्थिति और राजनीति में धर्म के प्रभाव के रूप में होती है, और आखिर में महिला अधिकारों के मुद्दे और अंतर्राष्ट्रीय कानून के व्यावहारिक परिणामों के बीच टक्कर के रूप में होती है। लेकिन पोलैंड में गर्भ समापन पर प्रतिबंध की आर्थिक व्यवस्था, कीमतों, लाभ और प्रजनन स्वास्थ्य में निजी स्वास्थ्य प्रणाली की भागीदारी के संदर्भ में बहुत कम चर्चा होती है।

यह लेख, पोलैंड में गर्भ समापन के कलंकित दर्जे और गर्भ समापन सेवाओं के व्यवसायीकरण के

विषय पर लिखा गया है। यह सरकारी दस्तावेजों, गैर सरकारी संस्थाओं और अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं की रिपोर्ट और प्रकाशित लेखों पर आधारित है। इस लेख में मैंने पोलैंड में औरतों की स्थिति पर रिपोर्ट तैयार करने⁴⁻⁶ और यूनिवर्सिटी ऑफ वौरसौ में सामाजिक मानवशास्त्र (सोशल ऐंथ्रोपोलॉजी) में, गर्भ समापन विषय पर मेरी स्नातकोत्तर की थीसिस के लिए किए गए इंटरव्यू से भी उदाहरण दिए हैं।⁷

किसी के पाप को किसी और का फायदा बनाना

पोलैंड में, सिर्फ प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली के सेवा प्रदाता ही गर्भ समापन सेवाएं देते हैं। सार्वजनिक स्तर और पोलैंड की जन स्वास्थ्य सुविधाओं में गर्भ समापन अपराधीकृत है और काफी कलंकित भी है। इसे नैतिक रूप से अनुचित, कानूनी रूप से प्रतिबंधित माना जाता है, जन अस्पतालों में इसकी पहुंच रोक दी गई है और इसके विषय पर, यहां तक कि नज़दीकी के दोस्तों के बीच भी, बात भी नहीं की जा सकती। एक बार जन स्वास्थ्य प्रणाली से गर्भ समापन को हटा दिया जाता है, तो यह प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली के एक अस्पष्ट दायरे में चला जाता है: निजी व्यवस्थाएं, प्राइवेट स्वास्थ्य सेवाएं और सबसे निजी पहलू, निजी चिंताएं। प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में औरत को गैर कानूनी गर्भ समापन की बहुत

* प्रजनन न्याय पर विचार का विकास अमरीकी अश्वेत नारीवादी संस्थाओं द्वारा किया गया है।³ यह विचार सामाजिक न्याय को प्रजनन स्वास्थ्य से जोड़ती है, जिसके पीछे दृढ़ विश्वास है कि “1) बच्चे को जन्म देने के अधिकार; 2) बच्चे को जन्म न देने के अधिकार; 3) अपने बच्चे की परवरिश करने के अधिकार, और उसके साथ-साथ जन्म देने के विकल्पों पर हमारा नियंत्रण, जैसे कि दाई प्रथा – इन सभी अधिकारों के लिए बराबर संघर्ष करना आवश्यक है” और – “इन सभी अधिकारों को वास्तविकता में बदलने में सहयोगी स्थितियों के लिए भी”। इस विचार को कुछ कार्यकर्ताओं ने अपनाया, और वर्ष 2009 में पहली बार वौरसौ में प्रजनन न्याय दिवस का आयोजन किया गया।

सावधानी से व्यवस्था करनी पड़ती है और उसका भुगतान भी खुद ही करना पड़ता है। जब कोई महिला इस क्षेत्र में कदम रखती है, तो उसका अनचाहा गर्भधारण दूसरों के लिए लाभप्रद बन जाता है। उसकी निजी चिंताएं किसी अन्य व्यक्ति के लिए लाभ का मौका बन जाती हैं। जितना गर्भ समापन को जन स्तर पर कलंकित किया जाएगा, औरतों की प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली पर निर्भरता उतना ही ज़्यादा बढ़ती जाएगी।

“पोलैंड में साधारण रूप से डॉक्टर ऐसी गर्भवती महिलाओं की देखरेख करने से मना कर देते हैं, जिनके स्वास्थ्य या जीवन को खतरा हो, क्योंकि डॉक्टर उनसे निजी स्तर पर इन समस्याओं को “संभालने” की अपेक्षा रखते हैं। एक गर्भवती महिला को पूरा विश्वास नहीं होता कि उसके गर्भ के विषय में जो सलाह डॉक्टर दे रहे हैं, उसके पीछे उस महिला की भलाई है, डॉक्टर के मन का भय, पक्षपाती रवैया या फिर अपने व्यक्तिगत लाभ में रुचि है। डॉक्टर सरकारी अस्पतालों में गर्भ समापन नहीं करना चाहते, लेकिन जब वही महिला उनके प्राइवेट क्लिनिक पर आती है, तो वे यह खतरा मोल लेने के लिए तैयार हो जाते हैं। यहां हम एक विशाल, टैक्स मुक्त आमदनी की बात कर रहे हैं। यही कारण है कि चिकित्सा प्रणाली गर्भ समापन कानून बदलने में कोई रुचि नहीं रखता।” वॉन्डा नौविका, कार्यकारी निर्देशक, फ़ैडरेशन फ़ौर विमैन ऐंड फ़ैमिली प्लैनिंग⁴

समाजवाद के बाद पोलैंड में, गर्भ समापन को कलंकित करने से, अपने आप उसका व्यवसायीकरण और निजीकरण हो गया है। कलंकित दर्जा देने से मेरा मतलब है एक प्रक्रिया,

जिसके अंतर्गत, गर्भ समापन की निंदा राजनीति में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाने लगती है। पोलैंड की राजनैतिक स्थिति गर्भ समापन के “समर्थकों” और “विरोधियों” के बीच बंटी हुई है। “विरोधियों” ने राजनैतिक युद्ध जीत लिया और उसके साथ ही, उन्हें जन स्तर पर गर्भ समापन संबंधी चर्चाओं की भाषा निर्धारित करने का विशेषाधिकार भी मिल गया। उन्होंने कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन तक पहुंच पर भी प्रतिबंध लगा दिया।

जन स्वास्थ्य सेवाओं में से गर्भ समापन का अदृश्य हो जाना और प्राइवेट क्षेत्र पर गर्भ समापन सेवाओं का एक बाज़ार विकसित हो जाना, गर्भ समापन को कलंकित दर्जा देने पर ही हो पाया। वर्ष 1993 का गर्भ समापन कानून, इस प्रक्रिया का केवल एक अंश मात्र था, और एक व्यापक स्तर पर गर्भ समापन तक पहुंच को सीमित करने की नीति। कानून का पालन तो नहीं किया जा रहा, क्योंकि जो औरतें कानूनी मान्यताप्राप्त गर्भ समापन की पात्र हैं, उन्हें भी यह सेवा प्राप्त होने की संभावना नहीं है। जैसा कि यह लेख दिखाता है, गर्भ समापन को कलंकित करना-गर्भ समापन पर जन चर्चाओं, सरकारी नीतियों और डॉक्टरों की नियमों पर व्याख्या-उतनी ही महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है, जितना कि वास्तविक कानून।

जन स्वास्थ्य से प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली: समाजवाद के बाद के पोलैंड में स्वास्थ्य सेवाओं में बदलाव

पोलैंड में समाजवादी व्यवस्था के समय, स्वास्थ्य सेवाओं का अधिकार सब के लिए था। अस्पताल और क्लिनिक राज्य द्वारा चलाए जाते थे। 1989 में राजनैतिक बदलावों के बाद, पोलैंड

सरकार ने स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के निजीकरण, विकेन्द्रीकरण और व्यवसायीकरण की शुरुआत की।^{8,9} नई आर्थिक विचारधारा के अंतर्गत, अस्पतालों का संचालन और उनकी प्राथमिकताएं ज़्यादातर आर्थिक मामलों द्वारा निर्देशित होने लगीं और उनके प्रभावकारी होने का विचार बिल्कुल व्यापारी कंपनियों जैसे बन गए। नई राजनैतिक और आर्थिक प्रणाली में प्राईवेट स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र के विकास को बढ़ावा मिला, जिस पर अब ज़्यादा से ज़्यादा नागरिक भरोसा करते हैं। यह बदलाव समाजवाद के बाद अन्य देशों के समान थे, जिनके अंतर्गत स्वतंत्र बाज़ार के नियम ही जन और राज्य द्वारा चलाए जा रहे कार्यक्षेत्रों पर भी लागू किए जाने लगे।⁸ सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवाओं में भारी कटौती की गई : अनेक सेवाओं और दवाओं को जन स्वास्थ्य प्रणाली से बाहर कर दिया गया, और अब नागरिकों को उनके लिए खुद खर्चा करना पड़ता है।⁹ इसके अलावा, स्वास्थ्य व्यवस्था में कटौती के परिणामस्वरूप, स्वास्थ्य कर्मचारियों की संख्या में भी गिरावट आई और मरीज़ों की कतारें लंबी होने लगीं। कतार से बचने के लिए या बेहतर सेवाएं प्राप्त करने के लिए, मरीज़ अनौपचारिक भुगतान देने पर मजबूर हो जाते हैं।⁹

इन बदलावों के कारण, पोलैंड में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता पर भी प्रभाव पड़ा, जिसमें गर्भ निरोधन, गर्भ पूर्व परीक्षण और गर्भावस्था देखरेख भी शामिल हैं।⁹ लेकिन गर्भ समापन के संदर्भ में राजनैतिक परिवेष पर विचार किए बिना, व्यवसायीकरण और निजीकरण की सीमाओं को समझना असंभव है।

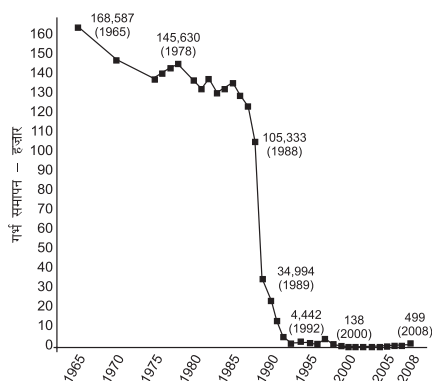
समाजवाद के दौरान, वर्ष 1965 में पारित

कानून के अनुसार, पोलैंड में, चिकित्सीय, कानूनी और सामाजिक कारणों से गर्भ समापन कानूनी था।¹⁰ वास्तव में, कानून की व्याख्या इस प्रकार की गई थी कि महिला खुद निर्णय ले सके कि उसकी सामाजिक स्थिति उसे बच्चे को जन्म देने की अनुमति देती है या नहीं। प्राईवेट स्वास्थ्य सेवा प्रदाता थे, लेकिन उनकी भूमिका जन स्वास्थ्य प्रणाली के सामने ज़्यादा महत्व नहीं रखती थी। गर्भ समापन औरतों की पहुंच में था, और वर्तमान कीमतों के मुकाबले, सस्ता भी।

“मुझे किसी ने नहीं पूछा कि मैं गर्भ समापन क्यों करवाना चाहती थी ... मेरा अनुमान है कि वह काफी सस्ता रहा होगा, क्योंकि मुझे याद है कि मेरा बॉयफ्रेंड और मैं मिलकर प्राईवेट स्तर पर (जन स्वास्थ्य चिकित्सालय में नहीं) उसका भुगतान करने में सक्षम थे, और हम दोनों उस समय पढ़ाई कर रहे थे। उस समय विद्यार्थी भी इसकी कीमत का भुगतान करने में सक्षम थे।” (मारिया, उम्र 65 वर्ष, जिसने 1989 से पहले दो बार गर्भ समापन करवाया था)⁷

उस समय गर्भ निरोधक आसानी से उपलब्ध नहीं थे, इसलिए गर्भ समापन एक गर्भ निरोधक के रूप में भी काफी प्रचलित था। गर्भ समापन डायलेशन और क्यूटेरेज (डीएंडसी) से किया जाता था। गर्भ समापन अन्य देशों, जैसे सोवियत ब्लॉक (रोमानिया को छोड़कर, जहां 1979 के बाद से वह गैर कानूनी था), में भी कानूनी रूप से मान्य और प्रचलित गर्भ निरोधक हुआ करता था और कुछ पश्चिमी यूरोपीय देशों, जैसे पश्चिम जर्मनी, के मुकाबले पहुंच भी आसान थी।

चित्र 1 में दर्शाया गया है कि, 1980 के दशक के अंत से लेकर 1990 के दशक के बीच, किस प्रकार पोलैंड में कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापन मामलों की संख्या में 99 प्रतिशत गिरावट आई। तो यह सब गर्भ समापन के मामले कहां चले गए? वे कुछ ही वर्षों में प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में चले गए और यह हुआ कैथोलिक चर्च के विचारों की वजह से, जिसने कानून की परिभाषा और कानून के लागू होने को प्रभावित किया।



चित्र 1. पोलैंड के जन अस्पतालों में किए गए कुल गर्भ समापनों की संख्या, 1965-2008¹⁷

यह प्रक्रिया तीन चरणों में हुई। 1965-88 के बीच गर्भ समापन कानूनी रूप से मान्य था और उस तक पहुंच आसान थी। गर्भ समापनों की वार्षिक संख्या लगभग 130000 थी, जो निरंतर गिरती रही - 23 वर्षों में 37 प्रतिशत गिरावट।

1988-93 के बीच कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापनों की संख्या में भारी गिरावट आई - 105333 से 685, केवल छह वर्षों में 99 प्रतिशत गिरावट। 1993 से वर्तमान समय तक, गर्भ समापनों

की संख्या न्यूनतम बनी हुई है, वार्षिक संख्या 124 से 499 के बीच। वर्ष 1997 इसमें से एक अपवाद है, जिसमें कानूनी मान्यता प्राप्त गर्भ समापनों की संख्या बढ़कर 3047 हो गई, क्योंकि 1996 में सामाजिक कारणों से गर्भ समापन को एक साल के लिए मान्यता दी गई थी, जिसके बाद संवैधानिक अधिकरण ने इसे असंवैधानिक घोषित कर दिया।¹⁴

जन स्वास्थ्य क्षेत्र में गर्भ समापनों की संख्या में सबसे भारी कमी 1988 से 1989 के बीच आई, 68 प्रतिशत, हालांकि गर्भ समापन तक पहुंच सीमित करने वाला कानून इसके चार वर्ष बाद ही पारित हुआ। तो ऐसा क्यों हुआ? वर्ष 1989 में लोकतांत्रिक विरोधी पक्ष ने पुराने समाजवादी शासन पर राजनैतिक विजय प्राप्त कर ली, जिसके कारण देश में पहला स्वतंत्र चुनाव हुआ और पूरे सोवियत ब्लॉक में राजनैतिक बदलावों के लिए रास्ता खुल गया। पोलैंड के विरोधी आंदोलन, सौलिडैरनौक, ने कैथोलिक चर्च का सहयोग दिया। विरोधी पक्ष की जीत के साथ चर्च को भी जीत मिली, जिसने इस युवा राज्य की राजनैतिक कार्यावली को दिशा देने का काम सक्रियता के साथ किया।

वर्ष 1980 में, पोलैंड में “जीवन-पक्षीय” आंदोलन* ने जन्म लिया।^{15,16} 1989 के बदलते राजनैतिक परिवेश में जब गर्भ समापन बाधक विधेयक को पेश किया गया, तब महिलाओं ने गर्भ समापन के लिए जन स्वास्थ्य प्रणाली से मुंह मोड़ना शुरू कर दिया। 1990 में, सौलिडैरनौक की

* जीवन-पक्षीय विचार मानता है कि गर्भ समापन एक हत्या है। वे समझते हैं कि मनुष्य का जीवन शुरुआत और स्त्रीबीज के मिलते ही शुरू हो जाता है। इस पक्ष के गर्भ समापन विरुद्ध तर्क काफी हद तक धार्मिक होते हैं।

दूसरी बैठक ने इस बाधक गर्भ समापन विधेयक का समर्थन किया। सौलिटैरनौक की महिला कमिटी ने इस निर्णय के विरुद्ध प्रदर्शन किया। इस विरुद्ध के बाद इस कमिटी का समापन ही कर दिया गया।¹⁷ 1991 में, एक नई चिकित्सा आचार संहिता को पारित किया गया, जिसके अंतर्गत प्रदाताओं को विवश किया गया कि वे गर्भ समापन की सेवा प्राप्त करना मुश्किल बना दें, हालांकि उस समय के कानून के अंतर्गत इसकी ज़रूरत नहीं थी।¹⁸ गर्भ समापन के अपराधीकरण के विरुद्ध लोगों ने सड़कों पर प्रदर्शन किए।⁷ 1992 में, द सोशल कमिटी फौर अ रैफरैन्डम औन द सब्जेक्ट औफ पीनलाईजिंग प्रैगनेन्सी टर्मिनेशन ने गर्भ समापन के अधिकार पर राष्ट्रीय मतदान कराए जाने के विषय पर एक जनहित याचिका पर करोड़ों हस्ताक्षर इकट्ठा किए। इस जनहित याचिका को सरकार ने पूरी तरह से नज़रंदाज़ किया, और चर्च के विरोध के कारण, इस जनमत संग्रह को लागू नहीं किया गया। इसलिए, 1989 से 1993 के बीच का समय गर्भ समापन के विषय पर गहन राजनीतिक संघर्षों का समय था।

1990 के दशक की शुरुआत में, गर्भ समापन के विषय पर एक नई चर्चा प्रबल हुई : “गर्भवती महिला” शब्दों के उपयोग को बदल कर “मां” और “भ्रूण” को “अजन्मा बच्चा” या “जीवन” के शब्दों से बोला जाने लगा।¹⁹ राजनीतिज्ञ नए पोलैंड देश में गर्भ समापन पर प्रतिबंध की मौलिक भूमिका को पोलैंड के लिए महत्वपूर्ण बताने लगे। “जीवन - पक्षीय” आंदोलन

ने राष्ट्रीय स्तर पर लोगों के मन में खून से भरे भ्रूण की छवियां स्थापित करने में मदद की¹⁵, जिसका श्रेय विज्ञान और गर्भाशय के भीतर की जाने वाली फोटोग्राफी को जाता है।²⁰ इस प्रक्रिया को ऐग्निज्का ग्राफ ने “भाषा पर एक हारी हुई जंग” के रूप में बताया है।¹⁹ गर्भ समापन पर इस नई भाषा को सरकारी दस्तावेजों में भी सम्मिलित कर लिया गया और कानून में भी। “गर्भ समापन पश्चात लक्षण”¹⁶ विचार के उभरने के बाद, इस भाषा को कुछ राजनीतिज्ञों और चिकित्सकों ने भी अपना लिया।

कानून के अंतर्गत, चिकित्सीय व कानूनी कारणों से गर्भ समापन को कानूनी अनुमति है। लेकिन, इस प्रावधान की बाधक व्याख्या की गई है, जिसका डॉक्टर भी उल्लंघन करते हैं, जिसके कारण कानूनी गर्भ समापन तक औरतों की पहुंच सीमित हो जाती है। कुछ भयानक मामले किसी को भूलने नहीं देते कि जन स्वास्थ्य चिकित्सालयों से गर्भ समापन की अपेक्षा नहीं करनी चाहिए। पहला मामला था ऐलिजा ताईज़ैक का जिसे 2007 में, यूरोपीय मानव अधिकार न्यायालय में जीत प्राप्त हुई। पोलैंड में स्त्री रोग विशेषज्ञों ने गर्भ धारण से ऐलिजा की दृष्टि को गंभीर खतरा होने के बावजूद, उसका गर्भ समापन करने से इंकार कर दिया, जो यूरोपीय मानव अधिकार संगोष्ठी की धारा 3, 8, 13 और 14 का उल्लंघन है।²¹ *

इससे पहले, वर्ष 2004 में, एक जवान गर्भवती औरत की आंत्रशोध में सूजन के कारण मृत्यु हो गई। इस औरत को आपातकालीन स्वास्थ्य सेवा

* यह धाराएं, अमानवीय या तिरस्कृत व्यवहार या सज़ा पर प्रतिबंध, निजी और पारिवारिक जीवन और एक प्रभावी उपचार के अधिकार तथा भेदभाव पर प्रतिबंध को नियंत्रित करती हैं।

उपलब्ध कराने से इंकार का दिया गया था। उसे कहा गया कि “उसे अपने शरीर से ज़्यादा अपने बच्चे की परवाह करनी चाहिए”।²³ डॉक्टर शायद उसका उपचार करने से डर रहे थे, क्योंकि इससे उसकी गर्भावस्था में बाधा आ सकती थी। 2008 में उसकी मां ने यूरोपीय मानव अधिकार न्यायालय में महिला एवं परिवार नियोजन संघ की मदद से मामला दर्ज किया।²⁴

2008 में, 14 वर्षीय लड़की अगाता के मामले पर पोलैंड में चर्चा चली। अगाता को उसकी छोटी उम्र और उसका बलात्कार होने के कारण, कानूनी स्तर पर गर्भ समापन का अधिकार था। यह मामला राष्ट्रीय स्तर पर काफी चर्चित रहा। कोई भी अस्पताल उसका गर्भ समापन करना नहीं चाहता था, उसके क्षेत्र का एक पादरी उसके पीछे दूसरे शहर तक गया कि उसका इरादा बदल दे, अखबारों ने इस प्रश्न पर कई लेख और पत्र प्रकाशित किए कि उसे गर्भ समापन उपलब्ध कराया जाए या नहीं, और उस लड़की को उसके माता-पिता से भी अलग कर दिया गया। कुछ सप्ताह बाद, स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा उसके कानूनी गर्भ समापन की व्यवस्था कर दी गई।²⁵

कानून के अनुसार, इन तीनों महिलाओं को, उनके स्वास्थ्य, उम्र या बलात्कार के कारण कानूनी गर्भ समापन का अधिकार था। लेकिन जैसे कि अगाता कि मां ने कहा :

“पुलिस स्टेशन पर पुलिस अधिकारी ने मुझसे कहा कि हमें कानूनी गर्भ समापन का अधिकार है। मुझे लगा कि मुझे अपनी बेटी को किसी कसाई (गैर कानूनी गर्भ समापन करने वाले डॉक्टर)

के पास नहीं भेजना पड़ेगा, तो मैंने अखबारों में विज्ञापन भी नहीं देखे (गैर कानूनी गर्भ समापन के लिए)। अब मुझे वही मिला जिसके मैं लायक थी।”²⁶

इस मामले में जो हुआ, उससे लड़की की मां को लगा कि उसने कानून पर विश्वास करके गलती की, कि उसे शुरु से “निजी” समाधान ही ढूंढना चाहिए था, जिससे कि उसकी बेटी को राष्ट्रीय चर्चा और निंदा का पात्र नहीं बनना पड़ता।

इसलिए, केवल कानून ही मुद्दा नहीं है, क्योंकि कानून की अनेक प्रकार से व्याख्या की जा सकती है। जन स्वास्थ्य अस्पतालों और कार्यक्षेत्रों से कानूनी गर्भ समापन को हटाने के लिए व्याख्याएं और राजनैतिक प्रयोजन ही जिम्मेदार हैं। जितना गर्भ समापन को सार्वजनिक स्तर पर कलंकित किया गया, उतना ही महिलाओं को लगा कि उन्हें अपनी समस्याओं के हल के लिए निजी व्यवस्था पर ही भरोसा करना होगा। इसलिए, गर्भ समापन जैसी स्वास्थ्य सेवाओं के कलंकित होने और प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में उसकी व्यवस्था की बढ़ोतरी के बीच गहरा संबंध है।

पोलैंड में गर्भ समापन की वास्तविक कीमत

1993 के गर्भ समापन कानून का सबसे महत्वपूर्ण प्रभाव सामाजिक असमानता के रूप में हुआ। वर्ष 2006 में, ऑपरेशन से किए जाने वाले गर्भ समापन (डी ऐंड सी) की कीमत 1500-2500 पी.एल.एन. से 4000 पी.एल.एन. (380-500 से 1000 यूरो तक) और चिकित्सीय गर्भ समापन की कीमत 400-1000 पी.एल.एन. (100-250 यूरो) थी।²³ 2009 में, औसत मासिक

पारिवारिक आय लगभग 1114 पी.एल.एन. थी।²⁷ इसका मतलब है कि शल्य चिकित्सा से किए जाने वाले गर्भ समापन की कीमत एक आम पोलैंड के नागरिक की औसत मासिक आय से भी ज्यादा थी। लेकिन यह केवल औसत हैं। अनेक औरतों की स्थिति इससे भी ज्यादा जटिल है, खासकर ग्रामीण क्षेत्रों में और किशोर उम्र की लड़कियों के बीच, बेरोज़गार और एकल महिलाओं के लिए, जो अपने बच्चों की परवरिश कर रही हैं (एकल परिवारों की औसत मासिक आय 929 पी.एल.एन. थी)।²⁷

गर्भ समापन गोलियां मीफेप्रिस्टोन और मीसोप्रोस्टौल, एक गैर-मुनाफा संस्था, विमैन औन द वैब, के माध्यम से प्राप्त की जा सकती हैं। औनलाईन विचार विमर्श के बाद, यह गोलियां औरतों को भेज दी जाती हैं। यदि महिला सक्षम है, तो उनसे 70 यूरो (लगभग 275 पी.एल.एन.) के दान का निवेदन किया जाता है। लेकिन यह विकल्प केवल उन्हीं औरतों को उपलब्ध है, जो इंटरनेट उपयोग करना जानती हैं। गर्भ समापन के लिए दूसरे देशों में यात्रा करना भी प्रचलित है, जिसमें ज्यादातर औरतें जर्मनी और यू.के. जाती हैं, जहां गर्भ समापन कानूनी व सुरक्षित रूप से उपलब्ध है।

हालांकि प्राइवेट सेवा प्रदाता विशिष्ट रूप से गर्भ समापन उपलब्ध कराते हैं, लेकिन उनके सेवा शुल्क पर कोई नियंत्रण नहीं है। वे मनमाने ढंग से कीमतें निर्धारित करते हैं। प्रदाताओं को एक दूसरे से, कीमत कम करके, स्पर्धा करने में कोई रुचि नहीं है, क्योंकि गर्भ समापन की इच्छा रखने वाली औरतें बेहद हताश स्थिति में होती हैं।

कोई ऐसा जन स्वास्थ्य संस्थान नहीं है, जो ऐसे लोगों को गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध करा सके, जो महंगी प्राइवेट सेवाएं लेने में सक्षम नहीं हैं। इसलिए, समाज दो प्रकार के लोगों में बंटा हुआ है, वे जो कानून से बचने के रास्ते निकाल लेते हैं, और वे जो यह रास्ते नहीं निकाल पाते। व्यक्ति की जितनी ज्यादा आय होती है, वह उतना ही कानून से बचने की क्षमता रखता है। मध्यम वर्ग के लोग प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में अपना काम करवाने की क्षमता रखते हैं। लेकिन अन्य लोग, जिन्हें सरकारी सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं, उनके पास गर्भ समापन करवाने के बहुत कम रास्ते उपलब्ध रह गए हैं।

इन्हीं कारणों से, बदलाव की संभावना बहुत कम है। जैसा कि पोलैंड की एक नारीवादी विचारक, किंगा डुनिन ने कहा था, “जिस के पास 2000 पी.एल.एन. हैं, उसे स्वशासन का अधिकार प्राप्त हो सकता था”।²⁸ आयरलैंड में भी ऐसी ही स्थिति है, जहां गर्भ समापन के लिए बहुत बाधक कानून हैं, लेकिन विदेश जाने की क्षमता रखने वाले लोगों के लिए कोई बाधा नहीं है।²⁹ मध्यम वर्ग की औरतों पर, जिनकी राजनैतिक स्थिति पर ज्यादा प्रभाव होने की संभावना होती है, इन स्थितियों का ज्यादा प्रभाव नहीं पड़ता। लेकिन श्रमिक वर्ग की औरतों के बीच अपने विरुद्ध हो रहे भेदभाव का विरोध करने के लिए राजनैतिक संसाधन नहीं होते। कानून को बदलने के प्रयास तब तक सफल नहीं हो सकते, जब तक कि सभी वर्गों की औरतें एकजुट नहीं हो जातीं।

इस बीच, प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली में, स्वास्थ्य सेवाओं में एक विशाल नया बाज़ार विकसित हुआ

है, जिसमें सरकार का कीमतों, सेवाओं की गुणवत्ता या इन प्रदाताओं की जवाबदारी पर कोई नियंत्रण नहीं है। अगर ऑपरेशन के माध्यम से किये जाने वाले गर्भ समापन की औसत कीमत 2000 पी.एल.एन. होती है, और हरवर्ष 150000 गर्भ समापन किए जाते हैं, तो कुल वार्षिक आय 30 करोड़ पी.एल.एन. (लगभग 9.5 करोड़ अमरीकी डॉलर या 7.5 करोड़ यूरो) होती है - इस आय का कहीं कोई रिकार्ड नहीं होता और न ही इस पर टैक्स लागू होता है।²³ यह संख्याएं सिर्फ अनुमान हैं। न तो हमें गर्भ समापनों की सही संख्या पता है और न ही सही कीमतें - क्योंकि सरकार का नियंत्रण न होने के कारण इनकी कोई औपचारिक रिपोर्ट नहीं बनाई जाती। यही कारण है कि, प्राइवेट स्तर पर गर्भ समापन की सेवा देने वाले डॉक्टरों की गर्भ समापन को कानूनी मान्यता प्राप्त कराने में कोई रुचि नहीं रहती।

जो डॉक्टर गैर कानूनी स्तर पर गर्भ समापन करते हैं, उन पर कानून कोई कार्यवाही नहीं करता, हालांकि पोलैंड में गर्भ समापन करने पर, प्रदाता के लिए तीन वर्ष तक की सजा है, गर्भ समापन करवाने वाली औरत के लिए नहीं (और यदि गर्भ समापन औरत की स्वीकृति के बिना किया गया हो तो, 8 वर्ष तक की सजा है)।* लेकिन गैर कानूनी गर्भ समापनों (औरत की स्वीकृति से) की सरकारी रिपोर्ट के अनुसार, वर्ष 2006 में केवल 47 मामले दर्ज किए गए,³⁰ या कुल अनुमानित गैर कानूनी गर्भ समापनों का 0.03 प्रतिशत।

फिर, पुलिस को गैर कानूनी गर्भ समापनों

के मामलों की रिपोर्ट कहां से मिली? वर्ष 2005 में, सरकारी अभियोजक ने गर्भ समापन संबंधी कानूनी उल्लंघनों के 100 मामले दर्ज किए। इनमें से 31 मामलों की जानकारी, किसी अन्य मामले की छानबीन के दौरान प्राप्त हुई; 24 अस्पतालों से आए; 13 गर्भवती औरतों के सहभागियों, पतियों या पूर्व-पतियों के माध्यम से; और 10 खुद औरतों ने रिपोर्ट किए। बाकी आठ मामलों में, रिपोर्ट अज्ञात स्रोतों से प्राप्त हुई। दो मामलों में तो किसी व्यक्ति को कचरे में भ्रूण मिला। एक मामले में व्यक्ति खुद गैर कानूनी गर्भ समापन का साक्षी था, और 5 मामलों में सामाजिक कार्यकर्ताओं और अज्ञात "सामाजिक संस्थाओं" द्वारा दी गई रिपोर्ट से पुलिस को जानकारी मिली। इन 100 मामलों में से 18 को खारिज कर दिया गया, और 82 में प्राथमिक कानूनी कार्यवाही शुरू की गई। इन 82 मामलों में से, 41 गैर कानूनी गर्भ समापन के मामलों (या गर्भ समापन करने के प्रयास के मामले) में औरत की स्वीकृति थी (जिसका मतलब है कि कानूनी कार्यवाही चिकित्सीय प्रदाताओं के विरुद्ध की गई), 27 मामले औरत को गर्भ समापन में सहयोग देने या उसे गर्भ समापन के लिए उत्प्रेरित करने के थे, छह मामले इन दोनों प्रकार के उल्लंघनों के और आठ मामले महिला की स्वीकृति के बिना (हिंसा, डर या धोखे से) गर्भ समापन करने के। इनमें से 54 मामलों में कानूनी कार्यवाही पूरी नहीं की गई।³¹

अखबारों में इन गैर सरकारी गर्भ समापन सेवाओं के विज्ञापनों के बावजूद, सरकारी

* हर वर्ष पुलिस गैर कानूनी गर्भ समापनों के कुछ ऐसे मामलों की रिपोर्ट देती है, जहां गर्भ समापन औरत की स्वीकृति के बिना किया गया था: 2003 में 4 मामले, 2004 में 5, 2005 में 4, और 2006 में 2।²³

अधिकारियों द्वारा कानूनी कार्यवाही न किए जाने से एक प्रश्न सामने आता है : क्या यह संभव है कि कानून का उद्देश्य गर्भ समापनों की संख्या कम करना नहीं, बल्कि केवल राजनैतिक उद्देश्य पूरा करना है ताकि गर्भ समापन के अपराधीकरण को चर्च और दक्षिणपंथी राजनैतिक दलों की उपलब्धि के रूप में दर्शाया जा सके?

आईवीएफ और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक निजीकरण का प्रसार

गर्भ समापन अकेली ऐसी सेवा नहीं है जिसको कलंकित दर्जा दिया गया है और जिसका व्यवसायीकरण किया गया है। जनन अक्षमता के इलाज के लिए इस्तेमाल किए गए तरीके आईवीएफ* के साथ भी यही किया गया है।⁶ पोलैंड की जन स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत, जनन अक्षमता के इलाज के लिए किया गया खर्च वापस नहीं किया जाता।⁹ वर्ष 2007 में, इन उपचारों को भी जन स्वास्थ्य सेवाओं में शामिल किए जाने के एक प्रस्ताव का गंभीर राजनैतिक विरोध हुआ, और 2008 और 2009 के बीच आईवीएफ “नया गर्भ समापन” बन गया। दक्षिणपंथी राजनीतिज्ञ लैबोरेट्री में गर्भाधान के विषय में उसी भाषा का उपयोग करने लगे, जो वे भ्रूण के संदर्भ में उपयोग करते थे। यह दावा करते हुए कि वे “जीवन की रक्षा” और “हत्या से बचाव” कर रहे हैं, और उन्होंने दो बाधक विधेयक प्रस्तावित किए, जिनसे आईवीएफ के इस्तेमाल पर सीमाएं लगाई जा सकें।³²⁻³⁴ कैथोलिक चर्च इस चर्चा में विशेष रूप से सक्रिय रहा। एक बिशप ने तो,

जो भ्रूण आईवीएफ में प्रत्यारोपित नहीं किए जाते, उन्हें “गर्भ समापन का नया तरीका” बताया और आईवीएफ प्रक्रिया की तुलना “राक्षस बनाने” से की। कुछ पादरियों पर आरोप है कि वे आईवीएफ तकनीक से जन्मे बच्चों के विरुद्ध भेदभाव करते हैं और उन्हें नीचा दिखाते हैं। यहां तक कि वे रेडियो और टी.वी पर इन बच्चों को “शारीरिक व मानसिक रूप से कमजोर” या “उपभोक्ता वस्तु” कहकर संबोधित करते हैं।³⁵ जोएना मिश्टल ने दिखाया है कि 1989 के बाद पोलैंड में स्वास्थ्य प्रणाली में नए उदारवादी बदलाव¹³ के अंतर्गत यह कलंकित दर्जा सभी गर्भ निरोधकों और बाकी प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर भी लगाया गया। आईवीएफ को कलंकित करके कैथोलिक चर्च और दक्षिणपंथी राजनीतिज्ञ दिखाना चाहते हैं कि वे महिला प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर अपनी सत्ता को हावी कर रहे हैं।

यह हावी शक्ति वास्तव में, गर्भ समापन सेवाओं पर प्राइवेट स्वास्थ्य प्रणाली के अकेले अधिकार के कारण सामाजिक असमानता बढ़ा रही है, क्योंकि हर व्यक्ति व्यावसायिक गर्भ समापन सेवाओं का उपयोग करने में समर्थ नहीं है। लेकिन, क्योंकि गर्भ समापन का कलंक सार्वजनिक स्तर पर छाया हुआ है, उसके आर्थिक पहलुओं पर चर्चा नहीं हो पाती। इसलिए, दक्षिणपंथी कैथोलिक विचारधारा और नए उदारवादी आर्थिक बदलावों के कारण प्रजनन और सामाजिक अन्याय स्थापित हो गया है।

समस्या के इन पहलुओं को संबोधित करने

* आईवीएफ में औरतों के स्त्री बीज को शरीर से निकाल कर, शुक्राणु के साथ लैबोरेट्री में मिलाया जाता है। गर्भाधान के बाद स्त्री बीज को औरत के गर्भाशय में डाल दिया जाता है। इस तरह से पैदा हुए बच्चों को ‘टेस्ट ट्यूब बेबी’ भी कहा जाता है।

के लिए, गर्भ समापन के कलंक को खत्म करना महत्वपूर्ण है। लेकिन राजनैतिक व्यवस्था में सकारात्मक बदलाव, कानून की अबाध्यकारी व्याख्या, या कानून में बदलाव भी, इस समय उन महिलाओं के लिए सामाजिक असमानता की समस्या का हल नहीं बन सकते, जो गर्भ समापन करवाना चाहती हैं। वर्तमान स्थिति में, जन स्वास्थ्य प्रणाली में खर्च कम करने की धारणा के कारण, गर्भ समापन और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को राज्य नियंत्रण में शामिल करना संभव नहीं है। इसलिए, पोलैंड में महिलाओं की स्थिति को बेहतर बनाने के प्रभावकारी प्रयासों में, नए उदारवादी स्वास्थ्य सेवा बदलावों को चुनौति देना बहुत महत्वपूर्ण है।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* डॉक्टरेट विद्यार्थी, सांस्कृतिक ऐन्थ्रोपोलॉजी, यूनिवर्सिटी औफ वौरसौ, इन्स्टिट्यूट औफ ऐप्लाइड साईंसेज़, वौरसौ, पोलैंड।

ईमेल: chelstowska.agata@gmail.com

संदर्भ

1. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (z 1993 r., Dz.U. Nr 17, poz. 78; z 1995 r., Nr 66, poz. 334, z 1996 r., Nr 139, poz. 646, z 1997 r. Nr 141, poz. 943, Nr 157, poz. 1040 i z 1999 r. Nr 5, poz. 32), (1993).
2. Janion M. Niesamowita Słowiańszczyzna. Kraków, 2006.
3. Understanding Reproductive Justice. Atlanta: SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective; 2006.
4. Chelstowska A. Oddzielić zdrowie od ideologii. Interview with Wanda Nowicka, chair, Federation for Women and Family Planning. In: Czerwińska A, Piotrowska J, editors. Raport: 20 lat – 20 zmian Kobiety w Polsce w okresie transformacji 1989–2009. Warszawa: Fundacja Feminoteka, Heinrich Böll Foundation; 2009. p.33–35.
5. Chelstowska A. Poród po ludzku. Co się zmieniło od 1989 roku w opiece okołoporodowej w Polsce? Interview with Anna Otfinowska, chair, Birth with Dignity Foundation. In: Czerwińska A, Piotrowska J, editors. Raport: 20 lat–20 zmian Kobiety w Polsce w okresie transformacji 1989–2009. Warszawa: Fundacja Feminoteka, Heinrich Böll Foundation; 2009. p.36–38.
6. Chelstowska A. Zdrowie reprodukcyjne: krótka historia aborcji. In: Czerwińska A, Piotrowska J, editors. Raport: 20 lat–20 zmian Kobiety w Polsce w okresie transformacji 1989–2009. Warszawa: Fundacja Feminoteka, Heinrich Böll Foundation; 2009. p.11–30.
7. Chelstowska A. Aborcja i ruch pro-choice w Polsce. Antropologiczne badania w latach 2006–2008. Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 2008.
8. Charkiewicz E. Wprowadzenie do raportu w: Pielęgniarki. Protesty pielęgniarek i położnych w kontekście reform ochrony zdrowia. Raport Think Tanku Feministycznego. 3/2009. At: www.ekologiasztuka.pl/pdf/f0086_TTFraport3_Pielegniarki-Kubisa.pdf.
9. Mishtal J. Neoliberal reforms and privatisation of reproductive health services in post-socialist Poland. Reproductive Health Matters 2010;18(36):56–66.
10. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Dziennik Ustaw z 1956 r. Nr 12, poz. 61, 1956.
11. Kligman G. The politics of Duplicity. Controlling reproduction in Ceausescu's Romania. Berkeley, Los Angeles, London, 1998.
12. Maleck-Lewy E, Marx Ferree M. Talking about women and wombs: the discourse of abortion and reproductive rights in the GDR during and after the Wende. In: Gal S, Kligman G, editors. Reproducing Gender Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism. Princeton: Princeton University Press; 2000.
13. Niemiec T. Przerywanie ciąży. In: Niemiec T, editor. Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat Polska 2006. Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju; 2007. p.97–100.

14. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r. (Sygn.Akt K 26/96), 1997.
15. Świstow K. Fenomen "obrony życia" w Polsce jako praktyka radykalnej prawicy (na przykładzie duchowej adopcji dziecka poczętego). Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 2007.
16. Włodarczyk J. Skąd się wziął syndrom? Krytyka Polityczna 2005;7/8:372–83.
17. Penn S. Podziemie Kobiet. Warszawa; 2003.
18. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej; 1991.
19. Graff A. Świat bez kobiet. Płeć w polskim życiu publicznym. Warszawa; 2005.
20. Stabile CA. Shooting the mother: fetal photography and the politics of disappearance. In: Treichler PA, Cartwright L, Penley C, editors. *The Visible Woman: Imaging Technologies, Gender, and Science*. New York: New York University Press; 1998.
21. European Court of Human Rights. Judgement, Case of Tysiãc vs. Poland Application No.5410/03, 20 March 2007.
22. European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 1950.
23. Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Warszawa: Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny; 2007.
24. European Court of Human Rights. Application No.46132/08, Z against Poland, lodged 16 September 2008.
25. Szlachetka M. Agata ma już dość. Gazeta Wyborcza. 11.06.2008.
26. Matka Agaty. Matka Agaty: Chciałam legalnie, no i teraz mam. Gazeta Wyborcza; 2008.
27. Sytuacja gospodarstw domowych w 2009 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych. Główny Urząd Statystyczny; 2010.
28. Dunin K. Dwa tysiące na skrobankę. Wysokie Obcasy. 23.06.2001.
29. Fletcher R. National crisis, supranational opportunity: the Irish construction of abortion as a European service. *Reproductive Health Matters* 2000;8(16):35–44.
30. Zespół Prasowy Komendy Głównej Policji. Materiały statystyczne: Zespół Prasowy Komendy Głównej Policji 2003–2006.
31. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2005 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz skutkach jej stosowania. Warszawa; 2006.
32. Siedlecka E. Gowin przeforsuje swoją ustawę o in vitro? Gazeta Wyborcza. 02.03.2009.
33. Wiśniewska K. Albo in vitro, albo komunizm. Gazeta Wyborcza. 2010 20.05.2010.
34. Wiśniewska K. Biskupi: módlcie się o zakaz in vitro. Gazeta Wyborcza. 27.10.2010.
35. Notatka prasowa z wysłuchania obywatelskiego "Zapłodnienie in vitro - szansa na godne rodzicielstwo": Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny 23.02.2009.

प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली में चिकित्सीय गर्भ समापन को शामिल किया जाना: दूसरे स्वास्थ्य कार्यक्रमों और वस्तुओं से तुलना

शरद डी. आयंगर*

सारांश:

पिछले वर्षों में मृत्युदर, बीमारी और जनसंख्या बढ़त में कमी लाने के लिए, और ज़रूरी स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग बढ़ाने के लिए प्रजनन, नवजात शिशु और बाल स्वास्थ्य, संक्रामक बीमारियों, आघात और आपातकालीन देखभाल के साथ, कई जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों और वस्तुओं के लिए गैर चिकित्साकरण रणनीति को अपनाया गया है। इन अनुभवों से चिकित्सीय गर्भ समापन के गैर चिकित्साकरण और इसको आसान बनाने की दिशा में बहुमूल्य सीख मिलती है। जिस प्रकार कंबाईंड ओरल पिल और आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली, जो कड़े विरोध के बावजूद अब डॉक्टरी नुस्खे के बिना दी जाने वाली दवा बन चुकी है, उसी तरह गर्भ समापन की गोली, महिलाओं और उनके स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के बीच के रिश्ते को मौलिक रूप से बदल देती है। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को आसान और सुलभ बनाने के उपायों में शामिल हैं- आसान तकनीक और सेवा मानदंडों को अपनाया जाना, कम योग्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं को पंजीकृत कर उन्हें प्रशिक्षित कराना, अस्पताल में इलाज की ज़रूरत को कम या खत्म कर देना, ज़रूरत पड़ने पर अस्पतालों में मज़बूत रेफरल लिंक की स्थापना, मरीजों के नियंत्रण और स्वयं-दवा लेने को बढ़ावा देना और इलाज के लिए धन की व्यवस्था करने को आसान बनाना। इन उपायों को लागू करने से, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं में चिकित्सीय गर्भ समापन सेवाएं आसानी से उपलब्ध कराई जा सकती हैं। हालांकि ऐसा करने के लिए कानून और नीतियों को बदलना होगा और यह सुनिश्चित करना होगा कि उनमें केवल ऑपरेशन द्वारा गर्भ समापन किए जाने को ही महत्व न दिया जाए, दवाएं सस्ती कीमत पर और विश्वसनीयता के साथ उपलब्ध हों, और महिलाओं को ऐसी जानकारियां होनी चाहिए, जो गर्भ समापन को कलंक रहित बनाती हैं, उनके विकल्पों को बढ़ाती हैं और जिनका उद्देश्य, उनके और उनके चिकित्सक सेवाप्रदाताओं के बीच शक्ति संतुलन को बनाए रखना है।

© 2005 रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स, सर्वाधिकार आरक्षित।

मुख्य शब्द: चिकित्सीय गर्भ समापन, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, गैर चिकित्साकरण, स्वास्थ्य कार्यक्रम और सुविधाएं

विकासशील देशों में दूरदराज़ के इलाकों में रहने वालों, खासकर महिलाओं में शारीरिक और सामाजिक स्वतंत्रता की कमी है, इसलिए अपनी मूलभूत स्वास्थ्य ज़रूरतों को पूरा करने के लिए, उनके पास प्रभावहीन प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली पर निर्भर रहने के अलावा, कोई दूसरा रास्ता मौजूद नहीं है, चाहे इस तरह की सेवाएं सरकारी अस्पतालों की हों या प्राईवेट अस्पतालों की। 1978 के अल्मा-आटा घोषणा में, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर जोर दिए जाने के बावजूद, प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से संचालित, सभी स्वास्थ्य कार्यक्रम में कम निवेश और खराब प्रशासन के कारण बाधाएं बनी हुई हैं, चाहे वह मलेरिया हो, टी.बी. हो, बाल स्वास्थ्य हो, परिवार नियोजन हो या अनचाहे गर्भधारण का मामला हो। जहां विकासशील देशों के दूरदराज़ के इलाकों में उपयुक्त प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं कम सुलभ हैं, वहां अप्रशिक्षित या अर्ध-प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ता, जल्दी इलाज करने के लिए ज़्यादातर, इंजेक्शन लगाते हैं और ज़्यादा दवाओं और अनुपयुक्त मिश्रणों का उपयोग करते हैं।^{1,2}

यही स्थिति, इन क्षेत्रों के शहरों में भी देखी जाती है, जहां इलाज की आधुनिक सुविधाएं उपलब्ध हैं - यह अलचीले नियंत्रण प्रणालियों के परिणाम हैं, जो गुणवत्ता के उन विदेशी मानकों को बनाए रखने के बहाने, स्वास्थ्य सेवाओं के चिकित्साकरण को बढ़ावा देती हैं, और जिन्हें स्थानीय परिस्थितियों के अनुरूप नहीं ढाला गया है। कुछ लोग, जिनकी पहुँच शहरों के इन अस्पतालों तक होती है, के लिए मिलने वाली सेवाओं पर इलाज को ज़्यादा पेचीदा बनाने के कारण, इस पर

ज़्यादा निवेश को सही ठहराया जाता है, जबकि बाकी लोगों को अनदेखा कर दिया जाता है। इसे, मुख्य चिकित्सा संस्थाओं और पेशेवर संगठनों के विशेषज्ञों द्वारा मान्यता प्रदान की जाती है। इसको अस्पतालों, सेवाप्रदाता, प्रशिक्षण, प्रौद्योगिकी और सेवा प्रोटोकॉल को चलाने वाले नियमों के माध्यम से स्वीकृति मिलती है। इन नियमों का उल्लंघन, सेवाप्रदाताओं या उनके संगठनों को, कानूनी कार्रवाई किए जाने के खतरे में डाल देते हैं, और न्यायालय, इस बात के निर्धारण के लिए उन्हीं विशेषज्ञों की राय का सहारा लेते हैं, कि मानकों का उल्लंघन हुआ है या नहीं और कैसे किया गया है। हालांकि, जहां कानूनों और नियमों का कड़ा पालन नहीं किया जाता, जैसा कि ग्रामीण क्षेत्रों के दूरदराज़ इलाकों और शहरी बस्तियों के मामले में, वहां गरीबों की स्वास्थ्य ज़रूरतों पर प्राथमिक स्वास्थ्य का अंडरवर्ल्ड फलता-फूलता है। अनौपचारिक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के सबसे आकर्षक (कमाऊ) मामलों में हैं- मासिक (पीरियड) नहीं आने या अनचाहे गर्भधारण का इलाज करना।³

जहां, समानता लाने के लंबे उपायों के रूप में, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को मज़बूत किए जाने की ज़रूरत पर कोई दो राय नहीं है, वहीं स्वास्थ्य तकनीकों को वंचित लोगों की ज़रूरतों के अनुकूल बनाकर, ज़रूरी स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में तेज़ी की जा सकती है। स्वास्थ्य देखभाल का गैर चिकित्साकरण, मुख्य रणनीतियों में से एक रहा है। इसका मतलब है, स्वास्थ्य कार्यक्रम के द्वारा ऐसे नियमित उपाय अपनाना, जिससे सीमित और महंगे चिकित्सा संसाधनों का बेहतर इस्तेमाल

किया जा सके। इसके कारण, नियंत्रित वातावरण, तकनीक, मानव संसाधनों और प्रबंध प्रणालियों में संचालित तरीके से बदलाव किया जाता है, जिससे गुणवत्ता को कम किए बिना, सेवाओं तक पहुँच को बढ़ाया जा सके। इसे टी.बी, मलेरिया, सदमे के इलाज और बाल जीवन बचाने के साथ, कई स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए अपनाया गया है।^{4,7} इन अनुभवों से, चिकित्सीय गर्भ समापन को भी प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणालियों में शामिल किए जाने की उपयोगी सीख मिलती है।

जन स्वास्थ्य के लक्ष्य और इन लक्ष्यों पर राजनीतिक प्रतिक्रिया, ने इस बात पर बहुत गहरा असर डाला है कि कितनी आसानी या कठिनाई से, स्वास्थ्य तकनीकों को शुरू किया जाता है, या इसके उपयोग का विस्तार किया जाता है। टी.बी. और मलेरिया जैसी संक्रामक बीमारियों के नियंत्रण के लिए बड़े पैमाने पर किए जाने वाले उपाय और मातृ और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, बीमारी का बोझ कम करने, मृत्यु दर और बीमारी दर में कमी लाने के उद्देश्य से चलाए गए हैं।⁸⁻¹⁰ जीवन और स्वास्थ्य के लिए उभरते आधुनिक खतरे, जैसे कि सड़क दुर्घटनाओं में लगने वाली चोट और हृदय की धमनियों में रुकावट के रोग के कारण, आघात और आपातकालीन सेवाओं पर, शहरों में निवेश बढ़ गया है।¹¹ प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में तेज़ी से बढ़ती हुई जनसंख्या को नियंत्रित करने के राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय लक्ष्यों को प्राथमिकता देने के लिए, परिवार नियोजन कार्यक्रमों में भारी निवेश किया गया है।¹² आपदा और शरणार्थी संकटों के कारण, अनेक देशों में इससे संबंधित कार्रवाई बढ़ गई है। ये सभी लक्ष्य, राजनीतिक

आम सहमति के एक महत्वपूर्ण स्तर पर निर्भर हुए हैं, और ज़्यादातर को सरकारों से समर्थन मिल चुका है। इसके ठीक विपरीत, जहां तक सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं प्रदान कर, अनचाहे बच्चों के जन्म रोकने के लक्ष्य का प्रश्न है, सरकारों और नियंत्रक संस्थाओं का रवैया धीमा रहा है, या वे वैज्ञानिक कारणों की बजाय, राजनीतिक और सैद्धांतिक कारणों से, प्राथमिक स्वास्थ्य स्तर पर, गर्भ समापन तकनीक और सेवाप्रदाताओं की आसान उपलब्धता के इच्छुक नहीं हैं।

इस लेख में, शुरू किए गए प्राथमिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों और सुविधाओं के लागू करने के पीछे के विचार, और चिकित्सीय गर्भ समापन की स्थिति में, इन अनुभवों के उपयोग की समीक्षा की गई है। इसमें, मातृ, नवजात और बाल स्वास्थ्य, टी.बी, मलेरिया और एचआईवी/एड्स का नियंत्रण, प्रजनन स्वास्थ्य, आघात और आपातकालीन देखभाल के कार्यक्रमों को शामिल किया गया है।

नियंत्रण और लाइसेंस

प्रजनन स्वास्थ्य से संबंधित दो दवाओं, कंबाइंड गर्भनिरोधक गोली और आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली की लाइसेंसिंग से उजागर होता है, कि नियामकों ने स्वास्थ्य और अधिकार के महत्वपूर्ण विषयों पर किस प्रकार का रवैया अपनाया है। अमरीका और इंग्लैंड में, खाने की गर्भनिरोधक गोलियों के पंजीकरण के इतिहास से पता चलता है कि, दवा नियामक अधिकारियों ने खाने वाली गोली की सुरक्षा से जुड़े सवाल को इसकी क्षमता प्रदर्शन से उत्तर दिया है।¹³ 1957 में जी डी सीयार्ल ने, पीड़ादायी मासिक धर्म, ज़्यादा दिन तक और ज़्यादा रक्तस्राव वाले

मासिक और गर्भाशय की कोशिकाओं के ओवरीज में पहुंचाने जैसे स्त्रीरोग के कई लक्षणों के लिए, पहली कंबाइंड गर्भनिरोधक गोली (इनोविड) का पंजीकरण कराया था। सरकार के दुलमुल रवैए और कैथोलिक चर्च द्वारा खुलकर विरोध किए जाने के बावजूद, 1960 में जाकर इनोविड को एक गर्भनिरोधक के रूप में पंजीकृत किया जा सका। तब तक हजारों महिलाएं गोपनीय नुस्खों के माध्यम से, गर्भनिरोधक गोली के रूप में इसका पहले से ही प्रयोग कर रही थीं। आज कम-खुराक वाली खाने की कंबाइंड गर्भनिरोधक गोली, बिना डॉक्टरी नुस्खे के मिलने वाली गोली के रूप में दुकानों पर उपलब्ध है, और कई विकासशील देशों में नाम मात्र के प्रशिक्षणप्राप्त सामुदायिक स्तर के कार्यकर्ता इसको बांटते हैं।¹⁴ ऐसे ही, 37 देश अब बिना डॉक्टरी नुस्खे के, आपातकालिक गर्भनिरोधक गोलीयों के प्रयोग की अनुमति दे चुके हैं और कई अन्य ऐसा करने पर विचार कर रहे हैं।¹⁵ अमरीका और फिलीपीन्स (जहां इस पर प्रतिबंध लगा दिया गया है) के साथ, जिन देशों ने ऐसा करने से मना कर दिया है, वे कट्टरपंथी गुटों के दबाव के कारण ऐसा कर रहे हैं, न कि सुरक्षा या उसके प्रभाव के कारण।¹⁶

मिश्रित गर्भनिरोधक गोली और आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली के पक्षधर ज़्यादातर तर्क, गर्भ समापन की गोली पर भी लागू किए जा सकते हैं। हालांकि मीफेप्रिस्टोन के पंजीकरण को लेकर इसके मूल निर्माता द्वारा कोई उत्सुकता नहीं दिखाई गई और कई सरकारों द्वारा विरोध प्रकट किया गया। इसी बीच, इसके अकेले प्रयोग करने पर इसकी प्रभावशीलता के बढ़ते सबूत के बावजूद,

मीसोप्रोस्टोल को कई देशों में विरोध का सामना करना पड़ा है, और कुछ देशों में फिर से इसपर प्रतिबंध लगा दिया गया है।¹⁶ कंबाइंड गर्भनिरोधक गोली और आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलीयों की तरह, गर्भ समापन की गोली भी महिलाओं और उनके चिकित्सकों या सेवाप्रदाताओं के बीच संबंध को मौलिक रूप से बदल देती है। आने वाला समह ही यह बताएगा कि क्या चिकित्सीय गर्भ समापन, इसी प्रकार महिलाओं के लिए आसानी से उपलब्ध होगा।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को आसान बनाने और उनके गैर चिकित्साकरण के अनुभव

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के गैर चिकित्साकरण के उपायों में यह शामिल हैं - सरल तकनीक और सेवा प्रोटोकॉल को अपनाया जाना, कम प्रशिक्षित सेवाप्रदाताओं को कार्य की अनुमति देना और प्रशिक्षण प्रदान करना, चिकित्सालय की मूलभूत ज़रूरतों को आसान बनाना, अस्पतालों में मज़बूत रेफरल की स्थापना, महिलाओं और उनके सेवाप्रदाताओं के बीच जानकारी के असंतुलन को कम करना, मरीज़ का नियंत्रण बढ़ाना और खुद दवा लेने को बढ़ावा देना, और आर्थिक व्यवस्था को आसान बनाना।

तकनीक

आसान, कम तकनीक वाले उपकरणों ने ज़्यादा जटिल तरीकों की जगह ले ली है। उदाहरण के तौर पर, कुशल सहायकों को पार्टोग्राफ से मार्गदर्शन मिलता है कि प्रोलॉन्ड लेबर के लिए कब रेफर करना है, दस्त के कारण शरीर में होने वाली पानी की कमी को पूरा करने के लिए आईवी फ्लूइड

की जगह, ओआरएस के घोल का उपयोग किया जाने लगा है। सर्वाइकल कैंसर की जांच करने के लिए पैपस्मीयर्स की जगह एसीटिक एसिड या लूगल्स आयोडीन का उपयोग एक अच्छे विकल्प के रूप में उभरा है। कम संसाधन वाले स्थानों के लिए, जल्द होने वाले एचआईवी टेस्ट विकसित किए गए हैं।¹⁷⁻¹⁹ प्राकृतिक आपदाओं और शरणार्थी संकट के दौरान इस्तेमाल की जाने वाली दवा और चिकित्सा किटों से बलात्कार और यौन उत्पीड़न जैसे मामलों में, मौके पर ही आपातकालीन गर्भनिरोध दिए जा सकते हैं।²⁰ चिकित्सा क्षेत्र में हुई कई प्रकार की प्रगति से सुरक्षित गर्भ समापन तकनीक आसान हो गई है—वैक्यूम एस्पीरेशन में पूरी तरह बेहोश किए जाने (जनरल एनस्थीसिया) की ज़रूरत नहीं पड़ती और मैन्यूअल वैक्यूम एस्पीरेशन (एमवीए), बिना बिजली के काम करता है, जबकि बड़ी संख्या की महिलाओं के लिए, ऑपरेशन की जगह, चिकित्सीय गर्भ समापन की गोलियों का प्रयोग किया जा सकता है।

सेवाप्रदाता

गैर चिकित्साकरण का मतलब, कम योग्यताप्राप्त सेवाप्रदाताओं को पंजीकृत दवाओं का उपयोग करने के लिए अनुमति देना, भी है। कई देशों में मलेरिया कार्यक्रमों में, सामुदायिक कार्यकर्ता और सहयोगी चिकित्सा स्टाफ (पैरामेडिक्स) को क्लोरोक्वीन दवाओं का उपयोग करने की अनुमति है और नई मलेरियारोधी दवाओं के लिए भी अनुमति दिए जाने पर विचार किया जा रहा है।^{5,21,22} दूसरी तरफ, जब यह देखा गया कि स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को, किसी डॉक्टर या स्टेथेस्कोप की सहायता के बिना,

बच्चों को देखकर और उनकी सांसों की गिनती कर, निमोनिया की पहचान करने के लिए प्रशिक्षित किया जा सकता है, तो बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम को कार्यकर्ताओं को एंटीबायोटिक को-ट्राइमोक्साजोल बांटने की अनुमति भी दे दी गई, जिससे निमोनिया के कारण हाने वाली मृत्यु दर काफी कम हुई है।²³ अभी हाल ही में, कई विकासशील देशों में, नर्सिंग और दाई (मिडवाइफ) का काम करने वाले कर्मियों को, गर्भ समापन कराने और गर्भ समापन से जुड़ी जटिलताओं का उपचार करने के लिए, ऑक्सीटोसिक्स, एंटीबायोटिक दवाओं, मैग्नीशियम सल्फेट या इन्ट्रावीनस फ्ल्यूड का उपयोग करने के लिए प्रशिक्षित और प्राधिकृत किया गया है।²⁴ शहरी क्षेत्रों में, प्रशिक्षित सहयोगी स्टाफ (पैरामेडिक्स) वाली मोबाइल क्रिटिकल केयर यूनिटें, आघात या दिल के दौर के मरीजों का इलाज करती हैं, जबकि ग्रामीण या कच्ची बस्तियों में कार्यरत स्वयंसेवक, बच्चों को पेट के कीड़े मारने की दवाएं और महिलाओं को खाने की गर्भनिरोधक गोलियां बांटते हैं।^{11,14}

हालांकि गर्भ समापन के मामले में देश, बहुत ज़्यादा कड़ाई बरतते रहे हैं, फिर भी कुछ देशों ने मध्य-स्तरीय सेवाप्रदाताओं को गर्भ समापन कराने के लिए एमवीए की अनुमति प्रदान कर दी है, जबकि गर्भ समापन की गोलियों को बांटने का लाइसेंस केवल डॉक्टरों को दिया गया है, हालांकि उनका प्रयोग करना बहुत आसान है।²⁵

चिकित्सालय

सेवाओं का उपयोग बढ़ाने के लिए अस्पतालों की ज़रूरतों को आसान बना दिया गया है, या हटा दिया गया है। इस प्रकार के उदाहरणों में, विकसित

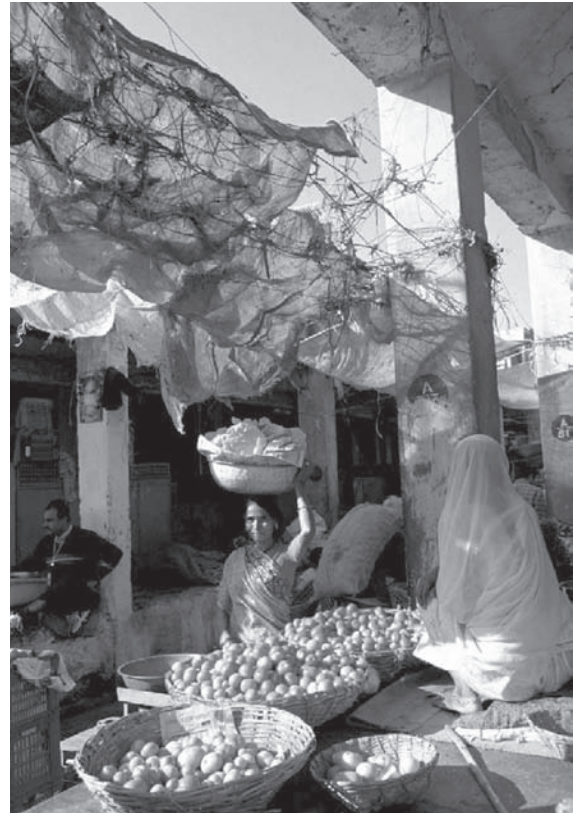
देशों में भी आसान प्रसव केंद्रों का उपयोग, जहां दाईयों (मिडवाइफों) को भी सामान्य प्रसव कराने की अनुमति है, ग्रामीण क्षेत्रों में ब्लड बैंक के स्थान पर, रक्त भंडारण केंद्रों की स्थापना किया जाना, समुदाय में बड़े पैमाने पर टीकाकरण के लिए पोर्टेबल टीका गाड़ियों और केवल एक बार प्रयोग की जाने वाली सूइयों (डिस्पोजेबल सिरिंज) का प्रयोग, और घर-घर जाकर टीबी की दवाएं, सूइयों और गर्भनिरोधक गोलियां बांटना शामिल है।²⁶

पहली तिमाही के गर्भ समापन के लिए बिजली या सेवाप्रदाता द्वारा वैक्यूम ऐस्पिरेशन के लिए एकांत में, साफ तरीके से, गर्भ समापन कराने के लिए न्यूनतम व्यवस्था करने की ज़रूरत होती है। ऑपरेशन वाले तरीकों के विपरीत, गर्भ समापन की गोलियां, ऐसी प्रक्रिया शुरू करती हैं, जिससे ज़्यादा आसानी से गर्भ समापन हो जाता है और जिसके लिए बुनियादी क्लीनिक की ज़रूरत होती है, और नौ सप्ताह की गर्भावस्था तक इसे सुरक्षित तरीके से घर पर ही किया जाना साबित किया गया है। दुर्भाग्यवश, ज़्यादातर देशों में, गर्भ समापन सेवाओं के प्रावधान कानून और नियम, अभी भी नियंत्रित सुविधा के दायरे में रखे जाते हैं।

प्रोटोकॉल

स्वास्थ्य कार्यक्रमों में सेवाएं प्रदान करने के लिए मरीजों के चयन के आसान तरीके निकाल लिए हैं। उदाहरण के तौर पर, स्वास्थ्य कार्यकर्ता जांचसूची देकर, किसी महिला की गर्भनिरोधक गोलियां लेने या आईयूडी (लूप) अपनाने की योग्यता का निर्धारण कर सकता है। अध्ययनों के अनुसार, तेज़ सांस चलने या सांस लेते समय छाती के अंदर की ओर धंसने

को, हलके या गंभीर निमोनिया के लक्षण बताए गए हैं, और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को इसकी पहचान करने के लिए सफलतापूर्वक प्रशिक्षित किया गया है।²³ इस प्रक्रिया को आगे बढ़ाते हुए, ऐसे मानक बनाए गए हैं, जिनसे कई प्राथमिक स्वास्थ्य स्थितियों की देख भाल की जा सके, जैसे कि मलेरिया में बुखार होने पर क्लोरोक्वीन की गोलियां देना, बचपन की बीमारियों के इलाज, गर्भावस्था और प्रसव को संभालना और यौन संचारित संक्रमणों के लक्षण का इलाज करना।^{17,27,28} टी.बी. के उपचार के लिए, एक दिन छोड़कर खुराक लेने और कम समय तक, दवाएं लिए जाने जैसे तरीकों की



भारत के उदयपुर का सड़क बाजार, 2003

सहायता से अस्पतालों में बार-बार जाने को कम करने में मदद मिली है।

जिस प्रकार कई आसान तरीकों का उपयोग करते हुए और पेशाब की जांच द्वारा, गर्भावस्था की पुष्टि की जा सकती है, उसी प्रकार चिकित्सीय गर्भ समापन के मानक प्रोटोकॉल, किसी प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवाप्रदाता को सेवाएं प्रदान करने में सहायक हो सकते हैं और घर पर ही मिसोप्रोस्टोल के उपयोग की अनुमति देकर, कई बार अस्पताल जाने की ज़रूरत को कम किया जा सकता है।

रेफरल

मातृत्व या नवजात जटिलताओं का इलाज करने या गंभीर रूप से बीमार बच्चों के इलाज में कम योग्यताप्राप्त, प्राथमिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का व्यापक उपयोग किए जाने के कारण, अस्पतालों के साथ मज़बूत रेफरल लिंक स्थापित करना ज़रूरी हो गया है।^{17,27} प्राथमिक और द्वितीयक स्वास्थ्य प्रणालियों के बीच औपचारिक व्यवस्थाएं स्थापित कर ली जानी चाहिए। जिन अस्पतालों में ऐसे रेफरल किए जा रहे हैं, उन्हें खास तौर पर, ज़्यादा रेफरल या गलत रेफरल के मामलों से निपटने के लिए तैयार रहना चाहिए – ऐसा हो सकता है और होता भी है, क्योंकि रेफरल प्रोटोकॉल ऐसा बनाया गया है कि सुरक्षा की ज़रूरत को महत्व दिए जाने के कारण गलत रेफरल हो सकता है। इसके अलावा, किसी दूरदराज़ इलाके में स्थित स्वास्थ्य केंद्र का स्वास्थ्य कार्यकर्ता, किसी जटिल दिखने वाले मामले को देखकर उसे ज़्यादा जोखिमभरा मान सकता है।²⁹ स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रेफरल की, अस्पताल के डॉक्टरों और नर्सों को बुराई नहीं करनी चाहिए,

क्योंकि इससे मरीज़ के परिवार वाले हतोत्साहित होते हैं, आगे के रेफरल पर असर पड़ता है और पूरे कार्यक्रम को नुकसान पहुंचता है।

चिकित्सीय गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करने वाला प्राथमिक स्वास्थ्य कार्यक्रम, बैंक-अप के रूप में एमवीए की सेवाएं प्रदान कर सकता है, साथ ही ज़्यादातर जटिलताओं से निपट सकता है। हालांकि रक्तस्राव (हेमरेज) जैसी जटिलता वाली कुछ महिलाओं को रेफरल की ज़रूरत पड़ सकती है; इसलिए ये सावधानी उनपर भी लागू होती हैं।

नियंत्रण

किसी सही उद्देश्य के लिए सेवाएं प्रदान करते हुए भी, कुछ प्रकार की स्वास्थ्य तकनीकें, मरीज़ पर सेवाप्रदाता के नियंत्रण को बढ़ा देती हैं, जैसे, जनरल या रीजनल एनस्थीसिया ऑपरेशन कराने जैसे तरीके, प्लास्टर लगाने जैसे इलाज और गर्भनिरोधक प्रत्यारोपण। इसके विपरीत, पिछले कुछ समय में, अन्य प्रकार की तकनीकों के इस्तेमाल से, सेवाप्रदाता-मरीज़ के बीच शक्ति संतुलन में बदलाव दिखता है, जहां मरीज़ को ज़्यादा नियंत्रण और विकल्प उपलब्ध हैं। इसमें शामिल हैं—अस्थमा के लिए पीक-फ्लो मीटर और इनहेलर, मधुमेह के लिए ग्लूकोमीटर और इन्सुलिन के इन्जेक्शन, कंबाइंड और आपातकालीन गर्भनिरोधक खाने की गोलियां, पेशाब द्वारा गर्भधारण की जांच और गर्भ समापन गोलियां।

हालांकि यौनिकता के मामलों में, तकनीक पर नियंत्रण के माध्यम से, नैतिक अधिकार जमाया जाता है। उदाहरण के तौर पर, अविवाहित

महिलाओं द्वारा गर्भ समापन कराने पर उनसे ज़्यादा फीस ली जा सकती है। ऑपरेशन द्वारा कराए जाने वाले गर्भ समापनों की तुलना में, दवाओं के माध्यम से कराए जाने वाले गर्भ समापनों को प्राथमिकता देने से, सेवाप्रदाता के नियंत्रण या उनकी आमदनी पर असर पड़ता है। ऐसा करने पर सेवाप्रदाताओं के विरोध का सामना करना पड़ सकता है, इसलिए स्वास्थ्य प्रणाली में इसे लाने से पहले, इसकी संभावना पर भी विचार किया जाना चाहिए।

संचार

सही मायने में केवल पिछले कुछ वर्षों में ही, सेवाओं का उपयोग करने वालों के साथ बेहतर संचार पर जोर दिया गया है। स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को परिवार नियोजन, आईएमसीआई और एचआईवी परीक्षण के बारे में दिए जाने वाले प्रशिक्षण कार्यक्रमों में, आपसी बातचीत और परामर्श पर ध्यान केंद्रित किया गया है, जिससे लोग आगे होने वाली प्रक्रिया के बारे में निर्णय ले सकें। उदाहरण के तौर पर, अध्ययन, निमोनिया और सांस संबंधी बीमारियों के लिए स्थानीय शब्दों का पता लगाते हैं, जिससे कि मरीजों को उनकी स्थिति के बारे में अच्छी तरह जानकारी दी जा सके।²³ ज़मीनी स्तर के सेवाप्रदाता, खासकर सहयोगी स्टाफ (पैरामेडिक्स), अक्सर क्षेत्रीय या राष्ट्रीय भाषा ही समझते हैं और उसी में काम करना चाहते हैं। इसलिए प्रशिक्षण और तकनीकी दिशा-निर्देश उनकी ही भाषा में उपलब्ध होने चाहिए।

आसान और स्थानीय भाषा में तैयार सामग्री भी उतनी ही महत्वपूर्ण है, जिससे गर्भ समापन, खासकर चिकित्सीय गर्भ समापन की इच्छुक

महिलाएं, गर्भ समापन तरीके का पूरी जानकारी के साथ चयन कर सकें।

जानकारी

ग्रामीण और दूरदराज के इलाकों में बसे समुदायों में, जहां आधुनिक प्रचार-प्रसार के साधन कम हैं, वहां लोग चिकित्सीय देखभाल के बारे में फैसला करते समय, सामूहिक अनुभवों को ज़्यादा महत्व देते हैं। जब तक उनको बहुत ज़्यादा अनुभव नहीं मिल जाता है, स्वास्थ्य सेवाप्रदाता ही उनके लिए एकमात्र जानकारी का स्रोत हो सकता है। सेवाप्रदाता के अलावा, जानकारी का कोई दूसरे स्रोत नहीं होने के कारण, व्यक्ति सही मायने में, उसके लिए सही विकल्प नहीं चुन सकता है। यह खासकर उन परिस्थितियों पर लागू होता है, जहां देखभाल सेवाएं बहुत हताश हालत में ढूंढी जा रही हो, जैसे, जिन लोगों को अनुपचारित टी.बी, प्रजनन अक्षमता या अनचाहा गर्भधारण हो, और सेवाप्रदाता-मरीज के बीच शोषण की संभावना बढ़ गई हो।

सही जानकारी नहीं होने से, शक्ति में असंतुलन आ सकता है और महिलाओं के लिए विकल्प सीमित हो सकते हैं। कानूनी प्रतिबंध वाले वातावरण में, गर्भ समापन के बारे में जानकारी और भी कम दी जाती है। अन्य महत्वपूर्ण प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की तरह, चिकित्सीय गर्भ समापन के मामले में भी, सेवाप्रदाता या संगठन के अलावा, जानकारी मुहैया कराई जानी चाहिए।

कीमत

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की कीमत, उनके उपयोग को निर्धारित करती है। टी.बी के इलाज

में गरीब परिवारों पर प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष कीमतों के बढ़ते बोझ, इलाज के कम उपयोग और बीमारी के प्रसार में बढ़त को देखते हुए, डॉट्स के तहत मुफ्त दवाएं मुहैया कराई गई हैं।⁸ कई देश नियमित रूप से मुफ्त और आपातकालीन गर्भनिरोध सेवाएं प्रदान करते हैं। इसी प्रकार सभी ने, ये भी माना है कि, टीकाकरण और बीमार बच्चों का इलाज मुफ्त किया जाना चाहिए। सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं अभी भी सरकारी सहयता के दायरे से बाहर बनी हुई हैं। केवल इंग्लैंड और कुछ यूरोपीय देशों में सरकार गर्भ समापन सेवाओं की कीमत देती है और स्वास्थ्य बीमा के माध्यम से लागत की भरपाई करते हैं। गर्भ समापन पर लगने वाली कुल कीमत में, दवाओं की कीमत और अगर ऑपरेशन की ज़रूरत हो तो, उसे भी शामिल किया जाना चाहिए। उसके बाद गर्भ समापन कराने पर और खर्च भी आते हैं जैसे - चिकित्सीय गर्भ समापन के लिए बार-बार अस्पताल जाने से आर्थिक और सामाजिक कीमतें अनावश्यक रूप से बढ़ सकती हैं।

निष्कर्ष

स्वास्थ्य तकनीक और कार्यक्रमों में, गैर चिकित्साकरण को अपनाए जाने के अनुभवों से, चिकित्सीय गर्भ समापन को भी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के रूप में शुरू किए जाने के कई संकेत मिले हैं। गर्भ समापन की गोलियां कम-तकनीक वाली दवा है, जिसका उपयोग गैर-डॉक्टर सेवाप्रदाता के मार्गदर्शन से भी किया जा सकता है। चिकित्सीय गर्भ समापन के देखभाल मानक काफी सीधे हैं, जिससे इन्हें घरों में किया जा सकता है। इससे जुड़ी बहुत ही कम जटिलताओं

को आपातकालीन रेफरल की ज़रूरत होती है। गर्भ समापन प्रक्रिया पर ज़्यादा नियंत्रण की इच्छुक महिलाएं, चिकित्सीय गर्भ समापन का विकल्प अपना सकती हैं, बशर्ते इसकी जानकारी उन्हें, सेवाप्रदाता के अलावा कई और माध्यमों से भी उपलब्ध हो। इन सभी बातों से प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली में चिकित्सीय गर्भ समापन सेवाएं प्रदान करना संभव बन जाता है। हालांकि ऐसा करने के लिए कानून और नीतियों को, ऑपरेशन द्वारा किए जाने वाले गर्भ समापन दृष्टिकोण के दायरे से बाहर निकलना होगा, दवाएं सस्ती कीमत पर और विश्वसनीयता के साथ उपलब्ध करानी होगी, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को भारी संख्या में प्रशिक्षित और अधिकृत किया जाना होगा, रेफरल व्यवस्थाओं को औपचारिक रूप दिया जाना होगा और सेवा संबंधी दिशा-निर्देशों में, महिलाओं की सुविधा का ध्यान रखना होगा और प्रक्रिया पर उनको ज़्यादा नियंत्रण देना होगा।

आभार

लेखक, इस लेख पत्र की समीक्षा करने के लिए, उदयपुर में स्थित 'अर्थ' की अनुसंधान पर्यवेक्षक, प्रीति रॉय का हार्दिक आभार व्यक्त करता है।

पत्र व्यवहार के लिए पता

* भारत के उदयपुर में स्थित ऐक्शन रिसर्च एंड ट्रेनिंग फॉर हेल्थ (अर्थ) के सचिव

ई-मेल: arth@softhome.net

संदर्भ

1. Hanson K, Goodman C, Lines J, et al. The Economics of Malaria Control Interventions. Geneva7 Global Forum for Health Research, 2004. p.3-10.

2. Sringeriyuang L, Hongvivatana T, Pradabmuk P. Community health workers and drugs (A case study of Thailand). Geneva7 World Health OrganÁation, 1995. p.17–26.
3. Rogo K, Bohmer L, Ombaka C. Community level dynamics of unsafe abortion in western Kenya and opportunities for prevention (Summary of findings and recommendations from pre-intervention research). San Francisco7 Pacific Institute for Women’s Health, 1999. p.8–12.
4. Hanson C. Expanding DOTS in the context of a changing health system. Geneva7 World Health OrganÁation, 2003. p.15–52.
5. World Health OrganÁation. World Malaria Report 2005. Geneva7 WHO, 2005. At: <http://rbm.who.int/wmr2005/html/2-1.htm> . Accessed 9 September 2005.
6. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, et al. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet 2003;362(9378):159–64.
7. World Health OrganÁation. The fundamentals. In: Peden M, Scurfield R, Sleet D, editors. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Geneva7 WHO, 2004. p.3–25.
8. World Health OrganÁation. Towards a TB-free Future. Geneva7 WHO, 2002. p.9–45.
9. World Health OrganÁation. Looking Forward (Roll Back Malaria). Geneva7 WHO, 2004. p.3–16.
10. World Health OrganÁation. Mothers and children matter – so does their health. In: World Health Report. Geneva7 WHO, 2005. p.1–13.
11. Sudden cardiac arrest: a treatable public health crisis. Communicore, Seattle,WA, 1996. At: <publicsafety.tufts.edu/ems/aed/sca_whtp.pdf>. Accessed 9 September 2005.
12. Rao M. Red herrings: Malthusianism and neo-Malthusianism. From Population Control to Reproductive Health: Malthusian Arithmetic. New Delhi7 Sage Publications India, 2004. p.75–122.
13. Junod SW, Marks L. Women’s trials: the approval of the first oral contraceptive pill in the United States and Great Britain. Journal of the History of Medicine 2002;57:117–60.
14. Helping Women Use the Pill. Population Reports 2000;28(2): Series A, Number 10 (Oral Contraceptives). At: <http://www.infoforhealth.org/pr/a10/a10chap6_2.shtml>. Accessed 9 September 2005.
15. Weiss D. A brief history of emergency hormonal contraception. Planned Parenthood Federation of America, 2005. At: <www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/medicalinfo/ec/fact-emergencycontraception-history.xml>. Accessed 5 September 2005.
16. Beleo S (PRID). Solon moves to ban abortive drug, IUDs. Congress of the Philippines House of Representatives. At: <www.congress.gov.ph>. Accessed 9 September 2005.
17. World Health OrganÁation. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. Geneva7 WHO, 2003.
18. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, et al. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2005; 89:S4–S12.
19. World Health OrganÁation. Rapid HIV tests: Guidelines for Use in HIV Testing and Counselling Services in Resource-Constrained Settings. Geneva7 WHO, 2004.
20. World Health OrganÁation. The New Emergency Health Kit 98. WHO/DAP/98.10. Geneva7 WHO, 1998.
21. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomÁed trial. Lancet 2000;356:550–55.
22. Sirima SB. Early treatment of childhood fevers with prepackaged anti-malarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. Tropical Medicine and International Health 2003;8:1–7.
23. Evidence base for community management of pneumonia (June 11-12, 2002), Stockholm, Sweden. At: <www.unicef.org/programme/cimci/assets/Stockholm%20mtg,%20final%20report.doc>. Accessed 9 September 2005.
24. Family Care International. Skilled care during childbirth: country profiles. New York7 FCI, 2002.

25. Ipas and IHCAR. Deciding women's lives are worth saving: expanding the role of mid-level providers in safe abortion care. Chapel Hill, NC: Ipas, 2002. p.10–30.
26. Action plan for blood safety. National AIDS Control Organization, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2003. At: <www.naco.nic.in>. Accessed 9 September 2005.
27. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. Bulletin of World Health Organization 1997;75(Suppl.1): 7–24.
28. World Health Organization. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A Guide to Essential Practice. Geneva7 WHO, 2005.
29. Kalter HD, Schillinger JA, Hossain M. Identifying sick children requiring referral to hospital in Bangladesh. Bulletin of World Health Organization 1997;75(Suppl.1): 65–76.

खास रिपोर्ट

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों का फिर से
राजनीतीकरण
एक अंतरराष्ट्रीय मीटिंग की रिपोर्ट के कुछ अंश
लांगकावी, मलेशिया
3-6 अगस्त, 2010

प्रस्तावना

कार्यकर्ता और प्रक्रिया

जून, 2008 में यूके के लंदन शहर में रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स (आरएचएम) द्वारा आयोजित एक 1.5 दिन की बैठक में, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के क्षेत्र में लंबे समय से काम कर रहे कार्यकर्ता और अध्ययन करनेवाले इकट्ठा हुए। इस बैठक का उद्देश्य था- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों (एसआरएचआर) के कार्यक्षेत्र/आंदोलन की स्थिति की चर्चा करना।

इस बैठक के प्रतिभागियों ने निम्नलिखित सवालों से जुड़े मुद्दों के बारे में चर्चा की :

- आज यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के कार्यक्षेत्र का क्या रूप है? हम, इस क्षेत्र को प्रभावित करने वाले संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों, विश्व बैंक, सरकारों और जन स्वास्थ्य प्रणाली, प्राईवेट स्वास्थ्य क्षेत्र (मुनाफा कमाने वाले और गैर-मुनाफा), वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास, अंतर्राष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठन, अन्य एनजीओ, सिविल सोसायटी और नारीवादी समूहों को किस तरह समझ सकते हैं?
- जिस तरह से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के मुद्दे मुख्यधारा में शामिल हो चुके हैं और राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर इस कार्य में शामिल व्यक्तियों की काफी विशाल संख्या है, क्या आज इस क्षेत्र में सामूहिक पैरवी की ज़रूरत है?
- यदि हां, तो किन प्राथमिकता वाले क्षेत्रों में इस पैरवी की ज़रूरत है? यदि नहीं, तो क्या कोई अन्य उद्देश्य है, जिसके लिए हमें एकजुट होना चाहिए?
- क्या हमें इसके लिए किसी के साथ संगठित होना चाहिए? यदि हां, तो कैसे और किसके साथ?
- यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के क्षेत्र में किस प्रकार के अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलनों की ज़रूरत है? किस प्रकार के अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन आयोजित किए जा रहे हैं?

प्रतिभागियों ने एसआरएचआर कार्य के बंट जाने, और कानून और नीति, स्वास्थ्य सेवा प्रदायगी, अध्ययन और जानकारी पर सामूहिक विश्लेषण और आलोचना की कमी पर अपनी चिंता व्यक्त की। प्रगतिशील डोनर अपने कार्यक्रमों में बदलाव कर रहे हैं। सिविल सोसायटी में कुछ 'जेंडर समर्थक लोग' और 'मानव अधिकार समर्थक लोग' मौजूद हैं, लेकिन दोनों के बीच तालमेल बहुत कम है। इन दोनों में संपर्क नहीं बनाया जाता है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में बहुत ज़्यादा निजी निवेश किया गया है और एसआरएचआर पर, इसके असर को समझना ज़रूरी है। 1990 के दशक में प्राप्त कुछ उपलब्धियों को पीछे धकेल दिया गया है, और इस कार्यक्षेत्र में रुढ़िवाद बढ़ रहा है। दक्षिणपंथी विचारधारा नैतिकता का सहारा लेकर, मानव अधिकारों को, खासकर यौनिकता और जेंडर पहचान अधिकारों को, खुली चुनौती देते रहे हैं। लोग यौन स्वास्थ्य को लेकर बहुत चिंतित रहे हैं, लेकिन यह मुद्दा यौनिकता, और प्रजनन स्वास्थ्य के संबंध में केवल प्रजनन तक ही सीमित रहा है। एक अनोखी मान्यता है कि महिला की कुरबानियों से बच्चों को फायदा पहुंचता है। डोनर कार्यक्रमों के बढ़ते बंटवारे के कारण आंदोलन बिखर गया है। एसआरएचआर

के क्षेत्र में दर्जनों नेटवर्क हैं: स्थानीय, क्षेत्रीय, अंतर्राष्ट्रीय, मुद्दा आधारित - लेकिन वे आपस में संपर्क/विचार-विमर्श नहीं करते। गैर-सरकारी संगठन, ऐसे लक्ष्यों और परिणामों पर ध्यान केंद्रित करने के लिए मजबूर होते हैं, जिनकी गणना की जा सके। व्यावसायिकता का मतलब, अब लक्ष्य निर्धारित करना हो गया है, और एक तरह की 'प्रॉजेक्ट' वाली मानसिकता बनती जा रही है। विश्व स्वास्थ्य संगठन में, एसआरएचआर को कई अलग-अलग विभागों में बांट दिया गया है और आईसीपीडी की एसआरएचआर की व्यापक विचारधारा को बांटा जा रहा है।

पहले दिन की चर्चा में प्राथमिकता वाले कई मुद्दों की पहचान की गई, जिन्हें विश्लेषण और समीक्षा के लिए ज़रूरी समझा गया था, और उनके समूह बनाकर खास विषयों में बांटा किया गया। जून, 2008 में आयोजित बैठक के सभी प्रतिभागियों और शामिल होने के लिए अन्य आमंत्रित व्यक्तियों की टीम बनाई गई। इस बात पर सहमति हुई कि हर टीम अपनी रुचि के विषय पर एक लेख तैयार करेगी। इस पहल को "यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों का फिर से राजनीतिकरण" नाम दिया गया और इसे सभी प्रतिभागी संगठनों का संयुक्त प्रयास कहा गया। रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स की संपादक, मार्ज बेरेर को इसकी संयोजिका बनाया गया था।

अप्रैल, 2009 में वियतनाम के हैनोई में फोर्ड फाउन्डेशन के एसआरएचआर अनुदान प्राप्तकर्ताओं की बैठक और यौनिकता पर आईएएसएससीएस सम्मेलन के साथ-साथ समूह की अगली एक-दिवसीय बैठक का आयोजन किया गया। इस बैठक में हमारे द्वारा स्वीकृत लिखे जाने वाले लेखों की समीक्षा की गई। इन लेखों की विषय-वस्तु और उद्देश्य पर गहन चर्चा की गई, और लेखक दल ने हर लेख की रूपरेखाओं पर कई घंटे तक विचार-विमर्श किया, जिन्हें, आगे सुझाव देने के लिए पूरे समूह के सामने प्रस्तुत किया गया।

हैनोई बैठक में, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के फिर से राजनीतिकरण को शुरू करने के विचार से सम्मेलन या कार्यशाला जैसे आयोजनों पर भी चर्चा की गई। इस बात पर सहमति बनी कि 2010 में एक अंतर्राष्ट्रीय कार्यशाला/बैठक का आयोजन किया जाए और एशियन पैसिफिक रिसोर्स एंड रिसर्च सेंटर फार वीमेन (ऐरो) ने स्वेच्छा से इसे मलेशिया में आयोजित करने की इच्छा व्यक्त की। इस बैठक का उद्देश्य, एसआरएचआर के फिर से राजनीतिकरण प्रक्रिया को आगे बढ़ाने की रणनीति तैयार करने के लिए, नीति-निर्माताओं, शिक्षाविदों, कार्यकर्ताओं, निवेशकों, सिविल सोसायटी और अंतर्राष्ट्रीय संगठनों के साथ, लक्ष्य समूहों को आमंत्रित करना होगा। तैयार किए गए लेखों से इसकी इसकी शुरूआत करना निश्चित किया गया।

हैनोई में इस बात पर भी सहमति बनी कि एसआरएचआर के फिर से राजनीतिकरण की ज़रूरत का मतलब क्या है, इस संबंध में एक संक्षिप्त वक्तव्य तैयार किया जाए। जुलाई, 2009 में हैनोई बैठक के बाद, रोज़ालिंड पेचेस्की ने इसके लिए लेख का मसौदा तैयार किया और समूह के कई सदस्यों ने इसके संपादन में योगदान किया। ऐरो ने अपनी कार्यकारी निर्देशक, सायरा शमीम के नेतृत्व में इस लेख

को बांटने के लिए, इसे एक लीफलेट के रूप में तैयार किया। इसे सबसे पहले, मार्ज और सायरा ने नवंबर, 2009 में ओस्लो में नोराड द्वारा आयोजित एक बैठक में बांटा। यह वक्तव्य, जिसका अगले पृष्ठ पर उल्लेख किया गया है, आयोजक समूह के सदस्यों के बीच विचार-विमर्श के बाद तैयार किया गया, और यह 3-6 अगस्त, 2010 के दौरान मलेशिया के लांगकावी में आयोजित बैठक की मार्गदर्शक रूपरेखा प्रस्तुत करता है।

लांगकावी बैठक का आयोजन, ऐरो और आरएचएम के प्रयासों से किया गया था। ऐरो ने बैठक के लिए धन जुटाया तथा ऐरो के स्टाफ ने, होटल और आयोजन स्थल की व्यवस्था और प्रतिभागियों के साथ पत्र-व्यवहार के साथ बैठक की सभी गतिविधियों का प्रबंध किया। इसने, बैठक की कार्यवाही के दस्तावेज तैयार करने और उन्हें प्रकाशित करने की भी जिम्मेदारी संभाली। आरएचएम ने बैठक की कार्यसूची तैयार करने, लेखों के प्रस्तुतकर्ता और उत्तर देने वालों को शामिल करने के साथ बैठक को अंतिम रूप देने का काम किया। उसके लिए समय निर्धारित करने और लेखकों से संपर्क बनाए रखने का कार्य किया; और समूह के सदस्यों द्वारा प्रस्तावित 90-100 व्यक्तियों की सूची में से आमंत्रित किए जाने वाले व्यक्तियों के बारे में निर्णय का समन्वय किया। समूह के कई सदस्यों ने बैठक की तैयारियों के लिए अपना बहुत सारा समय दिया, और बैठक के दौरान, बैठक की कार्यवाहियों को लिखने और समेकित करने में सक्रिय भूमिका अदा की।

उद्देश्य पत्र

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार का फिर से राजनीतिकरण एक बदलता हुआ ढांचा: आईसीपीडी/एमडीजी से आगे

पिछले 18 महीनों से भी ज़्यादा समय से हमारे समूह ने, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार कार्यक्षेत्र के बंटने और कमजोर होने और इसके गैर-राजनीतिकरण की समस्याओं के बारे में चर्चा की और चिंता जाहिर की है। यह इसके बावजूद कि कुछ देशों में काफी उपलब्धियां प्राप्त हुई हैं, जहां राजनीतिक इच्छाशक्ति और सक्रिय सिविल सोसायटी ने साथ मिलकर समान लक्ष्यों के लिए काम किया है। हमें, बहुत ही निराशाजनक चलन का पता चला, जहां ज़्यादा से ज़्यादा धनराशि सरकारों, बड़े गैर-सरकारी संगठनों को प्रदान की जा रही है और सिर्फ अमरीका और यूरोप के देशों की संस्थाएं बहुत बड़े-बड़े सम्मेलन संचालित कर रही हैं। वहीं सरकारों को धन मुहैया कराए जाने पर भी अध्ययन, नीति और कार्यक्रम निर्माण प्रयासों पर ध्यान नहीं दिया गया, जिसके कारण कुछ नहीं या नाममात्र के सामाजिक बदलाव किए जा सके हैं। खासकर कम संसाधन वाले (अविकसित) देशों में परिवारों और समुदाय में, व्यक्तिगत स्तर पर सशक्तिकरण लाने के लिए, समय से और सस्ती उपचार सेवाएं मुहैया कराने में, समुदाय द्वारा संचालित सुलभ सेवाओं के अलावा, सेवा प्रदायगी में सुधार करने में विफलता, इसका एक प्रमुख उदाहरण है।

2015 में, इंटरनेशनल कान्फ्रेंस ऑन पापुलेशन एंड डेवलपमेन्ट (आईसीपीडी, 1994) कार्यक्रम, बिना किसी सार्थक परिणाम हासिल किए, दो दशक पुराना हो जाएगा, और स्वास्थ्य संबंधी मलेनियम डेवलपमेन्ट गोल्स (एमडीजी, 2000) अधूरा रह जाएगा। हमारा मानना है कि एक ऐसी दूरदृष्टि विकसित करने की ज़रूरत है, जो आईसीपीडी कार्यक्रम और एमडीजी पर आधारित हो, लेकिन इससे आगे की सोच हो, जिसमें 21वीं सदी की वास्तविकताओं को ध्यान में रखते हुए काम किया जा सके। सबके लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार के लक्ष्यों को हासिल करने के लिए, चार मूलभूत मापदंडों को पहचानना ज़रूरी है:

स्वास्थ्य पर बड़े पैमाने का आर्थिक प्रभाव

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के बारे में नई विचारधारा को आर्थिक संकट, वैश्विक पूंजीवाद की भूमिका, विकास के लिए सहायता और कर्ज़ और बहुत समय से चली आ रही धन और संसाधन वितरण की असमानताओं का समझने की ज़रूरत है। इन असमानताओं को कम नहीं किया जा रहा है, और यह आर्थिक संकट के कारण और भी बदतर हो गई हैं। बढ़ते निजीकरण और स्वास्थ्य सेवाओं और स्वास्थ्य बीमा के उपभोक्तावाद के कारण, स्वास्थ्य सेवाओं में पक्षपात बढ़ गया है। स्वास्थ्य

सेवा प्रदायगी में आंतरिक बाजार आ गए हैं। जन स्वास्थ्य प्रणाली में दशकों से उपभोक्ता शुल्क वसूला जाता है। इन सभी कारणों की वजह से सरकारों और बाकी सत्ता वाली संस्थाओं के, सभी के लिए स्वास्थ्य सेवाओं के अनगिनत वादों, जिसमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य भी शामिल है, को झुठला दिया है। दुनियाभर के शक्तिशाली बलों द्वारा समर्थित इन नीतियों को बदला जाना ज़रूरी है।

स्वास्थ्य व्यवस्था पहल से स्वास्थ्य देखभाल की सभी तक पहुँच

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के तहत, मातृ स्वास्थ्य और मातृ मृत्यु एवं बीमारी की रोकथाम; यौन-संचारित संक्रमणों, एचआईवी और एड्स की रोकथाम और उपचार; परिवार नियोजन और सुरक्षित, कानूनी गर्भ समापन; प्रजनन अंगों के कैंसर की रोकथाम और उपचार; प्रजनन अक्षमता की रोकथाम और उपचार; और युवाओं के लिए व्यापक यौनिकता और रिश्तों की जानकारी देना शामिल होता है। सिर्फ आर्थिक और सामाजिक न्याय के दृष्टिकोण पर आधारित ढांचा, हमारे इन सेवाओं को सभी तक पहुँचने की वास्तविकता के दृष्टिकोण को नकारता है। एक नए ढांचे के लिए सबसे महत्वपूर्ण स्वास्थ्य व्यवस्था पहल है। इसके तहत हम, उन लोगों से सहमत हैं, जिन्होंने नई पीढ़ी और आज की दुनिया के लिए 1970 के दशक के अल्मा आटा ढांचे के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पहल में नई जान फूंकने का प्रस्ताव किया है, जिसके तहत यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल, प्राथमिक देखभाल का प्रमुख भाग है।

आर्थिक और सामाजिक न्याय की पृष्ठभूमि पर पूरी तरह आधारित रूपरेखा हमारी उस परिकल्पना का समर्थन करती है...

लगभग सभी देशों में, जिनमें अमरीका और यूरोप के देश भी शामिल हैं, स्वास्थ्य क्षेत्र के सुधार की निहायत ज़रूरत है, जिसका आधार, उच्चतम स्वास्थ्य स्तर प्राप्त करने का अधिकार, और सेवाओं की सुलभता, उपलब्धता, स्वीकार्यता और गुणवत्ता होनी चाहिए। कुछ क्षेत्रों में सुधार शुरू किए गए हैं, लेकिन वह रुक-रुक कर और असमान रूप से किए गए हैं। हर जगह स्वास्थ्य प्रणालियों में ढांचागत सुविधाओं और संसाधनों, सेवाओं, स्टाफ तैनात करने, प्रशिक्षण, दक्षता विकास, प्रबंध और समीक्षा के लिए धनराशि मुहैया कराने में कमी के कारण बाधा आई है। वर्ग, आयु, जातिगत, अल्पसंख्यक, लैंगिक पहचान और संस्कृति के आधार पर लगातार हो रहे भेदभाव से देखभाल सुविधाओं तक पहुँच और गुणवत्ता में बहुत कमी आती है।

स्वास्थ्य प्रणाली को मज़बूत करने वाले वर्तमान प्रयासों के तहत, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों और मानव अधिकार मुद्दों पर, आमतौर पर स्वास्थ्य के मुकाबले, अपर्याप्त ध्यान दिया जा रहा है। जैसे कि एक अच्छी स्वास्थ्य प्रणाली के तहत दरकिनार समूहों पर ध्यान देना ज़रूरी है। दक्षिणपंथी तत्व ज़रूरी स्वास्थ्य सेवाओं पर आक्रमण करते हैं, जिसके लिए कई बार धर्म का बहाना लिया जाता है। इसका विरोध किया जाना बहुत ज़रूरी है।

मौलिक मानव अधिकार सिद्धांत

युद्ध, हिंसा, बहिष्कार और भेदभाव की सच्चाई दिखाती है कि स्वास्थ्य देखभाल के लिए, स्वास्थ्य व्यवस्था पहल को मानव अधिकारों के बढ़ावा देने और संरक्षण से जोड़ा जाना चाहिए। सिविल सोसाइटी के कार्यकर्ताओं द्वारा राष्ट्रीय स्तर पर ऐसी मान्यता प्राप्त करने के प्रयास, कुछ क्षेत्रों में महत्वपूर्ण प्रगति कर रहे हैं। उदाहरण के तौर पर, जुलाई 2009 में दिल्ली उच्च न्यायालय द्वारा “अप्राकृतिक शारीरिक मैथुन” के अपराधीकरण को खारिज कर दिया गया था, और उसे अब वयस्कों के बीच सहमतिपूर्ण यौन गतिविधि पर लागू नहीं किया जा सकता। जून, 2009 में संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद ने यह मान्यता प्रदान की कि जीवन और स्वास्थ्य के अधिकार के साथ मातृ मृत्यु और बीमारी की रोकथाम, विकास संबंधी मुद्दा, मानव अधिकारों के मुद्दे हैं। किसी भी ढांचे के केंद्र में मानव अधिकार सिद्धांतों को रखते हुए, हम चाहते हैं कि प्रभावित समुदायों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को व्यापक स्वास्थ्य प्रणाली प्रयासों के भीतर रखने की पैरवी करने के हक हों। हम चाहते हैं कि इन मानकों के आधार पर, समुदायों की जरूरतों को पूरा करने के लिए, नीति-निर्माताओं और सेवा देने वालों को जिम्मेदार माना जाए। हम समझते हैं कि अपने कानूनी दायरों से आगे, मानव अधिकार ऐसे सिद्धांत प्रस्तुत करते हैं, जिनका उपयोग, प्रभावी कार्यक्रम तैयार करने के लिए किया जा सकता है।

चिंतित नागरिक समूहों के बीच रणनीतिक गठबंधन

सभी के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम करने वालों के साथ कई अन्य लोगों के बीच गठजोड़ करने की जरूरत है - एचआईवी/एड्स कार्यकर्ता, एचआईवी/एड्स के साथ जीवन व्यतीत करने वाले लोग, जन स्वास्थ्य और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के चिकित्सक, नारीवादी समूह, मानव अधिकारों के संरक्षक, युवा गठबंधन और लेस्बियन, गे, बाईसेक्सुअल, ट्रांसजेंडर और इंटरसेक्स लोगों के अधिकारों पर काम करने वाले कार्यकर्ता। इस बात को मानना भी जरूरी है कि इन सभी लोगों के बीच मान्यताओं, सिद्धांतों और लक्ष्यों में बहुत अंतर हो सकता है। विश्व स्तर पर की गई कुछ भागीदारियों में ऐसे अंतरों, सत्ता के असंतुलन और संसाधनों की उपलब्धता को अनदेखा करने की प्रवृत्ति रही है। इसका असर यह हुआ कि जैसी स्थिति पहले थी, अब भी वैसी ही बनी हुई है क्योंकि शक्तिसंपन्न लोगों को चुनौती नहीं दी गई और बदलाव करने के इच्छुक लोगों को सशक्त नहीं किया गया। हमारी प्रक्रिया का उद्देश्य, एक मजबूत और सहभागी आधार तैयार की है, जिसमें आम तौर पर स्वास्थ्य अधिकारों और खास तौर पर यौन एवं प्रजनन अधिकारों को बढ़ावा देने वाले विभिन्न आंदोलनों के बीच बातचीत की शुरुआत की जा सके।

लांगकावी बैठक से उभरे मुख्य संदेश

1. एमडीजी ने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के मुद्दों को काफी सीमित कर दिया है। पिछले कुछ वर्षों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार पर कार्य, ज़्यादातर मातृ स्वास्थ्य पर ध्यान देने तक ही सीमित रह गया है। साथ ही मातृ/महिलाओं के स्वास्थ्य को नवजात, शिशु, बाल और कुछ मामलों में तो, किशोर स्वास्थ्य के साथ जोड़ दिया गया है, जिसके कारण भ्रम की स्थिति बन गई है और काम के उद्देश्य और लक्ष्य भी अस्पष्ट हो गए हैं। जिस तरीके से इसे सीमित किया गया है, उससे मातृ-मृत्यु को कम करने के उद्देश्य को भी नहीं प्राप्त किया जा सका है, क्योंकि यह प्राप्त करने के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की सभी सेवाओं की उपलब्धता, एक मानव अधिकार ढांचा, और स्वास्थ्य के सामाजिक और आर्थिक पहलुओं पर विचार की ज़रूरत होती है।
2. आईसीपीडी, 1994 के लक्ष्य को दूर-दूर तक प्राप्त नहीं किया जा सका है। प्रजनन स्वास्थ्य को उपलब्ध बनाने के 5बी को शामिल करने के बावजूद, इन लक्ष्यों से एमडीजी के कारण ध्यान हट चुका है। आईसीपीडी कार्यक्रम के सिद्धांतों और दर्शन के प्रति प्रतिबद्धता को फिर से दोहराना होगा, क्योंकि अब हम निर्धारित किए गए लक्ष्यों के 20वें साल में कदम रख रहे हैं।
3. यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की कार्यसूची, काफी बढ़ी है। इसके तहत, प्रसवपूर्व देखभाल और प्रसव, कंडोम, गर्भनिरोध और गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध कराने से लेकर यौन-संचारित संक्रमणों, प्रजनन भागों और पुरुषों और महिलाओं के यौन भागों के कैंसर जैसी बीमारियों की पहचान और उपचार तक; स्वास्थ्य संबंधी कई समस्याओं, जैसे कि असुरक्षित गर्भ समापन, गर्भधारण और प्रसव संबंधी जटिलताओं, रजोनिवृत्ति और मासिक धर्म संबंधी समस्याओं के उपचार तक शामिल होते हैं। इसके लिए समुदाय और प्राथमिक देखभाल स्तर पर सेवाओं, जिला स्तर पर और कभी-कभार तृतीयक स्तर पर रेफरल सेवाओं की ज़रूरत होती है। अगर एमडीजी लक्ष्यों और बाकी सहमत लक्ष्यों को प्राप्त करना है, तो इन्हें इन सेवाओं को इकट्ठा किया जाना चाहिए और राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा इन्हें प्राथमिकता दी जानी चाहिए। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, सामाजिक-आर्थिक संदर्भ और देशों में प्रभाव के मामले में बहुत ही संवेदनशील हैं। इनके लिए उपलब्ध धनराशि बहुत ही कम है, और एमडीजी लक्ष्यों में शामिल देश इन्हें प्राप्त करने में बहुत पीछे चल रहे हैं।
4. इस सम्मेलन में यह पाया गया कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार के विभिन्न पहलुओं पर काम कर रहे समूह, संगठन और नेटवर्क, जो पहले एक छोटा लेकिन ज़्यादा एकजुट अभियान था, कई टुकड़ों में बंट चुका है। कुछ समूह और नेटवर्क, यौन स्वास्थ्य के लिए काम करते हैं, जबकि दूसरे, यौन अधिकारों के लिए और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य और/या प्रजनन अधिकारों के लिए काम करते हैं। कई मामलों में इनमें से किसी एक के बहुत ही छोटे से पहलू, जैसे कि सूक्ष्म जीवाणुओं

(माइक्रोबिसाइड्स) के अध्ययन पर ही काम करते हैं। इसके अलावा सामाजिक न्याय के रूप में व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के मुद्दों पर सक्रियता बहुत ही कम है। वैश्विक स्वास्थ्य पहल के इस युग में, स्वास्थ्य सेवाओं पर राजनैतिक/लोकतांत्रिक नियंत्रण कम होता जा रहा है। डोनर संस्थाओं की तुरंत और मात्रात्मक परिणाम दिखाने की बढ़ती हुई मांग और स्वास्थ्य सेवाओं के बढ़ते निजीकरण के कारण, समानता और स्वास्थ्य सेवाओं की लागत के बीच संतुलन से ध्यान हटता जा रहा है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की ज़रूरत का सामाजिक मुद्दा और जन स्वास्थ्य की ज़रूरत भी कम होती जा रही है, जिसे वैश्विक, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय स्तर पर गंभीर कार्य कर, फिर से जगाने की ज़रूरत है।

लेख 1

स्वास्थ्य क्षेत्र पर आर्थिक प्रभाव

लांगकावी बैठक के पहले सत्र का आरंभ, टी.के. सुन्दरी रविन्द्रन के “21वीं सदी में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं : क्या किसी के साथ धोखेबाजी हुई है?” लेख की प्रस्तुति से हुआ, जिसे उन्होंने और योरन फॉन ने साथ में लिखा था।

इस लेख का मुख्य संदेश यह था कि स्वास्थ्य क्षेत्र में निजीकरण, आईसीपीडी कार्यसूची की राह में प्रमुख बाधा है, और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार पैरवीकारों को व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ, स्वास्थ्य देखभाल की सेवाओं तक वैश्विक पहुंच को हासिल करने के लिए निजीकरण और अन्य स्वास्थ्य प्रणाली की चुनौतियों से निपटने की ज़रूरत है। इस लेख में परिभाषित निजीकरण का मतलब, स्वास्थ्य सेवाओं में प्राइवेट क्षेत्र की मौजूदगी से नहीं है, जो कि एक वैश्विक चलन है। इसका मतलब, नीतियों और स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए, प्राइवेट क्षेत्र के फैलाव के लिए आर्थिक सहयोग; स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए प्राइवेट आर्थिक सहायता शुरू करना या उस आर्थिक सहायता का दायरा बढ़ाना (जैसे कि अपनी जेब से खर्च करना, प्राइवेट बीमा) और सरकारी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाओं में बाज़ारी व्यवस्थाओं को लाना; और राज्य द्वारा स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को सभी तक पहुंचाने की जिम्मेदारी से धीरे-धीरे पीछे हटने से है।

इस लेख में, स्वास्थ्य क्षेत्र के निजीकरण के प्रमुख कारणों और अभिव्यक्तियों, और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की प्रदायगी और आर्थिक सहायता के निजीकरण के उदाहरणों के बारे में चर्चा की गई है। इसमें एक देश का उदाहरण प्रस्तुत किया गया था, जो वैश्विक अर्थव्यवस्था में अपना अस्तित्व बनाए रखने और अपने नागरिकों के स्वास्थ्य के अधिकार को बचाए रखने के बीच संतुलन बनाए रखने का प्रयास कर रहा था।

आईसीपीडी की अपेक्षाओं और ज़मीनी हकीकत के बीच बहुत बड़ा अंतर है। 1994 में, कायरो में आईसीपीडी और इसके महत्वकांक्षी कार्यक्रम ने व्यापक प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की सभी तक पहुंच की मांग रखी। एसआरएचआर कार्यकर्ताओं में इस बात की जानकारी की कमी थी कि आईसीपीडी के केवल एक साल पहले वैश्विक स्वास्थ्य क्षेत्र में एक महत्वपूर्ण घटना हुई थी। 1993 में, विश्व बैंक ने “स्वास्थ्य क्षेत्र में निवेश” पर अपनी विश्व विकास रिपोर्ट प्रकाशित की, और एक वैकल्पिक वैश्विक कार्यसूची बनाई, जिसके अनुसार, स्वास्थ्य क्षेत्र में निवेश और प्राथमिकता का निर्णय, खर्च की सफलता और निवेश के मुनाफे के आधार पर किया जाएगा। 1990 के दशक के दौरान, विश्व बैंक और अन्य अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं ने संसाधनों की कमी से जूझ रहे कई विकासशील देशों के स्वास्थ्य क्षेत्र में कई प्रकार के सुधार किए जाने के बारे में प्रोत्साहन और मार्गदर्शन किया। इनमें प्राइवेट माध्यम से आर्थिक सहायता बढ़ाने के लिए किए गए सुधार; जन वित्तपोषित सेवाओं को सीमित करने के लिए

प्राथमिकता निर्धारण के लिए सुधार; और स्वास्थ्य क्षेत्र में राज्य की भूमिका को सिर्फ नियंत्रण तक सीमित करना शामिल है।

21वीं सदी के पहले दशक के अंत तक, वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास, वैश्विक स्वास्थ्य कार्यसूची को निश्चित करने में प्रमुख भूमिका निभाने वाले हो गए हैं। मूल रूप से “वैश्विक सरकारी-प्राइवेट भागीदारी” के रूप में जानी गई, वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास सबसे पहले 1990 के दशक के अंतिम वर्षों में उभर कर सामने आई। 2009 तक 27 स्वास्थ्य संबंधी विषयों के लिए 100 से ज्यादा वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास स्थापित कर दिए गए थे। हालांकि ज्यादातर संसाधनों का नियंत्रण केवल चार वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास, एड्स, टीबी और मलेरिया से निपटने के लिए वैश्विक निधी (ग्लोबल फंड टू फाइट एड्स, ट्यूबरकुलोसिस एंड मलेरिया); टीकाकरण के लिए वैश्विक गठजोड़ (ग्लोबल एलायंस फॉर वैक्सिन्स एंड इम्यूनाइजेशन); एड्स की राहत के लिए अमेरिकी राष्ट्रपति की आपातकालीन योजना, यूएस प्रेसिडेन्ट्स एमरजेन्सी प्लान फॉर एड्स रिलीफ; और विश्व बैंक का बहु-देशीय एचआईवी/एड्स कार्यक्रम, के हाथों में है। वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास की एक स्टैकहोल्डर की भागीदारी है, जिसमें मुख्य रूप से संयुक्त राष्ट्र एजेंसियां, अंतर्राष्ट्रीय वित्त संस्थाएं, द्विपक्षीय डोनर फाउन्डेशन, अंतर्राष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठन और प्राइवेट मुनाफा कमाने वाले प्रतिष्ठान शामिल हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणालियों पर वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास के असर के मूल्यांकनों से पता चलता है कि उन्होंने कुछ खास बीमारियों के उपचार के लिए विकासकारी सहायता बढ़ाई है, और इसके द्वारा कुछ खास देशों में समस्याओं का समाधान किया जा रहा है। इसके अलावा, वे कार्यक्रम को बिल्कुल सीधा रूप में चलाकर और मजबूत बनाकर, उन स्वास्थ्य प्रणालियों को नुकसान भी पहुंचा रहीं थीं। कई देशों में, वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास द्वारा प्रदान की जाने वाली आर्थिक सहायता, देश की प्राथमिकताओं के अनुरूप नहीं थी। बड़े वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास द्वारा किए जा रहे स्वास्थ्य समस्याओं के उपाय और दूसरी स्वास्थ्य समस्याओं और अन्य रोकथाम और स्वास्थ्य जरूरतों को बढ़ावा देने वाली सेवाओं के समाधान के बीच अंतर बढ़ने के साथ, स्वास्थ्य असमानताएं बढ़ती जा रही थीं।

यह बात ध्यान देने योग्य है कि मोटे तौर पर, एचआईवी/एड्स के अलावा दूसरी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं, वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास के तहत शामिल नहीं हैं। अब अपने-आप से हमें यह प्रश्न करना चाहिए कि: “अगर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की समस्याओं के लिए एक और वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास होगा, तो क्या हम आईसीपीडी एजेंडा की ओर आगे बढ़ेंगे? या यह, आईसीपीडी एजेंडा, जैसे कि एकीकृत और व्यापक एचआरएच सेवाएं, जन सुलभता और व्यक्ति-केंद्रित सेवाएं के सभी सिद्धांतों के खिलाफ होगा?”

इसके बाद के प्रस्तुति में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं में निजीकरण के उदाहरण प्रस्तुत किए गए। जैसे, नैदानिक (क्लीनिकल) और गैर-नैदानिक सेवाओं को कॉन्ट्रैक्ट पर देना या नहीं, प्राइवेट सेवा देने वाले नेटवर्कों के गठन और प्रोत्साहन, और प्राइवेट एसआरएच सेवाओं को आर्थिक रूप से संभव

बनाने के लिए हाल के प्रयास। इसका एक उदाहरण था, एक “विकास कर्ज प्राधिकरण (डेवलपमेन्ट क्रेडिट अथॉरिटी)” की स्थापना करना, जो प्राइवेट सेवा देने वाले नेटवर्कों को उधार देने वाले बैंकों को कुछ कर्जा गारंटियां प्रदान करता है। कॉन्ट्रैक्ट गतिविधियां सरकार द्वारा शुरू की गई थी। हालांकि यूएसएड, कई विकासशील देशों में प्राइवेट सेवा देने वाले नेटवर्कों के विकास और स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में बड़े प्राइवेट क्षेत्र को स्थापित किए जाने वाले प्रयासों को प्रेरित करने और आर्थिक सहायता देने वाला मुख्य कर्ता था। “विकास कर्ज प्राधिकरण” की आर्थिक सहायता भी यूएसएड द्वारा की गई थी।

एसआरएच सेवाओं में निजीकरण की चाहत का मूल्यांकन करने का मापदंड क्या है? यह मूल्यांकन, हर मामले के आधार पर अलग-अलग किया जाना चाहिए, जिसके तहत स्वास्थ्य देखभाल के हर पहलू के बारे में निम्नलिखित प्रकार के प्रश्न किए जाने चाहिए:

- क्या इस पहल से एसआरएच सेवाओं तक पहुंच बढ़ी है? किसकी पहुंच बढ़ी है? कौन-से समूह छूट गए हैं या किन समूहों को फायदा पहुंचने की संभावना है?
- क्या इससे उपलब्ध एसआरएच सेवाओं का दायरा बढ़ा है? यह, किस उम्र/यौन समूहों की अधूरी ज़रूरतों को पूरा करेगी? किनकी ज़रूरतों को शायद अनदेखा किया गया होगा?
- क्या इससे उपलब्ध तकनीकी और आपसी सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार हुआ है?
- इस पहल/संगठन के लिए कौन जिम्मेदार है? उपभोक्ता या भावी उपभोक्ता द्वारा निर्णय प्रक्रिया को किस हद तक प्रभावित करने की संभावना है ?

प्राइवेट सेवा देने वाले नेटवर्कों के माध्यम से सेवाप्रदायगी में निजीकरण, उन सेवाओं की पहुंच में बढ़त ला सकता है, जहां सरकार, राजनीतिक कारणों से एसआरएच सेवाएं उपलब्ध कराने, या उन खास समूहों तक पहुंचने में असमर्थ है, जिनके साथ गैर-सरकारी संगठनों के अच्छे संबंध हैं। नैदानिक सेवाओं या चिकित्सकों को कॉन्ट्रैक्ट पर लिए जाने से मानव संसाधन की कमी को दूर करने में सहायता मिलती है। गैर-नैदानिक सेवाओं को प्राइवेट क्षेत्र को कॉन्ट्रैक्ट पर देने से सरकार पर प्रशासनिक बोझ कम होता है।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार सेवाओं के निजीकरण के मामलों की समीक्षा ने कई प्रश्न खड़े किए हैं

सरकारों द्वारा गैर-नैदानिक सेवाओं को मुनाफा कमाने वाले प्राइवेट सेवाप्रदाताओं को ठेके पर देना, हमेशा फायदेमंद नहीं रहा है। कई मध्यम और कम आय वाले देशों में ऐसे बहुत कम ठेकेदार हैं जो ज़रूरी मात्रा में सेवाएं दे सकते हैं और प्रतियोगिता की कमी उनके लिए फायदेमंद है। इसके अलावा सरकारों का कॉन्ट्रैक्ट तैयार करने और काम संभालने के अनुभव में कमी भी ठेकेदारों की अकुशलता का कारण बनी है। जहां प्राइवेट डॉक्टरों को ठेके पर रखा जाता है, यदि उन पर उचित नियंत्रण नहीं रखा जाता है, तो अनावश्यक दवाएं लिखने, जांच करवाने के कारण स्वास्थ्य सेवाओं का खर्च बढ़ जाता

है। यदि सेवा देने वाले को सेवा के लिए फीस की बजाय जनसंख्या के आधार पर भुगतान किया जाता है, तो उच्च सेवाएं प्रदान करने में हमेशा देरी की जाती है, चाहे वे ज़रूरी ही क्यों न हों।

प्राइवेट स्वास्थ्य सेवाप्रदाता सिर्फ उन लोगों को अपना लक्ष्य बनाते हैं, जिनमें भुगतान करने की कुछ क्षमता है, सबसे गरीबों को नहीं। इसलिए वे एसआरएच सेवाओं को सार्वजनिक रूप से उपलब्ध कराने के सही विकल्प नहीं हैं। मामलों की समीक्षा से पता चलता है कि वे एसआरएच सेवाओं के सीमित दायरे को उपलब्ध कराते हैं। उदाहरण के लिए, केवल गिने-चुने गर्भनिरोधक उपाय, केवल बहिरोगी सेवाएं, गर्भ समापन सेवाओं को कभी भी शामिल नहीं किया गया, और यहां तक कि प्रसव देखभाल भी, मानकों के विपरीत, कुछ ही को उपलब्ध होती है। प्राइवेट सेवाप्रदाता द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं में खराब गुणवत्ता सबसे बड़ी कमजोरी होती है। मूल्यांकनों से पता चला कि डॉक्टरों की कथनी और करनी में बहुत बड़ा अंतर था। जानकारी और परामर्श, शायद ही कभी दिया जाता था। कुछ मॉडलों में सेवा प्रदान करने वाले अयोग्य थे, जो कुछ दिनों के प्रशिक्षण के बाद सेवाएं प्रदान कर रहे थे और उनके सहयोग के लिए कोई रेफरल सुविधा उपलब्ध नहीं थी। संक्रमण की रोकथाम की भी पूरी तरह अनदेखी की जा रही थी, यहां तक कि आईयूडी लगाने जैसी जोखिम वाले तरीकों में भी ऐसी ही स्थिति थी, जिससे मरीजों को आरटीआई और दूसरे संक्रमण लगने का बहुत ज्यादा खतरा था।

आर्थिक सहायता के मामले में, एसआरएच सेवाओं को विशेष श्रेणी की सेवाएं माना जा सकता है, जिन्हें सरकारी आर्थिक सहायता दी जानी चाहिए। ऐसे कई सबूत हैं जिनसे पता चलता है कि एसआरएच सेवाओं के लिए अपने पास से किए जाने वाले बढ़ते खर्च की वजह से औरतों और गरीब समुदायों की स्वास्थ्य ज़रूरतें अधूरी रह जाती हैं, और बीमारियों का इलाज नहीं होता। जहां तक आर्थिक सहायता के विकल्प के रूप में प्राइवेट बीमा का प्रश्न है, किसी भी बीमा के लिए जोखिम के संतुलन (रिस्क पूलिंग) की ज़रूरत होती है (धनी व्यक्तियों से निर्धनों को छूट, स्वस्थ व्यक्तियों से रोगियों को छूट दी जाती है)। इससे मुनाफा कमाने के लिए स्कीम को रैन्डम और कभी-कभार होने वाली घटनाओं तक सीमित करना ज़रूरी होता है— इसमें गर्भधारण और गर्भनिरोध को शामिल नहीं किया जाता है। छोटी स्तर की छोटी बीमा योजनाएं भी दैनिक एसआरएच सेवाएं प्रदान करने में आर्थिक रूप से समर्थ नहीं हो पाएंगी। सभी के लिए एसआरएच सेवाएं मुहैया कराने के लिए, उसे बड़े स्तर की सरकारी आर्थिक सहायता प्राप्त सामाजिक बीमा योजनाओं और/या टैक्स आमदनी के माध्यम से आर्थिक सहायता किए जाने की ज़रूरत है।

जानबूझकर प्राइवेट आर्थिक सहायता को बढ़ावा देने से और प्राइवेट क्षेत्र के ऊपर नियंत्रण के अभाव में स्वास्थ्य सेवाएं और खासकर एसआरएच सेवाएं मुहैया कराने से स्वास्थ्य प्रणाली पर कई नकारात्मक असर दिखते हैं। इसमें से एक असर यह है, कि जन स्वास्थ्य क्षेत्र को मजबूत करने के लिए डोनर संस्थाओं द्वारा दी जाने वाली संभावित आर्थिक सहायता मिलनी बंद हो जाती है। इसके कारण जन स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए संसाधनों की और ज्यादा कमी पड़ जाती है। ज़रूरी उपकरण और दवाएं अनुपलब्ध

हो जाती हैं, हतोत्साहित प्रोफेशनल स्टाफ सरकारी क्षेत्र को छोड़कर प्राईवेट क्षेत्र की ओर चले जाते हैं और खाली हुए पद भरे नहीं जाते हैं। दावों से बावजूद, बाज़ार तैयार करने के प्रयास, उन संसाधनों को उपलब्ध नहीं करा पाते हैं, जिन्हें गरीबों के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। वास्तविकता यह है कि संसाधन कम होते जा रहे हैं; जब मरीजों का बोझ कम होता है, तो जन स्वास्थ्य क्षेत्र को पहले से कम संसाधन दिए जाते हैं, जिसके कारण इसमें और कमी और गिरावट होती जाती है।

जन स्वास्थ्य क्षेत्र की सेवाओं में कमी आने से, सबसे ज़्यादा प्रभावित, समाज के सबसे दरकिनार वर्ग और वे लोग हैं जो स्वास्थ्य सेवाओं के लिए पैसा खर्च करने में असमर्थ हैं। उन्हें फिर से अधिक सस्ती 'अनौपचारिक' एसआरएच देखभाल सेवाओं का सहारा लेना पड़ता है (यदि ये अभी भी उपलब्ध हैं)। जो लोग खर्च करने में सक्षम हैं, हो सकता है, वे अनावश्यक दवाओं और जांच पर पैसे खर्च कर रहे हों। अध्ययनों से पता चलता है कि कई मध्यम और निम्न आय वाले देशों में प्राईवेट क्षेत्र, कुशलता और देखभाल की गुणवत्ता के मामले में सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्र (यदि हैं) से कहीं ज़्यादा अच्छी स्थिति में न हों।

यह प्रस्तुति, थाइलैंड में जन आर्थिक सहायता के माध्यम से और राष्ट्रीय स्वास्थ्य लक्ष्यों को पूरा करने के लिए, प्राईवेट क्षेत्र का उपयोग करते हुए, सभी के लिए व्यापक एसआरएच सेवाओं को मुहैया कराने के प्रयोग पर ध्यान आकर्षित करते हुए समाप्त की गई। कंबोडिया जैसे दूसरे देश, निम्न आय वर्ग वाले लोगों को मातृत्व स्वास्थ्य और गर्भनिरोध सेवाओं के साथ कुछ तरह की स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने के लिए हेल्थ इक्विटी फंडों के साथ प्रयोग कर रहे थे। कई लैटिन अमेरिकी और केरीबियाई देशों में चलाई जा रही सामाजिक स्वास्थ्य संरक्षण योजनाएं, मुख्य रूप से गर्भधारण से जुड़ी सेवाएं सुनिश्चित करती हैं, हालांकि गर्भ समापन इसमें शामिल नहीं है। इन बाद वाली योजनाओं में एसआरएच सेवाओं को ज़्यादा व्यापक बनाने की गुंजाइश है। एसआरएचआर कार्यकर्ता और व्यावसायिकों (प्रोफेशनलों) द्वारा राष्ट्रीय और विश्व स्तर पर व्यापक एसआरएच सेवाओं के साथ, स्वास्थ्य सेवाओं के सार्वजनिकरण (सभी के लिए स्वास्थ्य सेवाएं) को बढ़ावा देने की पैरवी करने की ज़रूरत है।

प्रतिक्रिया

फिलीपीन्स की सिल्विया एस्ट्राडा-क्लाडियो ने प्रतिक्रिया में स्वास्थ्य पर आर्थिक प्रभावों को ध्यान में रखते हुए, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को सभी के लिए सुलभ बनाने के लिए एक रूपांतरणकारी कार्यसूची प्रस्तुत की। इस कार्यसूची में निम्नलिखित बातें शामिल थीं :

- हमारी मांग, स्वास्थ्य सेवाओं तक सभी की पहुंच के लिए होनी चाहिए, जिसका व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अभिन्न हिस्सा है। हमारे द्वारा बताई गई, सभी के लिए स्वास्थ्य के तहत, उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाओं के अलावा, रोकथाम और बढ़ावा देने वाली सेवाएं भी शामिल होंगी। हमारा

मानना है कि “स्वास्थ्य को बढ़ावा देने” का संबंध, यौनिकता और परिवेश जैसे कारकों से हैं और यह, सामाजिक आंदोलन के अन्य क्षेत्रों के साथ व्यापक एकीकरण का राजनीतिक अवसर उपलब्ध कराता है।

- एक बीमारी से लड़ने के कार्यक्रम पर लगाए गए संसाधनों को स्वास्थ्य प्रणाली के सभी आधारों को मजबूत बनाने की ओर लगाए जाने चाहिए। *
- टैक्स आधारित आर्थिक सहायता की मात्रा को बढ़ाकर, सब तक पहुंचने वाली स्वास्थ्य देखभाल को सरकारी आर्थिक सहायता प्रदान की जानी चाहिए। इसे संभव बनाने के लिए विश्व अर्थव्यवस्था में और कई मध्यम और कम आय वाले देशों की राष्ट्रीय अर्थव्यवस्थाओं के अंदर पर्याप्त धन उपलब्ध है। उदाहरण के लिए, औद्योगिक क्षेत्र को आर्थिक संकट से उबारने के लिए यूएस सरकार का बेल-आउट, लगभग 9.7 ट्रिलियन डालर था, जबकि कम आय वाले देशों में एमडीजी हासिल करने के लिए स्वास्थ्य पर किया जाने वाले हर, अतिरिक्त खर्च की ज़रूरत, इसका एक छोटा सा हिस्सा, लगभग 10 बिलियन डालर है।
- राष्ट्रीय सरकारें, टैक्स बढ़ाकर, उधार लेकर और उसको फिर से बांटकर, और स्थानीय सरकारों द्वारा स्वास्थ्य पर किए जाने वाले खर्च को अनुपातिक रूप से बढ़ाना अनिवार्य बनाकर, धन जुटा सकती हैं।
- स्वास्थ्य के क्षेत्र में भारी अतिरिक्त निवेश को सेवाओं की कमी वाले इलाकों में स्वास्थ्य सुविधाएं बढ़ाने के लिए; आबादी की ज़रूरतों को पूरी करने के लिए सेवा प्रदान करने योग्य बनाने के लिए बड़ी संख्या में बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण; और दवाओं और बाकी सामान की अधिक उपलब्धता और लगातार आपूर्ति के लिए लगाया जाना चाहिए।
- यदि सभी के लिए स्वास्थ्य देखभाल का लक्ष्य हासिल करना है, तो सरकार और मुनाफे के लिए काम करने वाले प्राइवेट क्षेत्र के बीच सरकारी-प्राइवेट भागीदारियों के स्थान पर, सरकार और सामाजिक न्याय और सार्वजनिक जवाबदेही के लिए प्रतिबद्ध, स्वास्थ्य क्षेत्र से जुड़े गैर-सरकारी संगठनों के बीच भागीदारियों को अवसर प्रदान किया जाना चाहिए। बाद वाली भागीदारी में दोनों पक्ष, सब तक पहुंचने वाले स्वास्थ्य को साझे लक्ष्य के रूप में अपनाते हैं। इन्हें “सरकारी-सरकारी” भागीदारियां कहा जाना चाहिए, क्योंकि सामाजिक कार्यों के लिए प्रतिबद्ध गैर-सरकारी संगठनों को मुनाफे के लिए काम करने वाले संगठनों की श्रेणी में रखना ठीक नहीं है।

* स्वास्थ्य प्रणाली के छह आधार स्तंभ हैं: सेवा प्रदायगी; स्वास्थ्य कार्यबल; सूचना/जानकारी; चिकित्सा उत्पाद, प्रौद्योगिकी एवं टीके; वित्तीय सहायता; और नेतृत्व एवं शासन। देखें: विश्व स्वास्थ्य संगठन, सभी की जिम्मेदारी (एवरी बाडीज़ बिज़नेस) : स्वास्थ्य परिणामों में सुधार लाने के लिए स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ करना (स्ट्रेन्थनिंग हेल्थ सिस्टम्स टू इम्प्रूव हेल्थ आउटकम्स) : विश्व स्वास्थ्य संगठन की रूपरेखा जेनेवा: विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2007

चर्चा

चर्चा ज्यादातर वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास के निजीकरण और मानव अधिकार ढांचे को लागू करने के आस-पास केंद्रित रही।

एक प्रश्न यह उठाया गया कि निजीकरण के बारे में “राजनैतिक” क्या है। आर्थिक सहायता, एक तकनीकी मुद्दा था, राजनैतिक नहीं। बोलने वालों ने बताया कि अक्सर महिलाओं के यौन एवं प्रजनन अधिकारों के धार्मिक और अन्य कट्टरवादी और पितृसत्तात्मक विरोध को, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य में राजनीतिकरण समझा जाता है। यह स्पष्ट किया गया कि लेखकों के लिए, कौन, किसके लिए धन मुहैया कराता है, और कौन छूट जाता है, भी राजनीतिक है। ऐसे आदर्श को बढ़ावा देना, जो इस सिद्धांत में विश्वास करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर बाज़ार का नियंत्रण होना चाहिए, का मतलब यह है कि किसी को भी अच्छे स्वास्थ्य के लिए ज़रूरी अवसरों और संसाधनों का हक नहीं होना चाहिए। केवल मुनाफे के लिए स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जाएंगी, और जिनके पास धन खर्च करने की क्षमता है, वही सेहतमंद जीवन के लिए ज़रूरी स्वास्थ्य सेवाओं और संसाधनों का लाभ उठा पाएंगे।

एक प्रतिभागी ने स्वास्थ्य प्रणाली के सभी स्तंभों के निजीकरण पर विचार करने की टिप्पणी की, न कि केवल आर्थिक सहायता और सेवा प्रदायगी के संदर्भ में। उदाहरण के लिए चिकित्सा और स्वास्थ्य सेवा देने वाले शिक्षा के व्यापक निजीकरण और उनके स्वास्थ्य पर पड़ने वाले असर को भी समझा जाना ज़रूरी है।

दूसरी टिप्पणी, ये थी कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के निजीकरण के कारण, किस प्रकार धार्मिक संगठनों से जुड़ी स्वास्थ्य संस्थाओं की संख्या में बढ़त हुई है, जो कि एसआरएच सेवाएं उपलब्ध नहीं करातीं। ऐसा उन कई मध्यम और कम आय वाले देशों के मामले में भी है, जहां अनेक सरकारी-प्राइवेट भागीदारियों को यूएसएड द्वारा बढ़ावा दिया जाता है और आर्थिक सहायता प्रदान की जाती है; ऐसी संस्थाएं सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं नहीं उपलब्ध कराती हैं।

मध्य और पूर्वी यूरोप के देशों में, जिन्होंने सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं के स्थान पर प्राइवेट स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को अपना लिया है, ‘बहुत तेज़ी से निजीकरण’ किया गया था। अधिक लाभकारी होने के आधार पर सेवाओं को चुना गया। इस इलाके के एक परिप्रेक्ष्य को इसमें शामिल करना बहुत ज़रूरी था।

इस बात पर बहस की गई कि क्या यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य का निजीकरण “पूरी तरह नकारात्मक” था, और क्या इसके लिए सरकारी सेवाएं ही हमेशा पसंदीदा हैं। एक तर्क यह दिया गया कि कई पृष्ठभूमियों में प्राइवेट क्षेत्र ने गर्भ समापन सेवाएं और कंडोम उपलब्ध कराने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है, जहां सरकारी क्षेत्र, राजनीतिक कारणों से ऐसा नहीं कर पाएगा। भारत में सेक्स कर्मियों को केवल प्राइवेट क्षेत्र द्वारा ही सेवाएं प्रदान की जा रही थीं। इसके जवाब में यह कहा गया कि ‘निजीकरण’ का मतलब, प्राइवेट क्षेत्र की मौजूदगी से नहीं है। लेखों के लेखक भी उस गैर-मुनाफा वाले प्राइवेट क्षेत्र की बात नहीं कर रहे थे, जो कई ज़रूरतमंद लोगों को सेवाएं प्रदान करते हैं; बल्कि यहां मुनाफा कमाने

वाले प्राइवेट क्षेत्र और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के बाज़ारीकरण की आलोचना की जा रही थी।

चर्चा के लिए दूसरा विषय था कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के लिए हमें वैश्विक पहल की ज़रूरत है कि नहीं। एक विचार यह था कि आईसीपीडी के तुरंत बाद यदि हमने वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास को शुरू किया होता, तो हम, आईसीपीडी के लक्ष्यों को हासिल करने के मामले में आज की अपेक्षा बहुत आगे गए होते। कुछ प्रतिभागियों का कहना था कि कई 'बेहतर' वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास, एक बीमारी के साथ-साथ, बड़ी स्वास्थ्य प्रणाली पहल पर भी ध्यान दे रही हैं। इस विचार से अलग एक दूसरा विचार प्रस्तुत किया गया कि वैश्विक स्वास्थ्य पहलों द्वारा, मूल रूप से एक अकेले या सीमित मुद्दों पर ध्यान केंद्रित किया जाता है और स्वास्थ्य समस्याओं के कई सामाजिक कारकों के समाधान को अनदेखा कर दिया जाता है। उन्हें छोटी अवधि वाला माना जाता है। उनमें से कुछ को स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों के समाधान के लिए बाध्य किया गया है, लेकिन यह ज़्यादातर बिगड़े हुए काम को बनाने के लिए किया गया काम है, जो स्वास्थ्य प्रणाली को मज़बूत करने के समान नहीं है।

यह सुझाव दिया गया कि महिला आंदोलन को निजीकरण को ध्यान में रखते हुए अपनी दिशा निर्धारित करने की ज़रूरत है। हमें एचआईवी/एड्स कार्यकर्ताओं से सीख लेने की ज़रूरत है, जिन्होंने स्वास्थ्य लक्ष्यों की दिशा में आगे बढ़ने के लिए सफलतापूर्वक प्राइवेट संगठनों के साथ भागीदारी की है। एक दूसरे प्रतिभागी द्वारा यह सवाल उठाया गया कि चूंकि एचआईवी/एड्स आंदोलन का एक वर्ग पूरी तरह वैश्विक स्वास्थ्य प्रयास के अनुरूप हो गया था, इसलिए अगर हम इनके खिलाफ जाएंगे तो हम, अपने-आपको उनसे पूरी तरह से अलग कर लेंगे।

स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण के साथ आर्थिक सहायता के मूल्यांकन के लिए मानव अधिकार ढांचा कितना उपयोगी था? मानव अधिकारों के एक वकील और कार्यकर्ता ने बताया कि अपने-आप में मानव अधिकारों का योगदान सीमित था, क्योंकि यह सरकारों से सिर्फ स्वास्थ्य के अधिकार को लागू करने की मांग करता है। कुछ सरकारें मानव अधिकारों की भाषा का उपयोग, निजीकरण के पक्ष में मामला बनाने के लिए कर रही थी।

बजट निगरानी को भी स्वास्थ्य के अधिकार का आदर करने, संरक्षण करने और पूरा करने के लिए, सरकारों को जवाबदेह बनाने के साधन के रूप में विकसित किया गया था। दूसरे लोगों ने बताया कि हमें केवल सरकारों को ही नहीं बल्कि अंतर्राष्ट्रीय, अंतर-सरकारी संगठनों और औद्योगिक क्षेत्र को भी जवाबदेह बनाने की ज़रूरत है।

लेख 2

‘10% राजनीतिक’ समूह

जेनेट प्राइस

ई-मेल: janetepri41@yahoo.co.uk

प्रस्तुत किए गए उच्चस्तरीय लेखों की प्रतिक्रिया में दिया गया यह संक्षिप्त लेख, उन महिला समूहों पर आधारित है, जो पूरे विश्व की महिलाओं की 10% आबादी हैं, और जो, बहुत गरीबी का जीवन-यापन कर रहे लोगों का पांचवां हिस्सा हैं। यह समूह ऊंचे शारीरिक, भावनात्मक उत्पीड़न के साथ-साथ, दूसरी महिलाओं की तुलना में 3 गुना ज़्यादा यौन-उत्पीड़न और बलात्कार का सामना करता है। उनमें, एचआईवी और यौन-संचारित संक्रमणों¹ के सभी जोखिम कारकों की ऊंची दर मौजूद है। उन्हें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल और सहायता की बहुत ज़्यादा ज़रूरत होने के बावजूद, उनको मुहैया कराई जाने वाली सेवाएं ज़्यादातर उनकी सहमति के बिना दी जाती हैं - ‘ज़बरदस्ती गर्भ समापन, नसबंदी करवाने का दबाव, गैर-कानूनी नसबंदी, और स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा सभी स्वास्थ्य सुविधा और यौन जांच को नकारा जाना’² शामिल हैं।

एक व्यापक और आम धारणा यह है कि उनकी यौन में रुचि नहीं होती है, उनमें यौन-संबंध बनाने की चाहत नहीं होती है और अपनी रुचि से यौन-संबंध बनाने में पहल करने में ये असमर्थ होती हैं। इसकी वजह से, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का इनका अनुभव, ‘सीमित गर्भनिरोधक उपाय अपनाने, जो मासिक धर्म के नियंत्रण तक ही केंद्रित होता है, और गर्भावस्था के दौरान खराब देखभाल और जन्म तक ही सीमित होता है।’ उन्हें प्रजनन अक्षमता के इलाज के लिए शायद ही कभी सहायता दी जाती है, और मां बनने की उनकी रुचि में उन्हें सहयोग नहीं दिया जाता है।³

इस समूह ने मोटे तौर पर महिलाओं के स्वास्थ्य आंदोलन से अपने-आप को अलग पाया है, जिससे उन्हें राजनीतिक पहचान नहीं मिल पाई है। ऐसा उनके द्वारा अपने-आप को संगठित करने की शुरुआत, विषमलैंगिक-पितृसत्तात्मक समाज के उन पर होने वाले असर को समझने और इस समझ को नारीवादियों के साथ बांटने के बावजूद होता है। उल्टे, मुख्यधारा की नारीवादी महिलाएं, इन 10% महिलाओं को असहाय, पीड़ित, दया पर जीने वाली समझती हैं, दूसरी महिलाओं पर उनकी देखभाल का बोझ होता है। यह 10% महिलाएं मज़बूती, आत्म-निर्णय और आत्मनिर्भरता के नारीवादी आदर्शों से इतनी दूर समझी जाती हैं कि इन्हें अंतर्राष्ट्रीय महिला आंदोलन में अभी तक कोई जगह नहीं मिल सकी है।⁴ इस समूह को अपनी ऐसी छवि के विरुद्ध लगातार संघर्ष करना पड़ा है।

यह ‘10% राजनीतिक’ समूह हैं, विकलांग महिलाएं या विकलांगता वाली महिलाएं⁵ - दृश्य या अदृश्य, शारीरिक, मानसिक, मनोवैज्ञानिक-सामाजिक या इन्द्रिय। मुख्य धारा के नारीवादी स्वास्थ्य और

यौनिकता आंदोलनों के कई साल बीतने के बावजूद, 'इस समूह की महिलाएं अपने को एसआरएचआर और आंदोलनों से बहिष्कृत, हताश और गलत समझी हुई मानती हैं।' ⁶ महिला आंदोलन, जिसमें महिला स्वास्थ्य शामिल है, विकलांगता की राजनीति, विकलांगता अधिकारों के लिए संघर्ष और विकलांगता, यौन और जेंडर अधिकारों के संघर्ष में विकलांग महिलाओं को समर्थन प्रदान करने के महत्व को समझने में विफल रहा है।

सबसे पहले यह समझना ज़रूरी है कि विकलांगता एक राजनीतिक मुद्दा है, न कि कोई चिकित्सीय या दया/दान का मुद्दा। विकलांगता का संबंध, पूर्वाग्रह और सामाजिक बहिष्कार, भेदभाव से है और स्थानों, शिक्षा, सेवाओं, नौकरियों, आराम और आनंद तक पहुंच की कमी से है। इसका संबंध, अधिकारों के नकारे जाने और अलग शारीरिक बनावट वाले लोगों को पूरी तरह इंसान ना मानने से है। इसका संबंध उस सामाजिक घबराहट से है जो यह मानने से डरता है कि गैर-विकलांग महिलाओं की तरह ही, जो लोग शारीरिक या मानसिक रूप से 'अलग' हैं, उनके अंदर भी चाहत, यौन-पहचान बनाने, अपनी छवि और आत्मविश्वास के संकट का सामना करने, रिश्तों को चुनने, बच्चे होने (नहीं होने) की भावना होती है, और इन्हें भी सहयोग के लिए जानकारी और शिक्षा की ज़रूरत होती है। ^{2,7} गैर-विकलांग नारीवादियों को अपनी "भिन्ता" की समझ का सामना करना होगा। उन्हें करीब से देखना होगा कि किस तरह अनिवार्य सक्षम शरीर की धारणा और इसके नियम, हमारी विकलांगता की समझ को प्रभावित करती है। "अलग" तरह के शरीर को देखकर लोगों में घबराहट और उत्सुकता का अनुभव करना स्वाभाविक है। लेकिन इसको अनदेखा करने और बहुत असहज माने जाने की बजाय इसके बारे में सोचना चाहिए और इसको चुनौती देनी चाहिए। इसका सामना उसी प्रकार किया जाना चाहिए, जिस प्रकार नारीवाद ने अनिवार्य विषमलैंगिकता को चुनौती दी थी, जब समलैंगिक महिलाओं ने अपने जीवन की बात करनी शुरू की थी। ⁸

जिस प्रकार नारीवाद ने महिलाओं के जीवन के चिकित्सीकरण का विरोध किया है, उसी प्रकार विकलांग लोगों ने अपने खुद के जीवन के चिकित्सीकरण और नकारे जाने का विरोध किया है। और महिला स्वास्थ्य आंदोलन, जो स्वास्थ्य संबंधी निर्णय करने के लिए उन लोगों से जानकारी हासिल करने की पैरवी करता है, जिन्होंने परिस्थितियों से समझौता करते हुए विकल्प तलाश लिए हैं, उसी प्रकार विकलांग लोग भी उन लोगों के सीखने की पैरवी करते हैं, जिन्होंने विकलांगता के साथ जीवन जीने के तरीके तलाश लिए हैं।

विकलांगता संबंधी अध्ययनों में, अस्थायी सक्षम शरीर, टेम्परेरली एबल बॉडी (टी-ए-बी), की धारणा मौजूद है, जिसमें शारीरिक अस्थिरता और बदलाव, जो कि सबके जीवन की सच्चाई है, को एक सच्चाई माना जाता है। हम सभी उम्र बढ़ने, बीमारी, दुर्घटना-जैसी घटनाओं के शिकार हो सकते हैं, जो हमें कभी भी, गैर-विकलांग से विकलांग बना सकती हैं। इसलिए पहुंच/सुलभता संबंधी प्रयासों को यह समझना ज़रूरी है कि यह प्रयास कुछ लोगों के लिए नहीं, बल्कि बहुत से लोगों के लिए

हैं। सभी लोगों को शामिल करने के छोटे-छोटे प्रयास, बहुत सारे लोगों के जीवन को प्रभावित करते हैं। ऐसी जगहों पर मिलना, जहां ढलवां रास्ते (रैम्प) हों, ऐसे शौचालय जिनका प्रयोग सभी कर सकें, संचार के विभिन्न तरीके उपलब्ध कराना, जैसे - बड़े अक्षर, लिखी और बोली जाने वाली स्पष्ट भाषा/ सांकेतिक भाषा, यह सभी लोगों को शामिल करने के कुछ तरीके हैं।

फिर भी, इससे पहले कि यह समूह, इन सबके माध्यम से एसआरएचआर के व्यापक विचार-विमर्श में अपने-आप को आत्मविश्वास के साथ शामिल समझे, नारीवादी संगठनों को खुद विकलांग महिलाओं तक पहुंचना चाहिए। विकलांग महिलाएं अपने समर्थन में पैरवी को पसंद करती हैं, लेकिन विकलांगता आंदोलन का नारा है कि 'हमारे बिना, हमारे बारे में कोई निर्णय नहीं'।⁹ विकलांग महिलाएं, ऐसे 'सहायक' नहीं चाहती हैं, जो उन्हें, उनकी राजीतिक लड़ाई को लड़ने के तरीके समझाएं। एसआरएच क्षेत्र में विकलांग महिलाओं की समस्या बहुत गंभीर है, क्योंकि जनता द्वारा उन्हें चिकित्सा प्रणाली पर निर्भर रहने और असफल माने जाने के आधार पर नकारा जाना आसान होता है। इसलिए, विकलांग महिलाओं को अपनी यौन पहचान बनाने और स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार को स्थापित करने के लिए, संघर्ष करना ज़रूरी है, जिसे हासिल करना, यौनिक रूप से सक्रिय सभी व्यक्तियों का हक है।

विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र घोषणा पत्र 2008 में पारित किया गया था।¹⁰ यह संयुक्त राष्ट्र का सबसे हाल का घोषणा पत्र है, जिसे एसआरएचआर के, फिर से राजनीतिकरण, पर विचार करते समय, आपको सबसे ज़्यादा महत्व देना चाहिए। ऐसा खासकर इसलिए कि घोषणा पत्र को पारित करने के दौरान विकलांग नारीवादियों ने, यौनिकता और यौन अधिकारों के सभी प्रावधानों को हटाए जाने से रोकने के लिए, बहुत अधिक संघर्ष किया था। इन प्रावधानों का विरोध केवल धार्मिक समूहों और सरकारों ने ही नहीं, बल्कि विकलांग व्यक्तियों के आंदोलन के प्रतिनिधियों¹¹ ने भी किया था। ऐसे विरोध का सामना करते हुए, यह संघर्ष पूरी तरह से सफल नहीं हुए थे। विकलांग महिलाओं की यौनिकता और उनके एसआरएचआर को मान्यता देना, उन्हें प्रभावी सहयोग, जानकारी और सेवाएं मुहैया करवाने के लिए संघर्ष को हर तरफ से नकारा जाता है। इस संघर्ष को नकारने वालों में मुख्यधारा की विकलांगता राजनीति भी शामिल है। इसलिए गैर-विकलांग नारीवादियों द्वारा इस जारी अभियान को समर्थन देना और इसकी पैरवी करना बहुत ही महत्वपूर्ण साबित हो सकता है।

इस सम्मेलन में प्रस्तुत किए गए लेख, एसआरएचआर के फिर से राजनीतिकरण के कई विकल्पों की चर्चा करते हैं,। लेकिन ये ज़्यादातर, 90% गैर-विकलांगों की दृष्टि से तैयार किए गए हैं। स्वास्थ्य सेवाओं को यह समझना होगा कि विकलांगों की संख्या बहुत कम नहीं है, बल्कि वे, पूरी आबादी का 10% हैं, एक बहुत बड़ा समूह, जो, असमानता, अभाव और गरीबी का सामना कर रहा है, जिन्हें सुविधाएं प्रदान की जानी चाहिए। स्वास्थ्य सेवाओं के तहत एक ऐसी मूलभूत योजना अपनाई जानी चाहिए, जो किसी बड़े बदलाव के बिना, विकलांग लोगों को सेवाएं मुहैया कराए। लेकिन सबसे कठिन कार्य, सबसे पहले इस बारे में विचार करना है।

हाल ही में, विश्व स्वास्थ्य संगठन/यूएनएफपीए ने विकलांग व्यक्तियों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों को बढ़ावा देने के लिए एक मार्गदर्शी नोट तैयार किया है। विकलांगता पर काम कर रहे कई संगठनों¹ ने इस नोट को बनाने में अपना योगदान दिया। इस नोट में विकलांग व्यक्तियों पर समाज द्वारा थोपी गई चार प्रमुख चुनौतियों की चर्चा की गई है। और ध्यान रहे कि स्वास्थ्य सेवाओं की नीति और नियोजन से यह सामाजिक सीमाएं, न कि लोगों की व्यक्तिगत असमानता, को दूर करना है। यह चुनौतियां हैं:

सबसे पहले, जानकारी, ज्ञान, और समझ का अभाव का होना है। विकलांग लोगों में यौन स्वास्थ्य संबंधी विषयों की सीमित जानकारी के गंभीर परिणाम हो सकते हैं। उदाहरण के तौर पर, एचआईवी/एड्स की जानकारी देने से, न सुनने वाले लोगों को, जो सांकेतिक भाषा में बात करते हैं, वंचित रखा गया है- और चूंकि उन्हें खासतौर पर शामिल नहीं किया गया है, उनमें से कई ने खुद खतरे को नहीं देखा-समझा है, जिसके कारण वे, अधिक खतरे उठाते हैं और उनमें एचआईवी/एड्स की दर ज्यादा है। केन्या के लीवरपूल वीसीटी ने अब एक कार्यक्रम तैयार किया है, जिसके तहत सांकेतिक भाषा में बात करने वाले परामर्शकों को शामिल किया है, जिससे कुछ कमियों को दूर किया जा सके।¹² सभी स्तरों पर स्वास्थ्य कर्मियों को चिकित्सीय जानकारी ज़रूरी नहीं है। बल्कि विकलांग व्यक्तियों के प्रति आचार-विचार को गैर-चिकित्सीय बनाना ज़रूरी है, और एक ऐसी समझ विकसित करनी ज़रूरी है कि विकलांगता और इसको बाहर रखने की राजनीति का विरोध किया जाए और उसे बदला जाए।

दूसरी चुनौती, पूर्वाग्रह और कलंक की है। यह, उपर्युक्त स्वास्थ्य कर्मियों की शिक्षा के साथ-साथ स्वास्थ्य कर्मियों और विकलांग व्यक्तियों के बीच संबंधों से भी संबंधित है। केवल वार्डों या समुदायों में तैनात स्वास्थ्य कर्मियों को ही नहीं, बल्कि नीति-निर्माताओं और नीतियों को लागू करने वालों को भी विकलांग व्यक्तियों के प्रति किए जाने वाले भेदभाव के विरोध करने की ज़रूरत को समझना चाहिए। विकलांग महिलाओं के यौन एवं प्रजनन अधिकारों को सीमित करने वाले पूर्वाग्रह को दूर करना चाहिए। इसके साथ-साथ स्वास्थ्य कर्मी, विकलांग व्यक्तियों के यौन एवं प्रजनन अधिकार के कई गैर-चिकित्सीय मुद्दों के भी संरक्षक माने जाते हैं, जैसे कि, परिवार के लिए आवास, मिलने वाले लाभों, विकलांग के रूप में पंजीकरण, बच्चे पैदा करने का निर्णय, गर्भनिरोधकों का प्रयोग - और अफसरशाही के तहत मौजूद लचीलेपन का अभाव, कल्पना की विफलता, और सामाजिक और आर्थिक भ्रष्टाचार, ये सब विकलांग व्यक्तियों के जीवन की कठिनाइयों और संघर्ष को और ज्यादा बढ़ा देते हैं।

तीसरी चुनौती है, स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति भौतिक और व्यवहारपरक बाधाएं। विकलांग महिलाओं के लिए सेवाएं बनाने का कोई फायदा नहीं, अगर वे उन तक पहुंच ही नहीं सकती हैं - और इस दिशा में उनके लिए एक ढलवां रास्ता (रैम्प) और कम ऊंचाई वाली जांच टेबल बहुत ही सहायक हो सकती है।¹³ लेकिन खासकर एसआरएच देखभाल के तहत गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए कई भौतिक और संचार पहलों से बढ़कर, व्यवहारपरक बाधाएं अभी भी मौजूद हैं। बौद्धिक और मानसिक

विकलांगता वाली महिलाओं को, स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा भी, जिन्हे बेहतर जानकारी होनी चाहिए, भय और अनिश्चितता की स्थिति के कारण, यह माना जाता है कि वे रिश्ते बनाने में अयोग्य हैं और अपने बच्चों के साथ, दूसरे लोगों के लिए खतरनाक हैं। उन्हें, बार-बार उनकी इच्छा के विरुद्ध अस्पताल में भर्ती करा दिया जाता है, जहां उन्हें ज़बरदस्ती गर्भनिरोधक उपाय अपनाने, अनावश्यक नसबंदी कराने, उत्पीड़न, हिंसा, यातना और बलात्कार का शिकार होना संभव है। उनकी यौन-रुचि, खासकर विषमलैंगिक न हो, तो उनकी 'बीमारी' का हिस्सा माना जाता है, और उनकी यौनिकता और विकलांगता को और भी अधिक बीमारी के रूप में देखा जाता है।

और आखिर में, विकलांग लोगों को निर्णय लेने की प्रक्रिया, खासकर नीति-निर्माण से बाहर रखने के कारण, हमें स्वास्थ्य कर्मियों को यह बताने की फिर से ज़रूरत महसूस होती है कि वे ऐसा तंत्र विकसित करें, जिसके द्वारा विकलांग महिलाओं की बात, अधिकारियों तक पहुंचाई जा सके, कि सेवाओं को क्या, कैसे, कब और कहां उपलब्ध कराया जाए। विकलांग महिलाओं को कई प्रकार के शोषण का सामना करना पड़ता है, और प्रभावी योजना, नीति और सलाहकार समितियों में उनकी भागीदारी, इस बात का सबसे अच्छा वादा है कि उनकी ज़रूरतें पूरी की जाएंगी। लेकिन केवल एक या दो आत्मनिर्भर विकलांग महिलाओं से सलाह कर सत्ता और जानकारी में आसानी से बदलाव नहीं किया जा सकता है। इसकी बजाय, विचारों में विभिन्न प्रकार के विकलांगता वाले लोगों की बातें प्रकट होनी चाहिए। शक्ति संरचना में भी इस प्रकार सुधार किया जाना चाहिए, कि महिलाओं के स्वास्थ्य विचारधारा पर विकलांग महिलाओं की बातों को भी अधिकारपूर्वक विकलांगता, उनके जीवन और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाप्रदायगी की सभी चर्चाओं में सुना जाए।

आभार: मैं विचार व्यक्त करने और दृष्टान्तों का पता करने में सहयोग प्रदान करने के लिए अनीता घई, मिशेल मुर्डक, पैट्रिक आसेकेनी, और इकाटे उमो की अत्यंत आभारी हूँ। व्यक्त किए गए विचार लेखकों के निजी विचार हैं।

संदर्भ

1. WHO/UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. 2009. At: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598682_eng.pdf
2. Umoh E Introduction to Module 5: Disability. Sexuality and Rights Online Training, CREA, AWID, 2010.
3. Kallianes V, Rubenfeld P. Disabled women and reproductive rights. *Disability and Society* 1997; 12(2):203-21; Prilleltensky O. A ramp to motherhood: the experiences of mothers with physical disabilities. *Sexuality and Disability* 2003; 21(1):21-47.
4. Price 1. *The Seeds of a Movement: Disabled Women's Struggle to Organise*. AWID. Forthcoming.
5. 'Women with disabilities' (WWD) is used within the UNCRPD. Termed 'person first', it indicates the priority of the individual over the disability. 'Disabled woman' (DW) tends to be used by those who advocate an identity through the Social Model of disability. This usage also indicates a phenomenological perspective in which the 'person' cannot be separated from the 'disability'.
6. Murdoch M. Personal communication 2010.

7. Ghai A. Disabled women: an excluded agenda of Indian feminism. *Hypatia* 2002; 17(3): 49-66.
8. Shildrick M. Dangerous discourses: anodiety, desire and disability. *Studies in Gender and Sexuality* 2007; 8(3): 221-44.
9. This slogan is used by Disabled Peoples' International.
10. UN Enable. Article 19: UN Convention on Rights of Persons with Disabilities, 2008. At: www.un.org/disabilities/default.asp?id=259.
11. Schulze M. Understanding the UN convention on the rights of persons with disabilities: a handbook on the human rights of persons with disabilities. Handicap International, 2009. http://www.makingitworkcrpd.org/fileadmin/user/HI_CRPD_Manual_Sept_2009_final.doc.
12. Liverpool VCT Care and Treatment Deaf Programme, 2010. At: www.liverpoolvct.org/index.php?PID=187&showsubmenu=187.
13. Salthouse S, Howe K. Lack of data means lack of action: a clinical examination of access to health services for women with disabilities. *Women with Disabilities Australia*, 2004.



सुझाव पत्र

नाम:

संगठन:

पता:

संपर्क और फ़ैक्स न.:

संगठन कौन से विषय क्षेत्रों में काम कर रहा है:

आपको यह आर एच एम संस्करण कैसा लगा?

बहुत मददगार	
आपके काम से संबंधित	
ज्ञानवर्धक	
इतनी जानकारी नहीं	
वैचारिक समझ का निर्माण	
बहुत सुधार की ज़रूरत है	

कृप्या आप अपनी प्रतिक्रिया का कारण दें।

कृप्या निम्नलिखित में रैंक के अनुसार चिन्ह लगाए:

5. बहुत अच्छा 4. अच्छा 3. सही 2. सुधार की ज़रूरत 1. खराब

प्रदर्शन	
लेख की उपयोगिता	
उपयोग की गई भाषा	

क्या आप अपने काम में इस नई जानकारी को उपयोग करेंगीं?

हाँ	
नहीं	

यदि हाँ, तो कृप्या बताएं करें कि उसे कैसे उपयोग करेंगे।

आप हमसे अन्य किन मुद्दों पर प्रकाशन चाहते हैं? कृप्या बताएं।

कृप्या इस फार्म को निम्नलिखित पते पर भेजें:

क्रिया

7 मथुरा रोड, जंगपुरा बी

दूसरी मंज़िल, नई दिल्ली-110014

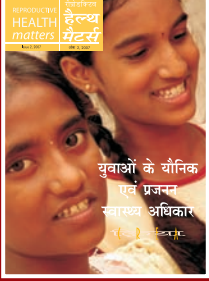
फोन: 91-11-24377707, 24378700/01

फैक्स: 91-11-24377708

आरएचएम हिन्दी की निशुल्क कॉपियों के लिए, क्रिया को इसी पते पर संपर्क करें। आरएचएम हिन्दी को www.creaworld.org से निशुल्क डाउनलोड भी किया जा सकता है।



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



रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स
अंक 4, 2009
एचआईवी/एड्स और मानवाधिकार: एक विमर्श



रिप्रोडक्टिव हैल्थ मैटर्स
अंक 5, 2011
अपराधीकरण



7 मथुरा रोड, जंगपुरा बी,
नई दिल्ली - 110 014, भारत
दूरभाष: 91-11-24377707, 24378700/01
फैक्स: 91-11-24377708
ई-मेल: crea@creaworld.org
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