

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

Issue 8, 2014

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

अंक 8, 2014



crea

यौनिकता, जेंडर और
युवा अधिकार

Sexuality, Gender and Young People's Rights RHM in Hindi

Issue # 8, 2014
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.

Coordinated by:

Shalini Singh
Meenu Pandey
Chaitali Bhatia

Advisor for selection of articles:

Sanjana Gaiind, CREA, Delhi
Ishita Chaudhary, The YP Foundation, Delhi

Translation and review by:

Sushil Joshi
Sonal Sharma
Sominder Kumar
Nidhi Agarwal

Cover photo:

Photo by: Charlotte Anderson

Cover photo features girls from the Kishori Manch (collective of adolescent girls) formed and facilitated by CREA's partner organisation, *Virangana Mahila Manch*, Jhansi, Uttar Pradesh, India as part of the *It's My Body: Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights using Sports*.

Design and typesetting:

Brijbasi Art Press Limited

With support from:

Reproductive Health Matters, UK, and other donors to CREA

To get free copies of RHM Hindi issues, contact:

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

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

Papers in this issue are from:

Reproductive Health Matters (RHM)
Volume 21, Issue 41, 2013

©Reproductive Health Matters 2014

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

RHM is indexed in:

Medline
PubMed
Current Contents
Popline
EMBASE
Social Sciences Citation Index

For submission of papers:

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

For any other queries:

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

Guidelines available at:

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

RHM editorial office:

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

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

रिप्रोडक्टिव
हैल्थ
मैटर्स

Issue 8, 2014

अंक 8, 2014

यौनिकता, जेन्डर और युवा अधिकार



Table of Contents

Foreword

Editorial

- 7 Marge Berer Young people, sex and relationships: miles to go and promises to keep

Articles

16. Shobha P Shah, Rajesh Nair, Pankaj P Shah, Dhiren K Modi, et al. Improving quality of life with new menstrual hygiene practices among adolescent tribal girls in rural Gujarat, India
- 31 Chantal Umuhoza, Barbara Oosters, Miranda van Reeuwijk, Ine Vanwesenbeek Advocating for safe abortion in Rwanda: how young people and the personal stories of young women in prison brought about change
- 44 Papreen Nahar Miranda van Reeuwijk, Ria Reis Contextualising sexual harassment of adolescent girls in Bangladesh:
- 60 Mikaela Hildebrand Claudia Ahumada, Sharon Watson CrowdOutAIDS: crowdsourcing youth perspectives for action:
- 79 Jennifer McCleary-Sills, Zayid Douglas, Annagrace Rwehumbiza, Aziza Hamisi, et al. Gendered norms, sexual exploitation and adolescent pregnancy in rural Tanzania:
- 93 Gitau Mburu, Ian Hodgson, Anja Teltschik, Mala Ram, et al. Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia:
- 108 Denise Quaresma da Silva, Oscar Ulloa Guerra, Christiane Sperling Sex education in the eyes of primary school teachers in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brazil:
- 125 Kathreen Romero, Rebecca Reingold Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA:
- 141 Marge Berer Special paper: Termination of pregnancy as emergency obstetric care: the interpretation of Catholic health policy and the consequences for pregnant women: An analysis on the death of Savita Halappanavar in Ireland and similar cases:

विषय-सूची

प्रस्तावना

संपादकीय

- 7 मार्ज बेरर युवा, सेक्स और सम्बन्ध: दूरियां जो तय करनी हैं और वादे जो निभाने हैं

निबंध

- 16 शोभा पी शाह, राजेश नायर, पंकज पी शाह, धीरेन के मोदी, श्रेय ए देसाई, लता देसाई ग्रामीण गुजरात की आदिवासी किशोरियों में माहवारी के दौरान नई स्वच्छता आदतों द्वारा उनके जीवन की गुणवत्ता बढ़ाना
- 31 शांताल उमुहोजा, बारबरा ऊस्टर्स, मिरांडा वान रीउवीज्क, आइन वान्वेसेन्बीक रवांडा में सुरक्षित गर्भ समापन की पैरवी: किस प्रकार युवा एवं जेल में बंद युवतियों के व्यक्तिगत अनुभवों से बदलाव आया
- 44 पपरीन नाहर, मिरान्डा वैन रियुविक, रिया रीस बंगलादेश में किशोर उम्र की लड़कियों के यौन उत्पीड़न के संदर्भ को समझना
- 60 माइकेला हिल्डरब्रांड, क्लॉडिया अहूमाडा, शेरॉन वाटसन क्राउडआउटएड्स : कार्रवाई के लिए युवा दृष्टिकोण को जनसमाधान प्रदान करना (क्राइसोर्सिंग)
- 79 जेनिफर मॅक्लीयरी-सिल्स, जइद डगलस, अन्नाग्रेस रवेहुम्बिजा, अजीजा हमीसी, रिचर्ड मबाला तंज़ानिया के ग्रामीण इलाकों में जेंडर आधारित मानदंड, यौन शोषण और किशोरावस्था में गर्भधारण
- 93 गिताउ एमबुरु, इयॉन हॉजसन, अंजा टेलशिक, माला राम, चूल्वे हामुजोम्पा, दिव्या बाजपेयी, बीट्रिस मुताली एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों के लिए अधिकार आधारित सेवाएं : जाम्बिया में किशोरों की आत्म-प्रभाविता और स्वास्थ्य प्रणालियों पर इसका प्रभाव
- 108 डेनिस क्वारेस्मा डा सिल्वा, औस्कर उलाओ गुएरा, क्रिस्टीना स्परलिंग ब्राजील के नोवो हैमबर्गों में प्राथमिक स्कूलों के अध्यापकों की नज़रों में यौन शिक्षा
- 125 कैथरीन रोमेरो, रेबेका रेनगोल्ड कोलम्बिया और अमरीका में ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य सेवाओं को पाने के लिए किशोर युवाओं की सहमति देने की क्षमता बढ़ाना
- 141 खास लेख: मार्ज बेरर आपात प्रसूति सेवा के रूप में गर्भसमापन: कैथोलिक स्वास्थ्य नीति की व्याख्या और गर्भवती महिलाओं के लिए परिणाम: आयरलैंड में सविता हलाप्पनावर की मृत्यु और अन्य मिलते-जुलते मामलों का एक विश्लेषण

प्रस्तावना

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

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

"कुछ वयस्क मानते हैं कि इन सबकी जानकारी के लिए हम बहुत छोटे हैं लेकिन उन्हें इस बात का भी पता होना चाहिए कि मरने के लिए भी हम बहुत छोटे हैं।" (युवा पैरवीकार, उम्र 19 साल)

यह वाक्य इसी अंक के एक लेख से लिया गया है। इस युवा के यह शब्द कहीं प्रभावशाली हैं। जो दुनिया कहती है कि "ऐसी" जानकारी युवा लोगों को नहीं देनी चाहिए, यह दुनिया के लिए एक तरीके का जवाब है। इस बात को अनदेखा नहीं किया जा सकता कि यौनिकता सबकी ज़िंदगी का हिस्सा है, युवाओं की भी। पसंद, सहमति, रिश्ते, प्यार, शादी, आकर्षण - यह युवाओं की ज़िंदगी में महत्व रखते हैं। उसी तरह हिंसा, युवा गर्भधारण, जबरदस्ती और जल्दी शादी, यौन सक्रामित बीमारियाँ भी युवाओं की ज़िंदगी का हिस्सा हैं। ऐसी स्थिति में, बिना सेक्स और यौनिकता की जानकारी के दुनिया युवाओं को अपनी देखरेख करने के लिए किस प्रकार के साधन प्रदान कर रही है? अगर साधन नहीं हैं तो क्या युवा खतरों का सामना कर पा रहे हैं? युवाओं के समर्थक कौन हैं?

इन सवालों पर काफी काम हो रहा है - युवा लड़कियों और लड़कों के साथ काम, यौनिकता शिक्षा पर काम, सरकारों के साथ शिक्षा और स्वास्थ्य प्रणालियों के सुधार पर काम। एक सवाल जो काफी पूछा जाने लगा है और ज्यादातर युवा यह सवाल उठा रहे हैं - युवा अधिकार में युवा हिस्सेदारी कहाँ है? यह युवा पैरवीकारों ने ही सामने लाया है कि युवाओं के लिए निर्णय, युवाओं के बिना नहीं लिए जाने चाहिए। किस हद तक युवा राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय नीति के निर्णयों में शामिल हो पाते हैं, यह एक गंभीर विषय है, जिसको नज़रअंदाज़ करने का मतलब है कि यह नीतियाँ युवाओं की पूरी ज़रूरतों के हिसाब से नहीं बन रही हैं।

आरएचएम के इस अंक में हम कुछ ऐसे लेख प्रस्तुत कर रहे हैं जो जेन्डर और यौनिकता पर युवाओं के विचारों को सामने लाते हैं। इन में से कई लेख ऐसी रिसर्च और अध्ययनों से लिखे गए हैं, जिनमें युवा मत को समझने के लिए युवा रिसर्चरों को अध्ययन का भाग बनाया गया। यहाँ ऐसे लेख भी हैं जो युवा संगठन के प्रभाव को दर्शाते हैं। रवांडा में युवा संगठन के काम से गर्भ समापन के कानून में बेहतरी का बदलाव लाया गया। यहाँ ऐसे लेख हैं जिनमें एचआईवी पॉज़िटिव युवा अपनी ज़रूरतों को जाहिर करते हैं। यहाँ ऐसे लेख भी हैं जो यौन उत्पीड़न, जिसे दक्षिण एशिया में 'छेड़-छाड़' कहा जाता है, के मुद्दे के बारे में युवा लड़कियों और लड़कों दोनों के विचार दर्शाते हैं।

हमें इन आवाज़ों को सुनने की सख्त ज़रूरत है। अगर हम इन्हें नहीं सुनें तो हमारा काम अधूरा है।

आरएचएम के इस अंक में 10 लेख हैं और एक खास लेख जो इस अंक में शामिल किया गया है, वह आयरलैंड में रहने वाली सविता हलाप्यनावर की मौत से जुड़े मुद्दे के बारे में है। कैथोलिक जननी स्वास्थ्य सेवाओं में गर्भ समापन के बारे में विचार और नीति के कारण अक्टूबर 2012 में सविता की मौत हुई। यह लेख ऐसी नीति की समीक्षा करता है और देखता है कि गर्भवती महिलाओं और जननी स्वास्थ्य सुविधाओं पर इसके किस प्रकार के परिणाम सामने आए हैं। आरएचएम के इस अंक में लेखों में केस स्टडीज़ शामिल हैं, पैरवी प्रोग्राम और रिसर्च शामिल है और इन पर विचार विमर्श भी।

आरएचएम के इस अंक में हमारी कोशिश है कि हम सभी और जानकारी प्राप्त कर सकें कि युवा अधिकारों पर दुनिया भर में किस प्रकार का काम हो रहा है, युवा की स्थिति में किस प्रकार का बदलाव आ रहा है और इस कार्य में युवा हिस्सेदारी को किस प्रकार बनाया और बढ़ाया जा सकता है।

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

संपादकीय

युवा, सेक्स और सम्बन्ध: दूरियां जो तय करनी हैं और वादे जो निभाने हैं*

Marge Berer

मार्ज बेरर*

जर्नल के इस अंक में छपे लेखों के मूल सन्देश यह है कि : 1) युवाओं और किशोरों को यौन स्वास्थ्य से जुड़ी सूचना, स्वास्थ्य सुविधाओं और नीतियों की इच्छा, और जरूरत दोनों हैं। यह सूचना यौन संबंधों, यौनिकता, यौनिक पहचान के प्रति सेक्स-पॉजिटिव नज़रिए के साथ दी जानी चाहिए। 2) इस प्रकार की सूचना या सुविधाएं देने वाले लोगों को विशेष प्रशिक्षण मिले। 3) इससे सम्बंधित योजनाओं, गतिविधियों और कार्यक्रमों में युवा और किशोर नेतृत्व और उनकी भागीदारी बहुत जरूरी है। युवा और किशोर एचआईवी, एसटीआई, गर्भावस्था, गर्भ-समापन, गर्भ निरोधन, यौनिक और जेंडर पहचान, रिश्तों में बातचीत, मासिक-धर्म, यौनिक हिंसा और ज़ोर-ज़बरदस्ती, कलंक, डरना-धमकाना, भेदभाव के बारे में जानना चाहते हैं। पर सबसे ज़्यादा वे शरीर और सेक्स के बारे में जानना चाहते हैं। याद हैं इस उम्र के उमड़ते हुए हार्मोन? इससे पहले कि वे वास्तव में सेक्स करें, वे इसके बारे में परिवार, दोस्तों और हमउम्रों से बात करना चाहते हैं।

जर्नल के लेख कुछ हद तक हतोत्साहित कर सकते हैं। इन पर काम करते हुए मुझे लगा कि किस हद तक लड़कियों और युवा महिलाओं

को यौन शोषण, हिंसा और दुर्व्यवहार का सामना करना पड़ता है और किस प्रकार उन्हें यौन सम्बन्ध बनाने का दबाव झेलना पड़ता है, चाहे वे सम्बन्ध बनाना चाहे या नहीं। इससे जुड़े एक और लेख का संपादन करना पड़ जाए तो मुझे नहीं पता कि मैं क्या करूंगी। इस बात पर यकीन करना असंभव था कि उन पर यौन सम्बन्ध बनाने के लिए पिता, रिश्तेदारों (जिसमें कई बार महिलाएं भी थी), शिक्षक, काम करने की जगह पर उनके मालिक, मालिकों के बेटे, पडोसी और गली-मोहल्ले के लड़कों की ओर से दबाव बना रहता था। माता-पिता की इस सब पर चुप्पी और मिलीभगत सबसे ज़्यादा विचलित करने वाली थी। पर इसमें हैरानी की क्या बात थी? उदाहरण के लिए, बांग्लादेश में लड़कियों के साथ छेड़-छाड़ पर इस अंक में छपा लेख सिर्फ बांग्लादेश के पित्रसत्तात्मक माहौल के बारे में नहीं है। यह यहाँ लन्दन में भी हो रहा है। भारत और दक्षिण अफ्रीका में कम उम्र की लड़कियों पर होने वाले बलात्कार और लड़के और लड़कियों के साथ गैंगों और पुजारियों द्वारा यौन उत्पीड़न, जो ख़बरों में रहे हैं - यह सब विश्वव्यापी मुद्दे हैं।

हम हर नज़रिए से सही प्रतीत होने वाले शब्दों में डूबते से जा रहे हैं, जो इस बारे में होते

* यह सम्पादकीय रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स (अंग्रेज़ी) 2013 के अंक से लिया गया है। इस सम्पादकीय में कुछ अंश ऐसे हैं, जो अंग्रेज़ी अंक में तो शामिल हैं, लेकिन इस हिंदी संस्करण में नहीं।

हैं कि किस प्रकार युवा और किशोर महत्वपूर्ण हैं - कार्यक्रमों, राष्ट्रीय योजना सम्बन्धी दस्तावेजों, मानवाधिकार सम्बन्धी अधिवेशनों, सम्मलेन संकल्पों, उच्च-स्तरीय टास्कफोर्स सुझावों, रिसर्च रिपोर्टों, पुलिस जाँच में पाए जाने वाले तथ्यों, और ऑटोप्सी में।

इन शब्दों में जो झलकता है, वो है ऐसे वायदे जो निभाए नहीं गए। न निभाए गए वायदे ऐसे वयस्कों से आते हैं जो युवाओं, खासकर गैर-विषमलैंगिक युवाओं, के खिलाफ समाज में रचे-बसे दमन को चुनौती देने से डरते हैं और जो युवाओं को सुरक्षित और नियंत्रित, दोनों करना चाहते हैं, युवाओं को सेक्स की सूचना नहीं देना चाहते क्योंकि युवा हमेशा समझदारी से काम नहीं लेते। जैसे कि इस सन्दर्भ में सभी वयस्क समझदारी से काम लेते हों। जैसे की युवाओं को ऐसी सूचना देने से वे और ज्यादा गैर-जिम्मेदाराना तरीके से पेश आएंगे, जबकि इस बात का प्रमाण मौजूद है कि होता हमेशा इसके विपरीत है।

मुझे किशोरों से खास लगाव है - उनकी उर्जा, उल्लासिता, ठहाके मारकर हँसना, चुलबुलापन, जिद्दी व्यवहार, पर इसके साथ-साथ उनकी शर्म, अटपटापन, चिंता, अपने आप पर संदेह करने की प्रवृत्ति, मांगे, नाराजगी, और अन्याय की स्थिति में या कोई चीज मना किये जाने पर हंगामा खड़ा कर देने की आदत। देर रात में, युवा लोग बड़ी संख्या में सब जगह मौजूद हो जाते हैं, गलियों में, सार्वजनिक परिवहन में, चिल्लाते हुए, एक-दूसरे को धकेलते हुए, जोर-जोर से हँसते हुए। और अगर आपको ऐसा लगता है कि मैं सिर्फ लन्दन के बारे में बात कर रही हूँ, दोस्तों, तब आपको

अपने आस-पास इलाके में आधी रात के बाद थोड़ी नज़र घुमाकर देखने की ज़रूरत है, क्योंकि ये सब वहाँ भी हो रहा है। युवा हमेशा और हर जगह कुछ न कुछ कर रहे हैं, इन पन्नों में भी।

आगे जो आपका इंतज़ार कर रहा है वो कुछ इस प्रकार है। सबसे पहले, आरएचएम के लिए कुछ नया - दो लेख विजुअल और सोशल मीडिया के माध्यम से युवाओं को प्रभावित करने वाले सेक्स और रिश्तों से जुड़े मुद्दे पर, उन्हीं के नज़रिए से उनमें जागरूकता बढ़ाने के बारे में है। उनमें से एक दक्षिण अफ्रीका से है जिसमें विडियो, डीवीडी और एक मोबाइल क्लिप का इस्तेमाल हुआ है, जो पोपुलर कल्चर को सामाजिक बदलाव के लिए इस्तेमाल करने के बारे में है। और एक अन्य लेख एकुआडोर की दो विडियो के बारे में है, जिसमें से एक विडियो में युवा सेक्स के बारे में बात कर रहे हैं और दूसरी, जिसमें तीन पीढ़ियाँ इस बारे में बात कर रही हैं कि क्या बदला है। इन वीडियो के लिंक लेखों के साथ इस अंक में मौजूद है ताकि आप पढ़ने के साथ-साथ ये वीडियो देख सकें।

ऐसी असंख्य विडियो हैं और वे अनगिनत नए-नए तरीकों से इस्तेमाल की जा सकती हैं। उदाहरण के लिए एक दिन इन्टरनेट पर यूँही तलाशते हुए मुझे यूट्यूब पर एक छोटी विडियो मिला जिसका नाम था जमैका एंटी-रेप कैंपेन। इस विडियो का मकसद हर युवा पुरुष को जागरूक करके उन्हें 'मैन-अप' करने और हिंसा खत्म करने के लिए बढ़ावा देना है। इस विडियो को एक बार देखिये और सोशल मीडिया पर दूसरों से बाँटिये। यह विडियो दो मिनट से कुछ अधिक

समय की है और क्योंकि यह 2012 में बनी थी इसे 39,400 से ज्यादा हिट्स मिल चुके हैं।

एक दूसरी विडियो, यू डॉट ओन मी, प्रोचोइस डबलिन द्वारा 2013 में गर्भ-समापन के अधिकारों की लड़ाई की लहर के दौरान बनाई गई थी। इस विडियो में पोशाक, गाने, संगीत, और नाटक का प्रयोग हुआ है, जो इसे बेहद बढ़िया बनाते हैं। इसका छू जाने वाला सन्देश है: “अगर हमारी सही चुनाव करने की क्षमता पर यकीन नहीं किया जा सकता, तो बच्चों के जन्म और पालन के सन्दर्भ में हम पर कैसे भरोसा जताया जा सकता है?” पर बात सिर्फ गर्भ समापन की नहीं, बल्कि लड़कियों के उनके अपने शरीर पर अधिकार की भी है।

युवा लोगों द्वारा सामना किये जाने वाले कई खतरों के जवाब में उनकी (राजनैतिक) सक्रियता, कई लेखों का दिल को छू जाने वाला विषय है, खासकर एक लेख जो रवांडा यूथ एक्शन मूवमेंट के सुरक्षित गर्भ समापन से जुड़े काम पर आधारित है। समूह ने रवांडा में असुरक्षित गर्भ समापन किस हद तक व्याप्त हैं, इस पर आंकड़े जुटाए हैं और गर्भ समापन करवाने के लिए जेल में कैद महिलाओं की गवाहियाँ इकट्ठी की। समूह ने इस मुद्दे पर बहस, मूल्य विश्लेषण सम्बन्धी चर्चाएं, साक्षात्कार, और चार विश्वद्यालयों में सर्वेक्षण करवाए, कानूनी सुधारों के लिए याचिका दायर की, जानकारी फैलाने के लिए सामग्री तैयार की, मीडिया के साथ काम किया, सरकारी मंत्रालयों के प्रतिनिधियों, राष्ट्रीय महिला और युवा परिषद्, और संसद सदस्यों से मुलाकातें की। इस सब ने कानून में सुधार लाने की वकालत करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई, खासकर जब कानून जून 2012

में पुनरवलोकन के लिए आया और इस प्रक्रिया के जरिये एक ऐसा मुद्दा जिसकी बात करना भी नामुमकिन था, आम जनता का मुद्दा बन गया।

अमेरिका के जॉन्स होपकिंस ब्लूमबर्ग स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ के छात्रों की एक संक्षिप्त रिपोर्ट भी इस अंक में शामिल है जो फरवरी 2013 में वन बिलियन राइजिंग के उपलक्ष्य में उनके द्वारा आयोजित गतिविधियों के बारे में है। उन्होंने इव एन्स्लेर के नाटक, वजाइना मोनोलोग, से प्रेरित दुनिया भर के करोड़ों लोगों के साथ मिलकर महिलाओं और लड़कियों के खिलाफ होने वाली हिंसा को रोकने की मांग की। होपकिंस स्टाफ और छात्रों ने लेक्चर, सामूहिक चर्चा, चित्र-निबंध, सूचना सामग्री और एक डांस का आयोजन किया।

यूएनएड्स लेखकों के लेख में एड्स के खिलाफ लड़ाई में युवाओं की भागीदारी और नेतृत्व में आने वाली समस्याओं और उनके समाधानों को तलाशने के लिए अलग-अलग लोगों की सहायता से ढूँढने (क्राउड सोर्सिंग) का जिक्र मिलता है। इस प्रक्रिया में समस्याओं को एक खुले निमंत्रण के रूप में, कुछ अनजान लोगों के साथ बांटा जाता है और फिर मिलकर समाधान निकाला जाता है। ये समाधानकर्ता- जिन्हें क्राउड भी कहा जाता है- अपनी ओर से समाधान जमा करवाते हैं। यूएनएड्स की इस साल की युवा नीति इसी प्रक्रिया के जरिये बनाई गई है।

यह लेख नए विचारों के सृजन के लिए बेहद अच्छा है। उदाहरण के लिए, लेख एक जगह कहता है, “सोशल मीडिया के आ जाने से एक सन्देश के स्रोत और इसके दर्शकों के बीच

का सम्बन्ध बदल गया है। इस नए सम्बन्ध में दर्शक मीडिया के संदेशों को केवल ग्रहण नहीं करते हैं बल्कि उनके साथ सक्रियता से जुड़ते हैं और उनका सृजन भी करते हैं। यह बदलाव ऑनलाइन संवाद के एक-से-कई लोगों-तक से कई लोगों-से-कई लोगों तक के बदलाव को चिन्हित करता है, जिसकी वजह से निश्चित रूप से इस बात पर प्रभाव पड़ता है कि युवा लोग सेक्स और यौनिकता के बारे में कैसे सूचना प्राप्त करते हैं और साथ-साथ वहां किस तरह की सूचना उपलब्ध है।

ऑस्ट्रेलिया से एक लेख में जिक्र है क्या किशोरों ने महसूस किया कि फेसबुक और अन्य सोशल मीडिया यौन स्वास्थ्य से जुड़े संदेशों के आदान-प्रदान के लिए ठीक थे। जिसका एक शब्द में उत्तर था नहीं, वास्तव में नहीं, क्योंकि “सोशल नेटवर्क साइट्स पर सबकी भागीदारी का चलन, यौन स्वास्थ्य से जुड़ी शर्म, खासकर सेक्स के माध्यम से होने वाले संक्रमण (एसटीआई), युवाओं की अपने आपको बड़े सोच-समझकर प्रस्तुत करने की प्रवृत्ति, गोपनीयता से जुड़ी चिंता, मज़ाक बनने का डर (डराया-धमकाया जाना और हंसी का पात्र बनने की चिंता) बना रहता है। ऑस्ट्रेलिया से एक बुकशेल्फ प्रकाशन इन्टरनेट के इस्तेमाल के बारे में मज़बूत विचारों के साथ चर्चा करता है कि किस प्रकार इस तरह के सन्देश फैलाये जाने चाहिए।

युवा और किशोर पीयर रिसर्चरों ने यहाँ उल्लेखित कई केस स्टडीस को संचालित करने, और उनका विश्लेषण करने में भाग लिया और युवाओं ने कई लेखों में सह-लेखकों के रूप में

योगदान दिया। एक अन्य लेख का विषय यूथ पीयर प्रोवाइडर था, जो निकारागुआ और इक्वेडोर पर था। ये एक प्रोग्राम था जो लैटिन अमेरिका के कई देशों में 1990 के दशक में शुरू हुआ। इस मॉडल में साथी-शिक्षा (पीयर एजुकेशन) से काफी आगे निकलकर, 20 वर्ष की उम्र के अन्दर के यूथ पीयर प्रोवाइडर को अपने हमउम्र साथियों को कंडोम्स, खाने वाली गर्भनिरोधक गोलियां, आपातकालीन गर्भ-निरोधक, टीके के रूप में दिए जाने वाले गर्भ-निरोधक, और यौन व प्रजनन सम्बन्धी जानकारी देने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है।

ग्वाटेमाला से लेख में एक बिलकुल अलग किस्म के हम-उम्र नेतृत्व वाले प्रोग्राम का वर्णन मिलता है। इस कार्यक्रम में अपनी किशोरावस्था में माया लड़कियों के लिए 15-24 की उम्र की युवा लड़कियों द्वारा अपने ही समुदाय में एक क्लब चलाया जाता है। इसका उद्देश्य लड़कियों के व्यक्तिगत और सामाजिक संसाधनों को बढ़ाना है, जिसमें हम-उम्र साथियों से मिलने के लिए एक सुरक्षित जगह, आवश्यकता के समय सहायता के लिए दोस्तों का समूह, सकारात्मक महिला आदर्शों के साथ मेल-जोल, और ऐसी जानकारी और कौशल प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाना शामिल है, जो एक अच्छी जिन्दगी बनाने और नेतृत्व के लिए आधार तैयार करने के लिए ज़रूरी हैं और जो लड़कियों को स्कूल या घर पर नहीं मिल पाते हैं।

युवाओं को यौन स्वास्थ्य से जुड़ी सूचना की ज़रूरत और चाह दोनों हैं। बांग्लादेश के एक लेख से पता चलता है कि युवा लोग किस हद तक अलग-अलग स्रोतों से यौन संबंधों और यौन

स्वास्थ्य से जुड़ी सूचना प्राप्त करना चाहते हैं। और वे सूचना प्राप्त कर भी लेते हैं, हालाँकि इस प्रकार प्राप्त की गई सूचना भ्रान्तियों से भरी हो सकती हैं। लेख किशोरों में यौन से जुड़ी भावनाओं और यौन सम्बन्धी इच्छाएं, यौन-सुख, यौन-शक्ति, हस्त-मैथुन, कौमार्य, प्रेम सम्बन्ध और परिवार द्वारा आयोजित विवाह सम्बन्ध से जुड़ी चिंताओं का विवरण देता है। और किस प्रकार यौन संबंधों से जुड़े सामाजिक रीति-रिवाज और उनका बात ना किये जाने लायक विषयों के रूप में देखा जाना, इन मुद्दों को प्रभावित करता है। लड़के और लड़कियों के यौन संबंधों के प्रति जिज्ञासु होने का कारण जानने की चाह और ज़रूरत तो थी ही, पर उसके साथ-साथ ऐसी जिज्ञासा का कारण ये भी था कि यौन संबंधों के बारे में पढ़ना और बात करना मज्जे से भरा था। युवा लोग वयस्कों के यौनिकता से जुड़ी मान्यताओं और संदेशों को निष्क्रियता से प्राप्त करने वाले नहीं थे।

इस अंक में यौनिकता शिक्षा पर तीन लेख हैं। उनमें से एक अमेरिका से है जो लॉस अन्जेलेस के एक कठिन और जातीय रूप से विविध इलाके में कई वर्षों के दौरान एक उन्नत कार्यक्रम विकसित करने की प्रक्रिया के बारे में है। एक ब्राज़ील से है जो उन्नत संवाद विश्लेषण के ज़रिये गहराई से यह समझने की कोशिश करता है कि स्कूल टीचरों ने यौनिकता शिक्षा के बारे में वास्तव में क्या सोचा। मैं यह लेख उन सभी लोगों को पढ़ने का सुझाव दूंगी जो यौनिकता से जुड़ी शिक्षा प्रदान करते हैं। तीसरा लेख पाठ्यक्रम विकसित करने वाले और शिक्षकों के लिए उनके यौनिकता और एचआईवी शिक्षा पाठ्यक्रम में जेंडर और

मानवाधिकार दृष्टिकोण व आलोचनात्मक विचार प्रक्रिया विकसित करने के लिए, पढ़ाने के तरीकों से जुड़े कुछ व्यावहारिक तकनीकों के इस्तेमाल के बारे में हैं। इसका नाम 'इट्स आल वन' है। युवाओं के साथ काम करने वाली दो एनजीओ बताती हैं कि किस प्रकार उन्होंने इन तकनीकों का इस्तेमाल दो स्कूल आधारित कार्यक्रमों (चीन, नाइजीरिया), दो अत्यंत संवेदनशील युवाओं के समूह के साथ (ग्वाटेमाला, हैती) और एक से अधिक वैवाहिक/यौन सम्बन्ध में रहने वाले एक धार्मिक समुदाय के युवाओं के साथ किया।

और फिर बेचैन कर देने वाला लड़कियों का किशोरावस्था में गर्भवती हो जाने का मुद्दा, जो विश्वभर में एक सच्चाई बनता जा रहा है और जो आज भी समाज में समझने, सहायता और सहयोग की बजाय एक आलोचनात्मक दृष्टि से देखा जाता है, वैकल्पिक तरीके से जीवन जीने का अवसर तो बहुत दूर की बात है। अफ्रीका से एक लेख, किशोरावस्था में गर्भवती होने वाली लड़कियों को कैसे गर्भ के दौरान और बच्चे को जन्म देने के बाद किस प्रकार स्कूल में कठिनाई का सामना करना पड़ता है, के बारे में चर्चा करता है। यह सब सरकारी नीति, जिसके मुताबिक स्कूलों को लड़कियों को दोनों (गर्भावस्था और शिक्षा) में सहयोग देना है, के बावजूद होता है।

इस लेख ने भाषा के बारे में कुछ सवाल उठाये। खासकर युवा महिलाएं बनाम किशोरियां। इस सन्दर्भ में मेरी चर्चा इस अंक के कई लेखकों से हुई। उनमें से किसी को भी किशोर लड़कियां/किशोरियां इस्तेमाल करना ज्यादा पसंद नहीं आया, यहाँ तक की 12-15 उम्र की लड़कियों के लिए

भी नहीं। क्योंकि इनमें से कई “लड़कियों” के यौन सम्बन्ध थे, कुछ गर्भवती रह चुकी थी और या तो गर्भ-समापन करा चुकी थी या बच्चों को जन्म दे चुकी थी। पर “किशोर महिला” भी उपयुक्त शब्द नहीं था। जैसे कि एक लेख में बिलकुल सही जिक्र किया गया था, “किशोरवस्था के व्यक्तियों को छोटे वयस्कों या बड़े बच्चों के रूप में देखे जाना उनके बारे में एक गलत समझ है”। वे दोनों में से कोई भी नहीं हैं और उन्हें अपने आप में एक समूह के रूप में देखे जाने की ज़रूरत है, जो एक छोटे अन्तराल में बचपन से दूर और वयस्कता की ओर विकसित होते हैं।

कई बार किशोरों को जितनी सुरक्षा और मदद मिलती है, उन्हें उससे कहीं ज्यादा की ज़रूरत होती है। एक लेख केरेला, भारत में कम उम्र की किशोरावस्था में गर्भवती लड़कियों की चर्चा करता है, जिनके पास इस सन्दर्भ में कोई जानकारी नहीं थी। इन लड़कियों में मदद की कमी और आलोचना के डर की वजह से दूसरी तिमाही तक गर्भसमापन ना हो पाना एक समस्या थी। भारत से ही एक दूसरा लेख युवतियों के मासिक धर्म में आवश्यक स्वच्छता के साधनों की कमी का जिक्र करता है और किस प्रकार उन्हें समुदाय आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रमों, सेनेटरी पैड्स और धोकर दोबारा इस्तेमाल किये जाने वाले कपड़ों की ज़रूरत है। इन साधनों की मदद से युवतियों के जीवन की गुणवत्ता अच्छी हो सकती है और उनके स्कूल छोड़ने की प्रवृत्ति पर भी रोक लगाई जा सकती है। ये इसलिए होता है क्योंकि स्कूलों में स्वच्छता सुविधाओं के लिए गुप्त स्थान नहीं होते। इसी सन्दर्भ में एक लेख तंजानिया में

एचआईवी के साथ जन्में किशोरों के बारे में है, जो यह सोचते हुए अपनी यौनिकता के बारे में चिंतित थे कि यौन और प्रेम सम्बन्ध अनुपयुक्त और हानिकारक थे। वे अपने एचआईवी पॉज़िटिव होने के बारे में बताने में और दूसरों को संक्रमित करने से डरे हुए थे। इन सब चिंताओं की वजह से उनमें से कई, सेक्स को टालने की सोच रहे थे जबकि अन्य कभी भी सेक्स ना करना पड़े इस प्रयास में जुटे हुए थे। इनकी देखरेख करने वालों ने यौन गतिविधियों के प्रति नकारात्मक सोच को और मज़बूत ही किया जो कुछ हद तक एचआईवी के साथ सेक्स करने से जुड़ी हुई मौजूद भ्रान्तियों की वजह से हुआ। इन किशोरों के पास सही जानकारी, सही निर्देशन और बढ़िया प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी सुविधाओं की कमी थी।

इसी प्रकार एक अन्य लेख में तंजानियन महिलाओं के खतरों का सामना करने की ऐसी स्थितियों का जिक्र है जो उनके अपने स्वास्थ्य को सुरक्षित और अपने आप को तंदरुस्त रखने की क्षमता को ताक पर रखने के बारे में हैं। ये महिलाएं गरीबी की वजह से बुनियादी ज़रूरतों को पूरा करने के लिए सेक्स सम्बन्ध बना रही थी। उम्र में बड़े पुरुषों और हमउम्र लड़कों का इन महिलाओं से यौन सम्बन्ध बनाने की उम्मीद लगाना, इनके साथ बलात्कार और विभिन्न प्रकार के बल प्रयोग से यौन सम्बन्ध (जिसमें कम उम्र से ही यौन शोषण भी शामिल है) बनाया जाना तथा अनचाहा गर्भ होना। जिसकी वजह से खतरे के बावजूद यह कई लड़कियों के लिए यह एक सामान्य विकल्प बन गया। इसके बावजूद माता-पिता और समुदाय के अन्य सदस्यों ने केवल



स्कूल के एड्स क्लब की मीटिंग में नाचते हुए बच्चे। यह क्लब एड्स से बचाव और एचआईवी पॉजिटिव बच्चों की सहायता का काम करता है। मलावी, 2006

लड़कियों पर अपने आप को खतरे में डालने के लिए दोषी ठहराया। आदमियों ने “समुदाय के सदस्य” के रूप में अध्ययन में भाग लिया, पर सेक्स से जुड़ी उनकी अपनी मान्यताओं को चुनौती नहीं दी गई।

ज़ाम्बिया से एक लेख एचआईवी की रोकथाम में आत्म-सक्षमता की बात करता है और दोष लगाने के मुद्दे को उठाते हुए इस बात पर ध्यान केन्द्रित करता है कि किस प्रकार शिक्षा कार्यक्रम जेंडर के मुद्दे को तो छूते हैं पर कई बार “आदमियों को हिंसक व दोषी तथा महिलाओं को पीड़ित” के रूप में देखने वाली सोच को भी बढ़ावा देते हैं। अध्ययन में पाए जाने वाले तथ्य इस बात का

खुलासा करते हैं कि वास्तव में जिन सच्चाइयों का सामना आज युवा लोग करते हैं, वे एचआईवी रोकथाम कार्यक्रमों की समझ से कहीं ज़्यादा जटिल है। उदाहरण के लिए, किशोरावस्था के लड़के और लड़कियों ने महसूस किया कि गहरे प्रेम संबंधों में सिर्फ लड़कों के पास ही नहीं बल्कि लड़कियों के हाथ में भी कुछ नियंत्रण (हालाँकि अलग तरह का) होता है। इस अंक में कई लेख इस प्रकार के आंकलन को मज़बूती देते हैं और इस सन्दर्भ में रणनीति में बदलाव के लिए आह्वान करते हैं।

ज़ाम्बिया से एक अन्य लेख किशोरों के अपने स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सुविधाओं के अधिकार को

पूरा करने के लिए उनकी दिनोदिन बढ़ती हुई क्षमता पर गौर करने की ज़रूरत के साथ शुरू होता है। इसके साथ उनके अपने जीवन की दिशा, जिसमें सेक्स भी शामिल है, तय करने की क्षमता पर भी ध्यान देने की ज़रूरत है। और इस जर्नल का भी एक मूल सन्देश यही है। इस लेख के लिए एचआईवी के साथ जीने वाले जिन युवाओं से बातचीत हुई, उन्होंने पॉज़िटिव होने के साथ-साथ अपने लिए एक खुशहाल यौन व दांपत्य जीवन और बच्चे पैदा करने के अधिकार को बड़ी ही सकारात्मकता के साथ देखा। वे अपनी सूचना, सुविधाओं, मदद और सेवाओं से जुड़ी ज़रूरतों के बारे में भी अपने विचार बांटने में सक्षम थे। और इनमें से उनकी सभी ज़रूरतें पूरी नहीं हो पा रही थी। इसके बावजूद यह लेख यह दिखाता है कि एचआईवी के साथ सकारात्मकता के साथ जीने के सन्देश वास्तव में कामयाब हो सकते हैं और यह सब-सहारा अफ्रीका में युवाओं की ज़रूरतों को पूरा करने वाले कार्यक्रमों की सफलता की ओर भी इशारा करता है।

यूनाइटेड किंगडम से एक लेख 20 ऐसी महिलाओं के बारे में है जिन्होंने अपने शरीर में लगे गर्भ निरोधन को इसलिए हटा दिया क्योंकि उन्होंने अपने आप को एक दुविधा में पाया जिसमें गर्भ-निरोधक तकनीक केवल प्रजनन नियंत्रण ही नहीं, बल्कि शारीरिक नियंत्रण का भी एक उपकरण था। उन्होंने गर्भ-निरोधन का यह तरीका इसलिए बंद कर दिया क्योंकि इसकी वजह से उन्हें कुछ ऐसे साइड-इफेक्ट्स हुए जो उन्हें बर्दाश्त नहीं थे और जिन्हे उन्होंने अपने शरीर पर अपने लिए खतरे के रूप में देखा। और जब इन्हे हटाने

के निवेदन के बावजूद ऐसा करने में देरी हुई, तब इन महिलाओं का मन इन गर्भ-निरोधकों के प्रति और कड़वा हुआ। शरीर में लगे इन गर्भ-निरोधकों को हटाने के बाद उन्होंने कुछ कम विश्वसनीय गर्भ-निरोधकों का रुख तो किया पर किसी भी चलने वाले गर्भ-निरोधक को अपनाने की उनमें इच्छा न थी। लेख यह सुझाव देता है कि गर्भ निरोधन चयन प्रक्रिया में संतुष्ट न कर पाने वाले गर्भ निरोधन को हटाने में और नए गर्भ-निरोधक, जो युवा महिला अपनाने को तैयार हों, मुहैया कराने का सहयोग भी शामिल होना चाहिए।

कोलंबिया और अमेरिका (यूएसए) में किशोरों की ट्रांसजेंडर सम्बंधित स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए अपनी सहमति देने का मुद्दा एक लेख में उठाया गया है। यह लेख इन दो देशों के किशोरों द्वारा स्वतंत्र और गोपनीय तरीके से निर्णय लेने के अधिकार का समर्थन करने के लिए कानूनी प्रावधान का उनके अभिभावकों द्वारा उनके लिए निर्णय लेने के अधिकार को एक सीमित दायरे में रखने से पैदा हुए टकराव से जूझने के बारे में है। उदाहरण के लिए, इंटरसेक्स बच्चों के सन्दर्भ में बचपन से निर्णय के विकल्प का होना। निश्चित रूप से, इस प्रकार का संतुलन बनाना किशोरों के लिए सभी प्रकार की यौन और प्रजनन सम्बन्धी सेवाओं पर लागू होता है। मेक्सिको से एक लेख इसी मुद्दे को किशोरों के गर्भ-समापन से जुड़ी सूचना और किसी वयस्क के साथ या उसके बिना सुविधा प्राप्त करने के अधिकार को परस्पर विरोधी कानूनी प्रावधानों की नज़र से जांचता है। जहाँ एक ओर गर्भ-समापन के लिए क्लीनिकों का स्टाफ किशोरों के इस मुद्दे पर निर्णय लेने

के प्रति ज्यादातर सकारात्मक थे, खासकर अगर ऐसे निर्णय 12 -14 वर्ष की तुलना में 15 -17 वर्ष के आयु वर्ग में हो। हालाँकि इस सन्दर्भ में वयस्कों को साथ ले जाने और वो वयस्क रिश्ते में कौन हो, से जुड़े कानूनी प्रावधान के बारे में उनकी समझ अलग-अलग थीं।

बच्चों की सहमति न होने की स्थिति में, बड़ों का नियंत्रण एक दिक्कत बन जाता है, खासकर जब बात बाल-विवाह की हो। एक लेख यूगांडा में दो पुनर्वास कैम्पों में डी आर कांगो से आये शरणार्थियों और देश के अंदर ही विस्थापित हुए यूगांडन लोगों के बारे में है। यह लेख हिंसा और विस्थापन से प्रभावित किशोरों में संबंधों, विवाह और अपने साथी के साथ रहने जैसी चीजों को प्रभावित करने वाले कारणों को समझने की कोशिश करता है। इस अध्ययन ने पाया कि गरीबी, स्कूलों और शिक्षा की कमी, परिवारों का टूटना और पीढ़ियों के बीच बातचीत की कमी, जिसे हिंसा ने और बदतर बना दिया, की वजह से शादी के तरीकों में बदलाव आया, औपचारिक शादी के दौरान होने वाले जोड़-तोड़ में काफी कमी आई और कम उम्र में होने वाले अनौपचारिक संबंधों को बढ़ावा मिला।

यह लेख दिखाता है कि किस प्रकार युवा अपने शरीर, मनोदशा, और यौनिकता को अपनी

इच्छानुसार ढालने के लिए विभिन्न प्रकार के औषधीय, प्रसाधन और पोषण सम्बन्धी उत्पादों का प्रयोग कर रहे हैं और यह चलन ज्यादातर यौन और प्रजनन सम्बन्धी कार्यक्रमों द्वारा नज़रअंदाज़ किया जाता है। अध्ययन के दौरान जिन युवा लोगों से बात हुई उन्होंने औषधीय और प्रसाधन उत्पादों का रुख स्वच्छ व आकर्षक दिखने के लिए, यौन ऊर्जा को बढ़ाने के लिए, अच्छा महसूस करने और अपनी यौनिकता के बारे में आत्मविश्वास लाने के लिए और सेक्स से जुड़े खतरों से निपटने के लिए किया। ट्रांसजेंडर युवाओं के एक समूह ने अपने मरदाना शरीरों को औरतों की तरह बनाने के लिए ऐसे उत्पादों का प्रयोग किया। इस प्रकार खतरे को कम करने वाले ऐसे कार्यक्रमों की ज़रूरत है जो युवाओं को सही सूचना दे सकें, इस अंक का एक अन्य महत्वपूर्ण सन्देश है। यह ज़रूरी है कि इस प्रकार के कार्यक्रम, युवाओं के अपने शरीर की छवि और आत्मसम्मान को लेकर जो सामान्य चिंताएं हैं, जो उनकी यौनिकता और यौनिक व जेंडर पहचान से भी जुड़ी है, को ध्यान में रखकर काम करें।

पत्र व्यवहार के लिए पता

- * संपादक, रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स, लंदन, यू.के.
ई-मेल: mberer@rhmjjournal.org.uk

ग्रामीण गुजरात की आदीवासी किशोरियों में माहवारी के दौरान नई स्वच्छता आदतों द्वारा उनके जीवन की गुणवत्ता बढ़ाना

शोभा पी शाह,^क राजेश नायर,^ख पंकज पी शाह,^ग धीरेन के मोदी,^घ श्रेय ए देसाई,^च लता देसाई^छ

सारांश:

भारत सरकार ने ग्रामीण क्षेत्रों में लड़कियों के लिए रियायती दामों पर सैनिटरी नैपकिन उपलब्ध कराने की एक योजना शुरू की है। इस लेख में भारत के दक्षिणी गुजरात आदिवासी क्षेत्र में किशोरियों की माहवारी स्वास्थ्य और स्वच्छता संबंधी आदतों और उनके द्वारा पुराने कपड़े, एक नए प्रकार के मुलायम कपड़े (फलालेन) और सैनिटरी नैपकिन के उपयोग के अनुभवों पर चर्चा की गई है। इस समुदाय आधारित रीसर्च में छः महीने के समय में रीसर्च के पहले और बाद गुणात्मक और मात्रात्मक जानकारी इकट्ठी की गई। इसमें आठ गांवों की 164 किशोर उम्र की लड़कियों से बातचीत की गई। पूछे गए सवालों में माहवारी के बारे में जानकारी, माहवारी संबंधी आदतें, जीवन की गुणवत्ता, अलग अलग प्रकार के कपड़ों/ नैपकिन के उपयोग के अनुभव और संतुष्टि का अहसास और प्रजनन मार्ग संक्रमणों के बारे में बात की गई। यौवनारंभ से जुड़े शारीरिक बदलावों, माहवारी के खून का स्रोत और पेशाब व माहवारी के खून के बहने के रास्ते के विषय में जानकारी काफी कम थी। बेसलाइन (रीसर्च से पहले) पर, 90 प्रतिशत लड़कियां पुराने कपड़े का उपयोग कर रही थीं। रीसर्च समाप्त होते समय, 68 प्रतिशत किशोरियों का कहना था कि उनकी पहली पसंद फलालेन का कपड़ा है, जबकि 32 प्रतिशत ने कहा कि वे सैनिटरी नैपकिन पसंद करती हैं। किसी को भी पुराने कपड़े उपयोग करना पसंद नहीं था। फलालेन के कपड़े के उपयोग से जीवन की गुणवत्ता में काफी महत्वपूर्ण बढ़ोतरी हुई ($p < 0.000$), और उससे थोड़े कम स्तर पर सैनिटरी नैपकिन से भी। खुद प्रजनन मार्ग संक्रमणों के लक्षणों की रिपोर्ट करने में कोई विशेष कमी नहीं देखी गई। फलालेन का कपड़ा सांस्कृतिक रूप से ज्यादा स्वीकार्य है, क्योंकि एक तो वह आसानी से मिल जाता है, उसे उपयोग करना आसान है और सैनिटरी नैपकिन के मुकाबले, सस्ता भी पड़ता है। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: किशोर उम्र की लड़कियां, माहवारी और माहवारी संबंधी स्वच्छता, सैनिटरी नैपकिन, जीवन की गुणवत्ता, भारत

वर्ष 2011 में किशोर, भारत की जनसंख्या के 25 प्रतिशत थे।¹ माहवारी एक साधारण शारीरिक प्रक्रिया है लेकिन किशोर लड़कियों में माहवारी की शुरुआत होना एक अनोखी घटना होती है। भारत में इसे अस्वच्छ माना जाता है, और लड़कियों को घरेलू और धार्मिक गतिविधियों में शामिल होने से रोका जाता है। इस रोक-टोक में कुछ प्रकार के खाद्य पदार्थ, जैसे पपीता और गुड़, खाने पर रोक भी शामिल है।^{2,3}

महाराष्ट्र राज्य में, शहरी व ग्रामीण, दोनों क्षेत्रों में माहवारी शुरु होने से पहले लड़कियों को उसके बारे में बहुत कम जानकारी रहती है।³ जो सीमित जानकारी उन्हें होती है, वह उन्हें अपनी मांओं से अनौपचारिक रूप से मिली होती है, खुद मांओं को भी साक्षरता स्तर की कमी और निचले सामाजिक आर्थिक स्तर के कारण, प्रजनन स्वास्थ्य और स्वच्छता के बारे में बहुत ज्यादा जानकारी नहीं होती।⁴ माहवारी संबंधी स्वच्छता में कमी होना प्रजनन मार्ग संक्रमणों जैसी बीमारियों का कारण पाया गया।^{4,7} माहवारी संबंधी स्वच्छता के बारे में बेहतर जानकारी होने से यह जोखिम काफी कम हो जाता है।⁴ पाकिस्तान के कराची शहर की झुग्गियों में रहने वाली किशोर लड़कियों को, माहवारी संबंधी स्वच्छता बनाए रखने में काफी परेशानी होती है क्योंकि स्कूल में उपयोग किए गए कपड़े को फेंकने की उचित व्यवस्था नहीं होती और घर पर कपड़े को धो कर सुखाने की गुप्त जगह नहीं होती।⁵ नेपाल में, स्कूल में माहवारी संबंधी स्वच्छता बनाए रखने के लिए प्राइवेट न मिल पाना, लड़कियों के स्कूल न जाने का कारण पाया गया।⁶

माहवारी का खून सोखने वाले सैनिटरी नैपकिन, किशोर लड़कियों की एक अहम जरूरत है। हालांकि ऊंची आमदनी वाले देशों में सैनिटरी नैपकिन का उपयोग आम है, भारत में किए गए एक बड़े रीसर्च से पता चला कि केवल 12 प्रतिशत भारतीय महिलाएं सैनिटरी नैपकिन का उपयोग करती हैं, और 70 प्रतिशत ने कहा कि नैपकिन का दाम ज्यादा होने के कारण वे उनका उपयोग नहीं कर पातीं।⁸

जून 2011 में, भारत सरकार ने एक नई योजना शुरु की थी जिसके अंतर्गत, चुने गए ग्रामीण क्षेत्रों में मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) के माध्यम से 6 सैनिटरी नैपकिन के पैकेट रु. 6 प्रति पैक के रियायती दर पर उपलब्ध कराने की योजना थी। आशा, गांव स्तर पर काम करने वाले स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की पहली कड़ी हैं।⁹ सरकार का विचार था कि स्वयं सेवा समूह यह सैनिटरी नैपकिन बनाएंगे, जिससे उनकी आर्थिक गतिविधियों को भी बढ़ावा मिलेगा।¹⁰

शारदा महिला विकास सोसायटी (एस.एम. वी.एस.) एक स्वयंसेवी विकास संस्था है, जो महिलाओं के बीच जागरूकता बढ़ाने और सशक्तिकरण का काम करती है। एस.एम.वी.एस. दक्षिण गुजरात के ग्रामीण आदिवासी क्षेत्र, झगड़िया ब्लॉक में स्थित है। झगड़िया ब्लॉक की 68 प्रतिशत जनसंख्या आदिवासी है। महिलाओं का साक्षरता स्तर केवल 53 प्रतिशत है और 40 प्रतिशत जनसंख्या, भूमिहीन मजदूर हैं। ज्यादातर आदिवासी परिवार गरीबी रेखा से नीचे हैं, 96 प्रतिशत मिट्टी से बने घरों में रहते हैं और 74 प्रतिशत घरों में बिजली है। एस.एम.वी.एस. के

किशोर लड़कियों और लड़कों के साथ काम में स्वच्छ आदतों को बढ़ावा देना, एनीमिया की रोकथाम, नशीले पदार्थों के बारे में जागरुकता पैदा करना, और जीवन कौशल विकास करना शामिल है। यह गतिविधियां स्कूलों और समुदाय में कार्यशालाओं के साथ साथ एस.एम.वी.एस. के मुख्यालय में आयोजित कार्यशालाओं के माध्यम से की जाती हैं।

स्थानीय स्तर पर किशोरों के लिए स्वास्थ्य और जागरुकता कार्यक्रम के दौरान, एस.एम.वी.एस. ने पाया कि इन रियायती सैनितरी नैपकिन के उपयोग में कई समस्याएं आ रही हैं। ये समस्याएं निरंतर सप्लाई न होने, उनके उपयोग की जानकारी न होने, नैपकिन अच्छी न होने, और उन्हें फेंकने की उचित व्यवस्था न होने से जुड़ी हैं। इन कारणों से लोग उन्हें उपयोग नहीं करना चाहते। इसके बदले, हमने पाया कि लड़कियां अपनी मां के पुराने पैटीकोट (चनिया), चादरों या पैंट से बनाए गए पुराने कपड़े का इस्तेमाल कर रही हैं, जिन्हें वे धो कर दोबारा इस्तेमाल करती हैं। हमें यह भी पता चला कि स्थानीय स्तर पर फलालेन का कपड़ा भी उपयोग किया जाता है। यह काफी मुलायम, ऊन जैसा कपड़ा होता है और उसकी सोखने की क्षमता अच्छी होती है, उसे दोबारा भी उपयोग किया जा सकता है। यह बाजार में आसानी से मिल जाता है, इसकी कीमत रु. 20 प्रति पीस होती है। लेकिन, हमने पाया कि फलालेन को इस्तेमाल करने वालों की संतुष्टि या उसके प्रभावकारी होने से संबंधित कोई आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं। हमने यह भी देखा कि आदिवासी लड़कियों को माहवारी और उससे जुड़े शारीरिक बदलावों के बारे में बहुत कम जानकारी है।

इस विषय में और जानकारी प्राप्त करने तथा जानकारी की कमी को भरने के उद्देश्य से, एस.एम.वी.एस. ने एक रीसर्च शुरू की। इस रीसर्च में किशोर लड़कियों में माहवारी की जानकारी और माहवारी संबंधी आदतों, जीवन की गुणवत्ता, अलग अलग माहवारी नैपकिन - पुराने कपड़े, फलालेन और रियायती सैनितरी नैपकिन के उपयोग के अनुभव और संतुष्टि को जांचा गया। इन तीन प्रकार के पैड के उपयोग के कारण प्रजनन मार्ग संक्रमणों के लक्षणों में बदलावों को भी शामिल किया गया।

रीसर्च का तरीका

रीसर्च वर्ष 2011 में जनवरी से जुलाई के बीच किया गया, जिसमें सभी आठ परियोजना गांवों में सुविधा विहीन क्षेत्र की किशोर लड़कियों से बात की गई। रीसर्च क्षेत्र में रहने वाली, स्कूल जाने वाली और न जाने वाली सभी किशोर लड़कियां (कुल संख्या 215), किशोर जागरुकता कार्यक्रम में पंजीकृत थीं। वे सभी इस रीसर्च में शामिल हो सकती थीं। मगर उन लड़कियों को रीसर्च में शामिल नहीं किया गया जिनकी माहवारी शुरू नहीं हुई थी, जिनकी शादी हो चुकी थी, जो हाल ही में रीसर्च वाले गांवों में रहने आई थीं या बेसलाइन आंकड़े इकट्ठा करते समय उपलब्ध नहीं थीं। इसके बाद रीसर्च में भाग लेने वाली लड़कियों की संख्या 164 रह गई।

लड़कियों और उनकी मांओं को रीसर्च के बारे में बता कर उन से जबानी स्वीकृति ली गई। पूरी गोपनीयता बनाए रखते हुए, जानकारी इकट्ठा करते समय ध्यान रखा गया कि कोई अन्य व्यक्ति, यहां तक कि उनकी मांएं भी वहां

न हों। निजी पहचान की जानकारी को डेटासैट से हटा दिया गया, यह केवल प्रमुख अध्ययनकर्ता को उपलब्ध थी।

इस कार्यक्रम के अंतर्गत, जो लड़कियां बेसलाइन के समय पुराने कपड़े का उपयोग कर रही थीं, उन्हें पहले फलालेन का कपड़ा उपयोग करने के लिए दिया गया और उसके बाद सैनिटरी नैपकिन। पहले, तीन महीने के लिए, गांव की आशा के माध्यम से सभी लड़कियों को रु. 10 प्रति पीस के रियायती दाम पर नया फलालेन का कपड़ा (जिसे तीन माहवारियों तक फिर से इस्तेमाल किया जा सकता है) उपलब्ध कराया गया। आशाओं का प्रशिक्षण और निरीक्षण एस.एम. वी.एस. स्टाफ द्वारा किया गया और उन्हें रीसर्च के इस काम के लिए अतिरिक्त प्रोत्साहक दिए गए। इसके बाद, अगले तीन माह तक के लिए रु. 5 प्रति 8 पैड के पैक के रियायती दाम पर उपलब्ध कराए गए। ये पैड्स रासी नैपकिन्स श्री महालक्ष्मी इंडस्ट्रीज़, कोडम्बतूर, तमिल नाड (एक स्वयं सहायता समूह) से खरीदे गए और आशाओं के माध्यम से उपलब्ध कराए गए। कार्यक्रम निरीक्षक हर महीने गांवों में जा कर सुनिश्चित करते थे कि कार्यक्रम, योजना अनुसार लागू किया जा रहा है।

जानकारी के आंकड़े पहले बेसलाइन पर और फिर हर नए प्रकार के सोखने वाले नैपकिन उपलब्ध कराने के तीन महीने बाद इकट्ठे किए गए। हमने यह माना कि स्वीकार्यता, प्रभाविता और जीवन की गुणवत्ता संबंधी हमारे उद्देश्यों के लिए, प्रत्येक प्रकार के नए नैपकिन तीन महीने के समय के लिए उपयुक्त हैं। लेकिन, पीछे मुड़ कर देखते हैं, तो तीन महीने का समय प्रजनन

मार्ग संक्रमणों के लक्षणों के रीसर्च के लिए शायद काफी नहीं था।

जानकारी इकट्ठा करना और विश्लेषण

जानकारी इकट्ठा करने के लिए गुणात्मक और मात्रात्मक, दोनों तरीकों का इस्तेमाल किया गया। उनकी आदतों और पसंद के पीछे के कारण जानने के लिए खुले प्रश्न पूछे गए। किशारियों के साथ एस.एम.वी.एस. द्वारा पहले किए गए काम और समूह चर्चाओं के आधार पर, जीवन की गुणवत्ता से जुड़े आम जवाबों की पहचान की गई। इनके आधार पर बाद में इस रीसर्च के लिए जानकारी इकट्ठी करने की प्रणाली तैयार की गई। इस प्रणाली के आधार पर ही प्रशिक्षित महिला रीसर्च सहायकों ने किशोर लड़कियों के इंटरव्यू लिए। पूछे गए सवालों में से कुछ का संबंध निम्नलिखित से था: माहवारी संबंधी जानकारी और जानकारी के स्रोत, माहवारी तथा पुराने कपड़े के इस्तेमाल के एहसास और प्रथाएं, जीवन की गुणवत्ता और प्रजनन मार्ग संक्रमण के लक्षण, यौवनारंभ के समय होने वाले शारीरिक बदलाव, माहवारी के समय खाने पीने और कुछ प्रकार के काम करने पर रोक, किस प्रकार के सोखने वाले नैपकिन उपयोग करती हैं और उनकी उपलब्धता। इसके अलावा, स्कूल या काम से छुट्टी करने, बेचैनी, पैड्स की धोने सुखाने और फेंकने की समस्या, और योनि स्राव के बारे में भी सवाल पूछे गए। दोनों नए प्रकार के नैपकिन के उपयोग के तीन महीने बाद, इसी तरह फिर से उपयोग करने वालों के जीवन की गुणवत्ता और प्रजनन मार्ग संक्रमण के लक्षण की जानकारी इकट्ठी की गई।

हर गांव और लड़की को एक कोड दिया गया। निरीक्षक ने जांच की कि प्राप्त आंकड़े सही हैं या नहीं। जीवन की गुणवत्ता और प्रजनन मार्ग संक्रमण संबंधी श्रेणियों के लिए ऐसे वेरियेबल्स बनाए गए जिनके जवाब हां या ना में मिल सकें। पहले पुराने कपड़े और फलालेन का कपड़ा उपयोग करने वालों के जोड़ों को मैच किया गया, फिर फलालेन का कपड़ा उपयोग करने वालों और सैनिटरी नैपकिन वालों के जोड़ों को और फिर पुराना कपड़ा और सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने वालों के जोड़ों को मैच किया गया। हर वेरियेबल के लिए अनुपात की गणना की गई, अनुपात में अंतर निकाला गया और टी-टेस्ट के माध्यम से यह परखा गया कि अंतर कितना महत्वपूर्ण है। जिन जोड़ों का कोई मैच नहीं था, उन्हें तुलना में शामिल नहीं किया गया। डेटा के विश्लेषण के लिए एसपीएसएस -17 का उपयोग किया गया।

छ: गहराई से इंटरव्यू किए गए और 26 लड़कियों के साथ दो समूह चर्चाएं की गईं। ये इंटरव्यू और समूह चर्चाएं दिशानिर्देशों के आधार पर स्थानीय भाषा में किए गए थे। यह प्रक्रिया चार गांवों में एक बार बेसलाइन के समय और फिर हर नैपकिन के उपयोग के तीन महीने बाद की गई। सहजता स्थापित करने के बाद, प्रमुख शोधकर्ता ने इंटरव्यू किए, जिन्हें तब तक जारी रखा गया जब तक नई जानकारी मिलती रही। सभी इंटरव्यू को हाथ से और रिकार्डर, दोनों पर रिकार्ड किया गया। फिर सभी इंटरव्यू को लिखा गया और उनका अंग्रेजी अनुवाद किया गया। प्रमुख शोधकर्ता ने विषयों और उप-विषयों के आधार पर डेटा को लेबल करके वर्गीकृत किया,

उसका संश्लेषण और विश्लेषण किया। डेटा के द्वितीयक विश्लेषण, रीसर्च की रूपरेखा और प्रणाली को भारतीय जन स्वास्थ्य संस्थान, गांधीनगर, भारत की संस्थागत नैतिक समिति ने पारित किया था।

किसी भी लड़की को माहवारी संबंधी समस्या के लिए चिकित्सीय सहायता की आवश्यकता होने पर, सेवा के ग्रामीण अस्पताल भेजा गया। जानकारी इकट्ठी हो जाने के बाद, लड़कियों को माहवारी संबंधी स्वास्थ्य और स्वच्छता, यौवनारंभ पर होने वाले शारीरिक बदलावों, माहवारी के विषय में जानकारी दी गई। यह काम किशोर कार्यक्रम के अंतर्गत चर्चाओं, रोल प्ले और शरीर के मानचित्रण जैसी गतिविधियों के माध्यम से किया गया।

निष्कर्ष

164 लड़कियों की औसत उम्र 13.7 वर्ष थी (फैलाव 12-22 वर्ष के बीच)। 148 (91 प्रतिशत) आदिवासी थीं, 131 (80 प्रतिशत) कम लागत वाले मिट्टी से बने मकानों में रहती थीं, 153 (93 प्रतिशत) ने कम से कम प्राथमिक स्तर तक औपचारिक रूप से पढ़ाई की थी, 55 (33.5 प्रतिशत) स्कूल जा रही थीं, बाकी 58 (36.6 प्रतिशत) मजदूर थीं और 45 (27.4 प्रतिशत) घरों में काम करती थीं और 75 प्रतिशत गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों से थीं। दो-तिहाई की मांए और एक-तिहाई के पिता अशिक्षित थे। 49 (30 प्रतिशत) सामान्य से कम वजन की थीं (बीएमआई <18.5)। केवल 26 (16 प्रतिशत) लड़कियों के घर में उचित शौचालय की सुविधा थी और बाकी सभी के घर में नवनियु (अस्थायी शौचालय) थे, जिनकी दीवारें डंडों और प्लास्टिक

से बनी थीं और उनमें कोई दरवाज़ा, छत या पानी का नल नहीं था।

लगभग आधी लड़कियों को माहवारी के दौरान अलग बैठा दिया जाता था, 89 प्रतिशत को कुछ न कुछ छूने की पाबंदी थी, और लगभग आधी लड़कियों के परिवार उनके साथ माहवारी के बाद अलग तरह का व्यवहार करने लगे थे। लगभग एक-तिहाई लड़कियों को माहवारी के दौरान घर से अकेले बाहर जाने की इजाज़त नहीं थी।

तालिका 1 दर्शाती है कि ज़्यादातर लड़कियों को प्रजनन अंगों और माहवारी के शरीर विज्ञान

की सही जानकारी और समझ नहीं थी। किशोर उम्र की लड़कियों पर कई प्रकार की पाबंदियां थीं और उनमें से ज़्यादातर माहवारी के स्राव को सोखने के लिए, पुराने कपड़े का उपयोग कर रही थीं।

गुणात्मक आंकड़ों से पता चलता है कि गोपनीयता न होने के कारण, लड़कियों को सुबह जल्दी उठकर, नहा कर अपने माहवारी के कपड़े धोने पड़ते थे, जब परिवार के अन्य सदस्य सो कर न उठे हों या घर पर न हों। स्कूल या काम की जगह पर, वे बड़ा कपड़ा उपयोग करती थीं, जो कि ज़्यादा माहवारी स्राव सोख सके, लेकिन फिर

तालिका 1. बेसलाइन के समय लड़कियों में माहवारी संबंधी जानकारी का स्तर (कुल लड़कियां - 164)	
यौवनारंभ पर शारीरिक बदलावों का कारण	संख्या
नहीं पता	39
उम्र के कारण	24
अन्य	1
माहवारी से पहले उसके बारे में जानकारी	
हां	65
नहीं	99
माहवारी की जानकारी का स्रोत (संख्या > 65)	
मां	29
सहेलियां	18
अन्य	18
माहवारी के खून का स्रोत	
निचला पेट	14
पेशाब का स्थान	66
गर्भाशय	20
निचला भाग	14
पता नहीं	50
पेशाब और माहवारी के खून के रास्ते	
एक ही	81
अलग - अलग	62
पता नहीं	21

भी उन्हें हमेशा अपने कपड़े खराब होने की चिंता लगी रहती थी। उनके काम की जगहों (खेतों) और ज्यादातर स्कूलों में, शौचालय की सुविधा उपलब्ध नहीं थी। अगर स्कूलों में शौचालय थे भी, तो वहां नल नहीं थे।

बेसलाइन पर, 164 में से 148 लड़कियां पुराने कपड़े का, 15 फलालेन के कपड़े का और केवल एक सैनिटरी नैपकिन का इस्तेमाल कर रही थीं; 88 लड़कियों को पता था कि बाजार में फलालेन का कपड़ा मिलता है, 76 को नहीं पता था, दूसरी ओर 59 को सैनिटरी नैपकिन के बाजार में मिलने के बारे में पता था, जबकि 105 को इसकी कोई जानकारी नहीं थी।

तीनों प्रकार के माहवारी के कपड़ों/ नैपकिन पर नज़रिया

पुराना कपड़ा

“कई बार उपयोग करने के बाद (3-4 माहवारी चक्र), पुराने कपड़े कड़े हो जाते हैं और हमारी जांघों के अंदरूनी हिस्सों की चमड़ी पर खरोंच हो जाती है।”

“पुराने कपड़े पर माहवारी के खून के धब्बे दिखते हैं और उसमें से बदबू आती है, हमें गंदा लगता है और शर्म आती है।”

“पुराने कपड़े के उपयोग से हमें अस्वच्छ लगता है।”

बहुत कम लड़कियों के घर पर कपड़े धोने के लिए शौचालय की सुविधा उपलब्ध थी; ज्यादातर उन्हें किसी खुले स्थान पर, माहवारी के कपड़े धोने के लिए रखे गए एक अलग पत्थर पर धोती थीं। इसके लिए बहता पानी भी उपलब्ध

नहीं था और लड़कियां इन कपड़ों को अंधेरी, सीलन वाली, धूल भरी और अस्वच्छ जगहों पर सुखाती थीं, ताकि उन्हें कोई देख न सके। ज्यादातर लड़कियां अपने कपड़े को किसी प्लास्टिक की थैली में, घर के पीछे के बरामदे में, अक्सर धूल भरी और अस्वच्छ जगहों पर रखती थीं, और अगली माहवारी के समय उनका उपयोग करती थीं। चार लड़कियों ने कहा कि वे और घर की अन्य औरतें जिन कपड़ों का इस्तेमाल करती थीं, वे एक-दूसरे से बदल भी जाते थे।

फलालेन

“फलालेन के कपड़े को धोना आसान है।”

“नया कपड़ा अच्छा है क्योंकि वह जल्दी सूखता है, उस पर दाग नहीं दिखते क्योंकि वह लाल रंग का होता है और हम उसे आसानी से खुले में धूप में सुखा सकते हैं।”

“पुराने कपड़े से हमारी जांघों के अंदरूनी हिस्सों में घाव हो जाते थे, लेकिन फलालेन से नहीं होते।”

फलालेन के लिए उनकी पसंद के कारण थे कि वह सस्ता होता है, आसानी से मिल जाता है और उसकी सोखने की अच्छी क्षमता होने के कारण चैन रहता है। पुराने कपड़े पर दाग दिखने के कारण लड़कियों को उसे खुली जगह पर सुखाने में शर्म आती थी, फलालेन का रंग लाल होने के कारण यह समस्या काफी कम हो गई।

सैनिटरी नैपकिन

कुछ ही लड़कियों ने सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने का निर्णय लिया था, लेकिन वे उसके बारे में काफी सकारात्मक थीं।

“अगर नैपकिन गांव में सस्ते दामों में मिल जाएं तो हम इनका उपयोग करना चाहते हैं।”

“नैपकिन अन्य कपड़ों के मुकाबले बेहतर हैं क्योंकि इन्हें धोना नहीं पड़ता।”

“अगर सरकार रियायती दामों पर इन्हें उपलब्ध कराए तो हम इनका उपयोग करेंगे।”

“माहवारी के समय हम स्कूल में खेल नहीं सकते, क्लास में बैठी रहती हैं, लेकिन सैनिटरी नैपकिन इस्तेमाल करने पर, हम खेल सकती हैं।” (उन्हें डर था कि खेलते समय उनके पुराने कपड़े से बने पैड गिर सकते हैं।)

कुछ लड़कियां, जिन्हें सैनिटरी नैपकिन अच्छा नहीं लगा, का कहना था :

“हमें सैनिटरी नैपकिन पसंद नहीं क्योंकि उससे हमारे कपड़े गंदे हो जाते हैं।”

“सैनिटरी नैपकिन को जल्दी जल्दी बदलना पड़ता है।”

सैनिटरी नैपकिन को फेंकने के बारे में उनका मानना था कि : “अगर हम उपयोग किए गए पैड को खुले में फेंक दें और कोई सांप उसे देख ले, तो वह अंधा हो जाएगा और हम शायद बांझ हो जाएं”।



सैनिटरी नैपकिन के उपयोग से जुड़ी प्रमुख समस्याएं थीं उसे फेंकना और अपने कपड़ों पर दाग लगाना। स्कूलों और गांव में कूड़ा इकट्ठा करने या जलाने की उचित व्यवस्था नहीं थी। इसलिए लड़कियां चार-पांच दिन तक उपयोग किए गए सैनिटरी नैपकिन अपने घर के पीछे आंगन में काले रंग की प्लास्टिक की थैली में रखती थीं और फिर माहवारी के आखिरी दिन, उसे जला देती थीं।

जब हमने पूछा “सरकार अगर सैनिटरी नैपकिन उपलब्ध न कराए तो आप क्या करेंगी?” उनका कहना था : “अगर सरकार हमें सैनिटरी नैपकिन नहीं देती, तो हम फलालेन का कपड़ा उपयोग करेंगे।”

जैसा कि चित्र 1 में दिखाया गया है, पुराना कपड़ा उपयोग करने वाली 148 लड़कियों में से 141 ने फलालेन का कपड़ा खरीदा और 136 ने उसे पूरे तीन महीने तक उपयोग किया। फलालेन का कपड़ा उपयोग करने वाली इन 136 लड़कियों में से 107 ने, रीसर्च के तीसरे चरण में सैनिटरी नैपकिन खरीदे। बाकी 29 लड़कियों ने सैनिटरी नैपकिन खरीदने से इंकार कर दिया क्योंकि उन्हें उसकी सोखने की क्षमता का भरोसा नहीं था और उसे फेंकने की भी समस्या थी। सैनिटरी नैपकिन खरीदने वाली 107 लड़कियों में से 68 ने उन्हें पूरे तीन महीने तक उपयोग किया। बाकी 39 लड़कियों ने पहले की ही लड़कियों द्वारा दिए गए कारणों से, उनका उपयोग नहीं किया। इसलिए 68 किशोर लड़कियों ने ही रीसर्च के दौरान तीनों प्रकार के नैपकिनों का प्रयोग करके देखा।

तालिका 2 में जीवन की गुणवत्ता के मुद्दों की तुलना तीनों प्रकार के कपड़ों/ नैपकिन के उपयोग के संदर्भ में की गई है। इससे पता चलता है कि पुराने कपड़े के मुकाबले, फलालेन या सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने से स्कूल/ काम से छुट्टी, अस्वच्छ महसूस करने, चमड़ी पर घाव होने, कपड़ों के गंदे होने और बदबू में काफी कमी आई। काफी लड़कियों को पुराने कपड़े या सैनिटरी नैपकिन के मुकाबले, फलालेन उपयोग करना ज़्यादा अच्छा लगा।

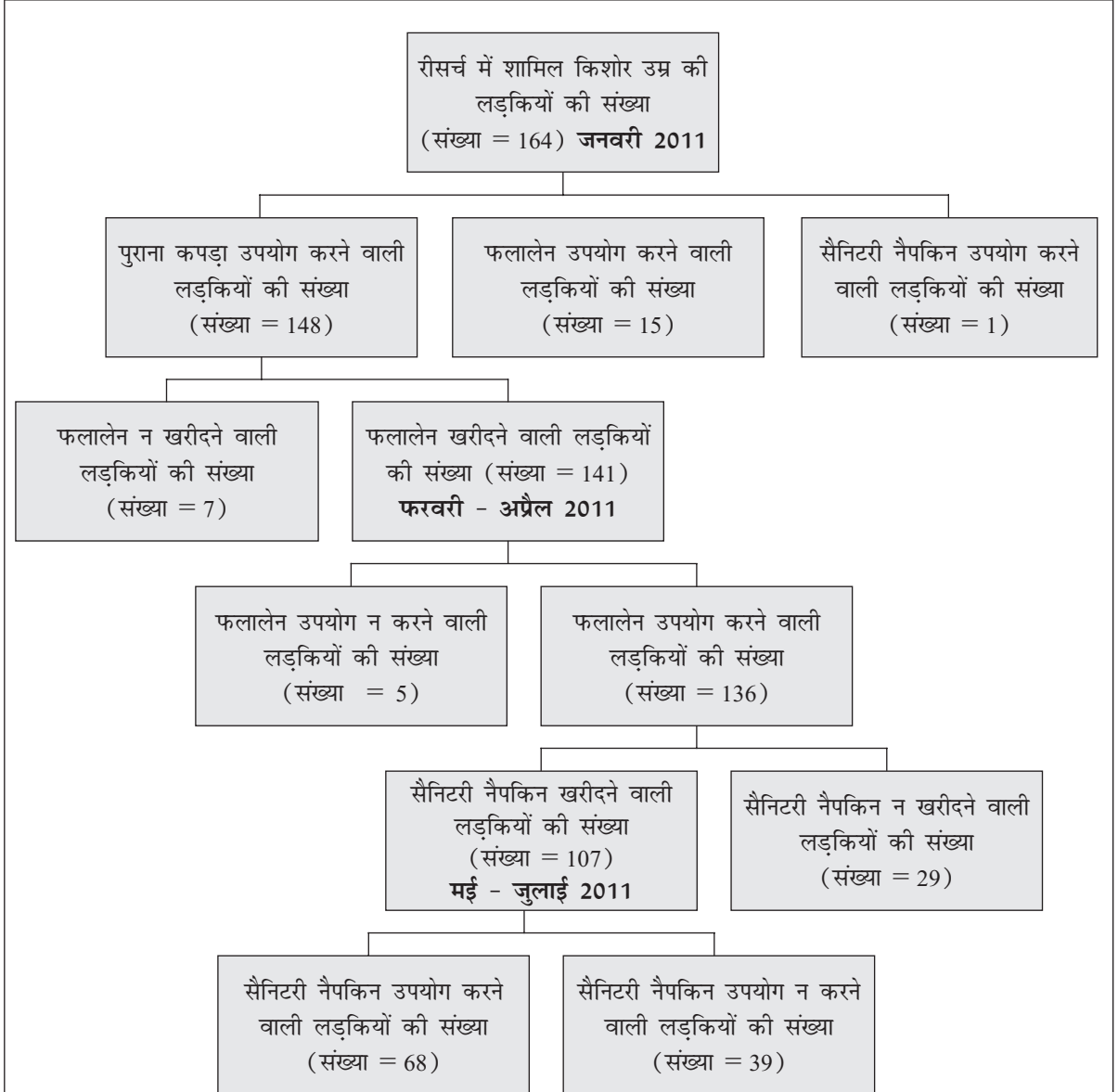
जहां तक लड़कियों में आरटीआई का सवाल है, पुराना कपड़ा उपयोग करने वाली 148 लड़कियों में से 51 (34 प्रतिशत), फलालेन का कपड़ा उपयोग करने वाली 136 लड़कियों में से 22 (16 प्रतिशत) और सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने वाली 68 लड़कियों में से 9 (13 प्रतिशत) ने कहा कि उन्हें योनि से स्राव होता है। पुराना कपड़ा उपयोग करने वालों के मुकाबले, फलालेन कपड़ा और सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने वालों में आम तौर पर आरटीआई से जुड़े स्राव के लक्षणों (पीला स्राव या बदबू वाला या सफेद पानी के साथ खुजली होना) में काफी कमी आई, लेकिन यह कमी सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण नहीं थी (आंकड़े नहीं दिए गए हैं)।

शुरुआत में पुराने कपड़े की बजाए फलालेन का कपड़ा उपयोग करने वाली लड़कियों में जीवन स्तर से जुड़े अनचाहे मुद्दे काफी कम थे (पी < .005)। आरटीआई के लक्षणों में कोई अंतर नहीं था। सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने वाली लड़कियों में भी कपड़ों पर दाग लगने की बात को छोड़कर (पी < 0.84), जीवन की गुणवत्ता

से जुड़े बाकी अनचाहे मुद्दे काफी कम थे (पी < .005)। यहां भी आरटीआई के लक्षणों में कोई अंतर नहीं था। फलालेन का कपड़ा उपयोग करने वालों के मुकाबले सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने

वालों में जीवन की गुणवत्ता से जुड़े अनचाहे मुद्दों की मौजूदगी काफी ज्यादा थी (पी < .005)। यहां एक बार फिर आरटीआई के लक्षणों में कोई फर्क नहीं था।

चित्र 1. रीसर्च के दौरान तीनों प्रकार के सोखने वाले कपड़े/ पैड के उपयोग में बदलाव (संख्या = 164 लड़कियां)



तालिका 2. बेसलाइन के समय पुराना कपड़ा उपयोग कर रही और फिर बाद में तीन महीने तक फलालेन और सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने वाली लड़कियों में जीवन की गुणवत्ता के मुद्दे			
	पुराना कपड़ा (संख्या = 148)	फलालेन कपड़ा (संख्या = 136)	सैनिटरी नैपकिन (संख्या = 68)
स्कूल /काम से छुट्टी			
हां	16	5	0
ना	132	131	68
त्वचा पर खरोंच			
हां	72	4	0
ना	76	132	68
अस्वच्छ महसूस करना			
हां	81	1	5
ना	67	135	63
सुखाते समय अन्य लोगों को कपड़े पर दाग दिखना			
हां	114	0	लागू नहीं
ना	34	136	लागू नहीं
कपड़ों पर दाग लगता है			
हां	53	0	20
ना	95	136	48
आरामदायक लगता है			
हां	111	122	34
ना	37	14	34
बदबू आती है			
हां	75	1	7
ना	73	135	61
सुखाने की समस्या			
हां	16	9	लागू नहीं
ना	132	117	लागू नहीं
* लागू नहीं क्योंकि सैनिटरी नैपकिन को उपयोग के बाद फेंक दिया जाता है।			

लड़कियों द्वारा अनुभव किए गए जीवन की गुणवत्ता से जुड़े अनचाहे मुद्दों की औसत संख्या पुराने कपड़े, नए कपड़े और सैनिटरी नैपकिन के संदर्भ में क्रमशः 4.78, 0.32 और 1.3 थी। जीवन

की गुणवत्ता से जुड़े अनचाहे मुद्दों की संख्या सबसे ज्यादा पुराना कपड़ा उपयोग करने वालों में पाई गई और सबसे कम फलालेन इस्तेमाल करने वालों में।

तीन महीने के बाद, 136 लड़कियां फलालेन का उपयोग कर चुकी थीं और छः महीने के अंत तक 68 लड़कियां सैनिटरी नैपकिन का (चित्र 1)। रीसर्च के खत्म होने पर, 68 प्रतिशत लड़कियों का कहना था कि माहवारी की ज़रूरत के मामले में उनकी पहली पसंद फलालेन है, जबकि 32 प्रतिशत ने कहा कि उनकी पहली पसंद सैनिटरी नैपकिन है। पुराना कपड़ा एक को भी पसंद नहीं था।

चर्चा और सुझाव

इस रीसर्च ने दर्शाया कि ज़्यादातर लड़कियों को माहवारी के बारे में सही जानकारी नहीं है, और काफी हद तक अस्वच्छ प्रथाएं प्रचलित हैं, जिनमें घरेलू कामकाज और खाने पीने की पाबंदियां शामिल हैं। रीसर्च के शुरू में, ज़्यादातर लड़कियां पुराने कपड़े का उपयोग कर रही थीं। पुराने कपड़े के उपयोग का संबंध सूक्ष्मजीवों में बढ़ोतरी से देखा गया है,¹¹ और इस रीसर्च में शामिल लड़कियों में आरटीआई के लक्षण काफी ज़्यादा पाए गए हैं।

इस रीसर्च में जिस तरह से जानकारी के निम्न स्तर और अनचाही प्रथाओं की मौजूदगी देखी गई, वह लगभग वैसे ही है जैसी कि दक्षिणी एशिया और अफ्रीका के समुदायों के अध्ययन में पाई गई है।^{2,5,6,12,13} यह निष्कर्ष माहवारी संबंधी स्वच्छता की शिक्षा और जागरूकता की ज़रूरत को रेखांकित करता है।^{2,5,12,14-17} परिवार के अन्य सदस्यों में माहवारी को लेकर अनचाहे नज़रिये कई अन्य रीसर्चों में भी सामने आए हैं।^{2,4,18} समुदाय आधारित स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों के माध्यम से

माहवारी स्वच्छता के विषय में उनकी जागरूकता को बढ़ाया जा सकता है।^{12,19}

नए फलालेन के कपड़े की स्वीकार्यता इसलिए थी कि उसे धोना, खुले में सुखाना और दोबारा उपयोग करना आसान है, वह मुलायम होता है और उसकी सोखने की क्षमता अच्छी होती है। नए फलालेन की समाज में ज़्यादा सांस्कृतिक स्वीकार्यता है। सबसे महत्वपूर्ण है कि यह सामुदायिक स्तर पर आसानी से सस्ते दामों पर मिल जाता है और पर्यावरण के लिहाज़ से भी अच्छा है, क्योंकि वह आसानी से जलाया जा सकता है। इस रीसर्च के परिणामस्वरूप, हमने निर्णय लिया कि हम अन्य परियोजना गांवों में भी फलालेन का प्रचार करेंगे और हमने अपने कार्यक्रम में माहवारी संबंधी स्वच्छता का भाग भी जोड़ दिया है। सरकार द्वारा रियायती दरों पर सैनिटरी नैपकिन उपलब्ध कराने के कार्यक्रम से कई गंभीर चिंताएं, खासकर उनकी स्वीकार्यता, सफ़्टाई और फेंकने से संबंधित मुद्दे जुड़े हैं। एक अन्य रीसर्च में भी लड़कियों में ऐसी ही चिंताएं देखी गईं।⁵ इसको ध्यान में रखते हुए, फलालेन का नया कपड़ा माहवारी संबंधी स्वच्छता में सुधार लाने का एक अच्छा विकल्प हो सकता है, हालांकि उसके प्रभाव की जांच के लिए और तगड़ी रीसर्च की ज़रूरत है।

यह रीसर्च स्पष्ट प्रमाण देती है कि भारत के ग्रामीण क्षेत्रों की लड़कियों के बीच माहवारी संबंधी स्वच्छता में सुधार लाने के लिए रणनीतियों की ज़रूरत है। इससे यह भी स्पष्ट पता चलता है कि प्रजनन स्वास्थ्य और माहवारी स्वच्छता की जानकारी देने के लिए किशोर-अनुकूल

सेवाएं उपलब्ध कराना ज़रूरी है, जिसे स्कूल के पाठ्यक्रम में शामिल किया जाना चाहिए। महिला अध्यापक, हमजोली शिक्षक और मांओं को भी इन विषयों पर जानकारी और प्रशिक्षण देने की ज़रूरत है, जिससे कि वे लड़कियों को सही और उपयोगी जानकारी दे सकें। इसके अलावा, स्कूलों, काम की जगहों और घरों में पानी और स्वच्छता के मुद्दों को संबोधित करना होगा जिससे कि अस्वच्छ तौर-तरीकों और प्रजनन मार्ग संक्रमणों को रोका जा सके। यह मिलेनियम डैवलपमेंट गोल्स (सहस्राब्दि विकास लक्ष्य) 2, 3 और 7 के अनुसार भी ज़रूरी है।

भारत में सैनिटरी नैपकिन के साथ साथ, फलालेन कपड़े की उपलब्धता बढ़ाना भी ज़रूरी है, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में, जहां लड़कियों को सैनिटरी नैपकिन उपयोग करने में समस्याएं आ रही हैं। इन समस्याओं का हल निकालने के लिए भी उचित कदम उठाने होंगे, खासकर रियायती दरों पर मिलने वाले सैनिटरी नैपकिन की गुणवत्ता, जागरूकता की कमी और फेंकने के मुद्दों के संदर्भ में। स्थानीय लोगों के बीच इस योजना के बारे में और फलालेन और सैनिटरी नैपकिन दोनों के उपयोग के तरीके और लाभ के बारे में जागरूकता बढ़ाना बहुत ज़रूरत है। यह काम आशा और अन्य कार्यकर्ताओं द्वारा स्थानीय समुदायों के बीच और गैर-सरकारी संस्थाओं में स्कूलों और खेतों पर किया जा सकता है, जहां लड़कियां काम करती हैं। इस स्तर पर अच्छे सैनिटरी नैपकिन और फलालेन की निरंतर सप्लाई होना और उनके फेंके जाने की व्यवस्था करना भी बहुत ज़रूरी है। स्कूलों और कॉलेजों में संभवतः वैन्डिंग मशीनों

के साथ साथ, जलाने वाली मशीनें भी लगाई जा सकती हैं, लेकिन सिर्फ वहीं, जहां बिजली जाने की समस्या नहीं है और इन चीजों को सभी तक पहुंचाने के लिए पर्याप्त संसाधन उपलब्ध हैं। विक्रेताओं और स्थानीय स्तर पर माहवारी संबंधी वस्तुओं का उत्पादन करने वालों की भूमिका की और छानबीन व योजना बनाई जाने की ज़रूरत है।

यह रीसर्च दर्शाता है कि फलालेन के कपड़े और सैनिटरी नैपकिन को किशोर लड़कियों ने काफी जल्दी अपना लिया। इनके उपयोग से संबंधित जीवन की गुणवत्ता में स्पष्ट सुधार को देखते हुए, ज़रूरी है कि दोनों तरीकों को भारत की ग्रामीण, आदिवासी लड़कियों व गरीबी में रहे अन्य लोगों को पर्याप्त मात्रा में और रियायती दरों पर उपलब्ध कराया जाए।

आभार

यह रीसर्च डॉ. शोभा शाह की जन स्वास्थ्य प्रबंधन के विषय में उनकी स्नातकोत्तर डिप्लोमा के अंश के रूप में किया गया। लेखक श्रीमति. रंजन अतोदरिया और सुश्री. गायत्री पटेल के प्रति जानकारी इकट्ठी करने और श्री. रजनीकांत पटेल के प्रति सांख्यिकीय विश्लेषण करने के लिए आभारी हैं। समुदाय की किशोर लड़कियों और उनकी मांओं के प्रति विशिष्ट आभार, जिनके बिना यह रीसर्च होना संभव नहीं था। भारतीय जन स्वास्थ्य संस्थान - गांधीनगर द्वारा दिया गया तकनीकी मार्गदर्शन और सहयोग सही तरीके से दस्तावेज़ीकरण करने के लिए ज़रूरी था। शारदा महिला विकास सोसायटी को शेयर एंड केयर फाउन्डेशन, यू.एस.ए से इस कार्यक्रम के लिए आर्थिक सहयोग प्राप्त हुआ।

लेखक:

- क संयोजक, स्वास्थ्य प्रशिक्षण एवं संसाधन केन्द्र, सेवा ग्रामीण, भरूच, गुजरात, भारत।
- ख सहायक प्रोफेसर, भारतीय जन स्वास्थ्य संस्थान – गांधीनगर, अहमदाबाद, गुजरात, भारत।
- ग निर्देशक, सामुदायिक स्वास्थ्य, सेवा ग्रामीण, भरूच, गुजरात, भारत।
- घ प्रोग्राम मैनेजर, सेवा ग्रामीण, भरूच, गुजरात, भारत।
- च रीसर्च संयोजक, सेवा ग्रामीण, भरूच, गुजरात, भारत।
- छ अध्यक्ष, शारदा महिला विकास सोसायटी, भरूच, गुजरात, भारत।

संदर्भ

1. UNICEF. The State of World's Children: Adolescence, An Age of Opportunity. New York; 2011.
2. Drakshavani DK, Venkata RP. A study on menstrual hygiene among rural adolescent Indian girls. Andhrapradesh. Indian Journal of Medical Science 1994;48(6):139-43.
3. Deo D, Ghataraj DC. Perceptions and practices regarding menstruation: a comparative study in urban and rural adolescent girls. Indian Journal of Community Medicine 2005;30:33-34.
4. Dasgupta A, Sarkar M. Menstrual hygiene: how hygienic is the adolescent girl? Indian Journal of Community Medicine 2008;33(2):77-80.
5. Ali TS, Rizvi SN. Menstrual knowledge and practices of female adolescents in urban Karachi, Pakistan. Journal of Adolescents 2010;33(4):531-41.
6. Wateraid. Is Menstrual Hygiene and Management an issue for adolescent school girls in Nepal. Kathmandu; 2010.
7. Naik MK. A study of the menstrual problems and hygiene practices among adolescents in secondary school. Thiruvanthapuram Indian Journal of Pediatrics 2012;1:79.
8. Kounteya Sinha, TNN. Times of India. 23 January 2011.
9. Press Information Bureau, Government of India. Government approves scheme for menstrual hygiene of 1.5 crore girls to get low-cost sanitary napkins. 2010. <http://pib.nic.in/newsite/erelease.aspx?relid=62586v>.
10. Matharu S. Menstrual hygiene scheme to be expanded. Changes brought under National Rural Health Mission for better implementation of schemes. Governance Now. www.governancenow.com/news/regular-story/menstrual-hygiene-scheme-be-expanded. 22 June 2011.
11. Lawan UM, Yusuf NW, Musa AB. Menstruation and hygiene amongst adolescent girls in Kano, Nigeria. African Journal Reproductive Health 2010;14(3): 201-07.
12. Alaha E, Elsabj E. Impact of health education information on knowledge and practice about menstruation among female secondary school students in Zigzag city. Journal of American Science 2011;7(9):737-41.
13. India Sanitation Portal. <http://indiasanitationportal.org/>. October 2011.
14. Shazly MK, Hassanein MH, Ibrahim AG, et al. Knowledge about menstruation and practices of nursing students affiliated to University of Alexandria. Journal of Egypt Public Health Association 1990;65(5-6):509-23.
15. Adhikari P, Kadel B, Dhungel SI, et al. Knowledge and practice regarding menstrual hygiene in rural adolescent girls of Nepal. Kathmandu University Medical Journal 2007;5(3):382-86.

16. Swenson I, Havens B. Menarche and menstruation: a review of the literature. *Journal of Community Health Nursing* 1987;4(4):199–210.
17. Dongre AR, Deshmukh PR, Garg BS. The effect of community-based health education intervention of management of menstrual hygiene among rural Indian adolescent girls. *World Health Population* 2007;9(3):48–54.
18. Religious taboos on menstruation affects reproductive health of women. Conference proceedings, Asian-Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health, 29–31 October 2007.
19. Ali TS, Sami N, Khuwaja AK. Are unhygienic practices during the menstrual, partum and postpartum period a risk factor for secondary infertility? *Journal of Health Population Nutrition* 2007;25(2):189–94.

रवांडा में सुरक्षित गर्भ समापन की पैरवी: किस प्रकार युवा एवं जेल में बंद युवतियों के व्यक्तिगत अनुभवों से बदलाव आया

शांताल उमुहोजा,^ए बारबरा ऊस्टर्स,^{बी} मिरांडा वान रीडवीज्क,^{सी} आइन वान्वेसेन्बीक^{डी}

सारांश:

जून 2012 में रवांडा की दंड संहिता की व्यापक समीक्षा के बाद रवांडा में एक नया गर्भ समापन कानून लागू किया गया। जिस देश में गर्भ समापन के बारे में बात करना भी पाप माना जाता था, वहां यह कानून लागू किया जाना एक महत्वपूर्ण कदम था। इस लेख में ऐसी कुछ महत्वपूर्ण घटनाओं के बारे में चर्चा की गई है कि रटगर्स, डब्ल्यूपीएफ द्वारा कई देशों में “युवाओं की यौनिकता संबंधी संवेदनशील मुद्दे” पर परियोजना की शुरुआत के साथ, रवांडा में किस प्रकार यह सफलता मिली। इस लेख में इस बात की चर्चा की गई है कि किस प्रकार रवांडा के यूथ ऐक्शन मूवमेंट ने इस परियोजना के एक हिस्से के रूप में असुरक्षित गर्भ समापन पर काम करने का फैसला किया। उन्होंने असुरक्षित गर्भ समापन की व्यापकता और जेलों में बंद रवांडा की युवतियों से गर्भ समापन की सहमति के बारे में आंकड़े इकट्ठे किए; चार विश्वविद्यालयों में चर्चाएं, मान्यताओं के बारे में स्पष्टीकरण, इंटरव्यू और सर्वेक्षण आयोजित किए; कानून में सुधार करने के बारे में एक याचिका दाखिल की; जागरूकता बढ़ाने वाली सामग्री तैयार की; मीडिया के साथ काम किया और सरकारी मंत्रालयों, राष्ट्रीय महिला एवं युवा परिषदों के प्रतिनिधियों और सांसदों से मुलाकात की – इन सब ने मिलकर कानून के संशोधन की पैरवी प्रक्रिया में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई, जिसे जून, 2012 में दंड संहिता की समीक्षा करते समय संशोधित किया गया था। इस घटना से पता चलता है कि बदलाव लाने में युवाओं की भूमिका कितनी महत्वपूर्ण हो सकती है और अपने व्यक्तिगत अनुभवों के आधार पर वे न केवल रवांडा में, बल्कि दूसरी जगहों पर भी बेहतर गर्भ समापन कानून की ज़रूरत को उजागर करते हैं। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: किशोर एवं युवा, पैरवी एवं राजनीतिक प्रक्रिया, गर्भ समापन कानून एवं नीति, अपराधीकरण, रवांडा

‘कुछ वयस्क मानते हैं कि इन सबकी जानकारी के लिए हम बहुत छोटे हैं, लेकिन उन्हें इस बात का भी पता होना चाहिए कि मरने के लिए भी हम बहुत छोटे हैं।’ (युवा पैरवीकार, उम्र 19 वर्ष)

रवांडा ने जून, 2012 में गर्भ समापन के अपने कानून में संशोधन किया। संशोधित कानून के तहत गर्भ समापन को अभी भी अपराध माना गया है, लेकिन इसके लिए 5-15 वर्ष के कैद के समय को घटाकर 1-3 वर्ष कर दिया गया है। इसके साथ-साथ अपवाद के रूप में कुछ विशेष परिस्थितियां भी शामिल की गई हैं, जिनमें अब गर्भ समापन कराने की अनुमति है। ये अपवाद, गर्भवती महिला की जान बचाने या उसके स्वास्थ्य की रक्षा करने, या उन परिस्थितियों के लिए हैं, जब बलात्कार, व्यभिचार या ज़बरन शादी के कारण गर्भधारण हुआ हो। हालांकि इन मामलों में भी सुरक्षित गर्भ समापन सुविधा हासिल करने में अभी भी बाधाएं हैं। उदाहरण के तौर पर, किसी “सक्षम अदालत” को यह प्रमाणित करना होगा कि महिला बलात्कार, व्यभिचार या ज़बरन शादी के कारण गर्भवती हुई है। इसके अलावा, यह प्रक्रिया किसी डॉक्टर द्वारा की जाएगी और जहां तक संभव हो उस डॉक्टर को, एक दूसरे डॉक्टर से भी सलाह लेनी होगी। एक ऐसे देश में जहां बलात्कार और व्यभिचार काफी कलंकित मुद्दे हैं, वहां आम तौर पर पीड़ितों को सबसे ज्यादा गोपनीयता और प्राइवैसी की ज़रूरत होती है, और इस सच को जानते हुए कि

गर्भ समापन करवाना भी एक बड़ा कलंक है, किसी महिला को गर्भ समापन की अनुमति लेने के लिए अदालत में अपना मामला पेश करना बेहद मुश्किल हो सकता है। इसके अलावा, 2012 में डॉक्टरों का अनुपात 16,000 आबादी पर केवल 1 था और इनमें से ज्यादातर डॉक्टर शहरी इलाकों में काम कर रहे थे।¹ इसलिए अनेक मामलों में गर्भ समापन की अनुमति के लिए दो डॉक्टरों के शामिल होने की शर्त रखना लगभग असंभव होगा।

फिर भी, एक ऐसे देश में कानून में संशोधन करना एक महत्वपूर्ण पहला कदम है, जहां अब कम से कम गर्भ समापन के बारे में चर्चा करने पर रोक हट चुकी है। असुरक्षित गर्भ समापन और रवांडा की युवतियों पर इसके असर को पहली बार राष्ट्रीय एजेंडे में शामिल किया गया है, जिसके तहत सर्वोच्च स्तरों पर चर्चाएं की जा रही हैं, जिनमें अन्य लोगों के साथ-साथ स्वास्थ्य मंत्रालय, जेंडर एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, न्याय मंत्रालय, राष्ट्रीय महिला परिषद और राष्ट्रीय युवा परिषद के प्रतिनिधियों को भी शामिल किया जाता है।²

इस लेख में इस बात की चर्चा की गई है कि यह सफलता कैसे मिली।

मेरा नाम ऐनी है

“मेरी उम्र 20 वर्ष है, मेरा जन्म ब्यूंबा जिले में हुआ था, गर्भ समापन करवाने के आरोप में 2007 से मैं कारुबांडा की जेल में कैद हूँ। मैं अपने माता पिता की तीसरी संतान हूँ और परिवार की इकलौती लड़की हूँ, बहुत छोटी उम्र में मेरी मां की मृत्यु हो जाने के बाद, मेरे पिता ने ही मेरा पालन पोषण किया। जब मैं माध्यमिक शिक्षा के 5वें साल में थी, तभी मेरे स्कूल का एक शिक्षक मुझसे अक्सर मिलने लगा। मुझे स्कूल की कॉपी-किताबों की ज़रूरत थी और उन्हें खरीदने के लिए मेरे पास पैसे नहीं थे, इसलिए कच्ची उम्र में ही मैं उस शिक्षक के साथ सेक्स करने के लिए राजी हो गई। गर्भ निरोधकों के बारे में जानकारी नहीं होने के कारण मैं गर्भवती हो गई और मुझे स्कूल छोड़ना पड़ा क्योंकि यह स्कूल के नियमों के खिलाफ था। मैंने गर्भ समापन करवाने का फैसला किया और डर के मारे मेरे बड़े भाई ने इसकी जानकारी पुलिस को दे दी। मुझे 9 साल की कैद हो गई जिसमें से मैंने 3 साल पूरे कर लिए हैं।”

उसने रोते हुए कहा, “मैं निराश हो चुकी हूँ, मेरी जिंदगी बरबाद हो गई है।” वह सरकार से इस तरह के अपराध के लिए दी जाने वाली सज़ा को कम करने की फरियाद कर रही है; वह कहती है कि “यह बहुत ही कठोर और अन्यायपूर्ण है।”

यौनिकता के संवेदनशील मुद्दे पर एक परियोजना

2009 में यौनिकता के संवेदनशील मुद्दों पर एक परियोजना, रटगर्स डब्ल्यूपीएफ, नीदरलैंड में

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों पर काम करने वाले और दक्षिणी विश्व के एक एनजीओ ने अपने अंतर्राष्ट्रीय कार्यक्रम के अंतर्गत यौनिकता के कुछ अत्यंत संवेदनशील मुद्दों पर युवाओं के साथ एक कार्यक्रम शुरू करने का फैसला किया, जिसे उस समय यूथ इन्सेन्टिव्स कहा गया। जिन मुद्दों पर हमने ध्यान केंद्रित करने का फैसला किया, उनमें यौन हिंसा, गर्भ समापन और यौन विविधता शामिल थी। इस कार्यक्रम में रवांडा, मालावी, माली, तंज़ानिया और बंगलादेश के इंटरनेशनल प्लान्ड पैरेंटहुड (आईपीपीएफ) के सदस्य और खास तौर पर, इन भागीदारों से जुड़े ऐसे युवा संगठन शामिल थे, जिन्होंने साथ मिलकर यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट का गठन किया था।

वर्ष 2009 में पांच देशों में से हरेक देश से यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट के छह सदस्यों के लिए नीदरलैंड में अध्ययन दौरा आयोजित किया गया। इस अध्ययन दौरे के उद्देश्य थे: (1) संवेदनशील मुद्दों पर बढ़ती स्वीकृति और प्रगतिशील नज़रिया; (2) संवेदनशील मुद्दों के समाधान के लिए ज़्यादा प्रेरित करना; (3) संवेदनशील मुद्दों के समाधान के लिए युवाओं का क्षमता बनाना; और (4) अपने समुदायों के अंदर युवा समूहों के नज़रिए में बदलाव करने की संभावनाएं तलाशना। अगला कदम, हर देश में राष्ट्रीय आयोजन और राष्ट्रीय गतिविधियों के लिए कार्य योजनाएं तैयार करना था। 2010 में आयोजित किए गए कार्यक्रमों का उद्देश्य, क्षेत्रभर के युवा प्रतिनिधियों में यौन हिंसा, गर्भ समापन और यौन विविधता पर चर्चा करने के लिए उस शब्द का प्रचार-प्रसार करना और जागरूकता, स्वीकृति और कौशल बढ़ाना था। यूथ

एक्शन मूवमेन्ट के वे सदस्य, जिन्होंने अध्ययन भ्रमण में भाग लिया था, उन्होंने अफ्रीका और एशिया के विभिन्न देशों के 20 अन्य आईपीपीएफ सदस्य संघों के 20 वाईएएम सदस्यों के लिए क्षेत्रीय आयोजनों में साथ मिलकर मदद की। आखिर में, अध्ययन दौरे और आयोजनों से मिले अनुभवों के आधार पर, रटगर्स डब्ल्यूपीएफ/यूथ इन्सेन्टिव और शामिल आईपीपीएफ क्षेत्रीय कार्यालयों और भागीदारों के सहयोग से यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट के सदस्यों द्वारा इन देशों में लागू करने के लिए राष्ट्रीय कार्य योजनाएं तैयार की गईं।

इस लेख में रवांडा में घटी उन घटनाओं और गतिविधियों का वर्णन किया गया है, जिनके कारण गर्भ समापन कानून में बदलाव लाने पड़े। रवांडा के छह युवा प्रतिनिधि अध्ययन दौरे पर नीदरलैंड गए हुए थे। वे एसोसिएशन रवान्डेज पोर ले बिएन-इट्रे फेमिलियल (एआरबीईएफ) की युवा शाखा के सदस्य थे, जो 1987 से आईपीपीएफ की सदस्य है। एआरबीईएफ ने युवाओं को अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में सशक्त करने और अपने जीवन के बारे में जानकारीपूर्ण फैसले लेने को बढ़ावा देने में युवाओं की भागीदारी बढ़ाने के लिए इस युवा शाखा की शुरूआत की थी। इस समय देश के विभिन्न भागों का प्रतिनिधित्व कर रहे लगभग 500 युवा स्वयं सेवक मौजूद हैं, जो विभिन्न एआरबीईएफ परियोजना में काम कर रहे हैं, जिनमें से कुछ एआरबीईएफ के निर्णायक मंडल का हिस्सा हैं। नीदरलैंड में अध्ययन दौरे के दौरान, वाईएएम रवांडा के सदस्यों ने अपनी राष्ट्रीय कार्य योजना में सुरक्षित गर्भ समापन के मुद्दे पर ध्यान केंद्रित करने का फैसला किया।

यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट, रवांडा और इनका गर्भ समापन पर ध्यान

एआरबीईएफ, यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट और रटगर्स डब्ल्यूपीएफ का मानना है कि युवाओं को सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं के साथ अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा देने वाली व्यापक जानकारी और सेवाएं पाने का हक है। बाल अधिकार पर अंतर्राष्ट्रीय समझौता (1990) और बाल अधिकारों एवं कल्याण पर अफ्रीकी चार्टर (1999) जैसे अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों से उन्हें इस अधिकार की गारंटी दी गई है। आईसीपीडी कार्य योजना (1994) और मिलेनियम डेवलपमेन्ट गोल्स जैसे अंतर सरकारी समझौतों में भी इस बात पर जोर दिया गया है। इसी सिलसिले में वाईएएम ने रवांडा में गर्भ समापन की स्थिति के बारे में ज्यादा जानकारी हासिल करने और असुरक्षित गर्भ समापन की शिकार युवतियों की आपबीती इकट्ठा कर उन्हें संकलित करने का फैसला किया।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के रिसर्च से पता चला है कि जिन किशोरियों को अनचाहा गर्भ हो जाता है, वे गर्भ समापन करवाने में देरी करती हैं, कम कुशल सेवाप्रदाताओं की सेवाओं का सहारा लेती हैं, गर्भ समापन के ज्यादा खतरनाक तरीके अपनाती हैं, और जटिलताएं उत्पन्न हो जाने पर इलाज करवाने में भी देरी करती हैं।⁴ इन सबका परिणाम यह होता है कि युवतियों में गर्भ समापन से जुड़ी तकलीफों और मृत्यु की अपेक्षाकृत कहीं ज्यादा संभावना बन जाती है। निम्न और मध्यम आय वाले देशों में गर्भावस्था, गर्भ समापन और प्रसव संबंधी समस्याएं, 15 से 19 वर्ष के बीच उम्र वाली युवतियों की मृत्यु का सबसे बड़ा कारण हैं।⁵

रवांडा की युवतियों में असुरक्षित गर्भ समापन एक समस्या है, क्योंकि यह गैर-कानूनी है, और जो गर्भ समापन किए जाते हैं वह चोरी-छिपे किए जाते हैं। 2005 में किए गए एक अध्ययन के से पता चला कि लगभग 50 प्रतिशत प्रसूति संबंधी जटिलताओं का कारण अपने-आप हुआ या करवाया गया गर्भ समापन था।³ बसिंगा आदि द्वारा 2012 में किए गए एक अध्ययन से पता चला कि 15-49 वर्ष के बीच की 1000 में से 10 महिलाओं का असुरक्षित गर्भ समापन के कारण हुई जटिलताओं के लिए रवांडा के अस्पतालों में इलाज करवाया गया था। अगर दर्ज नहीं किए गए मामलों को भी जोड़ दिया जाए तो यह संख्या और भी ज्यादा बढ़ जाती है।⁶ किशोरियों और युवतियों के मामले में यह स्थिति और भी बदतर हो जाती है, क्योंकि शादी से पहले गर्भवती होने और बच्चे पैदा करने पर उनकी निंदा की जाती है। गर्भवती होने पर अक्सर उन्हें अपने माता-पिता के घर से बाहर कर दिया जाता है और जो स्कूल में पढ़ रही हैं उन्हें स्कूल से निकाल दिया जाता है। सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं मुहैया नहीं कराए जाने के कारण युवतियां गर्भ समापन के लिए पारंपरिक जड़ी-बूटियों जैसे असुरक्षित तरीके अपनाती हैं। रवांडा में गर्भ समापन कानून बहुत सख्त है और यह गर्भ समापन सेवाओं को सुरक्षित बनाने के प्रयास को आगे ले जाने में बाधक है। इस कानून में आपातकालीन गर्भनिरोध और परिवार नियोजन सेवाओं के उपयोग में कमी के साथ इस बात को कोई महत्व नहीं दिया गया है कि युवतियों में अनचाहा गर्भधारण होता क्यों है। रवांडा में 15-49 वर्ष की महिलाओं में गर्भनिरोध की 38% जरूरतों

को पूरा नहीं किया जा पाता है। युवाओं में पूरी नहीं की जा सकने वाली जरूरतों के कहीं ज्यादा होने की संभावना है, क्योंकि हाल ही में यूगांडा और केन्या में किए गए अध्ययनों से पता चला है कि लोगों का यह मानना है कि गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल शादीशुदा लोगों द्वारा ही किया जाता है।^{7,8}

इन कारकों में यौन हिंसा को भी शामिल करना होगा: 2008 में यूनीफेम ने रवांडा के चार जिलों में एक अध्ययन किया, जिससे पता चला कि अध्ययन में भाग लेने वाली 86% महिलाओं ने यह बताया कि परिवार के किसी सदस्य द्वारा या उनके काम के स्थान जैसे किसी परिचित जगह पर उनका बलात्कार किया गया था, या बलात्कार का प्रयास किया गया था।⁹ ऐसी घटनाओं का परिणाम अक्सर अनचाहे गर्भधारण के रूप में सामने आया, जिनमें से कुछ व्यभिचार से जुड़ी थीं। इस प्रकार, सुरक्षित गर्भ समापन की जरूरत बहुत ज्यादा बढ़ जाती है, जिससे सुरक्षित गर्भ समापन सेवाओं को तुरंत बढ़ावा देना जरूरी हो गया है।

वर्ष 2010 और 2011 के दौरान, यूथ ऐक्शन मूवमेंट, रवांडा के युवाओं ने गर्भ समापन की स्थिति में सुधार लाने का प्रयास करने की चुनौती स्वीकार की। उन्होंने असुरक्षित गर्भ समापन संबंधी आंकड़ों की कमी को पूरा करने और रवांडा में गर्भ समापन को अपराध माने जाने के कारण, कम से कम युवतियों पर हुए असर की जानकारी हासिल करने के लिए अस्पतालों और जेलों से आंकड़े इकट्ठे करने शुरू किए, और गर्भ समापन करवाने के कारण जेलों में सजा काट रही युवतियों की आपबीती कहानियां दर्ज की। 13 जुलाई 2010 तक उन्हें पता चला कि कारूबांडा जेल में बंद

114 में से 21 महिलाएं, गैर कानूनी गर्भ समापन करवाने के कारण सजा काट रही हैं। इनमें से 90%, 25 वर्ष या उससे कम उम्र की हैं।

इस पूरे लेख में बॉक्सों के अंदर कई आपबीती कहानियां दी गई हैं, जिन्हें इस लेख की पहली लेखिका एवं यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट के दूसरे साक्षात्कर्ताओं द्वारा जुटाया गया है। पूरे पैरवी अभियान के दौरान लोगों को जागरूक करने के लिए इन कहानियों का इस्तेमाल किया गया। रवांडा में गर्भ समापन के साथ जुड़े कलंक के कारण, लड़कियां अपनी आपबीती सुनाने में काफी डर रही थीं। इस लेख में इस्तेमाल किए गए सभी नाम बदले हुए हैं। इस लेख के पूरा होने तक कुछ लड़कियां अपनी सजा काट कर जेलों से बाहर निकल चुकी होंगी, लेकिन कुछ अभी भी जेलों में बंद होंगी। दुर्भाग्यवश, नए कानून में उनकी सजा को कम नहीं किया गया है।

कानून में सुधार लाने के लिए इन आपबीती कहानियों का इस्तेमाल

यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट द्वारा किगाली (किगाली इंस्टीट्यूट ऑफ एजुकेशन) और प्रांतों के तीन विश्वविद्यालयों (किगाली इन्डिपेन्डेन्ट यूनिवर्सिटी, गिसेन्यी कैम्पस, हायर इंस्टीट्यूट ऑफ एग्रीकल्चर एंड एनिमल हस्बैन्डरी, बुसागो और रवांडा की नेशनल यूनिवर्सिटी) में 1000 से ज्यादा छात्रों की जनसभा और बैठकों में इन आपबीती कहानियों का उल्लेख किया गया। उनका उद्देश्य, इस मुद्दे पर युवा समूहों का समर्थन जुटाना और चर्चाओं, इंटरव्यू और सर्वे के जरिए गर्भ समापन के मुद्दे पर उनकी राय जानना था। सर्वे से पता चला कि 520 छात्रों (57 प्रतिशत पुरुष और 43 प्रतिशत महिलाएं) में से 97 प्रतिशत छात्र इस कठोर कानून में बदलाव लाने के पक्ष में थे, और उन्होंने इसके लिए यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट द्वारा तैयार की गई याचिका का समर्थन किया।

रवांडा की युवतियों द्वारा सुनाई गई आपबीती

मेरा नाम कैरोल है

“मैं 24 साल की हूँ और मेरा जन्म इस देश के दक्षिणी राज्य के मपेयर सेक्टर में हुआ था। मैं अपनी 10 साल की कैद की सजा में से 2 साल की सजा काट चुकी हूँ। मैं अपनी मां और दो छोटी बहनों के साथ रहती थी। मेरा ब्वायफ्रेंड मुझे गर्भवती करने के बाद गायब हो गया। गरीबी और डर के मारे इस बारे में मां को नहीं बता पाने के कारण, मैंने अपने 5 माह के गर्भ के समापन का फैसला किया। मुझे कंडोम और गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल के बारे में कम जानकारी थी, यहां तक कि मुझे यह भी नहीं पता था कि गर्भ समापन कराने से जेल जाना पड़ सकता है। पड़ोस की अपनी एक सहेली से मैंने देशी जड़ी-बूटियां मंगवाई और खा ली। कुछ दिनों के बाद मुझे तेज रक्तस्राव शुरू हो गया और दिनों दिन मेरी स्थिति बिगड़ती चली गई। मैंने अस्पताल जाने का फैसला किया, वहां से मुझे जेल भेज दिया गया। मुझे दी गई 10 साल की कैद की सजा बहुत ही सख्त है, जो मुझे अनजाने में किए गए अपराध के लिए मिली है।”

मेरा नाम क्लेरिस है

“मैं इस समय 21 साल की हूँ। गर्भ समापन करवाने के लिए मुझे 18 साल की उम्र में जेल में डाल दिया गया था। अभी भी मुझे 4 साल सजा काटनी बाकी है। 6 लोगों के परिवार में, मैं अपने भाई-बहनों में सबसे बड़ी हूँ। बीमारी के कारण मैंने कक्षा 5 के बाद पढ़ाई छोड़ दी थी। जब मैं अपने माता-पिता के साथ रहती थी तभी मुझे 42 साल के एक स्थानीय नेता, जो एक पारिवारिक मित्र भी था, ने गर्भवती कर दिया। मैंने अपने पिता, जो एक पेस्टर (ईशाई पुजारी) थे, के डर के मारे मैंने उस स्थानीय नेता से ही अपने गर्भ समापन के लिए कोई जड़ी-बूटी लाने को कहा। हालाँकि उसे खाते ही मेरी हालत बिगड़ गई और अस्पताल जाते समय, मुझे बहुत तेज़ रक्तस्राव होने लगा और डॉक्टर से मेरी मां को पता चल गया कि मैंने गर्भ समापन करवाया है। मेरी हालत सुधारते ही मुझे सीधे पुलिस के हवाले कर दिया गया, जिसने मुझे जेल भेज दिया। मेरे पिता ने अपने उस मित्र नेता को बचाने के लिए मुझे अपना मुह बंद रखने को कहा। मुझे दी गई सजा को देखकर कभी कभार मुझे लगता है कि मैंने गर्भ समापन से कहीं ज्यादा भारी जुर्म किया है। मैं अनुरोध करती हूँ कि नीति निर्माता गर्भ समापन कानून में बदलाव करें और उसे कुछ लचीला बनाएं और उस मूल कारण की समीक्षा करें जिसकी वजह से किसी को गर्भ समापन करवाने का फैसला करना पड़ता है।

मैं 24 साल की हूँ और मेरा नाम ब्रेन्डा है

“मैं रवांडा नेशनल यूनिवर्सिटी की पूर्व छात्रा हूँ। मैं पिछले साल, 2009 से जेल में बंद हूँ। जब मैं गर्भवती हो गई तो मैंने अपने ब्वायफ्रेंड से इस बारे में बताया, लेकिन उसने कहा कि वह अभी इस ज़िम्मेदारी को उठाने के लिए तैयार नहीं है, क्योंकि वह अभी पढ़ाई कर रहा है। मैंने गर्भ समापन करवाने का फैसला कर लिया क्योंकि मैं भी मां नहीं बनना चाहती थी और अभी स्कूल में ही पढ़ रही थी। बच्चे के पालन पोषण के लिए मेरे पास कोई साधन भी नहीं थे, इसलिए मैं एक गांव में गई जहां गर्भ समापन के लिए मुझे कुछ जड़ी-बूटियां दी गईं, उस दिन मैं स्कूल चली गई और मुझे तेज़ रक्तस्राव होने लगा। मैं दर्द बर्दाश्त नहीं कर सकी और मेरी सहेलियों ने इस बारे में विश्वविद्यालय प्रशासन को बता दिया, मुझे अस्पताल ले जाया गया, जहां पुलिस ने पकड़ लिया। मुझे उस समय गर्भ निरोधकों के बारे में थोड़ी-बहुत जानकारी थी लेकिन ये सेवाएं कहां मिल सकती हैं इसका पता नहीं था। मुझे विश्वविद्यालय की पढ़ाई पूरे करने में केवल दो साल बचे थे, और अब मुझे इस बात की कोई उम्मीद नहीं है कि मैं वापस स्कूल जा पाऊंगी। मेरा मानना है कि रवांडा की सरकार को परिवार नियोजन और लोगों की बच्चों के पालन पोषण करने की क्षमता को देखते हुए कानून में बदलाव कर देना चाहिए।”

मेरा नाम क्लेयर है

“मैं 29 साल की हूँ और किगाली के एक सेकेन्डरी स्कूल की छात्र रह चुकी हूँ। जब मेरे ब्वायफ्रेंड ने मुझे गर्भवती किया तब मैं फार्म 2 में पढ़ रही थी। कत्लेआम के दौरान मैं अनाथ बना दी गई थी और उन दिनों अपनी बड़ी बहन के पास रह रही थी, जब यह सब हुआ था। मैंने जब उसे इस बारे में बताया तो वह गुस्से से आग बबूला हो गई और मुझे घर से निकाल दिया। मैं एक

सहेली के साथ रहने लगी लेकिन जिंदगी आसान नहीं थी। मैं जानती हूँ कि मुझे कंडोम का इस्तेमाल करना चाहिए था, लेकिन मेरे ब्वायफ्रेंड ने कभी भी ऐसा करने की सलाह नहीं दी, और मुझे लगता था कि यह फैसला हमेशा लड़कों का ही होता है कि कंडोम का इस्तेमाल करें कि न करें। मुझे इस बात की भी जानकारी नहीं थी कि युवतियां भी गर्भनिरोधकों का इस्तेमाल कर सकती हैं। मेरे ब्वायफ्रेंड ने यह वादा किया था कि अगर मैं बच्चे को जन्म देने का फैसला करती हूँ तो वह मेरा साथ देगा, लेकिन बाद में वह गायब हो गया और फिर कभी मुझसे बात नहीं की। मुझे गर्भ समापन कानून की जानकारी थी, लेकिन मैं गर्भ समापन का इतना पक्का इरादा कर चुकी थी कि उसकी फिक्र नहीं की। मैं जिस परिस्थिति में थी, अगर बच्चे को जन्म दी होती, तो जिंदगी और खराब हो गई होती। मेरी एक सहेली ने मुझे गर्भ समापन की कुछ गोलियां लाकर दे दी और मैंने उन्हें खा लिया। कुछ घंटों के बाद मेरा खून जाने लगा और बाद में उसी दिन 4 माह का भ्रूण बाहर आ गया। बाद में मेरी सहेली डर गई और उसने पुलिस को इसकी जानकारी दे दी। अदालत द्वारा अभी तक मुकदमा शुरू नहीं किया गया है। मेरा मानना है कि रवांडा में गर्भ समापन कानून बहुत ही सख्त है, यह देखकर आश्चर्य होता है कि ऐसी स्थिति में पुरुषों पर कोई कार्रवाई क्यों नहीं की जाती, जबकि लड़कियों को गर्भवती करने के लिए वे भी उतने ही जिम्मेदार होते हैं। मैं आशा करती हूँ कि सभी के लिए कानूनी गर्भ समापन सेवाएं उपलब्ध होंगी।”

मेरा नाम रोज़ है

“मैं 5 साल कैद की सज़ा काट रही हूँ। मेरी उम्र 23 साल है और मैं माध्यमिक स्कूल की छात्रा थी। मैं जब गर्म 3 में पढ़ रही थी तभी मुझसे उम्र में कुछ बड़े मेरे ब्वायफ्रेंड ने मुझे गर्भवती कर दिया। उस समय मैं गिकांडों में अपनी मां के साथ रहा करती थी, जिसे मेरी पढ़ाई पूरी होने पर मुझसे काफी उम्मीदें थीं। लेकिन यह मेरा पहला गर्भधारण नहीं था, पहले भी 18 साल की उम्र में मैं एक बार गर्भवती हो चुकी थी और उसी आदमी से मुझे एक लड़की हुई थी, और उसने उस समय बच्ची की देखरेख करने का वादा किया था। क्योंकि वह बच्ची के लालन-पालन में मदद कर रहा था, इसलिए मेरे नहीं चाहते हुए भी, लगातार असुरक्षित सेक्स करने की मांग करता रहता था, मेरे पास उसकी बात मानने के अलावा कोई चारा नहीं था। उसी दौरान मैं दुबारा गर्भवती हो गई थी। इससे पहले मैंने कभी भी गर्भनिरोधक गोलियों के बारे में नहीं सुना था इसलिए महीने के सुरक्षित दिनों की गिनती कर पीरियड का ध्यान रखती थी। इस बारे में मैंने अपनी मां से कुछ नहीं बताया क्योंकि मैं जानती थी कि उसे बहुत बुरा लगेगा। अपनी एक सहेली की मदद से गुपचुप तरीके से मैंने कुछ गोलियां मंगवाई और 5वें महीने में गर्भ समापन करवा लिया। किसी ने यह बात पुलिस को बता दी और अगले ही दिन मुझे जेल भेज दिया गया। मेरी मां मुझसे कभी मिलने नहीं आई। जेल में जाकर मेरी मुसीबत और ज़्यादा बढ़ गई क्योंकि मैं दूसरे कैदियों से बहुत सी गलत आदतें सीखने लगी थी। मेरा मानना है कि जेल में डाल देने से अनचाहे गर्भधारण की समस्या, जिसका अंत गर्भसमापन के रूप में होता है, का समाधान नहीं हो सकता है। गर्भसमापन सेवाओं को कानूनी मंजूरी देकर ही इसका समाधान किया जा सकता है। जेल में डाल देने से युवतियों को गंभीर दंड तो दिया जा सकता है लेकिन असुरक्षित सेक्स करने की उनकी आदत को नहीं बदला जा सकता है।”

मेरा नाम माउसा है

“मैं एक ऐसी लड़की को जानती हूँ जिसने गर्भसमापन करवाया था, वह सीनियर 2 में पढ़ने वाली 17 साल की एक लड़की थी। उसके चाचा डॉक्टर थे इसलिए उन्होंने गर्भसमापन करने में उसकी मदद की थी, क्योंकि परिवार के ही एक सदस्य ने उसे गर्भवती किया था। उसे अपने माता-पिता से बहुत डर लगता था, जिन्हें इस बात की कोई जानकारी नहीं थी कि घर में क्या चल रहा था। उसके बाद किसी ने पुलिस को जानकारी दे दी और लड़की, उसके चाचा और माता-पिता को जेल भेज दिया गया.....। मुझे इसका बहुत दुख है और यह अन्यायपूर्ण लगता है, सभी अस्पतालों में इन सेवाओं को कानूनी मंजूरी क्यों नहीं दे दी जाती?”

मेरा नाम मुरेवा है

“मैं एक ऐसी लड़की को जानती हूँ जो घरेलू काम काज करती थी, और जिस दंपति के यहां वह काम करती थी, उनमें बनती नहीं थी इसलिए पति इसकी ओर आकर्षित हो गया क्योंकि वह बेकार था, हर समय घर में ही पड़ा रहता था। एक दिन दोपहर में उसके नहाने के बाद पति उसके कमरे में आ गया और उसके साथ सेक्स किया। कुछ दिनों बाद लड़की को पता चला कि वह गर्भवती हो गई है, और अनाथ होने के नाते उसने गर्भ समापन करवाने का फैसला किया, लेकिन दुर्भाग्य से उसकी तबियत बिगड़ गई, उसका बहुत ज्यादा खून बह चुका था। और जब वह अस्पताल पहुंची तो उन्हें पता चल गया कि उसने गर्भ समापन करवाया है, और उसे जेल भेज दिया गया। मेरी निजी राय है कि हमारे देश में गर्भ समापन को कानूनी मंजूरी दे दी जानी चाहिए।”

मेरा नाम इन्गाबायर है

“मैं एक ऐसी लड़की को जानती हूँ जिसने गर्भसमापन करवाया था, वह सीनियर 3 में पढ़ने वाली 16 साल की एक लड़की थी और उसका ब्वायफ्रेंड सीनियर 5 में पढ़ता था। इसलिए जब वह गर्भवती हुई तो इसे छिपा कर रखने का फैसला किया। चार महीने बाद वह अपनी एक सहेली के पास गई जिसने एक बार गर्भ समापन करवाया था, उसने कुछ दवाएं दीं, लेकिन उनसे कुछ नहीं हुआ। बल्कि उसकी हालत बिगड़ गई इसलिए वे उसे अस्पताल ले गए और डॉक्टर को पता चल गया कि उसने गर्भ समापन की कोशिश की है। उन्होंने उससे पूछा कि दवाएं किसने दीं, उसने सबकुछ सच-सच बता दिया और उसे और उसकी सहेली को जेल भेज दिया गया। उसने गर्भ समापन का रास्ता इसलिए चुना क्योंकि उसे डर था कि उसके माता-पिता को पता चलने पर उन्हें बहुत बुरा लगेगा और वे उससे नाराज़ होंगे। मेरा मानना है कि सरकारी, प्राइवेट अस्पतालों और स्वास्थ्य केंद्रों में सुरक्षित गर्भ समापन सेवाएं मुहैया कराने से ही युवतियों को जेल जाने से बचाया जा सकता है, ताकि वे अपनी पढ़ाई पूरी कर सकें और अपनी इच्छानुसार उचित समय पर अपना परिवार बढ़ाने का फैसला कर सकें।”

सूचना एवं जागरूकता बढ़ाने वाली सामग्री तैयार करने के लिए आपबीती कहानियों, इंटरव्यू, याचिका और अस्पतालों से इकट्ठे किए गए आंकड़ों का इस्तेमाल किया गया। विभिन्न सरकारी कार्यालयों में आपबीती कहानियों वाली पुस्तिकाएं बांटी गईं और 2011 में रणनीतिक एवं राजनीतिक अनुवर्ती कार्यक्रमों के दौरान युवाओं को सेवाएं प्रदान करने वाले सिविल सोसाइटी संगठनों, रवांडा के स्वास्थ्य मंत्रालय, जेंडर एवं परिवार सुधार मंत्रालय, न्याय मंत्रालय, राष्ट्रीय महिला परिषद, राष्ट्रीय युवा परिषद, महिला सांसद संगठनों और स्वास्थ्य एवं विकास के लिए सांसदों के नेटवर्क के प्रतिनिधियों के साथ, यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट के सदस्यों द्वारा उस सामग्री और सूचना का इस्तेमाल किया गया।

उन कार्यशालाओं के दौरान गर्भ समापन पर सम्मानजनक और रचनात्मक चर्चा सुनिश्चित करने के लिए अध्ययन दौरे और क्षेत्रीय कार्यक्रमों में इस्तेमाल की गई विधियां, जिनसे सहानुभूति और प्रतिक्रियाएं व्यक्त की गई थीं, उनका वास्तविक सूचना के साथ रवांडा में भी इस्तेमाल किया गया। उदाहरण के तौर पर, इन विधियों में पारंपरिक मूल्यों पर स्पष्टीकरण आपबीती कहानियों एवं वास्तविक मामलों पर प्रतिक्रियाएं शामिल थीं (संवेदनशील विषयों के समाधान के बारे में ज्यादा विधियों की जानकारी के लिए रटगर्स डब्ल्यूपीएफ टूल किट देखें)।¹⁰⁻¹²

युवाओं की आपबीती और कहानियों ने असुरक्षित गर्भ समापन के मुद्दे को एक 'स्वरूप' दिया। हालांकि कुछ प्रतिभागियों ने गर्भ समापन को कानूनी मंजूरी दिए जाने का कड़ा विरोध किया

था, लेकिन कार्यशाला के ज्यादातर प्रतिभागियों का मानना था कि किसी लड़की या महिला की अनैतिकता की तुलना में गर्भ समापन को बड़ा 'अपराध' बताया जाता है। उन्होंने यह भी माना कि जेंडर असमानता, यौन हिंसा और जानकारी एवं गर्भनिरोधकों के उपयोग की कमी जैसी ढांचागत सामाजिक समस्याएं इसके महत्वपूर्ण कारण हैं। कार्यशालाओं के दौरान किसी समझौते पर पहुंचने की सफलता के लिए एक महत्वपूर्ण शर्त यह थी कि सभी को अपनी राय रखने का हक था, जिसका सम्मान किया जाना ज़रूरी था।

यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट ने जिस महत्वपूर्ण रणनीति का इस्तेमाल किया था, वह थी रवांडा में गर्भ समापन के बारे में जनता की राय और फैसलों को प्रभावित करने के लिए अपनी अधिकतम क्षमता के साथ युवाओं को सेवाएं प्रदान करने वाले सिविल सोसाइटी संगठनों का मानचित्रण करना। इन संगठनों के प्रतिनिधियों को तीन-दिवसीय जागरूकता कार्यशाला के लिए आमंत्रित किया गया था। युवाओं को सेवाएं प्रदान करने वाले 30 संगठनों के 50 प्रतिनिधियों ने इस कार्यशाला में भाग लिया, जिसमें से ज्यादातर ने गर्भ समापन पर यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट के विचारों का समर्थन किया। यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट और एआरबीईएफ की अग्रणी भूमिका के कारण अन्य बातों के अलावा प्रजनन अधिकार केंद्र, गटमेशर इंस्टीट्यूट, वेंचर स्ट्रेटेजीज इनोवेशन्स और आईपीएएस जैसे दूसरे सहयोगी संगठनों का गठन किया गया है।¹³ इसी तरह, यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट ने नीति निर्माताओं और हितधारकों की पहचान करने के लिए परंपराओं को स्पष्ट करने एवं कार्यशाला कार्यक्रमों का इस्तेमाल किया है, जो उनके विचारों का समर्थन



करेंगे और उनके साथ मिलकर प्रचार प्रसार संबंधी गतिविधियां आयोजित करेंगे।

यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट द्वारा आयोजित की गई कार्यशालाओं ने मीडिया का ध्यान आकर्षित किया। वहां विभिन्न समाचारपत्र एजेंसियां (उदाहरण के तौर पर न्यू विज़न, इन्वाहोएनश्या, ला नूवेले रेलेवे) और रेडियो स्टेशन (इसान्गो स्टार और बीबीसी रेडियो) मौजूद थे, और अगले सप्ताह समाचार पत्रों ने गर्भ समापन की पैरवी के मुद्दे को अपने प्रथम पृष्ठ पर जगह दी और रेडियो ने प्रस्तुतियों पर रिपोर्टिंग की। इससे जन जागरूकता बढ़ाने और चर्चा करने में मदद मिली।

युवाओं ने खुद ही इस महत्वपूर्ण लेकिन संवेदनशील मुद्दे का समाधान किया और कानून

में बदलाव करवाया, इस बात ने नीति निर्माताओं पर गहरा असर डाला। अंत में, इन प्रयासों के साथ ही रवांडा की दंड संहिता में संशोधन किए जाने, और महिलाओं को प्रजनन अधिकार प्रदान करने को समर्थन देने वाले कुछ अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय समझौतों जैसी महत्वपूर्ण नीतिगत घटनाएं हुईं, जिनमें मानव अधिकार और अफ्रीका में महिलाओं के अधिकार पर अफ्रीकी चार्टर का प्रोटोकॉल उल्लेखनीय है, जिसके 14वें अनुच्छेद के अनुसार:

“राज्यों को यौन उत्पीड़न, बलात्कार, व्यभिचार के मामले में और गर्भावस्था को जारी रखने से माता के मानसिक या शारीरिक स्वास्थ्य या मां या बच्चे के जीवन को खतरा हो, ऐसी

स्थितियों में चिकित्सीय गर्भ समापन को अधिकृत कर, महिलाओं के प्रजनन अधिकारों की सुरक्षा के सभी उचित उपाय करने होंगे।”

धार्मिक संगठनों और धर्म गुरुओं के साथ-साथ रवांडा के सिविल सोसाइटी मंचों के कड़े विरोध के बावजूद जून, 2012 में रवांडा के गर्भ समापन कानून की समीक्षा की गई और उसमें संशोधन कर दिया गया।

यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट ने सितंबर, 2012 में आईसीपीडी, एमडीजी और नए विकास एजेंडा पर, रवांडा सरकार के सहयोग से आईपीपीएफ द्वारा आयोजित एक परामर्शी बैठक में नए कानून के तथ्यों के आधार पर अनेक अफ्रीकी देशों के सांसदों के सामने, रवांडा में असुरक्षित गर्भ समापन का मुद्दा उठाया। रटगर्स डब्ल्यूपीएफ, एआरबीईएफ और यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट, रवांडा की पहल पर एक छोटे से पाइलट के रूप में शुरू की गई। यह गर्भ समापन योजना, अब एक पूर्ण विकसित प्रचार-प्रसार कार्यक्रम बन चुका है, जिसे जारी रखने के लिए सेफ एबॉर्शन फंड जैसे दूसरे डोनरों से आर्थिक सहायता मिल चुकी है।

यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट की पूर्व स्वयंसेविका और इस लेख की प्रथम लेखिका शांताल उमुहोज़ा, इस परियोजना की समन्वयक बन चुकी हैं। वर्ष 2013 और 2014 में भी वह और ज़्यादा आंकड़े और सबूत इकट्ठा करने और रवांडा के और अधिक सिविल सोसाइटी संगठनों को शामिल करने से जुड़ी गतिविधियों का मार्गदर्शन करती रहेंगी। इसका उद्देश्य, यह दिखाना है कि आगे भी नए कानून की समीक्षा करते रहनी होगी और रवांडा में महिलाओं और लड़कियों के प्रजनन अधिकारों को पूरी तरह उपयोग करने के लिए कई प्रतिबंधों को हटाना होगा।

हम आशा करते हैं कि इस इतिहास और इन आपबीती कहानियों को ज़्यादा से ज़्यादा युवा मध्यस्थों, नीति-निर्माताओं, युवाओं को सेवाएं प्रदान करने वाले सिविल सोसाइटी संगठनों और खुद युवाओं तक पहुंचाने से उन्हें असुरक्षित गर्भ समापन के बारे में ज़्यादा जानकारी मिल पाएगी और वे रवांडा और दूसरी जगहों पर इन मुद्दों के समाधान के लिए अपनी रणनीति में सुधार कर सकेंगे। हम यह भी आशा करते हैं कि रवांडा में इस बदलाव प्रक्रिया की जानकारी साझा कर हमने यह दिखा दिया है कि बदलाव लाने में युवाओं की भूमिका कितनी ज़्यादा महत्वपूर्ण हो सकती है। हमें आशा है कि इससे और ज़्यादा युवाओं को यह भूमिका निभाने और संगठनों को इस कार्य के लिए उन्हें सहयोग प्रदान करने की प्रेरणा मिलेगी।

आभार

इस लेख में उल्लिखित प्रयासों को नीदरलैंड के विदेश मंत्रालय द्वारा आर्थिक सहायता प्राप्त हुई थी। लेखक यूथ ऐक्शन मूवमेन्ट के उन सभी युवा स्वयंसेवकों के आभारी हैं, जिनके अथक प्रयास से ये बदलाव लाए जा सके। साथ ही इन युवाओं को प्रशिक्षण एवं सहयोग प्रदान करने के लिए एआरबीईएफ और आईपीपीएफ के केंद्रीय एवं क्षेत्रीय कार्यालयों और जेल में बंदी युवतियों की आपबीती को ज़्यादा से ज़्यादा लोगों तक प्रचार-प्रसार में सहयोग करने के लिए महिलाओं के सुरक्षित गर्भ समापन के अधिकारों के अंतर्राष्ट्रीय अभियान (इन्टरनेशनल कम्पेन फॉर वीमेन्स राइट टू सेफ एबॉर्शन) के भी आभारी हैं।

लेखक:

ए परियोजना समन्वयक, एसएएएफ परियोजना, एसोसिएशन रवान्डेज पोर ले बिएन-इट्रे फेमिलियल (एआरबीईएफ), किगाली, रवांडा बी पैरवी अधिकारी, रुटगर्स डब्ल्यूपीएफ, उट्रेट, नीदरलैंड

सी अनुसंधानकर्ता, रुटगर्स डब्ल्यूपीएफ, उट्रेट, नीदरलैंड

डी प्रबंधक, अंतर्राष्ट्रीय अनुसंधान, रुटगर्स डब्ल्यूपीएफ, उट्रेट, नीदरलैंड

पत्राचार: i.vanwesenbeeck@rutgerswpf.nl

संदर्भ

1. Kaitesi M. Doctors deployed to rural hospitals. New Times. 20 September 2012. <http://newtimes.co.rw/news/index.php?i=15121&a=58535>.
2. Youth Action Movement Rwanda. Abortion and young people in Rwanda: a booklet with personal stories on abortion. 1 March 2012. www.rutgerswpf.org/article/abortion-and-young-people-rwanda-bookletpersonal-stories-abortion.
3. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;88(2):208–15.
4. World Health Organization. Adolescent reproductive health. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/reproductive_health/en/.
5. Singh S, et al. Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. Guttmacher Institute/UNFPA. Washington, DC/New York; 2009.
6. Basinga P, Moore AM, Singh SD, et al. Abortion incidence and postabortion care in Rwanda. *Studies in Family Planning* 2012;43:11–20.
7. Nalwadda G, Mirembe F, Byamugisha J, et al. Persistent high fertility in Uganda: young people recount obstacles and enabling factors to use of contraceptives. *BMC Public Health* 2010;10:530.
8. Izugbara CO, Ochako R, Izugbara C. Gender scripts and unwanted pregnancy among urban Kenyan women. *Culture Health and Sexuality* 2011;13:1031–45.
9. UNIFEM. Baseline survey on sexual and gender based violence in Rwanda. Kigali: UNIFEM; 2008. www.unifem.org/attachments/products/.
10. Rutgers WPF. Brochures and training materials on sensitive themes. www.rutgerswpf.org/content/downloads.
11. Van Reeuwijk M, Van Zorge R. Addressing sensitive themes: strategies and methods that help to address sexual violence, unsafe abortion and sexual diversity. Paper presented on behalf of Rutgers WPF at: 5th Africa Conference on Sexual Health and Rights. Windhoek, 19–22 September 2012.
12. Youth Action Movement. Report of YAM advocacy project on abortion and young people in Rwanda. 2011. www.rutgerswpf.org/sites/default/files/YAM%20report%20on%20safe%20abortion%20advocacy%20project.pdf.
13. Kaitesi M. Advocacy group calls for decriminalization of abortion. New Times. 23 December 2011. www.newtimes.co.rw/news/index.php?i=14848&a=48389&icon=Results&id=2.

बंगलादेश में किशोर उम्र की लड़कियों के यौन उत्पीड़न के संदर्भ को समझना

पपरीन नाहर,^क मिरान्डा वैन रियुविक,^ख रिया रीस^ग

सारांश:

औरतों के खिलाफ हिंसा एक ऐसा सामाजिक तंत्र है जिससे कई समाजों में औरतों की अधीनता को बनाए रखा जाता है। यौनिक हिंसा और प्रताड़ना के लड़कियों पर कई प्रकार के नकारात्मक मानसिक प्रभाव होते हैं, जिसमें शामिल है उनमें हमेशा असुरक्षा की भावना बने रहने और उनका आत्म विश्वास खो जाना। इस लेख का उद्देश्य है कि बंगलादेश की किशोर उम्र की लड़कियों (12-18 उम्र), पर होने वाली एक विशिष्ट प्रकार की यौन प्रताड़ना, जिसे हम “ईव टीजिंग” या छेड़खानी के नाम से जानते हैं, के अनुभवों को समझें। यह अनुभव वहां के युवाओं द्वारा किए गए, किशोर यौन व्यवहार पर एक अध्ययन से उभर कर आए हैं। इस अध्ययन में गुणात्मक तरीकों और भागीदार प्रणाली का प्रयोग किया गया, जिसमें विषय केन्द्रित सामूहिक चर्चाएं, प्रमुख सूचना देने वालों के साथ इंटरव्यू और ऑब्जरवेशन शामिल था। कई पाबंदियों के बावजूद, अविवाहित किशोर युवा सक्रिय रूप से सेक्स, आनंद और प्रेम के बारे में जानकारी हासिल करने की कोशिश करते हैं। यह जानकारी उन्हें आसानी से वीडियो, मोबाइल फोन क्लिप और कामोत्तेजक पत्रिकाओं से मिल जाती है। लेकिन यह जानकारी जेन्डर असमानताओं को मज़बूत करती है। “ईव टीजिंग” लड़कों की कामोत्तेजक भावनाओं को प्रकट करने का एक ज़रिया है, उन्हें इससे आनंद मिलता है और अपनी मर्दानगी दिखाने का मौका भी। लड़कियों को यह पसंद नहीं और उन्हें डर लगता है कि उन पर ही आरोप लगाया जाएगा कि उन्होंने इस व्यवहार को भड़काया। इसलिए बंगलादेश में “ईव टीजिंग” यौनिकता से जुड़े सामाजिक सांस्कृतिक मानकों का परिणाम होने के साथ साथ, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी जानकारी व सेवाओं तक पहुंच न होने का नतीजा है। अध्ययन के यह निष्कर्ष व्यापक यौन शिक्षा के महत्व को रेखांकित करती हैं, ऐसी शिक्षा जो केवल स्वास्थ्य पर केन्द्रित होने से आगे, जेन्डर अवमानकों को संबोधित करती हो और युवाओं को सामाजिक-यौनिक विषयों पर बातचीत करने का कौशल भी दे। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: किशोर, यौनिक हिंसा, जेन्डर भेदभाव, यौनिकता शिक्षा, बंगलादेश।

वर्ष 2009 में चार बंगलादेशी लड़कों और चार बंगलादेशी लड़कियों (17-23 उम्र) की एक टीम को सह-शोधकर्ताओं के रूप में प्रशिक्षण दिया गया ताकि वे किशोर युवाओं के बीच, उनकी यौनिकता से जुड़े उनके अनुभवों, ज़रूरतों और मुद्दों के विषय पर जानकारी इकट्ठी करें, और पता लगाएं कि इन वास्तविकताओं का यौनिकता संबंधी जानकारी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुंच से कितना (बे)मेल है।

विषय आधारित चर्चाओं और इंटरव्यू से निकल कर आया कि ज़्यादातर लड़कियों ने जिस मुद्दे के बारे में बात की, वह था सार्वजनिक जगहों पर यौन उत्पीड़न के उनके अनुभव, जिसे आम तौर पर और सांस्कृतिक रूप से भी “ईव टीज़िंग” का नाम दिया गया है, जो कि एक भारतीय-अंग्रेज़ी शब्द है। दक्षिण एशिया में अक्सर इस शब्द का प्रयोग ऐसे व्यवहार के लिए किया जाता है जो लड़के और आदमी सार्वजनिक जगहों पर लड़कियों को दबाने के लिए करते हैं, जहां लड़के सार्वजनिक यातायात, सड़कों और काम की जगहों पर लड़कियों को रोक कर उन पर अश्लील ताने कसते हैं, हंसते हैं, ज़बरदस्ती उनसे बात करने की कोशिश करते हैं, गालियां देते हैं, अगुवा करने की धमकी देते हैं, यहां तक कि अनुचित तरीकों से उन्हें छूते भी हैं।¹

दक्षिण एशियाई प्रचलित संस्कृति में “ईव टीज़िंग” को औरतों और आदमियों के बीच बातचीत किए जाने के एक तरीके के रूप में पेश किया जाता रहा है। उदाहरण के लिए, हिंदी फिल्मों में विलेन या दूसरा हीरो प्रेम प्रसंग की एक चुलबुली शुरुआत² करते हैं और मध्यम स्तर

के यौन उत्पीड़न को अक्सर मजेदार और प्रेम की तरह दर्शाया जाता है।³ यह एक बहुत बड़ी समस्या है— विशेषकर हिंदी फिल्मों की लोगों के जीवन में भूमिका के कारण — जो कि भारतीय उपमहाद्वीप के सभी देशों में युवाओं के बीच मनोरंजन का एक लोकप्रिय तरीका है — विशेषकर लड़के काफी हद तक लड़कियों के साथ सामाजिक व्यवहार करने के तरीके सीखते हैं।

लेकिन इसे “ईव टीज़िंग” कहने से इसके अंतर्गत होने वाले व्यवहारों की गंभीरता को नहीं आंका जा सकता। बक्शी² ने इसे औरतों के प्रति होने वाली हिंसा के सामान्यीकरण का एक तरीका बताया है, जिसका मतलब यह है कि औरतें आदमियों को तंग करने के लिए उकसाती हैं और उन्हें तंग किया भी जाना चाहिए। भारतीय महिला आंदोलन ने पहली बार इस सांस्कृतिक सोच को चुनौती देते हुए इसे स्पष्ट रूप से यौन उत्पीड़न की श्रेणी में रखा।

ऐतिहासिक रूप से, “ईव टीज़िंग” का पहला दस्तावेज़ीकरण औपनिवेशिक काल के बाद भारतीय महिलाओं द्वारा किया गया, जब उन्होंने रोज़गार और सामाजिकता के लिए सार्वजनिक कार्यक्षेत्र में जुड़ना शुरू किया।² बंगलादेश में भी 1980 के बाद शायद यही घटनाक्रम रहा, जिसमें निःशुल्क लड़कियों की पढ़ाई, कपड़े बनाने के उद्योग में महिलाओं की भागीदारी और गैर सरकारी संस्थाओं के नए कार्यक्षेत्र में, जैसे कि स्वास्थ्य, शिक्षा और अन्य विकास गतिविधियों में कार्यकर्ताओं के रूप में।⁴ जहां एक ओर लड़कियों की पढ़ाई का सीधा संबंध उनके स्वास्थ्य और उनके सशक्तिकरण व गतिशीलता से जुड़ा, वहीं

कुछ प्रकार के जेन्डर भेदभाव अभी भी कायम हैं, जैसे असमान मेहनताना, छोटी उम्र में शादी कर दिया जाना और जेन्डर आधारित हिंसा।^{5,6}

आज के समय में औरतों और लड़कियों में काफी गतिशीलता आ गई है; लेकिन फिर भी, केवल 49 प्रतिशत औरतें और 38 प्रतिशत लड़कियां ही अपने आस पड़ोस में अकेले जाने में सुरक्षित महसूस करती हैं।⁵ यह सच है कि स्कूल पैदल जाने वाली लड़कियों या आम यातायात के साधन उपयोग करने वाली लड़कियों में स्कूल छोड़ने और जल्दी शादी कर दिए जाने का एक बड़ा कारण है “ईव टीज़िंग”।⁷ 1990 के मध्य में, नारीवादी आंदोलन ने भारत में एक नया कानून हासिल कर लिया, जो कि यौन उत्पीड़न से संबंधित था और उसमें “ईव टीज़िंग” को भी शामिल किया गया था।^{8,9} 2010 से, बंगलादेश में भी “ईव टीज़िंग” एक अपराध है और इसके लिए राज्य प्राधिकरण से सज़ा भी हो सकती है। इतनी ज़्यादा घटनाओं की रिपोर्ट होने लगी, कि बंगलादेश सरकार को मोबाइल कोर्ट स्थापित करने पड़े, जिससे कि औरतों पर यौन उत्पीड़न करने वाले आरोपियों को सज़ा दी जा सके। यौन उत्पीड़न की सज़ा के रूप में 7000 टका (70 डॉलर) का जुर्माना और एक साल तक की जेल हो सकती है। मीडिया में समय समय पर खबरें आती रहती हैं जब खासकर ज़्यादा संगीन हिंसा के मामलों में आदमियों को पकड़ा जाता है और उन्हें सज़ा होती है। कुछ सामाजिक आंदोलन, जैसे कि संगीत कॉन्सर्ट, महिलाओं पर होने वाली हिंसा के मुद्दे को समर्पित हैं, विशेषकर “ईव टीज़िंग” के मुद्दे पर।

इस लेख में हम “ईव टीज़िंग” की उस परिभाषा को मान रहे हैं, जिसमें सहमति का शामिल न होने को प्रमुखता दी गई है, इसलिए ऐसा यौन व्यवहार, जिसमें दूसरे व्यक्ति के आत्म सम्मान की परवाह किए बिना, उसे चोट पहुंचाई जाती है। बलात्कार के विपरीत, “ईव टीज़िंग” की परिभाषा उतनी स्पष्ट नहीं है – इसके अंतर्गत ऐसी यौन हिंसा शामिल है जिसमें अस्पष्ट गैर-सहमति प्राप्त यौन व्यवहार की अभिव्यक्ति होती है, जो दूसरे व्यक्ति की यौन स्वतंत्रता का उल्लंघन करे, और मुख्यधारा सामाजिक-सांस्कृतिक नियमों के अंतर्गत उसे “साधारण” माना जा सकता है।

स्थानीय समाचार मीडिया के अनुसार, बंगलादेश में “ईव टीज़िंग” बढ़ रही है और इसे अन्य प्रकार की यौन प्रताड़ना और हिंसा तथा उनके परिणामों, जैसे कि अगुवा किया जाने, एसिड फेंकने, हत्या व आत्महत्या से जोड़ा जा रहा है।^{5,11-16} वर्ष 2010 में, बंगलादेश में, यौन प्रताड़ना से बचने के लिए 28 लड़कियां/औरतों ने आत्महत्या की, और 7 ने आत्महत्या करने की कोशिश।⁴ बंगलादेश में 10-18 वर्ष उम्र की लड़कियों में से लगभग 90 प्रतिशत ने अपने जीवन में “ईव टीज़िंग” का अनुभव किया ही होता है।^{14,17}

यह लेख इस मुद्दे की जांच करता है कि बंगलादेश की किशोर उम्र (12-18 उम्र) की लड़कियां किस प्रकार की “ईव टीज़िंग” का अनुभव करती हैं और वे उसके क्या मायने निकालती हैं, और किशोर उम्र के लड़कों के लड़कियों की “ईव टीज़िंग” पर दृष्टिकोण व समझ क्या है। हमारा तर्क है कि “ईव टीज़िंग” यौनिकता और जेन्डर से जुड़े हानिकारक

सामाजिक-सांस्कृतिक नियमों के कारण होती है। इस लेख के द्वारा हम देखेंगे कि आंकड़ों और परख के आधार पर बंगलादेश में किशोर यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को बढ़ावा देने के लिए, विशेषकर यौनिकता शिक्षा, सेवाएं उपलब्ध कराए जाने और सामाजिक बदलाव के क्षेत्र में क्या किया जा सकता है।

अध्ययन का तरीका

सह अध्ययनकर्ताओं को हमजोली शिक्षकों के समूह से चुना गया, जो बंगलादेश परिवार नियोजन असोसिएशन (एफ.पी.ए.बी.) द्वारा चलाए जा रहे युवा कार्यक्रम में सक्रिय थे। उन्हें “डू दे मैच” नाम के एक भागीदार अध्ययन में सह-अध्ययनकर्ता के रूप में चुना गया।¹⁸ उन्होंने किशोर युवाओं के उनके यौनिकता संबंधित अनुभवों, ज़रूरतों और मुद्दों पर जानकारी इकट्ठी की और यह भी कि क्या यौनिकता संबंधित जानकारी और सेवाओं तक पहुंच से उनकी ज़रूरतें पूरी हो रही हैं या नहीं। यह अध्ययन एफ.पी.ए.बी. द्वारा बंगलादेश के उत्तर-पश्चिमी क्षेत्र के शहर जैस्सोर में चलाए जा रहे युवा कार्यक्रम के माध्यम से किया गया। युवा अध्ययनकर्ता चार अलग अलग जिलों से थे, जहां एफ.पी.ए.बी. काम कर रही है (जिसमें जैस्सोर शामिल है) और उन्हें हमजोली शिक्षकों के रूप में उनके कामकाज और उनके द्वारा भेजे गए प्रेरणा पत्रों के आधार पर चुना गया। सभी स्नातक स्तर के छात्र थे और अविवाहित थे। उन्हें गुणात्मक अध्ययन कौशल और अध्ययन योजना पर दो सप्ताह का गहरा प्रशिक्षण दिया गया, और इंटरव्यू के सवाल उनके साथ ही तैयार किए गए।

एफ.पी.ए.बी. और प्रथम लेखक के सहयोग से, 237 लड़के-लड़कियों के साथ 28 मुद्दे आधारित चर्चाओं; 48 गहरे इंटरव्यू, जिसमें 6 सेवा प्रदाता, 11 वयस्क, 15 लड़कियां और 16 लड़के शामिल थे; सभी साझेदारों के साथ दो पैनल चर्चाओं, जिसमें सामुदायिक नेतृत्वकर्ता, मां-बाप, स्कूल के अध्यापक, स्वास्थ्य क्लीनिक के स्टाफ और बंगलादेश एफ.पी.ए.बी. के स्टाफ शामिल थे; और एक युवा अनुकूल सेवा केन्द्र, सड़क पर यौन रोगों के लिए पारंपरिक दवाएं बेचने वाले दो प्रचारकों और दो सार्वजनिक पार्कों और दो साईबर कैफे, जहां किशोरों ने बताया कि वे डेट करते हैं, की गतिविधियों को देखकर उनके विश्लेषण के माध्यम से अध्ययन टीम ने गुणात्मक जानकारी इकट्ठी की। किशोरों को, जैस्सोर नगरपालिका के अंदर से ही, अलग अलग सामाजिक-आर्थिक स्थिति के आधार पर चुना गया, और इनमें शामिल थे: राजकीय स्कूलों और कॉलेजों तथा मदरसों में पढ़ने वाले शहरी लड़के और लड़कियां, झुग्गी-झोंपड़ियों में रहने वाले, अनाथ, किशोर उम्र के यौन कर्मी, युवा अनुकूल सेवा केन्द्र में आने वाले किशोर युवा और जैस्सोर शहर के आस-पास के ग्रामीण इलाकों के किशोर लड़के लड़कियां। लड़कों और लड़कियों के साथ अलग अलग मुद्दे आधारित चर्चाएं की गईं, जिन्हें 12-15 उम्र और 16-18 उम्र के दो समूहों में अलग अलग बांटा गया।

प्राप्त हुई जानकारी का विश्लेषण ओपन एंड ऐक्सियल कोडिंग पद्धति से किया गया। इसके अलावा, युवा केन्द्र के सवाल वाले डब्बे से प्राप्त किशोरों के सवालों का विश्लेषण किया गया और

उन जानकारी के स्रोतों का भी जहां से युवाओं को यौनिकता संबंधी जानकारी मिलती है, जैसे स्थानीय संगीत, पत्रिकाएं, चुटकुले, वीडियो, सी. डी., फिल्में और मोबाइल फोन पर डाउनलोड की गई जानकारी। आंकड़ों को समुदाय के साझेदारों और एफ.पी.ए.बी. स्टाफ के सामने पेश किया गया और उस पर चर्चा की गई। उनके मत लेकर प्राथमिक संस्तुतियों की पुष्टि की गई और आगे के कार्यक्रमों के लिए सुझाव तैयार किए गए। इस अध्ययन की प्रक्रिया और परिणामों की और विस्तृत जानकारी एक अन्य लेख में दी गई है।¹⁹ आंकड़ों का अंतिम विश्लेषण प्रथम अध्ययनकर्ता द्वारा किया गया और उन्होंने इसकी रिपोर्ट भी बनाई, जिसमें युवा अध्ययन टीम ने भी काफी योगदान दिया।

प्रशिक्षण और अध्ययन की प्रक्रिया के दौरान, युवा अध्ययनकर्ताओं ने अनुभव और कौशल प्राप्त किया और सवाल पूछने के तरीके समझे। उन्होंने जाना कि सवालों को पूछते समय जिस तरह से उन्होंने जवाबों के विकल्प दिए, जिस तरह से सवाल पूछे, जिस तरह से जानकारी का मतलब निकाला और क्या लिखा जाना है, उसका चुनाव किया— उससे कैसे जानकारी प्रभावित होती है। जानकारी में अपना मत कम करने के लिए, उन्हें कहा गया कि वे इंटरव्यू और जानकारी इकट्ठी करने के दिन के अंत में डीब्रीफिंग तथा सोच विचार सेशन के तुरंत बाद अपने नोट्स लिखें। इस सेशन से एक और फायदा यह हुआ कि चर्चा की जा सके कि जानकारी को किस तरह समझ कर उसका मतलब निकालना है और प्राथमिक परिणामों पर एकमत कैसे बनाया जाए।

यौनिकता के बारे में बात करना काफी चुनौतिपूर्ण हो सकता है, मुद्दे केन्द्रित चर्चाओं में खुलकर अपनी भावनाओं और अनुभवों के बारे में जानकारी देने वाले शर्माते हैं, और अक्सर अपने दोस्तों या भाई-बहनों के अनुभव बताते हैं, अपने नहीं। इससे अध्ययन में कोई फर्क नहीं पड़ा, क्योंकि हम किशोर युवाओं की यौनिक वास्तविकताओं के आम अनुभव ही जानना चाहते थे। लेकिन मुद्दे केन्द्रित चर्चाएं अक्सर नियामक होते हैं, इसलिए उनसे प्राप्त जानकारी की कई अन्य स्रोतों से पुष्टि की गई। इस प्रोजेक्ट के बाद के चरण में हमने आठ काल्पनिक केस भी तैयार किए, लड़कों के लिए अलग और लड़कियों के लिए अलग, जो कि उस समय तक प्राप्त जानकारियों के आधार पर विकसित किए गए थे। इन पर और अधिक जानकारी के लिए युवा केन्द्र पर आने वाले युवाओं के मत लिए गए।¹⁹

हम ग्रामीण अशिक्षित युवाओं के साथ यौनिकता संबंधी मुद्दों पर चर्चा नहीं कर पाए, ग्रामीण व्यापारिक सेक्स के स्वरूप को, या ग्रामीण मां-बाप और धार्मिक नेताओं के दृष्टिकोण प्राप्त नहीं कर पाए। और, अनाथ और झुग्गी झोंपड़ियों में रहने वाली लड़कियों के अनुभवों को गहरे रूप से नहीं देख पाए, जिससे हमें इन अलग अलग प्रकार के युवा समूहों के अनुभवों के बारे में व्यापक जानकारी मिलती।

परिणाम

इस अध्ययन से उजागर हुआ कि लड़कों और लड़कियों की सामाजिक स्थिति में अंतर है। यह दर्शाता है कि अगर लड़कियां अपने यौन व्यवहार पर लगे नियमों का पालन नहीं करती हैं,

तो उन्हें लड़कों से कहीं ज्यादा, सामाजिक कलंक का जोखिम उठाना पड़ता है। उन्हें शादी के लिए ठीक पति मिलने में समस्या होती है और इसका भी जोखिम बढ़ जाता है कि उनके मां-बाप को ज्यादा दहेज देना पड़े। इसके कारण कई लड़कियां अपने कौमार्य की सुरक्षा करती हैं। शादी से पहले की यौनिकता संबंधी सामाजिक नियम ज्यादातर लड़कियों पर लागू होते हैं, जिससे उनके आने-जाने और लड़कों से सामाजिक रूप से बातचीत करने पर पाबंदियां लगा दी जाती हैं। वयस्कों और बच्चों के बीच यौनिकता संबंधी मुद्दों पर बात करने पर भी मनाही है। जेन्डर विभाजन और यौनिकता से जुड़ी पाबंदियों के चलते, बंगलादेश में अविवाहित लोगों को यौनिकता शिक्षा और सेवाएं देना बहुत मुश्किल है।

यौन आनंद और यौन संबंधी सामग्री प्राप्त करने की कोशिश

लेकिन पाबंदियों और नियमों के बावजूद, अविवाहित किशोर युवा सक्रिय रूप से यौन आनंद और प्रेम करने के रास्ते खोजते रहते हैं। ज्यादातर लड़के, पर लड़कियां भी, अपने दोस्तों, बड़े भाई बहनों और/या ससुराल में लोगों के साथ रोमांस और सेक्स के बारे में बातें करते हैं। जिनके पास कम्प्यूटर की सुविधा उपलब्ध है (घर पर या साइबर कैफे में), वे इंटरनेट व अन्य मीडिया पर जानकारी व कामोत्तेजक सामग्री ढूंढते हैं। पाया गया कि लड़के अक्सर मोबाइल फोन पर कामोत्तेजक वीडियो देखते हैं, जिनकी कीमत 7 मिनट के वीडियो के लिए सिर्फ 1 टका (0.04 डॉलर) होती है। वे अपने दोस्तों के मोबाइल फोन से भी कामोत्तेजक वीडियो आदि मुक्त में ब्लूटूथ

के जरिए डाउनलोड कर लेते हैं और उनके पास स्थानीय भाषा में कामोत्तेजक संगीत, चुटकुले, वीडियो और फिल्मों के कामोत्तेजक सीन थे। सस्ते दामों पर मिलने वाली पत्रिकाएं, जिनमें कामोत्तेजक चित्र और कहानियां होती हैं, वे भी विशेषकर लड़कों के बीच काफी प्रचलित हैं। केवल कुछ ही लड़कियों ने कहा कि वे देर रात लड़कों के साथ मोबाइल फोन पर कामोत्तेजक बातें करती हैं। लड़कों ने बताया कि यौन आनंद लेने के लिए वे हस्तमैथुन करते हैं। किसी भी लड़की ने इस बारे में नहीं बताया, जिसका प्रमुख कारण यह है कि उन्हें डर रहता है कि अगर वे हस्तमैथुन करेंगी तो उनका कौमार्य चला जाएगा।

लड़के लड़कियों, दोनों को रोमांस वाली फिल्में देखना अच्छा लगता है (बंगाली और हिंदी में) और कुछ के प्रेम संबंध भी थे, लेकिन वे सेक्स नहीं करते। जिन लड़के लड़कियों के प्रेम संबंध थे, उनका कहना था कि उनका आम जगहों पर मिलना मुश्किल है, क्योंकि उन्हें परिवार वालों, पड़ोसियों और रिश्तेदारों द्वारा देखे जाने का डर रहता है। माध्यमिक स्कूल और कॉलेज जाने वाले लड़के लड़कियों के मिलने के लिए कोई आम जगह है, तो वह है पार्क, जहां वे अक्सर स्कूल के दौरान या उसके बाद मिलते थे, क्योंकि लड़कियों को अंधेरा होने के बाद बाहर रहने की इजाजत नहीं है। शहरी लोगों ने बताया कि रिक्शा, साइबर कैफे, सिनेमा हॉल, दोस्तों या रिश्तेदारों के घरों पर और क्लासरूम (क्लास खत्म हो जाने के बाद) भी उनके मिलने की कुछ जगहें हैं। ग्रामीण क्षेत्रों के लड़के लड़कियों ने बताया कि उनके मिलने के कुछ अन्य स्थान हैं, झाड़ियां,

जूट/गन्ने/धन के खेत और बांस के बगीचे। केवल कुछ लड़कों ने ही अपनी यौन गतिविधियों के बारे में बताया; कुछ ने कहा कि वे यौन कर्मियों के पास गए हैं, यहां तक कि किसी के बलात्कार में शामिल रहे हैं। सेवा प्रदाताओं के इंटरव्यू से पुष्टि हुई कि बाधाओं के बावजूद, अविवाहित किशोर युवा, जिनमें लड़कियां भी शामिल हैं, गर्भ समापन और (आपातकालीन) गर्भ निरोधक जैसी सेवाएं लेने के लिए आते हैं। इसलिए कड़े सामाजिक नियमों का यह मतलब नहीं है कि लोग वह काम नहीं करते, बल्कि यह कि वह काम छिप कर, गोपनीयता बना कर किया जाता है।

सेक्स संबंधी प्रकाशित सामग्री तक पहुंच

युवा लोग सेक्स और यौनिकता की अपनी जिज्ञासा को पूरा करने के लिए, कई स्रोतों से जानकारीयां लेते हैं। उनमें से एक प्रचलित माध्यम है कामोत्तेजक किताबें, जिन्हें छोटी बोई के नाम से जाना जाता है, कहानियों की किताबें जिनमें कामोत्तेजक चित्र होते हैं जहां कहानी के पात्र समय समय पर सेक्स करते बताए जाते हैं और लेखक उसका विस्तार में विवरण देते हैं, जिसमें शादी के बाहर और परिवार के अंदर सेक्स के रिश्ते बनाए जाने के किस्से भी रहते हैं। दिलचस्प बात है कि, ऐसा समाज जहां शादी के बाहर सेक्स करने को अपराध माना जाता है, वहां हमारे अध्ययन के दौरान हमें एक भी ऐसी किताब नहीं मिली जिसमें विवाहित दंपतियों के बीच सेक्स का विवरण दिया गया हो; इसके बजाए सभी किताबों में सौतेली मां और बेटे के बीच, भाई बहनों के बीच, अंकल/आंटी, भतीजा/भतीजी, भांजा/भांजी या दोस्तों के बीच सेक्स के विवरण ही प्रमुख

थे। इन किताबों में लड़कों के लिंग के आकार, सेक्स की समयावधि और औरतों द्वारा सेक्स के दौरान किए जाने वाली गतिविधियों के बारे में अवास्तविक व झूठे वाक्य दिए गए थे। दूसरी ओर, धार्मिक जीवनशैली सिखाने वाली किताबों में, जो कि शिक्षित निचले मध्यम वर्गीय मुसलमान परिवारों में आम तौर पर पाई जाती हैं, में सेक्स गतिविधियों से संबंधित इबादत पर एक अध्याय है, जो केवल विवाहित दंपतियों के संदर्भ में है। इन किताबों की विषय-तालिका में, सेक्स के अध्याय को “केवल वयस्कों के लिए” चिह्नित किया गया है। इसके कारण, जो युवा अन्यथा धार्मिक किताबें पढ़ने में रुचि नहीं रखते, वे भी छिप कर इस अध्याय को पढ़ना चाहते हैं।

इसके अलावा, सस्ती बंगाली पत्रिकाएं भी बाजार में मिलती हैं, जिनमें कामोत्तेजक चित्र छपे रहते हैं, यह चित्र आम तौर पर प्रचलित विदेशी कामोत्तेजक किताबों से लिए गए होते हैं। यह किताबें अक्सर सिनेमा हॉल के सामने के खोमचेवालों, स्थानीय स्टेशनरी की दुकानों या बाजारों में मिलती हैं। इन्हें खुल कर सामने नहीं रखा जाता, लेकिन अन्य किताबों और पत्रिकाओं के नीचे छिपा कर रखा जाता है और उसी ग्राहक को दिया जाता है, जो इनकी मांग करते हैं। मोबाइल फोन पर उपलब्ध कामोत्तेजक सामग्री के अलावा, ग्रामीण, उप-शहरों और शहरी इलाकों में स्थानीय स्तर पर बनाए गए संगीतात्मक और हास्यात्मक वीडियो भी उपलब्ध हैं। यह वीडियो फिल्मों और संगीत उद्योग के कम प्रचलित कलाकारों के साथ बनाए जाते हैं, हालांकि कई बार उनके कवर पर प्रचलित गायकों या कलाकारों की तस्वीरें रहती

हैं। ज़्यादातर लड़के ही इन सब सामग्री तक पहुंच रखते हैं। वे अक्सर यह सस्ते वीडिया और अन्य सामग्री खरीद कर आपस में एक दूसरे के साथ बांट कर, बारी-बारी से इन्हें पढ़ते व देखते हैं। वे घर पर भी इन्हें छिपा कर रखते हैं, जैसे कि गद्दे के नीचे, या किताबों के अंदर। ज़्यादातर लड़कियों की पहुंच में धार्मिक किताबें रहती हैं। कुछ लड़कियों ने बताया कि उन्होंने अन्य सामग्री भी देखी है, लेकिन उनका कहना था कि उन्होंने खुद उसे नहीं खरीदा, सिर्फ दोस्तों के पास देखा है।

जिन वयस्कों के हमने इंटरव्यू किए, उनका कहना था कि हांलाकि कुछ हद तक छोटी बोर्ड और धार्मिक किताबें पहले उपलब्ध रहती थीं, अक्सर केवल वयस्क ही उन्हें पढ़ सकते थे। किशोर युवाओं के पास कितनी विविध सामग्री उपलब्ध है, इससे अनजान थे। इसके अलावा, किशोर युवाओं और वयस्कों, दोनों ने बताया कि मोबाइल फोन और इंटरनेट पर उपलब्ध कामोत्तेजक सामग्री के बारे में मां-बाप को पता नहीं होता।

इसके पीछे प्रमुख कारण है कि वयस्कों को अविवाहित युवाओं के साथ यौनिकता के बारे में चर्चा करने की इजाज़त नहीं है। लड़के अपने सवालों के जवाब पाने, जानकारी प्राप्त करने और मदद के लिए सड़क पर बैठने वाले नीम-हकीमों के पास चले जाते हैं (जो मुफ्त की सलाह देते हैं, सिर्फ उनकी दवाईयां खरीदने में कुछ पैसे लगते हैं)। इन जगहों से उन्हें मिलने वाली जानकारी अक्सर अधूरी और गलत होती है, जिससे उनके मन में गलत धारणाएं बन जाती हैं, उनमें असुरक्षा और डर की भावना आ जाती है और इनसे जेन्डर भूमिकाएं और पुरुष यौन शक्ति की सांस्कृतिक

धारणाएं और मज़बूत हो जाती हैं। इसलिए जब लड़के और लड़कियों के मन में यौन इच्छा जागती है या वे अपनी यौनिकता का अनुभव करने के लिए एक दूसरे के साथ कुछ गतिविधियां करते हैं या जब वे जानकारी, यौन आनंद, आनंद, अंतरंगता और रोमांस की इच्छा करते हैं, तो उनमें शर्म और डर की भावना घर कर जाती है।

किशोर युवाओं की डेटिंग और यौनिकता के बारे में सोच

लड़के लड़कियों ने बताया कि रोमांस और आनंद उनके लिए ज़रूरी हैं, उनके आत्म सम्मान के लिए और यह मानने के लिए कि वे अपने नारीत्व में या अपने पुरुषत्व में परिपक्व हो गए हैं। लेकिन, इस सब को विशेषकर वयस्कों से छिपा कर रखना पड़ता है। उन्हें, खासकर लड़कियों को कलंक या सज़ा का डर रहता है। वयस्क लोग प्रेम के रिश्ते को यौन संबंध मानते हैं। लड़के लड़कियों को परिवार के गुस्से का डर रहता है। लड़कियों के लिए परिणाम और भी बुरा होता है, आने-जाने पर पाबंदी, स्कूल छोड़वा दिया जाना, अनाथाश्रम से निकाल दिया जाना, ज़बरदस्ती शादी कर दिया जाना, होने वाले पति द्वारा प्रताड़ित होना, परिवारों का अपमान या उनके शादी के विकल्पों पर रोक लग जाना। अगर प्रेम का रिश्ता शादी में नहीं बदलता, तो लड़की के परिवार को उसके लिए ज़्यादा दहेज देना पड़ता है।

लड़कियों को माहवारी से जुड़े डर भी रहते हैं और यह भी कि अगर शादी की रात वे अपने कौमार्य को साबित नहीं कर पाईं तो क्या होगा। लड़कों को डर रहता है कि कहीं हस्तमैथुन करने या कामोत्तेजक स्वप्नों के कारण वे कमज़ोर या

बीमार न हो जाए। लड़के-लड़कियों, दोनों को यौन शक्ति, जननेन्द्रियों और स्तनों से जुड़ी असुरक्षा की भावना महसूस होती है, उनकी यौन गतिविधियों या भविष्य में बच्चे न होने से जुड़े भय रहते हैं। उन्हें डर रहता है कि उनकी शादी किसी ऐसे व्यक्ति से न हो जाए जिसे वे प्यार न करते हों और उनकी अपनी पसंद छोड़ने पर मजबूर न होना पड़े। फिर उन्हें कुछ “गलत” काम करते हुए पकड़े जाने के कारण बेइज्जती होने, और खुदा के खिलाफ पाप करने का भी डर रहता है।

“ईव टीज़िंग” पर लड़कियों का नज़रिया

किशोर युवाओं का कहना था कि उनके लिए “ईव टीज़िंग” और यौन उत्पीड़न सबसे महत्वपूर्ण मुद्दे हैं। इस अध्ययन में शामिल लड़कियों ने अक्सर आम जगहों पर लड़कों द्वारा यौन हिंसा का अनुभव किया था, जैसे कि सामने से गुज़रने वाली लड़की पर अश्लील ताने कसना। यह ताने अक्सर लड़की की दिखावट और शरीर पर किए जाते हैं, उदाहरण के लिए: “उसकी छाती देख! क्या साइज़ होगा?” “ओह! उसके कूल्हे जो 40 के होंगे और छाती 36 की।” “क्या पीस है!” “हाय सेक्सी, इतनी बड़ी छाती कहां से लाई?” “क्या हिलाते हुए चलती है।” कभी वे छाती को नारियल या सेब के रूप में संबोधित करते। लड़कियां अपनी किताबों को छाती से लगा कर चलतीं। लड़के ताना कसते: “काश कि मैं वो किताब होता! मैं उसकी छाती और दिल के पास होता।”

लड़कियों का कहना था कि लड़के आती जाती लड़कियों को प्रेम का रिश्ता शुरू करने के लिए कहते, कभी शब्दों से, कभी उस पर कोई

चिट फेंक कर, और लड़के उम्मीद करते कि लड़की तुरंत उसका जवाब देगी। अगर लड़की कोई प्रतिक्रिया न करे या ना कर दे, तो “ईव टीज़िंग” का स्तर और बढ़ जाता।

लड़कियों ने बताया कि लड़के अपने तानों-टिप्पणियों से न सिर्फ अपने आकर्षण का इज़हार करते हैं, बल्कि अगर लड़की में कुछ अच्छा न लगे तो उसे भी व्यक्त करते। उदाहरण के लिए, किसी पतली लड़की को वे शुटकी (सूखी मछली) कह कर पुकारते या लंबी लड़की को लोगी (बांस)। जब वे किसी मोटी लड़की को देखते तो वे कहते, “क्या हम उसका उपयोग कर सकते हैं?” अगर लड़कियां लड़कों के प्रस्ताव का जवाब न दें तो वे कहते, “यह तो खट्टा आम है”। कभी कभी लड़के सीटी बजाते, आंख मारते, ताली बजाते, जोर से हंसते, गाने गाते (अक्सर अश्लील), चुम्बियां फेंकते, या अपने शरीर से सेक्स करने के इशारे करते।

जब लड़के टीका-टिप्पणी करते या उन्हें छूने की कोशिश करते, तो ज्यादातर लड़कियों का कहना था कि वे अपना सर नीचा करके चुपचाप वहां से चली जातीं। कुछ लड़कियां अपने बड़े भाइयों से उन लड़कों को संभालने के लिए कहतीं। एक लड़की ने कहा कि वह इस प्रकार छेड़े जाने से बहुत दुखी थी और उसने अपनी मां से बुरखा बनाने के लिए कहा, जिससे कि लड़के उसे न छेड़ें। लेकिन, जो लड़कियां बुरखा पहनती थीं, वे भी सुरक्षित नहीं थीं। धार्मिक स्कूल में जाने वाली एक लड़की ने बताया कि लड़के उसे कहते: “हाय सेक्सी, अरेबियन नाइट्स।” लड़कियां अक्सर इस प्रकार छेड़े जाने से डर जाती हैं या उदास हो जाती हैं।

मुंहजबानी छेड़े जाने के अलावा, लड़कियों ने बताया कि लड़के शारीरिक रूप से भी उन्हें प्रताड़ित करते हैं, जैसे नोचना, ठोकर मारना, उनकी छाती को छूना और सट कर खड़े होना। लड़कियों को ऐसे मामले भी पता थे जहां लड़के ने उसके प्रेम के प्रस्ताव को ठुकराने वाली लड़की के ऊपर ऐसिड फेंका, और कई ऐसे मामलों में लड़की को अगुवा कर लिया गया या उसका बलात्कार किया गया।

किसी भी लड़की को लड़कों के इस बर्ताव से अच्छा नहीं लगा - क्योंकि वे उन लड़कों को जानती नहीं थीं, यह वाक्य आम जगहों पर होते हैं, जिससे वे असुरक्षित महसूस करती हैं, और उन्हें डर रहता है कि अगर वे इस के बारे में किसी को बताएंगी, तो उन पर ही आरोप लगाया जाएगा कि उसने खुद ही इस प्रकार के बर्ताव को दावत दी। और वास्तव में मुद्दे आधारित चर्चाओं से यही निकल कर आया कि जहां किसी लड़की ने किसी को इस प्रताड़ना के बारे में बताया, या किसी लड़की को उत्पीड़न के हादसे के शिकार के रूप में जाना गया, तो समाज ने, और कुछ मामलों में तो उसके परिवार ने भी, उसी को दोषी ठहराया और उसके परिवार को अपमानित किया।

“ईव टीज़िंग” पर लड़कों का नज़रिया

लड़कों ने माना कि वे मुंहजबानी तौर पर लड़कियों को छेड़ते हैं और ज्यादातर लड़कों ने कहा कि शारीरिक रूप से भी वे लड़कियों को प्रताड़ित करते हैं। झुगियों में रहने वाले कुछ लड़कों ने यह भी कहा कि उन्होंने दूसरे लड़कों के साथ मिलकर बलात्कार भी किया है; दो ने बताया कि वे गैंग रेप में शामिल थे। कई लड़कों

ने बताया कि वे भीड़भाड़ वाली जगहों पर लड़की को छूने के मौके ढूँढते हैं, जैसे कि मेलों या उत्सवों में, सिनेमा हॉल, बाज़ार, बसों या ट्रेन में। “... जब बत्तियां बुझीं . . . मैंने एक लड़की की छाती दबाई और फिर उसके कूल्हे।”

जब लड़कों से पूछा गया कि वे लड़कियों को क्यों छेड़ते हैं, तो ज्यादातर का कहना था कि उन्हें मज़ा आता है और उससे आनंद मिलता है। कुछ ने कहा कि इससे वे अपने दोस्तों के सामने अपनी मर्दानगी दिखाते हैं, क्योंकि उन पर उनके दोस्तों का दबाव रहता है। उदाहरण के लिए, एक लड़के ने बताया कि उसके दोस्तों ने उससे कहा कि वह उनके सामने किसी लड़की की छाती को छूकर अपनी बहादुरी साबित करे। तो वह लड़का भागता हुआ एक लड़की की ओर गया और अचानक उसकी छाती दबा दी, जिससे कि वह अपने दोस्तों के सामने अपनी मर्दानगी साबित कर सके। कुछ और लड़कों ने कहा कि उन्हें लड़कियों को परेशान करने से डर लगता है कि उन्हें सज़ा न हो जाए।

कई लड़कों का सोचना था कि “ईव टीज़िंग” एक साधारण बात है। उनका मानना था कि आम जगहों पर लड़कियों पर ताने-टिप्पणी करने और उन्हें छूने से लड़कियों को कोई नुकसान नहीं होता, क्योंकि उससे वे गर्भवती नहीं हो सकतीं, और वयस्कों को भी इसके बारे में पता नहीं चलता। कुछ लड़कों को लगता था कि हर अविवाहित लड़के को सड़क पर चलने वाली हर अविवाहित लड़की के पास जाने का अधिकार है, चाहे वे एक दूसरे को जानते हों या न जानते हों। लेकिन, ज्यादातर लड़कों ने कभी यह नहीं सोचा था कि

लड़कियों को उनके इस व्यवहार के बारे में कैसा लगता होगा।

चर्चा

यह लेख “ईव टीजिंग” को बंगलादेश की किशोर लड़कियों के संदर्भ में एक जेन्डर आधारित प्रतिक्रिया के रूप में पेश करता है, जो लड़कियों को वस्तु के समान देखती है। जेन्डर असमानता, जिसके कारण यौन उत्पीड़न होता है, बंगलादेशी सामाजिक संस्कृति में गहराई से समायी हुई है।²⁰⁻²⁴ बंगलादेश में, पितृसत्ता, जेन्डर नियम और पर्दा प्रथा के कारण, लड़कियों के साथ जन्म से भेदभाव होता आया है^{25, 26} और यही कारण हैं कि उनके साथ यौन उत्पीड़न भी होता है।²⁷ कानून और कानूनी प्रक्रियाओं ने इस समस्या को और भी बढ़ा दिया है।^{28, 29} लड़कियों और औरतों को प्रताड़ित करने वाले लड़कों और आदमियों को सजा देने के लिए मोबाइल कोर्ट होने के बावजूद, सांस्कृतिक प्रथाओं को इतनी जल्दी नहीं बदला जा सकता।^{7, 11} समाज अक्सर लड़कियों को ही दोष देता है, जिससे कि उनके लिए यौन उत्पीड़न और हिंसा के मामलों की रिपोर्ट करना मुश्किल हो जाता है, जो किशोर अवस्था के साथ खत्म नहीं हो जाता। उदाहरण के लिए, बंगलादेश में कार्यस्थल पर होने वाले यौन उत्पीड़न पर वर्ष 2004 की एक रिपोर्ट में पाया गया कि कामकाजी औरतें भी उत्पीड़न के मामलों के बारे में बताने से कतराती हैं, कि उन्हें कलंकित किया जाएगा, या बदले की धमकी या नौकरी से निकाल दिया जाएगा।³⁰

जेन्डर असमानता निर्धारित करती है कि लड़के और लड़कियां यौन रिश्तों में अपनी

भूमिका किस प्रकार देखते हैं। अध्ययन ने पाया कि झुग्गियों में रहने वाली विवाहित किशोर उम्र की लड़कियों में अपने यौन अनुभवों पर अपना नियंत्रण होने की सोच बहुत कम थी।³¹ दक्षिण एशिया में किए गए अन्य अध्ययनों ने दिखाया है कि यौन उत्पीड़न सामाजिक नियंत्रण का एक तरीका है, जिसकी जड़ें पितृसत्ता और शक्ति के ढांचों से गहराई से जुड़ी हैं, और इनका जुड़ाव है यौन उत्पीड़न और लड़कियों व औरतों के शोषण से।³²⁻³⁴ एक मानवशास्त्रीय अध्ययन में कहा गया है कि सामाजिक और आर्थिक ढांचों में बदलाव के कारण, आदमियों की मर्दानगी पर संकट छा गया है, जो कि ईजिप्ट की औरतों पर सड़कों पर होने वाली प्रताड़ना का प्रमुख कारण है।³⁵

यौनिकता से जुड़े मूल्य और सामाजिक नियमों की भी महत्वपूर्ण भूमिका है। बंगलादेश में शादी से पहले सेक्स करने पर पाबंदी है।³⁶⁻⁴⁰ हमारे अध्ययन से स्पष्ट है कि यौनिकता पर आम सांस्कृतिक पाबंदियों और शादी से पहले की यौनिकता के प्रति समाज का कड़ा और यौन दमनकारी रवैया होने के कारण किशोर युवाओं के बीच जेन्डर अलगाव और गलत जानकारी फैलती है, जिससे उनके मन में यौनिकता को लेकर गलत धारणाएं और डर बैठ जाते हैं। इसके कारण, यौनिकता का विषय किशोर युवाओं के लिए पेचीदा बन जाता है और वे दूसरे सेक्स के व्यक्ति के साथ किसी भी प्रकार के व्यवहार के साथ सेक्स के मतलब जोड़ने लग जाते हैं, इससे वे सहज रूप से दूसरे सेक्स के व्यक्तियों के साथ व्यवहार नहीं कर पाते, और न ही उनके साथ सेक्स के अलावा कोई गहरा संबंध बनाने की क्षमता का विकास

कर पाते हैं। ऐसा इसलिए भी होता है क्योंकि ऐसी बहुत कम जगहें हैं जहां लड़के लड़कियां एक दूसरे से खुल कर मिल सकें। लेकिन साथ ही, ग्लोबल मीडिया तक किशोर युवाओं की पहुंच, जिसमें कामोत्तेजक सामग्री भी शामिल है, और अन्य सामाजिक बदलावों ने भी कुछ पूर्वाधारित जेन्डर भूमिकाएं और सामाजिक नियम व उम्मीदें, जैसे कि पुरुष प्रधानता और पुरुषों के आनंद की प्रमुखता बनाए रखने में भूमिका निभाई है। कुछ लेखक मीडिया और हिंदी फिल्मों को दक्षिण एशिया में यौनिक हिंसा को बढ़ावा देने के लिए दोषी मानते हैं।^{2,3,11-14}

सामाजिक मेलजोल, प्रेम के रिश्ते बनाने और डेटिंग पर पाबंदियां ही शायद “ईव टीजिंग” को अंजाम देती हैं, जो कामोत्तेजक सामग्री के प्रभाव, और यौनिकता एवं रिश्तों के बारे में शिक्षा की कमी में और बढ़ जाती है। यह तो स्पष्ट है कि वयस्कों द्वारा किशोर युवाओं की यौनिकता को नियंत्रित रखने के लिए बनाए गए कौमार्य और विवाह संबंधित सामाजिक नियम और लड़के लड़कियों को अलग रखने की प्रथा के कारण, किशोर युवाओं में एक दूसरे से सहज रूप से बातचीत करने के कौशल का विकास नहीं हो पाता। सेक्स और यौनिकता संबंधी व्यवहार का विकास किशोर युवाओं के यौन सामाजीकरण पर निर्भर करता है। इसके अलावा, यौन सामाजीकरण हमारे सामाजिक जीवन के कई गैर-यौनिक पहलुओं में बसा है।⁴¹ यौनिक व्यवहार में निपुणता हासिल करना हमारे यौन सामाजीकरण का ही एक हिस्सा है,^{42,43} जिसमें बातचीत करने और सामाजिक कौशल, संवेदनशीलता और ऐसे

व्यावहारिक तरीके शामिल हैं जिनसे लोग अपने यौन अनुभवों को दोनों व्यक्तियों के लिए फायदेमंद बना सकें।⁴⁴ इसके बिना “ईव टीजिंग” आसानी से पनपती है।

आखिर में, बंगलादेश में प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य संबंधी जानकारी और सेवाओं की कमी है। इस अध्ययन में सामने आने वाली अपने शरीर और यौन भावनाओं को लेकर किशोर युवाओं के मन में जो अकारण आशंकाएं और असुरक्षा की भावनाएं रहती हैं, वे दर्शाती हैं कि क्यों युवाओं की व्यापक यौनिकता शिक्षा तक पहुंच होनी जरूरी है। ऐसी यौनिकता शिक्षा जो केवल स्वास्थ्य पर ध्यान न देते हुए, जेन्डर असमानता को संबोधित करती हो और सामाजिक यौन व्यवहार कौशल बनाने में भी मदद करे।

इस अध्ययन के समय, बंगलादेश के स्कूल पाठ्यक्रम में यौनिकता शिक्षा शामिल नहीं थी। हाल ही में, बी.आर.ए.सी. ने अपने ग्रामीण किशोर स्कूलों में यौनिकता शिक्षा की शुरुआत की है। एफ.पी.ए.बी. और चार अन्य गैर सरकारी संस्थाएं कुछ जिलों के स्कूलों में व्यापक यौनिकता शिक्षा कार्यक्रम विकसित करने और लागू करने का काम कर रही हैं। बंगलादेशी किशोर युवाओं को सही और पूरी जानकारी की बहुत ज्यादा जरूरत है, जिससे कि वे दोस्तों, सड़क के नीम हकीमों, इंटरनेट, कामोत्तेजक सामग्री व अन्य जगहों से मिलने वाली जानकारी व संदेशों की खामियों को पहचान सकें। चाहें सामाजिक नियम और सजाएं कितनी भी कड़ी क्यों न हों, किशोर व युवा, अपने साधारण यौन विकास की प्रक्रिया के दौरान, वयस्कों के नियंत्रण के बाहर आनंद और

कामोत्तेजना संबंधी जानकारी के स्रोत खोजेंगे ही। अगर वयस्क वाकई में उन्हें सुरक्षित रखना चाहते हैं और उनका मार्गदर्शन करना चाहते हैं, तो उन्हें चाहिए कि वे किशोर युवाओं को सही जानकारी, कौशल और आत्मविश्वास दें।

इसी तरह, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवा, जिनका लक्ष्य युवा हैं, को भी केवल स्वास्थ्य से हटकर ऐसे विषयों पर मनोवैज्ञानिक परामर्श, देखरेख और सुरक्षा की दृष्टि से काम करना होगा, जो किशोर युवाओं के लिए महत्वपूर्ण हैं, उनके लिए भी जो यौन रूप से (अभी) सक्रिय न हों। शारीरिक स्वास्थ्य के अलावा, इसमें ऐसी सेवाएं शामिल करना जरूरी है, जहां किशोर युवा अपने भय और असुरक्षा की भावनाओं पर चर्चा कर सकें और जेन्डर आधारित और यौन हिंसा का सामना कर सकें, जैसे कि जबरदस्ती शादी कर दिया जाना, यौन प्रताड़ना व कलंक, और जबरदस्ती सेक्स करने पर मजबूर किया जाना। उत्पीड़न की रिपोर्ट करने को प्रोत्साहित करने को प्राथमिकता देनी होगी। लड़के और लड़कियों को अपने और दूसरों के यौन अधिकारों के प्रति जागरूक और सम्मान देना सिखाना होगा, और माता-पिता और समाज के अन्य वयस्कों को समझना होगा कि यौन हिंसा को रोकने में उनकी क्या भूमिका है। लड़कों और लड़कियों के बीच एक अलग तरह के व्यवहार को बढ़ावा देना होगा, और इसके साथ ही कड़े जेन्डर विभाजन पर रोक लगानी होगी। इसमें मीडिया महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकती है और लोगों को यौन हिंसा पर चर्चा कायम रखने और बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित कर सकती है।

आभार

इस अध्ययन को इंटरनेशनल पेरेन्टहुड फैडरेशन ने अधिकृति किया, जिसे डच सरकार से वित्तपोषण प्राप्त हुआ। फील्ड के काम के लिए एफ.पी.ए.बी. ने सहयोग दिया। लेखक सभी किशोर युवाओं के आभारी हैं जिन्होंने अपने अनुभव और मत हमारे साथ बांटे, जिसके आधार पर यह लेख लिखा गया और उन आठ युवा शोधकर्ताओं के भी, जिन्होंने इस अध्ययन के लिए जानकारी प्राप्त की: अख्तर मोशम्मद, सबीना, इस्लाम मैन-उल-हसन, इस्लाम मोहम्मद जहीदुल, खातून पारीजात, परवास कमाल, रहमान महफूजा, रे मिथोन कुमार, सूम अफरोजा खानम और तन्जीर अज़मरीना। आईपीपीएफ लंदन और आईपीपीएफ दक्षिण एशिया ऑफिस के हमारे सहकर्मी युवा एवं किशोर साथियों, एफ.पी.ए. बी. स्टाफ और केथी दे कूइफ को संपदान में मदद करने के लिए विशेष धन्यवाद।

लेखक:

- क पोस्ट डॉक्टरल रिसर्च असोसिएट, डिपार्टमेंट ऑफ ऐन्थ्रोपॉलजी, डरहम यूनिवर्सिटी, डरहम, यू.के. और रिसर्च असोसिएट, इंस्टिट्यूट ऑफ हैल्थ एंड सोसायटी, न्यूकासल यूनिवर्सिटी, न्यूकासल-अपॉन-टाइन, यू.के.। संपर्क:
- ख सीनियर रिसर्चर, रट्गर्स डब्ल्यू.पी.एफ., उत्तरेख्त, दि नीदरलैंड्स।
- ग प्रोफ़ेसर, डिपार्टमेंट ऑफ पब्लिक हैल्थ एंड प्राइमरी केयर, लेडन सूनिवर्सिटी मैडिकल सैन्टर (और असोसिएट प्रोफ़ेसर, ऐम्स्टरडैम इंस्टिट्यूट फॉर सोशल साइंस रिसर्च, यूनिवर्सिटी ऑफ ऐम्स्टरडैम, ऐम्स्टरडैम, दि नीदरलैंड्स।

संदर्भ

1. Gangoli G. Indian Feminisms: Law, Patriarchies and Violence in India. London: Ashgate Publishing, 2007.
2. Baxi P. Sexual harassment. 2001. www.india-seminar.com/2001/505/505pratikshabaxi.htm.
3. Ramasubramanian S, Oliver MB. Portrayals of sexual violence in popular Hindi films, 1997–99. *Sex Roles* 2003;48(7–8):327–36. DOI:10.1023/A:1022938513819.
4. Das MB, Ahmad JK, Bernard C, et al. Whispers to Voices. Gender and Social Transformation in Bangladesh. World Bank and AusAID, 2007. <http://siteresources.worldbank.org/INTBANGLADESH/Resources/295657-1205740286726/genderReport.pdf>.
5. Rashid M. Letting eve-teasing go unpunished. *The Daily Star*. 9 September 2007. www.thedailystar.net/newDesign/news-details.php?nid=5952.
6. Kabeer N. The decline in “missing women” in Bangladesh. November 2012. www.opendemocracy.net/5050/naila-kabeer/decline-in-missing-women-in-bangladesh.
7. “Eve teasing” - a social curse. Study Mode. com, 2013. www.studymode.com/essays/EveTeasing-A-Social-Curse-505336.html.
8. Agnes F. Protecting women against violence: review of a decade of legislation, 1980–89. *Economic and Political Weekly* 1992;27(17):19–33.
9. Kapur R, Khanna S. Memorandum on the Reform of Laws Relating to Sexual Offences. Delhi: Centre for Legal Research, 1996.
10. Working definition. Youth Incentives and WGNRR. 2006. <http://www.rutgerswpf.org/sites/default/files/Grey%20Areas.pdf>.
11. UNICEF. Bangladesh: When sexual harassment leads to suicide. 2009. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09_Table_9.pdf.
12. Mawson J. UNICEF supports efforts to end sexual harassment of girls and women in Bangladesh. Government, NGO partners and adolescents target “eve teasing”. 2010. www.unicef.org/infobycountry/bangladesh_55216.html.
13. Ain O Salish Kendra. 2010. www.askbd.org/web/.
14. Bangladesh National Women Lawyers Association.. “Eve teasing.” www.bnwla.org.bd/content/view/165/133/lang,en/.
15. Bangladesh National Women Lawyers Association. Violence against Women in Bangladesh: Annual Report. 2000. www.thp.org/system/files/Harassment.pdf.
16. Ethirajan A. Bangladesh “Eve teasing” protest draws students. *BBC News, Dhaka*, 2010. www.bbc.co.uk/news/world-south-asia-11687647.
17. The Hunger Project. 2000. <http://www.thp.org/files/Harassment.pdf>.
18. Rutgers WPF. Do They Match? Research reports and training manuals. www.rutgerswpf.org/content/downloads.
19. van Reeuwijk M, Nahar P. The importance of a positive approach to sexuality in sexual health programmes for unmarried adolescents in Bangladesh. *Reproductive Health Matters* 2013;21(41):69–77.
20. Siddiqi MD. The Sexual Harassment of Industrial Workers: Strategies for Intervention in the Workplace and Beyond. CPD and UNFPA Report 26. 2003. www.cpd.org.bd/pub_attach/unfpa26.pdf.
21. Jahan R. Family violence: some observations. In: Akanda and Jahan, editors. *Collected Articles: Women for Women: Research and Study Group*, Dhaka, 1983. p.41–47.
22. Jahan R. Hidden wounds, visible scars: violence against women in Bangladesh. In: Agarwal B, editor. *Structures of Patriarchy*. London: Zed Books, 1988.

23. Nahar P. Violence against childless women. In: Bolaiah D, et al, editors. Gender-based violence and sexual and reproductive health. Mumbai: National Institute for Research in Reproductive Health, Indian Council of Medical Research, 2010. p.11–30.
24. Naved RT, Akhtar N. Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh. *Women's Health Issues* 2008;18(6):442–52.
25. Marcus R. BRIDGE Development Agenda Report No.10. Violence against women in Bangladesh, Pakistan, Egypt, Sudan, Senegal and Yemen. Report prepared for Special Programme WID. Netherlands Ministry of Foreign Affairs, 1993.
26. Schuler SR, Islam F. Women's acceptance of intimate partner violence within marriage in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 2008;39(1):49–58.
27. Chowdhuri S. Violence against Women in Bangladesh: Situational Analysis/Existing Interventions. Monograph Series 4. James P Grant School of Public Health, BRAC University, 2007. http://openlibrary.org/books/OL24104307M/Violence_against_women_in_Bangladesh.
28. Afsana K, Rashid SF, Thurston W. Challenges and gaps in addressing women's health in the health policy of Bangladesh. World Conference on Prevention of Family Violence, Banff, Alberta, Canada, 23-26 October 2005.
29. Bhuiyan R. Bangladesh: personal law and violence against women. In: Schuler M, editor. Empowerment and the Law: Strategies of Third World Women. Washington, DC: OEF International, 1986.
30. Billah M, Riazuddin AKM. Workplace environment for women: issues of harassment and need for interventions. Centre for Policy Dialogue. Report No.65. 2004. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN021437.pdf>.
31. Rashid SF. Small powers, little choice: contextualising reproductive and sexual rights in slums in Bangladesh. *IDS Bulletin* 2006;37(5).
32. Zubair S. Just a time-pass: acknowledgement/denial (?) of sexual harassment in young women's discourse *Hawwa* 2005;3(2):197–219.
33. Leach F, Sitaram S. Sexual harassment and abuse of adolescent schoolgirls in South India. *Education, Citizenship and Social Justice* 2007;2(3):257–77. Doi: 10.1177/1746197907081262.
34. Qamar H. Reasons for eve teasing: a personality assessment, psychological fresh look. In: Qamar H, editor. *Applied Psychology and Indian Perspective*. Psychology, Health, Sports, Women's Studies. Delhi: Gayan Publishing House, 1998.
35. Fatima MP. Street harassment in Cairo: a symptom of disintegrating social structures. *The African Anthropologist* 2008;15(1/2):1–20.
36. Lazeena M. Romance and Pleasure: understanding the sexual conduct of young people in Dhaka in the Era of HIV and AIDS. Dhaka: University Press, 2005.
37. Barkat A, Majid M. Adolescent and youth reproductive health. In: Bangladesh: status, policies, programs, and issues. Policy Project, January 2003.
38. Nahar Q, Tuñón C, Houvras I, et al. Reproductive health needs of adolescents in Bangladesh: a study report. Working Paper No. 130. Dhaka: ICDDR, B: Centre for Health and Population Research, 2003.
39. Rob U, Mutahara MU. Premarital sex among urban adolescents. *Quarterly of Community Health Education* 2001;20(1):103–11.
40. Uddin J, Choudhury AM. Reproductive health awareness among adolescent girls in rural Bangladesh. *Asia Pacific Journal of Public Health* 2008;20(2).

41. Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Ingham R, et al. Factors and processes in heterosexual competence and risk: an integrated review of the evidence. *Psychology and Health* 1999;14:25–50.
42. Vanwesenbeeck I. Sexual socialization. Background paper. Sexuality under 18: how the social environment influences sexual development. International conference organised by Rutgers Nisso Groep and World Population Foundation, Amersfoort, 11–12 October 2010.
43. Vanwesenbeeck I. Sexual violence and the MDGs. *International Journal of Sexual Health* 2008;20:1–2.
44. Jackson S, Scott S. *Theorizing Sexuality*. Berkshire: McGraw-Hill; Open University Press, 2010

क्राउडआउटएड्स : कार्रवाई के लिए युवा दृष्टिकोण को जनसमाधान प्रदान करना (क्राउडसोर्सिंग)

माइकेला हिल्डरब्रांड,^ए क्लॉडिया अहूमाडा,^{बी} शेरॉन वाटसन^{सी}

सारांश:

एड्स संबंधी निर्णय प्रक्रियाओं में युवाओं को किस प्रकार बेहतर ढंग से शामिल किया जाए, इस बारे में रणनीति तैयार करने के लिए यूएनएड्स ने 2011 में सहभागी ऑनलाइन नीति परियोजना, क्राउडआउटएड्स, शुरू की थी। 79 देशों के 15-29 उम्र के कुल 3,497 युवा नौ ऑनलाइन फोरमों पर दाखिल हुए। इसके अलावा, ऑनलाइन फोरम के माध्यम से भर्ती किए गए वालंटियर्स ने 39 समुदाय-आधारित ऑफलाइन फोरम बनाए, जिनमें 1,605 अतिरिक्त सहभागी शामिल थे। इस लेख में युवा दृष्टिकोण को रणनीति और नीति बनाने की प्रक्रिया में शामिल करने के लिए, सोशल मीडिया और जन समाधान के उपयोग करने की एक सहभागी पहल के बारे में बताया गया है। इन फोरमों में युवाओं ने सेक्स के बारे में बातचीत करने के तौर-तरीकों में बदलाव कर, सेक्स एवं रिश्तों के प्रति नज़रिए को बदलने की, व्यापक यौन शिक्षा लागू करने की और सामाजिक एवं सांस्कृतिक भ्रांतियों को दूर करने की ज़रूरत बताई है। इसके आधार पर तैयार किए गए दस्तावेज़ में तीन प्रमुख प्राथमिकताओं की सिफारिश की गई थी: सेक्स एवं यौनिकता के बारे में वर्जनाओं से निपटना, एचआईवी के साथ जी रहे युवाओं के खिलाफ कलंक एवं भेदभाव को खत्म करना और सामाजिक एवं कानूनी बाधाओं को दूर करना। छह रणनीतिक कार्रवाइयों की भी सिफारिश की गई थी: प्रभावशाली नेतृत्व के लिए युवाओं का कौशल बढ़ाना, एड्स संबंधी कार्रवाई में युवाओं की पूरी भागीदारी सुनिश्चित करना, एचआईवी संबंधी जानकारी को अधिक सुलभ बनाना, रणनीतिक नेटवर्कों को मज़बूत करना, युवाओं तक यूएनएड्स की पहुंच को बढ़ाना, आर्थिक सहायता तक युवाओं की पहुंच बढ़ाना। सोशल मीडिया और जनता के सहयोग से दुनिया भर के ज़मीनी स्तर से उभरे दृष्टिकोणों को एक कर संवाद और सहभागिता के एक नए मॉडल में ढालना संभव है, जिसका उपयोग आगे सामुदायिक सशक्तिकरण और लोगों को सक्रिय करने के लिए किया जा सकता है। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स

मुख्य शब्द: युवा, सेक्स और संबंध, यौन शिक्षा, कलंक और वर्जनाएं, जनसमर्थन (क्राउडसोर्सिंग), एचआईवी/ एड्स, यूएनएड्स

20¹² में संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या एवं विकास आयोग (सीपीडी) की 45वीं बैठक में संयुक्त राष्ट्र के सदस्य देशों द्वारा एक ऐतिहासिक प्रस्ताव पारित किया गया, जिसमें इस बात को स्वीकार किया गया था कि किशोरों एवं युवाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के साथ अपनी यौनिकता से जुड़े मामलों पर स्वतंत्र रूप से और ज़िम्मेदारीपूर्वक नियंत्रण और फैसले करने का अधिकार है, चाहे उनकी उम्र और वैवाहिक स्थिति कुछ भी हो।¹ इस प्रस्ताव में युवाओं को यौनिकता, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य, मानव अधिकारों और जेंडर समानता पर सबूत आधारित, व्यापक जानकारी प्रदान करने की ज़रूरत भी बताई गई है।¹ यह अपनी तरह का पहला सीपीडी प्रस्ताव है, जिसमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के साथ किशोरों एवं युवाओं के मानव अधिकारों की बात कही गई है। यह कार्रवाई के लिए एक मज़बूत नज़ीर और ढांचा प्रदान करता है।

यह प्रस्ताव काफी मुश्किल से पारित हुआ था। “जेंडर”, “यौनिक रुझान”, “व्यापक यौन शिक्षा”, “यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं” संबंधी भाषा को लेकर मामला काफी विवादास्पद साबित हुआ। इसी प्रकार से “अभिभावक अधिकारों”, “ज़िम्मेदार और/या नैतिक व्यवहार” और “संस्कृति” की परिभाषाएं भी टकराव के सबब बने। गौर करने लायक है कि सीपीडी में यह बातचीत महिलाओं की स्थिति पर आयोग (सीएसडब्ल्यू) में बातचीत के लगभग एक महीने बाद हुई थी। सीएसडब्ल्यू में ग्रामीण महिलाओं से संबंधित सहमति वाले निष्कर्षों को शामिल नहीं किया गया था क्योंकि इनपर आम सहमति नहीं

थी। इस तथ्य के मद्देनज़र इस प्रस्ताव का पारित होना अपने आप में एक सफलता है। बातचीत में उपस्थित युवाओं ने कई मुद्दों पर अपनी बात रखी।² उन्होंने दर्शाया कि इस बात को लेकर न सिर्फ सदस्य राष्ट्रों के बीच, बल्कि खुद युवाओं में अलग-अलग विचार हैं कि वे कैसे जीते हैं और अपनी यौनिकता के बारे में कैसे महसूस करते हैं।

इस समय दुनिया में युवा लोगों की जितनी संख्या है, इतिहास में उतनी कभी नहीं रही। इस बात ने नीति बनाने में युवाओं पर ज़्यादा ध्यान देने के लिए प्रेरित किया है। इस संबंध में, युवा संगठनों ने युवाओं के जीवन को प्रभावित करने वाली निर्णय प्रक्रिया के सभी पहलुओं में भागीदारी का अधिकार प्रदान करने का आह्वान किया है। जैसा कि यूएनएड्स और अन्य ने स्पष्ट किया है, एचआईवी से जुड़ी नीतियों और कार्यक्रमों के सफल कार्यान्वयन के लिए युवाओं की भागीदारी महत्वपूर्ण है।^{3,4} भागदारी से यह सुनिश्चित होता है कि समाधानों को युवा अपना मानेंगे, युवाओं को अपनी नागरिकता का उपयोग करने में मदद मिलती है, सशक्तिकरण को बढ़ावा मिलता है और अपने जीवन एवं भविष्य पर अधिक नियंत्रण का एहसास पैदा होता है।⁵

जून, 2011 में, संयुक्त राष्ट्र आम सभा की एड्स पर उच्च स्तरीय बैठक में एचआईवी/एड्स पर स्वीकृत राजनीतिक घोषणा पत्र में सदस्य राज्यों ने एचआईवी के बारे में दुनियाभर में जागरूकता फैलाने के लिए, युवाओं की सेवाएं लेने के साथ-साथ, एड्स पर कार्रवाई के लिए युवाओं की सक्रिय भागीदारी और नेतृत्व को बढ़ावा देने की प्रतिबद्धता व्यक्त की। यूएनएड्स सचिवालय

पहले भी युवाओं की भागीदारी एवं नेतृत्व को समर्थन देने वाले कई प्रयासों में शामिल रहा है, मगर इन प्रतिबद्धताओं को पूरा करने के लिए अधिक रणनीतिक और समन्वित पहल की जरूरत महसूस की गई।⁶

युवाओं को देश, और विश्व स्तर पर एड्स के बारे में निर्णय प्रक्रिया में बेहतर तरीके से शामिल करने का तरीका विकसित करने और नई संचार तकनीक की बदौलत दुनियाभर में युवा आंदोलनों की अगुवाई में सामाजिक बदलाव के क्षेत्र में तेजी से हो रही प्रगति का लाभ उठाते हुए, यूएनएड्स सचिवालय ने क्राउडआउटएड्स नामक एक सहभागी ऑनलाइन नीति परियोजना शुरू की। इसमें सोशल मीडिया और जनसमर्थन (क्राइडसोर्सिंग)* का इस्तेमाल किया गया,⁷ जो युवा नेतृत्व को समस्याएं पैदा करने के साथ-साथ उनका समाधान भी निकालने और एड्स संबंधी कार्रवाई में भाग लेने में समर्थ बनाने के लिए जन भागीदारी की एक नई पहल है।** इसके फलस्वरूप संयुक्त राष्ट्र के इतिहास में सबसे पहला क्राउडसोर्सिंग का रणनीतिक दस्तावेज़ तैयार हुआ।

इस लेख में क्राउडआउटएड्स की सहभागी प्रक्रिया का वर्णन किया गया है और ऑनलाइन फोरमों और उनसे जुड़े ऑफलाइन फोरमों पर व्यक्त किए विचारों के कुछ अंशों का विश्लेषण प्रस्तुत किया गया है।

क्राइडसोर्सिंग की पृष्ठभूमि

सोशल मीडिया के आने से जानकारी के स्रोत और श्रोता के बीच के संबंध बदल गए हैं, जहां श्रोता अब मीडिया के संदेश को सिर्फ चुपचाप देखता सुनता ही नहीं है, बल्कि उसे तैयार करने में भी सक्रिय रूप से शामिल होता है।⁸ यह दर्शाता है कि ऑनलाइन संचार के एक से अनेक को (वन टू मनी) मॉडल का स्थान अनेक से अनेक को (मनी टू मनी) मॉडल ले रहा है।⁹ इसका असर इस बात पर होता है कि युवा सेक्स और यौनिकता संबंधी जानकारी का उपयोग किस प्रकार करते हैं। अब संचार पर सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेंसियों और उनके राज्य द्वारा स्वीकृत संदेशों का एकाधिकार नहीं रहा। ऑनलाइन परिवेश में बहुत तरीके के और विविध संदेशों का बोलबाला हो गया है, जहां श्रोता अब यौन स्वास्थ्य संबंधी जानकारी से जुड़ सकते हैं, और जानकारी का निर्माण भी कर सकते हैं।

हालांकि, जन स्वास्थ्य के क्षेत्र में सोशल मीडिया की संभावना केवल स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्रदान करने और प्रचार-प्रसार तक ही सीमित नहीं है। इस नई तकनीक का इस्तेमाल सार्वजनिक नीति एवं योजना निर्माण की प्राथमिकताएं तय करने में जनता की प्रत्यक्ष भागीदारी⁹ हासिल करने के अलावा कानूनी माहौल तैयार करने,¹⁰ और सरकारी संस्थाओं एवं

* क्राउडसोर्सिंग का मतलब होता है खुली जन भागीदारी की प्रक्रिया जो सोशल मीडिया के माध्यम से चलती है। मुख्य बात यह है कि सहभागियों का कोई चयन नहीं किया जाता। क्राउडसोर्सिंग का मतलब है कि यह दस्तावेज़ खुली जन भागीदारी की प्रक्रिया से तैयार हुआ है।

** क्राउडसोर्सिंग वितरित समस्या समाधान और उत्पादन (डिस्ट्रीब्यूटेड प्रॉब्लम साल्विंग एंड प्रोडक्शन) मॉडल है। समस्याओं के समाधान के लिए खुले रूप से प्रस्तुत कर उन्हें एक अनजाने समाधान समूह के पास भेज दिया जाता है। उपयोगकर्ता-जिन्हें जनता (क्राइड) भी कहा जाता है-समाधान प्रस्तुत करते हैं।

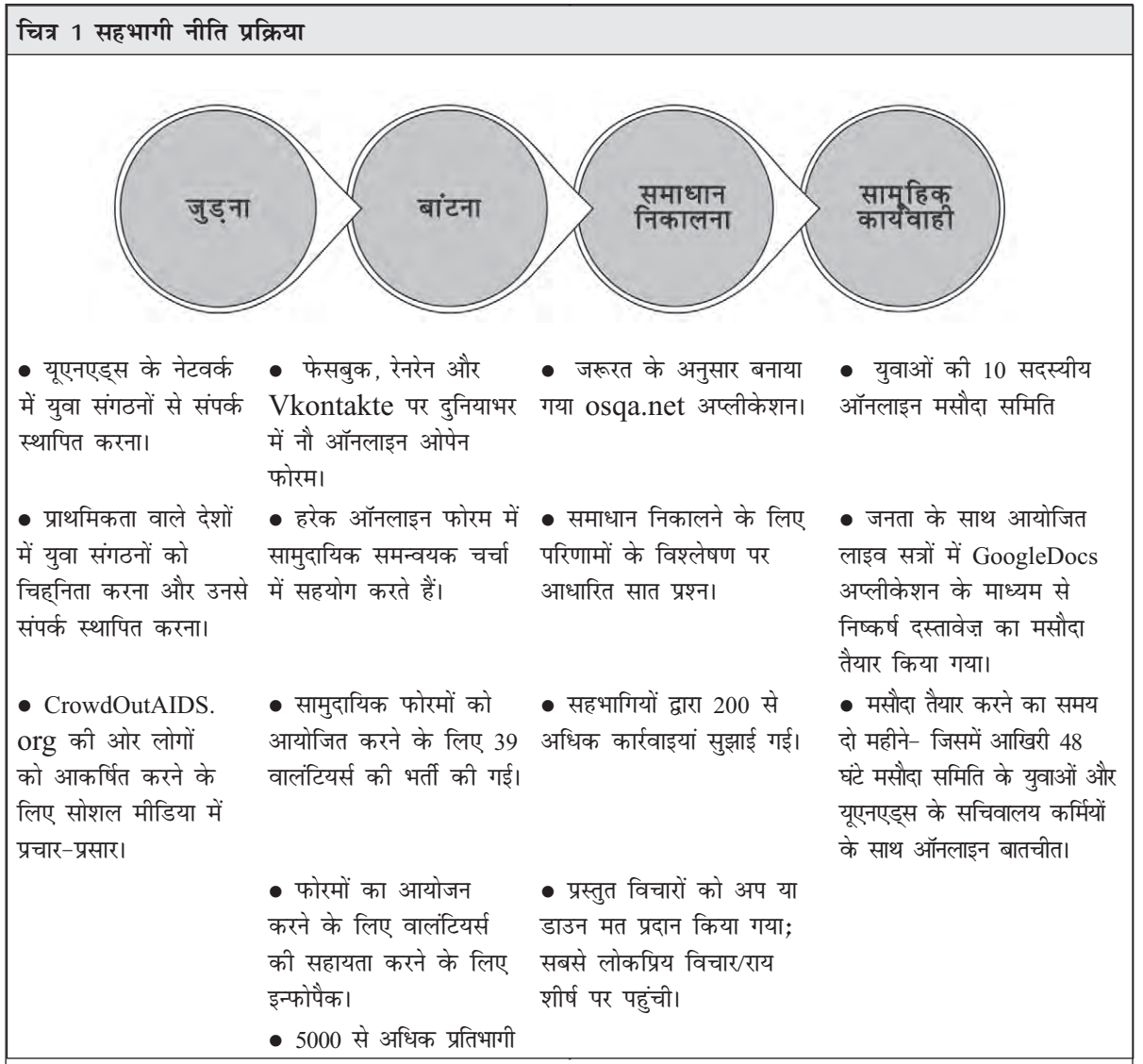
प्रक्रियाओं में पारदर्शिता बढ़ाने और उनमें विश्वास पैदा करने के लिए भी किया जा सकता है।

हाल के इन तकनीकी और सामाजिक विकास के साथ यह जानी मानी बात है कि युवा नई तकनीकों एवं संचार के मॉडलों को जल्दी अपना लेते हैं, इसलिए सोशल मीडिया और क्राउडसोर्सिंग का लाभ उठाने के लिए क्राउडआउटएड्स का

गठन किया गया, ताकि युवाओं को यूएनएड्स सचिवालय के लिए प्राथमिकताएं और कार्य तय करने में शामिल किया जा सके।

क्राउडआउटएड्स: पूर्ण भागीदारी के लिए सोशल मीडिया का लाभ उठाना

भागीदारी नीति प्रक्रिया (चित्र 1) को ऑनलाइन प्लेटफॉर्म, CrowdOutAIDS.org के



माध्यम से लागू किया गया था। चार सामान्य उद्देश्यों को ध्यान में रखकर इसकी संकल्पना की गई थी: इच्छुक युवाओं के एक समुदाय का गठन; एक ऐसी जगह बनाना जहां युवा अपने अनुभव, विचार और जानकारी का आदान-प्रदान कर सकें; इस जन समूह की जानकारी को समेकित करना और उन्हें समाधान तलाशने में सक्षम बनाना; और आखिरी यह कि मिलकर रणनीतिक दस्तावेज़ को तैयार करना और युवा कार्यकर्ताओं एवं संगठनों के एक नेटवर्क की स्थापना करना, जिसके साथ मिलकर यूएनएड्स सचिवालय रणनीति को लागू कर सके।

तरीका

इस लेख के लिए जिन आंकड़ों का इस्तेमाल किया गया है वे अक्टूबर से दिसंबर 2011 तक ऑनलाइन और ऑफलाइन, दोनों ही प्रकार की क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया के दौरान उभरे विषयों के दूसरे विश्लेषण से मिले हैं।

नमूना और आंकड़ा संग्रह

शुरूआती उत्साह पैदा करने के लिए हमने ऑनलाइन सोशल मीडिया के माध्यम से नेटवर्क विधि का इस्तेमाल किया। इसमें हमने जानबूझकर नेटवर्क के तथाकथित नोड्स, मतलब यौन स्वास्थ्य आंदोलन से जुड़े युवाओं को लक्ष्य बनाया, और परिवार, मित्रों एवं परिचितों तक ऑनलाइन और ऑफलाइन अपनी बात पहुंचाने के लिए उनपर निर्भर रहे। चर्चा में नौ ऑनलाइन क्षेत्रीय फोरमों से 15-29 उम्र के 3,479 व्यक्ति शामिल थे जो 79 देशों का प्रतिनिधित्व कर रहे थे। फोरम पर ऑनलाइन प्रतिभागियों की संख्या थी: अफ्रीका

अंग्रेज़ी (570), अफ्रीका फ्रेंच (226), ब्राज़ील के लिए एक अलग फोरम के साथ लैटिन अमेरिका (673), एशिया प्रशांत (529), पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया (110), मध्य पूर्व और उत्तर अफ्रीका (391), उत्तरी अमेरिका, कैरीबियाई और मध्य यूरोप (796)। क्षेत्रों का चयन यूएनएड्स के अनुसार किया गया था। इसके अलावा, यह सुनिश्चित करने के लिए कि ब्रिक्स देशों (ब्राज़ील, रूस, भारत, चीन और दक्षिण अफ्रीका) में बोली जाने वाली सभी भाषाओं को शामिल कर लिया गया है, चीन (228) को भी शामिल कर लिया गया था। देश के क्षेत्र और भाषा, दोनों ही के आधार पर प्रतिभागियों को किसी फोरम में भेजा गया था। उदाहरण के तौर पर, कैरीबियाई क्षेत्र के मुख्य रूप से अंग्रेज़ी बोलने वाले किसी देश के व्यक्ति को उत्तरी अमेरिका ऑनलाइन फोरम में भेजा गया, जबकि स्पेनिश बोलने वाले को लैटिन अमेरिकी ऑनलाइन फोरम में भेजा गया था।

“डिजिटल भेद” से निपटने के लिए CrowdOutAIDS.org पर क्राउडमैपिंग एप्लीकेशन के माध्यम से वालंटियर्स भर्ती किए गए, जिनसे उम्मीद थी कि वे ऑफलाइन समुदाय आधारित खेल चौपालों का गठन करेंगे। उप सहारा अफ्रीका में सामुदायिक फोरम स्थापित करने के लिए खास तौर पर मेहनत की गई क्योंकि वहां इंटरनेट की पहुंच अभी भी बहुत कम (13.5% आबादी तक ही) है जबकि दुनिया का औसत 32.7 प्रतिशत है।¹¹ दुनियाभर में उनतालीस ऑफलाइन सामुदायिक फोरम स्थापित किए गए, जिनमें कुल 1,605 प्रतिभागी थे (चित्र 2)। प्रत्येक क्षेत्र में निम्नलिखित देशों में फोरम गठित किए गए: अल

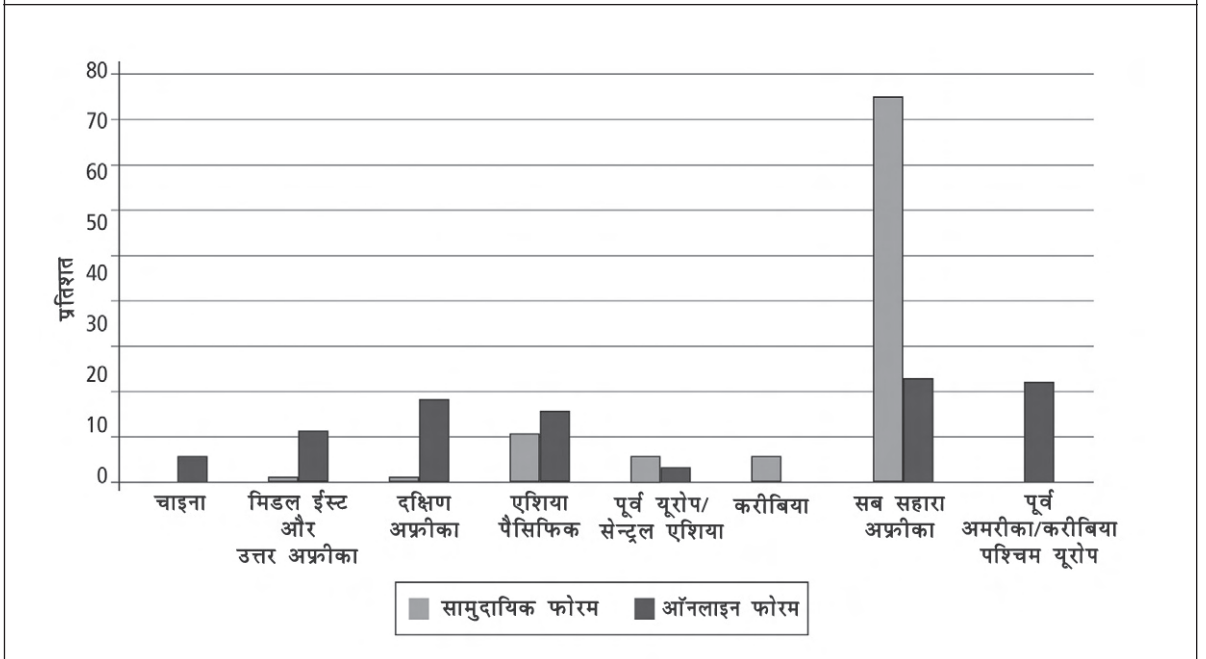
सल्वाडोर, लैटिन अमेरिका, गयाना, कैरीबियन (4); एशिया प्रांत के फोरम बंगलादेश और भारत (3); मलेशिया, नेपाल, थाइलैंड; अफ्रीका कैमरून (2), इथियोपिया (2), केन्या (5), मलावी, नाइजीरिया (8), दक्षिण अफ्रीका, यूगांडा (4), जांबिया और जिम्बाब्वे। उत्तरी अमेरिका या यूरोप में कोई ऑफलाइन बैठक नहीं आयोजित की गई। लगभग दो-तिहाई ऑफलाइन फोरमों का आयोजन उप-सहारा अफ्रीकी क्षेत्र में किया गया, जो कुल सहभागियों में से 76% थे। यह इंटरनेट की कम पहुंच वाले देशों एवं समुदायों में समुदाय की भागीदारी सुनिश्चित करने की भावना के अनुकूल था। हालांकि यह ध्यान देने वाली बात है कि सामूहिक रूप से उप-सहारा अफ्रीकी ऑनलाइन फोरम में उतने ही सहभागी हैं, जितने

उत्तरी अमेरिका, कैरीबियाई और पश्चिमी यूरोप के ऑनलाइन फोरमों में हैं।

ऑफलाइन सामुदायिक फोरम के सहभागियों को कार्रवाई के लिए ढांचाबद्ध बातचीत तरीके (स्ट्रक्चर्ड पार्टिसिपेटरी डायलाग फॉर ऐक्शन मेथडोलॉजी) पर आधारित सूचना सामग्री उपलब्ध कराई गई। इसमें, कैसे करें संबंधी मार्गदर्शिका (हाउ-टू गाइड), एक ढांचाबद्ध चर्चा मार्गदर्शिका, चर्चाओं से गुणात्मक आंकड़े और प्रतिभागियों के जनसांख्यिकीय संबंधी आंकड़े दर्ज करने के लिए एक टेम्पलेट, तथा प्रतिभागियों के साथ अनुवर्ती कार्रवाई को संभव बनाने के लिए एक पंजीकरण फार्म शामिल था।

ऑफलाइन सामुदायिक खुले फोरमों में भाग लेने वालों में 48% पुरुष और 52% महिलाएं थीं।

चित्र 2 : क्राउडआउटएड्स प्रतिभागी



39 ऑफलाइन सामुदायिक फोरमों में अधिक जोखिम वाले समूहों ने इन फोरम में भाग लिया: एचआईवी के साथ जी रहे युवा (14), सेक्स वर्कर (यौन कर्मी) (3), पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुष (4), और नशे की सूई लगाने वाले (2)। इसके अलावा, सामुदायिक फोरमों में स्कूल नहीं जाने वाले युवा (18), छात्र (27), और साथी परामर्शदाता (18) भी शामिल थे। उम्र के अनुसार, 12 फोरमों में कम से कम एक ऐसा व्यक्ति मौजूद था जिसकी उम्र 30 वर्ष से ज्यादा थी, और 10 फोरमों में कम से कम एक ऐसा व्यक्ति मौजूद था जिसकी उम्र 15 वर्ष से कम थी। ज्यादातर प्रतिभागी 15-29 वर्ष उम्र के थे। ऑनलाइन फोरम के सहभागियों के जनसांख्यिकीय ब्यौरे इकट्ठा नहीं किए गए थे।

पूछे गए प्रश्न और तरीके

हमारा मकसद दोहरा है- एक तो यह दर्शाना है कि इंटरनेट और सोशल मीडिया किस तरह युवाओं को अवसर देता है कि वे जानकारी को प्रभावित कर सकें। और यह सेक्स और रिश्तों के बारे में जानकारी तैयार करने में उनकी भागीदारी को किस प्रकार बदल रहा है। एक तो हमने युवाओं की बात को व्यापक रणनीति प्रक्रिया में शामिल करने में इस्तेमाल की गई विश्लेषण प्रक्रिया प्रस्तुत की है और दूसरा, फोरमों में उठाए गए सवालों के एक उप समूह के जवाब में उनके द्वारा तैयार की गई वास्तविक सामग्री का एक उदाहरण प्रस्तुत किया है।

ऑनलाइन फोरमों में छब्बीस और ऑफलाइन सामुदायिक फोरमों में 17 प्रश्न पूछे गए थे

(उदाहरणों के लिए बॉक्स 1 देखें)। मुख्य उद्देश्य तो युवा भागीदारी एवं नेतृत्व से संबंधित जानकारी एवं दृष्टिकोण के बारे में जानकारी पैदा करना था, मगर चर्चा का काफी बड़ा हिस्सा, अन्य बातों के अलावा (एचआईवी के साथ जी रहे युवाओं सहित) युवा एवं एचआईवी, सेवाओं की सुलभता, और कानूनी और सामाजिक माहौल से संबंधित था।

पारदर्शिता और नीति प्रक्रिया में सहभागियों के दृष्टिकोण को शामिल करने के लिए, गुणात्मक विषयगत विश्लेषण के तरीके द्वारा ऑनलाइन और ऑफलाइन फोरमों के आंकड़ों का विश्लेषण किया गया।¹² ऑनलाइन सामुदायिक समन्वयकों को गुणात्मक विषयगत विश्लेषण विशेषज्ञ द्वारा प्रशिक्षण प्रदान किया गया था। इन समन्वयकों ने विश्लेषण किया और हर सप्ताह ब्लॉग सारांश लिखे। ऑफलाइन बैठकों के आयोजकों ने चर्चाओं के सारांश प्रस्तुत किए। सहयोगी विश्लेषण का इस्तेमाल करते हुए, ऑफलाइन फोरमों का विश्लेषण किया गया, फोरमों से प्राप्त जानकारी (भागीदारों द्वारा बोले गए और लिखे गए शब्दों) को परियोजना के चार सदस्यों द्वारा अलग-अलग पढ़ा गया। सभी सदस्यों ने सामग्री से प्रमुख विषय की पहचान की। ऑफलाइन और ऑनलाइन फोरमों से मुख्य बातों को प्रस्तुत करने, समेकित और संयोजित करने के लिए यूएनएड्स के स्टाफ और युवा परामर्शदाताओं की मुख्य परियोजना टीम की बैठकों का आयोजन किया गया। इसके बाद तृतीय चरण में लागू की गई “समाधान तलाशें” अप्लीकेशन के सवाल तैयार करने के लिए इन बातों का इस्तेमाल किया गया। मसौदा समिति

द्वारा रणनीतिक दस्तावेज़ की सामग्री तैयार करने के लिए भी इनका इस्तेमाल किया गया था।

इन मुद्दों के बारे में युवाओं ने क्या कहा और लिखा, इसे उजागर करने के लिए सहभागियों द्वारा कही गई बातों का नीचे उल्लेख किया जा रहा है। ऑफलाइन फोरम के सारांशों से लिए गए बयान, संबंधित देश और फोरम की पहचान संख्या को दर्शाते हैं। ऑनलाइन बयान में फोरम का नाम और सहभागी की आईडी दर्ज़ है। लिखित सामग्री की कोडिंग और विश्लेषण में सहायता के लिए मैक्सक्यूडीए का इस्तेमाल किया गया था।

उन विषयों को उन परिभाषाओं के आधार पर कोडबद्ध किया गया था, जिनके लिए सहभागियों को उस मुद्दे के संबंध में बदलाव का उल्लेख करना ज़रूरी था। कुछ ओवरलैप मौजूद हैं। उदाहरण के लिए संस्कृति के दायरे में माता-पिता/बुजुर्गों का समावेश भी हो सकता है, लेकिन इसे दोनों के लिए कोडबद्ध तभी किया गया जब उत्तरदाता ने “संस्कृति” और “माता-पिता”, दोनों का उल्लेख किया हो। यहां प्रस्तुत निष्कर्षों में दिए गए दृष्टिकोण और स्थितियां हर विषय के लिए दिए गए बहुमत जवाबों का प्रतिनिधित्व करते हैं। कुछ अन्य तरीके के उदाहरणों का भी उल्लेख किया गया है।

बॉक्स 1. ऑफलाइन और ऑनलाइन फोरमों में पूछे गए कुछ प्रश्न

ऑफलाइन फोरम

जब आप संगठनों, सरकारी निकायों और संयुक्त राष्ट्र को युवा नेतृत्व और भागीदारी के बारे में बोलते हुए सुनते हैं, तो सबसे पहले आपको किस चीज का ध्यान आता है?

कई देशों में एचआईवी रोकथाम की व्यापक जानकारी अभी भी बहुत कम है, आपके विचार से आपके देश में युवाओं में एचआईवी के बारे में जानकारी बढ़ाने के लिए क्या करना ज़रूरी है?

आपके समुदाय के भीतर, युवाओं को एड्स संबंधी कार्रवाई में भागीदारी से रोकने वाली खास बातें क्या हैं?

एचआईवी के बारे में काफी जानकारी उपलब्ध है। यूएनएड्स को इस जानकारी के बारे में युवाओं को जागरूक करने के लिए क्या करना चाहिए?

ऑनलाइन फोरम

सरकार और संयुक्त राष्ट्र के निकायों में युवाओं को शामिल किए जाने के विभिन्न अनुभव हैं। युवाओं को अपने जीवन को प्रभावित करने वाली निर्णय प्रक्रिया में पूरी भागीदारी के लिए संयुक्त राष्ट्र को कौन-से उपाय करने चाहिए?

आपके समुदाय में युवा, सेक्स और यौन स्वास्थ्य (एचआईवी के साथ) के बारे में जानकारी कहां से हासिल करते हैं?

सेक्स वर्कर्स, पुरुषों के साथ सेक्स करने वाले पुरुषों (एमएसएम), और नशे की सूई लगाने वाले युवाओं को एचआईवी सेवाएं लेने से रोकने वाली (अनेक बाधाओं में से) एक प्रमुख बाधा, वे कानून हैं जो उनके बर्ताव को अपराध मानते हैं, जिससे वे जोखिम में पड़ जाते हैं। क्या आपके देश में इस समय युवाओं द्वारा ऐसे कानूनों को हटाने के कोई प्रयास किए जा रहे हैं?

एक स्वस्थ रिश्ता किसे कहते हैं? पूछें: हम विश्वास कैसे कायम करते हैं? अगर आप का स्वस्थ रिश्ता है (या बनाना चाहते हैं) तो क्या आप को पता है कि एचआईवी के बारे में कैसे बात करनी है? क्या लोग अपने साथी से एचआईवी की जाच कराने के लिए कह सकते/सकती हैं? क्या कन्डोम स्वस्थ रिश्ते में शामिल हैं या बाहर कर दिए गए हैं?

निष्कर्ष

यदि आप समुदाय, सेक्स और रिश्तों के किसी एक पहलू को बदल सकते

यहां हम इस प्रश्न कि “यदि आप अपने समुदाय के सेक्स और रिश्तों से जुड़े बर्ताव के तरीके में से किसी एक चीज को बदल पाते तो वह क्या होती?”¹⁵ का विषयगत विश्लेषण प्रस्तुत कर रहे हैं। इस प्रश्न को इस कारण चुना गया था कि यह एचआईवी की दृष्टि से ज़रूरी है और ऑफलाइन एवं ऑनलाइन फोरमों पर इसका बारंबार इस्तेमाल हुआ था। ऑफलाइन एवं ऑनलाइन, दोनों ही फोरमों पर सबसे अधिक चर्चित विषय थे: यौन शिक्षा और वर्जित विषयों के बारे में बात करना (चित्र 3)। हालांकि ऑफलाइन फोरमों में संस्कृति, ज़िम्मेदार/नैतिक व्यवहार, माता-पिता/बुजुर्गों और कंडोम के बारे में अपेक्षाकृत ज़्यादा चर्चा की गई।

जवाबों में “बातचीत करने” की अवधरणा को सबसे अधिक महत्व दिया गया था, जो बात/बात करना, चर्चा करना/चर्चा/चर्चाओं, बातचीत/बातचीतों के उल्लेख से पता चलता है। हर फोरम में सहभागियों ने कहा:

“यह मानना कि जब आप सेक्स और यौनिकता के बारे में बात नहीं करते हैं, और उसे पूरी तरह अनदेखा कर देते हैं, तो इसका वजूद ही खत्म हो जाता है।” (अफ्रीका, अंग्रेज़ी, ऑनलाइन, महिला सहभागी सं. 332)

“उनको लगता है कि क्योंकि उनके माता-पिता नहीं चाहते कि उनके बच्चे यौन गतिविधियों में

शामिल हों, उनके माता-पिता सेक्स के बारे में बात करने से परहेज़ करते हैं। इसका परिणाम यह होता है कि लोग असुरक्षित सेक्स करते हैं।” (भारत, ऑफलाइन फोरम, सं. 34)

सभी क्षेत्रों में, चाहे ऑफलाइन हों या ऑनलाइन, प्रतिभागियों ने खुले, मुक्त रहने और सेक्स एवं रिश्तों की बात पर चुप्पी तोड़ने की ज़रूरत का समर्थन किया।

“मेरे लिए खुलेपन का मतलब उस स्थिति से है, जब आप सेक्स और रिश्तों के बारे में सार्वजनिक स्थानों पर या जिससे आप चाहें, बात करने के लिए स्वतंत्र होते हैं.... मेरे लिए इसका मतलब एक ऐसी आजादी से है, जहां किसी को इस बात का कोई डर नहीं कि वह क्या बोलता है या किसके साथ सहज रहते हैं....” (एशिया प्रांत, ऑनलाइन फोरम, महिला प्रतिभागी सं 330)

उत्तरदाताओं को युवाओं में सेक्स के बारे में बात करने की रोक को दूर करने की इच्छाशक्ति नज़र आई। अक्सर इसके साथ अपने-आप को आंके जाने का डर जुड़ा हुआ था।

“अपनी हताशा की भावना तोड़ना! यौनिकता को ‘वर्जित विषय, यौन उत्तेजना पैदा करने वाला या धर्म भ्रष्ट करने वाला मानने की बजाय’ एक ऐसा विषय मानना होगा जिसके बारे में बात करना अनिवार्य है।” (मध्य पूर्व और उत्तरी अफ्रीका, ऑनलाइन फोरम, सं. 381)

“मैं सेक्स से जुड़ी वर्जनाओं को बदलना चाहती हूँ, जो गलत हैं। पहले हम सेक्स के बारे में बात नहीं करते थे क्योंकि सेक्स को पवित्र

चित्र 3. “यदि आप सेक्स एवं रिश्तों के बारे में अपने समुदाय में से किसी एक चीज को बदल सकते, तो वह क्या होती?” इस प्रश्न के उत्तर में सबसे अधिक कोड की गई कौन सी थीम कितनी बार कही गई

कही गई थीम	बात करना	यौन शिक्षा	वर्जनाएं	संस्कृति	माता-पिता/ बुजुर्ग	ज़िम्मेदार नैतिक व्यवहार	कंडोम
ऑनलाइन (166 कोड किए गए सेगमेंट)	36	18	13	15	12	9	5
ऑफलाइन (293 कोड किए गए सेगमेंट)	29	27	12	38	25	26	16

माना जाता था। अब, इससे जुड़ी हर बात मामूली बन गई है, लेकिन अभी भी हम वास्तव में इसके बारे में बात नहीं करते हैं। पता नहीं हमें किस बात का डर है, जबकि सच चौंकाने वाले हैं: यौन जनित संक्रमण और एड्स से होने वाली मौतें, गर्भधारण, गर्भ समापन... (अफ्रीका फ्रेंच, ऑनलाइन फोरम, प्रतिभागी सं. 357)

यौन शिक्षा

इस बात पर चर्चा करते समय कि समुदाय सेक्स और रिश्तों के बारे में जो बर्ताव करता है, उसमें वे क्या बदलाव लाएंगे, व्यापक यौन शिक्षा पर चर्चा की गई। इसके अंतर्गत, सेक्स के बारे में किस प्रकार बात की जाए, किस बात पर चर्चा की जाए और किससे की जाए वगैरह विषय शामिल थे। यौन शिक्षा के बारे में बात करते समय उत्तरदाताओं ने अक्सर यौन शिक्षा के प्रारूप और उसके तरीके को बदलने की ज़रूरत बताई:

“...व्याख्यान विधि के बदले चर्चा विधि।”
(यूगांडा ऑफलाइन फोरम सं 1)

“(हमें) सभी पूर्वाग्रहों को दूर कर सेक्स के बारे में मज़ेदार तरीके से बात करनी चाहिए और यह जताना चाहिए कि (सेक्स) कोई बुरी बात नहीं है बल्कि यह मनुष्य के स्वभाव में ही है।” (लैटिन अमेरिका, ऑनलाइन फोरम, पुरुष, प्रतिभागी सं. 338)

इसके अलावा उन्होंने यौन शिक्षा की विषय वस्तु को बदलने और व्यापक बनाने, सुरक्षित सेक्स पर बातचीत के लिए केवल संयम बरतने का संदेश देने की बजाय, सुरक्षित सेक्स संबंधों की ज़रूरत व्यक्त की।

“वे उन लोगों की वजह से केवल संयम की नीति पर कायम हैं, जिनका ऐसा मानना है कि बचाव और परिवार नियोजन/जन्म पर नियंत्रण के बारे में दूसरे लोगों को जानकारी प्रदान करने से, हम उन्हें सेक्स करने के लिए प्रोत्साहित कर रहे हैं (जो मान्यताओं के खिलाफ है)। जबकि ऐसा नहीं है। सभी तथ्यों की जानकारी देकर हम उन्हें अपने बारे में अच्छी तरह सोच-समझकर फैसले

करने में सक्षम बना रहे हैं और अगर वे सेक्स करने का फैसला करते हैं, तो उन्हें जोखिम में पड़ने से बचाते हैं (क्योंकि लोगों को सेक्स करने से मना किया जाता है, तो भी वे सेक्स करेंगे)।” (अमेरिका, यूरोप और कैरीबियाई, ऑनलाइन फोरम, प्र. सं. 379)

“हम सेक्स के बारे में जिस “तकनीकी” तरीके से बात करते हैं, वह वास्तविकता से मेल नहीं खाता, और सत्र समाप्त होने के बाद भी किशोरों के मन में बहुत से सवाल, अज्ञानता और पूर्वाग्रह बने रहते हैं। उदाहरण के तौर पर, हो सकता है कि उन्हें कंडोम का इस्तेमाल करने के तरीके की जानकारी हो, लेकिन उसका इस्तेमाल करना अभी भी वर्जित हो, और अगर कोई कंडोम का इस्तेमाल न करना चाहे, तो उसके साथ सेक्स करने से इनकार न कर पाएँ।” (अमेरिका, यूरोप और कैरीबियाई, ऑनलाइन फोरम प्रतिभागी सं. 343)

गयाना में आयोजित चार में से तीन फोरमों में यौन शिक्षा में गुदा सेक्स को शामिल करने की ज़रूरत बताई गई। नीचे दिए गए दो बयानों में से एक पुरुषों के एक ऐसे समूह से है जो पुरुषों के साथ सेक्स करते हैं और दूसरा विश्वविद्यालय के छात्रों का है (पुरुष: 12, महिलाएं: 28)।

“हमें सेक्स के बारे में अधिक बातचीत करने की ज़रूरत है और इस बातचीत में केवल योनि एवं शिशन सेक्स ही नहीं, बल्कि गुदा और मुख मैथुन को भी शामिल किया जाना चाहिए। यह इसलिए ताकि इस धारणा को बदला जा सके कि गुदा और मुख मैथुन केवल एमएसएम (पुरुषों

के साथ सेक्स करने वाले पुरुषों) द्वारा ही किया जाता है..... अब अधिक लोग, खासकर महिलाएं, अधिक गुदा मैथुन कर रही हैं क्योंकि वे ‘अपने पुरुष साथियों को बांधे रखना चाहती हैं/उन्हें खोना नहीं चाहती’।” (गयाना, ऑफलाइन फोरम सं 23)

“स्कूल जाने वाली ज्यादातर लड़कियां अपने कौमार्य को बचाए रखने के लिए असुरक्षित गुदा मैथुन कर रही हैं। ‘मम्मी केवल आगे की जांच करती है’।” (गयाना, ऑफलाइन फोरम, सं 25)

ज्यादातर ऑनलाइन और ऑफलाइन फोरमों में कम उम्र से ही यौन शिक्षा शुरू करने और यौन शिक्षा को उम्र के अनुरूप बनाने पर चर्चा की गई।

“उम्र के हिसाब से उचित यौन शिक्षा ज़रूरी है। जब बात सेक्स से जुड़ी हो, तो हमारा समुदाय हमेशा बेचैन महसूस करता है। हमें और अधिक खुला होना चाहिए, शिक्षा के प्रकाश में इस बारे में बात करनी चाहिए ताकि बच्चों में कोई गलतफहमी न पैदा हो। गलत मान्यताओं के कारण उनमें बहुत सी बातें घर कर सकती हैं, और उनमें से ज्यादातर ठीक नहीं होंगी। अगर युवा पूछने की हिम्मत करते हैं, तो वयस्कों में उनका उचित जवाब देने की साहस होना चाहिए।” (थाइलैंड, ऑफलाइन फोरम, सं. 39)

“मैं चाहूंगा कि मेरा समुदाय 10 वर्ष की उम्र से ही युवाओं में सेक्स और रिश्तों के बारे में खुली बातचीत को बढ़ावा दे। इससे युवाओं में कम उम्र में सेक्स करने के मुद्दे पर बातचीत होगी, और उन्हें किशोरावस्था तक पहुंचने से पहले ही, सेक्स और रिश्तों के बारे में ज्यादा जानकारी होगी।” (केन्या, ऑफलाइन फोरम सं. 20)

घर और समुदाय से प्रतिबंधों को हटाना

पूरी क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया के दौरान, युवाओं ने स्कूलों जैसे स्थानों के साथ, परिवार और समुदाय स्तर पर सेक्स और यौनिकता संबंधी मनाहियों को दूर करने की मांग की, ताकि युवाओं को अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी जानकारी मिल सके और वे अपने जीवन के बारे में सोच-समझकर निर्णय ले सकें। सेक्स संबंधी मनाहियों, खासकर कम उम्र में सेक्स करने पर मनाहियों को युवाओं ने “दीवारें” बताया। यह दीवारें उन्हें कंडोम एवं गर्भनिरोधक हासिल करने एवं उनका इस्तेमाल करने, जानकारी एवं यौन शिक्षा प्राप्त करने, और स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने से रोकती हैं- चाहे यह सेवाएं उपलब्ध हों या नहीं। सहभागियों ने बताया कि अपनी यौनिकता का उपयोग करने की मांग करते समय उन्हें लगता है कि उन्हें “शैतान” माना जा रहा है, उन्हें “पापी” माना जा रहा है और वे “कलंकित” महसूस करती हैं। (या तो अपने यौन रुझान की वजह से, कि उन्होंने शादी से पहले सेक्स किया था, या इसलिए कि वे महिलाएं थीं)।

फिर भी, जहां क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया से जुड़े ज्यादातर युवाओं ने इन मनाहियों को हानिकारक माना, वहीं कुछ ने इन्हें और मजबूत करने की जरूरत बताई:

“समाज बिना रोक-टोक सेक्स करने की अनुमति दे रहे हैं.....वह समाज गिर चुका है। कृपया यह न पूछिए कि मैं महिलाओं के अधिकारों के खिलाफ हूँ या नहीं, क्योंकि मेरा मानना है कि महिलाओं को अधिकार देने का मतलब यह

नहीं है कि उन्हें लाज-शर्म छोड़ने की अनुमति दे दी जाए। ये सब अधिकार मानव जाति को पतन की ओर ले जाने के लिए है।” (एशिया प्रांत, ऑनलाइन फोरम, सहभागी सं. 354)

युवाओं ने पुरुषों और महिलाओं की “पारंपरिक” भूमिकाओं से जुड़े सांस्कृतिक मानदंडों और बर्ताव में बदलाव की जरूरत पर भी चर्चा की। यह बात सभी क्षेत्रों में काफी कही गई थी, लेकिन उत्तरी अमेरिका और यूरोप के सहभागियों ने इसका कम उल्लेख किया।

“महिलाओं को पुरुषों से स्वतंत्र होने के लिए सशक्त करना चाहिए, ताकि उनके पास चुनने का अधिकार हो, वे सेक्स के प्रति अपनी भावनाएं व्यक्त कर सकें, सेक्स का आनंद उठा सकें और सेक्स करने के जोखिमों से बच सकें।” (चीन, ऑनलाइन फोरम, अज्ञात सहभागी)

नौ ऑनलाइन फोरमों में से पांच ने और 39 ऑफलाइन फोरमों में से 15 ने माता-पिता और/या बुजुर्गों को बदलाव का केंद्रबिंदु माना है।

“बच्चों का पहला गुरु होने के नाते माता-पिता को इस विषय की सही जानकारी होनी चाहिए और इस बारे में बात करनी चाहिए। उन्हें पता होना चाहिए कि अपने बच्चों से इस बारे में कब और कैसे बात करें।” (अफ्रीका, अंग्रेजी, ऑनलाइन फोरम, महिला प्रतिभागी सं. 375)

यह भी बताया गया कि इंटरनेट पर सेक्स के बारे में जानकारी, यौन उत्तेजक सामग्री उपलब्ध होने के कारण माता-पिता यह मानने की गलती कर सकते हैं कि उनके बच्चों को सभी जरूरी जानकारी पता है, इसलिए उनके साथ इस बारे में

कोई बातचीत करने की ज़रूरत नहीं है। जहां इसे एक समस्या के रूप में देखा गया, मगर जिम्मेदारी नहीं मानी गई।

“रिश्तों और सेक्स के बारे में अपने माता-पिता को नहीं बताकर युवा भी गलती करते हैं; हमें भी उनके साथ खुले रूप से बात करने की पहल करनी चाहिए।” (नेपाल, ऑफलाइन फोरम, सं. 15)

सहभागियों ने भी यह सुझाव दिया कि यौन शिक्षा में माता-पिता को किस प्रकार शामिल किया जाए, जैसे कि स्कूल के सत्रों और सेक्स एवं यौनिकता के अन्य मंचों पर उन्हें शामिल किया जाना।

जेंडर और यौनिकता

दस ऑफलाइन फोरमों में की गई चर्चाओं में जेंडर असमानता और हिंसा से जुड़े मुद्दों का स्पष्ट उल्लेख हुआ। जेंडर आधारित यौन हिंसा के विरुद्ध आवाज़ उठाना बदलाव की महत्वपूर्ण प्राथमिकताएं थीं। केन्या के एक फोरम में यह सर्वसम्मति बनी कि वे जिस एक चीज़ को बदलना चाहेंगे, वह यह कि, “लोगों को लूटने के बाद, अपराधी उनका बलात्कार न करें”।

खास तौर पर, युवाओं ने समाज में महिलाओं की स्थिति के संबंध में हानिकारक जेंडर मानदंडों के बारे में विचार किए। इन्हें व्यक्तिगत से लेकर पेशेवर उन्नति तक, विकास के हर क्षेत्र में बाधक माना गया था।

केन्या में योन्ने अकोथ द्वारा आयोजित क्राउडआउटएड्स का खुला फोरम

“अगर कोई औरत सफलता हासिल भी कर लेती है तो लोग यही सोचते हैं कि उसने पुरुषों

को बहला-फुसलाकर/अपने वश में कर ही ऐसा किया होगा।” (नेपाल, ऑफलाइन फोरम, सं 15)

यह भी बताया गया कि युवतियों के कहीं भी आने-जाने की स्वतंत्रता पर रोक के पीछे यह डर रहता है कि लोग उनके बारे में गलत सोचेंगे:

“लड़की को घर के अंदर बंद कर रखा जाता है और इस डर के मारे उसे लड़कों से मेल-जोल नहीं दिया जाता कि वह लड़के-लड़की के बीच के रिश्ते बना लेगी, क्योंकि माता-मिता को लगता है कि हो सकता है कि वे आपस में सेक्स करते होंगे।” (केन्या, ऑफलाइन फोरम, सं 33)

युवाओं ने पुरुषों और महिलाओं की “पारंपरिक” भूमिका से जुड़े सांस्कृतिक मानदंडों एवं बर्ताव को बदलने की ज़रूरत के बारे में भी चर्चा की। इसके अंतर्गत महिलाओं को सशक्त करना, ताकि वे पहल कर सकें, से लेकर उन्हें सेक्स की वस्तु के रूप में न देखना तक शामिल था।

यौन रुझान के आधार पर कलंक और भेदभाव के संबंध में सहभागियों ने सबके लिए समान अधिकारों और व्यवहार की मांग की, चाहे उनका यौन रुझान कुछ भी हो।

“समलैंगिक लोगों के प्रति बर्ताव को सुधरने की ज़रूरत है....हमें हीन दृष्टि से न देखें। हम समाज के दूसरे लोगों की तरह ही काम कर सकते हैं और पढ़ाई कर सकते हैं, कृपया हमसे भेदभाव न करें।” (थाइलैंड, ऑफलाइन फोरम, सं 39)

“समलैंगिकता को अपराध न माना जाए, और कानून से उस हिस्से को हटा दिया जाए जिसके अनुसार अप्राकृतिक मैथुन और क्रॉस-ट्रेसिंग दंडनीय अपराध हैं।” (गयाना, ऑफलाइन फोरम, सं 19)



सहभागियों की सिफारिशें: मुद्दे एवं रणनीतियां

“मेरा मानना है कि सभी को यह चुनने का अधिकार है कि वे क्या करना चाहते हैं और उन्हें पर्याप्त जानकारी होनी चाहिए ताकि वे सोच-समझकर निर्णय ले सकें।” (एशिया प्रांत, ऑनलाइन फोरम, सहभागी सं. 360)

क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया में सोशल मीडिया साधनों और परंपरागत चर्चाओं के मिले-जुले तरीके का इस्तेमाल किया गया था। इसने दर्शाया कि विषय वस्तु तैयार करने में युवाओं के साथ सहयोग, युवाओं को जोड़ने और सहभागी बनाने

का सबसे कुशल और प्रभावशाली तरीका है। दुनियाभर के 5000 से अधिक युवाओं को जोड़ कर यूएएड्स सचिवालय के लिए तीन मुख्य प्राथमिकताओं और छह रणनीतिक सिफारिशों पर साझी प्रतिबद्धता व्यक्त की गई (बॉक्स 2)।

क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया के परिणामस्वरूप तैयार दस्तावेज़, क्राउडआउटएड्स: एड्स पर कार्रवाई के लिए नई पीढ़ी के नेतृत्व के साथ गठजोड़ के लिए रणनीतिक सिफारिशें¹³ का मसौदा एक दस-सदस्यीय युवा समिति द्वारा तैयार किया गया था, और अप्रैल, 2012 के अंत में

बॉक्स 2. क्राउडआउटएड्स की प्राथमिकताएं और यूएनएड्स को सिफारिशें	
क्राइडआउटएड्स की मुख्य प्राथमिकताएं	क्राइडआउटएड्स की रणनीतिक सिफारिशें
<ol style="list-style-type: none"> 1. स्कूल जैसे स्थानों के साथ परिवार और समुदाय स्तर पर सेक्स और यौनिकता से जुड़ी मनाहियों को दूर करना, ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि युवाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी जानकारी उपलब्ध हो और वे अपने जीवन के बारे में सोच-समझकर निर्णय ले सकें। 2. एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के जीवन से कलंक और भेदभाव और एचआईवी और एड्स संबंधी मिथकों को दूर करना। 3. खासकर अधिक जोखिम वाले समूहों के मुख्य आबादी में से खासकर युवाओं के लिए एचआईवी की रोकथाम, उपचार, देखभाल, और सहयोगी सेवाओं का लाभ उठाने में आने वाली सामाजिक और कानूनी बाधाओं को दूर करना। 	<ol style="list-style-type: none"> 1. एड्स पर कार्रवाई में सभी स्तरों पर युवाओं में कौशल और नेतृत्व में वृद्धि करना। 2. देश, क्षेत्र एवं विश्व स्तर पर एड्स संबंधी कार्रवाई में युवाओं की पूर्ण भागीदारी सुनिश्चित करना। 3. युवाओं के लिए एचआईवी से जुड़ी जानकारी को और अधिक सुलभ बनाना। 4. यूएनएड्स सचिवालय, युवा नेटवर्क और अन्य प्रमुख संस्थाओं के बीच रणनीतिक नेटवर्क विविध और मजबूत बनाना। 5. यूएनएड्स सचिवालय की पहुंच को युवाओं के औपचारिक एवं अनौपचारिक नेटवर्क तक बढ़ाना। 6. युवाओं के लिए आर्थिक सहयोग को और अधिक सुलभ बनाना।

क्राइडआउटएड्स सामुदायिक फोरमों को आयोजित करने वाले वालंटियर्स द्वारा नाइजीरिया में यूएनएड्स के कार्यकारी निदेशक को प्रस्तुत किया गया।

यूएनएड्स की शुरूआत से ही, यूएनएड्स के कार्यकारी निर्देशक ने सार्वजनिक रूप से इन सिफारिशों को लागू करने और सचिवालय को इनपुट और फीडबैक देने के लिए एक युवा सलाहकार मंच, जिसका प्रमुख मक्सद सचिवालय को क्रियान्वयन संबंधी सलाह देना होगा, स्थापित करने की प्रतिबद्धता व्यक्त की है।¹⁴ यह बात उन्होंने दिसंबर, 2012 में यूएनएड्स कार्यक्रम समन्वय बोर्ड के अपने भाषण में भी कही।

इन सिफारिशों ने सचिवालय की संस्थागत प्राथमिकताओं पर असर डाला है। अब युवाओं से जुड़े एजेंडे के लिए अभूतपूर्व मानव संसाधन तैनात

किए गए हैं- यह नौ व्यक्तियों की एक टीम है, जिसमें मुख्यालयों में दो पद और प्रत्येक क्षेत्रीय सहयोगी टीम में एक युवा अधिकारी शामिल हैं। रणनीतिक सिफारिशें, युवाओं से जुड़ी कार्य योजना और बजट का आधार हैं, और पूरे सचिवालय में युवा नीति और कार्य योजना तैयार करने के लिए इनका इस्तेमाल किया जाएगा।

रणनीतिक सिफारिशों के अनुरूप यूएनएड्स सचिवालय और युवाओं के बीच जारी भागीदारी को बढ़ाने के लिए CrowdOutAIDS.org का दूसरा संस्करण विकसित किया गया है। युवा सलाहकार मंच के गठन के साथ 2013 की शुरूआत में इसका क्रियान्वयन शुरू हुआ और सामाजिक बदलाव का एक संयुक्त समझौता स्थापित करने के लिए मई 2013 में युवा संगठनों के साथ एक बैठक का आयोजन किया जाएगा।

चर्चा

सभी क्षेत्रों, ऑनलाइन और ऑफलाइन फोरमों, जेंडरों एवं दृष्टिकोणों के अनुसार युवाओं ने लगातार समुदाय के सेक्स और रिश्तों के प्रति नज़रिए में बदलाव की ज़रूरत बताई। ये जवाब, 2012 के राष्ट्र संघ जनसंख्या एवं विकास आयोग में किए गए उन दावों के विपरीत हैं, जिनमें कहा गया था कि यौन शिक्षा तक पहुंच में बढ़ावा, युवा वास्तव में नहीं चाहते हैं।¹ क्राउडआउटएड्स ऑनलाइन और ऑफलाइन फोरमों में स्पष्ट रूप से यौन शिक्षा की ज़रूरत व्यक्त की गई। यह सामुदायिक मूल्यों के प्रति संवेदनशीलता के मुद्दे के बारीक भेदों को भी उभारता है, क्योंकि इससे यह सवाल उठता है कि समुदाय में किसके मूल्यों का महत्व है, क्योंकि यह तो साफ दिखता है कि युवा खुद अपने समाजों के अंदर यौनिकता से जुड़ी मनाहियों को चुनौती पेश करने की ज़रूरत महसूस करते हैं।

यह ध्यान देने योग्य है कि सभी क्षेत्रों में ऑफलाइन और ऑनलाइन फोरम के आंकड़ों में इस बात की समानता है कि सेक्स संबंधी बातचीत और यौन शिक्षा को बढ़ावा मिलना चाहिए। हालांकि, विविधता पर जोर देना भी ज़रूरी है, क्योंकि एक ही देश के विभिन्न फोरमों और ऑफलाइन और ऑनलाइन समूहों में अंतर देखे गए थे। “कोई एक चीज़ बदलने” वाले सवाल के जवाब में ऑफलाइन और ऑनलाइन फोरमों के बीच प्रमुख अंतर यह था कि ऑफलाइन फोरमों ने अपने समुदाय के सांस्कृतिक पहलुओं और नैतिकता एवं अधिक “ज़िम्मेदार” व्यवहार की ज़रूरत पर अधिक जोर दिया था। इसके विपरीत,

ऑनलाइन फोरमों ने खुली बातचीत और सेक्स एवं रिश्तों से जुड़ी भ्रंतियों को दूर करने की ज़रूरत पर अधिक जोर दिया था। हमने सभी प्रतिभागियों के जनसांख्यिकीय ब्यौरे इकट्ठा नहीं किए थे, लेकिन हम यह मानते हैं कि ऑनलाइन प्रतिभागी उच्च सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि से थे, जिन्हें दुनिया से ज़्यादा संपर्क था, उनकी शिक्षा तक ज़्यादा पहुंच थी और शायद सांस्कृतिक दबाव या नैतिक मानकों एवं व्यवहारों के बारे में रुढ़िवादी विचारों का उतना बोझ महसूस नहीं कर रहे थे। इस अंतर का महत्व स्पष्ट होगा अगर हम यह विचार करें कि अगर इस प्रक्रिया में इन दो में से कोई एक समूह भाग लेता तो, प्रक्रिया से निकले परिणामों में क्या फर्क पड़ता। सोशल मीडिया साधनों और ऑफलाइन चर्चाएं आयोजित करने के लिए ऑनलाइन फोरमों से वालंटियर्स की भर्ती करने के मिले-जुले इस्तेमाल से हमने पूर्वग्रह कम करने और विभिन्न शैक्षिक, सामाजिक-आर्थिक, धार्मिक और राजनीतिक रुझान वाले युवाओं को शामिल करने का प्रयास किया है। इसका परिणाम यह हुआ कि विविध दृष्टिकोणों को इकट्ठा करने की गुंजाइश बनी, जहां सभी को महत्व प्रदान किया गया।

यह स्पष्ट हो गया था कि युवाओं को आसानी से “उदारवादी/प्रगतिशील” या “रुढ़िवादी” समूहों में नहीं बांटा जा सकता है। वे “रुढ़िवादी” और “प्रगतिशील” की मिली-जुली सोच वाले हैं। यह मान्यता अक्सर गलतफहमी पैदा करती है कि दो अलग-अलग समूह हैं। इसमें मानने की भूल भी हो सकती है कि युवा स्वाभाविक तौर पर “उदार” होते हैं। दूसरी ओर, “रुढ़िवादी” समूह “प्रगतिशील” महिला अधिकार संगठनों

तथा संयुक्त राष्ट्र पर यह आरोप लगा सकते हैं कि वे युवाओं की बात को सही तरीके से पेश नहीं करते हैं। परिदृश्य के एक छोर या दूसरे छोर पर ध्यान केंद्रित करने की बजाय, हमारे निष्कर्ष बताते हैं कि युवाओं की सोच गतिशील और जटिल है, जिसके अंतर्गत सेक्स, यौनिकता और एचआईवी को लेकर तथा इस बात को लेकर भी कई नज़रिए हैं कि वे अपना जीवन कैसे जीना चाहते हैं। क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया ने दिखा दिया है कि जब युवाओं को मौका दिया जाता है, तो वे अपने भिन्न-भिन्न दृष्टिकोणों पर रचनात्मक चर्चा कर सकते हैं और साथ मिलकर कार्रवाई के लिए सिफारिशें और नीतिगत दस्तावेज़ तैयार कर सकते हैं, जिसमें उन बातों का उल्लेख होता है, जिन्हें वे सामूहिक रूप से अपनी प्राथमिकताएं मानते हैं। इस प्रक्रिया के माध्यम से, युवाओं ने अपनी सहमति के बिंदुओं पर असर डाले बिना एक-दूसरे के मतभेदों को स्वीकार किया।

इस प्रक्रिया ने यह सुनिश्चित किया कि वे युवा जिनके पास इंटरनेट की सुविधा नहीं थी, वे भी भाग ले पाए। हालांकि ऑनलाइन फोरमों में उप-सहारा अफ्रीकी भागीदारी से पता चलता है कि पूरे अफ्रीका में इंटरनेट की मौजूदगी दुनियाभर के औसत से कम हो सकती है, लेकिन जो युवा इंटरनेट से जुड़े हुए हैं, वे अपनी बात पहुंचाने को उत्सुक थे। चर्चा के विषय ने भी अफ्रीका के युवाओं को ज़्यादा आकर्षित किया होगा क्योंकि एचआईवी के साथ जी रहे युवाओं में से 78% उप-सहारा अफ्रीका में रहते हैं।¹⁶

क्राउडसोर्सिंग ने यौन स्वास्थ्य और एचआईवी से जुड़े युवा कार्यकर्ताओं की भागीदारी को

तो बढ़ावा दिया ही, साथ ही इसने भागीदारों को उन वैश्विक संगठनों द्वारा परंपरागत रूप से परामर्श किए जाने वाले युवा नेटवर्कों और संगठनों से आगे जाकर, “आम” युवा की भागीदारी का रास्ता भी खोला, जो पहले कभी भी यौन स्वास्थ्य और एचआईवी आंदोलन में शामिल नहीं हो पाते। यह ज़रूरी नहीं था कि व्यक्ति औपचारिक रूप से किसी नेटवर्क/संस्था से जुड़े हों। चूंकि लोग ऑनलाइन प्लेटफार्म के माध्यम से जुड़े सकते थे, इसलिए यह खतरा नहीं था कि सिर्फ संगठनों से कार्यकर्ता चुन लिए जाएंगे। इससे दस्तावेज़ में उल्लेखित प्राथमिकताओं की वैधता बढ़ी।

युवाओं ने इस बात पर जोर दिया है कि अगर हमें सेक्स, “यौन शिक्षा” के बारे में बात करने से जुड़े कलंक और प्रतिबंधों पर चर्चा शुरू करनी है और उन्हें मिटाना है, तो केवल युवाओं को ही नहीं, बल्कि उनके परिवारों, बुजुर्गों और अधिक व्यापक रूप से समाज को भी लक्षित करना चाहिए। अगला महत्वपूर्ण कदम होगा कि इन हितधारकों को न केवल सेक्स के बारे में कैसे बात की जाए, बल्कि वास्तविक पाठ्य सामग्री की जानकारी एवं साधन मुहैया कराए जाएं। हमें आंकड़ों से यह भी पता चलता है कि युवा सिर्फ यह नहीं कह रहे हैं कि “अन्य व्यक्तियों”, यानी कि माता-पिता-बुजुर्ग-समाज को बदलने की ज़रूरत है, बल्कि उन्हें खुद भी यह सीखने के अधिक अवसर और साधन चाहिए कि वे सेक्स के बारे में खुद कैसे बात करें और जानकारी हासिल करें। इस प्रकार, ये निष्कर्ष पिछले उस शोध का समर्थन करते हैं, जिसमें कहा गया है कि यौनिकता-शिक्षा देने का सबसे प्रभावी तरीका

स्कूल या समुदाय में पाठ्यक्रम आधारित कार्यक्रम है, जिसे सामाजिक बदलाव की व्यापक रणनीति के तहत क्रियान्वित किया जाए।¹⁶

निष्कर्ष

युवाओं में एचआईवी एवं अन्य यौन संचारित संक्रमण, अनचाहे गर्भ, कम उम्र में शादी और जेंडर आधारित हिंसा की ऊँची दर को देखते हुए, समय आ गया है कि निर्णयकर्ता गंभीरता से सोचें कि उन्हें ऐसा क्या अलग करने की जरूरत है ताकि सभी युवाओं की जरूरतों को बेहतर ढंग से पूरा किया जा सके और उनके अधिकारों की रक्षा की जा सके। ऐसा करते समय, यह सुनिश्चित करना होगा कि कार्रवाइयों में खुद युवाओं द्वारा स्थापित प्रमुख सिद्धांतों को शामिल किया जाए, जिनमें उनके विचारों का सम्मान करने, सार्थक भागीदारी का अधिकार देने और एक ऐसे मानव अधिकार ढांचे के अंतर्गत सभी स्तरों पर युवाओं को नेतृत्व प्रदान करने की बात कही गई हो जो पूर्वाग्रहों से ग्रस्त फैलावों से मुक्त, समानता को बढ़ावा देने वाला और भेदभाव को समाप्त करने वाला हो।

2011 में जनसंख्या और विकास आयोग में पारित प्रस्ताव में व्यक्त की गई थी जैसे कि राजनीतिक प्रतिबद्धताएं उल्लेखनीय हैं। ये दुनिया भर में युवा अधिकारों में ऐतिहासिक प्रगति को दर्शाती हैं, जिनमें सेक्स और यौनिकता भी शामिल है। फिर भी अगर महज वादों से आगे बढ़ना है तो इनके आधार पर युवाओं को पूरी तरह शामिल कर राष्ट्र स्तर पर ठोस कार्रवाई करनी होगी।

क्राउडआउटएड्स प्रक्रिया ने हजारों युवाओं को एचआईवी और यौनिकता के मुद्दों पर तथा प्राथमिकता और रणनीति विकास के काम में पर

यूएनएड्स सचिवालय के साथ सीधे जुड़ने में मदद की। युवाओं को एक खुली एवं क्षैतिज प्रक्रिया में शामिल होने का अवसर प्रदान किया गया जहां उन्होंने प्रमुख मुद्दों पर चर्चा की। क्राउडसोर्सिंग पहल से युवाओं में अंतिम दस्तावेज़ के प्रति अपनापन एवं प्रतिबद्धता बढ़ी और पता चला कि डिजिटल भेद होने के बावजूद, ऑफलाइन कार्रवाई के लिए ऑनलाइन साधनों का प्रभावी तरीके से इस्तेमाल किया जा सकता है। सोशल मीडिया और क्राउडसोर्सिंग के माध्यम से दुनियाभर के युवाओं के ज़मीनी दृष्टिकोण को उच्च-स्तरीय रणनीति एवं नीति निर्माण प्रक्रियाओं में शामिल करना संभव है। जुड़ाव एवं सहभागिता के इस नए मॉडल का उपयोग सामुदायिक सशक्तिकरण और लोगों को एकजुट करने के लिए किया जाना चाहिए।

आभार

यूएनएड्स सचिवालय ने क्राउडआउटएड्स परियोजना को आर्थिक सहायता प्रदान की। लेखकगण, संयोजकों एवं मसौदा समिति के सदस्यों सहित पूरी क्राउडआउटएड्स टीम तथा दुनियाभर के समुदायों से खुले फोरम के ऑनलाइन एवं ऑफलाइन सभी सहभागियों के साथ-साथ, इन फोरमों को होस्ट करने वाले सभी वॉलंटियर्स के आभारी हैं।

लेखक:

ए युवा कार्यक्रमों की समन्वयक, यूएनएड्स, जेनेवा, स्विटजरलैंड।

पत्रव्यवहार: hildebrandm@unaid.org

बी तकनीकी अधिकारी, जेंडर, यूएनएड्स, जेनेवा, स्विटजरलैंड।

सी स्वतंत्र परामर्शदाता, टरटेनिया, इटली

संदर्भ

1. UN Commission on Population and Development. Resolution 2012/1 Adolescents and youth. 2012. [http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution %202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf](http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf).
2. Youth Coalition Watchdog. 45th Session of the Commission on Population and Development Issues 1, 2 and 3. 2012. http://www.youthcoalition.org/html/index.php?id_art=370&id_cat=7.
3. Global Interagency Task Team on HIV and Young People. Securing the Future Today: Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People. Geneva: UNAIDS; 2011.
4. UNICEF. Children & young people: participating in decision-making. Undated.
5. SPW/DFID-CSO Youth Working Group. Youth participation in development: A guide for development agencies and policy makers. March 2010. <http://bit.ly/MKigok>.
6. UN General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying our efforts to eliminate HIV and AIDS. A/65/L77. Sixty-fifth session; 2011.
7. Wikipedia. Crowdsourcing. 17 April 2012. <http://en.wikipedia.org/wiki/Crowdsourcing>.
8. McNab C. What social media offers to health professionals and citizens. Bulletin of World Health Organization 2009;87:566.
9. Goodspeed R. Crowdsourcing tools for public participation in planning, 2012. media/uploads/DataDay2012_Goodspeed-New_Tools_for_Collecting_Data-handout.pdf.
10. Sigurdsson TF. Writing a new constitution. How the public was involved. Iceland Constitutional Council. Geneva; 2011. (Unpublished).
11. Internet World Stats. Internet usage statistics: the internet big picture world internet users and population stats; 2011. <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>.
12. Patton M. Qualitative research and evaluation methods 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
13. CrowdOutAIDS. CrowdOutAIDS: Strategy recommendation for collaborating with a new generation of leaders for the AIDS response. 2012. <http://bit.ly/LzNSkj>.
14. Sidibé M. Unprecedented progress, but AIDS is not over: Maintaining commitment for the next 1000 days and opportunities for the post-2015 era; 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/speech/2012/12/20121211_SP_EXD_31st_PCB.pdf.
15. Guest G, MacQueen KM, Namey EE. Applied Thematic Analysis. Thousand Oaks: Sage Publications; 2012.
16. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris: Section on HIV and AIDS Division for the Coordination of UN Priorities in Education; 2009.

तंज़ानिया के ग्रामीण इलाकों में जेंडर आधारित मानदंड, यौन शोषण और किशोरावस्था में गर्भधारण

जेनिफर मॅक्लीयरी-सिल्स,^ए ज़इद डगलस,^{बी} अन्नाग्रेस रवेहुम्बिजा,^{सी} अज़ीजा हमीसी,^{डी} रिचर्ड मबाला^ई

सारांश:

किशोरावस्था में गर्भधारण से लड़कियों की सेहत खराब होने के साथ-साथ, शिक्षा पूरी नहीं कर पाने का खतरा बढ़ जाता है, जिससे आजीविका, आर्थिक स्वायत्तता और वयस्क उम्र में सशक्तिकरण के विकल्प सीमित हो जाते हैं। तंज़ानिया में, किशोर उम्र में गर्भधारण एक बड़ी समस्या बनी हुई है, जहां आधे से ज्यादा महिलाओं को 20 वर्ष की उम्र तक पहुंचने से पहले ही पहला बच्चा पैदा हो जाता है। सहभागी अनुसंधान और कार्य परियोजना (विट्टु नेवाला) ने एक ग्रामीण जिले में 12-17 वर्ष उम्र की 82 लड़कियों के बीच यौन जोखिम और एजेंसी की दिशा पर एक प्राथमिक रिसर्च किया। ऐसे चार प्रमुख जोखिम कारक हैं जो लड़कियों की अपने स्वास्थ्य और जीवन रक्षा की क्षमता को कम करते हैं: गरीबी- जो उन्हें अपनी बुनियादी ज़रूरतें पूरी करने के लिए सेक्स करने को मजबूर करती है, अपनी उम्र से ज्यादा पुरुषों और लड़कों की यौन अपेक्षाएं, बलात्कार और ज़बरन सेक्स (कम उम्र से ही यौन उत्पीड़न), और अनचाहा गर्भधारण। पैसे के बदले ज्यादा उम्र के लोगों के साथ सेक्स करना उन कुछ उपलब्ध विकल्पों में से एक है, जो किशोरियों के पास अपनी बुनियादी ज़रूरतें पूरी करने के लिए है। यह अनेक लड़कियों के लिए एक आम विकल्प बन गया है, हालांकि इससे अनचाहे (कम उम्र में) गर्भधारण का खतरा बढ़ गया है। फिर भी अभिभावक और समुदाय के वयस्क सदस्यों ने अपने को खतरे में डालने के लिए लड़कियों को ही दोषी ठहराया। इन निष्कर्षों का इस्तेमाल एक पायलट परियोजना को जानकारी प्रदान करने के लिए किया गया था। इस परियोजना का उद्देश्य, जेंडर मानदंडों को प्रभावित करने के लिए, किशोरियों और किशोरों को बदलाव के एजेंट के रूप में उपयोग करना और सशक्त करना था। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: किशोर और युवा, अनचाहा गर्भधारण, यौन व्यवहार और आदतें, प्रथाएं, मान्यताएं, मानदंड और जीवन-मूल्य, जेंडर भूमिकाएं और जेंडर संबंधी मुद्दे, तंज़ानिया

किशोरावस्था में गर्भधारण करने से लड़कियों में असुरक्षित गर्भ समापन, बच्चे के जन्म के समय कठिनाई, गर्भावस्था के दौरान बीमारियां एवं मृत्यु और एचआईवी व बाकी यौन संचारित संक्रमणों (एसटीआई) के साथ, स्वास्थ्य बिगड़ने का खतरा बढ़ जाता है।^{1,2} जो किशोरियां गर्भवती हो जाती हैं, उनके स्कूल छोड़ने के साथ ही आगे की शिक्षा भी रुक जाती है, जिसका सीधा संबंध उनकी आजीविका के विकल्प कम हो जाने और आर्थिक आत्मनिर्भरता के सीमित हो जाने से है।^{3,4} किशोरावस्था में गर्भधारण होने से वयस्क होने पर सशक्तिकरण का स्तर कम होता है, जिसके कारण वैवाहिक रिश्तों में पत्नियों पर हिंसा के ज्यादा मामले और फैसले करने में उन्हें कम महत्व दिए जाने जैसे परिणाम देखने को मिलते हैं।⁵

तंजानिया में किशोरावस्था में गर्भधारण एक बड़ी समस्या है, जहां लगभग एक-तिहाई (28.4%) लड़कियां 18 वर्ष की उम्र होने तक मां बन जाती हैं, और आधे से ज्यादा (56.4%) महिलाएं 20 वर्ष की उम्र तक पहुंचने से पहले अपने पहले बच्चे को जन्म देती हैं।⁶ राष्ट्रीय जनसांख्यिकी और स्वास्थ्य सर्वेक्षण (डीएचएस) के 2010 तक के पांच वर्ष के आंकड़े दर्शाते हैं कि तंजानिया में सभी गर्भधारणों का लगभग 25% अनियोजित होते हैं।⁶ 20 वर्ष से कम उम्र की तंजानियाई महिलाओं में से कम से कम 26.6% महिलाओं को उस समय बच्चा पैदा हुआ, जब वे बच्चा नहीं चाहती थीं।⁷ जबकि कुछ अनचाहे गर्भधारण, गर्भनिरोधक तरीकों के इस्तेमाल और उनके स्रोतों की जानकारी की कमी के कारण हो जाते हैं, यह भी उस सामाजिक और ढांचागत असमानता का

ही परिणाम है, जिसमें किशोरियों द्वारा यौन संबंधी निर्णय लेने के साथ समझौता किया जाता है।⁸

लड़कियों के अनचाहे गर्भधारण के मामले बढ़ने के सबसे ज्यादा असरदार कारणों में से हैं- एक ही समय में कई यौन साथी बनाना, अंतर-पीढ़ीगत और पैसे के लिए सेक्स और यौन हिंसा⁹⁻¹¹ 15-19 वर्ष की तंजानियाई लड़कियों में से लगभग एक-चौथाई (23.8%) ने 15 वर्ष की उम्र से हिंसा का अनुभव किया है, और 13.2% ने कम से कम एक बार, अपने साथ यौन हिंसा होना बताया। 15-49 उम्र की दस प्रतिशत तंजानियाई महिलाओं ने भी बताया कि उनका पहला यौन अनुभव जबरदस्ती वाला था और जब 15 वर्ष की उम्र से पहले यौन संबंध की शुरुआत को इसमें शामिल कर दिया गया तो यह अनुपात और भी ज्यादा हो गया।³ हिंसा पर एक बहु देशीय अध्ययन से पता चला कि प्रांतीय तंजानिया में 1,100 महिलाओं के नमूने में से 17% द्वारा जबरन सेक्स की बात कही गई और उनमें से 43% ने इसे 14 वर्ष की कम उम्र में अनुभव होना बताया।¹² तंजानिया में एक अन्य अध्ययन से पता चला कि कभी न कभी सेक्स का अनुभव करने वाली 127 किशोरी उत्तरदाताओं में से एक चौथाई ने आर्थिक और भौतिक लाभों के लिए सेक्स किया था।¹³ इसे चाहे अपने साथियों के बराबर बने रहने और भौतिक वस्तुएं हासिल करने के लिए स्वैच्छिक विकल्प के रूप में देखा जाए या अपनी बुनियादी जरूरतों को पूरा करने के लिए कोई दूसरा रास्ता न होने पर लिए गए फैसले के रूप में, लेकिन पूरे उप सहारा क्षेत्र में धन/वस्तु के बदले सेक्स करना किशोरियों में बहुत ही आम बात है।¹⁴⁻¹⁶

इन आंकड़ों में यह वास्तविकता छिपी है कि लड़कियों के जीवन की दिशा जेंडर असमानता और उन जेंडर मानदंडों से तय होती है, जो उनके सामाजिक और यौन संबंधों पर नकारात्मक असर डालते हैं और उनके इस अधिकार को काफी सीमित कर देते हैं कि वे सेक्स करें या नहीं, और करें तो कब और किसके साथ और यह कितना सुरक्षित है।^{17,18} लेकिन लड़कियों का जीवन और निर्धारित जेंडर भूमिकाएं और अशक्तिकरण जो उन्हें परंपरागत रूप से निचले दर्जे पर रखे हुए है, इन्हें बदला जा सकता है। पूरे तंज़ानिया में, कार्यक्रम निर्माताओं, नीति निर्माताओं और डोनरों द्वारा न केवल एचआईवी और कम उम्र में गर्भधारण की रोकथाम के लिए, बल्कि व्यापक स्वास्थ्य, सुरक्षा और विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए भी लड़कियों की क्षमता के उपयोग पर ज्यादा ध्यान दिया जा रहा है।^{19,20}

इस लेख में प्रारंभिक रिसर्च और कार्य परियोजना के निष्कर्षों को प्रस्तुत किया गया है, जिसके द्वारा 12-17 उम्र की लड़कियों में यौन जोखिम और एजेंसी की दशा और दिशा का पता लगाया। इसमें यह भी बताया गया है कि पायलट परियोजना, जिसका उद्देश्य लड़कियों को खतरे में डालने वाले शक्तिशाली जेंडर मानदंडों को प्रभावित करने के लिए किशोरियों और किशोरों को बदलाव के एजेंट के रूप में उपयोग करना और सशक्त करना था, में जानकारी प्रदान करने के लिए किस प्रकार इन निष्कर्षों का उपयोग किया गया।

अध्ययन क्षेत्र

यह रिसर्च कार्य दक्षिणी तंज़ानिया के मटवारा क्षेत्र में एक कम सुविधासंपन्न जिले नेवाला की दूर दराज़ बसे चार ग्रामीण समुदायों में किया गया। यहां अधिक बुनियादी सेवाएं उपलब्ध हैं और हाल के वर्षों में संचार की ढांचागत सुविधाओं में भी सुधार देखा गया है, लेकिन ये सुधार नेवाला शहर के आस पास के समुदायों तक नहीं पहुंच सके हैं। नेवाला के बारे में आंकड़े बहुत ही सीमित हैं, लेकिन मोटे तौर पर यहां की शिक्षा और स्वास्थ्य संबंधी ढांचागत सुविधाएं देश में सबसे कमतर मानी जाती हैं। बाकी मटवारा क्षेत्र की तुलना में नेवाला में स्कूल छोड़ने की दर ज्यादा है। डीएचएस आंकड़े से पता चलता है कि देश के दक्षिणी क्षेत्र, जहां मटवारा स्थित है, में महिलाओं में लगातार किशोरावस्था में गर्भधारण, एक से ज्यादा यौन साथी और धन/वस्तु के बदले सेक्स करने की दर सबसे ज्यादा है।⁶ पूरे तंज़ानिया में, जीवित बच्चे को जन्म देने वाली 15-19 उम्र की लड़कियों का प्रतिशत 17.2 है, जिसमें सबसे कम (13.4%) उत्तरी क्षेत्र में और सबसे ज्यादा (20.4%) लेक ज़ोन में हैं। दक्षिणी क्षेत्र की लड़कियों में किशोरावस्था में प्रसव का प्रतिशत सबसे ज्यादा 19.7 है। जब इसमें डीएचएस के समय पहली बार गर्भधारण करने वाली लड़कियों को शामिल कर दिया गया, तो पता चला कि राष्ट्रीय औसत 22.8% की तुलना में दक्षिणी क्षेत्र की 25.5% लड़कियां, 19 वर्ष की उम्र होने से पहले गर्भधारण करने लगी थीं। इसी प्रकार, ग्रामीण इलाकों में 19 वर्ष की उम्र तक गर्भधारण करने वाली लड़कियों की प्रतिशत,

हमउम्र शहरी लड़कियों (14.6%) की तुलना में बहुत ज्यादा (26.3%) था। इस कड़वे सच के कारण ही नेवाला और उसके आस पास के वार्डों को इस परियोजना का कार्यक्षेत्र चुना गया था।

रिसर्च का तरीका

यह रिसर्च, एक सहभागी शिक्षा और कार्रवाई (पीएलए) अभ्यास श्रृंखला के रूप में किया गया था, जिसमें रिसर्च टीम उनके रोजमर्रा के जीवन से जुड़े मुद्दों के बारे में चर्चा शुरू करने, आंकड़े इकट्ठे करने और समुदाय के सदस्यों द्वारा फैसले लेने के लिए की जाने वाली सामूहिक गतिविधियों में मदद करती है।²¹ इन सत्रों का नेतृत्व 18-24 वर्ष उम्र की 9 युवतियों द्वारा किया गया था, जिन्हें उनके समुदाय के नेवाला एनजीओ नेटवर्क के प्रतिनिधियों द्वारा युवा रिसर्चर्स के रूप में प्रशिक्षित करने के लिए नामित किया गया था। रिसर्च कार्य आरंभ करने से एक सप्ताह पहले अंतर्राष्ट्रीय महिला अनुसंधान केंद्र (आईसीआरब्ल्यू) और एक तंज़ानियाई गैर सरकारी संगठन (एनजीओ) तासिसी या मेंडेलेओ शिरिकिशी अरूशा (तमाशा) द्वारा उन्हें यह प्रशिक्षण प्रदान किया गया था। चारों समुदायों में से हरेक में युवा रिसर्चर्स ने दो अलग अलग पीएलए सत्रों के आयोजन किए, एक 12-14 वर्ष की लड़कियों के साथ और दूसरा 15-17 वर्ष की लड़कियों के साथ। चारों समुदायों में से कुल 82 लड़कियों ने इन पीएलए सत्रों में भाग लिया, जिनमें से 59 लड़कियां रिसर्च के समय स्कूलों में दाखिल थीं। आठ लड़कियों ने बताया कि उन्हें कम से कम एक बच्चा है और उनमें से कोई भी स्कूल में नहीं थी और उनमें से एक शादीशुदा थी। केवल चार लड़कियों

ने बताया कि उनके माता पिता दोनों ही कमाते हैं, जबकि 33 ने बताया कि उनकी मां ही घरेलू आमदनी का मुख्य जरिया थीं।

सभी प्रतिभागियों के बारे में बुनियादी सामाजिक जनसांख्यिकीय जानकारी इकट्ठा की गई, लेकिन लड़कियों से उनके सेक्स, गर्भधारण, या हिंसा संबंधी अनुभवों के बारे में नहीं पूछा गया। बल्कि उनके भविष्य की आकांक्षाओं, सेक्स के प्रति उनके बर्ताव और जेंडर संबंधी अपेक्षाएं और उनके समुदायों में एचआईवी/एसटीआई की रोकथाम संबंधी चुनौतियों के बारे में जानकारी इकट्ठा करने के लिए कई प्रकार के सहभागी अभ्यास कराए गए। सहभागी सत्रों में आयोजित की गई प्रमुख गतिविधियों में सपनों का चित्रण करना, उन सपनों को पूरा करने में बाधक बातों पर चर्चा, समुदाय में जेंडर भूमिकाओं और व्यवहार संबंधी कथनों पर मतदान, एचआईवी से जुड़े खतरों को निष्पक्ष रूप से सूचीबद्ध और क्रमबद्ध करना, समुदाय के खतरनाक इलाकों का मानचित्रण करना और इन खतरों को कम करने के लिए प्राथमिकताओं और समाधानों का पता लगाना शामिल था। तमाशा के वयस्क रिसर्च करने वालों की एक टीम ने लड़कियों के यौन फैसले और उनकी भलाई के लिए समुदाय द्वारा अदा की जा सकने वाली भूमिका के बारे में व्यक्त की गई राय दर्ज करने के लिए हरेक समुदाय में पुरुष और महिला वयस्कों, कुल 140 अभिभावकों, समुदाय के नेताओं, सेवा प्रदाताओं के साथ तीन फोकस समूह चर्चाएं और प्रमुख जानकारी प्रदाताओं के 3-5 साक्षात्कार भी आयोजित किए गए। सहभागी रिसर्च में किशोर

लड़कों को नहीं शामिल किया गया, लेकिन बाद में पायलट परियोजना में उन्हें शामिल किया गया था। आईसीआरडब्ल्यू के संस्थागत समीक्षा बोर्ड और तंजानियाई सामाजिक और स्वास्थ्य विज्ञान के नैतिक समीक्षा बोर्ड, तंजानियाई विज्ञान और प्रौद्योगिकी आयोग (कॉस्टेक) द्वारा नैतिक मंजूरी प्रदान की गई थी।

इस रिसर्च के निष्कर्षों को एक मान्यता कार्यशाला में ज़िला, वार्ड और समुदाय स्तर पर चुने गए कर्मियों, पारंपरिक नेताओं और सिविल सोसाइटी हितधारकों के साथ तमाशा और युवा रिसर्चर्स से लेकर सामुदायिक नेताओं द्वारा संयोजित और प्रस्तुत किया गया था। प्रमुख निष्कर्षों की जानकारी देने और पीएलए सत्रों, प्रमुख जानकारी प्रदाताओं के साक्षात्कारों और फोकस समूह चर्चाओं में किशोर और वयस्क प्रतिभागियों द्वारा प्रस्तावित समाधानों पर चर्चा करने के लिए दो दिनों तक इस कार्यशाला का आयोजन किया गया। प्रतिभागियों द्वारा कही गई बातें आम तौर पर व्यक्त की गई उनकी राय को दर्शाती हैं।

निष्कर्ष

ये निष्कर्ष, इन समुदायों की किशोरियों के यौन स्वास्थ्य और सामाजिक जीवन पर गरीबी, ज़्यादा उम्र के पुरुषों और हमउम्र लड़कों की यौन अपेक्षाओं, बलात्कार और ज़बरन सेक्स, और अनचाहे (कम उम्र में) गर्भधारण के साथ खतरों के स्रोतों पर प्रकाश डालते हैं। ज़्यादातर लड़कियों की अपेक्षाएं परिवार बनाने, कोई छोटा व्यवसाय करने और अपना घर होने पर केंद्रित थीं, और पीएलए प्रतिभागियों ने यह माना कि जल्दी गर्भधारण और माध्यमिक शिक्षा पूरी नहीं कर

पाना उनके सपनों के लिए सबसे बड़ा खतरा हैं।

गरीबी और यौन जोखिम

लड़कियों के साथ आयोजित सहभागी सत्रों से यह पता चला कि बड़े लोगों के पैसा कमाने के लिए शहर या दूसरी जगह चले जाना और माता पिता का तलाक हो जाने के कारण नेवाला की किशोरियों से यह उम्मीद की जाती है कि वे अपने और अपने भाई बहनों की स्कूल की फीस, खाना, कपड़ा, चिकित्सा देखभाल और परिवहन सुविधा उपलब्ध कराने की ज़िम्मेदारी उठाएं। इतनी जल्दी एक वयस्क की भूमिका में इन बुनियादी ज़रूरतों को पूरी करने के लिए लड़कियों के पास सीमित विकल्प मौजूद होते हैं। अक्सर, वे अपने से ज़्यादा उम्र के ऐसे पुरुषों से पैसे के बदले सेक्स करने का रास्ता चुनती हैं, जो उनकी इन बुनियादी ज़रूरतों को पूरी करने के लिए तैयार होते हैं।

“माता-पिता बच्चों के लिए कुछ भी नहीं छोड़ कर जाते हैं, इसलिए बड़ी बहन को उन्हें पालने के लिए कोई रास्ता तलाशना पड़ता है। वह भी अभी बच्ची ही होती है, इसलिए चीजें खरीदने का एकमात्र तरीका यही होता है कि वह किसी पुरुष के साथ (सेक्स के लिए) जाए।” (पीएलए प्रतिभागी, 12-14 आयु वर्ग)

“जो चीजें मेरे पास नहीं हैं, उन्हें खरीदने के लिए मैं सेक्स करूंगी।” (पीएलए प्रतिभागी, 12-14 वर्ष आयु वर्ग)

प्रतिभागी उत्तरदाताओं ने बताया कि इस प्रकार पैसे देकर सेक्स करना 30 से ज़्यादा उम्र के पुरुषों में बहुत आम बात है, क्योंकि उनके पास खर्च करने के लिए ज़्यादा पैसे होते हैं। लड़कियों ने

बताया कि वे ज़्यादा उम्र के पुरुषों के साथ रिश्ते बनाना पसंद करती थीं, क्योंकि वे ज़्यादा पैसे और सामान खरीद कर देते थे। कम उम्र (12-14 वर्ष) की लड़कियों ने इस कहावत पर पूरी तरह सहमति व्यक्त की, कि “कम उम्र के प्रेमी से ज़्यादा उम्र का प्रेमी बेहतर होता है।” हालांकि 15-17 वर्ष की लड़कियां इस बात से कम सहमत थीं, जिन्होंने यह माना कि पैसे के बदले सेक्स करने वाली लड़कियां अक्सर बेहद कमजोर स्थिति में होती हैं, जहां उन्हें अपने ज़रूरी यौन फैसले करने का कोई अधिकार नहीं होता। बड़ी उम्र की लड़कियों ने इस बात को खास तौर पर माना कि “कम उम्र के प्रेमियों” (मतलब उनके साथियों) द्वारा कंडोम का इस्तेमाल करने की कहीं ज़्यादा संभावना होती है, क्योंकि उन्हें लड़कियों के गर्भधारण के खतरे की फिक्र रहती है।

कई लड़कियों ने बताया कि उनके परिवार की आर्थिक स्थिति के कारण उन्हें कम उम्र में ही शादी करने के लिए मजबूर किया जाता है, जो उन्हें खतरे में डाल देता है। जिन लड़कियों की बुनियादी ज़रूरतें घर में पूरी नहीं हो पाती हैं, वे कम उम्र में ही शादी करने के लिए तैयार हो जाती हैं, ताकि उनके परिवार को उनकी देखभाल और सहयोग पर पैसे न खर्चने पड़ें।

“उसकी देखभाल करने या स्कूल भेजने वाला कोई नहीं है। इसलिए, वह शादी कर लेती है ताकि उसे खाना, कपड़ा और साबुन मिल सके। जो केवल बुनियादी ज़रूरतें हैं।” (पीएलए प्रतिभागी, 15-17 आयु वर्ग)

जहां वयस्क उत्तरदाताओं ने लड़कियों के रहन सहन पर आर्थिक कमी को एक आम और

नकारात्मक असर डालने वाले कारक के रूप में स्वीकार किया, वहीं उन्होंने सेक्स व्यापार के लिए मोटे तौर पर लड़कियों के लालच (उनकी भौतिक वस्तुओं की चाहत) को दोषी बताया। नर्सों के एक फोकस समूह का मानना था कि लड़कियां सेक्स व्यापार से इसलिए जुड़ती हैं क्योंकि उन्होंने किसी बड़े उम्र के पुरुष की चाहत को स्वीकार करने पर अपनी सहेलियों को ऐसी चीजें मिलते हुए देखा, जो उनके लिए आम तौर पर हासिल कर पाना नामुमकिन था:

“वे देखती हैं कि उनकी सहेलियों के पास शरीर में लगाने के लिए अच्छे तेल और सौंदर्य प्रसाधन हैं क्योंकि उनके प्रेमी उन्हें ये चीजें खरीद कर देते हैं। वे भी ऐसी चीजें पाना चाहती हैं, इसलिए वे भी वही करती हैं जो उनकी सहेलियां करती हैं।” (नर्स समूह)

मान्यता यह है कि किसी भी संभावित यौन जोखिम के लिए लड़कियां ही ज़िम्मेदार होती हैं, क्योंकि कई वयस्क उत्तरदाताओं द्वारा भी यह कहा गया कि उनके इन फैसलों का कारण उनका लालच था। वयस्कों ने लड़कियों के समूह द्वारा दिए गए उस तर्क को पूरी तरह नकार दिया कि लड़कियां अपने परिवारों की बुनियादी ज़रूरतें पूरी करने के लिए पैसे के बदले सेक्स करती हैं:

“वह बाहर जाती है और पुरुष के साथ सेक्स करती है, लेकिन यह परिवार की मदद करने के लिए नहीं है, इसकी वजह उसका लालच है। वह चाहती है कि वह उसके लिए उपहार खरीदे और उसे पैसे दे।” (एक मां, एफजीडी)

हालांकि, नेवाला की गरीबी के संदर्भ में जिन घरों में कामकाजी वयस्क मौजूद हैं,

वहां भी अक्सर यह आशा की जाती है कि किशोर-किशोरियां भी आर्थिक या भौतिक रूप से परिवार की मदद करें। माता और पिता दोनों ने इस बात पर निराशा व्यक्त की, कि जिसे वे अपनी बेटी का शौक मानते थे वह परिवार को कोई प्रत्यक्ष लाभ पहुंचाए बिना ही उसे खतरनाक यौन परिस्थितियों में डाल देता है:

“वह बाहर जाती है, कहीं भी सेक्स करती है और अंत में घर लौट आती है। हमें इसका कोई फायदा नहीं मिलता, कोई नमक नहीं, कोई ‘मबोगा’ नहीं, वह खाली हाथ घर आती है।” (एक मां, एफजीडी)

पुरुषों द्वारा यौन अपेक्षाएं

परिवार की गरीबी और सीमित आर्थिक विकल्पों के संदर्भ में, लड़की द्वारा यौन संबंधी निर्णय, जेंडर आधारित सामाजिक मानदंडों द्वारा प्रभावित होते प्रतीत होते हैं, जिनके द्वारा लड़कियों की भूमिकाएं और व्यवहार निर्देशित किए गए होते हैं, जिसका यौन संबंधी खतरे उठाने पर गंभीर असर पड़ता है। दोनों ही आयु वर्ग की उत्तरदाताओं ने बताया कि पुरुषों और उनके ब्वायफ्रेंडों से लगातार सेक्स करने के लिए दबाव बनाया जा रहा था, जो लड़कियों के रोजमर्रा की बात हो चुकी है और यह उनके सांस्कृतिक संदर्भों के अधीन उनकी स्वीकार्य यौन भूमिकाओं के बारे में जेंडर अपेक्षाओं को व्यक्त करता है।

“अगर कोई पुरुष आपको घर से बाहर देखता है, तो वह आपके पास आएगा और अपने साथ चलने को कहेगा। चाहे आप इन्कार भी करें तो भी

वह रोज आपसे पूछेगा और उसे नाराज किए बिना आपको इन्कार करने का रास्ता तलाशना होगा।” (पीएलए प्रतिभागी, 12-14 वर्ष आयु वर्ग)

एक पीएलए जोखिम मानचित्रण गतिविधि में, दोनों आयु वर्ग की लड़कियों ने बताया कि उनके समुदाय में कुछ ही जगहें ऐसी थीं जहां वे हर समय खुद को सुरक्षित मानती हैं। लड़कियों को स्कूल के रास्ते में, कुएं पर, पड़ोसी के घर और दवा की दुकानों में अनचाहा यौन आमंत्रण और खतरों का सामना करना पड़ता है। लड़कियों को राह चलते पुरुषों और पड़ोसियों की फ्लिर्टों, उनकी निजी जगहों पर जाने और छेड़खानी के रूप में उत्पीड़न का सामना करना पड़ता है।

नक्शे में दिखाए गए खतरे के विस्तार को देखकर मान्यता कार्यशाला के वयस्क प्रतिभागी आश्चर्यचकित थे:

“जब मैं नक्शे पर नजर डालता हूं तो देखता हूं कि केवल चर्च और मस्जिद ही सुरक्षित स्थान बचे हैं। तो हम इन लड़कियों के कहां रहने की उम्मीद करें? (ज़िला प्रमुख, मान्यता कार्यशाला)

वयस्क हितधारकों द्वारा यह भी स्वीकार किया गया कि इनकार करने के बावजूद यह संभावना रहती है कि पुरुष सेक्स के लिए लड़कियों का बुरी तरह पीछा करेंगे।

“अगर लड़की को आज 20 बार ‘ना’ कहना पड़े, तो हो सकता है कि कल उसके सामने कोई समस्या खड़ी हो जाए।” (ज़िला प्रमुख, मान्यता कार्यशाला)

“किसी पुरुष द्वारा लड़की को छेड़ना एक आम बात है और लड़की के इंकार करने के बावजूद यह आसान नहीं है कि कोई पुरुष बार-बार यह कोशिश नहीं करेगा।” (एक पिता, फोकस समूह चर्चा (एफजीडी)

जैसा कि ऊपर के कथन से पता चलता है, कि जहां लड़कियों और वयस्कों सभी ने यह माना कि पुरुषों का दबाव और उनकी अपेक्षाएं लड़कियों के यौन व्यवहार के सशक्त निर्धारक हैं, वहीं कई वयस्कों ने इस असंतुलित बर्ताव के लिए पुरुषों को दोषी नहीं माना। वास्तव में, बहुत से वयस्कों ने इस दबाव और खतरे से बचने के रास्ते नहीं तलाश पाने के लिए लड़कियों को ही दोषी ठहराया। युवा रिसर्चकर्ताओं द्वारा प्रदर्शित एक नाटक, जिसमें एक स्कूल जाने वाली लड़की और उसी समुदाय के एक ज़्यादा उम्र वाले पुरुष के बीच रिश्ते को दिखाया गया था, को देखकर ज़्यादा वयस्कों ने गर्भवती होने के लिए लड़की को ही दोषी ठहराया।

“मुझे लगता है कि उसी (लड़की) को ही सबसे ज़्यादा दोष देना चाहिए क्योंकि उसे, उससे (पुरुष से) उपहार और चीजें नहीं लेनी चाहिए थीं। उसे पता होना चाहिए कि अगर वह उससे पैसे और उपहार लेती है, तो वह उसके साथ सेक्स करने की उम्मीद करेगा।” (समुदाय की महिलाएं, मान्यता कार्यशाला)

इससे यह बिलकुल पता नहीं चलता कि किशोरियों ने इन मामलों को किस नज़र से देखा।

बलात्कार और ज़बरन सेक्स

लड़कियों ने बताया कि जिस रोज़मर्रा उत्पीड़न का वे सामना कर रही थीं, उसका एक तत्काल

परिणाम उन्हें यौन हिंसा के खतरे के रूप में था। अक्सर लड़कियों ने बताया कि लड़कों और पुरुषों से सेक्स करने के लिए लगातार दबाव बनाया जाता है, जिसका अंत या तो उनकी बात मान लेने या बलात्कार से होता है:

“हो सकता है कि आप कई बार ‘ना’ कहने के बाद हां करने का फैसला कर लें, क्योंकि आपको पता है कि आखिर में वह आपको मजबूर कर ही देगा।” (पीएलए प्रतिभागी, 15-17 वर्ष आयु वर्ग)

सहभागी अभ्यासों में, लड़कियों ने “बलात्कार” और “ज़बरन सेक्स” के बीच के अंतर को बताया, जिसमें उन्होंने कहा कि बलात्कार, का मतलब, किसी अपरिचित व्यक्ति (जिसे वे बिलकुल ही नहीं जानती) या उन व्यक्तियों के साथ जो उसके पास कई बार गली सड़कों में संपर्क करने की कोशिश किए थे, और जिनके साथ उनका अब कोई रिश्ता नहीं है, के द्वारा उनकी मर्जी के खिलाफ सेक्स करने के लिए “उठा लिया जाना” है:

“कुछ पुरुष लड़की के इंकार के बावजूद उसे हासिल करने का फैसला कर लेते हैं। वे अपने दोस्तों के साथ मिलकर उसका बलात्कार करने के लिए उसे उठा ले जाते हैं। कभी कभार वे सभी बारी बारी से उसका बलात्कार करते हैं।” (पीएलए प्रतिभागी, 15-17 आयु वर्ग)

इस प्रकार का ज़बरन सेक्स अक्सर तब किया जाता है जब लड़कियां हमलावर को कई बार इंकार कर देती हैं, और इसे बार बार इंकार करने के अपरिहार्य परिणाम के रूप में देखा जाता है।

लड़कियों ने बताया कि किशोर लड़कों के साथ भी ऐसा होना आम बात थी।

“अगर कोई लड़का आपसे सेक्स करना चाहता है, तो वह आपको हासिल करके रहेगा, चाहे आप जितनी बार भी उसे ‘ना’ कहें और पास आता देखकर उससे बचने की कोशिश करें। इस बात का कोई सरोकार नहीं कि आप उसे नहीं चाहती, बल्कि इस बात के मायने हैं कि वह आपको चाहता है।” (पीएलए प्रतिभागी, 15-17 आयु वर्ग)

दूसरी तरफ, “ज़बरन सेक्स” को लड़की के किसी परिचित (जैसे सहपाठी, पड़ोसी या व्यायंपेंड) द्वारा लड़की की मर्जी के खिलाफ सेक्स करना बताया गया। समुदाय की वयस्क सदस्यों द्वारा भी बलात्कार और ज़बरन सेक्स के बीच यही अंतर बताया गया।

लड़कियों ने यह भी बताया कि जब वे अपनी मर्जी से (यौन) संबंध बनाए थीं, तब भी इस बात का फैसला करना उनके हाथ में नहीं था कि वे अमुक व्यक्ति से सेक्स करें कि नहीं और करें तो कब करें। हालांकि प्रतिभागियों ने इसे “बलात्कार” नहीं माना, लेकिन लड़कियों के साथ कम उम्र में, यहां तक कि किशोरावस्था से पहले और आठ वर्ष की लड़कियों तक के साथ सेक्स किया जाना सामान्य बात होना पता चला।

अनचाहा (कम उम्र में) गर्भधारण

वैसे तो हमारे इस अध्ययन का उद्देश्य, एचआईवी और अन्य यौन संचारित संक्रमणों से जुड़े खतरों की जानकारी हासिल करना था, लेकिन

अभिभावकों और किशोरियों, दोनों ही के द्वारा अनचाहे और कम उम्र में गर्भधारण को लगातार सबसे अहम चिंता बताया गया।

“हम एचआईवी और उससे बचने के लिए कंडोम के इस्तेमाल के बारे में जानती हैं, लेकिन इस समय हमें यह सुनिश्चित करना है कि हम गर्भवती न हो जाएं। अगर हम गर्भवती हो जाती हैं तो स्कूल की पढ़ाई पूरी नहीं कर सकती और घर बैठ जाएंगी और लोग हमें बदनाम करते रहेंगे। (पीएलए प्रतिभागी, 12-14 वर्ष आयु वर्ग)

ज्यादातर प्रतिभागियों का यह मानना था कि कम उम्र में गर्भधारण के तत्काल सामाजिक परिणाम देखने को मिलते हैं, जिसमें कलंक, अभिभावकों द्वारा छोड़ दिया जाना, और स्कूल से निकाल दिया जाना शामिल है। तंज़ानिया में गर्भ समापन कानूनी विकल्प नहीं है, और सुरक्षित गर्भ समापन की सुविधाएं बहुत सीमित हैं। नेवाला में, अक्सर पारंपरिक तरीकों (मतलब तेज़ जड़ी बूटियों को खिलाकर या योनि में कहवा की जड़ डालकर) से गर्भसमापन करने का प्रयास किया जाता है या फिर इसके लिए मंहगे और अक्सर असुरक्षित सेवाप्रदाताओं के पास जाते हैं। असुरक्षित गर्भसमापन के खतरों को स्वीकार करने के बावजूद, 15-17 आयु वर्ग के प्रतिभागियों ने स्पष्ट रूप से गर्भसमापन को ही अनचाहे गर्भधारण से छुटकारा पाने का उपाय बताया।

“अगर आप कम उम्र की हैं और गर्भवती हो जाती हैं, तो आप गर्भसमापन करा सकती हैं, ताकि आपके अभिभावक निराश न हों और आपको सजा न दें। लेकिन यह मंहगा है, इसलिए आपको आशा करनी होती है कि आपका प्रेमी

इसके पैसे चुकाए ताकि आपके माता पिता को इस बात का पता न चले।” (पीएलए प्रतिभागी, 15-17 आयु वर्ग)

गर्भावस्था से बचने को प्राथमिकता दिए जाने के बावजूद, गर्भनिरोधक तरीकों के उपयोग के नियंत्रण में लड़कियों की क्षमता सीमित थी। कंडोम को व्यापक रूप से उपलब्ध गर्भनिरोध का साधन माना जाता है, लेकिन लड़कियों या महिलाओं द्वारा उन्हें खरीदने और खासकर अपने से ज्यादा उम्र के पुरुषों के साथ संबंध बनाते समय उनका प्रयोग करने पर जोर देने को बुरा समझा जाता है:

“जिस तरह ये बच्चियां कम उम्र में ही सेक्स करना शुरू कर देती हैं और पैसे के लिए लालायित हैं, वे किसी पुरुष को कंडोम का इस्तेमाल करने के लिए कहने का साहस नहीं कर सकतीं, इसलिए वे कंडोम इस्तेमाल नहीं करते।” (एक मां, फोकस समूह चर्चा)

“हम यहां मुफ्त कंडोम बांटते हैं, लेकिन जो इन्हें लेने आते हैं वे माध्यमिक स्कूल के लड़के हैं। इसका कारण उनके द्वारा लड़कियों को गर्भवती कर देने और उनकी पढ़ाई में बाधा पहुंचाने का डर है, साथ ही उनके पास गर्भ समापन के लिए पैसे भी नहीं हैं।” (एक नर्स, फोकस समूह चर्चा)

कंडोम के इस्तेमाल की चुनौतियों और कलंक के कारण, नेवाला की युवतियों में इंजेक्शन से ली जाने वाली गर्भनिरोधक दवाएं काफी लोकप्रिय हैं, और वे दवा की दुकानों, दवा बिक्रेताओं और क्लीनिकों में आसानी से मिल भी जाती हैं। नर्सों ने बताया कि आठ वर्ष तक की कम उम्र लड़कियां भी इस तरीके का इस्तेमाल करती हैं।

“हाल ही में, लगभग 10 वर्ष उम्र की एक बच्ची डेपो-प्रोवेरा इंजेक्शन लेकर मेरे पास आई और उसे लगाने को कहा और जब मैंने उसे पूछा कि उसे यह कहां से मिला तो उसने बताया कि दवा की एक दुकान से ज्यादातर लोग जो इन सेवाओं के लिए आते हैं, वे वयस्कों की बजाय बच्चे ही होते हैं।” (नर्स, एफजीडी)

जहां लड़कियां सहेलियों की सलाह पर अभिभावकों की सहमति के बिना गर्भनिरोध के साधन अपना सकती हैं, वहीं कई अभिभावकों ने भी अपनी कम उम्र बेटियों के लिए गर्भनिरोध के उपाय करने की बात मानी, जिनके बारे में उन्हें आशंका थी या पता था कि वे यौन संबंध बना रही थीं। कुछ अभिभावक और समुदाय के सदस्यों ने इतनी कम उम्र में गर्भनिरोध के साधन अपनाने की कुछ हद तक इसलिए छूट दे रखी थी कि इससे (गर्भवती नहीं होने के कारण) लड़कियों को स्कूल छोड़ना नहीं पड़ेगा और वे अपनी पढ़ाई जारी रख सकती थीं।

“उसकी युवावस्था के बाद घर से बाहर निकलने पर मुझे हमेशा इस बात का डर बना रहता था कि वह गर्भवती न हो जाए। तभी मैंने यह सुनिश्चित करने के लिए उसे इंजेक्शन लगवाने का फैसला किया कि वह अपनी स्कूल की पढ़ाई पूरी करने से पहले गर्भवती न हो।” (मां, एफजीडी)

चर्चा

जहां इस रिसर्च का उद्देश्य, लड़कियों में एचआईवी के खतरे का पता लगाना था, वहीं किशोर और वयस्क प्रतिभागी, दोनों ही ने बलात्कार

और जबरन सेक्स की बड़ी परेशानी को स्वीकार किया और कम उम्र में गर्भधारण की रोकथाम के बारे में कहीं ज्यादा चिंता जताई। इस मुद्दे में यौन एजेंसी और यौन उत्पीड़न के बीच का वह तनाव है, जिसमें लड़कियों को साथियों की तलाश करने और साथियों से अपनी भौतिक जरूरतें और इच्छाएं पूरी करवाने वाली समझा जाता था, लेकिन किसी व्यक्ति के साथ सेक्स करना है कि नहीं, जैसे सबसे बुनियादी फैसले करने का भी बहुत सीमित ज़्यादा था।^{15,16} इस तनाव को लालच के दोष की लहर के रूप में स्पष्ट रूप से प्रदर्शित किया गया है और इसे लड़कियों के खिलाफ इस्तेमाल किया और थोपा जाता है। लड़कियों द्वारा परिवार के लिए योगदान करने के महसूस किए जाने वाले भारी दबाव से यह मिला जुला संदेश मिलता है कि उन्हें लालच करना चाहिए कि नहीं, चाहे वह उनके परिवार की भलाई के लिए ही क्यों न हो। बहुत कम वयस्कों द्वारा यह खुलकर स्वीकार किया गया है कि इस खतरे और दोष के चक्र में अभिभावकों की अपनी मिलीभगत है, और इसे बढ़ाने में अकेले पुरुषों या लड़कों की भूमिका नहीं है।

आगे ये निष्कर्ष किशोरों और वयस्कों के परिवारों और समुदायों के बीच एक महत्वपूर्ण भेद को रेखांकित करते हैं, जिनसे वे अपने यौन व्यवहार के बारे में विरोधाभासी अपेक्षाओं का सामना करती हैं। जहां पारंपरिक सामाजिक मानदंड बताते हैं कि लड़कियां वयस्क होने और शादी करने से पहले सेक्स करने से बचती हैं, वहीं उन्हें सेक्स का आमंत्रण देने वाले पुरुषों और अपनी देखभाल करने वाले वयस्कों से विरोधाभासी संदेश प्राप्त होते हैं।

जो मां अपनी किशोर बेटी के लिए गर्भनिरोधक इंजेक्शन की मांग करती है, वह भी अपनी बेटी को गर्भवती होने से बचाने के लिए सीमित विकल्पों के अधीन काम कर रही होती है, क्योंकि अपनी किशोर बेटी को गर्भवती होने से बचाने के लिए इसे ही सबसे ज़्यादा महत्वपूर्ण उपाय माना जाता है। किसी बेटी द्वारा गर्भनिरोधक के इस्तेमाल, उसके अनचाहे गर्भधारण की रोकथाम की दिशा में एक महत्वपूर्ण कदम का समर्थन करते समय, माताओं ने बताया कि वे लड़कियों को यौन हिंसा से बचने, गर्भनिरोधकों के बारे में संसूचित निर्णय लेने, और यहां तक कि अपनी मर्जी से खुद संबंध बनाने के बावजूद, या स्वयं को एचआईवी और यौनसंचारित संक्रमणों से बचाने के लिए अपने साथी से बातचीत करने के लिए ज़रूरी कौशल प्रदान करने की स्थिति में नहीं हैं।

उनके द्वारा प्राप्त मिले जुले संदेशों और अपनी बेबसी के चलते लड़कियों ने माना कि पुरुषों के आमंत्रण और गर्भधारण की रोकथाम नहीं कर पाने के लिए वे अकेली ही जिम्मेदार हैं। पूरी शुरुआती रिसर्च प्रक्रिया के दौरान लड़कियों ने अपने समुदाय के पुरुषों की दृष्टि में और अपने अभिभावकों और अपने साथियों के सामने लगातार चुप रहीं और समुदाय के बुजुर्ग सदस्यों द्वारा इसकी पुष्टि भी की गई। इस बेबसी की भावना का सीधा असर इस बात पर पड़ा कि कठिन परिस्थितियों में क्या वे सहयोग मांगेगी या नहीं और मांगेगी तो कैसे, और आखिर में उनके यौन स्वास्थ्य और रिश्तों के बारे में निर्णय लेने में मार्गदर्शन के लिए क्या उनके पास संसाधन मौजूद हैं।

इन निष्कर्षों की कुछ महत्वपूर्ण सीमाओं का ध्यान रखा जाना चाहिए। पीएलए अभ्यास सत्रों में प्रतिभागी लड़कियों के नमूने का आकार छोटा था और वह प्रतिनिधिक नहीं था। इस बात के मद्देनजर कि नेवाला के आसानी से पहुंच वाले वार्डों में सामुदायिक भागीदार के माध्यम से भर्ती की गई थी, चयन संबंधी कुछ पूर्वाग्रह होने की संभावना है। हालांकि, यह संभव है कि ज्यादा दूर दराज और कम सुविधासंपन्न स्थानों की लड़कियों को इस अध्ययन की प्रतिभागी लड़कियों से कहीं ज्यादा गंभीर चुनौतियों और विकल्पों का सामना करना पड़ता हो। एक अन्य महत्वपूर्ण सीमा यह है कि लड़कियों से अपने अनुभव बताने के लिए नहीं कहा गया, बल्कि अपने समुदाय में लड़कियों द्वारा सामना की जाने वाली चुनौतियों के बारे में चर्चा करने के लिए कहा गया था। जहां इसका उद्देश्य भावी दोषारोपण से बचना था, इसका मतलब यह भी है कि बताए गए व्यवहार और मानदंड वास्तविक से ज्यादा बनावटी हो सकते हैं। एचआईवी के खतरे और असुरक्षा के चारों ओर इस अध्ययन के मूल ढांचा भी लड़कियों की सेक्स इच्छा के बारे में पर्याप्त जानकारी नहीं जुटा सका, हालांकि इसने उनके द्वारा सामना किए जाने वाले यौन जोखिमों को विस्तार से उजागर किया। आखिर में, जहां इस अध्ययन में अभिभावकों और स्थानीय निर्वाचित और पारंपरिक नेताओं की राय का उल्लेख किया गया है, वहीं इसमें किशोर लड़कों और उन पुरुषों के नजरिए का उल्लेख नहीं किया गया था, जिनके यौन आमंत्रण के बारे में अक्सर चर्चा की गई है।

इन सीमाओं के बावजूद, इस अध्ययन के निष्कर्षों में लड़कियों के यौन व्यवहार को प्रभावित

करने वाले कारकों की समझ के महत्व और उनके समाधान पर प्रकाश डाला गया है।²² ऐसा करने के लिए हमें खुद युवाओं को निष्क्रिय लाभकर्ता के रूप में नहीं बल्कि एक सक्रिय योगदानकर्ता के रूप में रिसर्च और कार्यक्रम के एजेंडे, दोनों के केंद्र में रखने की जरूरत है।

जीवन कौशल पाठ्यक्रम के परीक्षण के लिए पायलट परियोजना

आईसीआरडब्ल्यू और तमाशा के सहयोग से युवा रिसर्चर्स द्वारा तैयार की गई एक पायलट परियोजना, विटु नेवाला के विकास की जानकारी देने के लिए इन सूचनाओं का इस्तेमाल किया गया। इसमें किशोर लड़कों और लड़कियों को सहकर्मी फेसिलिटेटर के साथ साथ युवाओं द्वारा अपने समुदाय में नामित महिला और पुरुष वयस्क अभिभावकों को युवा के समर्थक के रूप शामिल किया गया था। फेसिलिटेटरों और अभिभावकों दोनों ने यौन संबंधी निर्णय लेने और परस्पर बातचीत के लिए मार्गदर्शन प्रदान करने, और नेतृत्व कौशल विकसित करने के लिए किशोर लड़कों और लड़कियों की आत्म प्रभावशीलता बढ़ाने के लिए तैयार किए गए उचित जीवन कौशल पाठ्यक्रम में प्रशिक्षण प्राप्त किया। इस समावेशी पहल का उपयोग किए जाने से, इस परियोजना का उद्देश्य किशोरों को रिसर्चर्स, सलाहकारों और बदलाव के चैंपियनों के रूप में नियुक्त और सशक्त कर प्रारंभिक अनुसंधान शक्तिशाली जेंडर मानदंडों और सामाजिक प्रभावों का समाधान करना है। विटु नेवाला ने युवक और युवतियों को यौन स्वास्थ्य और बेहतरी पर असर डालने वाले मुद्दों पर चर्चा करने और उनके बारे

में जानकारी हासिल करने के लिए सुरक्षित माहौल उपलब्ध कराने के लिए, युवा केंद्रों की भी स्थापना की। इन केंद्रों का इस्तेमाल शैक्षणिक सत्रों, नाटक और संगीतमय प्रस्तुतियों और योजना कार्यशालाओं के साथ समुदाय आधारित गतिविधियों के केंद्र के रूप में किया जाता है। ये सुरक्षित क्षेत्रों का साथी फेसिलिटेटरों और अभिभावकों के लिए बैठक स्थलों के रूप में भी उपयोग किया जाता है। पायलट परियोजना के शुरुआती आकलन से पता चला कि कार्यान्वयन के छह माह बाद, विटु नेवाला समुदायों में लड़कियों ने अपनी सुरक्षा के लिए ज्यादा चिंता और समर्थन महसूस किया और साथी फेसिलिटेटरों और सामुदायिक आयोजनों के प्रतिभागियों के साथ लड़कों ने अपनी महिला साथियों के लिए ज्यादा सम्मानजनक और बराबरी का व्यवहार करना शुरू कर दिया है। इन निष्कर्षों के आधार पर, हम आशा करते हैं कि ऐसी ही सहभागी तरीकों का उपयोग करते हुए विटु नेवाला का विस्तार आस पास के समुदायों में भी किया जाएगा।

आभार

यह रिसर्च, वीआईआईवी हेल्थकेयर के पॉजिटिव ऐक्शन प्रोग्राम के सहयोग से संभव हो सका है। कुछ निष्कर्षों और प्रयुक्त सहभागी तरीके के ब्यौरों को आईसीआरडब्ल्यू और तमाशा परियोजना की रिपोर्टों में शामिल किया गया है और वे <http://www.icrw.org/files/publications/Meet-Them-Where-They-Are-Participatory-Action-Research-Adolescent-Girls.pdf> पर उपलब्ध हैं। इस लेख पर अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त करने के लिए लेखकगण सुश्री अंजला कनेसथासन और डॉ. कर्सटिन स्टोबेनाउ के आभारी हैं।

लेखक:

ए वरिष्ठ सामाजिक और व्यवहारपरक वैज्ञानिक, इंटरनेशनल सेन्टर ऑर रिसर्च ऑन वीमेन (आईसीआरडब्ल्यू), वाशिंगटन डीसी, यूएसए
पत्राचार: jmccleary-sills@icrw.org

बी प्रोग्राम एसोसिएट, आईसीआरडब्ल्यू, वाशिंगटन डीसी, यूएसए

सी फेसिलिटेटर/रिसर्चकर्ता, तासीसी या माएन्डलेओ शिरीकिशी अरूशा (तमाशा), दार अस सलाम, तंजानिया

डी फेसिलिटेटर/रिसर्चकर्ता, तमाशा, दार अस सलाम, तंजानिया

ई कार्यकारी निदेशक, तमाशा, दार अस सलाम, तंजानिया

संदर्भ

1. Kongnyuy EJ, Mlava G, van den Broek NR. Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi: an analysis of causes and characteristics of maternal deaths. *Women's Health Issues* 2009;19(1):14–20.
2. Daulaire N, Leidl P, Mackin L, et al. Promises to keep: the toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world. Washington, DC: Global Health Council; 2002.
3. Magadi M, Agwanda AO. Determinants of transitions for first sexual intercourse, marriage and pregnancy among female adolescents: evidence from south Nyanza, Kenya. *Journal of Biosocial Medicine* 2009;41(3):409–27.
4. Jewkes R, Morrell R, Christofides N. Empowering teenagers to prevent pregnancy: lessons from South Africa. *Culture, Health & Sexuality* 2009;1(7):675–88.
5. Hindin MJ. The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in

- sub-Saharan Africa: a cross national meta-analysis. Washington, DC: ICRW; 2012.
6. National Bureau of Statistics Tanzania, Macro ICF. Tanzania Demographic and Health Survey, 2010. Dar es Salaam; Calverton, MD: National Bureau of Statistics, ICF Macro; 2011.
 7. Singh S, et al. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.
 8. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, et al. *Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy*. New York: Guttmacher Institute; 2007.
 9. Fleischman JA. *Suffering in silence: human rights abuses and HIV transmission to girls in Zambia*. New York: Human Rights Watch; 2003.
 10. Glynn JR, Carael M, Auvert B, et al. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? *AIDS* 2001;15 (Suppl.4):S51–S60.
 11. Underwood C, Skinner J, Osman N, et al. Structural determinants of adolescent girls' vulnerability to HIV: views from community members in Botswana, Malawi, and Mozambique. *Social Science & Medicine* 2011;73(2):343–50.
 12. World Health Organization. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: WHO; 2005.
 13. Zakayo MO, Lwelamira J. Sexual behaviours among adolescents in community secondary schools in rural areas of central Tanzania: a case of Bahi District in Dodoma Region. *Age* 2011;14(3):1–5.
 14. Luke N. Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 2003;34(2):67–86.
 15. Wamoyi J, Wight D, Plummer M, et al. Transactional sex amongst young people in rural northern Tanzania: an ethnography of young women's motivations and negotiation. *Reproductive Health* 2010;7(1):2.
 16. Wamoyi J, Fenwick A, Urassa M, et al. Women's bodies are shops: beliefs about transactional sex and implications for understanding gender power and HIV prevention in Tanzania. *Archives of Sexual Behavior* 2011;40(1):5–15.
 17. McCloskey LA, Williams C, Larsen U. Gender inequality and intimate partner violence among women in Moshi, Tanzania. *International Family Planning Perspectives* 2005;31(3):124–30.
 18. Sommer M. The changing nature of girlhood in Tanzania: influences from global imagery and globalization. *Girlhood Studies* 2010;3(1):116–36.
 19. Levine RO, Lloyd CB, Greene ME, et al. *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington DC: Center for Global Development; 2008.
 20. Temin M, Levine R. *Start with a girl. A new agenda for global health*. Center for Global Development; 2009.
 21. Coupland H, Maher L, Enriquez J, et al. Clients or colleagues? Reflections on the process of participatory action research with young injecting drug users. *International Journal of Drug Policy* 2005;16(3): 191–98.
 22. Mabala R. From HIV prevention to HIV protection: addressing the vulnerability of girls and young women in urban areas. *Environment and Urbanization* 2006;18(2): 407–32.

एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों के लिए अधिकार आधारित सेवाएं: ज़ाम्बिया में किशोरों की आत्म-प्रभाविता और स्वास्थ्य प्रणालियों पर इसका प्रभाव

गिटाउ एमबुरु,^ए इयॉन हॉजसन,^{बी} अंजा टेलशिक,^{सी} माला राम,^{डी} चूल्वे हामुजोम्पा,^ई दिव्या बाजपेयी,^{एफ}
बीट्रिस मुताली^{जी}

सारांश:

एंटीरिट्रोवाइरल उपचार की बढ़ती उपलब्धता को देखते हुए उप-सहारा अफ्रीका में वयस्कों के लिए एचआईवी सेवा प्रदायगी में अधिकार-आधारित प्रयास तेज़ी से जड़ें जमा रहे हैं। लेकिन किशोरों के लिए एचआईवी सेवाओं की अधिकार आधारित पहल की दिशा में कम प्रगति हुई है। यह बात ज़ाम्बिया के तीन जिलों में एचआईवी के साथ जी रहे 111 किशोरों, 21 अभिभावकों और 38 स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के बीच 2010 में गुणात्मक अध्ययन में सामने आई है। अध्ययन में भाग लेने वाले किशोरों ने कई प्रकार की जानकारियों एवं सहयोग की ज़रूरतें बताईं और उन ज़रूरतों को पूरा करने के लिए स्थानीय प्रयासों की ज़रूरत बताई। वे चाहते थे कि एचआईवी, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी और खुद को सुरक्षित रखने की जानकारी तक बेहतर पहुंच मिले। सेवा प्रदान करने वाले स्थानों में प्राइवैसी और गोपनीयता हो, कौशल प्रशिक्षण मिले, ताकि वे धन कमा सकें, और अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में दूसरों को बताने के मामले में बेहतर नियंत्रण मिले। स्वास्थ्य कार्यकर्ता और अभिभावक, दोनों ने माना कि इन ज़रूरतों को बेहतर तरीके से पूरा करने के लिए जानकारी और सेवाओं में सुधार की ज़रूरत है। इस लेख में ज़िम्बाब्वे, युगांडा, तंज़ानिया, बोत्सवाना और दक्षिण अफ्रीका में आयोजित सफल कार्यक्रमों का उल्लेख करते हुए मांग की गई है कि किशोर स्वास्थ्य सेवाओं को बाल एवं वयस्क स्वास्थ्य सेवाओं के साथ जोड़ा जाए, किशोरों के साथी नेटवर्क स्थापित किए जाएं, ताकि सामूहिक रूप से अपनी समस्याएं रखने और एक दूसरे को सहयोग प्रदान करने की उनकी क्षमता बढ़े। ऐसे उपाय किए जाएं कि अपने बारे में जानकारी देने पर उनका ज़्यादा नियंत्रण बने और उप-सहारा अफ्रीका में किशोर स्वास्थ्य संबंधी एक विशेषज्ञता बने। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: एचआईवी/एड्स, प्रजनन अधिकार, किशोर एवं युवा, स्वास्थ्य प्रणालियां, ज़ाम्बिया

उप-सहारा अफ्रीका में एचआईवी महामारी चरम पर पहुँच रही है, और इसके साथ एचआईवी संक्रमित किशोरों और अन्य युवाओं की तस्वीर सामने आ रही है।¹ ज़ाम्बिया में एंटीरिट्रोवाइरल उपचार की अधिक उपलब्धता की बदौलत संक्रमित बच्चे किशोरावस्था की उम्र तक जीवित रह पा रहे हैं। ज़ाम्बिया में लगभग आधे नए एचआईवी संक्रमण किशोरों में हैं² और इनमें से ज़्यादातर किशोर यौन संबंधों में हैं।^{3,4,5} 2009 के आखिर तक ज़ाम्बिया में 10-19 वर्ष की उम्र वाले 80,000 युवा एचआईवी संक्रमित थे।⁶

लिहाज़ा हो सकता है कि दक्षिणी अफ्रीका में एचआईवी महामारी की गति और दिशा का निर्धारण काफी हद तक किशोर कर रहे हैं।^{7,9} यह इसलिए क्योंकि यह समूह इस बात को प्रभावित कर सकता है कि मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्ल्स हासिल किए जा सकते हैं कि नहीं। एक समूह के रूप में एचआईवी संक्रमित किशोरों के रोग प्रसार संबंधी महत्व ने ध्यान आकर्षित किया है।⁸ इस भेद के चलते इस बारे में जागरूकता बढ़ी है कि इस समूह की ज़रूरतें एचआईवी संक्रमित बच्चों एवं वयस्कों, दोनों से अलग हैं।¹⁰⁻¹²

बाकी उप-सहारा अफ्रीकी देशों की तरह ज़ाम्बिया में भी, 10-19 वर्ष की उम्र वाले किशोरों के आंकड़े अक्सर 0-14, 15-19 या 15-24 आयुवर्ग में शामिल किए जाते हैं, जिससे एचआईवी सेवाओं तक किशोरों की पहुँच के दायरे के सटीक निर्धारण में कठिनाई होती है।^{4,13} हालांकि 2011-15 के लिए ज़ाम्बिया के वर्तमान राष्ट्रीय एड्स रणनीतिक ढांचे में युवाओं में एचआईवी की रोकथाम को प्राथमिकता दी गई है,¹⁴ लेकिन

इसमें उन किशोरों एवं अन्य लोगों की देखभाल के लिए प्रावधानों की कमी है जो पहले से ही एचआईवी संक्रमित हैं।¹⁵ यह हाल के अध्ययनों के संदर्भ में खासकर साफ है, जिनमें यह दर्शाया गया है कि व्यक्तिगत और सामुदायिक स्तर पर ऐसे अनेक कारक हैं जो सभी किशोरों के लिए, चाहे उनकी एचआईवी स्थिति कुछ भी हो, बाधा बनते हैं। जो यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के संरक्षण और उनके उपयोग में बाधक हैं।^{3,16,17} इसके अलावा, एचआईवी से जुड़े कलंक और अतिरिक्त पारिवारिक ज़िम्मेदारियों के कारण ज़ाम्बिया में एचआईवी संक्रमित युवा नियमित तौर पर सामाजिक और भावनात्मक कठिनाइयों का सामना करते हैं,¹⁸ और पूरे दक्षिणी अफ्रीका में वयस्कों की तुलना में उनके उपचार के परिणाम बदतर होते हैं।^{19,20} इन तथ्यों के मद्देनज़र उनपर ज़्यादा ध्यान देने की ज़रूरत है।

किशोरों के स्वास्थ्य पर एचआईवी के असर को कम करने के लिए एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और बाकी सामाजिक सुरक्षा ज़रूरतों को पूरा करने के लिए स्वास्थ्य प्रणाली को मज़बूत बनाने की ज़रूरत है।^{21,22} इसके अलावा, एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों की ज़रूरतों के अनुरूप सेवाओं को ढालना, एक अवसर प्रदान करता है कि उम्र के अनुसार सेवाएं प्रदान करते हुए स्वास्थ्य के उनके अधिकार को बढ़ावा दिया जाए।^{12,21} बाल अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र सम्मेलन के अनुसार सभी बच्चों के अधिकारों का सम्मान किया जाए उनकी सुरक्षा की जाए और उनको पूरा किया जाए।^{23,24} एचआईवी से प्रभावित युवाओं के मामले

में इन अधिकारों के अंतर्गत स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवाओं का अधिकार शामिल है।^{24, 25} अधिकार आधारित पहल के कारण एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों ने बड़ी संख्या में एंटीरिट्रोवायरल उपचार की मांग की और आखिरकार 1990 के दशक के अंत तक वे इसे हासिल भी कर पाए थे। हालांकि उस समय विश्वास नहीं था, कि यह संभव है।²⁶ उपचार की उपलब्धता मोटे तौर पर ब्राज़ील और अन्य देशों और अंत में दक्षिणी अफ्रीका में उपचार की ढांचागत बाधाओं को दूर करने के उद्देश्य से किए गए बहु आयामी पैरवी प्रयासों के माध्यम से हासिल की गई थी।^{26, 27} जबकि दुनिया भर में की गई पैरवी की बदौलत शिशुओं में जल्दी निदान की वजह से बाल चिकित्सा उपचार में तेज़ी आई है, लेकिन ऐसी ही तेज़ प्रगति किशोर सेवाओं के मामले में नहीं दिखती है।²⁸ यह सही है कि एचआईवी के साथ जी रहे इन सभी आयु वर्ग के लोगों की ज़रूरतों को पूरा करना महत्वपूर्ण है, लेकिन एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों की विशेष ज़रूरतों को पूरा किया जाना अभी बाकी है।^{11, 30}

किशोरों को अक्सर गलती से छोटे वयस्क या बड़े बच्चे मान लिया जाता है,^{31, 32} जिसके कारण उन्हें वयस्कों या बच्चों के लिए डिज़ाइन की गई सेवाएं प्रदान की जाती हैं।^{33, 34} हम कह सकते हैं कि न केवल एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों को, बल्कि आम किशोरों को भी उम्र के अनुरूप स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में स्वास्थ्य प्रणाली के पास पर्याप्त क्षमता नहीं है।^{35, 36} यह समस्या अब ज़्यादा साफ तौर पर सामने आ रही है, क्योंकि अब अधिक युवाओं को सेवाओं की

ज़रूरत भी है और वे उनकी मांग भी कर रहे हैं।⁷

स्वास्थ्य प्रणालियों द्वारा कोई उपाय नहीं किए जाने के अलावा, उप-सहारा अफ्रीका का सामाजिक और कानूनी माहौल ऐसा है कि वह परंपरागत रूप से किशोरों को आम तौर पर भी स्वास्थ्य सेवाओं की मांग करने और उपयोग करने से रोकता है,^{35, 36} किशोरों को अक्सर वयस्कों की ज़िम्मेदारी माना जाता है,³⁶ और इसलिए उन्हें अपनी एचआईवी स्थिति की जानकारी और निर्णय लेने पर उनका सीमित नियंत्रण होता है।³¹ इसके अलावा, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य जानकारी हासिल करने में अक्सर सांस्कृतिक मानक बाधक होते हैं।^{31, 36}

एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों द्वारा अपनी ज़रूरतें बताने और सांस्कृतिक बाधाओं को चुनौती देने की संभावना, इनमें से कुछ चुनौतियों से निपटने का अवसर प्रदान करती है। इसके अलावा, एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों द्वारा एचआईवी से संबंधित अपनी सेवा ज़रूरतों को व्यक्त करने से उनकी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी मांगों को मज़बूत आधार भी मिल सकता है।^{10, 21}

किशोरों द्वारा अपनी खुशहाली पर कुछ नियंत्रण और निर्णय क्षमता हासिल करने के मामले में सबसे अहम अवधारणा उनकी व्यक्तिगत और सामूहिक प्रभावकारिता की है - कि लोगों का अपने हालात पर कितना नियंत्रण है। किशोरों द्वारा अपने स्वास्थ्य के अधिकार को हासिल करने के लिए कार्रवाई करने की क्षमता बढ़ रही है।³⁷ उदाहरण के तौर पर, ज़ाम्बिया में किए गए अध्ययनों से पता चलता है कि किशोरों को उन

परिस्थितियों की जानकारी है, जो उन्हें एचआईवी के खतरे में डालती हैं, और वे सुरक्षित यौन व्यवहार अपना रहे हैं।³⁸ इसके साथ, किशोरों द्वारा एचआईवी महामारी³⁹ पर सकारात्मक असर डालने की क्षमता के मद्देनजर उनके लिए एचआईवी उपचार, देखभाल एवं अन्य सेवाओं की सुलभता बढ़ाने के लिए दुनियाभर में काफी हिमायत की जा रही है।⁹

फिर भी, ज्यादातर मामलों में, ऐसा लगता है कि इन सेवाओं के लिए पैरवी खुद किशोरों द्वारा नहीं बल्कि दूसरे स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं द्वारा चलाई जा रही है, जैसे कि एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के नेटवर्क (जिनमें ज्यादातर वयस्क होते हैं), सरकारी एजेंसियाँ और गैर-सरकारी एवं अंतर्राष्ट्रीय संगठन। इसके अलावा, जहां मानव अधिकारों के मूलभूत पहलू के रूप में प्रजनन अधिकारों को दुनियाभर में मान्यता मिल चुकी है,⁴⁰ वहीं ज़ाम्बिया और बाकी उप-सहारा अफ्रीकी देशों में किशोर स्वास्थ्य के प्रति वर्तमान दृष्टिकोण अभी भी उनके यौन व्यवहार और परिणामों पर केंद्रित हैं। उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों तथा उन अधिकारों को हासिल करने की उनकी क्षमता पर सीमित रूप में ही ध्यान दिया जा रहा है।^{16, 38} ज़ाम्बिया में सरकार द्वारा किशोरों के अनुकूल सेवाएं⁴¹ प्रदान करने के प्रावधान को बेहतर बनाने की दिशा में की गई प्रगति के बावजूद, किशोरों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों की पूर्ति में कमजोर स्वास्थ्य प्रणाली बाधा बनी हुई है।^{16, 31, 42}

इस चर्चा लेख में, हमने यह देखने की कोशिश की है कि एचआईवी संक्रमित किशोरों की उभरती

हुई क्षमता किस प्रकार उन्हें अपनी जरूरतों को व्यक्त करने में समर्थ बना रही है, और स्वास्थ्य सेवाओं को कैसे इससे निपटना चाहिए। हमने अपने तर्क के समर्थन में 10-19 वर्ष के युवाओं के साथ की गई फोकस समूह चर्चाओं और इंटरव्यू तथा उनके अभिभावकों एवं स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के बयानों को प्रस्तुत किया है।

अध्ययन का तरीका

यह अध्ययन अप्रैल से दिसंबर 2010 के बीच किया गया। इसके मुख्य निष्कर्षों का उल्लेख किसी अन्य स्थान पर किया जा चुका है। अध्ययन के एक हिस्से का उद्देश्य ज़ाम्बिया में रहने वाले एचआईवी संक्रमित किशोरों की मनोवैज्ञानिक-सामाजिक और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य जरूरतों को दर्ज करना तथा उन जरूरतों और किशोरों के लिए वर्तमान में उपलब्ध सेवाओं के बीच खाई का पता लगाना था। यह अध्ययन, एक ग्रामीण (कलोमों) और दो शहरी जिलों (लुसाका और किटवे) में किया गया। यहां की एक करोड़ आबादी में से लगभग एक-चौथाई युवा हैं। भौगोलिक स्थिति, परिवेश और उपलब्ध कार्यक्रमों में भिन्नता को देखते हुए इन जिलों का चयन किया गया था। सभी तीन जिलों में किशोर, सरकारी एचआईवी अस्पतालों से एचआईवी संबंधी उपचार सेवाएं और गैर-सरकारी संगठनों द्वारा संचालित सामुदायिक केंद्रों से गैर-उपचार सहायता प्राप्त कर रहे थे। ये गैर-सरकारी केंद्र हमारे अध्ययन के लिए सहभागियों को शामिल करने में भी काम आए थे।

किसी क्लीनिक या स्वास्थ्य केंद्र में आए हुए अध्ययन में भाग लेने के इच्छुक किशोरों को

अध्ययन के लिए भर्ती किया गया। 10-18 वर्ष उम्र के किशोरों की मौखिक सहमति के लिए सहमति फार्म पर उनके अभिभावकों ने हस्ताक्षर किए, जबकि 18-19 उम्र के किशोरों ने अपने सहमति फार्म पर खुद हस्ताक्षर किए। सभी सहभागी किशोरों को अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में पता था। युवाओं के बीच रीसर्च की सिफारिशों के अनुरूप, उनकी गोपनीयता बनाए रखने के सभी प्रयास किए गए।^{43,44} अभिभावकों और स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के इंटरव्यू से हमें अपने निष्कर्षों की जांच करने में मदद मिली।⁴⁵ ज़ाम्बिया विश्वविद्यालय की जैव-चिकित्सीय अनुसंधान नैतिकता समिति ने इस अध्ययन को नैतिक मंजूरी प्रदान की थी।

एचआईवी संक्रमित किशोरों (58) और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं (14) के साथ आंशिक रूप से ढांचाबद्ध इंटरव्यू किए गए थे। स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं में डॉक्टर (5), नर्स (4), परामर्शदाता (2), चिकित्सा अधिकारी (2), और प्रशासनिक स्टाफ (1) शामिल थे। कम उम्र के किशोरों (10-14 वर्ष), अधिक उम्र के किशोरों, (15-19 वर्ष) और प्रमुख सूचना प्रदाताओं के लिए अलग-अलग सवाल तैयार किए गए थे। हर इंटरव्यू 30-40 मिनट का था और अंग्रेजी या स्थानीय भाषा (बेंबा, लोजी और न्यांजा) में किया गया था। इंटरव्यू को रिकार्ड किया गया, और बाद में उसे लिखकर अंग्रेजी में अनुवाद किया गया।

इसके बाद एचआईवी संक्रमित 53 अन्य किशोरों के साथ आठ फोकस समूह चर्चाएं, 21 अभिभावकों के साथ दो (1 शहरी और 1 ग्रामीण) और 24 स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ तीन

(2 शहरी और 1 ग्रामीण) चर्चाएं आयोजित की गईं। किशोर समूहों में 10-14 उम्र की बालिकाओं वाले दो, 15-19 उम्र की बालिकाओं वाले दो, 10-14 वर्ष के बालक एवं बालिकाओं वाले दो, और 15-19 उम्र के बालक एवं बालिकाओं वाले दो समूह शामिल थे। स्वास्थ्य सेवाएं एचआईवी संक्रमित किशोरों की ज़रूरतों को पूरा करती हैं या नहीं और अगर हां तो कैसे, इस विषय पर ध्यान केंद्रित करते हुए खुले सवालों का उपयोग कर आंशिक रूप से ढांचाबद्ध चर्चाएं आयोजित की गईं और पूछताछ की गईं। ये चर्चाएं अंग्रेजी या स्थानीय भाषाओं में आयोजित की गईं जो लगभग 50-60 मिनट तक चलीं। उन्हें डिजिटल रूप में रिकार्ड किया गया, लिखा गया और अंग्रेजी अनुवाद किया गया तथा एनवीवो 7 (क्यूएसआर इंटरनेशनल) का इस्तेमाल कर उनका विश्लेषण किया गया। जिसमें उभरते विषयों⁴⁶ और किशोरों द्वारा व्यक्त ज़रूरतों का पता लगाने के लिए, लिखित वाक्यों को कोड किया गया।

अधिकारों, हकदारी और अपेक्षा का एहसास

किशोर इंटरव्यू समूह में ज्यादातर (46) शहरी क्षेत्रों में रहने वाले थे, उनमें से आधे पुरुष और आधी महिलाएं थीं, और अध्ययन के समय लगभग 50% यौन रिश्तों में थे। यौन रूप से सक्रिय किशोर अपनी उम्र से ज्यादा के प्रतीत हो रहे थे। उनमें से छह शादीशुदा थे और उनके अपने बच्चे भी थे। उनमें से अट्टाइस की भविष्य में बच्चे पैदा करने की योजना थी। यौन रूप से सक्रिय किशोरों में से केवल दो ने अपने यौन भागीदार से अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में नहीं बताया

था, जिसका मुख्य कारण उनका यह डर था कि ऐसा करने से उनके रिश्ते टूट जाएंगे।

ऐसा लगा कि वे जीवन के प्रति सकारात्मक दृष्टिकोण और एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के सेक्स जीवन का पूरी तरह आनंद उठाने के अधिकारों के हिमायती थे। उदाहरण के तौर पर, ज्यादातर का यह मानना था कि एचआईवी के साथ जी रहे लोग अगर इच्छुक हों, तो उन्हें शादी करने और बच्चे पैदा करने की अनुमति दी जानी चाहिए।

“एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की भी अपनी भावनाएं होती हैं— (वे) भी सामान्य जीवन जी रहे मनुष्य हैं, और शादी करना सबका अधिकार है, चाहे वह एचआईवी पॉजिटिव हो या नहीं।” (साक्षात्कार, 19 वर्षीय महिला, लुसाका)

“हमें भी परिवार बनाने और बच्चे पैदा करने का अधिकार है।” (फोकस समूह चर्चा, 17 वर्षीय पुरुष, कलोमो)

“मुझे नहीं लगता कि (एचआईवी) पॉजिटिव होना आपके संबंध बनाने में बाधक बन सकता है। एचआईवी पॉजिटिव होने से संबंधों में कोई फर्क नहीं पड़ता है। यह वैसे ही रहता है जैसा किसी गैर-पॉजिटिव का होता है।” (साक्षात्कार, 17 वर्षीय पुरुष, लुसाका)

वे अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में दूसरों को बताने पर नियंत्रण के हक के बारे में काफी खुलकर बोल रहे थे। जब सहमति के बिना उसकी एचआईवी स्थिति को उजागर कर दिया गया, तो अध्ययन की एक सहभागी ने कहा:

“सभी लोग मेरी तरफ अजीब नज़रों से देख रहे थे और आपस में कानाफूसी कर रहे थे, ‘यही

लड़की बीमार है, उसे एड्स है।’ यह मेरे लिए बहुत ही कष्टदायक था क्योंकि मैंने सोचा था कि लोगों को अपनी स्थिति के बारे में बताने का अधिकार मेरा है। मुझे लगा कि मेरे अधिकारों का उल्लंघन किया गया था।” (फोकस समूह चर्चा, 16 वर्षीय महिला, लुसाका)

अपूरित ज़रूरतों की बातें

कई ने स्वास्थ्य प्रणाली को कमजोर बताया और कहा कि वह न तो उनकी एचआईवी संबंधी ज़रूरतों को पूरी कर रहा है, और न ही उनके गोपनीयता के अधिकार का प्रयोग करने या उन्हें एक अलग समूह के रूप में देखने में सक्षम है।

“मैंने उनसे अधिक जानकारी लेनी चाही लेकिन उन्होंने पर्याप्त जानकारी नहीं दी। उन्होंने जो कुछ मुझे बताया वह ज्यादा उपयोगी नहीं था। मुझे और अधिक जानकारी और जीवन कौशल चाहिए। मुझे परिवार नियोजन के बारे में पर्याप्त जानकारी नहीं है, जो कि मेरा अधिकार है।” (इंटरव्यू, 17 वर्षीय महिला, लुसाका)

“और अधिक जगह होनी चाहिए, ताकि जब दूसरों की अलग से जांच की जा रही हो, तो जो लोग कतार में इंतज़ार कर रहे हैं, वे साथ मिलकर सकारात्मक तरीके से जीवन जीने वगैरह के बारे में बातचीत कर सकें, जो उनके लिए प्रेरणादायी हो सकता है।” (फोकस समूह चर्चा, 16 वर्षीय पुरुष, किटवे)

“उन्हें हमें ज्यादा उम्र के लोगों से अलग रखना चाहिए, और हम बच्चों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य जैसी ज़रूरतों को पूरी करने में मदद करनी चाहिए।” (इंटरव्यू, 16 वर्षीय पुरुष, कलोमो)

कुछ ने तेज़ सेवाओं की ज़रूरत बताई और लंबी कतार में लगने पर अपनी नाखुशी जाहिर की। इसके लिए बेहतर व्यवस्था और अधिक स्टाफ तैनात करने की ज़रूरत है। यह भावना खास तौर पर किशोरों के उस कलंक से जुड़ी लगती है, जिनका सामना वे एचआईवी क्लिनिकों में करते हैं, क्योंकि आम तौर पर यह मान कर चला जाता है कि उन्हें सेक्स के कारण ही एचआईवी हुआ होगा, जबकि समाज उनसे अपेक्षा करता है कि वे सेक्स से परहेज़ करें। इसका मतलब यह है कि उन्हें क्लिनिकों में समय बिताना अच्छा नहीं लगता।

“एचआईवी के साथ जी रहे हमारे किशोरों को जिस दूसरी चुनौती का सामना करना पड़ रहा है, वह कलंक और भेदभाव है। हमें इस बुराई से लड़ना होगा ताकि हमारे किशोर सेवाओं का उपयोग करने के लिए स्वतंत्र हों, क्योंकि कभी कभार वे इस डर के मारे अस्पताल जाने से इंकार कर देते हैं कि लोगों को उनकी बीमारी के बारे में पता न चल जाए। जब हम बच्चों के अनुकूल सेवाएं स्थापित करें तो हमें इस बात का ध्यान रखना होगा।” (फोकस समूह चर्चा, अभिभावक, कोलोमो)

किशोरों ने अक्सर स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से अपनी गोपनीयता का सम्मान करने, दोस्त जैसा व्यवहार करने और पूर्वानुमान करने की ज़रूरत बताई। अधिकारों और हकों की बात कम ही उभर कर सामने आई क्योंकि उन्होंने सेवा प्रदाताओं पर अपनी अपेक्षाओं को पूरा करने में नाकाम होने का आरोप लगाया।

“जो कुछ मुझे क्लिनिक में बताया गया, वह वास्तव में बहुत उपयोगी है, लेकिन सच यह है

कि मैं विशेषकर इस बारे में कुछ और जानना चाहती हूँ, कि किस तरह अपना बचाव खुद कर सकती हूँ। कभी-कभार मैं बहुत निराश हो जाती हूँ।” (इंटरव्यू, 14 वर्षीय बालिका, लुसाका)

“मैं इस बारे में और जानकारी पाना चाहती हूँ कि मैं कैसे गर्भवती हो सकती हूँ और गर्भधारण से बचने के लिए हम किस चीज़ का इस्तेमाल कर सकते हैं।” (इंटरव्यू, 16 वर्षीय बालिका, कोलोमो)

“मैं यह जानना चाहती हूँ कि क्या मैं ब्यायफ्रेंड बना सकती हूँ, क्योंकि मैं जब भी मां से इस बारे में पूछती हूँ तो वह मना कर देती है। मैं सुरक्षित सेक्स और सुरक्षित मां बनने के बारे में भी जानना चाहूंगी।” (फोकस समूह चर्चा, 14 वर्षीय बालिका, लुसाका)

आगे बातचीत करने से पता चला कि किशोर आजीविका चाहते हैं और कौशल प्रशिक्षण भी पाना चाहते हैं, जो वयस्कों के लिए तो उपलब्ध थे (जैसे कि सिलाई), जबकि किशोरों के लिए ऐसे अवसर उपलब्ध नहीं थे। मसलन, जब उनसे पूछा गया कि क्या वे स्वास्थ्य क्लिनिकों पर दी जाने वाली सेवाओं से खुश हैं, तो उन्होंने रोजगारपरक कौशल प्रशिक्षण दिए जाने की इच्छा जताई।

“मैं वास्तव में जीवन कौशल का प्रशिक्षण पाना चाहती हूँ, क्योंकि हमें इन चीज़ों के बारे में कोई नहीं बताता है। मैं खाना पकाना और सिलाई करना सीखना चाहती हूँ।” (फोकस समूह चर्चा, 14 वर्षीय बालिका, लुसाका)

“क्योंकि मैं देख नहीं सकता इसलिए मैं कुछ कौशल सीखना चाहता हूँ ताकि ठीक से जीवन बिता सकूँ।” (इंटरव्यू, 12 वर्षीय पुरुष, कोलोमो)

हमारा मानना है कि ये शिकायतें और अनुरोध बगैर सोचे-समझे नहीं कहे गए। ये उस तथ्य के मद्देनजर विशेष रूप से प्रासंगिक हैं कि कुछ किशोरों पर अपने बच्चों और भाई-बहनों की देखभाल की जिम्मेदारी थी। इसके अलावा, केवल बाल एवं वयस्क देखभाल के लिए डिज़ाइन की गई स्वास्थ्य प्रणाली के कारण वे मायूस महसूस कर रहे थे, और इस संबंध में उनकी स्पष्ट या अस्पष्ट रूप से व्यक्त भावनाओं के कारण स्वास्थ्य सेवाप्रदाता तनाव में थे। इसके चलते जिससे अक्सर स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं ने किशोर अनुकूल सेवाएं प्रदान करने की ज़रूरत को स्वीकार किया।

स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और अभिभावकों द्वारा किशोर ज़रूरतों को मान्यता

स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और अभिभावकों, दोनों ने स्वीकार किया कि सांस्कृतिक एवं अन्य बाधाओं के बावजूद किशोरों की उचित एचआईवी सेवाओं तक पहुंच महत्वपूर्ण है, लेकिन इसे हासिल करने में समय लगेगा।

“हमारे पास किशोरों के अनुकूल सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं, क्योंकि उदाहरण के तौर पर, शुरूआत में यह मान लिया गया था कि एचआईवी के साथ जन्म लेने वाला बच्चे की मृत्यु कुछ ही महीने में हो जाने वाली है, इसलिए किशोरों के लिए सेवाएं नहीं बनाई गईं। इसका मतलब यह है कि उनके लिए उपचार मुहैया कराना एक चुनौतीपूर्ण कार्य है।” (इंटरव्यू, स्वास्थ्य सेवाप्रदाता, लुसाका)

“किशोरों के लिए विशेष तौर पर एक प्रशिक्षित व्यक्ति होना चाहिए।” (फोकस समूह चर्चा, स्वास्थ्य सेवाप्रदाता, कलोमो)

“हम एक ऐसा राष्ट्रीय दिशानिर्देश चाहते हैं जो एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों का समर्थन करे।” (फोकस समूह चर्चा, स्वास्थ्य सेवाप्रदाता, लुसाका)

“हम यह मानते और विश्वास करते हैं कि युवाओं को अधिकार होना चाहिए कि वे इन सेवाओं, जैसे कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करें। हम गर्भनिरोध, असुरक्षित गर्भसमापन और सुरक्षित मातृत्व की बात कर रहे हैं। हम उन्हें सोच समझकर चयन करने का अधिकार देने की बात कर रहे हैं। असल में सेवाएं विकसित की जा रही हैं, लेकिन इसमें समय लगता है।” (इंटरव्यू, स्वास्थ्य सेवाप्रदाता, लुसाका)

“मेरा मानना है कि मूल चीज़ जानकारी है— और उसके बाद सहयोगी समूह और रेरल केंद्र का निर्माण। विचार यह है कि नैदानिक, उपचार और अनुपालन समस्याओं वाले किशोरों और बालकों के लिए विशेषज्ञ द्वितीयक रेरल केंद्र स्थापित किए जाएं।” (इंटरव्यू, स्वास्थ्य सेवाप्रदाता, लुसाका)

“हमारे ज़्यादातर किशोरों को परंपरागत रूढ़ियों के कारण जानकारी नहीं मिल पाती—क्योंकि माता-पिता यौनिकता को एक संवेदनशील मुद्दा मानते हैं और ऐसे मुद्दों पर बच्चों से बात नहीं करना चाहते— इसलिए मेरा विचार यह है कि हमें इसे प्रतिबंधित विषय मानने का अपना नज़रिया बदलना चाहिए।” (फोकस समूह चर्चा, अभिभावक, लुसाका)

“हम अभिभावक/माता-पिता के पास भी कुछ हद तक एसआरएच (यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य) के बारे में पूरी जानकारी नहीं होती है, जो एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों की

मदद कर सके, लेकिन यह समस्या भी बच्चों के क्लिनिक और युवाओं के अनुकूल सुविधाएं नहीं होने के कारण ही है।” (फोकस समूह चर्चा, अभिभावक, कोलोमो)

चर्चा

किशोरों की उभरती सामाजिक और कानूनी क्षमता को स्वीकार करके^{10,12} स्वास्थ्य कार्यक्रमों को डिजाइन करने में उनको शामिल करके बहुत पहले 1989 में, बाल अधिकारों पर हुए समझौते में बच्चों पर असर डालने वाले विषयों के बारे में उनकी राय को महत्व देने पर जोर दिया गया था।²³ 1994 तक, आई.सी.पी.डी. में किशोरों के प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों की सुरक्षा और उनके बढ़ावा देने पर विशेष रूप से ध्यान केंद्रित किया गया था।⁴⁷ हाल ही में, मिलेनियम डेवलपमेन्ट गोल 3 और जनसंख्या और विकास आयोग (45वां सत्र, 2012) ने युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों, एचआईवी एवं अन्य यौन संचारित संक्रमणों संबंधी सेवाओं के उपयोग से जोड़ा है।⁴⁸ तब, वास्तव में किस चीज़ की ज़रूरत है?

सबसे पहले, बाल और वयस्क सेवाओं, दोनों से जुड़ी किशोर सेवाएं स्थापित करना किशोर स्वास्थ्य के लिए अधिकार आधारित प्रतिमान स्थापित करने का एक तरीका हो सकता है। सायर व अन्य ने कहा है कि किशोर-अनुकूल सेवाओं की प्रकृति किशोरों द्वारा ही तय की जानी चाहिए, और हम इस बात से सहमत हैं। एरूकर व अन्य⁴⁹ द्वारा ज़िम्बाब्वे मॉडल में बताया गया है कि जब किशोरों को उन विशेषताओं के बारे में बताने को कहा गया, जो उनके विचार में सेवाओं को युवा-अनुकूल बनाएंगी, तो उन्होंने गोपनीयता,

कम प्रतीक्षा समय, कम कीमत और अच्छा बर्ताव करने वाला स्टाफ को सबसे महत्वपूर्ण विशेषता वाला माना गया। खालिस युवा सेवाओं को सबसे कम महत्वपूर्ण विशेषताओं वाला माना गया। इससे पता चलता है कि यह ज़रूरी नहीं है कि किशोर केवल युवा सेवाओं को पसंद करें, जो हो सकता है अपेक्षा के विपरीत हो।⁴⁹

किशोरों के लिए एचआईवी सेवाओं के कार्यान्वयन से पहले इन विशेषताओं को स्पष्ट करना चाहिए क्योंकि किशोरों के संदर्भ और सामाजिक परिस्थितियों के आधार पर ये अलग-अलग हो सकती हैं। उदाहरण के तौर पर, हमारे अध्ययन के कुछ सहभागी किशोरों के अपने खुद के बच्चे थे। यह एक ऐसी परिस्थिति है, जिसमें बाल, किशोर और वयस्क सेवाओं के बीच सहज रूपांतरण और घनिष्ठ संबंध के साथ-साथ, एचआईवी के साथ जी रहे अधिक उम्र किशोरों के लिए एचआईवी सेवाओं और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के बेहतर एकीकरण की ज़रूरत है।⁵⁰ अन्य देशों के साक्ष्यों से पता चलता है कि ऐसे एकीकरण में विभिन्न सेवाओं का एक जगह पर उपस्थित होना तथा एक ऐसा पैकेज मददगार हो सकता है जिसमें किशोरों के लिए एचआईवी सेवाओं के तहत गर्भनिरोधक तरीकों को शामिल किया जाए।^{34,50}

इसी प्रकार, एचआईवी सेवाओं को एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों की रोज़गार ज़रूरतों को पूरा करने की आवश्यकता है। वयस्कों के लिए एचआईवी कार्यक्रमों में व्यावसायिक और जीवन कौशल का प्रशिक्षण दिया जाना आम बात है, लेकिन किशोर सेवाओं में इसकी कमी है। यह

उन किशोरों के लिए महत्वपूर्ण हो सकता है, जो अपने बच्चों की प्राथमिक देखभाल करने वाले हैं। ज़िम्बाब्वे के एक खास कार्यक्रम में एचआईवी संक्रमित किशोरों को एक समुदाय आधारित बचत एवं जीवन कौशल कार्यक्रम में शामिल किया गया था, जो उन्हें आर्थिक रूप से मज़बूत करने के अलावा उनके आत्म प्रभाविता और आत्म सम्मान को बढ़ावा मिलता है।⁵¹

दूसरा, एचआईवी कार्यक्रमों के एक हिस्से के रूप में एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों को वयस्कों की तरह अपने साथियों का नेटवर्क स्थापित करने में सहयोग दिया जाना चाहिए। इससे उनकी अपनी समस्याओं और सेवाओं की पसंद को सामाजिक रूप से साथ रखने के साथ-साथ एक-दूसरे से सहयोग करने और कलंक से उबरने की क्षमता बढ़ेगी। युगांडा में एचआईवी कार्यक्रमों में किशोरों के साथी समूहों को एक-दूसरे को परामर्श देने, एआरटी का पालन करवाने और अपने समुदायों को एचआईवी के साथ जीने के अपने अनुभव बांटकर एचआईवी के बारे में संवेदनशील बनाने के लिए लगाया जा रहा है।⁵² किशोरों की इस सामूहिक प्रभाविता में मददगार यह कदम एचआईवी सेवाओं का प्रमुख स्तंभ होना चाहिए। हाल ही में तंज़ानिया में एक रैन्डम परीक्षण से पता चला है कि जब सामाजिक परिस्थिति, नागरिकता, एचआईवी एवं व्यापक सामुदायिक मुद्दों के साथ-साथ इस बात की जानकारी हो कि ज़रूरतों का आकलन और सामूहिक कार्रवाई किस प्रकार करनी है, तो किशोर अपने समुदायों को सामूहिक रूप से जागरूक और एकजुट कर सकते हैं। वे अपने और अपने समुदाय को व्यापक सेवाएं प्रदान

करने के लिए सरकारी और गैर-सरकारी संगठनों का भी सफलतापूर्वक उपयोग कर सकते हैं।³⁷ इसलिए एचआईवी कार्यक्रमों को ऐसा मंच और अवसर प्रदान करना चाहिए जो युवाओं, उनके समुदायों और उनकी सरकारों के बीच बातचीत हो सके, जैसा कि एचआईवी के साथ जी रहे वयस्कों के साथ सफलतापूर्वक किया गया है।^{53,54} इसके विपरीत नीति निर्माताओं को यह सुनिश्चित करने के लिए कि राष्ट्रीय नीति में युवाओं में एचआईवी की रोकथाम के साथ-साथ पहले से एचआईवी संक्रमित लोगों को उचित सेवाएं प्रदान करने पर जोर दिया जाता है, एचआईवी और युवाओं से संबंधित नीतियां बनाते समय एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों की बात सुननी चाहिए।

तीसरा, एचआईवी स्थिति उजागर करने का मुद्दा है, जो किशोरों के लिए एक प्रमुख समस्या के रूप में सामने आया है। किशोर और उनके परिवारों को इस बात पर ज़्यादा नियंत्रण होना चाहिए कि उन्हें अपनी स्थिति के बारे में दूसरों को कब और कैसे बताना है। इसके लिए उजागर करने के कौशल की ज़रूरत होती है। हालांकि यह कौशल कैसे हासिल किया जाए, इस बारे में अनुभव सीमित है, दक्षिण अफ्रीका के साक्ष्यों से पता चलता है कि परिवार केंद्रित तरीका, जिनसे एचआईवी के साथ जी रहे अभिभावकों के उजागर करने के कौशल में सुधार होता है, किशोरों के लिए भी अपनाया जा सकता है।⁵⁵ किशोरों द्वारा खुद स्थिति को उजागर करने में सहायक उपायों में उनकी उभरती क्षमता, प्रभाविता और यौन एवं पारिवारिक रिश्तों को भी ध्यान में रखना चाहिए।^{56,57}

एचआईवी के साथ जी रहे किशोरों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवा हासिल हो सके, इसके लिए जरूरी है कि एचआईवी कार्यक्रम में किशोरों एवं उनके समुदायों को शामिल किया जाए ताकि एचआईवी के कलंक एवं किशोरों को स्वस्थ यौन जीवन का आनंद उठाने में रुकावट डालने वाली अन्य सांस्कृतिक बाधाओं से निपटा जा सके। हमारे अध्ययन में, एचआईवी के साथ जी रहे किशोर स्वस्थ यौन संबंध बनाने के लिए दृढ़संकल्प थे, लेकिन अक्सर सांस्कृतिक परंपराएं इसमें बाधा बन जाती हैं, जो उन्हें अपने अभिभावकों से अपने यौन संबंधों पर चर्चा से रोकती हैं। अभिभावकों और किशोरों के बीच सेक्स एवं संबंधों के बारे में बातचीत को बढ़ावा देने से किशोरों के यौन व्यवहार में मदद मिलेगी और सकारात्मक असर होंगे।^{58,59} सेक्स, यौनिकता और संबंधों के बारे में सहज तरीके से बातचीत करने के लिए अभिभावकों पर केंद्रित कार्यक्रम बनाने की जरूरत पड़ सकती है, ताकि वे अपने एचआईवी संक्रमित किशोरों से अधिक खुल कर बातचीत कर सकें, जैसा कि युगांडा में सफलतापूर्वक किया गया है।⁶⁰

चौथा, यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं को विशेष रूप से किशोर स्वास्थ्य का प्रशिक्षण दिया जाए। ज्यादातर पश्चिमी देशों के विपरीत उप-सहारा अफ्रीका में, किशोर स्वास्थ्य पर कोई विशेष प्रशिक्षण नहीं दिया जाता है।⁶¹ हालांकि, बताया गया है कि बोत्स्वाना में स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं का किशोर स्वास्थ्य पर क्षमता आधारित प्रशिक्षण प्रभावी रहा है।⁶² युगांडा में स्वास्थ्य मंत्रालय ने इसी प्रकार के क्षमता-आधारित प्रशिक्षण कार्यक्रम के माध्यम

से, एचआईवी परामर्शदाताओं के किशोर परामर्श कौशल में सफलतापूर्वक सुधार किया है। यह कार्यक्रम गैर-सरकारी संगठनों के साथ साझेदारी में लागू किया गया था, और इसकी मुख्य बात यह थी कि इसमें प्राथमिक लाभार्थियों को अपनी परामर्श जरूरतों की पहचान करने में भागीदार बनाया गया था। इसके आधार पर एक प्रोटोटाइप पाठ्यक्रम तैयार हुआ और किशोरों के मुद्दों के समाधान करने के लिए सेवा प्रदाताओं की क्षमता को मजबूत बनाया गया था।⁶³ ज़िम्बाब्वे में, स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं के प्रशिक्षण में खुद किशोरों को ही शामिल किया जाता है, जो अपने एचआईवी के साथ जीने के अनुभव और मनोवैज्ञानिक जरूरतों के बारे में बताते हैं।⁶⁴

संक्षेप में, हमारे निष्कर्षों से पता चलता है कि ज़ाम्बिया में स्वास्थ्य सेवाओं को निम्नलिखित उपायों से किशोरों के ज्यादा अनुकूल बनाया जा सकता है - (1) किशोर सेवाओं को परिभाषित करने के लिए भागीदारीपूर्ण दृष्टिकोण (2) ऐसे स्वास्थ्य सेवाप्रदाताओं की शिनाख्त, जो किशोरों की देखभाल की ज़िम्मेदारी उठा सकें और उन्हें बाल चिकित्सा से वयस्क सेवाओं की ओर ले जाने में मदद कर सकें (3) किशोर-अनुकूल सेवाएं प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की क्षमता बढ़ाना (4) एचआईवी संक्रमित किशोरों की व्यक्तिगत परिस्थितियों के साथ-साथ व्यापक सामाजिक संदर्भ, सामाजिक, आर्थिक, कलंक और अन्य सांस्कृतिक बाधाओं को संबोधित करना (और 5) एचआईवी संक्रमित किशोरों को खुद अपने लिए पैरवी करने और बदलाव के अग्रणी एजेंट बनने के लिए सशक्त करना।

आभार

हम अध्ययन में भाग लेने वाले युवाओं, अनुसंधन सहायकों और वयस्कों के आभारी हैं। हम फेबियन कैटाल्डो के भी आभारी हैं, जो अध्ययन प्रोटोकॉलका डिजाइन तैयार करने में शामिल रहे थे। अन्य लोगों के साथ-साथ हम दक्षिणी अफ्रीका एड्स ट्रस्ट सहित अनुसंधन सलाहकार समूह (हमारे अध्ययन को आर्थिक सहायता प्रदान करने वाली संस्थाओं, अंतर्राष्ट्रीय एचआईवी/एड्स एलाएंस अफ्रीका के क्षेत्रीय कार्यक्रम के माध्यम से स्वीडेन की अंतर्राष्ट्रीय विकास सहयोग एजेंसी (स्वीडिश इंटरनेशनल डेवलपमेन्ट कोऑपरेशन एजेंसी) और एविडेन्स फॉर ऐक्शन रिसर्च कन्सोर्टियम के माध्यम से यूके के अंतर्राष्ट्रीय विकास विभाग के भी आभारी हैं।

लेखक:

ए वरिष्ठ परामर्शदाता, एचआईवी एवं स्वास्थ्य प्रणालियां, इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स एलाएंस, होव, यूके।

पत्र व्यवहार: gmburu@aidsalliance.org

बी अतिथि व्याख्याता, विश्व स्वास्थ्य केंद्र (सेन्टर फॉर ग्लोबल हेल्थ), डब्लिन विश्वविद्यालय, ट्रिनिटी कॉलेज, डब्लिन, आयरलैंड (और वरिष्ठ अनुसंधन अधिकारी, इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स एलाएंस, होव, यूके)

सी वरिष्ठ परामर्शदाता, एचआईवी रोकथाम, इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स एलाएंस, होव, यूके

डी सहयोगी अधिकारी, इंस्टीट्यूशनल इफेक्टिवनेस, इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स एलाएंस, होव, यूके

ई अनुसंधन समन्वयक, एलाएंस जांबिया, लुसाका, जांबिया

एफ वरिष्ठ परामर्शदाता, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य, इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स एलाएंस, होव, यूके

जी अफ्रीकी टीम प्रमुख, इंटरनेशनल एचआईवी/एड्स एलाएंस, होव, यूके

संदर्भ

1. Ferrand R, Lowe S, Whande B, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? Bulletin of World Health Organization 2010;88(6):428-34.
2. United Nations Children's Fund. Children and AIDS: Fifth Stocktaking Report, 2010. New York: UNICEF; 2010.
3. Siziya S, Muula AS, Kazembe LN, et al. Harmful lifestyles' clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia. BMC Pediatrics 2008;8(6).
4. Ministry of Health [Zambia], Central Statistical Office [Zambia] and ORC Macro. Zambia HIV/AIDS Service Provision Assessment Survey 2005. Calverton, MD: Ministry of Health, Central Statistical Office and ORC Macro; 2006.
5. Agha S, Van Rossem R. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. Journal of Adolescent Health 2004;34(5):441-52.
6. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2011. New York: UNICEF; 2011.
7. Ferrand RA, Corbett EL, Wood R, et al. AIDS among older children and adolescents in Southern Africa: projecting the time course and magnitude of the epidemic. AIDS 2009;23(15):2039-46.

8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. We can empower young people to protect themselves from HIV. Geneva: UNAIDS; 2010.
9. UNAIDS. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Geneva: UNAIDS; 2010.
10. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379(9826):1630–40.
11. World Health Organization. Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-limited Settings: Towards Universal Access. Geneva: WHO; 2006.
12. WHO. Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change. Geneva: WHO; 2002.
13. Mahy M, Garcia-Calleja JM, Marsh KA. Trends in HIV prevalence among young people in generalised epidemics: implications for monitoring the HIV epidemic. *Sexually Transmitted Infections* 2012;88(Suppl.2):65–75.
14. National AIDS Council [Zambia]. National AIDS Strategic Framework 2011–2015. Lusaka: National AIDS Council [Zambia]; 2010.
15. Kalibala S, Mulenga D. Situation Assessment of the HIV Response Among Young People in Zambia. Geneva: UNAIDS; 2011.
16. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, et al. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health* 2002;30(1):76–86.
17. Warenaus L, Pettersson KO, Nissen E, et al. Vulnerability and sexual and reproductive health among Zambian secondary school students. *Culture, Health & Sexuality* 2007;9(5):533–44.
18. Menon A, Glazebrook C, Campain N, et al. Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV infection: implications for peer-support programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007;46(3):349–54.
19. Nachega JB, Hislop M, Nguyen H, et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in southern Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2009;51(1):65–71.
20. Nglazi MD, Kranzer K, Holele P, et al. Treatment outcomes in HIV-infected adolescents attending a community-based antiretroviral therapy clinic in South Africa. *BMC Infectious Diseases* 2012;12:21.
21. Bakeera-Kitaka S, Nabukeera-Barungi N, Nostlinger C, et al. Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *AIDS Care* 2008;20(4):426–33.
22. Koenig LJ, Pals SL, Chandwani S, et al. Sexual transmission risk behavior of adolescents with HIV acquired perinatally or through risky behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010;55(3):380–90.
23. McMillan AS, Simkiss D. The United Nations Convention on the Rights of the Child and HIV/AIDS. *Journal of Tropical Pediatrics* 2009;55(2):71–72.
24. Gruskin S, Tarantola D. Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS* 2008;22(Suppl 2):S123–32.
25. Ayres JR, Paiva V, Franca Jr I, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* 2006;96(6):1001–06.
26. Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health* 2005;95(7):1162–72.
27. Chopra M, Ford N. Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International* 2005;20(4):383–90 Te.
28. Baryamutuma R, Baingana F. Sexual, reproductive health needs and rights of young

- people with perinatallyacquired HIV in Uganda. *African Health Sciences*2011;11(2):211–18.
29. WHO, UNAIDS. Key elements in HIV/AIDS care andsupport. Geneva: WHO, UNAIDS; 2000.
 30. WHO. Integrating sexual health interventions intoreproductive health services: programme experience fromdeveloping countries. Geneva: WHO; 2005.
 31. Hodgson I, Ross J, Haamujompa C, et al. Living as anadolescent with HIV in Zambia – lived experiences,sexual health and reproductive needs. *AIDS Care*2012;24(10):1204–10.
 32. WHO. A qualitative review of psychosocial supportinterventions for young people with HIV. Geneva:WHO; 2009.
 33. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual andreproductive health for people living with HIV: anoverview of key human rights, policy and health systemsissues. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29 Suppl):4–26.
 34. Birungi H, Obare F, Mugisha JF, et al. Preventive serviceneeds of young people perinatally infected with HIVin Uganda. *AIDS Care* 2009;21(6):725–31.
 35. Binagwaho A, Fuller A, Kerry V, et al. Adolescents andthe right to health: eliminating age-related barriers toHIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care* 2012;24(7):936–42.
 36. Siu GE, Bakeera-Kitaka S, Kennedy CE, et al. HIVserostatus disclosure and livedexperiences of adolescentsat the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinicin Kampala, Uganda: a qualitative study. *AIDS Care*2012;24(5):606–11.
 37. Carlson M, Brennan RT, Earls F. Enhancing adolescentsself-efficacy and collective efficacy through publicengagement around HIV/AIDS competence: a multilevel,cluster randomized-controlled trial. *Social Science &Medicine* 2012;75(6):1078–87.
 38. Michelo C, Sandoy IF, Fylkesnes K. Marked HIVprevalence declines in higher educated young people:evidence from population-based surveys (1995–2003)in Zambia. *AIDS* 2006;20(7):1031–38.
 39. Kayeyi N, Fylkesnes K, Michelo C, et al. Decline inHIV prevalence among young women in Zambia:national-level estimates of trends mask geographicaland socio-demographic differences. *PLoS One*2012;7(4):e33652.
 40. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Globalperspectives on the sexual and reproductive healthof adolescents: patterns, prevention, and potential.*Lancet* 2007;369(9568):1220–31.
 41. Ministry of Health [Zambia]. Adolescent HIV Care andTreatment: A Training Curriculum for MultidisciplinaryHealth Care Teams. Lusaka: MOH [Zambia]; 2011.
 42. Ferrinho P, Siziya S, Goma F, et al. The human resourcefor health situation in Zambia: deficit and mal-distribution.*Human Resources for Health* 2011;9(1):30.
 43. Save the Children. So you want to involve children inresearch? Stockholm: Save the Children; 2004.
 44. World Medical Association. Declaration of Helsinki:Ethical Principles for Medical Research Involving HumanSubjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2008.
 45. Bhopal R. Concepts of Epidemiology: Integrating theIdeas, Theories, Principles and Methods of Epidemiology.2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
 46. Silverman D. Interpreting Qualitative Data: Methods forAnalyzing Talk, Text and Interaction. 2nd ed. London:Sage Publications; 2001.
 47. UN Population Fund. International Conference onPopulation and Development Programme of Action1994. www.unfpa.org/public/icpd/.
 48. UN Commission on Population and Development.(45th session, 2012) Draft Resolution on Adolescentsand Youth, E/CN.9/2012/8. www.un.org/esa/population/cpd/cpd_resolutions.html.
 49. Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly?Adolescents' preferences for

- reproductive healthservices in Kenya and Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health* 2005;9(3):51–58.
50. Birungi H, Obare F, van der Kwaak A, et al. Maternal health care utilization among HIV-positive female adolescents in Kenya. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011;37(3):143–49. doi: 10.1363/3714311.
 51. Senefeld S, Miller C, Mgugu D, et al. Self-esteem, self-efficacy and hope among vulnerable adolescents affected by HIV participating in community-based savings and lending groups in rural Nyanga district, Zimbabwe. Presented at 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 2012. Abstract No. WEAE0402.
 52. Mukasa Mbooga B, Kawuma E, Batamwita R, et al. Responding to the sexual and reproductive health needs of adolescents living with HIV and AIDS: the Mildmay Uganda experience. Paper presented at 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 2012. Abstract No. MOPE668.
 53. Hodgson I, Nakiyemba A, Seeley J, et al. Only connect – the role of PLHIV group networks in increasing the effectiveness of Ugandan HIV services. *Aids Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2012;24(11):1368–74. doi: 10.1080/09540121.2012.656568.
 54. de Souza R. Creating “communicative spaces”: a case of NGO community organizing for HIV/AIDS prevention. *Health Communication* 2009;24(8):692–702. doi: 10.1080/10410230903264006.
 55. Rochat TJ, Mkwanazi N, Bland R. Maternal HIV disclosure to HIV-uninfected children in rural South Africa: a pilot study of a family-based intervention. *BMC Public Health* 2013;13(1):147. doi: 10.1186/1471-2458-13-147.
 56. Cook R, Dickens BM. Recognizing adolescents’ ‘evolving capacities’ to exercise choice in reproductive health care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000;70(1):13–21.
 57. Wiener LS, Battles HB. Untangling the web: a close look at diagnosis disclosure among HIV-infected adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2006;38(3):307–09.
 58. Benavides Torres RA, Villarruel A, Rew L, et al. Parents’ and adolescents’ influences on Mexican adolescents’ intentions for sexual behaviors: a model building approach. Paper presented at 17th International AIDS Conference, 2008. Abstract No. WEPE0852.
 59. Miller KS, Maxwell KD, Fasula AM, et al. Pre-risk HIV-prevention paradigm shift: the feasibility and acceptability of the Parents Matter! Program in HIV risk communities. *Public Health Report* 2010;125(Suppl.1):38–46.
 60. Kisaakye VNK, Nyombi J, Nakalawa L. Designing interventions for parents/guardians of HIV perinatally infected adolescents in Uganda. Presented at 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Cape Town, 2005. Abstract No. WEPED200.
 61. Stefan C, van der Merwe PL. Treating adolescents in South Africa: time for adolescent medicine units? *South African Medical Journal* 2008;98(3):184–85, 187.
 62. Lowenthal ED, Szalda D, Harari N, et al. Relationship of training to self-reported competency and care of adolescents in an African health care setting. *Journal of Adolescent Health* 2011;49(4):431–33.
 63. Chimulwa TN, Nyombi JK, Birungi J. Evaluation of strengthening HIV counselor training (SCOT) project in Uganda: successes and lessons learnt. Paper presented at HIV Capacity Building Summit, Nairobi, 2011. www.hivcapacityforum.org/userfiles/Chimulwa%20T.pdf.
 64. Gamanya G. Improving the quality of care for adolescents living with HIV/AIDS by introducing psychosocial support services at Beatrice Road Infectious Disease Hospital Opportunistic Infections and Antiretroviral Therapy clinic in Harare, Zimbabwe. Paper presented at 18th International AIDS Conference, Vienna, 2010. Abstract No. TUPE0832.

ब्राज़ील के नोवो हैमबर्गों में प्राथमिक स्कूलों के अध्यापकों की नज़रों में यौन शिक्षा

डेनिस क्वारेस्मा डा सिल्वा^क, औस्कर उलाओ गुएरा^ख, क्रिस्टीना स्परलिंग^ग

सारांश:

यौन शिक्षा को सन 1996 से ब्राज़ील के शिक्षा मंत्रालय द्वारा प्राथमिक स्कूलों के राष्ट्रीय पाठ्यक्रम में एक क्रॉसकटिंग विषय के रूप में शामिल किया गया था, जिसे प्राथमिक और उच्च स्कूल के हर विषय के पाठ्यक्रम के साथ जोड़ा जाना चाहिए। यह लेख इस नीति को लागू करने के बारे में नोवो हैमबर्गों के प्राथमिक स्कूलों से 82 शिक्षकों के साथ जनवरी 2011 से अप्रैल 2012 के इंटरव्यू पर आधारित रिसर्च को प्रस्तुत करता है। हमने यह देखा कि इनमें से किसी भी स्कूल में यौन शिक्षा को एक क्रॉसकटिंग विषय के रूप में नहीं पढ़ाया जा रहा था और इन्हें ज्यादातर प्रजनन अंगों, प्रजनन, गर्भावस्था और गर्भनिरोधकों के ऊपर चिकित्सा पाठ के रूप में पढ़ाया जा रहा था। यौन स्वास्थ्य, रिश्तों और गैर विषमलैंगिक यौन संबंधों और रिश्तों को अनदेखा किया जा रहा था। यौन शिक्षा को असामान्य या अनैतिक माने जाने वाले यौन व्यवहारों और पहचानों को सुधारने और नियंत्रित करने के लिए भी एक संभावित साधन माना गया। हमारी यह सिफारिश है कि राष्ट्रीय पाठ्यक्रम की संस्तुतियों को लागू करने के लिए और अधिक चर्चाओं की ज़रूरत है। हम ऐसे शैक्षणिक पाठ्यक्रम की माँग कर रहे हैं जो शिक्षकों को यौन शिक्षा पर सैद्धांतिक और प्रणाली संबंधी प्रशिक्षण दे और शैक्षणिक संस्थाओं के परिषद को यौन शिक्षा को एक विषय के रूप में प्राथमिकता देने की अनुशंसा करते हैं। आखिर में हमारा सुझाव है कि हर स्कूल स्थानीय यौन संबंधी समस्याओं का निरीक्षण करे और उसके निष्कर्ष के आधार पर वह एक शैक्षणिक प्रस्ताव दें कि वे जो विषय पढ़ाते हैं उनमें यौन शिक्षा को कैसे शामिल किया जा सकता है। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: यौन शिक्षा, स्कूल, धारणा, यौनिकता, जेन्डर, ब्राज़ील

निश्चित रूप से, किशोरी गर्भावस्था विश्व भर में चिंता का विषय है। संयुक्त राष्ट्र के मलेनियम डेवलपमेंट गोल का पाँचवां लक्ष्य, जो मातृ स्वास्थ्य में सुधार को संबोधित करता है, किशोरी गर्भावस्था को घटाने की ज़रूरत पर जोर देता है क्योंकि इसका शिशु मृत्यु दर के साथ गहरा संबंध है।¹

ब्राज़ीलियन इन्सटीट्यूट ऑफ ज्योग्राफी एंड स्टैटिस्टिक्स के द्वारा आंकड़ों के विश्लेषण ने दिखाया कि ब्राज़ील में कन्डोम के इस्तेमाल के लिए अभियानों और गर्भनिरोधक साधनों तक बेहतर पहुंच के बावजूद, पिछले दस सालों में किशोरी गर्भावस्था की दर में बहुत कम कटौती हुई है।² और साथ ही, एक खास प्रचलन देखा गया, जिसमें 10 से 14 साल के बीच की उम्र की किशोरियों में गर्भावस्था के बढ़ते आंकड़े दिखे। 1998 से 2008 तक 10 से 14 साल के बीच की उम्र की किशोरियों के गर्भावस्था की संख्या 16,000 से बढ़ कर 22,000 हो गई। यह प्रचलन ज़्यादातर गरीब और निचले सामाजिक और आर्थिक तपके की लड़कियों में ज़्यादा देखा गया है, हालांकि मध्य और ऊपरी वर्ग की लड़कियों में भी यह देखा गया है।⁴

2008 में किए गए एक राष्ट्रीय अध्ययन के अनुसार, राष्ट्रीय स्तर पर दस में से एक छात्रा 15 साल की उम्र से पहले गर्भवती हो गयीं और लगभग 75 प्रतिशत किशोरी माताओं ने स्कूल छोड़ दिए। देश के उत्तर और उत्तर पूर्वी क्षेत्र में किशोरी गर्भावस्था की समस्या ज़्यादा परेशान करने वाली है, जहाँ 2009 में 10 से 19 वर्ष उम्र की किशोरी लड़कियों के द्वारा जन्मे बच्चों

की संख्या सभी जन्मे बच्चों की संख्या का 22 प्रतिशत हिस्सा है, वहीं यह अनुपात बाकी देश के लिए सिर्फ 17 प्रतिशत है।⁵

2010 में ब्राज़ील के नोवो हैमबर्गो में, जहाँ इस लेख में दर्ज़ किया गया अध्ययन किया गया, किशोरी माताओं द्वारा जन्मे बच्चों का अनुपात 17 प्रतिशत है।⁶ 2007 में जब नोवो हैमबर्गो में किशोरी माताओं के साथ इंटरव्यू किया गया तो यह पता चला कि यौनिकता, गर्भधारण ओर गर्भनिरोध से जुड़े विषयों पर अक्सर उन लड़कियों के घरों में बात नहीं होती है।⁷

इस क्षेत्र में 2010 में एक और अध्ययन, पोर्तो एलेग्रे के एक उच्च स्कूल में हुआ था। उसमें भी यह बात सामने आई थी कि युवाओं के साथ यौनिकता के मुद्दे पर बात करने में परेशानी होती है। स्कूल के शौचालयों में बनाए गए ग्राफिटी चित्रों की तस्वीरें लेकर उनका अध्ययन किया गया। इसमें यह देखा गया कि उच्च स्कूल के शौचालयों में छात्र/छात्रा जो संदेश या चित्र छोड़ कर जा रहे थे, वे यौनिकता के बारे में उनकी धारणाओं और चिंताओं, जैसे कि विषमलैंगिकता, समलैंगिकता और ट्रांसजेन्डर लोगों को दर्शाते हैं। हैरानी की बात है कि यौनिकता के ऐसे प्रकारों की निंदा नहीं की गई थी, बल्कि इन चित्रों को बनाने वाले या वे लोग जो इन चित्रों और संदेशों को देख समझ कर उन पर टिप्पणी कर रहे थे, उन्होंने एक तरह से इन्हें स्वीकार कर लिया था। इस अध्ययन का यह निष्कर्ष था कि इन शौचालयों की दीवारों पर बनाई गई तस्वीरों और लेखन ने ऐसे विषयों को जगह दी, जिनकी चर्चा कहीं और नहीं की जा सकती थी। इस अध्ययन ने यह

पक्ष रखा कि छात्रों/छात्राओं की यौनिकता संबंधित जरूरतों और चिंताओं को स्कूल के अधिकारियों और शिक्षकों द्वारा संबोधित नहीं किया जा रहा था, कम से कम पूरी तरह से तो नहीं। और इन चित्रों के कारण यौनिकता के उन विभिन्न पहलुओं के बारे में कक्षा में चर्चा की एक बहुत बड़ी संभावना देखी गयी, जिनको अनदेखा किया गया था।⁸

इसलिए, तब हमने तय किया कि हम यह पता लगाने की कोशिश करेंगे कि नोवो हैमबर्गों के स्कूलों में यौन शिक्षा कैसे और किसके द्वारा प्रदान की जा रही है। कई सवाल सामने आए: जब यौन शिक्षा की बात आती है तो स्कूलों में क्या होता है? इसकी योजना कौन बनाता है, आयोजन कौन करता है और इसे पढ़ाता कौन है? इसके क्रियान्वयन के पीछे क्या उद्देश्य हैं? किन मुद्दों पर चर्चा होती है, किन मुद्दों पर चर्चा नहीं होती है और क्यों?

इन सवालों ने फीवेल युनिवर्सिटी द्वारा प्रायोजित “*बॉडीज़, प्लेसेस एंड डेस्टीनेशनस: एन अनेलिसिस ऑफ़ सेक्स एजुकेशन (शरीर, जगह और गंतव्य: यौन शिक्षा का एक विश्लेषण)*” परियोजना की नींव रखी, जिसने जनवरी 2011 से नोवो हैमबर्गों; प्राथमिक स्कूल में पहले से नौवें साल, 6 से 14 साल उम्र शामिल है; उच्च स्कूल के अंतर्गत, दसवें से बारहवें साल, उम्र 15 से 17 साल; शहर के सरकारी प्राथमिक स्कूलों में यौन शिक्षा पर शोध करने में मदद की है।

ब्राज़ील में यौन शिक्षा

दिसंबर 1996 में राष्ट्रीय कांग्रेस द्वारा राष्ट्रीय पाठ्यक्रम मापदंड स्थापित किए गए थे। इनका

उद्देश्य था देश के हर स्कूल के पाठ्यक्रम की विषय वस्तु को साल के अनुसार नियंत्रित करना और देश के सारे स्कूलों के लिए अनिवार्य क्रॉसकटिंग विषयों को निर्धारित करना। इस पाठ्यक्रम में यौन शिक्षा को ब्राज़ील के हर प्राथमिक और उच्च स्कूल के पाठ्यक्रम और पाठ्यक्रम के अतिरिक्त गतिविधियों का हिस्सा बनाया जाता। यह स्कूलों में एक अलग विषय नहीं बल्कि एक अनिवार्य विषय था, जिसके बारे में दो पद्धतियों से चर्चा की जानी थी- एक, आम तौर पर की जाने वाली गतिविधियों के अंतर्गत, जिसमें कक्षा के अंदर की गतिविधियां और पाठ्यक्रम के अलावा किए जाने वाले प्रोजेक्ट, गोष्ठियां और कार्यशालाएं शामिल हैं। दूसरा, अनायास रूप से जब भी यौनिकता से जुड़ा कोई मुद्दा आता हो।⁸

राष्ट्रीय पाठ्यक्रम ने इस बात पर जोर डाला कि यौन शिक्षा के उन प्रतिरूपों को छोड़ना होगा जो भेदभाव और बहिष्कार को बढ़ावा देते हैं ताकि यौनिक सहनशीलता और समावेश के लिए जगह बनाई जा सके। उदाहरण के लिए, पाठ्यक्रम को ऐसे आयोजित किया जाना चाहिए कि छात्र/छात्रा निम्नलिखित बातें कर सकें:

- यौनिकता से जुड़े मूल्यों, मान्यताओं और व्यवहारों की विविधता का सम्मान करना और विभिन्न प्रकार के यौन आकर्षणों को पहचानना और उनका सम्मान करना;
- आनंद की खोज को एक अधिकार जैसे समझें;
- यौनिकता से जुड़ी हुई पाबंदियों और पूर्व-धारणाओं के बारे में सोचें, भेदभाव वाले व्यवहारों से दूर रहें;

- सामाजिक संरचना के अंतर्गत महिलाओं और पुरुषों को दिए गए जेंडर लक्षणों को एक सांस्कृतिक समझ के रूप में पहचानें;
- एचआईवी के साथ जी रहे लोगों और यौन संचरित संक्रमण और एचआईवी की रोकथाम व उपचार के लिए चलाए जा रहे सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को सहयोग दें;
- सुरक्षित यौन संबंधों के बारे में जागरूक रहें और यौन संचरित और एचआईवी संक्रमण को रोकने के लिए उन्हें अपनाएं;
- जानें कि अनचाहे गर्भधारण को कैसे रोका जा सकता है, कहां से सलाह लें और गर्भनिरोधक साधनों का प्रयोग करें।⁸

राष्ट्रीय पाठ्यक्रम न सिर्फ इसलिए महत्वपूर्ण है कि इसने यौन शिक्षा को स्कूलों में एक अनिवार्य और क्रॉसकटिंग विषय का रूप दिया, बल्कि इसलिए भी कि इसकी नियत विषय वस्तु ब्राजील की नारीवादी और समलैंगिक महिलाओं, समलैंगिक पुरुषों, द्विलिंगी और एलजीबीटी आंदोलन की मांगों को सहमति देती है, जिन्होंने पदक्रम, विनियमन और बहिष्कार की निंदा की है और जो कई मौकों पर यौन शिक्षा की कक्षा में स्थापित किए गए और दोबारा सामने लाए गए हैं।⁹

दुर्भाग्य से, इसके साथ साथ अध्यापकों को तैयार करने की प्रक्रिया नहीं चली, जैसा कि अन्य क्रॉसकटिंग विषयों के समय किया गया, जैसे कि पर्यावरण के मुद्दों के समय। और विश्वस्कूलों की शिक्षा के पाठ्यक्रम में भी कोई खास बदलाव नहीं हुआ, जिससे यह सुनिश्चित किया जा सकता था कि नए शिक्षक यौन शिक्षा पढ़ाने के लिए तैयार

हों, जिसमें यौनिक विविधता के साथ कई सारे अन्य मुद्दे भी शामिल हों।¹⁰

सैद्धांतिक और प्रणाली संबंधित मुद्दों को सहयोग देने वाले कार्यक्रम इसलिए बनाए गए जिससे कि शिक्षकों को यौन शिक्षा के विभिन्न विषयों को संबोधित करने में मदद हो। लेकिन कई मौकों पर ऐसे कार्यक्रमों पर ऐसे धार्मिक समूहों ने आक्रमण किया है जिनकी देश के निर्णय-तंत्र के हर स्तर पर राजनैतिक पकड़ है। उदाहरण के लिए, 2008 में स्वास्थ्य और शिक्षा मंत्रालय ने *एस्कोला सेम होमोफोबिया* (समलैंगिक लोगों के अकारण भय से मुक्त स्कूल) नाम की परियोजना चलाई क्योंकि शिक्षकों को इस विषय पर चर्चा करने में कई दिक्कतें आ रही थीं। वर्ष 2003 के एक राष्ट्रीय शोध, जो स्कूलों में होमोफोबिया के फैलाव के ऊपर केंद्रित था, और अन्य शोधों के परिणामों के आधार पर यह पाया गया कि स्कूलों के 99 प्रतिशत छात्र/छात्राओं ने एलजीबीटी समुदाय के प्रति किसी न किसी प्रकार के बहिष्कार को स्वीकारा और कि ब्राजील में होमोफोबिया के कारण हर दो दिन में एक व्यक्ति की हत्या की जाती है। इस परियोजना को 19 लाख ब्राजीली हेयाइस, मतलब 39 लाख डॉलर मिला। शिक्षण कर्मचारियों को यौन शिक्षा में प्रशिक्षित करने के लिए कई सारी सामग्री तैयार की गई, जिसे 2012 में 6000 उच्च विद्यालयों में, मतलब लगभग देश के 23 प्रतिशत उच्च स्कूलों में बांटना था। उस सामग्री में एक ब्रोशर/विवरण पुस्तिका है, जिसमें दिशा निर्देश और यौनिकता की अवधारणाएं हैं, और स्कूल के प्रधान अध्यापक के लिए एक ज्ञापन पत्र, और बांटने के लिए पोस्टर, छात्र/

छात्राओं के लिए छह पत्रिकाएं और पाँच छोटी फिल्में शामिल हैं।¹¹

जो पाँच छोटी फिल्में थीं वे इकोस समूह (यौनिकता में संवाद) से सहयोग प्राप्त, कई गैर सरकारी संगठनों द्वारा प्रमाणित की गयी थीं। 2010 में इनमें से दो फिल्मों को उनके औपचारिक प्रस्तुतिकरण से पहले इन्टरनेट पर डाल दिया गया था और राष्ट्रीय कांग्रेस के तथाकथित एवेंजलिकल पार्लियामेंटरी फ्रंट से काफी निंदा हुई और उन्होंने मई 2011 में धमकी दी कि जब तक राष्ट्रीय कांग्रेस इस सामग्री के उत्पादन पर रोक नहीं लगा देगी, तब तक वे सरकारी दल के सारे प्रस्तावों के खिलाफ अपना मत देंगे। उन्होंने इस परियोजना को 'गे किट' कहा और शिक्षा मंत्रालय पर यह आरोप लगाया कि वे सारे स्कूलों को समलैंगिक लोगों को तैयार करने वाली संस्थाएं बनाकर परिवारों को नष्ट कर, द्विलैंगिकता को बढ़ावा देना चाहते हैं।

जो दो फिल्में इन्टरनेट पर डाली गयी थीं, उनका नाम है *मेडो डे क्वे* (क्या आप डरे हुए हो) और *एनकॉन्ट्रैन्डो बियान्का* (बियान्का की खोज)। पहली फिल्म एक किशोर लड़के की कहानी सुनाती है जो अपनी कक्षा के एक लड़के में रुचि रखता है। इस फिल्म में पुरुष समलैंगिकों के खिलाफ आक्रामक दृश्य भी दिखाए गए हैं। दूसरी कहानी एक हिजड़ा किशोर युवा के अनुभवों के बारे में है।

बाकि तीन फिल्में थीं *प्रोबैबिलाडे* (संभावना), एक ऐसे लड़के की कहानी जो लड़कों और लड़कियों दोनों की ओर आकर्षित होता है, *टोपीडो* (टोपीडो), एक ऐसे जोड़े की कहानी जिसमें दोनों लड़कियां हैं और *बोनीका ना मोचिला* (बस्ते में

गुड़िया), ऐसी माँ की चिंता को दर्शाती है जिसे यह पता चला है कि उसके बेटे को गुड़ियों से खेलना अच्छा लगता है। इन पांचों फिल्मों में एक मुख्य विषय है, यौनिक विविधता का सम्मान और एलजीबीटी समुदाय को लेकर मौजूदा पूर्वाग्रहों पर सवाल उठाना।¹²

लेना फ्रैंको, जो उन सामग्री के लेखकों में एक हैं, उनके अनुसार उस सामग्री में कई अन्य विषय भी शामिल थे, जिसमें विषमलैंगिक होने के कायदे के ज़बरदस्ती थोपे जाने पर चर्चा थी और ब्राज़ील में एलजीबीटी आंदोलन का इतिहास और मानव अधिकार के साथ साथ अन्य मुद्दे, जैसे किशोरी गर्भधारण, प्रेम, हस्तमैथुन, यौनिक और घरेलू हिंसा और यौन संक्रमित बीमारियों और एचआईवी की रोकथाम।¹³

लेकिन राष्ट्रीय कांग्रेस के एवेंजलिकल पार्लियामेंटरी फ्रंट के दबाव के कारण, 2011 मई में ब्राज़ील के राष्ट्रपति, दिलमा रुसेफ को इस परियोजना को रद्द करना पड़ा। स्वास्थ्य और शिक्षा मंत्रालय को इस परियोजना के सभी कार्यों पर रोक लगाने को कहा गया और निम्नलिखित संदेश ब्राज़ील के एक जाने माने समाचार पत्र में प्रकाशित किया गया: 'इस बुधवार को धार्मिक वर्ग के प्रतिनिधियों के साथ की गई बैठक के बाद केंद्रीय सरकार ने यह तय किया है कि होमोफोबिया के मुद्दे पर जो भी सामग्री स्वास्थ्य और शिक्षा मंत्रालय द्वारा बनाई जा रही थी, उसे रोक दिया गया है।'¹⁴

दिलमा रुसेफ के इस निर्णय की किसी को आशा नहीं थी, खास तौर पर इसलिए क्योंकि उसी महीने की शुरुआत में केंद्रीय सर्वोच्च न्यायालय

ने सर्वसहमति से समलैंगिक जोड़ियों की कानूनी शादी की पाँच याचिकाओं को अनुमोदित किया था और राष्ट्रीय कांग्रेस की मानव अधिकार व सहभागी कानून पर बनी समिति ने एक विधेयक के पक्ष में अपना मत दिया था, जिसमें ब्राज़ीली नागरिक संहिता में समलैंगिक रिश्तों को मान्यता देने का प्रस्ताव रखा गया था।

मतलब, विडंबना ऐसी कि एक परियोजना, जो शिक्षकों को यौन शिक्षा की मदद से होमोफोबिया के खिलाफ लड़ने में मदद कर सकती थी, उसे एक होमोफोबिक राजनैतिक समूह के दबाव में आकर रोक दिया गया।

समलैंगिक महिलाओं, समलैंगिक पुरुषों, बाईसेक्शुअल लोगों, हिजड़ा और ट्रांसजेंडर लोगों के ब्राज़ीली संघ (एबीजीएलटी) ने अन्य नागरिक संस्थाओं, जैसे ब्राज़ीलियन आर्टिकुलेशन ऑफ लेस्बियन्स (एबीएल) और नैशनल आर्टिकुलेशन ऑफ ट्रांसवर्साइट्स एंड ट्रांसजेंडर्स (एनटीआरए) के साथ मिलकर इस निर्णय की सार्वजनिक रूप से निंदा की और विरोध किया और इस परियोजना को रोकने को एक राजनैतिक सौदेबाज़ी का साधन बताया। यह इसलिए था क्योंकि एवानजेलिकल पार्लियामेंट फ्रंट ने इस बात की सहमति दी थी कि अगर 'होमोफोबिया मुक्त स्कूल' की सामग्री बनाने को रद्द कर दिया जाएगा, तो वे राष्ट्रपति के सेना प्रमुख एंटोनियो पालोची की संपत्ति की जांच करने की याचिका का समर्थन नहीं करेंगे।¹⁵

पर यह 'सौदेबाज़ी' पूरी कहानी नहीं है। इसमें जो प्रतिवाद हैं, वे इस तथ्य को उजागर करते हैं कि यौन शिक्षा सामाजिक का एक विवादित क्षेत्र है, जहां यौनिक पहचानों और प्रथाओं को जायज़ या

नाजायज़ करार दिया जा सकता है। इस मायने में, यौन शिक्षा खुद, किशोरी गर्भधारण और यौन संक्रमण के रोकथाम जैसे विशिष्ट विषयों से कहीं ज़्यादा महत्वपूर्ण है और उससे ज़्यादा संगत है, क्योंकि इसके माध्यम से कुछ ज़रूरी संदेश दिए जा रहे हैं— यौनिक और जेंडर पहचान के बारे में, समावेश बनाम बहिष्कार के परिणाम, भेदभाव बनाम मान्यता, और सामान्यता बनाम असामान्यता।

कई संस्थाओं और समूहों की रुचि, सजगता और चिंता इस बात से है कि यौनिकता के बारे में स्कूलों में क्या बोला, किया और संचरित किया जाता है, इसीलिए यह ज़रूरी है कि अध्यापन शास्त्र की ऐसी प्रथाओं पर सवाल उठाएँ जो असमानता को बढ़ावा देती हैं और स्कूलों को एक ऐसे स्थान के रूप में मान्यता मिले, जहां सम्मान और समावेश को बढ़ावा मिलता है।¹⁶

इस संदर्भ में, इस लेख में यौन शिक्षा नीति के राष्ट्रीय पाठ्यक्रम क्रियान्वयन के विषय पर ब्राज़ील के नोवो हैमबर्गो के 56 प्राथमिक स्कूलों के 82 शिक्षकों के साथ, जनवरी 2011 से अप्रैल 2012 के बीच किए गए इंटरव्यू पर आधारित शोध को प्रस्तुत करता है। इन 56 स्कूलों में से 49 शहरी क्षेत्र में और 7 ग्रामीण क्षेत्र में स्थित थे।

2,40,000 निवासियों वाले नोवो हैमबर्गो शहर को आर्थिक रूप से संपन्न माना जाता है। इसकी स्थापना 1927 में जर्मन अप्रवासियों ने की थी, जैसा कि दक्षिण ब्राज़ील के कई शहर बसे जहां जर्मन संस्कृति अभी भी बहुत प्रभावशाली है और जर्मन भाषा कई स्कूलों के पाठ्यक्रम का हिस्सा है। धर्म ने ऐतिहासिक रूप से इस शहर में जगह बनाई है, जहां एवांजेलिकल और कैथोलिक धर्म व्यापक रूप से विद्यमान हैं।

प्रक्रिया

जिन 82 शिक्षकों के साथ इंटरव्यू किया गया, वे नोवो हैमबर्गो के टाउन हॉल के मानव संसाधन विभाग में पंजिकृत शिक्षकों के लगभग 30 प्रतिशत थे। टेबल 1 में उनके विशिष्ट गुणों का सार दिखाया गया है। शिक्षकों के चुनाव का मापदंड था इस शोध के साथ जुड़ने की और सहयोग करने की उनकी इच्छा। मार्च 2011 के आधे महीने में इस परियोजना का सार सभी स्कूलों के शिक्षकों में बांटा गया था और उनसे कहा गया कि अगर उनकी रुचि है, तो वे अपनी उपलब्धता स्कूल के बोर्ड को बताएं। उसके अगले सप्ताह में उन शिक्षकों के नाम की सूची बनाई गयी जिन्होंने रुचि दिखाई। उनके इंटरव्यू और समीक्षा का काम अप्रैल 2011 और 2012 के शुरुआती महीनों में किया गया।

हमने मात्रात्मक और गुणात्मक प्रक्रियाओं के मिश्रण का प्रयोग किया। शिक्षकों की यौन शिक्षा के बारे में समझ, यौन शिक्षा की एक क्रॉसकटिंग विषय के रूप में समझ, स्कूल के विषय जिनमें यौन शिक्षा को लाया जा सकता है, और यौन शिक्षा में जेंडर और यौनिकता की धारणा को कैसे सामने लाया जाता है, इन बातों को जानने के लिए ढांचाबद्ध (सेमी स्ट्रक्चर्ड) इंटरव्यू किए गए। परियोजना में भाग लेने वाले तीन इन्टर्न्स द्वारा इन इंटरव्यूओं को रिकॉर्ड किया गया और इनका प्रतिलेखन किया गया।

इन इंटरव्यू की समीक्षा सामूहिक पात्रों के संवाद विश्लेषण तकनीक से की गई जो ब्राज़ील में बनाई और प्रमाणित की गई।¹⁷ यह तकनीक हमें किसी भी संवाद को सवाल दर सवाल समझने में मदद करती है। पहले, इंटरव्यू के हर सवाल

टेबल 1. जिन शिक्षकों के साथ इंटरव्यू हुआ उनके विशिष्ट गुणों की सूची (संख्या = 82)

लिंग	संख्या
महिला	74
पुरुष	8
उम्र (साल में)	
20-30	13
30-40	21
40-50	43
50-60	5
जिन कक्षाओं को वे पढ़ा रहे थे	
साक्षरता कक्षा (उम्र 6 साल)	5
पहले और दूसरे साल (उम्र 7-8 साल)	7
तीसरी और चौथी कक्षा (उम्र 9-10 साल)	14
पाँचवी और छठी कक्षा (उम्र 11-12 साल)	35
सातवीं और आठवीं कक्षा (उम्र 13-14 साल)	21

के जवाबों को पहचाना गया। उसके बाद एक जैसे जवाबों को एक समूह में एक के बाद एक करके एक अनुच्छेद में रखा गया। फिर उन वाक्यों को हटाया गया जो बार बार दोहराए जा रहे थे, जिससे अलग अलग जवाबों का एक अनुच्छेद बन गया, जो इंटरव्यू देने वाले लोगों के विचारों की एक सामूहिक सोच को दर्शा रहा था। फिर उस समूह के जवाबों की केंद्रीय सोच को निकाला गया, जो उस समूह के जवाबों के मूल विचारों को दर्शाती हो, जिसे पढ़ने से लगता है कि सिर्फ एक ही व्यक्ति सारे समूह के विचारों को व्यक्त कर रहा है।

इस डीसीएस तकनीक का एक पहलू मात्रात्मक भी है, क्योंकि इसमें कुल उत्तर देने वाले लोगों के संबंध में सामूहिक संवादों के मात्रात्मक समावेश को भी देखना होता है। इसलिए प्रतिशत को मापना बहुत जरूरी है, जिससे कि यह पता चल सके कि इस सामूहिक सोच को कितने उत्तर देने वाले लोगों ने अंश दिया है।

निष्कर्ष: संवाद विश्लेषण और चर्चा आप यौन शिक्षा से क्या समझते हैं?

शिक्षक यौन शिक्षा से क्या समझते हैं, इस सवाल के जवाब में, सामूहिक संवाद के मूल विचार और इसे कहने वाले शिक्षकों के प्रतिशत इस प्रकार हैं: रोकथाम और शरीर की देखभाल के बारे में बात करने वाले (73.2 प्रतिशत), यौनिकता के बारे में छात्रों/छात्राओं की जिज्ञासा का संतोषजनक जवाब दिया (14.6 प्रतिशत), और नैतिक चिंताओं के बारे में बात करने वाले (12.2 प्रतिशत)।

सामूहिक संवाद में रोकथाम और शरीर की देखभाल को इस तरह से परिभाषित किया गया:

यौन शिक्षा का मतलब है शरीर और उसके अंगों के बारे में बात करना और जानना कि उनकी रक्षा कैसे की जाए। यौन संचरित संक्रमण की रोकथाम। किशोरी गर्भधारण को कैसे रोकें? गर्भनिरोध के तरीकों के बारे में समझाना। माहवारी, हस्तमैथुन और प्रजनन के बारे में बात करना। कंडोम के महत्व के बारे में बात करना और सेक्स और प्रजनन अंगों के बारे में भी बात करना।

हमारा यह विश्लेषण है कि शिक्षक शरीर को समझने और बीमारियों और किशोरी गर्भधारण रोकने को सबसे ज्यादा महत्व देते हैं, जो राष्ट्रीय पाठ्यक्रम के मूल विषय थे और स्थानीय रूप से प्रासंगिक भी हैं। लेकिन, इन मुद्दों के महत्वपूर्ण होने पर काफी हद तक सहमति होने के बाद भी इसका मतलब यह नहीं है, कि इन विषयों पर स्कूलों में व्यापक रूप से या व्यवस्थित रूप से चर्चा होती है।

यौन शिक्षा का एक क्रॉसकटिंग विषय के रूप में मतलब

दूसरे सवाल, मतलब यौन शिक्षा को एक क्रॉसकटिंग विषय समझने का क्या मतलब है, के जवाब में जिन मूल विचारों के बारे में बात की गई, वे थे: इसके बारे में तब चर्चा करें जब छात्र/छात्राओं की रुचि हो (67.4 प्रतिशत) और इसकी स्कूल में पढ़ाये जाने वाले हर विषय के साथ चर्चा करें (21.8 प्रतिशत)। बाकी 10.8 प्रतिशत शिक्षकों ने इस सवाल को टाल दिया। इस विषय पर छात्र/छात्राओं की रुचि के आधार पर चर्चा

करने के संबंध में सामूहिक संवाद इस प्रकार था:

इसका कोई नियम नहीं है, ऐसा नहीं है कि आप ठान लें कि 'अच्छा ठीक है अब मुझे आप लोगों को यौन शिक्षा के बारे में सिखाना है।' आप उन चीजों के बारे में बात नहीं कर सकते जिनके बारे में उन्हें रुचि नहीं है। एक क्रॉसकटिंग दृष्टिकोण का मतलब है, कि आपको उस विषय को एक संस्थागत तरीके से नहीं पढ़ाना है, हर शिक्षक यौन शिक्षा के लिए उचित समय का खुद चुनाव करेंगे। मैंने कभी भी इसके बारे में चर्चा करने की योजना नहीं बनाई है, जब कोई संदेह या सवाल आता है तो हम इसके बारे में चर्चा करते हैं। हम इस विषय को छात्रों/छात्राओं के रुचि के अनुरूप लेते हैं। यह एक समस्याप्रद विषय है और कहते हैं कि सोते हुए कुब्जों को जगाना नहीं चाहिए। आपको उनके सवालों का अनुमान लगाकर ज़रूरत से ज़्यादा बात नहीं करना चाहिए। पर उनके सवाल खाली भी नहीं जाने चाहिए, भले ही उनकी जो भी उम्र हो, उनके सवालों के जवाब मिलने चाहिए। उम्र में सबसे छोटे बच्चों को आप तभी संबोधित करें जब वे सवाल पूछते हैं, नहीं तो कोई ज़रूरत नहीं है। आप इसे थोप नहीं सकते और आपको हमेशा उनकी बात करने की ज़रूरत को ध्यान में रखना होगा।

इस दृष्टिकोण से, यौन शिक्षा को पाठ नियोजन का हिस्सा नहीं होना चाहिए और यह एक उत्तरदायी कार्यवाही के रूप में रह गया है। इसलिए छात्र/ छात्राओं की ज़रूरतों और समस्याओं का एक नैदानिक मूल्यांकन करना कठिन है। यौन शिक्षा के माध्यम से कौन सा दृष्टिकोण दिया जा रहा है, या कौन से मूल्यों को बढ़ावा मिल रहा

है, या छात्र/छात्राओं को यह कैसे प्रभावित कर रहा है, इसका विश्लेषण करने की क्षमता इस ढांचे के बाहर है। संक्षेप में, कम से कम इस अध्ययन में जिन शिक्षकों के साथ इंटरव्यू किया गया, उनमें से ज़्यादातर शिक्षकों के स्कूलों में यह धारणा कि यौन शिक्षा एक क्रॉसकटिंग विषय है, अभी तक वास्तविकता नहीं बनी है।

यह संवाद शिक्षा की ज़िम्मेदारी को दूसरों पर डाल देता है, क्योंकि शिक्षकों को एक तरह की छूट है कि जब तक छात्र/छात्राएं इस विषय के बारे में पूछते नहीं हैं, तब तक यौन शिक्षा के बारे में बात करने की ज़रूरत नहीं है। यह जवाब छात्र/छात्राओं के परिवार के नियन्त्रण से काफी करीब से जुड़ा हो सकता है। जिन शिक्षकों के साथ इंटरव्यू किये गए, उनमें से 54 प्रतिशत ने कहा कि कई मौकों पर उन्हें ऐसे माता-पिता के साथ निपटना पड़ता है, जो यौनिकता को स्कूलों में पढ़ाए जाने का विरोध करते हैं और ऐसा मानते हैं कि सेक्स और रिश्तों के बारे में बात करने की ज़िम्मेदारी सिर्फ परिवार की है। इन इंटरव्यूओं से हमें यह भी जानने को मिला कि दस स्कूलों में यौन शिक्षा गतिविधियों के ऊपर सवाल करते हुए माता-पिता की ओर से शिकायतें आईं। उनका तर्क था कि यह समझाना कि कंडोम कैसे इस्तेमाल करते हैं, उसे अश्लील माना जा सकता है।

यौन शिक्षा को अच्छे से लागू करने में एक और बाधा आती है, वह है प्रशिक्षण की कमी। 84 प्रतिशत शिक्षकों ने कहा कि उन्हें यौन शिक्षा प्रदान करने में दिक्कतें आ रही हैं और इस क्षेत्र में उनको कोई भी औपचारिक प्रशिक्षण नहीं मिला है। यह तथ्य नोवो हैमबर्गों के पास के एक शहर

कनोआस में 2012 में प्राथमिक स्कूल के शिक्षकों के साथ किए गए एक अन्य अध्ययन से भी निकल कर आया था।¹⁰

स्कूल के वे विषय जिनमें यौन शिक्षा पढ़ाई जाती है

हमें उम्मीद थी कि यौन शिक्षा के प्रति एक क्रॉसकटिंग दृष्टिकोण उसे विज्ञान के पारंपरिक दृष्टिकोण के घेरे से बाहर ले जाएगा। हालांकि इस दृष्टिकोण की जड़ें अभी भी बहुत गहरी हैं। जब पूछा गया कि स्कूल के किस विषय में यौन शिक्षा का विषय पढ़ाया जाता है, तो 51 प्रतिशत जवाबों में विज्ञान कहा गया। अन्य मुख्य प्रतिक्रियाएं थीं: किसी विशेष विषय में नहीं (28.2 प्रतिशत), शारीरिक शिक्षा की कक्षा में (9.4 प्रतिशत), धर्म की कक्षा में (7.1 प्रतिशत), और पुर्तगाली भाषा की कक्षा में (4.3 प्रतिशत)।

विज्ञान की कक्षा में यौन शिक्षा पढ़ाए जाने के संबंध में सामूहिक संवाद इस प्रकार था:

विज्ञान के शिक्षक विशिष्ट विषय वस्तु पर काम करते हैं जिसमें वे शरीर की देखभाल, रोकथाम और गर्भधारण पर चर्चा करते हैं। विज्ञान के शिक्षक प्रजनन प्रणाली, यौन संक्रमण, बीमारियों और किशोरी गर्भधारण से जुड़ी बातें बखूबी पढ़ाना जानते हैं। पिछले साल हमने सेक्स पर चर्चा की थी। हमने मानव शरीर और उसके सारे अंगों के बारे में पढ़ा है और फिर हमने प्रजनन, गर्भावस्था और यौन संक्रमण के बारे में बातें की। जीव विज्ञान में यौन शिक्षा और भी स्पष्ट रूप से पढ़ी जाती है क्योंकि यह स्वास्थ्य, बीमारियों और प्रजनन अंगों के बारे में बताता है। विज्ञान की कक्षा में

वे यौन संचरित संक्रमण और गर्भनिरोधक तरीकों के बारे में पढ़ते हैं। जैसे जैसे लड़कियां पूछना शुरू करती हैं विज्ञान के शिक्षक माहवारी, हार्मोन संबंधी बदलाव, गर्भधारण और रोकथाम के बारे में बात करते हैं।

जिन स्कूलों में यह रिसर्च किया गया था वहां जैव चिकित्सा संवाद सबसे बड़े पैमाने पर और सबसे महत्वपूर्ण था। जाहिर है कि यह विषय विज्ञान में पढ़ाना अनुकूल था और उसके बहुत महत्वपूर्ण आयाम यौन शिक्षा के माध्यम से पढ़ाए जाते, खास तौर पर नोवो हैमबर्गों जैसे संदर्भ में, जहां एचआईवी और किशोरी गर्भधारण के बढ़ते मामले चिंता का विषय हैं। लेकिन इंटरव्यू से यह बात साफ हो गई कि विज्ञान की कक्षा में सिर्फ विषमलैंगिक शरीर, विषमलैंगिक रिश्तों और संक्रमण के विषमलैंगिक तरीकों पर ही ध्यान दिया जाता है। यौन रिश्तों का विषमलैंगिक दृष्टिकोण, किशोरियों को रोकथाम और गैर विषमलैंगिक प्रथाओं के बारे में जानकारी नहीं देता।

एक और प्रासंगिक मुद्दा है कि यौनिकता की चर्चा एक प्रजनन दृष्टिकोण से हुई थी, जिसमें गर्भधारण को रोकने के साधनों पर जोर नहीं दिया गया। यह इन स्कूलों के यौन शिक्षा प्रथाओं में एक विसंगति है। जैसा एल्टमैन ने कहा 'लगता है कोई विरोधभास है यौन शिक्षा का एक उद्देश्य किशोरी गर्भधारण को रोकना है लेकिन जब सेक्स के विषय पर चर्चा होती है तो सारा ध्यान निषेचन, गर्भधारण और मातृत्व पर होता है।'¹⁸

जेंडर और यौनिकता की समझ

यौन शिक्षा पर ध्यान

सवालों के अंतिम समूह में शिक्षकों से जेंडर और यौनिकता की धारणाओं के बारे में पूछा गया था। जब हमने पूछा कि यौन शिक्षा किनके लिए केंद्रित है— लड़कों या लड़कियों? तो मूल जवाब थे: दोनों (76.6 प्रतिशत), लड़कियों पर ज्यादा जोर (17.8 प्रतिशत) और लड़कों पर अधिक जोर (5.6 प्रतिशत)।

हालांकि ज्यादातर शिक्षकों के जवाब में दोनों पर ध्यान था, लेकिन उनके सामूहिक संवाद में विरोधभास दिखता है:

सब के लिए। दोनों के लिए। लड़कियां अकेले कुछ भी नहीं करती हैं। यौनिकता उनका अकेले का नहीं है, सब का है। यह उतना ही लड़कों का है जितना लड़कियों का है पर लड़कियों को भावनात्मक बंधनों के मुद्दे से जूझना पड़ता है। पर लड़कों के लिए ऐसा नहीं है क्योंकि वे शारीरिक मुद्दों को ज्यादा महत्व देते हैं। दोनों को अपनी रक्षा करने की ज़रूरत है और लड़कियों को यह जानने की ज़रूरत है कि वे गर्भधारण होने से कैसे रोक सकती हैं। दोनों को इस मुद्दे के बारे में जानने की ज़रूरत है, इससे लड़कियां प्रभावित होती हैं, लेकिन वे अकेले ही गर्भवती नहीं होती हैं। यह लड़कों के साथ होता है और लड़कों और लड़कियों दोनों को इसपर ध्यान देने की ज़रूरत है। मुझे लगता है कि यौन शिक्षा दोनों को एक ही तरीके से देनी चाहिए लेकिन गर्भधारण की चर्चा लड़कियों के साथ अलग से भी होनी चाहिए।



ब्राजील के स्कूल के छात्र, उम्र 14 वर्ष, 2007 डगलस ऐनाल, पैनोस पिक्चर्स

हमें यह समझ में आया कि गर्भधारण की ज़िम्मेदारी बार बार लड़कियों पर डाल दी जा रही थी और लड़कों को इस ज़िम्मेदारी से मुक्त कर दिया जा रहा था। यह इस धरणा को मज़बूत करता है कि मातृत्व - और बच्चे को पालने का काम-सिर्फ महिलाओं का मुद्दा है और यह महिला होने की पुरानी समझ को स्वीकारता है, जिसका मतलब है कि एक महिला होने का मतलब है एक माँ होना। किशोरी लड़कियों पर यह ज़िम्मेदारी इसलिए नहीं डाली जाती कि उसके पास एक गर्भाशय है, बल्कि उस सामाजिक मतलब के कारण डाली

जाती है, जो महिला के शरीर की संरचना के परिणामस्वरूप गढ़ लिया गया था। किसी भी समय, लड़कों की पिता बनने या गर्भधारण को लेकर कोई ज़िम्मेदारी का ज़िक्र नहीं था। हालांकि यह तो कहा जा रहा था कि यौन क्रिया में दोनों साथ शामिल होते हैं, लेकिन उनके अनुसार गर्भधारण से सिर्फ लड़कियां ही प्रभावित हो रहीं थी।

फिर भी, मर्दानगी के स्वीकृत रूप में बदलाव के कुछ संकेत देखे जा सकते हैं अगर उन शिक्षकों के सामूहिक संवाद को देखा जाए, जिन्होंने कहा था कि लड़कों पर ज़्यादा ध्यान देने की ज़रूरत है:

मुख्य रूप से लड़कों के लिए, खास तौर पर यहां ब्राज़ील के दक्षिण हिस्से में, जहां 'मैं वीर्यवान हूँ, मैं मर्द हूँ' इस तरह की धारणा लड़कों के साथ प्रमुख हैं। क्योंकि वे ज़िम्मेदारी नहीं लेते हैं और किसी को गर्भवती बनाकर अपनी ज़िम्मेदारी से मुंह मोड़ लेते हैं। लड़कों के साथ, क्योंकि वे इस "टैस्टोस्टेरोन बर्स्ट" का अनुभव करते हैं और उन्हें लगता है कि वे जितनी ज़्यादा लड़कियों के साथ यौन संबंध बनाते हैं उतना ही उनके लिए अच्छा होगा। लड़कों के साथ, क्योंकि परिवारों को लड़कियों पर नियंत्रण करने और उनकी रक्षा करने की आदत है, जबकि लड़के जो भी करना चाहें वे उसको करने के लिए स्वतंत्र हैं। मुझे लगता है कि यह लड़कियों से ज़्यादा लड़कों के लिए ज़रूरी है, क्योंकि लड़कियों को एक अनुमान है कि वे गर्भवती हो सकती हैं, लेकिन लड़कों को पिता बनने के बारे में कोई जानकारी नहीं है।

यह सामूहिक संवाद में अनुपस्थित पितृत्व पर स्पष्ट सवाल उठाता है, जो परंपरागत रूप से पुरुष होने का एक लक्षण था।¹⁹

आपको क्या अनुचित लगता है?

जब उनसे पूछा गया कि यौनिकता के संदर्भ में उन्हें क्या अनुचित लगता है, तो जो संवाद सामने आए वे इस प्रकार थे: यौन शोषण (28.1 प्रतिशत), समलैंगिकता (23.3 प्रतिशत), किशोरी गर्भधारण (14.6 प्रतिशत), कुछ भी अनुचित नहीं है (9.8 प्रतिशत), अपनी यौन प्रवृत्ति को जाहिर नहीं करना (8.5 प्रतिशत), समलैंगिक अभिव्यक्ति का सार्वजनिक खुलासा (5.5 प्रतिशत), पशुओं के साथ यौन संबंध (5.5 प्रतिशत), वैश्यावृत्ति (2.4 प्रतिशत), और पारलैंगिकता (2.4 प्रतिशत)

इस प्रकार 25 प्रतिशत शिक्षकों के लिए समलैंगिक रिश्ते और ट्रांस होना अनुचित था और लगभग 10 प्रतिशत शिक्षकों को चिंता थी कि लोग अपनी यौन प्रवृत्ति का खुलासा करते हैं। समलैंगिकता पर शिक्षकों का सामूहिक संवाद इस प्रकार रहा:

मुझे एक पुरुष को दूसरे पुरुष के साथ देख कर या एक महिला को दूसरी महिला के साथ देख कर बहुत परेशानी होती है। मैं खुद को यह सोचने से रोक नहीं सकती कि यह सामान्य नहीं है। मैं समलैंगिक संबंधों का न तो मज़ाक उड़ाती हूँ और न ही उसकी निंदा करती हूँ, जैसे कि बच्चे और कई वयस्क करते हैं, पर मुझे यह सामान्य नहीं लगता। समलैंगिकता अनुचित है, बाइबल कहती है कि भगवान ने महिला और पुरुषों को प्रजनन के लिए बनाया है। अगर मैं किसी ऐसी महिला को देखती हूँ जो महिला को पसंद करती है तो मैं उससे अपनी दोस्ती खत्म नहीं करूंगी, लेकिन मुझे यह गलत लगता है। अगर कोई महिला किसी महिला के साथ है तो वह उसकी मर्जी है, पर

मैं इस बात से सहमत नहीं कि वो अन्य लोगों के सामने इसका प्रदर्शन करें। यह सम्मान की बात है।

शिक्षकों के एक छोटे से समूह (5.5 प्रतिशत) ने समलैंगिकता के सार्वजनिक दिखावे को असमान्य बताया, लेकिन वे जो कहना चाह रहे थे वो यह था कि समलैंगिकता अपने आप में अनुचित है। उनके लिए समलैंगिकता को अदृश्य होना पड़ेगा क्योंकि 'समलैंगिकता को सार्वजनिक रूप से ऐसे दिखाना कि वह आम बात है बहुत ही अनुचित बात है।' जैसा कि सामूहिक संवाद में देखा गया, यह मुमकिन है कि समलैंगिकता को चुपके से निजी क्षेत्र में जिया जाए पर सार्वजनिक स्थानों पर नहीं:

सचमुच दो पुरुषों या महिलाओं का सार्वजनिक स्थानों पर एक दूसरे को चुंबन देना असामान्य है। यह सिर्फ उन दोनों के बीच की बात होनी चाहिए, वो भी एक गैर-सार्वजनिक स्थान पर। असामान्य यह है कि आप सार्वजनिक स्थानों पर कुछ ऐसा कर रहे हैं, जब आप बहुत स्पष्ट रूप से सबके सामने बहुत खुल कर खुद को दिखाते हैं। इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि मैं अपने घर की चारदीवारी में क्या करती हूँ, पर बाहर मुझे अपने आस पास के लोगों का सम्मान करना है। यह अनुचित है कि आप समलैंगिक रिश्ते को सार्वजनिक रूप से ऐसे जी रहें हैं, जैसे कि यह कोई सामान्य बात है।

अन्य शिक्षकों के लिए शादी के रिश्ते के बाहर यौन संबंध बनाना एक चिंता का विषय था - किशोरी यौन संबंध (जिससे गर्भधारण हो जाता है), वैश्यावृत्ति ओर जानवरों के साथ यौन संबंध

बनाना - वे यौनिकता में नैतिक व्यवहारों के बारे में चिंता व्यक्त कर रहे थे।

कुल मिलाकर यह रूढ़िवादी विचार काफी सारे शिक्षकों द्वारा व्यक्त किए गए और ऐसा होने की संभावना है कि यह उनके द्वारा दी जाने वाली यौन शिक्षा को प्रभावित करेंगे। इस परिणाम का सीधा संबंध शिक्षकों की उम्र के साथ देखा जा सकता है, क्योंकि 58.5 प्रतिशत शिक्षक 40 से 60 साल के बीच की उम्र के थे। फिर भी, यह चिंताएं हमें यह समझने में मदद करती हैं कि हालांकि जीव विज्ञान को यौन शिक्षा का एक मुख्य अंग माना गया, कुछ शिक्षकों को लगता है कि यह एक ऐसा माध्यम है जिससे शरीर को सुधारा जा सकता है और जेंडर और यौनिकता से जुड़े हुए परंपरागत तर्क और हेटरोनोर्मेटिविटी (विषमलैंगिकता को सामान्य मानने का प्रचलन) को बढ़ावा दिया जा सकता है। हमें अध्ययन का एक ऐसा पल याद है, जहाँ यह बहुत स्पष्ट रूप से देखा गया: एक शिक्षक ने कहा कि उन्होंने इस बात पर गौर किया कि उनकी कक्षा के एक तीन वर्षीय छात्र को यौन शिक्षा देने की ज़रूरत है। और यह इसलिए था क्योंकि उन्हें ऐसे लगा कि वह छात्र समलैंगिक प्रवृत्ति के लक्षण दिखा रहा था, क्योंकि उसे महिला शौचालय में जाना अच्छा लगता है। जो समाधान उनकी समझ में आया वो था उस बच्चे को एक मनोवैज्ञानिक के पास भेजना, जिससे कि उसे सुधारा जा सके।

दूसरी ओर, चार शिक्षकों में से एक शिक्षक को लगा कि यौन शोषण अनुचित या गलत है। यह एक सकारात्मक, जेंडर जागरूक प्रतिक्रिया है, और हम यह भी उम्मीद करते हैं कि यह यौन

शिक्षा की सामग्री को भी प्रभावित करे। यौन शोषण पर शिक्षकों का सामूहिक संवाद इस प्रकार था:

बलात्कार, शोषण और किसी भी प्रकार का यौन आक्रमण अनुचित होता है। यह अनुचित है जब किसी व्यक्ति को किसी और व्यक्ति के साथ कुछ करने पर मजबूर किया जाए या जब हिंसा या आक्रामक व्यवहार किसी स्थिति का हिस्सा हो। यह अनुचित है कि जब कोई बच्चा घर से स्कूल आए और कहे कि घर पर उनके पिता, चाचा/मामा या दादा/नाना उनके साथ शोषण करते हैं। हमला करना और शरीर और स्वास्थ्य को नुकसान पहुंचाना अनुचित है। बचपन में यौन शोषण अनुचित है इसे पीडोफीलिया कहते हैं।

इसके अलावा दस में से एक शिक्षक ने सोचा कि कुछ भी अनुचित नहीं है:

कुछ भी अनुचित नहीं है, यह बहुत जरूरी है कि सबके पास विकल्प हो, अगर उन्हें सुख मिलता है और ऐसा करने से उनको खुशी मिलती है तो सब ठीक है। मुझे नहीं लगता कि कुछ भी अनुचित है। जब यौनिकता की बात आती है, तो हर व्यक्ति को विकल्पों का पूरा अधिकार है। कुछ भी अनुचित नहीं होता है क्योंकि आप अपने शरीर के साथ जो करना चाहते हैं वो सामान्य है। खुश रह पाना सामान्य बात है। व्यक्ति का हर विकल्प और यह बात कि वो दूसरों के विकल्पों का आदर करे सामान्य है। अपनी जरूरतों का ध्यान रखना, चाहे वे जरूरतें कुछ भी हों सामान्य है।

इन निष्कर्षों से हमारी चिंताएं सामने आती हैं कि यह दृष्टिकोण यौन शिक्षण को कैसे प्रभावित करता है और क्या यह जेंडर और यौन के स्थापित

क्रम को बढ़ावा दे रहा है। जब शिक्षक यौन शिक्षा के महत्व को समझा रहे थे, तो उन्होंने जो चिंताएं व्यक्त कीं, वे संक्रमण या गर्भधारण की रोकथाम, शरीर के अंगों या कंडोम कैसे पहना जाता है, इनसे कहीं ज़्यादा थीं। जेंडर और यौनिकता को ऐसे दर्शाया जा रहा था, जो यह संकेत देता था कि महिलाओं और पुरुषों को कैसा होना चाहिए या यौनिकता के संदर्भ में क्या सामान्य है और क्या असामान्य।

इस प्रकार हम अनदेखा नहीं कर सकते कि स्कूल लड़कों और लड़कियों की जेंडर और यौनिक अभिव्यक्तियों को नियंत्रित करने और सुधारने में लगे रहते हैं और इसे जेंडर और यौनिक पहचानों के उस वर्गीकरण से अलग नहीं किया जा सकता जो बहिष्कार, अधिकारहीनता, अधीनता और हिंसा को बढ़ावा देता है, जो एक महत्वपूर्ण राजनैतिक अतिक्रमण की ओर इशारा करता है।

निष्कर्ष और सुझाव

इस अध्ययन में शामिल शिक्षकों की संख्या देश भर के प्राथमिक स्कूलों के शिक्षकों की एक तिहाई थी और इनमें भी वे शिक्षक ही शामिल हुए थे जो यौन शिक्षा के मुद्दे पर हमारे साथ बात करने के लिए राजी थे। इसलिए हम यह कह सकते हैं कि उनके दृष्टिकोण से न सिर्फ उनकी कक्षा में, बल्कि उनके स्कूलों में क्या हो रहा है, उसकी एक समझ बनाई जा सकती है। उनकी प्रतिक्रियाओं से यह समझ में आता है कि नोवो हैमबर्गों के कई प्राथमिक स्कूलों ने अपने पाठ्यक्रम में यौन शिक्षा को एक क्रॉसकटिंग विषय के रूप में शामिल नहीं किया है। इसलिए हम

यह सुझाव दे रहे हैं कि जो राष्ट्रीय पाठ्यक्रम प्रस्तावित कर रहा है उसे लागू करने के लिए काफी चर्चा की ज़रूरत है, ताकि शिक्षकों को अपने विषयों में उचित जानकारी और गतिविधियां शामिल करने में मदद मिल सके। हम यह भी प्रस्तावित करते हैं कि प्रायोगिक परियोजनाएं बनाई जाएं जो विकल्प दूँ, जैसे हर स्कूल में पूरी तरह से प्रशिक्षित यौन शिक्षक, जो यौन शिक्षा के हर पहलू का समन्वयन कर सकें। हम इस बात के लिए प्रोत्साहन देंगे कि इसमें स्कूलों के बीच में सामग्री और संसाधन का आदान प्रदान हो और इस बात पर समझौता हो कि क्या पढ़ाया जाएगा।

अगर हम इस तथ्य को देखें कि कई शिक्षकों को ऐसा लगा कि वे यौन शिक्षा देने में अपने को पूरी तरह से तैयार नहीं पा रहे, क्योंकि उनको कभी भी इसके लिए प्रशिक्षित नहीं किया गया। हम दृढ़ता से आग्रह करते हैं कि विश्वस्कूलों में शिक्षा के डिग्री के पाठ्यक्रम में यौन शिक्षा पर प्रशिक्षण होना चाहिए, जो शिक्षकों को यौन शिक्षा के सैद्धांतिक और प्रक्रिया संबंधी मुद्दों को समझने में मदद करेगा। ऐसा नहीं है कि सिर्फ छात्रों ओर छात्राओं को ही यौन शिक्षा लेनी है और अपनी समझ बनानी है, शिक्षकों और माता-पिता के लिए भी यह ज़रूरी है। इस संदर्भ में हम ब्राज़ील के राष्ट्रपति से यह अनुरोध करते हैं कि वे 'होमोफोबिया मुक्त स्कूल' परियोजना को बंद करने का निर्णय वापस लें और हम आग्रह करते हैं कि इस परियोजना को आगे लेकर जाया जाए और वे स्वास्थ्य और शिक्षा विभाग द्वारा स्कूलों के लिए बनाई जा रही सामग्री के काम को प्रोत्साहन दें।

यौन शिक्षा का उद्देश्य में यह भी है कि शिक्षकों को खुद को प्रशिक्षित करने का मौका मिले ताकि वे स्कूल स्तर पर यौन शिक्षक बनें।

एक शिक्षक को इस बदलाव की प्रक्रिया में अपने महत्व के बारे में पता होना चाहिए ताकि हमारा समाज और न्यायप्रिय बने और इन छोटे बदलावों को सराहें, जिनसे आगे जाकर मदद मिलेगी। शिक्षकों की रुचि और प्रतिबद्धता ज़रूरी है, पर शिक्षकों से यह उम्मीद नहीं की जा सकती है कि वे व्यक्तिगत रूप से राष्ट्रीय पाठ्यक्रम का क्रियान्वयन करेंगे। हम यह सुझाव देते हैं कि सरकार शिक्षण संस्थाओं के परिषद को आदेश दे कि वे यौन शिक्षा को एक प्रमुख विषय के रूप में लें जो शैक्षणिक बैठकों के एजेंडा में शामिल हो और जिसका पर्यवेक्षण, प्रशिक्षण और संस्थागत नियंत्रण सुनिश्चित किया जाए। हर वो चीज़ जिसका स्कूल अनुरोध नहीं करता, या जिसका नियंत्रण या मूल्यांकन स्कूल में नहीं होता, उसे महत्वपूर्ण नहीं माना जाता और उसे प्राथमिकता नहीं मिलती।

और आखिर में हम यह सुझाव देना चाहते हैं कि हर स्कूल अपने क्षेत्र में यौनिकता संबंधी मुद्दों और समस्याओं का स्थानीय अध्ययन करे, जिसमें किशोरियों और उनके मुद्दों और समस्याओं को शामिल किया जाए। और इन निष्कर्षों के आधार पर यौन शिक्षा को उनके पढ़ाए जाने वाले विषय का हिस्सा कैसे बनाना है, उसके लिए हर शिक्षक एक शैक्षणिक प्रस्ताव तैयार करें। इसके लिए यौन शिक्षा के संदर्भ में किशोरियों के ऊपर मानकों को आधार बनाने के प्रभावों के बारे में सजग रहने की ज़रूरत है, ताकि *हेटेरोनॉर्मेटिव* मानकों

के आधार पर किसी यौनिक पहचान या प्रथा की निंदा या बदनामी न हो जाए। इससे शिक्षकों को एक व्यापक और समावेशी यौन, यौनिकता और रिश्तों की शिक्षा के लिए प्रतिबद्ध करने में और स्कूलों का लोकतंत्रीकरण करने में मदद मिलेगी।

लेखक:

क प्राध्यापक ओर शोधकर्ता, फीवेल विश्वस्कूल, नोवो हैम्बर्गो ओर सेंट्रो युनिवर्सिटारियो युनिलासाले, कानोआस, ब्राजील।

पत्र व्यवहार: denisequaresma@feevale.br

ख शिक्षा में पीएचडी के छात्र, फेडेरल विश्वस्कूल, रिओ ग्रांडे डो सुल पोर्टो ऐलेग्रे, ब्राजील

ग सहायक शोधकर्ता, फेडेरल विश्वस्कूल, रिओ ग्रांडे डो सुल पोर्टो ऐलेग्रे, ब्राजील

संदर्भ

1. United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN; 2011.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de saúde do escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
3. Sasson E. Gravidez na adolescência: a cada 18 minutos, uma menina de 10 a 14 anos dá à luz uma criança, no Brasil. Rede Globo.com. 2 September 2009. Liga das Mulheres: 1. p. 1.
4. de Farias R, Moré COO. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. Psicologia: Reflexão e Crítica 2012;25(3):596–604.
5. Fundo das Nações Unidas para Infância. O direito de ser adolescente. Brasília: UNICEF; 2011.
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Informe de Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2009. www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/rs/novo-hamburgo#.
7. Quaresma da Silva DR. Mães-menininhas: a gravidez na adolescência. (PhD- Thesis). Porto Alegre: Federal University of Rio Grande do Sul; 2007.
8. Sperling C. Sexo forever: Corpo, sexualidade e gênero nos grafitos de banheiro em uma escola pública de Porto Alegre. (Thesis Postgraduate Programme) Porto Alegre: Federal University of Rio Grande do Sul; 2011.
9. Ministério de Educação e Cultura (Brasil). In: Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: MEC; 1997. p.311–12.
10. Quaresma da Silva DR, Fanfa Sarmento D, Fossatti P. Género y sexualidad: ¿Qué dicen las profesoras de Educación Infantil de Canoas, Brasil? Education Policy Analysis Archives 2012;20(16):1–20.
11. Ministério da Saúde (Brasil)/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf.
12. Leão N. Veja vídeos do kit anti-homofobia do MEC. Último Segundo. 19 May 2011. Educação: 1. <http://ultimosegundo.ig.com.br/educacao/veja+videos+do+kit+antihomofobia+do+mec/n1596964952707.html>.
13. Roman C. Movimento gay reage a suspensão de kit anti-homofobia. Carta Capital. 27 May 2011. Sociedade: 1. www.cartacapital.com.br/sociedade/movimento-gayreage-a-suspensao-de-kit-anti-homofobia/.
14. Zero Hora. Após pressão de religiosos, Dilma suspende produção de kit antihomofobia. 25 May 2011. Geral: 1. p. 1.

15. Globo O. ABGLT lamenta suspensão do “kit antihomofobia”. 26 May 2011. Política: 1. <http://oglobo.globo.com/politica/abgl-lamenta-suspensao-do-kit-antihomofobia-diz-que-mec-acompanhou-desenvolvimentodo-material-2764470>.
16. Quaresma da Silva D. La producción de lo normal y lo anormal: un estudio sobre creencias de género y sexualidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* 2012;16(1):178–99.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Caxias do Sul: Educ; 2003.
18. Altmann H. Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção. *Cadernos de Pesquisa* 2009;39(136):175–200.
19. Connel R. Masculinidades. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.

कोलम्बिया और अमरीका में ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं को पाने के लिए किशोर युवाओं की सहमति देने की क्षमता बढ़ाना

कैथरीन रोमेरो,^क रेबेका रेनगोल्ड^ख

सारांश:

विभिन्न यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, जिनमें जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार (इसमें लड़के या लड़कियों के यौन अंगों को दूसरे जेन्डर के यौन अंगों में तब्दील किया जाता है) शामिल है, प्रजनन पर अपने अधिकार और खुद से जेन्डर पहचान निर्धारित करने को बढ़ावा देती हैं। जो लोग अपने लिए इन सेवाओं के लिए सहमति देने या मना करने में सक्षम नहीं हैं, जैसे कि किशोर उम्र के युवा, उनके गोपनीयता और आत्मनिर्णय के अधिकारों के हनन होने का जोखिम बना रहता है। इस लेख में कोलम्बिया और अमरीका में किशोर युवाओं की ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए सहमति देने की क्षमता के मुद्दे पर चर्चा की गई है। इस लेख में दोनों देशों के किशोरों द्वारा स्वतंत्र और गोपनीय निर्णय लेने और उनके माता पिता के अधिकारों के बीच संतुलन बनाने के संघर्ष पर विशेष ध्यान दिया गया है। दुर्भाग्य से, कई देश, जिनमें कोलम्बिया और अमरीका शामिल हैं, ऐसे कानून बनाने में पीछे रहे हैं जो प्रत्यक्ष रूप से ट्रांसजेन्डर किशोर युवाओं द्वारा जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता को सुरक्षा देते हों। लेकिन, कोलम्बिया के न्यायालयों ने ऐसे नीतिशास्त्र विकसित किए हैं, जो माता पिता द्वारा उनके इंटरसेक्स बच्चों के लिए चिकित्सीय निर्णय लेने पर रोक लगाते हैं। इसके कारण ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं में किशोर युवाओं द्वारा सहमति दिए जाने की क्षमता को बढ़ाने के लिए एक मजबूत नियामक नींव रखी गई है। यह एक ऐसी रणनीति है जो अमरीका के अन्य देशों, जैसे यू.एस.ए., में किशोर युवाओं द्वारा चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता के लिए भी प्रभावकारी हो सकती है। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: किशोर एवं युवा लोग, कानून और नीति, यौन अधिकार, इंटरसेक्स मुद्दे, ट्रांसजेन्डर मुद्दे, निर्णय लेने की क्षमता और अधिकार, कोलम्बिया, यू.एस.ए.

अंतर्राष्ट्रीय कानून मानकों के अनुसार, किशोर युवाओं* को गोपनीय और व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है।³ लेकिन देशों को कई बाधाओं का सामना करना पड़ता है, जिसकी वजह से देश अपने दायित्वों को पूरा नहीं कर पाते। उदाहरण के लिए, यू.एस.ए. की संसद और न्यायालय निरंतर संघर्ष करते आए हैं कि किशोर युवाओं द्वारा अपने यौन और प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े स्वतंत्र और गोपनीय निर्णय लेने के अधिकार और माता पिता के अधिकारों के बीच कैसे संतुलन बनाया जाए।⁴ इस तरह, देशों के कानून अक्सर इस पारंपरिक पूर्वधारणा को दर्शाते हैं कि किशोर युवाओं में स्वतंत्र निर्णय लेने की क्षमता नहीं होती, और इसकी वजह से वे निर्णय लेने की ज़िम्मेदारी माता पिता को देना ही सही समझते हैं। इसके परिणामस्वरूप, किशोर अक्सर कई यौन और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक, अपने माता पिता की सहमति के बिना, पहुंच नहीं पाते या अपनी सहमति नहीं दे पाते।

कई यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्रजनन पर अपने अधिकार और जेन्डर पहचान खुद निर्धारित करने को बढ़ावा देती हैं। उदाहरण के लिए, जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार करवाने (या न करवाने) के निर्णय के परिणामों के साथ ज़िंदगी भर रहना पड़ता है। परिणामस्वरूप, जो लोग अपने लिए इस उपचार की सहमति या असहमति

नहीं दे पाते, जैसे कि किशोर युवा, उनके लिए उनके गोपनीयता और आत्मनिर्णय के अधिकारों के हनन होने का जोखिम बना रहता है। विश्व के कुछ हिस्सों में, विशेषकर यूरोप में, न्यायालय और संसद ने ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने के अधिकार को किशोर युवाओं के लिए भी लागू कर दिया है।^{5,6} अमरीकी देशों में, जैसे कि कोलम्बिया और यू.एस.ए., ऐसे कानून और न्याय व्यवस्था बनाने में पीछे रह गए हैं जो किशोर ट्रांसजेन्डर लोगों द्वारा जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार की सहमति दिए जाने के अधिकार की सुरक्षा करते हों। लेकिन, कोलम्बिया के न्यायालयों ने ऐसे नीतिशास्त्र विकसित किए हैं जो माता पिता द्वारा उनके इंटरसेक्स बच्चों के चिकित्सीय निर्णय लेने पर रोक लगाते हैं। इसके कारण ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं में किशोर युवाओं द्वारा सहमति दिए जाने की क्षमता को बढ़ाने के लिए एक मजबूत नियामक नींव रखी गई है। यह एक ऐसी रणनीति है जो अमरीका के अन्य देशों, जैसे यू.एस.ए., में किशोर युवाओं द्वारा चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता के लिए भी प्रभावकारी हो सकती है।

इस लेख में, कोलम्बिया और यू.एस.ए. में, जहां लेखकों को विशेषज्ञता प्राप्त है, किशोर युवाओं की ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं को सहमति देने की क्षमता को बढ़ावा देने और उसमें बाधा डालने वाले मुद्दों पर चर्चा की गई है। यह लेख

* 10 से 19 वर्ष आयु के व्यक्ति किशोर युवा होते हैं।¹ 18 वर्ष आयु से कम के व्यक्ति को बच्चा माना जाता है, यदि किसी विशिष्ट कानून के अंतर्गत, इससे पहले वयस्कता प्रदान न की गई हो।² नाबालिग वह व्यक्ति होता है, जो वयस्क की कानूनी उम्र तक न पहुंचा हो। जहां यह लेख किशोर क्षमताओं पर केन्द्रित है, यहां चर्चित कई कानून और न्याय प्रणालियां सभी नाबालिगों पर लागू होती हैं और उनमें किशोर युवाओं व छोटी उम्र के बच्चों में कोई अंतर नहीं किया गया है। जहां भी उचित हो, वहां “किशोर युवाओं” के बदले “नाबालिग” का उपयोग किया जाएगा।

दोनों देशों के किशोरों द्वारा स्वतंत्र और गोपनीय निर्णय लेने और उनके माता पिता के अधिकारों के बीच संतुलन बनाने के संघर्ष की तुलना करता है। फिर इसमें कोलम्बिया और यू.एस.ए. के कानूनों में उपलब्ध कुछ वैकल्पिक कानूनी सिद्धांतों की उपयोगिता को परखा गया है, क्योंकि यहां किशोरों के ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं को सहमति देने के अधिकार की सुरक्षा के लिए कोई स्पष्ट कानून या न्यायशास्त्र नहीं है। और आखिर में, इसमें चर्चा की गई है कि कोलम्बिया में इंटरसेक्स बच्चों पर प्रजनन अंगों की सर्जरी करने के लिए माता पिता की अनुमति पर रोक लगाने वाले कानून ने क्या भूमिका निभाई - और यू.एस.ए. में वह क्या संभावित भूमिका निभा सकता है - जिससे कि किशोर युवाओं द्वारा ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के लिए सहमति देने की क्षमता बढ़ाई जा सके।

चिकित्सीय निर्णय लेने में किशोर युवाओं की क्षमता

दि हेस्टिंग्स सेंटर, एक गैर मुनाफा, गैर पक्षीय, बायोएथिक्स रिसर्च संस्थान, ने निर्णय लेने की क्षमता को परिभाषित किया है— जब किसी रोगी के पास क्षमता हो कि वह (क) निर्णय संबंधी जानकारी को समझ सके, (ख) उपलब्ध विकल्पों को अपने निजी मूल्यों और उद्देश्यों की कसौटी पर परख सके और (ग) सेवाप्रदाताओं से मौखिक या गैर मौखिक रूप से बात कर सके।⁷ निर्णय लेने की क्षमता के लिए जरूरी है कि व्यक्ति में चुपचाप मान लेने या किसी की शक्ति के आगे समर्पण करने के बजाए, वास्तव में सहमति देने की क्षमता हो। इसके अनुसार, किसी स्वास्थ्य

सेवा प्रदाता को किशोर युवा की निर्णय लेने की क्षमता का आंकलन इस आधार पर करना चाहिए कि वह “संबंधित जानकारी को समझने और बात करने की क्षमता रखते हों, सोच समझ कर स्वतंत्र रूप से चुनाव कर सकते हों, लाभ, जोखिम, या हानि की संभावना को समझ सकें और साथ ही परिणामों और विभिन्न विकल्पों पर विचार कर सकें”।⁸

कुछ देशों में, जिनमें यू.एस.ए. भी शामिल है, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के अनुभव दर्शाते हैं कि किशोर युवाओं की निर्णय लेने की क्षमता युवा वयस्कों के बराबर ही होती है।⁸ प्रोफेसर किम्बर्ली मचर्सन के अनुसार, एक अध्ययन में अमरीकी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं ने बताया कि किशोर रोगी “चिकित्सीय उपचार और स्थितियों की जानकारी को समझते हैं, निर्णय लेने की प्रक्रिया में तर्क के साथ विचार विमर्श करते हैं, और स्पष्ट रूप से अपने चुनाव व मुद्दों के बारे में बात करते हैं”।^{8,9} उनका यह भी मानना था कि उनके किशोर रोगी अच्छी तरह से बातचीत करना जानते हैं, जिससे कि वे अपने स्वास्थ्य सेवा चुनावों के बारे में खुल के बात कर पाते हैं— ऐसे चुनाव जो उनके अनुसार तर्कसंगत सोच से ही लिए जा सकते हैं।⁸ हालांकि बढ़ती संख्या में वैज्ञानिक और विकासीय अध्ययन, किशोरों की निर्णय लेने की क्षमता पर विश्वास नहीं करते,^{8,10} घरेलू कानून अभी भी कई प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं में किशोरों द्वारा निर्णय लेने की क्षमता पर रोक लगा रहे हैं।

यू.एस.ए. और कोलम्बिया के न्यायालय और संसद किशोरों द्वारा अपने यौन और प्रजनन स्वास्थ्य

संबंधी स्वतंत्र और गोपनीय निर्णय लेने के अधिकार और उनके माता पिता के अधिकारों के बीच संतुलन बनाने के लिए काफी सालों से संघर्ष करते आ रहे हैं। जैसा कि ज्यादातर समाजों में होता है, औपचारिक रूप से अधिकार प्राप्त करने का प्रमुख आधार उम्र ही होती है, जो कि वह सीमा निर्धारित करती है जब किशोरों को अपने ही जीवन के निर्णय लेने की और ज्यादा आजादी मिलती है। दुर्भाग्य से, ऐसे कानूनों को सख्ती से लागू करने के कारण, जो अधिकार लागू करने के लिए उम्र की सीमा बांधते हैं, किशोर युवाओं की निर्णय लेने की क्षमता की सच्चाई सामने आने के आड़े आ जाते हैं।⁹

कोलम्बिया

कोलम्बिया के कानून का मानना है कि 18 वर्ष से कम उम्र के व्यक्तियों को स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने की कानूनी सहमति देने की क्षमता नहीं होती।¹¹ इसके अनुरूप, कोलम्बिया के संविधान, नागरिक संहिता और बचपन व किशोरावस्था संहिता में माता पिता को विभिन्न प्रकार के अधिकार दिए गए हैं। उदाहरण के लिए, नागरिक संहिता की धारा 288, बच्चों के ऊपर माता पिता के अधिकार को मान्यता देने के साथ साथ सुरक्षा भी देती है।¹² लेकिन, कोलम्बिया के कानून संविधान की धारा 44 के अनुरूप स्पष्ट रूप से बच्चों के मौलिक अधिकारों को मान्यता व सुरक्षा देती है, जिसके अंतर्गत “जीवन, शारीरिक अखंडता, स्वास्थ्य व

सामाजिक सुरक्षा, संतुलित आहार, उनका नाम व नागरिकता, परिवार होने व उससे न बिछड़ने, देखरेख व प्यार, शिक्षा व संस्कृति, मनोरंजन, और उनके विचारों की उन्मुक्त अभिव्यक्ति” के अधिकारों को सुरक्षित रखा गया है।¹³ इसके परिणामस्वरूप, माता पिता की ज़िम्मेदारी में बच्चों को अनुकूल जानकारी देना, उनकी देखरेख करना और उनके शुरुआती वर्षों में उनके साथ रहकर उन्हें बड़ा करना तथा यह सुनिश्चित करना कि “उनके बाल अधिकार उन्हें प्राप्त हों” महत्वपूर्ण हो जाता है। बचपन व किशोरावस्था संहिता की धारा 14 के अनुसार, माता पिता की ज़िम्मेदारी में कभी भी शारीरिक या मानसिक हिंसा या बच्चों के अधिकारों में बाधा डालना शामिल नहीं होना चाहिए। समीक्षकों ने स्पष्ट किया है कि धारा 14 कहती है कि यह माता पिता का दायित्व है कि वे बच्चों की स्वतंत्रता का आदर करें और माता पिता के अपने बच्चों पर अपनी मर्जी/सत्ता जताने पर रोक लगाती है।¹¹

कोलम्बिया के संवैधानिक न्यायालय ने फैसला दिया है कि बच्चे की स्वतंत्रता उसके माता पिता द्वारा उसके चिकित्सीय निर्णय लेने में बाधक होती है। 1996 के निर्णय संख्या T-474* में न्यायालय ने कहा कि मानवीय विकास एक प्रक्रिया है, और इसीलिए कोई भी व्यक्ति अपने आप पूरी स्वतंत्रता, या उससे जुड़े अधिकार और ज़िम्मेदारियां प्राप्त नहीं कर सकता। इसलिए युवाओं की कानूनी

* इस मामले में, 16 वर्षीय जेहोवा के गवाह ने कोलम्बिया के संवैधानिक न्यायालय से अनुरोध किया कि वे उसके बेटे को खून चढ़ाये जाने के लिए एक क्लिनिक को आदेश दें, जबकि उसका बेटा इसके लिए स्वीकृति नहीं दे रहा था। अगर खून न चढ़ाया गया, जो कि उसके बेटे के कैंसर के उपचार के लिए ज़रूरी था, उसके बेटे की मृत्यु हो सकती थी।¹⁴

क्षमता पर अलग अलग सोच है, सिर्फ एक नहीं।* परिणामस्वरूप, न्यायालय ने नाबालिगों की कानूनी क्षमता को तीन श्रेणियों में बांटा है, जो हर समूह की बढ़ती क्षमता और स्वतंत्रता को मान्यता देती हैं : शिशु, तरुण पूर्व बच्चे और नाबालिग वयस्क। न्यायालय ने स्थापित किया कि केवल “शिशुओं”, यानि कि जन्म से लेकर सात वर्ष उम्र तक के बच्चों की कोई क्षमता नहीं होती। “तरुण पूर्व बच्चों”, यानि कि 7 से 14 वर्ष उम्र तक के बच्चों में निर्णय लेने की क्षमता का विकास होने लगता है और वे अपने कामों के परिणामों का आंकलन कर सकते हैं। “नाबालिग वयस्क”, मतलब 14 से 18 वर्ष उम्र के बच्चों को “प्रासंगिक क्षमता” दी गई है, क्योंकि उनमें अतिरिक्त वयस्क क्षमताओं का विकास हो चुका होता है, जिसमें नैतिक सिद्धांत और विशिष्ट ज़िम्मेदारियों को समझने की क्षमता शामिल है।¹⁴

इसके अनुरूप, जहां माता पिता की ज़िम्मेदारी है कि वे अपने नाबालिग बच्चों के हित की रक्षा करें, कोलम्बिया के कोर्ट ने यह भी कहा है कि उनके नाबालिग बच्चों के चिकित्सीय निर्णय लेने पर माता पिता के अधिकारों की भी एक सीमा है। 1995 के फैसले संख्या T-477 में न्यायालय ने स्पष्ट किया है कि हालांकि माता पिता अपने बच्चों की ओर से कुछ प्रकार की चिकित्सीय देखभाल संबंधित निर्णय ले सकते हैं, जिनमें कुछ ऐसे भी निर्णय हो सकते हैं जो बच्चों की मर्जी के

खिलाफ हैं, लेकिन इसका यह मतलब नहीं है कि माता पिता बच्चे की ओर से कोई भी चिकित्सीय निर्णय ले सकते हैं। न्यायालय के अनुसार, एक बच्चा उसके माता पिता की संपत्ति नहीं होता, और वह अपनी स्वतंत्रता और स्वायत्तता विकसित करने की प्रक्रिया में होता है इसलिए उसे संवैधानिक सुरक्षा प्राप्त है। इसके परिणामस्वरूप, चिकित्सीय निर्णय लेने के संबंध में माता पिता और उनके बच्चों की “साझी क्षमता” होती है।¹⁵

यू.एस.ए.

यू.एस.ए. में किशोर युवाओं की कई गतिविधियों में स्वायत्तता, जिसमें चिकित्सीय निर्णय लेना शामिल है, के कानूनी अधिकार के पीछे निर्णय लेने की अक्षमता को भी मद्देनजर रखा गया है।^{8,16} इसके अलावा, यू.एस.ए. के सर्वोच्च न्यायालय ने समाज को एक “बड़ी ज़िम्मेदारी” दी है कि वह सुनिश्चित करे कि किशोर युवाओं का विकास इस प्रकार हो कि वे अपने जीवन के सार्थक भागीदार बनें।¹⁷ पारंपरिक रूप से यह ज़िम्मेदारी माता पिता की रहती है, जिसका कारण है कि मुख्यधारा धारणा में परिवार को एक अखंड व सामंजस्यपूर्ण इकाई के रूप में देखा गया है, जिसमें बच्चों का अपने माता पिता से अलग कोई अस्तित्व नहीं होता और इसमें राज्य के हस्तक्षेप की कोई भूमिका नहीं है।¹⁸ माता या पिता के बच्चों की देखरेख और अभिरक्षा के व्यापक अधिकारों में शामिल है विभिन्न मुद्दों के संबंध

* ‘नाबालिग खुले रूप से स्वतंत्रता से गवाही दे सकते हैं, शादी से बाहर के रिश्तों से पैदा हुए बच्चों को मान्यता दे सकते हैं और सहयोग प्राप्त कर सकते हैं, अपने बच्चों को गोद लिए जाने के लिए दे सकते हैं, और कुछ प्रकार के अनुबंध कर सकते हैं। लेकिन, कुछ अन्य गतिविधियों के लिए फिर भी उन्हें माता पिता की स्वीकृति की ज़रूरत पड़ेगी, जिसमें शादी करना, गोद लिए जाना और काम के अनुबंध करना शामिल है।’¹⁴

में अपने नाबालिग बच्चों के लिए निर्णय लेना, जैसे कि वे कहां रहेंगे, किस स्कूल में जाएंगे और किस प्रकार की स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करेंगे।⁸ माता पिता बच्चों की खुद देखरेख करने के साथ साथ, उसको मिलने वाली देखरेख का नियंत्रण भी करते हैं, जिसके परिणामस्वरूप, बच्चे माता पिता के निर्देशों का पालन करते हैं क्योंकि वे संसाधनों तक पहुंच व उनके उपयोग के लिए उन पर निर्भर होते हैं।⁸ इसके अलावा, एक उपधारणा भी है कि “बच्चों से प्यार के स्वाभाविक संबंध के कारण माता पिता अपने बच्चे के सर्वोत्तम हित में ही काम करते हैं”।^{18,19}

लेकिन यू.एस.ए. के सर्वोच्च न्यायालय ने कहा है कि बच्चों के निर्णयों के मामले में “माता पिता के निर्णय असीम नहीं हो सकते और न ही ऐसे कि उन पर सवाल न उठाया जा सके”।²⁰ चिकित्सीय निर्णयों के संबंध में, राज्यों ने अक्षमता की धारणा पर कई प्रकार की छूट दी हुई हैं, जिससे कि नाबालिग अपने स्वास्थ्य निर्णयों में सहमति दे सकते हैं।¹⁹ इन छूटों को 2 श्रेणियों में डाला जा सकता है : (1) किसी विशिष्ट चिकित्सीय स्थिति के नाबालिग, और (2) किसी विशिष्ट कानूनी परिप्रेक्ष्य के नाबालिग। पहली श्रेणी, किसी विशिष्ट चिकित्सीय स्थिति के नाबालिग, उन विशिष्ट स्थितियों से संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं के संबंध में अपनी सहमति दे सकते हैं।²¹ जबकि राज्यों में अलग अलग स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध होती हैं, ज्यादातर राज्य यौन संचारित संक्रमणों, गर्भधारण और मानसिक स्वास्थ्य के फैसलों में नाबालिगों की सहमति स्वीकार करते हैं। जरूरी नहीं कि इन फैसलों में माता पिता की स्वीकृति

हो या उन्हें जानकारी हो।^{21,22} दूसरी श्रेणी, किसी विशिष्ट कानूनी परिप्रेक्ष्य के नाबालिग अपने लिए स्वास्थ्य सेवाओं की सहमति दे सकते हैं, जिसमें बंधन से छुड़ाए गए नाबालिग, घर से दूर रह रहे लेकिन अपना खर्च अच्छे से चला रहे नाबालिग, और ऐसे किशोर युवा शामिल हैं जो विवाहित हैं, गर्भवती हैं या माता पिता बन चुके हैं।²¹

कुछ राज्यों ने “परिपक्व नाबालिग” कानून पास किए हैं। यह कानून घर पर अकेले रहने वाले किशोर युवाओं को “स्वास्थ्य सेवाओं के लिए सहमति देने की अनुमति देते हैं, अगर किसी चिकित्सक द्वारा प्रमाणित किए जाए कि वह युवा किसी चिकित्सीय प्रक्रिया के लाभ और नुकसान के बारे में विचार करने के काबिल है”।²¹

लेकिन परिपक्व नाबालिग कानूनों में “परिपक्वता” को मापने का कोई तरीका नहीं है। इसमें कम से कम उम्र आम तौर पर 14 या 15 वर्ष रखी गई है और किशोर युवा उपचार के लिए केवल सहमति दे सकते हैं, असहमति नहीं। अन्य राज्यों ने परिपक्व नाबालिग कानून को कुछ विशिष्ट स्थितियों के लिए ही सामान्य कानून के माध्यम से अपनाया है।¹⁰

जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार के लिए सहमति देने में किशोर युवाओं की क्षमता

किशोर युवाओं को व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है, जो न केवल उनकी यौन एवं प्रजनन स्वायत्तता को बढ़ावा देती हों, बल्कि उनके द्वारा अपनी जेन्डर पहचान खुद निर्धारित करने के अधिकार को भी बढ़ावा दे। ट्रांसजेन्डर शब्द उन लोगों के लिए लागू होता है,

जिनकी जेन्डर अभिव्यक्ति, जेन्डर पहचान, या दोनों उनको जन्म के समय दिए गए जेन्डर से अलग हो।²³ यह शब्द ट्रांससेक्सुअल और ट्रांसजेन्डर लोगों, ट्रांसवेस्टाइट, त्रावस्ती, क्रौस ड्रैसर, बिना जेन्डर और जेन्डर क्वीयर लोगों के लिए लागू हो सकता है, लेकिन इन लोगों तक ही सीमित नहीं है।²⁴ जेन्डर पहचान, भूमिकाएं और अभिव्यक्तियां विविध प्रकार की होती हैं, और हॉरमोन या सर्जरी कई विकल्पों में से दो हैं (उदाहरण के लिए प्राथमिक देखरेख, स्त्रीरोग और मूत्र संबंधी देखरेख, प्रजनन विकल्प, आवाज़ और बातचीत करने का उपचार और मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं), जो लोगों को अपनी जेन्डर पहचान से सहज होने में मदद करने के लिए उपलब्ध हैं। उपयोग किए गए व्यवधानों की संख्या और प्रकार और इन्हें किस क्रम में लागू किया गया, वह हर व्यक्ति के लिए अलग हो सकता है।²⁵ चुने गए चिकित्सीय उपचार के विकल्प के बावजूद, ट्रांसजेन्डर किशोर युवाओं को व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जानी चाहिए, जो न केवल उनकी यौन और प्रजनन स्वायत्तता को बढ़ावा दें, बल्कि उनके द्वारा खुद अपनी जेन्डर पहचान निर्धारित करने के अधिकार को भी।*

कोलम्बिया

कोलम्बिया के न तो न्यायालय और न ही संसद ने किशोरों की जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता को नियंत्रित नहीं किया है। असल में, कोलम्बिया का कानून स्पष्ट रूप से ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य देखरेख तक आम पहुंच

भी सुनिश्चित नहीं करता। लेकिन बोगोटा शहर में, वर्ष 2007 में आज्ञापित संख्या 608 अपनाई गई, जो सभी लोगों द्वारा अपने शरीर, अपने सेक्स, अपने जेन्डर और अपनी यौन अभिव्यक्ति खुद निर्धारित करने के अधिकार को मान्यता देता है और उसका सम्मान भी करता है।²⁷

इसके अलावा, कोलम्बिया के संविधान और संवैधानिक न्यायालय के न्यायशास्त्र में ट्रांसजेन्डर वयस्कों और किशोर युवाओं की ऐसे उपचारों तक पहुंच और सहमति को सुरक्षित रखने के लिए मज़बूत प्रामाणिक नींव भी रखी गई है। वर्ष 1988 से, कोलम्बिया के कानून में संविधान की धारा 16 के अंतर्गत किसी भी व्यक्ति द्वारा अपने पहचान पत्र में अधिकृत रूप से अपना नाम बदलने का प्रावधान किया हुआ है, जो व्यक्तित्व के उन्मुक्त विकास के अधिकार को सुनिश्चित करता है।²⁸ यकीनन, धारा 16 के अंतर्गत व्यक्तित्व के उन्मुक्त विकास का अधिकार, व्यक्ति द्वारा जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार के अधिकार पर भी लागू होता है। लेकिन, ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य देखरेख की सहमति देने के लिए किशोर युवाओं की क्षमता को बढ़ावा देने के सबसे मज़बूत न्यायशास्त्र मूल्य कोलम्बिया संवैधानिक न्यायालय के उस निर्णय में पाए जा सकते हैं, जिसमें उसने माता पिता द्वारा इंटरसेक्स शिशुओं पर जेनाइटल सर्जरी किए जाने के अधिकार पर सीमा लगाई है (इस विषय पर विस्तृत चर्चा आगे के अंश में की गई है)। यू.एस.ए.

यू.एस.ए. में वर्तमान समय में निर्णय लेने की अक्षमता की धारणा, युवाओं की जेन्डर

* जिन देशों में किशोरावस्था से पहले ट्रांसजेन्डर बच्चों को डॉक्टर के कहने पर यौवनारंभ में देरी करने के हॉरमोन देना शुरू हो गया है, जैसे कि नीदरलैंड्स, यू.एस.ए. और ऑस्ट्रेलिया। वहां इस पर अभी भी विवाद की स्थिति बनी हुई है।

रीअसाइनमेंट उपचार के और अन्य ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए सहमति को निर्धारित करते हैं। दूसरे शब्दों में, अगर कोई माता पिता या बच्चे के पालक ऐसी सेवाओं के लिए सहमति नहीं देते, तो ट्रांसजेन्डर युवा 18 वर्ष की उम्र तक, जब वे कानूनी रूप से वयस्क नहीं हो जाते, अपना जेन्डर चिकित्सीय रूप से नहीं बदल सकते, जिससे वे खुद की पहचान करते हैं। जहां ट्रांसजेन्डर युवाओं के समर्थकों का तर्क है कि संसद को “स्पष्ट रूप से ट्रांसजेन्डर किशोर युवाओं द्वारा अपने लिए चिकित्सीय सेवाओं को सहमति देने की संहिता बनानी चाहिए”, उन्होंने ऐसी वैकल्पिक कानूनी रणनीतियां ढूँढ निकाली हैं जिनका उद्देश्य है कि युवा ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए खुद सहमति दे सकें और उन तक पहुंच भी स्थापित कर सकें।²⁹

पहले, ट्रांसजेन्डर युवा अपने माता पिता के दायित्व से मुक्ति की मांग कर सकते हैं। जैसे कि ऊपर चर्चा की गई है, कई राज्यों ने कुछ विशिष्ट कानूनी परिप्रेक्ष्य रखने वाले किशोर युवाओं को अपने लिए चिकित्सा सेवाओं को सहमति देने की इजाजत दी हुई है, जिसमें विवाहित, मां-बाप बन चुके या अपने माता पिता के दायित्व से मुक्त किशोर युवा शामिल हैं।²⁹ 30 से ज्यादा राज्यों ने किसी न किसी रूप में माता पिता के दायित्व से मुक्ति के प्रावधान को संहिताबद्ध कर दिया है। हालांकि दायित्व-मुक्त होने के कानून अलग अलग प्रकार के हैं, ज्यादातर में कई पहलू दिए गए हैं, जिनके आधार पर यह तय किया जाएगा कि व्यक्ति को स्वास्थ्य सेवाओं की सहमति

देने के लिए दायित्व-मुक्त माना जा सकता है या नहीं।²⁹ उदाहरण के लिए, न्यूयॉर्क में, जन स्वास्थ्य कानून में दी गई दायित्व-मुक्त छूट और संबंधित कानूनों में प्रावधान है कि नाबालिग को तब दायित्व-मुक्त और अपनी स्वास्थ्य सेवाओं की सहमति देने में सक्षम माना जा सकता है जब “वे खुद अपना जीवनयापन चला रहे हों, किसी सैन्य बल में भर्ती हों, उनके माता पिता द्वारा त्याग दिए गए हों, उन्होंने खुद रचनात्मक तरीके से माता पिता को त्याग दिया हो, या ऐसी अवस्था प्राप्त कर ली हो जहां वे अपने माता या पिता द्वारा नियंत्रित किए जाने के लिए अधीन न हों”।²⁹ दुर्भाग्य से, दायित्व-मुक्ति सिद्धांत किशोरों को उपयुक्त समय से पहले अपने माता पिता का घर छोड़ने के लिए एक प्रकार से प्रलोभन देती है। इसके कारण युवा अपने माता पिता से आर्थिक व अन्य सहयोग प्राप्त करने का अधिकार भी खो बैठते हैं।²⁹

दूसरा, एक ट्रांसजेन्डर किशोर युवा यह साबित कर सकता है कि परिपक्व नाबालिग नियम के अंतर्गत उसके पास जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता है। कुछ राज्यों में कानूनी रूप से परिपक्व नाबालिग नियम लागू है और कुछ अन्य राज्यों में कानून द्वारा संहिताबद्ध किया गया है।²⁹ सामान्य कानून के परिपक्व नाबालिग सिद्धांत को कार्डवैल बनाम बैक्टल मामले में स्थापित किया गया था, जिस में न्यायालय ने कहा कि “नाबालिग अलग अलग डिग्री की परिपक्वता और जिम्मेदारी (क्षमता) संभालने के काबिल होते हैं, और इस वास्तविकता को सामान्य कानून में एक शताब्दी से भी ज्यादा समय से

मान्यता प्राप्त है।”^{22,30*} किसी वैज्ञानिक घटना, जैसे कि किसी विशिष्ट उम्र तक पहुंचना, विवाह कर लेना या बच्चे के माता/पिता बन जाना, पर आधारित एक आम उपधारणा पर विश्वास करने के बजाए, परिपक्व नाबालिग नियम किशोर युवा की “अपने व्यवहार और दूसरों के व्यवहार के परिणामों का आंकलन करने” की क्षमता पर आधारित है।^{22,30} इसके अलावा, दायित्व-मुक्त सिद्धांत से अलग, नाबालिग परिपक्वता सिद्धांत किशोरों को स्वायत्तता देता है कि वे अपने लिए चिकित्सीय निर्णय खुद लें और साथ ही परिवार को भी जोड़े रखता है।²⁹

आखिर में, एक ट्रांसजेन्डर युवा तर्क दे सकता है कि न्यायिक उपमार्ग प्रावधान**, जिसे गर्भ समापन के संदर्भ में स्थापित किया गया था, अन्य प्रकार की स्वास्थ्य सेवाएं मांग रहे किशोर युवाओं के लिए भी लागू किया जा सकता है, जिसमें जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार भी शामिल है। जो ट्रांसजेन्डर युवा अपने माता पिता से जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार की सहमति नहीं लेना चाहते, वे उसी प्रकार के कारण देंगे जो ऐसे युवा देते

हैं, जो गर्भ समापन के लिए अपने माता पिता की अनुमति लेना नहीं चाहते। “अगर किसी ट्रांसजेन्डर नाबालिग को उसके माता पिता की सहमति लेने के लिए विवश किया जाए, तो संभव है कि माता/ पिता उसे जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार करने से रोकें, फिर चाहे जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार करना नाबालिग बच्चे के हित में ही हो ... इसके अलावा, जैसा कि गर्भ समापन के संदर्भ में होता है, माता पिता की सहमति प्राप्त करना अनिवार्य होने के कारण, नाबालिग बच्चे अक्सर असमय बात को खोलते हैं, जबकि वे ऐसे समय पर बात खोल सकते थे जब वह परिवार की गतिशीलता के अनुरूप हो सकता था।”^{29***}

हालांकि न्यायिक उपमार्ग ट्रांसजेन्डर किशोर युवा के लिए उपयोगी या ज़रूरी हो सकती है, जिसके माता पिता या उसके पालक के रूप में राज्य किशोर द्वारा मांगी जा रही स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने की सहमति न दे रहे हों, लेकिन यह एक आदर्श समाधान नहीं है।²⁹ दुर्भाग्य से, जैसा कि गर्भ समापन की स्थिति में होता है, न्यायिक उपमार्ग युवा और उसके द्वारा मांगी जा रही

* “नाबालिगों की बढ़ती क्षमता को सामान्य कानून में दी गई मान्यता को रूल ऑफ़ सेवेन्स नाम दिया गया : सात वर्ष से कम की उम्र में कोई क्षमता न होने की उपधारणा; सात वर्ष उम्र से चौदह वर्ष तक कोई क्षमता न होने की उपधारणा को गलत ठहराया जा सकता है; और चौदह वर्ष उम्र से 21 वर्ष तक क्षमता की उपधारणा को गलत ठहराया जा सकता है।”⁵⁰

** सर्वोच्च न्यायालय ने केवल उन राज्यों के कानूनों को मान्यता दी है जिनमें किसी नाबालिग द्वारा गर्भ समापन कराए जाने के निर्णय में माता पिता का शामिल होना ज़रूरी है, लेकिन उसमें एक “विकल्प” भी शामिल किया गया है, जैसे कि न्यायिक उपमार्ग प्रक्रिया, जिससे कि जो किशोर युवतियां अपने माता पिता को इस निर्णय में शामिल नहीं कर सकतीं, उन्हें इस आवश्यकता से छूट मिल सके। “न्यायिक उपमार्ग प्रावधान का गायदा लेने के लिए, युवती को न्यायाधीश के सामने आकर यह साबित करना होगा कि वह इतनी समझ रखती है कि उसे गर्भ समापन करवाना चाहिए या नहीं या, उसके पूरी तरह से परिपक्व न होने के बावजूद, उसके लिए गर्भ समापन करवाना ही सबसे हितकारी होगा।”³¹

*** उदाहरण के लिए, नाबालिग को भय हो सकता है कि उसके माता/पिता उसे जेन्डर बदलने से रोकने के लिए हिंसा, कड़ी निगरानी जैसे कि उसके घर से बाहर जाने पर रोक, या फिर जबरदस्ती किसी संस्थान में भर्ती कर देंगे।²⁹

स्वास्थ्य सेवा के बीच एक और बाधा बन सकता है, हालांकि “संभव है कि न्यायाधीशों को भी ट्रांसजेन्डर किशोर युवाओं की जरूरतों के बारे में माता पिता या राज्य से ज्यादा समझ न हो”²⁹ इसके अलावा, न्यायिक उपमार्ग प्रावधान उन ट्रांसजेन्डर किशोरों के लिए भार भी बन सकता है, जिनकी स्वास्थ्य जरूरतों में कई प्रकार के जटिल उपचार शामिल हों।

किशोरों के ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं के अधिकार को बढ़ावा देना

किशोरों के ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं के अधिकार को बढ़ावा देने के लिए एक प्रभावकारी रणनीति, जिसे कोलम्बिया के संवैधानिक न्यायालय ने तैयार किया है, में शामिल है माता पिता द्वारा अपने इंटरसेक्स बच्चों पर जेनाइटल सर्जरी करवाने की सहमति की क्षमता को सीमित रखना। इंटरसेक्स स्थितियां, जिन्हें सेक्स विकास के विकारों के रूप में भी जाना जाता है, ऐसी जन्मजात परिस्थिति होती है जिसमें गुणसूत्रीय, जननांगों या शारीरिक सेक्स का विकास अलग प्रकार का होता है।³² इंटरसेक्स विविधताओं में वे लोग शामिल होते हैं, जिनके शरीर में बाहर एक सेक्स के जननांग होते हैं, और शरीर के अंदर दूसरे सेक्स के, या ऐसे लोग जिनके शरीर में स्पष्ट रूप से पुरुष या महिला के जननांग नहीं होते और ऐसे लोग जिनका

गुणसूत्रीय ढांचा अलग प्रकार का होता है।^{33*}

1950 के दशक से, अलग प्रकार का जननांगों की बनावट वाली इंटरसेक्स विविधता के साथ जन्मे बच्चों के लिए चिकित्सीय मानक के रूप में तुरंत सेक्स रीअसाइनमेंट और जेनाइटल सर्जरी कर दी जाती है, जो कि मनी और सहभागियों द्वारा बनाए गए प्रोटोकॉल के अनुरूप है।³⁶ 1990 के दशक में कई ऐसे वयस्कों, जिन पर पैदा होते ही इस प्रोटोकॉल के अनुरूप यह सर्जरी की गई थी, ने जेनाइटल सर्जरी किए जाने पर जोर दिए जाने और उसकी सफलता को चुनौति दी। उनका दावा था कि इस सर्जरी के कारण उनको असाधारण और अटल नुक्सान हुआ है।³⁴ हालांकि उसी समय के आसपास इंटरसेक्स समर्थकों ने इन मानक चिकित्सीय प्रणालियों को चुनौती देना शुरू कर दिया था, अभी तक किसी भी देश या राज्य ने इस मुद्दे पर नियंत्रक कानून नहीं बनाए हैं। इसके अलावा, कोलम्बिया एकमात्र ऐसा न्यायक्षेत्र है, जहां सर्वोच्च न्यायालय ने इस सवाल को संबोधित किया है कि माता पिता को उनके इंटरसेक्स बच्चे की जेनाइटल सर्जरी की इजाजत देने का अधिकार है या नहीं।³⁷

कोलम्बिया

कोलम्बिया के संवैधानिक न्यायालय ने माता पिता द्वारा अपने इंटरसेक्स बच्चे के लिए जेनाइटल

* किसी इंटरसेक्स स्थिति या यौन विकास विकार का उपचार करने या उसे संभालने में कई प्रकार की सर्जरी (जैसे दिखावट को बदलने, मूत्र निकलने का रास्ता बनाने, खड़े हो कर मूत्र करने, भविष्य में माहवारी के बहाव को निकालने, भविष्य में यौन संबंध बना पाने, या जेन्डर पहचान विकसित करने के लिए) और गैर-सर्जरी व्यवधानों (जैसे सेक्स हॉर्मोन थेरेपी या मानसिक परामर्श) की आवश्यकता हो सकती है, जो कि विशिष्ट स्थिति के पता लगाए जाने पर आधारित होती है।^{34,35} इसके परिणामस्वरूप, इन विविधताओं वाले बच्चों की अच्छे से देखरेख करने के लिए एक अनुभवी बहुविषयक टीम की आवश्यकता है जिसमें बाल चिकित्सा, उप विशेषज्ञ (जैसे कि अंतःस्त्रविका विज्ञान, मूत्रविज्ञान/ सर्जरी, मनोविज्ञान/ मनोरोग विज्ञान, स्त्री रोग, सामाजिक कार्य, नर्सिंग और जैवनैतिकता) की जरूरत होती है।³⁵

सर्जरी किए जाने की इजाजत देने के अधिकार पर सीमा लगाई है। वर्ष 1995 में, एक छह महीने के लड़के, जिसे एक भयंकर दुर्घटना में लिंग विकृत हो जाने के बाद लड़की बना दिया गया, लेकिन वह कभी भी लड़की की जेन्डर पहचान नहीं बना पाया, ने संवैधानिक न्यायालय के सामने केस रखा।^{15,38} फैसले संख्या T-477/95 में न्यायालय ने स्थापित किया कि “बच्चे की ओर से माता पिता यौन पहचान स्थापित करने की इजाजत नहीं दे सकते” क्योंकि यह बच्चे की पहचान, मानवीय गरिमा और आत्मनिर्णय का हनन करता है। आदेश संख्या T-477/95 के अनुरूप, कोलम्बिया के कुछ सर्जनों ने इस का विरोध किया और वे इंटरसेक्स सर्जरी का सुझाव तो देते थे, पर खुद वह सर्जरी नहीं करते थे।³⁸

वर्ष 1999 में, संवैधानिक न्यायालय ने दोनों मामलों पर गौर किया, जिसके कारण दो आदेश आए T-551/99 और SU-337/99, जिसमें चिकित्सकों ने एक दो-वर्षीय और एक आठ-वर्षीय बच्चे के माता पिता को जेनाइटल सर्जरी करने का सुझाव दिया, लेकिन बिना नयायालय के आदेश के खुद सर्जरी करने से मना कर दिया।³⁹⁻⁴¹ जैसा कि न्यायालय ने वर्ष 2003 के आदेश संख्या T-1021 में स्पष्ट किया, इस प्रकार के मामले “स्वायत्तता के मूल्य, जिसमें नाबालिग की निर्णय लेने की क्षमता का पक्ष लिया जाता है, और उपकार के मूल्य, जिसमें अपने नाबालिग बच्चों को उनके जीवन और स्वास्थ्य को खतरा पहुंचाने वाले काम करने या चूक करने से बचाने के लिए माता पिता को उनकी ओर से निर्णय लेने का अधिकार दिया जाता है” के बीच तनाव को उजागर करते हैं।⁴²

वर्ष 1999 के मामलों में इस तनाव का हल निकालने के लिए, न्यायालय ने कानूनी और चिकित्सीय समुदायों से सहमति की एक नई श्रेणी बनाने के लिए कहा, “योग्य, स्थायी सूचित सहमति,” जिससे कि माता पिता के निर्णयों में बच्चे के हित को सुनिश्चित किया जा सके।^{39,40} न्यायालय के अनुसार, “अपने लिए खुद निर्णय लेने के लिए बहुत छोटे बच्चों की ओर से चिकित्सीय हस्तक्षेप के लिए माता पिता की सहमति तीन मुद्दों पर निर्भर करती है (1) उस प्रक्रिया की ज़रूरत और उसे कितनी जल्दी किया जाना चाहिए; (2) प्रक्रिया कितनी आक्रामक है और उसमें कितना जोखिम है; और (3) बच्चे की क्या उम्र है और उसकी स्वतंत्र निर्णय लेने की क्या क्षमता है”। इसके अलावा, न्यायालय ने यह भी कहा कि माता पिता केवल तभी सर्जरी की सहमति दे सकते हैं अगर उन्हें उससे जुड़े जोखिम और उपलब्ध वैकल्पिक उपचार के बारे में सही जानकारी दी गई हो। और यह सहमति लिखित रूप में दी जानी चाहिए, और एक से ज्यादा बार, कुछ समय तक लगातार दी गई हो, जिससे कि माता पिता को बच्चे की स्थिति की पूरी जानकारी प्राप्त करने और उपचार के विकल्पों के प्रभाव समझने का समय मिले। पांच वर्ष से ज्यादा उम्र के बच्चों के लिए माता पिता सहमति नहीं दे सकते क्योंकि इस समय तक बच्चे ने स्वायत्तता प्राप्त कर ली होती है, जिसका सम्मान करना ज़रूरी है और बच्चे ने अब तक जेन्डर पहचान भी बना ली होती है, जिससे निर्णय लेने की तत्परता कम होने के साथ साथ, सर्जरी से होने वाले लाभ भी कम हो जाते हैं।^{39,40}

मुद्दे के दो मामलों पर इस नई श्रेणी को लागू करते हुए, न्यायालय ने स्पष्ट किया कि दोनों मामलों में “जेनाइटल सर्जरी के लिए माता पिता द्वारा दी गई सहमति अमान्य हो जाती है”^{38,43} दो साल के बच्चे के मामले में, माता पिता का निर्णय अमान्य था क्योंकि वह “योग्य और स्थायी सूचित सहमति” नहीं थी।³⁹ आठ साल के बच्चे के माता पिता द्वारा दी गई सहमति भी अमान्य हो गई क्योंकि बच्चे की उम्र इतनी कम नहीं थी कि कोई और उसके लिए सहमति दे।⁴⁰ वर्ष 1999 से, न्यायालय ने कई बार माता पिता की अपने इंटरसेक्स बच्चों की ओर से जेन्डर रीअसाइनमेंट सर्जरी को सहमति देने के अधिकार को सीमित करने के आदेश की फिर से पुष्टि की है।^{42,44} न्यायालय द्वारा दी गई सहमति की नई श्रेणी माता पिता द्वारा अपने पांच साल से कम उम्र के इंटरसेक्स बच्चों के लिए जेनाइटल सर्जरी की इजाजत देने के पहलुओं को स्पष्ट करती है। इसके अलावा, यह माता पिता के अधिकारों और उनके किशोर उम्र के बच्चों के अन्य स्थितियों, जैसे ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान में चिकित्सीय निर्णय लेने के अधिकारों के बीच संतुलन बनाने के लिए, एक न्यायशास्त्रीय नींव भी रखती है।

यू.एस.ए.

यू.एस.ए. के कानून में पारंपरिक रूप से माता पिता को अपने नवजात इंटरसेक्स बच्चों पर जेन्डर रीअसाइनमेंट सर्जरी की सहमति देने का व्यापक अधिकार दिया गया है। 1970 के दशक से, यू.एस.ए. में इंटरसेक्स बच्चों और अस्पष्ट जननांगों के साथ पैदा हुए बच्चों या जिन बच्चों

के जननांगों पर गंभीर चोट के कारण विकृति हो गई हो, के लिए जल्द ही सर्जरी कर देना साधारण प्रक्रिया रही है।⁴⁵ हाल के समय तक, दि अमेरिकन अकैडमी ऑफ पीडियैट्रिक्स ने अस्पष्ट जननांगों के साथ पैदा हुए बच्चों को “सामाजिक आपातकालीन स्थिति” का नाम दिया हुआ था, जिसका तुरंत मूल्यांकन करके उपचार किया जाना चाहिए।⁴⁶ अमरीकी न्यायालयों ने इंटरसेक्स बच्चों के संदर्भ में माता पिता द्वारा चिकित्सीय निर्णय लेने के अधिकार को चुनौती देने के लिए कुछ विशेष कदम नहीं उठाए हैं। इसके अलावा, राज्यों द्वारा ऐसा कानून पास करना अभी बाकी है जिससे कि जेनाइटल सर्जरी करने में देरी की जा सके, जिससे कि बच्चा सही उम्र में उस सर्जरी के लिए सहमति दे सके, या जिससे माता पिता को पारंपरिक रूप से दिए गए अधिकारों को सीमित किया जा सके।

लेकिन इंटरसेक्स समर्थक ऐसे स्थान पर खड़े हैं जो मांग कर सकते हैं कि यू.एस.ए. के न्यायालय भी कोलम्बिया संवैधानिक न्यायालय द्वारा दिखाए गए रास्ते पर चलें। दोनों देशों में युवाओं द्वारा चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता की परिभाषा के बीच कई अंतर होने के बावजूद, यू.एस.ए. कानून में कम से कम एक सिद्धांत तो ऐसा है जो माता पिता द्वारा अपने इंटरसेक्स बच्चे की जेन्डर रीअसाइनमेंट सर्जरी की सहमति के अधिकार को सीमित करता है। कानूनी शोधकों का तर्क है कि इंटरसेक्स बच्चों पर सर्जरी करवाना माता पिता और बच्चों के हितों के बीच “स्पष्ट द्वंद्व” की स्थिति है। इस स्पष्ट द्वंद्व की स्थिति के कारण जरूरी है कि माता पिता द्वारा बच्चे

के लिए चिकित्सीय निर्णय लेने के अधिकार को सीमित किया जाए।^{19,47} स्पष्ट द्वंद्व की स्थितियों में ऐसी स्थितियां शामिल हैं जिनमें (1) निर्णय लेने वाले, ऐसे उपचार करवाने के निर्णय लें जो वाजिब न हों; (2) किसी विशिष्ट उपचार की आवश्यकता हो; या (3) उपचार के निर्णय में रोगी के संवैधानिक अधिकारों की बराबरी का कोई अधिकार शामिल है, जिसे लागू करने से परिवार के सदस्य द्वारा लिये गए निर्णय में बाधा आ सकती है।^{19,47} इसके अनुसार, माता पिता को अपने इंटरसेक्स बच्चों की जेनाइटल सर्जरी की सहमति देने का सीमित अधिकार होना चाहिए, क्योंकि इस प्रकार की सर्जरी बेतुकी होने के साथ साथ अतिविशिष्ट हस्तक्षेप होता है, जिसका बच्चे के संवैधानिक हितों पर बहुत बड़ा प्रभाव पड़ता है।¹⁹

निष्कर्ष

अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार मानकों के अंतर्गत ज़रूरी है कि युवाओं के गोपनीय और व्यापक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच के अधिकार की सुरक्षा की जाए और उसे बढ़ावा दिया जाए।³ *दि कन्वेंशन ऑन दि राइट्स ऑफ दि चाईल्ड* (द कन्वेंशन), जिसे संयुक्त राष्ट्र आम सभा में 1989 में पारित किया गया, के अंतर्गत ज़रूरी है कि राज्य “*किसी भी बच्चे को उसके स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच स्थापित करने के अधिकार से उसे वंचित न रखा जाए*”, जिसमें शामिल है सुरक्षात्मक स्वास्थ्य सेवाएं और परिवार नियोजन शिक्षा और सेवाएं।² इसके अलावा, इस कन्वेंशन में “*बच्चे की बढ़ती हुई क्षमता*” को भी मान्यता दी गई है, विशेषकर जब माता पिता की बच्चे

द्वारा अपने अधिकारों को प्राप्त करने की प्रक्रिया के मार्गदर्शन में भूमिका पर चर्चा की जा रही हो।² इंटरनैशनल प्लैन्ड पेरेन्टहुड फैडरेशन के अनुसार, “*बच्चे की बढ़ती क्षमता*” मानकों के अंतर्गत ज़रूरी है कि बच्चों को अपने जीवन के सक्रिय एजेंट के रूप में मान्यता देते हुए, उन्हें अधिकार प्राप्त बढ़ती स्वतंत्रता प्राप्त कर रहे व्यक्ति के रूप में देखने के साथ साथ, उनकी संवेदनशीलता के आधार पर उनके सुरक्षा के अधिकारों का संतुलन बनाया जाए।⁴⁹ जिन देशों ने कन्वेंशन को पारित नहीं किया है, जैसे यू.एस.ए., ने ऐसी संगोष्ठियों में भाग लिया है जिन्होंने उनके “*बच्चों की बढ़ती क्षमताओं*” वाले मानक को किशोर युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य ज़रूरतों के संदर्भ में अपनाया है।⁵⁰

ना कोलम्बिया, और ना ही यू.एस.ए. ने कोई न्यायशास्त्र या कानून बनाया है जो ट्रांसजेन्डर किशोर युवाओं की जेन्डर रीअसाइनमेंट उपचार की सहमति देने की क्षमता को स्पष्ट रूप से सुरक्षा देते हों। लेकिन कोलम्बिया के संवैधानिक न्यायालय ने माता पिता द्वारा अपने बच्चों की ओर से उन पर जेनाइटल सर्जरी करने की सहमति देने के अधिकार को सीमित किया है, जिसके माध्यम से माता पिता के अधिकारों और ऐसी स्थिति में उनके इंटरसेक्स बच्चों के अधिकारों के बीच संतुलन बनाने की कोशिश की गई है। इस प्रक्रिया में, कोलम्बिया के न्यायालय ने कोलम्बिया के युवाओं द्वारा अन्य स्थितियों, जैसे कि ट्रांसजेन्डर स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच स्थापित करने में चिकित्सीय निर्णय लेने के अधिकार को बढ़ावा देने के लिए, एक न्यायशास्त्रीय ढांचे का विकास किया है।

इसके अलावा, यह दृष्टिकोण यू.एस.ए. कानून में लंबे समय से मौजूद किशोर युवाओं की निर्णय लेने की अक्षमता की उपधारणा को भी चुनौती दे सकता है, जिससे अमरीकी ट्रांसजेन्डर किशोर युवाओं की अपनी स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में निर्णय लेने की क्षमता को भी बढ़ावा मिलेगा।

लेखक:

क वरिष्ठ वकील, विमेन्स लिंक वर्ल्डवाइड, बोगोटा, कोलम्बिया

ख सलाहकार वकील, न्यूयॉर्क, एन.वाय., यू.एस.
ए. संपर्क: rreingold@gmail.com

संदर्भ

1. World Health Organization. Adolescent health. www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
2. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. 1989. www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf.
3. Cook RJ, et al. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000;70(13).
4. Keanne Kives S. Adolescent consent in reproductive and sexual health decision-making: should there be an arbitrary age of consent or should it be based on the 'evolving capacities of the child'? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2008;21(47).
5. International Council on Human Rights Policy. Sexual health and human rights in the European region. 2012. http://www.ichrp.org/files/reports/71/140_sexual_health_european_region.pdf.
6. Hammarberg T. Human rights and gender identity. 2009. https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365#P36_1307.
7. Hastings Center. Guidelines on termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Bloomington: Indiana University Press; 1987.
8. Mutcherson K. Whose body is it anyway? An updated model of healthcare decision-making rights for adolescents. *Cornell Journal of Law & Public Policy* 2004–2005;14(251):257–85.
9. Lansdown G. The evolving capacities of the child. 2005. www.unicef-irc.org/publications/pdf/evolving-eng.pdf.
10. Hartman RG. Adolescent decisional autonomy: clarifying an ageless conundrum. *Hastings Law Journal* 2000;51(1265):1268–310.
11. Código de la Infancia y la Adolescencia. 2006. http://apps.mintrabajo.gov.co/siriti/info/codigo_infancia_y_adolescencia_ley_1098_de_2006_comentado.pdf.
12. Código Civil de Colombia: Article 288. 1887. www.oas.org/dil/esp/Codigo_Civil_Colombia.pdf.
13. Constitución Política de la Republica de Colombia: Article 44. 1991. <http://pdba.georgetown.edu/constitutions/colombia/col91.html>.
14. Colombian Constitutional Court. Decision T-474. 1996. www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/t%2D474%2D96.htm.
15. Colombian Constitutional Court. Decision T-477. 1995. www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t%2D477%2D95.htm.
16. Hartman R. Adolescent decisional autonomy for medical care: health care provider perceptions and practices. *University of Chicago Law School Roundtable* 2001;8(87):91.
17. United States Supreme Court. *Bellotti v. Baird*. 1979. 443 USA 622:636.
18. Ehrlich J. Grounded in the reality of their lives: listening to teens who make the abortion decision without involving their parents. *Berkeley Women's Law Journal* 2003;18(61):68–69.

19. Beh H, Diamond M. David Reimer's legacy: limiting parental discretion. *Cardozo Journal of Law & Gender* 2005;12(5):25–27.
20. United States Supreme Court. *Parham v. JR*. 1979. 442 USA 582:602.
21. Goodwin M, Duke N. Capacity and autonomy: a thought experiment on minors' access to assisted reproductive technology. *Harvard Journal of Law & Gender* 2011;34(503):538–39.
22. Stenger R. Exclusive or concurrent competence to make medical decisions for adolescents in the United States and United Kingdom. *Journal of Law & Health* 1999–2000;14(209):211–14.
23. GLAAD. Media reference guide. www.glaad.org/files/MediaReferenceGuide2010.pdf.
24. Global Action for Trans* Equality. Trans*. <http://transactivists.org/trans/>.
25. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism* 2011;13(165):168–208.
26. Skougard E. The best interests of transgender children. *Utah Law Review* 2011;3(1161):1175–77.
27. Decreto No. 608: Article 2(d). 2007. http://app.idu.gov.co/boletin_alejandria/1102_080204/doc/legislacion/DE-608-07.pdf.
28. Restrepo Zea E, Dominguez Blanco M, Vileikis Pinilla O, et al. Reasignación sexual y disforia de género en Colombia: una aproximación histórica a los saberes y las prácticas relacionadas con la transexualidad. <http://ensambladoencolombia.org/inicio/documentos/maelviadominguez/reasignacionsexual.pdf>.
29. Shield S. The doctor won't see you now: rights of transgender adolescents to sex reassignment treatment. *New York University Review of Law & Social Change* 2007;31(361):362–428.
30. Supreme Court of Tennessee. *Cardwell v. Bechtol*. 1987. 724 S.W.2d 739:745–747.
31. National Health Law Program. Abortion, judicial bypass, and recusal. www.healthlaw.org/index.php?option=com_content&view=article&id=433%3Aabortion-judicialbypass-recusal&catid=40&Itemid=194.
32. Accord Alliance. Frequently asked questions. www.accordalliance.org/learn-about-dsd/faq.html.
33. Intersex Society of North America. What is intersex? www.isna.org/faq/what_is_intersex.
34. Karkazis K, Tamar-Mattis A, Kon A. Genital surgery for disorders of sex development: implementing a shared-decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism* 2010;23(789).
35. Lee P, Houk C, Ahmed S, et al. Consensus statement of management of intersex disorders. *Pediatrics* 2006;118(e488).
36. Karkazis K. *Fixing Sex*. Durham: Duke University Press; 2008.
37. Greenburg J. Health care issues affecting people with an intersex condition or DSD: sex or disability discrimination? *Loyola of Los Angeles Law Review* 2012;45(849).
38. Martin P. Moving toward an international standard in informed consent: the impact of intersexuality and the internet on the standard of care. *Duke Journal of Gender Law & Policy* 2002;9(137):162–67.
39. Colombian Constitutional Court. Decision T-551/99. 1999. www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/t%2D551%2D99.htm.
40. Colombian Constitutional Court. Decision SU-337/99. 1999. www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337%2D99.htm.
41. Greenberg J. International legal developments protecting the autonomy rights of sexual minorities: who should decide the appropriate treatment for an intersex child? *Ethics and Intersex* 2006;87:91–92.

42. Colombian Constitutional Court. Decision T-1021/03. 2003. www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t%2D1021%2D03.htm.
43. Greenberg J, Chase C. Colombia high court restricts intersex genital mutilation. www.isna.org/node/21.
44. Colombian Constitutional Court. Decision T-1025/02. 2002. [ww.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-1025-02.htm](http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-1025-02.htm).
45. Beh H, Diamond M. An emerging ethical and medical dilemma: should physicians perform sex assignment surgery on infants with ambiguous genitalia? *Michigan Journal of Gender & Law* 2000;7(1):2–4.
46. American Academy of Pediatrics. Evaluation of newborn with developmental anomalies of the external genitalia. *Pediatrics* 2000;106(138).
47. Rosato J. Using bioethics discourse to determine when parents should make health care decisions for their children: is deference justified. *Temple Law Review* 2000;73(1).
48. UN Treaty Collection. http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en.
49. International Planned Parenthood Federation. Sexual rights: an IPPF declaration. 2008. www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/SexualRightsIPPFdeclaration.pdf.
50. International Women’s Health Coalition. The human rights of children and their sexual and reproductive health. (Undated, c. 2001). http://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_fac_adoles_rtsofchildren.pdf.

खास लेख

आपात प्रसूति सेवा के रूप में गर्भसमापन

कैथोलिक स्वास्थ्य नीति की व्याख्या और गर्भवती महिलाओं के लिए परिणाम: आयरलैंड में सविता हलाप्यनावर की मृत्यु और अन्य मिलते-जुलते मामलों का एक विश्लेषण

Marge Berer

मार्ज बेरर*

सारांश:

अक्टूबर 2012 में आयरलैंड में सविता हलाप्यनावर की मौत से उठने वाले मुद्दों में एक सवाल यह भी था कि क्या गर्भसमापन करने से मना कर देना अनैतिक है, खासकर जब एक महिला की जान जोखिम में हो? कैथोलिक जननी स्वास्थ्य सेवाओं में, यह निर्णय स्वास्थ्य प्रदाताओं की कैथोलिक स्वास्थ्य नीति के अन्दर, गर्भपात के उपचार और गर्भसमापन के कानून की समझ के साथ टकराता है और प्रभावित होता है। यह लेख समझने की कोशिश करता है कि किस प्रकार ये मुद्दे एक साथ सविता हलाप्यनावर की मृत्यु के इर्द-गिर्द आते हैं और इनके दुनिया भर में गर्भवती महिलाओं और जननी स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए क्या परिणाम होंगे। यह केवल आयरलैंड में ही नहीं, बल्कि अमेरिकन महाद्वीपों में भी ऐसे मामलों का विश्लेषण करता है। लेख में प्रस्तुत ज्यादातर मामले हालिया हैं और इनका स्रोत मीडिया और व्यक्तिगत रिपोर्टें हैं। लेकिन अलग-अलग महाद्वीपों और देशों में चर्चित कर देने वाला एक जैसा घटनाक्रम देखने को मिलता है। लेख सविता के जैसे अन्य मामलों को भी खंगालता है। कोई भी कैथोलिक स्वास्थ्य कर्मी या अस्पताल, जो आपात स्थिति में प्रसूति सेवा के रूप में गर्भसमापन करने से मना करता है, को उसके जननी स्वास्थ्य सेवा देने के अधिकार से वंचित कर देना चाहिए। कुछ देशों में कैथोलिक जननी स्वास्थ्य सेवाएं अत्यंत महत्वपूर्ण या अकेली उपलब्ध सेवाएं हैं। अगर ऐसा है भी तो सरकारों को इन सेवाओं को आर्थिक सहायता देना बंद कर देना चाहिए। वे इन सेवाओं की जगह गैर-धार्मिक सेवाएं प्रदान करें या यह सुनिश्चित करें कि ऐसी संस्थाओं में गैर-धार्मिक स्टाफ हर समय मौजूद रहे, खासकर ऐसी स्थितियों को सँभालने के लिए, ताकि इस प्रकार मौतें न हों। मुद्दा है कि क्या एक महिला की जिन्दगी प्राथमिकता है या बिल्कुल नहीं। © 2013 रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स।

मुख्य शब्द: जननी मृत्यु, आपात प्रसूति सेवा, गर्भसमापन कानून और नीति, रोमन कैथोलिक स्वास्थ्य नीति, आयरलैंड, डोमिनिकन रिपब्लिक, कोस्टा रिका, एल साल्वाडोर

“**ए**क महिला की जान खतरे में है, इसे सुनिश्चित करने का एक ही तरीका है, और वो है उसकी मौत के बाद” (क्रिस्चियन फिअला, 2012)

1987 में जब पहली बार विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम शुरू किया गया तब हर साल पांच लाख के करीब महिलाओं की गर्भावस्था के दौरान मौत होती थी। जो महिलाएं इस दौरान मर रही थी, वे अक्सर बेनाम थी और उनकी मौतें न तो दर्ज की गईं और न ही इन पर कोई अध्ययन हुए।

इस सब की तुलना 28 अक्टूबर 2012 को एक समृद्ध परिवार से आने वाली, सविता हलाप्पनावर की मौत से करें। पेशे से दांतों की डॉक्टर, हलाप्पनावर, की 17 हफ्ते के गर्भ के साथ दुर्घटना होने के बाद आयरलैंड, एक ऐसा देश जहाँ इस स्थिति में होने वाली मृत्यु की दर बहुत कम है, के एक अस्पताल में मौत हो गयी। सविता की मौत गुमनाम और अंधेरे में नहीं रही। मृत्यु के चंद दिनों के अन्दर ही उसकी फोटोग्राफ और नाम दुनिया भर में फैल गया और केवल आयरलैंड ही नहीं, बल्कि भारत के साथ दुनिया भर में धरने प्रदर्शन हुए। छह महीने हो चुके हैं और मौत की जांच अभी खत्म हुई है। सविता की मौत पर लेख और ब्लॉग आए दिन प्रकाशित होते रहते हैं, उसके पति द्वारा न्याय की मांग आयरलैंड में खबरों में सुर्खियों में रहती है और आयरिश सरकार गर्भावस्था की समाप्ति से जुड़े कानून पर सविता की मौत से पड़ने वाले प्रभाव पर गौर करने के लिए मजबूर हो गयी है। इसके परिणामस्वरूप एक ड्राफ्ट बिल तैयार हुआ जो 1 मई 2013 को जारी किया जा रहा है।

सविता की मौत कई वजहों से महत्वपूर्ण बन गयी। पहला, गर्भ के समय होने वाली मृत्यु को रोकना विश्वभर में एक प्राथमिकता बन गया है। साल 2000 से ही, मिलेनियम डेवलपमेंट गोल 5 का मुख्य उद्देश्य गर्भावस्था के दौरान होने वाली मृत्यु को साल 2014 तक 75% तक कम करना है।¹ साल 2010 से इस तरह की मौतों को कम करना, सयुक्त-राष्ट्र महासचिव की महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य पर विश्व रणनीति के पांच मुख्य लक्ष्यों में से एक है। गर्भ के दौरान होने वाली मौतें, विश्व मीडिया में खबर की एक सामग्री बन गयी हैं। मीडिया इस सन्दर्भ में मौतें रोकने में सफलता व असफलता, और महिलाओं के अनुभवों को नियमित रूप से दिखाता है।

दूसरा, सरकारों को जवाबदेह बनाने के लिए, मातृ मृत्यु को रोकने की ज़रूरी सेवा उपलब्ध करवाने में उनकी नाकामी, भारत के साथ, और देशों में कोर्ट केसों में दिखाई देने लगी है। महिला अधिकार कार्यकर्ताओं द्वारा जन विरोध और सीडॉ (CEDAW) जैसी मानव अधिकार संस्थाएं, जो मामलों की जांच करता है और सरकारों को नीति सुझाव देते हैं, अब काफी दिखाई पड़ता है।²

सविता की मृत्यु में खास बात केवल यह तथ्य नहीं था कि क्या और किस स्थिति में एक महिला की जान और स्वास्थ्य के लिए खतरा बन जाने वाले गर्भ का समापन किया जा सकता है। बल्कि किस प्रकार ऐसी स्थिति में किसी स्वास्थ्य कर्मी का निर्णय, उसकी कैथोलिक स्वास्थ्य नीति और गर्भसमापन पर आयरिश कानून की उनकी समझ से प्रभावित हो सकता है।

सविता की मौत पर हुई जांच में पाए गए तथ्यों, आयरिश मेडिकल संगठन द्वारा एक महिला की जान को गंभीर और वास्तविक खतरे की स्थिति में, गर्भसमापन कर देने के प्रस्तावित विधेयक को नामंजूर करना³ और आयरिश सरकार द्वारा ऐसे प्रस्तावों को तैयार करना, जो वहां बहुत ही सीमित कानूनी गर्भसमापन की अनुमति दे के मद्देनज़र, यह लेख समझने की कोशिश करता है कि किस प्रकार कई सारे मुद्दे एक साथ सविता की मौत के इर्द-गिर्द आ गए, जिसमें कैथोलिक स्वास्थ्य नीति की व्याख्या और विश्वभर में गर्भवती महिलाओं के लिए उसके प्रभाव शामिल है।

गर्भावस्था के दौरान होने वाली मौतों के विरोध में

मिलेनियम डेवलपमेंट गोल्स ने ऊंची जननी मृत्युदर* वाले देशों को अपनी कमियों से अवगत कराया है। सामाजिक संगठनों ने न्याय और कुछ केसों में तो मुआवज़े के लिए लड़ाई भी शुरू कर दी है।

उदाहरण के लिए, भारत में शांति देवी के केस में कानूनी समाधान के लिए दिल्ली उच्च न्यायालय में एक याचिका दायर की गयी थी। शांति देवी की मृत्यु दो बेहद खतरे से भरी गर्भावस्थाओं, जिनके दौरान उसे देर से और अपर्याप्त स्वास्थ्य सेवा मिली थी, के बाद साल 2010 में बच्चे को जन्म देते समय हुई। सबसे पहली गर्भावस्था के दौरान, वे सीढ़ियों से गिर गयी और बच्चे की हरकत नहीं महसूस कर पायी। इसकी वजह से बच्चे के जन्म को समय से पहले करने का

उपचार तब तक नहीं शुरू हुआ, जब तक उसे गंभीर देखरेख की ज़रूरत पड़ी, और जब उसे वो देख-रेख मिली, तो वो नाकाफी थी। अस्थिर स्वास्थ्य और गर्भ-निरोधन ना दिए जाने की स्थिति में, छह महीने बाद शांति दोबारा गर्भवती हो गयी और सातवें महीने में, अपरिपक्व स्थिति में, उसे बच्चे के जन्म के समय होने वाले दर्द शुरू हो गए तथा बिना किसी प्रशिक्षित व्यक्ति की उपस्थिति या सहायता के, उसने घर पर बच्चे को जन्म दिया। जन्म देने के एक घंटे के अन्दर बहुत खून बहा और उसकी मृत्यु हो गयी। इस केस ने यह सुनिश्चित किया कि कोर्ट केवल इस अकेले केस पर ही गौर ना करे, बल्कि भारत सरकार की मानव और संवैधानिक अधिकारों के प्रति जो ज़िम्मेदारी है, उस पर भी ध्यान दें।⁴

कुछ समुदाय, जहाँ महिलाओं की जान नियमित या आपात प्रसूति सेवा की कमी होने के कारण खतरे में रहती है, उन्होंने भी गर्भावस्था से जुड़ी मौतों का विरोध करना शुरू कर दिया है। ऐसा एक मौका मई 2011 में तब आया जब युगांडा के नागरिकों और स्वास्थ्य कर्मचारियों के विशाल समूह ने कम्पाला में संवैधानिक कोर्ट को अपने विरोध प्रदर्शन से हिलाकर रख दिया। ये विरोध प्रदर्शन सामाजिक कार्यकर्ताओं के एक गठबंधन के समर्थन में था, जिसने सरकार के खिलाफ एक अत्यंत महत्वपूर्ण कानूनी केस दर्ज किया, जो ऐसी दो महिलाओं के ऊपर था, जिनकी मृत्यु अस्पताल में किसी कर्मचारी द्वारा ध्यान ना दिए जाने के बाद, बेहद खून बह जाने की वजह से हुई।⁵

* भारत में प्रत्येक वर्ष 1000 बच्चों के जन्म पर 200 महिला मौतें दर्ज की जाती हैं, जो आयरलैंड में प्रत्येक 1000 जन्म पर, केवल 6 हैं।

इस तरह की घटनाएं, सम्बंधित सरकारों को उनकी आलोचनाओं के प्रति संवेदनशील बना रहीं हैं। सविता हलाप्पनावर के एक समृद्ध परिवार से होने के कारण, उसे भारत में कभी उस प्रकार के बुरे उपचार के कारण ना मरना पड़ता, जिस के कारण शांति देवी की मृत्यु हुई। इसके बावजूद, विडम्बना तो यह थी की आयरलैंड में भारत के राजदूत उन लोगों में सबसे आगे थे जो उन लोगों की आलोचना कर रहे थे जो सविता की जान ना बचा सके।⁶

आपात प्रसूति सेवा के रूप में गर्भसमापन सेवा

मेडिकल समुदाय में यह ज्यादातर माना जाता है कि गर्भावस्था से जुड़ी मौतों की जांच गुप्त रहनी चाहिए। मौत के कारणों की खुली जांच और भविष्य में ऐसी मौतों को रोकने के लिए ज़रूरी कदम सुझाना, जिनसे ऐसी मौतें रोकी जा सकती हैं, इस तरह की जांच में शामिल होता है। यही आधार है जिस पर दशकों से यूके में गर्भावस्था से जुड़ी मौतों की गोपनीय जांचें की और बांटी* गयी हैं, एक प्रक्रिया जो दूसरे देशों के लिए मॉडल बन गयी है। इन मामलों में यह मान कर चला जाता है कि सम्बंधित स्वास्थ्य-कर्मों ने जो किया वह अच्छी नीयत से किया और इसलिए मुद्दा यह है की जो भी गलती की गयी वे भविष्य में दोहराई ना जाए, ना कि जिन लोगों से गलती हुई उन्हें सज़ा दी जाए। यह स्वास्थ्य सेवाओं में

गलत तौर-तरीकों या नज़रंदाज़ी से निपटने से बहुत अलग है। मेरे अनुसार, केवल सविता ही नहीं, बल्कि उसके जैसे अन्य केसों, जिनका उल्लेख आगे है, में यह सवाल उठाना काफी ज़रूरी हो जाता है कि क्या इन घटनाओं के पीछे स्वास्थ्य सेवाओं में गलत तौर-तरीके तो शामिल नहीं थे।

सविता के उपचार का एक हिस्सा, जो बिना किसी देरी के उसे तुरंत दिया जाना चाहिए था, वो था उसकी बच्चेदानी को निकालना और तुरंत गर्भसमापन करना। वह 17 महीने से गर्भवती थी। क्योंकि उसका गर्भाशय पूरी तरह से फैल गया था, तो गर्भावस्था को जारी रखने का कोई मतलब नहीं था। यानि कि इस स्थिति में ना तो कोई इलाज संभव था और ना ही गर्भ को इतने लम्बे समय तक बचाना संभव था कि बच्चे का जन्म हो पाता। अगर 17 हफ्ते की गर्भावस्था के बाद बच्चे का जीवित जन्म हो भी जाता, तो वह शायद ही ज्यादा समय बच पाता। इस प्रकार, केवल सविता का स्वास्थ्य और जान दांव पर लगी थी क्योंकि केवल उसे ही बचाया जा सकता था। ऐसा प्रतीत होता है कि सविता के डॉक्टरों ने स्थिति को इस प्रकार नहीं देखा और या उसे जो उपचार दिया गया, उसमें इस बात को नहीं देखा गया। मीडिया में आई रिपोर्टों के अनुसार, गर्भावस्था को एक समय से पहले, जब तक सविता की जान बचाई जा सकती थी, ख़त्म ना करने का एक कारण

* अभी सबसे ताज़ा रिपोर्ट <http://onlinelibrary-wiley-com/doi/10-1111/bjo-2011-118-issue&s1/issuetoc-> पर मौजूद ब्लॉग के एक विस्तार के रूप में प्रकाशित हुईं। इन रिपोर्टों के इतिहास के लिए, देखें: What has happened to the UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths\ BMJ 2012; 344: e41 at: www.bmj-com/content/344/bmj-e4147-

यह दिया गया था कि गर्भ में बच्चे की सांसें चल रही थी।**

पर ऐसा क्यों किया गया, अगर भ्रूण का बचना संभव ही नहीं था? इस सवाल के जवाब का एक हिस्सा हमें एक नर्स, जो सविता की देखरेख में शामिल थी, के कहे एक वाक्य में मिलता है। जब सविता ने नर्स से पूछा कि क्यों उसका गर्भसमापन नहीं किया जा सकता तो नर्स ने जवाब दिया 'यह एक कैथोलिक देश है'। यह बात जांच के दौरान भी सामने आई, और जांचकर्ता ने पूरे मामले को कानून से जुड़ा माना। ऐसा लगा कि अस्पताल में यह एहसास ही नहीं हुआ था कि सविता की जान किस हद तक खतरे में थी। जिसकी वजह से गर्भ को समाप्त करना गैर-कानूनी हो सकता था और सजा का कारण बन सकता था।⁷ लेकिन, बाकी केस, जिसमें गर्भवती महिला की ज़िन्दगी बचाने के लिए गर्भसमापन की ज़रूरत थी, को देखने पर इशारा साफ तरीके से डॉक्टर और नर्सों द्वारा माने जाने वाली रोमन कैथोलिक स्वास्थ्य नीति पर जाता है। कैथोलिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा गर्भपात के उपचार के बारे में यही नीति डॉक्टर और अस्पताल अपनाते हैं।

“गर्भावस्था को खत्म करना”, चाही गर्भावस्था में भी, आपात स्थिति में एक आवश्यक प्रसूति उपचार हो सकता है, और यहीं पर समस्या पैदा होती है। एक औरत की जान बचाने के लिए गर्भसमापन करना आयरलैंड में व्यक्ति के विरुद्ध

अपराध अधिनियम 1861 के अंतर्गत कानूनी है। पूरी दुनिया में केवल 5 ऐसे देश हैं जहाँ ऐसा नहीं है। “एक महिला की ज़िन्दगी बचाने” का मतलब एक गर्भवस्था को जानलेवा बनने से रोकने के रूप में समझा जाना चाहिए, ना कि जब एक गर्भावस्था पहले से ही जानलेवा बन चुकी हो, तब तक शायद पहले से ही देर हो चुकी होती है। ज़्यादातर इससे यह समझा जा सकता है कि इसके अंतर्गत एक ऐसी गर्भावस्था, जिसमें अनचाहा गर्भसमापन निश्चित हो, या एक ऐसी गर्भावस्था को खत्म करना जिसमें बच्चा जीवित पैदा ना हो सके जो, या महिला को गर्भ के दौरान या पहले से कोई ऐसी बीमारी हो जो उसकी जान के लिए खतरा हो, इनमें गर्भसमापन कानूनी है। इस सब के बावजूद लिखित दस्तावेज़ों में कहीं भी स्पष्ट विवरण नहीं है कि “एक महिला की जान बचाने के लिए गर्भसमापन” से क्या मतलब है और ना ही इस बात का विवरण है कि किन स्थितियों में यह सिद्धांत लागू होगा।

आयरलैंड में यह मुद्दा 1983 के एक संवैधानिक संशोधन की वजह से और भी जटिल है, जिसका उद्देश्य गर्भसमापन को कभी भी कानूनी बनने से रोकना था- या कभी भी किसी के लिए व्यवहार में लाना - और इस संशोधन के अनुसार: 'राज्य पैदा होने वाले बच्चे के जीवन के अधिकार को मानता है, और जहाँ तक माँ के जीवन के लिए समान अधिकार की बात है, यह [राज्य],

**सविता के गर्भाशय के फैल जाने के कारण, गंभीर पेल्विक संक्रमण होने की आशंका थी और वास्तव में उसके शारीर में मवाद बनाने वाले रोगाणु पैदा हो गए जिसके इलाज में भी देरी हुई और जो अंततः उसकी मौत की वजहों में से एक बना।⁷ और समय पर गर्भ को खत्म करना इस वजह से भी महत्वपूर्ण था ताकि संक्रमण को फैलने से रोका जा सके। यह लेख सविता की मौत की वजह के बारे में नहीं है। उसकी मौत की वजह जांच रिपोर्ट में विस्तार से बताई गयी है। लेख इस बारे में है कि क्यों उसके इलाज के एक हिस्से, गर्भसमापन में इतनी अविवेकपूर्ण देरी हुई।

अपने कानूनों में इसे सुनिश्चित करेगा कि इस अधिकार का सम्मान हो और, जहाँ तक संभव हो, कानूनों के माध्यम से इस अधिकार की रक्षा करेगा' (अनुच्छेद 40.3.3, 1983)⁸

सविता और उसके जैसे कुछ अन्य मामले इस समझ की कमी को सामने लाने में महत्वपूर्ण सिद्ध हुए हैं। उदाहरण के लिए, विकिपीडिया पर एक रिपोर्ट के अनुसार, 1983 में शीला होजेर्स नामक महिला, जो अपनी ब्रैस्ट-कैंसर सर्जरी के एक साल बाद, जब उपचार से जुड़ी दवाइयां ले रही थी, गर्भवती हुई। विकिपीडिया रिपोर्ट कहती है: "क्योंकि कैंसर के इलाज के लिए जो दवाइयां वो ले रही थी, वे भ्रूण को शायद हानि पहुंचा सकती थी और जिसकी वजह से उसको वो दवाइयां लेने से रोका गया। जल्द ही होजेर्स को कमर में बहुत दर्द होना शुरू हो गया और वो मुश्किल से खड़ी हो पाती थी। उसके पति ने हॉस्पिटल को दवाइयों की मदद से जल्दी बच्चे का जन्म करने या ऑपरेशन के माध्यम से बच्चे को गर्भ से सीधे निकाल लेने का निवेदन किया पर उन्होंने ऐसा करने से साफ मना कर दिया क्योंकि ऐसा करने से भ्रूण को नुकसान पहुँच सकता था। उन्होंने उसे दर्द के लिए दवाइयां देने से भी मना कर दिया। हॉस्पिटल को 'बिशप्स कॉन्ट्रैक्ट' का पालन करना था जो कि कैथोलिक चर्च के साथ मिलकर तैयार की गई एक मूल्य संहिता पर आधारित होता है।" जन्म के बाद जल्द ही माँ और बच्चे दोनों की मृत्यु हो गयी।⁹ 2007 में 17 वर्षीय एक महिला, जिसकी पहचान मिस डी के रूप में है, की गर्भावस्था अव्यवहार्य हो गई - मतलब उसे जीवित बच्चा पैदा नहीं हो सकता था। मिस डी ने आयरिश

हाई कोर्ट में स्वास्थ्य सेवा राज्यकर्मचारी के अपने गर्भसमापन करने लिए विदेश जाने से रोकने के खिलाफ गुहार लगाई। हाई कोर्ट ने फैसला दिया कि विदेश जाने के लिए यात्रा करना मिस डी का अधिकार था।¹⁰ आयरलैंड को इन मुद्दों पर कई वर्षों से दिशा-निर्देश और नीति बनाने की जरूरत है। खासकर यूरोपीय मानवाधिकार न्यायलय द्वारा 2010 में जारी एक दिशा निर्देश के बाद, जो तब आया जब एक विरलै किस्म के कैंसर से पीड़ित एक महिला, जिसे गर्भ समापन के लिए यूके जाना पड़ा। महिला ने यह तर्क दिया कि उसे अपने देश आयरलैंड में ही गर्भ समापन का मौका मिलना चाहिए था। यूरोपियन कोर्ट ने यह माना कि इस महिला के केस में "आयरलैंड में एक कानूनी रूप से मान्य गर्भसमापन के संवैधानिक अधिकार को लागू करने में असफलता हुई है"¹¹ इस प्रकार यह स्पष्ट करना कि किन हालातों में आयरलैंड में गर्भसमापन कानूनी है, सविता की मौत के काफी पहले से ही एक बड़ा मुद्दा रहा है। उसकी मौत विरोध प्रदर्शनों का एक बड़ा मुद्दा बन गए, जो आयरलैंड के यूरोपियन कोर्ट के निर्देशों को लागू ना करने की असफलता के खिलाफ भी थे। प्रदर्शन ऐसे लोगों के द्वारा भी किए गए जो महिलाओं के गर्भ समापन के अधिकार के पक्ष में थे। आपात स्थिति में जान बचाने के लिए गर्भ समापन को प्रसूति सेवा के रूप में देखना इन विरोध प्रदर्शनों का केन्द्र नहीं था। इसके बावजूद दोनों एक दूसरे से जुड़े हुए हैं।

जनवरी 2013 में, एक सरकारी समिति बनाई गई, जो इस बात पर विचार कर रही थी कि आयरलैंड में गर्भ समापन से जुड़े कानूनों पर क्या

किया जाए। इस समिति के सामने सबूत के तौर पर तीन विशेषज्ञों- लिमरिक विश्वविद्यालय से डॉ. जेनिकर श्वेप, एन यू आई गल्वे से सिअरा स्तौन्तों और लॉ लाइब्रेरी की डॉ. साइमन मिल्स ने खुद, स्वतंत्र रूप से तैयार किए गए सबूत पेश किए। इन तीनों ने कहा कि रोचे बनाम रोचे केस में साल 2009¹² में आए सुप्रीम कोर्ट के फैसले, जो सुसन देन्हम ने सुनाया था और जिसके बाद वे मुख्य न्यायाधीश भी बनी, के अनुसार अगर भ्रूण के गर्भावस्था के बाद बचने की संभावना नहीं है, तो उस स्थिति में आयरिश संविधान द्वारा दिए गए “अजन्मे के जीवन” की रक्षा का प्रावधान लागू नहीं होता।¹³ क्या सविता के हॉस्पिटल में डॉक्टरों को इस कोर्ट के इस फैसले की जानकारी नहीं थी? इसने गर्भावस्था को खत्म करने की स्थिति में उन्हें कानूनी कार्यवाही से बचाया होता। या फिर वहां कुछ और वजह भी थी जिसने उन्हें ऐसा करने से रोका था?

एक महिला की जान को खतरे की स्थिति में गर्भसमापन पर रोमन कैथोलिक नीति क्या है?

सविता की मौत के बाद आयरलैंड में अन्य महिलाएं, जो सविता के जैसे अनुभवों से बाल-बाल बची थी, ने अपनी आवाज़ उठाई। आयरिश जांचकर्ता ने इस बात का उल्लेख किया कि 16 नवम्बर 2012 को आरटीई रेडियो के लाइवलाइन में पांच महिलाओं ने फोन किया, जिनके अनुभव सविता के जैसे थे। ये पाँचों महिलाएं 15-20 हफ्ते के गर्भ की थी, जब उनके साथ ये अनुभव 1997 से लेकर 2000 के बीच आयरिश अस्पतालों में हुए। उनमें से एक ने जो कहा उसका विवरण इस प्रकार दिया गया:

“जेनिफर ने कहा कि जब वो 16 हफ्ते गर्भवती थी, उसे रक्त स्राव शुरू हो गया और वो अपने नज़दीकी अस्पताल गयी।” [यूनिट के] अन्दर मौजूद सभी नर्सें बुरी तरह रोने लगी। उन्होंने कहा कि बच्चे के बचने की कोई उम्मीद नहीं थी और उन्हें समझ नहीं आ रहा था कि मेरा गर्भ समापन क्यों नहीं हुआ है। वहां [भ्रूण के आस-पास] बिलकुल भी द्रव मौजूद नहीं था, उसमें एक किडनी थी, और मस्तिष्क में द्रव भरा हुआ था। पर उसकी धड़कन चल रही थी। वो सुनते रहे।’ जेनिफर ने कहा कि जनरल फिजिशियन और चार कंसल्टेंट काम खत्म करने के बाद उससे मिले और उसे बताया कि उसके स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव की वजह से “तुम्हें तुरंत फैसला करना है”। उनमें से एक ने उसकी माँ से कहा: “मुझे पता है कि अगर ये मेरी बेटा होती तो मैं क्या करती, आप मेरा इशारा समझिये। आपको ये तुरंत करने की ज़रूरत है।” “मैं रात 11 बजे अपने जनरल फिजिशियन से मिलने गयी। उसकी माँ (गर्भसमापन के लिए) उसके साथ ब्रिटेन गयी।¹⁴

नवम्बर 2012 में आयरिश कैथोलिक बिशप्स कांफ्रेंस की स्टैंडिंग समिति ने एक वक्तव्य जारी किया, जो सविता की मौत के प्रति उनके रुख के रूप में देखा गया। यह वक्तव्य कहीं से भी, ऊपर उल्लेखित आयरिश कानून में “जीने के सामान अधिकार” के विरोध में नहीं लगता:

“कैथोलिक चर्च ने कभी नहीं सिखाया है कि गर्भ में मौजूद बच्चे की जान उसकी माँ से अधिक महत्वपूर्ण है। दोनों के मनुष्य होने के नाते, माँ और उसका अजन्मा बच्चा दोनों पवित्र हैं और दोनों का जीने का अधिकार एक समान है।

जब एक गंभीर रूप से बीमार गर्भवती महिला को मेडिकल उपचार की जरूरत है, जिसकी वजह से उसके बच्चे की जान को खतरा पैदा हो सकता है, ऐसा उपचार करने के लिए सैधातिक रूप से अनुमति है, बशर्ते माँ और बच्चे, दोनों की जान बचाने की हर संभव कोशिश की जा चुकी है।

जहाँ गर्भ समापन एक अजन्मे बच्चे का सीधे और जानबूझकर किया जाने वाला नाश है और किसी भी स्थिति में अनैतिक है, और यह ऐसे मेडिकल उपचार से अलग है जो सीधे और जानबूझकर अजन्मे बच्चे के जीवन को खत्म नहीं करना चाहता है। आयरलैंड में वर्तमान कानून और मेडिकल दिशा-निर्देश आयरिश अस्पतालों में डॉक्टरों और नर्सों को इस महत्वपूर्ण अंतर को व्यवहार में लाने की अनुमति देता है, जहाँ वे माँ और अजन्मे बच्चे के जीने के अधिकार की रक्षा कर रहे हो¹⁵

हालाँकि, “माँ और अजन्मे बच्चे के जीने के समान अधिकार की रक्षा करने” की शर्त में समस्या है क्योंकि सविता और उसके जैसे अन्य मामलों में, माँ और बच्चे के बचने की सम्भावना बराबर नहीं होती है। कैथोलिक नीति प्रतीकात्मक तौर पर इस बात को मानने में असफल होती है और यह महिलाओं के लिए एक बड़ी हानि है। जहाँ यह वक्तव्य महिला की जान बचाने के लिए उसके इलाज का समर्थन करता प्रतीत होता है, वहीं एक ओर यह अत्यंत अस्पष्ट भी है क्योंकि यह सभी प्रकार के गर्भ समापन के विरोध पर जोर डालता है।

अमेरिका

अमेरिका में, यूनाइटेड स्टेट्स कांफेंस ऑफ कैथोलिक बिशाप्स के कैथोलिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए जारी किए गए नैतिक और धार्मिक दिशा-निर्देश, जो पहली बार 60 साल पहले प्रकाशित हुए थे, का उद्देश्य कैथोलिक अस्पतालों में काम करने वाले सभी कर्मचारियों द्वारा कैथोलिक सिद्धांतों का सख्त पालन सुनिश्चित करना था। इन सिद्धांतों का पांचवां अंक (2009) कहता है: “गर्भ समापन (जिसका मतलब है जानबूझ कर गर्भ के परिपक्व होने से पहले या सीधे तौर पर एक संभावित गर्भ को नष्ट करना) की कभी अनुमति नहीं है।”¹⁶

सविता जैसे मामलों के सन्दर्भ में यह सिर्फ इतना कहता है कि:

“47. ऐसे ऑपरेशन, उपचार और दवाइयों (के इस्तेमाल) की अनुमति है जिनका उद्देश्य एक गर्भवती महिला की गंभीर स्वास्थ्य अवस्था का इलाज करना है। यह खासकर तब जब ऐसे उपचार अजन्मे बच्चे के जीने योग्य होने तक नहीं टाले जा सकते, ये (सिद्धांत) तब भी लागू है जब ऐसे उपचार से अजन्मे बच्चे की मौत का खतरा हो।”

इस वक्तव्य के आधार पर, एक बार फिर, सविता के मामले में गर्भ को समाप्त करने में देरी की कोई वजह प्रतीत नहीं होती क्योंकि भ्रूण का बचना संभव नहीं था। हालाँकि, भ्रूण में धड़कन का होना, जिसका मतलब यह निकाला गया कि बच्चे में जान थी, एक बड़ा अंतर पैदा करता है, जैसे कि दूसरे मामलों में भी देखने को मिलता है - क्योंकि इसने स्वास्थ्य कर्मचारियों को यह सोचने

पर मजबूर कर दिया होगा कि भ्रूण की मौत को "सीधे जानबूझ" के रूप में देखा जाएगा या नहीं।

2008 में, कैथोलिक अस्पतालों में प्रसूति डॉक्टरों द्वारा गर्भपात के लिए उपचार के प्रावधान पर किए गए एक अध्ययन के लेखक सही मेडिकल व्यवहार का विवरण देते हुए कहते हैं:

"गर्भपात के प्रबंधन के लिए आमतौर पर स्वीकृत मानकों के अनुसार, कुछ खास स्थितियों में भ्रूण की धड़कन होने की स्थिति में भी गर्भ समापन किया जा सकता है। ऐसे मामलों में पहली तिमाही में सेप्टिक हो जाना या ऐसी स्थिति जिसमें गर्भ समापन निश्चित हो, समय से पहले ही झिल्लियों का फट जाना या उनमें जलन होना, या ऐसी स्थितियां जिनमें गर्भावस्था को जारी रखने से महिला की जान या स्वास्थ्य के लिए खतरा हो, शामिल है। हर एक स्थिति में, चिकित्सक को गर्भावस्था के जारी रखने का महिला के स्वास्थ्य पर प्रभाव का, भ्रूण के बचने की सम्भावना के साथ के करना चाहिए।"¹⁷

लेखक यह भी कहते हैं कि हालाँकि कैथोलिक हॉस्पिटल एथिक्स समिति का मैनुअल, जिसका इस्तेमाल डॉक्टर कैथोलिक दिशा निर्देश को व्यवहार में लाने और उनकी व्याख्या करने में लाते हैं, कहता है: "बिना संक्रमण के झिल्लियों का महज फट जाना एक आवश्यक कारण नहीं है जिसकी वजह से कोई ऐसा हस्तक्षेप किया जाए जिसके कारण बच्चे की मौत हो जाए"¹⁸

लेखकों को लगता है कि क्योंकि इन डॉक्टरों को कैथोलिक एथिक्स समिति का मैनुअल ज्यादा अधिकारपूर्ण लगता है, इसलिए गर्भाशय को तभी निकाला जा सकता है जब एक महिला बीमार हो जाए। इसलिए लेखक कहते हैं:

"हमारे आंकड़े इस ओर इशारे करते हैं कि कैथोलिक नेताओं के कैथोलिक स्वास्थ्य सुविधाओं के कड़े मानकीकरण की इच्छा के बावजूद 47 निर्देश का व्यक्तिगत (स्वास्थ्यकर्मी) और संस्थागत (हॉस्पिटल एथिक्स समिति) स्तर पर कार्यान्वयन और व्याख्या में काफी अंतर देखने को मिलता है।"

".. हालाँकि कैथोलिक सिद्धांत औपचारिक रूप से एक महिला की जान बचाने के लिए गर्भ समापन की अनुमति देता है, लेकिन कैथोलिक अस्पतालों में हॉस्पिटल एथिक्स समिति इस मुद्दे पर कुछ हटकर सोचती हैं और कितना स्वास्थ्य-खतरा एक महिला की जान के लिए घातक है और इसलिए इससे पहले कि वे एक हस्तक्षेप को मंजूरी दें, जान को कितना खतरा होना चाहिए इस पर भी उनके विचारों में अंतर देखने को मिलता है।"

लेखकों ने छह अमेरिकी कैथोलिक अस्पतालों में कार्यरत स्त्री-रोग एवं प्रसूति विशेषज्ञों से बातचीत की। इस बातचीत में ये बात सामने आई कि किस प्रकार, बिशपों के दिशा निर्देशों के बावजूद, कई ऐसे मामले थे जिनमें गर्भपात के उपचार में हॉस्पिटल एथिक्स समिति ने गर्भाशय निकालने को मंजूरी देने से इसलिए इनकार कर दिया क्योंकि भ्रूण की धड़कन चल रही थी। और ऐसे हालातों में डॉक्टर या तो उपचार देने में देरी करने या महिला को किसी दूसरे अस्पताल जाने की सलाह देने पर मजबूर हो गए। कई डॉक्टरों ने जानबूझ कर इस प्रतिबन्ध का उल्लंघन किया क्योंकि उन्हें लगा कि ऐसे प्रतिबन्ध महिला की जिन्दगी के साथ समझौता थे। तीनों लेखक अपनी रिपोर्टों के बारे में कुछ इस प्रकार लिखते हैं:

- एक ने कहा कि उसके कैथोलिक अस्पताल में “गर्भ समापन की मंजूरी शायद ही मिलती है अगर भ्रूण की धड़कन चल रही होती है (ऐसा उन महिलाओं के मामलों में भी होते हैं जिनके रक्तस्राव हो रहा होता है, गर्भाशय पूरी तरह फैल चुका होता है और वे केवल 17 हफ्ते से गर्भवती होती हैं”)। यह मंजूरी तब तक नहीं मिलती जब तक “ऐसा नहीं लगता कि अगर हम यह नहीं करेंगे तो वो मर जाएगी”
- दूसरे ने कहा: “वो काफी कम समय की गर्भवती थी, 14 हफ्ते से। वो अन्दर आई ... और उसके गर्भाशय से एक हाथ लटक रहा था। यह साफ था कि उसकी झिल्ली फट गयी थी और वो बच्चे को जन्म देने की कोशिश कर रही थी। भ्रूण में धड़कन थी और हमने एथिक्स समिति को बुलाया और उन्होंने कहा, “नहीं, कुछ नहीं कर सकते।” और तब महिला को इलाज के लिए 90 मील दूर एक दूसरे अस्पताल में भेजा गया।”
- एक अन्य ने भी कहा: “मैं ये कभी नहीं भूलूंगी: ये बहुत बुरा था- मेरे एक सह-कर्मी ने 19 हफ्ते की एक गर्भवती को स्वीकार किया। गर्भावस्था योनी में थी। यहां बच्चा पैदा होने की कोई गुंजाइश नहीं थी। तो वह इस मरीज को अपने साथ ले गया और उसे हमारे तृतीय स्वास्थ्य केंद्र में स्थानांतरित कर दिया, जिसकी वजह से मैं बहुत नाराज थी। जब वह सेप्टिक हुई तो मैं ड्यूटी पर थी। और उसे इस हद तक सेप्टिक हो चुका था कि मैं उसके प्रसूति के लिए दर्द पैदा करने में

लगी हुई थी और उसका ब्लड प्रेशर/रक्तचाप को ऊंचा रखने की कोशिश कर रही थी। मैंने उस पर एक ठंडा कम्बल रखा था क्योंकि उसका तापमान कुछ 106 डिग्री था। मुझे उसमें से सब कुछ बाहर निकाल देना था। तो मैंने अल्ट्रासाउंड मशीन को चलाया और भ्रूण में धड़कन थी और (एथिक्स समिति) मुझे तब तक भ्रूण नहीं निकालने देती जब तक उसमें धड़कन थी। वो औरत हमारी आँखों के सामने मर रही थी। मैं उसको निरीक्षण के लिए अन्दर ले गयी। झिल्ली के जरिये मैं उम्बिलिकल कॉर्ड को ढूँढ पाई और उसे काट दिया, ताकि मैं अल्ट्रासाउंड दोबारा कर सकूँ और कह सकूँ -“देखो, धड़कन नहीं है। चलो अब हम (गर्भ समापन) कर सकते हैं”।

2010 में अमेरिका के एरिज़ोना में हुए एक मामले में भी एक कैथोलिक अस्पताल के अध्यक्ष और हॉस्पिटल एथिक्स समिति भी कुछ इसी प्रकार के निष्कर्ष पर पहुंचे:

“.... यह मामला एक ऐसी महिला का था जिसकी उम्र 20 वर्ष के करीब थी और जिसे असामान्य रूप से उच्च रक्तचाप की शिकायत थी, जो महिला के गर्भवती होने से पहले नियंत्रित था। डॉक्टर गर्भ की वजह से उसके हृदय पर पड़ने वाले दबाव के बारे में सोचकर परेशान थे। गर्भावस्था के शुरुआती दिनों में उसके स्वास्थ्य पर लगातार निगरानी रखी गयी, खासकर जब उसके टेस्ट ये दिखाने लगे कि उसकी हालत तेजी से बिगड़ रही थी। जल्द ही पल्मनरी हाइपरटेंशन की वजह से उसकी जान खतरे में थी। डॉक्टरों ने महिला को बताया कि उसकी जान को खतरा

था अगर गर्भावस्था को जारी रखा गया। मरीज़ से सलाह लेने के बाद, उसके परिवार, उसके डॉक्टरों और हॉस्पिटल एथिक्स समिति ने महिला की जान बचाने के लिए गर्भ समापन का फैसला लिया। अस्पताल की अध्यक्ष लिंडा हंट ने कहा: 'अस्पताल के निर्णय का हमारे मानवीय सम्मान और न्याय के मूल्यों के साथ पूरा तालमेल था। अगर हम अपने आप को ऐसी स्थिति में पाते हैं कि जिसमें एक गर्भावस्था महिला की जान के लिए खतरा बन जाती है, तो हमारी प्राथमिकता दोनों जान बचाने की होती है। अगर यह संभव नहीं होता तो जो जान बचाना संभव होता है, हम वो जान बचाते हैं। नैतिक, सैधांतिक और कानूनी रूप से हम मूक दर्शक बने खड़े रहकर किसी व्यक्ति को मरने नहीं दे सकते, खासकर जब उसकी जान बचाई जा सकती है।'¹⁹

हालाँकि, इस फैसले के परिणाम स्वरूप, अस्पताल की कैथोलिक मान्यता को औपचारिक रूप से बिशप थॉमस जे. ओल्म्स्टेद द्वारा रद्द कर दिया गया। क्योंकि "इसने (अस्पताल) ठीक प्रकार से कैथोलिक स्वास्थ्य सेवाओं के नैतिक और धार्मिक निर्देशों का पालन नहीं किया"। ऐसी रिपोर्ट भी मिली कि बिशप ने एक सिस्टर को, इस फैसले को मंजूरी देने के लिए, अस्पताल की एथिक्स समिति से निकाल दिया और यह घोषणा कर दी कि इस सिस्टर ने "अपने आप को समुदाय से बहिष्कृत कर दिया है" और यह भी कहा गया: "स्वास्थ्य-कर्मियों को निश्चित रूप से गर्भवती माँ की जान बचाने की कोशिश करनी चाहिए, लेकिन ऐसा करने के लिए उसके अजन्मे बच्चे को मारना एक तरीका नहीं हो सकता। किसी

उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए अपनाए जाने वाले माध्यम केवल उद्देश्य के आधार पर कभी सही नहीं ठहराए जा सकते।"²⁰

डोमिनिकन रिपब्लिक, कोस्टा रिका और एल साल्वाडोर

ऐसा प्रतीत होता है कि यह व्याख्याएं अन्य कैथोलिक देशों में भी इस्तेमाल में लायी जाती हैं। डोमिनिकन रिपब्लिक, दुनिया के उन पांच देशों में से एक है जहाँ गर्भ समापन किसी भी आधार पर जायज़ नहीं है, तब भी नहीं जब एक महिला की जान बचानी हो। हालाँकि ये नियम आपात प्रसूति स्वास्थ्य सेवा की स्थिति में लागू नहीं होने चाहिए। लेकिन वास्तव में, एक 16 वर्षीय डोमिनिकन लड़की जो ल्यूकीमिया से पीड़ित थी और जिसकी मृत्यु गर्भपात की वजह से पैदा हुई मेडिकल जटिलताओं के कारण हुई, जैसे केसों में ये नियम लागू हुए हैं। लड़की ल्यूकीमिया से पीड़ित थी, यह तब पाया गया जब वह कुछ हफ्ते की गर्भवती थी। उस समय, डॉक्टरों की सलाह के बावजूद, उसे इलाज के रूप में गर्भ समापन करने से रोका गया क्योंकि ऐसा करना कानून के खिलाफ था। कीमोथेरेपी में भी देर हुई क्योंकि डॉक्टरों को डर था उससे भ्रूण पर बुरा प्रभाव पड़ सकता था। बच्चा और माँ दोनों मर गए।²¹

दिसंबर 2012 में, महिलाओं के सुरक्षित गर्भसमापन के अधिकार पर अंतर्राष्ट्रीय अभियान ने एक कोस्टारिकन महिला के साथ पूर्ण एकता के भाव के साथ एक आग्रह जारी किया। इस महिला के गर्भ से बच्चे का जन्म ना केवल अव्यवहारिक था बल्कि उसमें कई और गंभीर विकृतियाँ भी मौजूद थी।²² लगभग पांच महीने तक, रिपोर्ट

कहती रही कि महिला को गंभीर पीठ और पेट दर्द की शिकायत थी जिसकी वजह से वह काम नहीं कर पा रही थी। अगर भ्रूण का जन्म हो भी जाता तो उसके जीने के आसार बहुत ही कम थी। इसके बावजूद देश में ऐसा कोई नहीं था जो उसके बच्चे के जन्म को जल्दी करके महिला की गर्भावस्था और पीड़ा का अंत कर सके। जब वह 29 हफ्ते की गर्भवती थी और उसके भ्रूण के इर्द गिर्द रहने वाला द्रव रिसने लग गया तब जाकर उसका ऑपरेशन किया गया। जब महिला अधिकार समूह ने इसका विरोध किया तो सुश्री इलेअना बल्मासदा, जो कोस्टारिका के सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में सबसे प्रभावशाली व्यक्ति के रूप में जानी जाती हैं, ने कहा कि देश का कानून इस स्थिति में गर्भसमापन की अनुमति नहीं देता (ईमेल संवाद, 4 जनवरी 2013)।

अप्रैल 2013 में, एमनेस्टी इंटरनेशनल ने बियात्रिज़, एल साल्वाडोर की एक 22 वर्षीय महिला, के मामले का प्रचार-प्रसार किया। एल साल्वाडोर उन पांच देशों में से एक है, जहाँ गर्भ समापन किसी भी हालात में जुर्म है। वहां कोई भी, जो गर्भ समापन की सेवा प्रदान करता है या ऐसी सेवा लेने की कोशिश करने वालों को, दंड संहिता की धारा 133 के अंतर्गत लम्बे समय का कारावास हो सकता है। बियात्रिज़ को वृक्क सम्बन्धी एक रोग है और उससे जुड़ी किडनी की परेशानी है और उसे स्वास्थ्य से जुड़ी अन्य समस्याएं भी हैं। बियात्रिज़ का एक साल का एक लड़का है। वो अपनी पिछली गर्भावस्था के दौरान गंभीर मेडिकल जटिलताओं से जूझी, और इस बार उसकी गर्भावस्था को खतरे से भरा घोषित किया गया। इतना खतरा कि अगर गर्भावस्था जारी रहती

है तो मौत हो सकती है। तीन टेस्ट इस बात को सुनिश्चित कर चुके हैं कि बच्चे का मस्तिष्क विकृत है, जिसका मतलब है कि इस बात की काफी सम्भावना है कि या तो जन्म से पहले ही या जन्म के तुरंत बाद उसकी मृत्यु हो जाएगी। बियात्रिज़ लगभग साढ़े चार महीने से गर्भवती थी जब उसने एक महीने से भी लम्बे समय तक गर्भ समापन के लिए निवेदन किया पर वो इसमें विफल हुई क्योंकि इस मामले की खबर चारों तरफ फैल चुकी थी। उसके डॉक्टरों ने अभी तक उसकी इच्छा के मुताबिक कार्यवाही नहीं की है क्योंकि वे साल्वाडोर सरकार की ओर से यह आश्वासन चाहते हैं कि जान बचाने के लिए की जाने वाली इस कार्यवाही के लिए उन्हें सजा नहीं दी जाएगी। अभी तक प्रशासन ने उनकी इस इलाज की कार्यवाही की अर्ज़ी पर कोई जवाब नहीं दिया है।²³

प्रशासन की तरफ से इस प्रकार की चुप्पी सभी मामलों में गर्भवती महिला की जान के ऊपर, भ्रूण की जान को ज़्यादा महत्त्व देने की प्रवृत्ति को दिखाती है, तब भी जब भ्रूण के बचने की कोई सम्भावना ना हो। कैथोलिक्स फॉर चॉइस²⁴ के अनुसार, बिशप ओल्म्स्टेद ने अमरीका के एरिज़ोना में कैथोलिक स्वास्थ्य नीति की व्याख्या को समझने में गलती की। इस लेख के लिए जुटाए गए आवश्यक सबूत (जो बहुत अधिक नहीं हैं और जो नवम्बर 2012 में सविता हलाप्पनावर के मौत के बाद आई मीडिया रिपोर्टों से निकाले गए) के आधार पर यह कहा जा सकता है कि अगर एक महिला की जान खतरे में भी हो, तब भी गर्भ को खत्म करने की मनाही तीन महाद्वीपों में प्रतीत होती है।

चाहे और अनचाहे गर्भ की समाप्ति का महिलाओं की जीवन-रक्षा के लिए महत्त्व

जिन देशों में गर्भ समापन कानूनी रूप से प्रतिबंधित हैं या असुरक्षित हैं, उन देशों में इच्छित गर्भ के दौरान होने वाली जननी मृत्यु की तादाद भी बहुत है। दूसरे शब्दों में, इन देशों में गर्भवती महिला के जीवन का मूल्य बहुत कम है फिर इस बात से फर्क नहीं पड़ता कि गर्भ व्यावहारिक है या नहीं, इच्छित है या अनचाहा। पांच कैथोलिक देशों में, जिनमें एक महिला की जान खतरे में होने की स्थिति के बावजूद गर्भ समापन पर प्रतिबंध है, कैथोलिक स्वास्थ्य नीति की व्याख्या कुछ इस प्रकार है कि महिला का बलिदान अवश्य दिया जाना चाहिए।

आयरिश संसद के सदस्य, जॉन ओ'महोनी, जिनके बारे में माना जाता है कि वे गर्भ समापन के विरुद्ध काफी कड़े विचार रखते हैं, ने सविता हलाप्पनावर की मौत को एक "दुखद दुर्घटना" के रूप में देखा और कहा कि वर्तमान कानून के होते हुए भी ऐसा नहीं होना चाहिए था। उन्होंने कहा, "मैं पूरी तरह से गर्भ समापन के खिलाफ हूँ, पर माँ की जान बचाने के लिए मैं पूरी तरह समर्थन में हूँ।"²⁵ दुर्भाग्य से, दोनों चीजों का एक साथ होना संभव नहीं है।

क्या कैथोलिक जननी स्वास्थ्य सेवाओं में यह एक चलन है?

"... मैं आसानी से यह तर्क दे सकता/सकती हूँ कि सविता की जान तभी खतरे में आ गयी थी जब 17 हफ्तों में उसकी झिल्लियाँ फटी। उसके बावजूद, क्या आयरिश कानून किसी दूसरे किस्म का खतरा पैदा करता है? और अगर ऐसा है तो,

डॉक्टर किस प्रकार मापेंगे कि इस तरह का कोई खतरा मौजूद है? फटी हुई झिल्लियों और बुखार से? कंपकपी? अमनियोटिक द्रव में बैक्टीरिया? ब्लड कल्चर का पॉज़िटिव होना? पस पैदा करने वाले रोगाणुओं की उपस्थिति? हृदय तंत्र का काम करना बंद कर दे? आयरलैंड में डॉक्टरों द्वारा एक गर्भवती महिला की जान खतरे में है, यह घोषणा करने के लिए उस महिला का स्वास्थ्य कितना खराब होना चाहिए?"²⁶

यह सवाल सिर्फ आयरलैंड में ही नहीं बल्कि दूसरे देशों में भी उठाना चाहिए। सविता में वो सब लक्षण थे। इस लेख में दिए गए मामलों में गर्भावस्था को खत्म करने से मना करना, और इस प्रकार कुछ महिलाओं को मार देना और बाकियों की जान को खतरे में डाल देना, अनैतिक है और डॉक्टरों द्वारा हानि ना पहुँचाने की शपथ का उल्लंघन है।

ऐसे कितने स्वास्थ्य कर्मचारी होंगे जो ये सोचकर कि वो कैथोलिक स्वास्थ्य नीति का पालन कर रहे हैं, गर्भ समापन करने के लिए मना कर देते हैं या जिन्हें ऐसा करने की कभी अनुमति नहीं मिलती क्योंकि भ्रूण में धड़कन होती है? क्या ये इक्का-दुक्का मामले हैं या ये एक पूरा चलन है, जो कैथोलिक स्वास्थ्य सेवाओं में देखने को मिलता है, और अगर ऐसा है तो, कितने देशों में? आयरिश सरकार और वो हर एक देश, जहाँ कैथोलिक स्वास्थ्य सेवाएं हैं, को इन सवालों के जवाब तुरंत देने होंगे।

गर्भवती महिलाओं की जान बचाने की नैतिक आवश्यकता

इस लेख में दी गई रिपोर्टें तीन महाद्वीपों में

मौजूद चिंतित कर देने वाले एक चलन की ओर इशारा करती हैं। ये मामले कैथोलिक अस्पतालों में जननी सेवाओं पर सवाल उठाते हैं। गर्भपात, गंभीर रूप से विकृत भ्रूण वाले गर्भ, अव्यवहारिक गर्भ और ऐसे गर्भ, जो महिला को गंभीर बिमारियों से प्रभावित करते हैं, इन स्थितियों में महिलाओं को दिए गए उपचार और उनके परिणाम पर जांच होनी चाहिए।

अगर और खोज-बीन में सविता जैसे और कुछ मामले सामने आते हैं तो कोई भी कैथोलिक स्वास्थ्य कर्मचारी या अस्पताल जो आपात प्रसूति सेवा के रूप में गर्भ समापन से मना करता है, उनके जननी स्वास्थ्य सेवा देने के अधिकार को रद्द कर देना चाहिए। कई देशों में धार्मिक संस्थाएं स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में एक बड़ा योगदान देती हैं। अकेले आयरलैंड में लगभग 40% अस्पताल कैथोलिक संस्थाओं के हैं,²⁷ वहीं अमेरिका में ऐसे अस्पतालों का अनुपात लगभग 30% हैं। कई देशों में, जैसे कि लैटिन अमेरिका और सब-सहारा अफ्रीका के ज्यादातर देशों में, कैथोलिक संस्थाओं द्वारा चलाए जाने वाले अस्पताल जननी स्वास्थ्य सेवाएं देने वाले या तो अकेले या मुख्य स्रोत हैं। तब भी, सरकारों को ऐसे अस्पतालों को आर्थिक सहायता देनी बंद कर देनी चाहिए, या धार्मिक संस्थाओं द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की जगह, गैर-धार्मिक सेवाएं लानी चाहिए, या गैर-धार्मिक स्टाफ पूरे समय सुनिश्चित किया जाए

ताकि गर्भवती महिलाओं की लापरवाही से हो रही मौतों को रोका जा सके।^{28*}

कोई भी सरकार जो गर्भवती महिलाओं की मृत्यु को गंभीरता से लेती है, एक गर्भवती महिला की जान पर बन आने की स्थिति में आपात प्रसूति सेवा को ना दिए जाने का समर्थन नहीं कर सकती। गर्भावस्था का खत्म करना भ्रूण को निश्चित रूप से खत्म कर देगा— चाहे वह गर्भ चाहा हो या अनचाहा। मुद्दा यह है कि क्या इन सब में महिला की ज़िन्दगी पहले आती है या बिलकुल नहीं।

आभार

लेखिका गोरेती होरगन, लीसा हौल्लारटेन, टोनी बेल्लिएल्द, पाथिका मार्टिन और एक सह-कर्मी के इस लेख के एक पूर्व स्वरूप पर टिप्पणियों के लिए धन्यवाद प्रकट करती है।

संदर्भ

1. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html.
2. Kismödi E, Bueno de Mesquita J, Andión Ibañez X, et al. Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two groundbreaking CEDAW decisions. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39): 31–39.
3. Doctors refuse to back X case motion. 6 April 2013. *Irish Examiner*. www.irishexaminer.com/ireland/doctors-refuse-to-back-x-case-motion-227551.html

* अमेरिका में ओबामा सरकार ने यूएस कांफ्रेंस ऑफ कैथोलिक बिशप्स से कई मिलियन डॉलर का अनुबंध खत्म करके इस सन्दर्भ में एक उदाहरण स्थापित किया। सरकार ने ऐसा सरकारी सहायता से चलने वाले अस्पतालों में, ऐसी महिलाएं जिनकी तस्करी हुई और जिन्हें विभिन्न प्रकार के उपचारों की तुरंत जरूरत थी को कांफ्रेंस के गर्भ-निरोधक उपचार ना देने के फैसले बाद किया। साल 2012 में एक संघीय न्यायालय ने भी इस फैसले पर अपनी मुहर लगा दी।

- 4 Kaur J. The role of litigation in ensuring women's reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):21–30.
- 5 Ray S, Madzimbamuto F, Fonn S. Activism: working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39): 40–49.
- 6 McDonald H. Hundreds of Irish women forced to come to Britain for abortions. *The Guardian*, 16 November 2012. www.guardian.co.uk/world/2012/nov/16/ireland-abortion-women-forced-abroad.
- 7 Savita Halappanavar jury returns unanimous medical misadventure verdict. *Irish Times*. 19 April 2013. www.irishtimes.com/news/health/savita-halappanavarjury-returns-unanimous-medical-misadventure-verdict-1.1365716#UXFWIIYu0i4.twitter.
- 8 http://en.wikipedia.org/wiki/Eighth_Amendment_of_the_Constitution_of_Ireland
- 9 http://en.wikipedia.org/wiki/Sheila_Hodgers.
- 10 High Court grants 'Miss D' right to travel. *Irish Times*. 5 September 2007. www.irishtimes.com/newspaper/breaking/2007/0509/breaking1.htm.
- 11 Grand Chamber Judgement A.B and C. v. Ireland 16.12.10, at: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=003-3375636-3783610.p.5>.
- 12 www.bailii.org/ie/cases/IESC/2009/S82.html.
- 13 www.thejournal.ie/constitution-allows-abortion-unviablepregnancy-747060-Jan2013/?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter.
- 14 Ó Cionnaith F. Miscarrying women told to 'read between lines' and go to UK. *Irish Examiner*. 16 November 2012.
- 15 www.catholicbishops.ie/2012/11/19/statement-standingcommittee-irish-catholic-bishops-conference-equalinalienable-life-mother-unborn-child/.
- 16 Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. United States Conference of Catholic Bishops. 5th ed., 2009. p.26. www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifthedition-2009.pdf.
- 17 Freedman LR, Landy U, Steinauer J. When there's a heartbeat: miscarriage management in Catholic-owned hospitals. *American Journal of Public Health* 2008;98(10):1774–78.
- 18 Catholic Health Care in the United States. Washington, DC: Catholic Health Association; 2007.
- 19 Counihan P. American case echoes Savita story as Bishop strips hospital of Catholic affiliation. *IrishCentral*. 23 November 2012. www.irishcentral.com/news/American-case-echoes-Savita-story-as-Bishop-stripshospital-of-Catholic-affiliation-180587051.html.
- 20 McCann E. www.hotpress.com/archive/6726866.html.
- 21 Romo R. Pregnant teen dies after abortion ban delays her chemo treatment for leukemia. *CNN*. 18 August 2012. www.cnn.com/2012/08/18/world/americas/dominican-republic-abortion/index.html.
- 22 International Campaign for Women's Right to Safe Abortion. Costa Rica: solidarity request. <http://safeabortion-womens-right.tumblr.com/post/38219193742/solidarity-request-costa-rica-call-to-action-to-help>.
- 23 Amnesty International. Request for solidarity: El Salvador: woman denied life saving medical intervention. 15 April 2013. www.refworld.org/docid/5177d9574.html.
- 24 Diocese of Phoenix maligns Catholic nun, errs on canon law. Catholics for Choice press release. 20 May 2010. www.catholicsforchoice.org/DiocesefofPhoenixMalignsCatholicNun.asp.
- 25 McGee H. Abortion views of some Fine Gael TDs have shifted. *Irish Times*. 16 November 2012.

- 26 Dr Jen Gunter. Blog. <http://drjengunter.wordpress.com/2012/11/20/how-sick-must-a-pregnant-woman-be-inireland-for-her-doctor-to-say-her-life-is-at-risk/>. 20 November 2012.
- 27 Caring for Health in Ireland. Council for Justice and Peace of the Irish Episcopal Conference. Dublin: Veritas, 2012. www.catholicbishops.ie/wp-content/uploads/2012/02/caring-for-healthin-Ireland.pdf.
- 28 Mencimer S. Catholic bishops lose a big battle over contraception. Mother Jones. 26 March 2012. www.motherjones.com/mojo/2012/03/catholic-bishopslose-another-contraception-fight.



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 2, 2007
युवाओं के यौनिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 5, 2011
अपराधीकरण



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 3, 2008
मातृ मृत्यु एवं रुग्णता



रिप्रोडक्टिव हेल्थ मैटर्स
अंक 6, 2012
गर्भ समापन और अधिकार



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



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