



# கேசத்தின் குழல்

இந்தியாவில்

பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா ?



## அறிமுகம்

உலகில் மிக அதீக மக்கள்தொகை கொண்ட நாடுகளின் வரிசையில் இந்தியா தொடர்ந்து இரண்டாவது இடத்தில் இருந்து வருகிறது. 2011 ஆம் ஆண்டு நடத்தப்பட்ட கணக்கெடுப்பின்படி இந்தியாவின் மக்கள்தொகை 121 கோடியாகும். அதில், ஆண்கள் மற்றும் பெண்கள் முறையே 62.3 மற்றும் 58.6 கோடியாகும் (இந்திய மக்கள்தொகை கணக்கெடுப்பு 2011). நாட்டின் மக்கள்தொகை வளர்ச்சி விகிதமானது பல ஆண்டுகளாகவே தொடர்ந்து அதிகரித்துவந்துள்ளது. இருப்பினும், சமீபகாலமாக அதன் வேகம் சுற்றுக்குறையத் துவாக்கியுள்ளது. அதாவது 1991 முதல் 2001 வரையிலான பத்தாண்டுகளில் 21.5 சதவீதமாக இருந்த மக்கள்தொகையின் வளர்ச்சி விகிதம் 2001-2011 ஆம் ஆண்டுகளில் 17.6 சதவீதமாகக் குறைந்துள்ளது. இந்தியாவில், ஆண்பெண் பாலின விகிதாச்சாரமானது ஆண்களுக்குச் சாதகமாகவே இருந்து வருகிறது. 2011 ஆம் ஆண்டு புள்ளிவிவரப்படி நாட்டின் ஒட்டுமொத்த பாலின விகிதாச்சாரம் 944 ஆகும். அதாவது 1000 ஆண்களுக்கு 944 பெண்கள் என்ற நிலையில் உள்ளது. 2001 முதல் 2011 வரையிலான 10 ஆண்டுகளில் நாட்டின் ஒட்டுமொத்தப் பாலின விகிதாச்சாரம் சுற்று அதிகரித்துள்ளது என்ற போதிலும், ஆறு வயதுக்குப்பட்ட குழந்தைகளின் பாலின விகிதாச்சாரம் 927 லிருந்து 917 ஆக குறைந்துள்ளது. (இந்திய மக்கள்தொகை கணக்கெடுப்பு 2011). இந்தியாவில் பெண்களின் நிலை மிகவும் பின்தங்கியிருப்பதையும், ஆண் - பெண் பாலின ஏற்றத்தாழ்வுகள் அதிகரித்து வருவதையுமே மேற்சொன்ன பாலின விகிதாச்சாரப் புள்ளி விவரங்கள் தெரிவிக்கின்றன. 2011 ஆம் ஆண்டு நடத்தப்பட்ட கணக்கெடுப்பின்படி நாட்டின் மக்கள் தொகையில் 30 சதவீதம் 15-24 வயதுக்குப்பட்ட இளைஞர்களாகவும், ஜந்தில் ஒருவர் வளரினாம் பருவ வயதினராகவும் (10-19 வயது) உள்ளனர் (இந்திய மக்கள்தொகை கணக்கெடுப்பு 2011). நாட்டின் மக்கள் தொகையில் கடந்த 50 ஆண்டுகளில், வயது அடிப்படையில் ஏற்பட்டு வரும் மாற்றங்களைக் காண்றும் போது நமக்குப் பின்வரும் இரண்டு முக்கீய விஷயங்கள் தெரிகின்றன. முதலாவதாக, மொத்த மக்கள்தொகையில் 0-14 வயது குழந்தைகளின் சதவீதம் தொடர்ந்து குறைந்து வருகிறது. அதாவது 1971 இல் 41.2 சதவீதமாக இருந்த குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை 1991 இல் 36.3 ஆக குறைந்தது. அது மேலும் வீழ்ச்சியடைந்து 2011 இல் 29.5 சதவீதமாக மாறியுள்ளது. இரண்டாவதாக, 15-59 வயதுப் பிரிவிலுள்ள மக்களின் சதவீதம் தொடர்ந்து அதிகரித்து வந்துள்ளது. 1971 இல் 53.4 என்ற சதவீதத்திலிருந்து 1991 இல் 57.7 ஆகவும் 2011 இல் 62.5 சதவீதமாக அதிகரித்துள்ளது. மாதிரி கணக்கெடுப்பு அமைப்பு 2012). ஒரு காலகட்டத்தில், இந்திய மக்கள்தொகையில் குழந்தைகள் வயதுப்பிரிவில் அதீக எண்ணிக்கையிலானோர் இருந்தனர். ஆணால் தற்போது இளைஞர்கள் மற்றும் பெரியவர்கள் அதிகம் கொண்ட ஒரு அமைப்பாக மாறியுள்ளது. பிறப்பு விகிதம் குறைந்து

வருவதும், மக்களின் சராசரி ஆயுட்காலம் தொடர்ந்து அதிகரித்து வருவதுமே இதற்கு முக்கீயக் காரணமாகும். மாதிரி கணக்கெடுப்பு அமைப்பின் 2012 ஆம் ஆண்டு கணிப்பின்படி நமது நாட்டின் பிறப்பு மற்றும் இறப்பு விகிதங்கள் முறையே 21.6 மற்றும் 7 ஆகும். அதாவது 1000 மக்கள் தொகையுள்ள ஒரு பகுதியில் ஓராண்டில் 22 பிறப்புகளும் ஏழு இறப்புகளும் சராசரியாக நிகழ்கின்றன. கிராம - நகர அடிப்படையில் பிறப்பு மற்றும் இறப்பு விகிதமானது மிகவும் வேறுபடுகிறது. உதாரணமாக, கிராமத்தின் பிறப்பு விகிதம் 23.1 மற்றும் நகரத்தில் 17.4 ஆகவும் உள்ளது. இந்தியாவின் சிச இறப்பு விகிதம் 42 ஆகும். அதாவது உயிருடன் பிறந்த ஒரு லிடைச் குழந்தைகளில் 42 பேர் ஒரு வயது பூர்த்தியடையும் முன்பே இறந்து விடுகின்றன (மாதிரி கணக்கெடுப்பு அமைப்பு 2012). சிச இறப்பு விகிதமானது கிராம-நகர மற்றும் பாலின அடிப்படையில் மிகவும் வேறுபடுகிறது. பொதுவாக வளர்ந்த நாடுகளில் சிச இறப்பு விகிதமானது ஆண் குழந்தைகள் மத்தியில்தான் அதிகம் காணப்படுகிறது. ஆணால், நம் நாட்டில் பெண் சிசகளின் இறப்புக்கள் அதிகம் நிகழ்கின்றது. ஆண்-பெண் சமூகப் பாகுபாடு குறிப்பாகப் பெண் குழந்தைகளைப் பாரபட்சமாக வளர்ப்பது மற்றும் புருக்களிப்பது தான் இதற்கு முக்கீயக் காரணமாகும். கிராமப் பகுதியின் சிச இறப்பு விகிதம் 44 இது நகரப் பகுதியின் புள்ளி விவரத்தோடு ஒப்பிடுகையில் 1.62 மடங்கு அதிகமாகும் (மாதிரி கணக்கெடுப்பு அமைப்பு 2012). தேசிய குடும்ப நல ஆய்வு 2005 - 2006 ஆம் ஆண்டு முடிவின்படி தாழ்த்தப்பட்ட (66) மற்றும் மழுங்குழுமினப் பெண்கள் (62) மத்தியில் சிச இறப்பு விகிதம் மிக அதிகமாகவும் இதரப் பிரிவினர் மத்தியில் குறைவாகவும் (57) உள்ளது. அதுபோலவே, குடும்பத்தின் பொருளாதார நிலைக்கும், சிச இறப்பு விகிதத்திற்கும் எதிர்மறையான தொடர்பு நிலவுகிறது. ஏழைக் குடும்பப் பெண்கள் மத்தியில் சிச இறப்பு விகிதம் 70 ஆகவும், நடுத்தர மற்றும் வசதியான குடும்பத்தினர் மத்தியில் 58 மற்றும் 29 ஆகவும் உள்ளது (சர்வதேச மக்கள்தொகை அறிவியல் மையம் 2007). 2013 ஆம் ஆண்டு வெளிவந்துள்ள தகவல்களின்படி ஆண்களின் சராசரி ஆயுட்காலம் 65 ஆண்டுகளாகவும், பெண்களுக்கு 68 ஆண்டுகளாகவும் உள்ளது (மக்கள்தொகை ஒப்பிட்டு 2013). இருபாலின் சராசரி ஆயுட்காலமானது கடந்த சில ஆண்டுகளாகவே பார்ப்படியாகவே உயர்ந்து வருகிறது. இருந்தாலும் ஆண்களோடு ஒப்பிடுகையில் பெண்களின் சராசரி ஆயுட்காலமானது சுற்று வேகமாக அதிகரித்துள்ளது. மகப்பேறு மரணங்கள் தொடர்ந்து குறைந்து வருவதே இதற்கு முக்கீயக் காரணமாக இருக்கக் கூடும்.

நாட்டின் பொருளாதார நிலையில் கடந்த பதினெட்டாண்டுகளாக நல்ல முன்னேற்றம் ஏற்பட்டுள்ள போதிலும், சுகாதாரத்திற்கான அரசின் முதல்கேள் ஏதும் அதிகரிக்கவில்லை. அதாவது, நமது உள்நாட்டு உற்பத்தி மூலம் கிடைக்கும் வருமானமானது (ஜீஷபி). இந்நாற்றாண்டின்

தொடக்கத்திலிருந்து கனிசமாக அதிகரித்து வந்துள்ளது. இருப்பினும், இந்தியாதனதுஜீபி-இல் 4 சதவீதத்திற்கும் குறைவானநிதியையேசுகாதாரத்திற்குச் செலவிடுகிறது. உலக சுகாதார மையத்தின் பரிந்துரை அளவைவிட இது மிகவும் குறைவு. சுகாதாரத்திற்கான நிதி ஒதுக்கீடு நம் நாட்டில் நீண்டகாலமாகவே நிலையான ஒன்றாக இருந்து வருகிறது. 1995 இல் 4 சதவீதமாக இருந்து, 2004 ஆம் ஆண்டு அது 5 சதவீதமாக சுற்று உயர்ந்து. அடுத்த ஆண்டே 4 சதவீதமாகக் குறைக்கப்பட்டு இன்றுவரை அதே நிலையில் தொடர்கிறது (உலக சுகாதார மையம் 2013). உலக நாடுகள் ஒவ்வொன்றும், தனது உள்நாட்டு உற்பத்தி மூலம் கிடைக்கும் வருவாயில் எவ்வளவு சதவீதத்தைச் சுகாதாரத்திற்காகச் செலவிடுகிறது என்ற படியலில் இந்தியா மிகவும் பின்தங்கியுள்ளது. 2001-2010 ஆம்

ஆண்டுவரை நம் நாட்டின் மொத்த வருவாயில் ஒரு சதவீதத்திற்கும் குறைவான நிதியையே சுகாதாரத்திற்காக அரசு செலவிடுகிறது. 2011-12 ஆம் நிதியாண்டில் அது சுற்று அதிகரித்து 1.04 சதவீதமானது (திட்டக்குழு 2012). அதாவது, நம் நாட்டின் ஒட்டுமொத்த சுகாதாரச் செலவில் அரசின் பாங்களிப்பு 31 சதவீதம் மட்டுமே. எஞ்சியுள்ள 69 சதவீதமானது மக்களின் சொந்தப் பணத்திலிருந்து செலவழிக்கப்பட்டுள்ளது. தென்கிழக்கு ஆசியாவில் சுகாதாராத்திற்காக மக்கள் அதிகம் செலவு செய்யும் நாடுகளின் வரிசையில் இந்தியா மூன்றாம் இடத்தில் உள்ளது (உலக சுகாதார மையம் 2012). சுகாதார செலவுகள் குறித்து இந்தியாவிலுள்ள ஒரு மாநிலங்களில் 2011 ஆம் ஆண்டு ஓர் ஆய்வு நடத்தப்பட்டது. அந்த ஆய்வு முடிவுகளின்படி

## அட்டவணை 1. இந்தியாவில் மக்கள்தொகை குறித்த அடிப்படை விவரங்கள்

குறியீடுகள்	வருடம்			
	1991	2001	2011	2013
மக்கள்தொகை (பில்லியனில்)	846	1026	1210	தகவல் இல்லை
பாலின விகிதாச்சாரம் (1000 ஆண்களுக்கு எத்தனை பெண்கள் என்ற அடிப்படையில்)	927	933	940	தகவல் இல்லை
0-6 வயது குழந்தைகள் மத்தியிலான பாலின விகிதாச்சாரம் (1000 ஆண் குழந்தைகளுக்கு எத்தனை பெண் குழந்தைகள் என்ற அடிப்படையில்)	945	927	914	தகவல் இல்லை
மொத்த மக்கள்தொகையில் வளரிளாம் பருவத்தினரின் (10 - 19 வயது) சதவீதம்	21.2	22.8	21.2	தகவல் இல்லை
மொத்த மக்கள்தொகையில் இளைஞர்களின் (10 - 24 வயது) சதவீதம்	30.1	30.5	தகவல் இல்லை	தகவல் இல்லை
மனிதனின் சராசரி ஆயுட்காலம் ஆண் பெண்	58 (1990) 59	60 (2000) 63	64 (2011) 67	65  68

ஆதாரம் - 1991, 2001 மற்றும் 2011 மக்கள்தொகைக் கணக்கெடுப்பின் அறிக்கைகள் <http://censusindia.gov.in>. விருந்தும் உலக மக்கள் தொகை புள்ளிவிவர அட்டவணை (2013) மற்றும் உலக வர்க்கியின் கணிப்புகள்

## அட்டவணை 2. சுகாதாரத்திற்காக இந்தியாவில் செலவிடப்படும் நிதி குறித்த புள்ளி விவரங்கள்

குறியீடுகள்	வருடம்				
	1995	2004	2005	2010	2011
உள்நாட்டு உற்பத்தி மூலம் கிடைக்கும் வருவாயில் எவ்வளவு சதவீதம் சுகாதாரத்திற்கு செலவிடப்படுகிறது.	4	5	4	4	4
சுகாதாரத்திற்கான மொத்த செலவில் எவ்வளவு சதவீதம் அரசாங்கம் செலவிடுகிறது.	26	21	-	28	31
சுகாதாரத்திற்கான மொத்த செலவில் எவ்வளவு சதவீதத்தை மக்கள் தங்களது சொந்தப் பணத்திலிருந்து செலவிடுகிறார்கள்.	68	72	-	62	60

ஆதாரம் : உலக சுகாதாரப் புள்ளிவிவரங்கள் 2012 மற்றும் 2013

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெற்றுடிகிறதா?

15 நாட்களுக்குள் ஏதேனும் ஒரு பிரச்சனையால் நோய்வாய்ப்பட்டு புறநோயளியாக சீகிச்சை பெற்றதற்கு ஒரு நபருக்கு சராசரியாக 1063 ரூபாய் செலவாகியுள்ளது. அதுபோலவே, ஓராண்டிற்குள் மருத்துவமனையில் தங்கி சீகிச்சை பெற்ற ஒரு நபர் 14,704 ரூபாய் செலவுசெய்துள்ளார் (பிரையாஸ் 2012). இந்தியாவில் சுகாதாரச் சேவையைய் பெற மக்கள்

அதிகப் பணம் செலவு செய்ய நேரிடுகிறது. குறிப்பாக, ஏழை மற்றும் நலிவடைந்த பிரிவு மக்கள் சுகாதாரச் சேவையைப் பெறுவதற்கு ஒரு பெரும் தடையாக உள்ளது. எனவே, 120 கோடிக்கும் மேற்பட்ட மக்களின் சுகாதாரத் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்வதற்கு நமது அரசாங்கங்கள் சுகாதாரத்திற்கான மூலதனத்தை அதிகரிப்பது மிகவும் அவசியமாகிறது.

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?

இந்தியா பல சர்வதேச ஒப்பந்தங்கள் மற்றும் உடன்படிக்கைகளில் கைமொப்பமிட்டுள்ளது. அதில் மிகவும் முக்கீமயானவைகள் சீல, பின்வருமாறு: சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான சர்வதேச உடன்படிக்கை (International Covenant on Civil and Political Rights – CCPR), பொருளாதார மற்றும் சமூக கலாச்சார உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்கான சர்வதேச உடன்படிக்கை (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights–CESCR), பெண்களுக்கெதிரான அனைத்து வகையான பாகுபாடுகளையும் களைவதற்கான உடன்படிக்கை (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women – CEDAW), குழந்தை உரிமைகளுக்கான உடன்படிக்கை (Convention on the Right of Child – CRC), சர்வதேச மக்கள்தொகை மற்றும் முன்னேற்றம் குறித்த மாநாட்டுப் பிரகடனம் (International Conference on

Population and Development Programme of Action – ICPD.POA) மற்றும் நூற்றாண்டு வளர்ச்சி இலக்குகள் (Millium Development Goals – MDG's) அடிப்படையில் அறிக்கைகள் சமர்ப்பிக்கவும் இந்தியா ஒப்புக்கொண்டுள்ளது.

1994இல் நடைபெற்ற சர்வதேசமக்கள்தொகை (ஜசிபிடி) மாநாட்டைத் தொடர்ந்து மக்களின் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை (எஸ்ஆர்ஆர்) மேம்படுத்த நமது இந்திய அரசு கொண்டு வந்துள்ள கொள்கைகள் மற்றும் தீட்டாங்களை ஆய்வு செய்வது விவரிக்கையின் முக்கீய நோக்கமாகும். மேலும், கிவ்வாய்வின் அடிப்படையில் எஸ்ஆர்ஆர் உரிமைகளை அனைவரும் பெறுவதிலுள்ள தடைகளைக் கண்டிரிந்து அதற்கு தக்க பரிந்துரைகளை உருவாக்குவது என்ற நோக்கத்திலும் கிக்கொள்கை குறிப்பு தயாரிக்கப்பட்டுள்ளது.

## 1. இந்திய மக்களின் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகள் குறித்த நிலைவரம்

### அ. பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க நலன் குறித்த கொள்கைகள்

1951 ஆம் ஆண்டு இந்தியாவில் குடும்ப நலத்திட்டம் அறிமுகப் படுத்தப்பட்டது. உலகில் முதன்முதலில் குடும்பநலத் தீட்டத்தை அரசுத் தீட்டமாகக் கொண்டு வந்த நாடு என்ற பெருமை இந்தியாவிற்கு உண்டு. அதன் பின்பு, 1976 இல் இந்தியாவின் முதல் மக்கள்தொகை கொள்கை கொண்டுவரப்பட்டது. மக்கள்தொகையைக் கட்டுப்படுத்துவது என்ற நோக்கில் கொண்டுவரப்பட அக்கொள்கையின்படி, இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட குழந்தையுள்ள தம்பிதியர்கள் கட்டாயக் கருத்தடை அறுவைச் சிகிச்சை செய்து கொள்ளும்படி நிர்ப்பத்திட்டம் படித்துவிட்டது. 1976 ஆம் ஆண்டு முதல் 1996 வரையிலான காலகட்டத்தில் குடும்பநலத் தீட்டமானது இலக்குகள் அடிப்படையில் நடைமுறைப்படுத்தப்பட்டது. சேவைவழங்குபவர்முதல் தொங்கி, மாவட்டம், மாநிலம் மற்றும் தேசிய அளவில் ஓராண்டிற்குள் இத்தனை கருத்தடை அறுவைச் சிகிச்சைகள் செய்து முடிக்க வேண்டும் என்ற இலக்குகள் இருந்தது.

ஜசிபிடி மாநாட்டிற்கு பிறகு நமது நாட்டின் மக்கள் தொகைக் கட்டுப்பாட்டுக் கொள்கையின் சூழல் முழுவதுமாக மாறியது. மக்களின் பாலியல், இனப்பெருக்க நலன் மற்றும் உரிமைகளை மேம்படுத்தும் நோக்கில் பல்வேறு கொள்கைகளும், தீட்டங்களும் கொண்டுவரப்பட்டது. அதில், இனப்பெருக்க மற்றும் குழந்தை நலத்திட்டம் ஆர்சிவெருச் 1 மற்றும் 2 (Reproductive and Child Health Programme RCH ; 1997 – 2002, 2005 – 2016) மிகவும் முக்கீமயானதாகும்.

எண்ணிக்கை மற்றும் இலக்கு அடிப்படையிலான அனுகுமுறையிலிருந்து பயனாளிகள் மற்றும் உரிமைகளை மையப்படுத்துவது என்ற வித்தியாசமான அனுகுமுறைக்கு மாற ஆர்சிவெருச் தீட்டம் வழிவகுத்தது. தாய் - சேய் நலன் மற்றும் குடும்ப நலன் என்ற தனித்தனித் தீட்டங்கள் அனைத்தும் ஒருங்கிணைக்கப்பட்டு ஆர்சிவெருச் என்ற ஒரே தீட்டமாக்கப்பட்டது. அதில், வளரிளம் மற்றும் கிளைஞர்களின் பாலியல் உரிமைகள், இனப்பெருக்கத் தொற்றுக்களைக் கையாளுவது போன்ற பல பணிகளும் சேர்க்கப்பட்டது.

ஆர்சிவெருச் தீட்டத்தைப் போன்றே இன்னும் பல கொள்கைகளும் தீட்டங்களும் கொண்டுவரப்பட்டது. அதில் முக்கீமயானவைகள் சீல பின்வருமாறு: 2000ஆம் ஆண்டு கொண்டுவரப்பட்ட தேசிய மக்கள்தொகை கொள்கை, தேசிய எம்டென் தடுப்பு மற்றும் கட்டுப்பாடுக் கொள்கைகள் 1, 2 மற்றும் 3 (1992 - 1999, 1999 - 2006 & 2012-2017) தேசிய கிளைஞர் நலக்கொள்கைகள் (2003,2017), தேசிய ஊரக சுகாதாரத் தீட்டம் - என்னுர்சென்டம் (2005-11) மற்றும் தேசிய சுகாதாரத் தீட்டம் என்றெங்கள் (2012-17) கிக்கொள்கைகள் அனைத்திலும் ஒன்றுக்கும் - மேற்பட்ட பிரிவினரின் எஸ்ஆர்ஆர் உரிமைகளைப் பற்றிய கருத்துக்கள் இடம் பெற்றிருந்தன. ஆனால், அக்கொள்கைகள் ஒவ்வொன்றிக்கும் இடையே தொடர்போ அல்லது ஒருங்கிணைப்போ ஏதும் இல்லை. மேற்கொண்ட ஒவ்வொரு கொள்கையின் குறிக்கோள்கள் மற்றும் செயல்பாடுகள் குறித்த விவரங்கள் அட்டவணை-3 இல் விரிவாக கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

### அட்வகை - 3 இந்தியாவின் பாலியல், இனப்பெருக்க நலக் கொள்கைகள் மற்றும் தீட்டங்கள்

கொள்கை / தீட்டத்தின் பெயர் மற்றும் ஆண்டு	நோக்கம்	எஸ்ஆர்ஹெச்சூர் இல் எதை மையப்படுத்துகிறது
குடும்ப நலத்தீட்டம் 1951 - 1976	மக்கள்தொகை வளர்ச்சி மற்றும் மகப்பேறு மரணங்களைக் குறைப்பது.	கர்ப்பகாலச் சேவைகள் மற்றும் குடும்பக்கட்டுப்பாடு
இந்தியாவின் முதல் மக்கள்தொகை கொள்கை - 1976	மக்கள்தொகை வளர்ச்சி வேகத்தைக் குறைப்பது.	குறிப்பிட்ட ஒரு காலவரையறைக்குள் தித்தனை குடும்பக்கட்டுப்பாட்டு அறுவை சிகிச்சைகள் செய்திருக்க வேண்டும் என்று சுகாதாரப் பணியாளர்களுக்கு இலக்குகள் நிர்ணயிக்கப்பட்டது. இரண்டுக்கு மேற்பட்ட முழுந்தையுள்ள பெண்களுக்குக் கட்டாயக் கருத்தடை அறுவைச்சிகிச்சை செய்யப்பட்டது.
குழந்தைகள் உயிர்வாழ்வதை உறுதிப்படுத்துதல் மற்றும் பாதுகாப்பான தாய்மைத் தீட்டம் - 1992	கருவற்ற தாய்மார்கள் மற்றும் குழந்தைகளின் ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துதல், மகப்பேறு, சீச மற்றும் குழந்தை இறப்புக்களைக் குறைத்தல்	மகப்பேறு, குழந்தை நலன் மற்றும் குடும்ப நலத்தீட்டம்.
இனப்பெருக மற்றும் குழந்தை நலத்தீட்டம் - 1 ஆர்சிஹெச (1997 - 2002)	சீச, குழந்தை இறப்பு மற்றும் மகப்பேறு மரணங்களைக் குறைத்தல்.	மகப்பேறு சேவை: இதில் கர்ப்பகாலம் பிரசவம் மற்றும் பிரசவத்திற்கு பிந்தைய சேவைகள் அடங்கும். தேவையில்லாத கர்ப்பங்களைத் தடுத்தல் மற்றும் கையாளுதல். குழந்தை உயிர்வாழ்வதை உறுதிப்படுத்துவதற்கான சேவைகள்; பச்சீளம் குழந்தைகளுக்கான சேவைகள், இனப்பெருக மற்றும் பால்வினை நோய்த் தொற்றுக்களைக் கையாளுவதற்கான சிகிச்சைகள்.
இனப்பெருக மற்றும் குழந்தை நலத்தீட்டம் - ஆர்சிஹெச - 2 (2005 - 2010)	மொத்த கருவளவிக்கும், சீச மற்றும் மகப்பேறு மரணவிக்கும் என்ற மூன்று முக்கிய குறியீடுகளில் மாற்றங்களைக் கொண்டுவருதல்.	ஆர்சிஹெச - 1 தீட்டக்கூறுகளுடன் வளரிளம் பருவத்தினாருக்கான சேவைகள் மற்றும் வாழ்க்கைக் கல்வியை வழங்குதல்.
தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுத் தீட்டம் - நிலை 1 (1992 - 1999)	ஹெச்ஜவி தொற்றுகள் பரவுவதைக் கட்டுப்படுத்துதல்.	ஹெச்ஜவி குறித்து விழிப்புணர்வு ஏற்படுத்துதல், பால்வினை நோய்த் தொற்றுக்களைக் குணப்படுத்த மாவட்ட ஓளாவில் மருத்துவமனை அமைத்தல்.
தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுத் தீட்டம் - நிலை - 3 (2007 - 2012)	ஹெச்ஜவி நோய்த் தடுப்பு, கவனிப்பு ஆற்றுப்படுத்துதல் மற்றும் உதவை என்ற பலசேவைகள் ஒருங்கிணைக்கப்பட்டு ஹெச் ஜ வி / எய்டஸ் நோயின் தீவிரத்தைக் குறைத்தல்.	ஹெச்ஜவி நோய்த் தடுப்பு, கவனிப்பு மற்றும் அற்றுப்படுத்துதல், ஹெச் ஜ வி / எய்டஸ் நோயாளிகளுக்குத் தேவையான சிகிச்சைகளை அளித்தல்.
தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுத் தீட்டம் - நிலை - 4 (2013 - 2017)	தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுத் தீட்டம் - நிலை - 3 இல் பெறப்பட்ட பயன்களை ஒன்று திட்டுதல்.	ஹெச்ஜவி நோய் பரவ அதிக வாய்ப்புள்ள மக்கள் மத்தியில் நடைபெற்றுவரும் பணிகளை ஒன்றுதீரட்டுதல். விரிவான கவனிப்பு மற்றும் சிகிச்சைகளை வழங்குதல்.
தேசிய மக்கள்தொகை கொள்கை - 2002	இனப்பெருக நலச் சேவைகளை மக்களின் விருப்பத்தின் போரில், எவ்வித நிர்ப்பந்தமும் இல்லாமல் வழங்குதல். கருத்தடை முறைகளை இலக்குகள் ஏதுமின்றி விருப்பத்தின்போரில் வழங்குதல்.	கருவளவிக்கும், சீச மற்றும் மகப்பேறு மரணங்களைக் குறைத்தல், கருத்தடை முறைகள் தேவைப்படுவோர் அனைவருக்கும் சேவைகள் கிடைக்க ஏற்பாடு செய்தல்.
தேசிய ஊரக சுகாதாரத் தீட்டம் - என்ஆர்ஹெச்ஸ் (2005 - 2011) நிலை - 1	கீராமப்புற மக்களுக்குத் தேவையான மருத்துவ சேவைகள் அவர்கள் எளிதில் பெறக்கூடிய நிலையில் கிடைக்கச்செய்தல். குறிப்பாக நலவிவடைந்த பிரிவினினருக்கு சேவைகள் கிடைக்கச்செய்தல்.	மகப்பேறு நலன், அரசு சுகாதார மையங்களின் அடிப்படை வசதிகளை மேம்படுத்துதல், ஆர்சிஹெச 1 மற்றும் 2 இன் செயல்பாடுகளைத் தொடர்தல்.

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெறமுடிகிறதா?



**இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அணைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?**

<p>தேசிய ஊரக சுகாதாரத் தீட்டம் - என்னிடங்களும் (2012 - 2017). தேசிய ஊரக சுகாதாரத் தீட்டம் மற்றும் தேசிய நகர்புற சுகாதாரத் தீட்டம் என்ற இரண்டும் ஒன்றிணைக்கப்பட்டது.</p> <p>தேசிய இளைஞர் கொள்கை - 2014</p>	<p>அனைத்து சேவைகளையும் ஒருங்கிணைத்து இனப்பெருக்க, மகப்பேறு, பச்சிளம் குழந்தைகள் மற்றும் வளரினாம் பருவத்தினருக்கான ஆரளம்என்கிழூஷ்பிளஸ்ஏ அணுகுமுறை (Reproductive, Maternal, Newborn, Child Health and Adolescents RMNCH+A).</p> <p>எல்லோருக்கும் தரமான சேவைகளை அவர்கள் பெறக்கூடிய அளவில் வழங்குதல், மக்களின் தேவைக்குத் தக்க சேவைகளைக் கடமையுணர்வுடன் வழங்குதல், சுகாதாரத்தைப் பாதிக்கும் சமூகக் காரணிகளை சரிசெய்யும் பொருட்டு அரசின் பல துறைகளுக்கிடையே ஒருங்கிணைப்பை உருவாக்குதல்.</p> <p>எதிர்கால சவால்களை சமாளிப்பதற்கு தக்க திறமையுள்ள மற்றும் ஆரோக்கியமான இளம் தலைமுறையினரை உருவாக்குதல்.</p>	<p>மகப்பேறு நலன், குழந்தை நலன், குடும்ப நலன், மற்றும் வளரினாம் பருவத்தினரின் நலன்.</p> <p>மகப்பேறு நலன், குழந்தை நலன், குடும்ப நலன், மற்றும் வளரினாம் பருவத்தினரின் நலன்.</p> <p>மகப்பேறு மரணாங்களைக் குறைத்தல், குடும்ப நலன், பால்வினை, ஹெச் ஐ வி / எப்டஸ், சமூக நீதி, ஆரோக்கியம் மற்றும் ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறை.</p>
---	---	---

இலக்குகள் ஏதும் இல்லாமல் கருத்தடை சேவைகள் வழங்கப்படும் என்றும், பலவிதமான கருத்தடை முறைகள் குறித்த தகவல்களை எடுத்துரைத்து அதன் அடிப்படையில் எவ்வித நிர்ப்பந்தமும் இல்லாமல் பயனாளிகள் தங்களுக்கு உகந்த முறையைத் தோறு செய்யலாம் என தேசிய மக்கள்தொகைக் கொள்கையில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. ஆனால், நடைமுறையில் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கையை கட்டுப்படுத்துவதற்கான முறைகளுக்கே நமது மத்திய மற்றும் மாநில அரசாங்கங்கள் அதிக முக்கியத்துவம் தருகின்றன. அதிலும், பெண்களுக்கான நீரந்தர கருத்தடை அறுவைச்சிகிச்சை முறையை மட்டுமே மையப்படுத்துகின்றது. முதல் கர்ப்பத்தைத் தாங்கிப்போடுதல், இரு குழந்தைகளுக்கிடையே இடைவெளியை அதிகப்படுத்துவதற்காகக் கருத்தடை முறைகளுக்குப் போதியகவனம் தருவதில்லை. அதிலும், ஆண்களுக்கான முறைகளைப் பிரபலப்படுத்துவதற்கான முயற்சிகள் மிகவும் குறைவு. எனவே, கருத்தடை என்பது பெண்கள் மீது மட்டுமே சுமத்தப்படுகிறது. அதனால் இந்தியாவில் கருத்தடையைப் பயன்படுத்துவதற்காகவில் கிட்டத்தட்ட அனைவருமே பெண்களாகும். மத்திய சுகாதார மற்றும் குடும்ப நல அமைச்சகம் 2013 ஆம் ஆண்டு வெளியிட்டுள்ள தகவலின்படி 2011 - 2012 ஆம் நீதியாண்டில் 50,09,322 கருத்தடை அறுவைச் சிகிச்சைகள் செய்யப்பட்டுள்ளது. அதில் 96 சதவீதம் பெண்களாவார்கள்.

தேசிய குடும்ப நல ஆய்வின்படி (2005 - 2006), 15-49 வயதிலுள்ள திருமணமான பெண்களில் பாதிப்பேர் ஏதேனும் ஒரு நவீன கருத்தடை முறையைப் பயன்படுத்தி வருகின்றனர். அவர்களில் 80 சதவீதம் பேர் நீரந்தர முறையை உபயோகிக்கின்றனர். 77.23 சதவீதம் பெண்களுக்கான அறுவைச் சிகிச்சையையும், 2.12 சதவீதம் ஆண்களுக்கான வாச்க்டமியையும்

பயன்படுத்துக்கின்றனர் கருத்தடை முறையைப் பயன்படுத்துவோரில் ஆணுகுமுறையை உபயோகிப்போர் 10 சதவீதம் மட்டும்தான். மேற்கொண்ணது போன்ற நிலையே, மாவட்ட அளவிலான குடும்ப நல ஆய்விலும் (2006 - 2007) தெரிய வருகிறது. கருத்தடை முறைகளைப் பயன்படுத்துவதில் ஆண்களின் பாங்கு மிக மிகக் குறைவு என்பது தீவிருந்து தெளிவாகத் தெரிகிறது. நவீன கருத்தடை சாதனங்களை உபயோகிப்பவர்களின் சதவீதம் நகரப்பகுதியில் சுற்று அதீகமாகவும் (55.8 சதவீதம்) கிராமங்களில் குறைவாகவும் (45.3 சதவீதம்) உள்ளது. ஆனால், அதேநேரம் நீரந்தர கருத்தடை முறையைப் பின்பற்றுவதில் கிராம - நகரங்களுக்கிடையே எவ்வித வித்தியாசமும் இல்லை. எனவே, இடைவெளிக்கான கருத்தடைச் சாதனங்களைப் பயன்படுத்தவது கிராமப் பகுதிகளில் குறைவு என்பது தெளிவாகிறது.

**தற்காலிக கருத்தடை முறைகளைப் பின்பற்றுபவர்களில் 77 சதவீதம் பேர் தனியார் சேவை வழங்குபவர்களிடமிருந்து அச்சாதனங்களைப் பெற்றுள்ளனர் என டால்லெஹாஸ்எஸ் (2007 - 2008) ஆய்வு தெரிவிக்கிறது. அரசு மருத்துவ மையங்களில் தற்காலிகக் கருத்தடைச் சாதனங்கள் சரிவரக் கிடைக்காததனால் பல பெண்கள் தனியார் அமைப்புகளை நாடியுள்ளனர். மேலும், அச்சேவையைப் பெறுவதற்கு அவர்கள் அதிக செலவும் செய்துள்ளனர். அதனால், கிராமப் புறங்களிலுள்ள ஏழை மற்றும் நவிவெடந்த பிரிவு குழுவினர்க்கு தற்காலிகக் கருத்தடைச் சாதனங்கள் எட்டாக்கனியாகவே உள்ளது. எனவே, கருத்தடை முறைகளை பயன்படுத்துவதில் ஆண்களின் பாங்கை அதிகரிப்பதும், அரசு சுகாதார மையங்களில் தற்காலிக கருத்தடைச் சாதனங்கள் எளிதில் கிடைப்பதை உறுதிப்படுத்துவதும் மிகவும் அவசியமாகிறது.**

எஸ்ஆர்ஜூர் பற்றிய முக்கியக் கொள்கைகளான: ஆர்சிவூர் 1 மற்றும் 2, தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாடுத் திட்டம் மற்றும் தேசிய கொள்கை 2003 ஆகிய அனைத்திலும் வளரினம் மற்றும் இளைஞர்களுக்கான பாலியல் கல்வியின் அவசியம் வலியுறுத்தப்பட்டுள்ளது. இந்தியாவில் பாலியல் கல்வி என்பது வளரினம் பருவக் கல்வித் திட்டம் என்ற பெயரில் அமைக்கப்படுகிறது. இத்திட்டமானது, தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாடு நிறுவனமான நேக்கோ என்ற அமைப்பின் மூலம் நடைமுறைப்படுத்தப்படுகிறது. வளரினம் பருவத்தினருக்கு மிகவும் முக்கியமான இத்திட்டத்தை நடைமுறைப்படுத்துவது என்பது இன்றும் நம் நாட்டில் ஒரு பெரிய சவாலாகவே இருந்து வருகிறது. பள்ளி மற்றும் கல்லூரிகளில் வகுப்பு நடத்துவதற்கான பாத்திட்டத்தை நேக்கோ அமைப்பு தயாரித்தது. ஆனால், சில மாநில அரசுகள் கேரளா, கர்நாடகா, மத்தியப்பிரதேசம், இராஜஸ்தான், சத்தீஸ்கர் மற்றும் உத்திரப்பிரதேசம்) இப்பாடத் திட்டம் நம் நாட்டின் கலாச்சாரத்திற்கு எதிராக உள்ளது எனக்கூறி அதைப் பறக்கணித்தன. அதனால், அப்பாடத் திட்டத்தை நேக்கோ அமைப்பு மாற்றியமைத்தது. திருத்தப்பட்ட பாத்திட்டத்தில் பாலியல் கல்வியின் முக்கியக் கூறுகளான; பாலியல், இனப்பெருக்கம் மற்றும் கருவறுதல் போன்ற அடிப்படை விஷயங்கள் இடம்பெறவில்லை. மேலும், இப்பாடத்திட்டத்தை நடைமுறைப்படுத்துவதிலும் பல சிரமங்கள் இருந்தது, பள்ளி மற்றும் கல்லூரிகளின் பொதுப்பாடத் திட்டத்துடன் இது இணைக்கப்படவில்லை. மகாராஷ்டிரா மற்றும் தமிழ்நாடு போன்ற ஓரிரு மாநிலங்களில் மட்டுமே இத்திட்டம் நடைமுறைப்படுத்தப்பட்டது. இவ்விரு மாநிலங்களிலும் கூட இத்திட்டம் எல்லாப் பள்ளிகளிலும் நடைபெறவில்லை. வகுப்பு நடைபெற்ற ஒரு சில பள்ளிகளிலும் முக்கியத் தலைப்புகளை ஆசிரியர்கள் நடத்துவதற்குத் தயாராக இல்லை. பாலியல், கருத்தடை மற்றும் பாலியினை நோய்கள் போன்ற விஷயங்களை மாணவர்களிடம் பேசுவதற்கு ஆசிரியர்கள் அசைகரியமாக உணர்வதை எங்களின் களப்பணி அனுபவத்தின் வாயிலாக தெரிந்துகொண்டோம். (ஞக் ஆண்டறிக்கை, 2008). இந்திலையில் குற்றவியல் நடைமுறைச் சட்டத்தில் திருத்தங்கள் கொண்டுவருவதற்கு என சமீத்தில் அமைக்கப்பட்ட வர்மா கமிட்டினது முக்கியப் பரிந்துரைகளில் ஒன்றாக வளரினம் மற்றும் இளைஞர்களுக்குப் பாலியல் கல்வியைக் கற்றுக் கூட வேண்டும் எனத் தெரிவித்துள்ளது.

2005 ஆம் ஆண்டு முதல் 2011 வரை நடைமுறைப் படுத்தப்பட்ட தேசிய ஊரக சுகாதாரத் திட்டத்தின் முக்கிய நோக்கமானது; பொது சுகாதார அமைப்புகளை வலுப்படுத்துவது மற்றும் அதன்மூலம் தரமான சுகாதாரச் சேவைகள் மக்களுக்கு எளிதில் கிடைப்பதை உறுதிப்படுத்துவதாகும். அத்திட்டத்தின்படி, ஆரம்ப சுகாதார மையங்களில் 24 மணி நேரமும் பிரசவ சேவைகளை வழங்குவதற்கான முதலீடுகள் அதீகரிக்கப்பட்டன. மேலும், முதல்நிலைப் பரிந்துரை மையங்களை உருவாக்கவும் முயற்சிகள்

எடுக்கப்பட்டன. அதன்படி, பல பிலூர்ச்சிகள்(PHC) மகப்பேறு மற்றும் பச்சிளம் குழந்தைகள் பராமரிப்பு சேவைகளை வழங்கும் முதன்நிலை மையங்களாகவும் (பீமாங்) மற்றும் சில பிலூர்ச்சிகள் அவசரகால மகப்பேறு மற்றும் பச்சிளம் குழந்தைகள் பராமரிப்பு (சீமாங்) மையங்களாகவும் தரம் உயர்த்தப்பட்டது. மேற்கொண்ட அனைத்து வசதிகளும் மகப்பேறு நலனை மேம்படுத்துவதை மட்டுமே மையப்படுத்தின. இதர இனப்பெருக்க நலச்சேவைகள் குறித்த பணிகள் இதில் மிகவும் குறைவாகவே இருந்தது.

இந்தியாவின் தற்போதைய எஸ்ஆர்ஜூர் திட்டங்கள் அனைத்தும், நூற்றாண்டு வளர்ச்சி இலக்கு - 5 (எம்டிஜி - 5) இல் குறிப்பிடுவதோடு, மகப்பேறு மரணாங்களின் எண்ணிக்கையைக் குறைப்பது என்றுண்ணறை மட்டுமே வலியுறுத்துகின்றன. அதற்காக, மருத்துவ மையங்களில் பிரசவங்கள் நடப்பதை ஊக்குவிக்கும் பொருட்டு ஜனனி சுரக்ஷை யோஜனா போன்ற மகப்பேறு நிதியுதவித் திட்டங்கள் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டன. அரசு மருத்துவமனைகளில் நடக்கும் பிரசவங்களின் எண்ணிக்கையை அதீகரிக்க தமிழ்நாடு, ஆந்திரா போன்ற சில மாநிலங்களில் நிதியுதவித் திட்டங்களும் நடைமுறைப்படுத்தப்பட்டன. மகப்பேறு மரணாங்களைக் குறைக்கக் கொண்டுவரப்பட்ட இத்திட்டங்களில் மகப்பேறு நலனை பாதிக்கக்கூடிய இதர சமூகக் காரணங்களைச் சரிசெய்வதற்குப் போதிய கவனம் செலுத்தப்படவில்லை.

மகப்பேறு மரணத்திற்கான காரணங்களைக் கண்டறி வதற்கான தணிக்கைகளையும் சில மாநில அரசுகள் அறிமுகப்படுத்தின. அதிலும், மகப்பேறு மரணத்தை விளைவிக்கும் முக்கிய சமூக காரணங்களான; வறுமை, இரத்தசோகை மற்றும் பெண்களுக்கெதிரான வன்முறை குறித்த விஷயங்கள் அத்தணிக்கையில் இடம்பெறவில்லை. மேலும், அரசாங்கத்தால் மேற்கொள்ளப்பட்ட அத்தணிக்கையில் வெளிவந்த தகவல்கள் ஏதும் பொதுத்தளத்தில் கிடைப்பதில்லை. அதனால், எண்ணற்ற மனித உயிர் இழபுக்குக் காரணமான இம்மரணங்கள் ஏன் நிகழ்கிறது என்பது குறித்த தெளிவான ஆதாரம் நம்நாட்டில் இல்லை. எனவே, மகப்பேறு மரணங்களுக்கான சமூகத் தணிக்கை என்பது மிகவும் அவசியமான ஒன்றாக உள்ளது.

மேலும், எம்டிஜி இலக்குகளில் மகப்பேறு நலன், வறுமை, ஆண்-பெண் சமத்துவம் ஆகிய ஒவ்வொன்றும் தனித்தனியாகப் பார்க்கப்படுகிறது. அதனால், எஸ்ஆர்ஜூர் கொள்கைகள் மற்றும் திட்டங்களை நடைமுறைப்படுத்துவதில் பல சிக்கல்களை ஏற்படுத்தியுள்ளது. மகப்பேறு நலன் தொடர்பான எம்டிஜி இலக்கு 5க்கும், இதர இலக்குகளான 1,3 மற்றும் 6 ஆகியவற்றிற்குமிடையே நெருக்கமான தொடர்புகள் உள்ளன. ஆனால், இவை ஒவ்வொன்றும் தனித்தனியாகப் பிரிக்கப்பட்டு வெவ்வேறு துறைகள் மூலம் நடைமுறைப் படுத்தப்படுகிறது.

7  
[REDACTED]  
இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?

**இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?**

மேற்கொண்ண சூழ்நிலைகள் மற்றும் மாற்றங்களின் காரணமாக, ஆர்சிவெரச் தீட்டமானது அதன் முக்கியத்துவத்தை இழந்துவிட்டது. அதாவது, திருசேவைகளான ; பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு, இனப்பெருக்கத் தொற்றுக்களைக் கையாளுவது மற்றும் வளரிளாம் பருவத்தினருக்கான பிரத்யேக சேவைகளைக் கிராம அளவில் வழங்குவது என்பதற்குப் போதிய முக்கியத்துவம் கொடுக்கப்படவில்லை. அதன்விளைவாக, மேற்கொண்ண சேவைகளைப் பெற மக்கள் தனியார் அமைப்புகளை நாட்வேண்டிய சூழ்நிலைக்குத் தள்ளப்பட்டுள்ளனர். மேலும், அவர்கள் அச்சேவையைப் பெற அதிகம் செலவு செய்ய வேண்டியுள்ளது. இச்சூழ்நிலை, கிராமப்புற ஏழை மற்றும் நலிவடைந்தப் பிரிவு பெண்கள் மற்றும் இளம் வயதினருக்கு சுகாதாரச் சேவை என்பது எட்டாக்கனியாக உள்ளது.

தேசிய சுகாதாரத் தீட்டம் - என்வெறச்சம் (2012 -17) என்ற ஒன்று சமிபத்தில் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. அதன்படி ஆர்ஸ்மன்சிவெர்சிஸன்ஸ் (Reproductive Maternal New born Child and Adolescent Health (RMNCH+A)) என்ற புதிய அனுகுமுறையில் வாழ்வின் பல்வேறு பருவ நிலையிலுள்ள மக்களின் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்வதற்கான செயல்பாடுகள் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது.

இனப்பெருக்கம், மகப்பேறு மற்றும் குழந்தை நலன் ஆகிய ஒவ்வொன்றையும் தனித்தனியாகப் பார்க்கக்கூடாது என அக்கொள்கையில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. வாழ்க்கைச் சுழற்சியின் பல்வேறு பருவத்தில் மக்களின் ஆரோக்கியநிலையான எப்படி இருக்கிறது என்பதற்கும் மேற்கொண்ண மூன்று விஷயங்களுக்கும் நெருங்கிய தொடர்பு உள்ளது என்பதை ஆர்மன்சிவெர்சிஸன்ஸ் அங்கீகரிக்கிறது. இவ் அனுகுமுறையின்படி தொடர்ச்சியான சேவைகள் வழங்கவேண்டும் எனவும் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. அதில் பின்வரும் யுக்திகள் சுட்டிக்காட்டப்பட்டுள்ளது.

1. வளரிளாம் பருவம் என்பது வாழ்க்கையின் மிகவும் முக்கியமான பருவம். 2. மகப்பேறு மற்றும் குழந்தை நலனை இனக்பெருக்க நலனுடன் தொடர்புபடுத்துதல். அதில் குடும்பக் கட்டுப்பாடு, வளரிளாம்பருவத்தின் ஆரோக்கியம், ஹெச்ஜிவி, ஆண் - பெண் சமத்துவம் மற்றும் கருவிலேயே குழந்தையை ஆணா அல்லது பெண்ணா எனக் கண்டறியும் தொழில்நுட்பத்தை தடுப்பது போன்ற பல விஷயங்களை இணைத்தல்.
3. மருத்துவ மையங்களில் வழங்கப்படும் சேவைகளைக் கிராம அளவிலான சேவைகளுடன் தொடர்புபடுத்துதல் (சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நல அமைச்சகம் 2013). இப்புதிய அனுகுமுறையின்படி, தற்காலிகக் கருத்துடை முறைகளின் வினியோகத்தை அதிகரிப்பதற்கான முயற்சிகளுக்குச் சிறப்புக் கவனம் கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

அங்கீகாரிக்கப்பட்ட	சமூகச்	சுகாதாரச்
செயல்பாட்டாளர்கள் (ஆங்கா)	என்ற பணியாளரை	
உருவாக்கி அவர்கள் மூலம்		கருத்துடைச்
சாதனாங்களைக் கிராம அளவில் விநியோகிப்பது		

துவங்கப்பட்டது. அதன்படி, மூன்று ஆண்டுறைகள் அடங்கிய ஒரு பாக்கெட் காண்டம் ஒரு ரூபாய்க்கும், ஒரு மாதத்திற்கு உட்கொள்ளும் கருத்தடை மாத்திரைகள் ஒரு ரூபாய். மேலும், அவசரக் கால கருத்தடை மாத்திரை ஒரு அட்டை இரண்டு ரூபாய் என்ற அடிப்படையில் மிகக் குறைந்த விலைக்கு ஆங்கா பணியாளர்கள் மூலம் விற்பனை செய்யப்படுகிறது. பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகளை வழங்குவதற்கான யுக்திகளும் அக்கொள்கைக் குறிப்பில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. ஆரம்ப சுகாதார மையங்களில் கருக்கலைப்புச் சேவைகள் துவங்கப்பட்டுள்ளன. குறிப்பாக, கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளை வழங்குவது மற்றும் குழாய் மூலம் கருவை உறிஞ்சி எடுக்கும் (எம்விசு) முறைகளும் ஆர்மன்சிவெர்சிஸன்ஸ் வில் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. மேலும், அத்தியாவசிய மருந்து மாத்திரைகளின் படியலில் கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் சேர்க்கப்பட்டுள்ளது. (சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நல அமைச்சகம், 2013).

## **4. கருக்கலைப்பு ஏந்தெந்தக் காரணங்களுக்காகச் சட்டாதியாக அனுமதிக்கப்படுகிறது.**

இந்தியாவில் 1971 ஆம் ஆண்டு கொண்டுவரப்பட்ட சட்டத்தின்படி கருக்கலைப்பு சட்டாதியாக அனுமதிக்கப்படுகிறது. அச்சட்டம் 2002 ஆம் ஆண்டு தீருத்தப்பட்டது. அத்தீருத்தத்தின்படி கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்கும் மையங்களுக்கு அனுமதி வழங்குவதற்கான நடைமுறைகள் எளிதாகப்பட்டது. மேலும், மாத்திரைகள் மூலம் கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்குவதற்கும் இச்சடத்தீருத்தம் அனுமதித்துள்ளது. இந்தியாவில் பின்வரும் ஆறு காரணங்களுக்காக கருக்கலைப்புச் செய்துக்கொள்ள சட்டப்படி அனுமதிக்கப்படுகிறது.

1. ஒரு பெண்ணின் உயிரைக் பாதுகாப்பதற்கு.
2. ஒரு பெண்ணின் உடல் ஆரோக்கியத்தைப் பாதுகாப்பதற்கு.
3. ஒரு பெண்ணின் மன நலனைப் பாதுகாப்பதற்கு.
4. பாலியல் பலாத்காரம் அல்லது கற்பழிப்பு நடந்து அதன் விலைவாக ஒரு பெண் கருவற்றிருந்தால்.
5. கருவின் வளர்ச்சியில் குறைபாடுகள் ஏதும் இருந்தால்.
6. சமூகப் பொருளாதாரக் காரணங்களுக்காக.

இதைத்தவிர, வேறு காரணங்களுக்காகக் கருவைக் கலைப்பது சட்டப்படி குற்றமாகும். 20 வாரங்களுக்குள்ளான கருவைக் கலைப்பதற்குச் சட்டத்தின்படி அனுமதிக்கப்படுகிறது. அதில் 12 முதல் 20 வாரங்களான கரு எனில் இரண்டு பதிவுப்பெற்ற மருத்துவர்களின் ஒப்புதல் பெறவேண்டும். கருவைக் கலைக்கச் சம்மந்தப்பட்ட அப்பெண்ணின் சம்மதம் மட்டுமே போதுமானதாகும். ஒரு வேளை, அப்பெண் 18 வயது பூர்த்தியடையாமல் அல்லது மனநலன் பாதிக்கப்பட்டவராக இருந்தால் மட்டுமே அவளின் பாதுகாவலர் அல்லது பெற்றோரின் ஒப்புதல் பெற வேண்டும். கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைச் சர்று உற்றுநோக்கினால் கருவைக் கலைப்பதற்கான உரிமை பெண்களுக்கு இல்லை என்பது புலப்படும். கருவைக் கலைப்பது என்ற முடிவு தற்போது மருத்துவர்களிடம்தான் உள்ளது. கிராமப்

பகுதியிலுள்ள ஏழை மற்றும் நலவிவடைந்த வகுப்புப் பெண்கள் கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ள மருத்துவர்களை அனுங்கும்போது சில காரணங்களைக் கூறி அச்சேவையை வழங்க மறுத்துள்ளனர் என்பது எங்களின் களப்பனியினுடையதை விருத்தி வழங்கி வழங்கிறது. உதாரணமாக, கரு நன்கு வளர்ந்து விட்டது, 4 மாதங்களுக்கு மேல் ஆகிவிட்டது மற்றும் பெண்ணின் உடல் நிலை மிகவும் மோசமாக உள்ளது போன்ற காரணங்களைச் கூறுகின்றனர் (பெண்களின் குரல்கள் - தொகுப்பு 2, ரூசக் - 2012).

நம் நாட்டில் கருக்கலைப்பு சட்டப்படி அங்கீகாரிக்கப்பட்டு 46 ஆண்டுகளுக்கு மேல் ஆகிவிட்டது. ஆனால், இன்றும் பல கீராமபூரங்களில் உள்ள ஏழைப் பெண்களுக்குப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவை கிடைப்பதில்லை. இந்தியாவில் நிகழும் மகப்பேறு மரணங்களுக்குப் பாதுகாப்பில்லாத கருக்கலைப்பு ஒரு முக்கியக் காரணமாக உள்ளது. சமீபத்திய ஒரு புள்ளிவிவரத்தின்படி இந்தியாவில் ஓராண்டில் 46,000 மகப்பேறு மரணங்கள் நடக்கிறது. அதில் 8 சதவீதம் பாதுகாப்பில்லாத கருக்கலைப்பின் விளைவாக நிகழுகிறது.

சுகாதாரம் மற்றும் குடும்ப நல அமைச்சகத்தின் 2013 ஆம் வருட புள்ளிவிவரப்படி, 2012 ஏப்ரல் - 2013 மார்ச் வரையிலான ஒரு நிதியாண்டில் மட்டும் இந்தியாவில் அங்கீகாரிக்கப்பட்ட சேவை மையங்களில் 6,36,306 கருக்கலைப்புகள் நடந்துள்ளது. செகத் மற்றும் ஹெல்த் வாட்சி என்ற இரண்டு நிறுவனங்கள் கருக்கலைப்பு குறித்து தேசிய அளவிலான ஓர் ஆய்வினை 2002 ஆண்டு நடத்தியது. இந்தியாவில் நடக்கும் கருக்கலைப்புகளில் மூன்றில் இரண்டு பங்கு பாதுகாப்பில்லாத மற்றும் பதிவு செய்யாப்படாத மருத்துவமனைகளில் நடக்கிறது என அவ்வூய்வு தெரிவிக்கிறது. மேலும், சமீபத்திய ஒரு கணிப்பின்படி 56 சதவீதக் கருக்கலைப்புகள் பாதுகாப்பில்லாதவை எனத் தெரிகிறது. எனவே கீராமபூரங்களில் கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்குவதில் தேர்ச்சி மற்றும் பயிற்சி பற்றாத நபர்களே ஒரு முக்கியப் பங்கு வகீக்கின்றனர்.

### **கருக்கலைப்பிற்கு மின் ஏற்பட்ட சீக்கல்கள்**

எனக்கு இரத்தபோக்கு நீண்டநாட்கள் இருந்தது. அதனால் நான் அரசு மருத்துவமனை ஒன்றிற்குச் சென்றேன். அங்குள்ள மருத்துவர் எனக்கு சிகிச்சையளிக்க மறுத்துவிட்டார். நீ எந்த டாக்டரிடம் கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்டாயோ அங்கேயே செல்லும்படி கூறினார். எனக்கு இரத்தபோக்கு தொடர்ந்து ஜந்து மாதம் இருந்தது, அதன் பிறகு ஒரு தனியார்மருத்துவமனைக்குச் சென்றேன். எனது வயிற்றைப் பரிசோதித்த மருத்துவர், கருப்பையில், ஒரு சிறு துண்டு கரு தங்கியிருப்பதைக் கண்டறிந்து வெளியே எடுத்தனர். அதன் பிறகு ஏழ நாட்கள் மருத்துவ மனையில் தங்கியிருந்தேன். இது நடந்து பல வருடங்களாகிவிட்டது. இன்றுகூட அவ்வப்போது அது தொடர்பான சிகிச்சைக்கு சென்று வருகிறேன். ஒதுகாரம் சுந்தரி ரவீந்திரன், டி கே. பாலசுப்பிரமணியன் பி,

கருக்கலைப்பு என்றால் 'உன் இஷ்டம்' பாலியல் உறவு என்றால் 'உனக்கு உரிமையில்லை' தமிழகத்தின் கீராமப் பகுதியிலுள்ள பெண்களின் முரண்பட்ட வாழ்க்கை நிலை இனப்பெருக்க விஷயங்கள், வண்டன், யூகே 2004 பக்கம் 88 - 99.

அரசுத் துறையில் கருக்கலைப்பு சேவைகள் தாலுக்கா மற்றும் மாவட்ட மருத்துவமனைகளில் மட்டுமே வழங்கப்படுகிறது. ஆரம்ப சுகாதார மையங்களில் இச்சேவை கிடைப்பதில்லை. தேசிய அளவில் பார்க்கும்போது கருக்கலைப்பு சேவை பெரும்பாலான அரசு மருத்துவ மையங்களில் கிடைப்பதில்லை. என்னுரைகளும் 2011 - 12 ஆம் ஆண்டு புள்ளி விவரப்படி, குஜராத் மாநிலத்திலுள்ள 8 சதவீத அரசு மருத்துவ மையங்களிலும், இமாச்சலபிரதேசத்திலுள்ள 18 சதவீத மையங்களில் மட்டுமே கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கப்படுகிறது. தமிழ்நாடு போன்ற மாநிலங்களில் பெரும்பாலான பிரசவங்கள் அரசு மையத்தில் நடைபெறுகிறது. அம்மாநிலங்களில் கூட மூன்றில் இரண்டு பங்கு கருக்கலைப்புகள் தனியார் மருத்துவமனைகளில்தான் நடக்கிறது.

அரசு மருத்துவமனைகளில் கருக்கலைப்புச் சேவைகள் தரமானதாக இல்லை, மேலும், சேவை வழங்குவதற்கு அனுகூலமாக சரியில்லாமல் இருப்பது மற்றும் பயனாளிகளின் தனிப்பட்ட இரகசியங்கள் பாதுகாக்கப்படாதது போன்ற காரணங்களினால் பல பெண்கள் தனியார் மருத்துவமனைகளையே கருக்கலைப்பிற்கு அதிகம் தேர்வு செய்கின்றனர். தனியார் துறையில் அதிகம் பணம் செலவாகிறது என்ற போதிலும் வேறு வழியில்லாமல் அவர்கள் அங்கு செல்ல நேரிடுகிறது. இச்சுழிநிலையில் கீராமப்புற ஏழை மற்றும் நலவிவடைந்த வகுப்புப் பெண்கள் கருக்கலைப்புச் சேவையைபெற முடிவதில்லை. எனவே பாதுகாப்பான மற்றும் குறைந்த செலவிலான கருக்கலைப்பு என்பது பல ஏழைப் பெண்களுக்கு ஒரு பகல் கனவாகவே இருந்து வருகிறது. கருக்கலைப்புச் சேவை தேவைப்படுவர்களில், அச்சேவை கிடைக்காதவர்களின் சதவீதம் இன்றும் நம் நாட்டில் அதிகமாகவே உள்ளது என ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன.

மூன்று மாதங்கள் பூர்த்தியடையாத ஒரு கருவைக் கலைப்பதற்குக் கூட கருப்பையின் வாய்ப்பகுதியை விரிவடையைச் செய்து கருவைச் சுரண்டி எடுக்கும் - டிஸி என்ற பழைய முறையையே இன்றும் பல மருத்துவர்கள் பயன்படுத்துகின்றனர். மாத்திரைகள் மூலம் கருவைக் கலைப்பது மற்றும் கருவை உறிஞ்சி எடுக்கும் பாதுகாப்பான எளிய வழிமுறைகளை அரசு மருத்துவமனைகளில் கூட அதிகமாக பயன்படுவதில்லை. அரசு சுகாதார மையங்களின் அடிப்படைக் கட்டமைப்பட்ட வசதிகளை மேம்படுத்துவதற்குத் தேசிய ஊரக சுகாதாரத் திட்டத்தின் கீழ் (2007 -2012) முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்பட்டது. அதன் மூலம் பிரசவ சேவைகள் ஆரம்ப சுகாதார மையங்களில் துவங்கப்பட்டது. ஆனால், அந்த வசதி கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகளை மேம்படுவதற்கு வழிவகுக்கவில்லை. தற்போதுள்ள

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெறமுடிகிறதா?

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?

அடிப்படை வசதிகளைக் கொண்டே ஏழை எனிய மக்கள் பயன்பெறும் வகையில் மாந்திரைகள் மூலம் கருக்கலைப்புச் செய்வது மற்றும் எம்விஏ போன்ற சேவைகளை எளிதாக வழங்கலாம். இரண்டாவதாக, கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்வதற்கு முன்பும், அதன் பிறகும் கொடுக்கவேண்டிய ஆலோசனைகள் தனியார் மற்றும் அரசு மருத்துவமனைகளில் வழங்கப்படுவதில்லை. அதனால், பலபெண்கள் தீரும்பத்தீரும்பகருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ள வேண்டிய கூழ்நிலைக்குத் தள்ளப்படுகின்றனர். எனவே, தொடர் கருக்கலைப்புகளைத் தடுப்பதற்குத் தம்பதியர்களுக்குத் கருத்தடை முறைகள் குறித்த ஆலோசனை என்பது மிகவும் அவசியமாகிறது.

### (அ) ஹெச்ஜி மற்றும் எய்டல் பற்றிய கொள்கைகள்

1992 ஆம் ஆண்டு மத்திய சுகாதார மற்றும் குடும்பநல் அமைச்சகத்தின் கீழ் தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுத் தீட்டம் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டது. 1992 முதல் 1997 வரையிலான முதல் காலக் கட்டத்தில் இத்திட்டத்தின் நோக்கமானது, பாதுகாப்பானபாலியல்நடவடிக்கைகள், இரத்தம் மற்றும் மருத்துவமனைக் கழிவுகள் மூலம் ஹெச்ஜி கிருமிகள் பரவுவதைத் தடுப்பது குறித்து விழிப்புணர்வு ஏற்படுத்துவதாகும். இந்திய அளவில் தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டு அமைப்பு (நேக்கோ) என்ற ஒன்று உருவாக்கப்பட்டது. அதுபோலவே, மாநிலங்களில் மாநில எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டு சங்கங்கள் ஆரம்பிக்கப்பட்டது. எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுத் தீட்டத்தின் இரண்டாவது காலக் கட்டமான 1999 - 2006 இல் தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டுக் கொள்கை என்ற ஒன்று 2002 ஆம் ஆண்டு கொண்டுவரப்பட்டது. அக்கொள்கையின்படி ஹெச்ஜி/எய்டஸ் உடனடியாக மக்களுக்குத் தேவையான உதவிகளை வழங்குவதற்கான திட்டங்கள் துவங்கப்பட்டது. மேலும், ஹெச்ஜி தொற்றுப்பரவு வாய்ப்புகள் அதிகமுள்ள குழுவினருக்கும் மற்றும் தாயிடமிருந்து சேய்க்குப் பரவுவதைத் தடுப்பதற்கான திட்டமும் இதில் இடம் பெற்றிருந்தது. இத்திட்டத்தின் மூன்றாவது காலகட்டமாக 2007 - 2012 இல் ஹெச்ஜி/எய்டஸ் நோயாளிகளுக்கான பாதுகாப்பு மற்றும் சிகிச்சை வழிமுறைகளுக்கு முக்கியத்துவம் கொடுக்கப்பட்டது. மேலும், பணியிடங்களில் ஹெச்ஜி/எய்டஸ் நோயாளிகளை எவ்வாறு நடத்த வேண்டும் என்பது குறித்த ஒரு தேசியக் கொள்கை வழிமுறை 2002 ஆம் ஆண்டு உருவாக்கப்பட்டது. முதலாளிகள், பணியாளர்கள், தொழிற்சங்கங்கள், ஹெச்ஜி/எய்டஸ் நோயாளிகள், சர்வதேச தொழிலாளர் அமைப்பு, யுள்ளனர்கள், தொழிலாளர் மற்றும் வேலைவாய்ப்பு அமைச்சகம் மற்றும் தேசிய எய்டஸ் கட்டுப்பாட்டு அமைப்பு என பல குழுக்களுடன் பேச்சுவார்த்தை நடத்தி கிக்கொள்கை வரைவு கொண்டுவரப்பட்டது. ஹெச்ஜி அடிப்படையில் ஒருவரைப் புறந்தள்ளுவதைத் தடுப்பது, ஹெச்ஜி நோயாளிகளுக்கு கல்வி மற்றும் வேலைவாய்ப்புக்களை உருவாக்குவதும் அவர்களுக்குத் தேவையான மருத்துவச் சேவைகளை வழங்குவதும் இக்கொள்கையின் முக்கிய நோக்கமாகும்.

இந்திய பாராஞ்மன்றத்தில் ஹெச்ஜி/எய்டஸ் குறித்த ஒரு சட்ட வரைவு சமீபத்தில் தாக்கல் செய்யப்பட்டுள்ளது. மூன்று ஆண்டுகள் பலதரப்பட்ட குழக்களுடன் பல சுற்றுக் கலந்துரையாடல் நடத்தப்பட்டு 2006 ஆம் ஆண்டு அம்மசோதா ஒரு இறுதி வடிவம் பெற்றது. அதன் பின்பு 2007 இல் சட்ட அமைச்சகத்திற்கு அனுப்பப்பட்டது. அவ்விஷைச்சகம் அதைப் பார்வையிட்டு ஒப்புதல் வழங்க மூன்றாண்டுகள் எடுத்துக்கொண்டது. பிறகு 2010 ஆம் ஆண்டு சுகாதார அமைச்சகத்திற்கு அனுப்பப்பட்டது. சட்ட மற்றும் சுகாதார அமைச்சகத்திற்கு இடையே அவ்வரைவு மசோதா அங்கும் இங்கும் பல ஆண்டுகள் பந்தாடப்பட்டுள்ளன. ஹெச்ஜி/எய்டஸ் நோயாளிகளின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பு இம்மசோதாவின் முக்கிய நோக்கமாகும். மேலும், அரசு மற்றும் தனியார் மருத்துவமனைகளில் ஹெச்ஜி/எய்டஸ் நோயாளிகளுக்குச் சேவை வழங்குவதிலுள்ள பாகுபாடுகள் மற்றும் புரக்களிப்புகளைத் தடுப்பது பற்றியும் இம் மசோதாவில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

### (ஆ) வளரிளம் பருவத்தினருக்கான பாலியல் மற்றும் னினப்பெருக்க நலச்சேவைகள் குறித்த கொள்கைகள்

இந்திய அரசின் முக்கிய னினப்பெருக்க நலக்கொள்கைகளான; தேசிய மக்கள்தொகை கொள்கை 2000, தேசிய எய்டஸ் தடுப்பு மற்றும் கட்டுப்பாடுக் கொள்கை 2002, தேசிய னினைஞர் கொள்கை 2003, னினப்பெருக்க மற்றும் குழந்தை நலக் கொள்கைகள் (1 மற்றும் 2) ஆகிய அனைத்திலும் வளரிளம் பருவம் என்பது தனித்துவமான ஒன்று என்றும் அவர்களின் எல்ஆர்ஹெச்ஆர்க்கு சிறப்புக் கவனம் செலுத்தவேண்டும் எனவும் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. பாலியல் னினப்பெருக்க நலத் தகவல்கள், ஆலோசனை மற்றும் சேவைகள் வளரிளம் பருவ வயதினருக்கு எளிதில் கிடைக்கவேண்டும் என அவற்றில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. மேலும், அப்பருவ வயதினருக்குத் தேவைப்படும் சுகாதாரச் சேவைகளும் அனைத்தும் பிலேச்சி அளவில் வழங்கப்படவேண்டும் என ஆர்சிஹெச் மற்றும் னினைஞர் நலக் கொள்கையில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. திருமணமாகாத னினைஞர்களுக்கு எல்லா எல்ஆர் ஹெச் சேவைகள் கிடைக்க வேண்டும் என ஆர்சி ஹெச் கொள்கையில் சட்டிக்காட்டப்பட்டுள்ளது. ஆனால், நடைமுறையில் 18 வயது பூர்த்தியாகாத ஒரு னினம் பெண் கருக்கலைப்புச் சேவையைப் பெறுவதற்கு பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரின் ஒப்புதல் தேவைப்படுகிறது. பொதுவாக, வளரிளம் மற்றும் திருமணமாகாத னினைஞர்கள் எல்ஆர்ஹெச் சேவைகளைப் பெற முயனும்போது பல விதமான டிட்பாடுகளையும், சமூகப் புரக்களிப்புக்களையும் எதிர்கொள்ள நேரிடுகிறது. எனவே, எல்ஆர்ஹெச்ஆர் கொள்கையிலுள்ள பரந்த விஷயாங்களை நடைமுறைப்படுத்துவது மற்றும் வளரிளம்

பருவத்தினருக்கான சேவைகள் என்பதெல்லாம் வெறும் மாயையாகவே உள்ளது.

இந்தியாவில் வளரினம், இளைஞர்களின் பாலியல் இனப்பெருக்க நலத் தேவைகள் மற்றும் பிரச்சனைகளுக்குப் போதிய முக்கியத்துவம் தருவதீல்லை. பாலியல், இனப்பெருக்க நலன் குறித்து இளைஞர்கள் பொறுப்பான முடிவுகள் எடுப்பதற்குத் தேவையான தகவல்கள் அவர்களுக்கு கிடைப்பதில் கலை என்று என்னப்பொலூசன் - 3 ஆய்வின் முடிவு தெரிவிக்கிறது. மும்பையிலுள்ள ஜஜபிளஸ் நிறுவனமானது இளைஞர்கள் மத்தியில் ஓர் ஆய்வினை ஜந்து மாநிலங்களில் நடத்தியது. இளைஞர்களுக்குப் பலவிதமான பாலியல், இனப்பெருக்க நலத் தேவைகள் இருப்பதாக அவ்வாய்வு தெரிவிக்கிறது. குறிப்பாக, பாலியல், கர்ப்பம், கருத்தடை மற்றும் பால்வினை நோய்த் தொற்றுக்கள் குறித்த விழிப்புணர்வு இளைஞர்கள் மத்தியில் மிகவும் குறைவாக உள்ளது. உதாரணமாக, ஒருமுறை உடலுறவு கொண்டாலும் கருத்தரிக்க வாய்ப்புண்டு என்ற அடிப்படை உண்மை கூட 15-25 வயதுக்குப்பட்ட ஆண்களில் 30 சதவீதத்தினருக்கும் மற்றும் 15 - 30 வயதுப் பெண்களில் பாதிப்பேருக்கும் தெரியவில்லை.

தேசிய ஊரக சுகாதாரத் தீட்டம் என்ற புதிய கொள்கையின் ஆர்ம்என்சிஹெர்சிபிளஸ் (RMNCH+A) அனுகுமறையில் வளரினம் பருவத்தினருக்குப் பல முக்கியத் தீட்டங்கள் உள்ளன. அதில் முக்கியமாக :

- வளரினம் பருவத்தினருக்கான ஊட்டச்சத்து மற்றும் இரும்புச்சத்து மாத்திரைகள் விரியோகம், இதில் இரண்டு அம்சங்கள் உள்ளது.
- 1. ஊட்டச்சத்துக் குறித்த சுகாதாரக் கல்வி வகுப்புகளை அங்கன்வாடி மையங்கள், நேரு யுவகேந்திரா அமைப்பு மற்றும் பள்ளிகளில் நடத்துதல்.
- 2. வளரினம் பருவத்தினர் (ஆண் - பெண் இருவருக்கும்) மத்தியில் நிலவும் இரத்த சோகையைக் குறைக்கும் பொருட்டு அங்கன்வாடிமையங்கள் மற்றும் பள்ளிகளில் வாரந்தோறும் இரும்பு மற்றும் போலிக் அமில மாத்திரைகள் வழங்குதல் (விப்ஸ்)
- வளரினம் பருவத்தினருக்குத் தோழமையுணர்வுடன் சுகாதார சேவைகள் வழங்குதல். தீருமணமான மற்றும் தீருமணமாகாத வளரினம் பருவத்தினருக்குத் தேவைப்படும் எல்லூர்வெச்சிலூர் தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்குவதற்கு என பிரத்யேக தகவல்கள் மற்றும் ஆலோசனை மையங்கள் உருவாக்கப்படுகிறது. அவை பிலோச்சி, தாலுக்கா மற்றும் மாவட்ட மருந்துவமனை என எல்லா இடங்களிலும் செயல்படும். பிலோச்சி அளவில் இது வாரத்தில் ஒருநாள் சேவையாகவும், மற்ற மையங்களில் தீனசாரியும் செயல்படுகிறது.
- வளரினம் பருவத்தினரின் எல்லூர்வெச்சிலோசனைகள் குறித்து விழிப்புணர்வு மற்றும்

ஆலோசனைகள் வழங்குதல். அதன்படி, கிராமங்கள் மற்றும் கல்வி நிறுவனங்களில் வாழுக்கைக் கல்வி வகுப்புகள் நடத்த தீட்டமிடப்பட்டுள்ளது.

- கிராமப்புறத்திலுள்ள வளரினம் பருவப் பெண்களின் மாதவிலக்கு ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்துதல். 10 - 19 வயதிற்குப்பட்ட வளரினம் பெண்களின் மாதவிலக்கு தற்சுகாதாரத்தை மேம்படுத்தும் நோக்கத்தில் என்னுர்வெச்சிலோச்சில் கீழ் கவலையற்ற நாட்கள் என்ற பெயரில் சான்டீ நாப்கிள்கள் விரியோகிக்கப்படுகிறது. ஒரு ரூபாய்க்கு ஒரு நாப்கிள் என்ற அடிப்படையில் அங்கன்வாடி மையங்களில் விற்பனை செய்யப்படுகிறது. தமிழ் நாட்டில் இது லைவசமாக வழங்கப்படுகிறது.
- நோய்த்தீட்டம் மற்றும் மருத்துவப் பரிசோதனைகள் தீட்டம்: இத்தீட்டத்தின்படி அரசு மற்றும் அரசு உதவி பெறும் பள்ளிகளில் பயிலும் 6 - 18 வயதிலுள்ள மாணவர் - மாணவியர்களுக்கு ஆறுமாதத்திற்கு ஒரு முறை மருத்துவ பரிசோதனை முகாம்கள் நடத்தப்படுகிறது. நோய்களை ஆரம்ப நிலையிலேயே கண்டறிவது, ஊட்டச்சத்துக் குறைபாடு மற்றும் அங்குறைபாடுகளைக் கண்டறிந்து தக்க சிகிச்சையளிப்பதற்காக இம்முகாம்கள் நடத்தப்படுகிறது. தொடர் அல்லது மேல்சிக்கை தேவைப்படும் மாணவர்களை தாலுக்கா மற்றும் மாவட்ட மருத்துவமனைகளுக்குப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

## **2) சட்டப்படி குறைந்த படச தீருமண வயதுக்கும் மற்றும் சராசரி தீருமண வயதுக்கும் உள்ள வித்தியாசம்.**

இந்தியாவில், குழந்தைத் தீருமணத் தடைச்சட்டம் 1929 ஆம் ஆண்டு அறிமுகப்படுத்தப்பட்டது, சாரதா சட்டம் என அழைக்கப்படும் இச்சட்டம். 1930 ஏப்ரல் 1 ஆம் தேதி அமலுக்கு வந்தது. 21 வயது பூர்த்தியாகும் முன்பு ஒரு ஆணுக்கும், 18 வயதுக்கு முன்னர் ஒரு பெண்ணுக்கும் தீருமணம் செய்வது தவறு என அச்சட்டம் தெரிவிக்கிறது. சாரதா சட்டம் கொண்டுவரப்பட்டு 85 ஆண்டுகளுக்கு மேல் ஆகிவிட்ட போதிலும் இன்றும் கிராமப்புறங்களில் உள்ள பெண்கள் மத்தியில் குழந்தைத் தீருமணங்கள் பரவலாகக் காணப்படுகிறது.

தேசிய குடும்பநல் ஆய்வின்படி (2005 - 2006) பெண்களில் சராசரி தீருமண வயது 18.3 ஆகவும் ஆண்களின் சராசரி தீருமண வயது 23.7 ஆண்டுகளாகும். மேலும், 20 - 24 வயதுப் பெண்களில் ஜந்தில் இருவருக்கு 18 வயது பூர்த்தியடையும் முன்னரே தீருமணம் நடந்துள்ளது என அவ்வாய்விலிருந்து தெரியவருகிறது. தேசிய குடும்பநல் ஆய்வின் மூன்று சுற்று முடிவுகளை (1994 - 95, 1998 - 99 மற்றும் 2005 - 06) ஒப்பிட்டுப் பார்த்து யுனிஸெப் நிறுவனம் குழந்தைத் தீருமணம் குறித்த ஒரு புள்ளிவிவரத்தை வெளியிட்டுள்ளது. அதன்படி, உலகளவில் குழந்தைத் தீருமணம் செய்துகொண்ட பெண்களில் 40 சதவீதத்தினர் இந்தியாவில் உள்ளனர் எனத் தெரிகிறது.

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெறமுடிகிறதா ?

#### அட்வணை 4. 20 - 24 வயதினுள்ள பெண்களில், 18 வயது பூர்த்தியடையும் முன்பே தீருமணம் செய்துகொண்டவர்களின் சதவீதம்

ஆதாரம் மற்றும் வருடம்	கிராமம்	நகரம்	மாத்தம்
என்எப்ஹெச்எஸ் - 1 (1992-1993)	<b>62.8</b>	32.6	<b>54.2</b>
என்எப்ஹெச்எஸ் - 2 (1998-1999)	<b>58.6</b>	27.9	<b>50</b>
என்எப்ஹெச்எஸ் - 3 (2005-2006)	<b>52.5</b>	28.2	<b>45.0</b>
ஷல்லெஹச்எஸ் - 3 (2007-2008)	<b>48.0</b>	29.4	<b>42.9</b>
1992 - 93 மற்றும் 2007 - 2008 க்கு இடைப்பட்ட காலத்தில் வீழ்ச்சியின் வேகம் (%)	<b>-23.57</b>	<b>-20.85</b>	<b>-9.51</b>
1998 - 99 மற்றும் 2007 - 2008 இடைப்பட்ட காலத்தில் வளர்ச்சி/வீழ்ச்சியின் வேகம்(%)	தகவல் இல்லை <b>-18.08</b>	<b>+5.4</b>	<b>22.5</b> <b>14.2</b>

ஆதாரம் : தீசிய குடும்ப நல ஆய்வு 1.2 மற்றும் 3 மாவட்ட அளவிலான சுகாதார ஆய்வு 3 ஆக்கியவற்றிலிருந்து தொகுக்கப்பட்டது.

12

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெற்றுதிருக்காதாரம் மற்றும் மாநிலங்களிலுள்ள பெண்கள் மத்தீயில் குழந்தைத் தீருமணங்கள் பரவலாக நடப்பதாக ஷல்லெஹச்எஸ் - 3 (2007 - 2008) ஆய்வு தெரிவிக்கிறது. அதாவது இம்மாநிலங்களிலுள்ள 20-24 வயது பெண்களில் பாதிப்பேருக்கு 18 வயது பூர்த்தியடையும் முன்பே தீருமணம் நடந்துள்ளது. ஆனால், ஹிமாச்சலப்பிரதேசம், கேரளா புதுச்சேரி மற்றும் கோவா ஆகியமாநிலங்களில் குழந்தைத் தீருமணமான பெண்களின் சதவீதம் 20 க்கும் குறைவு. எனவே, இளம்வயது தீருமணத்தைத் தடுப்பதற்கு மன்றலம் மற்றும் மாநில அளவிலான அனுகுமுறைகளைப் பின்பற்ற வேண்டியுள்ளது.

முக்கியமாக பீகார், ராஜஸ்தான், ஜார்கண்ட், உத்திரப்பிரதேசம், மேற்கு வாங்காளம், மத்தியபிரதேசம், ஆந்திரா மற்றும் கர்நாடகா போன்ற மாநிலங்களிலுள்ள பெண்கள் மத்தீயில் குழந்தைத் தீருமணங்கள் பரவலாக நடப்பதாக ஷல்லெஹச்எஸ் - 3 (2007 - 2008) ஆய்வு தெரிவிக்கிறது. அதாவது இம்மாநிலங்களிலுள்ள 20-24 வயது பெண்களில் பாதிப்பேருக்கு 18 வயது பூர்த்தியடையும் முன்பே தீருமணம் நடந்துள்ளது. ஆனால், ஹிமாச்சலப்பிரதேசம், கேரளா புதுச்சேரி மற்றும் கோவா ஆகியமாநிலங்களில் குழந்தைத் தீருமணமான பெண்களின் சதவீதம் 20 க்கும் குறைவு. எனவே, இளம்வயது தீருமணத்தைத் தடுப்பதற்கு மன்றலம் மற்றும் மாநில அளவிலான அனுகுமுறைகளைப் பின்பற்ற வேண்டியுள்ளது.

அட்வணை 5 தீசிய குழந்தைப் பருவத்தில் தீருமணமான பெண்களின் சதவீதம் தொடர்ந்து பல ஆண்டுகளாகவே குறைந்து வந்துள்ளது. ஆனால், அவ்வீழ்ச்சியின் வேகம் சமீப காலமாக சுற்று குறைந்துள்ளது. அதுபோலவே, ஒட்டு மொத்த சராசரி குறைந்துள்ளபோதும் நகரப்பகுதியில் 18 வயதுக்கும் கீழ் தீருமணம் செய்துகொள்ளும் பெண்களின் சதவீதத்தில் எவ்வித மாற்றமும் இல்லாமல் பல வருடங்களாக நிலையாக இருந்து வருகிறது. அதீவும் குறிப்பாக, 2007 - 08 ஆம் ஆண்டுகளில், நகரப் பெண்களின் மத்தீயில் இளம் வயது தீருமணம் சுற்று அதிகரித்துள்ளது என ஷல்லெஹச்எஸ் ஆய்வு தெரிவிக்கிறது.

#### அட்வணை 5. ஆண்கள் மற்றும் பெண்களின் சராசரி தீருமண வயது (ஷல்லெஹச்எஸ் - 3). 2007 - 2008.

தற்போதைய வயது	தீருமணத்தின் போது வயது	
	பெண்கள்	ஆண்கள்
<b>15-19</b>	தகவல் இல்லை	தகவல் இல்லை
<b>20-24</b>	<b>18.3</b>	தகவல் இல்லை
<b>25-29</b>	<b>17.4</b>	<b>23.7</b>
<b>30-34</b>	<b>16.8</b>	<b>22.7</b>
<b>35-39</b>	<b>16.6</b>	<b>22.3</b>
<b>40-44</b>	<b>16.5</b>	<b>22.0</b>
<b>50-54</b>	தகவல் இல்லை	<b>22.5</b>
<b>20-49</b>	<b>17.2</b>	<b>23.4</b>
<b>25-49</b>	<b>16.8</b>	<b>22.7</b>

ஆதாரம்: மாவட்ட அளவிலான சுகாதார ஆய்வு - ஷல்லெஹச்எஸ் -3 (2007 - 2008)

கல்வித்தகுதி, ஜாதி மற்றும் குடும்பத்தின் பொருளாதாரநிலை அடிப்படையில் சராசரித் திருமண வயது மிகவும் வேறுபடுகிறது (என்எப்ஹெச்எஸ் - 3). படிக்காத பெண்களோடு ஒப்பிடுகையில் 9 ஆம் வகுப்பிற்கு மேல் படித்த பெண்களின்

சராசரி திருமண வயது மூன்று ஆண்டுகள் அதீகமாக இருக்கிறது. எனவே ஏழை, தாழ்த்தப்பட்ட ஜாதி மற்றும் படிப்பறிவில்லாத பெண்கள் மத்தியில்தான் இளவும் திருமணங்கள் அதீகம் நடக்கின்றன.

### **அட்டவணை 6. ஆண்கள் மற்றும் பெண்களின் திருமண வயது அவர்களின் சமூகப் பொருளாதார அடிப்படையில் (முள்ளூச்எஸ் - 3). 2007 - 2008.**

சமூகப் பொருளாதார நிலை	சராசரி திருமண வயது	
	பெண்கள்	ஆண்கள்
<b>கல்வித் தகுதி</b>	20-24 வயது	25 -29 வயது
படிக்காதவர்கள்	<b>15.8</b>	<b>20.4</b>
1-5 ஆம் வகுப்பு வரைப் படித்தவர்கள்	<b>16.9</b>	<b>21.3</b>
5-7 ஆம் வகுப்பு வரைப் படித்தவர்கள்	<b>17.6</b>	<b>22.5</b>
8-9 ஆம் வகுப்பு வரைப் படித்தவர்கள்	<b>19</b>	<b>23.9</b>
10-11 ஆம் வகுப்பு வரைப் படித்தவர்கள்	<b>19.9</b>	<b>NA</b>
12 மற்றும் அதற்கு மேற்பட்ட ஆண்டுகள் கல்வித் தகுதி பெற்றவர்கள்	தகவல் இல்லை	தகவல் இல்லை
<b>ஜாதி</b>		
தாழ்த்தப்பட்ட சமூகத்தைச் சார்ந்தவர்கள்	<b>17.5</b>	<b>22.5</b>
மலைவாழ் மக்கள்	<b>17.3</b>	<b>21.5</b>
இதர பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர்	<b>17.8</b>	<b>23.2</b>
இதர வகுப்பினர்கள்	<b>19.7</b>	தகவல் இல்லை
<b>குடும்பப் பொருளாதார நிலை</b>		
மிகவும் பின் தங்கியநிலையில் உள்ளவர்கள்	<b>15.9</b>	<b>20.2</b>
பின் தங்கியநிலையில் உள்ளவர்கள்	<b>16.6</b>	<b>21.5</b>
நடுத்தரக் குடும்பத்தினர்	<b>17.8</b>	<b>22.8</b>
வசதியானவர்கள்	<b>19.2</b>	தகவல் இல்லை
மிகவும் வசதியானவர்கள்	தகவல் இல்லை	தகவல் இல்லை
மொத்தம்	<b>18.3</b>	<b>23.7</b>

ஆதாரம்: மாவட்ட அளவிலான சுகாதார ஆய்வு (முள்ளூச்எஸ் 3) 2007 - 2008

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?

## 2. பெண்களுக்கெதிரான வன்முறை

பெண்களுக்கெதிரான வன்முறை என்பது ஒரு சிக்கலான பொது நலம் பிரச்சனையாகும். நம் நாட்டில் நிலவும் பல்வேறு சமூக, பொருளாதார, கலாச்சார மற்றும் பாலின ஏற்றத்தாழ்வுகளினால், பெண்களால் தங்களுக்கு ஏற்படும் வன்முறைகளைப் பல நேரம் வெளியே சொல்ல முடியவில்லை. எனவே, பெண்களுக்கெதிரான வன்முறைகள் குறித்து நமக்குக் கிடைக்கும் புள்ளி விவரங்கள், அனைத்தும் உண்மை நிலையைவிட மிகக் குறைவு. 15 - 49 வயதுகுட்பட்ட தீருமணமான பெண்களில், 37.2 சதவீதத்தினர், தங்களின் வாழ்நாளில் கணவர்கள் மூலம் ஏதேனும் ஒரு வன்முறைக்கு ஆளாகியுள்ளதாக என்பதெல்லாம் - 3 (2005 - 2006) ஆய்வு தொவிக்கிறது. அதில் 35 சதவீதத்தினர் உடல் ரீதியான வன்முறைக்கும், 8 சதவீதத்தினர் உடல் மற்றும் பாலியல் துண்புறுத்தலுக்கும் ஆளாகியுள்ளனர். மேலும், தீருமணமான பெண்களில் நான்கில் ஒருவர் கடந்த ஓராண்டிற்குள் கணவர் மூலம் வன்முறைக்கு ஆளாகியுள்ளதாக ஆய்வு தொவிக்கிறது. அவர்களுக்கு அவ்வன்முறை எப்பொழுது நடக்கத் துவங்கியது எனப் பார்க்கும்போது, பெரும்பான்மையானவர்களுக்கு (81 சதவீதம்) தீருமணமான முதல் ஜந்து வருடங்களுக்கு நிகழ்ந்துள்ளது. எனவே, இளம் தமதியர்கள் மத்தியில் பாலினச் சமத்துவம் குறித்த விழிப்புணர்வு நடவடிக்கைகளைத் துவங்குவது அவசியம் எனத் தொகிறது.

பெண்களுக்கெதிரான வன்முறை என்பது சமூகத்தின் எல்லாப் பிரிவின் மத்தியிலும் காணப்படுகிறது. என்றபோதிலும், ஜாதி, கிராம-நகரம் மற்றும் குடும்பத்தின் பொருளாதார நிலையின் அடிப்படையில் பாதிக்கப்பட்டோரின் அளவு கணிசமாக வேறுபடுகிறது. வரைபடம் - 1 இல் காட்டப்பட்டுள்ளது போன்று தவித மற்றும் மலைவாழ் இனப்பெண்கள் மத்தியில் வன்முறையால் பாதிக்கப்பட்டோரின் சதவீதம் மிகவும் அதிகம். இதுபோலவே வசீயான பெண்களில் 18 சதவீதத்தினரும், ஏழைகளில் 49 சதவீதத்தினர் வன்முறைக்கு ஆளாகியுள்ளனர். மொத்தத்தில், கிராமப்புறங்களிலுள்ள ஏழை, படிப்பறிவில்லாத பெண்களே உடல் மற்றும் பாலியல்ரீதியான வன்முறையை அதிகம் எதிர்கொள்கின்றனர்.

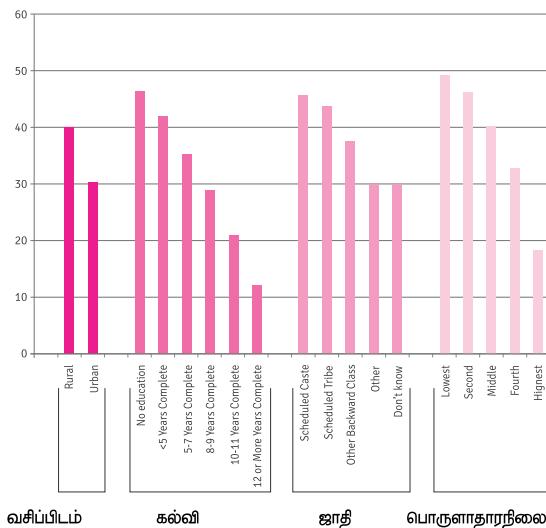
1998-99 மற்றும் 2005-2006 ஆம் ஆண்டுகளில் நடத்தப்பட்ட தேசிய குடும்ப நல ஆய்வின் முடிவுகளை ஒப்பிட்டுப் பார்க்கையில், வன்முறையால் பாதிக்கப்பட்டோரின் சதவீதம் கணிசமாக அதிகரித்துள்ளது. அதாவது, 1998-99 இல் 20 சதவீதம் என்ற நிலையிலிருந்து 2005-06 இல் 37 சதவீதமாக அதிகரித்துள்ளது. இந்தியத் தண்டனைச் சட்டத்தின்படி 2012 ஆம் ஆண்டு 24, 923 கற்பழிப்பு புகார்கள் பதிவாகியுள்ளது. கடந்த 10 ஆண்டுகளின் புள்ளிவிவரங்களோடு ஒப்பிடுகையில் 2011 - 12 ஆம் ஆண்டில் நிகழ்ந்த பாலியல் பலாத்கார சம்பவங்களின்

எண்ணிக்கை 55% அதிகமாகும். கற்பழிப்பு, பாலியல் பலாத்காரச் சம்பவங்கள் நாளுக்கு நாள் தொடர்ந்து அதிகரித்து வருகின்றன என்பது மேற்கொண்டு புள்ளிவிவரங்களிலிருந்து தெளிவாகிறது. அட்டவணை 7 இல் தொவிக்கப்பட்டுள்ளபடி பெண்களுக்கெதிரான தீரு குற்றங்களான; வரதட்சனை, கணவர் மற்றும் குடும்ப உறுப்பினர்கள் மூலம் நடக்கும் கொடுமைகள் தொடர்ந்து அதிகரித்து வருகின்றன. இவ்வன்முறையைத் தடுப்பதற்குப் பல சட்டங்கள் இருந்தபோதும், குற்றங்கள் தொடர்ந்து அதிகரித்து வருகின்றன. இதற்கு முக்கியக்காரணம் என்னவென்றால் சட்டங்களைச் சரிவர நடைமுறைப்படுத்தாதது மற்றும் கண்காணிப்பு வழிமுறைகளில் குறைபாடுகள் இருப்பதுமேயாகும்.

தேசிய	குற்ற	ஆவணங்கள்	அமைப்பின்
2012	ஆம்	ஆண்டு	தகவல்களின்படி
பெண்களுக்கெதிரான மொத்தக் குற்றங்களில், வரதட்சனை தொடர்பான கொலைகள் மற்றும் இறப்புகள் மட்டும் 3.4 சதவீதம் எனத் தொவிக்கிறது. மேலும், இந்தியாவில் சராசரியாக ஒவ்வொரு நாளும் 22 பெண்கள் வரதட்சனையால் கொலை செய்யப்படுகின்றனர் என இவ்வமைப்பு தொகிறது.			

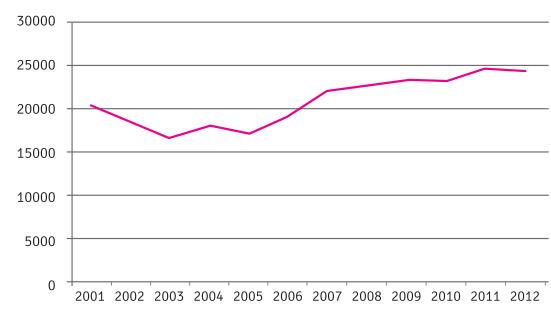
பெண்களுக்கெதிரான குற்றங்களின் எண்ணிக்கையானது தொடர்ந்து நாளுக்கு நாள் அதிகரித்துக்கொண்டே வருகிறது. 2001 - 2012 க்கும் கிடைப்பட்ட 11 ஆண்டுகளில் இந்தியத் தண்டனைச் சட்டத்தின் கீழ் பதிவுசெய்யப்பட்ட பெண்களுக்கெதிரான குற்றங்கள் பல மடாங்கு அதிகரித்துள்ளது. அதாவது, கணவர் மற்றும் உறவினர் மூலம் நடந்த வன்முறைகள் என்ற உட்பிரிவின் கீழ் பதிவான குற்றங்களின் எண்ணிக்கை மட்டும் கிக்காலகட்டத்தில் 116 சதவீதம் உயர்ந்துள்ளது. 2012 ஆம் ஆண்டு நிகழ்ந்த பெண்களுக்கெதிரான குற்றங்களில், 44 சதவீதம் கணவர் மற்றும் உறவினர் மூலம் நிகழ்ந்துள்ளது. எனவே, பல இந்தியப் பெண்களுக்கு அவர்கள் வாழும் இல்லங்களில் கூட பாதுகாப்பு இல்லை என்பதையே மேற்கொண்டு விவரங்கள் நமக்குச் சட்டிக் காட்டுகின்றன. எல்லாவற்றிக்கும் மேலாக, நடைமுறையிலுள்ள சமூகப் பழக்கவழக்கங்கள், சிந்தனைகள், கண்ணோட்டங்களை மாற்றாமல், சட்டத்தை மட்டும் இயற்றி எவ்விதப் பயனும் கிடைக்கப் போவதில்லை என்ற ஆழமான புரிதலையே இப்புள்ளி விவரங்கள் நமக்குத் தொவிக்கின்றன. அதே நேரம் குற்ற வழக்குகளை உடனுக்குடன் விசாரித்து தீர்ப்பு வழங்குவது மற்றும் சட்ட அமலாக்க வழிமுறைகளைத் திடப்படுத்துவதன் மூலம் பெண்களுக்கெதிரான குற்றங்களைக் கணிசமாக்க முடியும்.

**வகுபடம் - 1, திருமணமான பெண்களில் உடல் மற்றும் பாலியல் ரீதியான வன்முறைக்கு ஆளானவர்களின் சதவீதம்.**



கருத்தரித்துவிடுவோம் என்ற பயத்தில் உடலுறவிற்கு நான் மறுக்கும்போது அப்படி நடந்தால் நான் பார்த்துக் கொள்கிறேன் என அவர் சொல்கிறார். நான் முடியாது என உறுதியாக மறுந்தால் நீ வேறு யாருடனாவது உறவு கொள்கிறாயா எனச் சுத்தமிடுவார். எனக்கு முதல் குழந்தை பிறந்த ஒரு மாதம் ஆவதற்குள், உறவிற்கு அழைத்தார் நான் மறுத்தேன் என்னை அடித்துவிட்டார் என் வாழ்க்கையின் தீண்சரி நிகழ்வு அழுத்தை என்பது. ஆதாரம் சுந்தரி ரவ்நிதீரன் டி கே பாலசுப்பிரமணியன் கருக்கலைப்பிற்கு உள் இல்லம் ஆனால் பாலியல் உறவில் முடிவெடுக்க உனக்கு உரிமை இல்லை தமிழகத்தில் கிராமப்புற பெண்களின் முரண்பட்ட வாழ்க்கை குழல் இனப்பெருக்க நலச் செய்திகள் ஸண்டன்யு கே 2004 பக்கம் 88-99.

**வகுபடம் - 2, பதிவு செய்யப்பட்ட வரதப்பசனை நெடுங்கள்**



## பெண்களுக்கெதிரான வன்முறை தடுப்புச் சட்டங்கள்

குடும்ப வன்முறையிலிருந்து பெண்களைப் பாதுகாப்பதற்காக, 2005 ஆம் ஆண்டு குடும்ப வன்முறைத்தடுப்புச்சட்டம் கொண்டு வரப்பட்டது.

உடல், பாலியல் மற்றும் உணர்வு ரீதியான துண்புறுத்தல்களிலிருந்து பெண்களைப் பாதுகாப்பது இச்சட்டத்தின் முக்கிய நோக்கமாகும். பெண்களுக்கு மிகவும் முக்கியமான இச்சட்டத்தை நடைமுறைப் படுத்துவதில் பல சிக்கல்கள் உள்ளன. குறிப்பாக, திருமணமான ஒரு ஆண் தன் மனைவியைப் பாலுறவுக்குக் கட்டாயப்படுத்துவதை இச்சட்டம் வன்முறையாகக் கருதுவதில்லை. அதுபோலவே, இச்சட்டத்தின் கீழ் பதிவு செய்யப்படும் பெரும்பாலான குற்றங்களை மாவட்ட அளவில் நியமிக்கப்படும் பாதுகாப்பு அதிகாரிகளே தீர்த்து வைத்து விடுகின்றனர். அரிதாக ஓரிரு குற்றங்கள் மட்டுமே நீதிமன்றங்களுக்கு அனுப்பப்படுகிறது. பாதுகாப்பு அதிகாரிகளுக்குப் பாலின சமத்துவம் குறித்த பயிற்சிகள் கிடைக்காததால் குடும்பப் பிரச்சனைகளுக்குப் பெண்களை மையப்படுத்தி ஆலோசனைகளை அவர்களால் வழங்க முடிவதில்லை என்பது எங்களுடைய களப்பணி அனுபவங்களிலிருந்து தெரியவருகிறது. அதனால், பெண்களின் விருப்பத்திற்கு மாறாக, கணவருடன் அனுசரித்து வாழ்வதுதான் சரி என்ற ஆலோசனையையே பல பெண்களுக்கு வழங்கப்படுகிறது.

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெறமுடிகிறதா?

1. ஒரு ஆண் தனது ஆனுபவப்பை ஒரு பெண்ணின் பிறப்புறப்பு, சிறுநீர்த்துவாரம் அல்லது மலத்துவாரத்தில் நுழைப்பது அல்லது ஒரு பெண்ணை அவ்வாறு செய்யச் சொல்விக் கட்டாயப்படுத்துவது அல்லது மேலே குறிப்பிட்ட செயலை வேறு ஒரு நபரை வைத்து அப்பெண்ணின் விருப்பத்திற்கு மாறாக செய்யச் சொல்வது.
2. ஒரு ஆண் ஏதேனும் பொருளை அல்லது தன்னுடைய உடல் உறுப்பின் ஏதேனும் ஒரு பகுதியை ஒரு பெண்ணின் பிறப்புறப்பு சிறுநீர்த்துவாரம் அல்லது மலத்துவாரத்தில் நுழைப்பது அல்லது ஒரு பெண்ணை அவ்வாறு செய்யச் சொல்வது அல்லது மேலே குறிப்பிட்ட செயலை வேறு ஒரு நபரை வைத்து அப்பெண்ணின் விருப்பத்திற்கு மாறாகச் செய்யச் சொல்வது.

குற்றவியல் நடைமுறைச் சட்டத்தைத் திருத்துவதற்கு அமைக்கப்பட்ட வர்மா கமிட்டி, தனது பரிந்துரையில் தீருமண உறவில் நடக்கும் பாலியல் வன்முறையைக் குற்றமாகக் கருத வேண்டும் எனத் தெரிவித்துள்ளது. ஆனால், இது பாராளுமன்ற உறுப்பினர்களால் ஏற்றுக் கொள்ளப்படாததால் சட்டமாக நிறைவேறவில்லை. அட்டவணை 7இல் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளபடி 2001 - 2012 க்கும் கிடைப்பட்ட 12 ஆண்டுகளில் இந்தியத் தண்டனைச் சட்டத்தின்படி பதிவுசெய்யப்பட்ட பாலியல் பலாத்காரக் குற்றங்களின் எண்ணிக்கை 55 சதவீதம் அதிகரித்துள்ளது.

**அப்வகை 7, 2001 முதல் 2012 ஆம் ஆண்டு வரையிலான காலகட்டத்தில் நீந்தியத் தண்டனைச் சட்டத்தின்படி பதிவு செய்யப்பட்ட குற்றங்களின் எண்ணிக்கை**

வருடம்	கற்பழிப்பு	ஆள்கடத்தல்	வரதட்சனை இறப்புகள்	மானபங்கம்	பாலியல் துண்புறுத்தல்	கணவர் மற்றும் உறவினர் மூலம் நடந்த கொடுமைகள்
2001	16075	22487	6851	34124	9746	49170
2002	16373	21850	6822	33943	10155	49237
2003	15847	19992	6208	32939	12325	50703
2004	18233	23327	7026	34567	10001	58121
2005	18359	22832	6787	34175	9984	58319
2006	19348	23991	7618	36617	9966	63128
2007	20737	27561	8093	38734	10950	75930
2008	21467	30261	8172	40413	12214	81344
2009	21397	33860	8383	38711	11009	89546
2010	22172	38440	8391	40613	9961	94041
2011	24206	44664	8618	42968	8570	99135
2012	24923	47592	8233	45351	9173	106527
<b>2001-2012</b> காலக்கட்டத்தில் வளர்ச்சி/ வீழ்ச்சியின் வேகம்(%)	<b>55.04</b>	<b>111.64</b>	<b>20.17</b>	<b>32.90</b>	<b>-5.87</b>	<b>116.65</b>

ஆதாரம் : தேசிய குற்ற புள்ளி விவரங்கள் 2012

16

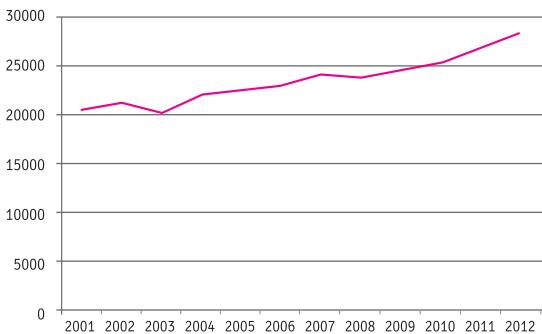
இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெற்றுக்கொண்டு வருகிறதா?

சமீபத்தில் அறிமுகப்படுத்தப்பட்டுள்ள பணியிடங்களில் நடக்கும் பாலியல் துண்புறுத்துதல்களைத் தடுப்பதற்கானச் சட்டம் 2013ன் படி எந்த ஒரு பெண்ணுக்கும் பணியிடங்களில் பாலியல் துண்புறுத்துதல் நேரிடக்கூடாது எனத் தெரிவிக்கிறது. தொழிலதிபர்கள் நிறுவன அளவில் புகார் குழுக்களை அமைக்க வேண்டும் என அதில் கூறப்பட்டுள்ளது. மேலும், அக்குழுவின் கடமைகள் மற்றும் பொறுப்புகள் என்னென்ன என்பது குறித்து ஒரு தெளிவான வழிகாட்டி நெறிமுறையை அதில் வெளியிடப்பட்டுள்ளது. புகார் குழுக்கள் அமைக்கப்படாத சிறு நிறுவனங்களில் பணிபுரியும் பெண்கள் புகார் கொடுக்க ஏதுவாக வட்டார மற்றும் மாவட்ட அளவில் உள்ளூர் குழுக்கள் அமைக்கும்படி அரசுக்கு வழிகாட்டப்பட்டுள்ளது. இச்சட்டம் மிகச் சமீபத்தில் கொண்டுவரப்பட்டுள்ளது என்பதால் நிறுவனங்களில் அக்குழுக்கள் அமைப்பதற்கு இன்னும் சிறிது காலம் ஆக்கக்கூடும். ஆனால், அவற்றை அமைப்பதற்கு ஒரு காலக்கெடு நிர்ணயிக்கும்படி அரசாங்கங்களுக்கு வலியுறுத்த வேண்டிய கடமை நமக்கு உள்ளது.

1961ஆம் ஆண்டு வரதட்சனைத்தடுப்புச்சட்டம் கொண்டு வரப்பட்டது. அச்சட்டத்தின்படி குற்றம் புரிவோருக்கு ஜங்கு அல்லது அதற்கும் மேற்பட்ட வருடங்கள்

சிறைத் தண்டனையுடன் கூடிய அபராதமும் விதிக்கப்படுகிறது. இருப்பினும் வரதட்சனை (சொத்து மற்றும் பொருட்களைக் கொடுப்பது மற்றும் வாஸ்குவது இன்றும் பரவலாகக் காணப்படுகிறது. ஒரு காலத்தில் வரதட்சனை என்பது வசதிப்படைத்தவர்கள் மற்றும் ஒரு குறிப்பட்ட ஜாதியினர் மத்தியில் மட்டுமே இருந்தது. ஆனால், இன்று ஏழை பணக்காரர் என்ற பாகுபாடுயினரில் எல்லாப் பிரிவினர் மத்தியிலும் பரவிவிட்டது. மேலும் இது ஒரு சமூக அந்தஸ்தாகவும் அங்கீகீக்கப்பட்ட சமூகப் பழக்கமாகவும் இன்று மாறி விட்டது. எனவே இதை மாற்ற நாம் இரண்டு நிலைகளில் பணி செய்ய வேண்டியுள்ளது. ஒன்று சட்ட அமலாகக் வழிமுறைகளைப் பலப்படுத்துவது, இரண்டாவது சமூகத்தில் நன்கு வேறுஞ்சியுள்ள ஆண் - பெண் பாலின அடிப்படையிலான மதிப்பீடுகளை மாற்றுவதாகும். தேசிய குற்ற வழக்குகள் பதிவு அமைப்பு வெளியிட்டுள்ள தகவலின்படி 2012 ஆம் ஆண்டில் 8233 பெண்கள் வரதட்சனைக் கொடுமையால் இறந்துள்ளனர். இது, பெண்களுக்கெதிரான மொத்த குற்றங்களில் 3.4 சதவீதமாகும். வரதட்சனையால் பெண்கள் இறப்பது தொடர்ந்து அதிகரித்து வருகிறது. 2001 முதல் 2012 வரையிலான 11 ஆண்டுகளில் வரதட்சனை சாவுகளின் எண்ணிக்கை 20 சதவீதம் அதிகரித்துள்ளது.

**வரைபடம் - 3, 2001 முதல் 2012 ஆம் ஆண்டு வரையிலான காலகட்டத்தில் பதிவு செய்யப்பட பாலியல் பலாத்கார சம்பவங்களின் எண்ணிக்கை**



அமில வீச்சால் பெண்கள் பாதிக்கப்படுவதைத் தடுக்கும் நோக்கில் அமிலங்களை சில்லறையாக விற்பதைத் தடைசெய்ய வேண்டும் என வர்மா கமிட்டி தனது பரிந்துரையில் தெரிவித்தது. குற்றவியல் நடைமுறைச் சட்டத் தீருத்தம் 2013 இல் அப்பரிந்துரை ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டது. மேலும், அமில வீச்சால் பாதிக்கப்படும் பெண்களுக்கான மருத்துவச்செலவுகளை அரசு ஏற்படுத்தக்கூடியான உதவிகளையும் அளிக்க வேண்டும் எனவும் அச்சட்டத் தீருத்தத்தில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

### **பாலியல் மழுக்கங்கள் குறித்த சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள்**

ஒரே பாலினத்தைச் சார்ந்தவர்கள் தம்பதியராகச் சேர்ந்து வாழ்வது குறித்த சட்டம் நம் நாட்டில் தெளிவாக இல்லை. மேலும், அது ஒரு நிரந்தரமான நிலையிலும் இல்லை. தன் பாலின ஈர்பாலர்கள் ஒன்று சேர்ந்து வாழ்வது தவறு என 1860 இல் ஆங்கிலேயர் ஆட்சியில் கொண்டுவரப்பட்ட இந்திய தண்டனைச் சட்டப் பிரிவு எண் 377 இல் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. அச்சட்டத்தின்படி, ஓர் ஆண் ஆணுடனோ அல்லது பெண் பெண்ணுடனோ அல்லது விலங்குடனோ இயற்கைக்கு மாறாக உடலுறவு கொள்வது தண்டனைக்குரிய குற்றமாகும். மேலும், அக்குற்றத்திற்கு ஆயுள் தண்டனையோ அல்லது 10 ஆண்டுகள் சிறைத் தண்டனையோ வழங்கப்படலாம் என அச்சட்டத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது. ஆனால், நஸ் பவுண்டேஷன் தொடர்ந்த ஒரு மழுக்கின் அடிப்படையில் டில்லி உயர்நீதிமன்றம் 2009 ஆம் ஆண்டு ஒரு சரித்திர முக்கியத்துவம் வாய்ந்த தீர்ப்பை வழங்கியது. அதன்படி தன்பாலின ஈர்ப்பாலர்கள் சேர்ந்து வாழ்வதற்கான தடை விலகியது. தன்பாலின ஆர்வலர்களைத் தடுப்பது அடிப்படை மனித உரிமைகளை மீறிய செயல் என்றும், வயதுவந்த ஒருவர் தனக்கு விருப்பமான பாலியல் நடவடிக்கையில் ஈடுபடலாம் என்றும் அத்தீர்ப்பில் தெரிவிக்கப் பட்டுள்ளது. ஆனால் 2014 ஆம் ஆண்டு அவ்வழக்கு உயர்நீதி மன்றத்திற்கு வந்தபோது ஜபிசி 377 என்பது சரியானதே என்றும் ஓரினச் சேர்க்கையில் ஈடுபடுவது குற்றம் எனவும் தீர்ப்பு வழங்கியது. இது

இந்தியாவிலுள்ள எல்ஜிபிழிக்யூஜி (LGBTQI) சமூகத்தினருக்கு மிகுந்த பின்னடைவாகும். ஓரினச் சேர்க்கையில் ஈடுபடுவர்களின் உரிமை களைக் காக்க தேவைப்பட்டால் பாராளுமன்றத்தில் அரசு சட்டத் தீருத்தங்கள் கொண்டு வரலாம் என அத்தீர்ப்பில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. தற்போதைய குழலில், தன் பாலின ஈர்பாலர்கள் தீருமணம் செய்துகொள்வது சட்டப்படி குற்றம். மேலும், அவர்கள் ஒன்றாகச் சேர்ந்து வாழ்வதற்கான உரிமையும் இல்லை.

### **பாலின அடையாளங்கள் குறித்த சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள்**

பாலின அடையாளம் மற்றும் அதனடிப்படையில் பெயர்களை மாற்றிக் கொள்வதற்கு இந்தியாவில் சட்டப்படி அனுமதியில்லை. தமிழகத்தைத் தவிர தீர மாநிலங்களில் பாலின மாற்று அறுவை சிகிச்சை செய்துகொள்வதற்குத் தடை செய்யப் பட்டுள்ளது. தமிழக அரசு மாற்றுப் பாலினத்தவரின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்குச் சில முன்னோடித் திட்டங்களைக் கொண்டு வந்துள்ளது. வாக்காளர் மற்றும் குடும்பஅட்டைகளில் ஆண்-பெண் என்பதோடு மாற்றுப் பாலினத்தவர் என்ற ஒரு பிரிவினரையும் சேர்த்துள்ளது. மேலும் பாலின மாற்று அறுவை சிகிச்சை செய்துகொள்வதற்கான சலவை அரசு திருப்பிக் கொடுக்கும் ஓர் சிறப்புச் சலுகையும் தமிழகத்தில் நடைமுறையிலுள்ளது. மாற்றுப் பாலினத்தவரின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்கு ஒரு பரந்த அரசியல் ஆர்வம், மட்டுமே தேவை. அதன் மூலம் ஒரு மாநிலத்தில் அமலிலுள்ள திட்டங்களை, நாடு முழுவதும் எளிதில் நடைமுறைப்படுத்தலாம்.

### **பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க நலச் சேவைகளிலுள்ள குறைபாடுகளைக் கண்காணிக்கும் வழிமுறைகள்**

பொதுவாக, இந்தியாவில் அரசு சுகாதாரச் சேவை மையங்களில் பதில் சொல்லும் கடமையுணர்வு மற்றும் சேவைகளில் உள்ள குறைபாடுகளைத் தீர்ப்பதற்கான வழிமுறைகள் பிகவும் குறைவு. தேசிய ஊரக சுகாதாரத் தீட்டத்தின் கீழ் அரசு சுகாதார மையங்களில் பல நிலையில் குழுக்கள் உருவாக்கப்பட்டுள்ளன. துணை சுகாதார மைய அளவில் கிராம சுகாதார மற்றும் துப்புரவுக் குழுக்களும், ஆரம்ப சுகாதார மையம், சி.எஸ்.சிக்கன், மாவட்டம் மற்றும் மாநில அளவிலான மருத்துவமனைகளில் நோயாளிகள் நலச்சாஸ்காங்கள் உருவாக்கப்பட்டுள்ளன. அக்குழுக்களின் உறுப்பினர்களாக மருத்துவ சேவை வழங்குபவர்கள், அரசு அதிகாரிகள் மற்றும் கிராம மக்கள் உள்ளனர். அக்குழுவின் முக்கியப் பணியானது சேவை வழங்குபவர்கள் மற்றும் மக்களுக்கிடையே ஓர் இணைப்புப் பாலமாகச் செயல்பட்டு, பிரச்சனைகள் மற்றும் குறைபாடுகளை அவைப்போது தீர்ப்பதாகும். பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு இழப்பிடுத் தொகைகளைப் பெற்றுத் தருவது கிக் குழுவின் அதிகார வரம்பிற்குள் வருவதில்லை.

இந்தியாவில் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க உரிமைகளை அனைவராலும் பெறமுடிகிறதா?

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?

அதற்கு நுகர்வோர் நீதிமன்றத்தைத்தான் மக்கள் நாடவேண்டியுள்ளது. மேலும், சேவையிலுள்ள குறைபாடுகள் மற்றும் பிரச்சனைகள் குறித்து விவாதிப்பதற்கு இக்குழுக்களுக்கு எவ்வித அதிகாரமும் இல்லை. நிபந்தனையற்ற நிதியாக அரசு வழங்கும் ஒரு சிறு நீதியைச் செலவு செய்வது மட்டுமே இக்குழுவின முக்கியப் பணியாக உள்ளது. மேலும், அக்குழு உறுப்பினர்களில் பெரும்பான்மையானோர், சேவை வழங்குபவர்களாக இருப்பதால் கீராம மக்களின் குறல்கள் அதில் எடுபவுதீல்லை. எனவே, கீராமம் முதல் மாநிலம் வரை சேவையிலுள்ள குறைபாடுகளைக் கண்காணிப்பதற்கான குழுக்கள் தற்போது, பெயராளில் மட்டுமே உள்ளன. அதன் தீற்மைகளை வளர்த்துப்பதற்கு தக்க பயிற்சிகள் கொடுப்பதன் மூலம், அக்குழுக்களைத் தீற்படச் செயல்படச் செய்யலாம். நாட்டிலுள்ள சுகாதார மையங்களில் குறை தீர்க்கும் அமைப்புகளை ஏற்படுத்துவதிலுள்ள சவால்கள் குறித்து வேது பொது சீராய்வுக்கும் தனது அறிக்கையில் தெரிவித்துள்ளது.

மஹாராಷ்ட்ரா மாநிலத்தில் மலைவாழ் மக்கள் அதிகம் பயன்பெறும் ஓர் அரசு மருத்துவமனையில் 2010 ஆம் ஆண்டு ஏப்ரல் மாதம் முதல் நவம்பர் வரையிலான எட்டு மாதங்களில் மட்டும் 28 மகப்பேறு மரணங்கள் நடந்துள்ளது. போதிய குறைதீர்க்கும் அமைப்புகள் இல்லாதது மற்றும் அமைப்பு ரீதியான கவனக்குறைவுகள் இந்த இறப்களுக்கு முக்கியக் காரணம் எனத் தெரிகிறது. (சுபஞ் மற்றும் குழுவினர் 2012).

அரசு சுகாதார மையங்களின் சேவகளிலுள்ள குறைபாடுகள் குறித்து புகார் தெரிவிக்க கட்டணமில்லை தொலைபேசி எண்களை அளாம். சத்தீஸ்கர், தமிழ்நாடு மற்றும் பஞ்சாப் போன்ற ஒருசில மாநிலங்கள் அறிமுகப்படுத்தியுள்ளன. ஆனால், பல நேரங்களில் அந்தத் தொலைபேசி எண்கள் செயல் படுவதில்லை. உதாரணமாக, தமிழ்நாட்டில் அறிமுகப்படுத்தப்பட்ட அச்சேவை சில மாதங்களிலேயே செயல்முந்துவிட்டது.

அரசு துறையில் குறைகளைச் சொல்வதற்கான அமைப்புகள் பெயரளவிலாவது உள்ளன. ஆனால் தனியார் துறையில் கடமையணர்வுமில்லை. குறைதீர்க்கும் அமைப்புக்கும் இடமேதுமில்லை. தனியார் மருத்துவ துறையை நெறிப்படுத்துவதற்கான சட்டம் ஏதும் இந்தியாவில் இல்லை. அதனால், தனியார் அமைப்பில் ஒரே மாநிரியான சிகிச்சை முறைகளைப் பின்பற்றுவதில்லை, எப்படிச் சிகிச்சை வழங்கப்படவேண்டும், எவ்வளவு கட்டணம் வசூலிக்கவேண்டும் என்பதில் எவ்வித

நெறிமுறையும் இல்லை. அதனால், இலாபத்தை மட்டுமே நோக்கமாகக் கொண்டு பல தனியார் மருத்துவமனைகள் செயல்பட்டு வருகின்றன. தேவையில்லாத அறுவைச் சிகிச்சைகள் மேற்கொள்வது போன்ற சம்பவங்களும் சமீப காலமாக அதிகரித்து வருகின்றன. உதாரணமாக, தமிழ்நாடு பஞ்சாப் மற்றும் ஆந்திரா போன்ற மாநிலங்களிலுள்ள சில தனியார் மருத்துவமனைகள் தேவையில்லாமல் அதிக அளவில் கருப்பை நீக்க அறுவைச் சிகிச்சைகளை செய்துள்ளன. திதற்கு தனியார் துறையில் கண்காணிப்பு வழிமுறைகளில் குறைபாடு, குறைத்தீர்க்கும் அமைப்புக்கள் மற்றும் பதில் சொல்லும் கடமையுணர்வும் இல்லாததுதான் முக்கியக் காரணம் எனத் தெரிகிறது. அரசு வழங்கும் காப்பீடு நீதியைச் சுரண்டுவதற்காக சில தனியார் மருத்துவமனைகள் ஏழைப் பெண்களுக்குக் கருப்பை நீக்கம் செய்துள்ளன என ஆக்ஸ்பாம் நீந்தியா என்ற அமைப்பு வெளியிட்டுள்ள தகவலில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

ஏழைக் குடும்பத்தைச் சேர்ந்த பெண்கள் அஷவயிற்றில் வலி என டாக்டரிடம் வரும்போது அது கேள்சர் கட்டி அல்லது கருப்பையில் ஓட்டடையாக இருக்கக் கூடிம் என பயமுறுத்தி விரிவான பரிசோதனைகள் எதையும் செய்யாமல் கருப்பையை ஏதுத்துவிடும்படி தெரிவிக்கின்றனர். - மெக்தா ஆக்ஸ்பாம் அதீகாரி நடம் ஆப் இந்தியா.

தனியார் மருத்துவமனையால் பாதிக்கப்பட்ட ஒரு சில நோயாளிகள் மட்டுமே நுகர்வோர் நீதி மன்றங்களை அணுக முடிகிறது. கீராமப்புறங்களிலுள்ள நலிவடைந்த வகுப்பு மக்களுக்கு அந்நீதி மன்றங்களும் ஒரு எட்டாக்கனியாக இருக்கிறது. நுகர்வோர் நீதிமன்றங்களை மக்கள் அணுகும்போது ஓரிரு நேரங்களில் பாதகமான விளைவுகளையும் எதிர்கொள்ள நேரிடுகிறது. உதாரணமாகத் தமிழ் நாட்டில் ஒரு பெண் தனது கருக்கலைப்பிற்கு பின் ஏற்பட்ட சிக்கலுக்கு நுகர்வோர் நீதிமன்றத்தை அணுகின்றார். அதனால், அரசு மருத்துவமனையில் பணிபுரியும் அம்மருத்துவர் கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்குவதையே நிறுத்திவிட்டார், அங்கு வருபவர்களை இங்கு கருக்கலைப்புச் செய்வதற்குப் போதிய வசதிகள் இல்லை எனவே அருகிலுள்ள வேறு மையத்திற்குச் செல்லுங்கள் என்று தீருப்பி அனுப்பி விடுகிறார். ராமசந்திரன் மற்றும் பெல்டா 2002).

## பரிந்துரைகள்:

இந்தியா, தனது உள்நாட்டு உற்பத்தி மூலம் கிடைக்கும் வருவாயில் 4 சதவீதத்திற்கும் குறைவான தொகையையே சுகாதாரத்திற்குச் செலவிடுகிறது. இந்தியாவின் மொத்த சுகாதாரச் செலவுகளில் 60 சதவீதத்தை மக்கள் தங்களின் சொந்தப் பணத்திலிருந்து செலவிடுகின்றனர் என உலக சுகாதார மையத்தின் 2012 ஆம் ஆண்டு புள்ளிவிவரம் தெரிவிக்கிறது. எனவே, ஜாரா அமைப்புகள் மத்தீய மற்றும் மாநில அரசாங்கங்களைப் பின்வரும் கோரிக்கைகளை நிறைவேற்றும்படி நாங்கள் கேட்டுக்கொள்கிறோம்.

1. தனிநபர் மற்றும் குடுபங்களின் பொருளாதாரச் சுமையைக் குறைக்க, சுகாதாரத்திற்கான நிதி ஒதுக்கீட்டை அரசு அதிகரிக்க வேண்டுகிறோம். மகப்பேறு நலச் சேவைகளைத் தவிர இதர எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் சேவைகளுக்குத் தனியார் துறையையே மக்கள் அதிகம் சார்ந்திருக்க வேண்டிய நிலை உள்ளது. சமூகத்தில் பின்தங்கீய மற்றும் நலிவடைந்த பிரிவு மக்கள் எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் சேவைகளைப் பெறுவதற்கு இது ஒரு பெரும் தடையாக உள்ளது. தனியார் துறையில் கிடைக்கும் சேவைகளைப் பெறுவதற்கு மக்கள் அதிக செலவு செய்ய வேண்டியுள்ளது. மேலும், அங்கு வழங்கப்படும் சிகிச்சைகள் நெறிமுறைகளுக்கு உட்பட்டதாக இருப்பதில்லை. அதனால், அறுவைச்சிகிச்சை மூலம் பிரசவம் மற்றும் கருப்பை நீக்கம் போன்ற தேவையில்லாத சிகிச்சைகளை பணத்தற்காக சில மருத்துவமனைகள் செய்கின்றன. இந்தியாவில் தனியார் மருத்துவ துறையானது இலாப நோக்கத்திற்காக மட்டுமே செயல்படுகிறது. எனவே இத்துறையை நெறிப்படுத்துவது மிகவும் அவசியமான ஒன்றாகும்.

2. வாழ்க்கைச் சமூர்ச்சையை மையப்படுத்தி ஓர் புது அனுகுமுறையுடன் விரிவான எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் கொள்கையைக் கொண்டுவருதல் அவசியம். எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் குறித்து பல கொள்கைகள் மற்றும் தீட்டங்கள் இருந்தபோதிலும், அவை ஒவ்வொன்றிக்கும் இடையே தொடர்போ அல்லது ஒருங்கிணைப்போ ஏதும் இல்லை. அவைகள் ஒவ்வொன்றும் எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் சின் ஒரு பகுதியை மட்டுமே எடுத்துரைக்கின்றன. முக்கியமாக, கொள்கைக்கும் அதை நடைமுறைப் படுத்துவதற்குமிடையே மிகுந்த இடைவெளிகள் காணப்படுகிறது. ஆர்ஸ்ஹெச் தீட்டத்தில் பெற்ற வெற்றிகள் அனைத்தையும் என்ஆர்ஸ்ஹெச்சும் தீட்டக் காலத்தில் இழுந்துவிட்டோம். எனவே, மருத்துவமனையில் பிரசவம் பார்ப்பது என்ற குறுகிய அனுகுமுறையிலிருந்து. வாழ்க்கைச் சமூர்ச்சி அனுகுமுறையுடன் இதர எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் சேவைகளை வழங்குவது மிகவும் அவசியம். குறிப்பாக, இதர இனப்பெருக்கச் சேவைகளான கருப்பை இறக்கம், வெள்ளைப்படுதல் மற்றும் கருப்பைவாய்ப் புற்றுநோய் முதலியனவற்றிக்கு எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் கொள்கைகள் மற்றும் அதன் அமலாக்கத்தில் உரிய முக்கியத்துவம் கொடுக்க வேண்டும்.

3. கருத்தடைச் சாதனங்கள் மற்றும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகள் தாராளமாகக் கிடைக்க செய்யவேண்டும், தற்காலிகக் கருத்தடைச் சாதனங்கள் தேவைப்படுவோர்களின் எண்ணிக்கை அதிகமாக இருக்கிறது. மேலும், பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைக்கு மிகுந்த தேவையுள்ளது. எனவே, தற்காலிகக் கருத்தடைச் சாதனங்கள் தொடர்ந்து கிடைப்பதை உறுதிப்படுத்த வேண்டும். பழைய கருக்கலைப்பு வழிமுறைகளுக்குப் பதிலாக பாதுகாப்பான நவீன முறைகளான மாத்திரைகள் மூலம் கருக்கலைப்புச் செய்தல் மற்றும் உறிஞ்சி முறைகளைப் பயன்படுத்துதல் அவசியம். அரசு மையங்களில் தற்போதுள்ள அடிப்படை வசதிகளைப் பொன்டே ஏழை எளிய பெண்கள் பயன்பெறும் வகையில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகளை எளிதில் வழங்கலாம்.

4. இளம் வயதினருக்கான எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் கொள்கைகளை நடைமுறைப்படுத்துவதற்கான வழிவகைகளை மேம்படுத்தவேண்டும். வளரிளாம், இளைஞர்களின் எஸ்ஆர்ஸ்ஹெச் குறித்து பல கொள்கைள் மற்றும் தீட்டங்கள் நம் நாட்டில் இருந்தாலும் அவற்றை நடைமுறைப்படுத்துவதில் பல இடைவெளிகள் இருக்கின்றன. கொள்கைள் பரந்த அளவில் இருந்தாலும் நடைமுறையில் அதன் பயன்கள் மிகவும் குறைவாகவே உள்ளது.

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெறமுடிகிறதா?

5. பள்ளிகள் மற்றும் கிராமங்களில் பாலியல் கல்வி வகுப்புகள் நடத்துதல். வளரிளாம், இளம்வயதினருக்கு அவர்களின் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க நல உரிமைகள் குறித்துப் போதிய விழிப்புணர்வு இல்லை. எனவே, பள்ளி மற்றும் கிராமங்களில் பாலியல் கல்வி வகுப்புகள் நடத்துவதைக் கண்காணிப்பதற்கான வழிமுறைகளைப் பலப்படுத்தும்படி நமது அரசாங்கங்களைச் கேட்டுக் கொள்கிறோம். மேலும், இளவயதுக் கிருமணத்தைத் தடுப்பதற்கான சட்டங்களைக் கடுமையாக்க வேண்டும். அப்போதுதான் வளரிளாம் பருவ வயதில் நிகழும் கர்ப்பங்களின் எண்ணிக்கையைக் குறைக்க முடியும்.

6. பெண்களுக்கெதிரான வன்முறையைத் தடுப்பதற்கான சட்டங்களைக் கடுமையாக்க வேண்டும், கிருமண உறவில் நடக்கும் பாலியல் வன்முறைகளைத் தடுக்க தேவையான சட்டத்திறுத்தம் கொண்டுவர வேண்டும். பெண்களுக்கெதிரான வன்முறை குறித்து ஆண்களுக்கு விழிப்புணர்வு ஏற்படுத்துவதும் அவசியம். அப்போதுதான், வன்முறையற்ற சுமதாயத்தை நம்மால் உருவாக்க முடியும். சட்டத்தைதியெற்றுவதால்மட்டுமேவரத்தென, பாலியல் பலாத்காரம் மற்றும் பாலியல் துண்புறுத்தல்கள் போன்ற வன்முறைகளைத் தடுக்க முடியாது. மக்களின் மனமாற்றத்திற்கான பணிகளிலும் தவறாமல் ஈடுபடவேண்டும்.

7. பாலியல் ரீதியாக சீறுபான்மையினராக இருக்கக் கூடிய மக்களின் பாலியல் மற்றும் மனித உரிமைகளைப் பாதுகாக்க வேண்டும். இந்தியாவில் மாறுபட்ட பாலியல்

நடவடிக்கைகளில் ஈடுபடுவோர், மாறுபட்ட பாலின அடையாளங்களைக் கொண்டோர் மற்றும் ஹெச்ஜிவி நோயாளிகளின் பாலியல், மனித உரிமைகள் என்பது நீண்ட நெடுங்காலமாகவே புறக்கணிக்கப்பட்ட ஒன்றாகவே இருந்து வருகிறது. எனவே, அவர்களின் உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்கு தக்க சட்டம் இயற்றுவது, அல்லது சட்டத் திருத்தம் கொண்டு வருவது மிகவும் அவசியமான ஒன்றாகும். அப்போதுதான் சிறுபான்மையின மக்கள் எவ்விதப் பாகுபாடுமின்றிச் சுதந்திரமாக வாழ்முடியும்.

8. சுகாதாரச் சேவைகளை மேம்படுத்துவதற்கு முக்கியமாகப் பதில்சொல்லும் கடமையுணர்வு மற்றும் குறைத்தீர்க்கும் அமைப்புக்களைப் பலப்படுத்துதல் மிகவும் முக்கியம். அரசு சுகாதார மையங்களில் வழங்கப்படும் சேவைகளின் தரத்தைக் கண்காணிக்கவும் மற்றும் குறை தீர்க்கும் வழிமுறைகளைக் கொண்டுவருவதற்குத் தகுந்த நடைமுறைகளை உருவாக்க வேண்டும். அதற்கு, தன்னார்வத் தொண்டு நிறுவனக் குழுக்கள், கூட்டமைப்புக்கள் மற்றும் என்னுர்ஹெச்செம் கீழ் உருவாக்கப்பட்ட குழுக்களுக்குத் தேவையான பயிற்சிகளைக் கொடுத்து அப்பணிகளில் ஈடுபடுத்தலாம். அதுபோலவே தனியார் மருத்துவமனைகளில் குறைத்தீர்க்கும் வழிமுறைகளை ஏற்படுத்துவதற்குத் தேவையான சட்டத் தீருத்தங்களைக் கொண்டுவருவதும் மிகவும் அவசியமான ஒன்றாகும்.

## 4. ஆதாரக் குறிப்புகள்

Asian Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Reclaiming and Redefining Rights Thematic Series, 1. Sexuality and Rights in Asia, Kula Lumpur, Malaysia ARROW.

Census of India. (2011). Provisional Population Totals - India - Data sheet. Retrieved 10 January 2014 from <http://pib.nic.in/prs/2011/latest31mar.pdf>.

Duggal Ravi and Vimala Ramachandran, Summary and Key Findings of Abortion Assessment Project India. Retrieved 18 March 2014 from <http://www.cehat.org/aap1/keyfind.pdf>.

Government of India, Health and Family department, Family Welfare Year Book 2013. Retrieved 7<sup>th</sup> February from <https://nrhm-mis.nic.in/UI/FamilyWelfare2013/Complete%20BOOK.pdf>.

Government of India, Ministry of Youth Affairs and Sports, National Youth Policy 2003, Retrieved 6 February 2010 from <http://yas.nic.in/searchresult.asp>.

Government of India, Ministry of Youth Affairs, National Youth Policy 2014. Retrieved 10 March 2014 from <http://yas.nic.in/sites/default/files/NYP%20Brochure.pdf>.

Hirve Siddhivinayak (2004), Abortion Policy in India; Lacunae and Future Challenges, Abortion Assessment Project India, CEHAT and Healthwatch, Mumbai

International Institute for Population Sciences (IIPS) 2010. District Level Household and Facility Survey (DLHS-3), 2007-08: India, Mumbai: IIPS.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and macro International; 2007. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-2006; India Volume I. Mumbai.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and Measure DHS National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99; India Key Findings. Mumbai.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and Population Council. 2009. Youth In India: Situation and Needs 2006-2007, India. Mumbai: IIPS.

Kalra Harsimran (2013), Report summary, Report of Committee on Amendments to Criminal Law, 2013, PRS Legislative Research, Centre for Policy Research, New Delhi

Lucas Paoli Itaborahy & Jingshu Zhu, 2013 State-Sponsored Homophobia, A world survey of laws: Criminalisation, protection and recognition of same-sex love ILGA - International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association, 8<sup>th</sup> edition.

Malhotra A, Nyblade L, Parasuram et al (2003), Realizing reproductive choice and rights. Abortion and contraception in India.

International Centre for Research on Women Washington, D.C. Ministry of health and family welfare 6<sup>th</sup> common review mission report 2012, New Delhi, Government of India.

Ministry of Health and Family Welfare India. Annual reports 2012. Retrieved from <https://Mohfw.nic.in>.

Ministry of Health and Family Welfare, A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, New Born, Child and Adolescent Health- RMNCH+A in India 2013, Government of India, New Delhi. Retrieved from <https://Mohfw.nic.in>.

Ministry of Health and Family Welfare, Janani Suraksha Yojana: Maternal Health Division, Nirman Bhavan. New Delhi: Government of India, 2006.

Ministry of Health and Family Welfare, National Population policy 2000. New Delhi. Government of India

Ministry of Home Affairs. National Crime statistics 2012. Retrieved 5 February 2014 from <http://data.gov.in/dataset/crime-head-wise-persons-arrested-under-indian-penal-code-ipc-crime-cases-during-2001-2012>.

Ministry of Labour and Employment, Government of India, National Policy on HIV/AIDS and the World of Work. Retrieved 13 February 2014 from <http://labour.nic.in/upload/uploadfiles/files/Policies/NationalPolicyonHIVAIDS.pdf>.

National AIDS control organization. National Policies. Retrieved from <http://www.naco.gov.in/NACO/NACP-IV2/>

National AIDS control organization. Retrieved 5 February 2014 from <http://www.naco.gov.in/NACO/NACP-IV2/>

National Crime Statistics (2012). Retrieved 5 February 2014 from [http://data.gov.in/dataset/crime-head-wise-persons-arrestedunder-indian-penal-code-ipc-crime-cases-during-2001-2012](http://data.gov.in/dataset/crime-head-wise-persons-arrested-under-indian-penal-code-ipc-crime-cases-during-2001-2012).

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெற்றுட்கிறதா?

**இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெற்றுத்திற்கா?**

- National Sample Survey Organization (2001) Level and pattern of consumer expenditure, 1999–2000, 55th Round, Ministry of Statistics and Programme Implementation, Government of India, New Delhi.
- National Youth Policy ; Ministry of Youth Affairs Retrieved from <http://yas.nic.in/sites/default/files/NYP%20Brochure.pdf>. Dated 10th March 2014
- Office of the Registrar General India (2012), Sample Registration System, Special Bulletin of Maternal Mortality in India 2010-12 New Delhi: Government of India, 20th December 2013.
- Office of the Registrar General, India, Sample Registration System, Statistical Report 2010, New Delhi, India.
- Planning Commission of India, (2012), Twelfth Five Year Plan, Government of India, New Delhi, India Planning Commission of India, 2012, Report of the steering committee on health for the 12<sup>th</sup> five year plan, New Delhi.
- Population Reference Bureau, World Population Data Sheet (2013), Retrieved from [www.prb.org](http://www.prb.org).
- PRAYAS 2012, Power point presentation on Out of Pocket Expenditure on Health Care, Key finding sharing with Planning Commission Members, Retrieved from [http://planningcommission.nic.in/data/ngo/csw/csw\\_oops.pdf](http://planningcommission.nic.in/data/ngo/csw/csw_oops.pdf)
- Ramachandar L and Pelto PJ . (2002), The role of Village Health Nurse in mediating abortions in rural Tamil Nadu, India, Reproductive Health matters . London UK 10(19): 64-75
- Registrar General of India. Sample Registration System, India (2011), Volume 45 No.1; Retrieved 18 February 2014 from [www.censusindia.gov.in](http://www.censusindia.gov.in)
- Renukhanna, 2013, MDG-5 in India; Whither reproductive and sexual right, Retrieved from CommonHealth.in
- Rural Women's Social Education Centre, 2009, Annual Report of Activities, RUWSEC, Chengalpattu, Tamil Nadu
- Rural Women's Social Education Centre RUWSEC 2013, unpublished report of a consultation meeting with village level women's protection committee members held in the month of June 2012.
- Sample Registration system India-Figures at a Glance 2012. Retrieved from <http://mohfw.nic.in/showfile.php?lid=2020>.
- Subhasri, B. N Sarojini and Renu Khanna, (2012) Maternal death and denial of maternal health care, Retrieved from 11 February 2014 [http://www.commonhealth.in/report-pdf/5a.%20report.%20Fact\\_Finding\\_Report\\_Final%20barwani%20district.pdf](http://www.commonhealth.in/report-pdf/5a.%20report.%20Fact_Finding_Report_Final%20barwani%20district.pdf).
- Subha Sri B, Sarojini N, Renu Khanna ( 2012). An investigation of maternal deaths following public protests, Reproductive Health Matters, London UK.
- Sundari Ravindran TK, Bhuvaneswari Sunil, (2011), Access to safe abortion services in Tamil Nadu, Intentions and Achievements – An analysis based on Secondary data sources, Retrieved from [www.Commonhealth.in](http://www.Commonhealth.in)
- Sundari Ravindran, TK. (2012). Sex selective abortion and India's Declining female sex ratio, CommonHealth. Retrieved from [www.Commonhealth.in](http://www.Commonhealth.in)
- Sundari Ravindran. Balasubramanian.P. (2004). "Yes" to abortion and "No" to Sexual Rights: The paradoxical Reality of Married Women in Rural Tamil Nadu, India. Reproductive Health Matters- London UK.
- Sunita Kishor and Kamla Gupta. 2009. Gender Equality and Women's Empowerment in India. National Family Health Survey (NFHS-3), India, 2005-06. Mumbai: International Institute for Population Sciences; Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.
- Sunita Kishor and Kamla Gupta. 2009. Gender Equality and Women's Empowerment in India. National Family Health Survey (NFHS-3), India, 2005-06. Mumbai: International Institute for Population Sciences; Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.
- Time to enact HIV/AIDS law: activists, The Hindu, Retrieved 13 February 2014 from <http://www.thehindu.com/news/national/tamilnadu/time-to-enact-hiv aids-law-activists/article4920143.ece>.
- United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner for Human Rights [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CCPR&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CCPR&Lang=en)

UNICEF, Child Marriage in India - An analysis of available data. Retrieved from <http://www.unicef.in/documents/childmarriage.pdf>

Universal health coverage. Retrieved 7th February from [http://uhc-india.org/reports/hleg\\_report\\_chapter\\_7.pdf](http://uhc-india.org/reports/hleg_report_chapter_7.pdf)

Unnecessary Hysterectomy. Retrieved from <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Needless hysterectomies-on-poor-women-rampant-across-India-Study/articleshow/18422865.cms?referral=PM>

Women's Voices Series - 2, Gender, Sex Selection and Safe abortion Creating Common Ground Consultation, Rural women's Social Education Centre, Tamil Nadu, India

World abortion policy 2013. Retrieved from, [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortion\\_Policies2013/World\\_Abortion\\_Policy\\_2013\\_Wall\\_Chart.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortion_Policies2013/World_Abortion_Policy_2013_Wall_Chart.pdf)

World Health Statistics, 2012. Retrieved from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/en/index.htm](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.htm).

World Health Statistics.2013. Retrieved from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2013\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf).

இந்தியாவில்  
பாலியல் மற்றும்  
இனப்பெருக்க  
உரிமைகளை  
அனைவராலும்  
பெற்றுடிகிறதா?

