भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद

८ मार्च २००७

राष्ट्रीय स्वास्थ्य सम्मेलन (II) के अवसर पर प्रस्तुत
भोपाल, मार्च २००७

यह दस्तावेज़
'राष्ट्रीय परिषद : महिला, स्वास्थ्य और विकास'
की प्रक्रिया से उभर कर आया है।
इस सनद की रचना एवं विभिन्न दृष्टिकोणों व माँगों के संकलन में भारत की कई सौ महिलाओं की सहभागिता और कई सक्रीय कार्यकर्ताओं का योगदान रहा, जो महिलाओं के स्वास्थ्य को मानव अधिकार की दृष्टि से देखने वाले विभिन्न अभियानों व आंदोलनों से जुड़े हैं। इस सनद के एकल या सामूहिक स्वामित्व का प्रश्न ही नहीं उठता।

यह सनद भारतीय महिलाओं की संपत्ति है।

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद

अंतर्राष्ट्रीय महिला दिवस
८ मार्च २००७

प्रथम प्रकाशन : ८ मार्च २००८
अंतर्राष्ट्रीय महिला दिवस

अतिरिक्त प्रतियों के लिए निम्नलिखित पते पर संपर्क करें :

मासूम,
४१-४४, कुबेरा विहार, बी१
गाडीतल, हडपसर
पूने ४११ ०२८
महाराष्ट्र, भारत
दूरभाषा :०२०-२६९९५६२५, ०२०-२६९९५६३३
फैक्स : ०२०-२६८११७४९
ईमेल : masumfp@vsnl.com; masum.puneindia@gmail.com

इस सनद पर भारतीय महिलाओं का स्वामित्व है

योगदान राशी : रु २५/-
(डाक का खर्च आदि)

छपाई : अनीता प्रिंटर्ज़
वडगांव शेरी, पूने ४११०१४

विषय-सूची

१	**सनद बनाने की प्रक्रिया**	**१**
२	**उद्देशिका**	**३**
३	**राष्ट्रीय परिषद में घोषणा, नवम्बर २००६**	**६**
४	**स्वास्थ्य के सामाजिक कारक**	**८**
	क) अन्न	८
	ख) पानी और सार्वजनिक स्वच्छता	८
	ग) आवास	९
	घ) आजीविका	९
	च) स्वस्थ पर्यावरण	१०
५	**महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार और स्वास्थ्य सेवा**	**११**
	क) सामान्य स्वास्थ्य	११
	ख) मानसिक स्वास्थ्य	१२
	ग) प्रजनन स्वास्थ्य	१५
	घ) यौनिक स्वास्थ्य	१७
६	**महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार स्थापित करने का राष्ट्र का दायित्व**	**१९**
७	**चिकित्सकीय नैतिकता और महिला मरीज़ों के अधिकार**	**२१**
८	**स्वास्थ्य संबंधित कानून और नीतियाँ**	**२३**
	क) स्वास्थ्य संबंधित कानून और नीतियाँ, बजट और जेन्डर औडिट	२३
	ख) राष्ट्र व राज्य के स्तर पर जनसंख्या नीतियाँ	२५
९	**अन्य स्वास्थ्य चिकित्सा सेवाएँ और संबंधित विभाग**	**२७**
	क) निजी स्वास्थ्यसेवा क्षेत्र	२७
	ख) स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर सरकारी संस्थाएँ	२९
	ग) दवाई और औषध उद्योग	३१
	घ) चिकित्सकीय प्रौद्योगिकी(टेक्नोलौजी)	३३

च) देशी चिकित्सा व्यवस्थाएँ ३४

१० महिलाओं के प्रति हिंसा - सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार ३७

११ महिलाओं के विशिष्ट समूहों के स्वास्थ्य अधिकार ३९

क) बालिकाएँ और किशोरियाँ ४०

ख) वयोवृद्ध महिलाएँ ४१

ग) एकल महिलाएँ ४२

घ) विकलांग महिलाएँ ४४

च) कामकाजी महिलाएँ ४६

छ) वेश्या व्यवसायी ४८

ज) समलैंगिक, द्वीलैंगिक(बाएसेक्चुअल) और ट्रान्सजेन्डर महिलाएँ (एल.बी.टी महिलाएँ) ५०

झ) एच.आय.वी के साथ रहेनेवाली महिलाएँ ५१

ट) विपदा की परिस्थितियों में महिलाएँ - आपदा, संघर्ष, दंगे और युद्ध ५४

ठ) सरकारी संस्थाओं में रह रही महिलाएँ ५५

ड) अल्पसंख्यक धर्म, जाती और वंश की महिलाएँ ५८

१२ समारोप ६०

१ सनद बनाने की प्रक्रिया

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद भारत में चल रहे महिला स्वास्थ्य आंदोलन से उभर कर आती है । इस आंदोलन का इतिहास तीन दशक पूर्व, १९७० के दशक तक आंका जा सकता है। महिलाओं के स्वास्थ्य के लिए किए गए इस लम्बे संघर्ष में समय आ गया है कि महिलाओं की स्वास्थ्य व स्वास्थ्य सेवा संबंधित सकारात्मक मांगों को समेकित किया जाए।

इस सनद की रचना प्रक्रिया की शुरुआत २००४-२००५ में हुई जब ११ राज्य और ६ मण्डल स्तरीय सभाओं में सहभागी २००० से अधिक महिलाओं और कुछ पुरुषों ने अपने-अपने राज्यों व क्षेत्रों के स्वास्थ्य संबंधित मुद्दों को पेश किया। यह मण्डल प्रक्रिया सितंबर २००५ में नई दिल्ली में आयोजित १०वीं अन्तरराष्ट्रीय महिला एवं स्वास्थ्य सभा से पहले हुइ, जिसमें ज़मीनी स्तर पर कार्यरत १०० से अधिक भारतीय महिलाओं ने भाग लिया था।

१०वीं अन्तरराष्ट्रीय महिला एवं स्वास्थ्य सभा के बाद प्रक्रिया को आगे बढ़ाने के लिए तय किया गया कि एक वर्ष उपरांत एक राष्ट्र स्तरीय विमर्शिका का आयोजन हो जिससे महिला स्वास्थ्य के मुद्दों पर ठोस कदम उठाया जाए और उनकी पैरवी की जा सके। सनद का विचार २ आरंभिक बैठकों से निकल कर आया और एक मसौदा समिति का गठन हुआ। इस समिति ने देश-विदेश की विभिन्न सनदों का अध्ययन किया और यह निश्चय किया कि हमारी सनद में विविध वर्गों की महिलाओं की स्थितियों और ज़रूरतों का वर्णन किया जाएगा।

अत: २३ नवंबर २००६ से २५ नवंबर २००६ तक मुंबई में महिला, स्वास्थ्य और विकास के मुद्दों पर राष्ट्रीय परिषद में भाग लेने के लिए लगभग २८० महिला और पुरूष एकत्रित हुए । इस समूह में कई सक्रीय-कार्यकर्ता, विकास कार्यकर्ता, कलाकार, बुद्धिजीवी, शिक्षक, पत्रकार, फिल्म-निर्माता और स्वास्थ्य कार्यकरता व सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता शामिल थे। ये महिलाओं के स्वास्थ्य के लिए महिलावादी और मानव-अधिकार दृष्टिकोण से काम कर रहे विभिन्न अभियानों व आंदोलनों से जुड़े थे। ये एक ऐसे समाज की कामना करते हैं जिसकी बुनियाद समता, लोकतंत्र, अमन, धर्मनिरपेक्षता और विविधता हो । साम्राज्यवाद, पितृसत्ता, सैन्य-भाव और सभी प्रकार के मूलतत्ववाद का ये विरोध करते हैं। तीन दिनों की चर्चाओं में ५ पूर्ण-बैठकें, १६ छोटी बैठकें, २ नाटक और एक गोल-मेज़ बैठक हुई जिसमें १२ आंदोलनों का प्रतिनिधित्व रहा। 'महिला और स्वास्थ्य' से संबंधित वर्तमान मुद्दों पर अपने अनुभव, समझ और विश्लेषणों के आदान-प्रदान के बाद सहभागीयों ने एक घोषणा की (इस सनद का अध्याय ३)। इसमें इन्होंने यह दोहराया कि वे दुनियाभर में प्रगतिशील आंदोलनों को चुनौती दे रहे मूलतत्त्ववाद और राष्ट्रवाद के बावजूद, सबके लिए, विशेषतः महिलाओं के लिए, एक मानवीय और न्यायपूर्ण विश्व का निर्माण करने के संघर्ष को जारी रखेंगें । राष्ट्रीय परिषद में सनद का मसौदा सबके सामने प्रस्तुत किया गया जिसमें सहभागियों ने संकलन और सुधार के लिए कई सुझाव दिये। इन सुझावों से सनद के विशेष अनुभागों को काफी बेहतर बनाया गया।

सनद का मसौदा फिर विभिन्न स्वास्थ्य के मुद्दों पर कार्यरत समूहों को, महिलाओं के मुद्दों पर काम करने वाले समूहों तथा विभिन्न संबंधित आंदोलनों को भेजा गया। इनसे मिली प्रतिक्रियाओं के साथ अंतर्राष्ट्रीय महिला दिवस पर इस सनद को अंतिम रूप दिया गया और इसे जन स्वास्थ्य आंदोलन की राष्ट्रीय समन्वय समिति की वेबसाइट पर डाला गया। हालांकि भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद भारत के कई लोगों,

गुटों और आंदोलनों के साथ व्यापक चर्चा के बाद तैयार की गई है, पर यह अगले ६ महीनों तक सुझाव, प्रतिक्रिया, सुधार के लिए खुली है।

आज बड़े ही गर्व, आशा और दृढ़ता के साथ भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद भारत की महिलाओं की ओर से, राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य सम्मेलन (दुसरा) की आरंभिक पूर्ण-सभा में सबके समक्ष प्रस्तुत की जा रही है।

भोपाल, २३ मार्च २००७

२ उद्देशिका

आर्थिक दृष्टि से देखा जाए तो यह विश्व आज जितना संपन्न है, उतना संपन्न कभी न था। पर समाज के बड़े हिस्से के पास स्वस्थ और सृजनात्मक जीवन जीने के लिए संसाधन ही नहीं हैं। विश्वभर में स्वास्थ्य का स्तर या तो स्थिर हो चुका है या गिर रहा है। भूखे लोगों की तादाद स्वीकृति की हद पार कर चुकी है। विश्व की जनसंख्या का बड़ा तबका पानी और स्वच्छता सुविधाओं से वंचित है। राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य की स्थिति में असमानता बढ़ी है। विश्वभर में स्वास्थ्य क्षेत्र में लाए जा रहे सुधार के कारण गरीबों और वंचित समूहों, खासकर महिलाओं की स्वास्थ सेवा तक पँहुच घट गई है। मातामृत्यु दर आज भी बहुत ऊंचा है - नीतियों में संबोधन न पाने के कारण नहीं, पर सरकारी स्वास्थ सुविधाओं के ध्वस्त हो जाने के कारण। कई संक्रामक रोग और ऐसे रोग जिनकी सहजता से रोक्थाम की जा सकती है, बिना रोक-टोक दुबारा लौट रहे हैं और बड़ी मात्रा में इनका भीषण परिणाम फैल रहा है।

आज की यह स्थिति उदारीकरण, निजीकरण और वैश्वीकरण की नव-आर्थिक नीतियों का नतीजा है। यह नीतियाँ गैट और ट्रिप्स जैसे व्यापार समझौतों के माध्यम से लोंगों को सामाजिक, राजनीतिक, आर्थिक और सांस्कृतिक न्याय से वंचित रख रही हैं । विश्व के सभी विकासशील व अविकसित देश, और साथ ही विकसित देशों के गरीब लोग इससे प्रभावित हैं। इन नीतियों के कारण पितृसत्ता और पूंजीवाद के हाथ मजबूत होते जा रहे हैं । संरचनात्मक बदलावों के कारण सभी जगह लोगों की आजीविका तहस-नहस होती जा रही है और सामाजिक-आर्थिक ढ़ांचे ऐसे होते जा रहे हैं जो नव-उदारवादी बाज़ारी विचारधारा को ही बढ़ावा दें। असहनीय आर्थिक तनाव, सांस्कृतिक विरोधाभास और सामाजिक असुरक्षा ने मिल कर एक ऐसा महौल बना दिया है जिसमें आम जनता में मानसिक स्वास्थ्य स्मस्याएँ बढ़ रही हैं और महिलाएँ को भोगी एवं पालक होने के नाते इससे दोहरी मात खानी पड़ रही है ।

नव-उदारवादी आर्थिक नीतियों के अनुकूल एक तरफ सेना पर खर्च बहुत बड़ी मात्रा में बढ़ाया जा रहा है तो दुसरी तरफ स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा, अन्न-सुरक्षा जैसी सामाजिक सेवाओं के खर्चे में पर बड़े पैमाने पर कटौती की जा रही है। सरकार अपनी पुनर्वितरण की भूमिका से दूर जाते जा रही है। इन सभी बदलावों के साथ दुनिया भर में धार्मिक मूलतत्ववाद भी पितृसत्ता के शिकंजे को कसते हुए अपने पैर पसार रहा है । यह समानता और न्याय के साथ रहने की महिलाओं की लोकतांत्रिक आकांक्षाओं के रास्ते में एक बड़ा अवरोध है। एक लम्बे संघर्ष के बाद महिलाओं द्वारा हासिल किए गये न सिर्फ गर्भपात और प्रजनन स्वास्थ के अधिकार , बल्कि सभी अधिकार आज खतरे में हैं। कुछ हद तक इन बदलावों के कारण ही महिलाओं पर घर के अंदर और बहार होने वाली हिंसा विश्वभर में बढ़ रही है। नागरिक संघर्ष और विकास नीतियों के कारण अभूतपूर्व मात्रा में महिलाओं का विस्थापन हो रहा है। विश्वभर में, विशेषतः हमारे देश के अविकसित क्षेत्रों में गिरता स्त्री-पुरुष लिंग अनुपात प्रतिबिंब हैं बढ़ती महिला-विरोधी भावनाओं का।

वैज्ञानिक प्रजनन तकनीकों (असिस्टिड रीप्रोडक्टिव टेकनोलोजी) जैसे नए वैश्विक 'उद्योग' उभर कर आए हैं जिन्होंने महिलाओं पर और बोझ डाल दिया है। गरीब देशों की महिलाओं का शरीर मानो उत्पादन के लिए कोई संसाधन बन गया हो। एक ओर चिकित्सा उद्योग शस्त्र और खाद्यान्न उद्योग के बाद विश्वा का तीसरा सबसे बड़ा उद्योग बन गया है पर दूसरी तरफ महिलाओं और गरीबों के लिए स्वास्थ्य सेवा या तो उपल्बध ही नहीं या उनकी खरीदने की क्षमता से बाहर होती जा रही है। कई सरकारें सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने से अपने हाथ खींच रही हैं । इसके कारण निजी स्वास्थ्य सेवा और बीमा उद्योग को बढ़ावा मिल रहा है, कई बार सरकार के पूर्ण सहयोग के साथ। नीति के आधार पर, स्वास्थ्य सेवा का

निजीकरण व सेवा के लिए शुल्क न केवल सामाजिक अपवर्जन बढ़ाती है पर यह गरीबों पर कर लादने की साज़िश भी है। इसके कारण देशों के अन्दर विविध क्षेत्रों तथा गरीबों और अमीरों के बीच 'स्वास्थ्य दरार' पैदा हो गई है।

नई बिमारियाँ उभर रही हैं और इनके संदर्भ में विश्व स्वास्थ्य संगठन हर दिन प्रभावहीन होते जा रहा है। विश्व बैंक, अंतरराष्ट्रीय मुद्रा कोश और विश्व व्यापार संगठन के साथ चिकित्सा उद्योग ही स्वास्थ्य-सेवा की कार्य-सूची तय करता है। इनके दबाव के चलते, भारत सरकार ने अपने १९७० के आदर्श पेटॅन्ट अधिनियम में 'प्रक्रिया पेटॅन्ट' के प्रयोजन को बदल कर 'उत्पाद पेटॅन्ट' कर दिया। इससे कीमतें इतनी बढ़ीं कि अब अनिवार्य दवाइयाँ भी उन लोगों और राष्ट्रों को उपल्बध नहीं जो इनका खर्च नहीं उठा पा रहे। आज विकसित देशों की निजी बीमा कम्पनियाँ, स्वास्थ्यसेवा प्रबंधन संस्थाएँ, चिकित्सा-प्रौद्योगिकी कम्पनियाँ और औषध-उद्योग अपना बाज़ार फैलाने के मौके ढूंढ़ रहे हैं। अविकसित और विकासशील देश दवाओं के परिणाम के परीक्षन के लिए प्रयोगशाला बन गए हैं, खासकर महिलाओं पर किए जाने वाले परीक्षण के लिए। स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में निजी व्यापार क्षेत्र अहम भूमिका लेने की तैयारी में है, विशेषतः भारत जैसे देशों मे जहाँ एक कुलीन वर्ग इस पर खर्च करने के लिए उत्सुक है और निजी स्वास्थ्य सेवा का ढ़ांचा पहले से ही उपलब्ध है। भारत में इस व्यापारिक वैश्वीकरण का अर्थ होगा गरीबों के लिए और अधिक समस्याएँ और नव-उपनिवेशवाद की एक नई लहर। इसके परिणामस्वरूप और असली समस्याओं से ध्यान हटाने के उदेश्य से भी, मूलतत्ववादी व नसली हिंसा छिड़ती है। यह अल्पसंख्यकों के लिए ही नहीं, पर महिलाओं के लिए भी खतरनाक है। सामाजिक व प्राकृतिक वातावरण का भी अभूतपूर्व गती से विनाश हो रहा है।

अत: हम कई परिणाम देख रहे हैं जो महिलाओं के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्या के लिए हानीकारक हैं

- संगठित क्षेत्र के रोज़गार से महिलाओं का ज़्यादा से ज़्यादा कटाव और असुरक्षित व असंगठित क्षेत्र में ज़्यादा से ज़्यादा महिलाओं की भरती,
- महिला के समय और बल पर बढ़ता दबाव और उनकी वास्तविक रोज़गारी में कटौती,
- आवास के बढ़ते विनाश के कारण बढ़ता विस्थापन और असुरक्षित आजीविका और लोगों और महिलाओं का संसाधनों पर घटता नियंत्रण,
- खेती के बढ़ते व्यापारीकरण के साथ प्रती व्यक्ति अन्न उपलब्धता में गिरावट,
- जन वितरण प्रणाली, मातृत्व चिकित्सा सेवा और शिक्षा जैसे सामाजिक लाभ और श्रमिकों के लाभ का तार-तार होना,
- आर्थिक मजबूरी के कारण लोगों का बढ़ता पलायन, जिससे महिला-प्रधान परिवारों की संख्या बढ़ रही है,
- परिवारों व समुदाय में महिलाओं का बढ़ता दोहन,
- महिलाओं और उनके शरीर का व्यापारीकरण, वस्तुकरण और अवैध मानव व्यापार और
- साथ में महिलाओं, गरीबों और सीमांत व्यक्तियों पर बढ़ती हिंसा ।

इस परिस्थिति को बढ़ावा देने वाली नीतिओं के प्रति विरोध बढ़ा है । साथ ही सरकार का गरीबों और सीमंत वर्गों के प्रति दमन भी। राष्ट्रीय सुरक्षा के नाम पर सरकार लोगों के नागरिक अधिकारों पर पाबंदियाँ लगा रही है जिससे अभिव्यक्ति व क्षतिपूर्ती के लिए लोकतांत्रिक रास्ते सिमटते जा रहे हैं । कुल

मिला कर महिलाओं पर असहनीय बोझ पड़ रहा है। बाज़ार मे श्रम, घर का काम और परिवार के लिए प्रजनन के तिगुने बोझ के कारण महिलाएँ कम खाती हैं, अत्यधिक काम करती हैं और उन्हें थकावट और निराशा का सामना करना पड़ता है। यही नहीं, परिवार तथा समुदाय के 'सम्मान' का प्रतीक होने के नाते उन्हें साम्प्रदायिक तथा जातीय हिंसा को भी झेलना पड़ता है।

अर्थव्यवस्था की ओर नज़र डालें तो भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र पर सरकारी खर्च जँहा १९९० में सकल घरेलू उतपाद(जी.डी.पी) का १.३% था तो १९९९ तक गिर कर ०.९% तक आ गया - यह उप-सहारा अफ़्रीका के स्वास्थ्य क्षेत्र व्यय से भी कम है। परिणाम यह कि पहले से ही कम खर्च पर चल रही सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा सुविधा अब तहस-नहस हो गई है। मानसिक स्वास्थ्य के लिए खर्च तो इसका एक अंश ही है। इसी दौरान किसी भी प्रकार की स्वास्थ्य सेवा न पाने वालों का अनुपात दुगना हो गया है। इनमें प्रमुखत: दलित, आदिवासी, धार्मिक अल्पसंख्यक और अन्य वंचित समूहों के लोग हैं। स्वास्थ्य सेवा की बढ़ती कीमतों को चुकाने के लिए लोगों को पोषण की ज़रूरतों को एक किनारे रखना पड़ रहा है । इसका सीधा परिणाम है कि शिशू (इन्फेन्ट) व बाल(चाइल्ड) मृत्यूदर अभी भी बहुत ऊंचे हैं। वर्ग तथा जाती पर आधारित स्वतंत्र आंकड़े घोर विषमता दर्शाते हैं। एक तरफ दिखाई देती है हानीकारक खाद्यपदार्थों की अत्यधिक खपत और बच्चा जनने के लिए ऑपरेशन(सिज़ेरियन) और सोनोग्राफी जैसी चिकित्सकीय टेकनोलौजी का जरूरत से ज़्यादा उपयोग, तो ठीक दूसरी तरफ घोर भुखमरी और मातृव संबंधित स्वास्थ्यसेवा की अनुपस्थिती। देखा गया है कि सामान्य जनता के मुकाबले दलितों मे शिशु व बालमृत्युदर ड़ेढ़ गुना ज़्यादा है तथा टीबी का फैलाव चार गुना ज़्यादा। दलित, आदिवासी और मुसलिमों, एच.आय.वी.ग्रस्त, विकलांग या जो सामाज की यौनिकता की परिभाषा से अलग व्यवहार करते हैं, उन लोगों के साथ सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था में कहीं ज़्यादा दुर्व्यवहार होता है।

बेटे की चाह, दो बच्चों का कायदा, चिकित्सकीय उद्योग में उछाल - भारत में ऐसी कई नई-पुरानी महिला विरोधी प्रवृत्तियाँ हैं। और इसी कारण आज लड़की-लड़कों का लिंग अनुपात तेज़ी से गिरता नज़र आ रहा है। नैतिकता और जानकारी सहित सहमति को पूरी तरह नज़रन्दाज़ करते हुए पुरुष भ्रून चुनने के लिए नई-नई टेकनोलौजी का प्रयोग हो रहा है और यहाँ तक कि विदेशी अभिभावक भी बच्चे जनने के लिए भारत की गरीब महिलाओं की कोख किराए पर ले रहे हैं(सरोगेट मदर्ज़)। एक तरफ दवाइयों के दाम आसमान को छू रहे हैं तो दूसरी ओर सरकार स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र से अपने हाथ खींछती जा रही है। पल्स पोलियो टीकाकरण जैसे रोग-नियंत्रण कार्यक्रमों के कारण देश चिकित्सा उद्योग के चंगुल में फंस गया है। बढ़ते उपभोक्तावाद और महिलाओं के वस्तुकरण ने न केवल उनके स्वास्थ्य, पर उनकी आत्मप्रतिमा और कुशलता को भी जोखिम में डाल दिया है।

विश्व के सबसे बड़े महिला आंदोलन का भाग होने के नाते, हम भारतीय महिलाएँ अब महिलाओं के स्वास्थ्य संबंधित मुद्दों को उस मुकाम तक पहुँचाना चाहती हैं जँहा उन्हें होना चाहिए। भारतीय महिलाओं की इस स्वास्थ्य सनद के माध्यम से हम भारत के नीति-निर्माताओं और पितृसत्ता के भावी-धारकों के सामने भारत में महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति की भयानक वास्तविकता और आज के सिकुड़ते लोकतांत्रिक वातवरण में इनसे मिलती चुनौतियों के बारे में अपना मत व्यक्त करना चाहते हैं।

३ राष्ट्रीय परिषद में घोषणा, नवम्बर २००६

निम्न घोषणा-पत्र मुम्बई में २३-२५ नवंबर २००६ के बीच महिला, स्वास्थ्य और विकास के मुद्दों पर हुई राष्ट्रीय परिषद के तीसरे दिन सभी सहभागियों द्वारा प्रस्तावित और स्वीकृत किया गया। साथ ही सभी सहभागीयों ने भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद तैयार करने और इस पर चर्चा करने की प्रक्रिया में भाग लिया इसलिए यह घोषणा हम इस दस्तावेज़ में सम्मिलित कर रहे हैं ।

घोषणा

हम, 'महिला, स्वास्थ्य और विकास' के मुद्दों पर राष्ट्रीय परिषद में सहभागी और भारत की महिलाएँ होने के नाते यह घोषणा करते हैं कि

१ स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवा बुनियादी मानव अधिकार हैं। स्वास्थ्य से संबंधित सभी नीतियों को जेंडर की दृष्टि से न्यायपूर्ण, समग्र और समतापूर्ण होना चाहिए। व्यापक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता और पहुंच सार्वभौमिक होनी चाहिए, उनकी पैसे भरने की क्षमता पर निर्भर किए बिना। यह बिना किसी भेदभाव या कलंक के उपलब्ध हो और जिन लोगों की विशेष जरूरतें हों, उनकी जरूरतों का भी ध्यान रखती हो।

२ महिलाओं के स्वास्थ्य मुद्दों को मातृत्व तक ही सीमित नहीं रखा जाना चाहिए । प्रजनन तथा प्रजनक आयु के बाहर भी उनके कई मुद्दे हैं। महिलाओं के व्यवसाय-संबंधित स्वास्थ्य (आक्यूपेशनल हेल्थ) के मुद्दों को महत्ता दी जानी चाहिए और मानसिक स्वास्थ्य को सभी स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमों के साथ जोड़ा जाना चाहिए । सब के लिए स्वास्थ्य सेवा के विकास व प्रावधान के रास्ते में बाधा खड़े करते महंगे और एक ही स्वास्थ्य समस्या पर ध्यान देने वाले (वर्टिकल प्रोग्राम) स्वास्थ्य कार्यक्रमों की जगह सरकार द्वारा ऐसी सार्वभौमिक समग्र स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराई जाए जो सभी लोगों की ज़रूरतों की पूर्ती करे।

३ 'हिंसा से मुक्ति' सभी महिलाओं का मानव अधिकार व स्वास्थ्य अधिकार है, विशेषत: उन महिलाओं का जो कठिन परिस्थितियों में हैं जैसे - जिन महिलाओं को मानसिक रोग हो या जो महिलाएँ विकलांग हैं ।

४ लोगों, खासकर महिलाओं व बच्चों की स्वास्थ्य सेवा आवश्यक्ताओं की आपूर्ती के लिए बजट में उचित धनराशि निर्धारित की जानी चाहिए जो सकल घरेलू उतपाद का कम से कम ५% हो (विश्व स्वास्थ्य संगठन की सिफ़ारिश के अनुसार)। साथ ही ऐसी कोई प्रतिगामी तथा सामाजिक दृष्टि से हानीकारक नीति नहीं होनी चाहिए जो असमानता बढ़ाए जैसे - शुल्क-आधारित सेवा और अनावश्यक सरकारी-निजी भागीदारी ।

५ स्वास्थ्य संबंधित सभी प्रौद्योगिकी का चयन उचित और तर्कसंगत होना चाहिए, यह चयन रोग संबंधित आवश्यक्ताओं के आधार पर होना चाहिए, बाज़ारी मुनाफे के आधार पर नहीं, ताकि लोगों की आवश्यक टेकनोलौजी तक पहुँच आसान बने और इसकी पूर्ती हो, जब भी और अगर उन्हें इसकी आवश्यकता पड़े।

६ महिलाओं की बुद्धि, पारंपरिक ज्ञान तथा उपचार पद्धति को पूर्ण सम्मान और मान्यता दी जानी चाहिए । देशी चिकित्सा प्रणाली को सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था में सम्मिलित करने के लिए ठोस कदम उठाए जाने चाहिए।

७ रोज़गार, स्वास्थ्य सुविधा, शिक्षा, ऋण तथा सरकारी योजनाओं का लाभ उठाने और सार्वजनिक जगहों व सुविधाओं में प्रवेश लेने के लिए किसी भी महिला के साथ लिंग, जाती, धर्म, वर्ग, विकलांगता, एच.आय.वी. स्थिति, वैवाहिक स्थिति, यौनिकता, प्रजनन क्षमता आदि के आधार पर किसी भी प्रकार का भेदभाव न किया जाए।

८ महिलाओं को अपने प्रजनन व यौनिक अधिकरों की अभिव्यक्ति व चयन का अधिकार होना चाहिए, पितृसत्तात्मक मानकों के दबाव या पाबंदियों के बिना।

९ सभी महिलाओं को सुरक्षित, प्रभावी, परिवर्तनीय और उपभोक्ता-नियंत्रित गर्भनिरोधक तक पहुंच का अधिकार है,जो पुरूषों की सहभागिता बढ़ाते हों। हम उन सभी जनसंख्या नीतियों का विरोध करते हैं जो जबरन जन्म को बढ़ावा देती हों या विरोध करती हों।

१० व्यापार संबंधित कानून और पेटन्ट से लोगों की अनिवार्य दवाईयों और तकनीकों तक पहुंच कम नहीं होनी चाहिए। किसी भी प्रकार के प्राणी/जीव पर 'पेटंट' और जैविक-विविधता तथा लोगों के ज्ञान के व्यापार पर किसी एक कंपनी के एकाआधिकार का हम **विरोध** करते हैं।

११ आर्थिक विकास जो समाज के कुछ हिस्सों को वंचित करता है, वो समाज के स्वास्थ्य और उसकी खुश्हाली के लिए घातक सिद्ध हुआ है। उसी तरह सैना पर खर्च और युद्ध भी लोगों के स्वास्थ्य की कीमत पर होते हैं।

पानी, अन्न, शिक्षा, रोजगार, आवास और स्वास्थ्य सुविधा जैसे स्वास्थ्य के सामाजिक कारकों तक पहुँच सुनिश्चित करने वाली बुनियादी सुविधाओं का प्रावधान करने से सरकार का पलटाव हमें मान्य नहीं। शांति और न्याय की ओर हमारा समर्पन केवल उनके अंतर्निहित मूल्य के कारण ही नहीं, पर हम इन्हें अपने बच्चों और भविष्य के लिए एक संजोयी विरासत के रूप में भी छोड़ना चाहते हैं। हम जिस तरह के विश्व की कामना करते हैं उसमें भेदभाव और पूर्वधारणा, असहिष्णुता और भय, लालच और दमन, हिंसा, क्रोध और द्वेष के लिए कोई स्थान नहीं।

ऐसा विश्व ही सही मायने में स्वस्थ विश्व हो सकता है।

४ स्वास्थ्य के सामाजिक कारक

स्वास्थ्य भौतिक और सामाजिक वातावरण में स्थित विविध कारकों या निर्धारकों का फल है। वर्ग, जाति, विकालंगता आदि के आधार पर भेदभाव के बिना जीने की सुरक्षित और स्वास्थ्यकर परिस्थिति, पूर्ण शिक्षा, पर्याप्त वेतन, खाली समय और उचित रोज़गार के घंटे सहित आनन्ददायी और सुरक्षित कार्य, दोस्ती और प्यार। स्वास्थ्य सेवा सुविधा के साथ-साथ यह सब असल स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए अनिवार्य हैं। उतने ही आवश्यक हैं ज़मीन, जंगल, पानी जैसे प्राकृतिक संसाधन जो हमारे जीवन का आधार हैं। ज़मीन और संपत्ति पर समतापूर्ण अधिकार, संसाधनों का समान वितरण, यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों की जानकारी सहित स्वास्थ्य शिक्षा तक पहुँच और स्थानीय प्रशासन व अन्य सभी स्तरों पर निर्णय-प्रक्रिया में भागीदारी भी कुशलता के लिए अनिवार्य हैं, खासकर महिलाओं के लिए।

*अत: स्वास्थ्य के सामाजिक कारकों के स्तर पर हमारे अधिकारों की पूर्ती के लिए कुछ **माँगें** पूरी की जानी चाहिएँ, जैसे कि*

क) अन्न

१ बचपन से लेकर वृद्धावस्था तक अन्न-सुरक्षा सुनिश्चित कराने के लिए पर्याप्त संसाधन उपलब्ध कराये जायें, विशेषत: बालिकाओं और महिलाओं के लिए ।

२ बालिकाओं और महिलाओं के अन्न-सुरक्षा के अधिकार से संबंधित सभी योजनाओं का पर्याप्त क्रियान्वायन और नियंत्रन किया जाए।

३ जन वितरण प्रणाली को सार्वभौमिक, प्रभावी और सुलभ बनाया जाए।

४ एकीकृत बाल विकास योजना (आइ.सी.ड़ी.एस) का दायरा सार्वभौम बनाया जाए। इस योजना के अंतर्गत शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों में किशोरियों, गर्भवती महिलाओं और स्तनदा माताओं को पोषक, पास में उपलब्ध और सांस्कृतिक दृष्टि से उचित भोजन सुनिश्चित कराया जाए ।

५ सभी अधिक संकटग्रस्त महिलाओं को प्राथमिकता देकर राशन कार्ड उपलब्ध कराया जाए, जैसे - एकल महिलाएँ, यौन-कर्मी, बेघर महिलाएँ, मानसिक रोगी या विकलांग महिलाएँ।

ख) पानी और सार्वजनिक स्वच्छता

१ पानी और पानी के स्त्रोतों के निजीकरण, वस्तुकरण, व्यापारीकरण और नियंत्रण-मुक्त करने की प्रक्रिया पर रोक लगाई जाए।

२ सभी गृहस्थीयों या बस्तीयों के अन्दर या पास पर्याप्त मात्रा में सुरक्षित पीने का पानी बिना किसी प्रकार की भेदभाव के उपलब्ध कराया जाए।

३ खेती के लिए पानी को पेयजल के बाद प्राथमिकता की सूचि में अगला मुद्दा मानते हुए, कम से कम एक मुख्य उपज की फसल के लिए पानी सुनिश्चित किया जाए।

४ महिलाओं को पानी के स्त्रोतों के नियोजन और प्रबंधन की प्रक्रिया का अभिन्न अंग बनाया जाया।

५ महिलाओं के लिए घरों, संस्थाओं और सार्वजनिक स्थलों (बाज़ार, सड़क, रेलवे स्टेशन, बस

स्टेन्ड) पर सुरक्षित, स्वच्छ शौचालयों, पर्याप्त पानी और माहवारी संबंधित कूड़े को हटाने की उचित व्यवस्था का प्रावधान किया जाए।

६ हाथों से मानव मल की सफाई और मैला ढ़ोने की प्रथा पर प्रतिबंध लगाने वाले कानून को सख्ती से लागू किया जाए। अब तक इस व्यवसाय पर निर्भर लोगों को आजीविका के अन्य समुचित विकल्प उपलब्ध कराए जाएँ।

ग) आवास

१ महिलाओं के घर, खेत और अन्य संपत्ति के स्वतंत्र या संयुक्त मालिकाना अधिकार को मानते हुए, उनको कानूनी करारनामे के साथ उपयुक्त आवास सुनिश्चित कराया जाए।

२ यह सुनिश्चित किया जाए कि महिलाओं पर घर के अंदर हिंसा न हो और घरेलू झगड़ों के दैरान महिलाओं का आवास का अधिकार सुरक्षित रखा जाए।

३ यदि किसी महिला को घर से बाहर ढ़केला जाता है तो उसके लिए वैकल्पिक आश्रय या आवास का प्रावधान किया जाए (सरकार द्वारा) ।

४ विकास और सुशोभीकरण के नाम पर लोगों को निष्कासित न किया जाए।

५ उचित प्रक्रिया के बाद विस्थापन होने की स्थिति में व्यक्तियों का सम्मान के साथ पुनर्स्थापन और पुनर्वास सुनिश्चित कराया जाए। इसके साथ स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा, आजीविका, पानी और यातायात की सुविधा भी सुनिश्चित कराई जाए।

६ आपदा या झगड़े के बाद महिलाओं के आवास के अधिकार की रक्षा की गारंटी की जाए, जिससे वे बिना किसी डर घर लौटने में सक्षम हों । साथ ही उचित नए घर के निर्माण के लिए भी प्रावधान हो।

७ पुनर्स्थापन प्रक्रिया के दौरान व पश्चात अधिक संकटग्रस्त वर्गों के पुनर्वास को प्राथमिकता दी जाए, जिनमें ऐसी महिलाएँ भी शामिल हैं जिनकी कुछ विशेष जरूरतें हैं (गर्भवती, वृद्ध, विकलांग)।

८ मानसिक अस्पतालों व अन्य संस्थाओं में छोड़ी गई महिलाओं के लिए आवास का प्रबंध निश्चित किया जाए।

घ) आजीविका

१ वैवाहिक स्थिति, धर्म या पारंपरिक प्रथाओं पर निर्भर किए बिना और विद्रोह के भय के बिना महिलाओं का ज़मीन और संपत्ती पर समान स्वामित्व व उत्तराधिकार सुनिश्चित कर, महिलाओं के लिए टिकाऊ आजीविका के विकल्प संभव बनाए जाएँ और बढ़ाए जाएँ।

२ घर और / या परिवार के खेतों या व्यवसायों में महिलाओं के बिना वेतन काम को मान्यता दी जाए,उसका मूल्य निश्चित किया जाए और उन्हें इसके लिए मुआवज़ा दिया जाए।

३ महिलाओं को रोज़गार के समान अवसर उपलब्ध कराए जाएँ, राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी योजना जैसी योजनाओं में भी । उन्हें सभी आदेशित सुविधाएँ जैसे पालना-घर, शौचालय, पेयजल आदि भी उपलब्ध कराई जाएँ।

४ बालिकाओं का भविष्य में जीविका का आधार सुनिश्चित कराने के लिए उन्हें आसान, निर्विघ्न और मुफ्त प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा उपलब्ध कराई जाए।

५ आदिवासीयों को जंगल पर उनके पारंपारिक अधिकार से वंचित करती व्यापारिक ज़रूरतों के लिए जंगलों की अंधाधुंद कटाई और एक ही प्रकार के पेड़ों का वृक्षारोपण(मोनोकल्चर) तुरंत बंद कराए जाएँ।

६ आदिवासी महिलाओं की ज़मीन, जल और जंगल जैसे प्राकृतिक संसाधनों तक पहुँच और उनपर उनके स्वामित्व का संरक्षण किया जाए।

७ इस बात को मान्यता दी जाए कि मानसिक रोगी और विकलांग महिलाओं में पूर्ण कानूनी क्षमता है और इसलिए उनके जीविका, काम करने और समान अवसर के अधिकार का संरक्षण किया जाए ।

च) स्वस्थ पर्यावरण

१ विकास के नाम पर किसी भी समुदाय को तबाह न किया जाए।

२ एसबेसटस, विकिरण फैलाने वाले तथा अन्य हानीकारक खनिजों के खनन पर प्रतिबंध लगाया जाए।

३ कई बड़े बांध बना कर नदियों को जोड़ना, जिसमें जंगल, जमीन और समुदायों की आजीविका डूब जाए -ऐसे विनाशकारी प्रकल्प न लाए जाएँ।

४ घातक रासायनिक और किर्णोत्सर्गी कुड़े को लापरवाही से फैकने की मनाही की जाए। रासायनिक उद्योगों के लिए पर्यावरण तथा कर्मचारियों की सुरक्षा संबंधित कड़ी नियमावली स्थापित की जाए ।

७ महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार और स्वास्थ्य सेवा

यहाँ हम स्वास्थ्य सेवा को महिलाओं के स्वास्थ्य के अधिकार के दृष्टिकोण से देखते हैं । पहले इसे 'सामान्य स्वास्थ्य' के संदर्भ में देखते हैं और फिर मानसिक स्वास्थ्य, प्रजनन स्वाश्य और यौनिक स्वास्थ्य के विशिष्ट संदर्भ में, क्योंकि यह क्षेत्र स्वास्थ्य सेवा और महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण हैं। आखिरी दो क्षेत्र गहराई से जुड़े हुए हैं और अक्सर एक दूसरे पर निर्भर करते हैं, इसलिए कई बार उन्हें मिला कर 'यौनिक और प्रजनन स्वास्थ्य' के रूप में पेश किया जाता है। यौनिक स्वास्थ्य और अधिकार का दायरा सिर्फ प्रजनन स्वास्थ्य के मुद्दों तक सीमित नहीं है, यह स्पष्ट करने के लिए हम इन्हें अलग अलग पेश कर रहे हैं। यौनिक व प्रजनन अधिकर सभी के लिए हैं - युवा तथा वृद्ध; महिला, पुरुष या ट्रान्सजॅन्ड़र; भिन्न-लैंगिक(हेटरो-सेक्चुवल), समलैंगिक या द्वीलैंगिक(बाइसेक्चुवल) ; विकलांग, एच.आए.वी ग्रस्त, सभी के लिए । सभी को अपनी यौनिक और प्रजनन पसंद का चुनाव करने का अधिकार है बशर्ते वे हिंसा का प्रयोग न करें और दूसरों की शारीरिक और मानसिक एकजुटता (इन्टेग्रिटी) का सम्मान करें। स्वास्थ्य सेवा के अधिकार में ऐसी जानकारी और सुविधाओं तक पहुँच सम्मिलित है जो स्वास्थ्य और खुशहाली की वृद्धी के लिए ज़िम्मेदारी से विकल्पों का चयन करने में मददगार हों।

क) सामान्य स्वास्थ्य

खुशहाली के भावनात्मक , सामाजिक, सांस्कृतिक, आध्यात्मिक और शारीरिक पहलू, जो सामाजिक, राजनीतिक और आर्थिक परिप्रेक्ष्य में निर्धारित की किए जाते हैं - सब मिल-जुल कर महिलाओं की सामान्य स्वास्थ्य स्थिति बनाते हैं। इस स्थिति को बनाए रखने के लिए पर्याप्त आहार, शारीरिक और मानसिक सक्रियता और कई प्रकार के सहायक संबंधों की ज़रूरत होती है। महिलाओं के स्वास्थ्य और उनकी समृद्धी के लिए एक व्यापक स्वास्थ्यसेवा अनिवार्य है जो ऐसी महिलाओं के प्रति संवेदनशील, उचित, समय पर उपल्ब्ध हो और जिस तक आसानी से पहुंचा जा सके।

गरीबी और भूख के परिणामस्वरूप संक्रमण या संपर्क से फैलने वाली बिमारियाँ महिलाओं के स्वास्थ पर सबसे ज़्यादा हावी होती हैं। आंकड़ों से स्पष्ट होता है कि टीबी का फैलाव महिलाओं और पुरूषों में समान मात्रा में होते हुए भी, निजी स्वास्थ्य सेवा तक पुरूषों की पहुंच महिलाओं से ज़्यादा है । महिलाओं को अक्सर सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था पर निर्भर होना पड़ता है। एक या संबंधित समस्याओं को ही संबोधित करने वाले कार्यक्रमों (वर्टिकल प्रोग्राम)(जैसे परिवार नियोजन और विशिष्ट रोग नियंत्रण) पर ध्यान केंद्रित होने के कारण सामान्य स्वास्थ्य सेवा के लिए सार्वजनिक क्षेत्र की सुविधाओं को एक किनारे कर दिया गया है और आज यह तहस-नहस हो गई है। नि:शुल्क चिकित्सकीय सेवा उपलब्ध कराने की अपनी ज़िम्मेदारियों से सरकार के मुँह मोड़ लेने और इसके बजाए उपभोक्ता-शुल्क लागू करने, स्वास्थ्य सेवा के निजीकरण तथा सार्वजनिक चिकित्सकीय संस्थाओं में कटौती के कारण गरीबों और महिलाओं पर असहनीय बोझ डाला जा रहा है। सरकार स्वास्थ्य बिमा द्वारा व्यापार क्षेत्र को अनुदान देकर उन लोगों को लाभ देती है जिनके पास पैसे देने की क्षमता है और एक बड़े जनसमुदाय को वंचित रखती है, जो ज़्यादा बिमार पड़ता है और जिसे मुफ्त स्वास्थ्य सेवा की ज़रूरत पड़ती है।

*अत: सामान्य स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर हमारी **माँगें** हैं कि*

१ स्वास्थ्य सेवा को महज चिकित्सकीय सुविधा उपलब्ध कराने और एक या संबंधित

समस्याओं को संबोधित करने वाले कार्यक्रमों (वर्टिकल प्रोग्राम) से आगे ले कर जाया जाए ताकि सभी की जरूरतें पूरी हो सकें, खासकर बलिकाओं और महिलाओं की।

२ सभी स्तरों पर महिला स्वास्थ व्यवसायिकों की संख्या बढ़ाई जाए। संपूर्ण स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था को -जिसमें चिकित्सकीय तथा पराचिकित्सकीय शिक्षा सम्मिलित हैं - जेंडर व स्वास्थ्य के संबंध के प्रति संवेदनशील बनाया जाए ।

३ सार्वजनिक स्वास्थ्यसेवा को विकसित और सशक्त करने के लिए सकल घरेलू उत्पाद का ५% हिस्सा निर्धारित किया जाए। इस व्यवस्था में गैर-एलोपैथिक व्यवस्थओं (आयुश) को समग्र रूप से एकीकृत किया जाए और विभिन्न क्षेत्रों के अन्दर और बीच स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच में उपस्थित विषमताओं को संबोधित किया जाए।

४ प्राथमिक, द्वितीय और त्रितीय स्तर पर जेंडर तथा विकलांगता के प्रति संवेदनशील, अच्छे दर्जे की स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित कराने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए पर्याप्त मानव संसाधन और सुविधाएँ उपलब्ध कराई जाएँ।

५ लिंगभाव(जेन्डर) बजट और लेखापरीक्षण (औडिट) के सिद्धांतों के अनुकूल बेहतर प्रबंधन पद्धति और जवाबदेही सुनिश्चित की जाए और स्वास्थ्य सुविधाओं को लोगों और साथ में महिलाओं के प्रति और जवाबदेह बनाया जाए।

ख) मानसिक स्वास्थ्य

हम मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र को मुख्यत: मानसिक-सामाजिक दृष्टिकोण से देखते हैं। मानसिक स्वास्थ्य में मानसिक विकार और मानसिक विकलांगता भी सम्मिलित हैं। हम अपने आप को 'जैव-चिकित्सकीय' ढ़ाँचे में संकुचित न करते हुए, विविध जैविक, मनोवैज्ञानिक , सामाजिक-आर्थिक और चिकित्सकीय घटकों को संबोधित करते हैं। महिलाएँ विभिन्न प्रकार की मानसिक विकलांगताएँ अनुभव करती हैं - प्रचण्ड संभ्रान्ति, भय और घोर चिंता से लेकर उदासी व आत्महत्या की हद तक निराशा और खंडित मानसिकता (स्किज़ोफ्रेनिया) । कभी कभी यह स्थिति विविध शारीरिक घटकों का परिणाम होती है जैसे अनुवांशिक घटक, जन्म के समय चोट या सिर पर आकस्मिक चोट, बढ़ती उम्र के साथ घटती मानसिक क्षमता आदि ।

जो समाजिक कारक मानसिक विकार या विकलांगता का कारण हैं या उन्हें बदतर बनाते हैं, वो महिलाओं के लिए खासकर महत्वपूर्ण हैं। समाज में महिलाओं का रुतबा असमान होने के कारण उन्हें सभी प्रकार के तनाव अधिक झेलने पड़ते हैं और उनके शोषन की संभावना अधिक होती है । वंचित या समाज के किनारों पर ढ़केली गई, पारंपरिक भूमिका तथा जीवनशैली से हट कर जीने वाली और सांप्रदायिक और सैनिक आतंक ग्रस्त क्षेत्रों और परिस्थितियों में रहने वाली महिलओं के लिए यह संभावनाएँ और अधिक तीव्र रूप लेती हैं । इसके उलटे हाथ पर, मानसिक विकलांगता महिलाओं पर हिंसा का एक कारक है और बदले में हिंसा तथा बिना उपचार की गई उदासी आत्मघात और आत्महत्या को बढ़ावा देती है।

महिलाओं में मानसिक विकार और विकलांगता इतने प्रकार की हैं कि मानसिक स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र को महिलाओं के संदर्भ में और भी अधिक व विविध चुनौतियों का सामना करना पड़ता है। भारत में लगभग एक करोड़ लोगों को मानसिक स्वास्थ्य सेवा की ज़रूरत है पर उनके लिए खचा-खच भरे, अस्वच्छ और अप्रबंधित मानसिक अस्पतालों के अलावा कुछ भी उपलब्ध नहीं है। हमारे पास कुल जनसंख्या के हर दस लाख लोगों पर सिर्फ ०.२ मानोचिकित्सक हैं और **अत्यावश्यक मनो-सामाजिक सुविधाएँ प्रदान करने**

वाले पेशेवर इससे भी कम। अत: **मानसिक स्वास्थ्य सेवकों** को प्रशिक्षन देने के लिए **सुविधाओं और क्षमताओं का जल्द से जल्द विकास** करना अत्यंत ज़रूरी है। गरीब और असुरक्षित लोगों को पटक देने के लिए और मानसिक अस्पताल बनाना इस समस्या का हल नहीं, बल्कि मज़बूत समुदाय-स्थित मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम तैयार करना और कार्यान्वित करना आवश्यक है।

वर्तमान काल में समुदाय-स्थित और अस्पताल-स्थित चिकित्सा के बीच लगभग कोई जुड़ाव अस्तित्व में है ही नहीं । ऊपर से संस्थात्मक ढ़ाँचा बहुत पाबंदियाँ लगाता है । महिलाओं को मिलने वाली सेवाएँ भीषण रूप से अपर्याप्त हैं । भारत में राष्ट्रीय नीति बनाई ही नहीं गई और इसलिए मानसिक स्वास्थ्य सेवा का १९८७ के मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम द्वारा ही संचालन किया जाता है । इस कानून का ज़्यादा से ज़्यादा ज़ोर संस्थात्मक देखभाल पर ही है। इस कानून के तहत दाखिले, उपचार और छुट्टी के बारे में रोगी के मत की अहमीयत बहुत ही कम है, जिसके कारण महिलाओं को परिवारों द्वारा आजीवन मानसिक अस्पतालों में छोड़ दिया जाता है। मानसिक स्वास्थ्य के संपूर्ण सुधार और विकास के लिए इस पर केन्द्रित कार्यक्रमों के साथ बजट-निर्धरण की बड़ी आवश्यकता है। इसके अंदर भी एक 'महिला केंद्रित दृष्टिकोण' अपनाने की आवश्यकता है, जो महिलाओं की समाज में वंचित स्थिति और तनाव को बढ़ाव देने में इसकी भूमिका को ध्यान में रखे। हिंसा से मुक्ति के अधिकार का संरक्षण किया जाना चाहिए, विशेषत: मानसिक रोग से ग्रस्त और विकलांग महिलाओं के लिए। ज़बरदस्ती से चिकित्सा और उपचार की नीतियों और कानूनों में बदलाव लाया जाना चाहिए ।

*महिला होने के नाते मानसिक स्वास्थ्या के संदर्भ में हमारी **माँगें** हैं*

१ मानसिक-सामाजिक रूप से विकलांग महिलाओं को जीवनकाल में जब भी ज़रूरत हो, कम से कम प्रतिबंधों और हस्तक्षेप के वातावरण में संवेदनशील व्यापक स्वास्थ्यसेवा, मानसिक स्वास्थ्य सेवा के साथ उपलब्ध कराई जाए।

२ अकेले में बन्द करना व प्रत्यक्ष 'शॉक' चिकित्सा(बिजली के झटके) जैसी अमानवीय, क्रूर और अपमानजनक उपचार पद्धतियों पर प्रतिबंध लगाया जाए।

३ पुलिस और न्यायव्यवस्था सहित अन्य विविध व्यवस्थाओं के सेवा प्रदाताओं व पेशेवरों को जेन्डर-संवेदनशील और महिला-केन्द्रित प्रशिक्षण दिया जाए।

४ मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं को प्रजनन स्वास्थ्य के मानसिक स्वास्थ्य पर प्रभाव के प्रति अधिक संवेदनशील और ज़िम्मेदार बनाया जाए।

५ महिलाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के स्तर पर मुफ्त मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ (चिकित्सकीय और गैर-चिकित्सकीय) उपलब्ध कराने के लिय वित्तीय और मानव संसाधनों में वृद्धी की जाए । साथ ही सेवा के उचित स्तर तक सिफारिश (रेफरल) भी की जाए।

६ सेवा के सभी स्तरों पर महिलाओं के लिए सभी प्रकार की मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराई जाएँ जैसे आपातकेंद्र (क्राइसिस सेन्टर), उपचार, मानसोपचार और मार्गदर्शन (काऊन्सलिंग), दवाओं के बगैर किए जाने वाले उपचार जैसे योग, ध्यान और कला-आधारित उपचार। इसके साथ सहायक सुविधाएँ भी उपलब्ध कराई जाएँ जिनमें पुनर्वास-घर, स्वयं-सहायता समूह और व्यवसायिक-प्रशिक्षण शामिल हों।

७ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तथा सभी स्तरों पर प्रयोगहेतु अनिवार्य दवाइयों की सुची में मानसिक उपचार के लिए आवश्यक दवाईयों को भी जोड़ा जाए ।

८ ऐसी समुदाय-स्थित मानसिक स्वास्थ्य सेवा विकसित की जाए और उपलब्ध कराई जाए जो प्रभावशाली, कार्यक्षम और पर्याप्त हो और जिसका प्राथमिक, द्वितीय और तृतीय स्तर की स्वास्थ्य सुविधाओं के साथ जुड़ाव हो। इसमें संवर्धन, रोकथाम, उपचार और पुनर्वास सभी का समावेश हो।

९ जिला हस्पताल स्तर पर विशिष्ट मानसिक चिकित्सा सेवा प्रदान कराने के लिए पर्याप्त कर्मचारी बल के साथ 'आपातकालीन मदद केन्द्र' स्थापित किए जाएँ। इन केन्द्रों में व्यवहार हेतु नियमावली स्थापित की जाए जिसमें मानसिक स्वास्थ्य स्थिति, जोखिम और उपचार के तर्कसंगत निर्धारण का भी समावेश हो।

१० निजी क्षेत्र के मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को नियमित करने के लिए यंत्रावली बनाई जाए जिसमें प्रमाणित उपचार पद्धति और अधिकारिक मान्यता देने की व्यवस्था का भी समावेश हो।

११ उपचार करते समय गोपनीयता रखी जाए और उपचार के बारे में जानकारी देकर सहमति लेने की पद्धति को व्यवहार में लाया जाए।

१२ समलैंगिकता के इलाज के नाम पर की जाने वाली 'ऍवर्जन थॅरपी' व अन्य तर्कहीन व हानीकारक पद्धतियों का विरोध किया जाए। बिजली का झटका देने वाली उपचार पद्धति (इ.सी.टी.) के अंधाधुंद उपयोग का निरीक्षन किया जाए और इसके प्रयोग को कम किया जाए।

१३ शारीरिक और भावनात्मक क्रूरता व यातना और अनधिकृत तथा सहमति के बिना किए जाने वाले प्रयोगों से महिलाओं का संरक्षण किया जाए ।

१४ मानसिक रोग से पीड़ित होने की अधिक संभावना रखने वाले लोगों को कानून की नज़र में 'व्यक्ति' होने की मान्यता दी जाए और अपनी स्वयं की इच्छा और पसंद के अनुसार निर्णय लेने की उनकी क्षमता का सम्मान किया जाए।

१५ 'खुदको और दूसरों को हानी पहुँचाने की संभावना' की जाँच करने के लिए प्रमाणित नियम (प्रोटोकॉल) का पालन करते हुए अनैच्छिक बंधन को नियमित किया जाए। व्यक्ति के संदर्भ में लिए गय निर्णय के पुनर्विचार के लिए याचिका देने और कानूनी सहायता पाने का अधिकार सुनिश्चित किया जाए।

१६ यह सुनिश्चित किया जाए कि सरकारी तथा निजी बीमा योजनाओं में मानसिक स्वास्थ्यसेवा पर होने वाले खर्च की व्यवस्था को भी सम्मिलित किया जाए।

१७ मानसिक रोग से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए सामाजिक न्याय और संरक्षन का संवर्धन किया जाए और आपदा, दंगे या संघर्ष की स्थिति में पर्याप्त जीवनस्तर, और उपचार व सेवा में प्राथमिकता सुनिश्चित की जाए।

१८ महिलाओं के बिना किसी ज़बरदस्ती, स्वैच्छा से गर्भनिरोध अपनाने के अधिकार का संरक्षण किया जाए। संस्थाओं या इनके बाहर देख-रेख में रह रही लड़िकयों और महिलाओं पर नसबंदी या गर्भाशय निकालने के ऑपरेशन (हिस्टेरेक्टमी) का विरोध किया जाए।

१९ अपने बच्चों के संदर्भ में निर्णय लेने, उनको अपने पास रखकर उनका पालन-पोषण करने, या उनके पास जाने के अवसर मिलने; और अपने बच्चे को गोद दे देने के सभी महिलाओं के अधिकार का संरक्षण किया जाए। यह मान कर ना चला जाए कि मानिसिक रोग होने के कारण वे असमर्थ हैं।

२० मानसिक रोगी और विकलांग महिलाओं के स्वतंत्रता, अभिव्यक्ति की आज़ादी, उपचार-संबंधित व जीवन में अन्य सभी निर्णय लेने के अधिकार और धर्म से जुड़ने के अधिकार का संरक्षण किया जाए।

२१ सामुदायिक-सहायता और सेवा-पश्चात निगरानी के कार्यक्रमों द्वारा स्वतंत्रता से जीने के विकल्प उपलब्ध कराए जाएँ । जीवनमान संबंधित मुद्दों को संबोधित किया जाए - जैसे शिक्षा, काम, खेल, आय, खाली समय और रिश्ते-नाते।

२२ समुदाय और विद्यालय में मानसिक स्वास्थ्य और साथ में असुरक्षा से बचाव की सेवा व पुनर्वास के जेन्डर संबंधित पहलूओं पर जन-जागरुकता की जाए ।

ग) प्रजनन स्वास्थ्य

प्रजनन स्वास्थ्य का संबंध केवल महिलाओं के तथाकथित 'प्रजनक वर्षों' से ही नहीं, जो सामान्यत: १५ से ४५ साल के बीच माने जाते हैं, बल्कि इसका संबंध महिला-पुरूष दोनों के पूर्ण जीवनकाल से है, जो पैदाइश से बुढ़ापे तक होता है। प्रजनन अधिकार सभी लोगों का एक बुनियादी अधिकार है जिससे वह स्वतंत्रता और ज़िम्मेदारी से यह निर्णय ले सकें कि उन्हें कितने बच्चे, कितने अंतराल के बाद और कब चाहिए; और ऐसा कर पाने के लिए उन्हें पर्याप्त जानकारी और साधन भी प्राप्त हों । मानव अधिकार के दस्तावेज़ में भी व्यक्त किया गया है कि यह सभी का अधिकार है कि वे यह निर्णय भेदभाव, जबरदस्ती और हिंसा के बिना ले सकें। कई विशिष्ट परिस्थितियों में बचपन में भी प्रजनन अधिकारों का उल्लल्घन हो सकता है, जब बच्चों की सुप्त-प्रजनन क्षमता टी.बी जैसी बिमारियों तथा किर्णोत्सर्गी पदार्थों (उदाहरनार्थ - युरेनियम खदानों के पास) जैसे घटकों के कारण कम हो सकती है।

थौंपी गई जनसंख्या नीतियों, तर्कहीन और काट-पीट करने वाली चिकित्सकीय और गर्भ निरोध तकनीकों की अति से भी प्रजनन अधिकारों का उल्लंघन होता है। (कृपया जनसंख्या नीति पर अध्याय ८(ख) और चिकित्सकीय प्रौद्योगिकी पर अध्याय ९(घ) भी देखें)

*प्रजनन स्वास्थ्य और अधिकारों के संदर्भ में हमारी **माँगें** हैं*

१ प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाओं में किशारियों व बुज़ुर्ग महिलाओं के मुद्दों को भी शामिल किया जाए और उनकी इन सुविधाओं तक पहुँच सुनिश्चित की जाए।

२ सभी किशोर-किशोरियों को यौनिकता की शिक्षा के माध्यम से गर्भनिरोध, गर्भपात और यौन संबंध से फैलने वाली बिमारीयों(एसटीडी) की जानकारी उपलब्ध कराई जाए। यह शिक्षा अभिप्राय विरहीत, नीति उपदेश विरहित और पूर्वग्रह मुक्त हो। यह समलैंगिक लोगों के बारे में डर की भावना भी न पैदा करती हो।

३ पैसे देने की क्षमता हो या नहीं, प्रसवपूर्व, सुरक्षित-प्रसव और प्रसवपश्चात सेवा सबको उपलब्ध कराई जाए।

४ सभी कामकाजी महिलाओं के लिए मातृत्व-लाभ, गर्भपात तथा नसबंदी-संबंधित अवकाश, पालना-घर(क्रेश) और स्तनपान कराने की जगह का प्रावधान हो, यह सुनिश्चित किया जाए।

५ अनावश्यक सिज़ेरियन (प्रसुति के समय ऑपरेशन) और हिस्टरॅक्टमी (गर्भाश्य निकालना) पर रोक लगाई जाए।

६ चाहे महिला विवाहित हो या ना हो, सुरक्षित, प्रभावशाली, परिवर्तनीय परिणाम वाले, उपभोक्ता-नियंत्रित और पुरूषों की सहभागिता को प्रोत्साहित करने वाले गर्भनिरोधक तक उसकी पहुँच सुनिश्चित कराई जाए।

७ महिलाओं की सुरक्षित गर्भपात सुविधाओं तक पहुँच सुनिश्चित कराई जाए; गर्भपात के बाद लम्बे समय तक असर करने वाले गर्भनिरोधक लेने की जबरदस्ती पर रोक लगाई जाए।

८ गर्भनिरोध, नसबंदी, गर्भपात, जबरन विवाह, गर्भधारण या मातृत्व, स्त्रीलिंग काटना आदि की जबरदस्ती से महिलाओं का संरक्षण किया जाए।

९ सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में बाँझपन के निदान और उपचार की सुविधा सम्मिलित की जाए और इससे संबंधित भावनात्मक मुद्दों से निपटने में गोपनीयता व संवेदनशील व्यवहार सुनिश्चित किया जाए।

१० यौन संबंध से होने वाले संक्रमण(एसटीआइ) की जल्द-जाँच के प्रावधान किए जाएँ और यौन संबंध से संक्रमण(एसटीआइ) और एच.आइ.वी. संक्रमण कैसे फैलता है इसके बारे में जनजागरुकता फैलाई जाए।

११ प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रजनन तंत्र से जुड़े कॅन्सर की जल्द-जाँच के प्रावधान किए जाएँ और इन्हें विशिष्ट-उपचार केन्द्रों तक उपचार के लिए जल्द भेजे जाने की सुविधा (रेफरल) से जोड़ा जाए।

१२ गर्भाशय, मूत्राशय या गुदाशय के नीचे खिसकने(प्रोलैप्स) की जल्द-जाँच और उपचार (व्यायाम या ऑपरेशन द्वारा) की सुनिश्चिति कराई जाए ।

१३ माहवारी बन्द होने(मेनोपौज़) के आस-पास महिलाओं को इसके संभव परिणामों, नए प्राकृतिक होर्मोन(संप्रेरक)-सन्तुलन के साथ ताल-मेल बिठाने और होर्मोन रीप्लेसमेन्ट (संप्रेरक-बदलने)उपचार के खतरों के बारे में जानकारी व मार्गदर्शन(काउंसलिंग) उपलब्ध कराया जाए।

१४ ऐसे लक्ष्य-आधारित जनसंख्या नियंत्रण कार्यक्रम बन्द किए जाएँ जो महिलाओं और गरीबों को ही अपरिवर्तनीय, लम्बे समय तक असर करने वाले होर्मोनल(संप्रेरक-आधारित), प्रदाता-नियंत्रित गर्भनिरोधकों का निशाना बनाते हैं।

१५ ऐसे सभी जबरदस्ती करने वाली नीतियों, कानूनों और रीतियों को खारिज किया जाए जो लोगों के प्रजनन और लोकतांत्रिक अधिकारों का उल्लंघन करती हैं जैसे बच्चों की संख्या के आधार पर मातृत्व लाभ आदि छीनने वाली 'दो बच्चों की नीति'।

१६ गर्भनिरोध या गर्भपात संबंधित परीक्षणों को अनैतिक माना जाए और इन्हें विधिक रूप से दंडनीय बनाया जाए। किसी जायज़ दवाई या गर्भनिरोध के परीक्षण के लिए जानकारी देने के साथ लिखित सहमती लेना अनिवार्य किया जाए । इन नैतिक मानकों का उल्लंघन करने वालों के विरुद्ध कानूनी कार्रवाई की जाए।

१७ सभी चिकित्सकीय और पराचिकित्सकीय पाठ्यक्रमों में 'महिलाओं के प्रति हिंसा' और 'यौनिकता और जेन्डर(लिंगभाव)' के विषयों को प्रजनन स्वास्थ्य प्रशिक्षण में सम्मिलित किया जाए।

१८ फोरेन्सिक विशेषज्ञों(अदालती वैज्ञानिक) को यौनिक आक्रमण और बलात्कार के सामाजिक पहलूओं और वैयक्तिक या सामूहिक यौन हिंसा के मामले में सबूत इकट्ठा करने और संभालकर रखने का प्रशिक्षण दिया जाए।

१९ महिलाओं के प्रति हिंसा की रोकथाम करने के प्रयासों में लिंग निर्धारण करने वाले क्रोमोज़ोमज़ (एक्स और वाए रंगसूत्र) और प्रजनन अक्षमता के बारे में जन-जागृति करने को भी प्रोत्साहन दिया जाए।

२० बालविवाह प्रतिबंधक अधिनियम को सख्ती से लागू किया जाए।

२१ गर्भलिंगनिदान के कानून को भी सख्ती से अमल में लाया जाए और जो डॉक्टर गर्भ का लिंग बताए उसपर कानूनी कार्रवाही की जाए और उन्हें दंड दिया जाए।

२२ वैवाहिक स्थिति, यौनिक-रुझान, एच.आइ.वी स्थिति, विकलांगता, धर्म या संस्कृती के आधार पर भेदभाव किए बिना सभी महिलाओं के बच्चा गोद लेने के अधिकार का आदर किया जाए।

२३ तलाक के बाद बच्चों की देखभाल(कस्टडी) या बिना अड़चन बच्चों तक पहुँच के महिलाओं के अधिकार का संरक्षण किया जाए।

घ) यौनिक स्वास्थ्य

यौनिक स्वास्थ्य और अधिकार को अकसर प्रजनन स्वास्थ्य के साथ देखा जाता है। परंतु यह महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य सुविधाएँ गर्भधारण, गर्भनिरोध और एच.आइ.वी./एड्स के अलावा अन्य यौनिक मुद्दों को भी संबोधित करें। विशेषत: एकल महिलओं को यौनिकता के संबंध में विविध समस्याओं का सामना करना पड़ता है क्योंकि समाज को किसी का अकेला रहना अखरता है। इसलिए अपनी मांगें तैयार करते समय हम इस क्षेत्र को अलग से सम्बोधित करते हैं । इसके अलावा हम समाज द्वारा बनाए इस कृत्रिम विभाजन का भी विरोध करते हैं कि महिलाएँ 'प्रजनक' हैं और पुरूष 'लैंगिक'। हम इस तरह के कृत्रिम विभाजन का भी प्रतिरोध करते हैं कि विषमलैंगिक (हेटरोसेक्चुअल) महिलाएँ 'प्रजनक' हैं और केवल समलैंगिक, द्वीलैंगिक और ट्रान्सजेन्डर (एल.बी.टी) महिलाओं को यौनिक अधिकारों की ज़रूरत है।

यौनिक स्वास्थ्य और अधिकार का तात्पर्य यौनिकता और यौनिक रिशतों के संदर्भ में मानसिक, शारीरिक और सामाजिक खुशहाली से है। स्वस्थ यौनिकता के लिए चाहिए यौनिक इच्छाओं और आनन्द के प्रति एक खुली मानसिकता, बिना किसी डर और साथ ही वांछित यौनिक उत्तेजना के प्रति संवेदनशील रोग-मुक्त शरीर। इसमें यौनिक-रुझान और साथी की पसंद के बारे में बिना किसी पूर्वधारणा यौनिक रिश्तों का आदर करने वाला सामाजिक माहौल अंतर्निर्हित है। इसके लिए ज़रूरी है खुद की यौनिकता की सकारात्मक जानकारी व स्वीकृती और लैंगिक रिशतों के बारे में निजी-ज़िम्मेदारी, ताकि जबरदस्ती से मुक्ति और संक्रमण, चोट या अनचाहे गर्भधारण से संरक्षण मिले। स्वस्थ यौनिक रिश्ते कभी हिंसक नहीं होते और यौनिक व जेन्डर विविधता तथा विकलांगता को स्वीकारते हैं। स्वास्थ्य सुविधाओं को अनपेक्षित गर्भधारण, गर्भपात, बाँझपन, एच.आइ.वी., यौन संबंध से होने वाले संक्रमण/ प्रजनन प्रणाली संक्रमण (एसटीआइ/ आरटीआइ) और कॅन्सर से जुड़े यौनिक मुद्दों और साथ ही विकलांग व्यक्तियों की यौनिक ज़रूरतों और क्षमताओं को संबोधित करने की आवश्यकता है।

*स्वास्थ्य का यह जटिल क्षेत्र व्यक्ति के यौनिक अधिकारों का सम्मान, संरक्षण और पूर्ती करने के लिए सबसे महत्वपूर्ण है। और इसलिए हमारी **माँगें** हैं*

१ अपनी यौनिकता की अभिव्यक्ति , प्रजनन के अलावा भी यौनिक संबंन्ध का आनंद लेने और सम्मान के साथ समान यौनिक सहभागी माने जाने के हर महिला के अधिकार को मान्य किया जाए।

२ चाहे जात, वर्ग, वंश, धर्म, राष्ट्रीयता, विकलांगता, यौनिक-रुझान(orientation) जो भी हो, महिलाओं के यौनिक साथी / जीवन साथी चुनने के अधिकार और उनके साथ यौनिक रिश्तों का आनंद लेने के अधिकार का संरक्षण किया जाए ।

३ एक ऐसे वातावरण का निर्माण किया जाए जिसमें अनचाहे गर्भधारण, संक्रमण और यौनिक हिंसा से मुक्ति सुनिश्चित हो सके ।

४ एकल महिलाओं पर भेदभावपूर्ण, हैरान करने वाली और अपमानजनक 'कौमार्य' परीक्षण की प्रथा पर प्रतिबंध लगाया जाए।

५ सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रो पर यौनिक स्वास्थ्य की जरूरतें पूरी करने के लिए सुविधाएँ उपलब्ध कराई जाएँ जिसमें प्रशिक्षित स्वास्थ्य प्रदाताओं द्वारा सेवा तथा रेफरल (विशिष्ट-चिकत्सा तक भेजना) की कार्यरत व्यवस्था शामिल हो । यह सुविधा चाहे विवाहित हो या ना हो, या किसी भी आधार पर भेदभाव किए बिना सभी के लिए उपलब्ध हो और सब की पहुँच में हो।

६ अच्छे दर्जे के, मुफ्त या सस्ते कंडॉम, जिन तक आसानी से पहुँचा जा सके, उपलब्ध कराए जाएँ ।

७ यह सुनिश्चित किया जाए कि स्वास्थ्य सुविधाओं में यौनिक पहचान, पसंद, व्यवहार, अवैवाहिक स्थिति या यौन व्यवसाय के आधार पर भेदभाव ना किया जाए ।

८ भारतीय दंड संहिता की धारा ३७७ और अन्य सभी ऐसे कानून, नीतियाँ और रीतियाँ जो यौनिकता के आधार पर भेदभाव करती हों उन्हें खारिज किया जाए।

९ यौन-व्यापार तथा अन्य किसी भी उदेश्य से अवैध मानव व्यापार से मुक्ति सुनिश्चित की जाए।

१० बच्चों के यौनिक शोषण की रिकथाम की जाए, ऐसा होने पर तहकिकात की जाए, कानूनी कार्रवाई की जाए और अपराधी को दंड दिया जाए।

११ यौनिक समस्या, बिमारी, आक्रमण और व्यवसाय के संदर्भ मे गोपनीयता रखी जाए और अच्छे-बुरे की राय नहीं बनाई जाए।

१२ पुलिस और संचार-माध्यम यौनिकता के संदर्भ में नैतिक-भय और सनसनी ना फैलाएँ।

१३ कौमार्य, संक्रमण, पौरूषत्व और यौनिकता से जुड़े मिथकों को दूर करने की कोशिश की जाए जानकारी के आधार पर जागरुकता फैलाई जाए।

१४ विद्यालयों और महाविद्यालयों के स्तर पर यौनिक शिक्षा उपलब्ध कराई जो चयन के लिए उचित जानकारी और मार्गदर्शन प्रदान करे और विद्यार्थियों को ऐसी यौनिकता से पहचान कराए जो आनंददायी तथा जिम्मेदार हो और हिंसा व भेदभाव से मुक्त हो ।

(समलैंगिक, द्वीलैंगिक, ट्रान्सजेंडर महिलाओं, एच.आइ.वी. संक्रमित महिलाओं और यौन-कर्मीयों के अधिकारों से जुड़ी विशेष माँगों के लिए कृपया अध्याय १० देखें।)

६ महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार स्थापित करने का राष्ट्र का दायित्व

सरकार का ऐसी स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने का दायित्व है जिस तक भौगोलिक और आर्थिक दृष्टि से सहजता से पहुँचा जा सके, जो उपलब्ध हो, जो जल्द-निदान और उपचार एवं बिमारियों की रोकथाम के लिए पर्याप्त हो, सांस्कृतिक दृष्टि एवं तर्कसंगत उपचार के संदर्भ से उपयुक्त हो और लोगों के प्रति जवाबदेह हो। सेवाओं की उपलब्धता की बात मानव संसाधन, दवाईयों और अन्य संसाधन तथा आवश्यक मूलभूत ढ़ाँचे(इन्फ्रास्ट्रक्चर) के संदर्भ में की जाती है । यह अपेक्षित है कि उपचार में तर्क का आधार वैयक्तिक, समुदायिक तथा रोग-प्रसार से संबंधित मुद्दे हों। सरकार का यह भी दायित्व है कि वह महिलओं को स्वास्थ्य-सेवा प्राप्त करने में आने वाली सभी बाधाओं को हटाए, जिसमें वित्तीय संसाधनों की कमी और सांस्कृतिक दबाव भी सम्मिलित हैं । अंतत: सरकार का यह दायित्व है कि वह ऐसे सक्षम करने वाले वातावरण का निर्माण करे जहाँ महिलाएँ स्वस्थ बन सकें और स्वस्थ रह सकें। इन दायित्वों की पूर्ती के लिए कई क्षेत्रों को इकट्ठा आना होगा और स्वास्थ्य तथा अन्य संबंधित विभागों व मंत्रालयों में समन्वय बिठाना होगा।

हम जब लोगों के जीवन में सरकार से हस्तक्षेप की माँग करते हैं तब हम अक्सर दुविधा में रहते हैं । यह एक विडम्बना है कि जो व्यवस्था लोगों के अधिकारों का हनन कर रही है उस ही से हमें अपने अधिकारों की माँग करनी पड़ रही है। पर हम यह भुले नहीं हैं कि सरकार हमारे नाम से शासन करती है, हमारे द्वारा चुनी गई है और हम से विविध प्रकार के कर इकट्ठा करती है। अधिकार प्रणित दृष्टिकोण से देखा जाए तो यह सरकार का दायित्व है, न कि एहसान कि वह लोगों को बुनियादी जरूरतें उपलब्ध कराए। सरकार से हमारी माँगें इस लिए नहीं कि वह समुदाय में फैले संगठन की जगह ले, पर इसलिए हैं कि वह समानता, न्याय और स्वतंत्रता पर आधारित समाज की ओर ले जाने के लिए इस संगठन को सशक्त कर सके । सरकार को इस बात के प्रति संवेदनशील होना होगा कि महिलाओं सहित सभी वंचित वर्गों को स्वास्थ्य सेवा तक पर्याप्त पहुँच से दूर रखा जाता है और उन्हें परिवार तथा समुदाय के हाथों हिंसा का सामना करना पड़ता है। मानव अधिकार के संदर्भ में सरकार को अपनी सभी गतिविधियों के लिए जवाबदेह होना होगा - जो उसने की हैं, और जो वह करने से चूक गई।

भारत सरकार ने अनेक अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार संधिपत्रों पर हस्ताक्षर किए हैं और इसलिए इन में दिए गए अधिकारों की पूर्ती करना सरकार का दायित्व है। सरकार को यह सिद्ध करना होगा कि वह लोगों के अधिकरों की रक्षा करने में असमर्थ थी, अनैच्छुक नहीं। अपर्याप्त संसाधन हमेशा के लिए इस असामर्थ्य का कारण नहीं बन सकते क्योंकि अधिकारों की प्रगतीशील पूर्ती हर राष्ट्र का दायित्व है।

*अत: महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकारों के संरक्षण, संवर्धन और पूर्ती के राष्ट्र के दायित्व के संदर्भ में हमारी सरकार से **माँगें** हैं*

१ स्वास्थ्य के अधिकार का भारतीय संविधान के मूलभूत अधिकारों में समावेश किया जाए और इस अधिकार के उल्लंघन या इसकी पूर्ती न होने पर क्षतिपूर्ति की व्यवस्था बनाई जाए।

२ महिलाओं के विविध समूहों की विशिष्ट आवश्यकताओं का सम्मान किया जाए और यह सुनिश्चित किया जाए कि देश के अधिकार-क्षेत्र में आने वाली सभी महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकारों की पूर्ती हो।

३ महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार समेत सभी अधिकारों की पूर्ती संभव करने के लिए उनकी पहुँच आसान की जाए और सभी बाधाएँ दूर की जाएँ।

४ महिलाओं के अधिकार के संदर्भ में सरकार द्वारा प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष हस्तक्षेप न किया जाए और किसी अन्य पक्ष को भी हस्तक्षेप करने से रोका जाए।

५ स्वास्थ्य अधिकारों की पूर्ण प्राप्ति के लिए सरकार द्वारा उचित वैधानिक, प्रशासकीय, बजट-संबंधी, न्यायिक, संवर्धक और अन्य उपाय अपनाए जाएँ।

६ अविभेदीकरण और न्यायसंगत समानता(पहुँच, अवसर और परिणाम की)(सबस्टैन्टिव इक्वॉलिटी) की प्राप्ती सुनिश्चित की जाए; धर्म या संस्कृति के नाम पर भी होने वाले उल्लंघनों को रोका जाए।

७. ऐसी व्यापक स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित की जाए जो लोगों की पहुंच में हो, जवाबदेह हो और सबको उपलब्ध हो चाहे किसी की पैसे देने की क्षमता हो या नहीं ।

८ महिलाओं के प्रति हिंसा करने वालों के विरुद्ध यथासंभव प्रयास करके कानूनी कार्रवाई की जाए, उन्हें दंड दिया जाए और जिन पर हिंसा हुई हो उन्हें मुआवज़ा दिया जाए। अपराध रोकने के लिए दंड की निश्चिति अहम है, तीव्रता नहीं ।

९ सभी गैर सरकारी कर्ताओं (परिवार, समुदाय, काम देनेवाले, निजी और बहुराष्ट्रीय कंपनियाँ आदि) को अधिकारों के उल्लंघन या पूर्ती न करने के लिए जबाबदेह बनाया जाए।

१० महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकारों की प्राप्ति के लिए अधिकतम उपलब्ध मानवसंसाधन और वित्तीय संसाधन उपलब्ध कराये जाएँ।

७ चिकित्सकीय नैतिकता और महिलाओं मरीज़ों के अधिकार

यहाँ हम चिकित्सकीय शिक्षा, अनुसंधान, रोगी पर परीक्षण और व्यवसायिक प्रयोग के संदर्भ में नैतिक मुद्दों के फैलाव का विचार कर रहे हैं। ज़्यादातर मरीज़ और खासकर महिलाएँ स्वास्थ्य व्यवस्था की दया पर ही निर्भर करती हैं। यहाँ उन्हें न तो अपनी स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी होती है और न ही चिकित्सा के विकल्पों का चुनाव करने का अधिकार। बड़ी संख्या में महिलाओं के अशिक्षित होने के कारण यह और भी अधिक महत्त्वपूर्ण है की उपचार और अनुसंधान के नैतिक सिद्धान्त सुनिश्चित किये जाएँ । किसी उपचार या पद्धति के खतरे , लाभ और विकल्पों की पूरी जनकारी ऐसी भाषा में देने के बाद जो उन्हें समझ में आए, मरीज़ की सहमती (लिखित) लेना अत्यावश्यक है।

निजी क्षेत्र में कुछ समय से खिल रहे अनैतिक प्रयोगों ने निजीकरण के नाटक में अब प्रतिष्ठा और मान्यता ग्रहन कर ली है। अत: सामान्य डॉक्टर, विशेषज्ञ और प्रयोगशालाओं के बीच धांदलेबाज़ी सभी बड़ी स्वास्थ्य-प्रबंधन संस्थाओं में नियोजित रूप ले रही है। इसका नतीजा है कि निदान और उपचार व्यापार पर आधारित होते हैं, रोगियों की ज़रूरत पर नहीं । विशेषत: महिलाओं को आसान-लक्ष्य माना जाता है। सरकार के जनसंख्या नियंत्रण पर ज़ोर देने के कारण महिलाओं को गर्भनिरोध और प्रजनन स्वास्थ्य अनुसंधान का बोझ झेलना पड़ रहा है। ऐसे अनुसंधानों में पुरूषों की अनुपस्थिती ग़ौरतलब है। नैतिक सिद्धातों का पालन न होने के कारण ऐसे अनुसंधान से महिलाओं पर शोषण अधिक बढ़ता है। पिछले दो दशकों में अनेक चिकित्सकीय अनुसंधान घोटाले महिलाओं पर किए गए अनुसंधान ही हैं । यह घोटाले इंजेक्टेबल (सूईं से दिया गया) गर्भनिरोधक और इमप्लान्ट, क्वीनाक्रिन का गर्भनिरोधक के रूप में उपयोग और योनी में जन्तुनाशकों की परीक्षा, प्रजनन-क्षमता टीके की परीक्षा, एच.पी.वी.(ह्यूमन पॅपिलोमा वाइरस) और ग्रीवा (सर्विक्स) के कॅन्सर के नैसर्गिक इतिहास का अध्ययन इत्यादी के संदर्भ में ही रहे हैं ।
महिलाओं पर गर्भनिरोध और प्रजनन- अनुसंधान का बोझ थोंपा जाना न्याय के सिद्धान्तों का उल्लंघन है। क्योंकि गर्भनिरोधकों के अनुसंधान स्वस्थ महिलाओं पर किये जाते हैं, इसलिए अनचाहे-परिणामों को जायज़ करार नहीं किया जा सकता और इसलिए नैतिक मानक बहुत ऊँचाई पर निर्धारित करना आवश्यक है।

दूसरी तरफ अनुसंधानों में जेंडर निषपक्षता रहती है। चिकित्सकीय अनुसंधानों में ऐसा कोई नियम नहीं है कि, अनुसंधान में महिलाओं का समावेश किया जाए और जेंडर विभक्त जानकारी इकट्ठी की जाए इसलिए पुरूषों को प्रमाण मानकर मिले रोगी परीक्षण के अनुमान ही महिलाओं के उपचार के लिए प्रयोग किए जाते हैं। चिकित्सकीय अनुसंधान की ऐसी स्थिति का परिणाम यह है की, चिकित्सा शास्त्र की बहुत सी किताबों में जेंडर के बारे में 'अंधत्व' है।

*चिकित्सकीय अनुसंधान और चिकित्सा के संदर्भ में हमारी **माँगें** हैं*

१ रोगी महिला को उसकी स्वास्थ्य स्थिति और विचाराधीन चिकित्सा के लाभ,खतरों और विकल्पों के बारे में पूरी जानकारी प्राप्त कराई जाए। यह जानकारी उसे ऐसी भाषा में दी जाए जो उसे समझ में आए ताकि वो यह जानकारी पाने के बाद अपनी अनुमती देने का निर्णय ले सके ।

२ मरीज़ महिलाओं के चिकित्सकीय दस्तावेज गोपनीय रखने के अधिकार का संरक्षण हो। रोगी के अनुमती देने के पश्चात ही जानकारी खोली जाए।

३ चिकित्सकीय तथा शस्त्रक्रियात्मक उपचारों के समय और शिविरों में व्यक्तिगत एकान्तता का सम्मान किया जाए और सभी उपचार उचित परिसर में महिला कर्मचारी की उपस्थिति में ही किए जाएँ ।

४ यह निश्चित किया जाए कि स्वास्थ्य सेवा लापरवाही और दुराचार से मुक्त हों ।

५ अस्पताल की सेवा के किसी भी पहलू के बारे में शिकायत करने का रोगी को हक है। इस शिकायत की, स्थानिक संबंधित अधिकारी से या समान दर्जे की इकाई से जाँच करवाने का भी उसे हक है। चिकित्सकीय उपेक्षा तथा चिकित्सकीय अधिकारों का उल्लंघन हो तो न्यायिक जाँच हो और हरजाना उपलब्ध कराया जाए।

६ डॉक्टरी परचे पर आदेशित दवाईयाँ किसी भी व्यापारिक चिन्ह (ब्राँड) की, किसी भी दवाई की दुकान से खरीदने का रोगी को अधिकार है।

७ चिकित्सा-शास्त्र विद्यार्थीयों को पढ़ाने के लिए 'केस' बनाए जाने और रागीयों पर परीक्षण तथा अनुसंधान, जिसमें नई दवाईयों तथा वैद्यकीय साधन का उपयोग हो, उसमे 'भाग न लेने का' रोगी महिलाओं को अधिकार है। रोगी को विद्यार्थीयों के अधय्यन के लिए शामिल करने से पहले, उसकी लिखित सहमति प्राप्त करना अनिवार्य है।

८ गर्भनिरोध और चिकित्सकीय स्वास्थ्य के अनुसंधान के लिए नीति बनाई जाए और ऐसे नीति नियम बनाते समय सिर्फ तथाकथित विशेषज्ञों की ही नहीं, बल्कि महिला-संगठनों की भी प्रत्यक्ष भागीदारी हो।

९ राष्ट्रीय, स्थानिक व संस्थाओं के स्तर पर नैतिक समितियों में महिला-संगठनों और महिला स्वास्थ्य की पैरवी करने वालों की सदस्यता अनिवार्य की जाए ।

१० नीति निर्माताओं, सरकारी समितियों के सदस्यों और सार्वजनिक क्षेत्र के सभी व्यक्तियों द्वारा अपने हित-संबंधों की घोषणा करना अनिवार्य बनाया जाए। साथ ही सभी चिकित्सकीय परीक्षणों, अनुसंधान व प्रकाशनों में निधी के स्त्रोत व हित संबंधों की जानकारी की घोषणा करना अनिवार्य बनाया जाए। परीक्षण के पश्चात अनुसंधान के लाभ सुदूर क्षेत्रों की महिलाओं को भी उपलब्ध कराये जाने की निश्चिति के लिए रोगी पर किये गए सभी परीक्षणों में पारदर्शिता और जवाबदेही आवश्यक बनाई जाए।

११ रोगी को जानकरी देने के बाद लिखित सहमति लिए बिना कभी भी रोगीपर परीक्षण और प्रायोगिक उपचार न किये जाए। महिलाओं को परीक्षणों में शामिल करते समय विशेष सावधानी बरती जाए। वॉर्डन तथा कस्टोडिअन जैसे द्वारपालों की सहमती पर्याप्त न समझी जाए।

१२ मानसिक रोग से ग्रस्त महिलाओं की सहमति देने की क्षमता को मान्य किया जाए, और उन पर तब तक कोई शोध ना किया जाए जब तक उचित सहमति न प्राप्त हो।

१३ बम्बई नर्सिंग होम नियंत्रण अधिनियम की धारा १६ (नियम १४ : मरीज़ों के अधिकारों की स्टेन्डर्ड सनद) के तहत दिए गए मरीज़ों के अधिकारों का आदर हो, यह सुनिश्चित किया जाए।

१४ गर्भ-निरोधकों के दुषपरिणामों की आम दवाओं के दुषपरिणामों से तुलना न की जाए क्योंकि गर्भ-निरोधक स्वस्थ महिलाओं द्वारा लिए जाते हैं।

१५ चिकित्सकीय शिक्षा की गुणवत्ता सुधारकर उन्हें जन-केन्द्रित और जेन्डर संवेदनशील बनाया जाए, निजी चिकित्सकीय संस्थाओं में शुल्क और पढ़ाई की गुणवत्ता नियंत्रित की जाए। सतत शिक्षा द्वारा अपने हुनर, ज्ञान और व्यवहार का नवीनीकरण करना डॉक्टरों के लिए अनिवार्य किया जाए।

८ स्वास्थ्य संबंधित कानून और नीतियाँ

भारत के संविधान में सभी महिलाओं को समान अधिकार दिये जाने की सुनिश्चिति की गई है, परंतु महिलाओं के सामाजिक वंचन के कारण यह अधिकार प्रत्यक्ष व्यवहार में नहीं आते और इनका आनन्द नहीं उठाया जाता। महिलाओं के प्रति विशिष्ट गुनाह रोकने और भेदभाव सीमित करने के काफी सारे कानून होते हुए भी या तो इनका अमल नहीं किया जाता या एक-आदा कानून के अमल से भी सक्षमीकरण का वातावरण नहीं बनता। पुलिस और न्याय व्यवस्था को भी पितृसत्ता ने व्याप्त किया है। लोगों के जीवन में निजी और सरकारी के कृत्रिम विभाजन के कारण महिलाओं की न्याय तक पहुँच और घट गई है। महिलाओं के अधिकारों का सम्मान, सुरक्षा और उनकी पूर्ती करने में असफल होने के कारण घर के अन्दर और बाहर भी महिलाओं के प्रति हो रही हिंसा धड़ल्ले से सरकार चलने देती है।

स्वास्थ्य, जिसमें मानसिक स्वास्थ्य भी आता है, अनेक क्षेत्रों की नीतियों से प्रभावित होता है। उनमें सम्पूर्ण-अर्थव्यवस्था (मॅक्रो-इकोनोमी) और विकास नीतियों से लेकर कृषी, वन, खदान और मत्स्य की नीतियाँ, औषध और खनिज रसायन (पॅट्रो-केमिकल) को नियंत्रित करने की नीतियाँ, स्वास्थ्य तथा परिवार-नियोजन नीति, सभी समाविष्ट हैं। उदारीकरण के हानीकारक प्रभाव के साथ इन सभी क्षेत्रों की नीतियाँ जनसामान्य के बदले बहुराष्ट्रीय कम्पनियाँ और स्थानिक कुलीन वर्ग को लाभ देती पाई गई हैं। नीति के कुछ पहलू और कभी-कभी सम्पूर्ण नीति का मसौदा(ड्राफ्ट) पर्याप्त जनतांत्रिक चर्चा के बिना अंतर्राष्ट्रीय लाभार्थियों के कहे पर ही बनाये जाते हैं और यह भारत की जनता के प्रति कोई जवाबदेही नहीं रखते । बहुदा, जो सरकारी विभाग यह नीतियाँ घोषित करते हैं , वे इनका स्वास्थ्य पर (महिलाओं के स्वास्थ्य की तो बात ही नहीं) क्या असर पड़ेगा इसके बारे में सचेत और संवेदनशील नहीं होते। इसलिए यह बहुत ज़रूरी है कि जेंडर और स्वास्थ्य, दोनों दृष्टिकोण से सभी नीतियों की जाँच की प्रक्रिया चलाई जाए।

केन्द्रीय तथा राज्य स्तर पर किसी राष्ट्रीय नीति न होते हुए बिना मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र एक कानून के ज़रीये चलाया जाता है। मानसिक स्वास्थ्य कानून का ढ़ाँचा और आशय अन्य दण्डात्मक कानूनों जैसा दण्डात्मक ही है। 'अधिकार' की दृष्टी से बनाए गए सकारात्मक कानून जैसे विकलांगता कानून (पी.डब्ल्यू.डी कानून), न्यायिक सहायता अधिकारिता कानून और मानव अधिकार कानून, अब तक मानसिक स्वस्थ्य क्षेत्र में अमल में नहीं लाए गए। मानसिक स्वास्थ्य विविध क्षेत्रों को भेदने वाल मुद्दा होते हुए भी सामान्य-स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, विकलांगता, सामाजिक न्याय और सशक्तीकरण, परिवार और बाल कल्याण और अन्य विभागों में कोई तालमेल नहीं है। मानसिक अस्पतालों के अन्दर रोगी के साथ काम करने के मानक भी स्थापित नहीं किये गये हैं, जो ई.सी.टी जैसे गंभीर व खतरनाक उपचारों के होते हुए ख़ास अहमियत रखते हैं। मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र के जिन कानूनों को रोगियों का संरक्षण करना चाहिए, वे बड़ी मात्रा में ज़ोर-जबरदस्ती के उपचारों के इस्तमाल को प्रत्यक्ष मान्यता देते हैं। विवाह और तलाक-संबंधित नागरिक कानून और अन्य प्रकार के करार 'अस्थिर दिमागी हालत' के साथ जीने वाले लोगों को नागरिकता से बाहर रखते हैं और इस वंचन का महिलाओं के ऊपर विशेष प्रभाव पड़ता है।

क) स्वास्थ्य संबंधित कानून और नीतियाँ, बजट और जेंडर लेखापरीक्षण (औडिट)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति २००२ में भी महिलाओ के स्वास्थ्य पर बहुत ही कम ध्यान दिया है, जो कि इसको राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति २००० का मुद्दा मानती है। यह विसंगतियाँ इस बात में प्रतिबिंबित होती हैं

कि बहुत से राज्यों ने स्वास्थ्य नीति तैयार किए बिना ही राज्य की जनसंख्या नीतियाँ बनाई हैं अक्सर किसी अमरीकी सल्लाहकार संघ की मदद से। कुछ राज्यों ने मानसिक स्वास्थ्य नीतियों का मसौदा बनाया है, पर उसका अमल करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था के जो साधन चाहिएँ, उसका प्रावधान नहीं कराया। बहुत से मुद्दों पर राज्य-स्तर की नीतियों और राष्ट्रीय नीति में अंतर्विरोध स्पष्ट है।

नई सहस्त्राबदी में स्वास्थ्य और जेन्डर जाँच (ऑडीट) की धारणा का महत्त्व, विकास-अर्थविशेषज्ञ, समाजवैज्ञानिक और नीति-बनाने वालों में बढ़ रहा है। समता , पारदर्शिता और कार्यक्षमता के दृष्टिकाण से इसको महत्त्वपूर्ण समझा गया है। सरकारी और गैरसरकारी संस्थाओं के निर्णयकर्ता और कार्यकर्ताओं से इस विचार को अधिकाधिक मान्यता मिल रही है कि जेंडर के आधार पर पक्षपात न सिर्फ महिलाओं के लिए घातक और महेंगा है, पर यह बच्चों और परिवार के लिए भी उतना ही घातक है। यदि महिलाओं को अवसर मिलने में, स्वास्थ्य सेवा में, देखभाल में (nurturance), वेतन में और संपत्ति अधिकार में समानता की निश्चिति दी जाती, तो देश की महिलाओं का बेहतर स्वास्थ्य और समृद्ध जीवन, विकास की अधिक क्षमताएँ, अधिक राष्ट्रीय उत्पादन संभव हो पाता। और पुरूष और महिलाओं के एकत्रित योगदान की वजह से इस सब के साथ अधिक आराम का समय भी ।

*और इसलिए स्वास्थ्य सम्बन्धित कानून और नीतियों के संदर्भ में हमारी **माँगें** इस प्रकार हैं*

१ सभी विकास नीतियों और कार्यक्रमों का अमल जेंडर-संवेदनशील और लोगों के प्रति जवाबदेह हो इसलिए नियमित अवधि के बाद स्वास्थ्य और जेंडर-जाँच (ऑडिट) करना ज़रूरी किया जाए।

२ सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के लिए सकल घरेलू उतपाद(जी. डी. पी.) का कम से कम ५% खर्च किया जाए और उसमें से कुछ हिस्सा महिलाओं के लिए हो। समाज में सभी उर्म व समूहों की महिलाओं की सभी स्वास्थ्य जरूरतों का संतुलन रखा जाए।

३ विभक्त (disagaregated) जानकारी के आधारपर स्वास्थ्य जरूरतों, सेवाओं, खर्च और वितरण का नियंत्रण हो, ताकि भौतिक और वित्तिय संपदा के स्त्रोतों की सही और कार्यक्षम जाँच (audit) करना संभव हो।

४ महिलाओं के मानवअधिकारों का उल्लंघन करने वाले कानून रद्द किए जाएँ (repeal) और महिलाओं का दर्जा बढ़ाने के लिए कानून बनाए जाएँ।

५ हिंसा, बलात्कार, और शोषण की परिस्थिति में पुलिस हस्तक्षेप, न्यायिक सहायता, और न्यायिक उपायों तक पहुँच का प्रावधान किया जाए।

६ गर्भलिंग चयन, लिंग-निर्धारित गर्भपात, दहेज, घरेलू हिंसा, अपहरण, छेड़छाड़, बलात्कार इन सभी से संबंधित कानूनों को सख्ती से अमल में लाया जाए और इनका निरीक्षण हो।

७ बालिकाओं के विकास और उनकी रक्षा के लिए मुफ्त और अनिवार्य शिक्षा उपलब्ध कराई जाए, बाल मज़दूरी पर रोक लगाई जाए और बालविवाह को प्रतिबन्धित किया जाए।

८ मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र चलाने वाले कानून बदले जाएँ।

९ महिलाओं को तलाक के बाद संपत्ति और निर्वाहराशि के अधिकार का कड़ा अमल किया जाए।

१० महिलाओं के अधिकारों के संदर्भ में 'जानकारी के अधिकार के कानून' के बारे में व्यापक प्रचार-प्रसार किया जाए।

ख) राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर जनसंख्या नीति

अधिकांश सरकारें देश की आर्थिक जरूरतों की पूर्ती करने के लिए या राजनीतिक तथा धार्मिक मुनाफों की पूर्ती के लिए अपनी जनसंख्या-वृद्धी में हस्तक्षेप करतीं हैं। बच्चों की संख्या बढ़ानी हो या घटानी हो, ऐसी नीतियों के लिए महिलाएँ आसान लक्ष्य बन जाती हैं। राष्ट्रीय और राज्य दोनों स्तर की जनसंख्या नीतियाँ अक्सर महिला-विरोधी, गरीब-विरोधी, स्थलांतरित-विरोधी और अल्पसंख्यांक-विरोधी होती हैं।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति २००० घोषित होने के बावजूद लक्ष्य-आधारित, प्रलोभन और दण्ड देने वाले कार्यक्रमों द्वारा चलाई गई इस नीति के दुष्परिणाम महिलाओं को भुगतना पड़ रहे हैं। इसमें सिर्फ दो ही बच्चोंवाले दम्पत्ति को रोजगार देना, सिंचाई-शुल्क में फर्क, गरीबी-हटाओ कार्यक्रमों के अंतर्गत सरकारी योजनाओं को सिर्फ दो ही बच्चेवाले दम्पत्ति के लिए सीमित करना, सरकारी विद्यालयों में प्रवेश भी दो ही बच्चों वाली जोडी के बच्चों तक सीमित करना आदि।

दो ही बच्चों के नियम की जबरदस्ती ने गर्भलिंग आधारित गर्भपात करने के लिए 'प्रलोभन' का काम किया। गवाहों से इस बात की पुष्टि होती है कि पंचायति राज संस्थाओं में चुनाव लड़ने के लिए 'सिर्फ दो बच्चों' के नियम की वजह से महिलाओं के प्रति, विशेषतः गरीब, दलित और आदिवासियों के प्रति भेदभाव किया जाता है । घातक गर्भनिरोधकों के प्रचार के द्वारा भी महिलाओं को जनसंख्या-नियंत्रण नीतियों का असर भुगतना पड़ा है । गर्भनिरोधक के उपयोग को रोज़गार, राजनीतिक भागीदारी और गर्भपात-सुविधा की उपलब्धता से जोड़ना गरीब महिलाओं के प्रति जबरदस्ति करने के कुछ तरीके हैं। हम महिलाओं के गर्भनिरोध और गर्भपात के असंदिग्ध हक का समर्थन करते हैं, पर उसी समय हम जनसंख्या नियंत्रण के खिलाफ हैं। 'हिंदु महिलाओं को ज़्यादा बच्चे पैदा करने चाहिए' ऐसी सलाह देने वाले समूहों द्वारा जनसंख्या के मुद्दे को जातीय मुद्दा बनाये जाने का हम विरोध करते हैं।

*अत: राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर जनसंख्या नीति के संदर्भ में हमारी **माँगें** इस प्रकार हैं*

१ महिलाओं को अपनी खुदकी प्रजननक्षमता नियंत्रित करने का और यह निर्णय लेने का कि क्या उन्हें बच्चे चाहिएँ, कब और कितने चाहिएँ और किससे, अधिकार सुनिश्चित किया जाए ।

२ सभी महिलाओं को सुरक्षित, परिणामकारक, परिवर्तनीय, उपभोक्ता-नियंत्रित गर्भनिरोधक उपलब्ध होने का अधिकार सुनिश्चित किया जाए।

३ भारतीय परिवार नियोजन कार्यक्रम में प्रदाता नियंत्रित, घातक और ऐसे गर्भनिरोधक जो शरीर के अंदर डालना जरूरी हो, इन सभी पर प्रतिबंध लगाया जाए।

४ 'सिर्फ दो बच्चों की नीति' हटाई जाए।

५ लक्ष्यआधारित जनसंख्या नियंत्रण नीतियों का त्याग किया जाए।

६ महिलाओं के परिवार के आकार से उनकी राजनीतिक सहभागिता को न जोड़ा जाए।

७ जबरदस्ती की जनसंख्या नीति का, सिंचाई-नीति, पंचायती राज कानून, भुखमरी के समय रोज़गार इत्यादी से जुड़ाव खत्म किया जाए।

८ परिवार नियोजन में पुरुषों की भागीदारी बढ़ाने और पुरूषों के लिए तैयार किये गए परिवार नियोजन के तरीकों का प्रचार करने का लगातार प्रयास किया जाए।

९ किशोर-किशोरियों और सभी व्यक्तियों को उर्वरता-नियंत्रण के तरीकों की जानकारी और शिक्षा देने के लिए विशेष आय.ई.सी. (जानकारी, शिक्षा और संवाद) की रणनीति विकसित की जाए।

१० महिलाओं के कुछ समूहों को उनके 'वंश की संख्या घटने' के कारण गर्भनिरोधक तथा गर्भपात की सुविधा नकारी नहीं जाए।

९ अन्य स्वास्थ्य चिकित्सा सेवाएँ और संबंधित विभाग

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं को ही स्वास्थ्य सेवा 'माना गया है', क्योंकि सनद में दी गई मांगें सरकार की तरफ ही निर्देशित हैं। परंतु स्वास्थ्य पर होने वाले खर्चे का करीबन ८०%, गैरसरकारी क्षेत्र द्वारा होता है, जिसमें प्रमुख नीजि क्षेत्र है। औषध और दवा उद्योग भी स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने में प्रमुख खिलाड़ी है। उसी तरह गैर-सरकारी संसथाएँ (एन.जी.ओ) स्वास्थ्य संबंधी नए पर्याय तथा बेहतर प्रयोग विकसित करने में व्यस्त रहती हैं। स्वास्थ्य सेवा देने के संदर्भ में अधिकांश चर्चाओं में ऐसा माना जाता है कि सभी व्यवसायी ऐलोपेथी प्रवाह के ही हैं। यह प्रवाह हस्तक्षेप का प्रमुख प्रवाह हो सकता है, परंतु, दस लाख से अधिक देशी चिकित्सक भी इस देश में कार्यरत हैं और उन्हें 'अदृश्य' कर हाशिये पर ढ़केला जा रहा है। इस अध्याय में सरकारी क्षेत्र के अलावा अन्य स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में चर्चा की जा रही है, जिनको भी मान्यता, नियंत्रन और नियमन की जरूरत है। यहाँ तर्कपूर्न उपचार, कीमत, नैतिकता और सामाजिक जाँच पर चर्चा की जा रही है ताकि वे अधिक सुलभता से उपलब्ध हों और महिलाओं के स्वास्थ्य के संदर्भ में जवाबदेह बनें।

क) निजी स्वास्थ्यसेवा क्षेत्र

भारत में निजी स्वास्थ्यसेवा क्षेत्र में अनेक और विभिन्न प्रकार के काम करनेवालों के समूहों और संस्थाओं का समावेश है। शंकु (पिरॅमिड) के तल के स्तर पर हैं अशिक्षित सेवकों की एक बड़ी संख्या जो विभिन्न असमान व्यवस्थाओं से हैं और जिनमें से सभी, कुछ हद तक, ऐलेपॅथिक दवाओं का प्रयोग करते हैं। इसके ऊपर हैं प्रशिक्षित पेशेवर जो ऐलोपॅथिक, आयुर्वेदिक, युनानी और अन्य चिकित्सकीय प्रणालीयों से हैं। ये सब प्रमुखत: वैयक्तिक व्यावसायी हैं। और इसके भी ऊपर हैं निजी अस्पतालों में कार्यरत व्यवसायी। यह अस्पताल कई प्रकार के हैं - विविध विशिष्टता वाले और एकही विशेषता वाले, नर्सिंगहोमस्, प्रसूति गृह आदि। इस शंकु के शिखर पर हैं व्यापार क्षेत्र के अस्पताल। ऊपर के तीन स्तरों को चिकित्सकीय परीक्षण प्रयोगशालाओं से सहयोग मिलता है। निजी क्षेत्र कई स्तरों पर सरकारी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र से जा मिलता है और सरकारी क्षेत्र से प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष अनुदान लेता है। इसलिए इसे केवल 'निजी' क्षेत्र के रूप में देखना संभव नहीं।

तब भी यह स्पष्ट है कि भारत में विश्व का सबसे बड़ा और सबसे कम सामाजिक जबाबदेही रखनेवाला चिकित्सा सेवा उद्योग चल रहा है। कीमतों में बड़ा अंतर है, पर यह सबसे अधिक निजी क्षेत्र पिरॅमिड के शिखर की संस्थाओ में व उन क्षेत्रों में है जहाँ सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था कमज़ोर है। निजी स्वास्थ्य सुविधाएँ बहुत ही असमानता से शहरी क्षेत्रों व समृद्ध राज्यों और प्रदेशों में केंद्रित होती है। कीमतों के नियमन और सेवाओं के नियंत्रण का निजी क्षेत्र ने विरोध किया है। निजी क्षेत्र कोई भी आंकड़े सामने नहीं लाता इसलिए इसलिए उसकी कार्यक्षमता और प्रभाव के बारे में कोई टिप्पणी या तुलना कर पाना हमेशा संभव नहीं होता। फिर भी विविध कथित सबूतों और जो थोड़े विवरण हैं, उनसे दिखाई देता है कि कई अस्वीकार्य और तर्कहीन पद्धतियों का इस क्षेत्र में चिंताजनक फैलाव है, जैसे की निजी क्षेत्र में टी.बी. के उपचार में। गर्भ-लिंग आधारित गर्भपात द्वारा बालिकाओं के गायब होने के असाधारण प्रमाण की (disproportionate) ज़िम्मेदारी भी निजी क्षेत्र की ही है। और कथित सबूतों से ये भी पता चलता है कि मरीजों को उपचार व निदान के नाम पर दूसरे व्यवसायिकों के पास जाने की सिफारिश(referral) देकर मुनाफा कमाने (scalping) की प्रथा भी काफी फैली हुई है।

भारत में लुप्त हो रही 'पारिवारिक डॉक्टर' की नस्ल ने ही सालों से वैयक्तिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में सेवा दी है । परंतु वैश्वीकरण के आघात के साथ सिर्फ व्यापारिक लाभों के लिए चलने वाली चिकित्सा संस्थाएँ अपनी जड़ें फैलाती चली जा रही हैं। गैट और ट्रिप्स जैसे आर्थिक समझौतों से मिलने वाले लाभ के पीछे दौड़ने वाली बहुराष्ट्रीय कम्पनियों ने सरकार पर दबाव डालकर १९७० के आदर्श पेटॅन्ट कानून को बदलवा दिया। इसके परिणामत: दवाइयों के दामों में सिर्फ भारत में ही नहीं परंतु कई विकासशील राष्ट्रों में ज़ोरदार उछाल आया है। इसमें ऐसे राष्ट्र भी हैं जो बहुत कम दामों में भारत से अच्छी गुणवत्ता की दवाईयाँ खरीदते थे।

पिछले कुछ ही सालों में निजी क्षेत्र में जाने वाले - बाह्य व दाखिला लेने वाले- रोगीयों की संख्या में तेज़ी से वृद्धि आई है। लेकिन गरीबों को अस्पताल में दाखिल होकर पाई जाने वाली सुविधाओं के लिए सरकारी अस्पतालों पर ही निर्भर होना पड़ रहा है। इसी समय सेवा का खर्चा तेज़ी से बढ़ा है और चिकित्सा खर्च गरीबों में ऋणग्रस्तता का दूसरा सबसे बड़ा कारण बन गया है। सामाजिक अपवर्जन (exclusion) और भेदभाव के कारण भी मेहंगी सेवा तक पहुँच घटती है और पुरुषों की तुलना में महिलाओं के अपवर्जन की संभावना अधिक होती है। ऐसे ही दलित और अल्पसंख्यक भी, जो अक्सर गरीब होते हैं, इस व्यवस्था के बाहर ही रहते हैं ।

निजी स्वास्थ्यसेवा क्षेत्र के संदर्भ में हमारी ***माँगें*** *इस प्रकार हैं*

१ निजी क्षेत्र में सेवा की गुणवत्ता और कीमतों का मान्य (standard cost) दर का कड़ा नियमन होना चाहिए।

२ निजी क्षेत्र की सभी सुविधाओं को अधिकारिक मान्यता देने (accredited) की प्रक्रिया स्थापित की जाए, जिसमें प्रसूतिगृह, जाँच सुविधाएँ और रोगनिदान प्रयोगशालाओं को भी सम्मिलित किया जाए।

३ जिन शर्तों पर निजी अस्पताल सरकार से अनुदान प्राप्त करते हैं, जिनके तहत कुछ प्रमाण में मुफ्त सेवा उपलब्ध कराना उनका कर्तव्य है, ऐसी शर्तों का पालन होना चाहिए। सूचना के अधिकार के कानून के तहत जाँच के लिए पारदर्शिता रखी जानी चाहिए।

४ व्यवसाय में चिकित्सा और शल्यक्रिया के मापदंडों और स्वयंनियमन के नैतिक नियमों का पालन होना चाहिए।

५ निजी क्षेत्र के लिए कौशल्य में नियमित नवीनीकरण (upgradation) और सतत शिक्षा अनिवार्य की जाए।

६ आपतकालीन सेवा, जिसमें प्रसव-संबंधी सेवा भी सम्मिलित है, मरीज़ की पैसे देने की अक्षमता के बावजूद भी उपलब्ध होने की व्यवस्था होनी चाहिए।

७ गर्भलिंग जाँच के कानून का उल्लंघन करने वाले सदस्यों के विरूद्ध भारतीय चिकित्सा संगठन (आइ.एम.ए.) द्वारा कार्यवाई की जानी चाहिए।

८ डॉक्टरों और मनोचिकित्सकों के आचरण के लिए मानक तय किए जाएँ जिसमें महिला मरीज़ों, विद्यार्थियों और सहकर्मियों के प्रति यौनिक शोषण को भी संबोधित किया जाए।

९ संघर्ष, दंगे तथा आपदा की स्थिति में धर्म, जाति, व्यवसाय, या एच.आय.वी. स्थिति के आधार

पर भेदभाव का निरीक्षण किया जाए और इस आधार पर सेवा देने से इन्कार करने वालों के विरुद्ध कार्रवाई की जाए।

ख) स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर सरकारी संस्था

स्वतंत्रता संग्राम के समय से गैरसरकारी संस्थाओं (एन.जी.ओ.) या स्वयंसेवी संस्थाओं द्वारा अस्पताल या समुदाय-स्थित दवाखानों के माध्यम से मुफ्त या कम दामों में स्वास्थ्य सेवा देने की परंपरा रही है। पहले, स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र की बहुतांश स्वयंसेवी या परोपकारी संस्थाएँ धार्मिक या गांधीवादी संस्थाओं से जुड़ी थीं। १९८० और ९० के दशक में भारत के अनेक राज्यों में महिलाओं के स्वास्थ्य और विकास के मुद्दों पर काम करने के लिए गैरसरकारी संस्थाएँ उभर कर आई।

इस विविधतापूर्ण क्षेत्र में जहाँ एक तरफ निजी क्षेत्र में आने वाले 'ट्रस्ट अस्पताल' हैंतो दूसरी तरफ समुदाय-स्थित प्रयास भी जो ग्रामीण स्तर पर स्वास्थ्यसेवकों और सामान्य लोगों के सहयोग से काम करते हैं । यह सुविधा प्रदान करना, क्षमता-वृद्धि(सरकारी स्वास्थ्य सेवकों की भी), दस्तावेज़ीकरण व शोध, समुदाय गठन और बेहतर स्वास्थ्य नीतियाँ व सुविधाएँ उपलब्ध कराने के लिए सरकार पर दबाव डालने के लिए पैरवी का काम करते हैं । जबकि गैर-सरकारी संस्थाओं का चॅरिटी कमिशनर द्वारा पब्लिक ट्रस्ट अधिनियम और सोसायटी अधिनियम के तहत नियमन किया जाता है, पर स्थानिक-समुहों के साथ किए जा रहे काम में जनता की ओर जवाबदेही किसी कानून में ज़रूरी नहीं मानी जाती। फिर भी, इस क्षेत्र ने स्वतंत्रता पश्चात सामाजिक स्वास्थ्य के संदर्भ में बहुत सी अच्छी परियोजनाओं की स्थापना की है। ग्राम-स्तरीय समुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (सी.एच.डब्ल्यू) की संकल्पना, जो बाद में सरकार ने भी मान्य की, इसी क्षेत्र से उभर कर आई। महिला सी.एच.डब्ल्यू के प्रयत्नों से स्वयंसेवी संस्थाओं ने यह दिखाया कि समुदाय-स्तर पर व्यवस्थित स्वास्थ्य हस्तक्षेपों द्वारा नवजात व शिशुमृत्यु दर (एन.एम.आर., आय.एम.आर.) कम किया जा सकता है और बच्चों का पौषण-स्तर सुधारा जा सकता है।

स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम करने वाली गैररसरकारी संस्थाओं और सरकार के बीच का रिश्ता कभी समस्या से दूर नहीं रहा। स्वतंत्रता के बाद बहुत समय तक अराजनीतिक और काउर विवाद में न पड़ने वाली गैरसरकारी संस्थाओं ने सरकार से दूर रह कर काम करना पसंद किया। एक बड़ी जनसंख्या की प्राथमिक स्वास्थ्य जरूरतों की पूर्ती करने वाले सरकारी अधिकारी एन.जी.ओ. को कच्चा खिलाड़ी मानते थे और समझते थे कि इन संस्थाओं के काम में 'प्रयोग' करने की बहुत आज़ादी है। धीरे धीरे, सरकार ने इस क्षेत्र की रचनात्मक सफलताओं को मान्यता दी, यहाँ तक कि अब एन.जी.ओ. के प्रतिनिधियों को सरकारी नीतियाँ बनाने के लिए आमंत्रित किया जा रहा है और कई प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का संचालन इनके हाथों में सौंपा जा रहा है। एन. जी. ओ. मॉडल को अपना कर सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा में उपभोक्ता-शुल्क में अनुदान देना निजीकरण की दिशा में एक और कदम है।

अब बड़े व्यापारी अपनी अच्छी छवी बनाने के लिए 'व्यापारी सामाजिक ज़िम्मेदारी' (CSR) पर अपने कार्यालयों में गैरसरकारी संस्था रजिस्टर करवा रहे हैं। विशेषतः आज के निजीकरण और वैश्वीकरण के इस दौर में जब सरकार बुनियादी सेवाएँ देने की अपनी ज़िम्मेदारी से हट रही है तो यह प्रचलन बहुत फैल रहा है । ज़्यादातर एन.जी.ओ. अपने कार्य के क्षेत्र में निजी क्षेत्र के हितों को खतरा नहीं पहुँचातीं। क्योंकि स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम कर रही अधिकांश संस्थाएँ गरीबों के साथ काम करती हैं, वे आपस में उन्हीं लोगों को (अधिकतर महिलाओं को) सेवा पहुँचाने के लिए जुटी रहती हैं जो अन्यथा सरकारी सेवा के पास चले जाएँगे। सरकार को कम से कम प्राथमिक स्तर पर सभी को सार्वभौमिक समग्र स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध

करानी चाहिए, पैसे देने के अक्षमता के बावजूद। सरकारी-निजी भागीदारी के नाम पर सरकार को इससे छुटकारा नहीं मिलना चाहिए। लेकिन सरकारी स्वास्थ्य सेवा और सामान्य जनता को जोड़ने की महत्वपूर्ण भूमिका एन.जी.ओ. को निभानी है, ताकि लोग अपने स्वास्थ्य अधिकार जता सकें और स्थानिक समुदायों में नई, रचनात्मक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध हो सकें, ज़िम्मेदारी और जवाबदेही के साथ।

*गैर सरकारी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र के संदर्भ में हमारी **माँगें** इस प्रकार हैं*

१ जिन समूहों में वे काम करें उनके प्रति, खुद के कार्यकर्ताओं के प्रति और जिन सरकारी और स्वास्थ्य अधिकारीयों से वे संबंधित हैं उनके प्रति पूरी पारदर्शिता और जवाबदेही निश्चित की जाए।

२ इनमे निधी के स्त्रोत और सरकारी पैसे के उपयोग के बारे में भी पारदर्शिता हो।

३ संपूर्ण स्वास्थ्य सेवा देना सरकार की ज़िम्मेदारी है - यह बात दोहराना और सरकारी स्वास्थ्यसेवा से लोगों को न तोड़ना। सरकारी स्वास्थ्य सेवा के परस्पर उनकी भूमिका स्पष्ट हो और वही काम दुबारा न किया जाए।

४ जब सरकार लोगों के स्वास्थ्य अधिकार का उल्लंघन करे या जब गलत, अनावश्यक तथा अत्यधिक मेहंगा निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र महिलाओं के स्वास्थ्य को जोखिम में डाले तब उसके विरुद्ध आवाज़ा उठाना - सामाजिक न्याय के पक्ष में और भेदभाव और हिंसा के विरोध में, विशेषतः महिलाओं के संदर्भ में, समाज में और संस्था में भी ।

५ संस्था में जनतंत्र, अविभेदीकरण, जेंडर संवेदनशीलता के मूल्यों का पालन किया जाए। महिलाओं के लिए रोज़गार और वृद्धि सुनिश्चित की जाए। रोजमर्रा के व्यवहार में और संस्था के संचालन में जेंडर के प्रश्नों को मुख्य धारा से जोड़ा जाए ।

६ वंचित समूहों और भेदभाव-ग्रस्त समुहों की महिलाओं को संस्था के कार्यों व संचालन में पूरी तरह से सहभागी बनाया जाए।

७ श्रम कानून का पालन हो, कर्मचारियों को सही वेतन और पर्याप्त सामाजिक सुरक्षा दी जाए- जैसे मातृत्वलाभ, बच्चों की देखभाल का सहारा, प्रॉविडेन्ट फंड और अन्य सेवानिवृत्ती लाभ ।

८ काम की जगह पर लागू सभी कानूनों का पालन किया जाए -बालमज़दूरी, क्षतिपूर्ती, यौनिक शोषण से सुरक्षा, संरक्षण इत्यादि ।

९ हस्तक्षेप, अनुसंधान तथा चिकित्सकीय परीक्षणों में नैतिक तत्वों का पालन किया जाए।

१० महिलाओं के स्वास्थ्य से संबंधित दस्तावेज़ों की गोपनीयता कायम रखी जाए, विशेषतः जब महिला की स्वास्थ्य स्थिति के कारण उसके हित पर प्रभाव पड़े (मानसिक स्वास्थ्य, पारिवारिक हिंसा, बलात्कार, एच.आय.वी. स्थिति) ।

११ समाज में स्वास्थ्य सेवा कार्य के 'उत्तम तरीकों' और सी.एच.डब्ल्यू.(जो अधिकतर महिलाएँ थीं) के प्रशिक्षण और कार्य सहित, समुदाय के साथ दशक भर काम करने से मिली समझ को संग्रहित किया जाए।

१२ स्वास्थ्य, बिमारियों और स्वास्थ्य सेवा की जानकारी और शिक्षा उपलब्ध कराई जाए । स्वास्थ्य और सामाजिक मुद्दों पर व्यापक जागरुकता की जाए और जनमत बनाया जाए । परिवार और समुदाए में ऐसे वातावरण का निर्मान किया जाए ताकि महिलाओं की स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच बढ़े।

१३ महिलाओं के स्वास्थ्य सेवा के अधिकार की जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर पैरवी की जाए।

ग) दवाई और औषध उद्योग

विश्वव्यापार संगठन, औषध महाउद्योग, पश्चिमी सरकारें और अंतरराष्ट्रीय समूहों के दबाव में सन २००५ में भारत सरकार ने भारतीय पेटॅन्ट कानून १९७० में बदलाव किया। पुराने कानून की विशेषता थी कि यह सिर्फ पद्धति को पेटॅन्ट करता था । नए कानून में उत्पाद पर पेटन्ट मिलने से भारतीय दवा और औषध उद्योग पर बुरा प्रभाव पड़ा। अत्यावश्यक दवाईयों के दाम बढ़ रहे हैं। ऐसा दबाव आ रहा है कि दवाईयों के दाम पर नियंत्रण हटा दिए जाएँ और बाज़ार ही दवाइयों के दाम तय करे। निजी और बहुराष्ट्रीय कम्पनियों में एक बहुत ही खतरनाक प्रचलन शुरू हुआ है। ये कम्पनियाँ अनावश्यक मेहंगे पूरक-अहार और कीमती दवाएँ बना रही हैं जो अक्सर बेकार और कभी कभी तो खतरनाक भी होते हैं। गर्भावस्था और रजोनिवृति (मेनोपौज़) जैसी प्राकृतिक अवस्थाओं को चिकित्सकीय रंग देकर तथा बढ़ती आयु और अत्यधिक वजन के डर का फायदा उठा कर ऊँचे वर्ग की महिलाओं को बेवजह ज़्यादा दवाइयाँ दी जाती हैं। दूसरी तरफ गरीबों को कम दाम वाली, गुणवत्तापूर्ण, अत्यावश्यक जीवन-रक्षक दवाईयों से वंचित रखा जाता है।

दवाइयों का महिलाओं पर विविध प्रकार से असर होता है। प्रजनन संस्था में भी, विशेषतः गर्भावस्था और स्तनपान के दौरान। माँ के खून से भ्रूण तक और माँ के दूध से नवजात शिशु तक पहुँचकर दवाएँ उन्हें भी प्रभावित करती हैं। कुछ परिणाम सुप्त होते हैं और वे कुछ सालों बाद ही सामने आते हैं - या तो महिला में, या उसके बच्चे में या उसके बच्चों के भी बच्चों में । इसके अलावा, महिलाओं को प्रदाता-केन्द्रित जनसंख्या नियंत्रण कार्यक्रमों का निशाना बनाया जाता है, जिनमें उन्हें नाना प्रकार की गोलियाँ, सूइयाँ, शरीर के अंदर रखे जाने वाले/इंजेक्टेबल गर्भनिरोधक, व प्रजनन रोकने वाले टीके दिए जाते हैं। मेनोपौज के दौरान और उसके बाद, प्रजनक आयु पार करने के बाद महिलाओं से हौर्मोन 'पुनर्भरन' (रीप्लेसमेन्ट) उपचार लेने का आग्रह किया जाता है, जिससे अच्छी-भली महिलाएँ भी जोखिम में पड़ जाती हैं।

*दवाई और औषध उद्योग के साथ जो भी गलत हो रहा है, उस दृष्टि से, हमारी सरकार से **माँगें** इस प्रकार हैं*

१ दवा और स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच को मानव अधिकार का मुद्दा माना जाना चाहिए ।प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के स्तर पर अत्यावश्यक दवाइयाँ और अन्य साधन उपलब्ध कराए जाएँ और उपलब्ध ना होने पर इसका पुनर्भुगतान करने की व्यवस्था की जानी चाहिए।

२ दवा और चिकित्सकीय साधनों का सार्वजनिक क्षेत्र द्वारा उत्पादन किया जाना चाहिए ताकि इन क्षेत्रों में हम संपूर्ण आत्मनिर्भरता की ओर बढ़ें।

३ भारतीय तथा बहुराष्ट्रीय औषध कम्पनियों को सिर्फ ऐसी बिमारियों के लिए अनुसंधान करने के लिए प्रेरित किया जाए जो नज़रंदाज कर दी जाती हैं तथा जिन का भारत के लिए महत्व हो।

४ नई औषध और दवा लाने की प्रक्रिया नियंत्रित की जाए । मान्यता-प्राप्त व उपयुक्त औषधियों की वर्तमान सूची का समय-समय पर पुनरावलोकन किया जाए और सभी चिकित्सकीय व्यवस्थाओं से अनावश्यक, घातक और तर्कहीन दवाइयों को निकाला जाए।

५ औषध नीति-रचना, रूपरेखा, विकास, उत्पादन व बिक्री में जेंडर संबंधित विषय सम्मिलित किए जाएँ।

६ सभी दवाईयों के प्रचार, विज्ञापन और बिक्री का नियमन किया जाए। ओ.टी.सी. (डॉक्टर के पर्चे के बिना उपलब्ध) औषधियों की सूची सीमित रखी जाए और सभी औषधियों के जनरिक (वर्ग) नाम का प्रयोग अनिवार्य किया जाए ।

७ औषधि-उद्योग की प्रचार गतिविधियों का कड़ा नियंत्रन किया जाए और सम्मेलन तथा अन्य वैज्ञानिक सभाओं के निधी-समर्थन के संदर्भ में स्पष्ट मार्गदर्शिका अमल में लाई जाए।

८ सभी चिकित्सकीय व्यवस्थाओं में दवाईयों के घटकों व दुष्प्रभाव की जानकारी मिलना मरीज़ का अधिकार माना जाए। यह जानकारी भारत के दवा नियंत्रण अधिकारी/ड्रगकंट्रोलर के माध्यम से उपलब्ध कराई जाए।

९ गर्भावस्था, स्तनपान और महिलाओं के शरीर से संबंधित विशिष्ट विषयों के संदर्भ में दवाईयों के बुरे परिणामों के बारे में जन जागरुकता की जाए।

१० अत्यावश्यक औषधियाँ सभी को उपलब्ध हों, यह निश्चित करने के लिए नये पेटॅन्ट कानून में बदलाव लाए जाएँ और विशेषत:

क) राष्ट्रीय नियंत्रन कार्यक्रमों में सम्मिलित रोगों और बड़ी जनसंख्या को प्रभावित करने वाले रोगों की दवाइयों पर उत्पाद पेटॅन्ट लेने पर प्रतिबन्ध लगाया जाए।

ख) ऐसी स्थिति में जब पेटॅन्ट की गई दवाईयों के ऊँचे दाम के कारण उन्हें खरीदना कठिन हो गया है, भारत के लोगों के लिए महत्वपूर्ण दवाईयों का उत्पादन करने का लायसेन्स सहजता से मिल सके।

ग) भारत के लोगों के हित को ध्यान में रखते हुए ई.एम.आर., पेटॅन्ट, पेटॅन्ट-पूर्व चर्चा जैसे सरकारी निर्णयों के बारे में पारदर्शिता हो और विश्व-व्यापार संगठन/ ट्रिप्स और दोहा करार द्वारा उपलब्ध लचीलेपन(फ्लेक्सिबिलिटी) का प्रयोग किया जाए।

घ) पेटॅन्ट की कालावधी २० साल से ऊपर जाने (ऐवरग्रीनिंग) से रोकने वाले कानूनों को शिथिल ना किया जाए।

च) सूक्ष्म जीवों के पेटॅन्ट पर प्रतिबन्ध लगाया जाए, चाहे वे जैव-अभियांत्रिकी द्वारा रचित हों या प्राक्रतिक।

११ अत्यावश्यक दवाईयों के दाम का नियंत्रण किया जाए और गैर ऐलोपॅथिक दवाइयों के शोध और दाम के संदर्भ में व्यवस्थित नीति बनाई जाए।

१२ भारत में रोगियों पर किए जा रहे सभी परीक्षणों का पंजीकरण अनिवार्य किया जाए और जनता को इसकी जानकारी उपलब्ध कराई जाए। भारत में रोगप्रसार की जरूरतों पर आधारित दवाइयों के परीक्षण का नियंत्रन किया जाए। भारत में और भारत के बाहर परीक्षणों का ठेका दिये जाने से पहले नैतिकता, सुरक्षा और पद्धतिओं की लोगों द्वारा जाँच और समय-समय पर पुनरावलोकन किया जाए।

१३ ऐलोपॅथिक और गैर-ऐलोपॅथिक दवाईयों के शोध और रोगियों पर परीक्षण के संदर्भ में समग्र नीति स्थापित की जाए। इसमें सभी दवाइयों की सुरक्षा और कार्यक्षमता के बारे में जाँच कराई जाए।

१४ दवाइयों के जेंडर-संबंधित पहलू -जैसे पहुँच, उपयोग तथा खरीदने की क्षमता - पर शोध को प्रोत्साहन दिया जाए।

१५ औषधी प्रशासन, औषधी उद्योग और चिकित्सा व्यवसाय के हर स्तर पर भ्रष्टाचार और अनैतिक-गतिविधियों के निर्मूलन के लिए ठोस कदम उठाए जाएँ; अनावश्यक परीक्षणों और तकनीकों के अन्य दुरुपयोग को नियंत्रित किया जाए और डॉक्टरों के गलत आचरण (कट-प्रॅक्टिस) पर प्रतिबन्ध लगाया जाए।

१६ विविध चिकित्सकीय पद्धतियों के उपचारों के लिए स्पष्ट मानक विकसित किए जाएँ और विविध चिकित्सकीय पद्धतियों के परसपर उपयोग (क्रॉस-प्रॅक्टिस) पर रोक लगाने के सर्वोच्च न्यायालय के आदेश का कड़ा पालन किया जाए।

घ) चिकित्सकीय प्रौद्योगिकी (टेक्नोलौजी)

कष्ट निवारन, रोग-उपचार और कम आयु में मृत्यु रोकने के लिए चिकित्सकीय तंत्रज्ञान अत्यधिक महत्व रखता है। हमारे राष्ट्र में ऐसी परिस्थिति है कि अधिकांश जनता बुनियादी-उपचार और निदान तंत्रज्ञान तक नहीं पहुँच पाती परंतु, कुछ लोग ऐसे भी हैं जिनको अनावश्यक और मेहंगे जाँच और उपचार मिलते हैं जिनके गंभीर परिणाम हो सकते हैं। इन परिणामों का कोई दस्तावेज़ीकरण भी नहीं किया गया है। टेकनोलौजी का दुरउपयोग सभी चिकित्सकीय व्यवस्थाओं के अधिक से अधिक प्रशिक्षित स्वास्थ्य व्यवसायिक भी करते हैं और अल्पशिक्षित व्यक्ति भी। इसके परिणामस्वरूप स्वास्थ्य सेवा कीमतों में बढ़ोतरी होती है, और अक्सर वास्तविक लाभ करने वाली अन्य सस्ती टेक्नोलौजी से भी लोगों को वंचित रखा जाता है । चिकित्सकीय टेक्नोलौजी के बाजार का कोई नियमन नहीं है । उत्पादक मुनाफे के लिए यह बाजार चलाते हैं और यह तर्क देते हैं कि किसी भी वस्तु की उपलब्धता (supply) अपनी मांग खुद बना लेती है ।

महिलाओं के प्रजनन अधिकारों का उल्लंघन बढ़ रहा है । प्रसव के समय अनावश्यक ऑपरेशन, अनावश्यक हिसटेरेक्टमी (गर्भाश्य निकालना) और लिंग आधारित गर्भपात किए जा रहे हैं ।अब भारत 'चिकित्सा पर्यटन' का अंतरराष्ट्रीय अड्डा बन गया है और साथ ही एक नई तरह के आंतरराष्ट्रीय चिकित्सकीय शोध का नेटवर्क बनाया जा रहा है । इसमें टेक्नोलौजी का हस्तांतरण और चिकित्सकीय शोध हेतु भ्रूण ऊतक(fetal tissue),अंडों आदि की आपूर्ति की जा रही है ।बढ़ती अंतरराष्ट्रीय माँग पूरी करने के लिए इनके भंडार भी बनाए जा रहे हैं । हम शोध तथा उपचार के नाम पर शरीर के अंगो के वस्तुकरण व बाज़ारीकरण का विरोध करते हैं ।

जिस टेक्नोलौजी का मरीज़ के लाभ तथा रोग-फैलाव के आधार पर उपयोग नहीं किया जा रहा उसका भी हम विरोध करते हैं । काट-पीट कर किए जाने वाले शोध और नई सहायक / वैज्ञानिक प्रजनक टेक्नोलौजी (ए.आर.टी) के फैलाव का नियंत्रन करने के लिए कानून की ज़रूरत है और इससे आने वाले जोखिम के बारे में महिलाओं को अवगत करना आवश्यक है ।

*ऐसे हानीकारक और कष्टदायक प्रचलन की निन्दा करते हुए हमारी **माँगें** इस प्रकार हैं*

१ सभी चिकित्सकीय टेक्नोलौजी का, चाहे वो निदान के लिए हो या उपचार के लिए, उचित उपयोग और नियमन किया जाए । ऐसी टेक्नोलौजी सरकारी क्षेत्र में उपलब्ध हो ।

२ पढ़ाई खत्म होने के बाद भी डॉक्टरों को नई टेक्नोलौजी के बारे में 'निरंतर प्रशिक्षण' दिया जाए जो भारतीय चिकित्सकीय परिषद (मेडीकल कॉंसिल ऑफ इंडिया) द्वारा नियंत्रित हो ताकि इस टेक्नोलौजी के उपयोग के बारे में डॉक्टरों को चिकिस्तकीय टेक्नोलौजी उद्योग के अलावा भी कहीं से प्रशिक्षण मिले ।

३ महिलाओं की अल्प-कालीन व दीर्घ-कालीन कुशलता हेतु अल्प-शुल्क टेक्नोलौजी के शोध और विकास के लिए अधिक संसाधन उपलब्ध कराए जाएँ ।

४ निजी चिकित्सकीय क्षेत्र में टेक्नोलौजी के अत्यधिक उपयोग का नियंत्रण करने के लिए भारतीय चिकिस्तकीय अनुसंधान परिषद की मार्गदशिका जैसी वर्तमान मार्गदर्शिकाओं का प्रयोग किया जाए ।

५ महिलाओं की मानसिक और शारीरिक कुशलता को नुकसान पहुंचाने वाली काट-पीट कर की जाने वाली चिकित्सकीय टेक्नोलौजी द्वारा जैविक-जनम का महिमा-मंण्डन बंद किया जाए । सामाजिक रूप से माता-पिता बनने, गोद लेने तथा बच्चों के बिना भर्पूर जीवन जीने जैसे विकल्पों की सलाह दी जाए।

६ निजी क्षेत्र में काट-पीट कर की जाने वाली चिकित्सकीय टेक्नोलौजी का नियंत्रण करने के लिए कानून बनाए जाएँ । गोद किराए पर देना (सरोगॅसी), अनुवंशिक अभियांत्रिकी, क्लोनिंग व सहायक प्रजनक टेक्नोलौजी का अत्यधिक प्रयोग- यह सभी इस नियंत्रण के दायरे में रखे जाएँ ।

घ) देशी चिकित्सा व्यवस्थाएँ

पीढ़ियों से भारतीय महिलाएँ 'स्वास्थ्यसेवा प्रदाता' रही हैं । उनके पास इस अनुभव और व्यवहारिक ज्ञान का बड़ा खज़ाना है परंतु कुलीन और पितृसत्तात्मक औपचारिक चिकित्सकीय व्यवस्थाओं ने इस महिला केन्द्रित ज्ञान को अदृश्य बना दिया है । भारत में आयुर्वेद और ऐलोपॅथी - दोनों पुरूष और उच्च-जातीय / उच्च-वर्ग नियंत्रित प्रणालियों ने पारंपरिक लोक-उपचारों के सामने अपने को श्रेष्ठ माना और इनको तुच्छ । भारत के अधिकांश लोग ओर विशेषतः महिलाएँ गैर-ऐलोपॅथी व्यवस्थाओं में ही विश्वास रखती हैं । फिर भी आज की स्थिति में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा पूर्णतः ऐलोपॅथिक पद्धति से ही स्वास्थ्य सेवा और रोग-नियंत्रण के लिए काम करती है ।हम यह ज़ोर देते हैं कि भारत के लोगों के लिए एक व्यापक एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्था उपलब्ध हो जो लोक-उपचार की परंपरा सहित देशीय चिकित्सा पद्धतियों के उत्तम पहलुओं के मेल से सुदृढ़ बनाई गई हो ।

आधुनिक चिकित्सकीय औषधियों और टेक्नोलौजी के वास्तविक लाभों तक लोगों की पहुँच का अधिकार मानते हुए हम यह भी आग्रह करते हैं कि साथ ही दाईयों व अन्य देशी महिला चिकित्सकों के योगदान का भी समावेश किया जाए और इनकी ताकत को मान्यता दी जाए । आयुर्वेद, सिद्ध और युनानी जैसी औपचारिक देशी व्यवस्थाओं की ताकत को भी मान्यता देना ज़रूरी है । यह एक वास्तविकता है कि नकारात्मक सामाजिक-आर्थीक दबाव और सरकारी नीतीयों में उपेक्षा के कारण लोक और औपचारिक व्यवस्था के देशी चिकत्सकों के हुनर का बहुत नाश हुआ है । इसलिए चिकित्सकों के संगठनों द्वारा ही कौशल्य-वृद्धी और आचार-नियंत्रण की व्यवस्था स्थापित करने की ज़रूरत है ।

स्वास्थ्य-मंत्रालय में सन २००४ से 'आयुष' (आयुर्वेद, योग, युनानी, सिद्ध और होमियोपॅथी) का सव्तंत्र विभाग बनाया । दसवीं पंच-वार्षीय योजना से सरकार ने आयुष को सरकारी स्वास्थ्य सेवा में

सम्मिलित करने का इरादा घोषित किया । परंतु आयुष को मुख्यधारा में जोड़ने का गंभीर प्रयास समस्याओं और अंतर्विरोध से भरा है । अधिकांश आयुष डॉकटर ऐलोपॅथी की दवाईयों का प्रयोग करते हैं। इन दो भिन्न प्रणालियों को तर्कसंगत तरह से जो जोड़ने में और चिकित्सको के बीच समन्वय बनाने में कई अड़चने हैं । विभिन्न प्रणालियों कि चिकित्सा परंपरा को मान्यता देने और उन्हें अन्य औपचारिक प्रणालियों का समान दर्जा देना एक नई चुनौती खड़ा करता है ।

मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अन्धश्रद्धा हटाने के नाम पर, व्यवसायिक स्थानिक-चिकित्सकों को हटाने की कोशिश कर रहे हैं । सर्वोच्य-न्यायालय ने आदेश दिया है कि पारंपारिक उपचार पद्धतियाँ बन्द की जाएँ और मानसिक अस्पताल बनाए जाएँ । मानसिक अस्पतालों से मिलने वाली सुविधाओं की दयनीय स्थिति देखते हुए, मानसिक स्वास्थ्य में पारंपारिक उपचार पद्धति का अध्ययन करने और महिला-केंद्रित पद्धतियों को प्रोत्साहन देने की आवश्यकता है ।

भारत सरकार को चाहिए कि वह विश्व बैंक जैसी विश्व स्तरीय संस्थाओं का विरोध करे, जो हमारे देशी चिकित्सा ज्ञान को नकारती हैं ।

*प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा में देशी चिकित्सा पद्धति और चिकित्सकों की अपार क्षमता को देखते हुए, हमारी **मांगें** इस प्रकार हैं*

१ पूरे देश की महिला चिकिसकों को अपना महत्त्वपूर्ण देशी ज्ञान और कौशल इकट्ठा करने को और इसका व्यवस्थित रूप से दस्तावेज़ीकरण करने को प्रोत्साहित किया जाए ।

२ देशी स्वास्थ्य व्यवस्था के ज्ञान और अनुभव का प्रमाण इकट्ठा करने के लिए व्यवस्थित रूप से शोध करने के लिए सहायता दी जाए और इन पर पेटेन्ट लेना सीमित किया लगाई जाए।

३ देशी महिला चिकित्सकों, मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकों और दाईयों के संगठनों के माध्यम से इनकी कार्यपद्धतियों के लिए नैतिक मार्गदर्शिका बनाई जाए और उचित स्वयंनियंत्रण की प्रक्रिया को प्रोत्साहन दिया जाए।

४ देशी महिला चिकित्सकों और दाईयों को मान्यता दी जाए। महिलाओं व अन्य लोगों को दी गई सेवा के लिए उन्हें न्यायसंगत शुल्क दिया जाए।

५ मानसिक स्वास्थ्य के संदर्भ में पारंपरिक उपचार करने वाली महिलाओं के योगदान को मान्यता दी जाए और इस के बारे में अधिक अध्ययन किया जाए। इन महिलाओं की डायन-हत्या बन्द की जाए।

६ देशी चिकित्सा के नाम पर किए जा रहे हानीकारक या महिला-विरोधी प्रयोग बंद किए जाएँ। अपराधियों को सजा दी जाए और इन प्रणालीयों में सुरक्षा मानदंड स्थापित किए जाएँ।

७ देशी महिला चिकित्सकों और दाईयों के मान्यता प्राप्त संगठनों के माध्यम से इनके लिए प्रशिक्षण और कौशल-वृद्धि कार्यक्रम विकसित किए जाएं और चलाए जाएँ।

८ देशी महिला चिकित्सकों और दाईयों और संबंधित स्वास्थ्य सेवा चिकित्सकों, संस्थाओं और विभागों के बीच कार्यक्षम जुड़ाव स्थापित किया जाए।

९ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों की सेवा को मजबूत करने के लिए सरकारी और मानसिक स्वास्थ्य व्यवस्था में देशी स्वास्थ्य व्यवस्था को उचित व संपूर्ण रूप से एकीतृत करने को बढ़ावा दिया जाए।

१० 'आशा' के पद के लिए पारंपरिक उपचार करने वाली महिलाओं को या इसकी जानकारी रखने वाली महिलाओं को नियुक्त करने का विचार किया जाए। और उनके इस ज्ञान का प्रजनन के अलावा समुदाय के स्वास्थ्य के लिए भी उपयोग हो, इसके लिए उन्हें सहारा दिया जाए।

१० महिलाओं के प्रति हिंसा - सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार

महिलाओं के प्रति हिंसा दुनिया भर में प्रजनक आयु की महिलाओं में मृत्यु व रुग्णता के सबसे प्रमुख कारण के रूप में उभर कर आ रही है। भारत में इस आयु सीमा में मृत्यु का प्रमुख कारण जला दिया जाना है। महिलाओं के प्रति हिंसा जन्म से भी पहले शुरू हो जाती है - गर्भलिंग आधारित गर्भपात की वजह से। विधवा, विकलांग, वेश्या, समलैंगिक, द्वीलैंगिक, ट्रान्सजेन्डर और पितृसत्ता के विरुद्ध सवाल उठाने वाली महिलाओं के प्रति हिंसा होने की संभावना और अधिक होती है। हमारे समाज में आज भी महिलाओं के साथ घिनौनी घटनाएँ घटती हैं। उन्हें छोड़ दिया जाता है, उनपर बलात्कार किया जाता है, नग्नावस्था में सबके सामने चलवाया जाता है, डायन कह कर उनका 'शिकार' किया जाता है आदि। सांप्रदायिक दंगे होने पर, सेना की उपस्थिति होने पर, राजद्रोह या युद्ध की स्थिति में भी महिलाओं के शरीर को रणभूमि बनाया जाता है और इन्हें यातना, बलात्कार और अवैध मानव व्यापार का पात्र बनाया जाता है।

पती या उसके संबंधियों पर आश्रित होने के कारण विवाहित महिलाओं की स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच कम हो जाती है। बिमारी और इसके खुलासे से हिंसा की संभावना बढ़ जाती है। अत: हिंसा और अस्वास्थ्यता एक दूसरे को बढ़ावा देते हैं। जब महिला स्वास्थ्य केन्द्र तक पहुंचती भी है तब परिवार के सम्मान और अपना मूंह खोलने के परिणाम के बारे में सोच कर चुप हो जाती है । इस तरह वह एक चक्रव्यूह में फंस जाती है। अक्सर हिंसा के प्रसंग के बाद प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ही पेहला और अकेला बाहरी संपर्क होता है जिस तक वह पहुंच पाती है। पर स्वास्थ्य पेशेवर पारिवारिक हिंसा को एक घटक के रूप में पहचानने के लिए अक्षम या अनैच्छुक होते हैं। वे या तो इसे टाल देते हैं या ऐसे सवाल ही नहीं पूछते जिससे यौनिक हिंसा की पहचान हो।डॉक्टरों को यह ज्ञान भी नहीं होता कि यौनिक हिंसा होने पर सबूत को कैसे संभाल कर रखा जाए या न्यायिक(फोरेन्सिक) सबूत को जेन्डर-संवेदनशील तरह से कैसे पेश किया जाए। अधिकांश स्वास्थ्य व्यवसायिक न्यायालयों में विशेषज्ञों के रूप में बुलाए जाने से कतराते हैं। स्वास्थ्य व्यवसायिकों के हिंसा के संदर्भ में खुद के पारंपरिक विचार और पूर्वगृह भी होते हैं(वर्ग, घर्म, विकलांगता, जेन्डर, जाति, यौनिकता और अन्य संदर्भ में)। कभी-कभी उनके खुद के जीवन में भी ऐसी उलझनें होती हैं जिनके कारण वे इन मामलों में संवेदनशीलता नहीं दिखा पाते। चिकित्सकीय पाठ्यक्रम में घर के अंदर या बाहर होने वाली हिंसा को सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दे के रूप में सम्मिलित नहीं किया जाता।

*महिलाओं के प्रति हिंसा के संदर्भ में हमारी **माँगें** हैं*

१ महिलाओं के प्रति हिंसा को मानव अधिकार का उल्लंघन माना जाए और इसको सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दे के रूप में संबोधित किया जाए।

२ स्वास्थ्य सेवा से वंचित रखने को भी हिंसा का ही एक रूप माना जाए, विशेषत: सीमांत महिलाओं के संदर्भ में ।

३ महिलाओं के प्रति हिंसा का महिलाओं और बच्चों पर जो यातनादायी असर पड़ता है उसके प्रति स्वास्थ्य व्यवसायिकों को जागरुक किया जाए।

४ डॉक्टर, पराचिकित्सक, परामर्शदाता, सामाजिक कार्यकर्ता, पुलिस, सेना और पॅरामिलिटरी दलों

आदि के प्रशिक्षन एवं सतत शिक्षा पाठ्यक्रम में 'जेन्डर और चिकित्सकीय-न्यायिक कायदे' व 'यौनिकता, एच.आइ.वी./एड्ज़ और हिंसा' जैसे विषय सम्मिलित किए जाएँ।

५ चिकित्सकीय व अन्य परचिकित्सकीय कर्मचारीयों को स्पष्ट, साफ, सटीक और सहायक चिकित्सकीय रिपोर्ट, घाव के कारण के इतिहास सहित, लिखने के महत्व के बारे में प्रशिक्षण दिया जाए।

६ जिन महिलाओं पर बलात्कार हुआ हो उन्हें चिकित्सकीय प्रमणपत्र समय पर दिए जाएं और यह सही हों।

७ घरेलू हिंसा रोकथाम कानून को सख्ती से लागू किया जाए। इस कानून के संदर्भ में महिलाओं, गैर-सरकारी संगठनों, चिकित्सकीय व्यवसायिक इत्यादि में जागरुकता बढ़ाने का प्रयास किया जाए । पंचायत सदस्यों को महिला के प्रति हिंसा से संबंधित कानूनों और नीतियों के बारे में अवगत कराया जाए।

८ हिंसा पीड़ित महिलाओं को यौनिक या शारीरिक शोषण या बलात्कार या बचपन में हुए यौन शोषण के प्रभाव से उभरने के लिए अभिप्राय-विरहित मार्गदर्शन(काउन्सलिंग) और मनोवैज्ञानिक चिकित्सा, खेल के माध्यम से उपचार आदि सुविधाएँ उपलब्ध कराई जाएँ। इसमें गोपनीयता बनाई रखी जाए।

९ बाल विवाह तथा जबरदस्ती से किए गए विवाह को मानव अधिकार का उल्लंघन मानते हुए इसे रोकने के लिए कदम उठाए जाएँ।

१० माता-पिता व समाज की इच्छा के विरुद्ध अपने साथी का चुनाव करने वालों को सरकार द्वारा संरक्षण उपलब्ध कराया जाए।

११ परिवार, समुदाय, जाति, जनजाति या राष्ट्र के सम्मान के नाम पर किए जाने वाले अपराधों को रोका जाए, उनकी जाँच की जाए और अपराधियों के प्रति कार्रवाई कर, उन्हें दंड दिया जाए।

१२ सांप्रदायिक हादसों के दौरान हुए यौनिक अत्याचारों और बलात्कारों की रोकथाम की जाए और इनको गंभीरता से लिय जाए। पीड़ितों के साथ संवेदनशीलता से व्यवहार किया जाए और संचार माध्यम को सनसनी खबरें बनाने से रोका जाए।

१३ सभी चिकित्सकीय व्यवसायिकों को बिना पूर्वधारणा रखे या राय बनाए हिंसा पीड़ित लोगों के साथ काम करने का प्रशिक्षण दिया जाए।

११ महिलाओं के विशिष्ट समूहों के स्वास्थ्य अधिकार

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद में भारतीय महिलाओं के सभी स्वास्थ्य अधिकारों का उल्लेख करने का प्रयास किया गया है। यह अध्याय इस वास्तविकता की ओर ध्यान आकर्षित करता है कि सब 'महिलाएँ' एक जैसी नहीं हैं। हर महिला का वर्ग, जाति, धर्म और संस्कृति की जटिल संरचना में अपना अलग स्थान है और इनकी जेन्डर और यौनिक पहचान, क्षमता आदि भी अलग-अलग हैं। स्वाभाविक है कि 'सभी ताले एक ही चाबी से नहीं खुलते'!...अत: सभी महिलाओं को स्वास्थ्य अधिकारों के दायरे में लाने के लिए, विशेष जरूरतें रखने वाली महिलाओं की विशिष्ट परिस्थितियों और मुद्दों को संबोधित करना आवश्यक है।

एकल तथा वंचित महिलाओं के मानव अधिकारों का बहुत सहजता से उल्लंघन किया जाता है और कभी-कभी उनको संपूर्ण नागरीक (राशन कार्ड, पासपोर्ट, ऋण तक पहुँच सहित) होने की मान्यता भी नहीं दी जाती। सामाजिक असुरक्षा, कलंक, प्रतिक्षेप के भय व स्वास्थ्य-सेवा प्रदाताओं में संवेदनशीलता और गोपनीयता के अभाव के कारण भी स्वास्थ्यसेवा (जिस में प्रजनन और यौनिक स्वास्थ्य सेवा भी सम्मिलित हैं) तक पहुँच संकुचित हो जाती है। आपदा और संघर्ष की स्थिति में महिलाओं को बहुत कठिनाई झेलनी पड़ती है और वंचित महिलाओं को तो और भी अधिक।

पितृसत्तात्मक परिवार और समुदाय महिलाओं को नियंत्रण में रखते हैं, खासकर उन 'भटकी' हुई महिलाओं को, जिनसे उन्हें खतरे का आभास होता है। जब भी महिलाएँ अपने चयन के विकल्प का प्रयोग करती हैं या अपने यौनिक साथी को छोड़ने की जुर्रत करती हैं तो 'सम्मान' के नाम पर उनपर बेरोकटोक ज़ुल्म ढ़ाए जाते हैं। जो महिलाएँ समाज की सत्तासंरचना पर सवाल उठाने की हिम्मत करती हैं उन्हें दण्ड देने के लिए और समुदाय में सभी महिलाओं को धमकाने के लिए उन पर यातना की जाती है - 'डायन' घोषित करके उन्हें सज़ा दी जाती है, विवस्त्र कर गाँव में घुमाया जाता है आदि । युद्ध और दंगों के दौरान झगड़ती पितृसत्ताओं द्वारा महिलाओं के शरीर का युद्धभूमी के रूप में प्रयोग किया जाता है। संस्थाओं (जेल, आश्रय घर, मानसिक अस्पताल आदि) में रह रही महिलाओं के मानव अधिकारों का गंभीर उल्लंघन किया जाता है और उनके पास कानूनी क्षतिपूर्ती तथा न्याय तक पहुँच भी नहीं होती।

नीचे, हम 'विशेष' महिलाओं की ११ श्रेणियों की ज़रूरतें और माँगें सामने रखते हैं। इस सनद में दिए गए बाकी सब अधिकारों को हम निम्नलिखित समुहों के लिए भी दोहराते हैं। इसके अलावा हमारा यह भी कहना है कि यदि इन महिलाओं के स्वास्थ्य अधिकार सुनिश्चित करने के लिए विशेष उपाय नहीं किए गए तो इन्हें अपने मानव अधिकारों का संपूर्ण आनन्द लेने से भी वंचित रखा जाएगा।भारत ने महिलाओं के प्रति सभी प्रकार के भेदभाव का उन्मूलन करने के लिए संयुक्त राष्ट संधि(सीडॉ) पर हस्ताक्षर किया है और इसलिए यह सरकार का दायित्व है कि वह जेन्डर के आधार पर होने वाले सभी भेदभाव का अन्त करे। सीडॉ में वंचित महिलाओं के लिए 'सकारात्मक भेदभाव' (आरक्षण) जैसे अस्थाई उपाय उपलब्ध कराने का भी प्रावधान है।

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद 'महिलाओं' के बीच इस अन्तर को पहचानती है और विशेष ज़रूरत वाली महिलाओं की माँगें सामने लाने का प्रयास करती है

क) बालिकाएँ और किशोरियाँ

बालिकाओं व किशोरियों को यौनिक शोषण, शिक्षा के अवसर से वंचित रखे जाने, कम उम्र में विवाह व गर्भधारण का शारीरिक और मानसिक खतरा होता है। इस समूह के अधिकारों में सम्मिलित हैं - पर्याप्त पोषण, यौनिक शिक्षा सहित न्यूनतम उच्च विद्यालय तक शिक्षा, उचित स्वास्थ्य सेवा सुविधाएँ, यौन व जीवन साथी चुनने का हक, सर्वांगिण विकास के अवसर। इस में बालमजदूरी, भेदभाव और हिंसा का उन्मूलन भी शामिल है।

*बालिकाओं व किशोरियों के हित में हमारी **माँगें** हैं*

१ लड़कियों के साथ उनके भाईयों के समान बर्ताव किया जाए और भेदभावपूर्ण वंचन, रूढ़िबद्ध जेन्डर आधारित भूमिकाओं और निंदा से उनकी मुक्ति सुनिश्चित की जाए।

२ किशोरियों की स्वास्थ्य संबंधित ज़रूरतों को पूरा करने वाली नीतियों और कार्यक्रमों को प्रोत्साहन दिया जाए। शिक्षा व व्यवसायिक प्रशिक्षण द्वारा उनके अनुकूलतम शारीरिक, मानसिक व बौद्धिक विकास के लिए अवसर प्रदान कराए जाएं, जिससे उनकी गतिशीलता और निर्णय-क्षमता बढ़े ताकि विवाह और बच्चे पैदा करना ही उनके लिए अकेला पर्याय न रह जाए ।

३ संस्कृति, धर्म या पारंपरिक कायदे के नाम पर किशोरियों की शिक्षा की गुणवत्ता या स्तर या उनकी गतिशीलता का समझौता ना किया जाए।

४ घर के अंदर या घर के बाहर शारीरिक, मानसिक या यौनिक अत्याचार से सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए उल्लंघन करने वालों के विरुद्ध कानूनी कार्रवाई की जाए, चाहे वो परिवार के सदस्य हों, अभिभावक हों, शिक्षक हों, देखभाल करने वाले हों या अन्य कोई।

५ भेदभाव व उपेक्षा, अल्प-पोषन, बाल मज़दूरी(सवेतन या बिना वेतन), स्कूल छोड़ना, शारीरिक या यौनिक शोषण, मानव का अवैध व्यापार और कम उम्र में विवाह से मुक्ति सुनिश्चित की जाए।

६ दहेज के बदले समान विरासत के अधिकार को प्रोत्साहन दिया जाए।

७ अवयस्क बालिकाओं को धार्मिक संस्थाओं को सौंप देना कानूनन दंडनीय बनाया जाए।

८ ऐसी यौनिक शिक्षा तक पहुँच सुनिश्चित कराई जाए जो सकारात्मक हो और जो नैतिकता-पूर्ण, राय बनाने वाली, समलैंगिकता-विरोधी और डर-बिठाने वाली न हो।

९ आवश्यक मुद्दों (जैसे माहवारी का आरंभ, यौवन आदि)पर जानकारी का अभाव कम करने के लिए किशोरियों की माताओं के लिए काउन्सलिंग(मार्गदर्शन) की सुविधा प्रदान कराई जाए।

१० युवाओं के स्वास्थ्य को सुधारने के उपायों की रचना, नियोजन, क्रियान्वयन और मूल्यांकन में उनको भी शामिल किया जाए।

११ अपनी उम्र के लोगों की काउन्सलिंग व स्वास्थ्य के मुद्दों पर चर्चा करने के लिए किशोर उम्र के लोगों को प्रशिक्षण दिया जाए।

१२ किशोरियों के लिए सामुदायिक स्तर पर सुरक्षित जगहें विकसित व प्रदान की जाएँ जैसे क्लब/संघटन, गतिविधि केन्द्र, प्रशिक्षन व उत्पादन केन्द्र आदि।

१३ वेश्या-वृति करने वाली महिलाओं की बेटियों, हिंसक/ शराब से प्रभावित परिवारों की लड़कियों, गोद लिए बच्चों, समान लिंग के माता-पिता के बच्चों, सुधार गृह और सरकारी संस्थाओं में रहने वाले बच्चों, आपदा प्रभावित बच्चों व अन्य असुरक्षित किशोर/किशोरियों के साथ शिक्षा, रोजगार के अवसर या विवाह के संदर्भ में भेदभाव न हो, यह सुनिश्चित किया जाए ।

ख) वयोवृद्ध महिलाएँ

दुनिया भर में महिलाएँ पुरुषों से ज़्याद समय तक जीवित रहती हैं। भारत में भी यदी महिलाएँ प्रजनन आयु की चुनौतियों को पार कर लें तो वे पुरुषों से अधिक समय तक जीवित रहती हैं। आने वाले कुछ दशकों में, जनसंख्या में वृद्ध लोगों का अनुपात बढ़ने की अपेक्षा है। इसलिए समाज और स्वास्थ्य सेवाओं को इनकी ज़रूरतों के लिए तैयार रहने की आवश्यकता है। वृद्ध महिलाओं को अक्सर उन्हीं लोगों के हाथों उपेक्षा व शोषण का सामना करना पड़ता है, जिन्हें इनकी देखभाल करनी चाहिए । भारत में वृद्ध महिलाओं को मौखिक शोषण, अपमान, मारपीट, अकेलेपन, चोरी, धोके, भूखा रखे जाना, वंचन व छोड़े जाने का खतरा रहता है। स्वास्थ्य सुविधाओं में हमें वयोवृद्ध महिलाओं के लिए ऐसी एकीकृत स्वास्थ्य सेवाओं को महत्व देने की आवश्यकता है जो रोकथाम, उपचार और पुनर्वास, तीनों को एक साथ संबोधित करे । इस विशिष्ट पर व्यापक सेवा की रचना ऐसे की जाए कि इसमें समयबद्ध जाँच, उपयुक्त उपचार, व ऐसे शारीरिक और मानसिक पुनर्वास उपाय का समावेश हो जिससे जब तक हो सके तब तक व्यक्ति क्रियाशील रहे । पर्याप्त सेवा व देखभाल/ नर्सिंग सुविधा के प्रयोजन के अलावा, शारीरिक सुरक्षा, पोषण-सुरक्षा, दर्द निवारण, व वयोवृद्ध महिलाओं की सम्मान-सहित मृत्यु हो, इस पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए।

*वयोवृद्ध महिलाओं की तरफ से हमारी **माँगें** हैं*

१ वृद्ध महिलाओं के संपत्ती के अधिकार की रक्षा की जाए, विशेषतः एकल, विधवा, तलाकशुदा, व ऐसी महिलाओं के अधिकार की जो सरकारी या धार्मिक संस्थाओं में रहती हों ।

२ उन लोगों के विरुद्ध कानूनी कार्रवाई की जाए जो वृद्ध महिलाओं का शोषण करें, उन्हें धार्मिक स्थलों पर छोड़ दें, ज़बरदस्ती संस्थाओं में बंद करें (वृद्धाश्रम आदि) और जो उन्हें उनके संपत्ति या आमदनी के अधिकार से वंचित रखें।

३ मदद के लिए ऐसी कार्यशील दूरभाष सेवाएँ उपलब्ध कराई जाएँ जो वृद्ध महिलाओं के स्वास्थ्य के मुद्दों से संबंधित व भेदभाव या शोषण के मामलों में मार्गदर्शन(काउन्सलिंग) दे सकें और हस्तक्षेप कर सकें।

४ स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, देखभाल करने वालों तथा परिवार के सदस्यों द्वारा शोषण से मुक्ति सुनिश्चित की जाए।

५ बड़ी उम्र से संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं को संबोधित करने के लिए विशिष्ट उपाय किए जाएँ (ऑस्टीओपोरॉसिस(कमज़ोर हड्डियाँ), हड्डी टूटना, कॅन्सर, गठिया, डिमेंशिया(वैचारिक अस्थिरता), पैशाब निकल जाना, मधुमेह व वृद्ध व्यक्तियों के विविध प्रकार के शोषण)।

६ सार्वजनिक अस्पतालों में वृद्ध व्यक्तियों के लिए विशिष्ट विभाग स्थापित किए जाएँ और निजी अस्पतालों में वृद्ध महिलाओं को वरिष्ट नागरिक पहचान पत्र दिए जाएँ और साथ ही शुल्क भी कम किया जाए।

७ वृद्ध व्यक्तियों की बिमारीयों के उपचार के लिए विशेष प्रशिक्षण-प्राप्त व्यक्ति प्रशिक्षित और नियुक्त किए जाएँ और ऐसी काउन्सलिंग प्रदान की जाए जिसमें इनकी बात संवेदनशीलता से सुनी जाए।

८ सेवा प्राप्त करने के लिए प्रतीक्षा का समय कम करने के लिए अस्पतालों व दवाखानों में वरिष्ट व्यक्तियों के लिए अलग खिड़की रखी जाए।

९ आँख व कान की जाँच, सुधारक यंत्र व सर्जरी(शल्यक्रिया) मुफ्त या कम दाम में उपलब्ध कराई जाए।

१० जिन साधनों (वॉकर, वीलचेअर, बेड पॅन आदि) की वृद्ध महिलाओं को आवश्यकता पड़ती है, उन्हें कम दाम पर या किराये पर उपलब्ध कराया जाए।

११ सार्वजनिक भवनों, जगहों व यातायात सुविधा का इस तरह से निर्माण किया जाए - वीलचेयर रॅम्प, लिफ्ट आदि के साथ - ताकि वृद्ध व्यक्ति उनका उपयोग कर सकें ।

१२ वृद्ध व्यक्तियों के लिए मानसिक स्वास्थ्य सहारा, पूरक आहार व उपयुक्त स्वास्थ्य बीमा प्रदान कराए जाएँ।

१३ वृद्ध व्यक्तियों के मुद्दों को संबोधित करती स्वास्थ्यनीति व कार्यक्रमों के क्रियान्वयन के लिए राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तर पर निधी का निर्धारन किया जाए।

१४ वृद्ध महिलाओं, विशेष्तः शारीरिक/मानसिक रूप से विकलांग या निराश्रित महिलाओं के लिए ऐसे वृद्धाश्रम बनाए और उपलब्ध कराए जाएँ जो सुरक्षित और सम्मानजनक हों ।

ग) एकल महिलाएँ

वर्तमान स्वास्थ्य नीतियाँ और स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था विवाहित महिलाओं के 'प्रजनन स्वास्थ्य' की जरूरतों पर केंद्रित हैं, इसलिए होनी-अनहोनी, एकल महिलाओं की स्वास्थ्य-संबंधित जरूरतों और अधिकारों का अपवर्जन किया जाता है। अविवाहित महिलाएँ जब यौनिक व प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने का प्रयास करती हैं तब उन्हें भेदभाव का सामना करना पड़ता है। इन महिलाओं को सार्वजनिक व निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के हाथों शारीरिक और आर्थिक शोषण होने का भी अधिक खतरा रहता है।

सभी एकल महिलाएँ एक जैसी नहीं । वर्ग, जाति, यौनिकता, विकलांगता एवं उनके अकेले होने के 'प्रकार' - जैसे कभी विवाह न किया होना, विधवा, परित्यक्ता, तलाकशुदा या स्वैच्छा से अकेले रहना - के साथ उनकी स्वास्थ्य जरूरतें और वंचन की तीव्रता बदलती है। उसी तरह उनकी स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच भी इस बात पर निर्भर है कि वे परिवार के साथ रहती हैं या नहीं - जैसे अकेले रहती हैं या किसी धार्मिक संस्था, जेल, सरकारी अस्पताल, आश्रम में या सड़क पर और उनकी जीवन शैली तथा व्यवसाय समाज द्वारा स्वीकृत है या नहीं (रात की पारी पर काम करना, यौन-व्यवसाय करने वाली, नाचनेवाली, समलैंगिक आदि)। कम उम्र की एकल महिलाओं को अपने पीहर व ससुराल में अधिक कड़ी निगरानी में रहना पड़ता है । यदि अपेक्षित यौनिक व्यवहार से अलग व्यवहार किया जाए या महसूस भी किया जाए कि ऐसा हुआ है, तो परिवार व समाज द्वारा कड़ी सज़ा भुगतनी पड़ती है और इसमें 'सम्मान' के नाम पर अपराध भी किए जाते हैं। विधवाओं को अशुभ माना जाता है, उन्हें कुछ खाद्य-पदार्थों, रंगीन कपड़ों से वंचित रखा जाता है, नौकर बनाकर रखा जाता है और हर पल ससुराल से निकाल दिये जाने का डर दिखाया जाता है। अर्ध-विधवाओं (गुमशुदा पुरुषों की पत्नियाँ) को विवाहित और विधवा होने की दोहरी ज़िन्दगी जीनी पड़ती है। एकल

महिलाओं की यौनिकता को और विवाह के बाहर हर प्रकार की खुशी के नकारा जाता है, पर इसके बाद भी वे परिवार व समाज द्वारा यौनिक शोषण के खतरे से दूर नहीं । चाहे हिंसा हो, यौनिकता या अकेलापन, एकल महिलाओं के मद्दों को अक्सर कोई संबोधन नहीं प्राप्त होता।

*अतः एकल महिलाओं की ओर से हमारी **माँगें** हैं*

१ एकल होने के आधार पर किसी भी महिला को अवसरों से वंचित ना रखा जाए - चाहे उस महिला ने कभी विवाह किया हो या नहीं, विधवा हो, तलाकशुदा, अलग हो गई हो या परित्यक्ता हो।

२ पीहर और ससुराल के परिवार में उत्तरअधिकार और संपत्ती के अधिकार में समानता लागू की जाए।

३ एकल महिलाओं के लिए सरकारी सामाजिक सुरक्षा योजनाएँ प्रदान की जाएँ जैसे कर में छूट की सीमा बढ़ाई जाए, आवास योजना में अनुदान दिए जाएँ, और सभी नीतियाँ तैयार करते समय एकल महिलाओं की खास जरूरतों को ध्यान में रख जाए ।

४ प्रजनन और यौनिक स्वास्थ्य की जाँच और उपचार तक बिना नैतिक राय के सहज पहुँच उपलब्ध कराई जाए । गोपनीयता बनाए रखने के लिए विशेष संवेदनशीलता रखी जाए।

५ उन एकल महिलाओं के लिए काउन्सलिंग, उपचार व वैयक्तिक व सामाजिक न्याय के उपाय उपलब्ध कराए जाएँ जो सदमे की शिकार हों, विशेषतः परित्यक्ता, विधवा, जंग-विधवा और अर्ध-विधवा (गुमशुदा पुरुषों की पत्नियाँ)।

६ विधवाओं को धार्मिक स्थलों पर छोड़ दिए जाने पर और लडकियों या महिलाओं को धार्मिक संस्थाओं या अन्य किसी को 'दे देने' पर रोक लगाई जाए।

७ धार्मिक संस्थाओं में प्रवेश लेने पर ब्रह्मचर्य-पालन का वचन लेने के लिए केवल वयस्क महिलाओं को ही अनुमति दी जाए वो भी पूरी जानकारी के साथ देने के बाद ही और इस आश्वासन के साथ कि वे अपना वचन वापस ले सकती हैं ।

८ महिलाओं और पुरूषों के लिए दोहरे यौनिक मानदंडों का अन्त किया जाए, विशेषतः रोज़गार और उत्तरअधिकार के संबंध में। कौमार्य परीक्षण जैसी अपमानजनक और भेदाभेदपूर्ण रीतियों पर प्रतिबन्ध लगाया जाए।

९ परिवार, समुदाय, जाति, संस्कृति, धर्म तथा राष्ट्र के सम्मान के नाम पर रोक-टोक लगाए बिना महिलाओं को यौनिक व वैवाहिक साथी चुनने का अधिकार सुनिश्चित किया जाए।

१० भारत के जो राज्य लंबे समय से संघर्ष की स्थिति में हैं या जहाँ सेना को विशेष अधिकार देने वाला कानून लागू है, वहाँ एकल महिलाओं का हिंसा से संरक्षण सुनिश्चित किया जाए ।

११ जिन किसानों की आत्महत्या से मृत्यु हुई हो, उनकी विधवाओं को कर्जा लौटाने से छूट दी जाए, आमदनी-उत्पन्न करने वाले काम दिए जाएँ और उनके बच्चों को सरकारी खर्च पर शिक्षा प्राप्त कराई जाए।

घ) विकलांग महिलाएँ

अन्य श्रेणियों की तरह ही, विकलांग महिलाएँ भी एक प्रकार की नहीं होतीं।इसमें मानसिक रूप से विकलांग(मानसिक रोग या बौद्धिक विकार सहित) और देखने, सुनने या बोलने की विकलांगता से ग्रस्त और शारीरिक रूप से विकलांग महिलाएँ भी आती हैं। उन्हें नाना प्रकार की बाधाओं का सामना करना पड़ता है और उनकी गतिशीलता भी कई प्रकार से सीमित होती है। उनके सामने विभिन्न प्रकार के बाधक आते हैं । यह उनकी विकलांगता के स्तर, गरीबी, जाति, वैवाहिक स्थिति, बच्चे ना होने आदि पर भी निर्भर करते हैं । सभी विकलांग लड़कियों और महिलाओं को हिंसा, भेदभाव, कलंक और उपेक्षा का खतरा अधिक होता है, विशेषतः घर के अंदर। जबकी विकलांग महिलाओं की यौनिकता को कोई मान्यता नहीं दी जाती, फिर भी इन पर यौनिक शोषण एक आम बात है, खासकर उन महिलाओं पर जिन्हें मानसिक या तीव्र शारीरक विकलांगता हो। डॉक्टरों व देखभाल करने वालों द्वारा शोषण भी साधारण बात है, जिसमें नसबंदी भी आती है।

विकलांग महिलाओं को विकास के अवसर और अपनी क्षमताओं को उभारने/ प्रयोग करने के रास्ते में कई बाधाओं का सामना करना पड़ता है। अत: विकलांगता महज़ एक शारीरिक लक्षण नहीं, पर समाज द्वारा रचित विकृति है। इन बाधाओं को जायज़ मानने वाली मानसिकता को चुनौती देकर और स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा, सवेतन रोज़गार, बेहतर जीवन, कार्यशील रिश्तों, कार्यस्थल पर सम्मान और अविभेदिकरण जैसी बुनियादी ज़रूरतों और अवसरों तक पहुँच बढ़ा कर इस को सामाजिक रूप से संबोधित करने की आवश्यकता है । इसके अतिरिक्त, विकलांग महिलाओं का आत्मसम्मान बढ़ाने, परावलंबन घटाने और सक्षमीकरण करने हेतु उनके लिए पहुँच की विशिष्ट सुविधा और आरक्षण, व संचार माध्यम व समाज में एक सकारात्मक छवी की रचना करने के प्रयास का समर्थन करना लाभदायक होगा। संक्षिप्त में, विकलांग महिलाओं के मानव अधिकारों को प्रभावशाली सुधारात्मक कार्रवाही द्वारा मान्यता और सम्मान दिए जाने की आवश्यकता है। विकालांग लड़कियों और महिलाओं को समान अवसर देने के लिए तत्काल, पर्याप्त और उचित उपाय करना अनिवार्य है।

*अत: विकलांग लड़कियों और महिलाओं की ओर से हमारी **माँगें** हैं*

१ १९९५ के विकलांगता अधिनियम (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण सहभागिता) के अनुसार विकलांग महिलाओं के मानव अधिकारों के संरक्षण हेतु किए गए वैधानिक प्रावधानों को लागू किया जाए और इसकी समीक्षा प्रणाली स्थापित की जाए।

२ विद्यालयों, महाविद्यालयों और इनमें उपस्थित सब सुविधाओं (कक्षा, शौचालय, सूचना) की रचना इस प्रकार हो कि इन तक पहुँचा जा सके(रॅम्प, ब्रेल आदि का प्रावधान) और विकलांग लड़कियों को सहारा देने के लिए वैयक्तिक सहयोग की व्यवस्था की जाए; विशेष ज़रूरत वाले बच्चों के लिए विशिष्ट प्रशिक्षण-प्राप्त शिक्षकों की व्यवस्था की जाए और विद्यालय के सभी शक्षकों को संवेदनशील बनाने के लिए कार्यक्रम आयोजित किए जाएँ।

३ विकलांग महिलाओं के लिए व्यवसायिक प्रशिक्षण और वृध विकलांग महिलाओं के लिए विशेष पुनर्वास सहयोग की व्यवस्था की जाए।

४ सभी पुनर्वास कार्यक्रमों में विकलांग महिलाओं के मुद्दों को सम्मिलित किया जाए और उन्हें व्यवसायिक विकास और लाभदायक रोज़गार के समान अवसर उपलब्ध कराए जाएँ।

५ विकलांग महिलाओं और बालिकाओं को घरेलू, शैक्षणिक और काम के जीवन में सहयोग प्रदान करने के लिए उपयुक्त और स्थानीय जगह पर निर्मित साधन और उपकरण उपलब्ध कराए जाएँ।

६ विकलांग नवजात शिशु और बच्चों के लिए जल्द निदान, उपचार और पुनर्वास कार्यक्रम उपलब्ध कराए जाएँ।

७ जिन माता-पिता को विकलांग बच्चा होने की अपेक्षा हो, उन्हें अनुवांशिक काउन्सलिंग प्रदान कराने के लिए विकलांग व्यक्तियों को भी शामिल किया जाए, उन्हें यह समझाने के लिए कि विकलांगता कैसे समाज द्वारा निर्मित है।

८ विकलांग महिलाओं के गर्भनिरोध, गर्भपात, सुरक्षित मातृत्व और अपनी यौनिकता की स्वीकृति के यौनिक और प्रजनन अधिकार स्थापित किए जाएँ ।

९ किसी डे-केयर/ विद्यालय या सरकारी या निजी संस्था में दाखिले के समय अनिवार्य नसबंदी या हिस्टरेक्टोमि(गर्भाश्य निकालना) की माँग की मनाही की जाए।

१० घर/संस्था के अंदर और बाहर विकलांग लड़कियों और महिलाओं को शारीरिक, भावनात्मक, आर्थिक और लैंगिक शोषण का अधिक खतरा होने के बारे में माता-पिता, अभिभावक और देखभाल करने वालों को समझाने के लिए काउन्सलिंग और समान स्थिति वालों द्वारा सहयोग की व्यवस्था की जाए।

११ विकलांग महिलाओं, विशेषतः संस्था-स्थित महिलाओं पर चिकित्सकीय, सर्जरी(शल्यक्रिया) तथा दवाइयों के परीक्षणों /प्रयागों का निरीक्षण किया जाए।

१२ विकलांग व्यक्तियों के अधिकार के मुद्दों को प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों में एकिकृत किया जाए और ग्रामीण क्षेत्रों, शहरी बस्तीयों और अस्थायी निवासों में रह रही विकलांग महिलाओं की जरूरतों को संबोधित करने के लिए विशिष्ट उपाय विकसित किए जाएँ।

१३ उचित रॅम्प, चौड़ी चौखट, उंची बैठने की जगह और पकड़ने के लिए रौड/डंडे वाले शौचालय, परिवर्तनीय/कम ऊंचाई वाली परीक्षा मेज आदि जैसे प्रावधान वाले परिसर सुनिश्चित किए जाएँ, जिससे विकलांग व्यक्ति उनका प्रयोग कर सकें।

१४ विकलांग महिलाओं को उसी प्रकार की विकलांगता (उदा. कर्णबधीर) से प्रभावित महिलाओं के लिए उपचार केंद्र/क्लिनिक चलाने के लिए शामिल किया जाए।

१५ विकलांगता-उपयुक्त संचार के माध्यम/फौर्मैट में स्वास्थ्य और स्वास्थ्यसेवा सुविधाओं की जानकारी तक पहुँच सुनिश्चित की जाए । उदाहरण - बड़े अक्षर में छपाई, ब्रेल-लिपी या दृश्य-श्रव्य माध्यम(औडियो-विजुवल टेप) और कम से कम एक स्वास्थ्य कर्मचारी को मूकबधिरों की भाषा (साईन लैंग्वेज) की जानकारी हो।

१६ चिकित्सकीय, पराचिकित्सकीय, प्रबंधन और विकास कार्यक्रमों और स्वास्थ्य व्यवसायिकों के सतत शिक्षा पाठ्यक्रम में विकलांगता-संबंधित मुद्दों को भी सम्मिलित किया जाए।

१७ सभी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों और आपदा प्रबंधन में विकलांग लड़कियों और महिलाओं के लिए स्वास्थ्यसेवा सुविधा का समावेश किया जाए। इसमें विकलांग महिलाओं, विशेषतः युवा विकलांग माताओं की जरूरतों के लिए विशिष्ट सामाजिक सुरक्षा के प्रावधान का भी ध्यान रखा जाए ।

१८ विकलांग महिलाओं के लिए रोज़गार अवसरों का निर्माण किया जाए, स्वास्थ्य और पुनर्वास केंद्रो में सेवा-प्रदाताओं के रूप में उनकी नियुक्ति को प्राथमिकता दी जाए, और रोजगार में विकलांग व्यक्तियों के लिए ३ % आरक्षण में उन्हें प्राथमिकता दी जाए।

१९ महिला आंदोलन व मुख्यधारा के अन्य आंदोलनों में विकलांग महिलाओं को सम्मिलित किया जाए ताकि विकास की गतिविधियों में उनकी पूर्ण सहभागिता सुनिश्चित की जा सके।

च) कामकाजी महिलाएँ

भारत में अधिकांश कामगारों का स्वास्थ्य नाज़ुक और असुरक्षित है और असंघटित क्षेत्र (जहाँ अधिकतर महिलाएँ काम करती हैं) की महिला कामगारों के लिए यह मुद्दा और भी अधिक गंभीर है। महिलाएँ अधिकतर जिस तरह के व्यवसायों में काम करती हैं वे विविध प्रकार के हैं - जैसे घर से चलाया गया छोटा उद्योग, घरेलू काम और खेती, खदान या ईंटभट्टी में काम, सड़क/इमारत निर्माण, कचरा इकट्ठा करना इत्यादी । इसलिए महिला कामगारों की स्वास्थ्य समस्याएँ भी विविध हैं- दुर्घटना से अपघात और विकलांगता, बच्चा गिरना, बच्चों में जन्म से विकार और मृत्यु आदि । विशेष आर्थिक क्षेत्र व अन्य संगठित क्षेत्र में काम करने वाली महिलाओं की भी कानून तक पहुँच नहीं होती तथा उनको रोजगार और पदोन्नति मिलने के समय लिंग आधारित भेदभाव या अन्धत्व की समस्या का सामना करना पड़ता है। महिलाओं के वैयक्तिक और व्यावसायिक खतरे के बीच गहरा संबंध है, पर काम देने वाले महिलाओं की बिमारी अपनी ज़िम्मेदारी नहीं मानते। व्यवसायिक बिमारयों के अपर्याप्त लेखिकरण के कारन अधिकांश महिलाओं को उनके लिए कभी मुआवज़ा ही नहीं मिलता। क्योंकि अधिकतर महिलाएँ स्वरोज़गार, मात्रा-आधारित दर(पीस रेट) और गृह-आधारित काम में लगी हैं, इसलिय उनकी एकत्रित आवाज नहीं सुनी जाती।

मज़दूर संघों में अधिकतर पुरुषों की प्रधानता होती है, इसलिए यह महिलाओं की विशेष ज़रूरतों और उनके अधिकारों(जैसे शिशुगृह, शौचालय,परिवहन आदि) के प्रति संवेदनशील नहीं होते। पते की बात यह है कि वैश्वीकरण के दबाव के कारण कई पुरूषों की स्थाई नौकरियाँ छुट गई हैं और इनके परिवार अब असंगठित घरेलू मजदूरी और गृह-स्थित लघु उद्योग व्यवसायों में काम कर रही महिलाओं द्वारा संभाले जा रहे हैं। इसलिए मजदूर संगठनों को महिला कामगारों के अधिकारों की रक्षा करने के महत्व का आभास हो रहा है। महिलाओं को अक्सर पुरूषों से कम वेतन दी जाती है, ज़्यादा कठिन कार्य दशा में काम करना पड़ता है, ज़्याद घंटे काम करना पड़ता है और इन सब का उनके स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव पड़ता है। सभी क्षेत्रों में कार्य स्थल पर यौनिक शोषण बेरोकटोक चल रहा है और इसका जल्द से जल्द उपाय किया जाना चाहिए।

घर और खेतों में महिलाओं के श्रम को कोई आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक मान्यता नहीं दी गई है। इस के लिए महिलाओं को न तो वेतन मिलती है, ना मातृत्व लाभ और निर्णय लेने में वे जिस समझ-बूझ का प्रयोग करती हैं, उसपर परिवार द्वारा विचार भी नहीं किया जाता। इसके अतिरिक्त महिलाओं का बाज़ार से कभी उस तरह का संपर्क नहीं रहता जैसा पुरुषों का और वो शायद ही कभी संपत्ति की मालिक होती हैं। यह दुख की बात है कि कृषि-भूमि संबंधित महिलाओं की आत्महत्या को 'किसान द्वारा आत्महत्या' नहीं माना जाता और इसलिए इसके लिए सरकार की तरफ से मुआवज़ा भी नहीं मिलता। धीरे-धीरे वेतन न कमाने वाली महिलाओं को भी मातृत्व और स्वास्थ्य लाभ मिलना चाहिए। शिशु पालन सहायता- जो बड़े भाई-बहनों को देख-रेख के काम से राहत देने के लिए अत्यंत आवश्यक है - समुदाय-स्तर पर उपलब्ध कराई जानी चाहिए। क्योंकि घरेलू कम, गर्भ-धारण और लालन-पालन सामाज के लिए उत्पादक कार्य हैं,

इसलिए सभी महिलाओं को, वर्तमान 'कार्य स्थिति' देखे बिना, सक्षम करने की स्थितियाँ स्थापित की जानी चाहिएँ।

*अतः महिला कामगारों की तरफ से हमारी विशिष्ट **माँगें** हैं*

१ रोज़गार में समान अवसर का अधिकार अधिनियम के अनुसार रोज़गार देते समय, स्थायी करते समय और पदोन्नति के समय महिलाओं के प्रति भेदभाव को रोका जाए। शादी या बच्चे के जनम के बाद महिलाओं के रोजगार के सातत्य हेतु विशेष प्रावधान किए जाएँ।

२ जो महिलाएँ भेदभाव की शिकार हैं, हाशिए पर और वंचित हैं, उनको रोज़गार और आजीविका के अवसर में विशेष रूप से सम्मिलित किया जाए।

३ आर्थिक जरूरतों के कारण ऐसे व्यवसाय अपनाने से महिलाओं की रक्षा की जाए जो उनकी आयु, प्रवृति या किसी विशेष विकृति के अनुकूल नहीं।

४ समान काम, समान वेतन के सिद्धांत का सख्ती से पालन किया जाए।

५ यह सुनिश्चित किया जाए की कार्य दशा महिलाओं के लिए सुरक्षित हो और महिलाओं के स्वास्थ्य के लिए हानीकारक नहीं, विशेष्तः गर्भावस्था और स्तनपान के दौरान। व्यवसायिक बिमारियों और दुर्घटनाओं की रोकथाम के लिए पर्याप्त सुरक्षा प्रबंध सुनिश्चित किए जाएँ।

६ महिला कामगारों के लिए कार्य-स्थल पर हानीकारक-परिस्थिति(एक्स्पोजर) या दुर्घटना के कारण आई बिमारी या चोट के लिए जल्द पहचान और उपचार और पर्याप्त मुआवज़ा सुनिश्चित किया जाए।

७ यौनिक उत्पीड़न पर विशाखा मार्गदर्शिका का सभी कार्य-स्थलों - निजी, अनौपचारिक और गैरसरकारी क्षेत्र में पालन किया जाए।

८ पर्याप्त रोशनी, हवा, पीने का पानी, शौचालय, और शिशुपालन-गृह जैसी सुविधाओं सहित कार्य दशा में सुधार लाया जाए।

९ निजी और सरकारी क्षेत्र में महिलाओं के लिए जेंडर-उचित स्वास्थ्य सुविधा (प्रसूति छुट्टी, नसबंदी छुट्टी, शौचालय, पालना-गृह आदि) सुनिश्चित की जाए।

१० काम देने वालों, सरकार और लोगों के संयुक्त योगदान से(कर लगा कर) सभी महिलाओं को प्रसूति छुट्टी देनी की व्यवस्था का निर्माण किया जाए ।

११ सभी श्रम आकड़ों में असंगठित क्षेत्र में काम और घर/परिवार-आधारित श्रम के आंकड़े इकट्ठे किए जाएँ और इनका समावेश किया जाए।

१२ असंगठित क्षेत्र को श्रम कानूनों के दायरे में लाया जाएऔर असंगठित क्षेत्र के सभी कामगारों के लिए स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराया जाए।

१३ कृषी-भूमि से संबंधित महिलाओं की आत्महत्या को मान्यता दी जाए और इसके लिए पर्याप्त और समतापूर्ण मुआवजा दिया जाए।

१४ 'किसान आत्महत्या' की विधवाओं पर विधवा होने, अप्राकृतिक मृत्यु होने और ऋण-ग्रस्त होने का तिगुने कलंक होता है, ऊपर से कर्जा चुकाने का बोझ। इस समस्या को संबोधित किया जाए।

१५ मातृत्व तथा अन्य श्रमिक लाभों को सार्वभौमिक बनाया जाए, महिलाओं की 'कार्य-स्थिति' को ध्यान में रखे बिना।

१६ शिशुपालन सेवा तथा अन्य सामाजिक सहारे सामुदायिक-स्तर पर उपलब्ध कराए जाएँ।

१७ महिलाओं का संपत्ति का अधिकार होमस्टेड (आवास व काम की साझी भूमि) और पारिवारिक कृषी-भूमि के लिए भी लागू किया जाए।

छ) वेश्या व्यवसायी

वेश्याओं या वेश्यावृति से जुड़ी महिलाओं के बारे में सामाजिक नज़रिया अधिकतर नैतिकता पूर्ण और दमनकारी ही रहा है। उन्हें उनके ही जीवन व स्वास्थ्य से संबंधित नीतियों और विधानों की चर्चा और निर्णयों से बाहर रखा गया है। जिस सामाजिक, भावनात्मक और आर्थिक अपवर्जन का वे सामना करती हैं, उसके चलते उन्हें परिवार, राज्य और समाज की निगरानी और नियंत्रन में रहना पड़ता है। वेश्या व्यवसायिकों के 'पुनर्वास' की राजकीय नीतियाँ जबरन पुनर्वास करती हैं और प्रभावित को ही दोश देती हैं।यह अक्सर प्रभावी नहीं होतीं। समाज इन्हें 'महिला' का दर्जा देने से इन्कार करता है और इन्हें अपराधी व सामाजिक स्वास्थ्य के लिए खतरा मानता है।

ऐसे अभिप्रायात्मक व्यवहार से हाशिए पर लाई गई वेश्या व्यवसायिकों को अपने स्वास्थ्य व मानव अधिकार प्राप्त करने से रोका जाता है। उनके स्वास्थ्य के विष्य में होने वाली लगभग सभी चर्चाएँ यौन संबंध से फैलने वाले संक्रमण और उनके ग्राहकों में संक्रमण घटाने पर ही केंद्रित होती हैं। प्रजनन-नली संक्रामक रोग(आर.टी.आइ), यौन संबंध से होने वाले संक्रमण (एस.टी.आइ) और एच.आय.वी/एडस् के पार उनके अपने स्वास्थ्य के मुद्दे अधिकतर उपेक्षित ही रहते हैं। क्योंकि भेदभाव अपेक्षित होता है, इसलिए वेश्या-व्यवसायिक सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा का लाभ नहीं उठातीं और इस कारण शोषण करने वाले निजी व झोलाछाप उपचारों के शिकंजे में फंस जाती हैं। स्वास्थय सेवा तक उनकी पहुँच सीमित करने वाले अन्य कारण भी हैं -कोठेवालों की सख्त निगरानी और एच.आय.वी. का कलंक। ग्राहकों, गुंड़ों, पुलिस, दलाल, घरवालों और 'पति' द्वारा की गई हिंसा को भी संबोधित नहीं किया गया है। हिंसा, गिरफतारी और विस्थापन के सतत डर में रहने का परिणाम होता है अकेलापन, मानसिक तनाव और अधिक खतरा।

अपने में भी, सभी वेश्या-व्यवसायिक एक समान नहीं। इनकी विभिन्न श्रेणियों की विशिष्ट जरूरतों को समझना आवश्यक है - औपचारिक/अनौपचारिक, बंधुवा/मुक्त, कोठेवाली/ सड़क पर/कोठे से बाहर, प्रवासी/स्थानिक, बच्चे/वयस्क/वृद्ध, द्वीलिंगी (बाय-सेक्चुअल) या हिजड़ा (ट्रान्स-जेन्डर) ।

*अतः, वेश्या व्यवसायिकों की तरफ से हमारी **माँगें** हैं*

१ वेश्या व्यावसायिक और उनके बच्चों के ऊपर लगे कलंक को खत्म किया जाए और उनके प्रति भेदभाव पर प्रतिबंध लगाया जाए।

२ मानव का अवैध व्यापार (ट्रैफिकिंग), विशेषतः अवयस्क लड़कियों के वेश्यावृति में प्रवेश को रोकने के लिए कड़े उपाय किए जाएँ।

३ अनैतिक व्यापार प्रतिबंधक कानून (आय.टी.पी.ए.) के तहत दलालों और घरवालों द्वारा किए गए

शोषण का निरीक्षण किया जाए। पर वेश्याओं के बच्चों को इस अधिनियम के तहत आने से छूट दी जाए, यदि वे अपनी माँ की 'कमाई पर जी रहे हों', तब भी।

४ पुलिस, स्थानीय राजनेताओं, गुंडों, घरवालों, दलालों और ग्राहकों द्वारा वेश्याओं पर होने वाली हिंसा पर रोक लगाई जाए। गैरकानूनी हिरासत, वसूली, शोषण, पिटाई और आक्रमण से उनका संरक्षण किया जाए।

५ बलात्कार, वसूली और शोषण जैसी हिंसा होने पर उन्हें विधिक सहायता(लीगल एड), न्यायिक उपचार और पुलिस कारवाई तक आसान और मुफ्त पहुँच उपलब्ध कराई जाए।

६ जबरन बेदखली और पुनर्वास को रोका जाए और वेश्या व्यवसायिकों के जीवन के बारे में निर्णय लेते समय उनके विचारों को केंद्र में रखा जाए।

७ इस बात को मान्यता दी जाए कि महिला, पुरूष और ट्रान्सजेंडर - सब देहव्यापार में शामिल हैं और प्रत्येक श्रेणी की अपनी विशिष्ट स्वास्थ्य ज़रूरतें हैं।

८ वेश्या व्यवसायिकों को यौनिक और प्रजानन स्वास्थ्य के अतिरिक्त समग्र स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित कराई जाए और उनके व्यवसायिक स्वास्थ्य एवं सुरक्षा संबंधी मुद्दों पर विचार किया जाए।

९ स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को संवेदनशील बनाया जाए ताकि वे बिना नैतिक अभिप्राय के वेश्या व्यवसायिकों के अधिकारों का सम्मान करें; उनके यौनिक श्रम को काम समझें, बिमारी नहीं। उनकी सुरक्षित कार्य दशा की ज़रूरत और समग्र स्वास्थ्य सेवा के अधिकार को मान्यता दें।

१० एच.आय.वी. स्थिति व अन्य सभी संक्रमणों के संदर्भ में गोपनीयता रखी जाए।

११ क्षयरोग(टी.बी.), प्रजनन-नली संक्रामक रोग(आर.टी.आइ), यौन संबंध से होने वाले संक्रमण (एस.टी.आइ) और एच.आय.वी/एडस् सहित सभी रोगों के लिए बचाव, जल्द पहचान और उपचार की सेवा उपलब्ध कराई जाए। साथ ही पर्याप्त जानकारी और आसान पहुँच भी सुनिश्चित की जाए।

१२ वेश्या व्यवसायिकों की गतीशील आबादी (फ्लोटिंग पौप्युलेशन) के लिए चलते फिरते चिकित्सालय (मोबाइल क्लीनिक) उपलब्ध कराए जाएँ।

१३ वेश्याओं के बच्चों के लिए रात में चलने वाने पालनाघर और अध्ययन सुविधा उपलब्ध कराई जो काम के समय और बच्चों को शिक्षा के समान अवसर मिलने के प्रति विशेष रूप से संवेदनशीलता हो।

१४ माँ की सहमति के बिना बच्चों को लंबे समय या हमेशा के लिए दूर रखने पर निषेध लगाया जाए।

१५ पर्याप्त और पौष्टिक भोजन उपलब्ध कराने वाली सामुदायिक रसोईयों की व्यवस्था की जाए।

१६ त्योहारों के समय जब देह-व्यापार में तेज़ी आती है, तब कंडोम का प्रावधान, हिंसा की रोकथाम और अवैद्य आर्थिक वसूली को रोकने जैसे विशेष सुरक्षा उपाये कार्यान्वित किए जाएँ।

१७ विधिक अधिकारों के प्रति सरकारी तथा अन्य सभी एजेंसीयों को संवेदनशील बनाया जाए।

१८ वेश्या व्यवसायिकों के नागरिक होने के अधिकार का सम्मान किया जाए- उन्हें राशन कार्ड और अन्य सभी दस्तावेज़ उपलब्ध कराए जाएँ जिनसे वे बैंक में खाता खोल सकें और कम ब्याज पर ऋण की सुविधा का प्रयोग कर सकें।

ज) समलैंगिक (लेसबियन), द्वीलैंगिक (बायसेक्चुअल) और ट्रान्सजेन्डर महिलाएँ (एल.बी.टी महिलाएँ)

अधिकांश संस्कृतियों में सदियों से विविध जेन्डर (लिंगभाव) पहचानें, लैंगिक-रुझान और समान-लिंग की ओर रुझान रहे हैंजो जाति, वर्ग, वंश, धर्म और व्यवसाय की सीमाओं को लांघते हैं। भारतीय पौराणिक कथाओं से भी विविध लैंगिक अभिव्यक्तियों और पहचानों के अस्तित्व का पता चलता है और प्राचीन कलाकृतियों में भी समलैंगिक-कामवासना दर्शाई गई है। ट्रान्सजेंडर लोगों को, खासकर हिजड़ों को हमारे उपखंड के समाजों में सदियों से स्वीकृति प्राप्त है। फिर भी, गैर-विषमलैंगिक रुझान रखने वाले लोगों को परिवार और समाज ने दबाया है और हाशिये पर खड़ा किया है। खासकर तब से, जब उपनिवेशी कानूनों ने समलैंगिक रुझान को दण्डनीय बनाया और इस पर 'प्रकृति के कानूनों के विरुद्ध' होने का ठप्पा लगाया।

व्यक्ति के स्वभाव और अस्तित्व को अमान्य करना तथा दबाना न केवल मूलभूत अधिकारों का उल्लंघन है पर इससे हर स्तर पर कलंक लगता है और भेदभाव होता है । इससे अपवर्जित लोगों के मानसिक, शारीरिक और सामाजिक कुशलता को हानी पहुँचती है। हमें इस बात को स्वीकार करना होगा कि यौनिकता और जेन्डर पहचान के कई प्रकार हैं जो सामान्य-विषमलिंगी (हेटरो-नोर्मेटिव) मानकों के ढ़ाँचे में नहीं बैठते। यौनिक और प्रजनन अधिकारों को सभी नागरिक और राजनैतिक अधिकारों के साथ मान्यता देना ही विविध जेन्डर और यौनिक पहचानों को सामान्य के रूप में स्वीकार करने की शुरुआत है।

*एल.बी.टी. महिलाओं की तरफ से हमारी **माँगें** हैं*

१ एलबीटी को कलंकित मानने से रोका जाए और जेन्डर-पहचान, लैंगिक रुझान, स्वास्थ्य परिणाम और व्यवसाय के आधार पर होने वाले भेदभाव पर प्रतिबंध लगाया जाए।

२ भारतीय दण्ड संहिता की धारा ३७७ और ऐसे ही अन्य विधान जो समलैंगिक गतिविधियों पर निशाना दागती हैं, (दो सहमत वयस्क व्यक्तियों के बीच भी) उन्हें रद्द किया जाए।

३ कार्य-स्थल, आवास योजनाओं, रोज़गार, सरकार की ऋण योजनाओं तक पहुँच और बीमा योजनाओं में भेदभाव रोका जाए।

४ एलबीटी समुदाय से संबंधित रोगों, विशेषतः जिनसे कलंक और वंचन बढ़ता हो, उनके संदर्भ में अभिप्राय-रहित, संवेदनशील और गोपनियता-युक्त कार्य-पद्धति सुनिश्चित की जाए।

५ एल.बी.टी. लोगों के मूलभूत अधिकारों और मानव अधिकारों को बिना भेदभाव सम्मान दिया जाए - इसमें बच्चा गोद लना , शादी, तलाक, संपत्ति, उत्तराधिकार आदि जैसे कानूनी अधिकार भी आते हैं।

६ शिक्षा, प्रशिक्षण और रोज़गार अवसरों के विशेष प्रबंध द्वारा उचित जीविका पर्याय उपलब्ध कराए जाएँ और इनमें ट्रान्सजेंडर लोगों की ज़रूरतों पर विशेष ध्यान दिया जाए।

७ किशोर व्यक्तियों की यौनिकता के बारे में प्रभावी शिक्षा उपलब्ध कराई जाए, जिसमें विविध जेन्डर पहचानों, लैंगिक रुझानों और पसंद तथा एच.आय.वी./एड्स जागरुकता का भी समावेश हो। यह विद्यालयों/महाविद्यालयों तथा समुदाय के भी किशोर व्यक्तियों तक पहुँचे।

८ स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और काउन्सलर्ज़ (परामर्श-दाताओं) को जेन्डर/लैंगिक पहचान, यौनिक

रुझान और एलबीटी महिलाओं की विशेष स्वास्थ्य ज़रूरतों के बारे में प्रशिक्षण देने और उन्हें संवेदनशील बनाने के लिए विशेष स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम आयोजित किए जाएँ।

९ सभी स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों में किसी भी प्रकार के यौनिक आचरण या व्यवहार से होने वाले खतरे की संभावना की सही जानकारी दी जाए; जेन्डर/लैंगिक पहचान, यौनिक रुझान में विविधता को मान्यता व स्वीकृति दी जाए; किसी विशिष्ट लैंगिक व्यवहार को ही संक्रमण का मुख्य कारण न माना जाए।

१० एलबीटी महिलाओं की मानसिक स्वास्थ्य की ज़रूरतों पर खास ध्यान दिया जाए। यह अक्सर अस्वीकृति, कलंक और भेदभाव के परिणाम स्वरूप उभरती हैं, जिन्हें स्वास्थ्यसेवा प्रदाता पहचान नहीं पाते।

११ केन्सर(स्तन, मुख, सर्विक्स, गुदा संबंधी), प्रजनन-नली संक्रामक रोग(आर.टी.आइ), यौन संबंध से होने वाले संक्रमण (एस.टी.आइ), एच.आय.वी/एडस् और एलबीटी समुदाय की विशिष्ट ज़रूरतों के अनुसार अन्य रोगों के लिए जानकारी, बचाव, जल्द पहचान और उपचार की सेवा उपलब्ध कराई जाए। और इसको राष्ट्र स्वास्थ्य नीति का भाग बनाया जाए।

१२ ट्रान्सजेंडर लोगों के अस्तित्व को मान्यता देने के लिए जनगणना एवं 'लिंग/जेन्डर' निर्दिष्ट करते सभी सरकारी/गैर-सरकारी दस्तावेज़ों में ट्रान्सजेंडर श्रेणी सम्मिलित की जाए।

१३ सरकारी अस्पतालो में लिंग परिवर्तन सर्जरी (शल्यक्रिया) की सुविधा उपलब्ध कराई जाए। इस के लिए वयस्क ट्रान्स-सेक्चुअल्ज़ के लिए कानूनी पात्रता कसौटी (क्राइटीरिया) में सुधार लाया जाए(उदाहरण वर्तमान में लिंग निकालना अवैध है)। जेन्डर बदलने के लिए जबरन नसबंदी अनिवार्य शर्त ना रखी जाए।

१४ ट्रान्सजेन्डर वेश्या व्यवसायिकों की गतीशील आबादी (फ्लोटिंग पौप्युलेशन) के लिए चलते फिरते चिकित्सालय (मोबाइल क्लीनिक) उपलब्ध कराए जाएँ।

१५ घरवालों, दलालों, गुंडों और ग्राहकों द्वारा हिंसा से ट्रान्सज़ेन्डर/द्वीलैंगिक लोगों, खासकर वेश्यावृति करने वालों की रक्षा की जाए। पुलिस, राजनेता तथा सभी द्वारा किए जाने वाले अत्याचार, गैरकानूनी हिरासत, वसूली, शोषण और मारपीट से मुक्ति तथा उल्लंघन करने वालों के विरुद्ध कार्रवाई और दंड सुनिश्चित किया जाए।

१६ द्वेष-आधारित अपराधों से संबंधित अविभेदिकरण विधानों में ट्रान्सजेंडर लोगों के मुद्दों को भी सम्मिलित किया जाए।

१७ महिला समलैंगिकता और ट्रान्ससेक्चुएलिटी को बिजली के झटके और व्यवहारिक उपचार पद्धति द्वारा विषमलैंगिकता में 'परिवर्तित' करने को महिलाओं के प्रति हिंसा माना जाए।

झ) एच.आय.वी. के साथ रहनेवाली महिलाएँ

एच.आय.वी./एडस् स्वास्थ्य का नहीं, विकास का भी मुद्दा है। असमान आर्थिक विकास, अकाल जैसी प्राकृतिक आपदा और संघर्ष, दंगों आदि से लोग विस्थापित व निराश्रित होते हैं और एच.आय.वी. का खतरा बढ़ता है। दूसरी तरफ एच.आय.वी. से न केवल एड्स के कारण बिमारी और मृत्यु आती है, पर इससे जवान विधवाओं के सर कलंक लगता है और उन्हें निराश्रित व दरिद्र कर देता है। भारत में एच.आय.वी.

फैलाव में चिन्ताजनक वृधि उंच्च खतरे वाले माने गए समूहों तक ही सीमित नहीं। सामाजिक, आर्थिक और जैविक कारणों से महिलाओं को संक्रमण का अधिक खतरा होता है। समाज में उनके निचले स्तर के कारन संक्रमण होने पर तो उन्हें समाज और परिवार द्वारा और भी हिंसा, उपेक्षा और परित्याग का सामना करना पड़ता है। अक्सर स्वयं बिमार होने के बावजूद, यह एच.आय.वी. प्रभावित महिला के ऊपर ही पड़ता है कि वो अपने मरते हुए पति की देखभाल करे और उसके लिए आर्थिक सहायता की व्यवस्था करे। अपने बच्चों की चिंता और छोड़े जाने का डर उसका मानसिक तनाव बढ़ाता है और उसके स्वास्थ्य को और खराब करता है । इसलिए सहारा हेतु सम्मानजनक सेवा तक पहुँच सुनिश्चित कराने में स्वास्थ्य सुविधा की बहुत महत्वपूर्न भूमिका है।

*एच.आय.वी. प्रभावित महिलाओं की स्वास्थ्य ज़रूरतों के संदर्भ में हमारी **मांगें** हैं*

१ ऐसे प्रगतिशील, जन-केंद्रित स्वास्थ्य कार्यक्रमों की शुरुआत की जाए जो दरिद्रता और एच.आय.वी. संक्रमण का विषम चक्र तोड़ सकें।

२ एच.आय.वी. प्रभावित महिलाओं के लिए आवास, शिक्षा, स्वास्थ्य सेवा, समाज कल्याण सुविधा और साथ में बच्चों व आहार के लिए सहारे तक पहुँच सुनिश्चित की जाए।

३ सरकारी और निजी क्षेत्र में रोज़गार अवसर उपलब्ध कराए जाएँ।

४ सभी एच.आय.वी. प्रभावित महिलाओं के लिए स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित कराया जाए।

५ जेलों, विद्यालयों, अस्पतालों या अन्य किसी भी जगह पर एच.आय.वी. प्रभावित महिला और उनके बच्चों के अलग रखे जाने पर या संगरोध(क्वारनटाइन) पर प्रतिबंध लगाया जाए।

६ सरकारी और निजी स्वास्थ्य सेवा में भेदभाव को रोका जाए। भेदभाव के आधार पर स्वास्थ्य सुविधा के नकारे जाने को मानव अधिकार का उल्लंघन मान कर स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को ज़िम्मेदार ठहराया जाए और उल्लंघन करने वालों पर कार्रवाई की जाए।

७ एच.आय.वी. परीक्षण कराना किसी के लिए अनिवार्य नहीं किया जाए, विशेषत: प्रसूतिपूर्व सेवा के लिए आई महिलाओं के लिए। परीक्षण से पूर्व और पश्चात काउन्सलिंग (परामर्श) अनिवार्य की जाए, स्वैच्छिक परीक्षण कराने वालों के लिए भी। एच.आय.वी स्थित के संदर्भ में गोपनीयता रखी जाए।

८ गोपनीयता का सम्मान करते हुए, स्वैच्छिक एच्.आय.वी. परीक्षण की व्यवस्था की जाए और यह सुनिश्चित किया जाए कि इस परीक्षण के परिणाम के आधार पर स्वास्थ्य सेवा नकारी न जाए।

९ गोपनीयता, एकान्तता (प्रायवसी), अस्मिता और समान कानूनी संरक्षण के मरीजों के अधिकार का सम्मान किया जाए।

१० ऐसी नीतियों और कार्यक्रमों का प्रोत्साहन किया जाए जो सभी वंचित समूहों - वेश्या व्यवसायिक, नशीले पदार्थ का सेवन करने वाली, यौनिक अल्पसंख्यक और रास्ते पर रहने वाले बच्चों -में हानी घटाने का काम करें।

११ एच.आय.वी./एड्स संबंधित नीतियों और कार्यक्रमों की रचना और क्रियान्वयन की निर्णय प्रक्रिया में एच.आय.वी. प्रभावित महिलाओं को शामिल किया जाए।

१२ जिन पर संक्रमित व्यक्ति द्वारा बलात्कार हुआ हो उन्हें समय से और सस्ते दाम पर रोग-निरोधी सेवा उपलब्ध कराई जाए और एच.आय.वी/एड्स की पर्याप्त जानकारी तक पहुँच सुनिश्चित की जाए।

१३ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर एच.आय.वी और एडस संबंधी सुविधा बढ़ाई जाए और ऐलोपॅथिक और गैर-ऐलोपॅथिक दवाइयाँ उपलब्ध कराई जाएँ।

१४ एच.आय.वी. संक्रमित लोगों पर समुदाय द्वारा कलंक लगाना और भेदभाव कम हो, इसके लिए विषाणु-विरोधी उपचार केन्द्र (ए.आर.टी क्लीनिक)सामान्य क्लीनिकों के साथ ही एकीकृत किए जाएँ।

१५ एच.आय.वी. संक्रमित लोगों के लिए अच्छी गुणवत्ता वाली जेनेरिक विषाणु-विरोधी (ए.आर.वी) व अन्य दवाएँ आसानी से उपलब्ध हों, मुनासिब दाम की हों, और हमेशा उपलब्ध हों, यह सुनिश्चित किया जाए।

१६ एच.आय.वी. संक्रमित महिलाओं के अच्छे यौनिक जीवन होने व बच्चे करने के अधिकार का सम्मान किया जाए, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं या अन्य लोगों द्वारा दबाव/ पूर्वग्रह के बिना ।

१७ एच.आय.वी. संक्रमित गर्भवती महिलाओं को माँ से बच्चे को होने वाले संक्रमण की पूर्ण जानकारी और मुनासिब दाम पर उपचार तक पहुँच सुनिश्चित कराई जाए। इसमें समय-समय पर नई पद्धतियों को सम्मिलित किया जाए।

१८ माँ से बच्चे को होने वाले संक्रमन की रोकथाम में एच.आय.वी. संक्रमित महिलाओं को वस्तु की तरह न लिया जाए और उनको भी अधिकार के रूप में विषाणु-विरोधी (ए.आर.वी.) उपचार उपलब्ध कराया जाए।

१९ नवजात को स्तनपान या अन्य-दूध पिलाने के पर्याय के खतरे और लाभ के बारे में माँ को पूरी जानकारी दी जाए, जिसमें केवल स्तनपान कराने के लाभ पर पर्याप्त ज़ोर हो। जानकारी मिलने के बाद एच.आय.वी. संक्रमित माँ द्वारा लिए गए निर्णय का सम्मान किया जाए।

२० एच.आय.वी./एड्स के साथ जीने वाले लोगों के लिए बनाई गई स्वास्थ्य सेवा नीति व कार्यक्रमों में आहार और मानसिक-सामाजिक सहारे का भी समावेश किया जाए।

२१ पारंपारिक चिकित्सकों और दाईयों सहित सभी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को एच.आय.वी/एड्स के रोकथाम, प्रसार और सेवा, तथा कलंक और भेदभाव कम करने के बारे में पूरी जानकारी और उचित शिक्षा दी जाए।

२२ एच.आय.वी. प्रभावित महिलाओं को ही नहीं, पर उनके परिवार के सदस्यों और देखभाल करने वालों को भी पर्याप्त काउन्सलिंग (परामर्श), जानकारी और शिक्षा उपलब्ध कराई जाए।

२३ जन संचार माध्यम को सकारात्मक संदेश देने तथा एच.आय.वी./एड्स के साथ जीने वालों से संबंधित कलंक और भेदभाव को चुनौती देने के लिए प्रोत्साहित किया जाए।

२४ स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था में काम करने वाली महिलाओं को संपर्क-पश्चात रोग-विरोधी उपचार मुफ्त में उपलब्ध कराने की जिम्मेदारी सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य क्षत्रों के अधिकारीयों को दी जाए।

२५ एच.आय.वी/एड्स के कारण विधवा या निराश्रित हुई महिलाओं को उनकी वर्तमान आर्थिक स्थिति के अनुरूप सरकारी ऋण और लाभ मिलना सुनिश्चित हो, उनके माइके या ससुराल की संपत्ति के अनुसार नहीं।

ट) विपदा की परिस्थितियों में महिलाएँ - आपदा, संघर्ष, दंगे और युद्ध

आपदा, विस्थापन और संघर्षमय परिस्थितियों के परिणाम लिंगनुरूप (जेन्डर्ड) होते हैं। किसी भी मानवनिर्मित या प्राकृतिक आपदा का वंचित समूहों पर प्रभाव अधिक प्रतिकूल होता है और महिलाओं को अपने के सामाजिक वंचन के कारण दुगुनी या तिगुनी परेशानियाँ झेलनी पड़ती हैं। संघर्षमय परिस्थिती में महिलाओं पर शारीरिक और यौनिक अत्याचार एक अस्त्र है, दूसरे समुदाय पर आतंक, अपमान, बदला, 'वंश' संहार और नर संहार करने का। अल्पसंख्यक समुदायों की महिलाओं, महिला कैदियों और सशस्त्र संघर्ष के इलाकों से महिला श्रणार्थियों पर बलात्कार का उद्देश्य यौनिक अत्याचार ही नहीं होता, पर उनको ज़बरदस्ती गर्भवती बनाना भी होता है। विपदा से निकल कर आई महिलाओं पर इसके परिणाम गंभीर होते हैं, चाहे वे शारीरिक हों, भावनात्मक या यौनिक। यह उन्हें पूरी ज़िन्दगी सताते हैं और कई बार लंबे समय तक चलने वाली चिकित्सकीय समस्या, मानसिक हानी, एच.आय.वी./एड्स जैसी जानलेवा बीमारी, बांजपन, कलंक और/या परिवार और समाज द्वारा त्यागे जाने का भी रूप लेते हैं। यह एक वास्तविकता है कि जो लोग जाति, वर्ग, जेंडर और यौनिकता के ताने बाने की सीढ़ी में सबसे नीचे आते हैं उन्हें हिंसा, भेदभाव और शोषण का सबसे तीव्र रूप झेलना पड़ता है। अधिकांश आपदाओं के बाद एक पीढ़ी के व्यक्ति की दूसरी पीढ़ी के व्यक्ति से होने वाले विवाह व जबरन विवाह का प्रमाण बढ़ जाता है। शादी की उम्र की लड़कियों के लिए भी कलंक या अवैध मानव व्यापार का खतरा बढ़ जाता है।

उन महिलाओं के अधिकारों के उल्लंघन की तरफ विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है जिनके घर के पुरूष घुसपैठिया समूहों में या अन्य राजनीतिक दृष्टी से प्रतिबंधित संगठनों में हों । इसी प्रकार राजनीतीक संघर्ष के क्षेत्र में रह रही महिलाओं को भी सशस्त्र सेना, पुलिस और तो और घुसपैठियों से भी हिंसा, आतंक और नियंत्रण का सामना करना पड़ता है। रहन-सहन पर नियंत्रण और पहनावे पर सख्ती के कारण महिलाओं की परेशानियाँ और बढ़ जाती हैं और उनकी स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं तक पहुंच और सीमित हो जाती है। अर्ध-विधवाओं (जिनके पति पुलिस कार्रवाई, दंगों, संघर्षमय परिस्थितियों, युद्ध इत्यादि के कारण 'गायब' हो गए हों) और लापता बेटों की माताओं(मनमानी गिरफ्तारी के बाद गायब) को इन संकटों के आर्थिक, सामाजिक, विधिक एवं भावनात्मक प्रभाव भी सहन करने पड़ते हैं ।

शरणार्थी या विस्थापित महिलाओं के प्रति हिंसा तथा धार्मिक झगड़ों के मामले में स्वास्थ्य व्यवसायिकों की भूमिका तत्कालीन चिकित्सकीय राहत से कहीं आगे तक जानी चाहिए। स्वास्थ्य व्यवसायिकों के कौशल और ज्ञान की वजह से चिकित्सकीय सबूत और हस्तक्षेप को समाज एवं कानून की नजर में मान्यता मिलती है। इसलिए उन्हें ऐसी स्वीकृति प्राप्त है जो वर्ग या धर्म की सीमा के पार जाती है।अत: यदि चिकित्सा व्यवसाय हिंसा के विरुद्ध डट कर खड़ा होता है तो इसके सदस्य एक बड़े सामाजिक परिवर्तन के उत्प्रेरक बन सकते हैं।

*विपदा और संघर्ष की विशेष परिस्थिति में स्थित महिलाओं की तरफ से हमारी **माँगे** इस प्रकार हैं*

१ बचाव, राहत तथा सैन्य उद्देश से बनाए शिविरों में सभी मूलभूत सेवाएँ जैसे अन्न, पानी, स्वच्छता, स्वास्थ्यसेवा आदि मिलने की व्यवस्था की जाए। और इन में एकान्तता और पर्याप्त पानी तथा शौचालयों और स्नानघरों में कुड़ा फैकने की व्यवस्था भी सुनिश्चित की जाए।

२ साधन, संपत्ति और मुआवज़े की रकम निर्धारित करते समय महिलाओं को स्वतंत्र व्यक्ति माना जाए न केवल परिवार का एक भाग।

३ आपदा और संघर्ष के दौरान या पश्चात होने वाले महिलाओं के मानव अधिकारों के उल्लंघन की रोकथाम के लिए प्रयाप्त प्रयोजन किए जाएँ - जैसे कम उम्र में/जबरन या शादीशुदा पुरुष से विवाह, अवैध मानव व्यापार, बलात्कार इत्यादि। साथ ही महिलाओं के प्रति शारीरिक और यौनिक हिंसा से मुक्ति की गारन्टी की दिशा में काम किया जाए।

४ आपदा और संघर्ष से पीड़ित व्यक्तियों के लिए विशिष्ट स्वास्थ्य सेवा विकसित की जाए और उपलब्ध कराई जाए, जैसे काउंसलिंग, मनोचिकित्सा सेवा, रीकेनलाइज़ेशन (नसबंदी पलटाना), गोद लेना और सदमे पश्चात तनाव के लिए उपचार - जैसे योग, ध्यान और अन्य सहायक पद्धतियाँ।

५ जाति, धर्म, विकलांगता, वैवाहिक स्थिति और अन्य किसी आधार पर पुनर्वसन में भेदभाव को रोका जाए और भेदभाव करनेवालों के विरुद्ध कार्रवाई की जाए।

६ वैयक्तिक और सामाजिक न्याय सुनिश्चित करने के लिए मुफ्त और सुलभ न्यायिक सहायता उपलब्ध कराई जाए।

७ उल्लंघन करनेवालों के विरुद्ध कार्यवाही की जाए और पीड़ितों को पर्याप्त मुआवज़ा दिया जाए। साथ ही उन्हें बिना शर्त, सम्मान से, सुरक्षित घर और पहले के रोज़गार तक वापसी सुनिश्चित कराई जाए।

ठ) सरकारी संस्थाओं में रह रही महिलाएँ

कारावास, रिमांड होम, मानसिक संस्था, अस्पताल, बाल या 'सुधारगृह', भिक्षुक-गृह, सरकारी अनाथालय और वृद्धाश्रम जैसी सरकारी संस्थाओं में रह रही महिलाओं को इस बात का बहुत खतरा होता है कि वे स्थायी या अस्थायी रूप से कैद होती हैं। व्यवस्था की विविध खामियों के कारण जैसे कठोरता, पुराने कानून, नैतिक निगरानी (moral policing) और ऐसे अनेक कारणों से महिलाओं को न्याय देने में देर की जाती है या न्याय नकारा जाता है । साथ ही वे आवश्यक से ज़्यादा समय संस्थाओं में अटकी रहती हैं, स्वतंत्र होने की खास अपेक्षा बिना।

जिनपर उनकी सुरक्षा का जिम्मा दिया गया है, ऐसे ही लोग अक्सर निवासी महिलाओं का शोषण करते हैं। उन्हें दो तरह से अक्षम किया जाता है - एक तरफ हिरासत के कारण लगने वाला सामाजिक कलंक और भेदभाव और दूरी तरफ ऐसी संस्थात्मक व्यवस्था की दया पर रहना जो उन्हें इन्सान तक नहीं मानती और अती अमानवीय होती है। इन्हें कई बार परिवार द्वारा त्याग दिया जाता है और कानूनी तथा चिकित्सकीय सेवा के अभाव में यह उपेक्षा व हिंसा की पात्र बन जाती हैं। संस्थाओं में क्रूर और अनैतिक व्यवहार बिना रोक टोक चलता है (दंड, अनावश्यक ऑपरेशन या दवाएँ, यौनिक अत्याचार और बलात्कार, चिकित्सकीय परीक्षणों के लिए उपयोग तथा यौन व्यापार और शरीर के अंगों का व्यापार)। संसाधन घटाने और कर्मचारियों का काम बढ़ाने (विशेषतः तृतिय और चतुर्थ श्रेणी के कर्मचारीयों का) के कारण संस्था में रहने वालों को पर्याप्त वस्त्र, अन्न और सेवा भी प्राप्त नहीं हो पाती। इसलिए संस्थाओं में रह रही महिलाओं के स्वास्थ्य और मानव अधिकार अत्यंत महत्त्वपूर्ण हैं और उनकी तरफ तुरंत ध्यान देने की ज़रूरत है।

*अतः संस्थाओं में रह रही महिलाओं की तरफ से हमारी **माँगें** हैं*

१ सभी महिलाओं के साथ आदर और सम्मान के साथ बर्ताव किया जाए। उनके मानव अधिकार, नागरी अधिकार(मतदान आदि) और कानूनी अधिकार(संपत्ति और उत्तराधिकार, कानूनी प्रतिनिधित्व, क्षतिपूर्ती इत्यादि) का संरक्षण सुनिश्चित किया जाए।

२ संस्था में रहने वालों का वैयक्तिक सुरक्षा और एकजुटता का मानव अधिकार सुरक्षित किया जाए और विशेषतौर पर यातना, शारीरिक हानी, शोषण और अपमान से मुक्ति सुनिश्चित की जाए।

३ संस्था में रहने वाली महिलाओं के जीवन, तन, मन और स्वास्थ्य पर संस्था चलाने वालों के अनिर्बंध नियंत्रण को समाप्त किया जाए।

४ शारीरिक दंड और अपमानित करने के अन्य तरीकों पर प्रतिबंध लगाया जाए, संस्था में रहने वाले अन्य लोगों व कर्मचारियों द्वारा किए गए मानव अधिकारों के उल्लंघन का निरीक्षण किया जाए और उल्लंघन करने वालों के विरुद्ध कानूनी कार्रवाही की जाए और उन्हें दंड दिया जाए।

५ अवैध मानव व्यापार, जबरन मजदूरी और जबरन वेश्यावृति से मुक्ति सुनिश्चित की जाए ।

६ संस्था में रहने वाली महिलाओं को समय-समय पर पूरे शरीर, कूल्हे और स्तन की जाँच, पॅपस्मिअर, अल्ट्रासोनोग्राफि और मॅमोग्राम जैसे रोकथाम के उपायों समेत उचित मानकों के अनुकूल समग्र स्वास्थ्यसेवा उपलब्ध कराई जाए। संस्था में रहने वाली महिलाओं और उनके नवजात शिशुओं के लिए प्रसव-पूर्व और पश्चात सेवा उपलब्ध कराई जाए।

७ महिलाओं को अपने शिशु तथा बच्चों की देखभाल के प्रबंध में शामिल किया जाए; यदी कभी किसी बच्चे को माँ से अलग करना पड़े तो माँ को निरंतर उसकी जानकारी दी जाए और बच्चे तक पहुँचने के उचित अवसर भी दिए जाएँ ।

८ निवासी महिला पर नियंत्रण बनाने या उसे यातना देने के लिए उसके नवजात शिशु या बच्चे की उपस्थिती को उपयोग करने पर रोक लगाई जाए।

९ बालिकाओं और किशोरियों के सुरक्षित तथा अच्छे घरों में पालन-पोषन तथा गोद लिए जाने के अधिकार को संभव बनाया जाए।

१० माँ द्वारा अपने बच्चे को पालन-पोषण और गोद के लिए देने के अधिकार को सुनिश्चित किया जाए, पर कभी भी उसकी इच्छा के विरुद्ध उसे अपने बच्चे से शारीरिक या भावनात्मक रूप से अलग न किया जाए।

११ नियमित स्वास्थ्य जाँच, बिमारी की जल्द पहचान और उपचार, काउन्सलिंग (मार्गदर्शन), दूसरे डॉक्टर से राय लेने का अधिकार और चिकित्सकीय परीक्षन के दौरान महिला सहायक की अनिवार्य उपस्थिती की व्यवस्था उपलब्ध कराई जाए।

१२ चिकित्सकीय रिकॉर्डों में गोपनीयता तथा एकांतता का अधिकार सुनिश्चित किया जाए।

१३ देश भर में सभी महिलाओं की, उनकी कानूनी स्थिति के आधार पर भेदभाव किए बिना, स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच सुनिश्चित की जाए। इसमें प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, निदान और उपचार

सुविधा और संस्था में रहने वालों को आवश्यक और समय पर सेवा तथा रेफरल देने वाली सेवा संस्थाओं की उपलब्धता और पहुँच का समावेश हो।

१४ संस्था में रह रही महिलाओं का अनैतिक और/या काट-पीट करने वाले, दवा या टीके का परीक्षण(क्लीनिकल ट्रायल) करने वाले अध्ययन या अनावश्यक चिकित्सकीय या शस्त्रक्रियात्मक (सर्जरी) उपचारों से संरक्षण किया जाए। उनका पुर्ण जानकारी सहित सहमति देने का अधिकार सुनिश्चित किया जाए । इसमें चिकित्सकीय, समाजशास्त्र तथा दवा/टीका/ तकनीक के परीक्षण में भाग लेने से इन्कार करने का अधिकार शामिल है।

१५ चिकित्सकीय अधिकारों का उल्लंघन होने पर संस्था में रहने वाली महिलाओं की चिकित्सकीय बोर्ड (सामाजिक कार्यकर्ता या मनोवैज्ञानिक एवं राज्य महिला आयोग या अन्य महिला संघटन के प्रतिनिधी भी सम्मिलित हों) के सामने कानूनी सलाह तथा क्षतिपूर्ती के साधन तक पहुंच सुनिश्चित की जाए।

१६ चिकित्सकीय अधिकारी को यह ज़िम्मेदारी दी जाए कि यदि लम्बे समय तक बन्धन में रखे जाने से महिला के स्वास्थ्य और कुशलता पर हानीकारक प्रभाव पड़ने की संभावना हो तो संबंधित अधिकारीयों को इस बात की सूचना/रिपोर्ट दे।

१७ आवश्यकता पड़ने पर सुधार के साधन (चश्मा, हीयरिंग एड (श्रवणयंत्र), कॅलिपर, वीलचयर आदि) तथा पूरक अहार उपलब्ध कराए जाएँ।

१८ पीने और स्नान के लिए पर्याप्त पानी, और अच्छे से पकाया गया और सही समय पर दिया गया पौष्टिक और संतुलित भोजन उपलब्ध कराया जाए।

१९ स्वास्थ्य की जरूरतें पूरी करती रहने के लिए आवास की व्यवस्था की जाए जिसमें मौसम की स्थिति, सुरक्षा व साफ-सफाई के मानकों का उचित ध्यान गिया जाए, जैसे स्वच्छ हवा, न्यूनतम क्षेत्रफल (फ्लोर स्पेस), रोश्नी व हवा आने-जाने की व्यवस्था, मच्छरदानी के साथ सोने की व्यवस्था और पर्याप्त नहाने व माहवारी में स्वच्छता रखने की व्यवस्था आदि।

२० अंतरवस्त्र और माहवारी के लिए पॅड व पर्याप्त और साफ कपड़े उपलब्ध कराए जाएँ।

२१ रोजगार और व्यवसायिक प्रशिक्षण सहित शिक्षा, मनोरंजन और सृजनात्मक कार्यों के लिए अवसर उपलब्ध कराए जाएँ।

२२ मानसिक अस्पताल, अनाथालय, आश्रमशाला या आश्रयगृह जैस गैर-अपराधी कारणों से संस्था में रहने वाली महिलाओं के मामले में महिला के उस संस्था में रहने या उसे छोड़ने के निर्णय को अंतिम माना जाए।

२३ परिसर में पूर्णकालीन काउन्सलर(मार्गदर्शक) और सामाजिक कार्यकर्ता उपलब्ध कराए जाएँ।

२४ परिवार महिला के संस्था में जाने को स्वीकार सके और इससे निपट सके, और महिला के वापस आने के बाद फिर से उसके साथ ताल-मेल बिठा सके, इसके लिए लिए परिवारों को काउन्सलिंग(मार्गदर्शन) देने का प्रावधान किया जाए।

२५ परिवार महिला की देखभाल की ज़िम्मेदारी संभाल सके और उन्हें इस काम से कुछ राहत मिल सके, इसके लिए वैकल्पिक अल्प-कालीन आश्रय-गृह, दिवसीय देखभाल करनेवाले केंद्र(डे-केयर) और समुदाय-स्थित आश्रय-गृह का प्रावधान किया जाए ।

ड) अल्पसंख्यक धर्म, जाति और वंश की महिलाएँ

नाज़ुक और अकसर अस्थिर परिस्थिती में रहने के कारण अल्पसंख्यक धर्म, जाति और वंश की महिलओं की स्वास्थ्य की कुछ विशेष ज़रूरतें होती हैं। बहुसंख्यक राजनीती और अल्पसंख्यक भय, दोनों ही इन महिलाओं के दैनिक जीवन, सुरक्षा, आत्मनिर्भरता और कुशलता को निरंतर प्रभावित करते हैं। यह बहुसंख्यक एवं अल्पसंख्यक, दोनों ही समुदायों के मूलतत्ववाद और रूढ़ीवाद के कारण दोहरी परेशानियाँ झेलती हैं। बहुसंख्यक समूहों में अल्पसंख्यकों के बारे में मिथक, पूर्वग्रह और अज्ञान के कारण अल्पसंख्यक महिलाओं की स्वास्थ्यसेवा, शिक्षा, रोज़गार, गतीशीलता और लाभदायक रोज़गार तक पहुंच और संकुचित होती है। अल्पसंख्यक महिलाओं के मुद्दों को संचार माध्यम द्वारा अनदेखा करने या कभी-कभी अत्यधिक ध्यान देने के कारण भी, विशेषतः यौनिकता संबंधित मुद्दों पर, अलपसंख्य महिलाओं के लिए अपनी मांगें सामने लाने की निर्पेक्ष जगहें सीमित हो जाती हैं।

बड़े पैमाने पर जातीय या धार्मिक कलेश की स्थिति हो या किसी स्थानिक घटना का बदला लेना हो, दोनो ही परिस्थितियों में देखा जाता है कि दलित महिलाओं पर अत्याचार और सामाजिक हिंसा में यौनिक जुर्म बढ़ जाते हैं। बहुसंख्यक राजनीती और द्वेष के वातावरण में न्याय व विचिकित्सा सेवा तक पहुंच तो कम होती ही है, साथ में अपने खुद के समुदाय में भी महिला होने के कारण बहिष्कार किए जाने की संभावना बढ़ जाती है।

*इसलिए अल्पसंख्यक महिलाओं की तरफ से हमारी **माँगे** इस प्रकार हैं*

१ अल्पसंख्यक समूहों की सभी महिलाओं की शारीरिक सुरक्षा सुनिश्चित की जाए, विशेषतः कलेश और दंगों की स्थिति में । जब भी अल्पसंख्यक महिलाओं के प्रति हिंसा हो, तो सरकार की तरफ से यथा संभव प्रयास सुनिश्चित करे जाएँ।

२ महिलाओं के प्रजनन और यौनिक अधिकारों का संरक्षण किया जाए और उल्लंघन करनेवालों के विरुद्ध कार्यवाही की जाए।

३ देश के अंदर ही विस्थापित महिलाओं की अवैध मानव व्यापार, राहत शिविरों में हिंसा और कम उम्र में शादी तथा जबरन शादी से रक्षा की जाए। अपने घर और उपजीविका तक बिना शर्त तथा सामाजिक न्याय के साथ वापस लौटने के अधिकार की पूर्ती की जाए, सरकार द्वारा यह गारंटी दी जाए कि ऐसे उल्लंघन दोहराए नहीं जाएँगे और अपराधियों द्वारा क्षमा-याचना की जाए।

४ तत्काल और सकारात्मक उपायों द्वारा, बिना भेदभाव व कलंक, सभी महिलाओं की उपजीवीका की रक्षा की जाए और स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा, रोज़गार और आवास तक पहुंच सुनिश्चित की जाए ।

५ जाति, संस्कृति, धर्म या वंश पर आधारित भेदभाव की रोकथाम की जाए । सभी महिलाओं के लिए परिवार और शादी में समान अधिकार निश्चित किए जाएँ । इनमें तलाक, बच्चा गोद लेना, उत्तर अधिकार तथा ज़मीन और संपत्ति के स्वामित्व और इस तक पहुंच से संबंधित अधिकार का भी समावेश हो।

६ भेदभाव से पीड़ित परिप्रेक्ष्य से आने वाली सभी महिलाओं को सकारात्मक भेदभाव (आरक्षण) उपलब्ध कराया जाए।

७ धर्म निर्पेक्ष न्यायालयों से बाहर जात-पंचायत या धार्मिक समूहों द्वारा किए जाने वाले सभी मुकदमों को नामंज़ूर किया जाए और गैर-कानूनी माना जाए।

८ संचार माध्यम और स्वास्थ्य प्रदाताओं को विविध अल्पसंख्यांक समूहों की महिलाओं के बारे में सांचेबद्ध पतिमा (स्टीरियोटाइप) को बढ़वा देने या बनाए रखने से रोका जाए। ऐसा करने के लिए उन्हें इन महिलाओं के समाज में विशेष दर्जे के प्रति संवेदनशील बनाया जाए, जो अलग होते हुए भी समान हैं ।

९ इस बात पर ध्यान दिया जाए कि सभी चिकित्सकीय और स्वास्थ्य हस्तकक्षेपों की रचना सांस्कृतिक संवेदनशीलता के साथ की जाए, परंतु उसमें किसी भी समूह को अधिक महत्ता नहीं दी जाए ना ही धर्म या संस्कृति के नाम पर किसी भी मानव अधिकार के उल्लंघन को उचित माना जाए।

१२ समारोप

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद में स्वास्थ्य अधिकारों पर महिलाओं के दृष्टिकोण एवं संबंधित मांगों का संकलन करते समय हमने कोशिश की है कि विविध परिस्थितियों में रह रही, असमान जगह पर स्थित महिलाओं के बीच के अंतर को सीधे-सीधे संबोधित करें। इस सनद में हमने कोशिश की है कि **सभी** महिलाओं का इसमें समावेश हो और यह इच्छा जताई है कि उनके प्रति सभी प्ररकार के भेदभाव का उन्मूलन हो, विशेषतः स्वास्थ्य व स्वास्थ्य सेवा के संदर्भ में। साथ ही हम महिलाओं और पुरुषों के बीच समानता को अपना लक्ष्य बना कर चलते हैं।

भोपाल में जन स्वास्थ्य अभियान के द्वितीय राष्ट्रीय स्वास्थ्य सम्मेलन में प्रकाशित करने से दो हफ्ते पहले, अब जब हम इसे अखिरी रूप दे रहे हैं तो हम यह समझ पा रहे हैं कि यह दस्तावेज़ अभी भी पूरा नहीं है। फिर भी हम यह कामना करते हैं कि इसकी सहायता से विविध समूह अपने पैरवी के कार्य में 'स्वास्थ्य और विकास' के मुद्दे जोड़ सकेंगे। अधिकार केवल बढ़ ही सकते हैं, इसलिए हम यह कामना करते हैं कि यह सनद आने वाले समय में बढ़ती जाए और स्वास्थ्य संबंधित अधिकारों व माँगों की पैरवी करने हेतु अभियानों व आंदोलनों के लिए सहायक सिद्ध हो।

अब आईये यह सुनिश्चित करें कि इस सनद में दी गई माँगें एक दिव्यस्वप्न बन कर ना रह जाए। अभी नई और अनजानी माँगों के विभिन्न पहलुओं के बारे में चर्चा करना, उन्हें समझना और फिर आत्मसाद करना बाकी है। हमे सरकार पर अब दबाव डालना है कि वह इन माँगों को पूरा करे - न केवल कानूनों व नीतियों में लिखाई में, पर ज़मीनी स्तर पर वास्तव में भी। साथ ही हमें सरकार पर यह दबाव भी डालना है कि वह एक ऐसे वातावरण का निर्माण करे जिससे भारत में सभी महिलाएँ समान स्वास्थ्य स्तर और समग्र स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं तक, बुनियादी मानव अधिकार होने के नाते, समान पहुँच प्राप्त कर सकें। इन उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए हमारा अन्य आंदोलनों से संपर्क अत्यंत महत्वपूर्ण है।

आज (अंतर्राष्ट्रीय महिला दिवस पर), हम यह सनद भारत में रह रही सभी महिलाओं को समरित करते हैं। बहुत दुख के साथ हम उन महिलाओं का स्मरण करते हैं जिन्होंने स्वास्थ्य सुविधाओं के अभाव या गरीबी, उपेक्षा और हिंसा के कारण व्यर्थ में अपनी जानें गवाईं। हम स्वास्थ्य सेवा के इस वंचन को महिलाओं के मानव अधिकारों का उल्लंघन मानते हुए इसके विरुद्ध अपनी आवाज़ उठाते हैं। उन सभी महिलाओं के सम्मान में जिन्होंने वैयक्तिक या संरचनात्मक हिंसा का सामना किया है, हम वचन लेते हैं कि हम भेदभाव, दमन और वंचन के विरुद्ध लड़ेंगे और अमन और न्याय की ओर बढ़ेंगे।

भारतीय महिलाओं की स्वास्थ्य सनद

NDWHD

राष्ट्रीय परिषद

महिला, स्वास्थ्य और विकास'