भारत में गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं में हक-आधारित प्रावधानों की निगरानी: पैरवीकार के लिए एक साधन

रेणु खन्ना

टी.के. सुंदरी रविंद्रन

Sahaj
towards alternatives in health and development

CommonHealth

आभार

- ARROW का धन्यवाद कि उन्होंने हमें भारत में हक-आधारित गर्भनिरोधक सम्बंधी सेवाओं व जानकारी की पैरवीकार निर्देशिका तैयार करने को आमंत्रित किया।
- यह दस्तावेज़ काफी हद तक ARROW के लिए टी. के. सुंदरी रविंद्रन द्वारा विकसित की गई पैरवीकार निर्देशिका (अप्रकाशित) पर आधारित है। हालांकि हमने मोटे तौर पर उस दस्तावेज़ की संरचना को अपनाया है, मगर विषयवस्तु को भारतीय संदर्भ के लिए ढाला गया है।
- शुरुआती मसौदे पर विस्तृत फीडबैक देने के लिए सितंबर 2014 की परामर्श बैठक के सभी सहभागियों का धन्यवादः अशिलता करंदीकर, भुवनेश्वरी सुनील, हेमलता पिसाल, कल्पना आप्टे, कामाक्षी भाटे, केरी मैकब्रूम, मोनिक कामत, निबेदिता फूकन, निलांगी सरदेशपांडे, पद्मजा सामंत, रुपसा मलिक, संगीता मेकवान, शशिप्रवा बिंधानी, सीमा मलिक, शरद अयंगर, शिल्पा श्रोफ, शुभश्री बालकृष्णन, सुचित्रा दलवी, सुंदरी रविंद्रन, सुरभी श्रीवास्तव।
- उन मित्रों का धन्यवाद जिन्होंने ज़मीनी खोजबीन में हाथ बंटाया जिसकी बदौलत पैरवीकार निर्देशिका की विषयवस्तु में अधिक गहराई आई - सहज और RUWSEC के दल।
- उन सारे साथियों को धन्यवाद जिन्होंने इस दस्तावेज़ के निर्माण में हाथ बंटाया - निलांगी सरदेशपांडे, महिमा टपरिया, पल्लवी साह।
- अनु भसीन को खास धन्यवाद जिन्होंने विषयवस्तु को संगठित करने के लिए सलाह दी और दस्तावेज़ का संपादन किया।
- और अंत में, पैरवीकार निर्देशिका से जुड़े समीक्षकों को धन्यवाद - अलका बरुआ, पूनम मुतरेजा और शुभश्री बालकृष्णन।
- हक-आधारित गर्भनिरोधक सम्बंधी सेवाओं व जानकारी की यह पैरवीकार निर्देशिका एक ऐसे दुखद मोड़ पर प्रस्तुत हो रही है जब छत्तीसगढ़ प्रांत में नसबंदी शिविर में लेपरोस्कोपिक नसबंदी के बाद 14 महिलाओं की मौत हो गई है। यह निर्देशिका और हमारा काम इन महिलाओं और उनके परिवारों को समर्पित है और हमारी कोशिश होगी ऐसी अनावश्यक मौतों को रोका जा सके।
- सुशील जोशी का धन्यवाद जिन्होंने इस निर्देशिका का हिंदी अनुवाद किया और हिंदी प्रकाशन की गुणवत्ता सुनिश्चित करने में मदद की।

इस निर्देशिका का संदर्भ कैसे देंः खन्ना, आर. और टी.के. सुंदरी रविंद्रन (2015)। भारत में हक-आधारित गर्भनिरोध सेवाओं व जानकारी के प्रावधान की पैरवीकार निर्देशिका, सहज और कॉमनहेल्थ, जनवरी 2015।

इसकी प्रतियां निम्नलिखित वेबसाइट से डाउनलोड कर सकते हैंः www.sahaj.org.in

भारत में गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं में हक-आधारित प्रावधानों की निगरानी: पैरवीकार के लिए एक साधन

रेणु खन्ना

टी.के. सुंदरी रविंद्रन

Sahaj
towards alternatives in health and development

CommonHealth

विषय सूची

अध्याय 1

पैरवीकार निर्देशिका का परिचय और संदर्भ 1

अध्याय 2

मुख्य अवधारणाएं और परिभाषाएं 8

अध्याय 3

हक-आधारित गर्भनिरोध सेवा प्रदाय की निगरानी के लिए WHO सिफारिशें 15

अध्याय 4

भावी कदम 58

परिशिष्ट 1

गर्भनिरोध सेवाओं के लिए कुछ मानक 66

परिशिष्ट 2

निगरानी की चेकलिस्ट 85

परिशिष्ट 3

छत्तीसगढ़ नसबंदी त्रासदी की केस स्टडी 97

पैरवीकार निर्देशिका का परिचय और संदर्भ अध्याय 1

1.1 पैरवीकार निर्देशिका का परिचय

यह पैरवीकार निर्देशिका विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा 'गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवा के प्रावधान में मानव अधिकार की गारंटीः मार्गदर्शन व सिफारिशें' (आगे से इन्हें WHO के तकनीकी दिशानिर्देश कहा जाएगा) में प्रस्तुत सिफारिशों के आधार पर तैयार की गई है। यह दस्तावेज़ सरकारों को उनके उपयोग हेतु वितरित किया गया है।[1] यह निर्देशिका भारत में यौन और प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों (SRHR) के क्षेत्र में कार्यरत पैरवीकारों के लिए एक साधन के रूप में विकसित की गई है ताकि वे गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में मानव अधिकारों की रक्षा के लिए सरकार को जवाबदेह ठहरा सकें। यह निर्देशिका पैरवीकारों को ऐसे उपयुक्त सवाल पूछने में मदद करेगी जिनसे यह पता चल सकेगा कि उनके समुदाय में गर्भनिरोध सेवाएं मुहैया कराई जा रही हैं या नहीं। अर्थात यह निर्देशिका पैरवीकारों को यह समझने में मदद करेगी कि WHO के तकनीकी दिशानिर्देशों के अनुरूप हक-आधारित गर्भनिरोध कार्यक्रम क्या होता है। इसके अलावा, यह निर्देशिका सरकार व सिविल सोसायटी के बीच संवाद का एक मंच भी प्रदान करेगी।

WHO के तकनीकी दिशानिर्देश दस्तावेज़ में की गई कई सिफारिशें नीतिकारों और कार्यक्रम प्रबंधकों से मुखातिब हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि *''गर्भनिरोध सम्बंधी सूचनाओं और सेवाओं के प्रावधान में मानव अधिकार के विविध आयामों को व्यवस्थित ढंग से और स्पष्टता से जोड़ा जा सके।''* [1] विवाह और परिवार की संरचना में स्वैच्छिक निर्णय; अपने बच्चों की संख्या, समय व उनके बीच अंतर का फैसला; और अपने स्वैच्छिक निर्णय पर अमल करने के लिए ज़रूरी सूचना व साधनों तक पहुंच लक्ष्य मात्र नहीं हैं। ये 'प्रजनन अधिकार' तो मानव अधिकारों की रक्षा, आत्म निर्णय और समानता के मूल में हैं, जिनका उल्लेख सार्वभौमिक मानव अधिकार घोषणा पत्र में किया गया है।

यहां हम उन वैश्विक व राष्ट्रीय संदर्भों की छानबीन करेंगे जिनका सम्बंध भारत में गर्भनिरोध कार्यक्रम के क्रियांवयन से है।

1.2 वैश्विक संदर्भ

1994 में काहिरा में आयोजित अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या व विकास सम्मेलन (ICPD) ने जनसांख्यिकी आधारित जनसंख्या नीतियों को नामंज़ूर किया और प्रजनन अधिकारों का समर्थन किया। ICPD एक्शन कार्यक्रम के ज़रिए 179 हस्ताक्षरकर्ता देशों ने स्वीकार किया कि प्रजनन अधिकार मानव अधिकार हैं जिन्हें अंतर्राष्ट्रीय व राष्ट्रीय कानूनों में मान्य किया गया है। आगामी दशकों में मानव अधिकार परिषद और मानव अधिकार संधि निगरानी निकाय सहित राष्ट्र संघ की कई संस्थाओं और व्यवस्थाओं ने यौन व प्रजनन अधिकारों को मान्यता दिलवाने में और इन अधिकारों को उन हकदारियों का अभिन्न अंग बनाने में योगदान दिया जिनकी गारंटी सभी व्यक्तियों को मानव अधिकारों के तहत मिली है।

फिर भी, इक्कीसवीं सदी के दूसरे दशक में और ICPD के 20 साल बाद, दुनिया भर में गर्भावस्था टालने की इच्छुक महिलाओं में से 26 प्रतिशत (अर्थात 22.2 करोड़ महिलाएं) गर्भनिरोध के किसी आधुनिक साधन का उपयोग नहीं कर रही हैं। गर्भनिरोध सेवाओं की 'अपूरित मांग' वाला महिलाओं का यह समूह कुल अनचाही गर्भावस्थाओं में 79 प्रतिशत का प्रतिनिधित्व करता है। [2] दुनिया के कई देशों में गर्भपात सुविधाओं पर कानूनी पाबंदियों के चलते इन महिलाओं को अनचाहे गर्भ को जारी रखना पड़ता है या गैर-कानूनी और प्रायः असुरक्षित गर्भपात का सहारा लेना पड़ता

1 विश्व स्वास्थ्य संगठन, *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations* (गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में मानव अधिकार की सुनिश्चितीः मार्गदर्शन व सिफारिशें), जेनेवा WHO 2014

है, जिसकी वजह से उनकी सेहत व जान को ज़ोखिम होता है।

बिल व मिलिंडा गेट्स फाउंडेशन और यू.के. सरकार द्वारा 2012 में आयोजित गर्भनिरोध सम्बंधी लंदन शिखर वार्ता में निजी प्रतिष्ठान, सरकारें और अंतराष्ट्रीय एनजीओ एक साथ आए थे। यहां इस संकल्प को दोहराया गया था कि गर्भनिरोध की अपूरित मांग वाली महिलाओं की संख्या व अनुपात में उल्लेखनीय कमी लाई जाएगी। देशों ने इस लक्ष्य को पूरा करने के लिए अगले आठ वर्षों में 4.6 अरब यूएस डॉलर का वायदा किया था।

SRHR पैरवीकारों और कार्यकर्ताओं के लिए गर्भनिरोध सेवाओं में बढ़े हुए निवेश की प्रशंसा करना लाज़मी है मगर उन्हें सतर्क भी रहना होगा कि यह निवेश मैदानी हकीकत पर क्या असर डालेगा। दक्षिणी गोलार्ध के कई देशों में जनसंख्या नियंत्रण की दमनपूर्ण नीतियों और उनके दुखदायी परिणामों की यादें आज भी SRHR पैरवीकारों और लोगों के मन में ताज़ा हैं। भारत में आज भी केंद्रीय महत्व लक्ष्यों और प्रोत्साहन-प्रलोभनों का है, 'जनसंख्या विस्फोट' का हौवा बरकरार है और जनसांख्यिक बदलाव को स्वीकार करने और एक अलग किस्म के ज़मीनी कार्यक्रम की ज़रूरत को पहचानने की अनिच्छा बनी हुई है।

1.3 भारत का संदर्भ

1.3.1 हालिया सूचकांक

हालांकि भारत के जनसंख्या कार्यक्रम से सम्बंधित कई सूचकांकों में सुधार हुआ है मगर कई अन्य सूचकांक चिंता का विषय बने हुए हैं।

- **देश में सकल प्रजनन दर** (Total Fertility Rate, TFR) में लगातार गिरावट आई है - 2005 में यह दर 2.5 थी और वर्तमान में 2.4 है। (SRS 2011)
- **विवाह के समय महिलाओं की औसत आयु** 2005 में 20.2 वर्ष थी जो बढ़कर 2011 में 21.0 वर्ष हो गई। (जनगणना 2011)
- **गर्भनिरोध प्रचलन दर** (CPR) - अर्थात उन युगलों का अनुपात जो गर्भनिरोध की किसी विधि के ज़रिए रक्षित हैं - मात्र 54 प्रतिशत है जबकि विश्व का औसत 2009 में 62.7 प्रतिशत था। (World Contraceptive Use, 2011)
- **अपूरित मांग** 21.3 प्रतिशत है अर्थात उन महिलाओं का प्रतिशत जो एक और बच्चा नहीं चाहतीं मगर किसी गर्भनिरोधक का उपयोग भी नहीं कर रही हैं (DLHS III)। देश के 284 में से 154 ज़िलों (54 प्रतिशत) में अपूरित मांग 25 प्रतिशत या उससे अधिक है। (AHS 2010)
- **दो बच्चों के बीच अंतराल** कम है - लगभग 47 प्रतिशत जन्म 30 माह से कम के अंतर पर होते हैं।
- **किशोर प्रजननः** कुल प्रजनन में से 47 प्रतिशत 15-25 उम्र समूह में है और जच्चा मृत्यु में से 45 प्रतिशत इसी समूह में होती हैं।
- **पहले बच्चे के समय कम उम्र** (15-19 वर्ष) की 5.6 प्रतिशत लड़कियां या तो गर्भवती हैं या मां बन चुकी हैं (DLHS 3)। 284 में से 133 ज़िलों में 15-19 वर्ष की 35 प्रतिशत लड़कियां या तो गर्भवती हैं या मां बन चुकी हैं। (AHS 2010)

1.3.2 नीति व कार्यक्रम का संदर्भ

ऐतिहासिक संदर्भः भारत वह पहला देश था जिसने राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम शुरू किया था। 1952 में शुरू किए गए इस कार्यक्रम का उद्देश्य था 'जन्म दर को ज़रूरी सीमा तक कम करके जनसंख्या को एक ऐसे स्तर पर स्थिर करना जो राष्ट्रीय अर्थ व्यवस्था की ज़रूरतों के अनुरूप हो।' शुरुआत से ही इस कार्यक्रम का इतिहास काफी उबड़-खाबड़ रहा है। 1960 के दशक में बड़े पैमाने पर गर्भाशय में लगाए जाने वाले (कॉपर टी जैसे) गर्भनिरोधक साधनों यानी आई.यू.सी.डी. का व्यापक इस्तेमाल किया गया मगर अच्छी गुणवत्ता वाली सेवा-प्रदाय व्यवस्था और समर्थक तंत्र पर पर्याप्त ध्यान न देने का परिणाम यह हुआ कि इस सुरक्षित, कारगर व किफायती विधि की लोकप्रियता को काफी क्षति पहुंची।[2] आपात काल (1975-77) के दौरान सरकार ने परिवार नियोजन के लक्ष्यों को हासिल करने के लिए नसबंदी शिविर और अन्य दमनकारी तौर-तरीकों का सहारा लिया। 1980 के दशक में सरकारी कार्यक्रमों में विभिन्न तरीकों से स्थायी व दीर्घकालिक विधियों पर ज़ोर दिया जाने लगा। इनमें स्वास्थ्य व अन्य विभागों के लिए नसबंदियों और आई.यू.सी.डी. लगाने के लक्ष्य निर्धारित किए जाने लगे। कार्यक्रम का नाम परिवार नियोजन से बदलकर परिवार कल्याण करने से लेकर रणनीतियों में भी बदलाव होते रहे - लक्ष्य-मुक्त तरीका, सामुदायिक ज़रूरत के आकलन पर आधारित तरीका वगैरह। 1994 में ICPD के बाद, भारत ने भी एक्शन कार्यक्रम का अनुमोदन किया, और अपने वचन के अनुरूप 1996 में परिवार नियोजन की लक्ष्य-मुक्त रणनीति अपनाई। इसका अर्थ यह था कि परिवार नियोजन का उपयोग आबादी की ज़रूरतों से निर्देशित होगा और ज़रूरतमंद व्यक्ति द्वारा पूरी जानकारी के आधार पर तय किया जाएगा। 2012 में परिवार नियोजन सम्बंधी वैश्विक शिखर वार्ता के प्रत्युत्तर में भारत ने भी अपने परिवार नियोजन कार्यक्रम को पुनर्गठित करने का निर्णय लिया।

भारत का वर्तमान परिवार नियोजन कार्यक्रम राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के तहत संचालित है। कार्यक्रम के स्तर पर यह प्रजनन, मातृत्व, नवजात व बाल स्वास्थ्य व किशोर स्वास्थ्य (RMNCH+A) रणनीति का अभिन्न अंग है। यह रणनीति राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत 2013 में अपनाई गई थी (रणनीति दस्तावेज़ के अंश नीचे देखें)। यह रणनीति ICPD के सिद्धांतों पर आधारित है और जीवन की विभिन्न अवस्थाओं - किशोरावस्था से लेकर गर्भावस्था और प्रसव तथा शिशु व बाल्यावस्था तक - में सतत देखभाल का पालन करती है। इसमें हर अवस्था में ज़रूरी हस्तक्षेप विस्तार में बताए गए हैं ताकि व्यक्ति की यथेष्ट सेहत (खास तौर से यौन व प्रजनन सेहत) सुनिश्चित की जा सके।

प्रजनन, मातृत्व, नवजात व बाल स्वास्थ्य व किशोर स्वास्थ्य (RMNCH+A) रणनीति दस्तावेज़ में कहा गया है

परिवार नियोजन कार्यक्रम के लिए एक नई रणनीतिक दिशा विकसित की गई है। इसके अंतर्गत कार्यक्रम को पुनर्गठित किया गया है ताकि न सिर्फ जनसंख्या का स्थिरीकरण हासिल हो सके, बल्कि जच्चा मृत्यु दर और शिशु व बाल मृत्यु दर भी कम हो। परिवार नियोजन को बढ़ावा देने और प्रजनन स्वास्थ्य में सुधार करने की दृष्टि से गर्भनिरोध की अपूरित मांग पर आधारित लक्ष्य-मुक्त नज़रिया; दो बच्चों के बीच अंतराल रखने और बच्चों की संख्या सीमित रखने की विधियों को बराबर महत्व; और प्रजनन स्वास्थ्य के संदर्भ में 'स्व निर्णय से बच्चे' को बढ़ावा देना प्रमुख तरीके होंगे।

ये सेवाएं सामुदायिक पहुंच के ज़रिए घर पर और स्वास्थ्य सुविधा के हर स्तर पर उपलब्ध कराई जाएंगी। इनमें प्रजनन आयु के किशोर व वयस्कों को शामिल किया जाएगा।

(भारत में RMNCH+A की रणनीति, भारत सरकार, जनवरी 2013)

अध्याय 1

देश में परिवार नियोजन की रणनीतियां	
नीति के स्तर पर	**सेवा के स्तर पर**
लक्ष्य-मुक्त तरीका	अंतराल विधियों पर ज़्यादा ज़ोर
परिवार नियोजन के तरीके स्वैच्छिक रूप से अपनाना	सेवा की गुणवत्ता का आश्वासन
समुदाय की ज़रूरतों पर आधारित	गर्भनिरोधक के विकल्प बढ़ाना
बच्चे संयोग से नहीं, निर्णय से	

RMNCH+A कार्यक्रम का ज़ोर इस बात पर है कि नए-नए गर्भनिरोधक शामिल करके और आशा कार्यकर्ता के माध्यम से गर्भनिरोधकों का सामुदायिक वितरण करके गर्भनिरोध की अपूरित मांग को पूरा किया जाए। कार्यक्रम में परिवार नियोजन सेवा के प्रदाय, खास तौर से उच्च केस-लोड केंद्रों पर प्रसव-उपरांत सेवाओं को मज़बूत बनाने की भी कोशिश है। इसके अलावा परिवार नियोजन सेवा प्रदाय का आधार बढ़ाने के लिए निजी/एनजीओ सुविधाओं को जोड़ने की बात भी कही गई है। जननी सुरक्षा योजना द्वारा सशर्त नगद हस्तांतरण के ज़रिए संस्थागत प्रसव को जो बढ़ावा मिल रहा है, उसका फायदा उठाते हुए नए कार्यक्रम में प्रसव-उपरांत आई.यू.सी.डी. को बढ़ावा देने की भी कोशिश है।

1.1.3 भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम के मुद्दे [3]

ऊपर जिन नीतिगत व कार्यक्रम सम्बंधी बदलावों का ज़िक्र किया गया, उनके बावजूद धरातल पर कई मुद्दे बरकरार हैं। जैसेः

1. **'जनसंख्या विस्फोट' का डर** बना हुआ है। इस बात की समझ बहुत कम है कि जनसंख्या वृद्धि दर कम हो रही है और जो वृद्धि हमें दिखती है वह वांछित प्रजनन के कारण नहीं बल्कि जनसंख्या के अपने संवेग और गर्भनिरोध की अपूरित मांग के चलते है।

2. **लक्ष्यों पर ज़ोर जारी है।** हालांकि अधिकारिक तौर पर बताया जा रहा है कि हम 'लक्ष्य-मुक्त' दौर में हैं मगर राज्य व ज़िला स्तर के स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा अतीत के प्रदर्शन के आधार पर निर्धारित अपेक्षित उपलब्धि स्तर (ELA) ही वह चीज़ है जिसे हासिल करने की अपेक्षा मैदानी कर्मचारियों से की जाती है। बताते हैं कि यदि ये ELA हासिल नहीं हो पाएं, तो निम्न स्तरीय स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को दंडात्मक कार्रवाई का सामना करना पड़ता है।

3. **शिविर आधारित नसबंदी सेवा पर निर्भरता बरकरार है।** नसबंदी आज भी भारत में प्रमुख गर्भनिरोधक विधि है और उसमें भी स्त्री नसबंदी 34 प्रतिशत है। नसबंदियां मुख्य रूप से शिविरों में की जाती हैं, जिनमें सेवा की गुणवत्ता की काफी आलोचना हुई है।

4. **नसबंदी के लिए प्रोत्साहन-प्रलोभन (इंसेंटिव्स)।** राज्य नसबंदी के लिए प्रलोभन देते हैं जिनमें बंदूक के लायसेंस से लेकर नैनो कार, टेलीविज़न और दोपहिया वाहन तक शामिल होते हैं।

5. **कई राज्यों में दो बच्चों के मानक** का पालन किया जाता है जिसके तहत आम तौर पर निचले स्तर के सरकारी कर्मचारियों, पंचायत सदस्यों और महिलाओं को दंडित किया जाता है।

6. **महिलाओं और लड़कियों तथा पुरुषों और लड़कों में जानकारी और स्वास्थ्य सम्बंधी साक्षरता का अभाव**, गर्भनिरोध सम्बंधी परामर्श का अभाव और गर्भनिरोधकों के मामले में विकल्पों का अभाव।

7. **नीति के अखाड़ों में यौन शिक्षा को लेकर बेचैनी और विसंगतियां** जबकि स्थिति यह है कि एक-तिहाई लड़कियों की शादी 18 वर्ष से कम उम्र में हो जाती है। परिणामस्वरूप गर्भनिरोधक सम्बंधी जानकारी और सेवाओं का अभाव होता है। इसके अलावा गर्भपात को लेकर पाबंदियां हैं और कम उम्र की लड़कियां सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों पर इन सेवाओं का लाभ नहीं ले पातीं।

8. **कई तबके सेवाओं के दायरे से बाहर हैं,** जैसे विवाह के सम्बंध में न बंधे युवा, यौनकर्मी, और विकलांग लोग।

नीति और कार्यक्रम की इस पृष्ठभूमि में और कार्यक्रम से सम्बंधित मुद्दों की जानकारी के साथ ही यह पैरवीकार निर्देशिका विकसित की गई है।

1.4 इस निर्देशिका का विकास कैसे हुआ?

इस निर्देशिका की विषयवस्तु द्वितीय लेखक द्वारा ARROW के लिए तैयार की गई निर्देशिका का संशोधित रूप है। ARROW दस्तावेज़ विश्व स्तर पर हक-आधारित गर्भनिरोध सेवाओं की निगरानी के लिए एक सामान्य साधन है। इस सामान्य दस्तावेज़ की विषयवस्तु को हमने भारत में इस्तेमाल के लिए ढाला है। भारत की पैरवीकार निर्देशिका के मसौदे पर विशेषज्ञों के एक छोटे समूह ने सितंबर 2014 में एक परामर्श बैठक में चर्चा की थी। निर्देशिका का यह संस्करण उस बैठक से प्राप्त फीडबैक और बाह्य समीक्षकों की प्रतिक्रिया के अलावा ज़मीनी खोजबीन तथा विभिन्न हितधारकों - युवा लोग, महिला उपयोगकर्ता, अग्रणी सेवा प्रदाता, ज़िला स्तर के स्वास्थ्य अधिकारी वगैरह - की प्रतिक्रियाओं पर आधारित है। ज़मीनी खोजबीन सितंबर 2014 की परामर्श बैठक के सहभागियों द्वारा की गई थी।

घोषित नीतियों और कार्यक्रम क्रियांवयन के बीच विसंगतियों के मद्दे नज़र परामर्श बैठक में उपस्थित विशेषज्ञों ने भारत के लिए ऐसी पैरवीकार निर्देशिका की ज़रूरत को स्वीकार किया। दुनिया भर में 'परिवार नियोजन के पुनर्गठन' से लेकर बदलते परिदृश्य और राष्ट्रीय नीतियों के लिए इसके निहितार्थ को देखते हुए यह महसूस किया गया कि यह निर्देशिका यह आकलन करने में मददगार होगी कि भारत में गर्भनिरोधक सेवाएं हक-आधारित तरीके से दी जा रही हैं या नहीं।

1.5 निर्देशिका का इस्तेमाल कैसे करें? और कौन करे?

जैसा कि ऊपर कहा गया था, यह निर्देशिका भारत में SRHR पैरवीकारों के लिए तैयार की गई है ताकि वे राज्य, ज़िला व उप-ज़िला स्तरों पर गर्भनिरोधक सेवाओं की निगरानी कर सकें। SRHR पैरवीकारों में निम्नलिखित शामिल हो सकते हैं:

- महिला संगठन (गैर सरकारी और स्थानीय सामुदायिक संगठन/महिला मंडल, स्व सहायता समूह वगैरह)।
- स्वास्थ्य संगठन, जिनमें राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) के तहत सामुदायिक निगरानी करने वाले संगठन और ग्राम स्वास्थ्य व स्वच्छता समितियों का प्रशिक्षण करने वाले संगठन शामिल हैं।
- हक-आधारित नज़रिए पर काम करने वाला कोई भी संगठन, समूह या व्यक्ति।

स्वास्थ्य सेवा प्रदाता और स्वास्थ्य प्रशासक भी इस निर्देशिका का उपयोग करके स्वयं को हक-आधारित गर्भनिरोधक सेवाएं प्रदान करने, अधिकारों के उल्लंघन की पहचान करने, और तंत्र के अंदर सेवाओं के प्रावधान की निगरानी के लिए तैयार कर सकते हैं। चिकित्सा अध्यापक इस निर्देशिका का उपयोग शिक्षण सामग्री के रूप में कर सकते हैं। इस निर्देशिका का उपयोग राज्यों में गर्भनिरोधक सेवाओं की वार्षिक साझा समीक्षा में भी किया जा सकता है।

चूंकि WHO के तकनीकी दिशानिर्देश देशों को भेजे गए हैं और उन्होंने इसकी अनुशंसाओं पर हस्ताक्षर किए हैं, पैरवीकार निर्देशिका का उपयोग भारत सरकार को हक-आधारित गर्भनिरोधक सेवाएं प्रदान करने के लिए जवाबदेह ठहराने के लिए किया जा सकता है। स्वास्थ्य अधिकारों की पैरवी से सम्बंधित मौजूदा मंचों का उपयोग गर्भनिरोधक सेवाओं के प्रावधान में अधिकारों की रक्षा के लिए किया जा सकता है। ऐसे कुछ मंच और साझेदारियां निम्नानुसार हैं:

- राष्ट्रीय दो संतान मानक व दमनकारी जनसंख्या नीति संगठन
- जन स्वास्थ्य अभियान
- कॉमनहेल्थ
- राष्ट्रीय जच्चा स्वास्थ्य व मानव अधिकार संगठन
- सामुदायिक निगरानी/स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक कार्रवाई समूह, जैसे जन सुनवाई, सीबीएम समिति की बैठकें वगैरह।

1.6 निर्देशिका की विषयवस्तु और डिज़ाइन

निर्देशिका को हक-आधारित गर्भनिरोधक कार्यक्रम सम्बंधी एक संसाधन के रूप में तैयार किया गया है। लिहाज़ा, पाठक इसके अलग-अलग खंडों का उपयोग, समूचे रूप में नहीं बल्कि अपने कार्यक्षेत्र और संदर्भ के अनुसार कर सकते हैं। हम WHO की हर सिफारिश की भावना और अर्थ की व्याख्या करेंगे और कोशिश करेंगे कि कुछ मोटे-मोटे मानक बताएं जिनके आधार पर उस सिफारिश पर हुई प्रगति को आंका जा सके। इन मानकों में सरकारी दिशानिर्देश, प्रोटोकॉल्स, कार्यक्रम की अंतर्वस्तु और रणनीतियां, सम्बंधित अंतर्राष्ट्रीय संधियां और समझौते शामिल हो सकते हैं। हरेक खंड में प्रत्येक सिफारिश के आकलन हेतु संभावित प्रश्नों की एक चेकलिस्ट भी दी गई है। इन चेकलिस्टों को फिर अलग से समग्र औज़ारों के रूप में परिशिष्ट में संकलित किया गया है। दो तरह के औज़ार हैं - एक हैं गर्भनिरोधक सेवाओं से सम्बंधित नीतियों के आकलन हेतु और दूसरे हैं इन सेवाओं के स्थानीय स्तर पर कामकाज के आकलन हेतु। संदर्भ और ज़रूरत के मुताबिक पाठक/उपयोगकर्ता WHO के सिद्धांतों की अपनी समझ का उपयोग करते हुए इनमें जोड़-तोड़ करके अपनी चेकलिस्ट विकसित कर सकते हैं।

निर्देशिका की विषयवस्तु

निर्देशिका चार अध्यायों में बंटी है। अध्याय 1 में भारत व विश्व स्तर पर गर्भनिरोध कार्यक्रम का समग्र संदर्भ प्रस्तुत किया गया है। यह अध्याय पाठकों को पैरवीकार निर्देशिका से परिचित भी कराता है। अध्याय 2 में हक-आधारित गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं से सम्बंधित अवधारणाएं और परिभाषाएं प्रस्तुत की गई हैं। अध्याय 3 में WHO के दिशानिर्देश दस्तावेज़ की सिफारिशें दी गई हैं। WHO की प्रत्येक सिफारिश के बाद महत्वपूर्ण शब्दों की परिभाषाएं दी

गई हैं और अनुसंधान के प्रमाणों पर आधारित सिफारिशों के पीछे निहित तर्क प्रस्तुत किया गया है। जहां संभव है, नीतियों और कार्यक्रमों के दिशानिर्देशों से कुछ मानकों का उपयोग किया गया है। ज़रूरी होने पर, बात को स्पष्ट करने के लिए उदाहरण बॉक्स में दिए गए हैं। प्रत्येक सिफारिश या सिफारिशों के समूह के बाद एक बॉक्स है जिसमें प्रश्नों की चेकलिस्ट दी गई है। इसकी मदद से इस बात की जांच की जा सकती है कि सरकार ने किस हद तक किसी सिफारिश (या सिफारिशों के समूह) का क्रियांवयन किया है या अनुपालन किया है। इन चेकलिस्ट के प्रश्नों के जवाबों को मिलाकर गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं का एक मानव-अधिकार स्थिति-विश्लेषण प्राप्त होगा।

अध्याय 4 में यह बताया गया है कि चेकलिस्ट से हासिल जानकारी का उपयोग कैसे किया जाए - शिकायत निवारण के ढांचों और विधियों को कैसे देखें, अधिकारों के उल्लंघन के लिहाज़ से मुद्दों की प्राथमिकताएं कैसे तय करें, विशिष्ट हितधारियों के लिए पैरवी करते वक्त प्रमाण कैसे तैयार करें वगैरह।

परिशिष्ट 1 में अधिकारिक दिशानिर्देशों और प्रोटोकॉल्स के कुछ मानक दिए गए हैं। परिशिष्ट 2 में निगरानी हेतु संग्रहित चेकलिस्ट शामिल की गई है। परिशिष्ट 3 में छत्तीसगढ़ नसबंदी त्रासदी की एक संक्षिप्त रिपोर्ट प्रस्तुत की गई है। यह केस स्टडी WHO के सिद्धांतों और सिफारिशों की एक बानगी पेश करती है।

1.7 कुछ चेतावनियां

सितंबर 2014 की बैठक में उपस्थित सहभागियों ने विशेष ज़ोर देकर कहा था कि यह ज़रूरी है कि गर्भनिरोध सेवाओं को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों और प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के समग्र ताने-बाने के तहत रखा जाए। गर्भनिरोध सेवाएं अपने आप में कोई अलग-थलग कार्यक्रम नहीं हो सकता; इसकी आगे-पीछे की कड़ियों को पहचानना ज़रूरी है। शारीरिक साक्षरता, जानकारी और परामर्श उतने ही ज़रूरी हैं जितना कि गर्भनिरोधक की नाकामी की स्थिति में सुरक्षित गर्भपात की सेवाओं की उपलब्धता। इन दोनों को परस्पर गूंथकर ही देखा जाना चाहिए। इसी प्रकार से गर्भनिरोध कार्यक्रम के तहत गुणवत्तापूर्ण सेवा को स्वास्थ्य सेवा की सामान्य गुणवत्ता से अलग करके नहीं देखा जा सकता। और गर्भनिरोध सेवा तक पहुंच सामान्य सेवा की सुगमता का ही अंग है।

लिहाज़ा गर्भनिरोध सेवाओं के लिए इस पैरवीकार निर्देशिका को तैयार करते हुए - और उपयोग करते हुए - हमें SRHR के संदर्भ और उससे जुड़ाव को ध्यान में रखना होगाः हम एक हक-आधारित गर्भनिरोध सेवा कैसे सुनिश्चित करें जबकि स्वास्थ्य अधिकारों को लेकर ही घोर उदासीनता व्याप्त है, जब रोज़ाना कई कमज़ोर तबकों के यौन व प्रजनन अधिकारों का उल्लंघन होता है?

अध्याय 2 मुख्य अवधारणाएं और परिभाषाएं

इस अध्याय में गर्भनिरोध सेवाओं और मानव अधिकारों से सम्बंधित अवधारणाएं और परिभाषाएं प्रस्तुत की गई हैं। इनका उपयोग निर्देशिका में बार-बार किया गया है।

2.1 समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं (परिवार नियोजन सेवाएं नहीं)

पूरे दस्तावेज़ में 'परिवार नियोजन' शब्द की बजाय 'गर्भनिरोध सेवाएं' शब्द का उपयोग किया गया है हालांकि 'परिवार नियोजन' शब्द कई दशकों से प्रचलन में है और कई संदर्भों में शायद बेहतर समझ में आता है। कारण यह है कि 'परिवार नियोजन' शब्द में इस अर्थ में एक पूर्वाग्रह निहित है कि इससे लगता है कि सेवाएं सिर्फ उन लोगों के लिए हैं जो परिवार में या विवाहित दम्पति के रूप में जीते हैं। परोक्ष रूप से इसका आशय यह है कि अविवाहित किशोर और युवा लोग, यौनकर्मी और अन्य लोग गर्भनिरोध सेवा के वैध उपयोगकर्ता नहीं हो सकते, जबकि उन्हें गर्भावस्था से बचने की ज़रूरत तो होती है मगर वे किसी 'परिवार' के अंग नहीं है।

'गर्भनिरोध सेवाएं' शब्द का उपयोग करके यह निर्देशिका साफ तौर पर मानती है कि यौनिक दृष्टि से सक्रिय किशोर और युवा लोग, हर उम्र के और विविध यौनिकताओं वाले स्त्री-पुरुष गर्भनिरोध सेवा के वैध उपयोगकर्ता हैं।

'समग्र' गर्भनिरोध जानकारी और सेवाओं से आशय है गर्भनिरोध की सारी विधियों की जानकारी और सेवाओं का प्रावधान जिसमें किसी गर्भनिरोध विधि के प्रति कार्यक्रम-आधारित या प्रदाता-आधारित कोई पाबंदी न हो।

2.2 मानव अधिकार आधारित नज़रिया

मानव अधिकार विभिन्न स्त्रोतों से उभरते हैं - भारत का संविधान, अंतर्राष्ट्रीय संधियां व समझौते जिन पर भारत ने हस्ताक्षर किए हैं, और सुप्रीम कोर्ट व हाई कोर्ट के फैसले जिन्हें गर्भनिरोध प्रावधानों के संदर्भ में लागू किया जा सकता है।

मानव अधिकार आधारित तरीके के दो प्रमुख लक्षण हैं। एक, इस तरीके में माना जाता है कि अपने सारे नागरिकों के लिए शिक्षा, स्वास्थ्य सेवा और अन्य बुनियादी सुविधाएं व ज़रूरतें सुनिश्चित करना सरकार की भलमानसाहत का सवाल नहीं है, बल्कि यह अंतर्राष्ट्रीय और/या क्षेत्रीय मानव अधिकार संधियों पर हस्ताक्षर करने के परिणामस्वरूप उसका दायित्व है जिसे उसे पूरा करना है [5]। और दो, हक-आधारित नज़रिए में मानव अधिकार के अंतर्राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और राष्ट्रीय मानकों , सिद्धांतों और प्रक्रियाओं को योजनाओं, नीतियों और कार्यक्रम में शामिल किया जाता है।

मानव अधिकार आधारित नज़रिए में समस्त व्यक्तियों को अधिकार-सम्पन्न माना जाता है जबकि सरकार और उसके अभिकर्ताओं को कर्तव्यस्थ माना जाता है जिन्हें विशिष्ट दायित्व का निर्वाह करना है। इसका अर्थ होगा कि, मसलन, गर्भनिरोध सेवाएं प्रदान करना राज्य का दायित्व है, परोपकार का काम नहीं है। इसे राज्य के विवेक पर नहीं छोड़ा गया है कि वह सेवा प्रदान करे या न करे (देखें बॉक्स 1)। गर्भनिरोधक की ज़रूरतों का अपूरित रहना या उनकी गुणवत्ता खराब होना अपरिहार्य नहीं है, बल्कि जान बूझकर किए गए निर्णयों और अपनाई गई नीतियों का परिणाम है। और सरकारों को यह जवाब देना होगा कि क्यों उन्होंने क्रमिक रूप से गर्भनिरोधक और सम्बंधित स्वास्थ्य सेवाओं में निवेश नहीं बढ़ाया [6]।

मानव अधिकार आधारित नज़रिए पर विकसित गर्भनिरोधक कार्यक्रम एक अलग-थलग कार्यक्रम नहीं होगा, बल्कि यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के समग्र कार्यक्रम का अभिन्न अंग होगा।

बॉक्स 1 सरकार के मानव अधिकार सम्बंधी दायित्व

सरकार के दायित्व तीन स्तर के हैं: हर अधिकार का सम्मान करना, सुरक्षा करना और पूर्ति करना।

अधिकारों का सम्मान करने का मतलब यह है कि राज्य अधिकारों का उल्लंघन नहीं कर सकता, अधिकारों के उपयोग में हस्तक्षेप नहीं कर सकता। उदाहरण के लिए, राज्य ऐसे कानून या प्रक्रियाएं नहीं बना सकता जो यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं हासिल करने के मामले में एकल महिला के खिलाफ भेदभाव करे।

अधिकारों की सुरक्षा का मतलब है कि राज्य को गैर-राज्य किरदारों द्वारा अधिकारों के उल्लंघन को रोकना होगा और यदि उल्लंघन होता है तो निवारण उपलब्ध कराना होगा। जैसे, यह राज्य की ज़िम्मेदारी होगी कि वह किसी निजी स्वास्थ्य सुविधा द्वारा किसी व्यक्ति को स्वास्थ्य की स्थिति के आधार पर स्वास्थ्य सेवा मुहैया कराने से इन्कार करने को गैर-कानूनी घोषित करे। इसी प्रकार से, यह राज्य की ज़िम्मेदारी है कि वह यह सुनिश्चित करे कि महिलाएं घरों में या कार्यस्थलों पर हिंसा की शिकार न हों।

अधिकारों की पूर्ति करने का मतलब है कि राज्य ऐसे सारे उपयुक्त (विधायी, प्रशासनिक, बजट-आधारित और न्यायिक) कदम उठाएगा कि लोगों के लिए अपने अधिकारों का उपयोग करने के लिए अनुकूल परिस्थितियां निर्मित हों। उदाहरण के लिए, कम आमदनी वाले किसी राज्य से भी यह अपेक्षा होगी कि वह अपनी पूरी आबादी के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा मुहैया कराने के लिए जुटाए गए संसाधनों में हर वर्ष वृद्धि करे।

Source: *Adapted from WHO-EURO. (2010) Checklist for assessing the gender responsiveness of sexual and reproductive health policies. Pilot document for adaptation to national contexts. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.pp 2 [5].*

2.3 मानव अधिकार: सिद्धांत और मानक

गर्भनिरोध सम्बंधी नीतियों व कार्यक्रमों के संदर्भ में मानव अधिकार आधारित नज़रिए में निम्नलिखित नौ प्रमुख मानव अधिकार और मानक शामिल होंगे:

1. गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं का भेदभाव से मुक्त प्रावधान
2. गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता
3. गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की सुलभता
4. गर्भनिरोधक सम्बंधी जानकारी और सेवाओं की स्वीकार्यता
5. जानकारी व सेवाओं के प्रावधान की गुणवत्ता
6. गर्भनिरोध के बारे में जानकारी-आधारित निर्णय
7. सेवाओं के प्रावधान में निजता व गोपनीयता
8. गर्भनिरोध कार्यक्रम और नीति में निर्णय प्रक्रिया में सहभागिता
9. जवाबदेही

इन सिद्धांतों और मानकों को आगे और विस्तार से बताया गया है।

मानव अधिकार आधारित नज़रिए पर विकसित गर्भनिरोधक कार्यक्रम एक अलग-थलग उर्ध्वाधर कार्यक्रम नहीं होगा, बल्कि यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के समग्र कार्यक्रम का अभिन्न अंग होगा।

2.3.1 गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं का भेदभाव से मुक्त प्रावधान

गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में स्वास्थ्य सम्बंधी स्थिति, नस्ल, जनजातीयता, उम्र, लिंग, विकलांगता, भाषा, धर्म, मूल राष्ट्रीयता, या सामाजिक स्थिति को लेकर कोई भेदभाव (मंशा में या कार्य में) नहीं किया जाएगा। कार्यक्रम की डिज़ाइन में इस बात का ध्यान रखा जाएगा कि कमज़ोर तबकों को विशेष बाधाओं का सामना करना पड़ता है।

2.3.2 गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता

इसका मतलब है कि निम्नलिखित चीज़ें पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध होनी चाहिए और विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों व समुदायों के बीच उनका समतामूलक वितरण होना चाहिएः समुचित स्वास्थ्य सेवा इंफ्रास्ट्रक्चर और प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवा पेशेवर कर्मी; सामग्रियां और उपकरण; बुनियादी सुविधाएं जैसे साफ पीने का पानी और शौच व्यवस्था; और यौन व प्रजनन स्वास्थ्य (गर्भनिरोध समेत) जानकारी व सेवाएं।

2.3.3 गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की सुलभता (पहुंच)

सुलभता के तीन परस्पर सम्बंधित आयाम हैंः भौतिक सुलभता; आर्थिक सुलभता या वहनीयता; और जानकारी तक पहुंच [7]। इस सिद्धांत के लिए ज़रूरी है कि संपूर्ण स्वास्थ्य सेवा सबको बगैर किसी भेदभाव के सुलभ हो। किसी को भी रोकथाम, प्रोत्साहक अथाव उपचार सम्बंधी स्वास्थ्य सेवा से इन्कार नहीं किया जा सकता। इसमें गर्भनिरोधक सेवाएं और सम्बंधित यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं भी शामिल हैं।

बॉक्स 2 सुलभता के तीन आयाम

भौतिक सुलभताः यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाएं, वस्तुएं और सेवाएं आबादी के सारे तबकों के लिए, खासकर कमज़ोर तबकों के लिए साल भर सुरक्षित भौतिक पहुंच के अंदर होनी चाहिए। सुलभता का यह भी अर्थ है कि स्वास्थ्य के अन्य कारक (जैसे साफ पानी और समुचित शौच व्यवस्था) ग्रामीण इलाकों में भी सुरक्षित भौतिक पहुंच के दायरे में होने चाहिए। सुलभता का यह भी आशय है कि विकलांग लोगों को भवनों तक समुचित पहुंच हासिल हो [4]।

आर्थिक सुलभता (वहनीयता): यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाएं, वस्तुएं और सेवाएं सबकी आर्थिक क्षमता के भीतर होनी चाहिए। किसी को भी समय पर व उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा पाने का इरादा इसलिए न टालना पड़े कि वह ज़रूरत के समय इसका खर्च नहीं उठा सकता या सकती। सार्वजनिक वित्त पर आधारित यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, जो प्रदाय के बिंदु पर मुफ्त हों, सुलभता के वित्तीय अवरोध को हटा देंगी।

जानकारी की सुलभताः इसके अंतर्गत यौन व प्रजनन स्वास्थ्य और गर्भनिरोध की तमाम आधुनिक व परंपरागत विधियों के बारे में जानकारी और विचार चाहने, पाने और देने का अधिकार शामिल है। सब लोगों को जानकारी उपयुक्त संचार माध्यमों तथा तरीकों से दी जानी चाहिए ताकि यह विभिन्न भाषा बोलने वाले समूहों, सीमित साक्षरता वाले लोगों, विकलांग वगैरह की ज़रूरतों की पूर्ति कर सके [4]। जानकारी की विषयवस्तु में अधिकारों की पुष्टि होनी चाहिए और यह जेंडर, उम्र, जनजातीयता और दुर्बलता के अन्य पहलुओं के प्रति संवेदनशील होनी चाहिए।

स्रोतः UNFPA और हार्वर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ (2010) मानव अधिकार आधारित कार्यक्रम रचना, व्यावहारिक क्रियांवयन मैनुअल और प्रशिक्षण सामग्री का नज़रिया), न्यूयॉर्क, राष्ट्र संघ जनसंख्या कोश, पृष्ठ 16 [4]

2.3.4 गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की स्वीकार्यता

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और प्रदाताओं को गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में चिकित्सा नैतिकता को लेकर सजग रहना चाहिए। उन्हें सारे उपयोगकर्ताओं की गरिमा का सम्मान करना चाहिए, सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त देखभाल प्रदान करनी चाहिए, जेंडर, उम्र, संस्कृति (जिसमें धर्म, आस्था, मूल्य, परिपाटियां और भाषा शामिल हैं) और शारीरिक विकलांगता के अनुरूप उनकी ज़रूरतों की पूर्ति करनी चाहिए [5]।

2.3.5 जानकारी व सेवाओं की गुणवत्ता

समस्त स्वास्थ्य देखभाल, गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं समेत, चिकित्सकीय लिहाज़ से उपयुक्त होनी चाहिए और तकनीकी गुणवत्ता के मानकों व नियंत्रण के तरीकों द्वारा संचालित होनी चाहिए। इससे भी ज़रूरी बात यह है कि इस देखभाल में प्रदाताओं का रवैया सकारात्मक हो और उपयोगकर्ता जानकारी के आधार पर निर्णय करें और यह देखभाल समय पर और सुरक्षित ढंग से दी जाए ताकि ग्राहक को तसल्ली हो [5]।

2.3.6 गर्भनिरोधक के बारे में जानकारी-आधारित पर निर्णय

जानकारी-आधारित निर्णय वैसे तो उन सेवाओं का एक तत्व होता ही है जो स्वीकार्य हों और चिकित्सा नैतिकता का सम्मान करती हों। फिर भी, इस तत्व पर अलग से इसलिए विचार किया जा रहा है क्योंकि अधिकारों का सम्मान करने वाले गर्भनिरोधक कार्यक्रम में उपयोगकर्ता की स्वायत्तता और जानकारी-आधारित निर्णय प्रमुख चीज़ें हैं। स्वतंत्र, संपूर्ण और जानकारी-आधारित निर्णय करना स्वायत्तता की एक अभिव्यक्ति है, जिसे चिकित्सा आचरण और अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून में मान्य किया गया है [8]।

2.3.7 सेवाओं के प्रावधान में निजता और गोपनीयता

उपयोगकर्ता की निजता, गोपनीयता और गरिमा का सम्मान चिकित्सा आचरण का एक बुनियादी उसूल है। ग्राहक की निजता को मान्य करना और गोपनीयता का ख्याल रखना स्वास्थ्य सेवा के हर क्षेत्र में महत्वपूर्ण है। गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाएं प्रदान करते वक्त यह और भी महत्वपूर्ण हो जाता है क्योंकि निजता और गोपनीयता सुनिश्चित न की जाए, तो कई नकारात्मक परिणाम हो सकते हैं, जैसे उपयोगकर्ता का भरोसा उठ जाना, जिसकी वजह से शायद वह लौटकर न आए।

2.3.8 गर्भनिरोधक कार्यक्रम व नीति सम्बंधी निर्णय प्रक्रिया में सहभागिता

व्यक्तियों और समुदायों को गर्भनिरोध सेवाओं की नीतियों व कार्यक्रमों की डिज़ाइन व क्रियांवयन में सक्रिय, स्वतंत्र और सार्थक भूमिका निभानी चाहिए। लिहाज़ा नीतियों और कार्यक्रमों में ऐसे ढांचे व प्रक्रियाएं विकसित करने चाहिए जो समस्त हितधारियों, खास तौर से पारंपरिक रूप से बहिष्कृत व हाशिए के तबकों की सहभागिता को संभव बनाएं।

2.3.9 जवाबदेही

स्वास्थ्य देखभाल के अधिकार की रक्षा सम्बंधी दायित्वों के संदर्भ में सरकारों और सार्वजनिक एजेंसियों को उनके कार्य व कार्य में चूक के लिए जवाबदेह बनाया जाना चाहिए। इसमें गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवा का अधिकार भी शामिल हैं। यह जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए लागू करने योग्य मानकों, नियम-कानूनों और स्वतंत्र

अध्याय 2

अनुपालन-निगरानी संस्थाओं का उपयोग लाज़मी है [6]। सरकारें निजी इकाइयों, जैसे निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, बीमा कंपनियों और दवा कंपनियों, के कामकाज के नियमन के संदर्भ में भी जवाबदेह हैं ताकि इन इकाइयों का कामकाज नागरिकों के स्वास्थ्य-अधिकार का उल्लंघन न करे।

2.4 गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं में मानव अधिकार आधारित नज़रिया क्यों?

गर्भनिरोध सेवाओं के संदर्भ में मानव अधिकार आधारित रवैया अपनाने से क्या फायदा है?

- मानव अधिकार आधारित रवैया एक समग्र ढांचा व सार्वभौमिक मूल्यों का एक सेट प्रदान करता है - उदाहरण के लिए, समानता, भेदभाव से मुक्ति, सहभागिता और जवाबदेही - जिनकी बुनियाद पर गर्भनिरोध सेवाएं खड़ी की जाएं।
- समानता का सिद्धांत मानव अधिकार आधारित तरीके की बुनियाद है। यह मांग करता है कि समाज के सबसे कमज़ोर व हाशिए के तबकों पर ध्यान केंद्रित किया जाए और आबादी के उन तबकों तक पहुंचना ज़रूरी बना देता है जिन तक 'पहुंचना मुश्किल' है।
- जेंडर समानता पर ध्यान देना मानव अधिकार आधारित नज़रिए में शामिल भेदभाव से मुक्ति के सिद्धांत से उभरता है।
- सहभागिता के सिद्धांत की मांग होगी कि लोग गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं से सम्बंधित नीतियों और कार्यक्रमों की निर्णय प्रक्रिया में सार्थक ढंग से सहभागी हों।
- जवाबदेही का सिद्धांत यह अनिवार्य कर देता है कि कार्यक्रम के उपयोगकर्ताओं के पास उनकी शिकायतों और अधिकारों के उल्लंघन की स्थिति में निवारण की व्यवस्था हो [7]।

गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में मानव अधिकार आधारित तरीका न अपनाने की कीमत बहुत भारी है। उदाहरण के लिए, इसका नतीजा यह हो सकता है कि कम शक्तिशाली या अल्प संसाधन वाले तबकों, जैसे कम आमदनी वाले लोग या कम उम्र के लोग, या अकेली रहने वाली महिलाएं, या भिन्न यौन रुझान वाले लोगों पर कम ध्यान दिया जाएगा। इससे गर्भनिरोध सेवा की अपूरित ज़रूरतों को पूरा करने की कार्यक्रम की क्षमता पर प्रतिकूल असर होगा। इससे भी बुरा परिणाम अल्प-सेवित समूहों के लिए होगा। जैसे यह हो सकता है कि इसकी वजह से अनचाहे गर्भ ठहरें और उनका हश्र गर्भावस्था के घटिया परिणामों या असुरक्षित गर्भपात के रूप में सामने आए।

यदि कार्यक्रम नियोजन का दिशानिर्देशक तत्व मानव अधिकार नहीं होगा, तो हो सकता है कि कार्यक्रम मात्र प्रजनन कम करने पर केंद्रित हो जाए, और अनजाने में ही सेवा की गुणवत्ता को समुचित महत्व न दिया जाए। इसका परिणाम होगा प्रजनन सम्बंधी रुग्णता में वृद्धि (जैसे एच.आई.वी. संक्रमण) जिसे टाला जा सकता था। इसके अलावा यह भी हो सकता है कि गर्भनिरोध सेवाओं की छवि खराब हो और स्वीकार्यता में गिरावट आए। यदि प्रदाता उपयोगकर्ता की गोपनीयता को बनाए रखने के प्रति सजग नहीं है, तो वे बगैर सोचे-समझे पत्नी द्वारा गर्भनिरोधक के उपयोग की बात पति को बता देंगे। यदि महिला जेंडर-आधारित हिंसा का सामना कर रही है तो यह उसकी सुरक्षा और हिफाज़त के लिए गंभीर खतरा बन जाएगा।

अध्याय 2

गर्भनिरोधकों तक पहुंच का अभाव अंततः महिलाओं के समानता के अधिकार का उल्लंघन है क्योंकि इससे समाज में उनकी बराबर की भागीदारी पर आंच आती है। ऐसे कई कारणों की वजह से गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में मानव अधिकार सुनिश्चित करने से कार्यक्रम का मूल्य तो बढ़ेगा ही, यह एक नैतिक अनिवार्यता भी है।

2.5 दायित्व और मानक

हक-आधारित गर्भनिरोध सेवाओं व जानकारी के प्रदाय की निगरानी करने के लिए कुछ मानकों की कसौटी आवश्यक है। ये मानक कई स्रोतों से उभरते हैं: अधिकारों के स्रोत (जैसे भारत का संविधान, कानूनी ढांचे, फैसले - कानूनी मानकों के उदाहरणों के लिए बॉक्स 3 देखें); नीतिगत व कार्यक्रम सम्बंधी दस्तावेज़ों में प्रस्तुत ढांचे (जैसे राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, युवा नीति, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन क्रियांवयन का ढांचा, RMNCH+A की रणनीति वगैरह); किसी कार्यक्रम के विभिन्न मैनुअल्स में प्रस्तुत कामकाज की मानक विधियां, प्रक्रियाएं और क्रियाविधियां (जैसे चिकित्सा अधिकारियों के लिए IUCD संदर्भ मैनुअल [जुलाई 2007], स्वास्थ्य प्रदाताओं द्वारा आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां देने के लिए दिशानिर्देश [नवंबर 2008], समग्र गर्भपात सेवा: प्रशिक्षण और सेवा प्रदाय दिशानिर्देश [2010] वगैरह)।

बॉक्स 3: नसबंदी के लिए हाल के कानूनी मानक

1. रमाकांत राय बनाम भारतीय संघ, सुप्रीम कोर्ट याचिका (दीवानी) 209/2003

इस मामले में सुप्रीम कोर्ट ने राज्य सरकार को आदेश दिया कि वह नसबंदी ऑपरेशन करने वाले स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के नियमन के लिए तत्काल कदम उठाए, और उन महिलाओं व परिवारों को मुआवज़ा दे जिन्होंने असुरक्षित नसबंदी की वजह से तकलीफें झेली हैं या जान से हाथ धो बैठी हैं।

परिणाम: सुप्रीम कोर्ट ने केंद्र सरकार को आदेश दिया कि वह प्रस्तावित मरीज़ों की उम्र व स्वास्थ्य, मुआवज़े के मानक, सांख्यिकी का प्रारूप, चेकलिस्ट, सहमति का प्रारूप, बीमा के सम्बंध में एकरूप मानक बनाए राज्य जिनका अनुपालन करेंगे। जब तक केंद्र सरकार मुआवज़ा सम्बंधी दिशानिर्देश निर्धारित नहीं करती, तब तक के लिए सुप्रीम कोर्ट ने आदेश दिया है कि राज्य नसबंदी करवाने वाले व्यक्ति की मृत्यु होने पर 1 लाख, असमर्थ हो जाने पर या ऑपरेशन के बाद पेचीदगी पैदा होने पर 30,000 रुपए का भुगतान करें।

2. देविका बिस्वास बनाम भारतीय संघ व अन्य, सुप्रीम कोर्ट याचिका (दीवानी) 95/2012

रमाकांत राय के मामले में सुप्रीम कोर्ट के आदेश के बावजूद, भारत भर में जबरन व अस्वच्छ परिस्थितियों में नसबंदियां जारी हैं। ये नसबंदियां प्रायः किसी खुले स्थान पर (जैसे किसी सरकारी स्कूल में) शिविरों में की जाती हैं। ये शिविर आम तौर पर गरीब, आदिवासी और दलित महिलाओं पर लक्षित होते हैं। महिलाओं की नसबंदी उनकी सहमति के बगैर कर दी जाती है क्योंकि ऑपरेशन की प्रकृति उन्हें समझाई नहीं जाती। लापरवाही का परिणाम यह होता है कि कई महिलाएं संक्रमण से पीड़ित होकर मर जाती हैं।

परिणाम: यह मुकदमा 2012 के मध्य में दायर किया गया था। सुप्रीम कोर्ट ने राज्यों को आदेश दिया कि वे रमाकांत राय के मामले में दिए गए आदेशों के अनुपालन प्रतिवेदन प्रस्तुत करके बताएं कि उन्होंने क्या कदम

बॉक्स 3 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 2

उठाएं हैं। कुछ राज्यों ने जवाब देने में दो वर्ष का समय लगाया मगर याचिकाकर्ता के पास अब हरेक राज्य द्वारा नसबंदी ऑपरेशन के लिए जानकारी आधारित सहमति हासिल करने और ऑपरेशन की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए उठाए गए कदमों की जानकारी है। बदकिस्मती से राज्यों के हलफनामे घोर उदासीनता का संदेश देते हैं। एक भी राज्य ने गुणवत्ता आश्वासन समिति की बैठकों का कोई प्रमाण पेश नहीं किया। मात्र एक राज्य ने दिशानिर्देशों के उल्लंघन होने पर दंडात्मक कार्रवाई की थी। अधिकांश राज्यों ने 2006 के बाद नसबंदी के लिए अधिकृत डॉक्टरों की सूची को अपडेट किया है। इस मामले में सुप्रीम कोर्ट अंतिम सुनवाई दिसंबर 2014 में करेगा।

राष्ट्रीय ढांचों, संकल्पों और हकदारियों के अलावा, भारत ने कई अंतर्राष्ट्रीय संधियों पर हस्ताक्षर किए हैं और ये भी ऐसे मानक मुहैया कराते हैं जिनका उपयोग हक-आधारित गर्भनिरोध कार्यक्रम के आकलन हेतु किया जा सकता है। महिलाओं के खिलाफ किसी भी रूप में भेदभाव की समाप्ति संधि (CEDAW), बाल अधिकार संधि (CRC) आदि इसके कुछ उदाहरण हैं।

बॉक्स 3 में सुप्रीम कोर्ट के आदेश के प्रावधान बताए गए हैं जो 2005 में रमाकांत राय के मामले में आया था। यह आदेश महिला या पुरुष नसबंदी करने वाले स्वास्थ्य प्रदाताओं का नियमन करता है और राज्यों को नसबंदी ऑपरेशन की नाकामी या उसके बाद पैदा होने वाली पेचीदगियों के लिए मुआवज़ा निर्धारित करने का निर्देश देता है।

परिशिष्ट 1 में कुछ मानक दिए गए हैं जिनका उपयोग गर्भनिरोध कार्यक्रम के हक-आधारित क्रियांवयन के आकलन हेतु किया जा सकता है। ये मानक WHO की सिफारिशों से सम्बंधित अध्याय (अध्याय 3) में भी उदाहरण स्वरूप शामिल किए गए हैं। अलबत्ता, पाठकों से निवेदन है कि वे यहां वर्णित मानकों तक सीमित न रहें, बल्कि अन्य दस्तावेज़ों की भी तलाश करें जो अन्य मानक प्रदान कर सकते हैं।

हक-आधारित गर्भनिरोध सेवा प्रदाय की निगरानी के लिए WHO सिफारिशें

अध्याय 3

इस अध्याय में गर्भनिरोध सेवाओं के हक-आधारित प्रावधान सम्बंधी WHO की सिफारिशों को भारत के संदर्भ में लागू करने की चर्चा की गई है। इससे प्रेक्टिशनर्स को यह आकलन करने का मौका मिलता है कि कि किसी सरकार ने ये सेवाएं प्रदान करते हुए किस हद तक किसी विशिष्ट सिफारिश (या परस्पर सम्बंधित सिफारिशों के समूह) का क्रियांवयन किया है या उसका पालन किया है, और कहां काम पूरा नहीं हुआ है। सेवा प्रदाय और कार्यक्रमों का आकलन भारत सरकार द्वारा निर्धारित मानकों के रूबरू भी किया जा सकता है।

पहले तो हम 9 सिद्धांतों के तहत WHO द्वारा दी गई समस्त सिफारिशों का एक खाका प्रस्तुत करेंगे। ये 9 सिद्धांत हैं - भेदभाव से मुक्ति, उपलब्धता, सुलभता (पहुंच), स्वीकार्यता, गुणवत्ता, जानकारी-आधारित निर्णय, निजता, गोपनीयता और जवाबदेही। अगले खंड में प्रत्येक सिद्धांत के अंतर्गत एक सिफारिश (या परस्पर सम्बंधित सिफारिशों के एक समूह) लेकर उसकी व्याख्या की गई है। सिफारिशों से सम्बंधित मुद्दे संक्षेप में रखे गए हैं और बॉक्स में इनके कुछ उदाहरण प्रस्तुत किए गए हैं। इसके बाद सवालों की चेकलिस्ट दी गई है जो प्रेक्टिशनर्स (और अन्य) के लिए निगरानी में मददगार होगी। ये सवाल दो कॉलम में रखे गए हैं - एक वे जो नीति और/या कार्यक्रम के स्तर पर निगरानी में मदद कर सकते हैं और दूसरे सेवा प्रदाय की निगरानी के लिए हैं। हमने भारत सरकार के कुछ दस्तावेज़ों से भी सामग्री प्रस्तुत की है जो निगरानी की प्रक्रिया में मानक का काम कर सकती है।

3.1 सदस्य देशों के लिए WHO की सिफारिशें

बॉक्स 4 में हक-आधारित गर्भनिरोध सेवाओं के बारे में WHO की सिफारिशें दी गई हैं। ये सिफारिशें मानव अधिकारों के 9 बुनियादी सिद्धांतों और मानकों पर आधारित हैं (देखें अध्याय 2 का खंड 2.3)।

बॉक्स 4 प्रमुख मानव अधिकारों पर आधारित WHO की सिफारिशें

1. गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं में भेदभाव न हो	
1.1	सिफारिश करें कि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं तक पहुंच सभी लोगों को स्वैच्छिक रूप से, समानता से, भेदभाव, दबाव या हिसा से मुक्त ढंग से दी जाए।
1.2	सिफारिश करें कि कार्यक्रमों को कानून व नीतियों का समर्थन मिले ताकि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं पूरी आबादी के सभी तबकों को मिल सकें। इन सेवाओं तक पहुंच के मामले में कमज़ोर व हाशिए के तबकों पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।
2. गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता	
2.1	गर्भनिरोधक वस्तुओं, सामग्री व उपकरणों, जिनमें आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत विभिन्न विधियों का समावेश हो, को ज़रूरी दवाइयों की सप्लाई श्रृंखला में शामिल किया जाए ताकि उपलब्धता बढ़े। उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए जहां ज़रूरी हो, सप्लाई श्रृंखला को सुदृढ़ बनाने हेतु निवेश किया जाए।
3. गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं तक पहुंच	
3.1	सिफारिश करें कि स्कूल व स्कूल से बाहर वैज्ञानिक रूप से सही और समग्र यौन शिक्षा कार्यक्रम चलाए जाएं जिनमें गर्भनिरोध के उपयोग व उन्हें प्राप्त करने सम्बंधी जानकारी भी शामिल हो।

बॉक्स 4 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 3

3.2	सिफारिश करें कि किशोरों व गरीबों समेत हाशिए के लोगों द्वारा गर्भनिरोधकों के उपयोग में आने वाली वित्तीय अड़चनों को दूर किया जाए और गर्भनिरोध सबके लिए वहनीय बनाया जाए।
3.3	ऐसे हस्तक्षेपों की सिफारिश करें जिनसे सेवाओं तक पहुंच के अभाव वाले उपयोगकर्ताओं और संभावित उपयोगकर्ताओं (जैसे ग्रामीण लोग, शहरी गरीब लोग और किशोरवस्था के लोग) की पहुंच बेहतर बने। सुरक्षित गर्भपात की जानकारी व सेवाएं WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार उपलब्ध कराई जाएं (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition - सुरक्षित गर्भपातः स्वास्थ्य तंत्रों के लिए तकनीकी व नीतिगत दिशानिर्देश, द्वितीय संस्करण)।
3.4	सिफारिश करें कि विस्थापित लोगों, संकटग्रस्त लोगों, और यौन हिंसा के शिकार लोगों के लिए समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं उपलब्ध कराने के विशेष प्रयास किए जाएं। यौन हिंसा के शिकार लोगों को खास तौर से आपातकालीन गर्भनिरोधक की ज़रूरत होती है।
3.5	सिफारिश करें कि एच.आई.वी. जांच, उपचार व देखभाल के समय यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के एक हिस्से के रूप में गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की पेशकश की जाए।
3.6	सिफारिश करें कि प्रसव-पूर्व व प्रसव-उपरांत देखभाल के दौरान गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं प्रदान की जाएं।
3.7	सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं को गर्भपात व गर्भपात के बाद दी जाने वाली देखभाल का नियमित अंग बनाया जाए।
3.8	सफारिश करें कि जो आबादियां गर्भनिरोध सेवाओं तक पहुंच के संदर्भ में भौगोलिक बाधाओं का सामना करती हैं उनके लिए चलित सेवाएं प्रदान करके पहुंच को बेहतर बनाया जाए।
3.9	सिफारिश करें कि तृतीय पक्ष की अनुमति की शर्त को समाप्त किया जाए। इसमें व्यक्तियों/महिलाओं को गर्भनिरोधक तथा सम्बंधित जानकारी व सेवाओं तक पहुंच बनाने के लिए पति/पत्नी की अनुमति की ज़रूरत होती है।
3.10	सिफारिश करें कि किशोरों को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा (गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं समेत) प्रदान करने के लिए माता-पिता या अभिभावकों की अनुमति/उन्हें सूचना देने की अनिवार्यता को समाप्त किया जाए। ऐसा करना किशोरों की शैक्षणिक व सेवा सम्बंधी जरूरतों की पूर्ति हेतु ज़रूरी है।
4.	**गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की स्वीकार्यता**
4.1	परिवार नियोजन व गर्भनिरोध सम्बंधी जेंडर संवेदी शैक्षणिक हस्तक्षेप व परामर्श की सिफारिश करें। ये हस्तक्षेप व परामर्श सही जानकारी पर आधारित हों, इनमें दक्षता निर्माण (यानी संप्रेषण व बातचीत) शामिल हो और ये समुदाय व व्यक्ति की विशिष्ट ज़रूरतों की पूर्ति के हिसाब से बने हों।
4.2	सिफारिश करें कि समस्त गर्भनिरोध सेवा प्रदाय के अभिन्न अंग के रूप गर्भनिरोधकों के साइड प्रभावों के प्रबंधन के लिए फॉलो-अप सेवाओं को प्राथमिकता दी जाए। सिफारिश करें कि जो विधियां मौके पर उपलब्ध न हों, उनके लिए उपयुक्त रेफरल सेवा उपलब्ध कराई जाएं।

बॉक्स 4 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 3

5.	**गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की गुणवत्ता**
5.1	सिफारिश करें कि गुणवत्ता आश्वासन प्रक्रियाओं को गर्भनिरोध कार्यक्रम का सामान्य हिस्सा बनाया जाए और इसके अंतर्गत देखभाल के मानक व उपयोगकर्ता का फीडबैक शामिल हो।
5.2	सिफारिश करें कि दीर्घावधि बहाली-योग्य गर्भनिरोधक (LARC) विधियों के मामले में लगाने व निकालने की सेवाएं शामिल की जाएं, और उसी स्थान पर साइड प्रभाव सम्बंधी परामर्श भी उपलब्ध हो।
5.3	सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी शिक्षा, जानकारी व सेवाओं के प्रदाय को लेकर स्वास्थ्य सेवा कर्मियों का दक्षता-आधारित सतत प्रशिक्षण और निरीक्षण किया जाए। दक्षता-आधारित प्रशिक्षण WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार हो।
6.	**गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी-आधारित निर्णय**
6.1	जानकारी-आधारित निर्णय को संभव बनाने के लिए गर्भनिरोधकों के बारे में प्रामाणिक व समग्र जानकारी, शिक्षा व परामर्श की सिफारिश करें।
6.2	सिफारिश करें कि प्रत्येक व्यक्ति को, बगैर किसी भेदभाव के, आधुनिक गर्भनिरोधकों (आपातकालीन, लघु अवधि, दीर्घावधि और स्थायी तरीके) में से अपने उपयोग के लिए तरीके का चुनाव करते समय जानकारी-आधारित निर्णय का अवसर सुनिश्चित किया जाए ।
7.	**सेवा प्रदाय में निजता व गोपनीयता**
7.1	सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं के प्रदाय की पूरी अवधि में व्यक्ति की निजता का सम्मान किया जाए, जिसमें चिकित्सकीय व अन्य व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता शामिल हो।
8.	**गर्भनिरोध कार्यक्रम और नीति सम्बंधी निर्णय प्रक्रिया में सहभागिता**
8.1	सिफारिश करें कि समुदाय, खास तौर से प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित लोगों को गर्भनिरोध कार्यक्रम और नीति के निर्माण, क्रियांवयन और निगरानी के हर पहलू में सार्थक रूप से जुड़ने का अवसर मिले।
9.	**जवाबदेही**
9.1	सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रदाय में व्यक्तिगत व तंत्र दोनों स्तरों पर जवाबदेही की कारगर प्रक्रियाएं स्थापित की जाएं और वे सुगम हों। इसमें निगरानी व मूल्यांकन तथा निराकरण व शिकायत निवारण शामिल हों।
9.2	सिफारिश करें कि सारे कार्यक्रमों का मूल्यांकन व निगरानी हो ताकि सेवाओं की सर्वोच्च गुणवत्ता तथा मानव अधिकारों का सम्मान सुनिश्चित किया जा सके। सिफारिश करें कि जिन परिस्थितियों में प्रदर्शन आधारित वित्तपोषण व्यवस्था (PBF) स्थापित है, वहां जांच पड़ताल की व्यवस्था स्थापित की जाए, जिसमें दबाव से मुक्त कामकाज और मानव अधिकारों की सुरक्षा शामिल हो। यदि PBF होता है, तो गर्भनिरोधक उपलब्धता बढ़ाने में इसकी प्रभाविता तथा उपयोगकर्ताओं पर इसके असर का आकलन करने हेतु शोध किया जाए।

अध्याय 3

3.2 सिद्धांत व सिफारिशें

मानव अधिकार के सिद्धांत पर आधारित गर्भनिरोध सेवाओं के प्रावधान सम्बंधी WHO की सिफारिशों के इस समूहीकरण के आधार पर अब हम भारत के मुद्दों की चर्चा करेंगे। WHO के तकनीकी दिशानिर्देशों की प्रत्येक सिफारिश के संदर्भ में छानबीन के सवालों की एक चेकलिस्ट प्रस्तुत की गई है ताकि यह आकलन किया जा सके कि क्या अधिकारों को सुरक्षित रखा जा रहा है। इन सवालों के जवाब से हमें निम्नलिखित मामलों में एक व्यक्तिनिष्ठ तस्वीर मिलेगी:

1) क्या समुदाय/राज्य/देश के स्तर पर गर्भनिरोध कार्यक्रम में हक-आधारित सिद्धांत लागू किए गए हैं?

2) समुदाय/राज्य/देश ने किस हद तक WHO की हक-आधारित गर्भनिरोध सेवाओं की सिफारिशों को अपनाया है?

3) वे कौन-सी कमियां बची हैं जहां काम करने की ज़रूरत है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि समुदाय/राज्य/देश का गर्भनिरोध कार्यक्रम WHO की हक-आधारित गर्भनिरोध सेवाओं सम्बंधी सिफारिशों के अनुकूल बने?

इन सवालों के जवाब एक तस्वीर पेश करेंगे कि किस हद तक किसी संदर्भ विशेष में हक-आधारित सिद्धांतों को गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में शामिल किया गया है। इनसे कमियों और अक्षमताओं या विसंगतियों की पहचान भी हो सकेगी जिससे भविष्य के लिए पैरवी की एक स्पष्ट और विशिष्ट दिशा मिलेगी।

चेकलिस्ट शायद थोड़ी लंबी लगे - पाठक इस सूची को अपने संदर्भ में प्रासंगिकता के मद्दे नज़र संशोधित कर सकते हैं। इस चेकलिस्ट के साथ परिशिष्ट 2 में प्रस्तुत समग्र व संकलित निगरानी साधनों का उपयोग पूरक के रूप में किया जा सकता है।

1 गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में भेदभाव न हो

WHO सिफारिश क्रमांक 1.1

सिफारिश करें कि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं तक पहुंच सभी लोगों को स्वैच्छिक रूप से, समानता से, भेदभाव, दबाव या हिंसा से मुक्त ढंग से (व्यक्तिगत पसंद के आधार पर) दी जाए।[2]

यह सिफारिश स्वायत्तता तथा गर्भनिरोध सम्बंधी सेवाओं व जानकारी को स्वैच्छिक आधार पर स्वीकार करने के सिद्धांत को रेखांकित करती है। प्रत्यक्ष या परोक्ष कोई दबाव नहीं होना चाहिए, न तो शर्तों के रूप में और न ही प्रोत्साहन-प्रलोभन के रूप में।

जबरन या दबाव में की जाने वाली नसबंदियों और आईयूसीडी लगाने की घटनाएं दुनिया भर से रिपोर्ट की जाती हैं। 'जबरन' का मतलब है कि नसबंदी या आईयूसीडी लगाने की जानकारी व्यक्ति को नहीं होती, जबकि दबाव का मतलब है कि गलत जानकारी देकर या डरा-धमकाकर किसी व्यक्ति को गर्भनिरोधक अपनाने को मजबूर किया जाए या अन्य सेवाओं/लाभों में यह शर्त जोड़ दी जाए कि वे गर्भनिरोधक 'स्वीकार' करने पर ही मिलेंगे [9]। उदाहरण के लिए,

2 यह और अगली सिफारिश दोनों भेदभाव समाप्ति के मुद्दे से मुखातिब हैं। दोहराव से बचने के लिए भेदभाव समाप्ति और उससे सम्बंधित चेकलिस्ट की चर्चा अगले उपखंड में की गई है। इस उपखंड में अनैच्छिक व दबावपूर्ण गर्भनिरोध की चर्चा की गई है।

भारत में हुए अध्ययनों में बताया गया है कि सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों पर गर्भ के चिकित्सकीय समापन के साथ यह शर्त जोड़ दी जाती है कि व्यक्ति आईयूसीडी लगवाए [10]। गर्भनिरोधकों के सीमित प्रकार उपलब्ध कराना भी एक तरह का दबाव है - उपयोगकर्ता को मजबूरन सीमित विकल्पों में से ही गर्भनिरोधक चुनना पड़ता है।

प्रोत्साहक व निरुत्साहक दोनों किस्म के प्रलोभन ग्राहक से उसकी विकल्प चुनने की आज़ादी छीनने के परोक्ष तरीके हैं। भारत में गर्भनिरोध की 'स्वीकार्यता' सुनिश्चित करने के लिए प्रोत्साहक व निरुत्साहक प्रलोभनों के उपयोग का लंबा इतिहास रहा है। यह इस रूप में प्रकट होता है कि या तो उपयोगकर्ता को कोई गर्भनिरोधक तरीका अपनाने के लिए नगद या अन्य लाभ दिए जाते हैं या यदि वे कोई भी तरीका अपनाने से इन्कार करते हैं तो उन्हें किसी लाभ से वंचित किया जाता है [11]। स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को गर्भनिरोध के निर्धारित 'लक्ष्य' हासिल करने पर पारितोषिक या लक्ष्य हासिल न कर पाने पर दंड भी दिया जाता है। यह उपयोगकर्ता के विकल्प चुनने के अधिकार का उल्लंघन तो है ही, हकीकत में देखा गया है कि प्रोत्साहन व निरुत्साहन की व्यवस्था अंततः स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा दबाव और अनैतिक आचरण में तबदील हो जाती है। व्यक्ति गर्भनिरोधक इसलिए स्वीकार नहीं करते कि उन्हें अभी बच्चा नहीं चाहिए या वे बच्चे पैदा करना बंद करना चाहते हैं, बल्कि इसलिए करते हैं क्योंकि वे वित्तीय अड़चन में होते हैं [12]। बॉक्स 5 में बताया गया है कि राजस्थान में लक्ष्य और प्रोत्साहन-प्रलोभन का खेल कैसे चलता है।

बॉक्स 5 राजस्थान में लक्ष्य और प्रोत्साहन-प्रलोभन के उदाहरण

1. राजस्थान में राज्य स्वास्थ्य विभाग ने बूंदी ज़िले की राशन दुकानों और उचित मूल्य की दुकानों को निर्देश दिया है कि वे मार्च 2013 तक कम से कम दो नसबंदियों का लक्ष्य हासिल करें। इसके साथ एक प्रलोभन भी जुड़ा है। अधिकतम केसेस वाले दुकानदारों को प्रमाण पत्र मिलेगा और पारितोषिक भी। ये लक्ष्य राशन दुकानदारों को इसलिए वितरित किए गए हैं क्योंकि स्वास्थ्य विभाग के कर्मचारी परिवार नियोजन के लक्ष्य, जो नसबंदी पर केंद्रित हैं, पूरे करने में असमर्थ रहे हैं।...

2. राजस्थान के पाली ज़िले के रायपुर ब्लॉक के एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में आयोजित एक परिवार नियोजन शिविर (22 मार्च 2013) में ज़िला कलेक्टर ने मोटरसायकिल, रंगीन टीवी और अन्य घरेलू उपकरणों के इनाम घोषित किए। ये इनाम नसबंदी अपनाने वाले दम्पतियों में से 'लॉटरी' के आधार पर बांटे जाने थे। इसके अलावा, उन ग्रामीण स्वास्थ्य प्रदाताओं को भी इनाम दिए जाने थे जिन्होंने औरतों को नसबंदी के लिए प्रेरित करने का लक्ष्य हासिल किया था।

स्रोतः *राजस्थान पत्रिका, 22.03.2013*

देश के कई राज्यों में अपनाई गई दो संतान नीति भी भेदभावमूलक है। इस नीति के तहत वे लोग पंचायत अथवा नगर निकायों के चुनाव नहीं लड़ सकते जिनके दो से ज़्यादा बच्चे हैं। यही नीति दो से ज़्यादा बच्चे वाले सरकारी कर्मचारियों को पदोन्नति व अन्य लाभों के लिए अपात्र घोषित करती है। राजस्थान वह पहला राज्य था जिसने 1992 में दो संतान नीति लागू करके 1994 के बाद दो से ज़्यादा बच्चे वाले लोगों के पंचायत व नगर निकाय के चुनाव लड़ने पर प्रतिबंध लगा दिया था। आगे चलकर इस नीति को विस्तार देकर कर्मचारियों की पदोन्नति व अन्य लाभों पर भी लागू कर दिया था। कट-ऑफ तारीख जून 2002 रखी गई थी। पंजाब, हरियाणा, ओड़िशा, हिमाचल प्रदेश, बिहार और आंध्र प्रदेश जैसे कई राज्यों ने इस नीति को लागू किया मगर अब अधिकांश ने इसे वापिस ले लिया है।

अध्याय 3

दो संतान नीति के स्वतंत्र ऑडिट्स ने स्पष्ट रूप से दर्शाया है कि इस नीति की सर्वाधिक मार महिलाओं को झेलनी पड़ती है क्योंकि यह निर्णय उनके हाथ में तो होता नहीं कि उनके कितने बच्चे होंगे। जैसे ही उनका तीसरा बच्चा होता है, वे अपात्र घोषित हो जाती हैं [13]। ऐसे मामले भी सामने आए हैं जब पतियों ने तीसरा बच्चा होने पर पत्नी को छोड़ दिया ताकि अपात्र घोषित होने से बच सकें। बदकिस्मती से, सुप्रीम कोर्ट ने इस भेदभावमूलक नीति को 'राष्ट्र हित' की दुहाई देकर सही ठहराया है। 30 जुलाई 2003 को तीन न्यायाधीशों की एक पीठ ने कहा, "दो से अधिक जीवित बच्चे होने की स्थिति में चुनाव लड़ने के अधिकार को लेकर अपात्र घोषित किए जाने से किसी संवैधानिक अधिकार का उल्लंघन नहीं होता।"[13]

बॉक्स 6 भेदभाव-मुक्ति का एक संभावित मानक

प्रजनन उम्र के किसी व्यक्ति को उसकी उम्र या वैवाहिक स्थिति के आधार पर आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली देने से इन्कार नहीं किया जाना चाहिए।

स्रोत: आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली देने के दिशानिर्देश, 2008, भारत सरकार [3]

बॉक्स 6 में सरकारी दिशानिर्देश का एक निर्देश दिया गया है जो कहता है कि किशोर अविवाहित लड़कियों को आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली देने में कोई भेदभाव नहीं होना चाहिए, जैसा कि आम तौर पर होता है। नैतिकतावादी, सही-गलत का फैसला करने वाले स्वास्थ्य सेवा प्रदाता लड़कियों को 'समझाना' अपना फर्ज़ समझते हैं जिसका अंजाम अक्सर सेवा न देने के रूप में सामने आता है।

उक्त निर्देश का उपयोग सेवा प्रदाय की निगरानी के एक मानक के रूप में किया जा सकता है।

निगरानी हेतु चेकलिस्ट 1: भेदभाव मुक्त कामकाज

गर्भनिरोध कार्यक्रम के दिशानिर्देशों, सरकारी आदेशों और कार्यक्रम से सम्बंधित अन्य अधिकारिक दस्तावेज़ों की जांच कीजिए। ज़मीनी अवलोकनों की भी मदद लीजिए।

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या कार्यक्रम के किसी दिशानिर्देश और/या सरकारी आदेश/अधिकारिक दस्तावेज़ों में कहा गया है कि किसी भी व्यक्ति को उसकी इच्छा के विरुद्ध कोई गर्भनिरोधक विधि अपनाने को मजबूर नहीं किया जाएगा?	वास्तविक कामकाज में क्या सेवा प्रदाता/स्वास्थ्य केंद्र को निर्धारित संख्या में गर्भनिरोधकों के स्वीकारकर्ता हासिल न करने पर कोई डिसइंसेंटिव या दंड दिया जाता है?
क्या गर्भनिरोध कार्यक्रम में हाशिए के लोगों (जैसे कम आमदनी वाले तबके, अल्पसंख्यकों, एचआईवी पॉज़िटिव व्यक्तियों, संस्थाओं में रहने वाली महिलाओं) पर जबरन अथवा दबाव डालकर गर्भनिरोध स्वीकार करने से बचाव की कोई व्यवस्था बनाई गई है (मौके पर जांच, फीडबैक व्यवस्था)।	कामकाज में क्या किसी सेवा (गर्भ का चिकित्सकीय समापन) या लाभ को गर्भनिरोध स्वीकार करने या उसका उपयोगकर्ता होने की शर्त से जोड़ा गया है?

चेकलिस्ट 1: अगले पृष्ठ पर जारी...

3 *स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली देने के लिए दिशानिर्देश, परिवार नियोजन विभाग, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, नवंबर 2008*

Monitoring Checklist 1: Continued

क्या कार्यक्रम के किसी दिशानिर्देश और/या सरकारी आदेश/अधिकारिक दस्तावेज़ में कहा गया है कि गर्भनिरोधक सेवा पाने वाले हरेक व्यक्ति से जानकारी-आधारित सहमति ली जानी चाहिए? क्या राज्य में दो संतान नीति है?	क्या ऐसी कोई प्रथा है कि किसी भी गर्भनिरोधक को अपनाने या गर्भनिरोध की कोई खास विधि अपनाने पर व्यक्ति को प्रलोभन (नगद या तोहफे) दिया जाएगा? ऐसा किसी भी समय या किसी भी परिस्थिति में हो सकता है (जैसे तीन बच्चों वाले के मामले में आगे जन्म रोकने के लिए)

WHO की सिफारिश क्रमांक 1.2

सिफारिश करें कि कार्यक्रमों को कानून व नीतियों का समर्थन मिले ताकि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं पूरी आबादी के सारे तबकों को मिल सके। इन सेवाओं तक पहुंच के मामले में कमज़ोर व हाशिए के तबकों पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।

यह सिफारिश समावेशी सेवाओं की ओर संकेत करती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि जानबूझकर या अनजाने में कोई भी छूटे नहीं।

यदि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं को 'समावेशी' बनाना है और आबादी के सारे तबकों तक पहुंचाना है, तो शायद 'परिवार नियोजन' शब्द को ही तिलांजलि देनी होगी ताकि परिवार के ढांचे से बाहर के लोग (जैसे अकेले व्यक्ति, किशोर और युवा लोग, यौनकर्मी), जिन्हें गर्भनिरोध सेवाओं की ज़रूरत है, त्रस्त और बहिष्कृत महसूस न करें।

गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवा कार्यक्रमों का पूरा ध्यान महिलाओं पर रहा है। बदकिस्मती से, इसका असर यह हुआ है कि गर्भनिरोध का पूरा बोझ महिलाओं पर डाल दिया गया है। साथ ही उन पुरुषों तक सेवाओं की पहुंच को रोका गया है जो गर्भनिरोधकों का उपयोग करना चाहते हैं। जच्चा-बच्चा-स्वास्थ्य-परिवार नियोजन के पारंपरिक मॉडल के रूप में गर्भनिरोध सेवाओं को जच्चा स्वास्थ्य से जोड़ना भेदभावमूलक कार्यक्रम का एक और उदाहरण है। इससे समुदाय को यह संदेश मिलता है कि पुरुषों, अकेली महिलाओं, औरत जो मां नहीं है या जो मां बनने का इरादा नहीं रखती, ये सब इस कार्यक्रम के ग्राहक नहीं हैं।

गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं का समावेशी कार्यक्रम अलग-थलग स्वतंत्र उर्ध्वाधर कार्यक्रम नहीं होगा बल्कि समग्र यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम का अभिन्न अंग होगा (ऐसे कार्यक्रम के तत्वों के लिए बॉक्स 7 देखें)।

जैसा कि पहले कहा गया था, किशोर व कम उम्र के युवाओं को गर्भनिरोधक सेवाएं प्राप्त करने में प्रायः भेदभाव का सामना करना पड़ता है। अक्सर स्वास्थ्य प्रदाताओं का मानना होता है कि किशोर लोगों को गर्भनिरोधक बांटने से स्वच्छंद यौनाचार को बढ़ावा मिलेगा [14]। कई विकासशील देशों के किशोरों ने बताया है कि प्रदाता द्वारा झिड़के जाने या अपमानित किए जाने के डर से वे यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा का उपयोग नहीं करते। और कम उम्र की महिलाएं तो प्रदाता के मन में बैठे सही-गलत यौन सम्बंधों के जेंडर-आधारित दोहरे मापदंडों की भी शिकार होती हैं [15-17]।

अध्याय 3

बॉक्स 7 यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के समग्र पैकेज के घटक

यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के समग्र पैकेज में निम्नलिखित चीज़ें शामिल होंगी

- गर्भनिरोध (परिवार नियोजन)/बच्चों के बीच फासला रखने की सेवाएं
- प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव के समय कुशल देखभाल, प्रसव-उपरांत देखभाल
- प्रसव के दौरान व नवजात की जटिलताओं व आपात स्थितियों का प्रबंधन
- सुरक्षित गर्भपात की सुविधा तथा गर्भपात-उपरांत देखभाल
- प्रजनन मार्ग संक्रमणों और यौन-वाहित संक्रमणों की रोकथाम व उपचार (एचआईवी/एड्स समेत)
- महिलाओं व पुरुषों में स्तन कैंसर और प्रजनन मार्ग कैंसर का शीघ्र निदान और उपचार
- स्तनपान को प्रोत्साहन, शिक्षा व समर्थन
- कम उर्वरता और अनुर्वरता की रोकथाम और उपचार
- स्त्री यौनांग विच्छेदन जैसी हानिकारक प्रथाओं को निरुत्साहित करना
- किशोर यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा
- जेंडर-आधारित हिंसा की रोकथाम व प्रबंधन

स्रोत: *यह सामग्री रीरिंक आई.एच. व कैम्पबेल बी.बी. लिखित Improving reproductive health-care within the context of district health services: A Hands-on manual for planners and managers (ज़िला स्वास्थ्य सेवा के अंतर्गत प्रजनन स्वास्थ्य सेवा में सुधार - योजनाकारों व प्रबंधकों के लिए मैनुअल (न्यूयॉर्क, राष्ट्र संघ जनसंख्या कोश) के आधार पर तैयार की गई है [15]।*

कई स्थानों पर गर्भनिरोधक सेवाओं के प्रदाय में धर्म, जनजातीयता, और सामाजिक-आर्थिक स्थिति के आधार पर भेदभाव की वजह से भी रुकावट आती है। भारत में इस तरह के भेदभाव का एक उदाहरण आदिवासी समूहों के प्रजनन अधिकारों के उल्लंघन के रूप में सामने आता है। छत्तीसगढ़ में बैगा, पहाड़ी कोरवा, अबूझमाड़िया, बिरहोर और कमार को विशेष रूप से कमज़ोर आदिवासी समूह माना गया है। इन समुदायों में गरीबी और कुपोषण का स्तर बहुत अधिक है और स्वास्थ्य व पोषण सेवाओं तक इनकी पहुंच भी सीमित है। ये बातें इनकी ऊंची मृत्यु दर में नज़र आती हैं। इन समुदायों की घटती आबादी से निपटने की रणनीति के तौर पर मध्यप्रदेश/छत्तीसगढ़ की राज्य सरकार ने 1979 में इन आदिवासी समुदायों में नसबंदी को सीमित कर दिया। अर्थात मृत्यु दर में कमी करने की बजाय जन्म दर में वृद्धि करने के प्रयास किए जाने लगे। आज ये समुदाय अपनी गरीबी और बड़े परिवारों का बोझ ढोने में असमर्थ होकर अपने परिवार का आकार तय करने के अधिकार और परिवार नियोजन सेवाओं की मांग कर रहे हैं [18]। प्रजनन अधिकारों के जन्म-समर्थक उल्लंघन की एक केस स्टडी के लिए बॉक्स 8 देखें।

बॉक्स 8 जन्म समर्थक नीतियां - प्रजनन अधिकारों का उल्लंघन?

सबुत्री बाई ने बताया कि छः बच्चों को जन्म देने के बाद तीन साल पहले उन्होंने नसबंदी का फैसला किया मगर उसके बाद जो कुछ हुआ उससे वे हैरत में पड़ गई। उन्होंने बताया, "जब लखनपुर क्लीनिक के कर्मचारियों को पता चला कि मैं पहाड़ी कोरवा हूं, तो वे उस नर्स को नौकरी से निकालने वाले थे जिसने मेरे ऑपरेशन की अनुमति दी थी।" उनके पति फूलचंद राम का सवाल था, "कुछ समझ में नहीं आता। हमारे पास डेढ़ एकड़ ज़मीन है। पता नहीं वे कैसे मानते हैं कि हम और-और बच्चों की परवरिश कर सकते हैं?" फूलचंद राम दो साल पहले मनरेगा (ग्रामीण रोज़गार गारंटी योजना) में काम करते थे मगर जब मज़दूरी एक साल बाद मिली तो उन्होंने यह काम छोड़ दिया था। आठ सदस्यों के उनके परिवार का भरण-पोषण लकड़ी बेचकर होता है। घटते हुए जंगल का हर दो दिन में एक चक्कर लगाकर वे 100 रुपए कमा लेते हैं।

स्रोतः Sterile Ban October 2 2012 http://thiscorrespondence.wordpress.com/2012/10/02/sterile-ban/

आबादी का एक और तबका विकलांग लोगों का है जिसे गर्भनिरोध सेवाओं के प्रदाय में दरकिनार दिया जाता है। युगांडा और ज़ाम्बिया में किए गए अध्ययनों में पता चला था कि विकलांग महिलाओं द्वारा गर्भनिरोधक सेवाओं के अनुरोध पर अक्सर आश्चर्य और हैरानी व्यक्त की जाती है। और इन महिलाओं को स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की ज़िरह का सामना करना पड़ता है क्योंकि प्रदाताओं का मानना होता है कि विकलांग लोग तो यौन-रहित होते हैं [19,20]।

एचआईवी के साथ जी रहे लोगों को स्वास्थ्य प्रदाता अक्सर यौन सम्बंधों से परहेज़ करने और बच्चे न पैदा करने की सलाह देते हैं। इस वजह से ऐसे लोग गर्भनिरोध सेवाएं मांगने से कतराते हैं। इस बात का भी डर रहता है कि उन पर नसबंदी करवाने के लिए दबाव डाला जाएगा। यह एचआईवी के साथ जी रहे लोगों द्वारा गर्भनिरोध सेवाएं प्राप्त करने की राह में एक रोड़ा है [1]।

निगरानी के लिए चेकलिस्ट 2

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या गर्भनिरोध जानकारी व सेवा कार्यक्रम को 'परिवार नियोजन' कार्यक्रम का नाम दिया गया है?	क्या सेवाओं में हाशिए के समूहों को बाहर रखा गया है? क्या गर्भनिरोध जानकारी व सेवा प्राप्त करने में वे बाधाओं का सामना करते हैं? किन समूहों को बाहर रखा गया है?
क्या कार्यक्रम जच्चा-बच्चा स्वास्थ्य कार्यक्रम का हिस्सा है?	
क्या कार्यक्रम के उद्देश्यों में किशोरों, कम उम्र के लोगों और पुरुषों का स्पष्ट उल्लेख है?	क्या वास्तव में गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं समस्त यौन-सक्रिय लोगों को उनकी उम्र, वैवाहिक स्थिति, यौन रुझान से स्वतंत्र उपलब्ध हैं? (जैसे अकेली महिला, समस्त पुरुष, किशोर व कम उम्र के युवा, यौनकर्मी, एचआईवी के साथ जी रहे लोग)

चेकलिस्ट 2 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 3

क्या कार्यक्रम के उद्देश्यों में हाशिए के समूहों पर ध्यान देना शामिल है? दूर-दराज़ इलाकों के लोग, हाशिए के समुदायों के लोग, अकेली महिलाएं, विकलांग लोग, यौनकर्मी, एचआईवी के साथ जी रहे लोग, विभिन्न यौन रुझानों और जेंडर पहचान वाले लोग।

2 गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता

विश्व स्वास्थ्य संगठन की सिफारिश क्रमांक 2.1

गर्भनिरोध की वस्तुओं, सामग्री व उपकरणों, जिनमें आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत विभिन्न विधियों का समावेश हो, को ज़रूरी दवाइयों की सप्लाई श्रृंखला में शामिल किया जाए ताकि उपलब्धता बढ़े। उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए जहां ज़रूरी हो, आपूर्ति श्रृंखला को सुदृढ़ बनाने हेतु निवेश किया जाए।

यह सही है कि गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए कई मोर्चों पर कार्रवाई ज़रूरी है (देखें बॉक्स 9), फिर भी WHO की सिफारिश कार्यक्रम स्तर पर प्रजनन सम्बंधी वस्तुओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने की बात करती है। उदाहरण के लिए, इसका मतलब होगा कि गर्भनिरोधक वस्तुओं और सामग्री की पूरी रेंज, आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत, और इन्हें प्रदान करने के लिए ज़रूरी उपकरणों को राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची में शामिल कर लिया जाए। वैसे, गर्भनिरोधक व प्रजनन सम्बंधी वस्तुओं की खरीद के लिए पर्याप्त सार्वजनिक वित्तीय व्यवस्था हेतु पैरवी की ज़रूरत होगी [21]।

बॉक्स 9 गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता के मानक

1. RMNCH+A की निम्नलिखित विषयवस्तु का उपयोग जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता के मानकों के रूप में किया जा सकता है:

- आशा कार्यकर्ता के ज़रिए सामुदायिक स्तर पर घर-घर गर्भनिरोधकों का वितरण
- आशा के दवा के पिटारे में कंडोम, ओसीपी और आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली हो
- RMNCH+A कार्यक्रम के तहत ग्राम स्वास्थ्य व पोषण दिवसों के कार्यक्रम में परिवार नियोजन का भी निर्देश हो
- गांव के स्तर तक गर्भनिरोधकों का प्रावधान, बेहतर परिवहन व्यवस्था और उपयुक्त आईसी व बीसीसी साधनों का विकास RMNCH+A रणनीति दस्तावेज़

2. भारत की राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची 2011 की तालिका 18.3 में गर्भनिरोधकों को भी शामिल किया गया है; इस सूची का उपयोग उपलब्धता के एक मानक के रूप में किया जा सकता है।

[http://pharmaceuticals.gov.in/NLEM.pdf]

अध्याय 3

जब सेवा-प्रदाय स्थल पर गर्भनिरोधक सामग्री का स्टॉक चुक जाता है या कोई विधि-विशेष प्रदान करने के लिए ज़रूरी उपकरण या सामग्री उपलब्ध नहीं होती, तो यह उन ग्राहकों, अधिकांशतः महिलाओं, को सेवा प्रदान करने का अवसर गंवाने के बराबर है जो कई अड़चनें पार करके सेवा केंद्र तक पहुंचती हैं। हो सकता है कि वे लौटकर फिर कभी न आ पाएं और इसका परिणाम अनचाहे गर्भ के रूप में सामने आए। सेवा केंद्र पर वस्तुओं की उपलब्धता बढ़ाने के लिए समस्त गर्भनिरोधक वस्तुओं, सामग्रियों और उपकरणों की आपूर्ति श्रृंखला का उम्दा प्रबंधन ज़रूरी है।

सिफारिश में एक कारगर गर्भनिरोधक सप्लाई श्रृंखला का भी उल्लेख है। कारगर गर्भनिरोधक सप्लाई श्रृंखला का उद्देश्य होगा, "सही गर्भनिरोधकों की सही मात्रा, सही जगह पर, सही समय पर, सही हालत में, सही लागत में" पहुंचाई जाए [22]। गर्भनिरोधकों की खरीदी का आधार सिर्फ अतीत में उनके उपयोग के आधार पर किए गए अनुमान नहीं होना चाहिए। समुदाय में अल्प-सेवित या अब तक सेवा से वंचित समूहों की ज़रूरतों का आकलन किया जाना चाहिए ताकि उपलब्धता सब ज़रूरतमंद लोगों के लिए पर्याप्त हो। समय-समय पर इन अनुमानों की समीक्षा की जानी चाहिए ताकि मांग के पैटर्न में बदलाव का ध्यान रखा जा सके। इनमें आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली और कंडोम सहित सारी विधियों का ध्यान रखा जाना चाहिए और वितरण के हर बिंदु (सेवा केंद्र स्तर पर, सामुदायिक स्तर पर और कंडोम जैसी चीज़ों के सेल्फ-डिस्पेंसिंग बिंदुओं पर) का ध्यान रखा जाना चाहिए।

गर्भानिरोधक सामग्री के भंडारण की योजना बनाना कारगर सप्लाई श्रृंखला का एक और पहलू है। भंडारण क्षेत्र साफ-सुथरे, हवादार, सूखे, सुप्रकाशित, सीधी धूप से सुरक्षित और कीड़ों से मुक्त होने चाहिए। गर्भनिरोध सामग्री व उपकरणों की गुणवत्ता के नियंत्रण और भंडारण की योजना एक अच्छी सप्लाई श्रृंखला के अनिवार्य घटक हैं [22]।

निगरानी हेतु चेकलिस्ट 3

नीति /कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या राष्ट्रीय दवा सूची में आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली समेत गर्भनिरोधकों की विस्तृत रेंज शामिल की गई है?	वास्तव में क्या सेवा प्रदाय स्थल पर आने वाले ग्राहकों को गर्भनिरोधकों की पूरी रेंज उपलब्ध है?
क्या गर्भनिरोधकों की उपलब्धता की जांच करना ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता व पोषण समितियों और रोगी कल्याण समितियों द्वारा की जाने वाली सामुदायिक निगरानी का हिस्सा है?	क्या गर्भनिरोधकों का स्टॉक चुक जाने की घटनाएं हुई हैं (किसी निर्धारित समयावधि में या किसी विशिष्ट वितरण स्थल पर (जैसे आशा, एएनएम, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के पास)?

बॉक्स 10 गर्भनिरोध जानकारी और सेवाओं की उपलब्धता के विभिन्न आयाम

गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी और सेवाओं की उपलब्धता के लिए ज़रूरी है कि राज्य में पर्याप्त संख्या में स्वास्थ्य सुविधा केंद्र और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता उपलब्ध हों ताकि पूरी आबादी की ज़रूरतों की पूर्ति हो सके। WHO के मुताबिक प्रति 10,000 की आबादी पर न्यूनतम 2 स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं (बाह्य रोगी) और 23 चिकित्सक, नर्सें व दाइयां उपलब्ध हों।

यह न्यूनतम स्तर हासिल होने के बाद भी संभव है कि ऐसी कुछ परिस्थितियों में गर्भनिरोध सेवाओं का अभाव बना रहे जहां गर्भनिरोध सेवाओं का प्रदाय केवल चिकित्सक करते हैं। WHO ने स्वास्थ्य कर्मियों के अभाव और असमान वितरण की समस्या से निपटने की एक रणनीति के तौर पर 'कार्य हस्तांतरण' की सिफारिश की है। कार्य हस्तांतरण से आशय है कि जहां उपयुक्त हो, कार्यों को कम विशेषज्ञता प्राप्त स्वास्थ्य कर्मियों को सौंपा जाए।

बॉक्स 10 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 3

अनुपलब्धता की एक अन्य स्थिति वह होती है जब स्वास्थ्य सेवा प्रदाता सेवा प्रदाय स्थल या केंद्र पर सेवा के लिए निर्धारित पूरी अवधि में उपस्थित नहीं रहते या वैध अथवा अन्य कारणों से बार-बार अनुपस्थित होते हैं।

अनुपलब्धता का एक और प्रकार वह है जब प्रदाता यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में 'अंतरात्मा की आपत्ति' का हवाला देते हैं। जैसे गर्भपात करवाना या ऐसे गर्भनिरोधक देना जो उनकी आस्था और विश्वास से टकराते हैं। कई देशों में 'अंतरात्मा आधारित आपत्ति' की वजह सेवा से देने इन्कार से निपटने के लिए कोई नीति या कानून नहीं है। 'अंतरात्मा आधारित आपत्ति' के इस्तेमाल का नियमन कानून व नीति द्वारा किया जाना चाहिए। जैसा कि युरोपीय मानव अधिकार अदालत के एक मुकदमे में फैसला दिया गया है, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता "अपने पेशेवर दायित्व से ज़्यादा महत्व अपनी निजी आस्थाओं को न दें।" [21]

उपलब्धता सम्बंधी इन अतिरिक्त आयामों के संदर्भ में कुछ सूचकों के उदाहरण जिनका उपयोग निगरानी के लिए किया जा सकता है:

- क्या सरकारी क्षेत्र में पर्याप्त संख्या में सेवा प्रदाय केंद्र (सामुदायिक विस्तार केंद्र समेत) हैं ताकि पूरी आबादी को कवरेज मिल सके? (WHO ने प्रति 10,000 आबादी पर 2 सेवा प्रदाय केंद्रों की सिफारिश की है।) क्या ये केंद्र ग्रामीण/शहरी स्थलों पर विभिन्न क्षेत्रों में सही ढंग से वितरित हैं?
- क्या आबादी के लिहाज़ से मानव संसाधन पर्याप्त हैं? (WHO प्रति 10,000 आबादी पर 23 चिकित्सक, नर्सों व दाइयों की सिफारिश करता है।)
- क्या प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा में एक ऐसा स्वास्थ्य सेवा प्रदाता है जो गर्भनिरोधकों की व्यापक रेंज के बारे में जानकारी व सेवा प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित है?
- कितनी बार कर्मचारी गर्भनिरोधक प्रदाय स्थलों (सामुदायिक विस्तार केंद्रों समेत) से अनुपस्थित रहते हैं?
- क्या कोई ऐसा व्यक्ति या कार्यालय है जहां ग्राहक गर्भनिरोधक सेवा प्रदाय केंद्र पर कर्मचारियों की अनुपस्थिति की सूचना दे सके?
- क्या सेवा प्रदाता द्वारा 'अंतरात्मा आधारित आपत्ति' के आधार पर गर्भनिरोध व गर्भपात सेवाएं देने से इन्कार करने से सम्बंधित नीतिगत दिशानिर्देश हैं? क्या ये दिशानिर्देश प्रजनन अधिकारों को पुष्ट करते हैं?

3 गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं तक पहुंच

पहुंच के सिद्धांत के तहत WHO ने 10 सिफारिशें दी हैं। इस खंड में प्रत्येक सिफारिश की भावना की व्याख्या की गई है और भारत में गर्भनिरोध सेवा प्रदाय के पहुंच सम्बंधी मुद्दों की चर्चा की गई है।

WHO सिफारिश क्रमांक 3.1

सिफारिश करें कि स्कूल व स्कूल से बाहर वैज्ञानिक रूप से सही और समग्र यौन शिक्षा कार्यक्रम चलाए जाएं जिनमें गर्भनिरोधकों के उपयोग व उन्हें प्राप्त करने सम्बंधी जानकारी भी शामिल हो।

यौन शिक्षा को "यौन व परस्पर सम्बंधों के बारे में वैज्ञानिक रूप से सही, यथार्थवादी, सही-गलत की धारणा से मुक्त जानकारी के आधार पर उम्र के अनुरूप, सांस्कृतिक दृष्टि से प्रासंगिक नज़रिए से शिक्षण" के रूप में परिभाषित

किया गया है। "यौन शिक्षा खुद अपने मूल्यों और रवैयों की छानबीन करने और यौनिकता के कई पहलुओं के बारे में निर्णय, संप्रेषण और ज़ोखिम कम करने के हुनर निर्मित करने का अवसर प्रदान करती है।" [23] यौन शिक्षा के संदर्भ में 'समग्र' शब्द यह दर्शाता है कि इस तरीके में जानकारी, हुनर व मूल्यों की पूरी रेंज का समावेश किया जाएगा ताकि युवा अपने यौन व प्रजनन अधिकारों का उपयोग कर सकें और अपने स्वास्थ्य व यौनिकता के बारे में निर्णय ले सकें। उदाहरण के लिए, इस तरीके में एचआईवी/एड्स की रोकथाम के लिए संकीर्ण ढंग से सिर्फ संयम बरतने पर ध्यान केंद्रित नहीं किया जाएगा।

इंटरनेशनल प्लान्ड पेरेंटहुड फेडरेशन (IPPF) के मुताबिक समग्र यौन शिक्षा हक-आधारित और जेंडर-संवेदी होनी चाहिए। यह नागरिकता-उन्मुखी भी होनी चाहिए जो ज़िम्मेदार व्यवहार व कार्य-हुनर को बढ़ावा दे जिनसे यौन व प्रजनन स्वास्थ्य और खुशहाली के लिए सामाजिक परिस्थितियों के निर्माण में मदद मिले। और सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि समग्र यौन शिक्षा यौन-सकारात्मक हो। इसका अर्थ है कि पाठ्यक्रम में यौनिकता व यौन आनंद के प्रति सकारात्मक रवैया होना चाहिए क्योंकि ये निजी खुशहाली व सुख की दृष्टि से महत्वपूर्ण हैं [24]।

पाठ्यक्रम में शामिल करने हेतु विभिन्न विषयों के संदर्भ में यूनेस्को द्वारा प्रसारित समग्र यौन शिक्षा दिशानिर्देशों में बच्चों व युवाओं को 6 प्रमुख अवधारणाओं में शिक्षित करने को रेखांकित किया गया है:

- रिश्ते
- मूल्य, रवैये और हुनर
- संस्कृति, समाज व कानून
- मानव विकास
- यौन व्यवहार
- यौन व प्रजनन स्वास्थ्य [24]

किशोरों व युवाओं के समग्र यौन शिक्षा के अधिकार को कई अंतर्राष्ट्रीय संधियों व दस्तावेज़ों का समर्थन मिला है। मसलन, राष्ट्र संघ बाल अधिकार संधि (1989) में कहा गया है कि बच्चों और युवाओं को ऐसी जानकारी तक पहुंच का अधिकार है जो अपने स्वास्थ्य (अनुच्छेद 17) के बारे में निर्णय लेने में मददगार हो, जिसमें गर्भनिरोध की जानकारी शामिल है (अनुच्छेद 24)। बाल अधिकार सम्बंधी राष्ट्र संघ समिति (2003) राज्य पक्षों से यह मांग करती है कि वे किशोरों को सही यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी जानकारी तक पहुंच उपलब्ध कराएंगे जिसमें "गर्भनिरोध व गर्भनिरोधकों, जल्दी गर्भावस्था के खतरे, एचआईवी/एड्स की रोकथाम और यौन वाहित रोगों के उपचार" की जानकारी शामिल होगी और यह पहुंच उनकी वैवाहिक स्थिति और अभिभावकों की सहमति की शर्त से बंधी नहीं होगी [25]।

"किशोर यौनिकता के मुद्दे पर हक-आधारित नज़रिए का अर्थ यह होगा कि किशोरों को वह जानकारी पाने का हक है जिसका उनके स्वास्थ्य व खुशहाली से सीधा सम्बंध है। इसमें इस बात को समर्थन दिया जाएगा कि यौनिकता जीवन का एक समृद्ध व सकारात्मक क्षेत्र है और किशोरों को यह अधिकार है कि वे अपने शरीर को समझते हुए बड़े हों और यौन सम्बंध के बारे में जानकारी आधारित व परस्पर सहमति से निर्णय ले पाएं, जिसमें अपनी यौन पसंद का निर्णय भी शामिल है।" [26]

अध्याय 3

भारत का किशोर शिक्षा कार्यक्रम (AEP) 2005

किशोर शिक्षा कार्यक्रम को मानव संसाधन विकास मंत्रालय और राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन ने 2005 में डिज़ाइन किया था। यह तीन कार्यक्रमों को मिलाकर बनाया गया थाः राष्ट्रीय जनसंख्या शिक्षा कार्यक्रम, स्कूल एड्स कार्यक्रम (नैको), और युनेस्को समर्थित प्रोजेक्ट ऑन एडोलेसेंट रिप्रोडक्टिव एंड सेक्सुअल हेल्थ इन स्कूल्स [27]। किशोर शिक्षा कार्यक्रम देश के समस्त सेकंडरी व सीनियर सेकंडरी स्कूलों में चलाया जाना था और इसके तहत 10 से 18 वर्ष उम्र के छात्रों को उनकी उम्र के लिहाज़ से उपयुक्त जानकारी प्रदान की जानी थी। इसको एचआईवी की रोकथाम के लिहाज़ से डिज़ाइन किया गया था जिसके तहत किशोरों को किशोरावस्था में विकास के बारे में, एचआईवी एड्स तथा नशीले पदार्थों के बारे में और जीवन कौशल के बारे में जानकारी देना शामिल था ताकि संक्रमणों और नशीले पदार्थों के फैलाव को रोका जा सके।

मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़, राजस्थान, उत्तर प्रदेश, केरल और कर्नाटक समेत कई राज्यों ने इस पाठ्यक्रम को खारिज कर दिया। इन राज्यों के मुख्य मंत्रियों ने मानव संसाधन विकास मंत्रालय को लिखा था कि यह कार्यक्रम युवा लोगों के दिमागों को भ्रष्ट कर रहा है [28]। मॉड्यूल में संशोधन किए गए मगर इस संशोधित मॉड्यूल को देश के 33 एनजीओ ने नामंज़ूर कर दिया। इनमें युवा समूह, यौन अधिकार समूह और बाल यौन अत्याचार विरोधी समूह शामिल थे।

समवर्ती मूल्यांकन (2010-2011)

यह मूल्यांकन राष्ट्र संघ जनसंख्या कोश (UNFPA) द्वारा एक स्वतंत्र एजेंसी से करवाया गया था [29] और इसमें पांच राज्यों के 210 स्कूलों को शामिल किया गया था। मूल्यांकन में छात्रों (करीब 22,000), शिक्षकों और प्रधानाचार्यों से फीडबैक लिया गया था। मुख्य निष्कर्ष निम्नानुसार थेः

- कार्यक्रम के संपर्क में आए अधिकांश छात्रों ने इसके लाभों को सराहा और उन्हें लगता था कि यह छोटी उम्र के छात्रों के लिए भी उपयोगी होगा।
- कई छात्रों को लगा था कि इस कार्यक्रम ने उनकी झिझक दूर की है। उन्होंने खुद अपने बारे में सीखा और 'ऐसे मुद्दों के बारे में सीखा जिनके बारे में उन्होंने सोचा तक नहीं था, और वे ऐसे मुद्दों पर अपने दोस्तों के साथ बात करने लगे।' उन्होंने जीवन कौशल सीखे।
- मूल्यांकन रिपोर्ट से कुछ उद्धरणः

  एक लड़की ने बताया, "हमने जीवन का कौशल सीखा कि दोस्तों से कैसे बर्ताव करें। हमने इन्कार का हुनर सीखा; दिमाग खुला रखना सीखा; यह सीखा कि खुद को ऊपर कैसे उठाएं और मूर्ख महसूस न करें।"

  एक अन्य लड़की का कहना था, "किशोर लोग समझ नहीं पाते कि वे किन समस्याओं का सामना कर रहे हैं। इस कार्यक्रम के द्वारा वे अपनी समस्याओं के बारे में और खुद को बेहतर जान पाए।"

  "कार्यक्रम में एक बात नकारात्मक है। यह मुख्य रूप से किशोरों पर केंद्रित है। यह हमारे अभिभावकों पर ध्यान नहीं देता। यह कार्यक्रम स्कूलों में हाल में ही शुरू हुआ है, करीब 5-10 साल पहले। हमारे अभिभावक इसके संपर्क में नहीं आए हैं, तो उन्हें पता नहीं है कि हमने क्या सीखा है। हम तो बच्चे हैं, हम उन्हें नहीं सिखा सकते। यदि हम उन्हें सिखाने की कोशिश करते हैं तो वे कहते हैं कि तुम अभी बच्चे हो, चुप रहो।"

अध्याय 3

अनुसंधान से इस बात के कई प्रमाण मिले हैं कि स्कूलों व समुदायों में चलाए गए सुनियोजित व भलीभांति क्रियान्वित किशोर व युवा यौन शिक्षा कार्यक्रमों से मानव यौनिकता के बारे में ज्ञान बढ़ा है। कई हस्तक्षेपों से किशोर व युवा लोगों में यौन गतिविधियों की शुरुआत को विलंबित करने में, असुरक्षित यौन सम्बंधों की आवृत्ति कम करने में और कंडोम तथा गर्भनिरोधकों का उपयोग बढ़ाने में मदद मिली है [30-33]।

निगरानी चेकलिस्ट 4

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या समग्र यौन शिक्षा एक या अधिक राष्ट्रीय/प्रांतीय नीतियों का घटक है?	स्कूल से बाहर के युवाओं का कितना प्रतिशत किसी भी यौन शिक्षा कार्यक्रम के अंतर्गत कवर होता है?
क्या स्कूलों में या स्कूल के बाहर के युवाओं के लिए समग्र शिक्षा कार्यक्रम के क्रियान्वयन के लिए कोई सरकारी नीति या आदेश है?	सरकार द्वारा संचालित किसी भी यौन शिक्षा कार्यक्रम के पाठ्यक्रम की जांच कीजिए। यह कितना समग्र है? क्या यह यूनेस्को के 6 अनिवार्य तत्व सम्बंधी दिशानिर्देशों पर आधारित है?
कितने प्रतिशत स्कूलों में पाठ्यक्रम के अंग के रूप में कोई यौन शिक्षा कार्यक्रम मौजूद है?	क्या पाठ्यक्रम में शामिल यौन शिक्षा जेंडर समानता के मूल्य और मानकों को बढ़ावा देती है? क्या यह अधिकारों, तथाकथित कलंकों, और/या भेदभाव को संबोधित करती है? क्या यह यौन-सकारात्मक है? और क्या यह विविध यौन व जेंडर पहचानों को शामिल करती है?

WHO सिफारिश क्रमांक 3.2

सिफारिश करें कि किशोरों व गरीब लोगों समेत हाशिए के सभी लोगों द्वारा गर्भनिरोधकों के उपयोग में आनेवाली वित्तीय अड़चनों को दूर किया जाए और गर्भनिरोधक सबकी वहन क्षमता के अंदर लाए जाएं।

अब यह भलीभांति स्थापित हो चुका है कि ग्राहकों से किसी सेवा के लिए शुल्क वसूला जाए या उनसे दवाइयां और सामग्री खरीदने को कहा जाए - जिसमें उन्हें जेब से पैसा खर्च करना पड़े - तो सेवा के उपयोग में कमी आती है, खासकर रोकथाम और प्रोत्साहक सेवाओं में। लिहाज़ा, अधितकम पहुंच सुनिश्चित करने के लिए, खासकर कम आमदनी वाली महिलाओं और युवा लोगों के लिए अधिकतम पहुंच सुनिश्चित करने के लिए ज़रूरी है कि ऐसे तबकों के लिए कम से कम प्रदाय के बिंदु पर तो गर्भनिरोधक सेवाएं निशुल्क हों।

गर्भनिरोधक सेवाएं प्रायः बीमा योजनाओं के दायरे में नहीं आतीं। चूंकि लगभग सभी महिलाओं को गर्भनिरोध सेवाओं की ज़रूरत पड़ती है, इसलिए गर्भनिरोध संयोगवश घटने वाली कोई बेतरतीब घटना नहीं है बल्कि उच्च संभावना वाली घटना है। इसलिए इसे बीमा योग्य नहीं माना जाता। परिणामस्वरूप, गर्भनिरोध सेवाएं सिर्फ गरीबों के लिए ही नहीं बल्कि गैर-गरीबों के लिए भी वहन क्षमता से बाहर हो जाती हैं, जब तक कि उनके पास आमदनी का कोई नियमित ज़रिया न हो। अतः यह सुनिश्चित करना ज़रूरी हो जाता है कि गर्भनिरोध सेवाएं बीमा योजनाओं का हिस्सा बनाई जाएं।

अध्याय 3

जहां उपयुक्त उपायों द्वारा वहनीयता की समस्या को सुलझा लिया गया है, वहां भी हो सकता है कि प्रदाय के स्तर पर वित्तीय अड़चनों से निपटना पड़े। जैसे एक उदाहरण यह है कि निशुल्क सेवाओं के लिए भी विभिन्न स्तर के कर्मचारी भुगतान की मांग करते हैं। ऐसे 'अनौपचारिक भुगतान' काफी व्यापक हैं और जेब से होने वाले खर्च का काफी बड़ा हिस्सा इनमें जाता है [34,35]। कुछ दुर्बलतायुक्त व्यक्तियों के मामले में अनौपचारिक भुगतान काफी ज़्यादा हो सकता है, जैसे अपंजीकृत व्यक्ति या अकेली महिला, जिसे इस आधार पर बदनाम किया जा सकता है कि वह गर्भनिरोध सेवाएं चाह रही है।

बॉक्स 11 वित्तीय वहनीयता के मानक

RMNCH+A रणनीति दस्तावेज़ में कहा गया है सेवा की गारंटी के रूप में राज्यों से अपेक्षा है कि परिवार नियोजन सम्बंधी जानकारी, वस्तुएं और सेवाएं हरेक ग्राहक को पूरी तरह मुफ्त दी जाएं।

Source : *A strategic approach to RMNCH+A in India, GOI, 2013)*

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 5

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या प्रदाय बिंदु पर गर्भनिरोध सेवाएं सारे यौन-सक्रिय लोगों को मुफ्त में उपलब्ध हैं या सिर्फ प्रजनन-उम्र के विवाहित व्यक्तियों को?	क्या गर्भनिरोध सेवाएं सभी बीमा योजनाओं का अंग हैं: समुदाय-आधारित स्वास्थ्य बीमा और अन्य पूर्व-भुगतान योजनाएं, अन्य अनिवार्य या स्वैच्छिक बीमा योजनाएं (जैसे सरकार प्रायोजित, नियोक्ता प्रायोजित या बीमित व्यक्ति द्वारा भुगतान के आधार पर)? क्या इनमें गर्भनिरोध के तमाम विकल्पों को शामिल किया गया है?
क्या यह सुनिश्चित करने की व्यवस्थाएं मौजूद हैं कि जो लोग गर्भनिरोध सेवाओं का भुगतान नहीं कर सकते उन्हें पहुंच से वंचित नहीं किया जाएगा?	क्या अनौपचारिक भुगतान की प्रथा को रोकने की कोई व्यवस्था है?

WHO सिफारिश क्रमांक 3.3

ऐसे हस्तक्षेपों की सिफारिश करें कि सेवाओं तक पहुंच के अभाव वाले उपयोगकर्ताओं और संभावित उपयोगकर्ताओं (जैसे ग्रामीण लोग, शहरी गरीब लोग और किशोरावस्था के लोग) की पहुंच बेहतर बने। सुरक्षित गर्भपात की जानकारी व सेवाएं WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार उपलब्ध कराई जाएं *(Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition* - सुरक्षित गर्भपातः स्वास्थ्य तंत्रों के लिए तकनीकी व नीतिगत दिशानिर्देश, द्वितीय संस्करण)

WHO सिफारिश क्रमांक 3.8

सिफारिश करें कि जो आबादियां गर्भनिरोध सेवाओं तक पहुंच के संदर्भ में भौगोलिक बाधाओं का सामना करती हैं उनके लिए चलित सेवाएं प्रदान करके पहुंच को बेहतर बनाया जाए।

इन दो सिफारिशों का सम्बंध भौगोलिक सुलभता से भी है और सामाजिक सुलभता से भी। अतः इनकी चर्चा एक ही खंड में की गई है।

भारत में गर्भनिरोधकों की अपूरित आवश्यकता 21.3 प्रतिशत है (DLHS 3)। गर्भनिरोध की अपूरित आवश्यकता का अर्थ है प्रजनन उम्र की प्रजनन-क्षम विवाहित महिलाओं में से उन महिलाओं का प्रतिशत जो गर्भवती नहीं होना चाहतीं मगर किसी गर्भनिरोधक का उपयोग नहीं कर रही हैं। अपूरित आवश्यकता से यह पता चलता है कि महिलाओं के प्रजनन सम्बंधी इरादों और उनके गर्भनिरोध सम्बंधी व्यवहार में कितना अंतर है। एक अध्ययन में पता चला था कि गर्भनिरोधकों के उपयोग ने दुनिया भर में 44 प्रतिशत जच्चा मृत्यु की रोकथाम में मदद की और भारत में 2008 में इसकी वजह से 86,000 मौतों को टाला गया [36]। यदि परिवार नियोजन की सारी अपूरित आवश्यकता की पूर्ति की जाए तो हर वर्ष 29 प्रतिशत अतिरिक्त जच्चा मौतों को रोका जा सकेगा। इनमें से काफी सारी भारत में होंगी।

गर्भनिरोध की अपूरित ज़रूरत उच्च आय वर्ग की महिलाओं की अपेक्षा कम आमदनी वाली महिलाओं में 2-4 गुना तक अधिक है। ग्रामीण क्षेत्र में रहने वाली कम पढ़ी-लिखी महिलाएं भी नुकसान की स्थिति में हैं [39]। DLHS 3 से पता चला है कि परिवार नियोजन की कुल अपूरित आवश्यकता ग्रामीण महिलाओं में 22.8 प्रतिशत और शहरी महिलाओं में 18.2 प्रतिशत थी। ग्रामीण व कम विकसित शहरी क्षेत्रों (जैसे झुग्गी बस्तियों) में गर्भनिरोध सेवाओं का कम कवरेज और सेवाओं की कीमत इन सूचकांकों की इस हालत के लिए ज़िम्मेदार प्रमुख कारक हैं।

हालांकि उपरोक्त सिफारिश खास तौर से हाशिए के और कमज़ोर तबकों पर केंद्रित है, मगर यह स्वीकार करना ज़रूरी है कि एक पुरुषप्रधान समाज में महिला होना ही अपने आप में गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं तक पहुंच बनाने में कई अवरोध खड़े करता है (देखें बॉक्स 12)।

बॉक्स 12 गर्भनिरोध की सुलभता में जेंडर आधारित बाधाओं से निपटना

महिलाओं की गर्भनिरोध की मांग के अपूरित रहने में कई जेंडर-सम्बंधित दिक्कतें हैं:

- जानकारी का अभाव
- घूमने-फिरने पर पाबंदियां
- गर्भनिरोध के बारे में निर्णय लेने का अधिकार न होना
- घर और घर से बाहर काम और देखभाल की ज़िम्मेदारी के अत्यधिक बोझ के चलते समय का अभाव
- स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रतीक्षा की लंबी अवधि
- पुरुष स्वास्थ्यकर्मियों से स्वास्थ्य सेवा लेने में हिचक
- सांस्कृतिक संवेदनाओं के चलते स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों पर लोगों की नज़रों के सामने गर्भनिरोध सेवाएं प्राप्त करने में हिचक
- कम साक्षर या अल्पसंख्यक तबके की महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सुविधा स्थल - खास तौर से द्वितीयक व तृतीयक केंद्रों - का माहौल बेगाना और अपरिचित सा होता है; इसके चलते दिक्कत होती है

बॉक्स 12 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 3

इनमें से सारी न सही, मगर कई बाधाओं को सेवा प्रदाय में उपयुक्त परिवर्तन करके संभाला जा सकता है। कुछ उदाहरण:

- क्लीनिक का समय ऐसा रखें जो अधिकांश महिलाओं के लिए ठीक हो
- महिला स्वास्थ्यकर्मियों की उपलब्धता सुनिश्चित करें
- प्रतीक्षा अवधि को कम करने के कदम उठाएं
- क्लीनिक में स्पष्ट बोर्ड लगाएं जाएं जिन पर गर्भनिरोध सेवाओं के दिन व समय लिखे हों
- कमरों पर स्पष्ट तख्तियां हों ताकि लोगों को पता चले कि उन्हें कहां जाना है
- रिसेप्शन पर एक सहायता डेस्क हो जहां एक मददगार व्यक्ति उपस्थित रहे जो प्रक्रियाओं और प्रणालियों से निपटने में ग्राहकों की मदद कर सके; मददगार व्यक्ति में हाशिए के लोगों और अल्पसंख्यक समुदाय के लोगों से बात करने का हुनर होना चाहिए।
- घर पर गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं प्रदान की जाएं। ये सेवाएं महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा प्रदान की जाएं जो रेफरल सेवा (जैसे लंबी अवधि के गर्भनिरोधक या स्थायी गर्भनिरोधक के इस्तेमाल के संदर्भ में) तक महिलाओं के साथ जाएं।

किशोर व युवा लोग [37]

राष्ट्रीय पारिवारिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (DLHS 3) के मुताबिक अविवाहित मगर यौन-सक्रिय किशोर महिलाओं में से मात्र 14.1 प्रतिशत ही गर्भनिरोधक का उपयोग करती हैं। वैसे पूरे भारत के स्तर पर युवाओं में कंडोम को लेकर जागरूकता काफी अधिक (83.8 प्रतिशत) है मगर कंडोम का वास्तविक उपयोग बहुत कम है। अविवाहित किशोरियों को अनचाहे गर्भ का खतरा काफी अधिक होता है, खास तौर से गर्भनिरोधक का इस्तेमाल न करने तथा अधिक ज़ोखिम वाले यौन व्यवहार की वजह से। इसके अलावा, गर्भपात चाहने वाली कई महिलाएं बलात्कार अथवा यौनिक दबाव के कारण गर्भवती हुई हैं। राष्ट्रीय पारिवारिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3 के आंकड़ों के मुताबिक मात्र 13 प्रतिशत (शहरी 16 प्रतिशत, ग्रामीण 12.4 प्रतिशत) वर्तमान में विवाहित किशोरियों ने गर्भनिरोधक उपयोग करने की बात कही। अपूरित आवश्यकता 27.1 प्रतिशत रही (25.1 प्रतिशत दो बच्चों के बीच अंतर रखने और 2 प्रतिशत बच्चों की संख्या सीमित रखने से सम्बंधित)। किशोर व युवा लोगों में अपूरित आवश्यकता के ऊंचा रहने में कई कारक योगदान देते हैं। इनमें यौन शिक्षा का अभाव, युवा-अनुकूल यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का अभाव, पहुंच में कानूनी व सामाजिक बाधाएं तथा ऊंचे दाम प्रमुख हैं। स्थिति और भी पेचीदा हो जाती है क्योंकि आपराधिक कानून (संशोधन) अधिनियम, 2013 के द्वारा संसद ने परस्पर सहमति से यौन सम्बंध की आयु सीमा 18 वर्ष कर दी है। इसका मतलब यह है कि विवाह के अंतर्गत भी 18 वर्ष से कम उम्र में परस्पर सहमति से यौन सम्बंध भी कानून की नज़र में बलात्कार अर्थात अपराध है और इसके लिए मुकदमा चल सकता है। ऐसी स्थिति में भला 18 वर्ष से कम उम्र का कोई युवा गर्भनिरोधक कैसे पाए?

युवा लोग कोई एकरूप समूह नहीं है। इसलिए उनके लिए गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं भी विभिन्न जगहों पर उपलब्ध होनी चाहिए, तभी उनकी ज़रूरत की पूर्ति हो सकेगी। मसलन, स्कूल-आधारित सेवाएं उन युवा लोगों की

ज़रूरतें पूरी नहीं करेंगी जो स्कूल में नहीं आते और कहीं-कहीं उनकी संख्या काफी बड़ी हो सकती है। युवाओं को युवा-मित्र सेवाओं की ज़रूरत होती है। 'युवा-मित्र' स्टाफ उन स्टाफ सदस्यों को कहा जा सकता है जिनका रवैया यौन-सकारात्मक है और जो यौनिकता को मानव अस्तित्व का अभिन्न अंग मानते हैं; जो यह जानते हैं कि युवा कोई एकरूप समूह नहीं है; जो यौन रुझान व जेंडर पहचान में विविधता को समझते हैं; और जो युवा व्यक्ति की सुरक्षा करने तथा उनका सम्मान करने व उनकी स्वायत्तता को संभव बनाने, इन दो के बीच संतुलन बना सकें [38]।

जैसा कि पहले कहा गया था, निशुल्क या रियायती मूल्य पर दी जाने वाली गर्भनिरोध सेवाएं वित्तीय बाधाओं को दूर करने में मददगार होंगी। गर्भनिरोधकों का सामुदायिक वितरण एक और रणनीति है जिसके ज़रिए गर्भनिरोध सेवाओं की सुलभता बढ़ाई जा सकती है और सांस्कृतिक/जेंडर-आधारित बाधाओं तथा समय/लागत से सम्बंधित बाधाओं दोनों से निपटा जा सकता है। भारत में आशा गांवों में गर्भनिरोधक सेवाओं और परामर्श का प्रमुख स्रोत है। मगर वे सिर्फ गर्भनिरोधक गोलियां और कंडोम ही प्रदान कर सकती हैं।

ग्रामीण आबादी और शहरी गरीब

ग्रामीण आबादियों और शहरी गरीबों तक गर्भनिरोधक सेवाएं पहुंचाने की दिक्कतों से निपटने के लिए चलित सेवाओं को एक रणनीति के रूप में पहचाना गया है। चलित सेवाओं को इस रूप में परिभाषित किया गया है: 'सीमित अथवा शून्य परिवार नियोजन सुविधा वाले इलाकों में प्रशिक्षित कर्मियों के एक चलते-फिरते दल द्वारा, किसी उच्च स्तर के स्वास्थ्य केंद्र से निचले स्तर के स्वास्थ्य केंद्र को परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करवाना।' [40] कुछ इलाकों में तो सेवाएं सचमुच किसी चलित इकाई के अंदर प्रदान की जाती हैं, जबकि कुछ मामलों में सेवाएं बस्ती में स्थित किसी स्थायी स्थल से दी जाती हैं।

सुरक्षित गर्भपात सम्बंधी जानकारी व सेवाओं तक पहुंच

पिछले दशक में गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं तक बढ़ती पहुंच के चलते कृत्रिम गर्भपातों की संख्या में गिरावट का रुझान रहा है। उदाहरण के लिए, विश्व स्तर पर 15-44 वर्ष आयु की महिलाओं में कृत्रिम गर्भपात की दर 1995 में 35 प्रति 1000 महिला थी जो 2003 में घटकर 29 प्रति 1000 महिला रह गई [41]। फिर भी, महिलाओं को सुरक्षित गर्भपात सेवाओं की ज़रूरत सदा रहेगी, चाहे वे गर्भनिरोधक का उपयोग करती हों। WHO का अनुमान था कि 2008 में पूरे विश्व में गर्भनिरोध का उपयोग करते हुए भी 3.3 करोड़ महिलाएं दुर्घटनावश गर्भवती हो जाएंगी [42]।

सुरक्षित गर्भपात सेवा की उपलब्धता को सीमित करने के परिणामस्वरूप महिलाएं असुरक्षित गर्भपात का सहारा लेती हैं और स्वास्थ्य की दृष्टि से इसकी भारी कीमत चुकाती हैं। अकेले भारत में ही सालाना 60 लाख गर्भपात रिपोर्ट होते हैं। हालांकि असुरक्षित गर्भपात को लेकर कोई आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं, मगर ऐसे गर्भपात जच्चा मृत्यु के प्रमुख कारणों में से एक है।

सुरक्षित गर्भपात सेवा प्राप्त करने के महिलाओं के अधिकार का उल्लेख कई अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधियों में मिलता है। इनके आधार पर WHO द्वारा 2012 में तैयार किया गया सुरक्षित गर्भपात सम्बंधी तकनीकी व नीतिगत मार्गदर्शन दस्तावेज़ सरकारों से आव्हान करता है कि वे सुरक्षित गर्भपात के मार्ग में आने वाली नियामक, नीतिगत व कार्यक्रम सम्बंधी बाधाओं को दूर करें और इस सिद्धांत का पालन करें कि कानून को महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकारों व मानव अधिकारों की रक्षा करनी चाहिए। मार्गदर्शन दस्तावेज़ में सिफारिश की गई है कि सुरक्षित गर्भपात की सेवाएं

अध्याय 3

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर ही शुरू हो जानी चाहिए और ज़रूरी होने पर उच्चतर स्तर पर रेफरल की व्यवस्था होनी चाहिए। यह भी सिफारिश की गई है कि ये सेवाएं कम उम्र की महिलाओं और किशोरियों समेत सभी तबकों को उपलब्ध होनी चाहिए [42]।

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 6

नीतिगत/कार्यक्रम स्तर पर	सेवा प्रदाय स्तर पर
क्या सेवाओं के स्थल व समय, भौतिक इंफ्रास्ट्रक्चर और मानव संसाधन की योजना कमज़ोर तबकों (जैसे कम साक्षरता स्तर वाले लोग या शारीरिक रूप से विकलांग लोगों, भाषाई या जनजातीय अल्पसंख्यक लोगों) की विशेष ज़रूरतों को ध्यान में रखकर बनाई गई है?	क्या कम उम्र के लोगों व किशोरों को वास्तव में गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं मिलती हैं? क्या ये सेवाएं युवा व किशोर लोगों के विभिन्न समूहों (जैसे स्कूल में और स्कूल के बाहर वाले, लड़कियां और लड़के, विवाहित व अकेले व्यक्ति) को उपलब्ध हैं? क्या सुरक्षित गर्भपात की सेवाएं सभी तबकों की महिलाओं को वहनीय मूल्य पर उपलब्ध हैं? क्या किन्हीं तबकों को इनसे बाहर रखा गया है?
क्या अल्पसेवित आबादियों के लिए गर्भनिरोध सेवाओं की पूरी श्रृंखला से युक्त चलती-फिरती गर्भनिरोधक सेवाएं उपलब्ध हैं? कम आमदनी तथा दूर-दराज की आबादी का कितना प्रतिशत चलती-फिरती सेवाओं से कवर होता है? ये कितनी बार गर्भनिरोधकों की पूरी श्रृंखला उपलब्ध कराती हैं?	
क्या प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर सुरक्षित गर्भपात सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए नीतिगत, कार्यक्रम-रूपी या बजट सम्बंधी प्रावधान हैं जो देश के कानूनों के दायरे में हों?	

WHO सिफारिश क्रमांक 3.4

सिफारिश करें कि विस्थापित लोगों, संकटग्रस्त लोगों, और यौन हिंसा के शिकार लोगों के लिए समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं उपलब्ध कराने के विशेष प्रयास किए जाएं। यौन हिंसा के शिकार लोगों को खास तौर से आपातकालीन गर्भनिरोधक की ज़रूरत होती है।

हाल के वर्षों में भारत ने कई प्राकृतिक हादसों और टकरावों का अनुभव किया है जिनकी वजह से बड़े पैमाने पर लोग विस्थापित हुए हैं। विस्थापित लोगों में एक बड़ा हिस्सा उन लोगों का है जो यौन दृष्टि से सक्रिय हैं, और संभवतः उन्हें गर्भनिरोधक सेवाओं समेत यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की ज़रूरत पड़ेगी। कई महिलाएं शायद विस्थापन या आपात स्थिति के दौरान गर्भावस्था और प्रसव को टालना चाहेंगी - खास तौर से नवजात शिशु को ऐसी स्थितियों के ज़ोखिम से बचाने के लिए। हो सकता है कि ऐसी कई महिलाएं अपने साथ गर्भनिरोध का वह साधन ले जाना भूल गई हों जिसका उपयोग वे करती रही हैं या हो सकता है कि उनका स्टॉक चुक गया हो। मगर मानवीय परिस्थितियों

में प्रदान किए जाने वाले न्यूनतम प्रारंभिक सेवा पैकेज में अक्सर गर्भनिरोध सेवाओं को शामिल नहीं किया जाता है।

संकट के समय प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी इंटर-एजेंसी कामकाजी समूह ने 2010 के अपने वक्तव्य में सिफारिश की थी कि आपात स्थिति शुरू होने के साथ ही गर्भनिरोधक उपलब्ध होने चाहिए; और जैसे ही स्थिति में स्थिरता आए, समग्र गर्भनिरोध सेवाएं उपलब्ध हो जानी चाहिए [43]।

मानवीय परिस्थितियों में गर्भनिरोध सेवाओं के क्रियांवयन के लिए स्टाफ प्रशिक्षण, सामुदायिक शिक्षा, परिवहन व सप्लाई श्रृंखला के प्रबंधन और ग्राहक फॉलो-अप की एक व्यवस्था विकसित करने की ज़रूरत होती है। मानवीय परिस्थितियों में प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी इंटर-एजेंसी मैदानी निर्देशिका (2010) में मानवीय परिस्थितियों में गर्भनिरोध सेवाओं के संचालन के विस्तृत दिशानिर्देश दिए गए हैं [40]।

कई सारे अध्ययनों ने दर्शाया है कि मानवीय परिस्थितियों में महिलाओं और लड़कियों के लिए यौन हिंसा का खतरा (क्योंकि बलात्कार को युद्ध के एक हथियार के रूप में इस्तेमाल किया जाता है) या यौन सम्बंध बनाने के लिए दबाव का खतरा अधिक होता है [45]। लिहाज़ा, हादसों और टकरावों से विस्थापित महिलाओं व लड़कियों के लिए आपातकालीन गर्भनिरोधक एक अहम ज़रूरत होती है।

यौन हिंसा सिर्फ मानवीय परिस्थितियों तक सीमित नहीं है। यह तो विभिन्न संस्कृतियों और सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों में देखी जा सकती है। एक अनुमान के मुताबिक 7.2 प्रतिशत वयस्क महिलाएं अपने जीवन में किसी गैर-साथी (अपरिचित) के हाथों यौन हिंसा का सामना करती हैं जबकि 30 प्रतिशत महिलाएं अपने किसी अंतरंग साथी के हाथों शारीरिक अथवा यौन हिंसा का सामना करती हैं [46]। भारत सरकार ने हाल ही में यौन हिंसा के शिकार/सर्वाइवर की चिकित्सा-कानूनी (मेडिको-लीगल) देखभाल के दिशानिर्देश जारी किए हैं। इनमें प्रोटोकॉल के तहत आपातकालीन गर्भनिरोधक शामिल करने की सिफारिश की गई है।

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 7

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या आपदा प्रबंधन में संलग्न सरकारी एजेंसियों की नीति में आपातकालीन परिस्थितियों में प्रजनन स्वास्थ्य का आकलन करना (गर्भनिरोधकों की ज़रूरतों के आकलन समेत) शामिल है?	यदि कोई सकारात्मक नीति विद्यमान है, तो इसके प्रावधानों को किस हद तक हाल की आपदाओं के दौरान वास्तव में लागू किया गया?
क्या मानवीय परिस्थितियों में प्रदाताओं को आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत विभिन्न गर्भनिरोध सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित किया गया है?	क्या यौन हिंसा की शिकार व्यक्तियों को चिकित्सा-कानूनी सेवाओं के एक हिस्से के रूप में आपातकालीन गर्भनिरोधक उपलब्ध कराए जाते हैं?

WHO की सिफारिश क्रमांक 3

सिफारिश करें कि एच.आई.वी. जांच, उपचार व देखभाल के समय यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के एक हिस्से के रूप में गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की पेशकश की जाए।

एच.आई.वी. के साथ जी रहे करीब 80 प्रतिशत महिला और पुरुष अपने प्रजनन काल में हैं। जैसे-जैसे ए.आर.टी. (एंटी रिट्रोवायरल उपचार) व्यापक रूप से उपलब्ध होने लगेगा और इसके फलस्वरूप एचआईवी के साथ जी

अध्याय 3

रहे लोगों - जिनकी संख्या भारत में 2014 में 21 लाख थी - की औसत आयु बढ़ेगी, वैसे-वैसे ये लोग यह निर्णय करना चाहेंगे कि क्या उन्हें बच्चे चाहिए और कब चाहिए। हो सकता है कि वे किसी कारण से गर्भ को टालना चाहें। जैसे एक कारण यह भय हो सकता है कि बच्चा एचआईवी संक्रमित होगा या यह भी हो सकता है कि वे अपने संसाधनों को खुद अपनी और अपने परिवार की सेहत की देखभाल के लिए बचाना चाहें।

बदकिस्मती से, गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं अक्सर एचआईवी के साथ जी रहे लोगों को सुलभ या सुगम नहीं होती। इसका एक कारण यह है कि प्रदाता के पास ऐसा ज्ञान व हुनर नहीं होते कि वे एचआईवी के साथ जी रहे लोगों को गर्भनिरोधक विकल्पों के बारे में परामर्श दे सकें [48]। इसके अलावा, पूर्वाग्रह के चलते कई प्रदाता महिलाओं को उनके लिए उपलब्ध प्रजनन सम्बंधी सारे विकल्पों की जानकारी देने की बजाय उन पर दबाव डालते हैं कि वे नसबंदी करवा लें [9]।

गर्भनिरोध सेवाओं की सर्वव्यापी पहुंच का आशय यह है कि सेवाओं के नियोजन व क्रियांवयन में एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की विशेष ज़रूरतों का ख्याल रखा जाए। गर्भनिरोध की अधिकांश विधियां एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के लिए सुरक्षित व कारगर हैं। संक्रमण और गर्भ दोनों से बचाव की बात एचआईवी के साथ जी रहे लोगों को सुझाए जाने वाले विकल्पों का एक महत्वपूर्ण पक्ष होना चाहिए। नाको के 2013 में संशोधित दिशानिर्देशों में PPTCT कार्यक्रम के बारे में विस्तार में बताया गया है [49]।

गर्भनिरोध सेवाओं को स्वैच्छिक परामर्श, जांच, उपचार व देखभाल की सेवाओं के साथ जोड़कर एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के अलावा उन तबकों तक भी पहुंचा जा सकता है जो गर्भनिरोध सेवाओं के अनपेक्षित ग्राहक हैं। मसलन, गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं ऐसे तबकों को प्रदान की जा सकती हैं जो गर्भनिरोध कार्यक्रम से अल्पसेवित रहे हैं, चाहे वे एचआईवी पॉज़िटिव हों या न हों। जैसे किशोर व युवा लोग, पुरुषों के साथ यौन सम्बंध बनाने वाले पुरुष (जिनकी महिला साथी भी होती है), यौनांतरित (ट्रांस-जेंडर) व्यक्ति और यौनकर्मी। माता-पिता से बच्चे को एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के कार्यक्रमों में गर्भनिरोधक तार्किक रूप से एक प्रमुख तत्व होना चाहिए।

निगरानी चेकलिस्ट 8

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या राष्ट्रीय एचआईवी नीति में गर्भनिरोधक सेवाओं को एचआईवी जांच, उपचार और देखभाल सेवा में जोड़ने को प्राथमिकता दी गई है? क्या एचआईवी जांच, उपचार और देखभाल सेवा में गर्भनिरोधक सेवाओं को शामिल करने की कोई रणनीति है?	क्या एचआईवी सेवा प्रदाताओं को महिलाओं व पुरुषों को गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी देने हेतु प्रशिक्षित किया गया है?
क्या एचआईवी/एड्स से सम्बंधित विभागों और यौन व प्रजनन स्वास्थ्य से सम्बंधित विभागों के बीच सेवाओं के एकीकरण के संदर्भ में समन्वय की कोई व्यवस्था है?	क्या एचआईवी सेवा का उपयोग करने वालों को वास्तव में गर्भनिरोधक सेवाओं की पेशकश की जाती है? क्या एचआईवी के साथ जी रहे लोगों के लिए गर्भनिरोध के विकल्पों की जानकारी व संसाधन उपलब्ध हैं?
क्या एचआईवी जांच, उपचार व देखभाल के प्रोटोकॉल्स और मानकों को संशोधित करके उनमें गर्भनिरोध जानकारी, परामर्श व सेवाओं को शामिल किया गया है?	

WHO सिफारिश क्रमांक 3.6

सिफारिश करें कि प्रसव-पूर्व व प्रसव-उपरांत देखभाल के दौरान गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाएं प्रदान की जाएं।

WHO सिफारिश क्रमांक 3.7

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं को नियमित रूप से गर्भपात व गर्भपात के बाद दी जाने वाली देखभाल का अंग बनाया जाए।

चूंकि ये दोनों सिफारिशें सम्बंधित हैं, इन दोनों की चर्चा इसी खंड में एक साथ की गई है।

गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं का प्रसव-पूर्व तथा प्रसव-उपरांत देखभाल के साथ एकीकरण

WHO के मुताबिक एक जीवित जन्म के बाद अगली गर्भावस्था की कोशिश करने से पहले 24 माह के अंतर की सिफारिश करें ताकि जच्चा, नवजात व शिशु को प्रतिकूल परिणामों से बचाया जा सके [50]। अपूरित ज़रूरत को देखते हुए, यह कहने की ज़रूरत नहीं है कि गर्भनिरोध सेवाओं को प्रसव-पूर्व तथा प्रसव-उपरांत देखभाल के साथ जोड़ना मानव अधिकार आधारित व जेंडर-संवेदी गर्भनिरोध कार्यक्रम का अनिवार्य अंग होना चाहिए।

गर्भनिरोध सेवाओं और गर्भपात उपरांत देखभाल का एकीकरण

WHO के दिशानिर्देशों के मुताबिक गर्भपात या स्वतः गर्भपात (मिसकेरेज) के बाद अगली गर्भावस्था की कोशिश करने से पहले कम से कम 6 माह का अंतर रखा जाना चाहिए ताकि जच्चा, नवजात व शिशु को प्रतिकूल परिणामों से बचाया जा सके [50]। जिन महिलाओं को गर्भपात हुआ है उन्हें गर्भपात के बाद जल्दी ही (एक सप्ताह के अंदर) गर्भधारण का अधिक ज़ोखिम रहता है और उन्हें गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी, परामर्श व सेवाओं की तत्काल ज़रूरत होती है। गर्भपात उपरांत देखभाल पाने वाली महिलाओं के अध्ययन दर्शाते हैं कि उनमें से आधी से ज़्यादा महिलाओं ने गर्भपात उपरांत देखभाल के फौरन बाद गर्भनिरोधक उपयोग करने की इच्छा जताई। इनमें से प्रासंगिक आंकड़ों वाले 6 अध्ययनों का निष्कर्ष था कि मात्र 27 प्रतिशत महिलाएं ही देखभाल केंद्र से जाते समय कोई गर्भनिरोधक विधि साथ लेकर गईं [51]। गर्भनिरोधक सेवाओं को प्रसव-पूर्व तथा प्रसव-उपरांत देखभाल में जोड़ने के समान उन्हें गर्भपात व गर्भपात उपरांत सेवाओं से जोड़ने के भी कई कारगर मॉडल्स हैं। इस संदर्भ में निम्नलिखित बिंदु गौरतलब हैंः गर्भनिरोध सेवाएं उसी समय व उसी स्थान पर दी जाए जहां महिला गर्भपात या गर्भपात उपरांत सेवा प्राप्त करती है; और गर्भनिरोधक विधियों की एक विस्तृत श्रृंखला की पेशकश की जाए [52]।

अध्याय 3

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 9

RMNCH+A में गर्भावस्था, प्रसूति एवं प्रसव-उपरांत देखभाल के दिशानिर्देश दिए गए हैं; इसके अलावा गर्भपात और गर्भपात उपरांत देखभाल के दिशानिर्देश भी हैं जिसके अंतर्गत समग्र गर्भनिरोध सेवाओं को शामिल किया गया है।

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
यदि गर्भनिरोध सेवाओं को प्रसव-उपरांत और गर्भपात/गर्भपात-उपरांत सेवाओं के साथ जोड़ गया है, जैसे कि PPIUCD रणनीति में किया गया है, तो क्या ऐसा कोई संकेत मिलता है कि गर्भनिरोधक की व्यक्तिगत पसंद को सीमित किया जा रहा है या गर्भनिरोध की किसी विधि-विशेष को महत्व दिया जा रहा है? (जैसे प्रसव-उपरांत नसबंदी कार्यक्रम या प्रसव-उपरांत आईयूसीडी कार्यक्रम में जहां सिर्फ एक ही विधि की पेशकश की जाती है; या यह भी हो सकता है कि गर्भपात की इच्छुक महिला से गर्भनिरोध की कोई विधि स्वीकार करने की शर्त हो।) जानकारी-आधारित सहमति की किन प्रक्रियाओं का पालन किया जाता है?	क्या सेवा प्रदाताओं को स्त्री-पुरुषों को समग्र गर्भनिरोध जानकारी तथा सेवाएं प्रदान करने का प्रशिक्षण दिया गया है, अर्थात क्या वे सारी विधियों के बारे में जानते हैं और क्या उनके पास परामर्श देने तथा सेवाएं प्रदान करने के लिए ज़रूरी जानकारी व हुनर है?
क्या जच्चा स्वास्थ्य और गर्भपात/गर्भपात-उपरांत देखभाल के चिकित्सा प्रोटोकॉल तथा मानकों में संशोधन करके उनमें समग्र गर्भनिरोध जानकारी, परामर्श व सेवाओं के प्रावधान को शामिल कर लिया गया है?	क्या प्रसव पूर्व तथा प्रसव-उपरांत सेवाओं का उपयोग करने वालों को वास्तविकता में समग्र गर्भनिरोध सेवाओं की पेशकश आम प्रक्रिया के रूप में की जाती है? क्या यह स्थिति गर्भपात/गर्भपात-उपरांत सेवा के उपयोगकर्ताओं के साथ भी है? क्या प्रसव-उपरांत और गर्भपात उपरांत स्त्री-पुरुषों को गर्भनिरोध के विकल्पों की जानकारी देने व संप्रेषण के साधन उपलब्ध हैं?

WHO सिफारिश क्रमांक 3.9

सिफारिश करें कि तृतीय पक्ष की अनुमति की शर्त को समाप्त किया जाए। इस शर्त के तहत व्यक्तियों/महिलाओं को गर्भनिरोधक तथा सम्बंधित जानकारी व सेवाओं तक पहुंच बनाने के लिए पति/पत्नी की अनुमति की ज़रूरत होती है।

कई देशों में सेवा प्रदाता परिवार नियोजन सेवाएं उपलब्ध कराने से पहले पति/पत्नी, आम तौर पर पति की अनुमति/स्वीकृति की मांग करते हैं। पत्नी के लिए गर्भनिरोधक सेवाएं प्राप्त करने से पहले पति की अनुमति की मांग करने की प्रथा खास तौर से उन महिलाओं के लिए नुकसानदेह होती है जो अपने अंतरंग साथी की हिंसा का सामना कर रही हैं। इसमें 'जन्म नियंत्रण को विफल करना' और 'गर्भवती होने के लिए दबाव बनाना' जैसी करतूतें शामिल होती

हैं। इसके तहत महिला द्वारा गर्भनिरोध का उपयोग करने की अनुमति न देने या उसके द्वारा गर्भनिरोध के उपयोग को सक्रिय होकर विफल करने के प्रयास होते हैं [53]।

पति-पत्नी की स्वीकृति की शर्त लगभग हमेशा महिलाओं पर ही लागू की जाती है। इस मायने में यह शर्त महिला के समानता व भेदभाव से मुक्ति के अधिकार का उल्लंघन है। महिलाओं के खिलाफ हर किस्म के भेदभाव का उन्मूलन संधि (CEDAW) जैसी अंतर्राष्ट्रीय संधियों में उन कानूनों पर चिंता ज़ाहिर की गई है और ऐसी रुकावटों को हटाने की सिफारिश की गई जो यह निर्देश देते हैं कि नसबंदी जैसी गर्भनिरोधक विधि प्राप्त करने के लिए महिला को अपने पति की स्वीकृति की ज़रूरत होगी [54]।

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 10

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या व्यवहार में गर्भनिरोध सेवा प्रदाता कोई भी गर्भनिरोध सेवा प्राप्त करने से पहले महिला से पति/पुरुष साथी की अनुमति प्राप्त करने का आग्रह करते हैं?	

WHO सिफारिश क्रमांक 3.10

सिफारिश करें कि किशोरों को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा (गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं समेत) प्रदान करने के लिए माता-पिता या अभिभावकों की अनुमति/उन्हें सूचना देने की अनिवार्यता को समाप्त किया जाए। ऐसा करना किशोरों की शैक्षणिक व सेवा सम्बंधी जरूरतों की पूर्ति हेतु ज़रूरी है।

हाल ही में भारत सरकार द्वारा शुरू किए गए राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम [55] में पोषण, मानसिक स्वास्थ्य, नशीली दवाइयों के दुरुपयोग, गैर-संक्रामक रोगों, जेंडर-आधारित हिंसा और चोटों के अलावा यौन व प्रजनन स्वास्थ्य को भी शामिल किया गया है। हालांकि इसमें गर्भनिरोध सेवाओं के प्रावधान का स्पष्ट रूप से उल्लेख नहीं है, मगर किशोर गर्भावस्था को रोकने पर ज़ोर दिया गया है। पालकों को एक महत्वपूर्ण हितधारी माना गया है, जिनसे संवाद की ज़रूरत है।

शोध अध्ययन बताते हैं कि किशोरों को गर्भनिरोध सेवाएं प्रदान करने के लिए पालकों की अनुमति को अनिवार्य करने से गर्भनिरोधकों के उपयोग में बाधा आती है, जबकि ज़रूरी नहीं कि इससे किशोरों का यौन व्यवहार बदलता हो। परिणाम अनचाहे गर्भों की बढ़ी हुई संख्या के रूप में सामने आया है [56]। यह सही है कि गर्भनिरोध सेवाओं में किशोरों को प्रोत्साहित किया जाना चाहिए कि वे अपने पालकों को सूचित करें, मगर पालकों के जुड़ाव को पूर्व-शर्त नहीं बनाया जाना चाहिए।

भारत में युवा नीति 2011, सबला, सक्षम जैसी कई नीतियां और कार्यक्रम हैं जो दिशानिर्देश व मार्गदर्शन प्रदान करते हैं। इनका विश्लेषण करके यह आकलन किया जाना चाहिए कि प्रदत्त जानकारी व सेवाएं किस हद तक किशोरों की गर्भनिरोध की ज़रूरतों को पूरा कर सकती हैं।

बाल अधिकार संधि में स्पष्ट सिफारिश की गई है कि राज्य किशोरों के हितों को ध्यान में रखते हुए और किशोरों

में स्वायत्तता और निर्णय प्रक्रिया में भागीदारी की 'विकसित होती क्षमता' के मद्दे नज़र उपयुक्त यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराएं और उन्हें सुगम बनाएं।[4,5]

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 11

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या ऐसा कोई कानून या नियमन व्यवस्था है जिसके तहत किशोरों को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के लिए पालकों की स्वीकृति की ज़रूरत होती है?	क्या स्वास्थ्य मंत्रालय का कोई दिशानिर्देश है कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में स्वतंत्र निर्णय लेने की किशोर की क्षमता का आकलन कैसे करें?
क्या किशोर व युवा लोगों के लिए यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बंधी कोई ऐसा नीतिगत अथवा रणनीति दस्तावेज़ है जो यह स्पष्ट करता हो कि ये सेवाएं वैवाहिक स्थिति से स्वतंत्र उपलब्ध होंगी और किशोरों द्वारा इन सेवाओं को प्राप्त करने के लिए माता-पिता या अभिभावक की स्वीकृति अनिवार्य नहीं है?	

4 गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की स्वीकार्यता

WHO सिफारिश क्रमांक 4.1

परिवार नियोजन व गर्भनिरोधक सम्बंधी जेंडर संवेदी शैक्षणिक हस्तक्षेप व परामर्श की सिफारिश की जाती है। ये हस्तक्षेप व परामर्श सही जानकारी पर आधारित हों, इनमें दक्षता (यानी संप्रेषण व बातचीत) निर्माण शामिल हो और ये समुदाय व व्यक्ति की विशिष्ट ज़रूरतों की पूर्ति के हिसाब से बने हों।

सेवा प्रदाय के स्तर पर स्वीकार्यता के दो पहलू हैं: चिकित्सा-सम्बंधी और सामाजिक-सांस्कृतिक। सेवाओं में चिकित्सा नैतिकता का सम्मान किया जाना चाहिए और सेवाएं जेंडर-संवेदी तरीके से प्रदान की जानी चाहिए और लक्षित समुदाय की विशिष्ट ज़रूरतों के अनुरूप होनी चाहिए। जानकारी-शुदा निर्णय तथा निजता और गोपनीयता सम्बंधी सिफारिशें चिकित्सा नैतिकता के सम्मान से मुखातिब हैं और इस खंड में जेंडर-संवेदनशीलता तथा समुदाय विशिष्ट की ज़रूरतों पर ध्यान केंद्रित किया गया है।

स्वीकार्यता का मतलब है कि यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाएं, वस्तुएं व सेवाएं आबादी के विभिन्न उपसमूहों की ज़रूरतों के प्रति सम्मान दर्शाएं। कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं: स्टाफ में एक ऐसा सदस्य होना जो उसी भाषा-समूह से या जनजातीय समूह से हो जिसमें अल्पसंख्यक आते हैं। कम साक्षर समूह को जानकारी देने के लिए उपयुक्त तरीकों का

4 बाल अधिकार संधि में 'विकसित होती क्षमता' की अवधारणा क्षमता के आधार पर बच्चे की रक्षा के पालकों के दायित्व और बच्चे की स्वायत्तता और निर्णय लेने के अधिकार के बीच संतुलन स्थापित करने का प्रयास करती है।

5 किशोरों द्वारा गर्भनिरोधक सेवाओं व जानकारी तक पहुंच बनाने में बाधक कानूनों में बदलाव के लिए सरकारों को बाध्य करने वाली अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधियों के बारे में और जानकारी के लिए देखें: "Chapter X. Adolescents' reproductive rights", *Gaining ground: A tool for advancing reproductive rights law reform.* न्यूयॉर्क, सेंटर फ़र रिप्रोडक्टिव राइट्स (2006) दस्तावेज़ यहां उपलब्ध है: http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bo_GG_adolescents.pdf [70]

उपयोग; देशज समुदायों को यौन व प्रजनन सम्बंधी जानकारी किसी ऐसे स्थान पर और इस तरह से देना जहां वे सहज महसूस करें; और सेवाओं को विशेष रूप से पुरुषों की ज़रूरतें पूरी करने के लिए ढालना।

सिफारिशों में 'जेंडर-संवेदी' परामर्श, शैक्षणिक हस्तक्षेप तथा संप्रेषण व बातचीत के लिए 'दक्षता विकास' की बात कही गई है। जेंडर संवेदी होने का मतलब है महिलाओं और पुरुषों की अलग-अलग ज़रूरतों की बात को स्वीकार करना। ये अंतर जैविक भी हो सकते हैं और सामाजिक रूप से गढ़े गए जेंडर-मानक भी हो सकते हैं। इसके अलावा इस बात के प्रति भी सचेत रहना होगा कि स्त्री-पुरुष के बीच जेंडर-आधारित असमानता के चलते महिलाओं की स्वायत्तता और पसंद बाधित होती हैं। खास तौर से 'सही' यौन व प्रजनन व्यवहार को लेकर जेंडर-आधारित मानक महिलाओं की अपने शरीर के बारे में जानकारी और प्रजनन सम्बंधी निर्णय करने के अपने अधिकार के उनके एहसास को सीमित करते हैं। पितृसत्तात्मक समाज महिला की यौनिकता पर अंकुश लगाते हैं और उनके प्रजनन पर नियंत्रण रखते हैं। इसके चलते प्रजनन सम्बंधी स्वतंत्रता दुनिया की अधिकांश महिलाओं की पहुंच से दूर है।

अंतरंग साथी की हिंसा का सामना करने वाली महिलाओं के संदर्भ में गर्भनिरोधक के उपयोग पर कई बातों का असर होता है - कंडोम जैसी कुछ विधियों के लिए साथी का समर्थन न होना; या किसी विशिष्ट सेवा का भुगतान करने के लिए वित्तीय संसाधन न होना। ऐसी महिलाओं को गर्भनिरोधकों का उपयोग करने या उनके बारे में बात करने पर और प्रताड़ना झेलनी पड़ सकती है। और अंतरंग सम्बंधी द्वारा हिंसा उनके रोज़मर्रा के जीवन को अस्त-व्यस्त कर सकती है, जिसकी वजह से गर्भनिरोधक गोली जैसी विधि का इस्तेमाल करना मुश्किल हो जाता है।

जेंडर-संवेदी परामर्श में यह समझने की कोशिश होगी कि महिलाओं द्वारा गर्भनिरोध सम्बंधी निर्णय करने में हिचक के कारण क्या हैं, जो प्रायः जेंडर-आधारित होते हैं, और उन्हें प्रोत्साहित किया जाएगा कि वे अपनी दिक्कतें और डर व्यक्त करें। परामर्श सत्र के दौरान, अंतरंग साथी की हिंसा झेल रहे ग्राहक की विशिष्ट ज़रूरतों (जैसे इस्तेमाल की गई विधि का नज़र आना, साइड प्रभाव या उस विधि के इस्तेमाल में साथी के समर्थन की ज़रूरत) पर विचार किया जाना चाहिए और प्रदाता में यह क्षमता होनी चाहिए कि उनके अनुरूप विधियां सुझा सके। जेंडर-संवेदी परामर्श के अलावा कभी-कभी जेंडर-आधारित विशिष्ट हस्तक्षेप की ज़रूरत पड़ सकती है, जैसे महिलाओं में अपने पतियों से गर्भनिरोधक के उपयोग को लेकर बातचीत के हुनर विकसित करने हेतु कार्यशाला या पुरुषों के साथ हस्तक्षेप जिसमें उन्हें बेहतर जानकारी से लैस होने को प्रोत्साहित किया जाए और गर्भनिरोध की ज़िम्मेदारी उठाने को प्रेरित किया जाए।

परामर्श के दौरान जिस एक और बात पर ज़ोर देना ज़रूरी है, वह है सकारात्मक यौनिकता, अर्थात यौनिकता पर अंकुश लगाने की बजाय गर्भधारण से बचने के लिए गर्भनिरोधक का उपयोग और आनंद में वृद्धि।

बॉक्स 14 — परामर्श के मानक

राज्यों को अत्यधिक व्यस्त केंद्रों पर परामर्श व्यवस्था को सुदृढ़ करना चाहिए और इसके लिए RMNCH परामर्शदाताओं की नियुक्ति एक प्रमुख रणनीति होगी।

स्रोतः A strategic approach to RMNCH+A in India, भारत सरकार, जनवरी 2013

1.4.1 परामर्श

परामर्श वह प्रक्रिया है जिसके ज़रिए ग्राहकों को प्रजनन के बारे में जानकारी-आधारित तथा स्वैच्छिक

बॉक्स 14 अगले पृष्ठ पर जारी...

Box 14 : Continued

निर्णय लेने में मदद की जाती है। सामान्य परामर्श हर उस स्थिति में किया जाना चाहिए जब ग्राहक के मन में कोई संदेह हो या वह यह निर्णय करने में असमर्थ हो कि गर्भनिरोध की कौन-सी विधि अपनाए। अलबत्ता, हर मामले में विधि-विशेष सम्बंधी परामर्श दिया जाना चाहिए।

नसबंदी से पूर्व महिलाओं के लिए परामर्श

ग्राहक द्वारा नसबंदी की सहमति का फॉर्म भरने से पहले निम्नलिखित कदम उठाए जाने चाहिएः

- ग्राहक को परिवार नियोजन की सारी विधियों के बारे में बताया जाना चाहिए और यह बताया जाना चाहिए कि व्यावहारिक रूप से नसबंदी लगभग एक स्थायी विधि है।
- महिला को नसबंदी के बारे में जानकारी के आधार पर स्वैच्छिक निर्णय करना चाहिए।
- ग्राहकों को परामर्श उस भाषा में दिया जाना चाहिए जिसे वे समझते हों।
- ग्राहकों को समझाया जाना चाहिए कि सर्जरी के पहले, सर्जरी के दौरान और सर्जरी के बाद क्या-क्या होगा, इसके साइड प्रभाव क्या हैं और संभावित जटिलताएं क्या हैं।

  नसबंदी प्रक्रिया के निम्नलिखित पहलू ग्राहक को समझाए जाने चाहिएः

  - यह भविष्य में गर्भ को रोकने की एक स्थायी विधि है।
  - यह एक शल्य क्रिया है जिसमें असफल रहने तथा अन्य जटिलताओं की गुंजाइश रहती है जिन्हें संभालने की ज़रूरत पड़ सकती है।
  - इससे यौन सुख, यौन क्षमता या यौन प्रदर्शन पर कोई प्रभाव नहीं पड़ता।
  - इससे ग्राहक की शक्ति या रोज़मर्रा के काम करने की क्षमता पर कोई असर नहीं होगा।
  - नसबंदी से प्रजनन मार्ग संक्रमणों, यौन संचारित संक्रमणों या एचआईवी/एड्स के खिलाफ कोई सुरक्षा नहीं मिलती।
- ग्राहकों को बताया जाना चाहिए कि नसबंदी को पलटा जा सकता है मगर उसके लिए बड़ी सर्जरी करनी पड़ती है और सफलता की कोई गारंटी नहीं होती।
- ग्राहकों को अपने संदेहों को दूर करने के लिए सवाल पूछने को प्रेरित किया जाना चाहिए।
- ग्राहकों को बताया जाना चाहिए कि वे किसी भी समय नसबंदी कराने से इन्कार कर सकते हैं और उनके इन्कार का प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी सेवाएं प्राप्त करने के उनके अधिकार पर कोई असर नहीं होगा।

स्रोतः *Quality Assurance Manual for Sterilization Services (नसबंदी सेवाओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन मैनुअल), शोध अध्ययन व मानक विभाग, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, अक्टूबर 2006।*

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 12

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या गर्भनिरोध/यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के दिशानिर्देशों में जेंडर-संवेदी सेवा की ज़रूरत को शामिल किया गया है? यदि हां, तो क्या ऐसी सेवा के मानक भी निर्धारित किए गए हैं?	क्या स्वास्थ्य केंद्रों पर परामर्श के लिए ज़रूरी कर्मचारी, स्थान और साक्षरता के विभिन्न स्तरों तथा सांस्कृतिक विविधता के अनुरूप शैक्षणिक सामग्री है?
क्या गर्भनिरोध/यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के दिशानिर्देशों में उन ग्राहकों की विशिष्ट ज़रूरतों का उल्लेख है जो अंतरंग साथी की हिंसा का सामना कर रहे हैं? यदि हां, तो क्या ऐसे ग्राहकों को परामर्श व सेवा प्रदाय के लिए मानक निर्धारित किए गए हैं?	क्या स्वास्थ्य केंद्रों में माहौल ऐसा है जहां अंतरंग साथी की हिंसा और/या यौन दबाव झेल रहे ग्राहक अपनी बात कह सकें और चर्चा कर सकें। जैसे प्रतीक्षा कक्ष, जांच कक्ष • गलियारों जैसे सार्वजनिक स्थानों पर पोस्टर्स • घरेलू हिंसा सेवाओं की ओर रेफरल • प्रजनन सम्बंधी इरादों और गर्भनिरोध के विकल्पों की चर्चा से पहले प्रजनन सम्बंधी दबाव और अंतरंग साथी हिंसा की जांच करना एक मानक प्रक्रिया है।
क्या प्रदाताओं को जेंडर-संवेदी सेवा प्रदान करने का प्रशिक्षण मिला है? • क्या इसके अंतर्गत गर्भनिरोध के बारे में जेंडर-संवेदी परामर्श का प्रशिक्षण शामिल है? • क्या यौन स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के जेंडर सम्बंधी प्रशिक्षण में उन महिलाओं की खास ज़रूरतों का ध्यान रखा गया है जो प्रजनन सम्बंधी दबाव या अन्य किस्म की अंतरंग साथी हिंसा का सामना कर रही हैं?	

WHO सिफारिश क्रमांक 4.2

सिफारिश करें कि समस्त गर्भनिरोधक सेवा प्रदाय के अभिन्न अंग के रूप गर्भनिरोधकों के साइड प्रभावों के प्रबंधन के लिए फॉलो-अप सेवाओं को प्राथमिकता दी जाए। सिफारिश करें कि जो विधियां मौके पर उपलब्ध न हों, उनके लिए उपयुक्त रेफरल सेवा उपलब्ध कराई जाएं।

साइड प्रभावों की चिंता एक प्रमुख कारण है जिसकी वजह से अगला बच्चा टालने या बच्चे पैदा करना बंद करने की इच्छा के बावजूद महिलाएं किसी गर्भनिरोधक विधि का उपयोग नहीं करतीं। गर्भनिरोध सेवा प्रदाय में फॉलो-अप का अहम स्थान है ताकि ग्राहक की सेहत की समीक्षा की जा सके, किसी भी चिंता के मामले में परामर्श दिया जा सके और साइड प्रभावों को संभाला जा सके।

अध्याय 3

किसी भी हक-आधारित गर्भनिरोध सेवा में गर्भनिरोधक विधियों की पूरी रेंज उपलब्ध होनी चाहिए जो विभिन्न ग्राहकों की अलग-अलग ज़रूरतों को पूरा कर सकें। कार्यक्रम के स्तर पर किसी केंद्र विशेष में उपलब्ध कराई जाने वाली विधियों का निर्णय केंद्र के स्तर, प्रदाताओं की दक्षता और कानूनी ज़रूरतों के आधार पर किया जाता है। कार्यक्रम में इस बात की योजना होनी चाहिए कि ग्राहकों को वे विधियां सुगम कराई जाएं जो निचले स्तर की देखभाल में उपलब्ध नहीं कराई जा सकती हैं। मसलन, कुछ निर्धारित दिनों पर विशेषज्ञ प्रदाताओं को बुलाया जा सकता है। यदि यह संभव न हो तो केंद्र में रेफरल का प्रावधान होना चाहिए और रेफरल केंद्र तक पहुंचने के लिए यातायात सुविधा की भी व्यवस्था होनी चाहिए ताकि ग्राहक को अतिरिक्त दाम न चुकाने पड़ें और समय भी कम से कम लगे।

बॉक्स 15 गर्भनिरोधकों की देखभाल में फॉलो-अप के मानक

आईयूसीडी हटाने के बाद परामर्श, मिश्रित गर्भनिरोधक गोली, सिर्फ प्रोजेस्टरोन की गोली (स्तनपान कराने वाली व स्तनपान न कराने वाली महिलाओं के लिए), इंट्रायुटेराइन गर्भनिरोधक साधन, इम्प्लांट्स

स्रोत: Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use (गर्भनिरोधक उपयोग के चुनिंदा तौर-तरीकों की सिफारिशें), WHO 2004

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 13

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या विभिन्न स्तर की सुविधाओं और प्रदाताओं द्वारा गर्भनिरोध सेवाओं से सम्बंधित फॉलो-अप दौरों, साइड प्रभावों के प्रबंधन और रेफरल सम्बंधी प्रोटोकॉल्स हैं?	यथार्थ में क्या ग्राहकों को फॉलो-अप दौरों, उनके समय व प्रक्रियाओं के बारे में समुचित जानकारी दी जाती है?
क्या प्रदाताओं को गर्भनिरोध सेवा के फॉलो-अप और रेफरल प्रक्रियाओं का प्रशिक्षण मिला है?	वास्तव में क्या सेवा प्रदाता ग्राहक की पसंद की गर्भनिरोध विधि को सुलभ बनाने की कोशिश करते हैं जो मौके पर उपलब्ध न हो? क्या ग्राहकों को गर्भनिरोधकों के साइड प्रभाव का फॉलो-अप बगैर किसी अतिरिक्त खर्च के उसी केंद्र पर उपलब्ध होता है?

5 गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की गुणवत्ता

गुणवत्ता तत्व के तहत तीन सिफारिशें हैं।

WHO सिफारिश क्रमांक 5.1

सिफारिश करें कि गुणवत्ता आश्वासन प्रक्रियाओं, जिनमें देखभाल के मानक व ग्राहक का फीडबैक शामिल हो, को गर्भनिरोधक कार्यक्रम का सामान्य हिस्सा बनाया जाए।

WHO सिफारिश क्रमांक 5.2

सिफारिश करें कि दीर्घावधि बहाली-योग्य गर्भनिरोधक (LARC) विधियों के मामले में लगाने व निकालने की सेवाएं शामिल की जाएं, और उस स्थान पर साइड प्रभाव सम्बंधी परामर्श भी उपलब्ध हो।

WHO सिफारिश क्रमांक 5.3

सिफारिश करें कि गर्भनिरोधक शिक्षा, जानकारी व सेवाओं के प्रदाय को लेकर स्वास्थ्य सेवा कर्मियों का दक्षता-आधारित सतत प्रशिक्षण और निरीक्षण किया जाए। दक्षता-आधारित प्रशिक्षण WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार हो।

देखभाल की गुणवत्ता गर्भनिरोधक उपयोग का प्रमुख निर्धारक है। हाल ही में, जर्मैनी (2013) ने छः कार्रवाइयों की रूपरेखा प्रस्तुत की है जो मानव अधिकार मानकों के अनुरूप गुणवत्ता स्तर सुनिश्चित करने के लिए ज़रूरी हैं (इनमें से कुछ को WHO की गुणवत्ता सम्बंधी सिफारिशों में संबोधित किया गया है):

- गर्भनिरोधक विधियों की बड़ी से बड़ी रेंज
- ठीक-ठाक सुविधाएं, उपकरण व सामग्री
- सेवा प्रदाताओं का प्रशिक्षण व निरीक्षण
- एकीकृत यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का अनिवार्य पैकेज जिस पर मूलतः अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या व विकास सम्मेलन के एक्शन कार्यक्रम (पैरा 7.6) में सहमति हुई थी।
- आउटरीच (केंद्रों से बाहर विस्तार) और संप्रेषण
- गुणवत्ता आश्वासन व्यवस्था, निगरानी, व्यक्तियों के लिए शिकायत निवारण और नीतिगत असफलताओं के लिए सुधार के उपाय की व्यवस्था और पहुंच में भेदभाव व अन्य समस्याओं को रोकने व दुरुस्त करने की व्यवस्था" [60]।

गुणवत्ता का आश्वासन गुणवत्ता प्रबंधन का ही एक घटक है, जिसके तहत ऐसी प्रक्रियाएं व व्यवस्थाएं स्थापित की जाती हैं कि उत्पाद व सेवाएं निर्धारित मापदंडों को पूरा कर सकें। भारत ने कई स्थानों पर नसबंदी सेवाओं के लिए गुणवत्ता के मानकों का उल्लेख किया है। बॉक्स 16 व बॉक्स 18 में भारत सरकार के चुनिंदा दस्तावेज़ों में मौजूद गुणवत्ता मानकों के कुछ उदाहरण दिए गए हैं।

बॉक्स 16 गुणवत्ता आश्वासन के मानक

गुणवत्ता आश्वासन समितियां

यह सुनिश्चित करने के लिए कि भारत सरकार द्वारा निर्धारित पुरुष व स्त्री नसबंदी के मानकों का पालन ऑपरेशन-पूर्व प्रक्रियाओं (उदाहरण के लिए, पैथॉलॉजी जांच, स्वास्थ्य व मरीज़ वगैरह के संदर्भ में) और ऑपरेशन की सुविधाओं (जैसे पर्याप्त ज़रूरी उपकरण और संक्रमण-रहित परिस्थिति और ऑपरेशन-उपरांत फॉलो-अप) के संदर्भ में किया जा रहा है, राज्य व ज़िला स्तर पर गुणवत्ता आश्वासन समितियों का गठन किया जाएगा। गुणवत्ता आश्वासन समिति की यह ज़िम्मेदारी होगी कि वह हर छः माह में नसबंदियों की संख्या तथा नसबंदी की वजह से होने वाली मौतों व जटिलताओं की रिपोर्ट तैयार करके प्रकाशित करे। समिति की बैठक तीन माह में कम से कम एक बार होगी।

स्रोतः *Manual for Family Planning Insurance Scheme (परिवार नियोजन बीमा योजना का मैनुअल), भारत सरकार, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय, जनवरी 2008*

अध्याय 3

नसबंदी सेवाओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन पुस्तिका (2006)

इसमें इंफ्रास्ट्रक्चर व उपकरणों की चेकलिस्ट दी गई है जो उस स्थल पर होने चाहिए जहां नसबंदियां की जाएंगी। इस पुस्तिका में जानकारी-आधारित सहमति का एक विस्तृत फॉर्म तथा ऑपरेशन से पूर्व आकलन का प्रपत्र दिया गया है।

स्रोत: *Quality Assurance Manual for Sterilization Services, (नसबंदी सेवाओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन मैनुअल), अनुसंधान अध्ययन व मानक विभाग, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, जनवरी 2006*

गर्भनिरोध सेवाओं की गुणवत्ता के हक-आधारित नज़रिए में कम से कम दो प्रमुख तत्व होते हैं: देखभाल के चिकित्सकीय मानकों की गुणवत्ता का आश्वासन; और गर्भनिरोध सेवाओं से ग्राहक की अपेक्षाएं पूरी करने की क्षमता। चिकित्सकीय देखभाल की गुणवत्ता प्रायः निरीक्षण, चिकित्सकीय समीक्षा व मूल्यांकन और भारतीय मानक संगठन जैसे गुणवत्ता आश्वासन निकायों द्वारा प्रमाणीकरण/सम्बद्धता के माध्यम से सुनिश्चित की जाती है। ग्राहकों का फीडबैक प्राप्त करने के कुछ तरीके हैं - सुझाव पेटी, औपचारिक समीक्षा समितियां जिनमें ग्राहक भागीदारी करते हैं, समय-समय पर सेवा का उपयोग करने के बाद ग्राहकों से साक्षात्कार, ग्राहकों के परिप्रेक्ष्य के अध्ययन। बॉक्स 17 में एक अध्ययन के माध्यम से पता की गई ग्राहकों की गर्भनिरोध सेवाओं से अपेक्षाएं दर्शाई गई हैं [61]।

बॉक्स 17 एक अच्छी परिवार नियोजन सेवा क्या होती है: महिलाओं का नज़रिया

- क्लीनिक का समय ग्राहकों के कार्य के समय के अनुरूप हो
- प्रतीक्षा की अवधि कम हो
- प्रदाताओं से सम्मान मिले
- यह एहसास कि प्रदाता हमदर्दी रखते हैं
- प्रदाता ध्यान से सुनें
- प्रदाताओं द्वारा ग्राहकों के आराम का ख्याल
- परामर्श, शारीरिक जांच और प्रक्रियाओं के दौरान निजता
- यह आश्वासन कि प्रदाता उनकी निजी जानकारी को गोपनीय रखेंगे
- ग्राहकों की स्वास्थ्य सम्बंधी ज़रूरतों की पूर्ति/समस्याओं का निराकरण

स्रोत: *क्रील एल.सी., सास जे.वी., विंजर, एन.वी., Client-centred quality: Clients' perspectives and barriers to receiving care (2002), New Perspectives on QOC. No. 2. (ग्राहक-केंद्रित गुणवत्ता: ग्राहकों के परिप्रेक्ष्य और सेवा प्राप्त करने में बाधाएं, देखभाल की गुणवत्ता पर नए परिप्रेक्ष्य क्र. 2), न्यूयॉर्क, पॉपुलेशन कौंसिल एंड पॉपुलेशन रेफरेंस ब्यूरो। <http://www.prb.org/pdf/NewPerspQoC-Clients.pdf>. 19 नवंबर 2013 को देखा गया।*

अध्याय 3

अच्छी गुणवत्ता की गर्भनिरोध सेवाओं का एक प्रमुख तत्व यह है कि ग्राहकों को यह विश्वास हो कि यदि वे किसी कारण से गर्भनिरोध विधि का उपयोग बंद करना चाहेंगे तो उनके फैसले का सम्मान किया जाएगा; और इंट्रायुटेराइन साधन या अन्य ऐसे किसी साधन को निकालने की सेवा उसी केंद्र पर या ठीक-ठाक फासले के अंदर किसी केंद्र पर वहनीय दामों पर प्रदान की जाएगी और इसमें अनावश्यक विलंब नहीं होगा। उदाहरण के लिए, यदि ग्राहक कोई दवाई या गर्भनिरोध विधि को बंद करना चाहे, तो यह स्टाफ का दायित्व होगा कि वे ग्राहक के साथ इसके कारणों पर बातचीत करें और उपयुक्त विकल्प की पेशकश करें अथवा यदि ग्राहक गर्भवती होना चाहती है तो उसे ज़रूरी समर्थन व जानकारी प्रदान करें।

प्रदाता की तकनीकी दक्षता देखभाल की गुणवत्ता का एक प्रमुख पहलू है। इसके अलावा, गर्भनिरोध सेवाओं के प्रावधान के लिए मानक प्रोटोकॉल का विकास और उपयोग भी उच्च तकनीकी गुणवत्ता का एक तत्व है। इसे सुनिश्चित करने के लिए ज़रूरी होगा कि गर्भनिरोध सेवा प्रदाताओं को समय-समय पर WHO के नवीनतम क्लीनिकल दिशानिर्देशों के अनुसार प्रशिक्षण दिया जाए।

बॉक्स 18 आईयूसीडी लगाने के मानक

इस मैनुअल का मकसद है कि सारे प्रदाताओं को आईयूसीडी के बारे में नवीनतम जानकारी हो और वे उच्च गुणवत्ता की सेवाएं दे सकें जो सुरक्षित हों और ग्राहक-केंद्रित हों। यह एक प्रयास है कि आईयूसीडी के प्रशिक्षण पक्ष को पुनर्जीवित किया जाए, जिसका मकसद है कि आईसीयूडी को भारत के परिवार कल्याण कार्यक्रम में अंतराल विधि के रूप में नए सिरे से स्थान दिलाया जाए।

मैनुअल में जांच-पूर्व तैयारी, लगाने व निकालने, लगाने के समय, लगाने के बाद आकलन, सेवा की गुणवत्ता तथा कई बातों के मानक निर्धारित किए गए हैं।

स्रोतः IUCD Reference Manual for Medical Officers (चिकित्सा अधिकारियों के लिए आईयूसीडी संदर्भ पुस्तिका) परिवार नियोजन विभाग, स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, जुलाई 2007

निगरानी चेकलिस्ट 14

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या गुणवत्ता का आश्वासन, जिसमें गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं भी शामिल हों, यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम दिशानिर्देश का अंग है?	क्या कार्यक्रम और केंद्र के स्तर पर गर्भनिरोधक सेवाओं के बारे में ग्राहकों का फीडबैक प्राप्त करने की प्रक्रियाएं व व्यवस्थाएं मौजूद हैं? क्या फीडबैक को सेवा प्रदाय में परिवर्तन/सुधार के लिए उपयोग के कोई उदाहरण हैं?
क्या देखभाल के विभिन्न स्तरों पर गर्भनिरोध सेवा प्रदाय की गुणवत्ता के मानक बताए गए हैं?	क्या सेवा के प्रोटोकॉल में इस बात का स्पष्ट उल्लेख है कि ग्राहक को यह अधिकार है कि वह आईयूसीडी या इम्प्लांट जैसे दीर्घावधि गर्भनिरोधक निकालने का अनुरोध कर सकती है?

चेकलिस्ट 14 अगले पृष्ठ पर जारी...

अध्याय 3

क्या बजट प्रावधान गुणवत्ता के मानकों के पालन के लिए पर्याप्त है?	क्या गर्भनिरोधकों के बारे में प्रदाता के ज्ञान व तकनीकी दक्षता के नियमित नवीनीकरण की कोई व्यवस्था है?
क्या गर्भनिरोध सेवाओं के नियमित ऑडिट व निगरानी की कोई प्रक्रिया विद्यमान है?	

6 गर्भनिरोध के बारे में जानकारी आधारित निर्णय

WHO सिफारिश क्रमांक 6.1

जानकारी आधारित निर्णय को संभव बनाने के लिए गर्भनिरोधकों के बारे में प्रमाण-आधारित, समग्र जानकारी, शिक्षा व परामर्श की सिफारिश करें।

WHO सिफारिश क्रमांक 6.2

सिफारिश करें कि प्रत्येक व्यक्ति को, बगैर किसी भेदभाव के, आधुनिक गर्भनिरोधकों (आपातकालीन, लघु अवधि, दीर्घावधि और स्थायी तरीके) में से अपने उपयोग के लिए तरीके का चुनाव करने के लिए जानकारी-आधारित निर्णय का अवसर सुनिश्चित किया जाए।

ग्राहक की स्वायत्तता और जानकारी आधारित निर्णय का अधिकार हक-आधारित गर्भनिरोध सेवा के महत्वपूर्ण अंग हैं। गर्भनिरोध के संदर्भ में 'जानकारी-आधारित निर्णय' का मतलब होता है कि ग्राहक गर्भनिरोधकों के विभिन्न विकल्पों की जानकारी सुनने के बाद अपने जीवन की परिस्थितियों के अनुरूप निर्णय करे। इसका मतलब यह भी होता है कि यदि कोई ग्राहक सारी प्रासंगिक जानकारी हासिल करने के बाद किसी भी विधि का उपयोग न करने का निर्णय करे तो भी यह एक सफल परिणाम माना जाएगा [62]।

जानकारी-आधारित निर्णय के लिए ग्राहक को प्रत्येक विधि के बारे में कम से कम निम्नलिखित जानकारी अवश्य मिलेः

- लाभ और ज़ोखिम, जिसमें व्यक्ति की विशिष्ट परिस्थिति को ध्यान में रखते हुए यह जानकारी शामिल होना चाहिए कि वह विधि यौन वाहित संक्रमण/एचआईवी/एड्स से किस तरह रक्षा करती है।
- वे परिस्थितियां जिनमें उस विधि के उपयोग की सिफारिश नहीं की जा सकती।
- सामान्य साइड प्रभाव [63]।

गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में जानकारी-आधारित निर्णय को सुगम बनाने के लिए कुछ तरीके नीचे बताए जा रहे हैं।

- गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी देने को एकबारगी गतिविधि बनाना। सशक्त बनाने वाली जानकारी देने की रणनीति का एक उदाहरण इंडोनेशिया की 'स्मार्ट पेशिएंट' पहल है। इसके अंतर्गत स्त्री-पुरुषों को गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी सामुदायिक आउटरीच कार्यक्रम में दी जाती है ताकि वे विभिन्न विधियों के लाभ-हानि के विषय में सोचें, एक-दूसरे से चर्चा करें और उसके बाद जानकारी-आधारित निर्णय लें [64]।

- विविध लोगों को शामिल करने का एक तरीका है जानकारी देने की विभिन्न शैलियों और स्थानों का चयन।
- ग्राहक अक्सर सेवा प्रदाता से अनुरोध करते हैं कि वे ही उनके लिए निर्णय ले लें क्योंकि पारंपरिक रूप से तो उन्हें निर्णय लेने को प्रेरित नहीं किया जाता है। उनके लिए समस्या 'सुलझाने' की बजाय प्रदाता तब ग्राहक की सबसे अधिक मदद करेंगे जब वे उन्हें विभिन्न विकल्पों का आकलन करके जानकारी-आधारित निर्णय लेने में मदद करेंगे।
- 'सोच-समझकर सहमति' की अवधारणा को गर्भनिरोध सेवाओं के संदर्भ में क्रियांवित किया जाना चाहिए। जानकारी प्राप्त करने के बाद ग्राहक को एक प्रश्नावली (अधिक से अधिक 10 प्रश्न) के जवाब देने को कहा जा सकता है; यदि आधे से ज़्यादा उत्तर गलत हों, तो जानकारी व परामर्श को दोहराया जाना चाहिए।
- जब दम्पति को साथ-साथ परिवार नियोजन का परामर्श दिया जाता है, तो प्रदाता को पुरुष व स्त्री के बीच गैर-बराबरी के प्रति सचेत रहना चाहिए और सुनिश्चित करना चाहिए कि पुरुष निर्णय प्रक्रिया पर हावी न हो। संयुक्त परामर्श सत्र के दौरान पुरुष द्वारा निर्णय पर हावी होने के कुछ उदाहरण यहां दिए जा रहे हैं। पत्नी से पूछे गए गए कई सवालों के जवाब पति ही देता है; जब पत्नी बोलती है तो वह बीच में अड़ंगा लगाता है या उसकी बात में सुधार करता है; या महिला चुप रहती है और पति को ही बोलने का काम करने देती है। यदि ऐसा होता है, तो संयुक्त परामर्श अच्छा तरीका साबित नहीं होगा।
- परामर्शदाताओं को चाहिए कि ग्राहकों को गर्भनिरोध की सारी विधियों की जानकारी देते समय अपनी मान्यताएं, विश्वास या नैतिक मूल्यों को आड़े न आने दें। उदाहरण के लिए, हो सकता है कि प्रदाता आपातकालीन गर्भनिरोधक देने से इन्कार कर दें क्योंकि वे मानते हैं कि इससे गर्भपात हो जाता है। उपयुक्त यौन व्यवहार को लेकर पितृसत्तात्मक मूल्यों के चलते प्रदाता शायद किशोरों, युवा लोगों या अकेले व्यक्तियों को गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी देने से इन्कार कर दें। हो सकता है कि ग्राहक को स्थायी (ना पलटने योग्य) गर्भनिरोधक विधियों की जानकारी न दी जाए क्योंकि प्रदाता को लगता है कि ग्राहक का परिवार अभी पूरा नहीं हुआ है।
- जानकारी आधारित निर्णय का एक प्रमुख घटक यह है कि ग्राहक को गर्भनिरोध की किसी भी विधि को अपनाने से इन्कार करने का अधिकार है। इस घटक का मतलब होता है कि सुरक्षित गर्भपात की सेवाएं उपलब्ध हों - यह भी जानकारी-आधारित निर्णय प्रक्रिया का अंग होना चाहिए।

अध्याय 3

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 15

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या परामर्श व सेवा प्रदाय के दिशानिर्देशों व प्रोटोकॉल में गर्भनिरोध के संदर्भ में जानकारी आधारित निर्णय के तत्व और प्रक्रियाओं का उल्लेख है?	वास्तव में क्या सारे ग्राहकों को गर्भनिरोध की सारी विधियों की ज़रूरी जानकारी (उपरोक्तानुसार) मिलती है?
क्या प्रदाता जानकारी आधारित निर्णय प्रक्रिया के प्रति जागरूक और प्रशिक्षित हैं?	एचआईवी पॉज़िटिव महिलाओं और आश्रय घरों जैसी संस्थाओं में रहने वाली (अवयस्क) महिलाओं की क्या स्थिति है - क्या वे जानकारी आधारित निर्णय ले पाती हैं?
क्या प्रदाताओं के पास ऐसे संसाधन हैं कि वे ग्राहक द्वारा जानकारी-आधारित निर्णय को सुनिश्चित कर सकें? क्या पोस्टर, जानकारी व शैक्षिक सामग्री स्थानीय भाषा में उपलब्ध है और प्रदर्शित की गई है?	

7 सेवा प्रदाय में निजता और गोपनीयता

WHO सिफारिश 7.1

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध जानकारी और सेवाओं के प्रदाय की पूरी अवधि में व्यक्ति की निजता का सम्मान किया जाए, जिसमें चिकित्सकीय व अन्य व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता शामिल हो।

निजता "स्वयं के बारे में उस जानकारी पर नियंत्रण का अधिकार है जो दूसरों के पास है" [65]। निजता का यह आशय भी लगाया जाता है कि यह किसी व्यक्ति का अधिकार है कि उसे उसकी मर्ज़ी के खिलाफ शारीरिक रूप से उघाड़ा नहीं जाएगा। गोपनीयता "उन लोगों का दायित्व है जो निजी जानकारी हासिल करते हैं कि वे इसे मरीज़ की मर्ज़ी के बगैर उजागर नहीं करेंगे" [65]। गोपनीयता वह व्यवस्था है जिसके ज़रिए प्रदाता ग्राहक की निजता के अधिकार की रक्षा करते हैं [66]।

निजता का बचाव और गोपनीयता बनाए रखना स्वास्थ्य देखभाल के हर क्षेत्र में ज़रूरी है। यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते समय ये और भी महत्वपूर्ण हो जाते हैं क्योंकि निजता व गोपनीयता बरतने में नाकामी की वजह से ग्राहक का सेवा पर से भरोसा उठ सकता है। हो सकता है कि कुछ परिस्थितियों में यह माना जा सकता है कि विस्तारित परिवार तथा पति/पत्नी को ग्राहक के गर्भनिरोध सम्बंधी निर्णय की जानकारी पाने का 'अधिकार' है, मगर प्रदाता को सदा ग्राहक की निजता को बनाए रखने का प्रयास करना चाहिए, जब तक कि ग्राहक स्पष्ट रूप से अन्य लोगों को निर्णय में भागीदार बनाने की इच्छा ज़ाहिर न करे (ऐसा हो तो ग्राहक की इच्छा का सम्मान किया जाना चाहिए)। इसी प्रकार से, सांस्कृतिक परिवेश कुछ भी हो, यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी सेवाएं प्राप्त करने के इच्छुक युवा लोगों को निजता व गोपनीयता का अधिकार है।

अध्याय 3

निजता

दृश्य व श्रव्य दोनों तरह की निजता ज़रूरी है। दृश्य निजता सुनिश्चित करने के लिए कुछ आसान तरीके हैं, जैसे :

- पर्दों का उपयोग;
- प्रदाता जब ग्राहक से अंतर्क्रिया कर रहे हों या ग्राहक कपड़े पहन/उतार रहा हो, तब दरवाज़ा बंद कर देना और पर्दे खींच देना;
- यह सुनिश्चित करना कि जांच का पलंग खिड़की-दरवाज़ों से दूर हो;
- परामर्श या जांच क्षेत्र के दरवाज़े पर 'परेशान न करें' का बोर्ड लगाना;
- यह ध्यान रखना कि परामर्श या जांच के दौरान सहकर्मी आना-जाना न करते रहें।

श्रव्य निजता (अर्थात ग्राहक और परामर्शदाता/प्रदाता की बातचीत को अन्य लोग न सुन सकें) सुनिश्चित करने के लिए निम्नलिखित चीज़ें गर्भनिरोध सेवाओं की संस्कृति का अभिन्न अंग होनी चाहिए:

- धीमे बोलना;
- दरवाज़े बंद रखना;
- ग्राहक से ऐसी जगह पर बात न करना जहां अन्य लोग सुन सकते हों;
- यह सुनिश्चित करना कि सहकर्मी जांच अथवा परामर्श के स्थान पर आना-जाना न करते रहें, और अन्य मरीज़ आसपास न हों [66]।

गोपनीयता

ग्राहक के निजता के अधिकार की रक्षा के लिए ज़रूरी है कि प्रदाता ग्राहक से सम्बंधित सारी जानकारी को गोपनीय रखे। इसे सुनिश्चित करने के कुछ तरीके निम्नानुसार हैं [66]:

- चिकित्सा रिकॉर्ड्स को अनाम रखा जाए, और किसी सुरक्षित जगह पर, ज़रूरी हो तो ताले में, रखा जाना चाहिए;
- यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने वाले कर्मचारी किसी ग्राहक की स्वास्थ्य समस्या के बारे में सार्वजनिक स्थान पर चर्चा न करें, ग्राहक से भी नहीं। यह भी ध्यान रखा जाए कि ग्राहक की जानकारी समुदाय के किसी व्यक्ति के साथ साझा न करें, जैसे किसी डिफॉल्टिंग ग्राहक के फॉलो-अप के संदर्भ में;
- सेवा प्रदाय दल के किसी भी सदस्य, सहायक स्टाफ समेत, को ग्राहक-परामर्शदाता अंतर्क्रिया के दौरान या प्रदाताओं के बीच ग्राहक के बारे में बातचीत के दौरान उपस्थित रहने की अनुमति नहीं होनी चाहिए;
- व्यक्ति की स्पष्ट सहमति के बगैर उसकी जानकारी की चर्चा उसके साथी या परिवार के सदस्य के साथ नहीं की जानी चाहिए। साथी या परिवार के सदस्य को परामर्श/जांच सत्र में तभी बुलाया जाना चाहिए जब मरीज़ इसकी अनुमति दे [66]।

अध्याय 3

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 16

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या गर्भनिरोध जानकारी व सेवा सम्बंधी दिशानिर्देशों व प्रोटोकॉल्स में यह बताया गया है कि गर्भनिरोध सेवाएं चाहने वाले ग्राहकों (युवा ग्राहकों समेत) की निजता व गोपनीयता कैसे सुनिश्चित की जाए?	क्या प्रदाता निजता व गोपनीयता सुनिश्चित करने के महत्व को समझते हैं? क्या वे उसके अनुरूप काम करते हैं?
क्या स्थान की ज़रूरत सम्बंधी मानक श्रव्य व दृश्य निजता की ज़रूरत को ध्यान में रखकर बनाए गए हैं और क्या युवा लोगों के लिए प्रतीक्षा, परामर्श व जांच के लिए अलग स्थान का प्रावधान है?	क्या ग्राहक गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में निजता व गोपनीयता के पहलू से संतुष्ट हैं?
क्या निजता व गोपनीयता सुनिश्चित करने के लिए पर्याप्त इंफ्रास्ट्रक्चर सुविधा उपलब्ध है?	

8 गर्भनिरोध कार्यक्रम व नीति सम्बंधी निर्णय-प्रक्रिया में भागीदारी

WHO सिफारिश 8.1

सिफारिश करें कि समुदाय, खास तौर से प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित लोगों को गर्भनिरोध कार्यक्रम और नीति के निर्माण, क्रियांवयन और निगरानी के हर पहलू में सार्थक रूप से जुड़ने का अवसर मिले।

विभिन्न हितधारियों, खासकर कम शक्तिशाली व कम संसाधनों वाले हितधारियों की भागीदारी मानव अधिकार आधारित किसी भी कार्यक्रम का महत्वपूर्ण सिद्धांत है। स्वास्थ्य कार्यक्रमों में समुदाय या उपयोगकर्ताओं की भागीदारी का एक तरीका समितियां हैं: स्वास्थ्य केंद्र या क्लीनिक समितियां, स्वास्थ्य सुविधा स्तर की समितियां, और ग्राम स्वास्थ्य समितियां। इन समितियों की भूमिका का मूल्यांकन करने वाले कुछ अध्ययनों की व्यवस्थित समीक्षा से पता चलता है कि ये समितियां सेवा की जवाबदेही को बढ़ाने में कुछ हद तक कामयाब रही हैं। स्वास्थ्य समितियों की सफलता पर प्रभाव डालने वाले प्रमुख कारक थे: समिति व समूह के सदस्यों का चयन कैसे होता है और भागीदारी के प्रति उनका उत्साह; उन्हें वित्तीय व तकनीकी संसाधनों के रूप में भागीदारी के लिए समुचित समर्थन मिला या नहीं; और उन्हें किस हद तक स्वास्थ्य कर्मियों व स्वास्थ्य प्रबंधकों का सहयोग मिला [67]। भारत में ग्राम स्वास्थ्य, पोषण व स्वच्छता समितियां और रोगी कल्याण समितियां यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं व गर्भनिरोध सेवाओं के संदर्भ में उपयोगकर्ताओं के नज़रिए को जानने के उपयुक्त मंच हैं।

शोध साहित्य से यह स्पष्ट पता नहीं चलता कि सामुदायिक-भागीदारी की व्यवस्था किस हद तक गर्भनिरोध सम्बंधी सरोकारों को संबोधित करती है और जेंडर-विशिष्ट ज़रूरतों तथा हाशिए के लोगों की ज़रूरतों को मुखर करती है। समुदाय के अंदर सत्ता की ऊंच-नीच और सामाजिक स्तरीकरण के चलते संभव है कि समुदाय-आधारित ढांचे महिलाओं और कम शक्तिशाली समूहों को शामिल न कर पाएं और पितृसत्ता के प्रतिनिधि के रूप में गर्भनिरोध तथा यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं का विरोध करें [68]। दूसरी चुनौती यह हो सकती है कि नीतिकार, स्वास्थ्य प्रबंधक और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता जैसे ज़िम्मेदार लोग शायद सेवा के उपयोगकर्ताओं से सलाह-मशवरे की ज़रूरत को महसूस ही न कर पाएं।

भागीदारी वास्तव में हो, यह सुनिश्चित करने के लिए कुछ उपाय किए जा सकते हैं: महिलाओं व हाशिए के तबकों के लोगों के लिए कोटा तय करना; दक्षता-निर्माण गतिविधियों के ज़रिए उनमें सार्थक भागीदारी के हुनर विकसित करना; और ज़िम्मेदार लोगों में सामुदायिक भागीदारी की व्यवस्था को प्रोत्साहित करने व उसमें जुड़ने के लिए जानकारी व हुनर का विकास करना।

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 17

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या यौन व प्रजनन स्वास्थ्य नीति/कार्यक्रम में समुदाय के सदस्यों और सेवा के उपयोगकर्ताओं की नियमित भागीदारी व उनके साथ सलाह मशवरे की व्यवस्था बनाने के दिशानिर्देश हैं?	वास्तव में भागीदारी व्यवस्था का कितना हिस्सा कार्यशील है? उदाहरण के लिए, हाशिए के लोगों द्वारा कौन-से मुद्दे उठाए जाते हैं? इन्हें कैसे संबोधित किया जाता है? क्या फॉलो-अप किया जाता है?
आपके क्षेत्र में ग्राम स्वास्थ्य, पोषण व स्वच्छता समितियां और रोगी कल्याण समितियां कैसे काम करती हैं? यदि भागीदारी की प्रणाली अस्तित्व में है, तो इन समूहों के कितने सदस्य महिलाएं या हाशिए के समूहों से हैं? क्या ऐसे कोई विशिष्ट उपसमूह हैं जो ऐसी व्यवस्थाओं की सदस्यता से व्यवस्थित रूप से नदारद हैं?	वास्तव में बैठकों में उपस्थित रहने वाले सदस्यों में से कितनी महिलाएं या हाशिए के समूह के लोग हैं? आबादी के कौन-से तबके नदारद हैं?
क्या ऐसी कोई व्यवस्था है कि समलैंगिक महिलाओं, पुरुषों, द्विलिंगी (बायसेक्सुअल) व्यक्तियों और यौनांतरित (ट्रांसजेंडर) व्यक्तियों (LGBT) जैसे समूह अपनी ज़रूरतें व्यक्त कर सकें?	

9 जवाबदेही

WHO सिफारिश क्रमांक 9.1

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रदाय में व्यक्तिगत व तंत्र के स्तरों पर जवाबदेही की कारगर प्रक्रियाएं स्थापित की जाएं और वे सुगम हों, जिसमें निगरानी व मूल्यांकन तथा निराकरण व शिकायत निवारण शामिल हों।

WHO सिफारिश क्रमांक 9.2

सिफारिश करें कि सारे कार्यक्रमों का मूल्यांकन व निगरानी हो ताकि सेवाओं की सर्वोच्च गुणवत्ता तथा मानव अधिकारों का सम्मान सुनिश्चित हो।

सिफारिश करें कि जिन परिस्थितियों में प्रदर्शन आधारित वित्तपोषण व्यवस्था (PBF) स्थापित है, वहां जांच पड़ताल की व्यवस्था स्थापित की जाए, जिसमें दबाव से मुक्त कामकाज और मानव अधिकारों की सुरक्षा शामिल हो। यदि PBF होता है, तो गर्भनिरोधक उपलब्धता बढ़ाने में इसकी प्रभाविता तथा ग्राहकों पर इसके असर का आकलन करने हेतु शोध किया जाए।

अध्याय 3

जवावदेही को इस तरह परिभाषित किया जा सकता हैः "सत्ताधारियों द्वारा अपनी क्रियाओं की ज़िम्मेदारी उठाने का दायित्व...उन नागरिकों के प्रति जिन्हें मांग करने का अधिकार है" [69]। कार्यक्रम के ढांचे में जवाबदेही की अवधारणा के तीन तत्व होते हैंः इस बात का ध्यान रखना कि क्या हो रहा है, कब हो रहा है और किसे हो रहा है और क्या नहीं हो रहा है; उद्देश्यों, लक्ष्यों और बेंचमार्क्स के रूबरू प्रगति की समीक्षा करना, आबादी के विभिन्न समूहों के बीच प्रगति के अंतर पर ध्यान देना और प्रगति में मददगार व बाधक कारकों को पहचानना; और प्रदर्शन को बेहतर बनाने तथा उन लोगों की शिकायत निवारण हेतु कार्रवाई जिन्हें कार्यक्रम से ठीक सेवा नहीं मिली है।

जवाबदेही की प्रणाली अंतर्राष्ट्रीय से लेकर स्थानीय तक विभिन्न स्तरों पर अस्तित्व में है। गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के अधिकार समेत प्रजनन अधिकार अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधियों पर टिके हैं। उदाहरण के लिए इनमें अंतर्राष्ट्रीय आर्थिक, सामाजिक व सांस्कृतिक प्रतिज्ञा पत्र, समस्त नस्लीय भेदभाव समाप्ति संधि, बाल अधिकार संधि, महिलाओं के विरुद्ध हर तरह के भेदभाव को समाप्त करने की संधि, और विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों सम्बंधी संधि शामिल है। जिन सरकारों ने इन संधियों का अनुमोदन किया है वे वचनबद्ध हैं कि उन समितियों के समक्ष नियमित रूप से रिपोर्ट प्रस्तुत करें जो इन संधियों के तहत राज्यों के दायित्व की निगरानी करती हैं। समितियां इन रिपोर्ट्स के आधार पर राज्यों के प्रतिनिधियों से रचनात्मक संवाद करती हैं और फिर अपने निष्कर्ष जारी करती हैं। वे सकारात्मक पक्षों की प्रशंसा करती हैं मगर चिंताएं भी ज़ाहिर करती हैं और भावी कार्रवाई के सुझाव देती हैं। यह वैश्विक स्तर पर लागू जवाबदेही प्रणाली का एक उदाहरण है। इसके अलावा, गैर सरकारी संगठन उन्हीं निगरानी समितियों को 'वैकल्पिक रिपोर्ट' प्रस्तुत करके अपनी सरकारों को जवाबदेह ठहरा सकते हैं। रिपोर्ट में वे भूल-चूक, खामियों या सरकारी रिपोर्ट की त्रुटियों की ओर ध्यान दिला सकते हैं।

राष्ट्रीय व उप-राष्ट्रीय स्तर पर जवाबदेही की प्रणाली में मानव अधिकार आयोग, पेशेवर अनुशासनात्मक कार्रवाई, वार्षिक स्वास्थ्य व स्वास्थ्य स्थिति विशेष की समीक्षाएं (जैसे कॉमन रिव्यू मिशन) वगैरह शामिल हैं।

सिविल सोसायटी के किरदारों ने 'सामाजिक जवाबदेही' प्रणालियों के ज़रिए सरकारों को जवाबदेह ठहराने में भूमिका निभाई है। बजट विश्लेषण ऐसी ही एक गतिविधि है। सरकार द्वारा किसी कार्यक्रम के लिए आवंटित राशि को उसकी वास्तविक प्राथमिकता का सूचक माना जा सकता है, चाहे उसके नीति दस्तावेज़ कुछ भी कहें। सूचना का अधिकार कानून का उपयोग पारदर्शिता और जवाबदेही की मांग करने का एक और तरीका है।

चाहे प्रगति का जायज़ा किसी भी ढंग से लिया जाए, महत्वपूर्ण बात यह है कि सूचक मानव अधिकारों पर आधारित हों। उदाहरण के लिए इसका अर्थ यह है कि हम गर्भनिरोधक उपयोग की दर जैसे अंतिम परिणामों पर ही ध्यान नहीं देंगे, बल्कि उन प्रक्रियाओं पर भी ध्यान देंगे जिनसे यह पता चले कि इन परिणामों को हासिल करते हुए मानव अधिकारों को बढ़ावा मिला या कम से कम मानव अधिकारों का उल्लंघन नहीं हुआ था।

मानव अधिकार के ढांचे में जवाबदेही के तहत संवेदनशीलता, उत्तर देने की बाध्यता और भूल-सुधार के तत्व शामिल हैं। स्वास्थ्य के क्षेत्र में औपचारिक भूल-सुधार प्रक्रियाओं का मकसद उस चीज़ को दुरुस्त करना है जो गलत हो गई है। इसके तहत "अधिकारिक मंच होते हैं जहां व्यक्ति अपने हक की अपनी समझ को प्रस्तुत कर सकता है और ध्यानपूर्वक सुनवाई पा सकता है और या तो व्याख्या या क्षतिपूर्ति प्राप्त कर सकता है [70]।" राष्ट्रीय (व प्रांतीय) मानव अधिकार आयोग सुधार व शिकायत निवारण प्रणाली के उदाहरण हैं। जिन देशों में अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधियों के अनुरूप 'स्वास्थ्य का अधिकार' राष्ट्रीय कानूनों में शामिल कर लिया गया है, वहां देश की अदालतें भूल सुधार व क्षतिपूर्ति की

कारगर प्रणाली हो सकती हैं। अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर CEDAW समिति शिकायत की प्रक्रियाओं का निरीक्षण करती है। इसमें महिलाओं के प्रजनन अधिकारों के उल्लंघन की शिकायतें भी शामिल हैं। प्रजनन अधिकारों के उल्लंघन के मामले में CEDAW का रिकॉर्ड अच्छा रहा है [71]। अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर यूएन रेपोर्ट्योर फॉर हेल्थ एक और कार्यालय है जो राष्ट्र की सरकारों के साथ मध्यस्थता कर सकता है।

प्रदर्शन आधारित वित्तपोषण (PBF) के प्रादुर्भाव ने मानव अधिकार नज़रिए के सामने नई चुनौतियां खड़ी कर दी हैं। PBF स्वास्थ्य सेवा के प्रावधान और उपयोग को बहतर बनाने के लिए एक राष्ट्रीय औज़ार है जो "मापने-योग्य कार्य संपादित हो जाने पर प्रदाताओं को, भुगतान करने वालों को या उपभोक्ताओं को नगदी अथवा गैर-नगदी पारितोषिक देने पर आधारित है" [72]। इसके उदाहरण हैं: ग्राहकों को सशर्त नगद हस्तांतरण (CCT); या लक्ष्य पूरा करने पर प्रदाताओं को नगद प्रोत्साहन। PBF के प्रभाव के बारे में प्रमाणों से पता चलता है कि इसके कई नकारात्मक पहलू हैं। जैसे गुणवत्ता की बजाय मात्रा पर ज़ोर; कार्यक्रम द्वारा निर्धारित शर्तें या लक्ष्य पूरे करने वाले उपयोगकर्ताओं, प्रदाताओं और सेवा केंद्रों को पारितोषिक देकर असमानता में बढ़ावा मिलता है [73]। ये दोनों ही मानव अधिकार नज़रिए के विरुद्ध हैं।

निगरानी चेकलिस्ट क्रमांक 18

नीति/कार्यक्रम के स्तर पर	सेवा प्रदाय के स्तर पर
क्या राष्ट्रीय या प्रांतीय स्तर पर यौन व प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार सम्बंधी मुद्दों पर जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए समितियां है?	क्या यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा में प्रदर्शन आधारित वित्तपोषण अपना लिया गया है? क्या इसके परिणामों के अध्ययन हुए हैं? क्या PBF की वजह से कोई हाशिए का समूह नुकसान उठा रहा है?
क्या राष्ट्रीय मानव अधिकार आयोग को कानून का सहारा है? पिछले वर्ष में क्या उसे गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं सम्बंधी कोई शिकायत मिली है? इनमें से कितनी शिकायतों को संबोधित किया गया? कितनी का निवारण हुआ?	क्या सरकार मानव अधिकार संधि से जुड़े निकायों को नियमित रूप से रिपोर्ट भेजती है कि उसने उन संधियों में वर्णित प्रजनन अधिकारों की पूर्ति के लिए क्या किया जिनका उसने अनुमोदन किया है? मसौदा समिति में सिविल सोसायटी के प्रतिनिधियों या यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के पैरवीकारों का अनुपात कितना है?
मानव अधिकार आयोग, लोकपाल (ombudsman) कार्यालय या अन्य शिकायत निवारण संस्थाओं द्वारा प्राप्त/संबोधित/सुलझाई गई शिकायतों में से कितनी हाशिए के समूहों के सदस्यों की थीं?	क्या अंतर्राष्ट्रीय संधियों द्वारा स्वीकृत यौन व प्रजनन अधिकारों को घरेलू कानूनों में शामिल कर लिया गया है? उन कानूनों को पहचानिए जो शायद ऐसे यौन व प्रजनन अधिकारों का उल्लंघन करते हों।
क्या सरकार द्वारा यौन व प्रजनन स्वास्थ्य (गर्भनिरोध समेत) की प्रगति को आंकने के लिए प्रयुक्त कोई सूचक 'हक-आधारित' है?	

अध्याय 3

3.3 WHO की सिफारिशों से आगे: सेवा प्रदाताओं के अधिकारों की रक्षा व समर्थन

हक-आधारित गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं इस बात पर निर्भर हैं कि प्रदाताओं और सेवा प्रदाय टीम को किस हद तक तैयार किया गया है और उन्हें स्वास्थ्य तंत्र द्वारा कितना समर्थन मिलता है। लिहाज़ा हम सेवा प्रदाताओं के अधिकारों की रक्षा के कुछ ज़रूरी पक्षों की रूपरेखा प्रस्तुत कर रहे हैं हालांकि WHO के मार्गदर्शन दस्तावेज़ में इस मुद्दे की चर्चा स्पष्ट रूप से नहीं की गई है।

भेदभाव-मुक्त व सकारात्मक कार्रवाई

यदि स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से अपेक्षा है कि वे हक-आधारित व जेंडर-संवेदी मूल्य आत्मसात करें, तो यही मूल्य सेवा प्रदाताओं के कार्य के माहौल में भी झलकने चाहिए। इसमें नियुक्ति, काम की परिस्थितियां, कार्यस्थल पर सुरक्षा शामिल हैं। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य प्रदाताओं की भर्ती प्रक्रिया ऐसी होनी चाहिए कि कार्यदल जेंडर, नस्ल, धर्म, जाति के लिहाज़ से उस समुदाय की विविधता को प्रतिबिंबित करे जिसकी सेवा उसे करनी है। इसके लिए हो सकता है कि सकारात्मक कार्रवाई की नीतियों (जैसे आरक्षण), शिक्षा में दीर्घावधि निवेश और हाशिए के समूहों के व्यक्तियों के लिए प्रशिक्षण की ज़रूरत पड़े।

स्वास्थ्यकर्मियों को जाति, नस्ल, धर्म, जेंडर और यौन-रुझान के आधार होने वाले भेदभाव से सुरक्षा मिलनी चाहिए। भेदभावपूर्ण व्यवहार के प्रति शून्य सहनशीलता की नीति होनी चाहिए और ऐसी नीति के उल्लंघन के मामलों में शिकायत निवारण की व्यवस्था होनी चाहिए। प्रबंधन को समानता और भेदभाव से रहित व्यवहार के प्रति अपनी प्रतिबद्धता को कथनी और करनी दोनों में व्यक्त करना चाहिए।

कार्यस्थल पर सुरक्षा

स्वास्थ्यकर्मी अपने कार्यस्थल पर रोज़ाना स्वास्थ्य व सुरक्षा सम्बंधी कई जोखिमों का सामना करते हैं। स्वास्थ्य क्षेत्र के कर्मचारियों के लिए एक स्वास्थ्य व सुरक्षा नीति होनी चाहिए जो हर स्तर के स्वास्थ्यकर्मियों द्वारा झेले जाने वाने वाले जोखिमों के मुद्दे को संबोधित करे। यह खास तौर से आउटरीच व सामुदायिक सेवाओं में कार्यरत कर्मियों के लिए बहुत ज़रूरी है। कार्यस्थल पर हिंसा चिंता का एक प्रमुख विषय है। एक अनुमान के मुताबिक कार्यस्थलों पर होने वाली कुल हिंसा में से 25 प्रतिशत स्वास्थ्य क्षेत्र में होती है। चूंकि स्वास्थ्यकर्मियों का एक बड़ा हिस्सा महिलाएं होती हैं, इसलिए हिंसा की शिकार भी ज़्यादातर महिलाएं ही होती हैं [74]। अध्ययन बताते हैं कि यह हिंसा जेंडर-आधारित भी होती है [75]। सांप्रदायिकता, समलैंगिकों से घोर नफरत, नस्लवाद और अन्य पूर्वाग्रहों पर आधारित घृणाजनित अपराध भी जोखिम के कारण हैं।

मानव अधिकार आधारित व जेंडर संवेदी सेवा के लिए दक्षता निर्माण

स्वास्थ्य पेशेवरों का सेवा-पूर्व प्रशिक्षण उन्हें मानव अधिकारों, सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील या जेंडर-संवेदी तौर-तरीकों के लिए समुचित ढंग से तैयार नहीं करता। प्रजनन स्वास्थ्य/परिवार नियोजन सेवा प्रदाताओं के लिए मानव अधिकारों के सेवाकालीन प्रशिक्षण के कुछ मॉडल्स शुरुआती नवाचारों में देखने को मिलते हैं। जैसे, निकरागुआ और अल साल्वेडॉर में प्रायोगिक हस्तक्षेप के अनुभव जहां यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के क्षेत्र में डॉक्टरों और नर्सों में मानव अधिकार सम्बंधी क्षमता निर्माण का प्रयास किया गया। इससे पता चलता है कि मानव अधिकार प्रशिक्षण में समस्या सुलझाने के

हुनर विकसित करने पर ध्यान दिया जाना चाहिए जो प्रदाता में वास्तविक दुनिया में मानव अधिकारों और नैतिक दुविधाओं को पहचानने और उन पर अमल करने की क्षमता विकसित करे। उदाहरण के लिए, सेवाओं के मूल्यांकन (ऑडिट) और सेवा प्रदाय के दौरान बनाए गए वीडियो टेप की समीक्षा करना [76]।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को समर्थ बनाना

बड़ी संख्या में महिला सामुदायिक कार्यकर्ताओं को समुदाय-आधारित यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं, खास तौर से गर्भनिरोधक जानकारी व वितरण, प्रदान करने हेतु नियुक्त किया जाता है। इन्हें मानव अधिकार आधारित नज़रिया अपनाने में समर्थ बनाने में कुछ विशिष्ट चुनौतियां हैं।

उदाहरण के लिए, आशा की नियुक्त उसी समुदाय में से की जानी चाहिए जिसकी वे सेवा करेंगी [76]। ऊंच-नीच से परिपूर्ण समाजों में, 'सामुदायिक चयन' शायद अच्छा विकल्प न हो, और इसमें समुदाय में मौजूद जातिगत/जनजातीय/नस्ल-आधारित पूर्वाग्रह शायद सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के चयन में प्रमुख भूमिका निभाएं और किसी वर्चस्वपूर्ण सामाजिक समूह का व्यक्ति चुन लिया जाए। एक बार नियुक्त होने के बाद आशा का प्रशिक्षण एक प्रमुख पहलू है। जानकारी के पुट के अलावा प्रशिक्षण में मानव अधिकार और सामाजिक न्याय तथा जेंडर समता के मूल्यों पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए [78, 79]। ऐसा इसलिए क्योंकि संभवतः उनमें से कई ने समुदाय में वर्चस्वपूर्ण सांस्कृतिक मूल्यों और मानकों (जाति या जनजातीयता आधारित भेदभाव, अभिजात्यवाद) को आत्मसात कर लिया होगा जो शायद समता के समर्थक न हों। कार्यकर्ताओं को इन्हें भुलाना (unlearn करना) होगा।

आशा की सुरक्षा व हिफाज़त काफी जोखिम में होती है। हो सकता है कि जब वे मानव अधिकार के मुद्दे उठाएं तो उन्हें निहित स्वार्थों के अलावा खुद अपने समुदाय की प्रतिक्रिया का भी सामना करना पड़े [80, 81]। अक्सर देखा गया है कि सांस्कृतिक रिवाज़ मानव अधिकारों और समता के मूल्यों के विरोधी होते हैं। लिहाज़ा स्थानीय समुदाय से आने वाली आशा पर अतिरिक्त दबाव होता है कि वे मानव अधिकार के मूल्यों के समर्थन में संस्कृति व परंपराओं का विरोध करते हुए समुदाय में अपना स्थान भी बनाए रखें।

स्वास्थ्य तंत्र के सारे कार्यकर्ताओं की ही तरह सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को भी कर्मचारियों सम्बंधी अनुकूल नीति, प्रशिक्षण, मददगार निरीक्षण और सामग्री व उपकरणों की उपलब्धता के रूप में समर्थन की ज़रूरत होती है। यह सब हमेशा नहीं मिल पाता क्योंकि इस बात को लेकर अस्पष्टता है कि वे समुदाय के प्रतिनिधि हैं या स्वास्थ्य तंत्र के कर्मचारी हैं। आशा की भूमिका को लेकर अस्पष्टता का ही नतीजा है कि उसके समय व मेहनत की क्षतिपूर्ति बहुत कम व अन्यायपूर्ण होती है। उसकी नियुक्ति एक 'वालंटियर' के रूप में होती है और यदि भुगतान होता भी है तो मात्र विशिष्ट कार्यों के लिए तदर्थ भुगतान होता है। इस स्थिति पर कामगार अधिकार के एक मामले के रूप में पुनर्विचार किया जाना चाहिए।

ये चेकलिस्ट एक ग्रेडिंग प्रणाली उपलब्ध कराती हैं जिसकी मदद से यह नापा जा सकता है कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में हक-आधारित सिद्धांतों का पालन किस हद तक किया जा रहा है। चेकलिस्टों के माध्यम से अधिकारों के जो उल्लंघन उजागर होते हैं वे संवैधानिक अधिकारों, स्वास्थ्य के हासिल करने योग्य सर्वोच्च मानकों और उपलब्धता, सुगमता, स्वीकार्यता और गुणवत्ता के ढांचे से सम्बंधित हैं। एक बार अधिकारों के उल्लंघन की घटनाओं की जानकारी एकत्रित करने के बाद इसे किसी उपयुक्त स्तर पर निराकरण के लिए प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

जवाबदेही और निराकरण के लिए कुछ संभावित ढांचे और मंच निम्नलिखित हो सकते हैं:

- सामुदायिक निगरानी व्यवस्था, रोगी कल्याण समितियां - इन्हें काम करने को मजबूर करना होगा।
- चुने हुए प्रतिनिधि और ग्राम सभा समेत विभिन्न पंचायती राज संस्थाएं
- जन हित याचिका के माध्यम से कानूनी रास्ता

बेहतर होगा कि निराकरण का स्थान समुदाय के निकटतम हो - इससे प्रभावित व्यक्ति और समूह मुद्दे को अपना मानेंगे तथा उनकी भागीदारी में मदद मिलेगी। इसलिए, यह ज़रूरी है कि इन चेकलिस्टों का उपयोग समुदाय को संगठित करने के अन्य प्रयासों के साथ-साथ किया जाए। चेकलिस्टों से खामियों को रेखांकित करने में मदद मिलेगी जिनके आधार पर रणनीतिक पैरवी की योजना बनाई जा सकेगी। हालांकि अलग-अलग संदर्भों में विशिष्ट भावी कदमों की ज़रूरत होगी मगर यहां आगे बढ़ने के लिए कुछ सुझाव दिए जा रहे हैं। यदि आपको लगे कि सम्बंधित गर्भनिरोध कार्यक्रम WHO के तकनीकी दिशानिर्देशों के अनुरूप हक-आधारित सिद्धांतों की कसौटी पर खरा नहीं उतरता तो यहां कुछ सुझाव दिए जा रहे हैं जिनकी मदद से आप आगे बढ़ सकते हैं।[6]

प्राथमिकता के क्षेत्र पहचानें

चेकलिस्टों का उपयोग प्राथमिकता के उन प्रमुख क्षेत्रों को पहचानने हेतु किया जा सकता है जिन पर तुरंत पैरवी व ध्यान देने की ज़रूरत है। हो सकता है कि आप समस्या के संदर्भ, स्थिति की अर्जेंसी, उपलब्ध संसाधनों तथा पैरवी की वर्तमान व भावी ज़रूरतों जैसी विभिन्न कसौटियों के आधार पर कुछ खामियों को अन्य के मुकाबले अधिक प्राथमिकता देने का निर्णय करें। आप संदर्भ और स्थिति की अर्जेंसी के अनुसार अपनी मांगें भी तय कर सकते हैं - जैसे कि क्या आप सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करवाना चाहते हैं, शिकायत निराकरण और मुआवज़ा चाहते हैं या पहुंच के मार्ग की बाधाएं दूर करना चाहते हैं।

प्रमाण जुटाना

प्रमाण कई तरीकों से जुटाए जा सकते हैं। सूचकों का उपयोग खामी की व्यापकता के आकलन में भी किया जा सकता है और उस खामी के परिणामों के आकलन के लिए भी किया जा सकता है। दोनों ही खामी को दूर करवाने के लिए पैरवी के महत्वपूर्ण अंग हैं। यह कार्य स्थानीय स्तर पर आंकड़े इकट्ठे करके, अवलोकन अनुसंधान के ज़रिए, या पहले से मौजूद आंकड़ों, जैसे जनांकिक और स्वास्थ्य सर्वेक्षण, WHO डैटाबैंक वगैरह के विश्लेषण के ज़रिए किया जा सकता है। तथ्य-अन्वेषण, केस स्टोरी व मैदानी रिकॉर्ड समेत, भी पैरवी के लिए सशक्त औज़ार हो सकते हैं जो भावनात्मक स्फूर्ति भी देते हैं।

6 *विश्व स्वास्थ्य संगठन, Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations (गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में मानव अधिकार की सुनिश्चितीः मार्गदर्शन व सिफारिशें), जेनेवा WHO 2014*

अध्याय 4

हितधारियों की पहचान

उन हितधारियों को पहचानना भी ज़रूरी होता है जो सम्बंधित गर्भनिरोध कार्यक्रम में परिवर्तन ला सकते हैं। हालांकि ज़्यादातर प्रयास तो सरकारी निकायों और अधिकारियों (जैसे स्वास्थ्य मंत्रालय) के संदर्भ में किया जाएगा मगर कुछ अन्य ऐसे महत्वपूर्ण हितधारी होंगे जो सरकारों और गर्भनिरोध कार्यक्रम को प्रभावित कर सकते हैं। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं: सेवा प्रदाता, अन्य राष्ट्रीय व स्थानीय संगठन, और पूर्व-उल्लिखित गठबंधन और नेटवर्क्स (जैसे नेशनल कोएलिशन अगेन्स्ट टू चाइल्ड नॉर्म एंड कोएर्सिव पॉपुलेशन पॉलिसीस, जन स्वास्थ्य अभियान, वगैरह), कानूनी बिरादरी, WHO जैसे अंतर्राष्ट्रीय संगठन और ARROW जैसे क्षेत्रीय पैरवी संगठन। विभिन्न हितधारियों के साथ संवाद शुरू करने व बनाए रखने के लिए ज़रूरी है कि इस बात का विश्लेषण किया जाए कि वे क्या भूमिका निभा सकते हैं और वे मुद्दे पर किस तरह की प्रतिक्रिया देंगे।

पैरवी के लिए महत्वपूर्ण मंचों की पहचान

प्रमुख घटनाओं/कार्यक्रमों में उपस्थित रहना अनिवार्य है, न सिर्फ इसलिए कि इससे आपको पैरवी के लिए जानकारी मिलती है बल्कि इसलिए भी कि यहां आपका संपर्क पैरवी को आगे बढ़ाने के लिए सही लोगों से होता है। पैरवी के प्रमुख मंचों और वहां उपस्थित रहने वाले लोगों की पहले से पहचान करने से पैरवीकारों को ऐसे कार्यक्रमों में अपने हस्तक्षेप की योजना बनाने के लिए ज़रूरी जानकारी मिलेगी। हस्तक्षेप के तहत हितधारियों से अलग-अलग बातचीत, सूचना पर्चे या प्रकाशनों का वितरण और साइड कार्यक्रम का आयोजन शामिल हो सकते हैं। पैरवी का कोई एक तरीका नहीं है, हर परिस्थिति के लिए अलग तरीके की दरकार होती है।

संदर्भ

1 विश्व स्वास्थ्य संगठन, *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and Recommendations* (गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में मानव अधिकार की सुनिश्चितीः मार्गदर्शन व सिफारिशें), जेनेवा WHO 2014

2 Singh S and Darroch JE. *Adding it up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012.* (गर्भनिरोध सेवाओं की लागत व लाभ) New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 2012. यहां देखाः <http: www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>

3 Santhya K.G, *Changing Family Planning Scenario in India: An Overview of Recent Evidence* (भारत में परिवार नियोजन का बदलता परिदृश्यः हाल के प्रमाणों का सिंहावलोकन), Population Council, New Delhi, Regional Working Papers, 2003

4 *Family Planning in India: A Need To Review Our Current Approaches - A Briefing Paper* (भारत में परिवार नियोजनः अपने वर्तमान तरीके को बदलने की ज़रूरत - एक समीक्षा पर्चा). National Coalition against Two Child Norm and Coercive Population Policies.

5 World Health Organization. *Ensuring Human Rights In The Provision of Contraceptive Information And Services: Guidance And Recommendations* (गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रावधान में मानव अधिकारों की सुनिश्चिती) जेनेवा, WHO, 2014.

6 Paragraph 12 b of General comment No. 14 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 22nd session): The right to the highest attainable standard of health – article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) (सामान्य टिप्पणी क्र. 14 का पैरा 12 बी (आर्थिक, सामाजिक व सांस्कृतिक अधिकार समिति 22वां सत्र): स्वास्थ्य के सर्वोच्च हासिल किए जा सकने वाले स्तर का अधिकार - अंतर्राष्ट्रीय आर्थिक, सामाजिक व सांस्कृतिक अधिकार संधि का अनुच्छेद 12), जेनेवाः राष्ट्र संघ आर्थिक व सामाजिक परिषद 2000 (E/C.12/2000/4, http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En

7 UNFPA and Harvard School of Public Health. *A Human Rights-Based Approach to Programming. Practical Implementation Manual And Training Materials* (राष्ट्र संघ जनसंख्या कोश और हारवर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, कार्यक्रम निर्माण का मानव अधिकार आधारित नज़रियाः व्यावहारिक क्रियांवयन मैनुअल व प्रशिक्षण सामग्री), न्यूयॉर्क, राष्ट्र संघ जनसंख्या कोश, 2010, पृष्ठ 18

8 European Anti-Poverty Network Ireland. *A handbook on using a Human Rights-Based Approach to social exclusion and equality* (सामाजिक बहिष्कार व समानता के लिए मानव अधिकार आधारित तरीके के उपयोग हेतु कार्यपुस्तिका) यहां देखेंः <http://www.eapn.ie/eapn/wp-content/uploads/2009/10/handbook-on-using-a-human-rights-approach-to-achieve-social-inclusion-and-equality.pdf> Page 9.

9 Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent.* (जानकारी-आधारित सहमति का इतिहास व सिद्धांत), न्यूयॉर्क, ऑक्सफोर्ड युनिवर्सिटी प्रेस, 1986.

10 Open Society Foundation. *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (उसकी मर्ज़ी के खिलाफः दुनिया भर में महिलाओं की जबरन व डरा-धमकाकर नसबंदी), New York, Open Society Foundations, 2011. At: <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/against-her-will-20111003.pdf>

11 Khan ME, Barge S and Kumar N. *Availability and Access to Abortion Services in India: Myth and Realities* (भारत में गर्भपात सुविधाओं की उपलब्धता और उन तक पहुंचः मिथक और यथार्थ) Paper presented at the IUSSP Conference, Brazil, 2001, pages 11-12.
At: <http://www.archive iussp.org/Brazil2001/s20/S21_P10_Barge.pdf>

12 UNFPA. *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement* (जबरन, दबावपूर्ण तथा अन्य किस्म की अनैच्छिक नसबंदियों के खात्मे की कोशिशः एक इंटरएजेंसी वक्तव्य) New York, United Nations Population Fund, 2014.
Available at: www.unfpa.org/rights/Eliminating_forced_sterilization.pdf

संदर्भ

13 Hartmann B. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice.* (प्रजनन हक और हकीकतः जनसंख्या नियंत्रण और गर्भनिरोध के विकल्पों की वैश्विक राजनीति) New York: Harper & Row, 1987.

14 Murthy Laxmi. *No Kidding: Apex Court Enforces Two-child Norm.* (सर्वोच्च अदालत ने दो-संतान मानक को लागू किया) Info change News & Features. 2003.

15 Tavrow P. *Promote or Discourage: How Providers Can Influence Service Use.* In Malarcher S (ed). *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation.* (बढ़ावा या रुकावटः प्रदाता किस तरह सेवाओं के उपयोग को प्रभावित कर सकते हैं) Geneva, WHO, 2010. Pp 17-36.

16 Zhang LY, Jejeebhoy S, Shah IH, Zhang LH, Hisa J, Im-em W. *Access to Contraceptive Services Among Married Young People in the Northeast China.* (उत्तर पश्चिमी चीन में विवाहित युवा लोगों में गर्भनिरोध सेवाओं तक पहुंच) European Journal of Contraception and Reproductive Health-care 2004; 9:147-154.

17 Langhaug LF, Cowan FM, Nyamurera T, Power R, RegaiDziveShiri Study Group. *Improving Young People's Access to Reproductive Health-Care in Rural Zimbabwe.* (ग्रमीण ज़िम्बाब्वे में युवा लोगों की गर्भनिरोध तक पहुंच को बढ़ाने के प्रयास) AIDS Care 2003; 15: 47-57.

18 Tangmunkongvorakul A, Kane R, Wellings K. *Gender Double Standards in Young People Attending Sexual Health Services in Northern Thailand.*(उत्तरी थाईलैंड में यौन स्वास्थ्य सेवा में आने वाले युवाओं के प्रति जेंडर के दोहरे मानक) Culture, Health & Sexuality 2005; 7: 361-373.

19 Nandi, Sulakshana, Mishra JP, Kanungo K, Manikpuri H, Yadav C, Paikra G, Upadhyay V. *Public Health Advocacy to Reinstate Reproductive Rights of Primitive Tribal Groups in Chhattisgarh. Bringing Evidence into Public Health Policy (EPHP) 2012.* (छत्तीसगढ़ में आदिम जनजतियों के प्रजनन अधिकारों को बहाल करने के लिए पैरवी, सार्वजनिक स्वास्थ्य नीति प्रमाण लाने की कोशिश) *BMC Proceedings 2012 (Sup 5): P1*

20 Mulindwa IN. *Study on Reproductive Health and HIV/AIDS among Persons with Disabilities in Kampala, Katakwi and Rafai Districts.* Commissioned by Disabled Women's Network and Resource Organisation in Uganda. (कंपाला, काटाक्वी और राफई ज़िलों में विकलांग लोगों में प्रजनन स्वास्थ्य तथा एचआईवी/एड्स का अध्ययन, युगांडा के विकलांग महिला नेटवर्क तथा संसाधन संगठन द्वारा प्रायोजित) May 2003. At: http://v1.dpi.org/files/uploads/publications/study%20in%20kampala.pdf.

21 Kallianes V, Ruberfeld P. *Disabled Women and Reproductive Rights.* (विकलांग महिलाएं और प्रजनन अधिकार) Disability and Society 1997; 12: 203-221.

22 US Agency for International Development. *Working within an Integrated Supply Chain. Contraceptive Security*: Ready lesson II. (एक एकीकृत सप्लाई श्रृंखला में कामः गर्भनिरोध सुरक्षा, पाठ 2) Bethedsa, USAID, n.d

23 Centre for Diseases Control and Prevention (CDC). *The Pocket Guide to Managing Contraceptive Supplies* (गर्भनिरोध सप्लाई प्रबंधन की जेबी मार्गदर्शिका) यहां उपलब्ध हैः http://www.hawaii.edu/ hivandaids/ Pocket%20Guide%20to%20Managing%20Contraceptive%20Supplies.pdf..

24 UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education. An Evidence-informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators.* (यौन शिक्षा पर तकनीकी मार्दर्शन, स्कूलों, शिक्षकों और स्वास्थ्य अध्यापकों के लिए प्रमाण-आधारित तरीका) Paris, UNESCO, 2009. http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf

25 IPPF. *From Evidence to Action. Advocating for Comprehensive Sexuality Education.* (प्रमाण से कार्रवाई तक, समग्र यौन शिक्षा के लिए पैरवी) London, International Planned Parenthood Federation, 2009. Pp7-8

26 Committee on the Rights of the Child 33rd Session. General Comment No. 4. *Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights Of The Child.* (बाल अधिकार समिति 33वां सत्र, सामान्य टिप्पणी क्र. 4, बाल अधिकार संधि के संदर्भ में किशोर स्वास्थ्य और विकास) 19 मई से 6 जून 2003

संदर्भ

27 CREA. (2005). *Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights.* (किशोर यौन व प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार) New Delhi: CREA.

28 NACO. (2005). *Adolescent Education Programme: Facilitators' Guide.* (किशोर शिक्षा कार्यक्रमः मददगार के लिए मार्गदर्शिका) New Delhi: NACO

29 Sehgal, R. *Sexuality Education, Minus the Sex.*(यौन रहित यौन शिक्षा) Infochange News & Features, September, 2008

30 Sambodhi. *Concurrent Evaluation of the Adolescence Education Programme.* (किशोर शिक्षा कार्यक्रम का समवर्ती मूल्यांकन) New Delhi: UNFPA, NCERT, (2010-11).

31 Kirby D. *The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People.* (युवाओं के यौन व्यवहार पर यौन शिक्षा का असर) New York, United Nations Population Division, 2011. Expert Paper No. 2011/12;

32 Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosmin M. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews.* (किशोर गर्भधारण और पालकत्वः समीक्षाओं की समीक्षा) Yorkshire (UK), Health Development Agency, 2003.

33 Wang B, Hertog S, Meier A, Lou C, Gao E. *The Potential of Comprehensive Sex Education in China: Findings from Suburban Shanghai* (चीन में समग्र यौन शिक्षा की संभावनाएंः उपनगरीय शंघाई के निष्कर्ष). International Family Planning Perspectives. 2005;31(2):63–72.

34 Grizzard T, Gonzáles E, Sandoval J et al. *Innovations in Adolescent Reproductive and Sexual Health Education in Santiago de Chile: Effects of Physician Leadership and Direct Service.* (सांटियागो, चिली में किशोर प्रजनन व यौन शिक्षा में नवाचारः चिकित्सक नेतृत्व और प्रत्यक्ष सेवाओं का असर) Journal of the American Medical Women's Association 2004; 59:207-209.

35 Balabanova D, McKee M. *Understanding Informal Payments for Health-Care.* (स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनौपचारिक भुगतान को समझें) Health Policy 2002; 62(3): 243-273.

36 Tatar M, Ozgen H, Sahin B, Belli P and Berman P. *Informal Payments in the Health Sector: A Case Study from Turkey.* (स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनौपचारिक भुगतानः तुर्की की केस स्टडी) *Health Affairs 2007; 26(4): 1029-1039.*

37 Ahmed, Saifuddin, Li Q, Lui Li, Tsui Amy. *Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: Results from a Global Analysis of 172 Countries.* (गर्भनिरोधक के उपयोग से जच्चा मृत्यु में कमीः 172 देशों के विश्लेषण के नतीजे) The Lancet, Volume 380, Issue 9837, Pages 111- 125, July 2012.

38 Nath A, Garg S. *Adolescent Friendly Health Services in India: A Need of the Hour.* (भारत में किशोर-मित्र स्वास्थ्य सेवाएंः समय की मांग) Indian J Med Sci [serial online] 2008 [cited 2014 Nov 28];62:465-72. Available from: http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2008/62/11/465/48461

39 Adapted from IPPF. *Keys to Youth Friendly Services website.* (युवा-मित्र सेवा सम्बंधी वेबसाइट www.ippf.org/resources/publications/keys-youth-friendly-services, 28 अक्टूबर 2013 को देखा गया।

40 Population Reference Bureau and USAID. *Population and Economic Development Linkages: 2007 Data Sheet.* (जनसंख्या व आर्थिक विकास की कड़ियांः 2007 का आंकड़ा पत्र) Washington, DC. Population Reference Bureau, 2007.

41 USAID. *Expanding Contraceptive Choice to the Underserved Through Delivery of Mobile Outreach Services: A Handbook for Program Planners.* (चलित सेवा द्वारा अल्पसेवित लोगों के लिए गर्भनिरोध सेवाओं में विकल्पों में वृद्धिः कार्यक्रम नियोजकों के लिए पुस्तिका) Washington, DC, USAID, ICF Macro, 2010.
Available at: http://www.k4health.org/sites/default/files/expanding%20contraceptive%20choice.pdf

42 Sedgh G, Singh S, Henshaw SK and Bankole A. *Induced Abortion Rates and Trends Worldwide.* (कृत्रिम गर्भपात की दरें और वैश्विक रुझान) Lancet 2007; 370: 1338-1345.

संदर्भ

43 WHO *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* (सुरक्षित गर्भपातः स्वास्थ्य तंत्रों के लिए नीतिगत मार्गदर्शन) Edition 2. Geneva, World Health Organization, 2012.

44 IAWG for Reproductive Health in crises. *A Statement on FP for Women and Girls as a Life-Saving Intervention in Humanitarian Settings.* (मानवीय परिस्थितियों में जीवन रक्षक हस्तक्षेप के रूप में लड़कियों और महिलाओं के लिए एफपी पर एक वक्तव्य) Geneva, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2010.

45 Inter-Agency. *Inter Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (मानवीय परिस्थितियों में प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी इंटर एजेंसी मैनुअल) (2010), यहां उपलब्ध है http://www.WHOint/:reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual_rh_humanitarian_settings.pdf

46 RHRC. *Emergency Contraception for Conflict-Affected Settings.* A Reproductive Health in Conflict Consortium Distance Learning Module. (टकराव-प्रभावित परिस्थितियों में आपातकालीन गर्भनिरोधक) यहां उपलब्ध हैः http://www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochure_english.pdf.

47 WHO *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non Partner Sexual Violence.* (महिलाओं के विरुद्ध हिंसा के वैश्विक व क्षेत्रीय अनुमानः अंतरंग साथी द्वारा हिंसा व गैर-साथी द्वारा हिंसा की व्यापकता और स्वास्थ्य सम्बंधी असर) Geneva, World Health Organization, 2013.

48 Chakrapani, Venkatesan, Kershaw T, Shanmugam M, Newman, P, Comman D, Dubrow R. *Prevalence of and Barriers to Dual-Contraceptive Methods Use among Married Men and Women Living with HIV in India.* (भारत में एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे विवाहित पुरुषों व महिलाओं में दोहरी गर्भनिरोधक विधियों के उपयोग का चलन एवं बाधाएं) Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, (प्रसूति विज्ञान और स्त्री रोग विज्ञान में संक्रामक रोग) Volume 2011, Article ID 376432, 8 pages, accessed at http://dx.doi.org/10.1155/2011/376342

49 *Updated Guidelines for Prevention of Parent to Child Transmission (PPTCT) of HIV using Multi Drug Anti-retroviral Regimen in India.*(भारत में बहु-औषधि एंटी-रिट्रोवायरल उपचार से पालक से बच्चे को एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के अद्यतन दिशानिर्देश) NACO, GOI, December 2013.

50 World Health Organization. *Report of a Technical Consultation on Birth Spacing.* (जन्म के बीच अंतर रखने के बारे में WHO तकनीकी परामर्श की रिपोर्ट) Geneva, WHO, 2006 WHO

51 Kidder E, Sonneveldt E, Hardee K. *Who Receives PAC Services? Evidence from 14 Countries.* (पीएसी सेवाएं किसे मिलती हैं? 14 देशों से प्राप्त प्रमाण) Washington, D.C, The Futures Group, 2004.

52 WHO *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use.* (गर्भनिरोध उपयोग की पात्रता की चिकित्सकीय कसौटियां) 4th edition. Geneva, World Health Organization, 2010.

53 Centre for Impact Research. *Domestic Violence and Birth Control Sabotage: A Report from the Teen Parent Project.* (घरेलू हिंसा और जन्म नियंत्रण में सेंधमारीः टीन पेरेंट प्रोजेक्ट की रिपोर्ट) Chicago, Teen Parent Project; 2000. यहां उपलब्ध हैः http://www.impactresearch.org/documents/dvandbirthcontrol.pdf

54 Centre for Reproductive Rights. *Bringing Rights to Bear: Family Planning is Human Rights.* (अधिकारों पर अमलः परिवार नियोजन मानव अधिकार है) New York, Centre for Reproductive Rights, 2008.

55 Strategy Handbook, Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram, (राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य योजना, रणनीति पुस्तिका) Government of India, January 2014

56 *Minors and the Right to Consent to Health-care.* (अवयस्क और स्वास्थ्य देखभाल की सहमति का अधिकार) *The Guttmacher Report on Public Policy,* 3(4). New York, Alan Guttmacher Institute, 2002.

संदर्भ

57 General comment No. 15 (Committee on the Rights of the Child, 62nd session): The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (article 24). (सामान्य टिप्पणी क्र. 15, बाल अधिकार समिति, 62वां सत्रः स्वास्थ्य के हासिल के किए जा सकने वाले उच्चतर स्तर का लाभ उठाने का बच्चों का अधिकार, अनुच्छेद 24) New York, United Nations Convention on the Rights of the Child, 2013. (CREC/C/GC/15, www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC/CRC-C-GC-15_en.doc, accessed 8 October 2013?.

58 Hodgkin R, Newell P. *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child*, 3rd edition. (बाल अधिकार संधि के लिए क्रियांवयन पुस्तिका, तृतीय संस्करण) Geneva, United Nations Children's Fund (UNICEF); 2007. At: <http://www.unicef.org/publications/files/ Implementation_ Handbook_ for_the_Convention_on_the_Rights_of_the_Child_Part_1_of_3.pdf>. 3 दिसंबर 2013 को देखा गया।

59 Centre for Reproductive Rights. *Gaining Ground: A tool for Advancing Reproductive Rights Law Reform.* (आगे बढ़ते कदमः प्रजनन अधिकार कानून में सुधार के लिए एक साधन) New York, Centre for Reproductive Rights, 2006. Chapter 10: Adolescent reproductive rights.

60 Germain A. *Meeting Human Rights Norms for the Quality of Sexual and Reproductive Health Information And Services.* (यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी जानकारी व सेवाओं में गुणवत्ता के लिए मानव अधिकार मानकों की पूर्ति) Discussion paper presented at the "International Human Rights Conference: ICPD Beyond 2014", June 26 2013].

61 Creel LC, Sass JV, Yinger NV. *Client-Centred Quality: Clients' Perspectives and Barriers to Receiving Care.* (ग्राहक केंद्रित गुणवत्ताः ग्राहकों का परिप्रेक्ष्य और सेवा प्राप्त करने में अवरोध) New Perspectives on QOC. No. 2. New York, Population Council and Population Reference Bureau, 2002.
At: <http://www.prb.org/pdf/NewPerspQoC-Clients.pdf>

62 Queensland Health. *Guide to Informed Decision-Making in Health-Care.* (स्वास्थ्य सेवा में जानकारी-आधारित निर्णय प्रक्रिया की मार्गदर्शिका) Brisbane, Centre for Health-care Improvement (CHI), Queensland Health, 2012.

63 Engender health. *Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making.* (स्वास्थ्य को बढ़ावा, परिवार नियोजन में विकल्पः जानकारी-आधारित व स्वैच्छिक निर्णय) New York, Engender Health, 2003." यहां उपलब्ध है: http://www.engenderhealth.org/files/pubs/counseling-informed-choice/choices.pdf

64 Kim YM, Putjuk F, Basuki E and Kols A. *Increasing Client Participation in Family Planning Consultations: "Smart Patient" Coaching in Indonesia.* (परिवार नियोजन सम्बंधी चर्चाओं में ग्राहकों की बढ़ती सहभागिताः इंडोनेशिया में स्मार्ट पेशंट कोचिंग) Baltimore, Johns Hopkins University Centre for Communications Programs, 2003.

65 WHO *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws.* (स्वास्थ्य सम्बंधी कानून बनाने में WHO के मुद्दे) WHO/RHR/00.1. Geneva, World Health Organization, 2000.

66 PATH. *Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide.* (प्रजनन स्वास्थ्य सेवा में निजता व गोपनीयता सुनिश्चित करनाः एक प्रशिक्षण मॉड्यूल व मार्दर्शिका) Washington, D.C, PATH, 2003.

67 Molyneux S, Atela M, Angweny V and Goodman C. *Community Accountability at Peripheral Health Facilities: A Review of the Empirical Literature and Development of a Conceptual Framework.* (परिधीय स्वास्थ्य सुविधाओं में सामुदायिक जवाबदेहीः अनुभवों की समीक्षा और अवधारणात्मक ढांचे का विकास) Health Policy and Planning 2012; 1-14, doi:10.1093/heapol/ezr083.

68 Murthy RK and Klugman B. *Service Accountability and Community Participation in the Context of Health Sector Reforms in Asia: Implications for Sexual And Reproductive Health Services.*(एशिया में स्वास्थ्य क्षेत्र के सुधार के संदर्भ में सेवा की जवाबदेही और सामुदायिक भागीदारीः यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा के लिए निहितार्थ) Health Policy and Planning 2004; (suppl 1): i78-i86 65].

संदर्भ

69 Cornwall A., Lucas H., Pasteur K. *Accountability Through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector* (सहभागिता से जवाबदेहीः स्वास्थ्य के क्षेत्र में साझेदारी के कामकाजी मॉडल्स का निर्माण) Institute of Development Studies Bulletin 2003; No.1 (1).

70 Gauri V. *Redressing Grievances and Complaints Regarding Basic Service Delivery.* (बुनियादी सेवा प्रदाय में शिकायत निवारण) Washington DC, The World bank, 2011.

71 PMNCH. *National Advocacy Mechanisms for Women and Children's Health.* (महिला व बाल स्वास्थ्य के लिए राष्ट्रीय पैरवी की क्रियाविधि) Geneva, PMNCH, 2012.

72 World Bank. *Results-Based Financing for Health. Cure, Curse or Mixed Blessing?* (स्वास्थ्य के क्षेत्र में परिणाम-आधारित वित्तपोषणः इलाज, अभिशाप या मिला-जुला वरदान?) Washington DC, The World Bank, Technical Brief, 2009. At: <https://www.rbfhealth.org/system/files/RBF_Tech_MixedBless_R1.pdf>. Accessed on 26 December 2013.

73 Oxman AD, Fretheim A. *An Overview of Research on the Effects of Results-Based-Financing*. (परिणाम-आधारित वित्तपोषण के प्रभावों सम्बंधी अनुसंधान का विहंगम दृश्य) Report no.16-2008. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008.

74 International Labour Office/International Council of Nurses/ World Health Organization /Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector.* (स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यस्थल हिंसा को संबोधित करने हेतु दिशानिर्देशों की रूपरेखा) Geneva, International Labour Office, 2002.

75 Newman CJ, de Vries DH, Kanakuze JA and Ngendahimana G. *Workplace Violence and Gender Discrimination in Rwanda's health workforce. Increasing Safety and Gender Equality.* (रवांडा के स्वास्थ्य कार्यदल में कार्यस्थल हिंसा और जेंडर भेदभाव, सुरक्षा और समानता को बढ़ाने के प्रयास) Human Resources for Health 2011; 9:19. At: <http://www.human-resources- health.com/content/9/1/19>. Accessed on 28 October 2013.

76 Reyes HLM, Padilla-Zuniga K, Billings DL and Blandon MM. *Incorporating Human Rights into Reproductive Health-care Provider Education Programs in Nicaragua and El Salvador.* (निकरागुआ और अल साल्वेडॉर में प्रजनन स्वास्थ्य प्रदाताओं के शिक्षा कार्यक्रम में मानव अधिकारों को शामिल करने के प्रयास) Revisita Panamericana Salud Publica 34(1): 54-59.

77 Prasad BM, Muraleedharan VR. *Community Health Workers: A Review of Concept, Practice and Policy Concerns.* (सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताः अवधारणा, कामकाज और नीतिगत सरोकारों की समीक्षा) Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS), Working paper, 2008

78 Sundararaman T, Ved R, Gupta G, Samatha M. *Determinants of Functionality and Effectiveness of Community Health Workers- results from Evaluation of ASHA Program in 8 Indian States.* (सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के कामकाज और प्रभाविता पर असर डालने वाले कारकः भारत के 8 राज्यों में आशा कार्यक्रम के मूल्यांकन के नतीजे) BMC Proceedings 2012; 6 (Suppl 5): O30 यहां उपलब्ध है: http://www.biomedcentral.com/1753-6561/6/S5/O30. Accessed 2 November 2013.

79 Krishnamurthy M, Zaidi S, Kalita A. *Supporting Community Health and District Planning Strategies in Bihar.* (बिहार में सामुदायिक स्वास्थ्य व ज़िला नियोजन को समर्थन) New Delhi, Institute for Financial Management and Research, 2007. Working Paper.

80 Nandi S. The role of community health workers (CHWs) in addressing the social determinants of health in Chattisgarh, India.(छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य के सामाजिक कारक को संबोधित करने में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की भूमिका) Mini-thesis submitted in partial fulfillment for the degree of Master of Public Health. University of Western Cape (South Africa), 2012.

81 Van Ginneken N, Lewin S, Berridge V. The emergence of community health worker programmes in late apartheid era in South Africa: A historical analysis. (दक्षिण अफ्रीका में नस्लभेद के उत्तरार्ध में सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता कार्यक्रम का उभारः एक ऐतिहासिक विश्लेषण) Social Science and Medicine 2010; 71: 1110-1118.

गर्भनिरोध सेवाओं के लिए कुछ मानक

परिशिष्ट 1

हक-आधारित गर्भनिरोध सम्बंधी सेवाओं और जानकारी के प्रदाय की निगरानी करने के लिए ज़रूरी है कि इनकी जांच कुछ मानकों की तुलना में की जाए। ये मानक कई स्रोतों से हासिल किए जा सकते हैं - कार्यक्रम के घोषित कार्य, उसकी मानक संचालन प्रक्रियाएं, विधियां, और व्यवस्थाएं, कानूनी ढांचा वगैरह। इस परिशिष्ट में हमने इनमें से कुछ मानक प्रस्तुत किए हैं। इसके अलावा कुछ संदर्भ दिए हैं जहां ज़रूरी होने पर और विस्तृत जानकारी मिल सकती है। इस परिशिष्ट में कुछ दस्तावेज़ों की सूची भी दी गई है जो गर्भनिरोध सम्बंधी देखभाल के आकलन के लिए कसौटियां प्रदान करने में उपयोगी हो सकते हैं। अंत में गर्भनिरोध सेवाओं के आकलन हेतु कुछ सामान्य मापदंड तथा प्रत्येक गर्भनिरोध विधि के लिए विशिष्ट मापदंड दिए गए हैं।

गर्भनिरोध सेवाओं के आकलन हेतु मानक हासिल करने के लिए कुछ प्रकाशित स्रोत निम्नलिखित हैं

1. गर्भनिरोधक उपयोग सम्बंधी कामकाज के लिए चुनिंदा सिफारिशें[1]

इस दस्तावेज़ में गर्भनिरोधक विधियों की प्रभाविता को अधिकतम करने तथा उनके साइड प्रभावों व उपयोग के दौरान आने वाली अन्य समस्याओं को लेकर मौजूदा विवादों और विसंगतियों की चर्चा की गई है। इसकी सिफारिशें नवीनतम उपलब्ध जानकारी के आधार पर गर्भनिरोध की विभिन्न विधियों के प्रावधान के औचित्य तथा उपयोग का आधार प्रदान करती हैं। इसमें उन मानकों का भी उल्लेख है जो किसी गर्भनिरोध कार्यक्रम के सफल क्रियांवयन के लिए ज़रूरी हैं।

2. गर्भनिरोधकों के उपयोग की चिकित्सकीय पात्रता की कसौटियां[2]

इस दस्तावेज़ में नवीनतम क्लीनिकल व रोग-प्रसार वैज्ञानिक आंकड़ों के आधार पर चिकित्सकीय पात्रता सम्बंधी सिफारिशें दी गई हैं। इसे नीतिकारों, परिवार नियोजन कार्यक्रम के प्रबंधकों और वैज्ञानिक समुदाय द्वारा उपयोग के लिए तैयार किया गया है। इसका मकसद राष्ट्रीय परिवार नियोजन/प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए गर्भनिरोध सेवा प्रदाय के दिशानिर्देश विकसित करने में मार्गदर्शन प्रदान करना है। इसे वास्तविक दिशानिर्देशों के रूप में नहीं बल्कि एक संदर्भ के रूप में उपयोग किया जाना चाहिए। दस्तावेज़ में परिवार नियोजन की निम्नलिखित विधियों को शामिल किया गया है: अल्प-खुराक वाली मिश्रित गर्भनिरोधक गोली (COC), मिश्रित पट्टी (पैच) (P), मिश्रित योनि छल्ले (R), मिश्रित गर्भनिरोधक इंजेक्शन (CIC), सिर्फ प्रोजेस्टरोन गोली (POP), डेपो मेड्रॉक्सीप्रोजेस्टरोन एसिटेट (DMPA), नॉरएथिस्टरोन एनेन्टेट (NET-EN), लेवोनोरजेस्ट्रेल (LNG), और एटोनोजेस्ट्रेल (ETG), इम्प्लांट्स, आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली (ECP), तांबा-आधारित इंट्रायूटेराइन (गर्भाशय में लगाए जाने वाले) साधन (Cu-IUD), लेवोनोरजेस्ट्रेल छोड़ने वाले इंट्रायूटेराइन साधन (LNG-IUD), आपातकालीन गर्भनिरोध के लिए तांबा-आईयूडी (E-IUD), अवरोध विधियां (BARR), प्रजनन जागरूकता आधारित विधियां (FAB), स्तनपान से अंडोत्सर्ग में रुकावट पर आधारित विधि (LAM), संभोग को बीच में रोकने की विधि (CI) और स्त्री व पुरुष नसबंदी (STER)।

1 *WHO (2004) Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, Second edition, Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, Geneva.*
2 *WHO (2010) Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, Fourth edition*

3. गर्भनिरोध अपडेट - संदर्भ पुस्तिका[3]

यह दस्तावेज़ गर्भनिरोधक गोलियों, कंडोम, आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों, गर्भनिरोधक इंजेक्शन, इंट्रायूटेराइन साधन, नसबंदी, सेंटक्रोमन, प्रजनन जागरूकता आधारित विधियों और स्तनपान की वजह से अंडोत्सर्ग में रुकावट पर आधारित विधियों की जानकारी देती है। इसमें गर्भावस्था की जांच के लिए एक चेकलिस्ट भी दी गई है और गर्भनिरोध सम्बंधी कई उपयोगी वेबसाइट्स की सूची भी दी गई है।

4. चिकित्सा अधिकारियों के लिए आईयूसीडी संदर्भ पुस्तिका[4]

यह मैनुअल आईयूसीडी (गर्भाशय में लगाए जाने वाले गर्भनिरोधक साधनों) को लेकर जानकारी की कमी को पूरा करने के मकसद से तैयार किया गया है। इसमें आईयूसीडी के बारे में बुनियादी जानकारी के अलावा यह भी बताया गया है कि ये कैसे काम करते हैं, आईयूसीडी लगाने से पहले किस तरह के चिकित्सकीय परामर्श की आवश्यकता होती है, चिकित्सकीय पात्रता की कसौटियां क्या हैं, तथा इसे लगाने, निकालने, फॉलो-अप देखभाल और संभावित समस्याओं के प्रबंधन की चर्चा की गई है।

5. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली देने सम्बंधी दिशानिर्देश[5]

गर्भनिरोधक की नाकामी या असुरक्षित यौन सम्बंध की वजह से ठहरने वाले अनचाहे गर्भ को रोकने के संदर्भ आपातकालीन गर्भनिरोधक एक महत्वपूर्ण आविष्कार माना जाता है। भारतीय औषधि महा नियंत्रक ने लेवोनोरजेस्ट्रेल, सिर्फ प्रोजेस्टिन वाली एक गोली, को 2001 में आपातकालीन गर्भनिरोधक के लिए समर्पित उत्पाद के रूप में स्वीकृति दी है। इसे 2003 से परिवार कल्याण कार्यक्रम में शामिल किया गया है और राष्ट्र संघ जनसंख्या कोश, यूएसएआईडी, गैर सरकारी संगठनों और प्रसव, स्त्रीरोग और सार्वजनिक स्वास्थ्य से सम्बंधित कई पेशेवर निकायों की मदद से इसके उपयोग के दिशानिर्देश विकसित किए गए हैं। यह दस्तावेज़ आपातकालीन गोली, उसके लिए ज़रूरी परामर्श और ग्राहक की चिकित्सकीय पात्रता की कसौटियों सम्बंधी जानकारी देता है।

6. परिवार नियोजन बीमा योजना का मैनुअल[6]

इस दस्तावेज़ में भारत सरकार की परिवार नियोजन बीमा योजना की जानकारी दी गई है। यह योजना असफल नसबंदी, और नसबंदी की वजह से होने वाली चिकित्सकीय जटिलताओं या मृत्यु के मामलों को संभालने के लिए 28 नवंबर 2005 को शुरू की गई थी। इसके अलावा, नसबंदी ऑपरेशन करने वाले डॉक्टर/स्वास्थ्य केंद्र को जवाबदेही से मुक्त करना (indemnity cover) भी इसका मकसद था।

7. नसबंदी सेवाओं के लिए गुणवत्ता आश्वासन का मैनुअल[7]

यह पुस्तिका सेवाओं की गुणवत्ता के आकलन के लिए एक निर्देशिका है ताकि सार्वजनिक क्षेत्र और मान्यता प्राप्त निजी/एनजीओ स्वास्थ्य सुविधाओं के कार्यक्रम प्रबंधकों और सेवा प्रदाताओं को अच्छी गुणवत्ता वाली

3 *Ministry of Health and Family Welfare Government of India and UNFPA (2005) Contraceptive Updates - Reference Manual.*
4 *Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2007) IUCD Reference Manual for Medical Officers, Family Planning Division.*
5 *Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2008) Guidelines for Administration of Emergency Contraceptive Pills by Health Care Providers, Family Planning Division.*
6 *Ministry of Health & Family Welfare, Government of India (2008)* Manual for Family Planning Insurance Scheme
7 *Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2006)* Quality Assurance Manual for Sterilization Services, *Research Studies & Standards Division.*

परिशिष्ट 1

नसबंदी सेवाएं देने में मदद मिले। कल्पना यह है कि कार्यक्रम प्रबंधक और सेवा प्रदाता इस मैनुअल में प्रस्तुत सुधार के उपाय अपनाने को प्रोत्साहित होंगे ताकि सेवा प्रदाय में मानकों का पालन कर सकें।

8. स्त्री व पुरुष नसबंदी सेवाओं के मानक[8]

इस दस्तावेज़ में स्त्री और पुरुष नसबंदी के मानक प्रस्तुत किए गए हैं। इनमें भौतिक ज़रूरतों, चिकित्सकीय प्रक्रिया, परामर्श और ऑपरेशन-उपरांत देखभाल सम्बंधी मानक शामिल हैं।

गर्भनिरोध कार्यक्रम के सफल क्रियांवयन के लिए सामान्य मानक[9]

- ग्राहकों को समुचित जानकारी दी जानी चाहिए ताकि वे गर्भनिरोधक की कोई विधि जानकारी-आधारित, स्वैच्छिक ढंग से चुन सकें। किसी भी गर्भनिरोध विधि के बारे में ग्राहक को दी जाने वाली जानकारी में निम्नलिखित का समावेश अवश्य किया जाए:
  - विधि की तुलनात्मक प्रभाविता की समझ
  - विधि का सही ढंग से उपयोग
  - विधि काम कैसे करती है
  - विधि के आम साइड प्रभाव
  - विधि के स्वास्थ्य जोखिम और लाभ
  - वे लक्षण और संकेत जिन्हें देखते ही क्लीनिक वापिस आने की ज़रूरत होगी
  - विधि का उपयोग बंद करने के बाद प्रजनन क्षमता की बहाली सम्बंधी जानकारी
  - यौन संचारित संक्रमणों से बचाव सम्बंधी जानकारी
- कई विधियों में शल्य क्रिया, किसी चीज़ को शरीर में लगाने, फिट करने और/या निकालने के लिए किसी प्रशिक्षित सेवा प्रदाता की ज़रूरत होती है (जैसे नसबंदी, इम्प्लांट, आईयूडी, डायफ्राम, और ग्रीवा टोपी)। इन विधियों की पेशकश करने के लिए पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित कर्मी समुचित रूप से सुसज्जित सुविधा के साथ उपलब्ध होने चाहिए। इसके अलावा, संक्रमणों की रोकथाम की उपयुक्त प्रक्रिया अपनाई जानी चाहिए।
- उपयुक्त उपकरणों व सामग्रियों की पर्याप्त मात्रा स्टॉक में होनी चाहिए (जैसे गर्भनिरोधक वस्तुएं, संक्रमण की रोकथाम के उपकरण व सामग्री)।
- सेवा प्रदाताओं को दिशानिर्देश (या ग्राहक कार्ड या जांच का कोई अन्य साधन) दिए जाने चाहिए ताकि वे ग्राहकों की जांच इस बात के लिए कर सकें कि कतिपय परिस्थितियों में गर्भनिरोध की किसी विधि के उपयोग से स्वास्थ्य सम्बंधी अस्वीकार्य जोखिम पैदा हो सकता है।
- सेवा प्रदाता को परिवार नियोजन सम्बंधी परामर्श देने का प्रशिक्षण मिलना चाहिए ताकि वे ग्राहकों को अपने

8 *Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2006),* Standards for Female and Male Sterilization Services, *Research Studies & Standards Division*

9 WHO (2004) *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*, Second edition, Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, Geneva.

प्रजनन के बारे में जानकारी आधारित व स्वैच्छिक निर्णय करने में मदद कर सकें।

विशिष्ट गर्भनिरोधक विधियों के मानक

1 आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां (ECP)[10]

उपलब्धता के मानकः ये गोलियां जानकारी से लैस किसी भी सेवा प्रदाता (क्लीनिकल, नर्सिंग या पैराक्लीनिकल, जैसे डॉक्टर, नर्स, दाई, फार्मेसिस्ट, पैरामेडिक, परिवार नियोजन सहायक और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) द्वारा सुरक्षित व कारगर ढंग से दी सकती हैं।

प्रजनन उम्र के किसी भी ग्राहक को, चाहे उसकी उम्र या वैवाहिक स्थिति कुछ भी हो, आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां देने से इन्कार नहीं किया जाना चाहिए।

1.1 आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली प्रदाय के मानक

- नियमित परिवार नियोजन परामर्श के दौरान प्रजनन उम्र की सारी महिलाओं और उनके साथियों को आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली की उपलब्धता के बारे में बताया जाना चाहिए।
- महिलाओं को गर्भनिरोधक सम्बंधी दुर्घटनाओं के मामले में बचाव के लिए अग्रिम रूप से आपातकालीन गोलियों का थोड़ा स्टॉक दिया जाना चाहिए।

1.2 आपातकालीन गोलियां देने के लिए मानक

- यदि संभोग पिछले 72 घंटे (तीन दिनों) के अंदर हुआ है, तो आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां दी जा सकती हैं।
- यदि ग्राहक स्तनपान करा रही हो, तब भी आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां दी जा सकती हैं क्योंकि प्रोजेस्टिन स्तन के दूध की मात्रा या गुणवत्ता को प्रभावित नहीं करता।
- यदि आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली के उपयोग की 72 घंटे की सीमा बीत चुकी है, तो ग्राहक की स्थिति को देखकर इंट्रायूटेराइन गर्भनिरोधक साधन लगाना बेहतर विकल्प होगा। इसके लिए उसे किसी उपयुक्त स्वास्थ्य केंद्र भेजा जा सकता है।
- यदि महिला 120 घंटे (5 दिन) की सीमा पार कर चुकी है या यदि यह संभावना है कि वह गर्भवती है तो उसे अगले मासिक शुरू होने तक इन्तज़ार करने को कहा जाना चाहिए। उसकी गर्भावस्था की पुष्टि के लिए गर्भ की जांच करवाई जा सकती है।

2 गर्भनिरोधक गोलियां[11]

- यह ज़ोर देकर बताया जाना चाहिए कि ये गोलियां यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी से बचाव नहीं करती हैं।

10 *Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2008)* Guidelines for Administration of Emergency Contraceptive Pills by Health Care Providers, *Family Planning Division*

11 *WHO (2004)* Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, *Second edition, Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health.*

परिशिष्ट 1

- यदि यौन संचारित संक्रमणों/एचआईवी का जोखिम हो (गर्भावस्था के दौरान या प्रसव-उपरांत) तो कंडोम के सही व लगातार उपयोग की सलाह दी जाती है। इसका उपयोग या तो अकेले या किसी अन्य गर्भनिरोध विधि के साथ किया जा सकता है।

2.1 मिश्रित गर्भनिरोधक गोलियों के लिए फॉलो-अप देखभाल के मानक

- वार्षिक फॉलो-अप विज़िट की सलाह दी जाती है।
- शुरू करने के तीन माह बाद फॉलो-अप के लिए संपर्क की सलाह दी जाती है।
- ग्राहक को सलाह दी जानी चाहिए कि वे किसी भी समय साइड प्रभाव या अन्य समस्याओं के बारे में या यदि वे तरीका बदलना चाहें तो उसके बारे में चर्चा करने को आ सकते हैं।

2.2 सिर्फ प्रोजेस्टरोन गोली के लिए फॉलो-अप के मानक (जब स्तनपान न करा रही हों)

- शुरू करने के तीन माह बाद फॉलो-अप की सलाह दी जाती है।
- ग्राहक को सलाह दी जानी चाहिए कि वे किसी भी समय साइड प्रभाव या अन्य समस्याओं के बारे में या यदि वे तरीका बदलना चाहें तो उसके बारे में चर्चा करने को आ सकते हैं।

2.3 सिर्फ प्रोजेस्टरोन गोली के लिए फॉलो-अप के मानक (स्तनपान के दौरान)

- ग्राहक को सलाह दी जानी चाहिए कि वे किसी भी समय साइड प्रभाव या अन्य समस्याओं के बारे में या यदि वे तरीका बदलना चाहें तो उसके बारे में चर्चा करने को आ सकते हैं।
- ग्राहक को सलाह दी जानी चाहिए कि जब वे स्तनपान करना बंद कर दें या स्तनपान कराने की आवृत्ति बहुत कम रह जाए, तो वे गर्भनिरोध सम्बंधी सलाह व परामर्श के लिए वापिस आएं।

3 इंट्रायूटेराइन गर्भनिरोधक साधन[12]

3.1 शारीरिक जांच के मानक

- सामान्य व तंत्रगत जांच, जिसमें उदर की जांच भी शामिल हो।
- श्रोणि क्षेत्र (कूल्हे) की जांच जिसमें बाहरी यौनांग की जांच, दो हाथों से की जाने वाली (बाई-मैनुअल) जांच और योनि व ग्रीवा की स्पेकुलम से जांच शामिल हो।
- यदि बाई-मैनुअल जांच के निष्कर्ष अस्पष्ट हों, तो रेक्टोवैजाइनल जांच की जानी चाहिए।

3.2 जांच-पूर्व तैयारी के मानक

- यह सुनिश्चित करें कि उच्च-स्तर का विसंक्रामक/जीवाणुमुक्त सामग्री और एक अच्छा प्रकाश स्रोत उपलब्ध हो।

12 *IUCD Reference Manual for Medical Officers*, Family Planning Division, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, July 2007

- उच्च-स्तर के विसंक्रामक/जीवाणुमुक्त चिमटियों का उपयोग करें और उपकरणों व सामग्री को स्टेनलेस स्टील की तश्तरी में जमाएं। यह सावधानी रखें कि ऐसी किसी चीज़ को न छुएं जिसे योनि अथवा गर्भाशय के अंदर डाला जाएगा।
- सुनिश्चित करें कि आईयूसीडी जीवाणुमुक्त पैक में उपलब्ध हो।
- ग्राहक की निजता सुनिश्चित करें।
- महिला से कहें कि वे अपना मूत्राशय खाली कर ले और पेरिनियम (गुदा व योनि के बीच का हिस्सा) साफ पानी से धो लें।
- ज़रूरत के अनुसार अतिरिक्त जानकारी व तसल्ली दें।
- योनि की जांच करने से पहले हाथों को साबुन व पानी से अच्छी तरह धोएं, एक साफ सूखे कपड़े से सुखाएं या सूख जाने दें या अल्कोहल मलें।
- दोनों हाथों पर उच्च स्तर के जीवाणुमुक्त दस्ताने पहन लें।
- ग्राहक को मेज़ पर पीठ के बल लिटाएं, घुटने मुड़े हों और फैले हों ताकि पेरिनियम क्षेत्र खुला रहे।

3.3 लगाने व निकालने के मानक

आईयूसीडी लगाने व निकालने का काम सिर्फ उन्हीं प्रदाताओं द्वारा किया जाना चाहिए जिन्हें यह काम करने का प्रशिक्षण मिला है (चिकित्सक, नर्स और दाइयां)।

3.4 लगाने के समय सम्बंधी मानक

- आखरी माहवारी शुरू होने के सात दिनों के अंदर या मासिक चक्र के दौरान किसी भी समय, बशर्ते कि सेवा प्रदाता को लगभग पक्का यकीन हो कि ग्राहक गर्भवती नहीं है।
- प्रसव के तत्काल बाद या 48 घंटे के अंदर (ऐसे प्रदाता के द्वारा जिसे आईयूसीडी लगाने का प्रशिक्षण मिला है) या प्रसव के 6 सप्ताह से अधिक अवधि के बाद।
- स्तनपान की वजह से माहवारी रुकी होने की स्थिति में, बशर्ते कि गर्भ न ठहरा हो।
- असुरक्षित यौन सम्बंध के पांच दिन के अंदर, आपातकालीन गर्भनिरोधक के तौर पर।

3.5 लगाने के बाद आकलन के मानक

ग्राहक से पूछा जाना कि वह कैसा महसूस कर रही है, और क्या निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण महसूस कर रही है:

- मितली, निचले पेट में हल्के से लेकर मध्यम स्तर का दर्द/ऐंठन, चक्कर या बेहोशी (कभी-कभार)
- यदि वह उपरोक्त में से कोई लक्षण महसूस कर रही हो, तो तसल्ली दें और उसे तब तक जांच की मेज़ पर ही

परिशिष्ट 1

लेटा रहने दें जब तक कि उसे बेहतर महसूस न होने लगे।

- हालांकि अधिकांश महिलाओं को आईयूसीडी निकालने के बाद कोई दिक्कत महसूस नहीं होगी मगर ऐहतियात के तौर पर सभी महिलाओं को 15-30 मिनट क्लीनिक में रुकना चाहिए।

3.6 अच्छी गुणवत्ता की आईयूसीडी सेवाओं के मानक

आईयूसीडी सेवाओं की निगरानी के आठ प्रमुख क्षेत्र हैं। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं:

3.6.1 मानव व भौतिक संसाधनों के मानक

- प्रदाता आईयूसीडी तथा अन्य परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने हेतु प्रशिक्षित हो।
- क्लीनिक में ये सेवाएं देने के लिए पर्याप्त जगह हो।
- क्लीनिक में ऐसी जगह हो जहां निजता को बनाए रखकर परामर्श दिया जा सके।
- क्लीनिक में आईयूसीडी सेवाएं देने के लिए उपकरण व औज़ार हों।
- क्लीनिक में आईयूसीडी की पर्याप्त सप्लाई उपलब्ध हो।
- क्लीनिक में संक्रमण की रोकथाम की सामग्री हो तथा परिवर नियोजन सेवाएं प्रदान करने हेतु रिकॉर्ड रखने व रिपोर्टिंग की सामग्री हो।
- गर्भनिरोधकों, ज़रूरी दवाइयों तथा चिकित्सकीय सामग्री के अच्छे भंडारण के सिद्धांतों का पालन किया जाता हो।

3.6.2 परिवार नियोजन के लिए ग्राहक केंद्रित सूचना, शिक्षा व परामर्श सामग्री के मानक

- क्लीनिक जो- जो परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करता है उनके बारे में और क्लीनिक के कार्य समय के बारे में सूचनात्मक पोस्टर्स या पैनल्स हों।
- वहां परिवार नियोजन सेवाओं से सम्बंधित ग्राहक के अधिकारों के बारे में जानकारी हो
- उसके पास परिवार नियोजन सेवाओं सम्बंधी परामर्श के लिए फ्लिप चार्ट्स और गर्भनिरोध विधियों के नमूने हों।

3.6.3 प्रबंधन प्रणाली के मानक

- परिवार नियोजन सेवाओं के प्रदाय के लिए लिखित प्रोटोकॉल और निर्देश हों।
- क्लीनिक में परिवार नियोजन ग्राहक रिकॉर्ड की आसान प्रणाली हो।
- रिकॉर्ड की नियमित समीक्षा व विश्लेषण किया जाता हो।

3.6.4 संक्रमण रोकथाम के मानक

- क्लीनिक में नल का साफ पानी हो।
- हाथों की सफाई के लिए सुविधा हो।
- त्वचा तथा श्लेष्मा झिल्लियों के लिए एंटीसेप्टिक उपलब्ध हों और मानक के मुताबिक इस्तेमाल किए जाते हों।
- उपकरणों व अन्य वस्तुओं को संदूषण मुक्त करने का काम (उपयोग के तत्काल बाद और साफ करने से पहले) मानकों के मुताबिक किया जाता हो।
- कचरा निपटान की व्यवस्था मानकों के मुताबिक हो।

3.6.5 नए ग्राहकों के लिए परिवार नियोजन के मानक: सामान्य परामर्श

प्रदाता ग्राहक की पूरी विज़िट के दौरान संप्रेषण के उपयुक्त हुनर का उपयोग करे।

प्रदाता क्लीनिक में उपलब्ध गर्भनिरोध विधियों की जानकारी दे और ग्राहक की पसंद पता करे।

3.6.6 नए ग्राहक को आईयूसीडी प्रदान करने के मानक

- प्रदाता आईयूसीडी के लिए ग्राहक की पात्रता का आकलन करे।
- प्रदाता आईयूसीडी के उपयोग से सम्बंधित चेतावनी संकेत समझाए।
- प्रदाता लगाने से पूर्व की क्रियाएं पूरी करें और दिशानिर्देशों के अनुसार आईयूसीडी लगाए।
- प्रदाता ग्राहक को लौटकर आने तथा फॉलो-अप विज़िट के बारे में निर्देश दे।

3.6.7 आईयूसीडी के साइड प्रभावों और दिक्कतों का प्रबंधन तथा फॉलो अप विज़िट के मानक

- प्रदाता आईयूसीडी के बारे में ग्राहक की संतुष्टि (या असंतुष्टि) का पता लगाए।
- प्रदाता आईयूसीडी के साइड प्रभाव या दिक्कतों की शिनाख्त करे।
- प्रदाता आईयूसीडी के साइड प्रभावों या दिक्कतों का प्रबंधन करे।
- प्रदाता आईयूसीडी के संदर्भ में फिर से आने तथा फॉलो-अप विज़िट के बारे में निर्देश दे।

3.6.8 आईयूसीडी निकालने के मानक

- प्रदाता आईयूसीडी निकालने की प्रक्रिया की तैयारी करे।
- प्रदाता मानक दिशानिर्देशों के अनुसार आईयूसीडी निकाले।
- प्रदाता निकालने के बाद के कार्य करे और परिवार नियोजन के अन्य तरीकों के बारे में परामर्श दे।

परिशिष्ट 1

3.6.9 आईयूसीडी निकालने के उपरांत परामर्श के मानक

प्रदाता ग्राहक से पूछे कि वह कैसा महसूस कर रही हैं, और क्या वह निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण महसूस कर रही है:

- मितली, निचले पेट में हल्के से लेकर मध्यम स्तर का दर्द/ऐंठन, चक्कर या बेहोशी (कभी-कभार)
- यदि वह उपरोक्त में से कोई लक्षण महसूस कर रही हो, तो तसल्ली दें और उसे तब तक जांच की मेज़ पर ही लेटा रहने दें जब तक कि उसे बेहतर महसूस न होने लगे।

3.6.10 आईयूसीडी की फॉलो-अप देखभाल के मानक

नए व पहले से इस साधन का उपयोग कर रही ग्राहक के लिए साधारण फॉलो-अप देखभाल के बुनियादी तत्व तो एक से ही हैं।

अलबत्ता, कुछ तत्व नए उपयोगकर्ताओं के संदर्भ में ज़्यादा महत्वपूर्ण हो सकते हैं, जैसे

- मासिक चक्र में परिवर्तनों का आकलन (आईयूसीडी इस्तेमाल करने का सबसे आम साइड प्रभाव), जो प्रायः आईयूसीडी लगाने के कुछ माह के अंदर ठीक हो जाता है।
- संक्रमण की जांच; संक्रमण सामान्य बात तो नहीं है मगर आईयूसीडी लगाने के 20 दिनों के अंदर होने की संभावना रहती है।
- आईयूसीडी बाहर निकल जाने की जांच, यह बहुत बिरली घटना होती है मगर लगाने के बाद प्रथम कुछ माह में होने की आशंका रहती है। पहले से उपयोग कर रहे ग्राहकों के मामले में ज़्यादा ज़रूरी शायद यह देखना होगा कि पिछली विज़िट से अब तक क्या उल्लेखनीय परिवर्तन हुए हैं। जैसे उसकी सामान्य सेहत में, प्रजनन सम्बंधी इरादों में और एचआईवी तथा अन्य यौन संचारित संक्रमणों के निजी जोखिम में।
- अनुशंसित फॉलो-अप कार्यक्रम निम्नानुसार है: पहली विज़िट पहली माहवारी के बाद या एक महीने बाद, जो भी पहले आ जाए; इसके बाद तीन माह बाद विज़िट और उसके बाद एक-एक साल में विज़िट; जब भी ज़रूरी हो अनिर्धारित विज़िट की जा सकती है।
- ग्राहक को सलाह दी जानी चाहिए कि वे साइड प्रभावों या अन्य दिक्कतों की चर्चा के लिए या यदि वे गर्भनिरोध का तरीका बदलना चाहें तो उसके बारे में चर्चा के लिए आ सकती हैं।
- जिन साधनों के शरीर से बाहर फेंके जाने की दर अधिक है, उनके मामले में ज़्यादा जल्दी-जल्दी फॉलो-अप विज़िट ज़रूरी है।
- ग्राहक को बताया जाना चाहिए कि जब आईयूसीडी निकालने का वक्त आ जाए तो उन्हें वापिस आना चाहिए।

4 स्त्री नसबंदी सेवाओं के मानक[13]

4.1 उपलब्धता के मानक

किसी ज़िले में निर्धारित दिवसों पर सेवाएं उपलब्ध करवाने वाले केंद्रों की अनुमानित संख्या इस प्रकार है:

केंद्र	20 लाख आबादी वाला ज़िला	10 लाख आबादी वाला ज़िला
ज़िला अस्पताल	1	1
उप-ज़िला अस्पताल	1	1
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	10	5
24X7 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	10	5
कुल	22	12

4.2 प्रदाताओं की योग्यता के मानक

प्रक्रिया	योग्यता
एनएसवी/पारंपरिक नसबंदी	एमबीबीएस उत्तीर्ण चिकित्सा अधिकारी जो एनएसवी/पारंपरिक नसबंदी में प्रशिक्षित हों।
मिनीलैप	एमबीबीएस उत्तीर्ण चिकित्सा अधिकारी जो मिनीलैप में प्रशिक्षित हों।
दूरबीन नसबंदी	डीजीओ/एमडी (स्त्रीरोग), दूरबीन नसबंदी में प्रशिक्षित

4.3 निम्नलिखित प्रक्रियाओं के लिए 20 लाख आबादी वाले ज़िले में प्रदाताओं की अनुमानित संख्या 30 है।

प्रक्रिया	एनएसवी/ पारंपरिक नसबंदी	मिनीलैप	दूरबीन नसबंदी	कुल
ज़िला अस्पताल	1	2	1	4
उप-ज़िला अस्पताल	1	1	1	3
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	4	10	0	14
24X7 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	4	5	0	9
कुल	10	18	2	30

13. *Standards for Female and Male Sterilization Services*, Ministry of Health & Family Welfare, 2006

परिशिष्ट 1

4.4 भौतिक ज़रूरतों के मानक

i) ज़िले में निम्नलिखित केंद्रों पर साल भर नियमित रूप से स्त्री व पुरुष नसबंदी सेवाएं प्रदान की जानी चाहिए:

- ज़िला अस्पताल
- उप-ज़िला अस्पताल
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र जहां कामकाजी ऑपरेशन थिएटर हो।
- 24x7 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र जहां कामकाजी ऑपरेशन थिएटर हो।
- अन्य सरकारी केंद्र जहां कामकाजी ऑपरेशन थिएटर हो।

ii) प्रदाय की जाने वाली सेवाओं की रेंज

- एनएसवी/पारंपरिक नसबंदी
- मिनीलैप नसबंदी
- दूरबीन नसबंदी, जहां भी स्त्रीरोग विशेषज्ञ/सर्जन उपलब्ध हो

iii) सेवा प्रदाय की आवृत्ति

- ज़िला अस्पताल - साप्ताहिक
- उप-ज़िला अस्पताल - साप्ताहिक
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र/ब्लॉक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र - पाक्षिक
- 24x7 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र - मासिक

4.5 सुरक्षित नसबंदी प्रक्रिया के मानक

अच्छी गुणवत्ता की नसबंदी में परामर्श, ग्राहक का आकलन व समूहीकरण, जानकारी-आधारित सहमति, संक्रमणों की रोकथाम, उपयुक्त प्रक्रिया का चुनाव, सुरक्षित निश्चेतन विधि और ऑपरेशन-उपरांत देखभाल तथा निर्देश जैसे तत्व प्रमुख हैं।

4.5.1 परामर्श: चूंकि स्त्री नसबंदी एक स्थायी विधि के तौर पर इस्तेमाल की जाती है, इसलिए यह सिर्फ उन महिलाओं को दी जानी चाहिए जिन्होंने फैसला कर लिया है कि वे अब और बच्चे नहीं चाहतीं। नसबंदी का फैसला करने से पहले ग्राहकों को गर्भनिरोध की सारी उपलब्ध विधियों के बारे में परामर्श दिया जाना चाहिए।

4.5.2 ग्राहक का आकलन: ऑपरेशन से पूर्व ग्राहक का आकलन यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाना चाहिए कि ग्राहक शारीरिक और भावनात्मक दृष्टि से नसबंदी के लिए फिट है या नहीं। ग्राहक की उम्र, जीवित संतानों की संख्या और उनकी उम्र, और यह जानने के लिए आकलन किया जाना चाहिए कि कोई ऐसा शारीरिक या चिकित्सकीय लक्षण तो नहीं है जो जोखिम की वजह बने। ग्राहक आकलन के अंतर्गत इतिहास

(चिकित्सकीय, और प्रसव व स्त्रीरोग विषयक इतिहास) पता करना और शारीरिक जांच शामिल होती है (सेहत के लक्षण, हृदय, फेफड़े, उदर और श्रोणि क्षेत्र और स्पेकुलम से जांच)।

4.5.3 प्रयोगशाला जांच: अनुशंसित प्रयोगशाला जांचों में एनीमिया की जांच और वर्तमान में गर्भवती होने की जांच करना शामिल है। ऑपरेशन के समय पहले से गर्भवती होने की आशंका को कम से कम करने के लिए ज़रूरी है कि केंद्रों/सेवा-स्थलों पर यह तय करने के ठीक-ठाक मापदंड मौजूद हों कि महिला गर्भवती नहीं है। उदाहरण के लिए, ऑपरेशन को माहवारी के सात दिन बाद करना (यानी फॉलीक्यूलर अवस्था में), गर्भपात के सात दिनों के अंदर करना, पूर्ण अवधि के प्रसव के सात दिन के अंदर करना या ऐसी महिलाओं का करना जो गर्भनिरोध की किसी विश्वसनीय विधि का उपयोग कर रही हैं।

4.5.4 जानकारी-आधारित सहमति: ऑपरेशन शुरू करने से पहले सर्जन को खात्री कर लेनी चाहिए कि ग्राहक ने जानकारी-आधारित सहमति के फॉर्म पर हस्ताक्षर कर दिए हैं। हालांकि फॉर्म पर हस्ताक्षर का मकसद जानकारी-आधारित सहमति को दर्ज़ करना है मगर मुख्य ध्यान इस बात की पुष्टि करने पर होना चाहिए कि ग्राहक ने गर्भनिरोधक विधि के रूप में नसबंदी का चुनाव सोच-समझकर किया है।

4.5.5 संक्रमण की रोकथाम: सर्जन को पूरे समय संक्रमण-रोधी तरीकों का सख्ती से पालन करना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि पूरी प्रक्रिया निरापद है। दीर्घावधि में संक्रामक रोगों और मृत्यु से बचने के लिए समुचित जीवाणुरहित (एसेप्टिक) तकनीक अनिवार्य है। संक्रमणों की रोकथाम के उपाय ठीक से न किए जाएं तो ऑपरेशन के स्थान पर संक्रमण, टिटेनस और एचआईवी तथा हिपेटाइटिस बी व सी जैसे संक्रमण हो सकते हैं। आजकल ऑपरेशन के स्थान से बालों की हजामत करने या उन्हें काट देने की सिफारिश नहीं की जाती है। अध्ययनों से पता चला है कि ऑपरेशन के स्थान की हजामत से संक्रमण की आशंका काफी बढ़ जाती है।

4.5.6 निश्चेतन (एनेस्थीशिया): स्त्री नसबंदी के दौरान निश्चेतन विधि का चुनाव मुख्यतः ग्राहक की सुरक्षा व तसल्ली को ध्यान में रखकर किया जाना चाहिए। निश्चेतन का मकसद यह सुनिश्चित करना है कि ऑपरेशन के दौरान ग्राहक दर्द और बेचैनी से मुक्त रहे। स्त्री नसबंदी के संदर्भ में निश्चेतन के कई प्रकार हैं - स्थानीय, सामान्य और किसी भाग का। यदि स्थानीय या सामान्य निश्चेतन का फैसला किया जाता है तो ज़रूरी है कि इन विधियों में माहिर प्रदाता मौजूद हो।

4.5.7 साथ आने वाले व्यक्तियों के लिए निर्देश: सारे ग्राहकों और उनके साथ आने वाले परिवारजनों को ऑपरेशन-उपरांत देखभाल के स्पष्ट निर्देश लिखित व मौखिक रूप से दिए जाने चाहिए। इनमें ऑपरेशन-उपरांत घाव की देखभाल, फॉलो-अप का स्थान, खतरे के संकेत और सर्जरी के बाद कामकाज की मनाहियों सम्बंधी उपयुक्त सलाह होनी चाहिए।

5 पुरुष नसबंदी सेवाओं के मानक

5.1 क्लीनिकल प्रक्रियाओं के मानक

- सर्जरी की तैयारी में परामर्श, ऑपरेशन-पूर्व निर्देश, केस (व्यक्ति) का चयन, ऑपरेशन-पूर्व आकलन, सर्जरी की प्रक्रिया की समीक्षा और ऑपरेशन-उपरांत देखभाल शामिल हैं।
- यह सुनिश्चित करना अनिवार्य है कि ग्राहक ने स्वेच्छा से सर्जरी की सहमति दी है, वह प्रक्रिया के बारे में

भलीभांति जानता है और सर्जरी के लिए शारीरिक रूप से फिट है।

- ऑपरेशन-पूर्व आकलन के दौरान समूची सेहत की जांच और प्रजनन मार्ग संक्रमणों/यौन संचारित संक्रमणों के उपचार का भी अवसर मिल जाता है।

5.2 ग्राहक के क्लीनिकल आकलन और जांच के मानक

ग्राहक के चिकित्सकीय इतिहास में बीमारियों का इतिहास भी शामिल है ताकि उन बीमारियों की जांच हो सके जिनका ज़िक्र चिकित्सकीय पात्रता की कसौटियों के अंतर्गत किया गया है और अन्य तकलीफों की भी पहचान हो सके, जैसे गंभीर एनीमिया, बुखार सम्बंधी गंभीर रोग, पीलिया, जीर्ण तंत्रगत रोग, ब्रोंकियल दमा, हृदय रोग, अनियंत्रित डायबिटीज़, उच्च रक्तचाप, थायरो-टॉक्सिकोसिस, पोषण सम्बंधी गंभीर कमियां, यौन सम्बंधी दुर्बलता या यौन समस्याएं। इसके तहत टिटेनस, वर्तमान में ली जा रही दवाइयों, वर्तमान में दम्पति द्वारा अपनाए जा रहे गर्भनिरोधक और साथी की आखरी माहवारी की जानकारी भी ली जाएगी।

5.3 फॉलो-अप निर्देशों के मानक

- नसबंदी (चाहे पारंपरिक हो या बगैर चीरफाड़ की एनएसवी नसबंदी हो) करवाने वाले सारे ग्राहक ऑपरेशन के बाद 48 घंटे के अंदर क्लीनिक में पहुंचें।
- पारंपरिक नसबंदी के मामलों में ग्राहक को टांके कटवाने के लिए एक सप्ताह बाद क्लीनिक में आना चाहिए।
- पारंपरिक और एनएसवी, दोनों तरह की नसबंदी के बाद ग्राहक को तीन महीने बाद वीर्य परीक्षण के लिए आने को कहना चाहिए।

5.4 नसबंदी का प्रमाण पत्र

नसबंदी का प्रमाण पत्र तभी जारी किया जाना चाहिए जब वीर्य में शुक्राणु शून्य हो जाएं।

5.5 सुरक्षित नसबंदी प्रक्रिया के मानक[14]

अच्छी गुणवत्ता वाली सुरक्षित नसबंदी के अंतर्गत परामर्श, ग्राहक आकलन और जांच, जानकारी-आधारित सहमति, संक्रमणों की रोकथाम, सही प्रक्रिया का चुनाव, सुरक्षित निश्चेतक तथा ऑपरेशन-उपरांत देखभाल व निर्देश शामिल हैं।

5.5.1 परामर्श: चूंकि नसबंदी एक स्थायी विधि के तौर पर इस्तेमाल की जाती है, इसलिए यह सिर्फ उन पुरुषों को दी जानी चाहिए जिन्होंने खुद फैसला कर लिया है कि वे अब और बच्चे नहीं चाहते। नसबंदी का फैसला करने से पहले ग्राहकों को गर्भनिरोध की सारी उपलब्ध विधियों के बारे में परामर्श दिया जाना चाहिए।

5.5.2 ग्राहक का आकलन: नसबंदी से पहले, चिकित्सकीय इतिहास रिकॉर्ड करना चाहिए और सीमित शारीरिक जांच करना चाहिए जिसमें यौनांगों की जांच; शिश्न, वृषण कोश और जंघन क्षेत्र का देखकर मुआयना किया जाना चाहिए और वृषण कोश की स्पर्श द्वारा जांच की जानी चाहिए।

5.5.3 प्रयोगशाला जांच: प्रयोगशाला जांच सामान्य ढर्रा नहीं होना चाहिए बल्कि ऐसे विशिष्ट मामलों में करवाई

14 *Government of India Ministry of Health and Family Welfare and UNFPA (2005)*: Contraceptive Updates- Reference Manual

जानी चाहिए जहां प्रदाता को ऐसी किसी परिस्थिति का अंदेशा हो जिसके लिए विशेष तैयारी की ज़रूरत होगी।

5.5.4 जानकारी-आधारित सहमति: ऑपरेशन शुरू करने से पहले सर्जन को खात्री कर लेनी चाहिए कि ग्राहक ने जानकारी-आधारित सहमति के फॉर्म पर हस्ताक्षर कर दिए हैं। हालांकि फॉर्म पर हस्ताक्षर का मकसद जानकारी-आधारित सहमति को दर्ज़ करना है मगर मुख्य ध्यान इस बात की पुष्टि करने पर होना चाहिए कि ग्राहक ने गर्भनिरोधक विधि के रूप में नसबंदी का चुनाव सोच-समझकर किया है।

5.5.5 संक्रमण की रोकथाम: सर्जन को पूरे समय (सर्जरी से पहले, दौरान और बाद में) संक्रमण-रोधी तरीकों का सख्ती से पालन करना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि पूरी प्रक्रिया निरापद रहे। दीर्घावधि में संक्रामक रोगों और मृत्यु से बचने के लिए समुचित जीवाणुरहित (एसेप्टिक) तकनीक अनिवार्य है। संक्रमणों की रोकथाम के उपाय ठीक से न किए जाएं तो ऑपरेशन के स्थान पर संक्रमण, टिटेनस और एचआईवी तथा हिपेटाइटिस बी व सी जैसे संक्रमण हो सकते हैं। आजकल ऑपरेशन के स्थान से बालों की हजामत करने या उन्हें काट देने की सिफारिश नहीं की जाती है। अध्ययनों से पता चला है कि ऑपरेशन के स्थान की हजामत से संक्रमण की आशंका काफी बढ़ जाती है।

5.5.6 निश्चेतन: पारंपरिक व एनएसवी नसबंदी, दोनों ही स्थानीय निश्चेतक के तहत की जाती हैं।

5.5.7 ग्राहकों को निर्देश: नसबंदी करवाने वाले पुरुषों को ऑपरेशन-उपरांत देखभाल, संभावित साइड प्रभावों, जटिलता पैदा होने की स्थिति में उठाए जाने वाले कदमों, आपात कालीन देखभाल के लिए कहां पहुंचें, तथा ऑपरेशन-उपरांत वीर्य परीक्षण की आवश्यकता तथा फॉलो-अप विज़िट का समय व स्थान बताए जाने चाहिए।

6 नसबंदी सेवाओं[15] के लिए गुणवत्ता आश्वासन[16] के मानक

प्रजनन स्वास्थ्य गुणवत्ता रूपरेखा (UNFPA तकनीकी रिपोर्ट 1999 के मुताबिक) गुणवत्ता के नौ तत्व बताती है जिन्हें सामान्य व विशिष्ट तत्वों के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है:

सामान्य तत्व (जो समस्त प्रजनन व बाल स्वास्थ्य के लिए सामान्य हैं): सेवा का माहौल, ग्राहक-प्रदाता अंतर्क्रिया, जानकारी-आधारित निर्णय, सेवाओं का एकीकरण और प्रबंधन में महिलाओं की भागीदारी।

15 *Ministry of Health and Family Welfare Government of India (2006)* Quality Assurance Manual for Sterilization Services, *Research Studies & Standards Division.*

16 *गुणवत्ता आश्वासन को एक चक्र के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसमें मूल्यांकन के आधार पर सुधार किए जाते हैं और एक बार फिर मूल्यांकन किया जाता है जिसकी बदौलत और सुधार आते हैं। इसे इस तरह डिज़ाइन किया गया है कि ग्राहकों को दी जाने वाली सेवाओं की निगरानी व आकलन कुछ पहले से निर्धारित मानकों के आधार पर वस्तुनिष्ठ व व्यवस्थित तरीके से की जा सके, ताकि समस्याओं निपटा जा सके और सेवाओं में सुधार के अवसरों का उपयोग किया जा सके जिससे ग्राहकों की संतुष्टि में वृद्धि हो। यह ज़रूरी है कि गुणवत्ता आश्वासन को प्रजनन स्वास्थ्य के काम का एक अनिवार्य हिस्सा माना जाए और यह माना जाए कि यह प्रजनन अधिकार का अंग है। गुणवत्ता आश्वासन को एक व्यवस्थित प्रक्रिया माना जाता है जिसका लक्ष्य ऐसी सेवाएं उपलब्ध कराना है जिन्हें ग्राहक अच्छी, वांछनीय और उच्च गुणवत्ता की मानें। इसका मतलब ऐसी सेवा से है जो सुरक्षित व कारगर हो तथा ग्राहक की ज़रूरतों को पूरा करे। गुणवत्ता आश्वासन एक समग्र व बहुआयामी अवधारणा है जो यह मापन करती है कि ग्राहकों की अपेक्षाएं और प्रदाता के तकनीकी मापदंड कितने अच्छे से पूरे हो रहे हैं। गुणवत्ता यह दर्शाती है कि सेवाएं प्रदान करने वाला तंत्र व्यक्तियों और ग्राहकों के साथ कैसा सलूक करता है (ब्रूस 1990, जैन 1989)। देखभाल की गुणवत्ता को इस रूप में परिभाषित किया जाता है: 'सेवा कार्यक्रम के वे गुणधर्म जो पेशेवर मानकों के पालन, सेवा के सहज माहौल और उपयोगकर्ता की संतुष्टि को प्रतिबिंबित करते हैं।'*

परिशिष्ट 1

सेवा-विशेष से सम्बंधित तत्व (जो प्रजनन व बाल स्वास्थ्य की प्रत्येक सेवा के लिए अलग-अलग हैं): सेवा तक पहुंच, उपकरण व सामग्री, पेशेवर मापदंड व तकनीकी दक्षता, और देखभाल की निरंतरता।

6.1 किसी सुविधा (केंद्र) के आकलन के मानक

6.1.1 इंफ्रास्ट्रक्चर सुविधाएं

- क्या इमारत अच्छी हालत में है (दीवारें, दरवाज़े, खिड़कियां, छत और फर्श)?
- क्या केंद्र साफ-सुथरा है?
- क्या सेवा-स्थल पर नल का पानी उपलब्ध है?
- क्या स्टाफ व ग्राहकों के लिए साफ, कामकाजी शौचालय उपलब्ध हैं?
- क्या बिजली उपलब्ध है?
- यदि नल में पानी नहीं है और बिजली नहीं है, तो क्या कोई विकल्प उपलब्ध है ताकि प्रदाताओं को उपलब्ध सेवाएं स्वच्छतापूर्वक दी जा सकें?
- क्या कामकाजी जनरेटर उपलब्ध है?
- क्या जनरेटर के लिए पेट्रोल, तेल व लुब्रिकेन्ट उपलब्ध हैं?
- क्या जांच व परामर्श के लिए ऐसी जगह चिंहित की गई है जहां निजता सुनिश्चित की जा सके?
- क्या प्रतीक्षा क्षेत्र में पर्याप्त बैठक व्यवस्था है?

6.1.2 क्लीनिकल प्रक्रिया के मानक

- सर्जरी की तैयारी में परामर्श, ऑपरेशन-पूर्व निर्देश, केस (व्यक्ति) का चयन, ऑपरेशन-पूर्व आकलन, सर्जरी की प्रक्रिया की समीक्षा और ऑपरेशन-उपरांत देखभाल शामिल हैं।
- यह सुनिश्चित करना अनिवार्य है कि ग्राहक ने स्वेच्छा से सर्जरी की सहमति दी है, वह प्रक्रिया के बारे में भलीभांति जानता है और सर्जरी के लिए शारीरिक रूप से फिट है।
- ऑपरेशन-पूर्व आकलन के दौरान समूची सेहत की जांच और प्रजनन मार्ग संक्रमणों/यौन संचारित संक्रमणों के उपचार का भी अवसर मिल जाता है।

6.1.3 परामर्श के लिए मानक[17]

जब भी ग्राहक के मन में कोई शंका हो या वह यह तय करने में असमर्थ हो कि कौन-सी गर्भनिरोधक विधि को चुने, तो सामान्य परामर्श दिया जाना चाहिए।

17 परामर्श ग्राहक को जानकारी आधारित व स्वैच्छिक निर्णय में मदद देने की प्रक्रिया है।

परिशिष्ट 1

ग्राहक द्वारा सहमति के फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले निम्नलिखित कदम उठाए जाने चाहिएः

- ग्राहक को परिवार नियोजन की सारी विधियों के बारे में बताया जाना चाहिए और यह बताया जाना चाहिए कि व्यावहारिक रूप से नसबंदी कमोबेश एक स्थायी विधि है।
- ग्राहक को नसबंदी के बारे में जानकारी के आधार पर स्वैच्छिक निर्णय करना चाहिए।
- जब भी ज़रूरत हो ग्राहकों को परामर्श उस भाषा में दिया जाना चाहिए जिसे वे समझते हों।
- ग्राहकों को समझाया जाना चाहिए कि सर्जरी के पहले, सर्जरी के दौरान और सर्जरी के बाद क्या-क्या होगा, इसके साइड प्रभाव क्या हैं और संभावित जटिलताएं क्या हैं।

नसबंदी प्रक्रिया के निम्नलिखित पहलू ग्राहक को समझाएं जाने चाहिएः

- यह भावी गर्भ को रोकने की एक स्थायी विधि है।
- यह एक शल्य क्रिया है जिसमें असफल रहने तथा अन्य जटिलताओं की गुंजाइश रहती है जिन्हें संभालने की ज़रूरत पड़ सकती है।
- इससे यौन सुख, यौन क्षमता या यौन प्रदर्शन पर कोई प्रभाव नहीं पड़ता।
- इससे ग्राहक की शक्ति या रोज़मर्रा के काम करने की क्षमता पर कोई असर नहीं होगा।
- नसबंदी से प्रजनन मार्ग संक्रमणों, यौन संचारित संक्रमणों या एचआईवी/एड्स के खिलाफ कोई सुरक्षा नहीं मिलती।
- ग्राहकों को बताया जाना चाहिए कि सिद्धांततः नसबंदी को पलटा जा सकता है मगर उसके लिए बड़ी सर्जरी करनी पड़ती है और सफलता की कोई गारंटी नहीं होती।
- ग्राहकों को अपने संदेहों को दूर करने के लिए सवाल पूछने को प्रेरित किया जाना चाहिए।
- ग्राहकों को बताया जाना चाहिए कि वे किसी भी समय नसबंदी कराने से इन्कार कर सकते हैं और उनके इन्कार का प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी सेवाएं प्राप्त करने के उनके अधिकार पर कोई असर नहीं होगा।

6.1.4 ग्राहकों के क्लीनिकल आकलन और जांच के मानक

- सर्जरी से पहले ग्राहक का चिकित्सकीय इतिहास रिकॉर्ड किया जाना चाहिए और निम्नानुसार शारीरिक जांच व प्रयोगशाला जांच करना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि ग्राहक सर्जरी की पात्रता रखता है।
- ग्राहक के चिकित्सकीय इतिहास में बीमारियों का इतिहास भी शामिल है ताकि उन बीमारियों की जांच हो सके जिनका ज़िक्र चिकित्सकीय पात्रता की कसौटियों के अंतर्गत किया गया है। इसके अलावा महिलाओं की टिटेनस टीकाकरण की स्थिति, वर्तमान में ली जा रही दवाइयों, अंतिम उपयोग किए गए गर्भनिरोधक व इसका उपयोग कब किया गया आदि जानकारी भी ली जाएगी।

परिशिष्ट 1

- मासिक चक्र के इतिहास में अंतिम माहवारी की तारीख और वर्तमान में गर्भावस्था की स्थिति की जानकारी शामिल होगी।
- प्रसव सम्बंधी इतिहास
- शारीरिक जांच में नब्ज़ की गति, रक्तचाप, श्वसन दर, तापमान, वज़न, आम हालत, कमज़ोरी, हृदय व फेफड़ों की स्टेथोस्कोप से जांच, उदर व कूल्हा क्षेत्र की जांच, और ग्राहक के चिकित्सा इतिहास को देखते हुए अन्य कोई जांच या सामान्य शारीरिक जांच शामिल होगी।
- प्रयोगशाला परीक्षणों में हीमोग्लोबीन, पेशाब में शर्करा व एल्बुमिन तथा अन्य ज़रूरी प्रयोगशाला जांच शामिल होंगी।

6.1.5 ऑपरेशन-उपरांत देखभाल के मानक

- सर्जरी के एक घंटे बाद तक या यदि मरीज़ अस्थिर है या जागा नहीं है तो ज़्यादा लंबे समय तक नब्ज़, श्वसन और रक्तचाप की निगरानी करके हर 15 मिनट में रिकॉर्ड किया जाना चाहिए।

  निम्नलिखित शर्तें पूरी होने पर मरीज़ को छुट्टी दी जा सकती है:

- सर्जरी के कम से कम चार घंटे बाद यदि ग्राहक के प्रमुख लक्षण स्थिर हों, और वह पूरी तरह जागा हो, पेशाब कर चुका हो और चल-फिर सके, कुछ पी सके या बात कर सके।
- डॉक्टर ने ग्राहक को देखकर मूल्यांकन कर लिया हो। जब भी ज़रूरी हो, ग्राहक को केंद्र पर रात भर रखना चाहिए।
- घर जाते समय ग्राहक के साथ कोई ज़िम्मेदार वयस्क होना चाहिए।
- ज़रूरत के अनुसार दर्द निवारक, एंटीबायोटिक तथा अन्य औषधियां दी जा सकती हैं और/या लिखी जा सकती हैं।

6.1.6 ऑपरेशन-उपरांत व फॉलो-अप निर्देशों के मानक

- ऑपरेशन-उपरांत निर्देश स्थानीय भाषा में लिखित व मौखिक दोनों रूप में दिए जाने चाहिए।
- केंद्र के चिकित्सा अधिकारी द्वारा सर्जरी के एक माह बाद या ग्राहक की प्रथम माहवारी के बाद नसबंदी का प्रमाण पत्र दिया जाना चाहिए।

7 परिवार नियोजन बीमा योजना[18]

- इस योजना के तहत केंद्र सरकार राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों को निम्नलिखित तरीके से राशि देती है: प्रत्येक स्त्री नसबंदी के लिए 300 रुपए, प्रत्येक पुरुष नसबंदी के लिए 200 रुपए तथा प्रत्येक आईयूसीडी लगाने के लिए 20 रुपए।

18 *Manual for Family Planning Insurance Scheme, Government of India, Ministry of Health & Family Welfare, January 2008*

- राज्यों व केंद्र शासित प्रदेशों को इस राशि का बंटवारा विभिन्न घटकों के बीच करने की छूट है मगर शर्त यह है कि वे कम से कम 150 रुपए पुरुष या स्त्री नसबंदी करवाने वाले प्रत्येक व्यक्ति को देंगे। इसके अलावा, चिकित्सा केंद्र द्वारा दवाइयों व मरहम पट्टी के लिए प्रति स्त्री नसबंदी 60 रुपए, प्रति पुरुष नसबंदी 25 रुपए और प्रति आईयूसीडी लगाने पर 20 रुपए खर्च किए जाते हैं।

- ईएजी राज्यों, अर्थात बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, मध्यप्रदेश, ओड़ीशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश और उत्तरांचल के मामले में नसबंदी की क्षतिपूर्ति राशि को 300 रुपए से बढ़ाकर 400 रुपए प्रति नसबंदी कर दिया गया है, यदि यह किसी सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा अथवा किसी मान्यता प्राप्त निजी स्वास्थ्य सुविधा में हो। और मान्यता प्राप्त निजी स्वास्थ्य केंद्र पर आईयूडी लगाने की राशि को 20 से बढ़ाकर 75 रुपए कर दिया गया है।

इस योजना को जनवरी, 2008 में नवीनीकृत व बेहतर किया गया था; इसके अंतर्गत भुगतान की सीमा और प्रक्रिया में संशोधन किए गए थे। संशोधित पैकेज व दिशानिर्देश निम्नानुसार हैं:

संशोधित पैकेज

सेक्शन		कवरेज	ऊपरी सीमा
I	IA	नसबंदी के बाद अस्पताल में या अस्पताल से छुट्टी के 7 दिन के अंदर मृत्यु होने पर	रु. 2 लाख
	IB	अस्पताल से छुट्टी के 8-30 दिन के अंदर मृत्यु	रु. 50,000
	IC	नसबंदी की असफलता	रु. 25,000
	ID	अस्पताल से छुट्टी के 60 दिन के अंदर किसी जटिलता की वजह से उपचार का खर्च	वास्तविक मगर रु. 25,000 से अधिक नहीं
II		इनडेम्निटी बीमा प्रति डॉक्टर या प्रति केंद्र, मगर प्रति वर्ष चार मामलों से ज़्यादा नहीं	रु. 2 लाख प्रति दावा तक

बीमा कंपनी का कुल दायित्व किसी भी सेक्शन में प्रति वर्ष 9 करोड़ रुपए से ज़्यादा का नहीं होगा।

7.1 गुणवत्ता आश्वासन समिति के लिए मानक

- राज्य व ज़िला स्तर पर एक-एक गुणवत्ता आश्वासन समिति गठित की जाएगी। इनका काम यह सुनिश्चित करना होगा कि ऑपरेशन-पूर्व उपायों (जैसे पैथॉलॉजिकल जांच), ऑपरेशन की सुविधाओं (जैसे पर्याप्त ज़रूरी उपकरण) और एसेप्टिक परिस्थिति तथा ऑपरेशन-उपरांत फॉलो-अप के संदर्भ में केंद्र सरकार के स्त्री व पुरुष नसबंदी के मानकों का पालन किया जा रहा है।

- यह गुणवत्ता आश्वासन समिति का दायित्व है कि वे नसबंदी करवाने वाले व्यक्तियों की संख्या और नसबंदी की वजह से होने वाली मौतों तथा जटिलताओं के बारे में जानकारी एकत्रित करें और हर छः माह में रिपोर्ट प्रकाशित करें।

परिशिष्ट 1

- समिति को हर तीन माह में कम से कम एक बार बैठक करनी चाहिए।
- समिति का संघटन निम्नानुसार होगाः

राज्य स्तर पर: सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य, संचालक परिवार कल्याण (समन्वयक), संचालक (चिकित्सा शिक्षा), पैनल में सम्मिलित एक स्त्रीरोग विशेषज्ञ, पैनल में सम्मिलित एक पुरुष नसबंदी विशेषज्ञ, एक निश्चेतन (एनेस्थेशिया) विशेषज्ञ, एक राज्य नर्सिंग सलाहकार, संयुक्त संचालक (परिवार कल्याण)/उप संचालक (परिवार कल्याण) या परिवार कल्याण विभाग द्वारा निर्धारित कोई व्यक्ति, निजी क्षेत्र की किसी मान्यता प्राप्त संस्था का एक सदस्य, और विधिक प्रकोष्ठ का एक सदस्य।

ज़िला स्तर पर: ज़िला कलेक्टर (अध्यक्ष), मुख्य चिकित्सा अधिकारी/ज़िला स्वास्थ्य अधिकारी (समन्वयक), पैनल में सम्मिलित एक स्त्रीरोग विशेषज्ञ, पैनल में सम्मिलित एक नसबंदी सर्जन, एक निश्चेतन विशेषज्ञ, ज़िला परिवार कल्याण अधिकारी/प्रजनन व बाल स्वास्थ्य अधिकारी, नर्सिंग कैडर से एक प्रतिनिधि, परिवार कल्याण विभाग द्वारा निर्धारित कोई भी अन्य व्यक्ति और विधिक प्रकोष्ठ से एक प्रतिनिधि।

मैनुअल में इंफ्रास्ट्रक्चर और उपकरणों की सूची दी गई है जो उस जगह (सुविधा) पर उपलब्ध होने चाहिए जहां नसबंदी की जाएगी। इसी प्रकार से, विस्तृत जानकारी-आधारित सहमति फॉर्म और सर्जरी-पूर्व आकलन प्रपत्र भी मैनुअल में दिए गए हैं।

गर्भनिरोध सम्बंधी दिशानिर्देशों के बारे में उपयोगी वेबसाइट्स

1. http://nrhm.gov.in/nhm/nrhm/guidelines/nrhm-guidelines/family-planning-guidelines.html
2. http://nrhm.gov.in/mediamenu/fp-mass-media-campaign/birth-spacing-campaign/contraceptive-choices-for-birth-spacing.html
3. http://nrhm.gov.in/mediamenu/fp-mass-media-campaign/birth-spacing-campaign/oral-contraceptive-pills.html
4. http://www.WHO.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/
5. http://whqlibdoc.WHO.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
6. http://www.WHO.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/
7. http://mohfw.nic.in/WriteReadData/l892s/Chapter9ContraceptionFINAL-76217594.pdf
8. http://www.gfmer.ch/Guidelines/Family_planning/Family_planning_mt.htm
9. http://dhs.kerala.gov.in/docs/pdf/fwiec5.pdf
10. http://nrhm.gov.in/nhm/nrhm/guidelines/nrhm-guidelines/adolescent-reproductive-and-sexual-health-arsh.html
11. http://countryoffice.unfpa.org/india/drive/Referencemanualfordoctors.pdf

परिशिष्ट 2 निगरानी की चेकलिस्ट

इस अध्याय में हमने अध्याय 4 की सारी सिफारिशें 2 शीर्षकों में बांटकर रखी हैं - हक-आधारित गर्भनिरोध नीतियों व कार्यक्रमों की निगरानी हेतु चेकलिस्ट और अधिकार के नज़रिए से गर्भनिरोध सेवा प्रदाय की निगरानी के लिए चेकलिस्ट। इन चेकलिस्ट्स का उपयोग विभिन्न स्तरों पर कार्यरत व्यक्तियों और संगठनों द्वारा स्वतंत्र रूप से किया जा सकता है। नीति विश्लेषक चेकलिस्ट 1 का उपयोग कर सकते हैं और समुदाय के स्तर पर जुड़े लोग चेकलिस्ट 2 का उपयोग गर्भनिरोध कार्यक्रम में हक-आधारित सेवा प्रदाय की निगरानी हेतु कर सकते हैं।

चेकलिस्ट 1 गर्भनिरोध नीतियों व कार्यक्रमों की निगरानी

भेदभावमुक्त कामकाज

सिफारिश करें कि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं सबको बगैर किसी भेदभाव, दबाव या हिंसा के (अपनी निजी पसंद के आधार पर) समानता से मिलें।

1. क्या राज्य में दो-संतान का नियम है जिसकी वजह से दो से ज़्यादा बच्चों वाले लोगों के साथ भेदभाव होता है?
2. क्या कार्यक्रम के दिशानिर्देशों, या सरकारी कार्यालयों या सरकारी दस्तावेज़ों में स्पष्ट शब्दों में कहा गया है कि किसी भी व्यक्ति को उसकी मर्ज़ी के विरुद्ध ऐसी कोई भी गर्भनिरोध विधि अपनाने को मजबूर नहीं किया जाएगा जो वह नहीं चाहता/चाहती?
3. क्या कार्यक्रम के दिशानिर्देशों, या सरकारी कार्यालयों या सरकारी दस्तावेज़ों में कहा गया है कि गर्भनिरोध सेवा प्राप्त करने वाले प्रत्येक ग्राहक से जानकारी-आधारित सहमति लेना ज़रूरी है?
4. क्या सामान्य रूप से कोई गर्भनिरोधक अपनाने या गर्भनिरोध की कोई विधि-विशेष अपनाने पर, किसी भी समय या किसी भी परिस्थिति में (जैसे तीन बच्चों वाले लोगों को और बच्चों का जन्म रोकने हेतु) ग्राहक के लिए कोई प्रोत्साहन-प्रलोभन देने की प्रथा है?

सिफारिश करें कि कार्यक्रमों को कानून व नीतियों का समर्थन मिले ताकि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं पूरी आबादी के सारे तबकों को मिल सके। इन सेवाओं तक पहुंच के मामले में कमज़ोर व हाशिए के तबकों पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।

5. क्या कार्यक्रम के उद्देश्यों में हाशिए के समूहों पर ध्यान देना शामिल है, जैसे दूर-दराज के इलाकों में रहने वाले लोग, हाशिए के समुदाय के लोग, एकल महिलाएं, विकलांग व्यक्ति, यौनकर्मी, एचआईवी के साथ जी रहे लोग, या विभिन्न यौन-रुझान वाले या जेंडर पहचान वाले लोग?
6. क्या गर्भनिरोध जानकारी व सेवा कार्यक्रम को 'परिवार नियोजन' कार्यक्रम का नाम दिया गया है, जिसकी वजह से वे सारे लोग इसके दायरे से बाहर रह जाएंगे जो 'परिवार' में नहीं हैं?
7. क्या कार्यक्रम जच्चा-बच्चा स्वास्थ्य कार्यक्रम का हिस्सा है?
8. क्या कार्यक्रम के उद्देश्यों में स्पष्ट रूप से किशोरों और युवा लोगों की ज़रूरतों का उल्लेख है?
9. क्या कार्यक्रम गर्भनिरोध का अत्यधिक व अनावश्यक बोझ महिलाओं पर डालता है? क्या कार्यक्रम के उद्देश्यों में स्पष्ट रूप से पुरुषों की ज़रूरतों पर ध्यान देने की बात कही गई है?

परिशिष्ट 2

उपलब्धता

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध की वस्तुओं, सप्लाइज़ व उपकरणों, जिनमें आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत विभिन्न विधियों का समावेश हो, को ज़रूरी दवाइयों की सप्लाई शृंखला में शामिल किया जाए ताकि उपलब्धता बढ़े। उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए जहां ज़रूरी हो, सप्लाई शृंखला को सुदृढ़ बनाने हेतु निवेश किया जाए।

10. क्या राष्ट्रीय ज़रूरी दवा सूची में गर्भनिरोधकों की विस्तारित रेंज शामिल है (आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियों समेत)?

पहुंच

सिफारिश करें कि स्कूल व स्कूल से बाहर वैज्ञानिक रूप से सही और समग्र यौन शिक्षा कार्यक्रम चलाएं जाएं जिनमें गर्भनिरोध के उपयोग व उन्हें प्राप्त करने सम्बंधी जानकारी भी शामिल हो।

11. क्या समग्र यौन शिक्षा एक या एक से अधिक राष्ट्रीय अथवा प्रांतीय नीतियों का अंग है?

12. क्या कोई नीति या सरकारी आदेश है कि क) स्कूल, ख) स्कूल से बाहर के युवाओं के लिए समग्र यौन शिक्षा कार्यक्रम चलाया जाए?

13. कितने प्रतिशत स्कूलों में यौन शिक्षा पाठ्यक्रम का एक हिस्सा है?

सिफारिश करें कि किशोरों व गरीबों समेत हाशिए के लोगों द्वारा गर्भनिरोधकों के उपयोग में आने वाली वित्तीय अड़चनों को दूर किया जाए और गर्भनिरोध सबके लिए वहनीय बनाया जाए।

14. क्या गर्भनिरोध सेवाएं सिर्फ प्रजनन उम्र के विवाहित व्यक्तियों को नहीं बल्कि सारे यौन सक्रिय व्यक्तियों को प्रदाय-स्थल पर निशुल्क उपलब्ध हैं?

15. क्या ऐसी कोई व्यवस्था है कि जो गैर-गरीब लोग गर्भनिरोधक सेवाओं का भुगतान नहीं कर सकते, उन्हें पहुंच से वंचित नहीं किया जाएगा?

सिफारिश करें कि सेवाओं तक पहुंच के अभाव वाले उपयोगकर्ताओं और संभावित उपयोगकर्ताओं (जैसे ग्रामीण लोग, शहरी गरीब लोग और किशोरवस्था के लोग) की पहुंच बेहतर बने। सुरक्षित गर्भपात की जानकारी व सेवाएं WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार उपलब्ध कराई जाएं। (सुरक्षित गर्भपातः स्वास्थ्य तंत्रों के लिए तकनीकी व नीतिगत दिशानिर्देश, द्वितीय संस्करण Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health systems, 2nd edition)

सिफारिश करें कि जो आबादियां गर्भनिरोध सेवाओं तक पहुंच के संदर्भ में भौगोलिक बाधाओं का सामना करती हैं उनके लिए चलित सेवाएं प्रदान करके पहुंच को बेहतर बनाया जाए।

16. क्या सेवाओं के स्थल और समय, भौतिक इंफ्रास्ट्रक्चर और मानव संसाधनों के नियोजन में कमज़ोर तबकों (जैसे कम साक्षर लोग या शारीरिक विकलांगता वाले लोग, भाषाई या जनजातीय अल्पसंख्यक समुदाय) की विशेष ज़रूरतों का ध्यान रखा गया है?

17. क्या अल्प-सेवित आबादियों के लिए चलित सेवाएं उपलब्ध हैं जिनमें गर्भनिरोध सेवाओं की पूरी रेंज उपलब्ध हो? कम आमदनी और दुर्गम स्थानों पर रहने वाले कितने प्रतिशत लोगों को चलित सेवाओं का लाभ मिलता है? क्या इन सेवाओं में सामान्य रूप से गर्भनिरोधकों की विधियों और सेवाओं की पूरी रेंज प्रदान की जाती है?

परिशिष्ट 2

विस्थापित लोगों, संकटग्रस्त लोगों, और यौन हिंसा के शिकार लोगों के लिए समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं उपलब्ध कराने के विशेष प्रयास किए जाएं। यौन हिंसा के शिकार लोगों को खास तौर से आपातकालीन गर्भनिरोधक की ज़रूरत होती है।

18. क्या आपात परिस्थितियों (आपदाओं) के प्रबंधन में लगी सरकारी एजेंसियों की कोई नीति है कि आपात परिस्थितियों में प्रजनन स्वास्थ्य सम्बंधी ज़रूरतों का आकलन किया जाए, जिसमें गर्भनिरोधकों की मांग का आकलन भी शामिल हो?

सिफारिश करें कि एचआईवी. जांच, उपचार व देखभाल के समय यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के एक हिस्से के रूप में गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की पेशकश की जाए।

19. क्या राष्ट्रीय एचआईवी नीति में गर्भनिरोध सेवाओं को एचआईवी जांच, उपचार व देखभाल सेवाओं के साथ जोड़ने की कोई प्राथमिकता निर्धारित की गई है? क्या गर्भनिरोध सेवाओं को एचआईवी जांच, उपचार व देखभाल के अंतर्गत एकीकृत करने की कोई रणनीति बनी है?

20. क्या एचआईवी/एड्स के लिए ज़िम्मेदार विभागों/अधिकारियों और यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के लिए ज़िम्मेदार विभागों/अधिकारिगों के बीच समन्वय की कोई प्रणाली है? क्या इसमें गर्भनिरोध सम्बंधी सेवाओं के एकीकरण की बात भी शामिल है? क्या इस तरह की प्रणालियां राज्य व ज़िला स्तर पर विद्यमान हैं?

21. क्या एचआईवी जांच, उपचार व देखभाल के क्लीनिकल प्रोटोकॉल और मानकों की समीक्षा व संशोधन गर्भनिरोध सम्बंधी समग्र जानकारी, परामर्श व सेवाओं को शामिल करने की दृष्टि से किया गया है?

सिफारिश करें कि प्रसव-पूर्व व प्रसव-उपरांत देखभाल के दौरान गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाएं प्रदान की जाएं।

सिफारिश करें कि गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाओं को गर्भपात व गर्भपात के उपरांत दी जाने वाली देखभाल का नियमित अंग बनाया जाए।

22. यदि गर्भनिरोध सम्बंधी सेवाएं प्रसव-उपरांत और गर्भपात/गर्भपात-उपरांत सेवाओं के साथ जोड़ दी गई हैं, जैसे प्रसव-उपरांत आईयूसीडी रणनीति में किया गया है, तो क्या इस बात के संकेत हैं कि सामान्य रूप से गर्भनिरोधक या किसी खास विधि की पसंद को रोका जा रहा है? (पसंद को रोकने के कुछ उदाहरण प्रसव-उपरांत नसबंदी कार्यक्रम या प्रसव-उपरांत आईयूसीडी कार्यक्रम हो सकते हैं जब सिर्फ एक ही तरीके की पेशकश की जाती है। या जब गर्भपात चाहने वाली महिला पर गर्भनिरोध की कोई विधि अपनाने की शर्त लगाई जाती है।) क्या जानकारी-आधारित सहमति की प्रक्रिया का पालन किया जा रहा है?

23. क्या मातृत्व स्वास्थ्य और गर्भपात/गर्भपात-उपरांत देखभाल के क्लीनिकल प्रोटोकॉल और मानकों की समीक्षा व संशोधन गर्भनिरोध सम्बंधी समग्र जानकारी, परामर्श व सेवाओं को शामिल करने की दृष्टि से किया गया है?

सिफारिश करें कि तृतीय पक्ष की अनुमति की शर्त को समाप्त किया जाए। इसमें व्यक्तियों/महिलाओं को गर्भनिरोधक तथा सम्बंधित जानकारी व सेवाओं तक पहुंच बनाने के लिए पति/पत्नी की अनुमति की ज़रूरत होती है।

24. क्या कानून या नीति और कार्यक्रम के दस्तावेज़ों में साफ तौर पर यह कहा गया है कि व्यक्तियों/महिलाओं को गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं प्राप्त करने के लिए पति/पत्नी की स्वीकृति की ज़रूरत है?

परिशिष्ट 2

सिफारिश करें कि किशोरों को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा (गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं समेत) प्रदान करने के लिए माता-पिता या अभिभावकों की अनुमति/उन्हें सूचना देने की अनिवार्यता को समाप्त किया जाए। ऐसा करना किशोरों की शैक्षणिक व सेवा सम्बंधी जरूरतों की पूर्ति हेतु ज़रूरी है।

25. क्या ऐसा कोई कानून या नियम है जिसके तहत किशोरों को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के लिए माता-पिता की स्वीकृति अनिवार्य हो?

26. क्या किशोरों व युवा लोगों के लिए यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बंधी ऐसा कोई नीतिगत या रणनीतिक दस्तावेज़ है जो यह कहता हो कि सेवाएं वैवाहिक स्थिति को देखे बगैर दी जाएंगी और जिसमें किशोरों द्वारा सेवा प्राप्त करने के लिए माता-पिता/अभिभावकों की स्वीकृति को अनिवार्य न बनाया गया हो?

स्वीकार्यता

परिवार नियोजन व गर्भनिरोधक सम्बंधी सम्बंधी जेंडर संवेदी शैक्षणिक हस्तक्षेप व परामर्श की सिफारिश की जाती है। ये हस्तक्षेप व परामर्श सही जानकारी पर आधारित हों, इनमें दक्षता निर्माण (यानी संप्रेषण व बातचीत) शामिल हो और ये समुदाय व व्यक्ति की विशिष्ट ज़रूरतों की पूर्ति के हिसाब से बने हों।

27. क्या गर्भनिरोध/यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के दिशानिर्देशों में जेंडर-संवेदी सेवा प्रदाय की ज़रूरत का समर्थन किया गया है? यदि हां, तो क्या इसके तौर-तरीके बताए गए हैं?

28. क्या गर्भनिरोध/यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के दिशानिर्देशों में ऐसे व्यक्तियों की विशिष्ट ज़रूरतों को रेखांकित किया गया है जो अंतरंग साथी की हिंसा के शिकार हैं? यदि हां, तो क्या ऐसे ग्राहकों को परामर्श व सेवा प्रदाय के तौर-तरीके भी बताए गए हैं?

29. क्या प्रदाताओं को जेंडर-संवेदी प्रदाय का प्रशिक्षण मिला है?

- क्या इसके अंतर्गत गर्भनिरोध सम्बंधी जेंडर-संवेदी परामर्श का प्रशिक्षण शामिल है?
- क्या प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के जेंडर प्रशिक्षण में उन महिलाओं की विशिष्ट ज़रूरतों को संबोधित किया जाता है जो प्रजनन सम्बंधी दबाव का या अन्य किस्म की अंतरंग साथी हिंसा का सामना कर रही हैं?

सिफारिश करें कि समस्त गर्भनिरोधक सेवा प्रदाय के अभिन्न अंग के रूप गर्भनिरोधकों के साइड प्रभावों के प्रबंधन के लिए अनुवर्तन सेवाओं को प्राथमिकता दी जाए। सिफारिश करें कि जो विधियां मौके पर उपलब्ध न हों, उनके लिए उपयुक्त रेफरल सेवा उपलब्ध कराई जाएं।

30. क्या विभिन्न स्तर की सुविधाओं और प्रदाताओं के लिए गर्भनिरोध सेवाओं से सम्बंधित फॉलो-अप विज़िट, साइड प्रभावों के प्रबंधन और रेफरल के प्रोटोकॉल मौजूद हैं?

31. क्या प्रदाताओं को गर्भनिरोध सेवाओं के फॉलो-अप और रेफरल प्रक्रियाओं का प्रशिक्षण मिला है?

गुणवत्ता

सिफारिश करें कि गुणवत्ता आश्वासन प्रक्रियाओं, जिनमें देखभाल के मानक व ग्राहक का फीडबैक शामिल हो, को गर्भनिरोधक कार्यक्रम का सामान्य हिस्सा बनाया जाए।

सिफारिश करें कि दीर्घावधि उत्क्रमणीय (बहाली-योग्य) गर्भनिरोधक विधियों के मामले में लगाने व निकालने की सेवाएं शामिल की जाएं, और उस स्थान पर साइड प्रभाव सम्बंधी परामर्श भी उपलब्ध हो।

सिफारिश करें कि गर्भनिरोधक शिक्षा, जानकारी व सेवाओं के प्रदाय को लेकर स्वास्थ्य सेवा कर्मियों का दक्षता-आधारित प्रशिक्षण और निरीक्षण सतत किया जाए। दक्षता-आधारित प्रशिक्षण WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार हो।

32. क्या गुणवत्ता आश्वासन की कोई समग्र रणनीति, जिसमें गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं भी शामिल हों, यौन व प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम के दिशानिर्देशों का अंग है?

33. क्या देखभाल के विभिन्न स्तरों के लिए गर्भनिरोध सेवा प्रदाय के लिए गुणवत्ता के मानक बनाए गए हैं?

34. क्या बजट आवंटन गुणवत्ता के मानकों के पालन हेतु पर्याप्त है?

35. क्या गर्भनिरोध सेवाओं की गुणवत्ता के नियमित आकलन व निगरानी हेतु प्रक्रियाएं विद्यमान हैं?

जानकारी-आधारित निर्णय

जानकारी आधारित निर्णय को संभव बनाने के लिए गर्भनिरोधकों के बारे में प्रमाण-आधारित, समग्र जानकारी, शिक्षा व परामर्श की सिफारिश करें।

सिफारिश करें कि प्रत्येक व्यक्ति को, बगैर किसी भेदभाव के, आधुनिक गर्भनिरोधकों (आपातकालीन, लघु अवधि, दीर्घावधि और स्थायी तरीके) में से अपने उपयोग के लिए तरीके का चुनाव करने के लिए जानकारी आधारित निर्णय का अवसर सुनिश्चित किया जाए।

36. क्या परामर्श व सेवा प्रदाय के दिशानिर्देश और प्रोटोकॉल में गर्भनिरोधक के संदर्भ में जानकारी-आधारित निर्णय प्रक्रिया के तत्वों और प्रक्रियाओं का विवरण है?

37. क्या प्रदाता जानकारी-आधारित निर्णय प्रक्रिया के बारे में जानते हैं और क्या उन्हें इसे सुगम बनाने का प्रशिक्षण मिला है?

38. क्या प्रदाताओं के पास ऐसे संसाधन हैं जो ग्राहक द्वारा गर्भनिरोध के बारे में जानकारी-आधारित निर्णय प्रक्रिया के लिए ज़रूरी हैं? क्या पोस्टर्स और सूचना, शिक्षा व संप्रेषण की सामग्री स्थानीय भाषा में उपलब्ध है और क्या इसे स्वास्थ्य सुविधा में प्रदर्शित किया गया है?

निजता व गोपनीयता

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध जानकारी और सेवाओं के प्रदाय की पूरी अवधि में व्यक्ति की निजता का सम्मान किया जाए, जिसमें चिकित्सकीय व अन्य व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता शामिल हो।

39. क्या गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के दिशानिर्देशों और प्रोटोकॉल में इस बात का विस्तृत विवरण दिया गया है कि गर्भनिरोध सेवा के इच्छुक ग्राहक की निजता व गोपनीयता कैसे सुनिश्चित की जाए?

40. क्या स्वास्थ्य सुविधा में जगह की ज़रूरत के मानक तय करते समय दृश्य व श्रव्य निजता, युवा ग्राहकों के लिए प्रतीक्षा, परामर्श व जांच की अलग जगह का ख्याल रखा गया है?

परिशिष्ट 2

सहभागिता

सिफारिश करें कि समुदाय, खास तौर से प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित लोगों को गर्भनिरोध कार्यक्रम और नीति के निर्माण, क्रियांवयन और निगरानी के हर पहलू में सार्थक रूप से जुड़ने का अवसर मिले।

42. क्या यौन व प्रजनन स्वास्थ्य नीति/कार्यक्रम के दिशानिर्देशों में समुदाय के सदस्यों और सेवा के उपयोगकर्ताओं की नियमित सहभागिता और सलाह-मशवरे की प्रक्रिया बनाने की बात कही गई है?

43. क्या सहभागिता की व्यवस्था विद्यमान है? इन समूहों में कितने सदस्य महिलाएं हैं? या हाशिए के समूहों से हैं? क्या ऐसे कोई उप-समूह हैं जो ऐसी प्रक्रिया की सदस्यता से व्यवस्थित रूप से नदारद हैं?

44. क्या ऐसी व्यवस्थाएं/प्रक्रियाएं हैं जो स्त्री व पुरुष समलैंगिक (लेस्बियन व गे), द्विलैंगिक (बायसेक्सुअल) और यौनांतरित (ट्रांसजेंडर) लोगों को अपनी ज़रूरतें व्यक्त करने की सुविधा देते हों?

45. आपके इलाके में ग्राम स्वास्थ्य व स्वच्छता समितियां और रोगी कल्याण समितियां कैसे काम करती हैं?

जवाबदेही

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रदाय में व्यक्तिगत व तंत्र के स्तरों पर जवाबदेही की कारगर प्रक्रियाएं स्थापित की जाएं और वे सुगम हों, और उनमें निगरानी व मूल्यांकन तथा निराकरण व शिकायत निवारण शामिल हों।

सिफारिश करें कि सारे कार्यक्रमों का मूल्यांकन व निगरानी हो ताकि सेवाओं की सर्वोच्च गुणवत्ता तथा मानव अधिकारों का सम्मान सुनिश्चित हो।

46. क्या यौन व प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार सम्बंधी मुद्दों के संदर्भ में जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए कोई राष्ट्र स्तरीय या प्रदेश स्तरीय समिति है?

47. क्या राष्ट्रीय मानव अधिकार आयोग को कानूनी समर्थन प्राप्त है? क्या पिछले वर्ष उसे गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रदाय के मामले में कोई शिकायत मिली थी? इन शिकायतों में से कितने प्रतिशत को संबोधित किया गया? कितने प्रतिशत मामले सुलझा दिए गए?

48. मानव अधिकार आयोग, ओम्बड्समैन (लोकपाल) कार्यालय या अन्य शिकायत निवारण व्यवस्थाओं में प्राप्त/संबोधित/सुलझाई गई शिकायतों में से कितने प्रतिशत हाशिए के समूहों के लोगों की थी?

49. क्या सरकार यह पता करने के लिए किसी सूचक का उपयोग करती है कि यौन व प्रजनन स्वास्थ्य (गर्भनिरोध समेत) कितने 'हक-आधारित' हैं?

50. क्या गर्भनिरोधकों की उपलब्धता का आकलन ग्राम स्वास्थ्य व स्वच्छता समितियों या रोगी कल्याण समितियों द्वारा की जाने वाली सामुदायिक निगरानी का हिस्सा है?

परिशिष्ट 2

चेकलिस्ट 2 गर्भनिरोध सेवा प्रदाय तथा जानकारी के भेदभाव रहित होने की निगरानी

सिफारिश करें कि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं तक पहुंच सभी लोगों को स्वैच्छिक रूप से समानता से, भेदभाव, दबाव या हिंसा से मुक्त ढंग से दी जाए (खुद की पसंद के आधार पर)

1. क्या ऐसी कोई प्रथा है कि सेवा प्रदाताओं/उनकी संस्थाओं/पंचायतों को गर्भनिरोधक उपयोगकर्ताओं की संख्या/अनुपात के निर्धारित 'लक्ष्य' की प्राप्ति पर कोई पारितोषिक दिया जाता है?
2. क्या सेवा प्रदाता/स्वास्थ्य सुविधा गर्भनिरोधक स्वीकार करने वालों की निर्धारित संख्या या अनुपात (उपलब्धि का अपेक्षित स्तर) हासिल न कर पाने पर वास्तविकता में किसी डिस-इंसेंटिव (निरुत्साहक) या दंड के भागीदार होते हैं?
3. क्या वास्तविकता में किसी भी सेवा (जैसे गर्भ का चिकित्सकीय समापन) या लाभ (रियायती भोजन, रोज़गार, मातृत्व लाभ) को गर्भनिरोधक का उपयोगकर्ता होने या गर्भनिरोधक स्वीकार करने की शर्त से जोड़ा गया है?
4. क्या गर्भनिरोध कार्यक्रम में यह सुनिश्चित करने के लिए प्रणालियां है (जैसे मौके पर जांच, फीडबैक प्रणाली) कि हाशिए के समूहों (जैसे कम आमदनी वाले, अल्पसंख्यक, एचआईवी के साथ जी रहे लोग, संस्थाओं में रहने वाली महिलाएं) के लोगों को गर्भनिरोधक अपनाने के लिए विवश करने या दबाव बनाने से सुरक्षा मिले?

सिफारिश करें कि कार्यक्रमों को कानून व नीतियों का समर्थन मिले ताकि समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं पूरी आबादी के सारे तबकों को मिल सकें। इन सेवाओं तक पहुंच के मामले में कमज़ोर व हाशिए के तबकों पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।

5. क्या इस बाबत आंकड़े उपलब्ध हैं कि बहिष्कृत और हाशिए के समूह कौन-से हैं; उनकी यौन व प्रजनन सम्बंधी ज़रूरतें क्या हैं; और वे गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं प्राप्त करने में किन बाधाओं का सामना करते हैं? क्या सेवा प्रदाता जानकारी में कमी का परिमाण जानते हैं? या क्या वे यह जानते हैं कि कौन-से समूह छूट गए हैं?
6. वास्तव में क्या गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं सारे यौन सक्रिय लोगों को उपलब्ध है, चाहे उनकी उम्र, वैवाहिक स्थिति या यौन-रुझान (जैसे अकेली महिला, सारे पुरुष, किशोर व युवा लोग, यौन कर्मी, एचआईवी पॉज़िटिव लोग) कुछ भी हो?

उपलब्धता

गर्भनिरोध की वस्तुओं, सप्लाइज़ व उपकरणों (आपातकालीन गर्भनिरोधक व विभिन्न विधियों समेत) को ज़रूरी दवाइयों की सप्लाई शृंखला में शामिल किया जाए ताकि उपलब्धता बढ़े। उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए जहां ज़रूरी हो, सप्लाई शृंखला को सुदृढ़ बनाने हेतु निवेश किया जाए।

7. वास्तव में क्या सेवा प्रदाय बिंदु पर पहुंचने वाले ग्राहकों को गर्भनिरोधकों की विस्तृत रेंज उपलब्ध होती है?
8. क्या ऐसे प्रसंग हुए हैं जब किसी गर्भनिरोधक का स्टॉक चुक गया हो (जैसे किसी निर्धारित समयावधि में या किसी विशिष्ट प्रदाय स्थल पर, जैसे आशा, एएनएम, आंगनवाडी कार्यकर्ता)?

परिशिष्ट 2

पहुंच (सुगमता)

सिफारिश करें कि स्कूल व स्कूल से बाहर वैज्ञानिक रूप से सही और समग्र यौन शिक्षा कार्यक्रम चलाए जाएं जिनमें गर्भनिरोध के उपयोग व उन्हें प्राप्त करने सम्बंधी जानकारी भी शामिल हो।

9. स्कूल से बाहर के युवा लोगों का कितना प्रतिशत किसी भी यौन शिक्षा कार्यक्रम में शामिल है?

10. सरकार द्वारा लागू किसी भी यौन शिक्षा कार्यक्रम के पाठ्यक्रम की छानबीन कीजिए। यह कितना 'समग्र' है, और किस हद तक यूनेस्को दिशानिर्देशों में दिए गए छः अनिवार्य तत्वों पर आधारित है?

11. क्या यौन शिक्षा कार्यक्रम जेंडर-समानता के मूल्यों और मानकों को बढ़ावा देता है और अधिकारों, तथाकथित कलंकों और/या भेदभाव को संबोधित करता है? क्या यह यौन-सकारात्मक है और क्या इसमें विभिन्न यौनिक व जेंडर पहचानों का समावेश है?

सिफारिश करें कि किशोरों व गरीबों समेत हाशिए के लोगों द्वारा गर्भनिरोधकों के उपयोग में आने वाली वित्तीय अड़चनों को दूर किया जाए और गर्भनिरोध को सबके लिए वहनीय बनाया जाए।

13. क्या गर्भनिरोध सेवाएं सारी बीमा योजनाओं के लाभ-पैकेज का हिस्सा हैं: सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा और अन्य अग्रिम भुगतान योजनाएं, अन्य स्वैच्छिक या अनिवार्य बीमा योजनाएं (जैसे सरकार-प्रायोजित, नियोक्ता-प्रायोजित या बीमाशुदा व्यक्ति द्वारा अलग-अलग भुगतान पर आधारित)? क्या इनमें गर्भनिरोधकों के समस्त विकल्पों को शामिल किया गया है?

14. क्या अनौपचारिक भुगतान की प्रथा को रोकने के कोई उपाय हैं?

ऐसे हस्तक्षेपों की सिफारिश करें कि सेवाओं तक पहुंच के अभाव वाले उपयोगकर्ताओं और संभावित उपयोगकर्ताओं (जैसे ग्रामीण लोगों, शहरी गरीब लोगों और किशोरवस्था के लोगों) की पहुंच बेहतर बने। सुरक्षित गर्भपात की जानकारी व सेवाएं WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार उपलब्ध कराई जाएं (सुरक्षित गर्भपात: स्वास्थ्य तंत्रों के लिए तकनीकी व नीतिगत दिशानिर्देश, द्वितीय संस्करण Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2nd edition)

सिफारिश करें कि जो आबादियां गर्भनिरोध सेवाओं तक पहुंच के संदर्भ में भौगोलिक बाधाओं का सामना करती हैं उनके लिए चलित सेवाएं प्रदान करके पहुंच को बेहतर बनाया जाए।

15. क्या सुरक्षित गर्भपात सेवाएं महिलाओं के सारे तबकों को वहनीय कीमत पर उपलब्ध हैं? क्या कुछ समूह आम तौर पर इनके दायरे से बाहर रखे जाते हैं?

16. क्या सुरक्षित गर्भपात सेवाएं प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा के स्तर पर उपलब्ध हैं?

सिफारिश करें कि विस्थापित लोगों, संकटग्रस्त लोगों, और यौन हिंसा के शिकार लोगों के लिए समग्र गर्भनिरोध जानकारी व सेवाएं उपलब्ध कराने के विशेष प्रयास किए जाएं। यौन हिंसा के शिकार लोगों को खास तौर से आपातकालीन गर्भनिरोधक की ज़रूरत होती है।

17. क्या कोई सकारात्मक नीति मौजूद है और वास्तव में किस हद तक इसके प्रावधानों को अधिकांश आपातकालीन परिस्थितियों में क्रियांवित किया गया है?

परिशिष्ट 2

क्या मानवीय परिस्थितियों में कार्यरत प्रदाताओं को आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत गर्भनिरोध सेवाएं प्रदान करने का प्रशिक्षण दिया गया है?

18. क्या यौन हिंसा के शिकार व्यक्तियों को मेडिको-लीगल सेवा के एक हिस्से के रूप में आपातकालीन गर्भनिरोध उपलब्ध कराया जाता है?

सिफारिश करें कि एच.आई.वी. जांच, उपचार व देखभाल के समय यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के एक हिस्से के रूप में गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं की पेशकश की जाए।

19. क्या एचआईवी सेवा प्रदाताओं को गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं प्रदान करने का प्रशिक्षण दिया गया है?

20. वास्तव में क्या एचआईवी सेवा के उपयोगकर्ताओं को गर्भनिरोध सेवाएं सामान्य रूप से दी जाती हैं?

सिफारिश करें कि प्रसव-पूर्व व प्रसव-उपरांत देखभाल के दौरान गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाएं प्रदान की जाएं।

सिफारिश करें कि गर्भनिरोधक जानकारी व सेवाओं को नियमित रूप से गर्भपात व गर्भपात के उपरांत दी जाने वाली देखभाल का अंग बनाया जाए।

21. क्या सेवा प्रदाताओं को गर्भनिरोध की सारी विधियों की जानकारी है और क्या उनके पास परामर्श देने तथा सेवाएं देने के लिए जानकारी व हुनर है?

22. वास्तव में क्या प्रसव-पूर्व तथा प्रसव-उपरांत सेवाओं के उपयोगकर्ताओं या गर्भपात व गर्भपात-उपरांत सेवाओं के उपयोगकर्ताओं को समग्र गर्भनिरोधक सेवाओं की पेशकश सामान्य तौर पर की जाती है? क्या सूचना व संप्रेषण के ऐसे संसाधन मौजूद हैं जो प्रसव-उपरांत व गर्भपात-उपरांत पुरुषों व महिलाओं को उपलब्ध गर्भनिरोधक विकल्पों की जानकारी दे सकें?

सिफारिश करें कि तृतीय पक्ष की अनुमति की शर्त को समाप्त किया जाए। इसमें व्यक्तियों/महिलाओं को गर्भनिरोधक तथा सम्बंधित जानकारी व सेवाओं तक पहुंच बनाने के लिए पति/पत्नी की अनुमति की ज़रूरत होती है।

23. यथार्थ में, क्या गर्भनिरोध सेवा प्रदाता महिला द्वारा कोई भी गर्भनिरोध सेवा प्राप्त करने के लिए पति/पुरुष साथी की स्वीकृति का आग्रह करते हैं?

सिफारिश करें कि किशोरों को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा (गर्भनिरोध जानकारी व सेवाओं समेत) प्रदान करने के लिए माता-पिता या अभिभावकों की अनुमति/उन्हें सूचना देने की अनिवार्यता को समाप्त किया जाए। ऐसा करना किशोरों की शैक्षणिक व सेवा सम्बंधी जरूरतों की पूर्ति हेतु ज़रूरी है।

24. क्या स्वास्थ्य सेवा प्रदाता जानते हैं कि इस बात का आकलन कैसे करें कि कोई किशोर यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में स्वतंत्र निर्णय लेने में सक्षम है या नहीं?

स्वीकार्यता

परिवार नियोजन व गर्भनिरोधक सम्बंधी जेंडर-संवेदी शैक्षणिक हस्तक्षेप व परामर्श की सिफारिश की जाती है। ये हस्तक्षेप व परामर्श सही जानकारी पर आधारित हों, इनमें दक्षता निर्माण (यानी संप्रेषण व बातचीत) शामिल हो और ये समुदाय व व्यक्ति की विशिष्ट ज़रूरतों की पूर्ति के हिसाब से बने हों।

परिशिष्ट 2

25. क्या स्वास्थ्य सुविधाएं कर्मियों, परामर्श के लिए भौतिक स्थान और विभिन्न साक्षरता स्तरों व सांस्कृतिक विविधता के लिए उपयुक्त शैक्षिक सामग्री से लैस हैं?

26. क्या स्वास्थ्य सुविधाएं ऐसे ग्राहकों के लिए बातचीत व चर्चा का अनुकूल माहौल (प्रतीक्षा कक्ष, जांच कक्ष, गलियारों जैसे सार्वजनिक स्थानों पर पोस्टर्स) उपलब्ध कराती हैं जो अंतरंग साथी की यौन हिंसा और/या प्रजनन सम्बंधी दबाव का सामना कर रहे हैं? क्या प्रजनन सम्बंधी इरादों और गर्भनिरोध के विकल्पों पर चर्चा से पहले घरेलू हिंसा सेवा की ओर रेफरल तथा प्रजनन सम्बंधी दबाव तथा अंतरंग साथी की यौन हिंसा की जांच सामान्य मानक प्रोटोकॉल का हिस्सा हैं?

सिफारिश करें कि समस्त गर्भनिरोधक सेवा प्रदाय के अभिन्न अंग के रूप गर्भनिरोधकों के साइड प्रभावों के प्रबंधन के लिए अनुवर्तन सेवाओं को प्राथमिकता दी जाए। सिफारिश करें कि जो विधियां मौके पर उपलब्ध न हों, उनके लिए उपयुक्त रेफरल सेवा उपलब्ध कराई जाएं।

27. यथार्थ में क्या ग्राहकों को फॉलो-अप विज़िट, उसके समय व प्रक्रिया के बारे में उपयुक्त व पर्याप्त जानकारी दी जाती है?

28. क्या सेवा प्रदाता यथार्थ में ग्राहक को अपनी पसंद की गर्भनिरोधक विधि, जो किसी स्थान-विशेष पर उपलब्ध न हो, तक पहुंचने में मदद करते हैं? क्या ग्राहकों को गर्भनिरोधकों के साइड प्रभावों के संदर्भ में उसी केंद्र पर, बगैर अतिरिक्त खर्च किए, उपयुक्त फॉलो-अप मिलता है?

सिफारिश करें कि गुणवत्ता आश्वासन प्रक्रियाओं, जिनमें देखभाल के मानक व ग्राहक का फीडबैक शामिल हो, को गर्भनिरोधक कार्यक्रम का सामान्य हिस्सा बनाया जाए।

सिफारिश करें कि दीर्घावधि बहाली-योग्य गर्भनिरोधक (LARC) विधियों के मामले में लगाने व निकालने की सेवाएं शामिल की जाएं, और उसी स्थान पर साइड प्रभाव सम्बंधी परामर्श भी उपलब्ध हो।

सिफारिश करें कि गर्भनिरोधक शिक्षा, जानकारी व सेवाओं के प्रदाय को लेकर स्वास्थ्य सेवा कर्मियों का दक्षता-आधारित प्रशिक्षण और निरीक्षण सतत किया जाए। दक्षता-आधारित प्रशिक्षण WHO के दिशानिर्देशों के अनुसार हो।

29. क्या कार्यक्रम और स्वास्थ्य सुविधा के स्तर पर ग्राहकों से गर्भनिरोध सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में फीडबैक प्राप्त करने के लिए प्रक्रियाएं व व्यवस्थाएं मौजूद हैं?

30. क्या ग्राहकों को यह बताया जाता है कि यह उनका अधिकार है कि वे आईयूसीडी जैसे दीर्घावधि गर्भनिरोधकों को हटाने का अनुरोध कर सकते हैं?

31. क्या गर्भनिरोधक विधियों के बारे में प्रदाता की जानकारी व क्लीनिकल हुनर को अद्यतन करने की कोई प्रणाली है?

जानकारी-आधारित निर्णयः जानकारी आधारित निर्णय को संभव बनाने के लिए गर्भनिरोधकों के बारे में प्रमाण-आधारित, समग्र जानकारी, शिक्षा व परामर्श की सिफारिश करें।

सिफारिश करें कि प्रत्येक व्यक्ति को, बगैर किसी भेदभाव के, आधुनिक गर्भनिरोधकों (आपातकालीन, लघु अवधि,

दीर्घावधि और स्थायी तरीके) में से अपने उपयोग के लिए तरीके का चुनाव करने के लिए जानकारी-आधारित निर्णय का अवसर सुनिश्चित किया जाए।

32. यथार्थ में क्या सारे ग्राहकों को उपलब्ध गर्भनिरोधकों के बारे में ज़रूरी जानकारी मिलती है?

33. एचआईवी पॉज़िटिव महिलाओं और आश्रय गृहों (शेल्टर होम) जैसी संस्थाओं में रहने वाली अवयस्क तथा अन्य महिलाओं के संदर्भ में जानकारी-आधारित निर्णय की क्या स्थिति है? क्या उन्हें जानकारी-आधारित निर्णय लेने दिया जाता है?

निजता व गोपनीयता

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध जानकारी और सेवाओं के प्रदाय की पूरी अवधि में व्यक्ति की निजता का सम्मान किया जाए, जिसमें चिकित्सकीय व अन्य व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता शामिल हो।

34. क्या प्रदाता निजता व गोपनीयता सुनिश्चित करने को लेकर सचेत हैं? क्या वे इसके अनुरूप काम करते हैं?

35. क्या ग्राहक गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के निजता व गोपनीयता के पक्ष को लेकर संतुष्ट हैं?

सहभागिता

सिफारिश करें कि समुदाय, खास तौर से प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित लोगों को गर्भनिरोध कार्यक्रम और नीति के निर्माण, क्रियांवयन और निगरानी के हर पहलू में सार्थक रूप से जुड़ने का अवसर मिले।

36. यथार्थ में सहभागिता व्यवस्था का कितना हिस्सा काम करता है? उदाहरण के लिए, हाशिए के समूह के लोगों द्वारा क्या मुद्दे उठाए जाते हैं? इन मुद्दों को कैसे संबोधित किया जाता है? क्या फॉलो-अप किया जाता है?

37. यथार्थ में सहभागिता प्रक्रिया में शामिल होने वालों में कितना हिस्सा महिलाओं का होता है? और हाशिए के समूहों का? आबादी के कौन-से तबके अनुपस्थित हैं?

जवाबदेही

सिफारिश करें कि गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रदाय में व्यक्तिगत व तंत्र के स्तरों पर जवाबदेही की कारगर प्रक्रियाएं स्थापित की जाएं और वे सुगम हों, और उनमें निगरानी व मूल्यांकन तथा निराकरण व शिकायत निवारण शामिल हों।

सिफारिश करें कि सारे कार्यक्रमों का मूल्यांकन व निगरानी हो ताकि सेवाओं की सर्वोच्च गुणवत्ता तथा मानव अधिकारों का सम्मान सुनिश्चित हो।

सिफारिश करें कि जिन परिस्थितियों में प्रदर्शन आधारित वित्तपोषण व्यवस्था (PBF) स्थापित है, वहां जांच पड़ताल की व्यवस्था स्थापित की जाए, जिसमें दबाव से मुक्त कामकाज और मानव अधिकारों की सुरक्षा शामिल हो। यदि PBF होता है, तो गर्भनिरोधक उपलब्धता बढ़ाने में इसकी प्रभाविता तथा ग्राहकों पर इसके असर का आकलन करने हेतु शोध किया जाए।

38. क्या प्रदर्शन-आधारित वित्तपोषण (PBF) को यौन व प्रजनन स्वास्थ्य में अपनाया गया है? क्या समता पर इसके प्रभाव के कोई अध्ययन हुए हैं? क्या PBF की वजह से हाशिए के किसी समूह को नुकसान उठाना पड़ा है?

परिशिष्ट 2

क्या सरकार मानव अधिकार संधि से सम्बंधित निकायों को इस बात की नियमित रिपोर्ट प्रस्तुत करती है कि उसने अपने द्वारा अनुमोदित संधियों में शामिल प्रजनन अधिकारों को पूरा करने के लिए क्या किया है? प्रारूप समितियों के कितने प्रतिशत सदस्य सिविल सोसायटी से हैं? या यौन व प्रजनन स्वास्थ्य के पैरवीकार हैं?

40. क्या अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधियों द्वारा समर्थित यौन व प्रजनन अधिकारों को घरेलू कानूनों में शामिल कर लिया गया है? ऐसे घरेलू कानूनों के उदाहरण पहचानिए जो सरकार द्वारा अनुमोदित संधि द्वारा समर्थित यौन व प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों का उल्लंघन करते हों।

परिशिष्ट 3 एक केस स्टडी

यहां प्रस्तुत आलेख हाल ही में छत्तीसगढ़ नसबंदी त्रासदी (नवंबर 2014) में महिलाओं की मौत से सम्बंधित है। हम इस दुखद घटना को इसलिए प्रस्तुत कर रहे हैं क्योंकि इससे पता चलता है कि नसबंदी की प्रक्रिया में मानव अधिकारों के उल्लंघन के क्या परिणाम हो सकते हैं। (कोष्ठकों के अंदर मोटे अक्षरों में छपा मैटर बताता है कि WHO के किन दिशानिर्देशों व सिफारिशों का उल्लंघन हुआ है।)

विकल्प और गरिमा से वंचित: सामूहिक नसबंदी के बाद महिलाओं की मौत

छत्तीसगढ़ के बिलासपुर ज़िले में नसबंदी शिविर का मूल्यांकन
एक बहुसंगठन दल की रिपोर्ट, 1 दिसंबर 2014

भूमिका

छत्तीसगढ़ के बिलासपुर ज़िले में एक शिविर में नसबंदी के बाद 16 महिलाओं की दुखद मृत्यु और कई की नाज़ुक हालत ने एक बार फिर उजागर किया है कि भारत के परिवार नियोजन कार्यक्रम में महिलाओं की गरिमा की घोर उपेक्षा हो रही है और देखभाल की स्थिति निहायत निराशाजनक है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा निर्धारित ऑपरेशन प्रक्रिया के मानकों और दिशानिर्देशों का उल्लंघन सिर्फ बिलासपुर या छत्तीसगढ़ तक सीमित नहीं है, बल्कि देश भर में गंभीर चिंता का विषय है। इस तथ्य के मद्देनज़र कई संगठनों के एक मिले-जुले तथ्यांवेषी दल ने 19-20 नवंबर को बिलासपुर का दौरा किया ताकि परिस्थिति को समझकर राष्ट्रीय व प्रांतीय स्तरों पर सुधार के उपाय सुझाए जा सकें।

तथ्यांवेषी दल शिविर स्थलों पर गया, जिन महिलाओं की नसबंदी हुई थी उनसे और उन महिलाओं के परिजनों से मुलाकात की जिनकी मत्यु हुई है। इसके अलावा सेवा प्रदाय में शामिल डॉक्टरों व सहायक स्टाफ से भी बातचीत की।

निष्कर्ष

जन स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत चार संगठनों के सदस्यों से बने तथ्यांवेषी दल ने मांग की है कि बिलासपुर नसबंदी शिविर हादसे, जिसमें 16 महिलाओं की मौत हुई थी, के कारणों की जांच करने के लिए एक स्वतंत्र आयोग का गठन किया जाए। दलील यह दी जा रही है कि मौतें नसबंदी प्रक्रिया के दौरान महिलाओं को नकली दवाइयां दिए जाने की वजह से हुई हैं। अलबत्ता, तथ्यांवेषी दल ने पाया कि अत्यंत नाज़ुक हालत में जिन महिलाओं को अपोलो अस्पताल में भर्ती कराया गया था, उनमें प्रोकेल्सिटोनिन का स्तर बहुत अधिक है। इससे सेप्टिसीमिया का संदेह होता है। प्रथम सात मृतकों के पोस्ट मॉर्टम छत्तीसगढ़ आयुर्विज्ञान संस्थान और ज़िला अस्पताल में किए गए थे। इन पोस्ट मॉर्टम से फेफड़ों और गुर्दों में पेरिटोनाइटिस और सेप्टिक फोसाई के प्रमाण मिले हैं। ये भी सेप्टिसीमिया की ओर इशारा करते हैं। ये बताते हैं कि मौत ऑपरेशन के दौरान या उसके बाद संक्रमण के कारण हुई हैं (**गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की गुणवत्ता**) और यह सिर्फ अमानक दवाइयों का मामला नहीं है। इसके अलावा, अपराध विज्ञान व विष विज्ञान के विशेषज्ञों के मुताबिक ज़िंक फॉस्फाइड की जो मात्रा किसी महिला के लिए जानलेवा साबित हो सकती है वह 4.5 ग्राम है। इतनी मात्रा तो इन महिलाओं के शरीर में मात्र 500 मि.ग्रा. सिप्रॉफ्लॉक्सेसिन के ज़रिए नहीं पहुंची होगी। इससे भी लगता है कि मौतें सिर्फ अमानक दवाइयों की वजह से नहीं हुई हैं।

तथ्यांवेषी दल की 37 पृष्ठ की रिपोर्ट दिल्ली में 1 दिसंबर 2014 को जारी की गई।[1] इसमें दल ने छत्तीसगढ़ व पूरे देश के लिए कुछ सिफारिशें प्रस्तुत की हैं।

1 पूरी रिपोर्ट के लिए देखें: http://populationfoundation.in/news/robbed-choice-and-dignity-indian-women-dead-after-mass-sterilisation.

परिशिष्ट 3

रिपोर्ट में छत्तीसगढ़ राज्य सरकार से अनुरोध किया गया है कि कि वह पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट्स, औषधि विश्लेषण की प्रयोगशाला रिपोर्ट्स और इस त्रासदी की जांच के लिए गठित प्रांतीय समिति की रिपोर्ट को सार्वजनिक करे। दल ने पाया कि मृतकों के परिजनों को अस्पताल के रिकॉर्ड नहीं दिए गए हैं, न ही उन्हें मृत्यु के संभावित कारणों के बारे में बताया गया है **(सहभागिता - प्रत्यक्ष प्रभावित लोगों को गर्भनिरोध कार्यक्रम के सारे पहलुओं में सार्थक रूप से जुड़ने का अवसर मिलना चाहिए)**।

परिवार नियोजन पर हुए खर्च का विश्लेषण करते हुए दल ने पाया कि भारत ने 2013-14 में स्त्री नसबंदी पर 396.97 करोड़ रुपए खर्च किए थे, जो परिवार नियोजन कार्यक्रम पर खर्च की गई राशि का 85 प्रतिशत है। इस राशि का एक बड़ा हिस्सा (324.49 करोड़ रुपए) प्रोत्साहन-प्रलोभन और मुआवज़ा देने में खर्च हुआ और 14.42 करोड़ रुपए शिविरों पर खर्च किए गए। स्त्री नसबंदी के लिए मुआवज़ा देने पर जो राशि खर्च की गई वह उस बंधन-रहित अनुदान से ढाई गुना अधिक थी जो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को इंफ्रास्ट्रक्चर के सुदृढ़ीकरण हेतु दिया गया था। **(गर्भनिरोध सम्बंधी समग्र जानकारी व सेवाओं तक पहुंच सभी लोगों को स्वैच्छिक रूप से समानता से, भेदभाव, दबाव या हिंसा से मुक्त ढंग से और व्यक्तिगत पसंद के आधार पर दी जाए)** मुआवज़ा/प्रोत्साहन-प्रलोभन पर खर्च की गई विशाल राशि मात्र महिलाओं को उन सुविधाओं तक लाने पर खर्च की जाती है जो काम नहीं करतीं और जहां घटिया गुणवत्ता की सेवाएं दी जाती हैं। यह खर्च अनुपयुक्त और अस्वीकार्य है।

पूरे देश में परिवार नियोजन पर होने वाले खर्च में से 1.5 प्रतिशत से भी कम अंतराल विधियों पर खर्च किया गया। शेष 1.3 प्रतिशत उपकरणों, यातायात, सूचना, शिक्षा व संचार गतिविधियों और स्टाफ पर खर्च हुआ। इसी प्रकार से, छत्तीसगढ़ के आंकड़े भी दर्शाते हैं कि परिवार नियोजन पर हुए कुल 15.59 करोड़ रुपए के खर्च में से 85 प्रतिशत स्त्री नसबंदी के खाते में और 12.76 करोड़ मुआवज़ा और प्रोत्साहन-प्रलोभन पर खर्च हुआ। मात्र 1 प्रतिशत ही अंतराल विधियों पर खर्च किया गया। **(गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं की उपलब्धता)**

सिफारिशें

तथ्यांवेषी मिशन के आधार दल ने निम्नलिखित सिफारिशें प्रस्तुत की हैं:

1. सारे सेवा प्रदाताओं - डॉक्टरों, नर्सों और सहायक स्टाफ - के लिए प्रोत्साहन-प्रलोभन बंद किए जाएं। प्रलोभनों के चलते डॉक्टर्स इंफ्रास्ट्रक्चर की क्षमता से अधिक केसेस ले लेते हैं जो प्रोटोकॉल और गुणवत्ता के मानकों का उल्लंघन होता है। दल की सिफारिश है कि सिर्फ स्वीकारकर्ताओं को उनकी मज़दूरी के नुकसान तथा यातायात खर्च की क्षतिपूर्ति की जाए। प्रलोभन राशि का उपयोग सुविधाओं को सुदृढ़ करने तथा उपकरणों की खरीद में किया जाए।

2. गर्भनिरोधक गोलियों, कंडोम व आईयूसीडी जैसी अंतराल विधियों को बढ़ावा दिया जाए तथा नई विधियां जोड़ी जाएं। इन विधियों की अबाधित सप्लाई सुनिश्चित की जाए और स्वास्थ्य कर्मियों को महिलाओं व पुरुषों को परामर्श देने का प्रशिक्षण दिया जाए ताकि लोग जानकारी-आधारित निर्णय ले सकें। दल ने यह सिफारिश ज़ोरदार ढंग से की है कि सार्वजनिक क्षेत्र में गर्भनिरोध की विधियों के विकल्प बढ़ाए जाएं तथा बगैर चीरफाड़ वाली नसबंदी को अपेक्षाकृत आसान, सुरक्षित व स्थायी विधि के रूप में बढ़ावा दिया जाए।

3. देश भर में नसबंदी के टारगेट्स और नसबंदी शिविरों को समाप्त किया जाए। बिलासपुर के सर्जन ने बुनियादी सुविधाओं और कर्मियों के अभाव से ग्रस्त एक परित्यक्त गंदे अस्पताल में प्रति सर्जरी मात्र एक से डेढ़ मिनट

लगाए होंगे (**गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाएं - मानकों का पालन**)। दल ने पाया कि शिविर में महिलाओं की गरिमा की घोर उपेक्षा की गई, सर्जरी असेंबली लाइन तर्ज़ पर की गई। पुरुष वार्ड बॉयस महिलाओं को सर्जरी के लिए सही पोज़ीशन में रख रहे थे और फिर उन्हें ऑपरेशन थिएटर में ले जा रहे थे। महिलाओं को न तो अंतराल विधियों की जानकारी दी गई थी (जिनका उपयोग वे कर सकती थीं) और न ही उन्हें सर्जरी के परिणामों और संभावित साइड प्रभावों के बारे में बताया गया था ताकि वे जानकारी-आधारित निर्णय कर सकें (**परिवार नियोजन व गर्भनिरोध के संदर्भ में जेंडर-संवेदी परामर्श और शैक्षिक हस्तक्षेप जो सही जानकारी पर आधारित हो**)।

4. दल की सिफारिश है कि परिवार नियोजन सेवाएं सरकारी सुविधाओं में निर्धारित दिनों पर, प्रशिक्षित डॉक्टरों तथा सहायक स्टाफ द्वारा प्रदान की जाए, और इनमें मानक प्रोटोकॉल तथा गुणवत्ता आश्वासन के दिशानिर्देशों का सख्ती से पालन किया जाए। साथ ही, सरकारी स्वास्थ्य केंद्रों को सुदृढ़ व सुसज्जित किया जाए ताकि वे मांग के अनुसार नियमित सेवाएं प्रदान कर सकें (**सेवाओं तक पहुंच के अभाव वाले उपयोगकर्ताओं और संभावित उपयोगकर्ताओं (जैसे ग्रामीण लोगों, शहरी गरीब लोगों और किशोरवस्था के लोगों) की पहुंच बेहतर बने**)।

5. ब्लॉक, ज़िला व राज्य स्तर पर सारे अधिकारियों का नसबंदी की प्रक्रिया और गुणवत्ता आश्वासन के मामले में उन्मुखीकरण किया जाए। सुप्रीम कोर्ट के आदेशानुसार ज़िला गुणवत्ता आश्वासन समितियों का गठन किया जाए और इन समितियों की विशेष भूमिका परिवार नियोजन सेवाओं के संदर्भ में हो (**गुणवत्ता आश्वासन प्रक्रियाओं, जिनमें देखभाल के मानक व ग्राहक का फीडबैक शामिल हो, को गर्भनिरोधक कार्यक्रम का सामान्य हिस्सा बनाया जाए**)। रोगी कल्याण समितियों और ग्राम स्वच्छता व पोषण समितियों को सामुदायिक सहभागिता व निगरानी हेतु सुदृढ़ किया जाए (**सारे कार्यक्रमों का मूल्यांकन व निगरानी ताकि सेवाओं की सर्वोत्तम गुणवत्ता तथा मानव अधिकारों के प्रति सम्मान सुनिश्चित किया जा सके**)। दल ने स्पष्ट किया है कि बिलासपुर नसबंदियों में स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय के सेवा सम्बंधी गुणवत्ता के दिशानिर्देशों का हर कदम पर उल्लंघन किया गया। दरअसल, स्टाफ के सदस्य सुरक्षा व गुणवत्ता आश्वासन की प्रक्रियाओं और दिशानिर्देशों से पूरी तरह अनभिज्ञ पाए गए। (**गर्भनिरोधक शिक्षा, जानकारी व सेवाओं के प्रदाय को लेकर स्वास्थ्य सेवा कर्मियों का दक्षता-आधारित प्रशिक्षण और निरीक्षण सतत किया जाए।**)

6. राज्य में डॉक्टरों के खाली पदों को भरा जाए तथा और अधिक डॉक्टरों को नसबंदी ऑपरेशन का प्रशिक्षण दिया जाए। पता चला कि बिलासपुर ज़िले में मात्र तीन लेपरोस्कोपी सर्जन हैं, जिनमें से एक सरकारी सेवा से सेवानिवृत्त हो चुके हैं (**प्रशिक्षित गर्भनिरोध सेवा प्रदाताओं की उपलब्धता**)। दल ने मांग की है कि ज़िला अस्पताल और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के स्त्रीरोग विशेषज्ञों और सर्जन्स को लेपरोस्कोपी सर्जरी का प्रशिक्षण दिया जाए, तथा इन सुविधाओं के डॉक्टरों को मिनी-लैपरोटोमी नसबंदी और बगैर चीरफाड़ वाली नसबंदी का प्रशिक्षण दिया जाए। ये दोनों ही आसान व कम जोखिम वाले ऑपरेशन हैं।

7. दवा खरीद नीति को सुदृढ़ बनाया जाए और यह सुनिश्चित किया जाए कि दवाइयों की प्रभाविता, विषैलेपन, जानलेवापन और संघटन की नियमित जांच हो (**गर्भनिरोध की वस्तुओं, सामग्री व उपकरणों, जिनमें आपातकालीन गर्भनिरोधक समेत विभिन्न विधियों का समावेश हो, को ज़रूरी दवाइयों की सप्लाई शृंखला में**

परिशिष्ट 3

शामिल किया जाए ताकि उपलब्धता बढ़े। उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए जहां ज़रूरी हो, सप्लाई श्रृंखला को सुदृढ़ बनाने हेतु निवेश किया जाए)।

जो महिलाएं मौत की शिकार हुईं वे युवा माताएं थीं जो अपने पीछे छोटे-छोटे बच्चों को छोड़ गई हैं। सबसे छोटा बच्चा महज़ एक माह का है। हालांकि सरकार ने मातृहीन बच्चों के लिए वित्तीय सहारा दिया है, मगर यह तात्कालिक ज़रूरत है कि प्रभावित परिवारों को शिशु खानपान के तौर-तरीकों के रूप में मदद दी जाए (गर्भनिरोध सम्बंधी जानकारी व सेवाओं के प्रदाय में जवाबदेही की कारगर प्रक्रियाएं मौजूद हों जिनमें निगरानी व मूल्यांकन तथा निराकरण व शिकायत निवारण शामिल हों)। इनमें से कई बच्चे अपने दादा-दादी, नाना-नानी की देखरेख में हैं जिन्हें बोतल से दूध पिलाने के बारे में स्वच्छता तथा निर्जीवीकरण के तौर-तरीकों के बारे में मार्गदर्शन की ज़रूरत है। लिहाज़ा दल ने सुझाव दिया है कि आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं को प्रभावित बच्चों के नियमित फॉलो-अप का उपयुक्त प्रशिक्षण दिया जाए।

संगठनों ने सुधार की त्वरित कार्रवाई की मांग की है, क्योंकि बिलासपुर की घटना पूरे देश के परिवार नियोजन कार्यक्रम को पटरी से उतारने की क्षमता रखती है। एक आशा कार्यकर्ता, जिन्हें छत्तीसगढ़ में मितानिन कहा जाता है, के शब्दों में: "अब किस मुंह से लोगों को नसबंदी के लिए बोलेंगे? अब तो वो सामने चलकर आएं तो भी हम खुद हिचकिचाएंगे।"

आभार

तथ्यांवेषी दल पॉपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया द्वारा समर्थित था। दल में पॉपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया, फेमिली प्लानिंग एसोसिएशन ऑफ इंडिया, परिवार सेवा संस्था और कॉमनहेल्थ के सदस्य शामिल थे।

प्रकाशकः सहज

towards alternatives in health and development

कॉमनहेल्थ

के साथ साझेदारी में

प्रकाशनः मार्च 2015

गैर मुनाफा कार्यों के लिए इस प्रकाशन को पूरा का पूरा या इसके अंशों का अनुकूलन, अनुवाद व पुनरुत्पादन बेहिचक किया जा सकता है। कृपया ऐसा करते हुए मूल स्रोत का उल्लेख अवश्य करें। प्रतियां निम्नलिखित वेबसाइट से डाउनलोड की जा सकती हैं:www.commonhealth.in, www.sahaj.org.in

डिज़ाइन व साज-सज्जाः पेज सेटर

मुद्रकः पेज सेटर

सहज, सोसायटी फॉर हेल्थ आल्टरनेटिव्स

सहज की स्थापना स्वास्थ्य व विकास के क्षेत्र में रुचि रखने वाले व्यक्तियों के लिए एक समर्थक व मददगार माहौल प्रदान करने के विचार से की गई थी।

सहज का सपना है एक न्यायपूर्ण, समतामूलक व टिकाऊ समाज जहां हर बच्चे को अच्छी शिक्षा का अवसर मिले और हर व्यक्ति स्वस्थ हो। सहज का दर्शन है गरीब समुदायों के स्वास्थ्य के लिए प्रयास करना - जहां स्वास्थ्य के अंतर्गत सामाजिक, आध्यात्मिक, आर्थिक व राजनैतिक पक्ष शामिल हैं।

कॉमनहेल्थ

जच्चा-नवजात शिशु के स्वास्थ्य और सुरक्षित गर्भपात के लिए एक गठबंधन

हम देश भर के ऐसे लोगों का एक गठबंधन हैं जो जच्चा-नवजात शिशु स्वास्थ्य और सुरक्षित गर्भपात की अस्वीकार्य स्थिति को लेकर चिंतित हैं और उसके बारे में कुछ करने को साथ आए हैं।

दृष्टि

एक ऐसा समाज जो जच्चा-नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवा तथा हर महिला के लिए सुरक्षित गर्भपात सुनिश्चित करे, खास तौर से भारत के हाशिए के समुदायों के लिए।

मिशन

मांओं तथा नवजात शिशुओं की, खास तौर से समाज के कमज़ोर तबकों में, अत्यंत उच्च मृत्यु दर और रुग्णता दर तथा सुरक्षित गर्भपात सेवा तक पहुंच के अभाव को उजागर करना। निम्नलिखित मुद्दों पर विभिन्न तबकों से पैरवीकारों को लामबंद करना:

क. प्रासंगिक नीतियों व कार्यक्रमों का कारगर क्रियांवयन सुनिश्चित करने के लिए।

ख. नई नीतियों के विकास व ज़रूरी होने पर पुरानी नीतियों में परिवर्तन में योगदान के लिए।

ग. समुदायों, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, शोधकर्ताओं, प्रशासकों, चुने हुए प्रतिनिधियों और मीडिया व अन्य के बीच एक हक-आधारित व जेंडर-संवेदी परिप्रेक्ष्य का निर्माण करना।

Sahaj

towards alternatives in health and development

CommonHealth