ஆர்வலர்களுக்கான வழிகாட்டி:

உரிமைகள் சார்ந்த பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு கொள்கைகள், நிகழ்ச்சித்திட்டங்கள் மற்றும் சேவைகள்.

arrow
asian-pacific resource & research centre for women

ஆர்வலர்களுக்கான வழிகாட்டி:

உரிமைகள் சார்ந்த பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு கொள்கைகள், நிகழ்ச்சித்திட்டங்கள் மற்றும் சேவைகள்.

உருவாக்கம்: டீ கே சுந்தரி ரவீந்திரன் மற்றும் சுபா ஸ்ரீ பி

இந்த வழிகாட்டி SRHR ஆர்வலர்களுக்காக உருவாக்கப்பட்டது. இது உரிமைகள் சார்ந்த பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு கொள்கைகள் நிகழ்ச்சித்திட்டங்கள் மற்றும் சேவைகளை உறுதி செய்வதற்கான துணை வலுசேர்த்தல் நடவடிக்கைகளுக்கான வழிகாட்டலை வழங்கும் நோக்கைக் கொண்டுள்ளது.

இந்தப் பாதிப்பு RFSU (Riksförbundet för Sexuell Upplysning) - பாலியல் கல்விக்கான சுவீடிஷ் நிறுவனத்தின் நிதியுதவியின் மூலம் வெளியிடப்பட்டது. இதன் உள்ளடக்கம் முழுமையாக பெண்களுக்கான ஆசிய பசுபிக் வளங்கள் மற்றும் ஆய்வு நிலையத்தின் பொறுப்பாக அமைந்துள்ளது.

arrow
asian-pacific resource & research centre for women

2021
ASIAN-PACIFIC RESOURCE
& RESEARCH CENTRE FOR
WOMEN (ARROW)

ISBN 978-967-0339-52-8

இந்த ஆக்கம் Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International License இன் கீழ் உரிமம் பெற்றுள்ளது. இந்த உரிமத்தின் பிரதியைப் பார்வையிட http://creativecommons.org/ licenses/by-nc/4.0/. என்ற இணைய தளத்திற்கு செல்லவும்.

இந்த ஆக்கத்தின் எந்த ஒரு பகுதியையும் வணிக ரீதியற்ற மற்றும் இலாப நோக்கமற்ற பயன்பாடுகளுக்காகப் பிரதி எடுக்கலாம், மீண்டும் உருவாக்கலாம், கணினி சேமிப்பகத்தில் சேமிக்கலாம் அல்லது எந்த வடிவத்திலும் அனுப்பலாம். மேலும், உள்ளூர் தேவைகளுக்கு ஏற்ப தழுவி அல்லது மொழிபெயர்த்தும் கொள்ளலாம். இருப்பினும், பயன்படுத்தப்படும் படங்களின் காப்புரிமை அந்தந்தக் காப்புரிமைதாரர்களுக்கே உரியது. அனைத்து நகல்கள், மறு உருவாக்கங்கள், தழுவல்கள் மற்றும் இயந்திர, மின்சார அல்லது மின்னணு வழிமுறைகள் மூலம் செய்யப்படும் மொழிபெயர்ப்புகள் ஆகியவற்றில் ARROW தான் மூலம் என்று குறிப்பிட வேண்டும். உருவாக்கப்பட்ட பிரதி, தழுவல், மற்றும்/அல்லது மொழிபெயர்ப்பின் ஒரு பிரதியை ARROW க்கு அனுப்ப வேண்டும். வணிகரீதியான பயன்பாட்டிற்கு, ARROW வினுடைய அனுமதியைப் பெற arrow@arrow.org.my என்ற மின்னஞ்சல் முகவரியின் மூலம் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும்.

arrow.org.my

பதிப்பு

Asian-Pacific Resource & Research Centre For Women (ARROW)
1 & 2 Jalan Scott, Brickfields
50470 Kuala Lumpur, Malaysia

தொலைபேசி	00 603 2273 9913/9914
தொலைநகல்	00 603 2273 9916
மின்னஞ்சல்	arrow@arrow.org.my
இணையதளம்	arrow.org.my
முகநூல்	facebook.com/ARROW.Women
இன்ஸ்டகிராம்	arrow_women
டுவிட்டர் (x)	@ARROW_Women
யூடியூப்	youtube.com/user/ARROWomen
லிங்க்ட்இன்	arrowomen

வடிவமைப்புக் குழு

எழுத்தாளர்கள்
டீ கே சுந்தரி ரவீந்திரன் மற்றும் சுபா ஸ்ரீ பி

கண்காணிப்பு
சிவானந்தி தனேந்திரன், சாய் ஜோதிர்மை ரச்சேளா மற்றும் கரீமா ஸ்ரீவட்சவா

உள்ளக மதிப்பீட்டாளர்கள்
சாய் ஜோதிர்மை ரச்சேளா, கரீமா ஸ்ரீவட்சவா, மற்றும் காரல் ஜோ அஞ்செலிக் சி கல்பீடோ

வெளியக மதிப்பீட்டாளர்கள்
மார்விக் பார்கோன், பாயல் ஷாஹ், லெய்லா ஹெஸினி, சிசிலியா எஸ்பினோசா, பியா காலி

பதிப்பின் ஒருங்கிணைப்பு உதவு
கரீமா ஸ்ரீவட்சவா, மற்றும் காரல் ஜோ அஞ்செலிக் சி கல்பீடோ

பதிப்பிற்கான தொழில்நுட்ப உதவி
கரீமா ஸ்ரீவட்சவா, காரல் ஜோ அஞ்செலிக் சி கல்பீடோ, மற்றும் கேஷியா மாமூட்

நகல் திருத்துனர்
ஸ்டெபானி பீட்டர்ஸ்

வரைகலை வடிவமைப்பாளர்
நிகோலட் மல்லாரி

தமிழாக்கம்
பிரிஸ்கிலா அருள்பிரகாசம்

உள்ளடக்கம்

6 **சுருக்கங்கள்**

7 **முகவுரை**

9 **பகுதி 1**
பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு: பொது சுகாதார மற்றும் மனித உரிமைகள் சார் பிரச்சனை

9 1.1 முகவுரை

10 1.2 பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் சார் உரிமைகளை சர்வதேச நிகழ்ச்சி நிரலில் உள்ளடக்கல்: கெய்ரோ மற்றும் நிலையான அபிவிருத்தி இலக்குகளுக்கான பயணம்.

12 1.3 பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளைத் தவிர்ப்பதற்கான மனித உரிமை கட்டுப்பாடுகள்

14 1.4 கருக்கலைப்பு தொடர்பாக அடிக்கடி கேட்கப்படும் கேள்விகள்

19 **பகுதி 2**
கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொண்ட நபர்களுக்குத் தேவையான மருத்துவ பராமரிப்பு: ஆர்வலர்கள் அறிந்துகொள்ள வேண்டிய தகவல்கள்

19 2.1 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு

20 2.2 கருக்கலைப்பு முறைகள்

20 2.3 கருக்கலைப்பிற்கு முன்பதான பராமரிப்பு

24 2.4 கருக்கலைப்பு நடைமுறை

36 2.5 கருக்கலைப்பிற்கு பின்னரான பராமரிப்பு

41 **பகுதி 3**
சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள்: மனித உரிமை சார் கண்ணோக்கைப் பயன்படுத்தல்

41 3.1 உலகில் கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை மற்றும் ICPDயைத் தொடர்ந்து ஏற்பட்ட மாற்றங்கள்

42 3.2 திருத்தத்தங்களை முன்கொண்டு செல்லல்: கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சட்டங்களில் விரிவான திருத்தங்களை ஏற்படுத்த பயன்படுத்தக்கூடிய உத்திகள் தொடர்பான உதாரணங்கள்.

50 3.3 கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சட்டங்களுக்கு அப்பால்: கருக்கலைப்பிற்கான வேறு நடைமுறை, சிகிச்சை மற்றும் நிர்வாக ரீதியான தடைகள்

68 **பகுதி 4**
பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பைத் திட்டமிடுதல் மற்றும் நடைமுறைப் படுத்தல்: மனித உரிமைகள் சார் அணுகுமுறை

68 4.1 மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள்

71 4.2 மனித உரிமைகள் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவை வழங்கல்: ஒரு செயல் நிகழ்ச்சி நிரல்

107 **பின்குறிப்புகள்**

107 **மூல வளங்கள்**

படங்களின் பட்டியல்

12 படம் 1: கருக்கலைப்பு சிக்கல்கள் தொடர்பான விகிதங்கள்

24 படம் 2: மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் செயற்படும் விதம்

30 படம் 3: MVAக்கு பயன்படுத்தும் கருவி

44 படம் 4: ICPD இடம்பெற்றது முதல் கருக்கலைப்பு சட்டங்களைத் தளர்த்திய நாடுகள் (40 நாடுகள்)

55 படம் 5: படம் 5: எத்தியோப்பியாவில் கருக்கலைப்பு சேவை வழங்குநர்கள் (2014)

அட்டவணைகளின் பட்டியல்

25 அட்டவணை 1: மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்ட்டொல் மூலம் மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறை

25 அட்டவணை 2: மிபெப்ரிஸ்டோன் இல்லாத சந்தர்ப்பங்களில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறை

35 அட்டவணை 3: மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புகளின் ஒப்பீடு

43 அட்டவணை 4: ICPDயைத் தொடர்ந்து கருக்கலைப்புச் சட்டங்கள் மேலும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட நாடுகள்

பெட்டிகளின் பட்டியல்

21 பெட்டி 1: பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பிற்கான சிறந்த உளநல ஆலோசனையின் பண்புகள்

30 பெட்டி 2: கருக்கலைப்பின் போது வலி நிவாரணம்

33 பெட்டி 3: சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பில் நோய்த்தொற்று தடுப்பு;

52 பெட்டி 4: கனடாவின் கருக்கலைப்புச் சட்டம்

55 பெட்டி 5: நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களால் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு

58 பெட்டி 6: கட்டிளமைப்பருவத்தினரின் நல்வாழ்வை கருத்தில் கொள்ளும் மற்றும் அவர்களின் சுயாட்சியை மதிக்கும் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளின் உதாரணங்கள்.

61 பெட்டி 7: மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்கக் கூடாது - சுவீடனின் உதாரணம்

73 பெட்டி 8: திருநர்களை உள்ளடக்கும் கருக்கலைப்பு சேவையை வடிவமைத்தல்:

79 பெட்டி 9: பல்வேறு சுகாதார சேவை நிலைய மட்டங்களில் கிடைக்க வேண்டிய சேவைகள்:

91 பெட்டி 10: கருக்கலைப்பு சேவைகளைக் கண்காணிக்க பரிந்துரைக்கப்படும் சில குறிகாட்டிகள்:

103 பெட்டி 11: கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்துவதற்கான சட்ட மற்றும் சமூக பொறுப்புக்கூறல் உத்திகள்

சுருக்கங்கள்

CAT	Committee Against Torture	சித்திரவதைக்கு எதிரான குழு
CCPR	UN Committee on Civil and Political Rights	ஐ.நா. சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான குழு
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women	பெண்களுக்கெதிரான பாகுபாட்டை இல்லாதொழிப்பதற்கான குழு
CESCR	Committee of Economic, Social and Cultural Rights	பொருளாதார, சமூக மற்றும் கலாசார உரிமைகளுக்கான குழு
CHW	Community Health Worker	சமூக சுகாதார பணியாளர்கள்
COVID	Coronavirus disease	கொரோனா வைரஸ் தொற்று
CRC	Child Rights Committee	சிறுவர்கள் உரிமைக்குழு
CRPD	Committee on the Rights of Persons with Disabilities	விசேட தேவையுடையோரின் உரிமைகளுக்கான குழு
CRR	Center for Reproductive Rights	இனவிருத்தி உரிமைகளுக்கான மையம்
EVA	Electric Vacuum Aspiration	மின் மூலமான வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் (உறிஞ்சுதல்)
GAPD	Global Abortion Policies Database	உலகளாவிய கருக்கலைப்பு கொள்கைகள் தரவுத்தளம்
GGR	Global Gag Rule	உலகளாவிய காக் சட்டம்
HRBA	Human Rights-Based Approach	மணித உரிமைகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட அணுகுமுறை
HRC	Human Rights Commission	மனித உரிமைகள் ஆணைக்குழு
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights	சர்வதேச சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான சமவாயம்
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights	சர்வதேச பொருளாதார, சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகளுக்கான சமவாயம்
ICPD	International Conference on Population and Development	சர்வதேச சனத்தொகை மற்றும் அபிவிருத்திக்கான மாநாடு
IUD	Intra Uterine Device	கருப்பையினுள் உட்செலுத்தும் சாதனம்
MA	Medical Abortion	மருத்துவ கருக்கலைப்பு
MCH	Maternal and Child Health	தாய் சேய் சுகாதாரம்
MR	Menstrual Regulation	மாதவிடாய் ஒழுங்கமைப்பு
MTP	Medical Termination of Pregnancy	மருத்துவ முறை மூலம் கர்ப்பத்தை நிறைவு செய்தல்
MVA	Manual Vacuum Aspiration	கைகள் மூலம் செய்யும் வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன்
OCP	Oral Contraceptive Pills	வாய்மூல கருத்தடை மாத்திரைகள்
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	ஐக்கிய நாடுகள் மனித உரிமைகள் உயர்ஸ்தானிகரின் அலுவலகம்
PAC	Post Abortion Care	கருக்கலைப்பிற்கு பின்னான பராமரிப்பு
PID	Pelvic Inflammatory Disease	கருப்பை வாயில் ஏற்படும் வீக்க நோய்
PLHIV	People Living with HIV	எச்.ஐ.வி யுடன் வாழும் நபர்கள்

சுருக்கங்கள்

POCSO	Protection of Children from Sexual Offences Act	சிறுவர்களை பாலியல் குற்றங்களில் இருந்து பாதுகாப்பதற்கான சட்டம்
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	ரோயல் மகப்பேற்று மற்றும் பெண்நோயியல் மருத்துவர்களுக்கான கல்லூரி
RH	Reproductive Health	இனப்பெருக்க சுகாதாரம்
RHR	Reproductive Health Rights	இனப்பெருக்க சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகள்
SRH	Sexual and Reproductive Health	பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம்
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights	பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகள்
STI	Sexually Transmitted Infections	பாலியல் தொற்றுக்கள்
UPR	Universal Periodic Review	சர்வ நாடுகளுக்குமான காலத்திற்கு காலம் செய்யப்படும் மீளாய்வு
VA	Vacuum Aspiration	வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் (வளி மூலமான இடைவெளியை ஏற்படுத்தி உறிஞ்சுதல்)

முகவுரை

2012ம் ஆண்டு வெளியிடப்பட்ட WHO அமைப்பின் (உலக சுகாதார அமைப்பு) பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு வழிகாட்டல்: சுகாதார அமைப்புக்களுக்கான தொழில்நுட்ப மற்றும் கொள்கை வழிக்காட்டியின் (இதன் பின் இந்த ஆவணத்தில் இது WHO வழிகாட்டல் ஆவணம் என அழைக்கப்படும்) 2ம் பதிப்பு வெளியிடப்பட்டது. இது பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சார் பராமரிப்பிற்கான ஆதாரம் மற்றும் சிறப்பான செயற்பாடுகளுக்குரிய வழிகாட்டலை வழங்கும் நோக்குடன் வெளியிடப்பட்டது.

இந்த ஆவணம் மருத்துவ வழிகாட்டல்களை மட்டுமன்றி, மனித உரிமைகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் பற்றிய சிறந்த நடைமுறைகளை முன்வைக்கின்றது. இது பின்வரும் கோட்பாடுகளைக் கடைப்பிடித்து பின்பற்றுவதைப் பரிந்துரைக்கிறது:

- கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்களும் கொள்கைகளும் பெண்களின் சுகாதாரம் மற்றும் மனித உரிமைகளைப் பாதுகாக்க வேண்டும்.
- நேர தாமதமற்ற பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பை அணுகத் தடைகளை ஏற்படுத்தும் கட்டுப்பாடுகளைக் கொண்ட கொள்கை மற்றும் நிகழ்ச்சித்திட்டம் சார் தடைகள் அகற்றப்பட வேண்டும்.
- சட்டப்பூர்வமான கருக்கலைப்பை அணுகத் தகுதியுள்ள பெண்களுக்கு கருக்கலைப்பு சார் பராமரிப்பு தயார்நிலையிலுள்ள சட்டப் பின்னணி தேவையாகின்றது. வறுமைக்கோட்டில் வாழும் பெண்கள், கட்டிளமைப்பருவத்தினர், பாலியல் வன்புணர்விலிருந்து மீண்டு வாழும் பெண்கள் மற்றும் HIVயுடன் வாழும் பெண்கள் அனைவரினதும் குறிப்பான தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்யும் சிறந்த தரத்திலான கருத்தடை முறைகள் தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்கக்கூடிய விதத்தில் பெண்களின் மனித உரிமைகளை மதித்துப் பாதுகாப்பாக பூர்த்தி செய்யும் கொள்கைகள் கட்டமைக்கப்பட வேண்டும். (WHO 2012,p.9,Box)

2012 முதல் மனித உரிமைகள் தொடர்பான கண்ணோக்கைக் கொண்ட 'பரிபூரண பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு பராமரிப்பை' வழங்குவதற்கான எமது புரிதல் குறிப்பிடத்தக்க மாற்றத்தைக் கண்டுள்ளது. 2019ம் ஆண்டு WHO வெளியிட்ட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரத்துடன் தொடர்புடைய உரிமைகள் குறித்த சுயபராமரிப்பு வழிகாட்டியானது, சுகாதார அமைப்பின் முறையான ஆதரவுடன் செய்யக்கூடிய 'மருத்துவ கருக்கலைப்பு' மாத்திரைகள் மூலம் சுயமாக செய்துகொள்ளும் ஆரம்பக்கட்ட கருக்கலைப்பை உள்ளடக்கியிருந்தது. COVID-19 பெருந்தொற்றுக் காலப்பகுதியில் ஏற்படுத்தப்பட்ட கட்டாயமான நடமாட்ட முடக்கம், சுயமாக செய்யக்கூடிய ஆரம்பக்கட்ட கருக்கலைப்பை ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடியதொரு நடைமுறையாக மாற்றியது. மனித உரிமைகள் கண்ணோக்கில், கிட்டத்தட்ட அனைத்து மனித உரிமை சாசன அமைப்புகளும் அனைத்து சூழல்களிலும் கருக்கலைப்பைக் குற்றமற்றதாக்குவதற்கான ஒருமித்த கோரலை முன்வைத்துள்ளனர்.

இது ARROW நிறுவனத்தினால் உருவாக்கப்பட்ட சமூக ஆர்வலர்களுக்கான வழிகாட்டல் கைநூல்கள் தொகுப்புகளின் வரிசையில் நான்காவது வழிகாட்டல் கைநூலாகும். இவை பாலியல், இனவிருத்தி சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகள் தொடர்பில் செயற்படும் ஆர்வலர்களுக்காக உருவாக்கப்பட்டுள்ளன. இவை காகிதங்களால் அடைந்துள்ள வெற்றிகளாக மாத்திரமன்றி, சமூக மட்டத்தில் செயற்படுத்தப்பட வேண்டும். இந்த வழிகாட்டி நூல் கருக்கலைப்பு அணுகல் மற்றும் அதன் தரம் தொடர்பான முன்னேற்றங்களைக் கண்காணித்தல், மற்றும் எந்த அளவில் 'கருக்கலைப்பு சேவைகள்' மனித உரிமை தரங்களுக்கு அமைவாக ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ளன என்பதை அறியவுதவும்.

ஆர்வலர்களுக்கான இந்த வழிகாட்டி நூலினை, கொள்கை வகுப்பாளர்கள், நிகழ்ச்சித்திட்ட நிர்வாகிகள் மற்றும் சேவை வழங்குநர்களுக்கு பரிந்துரைக்கப்பட்ட WHO வழிகாட்டியுடன் ஒரு துணை ஆவணமாக பயன்படுத்தலாம். இது WHO வழிகாட்டியில் இருந்து தகவல்களைப் பெற்று, அதைத் தேவைக்கேற்ப மருத்துவ சிகிச்சை, கொள்கைவகுப்பு மற்றும் மனித உரிமை தொடர்பான தகவல்களுடன் தொடர்புபடுத்தி வழங்குகின்றது.

இந்த வழிகாட்டி நான்கு பகுதிகளாக ஒழுங்கு படுத்தப்பட்டுள்ளது. முதலாவது பகுதியான அறிமுகம், 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' தேவைப்படும் அனைவருக்கும் அதைப் பெறுவதற்கு தேவையான பொது சுகாதார மற்றும் மனித உரிமைகளின் இன்றியமையாமையை விளக்குகிறது. இரண்டாவது பகுதி, ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட கருக்கலைப்பு முறைகள், சிகிச்சை மற்றும் பின்பற்ற வேண்டிய நெறிமுறைகள் உட்பட அவற்றின் 'பாதுகாப்பு மற்றும் செயல்திறன்' பற்றிய அத்தியாவசிய தொழில்நுட்ப தகவல்களின் சுருக்கத்தை வழங்குகிறது. மூன்றாவது பகுதி உலகெங்கிலும் உள்ள கருக்கலைப்புச் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளின் மேலோட்டத்தை வழங்குகின்றது. இந்தப் பகுதி மேலும் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' அணுகலுக்கான கொள்கை மற்றும் சேவை வழங்கல் தொடர்பான தடைகளை ஆராய்கிறது, இது சமூக செயற்பாட்டாளர்கள் மற்றும்

ஆர்வலர்கள் சட்டரீதியான கட்டுப்பாடுகளைச் சுற்றி பணியாற்றுவதற்கும், கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்துவதற்கும் பயன்படுத்தும் உத்திகளின் உதாரணங்களையும் உள்ளடக்கியுள்ளது. நான்காவது மற்றும் இறுதிப் பகுதி, கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள் தொடர்பான மனித உரிமை சார் கொள்கைகள் மற்றும் தர நிர்ணயங்களைப் பிரதிபலிக்கும் ஒன்பது முக்கிய கொள்கைகளைப் பயன்படுத்தி, உரிமைகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகள் எப்படி அமைய வேண்டும் என்பதை விவரிக்கிறது.

இந்த ஒன்பது கொள்கைகளும் WHO இன் உரிமைகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட கருத்தடை தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் வழிகாட்டலுக்கு பொருந்துவதாக அமைந்துள்ளன:

பாரபட்சமின்மை; கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள் கிடைக்கும் தன்மை; கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் அணுகல்; கருக்கலைப்பு தகவல் மற்றும் சேவைகள் தொடர்பான ஏற்றுக்கொள்ளும் தன்மை; கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் தரம்; தகவலறிந்து தீர்மானங்கள் மேற்கொள்ளல்; தனியுரிமை மற்றும் அந்தரங்கம்; பங்கேற்றல்; மற்றும் பொறுப்புக்கூறல் (WHO 2014). ரண்டாவது, மூன்றாவது மற்றும் நான்காவது அத்தியாயங்களில் சரிபார்ப்பு பட்டியல்கள் காணப்படுகின்றன.

இசரிபார்ப்பு பட்டியல்கள் தற்போதுள்ள இடைவெளிகளை மதிப்பிடுவதற்கும், கருக்கலைப்புச் சேவையை வழங்குவதற்கான தொழில்நுட்ப தரநிலைகளின் அடிப்படையில், மேலும் ஆய்வு செய்யவேண்டிய விடயங்களை அடையாளம் காண்பதற்கும்; கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்கள், கொள்கைகள் மற்றும் விதிமுறைகள்; கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கும் நிகழ்ச்சித் திட்டங்களில் மனித உரிமைக் கொள்கைகளைக் கடைபிடிக்கவும் ஆர்வலர்கள் பயன்படுத்தக்கூடிய கருவிகளாகும். இத்தகைய மதிப்பீடு அனைத்து நபர்களுக்கும் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளுக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்த பணியாற்றும் ஆர்வலர்கள், தம் செயற்பாடுகளை வடிவமைப்பதில் பங்களிக்கும் என எதிர்பார்க்கப்படுகிறது.

சரிபார்ப்பு பட்டியலைப் பயன்படுத்தல்:

சரிபார்ப்பு பட்டியல்கள் ஒவ்வொன்றும் மனித உரிமைக் கொள்கைகளைப் பின்பற்றுவதை மதிப்பிடுவதற்கு வண்ணக் குறியீடுகளை பயன்படுத்துகின்றன. 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' தொடர்பான சட்டங்கள், கொள்கைகள், திட்டங்கள் மற்றும் சேவைகளைத் தரப்படுத்த இரண்டு (சில இடங்களில், மூன்று) வண்ணக் குறியீடுகள் வழங்கப்பட்டுள்ளன. சிவப்பு (மனித உரிமைக் கொள்கைகளைக் கடைபிடிக்காததைக் குறிக்கிறது), பச்சை (அதற்கு இணங்குவதைக் குறிக்கிறது) மற்றும் மஞ்சள் (பகுதியளவில் அது கடைப்பிடிக்கப்படுவதை குறிக்கிறது) ஆகிய வண்ணங்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

மேலும், குறிப்புகளைப் பதிவுசெய்ய இடம் வழங்கப்பட்டுள்ளது. சரிபார்ப்பு பட்டியலை நிரப்பும் போது பச்சைப் பெட்டிகளின் எண்ணிக்கை அதிகமாக இருந்தால், மனித உரிமைக் கொள்கைகள் சிறப்பாகக் கடைபிடிக்கப்படுகின்றன என்பதை காண்பிக்கின்றது. சரிபார்ப்பு பட்டியல்கள் நிரப்பப்பட்ட பின், மனித உரிமைக் கொள்கைகளைக் கடைபிடிக்காத பகுதிகளை அடையாளம் காண சிவப்பு பெட்டிகளை மதிப்பாய்வு செய்யலாம். மதிப்பாய்வை மேற்கொள்ளும் குழு தம் சொந்த நிகழ்ச்சிக் குறிக்கோள், செயல்பாட்டின் நோக்கம் மற்றும் பலம், ஒரு குழு/அமைப்பு/கூட்டமைப்புச் செயற்படும் சமூக-அரசியல் சூழல் ஆகியவற்றைக் கருத்தில் கொண்டு, எதிர்காலத்தில் செய்யப்பட .வேண்டிய பரிந்துரை செயற்பாடுகள் மற்றும் நடவடிக்கைகளுக்கான முன்னுரிமைப்படுத்தக் கூடிய விடயங்களை அடையாளம் காண உதவும். அதன் பின்னர், செயற்திட்டத்திற்கான காலக்கெடு மற்றும் திட்டம் வகுக்கப்பட வேண்டும்

பகுதி 1

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு: பொது சுகாதார மற்றும் மனித உரிமைகள் சார் பிரச்சனை

1.1 முகவுரை

ஒவ்வொரு பெண்ணும் சுதந்திரமாகவும் பொறுப்புடனும், வற்புறுத்தலுமின்றி தம் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை மற்றும் குழந்தைகளுக்கிடையிலான இடைவெளியை தேர்வுசெய்வதற்கான உரிமை மற்றும் அதனைச் செய்யதேவையான வழிமுறைகளைப் பெற்றுக்கொள்வதற்கான உரிமைகள் ICPD செயற்திட்டத்தில் (1994) வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. இந்த உரிமையை பூர்த்தி செய்வதற்கான திறன், திட்டமிடாத அல்லது எதிர்பாராத கர்ப்பத்தைப் 'பாதுகாப்பாக நிறைவு' செய்துகொள்வதற்கான சேவைகளை அணுக பெண்களுக்கு காணப்படும் அணுகலைப் பொருத்து அமைகின்றது. எல்லா நேரங்களிலும் பெண்களுக்கு 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளுக்கான அணுகல் தேவைப்படுகின்ற போதிலும், தானாக முன்வந்து கருக்கலைப்பு செய்வதனைக் குற்றப்படுத்தும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சட்டங்களினால் உலகம் முழுவதிலும் மில்லியன் கணக்கான பெண்களுக்கு இந்த சேவைகள் மறுக்கப்படுகின்றது.

ஒப்பிட்டளவில் சட்டங்கள் குறைவான கட்டுப்பாடுகளைக் கொண்டிருக்கும் சூழல்களில் கூட, பல காரணங்களினால் இந்த சேவைகளை அணுக முடியாத நிலை காணப்படுகின்றது. கர்ப்பமடைந்த ஒரு நபருக்கு 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பிற்கான' அணுகல் காணப்படாத போது, தரமான சேவைகளை விட குறைந்த தரத்திலான அல்லது 'பாதுகாப்பற்ற' சேவைகளை நாடும் நிலை ஏற்படுகின்றது.

பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் விளைவுகளாக: தவிர்க்கமுடியாத 'தாய் மரணங்கள்' மற்றும் மில்லியன் கணக்கான நபர்கள் இதனால் ஏற்படும் வேறு நோய்நிலைகளால் பாதிக்கப்படுவதுமாகும்.

இது கருக்கலைப்புடன் தொடர்புடைய இறப்பு மற்றும் நோய்நிலைகள் ஏற்படும் விகிதங்களின் வீழ்ச்சியை ஆராய:

- *குறிப்பாக 'கருக்கலைப்பு' சட்டவிரோதமான நாடுகளில் பாதுகாப்பற்ற முறைகளுக்குப் பதிலாக மருத்துவத் துறையின் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புகள்' பயன்படுத்தப்படல்*

மற்றும்

- *கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட எனினும், மருந்து மூலமான கருக்கலைப்பிற்கான அணுகல் காணப்படும் நாடுகளில் கருக்கலைப்புகளின் பாதுகாப்பு தொடர்பான மதிப்பீடு மற்றும் அதனை வரையறை செய்யும் முறைகளை*

ஆய்வாளர்கள் மீளாய்வு செய்வதற்கு வழிவகுத்துள்ளது.

உலக சுகாதார அமைப்பின் மூலமாக (WHO) பயிற்சி பெற்ற நபரினால் பரிந்துரை செய்யப்பட்ட சரியான முறையின் மூலம் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகள் பாதுகாப்பானவை என வரையறுக்கிறது (Ganatra et al. 2017). குறைவான பாதுகாப்பு கொண்ட கருக்கலைப்பு இந்த இரண்டு அளவுகோல்களில் ஒன்றை மட்டுமே சந்திக்கிறது - உதாரணமாக, பயிற்சி பெற்ற சுகாதாரப் பணியாளர் பழமையான முறையைப் பயன்படுத்தல் அல்லது ஒரு பெண் சுயமாக, போதுமான தகவல் மற்றும் பயிற்சி பெற்றவரின் ஆதரவு இல்லாமல் பாதுகாப்பான முறையைப் பயன்படுத்தி (மிசோபிரோஸ்டால் மருந்து போன்றவை) செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகள். மிகக் குறைந்த பாதுகாப்பு கொண்ட கருக்கலைப்புகள் இதில் எந்த அளவுகோலையும் பூர்த்தி செய்யாது; கூர்மையான பொருட்கள் அல்லது நச்சுப் பொருட்கள் போன்ற ஆபத்தான முறைகளைப் பயன்படுத்தி பயிற்சி பெறாத நபரினால் வழங்கப்படுகின்றன.

உலகளவில் 55% கருக்கலைப்புகள் பாதுகாப்பானவை என்றும், 31% குறைவான பாதுகாப்பு கொண்டவை எனவும், 14% மிகக் குறைவான பாதுகாப்பு கொண்டவை என வகைப்படுத்தலாம்.

"கருக்கலைப்பு" பெண்கள் மற்றும் கர்ப்பமாக இருக்கும் திருநர்களுக்கு மட்டுமே தேவைப்படும். இனவிருத்தி சுகாதார சேவையை மறுப்பது அவர்களின் உடல் சுதந்திரம், பாலியல், இனவிருத்தி வாழ்வு மற்றும் அவர்களின் வாழ்க்கையில் தலையிடுகிறது. இது பிற அடிப்படை மனித உரிமைகளுக்கு மத்தியில் அவர்களின் தனியுரிமை மற்றும் சமத்துவத்திற்கான உரிமையை மீறுகிறது. (UNOHCHR 2020).

சுகாதாரத்திற்கான உரிமை என்பது சுதந்திரம் மற்றும் உரிமைகள் இரண்டையும் உள்ளடக்கியது. இந்த உரிமைகள், அரசுகள் பின்வருவனவற்றை உறுதிசெய்ய கட்டளையிடுகிறது. பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி .

சுதந்திரம் உட்பட ஒருவரின் உடல்நிலை மற்றும் உடலைக் கட்டுப்படுத்தும் உரிமை தனிநபர்களுக்கு உள்ளது. சித்திரவதையிலிருந்து விடுபடுவதற்கான உரிமை, ஒருவரின் ஒருமித்த மருத்துவ சிகிச்சை மற்றும் பரிசோதனை (CESCR 2000) போன்ற விடயங்களில் தலையீடுகள் இன்றி தீர்மானம் செய்வதற்கான உரிமை ஆகியனவும் பின்பற்றப்பட வேண்டும். உரிமைகளில், தரமான சுகாதார சேவைகள்;சமூகம் சார் சேவைகள்; சுகாதார நிறுவனங்களின் இருப்பு; அத்தியாவசிய மருந்துகளுக்கான அணுகல்; போதுமான சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநர்கள்; சுகாதாரம் தொடர்பான கல்வி மற்றும் குறிப்பாக உடல்நலம் தொடர்பான தகவல்களை உள்ளடக்கிய கல்வியை வழங்குதல் கொண்ட சுகாதார அமைப்பு ஆகியவை அனைத்தும் இதிலடங்கும்

இந்தப் பகுதியில், அனைத்து பெண்களுக்கும் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளின் உலகளாவிய அணுகலுக்கான பொது சுகாதார மற்றும் மனித உரிமைகள் குறித்த வாதத்தை நாம் முன்வைக்கிறோம். அடுத்த பகுதியில் (1.1), நாம் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளின் தேவையின் அளவு மற்றும் உலகம் முழுவதும் இத்தகைய சேவைகளுக்கான தடைசெய்யப்பட்ட அணுகலின் விளைவுகள் போன்றவற்றை முன்வைக்கிறோம்.

இதைத் தொடர்ந்து, பகுதி 1.2 இல் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளுக்கான பெண்களின் உரிமையை உறுதிப்படுத்தும் சர்வதேச பிரகடனங்கள் மற்றும் மனித உரிமைகள் சார் உடன்படிக்கைகள் பற்றிய தகவலை நாம் வழங்குகிறோம். அத்தோடு, பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான பெண்களின் உரிமையை முன்னேற்றுவதில் சர்வதேச ஒப்பந்த அமைப்புகள் மற்றும் ஐக்கிய நாடுகளின் நிறுவனங்கள் ஆற்றிய நேர்மறையான பங்கை அடையாளம் காண்கிறோம். இதன் இறுதிப் பகுதி 1.3 இல் முன்வந்து செய்யப்படும் கருக்கலைப்பின் சட்டபூர்வமான தன்மை மற்றும் பாதுகாப்பு தொடர்பாக அடிக்கடி கேட்கப்படும் சில கேள்விகள் தொடர்பிலான ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட தகவல்களை வழங்குகிறது.

1.2 பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் சார் உரிமைகளை சர்வதேச நிகழ்ச்சி நிரலில் உள்ளடக்கல்: கெய்ரோ மற்றும் நிலையான அபிவிருத்தி இலக்குகளுக்கான பயணம்.

அனைத்து கர்ப்பங்களும் திட்டமிடப் பட்டவையல்ல மற்றும் கர்ப்பமாக இருக்கும் அனைத்து நபர்களும் கர்ப்பத்தைத் தொடர விரும்புவதில்லை. பாலியல் வன்புணர்வு, கருத்தடை முறை பலனளிக்காமை மற்றும் குழந்தை பெற்றுக்கொள்வதைக் கடினமாக்கும் தனிப்பட்ட சூழ்நிலைகள் போன்றவை 'கர்ப்பத்தைத் தொடர வேண்டாம்' என்ற பெண்களின் முடிவுக்கு பொதுவான காரணங்களாக அமைகின்றன.

2015-19 ஆம் ஆண்டுக் காலப்பகுதிகளில், உலகம் முழுவதும் ஒவ்வொரு ஆண்டும் 121 மில்லியன் திட்டமிடப்படாத கர்ப்பங்கள் ஏற்பட்டதாக மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. இனப்பெருக்க வயதிற்குட்பட்ட (15-49 வயது) ஒவ்வொரு 1,000 பெண்களில் ஆண்டுதோறும் 64 கர்ப்பங்கள் திட்டமிடப்படாதவை. அவற்றில் மூன்றில் இரண்டு பங்கு கருக்கலைப்பில் முடிவடைகின்றன (Bearak et al. 2020). 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகள் சட்டத்தால் கட்டுப்படுத்தப்பட்டு அல்லது குறைந்த அணுகல் காணப்படும் நாடுகளில் 'கருக்கலைப்பு' பாதுகாப்பற்றதாக இருப்பதற்கான சந்தர்ப்பங்கள் அதிகரித்துள்ளன.

1.2.1 பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு: பிரச்சினையின் பாரதூரம்

சமீபத்திய தரவுகளின்படி (2010-14 ஆண்டுகளில்) உலகளவில், ஒவ்வொரு ஆண்டும் சுமார் 25 மில்லியன் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் இடம்பெறுவதாக அறியமுடிகின்றது. அனைத்து கருக்கலைப்புகளில் 50% பாதுகாப்பானவை, 31% குறைவான பாதுகாப்பு கொண்டவை மற்றும் 14% மிகக் குறைவான பாதுகாப்பு கொண்டவை. அபிவிருத்தியடைந்த நாடுகளில் ஏறக்குறைய அனைத்து கருக்கலைப்புகளும், அபிவிருத்தியடைந்து வரும் நாடுகளில் 50%மான கருக்கலைப்புகளும் பாதுகாப்பானவையாக அமைகின்றன (Ganatra et al. 2017).
12 அபிவிருத்தியடைந்த நாடுகளை உள்ளடக்கிய ஆய்வு முடிவுகளின் தொகுப்பொன்று வயதான பெண்களை விட கட்டிளமைப் பருவத்தினர் பயிற்சி பெறாத வழங்குநர்களிடமிருந்து கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெறுவதற்கு அல்லது கருக்கலைப்புகளைச் சுயமாகச் செய்து கொள்வதற்கான அதிக வாய்ப்புகள் காணப்படுவதாகக் கூறுகிறது. இதன் விளைவாக, அவர்கள் பல முறை கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான முயற்சிகளை மேற்கொள்வதற்குரிய வாய்ப்புகள் அதிகம். இந்த காரணிகள் அனைத்தும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் சிக்கல்களின் அபாயத்தை அதிகரிக்கின்றன. அபிவிருத்தியடைந்த நாடுகளில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளில் 16% 15-19 வயதுடைய இளம்பருவத்தினரிடையே இடம்பெறுகின்றன (Darroch et al 2016).

ஒரு நாட்டின் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தின் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட அல்லது சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட்ட நிலை 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புகளின்' சதவீதத்தில் ஒரு முக்கிய வித்தியாசத்தை ஏற்படுத்துகின்றது. எனவே, கோரிக்கையின் பேரில் கருக்கலைப்பு

அணுகக்கூடியதாக இருக்கும் நாடுகளில், அனைத்து கருக்கலைப்புகளில் 87% பாதுகாப்பானவையாக அமைந்துள்ளன, அதேவேளையில் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட நாடுகளில் நான்கு கருக்கலைப்புகளில் ஒன்று மட்டுமே (25.2%) பாதுகாப்பானதாக அமைகின்றது (Ganatra et al. 2017).

1.2.2 பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளின் விளைவாக ஏற்படும் மரணங்கள் மற்றும் நோய்நிலைகள்

பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்களின் விளைவாக ஏற்படும் மரணம் மற்றும் நோய்நிலைகள் பெரும் பொது சுகாதார ஆபத்தாக அமைகின்றன. ஏனெனில், இது தம் வாழ்வின் சிறந்த பருவத்தில் ஆரோக்கியமாக இருக்கும் பெண்களின் தடுக்கக்கூடிய மரணத்திற்கு அல்லது தடுக்கக்கூடிய நோய்நிலைக்குக் காரணமாகின்றது.

வரலாற்று ஆய்வாதாரங்களை எடுத்துநோக்கும் போது, கருக்கலைப்பு சேவைகள் சட்டப்பூர்வமாகவோ அல்லது கோரிக்கையின் அடிப்படையிலோ கிடைக்கின்றவேளை, உயிர்க்காக்கும் சேவைகள், தகவல்கள் மற்றும் உடல் பற்றி சுயமான தீர்மானங்களை எடுக்கும் வாய்ப்பு காணப்படுவதனால் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் ஏற்படும் மரணங்கள் கணிசமான அளவில் குறைகின்றன என அவை காண்பிக்கின்றன.

ருமேனியாவிலும், சமீபகாலமாக தென்னாப்பிரிக்காவிலும் இவ்வாறான நிலையை காணமுடிகின்றது. ருமேனியாவில் 1989க்கு முன் 28 ஆண்டுகளுக்கு கருக்கலைப்பு தடைசெய்யப்பட்டிருந்தது, மேலும் இக்காலத்தில் 'தாய் மரண விகிதம் 100,000 பிறப்புகளுக்கு 148 ஆக இருந்தது. 1989 ஆம் ஆண்டு கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட்டதைத் தொடர்ந்து 2002 ஆம் ஆண்டில் 'தாய் மரண விகிதம்' 100,000 க்கு 9 ஆக சரிவடைந்தது. 15 ஆண்டுகளுக்கும் குறைவான காலத்தில் 16 மடங்கு குறைந்துள்ளது. தென்னாப்பிரிக்காவில், பொது மருத்துவ நிலையங்களில் 'தாய் மரண வீதம்' 91% குறைந்தது, 1994 இல் 425 இறப்புகள் பதிவான அதேவேளை, 1999 இல் 40 இறப்புகள் மாத்திரமே பதிவானது(Guttmacher 2017).

குறைவான பாதுகாப்பு கொண்ட சூழல்களில் கருக்கலைப்பை பெற்றுக்கொள்ளும் நபர்கள் கருவின் அனைத்து பகுதிகளும் வெளியேற்ற படாததனால் முழுமையடையாத கருக்கலைப்பு; அதிக இரத்தப்போக்கு; நோய்த்தொற்று மற்றும் கருக்கலைப்பை ஏற்படுத்த கருப்பையினுள் அல்லது குத வழியினுள் கூர்மையான பொருட்களைச் செலுத்துவதனால் அது இனப்பெருக்கத்தொகுதி மற்றும் வேறு உறுப்புக்களில் துளையிட்டு உயிராபத்து விளைவிக்கும் காயங்கள் ஏற்படுதல் போன்ற பிரச்சனைகளை சந்திக்க நேரிடும் (WHO 2019).

கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட நாடுகளில் தண்டிக்கப்படுவோம் என்ற பயம், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் பின் ஏற்படும் சிக்கல்களை எதிர்கொள்ளும் பல பெண்களைக் கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய மருத்துவ கவனிப்பைத் நாடுவதை தடுக்க அல்லது தாமதப் படுத்தக்கூடும். சிகிச்சை பெறப்படாத போது அல்லது தாமதமாக சிகிச்சையை நாடுவதனால்; பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் சிக்கல்கள், இனப்பெருக்கக் குழாயில் வீக்கம், இடுப்புப் பகுதியில் வீக்கம் (PID) மற்றும் குழந்தையின்மை போன்ற நீண்டகால நோய்த் தன்மையை ஏற்படுத்தலாம் (Guttmacher 2018).

2012 ஆம் ஆண்டு நிலவரப்படி, அபிவிருத்தியடைந்து வரும் பிராந்தியங்களில் (கிழக்கு ஆசியாவைத் தவிர) ஏழு மில்லியன் பெண்கள் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் சிக்கல்களுக்காக மருத்துவ நிலையங்களில் சிகிச்சை பெற்றனர் (Guttmacher 2017). சிக்கல்களை விளைவிக்கும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளின் விகிதம் மற்றும் சிக்கல்களின் தீவிரம் ஆகியவை காலப்போக்கில் குறைந்து வருவதாக ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன. இதற்கு ஒரு முக்கிய காரணம் மருந்துகள் மூலம் செய்துகொள்ளக்கூடிய 'மருத்துவ கருக்கலைப்பு' கிடைப்பதனாலும் மற்றும் தற்போதைய காலத்தில் மிகவும் ஆபத்தான முறைகளைப் பயன்படுத்தி செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகள் குறைந்து வருவதனாலுமாகும் (Singh et al. 2017).

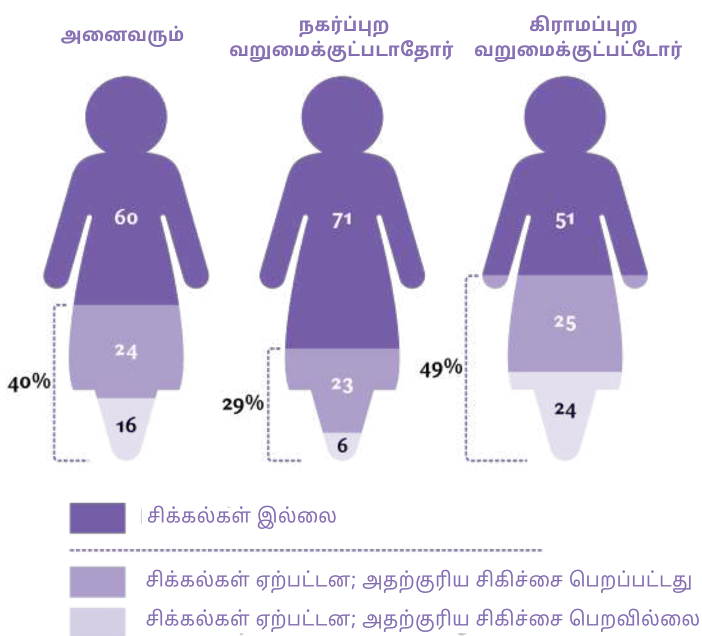
ஆண்டுதோறும், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பைத் தொடர்ந்து ஏற்படும் சிக்கல்களைக் கொண்ட சுமார் 22,800 - 31,000 பெண்கள் இந்த நிலைமைகளால் இறக்கின்றனர். சப்-சஹாரா ஆப்பிரிக்காவில் 100,000 கர்ப்பங்களுக்கு 141 எனும் இறப்பு விகிதம் காணப்படுகின்றது. அதைத் தொடர்ந்து கிழக்கு ஆசியாவைத் தவிர, ஆசியாவில் (100,000 க்கு 62), அது போல லத்தீன் அமெரிக்கா மற்றும் கரீபியன் பிராந்தியம் 100,000 க்கு 22 என்ற குறைந்த விகிதத்தைக் கொண்டுள்ளது (Singh et al. 2017). 'தாய்' மரணங்களில் 4.7 - 13.2% வீதமான மரணங்களுக்கு பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் பங்களிக்கின்றன (Say et al 2014). சப்-சஹாரா ஆப்பிரிக்காவில் நடத்தப்பட்ட ஆய்வுகள் 12 - 31% [Salamonsen 2017] என்ற மிக அதிகரித்த வீதத்தை காண்பிக்கின்றன. நைஜீரியாவில் 2005 ஆம் ஆண்டு நடத்தப்பட்ட ஆய்வு, 15 - 19 வயதுடைய இளம் பருவத்தினரிடையே இடம்பெறும் 'தாய்' மரணங்களுக்கு பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு முக்கிய காரணமாக அமைகின்றதென தெரிவிக்கிறது (Ujah et. al. 2005).

பெரும்பாலும் குறைந்த வருமானம் கொண்ட பெண்கள் மற்றும் கிராமப்புறங்களில் வசிப்பவர்கள், புலம்பெயர்ந்தோர் மற்றும் இளம் பருவத்தினர் போன்ற பிற விளிம்புநிலைக் குழுக்களைச் சேர்ந்த பெண்கள் கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் தடைசெய்யப்படும் போது அதிகமாக பாதிக்கப்படுகின்றனர். பணம் செலுத்தக்

கூடியவர்கள் பொதுவாக பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுகின்றனர். 14 அபிவிருத்தியடைந்து வரும் நாடுகளின் ஆய்வுகளின் அடிப்படையில் மதிப்பீடுகள் சமூக மற்றும் பொருளாதார ரீதியாக பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்களைச் சேர்ந்த பெண்கள் இவ்வாறான சட்டங்களால் அதிகமாக பாதிக்கப்படுகின்றனர் என்பதைக் காட்டுகின்றது (Guttmacher 2017) (Figure 1).

படம் 1: கருக்கலைப்பு சிக்கல்கள் தொடர்பான விகிதங்கள்

பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் பரவலாக காணப்படும் 14 நாடுகளில், கிராமப்புற பகுதிகளில் வாழும் வறுமைக்குட்பட்டவர்கள் நகர்ப்புறங்களில் வசிக்கும் வறுமைக்குட்படாதவர்களை விட அதிகச் சிக்கல்களைச் சந்திக்கின்றனர் எனக் கணக்கிடப்பட்டுள்ளது:



Source: Adapted from Guttmacher 2017.

1.3 பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளைத் தவிர்ப்பதற்கான மனித உரிமை கட்டுப்பாடுகள்

கர்ப்பத்தைத் தொடரலாமா வேண்டாமா என்பதை தீர்மானிப்பது ஒரு நபரின் அடிப்படை மனித உரிமை. இவை பல சர்வதேச ஒருமித்த ஆவணங்கள், ஒப்பந்தங்கள் மற்றும் கருவிகளால் அங்கீகரிக்கப்பட்டு ஆதரிக்கப்படுகிறது. பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் உட்பட, இனவிருத்தி உரிமைகள், விரிவான பல மனித உரிமைகளான வாழ்வதற்கான உரிமை, சுகாதாரத்திற்கான உரிமை, கொடுமைப்படுத்தல் மற்றும் பாகுபாட்டில் இருந்து சுதந்திரம், தனியுரிமை, கல்வி, சமத்துவம் மற்றும் பாரபட்சமின்மைக்கான உரிமை போன்றவற்றை அனுபவிப்பதற்கு அடிப்படைத் தேவையாக அமைகின்றன.

ஐக்கிய நாடுகளின் முக்கிய மனித உரிமை சாசனத்தின் பிரதான அமைப்புகள், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் தவிர்க்கப்படக்கூடிய நோய்த் தன்மை மற்றும் இறப்பைத் தடுப்பதை உள்ளடக்கி, பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெறுவதற்கான பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் உரிமையை உறுதிப்படுத்துகின்றன. 2020க்குள், அனைத்து சூழ்நிலைகளிலும் கருக்கலைப்பை குற்றமற்றதாக்குவதற்கான அழைப்பை, பல சர்வதேச குழுக்கள் விடுத்துள்ளன.

பெண்களுக்கு எதிரான பாகுபாடுகளை இல்லாதொழிப்பதற்கான குழு (CEDAW Committee), பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளுக்கு எதிரான பாகுபாடுகள் தொடர்பான செயற்குழு, சிறுவர் உரிமைகலூக்கான குழு (CRC), விசேட தேவையுடையவர்களின் உரிமைகள் குழு (CRPD), அடையக்கூடிய அதிகப்பட்ச உடல் மற்றும் உளநலத்திற்கான உரிமைக்கான சிறப்பு அறிக்கையாளர், சட்டத்திற்கு புறம்பான அல்லது தன்னிச்சையான மரணதண்டனைகள் குறித்த சிறப்பு அறிக்கையாளர் மற்றும் பெண்களுக்கு எதிரான வன்முறைகள் குறித்த சிறப்பு அறிக்கையாளர் (UN 2011; UNOHCHR 2017; UNOHCHR 2018) ஆகியவை இவ் அழைப்பை விடுத்துள்ளன. பிராந்திய ரீதியாக, மனித மற்றும் மக்களின் உரிமைகளுக்கான ஆப்பிரிக்க ஆணையகமும் கருக்கலைப்பை குற்றமற்றதாக்குவதற்கான ஆதரவை வெளிப்படுத்தியுள்ளது மற்றும் 2016 ஆம் ஆண்டில் இதற்கான பிராந்திய பிரச்சாரத்தை (ACHPR 2016) ஆரம்பித்தது.

1999 ஆம் ஆண்டிலே CEDAW குழு, "பெண்களுக்கான சில இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை சட்டப்பூர்வமாக வழங்க மறுப்பது" அல்லது அந்த சேவைகளை நாடும் பெண்களை ஒரு நாட்டின் சட்டம் தண்டைக்குரியவர்களாகக் கருதுமானால் அது பாலின பாகுபாட்டின் ஒரு வடிவம் என்று குறிப்பிட்டது (CEDAW Committee 1999a). ஒருவருக்கு 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளை வழங்க மறுப்பது, குறிப்பாக ஒருவரின் உயிருக்கோ அல்லது உடல் உள ஆரோக்கியத்திற்கு ஆபத்து காணப்படும் போது இது மறுக்கப்படுவது, பெண்களின் வாழ்வு மற்றும் சுகாதாரத்திற்கான உரிமை சாசனத்தின் 12ம் பிரிவை மீறுவதாக CEDAW குழு குறிப்பிடுகின்றது (CEDAW Committee 1999b). CEDAW குழு 2017ம் ஆண்டு பாலின அடிப்படையிலான வன்முறை குறித்த பொதுவான பரிந்துரைகள் எண் 35யில் (பந்தி 18)

'கருக்கலைப்பை குற்றப்படுத்துவது, கருக்கலைப்பிற்கு பின்னான சுகாதார பராமரிப்பு மறுக்க அல்லது தாமதிக்கப்படுவது, கர்ப்பத்தை தொடர கட்டாயப்படுத்துவது ஆகியவை பெண்களுக்கு எதிரான வன்முறை மற்றும் பாகுபாட்டின் வடிவங்களாகும். இது (சில வேளைகளில்) கொடுமைப்படுத்தல் அல்லது கொடூரமான, மனிதநேயமற்ற அல்லது அவமானப்படுத்தும் நடத்தையாகவும் கருதப்படலாம்'

எனக் குறிப்பிடுகின்றது(CEDAW 2017).

சட்டம் மற்றும் நடைமுறைகளில் பெண்களுக்கு எதிரான பாகுபாடு குறித்த செயற்குழுவின் அறிக்கை; பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகள் சுயமாகத் தம் உடல் மற்றும் இனவிருத்தி செயற்பாடுகள் குறித்த தீர்மானங்களை எடுப்பதற்கான உரிமை, சமத்துவத்திற்கான மற்றும் அந்தரங்கத்திற்கான உரிமையின் அடிப்படையாக அமைவதை மீண்டும் உறுதிப்படுத்துகின்றது (Human Rights Council 2018).

2013 ஆம் ஆண்டில் சிறுவர்களின் உரிமைகளுக்கான குழு (CRC), குழந்தையின் ஆரோக்கியத்திற்கான உரிமை குறித்த பொதுக் கருத்து எண். 15,

"கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமானதாக காணப்படாத போதிலும், பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு மற்றும் கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு சேவைகளை (பாலியல் செயற்பாட்டில் ஈடுபடும் கட்டிளமைப்பருவத்தினருக்கு) அரசுகள் உறுதிப்படுத்த வேண்டும்"

என பரிந்துரை செய்கின்றது (Child Rights Committee 2013).

2016ம் ஆண்டில் வெளியிடப்பட்ட அந்த குழுவின் பொதுவான கருத்து எண் 20 இதனிலும் வலுவான நிலைப்பாட்டை காண்பித்து,

"கருக்கலைப்பு மற்றும் கருக்கலைப்புக்கு பிந்தைய சேவைகளைப் பெண்கள் அணுகுவதற்கு, கருக்கலைப்பு தொடர்பான முடிவுகளில் அவர்களின் கருத்துக்கள் எப்போதும் கேட்கப்படுவதையும் மதிக்கப்படுவதையும் உறுதிசெய்யும் நோக்குடன் சட்டங்களை மறுபரிசீலனை செய்யுமாறு"

அரசுகளை வலியுறுத்துகிறது (Child Rights Committee 2016, paragraph 60).

பொருளாதார, சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகள் குழு (CESCR) 2016 இல் பொதுக் கருத்து 22 ஐ அமுல்படுத்தியது. இது சுகாதாரத்திற்கான உரிமையின் குறிப்பான விடயங்களை விரிவுபடுத்துகின்றது. இதன்படி,

"பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பிற்குரிய அணுகல் ஆரோக்கியத்திற்கான உரிமையின் ஒரு அங்கமாகும், மேலும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலை மறுக்கும் சட்டங்கள் பெண்களின் ஆரோக்கியத்திற்கான உரிமையை மதிக்கத் தவறிய அரசுகளை காண்பிக்கிறது"

(பொருளாதார சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகளுக்கான குழு 2016: பந்தி 57).

"அரசுகள் 'கருக்கலைப்பு' மற்றும் பிற SRH சேவைகளை வழங்கும் பயிற்சி பெற்ற சுகாதார சேவைவழங்குநர்கள் அரச மற்றும் தனியார் சுகாதார சேவை நிலையங்களில் இருப்பதை உறுதிப்படுத்த தேவையான கொள்கைகள், நிதி ஒதுக்கீடுகள், சட்ட மற்றும் நிர்வாக ரீதியான தேவைகள் பூர்த்திசெய்யப்படுவதை உறுதிப்படுத்த வேண்டும்"

(பொருளாதார சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகள் குழு 2016; பந்தி 14 மற்றும் 60).

"கட்டாயக் காத்திருப்புக் காலங்கள் மற்றும் மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத் தேவைகள் போன்ற கருக்கலைப்புக்கு தேவையற்ற மருத்துவ தடைகளை அகற்றவும் மற்றும் அவற்றை ஏற்படுத்துவதை தவிர்க்கவும் அரசுகளுக்கு அழைப்பு விடுக்கப்பட்டது. மனசாட்சியின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு நிராகரிக்கப் பட்டால் அது தொடர்பான கட்டுப்பாடுகளை அரசுகள் ஏற்படுத்த வேண்டும்"

பொருளாதார சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகள் குழு 2016;: Supra note 1, பந்தி 41 மற்றும் Supra note 1, பந்தி 14).

பெண்களுக்கான 'கருக்கலைப்பு' சேவைகளை மறுப்பது: அவர்கள் 'பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு' சேவைகளை நாடுவதற்கு வழிகோலவும், அவர்களின் உயிருக்கு ஆபத்தை விளைவிப்பதுமாகும். இது பெண்களின் ஆரோக்கியம் மற்றும் வாழ்வுக்கான உரிமையை மீறுவதாகும். 2018 ஆம் ஆண்டில் சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான குழு (CCPR) உயிர் வாழ்வதற்கான உரிமை குறித்த அதன் பொதுக் கருத்து 36 ஐ வெளியிட்டது, இது

பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் உயிர் வாழும் உரிமையை மீறும் நடவடிக்கைகள் மூலம் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளுக்கான அணுகலை அரசுகள் கட்டுப்படுத்தக்கூடாது"

என வெளிப்படையாகக் குறிப்பிடுகின்றது. இது

"பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளைத் தடுக்க,அரசுகள் கருக்கலைப்பை நாடும் பெண்கள், சிறுமிகள் மற்றும் இவ்வாறான சேவைகளை வழங்கும் மருத்துவர்களுக்கு எதிராக குற்றவியல் தடைகளை விதிக்கக் கூடாது எனவும் வலியுறுத்துகின்றது"

(சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான குழு 2018: பந்தி 8).

இந்த ஒப்பந்த அமைப்புகளைத் தவிர, சித்திரவதைக்கு எதிரான சர்வதேச குழு (CAT) பல்வேறு சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்பு மீதான முழுமையான தடையை *சித்திரவதை* அல்லது *துன்புறுத்தும் நடத்தை* (Committee Against Torture 2009a).

என அடையாளப் படுத்தியுள்ளது. மற்றும்

தம் வாழ்வு அல்லது உயிருக்கு ஆபத்து காணப்படும் தருணங்களில் கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் காணப்பட வேண்டும் என பரிந்துரை செய்துள்ளது (Committee Against Torture 2009b). அத்துடன் பாலியல் வன்புணர்வு, அல்லது உறவினர்களால் பாலியல் வன்புணர்விற்குள்ளான பெண்கள் மற்றும் உயிர்ப்பிழைக்க முடியாத கருவை சுமக்கும் பெண்களுக்கும் கருக்கலைப்பிற்கான அணுகலை

இக்குழு பரிந்துரை செய்கின்றது (Committee Against Torture 2011). விசேட தேவையுடையவர்களின் உரிமைகளுக்கான குழு (CRPD) அதன் பிரிவு 25 இல், *விசேட தேவையுடையவர்களின் உரிமைகளுக்கான குழு (CRPD) அதன் பிரிவு 25 இல், "விசேட தேவையுடையவர்களுக்கும் நாட்டின் மற்ற பிரஜைகள் போலவே தரமான, அதே சமத்துவ நிலையிலான பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்கும் கடப்பாடு அரசுகளுக்கு காணப்படுகிறது" என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றது.* (UN 2006)

விசேட தேவையுடையவர்களைக் கருக்கலைப்பு செய்யக் கட்டாயப்படுத்துதல் மற்றும் கருத்தடை முறைகளை பாவிக்கக் கட்டாயப்படுத்தப்படுவதை தடுக்க, விசேட தேவையுடைய நபர்களுக்கான *கருக்கலைப்பு* மற்றும் *கருத்தடை* முறைகளின் பாவனை தொடர்பான *தெரிந்த சம்மதத்தை வழங்க* அவர்களின் பாதுகாவலர் அல்லது பொறுப்பாளரின் கீழ் தேவையான ஆதரவை வழங்குமாறு அர்ஜென்டினா அரசாங்கத்திற்கு CRPD பரிந்துரை செய்தது (CRPD, 2012).

யூனிவேர்சல் பீறியோடிக் ரிவியூ எனப்படும் ஐக்கிய நாடுகளின் காலத்திற்கு காலம் இடம்பெறும் மீளாய்வு (UPR) செயன்முறையானது 2006 ஆம் ஆண்டு முதல், மனித உரிமைகள் ஆணைக்குழுவினால் (HRC) உறுப்பு நாடுகளிடையே இடம்பெறும் ஒரு சக மீளாய்வு செயன்முறையாக அமைக்கப்பட்டது. 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளுக்கான உரிமை உட்பட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி உரிமைகளை நிலைநிறுத்துவதில் அரசுகளைப் பொறுப்புக்கூற வைப்பதற்கான ஒரு முக்கிய வழிமுறையாக UPR காணப்படுகின்றது.

2008 மற்றும் 2016 க்கு இடையில், கருக்கலைப்புகளைப் பற்றி 145 பரிந்துரைகளை UPR முன்வைத்திருந்தது. *"கர்ப்பமடைந்த நபரின் உயிருக்கு அல்லது ஆரோக்கியத்திற்கு ஆபத்து ஏற்படும் சந்தர்ப்பங்களில், பாலியல் வன்புணர்வு அல்லது உறவினர்களால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வின் போது, கரு உயிர்ப்பிழைக்கும் சாத்தியம் இல்லாத நேரங்களில், கருக்கலைப்பைக் குற்றமற்றதாக்க வேண்டும்"* என இப் பரிந்துரைகள் கோருகின்றன; அத்துடன் *"கருக்கலைப்பை நாடியமைக்காக சிறையில் அடைக்கப்பட்டுள்ள பெண்களை விடுவிக்க வேண்டும் மற்றும் கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுவதில் காணப்படும் சட்ட மற்றும் சுகாதார அமைப்பு சார் தடைகள் நீக்கப்பட வேண்டும்"* எனவும் இப்பரிந்துரைகள் கோருகின்றன(Berro Pizzarossa 2018).

அரசுகள்: பெண்கள், சிறுவர்கள் அல்லது கட்டிளமைப்பருவத்தினரைப் பாரபட்சத்திற்குள்ளாக்கும், வெளிப்படையான தடைகளை ஏற்படுத்தும் அல்லது சுகாதார சேவைகளுக்கான அணுகலைக் (பாலியல், இனவிருத்தி சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகள் தொடர்பான சேவைகள் உட்பட) கட்டுப்படுத்தும் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளை, மனித உரிமைகளின் அடிப்படையில் ரத்து செய்தல், இல்லாது செய்தல் அல்லது திருத்தி அமைக்கக் கோருகின்றது. கருக்கலைப்பு, தன்பாலீர்ப்புள்ள பாலியல் உறவு, பாலியல் தொழில், பாலியல் - இனவிருத்தி ஆரோக்கியம் மற்றும் உரிமைகள் பற்றிய தகவல்களை வழங்குதல் அல்லது பெற்றுக்கொள்ளல் போன்ற பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் தொடர்பான விடயங்களைக் குற்றமாக்கும் சட்டங்களை ரத்து செய்வதும் இதில் அடங்கும். (WHO, 2017: Page 58).

இந்த வளர்ச்சிகள் ஒவ்வொன்றும் பாலியல் - இனவிருத்தி சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகள் தொடர்பில் பணியாற்றும் ஆர்வலர்கள் கருக்கலைப்பைக் குற்றமற்றதாக்க மற்றும் 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளை வழங்கவும், தம் அரசுகளைப் பொறுப்புக்கூறக் கோருவதற்கான தளங்களையம் திறந்து வைத்துள்ளன. இதனால் பல நாடுகள், உதாரணமாக, பொலிவியா, சாட், கொலம்பியா, எத்தியோப்பியா மற்றும் நேபாள் போன்ற நாடுகள் தம் கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைத் தளர்த்தி கருக்கலைப்பிற்கான அணுகலை மேம்படுத்தியுள்ளன. இந்த மாற்றங்கள் ஒப்பந்தக் கண்காணிப்பு அமைப்புகள் மற்றும் UPR செயன்முறையின் பரிந்துரைகளின் அல்லது தேசிய அளவிலான சட்டப் பொறுப்புக்கூறல் செயன்முறைகளில் நேரடியான விளைவுகளாகும் (Zorzi 2016; Steven 2018).

1.4 கருக்கலைப்பு தொடர்பாக அடிக்கடி கேட்கப்படும் கேள்விகள்

1.4.1 சர்வதேச மனித உரிமைகள் சாசனங்களின் அடிப்படையில், கருவிற்கு உயிர் வாழும் உரிமையுள்ளதா?

மனித உரிமைகளின் உலகளாவிய பிரகடனத்தின் பிரிவு 1,

"அனைத்து மனிதர்களும் சுதந்திரமாகவும், சமத்துவமான கண்ணியத்திலும் உரிமைகளுடனும் பிறக்கின்றனர்"

(United Nations 1948) எனக் கூறுகிறது. "பிறக்கின்றனர்" என்பதன் வெளிப்படையான குறிப்பு,

மனித உரிமைகள் பிறப்பின் பின்பே அமலாக்க முடியும்

என்பதைக் குறிக்கிறது (Center for Reproductive Rights 2014). சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான சர்வதேச உடன்படிக்கையின் (ICPR) பிரிவு 6 இன் கீழ் உயிர் வாழும் உரிமை பற்றிய பொதுவான பகுதி 36

"கருக்கலைப்புக்கு விதிக்கப்படும் சட்டக் கட்டுப்பாடுகள் காரணமாக பெண்களின் உயிர்வாழும் உரிமை மறுக்கப் படக்கூடாது" என்பதை நிலைநிறுத்துகிறது

(Committee on Civil and Political Rights 2018: Paragraph 8).

> *"அரசுகள் நபர்கள் தாமாக கோரும் கருக்கலைப்பைக் கட்டுப்படுத்த நடவடிக்கைகளை எடுக்கலாம் எனினும், அத்தகைய நடவடிக்கைகள் ஒரு கர்ப்பிணிப் பெண் அல்லது சிறுமியின் வாழும் உரிமையை அல்லது உடன்படிக்கையின் கீழ் அவருக்கு இருக்கும் மற்ற உரிமைகளை மீறுவதாக இருக்கக்கூடாது. எனவே, பெண்கள் அல்லது சிறுமிகள் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்வதற்கான தீர்மானம் தொடர்பான கட்டுப்பாடுகள், அவர்களின் உயிருக்கு ஆபத்து விளைவிப்பதாக, அவர்களை உடல் அல்லது உள வேதனைக்கு உட்படுத்துவதாக அமையக்கூடாது, இது அவர்களுக்கு எதிராக பாகுபாடு காட்டுவது அல்லது அவர்களின் தனியுரிமையில் தன்னிச்சையான தலையீடு செய்வதன் மூலம் பிரிவு 7ஐ மீறுகின்றது" (Committee on Civil and Political Rights 2018: Paragraph 8).*

கருக்கலைப்புக்கு எதிராக முன்வைக்கப்படும் வாதங்களில் ஒன்று, அது கருவின் உயிர் வாழும் உரிமையை மீறுகிறது என்பதாகும். வாழ்வதற்கான உரிமை என்பது ஓர் அடிப்படை மனித உரிமை, மற்ற அனைத்து மனித உரிமைகளையும் அனுபவிப்பதற்கும் மையமாக அமைகின்றது. சர்வதேச மனித உரிமைகள் சாசனம் இது பிறப்பின் போது அனைத்து நபர்களுக்கும் கிடைக்கப்பெறும் உரிமையாக அங்கீகரிக்கிறது.

மேலும், சர்வதேச மற்றும் பிராந்திய ரீதியிலான மனித உரிமை அமைப்புகளும், உலகெங்கிலும் உள்ள நீதிமன்றங்களும், எந்தவொரு மகப்பேறுக்கு முற்பட்ட பாதுகாப்புகளும், பெண்களின் மனித உரிமைகளை பாதுகாப்பதாக அமைய வேண்டும் என்பதை தெளிவாக நிலைநிறுத்தியுள்ளன .

(Center for Reproductive Rights, 2014).

சிறுவர்களின் ஆரோக்கியத்திற்கான உரிமை தொடர்பான சிறுவர் உரிமைகள் மாநாடு மற்றும் அதன் பொதுவான பகுதி எண் 15 மற்றும் எண் 20,

"கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக இல்லாத சூழல்களில் கூட 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளை அணுகும் பதின்ம வயதினரின் உரிமையை உறுதிப்படுத்தவும், கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்களை மீளாய்வு செய்யவும் மற்றும் அவர்களின் நல்வாழ்வை கருத்தில் கொண்டு அவர்களின் தேவைகளைக் பூர்த்திசெய்யவும்"

அரசுகளை அழைக்கின்றது (Child Rights Committee 2013, Child Rights Committee 2016).

சிறுவர் உரிமைகள் சாசனத்தின் பொதுவான முன்னுரை

"சிறுவர்களின் உடல் உள முதிர்ச்சியின்மை காரணமாக, அவர்களுக்கு விசேட பாதுகாப்பு மற்றும் பராமரிப்பு அவசியமாகின்றது. இது பிறப்புக்கு முன் மற்றும் பின் அவசியமாகும் சட்டப் பராமரிப்பை உள்ளடக்கியுள்ளது

(ஐக்கிய நாடுகள் 1989)" எனக்கூறுகின்றது. இதை நாம் கருவின் முழுமையான உயிர் வாழும் உரிமையை குறிப்பதாக தவறாகப் புரிந்து கொள்ளக்கூடாது.

மனித உரிமைகள் தொடர்பான ஐரோப்பிய மாநாட்டின் பிரிவு 2(1) இல் உறுதிசெய்யப்பட்டுள்ள 'வாழ்வதற்கான உரிமை' பிறக்காத கருவிற்கு பொருந்தாது

என மனித உரிமைகளுக்கான ஐரோப்பிய நீதிமன்றம் பல சந்தர்ப்பங்களில் தீர்ப்பளித்துள்ளது. உதாரணமாக, VO எதிராக பிரான்ஸ் வழக்கில்

பிறக்காத குழந்தையை, பிரிவு 2(1) மூலம் பாதுகாக்கப்படும் 'நபர்' என அங்கீகரிக்க முடியாது

எனத் தெளிவுபடுத்தியது.

இன்டர்-அமெரிக்கன் கமிஷன் மற்றும் மனித உரிமைகளுக்கான இன்டர்-அமெரிக்க நீதிமன்றம் ஆகியவையும் இதே போன்ற தீர்ப்பை வழங்கியுள்ளன. உதாரணமாக ஆர்டவியா முரில்லோ மற்றும் பலருக்கு ("In Vitro Fertilisation") எதிராக Costa Rica, 2012) மற்றும் Baby Boyக்கு எதிராக அமெரிக்க ஐக்கிய நாடுகள் (United States), 1981, அமெரிக்க மனித உரிமைகள் சாசனத்தில் அடங்கியுள்ள

உயிர் வாழ்வதற்கான உரிமை ஒருவரின் இனவிருத்தி சுதந்திரம் மற்றும் உரிமைகளுடன் ஒத்தமைய வேண்டும்

எனக் கூறியுள்ளது (Center for Reproductive Rights 2014, p. 7-8).

சர்வதேச மற்றும் பிராந்திய மனித உரிமைகள் அமைப்புகளும், உலகெங்கிலும் உள்ள நீதிமன்றங்களும், எந்தவொரு மகப்பேறுக்கு முன்னான பாதுகாப்புகளும், பெண்களின் மனித உரிமைகளுடன் ஒத்தமைந்திருக்க வேண்டும் என்பதை தெளிவாக நிலைப்படுத்தியுள்ளன.

உலகின் சில நாடுகளில் பிறக்காத குழந்தையின் உரிமைகளை அங்கீகரிக்கும் சட்டங்கள் காணப்படுகின்றன. உதாரணமாக, சிலி மற்றும் குவாத்தமாலாவின் தேசிய அரசியலமைப்புகள் குழந்தைப் பிறப்பதற்கு முன் வாழ்வதற்கான உரிமையை வெளிப்படையாக அங்கீகரிக்கின்றன. சமீப காலங்களில், நாடுகளின் அரசியலமைப்பில் உள்ள உயிர் வாழும் உரிமையின் விளக்கத்தை குழந்தை பிறப்பதற்கு முன்பே பொருந்தும் வகையில் விரிவுபடுத்த முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப் பட்டுள்ளன (Center for Reproductive Rights 2014, Copelon et al. 2005).

இவ்வாறான மாற்றங்கள் பெண்கள் மற்றும் கர்ப்பம் தரிக்கக்கூடிய அனைத்து நபர்களின் அடிப்படை உரிமைகளுக்கு எதிரானதாக அமைவதால் இவை சவாலுக்கு உட்படுத்தப்பட வேண்டும், ஏனெனில்:

> *இந்த முயற்சிகள், பெரும்பாலும் சமூக மற்றும் மதம் சார் கருத்தியலில் வேரூன்றியவை, இவை பெண்களின் வாழ்க்கை, ஆரோக்கியம், கண்ணியம், சமத்துவம் மற்றும் சுதந்திரம் போன்ற அடிப்படை உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்கு அவசியமான முழு அளவிலான இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை மறுக்க வேண்டுமென்றே செய்யப்படும் முயற்சியின் ஒரு பகுதியாகும் (Center for Reproductive Rights 2014).*

திருமணத்திற்கு முன் குழந்தை பெற்றுக்கொண்டால், சமூகக் கட்டுப்பாடுகள் மற்றும் வன்முறை மூலம் தண்டனைகள் விதிக்கப்படும் சமூகங்களில், கருக்கலைப்பு மட்டுமே ஒரு நிவாரணமாகக் காணப்படுகின்றது.

1.4.2 கருக்கலைப்பிற்கு விதிக்கப்படும் சட்ட ரீதியான கட்டுப்பாடுகள், கருக்கலைப்பு விகிதத்தை குறைக்கின்றதா?

கருக்கலைப்புக்கு ஏற்படுத்தப்படும் சட்டக் கட்டுப்பாடுகளை நியாயப்படுத்த முன்மொழியப்படும் முக்கிய காரணிகளில் ஒன்று, இந்தக் கட்டுப்பாடுகள் மூலம் கருக்கலைப்பு விகிதத்தைக் குறைக்கலாம் என்பதாகும்.

இது ஒரு தவறான புரிதல். ஆய்வாதாரங்களின் படி, கருவை சுமக்க முடியாது என உணர்ந்து கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானித்த நபர்கள் கருக்கலைப்பு சட்டபூர்வமானதா இல்லையா என்பதை பொருட்படுத்தாது கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொள்கின்றனர்.

2015-19 ஆம் ஆண்டுப் பகுதியில், கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாகக் காணப்பட்ட நாடுகளை விட கருக்கலைப்பு சட்டங்கள் மட்டுப்படுத்தப்பட்ட நாடுகளில் கருக்கலைப்பு விகிதம் அதிகமாக காணப்பட்டது (1,000 பெண்களில் 26). குறிப்பாக பெண்களின் உயிரைக் காக்க மற்றும் மருத்துவ காரணிகளுக்கு மட்டுமே கருக்கலைப்பு செய்யலாம் எனும் நாடுகளில் இது 1000 பெண்களில் 36 ஆகக் காணப்பட்டது.

அத்துடன் கருக்கலைப்பு முற்றாக தடைசெய்யப்பட்ட நாடுகளில் இது 1000 பெண்களில் 40 ஆகக் காணப்பட்டது. மேலும் 1990-94 மற்றும் 2015-19 க்கு இடையில், கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட நாடுகளில் கருக்கலைப்பு வீதம் 12% அதிகரித்துள்ளது. அதே நேரத்தில் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட்ட நாடுகளில் இது 43% குறைந்துள்ளது (Bearak et al. 2020).

1.4.3 பெண்கள் பொறுப்பாகச் செயற்பட்டு, தமக்குத் தேவையற்ற / திட்டமிடாத கற்பனைகளை ஆரம்பத்திலேயே தடுப்பது சிறப்பானதாக அமையுமல்லவா?

திட்டமிடப்படாத அல்லது எதிர்பாராத கர்ப்பங்கள் பெரும்பாலும் தவிர்க்க முடியாத அல்லது அப்பெண்ணின் கட்டுப்பாட்டை மீறிய சூழ்நிலைகளின் விளைவாகும். பாலியல் உறவு எல்லா சந்தர்ப்பங்களிலும் சம்மதத்துடன் நிகழ்வதில்லை. திருமணமான பெண்கள் உட்பட பாலியல் வன்முறை மற்றும் பாலியல் வன்புணர்வின் விளைவாக ஏற்படும் கர்ப்பங்கள் இதற்கு தெளிவான உதாரணங்கள் (Ravindran and Balasubramanian 2004; Subhasri and Ravindran 2012).

சமூகப் பொருளாதாரக் காரணங்கள் மற்றும் குழந்தைப் பிறப்பை தாமதப்படுத்த அல்லது நிறுத்த விரும்புவது போன்றவை பொதுவாக கர்ப்பங்கள் தேவையற்றது என்பதற்கு பெண்கள் வழங்கும் பொதுவான காரணிகளாகும் (Singh et al. 2017). பல பெண்களுக்குக் கருத்தடை பயன்படுத்த வாய்ப்புகள் காணப்படுவதில்லை. இது பெண்களின் வாழ்க்கை சூழ்நிலைகளான மருத்துவ நிலைகள், துணைவரின் ஒத்துழைப்பு, சுகாதார சேவைகளுக்கான அணுகல், கருத்தடை பயன்பாட்டின் உணரப்பட்ட பலன்கள் மற்றும் அவற்றின் எதிர்மறை விளைவுகளுக்கு இடையிலான தெரிவை மேற்கொள்வது போன்றவற்றைப் பொருத்து அமைகிறது.

பாலியல் கல்வியின்மை மற்றும் இளம்பருவத்தினருக்கும், இளைஞர்களுக்கும் கருத்தடை தொடர்பான தகவல் மற்றும் சேவைகளை வழங்க சுகாதார அமைப்புகளின் விருப்பமின்மை ஆகியவை திட்டமிடப்படாத கர்ப்பங்களுக்கு காரணமாகின்றன. திருமணத்திற்கு முன் குழந்தை பெற்றுக்கொண்டால் சமூகக் கட்டுப்பாடுகள் மற்றும் வன்முறை மூலம் தண்டனைகள் விதிக்கப்படும் சமூகங்களில், கருக்கலைப்பு மட்டுமே ஒரு நிவாரணமாகக் காணப்படுகின்றது. (Sowmini 2013).

சில அமைப்புகளில், கணவன் அல்லது ஆண் துணைவர்கள் குழந்தைப் பிறப்பைத் தாமதப்படுத்த அல்லது நிறுத்த விரும்பினாலும் கூட, பெண்கள் கருத்தடை முறைகளை பயன்படுத்த ஒத்துழைப்பு வழங்க மாட்டார்கள் மற்றும் அவர்கள் ஆணுறைகளை பயன்படுத்த விரும்புவதும் இல்லை (Kriel et al. 2019). வாய் மூலமான கருத்தடை மாத்திரைகள், IUD மற்றும் ஊசி மூலம் செலுத்தக்கூடிய கருத்தடை மருந்துகள் போன்ற பல தற்காலிக கருத்தடை முறைகள் பெண்களுக்குப் பக்க விளைவுகளை ஏற்படுத்துகின்றன, மேலும், தரமான சுகாதார சேவைகளை எளிதில் அணுக முடியாமை காரணமாக பெண்கள் இவற்றை பயன்படுத்துவதில் தயக்கம் காண்பிக்கின்றனர் (Sedgh and Hussain 2014).

1.4.4 விரிவான கருத்தடை முறைகளின் பாவனை கருக்கலைப்பிற்கான தேவையை இல்லாதொழிக்குமா?

இல்லை, அவ்வாறு நிகழாது. கருத்தடை பயன்பாடு எவ்வளவு பரவலாக காணப்பட்டாலும், கருக்கலைப்புக்கான தேவை ஏற்படும் சில பெண்கள் எப்போதும் இருப்பார்கள். முதலாவது, அனைத்து பெண்களும் தம் கர்ப்பம் திட்டமிடப்படாதது எனும் காரணத்தினால் கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானிப்பதில்லை. சில பெண்களுக்கு, தேவைப்படுவதாக ஆரம்பிக்கும் கர்ப்பமானது, கருவிலே காணப்படும் தீவிரமான குறைபாடுகள், கர்ப்பிணிப் பெண்ணின் உடல்நலம் அல்லது உயிருக்கு ஏற்படக்கூடிய அச்சுறுத்தல், மற்றும் ஒருவரின் வாழ்க்கைச் சூழ்நிலைகளில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், இழப்பு அல்லது துணையுடனான முறிவு, அல்லது வேறு நெருக்கடியான சூழ்நிலைகள் போன்ற காரணங்களால் தேவையற்றதாகின்றது.

இரண்டாவது, நிஜ வாழ்க்கை சூழ்நிலைகளில் 'வழக்கமான' பயன்பாட்டின் போதும் கிட்டத்தட்ட அனைத்து கருத்தடை முறைகளும் பலனளிக்காமைக்கான சிறிய வாய்ப்புக் காணப்படுகின்றது. ஹொர்மோன் உற்பத்தி, IUD அல்லது பெண்களுக்கான நிரந்தர கருத்தடை ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்தும் 100 பெண்களில் ஒருவர் வழக்கமான பயன்பாட்டின் போதும் கர்ப்பமடையும் வாய்ப்புகள் காணப்படுகின்றது, இந்த விகிதாச்சாரம் ஊசி மூலமான கருத்தடை, வாய் மூல கருத்தடை மாத்திரைகள் மற்றும் டையப்ரம் ஆகியவற்றில் முறையே 4, 9 மற்றும் 17% வீதமாக காணப்படுகின்றது (CDC 2020).

வரலாற்று ரீதியாக உலகெங்கிலும் உள்ள தகவல்களின் படி, அதிகரித்த கருத்தடை பயன்பாடு எல்லா நேரங்களிலும் கருக்கலைப்பு விகிதத்தை குறைப்பதில்லை என்பதை காட்டுகின்றன. கருத்தடை பயன்பாடு மற்றும் கருக்கலைப்பு விகிதத்திற்கு இடையிலான தொடர்பு சிக்கலானது. பல நாடுகள் (உதாரணமாக, கியூபா, சிங்கப்பூர், கொரிய குடியரசு) தொடர்ச்சியான கருவுறும் விகிதத்தின் வீழ்ச்சியின் காலங்களில் ஒரே நேரத்தில் கருத்தடை பாவனை விகிதம் மற்றும் கருக்கலைப்பு விகிதம் என்பவற்றில் அதிகரிப்பை சந்தித்தன. கருவுறும் வீதத்தில் வீழ்ச்சி காணப்படும் காலத்தில் கருத்தரித்தல் ஒழுங்குமுறையை சந்திக்க அதிகரித்த கருத்தடை முறைகளின் பாவனை மட்டுமே பங்களிக்காது என்பதனால் இது ஏற்படுகிறது என நம்பப்படுகின்றது (Martsen and Cleland 2003).

1.4.5 விரும்பி கருக்கலைப்பை தெரிவுசெய்யும் பெண்கள் மன உளைச்சல் மற்றும் இரண்டாம் முறை கருத்தரிக்க இயலாமையைச் சந்திக்கும் ஆபத்து உள்ளதா?

விரும்பித் தெரிவுசெய்யும் கருக்கலைப்பு மன உளைச்சலுடன் தொடர்புடையது என்ற கருத்து பலரிடையே காணப்படுகின்றது, மேலும் இதை பல ஆய்வுகள் ஆதரிக்கின்றன. எவ்வாறிருப்பினும், மூன்று தசாப்தங்களுக்கும் மேலான முறையான மற்றும் உறுதியான ஆய்வுகள், இந்தக் கூற்றுக்கு எந்த அடிப்படையும் இல்லை என்பதைக் காண்பிக்கின்றன.

லண்டனில் உள்ள மருத்துவ ராயல் கல்லூரிகளின் அகடமி, அமெரிக்க உளவியல் சங்கத்தின் மனநலம் மற்றும் கருக்கலைப்புக்கான பணிக்குழு (TFMHA) நடத்திய முறையான ஆய்வுகள் கருக்கலைப்பு பெண்களுக்கு எந்தவிதமான உள ரீதியான தாக்கத்தையும் ஏற்படுத்தாது என்பதைக் கண்டறிந்துள்ளது. எவ்வாறிருப்பினும், கருக்கலைப்புக்கு முன் ஒரு பெண்ணுக்கு ஏற்கனவே மன அல்லது உளவியல் பிரச்சினை இருந்தால், அல்லது உடல் நலக் காரணங்களுக்காக அல்லது கருவில் காணப்படும் குறைபாடுகள் காரணமாக விரும்பப்படும் கர்ப்பம் நிறுத்தப்பட்டால், கருக்கலைப்புக்குப் பின் மனநலப் பிரச்சினைகள் அதிகரிக்கும் அபாயம் உள்ளது (Planned Parenthood Federation of America 2014).

கருக்கலைப்பு மறுக்கப்பட்ட பெண்களைக் கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொண்ட பெண்களுடன் ஒப்பிட்டு செய்யப்பட்ட ஐந்தாண்டு பின்தொடர்தல் ஆய்வுக்கட்டுரை ஒன்றின் அடிப்படையில், கருக்கலைப்பு மறுக்கப்படுவது ஆரம்பக் கட்டத்தில் எதிர்மறையான உளவியல் விளைவுகளை அனுபவிக்கும் அபாயத்துடன் தொடர்புடையதாக இருக்கலாம் எனக் கூறுகின்றது. இருப்பினும், ஐந்து ஆண்டுகளின் முடிவில் இரு குழுக்களிடையேயும் குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடுகள் காணப்படவில்லை (Biggs et al. 2017).

இதற்கு முன் 1980 களில் ஸ்வீடன், ஸ்காட்லாந்து மற்றும் செக்கோஸ்லோவாக்கியா நாடுகளில் நடத்தப்பட்ட ஆய்வுகள், கருக்கலைப்பு மறுக்கப்பட்டதைத் தொடர்ந்து நீண்ட காலத்திற்கு பெண்களுக்கு கடுமையான உளவியல் சிக்கல்கள் அடிக்கடி ஏற்பட்டதாகக் காட்டியது. மேலும், செக்கோஸ்லோவாக்கியா மற்றும் ஸ்வீடனில் நடத்தப்பட்ட நீண்ட காலப் பின்தொடர்தல் ஆய்வுகள், கருக்கலைப்பு மறுக்கப்பட்டதைத் தொடர்ந்து பிறக்கும் தேவையற்ற குழந்தைகளால் மனநலப் பிரச்சினைகள் ஏற்படுவதற்கான அதிக ஆபத்து காணப்பட்டதை சுட்டிக்காட்டுகின்றன (Watter 1980).

உலகெங்கிலும் உள்ள வரலாற்று ஆய்வாதாரங்கள், அதிகரித்த கருத்தடைப் பயன்பாடு எல்லா நேரங்களிலும் கருக்கலைப்பு விகிதங்களைக் குறைப்பதில்லை என்பதை காட்டுகிறது. கருவுறும் விகிதத்தில் தொடர்ச்சியான வீழ்ச்சி காணப்படும் காலத்தில் கருத்தரித்தல் ஒழுங்குமுறையைச் சந்திக்க 'அதிகரித்த கருத்தடை' முறைகளின் பாவனை மட்டுமே பங்களிக்காது என்பதனால் இது ஏற்படுகிறது என நம்பப்படுகிறது.

சிக்கல்கள் அற்ற கருக்கலைப்பு மற்றும் குழந்தையின்மைக்கு இடையில் எவ்வித தொடர்புகளும் இல்லை என ராயல் காலேஜ் ஆஃப் ஒப்செட்ரிட்டிஷியன்ஸ் மற்றும் கைனோகொலஜிஸ்ட்யின் வழிகாட்டி குறிப்பிடுகின்றது (RCOG 2011, p.43).

இருப்பினும், கருக்கலைப்புக்குப் பின் நோய்த்தொற்று ஏற்பட்ட சந்தர்ப்பங்களில், இது பிற்காலத்தில் குழந்தையின்மையை ஏற்படுத்தக் கூடும். கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய காலத்தில் நோய்த்தடுப்பு மருந்துகளின் வழமையான பயன்பாடு, செயன்முறைக்கு உட்படும் பெண்களில் நோய்த்தொற்று ஏற்படும் அபாயத்தை ஒரு சதவீதத்திற்கும் குறைவாக குறைக்கும் (RCOG 2011, p. 42).

1.4.6 கருக்கலைப்பு பெண்களின் உயிருக்கு ஆபத்தை விளைவிக்குமா?

தகுதியான சுகாதார நிலையங்களில் பயிற்சி பெற்ற வழங்குநர்களால் செய்யப்படும் போது, கருக்கலைப்பு மிகவும் பாதுகாப்பான மருத்துவ நடைமுறைகளில் ஒன்றாகும். 2000 - 2009 ஆண்டுகளில் அமெரிக்காவில் கருக்கலைப்புடன் தொடர்புடைய இறப்பு விகிதம் 100,000 நடைமுறைகளுக்கு 0.7 ஆக காணப்பட்டது, இதை பிளாஸ்டிக் அறுவை சிகிச்சைகளுடன் ஒப்பிடும்போது 100,000 அறுவை சிகிச்சைகளுக்கு 0.8 - 1.7 இறப்புகள் மற்றும் பல் மருத்துவ சிகிச்சைகளுடன் ஒப்பிடுகையில் 100,000 சிகிச்சைகளுக்கு 0 - 1.7 இறப்புகளாக காணப்படுகின்றது (Raymond et al. 2014).

WHO இன் சமீபத்திய பரிந்துரைகளின்படி, முதல் மூன்று மாதங்களில் (கர்ப்பமாக இருக்கும் 12 வாரங்கள் வரை) நபர்கள் மிபெரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் மருந்துகளை பயன்படுத்தி ஒரு சுகாதார சேவை வழங்குநரின் நேரடி மேற்பார்வையின்றி சுயமாக கருக்கலைப்பு செய்துகொள்ளலாம் (WHO 2020). p. 42).

மற்ற மருத்துவ நடைமுறைகளுடன் ஒப்பிடுகையில் கருக்கலைப்பு பாதுகாப்பான செயல்முறை என இரண்டு ஒரே விதமான குழுக்களில் உள்ள பெண்களை ஒப்பிடுவதன் மூலம் நடத்தப்பட்ட மற்றுமோர் ஆய்வு உறுதிப்படுத்துகிறது. முதல்குழு, கருக்கலைப்பை நாடி அதை பெற்றுக்கொண்ட பெண்கள்; இரண்டாவது குழு, கருக்கலைப்பு சேவை மறுக்கப்பட்டு தம் திட்டமிடாத கர்ப்பத்தைத் தொடர்ந்த பெண்கள்.குழந்தைப் பிரசவத்தை

அனுபவித்தவர்களுக்கு உயிருக்கு ஆபத்தான சிக்கல்கள் மற்றும் 231 பெண்களில் ஒரு தாய் மரணம் ஏற்பட்டது, அதே நேரத்தில் கருக்கலைப்பு செய்த பெண்களிடையே நோய்த்தொற்று அல்லது இறப்புகள் நிகழவில்லை. பிரசவத்தை அனுபவித்த பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்பு செய்த பெண்களை விட மூன்று மடங்கு அதிக நாட்கள் ஓய்வு தேவை எனத் தெரியவந்தது (Gerdts et al. 2016).

பகுதி 2

கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொண்ட நபர்களுக்குத் தேவையான மருத்துவ பராமரிப்பு: ஆர்வலர்கள் அறிந்துகொள்ள வேண்டிய தகவல்கள்

இந்தப் பகுதி கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ளும் நபர்களுக்கு மருத்துவ பராமரிப்பு தொடர்பான சுகாதார மற்றும் மருத்துவ அம்சங்களை அறிமுகப்படுத்துகிறது. இந்தப் பகுதியில் சேர்க்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் ஏற்கனவே வடிவமைக்கப்பட்ட மருத்துவ வழிகாட்டிகளை மீண்டும் பிரதி செய்யும் நோக்குடன் உருவாக்கப்படவில்லை. மாறாக, பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்குத் துணையாக வலுசேர்க்கும் வகையில் ஆர்வலர்களுக்கு அவசியமான தகவல்களாகக் கருதப்படும் முக்கிய மருத்துவ, சமூக மற்றும் அரசியல் சார் தகவல்களை வழங்கும் நோக்கைக் கொண்டுள்ளது (மருத்துவ பின்னணியைக் கொண்டிருக்க வேண்டிய அவசியமில்லை). இந்தப் பகுதி சட்ட ரீதியாக கருக்கலைப்பு கட்டுப்படுத்தப்பட்டுள்ள நாடுகளுக்கும் பொருத்தமானது. ஏனெனில், இது ஒரு நபரின் உயிர் அல்லது ஆரோக்கியத்தைக் காக்க செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் தொழில்நுட்ப தரம் மற்றும் பாதுகாப்பை உறுதி செய்வதற்குத் தேவையான குறைந்தபட்ச தரநிலைகளை விவரிக்கிறது. அத்தகைய கட்டுப்பாடுகளைக் கொண்ட நாடுகளில் பயன்படுத்தக்கூடிய சுயமாகச் செய்துகொள்ளும் கருக்கலைப்பு மற்றும் கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு தொடர்பான தொழில்நுட்ப தகவல்களையும் இப்பகுதி வழங்குகிறது.

இப்பகுதியின் முடிவில், ஒரு குறிப்பிட்ட பகுதியில் கருக்கலைப்பு சேவைகளின் தொழில்நுட்ப தரத்தை மதிப்பிடுவதற்கான சரிபார்ப்பு பட்டியல் வழங்கப்பட்டுள்ளது. SRHR ஆர்வலர்கள், ஒரு நாட்டில் வழங்கப்படும் கருக்கலைப்பு சேவைகளின் மனித உரிமைகள் கொள்கைகளைப் பின்பற்றும் அளவை மதிப்பிடுவதற்கு நான்காம் பகுதியில் காணப்படும் சரிபார்ப்பு பட்டியலுடன் சேர்த்து இதைப் பயன்படுத்தலாம்.

2.1 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு

உலக சுகாதார அமைப்பு (WHO), அனைத்து மருத்துவ தரநிலைகளும் பூர்த்தி செய்யப்பட்ட நிலையில் பரிந்துரைக்கப்படும் முறையைப் பயன்படுத்தி, . அதற்கான பயிற்சிபெற்ற சேவை வழங்குநரால் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளைப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு என வரையறுக்கிறது (WHO, 2012). மருத்துவத்துறையில் பல வருடங்களாக ஏற்பட்ட தொழில்நுட்ப வளர்ச்சியினால் வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் (vacuum aspiration) போன்ற கருக்கலைப்புக்கான எளிய தொழில்நுட்பம் சார் மருத்துவ முறைகளின் அறிமுகம் கருக்கலைப்பைப் பாதுகாப்பான செயன்முறையாக மாற்றியுள்ளது. இது அடிப்படை சுகாதார நிலையங்களில், மருத்துவர்கள் அல்லாத பிற சுகாதார சேவை வழங்குநர்களினால் செய்யப்படும்போது கூட கருக்கலைப்புகள் பாதுகாப்பானதாக அமைய இது வழிவகுத்துள்ளது (Ganatra et al, 2017). இது, கருக்கலைப்பின் பாதுகாப்பு வகைப்படுத்தலை 'பாதுகாப்பானது' மற்றும் 'பாதுகாப்பற்றது' என்ற இரு வித வகைப்பாடாக அல்லாமல், வெவ்வேறு பாதுகாப்பு நிலைகளைக் கொண்டிருக்க வழிவகுத்துள்ளது. 'கருக்கலைப்புகள்' பாதுகாப்பானவை, குறைவான பாதுகாப்பு கொண்டவை மற்றும் மிகக் குறைவான பாதுகாப்பு கொண்டவை என வகைப்படுத்தப்பட்டுள்ளன (மேலதிக விவரங்களுக்கு 1ம் பகுதியை பார்க்கவும்)

சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்பு மற்றும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு ஆகிய இரண்டும் ஒன்றல்ல என்பதை நினைவில் கொள்வது அவசியம். சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்பு என்பது நாட்டின் சட்டத்தில் கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படுவதாகும், அதுபோல, பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு என்பது மேலே வரையறுக்கப்பட்டபடி பாதுகாப்பான நிலைமைகளின் கீழ் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பாகும்.

சட்டவிரோத கருக்கலைப்பு பாதுகாப்பாக செய்யப்படுவது போல, சட்டப்பூர்வமான கருக்கலைப்பு சில நேரங்களில் பாதுகாப்பற்றதாக இருக்கலாம். இருப்பினும், சட்டத்தின் கீழ் கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவது பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலை மேம்படுத்துகிறது என்பதற்கு போதுமான ஆய்வாதாரங்கள் காணப்படுகின்றன (WHO, 2012).

2.2 கருக்கலைப்பு முறைகள்

பரவலாக, கருக்கலைப்பு செய்ய இரண்டு முறைகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.
அவையாவன: 'சத்திர சிகிச்சை' மற்றும் மருந்துகள் மூலமான மருத்துவ கருக்கலைப்பு.

சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு:
கருக்கலைப்பு செய்ய ஒரு சிறிய அறுவை சிகிச்சை முறையைப் பயன்படுத்துவதாகும். பரிந்துரைக்கப்பட்ட சத்திர சிகிச்சை முறைகளும் அவற்றின் செயற்திறனும் கர்ப்பத்தின் கால அளவை பொறுத்து வேறுபடும்.

> *மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் 'அவசர கருத்தடை' மாத்திரைகளிலிருந்து வேறுபட்டவை என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். அவசர கருத்தடை மாத்திரைகள் பாதுகாப்பற்ற பாலியல் உறவின் பின் கர்ப்பத்தைத் தடுக்கப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன, அதுபோல மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் ஏற்பட்ட ஒரு கர்ப்பத்தை முடிவுசெய்ய பயன்படுத்தப்படுகின்றன.*

சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு என்பது கருப்பையினுள் மருத்துவ கருவிகளை உட்செலுத்தி செய்யப்படுவதனால்,

- இந்த நடைமுறையை செய்ய நன்கு பயிற்சி பெற்ற மற்றும் திறமையான சுகாதார சேவை வழங்குநர்கள் தேவை,
- கிருமித் தொற்றைத் தடுக்கும் மருந்துகள் மூலம் நோய்த்தொற்றுகளைத் தடுப்பதில் கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டும்,

மேலும்

- வலியை நீக்க மற்றும் சமாளிக்க பொருத்தமான மயக்க மருந்துகள் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்.

மருத்துவ கருக்கலைப்பு என்பது சத்திர சிகிச்சை இல்லாமல் மருந்துகளைப் பயன்படுத்தி செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு ஆகும். இது இரண்டு மருந்துகளின் கலவையான மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொலை குறித்த ஒழுங்கில் பயன்படுத்தி செய்யப்படுகின்ற பொதுவான முறையாகும். மிபெப்ரிஸ்டோன் கிடைக்காதபோது மிசோப்ரோஸ்டொலை மட்டும் பயன்படுத்தலாம்.

பரிந்துரைக்கப்பட்ட அளவு மற்றும் நடைமுறையைப் பயன்படுத்தும் போது மருத்துவ கருக்கலைப்பு மிகவும் வினைத்திறன் மிக்கதாக அமையும். குறிப்பாகக் கர்ப்பம் ஏற்பட்ட 12 வாரங்களுக்குள் செய்யப்பட்டால் மாத்திரமே இது சாத்தியம். மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு மருத்துவ உபகரணங்கள் மூலமான சிகிச்சை தேவையில்லை என்பதால், அதைச் சுகாதார சேவை வழங்குநர்கள் அடிப்படை சுகாதார சேவை நிலையங்களில் கூட வழங்கலாம். அல்லது சரியான தகவல் மற்றும் மருந்தின் அளவை சரியாக பெற்றுக்கொண்டு வீட்டிலோ அல்லது வசதியான ஓரிடத்திலோ கர்ப்பிணிகள் தாமாகவே அதைச் செய்துகொள்ளவும் முடியும். இதனால் கருக்கலைப்பை மேலும் அணுகக் கூடியதாக மாற்றக் கூடும்.

கருக்கலைப்புக்கான மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை முறைகள் பற்றிய மேலதிக தகவல்களை அடுத்து வரும் பகுதிகளில் காணலாம்.

2.3 கருக்கலைப்பிற்கு முன்பதான பராமரிப்பு

> *கருக்கலைப்புக்கு முன் வழங்கப்படும் எந்தவொரு சேவையும் கட்டாயப் படுத்தப்படவோ அல்லது கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொள்வதில் மேலதிக தாமதங்களை ஏற்படுத்தவோ கூடாது. இவ்வாறான சேவைகள் கருக்கலைப்பை அணுகுவதற்கு தேவையற்ற தடைகளை ஏற்படுத்தும்.*

கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் ஒரு நபர் சுகாதார சேவை வழங்குநரை அணுகும் போது, அவருக்குக் கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பு தொடர்பான விடயங்கள் சுகாதார சேவை வழங்குநரினால் அளிக்கப்பட வேண்டும். பின்வருவன அவற்றில் அடங்கும்:

- தகவல் வழங்கல் மற்றும் உளநல ஆலோசனை,
- நபரின் சுகாதார பின்புலத்தை ஆய்வு செய்தல், உடல் பரிசோதனை, தேவைக்கேற்ப ஆய்வக சோதனைகள் மற்றும் அல்ட்ராசவுண்ட்,
- கருத்தடை பற்றிய தகவல்கள் மற்றும் ஆலோசனை.

இவற்றை மேலும் விரிவாக பின்வரும் பகுதியில் காணலாம்.

2.3.1 தகவல் வழங்கல் மற்றும் உளநல ஆலோசனை

கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் எந்தவொரு நபருக்கும் அது தொடர்பான முழுமையான மற்றும் அறிவியல் ரீதியான சரியான தகவல்கள் வழங்கப்பட வேண்டும். அத்தகைய தகவல்கள் அந்த நபருக்கு பின்வரும் விடயங்களில் உதவியாக அமையவும் வேண்டும்

- கருக்கலைப்பைச் செய்ய தீர்மானிக்க.
- கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான பொருத்தமான முறையைத் தீர்மானிக்க.
- அவர்களுக்கு எவ்விதமான வலிநீக்கி தேவை என்பதைத் தீர்மானிக்க.

மற்றும்

- இந்த நடைமுறையிலிருந்து என்ன எதிர்பார்க்கபட வேண்டும் என்பதை அறிந்து கொள்ள.

கருக்கலைப்பை நாடும் நபரின் வயது மற்றும் திருமண நிலை எதுவாக இருப்பினும் அந்த நபர் தன் சொந்த தீர்மானங்களை எடுக்க உதவும் வகையில், பாரபட்சமற்ற மற்றும் முன்தீர்ப்பற்ற முறையில் அவருக்கு உளநல ஆலோசனைகள் வழங்கப்பட வேண்டும். இவ்வாறான உளநல ஆலோசனை கட்டாய தேவையாக அமையக்கூடாது. ஒரு நபர் ஏற்கனவே கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானித்திருந்தால், அவர்களின் மனதை மாற்றும் முயற்சியாக அவர்களைக் கட்டாய உளநல ஆலோசனைக்கு உட்படுத்துவது அவர்களின் இனவிருத்தி உரிமையை மீறும் செயலாகும். ஆலோசனை மற்றும் தகவல்களை வழங்குவது அதற்கான சரியான பயிற்சியை பெற்ற நபர்களால் மட்டுமே செய்யப்பட வேண்டும். மேலும், உளநல ஆலோசகர் கருக்கலைப்பு குறித்த தம் தார்மீக/மத நம்பிக்கைகளையும், கொள்கைகளையும் கருக்கலைப்பு பெற விரும்பும் நபர் மீது திணிக்கக் கூடாது .

ஆலோசனை அமர்வு 'அந்தரங்கம்' மற்றும் 'ரகசியத்தன்மையை' உறுதி செய்யும் விதத்தில் செய்யப்பட வேண்டும். பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்குரிய நல்ல ஆலோசனையின் சில அம்சங்களைத் தகவல்பெட்டி 1 பட்டியலிடுகிறது.

தகவல் பெட்டி 1:
பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பிற்கான சிறந்த உளநல ஆலோசனையின் பண்புகள்

- தனியுரிமை மற்றும் ரகசியத்தன்மையை உறுதி செய்யும் ஓர் இடத்தில் ஆலோசனை வழங்கப்பட வேண்டும்.
- கிடைக்கக்கூடிய மற்றும் பொருத்தமான அனைத்து கருக்கலைப்பு முறைகள் குறித்த அறிவியல், மருத்துவ ரீதியாகச் சரியானதும் முழுமையானதுமான தகவல்கள் கருக்கலைப்பை நாடும் நபருக்கு வழங்கப்பட வேண்டும்.
- கருக்கலைப்பு மற்றும் கருக்கலைப்பு முறை குறித்த தகவலறிந்த மற்றும் தன்னார்வமான முடிவை எடுக்க, கருக்கலைப்பை நாடும் நபருக்கு ஆதரவு வழங்கப்பட வேண்டும்.
- ஒருவருக்கு எல்லா நேரங்களிலும் தான் புரிந்துகொள்ளும் மொழியில் ஆலோசனை வழங்கப்பட வேண்டும்.
- கருக்கலைப்பு நடைமுறைக்கு முன், நடைமுறையின் போது, அதன் பின்- என்ன நடக்கும், மற்றும் ஏற்படக்கூடிய சிக்கல்கள் ஆகியவற்றை நபருக்கு விளக்கமாக கூறுவதில் கவனம் செலுத்த வேண்டும்.
- நபர்கள் தம் சந்தேகங்களைக் கேட்டு தெளிவு பெற மற்றும் கேள்விகள் கேட்க ஊக்குவிக்கப்பட வேண்டும்.
- ஆலோசகர் தம் தனிப்பட்ட விழுமியங்கள் மற்றும் நம்பிக்கைகளை நபர்களின் மீது திணிக்கக்கூடாது. ஆலோசனை முன்தீர்ப்பற்றதாகவும், நடுநிலையாகவும் இருக்க வேண்டும்.
- ஆலோசனை பல்வேறு பாதிப்புகளைக் கொண்ட நபர்களை அடையாளம் காணக்கூடியதாக அமைய வேண்டும்.
- உதாரணமாக- நெருங்கிய துணை மூலமான வன்முறையை எதிர்கொள்பவர்கள், கட்டிளமைப் பருவத்தினர்/ அவர்களுக்கு தேவையான ஆதரவை வழங்க வேண்டும்.

Sourec: Adapted from WHO guidance, 2012.

கருக்கலைப்புக்கு முன்னான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக வழங்கப்படும் தகவல்களில் பின்வருவன அடங்கும்:

1. கர்ப்பத்தின் கால அளவு மற்றும் பிற காரணிகளின் அடிப்படையில் ஒரு நபருக்கு வெவ்வேறு கருக்கலைப்பு முறைகள் பொருத்தமாகின்றன. இதன் மூலம் அவர்கள் தமக்கு பொருத்தமான முறையைத் தெரிவுசெய்ய முடியும்.
2. கருக்கலைப்புக்கு முன்னான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக என்ன செய்யப்படும் என்பது பற்றிய விவரங்கள் மற்றும் தேவையான அல்ட்ராசவுண்ட் உட்பட பிற பரிசோதனைகள்.
3. நடைமுறையின் போது எதிர்பார்க்க வேண்டியது என்ன? என்ன செய்யப்படும்? எவ்வளவு நேரம் எடுக்கும்? வலி, இரத்தப்போக்கு மற்றும் எவ்வாறான பிற அறிகுறிகளை எதிர்பார்க்கலாம்? என்ன வகையான வலி நிவாரணி தேவை? வலியைச் சமாளிக்க காணப்படும் தெரிவுகள் என்ன? இவற்றின் மூலம் ஒரு நபர் தாம் விரும்பும் தெரிவை தெரிவு செய்யலாம்.
4. நடைமுறையின் பின் என்ன நடக்கும்? இரத்தப்போக்கு மற்றும் வேறு அறிகுறிகள் எவ்வளவு காலம் நீடிக்கும்? சாதாரண/நாளாந்த செயற்பாடுகளை எப்போது மீண்டும் ஆரம்பிக்கலாம்? எப்போது பாலியல் செயற்பாடுகளை மீண்டும் ஆரம்பிக்கலாம்? எவ்வாறான தொடர்ச்சியான பராமரிப்பு தேவை? ஆபத்து அறிகுறிகளை அறிய கவனிக்க வேண்டியது என்ன? ஏதேனும் சிக்கல்கள் ஏற்பட்டால் எப்போது, எங்கு சுகாதார பராமரிப்பை நாட வேண்டும்? போன்ற தகவல்கள்.
5. எதிர்காலத்தில் தேவையற்ற கர்ப்பங்களை தடுப்பதற்கானக் கருத்தடை பற்றிய தகவல்கள் மற்றும் பொருத்தமான முறைகள் என்ன? என்பதை விளக்கி பொருத்தமான முறையைத் தேரிவுசெய்ய உதவுதல், எங்கு, எப்போது கருத்தடை முறைகளை பெற்றுக்கொள்ளலாம்.

கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் போது மேலும் ஆதரவு/உதவி தேவைப்படக்கூடிய, பாதிக்கப்படக்கூடிய சூழ்நிலைகளில் உள்ள நபர்களை அடையாளம் காணக்கூடியதாக உளநல ஆலோசனை வழங்குதல் அமைய வேண்டும். இவர்களில் கட்டிளமைப் பருவப் பெண்கள், திருமணத்திற்கு வெளியே கர்ப்பம் அடைந்தவர்கள், வீட்டு வன்முறையை

அனுபவிக்கும் பெண்கள், கர்ப்பத்தைக் கலைக்க அல்லது தொடர கட்டாயப்படுத்தப்படும் பெண்கள் மற்றும் திருநர்கள் ஆகியோர் அடங்குவர். இதுபோன்ற சந்தர்ப்பங்களில் உளநல ஆலோசகர்கள் அத்தகைய நபர்களுக்குத் தேவையான ஆதரவை அடையாளம் காண வேண்டும் அல்லது அத்தகைய ஆதரவை வழங்கக்கூடிய நிறுவனங்களுடன் அவர்களைத் தொடர்பு படுத்த வேண்டும்.

கருக்கலைப்புக்கு முன்பதான உளநல ஆலோசனையானது- கருக்கலைப்பினால் உண்டாகும் உடல் உளநல விளைவுகள் தொடர்பில் ஒரு நபருக்கு ஏற்படக்கூடிய எந்தவொரு கவலைகளையும் தீர்ப்பதற்கான வாய்ப்பையும் வழங்குகிறது. கருக்கலைப்பினால்- எதிர்காலத்தில் கர்ப்பமடைதல், கருவுற இயலாமை, மார்பகப் புற்றுநோய் ஏற்படும் மற்றும் உளநலம் பாதிக்கப்படும் போன்ற பல கட்டுக்கதைகள் காணப்படுகின்றன. கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபர் இவற்றை பற்றி ஏதேனும் கவலைகளை வெளிப்படுத்தினால் அவற்றைத் தீர்க்க வேண்டும்.

இவற்றில் சில குறித்து முதலாம் பகுதியில் கலந்துரையாடப்பட்டுள்ளன.

2.3.2 மருத்துவ வரலாற்றை அறிதல், உடல் மற்றும் ஆய்வக பரிசோதனைகள்

கருக்கலைப்புக்கு முன்பதான பராமரிப்பு- சுகாதார சேவை வழங்குநர் ஒரு நபரின் முழுமையான மருத்துவ வரலாற்றை அறிதல் மற்றும் முழுமையான உடல் பரிசோதனை மேற்கொள்ளல் ஆகியவற்றையும் உள்ளடக்கியிருக்க வேண்டும்.

இதன் நோக்கங்கள்:
- கர்ப்பத்தின் கால அளவை மதிப்பிட,
- 'மருத்துவ' அல்லது 'சத்திர சிகிச்சை' கருக்கலைப்பு செய்ய ஏதேனும் சிக்கல்கள் உள்ளதா? என அடையாளம் காண,

மற்றும்
- கருக்கலைப்பின் போது அல்லது அதன் பின்னரான சிக்கல்களுக்கு வழிவகுக்கும் ஏதேனும் ஆபத்து ஏற்படுத்தக்கூடிய காரணிகளை அடையாளம் காண.

2.3.2.1 மருத்துவ வரலாறு

கர்ப்பத்தின் கால அளவை உறுதிப்படுத்த, சுகாதார சேவை வழங்குநர் கடைசி மாதவிடாய் ஏற்பட்ட திகதி குறித்த வரலாற்றைக் கேட்டறிய வேண்டும். ஒருவருக்கு ஒழுங்கற்ற மாதவிடாய் காணப்பட்டால், அது கர்ப்பத்தின் கால அளவை துல்லியமாக மதிப்பிடுவதை பாதிக்கலாம். எனவே, அந்த நபரின் மாதவிடாய் சுழற்சிகள் வழக்கமானவையா? போன்ற விடயங்கள் கேட்கப்பட வேண்டும். ஹார்மோன் மூலமான கருத்தடை முறைகளைப் பயன்படுத்தும் நபர்களுடைய கர்ப்பத்தின் கால அளவை துல்லியமாக மதிப்பிட முடியாது. எனினும், அவர்களுக்கு மாதவிடாய் ஏற்படாத நிலை (அமினோரியா) அல்லது ஒழுங்கற்ற மாதவிடாய்

போன்றவை காணப்படாது இருக்கலாம்; சிலருக்கு கர்ப்பத்தின் ஆரம்ப கட்டத்தில் இரத்தப்போக்கு ஏற்படலாம். இது கர்ப்பத்தின் கால அளவை துல்லியமாக மதிப்பிடுவதைப் பாதிக்கலாம்.

மருத்துவ வரலாற்றில் உள்ளடக்கப்பட வேண்டிய பிற அம்சங்கள் பின்வருமாறு:

- ஆபத்துகளை ஏற்படுத்தக்கூடிய அல்லது சிக்கல்களை ஏற்படுத்தக்கூடிய எந்தவொரு நோயையும் அடையாளம் காண கடந்த கால மருத்துவ வரலாறு.
- ஏதேனும் இரத்தப்போக்கு தொடர்பான சிக்கல்களின் வரலாறு.
- தொடர்ச்சியாக எடுக்கும் மருந்துகள்.
- ஏதேனும் ஒவ்வாமைகள்.
- மகப்பேற்றியல் மற்றும் மகளிர் மருத்துவ வரலாறு.
- எக்டோபிக் கர்ப்பத்திற்கான ஆபத்து காரணிகளை நிராகரிக்க மருத்துவ வரலாறு.

மற்றும்

- இதனுடன் தொடர்புடைய நோய்கள் குறித்த குடும்ப வரலாறு.
- மேலும், கர்ப்பத்தைத் தொடர அல்லது நிறுத்த முடிவு செய்வது தொடர்பான வன்முறை மற்றும் வற்புறுத்தலின் வரலாறு உள்ளிட்ட சமூக காரணிகளின் வரலாறும் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும்.

2.3.2.2 உடல் பரிசோதனை

உடல் பரிசோதனையின் முக்கிய நோக்கம் கர்ப்பத்தின் கால அளவை தீர்மானிப்பதாகும். இது பயிற்சி பெற்ற சுகாதார சேவை வழங்குனரினால் அடிவயிற்றைப் பரிசோதித்தல் மற்றும் இடுப்புப் பகுதியைப் பரிசோதித்தல் மூலம் செய்யப்படுகிறது. மேலும் நாடித்துடிப்பு விகிதம்,

இரத்த அழுத்தம் மற்றும் உடல் வெப்பநிலை போன்ற அடிப்படை விடயங்களும் அளவிடப்படுகின்றன. ஒரு நபரின் இரத்த சோகை நிலையும் பரிசோதிக்கப்படுகிறது. அத்துடன், பாலியல் தொற்றுகள் அல்லது மலேரியா போன்ற நிலைமைகள் இல்லை என்பதை உறுதிப்படுத்தப் பரிசோதனைகள் செய்யப்படுகின்றன. அவை அவசியம் செய்யப்பட வேண்டும்.

2.3.2.3 ஆய்வக பரிசோதனைகள்

கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு முன் வழக்கமாக எந்த ஆய்வக சோதனைகளும் தேவையில்லை. இரத்த சோகை இருப்பதாக மருத்துவ ரீதியாக சந்தேகம், காணப்பட்டால், ஹீமோகுளோபின் சோதனை பயனுள்ளதாக அமையும். கூடுமானால், இரத்தக் குழு மற்றும் இரத்த வகை பரிசோதனை செய்யலாம். இதனால் நபருக்கு Rh எதிர்மறை இரத்தக் குழு இருந்தால், மருத்துவ நெறிமுறையின்படி Rh இம்யூனோகுளோபுலின் வழங்கப்படலாம்.

2.3.2.4 அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனை

அனைத்து கருக்கலைப்புகளுக்கு முன்பும் அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனை வழக்கமாக அவசியமாவதில்லை. எனினும், சில மருத்துவ சூழல்களில் அல்ட்ராசவுண்ட் பயனுள்ளதாக அமையலாம்,

- ஒருவர் கர்ப்பமாக இருக்கிறாரா? என்பது தெளிவாகத் தெரியாத போது,
- கர்ப்பத்தின் காலம் குறித்த சந்தேகம் காணப்படும் போது,
  - ஒழுங்கற்ற மாதவிடாய், அல்லது
  - மாதவிடாய் திகதிகளுடன் பார்க்கும் போது கருப்பையின் அளவு எதிர்பார்த்ததை விட சிறியதாகவோ அல்லது பெரியதாகவோ இருந்தால்,
- எக்டோபிக் கர்ப்பம் குறித்த சந்தேகம் காணப்பட்டால்.

அனைத்து கருக்கலைப்புகளுக்கு முன்பும் அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனையை வலியுறுத்துவது தேவையற்றது. இது கருக்கலைப்பு நடைமுறையை மருத்துவ மயமாக்குகின்றது மற்றும் கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்புவோருக்கு தேவையற்ற தடைகளை ஏற்படுத்துகின்றது. அல்ட்ராசவுண்ட் தேவைப்பட்டால், முடிந்த வரை பிரசவத்திற்கு

முந்தைய பராமரிப்பு பெறும் பெண்களுக்கு நடத்தப்படும் அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனைகளில் இருந்து பிரிக்கப்பட்ட, ஒரு தனி பகுதியில் அதைச் செய்ய வேண்டும்.

> *அனைத்து கருக்கலைப்புகளுக்கு முன்பும் அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனை வழக்கமாக அவசியமாவதில்லை. அது சில மருத்துவ சூழல்களில் மட்டுமே அவசியமாகின்றது. அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனையை வலியுறுத்துவது தேவையற்றது. இது கருக்கலைப்பு நடைமுறையை மருத்துவ மயமாக்குகின்றது மற்றும் கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்புவோருக்கு தேவையற்ற தடைகளை ஏற்படுத்துகின்றது.*

2.3.3 கருத்தடை முறைகள்

கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபருக்கு, கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக எதிர்கால கருத்தடை பற்றிய தகவல்களை வழங்க வேண்டும். இதனால் கருக்கலைப்பு நடைமுறைக்குப் பின் உடனடியாக ஒரு கருத்தடை முறையைப் பயன்படுத்த ஆரம்பிக்கலாம். கருக்கலைப்பு செய்த இரண்டு வாரங்களுக்குள் சூல் வெளியேற்றம் ஏற்படலாம் என்றும், கருத்தடை பயன்படுத்தா விட்டால் கர்ப்பம் ஏற்பட வாய்ப்புள்ளது என்பது தெரிவிக்கப்பட வேண்டும்.

வழங்கப்படும் தகவல்கள்- அந்த நபருக்கு மிகவும் பொருத்தமான கருத்தடை முறையைத் தெரிவு செய்யக்கூடிய வகையில், பொருத்தமான அனைத்து முறைகளையும் கலந்துரையாட வேண்டும். மேலும், கருத்தடை முறையை எப்போது ஆரம்பிக்க வேண்டும்? சேவையை எங்குப் பெற்றுக்கொள்ளலாம்? என்பது பற்றிய தகவல்களும் வழங்கப்பட வேண்டும்.

'இந்தத் தேவையற்ற கர்ப்பம்' கருத்தடை முறை செயலிழந்ததால் ஏற்பட்டிருந்தால், அத்தகைய கருத்தடை செயலிழப்புக்கு சாத்தியமான காரணங்கள் கலந்துரையாடப்பட வேண்டும். அத்தோடு, தேவைப்பட்டால் மாற்று முறையைத் தெரிவுசெய்ய அந்த நபருக்கு உதவி வழங்கப்பட வேண்டும்.

கருத்தடை முறையை ஏற்றுக்கொள்வது கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கு ஒரு முன்நிபந்தனையாக இருக்கக்கூடாது. மேலும், ஒரு நபர் எந்தவொரு கருத்தடை முறையையும் பயன்படுத்தவில்லை எனத் தீர்மானித்தால் கருக்கலைப்பு மறுக்கப்படக்கூடாது. இது பகுதி 4 இல் மேலும் கலந்துரையாடப்படுகின்றது.

2.4 கருக்கலைப்பு நடைமுறை

கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு பல்வேறு முறைகள் உள்ளன. ஒரு குறிப்பிட்ட நபருக்கு ஏற்ற முறைகள் முக்கியமாக கர்ப்பத்தின் கால அளவைப் பொறுத்தது. பொதுவாகக் கருக்கலைப்பு முறைகள் கர்ப்பம் 12-14 வாரங்களுக்குக் குறைவாக உள்ளதா? அல்லது 12-14

வாரங்களுக்கு மேற்பட்டதா? என்பதைப் பொறுத்து வேறுபடும்.

12-14 வாரங்களுக்குக் குறைவானது, காணப்படும் தெரிவுகள்:

- மருத்துவ கருக்கலைப்பு
- வக்யூம் அஸ்பிரேஷன்

12-14 வாரங்களுக்கு மேல், காணப்படும் தெரிவுகள்:

1. மருத்துவ கருக்கலைப்பு
2. கருப்பை விரிவாக்கம் மற்றும் வெளியேற்ற முறை (Dilatation and evacuation D&E)

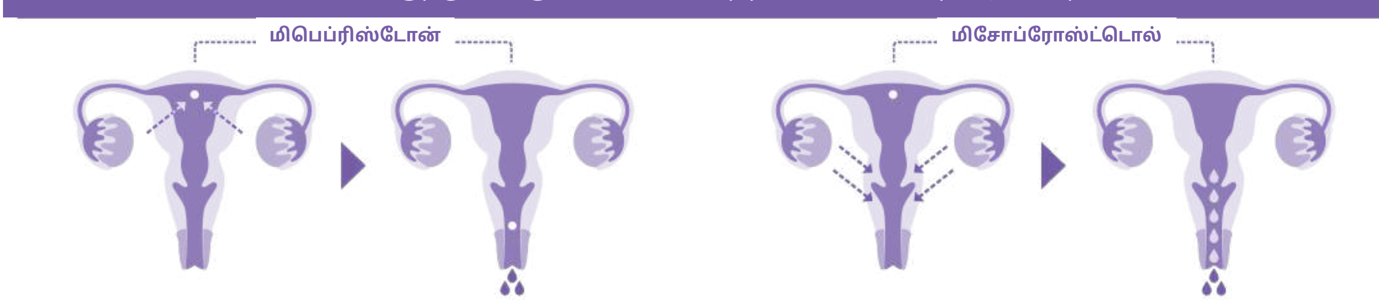
வெவ்வேறு முறைகள் மற்றும் அவற்றுடன் தொடர்புடைய சாதக பாதகங்களைக் கீழே விரிவாக விளக்கப்பட்டுள்ளன.

2.4.1 மருத்துவ கருக்கலைப்பு (MA)

மருத்துவ கருக்கலைப்பு என்பது எந்தச் சத்திர சிகிச்சை முறையும் இல்லாது, மருந்துகளைப் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பு செய்வதாகும். மருத்துவ கருக்கலைப்பு பொதுவாக இரண்டு வித மருந்துகளை இணைத்து சரியாக பயன்படுத்துவதன் மூலம் செய்யப்படுகிறது:
மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல்.

Source: Adapted from RUWSEC/CommonHealth pamphlet.

படம் 2: மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் செயற்படும் விதம்



2.4.1.1 மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகள்

1. மிபெப்ரிஸ்டோன் மருந்து புரோஜெஸ்ட்டிரோன் என்ற ஹார்மோனுக்கு எதிராக செயல்படும் ஒரு அன்டி-ப்ரோஜெஸ்டன் ஆகும். இது ஒரு கர்ப்பத்தைத் தொடர்வதைத் தடுக்கிறது.
2. மிசோப்ரோஸ்டொல் மருந்து கருப்பையைச் சுருக்கும் ஆற்றலைக் கொண்ட மாத்திரையாகும்.

மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கான நெறிமுறையின் ஒரு பகுதியாக, மிபெப்ரிஸ்டோன் முதலில் எடுக்கப்படுகிறது. இது கர்ப்பம் தொடர்வதைச் சாத்தியமற்றதாக்குகிறது. இதன் பின் மிசோப்ரோஸ்டொல் எடுக்கப்படும் போது, கருப்பை சுருங்கி மற்றும் கர்ப்பத்தின் பகுதிகள் கருப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகிறது (படம் 2).

2.4.1.2 மருத்துவ கருக்கலைப்பு நெறிமுறை

மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் ஆகியவற்றை நிர்வகிக்கும் அளவு மற்றும் நேரம் குறித்த் நெறிமுறைகள் காணப்படுகின்றன. இவை 12 வாரங்களுக்கும் குறைவான கர்ப்பத்திற்கும் 12 வாரங்களுக்கும் மேலான ஒரு கர்ப்பத்திற்கும் வேறுபடுகின்றன. சமீபத்திய WHO வழிகாட்டுதல்கள் பின்வரும் நெறிமுறையைப் பரிந்துரைக்கின்றது (WHO, 2019):

அட்டவணை 1: மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்ட்டொல் மூலம் மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறை

கர்ப்ப காலம்: 12 வாரங்களை விடக் குறைவானது

பரிந்துரைக்கப்பட்ட நடைமுறை:

> மிபெப்ரிஸ்டோன்200 mg வாய் மூலம்
> 1-2 நாட்களின் பின்னர்
> மிசோப்ரோஸ்ட்டொல் 800 mcg யோனி மூலம், வாயினுள் வைத்து கரைய விடுவது அல்லது நாக்கின் கீழ் வைத்து கரைய விடுவது.

கர்ப்ப காலம்: 12 வாரங்களுக்கு அதிகமானது

பரிந்துரைக்கப்பட்ட நடைமுறை:

> மிபெப்ரிஸ்டோன்200 mg வாய் மூலம் 1-2 நாட்களின் பின்னர்
> மிசோப்ரோஸ்ட்டொல் 400 mcg யோனி மூலம், வாயினுள் வைத்து கரைய விடுவது அல்லது
> நாக்கின் கீழ் வைத்து கரைய விடுவது. (3 மணித்தியாலங்களுக்கு ஒரு முறை இதை மீண்டும் செய்ய வேண்டும்)

மிபெப்ரிஸ்டோன் கிடைக்காத போது, மிசோப்ரோஸ்டொலை மாத்திரம் பின்வரும் அட்டவணையில் கூறியவாறு பயன்படுத்தலாம். இருப்பினும், மிசோப்ரோஸ்டொல் மட்டும் பயன்படுத்தும் முறையானது மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் கலவையை விட குறைவான வெற்றி விகிதத்தை கொண்டுள்ளது. கர்ப்பத்தின் ஒன்பது வாரங்கள் வரை கொடுக்கப்படும் போது, முழுமையான கருக்கலைப்பை ஏற்படுத்துவதில் இது 75-90% பயனுள்ளதாக அமையும் (WHO, 2019).

அட்டவணை 2: மிபெப்ரிஸ்டோன் இல்லாத சந்தர்ப்பங்களில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறை

கர்ப்ப காலம்: 12 வாரங்களை விட குறைவானது

பரிந்துரைக்கப்பட்ட நடைமுறை:

> மிசோப்ரோஸ்ட்டொல் 800 mcg யோனி மூலம், வாயினுள் வைத்து கரைய விடுவது அல்லது நாக்கின் கீழ் வைத்து கரைய விடுவது. (3 மணித்தியாலங்களுக்கு ஒரு முறை இதை மீண்டும் செய்ய வேண்டும்)

கர்ப்ப காலம்: 12 வாரங்களுக்கு அதிகமானது

பரிந்துரைக்கப்பட்ட நடைமுறை

> மிசோப்ரோஸ்ட்டொல் 400 mcg யோனி மூலம், வாயினுள் வைத்து கரைய விடுவது அல்லது நாக்கின் கீழ் வைத்து கரைய விடுவது. (3 மணித்தியாலங்களுக்கு ஒரு முறை இதை மீண்டும் செய்ய வேண்டும்)

மருந்துகளுக்கான ஒவ்வாமை உள்ளவர்கள், போர்பிரியா எனப்படும் பரம்பரை நிலை உள்ளவர்கள் அல்லது அட்ரீனல் செயலிழப்பு உள்ளவர்களுக்கு இந்த மருந்துகளை வழங்க முடியாது. 'மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகள்' எக்டோபிக் கர்ப்பம் ஏற்பட்ட சந்தர்ப்பங்களில் (கருப்பைக்கு வெளியே கருக்கட்டிய கர்ப்பம். உதாரணமாக - பலோபியன் குழாய்களில்) பலனளிக்காது. எனவே, கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பின் போது இதை உறுதிப்படுத்த வேண்டும். மேலும் கடுமையான இரத்த சோகை, இதய நோய், கடுமையான ஆஸ்துமா அல்லது இரத்தப்போக்கு கோளாறு உள்ள நபர்களுக்கு 'மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகள்' எச்சரிக்கையுடன் வழங்கப்பட வேண்டும்.

மருத்துவ கருக்கலைப்பு வினைதிறன் மிக்கது. குறிப்பாகக் கர்ப்பத்தின் ஆரம்ப வாரங்களில் வினைத்திறன் மிக்கதாகக் காணப்படும். ஒன்பது வாரங்கள் வரை (கர்ப்பத்தின் 63 நாட்கள்) பயன்படுத்தப்படும்போது இது 98% வரை பயனுள்ளதாக அமையும். அதாவது மருத்துவ கருக்கலைப்பைப் பயன்படுத்தும் 98% வீதமானோரில் முழுமையான கருக்கலைப்பு ஏற்படுகிறது; 2-5% மருத்துவ கருக்கலைப்பை பயன்படுத்துவோருக்கு அதிக இரத்தப்போக்கு, பகுதியளவிலான கருக்கலைப்பு அல்லது கர்ப்பம் தொடர்வதனால் சத்திர சிகிச்சை முறைகள் தேவைப்படலாம்.

மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல்

மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் இரண்டும் ஒப்பீட்டளவில் மலிவான மருந்துகள் மற்றும் இவை WHO இன் அத்தியாவசிய மருந்துகளின் பட்டியலில் சேர்க்கப்பட்டுள்ளன (WHO, 2019). அவை சாதாரண வெப்பநிலையில் வைக்கப்படலாம், எனவே குளிர்சாதனம் தேவையில்லை. மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு கருப்பையில் மருத்துவ சாதனங்களைச் செலுத்தும் சத்திர சிகிச்சை முறைகள் தேவையில்லை என்பதால், சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புக்கு தேவையானதை விட குறைந்த அளவிலான தொழில்நுட்ப திறன்களைக் கொண்ட சுகாதார சேவை வழங்குநர்களால் இது வழங்கப்படலாம். இது குறித்து பகுதி 4 இல் மேலும் கலந்துரையாடப்படுகின்றது.

2.4.1.3 மருத்துவ கருக்கலைப்பின் போது எதிர்பார்க்கக்கூடியது என்ன?

மருத்துவ கருக்கலைப்பு செயன்முறை இயற்கையாக ஏற்படும் கருக்கலைவை ஒத்திருக்கிறது. முதல் மருந்தான மிபெப்ரிஸ்டோனை எடுத்துக்கொண்ட பின், அந்நபர் பொதுவாக எந்த அறிகுறிகளையும் அனுபவிப்பதில்லை. ஆனால் இரண்டாவது மருந்தான மிசோப்ரோஸ்டொலை எடுத்துக்கொண்ட 4-6 மணி நேரத்திற்குள், அந்த நபருக்கு அடிவயிற்றில் வலி, வயிற்று பிடிப்புகள் மற்றும் யோனி மூலமான இரத்தப்போக்கு ஏற்பட ஆரம்பிக்கிறது. மேலும், மிசோப்ரோஸ்டொலின் பக்க விளைவுகளையும் அந்நபர் அனுபவிக்கலாம். இதில் குளிர், வாந்தி மற்றும் வயிற்றுப்போக்கு ஆகியவை அடங்கும். கருப்பை சுருங்குவதன் காரணமாக இரத்தப்போக்குடன் கர்ப்பப் பொருட்கள் வெளியேற்றப்படுவதற்கு இது வழிவகுக்கும். மிதமான இரத்தப்போக்கு, சாதாரண மாதவிடாய் இரத்தப்போக்கை விட சற்று அதிகமாக, 10-14 நாட்களுக்கு தொடரலாம்.

2.4.1.4 மிசோப்ரோஸ்டொலை வீட்டில் பயன்படுத்தல் மற்றும் சுகாதார பராமரிப்பு நிலையத்தில் பயன்படுத்தல்

கர்ப்பம் ஏற்பட்ட ஒன்பது வாரங்களுக்குள் மருத்துவ கருக்கலைப்பை வீட்டிலேயே செய்து கொள்ளலாம். கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபருக்கு ஒரு சுகாதார நிலையத்தில் மிபெப்ரிஸ்டோனை வழங்கி, பின்னர் வீட்டிலே மிசோப்ரோஸ்டொலை எவ்வாறு எடுத்துக் கொள்வது என்பது குறித்து ஆலோசனை வழங்கலாம்.

இது கருக்கலைப்பை வீட்டிலேயே சுயமாக செய்துகொள்ள வாய்ப்பளிக்கிறது. ஏற்படக்கூடிய ஆபத்து அறிகுறிகள் குறித்த தெளிவான தகவல்கள் வழங்கப்பட வேண்டும். உதாரணமாக - அதிகப்படியான இரத்தப்போக்கு மற்றும் ஒரு சுகாதார நிலையத்தில் எப்போது சிகிச்சை பெற வேண்டும் போன்ற தகவல்கள்.

மருத்துவ கருக்கலைப்பை வீட்டிலேயே செய்து கொள்வது பெரும்பாலும் பெண்களால் விரும்பப்படுகிறது என ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன. ஏனெனில், இது அவர்களின் வீட்டில் அந்தரங்கமாக மற்றும் சௌகரியத்துடன் கருக்கலைப்பு நடைமுறையை மேற்கொள்ள வாய்ப்பளிக்கிறது. இருப்பினும், பெண்களுக்கு வீட்டில் அந்தரங்கம், தண்ணீர் மற்றும் கழிப்பறை வசதிகள் இல்லாத இடங்களிலோ, அல்லது வீட்டில் துணைவர் அல்லது பராமரிப்பு வழங்க யாரும் இல்லாத இடங்களிலோ அவர்கள் மிசோப்ரோஸ்டொலை எடுத்துக்கொள்ள சுகாதார பராமரிப்பு நிலையத்திற்கு செல்ல விரும்பலாம் என்பதையும் சில ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன (Ngo et al, 2011).

2.4.1.5 சுயமாக மருத்துவ கருக்கலைப்பை செய்தல் (Self-management of MA)

சுயமாக நிர்வகிக்கப்படும் கருக்கலைப்பு என்பது மருத்துவ மேற்பார்வை இல்லாது ஒரு நபர் கருக்கலைப்பைத் தானாக செய்து கொள்வதாகும். 12 வாரங்களுக்கும் குறைவான கர்ப்பம் மற்றும் "தேவையேற்படின் நடைமுறையின் எந்தவொரு கட்டத்திலும் சரியான தகவல்கள் மற்றும் சுகாதார சேவை வழங்குநருக்கான அணுகல் கொண்ட" நபர்கள் தம் கருக்கலைப்பைச் சுயமாக செய்துகொள்ளலாம் என பரிந்துரைக்கிறது. (WHO, 2019)

குறிப்பாகக் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாகத் தடைசெய்யப்பட்ட நாடுகளில், மருத்துவ கருக்கலைப்பை நாடுவோருக்கு சுயமாகக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளக்கூடிய பாதுகாப்பான மாற்றுத் தெரிவை வழங்குகிறது. மிபெப்ரிஸ்டோன் கிடைக்காத இடங்களில்,மிசோப்ரோஸ்டொல் மட்டும் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான விதிமுறைகளைப் பயன்படுத்தலாம். குறிப்பாக இது கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக தடைசெய்யப்பட்ட நாடுகளில் பயனுள்ளதாக அமையும். ஏனெனில், இவ்வாறான சூழல்களில் பிற நோய்களுக்கு மிசோப்ரோஸ்டொல் பயன் படுத்தப்படக்கூடும். லத்தீன் அமெரிக்கா மற்றும் கரீபியன் போன்ற கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக்

கொண்ட நாடுகளில் கருக்கலைப்பு நடைபெறும் விதம் தொடர்பான ஆய்வுகளின் ஆதாரங்களுக்கு அமைய, கருக்கலைப்பை நாடுவோர் மிசோப்ரோஸ்டொல் மட்டும் பயன்படுத்தும் விதிமுறைகளைப் பயன்படுத்துவது 'பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு' நிகழ்வுகளைக் கணிசமாகக் குறைத்துள்ளது என்பதைக் காண்பிக்கிறது (பரோட் எஸ், 2018). மருத்துவ கருக்கலைப்பினைச் சுயமாக செய்துகொள்வது குறித்த மேலதிக தகவல்கள் பகுதி 4இல் கலந்துரையாடப்படுகின்றன.

மருத்துவ கருக்கலைப்பு - தொலைதூர சேவைகளான ஆன்லைன் ஊடகங்கள் அல்லது டெலிமெடிசின் (தொலைபேசி மூலமான மருத்துவ சேவை) மூலமாகச் சுகாதார சேவை வழங்குநர்களின் உதவியுடன் கருக்கலைப்பைச் செய்துகொள்ளும் தெரிவையும் வழங்குகின்றது. இது 'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு' சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மையையும் அணுகலையும் அதிகரிக்கும் ஆற்றலைக் கொண்டுள்ளத. மேலும், இது பற்றி பகுதி 4 இல் விவரிக்கப்பட்டுள்ளது.

கர்ப்பம் ஏற்பட்டு ஒன்பது வாரங்களுக்குப் பின்னரான கருக்கலைப்பு, மருத்துவ மேற்பார்வையின் கீழ் பல மருந்தளவு வித்தியாசத்தில் மிசோப்ரோஸ்டொல் வழங்கப்பட வேண்டியிருப்பதால், மருத்துவ கருக்கலைப்பு ஒரு சுகாதார பராமரிப்பு நிலையத்தில் செய்யப்பட வேண்டும். கர்ப்பத்தின் பொருட்கள் வெளியேற்றப்படும் வரை நபர் சுகாதார பராமரிப்பு நிலையத்தில் இருக்க வேண்டும்.

2.4.1.6 மருத்துவ கருக்கலைப்பின் போது வலியைச் சமாளித்தல்

மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்து கொள்பவர்கள் கருப்பை சுருங்கி அதன் உட்சுவர் வெளியேறுவதனால் வலியை உணர்வார்கள்.

கருக்கலைப்புக்கு முன்னரான ஆலோசனை போதுமான வலி நிவாரணி தெரிவுகளை உள்ளடக்கி இருக்க வேண்டும். வலி நிவாரணத்திற்கு பொருத்தமான முறையைத் தெரிவுசெய்ய அவர்களுக்கு உதவ வேண்டும். என்ன எதிர்பார்க்கலாம் என்பது பற்றிய போதுமான தெளிவு, ஒரு சுகாதார சேவை வழங்குநரின் வாய்மொழி ஆதரவு, உறுதிபடுத்தல், வீட்டில் அல்லது சுகாதார நிலையத்தில் ஒரு பராமரிப்பாளரின் ஆதரவு ஆகியவை வலியைக் குறைப்பதில் பாரிய உதவியளிக்கும். தேவைப்பட்டால் வலி நிவாரண மருந்துகள் (NSAIDs like Ibuprofen) வழங்கப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பமடைந்த 12 வாரங்களுக்கு பின் செய்யப்படும் மருத்துவ கருக்கலைப்புகளுக்கு, இவற்றுடன் மேலதிகமாக ஓபியாய்டு வலி நிவாரணிகள் அல்லது எபிடூரல் மயக்க மருந்து போன்ற வலி நிவாரண மருந்துகள் கொடுக்கப்படலாம்.

2.4.1.7 நடைமுறைக்கு முன் கரு மரணித்தல்

கர்ப்பமடைந்த 20 வாரங்களுக்குப் பிறகு மருத்துவ கருக்கலைப்பு தேவைப்பட்டால், இந்தச் சந்தர்ப்பங்களில் கரு உயிருடன் வெளியேறும் வாய்ப்புள்ளது. இது மிகவும் குறைமாத பிரசவமாக அமையும். இவ்வாறான சந்தர்ப்பங்களில் அச்சிசுவுக்கு சிகிச்சையளிப்பதா? இல்லையா? என்பதில் நெறிமுறைச் சிக்கல்கள் ஏற்படும். இதைத் தவிர்க்க, கரு மரணத்தைத் தூண்டும் மருத்துவ செயல்முறை நடைமுறைக்கு முன் வழங்கபட பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. இந்த நடைமுறைகளில் பொட்டாசியம் குளோரைடு அல்லது டைகோக்சின் போன்ற மருந்துகளைக் கருவின் இதயம், தொப்புள் கொடி அல்லது அம்னோடிக் குழிக்குள் செலுத்துவது போன்றவை அடங்கும். கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய ஆலோசனையின் ஒரு பகுதியாக இது கலந்துரையாடப்பட வேண்டும். மேலும் கருக்கலைப்பை நாடும் நபர் தெரிந்த தீர்மானத்தைச் செய்யக்கூடிய வாய்ப்பு வழங்கப்பட வேண்டும்.

2.4.1.8 மருத்துவ கருக்கலைப்புடன் தொடர்புடைய பொதுவான சிக்கல்கள்

மருத்துவ கருக்கலைப்பு மிகவும் பாதுகாப்பான நடைமுறையாகும். ஏனெனில், இது மருத்துவ கருவிகள், சத்திர சிகிச்சை முறைகள் மற்றும் மயக்க மருந்துகள் போன்றவற்றைப் பாவிப்பதில்லை. இருப்பினும், அனைத்து மருத்துவ நடைமுறைகளிலும் சிக்கல்களுக்கான சிறிய ஆபத்து உள்ளது. மருத்துவ கருக்கலைப்பிற்கு பின் சில சிக்கல்கள் ஏற்பட அரிதான வாய்ப்புகள் உள்ளன.

இரத்தப்போக்கு:

இரத்தப்போக்கு என்பது மருத்துவ கருக்கலைப்பின் ஒரு பகுதியாகும். வழமையான மாதவிடாயை விட அதிக இரத்தப்போக்கு, இரத்தக் கட்டிகள் வெளியேறுதல் மற்றும் கர்ப்பப் பொருட்கள் வெளியேறுதல் ஆகியவை இந்த நடைமுறையின் ஒரு பகுதியாகும். இருப்பினும்,

அதிகப்படியான இரத்தப்போக்கை அடையாளம் காண (பொதுவாக இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட மேக்ஸி அளவு துவாய்களை இரண்டு மணி நேரத்திற்குள் ஈரமாக்கல் என வரையறுக்கப்படுகிறது) மற்றும் அத்தகைய அதிகப்படியான இரத்தப்போக்கு ஏற்பட்டால் எங்கு எவ்வாறு சிகிச்சை பெற வேண்டும் எனும் தெளிவான அறிவுறுத்தல் வழங்கப்பட வேண்டும்.

மிசோப்ரோஸ்டொலின் பொதுவான பக்க விளைவுகள்:

மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் ஒரு பகுதியாகப் பயன்படுத்தப்படும் மிசோப்ரோஸ்டொல் சில பக்க விளைவுகளை ஏற்படுத்தக்கூடும். இதன் பொதுவான ஒரு பக்க விளைவு காய்ச்சல்; இது குளிர்க்காய்ச்சலாகவும் இருக்கலாம். குறிப்பாகக் கர்ப்பமடைந்த 12 வாரங்களுக்கு மேற்பட்ட மருத்துவ கருக்கலைப்பிற்கு பல கட்டங்களில் மிசோப்ரோஸ்டொல் வழங்குவதனால் இது ஏற்படுகின்றது. காய்ச்சலைக் குறைக்க பரசிட்டமால் கொடுக்கலாம். மிசோப்ரோஸ்டொலை எடுத்துக்கொண்ட 24 மணி நேரத்திற்கு மேல் காய்ச்சல் நீடித்தால், அது ஏதேனும் நோய்த்தொற்று அறிகுறியாக இருக்கலாம். அவ்வேளையில் ஒரு சுகாதார சேவை வழங்குநரை நாடுவது அவசியம்.

மிசோப்ரோஸ்டொலின் பிற பொதுவான பக்க விளைவுகளில் குமட்டல், வாந்தி மற்றும் வயிற்றுப்போக்கு ஆகியவை அடங்கும். இவை போதுமான நீரை அருந்துதல் மற்றும் ஆறுதலளிக்கும் கவனிப்பின் மூலம் தீர்க்கப்படலாம்.

பகுதியளவிலான கருக்கலைப்பு:

மருத்துவ கருக்கலைப்பில் ஏற்படக்கூடிய மற்றொரு சிக்கல்களில் கர்ப்பத்தின் அனைத்து பொருட்களும் வெளியேறாததனால் ஏற்படும் பகுதியளவிலான கருக்கலைப்பு ஆகும். கருப்பையில் மிகுதியான கர்ப்பப் பொருட்கள் தொற்றுநோயை ஏற்படுத்தலாம் மற்றும் அதிக இரத்தப்போக்கையும் ஏற்படுத்தக்கூடும். அத்தகைய சூழலில் உள்ளிருக்கும் கர்ப்பப் பொருட்களை அகற்ற மற்றொரு கட்ட மிசோப்ரோஸ்டொல் மிசோப்ரோஸ்டொல் வழங்கப்படலாம் அல்லது வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் தேவைப்படலாம். அந்த வைத்திய சிகிச்சையை நாட அறிவுறுத்தப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பம் கலையாது தொடரும் நிலை:

அரிதான சந்தர்ப்பங்களில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறையைச் செய்த போதிலும் கர்ப்பம் கலையாது தொடரலாம். மருத்துவ கருக்கலைப்பின் போது இரத்தப்போக்கு ஏற்படாதிருத்தல் அல்லது மிகக் குறைவாக இருப்பது, கர்ப்ப பொருட்கள் எதுவும் வெளியேறாது இருப்பது, குமட்டல் மற்றும் வாந்தி போன்ற கர்ப்பத்தின் தொடர்ச்சியான அறிகுறிகள், கருப்பை அளவு அதிகரிப்பது அனைத்தும் தொடரும் கர்ப்பத்தின் அறிகுறிகளாகும். அத்தகைய சூழ்நிலையில் 'வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன்' போன்ற மாற்று கருக்கலைப்பு நடைமுறை செய்யப்பட வேண்டும். மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகள் டெரடோஜெனிக் ஆக இருக்கலாம். அதாவது அவை கருவில் பிறப்பு குறைபாடுகளை ஏற்படுத்தக்கூடும். எனவே மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகளை எடுத்துக்கொண்ட பின்பும் கர்ப்பம் தொடர்ந்தால், இதை அந்த நபருக்கு விளக்கிக் கூற வேண்டும்.

நோய்த்தொற்று:

மருத்துவ கருக்கலைப்பின் பின் தொற்று ஏற்படும் வாய்ப்புகள் அரிதானது. மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்து 24 மணி நேரத்திற்கு பின் காய்ச்சல் ஏற்படுவது, அதிகப்படியான இரத்தப்போக்கு, துர்நாற்றம் வீசும் யோனி வெளியேற்றம், யோனிப்பகுதி மென்மையாக உணர்தல் ஆகியவை நோய்த்தொற்று அறிகுறிகளாக இருக்கலாம். இருப்பினும், மருத்துவ கருக்கலைப்பின் பின் நோய்த்தொற்று அரிதானது என்பதால், மருத்துவ கருக்கலைப்பின் போது தடுப்பு நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளின் வழக்கமான பயன்பாடு பரிந்துரைக்கப்படுவதில்லை.

கருப்பை சேதமடைதல்:

கருப்பையில் வடு உள்ளவர்களுக்கு; உதாரணமாக - சத்திர சிகிச்சை மூலமான

முன்னைய பிரசவங்கள் அல்லது கருப்பையில் செய்யப்பட்ட சத்திர சிகிச்சையின் விளைவாக அரிதான சந்தர்ப்பங்களில் மிசோப்ரோஸ்டொல் கருப்பையைச் சேதப்படுத்தக்கூடும்.

2.4.1.9 மருத்துவ கருக்கலைப்பு குறித்து அடிக்கடி கேட்கப்படும் கேள்விகளும் பதில்களும்

மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகளை உட்கொள்ளும்போது ஒருவர் தாய்ப்பால் கொடுக்கலாமா?

மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் இரண்டும் மிகக் குறைந்த அளவிலேயே தாய்ப்பாலில் சுரக்கப்படுகின்றன. இருப்பினும், இவை ஒரு முறை மட்டுமே கொடுக்கப்படுவதால் குழந்தைக்கு அதிகளவில் ஊட்டப்படும் ஆபத்து இல்லை. எனவே, மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகளைப் பயன்படுத்தும் போது தடையின்றி தாய்ப்பாலூட்டலைத் தொடரலாம் (UK Medicines Information, 2020).

மீண்டும் மீண்டும் மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வது பாதுகாப்பானதா?

ஒருவரின் வாழ்நாளில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வது அவரின் ஆரோக்கியத்திலோ அல்லது எதிர்கால கர்ப்பத்திலோ எவ்வித பாதிப்புகளையும் ஏற்படுத்துகிறது என்பதற்கு இதுவரை ஆதாரங்கள் இல்லை. இருப்பினும், ஒரு நபருக்கு மீண்டும் மீண்டும் மருத்துவ கருக்கலைப்புகள் தேவைப்பட்டால்; அவர்கள் மீண்டும் மீண்டும் திட்டமிடப்படாத கர்ப்பங்களுக்கு முகம் கொடுக்கின்றனர் என்பதையும் இது குறிக்கிறது. இது அவருக்குக் கருத்தடைக்கான அணுகல் இல்லாமை, கருத்தடைகளைச் சரியாகப் பயன்படுத்த இயலாமை, கருத்தடை பயன்பாட்டை அனுமதிக்காத/ஒத்துழைக்காத அல்லது வன்முறை செய்யும் துணைவரின் காரணத்தினால் இருக்கலாம். கருக்கலைப்பு உளநல ஆலோசனையின் ஒரு பகுதியாக இந்தப் பிரச்சினைகளை ஆராய்ந்து தீர்க்க வேண்டும்.

கட்டிளமைப் பருவப்பெண்கள் மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வது பாதுகாப்பானதா?

கட்டிளமைப் பருவப்பெண்களில் மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் அல்லது மிசோப்ரோஸ்டொலை மட்டும் பயன்படுத்தி மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வது வயது வந்த பெண்களைப் போலவே அல்லது அதிகரித்த பலனளிக்கும் விகிதங்களைக் கொண்டிருப்பதாக ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன. மேலும், மருத்துவ கருக்கலைப்பு வயது வந்த பெண்களைப் போலவே கட்டிளமைப் பருவப் பெண்களுக்கும் பாதுகாப்பானது. அது, அதே அளவான அல்லது குறைந்த சிக்கல் விகிதங்களுடன் உள்ளது என ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன (Ipas, 2020). எனவே, மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்துகொள்ள வயது வரம்புகள் எதுவும் இல்லை. தேவையற்ற கர்ப்பத்தை எதிர்கொள்ளும் கட்டிளமைப் பருவப் பெண்கள் மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்துகொள்வது பாதுகாப்பானது.

2.4.1.10 மருத்துவ கருக்கலைப்பின் பின் கருத்தடை பயன்பாடு

மருத்துவ கருக்கலைப்பின் பின் எந்தவொரு கருத்தடை முறையையும் பயன்படுத்தலாம். கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக கருக்கலைப்பு செய்யும் நபருக்கு அவர்கள் பயன்படுத்தக்கூடிய அனைத்து கருத்தடை முறைகள் குறித்தும் ஆலோசனை வழங்கப்பட வேண்டும். மேலும், பொருத்தமான முறையைத் தேர்வு செய்ய உதவவும் வேண்டும்.

- மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் முதல் மாத்திரையை எடுத்துக்கொண்ட பின் வாய்மூலக் கருத்தடை மாத்திரைகள் மற்றும் கருத்தடை ஊசிகள் போன்ற ஹார்மோன் மூலமான முறைகளை உடனடியாக பயன்படுத்த ஆரம்பிக்கலாம்.
- கருக்கலைப்பு நடைமுறை முடிந்துவிட்டது என்பது உறுதிசெய்யப்பட்டவுடன் IUDயை பெற்றுக்கொள்ளலாம் அல்லது நிரந்தர கருத்தடை சிகிச்சை செய்யலாம்.
- கர்ப்பமடைந்த 12 வாரங்களுக்கு பின் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு செய்து 6 வாரங்களுக்கு பின்னரே டயாபிராம் மற்றும் கர்ப்பப்பை வாய் மூடியைப் பயன்படுத்த முடியும்.
- சாதாரண மாதவிடாய் சுழற்சிகள் மீண்டும் தொடங்கிய பின்னரே நாட்காட்டி முறைகளைப் பயன்படுத்த முடியும்.

2.4.2 சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு

சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு என்பது ஒரு சிறு அறுவை சிகிச்சை மூலம் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பாகும். கர்ப்ப கால அளவைப் பொறுத்து அதற்கு வெவ்வேறு நடைமுறைகள் காணப்படுகின்றன.

- கர்ப்பத்தின் 12-14 வாரங்கள் வரை - வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் (ஒரு மருத்துவ கருவியில் வெற்றிடத்தை உருவாக்கி உறிஞ்சும் முறை)
- கர்ப்பத்தின் 12-14 வாரங்களுக்கு மேல் - கருப்பை வாயை விரிவாக்கி வெளியேற்றல்

2.4.2.1 வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன்

வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் என்பது கருப்பையில் உள்ள கர்ப்ப பொருட்களை வெற்றிடத்தின் எதிர்மறை அழுத்தத்தைப் பயன்படுத்தி உறிஞ்சும் ஒரு முறையாகும். ஒரு பிளாஸ்டிக் அல்லது உலோக குழாய் வடிவான கருவி கருப்பை வாய் வழியாக கருப்பையினுள் செலுத்தப்பட்டு, ஒரு மின்சார வெற்றிட பம்ப் (Electric Vacuum Aspiration, EVA) அல்லது வெற்றிடத்தை உருவாக்கும் ஒரு கையால் இயக்கப்படும் சிரிஞ்ச் (Manual Vacuum Aspiration, MVA, Figure 3) மூலம் இணைக்கப்படுகிறது. கருப்பையினுள் செலுத்தப்படும் குழாய் வெவ்வேறு அளவுகளில் வருகிறது. கர்ப்ப காலத்தின் அளவின் அடிப்படையில் பொருத்தமான குழாயை தேர்ந்தெடுக்க வேண்டும். கர்ப்ப திசுக்கள் எதிர்மறை அழுத்தத்தைப் பயன்படுத்தி குழாயின் வழியாக உறிஞ்சப்படுகின்றன மற்றும் கருக்கலைப்பு நிறைவடைவதை உறுதிசெய்ய உறிஞ்சப்பட்ட திசுக்களைப் பரிசோதிப்பதன் மூலம் அறியலாம்.

படம் 3: MVAக்கு பயன்படுத்தும் கருவி

வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் கர்ப்பத்தின் 14 வாரங்கள் வரை மிகவும் பயனுள்ளதாக இருக்கும். இதன் முழுமையான கருக்கலைப்பு விகிதம் 98-100%. செயன்முறை 10 நிமிடங்களுக்கும் குறைவாகவே நீடிக்கும். மேலும், நடைமுறையின் பின் சுமார் 30 நிமிடங்களுக்குள் சுகாதார சேவை நிலையத்திலிருந்து வீடு செல்லலாம்.

கருப்பை வாயை விரிவாக்கி வெளியேற்றல் குறித்த குறிப்பு (Dilatation and Curettage (D&C))

கருப்பை வாயை விரிவாக்கி வெளியேற்றல் (D&C) என்பது டைலேட்டர்கள் எனப்படும் சிறப்பு கருவிகளைப் பயன்படுத்தி கருப்பை வாயை விரிவடைந்து, கியூரெட் எனப்படும்

கூர்மையான கருவியைப் பயன்படுத்தி கருப்பையின் சுவர்கள் கீறப்படும் ஒரு நடைமுறையாகும். வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷனை விட D&C அதிக சிக்கல் விகிதங்களைக் கொண்டுள்ளது மற்றும் மிகவும் வலியை உண்டாக்கக்கூடியது. எனவே, D&C இப்போது வழக்கத்தில் இல்லாததாக கருதப்படுகிறது (WHO, 2012). சில நேரங்களில் வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் நடைமுறையின் பின் கருப்பையின் சுவர்களைச் சுரண்டும் நடைமுறையும் காணப்படுகின்றது. இது கருக்கலைப்பு நிறைவடைவதை அதிகரிக்காத அதேவேளை, அதிக சிக்கல்களை ஏற்படுத்தும் ஆற்றலையும் கொண்டுள்ளது. எனவே, இது பரிந்துரைக்கப்படுவதில்லை.

தகவல் பெட்டி 2:
கருக்கலைப்பின் போது வலி நிவாரணம்

மருத்துவ அல்லது சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புக்கு முன் அனைவருக்கும் பொருத்தமான வலி நிவாரணிகள் வழங்கப்பட வேண்டும்.

மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு;
< 12-14 வாரங்கள்
- வாய்மொழி உறுதிபடுத்தல்
- சுகாதார வழங்குநரிடமிருந்து ஆதரவு
- குடும்ப உறுப்பினர்/நண்பரின் ஆதரவு
- NSAID வலி நிவாரணிகள் - புரூ஼பன்

> 12-14 **வாரங்கள்**
- மேற்கூறிய அனைத்தும்
- ஓபியாய்டு வலி நிவாரணிகள்
- எபிடூரல் மயக்க மருந்து

சத்திர சிகிச்சை கருக்கலைப்புக்கு (MVA/EVA மற்றும் D&E)
- மயக்க மருந்து/பதட்ட எதிர்ப்பு மருந்துகள்
- சாதாரண மயக்க மருந்து/பாராசெர்விகல் தடுப்பு
- பொதுவான மயக்க மருந்து வழமையாக பயன்படுத்தப்படக்கூடாது

Source: WHO guidance, 2012.

2.4.2.2 கருப்பை வாயை விரிவாக்கி வெளியேற்றல்

12-14 வாரங்களுக்குப் பின் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான ஒரு நடைமுறை கருப்பை வாயை விரிவாக்கி வெளியேற்றல் (D&E) ஆகும். இதில் கருப்பை வாய் விரிவடைந்த பிறகு, வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் மற்றும் ஃபோர்செப்ஸ் கருவியைப் பயன்படுத்தி கருப்பையில் இருந்து கர்ப்ப பொருட்கள் வெளியேற்றப்படுகின்றது. இது சில நேரங்களில் அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டுதலின் கீழும் செய்யப்படுகிறது. இது ஒரு வெளிநோயாளர் நடைமுறையாக செய்யப்படலாம். பொதுவாக இது முடிவடைய அரைமணி நேரம் ஆகும்.

2.4.2.3 சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு நடைமுறை : கருப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தலுக்கு முன் கவனத்தில் கொள்ளவேண்டியது

கர்ப்பப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தல் என்பது கருக்கலைப்புக்கு முன் கருப்பை வாய் மென்மையாக்கப்பட்டு விரிவாக்கப்படும் நடைமுறையாகும். இதனால் கருப்பையினுள் கருவிகளை உட்செலுத்துவது எளிதாகவும் பாதுகாப்பாகவும் இருக்கும். கர்ப்பப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தல் 'கருக்கலைப்பு' நடைமுறையைச் செய்ய எடுக்கும் நேரத்தைக் குறைக்கிறது. இயந்திர விரிவாக்கிகளை உட்செலுத்துவதற்கான தேவையைக் குறைக்கிறது. மேலும் குறிப்பாக இது 12 வாரத்திற்கு மேலான கர்ப்பகாலத்திற்கு தேவைப்படுகிறது.

முன்னர் கருப்பையில் சத்திர சிகிச்சை செய்த பெண்கள், கருப்பை துளையிடப்படும் அதிக ஆபத்து உள்ளவர்கள், கட்டிளமைப் பருவப் பெண்கள் மற்றும் குறைந்த அனுபவமுள்ள சேவை வழங்குநர்கள் இருக்கும் சந்தர்ப்பங்களில் இது மிகவும் பயனுள்ளதாக இருக்கும். இருப்பினும், 'கர்ப்பப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தல்' நடைமுறையின் நேரத்தை மேலும் அதிகரிக்கின்றது. நடைமுறையின் போது ஏற்படும் கர்ப்பப்பை வாய் விரிவாக்கம் காரணமாக இது வலியை ஏற்படுத்தும்.

கர்ப்பப்பை வாய் தயாரப்படுத்தல் ஆஸ்மோடிக் டைலேட்டர் கருவிகளைப் பயன்படுத்துவதன் மூலமாகவோ அல்லது மருந்துகளைப் பயன்படுத்துவதன் மூலமாகவோ செய்யப்படுகிறது.

- ஆஸ்மோடிக் டைலேட்டர் என்பது கருப்பை வாயில் வைக்கப்படும் போது, ஈரப்பதத்தை உறிஞ்சி வீக்கத்தை ஏற்படுத்தி, கருப்பை வாயை விரிவுபடுத்தும் சாதனமாகும். பொதுவாகப் பயன்படுத்தப்படும் ஆஸ்மோடிக் டைலேட்டர் லேமினேரியா ஆகும். இது உலர்ந்த கடற்பாசியிலிருந்து தயாரிக்கப்படுகிறது. ஆஸ்மோடிக் டைலேட்டர்கள் செயற்பட குறைந்தபட்சம் 4 மணிநேரம் தேவைப்படுகிறது. இது அறுவை சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு நடைமுறை செய்வதற்கு முன்னைய இரவில் வைக்கப்படலாம். 12 மாதங்களுக்கு மேற்பட்ட D&E நடைமுறைகளுக்கு மருந்துகளை விட ஆஸ்மோடிக் டைலேட்டர்கள் விரும்பப்படுகின்றன.

- இதற்கு மாற்றாக, மிசோப்ரோஸ்டொல் போன்ற மருந்துகளைக் கர்ப்பப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தலுக்குப் பயன்படுத்தலாம். மிசோப்ரோஸ்டொல் 400 mcgயை யோனி வழியாகக் கர்ப்பப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தலுக்குப் பயன்படுத்தலாம். நடைமுறையை ஆரம்பிக்குமுன் 3-4 மணி நேரத்திற்கு முன் வைக்கப்படும் போது பயனுள்ளதாக அமையும். அல்லது, வாய்மூலம் மிபெப்ரிஸ்டோன் 200 மி.கி. 12 வாரங்களுக்கு கீழ்ப்பட்ட கர்ப்பங்களில் வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் செய்யுமுன் 36 மணி நேரத்திற்கு முன்பு எடுத்துக் கொள்ளலாம்.

வலியைச் சமாளித்தல்

சத்திர சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் நபர்கள் வலியை அனுபவிக்கின்றனர். ஒருவர் அனுபவிக்கும் வலியின் அளவு, நபரின் வயது, முன்னைய பிரசவம், கர்ப்பத்தின் கால அளவு, நடைமுறையின் வகை, தேவைப்படும் கர்ப்பப்பை வாய் விரிவாக்கத்தின் அளவு மற்றும் நபரின் வலி சகிப்புத்தன்மை மற்றும் பதட்ட நிலைகளைப் பொறுத்து வேறுபடும். தரமான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதி சிறந்த வலி நிவாரணியை வழங்குவதாகும், மற்றும் கட்டுப்படியாகும் விலையில் இதன் தெரிவுகள் வழங்கப்படலாம். கருக்கலைப்பு நடைமுறைகளுக்கு வலி நிவாரணம் வழங்கப்படாத சந்தர்ப்பங்கள் காணப்படுகின்றன. இவ்வாறான செயற்பாடு நல்ல தரமான பராமரிப்புக்கான உரிமையை மீறுவதாகவும், மற்றும் இது மகப்பேறியல் வன்முறையின் ஒரு வடிவமாகவும் கருதப்படலாம் (Barua and Apte, 2007).

சத்திர சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு பொதுவாகப் பயன்படுத்தப்படும் வலி நிவாரண நடவடிக்கைகளில், முன்கூட்டியே வழங்கப்படும் டயஸெபம் போன்ற பதட்ட எதிர்ப்பு மருந்துகளும், நடைமுறையை ஆரம்பிக்கும் போது கருப்பை வாயைச் சுற்றி செலுத்தப்படும் வழமையான மயக்க மருந்தும் (paracervical block) அடங்குகின்றன. நடைமுறைக்கு இயந்திர கர்ப்பப்பை வாய் விரிவாக்கம் தேவைப்பட்டால், பாராசர்விகல் பிளாக் கட்டாயமாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

பாராசர்விகல் பிளாக் வடிவத்தில் உள்ள வழமையான மயக்க மருந்து, பொது மயக்க மருந்தை விட பாதுகாப்பானதும் மற்றும் எளிதானதுமாகும். இது, நபர் விழித்திருக்கவும் இதன்மூலம் நடைமுறையின் போது சேவை வழங்குநருடன் திறந்த தொடர்பாடல் செய்யவும் அனுமதிக்கிறது. மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு இரண்டிற்கும் பல்வேறு வலி மேலாண்மை முறைகளைத் தகவல் பெட்டி 2 விவரிக்கிறது.

சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புக்குப் பொதுவான மயக்க மருந்து வழக்கமாக பரிந்துரைக்கப்படுவதில்லை. ஏனெனில், இது வழமையான மயக்க மருந்தை விட அதிக சிக்கல்களின் அபாயத்தைக் கொண்டுள்ளது. கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் நபர் மிகவும் பதட்டமடைந்து அதைக் கோரினால், அல்லது நடைமுறை மிகவும் கடினமாக இருக்கும் என்று எதிர்பார்க்கப்பட்டால் அரிதான சந்தர்ப்பங்களில் இது தேவைப்படலாம்.

ஜெனரல் அனஸ்தீசியாவின் கீழ் உள்ள நடைமுறைகள் போதுமான பயிற்சி பெற்ற மனித வளம் மற்றும் உபகரணங்களுடன் கூடிய வசதிகளில் மட்டுமே மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்.

நோய்த்தொற்றைத் தடுத்தல்

சத்திர சிகிச்சை முறைகளின் போது நோய்த்தொற்றைத் தடுக்க, கருக்கலைப்பு செய்துகொள்ளும் அனைவருக்கும் சத்திர சிகிச்சை நடைமுறைக்கு முன் ஒரு தடுப்பு நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பி (antibiotic) பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. மருத்துவ கருக்கலைப்பு நடைமுறைகளுக்கு முன் இது அவசியமில்லை.

அத்துடன், கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்கும் சுகாதார சேவை வழங்குநர்கள் கை கழுவுதல், அசெப்டிக் முன்னெச்சரிப்பு மற்றும் கிருமி நீக்கம் செய்யப்பட்ட கருவிகளைப் பயன்படுத்துதல் உள்ளிட்ட நிலையான தொற்றுக்களைத் தடுக்கும் நடைமுறைகளைக் கடைப்பிடிக்க வேண்டும்.

கருக்கலைப்பு நடைமுறையைச் செய்யும்போது நோய்த்தொற்றிலிருந்து தங்களைப் பாதுகாத்துக் கொள்ள சுகாதார சேவை வழங்குநர்களும் முழுமையான முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளைக் கடைப்பிடிக்க வேண்டும். இதில் தேவையான தனிப்பட்ட பாதுகாப்பு உபகரணங்களைப் பயன்படுத்துதல் மற்றும் நெறிமுறையின்படி அழுக்கடைந்த துணி, கூர்மையான உபகரணங்கள் மற்றும் பிற உயிரியல் மருத்துவக் கழிவுகளைப் பாதுகாப்பாக அகற்றுதல் ஆகியவை அடங்கும். பின்பற்ற வேண்டிய பல்வேறு நோய்த்தொற்று தடுப்பு நடைமுறைகளைத் தகவல் பெட்டி 3 பட்டியலிடுகிறது

தகவல் பெட்டி 3:
சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பில் நோய்த்தொற்று தடுப்பு;

> வழமையான தொற்றுத் தடுப்பு நடைமுறைகள்

- கை கழுவுதல்
- தனிப்பட்ட பாதுகாப்பு உபகரணங்களின் (PPE) பயன்பாடு
- கிருமித்தொற்று தடுக்கும் முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளின் பயன்பாடு
- கிருமிநீக்கம் செய்த உபகரணங்கள்/ கருவிகளின் பயன்பாடு

> தொடுதல் அற்ற நுட்பங்கள்
(கருப்பையினுள் செலுத்தப்படும் கருவிகளின் பாகங்கள் உட்செலுத்தப்படு முன், யோனி சுவர்கள் உட்பட கிருமி நீக்கம் செய்யப்படாதப் பொருட்களையோ அல்லது மேற்பரப்புகளையோ தொடக்கூடாது.)

> பயன்படுத்தப்பட்ட கருவிகளைக் கையாளும் நெறிமுறை

- ஊறவைத்தல் மற்றும் கிருமி நீக்கம்
- சுத்தம் செய்தல்
- கிருமி நீக்கம்/ உயர் நிலை கிருமி நீக்கம்
- நோய்த்தடுப்பு ஆண்டிபயாடிக் பயன்பாடு

Source: WHO guidance, 2012.

2.4.2.4 நடைமுறையின் பின்

கருக்கலைப்பிலிருந்து பெறப்பட்ட திசுக்களைச் சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குநர் பார்வையிட்டு, கர்ப்ப பொருட்கள் அனைத்தும் அகற்றப்பட்டுள்ளதை உறுதி செய்ய வேண்டும். கர்ப்பப் பொருட்கள் இல்லாது இருந்தால் அது கருப்பைக்கு வெளியே ஏற்பட்ட எக்டோபிக் கர்ப்பத்தின் அறிகுறியாக இருக்கலாம்.

இது உடனடியாகப் பரிசோதிக்கபட வேண்டும். குறிப்பிட்ட கர்ப்ப கால அளவிற்கு எதிர்பார்க்கப்படுவதை விட அகற்றப்பட்ட கர்ப்ப பொருட்களின் அளவு குறைவாக இருந்தால், அது முழுமையடையாதக் கருக்கலைப்பின் அறிகுறியாக இருக்கலாம். அத்தோடு மீண்டும்-ஆஸ்பிரேஷன் தேவைப்படலாம்.

சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு நடைமுறைக்குப் பின், மயக்க மருந்து அல்லது மயக்க மருந்தின் விளைவுகள் நீங்கும் வரை நபர் சுகாதார நிலையத்தில் இருக்க வேண்டும். இரவு முழுவதும் மருத்துவமனையில் அனுமதிப்பது வழக்கமாகத் தேவைப்படுவதில்லை.

2.4.2.5 சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பினால் ஏற்படக்கூடிய சிக்கல்கள்

பயிற்சி பெற்ற சுகாதார சேவை வழங்குநரால் கருக்கலைப்புகள் செய்யப்படும்போது அவை மிகவும் பாதுகாப்பானவை எனலாம். இருப்பினும், அதில் அனைத்து மருத்துவ நடைமுறைகளையும் போலவே, சிக்கல்கள் ஏற்பட சிறிய அளவிலான ஆபத்தும் உள்ளது.

முழுமையற்ற கருக்கலைப்பு:

VA மற்றும் D&E நடைமுறைகள் இரண்டிலுமே முழுமையற்ற கருக்கலைப்பு மற்றும் கர்ப்பம் தொடரும் நிலை மிகவும் அரிதானது. இவற்றில் ஏதேனும் ஒன்று நடந்தால், மீண்டும் கர்ப்ப பொருட்கள் வெளியேற்றம் செய்யப்பட வேண்டும்.

இரத்தப்போக்கு:

கர்ப்ப பொருட்கள் கருப்பையில் தங்கி இருந்தால், கருப்பை வாய் அல்லது கருப்பையில் காயம் மற்றும் தொற்று ஏற்பட்டால் அதிக இரத்தப்போக்கு ஏற்படலாம். இரத்தப்போக்கின் காரணத்தைப் பொறுத்து பொருத்தமான சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். இதில் மீண்டும் கர்ப்ப பொருட்களை வெளியேற்றல், நரம்பு வழியாக திரவ மாற்றீடு, நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் வழங்கல் மற்றும் கருப்பை அல்லது யோனியில் ஏற்பட்ட காயங்களுக்குச் சிகிச்சையளித்தல் ஆகியவை அடங்கும்.

நோய்த்தொற்று:

பாதுகாப்பான சூழ்நிலையில் பயிற்சி பெற்ற மருத்துவரால் கருக்கலைப்பு செய்யப்படும்போது தொற்று ஏற்படும் வாய்ப்புகள் அரிதானது. அத்துடன், நடைமுறைக்கு முன் கொடுக்கப்படும் தடுப்பு நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளும் நோய்த்தொற்றிலிருந்து பாதுகாக்கின்றன. இருப்பினும், கருப்பை வாயை விரிவடையச் செய்து மருத்துவ கருவிகள் கருப்பையில் செலுத்தப்படுவதால், யோனி அல்லது வேறு பகுதியில் இருந்து தொற்று மேல்செல்லும் வாய்ப்புகள் அரிய சந்தர்ப்பங்களில் ஏற்படலாம். காய்ச்சல், அதிக இரத்தப்போக்கு, துர்நாற்றம் வீசும் திரவ வெளியேற்றம் மற்றும் வயிற்று வலி மற்றும் கருப்பை வாய் மென்மைதன்மை கொண்டிருத்தல் ஆகியவை நோய்த்தொற்றின் அறிகுறிகளாகும். தொற்றுக்கு நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகளின் வழங்குவது இதற்கான சிகிச்சையாகும். கர்ப்ப பொருட்கள் இருந்தால், அவை மீண்டும் வெளியேற்றம் செய்யப்பட வேண்டும்.

கருப்பை காயம்:

சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பில் அரிதாக ஏற்படக்கூடிய மற்றுமொரு சிக்கல் கருப்பை தவறுதலாக துளையிடப்படல் ஆகும். அதிகமாக கருப்பை துளையிடல்கள் மிகச் சிறியவை மற்றும் கண்டறியப்படாமல் இருக்கும். எனினும், கருப்பை காயம் ஏற்பட்டிருக்கலாம் எனும் சந்தேகம் எழுந்தால், கருப்பை மற்றும் காயத்தைப் பார்க்கவும் சேதத்தின் அளவை மதிப்பிடவும் ஒரு லேப்ராஸ்கோபி பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும். குடல் அல்லது சிறுநீர்ப்பையில் காயம் ஏற்பட்டதாக சந்தேகம் எழுந்தால், லேப்ராடோமி செய்யப்பட்டு பொருத்தமான சிகிச்சை வழங்கப்பட வேண்டும்.

மயக்க மருந்து தொடர்பான சிக்கல்கள்:

லோக்கல் அனஸ்தீசியா மருந்துடன் தொடர்புடைய சிக்கல்கள் மிகவும் அரிதானவை. ஜெனரல் அனஸ்தீசியா வழங்கப்பட்டால், சிக்கல்களின் ஆபத்து அதிகமாக இருக்கும் மற்றும் நீண்ட கால விளைவுகளைக் கொண்டிருக்கலாம்.

நீண்ட கால விளைவுகள்:

தரமான முறையில் செய்யப்பட்ட பாதுகாப்பான சத்திர சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பில் நீண்டகால விளைவுகள் ஏற்படுவதற்கான எந்த ஆதாரங்களும் இல்லை. அடுத்து ஏற்படும் கர்ப்பங்களில் இது எவ்வித பாதிப்பையும் ஏற்படுத்தாது. அத்துடன் கருக்கலைப்புக்குப் பின் உளநல பாதிப்பு ஏற்படும் என்பதற்கான ஆதாரங்களும் இல்லை. எந்தவோர் எதிர்மறையான உளநல விளைவுகளும் பொதுவாக இதற்கு முன் காணப்பட்ட உளநல பிரச்சினைகளின் தொடர்ச்சியாக அல்லது கர்ப்பம் விரும்பப்பட்டதாக இருந்து, கருவில் குறைபாடுகள் இருப்பது போன்ற மருத்துவ காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு செய்ய வேண்டிய கட்டாயம் உண்டாவதனால் ஏற்படும்.

2.4.3 கருக்கலைப்பு முறை தொடர்பான தீர்மானத்தை மேற்கொள்ளல்

மேலே உள்ள பிரிவுகள் கருக்கலைப்புக்கான மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான முறைகள் இரண்டையும் விவரித்துள்ளன. கூடுமான போதெல்லாம், கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபருக்கு அவர்கள் விரும்பும் முறையைத் தேர்வுசெய்யும் வாய்ப்பு வழங்கப்பட வேண்டும். ஒரு நபர் தான் விரும்பும் கருக்கலைப்பு முறையைத் தேர்ந்தெடுப்பதற்கான தெரிவு காணப்படும் போது அந்தக் கருக்கலைப்பு நடைமுறை அவருக்கு ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடியதாக அமையும் என்பதை ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன (Slade et al, 1998).

பக்கம் 25 இல் உள்ள அட்டவணை 3 மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு பற்றி ஒப்பீடு செய்து அதன் சாதக பாதகங்களை முன்வைக்கின்றது. கருக்கலைப்புக்கு முன்னரான ஆலோசனையின் ஒரு பகுதியாக கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபருடன் இந்தத் தகவல்கள் பகிரப்பட வேண்டும். மற்றும் அவர் தனக்கு ஏற்ற முறையைத் தேர்ந்தெடுக்க உதவ வேண்டும்.

தரமான விதத்தில் பாதுகாப்பாக செய்யப்படும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பில் நீண்டகால விளைவுகள் ஏற்படுவதற்கான எவ்வித ஆதாரங்களும் இல்லை. அடுத்து ஏற்படும் கர்ப்பங்களில் இது எவ்வித பாதிப்பையும் ஏற்படுத்தாது. அத்துடன் கருக்கலைப்புக்குப் பின் உளநல பாதிப்பு ஏற்படும் என்பதற்கான ஆதாரங்களும் இல்லை. எந்தவோர் எதிர்மறையான உளநல விளைவுகளும் பொதுவாக இதற்கு முன் காணப்பட்ட உளநல பிரச்சினைகளின் தொடர்ச்சியானவையாகும்.

அட்டவணை 3: மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புகளின் ஒப்பீடு

நேரம்	மருத்துவ கருக்கலைப்பு	வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன்
	> சத்திர சிகிச்சை இன்றிச் செய்யப்படும் > இயற்கையான கருக்கலைப்பு போல இருக்கும், இரத்தப்போக்கு மற்றும் கருப்பை சுருங்குவதனால் அடிவயிற்றில் வலி ஏற்படும் > கருக்கலைப்பை கோரும் நபரின் கட்டுப்பாட்டிற்கு உட்பட்டிருக்கும் > சுயமாகச் செய்துகொள்ளும் வாய்ப்பு (Potential for self-management) > வீட்டிலேயே செய்யப்படலாம் (<9 வாரங்கள்) > VAயை விட அதிக நேரம் எடுக்கலாம் > சிகிச்சை நிலையத்திற்கு ஒன்றுக்கும் மேற்பட்ட நேரங்கள் வருகை தர வேண்டியிருக்கும்	> சுகாதார சேவை நிலையத்தில் செய்யப்படும் > சுகாதார சேவை வழங்குநரால் செய்யப்பட்டு கட்டுப்படுத்தப்படுகின்றது > கருப்பையினுள் கருவிகளை உட்செலுத்துவதன் மூலம் செய்யப்படுகின்றது > கருப்பை சேதமடைய சிறு அளவிலான வாய்ப்பு உள்ளது > உடனடியாக நிறைவடையும் நடைமுறை : கருக்கலைப்பு முழுமையாக இடம்பெற்றதை உடனடியாக உறுதி செய்யலாம்
	> சத்திர சிகிச்சை இன்றிச் செய்யப்படும் > இயற்கையான கருக்கலைப்பை போல இருக்கும் > சுகாதார சேவை நிலையத்தில் செய்யப்படும் > D&Eயை விட அதிக நேரம் எடுக்கும், பல மணித்தியாலங்கள் அல்லது சில நாட்கள் வரை > கர்ப்ப பொருட்கள் அனைத்தும் வெளியேறும் வரை நபர் சுகாதார சேவை நிலையத்தில் இருக்க வேண்டும், இரவு தங்கி இருக்க வேண்டிய தேவை ஏற்படலாம்	> சுகாதார சேவை நிலையத்தில் செய்யப்படும் > சுகாதார சேவை வழங்குநரால் செய்யப்பட்டு கட்டுப்படுத்தப்படுகின்றது > உடனடியாக நிறைவடையும் நடைமுறை, கருக்கலைப்பு முழுமையாக இடம்பெற்றதை உடனடியாக உறுதி செய்யலாம் > கருப்பை வாயை தயார்ப்படுத்தும் நடைமுறை தேவைப்படும் > கருப்பையினுள் கருவிகளை உட் செலுத்துவதன் மூலம் செய்யப்படுகின்றது > கருப்பை அல்லது கருப்பை வாய் சேதமடைவதற்கான சிறு வாய்ப்புள்ளது

2.5 கருக்கலைப்பிற்கு பின்னரான பராமரிப்பு

கருக்கலைப்பு நடைமுறையினால் ஏற்படும் நோயுறும் தன்மை மற்றும் இறப்பு ஆகியவற்றைத் தவிர்க்க கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு அவசியமாகின்றது. இது பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் பின்னர் மிகவும் அவசியம். ஏனெனில், கருக்கலைப்பின் பின்னர் சரியான பராமரிப்பு பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் சில பாதகமான விளைவுகளைக் கையாள உதவும்.

கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பின் நோக்கங்கள்:

- கருக்கலைப்பு செய்துகொண்டவருக்கு போதுமான பின்தொடர்தல் சேவைகளை உறுதி செய்ய,
- ஏதேனும் சிக்கல்களை முன்கூட்டியே கண்டறிந்து சிகிச்சையளிப்பதை உறுதி செய்ய,
- கருத்தடை சேவைகளை வழங்க.

கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் அனைத்து நபர்களுக்கும் அவர்கள் வீடு திரும்பு முன், வாய்மொழியாகவும் எழுத்துப்பூர்வமாகவும்; அடுத்த சில நாட்களில் என்ன எதிர்பார்க்கலாம், என்ன செய்யலாம், என்ன செய்யக் கூடாது என்பது குறித்த தெளிவான அறிவுறுத்தல்கள் வழங்கப்பட வேண்டும். இதில் இரத்தப்போக்கு எவ்வளவு காலம் நீடிக்கும், அவர்கள் எப்போது சாதாரணமான செயற்பாடுகள் மற்றும் பாலியல் உறவை மீண்டும் ஆரம்பிக்கலாம், மற்றும் மருத்துவ சிகிச்சைகளை நாடவேண்டிய ஆபத்து அறிகுறிகளை எவ்வாறு கண்டறிவது எனும் தகவல்கள் அடங்கி இருக்க வேண்டும்.

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பின் பின், ஒருவர் எவ்வித சிக்கலையும் எதிர்கொள்ளாவிட்டால் வழமையான பின்தொடர்தல் சேவைகள் தேவையில்லை. மருத்துவ மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பைத் தொடர்ந்து ஏற்படக்கூடிய சாதாரணமான சிக்கல்கள் மேல் உள்ள துணைப்பிரிவுகளில் கலந்துரையாடப்பட்டுள்ளன.

2.5.1 பாதிப்பைக் குறைக்கும் உத்தியாகக் கருக்கலைப்பிற்கு பின்னரான பராமரிப்பு (harm reduction strategy)

கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக தடைசெய்யப்பட்ட சூழல்களில்- பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு செய்த நபர்களிடையே நோயுறும் தன்மை மற்றும் இறப்பைத் தடுக்க, பொருத்தமான பராமரிப்பு வழங்கப்படுவதை உறுதி செய்வதற்கான ஓர் உத்தியாக கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு பயன்படுத்தப்படுகிறது. இத்தகைய கட்டுப்பாடுகள் உள்ள நாடுகளில், கருக்கலைப்பு பற்றி கலந்துரையாடவும், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் நடப்பதைத் தடுக்கும் ஒரு நுழைவுப் புள்ளியாக கருக்கலைப்புக்குப் பின்னான பராமரிப்பு பயன்படுத்தப்படலாம்.

கருக்கலைப்பு தொடர்பான சிக்கல்களுடன் வரும் நபர்களுக்கு சிகிச்சை வழங்குவதற்கான தார்மீக கடப்பாடு மற்றும் பொறுப்பு சுகாதார சேவை வழங்குநர்களுக்கு உள்ளது. மேலும், அத்தகைய சிகிச்சையை வழங்க மறுப்பதை மனசாட்சியின் படியான ஆட்சேபனையின் (conscientious objection) மூலம் நியாயப்படுத்த முடியாது. எனவே, கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக கட்டுப்படுத்தப்பட்ட நாடுகளில், தரமான கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு மேம்படுத்தப் படுவதும் பாதிப்புகளை குறைக்கும் ஓர் உத்தியாகக் காணலாம்.

இவ்வாறான சூழலில்- வழங்கப்படும் கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு சிறந்த தரம், மனித நேயம் மற்றும் பாரபட்சம் மற்றும் முன்தீர்ப்பற்றதாக அமைய வேண்டும். மேலும், சிகிச்சை முறையில்- இயற்கையான மற்றும் தூண்டப்பட்ட கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்களுக்கான சிகிச்சை, ஆலோசனை, கருத்தடை சேவைகள், பாலியல் தொற்றுக்களுக்கான (STI) பரிசோதனை மற்றும் சிகிச்சை, HIV தொடர்பான ஆலோசனை மற்றும் பரிசோதனை, புற்றுநோய் பரிசோதனை உள்ளிட்ட பிற இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளுடன் இணைத்தல் ஆகியவை அடங்கும். கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு பாதிப்புகளை குறைக்கும் ஓர் உத்தியாக விளங்கும் மேலதிக தகவல்கள் மற்றும் உதாரணங்கள் பகுதி 3 இல் கலந்துரையாடப்படும்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 1_1

கருக்கலைப்பு பராமரிப்பின் தொழில்நுட்ப அம்சங்கள்*

ஆம் இல்லை

	கருக்கலைப்பிற்கு முந்தைய பராமரிப்பு	குறிப்புகள்
	ஒருவருக்கு அறிவியல், மருத்துவ ரீதியாகச் சரியானதும் முழுமையானதுமான தகவல்கள் அவர் புரிந்துகொள்ளும் மொழியில் ஆலோசனை வழங்கப்பட வேண்டும்.	
	ஆலோசனை மற்றும் தகவல்களை வழங்குவது அதற்குரிய சரியான பயிற்சியை பெற்ற அர்ப்பணிப்புள்ள நபர்களால் மட்டுமே செய்யப்பட வேண்டும்.	
	தனியுரிமை மற்றும் ரகசியத்தன்மையை உறுதி செய்யும் ஓர் இடத்தில் ஆலோசனை வழங்கப்பட வேண்டும்.	
	ஆலோசனை முன்தீர்ப்பற்றதாகவும், நடுநிலையாகவும் இருக்க வேண்டும்.	
	கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பு- சுகாதார சேவை வழங்குநர் ஒரு நபரின் முழுமையான மருத்துவ வரலாற்றை அறிதல் வேண்டும். அவையாவன: • கடைசி மாதவிடாய் ஏற்பட்ட திகதி. • மாதவிடாய் சுழற்சிகள் விபரம். • கடந்தகால மருத்துவ வரலாறு. • ஏதேனும் இரத்தப்போக்கு தொடர்பான சிக்கல்களின் வரலாறு. • தொடர்ச்சியாக எடுக்கும் மருந்துகள். • ஏதேனும் ஒவ்வாமைகள். • மகப்பேறியல் மற்றும் மகளிர் மருத்துவ வரலாறு. • இதனுடன் தொடர்புடைய நோய்கள் குறித்த குடும்ப வரலாறு. • கர்ப்பத்தைத் தொடர அல்லது நிறுத்த முடிவு செய்வது தொடர்பான வன்முறை மற்றும் வற்புறுத்தலின் வரலாறு உள்ளிட்ட சமூக காரணிகளின் வரலாறு,	
	கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பு- சுகாதார சேவை வழங்குநர் ஒரு நபரின் முழுமையான உடல் பரிசோதனையை மேற்கொள்ளல் வேண்டும். அவையாவன: • நாடித்துடிப்பு விகிதம், இரத்த அழுத்தம் • இரத்த சோகை நிலை • இடுப்புப் பகுதியைப் பரிசோதித்தல் • பாலியல் தொற்றுகளைப் பரிசோதித்தல்	
	அனைத்து கருக்கலைப்புகளுக்கு முன்பும் அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனை வழக்கமாக அவசியமாவதில்லை. எனினும், சில மருத்துவ சூழல்களில் அல்ட்ராசவுண்ட் பயனுள்ளதாக அமையலாம்.	

	கருக்கலைப்பிற்கு முந்தைய பராமரிப்பு	குறிப்புகள்
	கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபருக்கு, கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக எதிர்கால கருத்தடை பற்றிய தகவல்களை வழங்க வேண்டும்.	
	வழங்கப்படும் தகவல்கள்- அந்த நபருக்கு மிகவும் பொருத்தமான கருத்தடை முறையைத் தெரிவு செய்யக்கூடிய வகையில், பொருத்தமான அனைத்து முறைகளையும் கலந்துரையாட வேண்டும்.	
	கருக்கலைப்பு நடைமுறை: *மருத்துவ கருக்கலைப்பு*	குறிப்புகள்
	மருத்துவ கருக்கலைப்பு என்பது எந்தச் சத்திர சிகிச்சை முறையும் இல்லாது, மருந்துகளைப் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பு செய்வதாகும்.	
	கர்ப்பம் ஏற்பட்ட ஒன்பது வாரங்களுக்குள் மருத்துவ கருக்கலைப்பை வீட்டிலேயே செய்து கொள்ளலாம்.	
	12 வாரங்களுக்கும் குறைவான கர்ப்பம் கொண்ட நபர்கள் தம் கருக்கலைப்பைச் சுயமாகச் செய்துகொள்ளலாம்	
	கருக்கலைப்புக்கு முன்னரான ஆலோசனை போதுமான வலி நிவாரணி தெரிவுகளை உள்ளடக்கி இருக்க வேண்டும்.	
	கர்ப்பமடைந்த 20 வாரங்களுக்குப் பிறகு மருத்துவ கருக்கலைப்பு தேவைப்பட்டால்இகருக்கலைப்பை நாடும் நபர் தெரிந்த தீர்மானத்தைச் செய்யக்கூடிய வாய்ப்பு வழங்கப்பட வேண்டும்.	
	கருக்கலைப்புக்கு முந்தைய ஆலோசனையின் ஒரு பகுதியாக மருத்துவ கருக்கலைப்புடன் தொடர்புடைய பொதுவான சிக்கல்கள் தெளிவாகவும் முழுமையாகவும் கலந்துரையாடப்பட வேண்டும்.	

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 1_2		
	கருக்கலைப்பு நடைமுறை: *சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு*	குறிப்புகள்
	சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு என்பது கருப்பை வாயை விரிவாக்கி சிறு அறுவை சிகிச்சை மூலம் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பாகும்.	
	சத்திர சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு பொதுவாகப் பயன்படுத்தப்படும் வலி நிவாரண நடவடிக்கைகளில்: • முன்கூட்டியே வழங்கப்படும் டயஸெபம் போன்ற பதட்ட எதிர்ப்பு மருந்துகளும், • நடைமுறையை ஆரம்பிக்கும் போது கருப்பை வாயைச் சுற்றி செலுத்தப்படும் வழமையான மயக்க மருந்துகளும் ; (paracervical block) அடங்குகின்றன.	
	சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புக்குப் பொதுவான மயக்க மருந்து வழக்கமாக பரிந்துரைக்கப்படுவதில்லை.	
	சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பில் நோய்த்தொற்றுதடுப்பு நடைமுறைகள்: • வழமையான தொற்றுத் தடுப்பு நடைமுறைகள் - கை கழுவுதல்இ தனிப்பட்ட பாதுகாப்பு உபகரணங்களின் பயன்பாடு, கிருமித்தொற்று தடுக்கும் முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளின் பயன்பாடு, கிருமிநீக்கம் செய்த உபகரணங்கள்/ கருவிகளின் பயன்பாடு • தொடுதல் அற்ற நுட்பங்கள் • ஊறவைத்தல் மற்றும் கிருமி நீக்கம் • சுத்தம் செய்தல் • கிருமி நீக்கம்/உயர்நிலை கிருமி நீக்கம் • நோய்த்தடுப்பு ஆன்டிபயாடிக் பயன்பாடு • கருக்கலைப்பிலிருந்து பெறப்பட்ட திசுக்களைச் சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநர் பார்வையிட்டு, கர்ப்ப பொருட்கள் அனைத்தும் அகற்றப்பட்டுள்ளதை உறுதி செய்ய வேண்டும்	
	D & C (கருப்பை வாயை விரிவாக்கி அறுவை சிகிச்சை) இப்போது வழக்கத்தில் இல்லாததாக கருதப்படுகிறது .	
	கருக்கலைப்பிலிருந்து பெறப்பட்ட திசுக்களைச் சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநர் பார்வையிட்டு, கர்ப்ப பொருட்கள் அனைத்தும் அகற்றப்பட்டுள்ளதை உறுதி செய்ய வேண்டும்,	
	மயக்க மருந்தின் விளைவுகள் நீங்கும் வரை நபர் சுகாதார நிலையத்தில் இருக்க வேண்டும். இரவு முழுவதும் மருத்துவமனையில் அனுமதிப்பது வழக்கமாகத் தேவைப்படுவதில்லை.	

	கருக்கலைப்புக்கு முன்னரான ஆலோசனையின் ஒரு பகுதியாக கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபருடன் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பின் பின்னர் ஏற்படக்கூடிய சிக்கல்கள் குறித்த தெளிவான அறிவுறுத்தல்கள் வழங்கப்பட வேண்டும்.	
கருக்கலைப்பிற்கு பின்னரான பராமரிப்பு		குறிப்புகள்
	கருக்கலைப்பு நடைமுறையினால் ஏற்படும் நோயுறும் தன்மை மற்றும் இறப்பு ஆகியவற்றைத் தவிர்க்க கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு அவசியமாகின்றது. இது பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் பின்னர் மிகவும் அவசியம்.	
	கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் அனைத்து நபர்களுக்கும் அவர்கள் வீடு திரும்பு முன்- வாய்மொழியாகவும் எழுத்துப்பூர்வமாகவும்; அடுத்த சில நாட்களில் என்ன எதிர்பார்க்கலாம், என்ன செய்யலாம், என்ன செய்யக் கூடாது என்பது குறித்த தெளிவான அறிவுறுத்தல்கள் வழங்கப்பட வேண்டும்.	

**உரிமைகள் அடிப்படையிலான கவனிப்பு வழங்குதல் பற்றிய அத்தியாயம் 4 இல் உள்ள சரிபார்ப்புப் பட்டியல்களுடன் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்*

பகுதி 3
சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள்: மனித உரிமை சார் கண்ணோக்கைப் பயன்படுத்தல்

இந்தப் பகுதியின் நோக்கம் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலைப் பாதிக்கும் சட்டங்கள், கொள்கைகள் (சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளைச் செயற்படுத்தப்படும் / அமல்படுத்தப்படும் விதம் உட்பட) குறித்த விரிவான விளக்கத்தை வழங்குவதாகும். ஒருவரின் நாட்டில் அல்லது அவர்கள் வாழும் பிரதேசத்தில் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகல் தொடர்பான கொள்கை மற்றும் சட்ட சூழலை மதிப்பாய்வு செய்வதற்கான சரிபார்ப்புப் பட்டியலை இந்தப் பகுதி உள்ளடக்கியுள்ளது. இதன் முதல் பகுதியில் ICPDக்குப் பின் உலகில் கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை தொடர்பில் ஏற்பட்ட மாற்றங்கள் விவரிக்கப்படுகின்றன. அத்தோடு 1994ஆம் ஆண்டு முதல் ஏற்பட்ட முன்னேற்றங்கள் மற்றும் பின்னடைவுகள் ஆவணப் படுத்தப்படுகின்றன. இதைத் தொடர்ந்து, இரண்டாவது பகுதியில் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைத் தளர்வு படுத்தவும், கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களின் கட்டுப்பாடுகளை விரிவுபடுத்தவும் பல்வேறு நாடுகளில் பெண்கள் மற்றும் சிவில் சமூக அமைப்புகள் பயன்படுத்தும் உத்திகளின் உதாரணங்களையும் வழங்குகிறது.

ஒப்பீட்டளவில் தளர்வான கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட நாடுகளில் கூடக் கருக்கலைப்பு குறிப்பிட்ட கர்ப்ப கால அளவு வரை மட்டுமே அணுகக் கூடியதாக உள்ளது என்பது கவனிக்க வேண்டிய விடயமாகும். சேவையைப் பெற்றுக்கொள்வதிலும் பிற கட்டுப்பாடுகள் காணப்படலாம். உதாரணமாக: சில நாடுகளில், சில கருக்கலைப்பு முறைகள் மட்டுமே காணப்படக்கூடும்; அல்லது சேவைகள் வைத்தியசாலை போன்ற இரண்டாம் நிலை / மூன்றாம் நிலை மருத்துவ நிலையங்களில் மட்டுமே கிடைக்கக்கூடும்; அல்லது கணவரின் ஒப்புதல் தேவைப்படலாம், மற்றும் பல கட்டுப்பாடுகள் காணப்படலாம். இவை இதன் இறுதிப் பகுதியில் கலந்துரையாடப்படுகின்றன.

3.1 உலகில் கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை மற்றும் ICPDயைத் தொடர்ந்து ஏற்பட்ட மாற்றங்கள்

3.1.1 உலகில் கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை

கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டப்பூர்வ நிலை, கடுமையான கட்டுப்பாடுகளில் இருந்து மிகவும் தளர்வானது வரை என 5 விதங்களாக வகைப்படுத்தப்படுகின்றன:

வகைபடுத்தல் 1: உலகில் 26 நாடுகள் எந்தச் சூழ்நிலையிலும் கருக்கலைப்பை அனுமதிப்பதில்லை.

வகைபடுத்தல் 2: உலகில் 39 நாடுகள் பெண்ணின் / நபரின் உயிரைக் காப்பாற்ற மட்டுமே கருக்கலைப்பை அனுமதிக்கின்றன. இவற்றில், 10 நாடுகள் பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவுகளால் வன்புணர்விற்குள்ளாதல் மற்றும் கடுமையான கருக்குறைபாடு போன்ற மேலதிக காரணங்களுக்கும் கருக்கலைப்பை அனுமதிக்கின்றன.

வகைபடுத்தல் 3: உலகில் 56 நாடுகளில், சுகாதார மருத்துவ காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படுகிறது. மேலும், இவற்றுள் 25 நாடுகள் உளநலம் சார் காரணிகளையும் வெளிப்படையாகக் குறிப்பிடுகின்றன. இந்த வகையைச் சேர்ந்த / கிட்டத்தட்ட அனைத்து நாடுகளும் மேற்குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மேலதிக காரணிகளுக்காகவும் கருக்கலைப்பை அனுமதிக்கின்றன.

வகைபடுத்தல் 4: உலகில் 14 நாடுகள் மேற்குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து காரணிகள், சமூக மற்றும் பொருளாதார காரணிகள், அது போலப் பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவுகளால் வன்புணர்விற்குள்ளாதல் மற்றும் கடுமையான கருக்குறைபாடுகளுக்கும் கருக்கலைப்பை அனுமதிக்கின்றன.

வகைபடுத்தல் 5: உலகின் 66 நாடுகளில் கோரிக்கையின் பேரில் கருக்கலைப்பு கிடைக்கக் கூடியதாக உள்ளது (CRR 2019a).

முதலாம், இரண்டாம் மற்றும் மூன்றாம் வகைகளைச் சேர்ந்த நாடுகள் பொதுவாக **"கட்டுப்படுத்தப்பட்ட"** கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்டவை எனவும், நான்காம் மற்றும் ஐந்தாம் வகையில் உள்ள நாடுகள் **"தளர்வான"** கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்டவை எனவும் கருதப்படுகின்றன. உலகளவில் இனவிருத்தி வயதைச் சேர்ந்த பெண்களில் ⅖ பங்கிற்கும் சற்று அதிகமானோர் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்பு சட்டங்களைக் கொண்ட நாடுகளில் வாழ்கின்றனர். மேலும், 59%மானோர் கருக்கலைப்பு சேவைகள் தளர்த்தப்பட்ட சட்டங்களின் அடிப்படையில் கிடைக்கப்பெறும் நாடுகளில் வாழ்கின்றனர் (CRR 2019a).

3.1.2. 1994 முதல் கருக்கலைப்பு சட்டங்களின் தளர்வுபடுத்தலில் ஏற்பட்ட முன்னேற்றங்கள் மற்றும் பின்னடைவுகள்

ICPD இடம்பெற்றது முதல் கடந்த 25 ஆண்டுகளில் (1994-2020) 48 நாடுகள் அதிகக் கட்டுப்பாடுகளற்ற விதங்களில் கருக்கலைப்பு சட்டங்களை மாற்றியமைத்தன. இவற்றில் 40 நாடுகள் அபிவிருத்தியடைந்து வரும் நாடுகள் (CRR 2019b-progress). உலகம் முழுவதிலும் உள்ள 40 நாடுகளில் கடந்த இரண்டரை தசாப்தங்களாகக் கருக்கலைப்புச் சட்டங்களில் ஏற்பட்ட மாற்றங்கள் குறித்தத் தகவல்களைப் படம் 4இல் காணலாம்.

இவற்றில் மிகவும் குறிப்பிடத்தக்க சட்ட மாற்றங்கள்: 15 நாடுகளில் கருக்கலைப்பு கிடைக்கக்கூடியதானது, மேலும் 18 நாடுகள் கருக்கலைப்புக்கு காணப்பட்ட முற்றான தடைகளை நீக்கவும் வழிவகுத்தது. நேபாள் மற்றும் சாஓ டோம் மற்றும் பிரின்சிபி (Sao Tome & Principe) ஆகிய இரண்டு நாடுகளும் கருக்கலைப்புக்கான முற்றான தடையை நீக்கி, 5ம் வகையான கோரிக்கையின் பேரில் கருக்கலைப்பு கிடைக்கும் நிலையை அடைந்தன. முற்றான தடையை நீக்கிய 11 நாடுகளில், மருத்துவ சுகாதார

காரணங்களுக்காகவும், பாலியல் வன்புணர்வு,இரத்த உறவுகளால் வன்புணர்விற்குள்ளாதல் மற்றும் கடுமையான கருக்குறைபாடு போன்ற மேலதிக காரணங்களுக்காகவும் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட்டது. கருக்கலைப்புக்கான முற்றான தடையை நீக்கிய 5 நாடுகளில் கர்ப்பிணிப் பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்றவும், பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவுகளால் வன்புணர்விற்குள்ளாதல் மற்றும் கடுமையான கருக்குறைபாடு போன்ற காரணங்களுக்காக மட்டுமே கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட்டது. மற்ற சந்தர்ப்பங்களில், மேலதிக காரணங்கள் சேர்க்கப்பட்ட போதிலும் வகைப்படுத்தலில் எந்த மாற்றமும் ஏற்படவில்லை. (CRR 2019b) சிறிய முன்னேற்றங்கள் மட்டுமே ஏற்பட்டுள்ளன.

துரதிர்ஷ்டவசமாக, கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்கள் மேலும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட நாடுகளும் காணப்படுகின்றன. டொமினிகன் குடியரசு மற்றும் நிகரகுவாவில் பெண்ணின் உயிரைப் பாதுகாக்க அனுமதிக்கப்பட கருக்கலைப்பு தற்போது எல்லா சூழ்நிலைகளிலும் தடைசெய்யப்பட்டுள்ளது. அதே நேரத்தில் ஈராக் மற்றும் காங்கோவில் மருத்துவ ஃசுகாதார காரணிகளுக்கு அனுமதிக்கப்பட்ட கருக்கலைப்புகள் தற்போது முழுமையாக தடை செய்யப்பட்டதாக மாறியுள்ளது (UN 2014 மற்றும் CRR 2019b). டொமினிகன் குடியரசில் ஏற்படுத்தப்பட்ட ஒரு அரசியலமைப்புத் திருத்தம் உயிர் வாழும் உரிமை கரு உருவாகிய நேரம் முதல் ஆரம்பிக்கிறது எனக்கூறுகின்றது (Amnesty International 2009). 2006ஆம் ஆண்டில், நிகரகுவா தேசிய சட்டமன்றத்தில் கருக்கலைப்பை முற்றிலும் தடைசெய்யும் ஒரு சட்டம் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டு சட்டமாக்கப்பட்டது (BBC News 29 அக்டோபர் 2006). மேலும், 7 நாடுகள் கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படும் காரணிகளின் எண்ணிக்கையைக் குறைத்தன. (அட்டவணை 4)

அட்டவணை 4: ICPDயைத் தொடர்ந்து கருக்கலைப்புச் சட்டங்கள் மேலும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட நாடுகள்

நாடு	ICPDயைத் தொடர்ந்து ஏற்படுத்தப்பட்ட கட்டுப்பாடுகள்
அல்ஜீரியா	பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் இரத்த உறவுகள் மூலமான பாலியல் வன்புணர்வு காரணிகளில் இருந்து நீக்கப்பட்டது
பெலிசே	பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் இரத்த உறவுகள் மூலமான பாலியல் வன்புணர்வு காரணிகளில் இருந்து நீக்கப்பட்டது
கொங்கோ (Brazzaville)	சுகாதார காரணிகளில் இருந்து முற்றாகத் தடை செய்யப்பட்டது
டொமினிக்கன் குடியரசு	உயிரைக் காப்பதற்கான காரணிகளில் இருந்து முற்றாக தடை செய்யப்பட்டது
ஈக்குவடோர்	பாலியல் வன்புணர்வு காரணிகளில் இருந்து நீக்கப்பட்டது
ஈராக்	சுகாதார காரணிகளில் இருந்து முற்றாகத் தடை செய்யப்பட்டது
ஜப்பான்	உளநலம் காரணிகளில் இருந்து நீக்கப்பட்டது
நிக்கராகுவா	உயிரைக் காப்பதற்கான காரணிகளில் இருந்து முற்றாகத் தடை செய்யப்பட்டது
பப்புவா மற்றும் நியூ கினியா	உடல் மற்றும் உள ஆரோக்கியம் தொடர்பான காரணிகளில் இருந்து உயிரைக் காக்க

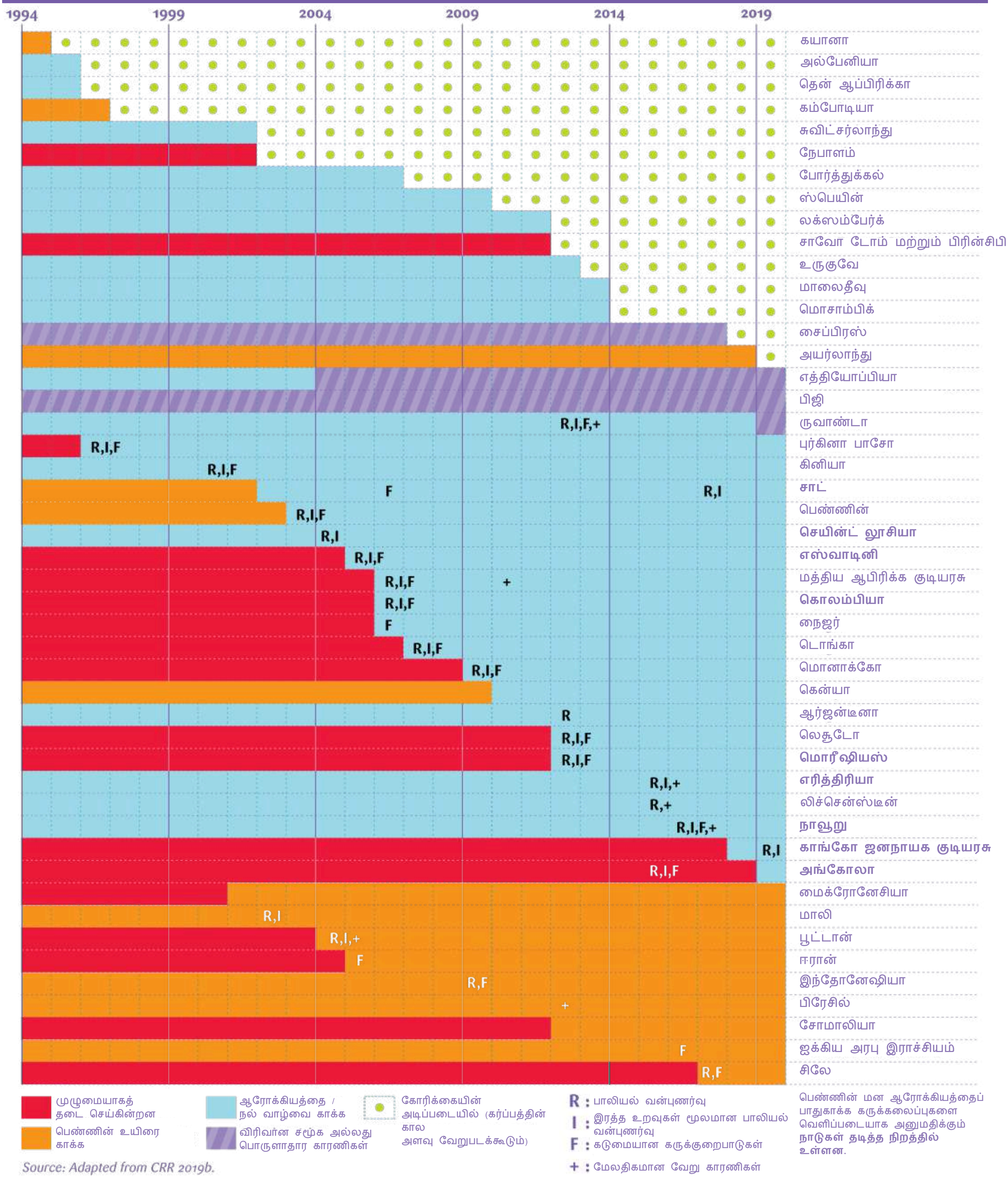
Source: UN 2014 and CRR 2019b.

3.2. திருத்தத்தங்களை முன்கொண்டு செல்லல்: கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சட்டங்களில் விரிவான திருத்தங்களை ஏற்படுத்த பயன்படுத்தக்கூடிய உத்திகள் தொடர்பான உதாரணங்கள்.

இந்தப் பிரிவில் நாம், பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான அணுக்களை விரிவுபடுத்தும் மற்றும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் மரணங்கள், நோயுறும் நிலைகளைக் குறைக்கும் நோக்குடன் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களை விரிவுபடுத்த பயன்படுத்தப்படுகின்ற 5 உத்திகளின் உதாரணங்களை வழங்குகின்றோம்.

முதல் உதாரணம்: பங்களாதேஷில் மாதவிடாய் ஒழுங்குபடுத்தல் (Menstrual Regulation) எனும் முறையை பயன்படுத்திக் கர்ப்பமடைந்த முதல் மூன்று மாதம்வரை கருக்கலைப்பு சேவைகள் வழங்கப்படுகின்றன. **இரண்டாவது**: கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்கள் கடுமையாகக் காணப்படும் சூழல்களில், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் மரணம் மற்றும் நோய்நிலைகளைக் குறைப்பதற்கான ஒரு உத்தியாகக் கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு (PAC) பயன்படுத்தப்படுகின்றது. **மூன்றாவது:** பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பால் ஏற்படும் தாய் மரணங்களைக் குறைக்கப் பயன்படுத்தப்படும் தீங்கை குறைக்கும் உத்தி. இது உருகுவேயில் பயன்படுத்தப்பட்டு தாய் மரணங்களைக் கணிசமான அளவில் குறைக்க உதவியுள்ளது. இது கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைத் தளர்த்த செய்யப்படும் சமூக செயற்பாடு மற்றும் அணிதிரட்டலுடன் ஒருங்கே செய்யப்பட்டதொரு பரிசோதனை முயற்சியாகும். சுகாதார / மருத்துவ காரணிகளுக்குக் கருக்கலைப்பு அணுகல் காணப்பட்ட லத்தீன் அமெரிக்க நாடுகளில், இதைத் தளர்த்தப்பட்ட முறையில் பயன்படுத்த சுகாதார சேவை வழங்குனர்களுடன் செய்யப்பட்ட துணை வலுசேர்த்தல் நடவடிக்கைகள் **நான்காவது** உதாரணமாகும். **ஐந்தாவது:** கடுமையான கட்டுப்பாடுகள் கொண்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட அல்லது அணுகல் குறைவாக நாடுகளில் சுயமாகக் கருக்கலைப்புகளைச்

படம் 04: ICPD இடம்பெற்றது முதல் கருக்கலைப்பு சட்டங்களைத் தளர்த்திய நாடுகள் (40 நாடுகள்)



Source: Adapted from CRR 2019b.

செய்துகொள்ள தொலைபேசி மூலமான சேவைகளை வழங்கும் பெண்ணியவாத அடிப்படையிலான அணுகுமுறை. இது COVID-19 தொற்றுக் காலப்பகுதியில் பாதுகாப்பான மற்றும் வினைத்திறன் வாய்ந்த முறையாக அங்கீகாரம் பெற்றது.

3.2.1 தாமதமான மாதவிடாயைச் சரிப்படுத்த மாதவிடாயை ஒழுங்குபடுத்தல்

பங்களாதேஷில், 1860ஆம் ஆண்டின் தண்டனைச் சட்டத்தின் கீழ் பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்றுவதைத் தவிர வேறு காரணிகளுக்காகச் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு குற்றமாகக் கருதப்படுகின்றது. இருப்பினும், மாதவிடாய் ஒழுங்குபடுத்தல் (MR) என்பது "ஒரு குறுகிய காலத்திற்கு மாதவிடாய் ஏற்படாத போது மாதவிடாயை ஒழுங்குபடுத்த" அங்கீகரிக்கப்பட்ட நடைமுறையாகும் (Women on Waves 2020) மற்றும் 1979 முதல் நாட்டின் குடும்பத் திட்டமிடல் நிகழ்ச்சியின் ஒரு பகுதியாக இது இருந்து வருகிறது. பங்களாதேஷில் கர்ப்பம் உறுதி செய்யப்படாத வரை தாமதமான மாதவிடாயை மீள ஏற்படுத்துவது பாரம்பரிய நடைமுறையாக காணப்படுவதனால் அங்கு MR ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டுகின்றது (Dixon-Mueller 1988).

நாடு முழுவதும் 5,000க்கும் மேற்பட்ட அரசு மருத்துவமனைகளில் MR கிடைக்கக் கூடியதாக உள்ளது. மாதவிடாய் தாமதமான அனைத்து பெண்களும் இந்தச் சேவையை அணுகலாம். மாதவிடாய் 12 வாரங்கள் வரை தாமதமான போது MVA பயன்படுத்தப்படுகின்றது மற்றும் ஒன்பது வாரங்கள் வரை தாமதமானால் MVA மற்றும் மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் இரண்டையும் பயன்படுத்தும் முறைகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன (இது MRM என அழைக்கப்படுகின்றது). மருந்து மூலமான கருக்கலைப்பு MR செய்வதில் பயிற்சி பெற்ற மருத்துவர்கள் அல்லது மருத்துவர்கள் அல்லாதவர்களால் 10 வாரங்கள் வரை வழங்கப்படலாம், எனினும் பயிற்சி பெற்ற ஒரு மருத்துவரால் மட்டுமே MVA செய்யப்படும். இது 12 மாதவிடாய் தாமதமான 12 வாரங்களுக்குள் செய்யப்பட வேண்டும் (Sultana 2020). குடும்ப சுகாதார மருத்துவ மாதுகள், சுகாதார ஊழியர் மற்றும் குடும்ப நல உத்தியோகத்தர்கள் (FWVs) போன்ற மருத்துவர்கள் அல்லாதவர்களுக்கு MR செய்வதற்கான பயிற்சி அளிக்கும் திட்டம் 1980களில் இருந்து நடைமுறையில் உள்ளது, மேலும் இது சேவைகளுக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்த உதவியுள்ளது.

2015ஆம் ஆண்டு மருந்து மூலமான MR குடும்பத் திட்டமிடலுக்கான பணிப்பாளர் நாயகத்தினால் வெளியிடப்பட்ட குறிப்பாணை மூலம் அங்கீகரிக்கப்பட்டது. இது அதன் செயற்படுத்தும் முறை தொடர்பான ஆய்வு மற்றும் மருத்துவ ஆய்வுகள் அதன் பாதுகாப்பு - ஏற்றுக்கொள்ளத்தக்க தன்மையை நிறுவிய பின்னர், அங்கீகரிக்கப்பட்டது (Govt.of Bangladesh. 2015). இணைந்து பயன்படுத்தப்படும் மிபெப்ரிஸ்டோன் - மிசோப்ரோஸ்டொலின் உள்ளூர் உற்பத்திக்கான ஒப்புதல் நாட்டில் தடையின்றி காணப்பட வழிவகுத்துள்ளது.

மாதவிடாய் தாமதமாக வருவது கலாசார ரீதியாக ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட கருத்தாகவும் நடைமுறையாகவும் இருக்கும் சூழல்களில் முதல் மூன்று மாதத்திற்குள் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை ஏற்படுத்த MR ஒரு பொருத்தமான உத்தியாக இருக்கலாம். எனினும், இந்த உத்தியில் சவால்கள் இல்லாமல் இல்லை. சமீபகால ஆய்வில், MR சேவைகளை வழங்க பயிற்சி பெற்ற பணியாளர்கள் மற்றும் உபகரணங்களைக் கொண்ட பல சுகாதார சேவை நிலையங்கள் இச்சேவையை வழங்கவில்லை. ஏனெனில், பெரும்பாலான சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் இந்த நடைமுறையை வழங்க விரும்பவில்லை அல்லது அதற்கு தாம் தயாராக இருக்கவில்லை என்பதை உணர்ந்தனர் (Guttmacher Institute 2012). இரண்டாவதாக, MR சேவைகள் கர்ப்பம் அடைந்து 10 வாரங்கள் வரை மட்டுமே வழங்கப்படுகின்றன. இது நன்கறியப்பட்ட காரணங்களான கர்ப்பத்தைத் தாமதமாகக் கண்டறிந்த நபர்கள், MR சேவையை அடைய நேரம் மற்றும் பணத்தைத் திரட்டுவதில் சிரமங்களைச் சந்திக்கும் நபர்கள், கர்ப்பத்தின் பிற்பகுதியில் கருக்கலைப்பு செய்யத் தீர்மானிக்கும் நபர்கள் போன்றோர் கருக்கலைப்பை அணுகுவதில் தடைகளை ஏற்படுத்துகிறது. மிக முக்கியமாக, MR சேவைகளின் அணுகல் காணப்படும் போதிலும் அனைத்து நபர்களுக்கும் கோரிக்கையின் பேரில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு

சேவைகளைப் பெற்றுக்கொள்ள துணைவலுசேர்த்தல் என்பது செயற்பாடுகளை மேற்கொள்வதற்கான தேவையாக இன்னும் காணப்படுகின்றது.

3.2.2 கருக்கலைப்பிற்குப் பிந்தைய பராமரிப்பை, பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் மரணங்கள் மற்றும் நோயுறும் தன்மையைக் குறைக்கும் உத்தியாகப் பயன்படுத்தல்

பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் தீங்கு விளைவிக்கும் உடல் ஆரோக்கிய விளைவுகளை நிவர்த்தி செய்வதற்காக USAIDஇன் ஆதரவின் கீழ் 1994யில் "கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு முறைமை" (PAC) உருவாக்கப்பட்டது (Curtis 2007). PAC மூன்று அம்சங்களைக் கொண்டிருந்தது:

a) இயற்கையான அல்லது தூண்டப்பட்ட கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்களுக்கு அவசர சிகிச்சை,

b) கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய குடும்பத் திட்டமிடல் ஆலோசனை மற்றும் சேவைகள்; மற்றும்

c) இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்குதல், முக்கியமாக பாலியல் தொற்றுக்கள் மற்றும் HIV/AIDS தொடர்பான சேவைகள்.

PAC முறைமை கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட பல நாடுகளில் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட ஒன்றாகக் காணப்படுகின்றது (Rasch 2011).

தன்சானிய ஐக்கிய குடியரசு கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைக் கொண்டுள்ளது. அங்குப் பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்றுவதைத் தவிர வேறு காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு செய்வது குற்றமாகும். எனினும், 1990களின் பிற்பகுதியில் தன்சானியாவில் PAC முறைமை முதன்முதலில் செயற்படுத்தப்பட்டது முதலாக அந்நாட்டின்: சுகாதாரம், சமூக மேம்பாடு, பாலினம், முதியோர் மற்றும் குழந்தைகள் அமைச்சகம்

தன்முதலில் செயற்படுத்தப்பட்டது முதலாக அந்நாட்டின்: சுகாதாரம், சமூக மேம்பாடு, பாலினம், முதியோர் மற்றும் குழந்தைகள் அமைச்சகம் (MOHCDGEC) PAC க்கு வலுவான ஆதரவை வழங்கி வருகின்றது. PAC முதன்மை பராமரிப்பு மட்டத்திலிருந்து எல்லா நிலைகளிலும் கிடைக்கக் கூடியதாக உள்ளது. MVA மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களால் கூட வழங்கப்படுகின்றது. தன்சானியாவின் அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளுக்கான தேசிய தொகுப்பில் PAC சேர்க்கப்பட்டுள்ளது. கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய நீண்டகால கருத்தடை சேவை வழங்கலும் சேவைத்தொகுப்பின் ஒரு பகுதியாகும் (Baynes et.al. 2019).

3.2.3 பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளால் ஏற்படும் மரணங்கள் மற்றும் நோயுறும் தன்மையைக் குறைப்பதற்கான தீங்கு குறைப்பு உத்திகள்

"தீங்கு குறைப்பு" அணுகுமுறை HIV/AIDS தொடர்பான நடவடிக்கைகளில் இருந்து தோன்றியது. ஊசி மூலமான HIV பரவலினால் ஏற்படும் நோயுறும் தன்மை மற்றும் இறப்பைக் குறைக்க, இந்த அணுகுமுறை முதன்முதலில் உருகுவேயில் 2000ஆம் ஆண்டுகளின் முற்பகுதியில் பயன்படுத்தப்பட்டது. அதன் பின்னர், கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட பல நாடுகளில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பால் ஏற்படும் நோயுற்ற தன்மை மற்றும் இறப்பைக் குறைக்க இது பயன்படுத்தப்பட்டது.

உருகுவேயில் கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைத் தளர்த்துவதற்கான போராட்டம் செப்டம்பர் 25, 2012 தன்னார்வமாகக் கர்ப்பத்தை இடை நிறுத்தும் சட்டம் இயற்றப்படும்வரை கிட்டத்தட்ட 30 ஆண்டுகள் நீடித்தது. ஒரு வலுவான பெண்ணிய இயக்கத்தின் முயற்சிகள், அக்கறை கொண்ட மகப்பேறியல்-மகளிர் மருத்துவ நிபுணர்கள் மற்றும் முற்போக்கான அரசியல் கட்சிகள் 1985, 1993, 2002ஆம் மற்றும் 2004ஆம் ஆண்டுகளில் நான்கு கருக்கலைப்புச் சட்டங்களை முன்மொழிந்தன, ஆனால், அவை வெற்றிகரமாக அங்கீகரிக்கப்படவில்லை. சட்ட சீர்திருத்தத்திற்கான அணிதிரட்டல் தொடர்ந்து

சீர்திருத்தத்திற்கான அணிதிரட்டல் தொடர்ந்து இடம்பெற்றுக்கொண்டிருந்த வேளையில், ஒரு பெரிய மூன்றாம் நிலை பராமரிப்பு மருத்துவமனையைச் சேர்ந்த மகப்பேறியல் மகளிர் மருத்துவ நிபுணர்கள் 2002இல் Iniciativas Sanitarias என அழைக்கப்பட்ட "ஆபத்து மற்றும் தீங்கு-குறைப்பு" திட்டத்தை ஆரம்பித்தனர். (Folter 2019).

இந்த ஆபத்து குறைப்பு உத்தி, தேவையற்ற கர்ப்பங்களைச் சந்திக்கும் பெண்களுக்குப் பொதுவெளியில் ஏற்கனவே கிடைக்கக்கூடியதாக இருந்த தகவல்களை வழங்குவதை உள்ளடக்கி இருந்தது. இது அவர்கள் தகவலறிந்த தீர்மானங்களை எடுக்க உதவும். அத்தோடு அவர்கள் கருக்கலைப்பை மேற்கொண்டால், அவர்கள் அதிக ஆபத்துள்ள முறைகளை விடுத்து குறைவான ஆபத்துள்ள முறைகளை தேர்ந்தெடுப்பார்கள். குறைவான ஆபத்துள்ள கருக்கலைப்பு என்பது பின்வருமாறு வரையறுக்கப்பட்டது:

ஒரு நபர்-

- "கர்ப்பம் 12 வாரங்கள் அடைவதற்கு முன் ஓர் ஆலோசனைக்கான சந்திப்பை மேற்கொண்டு கர்ப்பத்தை முடிவு செய்ய தீர்மானித்து, வழங்கப்பட்ட தகவல்களைப் புரிந்துகொண்டார்.
- மிசோப்ரோஸ்டொலுக்கான அணுகல் காணப்பட்டது மற்றும் சர்வதேச அளவில் அங்கீகரிக்கப்பட்ட அறிவியல் சான்றுகளின்படி அதைப் பயன்படுத்தினார்.
- சிக்கலற்ற முழுமையான அல்லது பகுதியளவான கருக்கலைப்பு செய்யப்பட்டது.
- உடலியல்-உளவியல் சமூகக் கண்ணோட்டத்தில் (முதல் மாதத்திற்குள்) உடனடி சிக்கல்கள் எதுவும் ஏற்படவில்லை.
- அவரின் சூழ்நிலைக்கு ஏற்ற மற்றும் தாமாக தேர்ந்தெடுத்த ஒரு பாதுகாப்பான, பயனுள்ள கருத்தடை முறையைப் பயன்படுத்துகின்றார்." (Labandera et.al. 2016: S8).

ஆரம்பத்தில் அந்நாட்டின் ஒரு முக்கிய மருத்துவமனையில் செயற்படுத்தப்பட்ட இந்த உத்தி, பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் சிக்கல்களால் ஏற்படும் நோயுற்ற தன்மை மற்றும் இறப்பு விகிதத்தில் குறிப்பிடத்தக்க சரிவை ஏற்படுத்தியது (Labandera et.al. 2016). 2004ஆம் ஆண்டில், தளர்த்தப்பட்ட மற்றுமொரு

கருக்கலைப்புச் சட்டத்தை நிறைவேற்ற ஏற்பட்ட மற்றொரு முயற்சியும் தோல்வியடைந்த பின், சுகாதார அமைச்சு நாடு முழுவதும் செயற்படுத்தக் கூடிய பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு தொடர்பான தீங்கு குறைப்பு குறித்த ஒரு நெறிமுறையை ஏற்படுத்தியது (Woods et.al. 2016).

இது ஆபத்து மற்றும் தீங்கு குறைப்பு உத்தி சட்ட சீர்திருத்தத்திற்கான போராட்டத்தின் வேகத்தைத் தக்கவைத்துக் கொள்வதற்கான ஒரு நேர்மறையான வழியாக அமைந்தது. அதே நேரத்தில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் தவிர்க்கக்கூடிய மரணங்கள் மற்றும் நோயுறும் தன்மையைத் தடுக்கவும், கருக்கலைப்பை நாடும் நபர்கள் அறிவியல் ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட தகவல்களை அணுகவும், மனிதாபிமானம் மற்றும் கண்ணியமான கருக்கலைப்பு பராமரிப்பை வழங்கும் திறனை சுகாதார சேவை வழங்குனர்களிடையே வளர்க்கவும் இது வழிசமைத்தது.

கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாகத் தடைசெய்யப்பட்ட அல்லது அணுகல் குறைவாக உள்ள நாடுகளில் பெண்ணியவாத முன்னெடுப்புகளான தொலைபேசி மூலமான மற்றும் சுயமாக செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு, COVID-19 தொடர்பான நடமாட்ட முடக்கத்தின் போது பாதுகாப்பான மற்றும் பயனுள்ள முறைகளாக அங்கீகாரம் பெற்றன.

கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு மற்றும் தீங்கு குறைப்பு உத்திகள் ஆகியவை அனைவருக்கும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளின் இலக்கை அடைவதற்கான பாதையில் இடைக்கால உத்திகள் என்பதை ஆர்வலர்கள் அறிந்துகொள்ள வேண்டும்.

எர்ட்மேனின் (2012) கூற்றுக்கமைய:

"தீங்கு குறைப்பு உத்திகள் (PAC உட்பட) பெண்களின் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்யும் அதே வேளையில், இவ்வாறான உத்திகளுக்கான தேவையை உருவாக்கும் துஷ்பிரயோகம், அடக்குமுறை அல்லது கட்டுப்பாடுகளைக் கொண்ட சட்டங்களைத் திருத்தியமைக்கும் பொறுப்பிலிருந்து அரசுகளை விடுவிப்பதில்லை (Erdman 2012)."

3.2.4 கருக்கலைப்பிற்கான மருத்துவ சுகாதார காரணிகளின் விரிவு படுத்தப்பட்ட விளக்கம் ("The Health Exception" சுகாதார எதிர்பார்ப்பு)

கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைக் கொண்ட 56 நாடுகளில், சுகாதார காரணங்களுக்காகக் கர்ப்பம் தொடர்வது பெண்ணின் ஆரோக்கியத்திற்கு குறிப்பிடத்தக்க ஆபத்தை ஏற்படுத்தும் சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படுகிறது. இவற்றுள் 25 நாடுகளில், உள நலத்திற்கு ஏற்படும் ஆபத்தும் கருக்கலைப்புக்கான சட்டப்பூர்வ அடிப்படையாக

அமைகின்றது (CRR 2019a). இருப்பினும், "ஆரோக்கியத்திற்கு ஆபத்து" என்பது பெரும்பாலும் பெண்ணின் உயிருக்கு உடனடி அச்சுறுத்தல் எனக் குறுகிய விதத்தில் விளக்கப்படுகிறது. இதனால் பல பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் மறுக்கப்படுகின்றது. உலக சுகாதார அமைப்பின் கோட்பாடு மற்றும் பொருளாதார, சமூக, கலாசார உரிமைகள் தொடர்பான சர்வதேச உடன்படிக்கை என்பன

"உடல், உள மற்றும் சமூக நல்வாழ்வின் மிக உயர்ந்த தரத்திற்கான அனைவரினதும் உரிமையை"

உறுதி செய்கின்றன (WHO, 1946; CESCR 2000). மேலும் WHOவுக்கு அமைய, பாதகமான விளைவுகளின் ஆபத்து ஒரு நபர் சுகாதார ஆபத்தில் இருப்பதாகக் கருத போதுமானது. இதற்கு தீங்கு ஏற்பட வேண்டிய அவசியமில்லை (WHO 2002). ஆரோக்கியம் மற்றும் சுகாதார ஆபத்தின் இந்தப் பரந்த விளக்கங்களைப் பயன்படுத்துவது, "சுகாதாரக் காரணங்கள்" அல்லது "தண்டனைச் சட்டத்தில் காணப்படும் சுகாதார விதிவிலக்குகளுக்கு" பரந்த விளக்கத்தை வழங்க அனுமதிக்கின்றது. அத்தோடு, சட்டப்பூர்வ மற்றும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்துகிறது.

குழந்தை உரிமைகள் குழு (CRC), சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகள் குழு (CCPR), மற்றும் சித்திரவதைக்கு எதிரான குழு (CAT), பெண்களுக்கு எதிரான பாகுபாடு ஒழிப்பு குழு (CEDAW) அத்தோடு பொருளாதார, சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகள் குழு (ESCR) உள்ளிட்ட பல மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த அமைப்புகள், சுகாதார காரணிகளுக்காகச் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளுக்கான விளக்கத்தில், பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் இரத்த உறவுகளால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வினால் ஏற்படும் கர்ப்பங்களைச் சுகாதார காரணிகளாக உள்ளடக்கியுள்ளது (CAT 2011 para 22; CCPR 2014 para 9; CEDAW Committe 2009. para 12; CRC 2007 para 56; CRC 2011 para 64; ESCR Committee 2004 para 53; ESCR Committee 2010. para 29) மற்றும் கடுமையான கருக்குறைபாடுகளையும் இது உள்ளடக்கியுள்ளது (CAT 2011 para 22; CCPR 2005; CCPR 2014 para 9; CRC 2011 para 64). பராகுவே நாட்டுக்கான அறிக்கையின் இறுதி பரிந்துரைகளில், CAT (2011), பாலியல் வன்முறை மற்றும் பாலியல் வன்கொடுமையால் பாதிக்கப்பட்ட பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்பு மறுக்கப்படும்போது:

"...சம்பந்தப்பட்ட பெண்கள் தங்களுக்கு எதிராக செய்யப்பட்ட வன்முறை குறித்து தொடர்ந்து நினைவூட்டப்படுகிறார்கள், இது கடுமையான அதிர்ச்சிகரமான மன அழுத்தத்தை ஏற்படுத்துகிறது மற்றும் நீண்டகால உளவியல் பிரச்சினைகளுக்கான ஆபத்தையும் ஏற்படுத்துகிறது (CAT 2011. paragraph 22)."

அதே குழு மேலும் கூறுவது:

"கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானித்தப் பெண்களுக்கு மருத்துவ உதவி மறுக்கப்படுவது குறித்தும் குழு கவலை கொண்டுள்ளது, இது அவர்களின் உடல் மற்றும் உள ஆரோக்கியத்தைக் கடுமையாகப் பாதிக்கக்கூடும் (CAT 2011, paragraph 22)."

கருக்கலைப்பைக் குற்றமாக்குவது பெண்களின் வாழ்க்கை மற்றும் ஆரோக்கியத்திற்கான உரிமையை மீறும் செயற்பாடாக மற்ற மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த அமைப்புகளும் கருதுகின்றன. ஏனெனில், இவ்வாறான சட்டங்கள் அவர்களின் உயிருக்கும் ஆரோக்கியத்திற்கும் ஆபத்தை விளைவிக்கும் ஆபத்தான மற்றும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பை நாட அவர்களைக் கட்டாயப்படுத்தக்கூடும் (CCPR 2012. paragraph 20; CCPR 2014. paragraph 14). சாட் நாட்டுக்கான அறிக்கை (1999) இன் இறுதி பரிந்துரைகளில், CRC,

"சட்டவிரோத கருக்கலைப்புகளைத் தடுப்பதற்கும், சிறுமிகளின் உள மற்றும் உடல் ஆரோக்கியம் பாதுகாக்கப்படுவது மேம்படுத்தபட" அதன் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தை மறுபரிசீலனை செய்யுமாறு நாட்டை வலியுறுத்தியது (CRC 1999. paragraph 30).

இவ்வாறான விரிவான விளக்கத்தை பயன்படுத்துவதற்கான உந்துதலை, கொலம்பியாவில் 2006யில் சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்புக்கான அடிப்படையாக ஒரு பெண்ணின் உயிருக்கும் ஆரோக்கியத்திற்கும் ஏற்படும் ஆபத்தை அனுமதிக்கும் அரசியலமைப்பு நீதிமன்றத் தீர்ப்பைத் தொடர்ந்து, **லா மேசா** (பெண்கள் வாழ்க்கை மற்றும் ஆரோக்கியத்திற்கான) ஆர்வலர்கள் ஆரம்பித்தனர். சர்வதேச மனித உரிமைகள் ஆவணங்களுக்கமைய சுகாதார காரணிகளை எவ்வாறு விரிவான முறையில் பயன்படுத்தலாம் என்பது தொடர்பான பிராந்தியத்திற்கான ஒருமித்த ஆவணத்தை லா மேசா ஆர்வலர்கள் அப்பிராந்தியத்தில் உள்ள நாடுகளில் வாழும் ஆதரவாளர்களுடன் இணைந்து 2008யில் உருவாக்கினர். கொலம்பியா, அர்ஜென்டினா, மெக்ஸிகோ மற்றும் பெருவில் பரந்த அளவிலான பங்குதாரர்களுக்காக ஒரு பயிற்சி வழிகாட்டி உருவாக்கப்பட்டது மற்றும் பயிற்சியாளர்களின் பயிற்சி ஏற்பாடு செய்யப்பட்டது.

உதாரணமாக: மருத்துவர்கள், சுகாதார மேலாளர்கள், மருத்துவ கல்வியாளர்கள் மற்றும் சிவில் சமூக செயற்பாட்டாளர்கள். நிகழ்நிலை பிரச்சாரங்கள், கல்வி மற்றும் தொழில்முறை கூட்டங்களில் பிரச்சாரங்கள் மற்றும் முக்கிய வலைத்தளங்கள் மூலம் லத்தீன் அமெரிக்க பிராந்தியம் முழுவதும் தகவல்கள் வெகுதூரம் கொண்டு செல்லப்பட்டது. 2012ஆம் ஆண்டில் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஒரு பண்பு சார் ஆய்வில், கொலம்பியாவில் இரண்டு அரசு சாரா நிறுவனங்கள் (Orientamé and Profamilia) நாடு முழுவதும் நடத்தும் SRH சுகாதார சேவை நிலையங்களில் செய்யப்பட்ட, சட்டப்பூர்வமான மற்றும் மருத்துவ காரணிகளின் அடிப்படையில் செய்யப்பட்ட கருக்கலைப்புகளின் மொத்த எண்ணிக்கை அதிகரித்துள்ளன எனக் காண்பித்தது. உதாரணமாக, Orientaméயின் சேவை நிலையங்களில் செய்யப்பட்ட மொத்த கருக்கலைப்புகளின் எண்ணிக்கை 2006-07இல் 36ஆக இருந்தது, 2011 இல் 4066 ஆகவும், சுகாதார காரணங்களுக்காக செய்யப்பட்ட கருக்கலைப்புகளின் விகிதம் 22% இலிருந்து 99.7% ஆகவும் உயர்ந்துள்ளது (González Vélez 2011).

3.2.5 கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டங்கள் காணப்படும் நாடுகளில் சுயமாகச் செய்துகொள்ளும் கருக்கலைப்புகளுக்கு தொலைபேசி மூலமான மருத்துவ சேவைகளைப் பயன்படுத்தல்

கருக்கலைப்பில் தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம் என்பது தகவல் தொடர்பு தொழில்நுட்பத்தைப் பயன்படுத்தி ஒரு சுகாதார வழங்குநரின் உதவியுடன் சிகிச்சை நிலையத்தில் அல்லது சுயமாகக் கருக்கலைப்பு மருந்துகள் மூலம் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பாகும் (Berer 2020). உலகெங்கிலும் உள்ள பெண்ணிய அமைப்புகள் மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளைப் பயன்படுத்தி பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்த தொலைபேசி மூலமான மருத்துவத்தைப் பயன்படுத்துகின்றன. கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாகத் தடைசெய்யப்பட்ட, கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் குறைவாக உள்ள அல்லது கருக்கலைப்பு குறைவாக கிடைக்கக்கூடிய இடங்களிலும் கூட பல தடைகளை எதிர்கொள்ளும் சூழல்களில் வாழும் நபர்களுக்கு உதவ இவை பயன்படுத்தப்பட்டுள்ளன.

COVID-19 பெருந்தொற்று காலங்களில், பல நாடுகளில் அமுல்படுத்தப்பட்ட கட்டாய ஊரடங்குகள் கருக்கலைப்பு அணுகலை மேலும் கட்டுப்படுத்த ஒரு வாய்ப்பாகப் பயன்படுத்திய போதிலும், ஒரு சில நாடுகள் தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம் மற்றும் சுயமாக செய்யும் கருக்கலைப்பை தற்காலிக நடைமுறையாக ஆதரித்தன.

2005ஆம் ஆண்டில், Women on Web நிறுவனம் மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளைப் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பைச் சுயமாகச் செய்து கொள்வது குறித்த தகவல்களையும் ஆலோசனைகளையும் வழங்குவதற்காகப் பெண்ணியவாதிகளால் நடத்தப்பட்ட முதல் தொலைபேசி மூலமான மருத்துவ சேவையை ஆரம்பித்தனர். அத்தோடு, இதன் மூலம் தபால் மூலம் மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளையும் வழங்கினர். இன்று, உலகெங்கிலும் 26 நாடுகள் கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்களை வழங்கும் அவசர எண்களை கொண்டுள்ளன. அவை தொலைபேசி, மின்னஞ்சல்கள் முதல் செயலிகள் மற்றும் சமூக ஊடகங்கள் வரை பல்வேறு தொலைத்தொடர்பு தொழில்நுட்பங்களைப் பயன்படுத்தி சுயமாகச் செய்யக்கூடிய கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்களையும் அதற்கான ஆதரவையும் வழங்குகின்றன (Berer 2020).

கோவிட்-19 பெருந்தொற்று காலத்தில், அயர்லாந்து, இங்கிலாந்து மற்றும் பிரான்ஸ் ஆகியவை சுகாதார வழங்குனர்களை நேரடியாகச் சந்திக்காது கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை உறுதி செய்வதற்கான ஒரு வழியாக தொலைபேசி மூலமான மருத்துவத்தை அனுமதித்துள்ளன, நேரடியான சந்திப்பு இரு தரப்பினருக்கும் கோவிட்-19 தொற்று அபாயத்தை அதிகரிக்கக்கூடும் என்பதால் இது செய்யப்பட்டது (Berer 2020). இது ஏதேனுமொரு தொலைத்தொடர்பு முறையை பயன்படுத்தி மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கான ஒப்புதலைப் பெறுவதையும் உள்ளடக்கி இருந்தது. அதைத் தொடர்ந்து அவர்கள் வீட்டிற்கே கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் அனுப்பப்பட்டு. கருக்கலைப்பை எவ்வாறு சுயமாகச் செய்து கொள்வது பற்றியும் மற்றும் வீட்டிலேயே கருக்கலைப்பு செய்வது தொடர்பான ஆலோசனை வழங்கப்படுகிறது. தொலைத்தொடர்பு தொழில்நுட்பம் மூலம் பின்தொடர்தல் பராமரிப்பு வழங்கப்படுகிறது.

COVID-19 காலகட்டத்தில் அத்தியாவசிய சுகாதார சேவைகளின் ஒரு பகுதியாக கருக்கலைப்பு தொடர்பான சேவைகளை உலக சுகாதார அமைப்பின் வழிகாட்டுதல்கள், சட்டம் அனுமதிக்கும் முழு அளவிற்கும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் செயற்படுத்தப்பட வேண்டும் என்று பரிந்துரை செய்தன. மேலும், *"தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம் மற்றும் சுயமாக செய்து கொள்ளும் அணுகுமுறைகளைப் பயன்படுத்தி சிகிச்சை நிலைய வருகை மற்றும் சேவை வழங்குநர் நோயாளர் தொடர்பு குறைக்கப்பட வேண்டும் எனவும் கூறுகின்றது (WHO 2020)."*

தொற்றுநோய்களின் போது தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம் மற்றும் சுயமாகச் செய்யும் கருக்கலைப்புகளைப் பாதுகாப்பான தெரிவுகளாக சில அரசுகள் மற்றும் WHO அங்கீகரித்தது, இவை பெண்களுக்குப் பாதுகாப்பான மற்றும் வினைத்திறன் மிக்க தெரிவுகள் என்பதை இது உலகிற்கு எடுத்துக் காண்பிக்கின்றது.

3.3 கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சட்டங்களுக்கு அப்பால்: கருக்கலைப்பிற்கான வேறு நடைமுறை, சிகிச்சை மற்றும் நிர்வாக ரீதியான தடைகள்

ஒரு நாட்டில் கருக்கலைப்புச் சட்டம் **"கட்டுப்படுத்தப்பட்ட"** வகையின் கீழ் வராவிட்டாலும், சேவை வழங்கலுடன் தொடர்புடைய பல மருத்துவ மற்றும் நிர்வாக ரீதியான தடைகள் காணப்படலாம்.

உதாரணமாக:

- குறிப்பிட்ட நிபந்தனைகளின் கீழ் கருக்கலைப்பு சேவைகளை அனுமதிப்பதற்கான அணுகலை ஒழுங்குபடுத்தும் சுகாதார சட்டங்கள், கொள்கைகள் அல்லது நெறிமுறைகளுடன் குற்றவியல் சட்டங்களின் குறுக்கீடு
- கர்ப்பத்தின் கால அளவு தொடர்பான நிபந்தனைகள் காணப்படல்
- சேவை வழங்குநர், சிகிச்சை நிலையம் மற்றும் பயன்படுத்தும் முறைகள் தொடர்பான கட்டுப்பாடுகள்
- கட்டாய மற்றும் பக்கச்சார்பான ஆலோசனை, கட்டாய காத்திருப்பு காலங்கள் மற்றும் அல்ட்ரா சவுண்ட் படங்களைக் காண்பிப்பது இதயத் துடிப்புகளைக் கேட்க வைப்பது.
- மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத்திற்கான தேவை: பல சுகாதார நிபுணர்களின் அங்கீகாரம்; வாழ்க்கைத் துணை மற்றும் பெற்றோரின் அனுமதி; உளநல சிக்கல்கள் அல்லது விசேட தேவைகளுடன் வாழும் நபர்களின் விடயத்தில்; சட்ட நிலைகள் பூர்த்தி செய்யப்படாதபோது நீதித்துறை ஒப்புதல் தேவைப்படுதல்
- பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு பராமரிப்புக்கான அணுகலை மறுக்கும் சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மனசாட்சியின் பேரில் செய்யும் ஆட்சேபனை துஷ்பிரயோகமாகப் பயன்படுத்தப்படல் தொடர்பான வழிகாட்டுதல்கள் இல்லாமை.
- கருவின் பால்நிலையை அடிப்படையாக கொண்டு செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளுக்கான தடை.

இவ்வாறான தடைகளுக்கு எவ்வித விஞ்ஞான பூர்வமான ஆதாரங்களும் இல்லை மற்றும் இவை நீக்கப்பட வேண்டும் என நாம் கீழே வாதிடுக்கிறோம்,

3.3.1 குறிப்பிட்ட நிபந்தனைகளின் கீழ் கருக்கலைப்பு சேவைகளை அனுமதிப்பதற்கான அணுகலை ஒழுங்குபடுத்தும் சுகாதார சட்டங்கள், கொள்கைகள் அல்லது நெறிமுறைகளுடன் குற்றவியல் சட்டங்களின் குறுக்கீடு

கிட்டத்தட்ட உலகின் அனைத்து நாடுகளிலும் பல்வேறு காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு சேவைகள் கிடைக்கும் இடங்கள் உட்பட, கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான சட்டபூர்வ நிலை, கருக்கலைப்பு செய்வது அல்லது பெறுவது சட்டப்பூர்வமானது என்பதற்கான சூழ்நிலைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள் சட்டங்கள் மூலம் நிறுவப்பட்டுள்ளன. இந்தச் சூழ்நிலைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள் பூர்த்தி செய்யப்படாவிட்டால், கருக்கலைப்பு குற்றமாகக் கருதப்படுகின்றது. உதாரணமாக: தேசிய சுகாதார சேவை (NHS) மூலம் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் பரவலாகக் கிடைக்கும் ஐக்கிய இராச்சியத்தில், கருக்கலைப்பு என்பது 'நபருக்கு எதிரான குற்றங்கள் சட்டம் 1861இன் (OAPA)' கீழ் ஒரு குற்றமாகும்.

பல தசாப்தங்களாகப் பெண்களுக்கான சுகாதார ஆர்வலர்கள் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமானது என்பதற்கான காரணங்களை விரிவுபடுத்துவதில் கவனம் செலுத்தி வருகின்றனர். இருப்பினும், தற்போதைய சகாப்தத்தில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு மூலம் கருக்கலைப்பைச் சுயமாகச் செய்து கொள்வது சாத்தியமாக்கியுள்ளது. குற்றவியல் சட்டங்கள் தொடர்ந்தால், சுயமாகக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் பெண்கள் குற்றவியல் தண்டனைக்கு ஆளாக நேரிடும்.

உதாரணமாக: இந்தியாவில் 2015ஆம் ஆண்டில் நடந்த அனைத்து கருக்கலைப்புகளிலும் 63-83% வரை, 1971ஆம் ஆண்டின் மருத்துவ கர்ப்ப நிறுத்தச் சட்டத்தின் கட்டுப்பாடுகளுக்கு அப்பால் சுகாதார நிலையங்கள் அல்லாத அமைப்புகளிலிருந்து பெறப்பட்ட மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளைப் பயன்படுத்தி செய்யப்பட்டன (Singh et. al. 2018).

பெரர் (2017) கூறுவதன் படி:
"கருக்கலைப்பைக் குற்றமற்றதாக்குதல் என்பது கருக்கலைப்புக்கு எதிரான குறிப்பிட்ட குற்றவியல் தடைகளைச் சட்டத்திலிருந்து நீக்குவதைக் குறிக்கிறது. இதன் பொருள் சட்டம் மற்றும் தொடர்புடைய கொள்கைகள் மற்றும் விதிமுறைகள் பின்வருமாறு மாற்றப்பட வேண்டும்:

- பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பை வழங்குவதற்காக யாரும் தண்டிக்கப்படக்கூடாது
- கருக்கலைப்பு செய்ததற்காக யாரும் தண்டிக்கப்படக்கூடாது
- பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு வழங்குவதை விசாரிப்பதில் அல்லது கைதுகள் செய்வதில் காவல்துறை தலையிடக்கூடாது
- கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படலாமா வேண்டாமா என்பதை தீர்மானிப்பதில் நீதிமன்றங்கள் தலையிடக்கூடாது
- சாதாரணமான எந்தவொரு மருத்துவ நடைமுறையை போல கருக்கலைப்பு கருதப்பட வேண்டும் மற்றும் ஆபத்தான அல்லது அலட்சியமான மருத்துவ சேவை சட்டங்களால் கையாளப்பட வேண்டும் (Berer 2017).

கருக்கலைப்பு குற்றமாக்கப்படுவதற்கு இனி எந்த காரணமும் இல்லை. கருக்கலைப்பு சேவைகள் ஒரு சிறப்புச் சட்டத்தால் கட்டுப்படுத்தப்படக்கூடாது என்றும், மற்ற வகையான சுகாதார பராமரிப்புகளிலிருந்து வேறுபடுத்தப்பட்டதாக நடத்தப்படக்கூடாது என்றும் பெண்களின் சுகாதாரம் மற்றும் SRHR ஆர்வலர்கள் கோர வேண்டிய நேரம் இது. இதற்கு பல காரணங்கள் உள்ளன.

முதலாவது: பல முன்னாள் ஸ்பானிஷ் காலனிகளில் கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலையை நிர்ணயிக்கும் கேனான் சட்டம் 1398ஆம் ஆண்டுக்கு முற்பட்டது. கருக்கலைப்பு தொடர்பான குற்றவியல் சட்டம் 19ஆம் நூற்றாண்டில் இயற்றப்பட்டது. இது கருக்கலைப்பு என்பது மிக உயர்ந்த தொழில்நுட்ப திறன்களைக் கோரும் ஓர் ஆபத்தான அறுவை சிகிச்சை முறையாக இருந்த காலத்தில் ஏற்படுத்தப்பட்டது. இது அமுலாக்கப்பட்ட காலத்தில் இச்சட்டம் பெண்களைத் தீங்கிலிருந்து பாதுகாக்கும் நோக்கம் கொண்டதாக இருந்திருக்கலாம். எனினும் தற்போது அது அவ்வாறு அமையவில்லை. மருத்துவ துறையில் ஏற்பட்ட முன்னேற்றங்களினால், தற்போதைய அங்கீகரிக்கப்பட்ட நெறிமுறைகளின்படி பயிற்சி பெற்ற சுகாதார வழங்குனர்களால் மேற்கொள்ளப்படும் போது கருக்கலைப்பு மிகவும் பாதுகாப்பான நடைமுறைகளில் ஒன்றாக அமைந்துள்ளது.

இரண்டாவது: பெண்களுக்குச் சொத்துரிமை அல்லது வாக்களிக்கும் உரிமை இல்லாத, சட்டப்பூர்வமாகப் பெண்கள் ஆண்களுக்கு சமமாகக் கருதப்படாத காலத்தில் இயற்றப்பட்ட கருக்கலைப்பு குறித்த குற்றவியல் சட்டங்கள், தேசிய அரசியலமைப்புகள் மற்றும் சர்வதேச மனித உரிமைகள் விதிமுறைகளில் பெண்களின் சமத்துவம் ஒப்புக் கொள்ளப்பட்ட இன்றைய உலகிற்கு பொருந்தாது (Sheldon 2015). உதாரணமாக: மனித உரிமைகள் குழு, CEDAW மற்றும் CRC குழுக்கள் மற்றும் ஐக்கிய நாடுகளின். சுகாதாரத்திற்கான சிறப்பு அறிக்கையாளர் ஆகியோரால் வெளியிடப்பட்ட பொதுவான பரிந்துரைகள் அனைத்தும் கருக்கலைப்பைக் குற்றமாக்கும் சட்டங்களை நீக்குமாறு அரசுகளுக்கு அழைப்பு விடுக்கின்றன. ஏனெனில், அவ்வாறான சட்டங்கள் பெண்களின் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி ஆரோக்கியம் மற்றும் உரிமைகளை மீறுகின்றன (CRR 2020a).

மூன்றாவது: கருக்கலைப்பு தொடர்பான குற்றவியல் சட்டங்களுக்கு விதிவிலக்குகளை வழங்க உலகம் முழுவதும் சட்டங்கள் இயற்றப்பட்டுள்ளன. இது ஒரு சமூகமாகக் கருவின் புனிதத்தன்மையை விட பெண்களின் சுயாட்சி மற்றும் ஆரோக்கியத்தை மதிக்கும் தெரிவுகளை நாம் செய்துள்ளோம் என்பதைக் குறிக்கிறது. மேலும், ஒரு குற்றவியல் சட்டம் ஒரு அரசு எடுக்கக்கூடிய மிகக் கடுமையான மற்றும் கடினமான நடவடிக்கையாகக் கருதப்படுகிறது. வழங்கப்படும் தண்டனை தடுக்க அல்லது கண்டிக்க முயலும் குற்றச் செயலுக்கு ஒப்பானதாக அமைய வேண்டும் (Sheldon 2015). கருக்கலைப்பு போன்ற ஒரு

சுகாதார நடைமுறையை கட்டுப்படுத்த ஒரு சிறப்பு குற்றவியல் சட்டம் தேவைப்படுவதற்கு எந்தக் காரணமும் இல்லை. உதாரணமாக: ஒரு பெண் தனது விருப்பத்திற்கு எதிராகக் கருக்கலைப்பு செய்ய

கட்டாயப்படுத்தப்படும் போது; அவளுக்குத் தெரியாமல் மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் வழங்கப்படும் போது; அல்லது இதனால் நோயுறும் தன்மை அல்லது மரணம் ஏற்படும் ஆபத்தான அல்லது அலட்சியமான நடைமுறைகளுக்கு உட்படுத்தப்படும்போது மட்டுமே இவ்வாறான தண்டனை அர்த்தமுள்ளதாக அமையும் (Berer 2017).

நான்காவது : கருக்கலைப்பு அனைத்து சூழ்நிலைகளிலும் குற்றமாக இருக்கும் அல்லது கர்ப்பிணிப் பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்ற மட்டுமே அனுமதிக்கப்படும் பல நாடுகளில், மருத்துவ நிபுணர்கள் கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பை நாடும் பெண்களைச் சட்டத்தின் அடிப்படையில் புகார் அளிக்க கோரப்படுகின்றனர். மருத்துவ நிபுணர்கள், சந்தேகத்தின் அடிப்படையில் அல்லது உயிர் காக்கும் சிகிச்சையை வழங்குவதற்கான நிபந்தனையாகக் கட்டாய ஒப்புதல் வாக்குமூலங்களின் அடிப்படையில் இவ்வாறான புகார்களை அளிக்கலாம். இந்தத் தேவைகள் நோயாளர்களின் ரகசியத்தன்மையைப் பாதுகாப்பதற்கான மருத்துவ நிபுணர்களின் நெறிமுறைப் பொறுப்புக்கு முரணானது. மேலும், அவை பெண்களின் சுகாதார உரிமையை மீறுவதாக அமைகின்றது. சில சூழ்நிலைகளில் சித்திரவதைக்கு எதிரான சாசனத்தை மீறும் கொடூரமான மற்றும் மனிதாபிமானமற்ற செயற்பாடாகவும் இது கருதப்படலாம் (McCarthy 2014).

கருக்கலைப்புக்கான சட்ட கட்டுப்பாடுகளை முற்றிலுமாக நீக்கி, கருக்கலைப்பை முற்றிலுமாகக் குற்றமற்றதாக்கிய ஒரே நாடு என்ற பெருமையைக் கனடா பெற்றுள்ளது. கருக்கலைப்பு என்பது மற்ற எந்த மருத்துவ சிகிச்சையையும் போல ஒரு பெண் ,மற்றும் அவரது மருத்துவருக்கு இடையே தீர்மானிக்கப்படும் நடைமுறையாகும் (Shaw and Norman, 2020). கருக்கலைப்பு குறித்து தனிச் சட்டம் இல்லாதது எவ்வகையிலும் பெண்களின் உயிருக்கு ஆபத்தை விளைவிக்காது என்பதை நிரூபிக்கும் கனடாவின் நிலையைத் தகவல் பெட்டி 4 விவரிக்கிறது.

3.3.2 கருக்கலைப்பை நாட கால அளவுகளை அமல்படுத்தல்

உலகின் கிட்டத்தட்ட அனைத்து நாடுகளினதும் சட்டத்தின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படாத ஒரு கால வரையறை காணப்படுகின்றது. வழக்கமான உச்ச கட்ட வரையறை 20 முதல் 24 வாரங்கள் வரை ஆகும். காரணமின்றி கருக்கலைப்பை அனுமதிக்கும் நாடுகளில் கூட கர்ப்பகால வரையறைகள் விதிக்கப்படுகின்றன. கருக்கலைப்புக்குக் கர்ப்பகால வரையறை இல்லாத நாடுகள் கனடா, சீனா, வட கொரியா மற்றும் வியட்நாம் (Baglini 2014).

தகவல் பெட்டி 4: கனடாவின் கருக்கலைப்புச் சட்டம்

1988ஆம் ஆண்டில், கீழ் நீதிமன்றங்களில் முந்தைய தீர்ப்புகளைத் தொடர்ந்து கனடாவின் உச்ச நீதிமன்றம் குறிப்பிட்ட காரணங்களுக்காக மட்டுமே கருக்கலைப்பை அனுமதிக்கும் கனடாவின் கருக்கலைப்புச் சட்டம் அரசியலமைப்பிற்கு முரணானது எனத் தீர்ப்பளித்தது. இந்தச் சட்டம் உரிமைகள் மற்றும் சுதந்திரங்களின் சாசனத்தின் பிரிவு 7 ஐ மீறுவதாகக் கருதப்பட்டது.

ஏனெனில், இது பெண்களின் "வாழ்க்கை, சுதந்திரம் மற்றும் நபரின் பாதுகாப்பு" உரிமையை மீறியது. சட்டம் இல்லாத நிலையில், கருக்கலைப்பு மாநில அளவிலான விதிமுறைகளின் ஒரு விடயமாக மாறியது. ஆரம்ப ஆண்டுகளில், பல மாநிலங்கள் கருக்கலைப்புக்கான அணுகலைக் கட்டுப்படுத்தும் சட்டங்களை அறிமுகப்படுத்த முயன்றன. இருப்பினும், கனடா முழுவதிலும் உள்ள நீதிமன்றங்கள் இவ்வாறான கட்டுப்பாடுகளை விதிப்பதற்கு எதிராகத் தீர்ப்பளித்தன. அடுத்தடுத்த நீதிமன்றத் தீர்ப்புகளும் கரு ஒரு நபர் அல்ல என்றும், எனவே பிறக்கும் வரை மனித உரிமைகள் அதற்கு இல்லை எனவும் உறுதிப்படுத்தின. கருக்கலைப்பு சேவைகள் அரச சுகாதார நிலையங்களில் இலவசமாக வழங்கப்பட்டன. இருப்பினும், நாட்டின் பூகோள ரீதியான பரந்த தன்மை காரணமாக, நாட்டின் சில பகுதிகளில் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான புவியியல் அணுகல் ஒரு சவாலாகக் காணப்பட்டது.

2017 முதல் கனடாவில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு கிடைப்பதால், தொலைதூரப் பகுதிகளிலும் கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் கணிசமான அளவில் அதிகரித்துள்ளது. மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் ஒரு பெண் கர்ப்பத்தின் 8-9 வாரங்களுக்குள்

அதைச் செய்யலாம். அவள் தனக்கு அருகிலுள்ள மருத்துவர் அல்லது தாதிய ஊழியரைச் சந்திக்க வேண்டும், அவர் அவளுக்கு ஆலோசனை வழங்குவார், தேவையான பரிசோதனைகள் மற்றும் அல்ட்ரா சவுண்ட் பரிசோதனைகளை மேற்கொள்வார். மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வதென தீர்மானிக்கப்பட்டால், சுகாதார சேவை வழங்குநர் ஒரு மருந்தகத்தில் பெற்றுக்கொள்ளக்கூடிய மிபெப்ரிஸ்டோன் - மிசோப்ரோஸ்டொல் இணைந்த பாவனைக்கான மருந்துச் சீட்டை வழங்குவார். மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகளைப் பொதுவாக இலவசமாகப் பெற்றுக்கொள்ளலாம். அந்தப் பெண் தனக்கு வசதியான நேரத்திலும் இடத்திலும் மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொலை சுயமாகப் பயன்படுத்தலாம். மருத்துவ மேற்பார்வையின் கீழ் இச் செயற்பாட்டின் விளைவுகள் வெற்றியளிக்கின்றன எனத் தரவுகள் காண்பிக்கின்றன.

Source : Shaw and Norman

20 வாரங்களுக்கு மேற்பட்ட கருக்கலைப்புகள் இரண்டாம் நிலை அல்லது மூன்றாம் நிலை மருத்துவ பராமரிப்பு நிலையங்களில் பயிற்சி பெற்ற நிபுணர்களால் பாதுகாப்பாகச் செய்யப்பட வேண்டும். கர்ப்பத்தின் வார அளவு அதிகரிப்பதுடன் கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் இறப்பு விகிதங்கள் அதிகரிக்கும். எனினும் இது பிரசவம் தொடர்பான இறப்பு விகிதங்களை விட அதிகமானது அல்ல. உதாரணமாக: அமெரிக்காவில் 2015ஆம் ஆண்டு நடத்தப்பட்ட ஒரு தேசிய ஆய்வில், 1998-2010ஆம் ஆண்டுகளில், கருக்கலைப்பு இறப்பு விகிதம் 8 வார கர்ப்பங்களில் 100,000 கருக்கலைப்புகளுக்கு 0.3 ஆகவும், 18 வாரங்கள் மற்றும் அதற்கு மேற்பட்ட கர்ப்பங்களில் 100,000 க்கு 6.7 ஆகவும் அதிகரித்திருந்தது. அமெரிக்காவில் 2018 ஆம் ஆண்டில் தாய் மரண விகிதம் 100,000 பிறப்புகளுக்கு 8.8 ஆக காணப்பட்டது (Barry 2018).

கடுமையான சிக்கல்கள் - உதாரணமாக: கருப்பை சிதைவு, பெருமளவிலான இரத்தபோக்கு மற்றும் 20 வாரங்களுக்கு மேல் செய்யும் கருக்கலைப்புகளினால் கருப்பை கிழிதல் போன்ற சிக்கல்கள் ஏற்படுவது பயிற்சி பெற்ற சேவை வழங்குனர்களால் வளங்களை கொண்ட மருத்துவ நிலையங்களில் செய்யப்படும் போது மிகவும் அரிதாகவே இடம்பெறும் (Grossman et. al. 2008).

பிந்திய கால கருக்கலைப்புகளுக்கான அணுகலைக் கட்டுப்படுத்துவது அவற்றின் எண்ணிக்கையைக் குறைக்காது. மேலும் கர்ப்பகாலத்துக்கான எல்லை இல்லாதது பிந்திய கருக்கலைப்புகளின் விகிதத்தை அதிகரிக்காது. உதாரணமாக: 2019ஆம் ஆண்டு வெளியிடப்பட்ட ஆய்வில் கனடாவில் 20 வாரங்களுக்கு மேல் இடம்பெற்ற கருக்கலைப்புகளின் விகிதம் 0.3% ஆக இருந்தது; ஆஸ்திரேலியாவின் குயின்ஸ்லாந்தில் அது 1.34% ஆக இருந்தது; இது 22 வாரங்கள் என்ற உச்ச கால வரையறையைக் கொண்டிருக்கிறது (Millar 2019).

மறுபுறம், பிந்திய கருக்கலைப்புகளுக்கான அணுகலைக் கட்டுப்படுத்துவது மிகவும் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களுக்கு, குறிப்பாக இளம் பெண்களுக்கு அதிகமான பாதிப்பை ஏற்படுத்துகிறது. கருவில் உள்ள கடுமையான குறைப்பாடுகளைத் தவிர, பெண்கள் இரண்டாவது மாதத்தின் பிற்பகுதியில் அல்லது மூன்றாவது மூன்று மாதத்தின் முற்பகுதியில் கருக்கலைப்பு செய்யத் தீர்மானிப்பதற்கான காரணங்களில் ஒழுங்கற்ற மாதவிடாய் அல்லது பாலூட்டுவதனால் மாதவிடாய் ஏற்படாது கர்ப்பத்தைக் கண்டறிய தாமதம் ஏற்பட்டமை; வன்முறை செய்யும் துணைவர் மற்றும் சமூக பொருளாதார காரணிகள் போன்றவை அடங்கும் என ஆய்வுகள் கூறுகின்றன. (Millar 2019; Barry 2018; Marie Stopes International 2005). இந்தியா போன்ற நாடுகளில், சிறுவர் பாலியல் வன்முறையில் இருந்து தப்பியவர்கள் மூன்றாவது மாதத்தில் கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்புபவர்களில் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றனர்(Ravindran 2019).

3.3.3 கருக்கலைப்பு முறைகள், வழங்குநர் மற்றும் சுகாதார சேவை நிலையங்கள் தொடர்பான கட்டுப்பாடுகள்

கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுவதற்கு எந்த முறைகளைப் பயன்படுத்தலாம், கருக்கலைப்பை யார் வழங்கலாம் மற்றும் எந்த அளவிலான சுகாதார சிகிச்சை நிலையத்தில் இது செய்யப்படலாம் என்பது தொடர்பான கட்டுப்பாடுகள் குறித்து இங்குக் கவனிக்கலாம்.

உலக சுகாதார அமைப்பு, 12 முதல் 14 வாரங்கள் வரை சத்திர சிகிச்சை மூலமான வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் மற்றும் D&E முறைகளைப் பரிந்துரைக்கிறது. ஒன்பது வாரங்களுக்குக் குறைவான, 9-12 வாரங்கள் மற்றும் 12 வாரங்களுக்கு மேல் செய்யப்படும் மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு வெவ்வேறு பரிந்துரைக்கப்பட்ட அளவுகளில் மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும்

மிசோப்ரோஸ்டொலை பயன்படுத்துவது பாதுகாப்பான மற்றும் பயனுள்ள முறையாக மேலும் பரிந்துரைக்கிறது (WHO 2012: 123-125). இருப்பினும், வெவ்வேறு காரணங்களுக்காக, கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமான அனைத்து நாடுகளிலும் எல்லா முறைகளும் கிடைக்கக் கூடியதாக அமைவதில்லை, இது கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலைக் கட்டுப்படுத்துகிறது.

உதாரணமாக: WHOவின் உலகளாவிய கருக்கலைப்பு கொள்கைகள் தரவுத்தளத்தில் காணப்படும் 205 நாடுகளில், வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் 47 நாடுகளில் மட்டுமே தான் காணப்படுகின்றது. இதில் ஆப்பிரிக்காவிலிருந்து 10, ஆசியாவிலிருந்து 12 மற்றும் லத்தீன் அமெரிக்காவிலிருந்து 12 மற்றும் லத்தீன் அமெரிக்காவிலிருந்து 12 நாடுகள் அடங்கியுள்ளன. மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கான மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டொல் 42 நாடுகளில் மட்டுமே கிடைக்கக்கூடியதாக உள்ளது. அத்தோடு D&E 31 நாடுகளில் மட்டுமே காணப்படுகிறது (GAPD 2020).

WHO கூறுவதன் படி, 12 வாரங்கள் வரையான கர்ப்பத்திற்கு வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் மற்றும் ஒன்பது வாரங்கள் வரையான கர்ப்பத்திற்கு மருத்துவ கருக்கலைப்பு சேவைகள் முதன்மை சிகிச்சை நிலைய மட்டத்தில் வெளிநோயாளர் நடைமுறையாகப் பாதுகாப்பாக வழங்கப்படலாம். 5 நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் அல்லது மருத்துவ கருக்கலைப்பு முறைகளைப் பயன்படுத்தி முதல் மூன்று மாதங்களுக்குள் கருக்கலைப்பை பாதுகாப்பாக வழங்க முடியும் எனவும் WHO பரிந்துரைக்கிறது (WHO 2012). நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களை கருக்கலைப்பு செய்ய அங்கீகரித்தக் குறைந்த வருமானம் ஈட்டும் நாடுகளில் இது பலனளிப்பதாக ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன (தகவல் பெட்டி 5).

துரதிர்ஷ்டவசமாக, பெரும்பாலான நாடுகள் கருக்கலைப்பு முதன்மை பராமரிப்பு மட்டத்தில் வழங்கப்படக்கூடாது அல்லது ஒரு மருத்துவரைத் தவிர வேறு சுகாதார சேவை வழங்குனர்களால் வழங்கப்படக்கூடாது எனும் விதிமுறைகளை கொண்டுள்ளன. ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக உள்ள 158 நாடுகளில் இருந்து பெற்றுக்கொண்ட தரவுகளின் பகுப்பாய்வு: 12 நாடுகள் முதன்மை சுகாதார சிகிச்சை நிலைய மட்டத்தில் கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதை வெளிப்படையாகத் தடைசெய்துள்ளன (Lavelanet et.al. 2020).

நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மற்றும் முதன்மை சுகாதார சேவை நிலையங்களைக் கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதிலிருந்து விலக்குவது சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டத்தின் கீழ் காணப்படும் பல பரிந்துரைகளுக்கு முரணானது. இவை குறிப்பாகச் சேவை வழங்குநர்கள் மற்றும் சேவை வழங்கும் நிலையங்களை விரிவுபடுத்த வேண்டும் எனக் கோருகிறது.

தகவல் பெட்டி 5:
நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களால் செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு

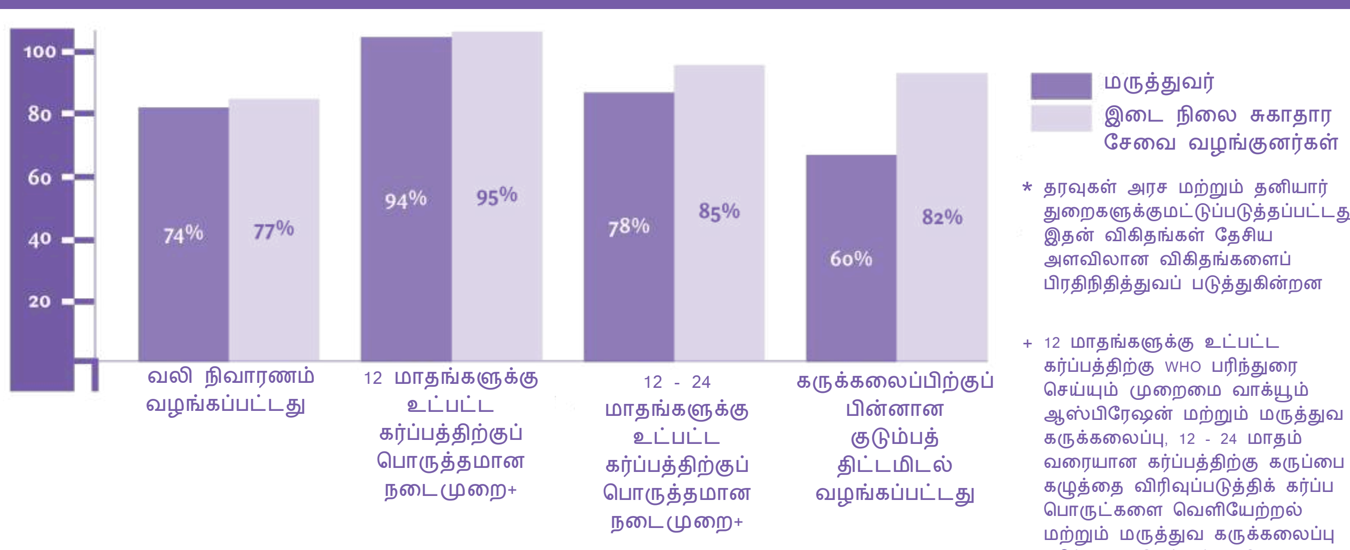
நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் என்பவர்கள்: உயர்தர கல்விக்கு பின் 2-3 ஆண்டுகள் சுகாதார பயிற்சி பெற்ற சுகாதாரப் பணியாளர்கள். அவர்கள் பொதுவாக மருத்துவர்கள் மற்றும் மருத்துவ தாதிய உத்தியோகத்தர்களால் மேற்கொள்ளப்படும் பணிகளை மேற்கொள்கிறார்கள். அதாவது சிகிச்சை அல்லது நோயை கண்டறியும் செயற்பாடுகள். முதல் மூன்று மாதம் வரையான கருக்கலைப்பு (கர்ப்பத்தின் 12 வாரங்கள் வரை) நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களால் பாதுகாப்பாக வழங்கப்படலாம் என்பதை ஆய்வாதாரங்கள் காண்பிக்கின்றன. நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மற்றும் மருத்துவர்களால் செய்யப்படும் முதல் மூன்று மாதம் வரையான சத்திர சிகிச்சை மற்றும் மருந்து மூலமான கருக்கலைப்புகள் குறித்த ஆய்வுகளைச் செய்த Cochrane நிறுவனத்தின் ஆய்வு: மருத்துவ கருக்கலைப்பு பலனளிக்காமை அல்லது அதனால் ஏற்படும் சிக்கல்களின் அபாயம் மற்றும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்களின் அபாயம் என்பவற்றில் இவ் இரண்டு வகை சேவை வழங்குனர்களுக்கு இடையே குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடுகள் இல்லை என்பதைக் கண்டறிந்துள்ளது. மற்றுமோர் ஆய்வு: நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களால் செய்யப்படும் சத்திர சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்புகளில் சிக்கல்கள் ஏற்பட அதிக ஆபத்து காணப்பட்டது எனக்கூறியது. எனினும் அவ் ஆய்வின் தரவு எண்ணிக்கை சிறியதாகவும் மற்றும் அதன் தரவுகள் வலுவானதாகவும் காணப்படவில்லை (Barnard et. al. 2015).

எத்தியோப்பியாவில் 2005ஆம் ஆண்டு கருக்கலைப்புச் சட்டம் தளர்த்தப்பட்டதைத் தொடர்ந்து, நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மூன்று முதல் ஆறு மாதம் வரையான கருக்கலைப்புகளைச் செய்ய அனுமதிக்கப்படுகிறார்கள். 2014ஆம் ஆண்டின் தரவுகள், நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களின் செயற்திறன் பாதுகாப்பானதாகவும், பராமரிப்பின் தரம் மருத்துவர்களை விட ஓரளவு சிறப்பாகவும் இருப்பதைக் காண்பிக்கின்றது (படம் 5).

நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்களைச் சேர்ந்த பெண்களுக்குச் சிறப்பான சேவையை வழங்கியதையும் ஆய்வுகள் காண்பித்தன. நடுத்தர சுகாதார சேவை வழங்குனர்களை அணுகியோரில் 55% இளம் பெண்கள் (<25 வயது), 47% திருமணமாகாதவர்கள் மற்றும் 31% குறைந்த கல்வியறிவு பெற்றவர்கள் அத்துடன் இது மருத்துவர்களை அணுகியோருடன் ஒப்பிடுகையில் முறையே 39%, 34% மற்றும் 29% ஆகக் காணப்படுகின்றது (Ipas 2016)

Source: Ipas (2016).

படம் 5: எத்தியோப்பியாவில் கருக்கலைப்பு சேவை வழங்குநர்கள் (2014*)



Source: Ipas (2016).

3.3.4 கட்டாய மற்றும் பக்கச்சார்பான ஆலோசனை, கட்டாய காத்திருப்பு காலங்கள் மற்றும் அல்ட்ரா சவுண்ட் படங்களைக் காண்பிப்பது, இதயத் துடிப்புகளைக் கேட்க வைப்பது

சில நாடுகளில், சேவை வழங்கல் மட்டத்தில் பெண்கள் சந்திக்கும் தடைகளில் ஏற்கனவே தயாரிக்கப்பட்ட எழுத்தாக்கப் பிரதியின் அடிப்படையிலான கட்டாய ஆலோசனை, கருக்கலைப்புக்குத் தகவலறிந்த ஒப்புதல் அளிப்பதற்கு முன்பு கருவின் அல்ட்ரா சவுண்ட் படங்களைப் பார்க்கச் செய்வது அல்லது இதயத் துடிப்பைக் கேட்க வைப்பது போன்றவை அடங்கும். ஐரோப்பாவில் உள்ள சில நாடுகளும் அமெரிக்காவின் பல மாநிலங்களும் கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெறுவதற்கு முன்பு: கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானித்ததன் பின் ஒன்று முதல் ஏழு நாட்கள் வரை கட்டாய காத்திருப்பு காலத்தை வலியுறுத்துகின்றன (Rowlands and Thomas 2020).

திட்டமிடப்படாதக் கர்ப்பத்தைச் சந்திக்கும் நபருக்கு இருக்கும் அனைத்து தெரிவுகளையும் பற்றிய பொருத்தமான மற்றும் பாரபட்சமற்ற தகவல்களை வழங்கும் ஆலோசனை பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளின் ஒரு முக்கிய அங்கமாகும் (பகுதி 2ஐப் பார்க்கவும்). அது தன்னார்வமாகவும் நபரின் தீர்மானத்திற்கு மதிப்பளிப்பதாகவும் இருக்க வேண்டும். கட்டாய ஆலோசனை பெரும்பாலும் கருக்கலைப்பு செய்வதிலிருந்து நபரைத் தடுப்பதை நோக்கமாகக் கொண்டது. எனவே அது பாரபட்சமானதாக இருக்கும். பெண்களுக்கு அல்ட்ரா சவுண்ட் படங்களைக் காண்பிப்பதும் இதே நோக்கை கொண்டுள்ளது. கட்டாய காத்திருப்பு காலங்கள் ஒருவர் கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானித்த முடிவை மறுபரிசீலனை செய்ய மேலதிக காலம் வழங்குவதை நோக்காகக் கொண்டுள்ளன. இந்த மூன்றும் ஆணாதிக்க தலையீடுகள் ஆகும். இது பெண்கள் பின்னர் வருந்தக்கூடிய பல அவசர தீர்மானங்களை எடுக்கக்கூடும் எனும் எண்ணத்தைக் கொண்டுள்ளன (Klick 2006). இருப்பினும், இந்த எண்ணப்பாடு ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்டது அல்ல. அமெரிக்காவில் சமீபத்தில் நடத்தப்பட்ட ஒரு நீண்டகால ஆய்வு, கருக்கலைப்பு செய்து ஐந்து ஆண்டுகளுக்குப் பின், 1% பெண்கள் மட்டுமே தங்கள் கருக்கலைப்பு தொடர்பில் வருத்தம் தெரிவித்ததாகவும், பெரும்பாலான பெண்கள் அதைத் தொடர்ந்து நிம்மதியை உணர்ந்ததாகவும் கூறுகின்றது (Rocca et. al. 2020). தன்னார்வமாக அல்ட்ரா சவுண்ட் படங்களைப் பார்ப்பது பெண்களைக் கருக்கலைப்பு செய்வதிலிருந்து தடுக்காது என்பதையும் பல ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன (Upadhyay et. al. 2017, Gatter et. al. 2014, Kimport et. al. 2013).

மறுபுறம், கட்டாய காத்திருப்பு காலங்கள் மேலதிக சிகிச்சை நிலைய சந்திப்புக்கான தேவையை ஏற்படுத்துகின்றன. இது செலவை அதிகரிக்கக்கூடும் மற்றும் தாமதங்களும் ஏற்படலாம். இது கர்ப்பத்தின் கருக்கலைப்பு செய்யக்கூடிய கால அளவை கடக்கும் சூழலை ஏற்படுத்தலாம். மற்றும் ஒருவருக்கு குறிப்பிடத்தக்க மன உளைச்சலையும் ஏற்படுத்தும் (Rowlands and Thomas 2020). 2018ஆம் ஆண்டில் அமெரிக்காவைத் தளமாகக் கொண்ட நிபுணர் குழு, கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு முன் காத்திருப்பு காலம் தேவைப்படுவது கருக்கலைப்பை நாடும் நபருக்கு சிக்கல்களின் அபாயத்தையும் செயன்முறையின் செலவையும் அதிகரிக்கக்கூடும் என கண்டறிந்தது. காத்திருப்பு காலங்கள் கருக்கலைப்பின் பாதுகாப்பை மேம்படுத்துவதற்கான எந்த ஆதாரங்களும் இல்லை (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine 2018).

கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கு இத்தகைய தடைகளை ஏற்படுத்தக் கூடாது என WHO தொழில்நுட்ப வழிகாட்டுதல் (2012) அறிவுறுத்துகிறது:
'பல பெண்கள் மருத்துவரை அணுகும் முன்பே கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானித்திருப்பார்கள். மேலும் ஒருவரை கட்டாய ஆலோசனைக்கு உட்படுத்தாது அவரின் தீர்மானத்தை மதிக்க வேண்டும். ஆலோசனை பெற விரும்பும் பெண்களுக்கு அது தன்னார்வமாகவும், ரகசியதன்மையுடனும், வேறு நோக்கங்கள் அற்றதாகவும், ஒரு பயிற்சி பெற்ற நபரால் வழங்கப்பட வேண்டும் (p. 36)... கட்டாய காத்திருப்பு காலங்கள் பராமரிப்பைத் தாமதப்படுத்தக்கூடும். இது பெண்கள் பாதுகாப்பான, சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுவதை தடுக்கிறது மற்றும் பெண்களை உறுதியான தீர்மானங்கள் எடுக்க முடியாதவர்களாக இழிவுபடுத்துகிறது (p. 96).'

கட்டாய ஆலோசனை, காத்திருப்பு காலங்கள் மற்றும் பிற தடைகள் சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டங்களை மீறுவதாகும். கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுவதில் உள்ள நடைமுறை ரீதியான தடைகளை நீக்குமாறு மனித உரிமைகள்

குழு சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகள் உடன்படிக்கையின் அங்கத்துவ நாடுகளுக்கு அழைப்பு விடுத்துள்ளது. ஏனெனில் இதன் விளைவாக நபர்கள் தம் உயிருக்கும் ஆரோக்கியத்திற்கும் ஆபத்து ஏற்படுத்தும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளை நாடலாம். பெண்களுக்கு எதிரான பாகுபாடு ஒழிப்புக் குழு (CEDAW Committee), நாடுகள் "பெண்களை கட்டாய ஆலோசனை மற்றும் மருத்துவ ரீதியாக தேவையற்ற காத்திருப்பு காலத்திற்கு உட்படுத்தாமல் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை உறுதி செய்ய வேண்டும்" என தெளிவாகக் குறிப்பிட்டுள்ளது (CRR 2015).

3.3.5 மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத்திற்கான தேவை:

"கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் ஒரு பெண் சுயாட்சியுடைய வயது வந்த நபர். சுயாட்சி என்பது உளரீதியாக தீர்மானம் மேற்கொள்ளும் திறனுடைய வயது வந்தவர்கள் சுகாதார சேவைகளை அணுக கணவர், துணைவர், பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலர் போன்ற எந்த மூன்றாம் தரப்பினரின் அங்கீகாரத்தையும் பெறத் தேவையில்லை. கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெற பெண்களுக்கு மூன்றாம் தரப்பினரின் அங்கீகாரம் தேவையில்லை. வாழ்க்கைத் துணை, பெற்றோர் அல்லது மருத்துவமனை அதிகாரிகளின் அங்கீகாரத்திற்கான தேவை ஒருவரின் அந்தரங்கம் மற்றும் தனியுரிமைக்கான உரிமையையும், பெண்கள் சுகாதார பராமரிப்பை அணுகுவதில் ஆண் பெண் சமத்துவத்திற்கான உரிமையையும் மீறுகின்றது." (p. 68)
எனக் கருக்கலைப்பு தொடர்பான WHO தொழில்நுட்ப வழிகாட்டி (2012) தெளிவாகக் கூறுகிறது.

WHO தவிர, சர்வதேச மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகள் கருக்கலைப்பு உள்ளிட்ட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்குவதற்கான மூன்றாம் தரப்பினரின் அங்கீகாரத்திற்கான தேவை பெண்களின் மனித உரிமையை மீறும் செயற்பாடாக அடையாளப்படுத்துகின்றன (CRR 2020b). எனினும், கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுவதற்கு ஏராளமான நாடுகள் மூன்றாம் தரப்பினரின் அங்கீகாரத்தைக் கோருகின்றன.

3.3.5.1 மருத்துவ சேவை வழங்குனர்களின் அங்கீகாரம்

உலகளாவிய கருக்கலைப்பு கொள்கை தரவுத்தளம் (2020) 158 நாடுகளின் தரவுகளின் பகுப்பாய்வின் அடிப்படையில்: 105 நாடுகள் (66.5%) ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட சுகாதார பணியாளர்களின் அங்கீகாரம் தேவை எனத் தெரிவிக்கிறது. இது கருக்கலைப்பு வழங்குனரின் அனுமதிக்கு மேலதிகமானதா இல்லையா என்பது எங்கும் குறிப்பிடப்படவில்லை. அந்த 105 நாடுகளில் 23 நாடுகள் குறைந்தது இரண்டு வழங்குனர்கள் கருக்கலைப்பை அங்கீகரிக்க வேண்டும் எனவும், மேலும் 18 நாடுகளில் மூன்று சுகாதார வழங்குனர்களிடமிருந்தும் அங்கீகாரம் கோருகின்றது (Lavelanet et.al. 2020). மருத்துவர்களுக்கு-மக்கள் தொகை விகிதம் குறைவான மற்றும் கிராமப்புற சூழல்களிலும், குறைவான மருத்துவர்கள் உள்ள நாடுகளிலும் இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட வழங்குனர்களிடமிருந்து அங்கீகாரம் தேவைப்படுவது அதிக எண்ணிக்கையிலான பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்பு அணுகல் கிடைக்காதச் சூழலை ஏற்படுத்தும்.

3.3.5.2 துணைவர் அல்லது கணவரின் அங்கீகாரம்

ஆசியாவில் 11 நாடுகளிலும், ஆப்பிரிக்காவில் ஒரு நாட்டிலும்- கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் பெண் தனது கணவரின் அங்கீகாரத்தைப் பெற வேண்டும் என 12 நாடுகளில் சட்டம் காணப்படுகின்றது. வேறு சில நாடுகளிலும் வாழ்க்கைத் துணைவரின் ஒப்புதல் தேவை, ஆனால் சிறப்பு சூழ்நிலைகளில் மட்டுமே அது அவசியமாகின்றது. உதாரணமாக: கிர்கிஸ்தானில், சமூக காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் ஒரு பெண்ணுக்கு வாழ்க்கைத் துணைவரின் ஒப்புதல் தேவைப்பட்டது. அது போல, மங்கோலியாவில் கருவில் காணப்படும் குறைபாடுகள் அல்லது பெண்ணின் உயிருக்கு அச்சுறுத்தல் காரணமாகக் கருக்கலைப்பு செய்யத் தேவைப்பட்டது. மலேசியாவில், பெண் ஒரு முஸ்லிமாக இருந்தால் கணவரின் அங்கீகாரம் தேவைப்பட்டது (Lavelanet et. al. 2020).

3.3.5.3 பெற்றோரின் அங்கீகாரம்

கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் கட்டிளமைப்பருவத்தினருக்குப் பெற்றோரின் அங்கீகாரம் தேவை என்பது மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத்திற்கான தேவைகான மற்றொரு உதாரணம். எத்தியோப்பியா, பிஜி, பின்லாந்து, பிரான்ஸ், கயானா, இஸ்ரேல், நியூசிலாந்து, தென்னாப்பிரிக்கா மற்றும் ஸ்வீடன் போன்ற சில நாடுகளில், கருக்கலைப்புச் சட்டத்திற்கு அமைய ஒரு வயது வராத நபர் தன் கருக்கலைப்பிற்கு ஒப்புதல் வழங்கலாம் (Skuster 2013). GAPDஇல் .

உள்ள 158 நாடுகளில் (57/158) மூன்றில் ஒரு பங்கு நாடுகள் சிறுவர்கள் கருக்கலைப்பு செய்ய பெற்றோரன் அங்கீகாரம் தேவைப்படுகிறது. 57 நாடுகளில் 41 நாடுகள் மட்டுமே பெற்றோரின் ஒப்புதல் தேவைப்படும் வயது எல்லை குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது. இது 14 முதல் 18 வயது வரையிலாக அமைவதுடன் சராசரி வயதெல்லை 16 ஆகக் காணப்படுகின்றது (Lavelanet et.al. 2020).

உலக சுகாதார அமைப்பிற்கமைய: சுகாதார வழங்குனர்கள் இளம் பருவத்தினருக்கு *"வழங்கப்படும் சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்பு தெரிவுகளைப் புரிந்துகொள்ள அவர்களின் வளர்ந்து வரும் திறன்களுக்கு ஏற்ப தகவல்கள் மற்றும் ஆலோசனை வழங்க வேண்டும் மற்றும் சிகிச்சையளிக்க வேண்டும். அவை அரசுகளால் விதிக்கப்பட்ட வயது கட்டுப்பாடுகளுக்கு அமைவாக அல்ல (WHO 2012 p. 68)."*
மருத்துவர்கள் தம் இளம் வயது நோயாளர்களின் வளர்ந்து வரும் சுயாட்சியை அங்கீகரிக்க வேண்டும். மேலும் அவர் தனது மருத்துவ முடிவுகளில் சில அல்லது அனைத்தையும் எடுக்க போதுமான "மன முதிர்ச்சியடைந்தவராக" இருக்க முடியும் என்பதைப் புரிந்து கொள்ள வேண்டும். இந்தச் சூழலில் "மன முதிர்ச்சியடைந்தவர்" என்பது, அவர் மேற்கொள்ளவிருக்கும் நடைமுறையின் தன்மை மற்றும் விளைவுகளைப் புரிந்துகொண்டு, அதற்கான தகவலறிந்த ஒப்புதலை வழங்கக்கூடியவர் என்பதைக் குறிக்கிறது (RCPSC 2020).

தகவல் பெட்டி 6 கட்டிளமைப்பருவத்தினரின் நல்வாழ்வை கருத்தில் கொள்ளும் மற்றும் அவர்களின் சுயாட்சியை மதிக்கும் கொள்கைகளின் உதாரணங்களை வழங்குகின்றது.

**தகவல் பெட்டி 6:
கட்டிளமைப்பருவத்தினரின் நல்வாழ்வை கருத்தில் கொள்ளும் மற்றும் அவர்களின் சுயாட்சியை மதிக்கும் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளின் உதாரணங்கள்.**

தென் ஆப்பிரிக்கா: கர்ப்பத்தை நிறைவு செய்வதற்கான தெரிவு குறித்த சட்டம்(1996)

"கர்ப்பிணி வயது வராத நபரானால், ஒரு மருத்துவர் அல்லது பதிவு செய்யப்பட்ட சுகாதார ஊழியர் அல்லது பதிவு செய்யப்பட்ட தாதிய உத்தியோகத்தர் அந்தச் சந்தர்ப்பத்திற்கு ஏற்ப கர்ப்பம் கலைக்கப்படுவதற்கு முன் அச்சிறுமி தனது பெற்றோர், பாதுகாவலர், குடும்ப உறுப்பினர்கள் அல்லது நண்பர்களுடன் தன் தீர்மானத்தைக் குறித்து கலந்தாலோசிக்க அறிவுறுத்த வேண்டும்: அவர் அவ்வாறான ஆலோசனை பெற விரும்பாவிட்டால் கருக்கலைப்பு மறுக்கப்படக் கூடாது."

கானா: கானா'வின் சுகாதார சேவை, பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு தடுப்பு மற்றும் நிர்வகிப்பு, விரிவான கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு சேவைகள் குறித்த தரநிலைகள் மற்றும் நெறிமுறைகள், 2012.

"கருக்கலைப்பை நாடும் சிறுமி ஏற்கனவே அவ்வாறு செய்யவில்லை என்றால், பெற்றோர் அல்லது நம்பகமான பெரியவரை அணுகுமாறு சேவை வழங்குநர் அவர்களை ஊக்குவிக்க வேண்டும். எனினும் அவ்வாறு செய்வது அச்சிறுமிக்கு உடல் ரீதியாக அல்லது உணர்வு ரீதியான ஆபத்தை ஏற்படுத்தக் கூடாது. அத்துடன் சிறுமி அவ்வாறான ஆலோசனையைப் பெறாததால் கருக்கலைப்பு சேவைகள் மறுக்கப்படக் கூடாது.

பெற்றோர், நெருங்கிய உறவினர், மற்றொரு வயது வந்தவர் அல்லது பயிற்சி பெற்ற சேவை வழங்குநர் (பெற்றோருக்குப் பதிலாக) சிறுமியின் சார்பாக ஒப்புதல் அளிக்கலாம். நோயாளர் மற்றும் சேவை வழங்குநருக்கு இடையிலான இரகசியத்தன்மையைக் காக்கும் வகையில் வழக்கமான விதிவிலக்குகளுக்கு உட்பட்டு, சிறுமியின் இரகசியத்தன்மை மதிக்கப்பட வேண்டும்."

சாம்பியா: சுகாதார அமைச்சகம். சாம்பியாவில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு நோயுறும் தன்மை மற்றும் மரணங்களை குறைப்பதற்கான தரநிலைகள் மற்றும் வழிகாட்டுதல்கள். 2009.

"தரநிலை 3: யாரினதும் வற்புறுத்தல் இன்றி கட்டிளமைப்பருவத்தினரும் இளைஞர்களும் தகவலறிந்த மற்றும் சுதந்திரமான முடிவுகளை எடுப்பதை சுகாதார நிலையங்கள் உறுதி செய்ய வேண்டும்."

வழிகாட்டுதல்கள்:
1. மூன்றாம் தரப்பினரின் அங்கீகாரம் இல்லாமல் தீர்மானம் செய்வதில் நபரின் சுயாட்சி மதிக்கப்படுவதை உறுதி செய்தல்.
2. வழங்குனர்கள் சிறுவரின் நலனுக்காக நல்லெண்ணத்துடன் செயல்பட வேண்டும். மேலும் இது பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரின் ஒப்புதலைக் கூறாதிருப்பதை உள்ளடக்கி இருக்கலாம்.

Source: Skuster, 2013.

3.3.5.4 உளநலன் குன்றிய அல்லது விசேட தேவையுடைய நபர்களின் விடயத்தில் பாதுகாவலரின் அங்கீகாரம்

சமத்துவம் மற்றும் பரபட்சமின்மை நீண்டகாலமாக நிறுவப்பட்ட மனித உரிமைக் கொள்கைகளாக இருந்தாலும், பல நாடுகள் உள மற்றும் அறிவுசார் குறைபாடுகளைச் சட்டப்பூர்வ தீர்மானமெடுக்கும் திறன் இன்மையுடன் ஒப்பிடுகின்றன. இதன் விளைவாக, உள அல்லது அறிவுசார் குறைபாடுடன் வாழும் ஒரு வயது வந்தவரின் சார்பாக அனைத்து முடிவுகளையும் எடுக்கும் உரிமை ஒரு சட்டப்பூர்வ பாதுகாவலருக்கு உள்ளது (FRA 2013). இதில் விசேட தேவையுடைய நபர்கள் கருக்கலைப்பு செய்வது குறித்து தீர்மானங்களை மேற்கொள்ளும் உரிமையும் அடங்கும்.

சுயாட்சி என்பது ஐக்கிய நாடுகளின் விசேட தேவையுடையோருக்கான உரிமைகள் தொடர்பான மாநாட்டின் ஒப்பந்தம் (CRPD) சுட்டிக் காட்டப்பட்டுள்ள ஒரு முக்கிய கோட்பாடு மற்றும் சட்டக் கடப்பாடாகும். விசேட தேவையுடையவர்களின் வாழ்க்கையின் அனைத்து அம்சங்களிலும் அனைத்து மனிதர்களுக்கும் சமமாக அவர்களும் சட்டப்பூர்வ தீர்மானங்கள் எடுக்கும் திறனைக் கொண்டுள்ளனர் என்பதை ஒப்பந்தத்தை அங்கீகரித்த நாடுகள் அங்கீகரிக்க வேண்டும் எனக் கூறுகின்றது. மேலும், அந்த உடல் குறைப்பாடு ஒருவர் சட்டப்பூர்வ தீர்மானம் எடுக்கும் திறனை இழப்பதை நியாயப்படுத்தாது எனவும் CRPD குழு வலியுறுத்துகிறது (FRA 2013). 'நபருக்கு பதிலாக' தீர்மானம் செய்தலை விடுத்து நபரின் சுயாட்சி, விருப்பங்கள் மற்றும் தெரிவை மதிக்கும் விதத்தில் 'உதவியுடன்' தீர்மானமெடுத்தல் எனச் சட்டங்களை சீர்திருத்துமாறு ஒப்பந்தத்தை ஏற்றுக்கொண்ட அரசுகளுக்கு CRPD குழு அழைப்பு விடுத்துள்ளது (CRPD குழு 2014).

CRPD-யின் கோட்பாடுகள் குறித்த எங்கள் விளக்கம் பின்வருமாறு: கருக்கலைப்பு நடைமுறை மற்றும் கருக்கலைப்பு செய்வதனால் அல்லது செய்யாததனால் ஏற்படக்கூடிய விளைவுகள் குறித்த தகவல்களை உள அல்லது அறிவுசார் குறைபாடு கொண்ட நபருக்கு வழங்க சுகாதார வழங்குநர் கடமைப்பட்டுள்ளார். சுகாதார வழங்குநர் மற்றும்/அல்லது பாதுகாவலரின் ஆதரவுடன் தீர்மானம் மேற்கொள்வது சம்பந்தப்பட்ட நபரின் சிறப்புரிமையாகும். அத்தகைய செயன்முறையை சாத்தியமற்றதாக்கும் கடுமையான உளநலக் குறைபாட்டால் ஒருவர் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால், கருக்கலைப்பு சட்டம் அந்தத் தீர்மானத்தை எவ்வாறு எடுப்பது என்பதற்கான தெளிவான நடைமுறையை விளக்க வேண்டும். கருக்கலைப்பு செய்யும் பெண் தனது விருப்பங்களையும் தெரிவுகளையும் வெளிப்படுத்தும் திறன் கொண்டவராக இருந்தால், அச்சந்தர்ப்பத்தில் அவளுடைய தீர்மானமே மேலோங்க வேண்டும்.

3.3.6 சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மனச்சான்றின் படி மறுப்பு தெரிவித்தல்.

கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கல் சூழலில், மனச்சான்றின் அடிப்படையில் அல்லது மத நம்பிக்கையின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு சேவைகள் அல்லது தகவல்களை வழங்க ஒரு சுகாதார பணியாளர் அல்லது நிறுவனம் மறுப்பது மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவித்தல் என அழைக்கப்படுகிறது (conscientious objection) (CRR 2020c).

சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டத்தின் கீழ் சிந்தனை, மனசான்று மற்றும் மத சுதந்திரத்திற்கான உரிமை சுகாதார பணியாளர்களுக்கு உண்டு என்பதை உலக சுகாதார அமைப்பு ஒப்புக்கொள்கிறது. அத்தகைய உரிமைகளை அனுபவிப்பது மற்றவர்களின் மனித உரிமைகளைப் பாதுகாக்கும் வரையறைகளுக்கு உட்பட்டிருக்க வேண்டும் என்பதையும் WHO சுட்டிக்காட்டுகிறது.

அதனடிப்படையில், கருக்கலைப்பு சேவைகள் உத்தரவாதம் செய்யப்படும் மற்றொரு எளிதில் அணுகக்கூடிய சுகாதார சேவை நிலையத்திற்கு செல்லுமாறு பரிந்துரைக்க சுகாதார பணியாளர்கள் கடமைப்பட்டுள்ளனர். அத்தகைய பரிந்துரையைச் செய்ய சாத்தியப்பாடுகள் இல்லை என்றால், மறுப்பு தெரிவிக்கும் சுகாதார பணியாளர் பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்றவும், அவரது உடல்நலத்திற்கு கடுமையான தீங்கு ஏற்படுவதைத் தடுக்கவும் கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்க வேண்டும் (WHO 2012, p. 96).

ஒன்று அல்லது மேற்பட்ட காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக உள்ள நாடுகளுக்கான GAPDயின் தரவுகளைப் பகுப்பாய்வு செய்த ஓர் ஆய்வு: 158 நாடுகளில் 56 நாடுகள் கருக்கலைப்பு வழங்க சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மனச்சான்றின் படி மறுப்பு தெரிவிக்க அனுமதிக்கப்படுவதாகக் கண்டறிந்துள்ளது. இந்த நாடுகளில் அரைவாசி (29/56), சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் அந்தப் பெண்ணை சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்கும் மற்றோர் இடத்திற்கு செல்ல பரிந்துரைக்க வேண்டும் எனக்கூறுகின்றது. மேலும் 21 நாடுகள் பெண்ணின் உயிருக்கு அச்சுறுத்தல் காணப்பட்டால் மனச்சான்றின் படியான மறுப்பு அனுமதிப்பதில்லை (Lavelanet et.al. 2020). ஏராளமான நாடுகள் மனச்சான்றின் படி மறுப்பு தெரிவிப்பது அனுமதிக்கப்படுகிறதா இல்லையா என்பதைக் குறிப்பிடவில்லை. மேலும் இது பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலைக் கடுமையாகப் பாதிக்கக்கூடும்.

சிந்தனை, மனசான்று மற்றும் மத சுதந்திரத்திற்கான அனைவருக்கும் உள்ள உரிமை உள்நாட்டுச் சட்டங்களில் பாதுகாக்கப்படுகிறது மற்றும் சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டங்களும் இதை அங்கீகரிக்கின்றன. ஆனால் அது பொதுப் பாதுகாப்பு, சுகாதாரம் மற்றும் மற்றவர்களின் அடிப்படை உரிமைகளைப் பாதுகாப்பதற்கு, குறிப்பாக பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான உரிமையை உறுதி செய்வதற்கு மட்டுப்படுத்தப்படுகிறது.

சர்வதேச மனித உரிமைகள்- ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகள் தமது பல அறிக்கைகள் மூலமாக, ஓர் அரசு பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்க மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்க அனுமதிக்கும்போது பின்வருவனவற்றைச் செய்ய வேண்டும் என்ற நிலைப்பாட்டை ஏற்படுத்தியுள்ளது:

- பொது மற்றும் தனியார் சுகாதார வசதிகளின் போதுமான எண்ணிக்கை மற்றும் போதிய புவியியல் பரவலை உறுதி செய்தல்
- மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பதை தனிநபர் மட்டத்திற்கு மட்டுப்படுத்தல், நிறுவனரீதியான பராமரிப்பு மறுப்புகளைத் தடை செய்தல்
- கருக்கலைப்பு பராமரிப்பை வழங்க விருப்பமுள்ள மற்றும் திறன் கொண்ட மற்றொரு மருத்துவ நிபுணரை நபர்கள் அணுக முடியும் என்பதை உறுதிசெய்ய ஒரு பயனுள்ள பரிந்துரை முறையை ஏற்படுத்தல்
- சட்ட ரீதியாக, மறுப்பு தெரிவிப்பதற்கான வரையறைகளைத் தெளிவாக வகுத்தல் மூலம் அவசர நிலைமைகளில் சேவை மறுக்கப்படாமையை உறுதி செய்தல்.
- மறுக்கும் மருத்துவ நிபுணர்களின் எண்ணிக்கை மற்றும் அவர்கள் பணியாற்றும் இடங்களை கணக்கிடவும், மறுப்பு தெரிவிக்கும் நடைமுறையை ஒழுங்குபடுத்தும் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளுடன் சேவை வழங்குனர்கள் இணங்கிச் செயற்படுவதைக் கண்காணிக்க சரியான அமைப்புகள் உட்பட போதுமான கண்காணிப்பு, மேற்பார்வை மற்றும் அமலாக்க வழிமுறைகளைச் செயற்படுத்தல் மற்றும் அதற்கு இணங்காது செயற்படுவதைத் தடுப்பதற்கான வழிமுறைகளை ஏற்படுத்தல் (CRR-2020d).

மேற்கூறிய நிபந்தனைகளில் பலவற்றை பூர்த்தி செய்வது, வலுவான சுகாதார உட்கட்டமைப்பு இல்லாத குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமானம் ஈட்டும் நாடுகளில் கடினமாக இருக்கலாம். உண்மையில், அதிக வருமானம் உள்ள நாடுகளில் கூட, வழங்குனர்கள் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பது தொடர்பிலான வரையறைகளுக்கு இணங்காது செயற்படக்கூடும் என ஆய்வுகள் கூறுகின்றன.

உதாரணமாக: அவுஸ்திரேலியாவின் விக்டோரியா மாநிலத்தில், கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதில் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்கும் வழங்குனர்கள், கருக்கலைப்பு செய்யும் ஒரு வழங்குநரைப் பரிந்துரைக்கும் தேவை காணப்படுகின்றது. எனினும், கருக்கலைப்பை எங்கு பெற்றுக்கொள்ளலாம் என்பது குறித்து சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் ஆலோசனை வழங்காதது பொதுவான நடைமுறையாகக் காணப்படுகின்றது. வழங்குனர்கள் பல்வேறு தடைசெய்யும் தந்திரோபாயங்களைப் பயன்படுத்தி நபர்கள் கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுகுவதைத் தாமதப்படுத்தினர், அல்லது பெண்களை குற்ற உணர்வடையச் செய்ய முயன்றனர் (Keogh et.al. 2019).

71% மகப்பேற்று மற்றும் மகளிர் மருத்துவ நிபுணர்கள் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்போராகப் பதிவு செய்யப்பட்ட இத்தாலியில் நடத்தப்பட்ட ஓர் ஆய்வில், மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவித்தல் கருக்கலைப்பு அணுகலுக்குக் கடுமையான தடைகளை ஏற்படுத்துகின்றது. குறிப்பாகக் குறைந்த வருமானம் ஈட்டும் பகுதிகளில் வசிக்கும் அல்லது பொருளாதார சிக்கல்களை சந்திக்கும் பெண்களை இது அதிகமாகப் பாதிக்கிறது (Autorinio et.al. 2020).

இதற்கு எதிர்ப்பு தெரிவிப்போர் கூறுவது: மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவித்தல் என்பது, இராணுவ சேவைகளுடன் தொடர்புடைய ஒரு கருத்தாகும். இக்கருத்திற்கு சுகாதார சேவைத்துறையில் இடமில்லை என்பதாகும். இந்த நிலைப்பாட்டின் படி, இனவிருத்தி சுகாதார பராமரிப்பில் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பது ஒரு உரிமை அல்ல, மாறாக இது சிகிச்சை அளிக்கத் தெரிவிக்கப்படும் நெறிமுறையற்ற மறுப்பு. மேலும், ஒரு மருத்துவர் தன் நோயாளரின் பால் கொண்டுள்ள தொழில்முறை கடமைகளைக் கைவிடுவதைக் குறிக்கிறது. இதன் விலையை நோயாளிகள் செலுத்த வேண்டிய சூழல் ஏற்படுகின்றது. கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்க மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பதைத் தடை செய்யும் கொள்கைகளை அரசுகள் கொண்டிருக்க வேண்டும் என அவர்கள் வாதிடுகின்றனர் (Fiala and Arthur 2017).

கருக்கலைப்புச் சட்டங்களில் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவித்தல் குறித்து எதுவும் குறிப்பிடாத ஸ்வீடன், பின்லாந்து மற்றும் ஐஸ்லாந்து போன்ற நாடுகள் கருக்கலைப்பை எதிர்க்கும் இயக்கங்களின் மூலம் ஏற்பட்ட

சவால்கள் இருந்தபோதிலும், நபர்களின் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி உரிமைகளை நிலைநிறுத்துவதில் அவர்கள் கொண்டிருந்த உறுதியான அர்ப்பணிப்பு காரணமாகக் கருக்கலைப்பு செய்ய இவ்வாறான மறுப்பு தெரிவிக்கும் நடைமுறைகளை வெற்றிகரமாகத் தடை செய்துள்ளன (தகவல் பெட்டி 7) (Fiala et. al. 2016). இது போன்ற உதாரணங்களைப் பெண்கள் சுகாதாரம் தொடர்பாகப் பணியாற்றும் ஆர்வலர்கள் சிறந்த நடைமுறைகளாக இனம்கண்டு, இதற்கான துணை வலுசேர்த்தல் செயற்பாடுகள் மூலம் மனச்சான்றின் அடிப்படையிலான மறுப்பு தெரிவிப்பைத் தேவையற்ற செயற்பாடாக அடையாளப்படுத்தி அதை இல்லாதொழிக்க செயற்பட வேண்டும்.

3.3.7 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு அணுகலில் தலையீடு செய்யும் பிற சட்டங்கள்

3.3.7.1 கருவின் பால் நிலையை அறிந்து கொள்ளும் மற்றும் பால் நிலையின் அடிப்படையில் செய்யும் கருக்கலைப்புகளைத் தடைசெய்யும் சட்டங்கள்

உலகின் சில பகுதிகளில் கருவின் பால் நிலையை அறிந்து கொள்ளுதல் மற்றும் பால் நிலையின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு செய்யத் தடைகள் காணப்படுகின்றன. அத்தகைய தடைகள் அகற்றப்பட வேண்டும் என நாம் வாதிடுக்கின்றோம்.

ஆண் குழந்தையை விரும்புதல் என்பது வரலாற்று ரீதியாக இருந்ததாக அறியப்பட்ட ஓர் உலகளாவிய பொதுக்கருத்தாக இருப்பினும், தெற்கு, கிழக்கு மற்றும் மத்திய ஆசியாவின் சில நாடுகளில் இது பாலினம் சார் பக்கச்சார்புடைய விதத்தில் குழந்தையின் பால்நிலையைத் தெரிவு செய்யும் சூழலை ஏற்படுத்தியுள்ளது. இந்தியா, சீனா, தென் கொரியா, தாய்வான், ஆர்மேனியா மற்றும் அசர்பைஜான் போன்ற நாடுகளில் இவ்வாறான தெரிவுகளினால் ஆண் குழந்தைகள் அதிகம் பிறந்து நாட்டின் மக்கள் தொகையில் பாலின விகிதங்களில் சமமற்றதாகக் காணப்பட வழிவகுத்துள்ளன.

தகவல் பெட்டி 7:
மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்கக் கூடாது – சுவீடனின் உதாரணம்

கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதில் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பதை சுவீடன் கொள்கை மற்றும் நடைமுறை மூலம் வெற்றிகரமாகத் தடைசெய்துள்ளது. கருக்கலைப்பு சட்டம் உரிமைகளை அடிப்படையாகக் கொண்டது. பெண்கள் 18 வாரம் வரையான கர்ப்பத்தை முடிவு செய்யத் தாமாகவே முன்வரலாம் மற்றும் அதற்கு காரணம் எதையும் கூற வேண்டியதில்லை.

அனைத்து மருத்துவமனைகளினதும் மகப்பேறியல்/மகளிர் மருத்துவ பிரிவுகளும் ஒரு பெண்ணின் வேண்டுகோளின் பேரில் தாமதங்கள் செய்யாது கருக்கலைப்பை வழங்க வேண்டும் என சட்டம் வலியுறுத்துகிறது. சுவீடிஷ் பெண்களுக்கு எந்தவொரு சுகாதார சேவையையும் போலவே கருக்கலைப்புக்கான செலவு 20-30 யூரோக்கள். மேலும், அகதிகளுக்கு இது இலவசம். ஏனெனில் இது அவசர சிகிச்சையாகக் கருதப்படுகிறது.

கருக்கலைப்பு சட்டம் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பது குறித்து எதுவும் கூறாவிட்டாலும், அதை அனுமதிக்கக் கூடாது என்பதே கொள்கை மற்றும் நடைமுறை. சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்க முன்வைக்கப்படும் திட்டங்களை சுவீடிஷ் பாராளுமன்றம் தொடர்ந்தும் நிராகரித்து வருகிறது. கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு என்பது மருத்துவ பயிற்சியின் ஒரு முக்கிய அங்கமாகும். ஒரு மகப்பேறியல்/மகளிர் மருத்துவராக சேவையாற்ற விரும்புவோர் கருக்கலைப்பு பராமரிப்பில் கட்டாயப் பயிற்சியைப் பெறுகிறார்கள். அவர்களுக்கு 'இதை மறுக்கும்' தெரிவு இல்லை.

கருக்கலைப்பு செய்ய மறுப்பு தெரிவிப்பவர்கள் மகப்பேறியல்/மகளிர் மருத்துவ மாது அல்லது தாதியாகப் பணியாற்ற முடியாது என்ற நிலைப்பாட்டை மருத்துவ அதிகாரிகள் எடுத்துள்ளனர். மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிப்பது மீதான தடையைச் சட்டரீதியாக சவால் செய்ய எடுக்கப்பட்ட முயற்சிகள் இதுவரை வெற்றி பெறவில்லை. ஏனெனில், நீதிமன்றங்கள் பெண்களின் இனவிருத்தி சுகாதார உரிமை, தனிப்பட்ட நம்பிக்கையின் காரணங்களுக்காகப் பராமரிப்பை மறுக்கும் சுகாதார வழங்குனர்களின் உரிமையை விட பிரதானமானது எனத் தீர்ப்பளித்துள்ளன.

Source: Fiala et. al. 2016.

மக்கள்தொகையில் ஆண் பெண் பாலின விகிதம் சீரற்ற நிலையை அடைந்தால், அவை பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளுக்கு எதிரான வன்முறை, பெண் கடத்தல் மற்றும் இளைஞர்களிடையே குற்ற விகிதங்கள் அதிகரிப்பு போன்ற சமூகப் பிரச்சினைகளை அதிகரிக்கக்கூடும் என அஞ்சப்படுகிறது (Guttmacher 2012).

பல அரசாங்கங்கள் இதற்கு குழந்தைப் பிரசவத்திற்கு முன் மற்றும் அதற்கு முன்னர் குழந்தையின் பால் நிலையைத் தெரிவு செய்யும் விதத்தில் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளைத் தடை செய்வதன் மூலம் பதிலளித்துள்ளன. எனினும் இத்தகைய நடவடிக்கைகள் பால் நிலையைத் தெரிவு செய்யும் கருக்கலைப்புகளைக் குறைப்பதில் சிறிய தாக்கத்தையே ஏற்படுத்தியுள்ளன.

குழந்தையின் பால் நிலையைத் தெரிவு செய்வதைத் தடுப்பதை நோக்கமாகக் கொண்ட நடவடிக்கைகளின் எதிர்பாராத விளைவுகளில் ஒன்று, கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலைக் கட்டுப்படுத்துவதாகும். பாலின பக்கச்சார்புடன் குழந்தையின் பால் நிலையைத் தெரிவு செய்வதைக் குறித்த நிறுவனங்களுக்கு இடையேயான ஓர் அறிக்கை, "அத்தகைய விளைவு (கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் கட்டுப்படுத்தப்படல்) சர்வதேச மனித உரிமைகள் ஒப்பந்தங்களில் உத்தரவாதம் அளிக்கப்பட்டுள்ளதன் படி ஒரு நபரின் நல்வாழ்வு மற்றும் சுகாதாரத்துக்கான உரிமையை மீறுவதாகும்" என்று தெளிவாகக் கூறுகிறது (WHO 2011 p. v).

எனவே, பாலின பக்கச்சார்புடைய பால்நிலைத் தெரிவு செய்வது கண்டிக்கப்பட வேண்டும் மற்றும் தீவிரமாக எதிர்க்கப்பட வேண்டும். என்ற போதிலும், இதற்கான தீர்வு எந்த வகையிலும் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான பெண்களின் அணுகலைத் தடுப்பதாக இருக்கக்கூடாது. இதைத் தடுக்க எடுக்கப்படும் நடவடிக்கை பிரச்சினையைப் பற்றிய முழுமையான புரிதலின் அடிப்படையில் இருக்க வேண்டும். மற்றும் நீண்ட கால தீர்வுகளை மேற்கொள்ள பெண்களுக்கெதிரான பாகுபாடு மற்றும் பெண்களைக் குறைத்து மதிப்பிடல் போன்ற இதன் அடிப்படைக் காரணங்களைத் தீர்க்கும் நடவடிக்கைகளை எடுக்க வேண்டும்.

கருக்கலைப்புகான உரிமைகளை எதிர்ப்பவர்கள் பாலின சமத்துவம் என்ற பெயரில் பால் நிலையைத் தெரிவுசெய்து செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளை தம் எதிர்ப்பிற்கான தளமாகப் பயன்படுத்தி வருவது கவலைக்குரிய விடயமாகும். சில சந்தர்ப்பங்களில் அவர்கள் வெற்றி பெற்றுள்ளனர்.

உதாரணமாக: ஐரோப்பிய சட்டமன்றம் பால் நிலையைத் தெரிவு செய்து செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளைத் தடை செய்யும் தீர்மானத்தை நிறைவேற்றியமை (Westeston 2012). இதிலிருந்து பெண்கள் சுகாதாரம் தொடர்பாக செயற்படும் ஆதரவாளர்கள் கற்றுக்கொள்ள வேண்டிய விடயம், பாலின பக்கச்சார்புடன் குழந்தையின் பால் நிலையைத் தெரிவுசெய்வதைத் தடுப்பதற்கான தீர்வு பால் நிலையைத் தெரிவுசெய்து செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளை தடை செய்வது அல்ல, மாறாக பாலின சமத்துவத்தை மேம்படுத்துவதற்கும் பாலின அடிப்படையிலான பாகுபாட்டைத் தடுப்பதற்கும் தேவையான நீண்டகால மாற்றங்களில் முதலீடு செய்வதாகும்.

3.3.7.2 பாலியல் நடத்தை குறித்தச் சட்டங்கள்

சில நேரங்களில், கருக்கலைப்புடன் தொடர்பு படாத பிற சட்டங்களும் கருக்கலைப்பை அணுக தடைகளை உருவாக்கக்கூடும். இந்தியாவில், பாலியல் குற்றங்களிலிருந்து குழந்தைகளைப் பாதுகாக்கும் சட்டம் (POCSO) சிறுவர்களுடனான பாலியல் உறவு குறித்து முறைப்பாடளிக்கப்பட வேண்டும் எனக் கூறுகின்றது. எனவே, கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் சிறுவர்கள் தொடர்பில் மருத்துவ சேவை வழங்குனர்கள் முறைப்பாடு செய்ய கடமைப்பட்டுள்ளனர். ஏனெனில் கர்ப்பம் பாலியல் செயற்பாடுகளுக்குச் சான்றாகும் (Nadimpalli et. al. 2017). மொராக்கோவில், திருமணத்திற்கு வெளியே பாலியல் உறவு கொள்வது சட்டவிரோதமானது. இதன் விளைவாக, அந்நாட்டில் பெண்ணின் உடல் மற்றும் உள ஆரோக்கியத்தைக் காக்க மற்றும் பாலியல் வன்புணர்வு அல்லது கருவில் காணப்படும் குறைபாடுகள் காரணமாக, முதல் மூன்று மாதங்களுக்குள் கருக்கலைப்பு சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்படுகின்ற போதிலும், இது திருமணமாகாதப் பெண்களுக்கு மறுக்கப்படுகின்றது (MFPA மற்றும் ARROW 2016).

3.3.8 சர்வதேச காக் சட்டம் (Global Gag Rule) மற்றும் கருக்கலைப்பிற்கான அணுகலில் அது ஏற்படுத்தும் தாக்கங்கள்

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமானம் ஈட்டும் நாடுகளில் நபர்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுக தடையை ஏற்படுத்துவது தேசிய சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் மட்டுமல்ல. உலகளாவிய ரீதியில் பெண்களுக்குப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்குக் காணப்படும் அணுகலின் அளவையும், பல்வேறு பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளையும் பாதிக்கும் ஒரு சட்டம் சர்வதேச காக் சட்டம். 1984ஆம் ஆண்டு, அமெரிக்க ஜனாதிபதி ரொனால்ட் ரேகன் முதன்முதலில் மெக்ஸிகோ நகரக் கொள்கையில்

கையெழுத்திட்டது முதல், இது 'சர்வதேச காக் சட்டம் (GGR)' என அழைக்கப்படுகிறது, பல்வேறு அமெரிக்க ஜனாதிபதிகள் அவர்கள் பதவியேற்கும் போது இதனை புதுப்பிக்க முயன்றுள்ளனர்.குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமானம் ஈட்டும் நாடுகளில் நபர்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை அணுக தடையை ஏற்படுத்துவது தேசிய சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் மட்டுமல்ல. உலகளாவிய ரீதியில் பெண்களுக்குப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்குக் காணப்படும் அணுகலின் அளவையும், பல்வேறு பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளையும் பாதிக்கும் ஒரு சட்டம் சர்வதேச காக் சட்டம். 1984ஆம் ஆண்டு, அமெரிக்க ஜனாதிபதி ரொனால்ட் ரேகன் முதன்முதலில் மெக்ஸிகோ நகரக் கொள்கையில் கையெழுத்திட்டது முதல், இது 'சர்வதேச காக் சட்டம் (GGR)' என அழைக்கப்படுகிறது, பல்வேறு அமெரிக்க ஜனாதிபதிகள் அவர்கள் பதவியேற்கும் போது இதனை புதுப்பிக்க முயன்றுள்ளனர்.

ஜனவரி 2017இல், அமெரிக்க ஜனாதிபதி டிரம்ப் இன் நிர்வாகம் GGR இல் ஒரு மாற்றத்தை அறிமுகப்படுத்தியது. இது 'சர்வதேச சுகாதார உதவியில் வாழ்வதற்கான உரிமையை பாதுகாத்தல்' என்பதாகும். இந்தச் சட்டம் அமெரிக்க நிதி மற்றும் தொழில்நுட்ப உதவியைப் பெறும் அனைத்து வெளிநாட்டு அரசு சாரா நிறுவனங்களுக்கும் (NGO) பொருந்தும். எந்தவொரு நோக்கத்திற்காகவும் பின்வரும் சேவைகளை வழங்கும் ஒரு நிறுவனம் (SRH சேவைகள் மட்டுமல்ல, HIV/AIDS, WASH போன்ற பல சேவைகளில்) அமெரிக்க அரசிடமிருந்து (USAID உட்பட) நிதியுதவியை பெற முடியாது.

- கருக்கலைப்புகளை வழங்கும் நிறுவனங்கள்
- கருக்கலைப்பு அவர்களுக்குள்ள ஒரு தெரிவு எனப் பெண்களுக்கு ஆலோசனை வழங்கும் நிறுவனங்கள்
- கருக்கலைப்புக்கு ஆதரவளிக்கும் நிறுவனங்கள். உதாரணமாக: கருக்கலைப்பு சேவை மற்றும் பராமரிப்புக்கான அதிகரித்த அணுகலுக்காக அல்லது முற்போக்கான சட்டங்களுக்கான துணை வலுசேர்த்தல் நடவடிக்கைகளில் ஈடுபடும் நிறுவனங்கள்
- கருக்கலைப்புகளை வழங்கும் பிற அமைப்புகளுக்குப் பெண்களை பரிந்துரை செய்யும் நிறுவனங்கள் (IPPF 2019).

கென்யா, நேபாள், நைஜீரியா மற்றும் தென்னாப்பிரிக்காவில் நூற்றுக்கும் மேற்பட்ட பங்குதாரர்களுடன் செய்த நேர்காணல்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட சர்வதேச மகளிர் சுகாதார கூட்டணியின் ஆய்வின்படி: விரிவாக்கப்பட்ட GGR கருக்கலைப்பு மற்றும் குடும்பத் திட்டமிடல் சேவைகளுக்கான அணுகலை குறைப்பதில் நேரடியான தாக்கத்தைச் செலுத்தியுள்ளது, மேலும் பல்வேறு பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளிலும் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தியுள்ளது (IWHC 2019). சர்வதேச பிளாண்ட் பேரண்ட ஹூட் அமைப்பு (IPPF) மற்றும் மேரி ஸ்டோப்ஸ் இன்டர்நேஷனல் ஆகியவற்றின் அறிக்கைகள், உலகின் சில குறைந்த வருமானம் ஈட்டும் நாடுகளில் நூற்றுக்கணக்கான குடும்பத் திட்டமிடல் சிகிச்சை நிலையங்கள் மற்றும் கருக்கலைப்பு சேவை நிலையங்கள் மூடப்பட்டது குறித்துக் கூறுகின்றன. இதனால் ஆயிரக்கணக்கான பெண்களின் வாழ்க்கை மற்றும் நல்வாழ்வு ஆபத்தில் தள்ளப்படுகின்றது (IPPF 2019; Marie Stopes US 2018).

வரவேற்கத்தக்க நடவடிக்கையாக, அமெரிக்க ஜனாதிபதி பைடன்-ஹாரிஸ் நிர்வாகம் ஜனவரி 28, 2021 அன்று வெளியிடப்பட்ட ஜனாதிபதி குறிப்பாணை மூலம் GGRஐ ரத்து செய்தது. கருக்கலைப்பு எதிர்ப்பு மற்றும் LGBTQ எதிர்ப்பு ஜெனீவா ஒருமித்த பிரகடனத்திற்கு ஆதரவு வழங்குவதிலிருந்து அமெரிக்கா விலகுவதாகவும் இந்தக் குறிப்பாணை அறிவித்தது (Kaufman 2021). பைடன் நிர்வாகத்தால் GGRஐ ரத்து செய்வது, டிரம்ப் நிர்வாகத்தால் விதிக்கப்பட்ட மிகவும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட GGR ஆல் ஏற்பட்ட சில சேதங்களைச் சரிசெய்ய உதவும் என்பதில் சந்தேகமில்லை. இருப்பினும், அமெரிக்காவில் ஒவ்வொரு 4 - 8 ஆண்டுகளுக்கு ஒருமுறை ஆட்சியில் உள்ள கட்சியில் ஒவ்வொரு மாற்றத்துடனும் அமெரிக்கா GGR ஐத் திணித்து அல்லது ரத்து செய்வதன் மூலம் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரத்திற்கான உரிமைக்குரிய (SRHR) நிதியில் ஏற்படும் ஏற்ற இறக்கம் கவலைக்குரியதொரு விடயமாகும்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 2_1

கருக்கலைப்பு தொடர்பான சர்வதேச மனித உரிமைகள் ஒப்பந்தங்களின் அங்கீகாரம்

மதிப்பீடு: ■ நிபந்தனைகளுடன் அங்கீகரிக்கப்பட்டது ■ அங்கீகரிக்கப்படவில்லை		குறிப்புகள்
	சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகள் தொடர்பான சர்வதேச உடன்படிக்கை (ICCPR)	
	பொருளாதார, சமூக மற்றும் கலாச்சார உரிமைகள் தொடர்பான சர்வதேச உடன்படிக்கை (ICESCR)	
	பெண்களுக்கு எதிரான அனைத்து வகையான பாகுபாடுகளையும் நீக்குவதற்கான மாநாடு (CEDAW)	
	சித்திரவதை மற்றும் பிற கொடூரமான, மனிதாபிமானமற்ற அல்லது இழிவான சிகிச்சை அல்லது தண்டனைக்கு எதிரான மாநாடு (CAT)	
	குழந்தைகளின் உரிமைகள் தொடர்பான மாநாடு (CRC)	
	விஷேட தேவையுடையோர்களின் உரிமைகள் தொடர்பான மாநாடு (CRPD)	

'கருக்கலைப்பு' எந்தச் சட்ட அடிப்படைகளுக்கு அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளது மற்றும் அதற்குரிய கால வரம்பு

■ ஆம் ■ ஆம், கட்டுப்பாடுகளுடன் ■ இல்லை		நேர வரம்பு/குறிப்புகள்
	ஒரு பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்ற	
	ஒரு பெண்ணின் ஆரோக்கியத்தைப் பாதுகாக்க (உடல்/உளம் / குறிப்பிடப்படாத காரணங்கள்)	
	பாலியல் வன்புணர்வு அல்லது இரத்த உறவுகள் மூலமான பாலியல் வன்புணர்வு	
	கரு குறைபாடு வழக்குகளில்	
	பொருளாதார அல்லது சமூக காரணங்களுக்காக	
	கோரிக்கையின் பேரில்	
	மனசாட்சியின் பேரில் ஆட்சேபனை அனுமதிக்கப்படுகிறதா? ■ ஆம் ■ இல்லை	

கருக்கலைப்பை குற்றவியல் ரீதியாகக் கண்டறிதல்		
	ஆம் இல்லை	குறிப்புகள்
	அனுமதிக்கப்பட்ட காரணங்களைப் பூர்த்தி செய்யாத கருக்கலைப்புகளுக்குக் கருக்கலைப்பு தொடர்பான குற்றவியல் சட்டம் உள்ளது.	
	அத்தகைய கருக்கலைப்பை மேற்கொள்ளும் நபரை சட்டம் தண்டிக்கும்.	
	அத்தகைய கருக்கலைப்பு வழங்குபவரைச் சட்டம் தண்டிக்கும்.	
	அத்தகைய கருக்கலைப்புக்கு உதவி செய்யும் எந்தவொரு நபரையும் சட்டம் தண்டிக்கும்.	
	ஒரு பெண் சட்டப்பூர்வமற்ற கருக்கலைப்பு செய்ததாக சந்தேகித்தால், சுகாதார வழங்குநர்கள் காவல்துறையிடம் புகாரளிப்பதை கட்டாயமாக்கும் ஒரு "புகாரளிக்கும் கடமை" உள்ளது.	

கருக்கலைப்பு அணுகலில் தலையிடக்கூடிய பிற சட்டங்களின் இருப்பு		
	ஆம் இல்லை	குறிப்புகள்
	பால்நிலை தெரிவு அல்லது பால்நிலை தெரிவின் அடிப்படையில் செய்யும் கருக்கலைப்பைத் தடுக்கும் சட்டங்கள்.	
	பாலியல் வன்முறையின் விளைவாக ஏற்பட்டதாகச் சந்தேகிக்கப்படும் கர்ப்பங்கள் குறித்து கட்டாயமாகப் புகாரளிக்க கோரும் சட்டங்கள்	
	கருக்கலைப்பு அல்லது கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு கோரும் பெண்களைக் குறித்து கட்டாயமாகப் புகாரளிக்க கோரும் சட்டங்கள்	
	பிற சட்டங்கள்: விவரிக்கவும்	

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 2_2

மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத் தேவைகள்		
	ஆம் இல்லை	குறிப்புகள்
	ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட சுகாதார வழங்குநர்களின் அங்கீகாரம்	
	கணவன் / துணைவரின் அங்கீகாரம்.	
	சிறுவர்களாயின் பெற்றோரின் அங்கீகாரம் (வயதைக் குறிப்பிடவும்)	
	அறிவுசார் அல்லது மனநல குறைபாடு உள்ள நபர்களின் விடயத்தில் பாதுகாவலரின் அங்கீகாரம்	

அனுமதிக்கப்பட்ட முறைகள்		
	ஆம் இல்லை	குறிப்புகள்
	வக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் (VA)	
	மிபெபிரிஸ்டோன் மற்றும் **மிசோபிரொஸ்டொல்** பயன்படுத்தி மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்தல்	
	மிசோப்ரோஸ்டொலை மட்டும் பயன்படுத்தி மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்தல்	
	கருப்பை வாயை விரிவடையச் செய்து வெளியேற்றல் (D&E)	

அனுமதிக்கப்பட்ட முறைகள்		
	ஆம் இல்லை	
	தாதியர்கள்	
	பொது சுகாதார மருத்துவ மாது / தாதிய பொதுச் சுகாதார மருத்துவ மாது (Midwife)	
	நிபுணத்துவம் இல்லாத மருத்துவர்கள்	
	மற்றவை (விவரிக்க)	

கருக்கலைப்பு செய்யக்கூடிய வசதிகள்			
	ஆம் (green) இல்லை (red)	முறைகள்	கர்ப்பகால வரம்புகள்
	ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்கள் (பொது)		
	இரண்டாம் நிலை/மாவட்ட அளவிலான சுகாதார நிலையங்கள் (பொது)		
	மூன்றாம் நிலை சுகாதார நிலையங்கள்/ வைத்திய சாலைகள் (பொது)		
	சிறப்பு கருக்கலைப்பு நிலையங்கள் (பொது)		
	தனியார் சுகாதார நிலையங்கள்		
	அரசு சாரா - தொண்டு நிலையங்கள்		
	கருக்கலைப்புக்கான காரணங்கள் பூர்த்தி செய்யப்படாத போது நீதித்துறை அங்கீகாரம்.		

பகுதி 4
பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பைத் திட்டமிடுதல் மற்றும் நடைமுறைப் படுத்தல்: மனித உரிமைகள் சார் அணுகுமுறை

இந்த அத்தியாயத்தின் நோக்கம், மனித உரிமைகளை அடிப்படையாகக் கொண்ட அணுகுமுறையுடன் சுகாதார அமைப்புகள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதில் கவனம் செலுத்துவதாகும்.

4.1 மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள்

மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை (HRBA) இரண்டு முக்கிய அம்சங்களைக் கொண்டுள்ளது. முதலாவது- அனைத்து குடிமக்களுக்கும் கல்வி, சுகாதார பராமரிப்பு, பிற அடிப்படைத் தேவைகள் மற்றும் வசதிகளின் அணுகலை உறுதி செய்வது அரசின் நல்லெண்ணத்தைப் பொறுத்தது அல்ல; மாறாக சர்வதேச மனித உரிமைகள் தரநிலைகளில் கைச்சாத்திட்ட அரசு நிறைவேற்ற வேண்டிய கடமை. இரண்டாவது- உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை சர்வதேச மனித உரிமைகள் அமைப்பின் தரநிலைகள் மற்றும் கொள்கைகளை அரசின் திட்டங்கள், கொள்கைகள் அடங்கிய நிகழ்ச்சி நிரலில் ஒருங்கிணைக்கிறது (ARROW Advocates Guide).

HRBA அனைத்து நபர்களையும் உரிமைதாரர்களாகக் கருதுகிறது. அதே நேரத்தில் அரசாங்கமும் அதன் பங்குதாரர்களும் இதனை மதிக்க, பாதுகாக்க மற்றும் நிறைவேற்ற வேண்டிய கடமைகளைக் கொண்ட கடமைப் பொறுப்பாளர்களாகக் காணப்படுகின்றனர். UNFPA கூறுவதன் படி, சுகாதார திட்டத்திற்குரிய மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை பின்வருமாறு வகைப்படுத்தப்படும்:

- நிகழ்ச்சி நிரலின் செயன்முறைகள் - விளைவுகள் என்பன மனித உரிமைகள் கொள்கைகள் மற்றும் சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டத்திற்கு அமைவாக அமைகின்றன என்பதை வலியுறுத்துகின்றது.
- வறுமையில் வாழ்பவர்கள், பின்தங்கிய பின்னணியைச் சேர்ந்த கட்டிளமைப் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்கள், பாலியல் தொழிலில் ஈடுபடும் பெண்கள், விசேட தேவையுடைய நபர்கள் மற்றும் மத - இன சிறுபான்மையினர் போன்ற ஒதுக்கப்பட்ட மக்கள் மீது கவனம் செலுத்துதல்.
- மிகவும் ஒதுக்கப்பட்ட மக்களிடம் ஆரம்பித்து, உலகளாவிய சுகாதார பராமரிப்பு மூலம் தொடர்புடைய சேவைகளை அனைவருக்கும் வழங்குவதை நோக்கமாகக் கொண்டது.
- சம்பந்தப்பட்ட அனைவரின் அர்த்தமுள்ள பங்குபற்றல், மற்றும் அவர்களை நிகழ்ச்சித் திட்டத்தின் அனைத்து நிலைகளிலும் உள்ளடக்கல்.
- நிகழ்ச்சித்திட்டத்தின் அனைத்து நிலைகளிலும் அனைத்து பங்காளர்களினதும் பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் வெளிப்படைத்தன்மை, அத்தோடு நிகழ்ச்சித் திட்ட வடிவமைப்பில் கட்டமைக்கப்பட்ட பொறுப்புக்கூறல் வழிமுறைகள் (UNFPA 2010:71-72).

கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான நபர்களின் உரிமை தொடர்பான சூழலில், HRBA முக்கிய மனித உரிமைக் கொள்கைகள், சுகாதார பராமரிப்பிற்கான உரிமையின் கூறுகள் மற்றும் நோயாளரின் பராமரிப்புக்கு பொருந்தும் மனித உரிமை கூறுகளை அடிப்படையாகக் கொண்டிருக்கிறது. நோயாளரின் பராமரிப்பிற்கான மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை உயிரியல் நெறிமுறைகளுக்கு மேலும் ஒரு கட்டமைப்பை வழங்குகிறன. உயிரியல் நெறிமுறைகள்

கட்டமைப்பு தனிப்பட்ட வழங்குநர்-நோயாளி உறவுகளில் கவனம் செலுத்துகிறது மற்றும் சுயாதீனம், நீதி, நன்மை விளைதல், தீங்கிழைக்காமை போன்ற மெய்யியல் தத்துவ கொள்கைகளைப் பயன்படுத்துகிறது. மறுபுறம், மனித உரிமைகள் கட்டமைப்பு சுதந்திரம், நபரின் பாதுகாப்பு, தகவல்களுக்கான உரிமை மற்றும் பாரபட்சமின்மை போன்ற சட்ட விதிமுறைகளைப் பயன்படுத்துகிறது. தனிப்பட்ட வழங்குநர்-நோயாளர் உறவில் எதிர்கொள்ளக்கூடிய பிரச்சினைகளுக்கு இது ஒரு முறையான அணுகுமுறையை வழங்குகிறது. அத்தோடு நடத்தை நெறிமுறைகளுக்கு உதவும் சூழலை உருவாக்கும் கடமையுடையத் தரப்பாக அரசு வழங்க வேண்டிய பங்களிப்பில் கவனம் செலுத்துகிறது (Cohen and Ezer 2013).

மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறை, சட்டம் மற்றும் கொள்கை ரீதியாகப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு கட்டுப்படுத்தப்பட்ட சூழல்களில் கூட, ஆர்வலர்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான அணுகலைக் கோருவதற்கான அடிப்படை வாதத்தை வழங்குகின்றது. இவ்வாறான வாதத்தை ஆர்வலர்கள் பயன்படுத்திய சந்தர்ப்பங்கள் தொடர்பான எடுத்துக்காட்டுகளைப் பகுதி 3யில் காணலாம். மேலும், கட்டுப்படுத்தப்பட்ட காரணிகளுக்கு வழங்கப்பட்டாலும், சேவை வழங்கல் இந்தப் பகுதியில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மனித உரிமைகள் தொடர்பான நெறிமுறைகளைப் பின்பற்றுகின்றதா என்பதைக் கண்காணித்து இடைவெளிகளை நிரப்ப உதவுகின்றது.

இந்தப் பகுதியில், கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதில் HRBA ஐ பின்வரும் முக்கிய மனித உரிமைகள் கொள்கைகள் மற்றும் தரநிலைகளை உள்ளடக்கியதாக நாம் வரையறுக்கிறோம்: (இங்கு கருக்கலைப்பு சேவைகள், சட்டபூர்வமாக கட்டுப்படுத்தப்பட்ட நாடுகளில், தீங்கு குறைப்பு உத்தியாக வழங்கப்படும் கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பையும் உள்ளடக்கியது என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.)

- தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்குவதில் பாரபட்சமின்மை.
- தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை
- தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் அணுகல்.
- தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய தன்மை.
- தரம்
- தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல்.
- தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மை.
- பங்கேற்பு
- பொறுப்புக் கூறும் தன்மை.

இந்தக் கொள்கைகள் மற்றும் தரநிலைகள் கீழே மேலும் விரிவாக விவரிக்கப்படுகின்றன.

- **தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்குவதில் பாரபட்சமின்மை.**

கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள் நபரின் ஆரோக்கிய நிலை, இனம், வயது, பாலினம், பாலியல்பு, இயலாமை, மொழி, மதம், தேசிய அடையாளம், வருமானம் அல்லது சமூக அந்தஸ்து ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் (நோக்கம் அல்லது விளைவு) பாகுபாடு இல்லாமல் அணுகக்கூடியதாக இருக்க வேண்டும். திட்டங்களின் வடிவமைப்பு பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்கள் எதிர்கொள்ளக்கூடிய அணுகலுக்கான பல்வேறு தடைகளை இனம் கண்டு இந்தத் தடைகளை நிவர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

- **கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை**

போதுமான சுகாதார பராமரிப்பு உட்கட்டமைப்பு (எடுத்துக்காட்டாக: மருத்துவமனைகள், சமூக சுகாதார நிலையங்கள், பயிற்சி பெற்ற சுகாதார பராமரிப்பு நிபுணர்கள்); சாதனங்கள் (எடுத்துக்காட்டாக: மருந்துகள், கருவிகள், உபகரணங்கள்); மனித வளங்கள் (சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் மற்றும் உதவி ஊழியர்கள்); குடிநீர் மற்றும் சுத்தம் சுகாதாரமான சூழல் போன்ற அடிப்படை வசதிகள்; கருத்தடை உட்பட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி ஆரோக்கியம் பற்றிய தகவல் மற்றும் சேவைகள்; நாட்டினுள் போதுமான அளவில் கிடைக்க வேண்டும், மேலும், புவியியல் பகுதி மற்றும் சமூகங்களுக்குள் இது சமமாகப் பரவலடைந்து காணப்பட வேண்டும்.

- **தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்குவதில் பாரபட்சமின்மை.**

கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள் நபரின் ஆரோக்கிய நிலை, இனம், வயது, பாலினம், பாலியல்பு, இயலாமை, மொழி, மதம், தேசிய அடையாளம், வருமானம் அல்லது சமூக அந்தஸ்து ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் (நோக்கம் அல்லது விளைவு) பாகுபாடு இல்லாமல் அணுகக்கூடியதாக இருக்க வேண்டும். திட்டங்களின் வடிவமைப்பு பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்கள் எதிர்கொள்ளக்கூடிய அணுகலுக்கான பல்வேறு தடைகளை இனம் கண்டு இந்தத் தடைகளை நிவர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

- **கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை**

போதுமான சுகாதார பராமரிப்பு உட்கட்டமைப்பு (எடுத்துக்காட்டாக: மருத்துவமனைகள், சமூக சுகாதார நிலையங்கள், பயிற்சி பெற்ற சுகாதார பராமரிப்பு நிபுணர்கள்); சாதனங்கள் (எடுத்துக்காட்டாக: மருந்துகள், கருவிகள், உபகரணங்கள்); மனித வளங்கள் (சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் மற்றும் உதவி ஊழியர்கள்); குடிநீர் மற்றும் சுத்தம் சுகாதாரமான சூழல் போன்ற அடிப்படை வசதிகள்; கருத்தடை உட்பட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி ஆரோக்கியம் பற்றிய தகவல் மற்றும் சேவைகள்; நாட்டினுள் போதுமான அளவில் கிடைக்க வேண்டும், மேலும், புவியியல் பகுதி மற்றும் சமூகங்களுக்குள் இது சமமாகப் பரவலடைந்து காணப்பட வேண்டும்.

- **கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளின் அணுகல்**

அனைத்து சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளும் பாகுபாடு இன்றி அனைவருக்கும் கிடைக்க வேண்டும். யாருக்கும் நோய்த் தடுப்பு, சுகாதார மேம்பாடு அல்லது குணப்படுத்தும் சுகாதார சேவைகள் மறுக்கப்படக்கூடாது, இதில் கருத்தடை சேவைகள் மற்றும் அதனுடன் தொடர்புடைய பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகள் ஆகியவை அடங்கும்.
அணுகல் என்பது 3 ஒன்றுடன் ஒன்று தொடர்புடைய பரிமாணங்களைக் கொண்டுள்ளது: உடல் ரீதியான அணுகல்; பொருளாதார ரீதியான அணுகல் அல்லது குறைந்த செலவிலான அணுகல்; மற்றும் தகவல்களுக்கான அணுகல்.

- **கருக்கலைப்பு தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய தன்மை**

சுகாதார பராமரிப்பு நிறுவனங்கள், வழங்குனர்கள் மருத்துவ நெறிமுறைகளை மதிக்க வேண்டும். மேலும், நோயாளர்களின் பராமரிப்பில் மனித உரிமை சார் அணுகுமுறையை பின்பற்ற வேண்டும். சேவை வழங்குனர்கள் தம்மிடம் வரும் அனைத்து நபர்களின் கண்ணியத்தையும் மதிக்க வேண்டும். அத்துடன் கலாச்சார ரீதியில் பொருத்தமான பராமரிப்பை வழங்க வேண்டும். பாலினம், வயது, கலாச்சாரம் (மதம், நம்பிக்கை, சமூக விழுமியங்கள், விதிமுறைகள் மற்றும் மொழி உட்பட) மற்றும் உடல் திறன்களின் அடிப்படையில் அவர்களின் தேவைகளுக்கு பதிலளிக்கும் வகையில் சேவைகள் வழங்கப்பட வேண்டும்.

- **கருக்கலைப்பு சேவைகளின் தரம்**

கருக்கலைப்பு தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள் உட்பட அனைத்து சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளும் மருத்துவ ரீதியாக பொருத்தமானதாகவும் தொழில்நுட்ப தரநிலைகள், கட்டுப்பாட்டு வழிமுறைகளின் வழிகாட்டல்களுக்கு அமைவானதாகவும் அமைய வேண்டும். மிக முக்கியமாக, வழங்குநரின் நேர்மறையான அணுகுமுறையானது சேவை பெறுநர் தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல், சரியான நேரத்தில் மற்றும் பாதுகாப்பான முறையில் சேவை வழங்கப்படல் மற்றும் சேவை பெறுநர் திருப்தியடையும் விதத்தில் சேவை வழங்கப்படல் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் தரநிலை வகைப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

- **தகவலறிந்த மற்றும் சுயாட்சியுடனான தீர்மானம் மேற்கொள்ளல்**

கருக்கலைப்பு தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள் உட்பட அனைத்து சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளும் மருத்துவ ரீதியாக பொருத்தமானதாகவும் தொழில்நுட்ப தரநிலைகள், கட்டுப்பாட்டு வழிமுறைகளின் வழிகாட்டல்களுக்கு அமைவானதாகவும் அமைய வேண்டும். மிக முக்கியமாக, வழங்குநரின் நேர்மறையான அணுகுமுறையானது சேவை பெறுநர் தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல், தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல், சரியான நேரத்தில் மற்றும் பாதுகாப்பான முறையில் சேவை வழங்கப்படல் மற்றும் சேவை பெறுநர் திருப்தியடையும் விதத்தில் சேவை வழங்கப்படல் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் தரநிலை வகைப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

- **தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மை**

நபர்களின் தனியுரிமை, இரகசியத்தன்மை மற்றும் கண்ணியத்தை மதிப்பது மருத்துவ நெறிமுறைகளின் ஓர் அடிப்படைக் கொள்கையாகும். நபர்களின் தனியுரிமையைப் பாதுகாப்பதும், இரகசியத்தன்மையைப் பேணுவதும் சுகாதார பராமரிப்பின் அனைத்துப் நிலைகளிலும் அவசியமாகின்றது. கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்கும் போது இது முக்கியமாக அமைகின்றது, தவறினால் பல எதிர்மறையான விளைவுகள் ஏற்படலாம். எடுத்துக்காட்டாக, சேவை வழங்கல் சேவை நாடும் நபரின் நம்பிக்கையை இழக்கிறது. மேலும், அந்நபர் சேவையைப் பெறவோ அல்லது தொடர் சிகிச்சைக்கோ திரும்பி வராது போகலாம்.

- **தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மை**

நபர்களின் தனியுரிமை, இரகசியத்தன்மை மற்றும் கண்ணியத்தை மதிப்பது மருத்துவ நெறிமுறைகளின் ஓர் அடிப்படைக் கொள்கையாகும். நபர்களின்

தனியுரிமையைப் பாதுகாப்பதும், இரகசியத்தன்மையைப் பேணுவதும் சுகாதார பராமரிப்பின் அனைத்துப் நிலைகளிலும் அவசியமாகின்றது. கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை வழங்கும் போது இது முக்கியமாக அமைகின்றது, தவறினால் பல எதிர்மறையான விளைவுகள் ஏற்படலாம். எடுத்துக்காட்டாக, சேவை வழங்கல் சேவை நாடும் நபரின் நம்பிக்கையை இழக்கிறது. மேலும், அந்நபர் சேவையைப் பெறவோ அல்லது தொடர் சிகிச்சைக்கோ திரும்பி வராது போகலாம்.

- **பொறுப்புக் கூறும் தன்மை**

அரசுகளும் பொது நிறுவனங்களும் சுகாதார பராமரிப்பு உரிமையைப் பாதுகாப்பது தொடர்பான கடமைகள் தொடர்பாகச் செய்யும் செயல்கள் அல்லது குறைகளுக்கு, கருத்தடை தகவல் மற்றும் சேவைகளுக்கான உரிமை மற்றும் பாதுகாப்பான மற்றும் சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் உள்ளிட்டவற்றுக்கு, அமல்படுத்தக்கூடிய தரநிலைகள், ஒழுங்குமுறைகள் மற்றும் சுயாதீன இணக்க-கண்காணிப்பு அமைப்புகள் மூலம் பொறுப்பேற்க வேண்டும். தனியார் சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள், காப்பீட்டு நிறுவனங்கள் மற்றும் மருந்துகள் போன்ற தனியார் நிறுவனங்களின் நடவடிக்கைகளை ஒழுங்குபடுத்துவதற்கும் அரசாங்கங்கள் பொறுப்பேற்க வேண்டும். இதனால் அவர்களின் நடவடிக்கைகள் குடிமக்களின் சுகாதார உரிமையை மீறாது.

கருக்கலைப்பு தொடர்பான தகவல்கள், சேவைகள் மற்றும் பாதுகாப்பான மற்றும் சட்டப்பூர்வமான கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் உட்பட சுகாதார பராமரிப்பிற்கான உரிமையை பாதுகாக்க அரசுகளும் பொது நிறுவனங்களும் செய்யும் மற்றும் செய்யத் தவறும் விடயங்கள் தொடர்பில்: செயற்படுத்தல் விதிமுறைகள், கட்டுப்பாடுகள் மற்றும் சுயாதீன கண்காணிப்பு நிறுவனங்களின் மூலம் பதிலளிப்பும் பொறுப்புக் கூறலும் கோரப்பட்ட வேண்டும். தனியார் துறையில் உள்ள சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள், காப்புறுதி நிறுவனங்கள் மற்றும் மருந்தக நிறுவனங்களின் செயற்பாடுகள் பிரஜைகளின் சுகாதார சேவைக்கான உரிமையை பாதிக்காதிருக்கக் கட்டுப்பாடுகளை ஏற்படுத்த அரசுகளுக்குப் பொறுப்புள்ளது.

4.2 மனித உரிமைகள் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவை வழங்கல்: ஒரு செயல் நிகழ்ச்சி நிரல்

இந்தப் பகுதி கருக்கலைப்பு நிகழ்ச்சித் திட்ட வடிவமைப்பு மற்றும் சேவை வழங்கல் குறித்து கலந்துரையாடுகின்றது. இது மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான மற்றும் பாலினம் குறித்த உணர்திறனுடன் வழங்கப்படும் குடும்பத் திட்டமிடல் சேவை வழங்கலின் பண்புகளை சுட்டிக் காட்டுகிறது. இந்த பண்புகளில் பல, சேவை வழங்கலில் “சேவை பெருநரை மையப்படுத்திய அணுகல்” எனும் விடயத்தில் வரையறுக்கப்படும் பண்புகளுக்கு ஒப்பாகவும் அதனுடன் இணைந்தும் காணப்படுகின்றன. இதில் சேவை பெறுநருக்கு அதிகாரமளித்தல் மற்றும் சேவை பெறுநர்கள் சுகாதார பராமரிப்பில் செயல்திறனுடன் பங்கு வகிக்க உதவுதல் ஆகியவை அடங்கும்.

இந்தப் பகுதி 4.1யில் வரையறுக்கப்பட்ட ஒன்பது மனித உரிமைக் கொள்கைகள் மற்றும் தரநிலைகளை (பாரபட்சமின்மை; கிடைக்கும் தன்மை; அணுகல்; ஏற்றுக்கொள்ளும் தன்மை; தரம்; தகவலறிந்த தீர்மானம்; தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மை; பங்கேற்பு மற்றும் பொறுப்புக்கூறல்) நிகழ்ச்சி திட்டமிடல் மற்றும் சேவை வழங்கல் மட்டத்தில் எவ்வாறு செயல்படுத்தப்படலாம் என்பதை விவரிக்கும் துணைப் பகுதிகளாக ஒழுங்கமைக்கப்பட்டுள்ளது. இந்தத் தரநிலைகளுக்குள் பாலின உணர்திறனுடனான சேவை வழங்கல் மற்றும் கலாச்சார உணர்திறன் போன்றவற்றை எவ்வாறு ஒருங்கிணைக்கலாம் என்பதன் விளக்கம் இந்தப் பகுதி முழுவதிலும் பின்னிப் பிணைந்துள்ளது.

ஒவ்வொரு பிரிவும் ஒரு குறிப்பிட்ட நாட்டில் வழங்கப்படும் கருக்கலைப்பு சேவைகளில் மனித உரிமைகள் கொள்கைகளைப் பின்பற்றுவதன் அளவை மதிப்பிடுவதற்கான ஒரு சரிபார்ப்புப் பட்டியலை வழங்குகிறது.

மனித உரிமைகள் தர நிலைகளைப் பின்பற்றுவதில் உள்ள இடைவெளிகள் உள்ளூர் மட்டத்தில் சேவை வழங்கல் நிலையில் காணப்பட்டால், ஆர்வலர்கள் ஏற்படுத்த விரும்பும் மாற்றம் நிகழ்ச்சித்திட்ட முகாமையாளர்கள் மற்றும் சேவை வழங்குனர்களுடன் இணைந்து செயற்படும் எல்லைக்குள் இருக்கலாம். கொள்கை மற்றும்

திட்ட மட்டத்தில் மாற்றங்களைக் கோரும் இடைவெளிகள் காணப்படும் நேரங்களில், பரந்த அளவிலான பங்குதாரர்களின் ஈடுபாடு தேவைப்படுகிறது. இதில் தேசிய மற்றும் மாகாண/ மாநில அரசாங்கங்கள்; முக்கிய கொள்கை வகுப்பாளர்கள்; SRH நிகழ்ச்சித்திட்ட முகாமையாளர்கள்; சுகாதார மற்றும் மருத்துவ நிபுணர்களின் அமைப்புகள்; சமூக அமைப்புகள் மற்றும் சமூக கருத்துக்களில் தாக்கம் செலுத்தக் கூடியவர்கள்; மற்றும் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகளில் அக்கறை கொண்ட சிவில் சமூக ஆர்வலர்கள் (கட்டிளமைப் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களால் நடத்தப்படும்/ அவர்களுடன் பணியாற்றும் நிறுவனங்கள்; விசேட தேவையுடையோர்; HIVயுடன் வாழும் நபர்கள்; பாலியல் தொழிலாளர்கள்; சிறுபான்மை சமூகங்கள்; மற்றும் குறைந்த வருமானம் ஈட்டுவோர்) ஆகியோர் அடங்குவர்.

4.2.1 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதில் பாரபட்சமின்மை

பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்குவதில் பாரபட்சமின்மை தொடர்பான கொள்கையில் WHO இரண்டு முக்கிய கொள்கைகளை உள்ளடக்கியுள்ளது (WHO, 2017):

- பாரபட்சமின்மை - பாலினம், பாலியல்பு, வயது, திருமணமான / ஆகாத நிலை, சாதி, இனம், நிறம் மற்றும் பொருளாதார நிலை ஆகியவற்றைப் பொருட்படுத்தாமல் அனைவருக்கும் சேவைகளை வழங்குதல்.
- சுயாதீனம் - வற்புறுத்தல் அல்லது வன்முறை இன்றி, சேவை பெறுநர் கோரிக்கையின் பேரில் சேவைகளை வழங்குதல்.

கருக்கலைப்பு சேவைகள் சட்டப்பூர்வமாகக் கிடைக்கக்கூடிய இடங்களில் கூட, பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெறுவதில் அதிக சிரமங்களை எதிர்கொள்ளும் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்களைச் சேர்ந்த நபர்கள் உள்ளனர். பாரபட்சமின்மை தொடர்பான கொள்கையானது, இந்தக் குறிப்பிட்ட குழுக்களை அடையாளம் கண்டு, கருக்கலைப்பு சேவைகளை அவர்கள் அணுகக்கூடியதாக மாற்றுவதற்கான ஒழுங்குகளை உறுதி செய்வதை உள்ளடக்கியது.

திட்டமிடாத/தேவையற்ற கர்ப்பத்தைச் சந்திக்கும் கட்டிளமைப் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களில் பெரும்பாலானோர் கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடத் தாமதிக்கின்றனர். ஏனெனில், தாம் கர்ப்பமடைந்திருப்பதைச் சந்தேகிப்பதிலும் கண்டறிவதிலும், மற்றும் கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடத் தேவையான வளங்களை ஏற்பாடு செய்வதிலும் அவர்கள் தாமதங்களை எதிர்கொள்ளக்கூடும். குறிப்பாக திருமணத்திற்கு முன் பாலியல் உறவில் ஈடுபடுவது குறித்தக் களங்கத்தைக் கொண்ட சமூக சூழலில் வாழ்ந்தால் இதற்கான அதிக வாய்ப்புகள் காணப்படுகின்றது (Espinoza et al, 2020). பெற்றோரின் ஒப்புதலுக்கான கட்டாயம் மற்றும் கட்டிளமைப் பருவத்தினர் பாலியல் செயற்பாடுகளில் ஈடுபடுவதை குற்றமாக்கும் சட்டங்கள் தொடர்பான கொள்கைகள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவையை அணுக மேலதிக தடைகளை ஏற்படுத்துகின்றன. இவ்வாறு பெற்றோரின் ஒப்புதலைக் கட்டாயமாக கோரும் சட்டங்கள் சிறுபான்மை இனத்தைச் சேர்ந்த பெண்கள் அல்லது நாட்டில் குடியேற்றம் செய்துள்ள சமூகத்தை சேர்ந்த பெண்களை அதிகமாகப் பாதிக்கின்றன.

மேலும், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் நிலைக்கு அவர்களைத் தள்ளக்கூடும் என ஆய்வாதாரங்கள் கூறுகின்றன (Dennis et al, 2009). இளைஞர்களுக்கு கருக்கலைப்பு சேவைகளை மறுப்பது அல்லது இவ்வாறான மேலதிகத் தடைகளை ஏற்படுத்துவது பாரபட்சமின்மை தொடர்பான கொள்கை மற்றும் அவர்களின் மேலும், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் நசுயாதீனம் இரண்டையும் மீறுகிறது (பகுதி 3ஐப் பார்க்கவும்). கட்டிளமைப் பருவத்தினரின் குறிப்பிட்ட தேவைகளைப் பாரபட்சமற்ற முறையில் பூர்த்தி செய்ய சுகாதார சேவை வழங்குனர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும். கட்டிளமைப் பருவத்தைச் சேர்ந்த சேவை பெறுநர்களின் வளர்ந்து வரும் சுயாதீனத்தை மருத்துவர்கள் அங்கீகரிக்க வேண்டும். மேலும், அவர்கள் தமக்கான சில அல்லது அனைத்து மருத்துவ தீர்மானங்களையும் மேற்கொள்ள போதுமான "முதிர்ச்சியை உடையவர்களாக" இருக்க முடியும் என்பதைப் புரிந்து கொள்ள வேண்டும். சேவை வழங்குனர்கள் அவர்களின் வளர்ச்சியடையும் திறனுக்கு ஏற்ப அவர்களை நடத்த வேண்டும். அத்தோடு அவர்களின் நலனுக்கான அவர்கள் செய்யும் தீர்மானங்களில் அவர்களுக்கான ஆதரவை வழங்க வேண்டும். இது பகுதி 3 இல் விரிவாக கலந்துரையாடப்படுகிறது.

கருக்கலைப்பு சேவைகளைத் திட்டமிடும்போது உள்ளடக்கப்படாத மற்றுமொரு குழு திருநர்கள். தேவையற்ற கர்ப்பத்தை எதிர்கொள்ளும் திருநம்பிகள் பெண்களுக்காக வடிவமைக்கப்பட்ட கருக்கலைப்பு சேவை நிலையங்களில் சேவைகளை அணுகும் போது தடைகளைக் சந்திக்கின்றனர், இதனால் அவர்கள் இந்தச் சேவைகளில் இருந்து விலக்கப்படுகின்றனர் (Lowik AJ, 2017). எனவே, கருக்கலைப்பு சேவைகள் திருநர்களும் அணுகக் கூடியதாக இருப்பதை உறுதிசெய்ய சிறப்பு முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். கருக்கலைப்பு சேவைகளை திருநர்களுக்கு ஏற்றதாக மாற்றுவது குறித்த சில பரிந்துரைகளை தகவல் பெட்டி 8 விவரிக்கிறது.

கருக்கலைப்பு தொடர்பான சேவைகளை நாடுவதில்லை பிரச்சனைகளை எதிர்கொள்ளும் மற்றுமொரு குழு எச்.ஐ.வி.யுடன் வாழும் பெண்கள். இவர்கள் கருக்கலைப்பு செய்ய தீர்மானிப்பதற்கு மற்ற நபர்கள் கொண்டிருக்கும் காரணங்களுக்கு மேலதிகமாகத் தம் HIV+ நிலையும் கர்ப்பத்தைக் கலைப்பதற்கான குறிப்பிட்ட காரணியாக அமையலாம். குழந்தைக்கு HIV பரவும் என்ற பயம், கர்ப்பம் அடையும் முன் வைரசின் அளவு குறையும் வரை காத்திருக்க விரும்புவது, கர்ப்பத்தினால் தம் சொந்த ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் விளைவுகள் குறித்த கவலைகள் மற்றும் தனது அல்லது பிற குடும்ப உறுப்பினர்களின் பராமரிப்புக்காக தம் மட்டுப்படுத்தப்பட்ட நிதி வளங்களைப் பயன்படுத்த தீர்மானிப்பது போன்றவை இதில் அடங்கும் (de Bruyn, 2012).

இருப்பினும், எச்.ஐ.வி.யுடன் வாழும் பெண்களின் HIV நிலை காரணமாகக் கருக்கலைப்பு சேவைகள் மறுக்கப்படும் சந்தர்ப்பங்கள் தொடர்பான ஆதாரங்கள் காணப்படுகின்றன. வேறு சில சந்தர்ப்பங்களில், HIVயுடன் வாழும் பெண்களின் கருவுக்கு HIV பரவக் கூடும் என்ற பயத்தைக் காரணம் காட்டி அவர்கள் கர்ப்பத்தைக் கலைக்க கட்டாயப் படுத்தப்படலாம் (Orner et al, 2011). ஒரு பெண்ணை, கர்ப்பத்தைத் தொடர கட்டாயப்படுத்துவது அல்லது அவரது எச்.ஐ.வி. நிலை காரணமாக அவரது கர்ப்பத்தைக் கலைக்க கட்டாயப்படுத்துவது இரண்டும் பாரபட்சம் இன்மை மற்றும் சுயாதீனம் தொடர்பான கொள்கைகளை மீறுவதாகும். எச்.ஐ.வி.யுடன் வாழும் நபர்களுக்கான விரிவான பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரப் பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக கருக்கலைப்பு சேவைகள் சேர்க்கப்பட வேண்டும். HIVயுடன் வாழும் பெண்களுக்கு நடுநிலையான, பக்கச்சார்பான வழிகாட்டலற்ற, முன்தீர்ப்பற்ற கர்ப்பம் தொடர்பான ஆலோசனைகள் வழங்கப்பட வேண்டும். மேலும், கர்ப்பமடைவது குறித்த அவர்களின் சுயாதீனம் மற்றும் தெரிவு மதிக்கப்பட்டு ஆதரிக்கப்பட வேண்டும்.

தகவல் பெட்டி 8:
திருநர்களை உள்ளடக்கும் கருக்கலைப்பு சேவையை வடிவமைத்தல்:

- கருக்கலைப்பு தேவைப்படும் பெண்களுக்கு என விளம்பரப்படுத்தாது, தேவையற்ற கர்ப்பத்தை சந்தித்து கருக்கலைப்பு கோரும் எவருக்கும் சேவைகள் வழங்கப்படும் என விளம்பரப்படுத்தப்படுவதை உறுதிசெய்தல். சேவை நிலையத்தின் பெயர் திருநர்களை விலக்கவில்லை என்பதை உறுதிசெய்வது இதில் அடங்கும் (எடுத்துக்காட்டாக: பெண்களுக்கானது என பொருள் கொள்ளக்கூடிய மகளிர் சுகாதார மருத்துவமனை போன்ற பெயர்கள்), சுவரொட்டிகள் மற்றும் துண்டுப் பிரசுரங்களில் திருநர்களின் படங்களை உள்ளடக்கல்.
- கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபர்களுடன் பேசும் போது அல்லது தகவல்/ஆலோசனை வழங்கும்போது, அவர்கள் பயன்படுத்தும் மொழியில் திருநர்களை உள்ளடக்கும் மொழிப் பிரயோகத்தைப் பயன்படுத்துவது குறித்து ஊழியர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும். இதில், சேவை பெறுநர் பயன்படுத்தும் மாற்று பெயர்கள், மற்றும் தம் உடல் உறுப்புக்களைக் குறிக்கப் பயன்படுத்தும் சொற்கள் ஆகியவற்றைக் கேட்டறிந்து அதை பயன்படுத்துவதும் அடங்கும். மருத்துவ படிவங்கள் மற்றும் ஆவணங்களிலும் திருநர்களை உள்ளடக்கும் மொழிப் பிரயோகத்தைப் பயன்படுத்த வேண்டும்.
- திருநர்கள் சந்திக்கும் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார பிரச்சினைகள் மற்றும் வழங்கப்படும் சேவைகளில் திருநர்களை உள்ளடக்குதல் தொடர்பான நடவடிக்கைகள் குறித்து சுகாதார பணியாளர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும்.
- பிற சேவை பெறுநர் கொண்டிருக்கும் மற்றும் வெளிப்படுத்தும் திருநர் தொடர்பான பயத்தை நிவர்த்தி செய்வது குறித்து ஊழியர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும் - சேவைகளை நாடும் பிற நபர்கள் இது தொடர்பில் முன்வைக்கும் புகார்கள்/ பிரச்சினைகளை எவ்வாறு நிவர்த்தி செய்வது, சேவை திருநர்களையும் உள்ளடக்கியதாக இருக்க வேண்டும், பாரபட்சமின்மையை நம்பும் உறுதி செய்யும் சேவை வழங்களாகக் காணப்பட வேண்டும்.
- சேவை பெருநர்கள்கள் பயன்படுத்தக்கூடிய பாலின வகைப்படுத்தல் அற்ற சில கழிப்பறைகளேனும் இருப்பது உறுதி செய்யப்பட வேண்டும்
- சேவை பெறும் திருநர்களின் தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மையை உறுதி செய்தல்.

Source: Lowik AJ, 2017.

விசேட தேவையுடைய பெண்கள் எந்தவொரு பாலியல் இனவிருத்தி சுகாதார சேவையையும் நாடும்போதும் மேலதிக தடைகளை எதிர்கொள்கின்றனர். சுயாதீனம் என்பது விசேட தேவையுடையவர்களின் உரிமைகள் தொடர்பான மாநாட்டின் (CRPD) ஒரு முக்கிய கொள்கையாகும். மேலும் CRPD குழு, அனைத்து பெண்களைப் போலவே, விசேட தேவையுடைய பெண்களுக்கும் தம் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை மற்றும் இடைவெளியைத் தேர்ந்தெடுக்கும் உரிமை உள்ளது எனவும், பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் உட்பட அவர்களின் பாலியல் தொடர்பான விடயங்களை தாமே கட்டுப்படுத்தவும் வற்புறுத்தல், பாகுபாடு மற்றும் வன்முறை இல்லாமல் சுதந்திரமாகவும் பொறுப்புடனும் தீர்மானம் செய்யவும் உரிமை உண்டு எனவும் கூறுகிறது. (CRPD, art 1).

இருப்பினும், விசேட தேவையுடையவர்கள் பாலியல் நாட்டம் அற்றவர்கள், பெற்றோராகுவதற்கு தகுதியற்றவர்கள் அல்லது தம் சொந்த பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரம் குறித்த தீர்மானங்களைச் செய்யும் திறன் அவர்களுக்கு இல்லை என்று கருதும் தீங்கு விளைவிக்கக் கூடிய பொதுவான எண்ணப்பாடுகள் காரணமாக விசேட தேவையுடையோர் பாகுபாட்டை எதிர்கொள்கின்றனர் (WHO, 2009).

SRH நிகழ்ச்சித் திட்டங்கள் மற்றும் சேவைகள், விசேட தேவையுடையோர் தம் சுயாதீனத்தைப் பயன்படுத்துவதற்கான சட்டப்பூர்வ திறனை அங்கீகரிக்காது இவ்வாறான எண்ணப்பாடுகளை வலுப்படுத்தலாம். தம் கர்ப்பத்தைத் தொடர்வது அல்லது நிறுத்துவது தொடர்பான தீர்மானங்களில், அவர்களுக்கு கண்ணியம் மற்றும் கௌரவம் மிக்க பராமரிப்பை வழங்க விசேட தேவையுடையோரின் சுயாதீனத்தை மதிக்க சுகாதார ஊழியர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும். பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் உட்பட SRH சேவைகளை வடிவமைத்து வழங்குவதில் விசேட தேவையுடையோர் எதிர்கொள்ளும் குறிப்பான தேவைகள் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும். விசேட தேவையுடையோரின் உடல் ரீதியான அணுகலை அதிகரிக்க சேவைகள் உட்கட்டமைப்பு சார் அணுகலை ஏற்படுத்தும் நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்ள வேண்டும். இதில் சக்கர நாற்காலிகள் உட் பிரவேசிப்பதற்கான சாய்வுதளங்கள் மற்றும் வடிவமைப்பு சார் தகவல்கள் மற்றும் விசேட தேவையுடையோருக்கு ஏற்ற தகவல் தொடர்பாடல் வளங்கள் ஆகியவை அடங்கும்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 3

பாகுபாடு காட்டாமை

ஆம் / இல்லை		குறிப்புகள்
	கட்டிளமைப் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்களுக்குத் பெற்றோரின் தகவல் அல்லது ஒப்புதலைக் கோராது சேவைகள் வழங்கப்படுகின்றன.	
	பெற்றோரின் அங்கீகாரம் அல்லது ஒப்புதல் இல்லாமல் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கு முடிவெடுக்கவும் ஒப்புதல் அளிக்கவும் இளம் பருவத்தினருக்கும், இளைஞர்களுக்கும் திறன் இருப்பதாகக் கருதப்படுகிறது.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் பெற்றுக்கொள்வதற்கான வெளிப்படையான இடவசதிகள் (உதாரணமாக : காத்திருப்பு அறை, கழிப்பறைகள்) அனைத்தையும் உள்ளடக்கியவை.	
	சுகாதாரப் பணியாளர்களுக்கு திருநர்களை உள்ளடக்கிய சேவைகளை வழங்குவதில் பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	
	திருநர்களை உள்ளடக்கிய மொழிபிரயோகம், விளம்பரம், தகவல் தொடர்பாடல், விண்ணப்பப் படிவங்கள் சுகாதாரப் பணியாளர்களால் நோயாளர்களுடன் மேற்கொள்ளும் தொடர்பாடலின் போது பயன்படுத்தப்படுகிறது.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் HIVயுடன் வாழும் பெண்களுக்கான விரிவான SRH சேவைகளின் ஒரு பகுதியாகும்.	
	HIVயுடன் வாழும் பெண்களுக்கான SRH சேவைகளில், முன் தீர்மானமற்ற, நடுநிலையான ஆலோசனை மற்றும் அவர்களின் கர்ப்பம் தொடர்பான சுய விருப்பத்தைச் செயற்படுத்துவதற்கான ஆதரவு ஆகியவை அடங்கும்.	
	HIVயுடன் வாழும் பெண்கள் கர்ப்பத்தைக் கலைக்க கட்டாயப்படுத்தப்பட்ட சம்பவங்கள் எதுவும் இல்லை.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் விசேடதேவையுடையோருக்கு ஏற்றதாக அமைகின்றது, அவர்களின் உடல் வசதிக்கு சாய்வு தளங்கள், சக்கர நாற்காலி அணுகல், விசேட தேவையுடையோருக்கு ஏற்ற கழிப்பறைகள் ஆகியவை காணப்படுகின்றன.	

	தகவல் மற்றும் தொடர்பு பொருட்கள் விசேடதேவையுடையோருக்கு ஏற்றவை.	
	கர்ப்பத்தைத் தொடர்வது அல்லது கலைப்பது குறித்து விசேடதேவையுடையோருக்குத் தங்கள் சொந்த விருப்பத்தைப் பயன்படுத்துவதற்கான சட்டப்பூர்வ திறனை மறுசீரமைக்கவும் சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	
	விசேடதேவையுடையோருக்குத் தங்கள் கர்ப்பத்தை கலைக்க கட்டாயப்படுத்தப்படும் சம்பவங்கள் எதுவும் இல்லை.	
	பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்பட்டவர்களுக்கு வழங்கப்படும் SRH சேவை தொகுப்பின் ஒரு பகுதியாக அவசர கருத்தடை மற்றும் கருக்கலைப்பு சேவைகள் உள்ளடக்கப்பட்டுள்ளன.	
	பாலியல் வன்புணர்வு குறித்து கட்டாயமாகப் புகாரளிப்பதற்கான விதிகள் இருந்தாலும், பாதிக்கப்பட்டவர் பாலியல் வன்புணர்வை குறித்துப் புகாரளிக்க விரும்பவில்லை என்றால் கருக்கலைப்பு சேவைகள் மறுக்கப்படாது.	
	மருத்துவ-சட்ட அல்லது நீதித்துறை நடைமுறைகள் காரணமாக பாலியல் வன்புணர்வினால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு அவசர கருத்தடை வழங்குவதில் மற்றும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதில் எந்த தாமதங்களும் ஏற்படுவது இல்லை.	
	SRH சேவைகள் தேவைப்படும் சிறுபான்மை மற்றும் ஒதுக்கப்பட்ட நபர்களை அடையாளம் காண்பதில் சுகாதார சேவை வழங்குனர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது. கருக்கலைப்பு சேவைகள் உட்பட பிற சேவைகள் அவர்களுக்கு மரியாதையுடனும் உணர்திறனுடனும் வழங்கப்படுகின்றன.	
	பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு மற்றும் பிற SRH சேவைகளை வழங்குவதில் சிறப்பு கவனம் தேவைப்படும் பகுதியில் உள்ள பாதிக்கப்படக்கூடிய சமூகங்களின் பல்வேறு குழுக்களை SRH திட்டங்கள் இனங்கண்டுள்ளன.	
	சேவை வழங்கல் தொடர்பான தரவு பாதிக்கப்படக் கூடிய குழுக்கள் தொடர்பான வேறு பிரிக்கப்பட்ட தகவல்களைக் கொண்டுள்ளது.	
	இந்தச் சிறப்பு பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுவிற்கு சேவைகள் அணுகக்கூடியதா என்பதைக் கண்காணிக்கப் பயன்படுத்தப்படும் தொகுக்கப்பட்ட தரவு.	

பாலியல் வன்புணர்வினால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு வழங்கப்படும் பராமரிப்புகளுடையத் தொகுப்பின் ஒரு பகுதியாகக் கர்ப்பத்தைத் தடுக்கும் அவசர கருத்தடை வழங்கல் அவசியமாகின்றது. பாலியல் வன்புணர்வின் விளைவாகத் தேவையற்ற கர்ப்பத்தை எதிர்கொள்ளும் நபர்களுக்கு உணர்திறனுடனான சிகிச்சை வழங்கப்பட வேண்டும் மற்றும் அவர்களுக்குப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளும் சரியான நேரத்தில் தாமதமின்றி வழங்கப்பட வேண்டும். பாலியல் வன்புணர்வினால் பாதிக்கப்பட்டோருக்கு வழங்கப்படும் அவசர கருத்தடை, STI/HIV தடுப்பு மற்றும் சிகிச்சை, உளநல ஆலோசனை உள்ளிட்ட விரிவான சேவைகள் தொகுப்பின் ஒரு பகுதியாக இந்தச் சேவைகள் வழங்கப்பட வேண்டும். மருத்துவ மற்றும் நீதித்துறை நடைமுறைகள் பாலியல் இனவிருத்தி சுகாதார பராமரிப்பைத் தாமதப்படுத்துவதற்கான ஒரு காரணமாக அமையக்கூடாது. மேலும், கருக்கலைப்பு சேவைகள் உட்பட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்க பாலியல் வன்புணர்வை முறைப்பாடு செய்வதன் கட்டாயம் ஒரு நிபந்தனையாக இருக்கக்கூடாது. பாலியல் வன்புணர்வினால் பாதிக்கப்பட்டவர்களை உணர்திறனுடனும் கண்ணியத்துடனும் நடத்தவும், பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் உட்பட பொருத்தமான மருத்துவ சேவைகளை அவர்களுக்கு வழங்கவும் சுகாதார பணியாளர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும்.

கருக்கலைப்பு சேவைகள் அணுக கூடியதாகக் காணப்பட வேண்டிய மற்றுமொரு சந்தர்ப்பம் அவசரகால மற்றும் மனிதாபிமான அவசர சூழல்களாகும். புலம்பெயர்வு மற்றும் இடப்பெயர்வை உருவாக்கும் யுத்தம் மற்றும் வன்முறைகளால் பாதிக்கப்படும் பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகள் இவ்வாறான சூழல்களில் பாலியல் வன்புணர்வினால் தேவையற்ற கர்ப்பங்களைச் சந்திக்கும் சூழல்கள் காணப்படுகின்றன. இது களங்கம் மற்றும் சமூகத்திலிருந்து அவர்கள் ஒதுக்கப்படும் நிலையை ஏற்படுத்தலாம். மேலும், இவ்வாறான சூழல்களில், கருத்தடை மற்றும் மகப்பேற்று சுகாதார சேவைகளை அணுக அதிக தடைகள் அவர்களுக்குக் காணப்படலாம்.

இது திட்டமிடாத கர்ப்பம் மற்றும் கர்ப்பத்தில் பாதகமான விளைவுகள் ஏற்பட வழிவகுக்கும். சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டம் யுத்த சூழல்களில் பாகுபாடு இன்றி பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் மருத்துவ தேவைகளைப் பாதுகாப்பதற்கான வழிகாட்டல்களை வழங்குகின்றது (Radhakrishnan et al, 2017). இதில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் உட்பட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளுக்கான அணுகலும் அடங்கும். அவசரகால மற்றும் மனிதாபிமான அவசர சூழல்களில் பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளுக்குப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை மறுப்பது பாரபட்சமானது மற்றும் உடல் உள ரீதியான பிரச்சனைகளுக்கு வழிவகுக்கும். மேலும், இது மனிதாபிமானமற்ற நடத்தையாகவும் கருதப்படுகின்றது.

இன்டர் ஏஜென்சி பணிக்குழுவால் உருவாக்கப்பட்ட அவசரகால நெருக்கடிகளில் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரத்திற்கான குறைந்தபட்ச ஆரம்ப சேவை தொகுப்பு (The Minimum Initial Service Package (MISP)) உருவாக்கப்பட்டுள்ளது. இது மனிதாபிமான நெருக்கடி சூழல்கள் ஏற்படும் போது, பாதிக்கப்பட்ட சமூகங்களின் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்ய அவசியமான உயிர் காக்கும் நடவடிக்கைகளை இந்தத் தொகுப்பு வரையறை செய்கின்றது. இதில் பல்வேறு கருத்தடை முறைகள் கிடைப்பதை உறுதி செய்தல், சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்ட அளவிற்கு பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு மற்றும் கருக்கலைப்புக்குப் பின்னான பராமரிப்பு வழங்கள் ஆகியவை அடங்கியுள்ளது. (IAWG, 2020)

4.2.2 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை

கருக்கலைப்பு சேவைகள் தேவைப்படும் அனைத்து நபர்களுக்கும், சுகாதார அமைப்பின் பல்வேறு நிலைகளில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் எளிதாகக் கிடைக்கக் கூடியதாக இருக்க வேண்டும். கருக்கலைப்பு சேவைகள் பொது மற்றும் இலாப நோக்கற்ற தனியார் நிறுவனங்களில் தற்போது கிடைக்கும் SRH சேவைகளுடன் ஒருங்கிணைக்கப்பட வேண்டும். இதில் அறிவியல் ரீதியான சரியான தகவல்கள், கருக்கலைப்புக்கான பல்வேறு முறைகள், கருக்கலைப்புக்குப் பின்னான பராமரிப்பு மற்றும் கருத்தடை சேவைகள் உள்ளிட்ட சேவைகளின் தொகுப்பு அடங்கி இருக்க வேண்டும்.

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதற்கான மிக முக்கியமான தடைகளில் ஒன்று சுகாதார பணியாளர்களின் பற்றாக்குறை ஆகும்.

இதை நிவர்த்தி செய்ய பரவலாகப் பயன்படுத்தப்படும் பிரதானமான உத்தி, பணிகளில் மாற்றங்களை ஏற்படுத்தல் அல்லது பணிப்பகிர்வு ஆகும். வெவ்வேறு சேவைகளை வழங்க சிறப்பு மருத்துவர்களைப் பயிற்றுவிப்பதற்கு பதிலாக, பல சுகாதார பணியாளர்களுக்குப் பல சேவைகளை

வழங்கள் தொடர்பான பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது - இது சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மையை மேம்படுத்துவதற்கும், சுகாதார அமைப்பின் அடிப்படை மட்டங்களில் சேவைகளை கிடைக்கச் செய்வதற்கும், சேவை அணுகலில் சமத்துவத்தை மேம்படுத்துவதற்கும் உதவுகின்றது என நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளது.

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதற்கான பல மருத்துவ தலையீடுகளை முதன்மை பராமரிப்பு மட்டத்தில் அல்லது வெளி நோயாளர் பிரிவில் சிறப்பு நிபுணத்துவம் பெறாத மருத்துவர்களால் வழங்க முடியும் என்பதற்கு ஆதாரங்கள் காணப்படுகின்றன (Barnard et al, 2015). முதல் மூன்று மாதங்களுக்குள் (10 வாரங்கள் வரை) மருத்துவ கருக்கலைப்பைத் தாதிய ஊழியர்கள், மருத்துவ மாதுகள் மற்றும் சிறப்பு நிபுணத்துவம் பெறாத மருத்துவர்கள், மற்றும் வேறு துணை மருத்துவ துறைகளில் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்க பயிற்றுவிக்கப்பட்ட மருத்துவர்களால் பாதுகாப்பாக வழங்க முடியும் என WHO பரிந்துரைக்கிறது. முதல் மூன்று மாதங்களுக்குள் செய்யப்படும் வாக்யூம் ஆஷ்பிரேஷன் மூலமான கருக்கலைப்பைத் தாதிய ஊழியர்கள், மருத்துவ மாதுகள் மற்றும் சிறப்பு நிபுணத்துவம் பெறாத மருத்துவர்கள் வழங்கலாம் எனவும் WHO பரிந்துரைக்கிறது (WHO, 2015).

எனவே, மேலே குறிப்பிட்ட பணியாளர்கள் உள்ள முதன்மை பராமரிப்பு மட்டத்தில், சிறப்பு நிபுணத்துவம் பெற்ற மருத்துவர்களின் தேவை இல்லாமல், MVA/EVA மற்றும்/அல்லது மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் மூலம் முதல் மூன்று மாத கருக்கலைப்புகள் செய்வது தொடர்பான போதுமான ஆதாரங்கள் உள்ளன. இது பகுதி 3 இல் விரிவாக கலந்துரையாடப்பட்டுள்ளது.

ஆறு மாதங்களுக்குள் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளை மருத்துவ முறைகள் மூலமாகவோ அல்லது கருப்பை வாயை விரிவுபடுத்தல் மற்றும் வெளியேற்றம் மூலமாகவோ மருத்துவர்கள்; சிறப்பு நிபுணத்துவம் பெற்றவர்கள் அல்லது சிறப்பு நிபுணத்துவம் பெறாதவர்கள் செய்யலாம் என பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

ஆறு மாதங்களுக்குள் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளின் சில படிமுறைகளை, எடுத்துக்காட்டாக: கர்ப்பப்பை வாய் தயார்ப்படுத்தல் அல்லது மருத்துவ கருக்கலைப்பு வழங்குதல், போன்றவற்றை இதற்கான சிறப்பு பயிற்சி பெற்ற சுகாதார மருத்துவ மாதுகள் மற்றும் தாதிய ஊழியர்கள் செய்யலாம். மேலும், இவ்வாறான சூழல்களில் ஏதேனும் சிக்கல்கள் ஏற்பட்டால் போதுமான சத்திர சிகிச்சை காப்பு மற்றும் பரிந்துரை வசதிகள் காணப்பட வேண்டும் (WHO, 2015). மருத்துவ முன்னேற்றம் மற்றும் நவீன தொழில்நுட்பங்களுடன், போதுமான பயிற்சி பெற்ற மனித வளங்கள் மற்றும் பொருத்தமான மருத்துவ சாதனங்கள் மற்றும் உபகரணங்கள் கிடைக்கும்போது ஆறு மாதங்களுக்குள் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகளை பாதுகாப்பாக வழங்க முடியும் (பகுதி 2 மற்றும் 3 ஐப் பார்க்கவும்).

கருக்கலைப்பு சேவைகள் தேவைப்படும் அனைத்து நபர்களும் அவற்றை அணுகுவதை உறுதி செய்வதற்கு, பொது மற்றும் தனியார் துறைகளில் சுகாதார அமைப்பின் மிகக் குறைந்த மட்ட சேவை வழங்கும் நிலையங்களிளும் கருக்கலைப்பு சேவைகள் கிடைப்பதை உறுதி செய்வது அவசியம். அத்தகைய கிடைக்கும் தன்மை இல்லாமை, கிராமப்புறங்களில் வசிபோர், ஏழைகள், இளைஞர்கள், திருமணமாகாத நபர்கள் மற்றும் ஒதுக்கப்பட்ட சமூகங்களைச் சேர்ந்த நபர்களை அதிகளவில் பாதிக்கிறது என்பதால், அத்தகைய கிடைக்கும் தன்மையை உறுதி செய்வது சமத்துவத்தை உறுதி செய்வதற்கான ஒரு நடவடிக்கையாகும்.

மேலும், கருத்தடை முறைகள் தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள், கர்ப்ப பரிசோதனை, தேவை ஏற்படின் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான பரிந்துரை ஆகியவை சமூக சுகாதார பணியாளர்கள் மற்றும் (மருந்தகத்தார்) மருந்தாளுநர்கள் மூலம் சமூக மட்டத்தில் தாமதமின்றி வழங்கப்பட வேண்டும்.

சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்புவோருக்குத் தேவையான முறைகள் கிடைப்பதை உறுதி செய்வதையும் உள்ளடக்கியுள்ளது.

வெவ்வேறு நிலைகளில் செயற்படும் சுகாதார நிலையங்களும் குறைந்தபட்சம் தம்மால் வழங்கக்கூடிய ஒரு முறையிலான கருக்கலைப்பையேனும் வழங்க வேண்டும். அத்தோடு பிற முறைகளுக்கு பொருத்தமான பரிந்துரை வழிமுறைகள் இருப்பதை உறுதி செய்ய வேண்டும். பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை_- சேவை பெறுநருக்கு தேவையான பிற SRH சேவைகளுடன் இணைக்கப்பட்டு, கர்ப்ப பரிசோதனை, கருத்தடை, HIV பரிசோதனை போன்ற அனைத்தும் ஒரு விரிவான SRH சேவைத் தொகுப்பின் பகுதியாக ஒரே கூரையின் கீழ் வழங்கப்பட வேண்டும். தகவல் பெட்டி 9 சுகாதார அமைப்பின் ஒவ்வொரு மட்டத்திலும் கிடைக்க வேண்டிய வெவ்வேறு கருக்கலைப்பு தொடர்பான சேவைகளை விவரிக்கிறது.

தகவல் பெட்டி 9:
பல்வேறு சுகாதார சேவை நிலைய மட்டங்களில் கிடைக்க வேண்டிய சேவைகள்:

சமூக நிலை:

- கருத்தடை மற்றும் கருக்கலைப்பு உள்ளிட்ட இனவிருத்தி சுகாதாரம் குறித்த தகவல்களை வழங்குதல்
- பொருத்தமான கருத்தடை முறைகளின் சமூக அடிப்படையிலான விநியோகம்.
- கர்ப்பத்தைக் கண்டறிதல்
- பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் பரிந்துரை
- கருக்கலைப்பு தொடர்பான சிக்கல்களை கண்டறிதல், ஆரம்ப கட்ட பராமரிப்பு மற்றும் பரிந்துரை.
- பாலியல் வன்புணர்வினால் பாதிக்கப்பட்டவர்களைக் கண்டறிதல், ஆரம்ப உதவி/ஆதரவு மற்றும் பரிந்துரை.

பரிந்துரை நிலை சுகாதார நிலையங்கள்:

- முதன்மை மட்டங்களில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து சேவைகளும்
- நிரந்தர கருத்தடை உட்பட பரந்த அளவிலான கருத்தடை சேவைகள்
- கர்ப்பத்தின் அனைத்து நிலைகளிலும் கருக்கலைப்பு சேவைகள் வழங்கல்
- கருக்கலைப்பினால் ஏற்படக்கூடிய அனைத்து சிக்கல்களுக்குமான சிகிச்சை

முதன்மை/ அடிப்படை சுகாதார பராமரிப்பு நிலையம்:

- சமூக மட்டத்தில் காணப்படும் அனைத்து சேவைகளும்
- கருத்தடை மற்றும் கருக்கலைப்பு பற்றிய தகவல் வழங்கல் மற்றும் உளநல ஆலோசனை.
- IUD, ஊசி மூலமான கருத்தடை மற்றும் உட்செலுத்தும் கருத்தடை முறைகள் உட்பட பரந்த அளவிலான கருத்தடை சேவைகள்
- கர்ப்பத்தின் 12-14 வாரங்கள் வரை வழங்கப்படும் வாக்யூம் ஆஸ்பிரேஷன் (MVA அல்லது EVA)
- 9 வாரங்கள் வரை மருத்துவ கருக்கலைப்பு
- கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய சிக்கல்களுக்கான ஆரம்ப நிலை சிகிச்சை மற்றும் பரிந்துரை.

Source: WHO guidance document, 2012.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 4		
கிடைக்கும்		
	■ ஆம் ■ இல்லை	குறிப்புகள்
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் கிடைப்பதற்கான குறியீட்டு எண்ணிக்கை, மக்கள் தொகை 5,00,000த்திற்கு காணப்படும் கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கும் நிலையங்களின் எண்ணிக்கை, என்பன சுகாதார அமைப்பின் கண்காணிப்பு மற்றும் அதன் சேவைகளைக் குறிப்பதன் ஒரு பகுதியாக தொடர்ந்து அறிக்கை செய்யப்படுகிறது.	
	MA மற்றும் MVA மூலம் முதல் மூன்று மாத கருக்கலைப்பு சேவைகள் பொது மற்றும் இலாப நோக்கற்ற தனியார் துறையில் முதன்மை பராமரிப்பு மட்டத்தில் கிடைக்கின்றன.	
	கருக்கலைப்பு சேவையை மருத்துவர்கள் மட்டுமே வழங்க முடியும் என கட்டுப்படுத்தும் எந்த விதிகளும் சட்டத்திலோ அல்லது கொள்கையிலோ இல்லை.	
	நடுத்தர அளவிலான சுகாதார வழங்குநர்கள் (உதாரணமாக. தாதியர்கள், பொதுச் சுகாதார மருத்துவ மாதுகள்) MVA அல்லது MA மூலம் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்க பயிற்சி பெற்றுள்ளனர்.	
	இரண்டாம் நிலை மற்றும் மூன்றாம் நிலை வசதிகளில் MA மற்றும் D&E மூலம் 12 - 24 மாதங்கள் வரையான கர்ப்பங்களுக்கு கருக்கலைப்பு சேவைகள் கிடைக்கின்றன.	
	சிறப்பு மருத்துவர்கள் இல்லாத நிலையில், இரண்டாம் நிலை மற்றும் மூன்றாம் நிலை வசதிகளில் உள்ள சிறப்பு அல்லாத மருத்துவர்கள்மூலம் 12 - 24 மாதங்கள் வரையான கர்ப்பங்களுக்கு கருக்கலைப்புகளை வழங்குவதற்கு பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறார்கள்	
	பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்கும் நிலையங்கள், கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் நபர்களுக்கு முடிந்தவரை பல முறைகள் குறித்த தெரிவை வழங்குகின்றன.	
	பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் ஒரே கூரையின் கீழ் கருத்தடை உட்பட விரிவான SRH சேவைகளின் ஒரு பகுதியாக கிடைக்கின்றன.	
	கர்ப்ப பரிசோதனை, கருத்தடை வழங்கல் மற்றும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான பரிந்துரை சேவைகள் சமூக மட்டத்தில் கிடைக்கின்றன.	
	கர்ப்ப பரிசோதனை, கருத்தடை வழங்கல் மற்றும் கருக்கலைப்புக்கான பரிந்துரை செய்தல் ஆகியவற்றில் சமூக சுகாதார பணியாளர்கள் மற்றும் மருந்தாளர்கள் பயிற்சி பெற்றுள்ளனர்.	

4.2.3 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளின் அணுகல்

கருக்கலைப்பு சேவைகள் கிடைப்பதோடு மட்டுமல்லாமல், அணுகக்கூடியதாகவும் இருக்க வேண்டும். WHO அணுகல் என்பது, உடல்ரீதியான அணுகல், பொருளாதார ரீதியான அணுகல் மற்றும் தகவல்களுக்கான அணுகல் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கியது என வரையறுக்கிறது (WHO, 2017).

4.2.3.1 உடல் ரீதியான அணுகல்

உடல் ரீதியான அணுகல் என்பது, சுகாதார சேவைகள் தேவைப்படும் அனைவருக்கும் (பாதிக்கப்படக்கூடிய நபர்கள் உட்பட அனைவரும்) உடல் ரீதியாக அணுகும் பாதுகாப்பான சூழல் மற்றும் தூரத்தில்/ நிலையில் இருப்பதைக் குறிக்கிறது.
பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான உடல் ரீதியான அணுகலைப் பெற, கிடைக்கும் தன்மை குறித்த பகுதியில் விவரிக்கப்பட்டுள்ளதன்படி அது கூடுமான அனைத்து சந்தர்ப்பங்களிலும் முதன்மை மட்டத்திலும், வெளிநோயாளர் பிரிவு சேவைகள் மூலமாகவும் கிடைக்க வேண்டும். இதன் பொருள், கீழ் மட்ட சுகாதார சேவை நிலையங்கள் மற்றும் சமூக மட்ட வழங்குனர்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள், கருக்கலைப்புக்குப் பிந்தைய பராமரிப்பு அல்லது கருக்கலைப்பு தொடர்பான சிக்கல்களுக்கான சேவைகள் தேவைப்படுபவர்களுக்குப் பொருத்தமான பரிந்துரைகளை வழங்க வேண்டும்.

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புகளுக்கு தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம் (Telehealth/Telemedicine)

கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான உடல் ரீதியான அணுகலை அதிகரிக்க ஆராயப்படும் ஓர் உத்தி தொலைபேசி மூலமான சேவைகளைப் பயன்படுத்துவதாகும். Telehealth/Telemedicine என்பது தொலைபேசி அல்லது வீடியோ அழைப்புகளின் மூலம் ஒரு சுகாதார வழங்குநருடன் தொலைதூர ஆலோசனை மற்றும் சிகிச்சை பெறுவதை உள்ளடக்கியது. மருத்துவ கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதற்கு Telemedicine .பயன்பாட்டை மதிப்பிட்ட ஆய்வுகள் அவை பாதுகாப்பானவை, பயனுள்ளவை மற்றும் இது ஓர் ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய முறை என்பதைக் கண்டறிந்துள்ளன. குறிப்பாக தொலைதூர கிராமப்புறங்களில் வசிக்கும் நபர்களுக்கு பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான அணுகலை அவை அதிகரிப்பதையும் இவ்வாய்வுகள் வாயிலாகக் கண்டறிந்துள்ளனர் (Donovan M, 2019).

வெவ்வேறு Telemedicine சேவை மாதிரிகள் மருத்துவ கருக்கலைப்பு வழங்க முயற்சிக்கப்பட்டுள்ளன. இதில் மிகவும் பிரபலமான மாதிரியானது, ஒருவரின் வீட்டிலிருந்து தொலைபேசி அல்லது வீடியோ அழைப்பின் மூலம் ஒரு சுகாதார வழங்குநருடன் கலந்தாலோசிப்பதையும், அதைத் தொடர்ந்து MA மருந்துகளைச் சுயமாகப் பயன்படுத்துவதையும் உள்ளடக்கியது. மற்றொரு மாதிரியானது, சேவை பெறுநர்கள் ஒரு சுகாதார பராமரிப்பு நிலையத்திற்குச் சென்று மருத்துவமனையில் அல்லாமல் வேறு இடத்தில் உள்ள ஒரு வழங்குநருடன் வீடியோ அழைப்பின் மூலம் ஆலோசனையைப் பெற்றுக்கொள்வதை உள்ளடக்கியது (Ramaswamy et al, 2020).

COVID-19 தொற்றுநோய் காலத்தில், சில அமைப்புகளில் கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதற்காக Telemedicine பயன்பாடு ஆராயப்பட்டது . எடுத்துக்காட்டாக: ஐக்கிய இராஜ்ஜியத்தில் தேசிய சுகாதார சேவை நிறுவனம் மூலம் மருத்துவ கருக்கலைப்பு வழங்க இந்த வழிமுறை அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளது (Department of Health and Social Care, 2020). நேபாளத்தில், சுகாதார அமைச்சகம் தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம், சுயமாகச் செய்து கொள்ளும் கருக்கலைப்பு மற்றும் COVID-19 தொற்றுநோய் காலத்தில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு சேவைகளை வீட்டிலேயே செய்து கொள்ளல் ஆகியவற்றிற்கு ஒப்புதல் அளித்துள்ளது (IPPF, 2020).

எவ்வாறிருப்பினும், MA வழங்குவதில் Telemedicineஐப் பயன்படுத்துவதில் சில தடைகள் உள்ளன: ஒரு சுகாதார வழங்குநருடனான நேரடி சந்திப்பைக் கட்டாயப்படுத்தும் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள்,

கருக்கலைப்புக்கு முன் அல்ட்ராசவுண்ட் போன்ற கட்டாயப் பரிசோதனைகள் அல்லது பதிவு செய்த மருத்துவர்கள் மட்டுமே மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகளைப் பரிந்துரைக்கலாம் எனும் கட்டுப்பாடுகள் (Ramaswamy et al, 2020) போன்ற தடைகள். மருத்துவ கருக்கலைப்புகளைத் தொலைபேசி மூலமான மருத்துவத்தினால் பெற்றுக்கொள்வதை ஒரு பரவலாக காணப்படும் தெரிவாக அறிமுகப்படுத்த இவ்வாறான தடைகள் நிவர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.

மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வதில் சுய பராமரிப்பு

மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்வதில் சுய பராமரிப்பு மற்றும் சுயமாகக் கருக்கலைப்பைச் செய்து கொள்வது மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை அதிகரிக்க ஆய்வு செய்யப்படும் மற்றோர் உத்தியாகும். WHO சுய பராமரிப்பு அணுகுமுறையை ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட அணுகுமுறை, தரமான மருந்துகள், சாதனங்கள், மருத்துவ நிலையைச் சரியாகக் கணித்தல் மற்றும்/அல்லது டிஜிட்டல் உபகரணங்களைப் பயன்படுத்தி, முழுமையாக அல்லது பகுதியளவில் முறையான மருத்துவ சேவை நிலையங்களுக்கு வெளியில், சுகாதார சேவை வழங்குநரின் நேரடியான கண்காணிப்புடன் அல்லது கண்காணிப்பு இன்றி வழங்கப்படும் அணுகுமுறை என வரையறுக்கிறது (WHO, 2019).

சுகாதார அமைப்புகள் பலவீனமாக உள்ள, சுகாதார பணியாளர்களின் பற்றாக்குறை காணப்படும் அல்லது அவசரகால நிலை அல்லது மனிதாபிமான நெருக்கடி சூழல்களால் சுகாதார அமைப்புகள் சீர்குலைந்த சந்தர்ப்பங்களில் சுய பராமரிப்பு அணுகுமுறை கருக்கலைப்பு சேவைக்கான அணுக்களில் உள்ள இடைவெளிகளைக் குறைக்க உதவுகின்றது. இருப்பினும், சுய பராமரிப்பு அணுகுமுறையைத் திறம்பட மற்றும் பாதுகாப்பாகப் பயன்படுத்த ஏற்புடைய நிலையை உருவாக்க, கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்கள் தோன்றும் சந்தர்ப்பங்களில் அதற்கான சிகிச்சையைப் பெறத்தேவைப்படும் முழுமையாகச் செயற்படும் ஒரு சுகாதார அமைப்பு தேவையாகின்றது.

கருக்கலைப்பைப் பொறுத்தவரை, பெண்கள் பல சூழல்களிலும் பல காரணங்களுக்காகவும் சுயமாகச் செய்து கொள்ளும் மருத்துவ கருக்கலைப்பைப் பயன்படுத்தி வருகின்றனர். எடுத்துக்காட்டாக: 2015ஆம் ஆண்டில் இந்தியாவில் நடத்தப்பட்ட ஓர் ஆய்வு- அந்த ஆண்டில் நாட்டில் நடந்த அனைத்து கருக்கலைப்புகளிலும் முக்கால்வாசிப் பகுதி சுகாதார நிலையங்களுக்கு வெளியே மருத்துவ முறைகள் மூலம் செய்யப்பட்டது என மதிப்பிட்டுள்ளது (Singh et al, 2018).

சுயமாகச் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகள் குறித்த ஒரு விரிவான மதிப்பாய்வு, பெண்கள் சுயமாகச் செய்யும் கருக்கலைப்பைத் தாம் விரும்பும் ஒரு முறையாகத் தெரிவு செய்யலாம். எனினும், வேறு எந்த வழிகளும் இல்லாத சந்தர்ப்பங்களில் அவர்கள் பெரும்பாலும் நாடும் கடைசி முயற்சியாகவும் அது பயன்படுத்தப்படுகிறது என்று கண்டறிந்துள்ளது. சுயமாகச் செய்து கொள்ளும் கருக்கலைப்புகளைத் தெரிவு செய்தமைக்குப் பெண்கள் அளித்த காரணங்களில், நீண்ட தூரம் பயணிக்க வேண்டியமை, வேலை அல்லது குழந்தைப் பராமரிப்பில் இருந்து நேரம் ஒதுக்க வழி இல்லாமை, நிதி தொடர்பான பிரச்சனைகள், சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்பை எங்கு பெறுவது என்பது பற்றிய தகவல் இல்லாமை, தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மை தொடர்பான சந்தேகம், காவல்துறையிடம் புகாரளிக்கப்படுவது குறித்த அச்சம் மற்றும் சட்டக் கட்டுப்பாடுகள் மற்றும் மருத்துவ பராமரிப்பைத் நாடுவதில் உள்ள தடைகள் போன்றவை அடங்கியுள்ளன. சுயமாகக் கருக்கலைப்பைச் செய்ய தீர்மானித்தமைக்கான சில நேர்மறையான காரணங்கள், சத்திர சிகிச்சை மூலமான முறைகளுக்குப் பதிலாக மருத்துவ கருக்கலைப்பைத் தேர்ந்தெடுத்தமை, சுயமாகச் செய்யும் கருக்கலைப்பு சுயமாக எடுக்கும் நடவடிக்கை மற்றும் சுய வலுவூட்டும் செயலாக உணர்ந்தமை, மற்றும் வீட்டிலேயே கருக்கலைப்பைச் செய்யது கொள்ளக்கூடிய நிலை, மேலும் உதவ/ ஆதரவளிக்க அவர்களுடன் யாரேனும் இருந்தமை (Moseson et al, 2020).

சுயமாகக் கருக்கலைப்பைச் செய்துகொள்ளல் மற்றும் சுய மதிப்பீடு அணுகுமுறைகள் ஒரு நபரை வலுவூட்டுவதற்கும், ஒரு நாட்டில் உள்ள சுகாதாரப் பணியாளர் வளங்களை மேம்படுத்துவதற்கும் பணிப்பகிர்வு செய்வதற்குமான ஒரு வழியாகும் என WHO கூறுகிறது. WHOவின் பரிந்துரைக்கமைய ஒரு சுகாதார வழங்குநரின் நேரடி மேற்பார்வை இல்லாமல் மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் மருந்துகளைப் பயன்படுத்தும் போது, பயன்படுத்தும் நபருக்கு அதைப் பயன்படுத்துவது குறித்த சரியான தகவல்கள் காணப்பட வேண்டும் மற்றும் செயற்பாட்டின் எந்தவொரு நிலையிலும் தேவை ஏற்படின் வைத்திய சாலையை அணுகி மருத்துவ உதவியைப் பெற்றுக்கொள்ளும் சூழல் காணப்பட வேண்டும். MA மாத்திரைகளை எடுத்துக் கொண்ட பிறகு, கர்ப்ப பரிசோதனைகள் மற்றும் சரிபார்ப்புப் பட்டியல்களைப் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பு செயல்முறையின் முழுமையை மதிப்பிடுவதற்கு சுயசெயற்பாடு பயன்படுத்தப்படலாம் எனவும் அது பரிந்துரைக்கிறது - மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் இரண்டும் பயன்படுத்தப்படும்போது (மிசோப்ரோஸ்டால் மட்டும் அல்ல), சரியான தகவல்களுக்கான அணுகல் மற்றும் செயல்முறையின் எந்த கட்டத்திலும் தேவைப்பட்டால் ஒரு சுகாதார சேவை வழங்குநரை அணுகக்கூடிய வழி இருந்தால் இது பாதுகாப்பானது (WHO, 2019).

(கருக்கலைப்பின் முழுமையை மதிப்பிடுவதற்குப் பயன்படுத்தப்படும் கர்ப்ப பரிசோதனைகள் குறைந்த உணர்திறன் கொண்ட கர்ப்ப பரிசோதனைகள். இவை கர்ப்பத்தைக் கண்டறியப் பயன்படுத்தப்படும் பரிசோதனைகளில் இருந்து வேறுபட்டவை என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்).

எனவே, முதல் மூன்று மாதங்களுக்குள் செய்யப்படும் மருத்துவ கருக்கலைப்பிற்கு சுயகருக்கலைப்பு முறை ஒரு சாத்தியமான தெரிவாகக் கருதப்பட்டாலும், பலனளிக்காத, குறைந்த வினைத்திறனுள்ள சுகாதார சேவைகளுக்கான ஒரு மாற்றீடாகக் கருத்தப்படக்கூடாது. அவ்வாறு கருதுவது சுகாதார சேவை தம் பொறுப்பைக் கைக்கழுவ வழிவகுக்கும். மாறாக, சுயமாகச் செய்துகொள்ளும் கருக்கலைப்புகள், தேவைக்கமைய சுகாதாரத் துறையின் உதவியுடன், பெண்கள் தம் உடல் மற்றும் ஆரோக்கியத்தில் அதிகாரம் செலுத்தக்கூடிய வலுவூட்டும் அணுகுமுறையாகக் கருதப்பட வேண்டும்.

4.2.3.2 பொருளாதார ரீதியான அணுகல்

கருக்கலைப்பு நாடுபவர்களுக்குப் பொருளாதார அணுகல் ஒரு முக்கிய தடையாக அமைவதாகக் கண்டறியப்பட்டுள்ளது. சுகாதார சேவைகளை நாடும்போது பணத் தட்டுப்பாடு பாதிக்கப்படக்கூடிய சிறுபான்மை குழுக்களை அதிகமாகப் பாதிக்கின்றன என்பதை ஆய்வாதாரங்கள் சுட்டிக்காட்டுகின்றன: கட்டிளமைப் பருவத்தினர், கிராமப்புறங்களில் வாழும் பெண்கள், வறுமையில் வாழும் பெண்கள் மற்றும் கணவன் இல்லாத பெண்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெற்றுக்கொள்ள பயணம் மற்றும் தங்குமிட செலவுகள் உள்ளிட்ட வேறு செலவுகளுக்கான பணத்தை ஏற்பாடு செய்வதில் சிரமங்களை எதிர்கொள்கின்றனர். மேலும், கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபர் சமூக ரீதியாகப் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுவைச் சேர்ந்தவராகவும், கர்ப்பம் மற்றும் கருக்கலைப்பு சமூக களங்கத்தை ஏற்படுத்துவதாகவும் இருக்கும்போது தனியார் துறை வழங்குனர்கள் அவர்களைச் சுரண்டும் வகையில் அதிக கட்டணம் வசூலிப்பதற்கான சான்றுகள் காணப்படுகின்றன (Duggal R, 2004).

கருக்கலைப்பை நாடும் நபர்கள் பாதுகாப்பான முறைகளை நாட, தம் சாதாரண செலவுகளுக்கு அதிகமான தொகையைச் செலுத்த வேண்டிய நிலை ஏற்படுவதால், பாதுகாப்பற்ற முறைகளை நாட வேண்டிய கட்டாயத்திற்கு தள்ளப்படுகின்றனர். இறுதியில் இது பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் விளைவுகள் மற்றும் நீண்டகால விளைவுகளை நிவர்த்தி செய்ய சுகாதார துறைக்கு அதிக செலவுகளை ஏற்படுத்தும். எனவே, பொது சுகாதார நிலையங்களில் கட்டணங்கள் எதுவும் இன்றி வழங்கப்பட வேண்டும். சேவை வழங்கும் நேரத்தில் அறவிடப்படும் சேவைக் கட்டணங்கள் அணுகலுக்கு ஒரு முக்கிய தடையாக அமையலாம். அரசுகள் பொது சுகாதார நிலையங்களில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்க போதுமான நிதி ஒதுக்கீடுகள் செய்வது அவசியமானது. மேலும், கருக்கலைப்பு சேவைகள் சுகாதார காப்புறுதி திட்டங்கள் போன்ற நிதி பாதுகாப்பு வழிமுறைகளில் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும்.

அநேகமான சுகாதார காப்புறுதி திட்டங்கள் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கு காப்பீடு நிதியை வழங்குவதில்லை. எடுத்துக்காட்டாக: அமெரிக்காவில், பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வு அல்லது உயிருக்கு ஆபத்து ஏற்படும் சந்தர்ப்பங்கள் தவிர வேறு சந்தர்ப்பங்களில், மருத்துவ உதவி நிதியான மெடிகெய்ட் திட்டங்கள் அல்லது அரச நிதியுதவிகளைக் கருக்கலைப்பு செய்ய பயன்படுத்த முடியாது (Henshaw et al, 2009). கருக்கலைப்பு சேவைகள் சுகாதார காப்புறுதி திட்டங்களின் கீழ் சேர்க்கப்படுவதை உறுதிசெய்ய சட்ட மற்றும் கொள்கை மாற்றங்கள் ஏற்படுத்தப்பட வேண்டும்.

4.2.3.3 தகவல்களுக்கான அணுகல்

தகவல் அணுகல் என்பது சுகாதாரம் குறித்த தகவல்களைக் கோர மற்றும் பெற்றுக் கொள்வதற்குமான உரிமையை உள்ளடக்கியுள்ளது. கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை குறித்த அறிவு இல்லாமை பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கான மற்றொரு தடையாகும். எடுத்துக்காட்டாக: இந்தியாவில் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆய்வுகள், MTP சட்டத்தின் கீழ் கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ தன்மை குறித்த விழிப்புணர்வு மிகக்குறைவாகக் காணப்படுகின்றது எனக் காண்பிக்கின்றது (Nidadavolu and Bracken, 2006).

கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை மற்றும் கருக்கலைப்பை சட்டப்பூர்வமாகக் அணுகக்கூடியதற்கான காரணங்கள் குறித்த சரியான தகவல்கள் பொது மக்களுக்கு பரவலாக வழங்கப்பட வேண்டும். அத்துடன் நாட்டின் கருக்கலைப்பு சட்டங்கள் குறித்த சரியான தகவல்கள் சுகாதார பணியாளர்களுக்கு வழங்கப்படுவதும் உறுதி செய்யப்பட வேண்டும். சட்டங்கள் குறித்த விழிப்புணர்வுக்கு மேலதிகமாக, கருக்கலைப்பு சேவைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன, கர்ப்பத்தின் வெவ்வேறு காலகட்டங்களில் கருக்கலைப்புக்கான சேவைகளை எங்கு அணுகலாம், எவ்வித கருக்கலைப்பு முறைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன என்பது குறித்த தகவல்கள் சமூகத்தில் பரவலாகக் கிடைக்கக் கூடியதாக இருக்க வேண்டும். எதிர்காலத்தில் சமூக சுகாதார பணியாளர்கள் மற்றும் மருந்தாளர்கள் அத்தகைய தகவல்களை வழங்க பயிற்றுவிக்கப்படலாம்.

மருத்துவ கருக்கலைப்பு செயற்திறனற்ற தேவைகளுக்குப் பதிலளிக்காத, கருக்கலைப்பு வழங்குவதற்கான பொறுப்பை கைக்கழுவி விடும் சுகாதார அமைப்பிற்கான பதில் தெரிவாக அமையக்கூடாது. மாறாக, சுயமாகச் செய்யும் கருக்கலைப்புகள், தேவையான நேரங்களில் சுகாதாரத்துறையின் போதிய ஆதரவுடன், பெண்களை வலுவூட்டும், தம் உடல் மற்றும் சுகாதாரம் மீதான அதிகாரத்தை அளிக்கும் ஒரு முறையாகப் பார்க்கப்பட வேண்டும்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 5

அணுகல்

■ ஆம் ■ இல்லை		குறிப்புகள்
	குறிப்பிட்ட பகுதியில் வசிக்கும் அனைத்து மக்களுக்கும் இரண்டு மணி நேர பயண தூரத்திற்குள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவை கிடைக்கிறது.	
	மருத்துவ கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்க தொலைபேசி மூலமான மருத்துவம் (Telemedicine) பயன்படுத்தப்படுகிறது.	
	கருக்கலைப்பு சேவையை மருத்துவர்கள் மட்டுமே வழங்கலாம் என கட்டுப்படுத்தும் எந்த விதிகளும் சட்டத்திலோ அல்லது கொள்கையிலோ இல்லை.	
	தொலைபேசி மூலமான மருத்துவத்தைப் பயன்படுத்துவதற்குத் தடையாக இருக்கும் சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குநருடன் கட்டாய நேரடி ஆலோசனை அல்லது கட்டாய அல்ட்ராசவுண்ட் போன்ற எந்த விதிகளும் சட்டத்திலோ அல்லது கொள்கையிலோ இல்லை.	
	சுயமாக கருக்கலைப்பு செய்துகொள்ள தீர்மானிப்பதைத் தடுக்கும் எந்த விதிகளும் சட்டத்திலோ அல்லது கொள்கையிலோ இல்லை.	
	கருக்கலைப்பு சுயமாக செய்து கொள்வது குறித்தத் தகவல்கள் கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் எவருக்கும் வழங்கப்படுகின்றன.	
	கருக்கலைப்பைச் சுயமாக செய்துகொள்ள தேர்ந்தெடுக்கும் எந்தவொரு நபருக்கும் துல்லியமான தகவல்களைப் பெற்றுக்கொள்ள மற்றும் செயன்முறையின் எந்தக் கட்டத்திலும் அவர்களுக்கு தகவல் அல்லது உதவி தேவைப்பட்டால் அல்லது விரும்பினால் ஒரு சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநரை அணுக முடியும்.	
	கர்ப்ப பரிசோதனைகள் மற்றும் சரிபார்ப்புப் பட்டியல்களைப் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பு செயன்முறையின் முழுமையை சுய மதிப்பீடு செய்வது குறித்த தகவல்கள், மிபேபிரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோபிரொஸ்டால் இரண்டிலும் MA பெற்றவர்களுக்கு வழங்கப்படுகின்றன.	
	கருக்கலைப்பு செயன்முறையின் முழுமையை சுயமாக மதிப்பிடத் தேர்வுசெய்யும் எந்தவொரு நபருக்கும் துல்லியமான தகவல்களின் ஆதாரம் உள்ளது மற்றும் செயல்முறையின் எந்த கட்டத்திலும் அவர்களுக்குத் தேவைப்பட்டால் அல்லது விரும்பினால் ஒரு சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநரை அணுகலாம்.	

	பொதுத்துறையில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் இலவசமாக அரச நிதி ஒதுக்கீடு மூலம் வழங்கப்படுகின்றன.	
	பொதுத்துறை மற்றும் இலாப நோக்கற்ற தனியார் துறைகளில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான சேவை வழங்கும் நேரத்தில் நபர்களிடம் கட்டணம் அறவிடப்படுவதில்லை.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகளை ஈடுகட்ட SRH திட்டங்களில் போதுமான நிதி ஒதுக்கீடு செய்யப்படுகிறது.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் சுகாதார காப்பீட்டுத் திட்டங்கள் போன்ற நிதிப் பாதுகாப்பு வழிமுறையின் கீழ் வருகின்றன.	
	கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை மற்றும் கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாகக் கிடைக்கக்கூடிய காரணங்கள் குறித்த சரியான தகவல்கள் பொது மக்களுக்கு பரவலாகத் தெரிவிக்கப்படுகின்றன.	
	நாட்டில் கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்கள் குறித்து சுகாதாரப் பணியாளர்களுக்கு சரியான தகவல்கள் உள்ளன.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன, கர்ப்பத்தின் வெவ்வேறு காலகட்டங்களில் கருக்கலைப்புக்கான சேவைகளை எங்கு அணுகலாம், எந்தெந்த முறைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன என்பது பற்றிய தகவல்கள் சமூகத்தில் பரவலாகக் கிடைக்கின்றன.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன, கர்ப்பத்தின் வெவ்வேறு காலகட்டங்களில் கருக்கலைப்புக்கான சேவைகளை எங்கு அணுகலாம், எந்தெந்த முறைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன என்பது குறித்த தகவல்களை சமூகத்தில் வழங்க சமூக சுகாதாரப் பணியாளர்கள் மற்றும் மருந்தாளர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	

4.2.4 பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய தன்மை

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட வேண்டுமெனில், அவை ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய தன்மையின் இரண்டு முக்கிய பரிமாணங்களைக் கொண்டிருக்க வேண்டும். மருத்துவம் மற்றும் சமூக-கலாசாரம் ஏற்றுக் கொள்ளக்கூடிய தன்மை. சேவைகள் கண்ணியத்துடன் மருத்துவ நெறிமுறைகளுக்கு அமைவாகவும் வழங்கப்பட வேண்டும் மற்றும் அவைப் பாலின உணர்திறனுள்ளதாகவும் கலாசார ரீதியில் ஏற்றுக் கொள்ளக் கூடியதாகவும் அமைய வேண்டும்.

கருக்கலைப்பு சேவைகளில் பராமரிப்பின் தரம் குறித்த சேவை பெறுநர்களின் அனுபவங்கள் குறித்த ஆய்வுகள், சேவைகளின் ஏற்றுக்கொள்ளும் தன்மையைப் பாதிக்கும் பல காரணிகளை அடையாளம் கண்டுள்ளன. கண்ணியத்துடனான பராமரிப்பை வழங்குவதில் வழங்குநரின் அணுகுமுறைகள் மற்றும் நட்புடனான சேவை வழங்கல், வழங்குநரின் உணர்திறன் மற்றும் இரகசியத்தன்மை, கருக்கலைப்பை வழங்குவதற்கான முன் நிபந்தனையாகக் கருத்தடை முறைகளை பயன்படுத்த கட்டாயப்படுத்தாமை, தாமதமின்றி சேவைகளை வழங்குதல் ஆகியவை இதில் அடங்கும். குறிப்பாக, கருக்கலைப்பு சேவைகள் இலவசமாக வழங்கப்படும் போது, வழங்குனர்கள் பெரும்பாலும் இந்த விடயங்களை நிறைவேற்ற வேண்டியதன் அவசியத்தை உணருவதில்லை என்பதையும் ஆய்வுகள் காண்பிக்கின்றன (Barua and Apte, 2007).

கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை மற்றும் கருக்கலைப்பை சட்டப்பூர்வமாகக் அணுகக்கூடியதற்கான காரணங்கள் குறித்த சரியான தகவல்கள் பொது மக்களுக்கு பரவலாக வழங்கப்பட வேண்டும். அத்துடன் நாட்டின் கருக்கலைப்பு சட்டங்கள் குறித்த சரியான தகவல்கள் சுகாதார பணியாளர்களுக்கு வழங்கப்படுவதும் உறுதி செய்யப்பட வேண்டும். சட்டங்கள் குறித்த விழிப்புணர்வுக்கு மேலதிகமாக, கருக்கலைப்பு சேவைகள் எங்கு கிடைக்கின்றன, கர்ப்பத்தின் வெவ்வேறு காலகட்டங்களில் கருக்கலைப்புக்கான சேவைகளை எங்கு அணுகலாம், எவ்வித கருக்கலைப்பு முறைகள்எங்கு கிடைக்கின்றன என்பது குறித்த தகவல்கள் சமூகத்தில் பரவலாகக் கிடைக்கக் கூடியதாக இருக்க வேண்டும். எதிர்காலத்தில் சமூக சுகாதார பணியாளர்கள் மற்றும் மருந்தாளர்கள் அத்தகைய தகவல்களை வழங்க பயிற்றுவிக்கப்படலாம்.

கருக்கலைப்பு சேவைகள் கலாசார ரீதியாக ஏற்றுக்கொள்ளப்பட வேண்டுமென்றால், உள்ளூர் மொழியில் பேசக்கூடிய மற்றும் ஏதேனும் கேள்விகள் அல்லது சந்தேகங்களை உணர்திறன் மிக்க முறையில் தீர்க்கக்கூடிய ஆலோசகர்கள் காணப்படுவது ஒரு முக்கிய உத்தியாகும். ஆலோசனை என்பது கருக்கலைப்பு நடைமுறையின் அனைத்து அம்சங்கள் பற்றிய தகவல்களையும் உள்ளடக்கியிருக்க வேண்டும் மற்றும் வெவ்வேறு கலாசார சூழல்களைச் சேர்ந்தவர்களின் தேவைகளைப் பூர்த்திசெய்யும் வகையில் அமைய வேண்டும். இதில் கவனிக்க வேண்டிய முக்கிய விடயம் என்னவென்றால், ஆலோசனை என்பது வழங்குநரின் கண்ணோக்கை ஏற்றுக்கொள்ள 'உந்துதல்', 'அறிவுரை கூறுதல்' அல்லது 'வற்புறுத்துதல்' என்பன அல்ல. மாறாக, பொருத்தமான மற்றும் சரியான தகவல்களை வழங்குவதன் மூலம் சேவை பெறுநர் தெரிவை மேற்கொள்ள உதவ வேண்டும்.

பாலின உணர்திறனுடன் வழங்கப்படும் சேவைகள் என்பன கருக்கலைப்பு சேவைகளை ஏற்றுக் கொள்ளத்தக்கதாகச் செய்யும் மற்றொரு முக்கிய அம்சமாகும். பாலினம் சார்ந்த சமூக விதிமுறைகள் மற்றும் அவை எவ்வாறு நபர்களின் இனவிருத்திச் செயற்பாடுகளைப் பாதிக்கின்றன என்பதை கருத்தில் கொண்டு சேவை வழங்குனர்களுக்கு ஆலோசனை மற்றும் தேவையான தகவல்களை வழங்குதல், அவர்கள் கர்ப்பம் மற்றும் கருக்கலைப்பு நடைமுறை குறித்த தீர்மானங்களை மேற்கொள்வதற்கான திறனை வழங்கும். நெருங்கிய துணை மூலமான வன்முறையை எதிர்கொள்கின்ற சேவை பெறுநர்கள் தம் விருப்பத்திற்கு மாறாகக் கர்ப்பத்தை நிறுத்தவோ அல்லது தொடரவோ கட்டாயப் படுத்தப்படலாம். பாலின அடிப்படையிலான வன்முறை அல்லது நெருங்கிய துணை மூலமான வன்முறையை அடையாளம் கண்டு நிவர்த்தி செய்வதும் பாலின உணர்திறனுடன் வழங்கப்படும் ஆலோசனையின் முக்கிய அம்சமாக இருக்க வேண்டும்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 6

ஏற்றுக்கொள்ளுதல்

ஆம் / இல்லை		குறிப்புகள்
	கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் நபர்களுடன் தொடர்பு கொள்ளும்போது சுகாதாரப் சேவை வழங்குனர்கள் நட்பு, உணர்திறன் மற்றும் மரியாதைக்குரியவர்களாக இருக்கிறார்கள்.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்கும் போது சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் நபர்களின் தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மையைப் பேணுகின்றனர்.	
	கருக்கலைப்பு செய்யும் போது கருத்தடை முறையைப் பின்பற்ற எந்தக் கட்டாயப்படுத்தலும் இல்லை.	
	கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபர்கள் கருத்தடை முறைகளையும் பயன்படுத்த விரும்பவில்லை என்றால், அவர்களுக்கு மறுக்கப்படாமல் கருக்கலைப்பு வழங்கப்படும்.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடுபவர்களுக்கு அதை வழங்குவதில் எந்த தாமதமும் இல்லை.	
	கருக்கலைப்பு செய்யும் நபர்களுக்குச் சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல்களை வழங்க கருக்கலைப்பு சேவைகளில் ஆலோசகர்கள் உள்ளனர்.	
	ஆலோசகர்கள்/சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் உள்ளூர் மொழியைப் பேச முடியும்.	
	ஆலோசகர்கள்/சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் உள்ளூர் கலாசார சூழல்களை அறிந்திருக்கிறார்கள் மற்றும் குறிப்பிட்ட சில ஒதுக்கட்டப்பட்ட குழுக்களின் தேவைகளுக்கு உணர்திறன் உடையவர்களாக உள்ளனர்.	
	ஆலோசகர்கள்/சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் ஒவ்வொரு நபருடனும் போதுமான நேரத்தைச் செலவிடுகிறனர் மற்றும் எந்தவொரு கேள்விகளுக்கும் அல்லது சந்தேகங்களுக்கும் சரியாகவும், பொறுமையாகவும், உணர்த்திறனுடனும் பதிலளிக்கிறார்கள்.	
	நெருங்கிய துணை மூலமான வன்முறையை எதிர்கொள்ளும் நபர்களை அடையாளம் காண ஆலோசகர்கள்/சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	
	நெருங்கிய துணை மூலமான வன்முறைக்கான பரிசோதனை கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கலுடன் ஒருங்கிணைக்கப் பட்டுள்ளது.	
	நெருங்கிய துணை மூலமான வன்முறையை எதிர்கொள்ளும் நபர்களுக்கு எவ்வாறு ஆதரவளிப்பது என்பது குறித்து ஆலோசகர்கள்/சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குநர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	
	பாலின உணர்திறனுடன் பதிலளிக்கக்கூடிய முறையில், தம் விருப்பத்திற்கு மாறாகக் கர்ப்பத்தைத் தொடர/நிறுத்த வேண்டிய கட்டாயத்தில் உள்ள ஒரு நபரை எவ்வாறு ஆதரிப்பது என்பது குறித்து ஆலோசகர்கள்/சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	

4.2.5 தரம்

மகப்பேற்று சுகாதாரத்திற்கான WHOவின் தர பராமரிப்பு கட்டமைப்பு, பராமரிப்பின் தரத்தின் இரண்டு விரிவான அம்சங்களைச் சுட்டிக்காட்டுகின்றது. பராமரிப்பு வழங்கல் மற்றும் பராமரிப்பு அனுபவம் (Tuncalp et al, 2015). இதன் அடிப்படையில், பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள் தொழில்நுட்ப ரீதியாக சிறந்த தரத்துடனும், சேவை பெறுநரின் குறிப்பிட்ட தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்வதாகவும் அமைய வேண்டும்.

4.2.5.1 தரநிலை குறித்த வழிகாட்டிகள் மற்றும் பராமரிப்பின் தொழில்நுட்ப தரம்

சிகிச்சை வழங்கல் தொடர்பான கொள்கைகள், நெறிமுறைகள் மற்றும் உரிமைகள் சார் கொள்கைளை அடிப்படையாகக் கொண்ட சிறந்த தரத்திலான பராமரிப்பை வழங்க கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு வழங்கலுக்கான தரநிலை குறித்த வழிகாட்டிகள் அவசியமாகின்றன. இவ்வாறான வழிகாட்டிகள் சேவை நிலையங்கள் மற்றும் வழங்குனர்கள் தமக்கான தரநிலையை வகுக்கவும், சேவைகளைக் கண்காணிக்க மற்றும் பகுப்பாய்வு செய்யவும், தர நிர்ணயங்களுக்கு அமைவாகச் சேவைகளை வழங்குவது தொடர்பில் சேவை வழங்குனர்களைப் பொறுப்புக்கூற அழைக்கவும் உதவுகின்றன. எவ்வாறிருப்பினும், பல நாடுகளில் இவ்வாறான வழிகாட்டிகள் இல்லை. தரநிலை குறித்த வழிகாட்டல்கள் ஆதாரங்கள் சார் கொள்கைகளை அடிப்படையாகக் கொண்டதாகவும், மருத்துவத் துறையில் ஏற்படும் முன்னேற்றங்களுக்கு அமைவாக தொடர்ச்சியாகத் திருத்தியமைக்கப்படவும் வேண்டும்.

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கலின் தற்காலத்தில் காணப்படும் பல்வேறு தொழில்நுட்ப அம்சங்கள் தொடர்பான ஆதாரங்கள் பகுதி 2இல் விவரிக்கப்பட்டுள்ளன. கருக்கலைப்புக்கான நவீன முறைகள் - முதல் மூன்று மாதத்திற்குள் MA மற்றும் MVA/EVA, அத்தோடு ஆறு மாதத்திற்குட்பட்ட கர்ப்பங்களுக்கு MA மற்றும் D&E - இவை D&C போன்ற காலாவதியான முறைகளை விடப் பாதுகாப்பானவை மற்றும் வினைத்திறன் மிக்கவை. எனவே, நவீன முறைகளின் தேரிவு வெவ்வேறு கருக்கலைப்பு நிலையங்களில் அதன் சேவை வழங்கல் நிலையை அடிப்படையாகக் கொண்டு காணப்பட வேண்டும். போதுமான வலி நிவாரணி தொழில்நுட்ப தரத்தின் முக்கிய அம்சமாகும். போதுமான வலி நிவாரணம் இல்லாமல் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்குவது கண்ணியமற்ற மற்றும் துஷ்பிரயோகமாகக் கருதப்படுகிறது (WHO, 2014).

கருக்கலைப்பின் வெவ்வேறு முறைகளுக்கான வெவ்வேறு வலி நிவாரண முறைகள் பகுதி 2 இல் கலந்துரையாடப் படுகின்றன. பொருத்தமான முறைகளின் தேரிவு வெவ்வேறு நிலையங்களில் அணுகக் கூடியதாக இருக்க வேண்டும். இதுபோல, தொற்று தடுப்பு என்பதும் தொழில்நுட்ப தரத்தின் மற்றொரு முக்கிய அம்சமாகும். சுகாதார சேவை வழங்குநர்கள் தொற்று தடுப்பு தரநிலைகளில் பயிற்சி பெற்றிருக்க வேண்டும். உபகரணங்கள் மற்றும் கருவிகளைக் கிருமி நீக்கம் மற்றும் சுத்தம் செய்ய போதுமான பொருட்கள் மற்றும் திரவங்கள் இருப்பதும் உறுதி செய்யப்பட வேண்டும்.

போதுமான வலி நிவாரணம் இல்லாமல் பாலியல் மற்றும் இனப்பெருக்க சுகாதார சேவைகளை வழங்குவது அவமரியாதை மற்றும் துஷ்பிரயோகத்தின் ஒரு வடிவமாகக் கருதப்படுகிறது.

4.2.5.2 பராமரிப்பை வழங்கத் தேவையான சூழலை உருவாக்குதல்

கருக்கலைப்பு தொடர்பான சேவைகளை வழங்குவதில் தரமான பராமரிப்பை உறுதி செய்வதென்பது, சுகாதார அமைப்பின் பல்வேறு பிரிவுகள் அத்தகைய பராமரிப்பை வழங்கக் கூடிய செயற்திறன் மிக்க சூழலைக் கொண்டிருக்கும் 'ஒரு சுகாதார அமைப்பு' நடைமுறையில் இருப்பதை உறுதி செய்வதாகும்.

இது உறுதி செய்யப்பட பல்வேறு நிலைகளில் போதுமான எண்ணிக்கையைக் கொண்ட சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் காணப்பட வேண்டும் என்பதாகும். கருக்கலைப்புக்குப் பொருத்தமான முறைகள், வலி நிவாரண நுட்பங்கள் மற்றும் தொற்று தடுப்பு முறைகள் ஆகியவற்றில் திறன் அடிப்படையிலான பயிற்சி உள்ளிட்ட தரமான பராமரிப்பை வழங்க சுகாதார சேவை வழங்குனர்களுக்கு போதுமான பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும். மேலும், கண்ணியமான மற்றும் உணர்திறனுடன் சேவை பெறுநர்களுக்கு பராமரிப்பை வழங்குதல், தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மையைப் பராமரித்தல், பல்வேறு குழுக்களின் சிறப்புத் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்தல் ஆகியவை இப்பயிற்சியில் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும். எடுத்துக்காட்டாக: கட்டிளமைப் பருவத்தினர்.

கருக்கலைப்பு மற்றும் அதை நாடும் பெண்கள் மீதான வழங்குனர்களின் எதிர்மறையான மனப்பாங்குகள் அநேகமான நேரங்களில் சேவை வழங்கலைப் பாதிக்கின்றது (மேலும் விவரங்களுக்கு பகுதி 3ஐப் பார்க்கவும்). சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்களுக்கு தம் மனப்பாங்குகளைத் தெளிவுபடுத்தும் பயிற்சிகள் நடத்தப்பட வேண்டும். இதன் மூலம் அவர்களின் தனிப்பட்ட மனப்பாங்குகள் கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கலை எவ்வாறு பாதிக்கின்றன என்பதை அவர்கள் அடையாளம் காணமுடியும். வழங்குனர்கள் குற்றவியல் தண்டனைகள் குறித்த பயம் காரணமாகவும் பராமரிப்பை மறுக்கக் கூடும், இது கருக்கலைப்பு அணுகலில் பாரிய விளைவுகளை ஏற்படுத்தும். வழங்குநர்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்க உண்மையிலேயே ஓர் உகந்த சூழலை ஏற்படுத்த, இத்தகைய குற்றவியல் தண்டனைகள் நீக்கப்பட வேண்டும். கருக்கலைப்பு மறுக்கப்பட்டால் நேர தாமதம் இன்றி மேன்முறையீடு செய்வதற்கான வாய்ப்பை வழங்க போதுமான குறைத் தீர்க்கும் வழிமுறைகள் அமைக்கப்பட வேண்டும்.

ஒவ்வொரு மட்டத்திலும் வழங்கப்படும் வெவ்வேறு முறைகளுக்குப் போதுமான மருத்துவ சாதனங்கள் மற்றும் உபகரணங்கள் தடையின்றி கிடைப்பது உறுதி செய்யப்பட வேண்டும். மருத்துவ கருக்கலைப்பு மருந்துகள் - மிபெப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் - WHOவின் அத்தியாவசிய மருந்துகளின் மாதிரி பட்டியலில் உள்ளடக்கப் பட்டுள்ளன. மேலும், அவற்றின் தொடர்ச்சியான விநியோகத்தை உறுதி செய்ய, அவை தேசிய அத்தியாவசிய மருந்து பட்டியல்களிலும் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும். வலி நிவாரண மருந்துகள், ஊசிகள் (injection syringes) மற்றும் MVA, கிருமி நீக்கிகள் மற்றும் கருத்தடை முறைகளின் விநியோகமும் உறுதி செய்யப்பட வேண்டும். இவை வழக்கமான இருப்பில் காணப்படும் மருந்து பொருட்கள், கொள்முதல் மற்றும் முகாமைத்துவம், மருந்து பொருட்கள் குறித்த தகவல்கள் என்பன தொழில்நுட்ப அமைப்புகளில் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும்.

கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கலின் ஒரு முக்கிய அம்சம் சேவை வழங்குவதற்கான கால அளவுகளாகும். பல சந்தர்ப்பங்களில், சட்டப்பூர்வ கருக்கலைப்பு வழங்குவதற்கான கர்ப்பகால வரம்புகள் காணப்படும் போது சிறு தாமதம் ஏற்பட்டாலும், சட்டபூர்வமான கருக்கலைப்பு சட்டவிரோதமானதாக மாறக்கூடும். எனவே, ஆரம்ப கட்டத்திலேயே கருக்கலைப்பு செய்வது பாதுகாப்பானதாகவும் அமைகிறது. ஆதலால் சேவை வழங்குவதில் ஏற்படும் தாமதமும் கருக்கலைப்பின் தரத்தைக் குறைக்கிறது.

கட்டாய காத்திருப்பு காலங்கள் மற்றும் கட்டாய அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனைகள் போன்ற தாமதங்களை ஏற்படுத்தும் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் நீக்கப்பட வேண்டும். கருக்கலைப்பை நாடுவோருக்கு சரியான நேரத்தில் பராமரிப்பு வழங்கவும் சுகாதார சேவை வழங்குனர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும். சில நாடுகளில் கருக்கலைப்பை வழங்க சுகாதார ஊழியர்களிடம் சிறப்பு உரிமம் அல்லது சான்றிதழ் மற்றும்/ அல்லது கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்கக்கூடிய சுகாதார நிலையம் தொடர்பான கட்டுப்பாடுகள் காணப்படலாம். கருக்கலைப்பு சேவைகள் பரவலாகக் கிடைப்பதை உறுதி செய்ய இவ்வாறான சான்றிதழ் அளவுகோல்கள் மிகவும் கடுமையாக இருக்கக் கூடாது. மேலும், பிற மருத்துவ நடைமுறைகளுக்கு எதிர்பார்க்கப்படும் தர நிலைகளுக்கு ஒத்ததாக அமைய வேண்டும்.

போதுமான வலி நிவாரணம் இன்றி பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளை வழங்குவது கண்ணியமற்ற மற்றும் துஷ்பிரயோகமான சேவை வழங்கலின் ஒரு வடிவமாகக் கருதப்படுகிறது. கருக்கலைப்பைத் தெரிவு செய்யும் போது பெறுநரின் சேவை அனுபவம் என்பது பல பரிமாணங்களைக் கொண்டுள்ளது என ஆய்வுகள் கூறுகின்றன. இவற்றில் ஏற்றுக் கொள்ளக் கூடிய தன்மை, பாலியல் உணர்திறனுடன் சேவை வழங்கல், தனியுரிமை, இரகசியத்தன்மை மற்றும் தெரிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல் ஆகியவை அடங்கும்.

4.2.5.3 கண்காணிப்பு மற்றும் தரம் குறித்த உறுதி

சேவையின் தரம் உறுதி செய்யப்படுவதை அறிய கண்காணிப்பு வழிமுறைகள் உதவுகின்றன. கருக்கலைப்பு தொடர்பான தரவுகள் சுகாதார சேவை நிலைய மட்டம், மாகாண மற்றும் தேசிய மட்டத்திலும் கண்காணித்து பதிவு செய்யப்பட வேண்டும். சேவை நிலைய மட்டத்தில் பல வழிமுறைகளைப் பயன்படுத்தி கண்காணிப்பு ஆய்வுகள் செய்யப்பட வேண்டும். சேவை தொடர்பான தரவுகளை ஆய்வு செய்தல், சேவை பெறுநரின் விவரங்களை/அனுபவங்களை ஆய்வு செய்தல், நோயுறும் தன்மை மற்றும் மரணங்கள் தொடர்பான தரவுகள், சேவைகளை அவதானித்தல் தொடர்பான ஆய்வுகள், சேவை நிலையத்தை பரிசோதித்தல், சேவையைப் பெற்றோரின் அனுபவங்கள் தொடர்பான பின்னூட்டங்கள் போன்ற முறைகள் இதில் அடங்கும். கருக்கலைப்பு வழங்கும்போது கர்ப்ப காலஅளவு, பயன்படுத்தப்படும் கருக்கலைப்பு முறைகள் மற்றும் பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்கள் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் தரவுகள் பிரிக்கப்பட வேண்டும்.

சேவை பெருநர்களின் கருத்துக்களை அறிவதற்கான செயற்திட்டங்கள் மூலம் வழங்குனர்கள் சிக்கல்களைக் கண்டறிந்து அவற்றை நிவர்த்தி செய்ய வேண்டும். காலத்திற்கு காலம் தரப் பரிசோதனை செய்யும் மற்றும் சரிப்படுத்தல் நடவடிக்கைகளில் ஈடுபடும் தரப்பரிசோதனை செயற்திட்டங்களுக்குள் இந்தக் கண்காணிப்பு முறைகளின் முடிவுகள் உட்சேர்க்கப்பட வேண்டும். கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கலின் பல்வேறு அம்சங்களைக் கண்காணிக்கப் பயன்படுத்தக்கூடிய சில குறிகாட்டிகளைத் தகவல் பெட்டி10 பட்டியலிடுகிறது.

கண்காணிப்பு ஆய்வுகளைச் செய்ய, கருக்கலைப்பு தொடர்பான சேவைத் தரவுகள் வெவ்வேறு நிலைகளில் உள்ள தகவல் முகாமைத்துவ தொழில்நுட்ப அமைப்புகளில் சேர்க்கப்பட வேண்டும். மேலும், பல்வேறு நிலைகளில் செய்யப்படும் நிகழ்ச்சித் திட்ட மதிப்பீடு மற்றும் கண்காணிப்பு கருக்கலைப்பு தொடர்பான குறிப்பிட்ட குறிகாட்டிகளை உள்ளடக்கியிருக்கவும் வேண்டும். இதில் செயன்முறை மற்றும் விளைவுகள் தொடர்பான குறிகாட்டிகள் அடங்கியிருக்க வேண்டும் (தகவல் பெட்டி 10ஐப் பார்க்கவும்).

4.2.5.4 பராமரிப்பு சேவைகள் தொடர்பான அனுபவம்

கருக்கலைப்பு சேவைகளைத் தேர்ந்தெடுக்கும்போது சேவை பெறுநர்கள் தங்களுக்கு முக்கியமானது எனக் கருதும் பல விடயங்களை ஆய்வுகள் சுட்டிக்காட்டுகின்றன. அவை இந்தப் பகுதியின் பிற பிரிவுகளில் விவரிக்கப்பட்டுள்ளன. இவற்றில் கலாசார ஏற்றுக்கொள்ளல், பாலின

உணர்திறனுடனான சேவை வழங்கல், தனியுரிமை, இரகசியத்தன்மை மற்றும் தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல் ஆகியவை அடங்கும். இந்த விடயங்கள் சுகாதார சேவை வழங்குநர்களுக்கான பயிற்சி, கண்காணிப்பு ஆய்வு மற்றும் தர உறுதி வழிமுறைகளின் ஒரு பகுதியாக அமைய வேண்டும்.

கருக்கலைப்பு சேவைகளைத் தேர்ந்தெடுக்கும்போது சேவை பெறுநர்கள் தங்களுக்கு முக்கியமானது எனக் கருதும் பல விடயங்களை ஆய்வுகள் சுட்டிக்காட்டுகின்றன. இவற்றில் கலாசார ஏற்றுக்கொள்ளல், பாலின உணர்திறனுடனான சேவை வழங்கல், தனியுரிமை, இரகசியத்தன்மை மற்றும் தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல் ஆகியவை அடங்கும்.

தகவல் பெட்டி 10:
கருக்கலைப்பு சேவைகளைக் கண்காணிக்க பரிந்துரைக்கப்படும் சில குறிகாட்டிகள்:

கிடைக்கும் தன்மை மற்றும் அணுகல்

- 500,000 மக்கள் தொகைக்குப் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்கும் சேவை நிலையங்களின் எண்ணிக்கை.
- பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவை நிலையத்தை அடைய 2 மணி நேரப் பயண தூரத்திற்குள் வாழும் மக்களின் தொகை.
- பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகள், தகவல்கள் வழங்க பயிற்சி பெற்ற சுகாதார வழங்குனர்களின் விகிதம்

அணுகல்

- கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை குறித்த சரியான அறிவைக் கொண்ட மக்கள் தொகையின் வீதம்.
- கருக்கலைப்பின் சட்டப்பூர்வ நிலை குறித்து சரியான அறிவைக் கொண்ட சுகாதார சேவை வழங்குனர்களின் வீதம்

தரம்

- ஆதாரங்களை அடிப்படையாகக் கொண்ட கருக்கலைப்பு முறைகளை வழங்கும் சுகாதார நிலையங்களின் எண்ணிக்கை.
- கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான சிக்கல்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிலையங்களின் எண்ணிக்கை.

விளைவுகள்

- கருக்கலைப்பு காரணமாக வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டவர்களின் வீதம்.
- 1,000 பெண்களில் எத்தனை பேர் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு காரணமாக வைத்தியசாலையில் சேர்க்கப்பட்டனர்.
- 1,000 பிறப்புகளில் எத்தனை கருக்கலைப்புகள் இடம்பெற்றன.
- பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு காரணமாக ஏற்படும் தாய் மரண விகிதம்

Source: Lowik AJ, 2017.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 7		
தரம்		
ஆம் இல்லை		குறிப்புகள்
	கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு வழங்கலுக்கான சான்றுகள் அடிப்படையிலான நிலையான வழிகாட்டுதல்கள் தேசிய மட்டத்தில் கிடைக்கின்றன	
	சமீபத்திய மருத்துவ முன்னேற்றங்களின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு வழங்கலுக்கான நிலையான வழிகாட்டல் முறைகள் தொடர்ந்து புதுப்பிக்கப்படுகின்றன.	
	நவீன முறைகளின் தேர்வு, பராமரிப்பு சேவையினைப் பெறும் ஒவ்வொரு மட்டத்திலும் காணப்படுகின்றது.	
	D&C போன்ற காலாவதியான கருக்கலைப்பு முறைகள் எந்த நிலையிலும் பயன்படுத்தப்படுவதில்லை.	
	கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்புவோருக்குத் தாங்கிக் கொள்ளக்கூடிய வலி நிவாரண தெரிவுகள் வழங்கப்படுகிறது.	
	கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்புவோருக்குத் தாங்கிக் கொள்ளக்கூடிய வலி நிவாரணங்கள் வழங்க சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	
	ஒவ்வொரு கருக்கலைப்பு சேவை நிலையத்திலும் போதுமான தொற்று தடுப்பு முறைகள் தடையின்றி பின்பற்றப்படுகின்றன.	
	சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநர்களுக்கு போதுமான மற்றும் பொருத்தமான தொற்று தடுப்பு நுட்பங்களில் பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.	
	தொற்று தடுப்புக்குத் தேவையான அனைத்துப் பொருட்களும் உபகரணங்களும் எந்தவித இடையூறும் இல்லாமல், நல்ல நிலையில் கிடைக்கின்றன.	
	பல்வேறு நிலைகளில் கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதற்கு போதுமான எண்ணிக்கையிலான சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் உள்ளனர்.	
	சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள், பல்வேறு அம்சங்களில் திறன் அடிப்படையிலான பயிற்சியைப் பெற்றுள்ளனர்.	
	சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் மரியாதைக்குரிய மற்றும் உணர்திறன் மிக்க பராமரிப்பை வழங்குதல், தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மையைப் பராமரித்தல் மற்றும் பல்வேறு குழுக்களின் சிறப்புத் தேவைகளை நிவர்த்தி செய்தல் ஆகியவற்றில் பயிற்சி பெற்றுள்ளனர். (உதாரணமாக : கட்டிளமைப்பருவத்தினர்)	
	கருக்கலைப்பு குறித்த விழுமியங்களைத் தெளிவுபடுத்தும் பயிற்சிகள் சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்களுடன் நடத்தப்பட்டுள்ளன.	
	ஒவ்வொரு சுகாதார நிலை மட்டத்திலும் வழங்கப்படும் பல்வேறு கருக்கலைப்பு முறைகளுக்குத் தேவையான போதுமான பொருட்கள் மற்றும் உபகரணங்கள் தடையின்றி கிடைக்கின்றன.	

	மருத்துவ கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் அத்தியாவசிய மருந்துகளின் தேசிய பட்டியலில் சேர்க்கப்பட்டுள்ளன.	
	கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள், பொருட்கள் மற்றும் உபகரணங்கள் மற்றும் கருத்தடை முறைகள் ஆகியவை அன்றாட அத்தியாவசிய சரக்குகள்,கொள்முதல் மற்றும் தகவல் முகாமைத்துவ அமைப்புகளின் ஒரு பகுதியாகும்.	
	கருக்கலைப்புக்கான எந்தவொரு சான்றிதழ் அளவுகோலும், அதிக கடுமையற்றதாகவும், மற்ற மருத்துவ நடைமுறைகளுக்கு எதிர்பார்க்கப்படும் விடயங்களுக்கு ஒத்த வகையிலும் இருக்க வேண்டும்.	
	கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கல் தொடர்பான தரவுகளைத் தொடர்ந்து கண்காணிப்பதற்கான வசதிகள் உள்ளன.	
	கருக்கலைப்பு வழங்கும்போது கர்ப்பகால அளவு, கருக்கலைப்பு முறைகள் மற்றும் குறிப்பிட்ட பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்கள், வழங்கப்பட்ட சுகாதார வசதி மட்டம் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் தரவு பிரிக்கப்படுகிறது.	
	கண்காணிப்பு வழிமுறைகளில் சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்களிடமிருந்து வரும் கருத்துக்கள் சேர்க்கப்படுகின்றன.	
	கையாளுதல் பொறிமுறைகள் தொடர்பான வாடிக்கையாளர்களின் கருத்துகளைப் பெறுவதற்கான வழிமுறைகள் அடங்கும்.	
	தர நிர்ணைய வழிமுறைகளில் கருக்கலைப்பு சேவை தரத்தை அவ்வப்போது சரிபார்த்தல் மற்றும் அடையாளம் காணப்பட்ட ஏதேனும் இடைவெளிகளை நிறுவன ரீதியில் சரிசெய்தல் ஆகியவை அடங்கும்.	
	கருக்கலைப்பு தொடர்பான சேவைகளின் தரவுகள், சிகிச்சை நிலையம், மாவட்டம், மாநில மற்றும் தேசிய அளவில் உள்ள பல்வேறு நிலைகளில் முகாமைதத்துவம் சார் தகவல் அமைப்புகளில் சேர்க்கப்பட்டுள்ளது.	
	கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கல் தொடர்பான குறிகாட்டிகள் வழக்கமான திட்ட கண்காணிப்பு மற்றும் மதிப்பீட்டின் ஒரு பகுதியாகும்.	
	கருக்கலைப்பு பராமரிப்பு அனுபவத்துடன் தொடர்புடைய குறிகாட்டிகள், கலாசார உணர்திறன், பாலின உணர்திறன் மிக்க பதிலளிப்பு, தனியுரிமை, தன்னம்பிக்கை, தகவலறிந்த தீர்மானம் செய்தல் ஆகியவை கண்காணிப்பு மற்றும் தர உறுதி பொறிமுறையின் ஒரு பகுதியாகும்.	

4.2.6 தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல்

தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளும் கொள்கை இரண்டு பரிமாணங்களைக் கொண்டுள்ளது. ஒன்று: கருக்கலைப்பு தொடர்பான அனைத்து தகவல்களும் சேவை பெறுநருக்கு வழங்கப்பட்டு, இந்தத் தகவல்களின் அடிப்படையில் அவர்களே தீர்மானம் செய்யும் சந்தர்ப்பம் வழங்கப்படுவது. இரண்டாவது: வழங்கப்பட்ட முழுமையான தகவல்களின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு செய்வதா? வேண்டாமா? என்பது பெண்ணின் தனிப்பட்ட தீர்மானம், வேறு யாரும் இதில் தலையிடக் கூடாது. இது முன்னர் கலந்துரையாடப்பட்ட தன்னிச்சையான முடிவெடுத்தலுடன் இணைந்ததாகக் காணப்படுகின்றது.

கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபர்கள் பெரும்பாலும் பாதிக்கப்படக்கூடிய சூழ்நிலையைச் சந்திக்கின்றனர். ஏனெனில் அவர்கள் தேவையற்ற கர்ப்பத்திற்கு முகம் கொடுக்கின்றனர். மேலும், அது குறித்து ஒரு தீர்மானத்தை எடுத்து அதைக் குறிப்பிட்ட காலத்திற்குள் செயற்படுத்த வேண்டும். கட்டிளமைப் பருவத்தினர் மற்றும் இளைஞர்கள், திருமணமாகாதவர்கள், HIVயுடன் வாழும் நபர்கள் போன்ற பாதிக்கப்படக்கூடிய சமூகங்களைச் சேர்ந்தவர்கள் விடயத்தில் இது நிதர்சனமான உண்மை.

சுகாதார அமைப்புகள் மற்றும் சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் இது குறித்து உணர்திறன் மிக்கவர்களாக இருக்க வேண்டும் மற்றும் அனைத்து தகவல்களையும் உணர்திறனுடனும் கண்ணியத்துடன் வழங்க வேண்டும். அத்தோடு சேவை பெறுநர்கள் தீர்மானத்தை மேற்கொள்ள உதவவும் வேண்டும். பகுதி 2 மற்றும் 3இல் கலந்துரையாடப்பட்டது போல, சில நேரங்களில் வரையப்பட்ட ஆலோசனை கேள்விகளின் அடிப்படையில் ஆலோசனையை கட்டாயப்படுத்தும் கொள்கைகள் மற்றும் அறிவியல் தகவல்களை அடிப்படையாகக் கொள்ளாது தவறான கருத்துக்களை வழங்கி, நபர்கள் கருக்கலைப்பு செய்வதைத் தடுக்க பயன்படுத்தப்படுகின்றன. கருக்கலைப்பு குறித்த வழங்குனர்களின் தனிப்பட்ட நம்பிக்கைகள் மற்றும் விழுமியங்கள் ஆலோசனையைப் பக்கச்சார்பான திசையில் கொண்டு செல்லலாம். இவை அனைத்தும் தகவலறிந்த தீர்மானம் குறித்த நெறிகளை மீறுவதாகும்.

தகவலறிந்த தீர்மானம் செய்யும் நெறியை மீறும் சில சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் பகுதி 3இல் கலந்துரையாடப் பட்டுள்ளன. இவற்றில் பெற்றோரின் ஒப்புதலுக்கான கட்டாயம், துணைவரின் ஒப்புதலுக்கான கட்டாயம், நீதித்துறையின் ஒப்புதல் ஆகியவை அடங்கும். துணைவரின் அங்கீகாரத்திற்கான தேவை பொதுவாகப் பெண்களுக்கு மட்டுமே பொருந்தும். எனவே, இது பெண்களின் சமத்துவம் மற்றும் பாரபட்சமின்மைக்கான உரிமையை மீறுவதாகும். இத்தகைய சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் நீக்கப்பட வேண்டும். சில சமயங்களில், சட்டங்கள் மற்றும் விதிமுறைகள் மாறிய பின்னரும், ஒரு பெண்ணின் இனவிருத்தி தேர்வுகள் அவளுடைய கணவரால் அங்கீகரிக்கப்பட வேண்டும் என்ற தம் சொந்த நம்பிக்கைகளின் காரணமாக வழங்குநர்கள் இந்த நடைமுறையைத் தொடரலாம். இவ்வாறான நடைமுறைகள் ஏன் உரிமை மீறல்களாகின்றன என்பதை சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் உணர வேண்டும். மேலும், பெற்றோர் அல்லது வாழ்க்கைத் துணைவரின் ஒப்புதல் கட்டாயமாக்கப் படக்கூடாது.

சில சமயங்களில் கருக்கலைப்பு சேவைகள், சேவை பெறுநர் கருத்தடை முறையை ஏற்றுக்கொண்டால் மட்டுமே வழங்கப்படும் எனும் நிபந்தனையின் பேரில் வழங்கப்படுகின்றன எனக் கூறும் ஆய்வுகள் காணப்படுகின்றன (Barua and Apte, 2007). இதுவும் தகவலறிந்த தீர்மானம் குறித்த நெறியை மீறுவதாகும்.

வழங்குனர்கள் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் செய்யும் மறுப்பு என்பது வழங்குனர்களால் ஏற்படுத்தப்படும் ஒரு தடையாகும். இது வழங்குநரின் சொந்த நம்பிக்கைகள் மற்றும் விழுமியங்களைக் கருக்கலைப்பு சேவையை மறுக்கப் பயன்படுத்துவதாகும். இத்தகைய மறுப்புகள் ஒரு பெண்ணின் சுயமுடிவு மற்றும் தகவலறிந்த தீர்மானம் செய்யும் உரிமையை மீறுவதாகும். இது பகுதி 3 இல் விரிவாகக் கலந்துரையாடப்பட்டுள்ளது. கருக்கலைப்பு குறித்து சேவை பெறுநர்கள் தகவலறிந்த தீர்மானம் செய்ய, அவர்களுக்கு வழங்கப்படும் தகவல்கள் அறிவியல் ரீதியில் சரியானதாக இருக்க வேண்டும். மேலும்,அவர்கள் புரிந்து கொள்ளக்கூடிய வகையில் அவை வழங்கப்பட வேண்டும். அநேகமாக சுகாதார சேவை

வழங்குநர்களுக்கு அதிக வேலைப்பளு இருக்கக்கூடும். அத்தோடு, சேவை பெறுநர்களுக்கு விரிவாகத் தகவல்களை வழங்க நேரமில்லாதிருக்கக் கூடும். இது போன்ற சூழ்நிலைகளில், உள்ளூர் மொழியைப் பேசும் மற்றும் உள்ளூர் கலாசார சூழலைப் புரிந்துகொள்ளும் ஆலோசகர்கள் சேவை பெறுநர்களுக்குத் தகவல்களை வழங்குவதிலும் அவர்கள் தீர்மானம் செய்ய உதவுவதில் பங்கு வகிக்க கூடும்.

தகவலறிந்த தீர்மானம் மேற்கொள்ளல் சரியான முறையில் செயல்படுத்தப்படுவதை உறுதி செய்ய சுகாதார அமைப்புகள் சிறப்பு முயற்சிகள் மேற்கொள்ள வேண்டும். சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் இது குறித்த பயிற்சி பெற்று இதன் அவசியத்தை உணர வேண்டும். மேலும், இது கண்காணிப்பு மற்றும் தர உறுதி வழிமுறைகளின் ஒரு பகுதியாகவும் அமைய வேண்டும்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 8

தரம்

■ ஆம் ■ இல்லை		குறிப்புகள்
	கருக்கலைப்பு சேவைகளை நாடும் நபர்களுக்குக் கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கல் தொடர்பான தகவல்களை சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் உணர்திறன் மற்றும் மரியாதைக்குரிய முறையில் வழங்குகிறார்கள் மற்றும் அவர்கள் தீர்மானங்களை எடுக்க உதவுகிறார்கள்.	
	கருக்கலைப்பு நடைமுறைக்கு நபர்கள் தகவலறிந்த ஒப்புதல் அளித்திருப்பதை சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் உறுதி செய்கிறார்கள்.	
	பெற்றோர், வாழ்க்கைத் துணை அல்லது நீதித்துறை உட்பட கட்டாய மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத்தை கோரும் எந்தச் சட்டங்களோ கொள்கைகளோ இல்லை,	
	சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குநர்கள் நபர்களின் சுயாட்சியை நிலைநிறுத்துகிறார்கள், மேலும், பெற்றோர் அல்லது வாழ்க்கைத் துணையிடமிருந்து கட்டாய ஒப்புதலை வலியுறுத்துவதில்லை.	
	கருக்கலைப்பு சேவைகளை வழங்குவதற்கு கருத்தடை முறையை ஏற்றுக்கொள்வது போன்ற எந்த நிபந்தனைகளும் விதிக்கப்படவில்லை.	
	மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்கும் சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள், கருக்கலைப்பு தேவைப்படுபவர்களை அவர்களுக்கு வழங்கக்கூடிய பிற சேவைகளுக்கு பரிந்துரைத்து, அவர்கள் பொருத்தமான சேவையைப் பெறுவதையும் உறுதி செய்கிறார்கள்.	
	கருக்கலைப்பு செய்ய விரும்பும் நபரின் உயிருக்கு ஆபத்து ஏற்பட்டால், சுகாதாரப் பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் மனச்சான்றின் அடிப்படையில் மறுப்பு தெரிவிக்க அனுமதிக்கப்படுவதில்லை.	
	நபர்களின் சுயாதீனத்தை நிலைநிறுத்துவதன் முக்கியத்துவம் மற்றும் தகவலறிந்த தீர்மானம் செய்தல் குறித்து சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள் பயிற்சி பெற்றுள்ளனர்.	
	கண்காணிப்பு மற்றும் தர உறுதி பொறிமுறைகளின் ஒரு பகுதியாகத் தகவலறிந்த தீர்மானம் செய்வது கண்காணிக்கப்படுகிறது.	

4.2.7 தனியுரிமை/ அந்தரங்கம் மற்றும் இரகசியத்தன்மை

தனியுரிமை/ அந்தரங்கம் என்பது மனித உரிமைகளுக்கான உலகளாவிய பிரகடனத்தில் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஓர் அடிப்படை மனித உரிமையாகும். மேலும், இது சுய உரிமை மற்றும் கண்ணியம் போன்ற விழுமியங்களை உறுதிப்படுத்துகிறது. அந்தரங்கத்திற்கான உரிமையில், உடல் ரீதியான தனியுரிமை மற்றும் தனிப்பட்ட தகவல் மற்றும் தகவல் தொடர்பாடல் குறித்த தனியுரிமை ஆகியன உள்ளடங்கும். அந்தரங்கத்திற்கான உரிமை, அமலில் உள்ள வினைத்திறன் மிக்க விதிமுறைகள் மற்றும் சட்டங்கள் மூலம் பாதுகாக்கப்படுகிறது (Banisar and Davies, 1999). சுகாதார அமைப்பில், தனியுரிமை என்பது சுகாதார பாதுகாப்புத் தெரிவுகளைச் சுதந்திரமாகச் செய்வதற்கும், வற்புறுத்தல் இன்றி சிகிச்சை அல்லது பரிசோதனைகளுக்கு ஒப்புதல் அளிப்பதற்கும் உள்ள உரிமையை உள்ளடக்கியது. ஒருவரின் விருப்பத்திற்கு எதிராக அல்லது தனி நபரின் கண்ணியத்தைச் சமரசம் செய்யும் விதத்தில் உடலை வெளிப்படுத்துவதில் இருந்து இது பாதுகாப்பளிக்கிறது. இது சுகாதார வழங்குநருடன் பகிரப்படும் எந்தவொரு தகவலின் பாதுகாப்பையும் இரகசியத் தன்மையையும் உள்ளடக்கியுள்ளது.

இரகசியத்தன்மை என்பது மருத்துவ நடைமுறையின் சூழலில் அதிகம் பயன்படுத்தப்படும் ஒரு சொல். இரகசியத்தன்மைக்கான மருத்துவரின் நெறிமுறை கடமை முதலில் ஹிப்போகிராடிக் உறுதிமொழியில் சுட்டிக்காட்டப்பட்டது. இது சுகாதார வழங்குநருக்கும் சேவை பெறுநருக்கும் இடையிலான நம்பிக்கையை அடிப்படையாகக் கொண்டு ஏற்படுத்தப்படும் உறவின் முக்கிய அம்சமாக அமைகிறது. இது பயனுள்ள நோயறிதல் மற்றும் சிகிச்சைக்கு அவசியமான முக்கியமான தகவல்களைச் சேவை பெறுநர் வெளிப்படுத்த உதவுகிறது (Mendelson et al. 2018).

சுகாதார அமைப்பில் சேவை வழங்குனர்கள் சேவை பெறுநரின் அந்தரங்கத்தைப் பாதுகாக்கப் பயன்படுத்தும் முறைமையாக இரகசியத்தன்மையை நோக்கலாம். குறிப்பாகத் தகவல் பரிமாற்றம் மற்றும் தொடர்பாடலின் போது. தனியுரிமை/ அந்தரங்கம் மற்றும் இரகசியத்தன்மை ஆகியவை சுகாதார சேவை வழங்கல் நெறிமுறையில் இன்றியமையாத விடயங்களாகும். கருக்கலைப்பு போன்ற ஒரு சமூக களங்கம் உள்ளம் நடைமுறை செய்யப்படும் சந்தர்ப்பத்தில் சேவை வழங்குநரின் தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மையைப் பாதுகாப்பது மிகவும் அவசியமானதாகின்றது. இது உயிர் பிழைத்தல் மற்றும் மரணத்திற்கு ஒப்பான வித்தியாசத்தை ஏற்படுத்துகிறது.

பல சந்தர்ப்பங்களில், தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மை இன்மை, பெண்கள் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு அல்லது பாதுகாப்பற்றக் கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்களுக்குச் சுகாதார சேவைகள் அல்லது கருக்கலைப்புக்குப் பின்னான பராமரிப்பை நாடுவதைத் தடுக்கிறது. இது குறிப்பாக ஒதுக்கப்பட்ட சமூகங்களைச் சேர்ந்த பெண்களை அதிகம் பாதிக்கிறது. எடுத்துக்காட்டாக, இந்தியாவின் தமிழ்நாட்டில் ஒதுக்கப்பட்ட சமூகங்களைச் சேர்ந்த பெண்களைப் பற்றிய ஓர் ஆய்வில்: இரகசியத்தன்மைக்கான உத்தரவாதம் 'பாதுகாப்பான' கருக்கலைப்பின் ஒரு முக்கிய அங்கம் எனப் பெண்கள் தெரிவித்திருந்தனர் (Subhasri and Ravindran 2012).

நாட்டின் கருக்கலைப்பு சட்டங்கள்: ஒரு பெண்ணின் கருக்கலைப்பிற்கு கணவனின், பெற்றோரின் அல்லது உள ரீதியான குறைபாடுகள் காணப்படும் போது பாதுகாவலரின் அங்கீகாரத்தை கோருவதானது ஒரு நபரின் அந்தரங்கம் மற்றும் இரகசியத்தன்மைக்கான உரிமையை மீறுவதாகும். ICCPR, CRC மற்றும் CEDAW போன்ற பல மனித உரிமை ஒப்பந்தங்கள், கருக்கலைப்பு உள்ளிட்ட பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளைப் பெறும்போது பெண்களின் அந்தரங்கம் மற்றும் இரகசியத்தன்மைக்கான உரிமையை நிலைநிறுத்தப்பட வேண்டும் என வலியுறுத்துகின்றன (Dhillon 2014). WHOவின் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான தொழில்நுட்ப வழிகாட்டி, கருக்கலைப்பு சட்டங்கள், விதிமுறைகள் மற்றும் தரநிலைகள் கட்டிளமைப் பருவத்தினர் உட்பட அனைத்து பெண்களுக்கும் இரகசியத்தன்மை மற்றும் அந்தரங்கத்திற்கான பாதுகாப்புகளை உள்ளடக்கியதாக அமைய வேண்டும் எனப் பரிந்துரைக்கிறது (WHO, 2012).

கருக்கலைப்பு சட்டத்தால் தடைசெய்யப்பட்ட சூழல்களில், சட்டம் கோரும் மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரம் பெறப்படாததால், கருக்கலைப்பு அல்லது கருக்கலைப்புக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு பெற விரும்பும் பெண்களுக்கு அவசர மருத்துவ சிகிச்சை மறுக்கப்படக் கூடாது. இவ்வாறான சந்தர்ப்பங்களில் தம் தொழில்முறை நெறிமுறைகளுக்கு அமைய அவர்களுக்கு தேவையான சிகிச்சையை வழங்க சுகாதார பணியாளர்கள் கடமைப்பட்டுள்ளனர். சிகிச்சை அளித்த பின்னர் நோயாளியின் தனியுரிமை மற்றும் இரகசியத்தன்மையை அவர்கள் மதிக்க வேண்டும். மேலும், நோயாளியைப் பற்றி சட்ட அதிகாரிகளிடம் முறைப்பாடு செய்யக்கூடாது.

மனித உரிமைகள் குழு இதனைப் பின்வருமாறு வரையறுக்கிறது:

"கருக்கலைப்பு செய்து கொண்ட பெண்களைச் சட்ட அதிகாரிகளிடம் புகார் செய்யும் சட்டக் கடமையை மருத்துவர்கள் மற்றும் பிற சுகாதாரப் பணியாளர்கள் மீது அரசுகள் ஏற்படுத்தும் போது, மனித உரிமைகள் சமவாயத்தின் பகுதி 6 மற்றும் 7 (அந்தரங்கம் மதிக்கப்படல், சித்திரவதை, மனிதாபிமானமற்ற மற்றும் இழிவான நடத்தையிலிருந்து பாதுகாக்கப் படுவதற்கான உரிமை)போன்ற பகுதிகள் மீறப்படும் ஆபத்து காணப்படுகின்றது." (Human Rights Committee, 2000, par. 20)

உலக மருத்துவ சங்கத்தின் நெறிமுறைகள் கையேடு, நோயாளியின் இரகசியத்தன்மையை மீற வேண்டிய எந்தவொரு சட்டத் தேவைகளையும் மருத்துவர்கள் கண்டனம் செய்ய வேண்டும் என ஊக்குவிக்கிறது. மேலும்,

"சட்டம் சார் நிபந்தனைகள் மருத்துவ நெறிமுறைகளின் அடிப்படையாக அமையும் மனித உரிமைகளுக்கு மதிப்பளித்தலுடன் முரண்படக்கூடும்" எனவும் எச்சரிக்கிறது (WMA 2005).

SRHR ஆர்வலர்கள் தம் செயற்பாடுகளில் அரசுகளைப் பொறுப்புக்கூற அழைக்கவும், நாட்டின் கருக்கலைப்பு சட்டங்கள் மற்றும் விதிமுறைகளைச் சர்வதேச விதிமுறைகளுக்கு இணங்கும் வகையில் சீர்திருத்த அரசாங்கங்களுக்கு அழுத்தம் கொடுக்கவும், சர்வதேச மனித உரிமைகள் சட்டம் மற்றும் மருத்துவ நெறிமுறைகளைக் கருவிகளாகப் பயன்படுத்தலாம்.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 9

தனியுரிமை

	■ ஆம் ■ இல்லை	குறிப்புகள்
	வழங்குநர்-நோயாளிக்கு இடையிலான தொடர்பாடல் மூடிய கதவுகள் அல்லது திரைச்சீலைகள் கொண்ட இடத்தில் நடைபெறுகிறது.	
	நபர்கள் குறிப்பாகக் கோரினால் தவிர, சம்பந்தப்பட்ட சுகாதார வழங்குனர்கள் மற்றும் நோயாளியைத் தவிர வேறு யாரும் ஆலோசனை இடத்தில் இருக்கக்கூடாது.	
	நோயாளி குறிப்பாகக் கோரும் சந்தர்ப்பங்களில் தவிர, வழங்குநர்-நோயாளி தொடர்பாடலின் போது நோயாளியின் குடும்ப உறுப்பினர்கள் யாரும் அங்கு இருக்கக் கூடாது .	
	நோயாளிக்கு உடை அணியும் மற்றும், கழற்றும் சந்தர்ப்பங்களில் அந்தரங்கத்திற்கான உரிமை உண்டு.	
	நோயாளிக்கு உடை அணியும் மற்றும், கழற்றும் சந்தர்ப்பங்களில் அந்தரங்கத்திற்கான உரிமை உண்டு.	
	மருத்துவ பரிசோதனை படுக்கையறை - திறந்த கதவுகள் அல்லது ஜன்னல்களைக் கொண்டிருக்கக் கூடாது.	
	சுகாதார வழங்குனர்களைத் தவிர வேறு யாரும் ஆலோசனை இடத்திற்குள் நுழையக்கூடாது.	
	பரிசோதனை அறைக்குள் யாரும் வெளியேயும் உள்ளேயும் செல்வதில்லை.	
	வழங்குபவர் மென்மையாகப் பேசுகிறார்.	
	நோயாளி-வழங்குனர் உரையாடல்களைக் கேட்கக்கூடிய இடத்தில் மற்ற நோயாளிகள் அமர வைக்கப்படுவதில்லை.	

இரகசியத்தன்மை

	■ ஆம் ■ இல்லை	
	நோயாளியின் மருத்துவ பதிவுகள் பெயர் வெளியிடப்படாமல் பாதுகாக்கப்படுகின்றன.	
	நோயாளியின் மருத்துவ பதிவுகள் பாதுகாப்பாகவும் மூடப்பட்டும் வைக்கப்படுகின்றன.	
	சேவைகளை வழங்கும் ஊழியர்கள், பொது இடங்களில் வழங்கப்படும் சுகாதார சேவையின் விவரங்களை கலந்துரையாடக்கூடாது, சிகிச்சை பெறும் நோயாளியிடம் கூட அது குறித்து பொது இடங்களில் பேசக்கூடாது.	

	சேவை வழங்குவதில் ஈடுபட்டுள்ள ஊழியர்கள், நோயாளியைப் பற்றிய தகவல்களை சமூகத்தின் மற்ற உறுப்பினர்களுடன் பகிர்ந்து கொள்வதில்லை.	
	மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத்தைப் பெறுவதற்காகக் கூட, நோயாளியின் வெளிப்படையான ஒப்புதல் இல்லாமல், நோயாளியைப் பற்றிய தகவல்கள் அவரது துணைவர் அல்லது குடும்ப உறுப்பினர்களுடன் ஒருபோதும் கலந்துரையாடப்படக் கூடாது.	
	நோயாளியின் வெளிப்படையான ஒப்புதல் இல்லாமல் நோயாளியைப் பற்றிய தகவல்கள் அரசாங்கத்திற்கோ அல்லது பிற அதிகாரிகளுக்கோ தெரிவிக்கப்படக் கூடாது.	

மூன்றாம் தரப்பு அங்கீகாரத் தேவைகள் மற்றும் சுகாதார வழங்குநர்களின் கட்டாய அறிக்கையிடல் பற்றிய தகவலுக்கு சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 10 ஐப் பார்க்கவும்.

4.2.8 பங்கேற்பு

சமூகங்களின் பங்கேற்பு, குறிப்பாக நேரடியாகப் பாதிக்கப்பட்ட மக்களின் பங்கேற்பு என்பது ஒரு முக்கிய மனித உரிமைக் கொள்கையாகும். இருப்பினும், வெவ்வேறு அரசியல் நிலைப்பாடுகளைக் கொண்டோர் இந்த வார்த்தையைப் வெவ்வேறு விதங்களில் பயன்படுத்துகின்றனர். பங்கேற்பு மற்றும் அதன் இறுதி இலக்கை நபர்கள் புரிந்து கொள்ள இரண்டு ஒன்றுக்கொன்று முரண்பட்ட வழிகள் உள்ளன. முதலாவது பயன்பாட்டு அணுகுமுறை, இதில் பங்கேற்பு என்பது முன்கூட்டியே தீர்மானிக்கப்பட்ட ஒரு விடயம். எடுத்துக்காட்டாக: சேவை பரப்பை அதிகரித்தல், நடத்தை மாற்றம் போன்றவை. இரண்டாவது அதிகாரமளிக்கும் அணுகுமுறை, இதில் பங்கேற்பு என்பது சமூக ரீதியாக ஒதுக்கப்பட்ட சமூகங்கள் தங்கள் விருப்பங்களை வெளிப்படுத்தவும், நிகழ்ச்சித் திட்டங்களின் வடிவமைப்பு, செயற்படுத்தல் மற்றும் மதிப்பீட்டில் பங்கேற்க உதவும் வலுவூட்டல் நடைமுறைகளாகக் கருதப்படுகிறது (Guareschi, and Jovchelovitch 2004). மனித உரிமைகள் அடிப்படையிலான அணுகுமுறையில், பங்கேற்பு என்பது வலுவூட்டும் அணுகுமுறையைக் குறிக்கிறது, மேலும் தனிநபர்கள் "உரிமைதாரர்களாக" வலுவூட்டப்பட வேண்டும்.

பங்கேற்பு பொறுப்புக்கூறலுக்கு முக்கியமானது. ஏனெனில் இது "ஒற்றையாட்சித் தலைமைகள் தன்னிச்சையான முறையில் அதிகாரத்தைப் பயன்படுத்த அனுமதிக்காது, அதை சமநிலைப்படுத்த தேவையான சரிபார்ப்பு மற்றும் பொறுப்புக்கூறலை" வழங்குகிறது (WHO 2017).

அர்த்தமுள்ள பங்கேற்புக்கான கடப்பாடு உடையவர்களுக்கும் உரிமைதாரர்களுக்கும் இடையே தொடர்ச்சியான ஈடுபாட்டையும், தொடர்ச்சியான உரையாடலுக்கான வாய்ப்பையும் ஏற்படுத்த தளங்கள் மற்றும் கட்டமைப்புகள் அவசியமாகின்றன. பங்கேற்பை உறுதி செய்யும் சில கட்டமைப்புகளின் எடுத்துக்காட்டுகள்: ஒவ்வொரு சுகாதார நிலையத்துடனும் இணைந்து செயற்படும் சுகாதாரக் குழுக்கள் மற்றும் உள்ளூர் மட்டத்தில் ஆரம்பித்து அரசின் பல்வேறு மட்டங்களில் செயற்படும் குழுக்கள்.

1978ஆம் ஆண்டின் அல்மா-அட்டா பிரகடனத்தின் காலத்திலிருந்தே சமூகத்தவர்களின் பங்கேற்பின் முக்கியத்துவம் ஒப்புக் கொள்ளப்பட்டு நிலைநிறுத்தப்பட்டாலும், குறிப்பாகப் பெண்கள் மற்றும் பிற ஒதுக்கப்பட்ட குழுக்களின் பயனுள்ள பங்கேற்பு முழுமையாகக் காணப்படவில்லை என நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளது. தென் ஆபிரிக்காவின் வெஸ்டர்ன் கேப்பில் (Western Cape) சுகாதாரம் தொடர்பான விடயங்களில் சமூகத்தின் பங்களிப்பைச் செயற்படுத்தச் செய்யப்பட்ட ஒரு பரிசோதனை ஆய்வு, வினைத்திறன் மிக்க பங்களிப்பிற்கு பின்வருவன அவசியமாகின்றன எனக்கூறுகின்றது:

A. பங்கேற்புக்கான கட்டமைப்புகளை ஒழுங்கமைக்கும் சட்டம்; சமூக பிரதிநிதிகளின் குறிப்பிட்ட பங்கு மற்றும் செயற்பாடுகள்; மற்றும் அவர்கள் தேர்ந்தெடுக்கப்பட தேவையான வெளிப்படையான செயன்முறைகள்.

B. பெண்கள் மற்றும் பாதிக்கப்படக்கூடிய சமூகங்களைப் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தும் நபர்களுக்கான இட ஒதுக்கீடுகள்.

C. பங்கேற்புக்கான வழிகளைக் குறிப்பிடும் விதிமுறைகள் மற்றும் சமூக பிரதிநிதிகள் வெளிப்படுத்தப்படும் கருத்துகளின் அமலாக்கம் செய்யும் விதம்.

D. சமூக உறுப்பினர்களின் வினைத்திறன் மிக்க பங்கேற்பை செயல்படுத்த தேவையான திறன் விருத்தி செயற்பாடுகள், நிர்வாகப் பயிற்சி உட்பட, பாதிக்கப்படக்கூடிய குழுக்களின் பிரதிநிதிகளின் திறனை வளர்ப்பதில் சிறப்பு கவனம் செலுத்துதல் (Meler et. al. 2012).

கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான பெண்களின் உரிமையை நிலைநிறுத்தும் சூழலில், சுகாதாரத்திற்கான பங்கேற்பை ஊக்குவிப்பதற்கு மேற்கூறியவற்றைத் தாண்டி வேறு நடவடிக்கைகள் தேவைப்படலாம். எடுத்துக்காட்டாக, பங்கேற்புக்கான கட்டமைப்புகள் மற்றும் தளங்களில் பெண்களின் சமமான பிரதிநிதித்துவம் இருக்க வேண்டும். மிக முக்கியமாகச் சமூக பிரதிநிதிகளுக்கான திறன் மேம்பாடு, பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி உரிமைகள் பற்றிய அறிவை மனித உரிமைகளாகவும், கருக்கலைப்பு என்பது ஒரு பெண்ணின் உரிமையாகவும் தெளிவு படுத்தும் பயிற்சிகள் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும். பின்வருபவை ஒரு பயனுள்ள கையேடாக: *Turner, Katherine L. and Kimberly Chapman Page. 2008. Abortion attitude transformation: A values clarification toolkit for global audiences. Chapel Hill, NC, Ipas. https://ipas.azureedge.net/files/VALCLARE14-VCATAbortionAttitudeTransformation.pdf. (கருக்கலைப்பு தொடர்பான மனப்பாங்கை மாற்றியமைத்தல். உலகளாவிய ஆவலர்களுடன் பயன்படுத்தக்கூடிய விழுமியங்களைத் தெளிவுபடுத்துவதற்கான கையேடு)*

ஐக்கிய நாடுகளின் உடன்படிக்கை கண்காணிப்பு அமைப்புகளின் (TMBs) பல பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான உரிமைகளை நிலைநிறுத்தியுள்ளன, மேலும் இந்த உரிமைகளை நிறைவேற்றுவதை உறுதிசெய்யும் வகையில் சட்டமன்ற மாற்றங்களைச் செய்யுமாறு மாநிலக் கட்சிகளுக்கு அழைப்பு விடுத்துள்ளன.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 10		
பங்கேற்பு		
ஆம் / இல்லை		குறிப்புகள்
	சுகாதார வசதி மட்டத்தில் குடிமக்களின் பங்கேற்புக்கான வழிமுறைகள் உள்ளன.	
	சுகாதாரக் கொள்கைகள் மற்றும் திட்டங்கள் குறித்த தீர்மானங்கள் செய்வதில் குடிமக்களின் பங்கேற்புக்கான வழிமுறைகள் உள்ளன , > உள்ளூராட்சி மட்டத்தில். > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில். > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்.	
	பங்கேற்பதற்கான வழிமுறைகள் சட்டம் அல்லது அரசாங்க ஒழுங்கு/விதிகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன, > சுகாதார நிலைய மட்டத்தில், > உள்ளூர் அரசாங்க மட்டத்தில், > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில் > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்	
	பங்கேற்புக்கான வழிமுறைகளின் உறுப்பினர்களில் குறைந்தது மூன்றில் ஒரு பங்காவது பெண்களை உள்ளடக்கி இருக்க வேண்டும், > சுகாதார நிலைய மட்டத்தில், > உள்ளூர் அரசாங்க மட்டத்தில் > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில், > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்.	
	ஒதுக்கப்பட்ட குழுக்களைச் சேர்ந்த பெண்கள் பங்கேற்பதற்கான வழிமுறைகளில் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தப்படுகிறார்கள், > சுகாதார நிலைய மட்டத்தில், > உள்ளூர் அரசாங்க மட்டத்தில், > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில், > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்.	
	கடந்த ஆண்டில், ஒதுக்கப்பட்ட சமூகங்களில் இருந்து வரும் பெண்கள் பங்கேற்பதற்கான வழிமுறைகளில் திறம்பட பங்கேற்பதை சாத்தியமாக்குவதற்கான திறன் மேம்பாட்டு முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளன.	

	கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான பெண்களின் அணுகல் கடந்த வருடத்திற்கான பங்குபற்றல் நிகழ்ச்சி நிரலில் காணப்படுகின்றது. > சுகாதார நிலைய மட்டத்தில் பங்கேற்பு, > உள்ளூர் அரசாங்க மட்டத்தில், > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில், > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்.	
	பங்கேற்பின் விளைவுகள் உள்ளூர் மட்டத்தில் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்குத் தெரியப்படுத்தியுள்ளன.	
	பங்கேற்பின் விளைவுகள் : கருக்கலைப்பு திட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளை மேம்படுத்தியுள்ளன. > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில் > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்,	

4.2.9 பொறுப்புக்கூறல்

பொதுக் கொள்கைகளைப் பொறுத்தவரை 'பொறுப்புக்கூறல்' என்ற சொல் பொதுவாக அதிகாரத்தில் இருப்பவர்கள் தங்கள் செயற்பாடுகளுக்குப் பொறுப்பேற்க வேண்டிய கடமையைக் குறிக்கிறது. பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு விளக்கமளித்து நியாயப்படுத்தல் மூலம் அவர்களுக்குப் பதிலளித்தல், அவர்களின் செயற்பாடு அல்லது அதற்கான விளக்கம் ஏற்றுக்கொள்ள முடியாததாகக் காணப்பட்டால் ஏதேனும் ஓர் அமலாக்கக்கூடிய தண்டனை முறைக்கு உட்படுத்தப்படுதல் (Goetz and Jenkins 2005, p. 8) என்பன இதிலடங்கும்.

'உரிமைகள் சார்ந்த அணுகுமுறை இருப்பதன் காரணம்' பொறுப்புக்கூறல் என நிலைநிறுத்தப்பட்டுள்ளது (UNOHCHR 2008). சுகாதாரம் தொடர்பான விடயங்களில், அரசுகளும் பொது நிறுவனங்களும் தம் கடமைகள் தொடர்பில் மக்களின் சுகாதார உரிமையைப் பாதுகாப்பதற்கான அல்லது அதைக் கைவிடும் செயற்பாடுகளுக்குப் பொறுப்பேற்க வேண்டும். தனியார் சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்கள், காப்பீட்டு நிறுவனங்கள் மற்றும் மருந்தக நிறுவனங்கள் போன்ற தனியார் நிறுவனங்களின் செயல்களை நாட்டு மக்களின் சுகாதாரத்திற்கான உரிமையை மீறாத விதத்தில் ஒழுங்குபடுத்தவும் அரசுகள் பொறுப்புக்கூற வேண்டும். (UNOHCHR 2000).

பொறுப்புக்கூறல் மூன்று வெவ்வேறு கூறுகளைக் கொண்டுள்ளது: அதிகாரம் கொண்டவர்களுடன் உரிமைதாரர்களின் ஈடுபாடு (பெரும்பாலும் கடமை உள்ளவர்களும்); அதிகாரம் கொண்டவர்கள், உரிமைதாரர்களுக்குப் பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் அதிகாரம் கொண்டவர்கள் செயற்பாட்டை அமல்படுத்தல். பொறுப்புக்கூறல் வழிமுறைகள் என்பன ஈடுபாடு மற்றும் பொறுப்புக்கூறலைச் செயற்படுத்தும் கட்டமைப்புகளாக அமைதல் (Murthy 2019). சர்வதேச, தேசிய மற்றும் பிரதேச அளவில் பொறுப்புக்கூறல் வழிமுறைகள் பல மட்டங்களில் காணப்படுகின்றன. ஐக்கிய நாடுகள் சபையின் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகள் (TMBs) பல, பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான உரிமைகளை நிலைநிறுத்தியுள்ளன. மேலும், இந்த உரிமைகளை உணர்ந்து கொள்வதை உறுதி செய்யும் சட்ட ரீதியான மாற்றங்களை செயல்படுத்த அரசுகளுக்கு அழைப்பு விடுக்கின்றன (பகுதி 3).

பொறுப்புக்கூறல் மூன்று வெவ்வேறு கூறுகளைக் கொண்டுள்ளது: அதிகாரம் கொண்டவர்களுடன் உரிமைதாரர்களின் ஈடுபாடு (பெரும்பாலும் கடமை உள்ளவர்களும்); அதிகாரம் கொண்டவர்கள், உரிமைதாரர்களுக்குப் பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் அதிகாரம் கொண்டவர்கள் செயற்பாட்டை அமல்படுத்தல். பொறுப்புக்கூறல் வழிமுறைகள் என்பன ஈடுபாடு மற்றும் பொறுப்புக்கூறலைச்

செயற்படுத்தும் கட்டமைப்புகளாக அமைதல் (Murthy 2019). சர்வதேச, தேசிய மற்றும் பிரதேச அளவில் பொறுப்புக்கூறல் வழிமுறைகள் பல மட்டங்களில் காணப்படுகின்றன. ஐக்கிய நாடுகள் சபையின் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகள் (TMBs) பல, பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான உரிமைகளை நிலைநிறுத்தியுள்ளன. மேலும், இந்த உரிமைகளை உணர்ந்து கொள்வதை உறுதி செய்யும் சட்ட ரீதியான மாற்றங்களை செயல்படுத்த அரசுகளுக்கு அழைப்பு விடுக்கின்றன (பகுதி 3).

பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான ஆர்வலர்கள் பொறுப்புக்கூறல் செய்ய TMBsக்கு நிழல் அறிக்கை சமர்ப்பிக்கும் பொறிமுறையைப் பயன்படுத்தலாம். மனித உரிமைகள் சபை மற்றும் பிற TMBsக்கு அந்தந்த அரசுகள் சமர்ப்பிக்கும் தேசிய அறிக்கைகளில் தம் கருத்துக்களை உள்ளீடு செய்ய முயற்சிக்கலாம். அவர்கள் ஐக்கிய நாடுகளின் சுகாதாரம் தொடர்பான சிறப்பு அறிக்கையாளரிடமும் இது தொடர்பில் முறையிடலாம். அதன் மூலம் செய்யப்படும் ஆய்வு பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை மறுப்பதன் விளைவாகப் பெண்களின் மனித உரிமைகள் மீறப்படுவதைத் தடுக்க தேசிய அரசின் பொறுப்புணர்வைத் தூண்டும்.

பொறுப்புக்கூறல் உத்தியாக உலகளாவிய கருக்கலைப்பு நிலையை கண்காணித்து மதிப்பாய்வு செய்வதற்கு வேறு வழிமுறைகளும் உள்ளன. உலக சுகாதார அமைப்பின் உலகளாவிய கருக்கலைப்பு கொள்கை தரவுத்தளம், தேசிய அளவில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான கொள்கை, ஒழுங்குமுறை மற்றும் நடைமுறை தொடர்பான தடைகளைக் கண்காணிக்கிறது. குட்மார்கர் (Guttmacher)நிறுவனம் மற்றும் இனவிருத்தி உரிமைகளுக்கான மையம் போன்ற சர்வதேச அரசு சாரா நிறுவனங்கள் கருக்கலைப்புச் சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகள் மற்றும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பால் ஏற்படும் இறப்பு மற்றும் நோயுற்ற தன்மையைக் குறைப்பதில் ஏற்பட்டுள்ள முன்னேற்றம் குறித்த வழமையான மதிப்பாய்வுகளை செய்கின்றன.

ஐக்கிய நாடுகள் சபையின் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகள் (TMBs) பல, பெண்கள் மற்றும் சிறுமிகளின் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கான உரிமைகளை நிலைநிறுத்தியுள்ளன. மேலும், இந்த உரிமைகளை நிறைவேற்றுவதை உறுதி செய்வதற்காகச் சட்ட ரீதியான மாற்றங்களைச் செய்ய அரசுகளுக்கு அழைப்பு விடுக்கின்றன.

தகவல் பெட்டி 11:
கருக்கலைப்புக்கான அணுகலை விரிவுபடுத்துவதற்கான சட்ட மற்றும் சமூக பொறுப்புக்கூறல் உத்திகள்

ருவாண்டாவில் இளைஞர்களால் வழிநடத்தப்படும் ஓர் அமைப்பான யூத் ஆக்ஸன் மூவ்மென்ட் (YAM) நாட்டின் மிகவும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டத்தை விரிவுப்படுத்துவதில் முக்கியப் பங்கு வகித்தது. YAM என்பது International Planned Parenthood Federation (IPPF) உடன் தொடர்புடைய Association Rwandaise pour le Bien-Être Familial (ARBEF) இன் இளைஞர் கிளையாகும். 2009-2012ஆம் ஆண்டில் YAMயின் இளம் ஆர்வலர்கள் "பாலியல் தொடர்பில் இளைஞர்கள் முகங்கொடுக்கும் முக்கிய பிரச்சினைகள்" குறித்து பணியாற்ற நெதர்லாந்தின் அரசு சாரா நிறுவனமான Rutgers WPFயிடமிருந்து தொழில்நுட்ப மற்றும் நிதி உதவியை பெற்றுக்கொண்டனர். YAM ருவாண்டாவில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு தொடர்பில் பணியாற்ற தீர்மானித்தது. இந்தத் திட்டத்தின் ஒரு பகுதியாகப் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் உடல் ரீதியான விளைவுகள் குறித்த ஆதாரங்களையும், கருக்கலைப்பு செய்தமைக்காகச் சிறையில் அடைக்கப்பட்ட இளைஞர்களிடமிருந்து சாட்சியங்களையும் அவர்கள் சேகரித்தனர்.

சாட்சியங்கள் சிறு புத்தகங்களாக உருவாக்கப்பட்டு, அரசு அதிகாரிகளுக்கும் பொது மன்றங்களுக்கும் பகிரப்பட்டன. YAM பல்வேறு சிவில் சமூக அமைப்புகளுடன் இணைந்து, விழுமியங்களைத் தெளிவுபடுத்தும் பயிற்சிகள் மற்றும் கலந்துரையாடல்களை ஏற்பாடு செய்தது; ஊடகங்களுடன் இணைந்து பணியாற்றியது; மற்றும் சட்ட சீர்திருத்தத்திற்கான மனுவைத் ஆரம்பித்தது. தண்டனைச் சட்டம் மறு ஆய்வுக்கு வரவிருந்ததாலும், ருவாண்டா இதே காலகட்டத்தில் பிராந்திய மனித உரிமைகள் சமவாயத்தை அங்கீகரித்ததாலும் இது அரசியல் ரீதியாக சரியான தருணமாக அமைந்தது. 2012 இல் சட்டம் மறு ஆய்வுக்கு வந்தபோது கருக்கலைப்புச் சட்டம் திருத்தப்பட்டது. மேலும், பெண்ணின் உயிரைக் காக்க; ஆரோக்கியத்தைப் பாதுகாக்க; அல்லது பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவினால் செய்யப்பட்ட பாலியல் வன்புணர்வு அல்லது கட்டாய திருமணத்தின் விளைவாக ஏற்பட்ட கர்ப்பங்களுக்கு கருக்கலைப்பை அனுமதித்தது (Umuhoza 2013).

கொலம்பியாவில் Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (பெண்களின் வாழ்வு மற்றும் ஆரோக்கியத்திற்கான ஆர்வலர்கள், இனி லா மெசா என அழைக்கப்படும்) அமைப்பு அதன் மூலோபாய வழக்குத் தொடரும் திட்டமான LAICIAயின் (கொலம்பியாவில் கருக்கலைப்பை அரசியலமைப்பிற்கு விரோதமானதாகச் செய்வதற்கு எதிரான அதிக தாக்கத்தை ஏற்படுத்தும் வழக்கு) ஒரு பகுதியாக வுமென்ஸ் லிங்க் வெர்ல்டுவைட் (women's link worldwide) உடன் இணைந்து பணியாற்றியது. LAICIA 2005இல் ஆரம்பிக்கப்பட்டது. மேலும், லா மெசா மற்றும் வுமென்ஸ் லிங்க் வெர்ல்டுவைட் கொலம்பியாவின் கருக்கலைப்புச் சட்டத்திற்கு எதிராக ஓர் அரசியலமைப்புச் சவால் வழக்கை தாக்கல் செய்தது. சட்டத்தின் கீழ் தாயின் உயிரைக் காப்பாற்ற மட்டுமே கருக்கலைப்பு சட்டப்பூர்வமாக இருந்தது. 2006இல் கொலம்பியாவின் அரசியலமைப்பு நீதிமன்றம் சமத்துவத்தின் அடிப்படையில் கருக்கலைப்பு உரிமைகளை உறுதிசெய்தது மற்றும் மனித உரிமைகள் கட்டமைப்பிற்குள் கருக்கலைப்பு அரசியலமைப்பினுள் உறுதியானது குறித்து தீர்ப்பளித்தது. சீர்திருத்தப்பட்ட சட்டத்தின்படி , கருக்கலைப்பு மூன்று நிபந்தனைகளின் கீழ் சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட்டது: பெண்ணின் உயிர் அல்லது ஆரோக்கியம் ஆபத்தில் இருக்கும்போது (ஒரு மருத்துவர் ஒப்புதலளிக்க வேண்டும்); கடுமையான கரு குறைபாடுகள் காணப்படும்போது; மற்றும் கர்ப்பம் பாலியல் வன்முறை அல்லது சம்மதம் வழங்காத பாலியல் உறவின் விளைவாக ஏற்படும் போது.

Source: Ruibal 2014.

தேசிய மற்றும் பிரதேச மட்டங்களில், கருக்கலைப்பு தொடர்பில் சட்டப்பூர்வ பொறுப்புக்கூறல் மற்றும் சமூகப் பொறுப்புக்கூறல் உத்திகளைப் பயன்படுத்துவது பொதுவானதாகக் காணப்படுகின்றது. சமூகப் பொறுப்புக்கூறல், குடிமக்கள்/சமூகம் சேவை வழங்குனர்களையும் அரசையும் பொறுப்புக்கூற அழைக்கிறது. எடுத்துக்காட்டாக: பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் எதிர்மறையான விளைவுகள் குறித்த ஆதாரங்களை அவர்கள் சேகரித்து பகிர்ந்தளித்தல், ஊடக பிரச்சாரங்கள் மூலம் பொதுமக்களின் கருத்தைத் திரட்டல், உரிமை மீறல்கள் குறித்த பொது விசாரணைகளை நடத்தல், மேலும் கொள்கை வகுப்பாளர்கள் மற்றும் நாடாளுமன்ற உறுப்பினர்களுடன் பரப்புரைகள் செய்தல் போன்றவை. மனித உரிமை மீறல்கள் செய்யும் அல்லது குடிமக்களின் அரசியலமைப்பு உரிமைகளை நிலைநிறுத்தாத அரசுகளைப் பொறுப்பேற்க வைக்க நீதிமன்றங்களைப் பயன்படுத்து சட்டப் பொறுப்புக்கூறல் ஆகும். (Van Belle e. al. 2018). ருவாண்டாவில் சமூக அணிதிரட்டல் மற்றும் சட்ட சீர்திருத்தத்திற்கான மனு மற்றும் கொலம்பியாவில் நாட்டின் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட கருக்கலைப்புச் சட்டத்தை சவால் செய்ய அரசியலமைப்புச் சவால் வழக்கு தாக்கல் செய்வதன் வெற்றிகரமான பயன்பாட்டை தகவல் பெட்டி11 விவரிக்கிறது. (Ruibal 2014).

மனித உரிமைகள் கட்டமைப்பில், நீதி, நிவாரணம் மற்றும் இழப்பீட்டு வழிமுறைகளுக்குரிய அணுகலுக்கான உத்தரவாதம் பொறுப்புக்கூறலின் மையமாக அமைகிறது. சுகாதார நிலைய மட்டத்திலும், நிர்வாகத்தின் பல்வேறு நிலைகளிலும், குறைத் தீர்ப்பாளர்கள், நுகர்வோர் மன்றங்கள், நீதிமன்றங்கள், தேசிய மனித உரிமைகள் ஆணையங்கள் மற்றும் தேசிய பெண்கள் ஆணையம் (அல்லது பெண்கள் மற்றும் குழந்தைகள்) போன்ற பிற அமைப்புகள் ஆகியவற்றில் தேசிய அளவில், சுகாதார உரிமையை நிலைநிறுத்துவதற்கான பொறுப்புக்கூறல் வழிமுறைகளில் உள்ளடக்கப்படக் கூடும். தேசிய வழிமுறைகள் திருப்திகரமான தீர்வை வழங்காத போது, தனிநபர்கள் புகார் நடைமுறைகளை நாடலாம், இது CEDAW குழு மற்றும் CRC (குழந்தைகளின் . உரிமைகள் மாநாடு) போன்ற சில TMBs களால் அனுமதிக்கப்படுகிறது, எனினும் இது தெரிவு நெறிமுறை ஆவணங்களில் அவர்களின் அரசு கையெழுத்திட்டிருந்தால் மட்டுமே செயற்படுத்தக்கூடியதாக அமையும்

கருக்கலைப்பு தொடர்பில் சேவை பெறுநர்களை நியாயமான காரணங்கள் இன்றி திருப்பி அனுப்புதல் மற்றும் சிகிச்சையளிக்கும் போது அவமரியாதையான மற்றும் துஷ்பிரயோகமான நடத்தை, வலி நிவாரணிகளை வழங்க மறுத்தல் உட்பட்ட சுகாதார அமைப்பில் காணப்படும் துஷ்பிரயோகமான செயற்பாடுகளுக்கு உதவி மற்றும் குறை தீர்த்தல் வழிமுறைகளை ஏற்படுத்த பொறுப்புக்கூறல் அழைப்பு விடுக்கிறது.

சரிபார்ப்புப் பட்டியல் 11

பொறுப்புணர்வு

ஆம் (பச்சை)
இல்லை (சிவப்பு)

		குறிப்புகள்
	மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகளுக்கு அரசாங்கம் அளித்த மிகச் சமீபத்திய அறிக்கையில், கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான பெண்களின் உரிமை குறித்த தகவல்கள் காணப்படுகின்றன.	எந்த அறிக்கைகளில் அத்தகைய தகவல்கள் உள்ளன என்பதைக் கவனியுங்கள்
	மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகளுக்கு அரசாங்கம் அளித்த மிக சமீபத்திய அறிக்கையில், பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் குறித்த தகவல்கள் காணப்படுகின்றன.	எந்த அறிக்கைகளில் அத்தகைய தகவல்கள் இருந்தன, எந்தக் குழுக்கள் பற்றிய தகவல்கள் இருந்தன என்பதைக் கவனியுங்கள்.
	மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகளுக்கு சிவில் சமூகம் அளித்த மிகச் சமீபத்திய நிழல் அறிக்கையில் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான பெண்களின் உரிமை குறித்த தகவல்கள் அடங்கியுள்ளது.	எந்த அறிக்கைகளில் அத்தகைய தகவல்கள் உள்ளன என்பதைக் கவனியுங்கள்.
	மனித உரிமைகள் ஒப்பந்த கண்காணிப்பு அமைப்புகளுக்கு சிவில் சமூகம் அளித்த மிகச் சமீபத்திய நிழல் அறிக்கையில், பாதிக்கப்படக்கூடிய மக்களின் கருக்கலைப்புக்கான அணுகல் குறித்த தகவல்கள் அடங்கியுள்ளன.	எந்த அறிக்கைகளில் அத்தகைய தகவல்கள் உள்ளன, மேலும் எந்தக் குழுக்கள் அதில் உள்ளடக்கப் பட்டிருந்தன என்பதைக் கவனியுங்கள்
	கருக்கலைப்பு நிகழ்வுகள், நோயுற்ற தன்மை மற்றும் இறப்பு குறித்த அறிக்கைகளை அரசாங்கம் அவ்வப்போது வெளியிடுகிறது: > மாவட்ட அளவில் > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில் > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்	தரவு கிடைக்கக்கூடிய குறிகாட்டிகளைக் கவனியுங்கள்.
	கருக்கலைப்பு கோருபவர்களுக்கு குறை தீர்க்கும் வழிமுறைகள் உள்ளன, > சுகாதார நிலைய மட்டத்தில் > உள்ளூர் அரசாங்க மட்டத்தில் > மாநில/மாகாண அரசாங்க மட்டத்தில் > தேசிய அரசாங்க மட்டத்தில்	வெவ்வேறு நிலைகளில் உள்ள குறை தீர்க்கும் வழிமுறைகளின் பெயர்களை இங்கே குறித்துக்கொள்ளவும்.
	சமூக பொறுப்புக் கோரும் முயற்சிகள் காணப்படுகின்றன, > பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான பெண்களின் உரிமைக்காக வாதிடுதல் > கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான பெண்களின் உரிமை தொடர்பான மனித உரிமை மீறல்களைக் கண்காணித்தல் மற்றும் புகாரளித்தல் (உதாரணமாக: துஷ்பிரயோகப் படுத்தும் விதமான நடத்தை, சேவைகளை மறுத்தல்). > கருக்கலைப்பு சேவை வழங்கலுக்கான நிதி ஒதுக்கீடுகள் மற்றும் உண்மையான செலவினங்களைக் கண்காணித்தல்.	சமூக பொறுப்பு கோரும் முயற்சிகளின் பெயர்களை இங்கே குறித்துக்கொள்ளவும்.

பின்குறிப்புகள்

1. பெண்களுக்கு மட்டுமல்ல, கர்ப்பமாக இருக்கும் திருநர்களுக்கும் கருக்கலைப்பு தேவைப்படலாம் என்பதை நாம் ஒப்புக்கொள்கிறோம். இருப்பினும், இந்த ஆவணம் பெரும்பாலும் பெண்களை மையமாகக் கொண்டுள்ளது. ஏனெனில் சர்வதேச மனித உரிமை விதிமுறைகள் மற்றும் பெரும்பாலான ஆய்வின் சான்றுகள் பெண்களுடன் தொடர்பு பட்டுள்ளன. முடிந்தவரை திருநர்கள் தொடர்பான தகவல்களை இதில் சேர்த்துள்ளோம்.

2. உலகில் ஐந்து நாடுகளில் மட்டுமே காணப்படுகிறது - சிலி, டொமினிகன் குடியரசு, எல் சால்வடார், மால்டா மற்றும் நிகரகுவா.

3. இந்தியாவும் சீனாவும் இந்தக் கணக்கீடுகளில் விலக்கப்பட்டுள்ளன. ஏனெனில் அவை அதிக பல்வகைமை கொண்டவை மற்றும் அவற்றின் அதிக மக்கள் தொகை அளவுகள் காரணமாக எண்கள் வேறுபடுகின்றன.

4. CRR வெளியீடு 2019 வரை 47 நாடுகளைப் பட்டியலிடுகிறது. மேலும், 2020ஆம் ஆண்டில், நியூசிலாந்து அதன் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தை விரிவுப் படுத்தியது, இது கர்ப்பத்தின் 20 வாரங்கள் வரை கோரிக்கையின் பேரில் கருக்கலைப்பைக் கிடைக்கச் செய்தது.

5. சுய-பராமரிப்பு நடைமுறைகள் குறித்த WHO பரிந்துரைகளின்படி, போதுமான தகவல் மற்றும் பொருத்தமான சுகாதார சேவைகள் வழங்கப்பட்டால், மருத்துவ கருக்கலைப்பை கர்ப்பத்தின் 12 வாரங்கள் வரை சுயமாகச் செய்து கொள்வது இப்போது பாதுகாப்பானதாகக் கருதப்படுகிறது.

6. ஒன்பது மனித உரிமைகள் கொள்கைகள் மற்றும் தரநிலைகள் பல ஒன்றுடன் ஒன்று தொடர்புடைய பரிமாணங்களைக் கொண்டுள்ளன. மீண்டும் மீண்டும் கூறப்படுவதை தவிர்க்க, ஒவ்வொரு பரிமாணமும் கொள்கைகள்/தரநிலைகளில் ஒன்றின் கீழ் மட்டுமே கையாளப்பட்டுள்ளது. அதற்கான குறுக்கீட்டு ஆதாரம் குறிப்புகளுடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளன.

மூல வளங்கள்

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.

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.civicactions.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.civicactions.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, Gerdts 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/.

Gerdts C, Dobkin L, Foster DG and Scwarz 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_aww-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 Nonuse 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, Mutihir 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/wgc9npwq5oqbwno115ib206r?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://uniteforreprorights.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-cescr-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. *Guttmacher 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., Gerdts, 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.

Ipas. (2020). *Clinical Updates in Reproductive Health*. L. Castleman & 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. *Guttmacher 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.civicactions.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.ijgo.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/fbomb/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.

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. Recommits to Sexual and Reproductive Health and Rights. American Constitution Society. Blog, 19 March. https://www.acslaw.org/expertforum/the-u-s-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://bmcmedethics.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). L*ate 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., Venktachalam 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 Obstetricia 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: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/rcsite/bioethics/cases/abortion-mature-minor-e.

Rowlands S and Thomas K. Mandatory waiting periods before abortion and sterilization: Thoery 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/wgc9npwq50qbwno115ib206r?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, Abracinskas 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 COVID19 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 Chaper 9 in B White, F McDonald & L Willmott (Eds), Health Law in Australia, 3nd 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. R*eproductive 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.

ISBN 978-967-0339-52-8
9 789670 339528 >

ARROW என்பது மலேசியாவின் கோலாலம்பூரில் அமைந்துள்ள பெண்களுக்கான பிராந்திய இலாப நோக்கற்ற அரசு சாரா அமைப்பாகும். இது ஐக்கிய நாடுகளின் பொருளாதார மற்றும் சமூக சபையுடன் ஆலோசனை அந்தஸ்தைக் கொண்டுள்ளது. இவ்வமைப்பு 1993 இல் நிறுவப்பட்டதிலிருந்து பெண்களின் ஆரோக்கியம், நேர்மறையான பாலியல் மற்றும் உரிமைகளை மேம்படுத்துவதிலும், தகவல், அறிவு, ஈடுபாடு, ஆதரவு மற்றும் திரட்டுதல் மூலம் பெண்களுக்கு அதிகாரம் அளித்தல் தொடர்பில் பணியாற்றி வருகிறது.

ஒவ்வொரு பெண்ணும் அவளது முழுமையான பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி உரிமைகளை அனுபவிக்கும் ஒரு சமத்துவமான, நீதியான மற்றும் நியாயமான உலகத்தை உறுதிப்படுத்தச் ARROW செயற்படுகின்றது. ARROW பெண்களின் உரிமைகள் மற்றும் தேவைகளை, குறிப்பாக சுகாதாரம் மற்றும் பாலியல் தொடர்பான விடயங்களில், மேம்படுத்துவதோடு அவற்றை நிலைநிறுத்துகிறது. அத்தோடு இந்த உரிமைகளை கோருவதற்கான அவர்களின் திறனை மேலும் உறுதிப்படுத்துகிறது.

'பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான உரிமையை கோருதல்' (Claiming the Right to Safe Abortion) திட்டம், ஆசியாவில் உள்ள ஐந்து நாடுகளில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு தொடர்பான சட்டங்களை அமுல்படுத்துவதிலும், சேவைகளுக்கான அணுகலை மேம்படுத்துவதிலும் படிப்படியான வெற்றியை அடையும் என எதிர்பார்க்கப் படுகிறது. இதன் மூலம் அந்த நாடுகளில் உள்ள அனைத்துப் பெண்களுக்கும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவைகளை எளிதாகக் கிடைக்கச் செய்வதே இதன் நோக்கமாகும்.

SAIGE என்பது உலகளாவிய தெற்குப் பகுதியில் உள்ள ஆதரவாளர்கள், செயற்பாட்டாளர்கள், கல்வியாளர்கள் மற்றும் சேவை வழங்குநர்களின் ஒரு கூட்டு வலையமைப்பு ஆகும். இது பல்வேறு அணுகுமுறைகள் மூலம் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பை உறுதி செய்வதில் அவர்களின் தாக்கத்தை அதிகரிக்க உறுதிபூண்டுள்ளது. அவையாவன: ஆதாரங்களை உருவாக்குதல் மற்றும் ஆதார அடிப்படையிலான ஆதரவு மற்றும் பொறுப்புக்கூறல் உத்திகள் மூலம், பிராந்தியம் முழுவதும் பல தேசிய மட்டங்களில் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சட்டங்கள் மற்றும் கொள்கைகளின் அமுலாக்கத்தில் மாற்றங்களை ஏற்படுத்தல்.

இது, பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புக்கான தடைகளை அகற்றுவதையும் உள்ளடக்கியது. இதில் பெண்கள் மற்றும் சேவை வழங்குநர்களிடையே பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு குறித்த விழிப்புணர்வை அதிகரித்தல்; மதம் சார்ந்த களங்கம் மற்றும் சேவைகளை மறுப்பதைத் இல்லாது செய்தல்; மற்றும் தரமற்ற சேவைகள் மற்றும் கிடைக்கக்கூடிய தன்மையை கையாளுதல் போன்ற ஒருங்கிணைந்த பணிகள் அடங்கும்.

இந்தத் திட்டத்திற்கு Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU) – The Swedish Association for Sexuality Education ஆதரவு மற்றும் நிதி அளிக்கிறது.

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)
1 & 2 Jalan Scott, Brickfields, Kuala Lumpur, Malaysia 50470

தொலைபேசி	00 603 2273 9913/9914
தொலைநகல்	00 603 2273 9916
மின்னஞ்சல்	arrow@arrow.org.my
இணையதளம்	arrow.org.my
முகநூல்	facebook.com/ARROW.Women
இன்ஸ்டகிராம்	arrow_women
டுவிட்டர்	@ARROW_Women
யூடியூப்	youtube.com/user/ARROWomen
லிங்க்ட்இன்	arrowomen

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/

arrow
asian-pacific resource & research centre for women

rfsu

saige
Safe Abortion Advocacy Initiative
Global South Engagement