

پروکاری (ایڈوکیسی) کے لیے گائیڈ:

حقوق پر مبنی
محفوظ اسقاط حمل کی پالیسیاں،
پروگرامز اور خدمات

arrow
asian-pacific resource & research
centre for women



پیروکاری (ایڈوکیسی) کے لیے گائیڈ:

حقوق پر مبنی حقوق پر مبنی
محفوظ اسقاط حمل کی پالیسیاں ،
پروگرامز اور خدمات

تیار کنندگان: TK Sundari اور Subha Sri B

حقوق پر مبنی محفوظ اسقاط حمل کی پالیسیاں، پروگرامز اور خدمات کی پیروکاری کے لیے گائیڈ
پاکستان کے لیے تیار کردہ یہ اہم وسیلہ پیروکاری کی کوششوں کو تقویت دے گا اور ملک بھر میں
مساوی حقوق کی توسیع کرنے والی محفوظ اسقاط حمل کی پالیسیاں اور خدمات کی جانب پیش رفت کو
تیز کرے گا۔

اس گائیڈ کی تیاری میں، سوئیڈن کی ایسوسی ایشن برائے جنسی تعلیم
(RSFU) Rickstorbundet for Sexuell Upplysning-
کی جانب سے مالی تعاون کیا گیا ہے۔ اس اشاعت میں شامل مواد کی مکمل ذمہ داری ،
Asian Pacific Resource & Research Centre for Women ARROW
پر عائد ہوتی ہے۔



2021

ایشیائینٹرنیشنل ریسورس اینڈ ریسرچ سینٹر فار ویمن
(ARROW)

ISBN 978-967-0339-52-8



اشاعت کنندگان

Asian-Pacific Resource & Research
Centre For Women (ARROW)
1 & 2 Jalan Scott, Brickfields
50470 کوالا لپور، ملائیشیا۔

9913/9914 2273 603 00

ٹیلی فون

9916 2273 603 00

فیکس

arrow@arrow.org.my

ای میل

arrow.org.my

ویب

facebook.com/ARROW.Women

فیس بک

arrow_women

انسٹا گرام

@ARROW_Women

ٹویٹر

youtube.com/user/ARROWWomen

یوٹیوب

arrowwomen

لینڈان

پراڈکشن ٹیم
محققین

TK Sundari Ravindran and Subha Sri B

مجموعی نگران

Sivananthi Thanenthiran, Sai Jyothirmai Racherla,
and Garima Shrivastava

اندرون خانہ نظر ثانی

Sai Jyothirmai Racherla, Garima Shrivastava,
and Karell Jo Angelique C. Calpito

بیرون خانہ نظر ثانی

Marevic Parcon, Payal Shah, Leila Hessini,
Cecilia Espinoza, and Bia Galli

پبلیکیشن کوآرڈینیٹر

Garima Shrivastava and Karell Jo Angelique C. Calpito

پبلیکیشن ٹیکنیکل سپورٹ

Garima Shrivastava, Karell Jo Angelique C. Calpito,
and Keshia Mamood

کاپی ایڈیٹر

Stefanie Peters

گرافک ڈیزائنر

Nicolette Mallari

اردو ترجمہ اور اشاعت

QZ Catalyst

اس اشاعت کو Creative

Commons Attribution-Non-Commercial

4.0 International License کے تحت لائسنس حاصل

ہے جسے درج ذیل ویب سائٹ پر دیکھا جاسکتا ہے۔

http://creativecommons.org/licenses/by-
nc/4.0/.

اس اشاعت کے متن کے کسی بھی حصے کی فوٹو کاپی بنانے کا عمل،
از سر نو تیاری، یا بازیابی کے کسی بھی سسٹم میں اسٹور کیا جاسکتا ہے
یا اسے کسی بھی طریقے سے، کسی بھی صورت میں منتقل کیا جاسکتا
ہے یا اسے مقامی ضروریات کے لحاظ سے اختیار کرتے ہوئے اس
کا ترجمہ غیر تجارتی اور بلا منافع مقاصد کے لئے کیا جاسکتا ہے۔ تا
ہم تصاویر اور خاکوں کے کاپی رائٹ کے حقوق متعلقہ افراد یا
اداروں کے پاس ہوتے ہیں۔ برقی یا الیکٹرانک یا میکینیکل ذرائع
سے ہر قسم کی کاپی، از سر نو تیاری، اختیار کرنے اور ترجمہ کرنے
کے لئے ARROW کا حوالہ دینا ضروری ہے۔ اور اس قسم
کے مواد کی ایک کاپی ARROW کو اس سال کی جانی چاہئے
۔ اس مواد کے تجارتی استعمال کے لئے ARROW سے
اجازت حاصل کرنے کے لئے
arrow@arrow.org.my پر رجوع کریں۔



arrow.org.my

فہرست

5	اختصارات	خاکوں کی فہرست
6	تعارف	9 خاکہ 1: اسقاط حمل سے متعلق پیچیدگیوں کی مختلف شرحیں
7	باب 1	17 خاکہ 2: MA ادویات کے ایکشن کا طریقہ کار
	محفوظ اسقاط حمل: صحت عامہ اور انسانی کامیابی	21 خاکہ 3: MVA کی سرخ
7	1.1 تعارف	28 خاکہ 4: ICPD کے بعد 40 ممالک میں اسقاط حمل سے متعلق قوانین
8	1.2 محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے لئے صحت عامہ کے حوالے سے جواز	میں نری
9	1.3 غیر محفوظ اسقاط حمل کی روک تھام اور متعلقہ مسائل کے حل کے لئے انسانی حقوق کے حوالے سے ذمہ داریاں	35 خاکہ 5: ایتھوپیا میں پرووائڈر کیڈر کی جانب سے اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی (2014)
11	1.4 محفوظ اسقاط حمل سے متعلق اکثر پوچھے جانے والے سوالات	ٹیلز کی فہرست
14	باب 2	18 ٹیل 1: مائی نی پرسٹون اور میزوپروٹسٹال سے کیا جانے والا MA پروٹوکول
	اسقاط حمل کروانے والی عورتوں کی کلینک میں دیکھ بھال: پیردکار کے لئے چند اہم باتیں	18 ٹیل 2: مائی نی پرسٹون دستیاب نہ ہونے کی صورت میں کیا جانے والا MA پروٹوکول
14	2.1 محفوظ اسقاط حمل	24 ٹیل 3: لٹی اور جراحی (سرجری) کے ذریعے کئے جانے والے اسقاط حمل کا موازنہ
14	2.2 اسقاط حمل کے طریقے	29 ٹیل 4: ایسے ممالک جہاں ICPD کے بعد سے تحدیدی (پابندی والے) قوانین کو مزید سخت کر دیا گیا
15	2.3 اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال	بکس کی فہرست
17	2.4 اسقاط حمل کا طریقہ کار	15 بکس 1: محفوظ اسقاط حمل سے متعلق اچھی مشاورت کی خصوصیات
24	2.5 اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال	21 بکس 2: اسقاط حمل سے متعلق درد کی دیکھ بھال
27	باب 3	22 بکس 3: سرجری کے ذریعے کئے جانے والے انکشن سے بچاؤ
	قانون اور پالیسی: انسانی حقوق کے نقطہ نظر سے دیکھنا	34 بکس 4: کینیڈا میں اسقاط حمل کے قوانین
27	3.1 دنیا بھر میں اسقاط حمل کی قانونی حیثیت اور ICPD کے بعد ہونے والی تبدیلیاں	35 بکس 5: درمیانی درجے کے پرووائڈرز کی جانب سے اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی
29	3.2 دائرہ کار کو بڑھانا: ایسے طریقوں کی مثالیں جن کے ذریعے تحدیدی (پابندی والے) قوانین کے دائرہ کار کو وسیع تر اصلاحات سے ہم آہنگ کرنا	37 بکس 6: نوبالغ عورتوں کے بہترین مفاد میں اسقاط حمل کے قوانین اور پالیسیوں کی مثالیں
32	3.3 تحدیدی (پابندی والے) قوانین سے باوراء: قواعد، کلینیکل اور دیگر انتظامی اصولوں کی وجہ سے اسقاط حمل کے حصول میں پیدا ہونے والی رکاوٹیں	39 بکس 7: شعوری (ضمیر کے) اعتراض سے انکار - سویڈن کا کیس
43	باب 4	46 بکس 8: اسقاط حمل کی بین الاقوامی کاؤنٹرز
	محفوظ اسقاط حمل کی پلاننگ اور اس کی دیکھ بھال: انسانی حقوق پر مبنی سوچ اور طریقہ کار	49 بکس 9: صحت کی دیکھ بھال کی مختلف سطحوں پر خدمات کو دستیاب کرنا
43	4.1 اسقاط حمل سے متعلق معلومات اور اس کی خدمات کے حوالے سے انسانی حقوق پر مبنی سوچ اور طریقہ کار	55 بکس 10: اسقاط حمل کی خدمات کے جائزے کے لئے چند اشاریے (indicators)
45	4.2 انسانی حقوق پر مبنی معلومات اور خدمات کی فراہمی: ایک عملی ایجنڈا	62 بکس 11: اسقاط حمل تک رسائی کے لئے قانونی اور معاشرتی (سماجی) احتساب کے طریقے
64	اختتامی نوٹ	
64	حوالہ جات	

اختصارات

طبی طریقے سے اسقاط حمل	MA	تشدد کی روک تھام کے لئے کمیٹی	CAT
ماں اور بچے کی صحت	MCH	شہری اور سیاسی حقوق کے لئے اقوام متحدہ کی کمیٹی	CCPR
ماہواری میں باقاعدگی پیدا کرنا	MR	عورتوں سے امتیازی سلوک کی روک تھام کے لئے کمیٹی	CEDAW
چھٹی طور پر حمل کا ختم ہونا	MTP	معاشی، معاشرتی (سماجی) اور ثقافتی حقوق کے لئے کمیٹی	CESCR
مینوئل ویکيوم اسپائریشن	MVA	کیونٹی ہیلتھ ورکر	CHW
مانع حمل گولیاں	OCP	کرونا وائرس کی بیماری	COVID
اقوام متحدہ کے ہائی کمشنر برائے انسانی حقوق کا دفتر	OHCHR	بچوں کے حقوق کے لئے کمیٹی	CRC
اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال	PAC	معدور افراد کے حقوق کے لئے کمیٹی	CRPD
نچلے پیٹ کی سوزش کی بیماری	PID	تولیدی حقوق کا مرکز	CRR
ایچ آئی وی کے مریض	PLHIV	برقی ویکيوم اسپائریشن	EVA
جنسی جرائم کے ایکٹ کے ذریعے بچوں کا تحفظ	POCSO	عالمی سطح پر اسقاط حمل کی پالیسیوں کا ڈیٹا بیس	GAPD
حمل اور تولید کے ماہرین کارائل کالج	RCOG	گیگ کا عالمی اصول	GGR
تولیدی صحت	RH	انسانی حقوق پر مبنی طریقہ کار	HRBA
تولیدی صحت کے حقوق	RHR	کمیشن برائے انسانی حقوق	HRC
جنسی اور تولیدی صحت	SRH	شہری اور سیاسی حقوق سے متعلق بین الاقوامی عہد	ICCPR
جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق	SRHR	اقتصادی، معاشرتی (سماجی) اور ثقافتی حقوق سے متعلق بین الاقوامی عہد	ICESCR
جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن	STI	عالمی کانفرنس برائے آبادی اور ترقیات	ICPD
عالمی وقفہ جاتی جائزہ	UPR	چھلہ	IUD
ویکيوم اسپائریشن	VA		

تعارف

بنانے کے لئے پیر و کاری کی سہولت فراہم کرنے کی کوشش کرتی ہے کہ اصولی طور پر متفقہ عوامل پر عمل کیا جائے، اسقاط حمل کی محفوظ رسائی اور معیار پر پیش رفت کی نگرانی کے ذریعے، اور ممکنہ حد تک محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے ذریعے بین الاقوامی انسانی حقوق کے بارے میں آگاہ کیا جاتا ہے۔ معیارات کی پیر و کاری کی اس گائیڈ کو ڈبلیو ایچ او ر ہنمائی دستاویز کی تکمیل کے طور پر دیکھا جاسکتا ہے، جسے پالیسی سازوں، پروگرام مینیجرز اور اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے والوں کے لئے تیار کیا گیا تھا۔ یہ ڈبلیو ایچ او کی ر ہنمائی کی دستاویز سے راہ نمائی حاصل کرتا ہے، یہ کلینیکل اور پالیسی اور انسانی حقوق دونوں کو ضرورت کے مطابق معلومات اپ ڈیٹ کرتا ہے۔

اس گائیڈ کو چار ابواب میں ترتیب دیا گیا ہے۔ تعارفی باب صحت عامہ اور انسانی حقوق کے حوالے سے تمام ضرورت مند عورتوں کو محفوظ اسقاط حمل تک رسائی کے طبقے بیان کرتا ہے۔ دوسرا باب اسقاط حمل کے طریقوں اور طریقہ کار اور ان کی حفاظت اور افادیت کے بارے میں عملی شواہد پر مبنی تکنیکی معلومات کا خلاصہ فراہم کرتا ہے، بشمول اختیار کئے جانے والے پروٹوکول۔ تیسرے باب میں دنیا بھر میں اسقاط حمل کے قوانین اور پالیسیوں کا جائزہ تیسرے باب میں فراہم کیا گیا ہے۔ اس باب میں اسقاط حمل کی محفوظ رسائی میں ریگولیٹری اور خدمات کی فراہمی میں حائل رکاوٹوں کا بھی جائزہ لیا گیا ہے، بشمول قانونی پابندیوں کے ارد گرد کام کرنے اور اسقاط حمل تک رسائی کو بڑھانے کے لئے پیر و کاری اور کارکنوں کی جانب سے استعمال کی جانے والی حکمت عملیوں کی مثالیں بھی شامل ہیں۔ چوتھا اور آخری باب اس بات کی وضاحت کرتا ہے کہ انسانی حقوق کی عکاسی کرنے والے نو (9) کلیدی اصولوں کا استعمال کرتے ہوئے حقوق پر مبنی محفوظ اسقاط حمل کی خدمت کیسی ہونی چاہئے۔ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات سے متعلق اصول اور معیارات۔ یہ نو (9) اصول وہی ہیں جو حقوق پر مبنی مانع حمل معلومات اور خدمات کے بارے میں ڈبلیو ایچ او کی ر ہنمائی میں استعمال کئے گئے ہیں: غیر امتیازی سلوک؛ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کی دستیابی؛ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات تک رسائی؛ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کی قبولیت؛ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کا معیار؛ باخبر فیصلہ سازی؛ پرائیویسی اور رازداری؛ شراکت؛ اور احتساب (WHO 2014)۔

دوسرے، تیسرے اور چوتھے ابواب میں چیک لسٹ شامل ہیں۔ چیک لسٹوں کا مقصد پیر و کاری کے ذریعہ موجودہ خلاء کا جائزہ لینے اور اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے تکنیکی معیارات کے لحاظ سے مزید تحقیق کے لئے متعلقہ حصوں کی نشاندہی کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اسقاط حمل سے متعلق قوانین، پالیسیاں اور ضوابط؛ اور اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے پروگراموں میں انسانی حقوق کے اصولوں کی پابندی۔ امید کی جاتی ہے کہ اس طرح کی تحقیق تمام افراد کے لئے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو بڑھانے کے لئے پیر و کاری کی سرگرمیوں کو ڈیزائن کرنے میں معاون ثابت ہوگی۔

2012 میں، ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن نے محفوظ اسقاط حمل کا دوسرا ایڈیشن تیار کیا: صحت کے نظام کے لئے تکنیکی اور پالیسی ر ہنمائی (آئندہ اسے، WHO ر ہنمائی دستاویز کہا جائے گا)، جس کا مقصد محفوظ اسقاط حمل کی دیکھ بھال کی فراہمی کے لئے جاری معمولات کی بنیاد پر بہترین طریقوں سے ر ہنمائی فراہم کی جائے۔

یہ دستاویز نہ صرف طبی ر ہنمائی فراہم کرتی ہے بلکہ اسقاط حمل کے قوانین اور انسانی حقوق کے اصولوں پر مبنی پالیسیوں کے لئے بہترین طریقوں کا خاکہ بھی پیش کرتی ہے۔ اس میں مندرجہ ذیل اصولوں پر عمل کرنے کی سفارش کی گئی ہے:

- اسقاط حمل سے متعلق قوانین اور پالیسیوں کو عورتوں کی صحت اور ان کے انسانی حقوق کا تحفظ کرنا چاہئے۔
- ریگولیٹری، پالیسی اور پروگرام رکاوٹیں جو اسقاط حمل کی محفوظ دیکھ بھال تک رسائی اور بروقت فراہمی کو مشکل بناتی ہیں۔
- اس بات کو یقینی بنانے کے لئے ایک قابل عمل ریگولیٹری اور پالیسی ماحول کی ضرورت ہے کہ قانونی طور پر اہل عورت کو محفوظ اسقاط حمل کی دیکھ بھال تک رسائی فراہم کی جائے۔ پالیسیوں کو عورتوں کے انسانی حقوق کے احترام، تحفظ اور ان کی تکمیل، عورتوں کے لئے صحت کے مثبت نتائج حاصل کرنے، اچھی اور معیاری معلومات برائے مانع حمل اور خدمات فراہم کرنے، اور غریب عورتوں، نو عمر عورتوں، عصمت دری کا شکار ہونے والی عورتوں اور ایچ آئی وی کی مریض عورتوں کی خاص ضروریات کو پورا کرنے کے لیے تیار ہونا چاہئے (ڈبلیو ایچ او 2012، صفحہ 9، باکس 7)۔

2012 سے، جامع اور محفوظ اسقاط حمل کی دیکھ بھال فراہم کرنے کے لئے بہترین طریقوں اور انسانی حقوق کے اصولوں کے بارے میں ہماری سمجھ میں خاطر خواہ اضافہ ہوا ہے۔ 2019 میں، عالمی ادارہ صحت کی جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق کے لئے ذاتی دیکھ بھال، رہنما خطوط میں ابتدائی اسقاط حمل کا طریقہ کار جسے عورتیں طبی اسقاط حمل کی گولیوں کا استعمال کرتے ہوئے اپنی مناسب صحت کے نظام کی مدد (عالمی ادارہ صحت 2019) کے ساتھ دیکھ بھال کر سکتی ہیں، ایسا لگتا ہے کہ COVID-19 وبائی امراض کے دوران لازمی لاک ڈاؤنز کے بعد سے ذاتی ابتدائی اسقاط حمل کو ایک قابل قبول طریقہ کے طور پر منظور کر لیا گیا ہے۔ انسانی حقوق کے ضمن میں، 2020 تک، انسانی حقوق کے معاہدوں کے تقریباً تمام اداروں نے اسقاط حمل کو جائز قرار دینے کے لئے متفقہ اور واضح مطالبہ کیا ہے۔

یہ گائیڈ، ARROW کی جانب سے تیار کردہ ہنیر و کاری کی گائیڈز کی سیریز میں چوتھے نمبر پر ہے، جنسی و تولیدی صحت اور حقوق کی پیر و کاری کے حوالے سے اس بات کو یقینی

چیک لسٹوں کو استعمال کرنا:

کے اصولوں کی پابندی اتنی ہی بہتر ہوگی۔

چیک لسٹوں کو پُر کرنے کے بعد، انسانی حقوق کے اصولوں پر عمل نہ کرنے والے علاقوں کی نشاندہی کرنے کے لئے سرخ خانوں کا جائزہ لایا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد جائزہ لئے والے گروپ کے ذریعہ ان کے اپنے منڈ جیٹ، آپریشن کے دائرہ کار اور ایک گروپ / تنظیم / نٹ ورک کے طور پر طاقت کے ساتھ ساتھ سماجی-سای ماحول کو ذہن رکھتے ہوئے ان پر مزید پیر وکاری اور کارروائی کے لئے ترجیح دی جا سکتی ہے جس میں وہ کام کرتے ہیں۔ اس کے بعد ایک مقررہ وقت کے اندر کارروائی کا ایجنڈا تیار کرنا ہوگا۔

ہر چیک لسٹ، کسی رنگ کو، کوڈ کے طور پر استعمال کرتی ہے تاکہ انسانی حقوق کے اصولوں کی پابندی کا اندازہ لگایا جاسکے۔ محفوظ اسقاط حمل سے متعلق قوانین، پالیسیوں، پروگراموں اور خدمات کی درجہ بندی کے لئے دو (کچھ مثالوں میں، تین) رنگین کوڈ فراہم کئے گئے ہیں - سرخ (انسانی حقوق کے اصولوں کی عدم پابندی کی نشاندہی کرتا ہے)، سبز (اطلاق کی علامت) اور زرد (جزوی پابندی کی علامت)۔ اضافی نوٹ لکھنے کے لئے جگہ بھی فراہم کی گئی ہے۔ چیک لسٹوں میں بھرے ہوئے سبز خانوں کی تعداد جتنی زیادہ ہوگی، انسانی حقوق

باب 1

محفوظ اسقاط حمل: صحت عامہ اور انسانی حقوق کا مسئلہ

1.1 تعارف

طریقہ استعمال کرتا ہے یا کسی تربیتیافته فرد کی مناسب معلومات یا مدد کے بغیر ایک محفوظ طریقہ (جیسا کہ میزوپرسٹول) کو استعمال کرنا۔ کم سے کم محفوظ اسقاط حمل کسی بھی معیار پر پورا نہیں اترتے۔ وہ غیر تربیتیافته لوگوں کی طرف سے فراہم کئے جاتے ہیں جو خطرناک طریقے استعمال کرتے ہیں، جیسا کہ تیز دھار چیزیں یا زہریلا مادہ کا استعمال کرنا۔ دنیا بھر میں، ایک اندازے کے مطابق 55% اسقاط حمل کو محفوظ، 31% کو کم محفوظ اور 14% کو کم سے کم محفوظ کے طور پر شمار کیا جاسکتا ہے۔

اسقاط حمل جیسی تولیدی صحت کی خدمات سے انکار کرنا، جس کی صرف عورتوں¹ اور حمل کی اہل خواجہ سراؤں کو حمل کی ضرورت ہوتی ہے، ان کی جنسیت، تولیدی افعال اور ان کی زندگی کے بارے میں خود مختار فیصلے کرنے کے حوالے سے ان کی صلاحیت کی خلاف ورزی ہوتی ہے، ان کیہ رائیو بیسی کے حق کی خلاف ورزی ہوتی ہے اور دیگر بنیادی اور مساویانہ انسانی حقوق کی بھی خلاف ورزی ہوتی ہے۔ (UNOHCHR 2020)

صحت کے حق میں آزادی اور استحقاق دونوں شامل ہیں۔ آزادیوں کا حکم ہے کہ ریاستوں کو اس بات کو یقینی بنانا چاہئے کہ افراد کو اپنی صحت اور جسم کو کنٹرول کرنے کا حق حاصل ہے، بشمول جنسی اور تولیدی آزادی، اور مداخلت سے آزاد ہونے کا حق، جیسے کہ تشدد سے آزاد ہونے کا حق، غیر متفقہ طبی علاج اور تجربہ (CESCR 2000)۔ حقداروں میں صحت کی دیکھ بھال کی مناسب خدمات، کمیونٹی پر مبنی خدمات، صحت کی دیکھ بھال کے اداروں کی دستیابی، ضروری ادویات تک رسائی، مناسب صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اور صحت سے متعلق تعلیم اور خاص طور پر صحت سے متعلق معلومات کی فراہمی (CESCR 2000) کے ساتھ ایک فعال صحت کا نظام شامل ہے۔

ICPD پروگرام فار ایکشن (1994) کے تحت ہر عورت کا آزادی سے اور ذمہ داری کے ساتھ انتخاب کرنے کا حق، جبر کے بغیر، اپنے بچوں کی تعداد اور ان کے درمیان وقفہ اور ایسا کرنے کے ذرائع کا تعین کیا گیا ہے۔ اس حق کو استعمال کرنے کی اہلیت کسی بھی غیر منصوبہ بند یا غلط وقت کے حامل حمل کو محفوظ طریقے سے ختم کرنے کے لئے خدمات تک عورتوں کی رسائی پر منحصر ہے۔ اگرچہ عورتوں کو ہمیشہ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کی ضرورت رہی ہے، لیکن اس طرح کی خدمات سے دنیا بھر میں لاکھوں عورتوں کو اسقاط حمل کے ذریعے حمل کے رضاکارانہ خاتمے کو مسلسل طور پر جرم قرار دینے والے تحدیدی قوانین کی وجہ سے انکار کیا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ ان تربیتات میں جہاں قانون نسبتاً کم پابندی والا ہے، مطلوبہ خدمات اکثر کئی وجوہات کی بنا پر ناقابل رسائی ہوتی ہیں۔ جب حاملہ عورت کو محفوظ اسقاط حمل تک رسائی حاصل نہ ہو تو اس کے پاس اکثر ایسی خدمات حاصل کرنے کے سوا کوئی چارہ نہیں ہوتا ہے جو کمتر درجے کی یا غیر محفوظ ہوں۔ اس کے نتیجے میں لاکھوں عورتوں کو قابل گریز اموات اور بیماری کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

اسقاط حمل سے متعلق اموات اور بیماری کی شرح میں کمی (خاص طور پر ان ممالک میں جہاں اسقاط حمل غیر قانونی ہے)، اور ادویات کے ذریعے اسقاط حمل کے غیر محفوظ طریقوں کی تبدیلی نے محققین کو ان ممالک میں محفوظ اسقاط حمل کے تحفظ کے سلسلے میں شخصیات اور درجہ بندی کے طریقوں کا جائزہ لینے پر مجبور کیا ہے جہاں زیادہ پابندی والے قوانین موجود ہیں جن میں ادویات تک زیادہ یا کم رسائی ہے۔ ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (ڈیوی ایچ او) اسقاط حمل کو محفوظ قرار دیتا ہے اگر اسے مناسب تربیتیافته فراہم کنندہ اور تجویز کردہ طریقہ استعمال کرتے ہوئے فراہم کیا جائے (Ganatra et al. 2017)۔ کم محفوظ اسقاط حمل ان دو معیاروں میں سے صرف ایک پر پورا اترتے ہیں — مثال کے طور پر، اگر تربیتیافته ہیلتھ ورکر فراہم کرے جو ایک پرانا

جیسا کہ توقع کی جاسکتی ہے، کسی ملک میں اسقاط حمل کی قانونی حیثیت، محفوظ اسقاط حمل تعداد پر خاطر خواہ طور پر اثر انداز ہوتی ہے۔ اس طرح، ان ممالک میں جہاں مطلوبہ اسقاط حمل کی اجازت تھی وہاں 87% اسقاط حمل محفوظ طریقے سے کئے گئے، جبکہ چار میں سے صرف ایک اسقاط حمل (25.2%) پابندی والے اسقاط حمل کے قوانین والے ممالک میں محفوظ تھے (Ganatra et al. 2017)۔

1.2.2 غیر محفوظ اسقاط حمل کے بعد بیماری اور اموات

غیر محفوظ اسقاط حمل کی پیچیدگیوں سے اموات اور معذوری صحت عامہ کے ایک منفرد ایسے کی نمائندگی کرتی ہے کیوں کہ ایسی اموات اور معذوری سے بچا جاسکتا ہے جو ان عورتوں کو متاثر کرتی ہے جو عام طور پر صحت مند ہوتی ہیں اور اپنی زندگی کے ابتدائی مراحل میں ہوتی ہیں۔ تاریخی تجربہ بتاتا ہے کہ جب اسقاط حمل کی خدمات وسیع قانونی بنیادوں پر یادرخواست پر دستیاب ہوتی ہیں، غیر محفوظ اسقاط حمل سے ہونے والی اموات میں نمایاں کمی واقع ہوتی ہے کیوں کہ عورتوں کو خود مختار انتخاب کرنے کے لئے جان بچانے والی معلومات تک رسائی حاصل ہوتی ہے۔ حال ہی میں رومانیہ اور جنوبی افریقہ میں ایسا ہی تھا۔ رومانیہ میں 1989 سے پہلے 28 سال تک اسقاط حمل پر پابندی تھی اور زچگی کی شرح اموات فی 100,000 زندہ پیدائشوں میں 148 تھی۔ 1989 میں قانونی حیثیت حاصل کرنے کے بعد، 2002 میں زچگی کی شرح اموات میں 9 فی 100,000 کی کمی واقع ہوئی، جو کہ 15 سال سے کم عرصے میں 16 گنا کم تھی۔ جنوبی افریقہ میں، عوامی سہولیات میں زچگی کی اموات کی تعداد میں 91 فیصد کمی واقع ہوئی، 1994 میں 425 اموات سے 1999 میں 40 اموات ہوئیں (Guttmacher 2017)۔

سب سے زیادہ کم محفوظ صورتوں میں اسقاط حمل سے گزرنے والی عورتوں کو نامکمل اسقاط حمل جیسی پیچیدگیوں کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے، جہاں حمل کی باقیات مکمل طور پر خارج نہیں ہو سکتی ہیں۔ ہیمر جیابھاری خون بہنا، انفیکشن، اور جان لیوا صورتیں جیسے تیز دھار چیز سے چھیدنے کے نتیجے میں بچہ دانی میں سوراخ ہو جانا، اور تولیدی نالی اور اندرونی اعضاء کو نقصان پہنچنا ممکن ہے کیوں کہ اسقاط حمل (WHO 2019) کروانے کو شش میں خطرناک چیزیں، غرن یا مقعد میں داخل کی گئی تھیں۔ اسقاط حمل کے محدود قوانین جیسے حالات میں، قانونی کارروائی کا خوف، غیر محفوظ اسقاط حمل کی پیچیدگیوں کا شکار بہت سی عورتوں کو اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کے حصول سے روک سکتا ہے یا اس میں تاخیر بھی ہو سکتی ہے۔ جب علاج نہ کیا جائے یا بہت دیر سے علاج کیا جائے تو، غیر محفوظ اسقاط حمل سے ہونے والی پیچیدگیوں کے نتیجے میں طویل مدتی بیماری ہو سکتی ہے جیسے تولیدی راستے کی سوزش، نچلے پیٹ کی سوزش کی بیماری (PID) اور بے بچہ پن (Guttmacher 2018)۔

2012 تک، ایک اندازے کے مطابق ترقی پذیر علاقوں میں (مشرقی ایشیا کو چھوڑ کر) تقریباً 70 لاکھ خواتین کا علاج صحت کے مراکز میں غیر محفوظ اسقاط حمل (Guttmacher 2017) سے ہونے والی پیچیدگیوں کے لئے کیا گیا۔ مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ غیر محفوظ اسقاط حمل کا تناسب جس کے نتیجے میں پیچیدگیاں پیدا ہوتی ہیں، اور پیچیدگیوں کی شدت دونوں وقت کے ساتھ ساتھ کم ہوتی جاتی ہیں۔ اس

اس باب میں، ہم صحت عامہ اور انسانی حقوق کو پیش کرتے ہیں۔ محفوظ اسقاط حمل تک علمی سطح پر رسائی کی پیروکاری کرنے کا جواز تمام عورتوں کے لئے خدمات پر ہم اگلے سیکشن (1.1) میں، بات کریں گے۔ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی ضرورت کی حد، اور دنیا میں اس طرح کی خدمات تک محدود رسائی کے نتائج کو پیش کرنا، سیکشن 1.2 میں، ہم معلومات فراہم کرتے ہیں۔ بین الاقوامی اعلامیوں اور انسانی حقوق کے معاہدوں پر محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے عورتوں کے حق کی توثیق کرتا ہے اور اس کا سراغ لگاتا ہے۔ بین الاقوامی معاہدوں کے اداروں اور اقوام متحدہ کا مثبت کردار عورتوں کے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے حق کو آگے بڑھانے میں ایجنسیاں۔ اس باب کا آخری حصہ (1.3) شواہد پر مبنی معلومات فراہم کرتا ہے۔ اور اسقاط حمل کی قانونی حیثیت سے متعلق بعض اکثر پوچھے جانے والے سوالات کے بارے میں معلومات فراہم کی جاتی ہیں۔

1.2 جنسی تولیدی صحت اور حقوق کو عالمی ایجنڈا پر رکھنا:

قادر اور SDGs تک سفر

نہ تو ہر حمل ارادے سے کیا جاتا ہے اور نہ ہی ہر حاملہ عورت اسے جاری رکھنا چاہتی ہے۔ غیر رضامندی سے جنسی تعلقات، مانع حمل کی ناکامی اور ذاتی حالات جو بچے کی پیدائش کو مشکل بنا دیتے ہیں ایسی چند عمومی وجوہات ہیں جن کی وجہ سے عورتیں اپنا حمل جاری نہ رکھنے کا فیصلہ کرتی ہیں۔

ایک اندازے کے مطابق 19-2015 کے دوران دنیا بھر میں ہر سال 121 ملین حمل غیر ارادیل طور پر واقع ہوئے تھے۔ تولیدی عمر (49-15 سال) کی ہر 1,000 عورتوں کے لئے، سالانہ 64 حمل غیر ارادیتھے۔ ان میں سے تقریباً دو تہائی اسقاط حمل میں ختم ہو گئے (Bearak et al. 2020)۔ ان ممالک میں اسقاط حمل کے غیر محفوظ ہونے کا امکان بڑھ گیا جہاں قانون کے ذریعہ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات محدود تھیں یا محدود دستیابی کی وجہ سے حاصل کرنا مشکل تھا۔

1.2.1 غیر محفوظ اسقاط حمل: مسئلہ کا دائرہ

تازہ ترین دستیاب اعداد و شمار (2010-14) سے پتہ چلتا ہے کہ وہاں ہر سال تقریباً 25 ملین غیر محفوظ اسقاط حمل ہو رہے تھے۔ پچاس فیصد اسقاط حمل محفوظ تھے، 31 فیصد کم محفوظ اور 14 فیصد کم سے کم محفوظ تھے۔ ترقی یافتہ ممالک میں تقریباً تمام اسقاط حمل اور ترقی پذیر ممالک میں تقریباً نصف اسقاط حمل محفوظ تھے۔ (Ganatra et al. 2017)۔ مطالعہ کے احاطہ سے نتائج کی ترکیب 12 ترقی پذیر ممالک نے ظاہر کیا کہ سب سے کم عمر عورتوں کی نسبت، غیر تربیت یافتہ سے اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے کا امکان نوعمر عورتوں کے لئے زیادہ تھا۔ لہذا، ان کی جانب سے اسقاط حمل میں متعدد کوششیں کرنے کا زیادہ امکان ہے۔ یہ تمام عوامل غیر محفوظ اسقاط حمل سے پیچیدگیوں کے خطرے میں اضافہ کرتے ہیں۔ ترقی پذیر ممالک میں سولہ فیصد غیر محفوظ اسقاط حمل کا تعلق نوعمر عورتوں 15-19 سال میں پایا گیا۔ (Darroch et al 2016)۔

1.3 غیر محفوظ اسقاط حمل کی روک تھام اور متعلقہ مسائل کے حل کے لئے انسانی حقوق کے حوالے سے ذمہ داریاں

حمل جاری رکھنے یا نہ رکھنے کا فیصلہ کرنے کا حق ایک بنیادی انسانی حق ہے۔ بین الاقوامی اتفاق رائے پر مبنی مختلف دستاویزات، معاہدوں اور آلات سے اس حق کی تائید اور حمایت کی گئی ہے۔ تولیدی حقوق، بشمول محفوظ اسقاط حمل تک رسائی، انسانی حقوق کی ایک وسیع ریش سے استفادہ حاصل کرنے کے لئے ضروری ہیں، جن میں زندگی، صحت، تشدد اور بدسلوکی سے آزادی، رازداری، تعلیم، مساوات اور عدم امتیاز کے حقوق بھی شامل ہیں۔

اقوام متحدہ کے انسانی حقوق کے معاہدے کے کلیدی اداروں نے اپنے مینڈیٹ کی تشریح کی ہے جس میں غیر محفوظ اسقاط حمل سے بچنے والی بیماری اور اموات کی روک تھام اور عورتوں اور لڑکیوں کے لئے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کے حق کی تصدیق کی گئی ہے۔ 2020 تک، تمام حالات میں اسقاط حمل کو جرم قرار دینے کا مطالبہ، عورتوں کے خلاف امتیازی سلوک کے خاتمے کی کمیٹی (CEDAW) کمیٹی، عورتوں اور لڑکیوں کے خلاف امتیازی سلوک پر کام کرنے والے گروپ، بچوں کے حقوق کی کمیٹی (CRC)، معذور افراد کے حقوق کی کمیٹی (CRPD)، خصوصی صحت سے متعلق خصوصی معیار (CRPD) کی طرف سے آیا ہے۔ ماورائے عدالت، خلاصہ، یا صوابدیدی پھانسیوں پر نمائندہ، اور عورتوں کے خلاف تشدد پر خصوصی نمائندہ (UNOHCHR 2017؛ UN 2011)؛ UNOHCHR 2018)۔ علاقائی طور پر، افریقی کمیشن برائے انسانی اور عوامی حقوق نے بھی اسقاط حمل کو مجرمانہ قرار دینے کی حمایت کا اظہار کیا ہے اور 2016 میں اس مقصد کے لئے ایک علاقائی مہم شروع کی ہے (ACHPR 2016)۔

جیسا کہ 1999 کے اوائل میں، CEDAW کمیٹی نے نوٹ کیا کہ ریاستی فریق کے لئے "عورتوں کے لئے بعض تولیدی صحت کی خدمات کی کارکردگی کے لئے قانونی طور پر فراہم کرنے سے انکار" یا ان خدمات کی تلاش کرنے والی عورتوں کو سزا دینا یہ صنفی امتیاز کی ایک شکل ہے (CEDAW Committee 1999a)۔ کمیٹی نے عورتوں کو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی عدم فراہمی کو اس وقت بھی قرار دیا ہے جب ان کی جان یا ان کی جسمانی یا ذہنی صحت کو خطرہ لاحق ہو اور یہ عورت کے لئے صحت اور زندگی کے حقوق کے کنونشن (CEDAW کمیٹی 1999b) کے آرٹیکل 12 کی خلاف ورزی ہے۔ 2017 میں جاری ہونے والی عورتوں کے خلاف صنفی بنیاد پر تشدد کے بارے میں اپنی عمومی سفارشات نمبر 35 میں، CEDAW کمیٹی نے مزید مشاہدہ کیا (پیرا گراف 18) کہ اسقاط حمل کو جرم قرار دینا، محفوظ اسقاط حمل سے انکار یا اس میں تاخیر اور اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال اور حمل کو جبری طور پر جاری رکھنا صنفی بنیاد پر تشدد اور غیر انسانی رویے کی صورتیں ہیں (CEDAW 2017)۔ قانون میں عورتوں کے ساتھ امتیازی سلوک پر ورکنگ گروپ کی رپورٹ اور معمولات نے ایک بار پھر عورتوں اور لڑکیوں کے اپنے جسم اور تولیدی افعال کے بارے میں خود مختار فیصلے کرنے کے حق کی توثیق کی، جیسا کہ مساوات اور پرائیویسی ان کے بنیادی حقوق (ہیومن رائٹس کنونسل 2018) کا مرکزی حصہ ہے۔

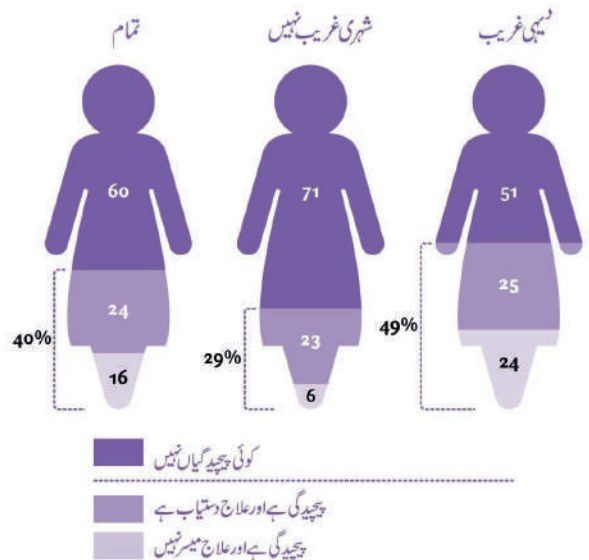
کی ایک اہم وجہ طبی اسقاط حمل کی دستیابی ہے، اور موجودہ دور میں، خام اور خطرناک طریقوں کے استعمال میں کمی آنا ہے (Singh et al. 2017)۔

سالانہ، غیر محفوظ اسقاط حمل کے بعد کی پیچیدگیوں میں مبتلا تقریباً 22800 31000 عورتیں ان حالات میں مر جاتی ہیں۔ سب سہارا، افریقہ میں فی 100,000 کیسز کی اموات کی شرح سب سے زیادہ یعنی 141 ہے، اس کے بعد ایشیا، مشرقی ایشیا کو چھوڑ کر، (62 فی 100,000)، جبکہ لاطینی امریکہ اور کیریبین میں سب سے کم شرح یعنی 22 فی 100,000 ہے (Singh et al. 2017)۔ غیر محفوظ اسقاط حمل زچگی کی تمام اموات میں سے 4.7-13.2 فیصد صورتوں میں واقعہ قوتی ہیں (Say et al 2014)۔ سب سہارا، افریقہ میں مطالعہ 31-12 فیصد کی بہت زیادہ حد کی نشاندہی کرتا ہے [Salamonsen 2017]۔ نتائج سے 2005 کے ایک مطالعہ سے معلوم ہوا کہ غیر محفوظ اسقاط حمل 15-19 سال کی عمر کی عورتوں میں زچگی کی موت کی سب سے بڑی وجہ ہے (Ujah et. al. 2005)۔

اکثر اوقات کم آمدنی والے اور دیگر پسماندہ گروہوں سے تعلق رکھنے والی عورتیں جیسے دیہی علاقوں میں رہنے والی، تارکین وطن اور نو عمر عورتیں، جو اسقاط حمل تک رسائی پر پابندی کی وجہ سے سب سے زیادہ متاثر ہوتی ہیں۔ جو لوگ ادائیگی کرنے کے متحمل ہوتے ہیں وہ عام طور پر محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی حاصل کرنے کا انتظام کرتے ہیں۔ 14 ترقی پذیر ممالک کے مطالعے پر مبنی تخمینے ظاہر کرتے ہیں کہ سماجی اور معاشی طور پر کمزور گروہوں کی عورتیں غیر متناسب بوجھ برداشت کرتی ہیں (Guttmacher 2017) (خاکہ 1)۔

خاکہ 1: اسقاط حمل کی پیچیدگیوں کی مختلف شرحیں

غیر محفوظ اسقاط حمل کئے جانے والے 14 ممالک میں، ایک اندازے کے مطابق دیہی غریب عورتوں کے لئے، شہری غیر غریب عورتوں کی نسبت پیچیدگیوں سے دو چار ہونے کا امکان بہت زیادہ ہوتا ہے۔



Source: Adapted from Guttmacher 2017.

والوں کے خلاف مجرمانہ پابندیاں عائد نہ کریں جو ایسا کرنے میں ان کی مدد کرتے ہیں، تاکہ غیر محفوظ اسقاط حمل کو روکا جاسکے (کمٹی آن سول اینڈ پولیسیکل رائٹس 2018: پیراگراف 8)۔

ان ٹریٹی باڈیز کے علاوہ، ک تشدد کی روک تھام کی کمیٹی (CAT) نے مختلف مواقع پر اسقاط حمل پر مکمل پابندی کو تشدد یا ناروا سلوک (CAT, 2009a) کے طور پر شمار کیا ہے، اور سفارش کی ہے کہ کھسٹ یا زندگی کو خطرے سے لاحق ہونے والی عورتوں کے لئے اسقاط حمل تک رسائی کو یقینی بنایا جائے، یا جن کے جنین کا جاری نہیں رکھا جاسکتا (CAT, 2011)۔ معذور افراد کے حقوق کی کمیٹی (CRPD) اپنے آرٹیکل 25 میں اس بات کی توثیق کرتی ہے کہ ریاستوں کی ذمہ داری ہے کہ وہ معذور افراد کو معیاری اور مفت اور سستی جنسی اور تولیدی صحت کی دیکھ بھال اور پروگرام دوسرے افراد کے مساوی فراہم کریں (UN 2006)۔ معذور افراد میں غیر ارادی اسقاط حمل اور نرسندی کو روکنے کی کوشش کرتے ہوئے، CRPD نے حکومت ار جنٹائن سے سفارش کی کہ معذور افراد کو سرپرستی ٹرسٹی شپ کے تحت ضروری مدد فراہم کی جائے تاکہ عورتیں خود اسقاط حمل اور نرسندی کے لئے باخبر طور پر رضامند ہوں (CRPD, 2012)۔

یونیورسل پیریڈک ریویو (UPR) کا عمل 2006 سے ہیومن رائٹس کونسل (HRC) کے ذریعے رکن ممالک کے درمیان ہم مرتبہ جائزہ کے عمل کے طور پر قائم کیا گیا تھا۔ UPR ریاستوں کو جنسی اور تولیدی حقوق کو برقرار رکھنے کے لئے جوابدہ بنانے کے لیے ایک اہم طریقہ کار ثابت ہوا ہے، بشمول محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کا حق۔ 2008 اور 2016 کے درمیان، اسقاط حمل کے حوالے سے UPR کی 145 سفارشات تھیں۔ ان سفارشات میں بڑے پیمانے پر اسقاط حمل کو جرم قرار دینے پر زور دیا گیا ہے کم از کم حاملہ عورت کی زندگی صحت کے لئے خطرہ، عصمت دریا بدکاری کی صورتوں میں اور جب جنین کو جاری نہ رکھا جاسکے۔ اسقاط حمل کے حوالے سے قید عورتوں کو آزاد کرنا؛ اور اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کے لئے قانونی اور صحت کے نظام کی رکاوٹوں کو دور کرنا (بیر وپیزارو سا 2018)۔

عورتوں، بچوں اور نوجوانوں کی صحت پر اعلیٰ سطحی ورکنگ گروپ کی 2017 کی رپورٹ انسانی حق کے طور پر اسقاط حمل کی ترقی میں ایک اور اہم سنگ میل کی نمائندگی کرتی ہے۔ رپورٹ، ورلڈ ہیلتھ اسمبلی اور ہیومن رائٹس کونسل (WHO 2017) دونوں کو پیش کی گئی، جس میں بنیادی طور پر انسانی حقوق کے تحفظات پر مبنی اسقاط حمل کو قانونی حیثیت دینے پر زور دیا گیا۔ اس نے سفارش کی کہ ریاستی فریق: ایسے قوانین اور پالیسیوں کو منسوخ کریں، یا ان میں ترمیم کریں جو صحت کی خدمات (بشمول جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق کی خدمات) تک رسائی کو روکتی ہیں اور جو عورتوں، بچوں یا نوجوانوں کے خلاف امتیازی، واضح طور پر یا اثر انداز ہوتی ہیں۔

2013 میں، بچوں کے حقوق کی کمیٹی (CRC) نے اپنے عمومی تبصرہ نمبر 15 کے ذریعے، صحت کے لئے بچے کے حق کے بارے میں، سفارش کی کہ "ریاستیں محفوظ اسقاط حمل اور اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کی خدمات تک رسائی کو یقینی بنائیں، اس بات سے قطع نظر کہ اسقاط حمل خود قانونی ہے (چائلڈ رائٹس کمیٹی 2013)۔ 2016 میں جاری ہونے والی کمیٹی کے جنرل کمنٹ 20 نے بہت زیادہ مضبوط موقف اختیار کیا، ریاستوں پر زور دیا کہ وہ اسقاط حمل کو غیر قانونی قرار دیں تاکہ لڑکیوں کو محفوظ اسقاط حمل اور اسقاط حمل کے بعد کی خدمات تک رسائی حاصل ہو، اور حاملہ نوجوانوں کے بہترین مفادات کی ضمانت دینے کے لئے قانون سازی کا جائزہ لیا جائے اور اس بات کو یقینی بنایا جائے کہ اسقاط حمل سے متعلق ان کے خیالات کو ہمیشہ سنا جائے اور ان کا احترام کیا جائے۔ (بچوں کے حقوق کمیٹی 2016، پیراگراف 60)۔

اقتصادی، سماجی اور ثقافتی حقوق کی کمیٹی (CESSR) نے 2016 میں عام تبصرہ 22 کو اختیار کیا۔ صحت کے حق کے مخصوص پہلوؤں کی وضاحت کرتے ہوئے، اس عمومی تبصرے کے مطابق، محفوظ اسقاط حمل تک رسائی صحت کے حق کا ایک جز تھا، اور اسقاط حمل کی محفوظ خدمات تک رسائی سے انکار کرنے والی قانون سازی عورتوں کی صحت کے حق کا احترام کرنے میں ریاستوں کی ناکامی کی نمائندگی کرتی ہے (کمیٹی آن انکناک سوشل اینڈ کلچرل رائٹس 2016: پیراگراف 57)۔ عام تبصرے میں ریاستوں سے اسقاط حمل (اور دیگر SRH) خدمات کو دستیاب کرنے کے لئے تمام ضروری قانون سازی، بجٹ، عدالتی اور انتظامی اقدامات کو اختیار کرنے کی ضرورت ہے اور یکہ ترتیب یافتہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی دستیابی کو یقینی بنایا جائے جو عوامی اور نجی صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات میں خدمات فراہم کرنے کے لئے تیار ہوں (کمیٹی برائے اقتصادی سماجی اور ثقافتی حقوق 2016: پیراگراف 2016)۔ ریاستوں سے مطالبہ کیا گیا کہ وہ اسقاط حمل میں ملتی طور پر غیر ضروری رکاوٹوں کو ختم کریں اور انہیں اختیار کرنے سے گریز کریں جیسے کہ لازمی انتظار کی مدت اور تیسرے فریق کی اجازت کی ضروریات۔ ریاستوں کو ضمیر کی بنیاد پر پریکٹیشنر کے اسقاط حمل سے انکار کو بھی ریگولیٹ کرنا تھا، اگر ملک میں اس طرح کے عمل کی اجازت ہو (کمیٹی آن انکناک سوشل اینڈ کلچرل رائٹس 2016: سپرانوٹ 1، پیراگراف 41 اور سپرانوٹ 1، پیراگراف 14)۔

عورتوں کو اسقاط حمل کی خدمات سے انکار کے نتیجے میں وہ غیر محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کا سہارا لیتی ہیں اور اپنی جان کو خطرے میں ڈالتی ہیں، یہ بات عورتوں کے صحت اور زندگی کے حق کی خلاف ورزی ہے۔ 2018 میں، شہری اور سیاسی حقوق کی کمیٹی (CCPR) نے زندگی کے حق کے بارے میں اپنا عمومی تبصرہ 36 جاری کیا، جس میں واضح طور پر ذکر کیا گیا کہ ریاستی پارٹیاں ایسے اقدامات کے ذریعے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو ریگولیٹ نہیں کر سکتیں جن سے عورتوں اور لڑکیوں کے زندگی کے حق کی خلاف ورزی ہو سکتی ہے۔ یہ ریاستی جماعتوں پر بھی زور دیتا ہے کہ وہ اسقاط حمل کروانے والی عورتوں اور لڑکیوں یا طبی خدمات فراہم کرنے

یا انسانی حقوق کے قانون کے تحت ممنوع بنیادوں پر۔ اس میں منسوخ کئے جانے والے قوانین شامل ہیں جو مخصوص جنسی اور تولیدی طرز عمل اور فیصلوں کو مجرمانہ قرار دیتے ہیں، جیسے اسقاط حمل، ہم جنسی قربت، جنسی کام اور جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق کی معلومات کی فراہمیاں وصولی۔ (WHO، 2017: صفحہ 58)۔

ان میں سے ہر ایک پیش رفت نے جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق کے حامیوں کے لئے راہیں کھول دی ہیں تاکہ وہ اپنی حکومتوں کو اسقاط حمل کو غیر مجرمانہ عمل قرار دینے اور محفوظ اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے کے لئے جوابدہ ٹھہرائیں۔ بہت سے ممالک، مثال کے طور پر، بولیویا، چھڈ، کولمبیا، ایتھوپیا اور نیپال کو اپنے اسقاط حمل کے قوانین کو آزاد کرنا پڑا اور خدمات تک رسائی کو بہتر بنانا پڑا۔ یہ تبدیلیاں یا تو ٹریڈ مانیٹرنگ باڈیز اور یو پی آر کے عمل کی سفارشات کا براہ راست نتیجہ ہیں، یا قومی سطح کے قانونی احتسابی عمل پر ان کے اثر و رسوخ کے نتیجے میں ہوئی ہیں (Zorzi 2016; Steven 2018)۔

1.4 محفوظ اسقاط حمل سے متعلق اکثر پوچھے جانے والے سوالات

1.4.1 انسانی حقوق کے معاہدوں کی بنیاد پر کیا جنین کو زندگی کا حق مطلق طور پر حاصل ہے؟

انسانی حقوق کے عالمی اعلامیے کا آرٹیکل 1 کہتا ہے کہ "[a] تمام انسان آزاد پیدا ہوئے ہیں اور وقار اور حقوق میں برابر ہیں" (اقوام متحدہ 1948)۔ "پیدائش" کے واضح ذکر کا مطلب یہ ہے کہ انسانی حقوق پیدائش کے ساتھ ہی لاگو ہوتے ہیں (سنٹر فار ری پروڈکٹیو رائٹس 2014)۔ بین الاقوامی معاہدہ برائے شہری اور سیاسی حقوق (ICPR) کے آرٹیکل 6 کے تحت زندگی کے حق پر عمومی تبصرہ 36 عورتوں کے اس حق کو برقرار رکھتا ہے کہ اسقاط حمل پر عائد قانونی پابندیوں کی وجہ سے زندگی کے حق سے محروم نہ ہوں (کمٹی آن سول اینڈ پولیٹیکل رائٹس 2018: پیراگراف 8)۔

اگرچہ ریاستوں کی جماعتیں حمل کے رضاکارانہ خاتمے کو ریگولیٹ کرنے کے لئے بنائے گئے اقدامات کو اختیار سکتی ہیں، لیکن ایسے اقدامات کے نتیجے میں حاملہ عورت یا لڑکی کے زندگی کے حق، یا عہد کے تحت اس کے دیگر حقوق کی خلاف ورزی نہیں ہونی چاہئے۔ اس طرح، عورتوں یا لڑکیوں کی اسقاط حمل کی اہلیت پر پابندیاں، دوسری باتوں کے ساتھ، ان کی زندگیوں کو خطرے میں نہیں ڈالنا چاہئے، انہیں جسمانی یا ذہنی تکلیف کا نشانہ نہیں بنانا چاہئے جو آرٹیکل 7 کی خلاف ورزی کرتا ہے، ان کے ساتھ امتیازی سلوک یا سمن مانی طور پر ان کی پرائیویسی میں مداخلت نہیں کرنا چاہیے (کمٹی آن سول اینڈ پولیٹیکل رائٹس 2018: پیراگراف 8)۔

اسقاط حمل کے خلاف دی جانے والی دلیلوں میں سے ایک یہ ہے کہ اس سے جنین کے جینے کے حق کی خلاف ورزی ہوتی ہے۔ زندگی کا حق ایک بنیادی انسانی حق ہے، جو

دوسرے تمام انسانی حقوق سے استفادہ حاصل کرنے کی بنیاد ہے۔ بین الاقوامی انسانی حقوق کا قانون اس بنیادی حق کو پیدائش کے وقت حاصل ہونے کے طور پر تسلیم کرتا ہے، اور بین الاقوامی اور علاقائی انسانی حقوق کے اداروں کے ساتھ ساتھ دنیا بھر کی عدالتوں نے واضح طور پر قائم کیا ہے کہ قبل از پیدائش کے تحفظات عورتوں کے انسانی حقوق کے مطابق ہونے چاہئیں۔ (مرکز برائے تولیدی حقوق، 2014)

بچوں کے حقوق کا کنونشن، اور اس کا عام تبصرہ نمبر 15 اور نمبر 20 بچے کے صحت کے حق کے بارے میں، نوعمر کے حق کی تصدیق اسقاط حمل کی خدمات کے لئے، یہاں تک کہ جہاں قانونی نہیں ہے، اور حکومتوں سے مطالبہ کریں کہ وہ ان کی قانون سازی کا جائزہ لیں۔ بہترین کی ضمانت دینے کے لئے اسقاط حمل سے متعلق نوعمر کے مفادات اور ان کی ضروریات کو سنیں (بچوں کے حقوق کمیٹی 2013، چائلڈ رائٹس کمیٹی 2016)۔ مقالہ کے عمومی تبصرے نے واضح کیا ہے کہ سی آر سی کی پیش کش کی زبان "بچے کو، اس کی جسمانی اور ذہنی عدم استحکام کی وجہ سے، خصوصی حفاظتی اقدامات اور نگہداشت کی ضرورت ہے، قانونی تحفظ کے ساتھ ساتھ پیدائش کے بعد بھی،... (اقوام متحدہ 1989)، اس کی غلط تشریح نہیں کی جائے گی جنین کی زندگی کے مطلق حق کی حمایت کرنا۔

یورپی کورٹ آف ہیومن رائٹس نے مختلف مواقع پر یہ فیصلہ دیا ہے کہ انسانی حقوق سے متعلق یورپی کنونشن کے آرٹیکل 2 (1) میں زندگی کے حق کی تصدیق جنین کے لئے نہیں کی گئی ہے۔ مثال کے طور پر VO بمقابلہ فرانس، عدالت نے واضح کیا کہ جنین کو از خود 'شخص' کے طور پر تسلیم نہیں کیا گیا تھا جس کو براہ راست آرٹیکل 2 (1) کے ذریعہ تحفظ دیا جاتا ہے۔ بینا لامریکی کمیشن اور بینا لامریکی کورٹ آف ہیومن رائٹس نے اتنا ہی فیصلہ دیا ہے، مثال کے طور پر Artavia Murillo et al میں۔ ("ان وٹرو فرٹلائزیشن میں") بمقابلہ کوسٹاریکا، 2012) اور بے بی بوائے بمقابلہ ریاستہائے متحدہ، 1981، کہ انسانی حقوق سے متعلق امریکی کنونشن میں زندگی کا حق مطلق نہیں ہے اور وہ تولیدی خود مختاری کے حق کے مطابق ہے۔ (سنٹر برائے تولیدی حقوق 2014، صفحہ 7-8)۔

بین الاقوامی اور علاقائی انسانی حقوق کے اداروں کے ساتھ ساتھ دنیا بھر میں عدالتوں نے بھی واضح طور پر قائم کیا ہے کہ عورتوں کے انسانی حقوق کے ساتھ قبل از پیدائش کے تحفظ کو ہونا ضروری ہے۔

دنیا کے بعض ممالک میں جنین کے حقوق کے حوالے سے قانون سازی کی گئی ہے۔ مثال کے طور پر، چلی اور گوئے مالا کے قومی آئین زندگی کے پیدائش کے حق کو واضح طور پر تسلیم کرتے ہیں۔ حالیہ دنوں میں، قومی آئین میں زندگی کے حق کی تشریح کو بڑھانے کی کوششیں جاری ہیں تاکہ قبل از پیدائش کے مرحلے کو شامل کیا جاسکے (Center for Reproductive Rights 2014, Copelon et al. 2005)۔ ان پیش رفتوں کو عورتوں اور تمام افراد کے بنیادی حقوق کے خلاف

Ravindranand Balasubramanian 2004; Subhasri and)
(Ravindran 2012۔

معاشرتی معاشی وجوہات اور بچوں کی پیدائش کو روکنے یا ان کے درمیان وقفہ کرنے کی خواہش، عام وجوہات ہیں جن کی وجہ سے حمل غیر مطلوبہ ہو جاتا ہے (Singh et al. 2017)۔ مانع حمل کا استعمال بہت سے لوگوں کے لئے ہمیشہ ایک قابل عمل آپشن نہیں ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کی زندگی کے حالات، جیسے طبی حالات، شراکت داروں کی مدد، صحت کی دیکھ بھال تک رسائی اور مانع حمل سے حاصل ہونے والے ممکنہ فوائد اور اس سے متعلق خطرات جیسے عوامل سے متاثر ہوتا ہے۔

نوعمر اور نوبالغ افراد کو مانع حمل معلومات اور خدمات فراہم کرنے کے لئے جنسی تعلیم اور صحت کے نظام کی ناپسندیدگی کے نتیجے میں غیر مطلوبہ حمل واقع ہوتے ہیں۔ ایسے معاشرہ میں جہاں شادی سے پہلے بچے پیدا کرنے کو معاشرتی پابندیوں اور یہاں تک کہ تشدد سے بھی سزا دی جاتی ہے، اسقاط حمل ہی واحد سہولت بنی ہوئی ہے (Sowmini 2013)۔

بعض صورتوں میں، شوہر یا مرد ساتھی کی شراکت دار عورت کے مانع حمل استعمال یا کنڈوم استعمال کرنے کے لئے تیار نہیں ہوتے ہیں جب کہ عورتیں، بچے پیدا کرنے کو روکنا چاہتی ہوں (Kriel et al. 2019)۔ مانع حمل کے پلانٹ جانے کے قابل طریقوں جیسے کہ مانع حمل گولیاں چھلہ اور انجکشن وغیرہ مضر اثرات ہوتے ہیں، اور صحت کی آسان خدمات کے بغیر، خواتین مان طریقوں کو مجبوری سے ہی استعمال کرتی ہیں (Sedgh and Hussain 2014)۔

1.4.4 کیا مانع حمل کے وسیع استعمال سے اسقاط حمل کی ضرورت ختم ہو جاتی ہے؟

نہیں، ایسا نہیں ہوگا۔ مانع حمل کے وسیع استعمال کے باوجود بعض عورتوں اسقاط حمل کی ضرورت ہوگی۔ کوئی عورت ارادی حمل کی وجہ سے اسقاط حمل چاہتی ہے۔ بعض عورتوں کا حمل اگرچہ معمول کے مطابق شروع ہوتا ہے لیکن جنین کی حالے میں بگاڑ، حاملہ عورت کی صحت یا زندگی کے لئے خطرہ، اور اس کی زندگی کے حالات میں بدلاؤ، جس میں ساتھی کو دینا، یا دوسرے بچوں کی وجہ سے صورت حال تبدیل ہو جاتی ہے۔ دوسری بات یہ ہے کہ تقریباً تمام مانع حمل حقیقی زندگی کی صورت حال ہیں عمومی طور بعض صورتوں میں ناکام ہو جاتے ہیں۔ جبکہ 100 میں سے ایک عورت ہارمونل امپلانٹ یا چھلہ استعمال کرتی ہے، یا عورت کے لئے ٹل بند کی صورت میں بھی حاملہ ہونے کا امکان ہوتا ہے، مانع حمل انجکشن (Depo-Provera)، مانع حمل گولیوں اور ڈیافرام استعمال کرنے والی عورتوں یہ تناسب بالترتیب 9، 17، 4 فیصد ہے (CDC 2020)۔

دنیا بھر کے تاریخی اعداد و شمار سے پتہ چلتا ہے کہ مانع حمل کے زیادہ استعمال سے اسقاط

ہونے کی وجہ سے چیلنج کرنے کی ضرورت ہے جو حاملہ ہو سکتی ہیں، کیونکہ:

یہ کوششیں، جو اکثر نظریاتی اور مذہبی محرکات سے جڑی ہوتی ہیں، عورتوں کو تولیدی صحت کی خدمات کی مکمل حد سے انکار کرنے کی دانستہ کوشش کا ایک حصہ ہیں جو دوسروں کے درمیان عورتوں کے بنیادی حقوق کی زندگی، صحت، وقار، مساوات کے تحفظ کے لئے ضروری ہیں (Center for Reproductive Rights 2014)۔

ایسے معاشرہ میں جہاں شادی سے پہلے بچے پیدا کرنے کو معاشرتی پابندیوں اور یہاں تک کہ تشدد سے بھی سزا دی جاتی ہے، اسقاط حمل ہی واحد راستہ باقی ہے۔

1.4.2 کیا اسقاط حمل پر پابندیوں کی وجہ سے اسقاط حمل کی تعداد میں کمی آتی ہے؟

اسقاط حمل پر قانونی پابندیاں عائد کرنے کے مجوزہ جواز میں سے ایک یہ ہے کہ اس عمل کی حوصلہ شکنی کریں اور اسقاط حمل کے واقعات کو کم کریں۔

یہ خیال حقیقت سے بہت دور ہے۔ شواہد سے پتہ چلتا ہے کہ اسقاط حمل پر پابندی ہونے یا نہیں ہونے سے قطع نظر، عورتیں اسقاط حمل کی کوشش کرتی ہیں اگر وہ سمجھتی ہیں کہ حمل کو جاری رکھنا ممکن نہیں ہے۔ 19-2015 میں، ان ممالک میں اسقاط حمل کے واقعات زیادہ تھے (15-49 سال کی عمر میں 1000 خواتین کے ذریعے) جہاں اسقاط حمل کو محدود کیا جاتا ہے ان ممالک کے مقابلے میں جہاں اسقاط حمل وسیع پیمانے پر قانونی ہے۔ اسقاط حمل کی شرح 40 ہزار خواتین ملک میں جہاں اسقاط حمل پر مکمل پابندی عائد کردی گئی تھی، اس کے مقابلے میں 36 فی 1000 کے مقابلے میں جہاں خواتین کی جان بچانے یا صحت کی حفاظت کے لئے اس کی اجازت ہے۔ مزید، 94-1990 اور 19-2015 کے درمیان، اسقاط حمل کے واقعات میں 12 فیصد اضافہ ہوا ہے جہاں اسقاط حمل کو محدود کرنے کے قوانین لاگو تھے، جبکہ ان ممالک میں اس میں 43 فیصد کمی واقع ہوئی ہے جہاں اسقاط حمل وسیع پیمانے پر قانونی ہے (Bearak et al. 2020)۔

1.4.3 کیا یہ بہتر نہ ہوگا کہ عورتیں زیادہ زمسداری کے ساتھ غیر مطلوبہ اور غیر ارادی حمل سے گریز کر سکتیں؟

غیر منصوبہ بند یا غیر ارادی حمل اکثر اوقات ناگزیر حالات میں واقع ہوتی ہیں یا عورت کے اختیار یا مرضی کے بغیر واقع ہوتے ہیں۔ جنسی عمل ہمیشہ رضاکارانہ اور اتفاق رائے سے نہیں ہوتا ہے۔ اس کی ایک واضح مثال جنسی تشدد اور غیر متفقہ جنسی تعلقات کے نتیجے میں حمل کی ہے، بشمول شادی شدہ عورتیں

دنیا بھر کے تاریخی اعداد و شمار سے پتہ چلتا ہے کہ مانع حمل کے زیادہ استعمال سے اسقاط حمل کی شرحوں میں ہمیشہ کی توقع نہیں ہوتی ہے۔ مانع حمل کے استعمال اور اسقاط حمل کے واقعات کے درمیان مجموعی تعلق پیچیدہ ہوتا ہے یہ خیال اس وجہ سے پیدا ہوتا ہے صرف مانع حمل کا بڑھتا ہوا استعمال بار آوری میں تیزی سے کمی کے حالات میں بار آوری کی باقاعدگی کی ضرورت کو پورا کرنے کے لئے کافی نہیں تھا۔

رائل کالج آف آبسٹریشینز اور گائنا کولو جسٹ کی جانب سے اسقاط حمل کے رہنما اصولوں کے مطابق، غیر پیچیدہ اختیاری اسقاط حمل اور اس کے نتیجے میں پیدا ہونے والے بانجھ پن کے درمیان کوئی ثابت شدہ تعلق نہیں ہے (RCOG 2011 p.43)۔ تاہم اسقاط حمل کے بعد پیدا ہونے والے انفیکشن کے نتیجے میں نلوں کا بانجھ پن پیدا ہو سکتا ہے۔ تاہم، اسقاط حمل کے بعد پروفائیکٹک اینٹی بائیوٹک کا معمول کے مطابق استعمال اس طریقہ کار سے گزرنے والی عورتوں کے لئے انفیکشن کے خطرے کو ایک فیصد سے بھی کم کر سکتا ہے (RCOG 2011 p.42)۔

1.4.6 کیا اسقاط حمل عورتوں کی زندگی کے لئے خطرہ نہیں ہوتے؟

مناسب آلات اور طبی سہولیات والے صحت کے مراکز پر تربیت یافتہ اسٹاف کی مدد سے کروائے جانے والے اسقاط حمل محفوظ ترین عمل ہوتے ہیں۔ امریکہ میں 2009-2000 کے دوران اسقاط حمل سے متعلق شرح اموات فی 100,000 میں 0.7 رہی جب کہ پلاسٹک سرجری پروسیجر میں یہ شرح 0.8-1.7 فی 100,000 رہی اور دانتوں کے پروسیجر میں یہ شرح 0-1.7 فی 100,000 رہی (Raymond et al. 2014)۔ عالمی ادارہ صحت (WHO) کی حالیہ سفارشات کے مطابق، پہلی سہ ماہی کے دوران (12 ہفتوں تک کی حاملہ) عورتیں صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کی براہ راست نگرانی کے بغیر بھی mifepristone اور misoprostol کی دوائیں از خود لے سکتی ہیں (WHO 2020)۔

عورتوں کے دوا کی جیسے گروپس کے درمیان موازنے کے ایک اور مطالعے سے بھی اس بات کی تصدیق ہوتی ہے کہ اسقاط حمل کا طریقہ نسبتاً محفوظ طریقہ ہے۔ پہلے گروپ کی عورتوں نے اسقاط حمل کے لئے رجوع کیا اور انہیں یہ سہولت فراہم کی گئی اور دوسرے گروپ کی عورتوں کو اسقاط حمل کی سہولت حاصل کرنے سے منع کر دیا گیا تھا اور وہ اپنے غیر مطلوبہ حمل کو جاری رکھنے پر مجبور تھیں۔ ایسی 231 عورتیں، زندگی کو خطرے سے دوچار کرنے والی پیچیدگیوں کا شکار رہیں اور ایک عورت کی موت واقع ہو گئی، جب کہ اسقاط حمل کی سہولت حاصل کرنے والی عورتوں میں کوئی بیماری یا موت واقع نہیں ہوئی۔ زچگی کے بعد والی عورتوں کو اسقاط حمل حاصل کروانے والی عورتوں کی نسبت تین گنا زیادہ وقت تک آرام کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے (Gerdt et al. 2016)۔

حمل کی شرحوں میں ہمیشہ کی توقع نہیں ہوتی ہے۔ مانع حمل کے استعمال اور اسقاط حمل کے واقعات کے درمیان مجموعی تعلق پیچیدہ ہوتا ہے۔ بہت سے ممالک (جیسے کیوبا، سنگاپور، جمہوریہ کوریا) میں مانع حمل کے استعمال کی شرح اور اسقاط حمل کی شرح دونوں میں، بار آوری میں زبردست کمی کے عرصے کے دوران، بیک وقت اضافہ پایا گیا۔ یہ خیال اس وجہ سے پیدا ہوتا ہے صرف مانع حمل کا بڑھتا ہوا استعمال بار آوری میں تیزی سے کمی کے حالات میں بار آوری کی باقاعدگی کی ضرورت کو پورا کرنے کے لئے کافی نہیں تھا (Martsen and Cleland 2003)۔

1.4.5 کیا اختیاری اسقاط حمل سے گزرنے والی عورتوں کو نفسیاتی صدمہ اور ثانوی بانجھ پن کا خطرہ لاحق ہوتا ہے؟

بہت سے لوگوں کا خیال ہے کہ اختیاری اسقاط حمل کی وجہ سے متعلقہ عورتوں میں نفسیاتی صدمہ پیدا کرتا ہے۔ اس ضمن میں بہت سے مطالعات پیش کئے جاتے ہیں۔ تاہم، طریقہ کار کے اعتبار سے درست اور ٹھوس مطالعات، جو تین دہائیوں سے زیادہ کے عرصے پر محیط ہیں، اس بات کی نشاندہی کرتے ہیں کہ اس دعوے کی کوئی بنیاد نہیں ہے۔

لندن کے رائل کالج امریکی نفسیاتی کی ناسک فورس برائے دماغی صحت اور اسقاط حمل (TFMHA) اس نتیجے پر پہنچی کہ اسقاط حمل سے عورتوں پر کوئی جذباتی اثرات واقع نہیں ہوتے ہیں۔ تاہم اسقاط حمل سے پہلے ہی نفسیاتی یا جذباتی مسائل پائے جانے کی صورت میں یا جب مطلوبہ حمل کو صحت کی وجوہات کی بنیاد پر ختم کرنا پڑے یا جب جنین کی بناوٹ میں خرابی ہو تو ایسی صورتوں میں متعلقہ عورتوں کی ذہنی صحت پر اسقاط حمل کے بعد منفی اثرات واقع ہونے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے

(Planned Parenthood Federation of America 2014)۔

پانچ سالہ فالو اپ پر مبنی ایک مقالہ جس میں اسقاط حمل کی سہولت حاصل کرنے والی عورتوں کا موازنہ اس سہولت سے محروم عورتوں کے ساتھ کیا گیا تھا ظاہر کرتا ہے کہ اسقاط حمل سے انکار کی گئی عورتوں میں ابتدائی طور پر منفی نفسیاتی اثرات لاحق ہونے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے، تاہم دونوں گروپس کے درمیان پانچ سال بعد کوئی قابل ذکر فرق نہیں پایا گیا (Biggs et al. 2017)۔ سویڈن، اسکاٹ لینڈ اور چیکو سلواکیہ میں 1980 سے کئے جانے والے سابقہ مطالعات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اسقاط حمل کی سہولت کی فراہمی سے انکار کی صورت میں اکثر اوقات متعلقہ عورتوں میں طویل کنٹرولنگ عرصے کے دوران سنگین نفسیاتی مشکلات پیدا کرتا ہے (Watter, 1980)۔

باب 2

اسقاط حمل کروانے والی عورتوں کے لئے کلینیکل دیکھ بھال پیرکاروں کے لئے چند اہم امور

جبکہ محفوظ اسقاط حمل وہ ہے جو محفوظ حالات میں انجام دیا جاتا ہے جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ قانونی اسقاط حمل بعض اوقات غیر محفوظ ہو سکتا ہے، جیسا کہ غیر قانونی اسقاط حمل ممکنہ طور پر محفوظ طریقے سے انجام دیا جاسکتا ہے۔ تاہم، اس بات کے کافی شواہد موجود ہیں کہ قانون کے تحت اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو بہتر بناتی ہے (WHO، 2012)۔

2.2 اسقاط حمل کے طریقے

اسقاط حمل کروانے کے دو طریقے ہیں۔ سرجری یا دواؤں سے۔

سرجری والے اسقاط حمل میں ایک معمولی جراحی کی جاتی ہے۔ جراحی کا طریقہ کار اور اس کے اثر کا انحصار اس پر ہے کہ حمل کتنے عرصے کا ہے۔

یہ بات ذہن میں رہے کہ اسقاط حمل کی دوائیں ایمر جنسی مانع حمل گولیوں سے مختلف ہوتی ہیں جو بغیر احتیاط کے گئی مہبستی کی صورت میں حمل سے بچنے کے لیے استعمال کی جاتی ہیں جبکہ اسقاط حمل کی گولیاں ایک ایسے حمل کو ختم کرنے کے لیے استعمال کی جاتی ہیں جو کہ ہو چکا ہے۔

- چونکہ سرجری والے اسقاط حمل میں بچہ دانی میں سرجری کے آلات ڈالے جاتے ہیں، اس طریقہ کار پر عمل کرنے کے لیے ضروری ہے کہ اسے اچھی طرح سے تربیت یافتہ اور ماہرین صحت ہی سرانجام دیں،
- ایٹنی باؤنک کے ذریعے انفیکشن کی روک تھام کی ضرورت ہے، اور
- درد کی روک تھام اور انتظام مناسب ہسپتالیزیشن کے ذریعے کرنے کی ضرورت ہے۔

میڈیکل اسقاط حمل میں بغیر کسی سرجری کے ادویات کے استعمال کے ذریعے اسقاط حمل کیا جاتا ہے۔ اس میں دو دوائیں، mifepristone اور misoprostol، باری باری استعمال کی جاتی ہیں۔ یہ سب سے عام طریقہ ہے۔ ایسی جگہوں پر جہاں mifepristone دستیاب نہیں ہے، صرف misoprostol استعمال کی جاسکتی ہے۔ میڈیکل اسقاط حمل جب تجویز کردہ خوراک اور پروٹوکول میں استعمال کیا جائے تو، انتہائی موثر ہوتا ہے، خاص طور پر حمل کے 12 ہفتوں سے پہلے۔ چونکہ طبی اسقاط حمل کے لیے ناگوار جراحی کے طریقہ کار

اس باب میں اسقاط حمل سے گزرنے والی عورتوں کی طبی دیکھ بھال سے متعلق تکنیکی پہلوؤں کا تعارف کرایا گیا ہے۔ اس باب میں شامل مواد کا مقصد موجودہ طبی رہنما اصولوں کو دہرانا نہیں ہے بلکہ اس کی بجائے کلیدی تکنیکی نکات پر توجہ مرکوز کی جائے گی جو کسی ایسے فرد کے لئے ضروری علم سمجھے جاتے ہیں جو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی پیروی کر رہا ہو (لیکن یہ ضروری نہیں کہ اُسے طبی پس منظر بھی حاصل رہا ہو)۔ یہ باب اسقاط حمل پر قانونی طور پر پابند ہوالے علاقوں سے بھی تعلق رکھتا ہے، کیونکہ اس میں تکنیکی معیار اور حفاظت کو یقینی بنانے کے لئے، کم از کم مطلوبہ معیارات کی تفصیل بھی دی گئی ہے۔ اسقاط حمل کا طریقہ کار متعلقہ عورت کی زندگی کی صحت کو بچانے کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔ اس باب میں اسقاط حمل سے متعلق ذاتی دیکھ بھال اور اس کے بعد کی دیکھ بھال پر تکنیکی تفصیلات بھی فراہم کی گئی ہیں جو اس طرح کی پابندی والے علاقوں میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔

اس باب کے آخر میں، کسی خاص پہلو سے اسقاط حمل کی خدمات کا تکنیکی معیار جانچنے کے لئے ایک چیک لسٹ پیش کی گئی ہے۔ یہ چیک لسٹ جنسی تولیدی اور صحت کے حقوق (SRHR) کے پیرکاروں کے لئے ہے اور اسے باب 4 میں دی گئی چیک لسٹ کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ذریعے کسی ملک میں اسقاط حمل کی خدمات میں انسانی حقوق کے اصولوں کی پابندی کو جانچا جاسکتا ہے۔

2.1 محفوظ اسقاط حمل

ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (ڈبلیو ایچ او) اسقاط حمل کو اس صورت میں محفوظ قرار دیتا ہے اگر یہ مناسب تربیت یافتہ فراہم کنندہ کے ذریعے ایک ایسے ماحول میں تجویز کردہ طریقہ استعمال کرتے ہوئے فراہم کیا جائے جو تمام طبی معیارات پر پورا اترتا ہو (WHO، 2012)۔ گزشتہ سالوں کے دوران، اسقاط حمل کے طبی طریقوں اور ویکیم اسپائریشن جیسی سادہ ٹیکنالوجیز کے متعارف ہونے سے اسقاط حمل محفوظ تر ہو گئے ہیں جیسا کہ جب یہ پرائمری کیئر سینٹرز میں اور ڈاکٹروں کے علاوہ دیگر فراہم کنندگان ہی انجام دیں۔ (گناترا وغیرہ، 2017)۔ اس طرح، اسقاط حمل کے محفوظ ہونے کی درجہ بندی محفوظ اور غیر محفوظ کی صرف دو درجہ بندیوں سے ہٹ محفوظ، کم محفوظ اور کم سے کم محفوظ کے طور پر کی جارہی ہے اور اس طرح حفاظت کا اسپیکٹرم بہت طور پر حاصل ہوتا ہے (مزید تفصیلات کے لیے باب 1 دیکھیے)۔

یہاں یہ نوٹ کرنا ضروری ہے کہ قانونی اسقاط حمل اور محفوظ اسقاط حمل ضروری طور پر ایک ہی چیز نہیں ہیں۔ قانونی اسقاط حمل وہ ہے جو ملک کے قانون کے مطابق ہو،

نشانہ بنانا ان کے تولیدی حق کی خلاف ورزی ہے۔ کاؤنسلنگ سیشن ان حالات میں ہونا چاہیے کہ رازدار کے احساس کو یقینی بنائے۔ باکس 1 محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے لیے اچھی مشاورت کی کچھ خصوصیات کی فہرست دیتا ہے۔

باکس 1:

محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے لیے اچھی مشاورت کی خصوصیات

- مشاورت ایسی جگہ پر کی جانی چاہیے جو رازداری اور پرائیویسی کو یقینی بنائے۔
- کلائنٹس کو اسقاط حمل کے تمام دستیاب اور مناسب طریقوں کے بارے میں سائنسی طور پر درست اور مکمل معلومات فراہم کی جانی چاہئیں۔
- اسقاط حمل اور اسقاط حمل کے طریقہ کار کے بارے میں باخبر اور خود سے فیصلہ کرنے کے لیے کلائنٹس کی مدد کی جانی چاہیے۔
- کلائنٹس کو جب بھی ضرورت ہو اس زبان میں مشورہ دیا جائے جو وہ سمجھتے ہیں۔
- کلائنٹس کو بتانے میں احتیاط برتی جائے کہ پروسیجر سے پہلے، دوران اور بعد میں کیا ہوگا، اور ممکنہ پیچیدگیاں کیا ہو سکتی ہیں۔
- کلائنٹس کے اگر کوئی شکوک و شبہات ہیں تو انہیں واضح کرنے کے لیے سوالات پوچھنے کی ترغیب دی جانی چاہیے۔
- مشورہ دینے والے کو اپنی ذاتی اقدار اور عقائد کو کلائنٹ پر مسلط نہیں کرنا چاہیے۔ مشاورت غیر فیصلہ کن اور غیر جانبدار ہونی چاہیے۔
- مشاورت میں مختلف کمزوریوں والے افراد کے حالات کو بھی دھیان میں رکھنا چاہیے۔ جیسے وہ لوگ جو مباشرت پارٹنر کے تشدد کا سامنا کر رہے ہیں یا نوجوان عمر اور پھر انہیں ضروری مدد فراہم کی جائے۔

WHO guidance, 2012 سے اخذ کردہ۔

کی ضرورت نہیں ہوتی ہے، اس لیے اسے بنیادی نگہداشت کی سطح پر صحت فراہم کرنے والے بھی فراہم کر سکتے ہیں، یا صحیح معلومات اور خوراک کے ساتھ، خود حاملہ خاتون گھر پر یا آرام دہ جگہ پر کر سکتی ہے، اور اس طرح اس طریقے میں اسقاط حمل کو مزید قابل رسائی بنانے کی صلاحیت ہے۔

اسقاط حمل کے میڈیکل اور سرجیکل طریقوں کے بارے میں مزید تفصیلات اگلے حصوں میں دی گئی ہیں۔

2.3 اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال

یہ بات دھیان میں رہے کہ اسقاط حمل سے پہلے فراہم کی جانے والی کوئی سروس نہ تو لازمی بنائی جائے اور نہ ہی اسقاط حمل میں تاخیر کا باعث بنے کچھ اس طرح کہ پروسیجر تک رسائی میں ایک غیر ضروری رکاوٹ بن جائے۔

جب کوئی فرد اسقاط حمل کروانے کے لیے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے رابطہ کرتا ہے، تو اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال کی کئی چیزیں ہوتی ہیں جو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو فراہم کرنی چاہئیں۔ ان میں شامل ہیں:

- معلومات کی فراہمی اور مشاورت،
- ہسٹری لینا، جسمانی معائنہ، اور لیبارٹری ٹیسٹ اور الٹراساؤنڈ اگر ضرورت ہو،
- مانع حمل کے بارے میں معلومات اور مشاورت۔

ان میں سے ہر ایک ذیل میں مزید تفصیل سے ہے۔

2.3.1 معلومات کی فراہمی اور مشاورت

کوئی بھی خاتون جو اسقاط حمل کی خواہاں ہے اسے اس کے متعلق مکمل اور سائنسی طور پر درست معلومات فراہم کی جانی چاہئیں۔ ایسی معلومات کو درج ذیل میں اس کی مدد کرنی چاہیے۔

- اسقاط حمل پر آگے بڑھنے کا فیصلہ کرنا،
- اسقاط حمل کے لیے موزوں طریقہ کا فیصلہ کرنا،
- فیصلہ کہ انہیں کس قسم کے درد کے انتظام کی ضرورت ہوگی، اور
- طریقہ کار سے کیا امید رکھی جائے۔

مشاورت کسی بھی شخص کی عمر اور ازدواجی حیثیت سے قطع نظر، غیر جانبدارانہ اور اپنی رائے دیے بغیر کی جانی چاہیے، تاکہ اس سے فرد کو اپنے فیصلے خود کرنے میں مدد ملے۔ مشاورت لازمی ہر گز نہیں ہونی چاہیے۔ اگر اس فرد نے پہلے ہی اسقاط حمل کروانے کا فیصلہ کر لیا ہے، تو ان کا ذہن بدلنے کی کوشش میں انہیں لازمی مشاورت کا

اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال کے حصے کے طور پر فراہم کردہ معلومات میں درج ذیل چیزیں شامل ہونی چاہئیں:

1. اسقاط حمل کے مختلف طریقے جو حمل کی عمر اور دیگر معیارات کے مطابق فرد کے لیے موزوں ہیں، تاکہ وہ مناسب طریقہ کا انتخاب کر سکیں۔
2. پروسیجر سے پہلے اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال کے حصے کے طور پر کیا کیا جائے گا اس کی تفصیلات، بشمول کوئی ٹیسٹ اور الٹراساؤنڈ معائنہ۔
3. پروسیجر کے دوران کیا توقع رکھنی ہے۔ کیا کیا جائے گا، اس میں کتنا وقت لگے گا، درد، خون بہنے اور دیگر علامات کے لحاظ سے کیا توقع کی جانی چاہیے، کس قسم کے درد سے نجات کی ضرورت ہے، درد کے انتظام کے لیے کون سے اختیارات دستیاب ہیں۔ اس طرح فرد خود منتخب کر سکتا ہے کہ وہ کیا پسند کرے۔
4. پروسیجر کے بعد کیا ہوتا ہے۔ کتنی دیر تک خون بہہ رہے گا اور کوئی دوسری علامات۔ معمول کا کام کب دوبارہ شروع کیا جاسکتا ہے، جنسی سرگرمی کب دوبارہ شروع کی جاسکتی ہے، کس فالو اپ کی علاج معالجے کی ضرورت ہے،

- کسی بھی بیماری کی نشاندہی کرنے کے لیے جو خطرات یا پیچیدگیوں کا سبب بن سکتی ہے، ماضی کی میڈیکل ہسٹری
- کسی بھی خون بہنے کے مسئلے کی ہسٹری،
- کوئی دوائیں،
- کوئی بھی الرجی،
- زچگی اور امراض نسوانی کی تاریخ،
- ایکٹوپک (رحم کے باہر قرار پانے والے) حمل کے خطرے کے عوامل
- کورڈ کرنے کے لیے میڈیکل ہسٹری، اور
- متعلقہ بیماریوں کے حوالے سے خاندانی تاریخ۔
- اس کے علاوہ، ہسٹری میں حمل کو جاری رکھنے یا ختم کرنے کے فیصلے سے متعلق تشدد اور جبر کی تاریخ سمیت سماجی پہلوؤں کا احاطہ کرنا چاہیے۔

2.3.2.2 جسمانی معائنہ

جسمانی معائنہ کا بنیادی مقصد حمل کی مدت کا تعین کرنا ہے۔ یہ ایک صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے تربیتیافته کے ذریعہ پیٹ کے معائنہ اور شروینی (pelvic) معائنہ دونوں کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ، بنیادی پیرامیٹرز جیسے نبض کی شرح، بلڈ پریشر اور درجہ حرارت کی پیمائش کی جاتی ہے۔ اس فرد کی خون کی کمی کی حالت بھی جانچی جاتی ہے۔ مزید برآں، امتحان جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشنز میسر یا جیسی کسی بھی حالت کا پتہ چلا کر اس کے خاتمے میں مدد کرتا ہے۔

2.3.2.3 لیبارٹری ٹیسٹ

اسقاط حمل سے پہلے کسی لیبارٹری ٹیسٹ کی ضرورت نہیں ہوتی۔ اگر خون کی کمی کا طبی شبہ ہو تو ہیموگلوبن ٹیسٹ کا آرڈر ہو سکتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو، خون کی گروپ بندی اور ٹائپنگ کی جاسکتی ہے تاکہ اگر اس فرد کا Rh منفی بلڈ گروپ ہو تو پروٹوکول کے مطابق Rh امیونوگلوبولین کا انتظام کیا جاسکے۔

2.3.2.4 الٹراساؤنڈ ٹیسٹ

ہر اسقاط حمل سے پہلے الٹراساؤنڈ معائنہ کی ضرورت نہیں ہے۔ تاہم الٹراساؤنڈ ایسے طبی حالات میں مفید ہے

- جب یہ واضح نہیں ہے کہ آیا وہ خاتون حاملہ ہے، یا
- حمل کی مدت کے بارے میں درج ذیل دو میں سے کسی وجہ سے شک ہے،
- بے قاعدہ ماہواریاں، یا
- کیونکہ بچہ دانی کا سائز ماہواری کی تاریخوں کے لحاظ سے چھوٹا یا بڑا ہے، یا
- اگر ایکٹوپک حمل کا طبی شبہ ہو۔

ہر اسقاط حمل سے پہلے الٹراساؤنڈ ٹیسٹ پر اصرار غیر ضروری ہے، یہ اسقاط حمل کے طریقہ کار کو غیر ضروری طور پر اضافی طبی اقدامات میں ڈالتا ہے اور اسقاط حمل کے خواہاں افراد کے لیے غیر ضروری راکاوٹیں پیدا کرتا ہے۔ اگر الٹراساؤنڈ کی ضرورت ہو تو، کوشش کریں کہ ایک علیحدہ علاقے میں اور اس جگہ سے دور ہو جہاں قبل از

خطرے کی علامات کے لحاظ سے کسی چیز کا خیال رکھنا چاہیے، کسی بھی پیچیدگی کی صورت میں کب اور کہاں صحت کی دیکھ بھال کرنی چاہیے۔

5. مستقبل میں جب بچے کی خواہش نہ ہو تو حمل کو روکنے کے لیے مانع حمل طریقوں کے بارے میں معلومات۔ مناسب طریقے کون سے ہیں اور اس فرد کو کسی ایک کا انتخاب کرنے میں مدد کرنا، کہاں سے اور کب مانع حمل طریقہ حاصل کرنا ہے۔

مشاورت دیتے وقت ایسے افراد کو بھی پہچاننا چاہیے جو کمزور حالات میں ہیں اور جنہیں اسقاط حمل کے عمل کے دوران اضافی مدد کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ان میں نو عمر لڑکیاں، شادی سے باہر حاملہ ہونے والی لڑکیاں، گھریلو تشدد کا سامنا کرنے والی خواتین، وہ خواتین جن کو یا تو حمل ختم کرنے یا جاری رکھنے پر مجبور کیا جاتا ہے اور ٹرانس مین شامل ہیں۔ ایسے حالات میں، مشورہ دینے والے کو چاہیے کہ ایسے افراد کو مدد کی نشاندہی کریں یا انہیں ایسی تنظیموں سے جو اس طرح کی مدد فراہم کر سکتی ہیں۔

اسقاط حمل سے پہلے کی مشاورت اسقاط حمل کے ممکنہ صحت کے نتائج کے بارے میں کسی بھی فرد کو ہونے والے خدشات کو دور کرنے کا ایک موقع بھی فراہم کرتی ہے۔ مستقبل کے حمل، بانجھ پن، چھاتی کے کینسر اور دماغی صحت پر اسقاط حمل کے اثرات کے حوالے سے کتنا فہم موجود ہیں۔ اگر اسقاط حمل کا خواہاں فرد ان کے بارے میں کوئی خدشات ظاہر کرتا ہے تو انہیں دور کر دیا جانا چاہیے۔ ان میں سے کچھ باب 1 میں زیر بحث آئے ہیں۔

2.3.2.2 ہسٹری لینا، جسمانی معائنہ اور لیبارٹری ٹیسٹ

- اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال میں صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کی طرف سے لی گئی مکمل ہسٹری اور مکمل جسمانی معائنہ شامل ہونا چاہیے۔ اس کے مقاصد یہ ہیں:
- حمل کی مدت کا اندازہ لگانے کے لیے،
- میڈیکل یا سرجیکل اسقاط حمل کے لیے کسی مخصوص تضاد کی نشاندہی کریں، اور
- کسی بھی خطرے والے عوامل کی نشاندہی کرنا جو اسقاط حمل کے دوران یا بعد میں پیچیدگیوں کا باعث بن سکتے ہیں۔

2.3.2.1 ہسٹری

صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو حمل کی مدت (حمل کی عمر) کا پتہ لگانے کے لیے آخری ماہواری کی تاریخوں کے بارے میں پوچھنا چاہیے۔ اگر عورت کی ماہواری بے قاعدہ ہو، تو حمل کی مدت کے درست تخمینہ کو متاثر کر سکتی ہے۔ لہذا، اس بات کی تفصیلات پوچھی جائیں کہ آیا اس شخص کی ماہواری باقاعدہ ہے یا نہیں۔ تخمینہ حمل کا دورانیہ ان لوگوں میں درست نہیں ہو سکتا جو بار مول مانع حمل استعمال کر رہے ہیں اور اس وجہ سے یا تو ان کی ماہواری نہیں ہے (ایمیزیا) یا بے قاعدہ خون بہہ رہا ہے۔ بعض افراد کو ابتدائی حمل کے دوران خون بہنے کا مسئلہ بھی ہو سکتا ہے جو حمل کی عمر کے تخمینے کی درستگی کو متاثر کر سکتا ہے۔

میڈیکل ہسٹری میں جن پہلوؤں کا احاطہ کیا جانا ہے ان میں شامل ہیں:

پیدائش کے الٹراساؤنڈ چیک اپ ہو رہے ہوں۔

اسقاط حمل کے مختلف طریقے دستیاب ہیں اور وہ طریقے جو کسی خاص فرد کے لیے موزوں ہیں بنیادی طور پر حمل کی مدت پر منحصر ہیں۔ عام طور پر اسقاط حمل کے طریقے اس بنیاد پر مختلف ہوتے ہیں کہ آیا حمل کی مدت 12-14 ہفتوں سے کم ہے یا 12-14 ہفتوں سے زیادہ۔

12-14 ہفتوں سے کم، دستیاب طریقے یہ ہیں:

1. طبی اسقاط حمل
2. ویکيوم سے صفائی

12-14 ہفتوں سے اوپر، دستیاب طریقے یہ ہیں:

1. طبی اسقاط حمل
2. پھیلاؤ اور اخراج (D&E)

مختلف طریقے اور ان کے متعلقہ فوائد اور نقصانات ذیل میں تفصیل سے بیان کیے گئے ہیں۔

2.4.1 طبی اسقاط حمل (MA)

طبی اسقاط حمل بغیر کسی جراحی کے ادویات کا استعمال کرتے ہوئے اسقاط حمل ہے۔ طبی اسقاط حمل عام طور پر دو دوائیوں mifepristone اور misoprostol کے مجموعے کے ذریعے کیا جاتا ہے جو ترتیب وار استعمال ہوتی ہیں۔

2.4.1.1 ایم اے ادویات

1. Mifepristone ایک ایٹنی پروجسٹن ہے جو ہارمون پروجیسٹرون کے خلاف کام کرتا ہے۔ یہ ایک قابل عمل حمل کو جاری رکھنے سے روکتا ہے۔
2. Misoprostol پروستاگلنڈین کی ایک قسم ہے اور بچہ دانی کے سکڑنے کا سبب بنتی ہے۔

طبی اسقاط حمل کے پروٹوکول کے حصے کے طور پر، سب سے پہلے mifepristone لی جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے حمل ناقابل عمل ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد جب misoprostol کا استعمال کیا جاتا ہے تو بچہ دانی سکڑ جاتی ہے اور حمل کو بچہ دانی سے نکال دیا جاتا ہے (شکل 2)۔

2.4.1.2 MA پروٹوکول

ہر اسقاط حمل سے پہلے الٹراساؤنڈ عام طور پر ضروری نہیں ہوتا۔ اس کی ضرورت مخصوص کلینیکل کنڈیشنز میں ہی سامنے آتی ہے۔ ہر اسقاط حمل سے پہلے الٹراساؤنڈ پر اصرار کرنا غیر ضروری ہے، یہ اسقاط حمل کے طریقہ کار کو غیر ضروری طور پر اضافی طبی اقدامات میں ڈالتا ہے اور اسقاط حمل کے خواہاں افراد کے لیے وغیرہ ضروری رکاوٹیں پیدا کرتا ہے۔

2.3.3 مانع حمل

اسقاط حمل کے خواہاں فرد کو اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال کے حصے کے طور پر مستقبل میں مانع حمل کے طریقوں کے بارے میں معلومات فراہم کی جانی چاہئیں تاکہ وہ اسقاط حمل کے بعد جیسے ہی مناسب ہو مانع حمل طریقہ استعمال کرنا شروع کر دے۔ اس فرد کو بتایا جانا چاہیے کہ اسقاط حمل کے دو ہفتے بعد بیضہ پیدا ہو سکتا ہے اور اگر مانع حمل استعمال نہ کیا جائے تو حمل ہو سکتا ہے۔

فراہم کردہ معلومات میں فرد کے لیے تمام موزوں طریقوں پر بات چیت ہونی چاہیے تاکہ وہ اپنے لیے موزوں ترین طریقہ کا انتخاب کر سکے۔ اس کے علاوہ، طریقہ کار کب شروع کیا جانا چاہیے اور سروس تک کہاں تک رسائی حاصل کی جاسکتی ہے اس کے بارے میں بھی معلومات فراہم کی جانی چاہیے۔

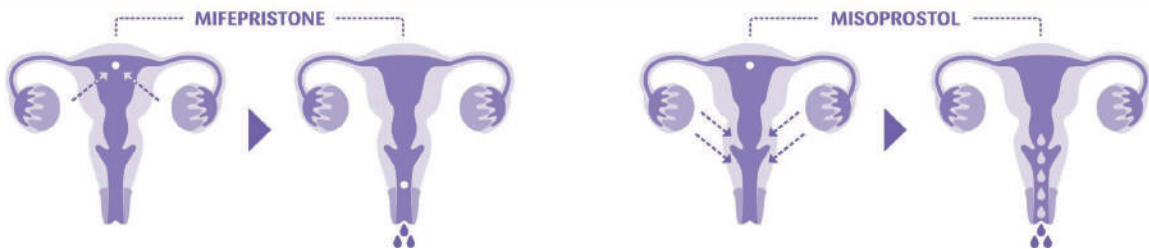
اگر موجودہ ناپسندیدہ حمل مانع حمل کی ناکامی کے نتیجے میں ہوا ہے تو اس کی مکمل وجوہات مانع حمل کی ناکامی پر تبادلہ خیال کیا جانا چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو اس شخص کو متبادل طریقہ منتخب کرنے میں مدد فراہم کی جانی چاہئے۔

مانع حمل طریقہ کو قبول کرنا اسقاط حمل کی خدمات کے لیے پیشگی شرط نہیں ہونا چاہیے اور اگر کوئی شخص مانع حمل کا استعمال نہ کرنے کا انتخاب کرتا ہے تو اسقاط حمل سے انکار نہیں کیا جانا چاہیے۔ اس پر مزید بحث باب 4 میں کی گئی ہے۔

2.4 اسقاط حمل کا طریقہ کار

ماخذ: RUWSEC/CommonHealth: تیار شدہ سے اقتد کردہ۔

خاکہ 2: میڈیکل اسقاط حمل کی دوائیوں کا میکانزم



یہ دوائیں ان لوگوں کو نہیں دی جاسکتیں جن کو ان سے الرجی ہے، جن کو موروثی طور پر پورفیریہ ہے، یا دوائی طور پر ان کے ایڈریٹل فیل ہو چکے ہیں۔ طبی اسقاط حمل کی دوائیں ایکٹوپک حمل میں کام نہیں کرتی ہیں (یہ وہ حمل ہے جو بچہ دانی کے باہر لگا ہوا ہے، جیسے فیلوپین ٹیوب میں)، اور اس وجہ سے اسقاط حمل سے پہلے کے ڈاکٹری معائنے اور مشورے کے دوران اس کا پتہ لگانے کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ، طبی اسقاط حمل (MA) کی دوائیں ان افراد کو احتیاط کے ساتھ دی جانی چاہئیں جنہیں خون کشیدگی کی، دل کی بیماری، شدید بے قابو دمہ، یا خون بہنے کی خرابی ہے۔

طبی اسقاط حمل بہت مؤثر ہے، خاص طور پر ابتدائی حمل میں۔ یہ نو ہفتوں تک (حمل کے 63 دن) تک استعمال ہونے پر 98% تک مؤثر ہے۔ یعنی مکمل اسقاط حمل صرف MA استعمال کرنے والوں میں سے 98% میں ہوتا ہے۔ MA کے 2-5% صارفین کو زیادہ خون بہنے، نامکمل اسقاط حمل، یا مسلسل حمل سے نمٹنے کے لیے کسی قسم کی جراحی مداخلت کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

Mifepristone اور misoprostol دونوں نسبتاً سستی دوائیں ہیں اور WHO کی ادویات کی ضروری فہرست کا حصہ ہیں (WHO, 2019)۔ وہ کمرے کے درجہ حرارت پر بھی مستحکم رہتی ہیں اور اس لیے انہیں ریفریجیشن کی ضرورت نہیں ہوتی۔ چونکہ طبی اسقاط حمل کے لیے کسی جراحی کے طریقہ کار کی ضرورت نہیں ہوتی ہے جس میں بچہ دانی میں آلات ڈالنے کی ضرورت پڑے، اس لیے سرجیکل اسقاط حمل کی بہ نسبت کم تکنیکی مہارت والے طبی ماہرین بھی اسے امکانی طور پر درستگی سے فراہم کر سکتے ہیں۔ اس پر مزید بحث باب 4 میں کی گئی ہے۔

2.4.1.3 MA کے دوران کیا توقع رکھیں

طبی اسقاط حمل کا طریقہ کار قدرتی اسقاط حمل سے مشابہت رکھتا ہے۔ عام طور پر پہلی دوا mifepristone لینے کے بعد اس فرد کو کوئی علامات نہیں ہوتی ہیں، لیکن 4-6 کے اندر دوسری دوا مسوپروستول لینے کے چند گھنٹے بعد، اس فرد کو پیٹ کے نچلے حصے میں درد ہوتا ہے اور اندام نہانی سے خون بہنے لگتا ہے۔ اس کے علاوہ، اس فرد کو misoprostol کے ضمنی اثرات کا بھی سامنا ہو سکتا ہے جس میں بخار کے ساتھ سردی لگنا، تھکے اور اسہال شامل ہیں۔ بچہ دانی کے سکڑنے کے نتیجے میں خون بہتا ہے اور حمل کے اجزا خارج ہوتے ہیں۔ ان دنوں معتدل یا عام ماہواری کے خون سے تھوڑا زیادہ خون بہہ سکتا ہے اور یہ عمل 10-14 دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔

mifepristone اور misoprostol کی خوراک اور وقت کے لیے مخصوص پروٹوکول ہوتے ہیں۔ یہ 12 ہفتوں سے کم حمل کے لیے مختلف اور 12 ہفتے سے زیادہ کے لیے مختلف ہیں۔ ڈبلیو ایچ او کی تازہ ترین ہدایات مندرجہ ذیل پروٹوکول کی سفارش کرتی ہیں (WHO, 2019):

جہاں ان ترتیبات کے مطابق mifepristone دستیاب نہیں ہے، صرف

ٹیبل 1: mifepristone اور misoprostol سے

میڈیکل اسقاط پروٹوکول

حمل کا دورانیہ: 12 ہفتوں سے کم

تجویز کردہ پروٹوکول

Mifepristone 200mg کھالیں

اس کے بعد ایک سے دو دن

Misoprostol 800 mcg اندام نہانی سے یا منہ میں گال کے

انداز یا بان کے نیچے

حمل کا دورانیہ: 12 ہفتوں سے زیادہ

تجویز کردہ پروٹوکول

Mifepristone 200mg کھالیں

اس کے بعد ایک یا دو دن

Misoprostol 400 mcg اندام نہانی سے یا منہ میں گال کے

انداز یا بان کے نیچے، ہر تین گھنٹوں بعد دہرائیں۔

misoprostol کو مندرجہ ذیل جدول کے مطابق استعمال کیا جاسکتا ہے۔ تاہم، mifepristone اور misoprostol کے امتزاج کے مقابلے میں اکیلے misoprostol کی کامیابی کی شرح کم ہے۔ جب نو ہفتوں کے حمل میں یہ دوا دی جاتی ہے تو یہ مکمل اسقاط 75-90% مؤثر ہے۔ (WHO, 2019)

TABLE 2: MEDICAL ABORTION PROTOCOL WHEN MIFEPRISTONE IS NOT AVAILABLE

Duration of Pregnancy: Less Than 12 Weeks

Recommended Protocol

> Misoprostol 800 mcg vaginally, buccally (inside the cheek) or sublingually (under the tongue)

Duration of Pregnancy: Above 12 weeks

Recommended Protocol

> Misoprostol 400 mcg vaginally, buccally (inside the cheek) or sublingually (under the tongue) – repeated every 3 hours

2.4.1.4 Misoprostol کے استعمال کے لیے گھر بمقابلہ صحت کا مرکز

حمل کے نو ہفتوں سے پہلے طبی اسقاط حمل گھر پر فراہم کیا جاسکتا ہے۔ اسقاط حمل کے خواہاں فرد کو صحت کی سہولت میں mifepristone دیا جاسکتا ہے اور پھر گھر پر مسوپروستول لینے کے طریقہ کے بارے میں مشورہ دیا جاسکتا ہے۔ یہ فرد کو گھر میں اسقاط حمل کا خود انتظام کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ ممکنہ پیچیدگیوں پر نظر رکھنے کے لیے واضح ہدایات دینے کی ضرورت ہے، جیسے بہت زیادہ خون بہنا، اور کب صحت کے مرکز چلے جان چاہیئے۔ واقعات کے مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ طبی اسقاط حمل کے گھریلو انتظام کو اکثر خواتین ترجیح دیتی ہیں کیونکہ یہ انہیں اپنے گھروں کی رازداری اور آرام سے اسقاط حمل کے عمل سے گزرنے کی اجازت دیتی ہے۔ تاہم، ایسے کیس بھی ہیں جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ جہاں خواتین کو گھر میں رازداری، پائیمائیٹ انخلاء کی سہولیات تک رسائی نہیں ہے، یا گھر میں معاون دیکھ بھال فراہم کرنے والا کوئی فرد نہیں ہے، وہ misoprostol کے لیے گھر کی نسبت صحت کے مرکز واپس جانے کو ترجیح دے سکتی ہیں (Ngo et al, 2011)۔

2.4.1.5 ایم اے کا خود انتظام

اسقاط حمل کا خود سے انتظام اس وقت کہلائے گا جب کوئی فرد طبی نگرانی کے بغیر اپنا اسقاط حمل خود کرتا ہے۔ ڈبلیو ایچ او فی الحال ان خواتین کے لیے اسقاط حمل کے طریقہ کار کے طور پر ادویات کے ساتھ خود سے انتظام کردہ اسقاط حمل کی سفارش کرتا ہے جو 12 ہفتوں سے کم حاملہ ہیں اور جن کے پاس "صحیح نگہداشت فراہم کرنے والے تک درست معلومات اور رسائی کا ذریعہ ہے، اگر انہیں اس عمل کے کسی بھی مرحلے پر اس کی ضرورت ہو۔" (WHO, 2019)

خاص طور پر ان حالات میں جہاں اسقاط حمل قانونی طور پر محدود ہے، طبی اسقاط حمل اسقاط حمل کے خواہاں فرد کو اسقاط حمل کے طریقہ کار کو خود سنبھالنے کا ایک محفوظ موقع پیش کرتا ہے۔ ان حالات میں جہاں mifepristone دستیاب نہیں ہے، ایسے اپنے انتظام کے لیے صرف misoprostol کے طریقے (رجیم) استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ یہ خاص طور پر ان حالات میں مفید ہو سکتا ہے جہاں اسقاط حمل قانونی طور پر ممنوع ہے کیونکہ بیماری کی دیگر علامتوں کے لیے ایسے حالات میں misoprostol دستیاب ہو سکتا ہے۔ لاطینی امریکہ اور کیریبین جیسی پابندی والے حالات میں اسقاط حمل کے رجحانات کے شواہد سے پتہ چلتا ہے کہ اسقاط حمل کے متلاشیوں کی طرف سے صرف مسوپروستول کے استعمال سے غیر محفوظ اسقاط حمل کے واقعات میں نمایاں کمی آئی ہے (ہاروٹ ایس، 2018)۔ طبی اسقاط حمل (ایم اے) کے خود انتظام کے بارے میں مزید تفصیلات باب 4 میں زیر بحث آئی ہیں۔

طبی اسقاط حمل صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے ذریعہ یا آن لائن ذرائع سے یا ٹیلی میڈیسن کے ذریعہ خدمات کی دور دراز فراہمی کا موقع بھی فراہم کرتا ہے۔ اس میں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی دستیابی اور ان تک رسائی کو بڑھانے کی صلاحیت ہے، اور اس کی تفصیل باب 4 میں ہے۔

حمل کے نو ہفتوں کے بعد، طبی اسقاط حمل صحت کے مرکز میں کرنا پڑتا ہے کیونکہ مسوپروستول کی متعدد خوراکیں طبی نگرانی میں دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس خاتون کو اس وقت تک صحت کے مرکز میں رہنا چاہیے جب تک کہ حمل کے اجزا کو خارج نہ کر دیا جائے۔

2.4.1.6 ایم اے کے دوران درد کا انتظام

طبی اسقاط حمل سے گزرنے والے افراد رحم کے درد کی وجہ سے تکلیف محسوس کرتے ہیں۔ اسقاط حمل سے پہلے کی مشاورت میں اس کا احاطہ کرنا چاہیے۔

درد کے انتظام کے مناسب طریقوں پر بات چیت اور درد سے نجات کے لیے مناسب طریقہ منتخب کرنے میں ان کی مدد کرنا چاہیئے۔ اس بارے میں مناسب علم کہ کیا توقع کی جائے، صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کی زبانی مدد اور یقین دہانی، اور گھر یا صحت مرکز پر نگہداشت کرنے والے کی مدد سے درد کو کم کرنے میں بہت مدد مل سکتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو اس فرد کو حمل کے 12 ہفتوں سے زیادہ کے طبی اسقاط حمل کی صورت میں لینے کے لیے درد سے نجات کی دوائیں (NSAIDs) جیسے (Ibuprofen) بھی پیش کی جانی چاہئیں۔ ان کے علاوہ، درد سے نجات کی اضافی دوائیں جیسے اوپیوئڈ اینالجکس یا ایپیڈورل^{۱۲} مستحضر یا دی جاسکتی ہیں۔

2.4.1.7 پری و سیجر جنین کی موت

اگر 20 ہفتوں کے بعد طبی اسقاط حمل کی کوشش کی جاتی ہے، تو اس بات کا امکان ہے کہ جنین زندہ پیدا ہو سکتا ہے جس کی وجہ سے انتہائی قبل از وقت بچے کا علاج کرنے یا نہ کرنے میں اخلاقی فیصلے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اس سے بچنے کے لیے، تجویز کیا گیا ہے کہ پوری سیجر سے پہلے جنین کی موت کا باعث بننے والے طبی طریقے کار کو پیش کیے جائیں۔ ایسے طریقوں میں جنین کے دل، نالی یا اس کے گرد مائع بھری تھیلی میں پونا شیم کلورائیڈ یا ڈیگوسن جیسی دواؤں کا انجیکشن شامل ہے۔ اس پر اسقاط حمل سے پہلے کی مشاورت اور پیش کردہ اس طرح کے طریقہ کار کے حصے کے طور پر تبادلہ خیال کیا جانا چاہیئے تاکہ اسقاط حمل کا خواہاں فرد اس کے مطابق فیصلہ کر سکے۔

2.4.1.8 MA کی عام پیچیدگیاں

طبی اسقاط حمل ایک بہت ہی محفوظ طریقہ کار ہے، خاص طور پر چونکہ یہ ناگوار جراحی کے طریقہ کار اور^{۱۳} مستحضر یا سے بچاتا ہے۔ تاہم، تمام طبی طریقہ کار میں پیچیدگیوں کا ایک چھوٹا سا خطرہ ہوتا ہے اور ایم اے کے بعد بھی کچھ پیچیدگیاں شاذ و نادر ہو ہی سکتی ہیں۔

خون بہنا: خون بہنا میڈیکل اسقاط حمل کے طریقہ کار کا ایک حصہ ہے۔ اس میں خون کا بہاؤ معمول کے ماہواری کے بہاؤ سے زیادہ ہوتا ہے۔ جتنے ہوئے خون اور حمل کے اجزا ان کا ناکاس عمل کا حصہ ہیں۔ تاہم، اس فرد کو واضح ہدایت دی جانی چاہیئے کہ وہ بہت زیادہ خون بہنے کو پہچانے (عام طور پر سمجھایا جاتا ہے کہ اگر دو یا دو سے زیادہ میکی سائز کے پیڑ ایک کے بعد دوسرا لگاتار دو گھنٹے تک مکمل طور پر بھگ جائیں تو یہ خون زیادہ بہنا ہے) اور اگر زیادہ خون بہہ رہا ہو تو ڈاکٹر سے مدد لیں۔

Misoprostol کے عام ضمنی اثرات

2.4.1.9 ایم اے کے بارے میں اکثر پوچھے گئے سوالات

کیا ایم اے کی دوائیں لیتے وقت کوئی عورت دودھ پلا سکتی ہے؟
mifepristone اور misoprostol دونوں چھاتی کے دودھ میں بہت کم مقدار میں خارج ہوتے ہیں۔ تاہم، چونکہ یہ صرف ایک بار کی خوراک کے طور پر دی جاتی ہیں، اس لیے شیر خوار میں جمع ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہے۔ لہذا، ایم اے کی دوائیں لیتے ہوئے دودھ پلانے کو بلا قعطل جاری رکھا جاسکتا ہے (یو کے میڈیسن انفارمیشن، 2020)۔

کیا بار بار طبی اسقاط حمل کروانا محفوظ ہے؟

اس بات کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ زندگی میں ایک سے زیادہ ہیڈیکل اسقاط حمل (ایم اے) کرنے سے صحت یا مستقبل کے حمل پر کوئی برا اثر پڑتا ہے۔ تاہم، اگر کسی عورت کو بار بار ایم اے کی ضرورت ہوتی ہے، تو اس کا مطلب یہ بھی ہے کہ وہ بار بار غیر ارادی حمل کا سامنا کر رہی ہے۔ اس کی وجہ مانع حمل ادویات تک رسائی کی کمی، مانع حمل ادویات کو صحیح طریقے سے استعمال کرنے میں ناکامی، ایک غیر معاون یا تشدد ساستھی جو مانع حمل کے استعمال کی اجازت نہیں دیتا تعاون نہیں کرتا ہے۔ اسقاط حمل کی مشاورت کے حصے کے طور پر ان مسائل کو تلاش کرنے اور ان پر توجہ دینے کی ضرورت ہے۔

کیا نو عمر لڑکیوں کے لیے ایم اے کرنا محفوظ ہے؟

مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ mifepristone اور misoprostol کے ساتھ، یا صرف misoprostol کے ساتھ، نوجوان خواتین میں طبی اسقاط حمل کی کامیابی کی شرح بڑی عمر کی خواتین کی طرح ہوتی ہے۔ وہ یہ بھی ظاہر کرتے ہیں کہ طبی اسقاط حمل نوجوان خواتین میں اتنا ہی محفوظ ہے جتنا بڑی عمر کی خواتین میں، اسی طرح کیا کم پیچیدگی کی شرح کے ساتھ (Ipas، 2020)۔ اس لیے عمر کی کوئی پابندی نہیں ہے۔ غیر مطلوبہ حمل کا سامنا کرنے والی نو عمر لڑکیوں کے لیے MA کروانا محفوظ ہے۔

MA 2.4.1.10 کے بعد مانع حمل

MA کے بعد مانع حمل کے تمام طریقے استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ اسقاط حمل سے گزرنے والے فرد کو اسقاط حمل سے پہلے کی دیکھ بھال کے حصے کے طور پر تمام مانع حمل طریقوں پر مشورہ دیا جانا چاہئے اور مناسب طریقہ کا انتخاب کرنے میں مدد کی جانی چاہئے۔

- بار مائل طریقے جیسے OCPs اور مانع حمل ایم اے کی پہلی گولی کے فوراً بعد شروع کیے جاسکتے ہیں۔
- IUD ڈالے جاسکتے ہیں اور اسقاط حمل کا طریقہ کار مکمل ہونے کی تصدیق ہوتے ہی انس بند کی جاسکتی ہے۔
- ڈایافرام اور سروائیکل کیپ کو دوسری سہ ماہی کے اسقاط حمل کے صرف چھ ہفتے بعد استعمال کیا جاسکتا ہے۔
- زرخیزی کے بارے میں آگاہی کے طریقے نائل سائیکل دوبارہ شروع

Misoprostol جو MA طریقہ کار کے حصے کے طور پر استعمال ہوتی ہے کچھ ضمنی اثرات (سائیڈ فیکٹس) پیدا کر سکتی ہے۔ بخار ایک عام ضمنی اثر ہے اور ہو سکتا ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگ رہی ہو، خاص طور پر جیسا کہ MA میں حمل کے 12 ہفتوں میں misoprostol کی متعدد خوراکیں دی جائیں۔ بخار کو کم کرنے کے لیے پیراسیٹامول دی جاسکتی ہے۔ اگر Misoprostol لینے کے 24 گھنٹے بعد بخار آتا ہے، تو یہ انفیکشن کی علامت ہو سکتا ہے اور ڈاکٹر وغیرہ سے مشورے کی ضرورت ہے۔

مسوپروسٹول کے دیگر عام ضمنی اثرات میں متلی، الٹی اور اسہال شامل ہیں۔ ان کا علاج مناسب ری ہائیڈریشن اور ہمت افزائی کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔

ناکمل اسقاط حمل۔ ایم اے کی ممکنہ پیچیدگیوں میں سے ایک ناکمل اسقاط حمل ہے جہاں مکمل حمل کو خارج نہیں کیا جاتا ہے۔ حمل کے کچھ اجزاء اگر خارج ہونے سے رہ جائیں تو وہ انفیکشن کا سبب بن سکتے ہیں اور بہت زیادہ خون بہنے کا سبب بھی بن سکتے ہیں۔ ایسی صورت حال میں، مسوپروسٹول کی اضافی خوراکیں یا باقی رہ جانے والے اجزاء کو نکالنے کے لیے وکیوم اسپائریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے، اور اس فرد کو طبی عملے سے مدد لینے کی ہدایت کی جانی چاہیے۔

جاری حمل۔ شاذ و نادر ہی، ایم اے کے طریقہ کار کے باوجود حمل جاری رہ سکتا ہے۔ میڈیکل اسقاط حمل کے دوران خون نہ بہنا یا بہت کم بہنا، حمل کے کسی بھی حصے کا نہ نکلنا، حمل کی مسلسل علامات جیسے متلی اور الٹی اور بچہ دانی کے سائز میں اضافہ، یہ سب جاری حمل کی علامات ہیں۔ ایسی صورت حال میں اسقاط حمل کا متبادل طریقہ پیش کیا جانا چاہیے جیسے وکیوم اسپائریشن۔ ایم اے کی دوائیں ٹیراٹوجینک (teratogenic) ہو سکتی ہیں، یعنی جنین میں پیدا انشی نقص پیدا کر سکتی ہیں، اور اس لیے اس فرد کو اس صورت میں بتانا ضروری ہے کہ ایم اے کی دوائیں لینے کے بعد بھی اگر حمل جاری رہا تو جنین میں پیدا انشی نقص ہو سکتے ہیں۔

انفیکشن۔ ایم اے کے بعد انفیکشن شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ ایم اے کے طریقہ کار کے 24 گھنٹے بعد بخار، بہت زیادہ خون بہنا، گندہ بھک، اندام نہانی سے مادے کا اخراج اور بچہ دانی کا نرم پڑنا انفیکشن کی علامات ہو سکتی ہیں۔ تاہم، چونکہ MA کے بعد انفیکشن کم ہی ہوتا ہے، اس کے دوران پروفلیکٹک اینٹی بائیوٹکس کے معمول کے استعمال کی سفارش نہیں کی جاتی ہے۔

بچہ دانی کا پھٹ جانا۔ یوٹیرنکٹ والے افراد میں، جیسے کہ پچھلے سیزیرین سیکشن سے یا پچھلے یوٹیرن سرجری سے، مسوپروسٹول شاذ و نادر ہی یوٹیرن پھٹنے کا سبب بن سکتا ہے، خاص طور پر جب بعد میں حمل میں دیا جائے۔

ہونے کے بعد ہی استعمال کیے جاسکتے ہیں۔

2.4.2 سرجیکل اسقاط حمل

جراحی اسقاط حمل ایک معمولی جراحی کے طریقہ کار کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ حمل کی مدت کی بنیاد پر مختلف طریقہ کار ہیں۔

- حمل کے 12-14 ہفتوں تک - ویکيوم اسپائریشن
- حمل کے 12-14 ہفتوں سے زیادہ - پھیلا نا اور خارج کرنا

2.4.2.1 ویکيوم اسپائریشن

ویکيوم اسپائریشن ایک ایسا طریقہ ہے جس کے ذریعے ویکيوم کے منفی دباؤ کا استعمال کرتے ہوئے بچہ دانی میں حمل کے مواد کو چوس (suck out) لیا جاتا ہے۔ ایک پلاسٹک یا دھاتی کیونولہ رحم کے نچلے سرے (cervix) سے رحم میں داخل کیا جاتا ہے اور اسے یا تو برقی ویکيوم پمپ (الیکٹرک ویکيوم اسپیریشن، ای وی اے) سے منسلک کیا جاتا ہے یا ایک ہاتھ میں پکڑی ہوئی سرنج سے جو ویکيوم پیدا کرتی ہے (دستی ویکيوم اسپائریشن، ایم وی اے، شکل 3)۔ بچہ دانی میں ڈالا جانے والا کیونولہ مختلف سائز میں آتا ہے اور حمل کی مدت کے لحاظ سے مناسب سائز کا انتخاب کرنا ضروری ہے۔

شاکہ 3: ایم وی اے سرنج



حمل کے ٹشو کو منفی دباؤ کا استعمال کرتے ہوئے کیونولہ کے ذریعے کھینچ لیا (اسپائریشن کیا) جاتا ہے۔ اسقاط حمل کی تکمیل کا تخمینہ نکالے گ ٹشو کا معائنہ کر کے کیا جاتا ہے۔ ویکيوم اسپائریشن حمل کے 14 ہفتوں تک بہت موثر ہے اور اسقاط حمل کی شرح 98-100% تک ہے۔ اس طریقہ کار میں 10 منٹ سے بھی کم وقت لگتا ہے اور عمل کے بعد فرد تقریباً 30 منٹ کے بعد صحت مرکز یا اسپتال سے روانہ ہو سکتا ہے۔

ڈائکٹیشن اور کیوریٹ (D&C) پر ایک نوٹ

ڈائکٹیشن اور کیوریٹ (D&C) ایک ایسا طریقہ کار ہے جس میں بچہ دانی کے نچلے سرے (cervix) کو خاص آلات کے ذریعے پھیلا یا جاتا ہے جسے ڈائکٹیسٹس کہا جاتا ہے اور بچہ دانی کی دیواروں کو کیوریٹ نامی تیز دھار آلے سے کھرچ دیا جاتا ہے۔ ڈی اینڈ سی میں ویکيوم اسپائریشن سے زیادہ پیچیدگی کی شرح ہے اور یہ اس سے گزرنے والے فرد کے لیے زیادہ تکلیف دہ بھی ہے۔ لہذا، ڈی اینڈ سی کو اب متروک سمجھا جاتا ہے (WHO, 2012)۔ کبھی کبھی ویکيوم اسپیریشن کے طریقہ کار کے بعد بچہ دانی کو کیوریٹ بھی کیا جاتا ہے۔ اس سے اسقاط حمل کی تکمیل میں اضافہ نہیں ہوتا اور اس میں مزید پیچیدگیاں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس لیے اس کی سفارش نہیں کی

باکس 2:

اسقاط حمل کے لیے درد کا انتظام

طبی یا جراحی اسقاط حمل سے پہلے تمام افراد کو درد کے مناسب انتظام کی پیشکش کی جانی چاہیے۔

طبی اسقاط حمل کے لئے

> 14-12 ہفتے

- زبانی یقین دہانی، ہمت افزائی
- صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کی طرف سے تعاون
- خاندان کے رکن / دوست سے تعاون
- NSAIDs جسے Ibuprofen

< 14-12 ہفتے

- مذکورہ بالا سبھی
- اوپٹیمائزیشن
- ایڈجسٹمنٹ

جراحی اسقاط حمل کے لئے (MVA/EVA) اور (D&E)

- بے سکونی / اینجائزائی ادویات
- مقامی / مستحضر یا پراسٹرویکل بلاک
- عام / مستحضر یا کو عام حالات کی طرح استعمال نہت کا e جانا چاہیے۔

ماخذ: ڈبلون ایجنڈ اور ہنمائی، 2012۔

جاتی ہے۔

2.4.2.2 پھیلا اور انخلا

پھیلا اور انخلا 12-14 (D&E) ہفتوں کے بعد اسقاط حمل کا طریقہ کار ہے۔ اس میں بچہ دانی کے منہ کو پھیلانے کے بعد فورس کے استعمال سے اور ویکيوم اسپائریشن سے حمل کو خالی کیا جاتا ہے۔ یہ کبھی کبھی الٹراساؤنڈر ہنمائی کے تحت بھی کیا جاتا ہے۔ یہ ایک آؤٹ پشٹنٹ طریقہ کار کے طور پر کیا جاسکتا ہے اور اسے مکمل ہونے میں عام طور پر آدھا گھنٹہ لگتا ہے۔

2.4.2.3 سرجیکل اسقاط حمل میں پہلے ہی زیر غور لانے والے معاملات: سروائیکل تیاری

گریوا کی تیاری وہ طریقہ کار ہے جس کے تحت اسقاط حمل سے پہلے سرویکس (cervix) کو نرم کیا جاتا ہے اور پھیلا دیا جاتا ہے تاکہ بچہ دانی میں آلات کا داخلہ آسان اور محفوظ بنایا جاسکے۔ سرویکس تیاری کے بعد پروسیسر پر وقت کم لگتا ہے۔ یہ مینیکل ڈائلیٹروں کو داخل کرنے کی ضرورت کو کم کرتی ہے، اور خاص طور پر 12 ہفتوں کے حمل کے بعد اس کی ضرورت پڑتی ہے۔ یہ خاص طور پر ان خواتین کے لیے بھی مفید ہے جن کی پہلے یوٹیرین سرجری ہو چکی ہے، جن میں بچہ دانی میں سورائیکس کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اور یہ نوعمر لڑکیوں کے لیے بھی مفید ہے اور جہاں طبی عملہ کم تجربہ کار ہے۔ تاہم سروائیکل تیاری کا وقت پروسیسر کے وقت پر ایک اضافہ ہے۔ سروسیکس کے پھیلاؤ کی وجہ سے بھی درد کا سبب

لیس ہوں۔ انفیکشن کی روک تھام

جراحی کے طریقہ کار کے دوران انفیکشن کو روکنے کے لیے، طریقہ کار سے ٹھیک پہلے جراحی اسقاط حمل سے گزرنے والے تمام افراد کے لیے پروفیلیکٹک اینٹی بائیوٹک کی ایک خوراک تجویز کی جاتی ہے۔ طبی اسقاط حمل کے طریقہ کار سے پہلے یہ ضروری نہیں ہے۔

اس کے علاوہ، اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے والے طبی عملے کو لازمی طور پر انفیکشن کنٹرول کے معیاری طریقوں پر عمل کرنا چاہیے جن میں ہاتھ دھونے، سپینک احتیاطی تدابیر اور جراثیم سے پاک آلات کا استعمال شامل ہے۔

صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو اسقاط حمل کا طریقہ کار انجام دیتے وقت خود کو انفیکشن سے بچانے کے لیے عالمی احتیاطی تدابیر پر عمل کرنا چاہیے۔ اس میں ضروری ذاتی حفاظتی سازوسامان کا استعمال، اور گندے کپڑے، شاپس اور دیگر بائیو میڈیکل فضلہ پروٹوکول کے مطابق محفوظ طریقے سے تلف کرنا شامل ہے۔ باکس 3 انفیکشن کے مختلف طریقوں کی فہرست دیتا ہے جن پر عمل کیا جانا ہے۔

باکس 3: جراحی اسقاط حمل کے لیے انفیکشن کی روک تھام

- معیاری معمول کے انفیکشن سے بچاؤ کے طریقے
- ہاتھ دھونا
- PPE کا استعمال
- سپینک احتیاطی تدابیر کا استعمال
- جراثیم سے پاک آلات کا استعمال

• نو ٹچ تکنیک (آلات کے وہ حصے جو بچہ دانی میں داخل ہوتے ہیں ان چیزوں یا سطحوں کو نہیں چھونے چاہئیں جو جراثیم سے پاک نہ ہوں، بشمول اندام نہانی کی دیواروں کو داخل کرنے سے پہلے۔)

- استعمال شدہ آلات کی معیاری پروسیجر
- ابتدائی انجذاب (soaking) اور ڈس انفیکشن
- صفائی
- نس بندی / اعلیٰ سطحی ڈس انفیکشن
- پروفیلیکٹک اینٹی بائیوٹک

ماخذ: ڈبلیو ایچ او گائیڈنس، 2012۔

بن سکتا ہے جو اس عمل کے دوران ہوتا ہے۔
سرویکس کی تیاریا تو osmotic dilators کے استعمال یا ادویات کے استعمال کے ذریعے کی جاتی ہے۔

- اوسموٹک ڈیلیٹر (Osmotic dilators) وہ آلات ہیں جو سرویکس میں رکھے جانے پر نمی جذب کرتے ہیں اور پھول جاتے ہیں، اور اس طرح جسمانی طور سے سرویکس کو پھیلا دیتے ہیں۔ سرویکس سے زیادہ استعمال ہونے والا اوسموٹک ڈیلیٹر لایمرینا (laminaria) ہے جو خشک سمندر ریکائی سے بنایا جاتا ہے۔ Osmotic dilators کو کام کرنے کے لیے کم از کم 4 گھنٹے درکار ہوتے ہیں اور اسے جراحی اسقاط حمل کے پروسیجر سے پہلے رات بھر بھی رکھا جاسکتا ہے۔ دوسرے سہ ماہی کے D&E طریقہ کار کے لیے دوائیوں پر اوسموٹک ڈیلیٹر کو ترجیح دی جاتی ہے۔
- سرویکس کی تیاری کے لیے باری باریسوپروسنول جیسی دوائیں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ Misoprostol 400 mcg اندام نہانی کے پہلے سہ ماہی کے جراحی اسقاط حمل میں سرویکس کی تیاری کے لیے مؤثر ہے۔ اسے طریقہ کار سے 3-4 گھنٹے پہلے رکھا جائے۔ دوسری صورت یہ ہے کہ mifepristone 200 mg پہلی سہ ماہی ویکيوم اسپائریشن سے تقریباً 36 گھنٹے پہلے کھلائی جائے۔

درد کا انتظام

جراحی اسقاط حمل سے گزرنے والے افراد کو درد کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ درد کی سطح اس شخص کی عمر، پچھلے بچے کی پیدائش، حمل کی مدت، طریقہ کار کی قسم، سرویکس کے پھیلاؤ کی ضرورت اور اس شخص کی درد برداشت کرنے کی صلاحیت اور اضطراب کی سطح کے لحاظ سے مختلف ہو سکتی ہے۔ درد سے اچھے طریقے سے نجات فراہم کرنا اچھے معیار کی دیکھ بھال کا ایک حصہ ہے اور خاتون کو کئی سستے اختیارات فراہم کیے جاسکتے ہیں۔ اسقاط حمل کے طریقہ کار کے لیے درد سے نجات فراہم نہ کیے جانے کی اطلاعات ہیں اور اسے اچھے معیار کی دیکھ بھال کے حق کی خلاف ورزی اور زچگی کے تشدد کی ایک شکل سمجھا جاسکتا ہے (بارو اور آپٹ، 2007)۔

جراحی اسقاط حمل کے لیے عام طور پر استعمال ہونے والے درد سے نجات کے اقدامات میں اضطراب مخالف دوائیاں شامل ہیں جیسے پہلے سے دی گئی ذاتی زہیم طریقہ کار کے ساتھ ساتھ مقامی ہسٹیزینک انجکشن۔ طریقہ کار کے آغاز میں سرویکس (پیراسرویکل بلاک)۔ اگر طریقہ کار کے لیے مینیکل سروائیکل ڈیلیٹیشن کی ضرورت ہو تو پیراسروائیکل بلاک ضرور دیا جانا چاہیے۔ پیراسروائیکل بلاک کی شکل میں مقامی ہسٹیزین یا جزل ہسٹیزین سے زیادہ محفوظ اور آسان ہے۔ یہ شخص کو ہوش میں رہنے کی بھی اجازت دیتا ہے اور اس وجہ سے پروسیجر کے دوران طبی عملے کے ساتھ بات چیت ہو سکتی ہو۔ باکس 2 طبی اور جراحی اسقاط حمل دونوں کے لیے درد کے انتظام کے مختلف طریقوں کی تفصیلات دیتا ہے۔

جراحی اسقاط حمل کے لیے معمول کے مطابق جزل ہسٹیزین یا کی سفارش نہیں کی جاتی ہے کیونکہ اس میں مقامی ہسٹیزین کے مقابلے میں پیچیدگیوں کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اس کی ضرورت شاذ و نادر ہی ہو سکتی ہے یعنی ایسے صورت میں جب اسقاط حمل سے گزرنے والا فرد بہت زیادہ فکر مند ہو اور اس کی درخواست کرتا ہو، یا اگر یہ طریقہ کار خاص طور پر مشکل ہونے کی توقع ہو۔ جزل ہسٹیزین یا کے پختہ پروسیجر صرف ان مراکز صحت میں کیا جانا چاہیے جو اس کے لیے مناسب تربیتیافتہ انسانی وسائل اور آلات سے

2.4.2.4 2.4.2.4 پر و سحر کے بعد

صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو اسقاط حمل سے حاصل ہونے والی بانٹوں کا بصری طور پر معائنہ کرنا چاہیے تاکہ پیشینہ بنایا جاسکے کہ حمل کے اجزا کو ہٹایا گیا ہے۔ حمل کے اجزا کی کمی ایکٹوپک حمل کی علامت ہو سکتی ہے اور اس کی فوری طور پر مزید تفتیش کی جانی چاہئے۔ اگر حمل کے اجزا کا حجم اس حمل کی عمر کے لیے متوقع حد سے کم ہے، تو یہ نامکمل اسقاط حمل کی علامت ہو سکتی ہے اور دوبارہ اسپائریشن کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

2.4.3 اسقاط حمل کے طریقہ کار کے بارے میں فیصلہ کرنا

2.4.2.5 جراحی اسقاط حمل کی پیچیدگیاں

نامکمل اسقاط حمل۔ نامکمل اسقاط حمل اور حمل جاری رہنا VA اور D&E دونوں طریقہ کار کے ساتھ بہت کم ہوتے ہیں۔ ان میں سے کسی ایک کے ہونے کی صورت میں، دوبارہ انخلاء کیا جانا چاہیے۔

ہیمرج جب حمل کو باقی رہ جائے، سر ویکسیا پچھ دانی میں چوٹ لگ جائے، یا انفیکشن ہو تو ضرورت سے زیادہ خون بہہ سکتا ہے۔ وجہ کے مطابق مناسب علاج ہونا ضروری ہے۔ اس میں دوبارہ انخلاء، نس کے ذریعے سیال کی تبدیلی، اینٹی بائیوٹکس، اور شرمگاہ کی نالی (genital tract) میں کسی بھی چوٹ کا علاج شامل ہے۔

انفیشن: جب محفوظ حالات میں تربیت یافتہ فراہم کنندہ کے ذریعہ اسقاط حمل کیا جاتا ہے تو انفیشن بہت کم ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ، طریقہ کار سے پہلے دی جانے والی پروفیکسکٹ اینٹی بائیوٹک سے بھی حفاظت ہوتی ہے۔ انفیشن تاہم، چونکہ سرجیکل اسقاط حمل ہر سو ویکس خستہ ہے اور آلات رحم میں داخل کیے جاتے ہیں، شاذ و نادر ہی سہی مکر انفیشن ممکن ہے۔ انفیشن کی علامات میں بخار، بہت زیادہ خون بہنا، بدبودار مادہ، اور پیٹ میں درد اور بچہ دان کی نرمی شامل ہیں۔ انفیشن کا علاج اینٹی بائیوٹکس کے کورس سے کیا جاتا ہے۔ اگر حمل کے اجزاء اندر باقی رہ گئے ہوں تو، دوبارہ انخلا کرنے کی ضرورت ہے۔

بچہ دانی کی چوٹ۔ جراحی اسقاط حمل کی ایک غیر معمولی پیچیدگی، بچہ دانی کا سورخ ہے۔ زیادہ تر حمل کے سورخ بہت چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کا پتہ نہیں چلتا۔ تاہم، اگر بچہ دانی کی چوٹ کا شہرہ ہو تو، بچہ دانی اور چوٹ کو دیکھنے اور نقصان کی حد کا اندازہ لگانے کے لیے لیئر و سکوپ کی حافی جانی ہے۔ اگر آنتوں یا مثانے میں چوٹ کا شہرہ ہو تو ایک

ٹیبل 3: میڈیکل اور سرجیکل اسقاط حمل کا تقابل

نام	میڈیکل اسقاط حمل	ویکیوم ایسپائریشن
12 سے 14 ہفتوں سے کم	- سرجری سے اجتناب برتتے ہیں۔ - قدرتی اسقاط حمل جیسا ہوتا ہے۔ فرد کو درد ہوتا ہے اور خون بہتا ہے۔ - اسقاط حمل کے خواہشمند فرد کے کنٹرول میں ہوتا ہے۔ - اس کا انتظام خود بھی کیا جاسکتا ہے۔ - گھر پر کیا جاسکتا ہے (9 ہفتے) - VA سے زیادہ وقت لے سکتا ہے۔ - صحت مرکز پر ایک سے زیادہ مرتبہ جانا پڑ سکتا ہے۔	- کسی صحت مرکز میں ہوتا ہے۔ - صحت کی سہولت فراہم کرنے والا کرتا ہے اور اسی کے کنٹرول میں ہوتا ہے۔ - بچہ دانی میں آلات داخل کرنے پڑتے ہیں۔ - بچہ دانی میں زخم کا معمولی امکان ہو سکتا ہے۔ - پروسیجر تیزی سے ہو جاتا ہے۔ اسقاط مکمل ہو جانے کی تصدیق فوری طور پر ہو جاتی ہے۔
12 سے 14 ہفتوں سے زیادہ	- سرجری سے اجتناب برتتے ہیں۔ - قدرتی اسقاط حمل جیسا ہوتا ہے - صحت کی سہولت فراہم کرنے والا کرتا ہے۔ - D&E سے زیادہ وقت لیتا ہے۔ گھٹنوں سے لیکر دن تک لگ سکتے ہیں۔ - حمل کے نکل جانے تک فرد کو صحت مرکز میں رہنا پڑتا ہے۔ اسی طرح رات کو بھی رکننا پڑ سکتا ہے۔	- کسی صحت مرکز میں ہوتا ہے۔ - صحت کی سہولت فراہم کرنے والا کرتا ہے اور اسی کے کنٹرول میں ہوتا ہے۔ - پروسیجر تیزی سے ہو جاتا ہے۔ اسقاط مکمل ہو جانے کی تصدیق فوری طور پر ہو جاتی ہے۔ - سروائیکل کی تیاری کی ضرورت پڑتی ہے - بچہ دانی میں آلات داخل کرنے پڑتے ہیں۔ - بچہ دانی یا سرویکس میں زخم کا معمولی امکان ہو سکتا ہے۔

2.5 اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال

اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال اسقاط حمل کے پروسیجر کے بعد کسی بھی بیماری اور اموات سے بچنے کے لیے اہم ہے۔ یہ خاص طور پر غیر محفوظ اسقاط حمل کے طریقہ کار کے بعد اہم ہے جہاں اسقاط حمل کے بعد کی مناسب دیکھ بھال غیر محفوظ طریقہ کار کے کچھ برے اثرات کو کم کر سکتی ہے۔

اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کے مقاصد یہ ہیں:

- اسقاط حمل سے گزرنے والے فرد کی مناسب پیروی کو یقینی بنانا
- کسی بھی پیچیدگی کا جلد پتہ لگانے اور انتظام کو یقینی بنانا
- مانع حمل خدمات کے بارے میں مشاورت کرنا اور فراہم کرنا

اسقاط حمل کروانے والے تمام افراد کو گھر جانے سے پہلے زبانی اور تحریری طور پر واضح ہدایات دی جانی چاہئیں کہ اگلے چند دنوں میں کیا کیا ہو سکتا ہے، اور وہ کیا کر سکتے ہیں اور کیا نہیں کر سکتے۔ اس میں یہ ہدایات شامل ہونی چاہئیں کہ اندام نہانی سے خون کب تک جاری رہے گا، کب وہ عام کام اور جنسی سرگرمی دوبارہ شروع کر سکتے ہیں، اور کسی بھی خطرے کی علامات کو کیسے پہچانا جائے جس کے لیے صحت مرکز میں واپس آنے کی ضرورت ہو۔

محفوظ اسقاط حمل کے بعد، معمول کا فالو اپ دورہ ضروری نہیں ہے جب تک کہ اس فرد کو کسی پیچیدگی کا سامنا نہ ہو۔ طبی اور جراحتی اسقاط حمل کے بعد ہونے والی اہم پیچیدگیوں پر پہلے کے ذیلی حصے میں بات کی گئی ہے۔

2.5.1 اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال بطور نقصان کم کرنے کی حکمت عملی

ان حالات میں جہاں اسقاط حمل پر قانونی پابندی ہے، اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کو ایک حکمت عملی کے طور پر استعمال کیا گیا ہے تاکہ اس بات کو یقینی بنایا جاسکے کہ غیر محفوظ اسقاط حمل والے افراد کو مزید بیماری اور اموات سے بچانے کے لیے مناسب طبی دیکھ بھال فراہم کی جائے۔ اس طرح کی پابندی والے حالات میں، اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کو اسقاط حمل پر بحث کرنے اور غیر محفوظ اسقاط حمل کو ہونے سے روکنے کے لیے ایک داخلی نقطہ کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے۔

صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں پر بھی اخلاقی ذمہ داری عائد ہوتی ہے کہ وہ ایسے افراد کو دیکھ بھال فراہم کریں جو اسقاط حمل کی پیچیدگیوں سے دوچار ہوں، اور ایسی دیکھ بھال فراہم کرنے سے انکار کو ایماندارانہ اعتراض کا استعمال کرتے ہوئے جائز قرار نہیں دیا جاسکتا۔ اس طرح، فروغ اسقاط حمل کے بعد اچھے معیار کی دیکھ بھال کو قانونی طور پر پابندی والے حالات میں نقصان کو کم کرنے کی حکمت عملی کے طور پر دیکھا جاسکتا ہے۔

ایسے تناظر میں، اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال جو فراہم کی جاتی ہے وہ اچھے معیار کی، انسانی اور اپنی رائے زنی کے بغیر ہونی چاہیے، اور علاج میں خود بخود اور حوصلہ افزائی اسقاط حمل سے پیدا ہونے والی پیچیدگیوں کا علاج، مشاورت، مانع حمل خدمات، جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن (STD) اور دیگر تولیدی صحت کی خدمات سے منسلک ہونا، کینسر کی جانچ اور اسکریننگ اور اسکریننگ کا علاج شامل ہونا چاہیے۔ مزید تفصیلات اور اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کی مثالیں بطور نقصان کم کرنے کی حکمت عملی کے باب 3 میں دی گئی ہیں۔

چیک لسٹ 1.1

اسقاط حمل کے علاج کے ٹیکنیکی پہلو

جی ہاں	جی نہیں	نوٹس
		اسقاط حمل سے پہلے کی کیئر
		کلائنٹ کو واضح، صحیح اور سائنسی طور پر درست معلومات ایسی زبان میں فراہم کی گئی ہیں جو وہ سمجھتا ہے۔
		معلومات فراہم کے لیے مختص ایک کونسلر دستیاب ہے۔
		معلومات فراہم کرنے کے لیے کافی رازداری اور پرائیویسی کا اہتمام کیا جاتا ہے۔
		کاؤنسلنگ غیر جانبدار ہے اور اس میں اپنی رائے شامل نہیں ہے۔
		صحت کی سہولت فراہم کرنے والا درج ذیل کی واضح اور مکمل ہسٹری پوچھتا ہے:
		- آخری ماہواری کی تاریخ - پچھلی ماہواریوں کی تفصیلات - گزشتہ میڈیکل ہسٹری - کیا ماضی میں خون بہنے کی ہسٹری ہے۔ - کبھی دوائیاں لی ہیں؟ علاج کروایا ہے؟ - کوئی الرجی ہے؟ - زچہ بچہ ہسٹری - فیملی ہسٹری سماجی پہلو جس میں حمل جاری رکھنے یا ختم کرنے کے فیصلے کے حوالے سے تشدد اور جبر کی کوئی ہسٹری ہو
		ہیلتھ کیئر پرووائیڈر مکمل جسمانی معائنہ کرتا ہے جس میں درج ذیل شامل ہوتے ہیں:
		- عمومی معائنہ بشمول نبض کی رفتار اور بلڈ پریشر - خون کی کمی کے چیک - پینیٹ کا (abdominal) معائنہ - اندام نہانی کا معائنہ (bimanual pelvic exam) - جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشنز کے لیے اسکریننگ
		اگر کوئی خاص کلینیکل انڈیکیشنز نہ ہوں تو کسی بھی لیبارٹری ٹیسٹ بشمول الٹراساؤنڈ پر اصرار نہیں کیا جائے گا۔
		حمل روکنے والے تمام صحیح طریقوں پر واضح اور مکمل معلومات فراہم کی جاتی ہیں۔
		اسقاط حمل کے خواہشمند فرد کو دستیاب اور درست طریقوں سے انتخاب کے بارے میں واضح، درست اور مکمل معلومات فراہم کی جاتی ہیں اور اسے انتخاب کے قابل بنایا جاتا ہے۔
		اسقاط حمل کا طریقہ: میڈیکل اسقاط حمل
		اس بارے میں تفصیل سے بتایا جاتا ہے کہ گولیاں کیسے لی جائیں گی اور کس چیز کی توقع کی جائے۔
		9 ہفتوں سے کم کے حمل کی صورت میں فرد کو انتخاب کا موقع دیا جاتا ہے کہ چاہے تو وہ میسا پر و سٹول گھر پر استعمال کر لے یا مرکز صحت پر۔
		12 ہفتوں سے کم کے حمل کی صورت میں فرد کو انتخاب کا موقع دیا جاتا ہے کہ وہ میڈیکل اسقاط حمل کا خود کا انتظام بھی کر سکتا ہے۔
		میڈیکل اسقاط حمل سے گزرنے والے افراد کو درد سے نمٹنے کے بارے میں معلومات بھی فراہم کی جاتی ہیں اور دوائیاں وغیرہ بھی فراہم کی جاتی ہیں۔
		20 ہفتوں سے اوپر کے حمل کی صورت میں میڈیکل اسقاط کی صورت میں فرد کو جنین کے قبل از پر و سیجر موت کے بارے میں بتایا جاتا ہے اور اگر فرد اس کا انتخاب کرے تو اس کے سہولیات کے بارے میں آگاہ کیا جاتا ہے۔
		میڈیکل اسقاط حمل کی امکانی پیچیدگیوں کے بارے میں واضح اور مکمل معلومات فراہم کی جاتی ہیں اور یہ کہ ایسی صورتوں میں کیا کیا جائے۔

چیک لسٹ 1.2

نوٹس	اسقاط حمل کا طریقہ: سرجیکل میٹھڈ	
	جہاں مناسب ہو سرجیکل اسقاط حمل سے پہلے سروائیکل تیار کی جاتی ہے۔	
	سرجیکل اسقاط حمل سے پہلے درد سے نجات کا انتظام کیا جاتا ہے:	
	- نیند اور سکون دینے والی دوائیں - مقامی ہسٹیسیا/سروائیکل بلاک	
	جزل ہسٹیسیا عام طور پر سرجیکل اسقاط حمل کے لیے استعمال نہیں کیا جاتا ہے۔	
	سرجیکل اسقاط حمل میں انفیکشن سے بچاؤ کے کافی طریقے اختیار کیے جاتے ہیں جن میں شامل ہیں:	
	- معمول کی معیاری احتیاطی تدابیر جیسے ہاتھ دھونا، جراثیم سے بچاؤ کے اقدامات، پرسنل پروٹیکٹو سامان کا استعمال - نوٹچ ٹیکنیک (چھوٹا نہیں ہے) - استعمال شدہ اوزاروں کو ابتدائی طور پر بھگوننا۔ - اوزاروں کی صفائی - میڈیکل اوزاروں کو جراثیم سے پاک کرنا۔ - پروفائیلکٹک اینٹی بائیوٹک - مقامی گائیڈ لائنز کے مطابق ملٹی فزائل کو مناسب طریقے سے تلف کرنا۔	
	مترک طریقے جیسے C&D اور چیک کریٹج (check curettage) استعمال نہیں کیے جاتے۔	
	اسقاط حمل کے بعد حمل سے حاصل شدہ ٹشو کا معائنہ کیا جاتا ہے۔	
	اسقاط حمل کے بعد رات مرکز صحت میں رکنا عام طور پر ضروری نہیں ہے سوائے اس کے کہ کلینیکل صورتحال کے تحت ایسا کرنا پڑے۔	
	کلائنٹ کو امکانی ملٹی پیچیدگیوں کے بارے میں صاف طور پر اور مکمل معلومات دی جاتی ہیں اور یہ کہ کسی پیچیدگی کی صورت میں کیا کرنا ہے۔	
نوٹس	اسقاط حمل کے بعد احتیاط	
	اسقاط حمل کے بعد کے معمول کے طور پر مائع حمل طریقوں کے بارے میں بتایا جاتا ہے۔	
	فالوپ کے بارے میں صاف اور مکمل معلومات فراہم کی جاتی ہیں کہ کب، کہاں اور کس چیز کی توقع رکھی جائے۔	

* اس چیک لسٹ کو باب 4 میں دی گئی حقوق پر مبنی صحت سہولتوں کی فراہمی کی چیک لسٹوں کے ساتھ ملا کر استعمال کیا جائے۔

باب 3

قانون اور پالیسی: انسانی حقوق کے نقطہ نگاہ سے

کیئنگری 4: چودہ ممالک مندرجہ بالا تمام وجوہات کی بنا پر اور سماجی اور معاشی بنیادوں کے ساتھ ساتھ عصمت دری، بدکاری یا جنین کی شدید خرابی کی صورت میں اسقاط حمل کی اجازت دیتے ہیں۔

کیئنگری 5: دنیا کے 66 ممالک میں اسقاط حمل درخواست پر دستیاب ہے (CRR 2019a)۔

کیئنگریز نمبر ایک، دو اور تین کے ممالک کو عام طور پر 'پابندی والے' اسقاط حمل کے قوانین والے ممالک کہا جاتا ہے، اور کیئنگریز چار اور پانچ والے ملکوں کو اسقاط حمل کے 'وسیع طور پر آزاد' قوانین رکھنے والے ممالک کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔

عالمی سطح پر، تولیدی عمر کی خواتین کا 40 فیصد حصہ ان ممالک میں رہتا ہے جہاں اسقاط حمل کے قوانین ہیں اور 59 فیصد ان ممالک میں جہاں اسقاط حمل کی خدمات وسیع پیمانے پر آزادانہ بنیادوں پر دستیاب ہیں (CRR 2019a)۔

3.1.2 1994 سے اسقاط حمل کے قوانین کی پابندیاں کم کرنے میں پیش رفت اور ناکامیاں

ICPD (1994-2020) کے بعد سے 25 سالوں کے دوران، 48 ممالک اسقاط حمل پر زیادہ سے کم پابندی والے قانون کی طرف چلے گئے۔ ان میں سے چالیس ترقی پذیر ممالک تھے (CRR 2019b-progress)۔ 4 شکل 4 ارد گرد کے 40 ممالک میں گزشتہ ڈیڑھ دہائی میں اسقاط حمل کے قوانین میں ہونے والی تبدیلیوں کے بارے میں معلومات پیش کرتی ہے۔

سب سے قابل ذکر قانونی تبدیلیاں یہ ہیں کہ اسقاط حمل 15 ممالک میں دستیاب ہوا اور 18 ممالک نے اسقاط حمل پر مکمل پابندی ہٹا دی۔ دو ممالک - نیپال اور ساؤتھ افریقہ - نے اسقاط حمل پر مکمل پابندی کو ہٹا دیا اور درخواست پر اسقاط حمل کی سہولت فراہم کرتے ہوئے، اسقاط حمل پر مکمل پابندی ہٹا دی۔ 11 ممالک میں جنہوں نے مکمل پابندی ختم کی، اسقاط حمل صحت کی بنیادوں پر اور اضافی بنیادوں جیسے عصمت دری، محرمانہ کے ساتھ مباشرت اور جنین کی خرابی کے لیے دستیاب ہوا۔ جن پانچ ممالک نے اسقاط حمل پر مکمل پابندی ختم کی تھی، انہوں نے اسے صرف حاملہ خاتون کی جان بچانے کے لیے اور عصمت دری، محرمانہ کے ساتھ مباشرت اور جنین کی خرابی جیسی اضافی بنیادوں پر دستیاب کر لیا۔ دوسری صورتوں میں، پیش رفت معمولی رہی ہے، جس میں کیئنگری میں تبدیلی کے بغیر اضافی بنیادیں شامل کی گئی ہیں (CRR 2019b)۔

اس باب کا مقصد اسقاط حمل کی محفوظ خدمات تک رسائی کو متاثر کرنے والے قوانین، پالیسیوں (بشمول قوانین اور پالیسیوں کے نفاذ کو کنٹرول کرنے والے ضوابط) کی تفصیلی تفہیم فراہم کرنا ہے۔ باب میں کسی کے ملک یا صوبے / ریاست میں اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو کنٹرول کرنے والی پالیسی اور قانونی صورتحال کا تجزیہ کرنے کے لیے ایک چیک لسٹ شامل ہے۔ پہلے حصے میں ہم ICPD کے بعد سے دنیا بھر میں اسقاط حمل کی قانونی حیثیت میں ہونے والی تبدیلیوں کو بیان کرتے ہیں، 1994 کے بعد سے ہونے والی پیشرفت اور پسپائی (پش بیک) کو دستاویزی شواہد کے ساتھ دیکھتے ہیں۔ اس کے بعد دوسرے سیکشن میں اسقاط حمل پر قانونی پابندیوں سے آزادی حاصل کرنے اور اسقاط حمل کے محدود قوانین کے دائرہ کار کو بڑھانے کے لیے مختلف ممالک میں عورتوں کی اور سماجی تحریکوں کی مثالیں دیتے ہیں۔ یہ بات قابل غور ہے کہ اسقاط حمل کے نسبتاً آزاد قوانین والے ممالک میں بھی اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنا ایک مخصوص مدت تک دستیاب ہیں۔ خدمات کی فراہمی کی سطح پر دیگر پابندیاں ہو سکتی ہیں۔ مثال کے طور پر، کسی ملک میں اسقاط حمل کے صرف کچھ طریقے دستیاب ہو سکتے ہیں۔ یا خدمات صرف دوسری تیسری نگہداشت کی سہولیات پر دستیاب ہو سکتی ہیں۔ یا میاں بیوی کی رضامندی کی ضرورت ہو سکتی ہے، وغیرہ۔ ان پر تیسرے حصے میں بحث کی گئی ہے۔

3.1 پوری دنیا میں اسقاط حمل کی قانونی حیثیت اور ICPD کے بعد سے تبدیلیاں

3.1.1 پوری دنیا میں اسقاط حمل کی قانونی حیثیت

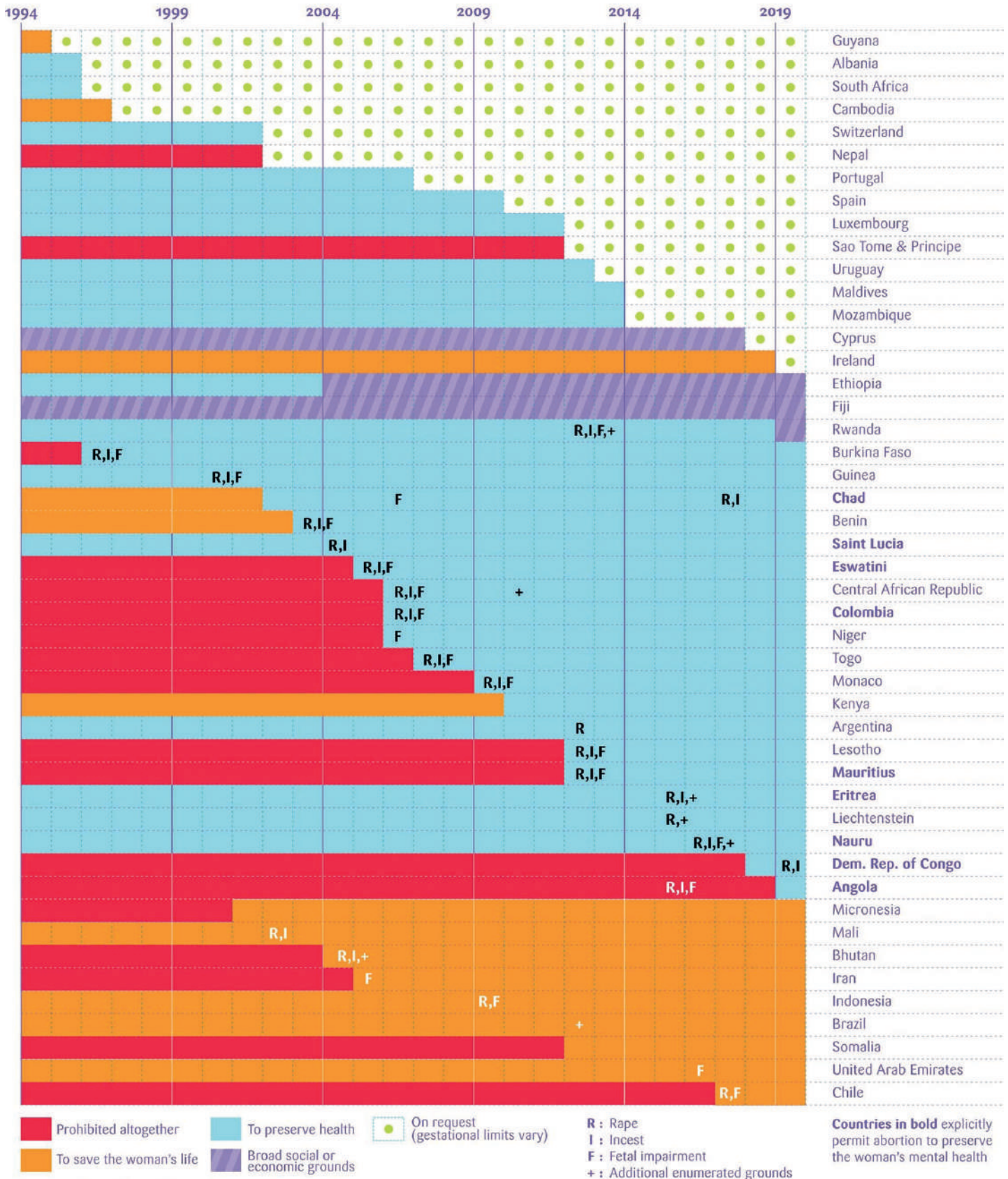
محفوظ اسقاط حمل کی قانونی حیثیت سے متعلق قوانین کو پانچ کیئنگریز میں تقسیم کیا گیا ہے، زیادہ سے زیادہ سے کم سے کم پابندی تک:

کیئنگری 1: جہیں ممالک کسی بھی حالت میں اسقاط حمل کی اجازت نہیں دیتے۔

کیئنگری 2: انیس ممالک صرف عورت کی جان بچانے کے لیے اسقاط حمل کی اجازت دیتے ہیں۔ ان میں سے، 10 ممالک اضافی بنیادوں پر اسقاط حمل کی اجازت دیتے ہیں جیسے عصمت دری اور بے حیائی اور جنین کی شدید خرابی۔

کیئنگری 3: 56 ممالک میں صحت کی بنیاد پر بھی اسقاط حمل کی اجازت ہے اور ان میں سے 25 ممالک میں ذہنی صحت کی وجوہات کا بھی واضح طور پر ذکر ہے۔ اس زمرے کے تقریباً تمام ممالک مذکورہ بالا اضافی بنیادوں پر بھی اسقاط حمل کی اجازت دیتے ہیں۔

خاکہ 4: آئی سی پی ڈی سے لیکر اسقاط حمل کے قوانین میں آزادیاں (40 ممالک)



Source: Adapted from CRR 2019b.

کی حکمت عملی کی تفصیل ہے جسے یو آر گوے میں غیر محفوظ اسقاط حمل سے زچگی کی شرح اموات میں نمایاں کمی حاصل کرنے کے لیے کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا تھا۔ یہ اسقاط حمل کے قانون کو آزاد کرنے کے لیے وکالت اور متحرک ہونے کے ساتھ ساتھ ایک تجربہ تھا۔ کچھ لاطینی امریکی ممالک میں صحت کی خدمات فراہم کرنے والوں کے ساتھ 'صحت کی بنیادوں کی آزادانہ تشریح کے لیے وکالت کرنا جس کے تحت اسقاط حمل کی خدمات قانونی تھیں، چوتھی مثال ہے۔ پانچویں مثال ٹیلی میڈیسن کے استعمال کے لیے حقوق نسواں کے اقدامات اور خود انتظام شدہ اسقاط حمل کی ہے جہاں اسقاط حمل قانونی طور پر محدود ہے یا ایک یا زیادہ وجوہات کی بنا پر رسائی محدود ہے، جس نے COVID-19 سے متعلق لازمی لاک ڈاؤن کے دوران محفوظ اور موثر اختیارات کے طور پر اعتبار حاصل کیا ہے۔

2.1.3 ماہواری میں تاخیر کا ضابطہ

ہنگرے دیش میں 1860 کے پینل کوڈ کے تحت اسقاط حمل جرم ہے، سوائے عورت کی جان بچانے کے۔ تاہم، ماہواری کا ضابطہ (ایم آر) ایک منظور شدہ طریقہ کار رہا ہے جس میں "حیض کو منظم کرنے کے لیے جب حیض مختصر مدت کے لیے غیر حاضر ہو" (وین آن ویوز 2020) اور یہ 1979 سے ملک کے خاندانی منصوبہ بندی کے پروگرام کا ایک حصہ ہے۔ MR قابل قبول تھا کیونکہ ہنگرے دیش میں، مدت میں تاخیر کو لانا تھا۔ ایک قبول شدہ روایتی عمل، جب تک کہ حمل کی تصدیق نہ ہوئی ہو (Dixon-Meller 1988)۔

MR ملک بھر میں 5,000 سے زیادہ سرکاری سہولیات میں دستیاب ہے۔ یہ ان تمام خواتین کے لیے دستیاب ہے جن کی ماہواری چھوٹ چکی ہے۔ دستیاب طریقہ مینوسل ویکیم اسپائریشن (MVA) ہے جب آخری ماہواری میں 12 ہفتوں تک تاخیر ہوئی ہو۔ اور MVA اور دوائیں (جسے MRM کہا جاتا ہے) دونوں نو ہفتوں تک کی تاخیر کے لیے mifepristone اور misoprostol کا استعمال کرتے ہیں۔ جب کہ دوائی اسقاط حمل ڈاکٹروں کے ساتھ ساتھ MR میں تربیت یافتہ غیر معالجین کے ذریعہ فراہم کی جاسکتی ہے۔ MVA غیر معالجین کے ذریعہ صرف 10 ہفتوں کی تاخیر سے انجام دیا جاسکتا ہے، اور صرف ڈاکٹروں کو MVA طریقہ کار انجام دینے کی اجازت ہے۔ 12 ہفتوں تک (سلطانہ 2020)۔ غیر معالجین جیسے دایوں، پیرامیڈیکس اور فیملی ویلفیئر وائزر (FWVs) کو تربیت دینے کا ایک پروگرام 1980 کی دہائی سے جاری ہے، اور اس نے خدمات تک رسائی کو بڑھانے میں مدد کی ہے۔

طبی ماہواری کے ضابطے کے شروع کرنے کی منظوری ڈائریکٹر جنرل، فیملی پلاننگ نے 2015 میں جاری کردہ ایک میمو کے ذریعے دی تھی۔ آپریشنل ریسرچ اسٹڈیز نے اس کی حفاظت اور قابل قبول ہونے کو ثابت کیا تھا (ہنگرے دیش کی حکومت، 2015)۔ دوائیوں کے مرکب mifepristone-misoprostol کی مقامی تیاری کی منظوری نے دوا کی مقامی فراہمی کو فعال کر دیا ہے۔

MR پہلی سہ ماہی کے اسقاط حمل کو ان حالات میں دستیاب کرنے کے لیے ایک مناسب حکمت عملی ہو سکتی ہے جہاں مدت میں تاخیر کرنا ثقافتی طور پر قبول شدہ تصور اور عمل ہے۔ تاہم، یہ حکمت عملی اپنی حدود کے بغیر نہیں ہے۔ ایک حالیہ مطالعہ میں،

بد قسمتی سے، ایسے ممالک بھی تھے جہاں اسقاط حمل سے متعلق قوانین زیادہ محدود ہو گئے تھے۔ ڈومینیکن ریپبلک اور نکاراگوا میں، اسقاط حمل، عورت کی زندگی کو محفوظ رکھنے کی اجازت سے، اب ہر حال میں ممنوع ہے، جب کہ عراق اور کنگو میں صحت کی بنیادوں سے مکمل ممانعت کی طرف تبدیلی کی گئی ہے (UN، 2014 اور 2019 CRRb)۔ ڈومینیکن ریپبلک میں، ایک آئینی ترمیم نے زندگی کے حق کو حاملہ ہونے کے وقت سے بڑھا دیا (ایکمنسٹی انٹرنیشنل 2009)۔ 2006 میں، نکاراگوا نے قومی اسمبلی میں ایک بل منظور کیا، جس میں اسقاط حمل پر مکمل پابندی عائد کی گئی تھی (بی بی سی نیوز 29 اکتوبر 2006)۔

سات دیگر ممالک نے ان بنیادوں کی تعداد کو کم کیا جن کی بنیاد پر اسقاط حمل کی اجازت دی گئی تھی (ٹیل 4)۔

ٹیل 4: جن ممالک میں آئی سی پی ڈی کے بعد اسقاط حمل قوانین اور پابندیوں والے ہو گئے۔	
ملک	آئی سی پی ڈی کے بعد سے پابندیاں
الجزائر	زنا اور محرمات سے مباشرت کو فہرست سے نکال دیا گیا۔
بنیلاز	زنا اور محرمات سے مباشرت کو فہرست سے نکال دیا گیا۔
کونگو (برازول)	صحت کی بنیاد کو مکمل پابندی میں شامل کر دیا گیا۔
ڈومینیکن ریپبلک	صحت کے وجہ سے اسقاط پر مکمل پابندی
ایکواڈور	زنا کو اجازت کی وجہ سے نکال دیا گیا۔
عراق	صحت کے وجہ سے اسقاط پر مکمل پابندی
جاپان	ذہنی صحت کو اسقاط کی وجہ سے نکال دیا گیا۔
نکاراگوا	زندگی بچانے کے لیے مکمل پابندی
پاپوا نیو گنی	جسمانی اور ذہنی صحت زندگی کی حفاظت کرے

Source: UN 2014 and CRR 2019b.

3.2 حصول مقصد کے لیے غیر روایتی طریقوں سے زور لگانا: وسیع تر اصلاحات کے راستے پر پیش قدمی کے ساتھ ساتھ پابندی والے قوانین کے دائرہ کار کو وسعت دینے کے لیے حکمت عملیوں کی مثالیں

اس سیکشن میں ہم ان حکمت عملیوں کی پانچ مثالیں پیش کرتے ہیں جنہوں نے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو بڑھانے اور غیر محفوظ اسقاط حمل سے اموات اور بیماری کو کم کرنے کے لیے اسقاط حمل کے محدود قوانین کے دائرہ کار کو بڑھا دیا ہے۔ پہلی مثال ہنگرے دیش میں ماہواری کے ضابطے (menstrual regulation) کے استعمال کی ہے تاکہ پہلی سہ ماہی کے ابتدائی اسقاط حمل کو دستیاب کیا جاسکے۔ دوسرے عام طور پر ان حالات میں جہاں قانون کے ذریعے اسقاط حمل پر سخت پابندی ہے اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال (PAC) کا استعمال، غیر محفوظ اسقاط، حمل سے اموات اور بیماری کو کم کرنے کی حکمت عملی کے طور پر ہے۔ تیسری 'انقصان کم کرنے'

اسقاط حمل کے قوانین کو آزاد کرنے کے لیے یوراگوئے کی لڑائی تقریباً 30 سال تک جاری رہی، یہاں تک کہ 25 ستمبر 2012 کو حمل میں رضاکارانہ مداخلت کے قانون کی منظوری تک۔ ایک مضبوط حقوق نسواں تحریک، متعلقہ ماہر امراض نسواں اور ترقی پسند سیاسی جماعتوں کی کوششوں نے اسقاط حمل کے چار قوانین تجویز کیے تھے۔ 1985، 1993، 2002 اور 2004 میں، کامیابی کے بغیر۔ قانونی اصلاحات کے لیے متحرک ہونے کے دوران، ایک بڑے تیسرے مقام کے نگہداشت کے ہسپتال کی ماہر امراض نسواں نے 2002 میں اس کا آغاز کیا تھا۔ یہ خطرہ اور نقصان میں کمی 'پروگرام یا Iniciativas Sanitarias کے نام سے جانا جاتا ہے۔ (فوٹو 2019)۔

خطرے میں کمی کی حکمت عملی سرکاری سطح پر پہلے سے موجود تھی جو خواتین کو ناپسندیدہ حمل کی معلومات فراہم کرنے پر مشتمل تھی، جو انہیں باخبر فیصلہ کرنے کے قابل بنانے کی، اور، اگر وہ اسقاط حمل کے لیے آگے بڑھیں، تو وہ زیادہ خطرے والے آپشن کے بجائے کم خطرہ کا انتخاب کریں گی۔ کم خطرے والے اسقاط حمل کی تعریف اس کے طور پر کی گئی تھی جہاں استعمال کنندہ (user) نے:

- "حمل کے 12 ہفتوں کی عمر تک پہنچنے سے پہلے ایک مشاورتی دورہ کیا اور اس کو فراہم کی گئی معلومات کو سمجھتے ہوئے، حمل کو ختم کرنے کا فیصلہ کیا؛ اسے Misoprostol تک رسائی حاصل تھی اور وہ اسے بین الاقوامی طور پر تسلیم شدہ سائنسی ثبوت کے مطابق استعمال کرتا ہے۔
- اس نے ایک غیر پیچیدہ مکمل یا نامکمل اسقاط حمل کیا تھا۔
- بائیوسائیکو سوشل نقطہ نظر سے (پہلے مہینے کے اندر) کوئی فوری پیچیدگیاں نہیں آئی تھیں۔
- ایک محفوظ، مؤثر مانع حمل طریقہ استعمال کرتا ہے جو اس کی صورت حال کے لیے موزوں ہے اور جسے اس نے خود چنا ہے۔ (Labandera et. al. 2016: S8)

ابتدائی طور پر ایک بڑے ہسپتال میں نافذ کی گئی حکمت عملی کے نتیجے میں غیر محفوظ اسقاط حمل کی پیچیدگیوں سے بیماری اور اموات میں نمایاں کمی آئی (Labandera et. al. 2016)۔ 2004 میں، کم پابندی والے اسقاط حمل کے قانون کو منظور کرنے کی ایک اور ناکام کوشش کے فوراً بعد، وزارت صحت نے محفوظ اسقاط حمل سے متعلق نقصانات میں کمی کے لیے ایک پروٹوکول اپنایا، جو پورے ملک پر لاگو ہوتا ہے (Woods et. al. 2016)۔

خطرے اور نقصان کو کم کرنے کی حکمت عملی قانونی اصلاحات کی جدوجہد کو جاری رکھنے کا ایک مثبت طریقہ تھا، جبکہ ساتھ ہی ساتھ خواتین کو سائنسی شواہد پر مبنی معلومات تک رسائی فراہم کرنا بھی۔ یہ حکمت عملی غیر محفوظ اسقاط حمل سے ہونے والی اموات سے بچنے اور بیماری کو روکنے کے ساتھ ساتھ انسانی اور باعزت اسقاط حمل کی دیکھ بھال کے لیے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی صلاحیت کو بڑھا رہی ہے۔

جہاں اسقاط حمل قانونی طور پر محدود ہے یا رسائی محدود ہے، وہاں ٹیلی میڈیسن کے استعمال کے لیے حقوق نسواں کے اقدامات اور اپنے انتظام سے اسقاط حمل کو کوڈ-19 سے متعلق لازمی لاک ڈاؤن کے دوران محفوظ اور مؤثر طریقوں کے طور پر اعتبار حاصل ہوا ہے۔

بہت سی صحت کی سہولیات جن کے پاس MR خدمات فراہم کرنے کے لیے تربیتیافته عملہ اور آلات موجود ہیں، نے خدمات پیش نہیں کیں، اکثر اس لیے کہ صحت فراہم کرنے والے پروسیجر فراہم کرنے کے لیے آمادہ نہیں تھے یا اسے فراہم کرنے کی ضرورت محسوس نہیں کرتے تھے (Guttmacher Institute 2012)۔ دوم، MR خدمات حمل کے صرف 10 ہفتوں تک فراہم کی جاتی ہیں۔ اس طرح بہت سے افراد رہ جاتے ہیں جو اپنے حمل کے بعد اسقاط حمل کی کوشش کر سکتے ہیں۔ کئی معروف وجوہات بھی ہیں جیسے کہ حمل کا دیر سے پتہ چلنا، MR سروس تک پہنچنے کے لیے وقت اور رقم تلاش کرنے میں مشکلات۔ سب سے اہم بات یہ ہے کہ ایم آر خدمات کی دستیابی تمام افراد کی درخواست پر دستیاب محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی وکالت کرنے کی ضرورت کو ختم نہیں کرتی ہے۔

3.2.2 اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال (PAC) کو غیر محفوظ اسقاط حمل سے بیماری اور اموات کو کم کرنے کی حکمت عملی کے طور پر استعمال کرنا

'اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کا ماڈل' 1994 (PAC) میں USAID کے زیر اہتمام غیر محفوظ اسقاط حمل (Curtis 2007) کے مضر صحت نتائج سے نمٹنے کے لیے تیار کیا گیا تھا۔ PAC تین اجزاء پر مشتمل تھا: (1) اچانک یا حوصلہ افزائی سے آمادہ کردہ اسقاط حمل کی پیچیدگیوں کے لیے ہنگامی علاج؛ (2) اسقاط حمل کے بعد خاندانی منصوبہ بندی کی مشاورت اور خدمات؛ اور (3) تولیدی صحت کی دیگر خدمات، خاص طور پر STIs اور HIV/AIDS کی فراہمی۔ پی اے سی ماڈل کو بہت سے ممالک میں قابل قبول پایا گیا ہے جن میں اسقاط حمل پر پابندی والے قوانین ہیں (Rasch 2011)۔

متحدہ جمہوریہ تنزانیہ میں اسقاط حمل کا ایک محدود قانون ہے، جہاں عورت کی جان بچانے کے علاوہ اسقاط حمل ایک مجرمانہ فعل ہے۔ تاہم، جب سے 1990 کی دہائی کے آخر میں تنزانیہ میں PAC ماڈل پہلی بار لاگو کیا گیا تھا، تب سے ملک کی وزارت صحت، کمیونٹی ڈویلپمنٹ، صنف، بزرگ اور بچوں (MOHCDGEC) PAC کا مضبوطی سے ساتھ دے رہی ہے۔ پی اے سی بنیادی نگہداشت کی سطح سے اوپر کی طرف دستیاب ہے، مینوسکوپک اسپریشن اور مسوپروستول کا انتظام درمیانی درجے کے فراہم کنندگان کے ذریعے بھی کیا جاتا ہے۔ پی اے سی تنزانیہ کے ضروری صحت مداخلتوں کے قومی پیکیج میں شامل ہے۔ اسقاط حمل کے بعد مانع حمل خدمات، بشمول طویل المدتی لگنے والے طریقے سرو سزینکج کا حصہ ہیں (Baynes et. al. 2019)۔

3.2.3 غیر محفوظ اسقاط حمل سے اموات اور بیماری کو کم کرنے کے لیے نقصان میں کمی کی حکمت عملی

انفصاف کم کرنے کے نقطہ نظر کی ابتدا HIV/AIDS کے تناظر میں ہوئی ہے تاکہ منشیات کے انجیکشن کے ذریعے HIV کی منتقلی سے متعلق بیماری اور اموات کو کم کیا جا سکے۔ یہ طریقہ پہلی بار 2000 کی دہائی کے اوائل میں یوراگوئے میں استعمال کیا گیا تھا اور اس کے بعد سے، بہت سے دوسرے ممالک میں، اسقاط حمل کے محدود قوانین کے تناظر میں غیر محفوظ اسقاط حمل سے بیماری اور اموات کو کم کرنے کے لیے۔

"... متعلقہ خواتین کو ان کے ساتھ ہونے والی زیادتی کے بارے میں مسلسل یاد دلایا جاتا ہے، جو سنگین تکلیف دہ تکلیف کا سبب بنتا ہے اور دیر پانفیاتی مسائل کا خطرہ رکھتا ہے (CAT 2011، پیرا گراف 22)۔"

اسی کمیٹی نے مزید کہا: "کمیٹی ان خواتین کو طبی دیکھ بھال سے انکار کے بارے میں بھی فکر مند ہے جنہوں نے اسقاط حمل کا فیصلہ کیا ہے، جو ان کی جسمانی اور ذہنی صحت کو سنگین طور پر خطرے میں ڈال سکتا ہے (CAT 2011، پیرا گراف 22)۔"

انسانی حقوق کے دیگر معاہدوں کے اداروں نے بھی اسی طرح یہ نظریہ اپنایا ہے کہ اسقاط حمل کو جرم قرار دینے سے خواتین کے زندگی اور صحت کے حق کی خلاف ورزی ہوتی ہے، کیونکہ یہ انہیں خفیہ اور غیر محفوظ اسقاط حمل کرنے پر مجبور کر سکتا ہے جو ان کی زندگی اور صحت کو خطرے میں ڈالتا ہے (CCPR 2012، پیرا گراف 20؛ CCPR 2014، پیرا گراف 14)۔ چاڈ کٹزی رپورٹ (1999) کے اپنے اختتامی مشاہدے میں، CRC نے ملک پر زور دیا کہ وہ 'غیر قانونی اسقاط حمل کو روکنے اور لڑکیوں کی ذہنی اور جسمانی صحت کے تحفظ کو بہتر بنانے کے لیے اپنے اسقاط حمل کے قانون پر نظر ثانی کرے' (CRC 1999، پیرا گراف 30)۔

صحت سے متعلق استثنیٰ کی اس طرح کی توسیع شدہ تشریح کی طرف زور سب سے پہلے کولمبیا میں 2006 میں شروع ہوا، جس کی سربراہی لا میسا (Advocates for Women's Life and Health) نے آئینی عدالت کے فیصلے کے فوراً بعد کی جس میں قانونی اسقاط حمل کی بنیاد کے طور پر عورت کی زندگی اور صحت کو خطرے کی اجازت دی گئی۔ لا میسا نے 2008 میں علاقائی اتفاق رائے کی دستاویز پر پہنچنے کے لیے خطے کے دیگر ممالک کے اتحادیوں کے ساتھ کام کیا۔ اس بات پر کہ انسانی حقوق کے قائم کردہ بین الاقوامی اصولوں کے مطابق صحت سے متعلق استثنیٰ کی مزید وسیع تشریح کیسے کی جاسکتی ہے۔ ایک ٹریننگ گائیڈ تیار کیا گیا اور کولمبیا، ارجنٹائن، میکسیکو اور پیرو میں اسٹیک ہولڈرز کی ایک وسیع رینج کے لیے ٹرینرز کی تربیت کا اہتمام کیا گیا: جیسے ڈاکٹرز، ہیلتھ مینیجرز، میڈیکل ایجوکیٹرز اور سول سوسائٹی کے سرگرم کارکنان۔ آن لائن مہمات، تعلیمی اور پیشہ ورانہ میٹنگوں میں پھیلاؤ اور کلیدی ویب سائٹس کے ذریعے پیغام کو لاطینی امریکی خطے میں دور دور تک پہنچایا گیا۔ 2012 میں کی گئی ایک کوالیٹی اسٹڈی سے پتا چلا کہ حکمت عملی سے دونوں یعنی صحت کی بنیاد پر اسقاط حمل اور اسقاط حمل کے قانونی طریقہ کے کمیسرز کی کل تعداد میں اضافہ ہوا ہے جو کولمبیا میں دو این جی اوز (Orientamé اور Profamilia) کے ذریعے ملک بھر میں چلائی جانے والی SRH سہولیات ہیں جو رہے تھے۔ مثال کے طور پر، Orientamé کی سہولیات میں اسقاط حمل کی کل تعداد 07-2006 میں 36 سے بڑھ کر 2011 میں 4066 ہو گئی، اور صحت کی بنیاد پر اسقاط حمل کا تناسب، 22% سے 99.7% (González Vélez 2011)۔

دکلاء کو اس بات کو سمجھنے کی ضرورت ہے کہ اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال اور نقصانات میں کمی کے راستے پر چلنا عبوری حکمت عملی ہے جو سب کے لیے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کا ہدف حاصل کرنے کی منزل کی طرف لے جاتی ہے۔ اردین (2012) کے الفاظ میں،

"خواتین کی ضروریات کو پورا کرنے اور نقصان میں کمی (بشمول پی اے سی) سے حکومتیں ان ضروریات کو پیدا کرنے والی بدسلوکی، جاہلانہ، یا محدود کاؤٹوں کو دور کرنے کی اپنی ذمہ داری سے بری نہیں کر دیتی ہے۔" (Erdman 2012)۔

3.2.4 اسقاط حمل کے لیے 'صحت کی بنیادوں کی توسیع شدہ تشریح' ("صحت کی استثنیٰ")

جن 56 ممالک میں اسقاط حمل پر پابندی ہے مگر صحت کی بنیادوں پر اسقاط حمل کی اجازت ہے، یعنی اگر حمل عورت کی صحت کے لیے بڑا خطرہ ہے۔ ان ممالک میں سے تقریباً نصف (25) میں، ذہنی صحت کے لیے خطرہ بھی اسقاط حمل کے لیے قانونی بنیاد ہے (CRR 2019a)۔ تاہم، 'صحت کے لیے خطرہ' کی اکثر مختصر تشریح کی جاتی ہے جس کا مطلب عورت کی زندگی کے لیے آنے والا خطرہ ہے۔ اس طرح بہت سی خواتین کے لیے اسقاط حمل تک رسائی محدود ہو جاتی ہے۔ ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن کا آئین اور اقتصادی، سماجی اور ثقافتی حقوق کا بین الاقوامی معاہدہ "تمام افراد کے جسمانی، ذہنی اور سماجی بہبود کے اعلیٰ ترین معیار کے حصول کے حق" کو برقرار رکھتا ہے (WHO, 1946; CESCR 2000)۔ مزید، ڈبلیو ایچ او کے مطابق، منفی اثرات کا خطرہ کسی شخص کو صحت کے خطرے سے دوچار سمجھنے کے لیے کافی ہے، نقصان درحقیقت ہو جانے کی ضرورت نہیں ہے (WHO 2002)۔ صحت اور صحت کے خطرے کی ان وسیع تر تشریحات کو استعمال کرنے سے 'صحت کی بنیادیں' یا 'تقریبی قانون میں صحت کی رعایت' کو وسیع پیمانے پر اشاروں (indicators) کے لیے لاگو کرنے کی اجازت ملے گی، اور قانونی اور محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک خواتین کی رسائی کو وسعت ملے گی۔

انسانی حقوق کے معاہدے کے کئی ادارے بشمول چائلڈ رائٹس کمیٹی (سی آر سی)، کمیٹی برائے شہری اور سیاسی حقوق (سی سی پی آر)، اور کمیٹی آگینسٹ نارچر (سی اے ٹی)، خواتین سے امتیازی سلوک کے خاتمے سے متعلق کمیٹی (CEDAW کمیٹی) اور اقتصادی، سماجی اور ثقافتی حقوق کی کمیٹی (CESCR کمیٹی) نے محفوظ اسقاط حمل کے لیے 'صحت کی بنیادوں' کی تشریح کی ہے جس میں عصمت دری اور بدکاری کے نتیجے میں ہونے والے حمل شامل ہیں، (CAT 2011، پیرا 22؛ CCPR 2014، پیرا 9؛ CEDAW 2009، پیرا 12؛ سی آر سی 2007، پیرا 56؛ سی آر سی 2011، پیرا 64؛ ای ایس سی آر کمیٹی 2004، پیرا 53؛ ای ایس سی آر کمیٹی 2010، پیرا 29 اور مہلک جنین کی غیر طبعی صورت میں (سی اے ٹی 2011، پیرا 22؛ سی سی پی آر 2005؛ سی سی پی آر 2014، پیرا 9؛ سی آر سی 2011، پیرا 64)۔ پیرا گوئے کنٹری رپورٹ میں (CAT 2011) نے اپنی حتمی سفارشات میں کہا کہ جب جنسی تشدد اور حرمت سے بدکاری کا شکار ہونے والی خواتین کو اسقاط حمل سے انکار کیا جاتا ہے:

کی خواتین کو یہ اشارہ دیا ہے کہ یہ خواتین کے لیے محفوظ اور موثر طریقے ہیں۔

3.3 پابندی والے قوانین سے ماورا: اسقاط حمل تک رسائی کے لیے دیگر ریگولیٹری، طبی اور انتظامی رکاوٹیں

- یہاں تک کہ جب کسی ملک میں اسقاط حمل کا قانون "پابندی" کے زمرے میں نہیں آتا ہے، تب بھی خدمات کی فراہمی سے متعلق بہت سی طبی اور ضابطے کی رکاوٹیں ہیں۔ ان میں شامل ہیں، مثال کے طور پر،
- صحت کے قوانین، پالیسیوں یا پروٹوکول کے ساتھ ساتھ فوجداری قوانین کی بقائے باہمی جو مخصوص شرائط کے تحت اجازت اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو کنٹرول کرتی ہے۔
- حمل کی حدود (limits) کا نفاذ
- فراہم کنندہ، سہولت اور طریقوں سے متعلق پابندیاں
- لازمی اور متعصبانہ مشاورت، لازمی انتظار کی مدت، اور الٹراساؤنڈ ایجنز دیکھنا/جینن کے دل کی دھڑکنوں کو سننا
- فریق ثالث کی اجازت کی ضرورت: متعدد صحت کے پیشہ ور افراد کی طرف سے اجازت۔ میاں بیوی اور والدین کی اجازت؛ دماغی صحت کے حالات یا معذوری کے ساتھ رہنے والے افراد کا مخصوص معاملہ؛ قانونی شرائط پوری نہ ہونے پر عدالتی رضامندی کی ضرورت ہے۔
- صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی طرف سے ایماندارانہ اعتراض اور بدسلوکی سے بچانے کے لیے رہنما خطوط کا فقدان جو اسقاط حمل کی محفوظ دیکھ بھال تک رسائی سے انکار کرتے ہیں۔
- جنس کے تعین اور جنسی انتخابی اسقاط حمل کی ممانعت

ہم ذیل میں ہر ایک پابندی کے لیے ایک درست سائنسی دلیل کی کمی پر بحث کرتے ہیں اور دلیل دیتے ہیں کہ انہیں ہٹا دیا جانا چاہیے۔

3.3.1 مخصوص شرائط کے تحت اسقاط حمل کی اجازت دینے والے قوانین کے ساتھ ساتھ فوجداری قوانین کا وجود

دنیا کے تقریباً تمام ممالک میں، بشمول جہاں اسقاط حمل کی خدمات وسیع پیمانے پر دستیاب ہیں، اسقاط حمل کی قانونی حیثیت ان قوانین کے ذریعے قائم کی جاتی ہے جو ایسے حالات کے سیٹ کی وضاحت کرتے ہیں جن کے تحت اسقاط حمل کروانا یا حاصل کرنا قانونی ہے۔ جب یہ حالات مطمئن نہ ہوں تو اسقاط حمل ایک مجرمانہ فعل ہے۔ مثال کے طور پر، برطانیہ میں، جہاں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات نیشنلسلیڈتھ سروس (NHS) کے ذریعے وسیع پیمانے پر دستیاب ہیں، اسقاط حمل ایک مجرمانہ فعل ہے۔

کئی دہائیوں سے، خواتین کی صحت کے حامیوں نے ان بنیادوں کو بڑھانے پر توجہ مرکوز کی تھی جن کی بنیاد پر اسقاط حمل قانونی تھا۔ تاہم، موجودہ دور میں، طبی اسقاط حمل نے

5.2.3 قانونی پابندیوں اور محدود رسائی کے حالات میں خود انتظام شدہ اسقاط حمل کی سہولت کے لیے ٹیلی میڈیسن کا استعمال

ٹیلی میڈیسن اسقاط حمل میں مواصلاتی ٹیکنالوجی کا استعمال ہے جس میں صحت فراہم کرنے والے کے پاس یا کلینک کی مدد سے خود کے زیر انتظام طبی اسقاط حمل کی گولیوں کا استعمال کرتے ہوئے اسقاط حمل کا انتظام کیا جاتا ہے۔ (بیرر 2020)۔ دنیا بھر میں حقوق نسواں کی تنظیموں نے طبی اسقاط حمل کی گولیوں کا استعمال کرتے ہوئے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو بڑھانے کے لیے ٹیلی میڈیسن کا استعمال کیا ہے۔ ان کا استعمال ان لوگوں کی مدد کے لیے کیا گیا ہے جہاں اسقاط حمل قانونی طور پر محدود ہے، اسقاط حمل تک رسائی محدود ہے یا متعدد رکاوٹوں کا سامنا ہے۔ یہاں تک کہ وہاں بھی جہاں اسقاط حمل کم محدود اور دستیاب ہے۔ COVID-19 وبائی مرض کے موجودہ دور میں، یہاں تک کہ جب بہت سے ممالک نے اسقاط حمل تک رسائی کو مزید محدود کرنے کے لیے لازمی لاک ڈاؤن کو ایک موقع کے طور پر استعمال کیا ہے۔ چند ممالک نے عارضی اور عبوری اقدامات کے طور پر ٹیلی میڈیسن اور خود سے انتظام کردہ اسقاط حمل کی حمایت کی ہے۔

2005 میں، ویمن آن ویب نے طبی اسقاط حمل کی گولیوں کا استعمال کرتے ہوئے اسقاط حمل کے خود انتظام کے بارے میں معلومات اور مشاورت فراہم کرنے کے لیے ٹیمینٹس کے ذریعے چلائی جانے والی ٹیلی میڈیسن سروس قائم کی، اور ڈاک کے ذریعے طبی اسقاط حمل کی گولیاں بھی فراہم کیں۔ آج، دنیا بھر کے 26 ممالک کے پاس انفارمیشن ہاٹ لائنز ہیں اور وہ ٹیلی کمیونیکیشن ٹیکنالوجی کی ایک رینج کا استعمال کرتے ہوئے خود انتظام شدہ اسقاط حمل کے لیے معلومات اور معاونت فراہم کرتے ہیں جس میں ٹیلی فون اور ای میلز سے لے کر ایپس اور سوشل میڈیا شامل ہیں (بیرر 2020)۔

COVID-19 وبائی مرض کے دوران، آئرلینڈ، برطانیہ اور فرانس نے اسقاط حمل کے لیے ٹیلی میڈیسن کو صحت فراہم کرنے والوں کے ساتھ ذاتی رابطے، جو دونوں فریقوں کے لیے COVID-19 انفیکشن کے خطرے کو بڑھا سکتا ہے، کے بغیر رسائی کو یقینی بنانے کے طریقے کے طور پر اجازت دی ہے (بیرر 2020)۔ اس میں ٹیلی کمیونیکیشن کے کسی بھی طریقے کا استعمال کرتے ہوئے طبی اسقاط حمل کی منظوری حاصل کرنا شامل ہے، جس کے بعد انہیں گھر پر اسقاط حمل کی گولیاں مل جاتی ہیں۔ انہیں مشورہ دیا جاتا ہے کہ کس طرح اسقاط حمل کا خود انتظام کیا جائے اور گھر پر اسقاط حمل کرایا جائے۔ فالو اپ کی دیکھ بھال ٹیلی کمیونیکیشن کے ذریعے فراہم کی جاتی ہے۔

COVID-19 کے دوران صحت کی ضروری خدمات کے ایک حصے کے طور پر اسقاط حمل سے متعلق عالمی ادارہ صحت کے رہنما خطوط نے سفارش کی ہے کہ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کو قانون کی مکمل حد تک فعال کیا جانا چاہیے۔ مزید برآں، طبی سہولت پر آنے اور فراہم کنندہ اور کلائنٹ کے رابطے کو "ٹیلی میڈیسن اور سیلف مینجمنٹ اپروچز کے استعمال کے ذریعے کم کیا جانا ہے" (WHO 2020)۔

کچھ حکومتوں کی طرف سے اور ڈیبلو ایچ او کی طرف سے ٹیلی میڈیسن اور خود انتظام شدہ اسقاط حمل کے لیے وبائی مرض کے دوران محفوظ طریقے کے طور پر منظوری نے دنیا

اسقاط حمل کو جرم قرار دینے والے قانون کو ختم کریں کیونکہ وہ خواتین کی جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق کی خلاف ورزی کرتے ہیں (CRR 2020a)۔

تیسرے، اسقاط حمل کو فوجداری قوانین سے استثنیدینے کے لیے دنیا بھر میں قوانین بنائے گئے ہیں، جو اس بات کی نشاندہی کرتے ہیں کہ بحیثیت معاشرہ، ہم نے جنین کی زندگی کے تقدس سے زیادہ خواتین کی خود مختاری اور صحت کو اہمیت دینے کا انتخاب کیا ہے۔ مزید، ایک فوجداری قانون کو سب سے زیادہ سخت اقدام سمجھا جاتا ہے جو ایک ریاست لے سکتی ہے، اور یہ صرف اس وقت مناسب سمجھا جاتا ہے جب یہ اس عمل کے لیے متناسب رد عمل ہو جس کی روک تھام یا مذمت ریاست کرنا چاہتی ہے (Sheldon 2015)۔ اس کی کوئی وجہ نہیں ہے کہ اسقاط حمل جیسے صحت کے طریقہ کار کو منظم کرنے کے لیے ایک خصوصی فوجداری قانون کی ضرورت ہے۔ اس کے علم کے بغیر طبی اسقاط حمل کی گولیاں دی جاتی ہیں۔ یا فرد خطرناک یا لاپرواہی کے طریقہ کار کا نشانہ بنتا ہے جو چوٹ یا موت کا سبب بنتا ہے (Berer 2017)۔

چوتھے یہ کہ بہت سے ممالک میں جہاں اسقاط حمل تمام حالات میں مجرمانہ ہے یا صرف حاملہ خاتون کی جان بچانے کے لیے اس کی اجازت ہے، قانون کے مطابق طبی پیشہ ور افراد کو اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کی تلاش کرنے والی خواتین کی رپورٹ کرنے کی ضرورت ہے۔ طبی پیشہ ور محض تنگ یا جبری اعتراف کی بنیاد پر اور زندگی بچانے والا علاج فراہم کرنے کی شرط کے طور پر خواتین کی رپورٹ کر سکتے ہیں۔ یہ تقاضے مریض کی رازداری کے تحفظ کے لیے طبی پیشہ ور افراد کی اخلاقی ذمہ داری سے متصادم ہیں۔ مزید برآں، وہ خواتین کے صحت کے حق کی خلاف ورزی کرتے ہیں اور بعض حالات میں اسے تشدد کے خلاف کنونشن کی خلاف ورزی، ظالمانہ اور غیر انسانی سلوک سمجھا جاسکتا ہے (McCarthy 2014)۔

کینیڈا کو واحد ملک ہونے کا اعزاز حاصل ہے جس نے اسقاط حمل کو مکمل طور پر اس قانون سے ہٹا دیا ہے جو اسے محدود کرتا ہے۔ کینیڈا اسقاط حمل کو مکمل طور پر غیر مجرمانہ قرار دیتا ہے۔ اسقاط حمل کا علاج کسی دوسرے طبی طریقہ کار کی طرح کیا جاتا ہے جس کا فیصلہ عورت اور اس کے معالج کے درمیان کیا جاتا ہے (شاور نارمن، 2020)۔ ہاں 4 کینیڈا کی صورت حال کو بیان کرتا ہے، اور ثابت کرتا ہے کہ اسقاط حمل سے متعلق علیحدہ قانون نہ ہونے سے کسی بھی طرح خواتین کی زندگیوں کو خطرے نہیں ہے۔

3.3.2 اسقاط حمل تک رسائی کے لیے وقت کی حدود کا نفاذ

دنیا کے تقریباً تمام ممالک میں ایک وقت کی حد مقرر ہے جس کے بعد قانون کے تحت اسقاط حمل کی اجازت نہیں ہے۔ معمول کی بالائی حد 20 سے 24 ہفتے ہے۔ جن ممالک میں بغیر کسی وجہ کے اسقاط حمل کی اجازت دی جاتی ہے ان میں بھی حمل کی حدیں لگائی جاتی ہیں۔ کینیڈا، چین، شمالی کوریا اور ویتنام صرف وہ ممالک ہیں جن میں اسقاط حمل کے لیے حمل کی حد نہیں ہے (Baglini 2014)۔

اسقاط حمل کے خود انتظام کو ممکن بنادیا ہے۔ اگر فوجداری قوانین جاری رہتے ہیں تو خود انتظام شدہ اسقاط حمل کرنے والی خواتین کو مجرمانہ سزا کا خطرہ ہوگا۔ مثال کے طور پر ہندوستان میں، 2015 کے دوران تمام اسقاط حمل میں سے 63-83% کے درمیان طبی اسقاط حمل کی گولیوں کا استعمال کیا گیا جو صحت کی دیکھ بھال کیسیننگز کے علاوہ کہیں سے حاصل کی گئیں، جو کہ 1971 کے میڈیکل ٹرینیشن آف پریگنسی ایکٹ کے دائرہ اختیار سے باہر ہیں (سنگھ ایٹ ال-2018)

بیریر (2017) کے مطابق اسقاط حمل کو مجرمانہ قرار دینے سے مراد اسقاط حمل کے خلاف مخصوص مجرمانہ پابندیوں کو قانون سے ہٹانا ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ قانون اور متعلقہ پالیسیوں اور ضوابط کو اس طرح تبدیل کیا جائے کہ:

- محفوظ اسقاط حمل فراہم کرنے پر کسی کو سزا نہیں دی جاتی
- کسی کو اسقاط حمل کر دینے پر سزا نہیں دی جاتی
- پولیس محفوظ اسقاط حمل کی فراہمی کی تفتیش یا مقدمہ چلانے میں ملوث نہیں ہے۔

- عدالتیں یہ فیصلہ کرنے میں ملوث نہیں ہیں کہ آیا اسقاط حمل کی اجازت دی جاسکتی ہے یا نہیں۔
- اسقاط حمل کا علاج کسی دوسرے طبی طریقہ کار کی طرح کیا جاتا ہے جو خطرناک یا لاپرواہی سے متعلق موجودہ قوانین کے تحت چلایا جاتا ہے (Berer 2017)۔

اسقاط حمل کو جرم قرار دینے کی اب کوئی دلیل نہیں ہے۔ خواتین کی صحت اور SRHR کے کامیوں کے لیے یہ وقت ہے کہ اسقاط حمل کی خدمات کو کسی خاص قانون کے ذریعے منظم نہ کیا جائے اور ان کے ساتھ صحت کی دیکھ بھال کی دیگر اقسام سے مختلف سلوک کیا جائے۔ اس کی کئی وجوہات ہیں۔

شروع کرنے کے لیے، کینن قانون کا ضابطہ، جس نے بہت سی سابقہ ہسپانوی کالونیوں میں اسقاط حمل کی قانونی حیثیت کو متاثر کیا ہے، 1398 کا ہے۔ اسقاط حمل سے متعلق مجرمانہ قانون 19 ویں صدی میں نافذ کیا گیا تھا، ایک ایسے وقت میں جب اسقاط حمل ایک خطرناک جراحی طریقہ کار تھا جس میں تکنیکی مہارت کی اعلیٰ ترین سطح کی ضرورت ہوتی تھی۔ اصل قانون میں مقصد خواتین کو نقصان سے بچانے کا ہو سکتا ہے۔ اب ایسا نہیں رہا۔ طب میں ترقی نے اسقاط حمل کو، جب اسے تربیتیافتہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے موجودہ منظور شدہ پروٹوکول کے مطابق انجام دیتے ہیں، محفوظ ترین طریقوں میں سے ایک بنادیا ہے۔

دوم، اسقاط حمل پر ایک فوجداری قانون ماضی کی دنیا کی ایک چیز ہے جسے ایک ایسے وقت میں نافذ کیا گیا تھا جب خواتین کو جائیداد کے حقوق یا ووٹ کا حق حاصل نہیں تھا، اور انہیں قانونی لحاظ سے مردوں کے مساوی نہیں سمجھا جاتا تھا۔ آج کی دنیا میں قومی آئین اور انسانی حقوق کے بین الاقوامی اصولوں میں خواتین کی مساوات کو تسلیم کیا گیا ہے (Sheldon 2015)۔ مثال کے طور پر، ہیومن رائٹس کمیٹی، CEDAW اور CRC کمیٹیوں اور اقوام متحدہ کے خصوصی نمائندے برائے صحت کی طرف سے جاری کردہ عمومی تبصرے ریاستوں سے تقاضا کرتے ہیں کہ

100,000 پیدائش تھا۔ (بیری 2018)۔ جب اچھی طرح سے لیس صحت کی سہولیات (مرکز) میں تربیتیافته پیشہ ور افراد کے ذریعہ اسقاط حمل انجام دیا جاتا ہے تو سنگین پیچیدگیاں عیسے 20 ہفتوں کے حمل سے اوپر کے اسقاط حمل سے بچ دانی کا پھٹ جانا، بڑا ہیمرج اور سروائیکل پھٹ جانا انتہائیکم ہیں (گراسمین ایٹ ال۔ 2008)۔

مندرجہ بالا اسقاط حمل بعد میں ہونے والے اسقاط حمل تک رسائی کو محدود کرنے سے ان کی تعداد کم نہیں ہوتی اور نہ ہی حمل کی کوئی حد نہ ہونے سے بعد کے اسقاط حمل کے تناسب میں اضافہ ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر 2019 کی ایک اشاعت سے پتا چلا ہے کہ کینیڈا میں 20 ہفتوں کے حمل سے اوپر کے اسقاط حمل کا تناسب 0.3% تھا، جب کہ کوئٹزلینڈ، آسٹریلیا میں یہ تناسب 1.34% تھا، جس کی بالائی حد 22 ہفتے ہے (ملر 2019)۔

دوسری طرف، بعد میں اسقاط حمل تک رسائی کو محدود کرنا غیر متناسب طور پر زیادہ کمزور، خاص طور پر نوجوان خواتین کو نقصان پہنچاتا ہے۔ برطانیہ، آسٹریلیا اور امریکہ کے مطالعے سے پتا چلتا ہے کہ جنین کیلینار ملٹی کے علاوہ، خواتین کو دوسری سہ ماہی کے آخری تیسری سہ ماہی کی ابتدا میں اسقاط حمل کی ضرورت کیوں پیش آتی ہے۔ ان ہیلبے قاعدہ ماہوار بیادودھ پلانے کی وجہ سے ماہواری کی عارضی بندش اور حمل کی علامات کی شناخت میں مشکلات؛ بدسلوکی والے پارٹنر اور سماجی و اقتصادی حالات شامل ہیں۔ (ملر 2019؛ بیری 2018؛ میری اسٹوپس انٹرنیشنل 2005)۔ ہندوستان جیسے ممالک میں عصمت دریا شکار ہو جانے والی بچیوں کی نمایاں تعداد تیسری سہ ماہی میں اسقاط حمل کی خواہاں ہوتی ہے (رویندرن 2019)۔

اس طرح، یہ کہنا محفوظ ہو سکتا ہے کہ حمل کی بالائی حد کو نافذ کرنے کی کوئی سائنسی وجوہات نہیں ہیں جس کے بعد اسقاط حمل کی اجازت نہ ہو۔ ضرورت اس بات کی ہے کہ اس بات کو یقینی بنایا جائے کہ تربیتیافته فراہم کنندگان اور اچھی طرح سے لیس سہولیات موجود ہوں تاکہ ان چھوٹی اقلیتوں کی ضروریات کو پورا کیا جاسکے جنہیں ان کی ضرورت ہے۔

3.3.3 طریقوں، فراہم کنندہ اور صحت کی سہولت کی سطح سے متعلق پابندیاں

اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی میں اضافی زبردست رکاوٹیں کھڑی کی جاتی ہیں عیسے اس پر پابندیاں کہ کون سے طریقے دستیاب ہو سکتے ہیں اور صحت کی دیکھ بھال کی کس سطح پر کون اسقاط حمل فراہم کرے گا۔

ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن نے 12 سے 14 ہفتوں تک کے حمل کے 12 سے 14 ہفتوں تک کے جراحی اسقاط حمل کے محفوظ اور موثر طریقہ کے طور پر ویکیم اسپائریشن کی نظامت ہی کی ہے، 12 سے 14 ہفتوں سے زیادہ کے حمل کے لیے سرجیکل اسقاط حمل کے لیے ڈی اینڈائی، اور mifepristone اور misoprostol 9 ہفتے کے لیے تجویز کیا گیا ہے۔ 12 ہفتوں سے اوپر (WHO 2012: 123-125)۔

باکس 4: کینیڈا میں اسقاط حمل کا قانون

1988 میں، نجی عدالتوں میں پہلے کے فیصلوں کے بعد، کینیڈا کی سپریم کورٹ نے فیصلہ دیا کہ کینیڈا کا اسقاط حمل کا قانون جو صرف مخصوص بنیادوں پر اسقاط حمل کی اجازت دیتا ہے، غیر آئینی ہے۔ اس قانون کو چارٹر آف رائٹس اینڈ فریڈمز کے سیکشن 7 کی خلاف ورزی سمجھا جاتا تھا کیونکہ اس نے خواتین کے "زندگی، آزادی اور سلامتی کے حق کی خلاف ورزی کی تھی۔ کسی قانون کی عدم موجودگی میں اسقاط حمل صوبائی سطح کے ضوابط کا معاملہ بن گیا۔ کئی سالوں سے، بہت سے صوبوں نے قانون سازی کرنے کی کوشش کی، جس نے اسقاط حمل تک رسائی کو محدود کیا۔ تاہم، کینیڈا بھر کی عدالتوں نے کوئی پابندی عائد کرنے کے خلاف فیصلہ دیا۔ بعد کے عدالتی فیصلوں نے بھی اس بات کی توثیق کی کہ جنین ایک شخص نہیں تھا، اس لیے اسے پیدائش کے وقت تک انسان کے حقوق حاصل نہیں تھے۔ اسقاط حمل کی خدمات سرکاری سہولیات (مرکز صحت) میں مفت فراہم کی جاتی ہیں۔ تاہم، ملک کی وسعت کی وجہ سے، ملک کے کچھ حصوں میں اسقاط حمل کی خدمات تک جغرافیائی رسائی ایک چیلنج بنی ہوئی ہے۔

کینیڈا میں 2017 سے طبی اسقاط حمل کی دستیابی کے ساتھ، دور دراز علاقوں میں بھی اسقاط حمل تک رسائی میں نمایاں بہتری آئی ہے۔ ایک عورت جو طبی اسقاط حمل کروانا چاہتی ہے وہ حمل کے 8-9 ہفتوں کے اندر ایسا کر سکتی ہے۔ اسے اپنے قریبی معالج یانرس پر کیٹیشنر سے ملنا پڑے گا، جو اسے مشورہ دے گا، اور ضروری ٹیسٹ اور الٹراساؤنڈ اسکریننگ کرے گا۔ اگر طبی اسقاط حمل کا فیصلہ کیا جاتا ہے، تو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا - mifepristone - misoprostol کے امتزاج کا ایک نسخہ لکھ کر دیتا ہے تاکہ وہ اسے فارمیسی سے حاصل کر سکے۔ طبی اسقاط حمل کی دوائیں عام طور پر بلا قیمت دستیاب ہوتی ہیں۔ عورت خود سے mifepristone اور مسوپروسٹول اپنی سہولت کے وقت اور جگہ پر استعمال کر سکتی ہے۔ ابتدائی اعداد و شمار سے پتا چلتا ہے کہ اس انتظام کے نتائج اتنے ہی اچھے ہیں جتنے طبی نگرانی میں ہوتے ہیں۔

ماخذ: شاہینڈ من، 2020۔

حمل کے 20 ہفتوں سے اوپر کے اسقاط حمل کو ثانویاتی سرے درجے میں نگہداشت کی سہولت میں تربیتیافته پیشہ ور افراد کے ذریعہ محفوظ طریقے سے انجام دیا جاسکتا ہے۔ بڑھتے ہوئے حمل کے ساتھ اسقاط حمل کی شرح اموات میں اضافہ ہوتا ہے، لیکن بچے کی پیدائش سے متعلق اموات کی شرح سے زیادہ نہیں ہے۔ مثال کے طور پر یو ایس اے میں 2015 کے ایک قومی مطالعے سے پتا چلا ہے کہ 1998-2010 کے دوران اسقاط حمل کی شرح اموات 8 ہفتوں کے حمل کے لیے 0.3 فی 100,000 سے بڑھ کر 18 ہفتوں اور اس سے زیادہ کے حمل کے لیے 6.7 فی 100,000 سے کم تک تھی۔ امریکہ میں 2018 میں زچگی کی شرح اموات کا تناسب 8.8 فی

کے طور پر محفوظ طریقے سے فراہم کی جاسکتی ہیں۔ کم آمدنی والے ممالک جنہوں نے درمیانی درجے کے فراہم کنندگان کو اسقاط حمل کرنے کا اختیار دیا ہے، نے نتائج کو فائدہ مند پایا ہے (باکس 5)۔

تاہم، ایک یا زیادہ وجوہات کی بنا پر، تمام طریقے ان تمام ممالک میں دستیاب نہیں ہیں جہاں اسقاط حمل قانونی ہے اور اس طرح اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو محدود ہو جاتی ہے۔

بد قسمتی سے، ممالک کی اکثریت یہ شرط رکھتی ہے کہ اسقاط حمل بنیادی دیکھ بھال کی سطح پر، یا ڈاکٹر کے علاوہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کے ذریعہ فراہم نہیں کیا جاسکتا ہے۔ 158 ممالک کے اعداد و شمار کے تجزیہ سے پتہ چلا ہے کہ ایک یا زیادہ بنیادوں پر اسقاط حمل قانونی ہے 12 ممالک نے بنیادی نگہداشت کی سطح پر اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کو واضح طور پر ممنوع قرار دیا ہے (Lavelanet et. al. 2020)۔ درمیانی درجے کے فراہم کنندگان اور بنیادی صحت کے مراکز کو اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے سے خارج کرنا انسانی حقوق کے بین الاقوامی قانون کے تحت بہت سی سفارشات کے برعکس ہے جو خاص طور پر فراہم کنندگان کی حد کو بڑھانے اور سروس ڈیلیوری پوائنٹس پر زور دیتے ہیں۔

مثال کے طور پر، 205 ممالک میں سے جن کے لیے ڈیلیو ایج اوکے عالمی اسقاط حمل کی پالیسیوں کے ڈیٹا بیس سے ڈیٹا دستیاب ہے، ویکيوم اسپائریشن صرف 47 ممالک میں دستیاب تھا، جن میں افریقہ سے 10، ایشیا سے 12 اور لاطینی امریکہ کے 12 ممالک شامل ہیں۔ طبی اسقاط حمل کے لیے Mifepristone اور misoprostol صرف 42 ممالک میں دستیاب تھیں، اور D&E صرف 31 ممالک میں دستیاب تھے (GAPD 2020)۔

ڈیلیو ایج اوکے مطابق، حمل کے 12 ہفتوں تک کی ویکيوم اسپائریشن اور حمل کے نو ہفتوں تک طبی اسقاط حمل کی خدمات بنیادی نگہداشت کی سطح پر آؤٹ پیٹھنٹ پر وسیع

باکس 5:

درمیانی سطح کے فراہم کنندگان کے ذریعے اسقاط حمل کی خدمات

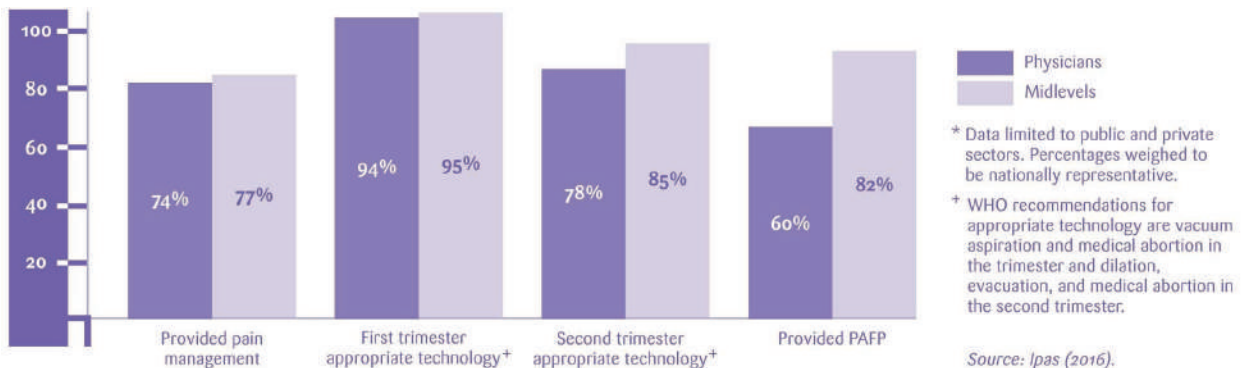
ایٹھویپیا میں، 2005 میں اسقاط حمل کے قانون کو آزاد کرنے کے بعد، درمیانی درجے کے فراہم کنندگان کو پہلی اور دوسری سہ ماہی کے اسقاط حمل کرنے کی اجازت ہے۔ 2014 کے ڈیٹا نے درمیانی درجے کے فراہم کنندگان کی کارکردگی کو محفوظ اور دیکھ بھال کے معیار کے لحاظ سے ڈاکٹروں سے کچھ بہتر پایا ہے (شکل 5)۔

ایسا لگتا ہے کہ درمیانی درجے کے فراہم کنندگان بھی کمزور گروپوں کی خواتین کی ضروریات بہتر طریقے سے پورا کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ جب کہ درمیانی درجے کے فراہم کنندگان کے کلائنٹس میں سے 55% نوجوان خواتین (>25 سال کی عمر کی) تھیں، 47% غیر شادی شدہ اور 31% کم تعلیم یافتہ تھیں۔ ڈاکٹروں کے کلائنٹس کی تعداد بالترتیب 39%، 34% اور 29% تھی (Ipas 2016)۔

Source: Ipas (2016).

درمیانی درجے کے فراہم کنندگان صحت کے کارکن ہوتے ہیں جن کے پاس 2-3 سال کی پوسٹ سیکنڈری اسکول کی صحت کی دیکھ بھال کی تربیت ہوتی ہے جو عام طور پر ڈاکٹروں اور نرسوں والے کام انجام دیتے ہیں۔ طبی تشخیصی افعال کے طور پر۔ شواہد سے پتہ چلتا ہے کہ پہلی سہ ماہی کا اسقاط حمل (حمل کے 12 ہفتوں تک کے درمیانی درجے کے فراہم کنندگان محفوظ طریقے سے فراہم کر سکتے ہیں۔ درمیانی درجے کے فراہم کنندگان اور معالجین کی طرف سے بالترتیب پہلے سہ ماہی کے جراحی اور طبی اسقاط حمل پر کیے گئے مطالعے کے ایک کوکریئن (Cochrane) جائزہ سے پتہ چلا ہے کہ دونوں قسموں کے درمیان نتائج کا کوئی خاص فرق نہیں تھا۔ میڈیکل اسقاط حمل کی ناکامی یا پیچیدگیوں اور جراحی اسقاط حمل میں پیچیدگیوں کے خطرے میں فرق نہیں تھا۔ درمیانی درجے کے فراہم کنندگان کے ذریعہ انجام دیے گئے جراحی اسقاط حمل میں خطرے کا درجہ بلند تھا، لیکن مطالعات کی تعداد کم تھی اور ڈیٹا مضبوط نہیں تھا۔ (Barnard et. al. 2015)۔

خاکہ 5: ایٹھویپیا میں خدمات فراہم کرنے والے کے درجے کے لحاظ سے اسقاط حمل کی فراہمی (2014)



رازدارانہ، غیر ہدایتی اور تربیتیافته شخص کے ذریعے ہونا چاہیے (ص 36)۔ لازمی انتظار کی مدت دیکھ بھال میں تاخیر کا باعث ہو سکتی ہے، جو خواتین کی محفوظ، قانونی اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کی صلاحیت کو خطرے میں ڈال سکتا ہے اور خواتین کے قابل فیصلہ ساز ہونے کی نفی کرتا ہے۔ (ص 96)۔

لازمی مشاورت، انتظار کی مدت اور دیگر رکاوٹیں بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون کی خلاف ورزی ہیں۔ انسانی حقوق کی کمیٹی نے شہری اور سیاسی حقوق کے معاہدے کی ریاستوں سے مطالبہ کیا ہے کہ وہ اسقاط حمل کی خدمات کے حصول میں حائل رکاوٹوں کو ختم کریں، جس کے نتیجے میں غیر محفوظ اسقاط حمل کی تلاش ان کی زندگی اور صحت کے لیے کافی خطرہ ہے۔ خواتین کے خلاف امتیازی سلوک کے خاتمے کی کمیٹی (CEDAW کمیٹی) نے واضح طور پر نوٹ کیا ہے کہ ایک ریاست کو "e" خواتین کو لازمی مشاورت اور طبی طور پر غیر ضروری انتظار کی مدت (CRR 2015) کے تابع کیے بغیر محفوظ اسقاط حمل تک رسائی کو یقینی بنانا چاہیے۔

3.3.5 فریق ثالث کی اجازت کی ضرورت

WHO تیکنیکی گائیڈ برائے اسقاط حمل (2012) واضح طور پر کہتا ہے کہ "اسقاط حمل کی خواہشمند عورت ایک خود مختار بالغ ہے۔ خود مختاری کا مطلب یہ ہے کہ ذہنی طور پر قابل بالغوں کو صحت کی خدمات تک رسائی کے لیے کسی تیسرے فریق، جیسے شوہر، ساستھی، والدین یا سرپرست کی اجازت کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ خواتین کو اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے کے لیے تیسرے فریق کی اجازت کی ضرورت نہیں ہونی چاہیے۔ اجازت کی ضرورت تشریک حیات، والدین یا ہسپتال کے حکام کی طرف سے مرد اور عورت کی مساوات کی بنیاد پر رازداری کے حق اور صحت کی دیکھ بھال تک خواتین کی رسائی کی خلاف ورزی ہو سکتی ہے۔" (ص 68)

ڈبلیو ایچ او کے علاوہ، بین الاقوامی انسانی حقوق کے معاہدے کی نگرانی کرنے والے اداروں نے بھی اسقاط حمل سمیت جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات کی فراہمی کے لیے تیسرے فریق کی اجازت کی ضرورت کو خواتین کے انسانی حقوق (CRR 2020b) کی خلاف ورزی کے طور پر تسلیم کیا ہے۔ اسی طرح، بڑی تعداد میں ممالک کو اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کے لیے فریق ثالث کی اجازت درکار ہوتی ہے۔

3.3.5.1 صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی طرف سے اجازت

عالمی اسقاط حمل پالیسی ڈیٹابیس (2020) میں 158 ممالک کے ڈیٹا کے تجزیے میں بتایا گیا ہے کہ 158 میں سے 105 ممالک (66.5%) کو ایک یا زیادہ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے اہلکاروں کی اجازت درکار ہے۔ یہ ہمیشہ واضح نہیں کیا گیا تھا کہ آیا یہ اسقاط حمل فراہم کرنے والے کے علاوہ تھا یا نہیں۔ 105 میں سے 23 ممالک میں، کم از کم دو فراہم کنندگان کو اسقاط حمل کی اجازت دینی پڑی، اور 18 ممالک میں صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے تین افراد سے اجازت درکار تھی (Lavelanet

3.3.4 لازمی اور جانبدارانہ مشاورت، لازمی انتظار کی مدت، اور الٹراساؤنڈ ایجنز دیکھنا/جین کے دل کی دھڑکنوں کو سننا

کچھ ممالک میں، خدمات کی فراہمی کی سطح پر خواتین کو درپیش رکاوٹوں کا ایک اور مجموعہ اسکرپٹ کی بنیاد پر لازمی مشاورت، اور جین کی الٹراساؤنڈ تصاویر دیکھنا یا اس سے پہلے ڈوپلرڈل کی آوازیں سننا شامل ہیں۔ وہ اسقاط حمل کروانے کے لیے باخبر رضامندی دیتے ہیں۔ یورپ کے کچھ ممالک اور امریکہ کی بہت سی ریاستیں اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے سے پہلے رضامندی کے بعد ایک سے سات دن کے درمیان ایک مقررہ، لازمی انتظار کی مدت پر اصرار کرتی ہیں (Rowlands and Thomas 2020)۔

غیر ارادی حمل والی عورت کو دستیاب تمام اختیارات پر متعلقہ اور غیر جانبدارانہ معلومات فراہم کرنا اسقاط حمل کی محفوظ خدمات کا ایک اہم جزو ہے (باب 2 دیکھیں)۔ یہ رضاکارانہ اور عورت کے فیصلوں کے احترام پر مبنی ہونی چاہیے مگر اکثر یہ لازمی مشاورت ہدایت پر مبنی ہوتی ہے اور اس کا مقصد خواتین کو اسقاط حمل کروانے سے روکنا ہے، اور اس وجہ سے یہ متعصب ہے۔ واضح طور پر، الٹراساؤنڈ تصاویر خواتین کو پیش کرنے کا ایک ہی مقصد ہے۔ انتظار کے لازمی ادوار کا مقصد خواتین کو اپنے اسقاط حمل کے فیصلے پر نظر ثانی کرنے کے لیے مزید وقت دینا ہے۔ یہ تینوں پدرانہ مداخلتیں ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خواتین جلد بازی میں فیصلہ کر رہی ہیں جس پر انہیں بعد میں پچھتاوا ہو سکتا ہے (ملک 2006)۔ تاہم، یہ مفروضہ ثبوت پر مبنی نہیں ہے۔ USA میں ایک حالیہ طولانی مطالعہ سے پتہ چلتا ہے کہ ان کے اسقاط حمل کے پانچ سال بعد، صرف 1% خواتین نے اپنے اسقاط حمل پر افسوس کا اظہار کیا، اور یہ کہ زیادہ تر خواتین نے پورے فالو اپ کے دوران راحت محسوس کی (Rocca et. al. 2020)۔ متعدد مطالعات سے یہ بھی پتہ چلتا ہے کہ رضاکارانہ طور پر الٹراساؤنڈ دیکھنا خواتین کو اسقاط حمل سے نہیں روکتا۔ (Upadhyay et. al. 2017, Gatter et. al. 2014, Kimport et. al. 2013)

دوسری طرف، لازمی انتظار کے دورانیے کے نتیجے میں اضافی ملاقات کی ضرورت ہوتی ہے، تاخیر جس سے لاگت میں اضافہ ہو سکتا ہے، اور کچھ خواتین اسقاط حمل کے لیے اپنی حمل کی حد سے باہر ہو سکتی ہیں، جس سے عورت کو خاصی پریشانی کا سامنا کرنا پڑتا ہے (رولینڈز اور تھامس 2020)۔ 2018 میں بلائے گئے امریکہ میں مقیم ایک ماہر بینیل نے پایا کہ اسقاط حمل کروانے سے پہلے انتظار کی مدت کا تقاضہ کرنے سے مریض کے لیے پیچیدگیوں کا خطرہ اور پروسیجر کی لاگت دونوں میں اضافہ ہو سکتا ہے۔ اس بات کا کوئی ثبوت نہیں کہ انتظار کی مدت اسقاط حمل کی حفاظت کو بہتر بناتی ہے (نیشنل اکیڈمی میڈیسن، انجینئرنگ اینڈ میڈیسن 2018)۔

ڈبلیو ایچ او ٹیکنیکل گائیڈنس (2012) اسقاط حمل کی خدمات میں اس طرح کی رکاوٹوں کے خلاف ہدایت دیتا ہے: "بہت سی خواتین نے دیکھ بھال کرنے سے پہلے اسقاط حمل کا فیصلہ کیا ہے، اور اس فیصلے کا احترام کسی عورت کو لازمی مشاورت سے مشروط کیے بغیر کیا جانا چاہیے۔ ایسی خواتین کے لیے مشاورت کی فراہمی جو یہ چاہتی ہیں رضاکارانہ،

et. al. 2020)۔ ان ممالک میں جہاں ڈاکٹروں کی آبادی کا تناسب کم ہے اور جہاں دیہی ماحول میں ڈاکٹروں کی تعداد کم ہے، دو یا دو سے زیادہ فراہم کنندگان سے اجازت کی ضرورت خواتین کی ایک بڑی تعداد کے لیے مؤثر طریقے سے اسقاط حمل کی رسائی کو ختم کر دے گی۔

3.3.5.2 شوہر کی اجازت

12 ممالک میں، 11 ایشیا میں اور ایک افریقہ میں، قانون کا تقاضا ہے کہ اسقاط حمل کی خواہش کرنے والی عورت کو اس کے شریک حیات کی اجازت ہو۔ شریک حیات کی رضامندی چند دوسرے ممالک میں بھی ضروری ہے، لیکن صرف خاص حالات میں۔ مثال کے طور پر، کرغزستان میں، ایک عورت سماجی وجوہات کی بنا پر اسقاط حمل کی خواہاں ہے۔ شریک حیات کی اجازت کی ضرورت ہوگی۔ منگولیا میں جنین کی بے ضابطگی یا عورت کی زندگی کو خطرہ ہونے کی وجہ سے اسقاط حمل کے لیے شریک حیات کی اجازت کی ضرورت تھی، اور ملائیشیا میں، اگر عورت مسلمان ہے تو اسے اسقاط حمل کے لیے شریک حیات کی اجازت کی ضرورت ہے۔ (Lavelanet et. al. 2020)

3.3.5.3 والدین کی اجازت

اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے والے نابالغوں سے والدین کی اجازت کا تقاضہ تیسرے فریق کی اجازت کی ضرورت کی ایک اور مثال ہے۔ کچھ ممالک میں، مثال کے طور پر ایتھوپیا، فجی، فن لینڈ، فرانس، گیانا، اسرائیل، نیوزی لینڈ، جنوبی افریقہ اور سویڈن میں اسقاط حمل کے قانون کی دفعات کے تحت نابالغ اکیلے اپنے اسقاط حمل کے لیے رضامندی دے سکتی ہے (Skuster 2013)۔ 158 ممالک میں سے ایک تہائی (57/158) GAPD میں نابالغوں کے لیے والدین کی اجازت درکار ہے۔ 57 میں سے صرف 41 ممالک عمر کی حد بتاتے ہیں جس کے بعد والدین کی رضامندی درکار ہوتی ہے، جو 14 سے 18 سال کے درمیان ہے اور جس کی اوسط 16 سال ہے (Lavelanet et. al. 2020)۔

ڈبلیو ایچ او مشورہ دیتی ہے کہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے نو عمر کو ان کی "پیش کردہ علاج اور دیکھ بھال کے اختیارات کو سمجھنے کی صلاحیتوں کے مطابق مطلع کریں، مشورہ دیں اور علاج کریں، نہ کہ عمر کے من مانی عمر طے کر کے (WHO 2012 p. 68)۔" معالجین کو اپنے نو عمر کلائنٹ کی ابھرتی ہوئی خود مختاری کو تسلیم کرنا چاہیے، اور یہ سمجھنا چاہیے کہ وہ اپنے کچھ یا تمام طبی فیصلے کرنے کے لیے کافی حد تک "بالغ" ہو سکتی ہے۔ اس تناظر میں "بالغ" کا مطلب ہے کہ وہ اس طریقہ کار کی نوعیت اور نتائج کو سمجھنے کی اہلیت رکھتی ہے جس سے وہ گزرنے والی ہے، اور اس کے لیے باخبر رضامندی فراہم کرتی ہے (RCPS 2020)۔

بکس 6 اسقاط حمل کے قوانین اور پالیسیوں کی کچھ مثالیں فراہم کرتا ہے جو نوجوانوں کے بہترین مفاد میں ہیں اور ان کی خود مختاری کا احترام کرتے ہیں۔

بکس 6:

نوعمر کے بہترین مفاد میں اسقاط حمل کے قوانین اور پالیسیوں کی مثالیں

ساؤتھ افریقہ: چوائس آن ٹرینیشن آف پریگننسی ایکٹ، 1996

حاملہ نابالغ کی صورت میں، ایک طبی پریگنٹیشن یا رجسٹرڈ ڈاکٹر یا رجسٹرڈ نرس، جیسا کہ معاملہ ہو، ایسی نابالغ کو حمل ختم ہونے سے پہلے اس کے والدین، سرپرست، خاندان کے افراد یا دوستوں سے مشورہ کرنے کا مشورہ دے گا: بشرطیکہ حمل کے خاتمے سے انکار نہ کیا جائے کیونکہ ایسی نابالغ ان سے مشورہ نہ کرنے کا انتخاب کرتی ہے۔

گھانا: گھانا ہیلتھ سروس۔ غیر محفوظ اسقاط حمل کی روک تھام اور انتظام، جامع اسقاط حمل کی دیکھ بھال کی خدمات کے معیارات اور پروٹوکول، 2012۔

اگر نابالغوں نے پہلے ہی والدین یا کسی قابل اعتماد بالغ سے مشورہ نہیں کر لیا ہے تو سروس فراہم کرنے والے کو چاہیے کہ وہ انہیں ایسا کرنے کی ترغیب دے، بشرطیکہ ایسا کرنے سے نابالغ کو جسمانی یا باقی نقصان کا خطرہ نہ ہو۔ تاہم، اسقاط حمل کی خدمات سے انکار نہیں کیا جائے گا کیونکہ ایسے نابالغ ان سے مشورہ نہ کرنے کا انتخاب کرتے ہیں۔

والدین، قریبی رشتہ دار، لو کو پیئر نٹس (والدین کی جگہ) میں کام کرنے والا کوئی اور بالغ یا تربیتیافته سروس فراہم کنندہ نابالغ کی جانب سے رضامندی دے سکتا ہے۔ نابالغ کی رازداری کا احترام کیا جانا چاہیے، معمول کے اس استثناء کے ساتھ جو مریض اور سروس فراہم کرنے والے کی رازداری پر لاگو ہوتے ہیں۔

زیمبیا: وزارت صحت۔ زیمبیا میں غیر محفوظ اسقاط حمل کی بیماری اور اموات کو کم کرنے کے معیارات اور رہنما خطوط۔ 2009۔

معیار 3: سہولیات (مرکز) کو اس بات کو یقینی بنانا چاہیے کہ نوجوان باخبر اور آزاد فیصلے کریں جن پر ان نوجوانوں میں دلچسپی رکھنے والے لوگوں کی طرف سے کوئی زبردستی نہ ہو۔

ہدایات:

1. تیسرے فریق کی اجازت کے بغیر فیصلہ سازی میں خود مختاری کے احترام کو یقینی بنائیں۔
2. فراہم کنندگان کو نابالغ کے مفاد میں نیک نیتی سے کام کرنا چاہیے اور اس میں والدین یا سرپرست کی رضامندی کو چھوڑنا شامل ہو سکتا ہے۔

ماخذ: سکسٹر، 2013۔

کو کسید و سری آسانی سے قابل رسائی صحت کی سہولت میں بھیجیں جہاں انہیں اسقاط حمل کی خدمات کی ضمانت دی گئی ہو۔ اگر اس طرح کا حوالہ دینا ممکن نہیں ہے، تو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو اعتراض کے باوجود عورت کی زندگی بچانے اور اس کی صحت کو سنگین نقصان سے بچانے کے لیے اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنی ہوں گی۔ (p. 96, WHO 2012)۔

GAPD کے اعداد و شمار کا تجزیہ کرنے والے ایک مطالعہ سے ان ممالک کے لیے جہاں ایک یا زیادہ بنیادوں پر اسقاط حمل کو قانونی قرار دیا ہے، پتہ چلا ہے کہ 158 میں سے 56 ممالک صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو اسقاط حمل کی فراہمی پر ایماندارانہ اعتراض کی اجازت دیتے ہیں۔ ان ممالک میں سے تقریباً نصف میں (29/56)، صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا اس عورت کو کسی دوسرے فراہم کنندہ کے پاس ریفر کرے گا جو اسے قانونی اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرے گا، اور اگر عورت کی جان کو خطرہ ہو تو 21 ممالک ایماندارانہ اعتراض کی اجازت نہیں دیتے (Lavelanet et al 2020)۔ بڑی تعداد میں ممالک اس بات کی وضاحت نہیں کرتے ہیں کہ آیا ایماندارانہ اعتراض کی اجازت ہے یا نہیں، اور اس سے اسقاط حمل کی محفوظ خدمات تک خواتین کی رسائی کو بڑا نقصان پہنچ سکتا ہے۔

سوچ، ضمیر اور مذہب کی آزادی کے لیے ہر ایک کا حق ملکی قانون سازی میں محفوظ ہے اور اسے انسانی حقوق کے بین الاقوامی قانون میں تسلیم کیا گیا ہے، لیکن اسے عوامی تحفظ، صحت اور دوسروں کے بنیادی حقوق کے تحفظ تک محدود کیا جاسکتا ہے خاص طور پر محفوظ اسقاط حمل کی دیکھ بھال کے حق کو یقینی بنانے کے لیے۔

بین الاقوامی انسانی حقوق کے معاہدے کی نگرانی کرنے والے اداروں نے اپنے متعدد اعلانات کے ذریعے یہ موقف اختیار کیا ہے کہ جب کوئی ریاست جنسیا تولیدی صحت کی خدمات کی فراہمی پر ایماندارانہ اعتراض کی اجازت دیتی ہے تو ریاست کو چاہیے کہ:

- "صحت کی سرکاری اور نجی دونوں سہولیات میں، ایک مناسب تعداد اور رضامند فراہم کنندگان کی مناسب جغرافیائی تقسیم کی ضمانت دے
- افراد پر مخلصانہ اعتراضات کی درخواست کو محدود کریں اور ادارہ جاتی نگہداشت سے انکار پر پابندی لگائیں
- اس بات کو یقینی بنانے کے لیے ایک موثر ریفرل سسٹم قائم کریں کہ مریض کسی دوسرے طبی پیشہ ور تک رسائی حاصل کر سکیں جو اسقاط حمل کی دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے تیار اور قابل ہو۔
- انکار کی قانونی حیثیت پر واضح حدیں لگائیں، جیسے یسٹینی بنانا کہ فوریہنگامی حالات میں ان کی اجازت نہ ہو۔
- مناسب نگرانی اور عملدرآمد کے طریقہ کار کو نافذ کریں، بشمول انکار کرنے والے طبی پیشہ ور افراد کی تعداد اور مقامات کی نگرانی کرنے کے لیے موثر نظام اور قوانین اور انکار کے طریقے کو ریگولیٹ کرنے کے لیے پالیسیوں کی تعمیل کی نگرانی کرنے کے لیے انہیں تعمیل نہ کرنے کے مسئلے کو حل کرنے، منظوری دینے اور روکنے کے لیے با معنی عملدرآمد کے طریقہ کار کو بھی قائم اور نافذ کرنا چاہیے (CRR-2020d)۔

3.3.5.4 فکری یا ذہنی معذوری والے افراد کے معاملے میں سرپرست کی اجازت

اگرچہ مساوات اور عدم تفریق انسانی حقوق کے طویل عرصے سے قائم اصول ہیں، لیکن بہت سے ممالک ذہنی اور دانشورانہ معذور کی حالت میں فرد کے کم قانونی اختیارات پر یکساں ہیں۔ نتیجتاً، ایک قانونی سرپرست کو ذہنی فکری معذوری (FRA 2013) والے بالغ فرد کی جانب سے تمام فیصلے کرنے کا حق حاصل ہے۔ اس میں یہ فیصلہ کرنے کا حق شامل ہے کہ آیا معذور فرد اسقاط حمل سے گزر سکتا ہے۔

خود مختاری ایک مرکزی اصول اور بنیادی قانونی ذمہ داری ہے جس کا تذکرہ اقوام متحدہ کے معذور افراد کے حقوق کے کنونشن (CRPD) میں کیا گیا ہے۔ CRPD کا تقاضا ہے کہ وہ ریاستیں جنہوں نے اس معاہدے کی توثیق کی ہے وہ تسلیم کریں کہ معذور افراد زندگی کے تمام پہلوؤں میں دوسروں کے ساتھ برابری کی بنیاد پر قانونی صلاحیت رکھتے ہیں، اور صرف معذوری قانونی صلاحیت سے محرومی کا جواز نہیں بنتی (FRA 2013)۔ سی آر پی ڈی کمیٹی نے توثیق کرنے والی ریاستوں پر زور دیا کہ وہ اپنے قوانین میں اصلاحات کریں تاکہ 'متبادل' فیصلہ سازی کو 'تعاون یافتہ' فیصلہ سازی سے بدل دیا جائے، جو شخص کی خود مختاری، ترجیحات اور مرضی کا احترام کرتا ہے (CRPD کمیٹی 2014)۔

CRPD کی دفعات کی ہماری تشریح حسب ذیل ہے۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا ذہنی فکری معذوری والے شخص کو اسقاط حمل کے طریقہ کار اور اسقاط حمل کروانے یا نہ کروانے کے نتائج کے بارے میں معلومات فراہم کرنے کا پابند ہے۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اور/یا اس کے سرپرست کے تعاون سے فیصلہ کرنا متعلقہ فرد کا اختیار ہے۔ اگر کوئی شخص شدید ذہنی معذوری کا شکار ہو جس کی وجہ سے ایسا عمل ناممکن ہو تو اسقاط حمل کے قانون کو واضح طور اس کا طریقہ کار بیان کرنا چاہیے کہ فیصلے پر کس طرح پہنچا جائے گا۔ جب تک اسقاط حمل کروانے والی عورت اپنی خواہشات اور ترجیحات کو ظاہر کرنے کے قابل ہے، یہ اس کا فیصلہ ہے جو غالب آنا چاہیے۔

3.3.6 صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی طرف سے مخلصانہ اعتراض

اسقاط حمل کی دیکھ بھال کے تناظر میں، ایماندارانہ اعتراض اس وقت ہوتا ہے جب صحت کی دیکھ بھال کرنے والا کارکن یا ادارہ ضمیر یا مذہبی عقیدہ (CRR 2020c) کی بنیاد پر اسقاط حمل کی خدمات یا معلومات کا انتظام کرنے سے انکار کرتا ہے۔

عالمی ادارہ صحت تسلیم کرتا ہے کہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو انسانی حقوق کے بین الاقوامی قانون کے تحت فکر، ضمیر اور مذہب کی آزادی کا حق حاصل ہے۔ یہیہ بھی بتاتا ہے کہ ایسے حقوق سے لطف اندوز ہونا دوسروں کے انسانی حقوق کے تحفظ کے لیے ضروری حدود سے مشروط ہے۔

اس کے مطابق، صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی ذمہ داری ہے کہ وہ خواتین

سویڈن، فن لینڈ اور آئس لینڈ جیسے ممالک نے جو اپنے اسقاط حمل کے قوانین میں دیانتدارانہ اعتراضات کا کوئی ذکر نہیں کرتے، خواتین کے جنسی اور تولیدی حقوق کو برقرار رکھنے کے لیے ان کے غیر متزلزل عزم کی وجہ سے اسقاط حمل کے خلاف تحریک کے چیلنجوں کے باوجود کامیابی کے ساتھ اس پریکٹس پر پابندی لگا دی ہے (Fiala et. al. 2016) (Box 7)۔ اس طرح کی مثالوں کو خواتین کی صحت کے حامیوں کے ذریعہ برقرار رکھا جانا چاہئے تاکہ باضمیر اعتراض کو بالآخر ہر جگہ مسترد کر دیا جائے اور اسے بے کار سمجھا جائے، جیسا کہ ہونا چاہئے۔

3.3.7 دیگر قوانین جو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی میں مداخلت کرتے ہیں۔

3.3.7.1 جنس کے تعین اور جنس کے انتخابی اسقاط حمل کو روکنے والے قوانین

دنیا کے کچھ حصوں میں، جنس کے تعین اور جنسی انتخابی اسقاط حمل کی ممانعت نے اسقاط حمل تک رسائی میں ایک اور رکاوٹ کھڑی کر دی ہے۔ ہمارا استدلال ہے کہ ایسی پابندیوں کو ختم کرنے کی ضرورت ہے۔

اگرچہ بیٹے کی ترجیح ایک عالمی رجحان ہے جو تاریخی طور پر موجود ہے، لیکن اس کے نتیجے میں جنوبی، مشرقی اور وسطی ایشیا کے کچھ ممالک میں صنفی تعصب پر مبنی جنس کا انتخاب ہوا ہے۔ ہندوستان، چین، جنوبی کوریا، تائیوان، آرمینیا اور آذربائیجان جیسے ممالک میں، صنفی تعصب پر مبنی جنس کے انتخاب کے نتیجے میں لڑکوں کا تناسب زیادہ ہو جاتا ہے۔

مندرجہ بالا میں سے بہت سی شرائط کو غلطی اور نچلیے متوسط آمدنی والے ممالک کی ایک بڑی اکثریت میں پورا کرنا بہت مشکل ہوگا جہاں صحت کا مضبوط انفراسٹرکچر نہیں ہے۔ درحقیقت، مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ زیادہ آمدنی والے ممالک میں بھی، فراہم کنندگان ایماندارانہ اعتراض کے تقاضوں کی تعمیل نہیں کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، وکٹوریہ، آسٹریلیا میں، اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی پر ایمانداری سے اعتراض کرنے والے فراہم کنندگان کو خواتین کو ایسے فراہم کنندہ کے پاس بھیجنے کی ضرورت تھی جو اسقاط حمل کرے گا۔ تاہم، فراہم کنندگان کے لیے یہ عام رواج تھا کہ وہ اپنے مریضوں کو یہ مشورہ نہ دیں کہ وہ محفوظ اسقاط حمل کہاں کر سکتے ہیں۔ فراہم کنندگان نے روکے جانے کے مختلف حربوں کا استعمال کرتے ہوئے خواتین کی اسقاط حمل تک رسائی میں تاخیر کرنے کا رجحان بھی رکھا، یا خواتین کو احساس جرم دلانے کی کوشش کی (Keogh et.al. 2019)۔ اٹلی سے ہونے والی ایک تحقیق نے، جہاں 71% ماہر امراض زچگی باضمیر اعتراض کرنے والوں کے طور پر رجسٹرڈ تھے، ظاہر کیا کہ ایماندارانہ اعتراض بالخصوص کم آمدنی والے خطوں میں رہنے والی معاشی پسماندگی کی شکار خواتین کے لیے اسقاط حمل تک رسائی میں اچھی خاصی رکاوٹ ڈالتا ہے (Autorinio et. al. 2020)۔

ایک مخالف نقطہ نظر یہ ہے کہ ایماندارانہ اعتراض، فوجی خدمات سے متعلق ایک تصور، کی صحت کی دیکھ بھال کی خدمات کی فراہمی میں کوئی جگہ نہیں ہے۔ اس پوزیشن کے مطابق، تولیدی صحت کی دیکھ بھال میں ایماندارانہ اعتراض ایک حق نہیں بلکہ علاج سے غیر اخلاقی انکار ہے۔ اور یہ کہ یہ مریضوں کے لیے پیشہ ورانہ ذمہ داریوں کو ترک کرنے کی نمائندگی کرتا ہے۔ جس کی قیمت مریضوں کو ادا کرنی پڑتی ہے۔ وہ اس بات کی وکالت کرتے ہیں کہ ریاستوں کے پاس ایسی پالیسیاں ہونی چاہئیں جن پر اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی پر ایماندارانہ اعتراضات سے انکار کیا جائے۔ (Fiala and Arthur 2017)۔

باکس 7:

ضمیری اعتراض کے لیے نہیں۔ سویڈن کا معاملہ

والوں کے لیے ایماندارانہ اعتراض متعارف کرانے کی تجاویز کو مسلسل مسترد کر دیا ہے۔ اسقاط حمل کی دیکھ بھال طبی تربیت کا ایک لازمی جزو ہے۔ وہ لوگ جو Ob/Gyn یا ڈوائف بننا چاہتے ہیں وہ اسقاط حمل کی دیکھ بھال میں لازمی تربیت سے گزرتے ہیں، اور ان کے پاس آپٹ آؤٹ کا اختیار نہیں ہے۔ طبی حکام یہ موقف اختیار کرتے ہیں کہ جو اسقاط حمل کرنے پر اعتراض کرتے ہیں وہ Ob/Gyn یا ڈوائف بن سکتے۔ ایماندارانہ اعتراضات پر پابندی کے قانونی چیلنجز اب تک کامیاب نہیں ہوئے ہیں۔ وجہ یہ ہے کہ عدالتوں اور ٹریبونلز نے اب تک یہ فیصلہ دیا ہے کہ تولیدی صحت کی دیکھ بھال کا خواتین کا حق صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے ذاتی اعتقاد کی وجہ سے دیکھ بھال سے انکار کرنے کے حق سے کہیں زیادہ ہے۔

سویڈن نے اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی پر ضمیری اعتراض پر بنیادی طور پر پالیسی اور عمل کے ذریعے کامیابی سے پابندی نافذ کر دی ہے۔ اسقاط حمل کا قانون حقوق پر مبنی ہے۔ خواتین خود ہی اپنے آپ کو ریفر کر سکتی ہیں اور انہیں حمل کے 18 ہفتوں تک اسقاط حمل کی کوئی وجہ بتانے کی ضرورت نہیں ہے۔ یہ قانون ہسپتال کے تمام شعبہ امراض نسوان / امراض نسوان کو بلا تاخیر عورت کی درخواست پر اسقاط حمل کرنے کا پابند کرتا ہے۔ سویڈش خواتین کے لیے، اسقاط حمل کی قیمت، 20-30 یورو، دیگر تمام صحت عامہ کی خدمات کے برابر ہے، اور مہاجرین کے لیے مفت ہے، کیونکہ اسے ہنگامی دیکھ بھال سمجھا جاتا ہے۔

اگرچہ اسقاط حمل کا قانون ایماندارانہ اعتراض پر خاموش ہے، لیکن پالیسی اس کی اجازت نہ دینے کی ہے۔ سویڈش پارلیمنٹ نے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے

3.3.8 گلوبل گیگ اصول اور کم درمیانی آمدنی والے ممالک میں اسقاط حمل کی خدمات کی دستیابی پر اس کا اثر

صرف قومی قوانین اور پالیسیاں ہی نہیں ہیں جو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک خواتین کی رسائی میں رکاوٹیں کھڑی کرتی ہیں۔ 1984 کے بعد سے، جب صدر رونالڈ ریگن نے پہلی بار میکسیکو سٹی پالیسی پر دستخط کیے، جسے 'گلوبل گیگ رول' (GGR) کے نام سے جانا جاتا ہے، مختلف امریکی صدور نے بھی GGR کی تجدید کا انتخاب کرتے ہوئے، محفوظ اسقاط حمل تک خواتین کی رسائی کے ساتھ ساتھ دیگر جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات کی ایک حد کا تعین کیا۔

جنوری 2017 میں، ٹرمپ انتظامیہ نے گلوبل ہیلتھ اسٹینڈس میں زندگی کی حفاظت کو نافذ کیا جو GGR پر ٹرمپ انتظامیہ کی جانب سے ایک دیگر صورت تھی۔ اس اصول کا اطلاق تمام غیر ملکی غیر سرکاری تنظیموں (این جی اوز) پر ہوتا ہے جو امریکی فنڈنگ اور تکنیکی مدد حاصل کرتے ہیں۔ اس میں یہ شرط عائد کی گئی تھی کہ کسی بھی مقصد کے لیے امریکی حکومت (بشمول USAID) سے (نہ صرف SRH خدمات بلکہ WASH، HIV/AIDS وغیرہ کے لیے) کوئی فنڈ حاصل کرنے والی تنظیم کو درج ذیل سے روک دیا گیا تھا۔

- اسقاط حمل فراہم کرنا
- خواتین کو مشورہ دینا کہ اسقاط حمل ان کے لیے ایک آپشن ہو سکتا ہے۔
- اسقاط حمل کی وکالت، مثال کے طور پر اسقاط حمل کی دیکھ بھال تک رسائی میں اضافہ یا زیادہ ترقی پسند قانون سازی کے لیے حکومتوں کی وکالت
- خواتین کو دوسری تنظیموں کے حوالے کرنا جو اسقاط حمل فراہم کرتی ہیں (IPPF 2019)۔

کینیا، نیپال، نائیجیریا اور جنوبی افریقہ میں سو سے زائد اسٹیک ہولڈرز کے انٹرویوز پر مبنی انٹرنیشنل وومنز ہیلتھ کولیشن کی ایک تحقیق کے مطابق، توسیع شدہ GGR کے نتیجے میں براہ راست اسقاط حمل اور خاندانی منصوبہ بندی اور جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات کی ایک پوری رینج بھیجی دستیابی میں کمی آئی ہے، اور انٹرنیشنل پلانڈ پیرنٹ ہڈ فیڈریشن (IPPF) اور میری اسٹوپس انٹرنیشنل کی رپورٹس دنیا کے چند غریب ترین ممالک میں سینکڑوں خاندانی منصوبہ بندی کے کلینکس اور اسقاط حمل کی سہولیات کی بندش کی بات کرتی ہیں، جو ہزاروں خواتین کی زندگیوں اور صحت کو خطرے میں ڈالتی ہیں (Marie Stopes US 2018; IPPF 2019)۔

In a welcome move, the new Biden-Harris administration repealed the GGR through a Presidential Memorandum issued on 28 January, 2021. The Memorandum also declared the withdrawal of US from the sponsorship of the anti-abortion and anti-LGBTQ Geneva Consensus Declaration (Kaufman 2021). The repeal of the GGR by the current administration would no doubt help repair some of the damage caused by the highly restrictive GGR imposed by the Trump administration. However, the volatility in funding for SRHR brought about by the imposition and repeal of the GGR every four to eight years - with every change in the party in power in the USA - is a matter of continued concern.

یہ خدشہ ہے کہ آبادی میں مرد اور خواتین کے جنسی تناسب میں کمی سماجی مسائل جیسے کہ عورتوں اور لڑکیوں کے خلاف تشدد، عورتوں کی اسمگلنگ اور نوجوانوں میں جرائم کی شرح میں اضافہ (Guttmacher 2012) کو بڑھا سکتی ہے۔

بہت سی حکومتوں نے قبل از پیدائش اور حمل ہونے کے عمل سے پہلے (preconception) جنس کے انتخاب پر پابندی لگا کر اور جنسی انتخابی اسقاط حمل کو غیر قانونی قرار دے کر اس مسئلے کا جواب دیا ہے۔ اس طرح کے اقدامات کا صنفی تعصب پر مبنی جنسی انتخاب کے عمل کو کم کرنے پر بہت کم اثر پڑا ہے۔

صنفی تعصب پر مبنی جنسی انتخاب کو کم کرنے کے اقدامات کے غیر ارادی نتائج میں سے ایک اسقاط حمل کی خدمات تک خواتین کی رسائی کو محدود کرنا ہے۔ صنفی تعصب پر مبنی جنسی انتخاب کے بارے میں ایک بین ایجنسی (inter-agency) بیان میں واضح طور پر کہا گیا ہے کہ "اس طرح کا نتیجہ (اسقاط حمل تک محدود رسائی) ان کے زندگی اور صحت کے حقوق کی مزید خلاف ورزی کی نمائندگی کرے گا جیسا کہ بین الاقوامی انسانی حقوق کے معاہدوں میں ضمانت دی گئی ہے، اور بین الاقوامی ترقیاتی معاہدوں (WHO 2011 p. v) میں ضمانت ہے۔" اس طرح، جب کہ صنفی تعصب پر مبنی جنس کے انتخاب کی مذمت کی جانی چاہیے اور اس کی فعال طور پر مخالفت کی جانی چاہیے، لیکن اس حل کو کسی بھی طرح سے خواتین کی اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کو روکنا نہیں چاہیے۔ مؤثر کارروائی مسئلے کی زیادہ جامع تفہیم پر مبنی ہونی چاہیے اور لڑکیوں اور خواتین کے ساتھ امتیازی سلوک اور کم قدر کی جڑوں کو ختم کرنے کے لیے طویل مدتی اقدامات کا مطالبہ کرتا ہے۔

یہ بات بھی تشویشناک ہے کہ اسقاط حمل کے حقوق کے مخالفین صنفی مساوات کے نام پر جنسی انتخابی اسقاط حمل پر پابندی لگانے کے لیے صنفی تعصب پر مبنی جنسی انتخاب کے پلیٹ فارم کو استعمال کر رہے ہیں۔ وہ کچھ مثالوں میں کامیاب ہوئے ہیں، مثال کے طور پر یورپی اسمبلی میں جنسی انتخابی اسقاط حمل پر پابندی کے لیے قرارداد پاس کرنے میں (ویسٹمن 2012)۔ خواتین کی صحت کے حامیوں کے لیے سبق یہ ہے کہ صنفی تعصب پر مبنی جنسی انتخاب کا حل جنسی انتخابی اسقاط حمل پر پابندی لگانے میں نہیں ہے، بلکہ صنفی مساوات کو فروغ دینے اور صنفی بنیاد پر امتیاز کو روکنے کے لیے طویل مدتی تبدیلیوں میں سرمایہ کاری کرنا ہے۔

3.3.7.2 جنسی سلوک سے متعلق قوانین

بعض اوقات، اسقاط حمل سے غیر متعلق دیگر قوانین رکاوٹیں پیدا کر سکتے ہیں۔ بھارت میں، جنسی جرائم سے بچوں کے تحفظ کا ایکٹ (POCSO) نابالغ جنسی سرگرمی کی رپورٹنگ کا تقاضا کرتا ہے۔ لہذا طبی پیشہ ور نابالغوں کی اطلاع دینے کے پابند ہیں جو اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرتے ہیں، کیونکہ حمل جنسی سرگرمی کا ثبوت ہے (Nadimpalli et. al. 2017)۔ مراکش میں شادی سے باہر جنسی تعلقات قائم کرنا غیر قانونی ہے۔ نتیجے کے طور پر، اگرچہ قانون کے ذریعے پہلے تین ماہ کے اندر اسقاط حمل کی اجازت ہے لیکن اگر عورت کی جسمانی اور ذہنی صحت خطرے میں ہو، یا عصمت دری، بدکاری، یا پیدائشی خرابی کے معاملات میں، غیر شادی شدہ خواتین کو سائیڈ بینے سے انکار کر دیا جاتا ہے (MFPA اور ARROW 2016)۔

اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی کے لیے قانونی، پالیسی اور سروس ڈیلیوری کے ضوابط کی حیثیت کا جائزہ لینے کے لیے ایک چیک لسٹ

چیک لسٹ: 2.1

اسقاط حمل سے متعلق انسانی حقوق کے بین الاقوامی معاہدوں کی توثیق

توثیق ہوگی  تحفظات کے ساتھ توثیق  توثیق نہیں ہوئی 	
نوش	اسقاط حمل سے پہلے کی کیر
	شہری اور سیاسی حقوق پر بین الاقوامی معاہدہ (ICCPR)
	معاشی، سماجی اور ثقافتی حقوق پر بین الاقوامی معاہدہ (ICESCR)
	عورتوں کے خلاف تمام طرح کے امتیازی سلوک کے خاتمے کا کنونشن (CEDAW)
	تشدد اور دوسری ظالمانہ، غیر انسانی اور تحقیر آمیز سلوک یا سزاؤں کے خلاف کنونشن (CAT)
	بچے کے حقوق پر کنونشن (CRC)
	معذوری کے حامل افراد کے حقوق کا کنونشن (CRPD)
وقت کی حد / نوش	قانونی بنیادیں جن کے تحت اسقاط حمل کی اجازت ہوتی ہے اور کتنے وقت تک
	توثیق ہوگی  تحفظات کے ساتھ توثیق  توثیق نہیں ہوئی 
	وقت کی حد / نوش
	عورت کی زندگی بچانے کے لیے
	عورت کی صحت بچانے کے لیے (جسمانی / دماغی / واضح نہیں کیا گیا)
	زنا یا محرمات سے مباشرت کے واقعات میں
	جنین میں خرابی کے باعث
	معاشی یا سماجی وجوہ سے
	درخواست پر  ہاں  نہیں
	اسقاط حمل کو جرم قرار دینا
نوش	 ہاں  نہیں
	اسقاط حمل پر ایک تعزیری قانون ہے جو قانونی بنیادوں پر اسقاط حمل کے ان کیسوں پر لاگو ہوتا ہے جو تسلی بخش طور پر قانونی جواز نہیں دے سکتے۔
	یہ قانون ان خواتین پر جرم کا الزام عائد کرتا ہے جو اسقاط حمل چاہتی ہیں۔
	یہ قانون ایسا اسقاط حمل فراہم کرنے والے پر بھی جرم کے ارتکاب کا الزام لگاتا ہے۔
	یہ قانون ایسے اسقاط حمل میں مدد کرنے والے پر بھی جرم کے ارتکاب کا الزام لگاتا ہے۔
	"رپورٹ کرنے کی ذمہ داری" کے تحت صحت کی سہولت فراہم کرنے والے پر یہ لازم ہے کہ اگر اسے شک ہو کہ عورت نے غیر قانونی اسقاط حمل کروایا ہے تو وہ پولیس کو رپورٹ کرے۔
	دوسرے موجود قوانین جو اسقاط حمل تک رسائی میں مداخلت کرتے ہیں۔
نوش	 ہاں  نہیں
	جنس کے انتخاب یا منتخب جنس سے روکنے والے قوانین
	قوانین جو کسی ایسے حمل کی اطلاع دینا لازمی قرار دیتے ہیں جس کے بارے میں شک ہو کہ وہ جنسی تشدد کا نتیجہ ہے۔
	قوانین جن کے تحت اگر کوئی عورت اسقاط حمل یا اس کے بعد کی میڈیکل کیئر چاہتی ہو تو لازمی رپورٹ کیا جائے۔
	اگر کوئی اور قوانین ہیں تو بیان کیجیے۔

چیک لسٹ: 2.2

تھرڈ پارٹی مختار نامہ اجازت دیئے گئے طریقے

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		صحت کی سہولتیں فراہم کرنے والے ایک یا دو افراد کی طرف سے اجازت
		شریک حیات کی طرف سے اجازت
		نابالغوں کے لیے والدین کی اجازت (عمر درج کیجیے)
		کسی فرد کے ذہنی طور پر پاداش کے لحاظ سے معذور ہونے کی صورت میں سرپرست کی اجازت

اجازت دیئے گئے طریقے

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		ویکیوم ایسپائریشن
		ماتحت پر لیٹون اور ماسو پر و سٹول کے استعمال سے میڈیکل اسقاط حمل
		صرف ماسو پر و سٹول کے استعمال سے میڈیکل اسقاط حمل
		پھیلاؤ اور انخلا (ڈی اینڈ ای)

اجازت یافتہ پرووائڈرز

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		نرسیں
		دائیاں / نرس دائیاں
		غیر اسپیشلسٹ فزیشنز
		اسپیشلسٹ فزیشنز
		دیگر (بیان کیجیے)

وہ صحت مرکز جہاں اسقاط حمل کیا جاسکتا ہے۔

حمل کی عمر کی حد	طریقہ	جی ہاں	جی نہیں
			پرائمری ہیلتھ سینٹر (سرکاری)
			سینڈری / ضلع کی سطح پر ہیلتھ سینٹر (سرکاری)
			تیسری سطح کے مراکز صحت (سرکاری)
			اسقاط حمل کے اسپیشلسٹ سہولت مرکز (سرکاری)
			صحت کے نجی مراکز
			غیر سرکاری / خیراتی صحت سہولتیں
			جب اسقاط حمل کا نسلی بخش جواز نہ ہو تو عدالتی اجازت

باب 4

محفوظ اسقاط حمل کی منصوبہ بندی اور انتظام: انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر

- خواتین، معذور افراد، اور مذہبی اور نسلی اقلیتوں پر توجہ۔
- سب سے زیادہ پسماندہ آبادی کے ساتھ شروع کرتے ہوئے متعلقہ خدمات کے ذریعے عالمی کوریج کا مقصد
- تمام متعلقہ افراد کی با معنی شرکت، اور پروگرام سائیکل کے تمام مراحل پر
- پروگرام سائیکل کے تمام مراحل پر تمام اداکاروں کی طرف سے جوابدہی اور شفافیت، اور پراجیکٹ کے ڈیزائن میں شامل احتسابی میکا نزم (UNFPA 2010:71-72)۔

اسقاط حمل کی خدمات کے لیے لوگوں کے حق کے تناظر میں، HRBA انسانی حقوق کے کلیدی اصولوں، صحت کے حق کے عناصر کے ساتھ مریضوں کی دیکھ بھال پر لاگو ہونے والے انسانی حقوق کے عناصر پر توجہ مرکوز کرے گا۔ مریضوں کی دیکھ بھال کے لیے انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر بائیو اتھکس کے لیے ایک تکمیلی فریم ورک پیش کرتا ہے۔ بائیو اتھکس فریم ورک انفرادی فراہم کنندہ اور مریض کے تعلقات پر مرکوز ہے اور فلسفیانہ اصولوں کا اطلاق کرتا ہے جیسے خود مختاری، انصاف، احسان اور کسی کو نقصان نہ پہنچانا۔ دوسری طرف انسانی حقوق کا فریم ورک قانونی اصولوں (legal norms) کا ایک سیٹ لاگو کرتا ہے جیسے آزادی، شخص کی حفاظت، معلومات کا حق اور عدم امتیاز۔ یہ انفرادی فراہم کنندہ۔ مریض کے تعلقات میں درپیش مسائل کے لیے ایک نظامی (systemic) نقطہ نظر اختیار کرتا ہے اور اخلاقی رویے کے لیے قابل عمل حالات پیدا کرنے میں بطور فرض شناس ریاست کے کردار پر توجہ مرکوز کرتا ہے (Cohen and Ezer 2013)۔

انسانی حقوق پر مبنی انداز فکر سے اسقاط حمل کی وکالت کرنے والوں کو موقع ملتا ہے کہ وہ ایسے حالات میں بھی محفوظ اسقاط حمل کا مطالبہ کریں جہاں قوانین اور پالیسیوں نے اسقاط حمل تک رسائی کو محدود کر رکھا ہے۔ باب 3 میں ایسی مثالیں دی گئی ہیں جہاں ایڈووکیٹس نے محفوظ اسقاط حمل ہر زور دینے کے لیے اس انداز فکر کو استعمال کیا ہے۔ اس کے علاوہ ایسے حالات میں اسقاط حمل کی محفوظ خدمات، خواہ وہ محدود پیمانے پر ہی دستیاب ہوں، کو مانیٹر کیا جاسکتا ہے کہ کیا وہ انسانی حقوق کے اصولوں کے مطابق ہیں جو اس باب میں تفصیل سے دیے گئے ہیں اور ایڈووکیٹس مطالبہ کر سکتے ہیں کہ جہاں جہاں خلا ہیں انہیں پر کیا جائے۔

اس باب میں، ہم اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی میں HRBA کی تعریف درج ذیل اہم انسانی حقوق کے اصولوں اور معیارات کو شامل کرتے ہوئے کرتے ہیں: (براہ کرم نوٹ کریں کہ یہاں اسقاط حمل کی خدمات میں اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال بھی شامل ہے جو قانونی طور پر پابندی والی ترتیبات میں نقصان کو کم کرنے کی حکمت

اس باب کا مقصد انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر سے صحت کے نظام کے ذریعے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی پر توجہ مرکوز کرنا ہے۔

1.4 اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کے لیے انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر

انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر (HRBA) کی دو بڑی خصوصیات ہیں۔ ایک، یہیہ موقف اختیار کرتا ہے کہ اس کے تمام شہریوں کے لیے تعلیم اور صحت کی دیکھ بھال اور دیگر بنیادی ضروریات اور سہولیات تک رسائی کو یقینی بنانا حکومتوں کی نیک خواہشات پر منحصر نہیں، بلکہ انسانی حقوق کے بین الاقوامی معیارات کے دستخط کنندگان کے طور پر وہ ذمہ داریاں پوری کرنے کی ضرورت ہے۔ اور دو، حقوق پر مبنی نقطہ نظر بین الاقوامی انسانی حقوق کے نظام کے معیارات اور اصولوں کو منصوبوں، پالیسیوں اور پروگراموں (ARROW Advocates Guide) میں ضم کرتا ہے۔

HRBA تمام افراد کو حقوق کے حامل سمجھتا ہے، جبکہ حکومت اور اس کے ایجنٹ ڈیوٹی بیزرز ہیں جن کی احترام، تحفظ اور فراہم کرنے کی مخصوص ذمہ داریاں ہیں۔ UNFPA کے مطابق، صحت کے پروگرام کی تشکیل کے لیے انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر کی یہ خصوصیات ہوں گی:

- اس بات پر زور دیا جاتا ہے کہ عمل کے ساتھ ساتھ پروگرامنگ کے نتائج کو انسانی حقوق کے اصولوں اور بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون کے ذریعے مطلع کیا جاتا ہے۔
- سب سے زیادہ پسماندہ آبادیوں پر توجہ، جیسے کہ غربت میں رہنے والے، نوعمر اور پسماندہ پس منظر سے تعلق رکھنے والے نوجوان، جنسی کام میں مصروف خواتین، معذور افراد، اور مذہبی اور نسلی اقلیتوں پر توجہ۔
- سب سے زیادہ پسماندہ آبادی کے ساتھ شروع کرتے ہوئے متعلقہ خدمات کے ذریعے عالمی کوریج کا مقصد
- پروگرام سائیکل کے تمام مراحل پر تمام متعلقہ افراد کی با معنی شرکت،
- پروگرام سائیکل کے تمام مراحل پر تمام اداکاروں (شرکت کاروں) کی طرف سے جوابدہی اور شفافیت، اور پراجیکٹ کے ڈیزائن میں شامل احتسابی میکا نزم (UNFPA 2010:71-72)۔ UNFPA کے مطابق، صحت کی پروگرامنگ کے لیے انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر کی خصوصیات یہ ہوں گی:
- اس بات پر زور دیا جاتا ہے کہ عمل کے ساتھ ساتھ پروگرامنگ کے نتائج کو انسانی حقوق کے اصولوں اور بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون کے ذریعے مطلع کیا جاتا ہے۔
- سب سے زیادہ پسماندہ آبادیوں پر توجہ، جیسے کہ غربت میں رہنے والے، نوعمر اور پسماندہ پس منظر سے تعلق رکھنے والے نوجوان، جنسی کام میں مصروف

جنس، عمر، ثقافت (بشمول مذہب، عقیدہ، اقدار، اصول اور زبان) اور جسمانی صلاحیتوں کی بنیاد پر ضروریات کے لیے جوابدہ ہونا چاہیے۔

• اسقاط حمل کی خدمات کا معیار

صحت کی تمام دیکھ بھال، بشمول اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات طبی لحاظ سے مناسب اور تکنیکی معیار کے معیارات اور کنٹرول میکانزم کے ذریعے رہنمائی کی جائیں۔ زیادہ اہم بات یہ ہے کہ وہ فراہم کنندگان کی جانب سے مثبت رویوں، مؤکل کی جانب سے باخبر فیصلہ سازی اور بروقت اور محفوظ طریقے سے فراہم کیے جانے، اور کلائنٹ کے اطمینان کے لیے نمایاں ہونے چاہئیں۔

• باخبر اور خود مختار فیصلہ سازی۔

باخبر فیصلہ سازی پہلے سے ہی خدمات کا ایک جزو ہے جو قابل قبول ہیں اور طبی اخلاقیات کا احترام کرتی ہیں۔ یہ دیکھ بھال کے اچھے معیار کی خصوصیت بھی ہے۔ تاہم، اس عنصر کو الگ حیثیت میں سمجھا جاتا ہے کیونکہ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کی فراہمی میں کلائنٹ کی خود مختار پھر سمجھوتہ (compromise) کیا جاسکتا ہے۔ مکمل اور باخبر فیصلہ سازی خود مختار کی کا اظہار ہے، جسے طبی اخلاقیات اور بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون نے برقرار رکھا ہے۔

• پرائیویسی اور رازداری

کلائنٹ کی پرائیویسی، رازداری اور وقار کا احترام طبی اخلاقیات کا ایک بنیادی اصول ہے۔ کلائنٹ کی پرائیویسی کو برقرار رکھنا اور رازداری کو برقرار رکھنا صحت کی دیکھ بھال کے تمام شعبوں میں اہم ہے۔ اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات فراہم کرتے وقت یہ خاص طور پر اہم ہے، جس میں ناکامی سے کئی منفی نتائج سامنے آسکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، سروس کلائنٹ کا اعتماد کھودیتی ہے اور ہو سکتا ہے کہ کلائنٹ کسی سروس یا فالو اپ کے لیے واپس نہ آئے۔

• شرکت

افراد اور کمیونٹیز کو اسقاط حمل کی پالیسیوں اور پروگراموں کے ڈیزائن اور نفاذ میں ایک فعال، آزاد اور با معنی کردار ادا کرنے کے قابل ہونا چاہیے۔ اس لیے تمام اسٹیک ہولڈرز کی طرف سے پالیسیوں اور پروگراموں کے لیے ایسے ڈھانچے اور میکانزم بنانے کی ضرورت ہے جو خاص طور پر روایتی طور پر خارج (excluded) اور پس ماندہ گروہوں کی شمولیت کی اجازت دے اور قابل بنائے۔

• احتساب

حکومتوں اور عوامی ایجنسیوں کو صحت کی دیکھ بھال کے حق کے تحفظ سے متعلق ان کے فرائض، بشمول مانع حمل معلومات اور خدمات اور محفوظ اور قانونی اسقاط حمل تک رسائی، قابل نفاذ معیارات، ضوابط، اور خود مختار تعین کی نگرانی کرنے والے اداروں کے ذریعے ان کے کاموں یا تعلقات میں کوتاہی کے لیے قابل احتساب اور جوابدہ ہونا چاہیے۔ حکومتیں نجی اداروں جیسے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے نچاداروں، انشورنس کمپنیوں اور فارماسیو ٹیکلز کے اقدامات کو منظم کرنے کے لیے بھی جوابدہ ہیں تاکہ ان کے اقدامات سے شہریوں کے صحت کے حق کی خلاف ورزی نہ ہو۔

عملی کے طور پر پیش کی جاتی ہے۔)

- معلومات اور خدمات کی فراہمی میں غیر امتیازی سلوک
- معلومات اور خدمات کی دستیابی
- معلومات اور خدمات تک رسائی
- معلومات اور خدمات کی قبولیت
- معیار
- باخبر فیصلہ سازی
- پرائیویسی اور رازداری
- شرکت، اور
- احتساب

ذیل میں ان اصولوں اور معیارات کی مزید وضاحت کی گئی ہے۔

• معلومات اور خدمات کی فراہمی میں غیر امتیازی سلوک

اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات بغیر کسی امتیاز کے جیسے صحت کی حیثیت، نسل، عمر، جنس، جنسیت، معذوری، زبان، مذہب، قومیت، آمدنی، یا سماجی حیثیت (مقصد یا اثر میں) قابل رسائی اور فراہم کی جانی چاہئیں۔ پروگراموں کے ڈیزائن میں کمزور گروہوں کی رسائی کے لیے مختلف رکاوٹوں کو شامل کرنا چاہیے اور ان رکاوٹوں کو دور کرنا چاہیے۔

• اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کی دستیابی

صحت کی دیکھ بھال کا مناسب انفراسٹرکچر (مثلاً ہسپتال، کمیونٹی کی صحت کی سہولیات، تربیتیافتہ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے پیشہ ور افراد)؛ سامان (مثلاً آدویات، سامان، سامان)؛ انسانی وسائل (صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اور معاون عملہ)؛ بنیادی سہولیات جیسے پینے کا صاف پانی اور صفائی؛ جنسی اور تولیدی صحت سے متعلق معلومات اور خدمات بشمول مانع حمل؛ ریاست کے اندر کافی مقدار میں دستیاب ہونا چاہیے، اور جغرافیائی علاقوں اور برادریوں میں مساوی طور پر تقسیم ہونا چاہیے۔

• اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات تک رسائی

تمام صحت کی دیکھ بھال کو بلا تفریق سب کے لیے قابل رسائی ہونا چاہیے۔ روک تھام سے کسی کو انکار نہیں کیا جائے گا۔ پروموشنل قابل علاج صحت کی دیکھ بھال، بشمول مانع حمل خدمات اور متعلقہ جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات جن کی اسے ضرورت ہے۔ رسائی کی تین اور لیپنگ جہتیں ہیں: جسمانی رسائی؛ اقتصادی رسائی؛ استطاعت؛ اور معلومات تک رسائی۔

• اسقاط حمل کی معلومات اور خدمات کی قبولیت

صحت کی دیکھ بھال کے اداروں اور فراہم کنندگان کو طبی اخلاقیات کا احترام کرنا چاہیے اور مریضوں کی دیکھ بھال کے لیے انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر اپنانا چاہیے۔ انہیں تمام کلائنٹس کے وقار کا احترام کرنا چاہیے، ثقافتی طور پر مناسب دیکھ بھال فراہم کرنا چاہیے،

اور معاشی حیثیت سے قطع نظر سبھی کو خدمات کی فراہمی۔

- خود مختاری۔ جبر یا تشدد کے بغیر رضاکارانہ طور پر خدمات کی فراہمی

یہاں تک کہ جہاں اسقاط حمل کی خدمات قانونی طور پر دستیاب ہو سکتی ہیں، وہاں مخصوص کمزور گروہوں سے تعلق رکھنے والے افراد ہیں جنہیں محفوظ اسقاط حمل تک رسائی حاصل کرنے میں مشکلات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ عدم امتیاز کے اصول میں ان مخصوص گروہوں کی نشاندہی کرنا اور اسقاط حمل کی خدمات کو ان کے لیے قابل رسائی بنانے کے انتظامات کو یقینی بنانا شامل ہے۔

جب کسی غیر ارادی/غیر مطلوبہ حمل کا سامنا ہوتا ہے، تو عمر اور نوجوان افراد حمل کے شبہ اور تشخیص میں تاخیر، وسائل کا بندوبست کرنے اور اسقاط حمل کی دیکھ بھال میں تاخیر کی وجہ سے اکثر اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے میں تاخیر کرتے ہیں۔ ایسا خاص طور پر اس صورت میں ہوتا ہے جب وہ غیر شادی شدہ ہوں اور ایسے سیاق و سباق میں رہ رہے ہوں جہاں شادی سے پہلے جنسی سرگرمی سماجی بدنامی کا باعث بنتی ہے (Espinoza et al, 2020)۔ والدین کی لازمی رضامندی اور نوجوانوں کی جنسی سرگرمیوں کو مجرم قرار دینے والے قوانین جیسی پالیسیاں محفوظ اسقاط حمل کی خدمت حاصل کرنے میں اضافی رکاوٹیں ڈالتی ہیں۔ اس بات کا بھی ثبوت ہے کہ والدین کی معلومات یا رضامندی کو لازمی قرار دینے والے قوانین غیر سفید فام نوجوان خواتین یا تارکین وطن کو متاثر کرتے ہیں، اور انہیں اسقاط حمل کے غیر محفوظ طریقے تلاش کرنے پر مجبور کر سکتے ہیں (Dennis et al, 2009)۔ نوجوانوں کو اسقاط حمل کی خدمات سے انکار کرنا یا اس طرح کی اضافی رکاوٹیں لگانا عدم امتیاز کے اصول اور ان کی خود مختاری دونوں کی خلاف ورزی ہے (حوالہ: باب 3)۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو نوعمروں کی مخصوص ضروریات کو غیر جانبدارانہ انداز میں پورا کرنے کے لیے تربیت دی جانی چاہیے۔ معالجین کو نوعمر کلائنٹ کی ابھرتی ہوئی خود مختاری کو تسلیم کرنا چاہیے، اور یہ سمجھنا چاہیے کہ وہ اپنے کچھ یا تمام طبی فیصلے کرنے کے لیے کافی حد تک "بالغ" ہو سکتی ہے۔ انہیں ان کے ساتھ ان کی ابھرتی ہوئی صلاحیت کے مطابق سلوک بھی کرنا چاہیے اور ان کی اپنی پسند کی بنیاد پر ان کے بہترین مفاد میں ان کی مدد کرنے کے قابل ہونا چاہیے۔ اس پر باب 3 میں تفصیل سے بحث کی گئی ہے۔

ایک اور گروپ جو اکثر اسقاط حمل کی خدمات کی منصوبہ بندی کرتے وقت پہچانا نہیں جاتا ہے وہ ہے ٹرانس پرسنز۔ غیر مطلوبہ حمل کا سامنا کرنے والے ٹرانس افراد اکثر اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی حاصل کرنے میں رکاوٹیں پاتے ہیں جو خواتین کے لیے ڈیزائن کی گئی ہیں اور اس طرح انہیں ان خدمات سے خارج کر دیا جاتا ہے (Lowik AJ, 2017)۔ اس لیے اسقاط حمل کی خدمات ٹرانس فریڈٹی ہونے کو یقینی بنانے کے لیے خصوصی کوششیں کرنے کی ضرورت ہے۔ باس 18 اسقاط حمل کی خدمت کو ٹرانس فریڈٹی بنانے کے بارے میں کچھ تجاویز کی تفصیلات دیتا ہے۔

ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والی خواتین ایک اور گروہ ہیں جنہیں اسقاط حمل سے متعلق مخصوص مسائل کا سامنا ہے۔ ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والی خواتین کے پاس حمل کو

4.2 انسانی حقوق پر مبنی اسقاط حمل کی معلومات اور سروس کی فراہمی: ایک ایکشن

ایجنڈا

یہ سیکشن اسقاط حمل کے پروگرام کے ڈیزائن اور سروس کی فراہمی پر توجہ دیتا ہے۔ یہ انسانی حقوق کی بنیاد پر اور صنفی جواہدہ خاندانی منصوبہ بندی کی خدمت کی فراہمی کی خصوصیات کا خاکہ پیش کرتا ہے۔ ان میں سے بہت سی خصوصیات خدمات کی فراہمی میں "کلائنٹ پر مرکوز" کے طور پر بیان کردہ خصوصیات کے ساتھ اوور لپ ہوتی ہیں جن میں کلائنٹس کو بااختیار بنانا اور کلائنٹس کو ان کی اپنی صحت کی دیکھ بھال میں فعال کردار ادا کرنے کے قابل بنانا شامل ہیں۔

سیکشن کو ذیلی حصوں میں ترتیب دیا گیا ہے جو یہ بیان کرتا ہے کہ کس طرح 4.1 میں انسانی حقوق کے نواصولوں اور معیارات کی وضاحت کی گئی ہے (غیر امتیازی؛ دستیابی؛ رسائی؛ قبولیت؛ معیار؛ باخبر فیصلہ سازی؛ پرائیویسی اور رازداری؛ شرکت اور جواہدہ) کو پروگرامنگ اور سروس ڈیلیوری کی سطح پر فعال کیا جاسکتا ہے۔

ہر سیکشن ایک مخصوص ملک میں فراہم کی جانے والی اسقاط حمل کی خدمات میں انسانی حقوق کے اصولوں کی پابندی کی سطح کا اندازہ لگانے کے لیے ایک چیک لسٹ پیش کرتا ہے۔ جہاں مقامی سطح پر خدمات کی فراہمی کے دائرے میں انسانی حقوق کے معیارات کی پاسداری میں خلاء موجود ہیں،

تبدیلیاں پروگرام مینیجرز اور سروس فراہم کرنے والوں کے ساتھ شروع کرنے کے لیے وکالت کے دائرہ کار میں ہو سکتی ہیں۔ جہاں فرق پالیسی اور پروگرام کی سطح پر تبدیلیوں کا مطالبہ کرتا ہے، وہاں اسٹیک ہولڈرز کی ایک وسیع رینج کو شامل کرنا ہوگا۔ ان میں وفاقی اور صوبائی/ریاستی حکومتیں شامل ہو سکتی ہیں۔ کلیدی پالیسی ساز؛ SRH پروگرام مینیجرز؛ صحت کے پیشہ ور افراد کی تنظیمیں؛ کمیونٹی تنظیمیں اور رائے ساز؛ اور سول سوسائٹی کے اداکار جن کا تعلق جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق سے ہے (نوعمر اور نوجوانوں کے ساتھ کام کرنے والی تنظیموں پر خصوصی توجہ کے ساتھ؛ معذور افراد؛ PLHIV؛ جنسی کارکن؛ اقلیتی برادریاں؛ اور کم آمدنی والے گروہ)۔

4.2.1 محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی میں غیر امتیازی سلوک

WHO دو اہم اصولوں (WHO, 2017): جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات کی فراہمی میں عدم امتیاز کے اصول کی وضاحت کرتا ہے:

- غیر امتیازی سلوک۔ جنس، جنسیت، عمر، ازدواجی حیثیت، ذات، نسل، ثقافت،

جاری رکھنے پر مجبور کرنا یا اس کی ایچ آئی وی کی حیثیت کی وجہ سے اسے حمل ختم کرنے پر مجبور کرنا دونوں ہی عدم امتیاز اور خود مختاری کے اصولوں کی خلاف ورزی ہیں۔ اسقاط حمل کی خدمات کو ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والے افراد کے لیے جامع جنسی اور تولیدی صحت کی دیکھ بھال کے حصے کے طور پر شامل کرنے کی ضرورت ہے۔ ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والی خواتین کو حمل سے متعلق غیر جانبدار، غیر ہدایتی، غیر فیصلہ کن مشاورت فراہم کرنے کی ضرورت ہے اور ان کے حمل سے متعلق ان کی ایجنسی اور انتخاب کا احترام اور تعاون کرنے کی ضرورت ہے۔

معذوری کی حامل خواتین کو جنسی تولیدی صحت کی خدمات حاصل کرنے کے دوران اضافی رکاوٹوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ خود مختاری معذور افراد کے حقوق کے کنونشن (CRPD) کا ایک بنیادی اصول ہے اور CRPD کمیٹی اعلان کرتی ہے کہ تمام خواتین کی طرح معذور خواتین کو بھی اپنے بچوں کی تعداد اور وقفے کا انتخاب کرنے کا حق حاصل ہے۔ ساتھ میں یہ حق ہے کہ وہ اپنی جنسیت سے متعلق معاملات پر آزادانہ اور ذمہ داری سے فیصلہ کر سکیں۔ اس طرح کہ وہ اپنی جنسیت اور صحت سے متعلق یہ فیصلے کرتے وقت تشدد سے آزاد ہوں اور انہیں تشدد اور صحت سے متعلق آزادانہ سلوک نہ سنبھلا (CRPD، آرٹ 1)۔ تاہم، معذور خواتین کو ان کے بارے میں لوگوں کے نقصان دہ قیامی تصورات کی وجہ سے امتیازی سلوک کا سامنا کرنا پڑتا ہے جو یہ سمجھتے ہیں کہ معذور افراد غیر جنسی ہیں، والدین کے لیے نااہل ہیں، یا یہ کہ وہ اپنی جنسی اور تولیدی صحت کے بارے میں فیصلہ کرنے کی صلاحیت نہیں رکھتے ہیں (WHO, 2009)۔ SRH پروگرام اور خدمات معذور افراد کی اپنی خود مختاری کا استعمال کرنے کی قانونی صلاحیت کو تسلیم نہ کر کے بھی ان د قیامی تصورات کو تقویت دے سکتے ہیں۔ صحت کے عملے کو تربیت دینے کی ضرورت ہے کہ وہ خود معذور افراد کی خود مختاری کا احترام کرتے ہوئے ان کے حمل کو جاری رکھنے یا ختم کرنے کے بارے میں فیصلوں میں اور ان کے لیے باوقار دیکھ بھال فراہم کریں۔ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات سمیت SRH خدمات کے ڈیزائن اور فراہمی میں معذور افراد کی مخصوص ضروریات کو مد نظر رکھنے کی ضرورت ہے۔ خدمات کو معذور افراد کے لیے جسمانی رسائی کو بڑھانے کے لیے مخصوص اقدامات کرنے کی ضرورت ہے، بشمول ریمپ اور ڈیزائن کی معلومات، اور مواصلاتی مواد جو معذوری کے لیے دوستانہ ہو۔

عصمت دریکا شکار ہونے والوں کو نگہداشت کے پیکیج کے حصے کے طور پر حمل کو روکنے کے لیے ہنگامی مانع حمل کی ضرورت ہوتی ہے۔ انہیں عصمت دری کے نتیجے میں ناپسندیدہ حمل کا سامنا کرنے والے عصمت دریکا شکار ہو جانے والوں کے ساتھ حساس سلوک کیا جانا چاہیے اور بغیر کسی تاخیر کے بروقت محفوظ اسقاط حمل کی خدمات پیش کی جانی چاہئیں۔ یہ خدمات جنسی حملوں سے بچ جانے والوں کے لیے ایک جامع پیکیج کے حصے کے طور پر فراہم کی جانی چاہئیں جن میں ہنگامی مانع حمل، STI/HIV کی روک تھام اور علاج، اور دماغی صحت کی مدد شامل ہے۔ طبی قانونی اور عدالتی طریقہ کار کو SRH کی دیکھ بھال میں تاخیر کی بنیاد نہیں بننا چاہیے، اور اسقاط حمل کی خدمات سمیت SRH خدمات کی فراہمی کے لیے عصمت دری کی لازمی رپورٹنگ کو مشروط نہیں بنایا جانا چاہیے۔ صحت کی دیکھ بھال کے عملے کو تربیت دی جانی چاہیے کہ وہ عصمت دریکا شکار ہونے والوں کے ساتھ حساس اور وقار کے ساتھ برتاؤ کریں اور انہیں مناسب طبی دیکھ بھال فراہم کریں جس میں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات بھی شامل ہیں۔

ختم کرنے کے لیے ان کے ایچ آئی وی پناہ ہونے کی مخصوص وجوہات ہو سکتی ہیں۔ اس کے علاوہ دیگر خواتین کو عام طور پر اسقاط حمل کا انتخاب کرنے کی وجوہات ہوتی ہیں۔ ان میں بچے میں ایچ آئی وی کی منتقلی کا خوف، حمل جاری رکھنے سے پہلے وارنل لوڈ کے کم ہونے تک انتظار کرنا، ان کی اپنی صحت پر حمل کے اثرات کے بارے میں خدشات، اور اپنی خاندان کے دیگر افراد کی دیکھ بھال کے لیے کم مالی وسائل کو ترجیح دینا شامل ہیں (de Bruyn, 2012)۔ تاہم اس بات کا ثبوت موجود ہے کہ ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والی خواتین کو ان کی ایچ آئی وی کی حیثیت کی وجہ سے اسقاط حمل کی خدمات سے انکار کیا گیا ہے۔ دوسری صورتوں میں، ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والی خواتین کو جنین میں ایچ آئی وی کی منتقلی کے خوف کا حوالہ دیتے ہوئے اپنا حمل ختم کرنے پر مجبور کیا جاسکتا ہے (آر نیٹ ال، 2011)۔ کسی عورت کو اپنا حمل

باکس 8:

ایک ٹرانس شمولیت والی اسقاط حمل سروس ڈیزائن کرنا

- اس بات کو یقینی بنائیں کہ اس سروس کی تشہیر کسی ایسے شخص کے لیے کی گئی ہے جو ناپسندیدہ حمل کا سامنا کر رہا ہے اور اسے اسقاط حمل کی ضرورت ہے، نہ کہ اسقاط حمل کی ضرورت والی خواتین کے لیے۔ اس میں اس بات کو یقینی بنانا شامل ہونا چاہیے کہ سروس کے نام سے ٹرانس پرسنز کو خارج نہیں کیا جانا چاہیے (جیسے خواتین کے ہیلتھ کلینک کے نام جو صرف خواتین کے لیے سمجھا جاتا ہے) کہ پوسٹرز اور پمفلٹس میں ٹرانس پرسنز کی تصاویر ہوتی ہیں۔
- عملے کو تربیت دی جانی چاہیے کہ وہ اس زبان میں جو وہ استعمال کرتے ہیں اور ان سے بات کرتے ہوئے یا معلومات/مشورہ فراہم کرتے وقت اسقاط حمل کی تلاش کریں۔ اس میں کلائنٹس سے ان الفاظ کے بارے میں پوچھنا شامل ہونا چاہیے جو وہ اپنے لئے استعمال کرتے ہیں، وہ اصطلاحات جو وہ اپنے جسمانی اعضاء کا حوالہ دینے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ میڈیکل فارمرز اور دستاویزات میں بھی ٹرانس انکلو سیو لینگویج کا استعمال کیا جانا چاہیے۔
- عملے کو ٹرانس پرسنز کے سروس کے مخصوص جنسی اور تولیدی صحت کے مسائل اور ٹرانس پرسنز کو اپنی خدمات میں شامل کرنے کے لیے مخصوص اقدامات کے بارے میں تربیت دی جانی چاہیے۔
- عملے کو دوسرے کلائنٹس میں ٹرانس فوبیا سے نمٹنے کے بارے میں تربیت دی جانی چاہیے۔ خدمات حاصل کرنے والے دوسرے افراد کی طرف سے اٹھائے گئے کسی بھی شکایت/مسائل کو کیسے حل کیا جائے، اس بات پر زور دیتے ہوئے کہ سروس ٹرانس انکلو سیو ہے اور سروس غیر امتیازی سلوک پر یقین رکھتی ہے۔
- اس بات کو یقینی بنائیں کہ کلائنٹس کے لیے کم از کم کچھ ہیلتھ ایڈجسٹمنٹ غیر جانبدار ہوں۔ ٹرانس کلائنٹس کے لیے مناسب پرائیویسی اور رازداری کو یقینی بنائیں۔

ماخذ: لونک اے جے، 2017۔

چیک لسٹ 3

غیر امتیازی سلوک

نوٹس	جی ہاں 	جی نہیں 
		نوعمر اور نوجوان افراد کو والدین کی اجازت یا اطلاع پر اصرار کیے بغیر سر وسر فراہم کی جاتی ہیں۔
		نوعمر اور نوجوان افراد کے بارے میں پہلے ہی سے یہ مان لیا جاتا ہے کہ وہ والدین کی اجازت اور رضامندی کے بغیر ہی اسقاط حمل کے بارے میں فیصلہ کرنے اور اجازت دینے کے اہل ہیں۔
		اسقاط حمل کے انتظامات اور انفراسٹرکچر میں ٹرانس کی ضروریات کا بھی خیال رکھا گیا ہے جیسے انتظار گاہیں اور بیت الخلا وغیرہ
		ہیلتھ کیئر ورکرز کو وہ سر وسر فراہم کرنے کے لیے تربیت دی گئی ہے جن کی ٹرانس کو ضرورت ہوتی ہے۔
		پسلیسی، کمیونیکیشن میٹیریلز اور میڈیکل فارمز میں اور بولنے میں ایسی زبان استعمال کی جاتی ہے جو ٹرانس کو بھی شامل کرتی ہے اور ہیلتھ کیئر ورکرز بھی کلائنٹس سے بات چیت میں وہی زبان استعمال کرتے ہیں۔
		اسقاط حمل کی خدمات HIV کے ساتھ زندگی گزارنے والی خواتین کے لیے جامع SRH سر وسر کا حصہ ہیں
		HIV کے ساتھ زندگی گزارنے والی خواتین کے لیے SRH سر وسر میں غیر جانبدار اور اپنی رائے کے بغیر مشورہ اور مدد شامل ہوتا ہے کہ وہ اپنے حمل کے بارے میں جو چاہیں فیصلہ کریں۔
		خدمات HIV کے ساتھ زندگی گزارنے والی خواتین کے لیے
		اسقاط حمل کی خدمات معذور دوست ہونی چاہئیں جیسے رہنمائی بنی ہوں، ویل چیئر دستیاب ہوں اور معذوروں کے لیے ٹوائلٹس ہوں تاکہ اسٹیشن افراد کی ان تک جسمانی رسائی ہو سکے۔
		معلوماتی اور کمیونیکیشن میٹیریلز معذور دوست زبان میں ہوں۔
		ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کو تربیت دی جائے کہ وہ معذور افراد کی اپنے حمل کو جاری رکھنے یا ختم کرنے کے انتخاب کو پہچانیں تاکہ وہ (معذور افراد) اپنے قانونی حق پر عمل کر سکیں۔
		ایسا بالکل نہیں ہونا چاہیے کہ معذور فرد کو اپنا حمل ختم کرنے کے لیے دباؤ ڈال کر آمادہ کیا جائے۔
		ایمر جنسی ممانعہ حمل اور اسقاط حمل سر وسر زنا کا شکار ہونے والوں کو فراہم کیے جانے والے ایس آر ایچ کیلچ کا حصہ ہونا چاہیے۔
		اگر زنا کی لازمی رپورٹنگ دفعات ہوں بھی اور متاثرہ فرد زنا پرورٹ نہ کرنا چاہتا تو بھی اسے اسقاط حمل کی ایمر جنسی خدمات سے انکار نہیں کیا جائے گا۔
		زنا کا شکار ہونے والے فرد کو میڈیکل لیگل یا جوڈیشیل پروسیجرز کی وجہ سے ایمر جنسی ممانعہ حمل اور محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی میں کوئی تاخیر نہیں ہوگی۔
		ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کو محفوظ اسقاط حمل سمیت ایس آر ایچ کے ضرورت مند کم حیثیت گروہوں کو پہچاننے اور انہیں باعزت اور حساس طریقے سے خدمات کی فراہمی کی تربیت دی گئی ہے۔
		ایس آر ایچ پروگرامز نے علاقے کی مختلف کمزور کمیونٹیز کے گروہوں کا پتا چلا لیا ہے، جنہیں محفوظ اسقاط حمل کے لیے توجہ کی ضرورت ہے، اور ان کی مدد کا طریقہ طے کر لیا ہے
		خصوصی کمزور گروہوں کو سر وسر کی فراہمی کی معلومات (ڈیٹا) کا تجزیہ کیا جاتا ہے۔
		اس تجزیہ شدہ ڈیٹا کو یہ مانیٹر کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے کہ کیا یہ سر وسر خصوصی کمزور گروہوں کی پہنچ میں ہیں۔

تعلق رکھنے والے ڈاکٹروں کے ذریعے محفوظ طریقے سے فراہم کیا جاسکتا ہے جہاں انہیں ایسا کرنے کی تربیت دی جاتی ہے اور وہ پہلے ہی دیگر SRH خدمات فراہم کر رہے ہیں۔ اس میں یہ بھی تجویز کیا گیا ہے کہ پہلی سہ ماہی میں اسقاط حمل کے لیے ویکووم اسپائریشن نرسوں، دانیوں اور غیر ماہر ڈاکٹروں کے ذریعے محفوظ طریقے سے فراہم کیے جاسکتے ہیں (WHO، 2015)۔ اس طرح، MVA/EVA اور/یا طبی اسقاط حمل کی گولیوں کے ذریعے پہلی سہ ماہی کے اسقاط حمل کے لیے کافی شواہد موجود ہیں جو بنیادی نگہداشت کی سطح پر دستیاب ہیں جہاں مذکورہ بالا مخصوص کیڈرز کا عملہ دستیاب ہے، جس میں ماہر ڈاکٹروں کی ضرورت نہیں ہے۔ اس پر مزید بحث باب 3 میں کی گئی ہے۔

دوسری سہ ماہی کے اسقاط حمل یا تو طبی طریقوں سے یا ڈیلیٹیشن اور انخلاء کے ذریعے غیر اسپیشلسٹ اسپیشلسٹ ڈاکٹروں سے کروانے کی سفارش کی جاتی ہے۔ دوسری سہ ماہی کے اسقاط حمل سے متعلق کچھ کام، جیسے سروائیکل کی تیار یا طبی اسقاط حمل کی فراہمی، دانیوں اور نرسوں کے ذریعے مخصوص حالات میں انجام دی جاسکتی ہیں جہاں ان کے پاس اس کے لیے اضافی تربیت، مناسب نگرانی، اور کسی بھی پیچیدگی کی صورت میں مناسب جراحی بیک اپ اور ریفرل کی سہولیات موجود ہوں (WHO، 2015)۔ طبی ترقی اور جدید ٹیکنالوجی کے ساتھ، جب مناسب تربیت یافتہ انسانی وسائل اور مناسب سامان اور آلات دستیاب ہوں دوسری سہ ماہی کے اسقاط کو محفوظ طریقے سے فراہم کیا جاسکتا ہے (باب 2 اور 3 دیکھیں)۔

اس بات کو یقینی بنانا کہ اسقاط حمل کی خدمات صحت کے نظام کی سب سے کم ممکنہ سطح پر دستیاب ہوں، سرکاری اور نجی دونوں شعبوں میں، اس بات کو یقینی بنانے کے لیے ضروری ہے کہ وہ تمام افراد جن کو اسقاط حمل کی خدمات کی ضرورت ہے وہ ان تک رسائی حاصل کر سکیں۔ اس طرح کی دستیابی کو یقینی بنانا بھی مساوات کا ایک پیمانہ ہے کیونکہ اس طرح کی دستیابی کی کمی غیر متناسب طور پر سب سے زیادہ پسماندہ افراد کو متاثر کرتی ہے، وہ افراد جو دیہی علاقوں میں رہتے ہیں، غریب، نوجوان اور شادی شدہ نہیں ہیں۔

اس کے علاوہ، نفع حمل معلومات اور خدمات فراہم کرنے، حمل کی جانچ اور ریفرل کے لیے کمیونٹی کی سطح کی خدمات کمیونٹی ہیلتھ ورکرز اور فارماسٹ کے ذریعے ضرورت پڑنے پر محفوظ اسقاط حمل کی خدمات بلا تاخیر فراہم کی جائیں۔

خدمات کی دستیابی میں اس بات کو یقینی بنانا بھی شامل ہے کہ اسقاط حمل کے خواہاں افراد کے لیے طریقوں کا انتخاب دستیاب ہے۔ ہر سطح کی سہولت کو کم از کم وہ طریقے فراہم کرنے چاہئیں جو اس میں محفوظ طریقے سے فراہم کرنے کی صلاحیت ہے، اور اس بات کو یقینی بنانا چاہیے کہ دوسرے طریقوں کے لیے مناسب ریفرل میکانزم دستیاب ہوں تاکہ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کو دیگر SRH خدمات سے منسلک کیا جاسکے جن کی کلائنٹس کو ضرورت ہو سکتی ہے، جیسے حمل کی جانچ، نفع حمل اور ایچ آئی وی ٹیسٹنگ۔ یہ سب ایک جامع SRH پیکیج کے حصے کے طور پر ایک ہی چھت کے نیچے فراہم کیے جانے چاہئیں۔ باس 9 اسقاط حمل سے متعلق مختلف خدمات کی تفصیلات دیتا ہے جو صحت کے نظام کی ہر سطح پر دستیاب ہونی چاہئیں۔

ایک اہم موقع جہاں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی دستیابی ضروری ہے وہ ہنگامی اور فوری انسانی مدد کے متقاضی حالات میں ہے۔ خواتین اور لڑکیوں کو جنگ یا دیگر اقسام کے تنازعات کا نشانہ بنایا جاتا ہے جو نقل مکانی اور ہجرت پیدا کرتے ہیں، اور عصمت دری سے پیدا ہونے والے ناپسندیدہ حمل اس کا نتیجہ ہیں۔ یہ معاشرتی بدنامی اور بدعنوانی کا باعث بھی بن سکتا ہے۔ نیز، اس طرح کے حالات میں، نفع حمل حمل اور زچگی کی صحت کی دیکھ بھال تک رسائی میں رکاوٹیں زیادہ ہو سکتی ہیں جس کی وجہ سے غیر منصوبہ بند حمل اور حمل کے منفی نتائج کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ انسانی حقوق کا بین الاقوامی قانون تنازعات کے وقت خواتین اور لڑکیوں کی طبی ضروریات کے تحفظ کے لئے کہتا ہے (راہکار شٹن لیٹ ال، 2017)۔ اس میں جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات اور محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی شامل ہے۔ ایمر جنسی اور انسانیت کے متقاضی حالات میں خواتین اور لڑکیوں کو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات سے انکار کرنا امتیازی سلوک ہے اور یہ جسمانی اور ذہنی تکلیف کا باعث بن سکتا ہے اور اسے غیر انسانی علاج سمجھا جاسکتا ہے۔ انٹرا یجنسی ورننگ گروپ کے ذریعہ تیار کردہ بحران کی صورت حال میں جنسی اور تولیدی صحت (ایس آر ایچ) کے لئے کم سے کم ابتدائی سروس پیکیج (MISP) ہے۔ انسانی ہمدردی کے بحران کے آغاز پر زندگی بچانے والی سرگرمیوں کا ایک سلسلہ بشمول متاثرہ آبادی کی ایس آر ایچ کی ضرورت یا پتہ پکرنے کے لئے ضروری ہے۔ اس میں متعدد نفع حمل طریقوں کی دستیابی، قانون کے ذریعہ اجازت دی گئی حد تک محفوظ اسقاط حمل کی دیکھ بھال، اور اسقاط حمل کی دیکھ بھال شامل ہے (IAWG، 2020)۔

4.2.2 محفوظ اسقاط حمل خدمات کی دستیابی

ان تمام افراد کے لیے جن کو اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے کی ضرورت ہے، سب سے پہلے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات آسانی سے دستیاب ہونی چاہئیں۔ صحت کے نظام میں مختلف سطح کی اسقاط حمل کی خدمات کو سرکاری اور غیر منافع بخش نجی شعبے دونوں میں موجود SRH خدمات میں ضم کیا جانا چاہیے۔ اس میں سائنسی طور پر درست معلومات، اسقاط حمل کے مختلف طریقے، اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال، اور نفع حمل خدمات سمیت خدمات کا ایک مجموعہ شامل ہونا چاہیے۔

محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی میں سب سے اہم رکاوٹوں میں سے ایک صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکنوں کی کمی ہے۔ ٹاسک شفیٹنگ یا ٹاسک شیئرنگ ایک کلیدی حکمت عملی ہے جہاں صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکنوں کی ایک وسیع رینج کو مختلف خدمات فراہم کرنے کے لیے ماہر ڈاکٹروں کی جگہ تربیت دی جاتی ہے۔ یہ خدمات کی دستیابی کو بہتر بنانے، صحت کے نظام کی نجلی سطح پر خدمات کو دستیاب کرنے، اور خدمات تک رسائی میں مساوات کو بہتر بنانے کے لیے دکھایا گیا ہے۔ اس بات کا ثبوت موجود ہے کہ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے کے لیے بہت سی طبی مدد اخلتیں غیر ماہر ڈاکٹروں کی طرف سے بنیادی نگہداشت کی سطح پر اور/یا بیرونی مریضوں کی بنیاد پر فراہم کی جاسکتی ہیں (Barnard et al، 2015)۔ WHO تجویز کرتا ہے کہ پہلی سہ ماہی میں طبی اسقاط حمل (10 ہفتوں تک) معاون نرس دانیوں، نرسوں، دانیوں اور غیر ماہر ڈاکٹروں، اور ادویات کے تکمیلی نظام سے

باکس 9: صحت کی دیکھ بھال کی خدمات جو مختلف سطحوں پر دستیاب ہونی چاہئیں

- کیونٹی کی سطح:**
- تولیدی صحت پر معلومات کی فراہمی، بشمول مانع حمل اور اسقاط حمل
 - مانع حمل کے مناسب طریقوں کی کیونٹی پر مبنی تقسیم
 - حمل کا پتہ لگانا
 - محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے لیے معلومات اور ریفرل
 - شناخت، ابتدائی انتظام اور اسقاط حمل کی پیچیدگیاں کے لیے ریفرل
 - جنسی زیادتی کا شکار ہو جانے والوں کے لیے شناخت، ابتدائی مدد اور ریفرل
- پرائمری کیئر لیول:**
- کیونٹی کی سطح پر تمام خدمات
 - مانع حمل اور اسقاط حمل کے بارے میں معلومات کی فراہمی اور مشاورت
 - مانع حمل خدمات کی وسیع رینج بشمول IUD، انجیکشن، لیسز اور امپلائنٹس
 - 12-14 ہفتوں تک کے حمل کے لیے ویکيوم اسپائریشن (MVA) یا (EVA)
 - ہفتوں تک طبی اسقاط حمل
 - اسقاط حمل کے بعد کی پیچیدگیوں کا ابتدائی استحکام اور ریفرل

Source: WHO guidance document, 2012.

ریفرل لیول کی سہولیات:

- نجلی سطحوں پر مذکور تمام خدمات
- مانع حمل خدمات کی وسیع رینج بشمول نس بندی
- حمل کے تمام مراحل کے لیے اسقاط حمل
- اسقاط حمل کی تمام پیچیدگیوں کا انتظام

چیک لسٹ 4

غیر امتیازی سلوک

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		صحت کے نظام کی مانیٹرنگ اور اس کی سروسز کی رپورٹنگ کے حصے کے طور پر اسقاط حمل کی سروسز کی دستیابی کے اشاروں کو باقاعدگی سے رپورٹ کیا جاتا ہے کہ ہر پانچ لاکھ افراد پر کتنی صحت سہولتیں اسقاط حمل کی خدمات فراہم کر رہی ہیں
		MA اور MVA کے ذریعے پہلے تین ماہ کے اسقاط حمل کی خدمات پرائمری کیئر لیول پر سرکاری اور غیر منافع بخش سیکٹر میں دستیاب ہیں
		قانون اور پالیسی میں کوئی ایسی دفعات نہیں ہیں جو اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کو صرف ڈاکٹروں تک محدود کرتی ہیں۔
		درمیانی سطح کے ہیلتھ پرووائیڈرز جیسے نرسوں اور دانیوں کو MA اور MVA کے ذریعے محفوظ اسقاط حمل فراہم کرنے کی تربیت دی جاتی ہے۔
		دوسری سہ ماہی کے اسقاط حمل کی MA اور D&E کے ذریعے خدمات دوسری اور تیسری سطح کی سہولتوں میں دستیاب ہیں۔
		اسپیشلسٹ ڈاکٹرز کی عدم موجودگی میں دوسری اور تیسری سطح کی صحت سہولتوں میں نان اسپیشلسٹ ڈاکٹروں کو دوسری سہ ماہی کے اسقاط حمل کی تربیت دی جاتی ہے۔
		اسقاط حمل کی سروسز کے خواہشمند کلائنٹس کو محفوظ اسقاط حمل کے ممکنہ طور پر زیادہ سے زیادہ میٹھڈز سے انتخاب کا موقع ملتا ہے۔
		محفوظ اسقاط حمل کی خدمات SRH کی جامع خدمات کے حصے کے طور پر ایک ہی چھت کے نیچے دستیاب ہیں جس میں مانع حمل طریقے بھی شامل ہیں۔
		حمل کا ٹیسٹ، مانع حمل کی فراہمی اور محفوظ اسقاط حمل کے لیے ریفرل کیونٹی کی سطح پر دستیاب ہیں۔
		اور فارماسٹس اور CHWs کو حمل کے ٹیسٹ، مانع حمل کی فراہمی اور محفوظ اسقاط حمل کے لیے ریفرل کی تربیت دی جاتی ہے۔

کرتا ہے جو کہ مکمل یا جزوی طور پر صحت کی رسمی خدمات سے باہر فراہم کی جاسکتی ہیں اور صحت کی دیکھ بھال کرنے والے اہلکاروں کی براہ راست نگرانی کے ساتھ یا اس کے بغیر استعمال کی جاسکتی ہیں (WHO, 2019)۔ خود کی دیکھ بھال کو ان علاقوں میں خلا کو ختم کرنے کے طور پر دیکھا جاتا ہے جہاں صحت کے نظام کمزور ہیں، وہاں صحت کی دیکھ بھال کرنے والی افرادی قوت کی کمی ہے، یا جہاں ہنگامی انسانی حالات کی وجہ سے صحت کا نظام درہم برہم ہے۔ تاہم، یہ نوٹ کرنا ضروری ہے کہ خود کی دیکھ بھال کی مداخلتوں کو مؤثر طریقے سے اور محفوظ طریقے سے استعمال کرنے کے لیے، ایک فعال صحت کے نظام کی شکل میں ایک قابل ماحول کی ضرورت ہے جو پیچیدگیوں کی صورت میں مدد اور بیک اپ فراہم کرتا ہے۔

اسقاط حمل کے معاملے میں، خواتین بہت سے حالات میں اور بہت سی وجوہات کی بنا پر خود کے زیر انتظام طبی اسقاط حمل کا استعمال کرتی رہی ہیں۔ مثال کے طور پر، 2015 میں ہندوستان میں ہونے والی ایک تحقیق نے اندازہ لگایا کہ اس سال ملک میں ہونے والے تمام اسقاط حمل میں سے تقریباً تین چوتھائی صحت کی سہولیات سے باہر طبی طریقوں سے ہوئے تھے (سنگھ ایٹ ال، 2018)۔ خود انتظام شدہ اسقاط حمل کے ایک اسکوپنگ جائزے سے پتہ چلا ہے کہ خواتین ترجیحی طریقہ کے طور پر اسقاط حمل کا خود انتظام کر سکتی ہیں، لیکن یہ کہ دوسرے امکانات کی عدم موجودگی میں اسے اکثر آخری حربے کے طور پر بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

خواتین نے خود سے انتظام کردہ اسقاط حمل کا انتخاب کرنے کی وجوہات بتائی ہیں ان میں طبی دیکھ بھال کی تلاش میں مخصوص رکاوٹیں شامل ہیں جن میں طویل سفری دوری، کام یا بچوں کی دیکھ بھال سے وقت نکلنے میں ناکامی، مالی خدشات، قانونی اسقاط حمل کہاں سے کروانا ہے اس بارے میں علم کی کمی، رازداری اور پرائیویسی کے خدشات، پولیس کو رپورٹ کیے جانے کے خدشات، اور قانونی پابندیاں شامل ہیں۔ خود کے انتظام کو منتخب کرنے کی کچھ مثبت وجوہات میں جراحی کے طریقوں پر طبی اسقاط حمل کا انتخاب، خود انتظام کو فعال اور باختیار سمجھنا، اور گھر پر اسقاط حمل کرنے کے ساتھ ساتھ مدد کے لیے کسی کو اپنے ساتھ رکھنے کے قابل ہونا شامل ہیں (موسین ایٹ ال، 2020)۔

ڈبلیو ایچ او کا کہنا ہے کہ خود نظم و نسق اور خود تشخیص کے طریقے باختیار بنا سکتے ہیں اور صحت کے دستیاب افرادی قوت کے وسائل کو بہتر بنانے اور کاموں کو بانٹنے کا ایک طریقہ بھی پیش کرتے ہیں۔ یہ تجویز کرتا ہے کہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کی براہ راست نگرانی کے بغیر mifepristone اور misoprostol ادویات کا انتظام مخصوص حالات میں کیا جاسکتا ہے اگر خواتین کو درست معلومات مل سکتی ہوں اور اگر انہیں پروسیجر کے کسی بھی مرحلے پر ضرورت ہو یا صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے تک رسائی ہو۔

اس میں یہ بھی تجویز کیا گیا ہے کہ ایم اے گولیاں لینے کے بعد، بہت مخصوص حالات میں حمل کے ٹیسٹ اور چیک لسٹ کا استعمال کرتے ہوئے اسقاط حمل کے عمل کی تکمیل کا اندازہ لگانے کے لیے خود انتظام کا استعمال کیا جاسکتا ہے - جہاں

4.2.3 محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی

اسقاط حمل کی خدمات دستیاب ہونے کے علاوہ قابل رسائی ہونے کی ضرورت ہے۔ ڈبلیو ایچ او رسائی کی وضاحت کرتا ہے جس میں جسمانی رسائی، اقتصادی رسائی اور معلومات تک رسائی شامل ہے (WHO, 2017)۔

4.2.3.1 جسمانی رسائی

جسمانی رسائی کا مطلب یہ ہے کہ صحت کی خدمات ان تمام لوگوں کی محفوظ جسمانی رسائی کے اندر ہیں جنہیں ان کی ضرورت ہے جن میں سب سے زیادہ کمزور افراد بھی شامل ہیں۔ محفوظ اسقاط حمل کی خدمات جسمانی طور پر قابل رسائی ہونے کے لیے، انہیں بنیادی سطح پر اور جہاں ممکن ہو، بیرونی مریضوں کی خدمات کے طور پر دستیاب ہونے کی ضرورت ہے، جیسا کہ دستیابی کے ذیلی حصے کے تحت تفصیل ہے۔ اس کا مطلب یہ بھی ہے کہ نجی سطح کی سہولیات اور کمیونٹی کی سطح کے فراہم کنندگان کو ان لوگوں کے لیے مناسب ریفرل خدمات فراہم کرنی چاہئیں جنہیں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات، اسقاط حمل کے بعد کی خدمات یا اسقاط حمل کی پیچیدگیوں کے لیے خدمات کی ضرورت ہے۔

محفوظ اسقاط حمل کے لیے ٹیلی ہیلتھ / ٹیلی میڈیسن

طبی اسقاط حمل کی فراہمی کے لیے ٹیلی میڈیسن کے مختلف ماڈلز آزمائے گئے ہیں۔ بغیر ٹیسٹ کے ماڈل میں گھر سے ٹیلی فون یا ویڈیو کے ذریعے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے مشاورت کی ضرورت ہوتی ہے جس کے بعد ایم اے ادویات کا خود انتظام کیا جاتا ہے۔ ایک اور ماڈل میں کلائنٹس کو صحت کی دیکھ بھال کی سہولت میں جانا اور کسی ایسے فراہم کنندہ سے دور سے مشورہ کرنا شامل ہے جو کلینک میں جسمانی طور پر موجود نہیں ہے (Ramaswamy et al, 2020)۔ COVID-19 کی وبا کے دوران، ٹیلی میڈیسن کو کچھ ترتیبات (حالات) میں اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے لیے آزما دیا گیا ہے۔ جیسے اس کی منظوری برطانیہ میں NHS کے ذریعے طبی اسقاط حمل کی خدمات کے لیے دی گئی ہے (محکمہ صحت اور سماجی نگہداشت، 2020)۔ نیپال میں، وزارت صحت نے COVID-19 کی وبا میں ٹیلی میڈیسن کے استعمال، خود استعمال اور طبی اسقاط حمل کی خدمات کے گھریلو استعمال کی منظوری دی (IPPF, 2020)۔ تاہم، ایم اے کی فراہمی میں ٹیلی میڈیسن کے استعمال میں کچھ رکاوٹیں موجود ہیں۔ ان میں ایسے قوانین اور پالیسیاں شامل ہیں جو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے لازمی ملاقات، اسقاط حمل سے پہلے الٹراساؤنڈ جیسی لازمی ٹیسٹنگ، یا صرف کوئی مصدقہ معالج ہی طبی اسقاط حمل کی ادویات کا نسخہ لکھ کر دے سکتا ہے۔ ٹیلی میڈیسن کو ممکنہ طور پر MA سروسز کے لیے وسیع پیمانے پر دستیاب آپشن بنانے کے لیے ان رکاوٹوں کو دور کیا جانا چاہیے۔

طبی اسقاط حمل کی خود دیکھ بھال اور خود انتظام

طبی اسقاط حمل کا خود انتظام ایک اور حکمت عملی ہے جسے طبی اسقاط حمل تک رسائی بڑھانے کے لیے آزما جا رہا ہے۔ WHO خود کی دیکھ بھال کی مداخلت کو ثبوت پر مبنی مداخلتوں، معیاری ادویات، آلات، تشخیصی اور/یا ڈیجیٹل مصنوعات کے طور پر بیان

بن سکتا ہے۔ اس لیے یہ ضروری ہے کہ پبلک سیکٹر میں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات مفت میں دیکھ بھال کے فنانسنگ میکانزم کے ساتھ پیش کی جائیں۔ سروس ڈیلیوری کے وقت وصول کی جانے والی صارف فیس رسائی میں ایک اہم رکاوٹ کے طور پر کام کر سکتی ہے۔ اسقاط حمل کی خدمات کا احاطہ کرنے کے لیے SRH پروگراموں میں مناسب بجٹ فراہم کیا جانا چاہیے۔ اس کے علاوہ، اسقاط حمل کی خدمات کو مالیاتی تحفظ کے طریقہ کار جیسے ہیلتھ انشورنس پروگراموں کے تحت احاطہ کیا جانا چاہیے۔ ہیلتھ انشورنس پروگراموں کی ایک بڑی تعداد اسقاط حمل کی خدمات کے لیے کور فراہم نہیں کرتی ہے۔ مثلاً ریاستہائے متحدہ میں، میڈیکائیڈ (Medicaid) کے ذریعے وفاقی فنڈز اسقاط حمل کی خدمات کی ادائیگی کے لیے استعمال نہیں کیے جاسکتے ہیں سوائے عصمت درمی، بدکاری یا زندگی کو خطرے میں ڈالنے کے معاملے کے (Henshaw et al, 2009)۔ اسقاط حمل کی خدمات کو ہیلتھ انشورنس پروگرام کے تحت شامل کرنے کو یقینی بنانے کے لیے قانونی اور پالیسی مینڈیٹ فراہم کیے جائیں۔

4.2.3.3 معلومات تک رسائی

معلومات تک رسائی میں صحت سے متعلق معلومات حاصل کرنے کا حق شامل ہے۔ اسقاط حمل کی قانونی حیثیت کے بارے میں معلومات کا فقدان اسقاط حمل کی محفوظ خدمات کے حصول میں رکاوٹ کا کام کرتا ہے۔ جیسے ہندوستان کے مطالعے سے پتہ چلتا ہے کہ ایم ٹی پی ایکٹ کے تحت اسقاط حمل کی قانونی حیثیت کے بارے میں عام پھیلی ہوئی معلومات ناقص ہیں (نیڈا اولو اور بریکن، 2006)۔ اسقاط حمل کی قانونی حیثیت اور جن بنیادوں پر اسقاط حمل قانونی طور پر دستیاب ہے کے بارے میں درست معلومات کو عام آبادی تک وسیع پیمانے پر پہنچانے کی ضرورت ہے۔ اس بات کو بھیسقینی بنایا جائے کہ صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکنوں کے پاس ملک میں اسقاط حمل سے متعلق قوانین کے بارے میں درست معلومات ہوں۔ قانون کے علاوہ، کمیونٹی میں اسقاط حمل کی خدمات کہاں دستیاب ہیں، حمل کے مختلف ادوار میں اسقاط حمل کے لیے خدمات کہاں تک پہنچ سکتی ہیں، اور کون سے انتخاب کے طریقے کہاں دستیاب ہیں۔ اس بارے میں وسیع پیمانے پر معلومات دستیاب ہونی چاہئیں۔ کمیونٹی ہیلتھ ورکرز اور فارماسٹ کو ایسی معلومات فراہم کرنے کے لیے تربیت دی جا سکتی ہے۔

mifepristone اور misoprostol دونوں استعمال کیے جا رہے ہیں (صرف misoprostol نہیں)، اور جہاں خواتین کے پاس درست معلومات کا ذریعہ ہے اور پروسیجر کے کسی بھی مرحلے پر انہیں صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے یا فراہم کنندہ تک رسائی کی ضرورت ہے (WHO، 2019)۔ (براہ کرم نوٹ کریں کہ اسقاط حمل کے مکمل ہونے کا اندازہ لگانے کے لیے استعمال کیے جانے والے حمل کے ٹیسٹ کم حساسیت والے ٹیسٹ ہیں جو خاص طور پر اسی مقصد کے لیے استعمال کیے جاتے ہیں۔ یہ حمل کی تشخیص کے لیے استعمال ہونے والے ٹیسٹس سے مختلف ہیں)۔

اس لیے یہ نوٹ کرنا ضروری ہے کہ جب کہ سیلف مینیجمنٹ کو پہلی سہ ماہی ایم اے کے لیے ایک قابل عمل آپشن کے طور پر دیکھا جا رہا ہے، لیکن اسے صحت کے نظام کی جانب سے ذمہ داری سے دستبردار ہونے والے بہت کم کارآمد اور غیر ذمہ دارانہ نظام صحت کے متبادل کے طور پر نہیں دیکھا جانا چاہیے۔ بلکہ، خود نظم و نسق کی مداخلت کو خواتین کے لیے اپنے جسم اور صحت کا کنٹرول سنبھالنے کے لیے بااختیار بنانے کے طریقوں کے طور پر دیکھا جانا چاہیے، اور جب ضروری ہو تو صحت کے نظام سے مناسب تعاون حاصل کیا جائے۔

4.2.3.2 اقتصادی رسائی

اقتصادی رسائی اسقاط حمل کے متلاشیوں کے لیے ایک اہم رکاوٹ کے طور پر جانا جاتا ہے۔ شواہد سے پتہ چلتا ہے کہ صحت کی خدمات حاصل کرنے کے دوران مالی رکاوٹیں پسماندہ گروہوں کو غیر متناسب طور پر متاثر کرتی ہیں۔ نوعمر، دیہی علاقوں کی خواتین، غریب خواتین اور اکیلی خواتین کو محفوظ اسقاط حمل کی خدمت کے لیے سفر اور قیام کے اخراجات سمیت وسائل کا بندوبست کرنے میں مشکلات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ، اس بات کا بھی ثبوت ہے کہ نجی شعبے کے فراہم کنندگان اس وقت استحصالی طور پر بڑھا ہوا معاوضہ وصول کرتے ہیں جب اسقاط حمل کا خواہاں فرد سماجی طور پر کمزور گروپ سے ہو اور حمل اور اسقاط سماجی بدنامی کا باعث بنتے ہوں (Duggal R, 2004)۔ جب اسقاط حمل کی ضرورت والے افراد جیب سے زیادہ اخراجات کی وجہ سے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی حاصل کرنے سے قاصر ہوتے ہیں، تو وہ غیر محفوظ طریقوں کا سہارا لینے پر مجبور ہوتے ہیں۔ یہ بالآخر غیر محفوظ اسقاط حمل کے نتائج اور طویل مدتی اثرات سے نمٹنے کے لیے صحت کے نظام کے لیے زیادہ اخراجات کا باعث

طبی اسقاط حمل کو غیر فعال اور غیر ذمہ دارانہ نظام صحت کے متبادل کے طور پر نہیں دیکھا جانا چاہیے جس کی وجہ سے صحت کے نظام کی طرف سے ذمہ داری سے دستبردار ہو جاتی ہے۔ بلکہ، خود نظم و نسق کی مداخلت کو خواتین کے لیے اپنے جسم اور صحت کا کنٹرول سنبھالنے کے لیے بااختیار بنانے کے طریقوں کے طور پر دیکھا جانا چاہیے، اور جب ضروری ہو تو صحت کے نظام سے مناسب تعاون حاصل کیا جائے۔

چیک لسٹ 5

رسائی

نوٹس	جی ہاں 	جی نہیں 
		علاقے کی تمام آبادیوں کے لیے دو گھنٹے کی مسافت کے اندر محفوظ اسقاط حمل کی سہولت دستیاب ہے۔
		میڈیکل اسقاط حمل کی سروسز کی فراہمی کے لیے ٹیلی میڈیسن سروس استعمال کی جاتی ہے۔
		قانون یا پالیسی میں ایسی کوئی دفعات شامل نہیں ہیں جو اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی صرف ڈاکٹروں تک محدود کریں۔
		قانون یا پالیسی میں ایسی کوئی دفعات شامل نہیں ہیں جو لازمی طور پر ہیلتھ کیئر پرووائیڈر سے آمنے سامنے مشورہ
		قانون یا پالیسی میں ایسی کوئی دفعات شامل نہیں ہیں جو افراد کو اپنے اسقاط حمل کو اپنی مرضی سے اپنے انتظام کے تحت کرنے سے روکیں۔
		جو فرد بھی اسقاط حمل کا خواہاں ہے اسے اس کے اپنے انتظام کے تحت اسقاط حمل کے بارے میں معلومات دی جائیں گی۔
		کوئی بھی جو اپنے انتظام کے تحت اسقاط حمل کرنا چاہے، اگر اسے پروسس کے کسی بھی مرحلے پر ضرورت ہو یا وہ چاہے تو اس کے پاس درست معلومات حاصل کرنے کا ذریعہ ہونا چاہیے اور ہیلتھ کیئر پرووائیڈر تک رسائی ہونی چاہیے۔
		مانشیپر سٹون اور میسوپرو سٹول کے ذریعے میڈیکل اسقاط حمل کرنے والے فرد کو پروسس کے مکمل ہو جانے کے بارے میں حمل ٹیسٹ اور چیک لسٹس استعمال کرتے ہوئے خود پتا چلا سکنے کے بارے میں معلومات دی جانی چاہئیں۔
		کوئی بھی جو اپنے انتظام کے تحت اسقاط حمل کرنا چاہے، اگر اسے پروسس کے کسی بھی مرحلے پر ضرورت ہو یا وہ چاہے تو اس کے پاس درست معلومات حاصل کرنے کا ذریعہ ہونا چاہیے اور ہیلتھ کیئر پرووائیڈر تک رسائی ہونی چاہیے۔
		کوئی بھی جو اپنے انتظام کے پروسس کے مکمل ہو جانے کے بارے میں، اگر اسے پروسس کے کسی بھی مرحلے پر ضرورت ہو یا وہ چاہے، تو اس کے پاس درست معلومات حاصل کرنے کا ذریعہ ہونا چاہیے اور ہیلتھ کیئر پرووائیڈر تک رسائی ہونی چاہیے۔
		محفوظ اسقاط حمل کی خدمات سرکاری شعبے میں صحت مراکز میں پیش کی جاتی ہیں۔
		سرکارے شعبے اور بلا منفعت (not-for-profit) نجی شعبے میں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے وقت کوئی یوزر فیس وصول نہیں کی جاتی۔
		اسقاط حمل کا احاطہ کرنے کے لیے ایس آرائیج پروگراموں کو کافی بجٹ فراہم کیے جاتے ہیں۔
		اسقاط حمل کی سروسز کو مالی تحفظ کے طریقوں جیسے انشورنس کے پروگراموں سے فراہم کیا جاتا ہے۔
		اسقاط حمل کی قانونی حیثیت کے بارے میں درست معلومات اور کن بنیادوں پر اسقاط حمل قانونی طور پر دستیاب ہے یہ کچھ عوام تک بڑے پیمانے پر پہنچایا جائے۔
		ہیلتھ کیئر ورکرز کو ملک میں اسقاط حمل سے متعلق قوانین کے بارے میں درست معلومات ہیں۔
		کیونٹی میں اس بارے میں بڑے پیمانے پر معلومات عام ہیں کہ اسقاط حمل کی سہولتیں کہاں دستیاب ہیں، حمل کے مختلف ادوار میں اسقاط کی خدمات کے حصول کے لیے کہاں رابطہ کیا جائے اور کونسے طریقے کہاں دستیاب ہیں۔
		کیونٹی ہیلتھ ورکروں اور فارماسسٹوں کو کیونٹی کو یہ معلومات فراہم کرنے کی تربیت دی گئی ہے کہ اسقاط حمل کی سروسز کہاں ملیں گی، حمل کے مختلف ادوار میں اسقاط کی خدمات کے حصول کے لیے کہاں رابطہ کیا جائے اور کونسے طریقے کہاں دستیاب ہیں۔

4.2.4 محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی قبولیت

جب اسقاط حمل کی خدمات کلائنٹس کی مخصوص ضروریات کو پورا کرنے میں ناکام رہتی ہیں، تو کلائنٹ اکثر ایسی خدمت کو ترجیح دینے کا انتخاب کرتے ہیں جو ایسا کرتی ہے، چاہے وہ تکنیکی لحاظ سے معیار پر پورا نہ اترتی ہو۔ یہ خاص طور پر سچ ہے کیونکہ بہت سے حالات میں، اسقاط حمل سماجی بدنامی کا باعث بنتا ہے، خاص طور پر غیر شادی شدہ لوگوں میں، اور خدمات کی تلاش میں رازداری کو سب سے اہم سمجھا جاتا ہے۔

محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کو قابل قبول بنانے کے لیے، انہیں قابل قبولیت کی دو اہم جہتوں پر توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ طبی اور سماجی-ثقافتی خدمات کو طبی اخلاقیات کا احترام کرنا چاہیے اور صنفی رد عمل اور ثقافتی طور پر بھی مناسب ہونا چاہیے۔

اسقاط حمل کی خدمات کو ثقافتی طور پر قابل قبول بنانے کے لیے، ایک اہم حکمت عملی ایسے مشیروں کی فراہمی ہوگی جو مقامی زبان بول سکتے ہیں اور حساس انداز میں کسی بھی سوال یا شک کو دور کر سکتے ہیں۔ مشاورت میں اسقاط حمل کے طریقہ کار کے تمام پہلوؤں سے متعلق معلومات شامل ہونی چاہئیں اور ضروری ہیں۔ مختلف ثقافتی سیاق و سباق سے تعلق رکھنے والوں کی ضروریات کو مد نظر رکھیں۔ قابل غور نکتہ یہ ہے کہ مشاورت فراہم کنندہ کے نقطہ نظر کو قبول کرنے کے لیے 'حوصلہ افزائی'، 'مشورہ' یا 'اقائل کرنے' کا نام نہیں ہے، بلکہ متعلقہ اور مناسب معلومات کی فراہمی ہے، جو کلائنٹ کو انتخاب کرنے کے قابل بناتی ہے۔

اسقاط حمل کی خدمات میں دیکھ بھال کے معیار کے بارے میں کلائنٹس کے نقطہ نظر کے مطالعے نے کئی عوامل کی نشاندہی کی ہے جو سروس کی قبولیت کو متاثر کرتے ہیں۔ ان میں قابل احترام دیکھ بھال فراہم کرنے میں فراہم کنندہ کا رویہ اور دوستی، فراہم کنندہ کی حساسیت اور رازداری، جبر کی عدم موجودگی بشمول اسقاط حمل کی خدمت فراہم کرنے کے لیے مانع حمل طریقہ اختیار کرنا اور بغیر کسی تاخیر کے خدمات کی فراہمی شامل ہیں۔ مطالعات نے یہ بھی دکھایا ہے کہ فراہم کنندگان اکثر ان خدشات کو پورا کرنے کی ضرورت محسوس نہیں کرتے ہیں، خاص طور پر جب اسقاط حمل کی خدمات مفت فراہم کی جاتی ہیں بارہا اور آپے، 2007۔

چیک لسٹ 6

رسائی

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
	☒	☐
ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کا رویہ اسقاط حمل کے خواہاں کلائنٹس سے رابطوں میں دوستانہ، احساس والا اور عزت دینے والا ہونا چاہیے۔		
اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرتے وقت ہیلتھ کیئر پرووائڈرز رازداری اور پرائیویسی کی احترام کرتے ہیں۔		
فرد جب وہ اسقاط حمل چاہتا ہو تو اس پر مانع حمل کے لیے کوئی دباؤ ڈالا جائے۔		
اسقاط حمل کا خواہشمند کلائنٹ اگر کوئی مانع حمل استعمال نہ کرنا چاہتا ہو تو اسقاط حمل سے انکار نہیں کیا جائے گا۔		
جو فرد اسقاط چاہتا ہے، اسے اس سروس کی فراہمی میں کوئی دیر نہیں کی جائے گی۔		
اسقاط حمل کی سروسز (مراکز) میں سروسز کے خواہشمند کلائنٹس کو درست اور مکمل معلومات کی فراہمی کے لیے کونسلرز ہوتے ہیں۔		
کونسلرز اور ہیلتھ کیئر پرووائڈرز مقامی زبان بول سکتے ہیں۔		
کونسلرز اور ہیلتھ کیئر پرووائڈرز مقامی ثقافت کے ماحول سے واقف ہوتے ہیں اور کم اہم گروہوں کی ضرورتوں کا خیال رکھتے ہیں۔		
کونسلرز اور ہیلتھ کیئر پرووائڈرز ہر کلائنٹ کو کافی وقت دیتے ہیں اور ان کے سوالات یا شکوک کا صحیح جواب صبر اور احساس کرتے ہوئے دیتے ہیں۔		
کونسلرز اور ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کو کلائنٹ کے ساتھی کی جانب سے تشدد کو پہچاننے کی تربیت دی گئی ہوتی ہے۔		
ساتھی کے تشدد سے بچاؤ کو بھی اسقاط حمل کی خدمات میں شامل کر لیا جاتا ہے۔		
کونسلرز اور ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کو تربیت دی جاتی ہے کہ کلائنٹ کے ساتھی کے تشدد سے بچاؤ کیسے کیا جائے۔		
کونسلرز اور ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کو تربیت دی جاتی ہے کہ اگر کسی کلائنٹ کو اس کی خواہش کے خلاف مجبور کیا جا رہا ہے کہ وہ حمل جاری رکھے یا ختم کر دے، تو صنف کا لحاظ کرتے ہوئے اس کی مدد کیسے کی جائے۔		

4.2.5.2 ماحول کو فعال کرنا

اسقاط حمل کی دیکھ بھال کی فراہمی میں نگہداشت کے معیار کو یقینی بنانے کا مطلب یہ بھی ہے کہ صحت کے نظام کے مختلف اجزاء، جو اس طرح کی نگہداشت کی فراہمی کے لیے ایک سازگار ماحول کو یقینی بنانے کے لیے فعال ہونے چاہئیں، وہ فعال ہیں۔

مختلف سطحوں پر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے مختلف کیڈرز کی مناسب تعداد میں موجود ہونے کی ضرورت ہے۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو معیاری دیکھ بھال فراہم کرنے کے مختلف پہلوؤں میں بھی مناسب تربیت دینے کی ضرورت ہے جس میں اسقاط حمل کے مناسب طریقے فراہم کرنے، درد کے انتظام کی تکنیک، اور انفیکشن سے بچاؤ کے طریقے فراہم کرنے میں قابلیت پیدا کرنے پر مبنی تربیت شامل ہے۔ اس کے علاوہ، تربیت میں احترام اور حساس نگہداشت کی فراہمی، رازداری اور پرائیویسی کو برقرار رکھنے، اور مختلف گروہوں جیسے نوعمروں کی خصوصی ضروریات کو پورا کرنے کی بھی ضرورت ہے۔ فراہم کنندگان کی منفی اقدار اسقاط حمل کیجیوا، ہشمندہ خواہشیں اور خدمات کی فراہمی پر اکثر برا اثر ڈالتی ہیں (مزید تفصیلات کے لیے باب 3 دیکھیں)۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے لیے اقدار کی وضاحت کی مشقیں منعقد کرنے کی ضرورت ہے تاکہ وہ پہچان سکیں کہ ان کی اپنی ذاتی اقدار اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کو کس طرح متاثر کرتی ہیں۔ دیکھ بھال سے انکار فراہم کرنے والوں کے اندر مجرمانہ سزاؤں کے خوف کی وجہ سے بھی ہوتا ہے جس کے نتیجے میں اسقاط حمل تک رسائی پر منفی اثر پڑتا ہے۔ ایسی مجرمانہ سزاؤں کو ختم کرنے کی ضرورت ہے۔ فراہم کنندگان کو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے کے لیے ایک حقیقی ماحول فراہم کرنے کا حکم ہونا چاہیے اور اسقاط حمل سے انکار کی صورت میں شکایات کے ازالے کا مناسب طریقہ کار بھی ہو جو بروقت ایبل کی گنجائش فراہم کرتا ہے۔

ہر سطح پر فراہم کردہ مختلف طریقوں کے لیے درکار مناسب سامان اور آلات کو بغیر کسی رکاوٹ کے یقینی بنانے کی ضرورت ہے۔ طبی اسقاط حمل کی دوائیں - mifepristone اور misoprostol کی ضروری ادویات کی ماڈل فہرست کا حصہ ہیں اور ان کی مسلسل فراہمی کو یقینی بنانے کے لیے قومی ضروری ادویات کی فہرستوں کا بھی حصہ ہونا چاہیے۔ ایم وی اے کے لیے درد کے انتظام کی ادویات، سرخج اور کیٹولا، اینٹی بائیوٹکس اور مائع حمل سامان کی فراہمی کو بھی یقینی بنانے کی ضرورت ہے۔ ان کو معمول کی انوینٹریز، پروکیورمنٹ، اور مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم کا حصہ بننے کی ضرورت ہے۔

اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے لیے ایک اہم پہلو دیکھ بھال کا بروقت دستیاب ہونا ہے۔ بہت سے سیاق و سباق میں، قانونی اسقاط حمل کی فراہمی کے لیے حمل کی عمر کی حد کا مطلب یہ ہے کہ کوئی بھی تاخیر قانونی اسقاط حمل کو غیر قانونی بنا سکتی ہے۔ اسقاط حمل کی پہلے کی فراہمی بھی زیادہ محفوظ ہے۔ لہذا، دیکھ بھال کی فراہمی میں کوئی تاخیر ناقص معیار کی دیکھ بھال ہے۔ ایسے قوانین اور پالیسیاں جو تاخیر کا باعث بنتی ہیں جیسے انتظار کی لازمی مدت اور لازمی الٹراساؤنڈ امتحانات نہیں ہونی چاہئیں۔ صحت کی دیکھ

4.2.5 معیار

ماں کی صحت کے لیے ڈیپلو ایجنگ اوکالٹی آف کیئر فریم ورک نگہداشت کے معیار کے دو وسیع ڈومینز کی نشاندہی کرتا ہے۔ نگہداشت کی فراہمی اور دیکھ بھال کا تجربہ (Tuncalp et al، 2015)۔ اس کی بنیاد پر، محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تکنیکی طور پر اچھے معیار کی اور کلائنٹ کی مخصوص ضروریات کے لیے حساس ہونے کی ضرورت ہے۔

4.2.5.1 معیاری رہنما خطوط اور دیکھ بھال کا تکنیکی معیار

اسقاط حمل کی دیکھ بھال کی فراہمی کے لیے معیاری رہنما خطوط درست طبی اصولوں اور اخلاقیات اور حقوق پر مبنی اقدار کی بنیاد پر اچھے معیار کی دیکھ بھال کے قیام کی بنیاد ہیں۔ اس طرح کے رہنما خطوط سہولیات اور فراہم کنندگان کو اپنے لیے معیارات طے کرنے، نگرانی اور تشخیص میں مدد کرنے، اور خدمت کی فراہمی میں معیارات پر عمل کرنے کے لیے ان سے جوابدہی کا مطالبہ کرنے میں مدد کرتے ہیں۔ تاہم، اس طرح کے معیاری رہنما خطوط بہت سے ملک کے حالات میں دستیاب نہیں ہیں۔ معیاری رہنما خطوط ثبوت پر مبنی اصولوں پر قائم ہونے چاہئیں اور طبی ترقی کے ساتھ رفتار برقرار رکھنے کے لیے انہیں باقاعدگی سے اپ ڈیٹ کیا جانا چاہیے۔

محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے مختلف تکنیکی پہلوؤں کے موجودہ ثبوت باب 2 میں تفصیل سے بیان کیے گئے ہیں۔ اسقاط حمل کے جدید طریقے پہلی سہ ماہی میں MA اور MVA/EVA، اور دوسری سہ ماہی میں MA اور D&E - D&C جیسے فرسودہ طریقوں سے زیادہ محفوظ اور زیادہ موثر ہیں۔ لہذا، اسقاط حمل کی مختلف سہولیات پر جدید طریقوں کا انتخاب اس سطح کی بنیاد پر ہونا چاہیے جس پر وہ دیکھ بھال فراہم کرتے ہیں۔

درد سے نمٹنے (management) کا مناسب انتظام تکنیکی معیار کا ایک اہم پہلو ہے۔ درد سے مناسب نجات کے بغیر جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات فراہم کرنا بے عزتی اور بدسلوکی کی ایک شکل سمجھا جاتا ہے (WHO، 2014)۔ اسقاط حمل کے مختلف طریقوں کے لیے درد کے انتظام کے مختلف طریقوں پر باب 2 میں بحث کی گئی ہے۔ مناسب طریقوں کا انتخاب مختلف سہولیات میں دستیاب ہونا چاہیے۔

اسی طرح، انفیکشن کی روک تھام تکنیکی معیار کا ایک اہم پہلو ہے۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو انفیکشن سے بچاؤ کے معیارات اور مناسب آلات اور سپلائیز کی تربیت دی جانی چاہیے تاکہ جراثیم غشی اور انس بند کی کو یقینی بنایا جائے۔ درد سے مناسب نجات کے بغیر جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات فراہم کرنا بے عزتی اور بدسلوکی کی ایک شکل سمجھا جاتا ہے۔

درد سے مناسب نجات کے بغیر جنسی اور تولیدی صحت کی خدمات فراہم کرنا بے عزتی اور بدسلوکی کی ایک شکل سمجھا جاتا ہے۔

کرتے وقت نگہداشت کے تجربے میں کئی ڈومینز شامل ہوتے ہیں جو اہم ہیں۔ ان میں ثقافتی قبولیت، صنفی رد عمل، رازداری، رازداری، اور باخبر فیصلہ سازی شامل ہیں۔ ان میں ثقافتی قبولیت، صنفی رد عمل، رازداری، رازداری، اور باخبر فیصلہ سازی شامل ہیں۔

بھال کی خدمات فراہم کرنے والوں کو اسقاط حمل کے خواہشمند افراد کی بروقت دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے بھی تربیت دی جانی چاہیے۔ کچھ سیاق و سباق میں اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے لیے فراہم کنندگان اور/یا سہولیات کلائنکس یا سرٹیفیکیشن ضروری ہوتا ہے۔ اسقاط حمل کی خدمات کی وسیع دستیابی کو یقینی بنانے کے لیے، سرٹیفیکیشن کے یہ معیارات زیادہ سخت نہیں ہونے چاہئیں اور دوسرے ملٹی طریقہ کار کے لیے توقع کے مطابق ہونا چاہیے۔

4.2.5.3 مانیٹرنگ اور کوالٹی ایشرز

نگرانی کے طریقہ کار اس بات کو یقینی بنانے کے لیے نگرانی فراہم کرتے ہیں کہ دیکھ بھال کے معیار کو برقرار رکھا جائے۔ اسقاط حمل سے متعلق مخصوص ڈیٹا کی نگرانی سہولت کی سطح پر اور مختلف اکائیوں جیسے ضلع اور ریاست کی سطح پر کی جانی چاہیے۔ سہولت کی سطح پر، نگرانی مختلف طریقوں سے کی جانی چاہیے جس میں سروس ڈیٹا کا تجزیہ، کیس کے جائزے، مریض اور موت کے آڈٹ، مشاہدہ، سہولت کی جانچ اور کلائنٹ کی رائے شامل ہیں۔ اسقاط حمل کی فراہمی، اسقاط حمل کے لیے استعمال کیے گئے طریقوں، مخصوص کمزور گروپس کو سہولیات فراہم کی گئیں اور حمل کی عمر کے لحاظ سے ڈیٹا کو الگ الگ کرنے کی ضرورت ہے۔ فراہم کنندگان کے تاثرات کے لیے نظام قائم کرنے کی ضرورت ہے تاکہ مسائل کی نشاندہی اور ان کا ازالہ کیا جاسکے۔ مانیٹرنگ میکازیم کو کوالٹی ایشرز میں میکازیم میں شامل کرنے کی ضرورت ہے جو وقتاً فوقتاً معیار کی جانچ کرتے ہیں اور اصلاحی اقدامات کرتے ہیں۔ باکس 10 کچھ اشاروں (indicators) کی فہرست دیتا ہے جو اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کے مختلف پہلوؤں کی نگرانی کے لیے استعمال کیے جاسکتے ہیں۔

اسقاط حمل سے متعلق سروس ڈیٹا کو مختلف سطحوں پر مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم میں شامل کرنے کی ضرورت ہے تاکہ اس کی نگرانی کی جاسکے۔ اس کے علاوہ، مختلف سطحوں پر پروگرام کی تشخیص اور نگرانی میں اسقاط حمل سے متعلق مخصوص اشارے شامل ہونے چاہئیں۔ اس میں عمل اور نتیجہ دونوں اشارے شامل ہونے چاہئیں (باکس 10 دیکھیں)۔

4.2.5.4 دیکھ بھال کا تجربہ

مطالعہ ظاہر کرتا ہے کہ کلائنٹس کے لیے اسقاط حمل کی خدمات کا انتخاب کرتے وقت نگہداشت کے تجربے میں کئی ڈومینز شامل ہوتے ہیں جو اہم ہیں۔ ان کی تفصیل اس باب میں دیگر حصوں میں دی گئی ہے۔ ان میں ثقافتی قبولیت، صنفی رد عمل، رازداری، رازداری، اور باخبر فیصلہ سازی شامل ہیں۔ یہ ڈومین صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی تربیت اور نگرانی اور معیار کی یقین دہانی کے طریقہ کار کا حصہ ہونے چاہئیں۔

باکس 10:

اسقاط حمل کی خدمات کی نگرانی کے لیے تجویز کردہ کچھ اشارے

دستیابی اور رسائی

- فی 500,000 آبادی پر محفوظ اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے والی سہولیات کی تعداد
- 2 گھنٹے کے اندر آبادی سے محفوظ اسقاط حمل کی سہولت تک سفر کا وقت
- صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کا تناسب جو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے کے لیے تربیت یافتہ ہے۔

معلومات تک رسائی

- اسقاط حمل کی قانونی حیثیت کے بارے میں درست معلومات کے ساتھ فیصد آبادی
- اسقاط حمل کی قانونی حیثیت کے بارے میں درست معلومات رکھنے والے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کا فیصد

معیار

- ان سہولیات کی تعداد جو حوصلہ افزائی اسقاط حمل کے ثبوت پر مبنی طریقے فراہم کرتی ہیں۔
- ان سہولیات کی تعداد جو اسقاط حمل کے بعد پیچیدگیوں کی دیکھ بھال فراہم کرتی ہیں۔

نتائج

- اسقاط حمل کی وجہ سے داخلوں کا فیصد
- غیر محفوظ اسقاط حمل کے بعد ہسپتال میں داخل ہونے کی شرح فی 1,000 خواتین
- اسقاط حمل فی 1,000 زندہ پیدائش
- غیر محفوظ اسقاط حمل کی وجہ سے زچگی کی اموات کا تناسب

ماخذ: لوئک اے جے، 2017۔

مطالعہ ظاہر کرتا ہے کہ کلائنٹس کے لیے اسقاط حمل کی خدمات کا انتخاب

چیک لسٹ 7

معیار

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		شہادت پر مبنی اسقاط حمل کی کیئر کی فراہمی کی اسٹینڈرڈ گائیڈ لائنز قومی سطح پر دستیاب ہیں
		اسقاط حمل کی کیئر کی فراہمی کی اسٹینڈرڈ گائیڈ لائنز کو طب میں تازہ ترین ترقیوں کی بنا پر وقفے وقفے سے اپ ڈیٹ کیا جاتا ہے۔
		ہر مرکز صحت پر اس مرکزی سطح کے لحاظ سے جدید طریقوں میں سے انتخاب کی سہولت دستیاب ہوتی ہے۔
		ڈی اینڈ سی جیسے اسقاط حمل کے جو طریقے ترک کر دیے گئے ہیں، ان میں سے کوئی بھی استعمال نہیں کیا جاتا۔
		ہر صحت مرکز پر اسقاط حمل کے خواہشمند ہر فرد کو در سے نمٹنے میں بھرپور مدد پیش کی جاتی ہے۔
		ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز کو اسقاط حمل کروانے والے فرد کو در سے نمٹنے میں مدد کی تربیت دی جاتی ہے۔
		تمام صحت مراکز جہاں اسقاط حمل کی سہولت دستیاب ہے انفیکشن سے بچاؤ کے طریقوں پر بھرپور عمل کیا جاتا ہے۔
		ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز کو انفیکشن سے بچاؤ کے طریقوں کی مکمل تربیت دی جاتی ہے۔
		انتظام کیا جاتا ہے کہ انفیکشن سے بچاؤ کی دوائیں اور سامان بلا تعطل دستیاب رہے اور استعمال کے قابل ہو۔
		مختلف سطح کے ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز مختلف سطح کی اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے کے لیے کافی تعداد میں دستیاب رہیں۔
		ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز نے اسقاط حمل کے مختلف طرح کے طریقوں کی مکمل قابلیت کی سطح کی تربیت حاصل کر لی ہے۔
		ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز نے رازداری، پرائیویسی، عزت اور احساس کے ساتھ اور مختلف گروپوں جیسے نوجوانوں کی خصوصی ضروریات کا خیال کرتے ہوئے اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی کی تربیت حاصل کر لی ہے۔
		ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز کے ساتھ اسقاط حمل پر اقدار کی وضاحت کی مشقیں کر لی گئی ہیں۔
		ہر سطح پر فراہم کی جانے والی اسقاط حمل کے محفوظ طریقوں کے لیے مطلوبہ دوائیاں اور سامان کافی مقدار میں دستیاب ہے اور اس میں کوئی خلل نہیں۔
		میڈیکل اسقاط حمل کی گولیاں لازمی ادویات کی قومی لسٹ میں شامل ہیں۔
		اسقاط حمل کی گولیاں، دیگر دوائیاں اور سامان اور مانع حمل اشیائے یا خریدے جانے والے معمول کے سامان اور مینجمنٹ انفارمیشن کا حصہ ہیں۔
		اسقاط حمل کے لیے کسی قسم کی سرٹیفیکیشن کا بیعانہ بہت سخت نہیں ہونا چاہیے اور جس چیز کی توقع ہے اور دوسرے میڈیکل پروویڈرز سے ہم آہنگ ہونا چاہیے۔
		سہولت مراکز اسقاط حمل کی سہولتوں کی فراہمی سے متعلق معلومات کو باقاعدگی سے مانیٹر کرتے رہتے ہیں۔
		کسی صحت سہولت پر اسقاط حمل کی فراہمی کی معلومات کا تجزیہ کیا جاتا ہے جیسے اسقاط حمل کے لیے استعمال کردہ طریقہ، حمل کی عمر اور جن کمزور گروپوں کو خدمات فراہم کی گئیں۔
		مانیٹرنگ کے طریقہ کار میں کلائینٹس سے فیڈ بیک کے نظام شامل ہیں۔
		کو الٹی برقرار رکھنے کے طریقہ کار میں اسقاط حمل کی کو الٹی کو وقتاً فوقتاً چیک کرنا اور اگر کچھ کمی نظر آئے تو اسے پورا کرنے کے لیے تصحیح کے اقدامات کرنا شامل ہیں۔
		اسقاط حمل سے متعلق سروس ڈیٹا کو مختلف سطح پر مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم میں شامل کیا جاتا ہے جیسے (بنیادی) سہولت، ضلع، صوبہ اور ملک۔
		اسقاط حمل کی خدمات کی فراہمی سے متعلق اشارے معمول کے مانیٹرنگ اور ایویلیویشن پروگرام کا حصہ ہوتے ہیں۔
		اسقاط حمل کی کیئر کے تجربے سے متعلق اشارے بشمول ثقافتی قبولیت، صنفی شرکتی جواب، پرائیویسی، رازداری، باخبر فیصلہ سازی مانیٹرنگ اور کو الٹی ایشیورنس کا حصہ ہیں۔

4.2.6 باخبر فیصلہ سازی

روکا جاسکے۔ اسقاط حمل پر فراہم کنندگان کے ذاتی عقائد اور اقدار بھی مشاورت کو متعصبانہ انداز میں متاثر کر سکتے ہیں۔ یہ سب باخبر فیصلہ سازی کے اصول کی خلاف ورزی ہیں۔

کچھ قوانین اور پالیسیاں جو باخبر فیصلہ سازی کے اصول کی خلاف ورزی کرتی ہیں باب 3 میں زیر بحث آئی ہیں۔ ان میں والدین کی لازمی رضامندی یا معلومات، زوجین کی لازمی رضامندی اور عدالتی رضامندی شامل ہیں۔ زوجین کی اجازت کے تقاضے عام طور پر صرف خواتین پر لاگو ہوتے ہیں اور اس طرح، خواتین کے برابری اور عدم امتیاز کے حق کی خلاف ورزی کی نمائندگی کرتے ہیں۔ ایسے قوانین اور پالیسیوں کو ختم کیا جائے۔ بعض اوقات، قوانین اور ضوابط تبدیل ہونے کے بعد بھی، صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اپنے اپنے اعتقادات کی وجہ سے اس عمل کو جاری رکھ سکتے ہیں کہ عورت کے تولیدی انتخاب کو اس کے شوہر سے منظور کرنا ہوگا۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو اس بارے میں حساس ہونے کی ضرورت ہے کہ اس طرح کی پالیسیاں حقوق کی خلاف ورزی کیوں ہیں اور والدین یا بیوی کی رضامندی پر اصرار نہ کریں۔

ایسے مطالعات بھی ہیں جو رپورٹ کرتے ہیں کہ اسقاط حمل کی خدمت کی فراہمی بعض اوقات صرف اس شرط پر پیش کی جاتی ہے کہ مؤکل مانع حمل طریقہ قبول کرتا ہے (بارو اور آپٹ، 2007)۔ یہ بھی باخبر فیصلہ سازی کے اصول کی خلاف ورزی ہے۔

باخبر فیصلہ سازی کے اصول کے دو عناصر ہوتے ہیں۔ ایک یہ کہ کلائنٹس کو اسقاط حمل سے متعلق تمام معلومات فراہم کی جاتی ہیں اور وہ ان معلومات کی بنیاد پر اپنے لیے فیصلہ کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ دوسرا یہ کہ مکمل معلومات کی بنیاد پر اسقاط حمل کروانے یا نہ کرنے کا فیصلہ عورت کا ہے، کسی اور کو نہیں لینا چاہیے۔ یہ خود مختاری کے اصول سے مطابقت رکھتا ہے جس پر پہلے بحث کی گئی تھی۔

اسقاط حمل کے خواہاں افراد اکثر خطرناک صورت حال میں ہوتے ہیں کیونکہ انہیں ناپسندیدہ حمل کا سامنا کرنا پڑتا ہے اور اس کے بارے میں فیصلہ کرنے اور اس فیصلے پر وقت کے ساتھ عمل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ خاص طور پر بچہ ہے جب وہ کمزور کیونٹریز سے تعلق رکھتے ہیں جیسے نو عمر اور نوجوان افراد، غیر شادی شدہ افراد اور ایچ آئی وی کے ساتھ رہنے والی خواتین۔ صحت کے نظام اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو اس خطرے کے بارے میں حساس ہونے کی ضرورت ہے اور تمام معلومات کو احساس اور احترام کے ساتھ فراہم کرنا اور فیصلہ کرنے میں کلائنٹ کی مدد کرنے کی ضرورت ہے۔ جیسا کہ باب 2 اور 3 میں زیر بحث آیا ہے، بعض اوقات، ایسی پالیسیاں جن کے لیے پہلے سے طے شدہ اسکرپٹ کی بنیاد پر لازمی مشاورت کی ضرورت ہوتی ہے، غلط معلومات کو منتقل کرنے کے لیے استعمال کی جاتی ہیں جو درست سائنسی حقائق پر مبنی نہیں ہوتی ہیں۔ ایسا کرنے کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ عورت کو اسقاط حمل کرنے سے

چیک لسٹ 8

باخبر فیصلہ سازی

نوش	جی ہاں	جی نہیں
ہیلتھ کیئر پرووائڈرز اسقاط حمل کے خواہشمند کلائنٹس کو احساس اور باعزت طریقے سے اسقاط حمل کی سروسز کی معلومات فراہم کرتے ہیں اور انہیں فیصلہ کرنے میں مدد فراہم کرتے ہیں۔		
ہیلتھ کیئر پرووائڈرز یقینی بناتے ہیں کہ کلائنٹ نے اسقاط حمل کی باخبر اجازت دی ہے۔		
کوئی ایسے قوانین اور پالیسیاں نہیں ہیں جو کسی تیسرے فریق جیسے والدین، شریک حیات یا عدالت سے اجازت لینا لازمی قرار دیتے ہوں۔		
ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کلائنٹ کی خود مختاری کو اہمیت دیتے ہیں اور اصرار نہ کریں کہ والدین یا شریک حیات کے بارے کے اسقاط حمل کی فراہمی کے لیے کوئی شرطیں نہیں لگانی چاہئیں جیسے مانع حمل کا کوئی خاص طریقہ اختیار کرنا۔		
ضمیر کے اعتراض والے ہیلتھ کیئر پرووائڈرز اسقاط حمل کے ضرور تمندوں کو ایسی جگہ ریفر کریں جو یہ سروس فراہم کر سکتی ہیں اور یقینی بنائیں کہ ان کو صحیح سروس مل جائے۔		
اگر اسقاط حمل چاہنے والے فرد کی زندگی کو خطرہ ہے تو ہیلتھ کیئر پرووائڈرز ضمیر کا اعتراض نہیں کر سکتے۔		
ہیلتھ کیئر پرووائڈرز کلائنٹ کی خود مختاری کو زیادہ اہمیت دینے اور باخبر فیصلہ سازی کے قابل بنانے کی تربیت دی گئی ہے۔		
باخبر فیصلہ سازی کو مانیٹرنگ اور کوالٹی ایشرز کے حصے کے طور پر مانیٹر کیا جاتا ہے		

رازداری اور پرائیویسیا خلاقی صحت کی دیکھ بھال کے ضروری اصول ہیں۔ کلائنٹ کی رازداری اور پرائیویسیکو برقرار رکھنا اسقاط حمل جیسے بدنامی والے طریقہ کار کے تناظر میں خاص اہمیت حاصل کرتا ہے، جہاں یہ زندگی اور موت کے درمیان فرق کر سکتا ہے۔

بہت سی ترتیبات میں، رازداری اور پرائیویسی کا فقدان خواتین کو محفوظ اسقاط حمل کی خدمات یا غیر محفوظ اسقاط حمل کی پیچیدگیوں کے لیے اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کرنے سے روکتا ہے۔ یہ خاص طور پر پسماندہ آبادی سے تعلق رکھنے والی خواتین کے لیے درست ہے۔ مثال کے طور پر، تامل ناڈو، بھارت میں پسماندہ کمیونٹیز سے تعلق رکھنے والی خواتین کے مطالعے میں، خواتین کے ذریعے رازداری کیسٹین دہانی کو 'محفوظ' اسقاط حمل کا ایک لازمی جزو سمجھا گیا تھا (Subhasri and Ravindran 2012)۔

جب کسی ملک کا قانون یا ضوابط یہ تقاضا کرتے ہیں کہ عورت کے اسقاط حمل کی اجازت اس کی شریک حیات، یا والدین یا نابالغوں اور ذہنی معذوری والے افراد کی صورت میں ان کے سرپرست دیں گے، تو یہ مریض کے پرائیویسی اور رازداری کے حق کی خلاف ورزی ہیں۔ انسانی حقوق کے کئی معاہدے جیسے کہ ICCPR، CEDAW اور CRC جنہی اور تولیدی صحت کی خدمات بشمول اسقاط حمل حاصل کرتے وقت خواتین کے رازداری اور پرائیویسی کے حق کو برقرار رکھتے ہیں (Dhillon 2014)۔ محفوظ اسقاط حمل پر ڈیپوائنٹج اوکی تکنیکی رہنمائی تجویز کرتی ہے کہ اسقاط حمل کے قوانین، اصولوں اور معیارات میں تمام خواتین بشمول نوجوانوں کے لیے رازداری اور پرائیویسی کے حقوق کا تحفظ شامل ہیں (WHO، 2012)۔

ایسے ماحول میں جہاں قانون کے ذریعہ اسقاط حمل پر پابندی ہے، پیشہ ورانہ اخلاقی اصولوں کے تحت صحت کے پیشہ ور افراد اسقاط حمل یا اسقاط حمل کے بعد کی دیکھ بھال کی خواہشمند خواتین کو ہنگامی طبی دیکھ بھال سے انکار نہ کرنے کے پابند ہیں کیونکہ قانون کے ذریعہ مددگار تیسرے فریق کی اجازت حاصل نہیں کی گئی ہے۔ ان سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ علاج مکمل ہونے کے بعد بھی مریض کی رازداری اور پرائیویسی کا احترام کریں گے اور مریض کی رپورٹ پر ایکویٹنگ حکام کو نہیں دیں گے۔ انسانی حقوق کی کمیٹی نے اس کی وضاحت اس طرح کی ہے:

"جہاں ریاستیں اسقاط حمل سے گزرنے والی خواتین کے کیسز کی رپورٹ کرنے کے لیے ڈاکٹروں اور دیگر صحت کے اہلکاروں پر قانونی ذمہ داری عائد کرتی ہیں۔ ان حالات میں، عہد میں موجود دیگر حقوق، جیسے کہ آرٹیکل 6 اور 7 (پرائیویسی کے احترام کا حق اور تشدد سے آزادی، اور ظالمانہ، غیر انسانی اور ذلت آمیز سلوک)، بھی خطرے میں پڑ سکتے ہیں" (Huparman 20)۔

(p.59) فراہم کنندگان کی طرف سے مخلصانہ اعتراض ایک فراہم کنندہ کی حوصلہ افزائی کی رکاوٹ ہے جہاں فراہم کنندگان کے اپنے عقائد اور اقدار کو اسقاط حمل کی خدمات فراہم کرنے سے انکار کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایسا انکار عورت کی خود مختاری اور باخبر فیصلہ سازی کے حق کی خلاف ورزی ہے۔ اس پر باب 3 میں تفصیل سے بات کی گئی ہے۔

کلائینٹس کے لیے اسقاط حمل کے بارے میں باخبر فیصلہ کرنے کے لیے، ان کو فراہم کی جانے والی معلومات کو سائنسی طور پر درست اور اس انداز میں فراہم کرنے کی ضرورت ہے جس میں وہ بھرپور طریقے سے سمجھ سکیں۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اکثر زیادہ بوجھ کا شکار ہوتے ہیں اور گاہکوں کو تفصیلی معلومات فراہم کرنے کے لیے وقت کی کمی ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں، مشیر جو مقامی زبان بولتے ہیں اور مقامی ثقافتی سیاق و سباق کو سمجھتے ہیں وہ کلائینٹس کو معلومات فراہم کرنے اور ان کی فیصلہ سازی کو فعال کرنے کا کردار ادا کر سکتے ہیں۔

صحت کے نظام کو اس بات کو یقینی بنانے کے لیے خصوصی کوشش کرنے کی ضرورت ہے کہ باخبر فیصلہ سازی اس کی حقیقی روح میں فعال ہو۔ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو اس بارے میں تربیت دینے اور حساس بنانے کی ضرورت ہے، اور یہ بھی نگرانی اور کوالٹی اینشورنس کے طریقہ کار کا حصہ ہونا چاہیے۔

4.2.7 رازداری اور پرائیویسی

پرائیویسی ایک بنیادی انسانی حق ہے جس کو انسانی حقوق کے عالمی اعلامیہ میں تسلیم کیا گیا ہے اور خود مختاری اور انسانی وقار جیسی اقدار کو تقویت دیتا ہے۔ رازداری کے حق میں، دیگر چیزوں کے ساتھ، جسمانی رازداری اور ذاتی معلومات اور مواصلات سے متعلق رازداری شامل ہے۔ پرائیویسی کے حق کو مؤثر ضابطوں اور قانون سازی کے ذریعے محفوظ کیا جاتا ہے جو صحت کی دیکھ بھال کی ترتیب میں نافذ کیے جاتے ہیں (Banisar and Davies, 1999)۔ رازداری میں صحت کی دیکھ بھال کے آزادانہ انتخاب کرنے اور بغیر جبر کے علاج یا امتحان کے لیے رضامندی کا حق شامل ہے۔ اس میں جسمانی نمائش سے ان کی مرضی کے خلاف یا ایسے طریقے سے تحفظ بھی شامل ہے جس سے ذاتی وقار پر سمجھوتہ ہو، اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کے ساتھ شیئر کی گئی کسی بھی معلومات کا تحفظ بھی شامل ہے۔

رازداری ایک اصطلاح ہے جو طبی کام کے تناظر میں زیادہ استعمال ہوتی ہے۔ رازداری کے لیے طبیسیا فنریشن کی اخلاقی ذمہ داری سب سے پہلے ہیو کریٹک حلف میں بیان کی گئی تھی۔ یہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے اور مریض کے درمیان اعتماد کے رشتے کی بنیاد بناتا ہے، جو مریض کو مؤثر تشخیص اور علاج کے لیے ضروری حساس معلومات کو ظاہر کرنے کے قابل بناتا ہے (Mendelson et al. 2018)۔

صحت کی دیکھ بھال کی ترتیب کے اندر، رازداری کو اس طریقہ کار کے طور پر دیکھا جاسکتا ہے جس کے ذریعے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے مریض کی رازداری کے کچھ پہلوؤں کو برقرار رکھنے کے قابل ہوتے ہیں، خاص طور پر جو معلومات اور مواصلات سے متعلق ہیں۔

SRHR کے وکیل بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون اور طبی اخلاقیات کے اصولوں کو حکومتوں کو جوابدہ ٹھہرانے اور حکومتوں پر دباؤ ڈالنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں کہ وہ ملک کے اسقاط حمل کے قوانین اور ضوابط کو بین الاقوامی اصولوں کے مطابق بنائے۔

(p 60 starts here) ورلڈ میڈیکل ایسوسی ایشن کا اخلاقیات دستی (Ethics Manual) ڈاکٹروں کو کسی بھی قانونی تقاضوں پر تنقید کرنے کی ترغیب دیتا ہے جس کے لیے ان سے مریض کی رازداری کی خلاف ورزی کی ضرورت ہوتی ہے، اور خبردار کرتا ہے کہ "قانونی تقاضے انسانی حقوق کے احترام سے متصادم ہو سکتے ہیں جو طبی اخلاقیات کے تحت ہیں (WMA 2005)۔"

چیک لسٹ 9

رازداری

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		پرووائیڈر اور پیشینہ کی ملاقات کے لیے الگ جگہ ہو جیسے کمرہ جس کے دروازے بند ہوں یا اطراف میں پردے پڑے ہوں۔
		مشورے کی جگہ پر متعلقہ پرووائیڈر (ز) اور پیشینہ کے علاوہ کوئی نہیں ہونا چاہیے سوائے اس کے کہ مریض نے خود ایسی درخواست کی ہو۔
		پرووائیڈر اور مریض کے تعامل (interaction) کے وقت مریض کے گھر کے لوگوں میں سے کوئی بھی موجود نہیں ہونا چاہیے سوائے اس کے کہ اس نے خاص طور پر ایسی کوئی درخواست کی ہو۔
		مریض کے کپڑے اتارتے اور پہنتے وقت ملل پرائیویسی ہونی چاہیے۔
		جس کا وجہ (نرم بیچ) پر مریض کی کلینیکل معائنہ کیا جائی، اس کے سامنے کوئی دروازہ یا کھڑکی نہیں ہونی چاہیے۔
		معائنے کے کمرے میں کوئی آنا جانا نہیں ہوگا۔
		پرووائیڈر آہستہ بات کریں گی۔
		معائنے کی جگہ کے قریب کوئی دوسری مریض نہیں بیٹھی ہوں گی جو ان کی گفتگو سن سکیں۔

رازداری

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
		مریض کا میڈیکل ریکارڈ اس طرح رکھا جائے گا کہ اس پر مریض کی شناخت درج نہ ہو۔
		مریض کا ریکارڈ میڈیکل محفوظ جگہ پر تالا لگا کر رکھا جائے گا۔
		جس علاج کی ضرورت ہے ہیلتھ پرووائیڈر اس کے بارے میں عام کھلی جگہ پر بات نہیں کریں گے، خود مریض کے ساتھ بھی نہیں۔
		خدمات کی فراہمی پر مامور اسٹاف کیونٹی کے کسی فرد کو مریض کے بارے میں معلومات نہیں دیں گے۔
		پیشینہ کی کھلی رضامندی کے بغیر اس کے بارے میں معلومات پر اس کے پارٹنر یا گھر کے کسی فرد سے کبھی بات نہیں کی جائے گی، یہاں تک کہ تیسرے فریق کی رضامندی حاصل کرنے کے لیے بھی نہیں۔
		مریض کے بارے میں معلومات، خود اس کی کھلی رضامندی کے بغیر، کبھی کسی گورنمنٹ آفیسر یا دوسرے حکام کو نہیں بتائی جاتیں۔

صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی طرف سے تیسرے فریق کی اجازت کے تقاضوں اور لازمی رپورٹنگ کے بارے میں معلومات کے لیے، چیک لسٹ نمبر 2 دیکھیں۔

4.2.8 شرکت

کیونٹیز اور خاص طور پر براہ راست متاثر لوگوں کی شرکت انسانی حقوق کا ایک کلیدی اصول ہے۔ تاہم، سیاسی میدان کے مخالف سرے سے تعلق رکھنے والے لوگ شرکت کی اصطلاح بہت مختلف چیزوں کے لیے استعمال کرتے ہیں۔ کم از کم دو متضاد طریقے ہیں جن میں شرکت، اور اس کے آخری مقصد کو سمجھا جاتا ہے۔ سب سے پہلے مفید نقطہ نظر ہے، جہاں شرکت پہلے سے طے شدہ انجام کا ایک ذریعہ ہے۔ مثال کے طور پر، کوریج میں اضافہ، رویے میں تبدیلی۔ دوسرا ہے باختیار بنانے کا نقطہ نظر، جہاں شرکت کو باختیار بنانے کے طریقوں کے ایک سیٹ کے طور پر دیکھا جاتا ہے جو سماجی طور پر خارج شدہ (excluded) کیونٹیز کو اپنی ترجیحات کو آواز دینے اور مداخلتوں کے ڈیزائن، نفاذ اور تشخیص کو متاثر کرنے کے قابل بناتا ہے (Guareschi, and Jovchelovitch 2004)۔ انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر میں، شرکت سے مراد باختیار بنانے کا طریقہ ہے، اور افراد کو "حقوق کے حاملین" کے طور پر باختیار بنایا جاتا ہے۔ شرکت احتساب کے لیے اہم ہے کیونکہ یہ "...چیک اینڈ بیلنس فراہم کرتا ہے جو وحدانی (unitary) قیادت کو من مانی طریقے سے طاقت استعمال کرنے کی اجازت نہیں دیتے" (WHO 2017)۔

بامعنی شرکت کے لیے ایسے فورمز اور ڈھانچے ضروری ہیں جو فرض شناسوں اور حقوق کے حاملین کے درمیان بات چیت کو جاری رکھنے کے لیے مستقل مصروفیت اور مواقع فراہم کرتے ہیں۔ شرکت کے لیے ڈھانچے کی کچھ مثالیں مقامی سطح سے شروع ہونے والی حکومت کی مختلف سطحوں پر اور صحت کی سہولت سے وابستہ ہیلتھ کمیٹیاں ہیں۔

کیونٹیز اور خاص طور پر براہ راست متاثر لوگوں کی شرکت انسانی حقوق کا ایک کلیدی اصول ہے۔ تاہم، سیاسی میدان کے مخالف سرے سے تعلق رکھنے والے لوگ شرکت کی اصطلاح بہت مختلف چیزوں کے لیے استعمال کرتے ہیں۔ کم از کم دو متضاد طریقے ہیں جن میں شرکت، اور اس کے آخری مقصد کو سمجھا جاتا ہے۔ سب سے پہلے مفید نقطہ نظر ہے، جہاں شرکت پہلے سے طے شدہ انجام کا ایک ذریعہ ہے۔ مثال کے طور پر، کوریج میں اضافہ، رویے میں تبدیلی۔ دوسرا ہے باختیار بنانے کا نقطہ نظر، جہاں شرکت کو باختیار بنانے کے طریقوں کے ایک سیٹ کے طور پر دیکھا جاتا ہے جو سماجی طور پر خارج شدہ (excluded) کیونٹیز کو اپنی ترجیحات کو آواز دینے اور مداخلتوں کے ڈیزائن، نفاذ اور تشخیص کو متاثر کرنے کے قابل بناتا ہے (Guareschi, and Jovchelovitch 2004)۔ انسانی حقوق پر مبنی نقطہ نظر میں، شرکت سے مراد باختیار بنانے کا طریقہ ہے، اور افراد کو "حقوق کے حاملین" کے طور پر باختیار بنایا جاتا ہے۔ شرکت احتساب کے لیے اہم ہے کیونکہ یہ "...چیک اینڈ بیلنس فراہم کرتا ہے جو وحدانی (unitary) قیادت کو من مانی طریقے سے طاقت استعمال کرنے کی اجازت نہیں دیتے" (WHO 2017)۔

چیک لسٹ 10

شرکت

نوٹس	جی ہاں  جی نہیں 
	صحت سہولت سطح پر شہریوں کی شرکت کے لیے طریقہ کار ہے۔
	صحت کی پالیسیوں اور پروگرامز کی فیصلہ سازی میں شہریوں کی شرکت کے لیے طریقہ کار ہے:
	- مقامی حکومت کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر
	شرکت کے طریقہ کار کو قانونی یا سرکاری قواعد و ضوابط کی شکل دی گئی ہے:
	- صحت سہولت سطح پر - مقامی حکومت کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر، - قومی حکومت کی سطح پر
	شرکت کے طریقہ کار کے ارکان میں سے کم سے کم ایک تہائی خواتین ہیں:
	- صحت سہولت سطح پر - مقامی حکومت کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر
	شرکت کے طریقہ کار میں معاشرے میں کم اہم گروہوں کی خواتین کی نمائندگی بھی ہے:
	- صحت سہولت سطح پر - مقامی حکومت کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر
	معاشرے میں کم اہم (marginalized) گروہوں کی خواتین کو سرگرم شرکت کے قابل بنانے کے لیے گزشتہ برس ان کی صلاحیتوں میں اضافے کی کوششیں کی گئی ہیں۔
	اسقاط حمل کی خدمات تک خواتین کی رسائی خواتین کی شرکت گزشتہ سال کے ایجنڈے کا حصہ رہا ہے:
	- صحت سہولت سطح پر - مقامی حکومت کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر
	شرکت کے نتائج سے متعلق مقامی سطح پر اسقاط حمل کی سہولتوں کا پتہ چلتا ہے۔
	شرکت کے نتائج سے اسقاط حمل کے پروگرامز اور پالیسیوں کا پتہ چلتا ہے:
	- صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر

4.2.9 احتساب

عوامی پالیسیوں کے حوالے سے، 'احتساب' کی اصطلاح سے عام طور پر مراد حکام کی ذمہ داری ہے کہ وہ اپنے اعمال کی ذمہ داری قبول کریں، متاثرہ افراد کو وضاحت اور جواز فراہم کر کے ان کے لیے جواب دیں، اور اگر ان کا طرز عمل یا اس کے لیے وضاحت ناگوار پائی جاتی ہے تو کسی قسم کی قابل عمل منظوری کے تابع ہونا (Goetz and Jenkins 2005)۔

جوابدہی کو 'حقوق پر مبنی نقطہ نظر کی بنیاد' کے طور پر برقرار رکھا گیا ہے (UNOHCHR 2008)۔ صحت کے تناظر میں، حکومتیں اور عوامی ادارے اپنے لوگوں کے صحت کے حق کے تحفظ کے لیے اپنے فرائض کے سلسلے میں اپنے اعمال اور کوتاہی کے لیے جوابدہ ہیں۔ حکومتیں نجی اداروں جیسے نجی طور پر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں، انشورنس کمپنیوں اور فارماسیو ٹیکلز کے اقدامات کو منظم کرنے کے لیے بھی جوابدہ ہیں تاکہ ان کے اقدامات سے شہریوں کے صحت کے حق کی خلاف ورزی نہ ہو (UNOHCHR 2000)۔

احتساب تین مختلف عناصر پر مشتمل ہے: حقوق کے حاملین کی طاقت کے حاملین (اکثر ڈیوٹی بیئررز بھی) کے ساتھ مشغولیت (engagement)؛ حقوق کے حاملین کو اختیارات کے حامل افراد کی جوابدہی اور اقتدار کے حاملین کے ذریعہ کارروائی کا نفاذ۔ احتسابی میکانزم وہ ڈھانچے ہیں جو مشغولیت اور جوابدہی کو قابل بناتے ہیں (مورتی 2019)۔ احتسابی میکانزم کئی سطحوں پر موجود ہیں: بین الاقوامی، قومی اور ذیلی۔ اقوام متحدہ کی ٹریٹی مانیٹرنگ باڈیز (TMBs) کی ایک رینج نے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے لیے خواتین اور لڑکیوں کے حقوق کو برقرار رکھا ہے اور ریاستی جماعتوں سے مطالبہ کیا ہے کہ وہ ان حقوق کے حصول کو یقینی بنانے کے لیے قانون سازی میں تبدیلیاں کریں (باب 3)۔ محفوظ اسقاط حمل کے حامی TMBs کا شیڈو رپورٹس کا طریقہ کار استعمال کر سکتے ہیں اور انسانی حقوق کو نسل اور دیگر TMBs کو اپنی متعلقہ حکومتوں کی قومی رپورٹس میں شامل کرنے کی کوشش کر سکتے ہیں۔ وہ صحت سے متعلق اقوام متحدہ کے خصوصی نمائندے سے بھی اپیل کر سکتے ہیں، جن کی جانچ پڑتال خواتین کے انسانی حقوق کی خلاف ورزی کے نتیجے میں محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی سے انکار ہوتا ہے کو روکنے کے لیے قومی سیاسی احتساب کو متحرک کر سکتے ہیں۔

جوابدہی کی حکمت عملی کے طور پر اسقاط حمل کی عالمی صورت حال کا سراغ لگانے اور اس کا جائزہ لینے کے لیے دیگر میکانزم موجود ہیں۔ عالمی ادارہ صحت کا عالمی اسقاط حمل پالیسی ڈیٹا بیس قومی سطح پر محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے لیے پالیسی، ریگولیٹری اور پریکٹس سے متعلق رکاوٹوں کا پتہ لگاتا ہے۔ بین الاقوامی غیر سرکاری تنظیمیں جیسے کہ گٹماچرانٹی ٹیوٹ اور سنٹر فار ری پروڈکٹیو رائٹس اسقاط حمل کے قوانین اور پالیسیوں کے ساتھ ساتھ غیر محفوظ اسقاط حمل سے اموات اور بیماری کے واقعات میں کمی کے حوالے سے ہونے والی پیش رفت پر باقاعدگی سے جائزے فراہم کرتی ہیں۔

اگرچہ 1978 میں الما اتا اعلامیہ (Alma-Ata Declaration) کے وقت سے کمیونٹی کی شرکت کی اہمیت کو تسلیم اور برقرار رکھا گیا ہے، لیکن کمیونٹیز، خاص طور پر خواتین اور دیگر پسماندہ گروہوں کی طرف سے مؤثر شرکت، مضحکہ خیز ثابت ہوئی ہے۔ مغربی کیپ میں صحت میں کمیونٹی کی شرکت کو فعال کرنے کے ایک تجربے سے اسباق بتاتے ہیں کہ مؤثر شرکت کی ضرورت ہے:

A. شرکت کے لیے ڈھانچے کو وضع کرنے والی قانون سازی؛ کمیونٹی کے نمائندوں کے مخصوص کردار اور افعال؛ اور شفاف عمل جس کے ذریعے ان کا انتخاب کیا

جانا چاہیے۔

B. خواتین اور پسماندہ کمیونٹیز کی نمائندگی کے لیے مخصوص کوٹے

C. شرکت کے لیے چیلنجز کی وضاحت کرنے والے ضوابط اور کمیونٹی کے نمائندوں کی طرف سے اظہار کردہ آراء کا نفاذ

D. صلاحیت سازی کی کوششیں جو کمیونٹی کے اراکین کی مؤثر شرکت کو ممکن بناتی ہیں، بشمول انتظامی تربیت، پسماندہ گروہوں کے نمائندوں کی صلاحیت کو بڑھانے پر خصوصی توجہ کے ساتھ (Meler et. al. 2012)۔

خواتین کے اسقاط حمل کے حق کو برقرار رکھنے کے تناظر میں صحت کے لیے شرکت کو فروغ دینے کے لیے مندرجہ بالا اقدامات کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ مثال کے طور پر، شرکت کے لیے ڈھانچے اور چیلنجز میں خواتین کی مساوی نمائندگی ہونی چاہیے۔ زیادہ اہم بات یہ ہے کہ صلاحیت سازی کے لیے کمیونٹی کے نمائندوں کو انسانی حقوق کے طور پر جنسی اور تولیدی حقوق کے بارے میں علم اور ایک عورت کے حق کے طور پر اسقاط حمل پر قدر کی وضاحت شامل کرنا ہوگی۔ درج ذیل ایک مفید وسیلہ ہے: ٹرنز، کیتھرین ایل اور کمبری چیپ مین پیج۔ 2008۔ اسقاط حمل کے رویے کی تبدیلی: عالمی سامعین کے لیے قدروں کی وضاحت کرنے والی ٹول کٹ۔ چیپل ہل، این سی، آئی پی ایس۔ [https://ipas.azureedge.net/files/](https://ipas.azureedge.net/files/VALCLARE14-VCATAbortionAttitudeTransformation.pdf)

VALCLARE14-VCATAbortionAttitudeTransformation.pdf

اقوام متحدہ کی ٹریٹی مانیٹرنگ باڈیز (TMBs) کی ایک رینج نے خواتین اور لڑکیوں کے محفوظ اسقاط حمل کی خدمات کے حقوق کو برقرار رکھا ہے اور ریاستی جماعتوں سے مطالبہ کیا ہے کہ وہ ان حقوق کے حصول کو یقینی بنانے کے لیے قانون سازی میں تبدیلیاں کریں۔

باکس 11:

اسقاط حمل تک رسائی کو بڑھانے کے لیے قانونی اور سماجی جوابدہی کی حکمت عملی

حفاظت کے لیے؛ یا جب حمل عصمت دری، بدکاری، یا جبری شادی کا نتیجہ ہو (Umuhzo 2013)۔

کولمبیا میں عورتیں کی زندگی اور صحت کے حوالے سے کام کرنے والے ادارے، Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (La Mesa) نے اپنے اسٹریٹجک قانونی چارہ جوئی کے منصوبے LAICIA (غیر آئینی کے لیے کولمبیا میں ہائی اسپیکٹ لٹیکیشن) کے حصے کے طور پر وومنز لنک ورلڈ وائیڈ کے ساتھ مل کر کام کیا۔ LAICIA کا آغاز 2005 میں کیا گیا تھا، اور La Mesa and Women's Link Worldwide نے کولمبیا کے اسقاط حمل کے قانون کے خلاف آئینی چیلنج دائر کیا تھا، اس قانون کے تحت اسقاط حمل صرف ماں کی جان بچانے کے لیے قانونی تھا۔ 2006 میں، کولمبیا کی آئینی عدالت نے مساوات کی بنیاد پر اسقاط حمل کے حقوق کو برقرار رکھا اور انسانی حقوق کے فریم ورک کے اندر اسقاط حمل کی آئینی حیثیت پر فیصلہ دیا۔ اصلاح شدہ قانون کے تحت، تین شرائط کے تحت اسقاط حمل جرم نہیں ہے: جب عورت کی زندگی یا صحت کو خطرہ ہو (جیسا کہ ایک ڈاکٹر کے ذریعہ تصدیق شدہ)؛ جب جنین کی سنگین بار ملٹی ہے؛ اور جب حمل جنسی تشدد یا غیر رضامندی سے جنسی تعلقات کا نتیجہ ہو۔

Source: Ruibal 2014.

روانڈا میں، نوجوانوں کی زیر قیادت ایک تنظیم، یوتھ ایکشن موومنٹ (YAM) نے ملک کے انتہائی محدود اسقاط حمل کے قانون کو نسبتاً آزاد کرنے میں ایک اہم کردار ادا کیا۔ YAM ایسوسی ایشن Rwandaise pour le Bien-Être Familial (ARBEF) کیپو تھ برانچ تھی، جو انٹرنیشنل پلانڈ پیرنٹ ہڈ فیڈریشن (IPPF) سے وابستہ تھی۔ 2009-2012 کے دوران، YAM کے نوجوان کارکنوں نے "نوجوانوں کی جنسیت میں حساس مسائل" پر کام کرنے کے لیے، ایک ڈیجیٹل این جی او Rutgers WPF کی طرف سے تکنیکی اور مالی مدد حاصل کی۔ YAM نے اس پروجیکٹ کے حصے کے طور پر روانڈا میں غیر محفوظ اسقاط حمل پر کام کرنے کا فیصلہ کیا۔ انہوں نے غیر محفوظ اسقاط حمل کے صحت کے نتائج کے بارے میں ثبوت اور اسقاط حمل سے گزرنے کی وجہ سے قید نوجوانوں سے شہادتیں اکٹھی کیں۔ شہادتوں کو کٹا بچے بنا کر بڑے پیمانے پر سرکاری افسران اور عوامی فورمز میں پھیلا دیا گیا۔ YAM نے سول سوسائٹی کی تنظیموں کی ایک وسیع رینج کے ساتھ نیٹ ورک کیا، قدر کی وضاحت کے لیے ورکشاپس اور مباحثوں کا اہتمام کیا۔ میڈیا کے ساتھ کام کیا؛ اور قانون میں اصلاحات کے لیے ایک پینشن شروع کی۔ یہ سیاسی طور پر بھی ایک مناسب لمحہ تھا، کیونکہ تعزیرات کا ضابطہ نظر ثانی کے لیے آرہا تھا، اور روانڈا نے اسی وقت کے قریب علاقائی انسانی حقوق کے کنونشنوں کی توثیق کر دی تھی۔ اسقاط حمل کے قانون میں ترمیم کی گئی تھی جب یہ قانون 2012 میں نظر ثانی کے لیے آیا تھا اور عورت کی جان بچانے کے لیے اسقاط حمل کی اجازت دیتا ہے۔ اس کی صحت کی

برقرار رکھنے کے لیے احتساب کے طریقہ کار میں سہولت کی سطح اور گورننس کی مختلف سطحوں پر شکایات کے ازالے کے لیے انتظامی طریقہ کار، محتسب، صارف فورم، قانون کی عدالتیں، قومی انسانی حقوق کمیشن، اور دیگر ادارے جیسے خواتین اور بچوں کے لیے قومی کمیشن (یا خواتین اور بچے) شامل ہوں گے۔ جب قومی میکانزم تسلی بخش ازالہ فراہم نہیں کرتے ہیں، تو افراد شکایات کے طریقہ کار کا بھی سہارا لے سکتے ہیں جس کی اجازت کچھ TMBs جیسے CEDAW کمیٹی اور CRC (بچوں کے حقوق سے متعلق کنونشن) کے ذریعے دی گئی ہے، بشرطیکہ ان کے ممالک نے اختیاری پروٹوکول پر دستخط کیے ہوں جو اسے قابل عمل بناتا ہے۔

اسقاط حمل کے تناظر میں، احتساب کا نفاذ صحت کے نظام کے اندر بدسلوکی کے طریقوں سے نمٹنے کے لیے مخصوص سہارے اور تدارک کے اقدامات کا مطالبہ کرتا ہے جیسے مریضوں کو بغیر کسی معقول وجہ کے دور کرنا اور نگہداشت کی فراہمی کے دوران بے عزتی اور ناروا سلوک، بشمول درد کش ادویات کو روکنا۔

قومی اور ذیلی قومی سطحوں پر اسقاط حمل کے تناظر میں قانونی احتساب اور سماجی جوابدہی کی حکمت عملیوں کا استعمال عام رہا ہے۔ سماجی احتساب میں، شہری/کیونٹی سروس فراہم کرنے والوں اور حکومت کو جوابدہ رکھتی ہے۔ مثال کے طور پر، وہ غیر محفوظ اسقاط حمل کے منفی نتائج پر شواہد اکٹھا کریں گے اور ان کا اشتراک کریں گے، میڈیا مہموں کے ذریعے رائے عامہ کو متحرک کریں گے، حقوق کی خلاف ورزیوں کی عوامی سماعت کریں گے، اور پالیسی سازوں اور ارکان پارلیمنٹ کے ساتھ لابی کریں گے۔ قانونی احتساب قانون کی عدالتوں کا استعمال کرتے ہوئے حکومتوں کو انسانی حقوق کی خلاف ورزیوں یا شہریوں کے آئینی حقوق کو برقرار نہ رکھنے پر جوابدہ ٹھہرانے کے بارے میں ہے۔ (Van Belle e. al. 2018)۔ باکس 11 روانڈا میں قانونی اصلاحات اور کولمبیا میں اسٹریٹجک قانونی چارہ جوئی کے لیے سماجی متحرک ہونے اور ملک کے اسقاط حمل کے قانون کو چیلنج کرنے کے لیے درخواست کے کامیاب استعمال کی وضاحت کرتا ہے (Ruibal 2014)۔

انسانی حقوق کے فریم ورک میں، انصاف تک رسائی، ازالے اور بحالی کے طریقہ کار کی ضمانت احتساب کے لیے مرکزی حیثیت رکھتی ہے۔ قومی سطح پر، صحت کے حق کو

چیک لسٹ 11

احتساب

نوٹس	جی ہاں	جی نہیں
دیکھیے کہ کوئی رپورٹس میں یہ معلومات دی گئی ہیں	Human Rights Treaties Monitoring Bodies کو حکومت کی تازہ ترین رپورٹ میں خواتین کے اسقاط حمل کے حق کے بارے میں معلومات کو شامل کیا گیا ہے۔	
دیکھیے کہ کوئی رپورٹس میں یہ معلومات دی گئی ہیں اور کن گروپوں کے بارے میں	Human Rights Treaties Monitoring Bodies کو حکومت کی تازہ ترین رپورٹ میں کمزور طبقوں کی خواتین کے اسقاط حمل کے حق کے بارے میں معلومات کو شامل کیا گیا ہے۔	
دیکھیے کہ کوئی رپورٹس میں یہ معلومات دی گئی ہیں۔	Human Rights Treaties Monitoring Bodies کو سول سوسائٹی کی تازہ ترین شیڈورپورٹ میں خواتین کے اسقاط حمل کے حق کو شامل کر لیا گیا ہے	
دیکھیے کہ کوئی رپورٹس میں یہ معلومات دی گئی ہیں اور کن گروپوں کے بارے میں	Human Rights Treaties Monitoring Bodies کو سول سوسائٹی کی تازہ ترین رپورٹ میں کمزور طبقوں کی خواتین کے اسقاط حمل کے حق کے بارے میں معلومات کو شامل کیا گیا ہے۔	
ان انڈیکسز کے نام لکھیے جن کے لیے ڈیٹا دستیاب ہے۔	حکومت طے شدہ وقفوں سے اسقاط حمل، اسے بہار ہونے اور اموات ہونے کے بارے میں رپورٹیں تیار کرتی ہے:	- ضلع کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر
یہاں مختلف سطحوں پر تلافی کے مکاترم کے نام لکھیے۔	اسقاط حمل کے خواہشمند افراد کی شکایات کے ازالے کے لیے میکاترم موجود ہیں:	- صحت سہولت کی سطح پر - مقامی حکومت کی سطح پر، - صوبہ/ریاست کی سطح پر - قومی حکومت کی سطح پر
یہاں سماجی احتساب کے شروع کیے گئے طریقوں کے نام نوٹ کیجیے۔	درج ذیل کے ذریعے سماجی احتساب کا آغاز کیا جا چکا ہے:	- خواتین کے محفوظ اسقاط حمل کے حق کی حمایت - عورتوں کے اسقاط حمل کے حوالے سے انسانی حقوق کی خلاف ورزیوں کو مانیٹر اور رپورٹ کرنا (جیسے عزت کا سلوک نہ کرنا، خدمات کی فراہمی سے انکار کرنا) - محنتس کیے گئے بجٹ اور اسقاط حمل پر اصل میں خرچ کیے گئے پر نگاہ رکھنا

اختتامی نوٹس

1. ہم تسلیم کرتے ہیں کہ نہ صرف خواتین بلکہ ٹرانس جینڈر لوگ بھی جو حمل کے قابل ہیں انہیں اسقاط حمل کی خدمات کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ تاہم، یہ دستاویز زیادہ تر خواتین پر مرکوز ہے، کیونکہ بین الاقوامی انسانی حقوق کے اصول اور زیادہ تر تحقیقی شواہد خواتین سے متعلق ہیں۔ ہم نے جہاں بھی ممکن ہوا خواجہ سراؤں سے متعلق معلومات شامل کی ہیں۔
 2. دنیا کے صرف پانچ ممالک میں پایا جاتا ہے: چلی، ڈومینیکن ریپبلک، ایل سلواڈور، مالا اور نکاراگوا۔
 3. ان تخمینوں میں ہندوستان اور چین کو خارج کر دیا گیا ہے کیونکہ وہ معمول سے ہٹ کر ہیں لیکن ان کی آبادی کے بڑے سائز کی وجہ سے تعداد میں کمی ہے۔
 4. CRR کی اشاعت میں 2019 تک 47 ممالک کی فہرست دی گئی ہے۔ اس
- کے علاوہ، 2020 میں، نیوزی لینڈ نے اسقاط حمل کے قانون میں آزادی دی جس سے حمل کے 20 ہفتوں تک کی اسقاط حمل کی خدمات مانگ پر دستیاب ہیں۔
5. خود کی دیکھ بھال کی مداخلتوں کے بارے میں ڈبلیو ایچ او کی سفارشات کے مطابق، طبی اسقاط حمل کا خود انتظام مناسب معلومات اور مناسب بیک اپ صحت کی خدمات کے پیش نظر اب حمل کے 12 ہفتوں تک محفوظ سمجھا جاتا ہے۔
6. انسانی حقوق کے نواصولوں اور معیارات میں بہت سی اوور لپنگ جہتیں ہیں۔ تکرار سے بچنے کے لیے، ہر جہت کو صرف ایک اصول/معیار کے تحت نمٹا جاتا ہے اور اس کا حوالہ دیا جاتا ہے۔

حوالہ جات

INTRODUCTION:

- WHO (2019). *WHO consolidated guideline for self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*. Geneva. p. 67.
- WHO (2014). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations*. Geneva.
- WHO (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance*. Geneva.

CHAPTER 1:

- African Commission on Human and Peoples' Rights (2016). Statement by Commissioner Lucy Asuagbor during launch of ACHPR Campaign for the Decriminalization of Abortion in Africa.
- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet*, July. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
- Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(2):169-178.
- Center for Reproductive Rights (2019). Breaking ground: treaty monitoring bodies on reproductive rights. New York. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2020.pdf>.
- Center for Reproductive Rights (2014). Whose right to life? Women's rights and prenatal protections under human rights and comparative law. New York. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/RTL_3%2014%2012.pdf.
- Center for Reproductive Rights. Reproductive Rights Violations as Torture or Ill-treatment (2011). New York. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/Reproductive_Rights_Violations_As_Torture.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health: Contraception. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm#Contraceptive-Effectiveness>.
- Copelon R, Zampas C, Brusie E & deVore J (2005). Human Rights Begin at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights, *Reproductive Health Matters*, 13:26, 120-129, DOI: 10.1016/S0968-8080(05)26218-3.

- Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L (2016). *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute.
- Ganatra B, Gerdtis C, Rossier C, Johnson Jr, BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Berak J, Kang Z Alkema L (2017). Global, regional and sub-regional classification of abortion by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 390:2372-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964589/>.
- Gerdtis C, Dobkin L, Foster DG and Schwarz EB. (2016). Side effects, physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. *Women's Health Issues*. 26(1): 55-59.
- Guttmacher Institute (2018). Abortion in Asia. Fact sheet. New York. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_www-asia.pdf.
- Guttmacher Institute (2016). Adolescents' need for and use of abortion in developing countries. Fact sheet. New York. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services-developing-countries>.
- Kriel, Y., Milford, C., Cordero, J. et al. Male partner influence on family planning and contraceptive use: perspectives from community members and healthcare providers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reprod Health* 16, 89 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0749-y>.
- Martsen C and Cleland J. Relationships between contraception and abortion. A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):6-13).
- Organization of African Unity (2003). Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 2nd Ordinary Sess., Assembly of the Union, adopted July 11, 2003 [Maputo Protocol on the Rights of Women in Africa], Article 14, 2(c).
- Pizzarossa LB (2018). Peer-Reviewing Abortion Laws: Lessons from the Universal Periodic Review. *ESR REVIEW* #03 | Vol. 19.
- Planned Parenthood Federation of America (2014). The emotional effects of induced abortion. https://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion_Emotional_Effects.pdf.
- Ravindran TKS, Balasubramanian P. "Yes" to abortion but "no" to sexual rights: the paradoxical reality of married women in rural Tamil Nadu, India. *Reprod Health Matters*. 2004 May;12(23):88-99. doi: 10.1016/S0968-8080(04)23133-0. PMID: 15242214.

- Raymond EG, Grossman D, Weaver M, Toti S and Winikoff B. (2014). Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception* 90(5): 476- 479.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011). *The care of women requesting induced abortion*. London. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf.
- Salomonsen E (2017). Unsafe abortion in legally restricted areas – how politics and abortion laws decides women’s future. *A literature review on the incidence of induced abortion and adverse health consequences in Sub-Saharan African countries with restrictive abortion laws*. The Faculty of Health Sciences, UiT The Arctic University of Norway, 2017.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. Jun; 2(6):e323-33.
- Sedgh G, Hussain R (2014). Reasons for Contraceptive Non-use among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in Family Planning*. 45(2):151–69. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x>.
- Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L and Onda T (2019). Abortion worldwide 2017. Uneven progress and unequal access. New York, Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
- Sowmini CV (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India, *Reproductive Health Matters*, 21:41, 243-250, DOI: 10.1016/S0968-8080(13)41700-7.
- Stevens A (2018), Pushing a Right to Abortion through the Back Door: The Need for Integrity in the U.N. Treaty Monitoring System, and Perhaps a Treaty Amendment, 6 Penn State Journal of Law and International Affairs: 71. Available at: <https://elibrary.law.psu.edu/jlia/vol6/iss1/6>.
- Subhasri B and Ravindran TKS (2012). Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalized women from rural South India. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, S33-S39 (Supp. 1).
- Ujah I, Aisien O, Muthir J, Vanderjagt D, Glew R, Uguru V. (2005). Maternal mortality among adolescent women in Jos, North-Central, Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 25(1), p3-6. 2005;25 (1):3-6.
- United Nations (2011). *Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, transmitted by Note of the Secretary-General*. New York. UN Doc. A/66/254 (2011), para. 65(h), (i). <https://undocs.org/A/66/254>.
- United Nations (1995a). Programme of Action of the ICPD, Cairo, Egypt, 5-13 September 1994, para 7.2 and para 8.25, UN Doc.A/ CONF.171/13/ Rev.1.
- United Nations (1995b). The Beijing Declaration and The Platform for Action. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995, para 106K, UN Doc. A/ CONF.177/20.
- United Nations (1989). General Assembly, *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html> [accessed 6 September 2020].
- United Nations (1948). General Assembly. *Universal Declaration of Human Rights*, 10 December 1948, 217 A (III), available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> [accessed 6 September 2020]
- UN Committee Against Torture (CAT) (2011). Concluding Observations: Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). <https://atlas-of-torture.org/en/document/wgc9npwq5oqbwn0115ib2o6r?page=1>.
- UN Committee Against Torture (CAT) (2009). Concluding Observations: Nicaragua, para 16. U.N. Doc. CAT/C/ NIC/CO/1 (2009). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NIC/CO/1&Lang=En.
- UN Committee Against Torture (CAT) (2009). Concluding Observations: El Salvador, para 23. U.N. Doc. CAT/C/SLV/CO/2 (2009). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/SLV/CO/2&Lang=En.
- UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (1999). *CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*, A/54/38/Rev.1, chap. I, available at: <https://www.refworld.org/docid/453882a73.html> [accessed 30 August 2020], supra note 10, paras. 11 and 14.
- UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (1999). *Concluding Observations: Colombia*. UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2016). *General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*. <https://uniteforreporights.org/wp-content/uploads/2018/01/G1640444-3.pdf>. (Paragraph 60).
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2013). *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), 17 April 2013, CRC/C/ GC/15, available at: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html> [accessed 30 August 2020] Paragraph 70.
- UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2016a). *General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive health* (Art. 12 of the ICESCR), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (Mar. 4, 2016), <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>. Para 57.
- UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2016b). *General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive health* (Art. 12 of the ICESCR), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (Mar. 4, 2016), <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>. Para 60 & Para 14.
- UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2015). *Concluding Observations: Chile*, paras. 29, 29(a), U.N. Doc. E/C.12/ CHL/CO/4. <https://www.gi-escr.org/concluding-observations-private-education/chile-ceser-concluding-observations-ec12chlco4-para-30-19-june-2015>.
- UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR),(2018). General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. Paragraph 8. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf.
- UN Human Rights Council (2018). *Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice*. Geneva. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/A_HRC_38_46_EN.pdf.
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2020). *Abortion*. Information series on sexual and reproductive rights, Geneva. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf.
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2017). *International Safe Abortion Day – Thursday 28 September 2017. Safe abortions for all women who need them – not just the rich, say UN experts*. 27 September. <https://ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22167&LangID=E>.

- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2018). Joint Statement by CEDAW and CRPD Committees, 'Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities', 29 August 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx.
- Watter WW. Mental health consequences of abortion and refused abortion. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1980 Feb;25(1):68-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6989474/>.
- World Health Organization (2019). *Preventing unsafe abortion*. Fact sheet.
- Geneva. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
- World Health Organization (2017). Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. Geneva: WHO. Annex b. Human rights-related actions under Page 58. <https://www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/>.
- Zorzi K (2016), The Impact of the United Nations on National Abortion Laws, 65 Cath. U. L. Rev. 409 (2016). Available at: <https://scholarship.law.edu/lawreview/vol65/iss2/122>.
- CHAPTER 2:**
- Barot, S., 2018. The roadmap to safe abortion worldwide: Lessons from new global trends on incidence, legality and safety. *Guttacher Policy Review*, 21, pp.17-22.
- Barua, A. and Apte, H., 2007. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. *Economic and Political Weekly*, pp.71-80.
- Ganatra, B., Gerdtz, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2013;14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
- Ipas. (2020). *Clinical Updates in Reproductive Health*. L. Castelman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
- Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288-1295.
- UK Medicines Information. Can mothers breastfeed after a medical termination of pregnancy? 15th October 2020. <https://www.sps.nhs.uk/articles/can-mothers-breastfeed-after-a-medical-termination-of-pregnancy/>.
- World Health Organization, 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. World Health Organization.
- World Health Organization, 2014. *Clinical practice handbook for safe abortion*. World Health Organization.
- World Health Organization, 2019. *Medical management of abortion*. World Health Organization.
- World Health Organization, 2019. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. World Health Organization.
- World Health Organization Model List of Essential Medicines, 21st List, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- CHAPTER 3:**
- Autorino T, Mattioli F, Mencarini L (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research* 87. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>.
- Baglini A (2014). *Gestational Limits on Abortion in the United States Compared to International Norms*. Virginia (USA), Charlotte Lozier Institute. <https://lozierinstitute.org/internationalabortionnorms/> (Accessed 6 October 2020).
- Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7, Art. No.: CD011242. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011242.pub2/full>.
- Barot S (2012). A problem and solution mismatch: son preference and sex-selective abortion bans. *Guttacher Policy Review*. 15(2): 18-22.
- Barry ME (2018). *Abortion over 20 weeks' gestation. Frequently asked questions*. Washington D.C., Congressional Research Service (CRS), April 30, 2018. <https://www.everycrsreport.com/reports/R45161.html> (Accessed June 4, 2020).
- Baynes C, Yegon E, Lusiola G, Kahando R, Ngadaya, E, & Kahwa, J. (2019). Women's Satisfaction With and Perceptions of the Quality of Postabortion Care at Public-Sector Facilities in Mainland Tanzania and in Zanzibar. *Global health, science and practice*, 7(Suppl 2), S299-S314. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00026>.
- Berer M (2020). Telemedicine and self-managed abortion: a discussion paper. <https://www.safeabortionwomensright.org/news/telemedicine-and-self-managed-abortion-a-discussion-paper/>.
- Berer M (2017). Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization. *Health and Human Rights* 19 (1): 13-27.
- Center for Reproductive Rights (2020a). Law and policy guide: criminality. <https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-criminality>.
- Center for Reproductive Rights (2020b). Law and policy guide: third-party authorization. New York, CRR. <https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-third-party-authorization>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (2020c). Law and policy guide: conscientious objection. New York, CRR. <https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-conscientious-objection>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (2019a). By the Numbers - the legal status of abortion worldwide. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-ByTheNumbers.pdf>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (CRR) (2019b). Accelerating progress: liberalization of abortion laws since ICPD. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-AcceleratingProgress.pdf>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (2015). *Mandatory waiting periods and biased abortion counseling in Central and Eastern Europe: Restricting access to abortion, undermining human rights, and reinforcing harmful gender stereotypes*. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/CRR_Fact%20Sheet_Abortion_MWP%20and%20Biased%20Counseling_CEE_Final_0.pdf.
- Curtis C (2007). Meeting Health Care Needs of Women Experiencing Complications of Miscarriage and Unsafe Abortion: USAID's Postabortion Care Program. *Journal of midwifery & women's health*, 52(4): 368-375. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jmwh.2007.03.005>.
- Dixon-Mueller R. Innovations in reproductive health care: menstrual regulation policies and programs in Bangladesh. *Stud Fam Plann*. 1988 May-Jun;19(3):129-40. PMID: 3406963.

- "Dominican Republic delivers 'huge blow' to women's right to life" Amnesty International. 18 September 2009. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2009/09/republica-dominicana-golpe-tremendo-derecho-mujeres-vida-20090918/>. (Accessed 2 October 2020).
- Erdman JN (2012). Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. *Ethical and legal issues in reproductive health*, 118 (1): 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.jigo.2012.04.002>.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2013). *Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*. Vienna, FRA.
- Fiala C, Arthur JH (2017). There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care. *European Journal of Gynecology and Reproductive Biology* 216: 254-258.
- Fiala C, Danielsson KG, Heikinheimo O, Guðmundsson JA, Arthur J (2016). Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21:3, 201-206, DOI: 10.3109/13625187.2016.1138458.
- Folter R. Why Uruguay is one of the only Latin American countries to legalize abortion. <https://www.womensmediacenter.com/bomb/why-uruguay-is-one-of-the-only-latin-american-countries-to-legalize-abortion>. (Accessed on April 24, 2019).
- Gatter M, Kimport K, Foster DG, Weitz TA, Upadhyay UD. Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(1):81-7. Epub 2014/01/28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24463667/>.
- Global Abortion Policies Database (GAPD), 2020. <https://abortion-policies.srhr.org/>.
- González Vélez AC (2012) "The health exception": a means of expanding access to legal abortion. *Reproductive Health Matters*, 20:40, 22-29, DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40668-1
- Government of the People's Republic of Bangladesh. Directorate General of Family Planning: MCH Services Unit. Memorandum No.: DGFP/MCH- RH/pro-sha (admin) 23/05/108. 03 February 2015.
- Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P (2008). Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion," *Reproductive Health Matters*, 16: (31 Suppl):173-82. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31379-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31379-2).
- Guttmacher Institute (2012). Menstrual regulation, unsafe abortion and maternal health in Bangladesh. *In Brief* No. 3. New York.
- Hunt P. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Human Rights Commission. 60th Session. Theme 10 provisional programme. E/CN.4/2004/49. United Nations; 2004.
- International Planned Parenthood Federation (2019). *Policy Briefing: The impact of the global gag rule*. London, IPPF.
- International Women's Health Coalition (2019). Crisis in care: year two impact of Trump's global gag rule. NY, IWHC. <https://iwhc.org/resources/crisis-care-year-two-impact-trumps-global-gag-rule/>. Accessed 17 October 2020.
- Kaufman R.E. (2021). The U.S. Re-commits to Sexual and Reproductive Health and Rights. American Constitution Society. Blog, 19 March. <https://www.acslaw.org/expertforum/the-us-recommits-to-sexual-and-reproductive-health-and-rights/>.
- Keogh LA, Gillam L, Bismark M, McNamee K, Webster A, Bayly C, Newton D (2019). Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers. *BMC Medical Ethics*, 20:11. <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0346-1>.
- Kimport K, Upadhyay UD, Foster DG, Gatter M, Weitz TA. Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion. *Contraception*. 2013; 88(5):666-70. Epub 2013/09/14. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.07.006>.
- Klick J. Mandatory waiting periods for abortions and female mental health. *Health Matrix*. 2006;16(1):183-208.
- Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 134:S7-S11.
- Lavelanet AF, Johnson BR, Ganatra B (2020). Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 62 (2020) 25e35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.002>.
- Marie Stopes International (2018). *A world without choice: the Global Gag Rule's impact in Madagascar*, 2018. Washington, DC: Marie Stopes US. https://www.mariestopes-us.org/wp-content/uploads/2018/01/MSI_Madagascar_GGR-Fact-Sheet_Jan-2018.pdf.
- Marie Stopes International (2004). *Late abortion: a research study of women undergoing abortion between 19 and 24 weeks' gestation*. London, MSI. <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/247.pdf>. (Accessed 10 October 2020).
- McCarthy, Angie. "State Obligations to Protect the Lives and Health of Women after Abortion or Miscarriage." *Human Rights Brief* 21, no. 2 (2014): 16-21. <https://digitalcommons.wcl.american.edu/hrbrief/vol21/iss2/3/>.
- Millar E (2019). Here's why there should be no gestational limit for abortion. *The Conversation*, August 12, 2019. <https://theconversation.com/heres-why-there-should-be-no-gestational-limits-for-abortion-121500>. (Accessed 17 October 2020).
- Moroccan Family Planning Association and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women. *Religious fundamentalism and access to safe abortion services in Morocco*. Rabat and Kuala Lumpur: Moroccan Family Planning Association and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women; 2016.
- Nadimpalli S., Venkatchalam D., Banerjee S. "India's abortion wars" *Deccan Chronicle*. 2017 Apr 16; <https://www.deccanchronicle.com/opinion/op-ed/160417/indias-abortion-wars.html>.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, *The Safety and Quality of Abortion Care in the United States*, Washington, DC: National Academies Press, 2018.
- Nicaragua votes to ban abortions." (26 October 2006). *BBC News*. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/6089718.stm>. Accessed October 2, 2020.
- Rasch V (2011). Unsafe abortion and postabortion care - an overview. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90(7). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01165.x>.
- Ravindran TKS (2019). *Victims twice over: pregnancy due to sexual abuse and forced motherhood due to failed justice*. India, CommonHealth, November 21, 2019. <https://safeabortion889409100.wordpress.com/2019/11/21/victims-twice-over-pregnancy-due-to-sexual-abuse-and-forced-motherhood-due-to-failed-justice/>.
- Rocca CH, Samari G, Foster DG, et al (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: an examination of decision difficulty and abortion. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2020). *Abortion and the mature minor*. Bioethics cases. Reproductive Health. Section 4.2.2. <http://www.royalcollege.ca/resite/bioethics/cases/abortion-mature-minor-e>.

- Rowlands S and Thomas K. Mandatory waiting periods before abortion and sterilization: Theory and Practice. *International Journal of Women's Health* 2020;12:577–586.
- Sheldon S. (2015) The decriminalisation of abortion: an argument for modernisation. *Oxford Journal of Legal Studies*. June: 1–32. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqv026>.
- Singh S, Hussain R, Shekhar C, Acharya R, Moore AM, Stillman M, Frost JF, Sahoo H, Alagarajan M, Sundaram A, Kalyanwala S and Ball H (2018). *Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs*. New York, Guttmacher Institute.
- Skuster P (2013). *Young women and abortion: avoiding legal and policy barriers*. Chapel Hill, Ipas.
- Sultana N (2020). Task-sharing in menstrual regulation services: Implementation efforts and lessons learned in Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 150, S1:4–8.
- Upadhyay UD, Kimport K, Belusa EKO, Johns NE, Laube DW, Roberts SCM (2017) Evaluating the impact of a mandatory pre-abortion ultrasound viewing law: A mixed methods study. *PLoS ONE* 12(7): e0178871. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178871>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11). <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>.
- UN Committee Against Torture (CAT) (2011). Concluding Observations: Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). <https://atlas-of-torture.org/en/document/wgc9npwq5oqbwn0115ib2o6r?page=1>.
- UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2005). *K.L. v. Peru*, Human Rights Committee, Communication No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003. <https://undocs.org/CCPR/C/85/D/1153/2003>.
- UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2014a). Human Rights Committee, Concluding Observations: Ireland, para. 9, U.N. Doc. CCPR/C/IRL/CO/4. <https://undocs.org/CCPR/C/IRL/CO/4>.
- UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2014b). Human Rights Committee, Concluding Observations: Sierra Leone, para. 14, U.N. Doc. CCPR/C/SLE/CO/1. <https://undocs.org/CCPR/C/SLE/CO/1>.
- UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2012). Human Rights Committee, Concluding Observations: Guatemala, para. 20, U.N. Doc. CCPR/C/GTM/CO/3. <https://undocs.org/CCPR/C/GTM/CO/3>.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2011). Concluding Observations: Costa Rica, para. 64, U.N. Doc. CRC/C/CRI/CO/4. <https://undocs.org/CRC/C/CRI/CO/4>.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2007). Concluding Observations: Chile, para. 56, U.N. Doc. CRC/CHL/CO/3. <https://undocs.org/CRC/CHL/CO/3>.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (1999). Concluding Observations: Chad, para. 30, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107. <https://undocs.org/CRC/C/15/Add.107>.
- UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (2011). *L.C. v. Peru*, Communication No. 22/2009, para. 12, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009. <https://undocs.org/CEDAW/C/50/D/22/2009>.
- UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2010). Concluding Observations: Dominican Republic, para. 29, U.N. Doc. E/C.12/DOM/CO/3. <https://undocs.org/E/C.12/DOM/CO/3>.
- UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2004). Concluding Observations: Chile, para. 53, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.105. <https://undocs.org/E/C.12/1/Add.105>.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). General comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health. Art. 12. 22nd Session. E/C.12/2000/4. United Nations; 2000.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD Committee) (2014). *Gen. Comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law*, (11th session, 2014), para. 26, U.N. Doc. CRPD/C/GC/1.
- Westeson J (2012). *IntLawGrrls: Rights-based approach to sex-selection*. Geneva, Center for Reproductive Rights (Europe).
- Women on Waves. Bangladesh Abortion Law [website] (2020). <https://www.womenonwaves.org/en/page/4866/bangladesh-abortion-law>. Accessed September 28.
- Wood S, Abracinkas L, Correa S and Pecheny M. Reform of abortion law in Uruguay: context, process and lessons learned. *Reproductive Health Matters*, 2016; 24:48, 102–110, <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.006>.
- World Health Organization (2020). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID 19 context interim guidance, 1 June 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>.
- World Health Organization (2011). *Preventing gender-biased sex-selection. An interagency statement OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (1946). Constitution, adopted during the International Health Conference. New York.
- World Health Organization (2002). *World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, WHO.

CHAPTER 4:

- Banisar D and Davies S, (1999). Global Trends in Privacy Protection: An International Survey of Privacy, Data Protection, and Surveillance Laws and Developments. *The John Marshall Journal of Information Technology and Privacy Law*, 18(1). <https://repository.jmls.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1174&context=jitpl/>.
- Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD011242. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2>.
- Barua, A. and Apte, H., 2007. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. *Economic and Political Weekly*, pp.71–80.
- Cohen J and Ezer T (2013). Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*, 15(2).
- CRPD, Art 1.
- de Bruyn, M., 2012. HIV, unwanted pregnancy and abortion—where is the human rights approach? *Reproductive Health Matters*, 20(39), pp.70–79.
- Dennis, A., Henshaw, S.K., Joyce, T.J., Finer, L.B. and Blanchard, K., 2009. The impact of laws requiring parental involvement for abortion: a literature review. New York: *Guttmacher Institute*.
- Department of Health and Social Care, Government of UK, 2020. Temporary approval of home use for both stages of early medical abortion. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/temporary-approval-of-home-use-for-both-stages-of-early-medical-abortion--2/>.
- Dhillon, J. (2014). *Protecting women's access to safe abortion care: A guide to understanding the human rights to privacy and confidentiality: Helping advocates navigate 'duty to report' requirements*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Donovan, M., 2019. Improving access to abortion via telehealth. *Guttmacher Policy Rev*, 22, pp.23–28.

- Duggal, R., 2004. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 12 (sup24), pp.130- 137.
- Espinoza, C., Samandari, G. and Andersen, K., 2020. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), p.1744225.
- Goetz A, Jenkins R. *Reinventing accountability: making democracy work for human development*. Hampshire, Palgrave Macmillan, 2005:8.
- Guareschi, Pedrinho; Jovchelovitch, Sandra (2004). Participation, health and the development of community resources in southern Brazil [online]. London: LSE Research Online. <http://eprints.lse.ac.uk/2629/>.
- Henshaw, S.K., Joyce, T.J., Dennis, A., Finer, L.B. and Blanchard, K., 2009. Restrictions on Medicaid funding for abortions: A literature review. *Guttmacher Institute*.
- Human Rights Committee. (2000). General Comment No. 28: The equality of rights between men and women. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10.
- Independent Accountability Panel, '2016: Old Challenges, new Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health' available at http://iapreport.org/downloads/IAP_Report_September2016.pdf.
- Inter Agency Working Group. Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. <https://iawg.net/resources/misp-reference>.
- International Planned Parenthood Federation South Asia Region. Safe abortion services amid COVID19 - Agile, adaptive & innovative response from South Asia. May 2020. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SARO%20COVID19%20Update%203%20%28Safe%20Abortion%29.pdf>.
- Lowik AJ. Trans-inclusive abortion services: A manual for providers on operationalising trans-inclusive policies and practices in an abortion setting. 2017.
- Meler BM, Pardue C, London L. Implementing community participation through legislative reform: a study of the policy framework for community participation in the Western Cape province of South Africa. *BMC International Health and Human Rights* 2012, 12:15. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/12/15>.
- Mendelson D, Rees and Wolf G (2018). Medical Confidentiality and Patient Privacy Chapter 9 in B White, F McDonald & L Willmott (Eds), *Health Law in Australia*, 3rd Edition, (2018 Thomson Reuters). <https://ssrn.com/abstract=3173601/>.
- Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E. and Gerdts, C., 2020. Self-managed abortion: a systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, pp.87-110.
- Murthy R. Presentation on Accountability mechanisms – SRH services in the context of UHC and inequalities. In: *Technical consultative meeting on guidance for integrating sexual and reproductive health and rights (SRHR) within national UHC plans*, Geneva, 15-16 May 2019. Geneva, World Health Organization, 2019.
- Nidadavolu, V. and Bracken, H., 2006. Abortion and sex determination: conflicting messages in information materials in a District of Rajasthan, India. *Reproductive Health Matters*, 14(27), pp.160-171.
- Orner, P.J., de Bruyn, M., Barbosa, R.M., Boonstra, H., Gatsi-Mallet, J. and Cooper, D.D., 2011. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), p.54.
- Radhakrishnan, A., Sarver, E. and Shubin, G., 2017. Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers. *Reproductive health matters*, 25(51), pp.40-47.
- Ramaswamy, A., Weigel, G., Sobel, L., Salganicoff, A., 2020. Medication Abortion and Telemedicine: Innovations and Barriers during the COVID-19 Emergency. Kaiser Family Foundation. Available from: <https://www.kff.org/policy-watch/medication-abortion-telemedicine-innovations-and-barriers-during-the-covid-19-emergency/>.
- Ravindran TKS (2016). *An advocates' guide: integrating human rights in universal access to contraception*. Kuala Lumpur, Asian and Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW).
- Singh, S., Shekhar, C., Acharya, R., Moore, A.M., Stillman, M., Pradhan, M.R., Frost, J.J., Sahoo, H., Alagarajan, M., Hussain, R. and Sundaram, A., 2018. The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015. *The Lancet Global Health*, 6(1), pp.e111-e120.
- Subhasri B and Ravindran TKS (2012). Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalised women from rural South India. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, S33-S39 (Supp. 1).
- Tunçalp, Ö., Were, W.M., MacLennan, C., Oladapo, O.T., Gülmezoglu, A.M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F. and Temmerman, M., 2015. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Bjog*, 122(8), p.1045.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2000). *CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*. Adopted at the twenty-second session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000, (Contained in document E/C.12/2000/4). Geneva, UNOHCHR. <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2008). *Claiming the Millennium Development Goals: A Human Rights Approach*. Geneva, UNOHCHR, p.15.
- United Nations Population Fund and Harvard School of Public Health (2010). *A Human Rights-Based Approach to programming*. New York, UNFPA. P. 71-72.
- Umuhoza C, Oosters B, van Reeuwijk M, Vanwesenbeeck I. Advocating for safe abortion in Rwanda: how young people and the personal stories of young women in prison brought about change. *Reproductive Health Matters*, 2013, 21:49–56.
- Van Belle S, Boydell V, George AS, Brinkerhof DW, Khosla R. Broadening understanding of accountability ecosystems in sexual and reproductive health and rights: A systematic review. *PLoS One*, 2018, 13:e0196788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196788/>.
- World Health Organization, 2009. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note.
- World Health Organization, 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. World Health Organization.
- World Health Organization, 2014. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization.
- World Health Organization, 2015. *Health worker role in providing safe abortion care and post abortion contraception*. World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *Human Rights and Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- World Health Organization, 2019. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights.
- World Medical Association (2005). *Medical Ethics Manual*. Ch. 2: Physicians and Patients, p. 53. Ferney-Voltaire Cedex, France: WMA.



ایرو (ARROW) کوالالپور، ملائیشیا میں قائم خواتین کی ایک غیر منفعت بخش این جی او ہے اور اقوام متحدہ کی اکنامک اینڈ سوشل کونسل سے مشیر کے طور پر منسلک ہے۔ 1993 میں اپنے قیام سے یہ خواتین کی صحت، مثبت جنسیت اور حقوق کی بہتری اور انہیں معلومات، رابطہ کاری، وکالت اور تحریک کے ذریعے فروغ دینے کے لیے کام کر رہی ہے۔

ایرو کا وژن عدل و انصاف پر مبنی ایک دنیا ہے جہاں ہر عورت کو اس کے مکمل جنسی اور تولیدی حقوق حاصل ہوں۔ ایرو خواتین کے حقوق اور ضروریات، خاص طور پر ان کی صحت اور جنسیت، کو نمایاں کرتی ہے اور عزم کا اعادہ کرتی ہے کہ ان کے حقوق کے لیے ان کی آواز کا ساتھ دے گی۔

محفوظ اسقاط حمل کے حق کا دعویٰ 'پروجیکٹ امید' کرتا ہے کہ ایشیا کے پانچ ملکوں میں ان کی تمام خواتین کے لیے محفوظ اسقاط حمل کے لیے قانون سازی میں اور محفوظ اسقاط حمل کی خدمات تک رسائی میں بہتری آئے گی۔ Safe Abortion Advocacy Initiative (SAIGE) ایک گلوبل ساوتھ انیجمنٹ (SAIGE) ہے جسے گلوبل ساوتھ کے ایڈووکیٹس، لیکچریشنس، اکیڈمکس اور سروس پرووائیڈرز نے مل کر بنایا ہے تاکہ مختلف سمتوں سے کام کرتے ہوئے محفوظ اسقاط حمل کی طرف پیشقدمی میں اپنا کردار ادا کر سکیں، جن میں شہادتوں کی فراہمی، ان پر مبنی وکالت اور جوابدہی کی حکمت عملیاں شامل ہیں، اور اس خطے میں کئی قومی سطحوں پر محفوظ اسقاط حمل کے قوانین اور پالیسیوں کے نفاذ کے لیے اثر ڈالا جاسکے۔

اس میں محفوظ اسقاط حمل کی راہ میں حائل رکاوٹوں کو گرانے کے لیے مسلسل کام کرنا بھی شامل ہے جیسے خواتین اور سروس پرووائیڈرز میں محفوظ اسقاط حمل کے بارے میں آگہی بڑھانا، بدنامی اور مذہبی وجوہ سے خدمات سے انکار اور خدمات کی دستیابی اور معیار پر کام کرنا۔

اس پروجیکٹ کے لیے مالی وسائل Riksförbundet för Sexuell Upplysning -RFSU نے فراہم کیے جو جنسیت کی تعلیم کے لیے سویڈن کی ایسوسی ایشن ہے۔

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)

1 & 2 Jalan Scott, Brickfields, Kuala Lumpur, Malaysia 50470

Telephone (603) 2273 9913/9914/9915
Fax (603) 2273 9916
E-mail arrow@arrow.org.my
Web arrow.org.my
Facebook facebook.com/ARROW.Women
Instagram arrow_women
Twitter @ARROW_Women
Youtube youtube.com/user/ARROWomen
LinkedIn linkedin.com/company/arrowwomen

The Safe Abortion Advocacy Initiative A Global South Engagement (SAIGE)

<https://saige.arrowadvocacy.org/>

Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU) – the Swedish Association for Sexuality Education

<https://www.rfsu.se/>

