

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

Issue 9, 2015

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

अंक 9, 2015

an international journal on sexual and reproductive health and rights

यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य और
अधिकार से जुड़ी नीतियाँ व कानून



crea

Laws and Policies related to Sexual and Reproductive Health and Rights

RHM in Hindi

Issue # 9, 2015

ISSN 2349-8706

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:

Shalini Singh

Production Support :

Amelia Andrews

Chaitali Bhatia

Meenu Pandey

Richa Silakari

Advisors for selection of articles:

Deepa Venkatachalam, Sama, Delhi

Renu Khanna, Sahaj, Vadodara

Rupsa Mallik, CREA, Delhi

Translation and review by:

Juhi Jain

Nidhi Agarwal

Paroma Sadhana

Sominder Kumar

Sunita Bhaduria

Sushil Joshi

Cover photo:

Photo by: Akshita Nagpal/ CREA

Cover photo features women's rights activists from Sanat Kada, Sadbhawna Trust, U.P. and Mahila Mukti Sanstha, Jharkhand at the Refresher Training of Trainers organised by CREA from 5-10 October 2015, as part of its programme- *It's My Body : Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights of Adolescent Girls through sports.*

Design and typesetting:

Brijbasi Art Press Limited

With Support from:

Reproductive Health Matters, UK, and other donors of 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 21 and 22-issues 41, 42-2013, issues, 43, 44, 2014

©Reproductive Health Matters 2015

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:

Shirin Heidari, Editor

Email: SHeidari@rhmjournal.org.uk

For any other queries:

Pathika Martin

E-mail: pmartin@rhmjournal.org.uk

Guidelines available at:

www.rhmjournal.org.uk

RHM is part of the Elsevier Health Resource

Online: www.rhm-elsevier.com

RHM editorial office:

Reproductive Health Matters (RHM)

444 Highgate Studios

53-79 Highgate Road

London NW5 1TL, UK

Phone: 44-20-7267 6567

Fax : 44-20-7267 2551

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

Issue 9, 2015

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

अंक 9, 2015

यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार से जुड़ी नीतियाँ व कानून



Table of Contents

Foreword

Editorial

- 7 Marge Berer Using the Law & the Courts

Articles

- 15 STOP PRESS: Report from India Robbed of choice and dignity: Indian women dead after mass sterilization: Situational assessment of sterilization camps in Bilaspur District, Chhattisgarh: Report by a multi-organizational team, December 1, 2014
- 20 Kate Barth Legal and human rights achievements of Anand Grover in India and as Special Rapporteur on the Right to Health, 2008-2014: This profile of Anand Grover is in recognition of his outstanding contribution to human rights as he steps down from his role as Special Rapporteur.
- 30 Monica Roa, Barbara Klugman Considering strategic litigation as an advocacy tool: a case study of the defence of reproductive rights in Colombia
- 49 Magaly Marques, a Nicole Ressa The Sexuality Education Initiative: a programme involving teenagers, schools, parents and sexual health services in Los Angeles, CA, USA
- 69 John Godwin, Gabrielle Szabo, Justine Sass, Josephine Sauvarin Righting the mismatch between law, policy and the sexual and reproductive health needs of young people in the Asia-Pacific Region
- 86 Anne Hendrixson Beyond bonus or bomb: upholding the sexual and reproductive health of young people
- 103 Elizabeth Yarrow, Kirsten Anderson, Kara Apland, Katherine Watson Can a restrictive law serve a protective purpose? The impact of age-restrictive laws on young people's access to sexual and reproductive health services
- 117 Shereen El Feki, Tenu Avafia, Tania Martins Fidalgo, Vivek Divan, Charles Chauvel, Mandeep Dhaliwal, Clifton Cortez The Global Commission on HIV and the Law: recommendations for legal reform to promote sexual and reproductive health and rights
- 137 Isabella Aboderin Sexual and reproductive health and rights of older men and women: addressing a policy blind spot

विषय-सूची

प्रस्तावना

संपादकीय

- 7 मार्ज बेरर
निबंध कानून और अदालतों का उपयोग
- 15 छपते-छपते : भारत से प्राप्त रिपोर्ट
चयन के विकल्प का हनन और महिलाओं की गरिमा के साथ खिलवाड़:
सामूहिक नसबंदी के बाद महिलाओं की मौत
छत्तीसगढ़ के बिलासपुर जिले में लगाए गए नसबंदी शिविरों की स्थिति का
मूल्यांकन : एक बहु-संगठनात्मक टीम की रिपोर्ट, दिनांक 1 दिसंबर, 2014
- 20 केट बार्थ
भारत में कानून व मानव अधिकार कार्यक्षेत्र में और स्वास्थ्य के अधिकार
पर विशेष प्रतिवेदक के रूप में *आनंद ग्रोवर की उपलिब्धियां, 2008
- 2014*
*आनंद ग्रोवर पर यह लेख मानव अधिकार कार्यक्षेत्र में उनके विशेष
योगदान के बारे में लिखा गया है, जब वे विशेष प्रतिवेदक के कार्यभार
को किसी और को सौंप कर सेवानिवृत्त हो रहे हैं।*
- 30 मोनिका रोआ, बारबरा क्लूगमान
पैरवी के एक साधन के रूप में रणनीतिक मुकदमेबाजी के उपयोग पर
विचार: कोलंबिया में प्रजनन अधिकारों की रक्षा पर केस स्टडी
- 49 मैगेली मार्केज़, निकोल रेसा
यौनिकता शिक्षा प्रयास: किशोरों, स्कूलों, माता-पिताओं और यौन स्वास्थ्य
सेवाओं के साथ एक कार्यक्रम (लॉस एंजेलिस, सी.ए., यू.एस.ए.)
- 69 जॉन गोडविन, गेबरियल ज़ाबो, जस्टिन सास,
जोसफिन सॉवरिन
एशिया-प्रशांत क्षेत्र में कानून, नीति और युवा लोगों की यौन एवं प्रजनन
स्वास्थ्य जरूरतों के बीच अनुपयुक्त मेल को सुधारना
- 86 ऐनी हेन्डरिक्सन
बोनस या बम से कहीं आगे: युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य
अधिकारों को बनाए रखना
- 103 एलिज़ाबेथ यैरो, क्रिस्टेन एंडर्सन, कारा
एफ्लेंड, कैथरीन वाटसन
क्या एक प्रतिबंधक कानून सुरक्षात्मक उद्देश्य पूरा कर सकता है? युवाओं
और बच्चों द्वारा यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने पर आयु
प्रतिबंधक कानूनों का प्रभाव।
- 117 शेरीन एल फेकी, टेनू अवाफिआ, तानिया
मार्टिन्स फिदाल्गो, विवेक दीवान, चार्ल्स
शावेल, मनदीप धालीवाल, क्लिंटन कोर्टीज़
एचआईवी और कानून पर वैश्विक आयोग (ग्लोबल कमीशन ऑन
एचआईवी एंड द लॉ): यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को
बढ़ावा देने के लिए कानूनी सुधार की सिफारिशें
- 137 इसाबेला अबोदेरिन
उम्रदराजी-पुरुषों के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार: नीतिगत
कमी को दूर करने का प्रयास

प्रस्तावना

2000 में स्थापित क्रिया, नई दिल्ली में स्थित एक नारीवादी अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संस्था है। मानव अधिकार आंदोलनों और विभिन्न भागीदारों के साथ मिलकर क्रिया महिलाओं और लड़कियों के अधिकार को आगे बढ़ाने और सभी लोगों के यौनिक और प्रजनन, स्वास्थ्य, स्वतंत्रता और अधिकार पर कार्य करती है। क्रिया राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय मंचों पर सकारात्मक बदलाव के लिए पैरवी करती है और दुनियाभर के सक्रियतावादी और पैरवीकारों को ट्रेनिंग और सीखने के अन्य मौके प्रदान करती है। क्रिया, भारत और वैश्विक स्तर पर कई तरीके से जेंडर, यौनिकता और प्रजनन स्वास्थ्य के मुद्दे पर कार्य करती है। राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर नीतियों के निर्माण में क्रिया कार्यरत रही है। इस कार्य से जुड़े अनुभवों ने क्रिया के कार्य को अनेक तरह से प्रभावित किया।

सामान्यतः यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य के मुद्दे से जुड़ी नीतियां बनाते समय मानव अधिकार के दृष्टिकोण का उपयोग किया जाता है। आई सी पी डी प्रोग्राम यह सुनिश्चित करता है कि सभी को प्रजनन स्वास्थ्य का हक मिले और यह भी सुनिश्चित हो कि महिलाएं और युवा दोनों, यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़ी हर तरह की सूचना प्राप्त कर सकें। साथ ही साथ लोग इससे जुड़ी सुविधाओं का भी उपयोग कर सकें।

कार्य के दौरान अन्य लोगों से उनके अनुभव सुनते हैं तो स्पष्ट होता है कि इन नीतियों का कितने लोगों को फायदा मिलता है और कितने लोग इससे जुड़ी सही जानकारी पा रहे हैं, महिलाओं और किशोरियों के स्वास्थ्य से जुड़ी आवश्यकताओं को लेकर अनेक नीतियां बनाई जाती हैं परंतु क्या वास्तव में उन्हें अपेक्षित फायदा मिलता है? क्या वास्तव में ये नीतियां जमीनी सच्चाई से जुड़ी होती हैं और उसी तरह उपयोगी साबित होती हैं, जिस उद्देश्य से उन्हें बनाया जाता है?

अभी भी हम अनेक मुद्दों से जूझ रहे हैं, जैसे कि किस उम्र या विकास के चरण में युवाओं और बच्चों के लिए यौनिक स्वास्थ्य और प्रजनन से जुड़ी जानकारी मिलनी चाहिए? यह एक आम सवाल है लेकिन इसके जवाब, बहुत चर्चा, सवाल-जवाब और संबंधित विवादों से घिरे हुए हैं। जहां कुछ संदर्भ में यौनिक अभिव्यक्ति को सामान्य, यहाँ तक की व्यक्ति के विकास में एक महत्वपूर्ण अंग माना जाता है, वहीं दूसरी जगह, उस पर प्रतिबंध लगाए जाते हैं, उसे रोकने की कोशिश की जाती है। कई बार उसके लिए दंडित भी किया जाता है। हालांकि बच्चों या युवाओं में यौन संबंध शुरू करने की उचित या मान्य उम्र पर कोई सहमति नहीं है, लेकिन लगभग हर देश के कानून में यौन संबंध बनाने की सहमति देने की एक न्यूनतम कानूनी उम्र तय की गई है। अनेक देशों ने बिना किसी अभिभावक के साथ आए बच्चों और युवाओं की स्वास्थ्य सुविधाओं, जिसमें यौन स्वास्थ्य भी शामिल है, तक पहुंच पर भी रोक लगाई गई है।

क्रिया संस्था के पिछले 15 सालों के कार्य के अनुभव और सीख में संस्थागत स्तर पर महिलाओं और किशोरियों के साथ चल रहे कार्यों का अभूत योगदान रहा है। जैसे भारत में इन मुद्दों पर कार्य कर रहे कार्यकर्ताओं को राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर की नीतियों व कानून और उनकी समझ किस स्तर की है, भारत में बनाई गई अनेक नीतियां, जो महिलाओं और किशोरियों और उनके प्रजनन और यौनिक स्वस्थ से जुड़ी हैं, उसकी जानकारी किस हद तक और कितने लोगों तक पहुंच पाई है, आदि।

विभिन्न समूहों के साथ फील्ड में सीधे कार्य की वास्तविकता कई और मुद्दे सामने लाती है। वादों और उनको निभाने में अनेक विरोधाभास दिखते हैं। कई बार उम्र, झिझक, शर्म और नियंत्रण के मुद्दों को नीतियों और कानूनों में शायद उतनी संजीदगी से नहीं लिया जाता, जितना इनका हमारे जीवन पर असर होता है। इन्हीं से इन नीतियों के उपयोग और उन तक पहुंच पर प्रभाव पड़ता है।

हर वर्ष किशोर गर्भावस्थाओं का बढ़ा प्रतिशत अनचाहा गर्भावस्था होती है। कम उम्र में माता-पिता बनने वाले लोगों को शिक्षा स्तर में कमी, आर्थिक मुश्किलों और शादी के रिश्ते में अस्थिरता जैसी समस्याओं का सामना करना पड़ता है। भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम को आई सी पी डी के तहत स्वीकृत सिद्धांतों, खास तौर पर लक्ष्णों और प्रोत्साहन प्रलोभन को हटाने के मामले में, खरा उतरना अभी भी बाकी है। यहाँ सार्वजनिक क्षेत्र में उपलब्ध गर्भनिरोधक विकल्प पिछले दो दशकों से लगभग स्तर पर ही रहे हैं।

इन विरोधाभास के अलावा अगर समुदाय की बात की जाए तो जब भी यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार की बात होती है तो अक्सर हम युवा लोगों की बात करते हैं और कई और समूहों को भूल जाते हैं। विकलांग लोगों और उनके यौनिक स्वास्थ्य पर ना के बराबर बातचीत होती है। समलैंगिक समुदाय या जो लोग विषमलैंगिक नहीं हैं और जिनका यौनिक रुझान मुख्यधारा से अलग है, उनके बारे में चर्चा भी बहुत कम होती है। उनके बारे में पढ़ने के लिए सामग्री भी कम है, क्योंकि इस विषय में

ज्यादा कार्य भी नहीं हुआ। हम कई बार इन मुद्दों पर चर्चा करते हैं पर हमारी चर्चा महिलाओं और पुरुषों तक ही सीमित रहती है, जो विषमलैंगिक रिश्ते में शामिल हैं। एक और वर्ग को हम पूरी तरह भूल जाते हैं, जो है वृद्ध।

वृद्ध लोगों की इच्छाओं और आवश्यकताओं को कभी महत्व नहीं दिया जाता और इस नज़रिये से एक कलंक जुड़ा है। दुनिया भर की नीतियों, मानव अधिकार के रिपोर्टों से पता चलता है कि उम्रदराज लोगों को यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के एजेंडे से बाहर रखा गया है और उनके इन मुद्दों को हाशिए पर रख दिया गया है। इसी तरह हाशिए पर खड़े एचआईवी एड्स और उससे जुड़े लोगों के अधिकारों के बारे में बहुत कुछ लिखा गया है पर क्या उन्हें उनका लाभ मिला है, यह जानना आवश्यक है। यही चर्चाएं हमारे नज़रिये और कार्यों को भी प्रभावित करती हैं।

आर एच एम के इस अंक यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार, कुछ कानून और नीतियाँ में ऐसे ही अलग-अलग समूह और उनसे जुड़ी कुछ नीतियों, कानूनों धारणाओं और कार्य करने के मुद्दों के बारे में बात करने और जानकारी बांटने की कोशिश की गई है। अलग-अलग लेख विभिन्न मुद्दों पर बात करते हैं और ऐसी जानकारी बांटते हैं जो सभी के लिए उपयोगी है। आशा है पिछले 8 अंकों की तरह यह नौवा अंक भी उसी उत्साह से स्वीकार किया जाएगा और उपयोगी साबित होगा।

संपादकीय

कानून और अदालतों का उपयोग

मार्ज बेरर

संपादिका, रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, लंदन, यू.के. ई-मेल: mberer@rhmjournals.org.uk

पत्रिका के इस अंक का मुख्य विषय मेरे लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण रहा है, क्योंकि इसमें शामिल किए गए कई लेख गर्भपात और कानून से संबंधित हैं और ये ऐसे दो क्षेत्र हैं, जिनके लिए मैंने अपने कामकाजी जीवन का अधिकांश हिस्सा समर्पित किया है। हालांकि हर अनावश्यक मौत पर दुख होना और गुस्सा आना स्वाभाविक है, लेकिन सबसे अधिक गुस्सा असुरक्षित गर्भपात से होने वाली मौतों पर आता है, क्योंकि उन्हें आसानी से टाला जा सकता है, इसलिए वे पूरी तरह से अनावश्यक हैं। फिर भी ऐसा होता रहता है, क्योंकि पोप से लेकर नीचे तक सभी की नारी-विरोधी सोच और राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय नेताओं द्वारा महिलाओं के सुरक्षित गर्भपात के अधिकार का समर्थन नहीं किए जाने, और इस प्रकार महिलाओं के स्वास्थ्य और जीवन के अधिकार का समर्थन नहीं किए जाने के कारण गर्भपात को अभी भी अवैध माना जाता है। आईसीपीडी कार्यक्रम में गर्भपात पर विख्यात “समझौता” के बाद से असुरक्षित गर्भपात से होने वाली जटिलताओं के कारण दस लाख से अधिक महिलाओं की मृत्यु हो चुकी है, लेकिन 20 साल बाद, आज भी कोई अंतरराष्ट्रीय नेता इस विषय पर 1994 से

आगे एक कदम भी उठाने की हिम्मत नहीं जुटा सका है। क्या अब दस लाख और महिलाओं के मरने का इंतजार है? गर्भपात पर प्रतिबंधात्मक कानूनों से साबित होता है कि कानून निहायत अन्यायपूर्ण हो सकता है और यह यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के कई अन्य क्षेत्रों से भी स्पष्ट है।

फिर भी हरेक तबके के लोग कानून और अदालतों से न्याय और समाधान की अपेक्षा रखते हैं, और वे कानून से पूरी आशा लगाए बैठे हैं, और यह उचित भी है। कानून और न्याय की प्रगतिशील अवधारणाओं ने हमें पूरी मानव अधिकार प्रणाली, संवैधानिक और कई अन्य तरह की आजादी तथा उत्पीड़न के विरुद्ध शिकायत निवारण की सुविधा प्रदान की है, जिन्हें पाने के लिए हम अदालतों का दरवाजा खटखटा सकते हैं। जैसा कि इन लेखों से पता चलता है कि मानव अधिकारों के पैरोकार और हमारे क्षेत्र के कई अन्य लोग अदालतों में तब जाते हैं, जब उनके राजनीतिक नेताओं और संसदों ने उन्हें निराश किया है। लेकिन अदालतों से भी लोगों को निराशा मिल सकती है, और इसके लिए बड़े पैमाने पर प्रतिबद्धता, समय और संसाधनों की आवश्यकता होती है।

पत्रिका के इस अंक में कई लेखों में मानव अधिकार के पैरोकारों द्वारा ऐसी परिस्थितियों में जहां सक्रिय विरोध है, अदालतों के माध्यम से न्याय हासिल करने के लिए 'आंदोलन और प्रति-आंदोलन' के प्रयास का वर्णन किया गया है। इससे मुकदमेबाजी का एक दौर शुरू हो सकता है, और यहां तक कि गतिरोध पैदा हो सकता है, जैसा कि अमेरिका में हुआ, जहां गर्भपात प्रतिबंध पर कानूनी चुनौतियों और जवाबी चुनौतियों (गर्भपात विरोधियों द्वारा पेश कई चुनौतियों सहित जो पूरी तरह असंवैधानिक हैं) ने लोगों के कई साल का समय और ऊर्जा खपा दिए। वास्तव में, अमेरिका में गर्भपात विरोधी आंदोलन ने विगत कई वर्षों से गर्भपात अधिकार के पैरोकारों को संघर्ष हेतु एकजुट करने के लिए कानून और अदालतों का प्रभावी ढंग से इस्तेमाल किया है। इससे भी बुरा है, कानून और अदालतों पर बहुत ज्यादा निर्भरता, जो एक मुकदमेबाज समाज को जन्म दे सकती है, और फिर अमेरिका एक ऐसा मॉडल है कि जिससे बचा जाए।

कानून और इसके उपयोग एवं दुरुपयोग भी मानव जाति की तरह ही महान और दोषपूर्ण हैं। यह, सबसे निचले स्तर से लेकर सर्वोच्च स्तर की राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय अदालतों में, हर स्थानीय और राष्ट्रीय संसद में, संयुक्त राष्ट्र (यूएन) और इसके सभी निकायों और एजेंसियों में, मानव अधिकार मंचों में, और 2015 के बाद के विकास एजेंडे का निर्धारण करने वाली समितियों और कार्य समूहों में दिखाई पड़ता है। और पत्रिका के इस अंक में भी।

कहावतों से संतुष्ट नहीं होने पर, मैं कानून की अवधारणा और इसके महान उद्देश्यों पर कोई अच्छी कहावत तलाश रही थी। लेकिन वह पत्रिका के इस अंक के लिए उपयुक्त नहीं होगा, जहां अक्सर कठोर वास्तविकता का सामना करना पड़ता है। तब मुझे डब्ल्यू एच ऑडेन द्वारा रचित एक कविता याद आई, और हमने यहां उसके प्रथम भाग के पुनः प्रकाशन की अनुमति प्राप्त करने की कोशिश की, क्योंकि उसमें बहुत ही मजाकिए अंदाज़ में और कटाक्ष करते हुए कानून की सभी परिभाषाओं का वर्णन किया गया है, जो इस वास्तविकता को दर्शाती हैं कि कानून का इस्तेमाल किस प्रकार किया जाता है। इसमें बताया गया है कि मालियों के लिए कानून सूरज है, इसके साथ ही इसमें बुजुर्गों की बुद्धिमानी और कभी-कभार उसकी नपुंसक और डांटने वाली प्रकृति; युवाओं की "सोच" जो बुजुर्गों से बहस करते हैं; पुजारियों के अनुसार कानून, जो अपनी पोथियों से नियम बताते हैं; और न्यायाधीशों के अनुसार कानून, जिनका अंतिम उपाय यह 'कहना होता है कि "कानून व्यवस्था ही कानून है"। आगे कविता में कहा गया है कि विद्वानों के अनुसार, "कानून न गलत है और न ही सही, केवल स्थानों से और समय के द्वारा अपराधों के लिए दंडित किया जाता है; कुछ का कहना है कि कानून 'हमारा भाग्य' है, और दूसरों का कहना है कि यह "हमारी स्थिति" है और अंत में कहा गया है कि "कानून बहुत अधिक नाराज भीड़" है उसके भी बाद यह कि "हम सब

कानून हैं, और हमेशा दयालु और बेवकूफ में ही कानून हूँ।¹

पत्रिका के इस अंक में प्रकाशित लेखों से जो बात स्पष्ट रूप से उभर कर सामने आई है, वह यह है कि कानून स्वभाव से ही विरोधात्मक है। इसका इस्तेमाल क्यों और कैसे करें, इसके लिए पहले लंबे समय तक और गहन विचार करना जरूरी है। जैसा कि कोलंबिया में हुआ, खुद अपने लाभ के लिए इसे एक हथियार की तरह इस्तेमाल करना बहुत फायदेमंद हो सकता है, और खुशी देता है, लेकिन अकेले यह समस्या का समाधान नहीं है। इसके अलावा, अपने खिलाफ कानून का इस्तेमाल होने से यह आपके लिए विनाशकारी हो सकता है और बड़ी असफलताओं का कारण बन सकता है।

कानून की विरोधात्मक प्रकृति से इस बात को समझने में भी मदद मिल सकती है कि कई राजनेता कुछ खास तरह से बर्ताव क्यों करते हैं। क्या वे जंग लड़ने के लिए राजनीति में आते हैं - आखिरकार इस झूठी लड़ाई, हार या जीत की खातिर - तो इससे समझा जा सकता है कि वे क्यों कहते कुछ हैं और करते कुछ और हैं, केवल एक बार ही नहीं, और न सिर्फ एक मुद्दे पर बल्कि बार-बार और कई मुद्दों पर। जैसा कि अदालतों में होता है, उनके लिए जीतना (और हारने से बचना) ही एकमात्र लक्ष्य बन जाता है। शायद ऐसे राजनेताओं को यह समझाने की कोशिश करने की बजाय कि हम उन्हें जिस मुद्दे पर लड़ाना

चाहते हैं, वह सही है, हमें उन्हें यह समझाना चाहिए कि वे जीत सकते हैं, और उन्हें जीतने के साधन मुहैया कराने चाहिए, और/या उन्हें दिखाएं कि यदि वे हमारा समर्थन नहीं करेंगे तो वे हार सकते हैं, ताकि लड़ाई में वे हमारे पक्ष में आएँ। इसका उद्देश्य, अपने पक्ष में भारी जन समर्थन जुटाना है। इसके बिना, इस पत्रिका में शामिल कई लेखों सहित अनुभवी मुकदमेबाज भी लंबे समय की योजना और दूसरों के समर्थन के बिना मुकदमेबाजी में उतरने की सिफारिश नहीं करेंगे।

अतः हालांकि पत्रिका के इस अंक में शामिल लेखों के लेखक, न्याय और समाधान पाने - और मानव अधिकारों की रक्षा और उनका उपयोग करने के लिए कानून और अदालतों के उपयोग करने के बारे में लिखते हैं - लेकिन वे भी राजनीति की जटिल और गंदी दुनिया का एक विकल्प खुला रखते हैं, जिनका उन्हें ऐसा करते हुए सामना करना पड़ा था।

इस विषय पर लेख

इस विषय से संबंधित अधिकांश लेखों में गर्भपात अधिकारों को आगे बढ़ाने की पैरवी के लिए स्थानीय और राष्ट्रीय स्तर पर कानून और अदालतों का सहारा लेने के बारे में चर्चा की गई है; दूसरे लेखों में प्रजनन और यौन अधिकारों को व्यापक परिप्रेक्ष्य में शामिल किया गया है। जिन लेखों में अंतरराष्ट्रीय स्तर के काम पर ध्यान केंद्रित किया गया है, उनमें 2015 के बाद सतत विकास के एजेंडे के संदर्भ में यौन एवं प्रजनन

1. इसके बाद कविता में कानून और प्रेम की तुलना की गई है, जो यहां प्रासंगिक नहीं है। 'लॉ, लाइक लव' नामक इस पूरी कविता को <http://www.poemhunter.com/poem/law-like-love/> पर देखा जा सकता है। दुर्भाग्यवश, हम कविता को उसके मूल रूप में प्रकाशित करने की अनुमति समय से नहीं ले पाए।

स्वास्थ्य और अधिकारों पर एक व्यापक छूट के बारे में चर्चा की गई है। दो लेख, जो पूरी तरह से अलग कानूनी दृष्टिकोण रखते हैं, उनमें युवाओं द्वारा प्रजनन और यौन स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग पर उम्र-प्रतिबंधात्मक सहमति कानूनों के असर की चर्चा की गई है।

गर्भपात कानून में सुधार और इसका विरोध

इन लेखों में से अधिकांश में गर्भपात संबंधी कानून में सुधार करने या प्रतिबंधों को चुनौती देने की मांग की गई है। अन्य लेखों में महिलाओं के अनुभवों का वर्णन किया गया है, जिनमें महिलाओं के अलग-अलग मामले भी शामिल हैं, जहां महिलाओं को अन्यायपूर्ण तरीके से कैद में डाल दिया गया है, या उन्हें हत्या की सजा सुनाई गई है, जबकि उनका केवल गर्भपात हो गया था। ये मामले, लैटिन अमेरिकी देशों, चिली, कोलंबिया, अल-सल्वाडोर, मेक्सिको के हैं, जहां सुरक्षित कानूनी गर्भपात के लिए संघर्ष जारी है, जो किसी तरह से एक अकेला मुद्दा नहीं है। आयरलैंड पर लिखे गए दो लेखों से पता चलता है कि इस मुद्दे का इतिहास यहां विशेष रूप से भरा पड़ा है। इन सभी लेखों से पता चलता है कि कई अन्य देशों में क्या हो रहा है, जहां सुरक्षित, कानूनी गर्भपात के पैरोकार और इसका विरोध करने वाले, दोनों सक्रिय रूप से कानून में सुधार के प्रयासों में लगे हुए हैं। ऐसा कोई दिन नहीं होता, जब कहीं न कहीं से गर्भपात की खबर न आई हो, और इस मुद्दे पर पुलिस, कानून, संसद और अदालतों की भागीदारी दिन प्रति दिन बढ़ती ही जा रही है।

पत्रिका के इन लेखों में महिलाओं पर मुकदमा चलाने, उन्हें जेल भेजने और रिहा कराने

के प्रयासों; गर्भपात के लिए जिन महिलाओं पर मुकदमा चलाया जा रहा है, उनके बचाव के लिए अदालत में जाने; कुछ खास कानूनों को चुनौती देने और अदालतों के फैसलों पर प्रतिक्रिया देने; अत्यधिक प्रतिबंधात्मक व्यवस्थाओं के तहत महिलाओं और सेवा प्रदाताओं के लिए गर्भपात की वास्तविकता; यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की नीतियों के खिलाफ रूढ़िवादी मुकदमेबाजी का विश्लेषण; प्रजनन अधिकार के रूप में गर्भपात के बचाव में पैरवी के साधन के रूप में मुकदमेबाजी का उपयोग; गर्भपात कानून में सुधार और इसके खिलाफ प्रतिक्रिया के इतिहास और आंदोलन एवं जवाबी आंदोलन के अध्ययन; और गर्भपात की इच्छुक महिलाओं के प्रति क्रूर व्यवहार; और मानव अधिकारों की एक क्षेत्रीय अदालत में गर्भपात से संबंधित प्रक्रियात्मक मुद्दों का वर्णन किया गया है।

अंत में, हमने भारत में हाल ही में नसबंदी के कारण होने वाली मौतों की जांच संबंधी चार गैर-सरकारी संगठनों की रिपोर्ट का एक हिस्सा शामिल किया है, जिनमें व्यापक तौर पर धंधली पाई गई, जिसने पूरे परिवार नियोजन कार्यक्रम को संभावित जोखिम में डाल दिया।

2015 के बाद का एजेंडा, मानव अधिकार और एसआरएचआर

अंतरराष्ट्रीय स्तर के मुद्दों से संबंधित विषयों पर लेखों में से अधिकांश में 2015 के बाद विकास के एजेंडे, और संयुक्त राष्ट्र में मानव अधिकारों और नीतिगत मुद्दों पर सबसे अधिक ध्यान केंद्रित किया गया है, और समग्र रूप से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार के व्यापक

दायरे को शामिल किया गया है। इस प्रक्रिया में एक बड़ी राशि निवेशित होती है और ये लेख (पत्रिका के पिछले कई अंको के लेखों की तरह) घटनाओं और प्रमुख कार्यकर्ताओं का अत्याधुनिक विश्लेषण और गहन विवरण प्रस्तुत करते हैं। वे उन प्रयासों पर भी प्रकाश डालते हैं, जो यह सुनिश्चित करने के लिए जरूरी है कि एक वर्ष से भी कम समय बचा है और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार अभी भी स्वास्थ्य और जेंडर पर सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) का हिस्सा बने हुए हैं, और 2015 के बाद विकास के एजेंडे में दृढ़ता से जुड़े हैं। वे बहुपक्षीय विकास और मानव अधिकारों पर वार्ता पर बदलती हुई राजनीति, और कैसे सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के

कार्यान्वयन में जवाबदेही (या नहीं) की कमी को दूर किया जाए, पर भी प्रकाश डालते हैं। एक लेख में एक प्रमुख चिंता को दर्शाया गया है कि जो लोग गरीब हैं, हाशिए पर हैं, जिनसे भेदभाव किया जाता है, जिन्हें कलंकित समझा जाता है, जो सेवाओं से वंचित हैं, जिनका कम प्रतिनिधित्व है, उन्हें फिर से वंचित ही रखा जाएगा। और इनमें महिलाएं भी शामिल हैं, क्योंकि सभी के लिए प्रजनन स्वास्थ्य का लक्ष्य सभी से कम हासिल किया गया था। यह जोखिम का एक प्रमुख क्षेत्र है, खासकर तब जब उत्तरी दुनिया और दक्षिणी दुनिया के बीच का संघर्ष एक हो चुका है, और इनका राजनैतिक इतिहास इतना पेचीदा है कि वह समाधान तक नहीं पहुंचने देता। एमडीजी की तरह



मजिस्ट्रेट की डेस्क, मकेनी, सिएरा लियोन, 2012

प्रस्तावित एसडीजी भी महत्वाकांक्षी हैं, लेकिन इस लेख का तर्क है, कि उन्हें पूरा करने के लिए जवाबदेही सुनिश्चित करना संयुक्त राष्ट्र मानव अधिकार प्रणाली का कार्य होना चाहिए, जिसका पुरजोर समर्थन किया जाना चाहिए।

एक अन्य लेख में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार संबंधी पवित्र अवधारणाओं के अपरिवर्तित रहने और अपरिवर्तनीय रूढ़िवादी स्थिति का विश्लेषण किया गया है, लेकिन यह दर्शाया गया है कि उनके प्रयासों के कारण, किस प्रकार उन अधिकारों को हटाने की मांग करते हुए भी उन्हें उचित धर्मनिरपेक्ष अधिकार भाषा की अवधारणा में परिवर्तित कर दिया गया है। फिर भी नीतिगत सुधार के सभी प्रयासों का परिणाम संघर्ष और असहमति नहीं होता। एक लेख में यह वर्णन किया गया है कि किस प्रकार एचआईवी पर वैश्विक आयोग और कानून द्वारा सभी क्षेत्रों के हितधारकों से साक्ष्य लेकर, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को बढ़ावा देने हेतु कानूनी सुधार के लिए सफलतापूर्वक सिफारिशें तैयार की गई हैं।

विशेष रूप से संघर्ष वाले क्षेत्रों में, यौन हिंसा, संभवतः कानून के लिए सबसे कठिन मुद्दों में से एक है। हमने यहां अंतरराष्ट्रीय अपराध न्यायालय (आईसीसी) की अभियोजक सुश्री फताउ बेनसौडा के कार्यालय (जिसका फोटो पत्रिका के इस अंक के मुखपृष्ठ पर है) के यौन एवं जेंडर आधारित अपराधों पर जून 2014 के नीति पत्र के कार्यकारी सार को प्रदर्शित किया है। उन्होंने इस मुद्दे को आईसीसी की 2012-15 की रणनीतिक योजना का एक महत्वपूर्ण हिस्सा बना दिया।

अंत में, इस पत्रिका के उपसंहार खंड में राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय दोनों स्तरों पर कानून,

नीतियों एवं अदालतों में यौन एवं प्रजनन अधिकारों पर रिपोर्टों का अच्छा मिश्रण है। इनमें, सार्वभौम आवधिक समीक्षा के पहले दौर की सीखों पर एक रिपोर्ट; वैश्विक स्वास्थ्य कानून और न्याय पर एक प्रकाशन और नवीन डेटाबेस; हानिकारक प्रथाओं के संबंध में राज्य के दायित्वों को परिभाषित करने और उन्हें लागू करने; इच्छा के विरुद्ध नसबंदी पर संयुक्त राष्ट्र एजेंसी का संयुक्त बयान; एचपीवी टीकाकरण पर अदालत में एक मामला आने के बाद चिकित्सीय परीक्षण में अनुसंधान आचार-नीति पर और अधिक जवाबदेही का आह्वान; लिंग चयनित गर्भपात को कानूनी घोषित करने के महत्व संबंधी भ्रांतियों; जबरदस्ती कौमार्य परीक्षण और ट्रांसजेंडर उत्पीड़न; अंतरराष्ट्रीय मानकों में 'रोग श्रेणियों' से यौन संबंधी जुड़ाव को हटाने के लिए कानूनी और नीतिगत ध्यान; जेंडर परिवर्तन पर एक अदालत की मान्यता, तथा और भी बहुत कुछ शामिल है।

उम्र-प्रतिबंधात्मक कानून

इस विषय पर शेष दो लेखों में, युवाओं के लिए उम्र प्रतिबंधात्मक कानून और वे किस प्रकार युवाओं द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को प्रभावित करते हैं, इस विषय पर ध्यान केंद्रित किया गया है। एक लेख में एशिया-प्रशांत क्षेत्र में विवाह, यौन सहमति की उम्र, चिकित्सा देखभाल के लिए सहमति की उम्र और विशेष रूप से एचआईवी परीक्षण करने के लिए सहमति की उम्र पर कानून और नीति के बीच विरोधाभास को उजागर किया गया है। इन कानूनों और नीतियों में पहली बार सेक्स करने की उम्र के बारे में कोई खास उल्लेख नहीं है, इसलिए वे इस क्षेत्र के युवाओं की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य जरूरतों

के विरोधाभासी हैं। दूसरे लेख का आरंभ इस प्रश्न के साथ होता है कि क्या यही प्रतिबंधात्मक कानून सुरक्षात्मक उद्देश्य की पूर्ति करते हैं, और आगे यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक युवाओं की पहुँच पर उनके असर की चर्चा की गई है।

आनंद ग्रोवर का जीवनवृत्त

अंत में, पत्रिका के इस अंक में संयुक्त राष्ट्र के विशेष दूत, आनंद ग्रोवर की 2008 से 2014 तक सर्वोत्तम स्वास्थ्य के अधिकार पर उपलब्धियों का ब्यौरा शामिल है, जिनकी सुरक्षित गर्भपात सहित, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के प्रति प्रतिबद्धता, उनका अन्वेषण, और उनके बचाव ने उनका अनुसरण करने वाले प्रत्येक विशेष दूत के लिए उच्च मानक स्थापित किए हैं।

अन्य विषय

पत्रिका के इस अंक में शामिल अन्य विषयों में, अधिक उम्र के पुरुषों और महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों से लेकर एचआईवी और जेंडर आधारित हिंसा पर की जा रही मौजूदा शोध में मुख्य रूप से महिलाओं पर कम ध्यान दिए जाने; पश्चिमी चीन में उच्च मातृ मृत्यु दर को कम करने; असामान्य भ्रूण के मामले में किए गए गर्भसमापन के बारे में महिलाओं के अनुभव; रूस संघ में सहभागी जेंडर बजटिंग; और नई बहुउद्देशीय रोकथाम प्रौद्योगिकियों पर अनुसंधान तक, व्यापक क्षेत्रों में ध्यान केंद्रित किया गया है।

इबोला बुखार: महिलाओं और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली पर प्रभाव

अन्त में, हमने इबोला बुखार महामारी पर एक लेख और एक प्रेस विज्ञप्ति और 'हेल्थ सिस्टम्स

ग्लोबल' नामक अपेक्षाकृत एक नए नेटवर्क के बारे में तीसरे लेख को पुनः प्रकाशित किया है। इनमें से पहले लेख में यह बताया गया है कि इबोला बुखार जैसा एक विषाणुजनित रोग, एक कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में इसके रोगियों के अलावा उसमें काम कर रहे अनेक लोगों को कितनी तेजी से मार सकता है। इसमें यह तर्क प्रस्तुत किया गया है कि एक मजबूत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली होने से इससे प्रभावित सबसे गरीब देशों में भी मर रहे 90 प्रतिशत लोगों को बचाया जा सकता है। दूसरा लेख, जो एक प्रेस विज्ञप्ति है, बताता है कि ऐसी स्थिति में महिलाएं- स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में, अपने बीमार रिश्तेदारों की तीमारदार के रूप में, एक रोगी के रूप में, मृत व्यक्तियों को दफन करने के लिए जिम्मेदार के रूप में और जिन्हें गर्भावस्था और प्रसव तथा गर्भनिरोध सेवाओं की जरूरत है, और मैं अपनी ओर से इसमें गर्भपात उपरांत देखभाल की जरूरत वाली महिलाओं को भी जोड़ता हूँ, सबसे अधिक जोखिम में क्यों होती हैं। इन दो लेखों में, उस हर व्यक्ति के लिए जरूरी सबक है, जिन्हें वैश्विक सार्वजनिक स्वास्थ्य और और मजबूत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के महत्व की चिंता है, और उन सबके लिए भी जो महिलाओं और पुरुषों के जीवन अनुभव में जीवन और मौत के जेंडर भेद का अर्थ समझना चाहते हैं।

तीसरे लेख में नेटवर्क स्वास्थ्य प्रणाली ग्लोबल का वर्णन है, और जन-केंद्रित स्वास्थ्य प्रणालियों पर उनके 2014 सम्मेलन का सारांश भी शामिल है। बेहद लचर सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली और दुनियाभर की ताकतों द्वारा निजी फायदे के लिए

स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का निजीकरण करने की मांग की कठोर वास्तविकता को देखते हुए जन-केंद्रित स्वास्थ्य प्रणालियों का महत्व और अधिक बढ़ जाता है, और यह, दुनिया भर के गैर-सरकारी संगठनों, और सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं मानव अधिकार पैरोकारों से उपयुक्त कार्रवाई का आवाहन करता है।

चिकित्सीय गर्भपात सेवाओं की पहुंच का विस्तार: आरएचएम की एक पूरक पत्रिका

हम, “चिकित्सीय गर्भपात सेवाओं की पहुंच का विस्तार” विषय पर इस पत्रिका की एक पूरक पत्रिका को भी अंतिम रूप दे रहे हैं, जिसे 2014 के अंत तक पूरा करने का लक्ष्य है। हालांकि, इसे पढ़ने के लिए आपको इंतजार करने की जरूरत नहीं है! पिछले कई महीनों में जिन लेखों को पूरा किया गया है, वे आरएचएम की एल्सेविअर वेबसाइट www.rhm-elsevier.com के मुख पृष्ठ के दाहिने कॉलम में पहले से ही उपलब्ध हैं, जो सबके उपयोग के लिए खुले हैं। जब अंक पूरा हो जाएगा, तब उसे वेबसाइट के वर्तमान अंक (करेंट इश्यू) पृष्ठ और साइंस डाइरेक्ट पर डाल दिया जाएगा, और जिस तरह पूरक पत्रिकाएं और पत्रिकाओं के अंक उपलब्ध रहते हैं, उसी प्रकार सबके लिए उपलब्ध रहेंगे।

ये लेख, नेपाल, भारत, अर्जेंटीना, तुर्की, कोलम्बिया, दक्षिण अफ्रीका, आर्मीनिया, मैक्सिको, बांग्लादेश, जाम्बिया और कंबोडिया से आए हैं। इनमें कानूनी रूप से वैध और कानूनी रूप से प्रतिबंधित दोनों संदर्भों में चिकित्सीय गर्भपात का उपयोग करने वाली महिलाओं के अनुभवों; एक विधि के रूप में चिकित्सीय गर्भपात पर अनेक चिकित्सकों के विचारों और इन सेवाओं को उपलब्ध कराने

में उनकी खुद की भागीदारी; चिकित्सा विद्यार्थियों को चिकित्सीय गर्भपात सेवाओं का प्रशिक्षण दिए जाने के महत्व; गर्भावस्था की पहली तिमाही तक सुरक्षित चिकित्सीय गर्भपात सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित नर्स दाइयों, फार्मासिस्ट, और अन्य गैर-चिकित्सक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की योग्यता और महिलाओं द्वारा उनकी स्वीकार्यता का वर्णन किया गया है। और इनमें, इन सभी देशों में सुरक्षित गर्भपात की अपूर्ण जरूरतों को दर्शाया गया है।

निष्कर्ष

यह पत्रिका का एक शानदार अंक है! मैं रोमांचित हूँ और यह सब प्रकाशित करते हुए गर्व का अनुभव कर रही हूँ।

आभार

इस संपादकीय में उत्कृष्ट योगदान के लिए पथिका मार्टिन और विगत कई वर्षों से आरएचएम के लिए कर रहे अथक कार्य और सहयोग के लिए आरएचएम के सभी स्टाफ, अनुवादकों, संपादकीय टीमों, बोर्ड के सदस्यों और डिजाइनर/प्रकाशन प्रबंधक, कैरल ब्रिकली, एसपीआई और विदरबिस, ग्रेलिंग पीपुल्स और एल्सेविअर का बहुत-बहुत आभार।

चयन के विकल्प का हनन और महिलाओं की गरिमा के साथ खिलवाड़: सामूहिक नसबंदी के बाद महिलाओं की मौत

छत्तीसगढ़ के बिलासपुर ज़िले में लगाए गए नसबंदी शिविरों की स्थिति का मूल्यांकन: एक बहु-संगठनात्मक टीम की रिपोर्ट, दिनांक 1 दिसंबर, 2014

छत्तीसगढ़ के बिलासपुर ज़िले में एक नसबंदी शिविर में नसबंदी ऑपरेशन के बाद 16 युवा महिलाओं की दुखद मौत और कई अन्य की गंभीर हालत ने एक बार फिर भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम में महिलाओं की गरिमा के अनादर और खराब देखभाल को उजागर किया है। वैसे, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (एम.ओ.एच.एफ. डब्ल्यू) द्वारा निर्धारित मानक संचालन प्रक्रिया और दिशानिर्देशों का उल्लंघन केवल बिलासपुर या छत्तीसगढ़ तक ही सीमित नहीं है, बल्कि यह देश भर में एक गंभीर चिंता का विषय है। इस तथ्य के मद्देनजर एक बहु-संगठनात्मक तथ्य-अन्वेषी टीम ने स्थिति का आंकलन और राष्ट्र और राज्य स्तरों पर सुधार की कार्रवाइयों की सिफारिश करने के लिए दिनांक 19-20 नवंबर, 2014 को बिलासपुर का दौरा किया।

परिवार नियोजन कार्यक्रम, भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के सबसे पुराने घटकों में से एक है, और पिछले पांच दशकों में तो इस पर बहुत अधिक ध्यान दिया गया है। मगर यह मुख्य रूप से जनसंख्या नियंत्रण का कार्यक्रम बन कर रह गया है और इसमें उन प्रजनन व मानव अधिकारों का कदापि ध्यान नहीं रखा

गया है, जिनका अनुमोदन भारत ने 1994 में इंटरनेशनल कान्फरेन्स ऑन पापुलेशन एंड डेवलपमेन्ट (आईसीपीडी) में और खुद अपनी जनसंख्या नीति में किया है। भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम को आईसीपीडी के तहत स्वीकृत सिद्धांतों, खास तौर पर लक्ष्यों और प्रोत्साहन-प्रलोभन को हटाने के मामले में, खरा उतरना अभी बाकी है। परिवार नियोजन सेवाओं की गुणवत्ता कहीं खराब है तो कहीं निहायत घटिया है। परिवार नियोजन कार्यक्रम की गुणवत्ता के मानदंडों के अंतर्गत, परिवार को सीमित रखने के तरीके का चयन, गरिमा और सहजता, निजता और गोपनीयता, प्रक्रिया की सुरक्षा, फॉलो-अप और रेफरल सेवा के अलावा लाभार्थियों द्वारा फीडबैक की व्यवस्था भी शामिल होती है। हालांकि कार्यक्रम के राष्ट्रीय दिशानिर्देशों में इनमें से लगभग सभी घटकों को शामिल किया गया है, मगर वास्तविकता यह है कि इनमें से अधिकांश मानदंडों के साथ कोताही बरती जाती है।

सार्वजनिक क्षेत्र में उपलब्ध गर्भनिरोधक विकल्प पिछले दो दशकों से स्थिर ही रहे हैं। राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत उपलब्ध विकल्प ये हैं: खाने की गर्भनिरोधक गोलियां, कंडोम, आईयूसीडी

(कॉपर-टी) और महिला नसबंदी। वैसे, बिना चीरा लगाए पुरुष नसबंदी भी इन विकल्पों में से एक है, लेकिन इसका बहुत कम इस्तेमाल किया गया है। इसके अलावा, आपूर्ति व्यवस्था अनियमित है और लाभार्थियों को सेवाप्रदाता द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले तरीके अपनाने के लिए मजबूर होना पड़ता है, जैसे कि महिला नसबंदी, और कभी-कभार आईयूसीडी (कॉपर-टी)। परिवार नियोजन में नसबंदी आपरेशन की मांग तो है, लेकिन दरअसल यह भ्रामक मांग है, क्योंकि न तो लंबी अवधि तक काम करने वाले अन्य कोई साधन मौजूद हैं और न ही महिलाओं को नसबंदी से संबंधित सभी पहलुओं की जानकारी और सलाह आसानी से मिल पाती है।

निष्कर्ष

जन स्वास्थ्य पर काम कर रहे चार संगठनों की तथ्य अन्वेषी टीम ने मांग की है कि बिलासपुर नसबंदी शिविर हादसे की जांच की जाए और 16 महिलाओं की मौतों के बारे में सच का पता लगाने के लिए एक स्वतंत्र जांच आयोग का गठन किया जाए। टीम ने पाया कि अपोलो अस्पताल में भर्ती किए गए कुछ गंभीर मामलों में प्रोकैल्सीटोनीन का स्तर बढ़ा हुआ था, जो सेप्टीसीमिया का संकेत है। छत्तीसगढ़ आर्युविज्ञान संस्थान और जिला अस्पताल में की गई पहली सात मौतों की पोस्टमार्टम जांच में पेरिटोनिटिस और फेफड़ों और गुर्दों में सेप्टिक के सबूत मिले थे, जिनसे भी सेप्टीसीमिया का पता चलता है। इनसे यह पता चलता है कि ये मौतें ऑपरेशन से पहले या बाद में हुए संक्रमण से हुई थीं, सिर्फ नकली दवाओं के कारण नहीं, जैसा कि बताया

जा रहा है। इसके अलावा, फोरेन्सिक मेडिसिन और विष विज्ञान के विशेषज्ञों के अनुसार, महिलाओं के लिए जानलेवा जिंक फास्फाइड की मात्रा 4.5 ग्राम है, जो महिलाओं के द्वारा ली गई 500 मि. ग्रा. सिप्रोलाक्सिन में मौजूद मात्रा से कहीं ज्यादा है। इससे भी इस तर्क को बल मिलता है कि केवल दवा ही इन मौतों का कारण नहीं थी।

पॉपुलेशन फाउन्डेशन ऑफ इंडिया, फेमिली प्लानिंग असोसिएशन ऑफ इंडिया, परिवार सेवा संस्था और कॉमन हेल्थ के सदस्यों की मिली-जुली टीम ने शिविर स्थलों का सर्वेक्षण किया और सेवा प्रदान करने वाले डॉक्टरों एवं सहयोगी स्टाफ के साथ-साथ नसबंदी ऑपरेशन कराने वाली महिलाओं और मृत महिलाओं के परिजनों से पूछताछ की।

इस टीम ने दिनांक 1 दिसंबर, 2014 को नई दिल्ली में जारी 37 पृष्ठों की अपनी रिपोर्ट, जिसके कुछ अंश यहां दिए गए हैं, में छत्तीसगढ़ और पूरे देश के लिए सिफारिशों की एक सूची प्रस्तुत की है। पूरी रिपोर्ट के लिए देखें: <http://populationfoundation.in/news/robbed-choiceand-dignity-indian-women-dead-after-mass-sterilisation>.

टीम ने राज्य सरकार से आग्रह किया है कि वह पोस्टमार्टम रिपोर्टें, दवा विश्लेषण की प्रयोगशाला रिपोर्टें और इस हादसे की जांच के लिए गठित राज्य समिति की रिपोर्ट को तत्काल सार्वजनिक करे। टीम को पता चला कि मृतकों के परिवार वालों को न तो अस्पताल के रिकार्ड दिए गए हैं, न ही मौत के संभावित कारण (कारणों) के बारे में बताया गया है।

परिवार नियोजन पर किए गए खर्च के विश्लेषण के आधार पर टीम ने कहा है कि वर्ष 2013-14 में भारत में महिला नसबंदी पर 396.97 करोड़ रुपये खर्च किए गए, जो कुल खर्च का 85% है। इस राशि का एक बड़ा हिस्सा, 324.49 करोड़ रुपये, केवल प्रोत्साहन-प्रलोभन और मुआवज़े के भुगतान करने पर खर्च किया गया, जबकि शिवियों के आयोजन पर मात्र 14.42 करोड़ रुपये खर्च किए गए। महिला नसबंदी पर मुआवज़े के रूप में खर्च की गई धनराशि, उस खुले अनुदान से 2.5 गुना अधिक थी जो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को ढांचागत सुविधाओं को बढ़ाने के लिए दिया गया था। यह अनुचित व अस्वीकार्य है कि प्रोत्साहन/मुआवज़े के रूप में इतनी अधिक राशि सिर्फ इन महिलाओं को नाकारा स्वास्थ्य केंद्रों पर लाने में खर्च की जाए जहां सेवा की गुणवत्ता बेहद खराब है और जो स्वास्थ्य के लिए खतरनाक हैं।

परिवार नियोजन पर किए जाने वाले वार्षिक खर्च की 1.5 प्रतिशत से भी कम राशि, दो बच्चों के बीच अंतर रखने के तरीकों पर खर्च की गई। बाकी 1.3% धनराशि उपकरणों, परिवहन, आईईसी गतिविधियों और स्टाफ पर खर्च की गई थी। इसी प्रकार, छत्तीसगढ़ के आंकड़ों से पता चलता है कि परिवार नियोजन पर खर्च किए गए 15.59 करोड़ रुपये का 85% हिस्सा महिला नसबंदी पर इस्तेमाल हुआ था। मुआवज़े और प्रोत्साहन के रूप में 12.76 करोड़ रुपये खर्च किए गए थे। दो बच्चों के बीच अंतर रखने के तरीकों पर केवल 1 प्रतिशत राशि का इस्तेमाल ही किया गया था।

सिफारिशें

तथ्य अन्वेषी मिशन के आधार पर, टीम ने निम्नलिखित सिफारिशों की हैं:

1. सभी सेवा प्रदाताओं- डॉक्टरों, नर्सों और सहयोगी स्टाफ को दी जाने वाली प्रोत्साहन राशि बंद कर दी जाए। प्रोत्साहन राशि के कारण डॉक्टर, उपलब्ध बुनियादी सुविधाओं की मौजूदा क्षमता से अधिक मामले निपटाने की कोशिश करते हैं, जो प्रोटोकॉल और गुणवत्ता मानकों का घोर उल्लंघन है। टीम का सुझाव है कि केवल ऑपरेशन कराने वालों को उनकी मजदूरी के नुकसान और परिवहन खर्च की भरपाई की जाए। प्रोत्साहन राशि का उपयोग स्वास्थ्य केंद्रों में सुविधाएं बढ़ाने और उनके लिए उपकरण की खरीद में किया जाए।
2. दो बच्चों के बीच अंतर रखने के तरीकों, जैसे गर्भनिरोधक गोलियां, कंडोम और आईयूसीडी के उपयोग को बढ़ावा दिया जाए और नए तरीकों को शामिल किया जाए। उनकी अनवरत आपूर्ति सुनिश्चित की जाए और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को महिलाओं को सलाह देने के लिए प्रशिक्षित किया जाए, ताकि वे पूरी जानकारी के साथ किसी उपयुक्त तरीके को चुन सकें। इस टीम ने सार्वजनिक क्षेत्र में उपलब्ध गर्भनिरोधक विकल्पों के विस्तार और एक अधिक आसान, सुरक्षित और स्थायी तरीके के रूप में, बिना चीरे के पुरुष नसबंदी ऑपरेशन की भी पुरजोर सिफारिश की है।

3. देश भर में नसबंदी के लक्ष्य निर्धारण और शिविरों में नसबंदी ऑपरेशनों को बंद किया जाए। बिलासपुर के सर्जन ने एक बंद पड़े और गंदे अस्पताल में अपर्याप्त बुनियादी सुविधाओं और स्टाफ के बिना, जो 83 ऑपरेशन किए थे, उनमें से हरेक आपरेशन के लिए उन्होंने केवल एक या डेढ़ मिनट लगाए थे। टीम ने पाया कि शिविर में महिलाओं की गरिमा के साथ पूरी तरह खिलवाड़ किया गया था, जहां महिलाओं को एक कतार में लिटाकर ऑपरेशन किया गया था और पुरुष वार्ड ब्वाय महिलाओं को ऑपरेशन के लिए लिटा रहे थे और उन्हें उठाकर ऑपरेशन थिएटर के बाहर ले जा रहे थे। महिलाओं को दो बच्चों के बीच अंतर रखने के तरीकों के बारे में न तो कोई सलाह दी गई थी, न ही उन्हें ऑपरेशन के संभावित खतरों के बारे में बताया गया था, ताकि वे पूरी जानकारी के साथ अपनी पसंद के तरीके को चुन सकें।
4. सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों में तय दिनों में उचित प्रशिक्षण प्राप्त डॉक्टरों और सहयोगी स्टाफ की मदद से और मानकों, प्रोटोकॉल और गुणवत्ता आश्वासन के दिशानिर्देशों का कड़ाई से पालन करते हुए परिवार नियोजन सेवाएं संचालित की जाएं। इसके साथ-साथ, सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में दी जाने वाली सेवाओं में सुधार किया जाए और मांग के आधार पर नियमित सेवाएं प्रदान करने के लिए उनमें सुविधाएं प्रदान की जाएं।
5. ब्लॉक, ज़िला और राज्य स्तर के सभी अधिकारियों को नसबंदी प्रक्रिया और

गुणवत्ता सुनिश्चित करने की दिशा में जागरूक करके ये सेवाएं उपलब्ध कराई जाएं। उच्चतम न्यायालय के निर्देशानुसार, परिवार नियोजन सेवाओं में गुणवत्ता सुनिश्चित करने में विशेष भूमिका निभाने के लिए, ज़िला गुणवत्ता आश्वासन समितियों को कार्यरत किया जाए। सामुदायिक भागीदारी और निगरानी को बढ़ावा देने के लिए रोगी कल्याण समितियों और ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता और पोषण समितियों को मजबूत किया जाए। टीम ने कहा है कि स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के देखभाल की गुणवत्ता संबंधी दिशानिर्देशों का हर स्तर पर उल्लंघन किया गया था। वास्तव में, यह पाया गया कि स्टाफ को सुरक्षा और गुणवत्ता प्रक्रियाओं और दिशानिर्देशों की जानकारी नहीं थी।

6. राज्य में डॉक्टरों के खाली पड़े सभी पदों को भरा जाए और राज्य में और अधिक डॉक्टरों को नसबंदी आपरेशन के लिए प्रशिक्षित किया जाए। बिलासपुर जिले में दूरबीन विधि से ऑपरेशन करने वाले केवल तीन सर्जन पाए गए, जिनमें से एक सरकारी सेवा से रिटायर हो चुके थे। टीम ने ज़िला अस्पतालों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के स्त्रीरोग विशेषज्ञों और सर्जनों को लेप्रोस्कोपिक सर्जरी में प्रशिक्षित करने का सुझाव दिया है, जबकि इन अस्पतालों के डॉक्टरों को मिनीलैपरोटोमी और बिना चीरे के पुरुष नसबंदी में प्रशिक्षित किया जा सकता है, जो दोनों ही अपेक्षाकृत सरल और कम जोखिम वाले तरीके हैं।



मृत महिलाओं में से एक महिला के दो महीने के शिशु के साथ उसके परिवार के सदस्य

7. दवा खरीद नीति को मज़बूत बनाया जाए और यह सुनिश्चित किया जाए कि दवाओं के प्रभाव, विषाक्तता, मारक असर और मिश्रण की नियमित तौर पर निगरानी की जाती रहनी चाहिए।

जिन महिलाओं की मौत हुई थी वे कम उम्र की माताएं थीं, जो अपने पीछे छोटे और दुधमुहें बच्चे छोड़ गई हैं। उनमें से सबसे कम उम्र का बच्चा केवल एक महीने का है। जहां राज्य सरकार ने बिना मां के उन बच्चों को आर्थिक मदद प्रदान की है, वहीं पीड़ित परिवारों को शिशु के लिए आहार के उचित तरीके बताने में तत्काल मदद करने की जरूरत है। कई बच्चे अपने दादा-दादी की देखरेख में पल रहे हैं, जिन्हें बोतल से दूध पिलाने के लिए बोतल को जीवाणुरहित करने के उचित तरीके और सफाई के बारे में बताने की जरूरत है।

इसलिए, टीम ने सुझाव दिया है कि पीड़ित बच्चों की नियमित तौर पर निगरानी के लिए, आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को उपयुक्त प्रशिक्षण प्रदान किया जाए।

इन संगठनों ने तत्काल सुधारात्मक कार्रवाई करने की मांग की है, क्योंकि बिलासपुर की त्रासदी, देश के परिवार नियोजन कार्यक्रम को पूरी तरह बेपटरी कर सकती है। राज्य में मितानिन के नाम से जानी जाने वाली आशा के शब्दों में: “अब किस मुंह से लोगों को नसबंदी के लिए बोलेंगे? अब तो वो सामने चल कर आए तो भी हम खुद हिचकिचाएंगे।”

आभार

पॉपुलेशन फाउन्डेशन ऑफ इंडिया द्वारा तथ्य अन्वेषण में सहयोग एवं समन्वय किया गया। इस टीम में पॉपुलेशन फाउन्डेशन ऑफ इंडिया, फेमिली प्लानिंग असोसिएशन ऑफ इंडिया, परिवार सेवा संस्था और कॉमन हेल्थ के सदस्य शामिल थे।

भारत में कानून व मानव अधिकार कार्यक्षेत्र में और स्वास्थ्य के अधिकार पर विशेष प्रतिवेदक के रूप में आनंद ग़ोवर की उपलिब्धियां, 2008-2014

आनंद ग़ोवर पर यह लेख मानव अधिकार कार्यक्षेत्र में उनके विशेष योगदान के बारे में लिखा गया है, जब वे विशेष प्रतिवेदक के कार्यभार को किसी और को सौंप कर सेवानिवृत्त हो रहे हैं।



केट बार्थ

कानून अधिकारी, लायर्स कलेक्टिव, भारत

आनंद ग़ोवर एक वरिष्ठ वकील हैं जो भारत के सर्वोच्च न्यायालय में वकालत करते हैं। वे लॉयर्स कलेक्टिव (भारत) के एच.आई.वी./एड्स इकाई के निदेशक हैं, और संयुक्त राष्ट्र में हर व्यक्ति के लिए शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के सर्वोच्च प्राप्य स्तर के अधिकार पर काम करने वाले विशेष प्रतिवेदक भी रह चुके हैं (2008 - 2014)।

अपने वकालत के पेशे में, श्री. ग़ोवर ने सफलतापूर्वक कानून के विभिन्न कार्यक्षेत्रों के मामलों में जीत हासिल की है, जिसमें संवैधानिक, प्रशासनिक, व्यापारिक, आपराधिक, क्षति पहुँचाने संबंधी, श्रम व औद्योगिक, पारिवारिक, विवाह संबंधी, वसीयत व उत्तराधिकार संबंधी, बौद्धिक संपत्ति, मध्यस्थता, स्वास्थ्य और एल.जी.बी.टी.आई. मुद्दों से संबंधित मामले शामिल हैं। उन्होंने भारत के लगभग सभी उच्च न्यायालयों में केस लड़े हैं और सर्वोच्च न्यायालय में भी वे नियमित रूप से केस लड़ते हैं।

श्री. ग़ोवर ने लोकहित व मानव अधिकार कार्यक्षेत्र के कई ऐतिहासिक मामलों में बहस की है,

जिसमें बड़े पैमाने पर लोगों का बेदखल किया जाना (ओल्गा टैलिस व अन्य बनाम मुंबई नगरपालिका), पर्यावरणीय मामले (भोपाल गैस त्रासदी मामला; गोवा जुआरी एग्रोकैमिकल्स मामला), यौनिक भेदभाव और प्रताड़ना संबंधी मामले (शहनाज़ मुद्बतकल बनाम साउदी अरेबियन एयरलाइन्स, एयर इंडिया में कार्यरत एयर होस्टेस का मामला), पशु अधिकार मामले (ऊँट केस), और श्रमिक अधिकार के मामले (कमानी ट्यूब्स लिमिटेड मामला; के. एम.ए. केस (गरवारे नायलॉन्स केस) शामिल हैं।

1981 में, इंदिरा जयसिंह के साथ मिलकर उन्होंने दि लॉयर्स कलेक्टिव संस्था की स्थापना की, जिसका उद्देश्य “गरीब लोगों की कानूनी जरूरतों को पूरा करना” था। वर्तमान में श्री. ग़ोवर लॉयर्स कलेक्टिव के मुंबई, दिल्ली व बंगलूरू ऑफिस में एच.आई.वी./एड्स यूनिट में हो रहे काम की देखरेख करते हैं।

एच.आई.वी. के कार्यक्षेत्र में, श्री. ग़ोवर का काम अद्वितीय रहा है। उन्होंने लूसी डिसूज़ा बनाम गोवा मामले में, जिसमें उन्होंने लोगों को समाज से अलग कर देने वाले सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिनियम को चुनौती दी, एमएक्स बनाम जेडवाय, जो कि

भारत का पहला रोजगार कानून संबंधी एच.आई.वी. मामला था, और पी बनाम भारत सरकार, जो कि खून चढ़ाने से संबंधित पहला भारतीय मामला था, बहस की। श्री. ग्रोवर ने जिन अन्य अभूतपूर्व मामलों में कानूनी बहस की वे थे श्री. ऐक्स बनाम अस्पताल जेड, जो शादी के अधिकार से संबंधित था और इंडिया होटल और रैस्तरां बनाम महाराष्ट्र राज्य सरकार जो मुंबई के बार डांसर्स के अधिकारों के बारे में था।

श्री ग्रोवर ने नाज़ फाउन्डेशन बनाम राष्ट्रीय राजधानी सरकार, दिल्ली मामले में भारतीय दंड संहिता की धारा 377 - जिसके अंतर्गत समलैंगिकता को अपराधिक माना गया है - को चुनौती देकर और फिर नैशनल लीगल सर्विसिज़ बनाम भारत सरकार और अन्य मामले में सफलता प्राप्त करते हुए ट्रांसजेन्डर लोगों को मान्यता दिलवाकर पथ प्रदर्शन किया।

अपनी इकाई के साथ काम करते हुए उन्होंने 1200 से अधिक लोगों को निःशुल्क कानूनी सलाह दी है और देश भर में 350 से अधिक कानूनी मामले दायर किए हैं या उनमें बहस की है, और

वह भी निःशुल्क। इसके अलावा, अपनी इकाई के साथ व संकल्प पुनर्वास ट्रस्ट के सहयोग से उन्होंने मुंबई के आर्थर रोड जेल के लगभग 160 मुल्लिज़मों को परामर्श और 55 मामलों में निःशुल्क कानूनी सलाह भी दी है।

श्री ग्रोवर ने बौद्धिक संपदा कानून के क्षेत्र में भी अभूतपूर्व काम किया है, जिसमें महत्वपूर्ण जीवन रक्षक दवाओं को पेटेन्ट दिए जाने का विरोध शामिल है। उन्होंने नोवार्टिस बनाम भारत सरकार और बेयर बनाम भारत सरकार पेटेन्ट लिंकेज संबंधी मामलों में कैन्सर पेशेन्ट एड असोसिएशन की ओर से बहस करते हुए, बौद्धिक संपदा अधिनियम, 1970 की धारा 3(डी) को सफलतापूर्वक पहली संवैधानिक चुनौती दी। इसके अलावा, गुर्दे के कैंसर की दवा बनाने के लिए ज़रूरी लाइसेंस को भी उन्होंने बेयर बनाम नैटको मामले में सफलतापूर्वक चुनौती दी। दवाओं के इस्तेमाल के संबंध में, श्री. ग्रोवर को फैसला मिला कि राष्ट्रीय नशीली दवाएं और मनः प्रभावी पदार्थ अधिनियम के अंतर्गत दिया जाने वाला अनिवार्य मृत्युदंड भारतीय संविधान की धारा 21 का उल्लंघन करता है।

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

A/69/33699 8 अगस्त 2014	इस रिपोर्ट में कई ऐसे पहलुओं की जाँच की गई जो स्वास्थ्य के अधिकार प्रणाली को लागू करने में बाधक सिद्ध होते हैं। इसमें स्वास्थ्य के अधिकार की वैधता की पुनः पुष्टि की गई, इस अधिकार को प्रगतिशील तरीके से लागू करने के विषय पर चर्चा की गई और देशों के आंतरिक फैसलों के माध्यम से इन्हें लागू करने की ज़िम्मेदारी पर जोर दिया गया। इसके अलावा, इस रिपोर्ट में बहु-राष्ट्रीय कंपनियों में जवाबदारी की कमी पर जोर देते हुए, सलाह दी गई कि इन बहु-राष्ट्रीय कंपनियों और देशों के बीच बराबरी का मैदान बनाने के लिए ज़रूरी है कि वर्तमान अंतर्राष्ट्रीय निवेश अनुबंध प्रणालियों और निवेशक-देश विवाद निपटारे के तरीकों की पुनः जाँच की जाए।
----------------------------	--

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

A/HRC/26/31 1 अप्रैल 2014	इस रिपोर्ट में अस्वस्थ खाद्य पदार्थों और खाद्य पदार्थों के माध्यम से फैलने वाली बीमारियों के बीच संबंध दर्शाया गया है। इसमें खाद्य पर्यावरण में ढाँचागत बदलाव लाने की जरूरत को संबोधित किया गया है। विशिष्ट रूप से, खाद्य क्षेत्र में वैश्विक व्यापार, बढ़ता विदेशी पूंजी निवेश (एफ.डी.आई.) और अस्वस्थ खाद्य पदार्थों के प्रचार के कारण इनके उपभोग को मिलने वाले बढ़ावे के बारे में चर्चा की गई है।
A/68/297 9 अगस्त 2013	इस रिपोर्ट में अशांति की स्थिति, जिसमें - सैन्य अशांति, आंतरिक क्लेश, विरोध, दंगों, नागरिक तनाव व अशांति, सैन्यबल से प्राप्त किए प्रदेशों और प्रदेशों में निरंतर सैनिकों की मौजूदगी की स्थितियां शामिल हैं - में देशों की सरकारों और गैर सरकारी संस्थाओं की स्वास्थ्य के अधिकार संबंधी ज़िम्मेदारियों पर चर्चा की गई है। इस संदर्भ में, अशांति की स्थितियों में और उसके बाद स्वास्थ्य सेवाओं, उत्पादों और सुविधाओं की उपलब्धता, उन तक पहुँच और उनकी स्वीकार्यता की जाँच की गई है, जो कि देश के साथ-साथ अन्य संस्थाओं और राज्यों की ज़िम्मेदारी भी है। इस रिपोर्ट में संवेदनशील समूहों की भागीदारी पर भी जोर दिया गया है।
A/HRC/23/41/Add.3 31 जुलाई 2013	विशेष प्रतिवेदक के जापान मिशन के दौरान, उन्होंने जापान द्वारा स्वास्थ्य का अधिकार लागू करने के प्रयासों की पुष्टि की, और विशेषकर उन मुद्दों पर गौर किया जो 11 मार्च 2011 को फुकुशिमा परमाणु ऊर्जा संयंत्र में हुए हादसे के बाद स्वास्थ्य के अधिकार, इस हादसे के कारणों, उस के लिए दी गई आपदा प्रतिक्रिया, और उसके प्रभावों से उभरने और उन्हें मिटाने के प्रयासों के संबंध में सामने आए थे।
A/HRC/23/41 15 मई 2013	इस रिपोर्ट में पलायनरत मज़दूरों के स्वास्थ्य के अधिकार से जुड़े मुद्दों पर गौर किया गया, जिसमें कम कौशल वाले और अनियमित पलायनरत मज़दूरों पर जोर दिया गया। इसमें पलायनरत मज़दूरों को जानकारी उपलब्ध कराने और उन्हें काम पर रखने वाली एजेंसियों के विनियमन के क्षेत्र में सरकारों की ज़िम्मेदारियों; अनिवार्य टेस्ट करवाने, ज़बरदस्ती रोक कर रखने या बाहर भेज देने; खासकर जहाँ कुछ खतरनाक या मानवीय गरिमा को चोट पहुँचाने वाले कामों में केवल पलायनरत मज़दूरों को ही रखा जाता है; इन मज़दूरों के मानसिक स्वास्थ्य; और पलायनरत महिला मज़दूरों के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों की जाँच की गई है।

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

A/HRC/23/41/Add.1 3 मई 2013	विशेष प्रतिवेदक के अज़रबेजान मिशन के दौरान, उन्होंने वहाँ पर स्वास्थ्य के अधिकार के क्रियान्वयन की स्थिति को समझा। विशेषकर उन्होंने स्वास्थ्य ढाँचे और उसके वित्तपोषण; तपेदिक (ट्यूबरकुलोसिस) की रोकथाम, उपचार और नियंत्रण; और जेलों व बंदीघरों में स्वास्थ्य सेवाओं से संबंधी मुद्दों की जाँच की।
A/HRC/23/41/Add.2 2 मई 2013	अपने ताजिकिस्तान मिशन के दौरान, विशेष प्रतिवेदक ने देखा कि उस देश में स्वास्थ्य के अधिकार को किस प्रकार से लागू किया गया है, विशेषकर स्वास्थ्य ढाँचे और वित्तपोषण संबंधी मुद्दे, टी.बी. की रोकथाम और उपचार और मानसिक स्वास्थ्य।
A/HRC/23/42 1 मई 2013	इस रिपोर्ट में स्वास्थ्य के अधिकार ढाँचे के संदर्भ में दवाओं की उपलब्धता संबंधी चुनौतियों और सफल प्रयासों की पहचान की गई है। इसका निष्कर्ष यह था कि यदि दवाओं की उपलब्धता को पूरी तरह से सच्चाई बनाना है तो उनकी उपलब्धता, उन तक पहुँच, उनकी स्वीकार्यता जैसे प्रमुख पहलुओं पर काम करना होगा। रिपोर्ट में अंतर्राष्ट्रीय कानूनी ढाँचे का विश्लेषण किया गया क्योंकि वह दवाओं तक पहुँच स्थापित करने और इसे प्रभावित करने वाले प्रमुख कारणों पर लागू होता है। इसमें दवाओं का उत्पादन, उनकी कीमतों का विनियमन, दवा सूचियाँ, खरीद, वितरण, और दवाओं का विवेकपूर्ण और उचित उपयोग शामिल है।
I/67/302 13 अगस्त 2012	इस रिपोर्ट में स्वास्थ्य के वित्तपोषण संबंधी मुद्दों पर गौर किया गया - सरकारें यह कैसे सुनिश्चित करती हैं कि स्वास्थ्य के लिए पर्याप्त पूंजी उपलब्ध हो और यह पूंजी किन स्रोतों से प्राप्त की जाती है; इस राशि को किस प्रकार जमा किया जाता है; और स्वास्थ्य ढाँचों के अंतर्गत इस राशि व अन्य संसाधनों का वितरण किस प्रकार किया जाता है, जिससे कि गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सुविधाओं, उत्पादों और सेवाओं तक सभी लोगों की पहुँच सुनिश्चित की जा सके।
A/HRC/20/15/Add.2 4 जून 2012	विशेष प्रतिवेदक के वियतनाम मिशन में उन्होंने वहाँ के स्वास्थ्य ढाँचे और उसके वित्तपोषण, एच.आई.वी./ एड्स की दवाएं और उससे जुड़े मुद्दे, तथा पुनर्वास केन्द्रों पर गौर किया। उन्होंने वियतनाम के स्वास्थ्य ढाँचे और उसके वित्तपोषण को परखा और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और लोगों के लिए बढ़ते स्वास्थ्य खर्च से जुड़े कई गंभीर मुद्दों को नोट किया। राष्ट्रीय सामाजिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम से जुड़े भी कई मुद्दे हैं, जैसे कि इस

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

	<p>कार्यक्रम की पहुँच और इसके अंतर्गत दी जाने वाली दवाओं की गुणवत्ता। विशेष प्रतिवेदक ने वियतनाम में एच.आई.वी./ एड्स की रोकथाम और नियंत्रण से जुड़े मुद्दों को भी परखा, जिसमें उन्होंने इन मुद्दों पर गौर किया – इस बीमारी के फैलाव पर निगरानी रखना और आंकड़े इकट्ठे करना; संवेदनशील समूहों को कलंकित करने और उनके साथ भेदभाव संबंधी मुद्दे; और इस कार्यक्षेत्र के लिए वित्तपोषण संस्थाओं द्वारा दी जाने वाली राशि में कमी। विशेष प्रतिवेदक ने नशीली दवाओं का इस्तेमाल करने वाले और महिला यौन कर्मियों को ज़बरदस्ती पुनर्वास केन्द्रों में रखकर उन पर उपचार किए जाने पर विशेष चिंता व्यक्त की।</p>
<p>A/HRC/20/15/Add.1 10 अप्रैल 2012</p>	<p>घाना के अपने दौरे में विशेष प्रतिवेदक ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम के प्रभावों की जाँच की, जिसके कारण इस कार्यक्रम में लोगों की सदस्यता और कार्यक्रम की पहुँच, कुछ महत्वपूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं और उत्पादों को छोड़ दिए जाने, और कार्यक्रम के लंबे समय तक निरंतरता से जुड़े मुद्दों पर चिंता व्यक्त की गई। विशेष प्रतिवेदक ने घाना में मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र के लिए राशि की भारी कमी पर भी गौर किया, जिसके कारण मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं और मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकों की कमी है और भाषा अलग होने से लोग इन सुविधाओं तक पहुँच ही नहीं पाते। विशेष प्रतिवेदक ने घाना द्वारा मलेरिया के फैलाव पर नियंत्रण करने के प्रयासों की सराहना की, लेकिन यह भी कहा कि इस बीमारी को बढ़ावा देने वाले स्वास्थ्य के प्रमुख कारणों को भी संबोधित करना ज़रूरी है। इस रिपोर्ट में घाना में व्यावसायिक स्वास्थ्य और सुरक्षा, विशेषकर खनन कार्यक्षेत्र के मुद्दों को भी शामिल किया गया।</p>
<p>A/HRC/20/15 10 अप्रैल 2012</p>	<p>यह रिपोर्ट स्वास्थ्य के अधिकार के अंतर्गत व्यावसायिक स्वास्थ्य के मुद्दों पर है, जिसमें अनौपचारिक कार्यक्षेत्र में व्यावसायिक स्वास्थ्य और संवेदनशील व हाशिए के समूहों की ज़रूरतों पर गौर किया गया है। रिपोर्ट में सरकार की जिम्मेदारियों, नई तकनीकों के कारण चुनौतियों, कार्यस्थल पर खतरे कम करने, और व्यावसायिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और उन तक पहुँच और जवाबदारी जैसे मुद्दों पर चर्चा की गई है।</p>
<p>A/66/254 3 अगस्त 2011</p>	<p>इस रिपोर्ट में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी आपराधिक कानूनों और स्वास्थ्य के अधिकार के बीच जुड़ाव पर चर्चा की गई है। रिपोर्ट में गर्भ</p>

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

A/HRC/18/37 4 जुलाई 2011	<p>समापन, गर्भावस्था के दौरान बर्ताव, गर्भ निरोधन और परिवार नियोजन तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा और जानकारी पर जोर दिया गया है। रिपोर्ट का निष्कर्ष है कि प्रतिबंध अक्सर भेदभाव करते हैं, स्वास्थ्य के अधिकार का उल्लंघन करते हैं क्योंकि उनके कारण गुणवत्तापूर्ण उत्पादनों, सेवाओं और जानकारी तक पहुँच नहीं बन पाती और यह मानवीय गरिमा का उल्लंघन है तथा इनके कारण वांछनीय सार्वजनिक स्वास्थ्य परिणाम प्राप्त करने में सफलता प्राप्त नहीं हो पाती।</p>
A/HRC/17/25 12 अप्रैल 2011	<p>इस रिपोर्ट में वृद्ध लोगों के स्वास्थ्य के अधिकार को वास्तविकता में बदलने के विषय पर चर्चा की गई है। इस रिपोर्ट का सुझाव है कि हमें अपने काम करने के तरीकों में बदलाव लाना होगा, जिसके अनुसार समाज को सक्रिय और गरिमापूर्ण वृद्धावस्था के लिए काम करना चाहिए, जो जीवन के हर चरण की तरह ही योजनाबद्ध हो और उसके लिए सहयोग उपलब्ध हो। ऐसी सक्रिय और गरिमापूर्ण वृद्धावस्था के लिए ज़रूरी है कि समाज आर्थिक, सांस्कृतिक और नागरिक जीवन में वृद्ध लोगों की भागीदारी पर जोर दे। रिपोर्ट में रेखांकित किया गया है कि वृद्ध लोगों के लिए सस्ती दरों पर और अच्छी गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सुविधाएं, उत्पाद और सेवाएं उपलब्ध कराना और उन तक उनकी पहुँच स्थापित करना अनिवार्य है।</p> <p>इस रिपोर्ट में जाँच की गई कि स्वास्थ्य के अधिकार का ढाँचा किस तरह से विकास कार्यक्रमों में जान डाल सकता है। एच.आई.वी./ एड्स के उदाहरण का इस्तेमाल करते हुए, विशेष प्रतिवेदक ने ऐसे कार्यक्रमों को चुना जिनमें मानव अधिकार दृष्टिकोण अपनाया गया था और परखा कि उनमें इस दृष्टिकोण को जोड़ने से क्या प्रभाव पड़ा। इस रिपोर्ट में उन चुनौतियों को भी रेखांकित किया गया है, जो अभी भी विकास कार्यक्रमों में मानव अधिकार दृष्टिकोण लागू करने में आड़े आती हैं, विशेषकर “मूल्यांकन की संस्कृति” जो मानव अधिकार आधारित दृष्टिकोण को हानि पहुँचाती है।</p>
A/HRC/17/25 Add. 3 21 मार्च 2011	<p>विशेष प्रतिवेदक के सीरिया मिशन के बाद लिखी गई इस रिपोर्ट में कमजोर और हाशिये पर जी रहे समूहों तथा बंदियों की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच संबंधी मुद्दों पर गौर किया गया है। इस रिपोर्ट में महिला स्वास्थ्य, जिसमें मानसिक स्वास्थ्य के साथ साथ मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, और जेन्डर आधारित हिंसा से जुड़े मुद्दे भी शामिल हैं।</p>

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

A/HRC/17/25/Add.2 गुआटेमाला के विशेष प्रतिवेदक के मिशन के बाद लिखी विशेष प्रतिवेदक
16 मार्च 2011 की इस रिपोर्ट में निष्कर्ष दिया गया कि ग्वाटेमाला में स्वास्थ्य कार्यक्षेत्र में संसाधनों की भारी कमी है, और जो स्वास्थ्य सुविधाएं हैं, वे शहरी क्षेत्रों तक ही सीमित हैं। इस रिपोर्ट में स्वास्थ्य के अधिकार के अंतर्गत आदिवासी समुदायों और महिलाओं को मिलने वाली सेवाओं में असमानताओं पर चर्चा की गई है, विशेषकर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में। इसके अलावा, रिपोर्ट में सरकारी नीतियों के प्रति चिंता व्यक्त की गई है, जो दवाओं तक लोगों की पहुँच में बाधक बन रही हैं।

A/HRC/17/43 विशेष **स्वास्थ्य के अधिकार के एक महत्वपूर्ण हिस्से के रूप में दवाओं की प्रतिवेदक टिप्पणी, उपलब्धता के विषय पर विशेषज्ञ परामर्श**

16 मार्च 2011 सभा की शुरुआत करते हुए, विशेष प्रतिवेदक ने सभी भागीदारों को याद दिलाया कि हाल में हुई उपलब्धियों के बावजूद, पूरे विश्व में अभी भी दवाओं की उपलब्धता में भारी असमानताएं हैं। उन्होंने लैटिन अमरीका, दक्षिण एशिया और दक्षिण अफ्रीका के घरेलू न्यायालयों के कुछ सकारात्मक उदाहरणों पर ध्यान दिलाया, जिन्होंने हर व्यक्ति के दवाओं तक पहुँच के अधिकार को मान्यता देते हुए, नागरिक और राजनैतिक अधिकारों और आर्थिक, सामाजिक तथा सांस्कृतिक अधिकारों के बीच के अंतर को समाप्त कर दिया। विशेष प्रतिवेदक ने कुछ बौद्धिक संपदा मुद्दों पर भी चर्चा की जिनके कारण दवाओं की उपलब्धता को खतरा पहुँचता है। उदाहरण के लिए, कुछ देशों में ट्रिप्स लागू किया जाना और स्वतंत्र-व्यापार अनुबंधों में पेटेंट सुरक्षा के नए मानकों का लागू किया जाना। उन्होंने यह सुनिश्चित करने पर जोर दिया कि निवेश की प्राथमिकताओं के चलते दवा संबंधी स्वास्थ्य प्राथमिकताओं को कमजोर नहीं किया जाना चाहिए।

A/65/255 इस रिपोर्ट में नशीली दवा संबंधी गतिविधियों के अपराधीकरण पर गौर
6 अगस्त 2010 किया गया है, जिसे नशीली दवाओं के उपयोग को मिटाने के एक तरीके के रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है। उनका निष्कर्ष था कि ऐसे तरीके इसलिए सफल नहीं हो पाते क्योंकि इनमें नशीली दवाओं के उपयोग और उन पर निर्भरता की सच्चाइयों की पहचान नहीं की जाती। रिपोर्ट में विस्तार से बताया गया कि अपराधीकरण सार्वजनिक स्वास्थ्य उद्देश्य प्राप्त करने में असफल रहा है, जिसके कारण यह सारी गतिविधियां अदृश्य रूप से की

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

जाने लगीं। इसके कारण स्वास्थ्य सेवाएं पहुँचाने में बाधा आने लगी, क्योंकि आवश्यक दवाओं तक पहुँच सीमित हो गई और इसके कारण कलंक और हिंसा को बढ़ावा मिला। रिपोर्ट का निष्कर्ष कहता है कि अपराधीकरण के कारण अनगिनत हिंसा के मामले हुए और इसके बदले देशों को नशीली दवाओं को नियंत्रित करने के लिए स्वास्थ्य के अधिकार का दृष्टिकोण अपनाना चाहिए, पूरी प्रणाली में सामंजस्य और संचार को बढ़ावा देना चाहिए, सूचकों और दिशानिर्देशों के उपयोग को शामिल करना चाहिए और कुछ विशिष्ट नशीली दवाओं के लिए नया कानूनी ढाँचा तैयार करने के बारे में सोचना चाहिए।

A/HRC/14/20
Add.4
3 जून 2010

ऑस्ट्रेलिया मिशन के बाद, विशेष प्रतिवेदक की इस रिपोर्ट में विशेषकर आदिवासियों और बंदियों (जेल में और प्रवासी बंदी, दोनों) तक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच पर गौर किया। आदिवासियों की शिक्षा, मूल सुविधाओं और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और उनकी राजनीतिक भागीदारी पर गौर करते हुए, रिपोर्ट का निष्कर्ष निकला कि आदिवासियों के स्वास्थ्य से संबंधित चुनौतियां, उनकी सामाजिक-आर्थिक गरीबी और उनको अनदेखा किए जाने तथा इस कार्यक्षेत्र के लिए संसाधनों के अभाव से जुड़ी हैं। इस रिपोर्ट में आदिवासी लोगों और मानसिक रोगियों को बंदी बनाकर रखने के असंतुलित प्रभावों और अनियमित रूप से आने वाले लोगों को अनिवार्यतः बंदी रखे जाने की नीति पर भी चिंता व्यक्त की गई है।

A/HRC/14/20/Add.3
20 मई 2010

विशेष प्रतिवेदक के पोलैंड मिशन के बाद लिखी इस रिपोर्ट में यौन एवं प्रजनन अधिकारों और हानि रोकने वाली नीतियों के संदर्भ में पोलैंड में स्वास्थ्य के अधिकार को लागू किए जाने पर गौर किया गया है। इस रिपोर्ट में सभी लोगों के लिए दवाएं उपलब्ध कराने और सभी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए व्यापक वित्तपोषण उपलब्ध कराने की दिशा में पोलैंड की प्रतिबद्धता की सराहना की गई है। हालाँकि रिपोर्ट में उल्लेख किया गया कि कुछ यौन एवं प्रजनन अधिकार के मुद्दे जैसे कि कानूनी गर्भ समापन तक पहुँच, एच.आई.वी. के संबंध में हानि कम करने के तरीके और नशीली दवाओं पर निर्भरता के उपचार के लिए स्वापक पदार्थों (आपियोइड सबस्टीट्यूशन) के स्थान पर अन्य पदार्थों की उपलब्धता, अभी भी समस्याप्रद बात है।

कोष्ठ 1 : विशेष प्रतिवेदक रिपोर्टें 2009-2014

A/64/272 10 अगस्त 2009	इस रिपोर्ट में सूचित स्वीकृति के विकास पर गौर किया गया है और स्वास्थ्य के अधिकार को लागू करने में इसकी भूमिका पर चर्चा की गई है। इसके अलावा सरकारों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा प्राइवेट क्लिनिकों, सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं और चिकित्सकीय अनुसंधान में सूचित स्वीकृति सुनिश्चित करने की ज़िम्मेदारी पर भी चर्चा की गई है। इस रिपोर्ट में कुछ विशिष्ट व्यक्तियों की संवेदनशीलता का भी विश्लेषण किया गया है, जिनके अधिकारों के साथ शक्ति असमानताओं और ढाँचागत गैर-बराबरी के कारण समझौता किया गया। इसके परिणामस्वरूप सरकारों, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और स्वास्थ्य के अधिकार को बिना भेदभाव लागू करने के लिए ज़िम्मेदार अन्य स्वतंत्र एजेंसियों की विशिष्ट ज़िम्मेदारियां बनती हैं।
A/HRC/10/22 29 मई 2009	यह सम्मिलित रिपोर्ट (जिसे कई अन्य विशेष प्रतिवेदकों और विशेष प्रतिनिधियों के साथ मिलकर लिखा गया) अधिकृत पैलस्टाइन क्षेत्र (ऑक्युपाइड पैलेस्टीनियन टैरिटरी) में मानव अधिकारों की स्थिति पर गौर किया गया है, विशेषकर 2008 के बाद, जब इज़रायल ने अपने नगरी क्षेत्रों में रॉकेट छोड़े जाने की प्रतिक्रिया में हमास के विरुद्ध ऑपरेशन चलाया था। रिपोर्ट में गाज़ा के स्वास्थ्य भवनों को हुए नुकसान, साफ और सुरक्षित पीने के पानी की कमी, चिकित्सकीय सुविधाओं और स्टाफ पर हुए हमलों और अशांति के कारण संवेदनशील समूहों और लोगों के मानसिक स्वास्थ्य पर होने वाले प्रभावों को रेखांकित किया गया है।
A/HRC/11/12 31 मार्च 2009	इस रिपोर्ट में दवाओं की उपलब्धता और बौद्धिक संपदा अधिकारों के संदर्भ में स्वास्थ्य के अधिकार पर गौर किया गया है। इसके अंतर्गत अध्ययन किया गया कि बौद्धिक संपदा अधिकार के व्यापार संबंधी पहलुओं (ट्रिप्स) पर अनुबंध और इस अनुबंध के लचीले प्रावधानों को विभिन्न विकासशील और न्यूनतम विकसित देशों के राष्ट्रीय पैटेंट कानूनों में कैसे शामिल किया गया है। इसमें स्वतंत्र व्यापार समझौतों (एफ.टी.ए.) और ट्रिप्स-प्लस आवश्यकताओं के दवाओं की उपलब्धता पर होने वाले प्रभावों का विश्लेषण भी किया गया है।

हाल ही में, श्री ग्रोवर को भारत के सर्वोच्च न्यायालय ने विशेष अभियोजक के रूप में नियुक्त किया, जिसके कारण उन्होंने भ्रष्टाचार के कुख्यात टू-जी स्पैक्ट्रम वितरण घोटाले केस में अभियोग पक्ष की टीम का नेतृत्व किया।

उनके निर्देशन में, इकाई ने वर्ष 2001 में सस्ती दवाएं व उपचार अभियान की शुरुआत की और भारत सरकार पर दबाव भी बनाया कि वह बौद्धिक संपदा कानून में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुरक्षा उपाय लागू करे। इकाई ने भारत सरकार के

अनुरोध पर एक एच.आई.वी. विधेयक का मसौदा भी तैयार किया है, जिस पर स्वास्थ्य के विषय पर बनी संसदीय समिति विचार विमर्श कर रही है।

श्री गोवर ने कई विवादास्पद कानूनी बदलावों के लिए काम किया है, खासकर अनैतिक देह व्यापार (से बचाव) अधिनियम, 1956, नशीली दवाएं और मन प्रभावी पदार्थ अधिनियम, 1985, और भारतीय दंड संहिता, 1860 की धारा 377 जैसे कानून जो कमजोर समुदायों को प्रभावित करते हैं या एच.आई.वी. के नुकसानों को कम करने वाले कार्यक्रमों में बाधा डालते हैं।

वे मानव अधिकारों और एच.आई.वी./एड्स पर अंतर्राष्ट्रीय दिशानिर्देश तैयार करने वाले समूह; अवहन, भारतीय एड्स पहल, गेट्स फाउंडेशन के राष्ट्रीय बोर्ड; यू.एन एड्स के कार्यकारी निर्देशक माइकल सिडिबे के लिए मानव अधिकार संदर्भ समूह; अंतर्राष्ट्रीय एड्स के लिए टीका बनाने की पहल; विश्व पालन परिषद; भारत के राष्ट्रीय मानव अधिकार आयोग में गैर-सरकारी संस्थाओं के प्रतिनिधियों के मुख्य समूह; और एच.आई.वी और एड्स पर राष्ट्रीय सलाहकार बोर्ड के सदस्य रहे हैं। वर्तमान समय में वे औस्लो पैनल ऑन ग्लोबल गर्वनेन्स फॉर हेल्थ की लैन्सेट यूनिवर्सिटी के सदस्य हैं।

श्री गोवर भोपाल, भारत में स्थित राष्ट्रीय न्यायिक अकादमी में भी नियमित रूप से वक्ता के रूप में जाते हैं और महाराष्ट्र व दिल्ली की न्यायिक अकादमियों में भी, जहाँ वे संवैधानिक कानून, मानव अधिकारों, कानून की कार्य प्रणाली और बौद्धिक संपदा कानून के विषयों पर बात करते हैं। उन्हें अंतर्राष्ट्रीय एड्स कॉन्फ्रेंस और एशिया और पैसिफिक में एड्स पर अंतर्राष्ट्रीय कॉन्फ्रेंस

में भी नियमित रूप से आमंत्रित किया जाता है। वर्ष 2006 और 2013 में उन्होंने अंतर्राष्ट्रीय एड्स कॉन्फ्रेंस में डॉ. जॉनथन मान मेमोरियल लैक्चर दिया, और वे जून 2018 में आयोजित मैक्सिको एड्स कॉन्फ्रेंस, अगस्त 2007 में कोलम्बो में आयोजित इंटरनैशनल एड्स कॉन्फ्रेंस ऑन नारकौटिक्स एंड हार्म रिडक्शन, 2009 की एशिया पैसिफिक कॉन्फ्रेंस ऑन एच.आई.वी. एंड एड्स, और 2007 में वियना इंटरनैशनल एड्स कॉन्फ्रेंस में भी प्रमुख वक्ता रहे हैं।

अगस्त 2008 से जुलाई 2014 तक श्री गोवर ने संयुक्त राष्ट्र में हर व्यक्ति के लिए शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के सर्वोच्च प्राप्य स्तर के अधिकार पर काम करने वाले विशेष प्रतिवेदक के रूप में काम किया। इस पद पर काम करते हुए उन्होंने 14 विषय संबंधी और 9 देशों की रिपोर्टें तैयार कीं (इन रिपोर्टों की पूरी सूची के लिए कोष्ठ 1 देखें)। विशेष प्रतिवेदक के रूप में काम करते हुए, श्री. गोवर ने स्वास्थ्य के अधिकार का उल्लंघन करने वाली लगभग 100 शिकायतें मानव अधिकार कमिटी को पेश कीं।

नोट—कोष्ठ 1 में दिए गए रिपोर्टों का विवरण क्रमशः हर रिपोर्ट के सार के आधार पर बनाया गया है। पूरी रिपोर्टें http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?m=100 पर देखी जा सकती हैं।

अन्य विशेष प्रतिवेदक द्वारा स्वास्थ्य के विषय पर दी गई टिप्पणियों के साथ श्री गोवर की टिप्पणियों का विस्तृत रूप <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/NewsSearch.aspx?SID=Health> पर दिया गया है।

पैरवी के एक साधन के रूप में रणनीतिक मुकदमेबाज़ी के उपयोग पर विचार: कोलम्बिया में प्रजनन अधिकारों की रक्षा पर केस स्टडी

मोनिका रोआ,^अ बारबरा क्लूगमान^ब

सारांश:

विमेन्स लिंक वर्ल्डवाइड ने एक ऐसा परीक्षण विकसित किया है, जिससे यह पता चलता है कि रणनीतिक मुकदमेबाज़ी के ज़रिए सामाजिक बदलाव लाने के लिए माहौल कब अनुकूल है। सबसे पहले हम रणनीतिक मुकदमेबाज़ी के बारे में अपने विचार प्रस्तुत करेंगे, उसके बाद रणनीतिक मुकदमेबाज़ी का इस्तेमाल करते हुए सफल एवं स्थायी बदलाव की चार परिस्थितियों पर चर्चा करेंगे: (1) अधिकारों का मौजूदा ढांचा; (2) एक स्वतंत्र और जानकार न्यायपालिका; (3) नागरिक समाज संगठन, जो सामाजिक समस्याओं को अधिकारों के उल्लंघन के तौर पर देखें और मुकदमा चलाने की काबलियत रखते हों; और (4) एक ऐसा नेटवर्क, जिसमें सहयोग करने और मुकदमेबाज़ी से मिले अवसर का लाभ उठाने की क्षमता हो। इसके बाद, हमने कोलम्बिया में किए गए अपने काम के उदाहरण प्रस्तुत किए हैं, जिनसे पता चलता है कि किस प्रकार प्रजनन अधिकारों का विरोध करने वाले एक सत्ताधारी सरकारी अधिकारी का सामना करते समय इन परिस्थितियों के विश्लेषण ने हमारी रणनीतिक मुकदमेबाज़ी को पुख़्ता बनाया है। हमारे काम के दौरान मुकदमेबाज़ी की दो रणनीतियों को अपनाया गया था। पहला मामला अदालत में कामयाब नहीं हुआ, लेकिन उसके ज़रिए हम नागरिक समाज को अपना संदेश देने और उनका समर्थन हासिल करने में सफल रहे। इसी रास्ते पर चलते हुए दूसरा मामला दायर किया गया और उसमें जीत हासिल हुई। रणनीतिक मुकदमेबाज़ी, अधिकारों को बढ़ावा देने के साथ-साथ सरकारों को जवाबदेह बनाने और मानव अधिकारों के दायित्वों का अनुपालन सुनिश्चित करने का एक सशक्त साधन है। इन रणनीतियों को दूसरे संदर्भों में इस्तेमाल करने के लिए उनके अनुकूल बनाया जा सकता है। हम आशा करते हैं कि ये रणनीतियां, रणनीतिक मुकदमेबाज़ी के माध्यम से दूसरों को भी प्रजनन अधिकारों को संरक्षण और बढ़ावा देने के लिए प्रेरित करेंगी, खास तौर पर जब महिलाएं अपने अधिकारों का पूरी तरह उपयोग नहीं कर पाती हों। © 2014 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

मुख्य शब्द: रणनीतिक मुकदमेबाज़ी, प्रजनन अधिकार, यौन अधिकार, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार, गर्भ समापन, पैरवी, रणनीतियां, सामाजिक बदलाव, जन हित, कोलम्बिया

‘‘न्यायपालिका को दुनिया की बहुतायत महिला आबादी की वैध मांगों और आकांक्षाओं को पूरा करने के लिए समानता को बढ़ावा देने का हक है। उनके पास इसे नकारने का भी अधिकार है।’’ (कैथलीन महोनी¹)

पारंपरिक तौर पर, रणनीतिक मुकदमेबाजी को कुछ इस तरह परिभाषित किया गया है- जनहित के मामले में की जाने वाली ऐसी मुकदमेबाजी, जो इससे जुड़े पक्षधरों के कुछ खास हितों से आगे बढ़कर, पूरे समाज पर अपना व्यापक प्रभाव डालेगी।² इस पद्धति में, रणनीतिक मुकदमेबाजी सरकार की जवाबदेही स्थापित करने वाले एक सशक्त और नवीन पैरवी के साधन के रूप में काम करती है।³ राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय रणनीतिक मुकदमेबाजी का उपयोग एक अमूल्य साधन की तरह यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार आंदोलन द्वारा वैश्विक स्तर पर अधिकारों के प्रति जागरूकता बढ़ाने, उन तक आरक्षित तबकों की पहुंच बनाने तथा सरकार की मानव अधिकारों के प्रति जिम्मेदारी सुनिश्चित करने के लिए किया जा सकता है।

रणनीतिक मुकदमेबाजी की क्षमता का मूल्यांकन कैसे करें: चार परिस्थिति परीक्षण

विमेन्स लिंक वर्ल्डवाइड, रणनीतिक मुकदमेबाजी की एक ऐसी व्यापक समझ विकसित करने का प्रस्ताव करती है, जो न केवल प्रगतिशील कानूनी मानदंड स्थापित करे, बल्कि

जनमत को एक आकार देकर और किसी मामले में कार्यकर्ताओं को संगठित होने का अवसर प्रदान करके, सामाजिक आंदोलनों को प्रोत्साहन दे। हमारे विचार में, रणनीतिक मुकदमेबाजी कानूनी कार्यकर्ताओं और न्यायाधीशों को किसी खास मामले में लोकतांत्रिक संवाद आयोजित करने का मौका देती है, जहां वे सरकार की दूसरी शाखाओं, जनमत और समाज के विशिष्ट तबकों को अधिकारों की व्याख्या और उन्हें प्रदान करने के विषय में अपनी राय देने के लिए शामिल कर सकते हैं।⁴

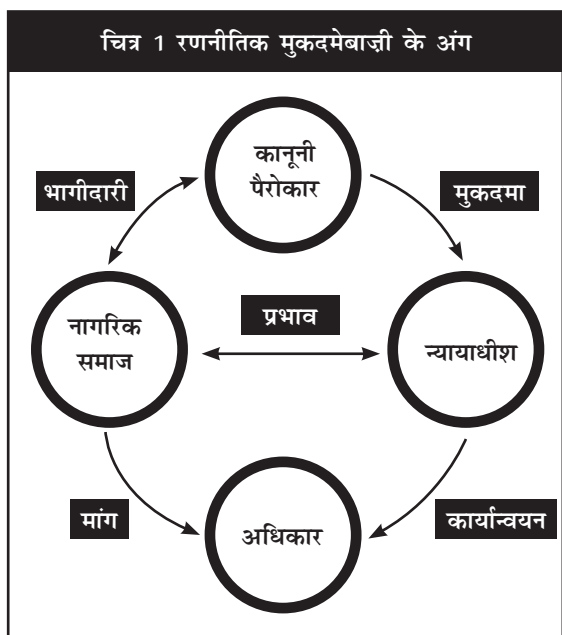
इस प्रक्रिया की मदद से कानूनी जीत हासिल होने पर, इन्हें लागू करने की परिस्थितियां तय की जा सकती हैं। परन्तु यदि जीत हासिल नहीं होती, तो अपने उद्देश्यों को किसी दूसरे माध्यम से आगे बढ़ाने के तरीकों में सुधार किया जा सकता है, जिससे आंदोलन और अधिक मजबूत होगा, और जनमत भी ज्यादा जानकारीपूर्ण बनेगा।⁵ सामाजिक बदलाव लाने के लिए नागरिक समाज के प्रयासों में इन कारकों को महत्वपूर्ण माना जाता है।^{6,7} चित्र 1 में विमेन्स लिंक द्वारा प्रस्तुत रणनीतिक मुकदमेबाजी की परिभाषा के विभिन्न घटकों को दिखाया गया है।

जब वकील दावा करते हैं, तो वे न्यायाधीश को अधिकार ढांचे को लागू करने की जिम्मेदारी पालन करने का अवसर देते हैं। वकीलों को चाहिए कि वे मुकदमे की प्रक्रिया में नागरिक समाज को भी शामिल करने के कानूनी और अन्य रास्ते

• यह धारणा वार्ता आंदोलन (डायलॉजिकल एक्टीविज्म) के सिद्धांत पर आधारित है। डायलॉजिकल एक्टीविज्म का तात्पर्य, कतिपय मामलों का परीक्षण करते समय न्यायपालिका द्वारा सरकार के अन्य अंगों और नागरिक समाज के साथ की जाने वाली लोकतांत्रिक बहस से है।³

तलाशें, जिससे उन्हें सशक्त बनाया जा सके और साथ ही अधिकारों को लागू करने की मांग के लिए एक मंच तैयार किया जा सके। दरअसल कभी-कभार नागरिक समूहों ने वकीलों को भी इस मुद्दे में शामिल किया ही होगा। सामाजिक जागरूकता और मजबूत जनमत न्यायाधीशों को फैसले लेने में मदद कर सकते हैं, क्योंकि इनसे न्यायाधीशों को यह पता चलेगा कि मुकदमे में पक्षधरों द्वारा मांगे गए अधिकार, नागरिक समाज में व्यापक विमर्श का हिस्सा हैं। इसी तरह अधिकारों को लागू करने संबंधी किसी अदालती फैसले का सीधा प्रभाव नागरिक समाज के मूल्यों, मानकों और प्राथमिकताओं पर पड़ेगा।⁸

देने के लिए रणनीतिक मुकदमेबाजी का अपना पहला केस उस समय पेश किया जब इलाके के कुछ मामलों में रणनीतिक मुकदमेबाजी चल रही थी।^{9,10} मुकदमे के प्रति इस संगठन की रणनीतिक और व्यापक पहल के फलस्वरूप कोलम्बिया संवैधानिक अदालत सी-355/06 द्वारा एक ऐतिहासिक फैसला सुनाया गया, जिसके द्वारा महिलाओं को चिकित्सीय गर्भ समापन का अधिकार प्रदान किया गया।¹¹ इसके बाद विमेंस लिंक ने दूसरे देशों में, महिलाओं के अधिकारों से संबंधित विभिन्न मुद्दों पर मुकदमे चलाए और दूसरे संगठनों को भी इस प्रकार की अगुवाई करने की सलाह दी है।¹²



प्रभावी रणनीतिक मुकदमेबाजी शुरू करने से पहले यह महत्वपूर्ण है कि परिस्थिति के राजनीतिक, सामाजिक और कानूनी संदर्भ का जायजा लेकर इसकी व्यवहार्यता की जांच कर ली जाए- इस प्रक्रिया को विमेंस लिंक द्वारा “मैपिंग” कहा जाता है। यह जांचने के लिए कि मुकदमेबाजी के जरिए सामाजिक बदलाव लाया जा सकता है या नहीं, और कानूनी, संचार और गठबंधन रणनीतियों का प्रारूप तैयार करने के लिए विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड चार परिस्थितियों का विश्लेषण करती है। यह जांच, चार्ल्स आर एप की पुस्तक, द राइट्स रेवोल्यूशन में प्रस्तुत सिद्धांत पर आधारित है।¹² यदि ये चार परिस्थितियां मौजूद हैं, या इन्हें कानूनी प्रक्रिया के जरिए रचा या मजबूत किया जा सकता है, तो रणनीतिक मुकदमेबाजी को मानव अधिकारों को बढ़ावा देने

विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड ने सन् 2006 में कोलम्बिया में गर्भ समापन अधिकारों को बढ़ावा

• विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड के मुकदमों (लिटिगेशन प्रोजेक्ट्स) के बारे में अधिक जानकारी के लिए कृपया www.womenslinkworldwide.org पर लॉग इन करें।

के एक साधन के रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है। ये चार परिस्थितियाँ हैं: (1) अधिकारों का एक मौजूदा ढांचा; (2) एक स्वतंत्र और जानकार न्यायपालिका; (3) ऐसे नागरिक समाज संगठन, जो सामाजिक समस्याओं को अधिकारों के उल्लंघन के तौर पर देखने और मुकदमा चलाने की काबलियत रखते हों; और (4) एक ऐसा नेटवर्क, जिसमें सहयोग करने और मुकदमेबाजी से मिले अवसर का लाभ उठाने की क्षमता हो। इस लेख में हम प्रजनन अधिकारों के नज़रिए से इनमें से हरेक परिस्थिति का मूल्यांकन करेंगे।

पहला, सामाजिक बदलाव केवल अदालतों के ज़रिए हासिल किया जा सकता है, बशर्ते कार्यकर्ता समस्याओं को अधिकारों के हनन के रूप में पेश कर सकें। इसके लिए ऐसे संवैधानिक या कानूनी ढांचे की ज़रूरत है, जो मानव अधिकारों अथवा अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार कानून या तुलनात्मक कानून के इस्तेमाल की संभावना को मान्यता प्रदान करे। जब नागरिक यह मानते हैं कि कानून उन्हें किसी ऐसे चीज़ की गारंटी देता है, जिसकी उन्हें ज़रूरत है, लेकिन वह निर्वाचित सरकार द्वारा नहीं दी गई है, तो कार्यकर्ता, रणनीति बनाकर न्यायाधीशों से इस कमी को दूर करने के उपाय तलाशने की मांग कर सकते हैं।

उपयुक्त अधिकार ढांचे के लिए कोई एक अकेला तरीका नहीं है। कुछ घरेलू संविधानों में अधिकारों की सूची होती है, जो स्पष्ट तौर पर उन मौलिक अधिकारों का वर्णन करती है जिनकी गारंटी दी गई है। हो सकता है कि देशों ने मानव अधिकार सुनिश्चित करने वाली क्षेत्रीय और अंतर्राष्ट्रीय संधियों पर हस्ताक्षर किए हों। मानव अधिकारों से संबंधित किसी भी दस्तावेज़ में प्रजनन अधिकारों का आधार हो सकता है।¹³ कुछ कानूनी प्रणालियों में पिछले न्यायिक फैसलों को बाध्यकारी माना जाता है और आगे आने वाले मामलों में उन्हें कानूनी मानकों के रूप में इस्तेमाल किया जाता है। हकीकत में, ज्यादातर देशों में इन पक्षों का मिला-जुला रूप दिखाई देता है। इसके अलावा, कानूनी व्यवस्था में अधिकारों के हनन के आधार पर दावों की अनुमति मिलनी चाहिए। कुछ व्यवस्थाओं में दावों को अधिकारों के उल्लंघन की वास्तविक घटनाओं तक ही सीमित कर दिया जाता है, जबकि दूसरी जगहों पर उन कानूनों या नीतियों की संक्षिप्त समीक्षा की अनुमति दी जाती है, जिनमें अधिकारों के उल्लंघन होने की संभावना हो।

दूसरा, अल्पसंख्यकों और हाशिए पर रहने वाले लोगों के अधिकार सुनिश्चित करने के लिए

- प्रजनन अधिकार केंद्र (द सेन्टर फॉर रिप्रोडक्टिव राइट्स) प्रजनन अधिकारों की कुंजी के रूप में 12 मानव अधिकारों को सूचीबद्ध करता है। ये हैं (1) जीवन का अधिकार; (2) व्यक्ति की स्वतंत्रता और सुरक्षा का अधिकार; (3) स्वास्थ्य का अधिकार, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सहित; (4) बच्चों की संख्या और दो बच्चों के बीच अंतर तय करने का अधिकार; (5) शादी की सहमति और शादी में समानता का अधिकार; (6) निजता (प्राइवैसी) का अधिकार; (7) समानता और गैर-भेदभाव का अधिकार; (8) महिलाओं एवं बालिकाओं को नुकसान पहुंचाने वाली प्रथाओं से मुक्ति का अधिकार; (9) यातना अथवा अन्य क्रूर, अमानवीय, या अपमानजनक व्यवहार या दंड के अधीन न होने का अधिकार; (10) यौन एवं जेंडर-आधारित हिंसा से मुक्त रहने का अधिकार; (11) यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा और परिवार नियोजन के बारे में जानकारी प्राप्त करने का अधिकार; और (12) वैज्ञानिक प्रगति के लाभ उठाने का अधिकार।

न्यायपालिका का स्वतंत्र होना ज़रूरी है। न्यायिक स्वतंत्रता का अर्थ है कि सरकार के किसी दूसरे अंग के अनुचित दबाव के बगैर न्यायाधीश अपने कानूनी फैसले लेने के लिए आज़ाद हो।¹⁴ न्यायपालिका की संस्थागत रूपरेखा के मूल्यांकन से वकीलों को न्यायिक स्वतंत्रता का आंकलन करने में मदद मिलती है। इस स्वतंत्रता पर असर डालने वाले कारक हैं: किसके पास न्यायाधीशों को नामित करने या उन्हें हटाने की सत्ता है और किस कारण से; किसी न्यायाधीश की नियुक्ति के लिए कोई न्यूनतम कौशल या योग्यता ज़रूरी है अथवा नहीं, या ये नियुक्तियां केवल राजनैतिक हैं; न्यायाधीशों की सेवा की अवधि; और बजट तथा वेतनों को समायोजित करने का अधिकार किसके पास है। आम तौर पर, जब ये प्रक्रियाएं कुछ व्यक्तियों के हाथों में केंद्रित हों, या पारदर्शिता कम होती है, तो न्यायाधीश के पास स्वतंत्रता भी कम होगी। यदि न्यायपालिका के पास स्वतंत्रता का न्यूनतम स्तर नहीं होगा, तो किसी भी ऐसे उद्देश्य को आगे ले जाने के लिए मुकदमेबाज़ी की सर्वोत्तम रणनीति होने की संभावना नहीं होगी, जिसका राज्य या अन्य प्रभावशाली पक्ष विरोध कर रहे हों।

दूसरी ओर, वे न्यायाधीश, जो अधिकारों के ढांचे और सामाजिक न्याय को आगे ले जाने के बीच के अंतर्संबंध से भलीभांति परिचित हैं, वे अदालतों के ज़रिए सामाजिक बदलाव को बढ़ावा देने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। ये न्यायाधीश, यदि मानव अधिकार सिद्धांतों को बढ़ावा देने वाली अपनी भूमिका को समझते हैं, तो वे रणनीतिक मुकदमा लाने वाले वकीलों की

भूमिका में मदद कर सकते हैं। हालांकि सामाजिक बदलाव, उन अदालतों के ज़रिए भी हासिल किया जा सकता है, जहां न्यायाधीशों को यह विश्वास होता है कि उनकी भूमिका सामने आए मामलों में अधिकार ढांचे को लागू करने की है। वकीलों को न्यायाधीशों के जानकारी के स्तर और मानव अधिकारों से जुड़े अनुभवों, खासकर महिलाओं और प्रजनन अधिकारों संबंधी आंकलन करना चाहिए, और यह भी जान लेना चाहिए कि ये अनुभव उन्होंने अपनी कानूनी शिक्षा के दौरान हासिल किए थे या न्यायाधीश के तौर पर शिक्षण या प्रशिक्षण के दौरान। यह भी उपयोगी है, हालांकि यह आसान नहीं है, पर फिर भी यह जान लेना उपयोगी होगा कि क्या न्यायाधीश मानवाधिकारों को कायम रखना अपना प्रमुख दायित्व मानते हैं, या फिर वे आखिरी परिणाम की चिंता किए बिना सिर्फ कानून लागू करने को ही अपना कर्तव्य समझते हैं।

तीसरा, नागरिक समाज संगठनों के पास प्रभावशाली तरीके से मुकदमा चलाने की क्षमता होनी चाहिए। रणनीतिक मुकदमेबाज़ी के लिए वकीलों को न्यायाधीशों की भूमिका और मुकदमेबाज़ी द्वारा दिए गए विविध मौकों की समझ बनाना ज़रूरी है। न्यायाधीश चाहे कितने भी जानकार और समर्पित क्यों न हों, वे अधिकारों को तब तक बढ़ावा नहीं दे सकते हैं, जब तक कि उनके सामने कोई मामला प्रस्तुत न किया जाए। कार्यकर्ताओं के पास विशेष समस्याओं को अधिकार ढांचे के दायरे में पेश करने की क्षमता होनी चाहिए, फिर चाहे वह मुद्दा कितना ही चुनौतीपूर्ण क्यों न हो। इसके अलावा मुकदमे की

अगुवाई कर रहे वकीलों के पास अपने पक्ष में फैसले के अनुकूल परिस्थितियां तैयार करने के लिए विविध समूहों के साथ सहयोग करने की क्षमता होनी चाहिए। अनुकूल परिस्थितियां तब मौजूद होती हैं, जब मौजूदा सामाजिक-राजनीतिक संदर्भ, न्यायाधीशों को किसी मामले में हुए अधिकारों के हनन की सहज रूप से पहचान करने में मदद करते हैं। अन्यथा, न्यायाधीश यह महसूस कर सकते हैं कि उनका फैसला या अधिकरण, अपनी वैधता या प्रासंगिकता खो देंगे।

सामाजिक बदलाव के पैरोकारों को यह समझ होनी चाहिए कि न्यायाधीश भी इंसान हैं, और अदालतें परंपरागत तौर पर कुलीन वर्ग के सदस्यों से मिलकर बनी हैं।¹⁵ हालांकि, उनको न्याय करने, समानता सुनिश्चित करने और भेदभाव को खत्म करने का अधिकार मिला है, पर उनके व्यक्तिगत पूर्वाग्रह, अदालत में सामाजिक न्याय की प्रक्रिया का सहयोग कर सकते हैं या उसमें रुकावट डाल सकते हैं। जहां, न्यायाधीश अपने खुद के पूर्वाग्रहों के निरंतर मूल्यांकन की पहल कर सकते हैं, वहीं कार्यकर्ता इस प्रक्रिया को सुगम बनाने या बढ़ावा देने के लिए संगोष्ठियां आयोजित करके, एमिकस क्यूरी दाखिल कर, और फैसलों पर असर डालने वाली अनेक पूर्वधारणाओं को दूर करने के लिए न्यायाधीशों को पठन सामग्री भेजकर, इस प्रक्रिया में सहयोग प्रदान कर सकते हैं। इसके अलावा, पैरोकारों को इस बात का भी अध्ययन करना चाहिए कि किसी विशेष न्यायालय या न्यायाधीश के लिए कौन सी दलील सबसे अधिक प्रेरक होगी।

चौथा, अदालतों के ज़रिए हासिल सामाजिक

बदलाव तभी स्थायी होगा, जब उसके लिए एक मजबूत सहयोगी नागरिक समाज नेटवर्क मौजूद हो। जैसा कि तीसरी स्थिति के तहत उल्लेख किया गया है, इस सहयोगी नेटवर्क के विभिन्न पक्षों को कानूनी प्रक्रिया के विभिन्न चरणों के दौरान कानूनी पैरोकारों के साथ जुड़ने की ज़रूरत है। इस नेटवर्क में उन ज्वलंत सामाजिक आंदोलनों को शामिल किया जाना चाहिए, जो न्यायिक कार्यवाही के विभिन्न चरणों के दौरान दिए गए अवसरों और मुकदमों के फलस्वरूप की गई बहसों का पूरा फायदा उठा सकें। किसी मुद्दे पर काम कर रहे व्यक्तियों और संगठनों को यह जानते हुए कि मुद्दे के आधार पर उन्हें प्रतिक्रिया और कलंक का सामना करना पड़ सकता है, अपनी इच्छा से मुकदमेबाज़ी की प्रक्रिया में शामिल होकर अपनी विशेषज्ञता और जानकारी द्वारा सहयोग प्रदान करना चाहिए।

मुकदमेबाज़ी के दौरान, नेटवर्क को मुद्दे के बारे में जागरूकता फैलाने और बहस को अनुकूल दिशा प्रदान करने के लिए काम करना चाहिए। प्रभावशाली संप्रेषण से यह प्रमुख संदेश दिया जाता है कि आम जनता के लिए यह मुद्दे क्यों महत्वपूर्ण हैं, असली समस्या क्या है, और मुकदमे द्वारा समस्या का क्या समाधान पेश किया जा रहा है। इस तरह, कानूनी जीत चाहे न भी मिले, लेकिन मुद्दे से जुड़े अधिकारों के बारे में जागरूकता बढ़ेगी और भविष्य में दूसरे तरीकों से पैरवी करने के लिए जड़ें मजबूत होंगी। ठीक इसी तरह एक हितकारी कानूनी फैसला भी किसी सहयोगी नेटवर्क के न होने पर प्रभावित पक्षों पर सीमित असर डाल सकता है और इसके कारण कार्यान्वयन चरण के दौरान गंभीर रुकावटों का सामना करना पड़ सकता है।

अंत में, सहयोगी नेटवर्क में ऐसे प्रतिबद्ध अनुदानकर्ता भी शामिल होने चाहिए, जो रणनीतिक मुकदमेबाजी की जटिलताओं को समय, कानूनी काम से अलग धनराशि सहयोग करने वाली गतिविधियों, और इस काम के समन्वय के लिए ज़रूरी आधारभूत सुविधाओं के संदर्भ में समझते हों। इस नेटवर्क का सहयोग करने के लिए पर्याप्त निधि की ज़रूरत होती है। रणनीतिक मुकदमेबाजी अक्सर एक लंबी चलने वाली प्रक्रिया होती है, और संगठनों को इसके लिए योजना बनानी चाहिए। कुछ मामले राष्ट्रीय अदालती प्रणाली में शुरू होते हैं और अंततः अंतर्राष्ट्रीय अदालतों तक पहुंचते हैं और इस प्रक्रिया में सालों लग सकते हैं।

प्रजनन अधिकारों पर मुकदमा करने के लिए इन परिस्थितियों के विश्लेषण की ज़रूरत होती है। क्या कोई राज्य ऐसे अधिकारों की गारंटी प्रदान करता है, जिसे प्रजनन स्वास्थ्य पर लागू किया जा सकता है? क्या न्यायाधीशों को प्रजनन अधिकारों से जुड़ी जटिल तकनीकी और कानूनी विमर्श के बारे में पूरी जानकारी है? क्या कार्यकर्ता, इन अधिकारों के आधार पर मामले पेश करने में समर्थ हैं, जो न्यायाधीशों को प्रभावित कर सकें? क्या ये कार्यकर्ता, समुदाय को स्पष्ट और आकर्षक संदेश भेज सकते हैं और अन्य सामाजिक आंदोलनों से जुड़ने के अवसर पैदा कर सकते हैं? क्या ऐसे संगठन मौजूद हैं, जो मुकदमेबाजी प्रक्रिया के इर्द-गिर्द एकजुट होने के लिए तैयार हैं? इन सवालों को पूछने और इन चार परिस्थितियों का आंकलन करने से विमेंस लिंक को अपनी पैरवी की रणनीतियां तैयार करने में मदद मिली है।

कोलम्बिया का संदर्भ

यहां हम कोलम्बिया में विमेंस लिंक के काम के दो उदाहरण प्रस्तुत कर रहे हैं।¹⁶ पहले, हम देश में चिकित्सीय गर्भ समापन को अधिकार के रूप में मान्यता देने के बाद के सालों के संदर्भ का जायज़ा लेते हैं और उसके बाद यह समझने की कोशिश करते हैं कि चारों परिस्थितियों के विश्लेषण ने हमारी मुकदमेबाजी की रणनीति को किस तरह जानकारी युक्त बनाया है, जिसके चलते हमें डे ला नेसियन प्रोक्यूरेडॉर जनरल (महा निरीक्षक) की राय का विरोध करना पड़ा, जिसने अपने पद का उपयोग करते हुए प्रजनन अधिकारों को सीमित करने का प्रयास किया है। विमेंस लिंक ने मुकदमेबाजी की दो रणनीतियों को अपनाया है। विमेंस लिंक का पहला प्रोक्यूरेडॉर (मुख्तार) के खिलाफ एक अनुशासनिक शिकायत का था, जिसे अदालतों में कामयाबी नहीं मिली हालांकि, इस मामले ने हमें अपना संदेश पहुंचाने, उसके पद पर सबका ध्यान खींचने, जनता को जागरूक करने, और नागरिक समाज का समर्थन हासिल करने में सफलता दिलाई। दूसरे मामले में सूचना के अधिकार का इस्तेमाल करते हुए हमें इस माहौल का लाभ मिला और हमारी कानूनी जीत हुई, जो एक महत्वपूर्ण प्रतीकात्मक जीत भी थी।

इन मामलों के हालात को समझने के लिए हमें प्रोक्यूरेडॉर के दर्जे को समझना ज़रूरी है, जो कोलम्बिया का एक महत्वपूर्ण पद है। प्रोक्यूरेडॉर का निर्वाचन सीनेट द्वारा चार साल की अवधि के लिए किया जाता है और इस अवधि को एक बार बढ़ाया जा सकता है।¹⁷ प्रोक्यूरेडॉर की भूमिका, संविधान, कानूनों और न्यायिक फैसलों

के अनुपालन; मानव अधिकारों का संरक्षण और सरकारी कर्मियों के व्यवहार पर निगरानी रखने की है।¹⁸ सैद्धांतिक रूप से प्रोक्युरेडॉर कोलम्बिया में मानव अधिकारों का वरिष्ठ संरक्षक है, जिनकी बहाली के लिए उसे संविधान के माध्यम से पर्याप्त सत्ता दी गई है। वास्तव में, राष्ट्रपति और न्यायाधीशों को छोड़कर, प्रोक्युरेडॉर के पास सरकारी अधिकारियों को अनुशासन में रखने और उन्हें हटाने का असीमित अधिकार मिला हुआ है।¹⁹

प्रोक्युरेडॉर के इस आधिकारिक दायरे के कारण उसे चुनौती देने के काम को जटिल बना देता है, क्योंकि उसकी सत्ता के दायरे में संशोधन करके उसे सीमित करने का हक उन्हीं व्यक्तियों के पास है, जो उसके अनुशासनिक नियंत्रण में हैं। प्रोक्युरेडॉर द्वारा सत्ता के दुरुपयोग करने की संभावना मौजूदा प्रोक्युरेडॉर, एलीजैन्ड्रो ओर्डोनेज़ के कार्यकाल के दौरान स्पष्ट रूप से नज़र आई, जो 2009 में पहली बार चुने गए और 2013 में फिर से 2017 तक दोबारा निर्वाचित होकर सेवा में बने रहे।

पद संभालने से पहले ओर्डोनेज़ ने कई पुस्तकें प्रकाशित कराईं, जिनमें से एक में इस बात पर जोर दिया गया था कि सरकारी अधिकारियों के पास कानून को न मानने का अधिकार होना चाहिए यदि उन्हें लगता है कि वे ईश्वर प्रदत्त कानून का उल्लंघन कर रहे हैं। दूसरी पुस्तक में मानव अधिकारों की पैरवी को लेकर अपने सरोकारों का ब्यौरा दर्ज था। इस पुस्तक में ओर्डोनेज़ लिखते हैं:

“आज की सांस्कृतिक क्रांति का उद्देश्य है, उन नियमों एवं मूल्यों, उसके विषमलैंगिक, एक पत्नीक, अटूट और उर्वर स्वभाव को मिटा देना, जो एक ईसाई परिवार का आधार हैं; ये वे बाधाएं हैं जिनको वे तलाक, गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल, गर्भ समापन और समलैंगिक विवाह की अनुमति देकर हर कीमत पर दूर करना चाहते हैं, जिसका पहला चरण लगभग पूरा हो चुका है।”²⁰

उस समय, 2006 में, कोलम्बिया की संवैधानिक अदालत ने अपने फैसले सी-355/06 में कुछ विशेष परिस्थितियों में गर्भ समापन को कानूनी तौर पर वैध ठहराया था।²¹ विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड द्वारा प्रस्तुत किए मामले के अनुसार तीन विशेष परिस्थितियों के तहत महिलाओं एवं लड़कियों को गर्भ समापन का कानूनी हक दिया गया था: (1) जब गर्भावस्था के कारण गर्भवती महिला के स्वास्थ्य या जीवन को खतरा हो; (2) जब भ्रूण ऐसी गंभीर विकृतियों से ग्रस्त हो जो गर्भ से बाहर उसका जीवन असंभव बना दे; और (3) जब गर्भधारण का कारण बलात्कार या व्यभिचार हो। इस प्रकार, ओर्डोनेज़ उस प्रमुख अदालती फैसले को लागू कराने के लिए ज़िम्मेदार हुए, जो उनके विचार में धार्मिक पारिवारिक मूल्यों के लिए खतरा पैदा करने वाले थे।

5 जून 2008 को कोलम्बियाई काउन्सिल ऑफ स्टेट ने आपातकालीन गर्भनिरोध पर प्रतिबंध लगाने के एंटी-चॉयस समूह के प्रयास को यह कहते हुए नकार दिया कि आपातकालीन

• कृपया अल्बा रुइबल का वह लेख भी देखें, जिसमें आंदोलन और प्रति-आंदोलन की प्रक्रिया के रूप में कोलम्बिया में गर्भपात कानून में सुधार के खिलाफ प्रतिक्रिया के इतिहास का वर्णन किया गया है।¹⁶

गर्भनिरोधक वास्तव में गर्भनिरोध का तरीका है, गर्भ समापन का नहीं, और इस लिहाज से इसका इस्तेमाल कोलम्बियाई संविधान के अनुरूप है।²²

कार्यभार ग्रहण करने पर ओर्डोनेज़ ने संविधान का पालन करने और प्रजनन अधिकारों सहित मानव अधिकारों का संरक्षण करने की अपने संवैधानिक ज़िम्मेदारियों पर अपनी निजी मान्यताओं को वरीयता देने का फैसला लिया। 10 मई 2009 को ओर्डोनेज़ ने ज्ञापन 030 जारी किया, जिसमें सरकारी अधिकारियों को अजन्मे बच्चों के अधिकारों के संरक्षण के उपाय करने को कहा गया।²³ सी-355/06 फैसले में साफ तौर पर कहा गया था कि अजन्मे बच्चों के न्यायोचित अधिकार नहीं होते हैं। 21 अक्टूबर 2009 को यौन एवं प्रजनन अधिकारों पर शिक्षण अभियानों की ज़रूरत बताने वाले एक अदालती फैसले के बाद उसने एक प्रेस विज्ञप्ति जारी की, जिसमें यह कहा गया था कि वह “गर्भ समापन को बढ़ावा देने वाले ऐसे बड़े अभियान” का विरोध करेगा।²⁴ इसके बाद, 7 दिसंबर 2009 को प्रोक्व्यूरेडॉर ने एक प्रेस विज्ञप्ति जारी की जिसमें आपातकालीन गर्भनिरोध को गर्भ समापन का तरीका बताते हुए यह एलान, किया गया कि आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों पर चिकित्सीय²⁶ एवं न्यायिक²⁷ निर्णय आने के बावजूद प्रतिबंध लगाया जाएगा।

इसके अलावा, ओर्डोनेज़ ने गर्भ समापन-विरोधी गठबंधन की संस्थापक, इलवा माइरियम होयोस को उप प्रोक्व्यूरेडॉर नियुक्त किया और उसे, बच्चों, किशोरों और परिवार की ज़िम्मेदारियां सौंप दीं।²⁸ सी-355/06 फैसले के बाद एंटी-चॉयस आंदोलन की नेता की हैसियत में उसने सार्वजनिक रूप से

घोषणा कर दी कि वह इस फैसले को बदलने के लिए अपनी पूरी ताकत का इस्तेमाल करेगी, अर्थात् गर्भ समापन के सभी आधारों को दोबारा आपराधिक करार देगी।²⁹ यानी उप-प्रोक्व्यूरेडॉर होने के नाते उसकी ज़िम्मेदारियों में महिलाओं को संविधान द्वारा प्रदान गर्भ समापन सुविधाएं मुहैया कराना और फैसले को लागू करवाना भी शामिल था।

2 मार्च 2010 को होयोस ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य विभाग के प्रमुख को उनके द्वारा फैसले सी-355/06 के अनुपालन के संबंध में जारी किए गए ज्ञापन के जवाब में एक पत्र लिखा। राष्ट्रीय स्वास्थ्य विभाग (सुपरिन्टेन्डेन्सिया डे सलू) कोलम्बिया में सभी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का पर्यवेक्षण करता है। अपने पत्र में होयोस ने यह दलील दी कि गर्भ समापन को अधिकार नहीं माना गया है, जबकि संवैधानिक न्यायशास्त्र में स्पष्ट रूप से इसे अधिकार का दर्जा दिया गया है। इस तरह उसने दर्ज किया कि स्वास्थ्य विभाग को यह सुनिश्चित करने की ज़रूरत नहीं है कि सी-355/06 फैसले के अनुसार सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली, गर्भ समापन सुविधा प्रदान कर रही है, क्योंकि गर्भ समापन सुविधा को विभाग के स्वास्थ्य अनुदेश के तहत शामिल नहीं किया जा सकता।

इसके अलावा, 2011 में मेडेलिन के मेयर ने महिलाओं को प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं सहित कई प्रकार की सेवाएं प्रदान करने के लिए महिला स्वास्थ्य क्लिनिक खोलने की योजनाओं का एलान किया।³⁰ इसके जवाब में प्रोक्व्यूरेडॉर, ओर्डोनेज़ ने अपने अनुशासनात्मक अधिकारों के तहत मेयर की जांच कराने की घोषणा कर दी और उप-प्रोक्व्यूरेडॉर,

होयोस ने खास तौर पर क्लीनिक की जांच के लिए एक विशेष कार्यकारी समूह का गठन कर दिया।³¹ मानव अधिकारों की रक्षा के लिए जिम्मेदार इन वरिष्ठ सरकारी अधिकारियों की कार्रवाई से यह उजागर हो गया कि वे व्यक्तिगत तौर पर न केवल मानव अधिकारों के विरोधी थे, बल्कि प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के खिलाफ लड़ने के लिए अपने पद का लाभ उठाने के लिए भी तैयार थे।

अंत में, 2011 में प्रोक््यूरेडॉर कार्यालय के एक अन्य अधिकारी ने भी राष्ट्रीय स्वास्थ्य व्यवस्था के अंतर्गत 'मीसोप्रोस्टोल' को एक अनिवार्य दवा के रूप में शामिल करने के फैसले को चुनौती देना शुरू कर दिया। प्रोक््यूडोरा, मारिया यूजीनिया कैरेनो ने सामाजिक संरक्षण मंत्रालय को यह बताते हुए पत्र लिखा कि कोलम्बिया के औषधि विनियामक अधिकरणों ने मीसोप्रोस्टोल को मंजूरी नहीं दी है और विश्व स्वास्थ्य संगठन ने इसकी सुरक्षा को लेकर संदेह जताया है। पर सच तो यह था कि, विश्व स्वास्थ्य संगठन ने मीसोप्रोस्टोल को कई प्रसूति सेवाओं और प्रेरित गर्भपात के मामलों में एक दवा के रूप में इस्तेमाल करने और इसे आवश्यक दवाओं की सूची में शामिल करने की मंजूरी प्रदान कर दी थी।³²

विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड ने इस जटिल पृष्ठभूमि के होते हुए, मुकदमेबाजी करने की चार परिस्थितियों का आंकलन किया और प्रजनन अधिकारों एवं स्वास्थ्य के संरक्षण और बढ़ावा देने के लिए एक पैरवी रणनीति बनाई।

कोलम्बिया के लिए चार परिस्थिति विश्लेषण

पहला, कोलम्बिया में स्पष्ट अधिकार ढांचा मौजूद है। 1991 का कोलम्बियाई संविधान सामाजिक, आर्थिक, और सांस्कृतिक अधिकारों की रक्षा करता है।³³ अनुच्छेद 49 द्वारा राज्य को दायित्व सौंपा गया है कि वह एक स्वास्थ्य प्रणाली की स्थापना और उसका संचालन करें, जिसमें न्यूनतम स्तर की मुफ्त देखभाल मुहैया कराई जाए।³⁴ संवैधानिक न्यायालय ने भी सी-355/06 फैसले के माध्यम से विशेष तौर पर मुफ्त गर्भ समापन सेवाओं का अधिकार प्रदान किया है। अंत में, कोलम्बियाई संविधान में, घरेलू कानूनी ढांचे में अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधियों को भी सीधे तौर पर शामिल किया गया है।³⁵ इसका अर्थ यह है कि न्यायाधीश अपने फैसलों में अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार मानकों को सीधे तौर पर लागू कर सकते हैं।

1991 के कोलम्बिया के संविधान द्वारा टुटेला (सुरक्षा रिट),³⁶ का अधिकार प्रदान किया गया था, जो समयबद्ध तरीके से संविधान द्वारा गारंटी प्राप्त अधिकारों की रक्षा के लिए बनाया गया है। हर नागरिक को हक है कि अपने मौलिक अधिकारों के हनन या उल्लंघन होने पर वह सुरक्षा रिट (टुटेला) दायर करे जिस पर दस दिनों के भीतर न्यायाधीश को प्रतिक्रिया देनी होगी। 1991 से विभिन्न अधिकारों को लागू कराने के लिए टुटेला सुरक्षा रिट का इस्तेमाल बार-बार किया गया है।³⁷ नागरिकों को इस प्रक्रिया की जानकारी

• इस प्रकार, 8 सितंबर, 2009 को उन्होंने घोषणा की थी कि मेडेलिन में महिला क्लीनिक खोलने के लिए जिम्मेदार एजेंसियों पर "निवारक नियंत्रण" लागू करने के लिए एक विशेष कार्य समूह का गठन किया गया है।

है और यह लोकप्रिय अधिकार चेतना का हिस्सा है। इस सुरक्षा रिट टुटेला का इस्तेमाल, विशेष रूप से सी-355/06 फैसले को लागू करवाने के लिए किया गया था।³⁸

दूसरा, कोलम्बियाई संविधान यह घोषणा करता है कि न्यायपालिका स्वतंत्र है,³⁹ और इसमें ऐसा संस्थागत प्रारूप शामिल है, जो न्यायिक स्वतंत्रता का समर्थन करता है। सुप्रीम कोर्ट ऑफ जस्टिस, दीवानी और फौजदारी मामलों के लिए सर्वोच्च न्यायालय है। संविधान की व्याख्या करने वाले अंतिम मध्यस्थ के रूप में संवैधानिक न्यायालय का गठन किया गया था। सुप्रीम कोर्ट ऑफ जस्टिस के न्यायाधीशों का चुनाव, न्यायपालिका के वरिष्ठ परिषद द्वारा तैयार की गई सूचियों से किया जाता है।⁴⁰ सीनेट, संवैधानिक न्यायालय के सदस्यों को निर्वाचित करती है।⁴¹ न्यायाधीश बनने के लिए वकीलों के पास कम से कम दस सालों का अनुभव होना चाहिए।⁴² इसके अलावा, न्यायाधीश, न्यायपालिका के वरिष्ठ परिषद के अनुशासनिक नियंत्रण के अधीन हैं और प्रोक््यूरेडॉर की अनुशासनात्मक सत्ता के अधीन नहीं हैं।⁴³

हालांकि, व्यावहारिक तौर पर नियुक्ति प्रक्रिया के माध्यम से अदालतों का राजनीतिकरण होना संभव है। इसके अलावा, इन उच्च न्यायालयों के न्यायाधीशों के सेवा की अवधि आठ वर्षों की होती है,⁴⁴ और दुबारा नियुक्ति होने के विचार इन पर प्रभाव डाल सकते हैं। जिस समय विमेंस लिंक सुप्रीम कोर्ट ऑफ जस्टिस और संवैधानिक न्यायालय के न्यायाधीशों का मूल्यांकन करने के बाद मुकदमा दायर करने पर विचार कर रही थी,

तब हमें विश्वास था कि उच्च स्तरीय न्यायिक स्वतंत्रता अभी भी मौजूद है। उदाहरण के तौर पर, सुप्रीम कोर्ट ऑफ जस्टिस को जब मालूम हुआ कि कार्यपालिका के सदस्य गैर-कानूनी तरीके से न्यायाधीशों के फोन टैप कर रहे हैं, तो कार्यपालिका ने सार्वजनिक तौर पर अपना विरोध दर्ज किया।⁴⁵ विमेंस लिंक ने माना कि यह दूसरी परिस्थिति को पूरा करता है।

तीसरा, विमेंस लिंक के पास जनहित याचिका क्षेत्र में काम करने का काफी अनुभव था। हमने आपराधिक शिकायत दर्ज करने की संभावना को नकार दिया। चूंकि हमारे सदस्य संवैधानिक और प्रशासनिक दोनों तरह के कानूनों के विशेषज्ञ हैं, लिहाजा हमें विश्वास था कि हमारे पास अनुशासनिक शिकायत या संवैधानिक मामला दायर करने के लिए ज़रूरी तकनीकी कानूनी कौशल मौजूद है। यदि हम दूसरी किसी तरह की कानूनी कार्रवाई के बारे में सोच रहे होते तो हमारा विचार कुछ और होता।

चौथा, विमेंस लिंक ने यह पाया कि उस समय एक मज़बूत सहयोगी ढांचा मौजूद था। कई नागरिक समाज संगठन प्रोक््यूरेडॉर के खिलाफ एकजुट हो रहे थे। इनमें से कुछ संगठनों ने अपनी पैरवी अधिकारों के उल्लंघन के रूप में तैयार की थी, लेकिन किसी ने भी कोई मुकदमा दायर नहीं किया था। प्रोक््यूरेडॉर की कार्रवाइयों के खिलाफ इन संगठनों में कोई ठोस गठबंधन नहीं था, हालांकि विमेंस लिंक ने महसूस किया था कि सभी की मिली-जुली राय यह है कि कोई ठोस कदम उठाए जाने की ज़रूरत है। इसलिए विमेंस लिंक ने तय किया कि इस रणनीति को

रणनीतिक मुकदमेबाजी को सहयोग देने के लिए पूर्णतः सशक्त बनाया जा सकता है।

इन चारों स्थितियों की समीक्षा करने के बाद, विमेंस लिंक ने यह निष्कर्ष निकाला कि रणनीतिक मुकदमेबाजी एक व्यवहार्य संभावना है। इसके बाद हमने उन खास कानूनी रणनीतियों का विशेष प्रारूप बनाना शुरू किया, जो इस प्रतिकूल संदर्भ में हमारे द्वारा किए चारों परिस्थितियों के विश्लेषण को ध्यान में रखेंगी।

अदालतों के ज़रिए प्रजनन अधिकारों और स्वास्थ्य को संरक्षण और बढ़ावा देना

सबसे पहले हमने प्रोक्यूरेडॉर के खिलाफ एक अनुशासनिक शिकायत दर्ज करने का फैसला किया। यह रणनीति इसलिए अपनाई गई, क्योंकि हमारा मानना था कि इस तरह हम इन सभी तरीकों का ब्यौरा दे पाएंगे, जिनके तहत प्रोक्यूरेडॉर अपनी संवैधानिक ज़िम्मेदारियों का पालन नहीं कर रहा था। इसके अलावा, सुप्रीम कोर्ट ऑफ जस्टिस प्रोक्यूरेडॉर के खिलाफ शिकायतों की सुनवाई के लिए ज़िम्मेदार है, और विमेंस लिंक का यह निष्कर्ष था कि अदालत में उच्च स्तर की न्यायिक स्वतंत्रता और मानव अधिकारों के प्रति प्रतिबद्धता थी हमने यह भी महसूस किया कि हम जनता और अन्य नागरिक समाज संगठनों को साथ जोड़ने के लिए एक मज़बूत संचार और गठबंधन रणनीति तैयार कर सकते हैं। इस रणनीति में प्रोक्यूरेडॉर द्वारा अपनी संवैधानिक भूमिका के खिलाफ अपने निजी धार्मिक-मूल्यों की समझ को सरकारी अधिकारियों पर थोपने के व्यवहार पर केंद्रित किया गया था। जिस दिन शिकायत दर्ज की गई, उसी दिन विमेंस लिंक ने इस दावे

की ओर ध्यान खींचने के लिए सहयोगी संगठनों के साथ मिलकर प्रोक्यूरेडॉर के खिलाफ चार प्रमुख शहरों में कम खर्च पर मोमबत्ती जुलूस का आयोजन किया। इस आयोजन का प्रचार करने के लिए हमने सोशल मीडिया का इस्तेमाल किया तथा पत्रकारों, स्तंभ लेखकों, अन्य महिला अधिकार समूहों, एलजीबीटीआई समूहों व 'कैथोलिक्स फॉर चाइस' के साथ जागरूकता मुहिम चलाई। इन आयोजनों के दौरान हमने प्रोक्यूरेडॉर की फोटो वाली माचिस की डिब्बी बांटी जिससे लोगों तक यह संदेश पहुंचे कि एक धार्मिक अतिवादी व्यक्ति किस तरह हमारे संवैधानिक अधिकारों के लिए खतरा बन सकता है। इस अभियान का नाम, 'नो मास ऑस्कुरान्टिस्मो' (अब कोई अंधेर नहीं) था।

दुर्भाग्य से, इस मुकदमेबाजी के दौरान न्यायपालिका की स्वतंत्रता से जुड़ी दूसरी परिस्थिति बदल गई। सुप्रीम कोर्ट ऑफ जस्टिस ने आधिकारिक तौर पर शिकायत की जांच शुरू करने में छह महीने का समय लगा दिया। इस अवधि के दौरान, न्यायालय की संरचना में कई बदलाव आए। स्वतंत्र और अधिकारों के प्रति समर्पित माने जाने वाले कई न्यायाधीशों का कार्यकाल समाप्त हो गया। प्रमुख न्यायाधीश, जिन्हें पीठ की मज़बूत स्वतंत्र आवाज़ माना जाता था, ने भी परिवार में किसी के बीमार होने पर व्यक्तिगत कारणों से इस्तीफा दे दिया।

इसलिए न्यायालय में नए न्यायाधीशों की नियुक्ति हुई। हालांकि इनमें से कई न्यायाधीशों के उन लोगों के साथ पारिवारिक या व्यक्तिगत संबंध थे, जो प्रोक्यूरेडॉर के साथ काम करते थे।⁴⁶ ऐसी परिस्थिति में विमेंस लिंक को लगा कि न्यायालय

की संरचना अब पूर्ण रूप से स्वतंत्र नहीं रह गई है। न्यायालय द्वारा: जांच की कार्यवाही शुरू होने के बावजूद, विमेंस लिंक को यह मुकदमा लड़ना व्यावहारिक नहीं लगा। फिर भी, अगले डेढ़ साल तक हमने प्रोक््यूरेडॉर द्वारा पद के दुरुपयोग के बारे में जनता को जागरूक करने के लिए कानूनी प्रक्रिया जारी रखी। आखिरकार नवंबर 2012 में मामला खारिज कर दिया गया।

इन हालातों में, हमने चारों परिस्थितियों का दोबारा मूल्यांकन किया। इस बार हमने संवैधानिक न्यायालय का रुख किया, क्योंकि वही एक मात्र न्यायिक निकाय थी, जो प्रोक््यूरेडॉर संबंधित महत्वपूर्ण निर्णय जारी कर रही थी। उदाहरण के तौर पर, न्यायालय ने पहले ही प्रोक््यूरेडॉर को यौन एवं प्रजनन अधिकारों पर शैक्षिक अभियान चलाने के आदेशों के पालन कह हिदायत दी थी।⁴⁷ उन्होंने स्पष्ट तौर पर कहा कि संस्थाएं नैतिक आपत्तिकर्ता नहीं हो सकती और व्यक्तिगत आशंकाओं के बावजूद, किसी भी नैतिक आपत्ति के आधार पर महिला अधिकारों की अवहेलना नहीं की जा सकती।

इसके बाद, हमें इस न्यायालय के लिए एक कानूनी रणनीति बनाने की ज़रूरत थी। हालांकि हमें पूरा संदेह था कि प्रोक््यूरेडॉर की गतिविधियां दूसरे अधिकारियों को प्रजनन अधिकार सुनिश्चित करने से रोक रही थीं, फिर भी हमारे पास उसके काम, दूसरे अधिकारियों की गतिविधियों और प्रजनन अधिकारों के उल्लंघन के बीच संबंध साबित करने के लिए कोई सबूत नहीं थे। इसके अलावा, हमारा अनुभव यह रहा है कि अधिकांश महिलाएं, जिन्हें वैध गर्भ समापन सेवाएं हासिल करने में परेशानी

का सामना करना पड़ता है, मुकदमेबाजी के झंझट में नहीं पड़ना चाहतीं। कुछ महिलाएं जिन्होंने मुकदमा किया भी था, उन्हें कलंकित होकर इस मामले में पड़ने की भारी कीमत चुकानी पड़ी थी।⁴⁸ इसलिए हमने तय किया कि हम खुद ही ऐसा केस तैयार करेंगे जिसमें हम किसी महिला की कहानी पर निर्भर नहीं होंगे।

हमने प्रोक््यूरेडॉर द्वारा प्रजनन अधिकारों से जुड़ी गतिविधियों की निगरानी से हासिल सबूतों के आधार पर एक केस बनाया। हमें पता था कि प्रोक््यूरेडॉर और उसके सहयोगियों ने सार्वजनिक तौर पर और अपने प्रशासनिक नियंत्रण के अधीन अधिकारियों के बीच अविश्वसनीय और गुमराह करने वाली जानकारी बांटी थी। तब हमने सूचना के अधिकार के तहत मौलिक अधिकारों के हनन या उल्लंघन की सुरक्षा याचिका (टुटेला) दायर करने का फैसला किया। कोलम्बियाई संविधान के तहत अनुच्छेद 2049 और अंतर अमेरिकी समझौते के अनुच्छेद 13(1).50 द्वारा सूचना के अधिकार को संरक्षण दिया गया है।

कोलम्बिया के विभिन्न क्षेत्रों के सहयोगी समूहों, जैसे कि कैली से सी मुइए, बुकारामंगा से मुइए वाई यूटूरो, मडेलिन से रेद दे डेरेचौस सेक्सुआलस य रिप्रोडक्टिवो और परेरा से कॉन्तिगो मुइए के साथ काम करते हुए, हमें पता चला कि पूरे देश से प्रजनन आयु की 1,280 महिलाओं ने प्रोक््यूरेडॉर पर झूठे और बरगलाने वाले बयान जारी करके उनके प्रजनन अधिकारों संबंधी जानकारी के मौलिक अधिकार का उल्लंघन करने का आरोप लगाते हुए संयुक्त रूप से शिकायत दर्ज करने के लिए अपनी रज़ामंदी दी

है। सुरक्षा याचिका (टुटेला) में यह तर्क दिया गया कि सरकारी अधिकारियों को अपने कर्तव्यों का पालन करते समय कानूनी मानदंडों व तथ्यपरक जानकारी से अपनी व्यक्तिगत राय को अलग रखना चाहिए। पहला दावा अक्टूबर 2011 में प्रथम घटना न्यायालय में दायर किया गया जो जनवरी, 2012 में संवैधानिक न्यायालय पहुंचा।

इस समय, विमेंस लिंक ने अन्य राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय नागरिक समाज संगठनों से इस स्थिति का समर्थन करने वाली कानूनी जानकारियां हासिल की। कोलम्बिया में, प्रजनन अधिकारों का समर्थन करने वाले पुरुषों के एक समूह, पत्रकारों के एक समूह, और अनेक नागरिक समाज संगठनों ने सूचना के अधिकार का समर्थन करते हुए दलील पेश की। अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर, अनेक संगठनों ने प्रजनन अधिकार ढांचे के तहत, राज्य से सटीक जानकारी पाने के अधिकार के लिए अंतर्राष्ट्रीय कानून में दर्ज सहयोगी वाक्यांशों की रूपरेखा प्रस्तुत की। इससे अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर समर्थन का दायरा बढ़ा, जो क्षेत्रीय या अंतर्राष्ट्रीय अधिकरण में मामला पहुंचने पर बेहद कारगर हो सकता था।

संप्रेषण रणनीति संदेश में कहा गया था कि प्रोक्यूरेडॉर और उसके सहयोगी अधिकारी, प्रजनन अधिकारों के कार्यान्वयन में बाधा पहुंचाने के लिए झूठ का सहारा ले रहे थे। हमारा मत था कि व्यक्तिगत रूप से वे कुछ अधिकारों को मान्यता

प्रदान करने के विरोधी हों, परंतु सार्वजनिक कर्मचारी होने की हैसियत से उनकी जिम्मेदारी बनती है कि वे सटीक और विश्वसनीय जानकारी प्रदान करें। इस संदेश को उन लोगों ने भी स्वीकारा, जो कुछ प्रजनन अधिकारों का विरोध कर रहे थे, लेकिन यह मानते थे कि अपने संवैधानिक दायित्वों का निर्वाह करते समय अधिकारियों को पारदर्शी और सत्यावान होना चाहिए।

10 अगस्त 2012 को संवैधानिक न्यायालय ने फैसला टी-627/12 जारी किया, जिसमें पाया गया कि प्रोक्यूरेडॉर, ओर्डोनेज, निरीक्षक होयोस और निरीक्षक कैरेनो ने प्रजनन अधिकारों के बारे में झूठी जानकारी प्रदान की थी और गर्भ समापन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग और शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य के अधिकार का हनन या उल्लंघन किया था। अदालत ने प्रोक्यूरेडॉर और उसके सहायकों को 72 घंटों के अंदर इस झूठी जानकारी को सही करने आदेश दिया। अदालत के आदेश की अवहेलना करने पर जेल की सजा हो सकती थी।⁵¹

अदालत ने खास तौर पर प्रोक्यूरेडॉर को अपने उस बयान को वापस लेने की भी हिदायत दी, जिसमें कहा गया था कि प्रजनन अधिकारों संबंधी स्वास्थ्य अभियान, गर्भ समापन को बढ़ावा देने वाले अभियान हैं, आपातकालीन गर्भनिरोध, दरअसल गर्भ समापन कराता है, और मीसोप्रोस्टोल असुरक्षित

- निम्नलिखित अदालती सार प्रस्तुत किए गए: सूचना का अधिकार और अभिव्यक्ति की स्वतंत्रता (Asociación por los Derechos Civiles, Argentina) (एसोसिएशन पोर लॉस डेरेकोस सिविल्स, अर्जेटीना); सूचना का अधिकार (Centro de Investigación y Docencia Economicas, Mexico) प्रजनन अधिकारों के लिए सूचना का महत्व (सेन्टर फॉर रिप्रोडक्टिव राइट्स, कोलम्बिया एंड ग्लोबल); संवैधानिक अधिकार (डेजस्टीसिया कोलम्बिया); प्रजनन अधिकारों पर पुरुषों के अधिकार (कोलंबियाई वकील सैंटियागो पर्दों के नेतृत्व में); पत्रकारों के कर्तव्य (कैटालिना रूज़-नवारो के नेतृत्व में)।

औषधि है, अधिकारियों को गर्भ समापन अधिकार लागू नहीं करना चाहिए, क्योंकि यह अधिकार नहीं है, और यह कि संस्थाओं को समग्र रूप से नैतिक आपति दर्ज करने की अनुमति है। इसके अलावा, प्रोक्व्यूरेडॉर को सार्वजनिक तौर पर यह भी स्पष्ट करना था कि सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से कोलम्बियाई महिलाओं के लिए आपातकालीन गर्भनिरोधक आसानी से उपलब्ध है। होयोस को मजबूर किया गया कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य विभाग के प्रमुख को लिखा गया अपना पत्र वापस लें, जिसमें उसने लिखा था कि गर्भ समापन एक अधिकार नहीं है और गर्भ समापन सेवाओं का लाभ उठाने के लिए कानूनी बाधाएं हटाने की कोई ज़रूरत नहीं है। इसके अलावा, अदालत ने स्वास्थ्य नियमन आयोग को राष्ट्रीय स्वास्थ्य योजनाओं में मीसोप्रोस्टोल शामिल करने की प्रक्रिया जारी रखने का आदेश दिया।

प्रोक्व्यूरेडॉर और उसके सहकर्मियों को अपने ये बयान उसी तरह सार्वजनिक करने के लिए मजबूर किया गया, जिस तरह उन्होंने अपने शुरूआती झूठे और भ्रमक बयान जारी किए थे। इस ख़बर को मीडिया का पूरा समर्थन मिला।⁵² एक साप्ताहिक पत्रिका, रेविस्टा सिमाना ने इस फैसले को ऐतिहासिक करार दिया।⁵³ एक प्रमुख कोलम्बियाई समाचार पत्र, अल टीम्पो में वादी समूह के एक चित्र के साथ पूरे पेज की कहानी छपी गई थी।⁴⁵ कोलम्बिया में प्रजनन अधिकारों पर काम कर रहे संगठनों ने एकजुट होकर रविवार के समाचार पत्र में एक पूरे पेज का विज्ञापन दिया, जिसमें प्रोक्व्यूरेडॉर द्वारा इस्तेमाल की गई झूठी जानकारी, सही जानकारी और इस कानूनी

जीत से महिलाओं के जीवन पर पड़ने वाले प्रभाव का ब्यौरा दिया गया।

इसके परिणामस्वरूप, आपातकालीन गर्भनिरोध अब कानूनी और सुलभ है, मीसोप्रोस्टोल को स्वास्थ्य योजना में शामिल किया गया है, संस्थानों को नैतिक आपति करने का अधिकार नहीं है, और संवैधानिक न्यायशास्त्र में दर्ज आदेश के अनुसार राष्ट्रीय स्वास्थ्य विभाग ने वैध और सुरक्षित गर्भ समापन प्रदत्त संबंधी नए दिशानिर्देश जारी कर दिए हैं। इस पर्व के लेखन के समय तक प्रजनन अधिकारों पर यौन शिक्षा अभियानों का कार्यान्वयन शुरू नहीं किया गया था।

सारांश

इस पर्व से हमें यह जानकारी मिलती है कि रणनीतिक मुकदमेबाज़ी को किस तरह आगे ले जाया जा सकता है और साथ ही यह भी समझने का मौका मिलता है कि पैरवी के एक साधन के रूप में यह अदालत की चारदीवारी के बाहर लोगों के मूल्यों और मानदंडों को प्रभावित करने के अनेक मौके ज़रूर प्रदान करता है, हालांकि यह सुनिश्चित नहीं है कि इसकी मदद से हर समय कानूनी सफलता हासिल हो। हालांकि, हमने मुकदमेबाज़ी का रास्ता अपनाने से पहले पैरवी के अन्य तरीकों पर सावधानीपूर्वक व विस्तृत विश्लेषण को ज़िम्मेदारी के साथ पूरा करने के महत्व को भी दर्शाया है। हालांकि यह स्पष्ट है कि चार परिस्थिति विश्लेषण कभी भी पूरी तरह सफल नहीं होगा, फिर भी यह ज़रूरी है कि कानूनी पैरोकार यह समझें कि यदि वे अपनी मुकदमेबाज़ी के प्रयासों के फलस्वरूप समाज में स्थायी बदलाव देखना चाहते हैं तो उन्हें ऐसी

रणनीतियां बनानी होंगी, जो इन सभी चारों, और विशेष रूप से सबसे कमजोर समझी जाने वाली परिस्थिति को विकसित और सशक्त बनाएं।

इस लेख में प्रस्तुत किए गए दोनों मामले, चारों परिस्थितियों के आपसी संबंधों को दर्शाते हैं। इनसे पता चलता है कि अधिकार ढांचे को लागू करने की मंशा रखने वाले न्यायाधीशों के सामने मामले को लाने से तथा अदालती दायरे से बाहर सामाजिक आंदोलनों और जनमत से जुड़ाव बनाने वाली अंतरसंबंधी कानूनी, संप्रेषण और गठबंधन रणनीतियां बनाकर, अधिकारों के हनन को संबोधित करने वाले माहौल को बढ़ावा देने से किस तरह रणनीतिक मुकदमेंबाजी का इस्तेमाल सामाजिक बदलाव को प्रोत्साहन देने के लिए किया जा सकता है।

अनुशासनिक शिकायत से यह उजागर होता है कि स्वतंत्र और प्रतिबद्ध न्यायाधीशों की मौजूदगी के बिना, कानूनी सफलता हासिल करना बहुत ही मुश्किल है, फिर चाहे अधिकार ढांचा कितना ही उदार क्यों न हो, स्पष्ट तौर पर उल्लंघन किया गया हो, मामला अच्छी तरह तैयार किया गया हो, और नागरिक समाज संगठनों ने जनमत का सहयोग सफलतापूर्वक हासिल कर लिया हो। हालांकि इससे मुकदमेबाजी प्रक्रिया में गठबंधन और संप्रेषण रणनीति को शामिल करने के महत्व का भी पता चलता है। यद्यपि, अंत में शिकायत खारिज कर दी गई और हमें कोई कानूनी सफलता नहीं मिली, लेकिन इससे हमें यह संदेश देने का अवसर मिला कि प्रोक््यूरेडॉर मौलिक अधिकारों और खासकर महिलाओं की स्वतंत्रता के लिए खतरा था।⁵⁴ इसने देश भर के समूहों को तथा

नागरिक समाज के एक बड़े हिस्से को, जिसमें प्रजनन स्वास्थ्य से सरोकार रखने वाले लोग भी शामिल थे, को साथ लाने के लिए एक मंच भी तैयार किया, जो नियमित रूप से प्रोक््यूरेडॉर और उसके सहयोगियों के काम की समीक्षा करते हैं और मानवाधिकार व कानून विरोधी पक्षों की निंदा करते हैं।^{55,56}

सूचना के अधिकार पर सुरक्षा याचिका (टुटेला) ने यह साबित कर दिखाया कि अगर नागरिक समाज चाहे तो किसी भी सत्ताधारी अधिकारी को जवाबदेह बना सकता है, बशर्ते संगठन में क्षमता हो कि वह ऐसी रचनात्मक बहस तैयार कर सके, जिसमें समस्याओं को अधिकारों के उल्लंघन के रूप में पेश किया जा सके और समाधान के लिए अदालत के सहयोग की मांग की जा सके। सूचना के अधिकार के तहत प्रजनन योग्य उम्र की कोई भी महिला, जिसे जानकारी देने से इंकार किया गया हो, वादी बनकर दावा कर सकती है। कानूनी जानकारी के आधार पर महिला व प्रजनन स्वास्थ्य के साथ समन्वय करने से न सिर्फ फैसले के प्रभाव में वृद्धि हुई, बल्कि वादी के रूप में जुड़ने वाले लोगों का सशक्तिकरण भी संभव हुआ।

दुनिया भर में प्रजनन अधिकारों और स्वास्थ्य का कड़ा विरोध होना एक आम बात है। प्रजनन अधिकार क्षेत्र में, हर पल बढ़ने वाले विरोधियों ने भी अब अपने विमर्श में अधिकार ढांचे का इस्तेमाल करना शुरू कर दिया है, जिससे यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार आंदोलन को रणनीतिक मुकदमेबाजी जैसी नई और कारगर रणनीतियों के इस्तेमाल ने जोर पकड़ा है। अधिकारों

को बढ़ावा देने के साथ-साथ सरकार को जवाबदेह बनाने और मानव अधिकार दायित्वों को सुनिश्चित करने के लिए रणनीतिक मुकदमेबाजी एक बहुत ही सशक्त साधन है। इन रणनीतियों को दूसरे संदर्भों में इस्तेमाल के लिए उनके अनुकूल बनाया जा सकता है। हम आशा करते हैं कि ये रणनीतियां अन्य लोगों को भी रणनीतिक मुकदमेबाजी का उपयोग करके प्रजनन अधिकारों को संरक्षण और बढ़ावा देने के लिए दूसरों को प्रेरित करेंगी, खासकर तब, जब महिलाएं अपने अधिकारों का पूरी तरह उपयोग न कर पा रही हों।

आभार

यह लेख, विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड की विस्तृत कार्यप्रणाली की पूर्वप्रस्तुति (प्रिव्यू) है, जिसमें सभी चार परिस्थितियों के आंकलन के तरीकों और उस मानचित्रण (मैपिंग) से मिले परिणामों के आधार पर रणनीतियां बनाने से संबंधित खंड भी शामिल हैं। इस प्रकाशन में मुकदमेबाजी प्रक्रिया की कानूनी, संप्रेषण, और गठबंधन रणनीतियों को परिभाषित करने व उनका प्रारूप बनाने संबंधी दिशानिर्देश भी शामिल किए जाएंगे। लेखक विशेष तौर पर एल्सा मीनी का धन्यवाद करना चाहेंगे, जिनकी भागीदारी से यह लेख लिखा जा सका है। हम, विवियाना वाइसमैन, अरियादना टोवर, मारियाना आर्डिला, कैरोलीना, डुएनॉस, ब्लेकली डेक्टर और राफेला मेनेज़ीस के भी उनके बहुमूल्य योगदान के लिए आभारी हैं। इस लेख के लिए विचारों का विकास, विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड द्वारा किए गए काम के एक हिस्से के रूप में किया गया था, जो उनके उदार अनुदानकर्ताओं द्वारा संभव हो पाया है। इन प्रक्रियाओं के दस्तावेज़ीकरण

को बढ़ावा देने के लिए लेखक आईपीपीएफ/डब्ल्यूएचआर के विशेष रूप से आभारी हैं।

लेखक:

- अ प्रभारी उपाध्यक्ष, स्ट्रेटेंजि एंड एक्सटर्नल रिलेशन्स, विमेंस लिंक वर्ल्डवाइड, बोगोटा, कोलम्बिया।
पत्राचार: m.roa@womenslinkworldwide.org
- ब एसोसिएट प्रोफेसर, स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, फैकल्टी ऑफ हेल्थ साइंसेज़, यूनिवर्सिटी ऑफ विटवाटसरैन्ड, जोहान्सबर्ग, दक्षिण अफ्रीका

संदर्भ

1. Mahoney K. The myth of judicial neutrality: the role of judicial education in the fair administration of justice. *Willamette Law Review* 1996;32(4):785–820.
2. Rekosh E, et al, editors. Pursuing the Public Interest, A Handbook for Legal Professionals and Activists. p. 81–82. http://www.pilnet.org/component/docman/doc_download/35-pursuing-the-public-interest-a-handbook-for-legal.html.
3. Dreier AS. Strategy, Planning and Litigating to Win. Candor NY: Telos Press Ltd; 2012. p.54–55.
4. Tushnet M. The Hartman Holz Lecture: Dialogical Judicial Review. *Arkansas Law Review* 2008;61:205, on <http://lawlib.wlu.edu/CLJC/index.aspx?mainid=93&issuedate=2008-07-23&homepage=no>.
5. Klugman B. Effective social justice advocacy: a theory-of-change framework for assessing progress. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):146–62. Doi: 10.1016/S0968-8080(11)38582-5.
6. Westley F, Zimmerman B, Quinn Patton M. Getting to Maybe: How the world is changed. Toronto: Vintage Canada; 2007.

7. Cohen D, de la Vega R, Watson G. *Advocacy for Social Justice: A Global Action and Reflection Guide*. Oxfam America and Advocacy Institute, Connecticut: Kumarian Press; 2001.
8. García Villegas M. *La eficacia simbólica del derecho*. Tercer Mundo Limitada, Ediciones. 1 January 1993.
9. Inter-American Commission of Human Rights. *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. Mexico*, 2007. <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007eng/Mexico161.02eng.htm>.
10. Human Rights Committee, K.L. v. Peru, Comm'n No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/KL%20HRC%20final%20decision.pdf>.
11. Corte Constitucional, Mayo 10, 2006, Sentencia C-355/06 (Colom.).
12. Epp C. *The Rights Revolution: Lawyers, Activists, and Supreme Courts in Comparative Perspective*. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
13. Center for Reproductive Rights. *In: Reproductive rights are human rights*. New York: CRR; 2009. p.23.
14. Burbank SB, Friedman B. *Reconsidering judicial independence*. In: Burbank SB, Friedman B, editors. *Judicial Independence at the Crossroads: An Interdisciplinary Approach*. London: Sage Publications; 2002.
15. Mahoney K. *Essay: The myth of judicial neutrality: the role of judicial education in the fair administration of justice*. *Willamette Law Review* 1996;32:785 at p.791, on <https://litigation-essentials.lexisnexis.com/webcd/app?action=DocumentDisplay&crawlid=1&srctype=smi&srcid=3B15&doctype=cite&docid=32+Willamette+L.+Rev.+785&key=a82fe8e81ff0d9b02cd6e32b0d7782b4>.
16. Ruibal A. *Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014*. *Reproductive Health Matters* 2014;22(44): 42–51. Doi: 10.1016/S0968-8080(14)44803-1.
17. Constitution of Colombia; 1991. Art. 276.
18. Constitution of Colombia; 1991. Art. 277.
19. Constitution of Colombia; 1991. Art. 278.
20. Ordoñez A. *El nuevo derecho, el nuevo orden mundial y la revolución cultural [The new rule of law, the new world order, and the cultural revolution]*. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley Ltda; 2007.
21. Corte Constitucional [C.C.], Mayo 10, 2006, Sentencia C-355/06 (Colom.).
22. Castellanos A. *Colombian high court rules emergency contraception is not abortion*. *RH Reality Check*. 11 August 2008. <http://rhrefactycheck.org/article/2008/08/11/colombian-high-court-rules-emergency-contraception-is-not-abortion/>.
23. Procuraduría General de la Nación. *Circular Número 030: Directrices para el ejercicio de la funciones del ministerio público, en cumplimiento de la sentencia C-355 de 10 de mayo de 2006, proferida por la corte constitucional y relativa a los casos excepcionales de despenalización del aborto*. Bogotá; 2009 May 13.
24. Procuraduría General de la Nación. *Campañas masivas de promoción del aborto*. Press release. Bogotá. 21 October 2009.
25. Procuraduría General de la Nación. *Press Release: Procuraduría presenta alegatos de conclusión frente a píldora de día después*. Bogotá. 7 December 2009.
26. World Health Organization. *Anticoncepción de emergencia (Nota descriptiva No. 244)*. July 2012.
27. Colombia Consejo de Estado First Section Decision. 5 June 2008.
28. Lemaitre J. *By reason alone: Catholicism, constitutions, and sex in the Americas*. *International Journal of Constitutional Law* 2012;10(2):493. Doi: 10.1093/icon/mor060.

29. Hoyos I. Problemática jurídica de la objeción de conciencia. De nuevo sobre el fallo del aborto. *Persona y Bioética* 2006;10:26, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83210105>.
30. Leon J. La Procuradora Delegada para la Mujer: ¿Juez y parte en el caso de la Clínica de la mujer en Medellín? *La silla vacía* (Colombia). 2009 Sept. 30 [cited 2014 May 13] <http://lasillavacia.com/historia/4529#>.
31. Cruzada contra el aborto. *El Espectador*. 30 October 2012. <http://www.elespectador.com/noticias/temadeldia/cruzadacontra-el-aborto-articulo-384328>.
32. World Health Organization. Aclaracion sobre la postura de la OMS respecto del uso del misoprostol en la comunidad para reducir la mortalidad materna. WHO/RHR/10.11. Geneva: WHO; 2010.
33. Constitution of Colombia; 1991. Chapter 2.
34. Constitution of Colombia; 1991. Article 49.
35. Constitution of Colombia; 1991. Article 93.
36. Constitution of Colombia; 1991. Article 86.
37. Cepeda MJ. Judicial activism in a violent context: the origin, role and impact of the Colombian Constitutional Court. *Washington University Global Studies Law Review* 2004;552:554, on http://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1256&context=law_globalstudies.
38. Corte Constitucional [C.C.], Sentencias T-171/2007, T-209/2008, T-946/ 2008, T-388/2009, T-585/2010, T-636/2011, T-841/2011, and T-627/2012. (Colom.).
39. Constitution of Colombia; 1991. Article 228, 230.
40. Constitution of Colombia; 1991. Article 231.
41. Constitution of Colombia; 1991. Article 173.
42. Constitution of Colombia; 1991. Article 232.
43. Constitution of Colombia; 1991. Article 256.
44. Constitution of Colombia; 1991. Article 233.
45. Nuevo divorcio entre Ejecutivo y cortes por escándalo de las 'chuzadas'. *El tiempo*. 14 May 2009. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento-2013/CMS-5187519>.
46. Lewin J. Las fichas para la reelección del Procurador. *La silla vacía*. 1 November 2012. <http://lasillavacia.com/historia/las-fichas-para-la-reeleccion-delprocurador-36860>.
47. Corte Constitucional [C.C.] 20 October 2010, Auto 327/10 (Colom.).
48. Procuraduría General de la Nación. II Informe de Vigilancia Superior a la Implementación de la Sentencia C-355 de 2006. Bogotá; December 2012.
49. Constitution of Colombia; 1991. Article 20.
50. Inter-American Convention on Human Rights. San Jose, Costa Rica; 22 November 1969.
51. Decreto 2591, Noviembre 19, 1991, [40.165] *Diario Oficial [D.O.]* (Colom.).
52. Las mujeres detrás del 'regañó' al Procurador. *El Tiempo*. 16 September 2012. p. 9. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12225722>.
53. Alejandro Ordoñez, el intocable. *Revista Semana*. 15 September 2012. <http://www.semana.com/nacion/articulo/alejandro-ordonez-intocable/264866-3>.
54. Alejandro Ordoñez, el Procurador que destituyó a Petro. *Caracol Noticias*. 23 December 2013. <http://www.caracol.com.co/noticias/judiciales/alejandro-ordonez-elprocurador-que-destituyo-a-petro/20131223/nota/2043040.aspx>.
55. Tutela del Procurador contra matrimonio gay es improcedente: comunidad LGBTI. *El Herald*. 28 September 2013. <http://www.elheraldo.co/noticias/nacional/tutela-del-procurador-contra-matrimonio-gayes-improcedente-comunidad-lgbti-126473>.
56. Duro mensaje de Santos al Procurador Ordoñez por proceso de paz. *El Espectador*. 10 December 2013. <http://www.elespectador.com/noticias/politica/duro-mensaje-de-santos-al-procurador-ordonez-proceso-de-articulo-463361>.

यौनिकता शिक्षा प्रयास: किशोरों, स्कूलों, माता-पिताओं और यौन स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एक कार्यक्रम (लॉस एंजिल्स, सी.ए., यू.एस.ए.)

मैगेली मार्केज़,^क निकोल रेसा^ख

सारांश:

युनाइटेड स्टेट्स में मात्र यौन-संयम पर जोर देने वाले कार्यक्रमों, जो यौनिकता और यौन व्यवहारों के बारे में भ्रांतियां और गलत धारणाएँ फैलाते हैं, के चलते पिछले दो दशकों से समग्र यौनिकता शिक्षा की पैरवी करने वालों को यू.एस. के स्कूलों में यौनिकता शिक्षा का स्तर सुधारने के काम से बाहर रखा गया है। इन भय-आधारित और एक तरफा संचार वाले कार्यक्रमों से आगे बढ़ने के लिए काफी काम करने की ज़रूरत है। वर्ष 2008 में प्लैन्ड पेरेंटहुड लॉस एंजिल्स ने किशोर-केन्द्रित, आलोचनात्मक सोच, मानव अधिकार, जेन्डर समानता, और एक ऐसी स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच पर आधारित यौनिकता शिक्षा कार्यक्रम विकसित किया जो बदलाव की धारणा पर आधारित हो, जो व्यक्ति और सांस्कृतिक रिवाजों, सामाजिक-आर्थिक गैर-बराबरी, स्वास्थ्य संबंधी असमानताओं, कानूनी और संस्थागत पहलुओं से बने उसके व्यापक परिवेश के बीच के रिश्ते को मान्यता देती हो। यौन शिक्षा प्रयास के पाठ्यक्रम में नवीं कक्षा के विद्यार्थियों के लिए 12 कक्षा सत्र, उनके माता-पिताओं के साथ कार्यशालाएं; पैरवीकार प्रशिक्षण कार्यक्रम; और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच शामिल हैं। इसमें इस अनुभव के बारे में लिखा गया है और उसमें प्रयुक्त अधिकार-आधारित रणनीति को पेश किया गया है, जिसका उद्देश्य है कि विद्यार्थी अच्छे से सीख पाएं, और स्कूलों, शिक्षकों तथा माता-पिताओं की भी क्षमता बढ़ाई जा सके, जिससे कि वे किशोरों को अपने यौन अनुभवों को समझने में मदद कर सकें और किशोर यह समझ सकें कि उन्हें भी स्वास्थ्य सेवाओं, शिक्षा, सुरक्षा, गरिमा और गोपनीयता का अधिकार है।

© 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

मुख्य शब्द: यौनिकता शिक्षा, किशोर गर्भधारण, एच.आई.वी./ एस.टी.आई. की रोकथाम, अधिकार-आधारित तरीके, जेन्डर मुद्दे, समता, युनाइटेड स्टेट्स

वर्ष 1996 से 2010 के बीच, युनाइटेड स्टेट्स सरकार ने शादी-तक-केवल-परहेज कार्यक्रमों पर लगभग एक अरब डॉलर से भी ज्यादा खर्च किया।¹ इस बीच, युनाइटेड स्टेट्स में समग्र यौन शिक्षा के पक्ष में काम कर रहे समूह इन कार्यक्रमों के फैलाव को रोकने में लगे रहे हैं क्योंकि ये कार्यक्रम यौनिकता और यौन व्यवहारों के बारे में गलत बातें और भ्रांतियां फैला रहे हैं। हालांकि इन प्रयासों से अवांछित किशोर गर्भावस्था और यौन संचारित रोगों को कम करने में मात्र-परहेज आधारित कार्यक्रमों की असफलता को उजागर करने में कुछ सफलता मिली है, मगर कई शोधकर्ता, पैरवीकार और शिक्षक अपने प्रमुख उद्देश्य यानी, यू.एस. के स्कूलों में यौन शिक्षा को बेहतर बनाने से भटक गए। अभी भी इन भय-आधारित और एक-तरफा संचार पर टिके तरीकों से आगे बढ़ने के लिए काफी काम करने की ज़रूरत है।

इसके बाद, कई अरब डॉलर इस अध्ययन पर खर्च किए गए कि समग्र यौनिकता शिक्षा किस हद तक प्रभावकारी है। कई पैरवीकारों, जैसे *सैक्सुएलिटी इन्फॉर्मेशन एंड एजुकेशन काउंसिल ऑफ युनाइटेड स्टेट्स (साइकस)*, *आन्सर, सेक्स-एड, ऑनेस्टली, एडवोकेटस फॉर यूथ, दी नेशनल कैम्पेन टु प्रिवेन्ट टीन प्रेगनेन्सी और प्लैन्ड पेरेंटहुड* ने इस काम में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। उदाहरण के लिए, साइकस ने युवा लोगों के यौन शिक्षा के अधिकार की रक्षा के लिए नीति निर्माताओं और निर्णायक सहभागियों के साथ पैरवी का काम किया है। इन प्रयासों के कारण, वर्ष 2011 में मात्र-परहेज आधारित निष्प्रभावी और

अपूर्ण कार्यक्रमों के वित्तपोषण को निरस्त करने के लिए विधेयक (एस. 578, एच.आर. 1085) प्रस्तुत किया गया। केन्द्रीय सरकार के 7.5 करोड़ डॉलर पर्सनल रिस्पॉन्सिबिलिटी एजुकेशन कार्यक्रम को किशोर गर्भावस्था और यौन संचारित रोगों की रोकथाम के लिए सहयोग देता है। हाल ही में, नीति निर्माताओं ने रीयल एजुकेशन फॉर हेल्दी यूथ (स्वस्थ युवा के लिए वास्तविक शिक्षा) अधिनियम प्रस्तुत किया है, जिसमें संघीय कानून में पहली बार यौन स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्राप्त करने के युवा लोगों के अधिकार को मान्यता दी गई है। ये दोनों ही सराहनीय राजनैतिक कदम हैं। हालांकि यह विधेयक अभी पारित नहीं हुआ है मगर दो दशकों तक यह तय करने में ढेरों संसाधन खर्च करने के बाद कि, किशोरों को यौन शिक्षा देने की ज़िम्मेदारी किसकी है और उन्हें यह शिक्षा कहां और कब दी जानी चाहिए, बहस में आया यह बदलाव सराहनीय है।

यू.एस. में हर वर्ष होने वाली 7,50,000 किशोर गर्भावस्थाओं में से 82 प्रतिशत अनचाही होती हैं। लेकिन पिछले दो दशकों में, गर्भ निरोधकों के उपयोग में सुधार के चलते गर्भावस्था की दर में कमी आई है - 1990 में 15-19 वर्षीय 1000 औरतों में 117 गर्भावस्था घटकर, 2008 में प्रति 1000 औरतों में 68 रह गई।² इसमें से ज्यादातर कमी (86 प्रतिशत) गर्भनिरोधकों के उपयोग के कारण आई, और 14 प्रतिशत यौन क्रिया में कमी के कारण।³ वर्ष 2008 में किशोर गर्भ समापन की दर प्रति 1000 औरतों में 17.8 थी, जो कि 1988 में रिकार्ड की गई अधिकतम दर से 59 प्रतिशत कम थी।²

फिर भी, किशोर लड़कियों के स्कूल छोड़ने के कारणों में किशोर गर्भावस्था अभी भी एक प्रमुख कारण है। 18 वर्ष की उम्र से पहले बच्चे को जन्म देने वाली लड़कियों में से लगभग आधी लड़कियां ही स्कूल पूरा कर पाती हैं, और 2 प्रतिशत से भी कम कॉलेज की पढ़ाई पूरी कर पाती हैं। इसके अलावा, कम उम्र में माता पिता बनने वाले लोगों को शिक्षा स्तर में कमी, आर्थिक मुश्किलों, और शादी के रिश्ते में अस्थिरता जैसी समस्याओं का सामना करना पड़ता है। युवा पिताओं को वयस्क पिताओं के मुकाबले बच्चे की परवरिश में आर्थिक और रोजगार संबंधी समस्याओं का ज्यादा सामना करना पड़ता है।⁴

अमेरिकन जर्नल ऑफ सेक्सुएलिटी एजुकेशन में वर्ष 2012 में छपे चार लेखों में इस क्षेत्र की नई प्रवृत्तियों की झलक मिलती है: स्कूली यौन शिक्षा की ज़रूरत,⁵ लेस्बियन, गे, बाईसेक्सुअल, ट्रांसजेन्डर संबंधी विषयों को शामिल किया जाना,⁶ किशोर गर्भावस्था रोकने की शिक्षा में वीडियो क्लिप की उपयोगिता,⁷ और मीडिया में जेन्डर और यौनिकता के चित्रण का विश्लेषण।⁸ अधिकतर शोधकर्ता, शिक्षक और स्वास्थ्य कार्यकर्ता अब यह मानने लगे हैं कि जहां तक स्वस्थ यौन व्यवहारों को बढ़ावा देने का सवाल है, केवल जानकारी दे देने से मसला हल नहीं होता। जबकि यह कहा जा रहा है कि इसकी बजाए, यौनिकता शिक्षा की नीतियां और कार्यक्रम मानव अधिकारों पर आधारित होने चाहिए, और उनमें युवाओं की रुचियों, ज़रूरतों और अनुभवों को ध्यान में रखा जाना चाहिए।⁹ सामाजिक संदेशों को संबोधित करना और जेन्डर पहचान, जेन्डर मानकों और

यौनिकता के बीच के जटिल रिश्ते को समझना 21वीं सदी के कार्यक्रमों के प्रभावी पहलुओं के रूप में उभरे हैं।

इस लेख का उद्देश्य प्लैन्ड पेरेन्टहुड लॉस एंजेल्स (पीपीएलए) द्वारा यौनिकता शिक्षा, शिक्षा के अधिकार आधारित तरीकों के परीक्षण के अनुभव को साझा करना है, जिसमें काम करने के अच्छे तरीकों का उपयोग करते हुए यह दर्शाया गया है कि यह तरीका कैसे और क्यों स्कूलों, शिक्षकों और माता-पिताओं की क्षमता को मज़बूत करता है युवा लोगों सहायता करने में जिससे कि वो यौनिकता को जिम्मेदारी से संभालें और आनंद लें।

वर्ष 2004 से कैलिफोर्निया में यौनिकता शिक्षा

वर्ष 2004 में, कैलिफोर्निया की संसद ने एक कानून पारित किया था जिसके अंतर्गत स्कूलों के लिए व्यापक यौनिकता शिक्षा के दिशानिर्देश दिए गए हैं। कैलिफोर्निया समग्र यौन स्वास्थ्य और एचआईवी/एड्स सुरक्षा अधिनियम (एसबी 71) ने कई भ्रामक और परस्पर विरोधी कानूनों एक स्पष्ट और व्यापक कानून दिया, जिसके दो उद्देश्य हैं :

- विद्यार्थियों को अनचाहे गर्भ और यौन संचारित रोगों से अपने यौन और प्रजनन स्वास्थ्य की सुरक्षा के लिए जानकारी और कौशल देना।
- विद्यार्थियों को किशोरावस्था में शारीरिक विकास, शारीरिक छवि, जेन्डर भूमिका, यौन रुझान, डेटिंग, शादी और परिवार के प्रति स्वस्थ नज़रिया अपनाने के लिए प्रोत्साहित करना।

कानून में कहा गया है कि कैलिफोर्निया के सरकारी स्कूल पांचवी, सातवीं और नवीं कक्षा के

विद्यार्थियों के लिए यौनिकता शिक्षा उपलब्ध करा सकते हैं, लेकिन अगर वे ऐसा करते हैं तो वह समग्र होनी चाहिए। कई स्कूल इसीलिए यौनिकता शिक्षा नहीं देते क्योंकि यह कानूनी रूप से ज़रूरी नहीं है; कानून के अनुसार, जो स्कूल यौनिकता शिक्षा देगा उसे कानून की शर्तों को पूरा करना होगा और माता-पिता को भी इसकी सूचना देनी होगी, और यदि वे अपने बच्चों को यौनिकता शिक्षा से बाहर रखना चाहें तो उन्हें यह विकल्प उपलब्ध होना चाहिए। फिर भी वर्ष 2010 की एक रिपोर्ट के अनुसार, कैलिफोर्निया में 1991 और 2008 के बीच किशोर जन्म दर में आई 50 प्रतिशत गिरावट, 1991 में प्रति 1000 में 70.9 से 2009 में प्रति 1000 में 32.1 का श्रेय काफी हद तक कैलिफोर्निया में किशोर गर्भावस्था रोकथाम शिक्षा, कार्यक्रमों और सेवाओं को दिया जा सकता है।¹⁰ इस अध्ययन में किशोर जन्म दर में कमी के अन्य कारण थे गर्भनिरोधक सेवाओं, कानूनों और नीतियों तक लोगों की पहुंच में विस्तार होना जिसके कारण लोग गर्भनिरोध संबंधी जानकारी और सेवाएं प्राप्त कर पाते हैं, और गैर सरकारी संस्थाओं द्वारा अनचाही किशोर गर्भावस्था रोकथाम में निवेश।

“कैलिफोर्निया- एकमात्र राज्य जिसने संघीय सरकार से-परहेज़ आधारित कार्यक्रमों के लिए पैसा नहीं लिया- ने किशोर गर्भावस्था की रोकथाम को अपनी सार्वजनिक नीतियों में उच्च प्राथमिकता दी है, जिसमें समग्र यौनिकता शिक्षा और किशोरों को गर्भावस्था रोकने और अपने स्वास्थ्य की सुरक्षा के लिए ज़रूरी जानकारी व स्वास्थ्य सेवाएं देने पर अत्यधिक जोर है।”¹¹

लेकिन दुर्भाग्यवश, किशोरों में यौन संचारित रोगों (एस.टी.आई.) के फैलाव में कमी नहीं आई है। कैलिफोर्निया के 15-19 वर्षीय युवाओं में रिपोर्ट करने योग्य बैक्टीरियल एस.टी.आई. की दर में वर्ष 2000 से 2009 के बीच बढ़ोतरी हुई। इसमें नस्लीय और जातीय असमानताएं हैं, खासकर अफ्रीकी-अमरीकी किशोरों के बीच। राज्य के समस्त युवाओं में क्लैमाइडिया की दर में बढ़ोतरी हुई- समस्त उम्र समूहों में से 65 प्रतिशत बढ़ोतरी युवाओं में हुई, और 15-19 वर्षीय अफ्रीकी-अमरीकी किशोरों में यह दर उनके श्वेत दोस्तों के मुकाबले आठ गुना ज्यादा थी।¹² इसके अलावा, देश भर में, तीन में से एक लड़की को डेटिंग के दौरान हिंसा का सामना करना पड़ता है,¹³ जिसके कारण उन्हें संक्रमण का खतरा बढ़ जाता है।

“ज़िम्मेदार चुनाव” पाठ्यक्रम: समग्र लेकिन अपर्याप्त

दी लॉस एंजेलस युनिफाइड स्कूल डिस्ट्रिक्ट, देश का दूसरा सबसे बड़ा स्कूल डिस्ट्रिक्ट है, जिसमें लगभग 7,70,000 विद्यार्थी हैं, जिनमें से 4,00,000 से ज्यादा उच्च माध्यमिक विद्यालयों में हैं। इसने अधिनियम एस.बी 71 को अपनाया है और स्कूलों के लिए एचआईवी रोकथाम पर कक्षाएं आयोजित करना अनिवार्य किया है। पीपीएलए 18 साल से लॉस एंजेलस में अनुमोदित यौन शिक्षा प्रदाता रहा है, और इस अवधि में उसने प्रति वर्ष 80 से ज्यादा माध्यमिक और उच्च माध्यमिक विद्यालयों में एक ढांचागत व्याख्याता मंडल मॉडल से सेवा दी है। इसके अंतर्गत कॉलेज के विद्यार्थियों और वालंटियर्स को प्रशिक्षण

दिया जाता है कि किस तरह से एक छः सत्रीय “रिस्पॉन्सिबल चॉइसेस” (ज़िम्मेदार चुनाव) नामक पाठ्यक्रम का उपयोग करते हुए यौन शिक्षा दी जा सकती है। हालांकि “रिस्पॉन्सिबल चॉइसेस” पाठ्यक्रम विज्ञान-आधारित और समग्र है, मगर इसमें उपयोग किए जाने वाले तरीकों में विद्यार्थियों से संवाद की गुंजाइश कम है और जानकारी देने पर ज़्यादा ध्यान दिया गया है। इसके मुख्य विषय हैं: यौनिकता की अभिव्यक्ति, स्वस्थ रिश्ते (जिनमें विषमलैंगिक रिश्तों और अपनी बात दमदार तरीके से रख पाने पर ज़्यादा जोर है), स्वस्थ शरीर (शरीर रचना), किशोर गर्भावस्था, एस.टी.आई. और गर्भनिरोध। कई अन्य यौनिकता शिक्षा कार्यक्रमों की तरह “रिस्पॉन्सिबल चॉइसेस” में भी यह माना गया था कि जानकारी में ताकत होती है, और एक बार किशोरों को जानकारी मिल जाए, तो वे स्वास्थ्य संबंधी खतरों से अपनी सुरक्षा करने के लिए उसका उपयोग करेंगे। इस पाठ्यक्रम की सबसे बड़ी कमी यही थी कि इसमें यह मान लिया गया था कि सही जानकारी देना व्यवहार में बदलाव के लिए पर्याप्त है, और इसलिए इसमें व्यापक सांस्कृतिक और सामाजिक संदर्भ के प्रभाव पर जोर नहीं दिया गया, जिसमें रह कर ही किशोर यौनिकता संबंधी निर्णय लेते हैं।

यह अच्छी बात है कि कैलिफोर्निया में समग्र यौन शिक्षा कार्यक्रम कम से कम उपलब्ध तो कराए गए हैं, मगर हमारे अनुभव में इनमें से कई समग्र कार्यक्रम अभी भी भय-आधारित तरीकों (विद्यार्थियों को एस.टी.आई. की तस्वीरें दिखाना) और एक तरफा संचार (विद्यार्थियों को कन्डोम

और गर्भनिरोधकों के बारे में जानकारी देना) से आगे नहीं बढ़ पाए हैं।

वर्ष 2008 तक, पीपीएलए ने रुज़वेल्ट स्कूल के साथ मिलकर “रिस्पॉन्सिबल चॉइसेस” पाठ्यक्रम उपलब्ध कराने, स्कूल के बाद साप्ताहिक हमजोली पैरवीकार प्रशिक्षण, समय-समय पर माता-पिता की शिक्षा, और स्कूल के क्लीनिक में सप्ताह में एक बार प्रजनन स्वास्थ्य सेवा देने का काम शुरू किया। इस अनुभव ने हमारी आंखें खोल दीं, और इसके परिणाम, हालांकि किसी भी तरह से वैज्ञानिक नहीं कहे जा सकते हैं, प्रेरणादायक हैं। इस कार्यक्रम को लागू करने से 12 महीने पहले और बाद में स्कूल की नर्स द्वारा रिकार्ड किए गए गर्भावस्था परीक्षणों में, पॉज़िटिव परिणामों में भारी गिरावट आई—जहां अप्रैल-जून 2008 में आंकड़ा 32 था वहीं अप्रैल-जून 2009 में केवल 3 पॉज़िटिव परिणाम आए। इसके अलावा, नर्स ने पाया कि विद्यार्थी अब ज़्यादा संख्या में क्लीनिक आ रहे हैं क्योंकि उन्होंने अपने हमजोली पैरवीकार समूहों में यहां पर उपलब्ध यौन स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में सुना था। इन परिणामों से प्रेरित होकर स्कूल ने कैम्पस में उपलब्ध यौन स्वास्थ्य सेवाओं, जिसमें गर्भावस्था और एस.टी.आई. परीक्षण और परामर्श, कन्डोम और गर्भनिरोधक भी शामिल थे, को सप्ताह में एक बार से बढ़ाकर सप्ताह में 5 दिन उपलब्ध कराने की पहल की।

इस अनुभव के आधार पर हमने चर्चा की कि किस प्रकार केवल प्रतिकूल स्वास्थ्य परिणामों से बचाव पर केंद्रित कार्यक्रम को हम एक ऐसा कार्यक्रम बना सकते हैं जहां किशोर अंतरंग रिश्तों

में अपने हितों का ध्यान रखने की अपनी क्षमता पर विश्वास बना सकें।

हमें पता था कि छः घंटे की कक्षा में यौन शिक्षा, जो एक बार माध्यमिक विद्यालय और एक बार उच्च माध्यमिक विद्यालय में दी जाती है, विद्यार्थियों को सम्मानपूर्ण अंतरंग रिश्ते बनाने, स्वस्थ रहने और अपने प्रजनन संबंधी इरादों को पूरा करने के लिए तैयार करने की दृष्टि से पर्याप्त नहीं है। हमें यह भी एहसास हुआ कि विद्यार्थियों, अभिभावकों और स्कूलों के साथ किए जाने वाले कार्यक्रमों को एक ही पाठ्यक्रम और तरीके पर आधारित होना चाहिए, ताकि वे एक-दूसरे के प्रभाव में वृद्धि करें और स्कूल में और घर पर यौन स्वास्थ्य के बारे में बातचीत के अवसर बढ़ें।

हमने यू.एस. और विश्व भर में चलाए गए दर्ज़नों प्रभावकारी कार्यक्रमों को देखा और वे अध्ययन भी पढ़े जो युवाओं के यौन स्वास्थ्य और कल्याण को समग्र रूप से संबोधित करते थे।⁹ आखिर हम पहिए का दोबारा आविष्कार क्यों करें? जहां तक संभव हो सकता था, हम किसी मौजूदा कार्यक्रम को अपना सकते थे। लेकिन हमने तय किया कि हम सर्वोत्तम अनुभवों व तौर-तरीकों को जोड़कर एक नया पाठ्यक्रम तैयार करेंगे, जो लॉस एंजेलस के युवाओं की विविधता को ध्यान में रखकर तैयार किया गया हो, जिसे सरकारी स्कूल अपना सकें और जो एस.बी. 71 के अनुरूप हो।

लॉस एंजेलस के लिए यौनिकता शिक्षा पहल: सर्वोत्तम तरीकों का समेकन

इस प्रयास की कल्पना किशोरों, जो अपने अधिकारों को जानते और समझते हैं, और

विश्वसनीय वयस्कों तथा संस्थाओं, जो किशोरों के अधिकारों की सुरक्षा करने तथा किशोरों के प्रति अपनी ज़िम्मेदारी को पूरा रखने की क्षमता रखते हैं, के बीच एक गतिशील साझेदारी के रूप में की गई थी। यह किशोरों के साथ संवाद में एक महत्वपूर्ण बदलाव के रूप में सामने आया क्योंकि इसके अंतर्गत किशोरों के सीखने के अधिकार, स्वस्थ रहने और सेवाओं तक पहुंच के अधिकार को मान्यता दी गई। इसमें “ज़िम्मेदारों” 14 (अक्सर संस्थाएं) द्वारा किशोरों के जानकारी, शिक्षा, स्वास्थ्य देखरेख और सुरक्षा के अधिकारों को सम्मान देने, सुरक्षा करने और गारन्टी देने के दायित्व भी स्पष्ट किए गए हैं। इस दृष्टिकोण से, सीखने की प्रक्रिया सायास होती है, जिससे कि सीखने वाला व्यक्ति अपने यौन स्वास्थ्य सेवा के अधिकार का दावा करने में समर्थ बनता है। उदाहरण के लिए, एक सुरक्षित पर्यावरण उपलब्ध कराया जाना, निष्पक्ष जानकारी प्राप्त होना, प्रताड़ना से सुरक्षा, और स्कूलों तथा स्वास्थ्य सेवा में गोपनीयता हासिल होना।

इस प्रयास के चार अंश हैं : कक्षा नौ के विद्यार्थियों को 12 सत्रों में पढ़ाया जाने वाला यौन शिक्षा पाठ्यक्रम; माता-पिता के लिए कार्यशालाएं; हमजोली पैरवीकार कार्यक्रम; और प्रजनन तथा यौन स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता। इस कार्यक्रम के लक्ष्य और अपेक्षित परिणाम बॉक्स 1 में दिए गए हैं।

इस प्रयास के चार प्रमुख स्तंभ हैं :

- **प्रमाण-आधारित** जिसे साइकस, आन्सर, और एडवोकेटस फॉर यूथ द्वारा दी यूचर ऑफ

बॉक्स 1- कार्यक्रम लक्ष्य और अपेक्षित परिणाम		
लक्ष्य	छोटे समय में परिणाम	मध्यम समयावधि के परिणाम
1. लॉस एंजेल्स के उच्च माध्यमिक विद्यालयों में पढ़ने वाले विद्यार्थियों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य में सुधार	1. यह समझ बढ़ाना कि औरतों और आदमियों के यौन संबंधों और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बराबर अधिकार होते हैं।	1. गर्भावस्था के जोखिम को कम करना, जो युवा संभोग कर रहे हैं पर पिछले तीन महीने से उचित गर्भ निरोधक का उपयोग नहीं कर रहे, उनकी संख्या में कमी लाना।
2. लॉस एंजेल्स के उच्च माध्यमिक विद्यालयों में पढ़ रहे विद्यार्थियों में अपनी यौनिकता को सम्मानपूर्वक जीने की क्षमता को बढ़ाना	2. माता-पिता, अभिभावकों, अन्य विश्वसनीय वयस्कों, और अपने साथियों के साथ रिश्तों, अधिकारों और यौनिकता के बारे में खुल कर बात कर पाना।	2. एस.टी.आई. के जोखिम को कम करना, जो युवा मुख मैथुन या संभोग कर रहे हैं, पर पिछले तीन माह से कन्डोम का उपयोग नहीं कर रहे उनकी संख्या में कमी लाना।
	3. यौनिकता और यौन स्वास्थ्य पर सही जानकारी तक पहुंच बढ़ाना	3. यौन संबंध में साथियों की संख्या कम करना
	4. यौन संबंधों, यौनिकता, और यौनिक खतरों से बचाव पर जानकारी बढ़ाना	4. यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग को बढ़ाना
	5. यौन संबंध की सीमाओं को दमदार तरीके से व्यक्त कर पाने और खतरे की स्थितियों को संजलने की क्षमता बढ़ाना	
	6. यौन खतरों से खुद को बचाने का इरादा पक्का करना	
	7. यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जागरूकता और उन तक पहुंच बढ़ाना	

कक्षा पाठ्यक्रम के 12 सत्रों में पढ़ाए जाने वाले विषय, आठ अतिरिक्त विषय जो स्कूल के बाद क्लब में किए जाने वाले हमजोली पैरवीकार प्रशिक्षण में सिखाए जाते हैं, और माता पिता को साप्ताहिक कार्यशालाओं में सिखाए जाने वाले 7 विषयों की संक्षिप्त जानकारी बॉक्स 2 में दी गई है। हर खंड में पाठ योजना और गतिविधियां शामिल हैं।

बॉक्स 2- शामिल विषयवस्तु

कक्षा पाठ्यक्रम	स्कूल समय के बाद हमजोली पैरवीकार प्रशिक्षण	माता-पिता के लिए यौन एवं स्वास्थ्य शिक्षा
• परिचय	• शरीर की छवि, सेक्स और मीडिया	• यौनिकता और किशोरावस्था
• सामाजिक और मीडिया संदेश	• जेन्डर और संस्कृति	• यौनिक रूप से स्वस्थ और सम्मानजनक वयस्कों की परवरिश
• जेन्डर	• एल.जी.बी.टी. पहचान और जागरूकता	• शरीर रचना और एस.टी.आई.
• रिश्ते	• सेक्स, नशीली दवाएं और शराब	• किशोर गर्भावस्था और रोकथाम
• यौनिकता	• यौन हिंसा	• किशोरों को स्वस्थ रिश्ते बनाने में मदद करना
• यौन और प्रजनन संबंधी शरीर रचना	• बात-चीत	• नैतिक मूल्य संप्रेषण
• गर्भ धारण	• टीम बनाना	• माता-पिता और बच्चों के बीच बातचीत
• एस.टी.आई. और सुरक्षित यौन संबंध	• खेल और गतिविधियां	
• एच.आई.वी/ एड		
• गर्भ निरोधक		
• यौन संबंधों में अपनी चाह और ज़बरदस्ती		
• निर्णय लेना		

सेक्स एजुकेशन में परिभाषित किया गया है, जो कि अधिकार, सम्मान और ज़िम्मेदारी पर आधारित है। इसे पश्चिमी यूरोप में इस्तेमाल किया गया और युनाइटेड स्टेट्स में एडवोकेटस फॉर यूथ ने वितरित किया।

- **जेन्डर सचेत** जो किशोरों को प्रभावित करने वाले जेन्डर सत्ता संबंधों को ध्यान में रखे, खासकर लड़कियों की यौन संबंध के मामले में अपनी इच्छा/अनिच्छा रख पाने की क्षमता, और युवाओं को उनकी यौनिकता को संभालने के अधिकार पर ज़ोर दे। इस क्षेत्र में पॉपुलेशन काउंसिल ने अग्रणी काम किया है। उनके *इट्स ऑल वन करिकुलम* में जेन्डर और अधिकारों को स्पष्ट किया गया है और ज़मीनी अनुभवों से जोड़ा गया है— जैसे नाइजीरिया में गर्ल्स पॉवर इनिशिएटिव, जिसमें लड़कियों के साथ जेन्डर भूमिकाओं और यौनिकता के विषय में आलोचनात्मक सोच का उपयोग किया जाता है। *इट्स ऑल वन करिकुलम* में यौनिकता, जेन्डर, एच.आई.वी., और मानव अधिकारों की शिक्षा पर एकीकृत तरीके से काम करने के दिशानिर्देश और गतिविधियां दी गई हैं। (www.popcouncil.org/publications/books/2010_ItsAllOne).
- संदर्भ को बदलाव के सिद्धांत के आधार से ऐसे जोड़े जो जटिल सामाजिक परिवेश पर ध्यान देता हो, जहां से जेन्डर भूमिकाओं और उम्मीदों के संदेश मिलते हैं और जो यौन व्यवहार को प्रभावित करते हैं। ब्रॉन्फेनब्रैनर द्वारा 1970 के दशक में तैयार किया गया

सामाजिक पारिस्थितिक मॉडल¹⁶ व्यक्ति और सांस्कृतिक मानकों, सामाजिक-आर्थिक स्थिति और असमानता, कानूनी और संस्थागत पहलुओं, और मीडिया के बीच के जटिल रिश्ते को स्पष्ट करता है। हमने इस मॉडल के आधार पर देखा कि कैसे आपसी संबंध और दोस्त, परिवार, स्कूल के अध्यापक और अन्य सामाजिक नेटवर्क तथा समर्थन ढांचे यौन व्यवहार को प्रभावित करते हैं। यह मॉडल हमें अपने मूल्यों, भावनाओं, धारणाओं और रवैयों, जो एक सामाजिक संदर्भ में पनपते हैं, को स्पष्ट करने का और अपने सांस्कृतिक परिवेश में मौजूद मान्यताओं पर सवाल उठाने का अवसर प्रदान करता है।

- अधिकार आधारित, जिसमें यू.एन पॉपुलेशन फंड के अधिकार-आधारित ढांचे को अपनाया गया हो, जो कहता है कि एक व्यक्ति के अधिकार तभी लागू किए जा सकते हैं जब संस्थाएं यह ज़िम्मेदारी लें कि वे अधिकारों का सम्मान करते हुए उनकी रक्षा करेंगी और उन्हें बढ़ावा भी देंगी। यू.एन.एफ.पी.ए. का *फ्रेमवर्क फॉर ऐक्शन ऑन अडोलसेन्ट्स एंड यंग अडल्ट्स* इस पर ज़ोर देता है कि सभी युवाओं की पहुंच यौन स्वास्थ्य शिक्षा तक बनाकर, किशोरों को स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया करवाकर और नेतृत्व में युवा भागीदारी के लिए मौके बनाकर कैसे युवाओं को अधिकार-सम्पर्क बनाया जाए। (www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/framework_youth.pdf)

कार्यक्रम का परीक्षण

एल.ए. के स्कूलों में पूरी तरह से इस कार्यक्रम को लागू करने से पहले यह तय किया गया कि इसे कुछ स्कूलों में चलाकर तुलना की जाए कि नए 12 सत्रीय पाठ्यक्रम का तीन सत्र वाले पाठ्यक्रम के मुकाबले क्या प्रभाव हो रहा है। वर्ष 2008 से इसका मूल्यांकन किया जा रहा है, जिसे दी पब्लिक हेल्थ इंस्टीट्यूट सेन्टर फॉर अडोलसेन्ट हेल्थ एंड डेवलपमेन्ट और युनिवर्सिटी ऑफ सर्दन कैलिफोर्निया कैक स्कूल ऑफ मैडीसिन मिलकर कर रहे हैं।

पीपीएलए और कई सरकारी स्कूलों ने एक समझौते पर हस्ताक्षर किए हैं जिसमें उन्होंने दस उच्च माध्यमिक विद्यालयों को इस अध्ययन का हिस्सा होने की इजाजत दी है। इनमें से आठ स्कूल इंडिपेन्डेन्ट चार्टर स्कूल हैं (एल.ए. स्कूल डिस्ट्रिक्ट का हिस्सा नहीं हैं) जिनमें स्वास्थ्य पर कक्षाएं नहीं होतीं, लेकिन उन्हें पाठ्यक्रम में विस्तार करने की स्वतंत्रता है। दो स्कूल एल.ए. स्कूल डिस्ट्रिक्ट के हैं, और दोनों में स्वास्थ्य पर कक्षाएं होती हैं, जिनमें यौनिकता शिक्षा भी शामिल हो सकती है। मूल्यांकन के शुरुआती समय में, कक्षा में पढ़ाए जाने वाले पाठ्यक्रम को वर्ष 2008-09 में दो बड़े सरकारी उच्च माध्यमिक स्कूलों में आंका गया, और फिर एक संशोधित पाठ्यक्रम को 2009-10 में एक सरकारी चार्टर उच्च माध्यमिक विद्यालय में आंका गया। वर्ष 2010-11 में छः स्कूलों में कार्यक्रम के चार हिस्सों का एक और परीक्षण किया गया। पूरे कार्यक्रम का औपचारिक रैंडमाइज़्ड मूल्यांकन वर्ष 2011-12 में ही शुरू किया गया। इसमें चार स्कूलों में चारों हिस्से दिए

गए, और चार स्कूलों को केवल कक्षा में पढ़ाया जाने वाला पाठ्यक्रम दिया गया, और एक ही समय में आठों स्कूलों में रैंडम तौर पर 12 सत्र वाले और तीन सत्र वाले, पाठ्यक्रम पढ़ाए गए। वर्ष 2012-13 में दो और स्कूल जोड़े गए और उन्हें भी इसी प्रकार रैंडमाइज़्ड किया गया। यह अध्ययन वर्ष 2014 में पूरा होगा, और अंतिम एक साल में अनुवर्तन जानकारी इकट्ठी की जाएगी, परिणामों का विश्लेषण होगा और उन्हें प्रसारित किया जाएगा। आज की तारीख तक, 2608 छात्रों और 1915 माता-पिताओं ने इस अध्ययन में भाग लिया है, जिसमें 2013 के वसंत में 1560 विद्यार्थी और जोड़े जाएंगे।

जैसे-जैसे हम मूल्यांकन के दूसरे वर्ष के अंत के नज़दीक पहुंच रहे हैं, हमें विद्यार्थियों और माता-पिताओं पर इस कार्यक्रम के प्रभाव के कुछ सुसंगत पैटर्न देखने को मिल रहे हैं। उदाहरण के लिए, शुरुआती आंकड़े दिखा रहे हैं कि विद्यार्थी अब अपने पास कंडोम रखते हैं, और उन्होंने बताया है कि अब वे यौनिकता के बारे में बात करते हुए ज्यादा सहज महसूस कर रहे हैं।

प्रमुख अवधारणाओं का परीक्षण

पाठ्यक्रम की प्रमुख अवधारणाओं का परीक्षण 50 किशोरों की आठ समूह चर्चाओं और 21 माता-पिताओं की 3 समूह चर्चाओं के माध्यम से किया गया। इससे हमें अमरीकी किशोरों की अंतरंग रिश्तों में अधिकारों की समझ के बारे में बहुमूल्य जानकारी मिली। जब उनसे पूछा गया कि एक रिश्ते में क्या ज़रूरी होता है, तो किशोर लड़के और लड़कियों, दोनों का कहना था कि

उनके लिए सम्मान, ईमानदारी, निजता (प्रायवेसी) और स्वतंत्रता ज़रूरी है।

ज्यादातर विद्यार्थियों ने दृढ़ सहमति दी कि मानव अधिकार भी ज़रूरी हैं और आत्म-अभिव्यक्ति, वोट देने, समान शिक्षा, और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच के अधिकारों का उदाहरण दिया। उन्होंने एल.जी.बी.टी. और महिला अधिकारों के साथ साथ स्पैनिश भाषा बोलने के अधिकार का भी उल्लेख किया। लेकिन जब उन्हें अधिकारों के हनन के बारे में बोलने के लिए कहा गया, तो उन्होंने उन अधिकारों के हनन की बात नहीं की जो उन्होंने अभी अभी बताए थे। इसकी बजाए उन्होंने कर्मचारियों के अधिकारों और प्रवासियों के मुद्दों पर बात की, जैसे कि यौन गुलामी, या फिर बेहद बुरे माहौल में काम करना, जहां खासकर प्रवासियों का शोषण किया जाता है और उन्हें कम मज़दूरी पर ज्यादा देर काम करवाया जाता है, और काम का माहौल भी दमनकारी होता है, जहां उन्हें धमकियां और गालियां दी जाती हैं।

जब आई.पी.पी.एफ. चार्टर ऑफ़ सेक्सुअल एंड रिप्रोडक्टिव राइट्स उनके सामने पेश किया गया, तो विद्यार्थियों ने अधिकारों से सहमति जताई, लेकिन उसमें उन्होंने कुछ अस्पष्ट क्षेत्र भी बताए। जैसे कि अपनी बात दृढ़ता से कहने और अपमानजनक होने (गाली-गलौच) के बीच अंतर करना। विद्यार्थी सामाजिक अधिकारों के बारे में काफी स्पष्ट दिखाई दिए, लेकिन जब यही अधिकार रिश्तों पर लगा कर दिखाए गए, तो वे अस्पष्ट थे।

“एसे असली जीवन में नहीं होता, जैसे कि दोस्त बनाने का अधिकार और अपनी गर्लफ्रेंड से

दूर रह पाने का अधिकार। असल में जो होता है, वह है धोखा, विश्वास न होना, स्कूल में आपका पीछा करना।”

“लड़कियों को लगता है कि अगर वे ना कहेंगी, तो लड़का उसका गलत मतलब निकाल लेगा ... और फिर कुछ हो जाएगा। तो उनकी शक्ति छिनने जैसा हो जाता है, उनकी ना कहने की इच्छा छिन जाती है क्योंकि वे लड़के के बारे में सोचने लगती हैं।”

“कुछ लड़कियों को लगता है कि अगर कोई लड़का उनके लिए महंगा खाना खरीदता है, तो वह कहना चाहता है: ‘देखो मैंने यह खरीद के दिया, तो मुझे इसके बदले क्या मिलेगा?’”

कक्षा में यौन शिक्षा

जब कक्षा में इस प्रकार के मुद्दों की बात करना हो तो एस.ई.आई. फेसिलिटेटर विद्यार्थियों के सरोकारों को कक्षा के सामने दोहरा कर उनकी पुष्टि करते हैं, उन पर चर्चा करके उन के लिए सुझाव देते हैं।

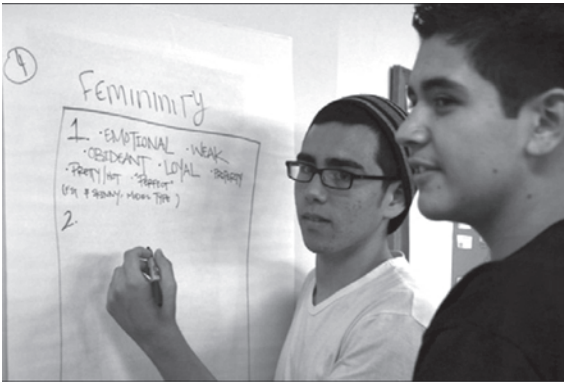
“तो आपका कहना है कि कुछ लोग आपके आप बने रहने के अधिकार का सम्मान नहीं करते और आपको अपने लिए जगह नहीं लेने देते। किसी को कैसा लगेगा अगर उसका साथी उसका पीछा करे या हमेशा उसकी एक-एक बात की जांच करता रहे? कोई अपने साथी से कैसे कहे कि उसे अपने लिए जगह चाहिए?”

“आप बता सकते हैं कि आपके लिए विश्वास का क्या मतलब है, क्योंकि इसका अलग-अलग लोगों के लिए अलग-अलग मतलब हो सकता है। यदि लोग खुलकर बात करने को तैयार हों तो ईर्ष्या

होने में कोई दिक्कत नहीं है। कोई सम्मानपूर्वक कैसे बताएगा कि उसे ईर्ष्या हो रही है?”

इस पाठ्यक्रम में प्रमाणों और संवादात्मक तथा आलोचनात्मक सीख का अच्छा संतुलन है, और इसकी रूपरेखा ऐसे बनाई गई है कि जब विद्यार्थियों ने मुख्य अवधारणाएं समझ ली हैं, तो फेसिलिटेटर उन्हें पिछली गतिविधियों पर फिर से ले जा सकते हैं। उदाहरण के लिए, जेन्डर बॉक्स एक ऐसी ही गतिविधि है, जिसका आगे के सत्रों में बार-बार जिक्र होता है। इस गतिविधि में फेसिलिटेटर एक मर्दानगी और दो बॉक्स बनाते हैं। विद्यार्थियों से उन आम लक्षणों की सूची बनाने को कहा जाता है जो आमतौर पर पुरुषों और औरतों की पारंपरिक और सामाजिक समझ के हिस्से हैं (नीचे चित्र देखें)।

पाठ्यक्रम के बीच में शरीर रचना सत्र में और पाठ्यक्रम के आखिरी सत्र में फेसिलिटेटर विद्यार्थियों से गुमनाम प्रश्न लिखने के लिए कहते हैं, जिन्हें छांटा जाता है और विषय अनुसार जवाब दिए जाते हैं। 673 प्रश्नों के एक प्राथमिक विश्लेषण में, 36 प्रतिशत सवाल शरीर रचना से जुड़े थे, 27 प्रतिशत यौन व्यवहार से।



हाई स्कूल के विद्यार्थी के जेन्डर बॉक्स को भरते हुए

किशोरों के सरोकारों में 16 प्रतिशत ने गर्भधारण और गर्भनिरोधकों के बारे में जानना चाहा था, 14 प्रतिशत ने एस.टी.आई. से सुरक्षा में कंडोम की प्रभाविता के बारे में पूछा था। आमतौर पर, लड़कों के सवाल ज्यादातर शरीर रचना से जुड़े थे और लड़कियों के सवाल व्यवहार संबंधी थे। कुल मिलाकर, किशोर जानना चाहते थे कि क्या सामान्य है और क्या असामान्य। “क्या मैं एक सामान्य व्यक्ति हूँ” जैसे सवाल और यौनिकता के क्या नियम हैं, जिन पर अक्सर मीडिया या दोस्तों से ही उन्हें जानकारी मिलती है (जैसे, लिंग का आकार, पहली बार सेक्स करने पर दर्द होना, खून निकलना और कौमार्य) इन विषयों पर अक्सर सवाल आते हैं।

फेसिलिटेटर सीधे, विज्ञान आधारित जवाब देते हैं, जिसमें पूछने वाले विद्यार्थी की पहचान का खुलासा नहीं किया जाता। वे इस मौके का फायदा उठाते हुए यौनिकता और नवीं कक्षा के विद्यार्थियों की यौन गतिविधियों से जुड़ी आम गलत धारणाओं को भी दुरुस्त करने की कोशिश करते हैं। जब विद्यार्थी उच्च माध्यमिक स्कूल में जाना शुरू करते हैं, तो ज्यादातर का मानना होता है कि उनके अन्य सहपाठी यौन संबंधों में सक्रिय हैं और उन्हें यह जानकर आश्चर्य होता है कि वर्ष 2007 में देशभर में नवीं कक्षा के केवल 33 प्रतिशत⁷ विद्यार्थियों ने यौन संबंध बनाए थे।

हमजोली पैरवीकार प्रशिक्षण

हमजोली पैरवीकार प्रशिक्षण कार्यक्रम में कुछ विद्यार्थियों को अन्य विद्यार्थियों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य जानकारी का स्रोत बनने का प्रशिक्षण दिया जाता है। स्कूल के बाद चलने वाले

इस क्लब को कोई एक शिक्षक प्रायोजित करते हैं और पीपीएलए के कुशल प्रशिक्षक संचालन करते हैं। हर बसंत में विद्यार्थी इस कार्यक्रम में हिस्सा लेने के लिए आवेदन देते हैं, और हर स्कूल से लगभग 10 विद्यार्थियों का चयन किया जाता है। गर्मियों में उन्हें 30 घंटे का गहन प्रशिक्षण दिया जाता है, जिसमें नाटक करना, अनुभव साझा करना और आलोचनात्मक चर्चाएं शामिल रहती हैं।

हमजोली पैरवीकार उच्च उपलब्धियों वाले विद्यार्थी होते हैं जो पाठ्येतर गतिविधियों में भाग लेते हैं, जैसे संगीत, विद्यार्थी परिषद, खेलकूद आदि। कुछ विद्यार्थी दुकानों में या फास्ट फूड रेस्तरां आदि में आधे दिन नौकरियां भी करते हैं। उनमें से ज्यादातर अपने राज्य में ही कॉलेज जाने का विचार कर रहे होते हैं और स्नातक स्तर की पढ़ाई करने और “असली दुनिया में प्रवेश करने” के लिए तत्पर होते हैं। पीपीएलए प्रशिक्षक इन विद्यार्थियों से साल भर हर सप्ताह मिलते हैं, जिससे कि वे आगे के प्रशिक्षण की योजना बना सकें और नेशनल कमिंग आउट डे पर एल.जी.बी.टी. लोगों को परेशान करने के खिलाफ कम से कम चार जागरूकता कार्यक्रम आयोजित कर सकें, विश्व एड दिवस और राष्ट्रीय कंडोम सप्ताह पर



विद्यार्थी हमजोली पैरवीकार बनने के लिए प्रशिक्षण लेते हुए

कार्यशालाएं आयोजित कर सकें। इनमें से प्रत्येक के लिए विद्यार्थी मिलकर छात्रों के लिए जानकारी सत्र की तैयारी करते हैं, पोस्टर, वीडियो बनाते हैं।

माता-पिता की भागीदारी

कार्यक्रम चला रहे स्कूलों में सर्वे से पता चला कि किशोर उम्र के बच्चे अपने माता-पिता से यौनिकता के विषय में बात करना चाहते हैं, लेकिन उनके लिए यह आसान नहीं है और माता-पिता के लिए भी यह एक चुनौती है। कई माता-पिता को लगता है कि वे ये बातें करने के लिए तैयार नहीं हैं, और बच्चे के सामने शारीरिक मामलों के बारे में अज्ञानी नज़र आने से डरते हैं। माता-पिता की कक्षाओं में वो जानकारी दी जाती है जो बड़े लोगों के लिए प्रासंगिक है और बातचीत की जाती है कि किशोरों को वे अपने व्यक्तिगत और अपने परिवार के यौनिकता और यौन व्यवहार संबंधी मूल्यों के बारे में कैसे बताएं। इसके अलावा, कक्षाओं के संचालक माता-पिता जिम्मेदारी लेते हैं कि वे पालक बैठकों में इन प्रशिक्षणों के बारे में प्रचार करेंगे।

इन कक्षाओं और उनमें उपयोग की गई सामग्री, जिसमें पालक मार्गदर्शिका भी शामिल है, का उद्देश्य है कि माता-पिता को याद दिलाया जाए कि उनके किशोर बच्चे अब यौन रूप से परिपक्व हो रहे हैं, और जहां उनके अधिकार हैं, वहीं उन्हें अभी बहुत कुछ सीखना भी बाकी है। उन्हें बच्चों के साथ इस विषय पर बात करने के तरीके बताए जाते हैं, जैसे कि :

“ जो किशोर सेक्स नहीं भी कर रहे हैं, उन्हें भी सेक्स संबंधी निर्णय लेने पड़ते हैं। ना कहने के तरीके भी सीखने पड़ते हैं।”

“प्यार और अंतरंग रिश्ते वयस्क जीवन के महत्वपूर्ण हिस्से हैं।”

“किशोर उम्र के अपने बच्चे को सेक्स से डराएं नहीं। इससे कुछ हासिल नहीं होगा, और उन तक गलत जानकारी पहुंचेगी।”

“याद रखें, जरूरी नहीं कि आपके पास सभी सवालों के जवाब हों, और आप को अपने यौन संबंधों के अनुभव भी बांटना जरूरी नहीं है। सुनें, दिमाग खुला रखें, और सिर्फ बुरे अनुभवों पर न अटके रहें।”

“अगर आपके किशोर बच्चे कहते हैं कि उन्हें अपने ही के लोगों के साथ डेट करना है, तो हो सकता है आप को समझ ना आए कि उनसे क्या कहें। लेकिन कई ऐसे संसाधन उपलब्ध हैं जो आपकी मदद कर सकते हैं। बस आप बात करते रहें। आप जितना खुल कर बात करेंगे, उतनी ही आप अपने बच्चे की मदद कर सकेंगे।”

अगर माता-पिता और अभिभावक इन कक्षाओं में भाग नहीं ले सकते तो मार्गदर्शिका उन्हें भेज दी जाती है, जिससे कि यह सुनिश्चित किया जा सके कि नवीं कक्षा के हर विद्यार्थी (उम्र 14-16 वर्ष) के परिवार में माता-पिता और बच्चों के बीच संवाद कैसे हो, इसकी जानकारी हो।

इस कार्यक्रम के लागू होने के कुछ समय बाद एक मां ने अपने परिवार में आए बदलाव का विवरण इस प्रकार दिया :

“मैंने अपनी बड़ी बेटी को हर चीज़ से बचा कर रखने की कोशिश की, और उससे यौनिकता के विषय पर कभी बात नहीं की। लेकिन जब मेरा बेटा एस.ई.आई. के साथ काम करने लगा,

और उसने घर आकर अपनी बहन और हम से सुरक्षित यौन संबंधों और गर्भनिरोध के बारे में बात की, तो पूरा परिवार इस विषय पर बात करने लगा। वह जो भी सीख कर आता है हम सब के साथ बांटता है, शुरू में यह सब थोड़ा अजीब था, लेकिन फिर मैंने भी माता-पिता के सत्र में जाना शुरू कर दिया, और अब मैं भी वह सब कुछ जानती हूँ जो वह जानता है, और हम आपस में बात करते हैं, और मुझे उसके निर्णयों पर भरोसा है।”

शिक्षकों की सहभागिता

अक्सर उच्च माध्यमिक स्कूल के विद्यार्थी यौनिकता के विषय में सही जानकारी प्राप्त करने से पहले ही यौन संबंध बनाने लगते हैं। इस पाठ्यक्रम का उद्देश्य है कि पूरे स्कूल में यौनिकता शिक्षा सामान्य रूप से पढ़ाई जाए। इस उद्देश्य को पूरा करने के लिए, इसके लिए प्रधानाचार्य और सहायक प्रधानाचार्य की सहमति ले ली जाती है, और पीपीएलए स्टाफ शिक्षकों और फेकल्टी से संपर्क करते हैं जो कार्यक्रम की समय-सारणी तैयार करने और क्रियान्वयन में मदद करते हैं। नवीं कक्षा को पढ़ाने वाले पांच-सात शिक्षक अपनी कक्षाओं से समय निकालकर यौनिकता शिक्षा के लिए समय देते हैं। हर स्कूल में एक शिक्षक सलाहकार हमजोली पैरवीकार क्लब को प्रायोजित करते हैं, जिसके लिए स्कूल के बाद कक्ष खोलना होता है और छात्रों को विभिन्न आयोजनों के लिए उपयुक्त अनुमति लेने में मदद करनी पड़ती है। सलाहकार और शिक्षक हर साल हमजोली पैरवीकार की नियुक्ति में मदद करते हैं, और साथ ही वे विद्यार्थियों को स्कूल में पांच स्वास्थ्य

कार्यक्रम आयोजित करने के बारे में याद भी दिलाते रहते हैं। इन स्वास्थ्य कार्यक्रमों का विवरण नीचे दिया गया है। हर स्कूल के दो शिक्षक स्कूल के बाद होने वाले स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए अपनी कक्षा का कमरा उपलब्ध कराते हैं, ताकि स्वास्थ्य सेवाएं ऐसी जगह उपलब्ध कराई जा सकें जहां अपना शौचालय हो। पांच से दस शिक्षक स्वेच्छा से प्रशिक्षित कंडोम वितरक बनते हैं।

स्कूल कैम्पस में यौन स्वास्थ्य सेवाएं

रुज़वेल्ट उच्च माध्यमिक विद्यालय में हमारा अनुभव अभूतपूर्व रहा क्योंकि वहां कैम्पस पर पूरा क्लीनिक उपलब्ध है, और स्थानीय प्रधानाध्यापक और स्कूल की नर्स विद्यार्थियों को यौन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के फायदे समझाते हैं। लेकिन दुर्भाग्यवश, ज़्यादातर स्कूलों में कैम्पस पर क्लीनिक उपलब्ध नहीं हैं, और अगर हैं भी तो वहां की नर्सें यौन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध नहीं करातीं। रुज़वेल्ट के अनुभव के आधार पर, हमने अन्य स्कूलों के साथ भी हर कैम्पस में कुछ न्यूनतम स्वास्थ्य सेवाएं लाने का प्रबंध किया और यह अध्ययन किया कि इससे मिली जानकारी से विद्यार्थियों के व्यवहार पर क्या कोई प्रभाव पड़ता है और कैसा प्रभाव पड़ता है।

एस.ई.आई. अध्ययन में शामिल सभी स्कूलों में प्लैन्ड परेन्टहुड ने विद्यार्थियों के लिए स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध करवाईं। हमारा मानना था कि हो सकता है कि कुछ किशोर स्वास्थ्य केन्द्र जाने में सहजता महसूस न करते हों, और कैम्पस पर सेवाएं उपलब्ध कराने से किशोरों की इन सेवाओं तक पहुंच मुश्किल नहीं रहेगी और वे इन से परिचित हो जाएंगे।

हर सहभागी स्कूल, स्कूल के बाद के समय में (शाम 3-6 बजे के बीच) हर साल पांच स्वास्थ्य कार्यक्रम आयोजित करता है, जिसमें विद्यार्थियों को गोपनीय और मित्रतापूर्ण सेवा दी जाती है, जिसमें शामिल है गर्भावस्था और एस.टी.आई. परीक्षण, परामर्श, गर्भनिरोधकों के लिए डॉक्टरी पर्ची, रेफर करने की सुविधा, टेस्ट पॉज़िटिव होने पर हर विद्यार्थी को व्यक्तिगत परामर्श और कंडोम मुहैया कराना। स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच आसान बनाना हमारी रणनीति का हिस्सा है जिसमें सीखने और कामकाज का एकीकरण किया जाता है और साथ ही एक सहयोगी वातावरण बनाने की कोशिश की जाती है जहां बड़े लोग किशोरों के लिए संवेदनशील हों और किशोर उन पर विश्वास कर सकें। कैम्पस पर होने वाले इन कार्यक्रमों के अलावा, शिक्षक हर सत्र में और हमजोली पैरवीकारों के माध्यम से सबसे नज़दीकी प्लैन्ड परेन्टहुड क्लीनिक, उनकी निःशुल्क फोन हैल्पलाइन और वेबसाइट के बारे में विद्यार्थियों को जानकारी देते हैं।

साधन और पद्धति: फिल्में और आलोचनात्मक चर्चाएं

इस कार्यक्रम में विद्यार्थियों को आलोचनात्मक सोच में जोड़ने में फिल्मों का उपयोग किया जाता है। किशोरों को ऐसे दृश्य दिखाए जाते हैं, जिनसे वे जुड़ पाएं, लेकिन कुछ जटिलताएं और बारीकियां भी होती हैं। प्रशिक्षक विद्यार्थियों को बताते हैं कि यौनिकता कितनी व्यापक होती है, और किस कदर सेक्स के प्रति हमारी भावनाएं और व्यवहार तथा दूसरों के प्रति हमारी भावनाएं और व्यवहार एक-दूसरे से जुड़े हैं। पाठ्यक्रम में वास्तविक

जीवन पर आधारित दो फिल्मों का उपयोग किया जाता है, बिटर मैमोरीज़ और रिलेक्शन्स, जिनमें दर्शाया गया है कि किशोरों को अंतरंग रिश्तों में किस प्रकार की समस्याओं और मुश्किल निर्णयों का सामना करना पड़ता है। इन फिल्मों के निर्माता सीनेरियोस, यू.एस.ए हैं, एक ऐसी संस्था जो अपने दृष्टिकोण से कहानी लिखने वाले किशोरों के साथ काम करती है, कहानियां इस सवाल के जवाब में होती हैं- “आखिर असलियत क्या है?” फिर इन फिल्मों का निर्देशन हॉलीवुड के निर्देशकों द्वारा किया जाता है (www.scenariosusa.org/films/film/the-shortest-of-the-shorts/)।

यौनिकता शिक्षा के पहले सत्र में बिटर मैमोरीज़ फिल्म का उपयोग किया जाता है। इस फिल्म में मर्दानगी और हिंसा के चक्र के बारे में बताया गया है। उदाहरण के लिए, प्रशिक्षक

बातचीत की शुरुआत यह कहकर कर सकते हैं :

“बिटर मैमोरीज़ फिल्म में, जब हमने रॉब को देखा कि अपने पार्टनर के व्यवहार को देखकर उसकी ईर्ष्या और चिड़चिड़ापन बढ़ता जा रहा है, तो उसने ऐशली से बात करने की कोशिश की। लेकिन ऐशली ने उसकी चिंताओं को नकारते हुए कहा कि रॉब को जलन होना उसे अच्छा लग रहा है। वह जलन को परवाह करना समझ रही थी। इससे गलतफहमी पैदा हो सकती है।”

यह फिल्म चौथे सत्र में विद्यार्थियों को फिर से दिखाई जाती है, जब वे चर्चा करते हैं कि फिल्म के दोनों कलाकार एक दूसरे के अधिकारों का सम्मान करते हैं या नहीं।

रिलेक्शन्स, तीन दोस्तों, जो एच.आई.वी. जांच करवाते हैं, और उनके जटिल रिश्तों और निर्णयों,





जिसके कारण उन्हें यह जांच करवाना पड़ता है, के बारे में है। इस फिल्म को नवें सत्र में दिखाया जाता है ताकि एच.आई.वी से सुरक्षा, उसकी जांच और उपचार के बारे में बताया जा सके। फिल्म में एक युवती दिखाई गई है जो कंडोम इस्तेमाल करना चाहती है, लेकिन फिर घबरा कर अपने से बड़े बॉयफ्रेंड के साथ असुरक्षित सेक्स कर लेती है। उसने पहले कंडोम इस्तेमाल करने के बारे में सोचा फिर उसे छोड़ दिया, इस तथ्य के आधार पर यह चर्चा की जाती है कि जब रिश्ते में एक साथी दूसरे साथी से ज़्यादा शक्तिशाली होता है, तो सहमति और दबाव के क्या मायने हैं। इससे विद्यार्थियों को सहमति, मान्यताओं और असल सहमति का भेद समझने का, निजी मूल्यों और विश्वासों के संदर्भ में सही और गलत को जानने का, और साथ-साथ बलात्कार (जो एक अपराध है) तथा दुर्व्यवहार (जो अस्वीकार्य है) के मामलों में कानूनी निहितार्थ को समझने का मौका मिलता है।

प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण

यह कार्यक्रम सुप्रशिक्षित प्रशिक्षकों के आधार पर ही चलता है जो यौनिकता शिक्षकों के रूप में

काम करने के अतिरिक्त, पाठ्यक्रम में विद्यार्थियों की मदद करते हैं और उनकी सीखने की प्रक्रिया में भी साथ देते हैं। औपचारिक मूल्यांकन का काम पीपीएलए स्टाफ के फेसिलिटेटर्स ने किया था, लेकिन वे वालंटियर्स, शिक्षक या समुदाय के लोग भी हो सकते हैं, बशर्ते कि वे उचित प्रशिक्षण प्राप्त करें कि स्वास्थ्य और सामाजिक मानकों, व्यक्तिगत व्यवहार और ताकत, सम्मान और विश्वास के बीच कड़ी कैसे जोड़ी जाती है। उनके प्रशिक्षण में 12-15 लोगों की एक तीन दिवसीय कार्यशाला, जिसके बाद किसी स्कूल में एक प्रशिक्षित प्रशिक्षक के साथ जाकर 18 घंटे सहयोगी के रूप में बिताना, और उसके बाद व्यक्तिगत प्रशिक्षण और अभ्यास शामिल होता है। इसका उद्देश्य है कि वे ऐसी सार्थक कड़ियां बना सकें जिनके आधार पर जेन्डर संबंधी रूढ़-छवियों को तोड़ सकें और सामाजिक मानकों के प्रति किशोरों को विश्लेषणात्मक सोच बनाने के लिए प्रेरित कर सकें।

प्रशिक्षण में जेन्डर पर आधारित सामाजिक व्यवहार के मानकों पर चर्चा की जाती है और यह समझने की कोशिश होती है कि इन व्यवहारों पर मूल्य कैसे थोपे जाते हैं और किस प्रकार से जेन्डर भूमिकाएं और रूढ़ छवियां यौन व्यवहार और अंतरंग रिश्तों को प्रभावित करती हैं। प्रशिक्षक सीखते हैं कि मर्द और औरतों के बारे में पारंपरिक सोच पर सवाल कैसे उठाए जाएं, खासकर यौन संबंधों, यौनिकता और यौनिक पहचानों के संदर्भ में उन्हें सिखाया जाता है कि इस प्रकार के सवाल कैसे उठाएं:

“ लोग कैसे निर्णय लेते हैं कि उन्हें यौन संबंध बनाना है? क्या यह ऐसे ही हो जाता है? या फिर

लड़का पहल करता है? इसके कारण लड़के पर क्या दबाव बनता है? या फिर लड़की पर क्या दबाव बनता है? समलिंगी लोग कैसे निर्णय लेते हैं कि उन्हें यौन संबंध बनाना है? जब बात यौन संबंध की आती है तो दोनों पार्टनर जिम्मेदारी कैसे साझा करते हैं?"

“अगर कोई जोड़ा बाहर घूमने जाता है, तो वे कैसे तय करते हैं कि भुगतान कौन करेगा? क्या वे यह निर्णय मिलकर लेते हैं? क्या आपको लगता है कि लड़कियों को चिंता रहती है कि अगर वे सेक्स से मना करेगी तो उनका साथी क्या सोचेगा? लड़कियों को क्या चिंता रहती है? और लड़कों को? इसका जेन्डर के संकीर्ण ढांचे के अंदर या बाहर रहने से क्या संबंध है? अगर आपको यह लगता है कि आपको जेन्डर के संकीर्ण ढांचे के अंदर ही रहना है, तो यह आपको बाधक लग सकता है - कि आप जो करना या कहना चाहते हैं, वह नहीं कर सकते।”

इन सवालों के जवाब देते समय, प्रशिक्षक विद्यार्थियों को याद दिलाते हैं कि जरूरी नहीं कि सामाजिक मानक उचित ही हों। वे किशोरों को बताते हैं कि लड़के और लड़कियों के बराबर हक होते हैं; विद्यार्थियों को एल.जी.बी.टी. अधिकारों की ओर भी ध्यान दिलाया जाता है। यौनिकता के सत्र में यौन रुझान पर विस्तार से बात की जाती है, और प्रशिक्षकों को सिखाया जाता है कि अन्य सत्रों में एल.जी.बी.टी. पहचानों को कैसे शामिल किया जाए। प्रशिक्षकों को सेक्स और जेन्डर के बीच भेद करने, और यौन रुझान के बारे में भी चर्चा करने का प्रशिक्षण दिया जाता है और यह बताया जाता है कि लोग को अलग-अलग तरह

से पहचानते हैं जैसे कि विषमलिंगी, समलिंगी और/या द्विलिंगी। विद्यार्थियों के साथ गतिविधियां करते हुए, प्रशिक्षक हर टिप्पणी पर विस्तार से चर्चा करते हैं, जिससे कि विद्यार्थी विविध प्रकार के रुझानों, व्यवहारों और भावनाओं को देख पाएं।

पाठ्यक्रम को लागू करने की चुनौतियां

सरकारी स्कूलों में, जहां समय सारणी के साथ साथ प्रधानाचार्य और शिक्षक स्कूल छोड़कर चले जाते हैं, जहां स्कूल लंबे समय के लिए बंद कर दिए जाते हैं, या विद्यार्थी हाथापाई तक कर बैठते हैं, वहां कार्यक्रम को लागू करना और उसका मूल्यांकन काफी चुनौतीपूर्ण रहा। अक्सर अध्ययन एक नियंत्रित माहौल में किए जाते हैं, जहां कोई आकस्मिक स्थिति पैदा ना हो। इस प्रयास का मूल्यांकन रोज़मर्रा की स्थितियों में किया गया, जिसमें आखिरी मिनट में कक्षा समय सारणी में बदलाव, विद्यार्थियों के व्यवहार के कारण समय-समय पर कक्षा का अस्त-व्यस्त होना, या उनकी इस विषय में घोर असहजता का सामना करना पड़ा। कई बार, आसपास के इलाके में अपराधिक घटना के कारण स्कूल ही बंद रहे। इसके अलावा, विद्यार्थियों को छात्र-केंद्रित पढ़ाई के तरीके की आदत नहीं है और उनसे पूछा जाए कि वे क्या सोचते हैं तो उन्हें समझ नहीं आता कि क्या जवाब दें।

सकारात्मक पक्ष यह है कि मूल्यांकन के परिणाम सचमुच बता सकते हैं कि यह कार्यक्रम क्या हासिल कर सकता है। चारों हिस्से मिलकर अच्छा काम कर रहे हैं। हमारे अनुभव में यह नया कार्यक्रम व्यवहारों में बदलाव लाने का अब तक का सबसे अच्छा तरीका रहा है। हमने जानबूझ

कर जटिल अवधारणाओं का निचोड़ प्रस्तुत करके ऐसा कार्यक्रम तैयार किया है जो सरकारी स्कूली ढांचे में आसानी से फिट हो जाए और जिसमें प्रमाण-आधारित जानकारी समेत समस्त जानकारी तथा विश्लेषणात्मक सोच के बीच संतुलन रहे, और आसान शब्दों में एक सिलसिलेवार पाठ्यक्रम पढ़ाया जा सके। हालांकि हम इन मुद्दों की केवल ऊपरी परत को कुरेद रहे हैं, लेकिन हमें विश्वास है कि विद्यार्थी इस कार्यक्रम में से इस तैयारी के साथ निकलेंगे कि वे समझ सकें कि यौनिकता मनुष्य के विकास का एक सामान्य और स्वस्थ पहलू है, कि सभी लोगों के मानव अधिकार होते हैं, और किशोरों को स्वास्थ्य सेवाओं, शिक्षा, जानकारी, कानूनी सुरक्षा, गरिमा और गोपनीयता के अधिकार होते हैं। हमारा उद्देश्य है कि वे अपने माता-पिता या अन्य विश्वसनीय वयस्कों के साथ यौन व्यवहारों के बारे में अपनी निजी, पारिवारिक और सामुदायिक धारणाओं के बारे में बात कर सकें, एक स्वस्थ और अस्वस्थ रिश्ते के बीच अंतर कर सकें और अपने निजी रिश्तों में दूसरे व्यक्ति के साथ बेहतर तरीके से बात करके उसकी बात समझ सकें।

निष्कर्ष

विविधता की सराहना और सामाजिक न्याय और अधिकारों की समझ को बढ़ावा देते हुए, पीपीएलए के यौनिकता शिक्षा प्रयास की कोशिश है कि युवा लोगों को हानिकारक धारणाओं पर सवाल उठाने और सत्ता के दुरुपयोग तथा भेदभाव के खिलाफ खड़े होने के लिए सशक्त करे। आलोचनात्मक सवाल करने की क्षमता न हो तो लड़कियों और युवतियों अपने पुरुष साथी से दब कर रहना

पड़ेगा, और एल.जी.बी.टी. युवाओं को बहिष्कार या मखौल का पात्र बनना पड़ेगा। हमारी आशा है कि किशोरों के लिए अलग-अलग कई शिक्षा कार्यक्रम जेन्डर और यौनिकता की पूर्वधारणाओं पर सवाल उठाएं और इसकी बदौलत विविध यौन रुझानों की सुरक्षित अभिव्यक्ति के लिए एक सम्मानजनक और स्वीकारात्मक माहौल बने।

आभार

लेखक अपने इन सहकर्मियों के प्रति आभार प्रकट करना चाहते हैं: एस.ई.आई. पाठ्यक्रम बनाने में सहयोग के लिए एन्ड्रिया इरविन, ईवा गोल्डफार्ब, और अर्नेस्टाइन हेल्डिंग; एस.ई.आई. कार्यक्रम सलाहकार समूह; एस.ई.आई. अध्ययन की रूपरेखा तैयार करने और उसे लागू करने में नॉर्म कॉन्स्टेन्टाइन और लुएन रोखा के कौशल का; और पीपीएलए शिक्षकों का जिन्होंने पूरे कार्यक्रम को तैयार किया और लागू किया। प्लैन्ड पेरेन्टहुड अपनी सहयोगी संस्थाओं को एस.ई.आई. शुरू करने के लिए धन्यवाद देता है: ग्रीन डॉट पब्लिक चार्टर स्कूल्स, लॉस एंजेलस युनिफाइड स्कूल डिस्ट्रिक्ट, पार्टनरशिप फॉर लॉस एंजेलस स्कूल्स, और सेनेरियो यू.एस. ए। लेखक फोर्ड फाउन्डेशन और अन्य आर्थिक सहयोगियों को भी इस कार्यक्रम में सहयोग देने के लिए धन्यवाद देते हैं।

लेखक:

- उपाध्यक्ष, सामुदायिक शिक्षा, प्लैन्ड पेरेन्टहुड लॉस एंजेलस, लॉस एंजेलस, सी.ए., यू.एस.ए.
- निदेशक, युवा कार्यक्रम, प्लैन्ड पेरेन्टहुड लॉस एंजेलस, लॉस एंजेलस सी.ए., यू.एस.ए.

संदर्भ

1. SIECUS. State Profiles: A History of Federal Funding for Abstinence-Only-Until-Marriage Program: New York: SIECUS, 2010. www.siecus.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=1340¬eID=1.
2. Guttmacher Institute. In Brief Fact Sheet: Facts on American teens' sources of information about sex. New York: 2012. www.guttmacher.org/pubs/FB-Teens-Sex-Ed.html#6.
3. Santelli JS, et al. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health* 2007;97(1):1-7.
4. Vann M. Sex ed does delay teen sex: CDC. U.S. News & World Report. 20 December 2007.
5. King B. The need for school-based comprehensive sexuality education: some reflections after 32 years teaching sexuality to college students. *American Journal of Sexuality Education* 2012;7(3):181.
6. Flores G. Toward a more inclusive multicultural education: methods for including LGBT themes in K-12 classrooms. *American Journal of Sexuality Education* 2012;7(3):187.
7. Herrman J, Moore C, Anthony B. Using film clips to teach teen pregnancy prevention: the Gloucester 18 at a teen summit. *American Journal of Sexuality Education* 2012;7(3):196.
8. Schubert K. Analyzing gender and sexuality in magazine advertisements. *American Journal of Sexuality Education* 2012;7(3):212.
9. Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review* 2011;14(3).
10. Constantine N, et al. No time for complacency: teen births in California. Spring update, 2010. p.4.
11. Boonstra HD. Winning campaign: California's concerted effort to reduce its teen pregnancy rate. *Guttmacher Policy Review* 2010;13(2).
12. Sexually Transmitted Diseases in California: 2009. California Department of Public Health, STI Control Branch, November 2010. www.cdph.ca.gov/data/statistics/Documents/STI-Data-2009-Report.pdf.
13. Davis A. 2008. Interpersonal and physical dating violence among teens. *The National Council on Crime and Delinquency Focus*. www.nccdcrc.org/nccd/pubs/.
14. UN Population Fund. The human rights-based approach. 13 July 2012. www.unfpa.org/rights/approaches.
15. SIECUS, Answer and Advocates for Youth. Creating a national dialogue about the future of sex education. www.futureofsexed.org/.
16. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behaviour Surveillance. Surveillance Summaries, 2007. *Mortality & Morbidity Weekly Report* 2008;57(No. SS-#).

एशिया-प्रशांत क्षेत्र में कानून, नीति और युवा लोगों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य ज़रूरतों के बीच अनुपयुक्त मेल को सुधारना

जॉन गोडविन,^क गेबरियल ज़ाबो,^ख जस्टिन सास,^ग जोसफिन सॉवरिन^घ

सारांश:

एशिया-प्रशांत क्षेत्र में यौन संबंधों का संदर्भ बदल रहा है। आम तौर पर युवा लोग शादी देर से कर रहे हैं और शादी के बाहर यौन/सेक्स में बढ़ोतरी हो रही है, जबकि यौनिक शुरुआत की उम्र अभी भी वही बनी हुई है। कानून और नीतियां युवा लोगों की यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर पहुँच को कैसे नियंत्रित करती हैं, इस पर पहली व्यवस्थित समीक्षा 2013 में आयोजित की गई थी। अध्ययन ने >400 राष्ट्रीय दस्तावेजों पर विचार किया और इस क्षेत्र में तीन देशों में >60 युवा लोगों के साथ केंद्रित समूह चर्चा आयोजित की। यह लेख, अध्ययन के जाँच परिणामों को युवा लोगों के यौन व्यवहार और स्वास्थ्य पर महामारी विज्ञान के आंकड़ों की रोशनी में परखेगा, और यौनिक गतिविधि की शुरुआत और सहमति (सेक्स और चिकित्सा उपचार के लिए) और प्रतिबंध और विवाहित व्यक्तियों के लिए सेवाओं की नीति/अनुकूलन से संबंधित कानूनों और नीतियों के बीच एक महत्वपूर्ण अनुचित मेल को उजागर करेगा। युवा लोगों के यौन और प्रजनन स्वास्थ्य में सुधार करने के प्रयासों के लिए एक समर्थकारी कानूनी और नीतिगत पर्यावरण आवश्यक आधार है। यह लेख तर्क देता है कि अंतरराष्ट्रीय मार्गदर्शन और प्रतिबद्धताएं (बाल अधिकारों पर व्यापक रूप से मंजूर समझौते सहित) युवा लोगों द्वारा स्वतंत्र निर्णय लेने के लिए उनकी उभरती क्षमता को पहचानने के लिए ढाँचा प्रदान करते हैं, जिसमें यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र भी शामिल हैं। इस क्षेत्र के कई सारे देश इन ढाँचों को सेवाओं पर पहुँच का विस्तार करने के लिए इस्तेमाल कर रहे हैं और दूसरों को सीखने के लिए बहुमूल्य उदाहरण प्रदान कर रहे हैं। © 2014 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: किशोर और युवा, यौनिक गतिविधि, सहमति उम्र के कानून, समर्थक पर्यावरण, उभरती क्षमता, यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, कानून और नीति, एशिया-प्रशांत क्षेत्र।

एशिया-प्रशांत क्षेत्र 10-24* वर्ष के आयु वर्ग के 750 मिलियन युवा लोगों - इतिहास में सबसे बड़ी युवा जनसंख्या - का घर है।¹ जहाँ ये युवा लोग अतीत की तुलना में आम तौर पर स्वस्थ और बेहतर रूप से शिक्षित हैं, उनके यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के संबंध में प्रगति धीमी है।² सेवाओं, जानकारी, और गर्भ निरोधकों और कॉन्डम जैसी वस्तुओं पर खराब पहुँच, अनियोजित गर्भावस्था और एचआईवी के प्रसार और अन्य यौन संचरित संक्रमणों के उच्च स्तर में योगदान देती है।

एशिया-प्रशांत में हर वर्ष लगभग छह लाख किशोर गर्भावस्थाएं और 15-19 वर्ष आयु वर्ग की लड़कियों में एक लाख से अधिक असुरक्षित गर्भ समापन होते हैं।³ वर्ष 2013 में, एशिया-प्रशांत क्षेत्र में (15-24 वर्ष आयु वर्ग में) 6,10,000 युवा लोग एचआईवी के साथ रह रहे थे और हर वर्ष इस क्षेत्र में 58,000 नए किशोर एचआईवी से संक्रमित हो जाते हैं।^{4,5}

युवा लोग यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने के लिए कई सारी और एक दूसरे को काटने वाली बाधाओं का सामना करते हैं। युवा लोगों के यौन और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार - बचपन, विकास और माता-पिता की भूमिकाओं और ज़िम्मेदारियों की बहुत ही व्यक्तिगत समझ में बंधी यौनिकता की जटिल और विवादित धारणाओं की अनिवार्य रूप से जाँच करते हैं।⁶⁻⁸ ये विचार ऐसी कई संभव व्याख्याओं को सूचित करते हैं जो यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में “बच्चे

के सर्वोत्तम हित के लिए” कही जा सकती हैं।⁹ यह लेख इस मौलिक सिद्धांत को अपनाता है कि इस संदर्भ में बच्चे के सर्वोत्तम हित को युवा लोगों के “स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक” के अधिकार को मान्यता देनी चाहिए।¹⁰ इस बात को समझते हुए कि इस अधिकार के लिए आवश्यकता आधारित सेवाओं पर पहुँच की ज़रूरत है; जहाँ केवल कानूनी और नीतिगत बाधाओं को दूर करना काफी नहीं होगा, फिर भी यह एक मूलभूत कदम है।

युवा लोगों की यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर पहुँच को नियंत्रित करने वाले कानून और नीतियों पर पहली व्यवस्थित समीक्षा में 2013 में आयोजित की गई थी। *एनटाइटल्ड यंग पीपल एण्ड दि लॉ इन एशिया एण्ड दि पैसिफिक: ए रिव्यू ऑफ लॉज़ एण्ड पॉलिसीज़ अफेक्टिंग यंग पीपल्स एक्सेस टू सैक्शुअल एण्ड रिप्रोडक्टिव हेल्थ एण्ड एचआईवी सर्विसेस*, इसमें 400 से अधिक राष्ट्रीय दस्तावेजों पर विचार किया गया।² जकार्ता, इंडोनेशिया, मनीला, फिलीपींस और यांगून, म्यांमार, में 60 से अधिक युवा लोगों (18-24 वर्ष आयु वर्ग) के साथ, मानकीकृत गाइड और (मन मंथन और रैंकिंग सहित) भागीदारी के तरीकों के इस्तेमाल से केंद्रित समूह चर्चा आयोजित की गई, जिसका संचालन मुख्य जनसंख्या से युवा लोगों के एक क्षेत्रीय नेटवर्क - यूथ लीड ने किया। ऐसे कानूनों और नीतियों की सेवाओं पर पहुँच के प्रभाव पर विशेष ध्यान दिया गया था जिसके

- इस लेख में “किशोरों” (10-19 वर्ष) और “युवा लोग” (15-24 वर्ष) शब्दों का उपयोग किया गया है जो संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा इस्तेमाल की गई परिभाषा के अनुरूप है। इस आयु वर्ग का उल्लेख करने के लिए “बच्चा” (18 वर्ष से कम) शब्द का उपयोग भी किया गया है।

लिए लोगों को विभिन्न प्रयोजनों के लिए एक निश्चित उम्र का होने की आवश्यकता होती है।

यह लेख, अध्ययन के जाँच परिणामों को युवा लोगों के यौन व्यवहार और स्वास्थ्य पर महामारी विज्ञान के आंकड़ों की रोशनी में परखता है, और यौनिक गतिविधि की शुरुआत और सहमति (सेक्स और चिकित्सा उपचार के लिए) और प्रतिबंध और विवाहित व्यक्तियों के लिए सेवाओं की नीति/अनुकूलन से संबंधित कानूनों और नीतियों के बीच एक महत्वपूर्ण अनुपयुक्त मेल को उजागर करता है। हमारा कहना है कि अंतरराष्ट्रीय दिशानिर्देश और प्रतिबद्धताएं युवा लोगों की दुर्व्यवहार से रक्षा और स्वास्थ्य एवं स्वायत्तता के लिए उनके अधिकारों को सुनिश्चित करने के प्रयासों को मिलाने की इच्छा रखने वाले कानूनों और नीति-निर्माताओं के लिए एक वैचारिक और अधिक व्यवहारिक ढाँचा प्रदान करती हैं। यह विश्लेषण इस क्षेत्र में इन सेवाओं पर पहुँच का विस्तार करने के लिए इन ढाँचों को लागू करने पर विचार के द्वारा समाप्त होता है।

एशिया-प्रशांत क्षेत्र में युवा लोग और सेक्स

एशिया-प्रशांत क्षेत्र में विवाहित और अविवाहित दोनों युवा लोग, यौनिक रूप से सक्रिय हैं और बहुत से पहली बार सेक्स 18 साल की उम्र से पहले कर रहे हैं (तालिका 1 देखें)। भारत में 18-24 वर्ष आयु वर्ग की 40 प्रतिशत युवा महिलाओं और इंडोनेशिया तथा नेपाल में इसी उम्र की लगभग इतनी युवा महिलाओं ने 18 साल की होने से पहले सेक्स किया था।¹¹ लड़कों के लिए यही संख्या कम है, लेकिन फिर भी काफी है।

लाओ पीडीआर में, 18-24 वर्ष आयु वर्ग के 28% युवा पुरुषों ने बताया कि उन्होंने पहली बार सेक्स 18 वर्ष से पहले किया था¹², थाईलैंड और नेपाल के इसी आयु समूह के क्रमशः 26% और 24% ने भी यही कहा।^{13,11} 2006 में समोआ में 15-24 आयु वर्ग के युवा लोगों के एक अध्ययन में, सोलोमन द्वीप और वानुअतु में पाया गया कि पहले सेक्स के समय औसत आयु 16 वर्ष थी।^{14*}

क्षेत्र में अधिकांश युवा लोगों (विशेष रूप से युवा महिलाओं) के लिए यौन गतिविधि की

तालिका 1. 18 साल के होने से पहले पहली बार सेक्स करने वाली युवा महिलाओं और पुरुषों का प्रतिशत^{11,15}

देश	18 साल के होने से पहले पहली बार सेक्स करने वालों का प्रतिशत	
	18-24 वर्ष आयु वर्ग की युवा महिलाएं	18-24 वर्ष आयु वर्ग के युवा पुरुष
भारत (2005-06)	40	12
इंडोनेशिया (2007)	38	12
नेपाल (2011)	39	24
फिलीपींस (2008)	17	NA
थाईलैंड (2005)	30	26
वियतनाम (2005)	11	3

तालिका 2. 18 साल के होने से पहले पहली बार सेक्स करने वाली युवा महिलाओं और पुरुषों का प्रतिशत^{17,21}

	विवाह की औसत आयु				
	1970	1980	1990	2000	2010 ^a
महिलाएं					
बांग्लादेश	16.8 (1975)	16.9 (1983)	18.1	18.7	18.6
चीन	-	22.4	22.1	23.3	24.7
हांगकांग एसएआर	23.8	25.3	28.0	29.6	30.3 (2006)
इंडिया	17.7 (1971)	18.7 (1981)	19.3 (1991)	20.2 (2001)	-
इंडोनेशिया	19.3	20.0	21.6	22.7	22.3
जापान	24.7	25.1	26.9	28.6	29.7
कोरिया गणतंत्र	23.3	24.1	25.5	27.1	28.8 (2005)
मलेशिया	22.1	23.5	24.6	24.9	25.7
म्यांमार	21.3	22.4	24.5	25.8	26.1 (2006)
पाकिस्तान	19.7 (1972)	20.2 (1981)	21.7 (1991)	NA	23.2 (2007)
फिलीपींस	22.8	22.4	23.8	NA	24.4 (2007)
सिंगापुर	24.2	26.2	27.0	26.5	27.9
श्रीलंका	23.5	24.4	NA	NA	23.6 (2007)
ताइवान	22.6	23.9	26.0	27.6	NA
थाईलैंड	22.0	22.8	23.5	24.1	NA
पुरुष					
बांग्लादेश	-	23.9	25.9	27.6	25.4 (2011)
चीन	-	25.1	23.8	25.1	26.5
हांगकांग एसएआर	30.2	28.7	29.8	31.9	32.8 (2006)
इंडिया	22.7 (1971)	23.4 (1981)	23.9 (1991)	24.8 (2001)	NA
इंडोनेशिया	23.8	24.1	25.2	25.9	25.7
जापान	27.5	28.7	30.4	30.8	31.2
कोरिया गणतंत्र	25.2	27.3	28.5	30.3	32.0 (2005)
मलेशिया	25.6	26.6	27.9	28.5	28.0
म्यांमार	23.9	24.6	26.3	27.6	27.6 (2007)
पाकिस्तान	25.7 (1971)	25.1 (1981)	26.5 (1991)	NA	26.4 (2007)
फिलीपींस	NA	NA	26.3	NA	27.0 (2007)
सिंगापुर	27.8	28.4	29.9	30.0	30.4
श्रीलंका	28.0	27.9	NA	NA	NA
ताइवान	24.6	25.3	28.8	30.5	NA
थाईलैंड	24.7	24.9	26.0	27.4	NA

a 2010 कॉलम बहुत हाल के आंकड़ों पर आधारित है²¹

शुरुआत अभी भी शादी के साथ होती है;¹⁵ बहुत से देश, जिनमें युवा लोग 18 साल के होने से पहले यौन गतिविधि आरंभ करते हैं, ये कम आयु में शादी की उच्च दर वाले देश भी हैं।¹⁶ हालाँकि, शादी की आयु बढ़ रही है। 1970-2010 के आंकड़ों की तुलना दर्शाती है कि दक्षिण, पूर्व और दक्षिण-पूर्व एशिया में, बल्कि ऐसे देशों में भी जहाँ बाल विवाह अभी भी आम है (तालिका 2 देखें) वहाँ शादी की औसत आयु बढ़ गई है।¹⁷ जहाँ अविवाहित युवा लोगों की यौन गतिविधि पर आंकड़े सीमित हैं, कम्बोडिया,¹⁸ फिलीपींस,¹⁹ और थाईलैंड²⁰ में अध्ययन संकेत देते हैं कि सेक्स करने वाले अविवाहित युवा लोगों की संख्या बढ़ रही है और बढ़ती उम्र के साथ शादी के बाहर सेक्स करने की संभावना अधिक हो जाती है।¹⁵ जैसे जैसे बाल विवाह की घटनाएं कम हो रही हैं, 18 साल के होने से पहले सेक्स शुरू करने वाले अधिक युवा लोग यह शादी के बाहर करेंगे और कई देशों में विवाहित जोड़ों के लिए सीमित सुरक्षा के बाहर करेंगे।

समीक्षा में पाया गया कि पूरे क्षेत्र की सेवाएं विवाहित जोड़ों की ज़रूरतों से प्रेरित हैं और 18 वर्ष से कम की पहुँच में अवरोध पैदा करती हैं।^{2*} इस कानूनी और नीतिगत माहौल में, शादी और यौन संबंधों के बदलते संदर्भ के परिणाम युवा लोगों के लिए गंभीर हैं।

अविवाहित युवा महिलाओं के बीच, विशेष रूप से जो 18 वर्ष से कम हैं, गर्भनिरोधक की अधूरी आवश्यकता पर आंकड़े, अत्यधिक सीमित हैं।¹⁵ क्षेत्र के कई देशों में जो युवा महिलाएं शादीशुदा हैं या एक लंबे समय से साथ में हैं, उन के बीच गर्भनिरोधक की अधूरी आवश्यकता फिर भी, 25-30% है,^{2**} और समोहा में यह 46% है। इससे पता चलता है कि अधूरी आवश्यकता अविवाहित युवा महिलाओं के बीच भी अधिक है। प्रशांत क्षेत्र में 15-19 आयु वर्ग के 20% से कम युवा लोगों ने किसी भी समय आधुनिक विधि का इस्तेमाल करने के बारे में बताया है।¹⁴ वियतनाम के बहु संकेतक क्लस्टर सर्वेक्षण (2011) ने पाया कि 15-19 आयु वर्ग के 30.5% विवाहित और 35.4% अविवाहित युवा लोगों की गर्भनिरोधक के लिए आवश्यकता अधूरी थी; 20-24 वर्ष वालों के लिए प्रतिशत 19.0% (विवाहित) और 34.6% (अविवाहित) था।

पॉपुलेशन काउंसिल द्वारा हाल ही में एक अध्ययन में, भारत में 15-19 और 20-24 आयु वर्ग के अविवाहित युवा पुरुषों और महिलाओं के बीच लगातार कंडोम के इस्तेमाल का स्तर बेहद कम पाया गया, और पाया गया कि अविवाहित लड़कियों की एक महत्वपूर्ण छोटी संख्या गर्भवती हो जाती हैं।²⁴ 2006-2007 के एक अध्ययन ने पाया कि 4% अविवाहित पुरुषों

* जनसांख्यिकीय और स्वास्थ्य सर्वेक्षण सहित कई सर्वेक्षण, यौन गतिविधियों की संकीर्ण परिभाषा का उपयोग करते हैं और यौन गतिविधियों की व्यापक रेंज को शामिल नहीं करते हैं, जिसमें मौखिक एवं गुदा सेक्स शामिल होता है जिसमें युवा लोग कम उम्र से संलग्न हो सकते हैं।

‡ शामिल किए गए राष्ट्रीय कानून, नीतियों और रणनीतियों की एक सूची समीक्षा के परिशिष्ट 7 में उपलब्ध है।

§ जो प्रसव को रोकना या गर्भधारण देरी से करना चाहते हैं।

** अफगानिस्तान, मालदीव, नेपाल, पाकिस्तान, पापुआ न्यू गिनी, तिमोर लेस्ते, और तुवालु।²

और 9% अविवाहित युवा महिलाओं ने गर्भधारण के बारे में बताया, जिन्होंने एक “रोमांटिक साथी” के साथ सेक्स किया था।²⁵ गुजरात में यौन अनुभवी कॉलेज के छात्रों के बीच एक अन्य भारतीय सर्वेक्षण ने पाया कि 17% युवा पुरुषों ने लड़की को गर्भवती कर दिया था और 8% युवा महिलाओं ने गर्भधारण का अनुभव किया था।²⁶ जहाँ हो सकता है कि इनमें से कुछ प्रतिशत गर्भ वांछित हों, जाँच परिणाम जानकारी, गर्भनिरोधक, सुरक्षित गर्भ समापन और व्यापक स्वास्थ्य और सूचना सेवाओं के लिए अधूरी आवश्यकता का संकेत करते हैं। 18 से कम आयु के युवा लोगों के बीच यौन गतिविधि और यौन संबंधों के बदलते संदर्भ को जीवन रक्षक और जीवन को बेहतर करने वाली यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर पहुँच का समर्थन करने वाले कानूनों और नीतियों की आवश्यकता है।

कानून, नीतियां और बाधाएं: आयु, वैवाहिक स्थिति और सहमति के मुद्दे

यौन और प्रजनन अधिकार “कुछ विशेष मानव अधिकारों को समाविष्ट करते हैं जो राष्ट्रीय कानूनों, अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार दस्तावेजों और अन्य आम सहमति दस्तावेजों में पहले से ही मान्यता प्राप्त हैं”।²⁷ आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतरराष्ट्रीय संविदा (आईसीईएससीआर) के तहत सभी लोगों के “शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के सर्वोच्च प्राप्य मानक” के अधिकार को दोहराने के अलावा,¹⁰ बाल अधिकारों पर प्रसंविदा दलों/पक्षों को कहती है “यह सुनिश्चित करने के लिए काम करें कि कोई भी बच्चा अपनी... स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर पहुँच से वंचित न हो”, इनमें “रोकथाम संबंधी स्वास्थ्य देखभाल, माता-पिता के लिए मार्गदर्शन और परिवार नियोजन शिक्षा और सेवाएं



यात्रियों को नदी के पार लाने और ले जाने के लिए अपनी नावों में इंतजार करती युवा लड़कियां, फूंग हिप, वियतनाम, 2005

शामिल हैं”¹⁹ अनुच्छेद 16 के तहत “कोई भी बच्चा उसकी गोपनीयता के साथ मनमाने या गैर कानूनी हस्तक्षेप का विषय नहीं होना चाहिए”। एशिया-प्रशांत क्षेत्र में संयुक्त राष्ट्र के सभी सदस्य देशों ने इस अनुबंध की पुष्टि की है, स्वीकार किया है, या इस अनुबंध को स्वीकार किया है, और अधिकांश ने आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों के अंतर्राष्ट्रीय अनुबंध पर हस्ताक्षर या पुष्टि भी की है।²

अपनी अंतरराष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं के बावजूद, एशिया-प्रशांत क्षेत्र में कई देशों में ऐसे कानून और नीतियां हैं जो यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर पहुँच को सीमित करती हैं। 2012 में, जनसंख्या और विकास पर आयोग ने सरकारों से मानव अधिकारों की रक्षा और बढ़ावा देने का “भले ही उम्र और वैवाहिक स्थिति कोई भी हो” आग्रह करने के लिए किशोरों और युवाओं पर अपने संकल्प का उपयोग किया।²⁷ फिर भी, जैसा हम यहाँ दिखा रहे हैं, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच, सेक्स के लिए सहमति की उम्र और जिस उम्र में युवा लोग यौन गतिविधियों की शुरुआत कर रहे हैं उन्हें सीमित करने वाले कानूनों और नीतियों के बीच एक अनुपयुक्त मेल है।

चिकित्सा हस्तक्षेप करने के लिए सहमति

एशिया-प्रशांत क्षेत्र में अधिकांश देशों में, एक व्यक्ति चिकित्सा हस्तक्षेप करने के लिए स्वतंत्र रूप से सहमति देने के लिए कानूनी क्षमता 18 वर्ष की आयु में प्राप्त करता है।² इसलिए 18 वर्ष से कम आयु के युवा लोगों को आमतौर पर यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने के लिए माता पिता की सहमति की आवश्यकता होती है।

यह उन युवा लोगों के लिए एक बाधा पैदा करता है, जो अपने माता पिता की सहमति प्राप्त करने में असमर्थ हैं या अनिच्छुक हैं, और जिनके माता-पिता पूछने पर सहमति देने से मना कर देते हैं।

प्रथागत या धार्मिक कानून सहित कुछ देशों के कानूनों में, अपने माता-पिता के अलावा जीवनसाथी, विस्तारित परिवार या बड़ों और धार्मिक नेताओं सहित अन्य लोगों से सहमति लेने की ज़रूरत होती है।² मलेशिया में शरीयत कानून के विश्लेषण ने पाया कि 18 साल से कम उम्र के युवा लोगों के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप करने के लिए जीवनसाथी या माता पिता की सहमति की आवश्यकता हो सकती है।²⁸ यह युवा लोगों के गोपनीयता के अधिकार को कमज़ोर करता है और उन्हें स्वयं के हितों के बारे में निर्णय लेने की स्वायत्तता से वंचित करता है।

जहाँ पर कानून पहुँच की सुविधा का समर्थन करते भी हैं, नीति और कार्यान्वयन क्लिनिक के स्तर पर अवरोध पैदा कर सकते हैं। श्रीलंकाई कानून स्वीकार करता है कि 16 साल के लड़के और 14 साल की लड़कियां “उनके जीवन को प्रभावित करने वाले व्यक्तिगत निर्णय में विकल्पों का प्रयोग करने के लिए सक्षम है”²⁹ हालाँकि मेडिकल प्रैक्टिशनर उन फॉर्मों को अक्सर देखते हैं जिनमें माता पिता की सहमति की ज़रूरत होती है।³⁰ युवा लोग और कानून की समीक्षा के हिस्से के रूप में म्यांमार में आयोजित एक फोकस समूह चर्चा में प्रतिभागियों ने बताया कि एक 14 वर्षीय को इस आधार पर एचआईवी परीक्षण से इनकार कर दिया गया कि वह “बहुत छोटा/छोटी” है, बावजूद इसके कि कानूनी तौर

पर केवल 12 से कम आयु के बच्चों के लिए माता पिता की सहमति की आवश्यकता होती है। इस प्रकार, जहाँ पहुँच कानून के उल्लेख से कम या ज्यादा प्रतिबंधित हो सकती है, युवा लोगों के अधिकारों की गारंटी शायद ही होती है और अक्सर स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों द्वारा निगारनी का विषय होती है। अपनी उम्र को साबित करने में असमर्थ रहने वाले युवा लोगों के लिए पहुँच और भी अधिक प्रतिबंधित हो सकती है। परस्पर विरोधी कानून, नीतियां और व्यवहार सेवाओं पर पहुँच की सीमाओं को भ्रमित कर देते हैं; और कुछ मामलों में उनकी अधिक सावधानी से व्याख्या करने को बढ़ावा देते हैं। इससे कानून के अंदर रह कर काम करने की चिंता करने वाले पेशेवरों और जो युवा लोग अपने आप को पहले से ही युवा यौनिकता से जुड़े कलंक के सामने लाने से संकोच करते हैं, दोनों को ही सीमितताओं के बारे में बढ़ाचढ़ा कर बताने की संभावना बढ़ जाती है।

शादी सेवाओं का उपयोग करने के लिए एक आवश्यकता के रूप में

इस क्षेत्र में एक देश, इंडोनेशिया, में सेवाओं पर पहुँच के लिए केवल एक पूर्व शर्त है - विवाह;³¹ हालाँकि, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं अक्सर मुख्य रूप से विवाहित जोड़ों की ज़रूरतों के लिए प्रेरित होती हैं, कभी कभी इस व्यावहारिक प्रभाव के साथ कि सेवाएं अविवाहित युवा लोगों को प्रदान नहीं की जा रही हैं। उदाहरण के लिए, मलेशिया में सरकार और गैर सरकारी संगठन के क्लीनिक, अविवाहित व्यक्तियों को केवल एक एक केस के आधार पर यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते हैं, उन युवा लोगों को प्रदान

करते हैं जिन्हें उनके अनुसार उच्च जोखिम होता है।³² चीन के परिवार नियोजन कानून के तहत, केवल “प्रजनन आयु के युगल” बिना शुल्क के सार्वजनिक सुविधाओं के माध्यम से सेवाओं को प्राप्त करने में सक्षम हैं।³³ इंडोनेशिया की राष्ट्रीय परिवार नियोजन नीति केवल “उम्मीदवार (मंगेतर) या पति-पत्नी युगल” को शामिल करती है। इन नीतियों का प्रभाव यह है कि कई अविवाहित युवा लोगों के लिए, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर पहुँच या तो स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सकों की मंजूरी पर या फिर प्राइवेट क्लीनिकों के माध्यम से सेवाओं के लिए भुगतान करने की क्षमता पर निर्भर करती है।

सेक्स के लिए सहमति की आयु

जहाँ क्षेत्र में अधिकांश देशों के युवा लोगों को स्वतंत्र रूप से शादी या चिकित्सा हस्तक्षेप करने के लिए 18 साल का होने तक अनुमति नहीं है (तालिका 3 देखें), वहीं कई देशों में कानून स्वीकार करते हैं कि युवा लोग कानूनी तौर पर एक छोटी उम्र से सेक्स के लिए सहमति दे सकते हैं। उदाहरण के लिए, युवा लोग फिलीपींस में 12,³⁴ चीन में 14,³⁵ थाईलैंड में 15,³⁶ और मलेशिया में 16 साल की उम्र से सेक्स के लिए सहमति दे सकते हैं।³⁷ जहाँ सेक्स करने के लिए सहमति की उम्र चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए सहमति देने की उम्र से कम है, फिर भी, यौन संबंध के लिए सहमति देने की उम्र के लायक माने जाने वाले युवा लोग जब वाकई सेक्स करते हैं तब उन्हें जिन यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की ज़रूरत होती है, उस पर पहुँच के लिए वे खुद को असमर्थ पा सकते हैं।

तालिका 3. सेक्स, चिकित्सा हस्तक्षेप और शादी के लिए सहमति की आयु ²							
देश	आयु जब पुरुष महिला के साथ सेक्स के लिए सहमति दे सकता है	आयु जब महिला पुरुष के साथ सेक्स के लिए सहमति दे सकती है	आयु जब पुरुष पुरुष के साथ सेक्स के लिए सहमति दे सकती है	आयु जब महिला महिला के साथ सेक्स के लिए सहमति दे सकती है	आयु जब चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए सहमति दे सकते हैं	विवाह के लिए सहमति की आयु	
						पुरुष	महिला
चीन	14	14	14	14	18 ^a	22	20
इंडोनेशिया ^b	19	15	18	18	18	21	21
मलेशिया	जब शादी हो जाए	15 या जब शादी हो जाए	गैर कानूनी है	मुसलमानों में गैर कानूनी है	18	21	21
पाकिस्तान	मुसलमान पुरुष सेक्स केवल शादी के बाद ही कर सकते हैं	16 (मुसलमानों के लिए शादी के बाद)	गैर कानूनी है	अस्पष्ट, जहाँ शरिया कानून है वहाँ गैर कानूनी है	18 ^c	18	16
फिलीपींस	12	12	12	12	18	21	21
थाईलैंड	15	15	15	कोई प्रतिबंध या सहमति की आयु नहीं है	18	21	21

^a पारिवारिक सहमति की आवश्यकता हो सकती है।
^b असेह क्षेत्र में कानून अलग हैं, जहाँ शादी से पहले और समलैंगिक सेक्स निषेध है।
^c दिशानिर्देशों में युवा लोगों के लिए बेनाम स्वैच्छिक परामर्श और जाँच के मूल्य को स्वीकार करने के बावजूद।

कानून, नीति और वास्तविकता के बीच गंभीर अनुपयुक्त मेल

तालिका 3 एशिया-प्रशांत क्षेत्र के छह देशों में जहाँ 18 साल से कम आयु के युवा लोगों को चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए माता पिता की

सहमति की आवश्यकता होती है, सेक्स और शादी के लिए सहमति की उम्र निश्चित करती है। तालिका प्रतिबंधात्मक कानूनों और नीतियों के तहत उपलब्ध सेवाओं और युवा लोगों के यौन और प्रजनन स्वास्थ्य जरूरतों की वास्तविकता के

बीच किस हद तक अनुपयुक्त मेल है उसे स्पष्ट रूप से इंगित करती है।

जब एशिया-प्रशांत के अधिकतर देशों में शादी के लिए स्वतंत्र सहमति की उम्र 18 वर्ष या अधिक है, व्यवहार में, कई देश माता पिता की सहमति के साथ या अदालतों या धार्मिक या स्थानीय सरकार के समर्थन के साथ बहुत छोटी उम्र में विवाह की अनुमति दे देते हैं।²

सरकारें क्या कर सकती हैं

18 वर्ष से कम उम्र के युवा लोग कानून-और-नीति निर्माताओं - जिन्हें बच्चे की उभरती क्षमताओं के बदलते संदर्भ में सुरक्षा को कूटबद्ध करना चाहिए - के लिए एक “अद्वितीय विरोधाभास” पेश करते हैं।⁸ स्वतंत्र निर्णय लेने की क्षमता “विकासात्मक परिवर्तन जो बच्चे परिपक्व होने के साथ अनुभव करते हैं, जिसमें संज्ञानात्मक क्षमताओं में प्रगति और आत्मनिर्णय के लिए क्षमता शामिल है” के साथ बढ़ती जाती है।² जैसे जैसे बच्चों की क्षमताएं बढ़ती हैं, मार्गदर्शन की आवश्यकता कम हो जाती है और उसे युवा लोगों को अपने हितों के बारे में निर्णय करने के लिए स्वायत्तता की अनुमति के दायित्व के साथ बदल दिया जाना चाहिए। समझौते के तहत, ये दोहरे दायित्व प्रतिस्पर्धा नहीं कर रहे, बल्कि “पारस्परिक रूप से मज़बूत” बना रहे हैं।^{7,8} जब कार्यान्वयन एक चुनौती बनी हुई है,⁶ अंतरराष्ट्रीय दिशा निर्देश और प्रतिबद्धताएं स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सकों और कानून-और-नीति निर्माताओं - जो “सशक्त बनाने और नियंत्रित करने, [और], देखभालकर्ता, रक्षक, पैरोकार और मुक्तिदाता की भूमिकाओं में संतुलन..... के बीच पारंपरिक दुविधा” से कुशती

करते हैं - के लिए एक वैचारिक और अधिक व्यवहारिक ढाँचा उपलब्ध कराती है।³⁸

सरकारें यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को नियंत्रित करने वाले कानूनों और नीतियों के माध्यम से एक आवश्यकता आधारित दृष्टिकोण अपनाकर यह सुनिश्चित कर सकती हैं कि शादी की आवश्यकताओं और सहमति की उम्र के कानून सेवाओं पर पहुँच को विपरीत रूप से प्रभावित ना करें। समलैंगिक संबंधों सहित, सेक्स के लिए सहमति की उम्र, और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए स्वायत्त पहुँच के लिए सहमति की उम्र, उस उम्र पर तय की जानी चाहिए जो यह स्वीकार करती है कि कई युवा लोग 18 वर्ष का होने से पहले यौन गतिविधियां शुरू कर देते हैं। एक ही उम्र के युवा लोगों के बीच सहमतिपूर्ण यौन गतिविधि को अपराध करार नहीं दिया जाना चाहिए। इसके बजाए, सरकारों को यह सुनिश्चित करने की ज़रूरत है कि युवा लोगों सुरक्षित सेक्स के लिए ज़रूरी जानकारी और वस्तुओं - यौनिकता शिक्षा से लेकर कॉन्डम और गर्भ निरोधकों, मानव पेपिलोमा वायरस के खिलाफ टीका जो यौनांगों के संक्रमणों को भी रोकता है, और यौन संचारित संक्रमणों की जाँच और उपचार, इसमें गोपनीय एचआईवी परीक्षण और उपचार भी शामिल है - पर पहुँच होनी चाहिए। अन्त में, यह सुनिश्चित करने पर विचार किया जाना चाहिए कि यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए स्वायत्त पहुँच पर सहमति की उम्र यौन संबंधों के लिए उम्र के साथ मेल खाती हो।

18 वर्ष को विवाह के लिए न्यूनतम कानूनी उम्र लागू करने में, सरकारों को इस निराधार आशा

में सेक्स के लिए सहमति की उम्र को नहीं बढ़ाना चाहिए कि युवा लोग उसी के अनुसार यौन संबंध बनाने में देरी करेंगे। न ही सरकारों को विवाह के लिए न्यूनतम आयु को कम करके बाल विवाह के खिलाफ सुरक्षा को घटाना चाहिए, जैसा कि अंतरराष्ट्रीय मानव अधिकार कानून के विपरीत^{16,40} वर्तमान में बांग्लादेश³⁹ में विचार-विमर्श किया जा रहा है।

बच्चे की क्षमताओं को पहचानें और उन्हें उभरने का मौका दें

बाल अधिकारों पर समझौता इस सिद्धांत को स्थापित करता है कि बच्चे का सर्वोत्तम हित “बच्चों से संबंधित सभी कार्यों में एक प्राथमिक सोच” होनी चाहिए।⁹ समझौते द्वारा उल्लिखित अधिकारों की मान्यता इस अवधारणा में निहित है जिसमें स्वास्थ्य का अधिकार, और बच्चों को उनकी उम्र और परिपक्वता के अनुसार उनके विचारों को उचित महत्व देने का अधिकार शामिल है। अनुच्छेद 5 कहता है कि:

“स्पष्ट करता है पक्ष/दल माता-पिता [और कानूनी तौर पर या प्रथानुसार बच्चे के लिए जिम्मेदार अन्यो] की - बच्चे की उभरती क्षमताओं के साथ सुसंगत तरीके से, बच्चे के द्वारा वर्तमान समझौते में मान्यता प्राप्त अधिकार का लाभ उठाने में उचित दिशा और मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए - जिम्मेदारियों, अधिकारों और कर्तव्यों का सम्मान करेंगे।⁹

अंतरराष्ट्रीय मार्गदर्शन लगातार यह स्वीकार रहा है कि यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में, बच्चे के सर्वोत्तम हित के लिए, माता पिता

की सहमति के बिना, युवा व्यक्ति को जरूरत के आधार पर कुछ सेवाओं पर पहुँच की इजाजत देने की आवश्यकता हो सकती है। अपनी आम टिप्पणी (जनरल कॉमेंट) 15 में, बाल अधिकारों पर समिति ने यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने के लिए बाधाओं की अद्वितीय प्रकृति को पहचानते हुए, पुष्टि की है कि बच्चों की उभरती क्षमताओं का उनकी स्वयं के स्वास्थ्य के बारे में निर्णय लेने की क्षमता पर असर पड़ता है। समिति ने उल्लेख किया कि:

“सरकारों को यौन स्वास्थ्य, गर्भनिरोधक और सुरक्षित गर्भ समापन पर शिक्षा और मार्गदर्शन सहित एचआईवी परीक्षण और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं जैसे कुछ चिकित्सा उपचार और हस्तक्षेपों की अनुमति के लिए, बच्चों को माता पिता, देखभालकर्ता, या अभिभावक की सहमति के बिना अनुमति देने के बारे में समीक्षा और उस पर विचार करना चाहिए”⁴¹

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा जुलाई 2014 में जारी किए गए एचआईवी रोकथाम, मुख्य प्रभावित आबादी के लिए निदान और देखभाल पर समेकित दिशानिर्देश, उस दृष्टिकोण को दोहराते हैं। दिशा निर्देश सुझाव देते हैं कि गर्भनिरोधक जानकारी और सेवाओं सहित यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, माता पिता की सहमति के बिना किशोरों के लिए प्रदान की जाएं और उल्लेख करती हैं:

“किशोरों के सर्वश्रेष्ठ हित में कार्य करने के लिए, जोखिम, दुर्व्यवहार और शोषण के संकेत के लिए चौकस रहते हुए, स्वास्थ्य सेवाओं को उनकी तत्काल स्वास्थ्य जरूरतों की प्राथमिकता

तय करने की ज़रूरत हो सकती है। किशोर द्वारा यदि और जब अनुरोध किए जाने पर उचित और गोपनीय रेफरल, समर्थन के लिए अन्य सेवाओं और क्षेत्रों के लिए संपर्क प्रदान कर सकते हैं।⁴²

इसके अलावा, डब्ल्यूएचओ मौजूदा सहमति नीतियों की जाँच करने और “एचआईवी सेवाओं के लिए उम्र से संबंधित बाधाओं को कम करने और किशोर के सर्वश्रेष्ठ हित में कार्य करने के लिए चिकित्सकों को सशक्त बनाने हेतु” उनमें संशोधन पर विचार करने के लिए देशों को प्रोत्साहित करता है।⁴²

इस क्षेत्र में हाल ही में हुए कानून और नीति सुधारों का विश्लेषण

इस क्षेत्र के कई सारे देशों ने हाल ही में कानून और नीति में सुधार में अंतरराष्ट्रीय मार्गदर्शन को लागू किया है। कुछ अंतरराष्ट्रीय अधिकार ढाँचे के लिए निष्ठा दर्शाते हैं और सेवाओं के लिए युवा लोगों की पहुँच पर सकारात्मक प्रभाव डालने की संभावना है। दूसरे अपूर्ण हो सकते हैं, लेकिन कम से कम एक पहला कदम तो हैं।

परिपक्व अवयस्क सिद्धांत या “गिल्लिक योग्यता”

कई देश (एशिया-प्रशांत क्षेत्र में ऑस्ट्रेलिया, फिजी और न्यूजीलैंड सहित), यह निश्चित करने के लिए कि 18 साल से कम उम्र का युवा व्यक्ति, स्वतंत्र रूप से स्वास्थ्य देखभाल निर्णय कर सकता है, बच्चे की उभरती क्षमता की अवधारणा को उसके माध्यम से लागू करते हैं

जिसे परिपक्व अवयस्क सिद्धांत या गिल्लिक योग्यता* कहा जाता है। यह सिद्धांत अवयस्कों को चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए स्वतंत्र रूप से सहमति देने देता है जहाँ उन्हें “स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा प्रक्रिया का अर्थ और परिणामों को समझने के लिए पर्याप्त रूप से परिपक्व होने के लिए परखा जाता है”¹² जहाँ अवयस्क में स्वतंत्र रूप से सहमति की अनुमति की क्षमता में कमी देखी जाती है, वहाँ माता पिता या अभिभावक से पूछा जाता है।

जहाँ परिपक्व अवयस्क सिद्धांत बच्चे की उभरती क्षमता की अवधारणा में निहित लचीलेपन की अनुमति दे सकता है, यह 18 वर्ष की आयु से कम सभी युवा लोगों की अतिरिक्त जाँच की आवश्यकता द्वारा आयु को निर्णय लेने की योग्यता के अन्य मापकों से ऊपर उठा देता है। 18 साल से कम आयु के युवा लोगों को फिर भी सेवाओं से इंकार किया जा सकता है। चिकित्सकों द्वारा यह तय करने की आवश्यकता कि युवा व्यक्ति में सहमति के लिए क्षमता है या नहीं, यह सिद्धांत युवा लोगों के यौन और प्रजनन स्वास्थ्य के अधिकार को स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सक के नज़रिए का विषय बना देता है। यह निर्णय लेने के लिए, चिकित्सा अभ्यासकर्ताओं को उनकी कानूनी ज़िम्मेदारियों के बारे में शिक्षित और इस तरह के कानून को लागू करने के लिए संचालन संबंधी मार्गदर्शन उपलब्ध कराए जाने की ज़रूरत है।

* गिल्लिक बनाम वेस्ट नोरफोक और विश्वेक एरिया हेल्थ अथॉरिटी [1986], 3 सभी ईआर 402 (लॉर्ड स्कारमैन) में ब्रिटेन के हाउस ऑफ लॉर्ड्स के फैसले के नाम पर रखा गया।

एचआईवी परीक्षण करने के लिए सहमति की उम्र 18 वर्ष से कम निर्दिष्ट करने वाले कानून

एशिया-प्रशांत क्षेत्र के देशों की बढ़ती संख्या एचआईवी परीक्षण करने के लिए स्वतंत्र सहमति के लिए उम्र को 18 वर्ष से कम करने के द्वारा युवा लोगों की यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं पर पहुँच का विस्तार कर रहे हैं (तालिका 4 देखें)। जहाँ इस तरह के कानूनों में लचीलेपन की कमी होती है, वे स्वीकार करते हैं कि कुछ मामलों के संबंध में युवा लोगों में 18 साल के होने से पहले स्वतंत्र निर्णय लेने के लिए क्षमता का विकास हो सकता है, जो डब्ल्यूएचओ और बाल अधिकारों पर समिति की सिफारिशों के अनुरूप है। हालाँकि, इन कानूनों का विस्तार व्यापक यौन

और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक नहीं है, इनमें एचआईवी के प्रसार को रोकने के लिए आवश्यक सेवाएं भी शामिल हैं। उन सेवाओं की मांग करने वाले युवा लोगों को अभी भी अभिभावकों की सहमति की आवश्यकता हो सकती है।

माता-पिता की सहमति के लिए विकल्प

फिलीपींस में एक प्रशासनिक आदेश एक सामाजिक कार्यकर्ता या परामर्शदाता को 18 साल से कम आयु के व्यक्ति के लिए एचआईवी परीक्षण की अनुमति देने का प्रावधान देता है। हालाँकि, यह नीति हमेशा लागू नहीं होती। ऊपर वर्णित समीक्षा के भाग के रूप में एक फिलीपीनी फोकस समूह चर्चा में भाग लेने वाले युवा लोगों ने बताया कि अक्सर सलाहकार उपलब्ध नहीं होते या यह कहते हुए माता पिता की सहमति मांगते हैं कि यह कानूनी रूप से जरूरी है।² जहाँ पर भी नीति को लागू किया गया है, वह प्रभावी रही है, फिर, प्रशासनिक आदेश भले ही स्वतंत्र रूप से सहमति को स्वायत्तता की अनुमति न देता हो।⁴⁵

फिलीपींस में अन्य चिकित्सा हस्तक्षेप के संबंध में सख्त कानूनी स्थिति स्थापित करती है कि आपात स्थितियों को छोड़कर 18 साल से कम आयु के व्यक्तियों के लिए माता पिता की सहमति जरूरी है।⁴⁶ 2013 में 18 साल से कम आयु के व्यक्तियों को परिवार नियोजन सेवाओं का उपयोग करने की अनुमति के लिए - यदि वे पहले ही से माता पिता थे या पहले गर्भ समापन हुआ था - एक अपवाद आरंभ किया गया था।⁴⁷ हालाँकि, प्रावधान को 2014 देश के सुप्रीम कोर्ट ने असंवैधानिक घोषित कर दिया था।⁴⁸ 15-17 आयु वर्ग के युवा लोगों को स्वतंत्र रूप से

तालिका 4. एचआईवी जाँच के लिए स्वतंत्र सहमति की कानूनी आयु 18 वर्ष से नीचे²

देश	एचआईवी जाँच के लिए आयु
लाओ पीडीआर	14
मार्शल आइलैंड	14/15, हालाँकि शब्दावली अस्पष्ट है
पापुआ न्यू गिनी	13
वियतनाम	16
भारत (प्रस्तावित)	16 (2007 में मंत्रालय को भेजने के बाद से लंबित है)
फिलीपींस (प्रस्तावित)	15, यदि एचआईवी का खतरा अधिक हो (अगस्त 2013 से समिति में लंबित है) ⁴⁴

एचआईवी परीक्षण करने के लिए सहमति की अनुमति देने के लिए नए कानूनों के प्रस्ताव दिए गए हैं, यदि उन्हें एचआईवी के उच्च जोखिम में होने के आंका जाए तो⁴⁹।

आवश्यकता पर आधारित सेवाओं पर पहुँच

न्यूजीलैंड ने यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के लिए युवा लोगों की पहुँच सुनिश्चित करने के लिए एक अधिक व्यापक दृष्टिकोण अपनाया है। न्यूजीलैंड में, अवयस्क माता पिता को बताने और उनकी सहमति की आवश्यकता होगी, इस डर से बाहर निकल कर, ज़रूरत के आधार पर माता पिता की सहमति के बिना भी गर्भनिरोधक और गर्भ समापन सेवाओं का उपयोग करने में सक्षम हैं। अन्य चिकित्सा सेवाओं के लिए सहमति 16 से कम आयु के युवा लोगों के लिए परिपक्व अवयस्क सिद्धांत के अनुसार निर्धारित होती है।⁵⁰ जो 16 वर्षों से अधिक हैं वे स्वतंत्र रूप से सहमति दे सकते हैं।

न्यूजीलैंड की नीति बाल अधिकारों पर समिति की सिफारिशों के अनुरूप है, जो कहती है कि बच्चों को कुछ चिकित्सा हस्तक्षेप करने के लिए माता-पिता की अनुमति के बिना सहमति देने की इजाजत होनी चाहिए। विशिष्ट रूप से, परिपक्व अवयस्क सिद्धांत बच्चों को इस तरह की सेवाओं के लिए सहमति की गुंजाइश प्रदान करता है जहाँ एक स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सक बच्चे को पर्याप्त परिपक्वता रखने वाले के रूप में देखता है। हालाँकि, न्यूजीलैंड की यौन और प्रजनन स्वास्थ्य नीति, इससे आगे जाती है, जिसमें यह चिकित्सक के दृष्टिकोण के संदर्भ के बिना एक आवश्यकता-आधारित दृष्टिकोण को अपनाती है।

हालाँकि यह एक व्यक्ति को अभ्यासकर्ता द्वारा सेवाओं के लिए मना किए जाने के विरुद्ध कोई सुनिश्चितता प्रदान नहीं करता है, लेकिन यह स्पष्ट करता है कि युवा लोगों इस तरह की सेवाओं का उपयोग करने का अधिकार है, भले ही अभ्यासकर्ता का नज़रिया कुछ भी हो।

निष्कर्ष

युवा लोगों के लिए, वयस्कों के लिए भी स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक के अधिकार को समझते हुए आवश्यकता आधारित सेवाओं पर पहुँच की ज़रूरत है। इसलिए, एक पहले कदम के रूप में यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच बढ़ाने और इस विवादास्पद संदर्भ में “बच्चे के सर्वोत्तम हित” को परिभाषित करने, दोनों के रूप में कानूनी और नीतिगत बाधाओं को दूर करना ज़रूरी है। अधिकतर देश अब कानून और नीति में सुधार के माध्यम से सेवाओं के लिए पहुँच में सुधार करने के लिए अंतरराष्ट्रीय दिशा निर्देशों और प्रतिबद्धताओं का उपयोग कर रहे हैं। एक ऐसा माहौल – जिसमें युवा लोगों को अपने हितों की रक्षा करने के लिए सक्षम बनाया जाए – तैयार करने के लिए कानून-और-नीति निर्माताओं को इन उदाहरणों से उनकी कमियों और प्रस्तुत प्रगति, दोनों को स्वीकार करते हुए सीख लेनी चाहिए।

लेखक:

क सलाहकार, जॉन गोडविन कंसल्टिंग, एलिजाबेथ बे, एन.एस.डब्ल्यू., ऑस्ट्रेलिया

ख सलाहकार, संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोष (यूएनएफपीए) एशिया प्रशांत क्षेत्रीय कार्यालय, बैंकॉक, थाईलैंड। पत्राचार: szabo@unfpa.org

ग एशिया और प्रशांत क्षेत्र के लिए क्षेत्रीय एचआईवी और एड्स सलाहकार; और अध्यक्ष, एचआईवी की रोकथाम और स्वास्थ्य संवर्धन (एच.पी. 2) यूनिट, संयुक्त राष्ट्र शैक्षिक, वैज्ञानिक और सांस्कृतिक संगठन (यूनेस्को) एशिया और शिक्षा के लिए प्रशांत क्षेत्रीय ब्यूरो, बैंकॉक, थाईलैंड

घ एचआईवी/किशोर यौन और प्रजनन स्वास्थ्य पर तकनीकी सलाहकार, यूएनएफपीए एशिया प्रशांत क्षेत्रीय कार्यालय, बैंकॉक, थाईलैंड

संदर्भ

1. United National Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Social Development in Asia and the Pacific. Youth. <http://www.unescapsdd.org/youth>.
2. UNESCO, UNFPA, UNAIDS, UNDP, Youth LEAD. Young people and the law in Asia and the Pacific: A review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services. Bangkok; 2013. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002247/224782E.pdf>.
3. Shah IH, Ahman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39): 169–73. Doi: 10.1016/S0968-8080(12)39598-0.
4. UNAIDS. HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific. Estimated number of young people (15–24) living with HIV, 1990–2013, Asia and the Pacific. Based on UNAIDS 2014 estimates. Forthcoming.
5. Schunter B, et al. Lessons learned from a review of interventions for adolescent and young key populations in Asia Pacific and opportunities for programming. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2014;66:186–92. Doi: 10.1097/QAI.000000000000185.
6. Montgomery H. Buying innocence: child sex tourists in Thailand. *Third World Quarterly* 2008;29(5):903–17. Doi: 10.1080/01436590802106023.
7. International Planned Parenthood Foundation. How do we assess the capacity of young people to make autonomous decisions? Understanding young people's right to decide. IPPF: London, 2012. www.ippf.org/system/files/ippf_right_to_decide_05.pdf.
8. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO. Young people today, time to act now – Why adolescents and young people need comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa (Summary). Paris, 2013. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002234/223447E.pdf>.
9. UN General Assembly. Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577. <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>.
10. UN General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993. <http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>.
11. Anderson R, Panchaud C, Sing S, et al. *Demystifying Data: A Guide to Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights*. Sexual and Reproductive Health – Sexual Activity and Marriage. New York: Guttmacher Institute, 2013. <http://www.guttmacher.org/pubs/demystifying-data.pdf>.
12. Ministry of Health and Lao Statistics Bureau. Lao Social Indicator Survey (MICS/DHS) 2011–2012. <http://www.nsc.gov.la/nada/index.php/catalog/17>.
13. Thailand National Statistical Office. Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2005–2006. <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/27>.
14. New Zealand Parliamentarians' Group on Population and Development. *Pacific Youth: Their Rights, Our Future: Report of an Open*

- Hearing on Adolescent Sexual and Reproductive Health in the Pacific (Bookshelf). *Reproductive Health Matters* 2013;21(41):262–64.
Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(13\)41705-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(13)41705-6).
15. Burnet Institute. Sexual and reproductive health of young people in the ASEAN region – A review of issues, policies and programs. Forthcoming.
 16. UNFPA. *Marrying Too Young – End Child Marriage*. New York; 2012. <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/12166>.
 17. Jones GW. *Changing Marriage Patterns in Asia*. Asia Research Institute Working Paper No. 131. Singapore; 2010. http://www.ari.nus.edu.sg/docs/wps/wps10_131.pdf.
 18. Hong R, Chhea V. Changes in HIV-related knowledge, behaviors, and sexual practices among Cambodian women from 2000 to 2005. *Journal of Women's Health* 2009;18(8):1281–85. Doi: 10.1089/jwh.2008.1129.
 19. Upadhyay UD, Hindin MJ. The influence of parents' marital relationship and women's status on children's age at first sex in Cebu, Philippines. *Studies in Family Planning* 2007;38(3):173–86. Doi: 10.1111/j.1728-4465.2007.00129.x.
 20. Powwattana A. Sexual behavior model among young Thai women living in slums in Bangkok, Thailand. *Asia-Pacific Journal of Public Health/Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health* 2009;21(4): 451–60. Doi: 10.1177/101053950934397.
 21. World Bank. Age at first marriage. *Demographic and Health Surveys*. <http://data.worldbank.org/>.
 22. Alkema Kantorova L, Menozzi V, et al. National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systemic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013;11(381):1642–45. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)62204-1.
 23. Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey, 2011. http://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=515&idmid=5&ItemID=12491.
 24. Santha KG, Jejeebhoy SJ. The sexual and reproductive health and rights of young people in India: a review of the situation. New Delhi, 2012. http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2012PGY_IndiaYouthSRHandRights.pdf.
 25. International Institute for Population Sciences and Population Council. *Youth in India: Situation and Needs 2006–07*. Mumbai, 2010. http://www.macfound.org/media/article_pdfs/2010PGY_YouthInIndiaReport.pdf.
 26. Sujay R. *Premarital sexual behaviour amongst unmarried college students of Gujarat, India*, Health and Population Innovation Fellowship Programme Working Paper No. 9. New Delhi, 2009. http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/wp/India_HPIF/009.pdf.
 27. UN Commission on Population and Development. *Resolution on Adolescents and Youth*. New York, 2012. <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.
 28. Nga A. The position of consent under Islamic law. *International Medical Journal* 2005;4(1):1.
 29. Government of Sri Lanka. *Second Periodic Report to the Committee on the Rights of the Child, CRC/C/70/Add.17*. New York, 2002. <http://www.refworld.org/docid/3ecb93274.html>.
 30. World Health Organization. *Using Human Rights to Advance Sexual and Reproductive Health of Youth and Adolescents in Sri Lanka*. Colombo, 2012.
 31. Indonesia. *Law Concerning Population and Family Development*, 2009.
 32. Abdullah R. *Increasing access to the reproductive right to contraceptive information and services, sexual and reproductive health rights, education for youth and legal abortion*. Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2009. <http://arrow.org.my/publications/ICPD+15Country&ThematicCaseStudies/Malaysia.pdf>.
 33. *Population and Family Planning Law of the People's Republic of China*, 1981.
 34. *Revised Penal Code of the Philippines*. http://www.wipo.int/wipolex/en/text.jsp?file_id=225305.

35. Criminal Law of China 1977. <http://www.china.org.cn/english/government/207320.htm>.
36. Criminal Code of Thailand. <http://www.thailandlawonline.com/laws-in-thailand/thailand-criminal-law-text-translation>.
37. Penal Code of Malaysia. www.agc.gov.my/Akta/Vol.%2012/Act%20574.pdf.
38. Banks S. Ethical Issues in Youth Work. Oxford: Oxford University Press, 1999.
39. Human Rights Watch. Bangladesh: don't lower marriage age – ending child marriage should include support for victims, at-risk girls. 2014. <http://www.hrw.org/news/2014/10/12/bangladesh-don-t-lower-marriage-age>.
40. UN General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. 18 December 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249. <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3970.html>.
41. UN Committee on the Rights of the Child, General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Art. 24), 17 April 2013. <http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>.
42. WHO. Comprehensive guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, 2014. <http://who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>.
43. Indo-Asian News Service, DNA India. Demand for passage of pending HIV/AIDS bill across India. 2 December 2013. <http://www.dnaindia.com/india/report-demand-for-passage-of-pending-hiv-aids-bill-across-india-1928402>.
44. Senate of Philippines – 16th Congress. Revised Philippine HIV and AIDS Policy and Program Act of 2013. http://www.senate.gov.ph/lis/bill_res.aspx?congress=16&q=SBN-1100.
45. Department of Social Welfare and Development, Administrative Order, 2003 (Philippines).
46. An Act Lowering the Age of Majority from Twenty-one to Eighteen Years, Amending for the Purpose of Executive Order Numbered 209 and for Other Purposes, Republic Act No. 06809 (Philippines) http://www.youthpolicy.org/wp-content/uploads/library/1989_Act_Lowering_Majority_Age_Philippines.pdf. J Godwin et al. Reproductive Health Matters 2014;22(44):137–147
47. Responsible Parenthood and Reproductive Health Act of 2012, Philippines. <http://www.gov.ph/2012/12/21/republic-act-no-10354/>.
48. Imbong v. Ochoa (2014) Republic of the Philippines Supreme Court. <http://sc.judiciary.gov.ph/microsite/rhlaw/>.
49. The Revised Philippine HIV and AIDS Policy and Program Act of 2012 (HB 6751). <http://www.pnac.org.ph/uploads/documents/about-pnac/RA8504.pdf>.
50. Ministry of Health New Zealand. Consent in Child and Youth Health: Information for Practitioners. Wellington, 1998. <http://www.health.govt.nz/publication/consent-child-and-youth-health-information-practitioners>.

बोनस या बम से कहीं आगे: युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों को बनाए रखना

ऐनी हेन्डरिक्सन

सहायक निदेशक, जनसंख्या एवं विकास कार्यक्रम, हैम्पशायर कॉलेज, एमहर्स्ट, एमए, यूएसए।

पत्राचार: alhCLPP@hampshire.edu

सारांश:

किसी वरदान या अभिशाप, बोनस या बम कही जाने वाली दुनिया के दक्षिणी हिस्से में युवाओं की तेज़ी से बढ़ती आबादी को वर्तमान और भविष्य के भारी सामाजिक बदलाव का उत्प्रेरक माना जाता है। युवाओं की यह दोहरी (बाइनरी) समझ परिवार नियोजन के कार्यक्रमों सहित युवाओं के लिए लक्षित विकास कार्यक्रमों के समर्थकों के बीच लोकप्रिय है। लेकिन दो तरह की सोच रखने वाले और संख्याओं पर आधारित यह सिद्धांत, एक अत्यंत जटिल तस्वीर को बहुत अधिक सरल बनाकर पेश करते हैं। वे युवा आबादी के बारे में हमारी धारणा को संकीर्ण बना देते हैं, और जब युवा अनुभव में व्यापक समझ के आधार का अभाव होता है तो उसमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को सीमित करने की क्षमता होती है। इसके बजाय, युवाओं के अनुकूल, समावेशी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य नीति का निर्माण युवाओं के विचारों और विविध वास्तविकताओं पर आधारित होनी चाहिए। © 2014 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: युवा, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार, युवा बहुलता (यूथ बल्ज़), जनसांख्यिकीय लाभ (डेमोग्राफिक डिविडेन्ड)।

दुनिया के दक्षिणी हिस्से में युवाओं की तेज़ी से बढ़ती आबादी को वर्तमान और भविष्य के भारी सामाजिक बदलाव में तेज़ी लाने वाला माना जाता है। कई लोगों के लिए, अकेले युवा आबादी का आकार, इसे वैश्विक राजनीति, अर्थशास्त्र, और अंतर्राष्ट्रीय विकास में एक कठिन समस्या बना देता है। विश्व के उत्तरी हिस्से में शांतिपूर्ण मानी जाने वाली आबादी की उम्र बढ़ने और संभावित आर्थिक ठहराव की पृष्ठभूमि के विपरीत, युवा आबादी को विश्व के दक्षिणी राष्ट्रों के भावी सकारात्मक विकास के लिए महत्वपूर्ण, साथ ही उतने ही विस्फोटक, दोनों के रूप में प्रस्तुत किया जाता है।

राजनीति-शास्त्री हेनरिक उर्दल, भारी युवा आबादी को एक 'वरदान या अभिशाप' के रूप में परिभाषित करते हैं।¹ विश्व बैंक के पूर्व मुख्य अर्थशास्त्री, जस्टिन यिफु लिन पूछते हैं कि क्या वे "विकासशील देशों में जनसांख्यिकीय लाभ हैं या जनसांख्यिकीय बम"² पत्रकार वंसले मेसीज़ प्रश्न करते हैं कि केन्या के युवा "जनसांख्यिकीय टाइम बम हैं या वरदान"³ इन टिप्पणियों से तेज़ी से बढ़ती युवा आबादी की क्षमता के बारे में अनेक विकास नीति-निर्माताओं, विद्वानों और मीडिया के टिप्पणीकारों के विचारों का पता चलता है। उनके द्वारा इस्तेमाल गई दोहरी शब्दावली, युवाओं के बारे में दो लोकप्रिय सिद्धांतों को प्रदर्शित करती है। "जनसांख्यिकीय लाभ (डेमोग्राफिक डिविडेन्ड)" की अवधारणा यह बताती है कि युवाओं की अधिक आबादी, आर्थिक संवृद्धि और विकास के लिए "अवसर के द्वार" उपलब्ध कराती है, जबकि "युवा बहुलता (यूथ बल्ज़)" सिद्धांत

का मानना है कि वे हिंसा और अशांति उत्पन्न करते हैं। दोनों ही सिद्धांत जेंडर पर आधारित हैं। जनसांख्यिकीय लाभ (डेमोग्राफिक डिविडेन्ड) का सिद्धांत, सशक्त युवतियों की भूमिका पर जोर देता है, जबकि युवा बहुलता (यूथ बल्ज़) सिद्धांत, युवकों का झुकाव हिंसा की ओर मानता है।

जैसा ऊपर से स्पष्ट है कि सिद्धांतों को अक्सर परस्पर मज़बूत तर्क के रूप में उपयोग किया जाता है। वे एक ही सिक्के के दो पहलुओं के रूप में काम करते हैं। कई विश्लेषकों के लिए सिक्के का जो पहलू ऊपर की ओर होता है - बोनस या बम - वह शिक्षा, रोज़गार और नागरिक भागीदारी जैसी युवाओं की उपलब्धियों में सहायक अन्य उपायों के साथ-साथ, जन्म दर को सफलतापूर्वक घटाने में परिवार नियोजन की भूमिका पर निर्भर होता है। कोई भी जनसांख्यिकीय लाभ (डेमोग्राफिक डिविडेन्ड) का स्तर नीचे गिरकर हिंसक युवा बहुलता बन सकता है और इसके विपरीत, युवा बहुलता (यूथ बल्ज़) को यदि सही अवसर मिले, तो उन्हें आर्थिक बोनस के रूप में भुनाया जा सकता है। यूएस एड के उप प्रशासक, डोनाल्ड स्ट्राइनबर्ग की रियो+20 प्लेनरी पर की गई टिप्पणी इसी सोच का एक उदाहरण है:

"युवा बहुलता (यूथ बल्ज़), वे युवा हैं जिनके पास हम पहुँच नहीं पाए हैं, और जिनके पास हम पहुँच गए हैं वे, जनसांख्यिकीय लाभ (डेमोग्राफिक डिविडेन्ड) होंगे।"⁴

विशाल युवा आबादी को समझने के लिए विकसित यह दोहरे आधार वाला ढाँचा, विकास नीति में पाया जाता है। उदाहरण के लिए, 2015-पश्चात विकास के एजेंडे पर नागरिक

समाज इनपुट के ऑनलाइन मंच ने “यूथ बल्ज और अवसर के जनसांख्यिकीय द्वार सहित जनसंख्या वृद्धि की उच्च दर” को चर्चा के लिए शामिल किया है।

इस विषय के हिस्से के रूप में मंच के एक मध्यस्थ और जनसंख्या परिषद के जनसांख्यिकी विज्ञानी, जॉन बोंगार्ट्स, जनसंख्या में गिरावट लाने के लिए सामाजिक-आर्थिक विकास और लड़कियों के लिए शिक्षा के साथ-साथ युवाओं के परिवार नियोजन की भी पैरवी करते हैं।⁵ जैसा कि 2015-पश्चात की चर्चा में, परिवार नियोजन नीति की जानकारी देने के लिए प्रायः यूथ बल्ज और डेमोग्राफिक डिविडेन्ड अवधारणाओं का इस्तेमाल किया जाता है। हालाँकि, किसी एक सिद्धांत के उपयोग से दूसरा सिद्धांत अपने-आप उत्पन्न नहीं हो जाता, और अक्सर उनका उपयोग अलग-अलग किया जाता है। उदाहरण के तौर पर, आईपीपीएफ ब्रीफिंग लेख, परिवार नियोजन एवं जनसांख्यिकीय लाभ (फेमिली प्लेनिंग एंड डेमोग्राफिक डिविडेन्ड), थाइलैंड जैसे स्थानों पर सरकार - और दानकर्ता - के सहयोग से स्वैच्छिक परिवार नियोजन के प्रावधान, और उन्नत बाल उत्तरजीविता एवं महिला सशक्तिकरण की रणनीतियों के माध्यम से प्रजनन दर में गिरावट लाने की पैरवी करता है। इस लेख में युवा बहुलता (यूथ बल्ज) के सिद्धांत या अधिक संख्या में होने के कारण युवा हिंसा की संभावना के बारे में कोई उल्लेख नहीं है।⁶

मैं इस बात से सहमत हूँ कि व्यापक और गुणवत्तापूर्ण यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में युवाओं को परिवार नियोजन सुविधाएं मुहैया

कराना, एक महत्वपूर्ण नीतिगत प्राथमिकता है। मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि युवा जनसंख्या के आकार के बारे में जनसांख्यिकीय सूचना, किसी उपयुक्त नीति के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए एक अनिवार्य जानकारी है। वहीं, मैं यह भी मानती हूँ कि डेमोग्राफिक डिविडेन्ड और यूथ बल्ज जैसे संख्याओं पर आधारित सिद्धांत, एक अत्यंत जटिल तस्वीर को बहुत अधिक सरल बनाकर पेश करते हैं, और परिवार नियोजन के संबंध में समस्या पैदा करने वाले तर्क प्रस्तुत करते हैं। वे, युवा आबादी के बारे में हमारी धारणा को संकीर्ण बना देते हैं, और जब युवा अनुभव में व्यापक समझ के आधार का अभाव होता है तो उसमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को सीमित करने और उपलब्ध परिवार नियोजन के तरीकों एवं उनकी गुणवत्ता पर प्रभाव डालने की संभावना होती है। यह, आम तौर पर, और युवाओं के लिए खास तौर पर बनाई गई नीति, दोनों के लिए सच है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य नीति प्रदान करने के लिए एक रचनात्मक नीति-निर्माण और सोच की आवश्यकता है, जो वैश्विक आबादी की संपूर्ण जरूरतों को पूरा करने वाली, आईसीपीडी की उपलब्धियों पर आधारित, और अधिकारों को बनाए रखने वाली हो। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं किशोरों और युवाओं सहित सभी उम्र के लोगों के लिए उपलब्ध होनी चाहिए जिन्हें इसकी जरूरत है।

इस लेख में, मैंने लोकप्रिय “यूथ बल्ज” और “डेमोग्राफिक डिविडेन्ड” सिद्धांतों का विश्लेषण किया है और यह पता लगाने का प्रयास किया है कि अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों और सरकारों ने इसे

युवाओं को संबोधित करने की नीति के आधार के रूप कैसे अपनाया है। उनकी लोकप्रियता के बावजूद, मेरा मानना है कि ये सिद्धांत युवाओं की गलत छवि प्रस्तुत करते हैं और उनकी जटिल पहचान और वास्तविकताओं पर सीमित राय प्रस्तुत करते हैं। इसके कारण, ये सिद्धांत ऐसी नीतियों एवं सेवाओं को जन्म दे सकते हैं, जो युवाओं की जरूरतों की सही तरीके से पूर्ति नहीं करती हैं। खास तौर पर, ये सिद्धांत, परिवार नियोजन नीति, पैरवी और प्रावधान की बात वैश्विक समस्याओं को संबोधित करने के तरीके के रूप में जन्म दर को कम करने के लिए एक आधार के रूप में करते हैं। वे बड़ी आर्थिक और सामाजिक समस्याओं के समाधान के लिए तकनीकी उपाय के रूप में गर्भनिरोध पर बहुत अधिक जोर देते हैं।' गर्भनिरोधकों पर पहुँच यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं और महिला सशक्तिकरण का एक महत्वपूर्ण पहलू है। इसके साथ-साथ, ऐसी कोई नीति, जो राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए गर्भनिरोध को एक साधन के रूप में इस्तेमाल करती है, उसमें अधिकारों को उनके वास्तविक रूप से कम आंकने की क्षमता होती है।

मैं, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के लिए अधिकार आधारित दृष्टिकोण को बढ़ावा देने वाले युवा पैरोकारों और उनके सहयोगियों द्वारा आम तौर पर उत्पन्न युवा लोगों की समावेशी और सूक्ष्म समझ की हिमायत करती हूँ। युवा पैरोकारों का गुणवत्तापूर्ण काम, युवाओं के अनुकूल नीतियों और सेवाओं के लिए शुरूआती बिंदु होता है,

जिनमें युवाओं को सार्थक रूप से शामिल किया जाता है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में उनका दृष्टिकोण, बहुत दिनों से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को एचआईवी सेवाओं से विभाजित करने वाली दीवारों को तोड़ता है और समावेशी सेवा प्रावधान के मॉडल उपलब्ध कराता है।

युवा: भविष्य के कर्णधार?

वर्तमान जनसांख्यिकीय रुझान दुनिया के विभिन्न हिस्सों में जनसंख्या वृद्धि और गिरावट दोनों को दर्शाते हैं। 1960 के दशक के बाद दुनिया भर में जनसंख्या वृद्धि दर बहुत धीमी है, और सकल प्रजनन दर में गिरावट आई है। हालाँकि, प्रति महिला 2.53 बच्चों की अनुमानित कुल वैश्विक प्रजनन दर (टीएफआर) के साथ परिवार का आकार छोटा होता जा रहा है, लेकिन उप-सहारा अफ्रीका के 33 देशों में टीएफआर, चार से अधिक है। फिर भी इन देशों में भी, खासकर शहरी क्षेत्रों में प्रजनन दरें गिर रही हैं। अन्य देशों, खासकर पूर्वी एशिया और पूर्वी यूरोप में प्रजनन दरें लगभग 2.1 बच्चे प्रति महिला के प्रतिस्थापन स्तर से नीचे गिर गई हैं इसलिए जनसंख्या घट रही है। 2005-2010 के बीच, प्रतिस्थापन स्तर से नीचे वाले 75 देशों में दुनिया की 48 प्रतिशत आबादी थी।

प्रजनन दर की रुझान, दुनिया भर में वृद्ध और युवा आबादियों के वितरण को दर्शाती है। दुनिया भर में उम्र का बढ़ना जारी है, अर्थात् आबादी में वृद्ध व्यक्तियों की संख्या बढ़ रही है और युवाओं

- उदाहरण के तौर पर, तंजानिया में परिवार नियोजन कार्यक्रमों का उद्देश्य किस प्रकार जनसंख्या राजनीति और विकास में आर्थिक एवं राजनीतिक विकास समस्याओं का समाधान किया जाए, विषय पर लीजा ऐन रिची का विश्लेषण देखें।

की संख्या घट रही है। विश्व के उत्तरी हिस्से, जैसे कि जापान, रूस और इटली में यह सबसे अधिक सघन है, जहाँ वृद्धों की संख्या, 15 वर्ष से कम युवाओं की संख्या से अधिक है। संयुक्त राष्ट्र की विश्व जनसंख्या संभावनाएं: 2012 संशोधन में कहा गया है कि वर्ष 2050 तक विकासशील देशों में वृद्धों (60 वर्ष से अधिक उम्र वाले व्यक्तियों) की संख्या, बच्चों की संख्या की लगभग दोगुनी हो जाएगी।⁸ विश्व के उत्तरी हिस्से में युवाओं की घटती संख्या से इस बात की चिंता बढ़ी है कि बढ़ती उम्र वाले राष्ट्रों में काम करने वाले वयस्कों की संख्या में कमी को देखते हुए उनकी अर्थव्यवस्थाओं को किस प्रकार से मजबूत बनाया जाए और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं और वृद्धों की दूसरी जरूरतों को किस प्रकार पूरा किया जाए।⁹ इसके साथ-साथ, “सिकुड़ते यूरोप” में बढ़ती उम्र वाली आबादी ने राष्ट्रों के बदलते चेहरे और जातिगत संतुलन के बारे में चिंता को बढ़ाया है, क्योंकि अवसर की तलाश में युवा इन देशों में पलायन करते हैं। कभी-कभार राष्ट्रवादी भय और जातिवादी पूर्वाग्रह, युवा प्रवासियों की अधिक वृद्ध आबादी वाले देशों और समुदायों के लिए योगदान करने में आड़े आता है।¹⁰

इसके विपरीत, दुनिया के दक्षिणी हिस्से की आबादी में बच्चों और युवाओं की बहुतायत है, जिनमें 15 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की संख्या 1.7 अरब और 15-24 वर्ष के युवा 1.1 अरब हैं, जो अब तक के इतिहास की सबसे बड़ी फौज है। अनुपातिक दृष्टि से सबसे अधिक युवा आबादी

उन देशों में है, जो सबसे कम विकसित हैं, जिनमें नाइजर, माली, जाम्बिया और सोमालिया शामिल हैं,⁸ जिनकी जनसंख्या वृद्धि दरें भी सबसे अधिक हैं। इन देशों, खासकर दक्षिण अफ्रीका में मृत्यु दर (बाल मृत्यु दर सहित) की तुलना में प्रजनन दर अभी भी अधिक है। इससे “जनसंख्या गति” पैदा होती है, जहाँ युवा दल अपने प्रजनन काल में अपने देश और दुनिया भर की जनसंख्या वृद्धि दरों में योगदान करते हैं। संशोधित अनुमानों के अनुसार दुनिया की मौजूदा 7.2 अरब की आबादी वर्ष 2025 में बढ़कर 8.1 अरब, वर्ष 2050 में 9.6 अरब और वर्ष 2100 तक 10.9 अरब हो जाएगी।’

दुनिया के बड़े हिस्से में, दक्षिणी दुनिया के युवाओं को अपनी प्रजनन क्षमता के कारण, न केवल जनसंख्या वृद्धि दर के मामले में, बल्कि धरती के समग्र भविष्य का निर्धारणकर्ता माना जाता है। उदाहरण के तौर पर, वर्ष 2013 के एक यूएनएफपीए पोस्टर में यह आग्रह किया गया है कि हम “इसके अधूरे एजेंडे को पूरा करने के द्वारा आईसीपीडी के वादे को ज़िंदा रखें। दाँव कभी भी इससे ऊंचे नहीं रहे हैं।” यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में वृद्धि का आह्वान करते हुए यह आगे कहता है कि जैसे ही 1.8 अरब लोग अपने प्रजनन योग्य उम्र में प्रवेश करेंगे, उनके प्रजनन संबंधी फैसलों और सेवाओं के उपयोग से यह निर्धारित होगा कि: “क्या हमारी जनसंख्या तेज़ी से बढ़ती रहेगी, जिससे सबके लिए भोजन और देखभाल सेवाएं मुहैया कराना हमारी क्षमता

- यह औसत अनुमान (मीडियन एस्टीमेट) यह मानता है कि जिन देशों में टीएफआर अधिक है, वहां प्रजनन दरों में गिरावट होगी, जबकि दो से कम टीएफआर वाले देशों में प्रजनन दरों में वृद्धि दर्ज की जाएगी।⁸

से बाहर हो जाएगा, या धीमी पड़कर अंततः स्थिर हो जाएगी, यह उनके द्वारा चुने गए विकल्पों – और उन लोगों पर निर्भर करता है, जिन्हें हम इसमें मदद करते हैं।¹¹

यूएनएफपीए, युवाओं के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों का प्रबल हिमायती है, और पोस्टर के मिले-जुले संदेश उनकी व्यापक रणनीति को नहीं दर्शाते हैं। हालाँकि इस पोस्टर से मिला-जुला संदेश ज़रूर जाता है। एक तरफ, यह युवाओं की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य ज़रूरतों का समर्थन करता है, वहीं दूसरी तरफ यह उनकी प्रजनन क्षमता और प्रजनन संबंधी निर्णयों की तुलना भावी संसाधनों की कमी, भूख और अस्थिरता से करता है। यह वैश्विक समस्याओं के स्रोत के रूप में महिलाओं की प्रजनन क्षमता की जानी-पहचानी स्थिति है, जिसकी अंतर्राष्ट्रीय महिला स्वास्थ्य आंदोलनों में नारीवादी विचारकों द्वारा आलोचना की गई है।^{7,13,14} यह एक गलत समीकरण है, जो भूख और संसाधनों की कमी के जटिल राजनीतिक और आर्थिक कारणों की गलतबयानी करता है, और जनसंख्या वृद्धि दर को कम करने के लिए दबाव बनाता है, जैसे अकेले इससे ही उनका समाधान हो जाएगा।

विशाल युवा आबादी के मुद्दे, जनसंख्या वृद्धि और विकास, युवाओं की ज़रूरतें और अधिकार, तथा उपयुक्त नीतिगत प्रयास जटिल और महत्वपूर्ण हैं। वे युक्तियाँ भी उतनी ही महत्वपूर्ण हैं जिनका

उपयोग हम युवाओं को समझने और नीति बनाने के लिए करते हैं।

यूथ बल्ज़ और डेमोग्राफिक डिविडेन्ड सिद्धांतः एक ही सिक्के के दो पहलू

यूथ बल्ज़ सिद्धांत

अपनी अनुकूलता के बावजूद, यूथ बल्ज़ और डेमोग्राफिक डिविडेन्ड सिद्धांतों का उद्भव स्थल और उद्देश्य अलग-अलग हैं। यूथ बल्ज़ सिद्धांत का विकास सबसे पहले सेना के विश्लेषकों को युवाओं की बड़ी आबादी, खासकर युवकों के कारण अंतर्राष्ट्रीय सुरक्षा के मुद्दों का पता लगाने में मदद करने के लिए अमेरिकी खुफिया साधान के रूप में किया गया था।¹⁵ इसके विपरीत, डेमोग्राफिक डिविडेन्ड सिद्धांत, अंतर्राष्ट्रीय परिवार नियोजन और आर्थिक श्रम बाज़ार लोच में निवेश बढ़ाने का आर्थिक औचित्य है।¹⁶

भूगोल वैज्ञानिक गैरी फुलर और फॉरेस्ट पिट्स, उस स्थिति को यूथ बल्ज़ के रूप में परिभाषित करते हैं, जब किसी देश की वयस्क आबादी में 15-19 वर्ष और 20-24 वर्ष की आयु वाले युवाओं की संख्या 20 प्रतिशत या उससे अधिक हो जाए।¹⁷ 1990 के दशक में, अमेरिकी खुफिया एजेंसी ने फुलर को यह सिद्धांत विकसित करने के लिए आर्थिक सहायता प्रदान की थी, जिसे हर्बर्ट मोलर,¹⁸ जैक ए गोल्ड स्टोन,¹⁹ और बाद में रिचर्ड सिनकोटा²⁰ सहित अनेक विद्वानों द्वारा युवाओं के लिए छात्रवृत्ति, राजनीतिक

• उदाहरण के तौर पर, दुनिया के दक्षिणी हिस्से में रहने वाले युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य ज़रूरतों को पूरा करने के उपायों पर गहन विचार-विमर्श के लिए आयोजित जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन की कार्य योजना की समीक्षा पर यूएनएफपीए का 2014 फ्रेमवर्क ऑफ़ ऐक्शन्स देखें।¹²

उथल-पुथल और राज्य व्यवस्था भंग हो जाने का परिणाम माना जाता है। राजनीति-शास्त्री हेनरिक उर्दल ने आगे इस सिद्धांत को विकसित किया, और विश्व बैंक और संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या प्रभाग के साथ-साथ अकादमिक जर्नलों में नीति संबंधी आलेख प्रकाशित किए।^{21,22}

इन विद्वानों का यह मानना है कि यूथ बल्ज, अफ्रीका के कई हिस्सों, मध्य एशिया और एशिया और दक्षिण अमेरिका के कुछ हिस्सों में कई स्तरों पर और तीव्रता में अशांति को बढ़ाता है। उनका तर्क यह है कि यूथ बल्ज का संबंध, विद्रोहों;¹⁹ दंगों, उग्रवाद और गठबंधन आक्रामकता;²³ सशस्त्र विद्रोहों में उल्लेखनीय वृद्धि;²² जैसे राजनैतिक संकटों और तानाशाही की स्थापना करने वाले आंदोलनों से है। सिद्धांत के अधिकांश प्रतिपादक इस बात से सहमत हैं कि ज़रूरी नहीं है कि यूथ बल्ज से हिंसा ही हो, लेकिन इसके कारण युवा आबादी के लिए जनसंख्या दबाव और रोज़गार, संसाधनों और शिक्षा की कमी ज़रूर होती है। अतः राज्य, शिक्षा और रोज़गार के अधिक अवसर प्रदान कर यूथ बल्ज के असर को समाप्त कर सकते हैं और इस स्थिति का लाभ उठा सकते हैं।

जहाँ यूथ बल्ज सिद्धांत के कुछ प्रकार अधिक सूक्ष्म होते हैं और सहयोगी युवा नीति के लिए आधार प्रदान करते हैं, वहीं आम तौर पर, यह अवधारणा समस्या उत्पन्न करने वाली है। यह युवाओं द्वारा की जाने वाली जनसंख्या आधारित हिंसा को मानदंड के रूप में मानती है। केवल

सरकार द्वारा रणनीतिक हस्तक्षेप के मामलों में युवा हिंसा का शमन अपवाद है। भले ही किसी क्षण राजनीतिक और आर्थिक स्थितियाँ, यूथ बल्ज के खतरे को कम कर दें, लेकिन सिद्धांत इस बात पर कायम है कि जब तक बहुतायत आबादी युवा है भविष्य में हिंसा की संभावना बनी हुई है।

यूथ बल्ज सिद्धांत के प्राथमिक आधार, पुरुष हैं। उदाहरण के तौर पर, उर्दल कहते हैं कि “आम तौर पर, यह देखा गया है कि आपराधिक एवं राजनीतिक हिंसा के मुख्य पात्र युवा पुरुष ही होते हैं।”¹ बार्कर और रिकार्डो कहते हैं कि उर्दल के कथन जैसे व्यापक कथन हिंसा का प्रसार करने वाले उन कुछ पुरुषों की पहचान करने में बहुत कम सहायक होते हैं, बल्कि इसकी बजाए “आत्म-संतोषप्रद भविष्यवाणी उत्पन्न करते हैं और युवाओं से उनके व्यक्तित्व और आत्मीयता को छीन लेते हैं, और युवाओं के विविध अनुभवों का पता लगाने में असफल रहते हैं।”²⁵ हालाँकि, यह आम मान्यता कि खासकर बड़ी संख्या में युवा हिंसक होते हैं, नकारात्मक मीडिया छवियों को प्रोत्साहित करती है। उदाहरण के तौर पर, “दुनिया के युवाओं का हीटमैप” और यमन के चिल्लाते हुए युवाओं के चित्र के साथ, यूके के एक अखबार गार्जियन में प्रकाशित लेख में यूथ बल्ज हिंसा पर चर्चा की गई है।²⁶ इसी तरह, भारत के एक दैनिक समाचार और विश्लेषण आलेख, “डेमोग्राफिक डिविडेन्ड का अंधकार पक्ष (द डार्क साइड ऑफ़ दि डेमोग्राफिक डिविडेन्ड)”

• यूथ बल्ज संबंधी साहित्य में अक्सर युवाओं के एक “बड़े” या “गैर-अनुपातिक” समूह को यूथ बल्ज कहा गया है, क्योंकि “बल्ज” की स्थिति लाने के लिए युवा एवं वयस्कों के बीच सटीक अनुपात चर्चा का विषय है, और इसके लिए कोई मानक परिभाषा या गणना करने का तरीका नहीं है।

युवा हिंसा और आतंकवाद के प्रति सतर्क करता है।²⁷ एक तरह के इन आलेखों में, यूथ बल्ज की अफ्रीका, मध्य पूर्व, अथवा एशिया या लैटिन अमेरिका के रहने वाले, गुस्सैल, सांवले रंग के युवक - जिसे अक्सर आतंकवादी कहा जाता है - के रूप में जाति और जेंडर आधारित नकारात्मक छवि प्रस्तुत की गई है। यह विशेष रूप से, उस बात का उदाहरण है, जिसे मानवविज्ञानी नैन्सी शेपेर-ह्यूजेस, “खतरनाक प्रवचनों” की संज्ञा देते हैं, जो युवा हिंसा के व्यक्तिगत कृत्यों को अधिक बढ़ा-चढ़ा कर बताते हैं, जबकि वे युवा गरीबी और अधिकारहीन होने के कारण हिंसा और ढाँचागत असमानताओं के दूसरे रूपों की भूमिका को कमतर आंकते हैं।²⁸

चूंकि यह, उस विचारधारा का समर्थन करता है कि युवा, ऐसे समय में भी संभावित खतरा हैं, जहाँ प्रबल रूढ़िवादी कार्यरत नहीं हैं या उनका समर्थन नहीं किया जाता है, कुछ ने यूथ बल्ज सिद्धांत को युवा उन्मुख नीति और कार्यक्रम निर्माण के औचित्य के रूप में चुनौती दी है। यूएसएड के उप प्रशासक, डोनाल्ड स्टेनबर्ग इस धारणा को खारिज करते हैं कि यूथ बल्ज के सदस्य, “अस्थिर, खतरनाक और उद्देश्यहीन समूह होते हैं, जो अगले सेनानायक के साथ शामिल होने के लिए तैयार रहते हैं, जो उन्हें अधिकार देने के लुभावने वादे करते हैं” और तर्क देते हैं कि इसकी बजाय हमें युवाओं को “ऐसे व्यक्तियों के रूप में देखना चाहिए, जो जीवन में अपने रास्ते तलाशने की कोशिश कर रहे हैं, जो अपने परिवार, समाज और पूरी दुनिया को भरपूर योगदान देना चाहते हैं....”²⁹ इसी तरह यूके के अंतर्राष्ट्रीय

विकास विभाग की समानता एवं अधिकार टीम के लिए 2009 में तैयार की गई एक रिपोर्ट, युवाओं के लिए नीति बनाने में इस सिद्धांत की सीमाओं की समीक्षा करती है और निष्कर्ष निकालती है कि, “यह महत्वपूर्ण है कि युवाओं को आम तौर पर, सुरक्षा के लिए “खतरे” के रूप में न देखा जाए। अधिकांश युवा हिंसा में नहीं शामिल होते हैं, और सरकारों के लिए यह जरूरी है कि वे युवाओं की अपार क्षमता को शांति एवं विकास के लिए योगदान करने वालों के रूप में स्वीकारें और रोकथाम की बजाए समावेशी और विकास की नीतियों को बढ़ावा दें।”³⁰

दूसरे, युवा पुरुषों के खतरा होने के विचार का उपयोग परिवार नियोजन सहित युवा केंद्रित नीतियों एवं सेवाओं में वृद्धि करने के तत्काल औचित्य को बढ़ावा देने के लिए करते हैं। सिनकोट्टा, एंजेलमैन और एनास्टेशियन, अपनी प्रभावशाली रिपोर्ट, दि सिक्यूरिटी डेमोग्राफिक: पॉपुलेशन एंड सिविल कान्ट्रिब्यूट ऑटोर दि कोल्ड वॉर में जनसंख्या गतिकी और सशस्त्र विद्रोह के बीच संबंध पर आधारित परिवार नियोजन का मामला बनाने के लिए “सैन्य, कूटनीतिक और खुफिया समुदायों” के साथ-साथ वैद्य, नीम-हकीमों और अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों तक पहुँचने की माँग करते हैं। उनका मानना है कि वर्तमान और भावी यूथ बल्ज हिंसा को रोकने के लिए परिवार नियोजन एक महत्वपूर्ण साधन है।²⁰ इस मान्यता के आधार पर, 2005 में विदेशी संबंधों पर अमेरिकी परिषद ने इथियोपिया और नाइजर जैसे अफ्रीकी देशों में यूथ बल्ज की संभावना के कारण अंतर्राष्ट्रीय परिवार नियोजन सहायता जारी रखने की अमेरिकी प्रतिबद्धता दोहराई

है।³¹ इसी तरह, अंतर्राष्ट्रीय संबंधों के विद्वान, जेनिफर डॉब सियुब्बा के 'दि प्र्यूचर फेसेस ऑफ वॉर' में महिलाओं के सशक्तिकरण के साथ-साथ जनसांख्यिकी असुरक्षा का समाधान करने के लिए परिवार नियोजन की सिफारिश की गई है।³² मेरी जानकारी में, ये परेशान करने वाले नीतिगत उपाय, अभी तक कम से कम सीधे कार्यक्रमों में नहीं शामिल किए गए हैं।

हाल ही में, अफ्रीकी विकास बैंक ने "अफ्रीका में किस प्रकार जनसांख्यिकीय लाभ उठाया जाए" विषय पर 2013 नीति बैठक का आयोजन किया, जिसमें इस विषय पर भी विचार किया गया था कि परिवार नियोजन यूथ बल्ज के असर को किस प्रकार कम कर सकता है। बैठक में, विकास अनुसंधान संस्थान (इंस्टीट्यूट डे रिचर्चे पोर ले डेवलपमेन्ट) के अनुसंधान निदेशक, जनसांख्यिकीविद्, जीन पियरे गुएनगंट ने कहा कि "अगले 20 वर्षों की सबसे बड़ी समस्या, इस यूथ बल्ज की अपेक्षाओं को पूरा करना होगी।" उन्हें शिक्षा और स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने के लिए "यह ज़रूरी है कि जन्म दर को स्थिर किया जाए - हो सके तो गर्भनिरोधक साधनों में वृद्धि कर प्रजनन दर को कम किया जाए।"³³

गुएनगंट की तरह अनेक लोग, जो "यूथ बल्ज" का उपयोग, परिवार नियोजन के उपायों में वृद्धि करने की पैरवी के लिए करते हैं, वे स्पष्ट रूप से युवा हिंसा फैलाने वाले या सैनिक हस्तक्षेप का सुझाव दिए बिना, एक विशाल युवा आबादी के लिए इस शब्द का प्रयोग करते हैं। इसकी बजाए, उनका मानना है कि परिवार नियोजन और कम जन्म दर, विकास के लिए अनिवार्य

पूर्वशर्तें हैं। ये तर्क, डेमोग्राफिक डिविडेन्ड की स्थिति लाने के लिए परिवार नियोजन के औचित्य की तरह हैं।

जनसांख्यिकीय लाभ (डेमोग्राफिक डिविडेन्ड) सिद्धांत

डेमोग्राफिक डिविडेन्ड सिद्धांत, यूथ बल्ज सिद्धांत का दूसरा पहलू है। यह एक आर्थिक तर्क है, जिसके अनुसार, जब किसी आबादी में काम करने की उम्र वाले वयस्कों की संख्या, आश्रित वरिष्ठ नागरिकों और बच्चों की संख्या की तुलना में अधिक होती है, तो "अवसर के द्वार" खुलते हैं, जहाँ वयस्कों की उत्पादकता और खपत के स्तर बढ़ सकते हैं और अर्थव्यवस्था को लाभ मिल सकता है।³⁴ कुआरेस्मा, लुज़ और सैंडरसन, ब्लूम और विलियम्सन के 'एशिया में आयु ढाँचा और आर्थिक संवृद्धि' विषय पर 1998 के विश्लेषण को इस सिद्धांत की उत्पत्ति के रूप में देखते हैं और दूसरे डेमोग्राफिक विकास मॉडलों की समीक्षा करते हैं।³⁵ अर्थशास्त्री, डेविड ब्लूम और डेविड कैनिंग ने एक अमरीकी अनुसंधान समूह, रैंड कॉरपोरेशन द्वारा प्रकाशित, जेपी सेविला के साथ 2003 की रिपोर्ट और प्रजनन क्षमता में कमी, महिला कामगारों की उत्पादकता और प्रति व्यक्ति आय में वृद्धि के बीच सकारात्मक सहसंबंध दर्शाते हुए पियर्स के साथ लिखित लेख में शामिल कर, इस सिद्धांत को आगे और विकसित किया है।³⁶

पूर्वी एशिया का अक्सर ऐसे क्षेत्र के रूप में उदाहरण दिया जाता है, जहाँ डेमोग्राफिक डिविडेन्ड गतिविधियों ने आर्थिक विकास में सीधे तौर पर योगदान किया है। पूर्वी एशियाई डेमोग्राफिक डिविडेन्ड की सफलता के लिए जनसंख्या के

आकार और वितरण, और सरकार की सहयोगी सेवाओं को ज़िम्मेदार माना गया है। इनमें, स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, शिक्षा तक अधिक पहुँच, और खुले व्यापार को बढ़ावा देने वाली आर्थिक नीतियां शामिल हैं।³⁴ डेमोग्राफिक डिविडेन्ड उपलब्धि के पूर्वी एशियाई उदाहरण के ठीक विपरीत अफ्रीकी उप-सहारा का उदाहरण है, जहाँ के जनसंख्याविद् मानते हैं कि धीमा जनसांख्यिकीय रूपांतरण और उच्च प्रजनन दरों ने आर्थिक विकास को ठप कर दिया है।³⁷ इसके और अफ्रीकी जनसांख्यिकी और आर्थिक स्थिरता के ऐसे ही विश्लेषण के प्रत्युत्तर में अफ्रीकी डेमोग्राफिक डिविडेन्ड्स का अनुकरण करना और प्रजनन दरें कम करना नीतिगत प्राथमिकता बन चुका है। उदाहरण के तौर पर, परिवार नियोजन के तृतीय अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन में 2013 की उच्च स्तर की मंत्री स्तरीय बैठक में इस विषय पर चर्चा केंद्रित थी कि अफ्रीकी डेमोग्राफिक डिविडेन्ड पाने के लिए परिवार नियोजन का उपयोग किस प्रकार किया जाए, ताकि अफ्रीकी देशों को “स्वास्थ्य, शिक्षा और रोज़गार सृजन में बुद्धिमत्तापूर्ण निवेश के साथ-साथ देश की प्रजनन दर में तेज़ गिरावट के कारण होने वाले तेज़ आर्थिक विकास का लाभ उठाने में मदद मिले।”³⁸

विद्वान, डेमोग्राफिक डिविडेन्ड के समर्थन और उससे लाभ उठाने के लिए युवाओं के लिए खास तौर पर बनाई गई सरकारी सेवाओं को ज़रूरी मानते हैं। यूथ बल्लज़ सिद्धांत की तरह ही डेमोग्राफिक डिविडेन्ड के अधिकांश समर्थक इस

बात पर जोर देते हैं कि विशाल युवा आबादी के प्रभाव अपने-आप नहीं दिखते, बल्कि वे उपयुक्त राष्ट्रीय नीतियों पर निर्भर होते हैं। उदाहरण के तौर पर, ड्रामनी और एनडीआए यह सुझाव देते हैं कि सेनेगल को अपने देश की युवा आबादी से फायदा उठाने के लिए सरकार को ऐसे सुधार लाने चाहिए, जो कामगारों की उत्पादकता को बढ़ाने वाले और अवसरों को बढ़ाने वाले हों।³⁹

परिवार नियोजन को प्रजनन क्षमता में कमी लाने और लाभ प्राप्त करने के लिए सही उम्र ढाँचा तैयार करने की प्रमुख सरकारी प्राथमिकता के रूप में देखा जाता है। इस सिद्धांत के समर्थकों का मानना है कि इस उम्र ढाँचे को प्राप्त करने के लिए जनसंख्या नीति एक प्रमुख साधन है, क्योंकि यह तब प्रभावित करती है, जब जनसांख्यिकीय रूपांतरण होगा।’ ब्लूम, कैनिंग और सेविला,³⁴ तथा गुएनगंट और मे,³⁷ का कहना है कि प्रजनन क्षमता में तेज़ गिरावट में तेज़ आर्थिक विकास का उत्प्रेरक होने की क्षमता है।

जेंडर समानता को डिविडेन्ड की सफलता के निर्धारकों के तौर पर भी देखा जाता है, और महिलाओं का सशक्तिकरण, कई डेमोग्राफिक डिविडेन्ड नीतिगत उपायों का एक घोषित लक्ष्य है। उदाहरण के तौर पर, 2013 के आईपीपीएफ के एक ब्रीफिंग पेपर में युवतियों की सकारात्मक छवि का पता चलता है, जिसका लक्ष्य “आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, राजनीतिक और भौगोलिक बाधाओं को तोड़कर महिलाओं को सशक्त बनाना है” ताकि वे परिवार नियोजन के बारे में स्वयं

- जनसांख्यिकीय रूपांतरण का अर्थ है, उच्च मृत्यु और जन्म दरों का निम्न मृत्यु और जन्म दरों की ओर खिसकना। इस रूपांतरण के दौरान प्रजनन दरों के गिरने से पहले अक्सर जनसंख्या में तेज़ वृद्धि होती है।

फैसले कर सकें।⁶ महिलाओं व सशक्तिकरण पर ध्यान केंद्रित करते हुए, खासकर विकासशील साहित्य में डेमोग्राफिक डिविडेन्ड का चेहरा युवतियों का है। ये छवियां यूथ बल्ज के “गुस्सैल युवा (एंग्री यंगमैन)” की छवि की तुलना में कहीं अधिक सकारात्मक हैं। वहीं इन छवियों की आलोचना भी बहुत होती है। जेंडर विद्वान, कल्पना विल्सन बताती हैं कि विकास साहित्य में महिलाओं की अनेक छवियां गलती से महिलाओं को विकास की वस्तु के रूप में पेश करती हैं।⁴⁰ विल्सन की टिप्पणी से पता चलता है कि डेमोग्राफिक डिविडेन्ड के चेहरे के रूप में युवतियों की छवियों का अत्यधिक राजनीतिकरण हुआ है, और यह कई अर्थ प्रस्तुत कर सकती हैं, चाहे इनके पीछे मंशा सकारात्मक ही क्यों न रही हो।

ऐसा देखा गया है कि जहाँ डेमोग्राफिक डिविडेन्ड पर उल्लेखनीय काम हुआ है, वहीं खासकर नारीवादी दृष्टिकोण से उसकी बहुत कम आलोचना हुई है। यह साहित्य की एक कमी है। कुछ आलोचनाएं इस धारणा पर विकसित हुई हैं, भले ही वे इसका एक अलग ही रूप प्रस्तुत करती हैं। उदाहरण के लिए, कुआरेसमा, लुज और सैंडरसन का यह मानना है कि डेमोग्राफिक डिविडेन्ड से मिले लाभों का श्रेय जनसांख्यिकी को नहीं बल्कि शिक्षा में वृद्धि को दिया जाना चाहिए।³⁵ मिश्रा के अनुसार, बुनियादी ढाँचागत सुविधाओं में निवेश, भारत में डिविडेन्ड की सफलता में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।⁴¹

सिद्धांत और इसके नीतिगत प्रभावों की गहन समीक्षा करने से अनेक मुद्दों के बारे में पता चला। पहला, आर्थिक लाभ के लिए प्रजनन क्षमता को

घटाने पर सिद्धांत का जोर देना एक समस्या पैदा करने वाला नीतिगत उपाय है, उसमें यह परिवार नियोजन के मात्रात्मक लक्ष्य निर्धारित करने की ओर ले जा सकता है और सीमित गर्भनिरोधक विकल्पों की ओर ले जा सकता है, और व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के लक्ष्यों को कमतर आंक सकता है। यह डेमोग्राफिक डिविडेन्ड सिद्धांत पर आधारित नीतियों का कोई स्वतः परिणाम नहीं है, विशेष रूप से यह जानते हुए कि इस सिद्धांत के कुछ रूप हैं जो प्रजनन क्षमता घटाने की भूमिका पर जोर नहीं देते हैं। हालाँकि, परिवार नियोजन के विकल्पों का घटना, राष्ट्रीय जनसंख्या में कमी लाने के लक्ष्यों की नीति के निर्धारण का एक संभावित परिणाम हो सकता है। विशेष रूप से यह तब सच है, जब नीति और कार्यक्रमों में आईसीपीडी कार्यक्रम की कार्ययोजना दिखाई नहीं देती है।

उदाहरण के तौर पर, पाकिस्तान में युवाओं की क्षमता और जोखिम विषय पर एक अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन में परिवार नियोजन के बारे में एक परेशान करने वाली राय उभर कर आई: बैठक में प्रस्तुति दे रहे एक जनसंख्याविद् ने सिफारिश की कि: आर्थिक संवृद्धि, जन स्वास्थ्य और संसाधनों पर जनसंख्या दबाव कम करने के लिए “प्रजनन क्षमता में गिरावट जारी रहनी चाहिए”। उनके विचार से, पाकिस्तान को “18 वर्ष से कम और 34 वर्ष से अधिक उम्र वाली महिलाओं का “गर्भपात” करा देना चाहिए, जबकि 20 और 34 वर्ष के बीच की उम्र वाली महिलाओं की प्रजनन क्षमता घटानी चाहिए। इस तरह की राय न केवल महिलाओं की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की आज्ञादी और

सेवाओं के उपयोग का निर्धारण करेगी बल्कि उनमें कटौती भी करेगी। इनमें विविध गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग और सुरक्षित, वैध गर्भ समापन के साथ-साथ इच्छित गर्भधारण करने वाली महिलाओं के लिए प्रसवपूर्व देखभाल शामिल हो सकती है।

परिवार नियोजन विकास की कुंजी है की मानसिकता के कारण ही अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों और दानकर्ताओं द्वारा इस समय अफ्रीकी उप-सहारा और दक्षिण एशिया में हार्मोन वाले और लंबी अवधि तक कारगर गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल पर जोर दिया जा रहा है। उदाहरण के लिए, परिवार नियोजन पर 2012 के लंदन शिखर सम्मेलन में बिल एंड मिलिंडा गेट्स फाउन्डेशन ने अपने भागीदारों यूएसएड, यूके डिपार्टमेंट फॉर इंटरनेशनल डेवलपमेंट, यूएनएफपीए, दवा कंपनी फाइज़र, और अमरीकी गैर लाभकारी संस्था 'पाथ' के साथ मिलकर एक नया गठबंधन बनाया है, जिसका लक्ष्य तीन सालों में अफ्रीकी उप-सहारा और दक्षिण एशिया की तीन मिलियन महिलाओं तक "पहुँच" कर उनको डेपो-प्रोवेरा की 12 मिलियन खुराकें देना है।⁴³ इस प्रचार-प्रसार में तब समस्या आती है, जब स्वास्थ्य एवं सुरक्षा चिंताओं के साथ-साथ नियमित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं, अन्य गर्भनिरोधक तरीकों और सुरक्षित गर्भसमापन की उपलब्धता पर ध्यान दिए बिना लंबी अवधि के तरीकों का प्रचार करना होता है।⁴⁴ यह, इन एजेंसियों द्वारा व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के एजेंडे पर किए जा रहे सकारात्मक कार्य को कमजोर कर सकता है।

कुल मिलाकर कहा जाए तो डेमोग्राफिक डिविडेन्ड और यूथ बल्ल, दोनों ही सिद्धांत,

युवाओं के लिए लक्षित परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए समस्या उत्पन्न करने वाले औचित्य बताते हैं। दोनों ही सिद्धांत, प्रजनन दरें कम करने पर केंद्रित हैं - पहला आर्थिक संवृद्धि के लिए और दूसरा हिंसा के शमन के लिए - और संख्या घटाने पर जोर देते हैं। जिन्हें प्रजनन दर घटाने के लिए सबसे अधिक प्रभावशाली माना जाता है, उनके लिए निश्चित तौर पर गर्भनिरोधकों के विकल्प घटने का रुझान है, जो दशकों के इस साक्ष्य के विपरीत है कि विकल्पों की संख्या जितनी अधिक होगी, उतनी ही अधिक संभावना होगी कि लोग अपने अनुकूल किसी विधि को चुन सकेंगे। ये सिद्धांत युवाओं की सीमित समझ को भी प्रकट करते हैं, और खासकर यूथ बल्ल के मामले में, युवा पुरुषों की छवि को नुकसान पहुँचाते हैं। व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य जरूरतों के संदर्भ में गुणवत्तापूर्ण परिवार नियोजन विकल्पों को बनाए रखने के लिए एक अलग पहल की जरूरत है, जो युवाओं की अपेक्षाओं के अनुरूप हो।

बोनस या बम से कहीं आगे

यूथ कोएलिशन जैसे अंतर्राष्ट्रीय नेटवर्क और संगठनों के युवा कार्यकर्ता और सहयोगी, विभिन्न संस्थाओं में व्यापक स्वास्थ्य देखभाल के हिस्से के रूप में उपलब्ध और युवा आबादी की विविधता के अनुकूल अच्छी गुणवत्ता वाली, युवाओं के अनुकूल यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की माँग करते हैं। युवाओं के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य की नीतियां उनकी दृष्टि और वास्तविकताओं के आधार पर बनाई जानी चाहिए। अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों के युवा गठबंधनों और युवाओं की पैरवी करने

वाले अनेक नेटवर्क और संगठनों की लोकप्रियता को देखते हुए, उनसे काफी अपेक्षाएं हैं।

इस दृष्टिकोण को लागू करने का अर्थ ऐसी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार करना है, जो प्रजनन दरों को घटाने पर आधारित गर्भनिरोधकों के प्रसार के एजेंडे से परे हैं, किंतु गर्भनिरोधकों की उपलब्धता और सुरक्षित गर्भ समापन की सुविधा का समर्थन करती हैं। इसके लिए न केवल युवाओं की बात सुनना, बल्कि इस बात का पूर्वानुमान करना भी जरूरी है कि उनकी विविध अंतरवर्गीय पहचान है।⁴⁵ युवाओं के नेतृत्व वाली चर्चाएं और पहल युवाओं के अनुभवों के दायरे और एचआईवी वाले युवाओं द्वारा सामना की संभावना वाले युवाओं की उम्र विशेष के पूर्वाग्रहों के लिए अंतर्दृष्टि प्रदान करते हैं, जब एथेना नेटवर्क और एचआईवी/एड्स पर वैश्विक युवा गठबंधन ने दुनिया के हर क्षेत्र से 800 युवाओं से परामर्श किया तो यह पाया कि:

“एचआईवी के साथ जी रहे और प्रभावित युवा, खासकर एचआईवी के साथ जी रही युवतियां, सेक्स कार्य से जुड़े युवा, पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले युवा पुरुष, युवा ट्रांसजेंडर, और अन्य लोगों के साथ-साथ नशीली दवाओं का सेवन करने वाले युवा, अक्सर परिवार नियोजन सहित यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग उम्र, जेंडर, एचआईवी की स्थिति और यौन रुचि के साथ-साथ ‘उचित यौन व्यवहार’ के मानदंडों और आचरण पर आधारित कलंक और भेदभाव का सामना किए बिना नहीं कर पाते हैं।⁴⁷”

युवाओं के विविध जेंडर एवं यौनिकता को मान्यता देने से सेवाओं का रूपांतरणकारी एकीकरण हो सकता है, और यह धारणा गलत साबित हो सकती है कि गर्भधारण की रोकथाम और प्रजनन क्षमता पर नियंत्रण करना ही एक मात्र उद्देश्य हैं। इसके साथ-साथ, जेंडर संबंधी रूढ़िवादी मान्यताओं (विकास के साधनों के रूप में एंग्री यंगमैन या यंग विमेन की तरह) के खंडन से सभी जेंडर के उपयोगकर्ताओं के लिए सेवाएं उपलब्ध और उपयुक्त बनाई जा सकती हैं।

युवा कार्यकर्ता, एक अधिकार के रूप में ऐसी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और सेवाओं की माँग करते हैं, जो भेदभाव और ज़ोर-ज़बरदस्ती से मुक्त हो। व्यापक देखभाल के लिए युवाओं की सिफारिशों में शामिल हैं: सभी तरह के गर्भनिरोधकों का उपयोग, सुरक्षित, कानूनी गर्भ समापन और आपातकालीन गर्भनिरोध का उपयोग; एचआईवी परीक्षण, उपचार और सहयोग; व्यापक यौन रुचियों एवं भावों को मान्यता प्रदान करने वाली यौन शिक्षा; और जेंडर आधारित हिंसा, जिसमें महिलाओं के विरुद्ध हिंसा और/या यौन रुचि व जेंडर पहचान के कारण हिंसा भी शामिल है।^{45,47,48}

“जानकार, नैतिक और सहयोगी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली” संयुक्त सेवाओं के लिए लिंक अप कॉल।⁴⁷ यह एचआईवी से प्रभावित युवाओं, खासकर उन तक पहुँचने के लिए अनिवार्य है, जिन्हें अक्सर अपनी उम्र और ऐसे दंडात्मक कानूनों

• नैन्सी लेस्को की 2001 ऐक्ट योर एज! नारीवादी सोच में आधारित और साम्राज्यवादी एवं उपनिवेशवादी आलोचकों से उत्पन्न युवाओं की वैकल्पिक सैद्धांतिक समझ के लिए किशोरावस्था की सांस्कृतिक रचना देखें।⁴⁶

के कारण सेवाओं का उपयोग करने पर प्रतिबंध लगा दिया जाता है, जो सेक्स, पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुषों, नशीली दवाओं का सेवन करने वाले युवा, और कम उम्र के एलजीबीटीक्यूआई लोगों को अपराध मानते हैं। एशिया-प्रशांत क्षेत्र में रहने वाले एचआईवी पॉज़िटिव किशोरों (10-19 आयु वर्ग के) के सामने आने वाली समस्याओं पर 2013 में किए गए एक मूल्यांकन में “यौन एवं प्रजनन विकल्पों से संबंधित कुछ एचआईवी पॉज़िटिव किशोरों की चिंता, भय और जटिल भावनाओं का परामर्श, सहकर्मी सहयोग और रोल मॉडल कार्यक्रमों के माध्यम से समाधान करने के महत्व को उजागर किया गया है।”⁴⁸

ये दृष्टिकोण, कुछ हद तक दुनिया भर के युवाओं और उनके सहयोगियों को एकजुट करने के अवसर प्रदान करते हैं, क्योंकि नीति और सेवा संबंधी उपायों की सिफारिशें, अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एजेंडे की बजाय युवाओं की ज़रूरतों के बारे में समाज के मूल्यांकनों पर निर्भर होती हैं। युवा पैरोकार स्थानीय और विश्व स्तर पर पहले से ही सक्रिय हैं।

उनके साथ सहयोग में वृद्धि से स्थानीय प्रयासों को निखारने और सुदृढ़ करने में मदद मिलेगी। अंत में, कहा जा सकता है कि युवाओं के अनुकूल, समावेशी और व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के दृष्टिकोण से अन्य आयु वर्ग के समूहों को सभी आयु वाले व्यक्तियों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के लिए एक परिवर्तनकारी दृष्टिकोण अपनाने की प्रेरणा मिलेगी।

संदर्भ

1. Urdal H. Youth bulges and violence. In: Goldstone JA, Kaufmann E, Duffy Toft M, editors. Political demography: how population changes are reshaping international security and national politics. Boulder, CO: Paradigm Publishers, 2012. p.117-32.
2. Lin JY. Youth bulge: a demographic dividend or a demographic bomb in developing countries? 5 January 2012. <http://blogs.worldbank.org/developmenttalk/youth-bulge-a-demographic-dividend-or-a-demographic-bomb-in-developing-countries>
3. Masese W. Youth bulge: a demographic time bomb or blessing? Standard Media Kenya, 16 October 2013. <http://www.standardmedia.co.ke/business/article/2000095685/youth-bulge-a-demographic-time-bomb-or-blessing>
4. Markham V. Live from Rio+20, day four: 'plenary floor, demographic dividend and the youth bulge'. RH Reality Check, 22 June 2012. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/06/22/live-from-rio20-day-four-plenary-floor-demographic-dividend-and-youth-bulge>
5. Bongaarts J. The case for family planning programs. 18 January 2013. <http://www.worldwewant2015.org/node/301923>
6. International Planned Parenthood Federation. Family planning and the demographic dividend. October 2013. http://www.fpconference2013.org/wp-content/uploads/2013/07/IPPF-Demographic_Dividend_briefingpaper.pdf
7. Richey LA. Population politics and development: from the policies to the clinics. New York: Palgrave MacMillan, 2008.
8. United Nations. World Population Prospects: the 2012 Revision. ESA/P/WP.228. New York: UN, 2013.
9. Crampton A. Population aging as the social body in representation and real life. Anthropology and Aging Quarterly 2013;34(3):100-12.
10. Krause E. Dangerous demographics and the scientific manufacture of fear. Corner House Briefing. Sturminster Newton (Dorset): The Corner House 2006:36 <http://www.thecornerhouse.org.uk/sites/thecornerhouse.org.uk/files/36dangerous.pdf>

11. UN Population Fund. Deliver the promise. New York: UNFPA, 2012. <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/14975>
12. UN Population Fund. Framework of actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: UNFPA, 2014. http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd_global_review_report.pdf
13. Hartmann B. Reproductive Rights and Wrongs: the global politics of population control. Boston: South End Press, 1995.
14. Bandarage A. Women, Population and Global Crisis: a political-economic analysis. London: Zed Books, 1997.
15. Hartmann B, Hendrixson A. Pernicious peasants and angry young men: the strategic demography of threat. In: Hartmann B, Subramaniam B, Zerner C, editors. Making Threats: biofears and environmental anxieties. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2005.
16. Hendrixson A. In: What's wrong with the "demographic dividend" concept? *DifferenTakes*. Amherst, MA: Hampshire College Population and Development Program, 2007. p.44. [http://popdev.hampshire.edu/sites/default/files/uploads/u4763/DT_44 - Hendrixson.pdf](http://popdev.hampshire.edu/sites/default/files/uploads/u4763/DT_44_-_Hendrixson.pdf)
17. Fuller G, Pitts FR. Youth cohorts and political unrest in South Korea. *Political Geography Quarterly* 1990;9(1):9–22.
18. Moller H. Youth as a force in the modern world. *Comparative Studies in Society and History* 1968;10(3): 237–60.
19. Goldstone JA. Revolution and rebellion in the early modern world. Berkeley: University of California Press, 1991.
20. Cincotta RP, Engelman R, Anastasion D. The security demographic: population and civil conflict after the Cold War. Washington, DC: Population Action International, 2003.
21. Urdal H. The devil in the demographics: the effect of youth bulges on domestic armed conflict, 1950–2000. *Social development papers: conflict prevention and reconstruction*. Washington, DC: World Bank, 2004. p.4.
22. Urdal H. A clash of generations? Youth bulges and political violence. New York: UN Population Division, 2012. http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert_Paper.pdf
23. Mesquida CG, Weiner NI. Male age composition and the severity of conflicts. *Politics and the Life Sciences* 1999;18(2):181–89.
24. Weber H. Demography and democracy: the impact of youth cohort size on democratic stability in the world. *Democratization* 2013;20(2):335–57.
25. Barker G, Ricardo C. Young men and the construction of masculinity in sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS, conflict, and violence. *Social development papers: conflict prevention and reconstruction*. Washington, DC: World Bank, 2005. p.26.
26. Kingsley P. Does a growing global youth population fuel political unrest? *The Guardian*, 19 March 2014. <http://www.theguardian.com/world/2014/mar/19/growing-youth-population-fuel-political-unrest-middleeast-south-america>
27. Pai N. The dark side of the demographic dividend. *DNA*, 3 February 2011. <http://www.dnaindia.com/india/columnthe-dark-side-of-the-demographic-dividend-1502365>
28. Scheper-Hughes N. Dangerous and endangered youth: social structures and determinants of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004;1036: 13–46.
29. USAID. Remarks by Deputy Administrator Donald Steinberg on the USAID youth policy. 29 November 2012. <http://www.usaid.gov/news-information/speeches/remarks-deputy-administrator-donald-steinberg-usaidyouth-policy>
30. Hilker LM, Fraser E. Youth exclusion, violence, conflict and fragile states. London: Social Development Direct, 30 April 2009. [http://www.gsdr.org/docs/open/ CON66.pdf](http://www.gsdr.org/docs/open/CON66.pdf)
31. Council on Foreign Relations. More than humanitarianism: a strategic approach toward Africa. Task Force Report. New York: Council on Foreign Relations January 2006 p56.

32. Sciubba JD. The future faces of war. Westport: Praeger Security International, 2011.
33. Harmonization for Health in Africa. The role of family planning for growth in Africa underlined during AfDB annual meetings. 2012. <http://www.hha-online.org/hso/hso/news/3795/role-familyplanning-growth-africa-underlined-during-afdbannual-meetings>
34. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change. Santa Monica: Rand, 2003. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2007/MR1274.pdf
35. Cuaresma JC, Lutz W, Sanderson W. Is the demographic dividend an education dividend? *Demography* 2014;51:299–315.
36. Bloom DE, Canning D, Fink G, et al. Fertility, female labor force participation, and the demographic dividend. *Journal of Economic Growth* 2009;14:79–101.
37. Guengant J, May J. African demographics. *Global Journal of Emerging Market Economies* 2013;5:215–67.
38. International Conference on Family Planning. Government ministers convene ahead of ICFP 2013 to examine returns on investment in family planning. 7 November 2013. <http://www.fpconference2013.org/wp-content/uploads/2013/07/FINAL-ICFP-2013-HLMMPress-Release-11-7-13.pdf>
39. Dramani L, Ndiaye F. Estimating the first demographic dividend in Senegal: the national transfers account approach. *British Journal*



Young boy on a youth project, Nottingham UK, 2006

- of Economics, Management and Trade 2012;2(2):39–59.
40. Wilson K. Race, racism and development: interrogating history, discourse and practice. London: Zed Books, 2012.
41. Mishra VK. Social Infrastructure: A Key Factor in Harnessing Demographic Dividend. The Icfai Journal of Infrastructure 2007;5(4):45–57.
42. Butt IH, Khan SI. Report: National Youth Conference on Risks & Dividends of Youth Bulge in Pakistan. BARGAD: Organization for Youth Development, 10 August 2010. <http://www.bargad.org.pk/downloads/NationalYouth.pdf>
43. Hartmann B. Converging on disaster: climate security and the Malthusian anticipatory regime for Africa. Geopolitics, published online 18 February 2014. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14650045.2013.847433> - .U2qODscwLIA
44. Singh S, Darroch JE. Adding it up: costs and benefits of contraceptive services. New York: Guttmacher Institute and UNFPA, 2012. <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>
45. Youth Coalition. Principles and values. http://youthcoalition.org/html/index.php?id_art=22&id_cat=2
46. Lesko N. Act Your Age! A cultural construction of adolescence. New York: RoutledgeFalmer, 2001.
47. Link Up. Family planning 2013: vision, voices and priorities of young people living with and affected by HIV. 2013. <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=90666>
48. Chandler CL, Ngoksin AE. Lost in transitions: current issues faced by adolescents living with HIV in Asia-Pacific. Bangkok: Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, 2013. http://www.apnplus.org/main/share/publication/Lost_in_transitions.pdf

क्या एक प्रतिबंधक कानून सुरक्षात्मक उद्देश्य पूरा कर सकता है? युवाओं और बच्चों द्वारा यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने पर आयु प्रतिबंधक कानूनों का प्रभाव

एलिजाबेथ यैरो,^क क्रिस्टेन एंडर्सन,^ख कारा एप्लेंड,^ग कैथरीन वाटसन^घ

सारांश:

यह लेख बच्चों और युवाओं की यौन गतिविधियों तथा यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुंच पर लगे कानूनी रोकथाम के कारणों, महत्व और उसके प्रभावों के बारे में जानने की एक कोशिश है। हालांकि, बच्चों या युवाओं में यौन संबंध शुरू करने की उचित या मान्य उम्र पर कोई सहमति नहीं है, लेकिन लगभग हर देश के कानून में यौन संबंध बनाने की सहमति देने की एक न्यूनतम कानूनी उम्र तय की गई है और कई देशों ने तो बिना किसी अभिभावक के साथ आए बच्चों और युवाओं की स्वास्थ्य सुविधाओं, जिसमें यौन स्वास्थ्य भी शामिल है, तक पहुंच पर भी रोकथाम लगाई हुई है। इन्टरनैशनल प्लैन्ड परेंटहुड फेडरेशन और कोराम चिल्ड्रेन्स लीगल सेंटर, यूके ने हाल ही में यूके, एल सेल्वेडोर और सेनेगल के युवाओं और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ एक गुणात्मक शोध किया था, जिसमें विश्व भर में यौन और प्रजनन अधिकारों से संबंधित कानूनों के मानचित्र का अध्ययन किया गया था। यह लेख उस अध्ययन से प्राप्त प्रमाण और विश्लेषणों को दर्शाता है। यह लेख उन नियमों के सामाजिक और सांस्कृतिक बुनियाद की बारीकी से जांच करता है और यह तर्क प्रस्तुत करता है कि बाल सुरक्षा की कानूनी धारणाएं, अक्सर बच्चों की जानकारी और व्यवहार के एक उचित दायरे के बारे में जेन्डर आधारित सोच के आधार पर तय की जाती हैं। लेख में यह निष्कर्ष निकलता है कि वैसे कानून जो बच्चों की सेवाओं तक पहुंच पर पाबंदी लगाते हैं, वे बच्चों और युवाओं को जोखिम में डाल देते हैं : उन्हें जरूरी जानकारी, सलाह और उपचार से वंचित रखते हैं। © 2014 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

मुख्य शब्द: बच्चे, युवा, यौनिकता, यौन संबंध, अधिकार, आयु आधारित कानूनी पाबंदियां, यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, सहमति की उम्र

किस उम्र या विकास के चरण में युवाओं और बच्चों* के लिए यौन संबंध बनाना उचित है? यह एक आम सवाल है लेकिन इसके जवाब बहुत चर्चा, सवाल जवाब और संदर्भ संबंधित विवादों से घिरे हुए हैं। जहां कुछ संदर्भ में यौनिक अभिव्यक्ति को सामान्य, यहां तक कि व्यक्ति के विकास में एक महत्वपूर्ण अंग माना जाता है, वहीं दूसरी जगह उस पर प्रतिबंध लगाए जाते हैं, उसे रोकने की कोशिश की जाती है, यहां तक कि उसके लिए दंडित भी किया जाता है। अक्सर यह दोनों बातें साथ में ही होती हैं, जिसके कारण युवाओं को कई सारे विरोधी और विभिन्न प्रकार की यौनिक पहचानों से गुजरना पड़ता है। जैसे कि उत्तर आयरलैंड की एक किशोरी ने हाल ही में कहा, कि एक तरफ युवाओं के कोई भी यौन संबंध नहीं होने पर आपस में बहुत बवाल उठता है, वहीं दूसरी तरफ उन्हें शादी तक यौन संबंध नहीं बनाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।¹

एक अवधारणा के रूप में 'बचपन' यौनिक अपरिपक्वता और 'भोलापन की अवस्था' माना जाता है। यौन संबंध और उससे संबंधित जानकारी के अभाव को एक मापक माना जाता है, जो बच्चों और वयस्कों को दो अलग प्रकार के व्यक्तियों के वर्ग में विभाजित करता है।² डाक्टर स्टेवी जैक्सन ने एक प्रबल सामाजिक संदेश दिया है कि "बच्चों और यौन संबंध को अलग रखना चाहिए" और

मानवविज्ञानी बैरी थोर्न ने यह जानने की कोशिश की है कि कैसे "लड़कियों और महिलाओं की यौनिकता ... जो कि बच्चों से सक्रिय रूप से जुड़ी रहती है, का मतलब है खतरा और जोखिम"^{13,4}

कई संस्कृतियों में और लगभग पूरे इतिहास में शादी के रिश्ते को एक ऐसा बदलाव मानते हैं, जिसमें दोनों व्यक्ति बचपन से जवानी में कदम रखते हैं और उनके अब तक के जीवन में यौन संबंध नहीं होने से शादी के कारण यौनिक परिपक्वता का सफर भी तय होता है, खास तौर पर महिलाओं और लड़कियों⁵ के लिए, जो यह दर्शाता है कि यौनिकता पर जेंडर और उम्र⁶ दोनों का प्रभाव है। गौर करने की बात है, कि यौनिकता का उम्र और जेंडर से जुड़ा होना सिर्फ एक सामाजिक या सांस्कृतिक मान्यता नहीं है, बल्कि कानूनी मामला भी है। विश्व भर में लगभग सारे देशों ने यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने की न्यूनतम कानूनी आयु निर्धारित कर रखी है, जिससे कम उम्र में एक बच्चे को यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने के लिए असमर्थ माना जाता है।

इन्टरनैशनल प्लैन्ड पेरेंटहुड फेडरेशन और कोराम चिल्ड्रेन्स लीगल सेंटर, यूके ने हाल ही में यूके, एल सेल्वेडोर और सेनेगल के युवाओं और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ एक गुणात्मक शोध किया था, जिसमें विश्व भर में यौन और प्रजनन अधिकारों से संबंधित कानूनों के मानचित्र का अध्ययन किया गया था। यह लेख उस अध्ययन

- हमारे लिए 'बच्चे और युवा' की परिभाषा है वे व्यक्ति जो 24 वर्ष की उम्र से कम हैं। यह 'बच्चों' की अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर मान्य कानूनी परिभाषा के अनुकूल हैं, जिसमें उन्हें 18 वर्ष की उम्र तक के व्यक्ति कहा जाता है (यू.एन कनवेंशन ऑन द राइट्स ऑफ द चाइल्ड के आर्टिकल 1 को देखें)। यह परिभाषा डब्लू.एच.ओ से ली हुई 'युवा' की परिभाषा के अनुसार है, जो युवाओं को 15 से 24 वर्ष के लोगों के रूप में परिभाषित करती है। दोनों परिभाषाएं कानून और नीतियों में अक्सर उपयोग में लाई जाती हैं।

से प्राप्त प्रमाण और विश्लेषणों को दर्शाता है। इस लेख में बचपन और युवावस्था के यौनिकता और उससे जुड़े कानूनी नियमों पर प्रकाशित लेखों से भी जानकारी शामिल की गई है। इन प्रकाशित लेखों की मदद से गुणात्मक प्रयोगिक और कानूनी शोधों में से मुख्य सैद्धांतिक परिणाम निकाले गए।

बाल यौनिकता के कानूनी नियम: यौन संबंध बनाने की सहमति देने की कानूनी उम्र

बाल अधिकार का अर्थ और दायरे और बचपन के संबंध में प्रचलित संवादों के बीच होने वाले मौलिक तनाव को कम करने के कई तरीकों में से एक तरीका जो सरकारों ने लगाया वो है, यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने की एक न्यूनतम कानूनी उम्र को स्थापित करना। एक तरफ बच्चे क्षमता और स्वतंत्रता के साथ अपने अधिकार मांग सकते हैं, वहीं दूसरी तरफ वे अपने आश्रित होने और सुरक्षित रखे जाने की ज़रूरत के कारण, एक अधीन समूह हैं। दर असल, परिभाषा के अनुसार, बच्चों को एक उम्र तक कानूनी व्यक्तित्व और पूर्ण नागरिकता नहीं मिलती, क्योंकि अक्सर यह देखा गया है कि कानूनी रूप से वयस्क होने की उम्र 18 वर्ष⁷ है। मैथ्यु वेट्स का कहना है कि सहमति देने की उम्र के कानून से नागरिकता की परिभाषा जुड़ी हुई है और इसके कारण 'बच्चों के अधिकार की सुरक्षा और वयस्कों के आत्म निर्धारण के बीच एक कठिन संतुलन बनाने की कोशिश की गई है' (ज़ोर जोड़ा गया है)⁸

तो, आम तौर पर यह माना जाता है कि एक उम्र से पहले यौन संबंध बनाने से रोकने वाले कानून एक सुरक्षात्मक भूमिका निभाते हैं: बचपन के खास रूप को बचाए रखना, वयस्कों द्वारा बच्चों

के यौन शोषण से बचाना, और उसके कारण बच्चों को होने वाले शारीरिक और मानसिक हानि से उन्हें बचाना। यह इस बात में साफ झलकता है कि सहमति की उम्र वाले कानून अक्सर देश के यौन गुनाहों से जुड़े अपराधिक कानूनों का हिस्सा होते हैं, जिसमें एक निर्धारित उम्र से कम उम्र के बच्चों के साथ यौन संबंध बनाने को कानूनी रूप से बलात्कार, कामुक जानकारी देना और पीड़ोफीलिया माना जाता है।⁹

आज यौन संबंध के लिए सहमति देने की उम्र लगभग सारे देशों में मौजूद है (हालांकि इसके लिए कोई स्पष्ट या एक अंक नहीं है) और अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून का हिस्सा भी है।^{8,10} अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून हर देश को यौन संबंध के लिए सहमति देने की न्यूनतम कानूनी उम्र निर्धारित करने के लिए आग्रह करता है, लेकिन इसके लिए कोई भी अंतर्राष्ट्रीय मापक नहीं है कि यौन संबंध की सहमति देने के लिए एक न्यूनतम कानूनी उम्र क्या होनी चाहिए। यह कानूनी उम्र हर देश में बहुत अलग है - जैसे फिलीपीन्स या मेक्सिको जैसे देशों में यह सिर्फ 12 साल है और कैमरून में 21 साल।⁹ कुछ कानूनी व्यवस्थाओं में, जैसे शरिया कानून में, व्यक्ति के शारीरिक विकास के स्तर को उसकी आयु से ज्यादा महत्व दिया है।¹¹ यहां तक कि, कई कानूनी परिपेक्ष में यौन संबंध के लिए सहमति देने के लिए कोई खास उम्र निर्धारित नहीं की गई है, पर व्यक्ति सिर्फ शादी के संदर्भ में ही यौन संबंध बनाने की सहमति दे सकता है।⁹ महत्वपूर्ण है कि कई देशों में यह सामान्य बात है कि शादीशुदा लोगों और कुंवारे लोगों के लिए, लड़कों और

लड़कियों के लिए यौन संबंध बनाने की सहमति देने के लिए अलग अलग कानूनी उम्र निर्धारित की गई हैं, खास तौर पर यौन रिश्तों और यौन संबंध बनाने के लिए।⁹

हालांकि, इस बात पर बहुत कम सहमति है कि यौन संबंध बनाने की सहमति की सही उम्र क्या होनी चाहिए, हर जगह जो अक्सर देखा गया है कि कम से कम कोई न्यूनतम अंक तो है, जिससे कम उम्र में बच्चों और युवाओं के साथ यौन संबंध को सही नहीं माना जाता है और उसके कारण कानून उस पर रोकथाम लगाती है और उसे नियंत्रित करती है।¹¹ इसके अलावा, जो सबसे कम उम्र निर्धारित हुई है उनसे यह समझ आता है कि इस बात पर सहमति है कि न्यूनतम आयु कभी भी यौवनारंभ की आयु से कम नहीं होनी चाहिए। सच तो यह है कि जब राष्ट्रीय कानूनों में सहमति की उम्र के प्रावधान की बात आई तो उसमें यौनिक परिपक्वता की उम्र की झलक मिलती थी, जिसके अनुसार ज्यादातर देशों ने इसकी सीमा 12-13 साल रखी (और अक्सर यह वही उम्र होती थी जिसमें एक व्यक्ति को कानूनी रूप से शादी करने की इजाजत दी गई।¹¹ इसका मतलब है कि यौन रिश्तों के संदर्भ में बने राजकीय कानूनों के इतिहास में भी शारीरिक/जैविक विकास, प्रजनन, शादी, और यौन संबंध बनाने की कानूनी अनुमति और निर्णय लेने के बीच के संबंध को समझा है।⁴

समय के साथ साथ, विश्व भर के काफी देशों में यौन संबंध बनाने की सहमति देने की कानूनी उम्र भी धीरे-धीरे बढ़ रही है, जो यौवनारंभ और यौन संबंध बनाने की सहमति के बीच की कड़ी

को तोड़ते हुए उस समय काल को बढ़ा रही है, जब एक बच्चे का शरीर प्रजनन के लिए तैयार हो जाता है और वह उम्र जब वह कानूनी रूप से यौन संबंध बना सकता है।¹¹ खान पान, पोषण, स्वास्थ्य, वातावरण और विश्व भर में हो रहे कई सारे बदलावों के कारण ऐसे प्रमाण प्राप्त हो रहे हैं (हालांकि उन पर विवाद है) कि यौवनारंभ की औसत आयु कम हो रही है। लेकिन साथ ही, सामाजिक रूप से वयस्क होने की आयु धीरे धीरे बढ़ रही है, क्योंकि युवा देर से शादी कर रहे हैं और ज्यादा समय शिक्षा में लगा रहे हैं जिसके कारण वे काम ढूँढते हैं और वे बढ़ती उम्र में अपनी आय और संसाधन बढ़ाते हैं।⁶ इसलिए, हालांकि 'परंपरागत' सामाजिक ढांचे में बचपन से वयस्क होने के बदलाव की प्रक्रिया बहुत तेज और स्पष्ट होती थी, लेकिन आज के समय में बढ़ते शहरीकरण, आर्थिक विकास और वैश्वीकरण के दायरे में युवावस्था, एक ऐसा समय जहां व्यक्ति बचपन से बाहर आता है लेकिन पूरी तरह से वयस्क नहीं बना है, एक अहम सामाजिक श्रेणी बन गई है।⁶ यह स्थापित कानूनी और नीतिगत संस्थाओं के सामने एक बड़ी चुनौती सामने लाता है, जो अब तक युवाओं को एक अलग सामाजिक वर्ग या श्रेणी की तरह नहीं देखती थीं।

और तब भी वयस्क अवस्था से पहले यौन गतिविधियों पर प्रतिबंध, जो शरीर और बचपन की धारणाओं और यौन अपरिपक्वता के आधार पर लगाए जाते हैं, बहुत ही आश्चर्यजनक और लचीला हैं। उन परिप्रेक्ष्यों में भी जहां यौन संबंध बनाने के लिए सहमति की उम्र ज्यादा की तरफ है (18 से 21 साल), वहां भी युवा लोगों को

यौन संबंध बनाने से परहेज़ रखना सिखाया जाता है, क्योंकि उनके “यौन अंग पूरी तरह से विकसित नहीं होते हैं”।¹² यौन संबंध बनाने के लिए तैयार होने में शारीरिक यौवनारम्भ की उम्र के घटते महत्व, और यौन संबंध बनाने के लिए ‘सही उम्र’ के बारे में सहमति नहीं होने के बावजूद भी, बाल और युवा यौनिकता की उचित सीमा की धारणाएं अभी भी जैविक अवधारणाओं से जुड़ी हैं। कम उम्र में यौन संबंध बनाने को असुरक्षित माना जाता है क्योंकि उसे अप्राकृतिक माना जाता है। इसके बावजूद कि कई मानवविज्ञान लेख यह दर्शाते हैं कि इतिहास और विभिन्न संस्कृतियों में विभिन्न प्रकार की यौन गतिविधियों को अलग अलग सामाजिक महत्व दिया जाता रहा है, यह यौनिकता के सहज और सार्वभौमिक स्वरूप पर चल रही शक्तिशाली और व्यापक बहस को दर्शाता है।⁴

बच्चों के संदर्भ में सुरक्षा की कानूनी धारणा को समझना

यह विचार कि बाल यौनिकता अप्राकृतिक है, इस तर्क से जुड़ा है कि यह (शारीरिक और मानसिक रूप से) हानिकारक है। यह मानना कि बच्चे यौनिकता के बारे में नादान होते हैं, उनके बिगड़ने का खतरा बढ़ा देता है।⁴ बच्चों के साथ यौन संबंध बनाने को न सिर्फ इसलिए गलत माना जाता है कि बच्चों में यौन संबंध बनाने की सहमति देने की क्षमता नहीं है, बल्कि इस लिए भी उसे मूल रूप से हानिकारक माना जाता है क्योंकि यह बच्चों से अपेक्षित व्यवहार, अभिव्यक्ति और

जानकारी की आम मान्यता को खंडित करता है।² यह मानसिकता कानून में भी देखी जा सकती है, जहां यौन शोषण के अपराधों, खास तौर पर बच्चों के साथ किए गए यौन अपराध, के बारे में यह मान्यता है कि वे बच्चों को भ्रष्ट कर रहे हैं या उनमें विकार डाल रहे हैं।*

यहां पर यौन संबंध बनाने की सहमति की उम्र निर्धारित करने वाले कानून के सुरक्षात्मक उद्देश्यों पर मतभेद उठाने पर जोर नहीं दिया जा रहा है, पर इस बात पर कि सुरक्षा की कानूनी अवधारणा समाज पर हावी मान्यताओं पर आधारित है जो जेंडर, यौनिकता और बचपन से जुड़े पहचान और उचित व्यवहार को परिभाषित और निर्धारित करती हैं। दर असल, सामान्य मान्यता के विपरीत, यौन हिंसा की कानूनी परिभाषा, जिसमें बलात्कार भी शामिल है अक्सर उम्र और जेंडर आधारित यौन मूल्यों को सहमति से कहीं ज्यादा महत्व देती हैं। इसका प्रमाण हमें इस बात में मिलता है कि देशों ने यौन संबंध बनाने की सहमति देने (और शादी के लिए) न्यूनतम उम्र को जेंडर, यौनिक रुझान और वैवाहिक स्थिति के आधार पर अलग अलग उम्र पर तय किया है।

यह स्पष्ट है कि हर देश में, जहां शादी और यौन संबंध बनाने की सहमति देने की उम्र को लिंग के आधार पर अलग अलग रखा गया है, वहां लड़कियों के लिए निर्धारित की गई उम्र कम है।⁹ अगर, इन कानूनों का उद्देश्य युवाओं को बिना सहमति के यौन संबंध, (जैसे बलात्कार) से बचाना है तो यह नियम असंगत और अनुचित

• उदाहरण के लिए, दंड संहिता 1997 की धारा 167 (एल सेल्वाडोर) और आपराधिक कानून (यौन अपराध) अधिनियम 2006 (आयरलैंड)।

होंगे क्योंकि समाज में एक दर्जा नीचे होने के कारण लड़कियां विशेष रूप से इस प्रकार की हिंसा के प्रति असुरक्षित होती हैं।¹³⁻¹⁵ इन कानूनों की जड़ें कुछ अलग कारणों और मान्यताओं में हैं, जिनका आधार हानिकारक रूढ़ीवादी जेंडर भेदभाव से भरे विचार हैं।

सबसे पहले, अक्सर यह माना जाता है कि लड़कियों का मानसिक, शारीरिक और यौनिक विकास लड़कों से अलग, मतलब जल्दी होता है। यह एक विचार है जिसकी जड़ें बहुत गहराई से आज के जीवविज्ञान, मनोविज्ञान और मानसिक विकास के सिद्धांतों, धार्मिक ग्रंथों और आम सामाजिक जिंदगी के विचारों में गढ़ी हुई हैं।⁸ सिनिकका आपोला आदि का यह मानना है कि यह धारणा, कि लड़कियां लड़कों से पहले परिपक्व हो जाती हैं, इस अपेक्षा से जुड़ी है कि रिश्ते में लड़कियों को “जिम्मेदार” होना चाहिए और अगर किसी भी सामाजिक या यौन गतिविधि में कोई सीमा पार होती है तो मुख्य रूप से लड़कियों को ही दोषी माना जाएगा।^{4,16}

हमेशा नहीं, लेकिन कई बार यह भी माना जाता है कि लड़कियों को उनके (पुरुष) यौन साथियों से कम परिपक्व होना चाहिए ताकि वे उनके रिश्ते में मान्य पुरुष प्रधानता की पुष्टि करें।⁶

लिंग के आधार पर बच्चों में भेदभाव करने के अलावा कानूनी नियमों ने बच्चों के लिए यौन संबंध बनाने की सहमति देने की न्यूनतम उम्र में भी कई बार अपवाद दिखाए हैं, खास तौर पर लड़कियों के लिए, जहां उनकी पहले ही शादी हो चुकी हो, भले ही उन लड़कियों की उम्र शादी के लिए कानूनी उम्र से कम ही क्यों न

हो। उदाहरण के लिए, ब्रुनई में यौन संबंध की सहमति देने के लिए लड़कियों की न्यूनतम उम्र 16 साल है, लेकिन उसमें विवाहित लड़कियों के लिए यही उम्र 13 साल है, जबकि वहां शादी के लिए निर्धारित न्यूनतम उम्र 14 साल है।¹⁷ उसी तरह, थाईलैंड में यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने की न्यूनतम उम्र 15 साल है, लेकिन जिन लड़कियों की शादी हो चुकी है उनके लिए यह 13 साल है, इसके बावजूद की शादी के लिए निर्धारित न्यूनतम उम्र 17 साल है।¹⁸ ज्यादा चिंताजनक बात यह है कि, कुछ देशों ने बलात्कार और लड़कियों के संवैधानिक बलात्कार के लिए इलाज निकाला है इस शर्त पर कि अगर मुलजिम उसके बाद पीड़ित से शादी कर ले। उदाहरण के लिए, फिलीपीन्स की दंड संहिता की धारा 344 के तहत शादी को बहकाने, अश्लील हरकत करने, बलात्कार और संवैधानिक बलात्कार जैसे कई यौन अत्याचारों का इलाज या बचाव बताता है।¹⁹ ऐसे कानून इस बात की ओर इशारा करते हैं कि कम उम्र में यौन गतिविधियां लड़कियों के लिए तभी हानिकारक हैं जब वे शादी के रिश्ते के बाहर होती हैं। और किसी लड़की का बलात्कार या संवैधानिक बलात्कार तभी अपराध माना जाता है जब वो यौन अभिव्यक्ति के उचित सामाजिक मान्य संदर्भ का उल्लंघन करता है, न कि इसलिए कि वो एक बच्ची की यौन स्वतंत्रता या व्यक्ति का उल्लंघन करता है।

अंत में, ऐसे देशों में, जहां समलैंगिक यौन संबंधों पर पूरी तरह से रोक नहीं है, वहां पुरुषों के लिए यौन संबंध बनाने के लिए सहमति की उम्र को महिलाओं और पुरुषों के बीच यौन संबंध

बनाने की न्यूनतम आयु से ज्यादा निर्धारित करना आम बात है, जो यह दर्शाता भी है और इस बात को पुख्ता करता है कि पुरुषों के बीच समलैंगिक यौन संबंध तुलनात्मक रूप से ज्यादा खतरनाक हैं और उसे बढ़ावा नहीं देना चाहिए।¹⁹ जहां तक महिलाओं के समलैंगिक यौन संबंध बनाने के बारे में बात है, पूरे विश्व भर में ऐतिहासिक रूप से इस मामले में चुप्पी रही है, जो प्रमुख संस्थाओं द्वारा लड़कियों और महिलाओं के बीच समलैंगिक यौन संबंध की संभावना को स्वीकारने में विफलता दर्शाता है।²⁰

युवाओं की यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच को नियंत्रित करना

इसका मतलब है कि यौन संबंध के लिए सहमति देने की उम्र से संबंधित कानून बच्चों और युवाओं की यौन गतिविधियों, (जेन्डर) पहचान और व्यवहार को नियंत्रित करने के साधन हैं। पर बेशक, यह कानून यह सुनिश्चित नहीं करते कि युवा यौन संबंध बनाने से परहेज रखेंगे। पहली बार यौन संबंध बनाने के गुटमाकर इन्सटीट्यूट के द्वारा विश्व भर के 30 देशों से लिए गए आंकड़े यह स्पष्ट रूप से दिखाते हैं कि बहुत बड़ी संख्या के युवा और बच्चे, अपने देश की यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने की न्यूनतम उम्र से पहले ही यौन अनुभव कर चुके हैं,²¹ और विश्व स्वास्थ्य संस्थान (वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गेनाइजेशन) के हाल ही के आंकड़ों के अनुसार, कम और मध्यम आय वाले देशों में 15 से 19 साल की करीब 160 लाख लड़कियों ने और हर साल 15 साल से कम उम्र की करीब 10 लाख लड़कियों ने बच्चों को जन्म दिया है। और, हर साल 15 से

19 साल की करीब 30 लाख लड़कियां असुरक्षित गर्भ समापन के लिए जाती हैं।²²

यह स्थिति जन स्वास्थ्य क्षेत्र में गंभीर नीतिगत चुनौतियों को सामने लाती है, खास तौर पर उस संदर्भ में, जब यौन संबंध बनाने की सहमति देने की न्यूनतम आयु ज्यादा है, जिसके कारण बहुत से ऐसे बच्चे और युवा जो कानूनी रूप से यौन संबंध बनाने की सहमति देने के लिए सक्षम नहीं माने जाते हैं, लेकिन यौन रूप से सक्रिय हैं और उन्हें यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की जरूरत होती है। इस दुविधा के कारण कानूनी, नीतिगत और कार्यक्रम पहलों की एक अस्पष्ट खिचड़ी बन गयी है जो एक तरफ तो बच्चों की कानूनी सुरक्षा के लिए और दूसरी तरफ उनकी यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच बनाने के बीच में ताल मेल और संतुलन बैठाने के लिए बच्चों के निर्णय लेने पर तरह तरह के उम्र आधारित प्रतिबंध लगाते हैं।

यू.के. के कानून का विकास खास तौर पर यह दिखाता है कि इन सारे चिंताजनक विषयों का राज्य के न्यायतंत्र ने कैसे हल निकाला। वर्ष 1982 में यू.के. के न्यायालय के सामने एक मुद्दा आया कि क्या 16 साल (यू.के. में यौन संबंध बनाने की सहमति देने की न्यूनतम उम्र) से कम उम्र की लड़की को उसके माता पिता की अनुमति के बिना गर्भनिरोधक देना कानूनी है। यह मुद्दा (गिल्लीक बनाम वेस्ट नौरलौक और विस्बेच एरिया हेल्थ अथोरिटी) हाउस ऑफ लॉर्डस तक जा पहुंचा, जहां यह निर्णय लिया गया कि हर मामले को देखकर चिकित्सा कर्मी को यह तय करने की स्वतंत्रता होनी चाहिए कि क्या

वह युवा स्वतंत्र रूप से चिकित्सा लेने के लिए सक्षम है, जिसमें गर्भनिरोधक सेवाएं भी शामिल हैं।²³ बच्चों की गर्भनिरोधक प्राप्त करने के लिए सहमति देने की कानूनी क्षमता के प्रमाण के रूप में लौर्ड फ्रेज़र, जिन्होंने यह मार्गदर्शक फैसला सुनाया, ने यह टिप्पणी दी: “16 साल से कम उम्र के नाबालिग लोग, कुछ शर्तों के अंतर्गत एक इकरार कर सकते हैं। वे किसी के ऊपर मुकदमा दर्ज कर सकते हैं और उनके ऊपर भी मुकदमा दर्ज हो सकता है और वे शपथ ले कर गवाही भी दे सकते हैं।”²³ इसके बावजूद कि यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने की कानूनी उम्र 16 साल थी, लौर्ड फ्रेज़र को 1966 के मामले का उदाहरण देने के लिए मजबूर होना पड़ा जिसमें यह फैसला सुनाया गया था कि : “ऐसी बहुत सी 16 साल से कम उम्र की लड़कियां हैं जिन्हें भली भांति पता है कि यौन संबंध क्या होता है और वे सोच समझ के सहमति दे सकती हैं” और इसलिए यह निर्धारित करने के लिए कि 16 साल से कम उम्र की लड़की के साथ बलात्कार हुआ है: “अभियोग पक्ष को ... या तो यह साबित करना होगा कि लड़की ने शारीरिक बल लगाकर यौन संबंध को बनने से रोका या उसकी समझ और जानकारी ऐसी थी कि वह इस स्थिति में नहीं थी कि वह यह निर्णय ले सके कि उसे सहमति दे या रोके।” लौर्ड फ्रेज़र ने यह निष्कर्ष दिया कि :

“एक 16 साल की लड़की पर्याप्त रूप से प्रभावी तरीके से यौन संबंध बनाने की सहमति दे सकती है, जिसका कानूनी परिणाम यह होगा कि जो पुरुष शामिल है उसने बलात्कार का

अपराध नहीं किया है . . . उसी तरह मैं यह फैसला देने की स्थिति में नहीं हूँ कि . . . एक 16 साल की लड़की में सिर्फ उसकी उम्र के आधार पर यह क्षमता नहीं है कि वह यौन संबंध बनाने के लिए मान्य सहमति नहीं दे सकती या गर्भनिरोधक सलाह और सेवाएं नहीं ले सकती है”²³

जिस तरीके से लौर्ड फ्रेज़र ने इस मामले को संबोधित किया है कि क्या एक 16 साल से कम उम्र की लड़की यौन संबंध बनाने के लिए सहमति देने में सक्षम है, वह उस कानूनी दुविधा को सामने लाता है कि जब बच्चे कानूनी रूप से यौन संबंध बनाने के लिए असमर्थ हैं, फिर भी उन्हें गर्भनिरोधक और यौन सक्रियता से जुड़ी हुई सेवाओं की जरूरत पड़ सकती है।

बदकिस्मति से, विश्व भर में कानून और नीतियों में जो समझौते हुए हैं वे बच्चों और युवाओं के यौन शोषण से सुरक्षित रहने या अगर वे यौन संबंध बना रहें हैं तो स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच कर एक स्वस्थ जीवन व्यतीत करने के अधिकार को सुनिश्चित करने के लिए पर्याप्त नहीं हैं। कानूनी नियमों के अनुसार, बच्चे और युवा या तो माता पिता या किसी वयस्क की सहमति लेकर सेवाएं ले सकते हैं या सेवा प्रदाताओं पर कानूनी दायित्व है कि वे बच्चों की यौन गतिविधियों से जुड़े मामलों की जानकारी पुलिस या बाल सुरक्षा अधिकारियों को दें— ऐसे नियम उनके गोपनीयता के अधिकारों पर एक पाबंदी लगाते हैं और यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक बच्चों और युवाओं की स्वतंत्र और गोपनीय पहुंच पर उम्र आधारित बंदिश लगाते हैं।⁹

उदाहरण के लिए, लिथुआनिया में 16 साल से कम उम्र के बच्चे बिना माता पिता की अनुमति के गर्भनिरोधक नहीं खरीद सकते और पोलैंड में माता पिता की अनुमति के बिना सेवाओं तक पहुंच की न्यूनतम उम्र 18 साल है।⁹ उसी तरह जिंबाब्वे के कानून को अक्सर ऐसे समझा जाता है, जो 18 साल से कम उम्र के बच्चों को एच.आई.वी. जांच और इलाज के साथ-साथ बाकी यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच को माता पिता की अनुमति के बिना प्रतिबंधित करता है। उत्तरी आयरलैंड के (यौन उल्लंघन कानून 2008) कानून में स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं पर सूचना देने का अनिवार्य दायित्व डाला गया है, कि उन्हें ऐसे सारे मामलों के बारे में पुलिस को बताना है जहां 13 साल से कम उम्र के बच्चे यौन गतिविधियों से जुड़े हैं या 16 साल से कम उम्र के बच्चे 18 साल या उनसे बड़े उम्र के व्यक्ति के साथ यौन संबंध बनाते हैं।¹

यह पाबंदियां बहुत समस्याजनक हैं, खास तौर पर क्योंकि नीचे दिए गए शोध के प्रमाण यह दर्शाते हैं कि ऐसे कानून जो यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक युवाओं और बच्चों की स्वतंत्र और गोपनीय पहुंच पर रोकथाम लगाते हैं, वे उनके औपचारिक सेवाओं को लेने की इच्छा या क्षमता में कई महत्वपूर्ण बाधाएं डालते हैं।

उम्र आधारित प्रतिबंधक कानूनों के युवाओं की सेवाओं तक पहुंच पर प्रभाव: प्रमाण

अलग-अलग संस्कृतियों में किए गए अध्ययनों ने यह दिखाया है कि यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक बच्चों और युवाओं की पहुंच को रोकने में कुछ मुख्य कारण हैं शर्म, झिझक और

फैसले का डर (खास तौर पर किसी वयस्क अधिकारी के) और बच्चे और युवा उन सेवाओं तक पहुंच की इच्छा के लिए गोपनीयता को सबसे ज्यादा अहम और महत्वपूर्ण मानते हैं।

उदाहरण के लिए, यू.के. में किए गए 295 बच्चों के एक सर्वे में यह बात आई कि अगर गोपनीयता रखी जाएगी, तो 86.1 प्रतिशत बच्चे सेवाएं लेने के लिए ज्यादा इच्छुक होंगे और वहां 70.8 प्रतिशत बच्चे नियमित जांच कराना चाहेंगे। गोपनीयता न होने के कारण 54.6 प्रतिशत बच्चे किसी भी सेवा को प्राप्त नहीं करना चाहेंगे। और उससे भी बड़ी संख्या, 63.1 प्रतिशत बच्चों ने बताया कि अगर बाल सुरक्षा सेवाएं को उनकी जानकारी दी जाएगी, तो वे उन सेवाओं को नहीं लेंगे।²⁵

इंटरनैशनल प्लैन्ड परेंटहुड फेडरेशन (आई.पी.पी.एफ.) द्वारा हाल ही में किया गया एक गुणात्मक शोध यह दर्शाता है कि बच्चे और युवा खास तौर पर अपने माता पिता से गोपनीयता रखने के बारे में चिंतित हैं— यह एक महत्वपूर्ण खोज है, जब यह बात स्पष्ट है कि आम तौर पर कानून, युवाओं और बच्चों की यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक (औपचारिक) पहुंच के लिए माता पिता की अनुमति को आवश्यक मानते हैं।¹ ऐसा लगता है कि युवाओं की गोपनीयता के बारे में चिंता प्रशासनिक स्तर पर है, जैसे कि अगर यौन स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जानकारी डाक से घर आती है।¹ उत्तरी आयरलैंड के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का मानना है कि सूचना देने की अनिवार्य मांग बच्चों के सर्वोत्तम हित में नहीं है, क्योंकि पुलिस और समाज सेवियों को शामिल

करने से उन बच्चों पर नकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है जिनके मामले के बारे में जानकारी दी गई है और बड़े पैमाने पर उन बच्चों की यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच पर भी नकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है।¹

आई.पी.पी.एफ. द्वारा किया गये अध्ययन में एल सेल्वेडोर⁵, सेनेगल¹² और यू.के¹ में किए गए गुणात्मक शोध शामिल हैं। रोचक बात यह है कि हालांकि उनके परिणाम मूल रूप से प्रतिनिधिक नहीं हैं, फिर भी अलग-अलग सामाजिक, राजनैतिक, आर्थिक और धार्मिक संदर्भों के युवाओं और बच्चों के यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच से जुड़े गोपनीयता और गुप्तता के इच्छा, शर्म के अनुभव जिसके कारण वे यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचना नहीं चाहते, बहुत हद तक समान है। शर्म की अनुभूति युवा लड़कियों और महिलाओं में बहुत ज़्यादा देखी गई। युवाओं ने यह चिंता व्यक्त की कि उनके यौन व्यवहार के आधार पर बनाई गई धारणाओं के कारण उनका अपमान हो सकता है और उनके बारे में अफवाहें फैल सकती हैं।^{1,5} उत्तरी आयरलैंड की एक लड़की ने कहा कि यौन स्वास्थ्य चिकित्सालय के सार्वजनिक प्रतिकालय में बैठना एक “यौनकर्मी के जैसे अपमानित” होने के बराबर है।¹

युवाओं की यौन और प्रजनन सेवाओं तक पहुंच पर किए गए विश्व भर में विभिन्न अध्ययनों के भी ऐसे ही निष्कर्ष सामने आए हैं। उदाहरण के लिए, 2010 में नेपाल में एक अध्ययन में यह निकल के आया कि युवाओं की गर्भनिरोधक सेवाओं तक पहुंच के सबसे बड़े बाधक थे यौन

स्वास्थ्य चिकित्सालय में अपने परिवार के किसी वयस्क द्वारा पाए जाने की शर्म, या इस बात का डर कि सेवा प्रदाता उनकी गोपनीयता को नहीं रखेगा।²⁶ उसी तरह 2012 में जिंबाब्वे में किए गए एक अध्ययन में यह निष्कर्ष निकल के आया कि जानकारी और जागरूकता के अभाव से कहीं बड़ा कारण था शर्म, जो युवाओं को अपने स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याओं के बारे में बात करने से रोक रहा था।²⁷

आई.पी.पी.एफ. अध्ययन यह जानने की कोशिश करता है कि युवाओं की यौन अधिकार और सेवाओं तक पहुंच पर आयु संबंधित प्रतिबंध कैसे सामाजिक और सांस्कृतिक मान्यताओं को दर्शाता है और उचित या अनुचित यौन व्यवहार के बारे में मान्य विचारों के लिए एक नियंत्रक दबाव को भी काम करता है।⁵ उस शोध का निष्कर्ष था कि संभव है कि एक निर्धारित न्यूनतम उम्र से कम उम्र के बच्चों की यौन गतिविधियों पर रोक लगाने वाले अपराधिक कानून उन्हें यौन हिंसा (जो वयस्क पुरुषों द्वारा अक्सर बिना किसी दंड के व्यापक है) से सुरक्षा देने के बदले, युवाओं के यौन व्यवहार पर रोक लगा दें और उन युवाओं को अपराधी घोषित कर दें जो यौन संबंध रखते हों।²⁸

एल सेल्वेडोर में गर्भ समापन पर संपूर्ण कानूनी प्रतिबंध इस विचारधारा को दर्शाता है कि नारीत्व, शादी और मातृत्व की सामाजिक भूमिकाएं सिर्फ विवाहित महिलाओं के लिए आरक्षित हैं और केवल यही भूमिकाएं महिलाओं और लड़कियों की यौनिकता का एक मात्र मान्य लक्ष्य होनी चाहिए। ऐसे कानून जो गर्भ समापन को अपराधिक बताते हैं, वे लड़कियों और महिलाओं के प्रजनन के

अलावा यौन अधिकार तक पहुंच पर प्रतिबंध लगाने का काम करते हैं और युवा अविवाहित महिलाओं और लड़कियों के यौन पहलुओं पर निषेध और कलंक के विचारों को और ठोस बनाते हैं। इसलिए गर्भ समापन पर कानूनी पाबंदी बच्चों को यौन संबंध बनाने से रोकने की एक रणनीति बन गई है।¹²

और फिर भी, गोपनीयता के महत्व और कम उम्र में यौन संबंध से जुड़ी शर्म के बावजूद, उम्र प्रतिबंधित कानूनों का बड़ा प्रभाव रहा है युवाओं और बच्चों को खतरे में डालना, उन्हें जानकारी, सलाह और स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंचने की क्षमता नहीं देना, जिसकी मदद से वे यौन संबंध के बारे में स्वतंत्र और स्वस्थ निर्णय ले सकते थे। कारमेन बरास्सो यह तर्क देती हैं कि पेरु में 14 से 18 साल की किशोरियों के बीच सहमति से हुए यौन संबंध को अपराधिक बनाने वाले कानून “स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को इस दुविधा में डाल देते हैं कि वे किशोरियों को किस तरह की देखभाल दें और साथ ही ऐसे कानून युवाओं को सजा के डर से ज़रूरी सेवाएं लेने से रोकते हैं”। वे यह निष्कर्ष देती हैं कि इस कारण से पेरु में किशोरियों में गर्भधारण और युवाओं में एच.आई.वी संक्रमण की दरें बहुत ज़्यादा संख्या पर अड़ी हुई हैं। इसी तरह 2012 में, रवांडा में एच.आई.वी. और एड्स सेवाओं पर उम्र संबंधित बाधाओं पर किए एक अध्ययन³⁰ से यह पता चला कि रवांडा में यौन गतिविधियों को नियंत्रित करने वाले और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक युवाओं की पहुंच के अधिकार को रोकने वाले कानूनों से पहली बार यौन संबंध बनाए जाने की औसत

उम्र के बारे में कुछ पता नहीं चलता। उस लेख के अनुसार, इसीलिए वे कानूनी प्रावधान जो 21 साल से कम उम्र के लोगों की एच.आई.वी. जांच जैसी यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक स्वतंत्र और गोपनीय पहुंच पर रोक लगाते हैं, वे कुछ हद तक किशोरों में चिंताजनक रूप से बढ़े हुए एच.आई.वी संक्रमण का कारण हैं।³⁰

निष्कर्ष

सबूतों के बावजूद, इस बात को स्वीकारा नहीं जा रहा कि बच्चों और युवाओं की यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच पर उम्र आधारित बाधाओं को कम किया जाना चाहिए, तो उन्हें मिटाना तो अभी बहुत दूर की बात है। हालांकि यह मानना होगा कि बच्चों और युवाओं को (कानूनी) सुरक्षा की भी ज़रूरत है। समाज में एक निचला स्तर होने और उनका एक हद तक शक्तिहीन होने के कारण, वे निस्संदेह खतरे के प्रति संवेदनशील हैं। जैसे कि मैथ्यू वेट्स आगाह करते हैं :

“बच्चों को यौन संबंधों के बारे में निर्णय लेने की स्वतंत्रता देने के तर्कों में समस्या है ... कि वे ढांचागत शक्ति और सत्ता के प्रभावों को पूरी तरह नहीं समझते। वे बच्चों के मौलिक अधिकार उन्हें देने की बात करते हैं, लेकिन उन असमान सामाजिक संदर्भों को चुनौती नहीं देते, जिनमें बच्चे लिप्त हैं।”⁸

लेकिन चिंता की बात यह है कि लोगों का मानना है कि बच्चों और युवाओं का प्रभावी तरीके से बचाव उन्हीं कानूनों के माध्यम से किया जा सकता है जो उनके व्यवहार को अपराधिक मानते हैं और /या जो उनकी सेवाओं

तक पहुंच में बाधा डालते हैं। इस सोच में एक विरोधाभास है: एक तरफ तो बच्चे की छवि है, जो कि यौन हिंसा का शिकार होता है, और दूसरी ओर वह एक ऐसे व्यवहार में सक्रिय भागीदार है, जिसे प्रोत्साहन नहीं दिया जाना चाहिए। इस विरोधाभास को दो में से एक तरीके से ही हल किया जा सकता है: या तो इस सोच में शिकार को ही दोषी देना शामिल है, जहां यौन हिंसा के शिकार व्यक्ति को ही कम-से-कम आंशिक रूप से अपने साथ हिंसा होने का ज़िम्मेदार ठहराया जाता है, या फिर हमें यह मानना होगा कि बच्चों की सेवाओं तक पहुंच पर रोक लगाने के पीछे की सोच यह है कि बाल यौनिकता निहित रूप से हानिकारक है और उसे पूरी तरह से दबाना ज़रूरी है, क्योंकि सेवाओं तक पहुंच को रोकने की रणनीति को यौन हिंसा रोकने के उद्देश्य से जोड़ा नहीं जा सकता।

इस विश्लेषण में सुरक्षा बनाम स्वतंत्रता दृष्टिकोण को शामिल किया गया है, कुछ इस तरह से जैसे कि उसे युवाओं की यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच के लिए लागू किया जाता है। यहां तक कि यूके जैसे देशों में भी, जहां के कानूनी ढांचे को (अन्य देशों के मुकाबले) उदारवादी और लचीला समझा जाता है, यह सवाल अभी भी बाकी है कि क्या बच्चों और युवाओं की सेवाओं तक पहुंच को रोकने से किसी भी तर्कसंगत अंत तक पहुंचा जा सकता है। यदि हमारा तर्क है कि प्रतिबंधक कानून से सुरक्षा के उद्देश्यों को पूरा किया जा सकता है, तो हमें पहले यह जवाब देना होगा कि आखिर 'सुरक्षा' का मतलब क्या है।

आभार

इस लेख के लेखक कोरम चिल्ड्रेंस लीगल सेन्टर की जैनिफर रीस्ट को उनके अमूल्य योगदान और प्रोफेसर कैरोलिन हैमिल्टन को उनके निरीक्षण के लिए धन्यवाद देते हैं। हम इंटरनैशनल प्लैन्ड पेरेन्टहुड फैडरेशन के सहयोग के लिए भी धन्यवाद देना चाहते हैं। इस लेख में व्यक्त किए गए विचार लेखकों के अपने विचार हैं।

लेखक:

अ वरिष्ठ शोधकर्ता, कोराम चिल्ड्रेंस लीगल सेंटर, लंडन, यूके, संपर्क: elizabeth.yarrow@coramclc.org.uk

ख शोध और नीति प्रबंधक, कोराम चिल्ड्रेंस लीगल सेंटर, लंडन, यूके

ग सामाजिक और कानूनी शोधक, कोराम चिल्ड्रेंस लीगल सेंटर, लंडन, यूके

घ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर काम करने वाली स्वतंत्र सलाहकार, काइरो, इजिप्ट

संदर्भ

1. Coram Children's Legal Centre. Over-protected and under-served: a multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – United Kingdom Case Study. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php?page=international_research_projects.
2. Kehily MJ, editor. Introduction to Childhood Studies. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.
3. Stevi Jackson, quoted in Kehily MJ, editor. Introduction to Childhood Studies. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.

4. Kehily MJ, Montgomery H. Innocence and experience, a historical approach to childhood and sexuality. In: Kehily MJ, editor. *Introduction to Childhood Studies*. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.
5. Coram Children's Legal Centre. Over-protected and under-served: A multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – Senegal Case Study. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php?page=international_research_projects.
6. Eerdewijk A. The ABC of unsafe sex: the sexualities of young people in Dakar (Senegal). <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/56076/56076.pdf?sequence=1>.
7. Allen R. The nature of responsibility and restorative justice. In: Walgrave L, editor. *Restorative Justice for Juveniles: Potentialities, Risks and Problems*. Leuven: Leuven University Press; 1998.
8. Waites M. *The Age of Consent: Young People, Sexuality and Citizenship*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2005.
9. Coram Children's Legal Centre. *Qualitative Research on Legal Barriers to Young People's Access to Sexual and Reproductive Health Services – Inception Report*. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php?page=international_research_projects.
10. UN Committee on the Rights of the Child (CRC). CRC General Comment No. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child, 1 July 2003. CRC/GC/2003/4. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fGC%2f2003%2f4&Lang=en.
11. Graupner H. Sexual consent: the criminal law in Europe and overseas. *Archives of Sexual Behaviour* 2000;29(5):415–61. Doi: 0.1023/A:1001986103125.
12. Coram Children's Legal Centre. Over-protected and under-served: A multi country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – El Salvador Case Study. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php?page=international_research_projects.
13. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women*. Geneva: WHO; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.
14. UN Women. *Violence against women prevalence data: Surveys by Country*. New York; 2012. http://www.endvavnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence_matrix_june2013.pdf.
15. UN-HABITAT. *State of the World's Cities*. Nairobi; 2006/2007. p. 144.
16. Aapola S, Gonnik M, Harris A. *Young Femininity, Girlhood Power and Social Change*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2005.
17. *Unlawful Carnal Knowledge Act 1984 (Brunei)*. <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/lxwebri.htm>.
18. *Penal Code Amendment Act 2003 (Thailand)*. http://www.no-trafficking.org/resources_laws_thailand.html.
19. *Revised Penal Code 1930 (Philippines)*. <http://www.chanrobles.com/acts/>.
20. Waites M. Inventing 'A lesbian age of consent'? the history of the minimum age of consent between women in the UK *Social and Legal Studies* 2002;11(3):323–42. Doi: 10.1177/096466390201100301.
21. Guttmacher Institute. *Demystifying Data: A Guide to using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights*. New York; 2013. <http://www.guttmacher.org/pubs/demystifying-data.pdf>.
22. World Health Organization. *Adolescent pregnancy. Fact sheet No. 364*. Updated September 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.
23. *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority (1985) 3 All ER 402*. http://www.hrcr.org/safrica/childrens_rights/Gillick_WestNorfolk.htm.

24. UNFPA. Legal and policy issues relating to HIV and young people in selected African countries. Preliminary information - Compiled by the Centre for Human Rights, Faculty of Law, University of Pretoria as part of the African Human Rights Moot Court Competition, 2010. April 2011. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/iattyp/docs/Legal%20&%20Policy%20issues%20on%20HIV%20&%20YP%20%20rapid%20survey.pdf>.
25. Thomas N, Murray E, Rogstad KE. Confidentiality is essential if young people are to access sexual health services. *International Journal of STD and AIDS* 2006;17(8):525–29.
26. Regmi P, Teijlingen E, Simkada P, et al. Barriers to sexual health services for young people in Nepal. *Journal of Health Population and Nutrition* 2010;28(6):629–27. Doi: 10.1258/095646206778145686.
27. Y Care International. Neglected health issues facing young people in Zimbabwe. November 2013. <http://www.ycareinternational.org/publications/neglected-healthissues-facing-young-people-in-zimbabwe/>.
28. Hume M. 'It's as if you don't know, because you don't do anything about it': gender and violence in El Salvador. *Facing gender-based violence in El Salvador. Environment and Urbanization* 2004;16(2):63–72.
29. Barroso C. Beyond Cairo: Sexual and reproductive rights of young people in the new development agenda. *Global Public Health* 2014;9(6):639–46. Doi: 10.1080/17441692.2014.917198.
30. Binagwaho A, Fuller A, Kerry B, et al. Adolescents and the right to health: Eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care* 2012;24(7):936–42. Doi: 10.1080/09540121.2011.648159.

एचआईवी और कानून पर वैश्विक आयोग (ग्लोबल कमीशन ऑन एचआईवी एंड द लॉ): यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को बढ़ावा देने के लिए कानूनी सुधार की सिफारिशें

शेरीन एल फेकी,^क टेनू अवाफिआ,^ख तानिया मार्टिन्स फिदाल्गो,^ग विवेक दीवान,^घ चार्ल्स शावेल,^ङ मनदीप धालीवाल,^च क्लिंटन कोर्टीज़^छ

सारांश:

एचआईवी पर राष्ट्रीय स्तर की कार्रवाई और एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के कल्याण और लक्षित आबादियों को दिशा प्रदान करने वाले अंतर्राष्ट्रीय, राष्ट्रीय, धार्मिक और परंपरागत कानून के जटिल ढांचे का पता लगाने और उसका विश्लेषण करने के लिए वर्ष 2010 में ग्लोबल कमीशन ऑन एचआईवी एंड द लॉ की स्थापना की गई थी। अंतर्राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य और मानव अधिकार विषय पर किए गए अध्ययनों के साथ-साथ 130 से अधिक देशों के लगभग 700 व्यक्तियों और संगठनों के बयानों की गहन समीक्षा पर आधारित दो वर्षों की विवेचना के बाद प्राप्त जानकारी के आधार पर आयोग ने उन कानूनों और प्रथाओं में सुधार लाने के बारे में अपनी सिफारिशें तैयार की, जिनमें एचआईवी से बाधित और इसके जोखिम का सामना कर रहे लोगों को अपराधी माना जाता है या वह कानून जिनके कारण महिलाओं को लगातार हिंसा और भेदभाव का सामना करना पड़ता है। आयोग ने एचआईवी के संदर्भ में उन कानूनों पर भी अपनी राय दी, जो बच्चों या युवाओं पर लागू किए जाते हैं और जिनके कारण एचआईवी का उपचार प्राप्त करने में कठिनाई आती है। इस लेख में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर आयोग के निष्कर्षों और सिफारिशों को प्रस्तुत किया गया है, और इस बात की विवेचना की गई है कि एचआईवी के साथ जी रही महिलाओं की जबरन नसबंदी पर रणनीतिक मुकदमेबाज़ी, ट्रान्सजेंडर व्यक्तियों की हैसियत संबंधी कानूनी सुधार, महिला सेक्स वर्कर्स के प्रति पुलिस के व्यवहार में सुधार लाने के लिए की गई पहल, और अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों एवं लैटिन अमेरिका में एचआईवी के साथ जी रही महिलाओं को समान संपत्ति अधिकारों के बारे में आयोग का कार्य कितना सटीक और उपयुक्त है। © 2014 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

अगला साल सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (मिलेनियम डेवलपमेन्ट गोल्स) को प्राप्त कर लेने का अंतिम साल है, जिसका एक महत्वाकांक्षी लक्ष्य, एचआईवी के प्रसार को रोकना और उसमें कमी लाना है। 2015 के बाद के हालात पर नज़र डालने से ऐसा लगता है कि ये लक्ष्य, उपलब्धियों से अधिक, आकांक्षाएं ही बन कर रह गए हैं। लगभग 350 लाख लोग एचआईवी के साथ जी रहे हैं।^{1*} लेकिन इस पर कुछ उल्लेखनीय प्रगति भी हुई है: 2001 के बाद से एचआईवी संक्रमण के नए मामलों में 38% और 2005 के बाद से एड्स के कारण होने वाली मौतों में 35% की गिरावट दर्ज़ की गई है। मोटे तौर पर ऐसा, उपचार की आसानी से उपलब्धता के कारण हो सका है: 2013 के अंत तक अधिकांशतः निम्न और मध्यम आय वाले देशों में रहने वाले 13 मिलियन लोग, एंटीरिट्रोवायरल थेरेपी और उपचार का लाभ उठा पा रहे थे।²

एचआईवी का खात्मा पूरी तरह साधनों पर निर्भर है। इस बारे में पूरी दुनिया में एक राय है कि पिछले दशक में एचआईवी पर की गई कार्रवाई को मौलिक मानव अधिकारों को मान्यता देने के साथ जोड़कर देखा जाए और उनके पालन के महत्व को समझा जाए।³ इस सोच में यौन एवं प्रजनन अधिकार भी शामिल हैं, जिनका उल्लंघन न केवल एचआईवी के साथ जी रहे लोगों और एचआईवी के जोखिम वाली प्रमुख आबादी (इनमें पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुष, सेक्स वर्कर और नशे का टीका लेने वाले लोग शामिल

हैं) को दुनिया की नज़र में हीन बना देता है, बल्कि एचआईवी के बारे में जानकारी देने, उसकी जांच और इलाज पर प्रतिबंध लगाने से एचआईवी का फैलना और अधिक आसान हो जाता है। इस बात के अनेक सबूत हैं कि एचआईवी वहीं अधिक पनपता है, जहां कलंक, भेदभाव और हिंसा के कारण उस प्रमुख आबादी को दबा कर रखा जाता है, जिसकी यौन रुचि, यौन व्यवहार या जेंडर पहचान, समाज द्वारा स्वीकृत मानदंडों के विपरीत हैं^{4,5}; जहां जेंडर आधारित हिंसा के कारण महिला को सुरक्षित सेक्स के बारे में बात करने के योग्य नहीं समझा जाता है⁶; जहां बाल विवाह जैसी परंपरागत प्रथाओं के कारण लड़कियों और किशोरियों में एचआईवी होने का खतरा बढ़ जाता है⁷; जहां युवाओं को व्यापक यौन शिक्षा देने से इंकार किया जाता है⁸; जहां अधिकारियों द्वारा कंडोम की निंदा की जाती है, या उसके इस्तेमाल करने वाले लोगों को दोषी समझा जाता है⁹; और जहां एचआईवी के साथ जी रही महिलाओं को गर्भनिरोध, नसबंदी और गर्भसमापन कराने को मजबूर किया जाता है।¹⁰

कानून—चाहे वह किताबों में लिखा कानून हो, अदालतों के फैसले हों, या गली-सड़कों पर पुलिस की कार्रवाई— ये सब मानव अधिकारों की रक्षा के लिए हैं। लेकिन क्या यौन एवं प्रजनन जीवन से संबंधित कानूनी परिवेश, विश्व में फैली हुई एचआईवी की महामारी पर कोई खास फर्क डाल सकेगा? क्या असर पड़ता है जब भारत धारा 377 को पुनः लागू कर देता है, जिसके

* यूएनएड्स का अनुमान है कि 2013 में लगभग 332-382 लाख लोग एचआईवी के साथ जी रहे थे, और उसी साल 19-24 लाख नए लोगों को एचआईवी संक्रमण हुआ था।¹

अनुसार, “अप्राकृतिक संभोग” अपराध है,¹¹ या युगांडा यौन-संचारित एचआईवी को अपराध घोषित करने वाला कानून पारित कर देता है,¹² या चीन, महिला यौनकर्मियों के खिलाफ पुलिस की बर्बरता को अनदेखा कर देता है,¹³ या मिस्र एचआईवी पॉज़िटिव गर्भवती माताओं का प्रसव कराने से मना करने वाले स्वास्थ्य कर्मियों पर मुकदमा नहीं चलाता है?¹⁴ दूसरे शब्दों में: क्या अच्छे कानून बनाने से एचआईवी की महामारी से लड़ा जा सकता है या खराब कानूनों के कारण इसके प्रसार में तेज़ी आती है?

बस, इसी एक सवाल पर विचार करने के लिए एचआईवी और कानून पर वैश्विक आयोग (ग्लोबल कमीशन ऑन एचआईवी एंड द लॉ) की स्थापना हुई थी। दो साल की अवधि के दौरान इस आयोग ने अंतर्राष्ट्रीय, घरेलू, धार्मिक और परंपरागत कानून प्रक्रियाओं को समझने एचआईवी के साथ जी रहे लोगों और उसके जोखिम का सामना कर रहे लोगों पर इन कानूनी प्रक्रियाओं के असर का मूल्यांकन करने; एचआईवी से जुड़े कलंक और भेदभाव, इसकी रोकथाम और उपचार पर कानूनों के असर का विश्लेषण करने और दुनियाभर में एड्स पर की जाने वाली कार्रवाई में तेज़ी लाने के लिए कानूनी सुधारों के बारे में अपनी सिफारिशें तैयार करने करने का कार्य किया।

एचआईवी संबंधी कानून के विशाल दायरे को देखते हुए, कमीशन ने चार मुख्य क्षेत्रों: एचआईवी बाधित या इसके जोखिम का सामना कर रहे लोगों को अपराधी समझने, महिलाओं के प्रति हिंसा और भेदभाव को बढ़ावा देने या उसे खत्म करने, एचआईवी का उपचार पाने को सरल या

कठिन बनाने वाले और बच्चों/युवाओं में एचआईवी संबंधित कानूनों, नीतियों और व्यवहारों पर ध्यान केंद्रित करने का फैसला किया।¹⁵

इस लेख में खास तौर पर महिलाओं और अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेशों और लैटिन अमेरिका की निम्न और मध्यम आय वर्ग की प्रभावित आबादी पर ध्यान केंद्रित करते हुए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों से संबंधित दंडात्मक कानूनों, नीतियों और प्रथाओं के बारे में कमीशन के निष्कर्षों और सिफारिशों पर चर्चा की गई है। हमने उन उदाहरणों का भी विश्लेषण किया है कि किस प्रकार अंतर्राष्ट्रीय निकाय, राष्ट्रीय सरकारें, कानून के विशेषज्ञ, नागरिक समाज और अन्य इच्छुक पक्ष, इन निष्कर्षों और सिफारिशों के आधार पर ठोस उपाय कर रहे हैं। अंत में हमने यह बताने का प्रयास किया है कि एचआईवी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों से जुड़े कानूनों में सुधार करने के लिए और क्या कुछ किया जाना चाहिए।

कानूनी उपचार? पृष्ठभूमि, विधि, ग्लोबल कमीशन के निष्कर्ष और सिफारिशें

संयुक्त राष्ट्र के सदस्य राष्ट्रों द्वारा 2006 में एड्स पर राजनैतिक घोषणापत्र³ में किए गए सभी वायदों के संबंध में पिछले दशक के दौरान अनेक देशों में एचआईवी संबंधी दंडात्मक कानूनों, नीतियों और पद्धतियों का प्रसार देखा गया है। इसके विपरीत, संयुक्त राष्ट्र के एचआईवी/एड्स पर संयुक्त कार्यक्रम (यूएनएड्स) के कार्यक्रम समन्वयक मंडल (पीसीबी) ने एड्स के विरुद्ध संघर्ष में मदद करने या बाधा पहुंचाने में कानून की भूमिका की जांच करने के लिए एक आयोग

गठित करने की मंजूरी प्रदान की। जून, 2010 में यूएनएड्स की ओर से यूएनडीपी द्वारा औपचारिक तौर पर कानूनी कार्रवाइयों, मानव अधिकारों और एचआईवी के बीच संबंध का आंकलन करने के लिए स्थापित एक स्वतंत्र निकाय के रूप में एचआईवी और कानून पर वैश्विक आयोग की घोषणा की गई। साफ तौर पर कहा जाए तो आयोग को प्रभावी कार्रवाइयों के लिए सबूत आधारित सिफारिशें करने का दायित्व सौंपा गया था, जिनसे एचआईवी का असर समाप्त हो सके, और एचआईवी से बाधित और इसके संक्रमण के जोखिम का सबसे अधिक सामना कर रहे लोगों के अधिकारों का संरक्षण हो सके।

यह आयोग, अपना कार्य आरंभ करने के लिए तीन परस्पर प्रभावी आयामों पर निर्भर था। पहला यह कि इसके 14 सदस्य दुनिया भर के न्यायाधीशों, वकीलों, राजनेताओं, मानव अधिकार कार्यकर्ताओं और शिक्षाविदों के विविध वर्गों का प्रतिनिधित्व करते थे।¹⁶ अक्टूबर 2010 और जुलाई 2012 में आयोग की रिपोर्ट जारी होने के बीच आयुक्तों ने व्यक्तिगत तौर पर आपस में तीन बैठकें कीं। पहली बैठक में इस बात पर आम सहमति बनी कि आयोग, एचआईवी पर कार्रवाई संबंधी कानून के व्यापक क्षेत्र के दायरे में समीक्षा करेगा। दूसरी बैठक में आयुक्तों को अपने प्रमुख सिद्धांतों और निष्कर्षों पर सहमति बनाने का अवसर मिला। अंतिम बैठक में, आयोग की अंतिम रिपोर्ट के निष्कर्षों और सिफारिशों सहित उसकी विषय वस्तु

पर सहमति बनी। अपने पूरे कार्यकाल के दौरान, यूएनडीपी के एचआईवी, हेल्थ एंड डेवलपमेन्ट प्रैक्टिस प्रभाग में स्थित सचिवालय ने आयोग के कामकाज का समन्वय किया।

दूसरे, अनुसंधान और सबूतों की जांच करने में कानून, मानव अधिकारों, एचआईवी और जन स्वास्थ्य के क्षेत्र से जुड़े 23 विशेषज्ञों वाले एक तकनीकी सलाहकार समूह (टीएजी) द्वारा आयोग को सहयोग प्रदान किया गया। तकनीकी सलाहकार समूह के सदस्यों में सिविल सोसायटी, शिक्षा और एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के समुदाय और लक्षित आबादी के प्रतिनिधियों के साथ-साथ यूएनडीपी और यूएनएड्स सचिवालय के स्टाफ के सदस्य भी शामिल थे। इस ग्रुप ने तकनीकी विषयों और आयोग द्वारा जांच के लिए चुने गए व्यापक विषयों पर आयुक्तों के सबूतों को ध्यान में लाकर एचआईवी संबंधी अनुसंधान, कानून और मानव अधिकारों के पहलुओं पर सलाह दी और आयोग द्वारा विचार विमर्श की प्रक्रिया में सहयोग दिया। विशेषज्ञों और टीएजी के सदस्यों द्वारा एचआईवी और कानून पर कई लेख तैयार किए गए और इस प्रकार दुनिया भर के नवीनतम अनुसंधान, निर्णयों और गतिविधियों पर आयोग के विचार तैयार किए गए।*

आयोग के कार्य से संबंधित सात क्षेत्रीय वार्ताएं थीं, जिनमें एशिया-प्रशांत, कैरिबियन, पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया, लैटिन अमेरिका, मध्य पूर्व और उत्तरी अफ्रीका, अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय

* इन लेखों में अनेक प्रकाशित और अप्रकाशित सामग्री से संदर्भ लिए गए और उद्धृत किए गए हैं। स्थानाभाव के कारण, इस लेख में केवल नवीन लेखों (वर्किंग पेपर्स) को ही उद्धृत किया गया है। जिन पाठकों को पृष्ठभूमि के विस्तार से अध्ययन में रुचि है, वे इस लेख में संदर्भित लेखों के लिंक पर जाएं।

प्रदेश और उच्च आय वाले देशों के स्थानीय प्रतिभागियों को बुलाया गया था। सार्वजनिक प्रस्तुतियों के लिए खुले निमंत्रण के बाद, आयोग ने 130 से अधिक देशों में लगभग 700 व्यक्तियों एवं संगठनों के विचारों को सुना।¹⁷ महिलाओं, युवाओं और लक्षित आबादी समूहों के लोग, जिनकी इस तरह के कानून बनाए जाने या ऐसे कानून का उल्लंघन करने में सीधी भूमिका होती है और जिनमें ट्रांसजेंडर, नशा करने वाले लोग, कैदी और अप्रवासी शामिल थे, ने एचआईवी के असर और उसके साथ जीने के अपने अनुभवों के बारे में बताया। उनके कई बयानों का नीचे उल्लेख किया गया है।

अनुसंधान और परामर्श की गहन प्रक्रिया पूरी करने के बाद आयोग ने जुलाई, 2012 में अपनी रिपोर्ट “एचआईवी और कानून: जोखिम, अधिकार और स्वास्थ्य” (एचआईवी एंड लॉ: रिस्क, राइट्स एंड हेल्थ), जारी की।¹⁸ यह रिपोर्ट, महिलाओं, लड़कियों, यौन कर्मियों, ट्रांसजेंडर, लोगों पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुषों द्वारा हिंसा का सामना किए जाने और भेदभाव सहित यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के औचित्य; एचआईवी संचार, इसे प्रकट करना और छिपाना, और सेक्स वर्क जैसे व्यवहार और प्रथाओं के अपराधीकरण; समलैंगिक यौन संबंध; कैदियों एवं प्रवासियों द्वारा सामना की जाने वाली मानव अधिकारों से जुड़ी चुनौतियां; और बच्चों एवं युवाओं के स्वास्थ्य एवं मानव अधिकारों जैसे अनेक क्षेत्रों का ब्यौरा प्रस्तुत करती है।

प्रस्तुत किए गए सबूतों से आयुक्तों ने यह निष्कर्ष निकाला कि वयस्कों के बीच आपसी

सहमति से बने संबंधों का अपराधीकरण, स्वास्थ्य, अधिकारों और रहन-सहन के सुधार में बाधक है। जिन देशों का मानना है कि शिक्षा एवं स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के मसलों का बेहतर तरीके से समाधान किया जा सकता है, और वे आपराधिक कानूनों को केवल ऐसे मामलों में ही लागू करते हैं, जहां किसी ने जान-बूझकर किसी दूसरे को नुकसान पहुंचाया हो, ऐसे देश, उन देशों की तुलना में एचआईवी के क्षेत्र में बेहतर परिणाम लाते हैं, जो आपराधिक न्याय प्रणालियों के माध्यम से एचआईवी-विरोधी पहल को आगे ले जाने पर विश्वास करते हैं।¹⁸ यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों से संबंधित आयोग की सिफारिशों का सारांश इस प्रकार है:

- केवल ऐसे मामलों को छोड़कर, जहां व्यक्ति जानबूझकर दूसरे को संक्रमित करने का प्रयास करता है और ऐसे प्रयास में सफल होता है, किसी एक व्यक्ति से दूसरे को एचआईवी फैलने को अपराध मानना ठीक नहीं है। ऐसे कुछ मामलों में, किसी व्यक्ति द्वारा जानबूझकर घातक संचारी रोग फैलाने, हमला करने, हत्या और शारीरिक नुकसान पहुंचाने के खिलाफ मौजूदा कानून को लागू किया जा सकता है। एचआईवी से जुड़े आपराधिक कानून, दुर्भाग्य से जिनकी संख्या बढ़ती ही जा रही है, एचआईवी फैलने से जुड़ी गलतफहमियां फैलाते हैं और खासकर एचआईवी फैलने के जोखिम संबंधी नवीनतम वैज्ञानिक सबूत की अनदेखी करते हैं।¹⁹
- एचआईवी और मानव अधिकारों के नज़रिए से दोनों वर्गों (पेशेवरों एवं ग्राहकों) के

अपराधीकरण की बजाय पेशेवरों के लिए सामान्य रोजगार कानून और ग्राहकों के लिए उपभोक्ता संरक्षण कानून लागू कर, सेक्स वर्क का बेहतर तरीके से नियंत्रण किया जा सकता है। सुरक्षित कार्यस्थल, उपयुक्त न्यूनतम मज़दूरी, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता, सामुदायिक और अन्य स्वायत्त संगठनों के गठन की आज़ादी, और उत्पीड़न के डर से मुक्ति (सेक्स वर्करों के “बचाव” और “पुनर्वास” के दिशाहीन प्रयासों सहित) ऐसा वातावरण तैयार करते हैं, जिसमें असुरक्षित सेक्स करने के लिए कम बढ़ावा मिलता है। आपराधिक कानूनों द्वारा मानव तस्करी और नाबालिगों के यौन शोषण के विरुद्ध कदम उठाए जाने चाहिए। ऐसे आचरण को सहमति से किए गए वयस्क सेक्स वर्क से स्पष्ट तौर पर अलग रखा जाना चाहिए।²⁰

- वयस्क पुरुषों द्वारा अकेले में आपसी सहमति द्वारा किए गए सेक्स का अपराधीकरण, रोग नियंत्रण के लिए उपयोगी नहीं है। यह पुरुष द्वारा पुरुष के साथ किए जाने वाली यौन गतिविधि की रोकथाम के लिए कुछ खास नहीं कर पाता; यह बस उसे आड़ में ले जाता है और किसी खास जोखिम वाली आबादी के लोगों के लिए रोकथाम एवं उपचार के प्रयासों को अधिक कठिन बना देता है।⁴ गैर-अपराधीकरण के अलावा, भेदभाव विरोधी और हिंसा विरोधी कानून बनाना महत्वपूर्ण है, ताकि जो पुरुष, पुरुषों के साथ सेक्स करते हैं, उन्हें स्वेच्छा से किसी कलंक या हैसियत गंवाने के डर के बिना, स्वास्थ्य को बढ़ावा

देने वाली, रोग नियंत्रण और उपचार सेवाओं का लाभ मिल सके।

- ट्रांसजेंडर लोगों की हैसियत और पहचान को कानूनी मान्यता मिलनी चाहिए, जिसके तहत स्वास्थ्य को बढ़ावा देने, रोग नियंत्रण और उपचार सेवाओं के अधिक से अधिक स्वैच्छिक उपयोग के साथ भेदभाव विरोधी कानून द्वारा सुरक्षा भी शामिल हो।⁵
- कानूनन रोक के बावजूद जेलों में यौन गतिविधियां होती ही हैं। इस वास्तविकता को स्वीकार करते हुए, इसका सबसे उपयुक्त समाधान, कंडोम और चिकनाई मुहैया कराना है। इसी तरह, सभी कैदियों को अधिक नुकसान से सुरक्षा देने वाली सेवाएं, दवाओं पर निर्भरता के लिए स्वेच्छा से और लक्षण आधारित उपचार, और जहां ज़रूरी हो एंटीरिट्रोवायरल थैरेपी की सुविधा उपलब्ध होनी चाहिए।²¹
- आपराधिक कानून में पीड़ित व्यक्ति के लिंग या जेंडर पर ध्यान दिए बिना घरेलू हिंसा, बलात्कार और यौन उत्पीड़न के अन्य रूपों (वैवाहिक बलात्कार और संघर्ष संबंधी बलात्कार सहित) पर रोक होनी चाहिए। इसमें एचआईवी पॉज़िटिव महिलाओं एवं लड़कियों का स्वास्थ्य केंद्रों में ज़बरदस्ती गर्भ समापन और ज़बरदस्ती नसबंदी कराने पर दंड का प्रावधान होना चाहिए। “विधवा विरासत” या “विधवा शुद्धीकरण” जैसी कम उम्र में शादी करने के लिए उपयुक्त कानूनी माहौल उपलब्ध कराने वाले कानून और एचआईवी के खतरे को बढ़ाने वाली प्रथाओं में सुधार किया जाना चाहिए।⁷

- महिलाओं को यौन एवं प्रजनन विकल्पों की जानकारी हासिल करने, और अपने स्वास्थ्य से जुड़े सभी मामलों में जानकारी सहित सहमति दे पाने का कानूनी अधिकार होना चाहिए। कानून द्वारा यह सुनिश्चित किया जाए कि महिलाओं को सुरक्षित गर्भनिरोध के साधन उपलब्ध हैं और वे स्वतंत्र रूप से यह फैसला ले सकती हैं कि उन्हें कब और कितने बच्चे चाहिए, दो बच्चों के बीच कितना अंतर रखना चाहिए और वे उन्हें जन्म कैसे दें।¹⁰
- बच्चों और युवाओं को उनकी उम्र के लिए उपयुक्त, व्यापक यौन स्वास्थ्य शिक्षा मुहैया कराई जानी चाहिए, जिससे उनकी जानकारी और समझ बढ़ती है, और जोखिम भरे यौन व्यवहार करने की संभावना को कम करने में मदद मिल सकती है। युवाओं को स्वतंत्र रूप से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने की उम्र, यौन संबंध बनाने की सहमति की उम्र से अधिक नहीं होनी चाहिए।⁸

घोषणाओं पर कार्रवाई: आयोग के निष्कर्षों और सिफारिशों पर आगे कार्रवाई

यौन एवं प्रजनन अधिकारों का समाधान करते समय विवाद होना स्वाभाविक है। जहां आयोग के सदस्य इसके निष्कर्षों और सिफारिशों से सहमत थे, वहीं उनको प्राप्त करने को लेकर मतभेद भी थे। धर्म की भूमिका इनमें से सबसे अधिक विवादास्पद मुद्दों में से एक था। कुछ आयुक्तों का विचार था कि शरियत जैसे धार्मिक कानून के अंतर्गत विचारों को ध्यान में रखते हुए केवल कुछ समय के लिए फिलहाल सिफारिशों की जाएं और विवादास्पद यौन व्यवहारों को अपराध ना मानने

के अधिक स्वीकार्य तरीके खोजे जाएं। उन्हें डर था कि यौन व्यवहारों को पूरी तरह अपराध नहीं माने जाने से कहीं रूढ़िवादी धार्मिक प्रमुखों के विरोध का सामना न करना पड़े। हालांकि, अन्य आयुक्तों ने समूह के निष्कर्ष और अंतिम निष्कर्ष तैयार करने में धर्म संबंधी किसी भी विचार के शामिल किए जाने का विरोध किया। आखिरकार, समानता के आधार पर एक सहमति बनी जिसमें यौन व्यवसाय (सेक्स वर्क) और समान लिंग के वयस्कों में आपसी सहमति से बनाए गए यौन संबंधों को अपराध न माने जाने की सिफारिशों की गई जबकि, कुछ अन्य व्यवहारों के संबंध में, जहां मौजूदा हालात में कानूनी सुधार की संभावना नहीं है, वहां कानून लागू करने, स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं मुहैया कराने और दूसरे व्यावहारिक प्रयासों से संबंधित अन्य सिफारिशों की गईं।

आयोग के कामकाज के दायरे से बाहर इस विषय पर बहस होती रही। आयोग की रिपोर्ट जारी होने के कुछ महीनों बाद एक गैर-सरकारी संगठन, 'इक्वेलिटी नाउ', जिसका उद्देश्य, महिलाओं और लड़कियों के अधिकारों की पैरवी करना है, ने लगभग 90 अन्य भागीदार संगठनों के साथ मिलकर एक अभियान चलाया, जिसमें यौन व्यवसाय (सेक्स वर्क) पर आयोग के निष्कर्षों के साथ-साथ एशिया में सेक्स वर्क पर यूएनडीपी, यूएनएफपीए और यूएनएड्स सचिवालय की 2012 की रिपोर्ट का विरोध किया गया, क्योंकि इनमें उन कानूनों को हटाने की मांग की गई थी, जिनमें यौन कर्मियों, उनके ग्राहकों और यौन व्यवसाय से जुड़ी गतिविधियों, जैसे कि वेश्यालयों की अनुमति, उनका प्रबंध और संचालन, दलाली और सेवाओं

के विज्ञापन को अपराध माना जाता था।²² नवंबर, 2012 में यूएनडीपी, यूएनएफपीए और यूएनएड्स के प्रमुखों को खुले पत्र लिखे गए, जिसमें उनके द्वारा इस बात पर विरोध दर्ज किया गया था कि आयोग की रिपोर्ट में न्यूजीलैंड में सेक्स वर्क को अपराध नहीं माने जाने के असर को गलत ढंग से प्रस्तुत किया गया था। आयोग द्वारा सेक्स वर्करों के ग्राहकों को अपराधी मानने वाले तथाकथित स्वीडिश मॉडल को नकारे जाने का भी विरोध किया गया।²³ सितंबर, 2013 में, 'इक्वेलिटी नाउ' ने एक पत्र लेखन अभियान चलाया, इसकी शुरुआत में उन्होंने अपनी वेबसाइट पर एक मॉडल पत्र पोस्ट किया, जिसमें दूसरे मुद्दों के अलावा, सेक्स वर्क के संबंध में आयोग के निष्कर्षों और सिफारिशों पर चिंता व्यक्त की गई थी। पत्र में यह दावा किया गया था कि आयोग ने वेश्यावृत्ति और इससे जुड़ी गतिविधियों को अपराध नहीं माने जाने और मानव तस्करी के खिलाफ किए जा रहे प्रयासों के साथ-साथ महिला अधिकारों पर इसके असर को गलत ढंग से पेश किया है।

इसके जवाब में, संयुक्त राष्ट्र के अधिकारियों ने बताया कि आयोग की रिपोर्ट में, मानव तस्करी के खिलाफ आपराधिक प्रतिबंध लगाने की ज़रूरत पर जोर दिया गया है, और इन उपायों को ऐसे लोगों पर लागू किया जाना चाहिए, जो लोगों को यौन व्यापार में धकेलने के लिए बल का प्रयोग करते हैं, लेकिन इन गतिविधियों को आपसी सहमति से किए जाने वाले वयस्क सेक्स से अलग रखा जाना चाहिए। प्रतिनिधियों ने यह भी कहा कि सेक्स वर्क और अवैध सेक्स व्यापार के बीच अंतर करना अनिवार्य था, ताकि सेक्स वर्करों के

स्वास्थ्य एवं आत्म निर्णय के अधिकार का हनन न हो। 'इक्वेलिटी नाउ' के अभियान के खिलाफ दूसरे सिविल सोसायटी समूहों द्वारा इस बात का पुरजोर समर्थन किया गया। सेक्स वर्क परियोजनाओं का विश्व नेटवर्क, जिसमें 60 से अधिक देशों के 150 से अधिक समूह शामिल हैं, ने सेक्स वर्क और देह व्यापार के लिए मानव तस्करी को एक जैसा मान लेने की आलोचना करते हुए संयुक्त राष्ट्र और आयोग के समर्थन में एक वक्तव्य जारी किया और यह उल्लेख किया कि सेक्स वर्करों और सेक्स वर्क संगठनों से गहन परामर्श करने के बाद ही दोनों रिपोर्टों की सिफारिशों का मसौदा तैयार किया गया था।²⁴

जहां इन जटिल मुद्दों पर विवाद होना लाज़मी है, वहीं ऐसी घटनाएं, एचआईवी की महामारी पर अधिकार-आधारित कार्रवाई को आगे बढ़ाने के लिए सिविल सोसायटी और संयुक्त राष्ट्र के कार्यकर्ताओं के प्रयासों की रूपरेखा प्रस्तुत करने में आयोग की रिपोर्ट के महत्व को भी उजागर करती हैं। 2012 के बाद से दुनिया भर के 84 देशों में आयोग के निष्कर्षों और सिफारिशों पर आगे कार्रवाई करने के लिए पहल की गई। निष्कर्षों पर पहुंचने के लिए आयोग ने जो प्रक्रिया अपनाई, उसने कानून बनाने, उसकी व्याख्या करने और लागू करने वाले लोगों और दंडात्मक कानून का आघात सहन करने के सबसे अधिक संभावितों के बीच विचारों एवं अनुभवों के आदान-प्रदान का एक अभिनव मॉडल प्रदान किया है। आयोग के क्षेत्रीय वार्ताओं को 42 देशों में राष्ट्रीय वार्ता के रूप में दोहराया गया है। इस प्रकार एचआईवी संबंधी राष्ट्रीय कार्रवाइयों पर कानून की भूमिका,

जो कई देशों में एक विवादास्पद और राजनीतिक रूप से संवेदनशील विषय है, पर खुलकर विचार-विमर्श करने का अवसर मिला।

यह निर्धारित करने के लिए कि क्या एचआईवी से संबंधित कानूनों, विनियमों, नीतियों और प्रथाओं का कार्यान्वयन एवं प्रवर्तन, मानव अधिकारों की रक्षा करता है या उनमें बाधक है, इन राष्ट्रीय वार्ताओं को 61 देशों के व्यापक कानूनी परिवेश के आंकलन अथवा कानूनी समीक्षाओं में शामिल किया गया। उदाहरण के तौर पर, अल सल्वाडोर में, जून 2012 की राष्ट्रीय वार्ता के बाद कानूनों की समीक्षा करने के लिए किए गए उपाय के फलस्वरूप राष्ट्रीय एड्स कानून की समीक्षा करने और अर्जेंटीना की तरह जेंडर पहचान कानून का मसौदा तैयार करने के लिए पुरजोर प्रयास किए गए हैं (जिसके बारे में नीचे चर्चा की गई है)। प्रशांत क्षेत्र में, अप्रैल 2013 में एचआईवी सेवाओं पर कानूनी और नीतिगत बाधाओं पर बहु-क्षेत्रीय विचार-विमर्श के फलस्वरूप कुक द्वीपसमूह और तुवालू में कानून का मसौदा और कार्य योजना तैयार की गई, जबकि सोलोमन द्वीपसमूह, वानुअतू और किरिबाती ने एचआईवी पर अधिक असरदार कार्रवाई करने के लिए कानूनी सुधारों के मार्गदर्शन के लिए कैबिनेट की जानकारी के लिए एचआईवी पर अधिकारों पर आधारित कार्यवाही के मसौदे तैयार करने शुरू कर दिए हैं।²⁵

आयोग के रिपोर्ट के निष्कर्षों और सिफारिशों को आगे बढ़ाने के उद्देश्य से की गई तीसरे तरह की गतिविधियां, एचआईवी, मानव अधिकारों और कानून के लिए जिम्मेदार लोगों की वास्तविक ज़मीनी क्षमता को बढ़ाने पर केंद्रित हैं। उदाहरण

के तौर पर, लेसेथो, मलावी, तंज़ानिया, थाइलैंड, स्वाज़ीलैंड और ज़ांबिया सहित कई देशों में कानून लागू करने वाले अधिकारियों को पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुषों, ट्रांसजेंडर लोगों, सेक्स वर्करों और नशे का टीका लेने वाले व्यक्तियों जैसे लक्षित आबादी समूहों पर दंडात्मक कानून के असर के बारे में प्रशिक्षित किया गया है। इसका एक उदाहरण कंबोडिया है, जहां सेक्स वर्करों, पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुषों, और ट्रांसजेंडर लोगों सहित लक्ष्य आबादी को सेवाएं सुलभ कराने के लिए पुलिस-समुदाय के बीच एक नई भागीदारी की शुरुआत की गई है। इस परियोजना से लक्ष्य आबादी के प्रति पुलिस के नज़रिए में सुधार हुआ है, और प्रशिक्षण सत्रों के समन्वय एवं सहयोग में पुलिस की भागीदारी बढ़ी है, जिससे लक्ष्य आबादी का डर कम हुआ है और देखभाल एवं सेवाओं की मांग में तेज़ी आई है। इसके फलस्वरूप, सेवाओं का उपयोग बढ़ा है, पुलिस और संबंधित भागीदारों के बीच संवाद बढ़ा है, और मनोरंजन संस्थाओं के मालिकों का अपने प्रतिष्ठानों में कंडोम को प्रदर्शित करने और उनकी उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए एनजीओ भागीदारों के साथ सहयोग करने के बारे में आत्मविश्वास बढ़ा है।²⁶

कैरिबियन, अफ्रीका और एशिया में न्यायपालिका के सदस्यों ने अपने दैनिक कामकाज पर आयोग की रिपोर्ट के विषय पर आयोजित संगोष्ठियों में भाग लिया। आयोग के विचार-विमर्श के दौरान 100 से अधिक न्यायाधीशों ने कैरिबियाई न्यायिक अधिकारी संघ (कैरिबियन एसोसिएशन ऑफ जूडीशियल आफिसर्स) के एक सम्मेलन

में इसके सचिवालय द्वारा एचआईवी और कानून पर आयोजित एक पैनल चर्चा में भाग लिया। 2013 में यूएनडीपी द्वारा एचआईवी पर सर्वश्रेष्ठ कानूनी प्रक्रियाओं के उदाहरण प्रस्तुत करते हुए दो कानूनी संग्रह प्रकाशित किए गए, और एशिया के 16 देशों के 30 से अधिक न्यायाधीशों, और बोत्सवाना, बुरुंडी, केन्या, लेसोथो, मलावी, दक्षिण अफ्रीका, स्वाज़ीलैंड, तंज़ानिया, यूगांडा के 50 न्यायाधीशों और मजिस्ट्रेटों को वितरित किए गए।²⁷ न्याय दिलाने के लिए किए गए प्रयास, एचआईवी के साथ जी रहे लोगों द्वारा भेदभाव का विरोध करने में कानून का उपयोग करने तथा कानूनी और स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग बढ़ाने के लिए उनकी क्षमता में लगातार वृद्धि कर रहे हैं। उदाहरण के तौर पर, लोकतांत्रिक गणराज्य कांगों में 2013 में न्याय मंत्री और एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के कांगो संगठन द्वारा आयोजित एक राष्ट्रीय वार्ता के बाद, सरकार ने एचआईवी सेवाएं प्रदान करने के लिए एक सूचना, जानकारी एवं परामर्श केंद्र स्थापित करने की प्रतिबद्धता व्यक्त की।²⁶

एचआईवी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के लिए कानूनी माहौल में सुधार करने के लिए आगे किए जाने वाले प्रयास
जबरदस्ती नसबंदी को रोकने के लिए रणनीति के रूप में मुकदमा दायर करना

आयोग को पता चला कि अफ्रीका, लैटिन अमेरिका, एशिया और यूरोप के कई हिस्सों में एचआईवी के साथ जी रही महिलाओं और लड़कियों की जबरदस्ती या उनकी मर्जी के खिलाफ नसबंदी करवाकर उनके यौन एवं प्रजनन अधिकारों का हनन किया जाता है।²⁸ आयोग के

अनुसार जिन देशों में यह प्रथा मौजूद है, वे हैं- चिली, वेनेजुएला, मेक्सिको, डोमिनिकन गणराज्य, इंडोनेशिया, केन्या, नमीबिया, दक्षिण अफ्रीका, तंज़ानिया, थाइलैंड, यूगांडा और ज़ाम्बिया। आयोग की अफ्रीकी क्षेत्रीय चर्चा के दौरान इस प्रकार के भेदभावपूर्ण कानूनों और प्रथाओं का पता चला, जहां कई प्रतिभागियों ने अपने अनुभव बताए, जिनमें से एक कथन यह भी था:

“ मैं पिछले आठ साल से एचआईवी के साथ जी रही थी.....[जब] मैंने अपने दूसरे बच्चे को जन्म दिया, तब मैंने अपने पति से [अपनी स्थिति अर्थात् एचआईवी होने] के बारे में बताया। वह आग बबूला हो गया और मुझे अपमानित करने लगा और अक्सर कहता था कि मैंने उसे भी संक्रमित कर दिया है। तीन वर्षों के बाद, मैं और मेरे पति ने यह सोचकर एक और बच्चे को जन्म देने का फैसला किया, कि हो सकता है इस बार हमें एक लड़का हो जाए। मुझे वाकई में अजीब लगने लगा कि एक साल हो गया और मैं गर्भधारण नहीं कर सकी। तब मैंने अपने डॉक्टर के पास जाकर मदद लेने का फैसला किया। जब मैंने डॉक्टर को अपनी कहानी बताई तो उसका चेहरा देखने लायक था। उसने पूछा, ‘तुम्हें अब बच्चा क्यों चाहिए, जबकि पिछली बार ही तुम मरते-मरते बची थी, और इसके अलावा पिछली लड़की के जन्म के समय तुम्हारी नसबंदी कर दी गई थी। क्या तुम कहना चाहती हो कि इन सबके बारे में तुम्हें कुछ भी नहीं पता, क्योंकि ऑपरेशन की सहमति पर तुम्हारी ओर से तुम्हारे पति ने दस्तखत किए थे।’ यह सब सुनकर मैं स्तब्ध रह गई।”²⁹

इस भेदभावपूर्ण प्रथा का विरोध करने के लिए, अनेक सिविल सोसायटी समूह अदालत गए। नमीबिया में एचआईवी के साथ जी रही तीन याचिकाकर्ताओं ने स्वास्थ्य मंत्रालय के खिलाफ एक वाद दायर किया, जिसमें उन्होंने आरोप लगाया कि ऑपरेशन द्वारा उनके प्रसव के तुरंत पहले और बाद में, उन्हें समुचित जानकारी दिए बिना नसबंदी के लिए सहमति फार्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा गया था, उस समय उन्हें भयंकर दर्द या प्रसव पीड़ा थी इसलिए वे किसी दबाव के बिना और पूरी जानकारी के सहमति देने की स्थिति में नहीं थीं।³⁰ जुलाई 2012 में नमीबिया के उच्च न्यायालय द्वारा एलएम इत्यादि बनाम नमीबिया गणराज्य सरकार वाले मामले में सुनाए गए एक ऐतिहासिक फैसले में अदालत ने जानकारी सहित पूर्व सहमति के बिना नसबंदी के अवैध होने की पुष्टि की, जो मानव अधिकारों का गंभीर उल्लंघन है।³¹ अदालत ने कहा कि सही मायने में जानकारी होने के लिए सहमति की साफ तौर पर समझ होने के साथ-साथ, वह किसी दबाव के बिना और स्वेच्छा से दी जानी चाहिए।

यह मामला एक महत्वपूर्ण उदाहरण बना है, जिसमें स्वास्थ्य केंद्रों में रोगियों (एचआईवी के साथ जी रहे लोगों सहित) से जानकारी पूर्ण सहमति के महत्व की पुष्टि की गई है। समुदाय की मजबूत एकजुटता से रणनीतिक मुकदमेबाजी, और महिला अधिकारों की रक्षा के लिए जागरूक प्रयास, सामाजिक और कानूनी बदलाव में अग्रणी भूमिका निभा सकते हैं और कमजोर वर्गों को अपने अधिकारों का दावा करने के लिए सशक्त बना सकते हैं।³²

कानूनी सुधार के ज़रिए ट्रांसजेंडर लोगों के भय को दूर करना

आयोग ने ट्रांसजेंडर लोगों की स्वास्थ्य और मानव अधिकारों से जुड़ी समस्याओं के समाधान में व्यापक परिवर्तन की ज़रूरत बताई है, जिसमें दंडात्मक कानूनों के स्थान पर एक ऐसा ढांचा स्थापित किया जाए, जो ट्रांसजेंडर लोगों को प्रभावी एचआईवी एवं स्वास्थ्य सेवाएं और वस्तुएं मुहैया कराए, तथा हिंसा एवं अन्य मानवाधिकार उल्लंघनों का विरोध करने की उनकी क्षमता बढ़ाए। ऐसे अनेक मामले सामने आए हैं, जहां ट्रांसजेंडर लोगों की जेंडर पहचान को मान्यता नहीं दिए जाने के कारण उनके साथ अमानवीय व्यवहार किया जाता है।³ आयोग की कई क्षेत्रीय वार्ताओं में प्रतिभागियों द्वारा ऐसे कानूनों और प्रथाओं के असर को उजागर किया गया, जिनमें से पनामा के एक ट्रांसजेंडर सहायता समूह, 'रेड ट्रांसेक्स' के एक सदस्य का यह बयान उल्लेखनीय है:

“ट्रांसजेंडर होने के नाते मेरे साथ हमेशा भेदभाव होता है और मेरे अधिकारों का उल्लंघन किया जाता है। पुलिस हमेशा मेरे पीछे पड़ी रहती है, उन्होंने मेरा अपमान किया और कंडोम फाड़ दिए। हम जहां काम करते हैं वहां से गुजरते हुए लोग हमें ऐसे देखते हैं जैसे हम दुनिया की सबसे बुरी चीज़ हैं; वे हमें सिडोसा (एड्स पॉजिटिव के लिए अपमान सूचक शब्द) कहकर बुलाते हैं। हमेशा ही ऐसा होता है।”³³

आंकड़ों से पता चलता है कि दुनियाभर में ट्रांसजेंडर लोगों द्वारा सामना की जाने वाली हिंसा का स्तर बहुत अधिक है और लैटिन अमेरिका में इसमें स्पष्ट वृद्धि दर्ज की गई है।³⁴ आम तौर पर

समाज द्वारा हिंसा, उपेक्षा, कलंक और भेदभाव तथा खास तौर पर स्वास्थ्य केंद्रों में चिकित्सा सेवाएं देने से इंकार किए जाने से, ट्रांसजेंडर लोगों में एचआईवी का जोखिम बढ़ जाता है। ट्रांसजेंडर महिलाओं में एचआईवी का जोखिम विशेष चिंता का विषय है, क्योंकि आंकड़े दर्शाते हैं कि “कुल महिलाओं की तुलना में, 19% ट्रांसजेंडर महिलाओं में एचआईवी के साथ जी रही महिलाओं की संभावना 49 गुना अधिक है।”³⁵

ट्रांसजेंडर लोगों की एचआईवी संक्रमण से अपने आप को प्रभावी ढंग से बचाने और अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों को सुनिश्चित करने की क्षमता को उनके निजता के मौलिक अधिकार के रूप में मान्यता प्रदान करने की ज़रूरत है। जैसा कि आयोग ने सिफारिश की है, “नसबंदी, लिंग पुनर्निर्धारण सर्जरी या हार्मोनल थेरेपी जैसी पूर्व चिकित्सा पद्धतियों के बिना” पहचान दस्तावेजों में ट्रांसजेंडर लोगों को जेंडर मान्यता सुनिश्चित की जानी चाहिए।³⁶ अर्जेंटिना द्वारा एक प्रगतिशील मिसाल कायम की गई है, जहां ट्रांसजेंडर लोगों के आत्मनिर्णय के आधार पर 2012 में “जेंडर पहचान और स्वास्थ्य: ट्रांसजेंडर लोगों की व्यापक देखभाल अधिनियम (जेंडर आइडेन्टिटी एंड हेल्थ: कम्प्रेहेन्सिव केयर फॉर ट्रांसजेंडर पीपुल) को अपनाया गया है।* यह कानून, ट्रांसजेंडर लोगों को सरकारी दस्तावेजों में अपने नाम एवं लिंग का ब्यौरा बदलने के अधिकार सहित उनके जेंडर पहचान के अधिकार को मान्यता प्रदान करता है।³⁷ कानून के तहत

किए गए गोपनीयता प्रावधानों में, ट्रांसजेंडर लोगों के पहले के नामों और लिंग के प्रकटीकरण का निषेध किया गया है, इस प्रकार उनकी प्राइवैसी के अधिकार की रक्षा की गई है। इसके अलावा, कानून में यह प्रावधान है कि सार्वजनिक और निजी क्षेत्र में समन किए जाने, रिकार्ड करने, दर्ज करने, पुकारने या किसी अन्य प्रक्रिया या सेवा के लिए यदि ट्रांसजेंडर व्यक्ति चाहे तो दूसरे नाम और लिंग का इस्तेमाल कर सकता है। अध्ययनों से पता चलता है कि अर्जेंटिना में भारी संख्या में ट्रांसजेंडर लोगों ने नए जेंडर-अनुकूल पहचान दस्तावेज हासिल किए हैं, और उम्मीद है कि इससे स्वास्थ्य केंद्रों में उनके द्वारा सामना किए जाने वाले सामाजिक कलंक में कमी आएगी।³⁸ अर्जेंटिना के जेंडर पहचान कानून ने, फ्रांस, जर्मनी, आयरलैंड और माल्टा में कानून निर्माताओं को इसी तरह के प्रस्तावों के लिए प्रेरित किया है।

अनेक देशों में ट्रांसजेंडर लोगों के अधिकारों और पहचान को मान्यता प्रदान करने के लिए कानूनी सुधारों को आगे ले जाने के लिए यूएनडीपी और क्षेत्र के अन्य प्रमुख देश, अर्जेंटिना द्वारा अपनाए गए जेंडर पहचान कानून का इस्तेमाल कर रहे हैं, इनमें बोलीविया, ग्वाटेमाला और निकारागुआ शामिल हैं। उदाहरण के तौर पर, अल-सल्वाडोर में, यूएनडीपी ने जेंडर पहचान कानून की ज़रूरत सहित, नीतिगत सुधार की सिफारिशों के साथ मानव अधिकारों और ट्रांसजेंडर लोगों पर एक अध्ययन करने के लिए लोकपाल कार्यालय और कई गैर-सरकारी संगठनों के साथ काम किया

* यौन रुचि और जेंडर पहचान से संबंधित अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून को लागू किए जाने संबंधी योग्यकर्ता सिद्धांत: <http://www.yogyakartaprinciples.org/>.

है। आयोग की सिफारिशों के अनुरूप, यूएनडीपी द्वारा किए गए अन्य प्रयासों में अर्जेंटीना में एलजीबीटी-अनुकूल स्वास्थ्य केंद्रों की स्थापना शामिल है, जहां (एचआईवी से जुड़ी सेवाओं सहित) यौन स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं मुहैया कराई जा रही हैं।³⁹

महिलाओं को समान संपत्ति अधिकारों के माध्यम से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य

महिलाओं की अपने यौन एवं प्रजनन अधिकारों का उपयोग करने की क्षमता, उनके स्वतंत्र जीवन जीने की क्षमता पर निर्भर होती है। और यह, उनकी आर्थिक आत्म-निर्भरता और आर्थिक सुरक्षा से प्रभावित होती है। आयोग ने कहा कि जब महिलाओं को संपत्ति में समान अधिकार दिलाने वाले कानूनों की सुरक्षा नहीं मिलती, तो अपने यौन जीवन सहित जीवन के हरेक क्षेत्र में उनके अपने पतियों के नियंत्रण में रहने के साथ-साथ उनके ऊपर आर्थिक रूप से निर्भर रहने की संभावना अधिक हो जाती है।¹⁸ हालांकि समान संपत्ति कानून, महिलाओं की आर्थिक सुरक्षा की गारंटी नहीं दे सकता है, लेकिन महिलाओं की आर्थिक सुरक्षा के लिए इस तरह के कानून एक अनिवार्य साधन है।

कभी-कभार प्राचीन सांस्कृतिक और पारंपरिक प्रथाओं द्वारा संपत्ति अधिकारों का निर्धारण किया जाता है, जो कई मायनों में यौन एवं प्रजनन अधिकारों पर विपरीत असर भी डालते हैं।⁴⁰ अफ्रीका के सहारा मरुस्थलीय प्रदेश में कई इलाकों में उस महिला को जिसके पति की हाल ही में मृत्यु हुई है, “विधवा शुद्धीकरण” के नाम पर मृतक के किसी रिश्तेदार या गांव के किसी ऐसे

पुरुष के साथ अक्सर कंडोम का इस्तेमाल किए बिना यौन संबंध बनाना होता है, जिसे शुद्धीकरण के लिए चुना गया होता है। यह उस महिला और पुरुष, दोनों को ही एचआईवी के जोखिम में डाल देता है। दूसरा उदाहरण, विधवा उत्तराधिकार का है, जिसके लिए विधवा को मृतक के किसी नजदीकी रिश्तेदार के साथ शादी करनी पड़ती है। दोनों ही प्रथाओं का इस्तेमाल, संपत्ति पर मृतक के परिवार के मालिकाना हक को सुनिश्चित करने की रणनीतियों के रूप में किया जाता है। ऐसे कानून और प्रथाएं, जो महिलाओं को कमजोर बनाती हैं। वे न केवल उनमें एचआईवी का जोखिम बढ़ाती हैं, बल्कि उनके संक्रमित हो जाने पर उनके महत्व को भी कमतर कर देती हैं, जैसा कि आयोग की अफ्रीकी क्षेत्रीय वार्ता के दौरान एक प्रतिभागी ने बताया कि:

“एचआईवी संक्रमित महिलाओं को कहा जाता है कि उन्हें उत्तराधिकार की कोई ज़रूरत नहीं है, क्योंकि वे तो मरने ही वाली हैं। दो प्रमुख मुद्दे हैं; पहला, महिलाओं द्वारा अपने संपत्ति के अधिकार का उपयोग नहीं कर पाने के कारण वे समय से पहले ही एचआईवी के भरोसे छोड़ दी जाती है, क्योंकि यह महिलाओं को आर्थिक तौर पर असुरक्षित बना देता है। दूसरे, जहां अधिकार मौजूद हैं, वहां उनका उपयोग करना कठिन है।”⁴¹

ऐसी परिस्थितियों में जेंडर समानता सुनिश्चित करने के लिए यह ज़रूरी हो जाता है कि समुदायों के साथ मिलकर कुछ नए तरीके अपनाए जाएं जिनसे न्याय पाने की प्रक्रिया कुछ सरल हो सके। एचआईवी और एड्स से जुड़े एक गैर-सरकारी संगठन, ‘केन्या लीगल एंड एथिकल इशूज नेटवर्क’

(केलिन) ने उत्तराधिकार से वंचित कर दिए गए एचआईवी और एड्स प्रभावित विधवाओं और अनाथों के लिए एक वैकल्पिक विवाद समाधान तंत्र का उपयोग किया है।⁴² केन्या के कुछ हिस्सों में प्राचीन लुओ परंपरा में यह मान्यता है कि सारी ज़मीन पर सामूहिक मालिकाना हक होता है, हालांकि समय के साथ इस प्रथा में बदलाव आ गया है। पुरुषों ने अपने फायदे के लिए इस परंपरा को बदल दिया है, जिसके अनुसार महिलाओं को पति की मृत्यु के बाद ज़मीन से बेदखल कर दिया जाता है— एचआईवी की जोखिम वाली महिलाओं के लिए एक गंभीर मसला है।

इसके लिए, 'केलिन' ने बुजुर्गों और समुदाय के सामान्य लोगों को मानव अधिकारों और संपत्ति से जुड़े मौजूदा कानूनी प्रावधानों, जो महिलाओं और पुरुषों, दोनों को उत्तराधिकार के समान अधिकार प्रदान करते हैं, के बारे में प्रशिक्षण प्रदान किया है। बड़े बुजुर्ग, न्याय करने के पारंपरिक तरीके के माध्यम से आपसी विवादों को सुलझाने का काम करते हैं, जो औपचारिक कानूनी प्रणाली की तुलना में दोनों ही पक्षों को अधिक आसान लगता है। इस दृष्टिकोण से यह लाभ हुआ है कि विधवाओं को अब संपत्ति में हिस्सेदारी मिलने लगी है। इसके कारण, दूसरे समुदायों में भी उन सांस्कृतिक प्रथाओं को दूर किए जाने की मांग उठी है, जिनके कारण महिलाओं और लड़कियों को एचआईवी संक्रमण का अधिक खतरा होता है।

इस महत्वपूर्ण पहल पर आगे बढ़ते हुए और आयोग की क्षेत्रीय वार्ता के मॉडल का अनुसरण करते हुए, 'केलिन' और केन्या न्यायिक प्रशिक्षण संस्थान ने 2013 में यूएनडीपी और यूएनएड्स

सचिवालय, नैरोबी के सहयोग से एक न्यायिक संगोष्ठी बुलाई। एक न्यायाधीश, जिसने संगोष्ठी में भाग लिया था, उसने जेंडर समानता और एचआईवी प्रभावित लोगों के साथ गैर-भेदभाव के सिद्धांतों पर जोर देते हुए केन्या की औद्योगिक अदालत के लिए एक प्रगतिशील, अधिकारों पर आधारित फैसला भी लिखा, जो महिलाओं के लिए उनके मौलिक राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और यौन अधिकारों को सुनिश्चित करने के संघर्ष के लिए खास मायने रखता है।⁴³

सेक्स वर्कर्स द्वारा सामना की जाने वाली हिंसा और भेदभाव को कम करना

आयोग ने अपनी सिफारिशों में इस बात पर जोर दिया कि कानून और नीति में केवल कागज़ों में सुधार किया जाना तब तक काफी नहीं है, जब तक कि पुलिस के बर्ताव में सुधार न किया जाए, खासकर उन लक्षित आबादियों के संदर्भ में, जिनके साथ कानून लागू करने के नाम पर लगातार और अक्सर बुरा बर्ताव किया जाता है। सेक्स वर्कर्स के मामले में, पुलिस के नज़रिए और बर्ताव में सुधार करने से उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर सीधा असर पड़ता है। जैसा कि आयोग के अफ्रीकी क्षेत्रीय वार्ता में मोज़ाम्बीक की प्रतिभागी के इस बयान से स्पष्ट होता है कि बदलाव की तत्काल ज़रूरत है:

“कभी-कभार हमें गैर-कानूनी तौर पर हिरासत में रखा जाता है और अपमानित किया जाता है। मोज़ाम्बीक में एक शिखर सम्मेलन के दौरान मुझे हिरासत में रखा गया था। मैंने सात दिन जेल में बिताए। मैं अदालत गई और पूछा कि क्या मैं अपनी मां से बात कर सकती हूँ। न्यायाधीश

ने कहा कि “तुम्हें यहां किस लिए लाया गया है?” और मैंने कहा कि मैं यहां-वहां घूम रही थी, मुझे अपने बच्चे के लिए पैसे की जरूरत है। पुलिस हमें इस्तेमाल करती है, वे हमें कब्रिस्तान और समुद्र तट पर ले जाते हैं और बिना कंडोम के सेक्स करते हैं। कभी-कभी हमें पुलिस द्वारा पीटा भी जाता है।”⁴⁴

अधिकारों पर आधारित पुलिस बर्ताव, व्यक्तिगत और सामुदायिक स्तर पर लक्ष्य आबादी द्वारा सामना किए जाने वाले जोखिम को काफी हद तक कम कर सकता है। इसका एक उदाहरण घाना है, जहां आम आबादी की तुलना में सेक्स वर्कर्स में एचआईवी का प्रसार स्पष्ट रूप से अधिक है। राष्ट्रीय एड्स नीति और इससे जुड़े कार्यक्रमों में, महिला सेक्स वर्कर्स को एक ऐसा समूह माना जाता है, जिन्हें सुदृढ़ रोकथाम, देखभाल एवं उपचार सेवाएं मुहैया कराने सहित उनके स्वास्थ्य पर प्राथमिकता से ध्यान देने की जरूरत है। हालांकि ये प्रयास तभी कारगर हो सकते हैं, जब सेक्स वर्कर्स को कलंक रहित और अहिंसक माहौल में इनके उपयोग का अधिकार दिया जाए।

हाल ही में यूएनएफपीए और घाना पुलिस सेवा द्वारा जांच प्रक्रिया और पुष्टि के माध्यम से पुलिस द्वारा बलात्कार और हमले जैसे उत्पीड़नों के सबूत का उल्लेख किया गया है।⁴⁵ इस तरह के अनुसंधान के साथ-साथ इन एजेंसियों ने पुलिस कर्मियों द्वारा मानव अधिकारों के उल्लंघन को कम करने के लिए सेक्स वर्कर्स के अधिकारों पर जागरूकता बैठकों के माध्यम से महिला सेक्स कर्मियों से विचार-विमर्श को बढ़ावा देकर, राष्ट्रीय एड्स कार्यक्रम और यूएनएड्स के साथ पैरवी

भी शुरू की है। पुलिस अधिकारियों को भी इस बारे में जागरूक किया गया कि सेक्स वर्कर्स और जन स्वास्थ्य के फायदे के लिए किस प्रकार विवेकाधीन शक्तियों का इस्तेमाल किया जाए और उन्हें अपने लोक कर्तव्यों और ज़िम्मेदारियों पर ध्यान देते समय नैतिक विश्वासों को अलग रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया।

इसका असर दिखा- राजधानी में सेक्स वर्कर्स के खिलाफ छापे बंद हो गए और कंडोम रखने के लिए उन्हें पुलिस द्वारा परेशान किया जाना भी बंद हो गया। इससे भी अधिक उत्साहजनक बात यह थी कि पुलिस ने खुद सेक्स वर्कर्स को कंडोम बांटना शुरू कर दिया था। इन प्रयासों को आगे बढ़ाते हुए अप्रैल 2013 में यूएनडीपी और यूएनएड्स सचिवालय के सहयोग से एक राष्ट्रीय चर्चा आयोजित की गई, जिसने कानून लागू करने वाले अधिकारियों द्वारा अधिकारों पर आधारित कार्रवाई के महत्व पर रचनात्मक चर्चा के लिए एक मंच प्रदान किया।⁴⁶ सामुदायिक बैठकों में सेक्स वर्कर्स के साथ बातचीत करने के लिए और अधिकारों के हनन के मामलों में सुरक्षा प्रदान करने के लिए घाना पुलिस सेवा उच्च स्तरीय कर्मियों की पहचान कर इस सिद्धांत पर अमल करना जारी रखे हुए है।

निष्कर्ष

एचआईवी के लिए किए जा रहे राष्ट्रीय प्रयासों और दैनिक जीवन पर कानून के असर के सबूत का आधार जुटाने में एचआईवी और कानून पर वैश्विक आयोग ने एचआईवी के साथ जी रहे लोगों और एचआईवी संक्रमण के सबसे अधिक जोखिम वाले लोगों के लिए कानूनी सुधार हेतु

मामले को मजबूत किया है। वे अधिकारी, जो मानव अधिकारों के सम्मान और मान्यता के आधार पर बदलावों की मांग का विरोध करते हैं, उनके लिए वैश्विक आयोग के निष्कर्ष और सिफारिशों, जन स्वास्थ्य के हितों के लिए व्यावहारिक तर्क भी प्रस्तुत करती हैं।

जैसा कि इस लेख में उल्लेख किया गया है, एचआईवी के साथ जी रही महिलाओं, महिला यौन कर्मियों, ट्रांसजेंडर व्यक्तियों द्वारा सामना किए जाने वाले कलंक, भेदभाव और हिंसा सहित यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर वैश्विक आयोग की सिफारिशों ने 80 से अधिक देशों में कानूनी सुधार के पहलुओं पर चर्चा के दरवाजे खोल दिए हैं। और पूरी दक्षिणी दुनिया में उन्होंने स्थानीय, राष्ट्रीय और क्षेत्रीय संदर्भों में यौन एवं प्रजनन न्याय पाने के लिए सिविल सोसायटी के प्रयासों को मजबूत किया है।

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की रक्षा के लिए आयोग द्वारा बताई गई और आयोग के निष्कर्षों और सिफारिशों पर की गई कार्रवाई के रूप में लागू सर्वश्रेष्ठ पद्धतियों को राष्ट्रीय एचआईवी रणनीतियों, निवेश योजनाओं और विश्व निधि द्वारा सहायता प्राप्त कार्यक्रमों में शामिल कर अपनाया जाना चाहिए। वैश्विक आयोग के क्षेत्रीय विचार-विमर्श में योगदान करने वाली भारत की एक सेक्स वर्कर थी, जिसने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर आयोग के कार्य की प्रक्रिया और वादे को बहुत ही सटीक रूप से इस प्रकार अभिव्यक्त किया:

“कोई कानून तो होना चाहिएक्या हम इन्सान नहीं हैं? हमारी भी कुछ इच्छाएं और

अधिकार हैं और हमारे साथ बेहतर बर्ताव किया जाना चाहिए।”⁴⁷

लेखक:

क पूर्व उपाध्यक्ष, ग्लोबल कमीशन ऑन एचआईवी एंड द लॉ, सिटी, कन्ट्री, पत्राचार: shereen.ef@theglobalexperts.org

ख नीति सलाहकार, एचआईवी, राइट्स, लॉ एंड ट्रीटमेन्ट एक्सेस, संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (यूएनडीपी), न्यूयार्क एनवाई, यूएसए

ग नीति विश्लेषक, एचआईवी, हेल्थ एंड ह्यूमेन राइट्स, यूएनडीपी, न्यूयार्क एनवाई, यूएसए

घ परामर्शदाता, की पापुलेशन एंड ह्यूमेन राइट्स, यूएनडीपी, न्यूयार्क एनवाई, यूएसए

ड. पूर्व सदस्य, ग्लोबल कमीशन ऑन एचआईवी एंड द लॉ; क्लस्टर लीडर, इन्क्लूसिव पॉलिटिकल प्रोसेसेस क्लस्टर, ब्यूरो फॉर डेवलपमेन्ट पॉलिसी, यूएनडीपी, न्यूयार्क एनवाई, यूएसए

च निदेशक, एचआईवी, हेल्थ एंड डेवलपमेन्ट प्रैक्टिस, यूएनडीपी, न्यूयार्क एनवाई, यूएसए

छ क्लस्टर लीडर, गवर्नेन्स एंड ह्यूमेन राइट्स क्लस्टर, हेल्थ एंड डेवलपमेन्ट प्रैक्टिस, यूएनडीपी, न्यूयार्क एनवाई, यूएसए

संदर्भ

1. UNAIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS, 2014. p. 8–17. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
2. Ibid.

3. UN General Assembly. Resolution: Political Declaration on HIV/AIDS (AA/RES/60/262), 2 June 2006. http://data.unaids.org/pub/report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares6026_en.pdf.
4. Beyrer C, Baral SD. MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other Men who have Sex with Men (MSM). Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=95>.
5. Baral S, Beyrer C, Poteat T. Human Rights, the Law, and HIV among Transgender People. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=93>.
6. Chiu J, Blankenship K, Burris S. Gender-Based Violence, Criminal Law Enforcement and HIV: Overview of the Evidence and Case Studies of Positive Practices. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=91>.
7. Day D, Maleche A. Traditional Cultural Practices & HIV: Reconciling Culture and Human Rights. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=102>.
8. Strode A, Grant K. Children and HIV: Using an evidence-based approach to identify legal strategies that protect and promote the rights of children infected and affected by HIV and AIDS. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=88>.
9. Burris S, Weait M. Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=89>.
10. Basu A, Menon R. Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability and the Law. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=103>.
11. Global Commission on HIV and the Law. Statement on the Indian Supreme Court decision on Section 377. 16 December 2013. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/follow-up-stories/272-statement-on-theindian-supreme-court-decision-on-section-377>.
12. Global Commission on HIV and the Law. Statement of Members of the Global Commission on HIV and the Law on the Passing of Uganda's HIV Prevention and AIDS Control Act. 22 May 2014. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/follow-up-stories/321-statement-of-members-of-the-global-commission-on-hiv-and-the-law-on-the-passing-of-uganda-s-hiv-prevention-and-aids-control-act>.
13. Sukthankar A. Sex Work, HIV and the Law. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=99>.
14. Standing up, speaking out: Women living with HIV in the Middle East and North Africa. Cairo: UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20120713_MENA_Women_and_AIDS_2012_en.pdf.
15. Dhaliwal M, Pradichit E, Avafia T, et al. The New Deal for the Global AIDS Response: Evidence and Human Rights Based Legal Environments: The Global Commission on HIV and the Law.

- In: Smith RA (ed.) Global HIV/AIDS Politics, Policy, and Activism: Persistent Challenges and Emerging Issues. Vol 1. Santa Barbara, CA: Praeger, 2013. p. 45–72.
16. Global Commission on HIV and the Law. Commissioners. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/about/commissioners>.
 17. Global Commission on HIV and the Law. Regional Dialogues. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/regional-dialogues/regional-dialogues>.
 18. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the Law: Risks, Rights and Health, New York: Global Commission on HIV and the Law, 2012. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>.
 19. Weait M. Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=90>.
 20. Shah PS. Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Control and Prevention. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=100>.
 21. Global Commission on HIV and the Law, HIV and the Law: Risks, Rights and Health, New York: Global Commission on HIV and the Law, 2012. p. 55–58. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>.
 22. Godwin J. Sex Work and the Law in Asia and the Pacific: Laws, HIV and human rights in the context of sex work. Geneva: UNAIDS, UNFPA, UNDP, 2012. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>.
 23. Equality Now. Re: Recent UN reports on HIV prevention efforts, the commercial sex industry and sex trafficking, 15 November 2012. http://www.equalitynow.org/sites/default/files/Letter_UNAIDS_Sidibe.pdf.
 24. Global Network of Sex Work Projects. NSWP Statement: In response to Equality Now's attack on UN recommendation calling for the decriminalisation of sex work, 24 September 2013. <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/final%20nswp%20statement%20Equality%20Now%20Attack%20on%20UN.pdf>.
 25. UNDP. Pacific Consultation on Legal and Policy Barriers to Accessing HIV Services for PLHIV and Key Affected Populations, 19 April 2013. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/follow-up-stories/206-pacific-consultationon-legal-and-policy-barriers-to-accessing-hiv-services-forplhiv-and-key-affected-populations>.
 26. UNDP. Summary of E-Discussion, The Global Commission on HIV and the Law – Taking the Commission's Recommendations Forward. New York: UNDP, 2014. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/summary-of-the-discussion-taking-the-commissions-recommendation/>.
 27. UNDP. Compendium of Judgements, Background Material, Judicial Dialogue on HIV, Human Rights and the Law in Eastern and Southern Africa, Nairobi, Kenya, 28–31 October 2013. New York: UNDP, 2013. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/compendium-of-judgment-for-judicial-dialogueon-hiv-human-right.html>.
 28. Open Society Foundations. Against Her Will, Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide. New York: Open Society Foundations, 2011. <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/againsther-will-20111003.pdf>.
 29. Testimony of Nontobeko. International Community of Women Living with HIV (ICW-Southern Africa). In: Regional Dialogue Submissions, Africa Regional Dialogue, Global Commission on HIV and the Law, 3–4 August 2011, Pretoria, South Africa. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. p.

- 217–218. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/submissions?task=document.viewdoc&id=82>.
30. Global Commission on HIV and the Law. Women, HIV and the Law. Regional Issue Brief for Africa Regional Dialogue on HIV and the Law. New York: UNDP, 2012. p. 18–22. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/regional-dialogues-main/africa?task=document.viewdoc&id=73>.
31. LM and Others v. Government of the Republic of Namibia. High Court of Namibia Case No. 1603/3518/3007-2008. 30 July 2012. <http://www.saflii.org.za/na/cases/NAHC/2012/211.html>.
32. Nair P. Litigating against the forced sterilization of HIV-Positive women: recent developments in Chile and Namibia. *Harvard Human Rights Journal* 2010;23: 223–31. <http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>.
33. RedTraSex, Panama. In: Regional Dialogue Submissions, Latin America Regional Dialogue, Global Commission on HIV and the Law, 26-27 June 2011, Sao Paulo, Brazil. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. p23-24. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/submissions?task=document.viewdoc&id=78>.
34. UNDP. Discussion Paper, Transgender Health and Human Rights. New York: UNDP, 2014. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/discussionpaper-on-transgender-health-human-rights>.
35. UNAIDS. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: UNAIDS, 2013. p. 79. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
36. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the Law: Risks, Rights and Health, New York: Global Commission on HIV and the Law, 2012. p. 54. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>.
37. Argentinean Gender Identity Law No.26.743. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>.
38. Socias ME, Marshall BDL, Arístegui I, et al. Towards full citizenship: correlates of engagement with the gender identity law among transwomen in Argentina. *PLOS One* 2014. Doi: 10.1371/journal.pone.0105402.
39. UNDP. Friendly Clinics for Sexual Diversity, Argentina. New York: UNDP, 2014. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourperspective/ourperspectivearticles/2014/04/25/consultorios-amigables-para-la-diversidad-sexual-manuel-irizar.html>.
40. Ahmed A. Property and Inheritance Laws: The Impact on Women and OVC in the Context of HIV. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=96>.
41. Report of the Africa Regional Dialogue of the Global Commission on HIV and the Law, Pretoria, South Africa, 4 August 2011. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. p. 22. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/regional-dialogues-main/africa?task=document.viewdoc&id=42>.
42. Kenya Legal and Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN). In: Regional Dialogue Submissions, Africa Regional Dialogue, Global Commission on HIV and the Law, 3–4 August 2011, Pretoria, South Africa. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. p. 169–172. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/submissions?task=document.viewdoc&id=82>.
43. Veronica Muthio Kioik v. Catholic University of Eastern Africa, 2013.
44. Report of the Africa Regional Dialogue of the Global Commission on HIV and the Law, Pretoria, South Africa, 4 August 2011. New York: Global Commission on HIV and the Law,

2011. p. 36. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/regional-dialogues-main/africa?task=document.viewdoc&id=42>.
45. UNFPA. Ghana Police Service partners with UNFPA to reduce HIV stigma of female sex workers. 20 November 2012. <http://ghana.unfpa.org/news.php?dd=242>.
46. Law Enforcement and HIV Network (LEAHN). Global Commission on HIV and the Law: Relationship to Law Enforcement and Police. 12 August 2013. <http://www.worldwewant2015.org/es/node/366260>.
47. Kamlabai Pani, VAMP and SANGRAM, India. In: Regional Dialogue Submissions, Asia-Pacific Regional Dialogue, Global Commission on HIV and the Law, 16–17 February 2011, Bangkok, Thailand. New York: Global Commission on HIV and the Law, 2011. p. 63. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/submissions?task=document.viewdoc&id=75>.

उम्रदराज़ स्त्री-पुरुषों के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार: नीतिगत कमी को दूर करने का प्रयास

इसाबेला अबोदेरिन

वरिष्ठ अनुसंधान वैज्ञानिक, प्रमुख, एजिंग एंड डेवलपमेंट प्रोग्राम, अफ्रीकन पापुलेशन एंड हेल्थ रिसर्च सेन्टर, नैरोबी, केन्या; और सेन्टर फॉर रिसर्च ऑन एजिंग, युनिवर्सिटी ऑफ साउथम्पटन, यूके।
पत्राचार: iaboderin@aphrc.org

सारांश:

आबादियों की बढ़ती उम्र को देखते हुए, पिछले 15 वर्षों में दुनिया भर में उम्रदराज़ व्यक्तियों से जुड़े मुद्दों पर ज़रूरी नीतिगत कार्रवाई पर चर्चा में तेज़ी आई है। स्वास्थ्य इन चर्चाओं का केंद्र बिंदु रहा है, लेकिन दुनिया भर की नीतियों, मानव अधिकार के उपकरणों और रिपोर्टों की छानबीन से पता चलता है कि जिस तरह उम्रदराज़ लोगों को यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के एजेंडे से बाहर रखा गया था, उसी तरह उम्रदराज़ लोगों से संबंधित वर्तमान अजेंडे में उनके यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के मुद्दों को हाशिए पर रख दिया गया है। महत्वपूर्ण सवाल यह है कि क्या यह नीतिगत खामी रिसर्च के सबूतों की कमी की वजह से है, या मौजूदा जानकारी की गलत इस्तेमाल की वजह से है। वर्तमान रिसर्च परिदृश्य और इस लेख में प्रस्तुत सामग्री के अध्ययन से यह साफ हो जाता है कि इसका कारण पहला वाला है। निसंदेह, अधिक उम्र में यौनिकता, वैज्ञानिक जांच का तेज़ी से बढ़ता विषय है। मौजूदा जानकारी और चर्चाओं में व्यापक यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के एजेंडे और उम्रदराज़ लोगों के संबंध को जोड़कर नहीं देखा गया है। नीतिगत दिशानिर्देश के लिए आधार बनाने और आवश्यक सूचकों की सटीक पहचान करने तथा प्रगति पर नियमित नज़र रखने के लिए आवश्यक डेटा प्रणाली स्थापित करने के लिए ठोस रिसर्च के प्रयास की ज़रूरत है। © 2014 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

मुख्य शब्द: वृद्धावस्था (एजिंग), उम्रदराज़ लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार, बुढ़ापे में यौनिकता

जुलाई 2013 में, नेदरलैंड के हेग में आयोजित “आईसीपीडी बियांड 2014: मानव अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन” में उम्रदराज लोगों को चार प्रमुख आबादी समूहों में से एक समूह माना गया, जो यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों तक पहुंच से वंचित हैं और हाशिए पर हैं। इस तरह, इस सम्मेलन में उम्रदराज लोगों के बारे में वही आंकलन दोहराया गया और पुष्ट किया गया जो पिछले दो सम्मेलनों, महिलाओं के विरुद्ध सभी प्रकार के भेदभाव को मिटाने पर सम्मेलन (CEDAW), 1979, और बीजिंग कार्रवाई मंच 1995 में उभरा था:

“अनुसंधान, अकादमिक अध्ययनों, लोक नीति तथा सेवा-प्रदाय में रजोनिवृत्ति-उपरांत, प्रजनन उम्र उपरांत तथा (बुजुर्ग महिलाओं की) अन्य उम्र-संबंधी, जेंडर-विशिष्ट शारीरिक व मानसिक स्थितियों और बीमारियों को अनदेखा किया जाता है।” (CEDAW, अनुच्छेद 21)

“उम्रदराज स्त्री-पुरुषों की प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं अलग तरह की होती हैं, जिन पर अक्सर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया जाता है।” (बीजिंग प्लेटफार्म फॉर ऐक्शन, अनुच्छेद 95)

और, ज़्यादा सामान्य स्तर पर, 2013 के सम्मेलन में उम्रदराज लोगों के बारे में उभरे निष्कर्ष यह दर्शाते हैं कि उम्र को स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में असमानता का एक संभावित महत्वपूर्ण कारण माना जाने लगा है।¹ उम्रदराज वयस्कों द्वारा (अन्य अपवर्जित समूहों की तरह) यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के उपयोग में समानता लाने, इन सेवाओं की गुणवत्ता की

गारंटी सुनिश्चित करने और इस संबंध में सरकार की जवाबदेही सुनिश्चित करने की व्यवस्था करने के ठोस प्रयास के आह्वान के साथ इस सम्मेलन का समापन हुआ।

इन सिफारिशों को प्राथमिकता-युक्त कार्रवाई में बदलने की चुनौती को संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोश (यूएनएफपीए) और स्पेनिश अंतर्राष्ट्रीय सहयोग और विकास एजेंसी द्वारा अक्टूबर, 2014 में मैड्रिड में बुलाई गई विशेषज्ञ समूह की अनुवर्ती बैठक में संबोधित किया गया। उस बैठक में व्यक्त विचार उल्लेखनीय हैं, जिन्हें साझा करने और उन पर व्यापक चर्चा करने की ज़रूरत है, क्योंकि उनमें कुछ महत्वपूर्ण सवाल उठाए गए हैं, जिन पर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य समुदाय तथा वृद्धावस्था विज्ञान समुदाय, दोनों को ध्यान देना चाहिए।

शुरुआत करने के लिए एक बिंदु वह मौजूदा नीतिगत संदर्भ है, जिसके तहत ही उम्रदराज व्यक्तियों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों में समानता, गुणवत्ता और जवाबदेही को आगे ले जाना होगा। पिछले 15 वर्षों में, खास तौर पर कम और मध्यम आय वाले देशों में, आबादियों की तेज़ी से बढ़ती उम्र के बारे में जागरूकता बढ़ने के साथ, उम्रदराज लोगों के मुद्दों पर ज़रूरी नीतिगत उपाय करने के बारे में दुनिया भर चर्चा में तेज़ी आई है।² स्वास्थ्य इन चर्चाओं के केंद्र में रहा है। इस बारे में बनती हुई आम सहमति और महत्वपूर्ण सोच को विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा विश्व स्वास्थ्य दिवस 2012 पर प्रकाशित वैश्विक दिशा-निर्देश (ग्लोबल ब्रीफ)³ ए ग्लोबल एजिंग पर यूएनएफपीए/हेल्पएज की संयुक्त अंतर्राष्ट्रीय रिपोर्ट⁴, विश्व आर्थिक मंच द्वारा ब्रीफिंग⁵, और

हाल के लैन्सेट* के एक विशेषांक (6 नवंबर 2014) सहित अनेक महत्वपूर्ण प्रकाशनों में संकलित किया गया है।

यह बात कई नीतिगत और मानव अधिकार उपकरणों में कही गई है कि स्वास्थ्य तंत्रों के लिए सबसे जरूरी बात यह है कि वे खासकर जीर्ण रोगों पर ध्यान दें और प्रौढ़ लोगों को शारीरिक और मानसिक रूप से स्वस्थ बनाए रखने में मदद करें। इस संदर्भ में संयुक्त मैड्रिड अंतर्राष्ट्रीय कार्य योजना (2000) प्रमुख वैश्विक ढांचा है, जबकि अफ्रीकी संड कार्य योजना (2000) और अफ्रीका में उम्रदराज लोगों के अधिकारों पर प्रोटोकॉल (2014) स्थानीय स्तर के उपकरणों के उदाहरण हैं। लैटिन अमेरिका और एशिया के लिए भी इसी तरह के चार्टर मौजूद हैं। और, हाल के वर्षों में उम्रदराज व्यक्तियों के अधिकारों पर एक स्वतंत्र राष्ट्र संघ संधि की जरूरत और उसकी विषयवस्तु की पड़ताल करने के लिए संयुक्त राष्ट्र के नेतृत्व में गहन चर्चा और प्रक्रिया शुरू हुई है।⁶

इन नीतियों, मानव अधिकार के उपकरणों और रिपोर्टों की छानबीन से पता चलता है कि जिस तरह उम्रदराज लोगों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के एजेंडे से बाहर रखा गया था, उसी तरह उम्रदराज लोगों पर केंद्रित वर्तमान एजेंडे में भी उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के मुद्दों को हाशिए पर रख दिया गया है। किसी भी एजेंडे में उम्रदराज वयस्कों की इससे संबंधित जरूरतों की कोई व्यवस्थित चर्चा शामिल नहीं है। ऐसा लगता है कि उम्रदराज लोगों के अधिकारों पर राष्ट्र संघ संधि की संभावित

विषयवस्तु की चर्चा में भी इस मुद्दे को अनदेखा किया जा रहा है। वास्तव में, ढलती उम्र में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार नीति निर्माण प्रक्रिया में अनदेखा है।

इस चूक के कारणों का अंदाज़ उन व्यापक मान्यताओं में मिलता है, जो ढलती उम्र को “सेक्स में रुचि कम या खत्म हो जाने” से जोड़कर देखती हैं। इसके अलावा प्रौढ़ वयस्कों के यौन जीवन को लेकर कई वर्जनाओं में भी इसके कारण ढूँढे जा सकते हैं। इस अनदेखी की वजह, इस बारे में नीतिगत दिशानिर्देशों का पूरी तरह अभाव है कि उम्रदराज लोगों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं और जरूरतें क्या हैं, उनके समाधान के लिए क्या किया जाना चाहिए— खास तौर पर सेवा प्रदायगी में समानता और गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए और सरकारों को किस चीज़ के लिए जवाबदेह बनाया जाना चाहिए।

महत्वपूर्ण सवाल यह है कि क्या यह नीतिगत कमी रिसर्च के सबूतों के अभाव की वजह से है, या मौजूदा जानकारी के गलत इस्तेमाल की वजह से है। वर्तमान रिसर्च परिदृश्य और इस लेख में प्रस्तुत सामग्री के अध्ययन से यह साफ हो जाता है कि इसका कारण पहला वाला है। निसंदेह, अधिक उम्र में यौनिकता वैज्ञानिक जांच का तेज़ी से बढ़ता विषय है।⁷⁻¹¹ हाल की अनेक टीकाओं में, यौन अनुभवों को उम्रदराज लोगों के जीवन के एक सामान्य हिस्से के रूप में देखने और इसे बेहतर ढंग से समझने के ठोस प्रयास करने की जरूरत को रेखांकित किया गया है। इसके साथ ही, वृद्धावस्था विज्ञान (जीरोन्टोलॉजी), सेक्स एवं

* <http://www.thelancet.com/series/ageing>.

नैदानिक अध्ययनों के क्षेत्र में, मुख्यतः पश्चिमी अनुसंधानों में, उम्रदराज पुरुषों एवं महिलाओं के बीच यौन संबंधों एवं गतिविधियों से जुड़े पहलुओं की जांच शुरू हुई है। जो सबूत उभर कर सामने आए हैं, वे खास तौर पर निम्नलिखित बातों पर प्रकाश डालते हैं:

- उम्रदराज लोगों में यौन अनुभवों तथा यौन संबंधों का पैटर्न और आवृत्ति, और उससे जुड़ी संतुष्टि, ^{8,12-17}
- अधिक उम्र में यौन पहचान और यौन संबंधों के बारे में साझा दुविधाएं और दृष्टिकोण में स्पष्ट लिंग भेद, ¹⁸⁻²³
- स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ यौन से जुड़े मुद्दों पर उम्रदराज लोगों की चर्चा की प्रकृति, और उसके बारे में उनका दृष्टिकोण तथा उसे दिशा देने वाले प्रमुख कारक, ²⁴⁻²⁷
- उम्रदराज लोगों के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को ठीक रखने में संतोषदायक और असहज यौन अनुभव की भूमिका, ²⁸⁻³¹
- बुढ़ापे में यौन गतिविधियों तथा संतुष्टि पर निम्नलिखित का असर (i) पुराने रोग जैसे योनि क्षय, ³² मधुमेह, ^{16,33,34} हृदय रोग, ^{16,35} फेफड़े के रोग और कैंसर ³⁵ (ii) उम्र बढ़ने के साथ संज्ञान क्षमता और याददाश्त का कम होना (iii) दुर्बलता ^{36,37} (iv) उम्र से जुड़े कार्यिकीय बदलाव और मानसिक अस्वस्थता, ^{8,16,34} और (v) जननांग कैंसरों के उपचार के आम तरीकों ^{38,39} के कारण यौन गतिविधि और संतुष्टि पर नकारात्मक असर,
- अधिक उम्र की महिलाओं को यौन हिंसा और उत्पीड़न का खतरा। ^{40,41}

जन स्वास्थ्य से जुड़े अन्य अनुसंधानों में अधिक उम्र के वयस्कों, खास तौर पर अधिक उम्र की महिलाओं में एचआईवी और अन्य यौन संचारित संक्रमणों के खतरे, ^{7,42-47} से लेकर रजोनिवृत्ति के उपरांत हार्मोन से जुड़ी ऑस्टियोपोरोसिस (हड्डियों का कमजोर हो जाना) जैसी बीमारियों, ^{7,46} और जेनिटोयूरिनरी (मूत्र एवं जनन मार्ग संबंधी) रोग और स्त्रियों में होने वाले कैंसर ⁴⁸ पर प्रकाश डाला गया है।

मौजूदा शोध साहित्य में इस बात के प्रति जागरूकता झलकती है कि उम्रदराज वयस्कों के यौन एवं प्रजनन-उम्र उपरांत स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए स्वास्थ्य सेवाओं को और अधिक उपाय करने की ज़रूरत है।⁹ नैदानिक मूल्यांकन और प्रबंधन के साधन विकसित करने के मौजूदा प्रयासों⁹ के साथ-साथ अधिक उम्र के गे, लेस्बियन, वायसेक्शुअल और ट्रांसजेंडर (एलजीबीटी) लोगों की स्वास्थ्य ज़रूरतों पर विशेष अनुसंधान⁴⁹ तथा अधिक उम्र के लोगों में लिंग-उत्थान दोष के उपचार के उपाय⁵⁰ इसके उदाहरण हैं।

कुल मिलाकर, मौजूदा प्रमाण उम्रदराज लोगों में यौन एवं प्रजनन-उम्र उपरांत स्वास्थ्य के महत्व, और मुख्य सीमाओं को परिभाषित करने की दिशा में आगे बढ़े हैं (हालांकि आम तौर पर यूरोप और उत्तरी अमेरिका पर ही ध्यान केंद्रित किया गया है)।

मौजूदा जानकारी और चर्चाओं में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के सामान्य एजेंडे में अधिक उम्र के व्यक्तियों से जुड़े मुद्दों को शामिल नहीं किया गया है। लिहाजा इन बातों पर समझ की कमी है:

- दुनिया भर के सभी क्षेत्रों में उम्रदराज स्त्री-पुरुषों, दोनों की प्रमुख यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल जरूरतों की प्राथमिकता और उनकी प्रकृति,
- सेवाओं का लाभ उठाने में वे किन मुख्य व्यक्तिगत और ढांचागत बाधाओं का सामना करते हैं, और सबसे महत्वपूर्ण,
- मौजूदा यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य में उम्रदराज लोगों के बीच असमानता। इसमें उम्रदराज प्रवासी, बूढ़े, विकलांग, औरतें/आदमी तथा इंडेजेनस लोग इस स्वास्थ्य प्रणाली से बाहर छूट जाते हैं।

यह बात आंखें खोल देने के लिए काफी है कि वृद्धावस्था पर किए गए प्रमुख लॉन्गीट्यूडनल अध्ययनों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य मॉडयूलों का अभाव है। इन अध्ययनों में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा कई विकासशील देशों में वयस्कों की बढ़ती उम्र और स्वास्थ्य संबंधी अध्ययन,⁵¹ यूएस और यूरोप में स्वास्थ्य और सेवानिवृत्ति संबंधी सर्वेक्षण,⁵² यूरोप में स्वास्थ्य, वृद्धावस्था और सेवानिवृत्ति संबंधी सर्वेक्षण, और इंग्लैंड में वृद्धावस्था का लॉन्गीट्यूडनल अध्ययन^{53,54} शामिल हैं। इसी प्रकार से,⁴⁹ वर्ष से अधिक उम्र के वयस्कों को जनसंख्या आधारित प्रमुख सर्वेक्षणों, जैसे जनसांख्यिकीय एवं स्वास्थ्य सर्वेक्षणों या एड्स सूचक सर्वेक्षणों में आम तौर पर शामिल नहीं किया जाता है, जो कम और मध्यम आय वर्ग के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकार से जुड़े मुद्दों पर अधिकांश सबूत मुहैया कराते हैं।

कुल मिलाकर, हालिया स्थिति से यह साफ हो जाता है कि हेग सम्मेलन में उम्रदराज लोगों

के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के संबंध में समानता, गुणवत्ता और जवाबदेही बढ़ाने के कार्य को जोरदार रिसर्च प्रयास के साथ शुरू किया जाना चाहिए। इसके लिए मुख्य रूप से जरूरत इस बात की है कि सभी क्षेत्रों में गहन, जरूरतों के बहु-विधि आधारित आकलन और परिस्थिति एवं संदर्भ का विश्लेषण किया जाए। इसके अलावा, जहां अच्छी नीतियां और पद्धतियां मौजूद हों, उनकी पहचान करने और दर्ज करने की भी जरूरत है।

ऐसे रिसर्च के निष्कर्ष उम्रदराज लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों से जुड़ी समस्याओं के समाधान के लिए जरूरी कार्रवाइयों के लिए नीतिगत दिशानिर्देश तैयार करने के अलावा प्रगति पर नियमित नज़र रखने के लिए आवश्यक सूचकों की सटीक पहचान करने तथा डेटा प्रणाली स्थापित करने के लिए भी एक आधार प्रदान करेंगे।

याद रखने की बात यह है कि उम्रदराज लोगों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की इतने लंबे समय तक अनदेखी, व्यक्तिगत और सामूहिक भय, पूर्व-धारणाओं और संकीर्ण नज़रियों की वजह से हुई है। इनके बारे में अधिक स्पष्ट अभिव्यक्ति और चर्चा को बढ़ावा देना होगा, तभी इन मुद्दों को सामने लाया जा सकेगा।

संदर्भ

1. Aboderin I, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. Epub 2014 Nov 6. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0).
2. Bloom DE, Börsch-Supan A, McGee P, et al. Population ageing: macro challenges and policy responses. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, et al, editors. *Global Population Ageing: Peril*

- or Promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. p. 35–38.
3. World Health Organization. Good life adds health to years: Global brief for World Health Day 2012. Geneva:WHO; 2012.
 4. HelpAge International; United Nations Population Fund. Ageing in the 21st Century. A celebration and a challenge. London: HelpAge International; 2012.
 5. World Economic Forum. Global population ageing: peril or promise. Geneva: WEF; 2012.
 6. United Nations. Open-ended working group on ageing for the purpose of strengthening the protection of the human rights of older persons; 2014. <http://social.un.org/ageing-working-group/>.
 7. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bulletin of World Health Organization* 2013;91: 707–09. Doi: 10.2471/BLT.13.119230.
 8. Lochlainn MN, Kenny RA. Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013;14:565–72. Doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.022.
 9. Kazer MW. Sexuality in older adults: changing misconceptions. *Journal of Gerontological Nursing* 2013;39(11):2–3. Doi: 10.3928/00989134-20130916-04.
 10. Raglan G, Lawrence H 3rd, Schulkin J. Obstetrician/gynecologist care considerations: practice changes in disease management with an aging patient population. *Women's Health* 2014;10:155–60. Doi: 10.2217/whe.14.5.
 11. Inelmen EM, Sergi G, Girardi A, et al. The importance of sexual health in the elderly: breaking down barriers and taboos. *Aging Clinical and Experimental Research* 2012;24: 31–34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23160504>.
 12. Galinsky AM, McClintock MK, Waite LJ. Sexuality and physical contact in National Social Life, Health, and Aging Project Wave 2. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 2014;69 (Suppl.2):S83–98. Doi: 10.1093/geronb/gbu072.
 13. Robinson K, Davis S. Influence of cognitive decline on sexuality in individuals with dementia and their caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 2013;39: 30–36. Doi: 10.3928/00989134-20130916-05.
 14. Fehniger JE, Brown JS, Creasman JM, et al. Childbirth and female sexual function later in life. *Obstetrics and Gynecology* 2013;122:988–97. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3182a7f3fc.
 15. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *American Journal of Medicine* 2012;125: 37–43. Doi: 10.1016/j.amjmed.2011.07.036.
 16. Hyde Z, Flicker L, Hankey GJ, et al. Prevalence and predictors of sexual problems in men aged 75–95 years: a population-based study. *Journal of Sexual Medicine* 2012;9:442–53. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02565.x.
 17. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. Study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine* 2007;357:762–74.
 18. Montemurro B, Siefken JM. Cougars on the prowl? New perceptions of older women's sexuality. *Journal of Aging Studies* 2014;28:35–43. Doi: 10.1016/j.jaging.2013.11.004.
 19. Freeman EK, Coast E. Sex in older age in rural Malawi. *Ageing & Society* 2014;34:1118–41. Doi: 10.1017/S0144686X12001481.
 20. Ravanipour M, Gharibi T, Gharibi T. Elderly women's views about sexual desire during old age: a qualitative study. *Sexuality and Disability* 2013;31:179–88. Doi: 10.1007/s11195-013-9295-7.
 21. Nyanzi S. Ambivalence surrounding elderly widows' sexuality in urban Uganda. *Ageing International* 2011;36:378–400. Doi: 10.1007/s12126-011-9115-2.
 22. Okiria EM. Perspectives of sexuality and aging in the African culture: Eastern Uganda. *International Journal of Sociology and Anthropology* 2014;6(4):126–29. Doi: 10.5897/IJSA2013.0534.

23. Agunbiade OM, Ayotunde T. Ageing, sexuality and enhancement among Yoruba people in south western Nigeria. *Culture, Health and Sexuality* 2012;14:705–17. Doi: 10.1080/13691058.2012.677861.
24. Ports KA, Barnack-Tavlaris JL, Syme ML, et al. Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams. *Journal of Sexual Medicine* 2014;11:901–08. Doi: 10.1111/jsm.12448.
25. Adams SA. Marital quality and older men's and women's comfort discussing sexual issues with a doctor. *Journal of Sexual and Marital Therapy* 2014;40:123–38. Doi: 10.1080/0092623X.2012.691951.
26. Mellor RM, Greenfield SM, Dowswell G, et al. Health care professionals' views on discussing sexual wellbeing with patients who have had a stroke: a qualitative study. *PLoS ONE* 2013;8:e78802. Doi: 10.1371/journal.pone.0078802.
27. Hughes AK. Mid-to-late-life women and sexual health: communication with health care providers. *Family Medicine* 2013;45:252–56.
28. Holden CA, Collins VR, Handelsman DJ, et al. Healthy aging in a cross-sectional study of Australian men: what has sex got to do with it? *Aging Male* 2014;17: 25–29. Doi: 10.3109/13685538.2013.843167.
29. Hirayama R, Walker AJ. Who helps older adults with sexual problems? Confidants versus physicians. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 2011;66B:109–18. Doi: 10.1093/geronb/gbq021.
30. Hirayama R, Walker AJ. When a partner has a sexual problem: gendered implications for psychological well-being in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2011;66B: 804–13. Doi: 10.1093/geronb/gbr102.
31. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 2014;69:482–92. Doi: 10.1093/geronb/gbt165.
32. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, et al. The CLOSER (Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *Journal of Sexual Medicine* 2013;10:2232–41. Doi: 10.1111/jsm.12235.
33. Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology* 2012;120:331–40. Doi: 10.1097/AOG.0b013e31825ec5fa.
34. Syme ML, Klonoff EA, Macera CA, et al. Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: the role of partnered and individual physical and mental health factors. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 2013;68:323–32. Doi: 10.1093/geronb/gbs087.
35. Steinke EE. Sexuality and chronic illness. *Journal of Gerontological Nursing* 2013;39:18–27. Doi: 10.3928/00989134-20130916-01.
36. Lee DM, Tajar A, Ravindrarajah R, et al. European Male Aging Study Group. Frailty and sexual health in older European men. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences* 2013;68:837–44. Doi: 10.1093/gerona/gls217.
37. Griebling TL. Re: frailty and sexual health in older European men. *Journal of Urology* 2013;190:2208. Doi: 10.1016/j.juro.2013.09.002.
38. Sullivan JF, Stember DS, Devenci S, et al. Ejaculation profiles of men following radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Sexual Medicine* 2013;10: 1410–16. Doi: 10.1111/jsm.12101.
39. Erekson EA, Martin DK, Zhu K, et al. Sexual function in older women after oophorectomy. *Obstetrics and Gynecology* 2012;120:833–42.

40. World Health Organization. Gender-based violence. Geneva: WHO; 2013.
41. Stockl H, Watts C, Penhale B. Intimate partner violence against older women in Germany: prevalence and associated factors. *Journal of Interpersonal Violence* 2012;27:2545–64. Doi: 10.1177/0886260512436390.
42. Chepngeno-Langat G. Perception of vulnerability to HIV infection among older people in Nairobi, Kenya: a need for intervention. *Journal of Biosocial Sciences* 2013;45: 249–66. Doi: 10.1017/S0021932012000417.
43. Chepngeno-Langat G, Falkingham JC, Madise NJ, et al. Concern about HIV and AIDS among older people in the slums of Nairobi, Kenya. *Risk Analysis* 2012;32: 1512–1523. Doi: 10.1111/j.1539-6924.2011.01765.x.
44. Moore AR. Older people living with HIV/AIDS (OPLWHA) in Lomé, Togo: personal networks and disclosure of serostatus. *Ageing International* 2013;38:218–32. Doi: 10.1007/s12126-012-9158-z.
45. Sagwe D, Ng'ang'a Z, Kutima H. Neglect of elderly sexuality: a risk factor for HIV and other STI in Kenya and beyond – a review. *Journal of Agriculture, Science and Technology* 2013;14:127–41.
46. World Health Organization. Women, ageing and health: a framework for action - focus on gender. Geneva:WHO; 2007.
47. Johnson BK. Sexually transmitted infections [STIs] and older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2013;39:53–60. Doi: 10.3928/00989134-20130918-01.
48. Senanayake P. Women and reproductive health in a graying world. *International Journal of Gynaecological Obstetrics* 2000;70:59–67.
49. Jablonski RA, Vance DE, Beattie E. The invisible elderly: lesbian, gay, bisexual and transgender [LGBT] older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2013;39:46–52.
50. Albersen M, Orabi H, Lue TF. Evaluation and treatment of erectile dysfunction in the aging male: a mini-review. *Gerontology* 2012;58:3–14. Doi: 10.3928/00989134-20130916-02.
51. World Health Organization Study on Adult Health and Ageing. Geneva: WHO; 2014. http://www.who.int/healthinfo/sage/articles_sage_hiv/en/.
52. Health and Retirement Survey. University of Michigan: Institute for Social Research; 2014. <http://hrsonline.isr.umich.edu/>.
53. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Munich Center for the Economics of Ageing: Max Planck Institute for Social Law and Social Policy; 2013. <http://www.share-project.org/>.
54. English Longitudinal Study of Ageing. University College London: NatCen Social Research; Catalogue No. 5050, ELSA: Waves 0–6, 1998–2013.



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

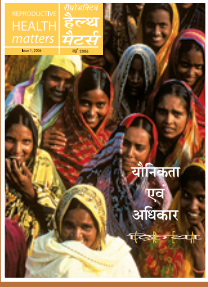
7 मथुरा रोड, जंगपुरा बी

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 हेल्थ मैटर्स
अंक 1, 2006
यौनिकता एवं अधिकार



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 4, 2009
एचआईवी/एड्स और मानवाधिकार: एक विमर्श



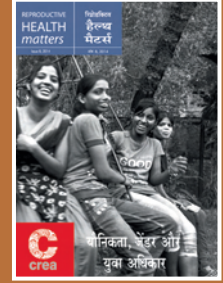
रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 7, 2013
यौनिकता और प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार :
एक राजनैतिक मुद्दा



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 2, 2007
युवाओं के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 5, 2011
अपराधीकरण



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 8, 2014
यौनिकता, जेंडर और युवा अधिकार



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 3, 2008
मातृ मृत्यु एवं रुग्णता



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 6, 2012
गर्भ समापन और अधिकार



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
वेबसाईट: www.creaworld.org

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

444, हाईगेट स्टूडियोज
53-79, हाईगेट रोड,
लंदन एम डब्ल्यू 5,
1 टी एल, यू. के.
दूरभाष: 44-20-7267-6567
फैक्स: 44-20-7267 2551