

ગુજરાતમાં ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યોની પ્રગતિની દેખરેખ રાખવી

એસડીજી3 અને એસડીજી5 માંથી
પસંદગીના લક્ષ્યાંકો માટે સ્થિતિ વિશ્લેષણ

SAHAJ
દ્વારા સંકલિત

Equal Measures 2030
દ્વારા સમર્થિત

ગુજરાતમાં ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યાંકોની
પ્રગતિની દેખરેખ રાખવી
એસડીજી૩ અને એસડીજી૫ માંથી પસંદગીના
લક્ષ્યાંકો માટે સ્થિતિ વિશ્લેષણ

SAHAJ
દ્વારા પ્રકાશિત

ડિઝાઇન, લેઆઉટ અને મુદ્રણ
સંસ્કૃતિ ડિઝાઇનર્સ અને પ્રિન્ટર્સ, પુણે

વધુ માહિતી માટે, અમારો સંપર્ક કરો -

SAHAJ

સહજ, ૧ શ્રી હરિ એપાર્ટમેન્ટ્સ, ૧૩ આનંદનગર સોસાયટી, અલકાપુરી,
વડોદરા, ગુજરાત-૩૯૦૦૦૭

ફોન નંબર : +91 265 2342539

ઈ-મેલ : sahajequalmeasures2030@gmail.com

વેબસાઈટ : www.sahaj.org.in

ફેસબુક પેજ : SahajEqualMeasures2030

ઈન્સ્ટાગ્રામ : sahajem2030

ટવિટર : SahajEM2030

ઓક્ટોબર 2018

અનુક્રમણિકા

ટેબલ્સની યાદી	3
સંક્ષિપ્તાક્ષરોની યાદી	4
પ્રસ્તાવના	7
સ્વીકૃતિઓ	8
કાર્યકારી સારાંશ	9
પરિચય	11
વિભાગ 1: રાજ્યની પ્રોફાઈલ	14
વિભાગ 2: ગુજરાતમાં નીતિ અને કાર્યક્રમ પર્યાવરણ	20
વિભાગ 3: માતૃત્વ આરોગ્ય	27
વિભાગ 4: મહિલાઓ અને છોકરીઓ વિરૂદ્ધહિંસા	35
વિભાગ 5: હાનિકારક અને પરંપરાગત પ્રથાઓ	43
વિભાગ 6: કોઈને પણ પાછળ ન છોડવા	48
સંદર્ભો	63
પરિશિષ્ટ	69

અટેબલોની યાદી

ટેબલ નં.	ટેબલનું નામ	પૃષ્ઠ નં.
1.1	ગુજરાત અને સમાન પ્રજારના રાજ્યો વચ્ચે આઈએમઆર અને એમએમઆરની સરખામણી . . .	૧૭
2.1	કેરળ અને ગુજરાતમાં મહિલાઓના સૂચકાંકો અને જેટલાક મહત્વપૂર્ણ આથિક સૂચકાંકો (ટકાવારી)	૨૩
2.2	મહિલા અને બાળ વિકાસ વિભાગના બજેટનો સારાંશ (આંકડાઓ રૂપિયા-કરોડમાં)	૨૪
3.1	એસઆરએસ ડેટા પર આધારિત એમએમઆર	૨૫
3.2	માતૃત્વ અને પ્રસૂતિ સંભાળના કેટલાક સૂચકાંકો	૨૬
3.3	એનસી સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાના સ્ત્રોત પર ગુજરાત ડેટા (એનએફએચએસ-૪)	૨૬
3.4	પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા દ્વારા ગર્ભનિરોધકનો વર્તમાન ઉપયોગ	૨૮
3.5	વર્તમાનમાં વિવાહિત મહિલાઓમાં પરિવાર નિયોજન માટેની જરૂરિયાત અને માંગ	૨૯
4.1	મહિલાઓ માટેના વિવિધ અધિનિયમો હેઠળ નોંધાયેલા કિસ્સાઓ	૩૨
4.2	વિવાહિત મહિલાઓ સામે હિંસા થાય છે	૩૩
4.3	ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસાનો અનુભવ	૩૩
4.4	વર્ષ 15-49 વયજૂથની મહિલાઓ જેમણે ક્યારેય પણ હિંસાનો અનુભવ કરેલો છે તેમણે શું ક્યારેય મદદ માગેલ છે કે કેમ	૩૪
4.5	મહિલા સામેના ગુનાના નિકાલ માટેના અદાલતી કિસ્સાઓ	૩૫
4.6	માનવ શરીરને પ્રભાવિત કરતા ગુનાઓ	૩૬
4.7	વીએડબલ્યુ અટકાવવા માટે બજેટ	૩૮
5.1	વહેલાં લગ્ન પર એનએફએચએસ ડેટા	૩૯
5.2	કિશોરાવસ્થા ગર્ભાવસ્થા અને માતૃત્વ	૪૦
6.1	આંતરિક નારી સ્થળાંતરની તીવ્રતા અને શૈલી (ટકાવારી)	૪૪
6.2	પોષણ સ્થિતિ - વર્ષ 15-49 વયજૂથની મહિલાઓની બોડી માસ ઈન્ડેક્સ સ્થિતિ (ટકાવારી)	૪૮
6.3	વર્ષ 15-49 વયજૂથની મહિલાઓ જેઓએ બાળ ઉછેર કરવાનું શરૂ કરેલ છે (ટકાવારી)	૪૮
6.4	માતૃત્વ સંભાળ (ટકાવારી)	૪૯
6.5	પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા દ્વારા ગર્ભનિરોધકનો વર્તમાન ઉપયોગ (ટકાવારી)	૪૯
6.6	અનુસૂચિત જનજાતિઓ વિરૂદ્ધ ગુનો/અત્યાચાર	૫૦
6.7	વૈવાહિક હિંસા અને ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસા (ટકાવારી)	૫૦
6.8	લિંગ ભૂમિકા વલણો (ટકાવારી)	૫૧

સંક્ષિપ્તાક્ષરોની યાદી

1. AHS - Annual Health Surveys
2. AICB - All India Confederation of the Blind
3. AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome
4. ANC - Antenatal Care
5. ANM - Auxiliary Nurse Midwifery
6. ASHA - Accredited Social Health Activist
7. BMI - Body Mass Index
8. BPL - Below Poverty Line
9. CAG - Comptroller and Auditor General
10. CBO - Community Based Organization
11. CHC - Community Health Centre
12. CRO - Contract Research Organizations
13. CSO - Civil Society Organizations
14. CWDS - Centre for Women's Development Studies
15. CY - Chiranjeevi Yojana
16. DBWRF - Dawoodi Bohra Women's Association for Religious Freedom
17. DIR - Domestic Incident Report
18. DV - Domestic Violence
19. DWCD - Department of Women and Child Development
20. FDI - Foreign Direct Investments
21. FGM/C - Female Genital Mutilation or Cutting
22. FIR - First Information Report
23. GIDC - Gujarat Industrial Development Corporation
24. GLPC - Gujarat Livelihood Promotion Company
25. GOI - Government of India
26. GRC - Gender Resource Centre
27. GSDP - Gross State Domestic Product
28. HDI - Human Development Indicators
29. HIV - Human Immunodeficiency Virus
30. HMIS - Health Management Information Systems
31. HPV - Human Papilloma Virus
32. IAEG - SDGs- Inter- Agency and Expert Group on SDG indicator
33. ICDS - Integrated Child Development Services
34. IFA - Iron and Folic Acid
35. IGSA - International Gender & Sexuality Alliance
36. IMR - Infant Mortality Rate
37. IPC - Indian Penal Code
38. IPV - Intimate Partner Violence
39. JSA - Jan Swasthya Abhiyan
40. JSY - Janani Suraksha Yojana
41. KMIQFF - Kashish Mumbai International Queer Film Festival
42. LGBTQI - Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Transsexual, Queer, Intersex
43. LHV - Lady Health Visitor
44. MA - Mukhya Mantri Amrutam Yojana
45. MDG - Millennium Development Goal
46. MMR - Maternal Mortality Rate

47. MOSPI - Ministry of Statistics and Programme implementation
48. NCRB - National Crime Record Bureau
49. NFHS - National Family Health Survey
50. NGO - Non-Government Organizations
51. NHRC - National Human Rights Commission
52. NIOH - National Institute Orthopaedically Handicapped
53. NMHP - National Mental Health Programme
54. NRHM - National Rural Health Mission
55. NRLM - National Rural Livelihood Mission
56. NSS - National Sample Survey
57. OBC - Other Backward Communities
58. PATH - Programme for Appropriate Technology in Health
59. PGN - Practical Gender Needs
60. PHC - Primary Health Centre
61. PIL - Public Interest Litigation
62. PMMSY - Pradhan Mantri Matritava Sahay Yojana
63. PNC - Post Natal Care
64. POCSO - Protection of Children from Sexual Ofences
65. PPP - Public Private Partnership
66. PTRC - Peoples Training and Research Center
67. PWD - Persons with Disability
68. PWDVA - Protection of Women from Domestic Violence
69. RCH - Reproductive and Child Health
70. RCI - Rehabilitation Council of India
71. RSBY - Rashtriya Swasthya Bima Yojana
72. SC - Schedule Caste
73. SDG - Sustainable Development Goal
74. SDR - Suicide Death Rate
75. SGI - Strategic Gender Interests
76. SHG - Self Help Groups
77. SRH - Sexual and Reproductive Health
78. SRS - Sexual Reassignment Surgery
79. ST - Schedule Tribe
80. STD - Sexually Transmitted Diseases
81. STI - Sexually Transmitted Infections
82. TFR - Total Fertility Rate
83. TG - Transgender
84. UNAIDS - United Nations Programme on HIV and AIDS
85. UNCRC - United Nations Convention on the Rights of the child
86. UNCRPD - United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities
87. UNFPA - United Nations Population Fund
88. UNGA - United Nations General Assembly
89. USD - United State Dollar
90. VAW - Violence Against Women
91. VHND - Village and Health Nutrition Day
92. WCD - Women and Child Development
93. GWLO - Working Group for Women and Land Ownership
94. WHO - World Health Organizations

પ્રસ્તાવના

ભારત સરકાર અને વિકાસ ક્ષેત્રમાં આંતરરાષ્ટ્રીય સંગઠનોએ વસ્તીવિષયક, આર્થિક, સામાજિક પ્રોફાઈલ તથા આરોગ્ય અને શિક્ષણ સંબંધિત સેવાઓ અને સમાન સેવાઓની સ્થિતિ માપવા માટે અનેક અધ્યયનો હાથ ધરેલ છે અને અહેવાલો પ્રકાશિત કરેલ છે. આ અહેવાલમાં, સહજે ગુજરાત રાજ્યમાં ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યાંકોના વિકાસની દેખરેખ રાખવાના ઉદ્દેશ્યથી ગુજરાત રાજ્ય માટે કેટલાક આવાસ્ત્રોત પાસેથી મેળવેલ ડેટાનું સંકલન કરવાનો પ્રયાસ કરેલ છે.

સહજે ભારતના પસંદગીના રાજ્યોમાં અને રાષ્ટ્રીય સ્તરે “લિંગ સમાનતા માટે ડેટા પ્રેરિત સંવાદો અને એસડીજીઓ” ને સંબંધિત કાર્ય હાથ ધરેલ છે જેમાં અમે બે એસડીજીઓ જે મહિલાઓ અને છોકરીઓ - એસડીજી ૩ (તમામ માટે તમામ વયે સ્વસ્થ જીવન સુનિશ્ચિત કરે છે અને કલ્યાણને પ્રોત્સાહન આપે છે) તથા એસડીજી ૫ (લિંગ સમાનતા પ્રાપ્ત કરવી અને તમામ મહિલાઓ તથા છોકરીઓને સશક્ત બનાવવી) પાસેથી પસંદગીના લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા પ્રત્યેના પ્રયાસોને મજબૂત બનાવવાનો પ્રયાસ કરી રહ્યા છીએ. એસડીજી એજન્ડા “કોઈને પણ પાછળ ન છોડો” નિષ્પક્ષ, ન્યાયસંગત અને સમાવેશી વિકાસ પ્રક્રિયા દર્શાવે છે. આમ, આ અહેવાલમાં આપેલ વિશ્લેષણ લિંગ વિશ્લેષણ તથા સામાજિક સમાનતાને આધારે નિર્મયેલ છે.

સહાયક સ્ત્રોતમાંથી પ્રાપ્ત ડેટાની સાથે સાથે, એસઆરએચ અને ગુજરાતમાં કામ કરતા પાયાના સંગઠનોના લિંગ સમાનતા સંબંધિત અનુભવો પણ રાજ્ય માટે મહિલાઓનું સ્વાસ્થ્ય અને લિંગ સમાનતા સ્થિતિ દર્શાવવા માટે સંકલિત કરવામાં આવ્યા છે. અમને આશા છે કે આ અહેવાલ રાજ્યના અધિકારીઓ સાથે સંવાદના સ્થાનિક પ્રયાસોમાં વૃદ્ધિલાવશે.

SAHAJ ટીમ,

ઓક્ટોબર 2018

સ્વીકૃતિઓ

આ અહેવાલ અનેક લોકો દ્વારા હાથ ધરાયેલ પ્રયાસોનું પરિણામ છે. સહજ ટીમ આ અવસરનો લાભ લઈ સમગ્ર પરિયોજના ચક્ર દરમિયાન મૂલ્યવાન સમય અને માર્ગદર્શન તથા ખાસ કરીને આ અહેવાલના મુસદ્દાઓ પર તેમની ટિપ્પણીઓ માટે સલાહકારી સમિતિના સભ્યોનો આભાર માને છે. અમે આ પરિયોજનાને આર્થિક રીતે સમર્થન આપવા બદલ ઈએમ2030 ના આભારી છીએ.

અમે વિશેષપણે અલકા બરૂઆ (સ્વતંત્ર પરામર્શદાતા) નો અહેવાલની સમીક્ષા તેમજ સંપાદન કરવા બદલ તથા તેણીના મૂલ્યવાન સૂચનો અને માર્ગદર્શન આપવા બદલ આભાર માનીએ છીએ.

સહજ ટીમ નીચેના સભ્યો પ્રત્યે અહેવાલના સંકલન માટે તેમના મૂલ્યવાન સૂચનો, પ્રેરણા અને ડેટા/ માહિતીની વહેંચણી માટે આભાર માનીએ છીએ અને સ્વીકાર કરીએ છીએ.

- જલ્લવી અંધારિયા, આનંદી
- ડૉ. પંકજ શાહ, સેવા રૂરલ
- જગદીશ પટેલ, પીટીઆરસી
- મંજુલા પ્રદીપ, મનુસ્કી ટ્રસ્ટ
- પૂનમ કથુરિયા, સ્વાતિ
- પ્રીતિ ઓઝા, પ્રયાસ સેન્ટર ફોર લેબર રિસર્ચ એન્ડ એક્શન
- પ્રિતાઝા, પીઈસી
- પ્રો. તારા નાયર, જીઆઈડીઆર
- શીબા જ્યોર્જ, એસએએચઆર ડબલ્યુએઆરયુ
- પ્રો. ભાવના મહેતા, ફેકલ્ટી ઓફ સોશિયલ વર્ક, એમએસયુ
- મહેન્દ્ર જેઠમલાણી, પાથેય ટ્રસ્ટ
- નીતા પંચાલ, જેન્ડર ડિસએબિલીટી રિસોર્સ સેન્ટર
- સંગીતા મેકવાન, સહજ
- પલ્લવી પટેલ, ચેતના
- રોશની સાધુ અને રીટા પરમાર, આનંદી
- આકૃતિ પટેલ અને આયેશા શેખ, લક્ષ્ય ટ્રસ્ટ
- કુંદન ટેલર અને અંકુર પાટીલ, ફોરમ ફાઉન્ડેશન
- પ્રો. એન. રાજારામ, સેન્ટ્રલ યુનિવર્સિટી ઓફ ગુજરાત
- સુભૈર.કે, ડબલ્યુ.એસ.આર.સી
- અનીતા શાહ, અંજલિ
- ડૉ. શ્યામસુંદર રાઈથાથા, ચાર્ટર આરોગ્ય મંડળ
- ગાયત્રી ગિરી, એફએચ, ગુજરાત સરકાર
- ડૉ. સંજય રાય, ગુજરાત સરકાર
- સવિતાબેન બારીયા, સારથિ
- ખેરુન્નિશા પાસ્તા, એચઆરએનએલ
- સુનંદા તયાડે અને સેજલ જોશી, સહિયર

કાર્યકારી સારાંશ

આ 2015 માં, આંતરરાષ્ટ્રીય એજન્ડા મિલેનિયમ ડેવલપમેન્ટ ગોલ (એમડીજી) પરથી ખસીને વધુ વિસ્તૃત અને વ્યાપક ટકાઉ વિકાસ ગોલ્સ (એસડીજીઓ) પર ૧૭ લક્ષ્યો અને ૧૬૯ લક્ષ્યાંકો સાથે જતો રહ્યો હતો જે વિકાસના આર્થિક, સામાજિક અને પર્યાવરણલક્ષી પરિમાણોની આસપાસ ફરે છે. ભારત એ 193 સહીકર્તાઓમાંનું એક છે જેમણે એસડીજી એજન્ડાનો સ્વીકાર કર્યો હતો. ભારતમાં, નેશનલ ઈન્સ્ટિટ્યુશન ફોર ટ્રાન્સફોર્મિંગ ઈન્ડિયા (એનઆઈટીઆઈ) નીતિ આયોગને ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્ય (એસડીજી)નું સંકલન કરવાની ભૂમિકા સોંપવામાં આવી છે જ્યારે, આંકડા અને કાર્યક્રમ અમલીકરણ મંત્રાલય (એમઓએસપીઆઈ) તમામ લક્ષ્યાંકો માટેના સૂચકાંકોની યાદી બનાવવામાં સામેલ છે. સાથે સાથે, કેટલાક નાગરિક સમાજ સંગઠનો અને ગઠબંધનો (જેવા કે વાદા ના તોડો અભિયાન (ડબલ્યુએનટીએ) એસડીજીઓની પ્રાપ્તિ પ્રત્યે ભારતની પ્રગતિની દેખરેખ રાખવાનું કામ કરે છે. સહજ (સોસાયટી ફોર હેલ્થ ઓલ્ટરનેટિવ્ઝ) એ ગુજરાત રાજ્યમાં “લિંગ સમાનતા માટે ડેટા પ્રેરિત સંવાદો અને એસડીજીઓ” ને સંબંધિત કામ હાથ ધરેલ છે જેમાં તે મહિલાઓ અને છોકરીઓને લગતા બે એસડીજીઓ માટેના પસંદગીના લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા પ્રત્યે રાજ્ય તથા રાષ્ટ્રીય સ્તરના પ્રયાસોને મજબૂત બનાવવાનો પ્રયાસ કરે છે. ભારત જેવા વૈવિધ્યપૂર્ણ દેશમાં, વિભિન્ન સંદર્ભો તથા વિભિન્ન સમુદાયો સાથે લક્ષ્યાંકોની પ્રાપ્તિ માટે જરૂરી પ્રક્રિયાઓ અલગ અલગ હશે. “કોઈપણ પાછળ ન રહે” નો એસડી એજન્ડા નિષ્પક્ષ, ન્યાયોચિત અને સમાવેશી વિકાસ પ્રક્રિયાઓ દર્શાવે છે જેમાં વિકાસની પ્રક્રિયામાં તમામ વંચિત સમુદાયોનો સમાવેશ કરવામાં આવશે. આ પરિયોજના મારફતે સહજ નિર્ધારિત લક્ષ્યોની પ્રાપ્તિ પ્રત્યે તે તમામને હાથ ધરવા માટે પુરાવા આધારિત વ્યૂહરચનાઓ પર ચર્ચાઓ શરૂ કરવાનો પ્રયાસ કરી રહ્યું છે.

આ અહેવાલ જન સ્વાસ્થ્ય અભિયાન સભ્યો (જેએસએ)ના ક્ષેત્ર અનુભવો, એપ્રિલ 2018 માં નિષ્ણાતો સાથેની પરામર્શ બેઠક, અને ભારતની વસ્તીગણતરી 2011 તથા એનએફએચએસ-4, 2015-16 સમેતના સહાયક સ્ત્રોત પાસેથી પ્રાપ્ત રાજ્ય તેમજ રાષ્ટ્રીય સ્તરના ડેટા પર આધારિત છે. નમૂના લેવાની રીતો અને નમૂનાઓના વિભિન્ન આકારમાં રહેલા તફાવતોને ધ્યાનમાં રાખીને, આ અહેવાલ ડેટાની સરખામણી કરતો નથી પરંતુ લિંગ અને આરોગ્ય સમાનતા દૃષ્ટિકોણ સાથે વિવિધ સ્ત્રોત પાસેથી

પ્રાપ્ત ડેટા રજૂ કરે છે.

આ અહેવાલ છ વિભાગોમાં વિભાજિત છે. પહેલો વિભાગ ગુજરાતની પ્રોફાઈલનું વર્ણન કરે છે, ત્યાર બાદનો વિભાગ 2 “નીતિ અને કાર્યક્રમ પર્યાવરણ” પર છે જેમાં આરોગ્યને લગતી નીતિઓ, મહિલાઓલક્ષી નીતિઓ, એસડીજી-3 અને ૫ માટેનું બજેટ, પસંદગીના કાર્યક્રમો તથા રાજ્યમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રની સ્થિતિ વિશેની માહિતીનો સમાવેશ થાય છે. વિભાગ ૩ સહાયક ડેટા અને જેએસએ સભ્યોના ક્ષેત્રીય અનુભવોને આધારે માતૃત્વ આરોગ્ય, પરિવાર નિયોજન અને સુરક્ષિત ગર્ભપાત સેવાઓ તથા તેમના સામાજિક ઉત્તરદાયિત્વની સ્થિતિનું વર્ણન કરે છે. મહિલાઓ અને છોકરીઓ સામેની હિંસા પરનો વિભાગ 4 હિંસા, મદદની માંગણી અને હિંસા માટે વ્યવસ્થિત પ્રતિભાવનું દસ્તાવજીકરણ આપે છે. વિભાગ 5 હાનિકારક પરંપરાગત પ્રથાઓ પર છે જે બાળ લગ્નો અને ડાકણ પ્રથા તથા સ્ત્રી જનનાંગ છેદન (એફજીએમ) અંગે લેખિત જાણકારી આપે છે. વિભાગ - “કોઈપણ પાછળ ન રહે” કેટલાક વંચિત સમુદાયો દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા મુદ્દાઓ પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરે છે જેમકે આપ્રવાસી શ્રમિકો, દલિત મહિલાઓ, દિવ્યાંગ મહિલાઓ અને લેસ્બિયન, ગે, બાયસેક્સયુઅલ, ટ્રાન્સજેન્ડર, ટ્રાન્સસેક્સયુઅલ, ક્વિઅર (LGBTQIs).

ગુજરાત વર્તમાન સમયમાં ભારતના ઝડપથી પ્રગતિ કરતા રાજ્યોમાંનું એક છે. તેણે છેલ્લા થોડા દાયકાઓમાં વિભિન્ન ક્ષેત્રોમાં ઈન્ફ્રાસ્ટ્રક્ચર અને આવક એમ બંનેમાં જબરજસ્ત વૃદ્ધિ જોઈ છે. ગુજરાત પાસે આઝાદી પૂર્વેના સમયથી સામાજિક પરિવર્તન માટે લોકોના અભિયાનો અને સંઘર્ષોનો લાંબો અને સમૃદ્ધ ઇતિહાસ છે. રાજ્યમાં મહિલાઓના સંગઠનો એસડીજીઓના સંદર્ભમાં મહિલાઓની સુરક્ષા, મહિલા સામે હિંસા, આજીવિકા અને મહિલાઓના આરોગ્ય અધિકારોના મુદ્દાઓની આસપાસ એકબીજાની સાથે આવ્યા છે. આ એક સામુહિક એજન્ડા અને એકતાને ફરીથી ઉત્તેજિત કરવા તરફનું એક નાનું પરંતુ નોંધપાત્ર કદમ છે. ગુજરાત સરકારે પણ લિંગ સમાનતા પ્રત્યે થોડાં કદમ લીધાં છે અને એક લિંગ નીતિ - નારી ગૌરવ નીતિ ની રચના કરી છે.

ગુજરાતની આર્થિક સ્થિતિ સારી છે અને તે એક સુવિકસિત રાજ્ય હોવાનો દાવો કરે છે, તેના આરોગ્ય સૂચકાંકો તથા આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં રોકાણ તેના આર્થિક વિકાસ સાથે અનુરૂપ નથી. જ્યારે આરોગ્ય સંભાળ માટે બજેટરી જોગવાઈઓ

વધારવામાં આવેલ છે. મહિલાઓના સામાજિક મુદ્દાઓને સંબોધવા માટેના બજેટને બહુ ઓછા નાણાં મળે છે. ભૌગોલિક, આર્થિક અને સામાજિક (લિંગ) અસમાનતાઓ રાજ્યની વસ્તીને પરેશાન કરે છે. ઘણીવાર સુવ્યવસ્થિત ઉપાયો પણ જમીની વાસ્તવિકતા સાથે મેળ ખાતા નથી, બહુ જટિલ તથા અમલદારશાહી હોય છે અને પ્રક્રિયાઓની હેરફેર, લોકોનું શોષણ તથા સૌથી વધુ નબળા તેમજ વંચિત લોકો માટે સેવાઓના ઈન્કાર માટેની તકો પૂરી પાડે છે.

જોકે રાજ્ય સરકારનું આરોગ્ય માળખું સારું છે, છતાં તાલીમબદ્ધમાનવ સંસાધનોની તીવ્ર અછત છે. તેમાં ખાસ કરીને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં મહિલાઓ માટે ગુણવત્તાયુક્ત આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ પ્રદાન કરવા માટે અત્યંત ગંભીર અસરો જોવા મળે છે. વધુમાં, કોઈપણ આરોગ્ય યોજના અથવા આરોગ્ય વીમા દ્વારા બહુ ઓછી મહિલાઓ અને પુરૂષોને આવરવામાં આવ્યા છે. સેવાઓની કાર્યક્ષમતા સુધારવામાં ખાનગી ભાગીદારોને સામેલ કરવાના પ્રયાસોમાં લોકો સુધી પહોંચવા માટેના ઢાંચાનો સ્પષ્ટ અભાવ જોવા મળે છે.

રાજ્ય એમએમઆર અને આઈએમઆરમાં ઘટાડો થયેલ છે પરંતુ માતૃત્વ આરોગ્ય એક આશ્ચર્યકારક પડકાર રહ્યું છે, ખાસ કરીને ગ્રામ્ય, આદિવાસી અંતરિયાળ તથા ગરીબ શહેરી વિસ્તારોમાં. બહુમતી મહિલાઓને સંપૂર્ણ એએનસી સંભાળ, પરિવાર નિયોજન સેવાઓ અને વિભિન્ન યોજનાઓ હેઠળ હકદારીઓ મળતી નથી. વ્યવસ્થાલક્ષી અભાવ અને સામાજિક કલંક તથા માન્યતાઓ સેવાઓના ઉપયોગ પર અસર કરે છે. આ ઘટાડાનું ટકાઉપણું ભલામણયુક્ત “પૂર્ણ” પ્રસૂતિ પૂર્વેની સેવાઓ, સામાજિક સમૂહોમાં રહેલી અસમાનતાઓ અને સેવાઓની શંકાસ્પદ ગુણવત્તા દ્વારા ખરાબ કવરેજને સંબોધવા માટેના પ્રયાસો પર આધાર રાખે છે.

રાજ્યની મહિલાઓ હિંસાના વિવિધ સ્વરૂપોનો સામનો કરે છે પરંતુ સામાજિક કલંક, ઉપલબ્ધ ઉપચારાત્મક ઉપાયો અંગેની બિનજાગૃતિ તેમને કોઈ સક્રિય પગલાંઓ લેવાથી રોકે છે. અહેવાલમાં ચર્ચા કરાયેલ હિંસાને લગતા વિવિધ અધ્યયનો અને કિસ્સાઓ માહિતીનો અભાવ, પરામર્શ સેવાઓનો અભાવ પ્રગટ કરે છે. અધ્યયનો એક પછી એક, હિંસાને લગતા કિસ્સાઓના હેન્ડલિંગ માટે આરોગ્ય કર્મચારીઓની તાલીમના મહત્વનું પુનરાવર્તન કરે છે. કિસ્સાઓને સક્રિયપણે હાથ પર લેવા અને પ્રબંધિત કરવામાં પ્રણાલીગત ઉદાસીનો અર્થ એ છે કે આ મુદ્દા પરના ડેટા અસ્પષ્ટ અને અધૂરા છે. વધુમાં, મહિલાઓને મદદ કરવાને બદલે સેવાઓનો લાભ લેવા માગતા લોકો માટે

અસંવેદનશીલ, ખરાબ સાધનસામગ્રી ધરાવતો પ્રણાલીગત પ્રતિભાવ એક પ્રતિકૂળ પર્યાવરણ પેદા કરે છે જે મહિલા પીડિતોને દૂર કરે છે. પોસ્કો જેવા કાયદાઓ તેના સાચા અર્થમાં, ઘણીવાર સ્થાનિક સંદર્ભથી વેગળા હોય છે અને પિતૃપ્રધાન સમાજમાં મહિલાઓના હિતોને નુકસાન પહોંચાડવા માટે તેમનો ઉપયોગ થાય છે. અપર્યાપ્ત અને ઘટતા જતા બજેટ પણ પરિસ્થિતિની જટિલતામાં વધારો કરે છે.

રાજ્યમાં મહિલાઓ અને છોકરીઓ વિરૂદ્ધ હાનિકારક પ્રથાઓમાં બાળ વિવાહ અને વહેલો બાળ ઉછેરનો સમાવેશ થાય છે જે વ્યાપકપણે પ્રચલિત હોવાનું ચાલુ છે અને તે મૂળભૂત રીતે છોકરીઓના પોતાની સંપૂર્ણ શક્તિ પ્રાપ્ત કરવા માટેના અધિકારનું ઉલ્લંઘન છે. કેટલાક ભૌગોલિક અને સમુદાયિક વિસ્તારોમાં ડાકણ પ્રથા અને એફજીએમ જેવી પ્રથાઓ પ્રતિબંધિત છે પરંતુ તેમની પ્રચલિતતાને ધ્યાનમાં ન લેવા છતાં, આ પ્રથાઓ પિતૃપ્રધાન સમાજમાં મહિલાઓની નબળાઈ પર નભે છે અને તેમના આરોગ્ય પર પ્રતિકૂળ અસર કરે છે. પાયાના સંગઠનોના અનુભવો સૂચવે છે કે કાયદાઓનું ફક્ત અસ્તિત્વ અને જાગૃતિ વ્યાપકપણે પ્રવર્તમાન તથા સ્વીકૃત સામાજિક પ્રથાઓને સંબોધવા માટે મદદરૂપ નથી.

આપ્રવાસી મહિલાઓ, દલિત મહિલાઓ, દિવ્યાંગ મહિલાઓ અને એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમૂહો ગુજરાત માટે ઓળખાયેલા વંચિત સમૂહો છે. આ સમૂહો સમાન નાગરિક તરીકે સ્વીકૃત થવા માટેના પોતાના અધિકાર માટે સંઘર્ષ કરે છે. આ સમૂહોમાંથી ઘણા સમૂહો પરના ડેટા ઉપલબ્ધ નથી. ઉપલબ્ધ ડેટા સ્પષ્ટપણે તેમના માટે સુવિધાઓ અને સેવાઓનો અભાવ તથા આ નબળા સમુદાયોના પ્રયંત શોષણ તેમજ તેમની સામેના ભેદભાવને દર્શાવે છે. હજુ પણ, આ સમૂહોના મુદ્દાઓ એજન્ડા પર નથી કારણકે આ સમૂહો પાસે આર્થિક, રાજકીય અથવા મીડિયા શક્તિનો અભાવ છે.

આ તમામ મુદ્દાઓ એસડીજી-૩ અને ૫ હેઠળ પ્રાપ્ત કરવાના લક્ષ્યાંકો પર નોંધપાત્ર અસરો ધરાવે છે અને આ પસંદગીના લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા પ્રત્યે રાજ્ય તેમજ રાષ્ટ્રીય સ્તરના પ્રયાસોને મજબૂત બનાવવા માટે ઉપલબ્ધ પુરાવાનો સંદર્ભ લેવો, પુરાવા એકત્ર કરવા જ્યાં તે હાલમાં અનુપલબ્ધ, લાપતા છે; મહિલાઓના આરોગ્ય અને કલ્યાણ સાથે જોડાયેલા વિવિધ હિતધારકો સાથે ચર્ચા કરવી અને અવરોધોને સંબોધવા માટે વ્યૂહરચનાઓની રચના કરવી તેમજ ઉપલબ્ધ મંચોનો ઉપયોગ કરવો બહુ જરૂરી છે.

પરિચય

દાયકાઓથી લિંગ સમાનતા અને મહિલાઓનું આરોગ્ય અનેક વિકાસ ચર્ચાઓનું કેન્દ્રસ્થાન રહ્યું છે, અને તે 2015 માં સંયુક્ત રાષ્ટ્ર (યુએન) દ્વારા નિર્ધારિત કરાયેલ ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યો (એસડીજી)માં એક મહત્વપૂર્ણ સ્થાન ધરાવે છે.

એસડીજીઓ વિવિધ હિતધારકો વચ્ચે થયેલ વ્યાપક ચર્ચાઓનું પરિણામ છે. મિલેનિયમ ડેવલપમેન્ટ ગોલ્સ (એમડીજીએસ) પ્રક્રિયાની કેટલીક ખામીઓ જેવી કે તે ઉપરથી નીચે જાય છે અને લાદવામાં આવે છે, ને એસડીજીઓ પ્રક્રિયા દ્વારા સભાનપણે સંબોધવામાં આવે છે. યુએનએ અનેક ચર્ચાઓ અને બેઠકોનું આયોજન કરેલ, ઓનલાઈન પરામર્શ અને સામાન્ય જનતાના પરામર્શ સમેતના ઈનપુટ્સ પણ તેમાં સામેલ કરેલ. પ્રક્રિયા પારદર્શક અને મંત્રણા-યોગ્ય હોવાની માંગ કરવામાં આવી હતી. યુએન દ્વારા એક ઓપન વર્કિંગ ગ્રુપનો આદેશ આપવામાં આવ્યો. ¹ આ ઓપન વર્કિંગ ગ્રુપે 2014 માં જનરલ એસેમ્બલીને “ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યો માટે ઓપન વર્કિંગ ગ્રુપ પ્રસ્તાવ” નામનો પ્રસ્તાવ પ્રસ્તુત કર્યો અને 2030 સુધીમાં પ્રાપ્ત કરવાયોગ્ય 17 લક્ષ્યો તેમજ 169 લક્ષ્યાંકોનો એક સેટનો પ્રસ્તાવ મૂક્યો. સપ્ટેમ્બર 2015 માં, યુએનના સભ્ય રાષ્ટ્રોએ યુએન ટકાઉ વિકાસ સંમેલન ખાતે પોસ્ટ 2015 વિકાસ એજન્ડા અપનાવ્યો. પ્રક્રિયાના પરિણામી દસ્તાવેજનું શીર્ષક છે “ટ્રાન્સફોર્મિંગ અવર વર્લ્ડ: ધ 2030 એજન્ડા ફોર સસ્ટેઈનેબલ ડેવલપમેન્ટ”, અને વિઝન, સિદ્ધાંતો, લક્ષ્યો અને લક્ષ્યાંકો તેમજ અમલીકરણના તથા અમલીકરણના ફોલોઅપના માધ્યમો નિર્ધારિત કરે છે. એમડીજીઓથી વિપરીત, એસડીજીઓ સામ’ક મુદ્દાઓ અને વિકાસશીલ દેશોથી આગળ વધેલ તથા ટકાઉ વિકાસના સામાજિક, આર્થિક અને પર્યાવરણીય પરિમાણોમાં તમામ દેશો માટે લક્ષ્યાંકો નિર્ધારિત કરેલ.

એમડીજીઓને આધારે બનેલ હોવા છતાં, એસડીજી એજન્ડાને જાતીય અને પ્રજનન આરોગ્ય (એસઆરએચ) સંબંધિત સૂચકાંકો, અને મહિલાઓ સામેની હિંસાની નાબૂદી તથા બાળ વિવાહ તેમજ સ્ત્રી જનનાંગ છેદન જેવી પ્રથાઓનો સમાવેશ કરવા મહિલાઓના આરોગ્ય ઘટકને માતૃત્વ મૃત્યુદરથી આગળ વિસ્તારવામાં આવેલ. એજન્ડામાં લિંગ સમાનતા એક અલગ લક્ષ્ય છે (લક્ષ્ય 5), દરેક એસડીજીમાં એક લિંગ પરિપ્રેસ્યને મુખ્યધારામાં લાવવા માટેનો એક નીતિલક્ષી આશય પણ છે. “કોઈપણ પાછળ ન રહે” નો એસડીજી એજન્ડા નિષ્પક્ષ, ન્યાયોચિત અને સમાવેશી વિકાસ પ્રક્રિયા પ્રતિબિંબિત કરે છે અને લિંગ

સમાનતાને ન્યાયોચિત તથા સમાવેશી વિકાસના એક મહત્વપૂર્ણ પાસાં તરીકે સ્વીકારવામાં આવેલ છે.

ભારત વર્ષ 2015 માં એસડીજીઓ એજન્ડાનો સ્વીકાર કરનાર 193 સહીકર્તાઓમાંનું એક છે. ભારત સરકાર એસડીજીઓને ધ્યાનમાં રાખીને નીતિઓની સમીક્ષા, સુધારણા અને રચના કરવા પ્રત્યે પ્રતિબદ્ધ છે, જેથી નાગરિક સમાજ સંગઠનો (સીએસઓએસ) માટે પ્રક્રિયામાં સામેલ થવા અને તેમની ચિંતાઓ તેમજ ભલામણોને રજૂ કરવા માટે આ યોગ્ય સમય બન્યો છે.

સહજે ઈક્વલ મેઝર્સ 2030 ના સમર્થન સાથે “લિંગ સમાનતા માટે ડેટા પ્રેરિત સંવાદો અને એસડીજીઓ” ને સંબંધિત કાર્ય હાથ ધરેલ છે, જેમાં તે મહિલાઓ અને છોકરીઓની આસપાસ ફરતા એસડીજીઓ - એસડીજી-3 અને એસડીજી-5 માટે પસંદગીના લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા પ્રત્યે રાજ્ય તેમજ રાષ્ટ્રીય સ્તરે થતા પ્રયાસોને મજબૂત બનાવવાનો પ્રયાસ કરી રહ્યું છે.

સહજ વિશે

વર્ષ 1984 માં નોંધાયેલ એક બિન-સરકારી સંગઠન (એનજીઓ) સહજ (સોસયટી ફોર હેલ્થ ઓલ્ટરનેટિવ્ઝ), સામાજિક ન્યાય, શાંતિ અને તમામ માટે સમાન અવસરો ધરાવતા એક સમાજની કલ્પના કરે છે. તે આરોગ્ય અને શિક્ષણ એમ બે વિશિષ્ટ ક્ષેત્રોમાં બાળકો, કિશોર-કિશોરીઓ અને મહિલાઓ પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરે છે. તે સમુદાયોમાં સીધી કાર્યવાહી મારફતે અને સંશોધન તેમજ નીતિ સમર્થન કાર્ય મારફતે વંચિત મહિલાઓ અને છોકરીઓનું જીવનમાં એક વ્યવહારુ ફરક લાવવાનો પ્રયાસ કરે છે. તે જે સમુદાયો સાથે કામ કરે છે તેની વ્યક્ત જરૂરિયાતો પર આધારિત લોકોના નેતૃત્વવાળા કાર્યક્રમો વિકસાવવામાં માને છે. શ્રેષ્ઠ અસર માટે, તે રાજ્ય અને રાષ્ટ્રીય સ્તરે ગઠબંધનોની રચના કરવા માટે સમાન વિચારસરણીવાળા સંગઠનો સાથે સહયોગ કરે છે.

પરિયોજના: છ પસંદગીના રાજ્યોમાં આસામ, બિહાર, ગુજરાત, કેરળ, મધ્ય પ્રદેશ અને પંજાબ, સહજે એવા અહેવાલો તૈયાર કરવા માટે અનેક ભાગીદારો સાથે કામ કરેલ છે જે રાજ્ય તેમજ રાષ્ટ્રીય સ્તરની ચર્ચાઓ તેમજ સરકારી અધિકારીઓ અને અન્ય મુખ્ય હિતધારકો સાથે નીતિવિષયક સંવાદ હાથ ધરવામાં મદદ કરશે. વર્તમાન

અહેવાલ ઓક્ટોબર 2017 થી ચાલી રહેલ સહજની પરિયોજના “લિંગ સમાનતા માટે ડેટા પ્રેરિત સંવાદો અને એસડીજીઓ” નો એક ભાગ છે.

આ અહેવાલ એસડીજી-3: સ્વસ્થ જીવન સુનિશ્ચિત કરવાં અને તમામ વયે તમામ માટેના કલ્યાણને પ્રોત્સાહન આપવું તથા એસડીજી-5: લિંગ સમાનતા પ્રાપ્ત કરવી અને તમામ મહિલાઓ તથા છોકરીઓને સશક્ત બનાવવા, માટે પસંદગીના લક્ષ્યાંકોની પ્રગતિની દેખરેખ રાખે છે.

દેખરેખ માટે પસંદ કરાયેલ લક્ષ્યાંકોમાં સામેલ છે

- માતૃત્વ મૃત્યુદર ઘટાડવો (3.1)
- જાતીય અને પ્રજનન આરોગ્ય (એસઆરએચ) સેવાઓ માટેની સાર્વત્રિક પહોંચ સુનિશ્ચિત કરવી (3.7)
- સાર્વજનિક અને ખાનગી ક્ષેત્રોમાં મહિલાઓ વિરૂદ્ધ હિંસા (વીએડબલ્યુ) નાબૂદ કરવી (5.2)
- બાળ, વહેલાં અને જબરદસ્તીના લગ્નો તથા સ્ત્રી જનનાંગ છેદન જેવી હાનિકારક પ્રથાઓ નાબૂદ કરવી (5.3) અને
- એસઆરએચ અધિકારો માટે સાર્વત્રિક પહોંચ સુનિશ્ચિત કરવી (5.6)

લક્ષ્યાંકોની દેખરેખ રાખવાની પ્રક્રિયા માટે આંતર-એજન્સી અને એસડીજી સૂચકાંકો પર નિષ્ણાત સમૂહ (આઈએઈજી-એસડીજીએસ) એ એક વૈશ્વિક સૂચકાંક માળખું વિકસિત કરેલ હતું અને સામાન્ય સમજૂતી 232 વ્યક્તિગત સૂચકાંકોની દેખરેખ રાખવા સુધી પહોંચી હતી. જોકે, દરેક સહીકર્તા સભ્ય દેશને તેમની પોતાની સ્થિતિ માટેના સૂચકાંકોમાં ફેરફાર કરવાની સ્વતંત્રતા હતી. ભારતમાં આંકડા અને કાર્યક્રમ અમલીકરણ (એમઓએસપીઆઈ) મંત્રાલયે 2017 માં સૂચકાંકોની એક કાચી યાદી પ્રસ્તુત કરી હતી.

વૈચારિક માળખું

લિંગ અને સામાજિક સમાનતા તથા આરોગ્ય સમાનતા જેવા બે મહત્વપૂર્ણ પરિમાણોમાં પરિયોજના ડેટા વિશ્લેષણ માટે એક વૈચારિક માળખું વિકસિત કરવામાં આવેલ.

લિંગ અને સામાજિક સમાનતા

સંયુક્ત રાષ્ટ્ર સામાન્ય સભા સેક્સ - જાતિને તેના ઠરાવ (68/261) માં એક મહત્વપૂર્ણ સ્ટ્રેટિજીયર તરીકે માન્યતા આપે છે જે કહે છે, “સૂચકાંકોને અલગ પાડવામાં આવવા જોઈએ... આવક, જાતિ, વય, વર્ણ, વંશીયતા, સ્થળાંતર સ્થિતિ, વિકલાંગતા અને ભૌગોલિક સ્થાન દ્વારા...”.

વસ્તી ગણતરી અથવા સર્વેક્ષણ મારફતે બનેલા ડેટા ટેબલ્સ આપણને પુરૂષ અને સ્ત્રી વર્ગ (એટલે કે જાતિ)માં રહેલ તફાવતો અને અસમાનતા દર્શાવે છે. જાતિનો ઉપયોગ જૈવિક તફાવતો પ્રસ્તુત કરવા માટે થાય છે, જ્યારે લિંગ, જે એક સમાજશાસ્ત્રીય રચના છે, આપણને આ તફાવતો કે અસમાનતાઓ પાછળ રહેલ સંદર્ભ અને કારણો આપે છે. જાતિ ભેદભાવ આપણને ફક્ત એટલું જ કહે છે કે તફાવત છે કે કેમ, જ્યારે એક લિંગ વિશ્લેષણ આપણને કહે છે કે જોવા મળેલ તફાવતમાં લિંગ-શક્તિ અસમાનતાઓ કારણભૂત છે કે યોગદાનકર્તા છે.

લિંગ વિશ્લેષણ એક સામાજિક વિશ્લેષણ છે જે વિશિષ્ટ સામાજિક-આર્થિક સમૂહ અને સંદર્ભમાં પુરૂષોની સરખામણીમાં મહિલાઓના સંસાધનો, પ્રવૃત્તિઓ, સંભાવનાઓ અને અવરોધો વચ્ચેનો ભેદ દર્શાવે છે.² તે ફક્ત મહિલાઓ માટે જ નથી પરંતુ મહિલાઓ અને પુરૂષોની સ્થિતિ તથા સ્થાનમાં રહેલ તફાવતો માટે તેમજ તેમની વચ્ચે રહેલ સામાજિકપણે રચાયેલ સંબંધો માટે પણ છે. એક લિંગ વિશ્લેષણ બંને-મહિલાઓ અને પુરૂષોની વ્યવહારૂ લિંગ જરૂરિયાતો (પીજીએન), અને વ્યૂહાત્મક લિંગ હિતો (એસજીઆઈ) નું અવલોકન કરે છે જે તેમના સામાજિક દરજ્જામાંથી ઉત્પન્ન થાય છે. તેમાં “ફક્ત મહિલાઓ” સૂચકાંકો માટેના પણ લિંગ પરિમાણો પણ છે જેવાકે માતૃત્વ મૃત્યુદર ગુણોત્તર.

વધુમાં, તમામ મહિલાઓ (અને તમામ પુરૂષો) એક સમરૂપ સમૂહ નથી. સામાજિક સમાનતા વિશ્લેષણમાં વર્ણ, વર્ગ, સ્થાન, ક્ષમતા, જાતીયતા અને સમાન પરિબળો પર આધારિત તફાવતોમાં રહેલ પરિબળો પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરે છે. આ અહેવાલ વિશિષ્ટપણે અનુસૂચિત જાતિઓ, અનુસૂચિત જનજાતિઓ અને અન્યો, ગ્રામ્ય-શહેરી જનતા, તથા વિભિન્ન અમીર જૂથો જેવા વિભિન્ન સામા’ક સમૂહોમાંથી લીધેલ ડેટાને ધ્યાનમાં લે છે.

આરોગ્ય સમાનતા

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા (ડબલ્યુએચઓ) સમાનતાને લોકોના સમૂહોમાં ટાળી શકાય તેવા, અનુચિત અથવા ઉપચારાત્મક તફાવતોની ગેરહાજરી તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરે છે, ભલે પછી આ સમૂહો સામાજિકપણે, આર્થિકપણે, વસ્તીસંખ્યાની દૃષ્ટિએ કે ભૌગોલિકપણે અથવા સ્તરીકરણના અન્ય માધ્યમો દ્વારા વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવેલ છે. “આરોગ્ય સમાનતા” સૂચવે છે કે દરેકજણને પોતાની સંપૂર્ણ આરોગ્ય શક્તિનો લાભ લેવાની નિષ્પક્ષ તક હોય છે અને કે કોઈપણ આ શક્તિ પ્રાપ્ત કરવાથી વંચિત રહેવું ન જોઈએ.

વર્તમાન વિશ્લેષણમાં, આરોગ્ય સમાનતા એક મહત્વપૂર્ણ ભૂમિકા ભજવે છે કારણકે મહિલાઓનું આરોગ્ય તેમના સામાજિક દરજ્જા, લિંગ ભૂમિકાઓ, સંસાધનો પરના નિયંત્રણ અને આરોગ્ય મુદ્દાઓ વિશે તેમના જ્ઞાન મારફતે નિર્ણય નિર્ધારણ શક્તિઓ તેમજ આરોગ્ય સેવાઓ સુધીની પહોંચ દ્વારા પ્રભાવિત થાય છે. એ જોવું વિશેષપણે મહત્વપૂર્ણ બને છે કે શું પુરૂષો અને સ્ત્રીઓ વચ્ચે આરોગ્ય સ્થિતિ અથવા સેવાઓ સુધીની પહોંચમાં જોવા મળતા કોઈ તફાવતો તેના સામાજિક લાભને કરાણે છે કે ગેરલાભને કારણે.

આ અહેવાલ મહિલાઓ અને પુરૂષો વચ્ચે રહેલ તફાવતો તેમજ આંતર-સમૂહ તફાવતો (વર્ણ, વર્ગ વગેરે પર આધારિત) ની પાછળના પરિબળો સમજવા માટે ગુજરાતમાં હાથ ધરાયેલ લિંગ, સામાજિક અને આરોગ્ય સમાનતા વિશ્લેષણો માટે જુદાજુદા સ્ત્રોત પાસેથી પ્રાપ્ત થયેલ ડેટાને દર્શાવે છે. તેમાં સ્વીકૃત એસઆરએચઆર સૂચકાંકો (જ્યાંપણ શક્ય હોય) ના એક લિંગ-વિશ્લેષણનો તેમજ તપાસ હેઠળના મુદ્દાના લિંગ અને સમાનતા પરિમાણોને બહેતર રીતે સમજવા માટેના પ્રયાસોનો પણ સમાવેશ થાય છે. જોકે અન્ય લિંગ વર્ગો જેવાકે ટ્રાન્સજેન્ડર, બાયસેક્સ્યુઅલ કે ઈન્ટરસેક્સ અસ્તિત્વમાં હોવા છતાં આ સમૂહો પરના ડેટા ઉપલબ્ધ નથી. તેથી આ અહેવાલ પુરૂષ/સ્ત્રી તફાવતોના વિશ્લેષણ સુધી મર્યાદિત છે.

કાર્યપ્રણાલી

આ અહેવાલ ગુજરાત સરકારના નીતિ અને બજેટ વિષયક દસ્તાવેજો, પ્રકાશિત સંશોધન લેખો અને અનુભવો તથા રાજ્યમાં કામ કરી રહેલ સીએસઓએસ દ્વારા જાહેર કરાયેલ અધ્યયનો જેવા સહાયક સ્ત્રોત પાસેથી મળેલ રાજ્ય સ્તરના ડેટા પર આધારિત છે.

આ અહેવાલમાં સામેલ કરાયેલ સરકારી ડેટા સ્ત્રોત છે: ભારતની વસતીગણતરી 2011, રાષ્ટ્રીય પરિવાર આરોગ્ય સર્વેક્ષણ- (NFHS-4, 2015-16), ગ્રામીણ આરોગ્ય આંકડાકીય અહેવાલ (2015), આંકડા અને કાર્યક્રમ અમલીકરણ મંત્રાલય (MOSPI, 2017), કેન્દ્રીય આંકડાશાસ્ત્ર કાર્યાલય (CSO, 2011), રાષ્ટ્રીય નમૂના સર્વેક્ષણના 71મા રાઉન્ડનો ભારતમાં આરોગ્ય અંગેનો અહેવાલ (NSS, 2014), કમ્પ્યુટર એન્ડ ઓડિટર જનરલ (સીએજી) અહેવાલો, આરોગ્ય પ્રબંધન માહિતી પ્રણાલીઓ (HMIS), નેશનલ કાઈમ રેકોર્ડસ બ્યૂરો (NCRB) વગેરે.

આ તમામ સ્ત્રોત દ્વારા વિવિધ તકનીકોનો ઉપયોગ કરવામાં

આવેલ છે (વસતીગણતરી, ઘરે ઘરે સર્વેક્ષણ, સુવિધા સર્વેક્ષણ, કિસ્સાઓ, રેકોર્ડસ વગેરે), નમૂનાકરણ પદ્ધતિઓ અને નમૂના કદ. એનએફએચએસ અને વાર્ષિક આરોગ્ય સર્વેક્ષણો (એએચએસ) જેવા સર્વેક્ષણો પરિવારના ઉત્તરદાતાઓના પરિપ્રેક્ષ્યોનું વિશ્લેષણ કરે છે જ્યારે એચએમઆઈએસ અથવા એનસીઆરબી ડેટા વિશ્લેષણ ક્રમશઃ દવાખાનાઓ અથવા પોલીસમાં નોંધાયેલ કિસ્સાઓની સંખ્યા પર આધારિત હોય છે. આ અહેવાલમાં આ તમામ સ્ત્રોત પાસેથી પ્રાપ્ત ડેટાનું કોઈપણ પ્રયાસ વિના અસમાન ડેટા સમૂહોની સરખામણી કરવા માટે એક લિંગ કહાની કહેવા માટે વિશ્લેષણ કરવામાં આવે છે. રજૂ કરાયેલ ડેટા અને વિશ્લેષણને નાગરિક સમાજ સભ્યો દ્વારા ભાષ્ય સાથે આંતરિકપણે ફેલાવવામાં આવે છે જેથી તેઓ તેમના પોતાના સંદર્ભો અને જીવંત વાસ્તવિકતાઓના સંબંધમાં તેનો અર્થ શોધવાનો પ્રયાસ કરે.

અહેવાલનું માળખું

આ અહેવાલને છ વિભાગોમાં વિભાજિત કરવામાં આવ્યો છે:

વિભાગ ૧. રાજ્યની પ્રોફાઈલ: આ વિભાગ ગુજરાતના નાગરિક સમાજ ઈતિહાસની એક સંક્ષિપ્ત ઝાંખી અને રાજ્યમાં વર્તમાન રાજ્ય સ્થિતિનો ખ્યાલ આપે છે.

વિભાગ ૨. નીતિ અને કાર્યક્રમ પર્યાવરણ: આ વિભાગમાં આરોગ્ય અને મહિલાઓના વિકાસ અંગેની નીતિઓ, કાર્યક્રમો તથા સેવાઓ, અને રાજ્યમાં તેના માટેના બજેટ વિશેની માહિતીનો સમાવેશ થયેલ છે.

વિભાગ ૩. માતૃત્વ આરોગ્ય: તે માતૃત્વ આરોગ્યને સંબંધિત સહાયક ડેટા અને ક્ષેત્ર અનુભવોનો સમાવેશ કરે છે.

વિભાગ ૪. મહિલાઓ અને છોકરીઓ વિરૂદ્ધ હિંસા: તેમાં મહિલાઓ અને છોકરીઓ સામેની હિંસા પરના સહાયક ડેટા અને ક્ષેત્ર અનુભવોનો સમાવેશ થયો છે.

વિભાગ ૫. હાનિકારક અને પરંપરાગત પ્રથાઓ: તે બાળ/વહેલા વિવાહ પરના સહાયક ડેટા તથા ડાકણ પ્રથા તથા મહિલાઓને ડાકણ તરીકે ઓળખાવવી અને સ્ત્રી જનનાંગ છેદન પરના પ્રાથમિક અધ્યયનોનો સમાવેશ કરે છે.

વિભાગ ૬. કોઈપણ પાછળ ન રહે: આ વિભાગ વિકલાંગતા સાથે જીવતી મહિલાઓ, દલિત મહિલાઓ, એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય, દાઉદી બોહરા મહિલાઓ, આપ્રવાસી મહિલાઓ અને મહિલા શ્રમિકો તથા અન્ય વંચિત મહિલાઓ દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા મુદ્દાઓ પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરે છે.

વિભાગ 1

રાજ્યની પ્રોફાઈલ

ગુજરાત એ સહજ દ્વારા હાથ ધરાયેલ પરિયોજના “લિંગ સમાનતા માટે ડેટા પ્રેરિત હિમાયત અને એસડીઓ” હેઠળ પસંદ કરાયેલ છ રાજ્યોમાંનું એક છે. તે મે 1, 1960 ના રોજ એક અલગ રાજ્ય તરીકે અસ્તિત્વમાં આવ્યું હતું. તે વર્તમાન સમયમાં ભારતના સૌથી વધુ ઝડપથી પ્રગતિ કરી રહેલ રાજ્યોમાંનું એક છે અને તેણે જુદાજુદા ક્ષેત્રોમાંથી ઈન્ફ્રાસ્ટ્રક્ચર અને આવક બંનેમાં જબરદસ્ત વૃદ્ધિ જોઈ છે.

રાજ્યે અનેક એસડીઓ વિશિષ્ટ પ્રયાસો હાથ ધર્યા છે. 22 મી જુલાઈ, 2016 ના રોજ, ગુજરાત સરકાર અને સંયુક્ત રાષ્ટ્રે તમામ મુખ્ય સચિવો અને વિભાગના વ ડાઓ માટે એસડીઓ પર એક અડધા દિવસના પરામર્શનું આયોજન કર્યું હતું. પંચાયતી રાજ મંત્રાલયે 17 એસડીઓ ઓળખી બતાવ્યા છે જેમની પાસે પંચાયત સાથે સીધો સંબંધ ધરાવે છે. આમાંથી, તેમણે નવને પ્રાથમિકતા આપેલ છે અને લક્ષ્યો પ્રાપ્ત કરવા માટેના માધ્યમો તરીકે કેટલીક કેન્દ્રિય યોજનાઓ ઓળખી છે. તાજેતરમાં જ, જાન્યુઆરી 2018 બાદથી, ગુજરાતના આરોગ્ય આયુક્તે રાજ્યમાં એસડીઓ લક્ષ્યો પ્રાપ્ત કરવા માટે વિવિધ એનજીઓ સાથે બેઠકોની શ્રંખલાનું આયોજન કરેલ અને સહજે આવી એક બેઠકમાં ભાગ લીધો હતો.

ગુજરાતમાં નાગરિક સમાજ અભિયાનો

ગુજરાત સામાજિક પરિવર્તન માટેના લોકોના અભિયાનો અને સંઘર્ષોનો એક લાંબો અને સમૃદ્ધ ઇતિહાસ ધરાવે છે. સ્વતંત્રતા સંગ્રામના એક ભાગરૂપે ગાંધીજીની પ્રખ્યાત દાંડી યાત્રા (1930), સ્વતંત્રતા બાદ નવ નિર્માણ આંદોલન, અનસુયા સારાભાઈની અને ઈલાબેન ભટ્ટના મજૂર આંદોલન જેને કારણે મજૂર, સહકારી સંસ્થાઓ અને મહિલાઓના આંદોલન એકમંચ પર આવ્યા હતા, નર્મદા બચાવો આંદોલન રાજ્યમાં નોંધપાત્ર લોક સંઘર્ષોના ઉદાહરણો છે. ગુજરાત 1980ના દાયકાના પ્રારંભથી એક મજબૂત દલિત આંદોલનનો ઇતિહાસ ધરાવે છે જ્યારે દલિતો સામેના 1981 અનામત વિરોધી રમખાણોએ રાજ્યમાં દલિતો માટેની એક નવી સભાનતા આણી હતી. બાદમાં, પાયાના સ્તરે કામ કરતા નવસર્જન ટ્રસ્ટ જેવા સંગઠનો સાથે, રાજ્યમાં એક નવતર દલિત મહિલાઓની ચળવળનો પણ પ્રારંભ થયો હતો.

મહિલા ગુજરાત 1970ના દાયકાના અંત અને 1980ના દાયકાના આરંભથી કેટલાક પાયાના નારીવાદી પ્રયોગો અને અગ્રણી સમુદાય આરોગ્ય સંગઠનોનું ઘર પણ રહ્યું છે. 1980ના દાયકામાં મહિલા સામખ્ય, 1990 ના દાયકામાં મહિલા સ્વરાજ અભિયાન (મહિલા પંચાયત સભ્યોનું એક નેટવર્ક) અને નારી અદાલતો (અત્યધિક બોજ હેઠળ દબાયેલી કાનૂન વ્યવસ્થાના એક વિકલ્પ તરીકે વિકેન્દ્રિત અને ઝડપી ન્યાય પ્રદાન કરતી પાયાની મહિલાઓની અદાલતો), કેટલાક નોંધપાત્ર ઉદાહરણો છે. 1980 ના દાયકામાં ગુજરાતમાં સ્વાયત્ત મહિલા સંગઠનો અને મહિલાઓના અધિકારોના હિમાયતીઓ મહિલા મંચ તરીકે એકત્રિત થયા, જે થોડા વર્ષોમાં અનેક વાર મળ્યા અને મહત્વના મુદ્દાઓ પર ચર્ચા કરી તથા એક સામાન્ય વિશ્લેષણનું નિર્માણ કર્યું.

સદીના (2000) અંતે ઉપરોક્ત ઉલ્લેખિત અનેક સમુદાય આધારિત આરોગ્ય સંગઠનો અને મહિલા સંગઠનોએ સાથે મળીને જન સ્વાસ્થ્ય અભિયાન (જેએસએ) બનાવ્યું અને “તમામ માટે આરોગ્ય” માટે અભિયાન ચલાવ્યું. 2002 માં ગોધરા હિંસા બાદ મહિલા સંગઠનો ફરી એકવાર સામુહિકપણે મહિલાઓ માટે ન્યાય માંગવા માટેના પ્રયાસોમાં જોડાયા જે મહિલાઓ જાતીય અને અન્ય પ્રકારની હિંસાનો ભોગ બની હતી. એ જ વર્ષે, જમીન તથા અન્ય ઉત્પાદક સંસાધનો સુધીની પહોંચ અને માલિકી સહિતના મહિલાઓના જમીન અધિકારોના મુદ્દાની આસપાસ પાયાની કાર્યવાહી અમે નીતિ હિમાયત ટકારી રાખવા માટે પ્રતિબદ્ધ એવું રાજ્ય સ્થિત નેટવર્ક ડબલ્યુજીડબલ્યુએલઓ - વર્કિંગ ગ્રુપ ફોર વિમેન એન્ડ લેન્ડ ઓનરશિપ શરૂ કરવામાં આવ્યું. આજે ડબલ્યુજીડબલ્યુએલઓ ગુજરાતના કુલ 33 જિલ્લાઓમાંથી 17 જિલ્લામાં 40 કરતાં વધુ એનજીઓ અને સીબીઓ (સમુદાય આધારિત સંગઠન) અને વિવિધ નિપુણતા ધરાવતા વ્યક્તિઓ જેવા વિવિધ સભ્યો ધરાવે છે. યુએનએફપીએની મદદથી 2004 માં, રાજ્યમાં એક જેન્ડર રિસોર્સ સેન્ટર સ્થાપવામાં આવ્યું હતું જેણે ગુજરાતમાં હિમાયત પ્રયાસોને ચેનલાઈઝ કરવામાં અને મહિલાઓના આંદોલનોના પ્રયાસો મજબૂત બનાવવામાં મદદ કરી હતી. 2004 માં મુંબઈમાં વર્લ્ડ સોશિયલ ફોરમના સમયે, ગુજરાત

સોશિયલ ફોરમ માટે પ્રસ્તુતિમા મહિલા સંગઠનો રાજ્યમાં મહિલાઓની સ્થિતિ પર એક “બ્લોક પેપર” તૈયાર કરવા એકત્રિત થયા હતા અને તેનો ઉપયોગ રાજ્યમાં મહિલાઓને ગતિશીલ બનાવવા માટે વ્યાપકપણે કરવામાં આવ્યો હતો. રાજ્ય સરકારે ગોધરા કાંડ બાદ એક લિંગ નીતિ - નારી ગૌરવ નીતિની રચના કરવાનો પ્રયાસ કરેલ જેને 2006 માં ઔપચારિકપણે અપનાવવામાં આવી હતી.

મહિલા સંશોધકો અને શિક્ષાવિદો તથા કાર્યકરોએ મહિલાઓના અભ્યાસ માટે ગુજરાત ફોરમમાં એકરૂપ થવા માટે જોડાણો કર્યાં. રાજ્યભરમાં મહિલા અભ્યાસ કેન્દ્રોના સભ્યો સંઘર્ષો અને અનુભવોને લેખિત સ્વરૂપમાં મૂકવા માટે સાથે મળીને કામ કરે છે જેમાં મહિલાઓ સામેલ હતી. મહિલાઓની સુરક્ષા, મહિલાઓ સામેની હિંસા, આજીવિકાઓ, અને મહિલાઓના આરોગ્ય અધિકારો, ખાસ કરીને સૌથી નબળી મહિલાઓના અધિકારો - આપ્રવાસીઓ, શ્રમિકો, દલિતો, મુસ્લિમો જે એસડીજીના સંદર્ભમાં માત્ર થોડાં ઉદાહરણો છે, ના મુદ્દાઓની આસપાસ મહિલાઓના સંગઠનોનું હાલમાં સાથે આવવું, એ રાજ્યમાં વર્ષોથી જોવા મળતી સામુહિક એજન્ડા અને એકતાને પુનઃપ્રસ્થાપિત કરવા પ્રત્યેનું એક નાનું પણ નોંધપાત્ર પગલું છે.

સામાજિક-વસ્તીવિષયક પ્રોફાઇલ

જનસંખ્યા

ગુજરાત 196,244 ચો.કિમી. વિસ્તારમાં ફેલાયેલ છે અને 26 જિલ્લાઓમાં વહેંચાયેલું છે. 2011 ની વસ્તીગણતરી મુજબ, તે 60,383,628 ની જનસંખ્યા ધરાવતું ભારતનું દસમું સૌથી વધુ વસ્તી ધરાવતું રાજ્ય છે જ્યાં અડધાથી વધુ જનસંખ્યા (57.4 ટકા) ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં રહે છે. રાજ્યમાં મુખ્ય ધર્મ હિન્દુ (88.6 ટકા) છે, તેના પછી મુસ્લિમ (9.7 ટકા), જૈન (1.0 ટકા), ખ્રિસ્તી (0.5 ટકા), શીખ (0.1 ટકા), બૌદ્ધ (0.05 ટકા) અને અન્ય (0.03 ટકા) ધર્મ આવે છે.

કુટુંબની રચના: સરેરાશપણે, ગુજરાતના કુટુંબો 4.6 સભ્યોના બનેલા હોય છે. લગભગ 13 ટકા કુટુંબોના મુખિયા મહિલાઓ હોય છે, જ્યારે રાજ્યની વસ્તીના 11 ટકા મહિલાના વડપણ હેઠળના કુટુંબોમાં રહે છે².

જાતિનો ગુણોત્તર: જ્યારે 2011 ની ભારતની વસ્તી ગણતરીમાં રાજ્યમાં જાતિના ગુણોત્તરમાં દર 1000 પુરૂષોએ 919 સ્ત્રીઓ હોવાનું જાણવા મળ્યું હતું, જે સૌથી ઓછા ગુણોત્તરોમાંનો એક હતો (ભારતમાં 29 રાજ્યોમાંથી 24 માં સ્થાને), તાજેતરના ડેટા (NFHS-4 2015-16) એ તે શહેરી વિસ્તારોમાં દર 1000 પુરૂષોએ 950

સ્ત્રીઓ અને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં 984 સ્ત્રીઓ હોવાનું દર્શાવેલ. રાજ્યમાં 0-6 વર્ષના વયજૂથનો જાતિ ગુણોત્તર અત્યંત નીચો એટલે કે પ્રતિ 1,000 પુરૂષે 884 સ્ત્રીઓ જેટલો છે જ્યાં શહેરી (806) અને ગ્રામ્ય (939) તફાવત જોવા મળે છે.

શિક્ષણ

ગુજરાતમાં વર્ષના વયજૂથના મોટાભાગના બાળકોએ (81 ટકા - NFHS-4) શાળામાં પ્રવેશ લીધેલ છે. 6-14 વર્ષના વયજૂથમાં શાળાની હાજરી વધુ (91 ટકા) જેટલી છે અને પછી 15-17 વર્ષના વયજૂથમાં તે ઘટીને 63 ટકા જેટલી થાય છે. શાળાની હાજરીમાં લિંગ અસમાનતા 15-17 વર્ષના વયજૂથમાં સૌથી વધુ છે, જ્યાં શાળાએ જતા 68 ટકા છોકરાઓની સરખામણીમાં 58 ટકા છોકરીઓ શાળાએ જાય છે. વયસ્કોમાં સૌથી વધુ અસમાનતા જોવા મળે છે, 15-49 વર્ષના વયજૂથમાં 73 ટકા મહિલાઓ અને 90 ટકા પુરૂષો સાક્ષર હતા તથા 28 ટકા મહિલાઓ અને 8 ટકા પુરૂષો ક્યારેય શાળાએ ગયા નથી².

રાજ્યના જેએસએ સભ્યો ઉચ્ચ વર્ગોમાં લિંગ વિષયક અંતર વધતું હોવાને અનુમોદન આપે છે. તેઓ જણાવે છે કે છોકરીઓ માધ્યમિક શાળાનું શિક્ષણ પૂરું કર્યા પછી શાળાએ જવાનું બંધ કરી દે છે. ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળાઓ ઘણી દૂર હોવાને કારણે, માતાપિતાને છોકરીઓની સુરક્ષા વિશે બહુ ચિંતા રહે છે અને છોકરીઓ પર પણ તેમના ઘર અને ભાઈબહેનોની સંભાળ રાખવાની જવાબદારી હોય છે. પંચમહાલ અને મહિસાગર જિલ્લાઓમાં ધોરણ 7 પછી છોકરીઓ શાળા છોડી દે છે અને કપાસ વીણવા માટે સ્થળાંતર કરી જાય છે. શહેરી વિસ્તારોમાં, છોકરીઓ ધોરણ પછી શાળાએ જવાનું છોડી દે છે કારણકે ત્યાં મફત શિક્ષણ આપતી કોઈ મ્યુનિસિપલ શાળાઓ નથી. છોકરીઓના શિક્ષણ માટે નાણાં આપવા જોઈએ કારણકે ફક્ત ખાનગી શાળાઓ ઉપલબ્ધ છે³.

રોજગાર

કુલ વસતીના લગભગ 63 ટકા 15- 59 વર્ષના કાર્યરત વય જૂથમાં આવે છે (વસતીગણતરી 2011)⁴ પરંતુ 15-49 વર્ષના વયજૂથની તમામ મહિલાઓના 37 ટકા સર્વેક્ષણ પહેલાંના 12 મહિનામાં રોજગાર મેળવતી હતી, સમાન વયજૂથના 84 ટકા પુરૂષોની સરખામણીમાં (NFHS-4) જે રોજગારમાં તીવ્ર અસમાનતાઓ દર્શાવે છે. ગ્રામ્ય ગુજરાતમાં, સ્ત્રી કાર્ય ભાગીદારી દર 2005 ના 43 ટકાથી ઘટીને 2010 માં 32 ટકા થઈ ગયો હતો, જે 2011-12 માં ભયજનક રીતે 28 ટકા જેટલો ઘટી ગયો હતો. શહેરી ગુજરાતમાં પણ, એક સ્થિર પરંતુ સીમાંત ઘટાડો જોવા

મળ્યો હતો. કેરળ અને ગુજરાતમાં વિદેશી પ્રત્યક્ષ રોકાણ અને મહિલાઓની સ્થિતિ પરના સૂચકાંકોની સરખામણી કરતા એક અધ્યયન અનુસાર, કાર્યસ્થળથી મહિલાઓને દૂર રાખતા દેખીતા પરિબળો હતાં તેમની પ્રજનન ભૂમિકા, કૌટુંબિક અને સંભાળ જવાબદારીઓ, સાંસ્કૃતિક પ્રતિબંધો અને પિતૃપ્રદાન કુટુંબવ્યવસ્થા. બંને રાજ્યોમાં લગ્ન બાદ શિક્ષણ અને સ્થળાંતર ચાલુ રાખવા માટે પણ સ્ત્રીઓ દ્વારા જણાવવામાં આવેલ કારણોથી તેઓ શ્રમ બળથી દૂર રહેવા મજબૂર બને છે.

જેએસએ સભ્યોએ આ ડેટાને અને મહિલાઓના કાર્યના વધતા જતા બિન-ઔપચારિકરણના સંકેતને પડકાર્યો હતો. તેમના મુજબ, શહેરી વિસ્તારોમાં, અનેક છોકરીઓ ઘરકામ કરે છે, ઘરમાં રહીને કામ કરે છે અથવા હીરા ઘસવા જેવા વ્યવસાયમાં કામ કરે છે. આ વ્યવસાયોને ઔપચારિક રોજગાર તરીકે ગણવામાં આવતા નથી. અર્થશાસ્ત્રીઓએ પણ ડેટા એકત્રિત કરવાની પ્રક્રિયા અને અનૌપચારિક ક્ષેત્રની મહિલા કર્મીઓ તથા ઘરમાં રહીને કામ કરતી મહિલાઓ સંબંધિત વિશ્લેષણને પડકારી રહ્યા છે.

આવક: 2018 માં ગુજરાતમાં માથાદીઠ આવક રૂ. 1,56,527 હતી જે તે સમયના રાષ્ટ્રીય સ્તર (રૂ. 1,12,835) કરતાં વધુ હતી, તેમ છતાં તે પડોશી રાજ્ય મહારાષ્ટ્રની માથાદીઠ આવક (રૂ. 180, 596) કરતાં નોંધપાત્રરીતે ઓછી હતી.

કૌટુંબિક વિશેષતાઓ

ગુજરાતમાં લગભગ ત્રણ-ચતુર્થાંશ (77 ટકા) કરતાં વધુ ઘર પાકાં છે (NFHS-4). લગભગ તમામ ઘરોમાં (96 ટકા) વીજળી છે અને 91 ટકા ઘરોમાં સુરક્ષિત પીવાના પાણીના સ્ત્રોત માટેની પહોંચ હોવાનું નોંધાયું હતું જ્યારે ફક્ત બે તૃતીયાંશ (68 ટકા) ઘરમાં પાણી પાઈપ મારફતે તેમના ઘર, આંગણાં કે પ્લોટમાં આવે છે. શહેરી વિસ્તારોમાં 81 ટકા ઘરોમાં અને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં 58 ટકા ઘરોમાં પાઈપ મારફતે પાણી આવતું હોવાનો શહેરી-ગ્રામ્ય તફાવત જોવા મળે છે. રસોઈ માટે સ્વચ્છ બળતણનો ઉપયોગ ફક્ત 53 ટકા દ્વારા કરવામાં આવતો હતો જ્યાં શહેરી-ગ્રામ્ય અસમાનતા જોવા મળી હતી (શહેરી-83.8 ટકા; ગ્રામ્ય-26.9 ટકા).

64 ટકા ઘર (શહેરી-85 ટકા; ગ્રામ્ય-47 ટકા) માં સુધારેલ સ્વચ્છતા સુવિધાઓ જોવા મળી હતી. 2017 માં MOSPI અનુસાર, 4 ટકા શહેરી કુટુંબો અને 48 ટકા ગ્રામ્ય કુટુંબો ખુલ્લામાં મળત્યાગ કરતાં જોવા મળ્યા હતાં. સ્વચ્છ બળતણ, સ્વચ્છતાની ઉપલબ્ધતા અને સુરક્ષિત પાણી માટેની પહોંચને કારણે પુરૂષો કરતાં મહિલાઓ પર વધુ અસર થાય છે. સ્વચ્છ બળતણ માટેની પહોંચના અભાવને

કારણે શ્વસનમાર્ગની બીમારીઓ અને આંખોનો ચેપ જેવી અસરો થાય છે જે 73 ટકા જેટલી મહિલાઓમાં જોવા મળી હતી અને યોગ્ય સ્વચ્છતા સુવિધાઓનો અભાવ 50 ટકા કરતાં વધુ ગ્રામ્ય મહિલાઓને અસર કરે છે જે ગ્રામ્ય ગુજરાતમાં પ્રજનન ચેપના વધુ જોખમ ફેલાવે છે.

પસંદગીની કૌટુંબિક મિલકતો

સંચારના માધ્યમો: ગુજરાતમાં લગભગ તમામ શહેરી ઘરો (97 ટકા) અને 89 ટકા ગ્રામ્ય ઘરો એક મોબાઈલ ફોન ધરાવે છે. આ સંચાર અને પહોંચની દૃષ્ટિએ એક મહત્વપૂર્ણ પાસું છે. વર્ષ તફાવતો પણ સ્પષ્ટપણે દેખાય છે જ્યાં અન્ય વર્ષોની મોબાઈલ ધરાવતી 68 ટકા મહિલાઓની સરખામણીમાં અનુસૂચિત જાતિઓ અથવા અન્ય પછાત જાતિઓ સિવાય અનુસૂચિત જનજાતિની 37 ટકા મહિલાઓ મોબાઈલ ફોન ધરાવે છે. ડેટા દર્શાવે છે કે અડધી કરતાં ઓછી (48 ટકા) મહિલાઓ પાસે મોબાઈલ ફોન (48 ટકા) છે જે તેઓ પોતાની જાતે વાપરે છે. શહેરી ગ્રામ્ય અસમાનતા જોવા મળે છે જ્યાં મોબાઈલ ફોન ધરાવતી 35 ટકા ગ્રામ્ય મહિલાઓની સરખામણીમાં 64 ટકા શહેરી મહિલાઓ પાસે મોબાઈલ ફોન છે. લિંગ પ્રભાવી ગતિશીલતાને પરિણામે હજુ પણ હજારો ગુજરાતી મહિલાઓ માટે ફોન પહોંચ બહારની વસ્તુ છે. મોટાભાગનું ગ્રામ્ય ભારત અત્યંત પિતૃપ્રદાન હોવાથી, ફોન માટે મહિલાઓની પહોંચ પ્રતિબંધિત છે. 2017 માં મહેસાણા જિલ્લાના એક ગામે મહિલાઓને મોબાઈલ ફોન વાપરવા અથવા ધરાવવા માટે રૂ. 2,100 નો દંડ કરવાનું નક્કી કર્યું હતું. સુરજ ગામે પ્રતિબંધ લાઘો હતો અને તે જલ્દી ઉત્તર ગુજરાતના અન્ય હિસ્સાઓમાં ફેલાયો હતો કારણકે રાજકીય પ્રભાવ ધરાવતા ઠાકોર સમુદાયે રબારી અને વણકર જેવી અન્ય ઓબીસી સમુદાયના સમર્થન સાથે પ્રતિબંધ લંબાવવા માટે એક ઝૂંબેશ શરૂ કરી હતી. જેમ જેમ ઝૂંબેશ આગળ વધી, સમુદાયે મહિલાઓની જીવનશૈલી માટે આ નિયમો અને પ્રતિબંધો બનાવ્યા. સમુદાયના આગેવાનોને લાગતું હતું કે અવિવાહિત મહિલાઓ દ્વારા સેલ ફોનના ઉપયોગથી સમાજમાં ન્યૂસન્સ ફેલાતું હતું.

જમીનની માલિકી: ગુજરાતમાં તમામ પરિવારોના એક-તૃતીયાંશ (37 ટકા) કરતાં વધુ પરિવારો ખેતીલાયક જમીનની માલિકી ધરાવે છે. 57 ટકા ગ્રામ્ય પરિવારો અને 14 ટકા શહેરી પરિવારો ખેતીલાયક જમીનની માલિકી ધરાવે છે. મિલકતની માલિકીમાં લિંગ અસમાનતા જોવા મળે છે જ્યાં એક ઘર અથવા અન્ય કોઈની સાથે સંયુક્તપણે મિલકતની માલિકી ધરાવતા 59 ટકા પુરૂષોની સરખામણીમાં 27 ટકા મહિલાઓ આવી મિલકતની

માલિકી ધરાવે છે અને 19 ટકા મહિલાઓ તથા 41 ટકા પુરૂષો એકલા પોતાની અથવા અન્ય કોઈ સાથે સંયુક્તપણે માલિકીની જમીન ધરાવે છે. જમીનની માલિકી મહિલાઓ અને પુરૂષો બંને માટે શહેરી વિસ્તારો કરતાં ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં વધુ સામાન્યપણે જોવા મળે છે³.

WGWHO જણાવે છે કે મહિલાઓ દ્વારા જમીનની માલિકીના મુદ્દા પ્રત્યે જરૂરી ધ્યાન અપાયું નથી. મહિલાઓ કૃષિ અને ઘરેલુ ખાદ્ય સુરક્ષા માટે નોંધપાત્ર રીતે યોગદાન આપે છે, તેઓને પોતાની ખુદની જમીન અથવા તેઓ જે જમીનમાં ખેતી કરે છે તેનું નિયંત્રણ કરવા માટેના અસરકારક અધિકારો મળતા નથી. ભારતમાં વાસ્તવમાં મહિલાના નેતૃત્વવાળા પરિવારોની વિશાળ અને વધતી જતી સંસ્થામાં પણ - જે લગભગ 35 ટકા જેટલી હોવાનું અંદાજવામાં આવે છે - બહુ ઓછી મહિલાઓ તેમના પોતાના અધિકારમાં જમીન માટેની સીધી પહોંચ ધરાવે છે⁷. વધુ આકર્ષક આર્થિક વિકલ્પો સાથે, વધુને વધુ પુરૂષો બિન-કૃષિવિષયક નોકરીઓ તરફ જઈ રજ્યા છે. પરિણામે, 75 ટકા મહિલાઓની સરખામણીમાં 53 ટકા પુરૂષો કૃષિકાર્ય કરે છે.

ઉત્પાદક સંપત્તિઓની ગેરહાજરી મહિલાઓને ઘરમાં અને સમાજમાં અત્યંત નબળી સ્થિતિમાં લાવી મૂકે છે. અધ્યયનો દર્શાવે છે કે મહિલાઓના સ્વતંત્ર જમીન અધિકારો અને નિયંત્રણ ખાદ્ય સુરક્ષામાં વૃદ્ધિકરી શકે છે, બાળ પોષણ, શિક્ષણ અને આરોગ્યમાં સુધારો લાવી શકે છે, તથા ઘરેલુ હિંસામાં પણ ઘટાડો કરી શકે છે⁷. જે મહિલાઓ જમીનની માલિકી ધરાવે છે તે અત્યંત સશક્ત અને આત્મવિશ્વાસુ હોવાનું અનુભવે છે તેમજ તેમનો પ્રભાવ વધુ હોય છે, ઘરમાં તથા સમુદાય બંનેમાં. તેઓ સરકારી યોજનાઓ અને સંસ્થાઓનો લાભ લેવા માટેની બહેતર સ્થિતિમાં હોય છે. ભલે ને મહિલાઓની માલિકીની જમીન મર્યાદિત અને વરસાદથી પોષિત છે, તે ખેતી અને બિન-ખેતી ઉદ્યોગો મારફતે ગરીબ મહિલાઓની આર્થિક સુરક્ષા વધારવામાં યોગદાન આપે છે⁷.

સંસાધનો માટેની પહોંચ

એકંદરે, 89 ટકા કુટુંબો બેન્ક અથવા પોસ્ટ ઓફિસ ખાતું ધરાવે છે. છતાં, અડધા કરતાં ઓછી મહિલાઓ (49 ટકા) એવું બેન્ક અથવા પોસ્ટ ઓફિસ ખાતું જેનું સંચાલન તેઓ ખુદ કરે છે. આ ટકાવારી, મહિલાઓમાં 74 ટકા જેટલી ઊંચી છે જેઓએ શાળાના 12 અથવા વધુ વર્ષોનું શિક્ષણ લીધેલ છે³. બાવન ટકા મહિલાઓ પાસે થોડું ધન છે જે ક્યાં વાપરવું તેનો તેઓ જ નિર્ણય કરી શકે છે અને આ પ્રમાણ

શહેરી મહિલાઓમાં વધુ ઊંચું છે, જે ઉંમર સાથે વધે છે, તથા અન્ય કોઈની મહિલાના સમૂહ કરતાં શાળાના 12 અથવા વધુ વર્ષોનું શિક્ષણ મેળવેલ મહિલાઓમાં તથા એ મહિલાઓમાં જેઓ રોકડ માટે રોજગારમાં છે, સૌથી વધુ છે (67 ટકા). બીપીએલ અને આધાર કાર્ડસ: 32 ટકા કુટુંબો પાસે બીપીએલ કાર્ડસ છે અને 79 ટકા લોકો પાસે આધાર કાર્ડ છે (NFHS-4)². બીપીએલ કાર્ડસ વિશેની કહાની વિવાદોથી ભરપૂર છે. જમીની અનુભવ દર્શાવે છે કે રાજ્યમાં જે પરિવારો પાસે તમામ પ્રકારની સંપત્તિઓ છે અને જેઓને ભાગ્યે જ બીપીએલ પરિવાર કહી શકાય તેઓ બીપીએલ કાર્ડસ ધરાવે છે, જ્યારે ઘણી ઘટનાઓમાં અત્યંત ગરીબો અનેક બાધાઓને કારણે પોતાના બીપીએલ કાર્ડસ બનાવી શકતા નથી. આધાર કાર્ડસના સંદર્ભમાં, જેએસએ સભ્યો એવી કહાનીઓ કહે છે કે કેવી રીતે લોકોને ખરેખર જરૂરી ઓળખ દસ્તાવેજો મેળવવા માટે પોતાના ખિસ્સામાંથી પૈસા આપવા પડે છે, વારંવારની મુલાકાતો અને તલાટીઓ તથા સરપંચોના સ્તરે થતી સતામણી અને એ સમસ્યાઓ જે કામકા' વર્ગ તેમજ વૃદ્ધલોકોને તેમની આંગળીઓની અસ્પષ્ટ છાપને કારણે થાય છે. એવી મુશ્કેલીઓની પણ કહાનીઓ છે જે જણાવે છે કે લોકોએ તેમના અસલ આધાર કાર્ડસમાં રહેલ ભૂલો સુધારવા માટે, સંખ્યાબંધ બેદખલી, વિધ્વંસ તથા પુનઃસ્થાપનની ઘટનામાં આવાસનું સરનામું બદલાવવામાં કેટલી મુશ્કેલીઓનો સામનો કરવો પડે છે, ખાસ કરીને શહેરી વિસ્તારોમાં³.

આરોગ્ય સ્થિતિ

ગુજરાતમાં એનીમિયા એ મુખ્ય આરોગ્ય સમસ્યા રહેવાનું ચાલુ છે, ખાસ કરીને મહિલાઓ અને બાળકોમાં. ગુજરાતમાં અડધા કરતાં વધુ (55 ટકા) મહિલાઓને એનીમિયા છે. એનીમિયા ખાસ કરીને શાળાએ ન ગયેલી, અનુસૂચિત જનજાતિની અને સ્તનપાન કરાવતી મહિલાઓમાં વધુ જોવા મળે છે². NFHS-3 (2006) બાદથી મહિલાઓ અને પુરૂષોમાં એનીમિયાનું પ્રમાણ અપરિવર્તનીય રહ્યું છે. લગભગ અડધોઅડધ (51 ટકા) મહિલાઓ અનંદ 44 ટકા પુરૂષો કાં તો વધુ પડતા પાતળા અથવા જાડા છે અથવા સ્થૂળ છે. કુપોષણ ખાસ કરીને નાના બાળકોમાં, ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં અને અનુસૂચિત જનજાતિઓમાં સામાન્ય છે. NFHS-3 અને NFHS-4 વચ્ચેના 10 વર્ષોમાં પાંચ વર્ષથી નાની ઉંમરના બાળકોમાં વિકાસમાં અવરોધનું પ્રમાણ 52 ટકાથી 39 ઘટીને ટકા થઈ ગયું હતું, અને ઓછા વજનનું પ્રમાણ 45 ટકાથી ઘટીને 39 ટકા થઈ ગયું હતું. જોકે, બગાડનું પ્રમાણ 19 ટકાથી વધીને 26 ટકા થઈ ગયું હતું.

જે એ સએ સભ્યો સમુદાયોમાં મહિલાઓમાં હિમોગ્લોબીનના નીચા સ્તર વિશે વાત કરે છે જ્યાં તેઓ કામ કરે છે અને સરકારી તથા સ્વતંત્ર પ્રયોગશાળાઓમાં તેમજ આઈસીડીએસ અને આરોગ્ય વિભાગો વચ્ચે પણ અંદાજવામાં આવતા હિમોગ્લોબીન સ્તરોમાં રહેલ તફાવતો વિશે બોલે છે. તેમના અનુભવે આંગણવાડી કેન્દ્રો પોષણલક્ષી સૂચકાંકોના નીચા સ્તરને સ્વીકારવા અને / અથવા રેકોર્ડ કરવા માંગતા નથી. જેએસએ સભ્યો કુપોષણના ઊંચા સ્તર છતાં ઘરે લઈ જવાના રાશનના સ્ટોક આઉટ્સ વિશે અને કેવી રીતે રાજ્યમાં કુપોષણની સમસ્યાઓને સંબોધવા માટે યથાર્થ સામુદાયિક ભાગીદારી મારફતે સ્થાનિક ઉપાયો શોધવા માટેના પ્રયાસો કેટલા ઓછા છે તે વિશે વાત કરે છે³.

આ પરિયોજનામાં વિશ્લેષણ માટે પસંદ થયેલા બે મહત્વપૂર્ણ સૂચકાંકો પર રાજ્યનું પ્રદર્શન દર્શાવતું હતું કે ગુજરાતનો આઈએમઆર પડોશના મહારાષ્ટ્રના આઈએમઆર કરતાં વધુ છે અને હકીકતમાં તેણે છેલ્લા ત્રણ એસઆરએસ આંકડાઓમાં વધારો દર્શાવ્યો છે. છેલ્લા ચાર વર્ષમાં એમએમઆર 122 થી ઘટીને 91 થઈ ગયો હોવા છતાં તે મહારાષ્ટ્ર કરતાં વધુ છે.

ટેબલ 1.1: ગુજરાત અને સમાન પ્રકારના રાજ્યો વચ્ચે આઈએમઆર તથા એમએમઆરની સરખામણી

રાજ્ય	આઈએમઆર (પ્રતિ 100000 જીવન) 2016	આઈએમઆર (પ્રતિ 100000 જીવન) 2014-16
ગુજરાત	38	91
મહારાષ્ટ્ર	24	61

સ્ત્રોત: નમૂના નોંધણી પ્રણાલી⁸

આરોગ્ય સંભાળનો સ્ત્રોત: ખાનગી આરોગ્ય ક્ષેત્ર 56 ટકા પરિવારો (શહેરી: 64 ટકા અને ગ્રામ્ય: 49 ટકા) માટે આરોગ્ય સંભાળનો મુખ્ય સ્ત્રોત છે. ફક્ત 15 ટકા પરિવારો માટે, સરકારી અથવા મ્યુનિસિપલ હોસ્પિટલ સભ્યો માટે આરોગ્ય સંભાળનો મુખ્ય સ્ત્રોત છે³.

આરોગ્ય વીમો: ગુજરાતમાં, ત્રણ પ્રકારના આરોગ્ય વીમા પ્રચલિત છે: રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના (આરએસબીવાય), રાજ્ય આરોગ્ય વીમા યોજના અને ખાનગી રીતે ખરીદેલ વાણિજ્યિક આરોગ્ય વીમા યોજનાઓની શ્રેણી. આરોગ્ય વીમા કાર્યક્રમો અને આરોગ્ય યોજનાઓની સંખ્યામાં વધારો થવા છતાં, શહેરી અને ગ્રામ્ય ગુજરાત બંનેમાં ફક્ત 23 ટકા પરિવારો પાસે કોઈપણ પ્રકારનો આરોગ્ય વીમો છે જે પરિવારના ઓછામાં

ઓછા એક સભ્યને આવરી લે છે. રાજ્યમાં 15-49 વર્ષના વયજૂથની ફક્ત 16 ટકા મહિલાઓ અને 19 ટકા પુરૂષોને કોઈપણ આરોગ્ય યોજના અથવા આરોગ્ય વીમા હેઠળ આવરી લેવામાં આવેલ છે. શાળાના 12 અથવા વધુ વર્ષોનું શિક્ષણ મેળવેલ મહિલાઓમાં ઓછું શાળાકીય શિક્ષણ ધરાવતી અથવા શાળાકીય શિક્ષણ ન લીધેલ મહિલાઓની સરખામણીમાં આ કવરેજ વધુ જોવા મળે છે².

વર્ષ 2012 માં, રાજ્ય સરકારે તૃતીયક સંભાળ માટે મુખ્યમંત્રી અમૃતમ યોજના (એમએ) શરૂ કરી છે અને 2018-19 માં તેના કવર (પ્રતિ પરિવાર રૂ. 2.5 લાખ થી રૂ. 3 લાખ) અને પ્રક્રિયાઓની શ્રેણીમાં વધારો કરવામાં આવ્યો હતો જે આ યોજના હેઠળ આવરી લેવાયેલ છે. એકબાજુ ગરીબ લોકોના ખાતાંઓ એમએ યોજનાના લાભ મેળવી રહ્યા છે, અનિયમિતતાઓ અને હેરફેરના ખાતાંઓ પણ છે જેમને નિયમિતપણે અનકર્વડ છે. જેએસએ સભ્યો ઉચ્ચ રકમો વિશે બોલે છે જે “એજન્ટ્સ” ને ચૂકવવી પડે છે જે નબળા લોકોને તાત્કાલિક ધોરણે (તત્કાલ) તેમના એમએ કાર્ડસ મેળવવામાં “મદદ કરે છે”. તેઓ રૂ. 2000 થી રૂ. 10,000 સુધી પૈસા લે છે. ઘણી ઘટનાઓમાં આ એજન્ટ્સો દ્વારા આવક પ્રમાણપત્રો અને નકલી એમએ કાર્ડસ બનાવવામાં આવે છે. જ્યારે તેમની જાલસાઝી શોધી કાઢવામાં આવે છે, અસરકારક ફરિયાદ નિવારણ માટેના લગભગ કોઈ આધાર મળતા નથી. અનિયમિતતાઓને કારણે એમએ યોજનામાંથી હટાવી લેવામાં આવતી પેનલ બદ્ધ હોસ્પિટલો વિશે વારંવાર મીડિયા અહેવાલો જોવા મળે છે જેમકે પ્રક્રિયાઓ અને આપવામાં આવેલ સારવાર માટે દર્દીઓ પાસેથી પૈસા લેવા, યોજના દ્વારા આવરી લેવાયેલ દર્દીઓની સારવાર કરવી, અને જેઓ “નિયમિત” અલગ છે, એટલે કે તેમનામાં ભેદભાવ કરવો અને વધ^{9,10}.

લોકોને લાભ પહોંચાડવા માટે શરૂ કરવામાં આવેલ અન્ય માધ્યમો પણ આ હેતુને પૂર્ણ કરતા જોવા મળતા નથી. એક સ્તરે બીપીએલ કાર્ડસ નકામા બની જાય છે કારણકે વાસ્તવમાં અનેક કલ્યાણકારી યોજનાઓ સ્કોર્સ વિશે પૂછે છે કારણકે આ કાર્ડસ એક સ્કોરિંગ પ્રણાલીને આધારે 'રી કરવામાં આવે છે. તેથી જે સવાલ પૂછવો જરૂરી છે તે છે - વિવિધ સરકારી યોજનાઓ અને કાર્યક્રમોના

વાસ્તવિક પ્રાપ્તકર્તાઓ કોણ છે? વાસ્તવમાં એ લોકો / પરિવારો / ઘરો કોણ છે જેમને લાભ મળે છે? તેવી જ રીતે, સર્વોચ્ચ અદાલતમાં આધાર કાર્ડસની બંધારણીય માન્યતાને પડકારવામાં આવી રહી હોવા છતાં, મંત્રાલયોની સરકારી યોજનાઓ આ કાર્ડ સાથે જોડાયેલી

છે, જેનાથી સૌથી વધુ સરકારી કલ્યાણ લાભ મેળવવા માગતા ગરીબો માટે મુશ્કેલી વધે છે પરંતુ જેમની પાસે સરકારી યોજનાઓનો લાભ મેળવવા માટે આધાર કાર્ડ નથી.

સમાપનમાં, ભૌગોલિક, આર્થિક અને સામાજિક (લિંગ) અસમાનતાઓ રાજ્યની વસતીને પરેશાન કરે છે.

પ્રણાલીગત ઉપાયો ઘણીવાર જમીની વાસ્તવિકતાઓ સાથે મેળ ખાતા નથી, ઘણા જટિલ અને અમલદારશાહીમાં ઘેરાયેલા છે તથા પ્રક્રિયાઓની હેરફેર, લોકોના શોષણ તથા સૌથી વધી નબળા અને વંચિત લોકો માટે સેવાઓના ઈન્કાર માટેના અવસરો પ્રદાન કરે છે.

વિભાગ 2

નીતિ અને કાર્યક્રમ

પર્યાવરણ

આરોગ્ય ક્ષેત્ર

ગુજરાત આરોગ્યસંભાળ પ્રણાલીમાં છેલ્લા ત્રણ વર્ષમાં અભિનવ રાજ્ય નીતિઓ અને આંતર-વિભાગીય યોજનાઓ તથા આરોગ્યસંભાળ સુવિધાઓની ઉપલબ્ધતા અને ગુણવત્તામાં સુધારાના પરિણામે નોંધપાત્ર વૃદ્ધિ'વા મળી છે. રાજ્યએ આરોગ્યસંભાળ માળખાંમાં ભારે રોકાણ કરેલ છે અને ગરીબી રેખાની નીચે જીવતા લોકો માટે તૃતીયક આરોગ્યસંભાળ સારવારો પ્રદાન કરવા માટે મુખ્યમંત્રી અમૃતમ (એમએ) યોજના શરૂ કરેલ છે. ગુજરાતમાં પ્રજનન આરોગ્ય પરિણામોમાં સુધારાઓ જોવા મળ્યા હોવા છતાં, હજુ ઘણું કરવાની જરૂર છે. ભારતીય રાજ્યો માટે સંયુક્ત વિકાસ સૂચકાંક પરના રઘુરામ રાજન સમિતિ અહેવાલ અનુસાર, એચઆઈડી પર ગુજરાતનું પ્રદર્શન તેના વિકાસ દરો સાથે બંધબેસતું ન હતું. તેમાં સૂચિત કરેલ કે રાજ્યમાં શિક્ષણ અને આરોગ્યસંભાળ જેવા અતિ મહત્વપૂર્ણ ક્ષેત્રો હજુ પણ અન્ય કેટલાંક ભારતીય રાજ્યો કરતાં પાછળ છે. ફેબ્રુઆરી 2018 માં જાહેર કરાયેલ “સ્વસ્થ રાજ્યો” પરના નીતિ આયોગના અહેવાલમાં સમગ્ર પ્રદર્શન સૂચકાંકની દૃષ્ટિએ ગુજરાત કેરળ, પજાબ અને તામિલનાડુ બાદ 4થા સ્થાન પર હતું. વૃદ્ધિશીલ પરિવર્તનની દૃષ્ટિએ, ગુજરાત 21 મોટાં રાજ્યોમાંથી 19મા સ્થાન પર હતું. અહેવાલ જણાવે છે કે રાજ્યમાં અસમાનતાઓને સંબોધવા માટે આરોગ્ય પ્રણાલીને મજબૂત બનાવવાની જરૂર છે.

ગ્રામીણ આરોગ્ય આંકડા 2014-15 અનુસાર, રાજ્યમાં પેટા-કેન્દ્રોની અતિરેકતા (જરૂરી 8008 ની સામે 8063) સાથે આરોગ્ય માળખું સારું છે તથા પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રોમાં 3 ટકાની કમી તથા સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રોમાં 1 ટકાની કમી હતી. તેમ છતાં, માળખાકીય સુવિધાની દૃષ્ટિમાં પણ, ગુજરાત કથિતપણે અન્ય તુલનાત્મક રાજ્યો કરતાં પાછળ છે. કાર્યરત પેટા-કેન્દ્રો, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો અને સામુદાયિક આરોગ્ય કેન્દ્રોની સંખ્યા મહારાષ્ટ્ર અને તામિલનાડુ કરતાં ગુજરાતમાં ઓછી છે². વિવિધ

સ્ત્રોત પાસેથી મળેલ ડેટા સૂચિત કરે છે કે ગુજરાતના આરોગ્ય સૂચકાંકો અને આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં રોકાણ તેના આર્થિક વિકાસ સાથે અનુરૂપ નથી.

આરોગ્ય કાર્યક્રમો અને સેવાઓ

વિશિષ્ટ આરોગ્ય મુદ્દાઓને સંબોધવા માટે અનેક કાર્યક્રમો અને સેવાઓની રચના કરવામાં આવી છે. જોકે, તે ઘણીવાર ઈચ્છિત લાભાર્થીઓ સુધી પહોંચતી નથી જેમકે માનસિક આરોગ્ય સમસ્યાઓ સાથેના દર્દીઓના કિસ્સામાં.

ગુજરાતમાં 1999 માં રાષ્ટ્રીય માનસિક આરોગ્ય કાર્યક્રમ (એનએમએચપી) શરૂ કરવામાં આવ્યો હતો, તે જ વર્ષે જ્યારે એવું કહેતો ચૂકાદો પસાર કરવામાં આવ્યો હતો કે દરેક રાજ્ય પાસે માનસિક આરોગ્ય પર તેની ખુદની નીતિ હોવી જોઈએ. પહેલી વાર માનસિક આરોગ્યને નવમી પંચવર્ષી યોજનામાં સામેલ કરવામાં આવ્યું હતું અને “માનસિક આરોગ્ય સેવાઓને મજબૂત બનાવવા” માટે એક અલગ યોજના બનાવવામાં આવી હતી. આગામી પાંચ વર્ષમાં આ અવધારણા ચાલુ રહી હતી અને લક્ષ્ય હતું “ગ્રામ્ય આરોગ્ય સાથે માનસિક આરોગ્યને એકીકૃત” કરવું. રાજ્ય સરકારે આઉટડોર દર્દીઓ માટે જિલ્લા મનોચિકિત્સા એકમો શરૂ કર્યા અને 1980-81 માં આવા આઠ કેન્દ્રો સ્થાપવામાં આવ્યા હતા.

માનસિક આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં સરકારી માળખાકીય સુવિધામાં ચાર હોસ્પિટલો સામેલ છે જે દરેક અમદાવાદ (317 પથારીઓ), વડોદરા (300), જામનગર (50) અને ભુજ (16) માં છે. આ હોસ્પિટલો લાંબા સમયની મનોચિકિત્સા સંભાળ પ્રદાન કરે છે. અમદાવાદ, વડોદરા, જામનગર, સુરત, રાજકોટ અને ભાવનગરમાં આવેલ શિક્ષણ આપતી (સરકારી) હોસ્પિટલોના મનોચિકિત્સા વિભાગો અતિરિક્ત મનોચિકિત્સા 157 પથારીઓ પ્રદાન કરે છે. આવી મનોચિકિત્સા પથારીઓ અમદાવાદ અને સુરત ખાતેના નગરનિગમો દ્વારા સંચાલિત શિક્ષણ કોલેજોમાં

અને કરમસદ તથા સુરેન્દ્રનગરની ખાનગી મેડિકલ કોલેજો પણ ઉપલબ્ધ છે. જિલ્લા સ્તરે, માનદ સેવા આપતા મનોચિકિત્સકો અઠવાડિયામાં 2-3 દિવસ જિલ્લા હોસ્પિટલોની મુલાકાત લે છે, જેમની સાથે એક માનસિક આરોગ્ય કાર્યકર હોય છે જે રેકોર્ડ્સ જાળવે છે. હાલમાં, આવી સેવાઓ પચીસમાંથી છ જિલ્લાઓમાં ઉપલબ્ધ છે: ભરૂચ, પંચમહાલ, સાબરકાંઠા, જુનાગઢ, મહેસાણા અને બનાસકાંઠા.

માનસિક આરોગ્ય સમસ્યાઓ સંભાળવા માટેની એક વિસ્તૃત પ્રણાલીની આ પૃષ્ઠભૂમિની સામે, ગુજરાતના મોરબી જિલ્લાના માળિયાના જુદાજુદા વિસ્તારોના નીચેના કેસ સ્ટડીઝ આ સેવાઓ સુધીની પહોંચમાં રહેલ મુશ્કેલીઓ ઉજાગર કરે છે.

કેસ સ્ટડી 1: ચોવીસ વર્ષીય ફરીદાઝકારિયા ગામમાં રહે છે. તેણીના પિતા ચાર મહિના પહેલાં મૃત્યુ પામ્યા હતા, તેના ભાઈ અને માતાની તબિયત સારી રહેતી નથી કારણકે તેઓ અત્યંત કુપોષણથી પીડાય છે. મીઠાના અગરો પર કામ કરવા તેઓ અક્ષમ છે, તેથી માતા અને ભાઈ મીઠું ભરવાની ગુણો સીવવાનું કામ કરે છે. તેઓ દરરોજ લગભગ રૂ. 125 કમાય છે. આ કામ વર્ષમાં લગભગ 8 મહિના માટે કરવામાં આવે છે, વર્ષના બાકીના સમયમાં, તેનો ભાઈ ખેત મજૂર તરીકે કામ કરીને દરરોજના લગભગ રૂ. 150 કમાય છે.

ફરીદાના ભાઈ મુજબ, તેણી કોઈપણ કામ કરવા અક્ષમ છે કારણકે તેણી માનસિક બીમારીથી પીડાઈ રહી છે અને તેણીની ફિટ્સને કાબુમાં લેવા માટે તેણીને નિયમિતપણે દવાઓ આપવી જરૂરી છે. એ જરૂરી છે કે તેણી નિયમિતપણે દવાઓ લે કારણકે અન્યથા તેણીની ફિટ્સને કારણે તેણી બેસી પણ શકતી નથી. તેણી કોઈનું સાંભળતી નથી અને અનિયંત્રિત છે તથા બૂમો અને ચીસો પાડે છે. ભાઈ કહે છે કે તેણી જન્મથી જ આવી હતી પરંતુ કેટલાક વર્ષો સુધી તેણીને કોઈ ડૉક્ટર પાસે લઈ જવાઈ ન હતી કારણકે તેઓને ખબર જ નથી શું કરવું જોઈએ અને કોઈ સારવાર ઉપલબ્ધ ન હતી. હમણાં થોડા સમય પહેલાં જ તેઓ તેણીને બ્લોકમાં એક “બાપુ” પાસે લઈ ગયા હતા જ્યાં એવું સૂચવવામાં આવ્યું કે ફરીદાને મોરબીમાં એક હોસ્પિટલમાં લઈ જવામાં આવે. મોરબીમાં મણિયાર હોસ્પિટલમાં તેણીની સારવારનો ખર્ચ દર મહિને અંદાજે રૂ. 1200 આવે છે અને દર મહિને દવાઓ મેળવવી અશક્ય છે કારણકે મૂળભૂત જીવનનિર્વાહની સાથે સાથે માનસિક આરોગ્ય માટે તેણીની દવાઓનો ખર્ચ વહન કરવા માટે કુટુંબની આવક પૂરતી નથી. આ પરિવાર પાસે એક મુખ્યમંત્રી અમૃતમ કાર્ડ છે, પરંતુ ફરીદા જે બીમારીથી

પીડાય છે તે કોઈપણ હોસ્પિટલમાં આવરી લેવાયેલ નથી.

કેસ સ્ટડી 2: નવા હાજીયસરના પચાસ વર્ષીય આમનાબેનને ત્રણ દીકરીઓ છે જે વિવાહિત છે અને તેમના સાસરે રહે છે. તેણી અને તેણીના પતિ તેમના ઘરમાં એકલા રહી ગયા છે. તેણીના પતિ કીડનીનું ઓપરેશન ન થયું ત્યાં સુધી મીઠાના અગરમાં કામ કરતા હતા. હાલમાં કુટુંબમાં કોઈ કમાઉ સભ્ય નથી કારણકે પતિ કામ કરી શકે તેવી સ્થિતિમાં નથી.

તેણીની માનસિક બીમારીના પ્રારંભિક લક્ષણો લગભગ સાત વર્ષ પહેલાં દેખાવાના શરૂ થયા હતા. તેણીની દીકરી મુજબ, શરૂઆતમાં તેણીને બહુ તાવ રહેતો અને કાનમાં દુખાવો થતો. તેણીને માળિયા સીએચસીમાં લઈ ગયા, પરંતુ ત્યાં તેણીની હાલતમાં કોઈ સુધારો ન થયો. તેણીની દીકરીએ કહ્યું કે ઘણીવાર તેણીની માતા મઘરાતે ગામમાં ભાગી જાય છે. કોઈએ સતત તેણીની સાથે રહેવું પડે છે જેથી તેણી ભાગી ન જાય, ખાસ કરીને રાતે. જ્યારે તેણીને હુમલાઓ આવે છે તેણી પોતે પહેરેલાં કપડાં સુઢાં ફાડી નાખે છે. આમનાબેનને માળિયા અને મોરબીની ખાનગી હોસ્પિટલમાં લઈ ગયા હતા. તબીબોએ પરિવારને જણાવ્યું હતું કે “મગજની નસમાં લોહી પહોંચતું નથી”. પરિવારને લાગે છે કે આવું મીઠાના અગરમાં રહેલી સતત ગરમીને કારણે થાય છે જેનાથી તેણીના ચેતાતંત્રને અસર પહોંચી છે. તેઓ પછી તેણીને રાજકોટ, ગાંધીધામ અને અમદાવાદમાં વિવિધ ખાનગી હોસ્પિટલોમાં લઈ ગયા હતા. હાલમાં તેણીની સારવાર અમદાવાદમાં એક ખાનગી હોસ્પિટલમાં થઈ રહી છે. ગામમાંથી વારંવાર લોકો ઝીંગા વેચવા શહેરમાં જાય છે અને શહેરમાંથી તેણી માટે દવાઓ લઈ આવે છે. દર વર્ષે આમનાબેનની દવાઓ અને સારવાર પર સરેરાશપણે રૂ. 60,000 નો ખર્ચ થાય છે. પહેલાં તો કુટુંબવાળા 12 વીઘા (3 એકર) જમીનની સામે પૈસા ઉધાર લાવતા હતા, જે તેઓ પરત કરવા અક્ષમ રહ્યા. હાલમાં તેઓએ આમનાબેનના પતિના ભાઈ જે પૈસા આપે તેના પર નિર્ભર રહેવું પડે છે. અને સતત સગાસંબંધીઓ પાસેથી પૈસા ઉછીના લેવા પડે છે. તેણીની દીકરી કહે છે કે આમનાબેનની હાલત છેલ્લા છ મહિનાથી સુધરી છે, હુમલાઓ ઘટ્યા છે પરંતુ સંપૂર્ણપણે જતા રહ્યા નથી.

કેસ સ્ટડી 3: સાઠ વર્ષીય જખ્ખાભાઈ નાનાવડ ગામમાં પોતાની પત્ની, એક પુત્ર અને એક પુત્રી સાથે રહે છે. તેમને 6 દીકરા અને 3 દીકરીઓ છે. તેઓ કામ નથી કરી શકતા, તેમની પત્ની અને સૌથી નાનો દીકરો કામ કરે છે. તેમની પત્ની પાસે ભેંસ છે જે દૂધ આપે છે અને તેણી આ દૂધ ઘરે ઘરે જઈને વેચે છે. દિવસમાં સરેરાશપણે તેણી રૂ. 200 કમાય

છે. દીકરો પડોશીઓની ભેંસો ચારે છે અને રોજના રૂા.200 કમાય છે.

મુમતાઝબેન કહે છે કે તેણીના પતિ લગભગ વર્ષથી માનસિકપણે બીમાર છે. તેઓ ઊંઘતા પણ નથી અને ઘરમાં તોફાન મચાવે છે. ઘણીવાર તે તેણીને મારે છે અને એવા પણ પ્રસંગો બન્યા છે જ્યાં તેમના હિસ્ટીરિયામાં તેમણે તેણીનું ગળું દબાવવાનો પણ પ્રયાસ કર્યો છે. રાતે તેઓ ઘરમાંથી નીકળી જાય છે અને આસપાસના વિસ્તારમાં ચાલ્યા કરે છે તથા પડોશીઓના બારણાં ખટખટાવે છે. તેઓ પોતાની જાત સાથે જ બોલ્યા કરે છે, ક્યારેક એકઠમ ગાવાનું અને ત્યાંથી નીકળતા લોકોને પજવવાનું શરૂ કરી દે છે.

શરૂઆતના વર્ષોમાં તેમને મોરબીમાં મુમતાઝબેન મણિયાર હોસ્પિટલમાં લઈ જતા હતા. પછી બાદમાં તેઓને ગાંધીધામમાં એક ખાનગી હોસ્પિટલમાં લઈ ગયા હતા જે માળિયાથી લગભગ 100 કિમી. દૂર છે. તેમને લગભગ એક અઠવાડિયા માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા હતા, અને પછી તેમની તબિયત સુધરી અને તેમને ગામમાં પાછા લાવ્યા. ત્યારથી તેઓની સારવાર મણિયાર હોસ્પિટલમાં થઈ રહી છે. દર 15 થી 20 દિવસે દવાઓ આપવી જરૂરી છે. પરિવાર તેઓ કરી શકે તે રીતે પૈસાની વ્યવસ્થા કરવાનો પ્રયાસ કરે છે કારણકે જખ્ખાભાઈને સંભાળવા મુશ્કેલ બની જાય છે જો તેઓને તેમની દવાઓ મળતી નથી અને હુમલા આવે છે. છેલ્લે જ્યારે તેઓ મણિયારહોસ્પિટલ ગયા હતા, તેઓને જખ્ખાભાઈની ફિટ નિયંત્રણમાં રાખવા માટે તેમને ઈન્જેક્શનો આપવાની સલાહ મળી હતી. પરંતુ પુત્રને એક સંમતિ પત્રક પર સહી કરવાનું કહેવામાં આવ્યું હતું જેમાં લખ્યું હતું કે જો કશું તેના પિતાને થઈ જાય છે તો હોસ્પિટલ તેના માટે જવાબદાર ગણાશે નહીં. પુત્રે આ શરતો માનવાનો ઈનકાર કરેલ તેથી તબીબે તેને કહ્યું કે તેઓએ કૃષ્ણા મલ્ટી સ્પેશિયલટી હોસ્પિટલમાં જવું જોઈએ, પરંતુ તેના માટે તેઓને ઓછામાં ઓછો રૂા. 500નો ખર્ચ થશે. પુત્ર પાસે એટલા પૈસા ન હતા, તેથી તે તેના પિતાને પરત લઈ આવ્યો, માત્ર દવાઓ ખરીદી ઈન્જેક્શન નહીં.

કેસ સ્ટડી 4: છ વર્ષનો કિશ તેની માતા, નાના-નાની અને મામા-મામી સાથે તારાગઢી ગામમાં રહે છે. તેના પિતા તેની માતા સવિતાબેનને છોડી દીધા છે જ્યારે તેમને બે મહિનાની ગર્ભાવસ્થા હતી. ત્યારથી તેણી પોતાના માતાપિતા સાથે રહે છે.

કિશ પહેલા ધોરણમાં ભણે છે. તેને તેની નાની શાળાએ મૂકવા આવે છે અને તેણી આખો સમય તેની સાથે રહે છે.

તેને દરેક કાર્યમાં મદદ કરવાની જરૂર પડે છે કારણકે તે કોઈપણ કાર્ય સ્વતંત્રપણે કરવા અક્ષમ છે. તેની માતા કહે છે કે તેને મહિનાની ઉંમરથી જ હિસ્ટીરિયા છે. જન્મથી જ તેને મોરબી, રાજકોટ, અમદાવાદ અને ગાંધીધામમાં જુદીજુદી ખાનગી હોસ્પિટલોમાં લઈ જવામાં આવે છે. તબીબો કહે છે કે મગજ સુધી પૂરતા પ્રમાણમાં લોહી પહોંચતું નથી અને તેથી તેને વિવિધ માનસિક સમસ્યાઓ છે. તેના વિકલાંગતા પ્રમાણપત્ર અનુસાર કિશને 50 ટકા માનસિક મંદતા છે, અને તેણે વિવિધ ખાનગી હોસ્પિટલોમાંથી સતત દવાઓ લેવી પડે છે. તેને સેરેબ્રલ પાલ્સી પણ છે, જે 70 ટકા છે અને તેની દૃષ્ટિ, ગળવાની અને બોલવાની ક્ષમતાને અસર કરતી હલનચલન સંબંધી વિકલાંગતા તરફ લઈ જાય છે. તેના લક્ષણો છે ખરાબ સંકલન, સખત સ્નાયુઓ અને ઘુજારી તથા વારંવાર આંચકીના હુમલાઓ. હાલમાં તેની સારવાર મોરબીની કૃષ્ણા હોસ્પિટલમાં થઈ રહી છે. સરેરાશપણે તેનો પરિવાર એક મહિનામાં કિશની સારવાર માટેની મુસાફરી અને દવાઓ પાછળ રૂા. 8000 નો ખર્ચ કરે છે. આટલા વર્ષોમાં તેઓએ તેની સારવાર પર લગભગ રૂા. 3,00,000 નો ખર્ચ કરેલ છે. સવિતાબેન એક સ્થાનિક સ્ટેશનરી દુકાનમાં કામ કરીને મહિને લગભગ રૂા. 3000 કમાય છે. તેણીના માતાપિતા સ્થાનિક ખેતરોમાં દૈનિક વેતન પરના મજૂરો તરીકે કામ કરે છે અને તેઓને દર મહિને સરેરાશપણે રૂા. 6000 મળી રહે છે. તેણીએ કોઈપણ યોજનાનો લાભ લીધો નથી કારણકે તેણીને તેના વિશે ખબર જ નથી (એમએ, વિકલાંગ સહાય યોજના વગેરે). સવિતાબેન તેના પિયરના ઘરમાં રહેતા હોવાથી તેણીનું નામ કોઈપણ હકદારીઓમાં યાદીબદ્ધ થયેલ નથી જે તેણીને મળવી જોઈએ. તેણીએ પૈસા મેળવવા માટે ઘણો સંઘર્ષ કરવો પડે છે. લોકો પાસેથી ઉધાર લેવાનું તેણી માટે મુશ્કેલ છે કારણકે તેઓને ખબર છે કે પૈસા પરત કરવાની તેણીની ક્ષમતા બહુ મર્યાદિત છે.

કેસ સ્ટડીઝ દર્શાવે છે કે ત્યાં કોઈ જાહેર આરોગ્ય પ્રણાલી નથી જે તે ક્ષેત્રમાં માનસિક બીમારીઓના મુદ્દા સાથે કામ પાડે છે જે અત્યંત ગરીબી, દીર્ઘકાલીન આરોગ્ય સમસ્યાઓને કારણે ખાસ કરીને નબળો છે. સામાન્ય રીતે લોકો પાસે માનસિક આરોગ્ય માટેની આરોગ્ય સેવાઓ વિશેની પૂરતી જાણકારી નથી. તેઓ સામાન્ય રીતે સ્થાનિક “બાપુ” અથવા સમુદાયના પરંપરાગત હકીમનો સંપર્ક કરે છે. “બાપુ” તેમને ગાંધીધામ અથવા મોરબીમાં ખાનગી તબીબો પાસે મોકલે છે. કેટલાક લોકો માળિયાના સીએચસીમાં જાય છે પરંતુ તબીબ પોતે જ કહે છે કે તેઓ માનસિક આરોગ્યની સમસ્યાઓ સાથે કામ પાડવા માટે સુસજ્જ નથી. તે કહે છે કે તે સામાન્ય રીતે કિસ્સાઓને

મોરબી અથવા રાજકોટ સિવિલ હોસ્પિટલોમાં મોકલે છે. તેથી સમુદાયના લોકોને આસપાસના નગરોના ખાનગી તબીબો પાસે જવાની ફરજ પડે છે. આ એક લઘુમતી વસ્તી ધરાવતો વિસ્તાર હોવાથી કદાચ તેમને વધુ વંચિત બનાવે છે. જ્યારે આ સામાજિક અને આર્થિક પૃષ્ઠભૂમિનો કોઈ વ્યક્તિ એક ખાનગી આરોગ્ય સેવાનો સંપર્ક કરે છે તેમના પરનો નાણાંકીય બોજો જબરદસ્ત હોય છે. પરિવારની આવકો નિયમિત હોતી નથી અને માનસિક બીમારી પરની સારવાર પરનો ખર્ચ અંદાજે રૂા. 2000 થી રૂા. 9000 ની વચ્ચે આવે છે. પરિસ્થિતિ તેમને મજબૂર કરે છે, તેઓ કાં તો પૈસા ઉઘાર લે છે અથવા પોતાની જમીન કે આભૂષણો વેચી દે છે. કેટલાક કિસ્સાઓમાં જ્યારે પરિવારો સારવાર માટેના પૈસાની વ્યવસ્થા કરવા અક્ષમ હોય છે, તેઓ સ્વયંને કે તેની આસપાસના અન્યોને હાનિથી બચાવવા માટે મોટેભાગે દર્દીને બાંધી રાખવા મજબૂર બને છે.

માનવ સંસાધનો

ગુજરાતના સરકારી આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં તાલીમબદ્ધમાનવ સંસાધનો (તબીબો, નર્સો અને નિષ્ણાતો)ની કમી બહુ ગંભીર મુદ્દો છે, ખાસ કરીને આદિવાસી વિસ્તારોમાં. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય મિશન (એનએચએમ) અનુસાર, મંજૂર કરાયેલ તબીબોની 1504 જગ્યાઓ સામે પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર (પીએચસીઓ) ખાતે 615 તબીબો છે. અહીં નિષ્ણાતોનો પણ બહુ અભાવ છે (જેવા કે સર્જનો, પ્રસૂતિવિજ્ઞાનશાસ્ત્રીઓ અને સ્ત્રીરોગવિજ્ઞાનશાસ્ત્રીઓ, ફિઝીશિયનો અને બાળરોગ ચિકિત્સકો). સરકારી ક્ષેત્ર સુવિધાઓમાં જરૂરી 1280 ની સામે ફક્ત 74 નિષ્ણાતો નિયુક્ત થયેલ છે, જે તૃતીયક આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ પ્રદાન કરે છે. વ્યાપક અને કટોકટી સમયની પ્રસૂતિ સંભાળ જેવી મહત્વપૂર્ણ સેવાઓ યોગ્ય રીતે મળતી નથી કારણકે તેમાં અપર્યાપ્ત પ્રમાણમાં પ્રસૂતિવિજ્ઞાનશાસ્ત્રીઓ અને સ્ત્રીરોગવિજ્ઞાનશાસ્ત્રીઓ છે. આરોગ્ય સંભાળ માનવ સંસાધનોની ઉપલબ્ધતામાં છેલ્લા એક દાયકાથી (2005 થી 2015 સુધી) કોઈ સુધારો થયેલ નથી, પરંતુ છેલ્લા દસ વર્ષમાં આ કમી અને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં નિષ્ણાતોની કમીમાં વધારો થયો છે જે 2005 માં 996 હતી, તે વધીને 1206 થઈ ગયેલ છે.

જાહેર ખાનગી ભાગીદારીઓ

ગુજરાતમાં પ્રસૂતિ વિજ્ઞાનશાસ્ત્રીઓ અને સ્ત્રી રોગ વિજ્ઞાનશાસ્ત્રીઓની કમીને સંબોધવા માટેના એક અભિનવ પગલાં રૂપે ગુજરાત સરકારે એક જાહેર ખાનગી ભાગીદારી (પીપીપી) ચિરંજીવી યોજના શરૂ કરી હતી અને

સુરક્ષિત પ્રસૂતિઓ માટે ખાનગી દવાખાનાઓ, નર્સિંગ હોમ્સ તથા હોસ્પિટલો સાથે કરાર કર્યો હતો. યોજનાના મૂલ્યાંકનોએ મિશ્રિત પરિણામો દર્શાવ્યા છે. કેટલાક અધ્યયનો યોજનાના અમલીકરણ બાદ માતૃત્વ અને નવજાત મૃત્યુમાં નોંધપાત્ર ઘટાડો જણાવ્યો હતો. પરંતુ ભારતના કમ્પ્ટ્રોલર અને ઓડિટર જનરલ (સીએજી) ના વાર્ષિક અહેવાલ (2010-11) માં અમલીકરણમાં રહેલ અંતરાલો દર્શાવેલ અને જણાવેલ કે પાંચ વર્ષ જૂની ચિરંજીવી યોજના, તેના ઉદ્દેશ્યોમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ માતૃત્વ મૃત્યુ દર પ્રતિ 1,00,000 જીવંત જન્મ 389 થી પ્રતિ 1,00,000 જીવંત જન્મ 100 સુધી ઘટાડવામાં નિષ્ફળ ગયેલ છે. હાલમાં આ યોજના વ્યવહારિકપણે બેઅસર થયેલ છે કારણકે ખાનગી પ્રદાતાઓને વળતર પેકેજ બહુ ઓછા લાગે છે.

2016 માં, ગુજરાત સરકારે રાજ્યના અંતરિયાળ વિસ્તારોને આધુનિક તબીબી સેવાઓ પ્રદાન કરવા અને આ વિસ્તારોમાં તબીબી વ્યવસાયિકોની તંગીને દૂર કરવા માટે પોતાની આરોગ્ય નીતિ, 2016 જાહેર કરી હતી. આ નીતિ અનિવાર્યપણે ગુજરાતમાં એક જાહેર ખાનગી ભાગીદારી (પીપીપી) પ્રકારે નવા “બ્રાઉનફિલ્ડ” અને “ગ્રીનફિલ્ડ” મેડિકલ કોલેજોની સ્થાપના કરવા પર કેન્દ્રિત હતી. સરકારે ખાનગી કંપનીઓને એક 300 પથારીવાળી “બ્રાઉનફિલ્ડ” હોસ્પિટલ સ્થાપવા માટે સરકારી હોસ્પિટલનું મકાન અને જમીન લીઝ પર આપવાનો પ્રસ્તાવ મૂક્યો હતો. “ગ્રીનફિલ્ડ” મેડિકલ કોલેજો શરૂ કરવા માટે, તેણે ખાનગી કંપનીઓને બજારભાવના 50 ટકાના દરે જમીન આપવા જેવી કેટલીક રાહતો આપવાની તૈયારી બતાવી હતી. આ 2016 નીતિ ગુજરાતમાં આરોગ્ય સંભાળના વ્યવસાયિકીકરણ અને વસ્તુકરણ પ્રત્યેના વલણનો વિસ્તાર હતી. તેના સંસ્થાકીય ફોકસ સાથે, તે એ વાત માટેનું વિઝન અને બ્લૂપ્રિન્ટ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ ગઈ હતી કે તે કેવી રીતે ખરાબ આરોગ્ય સૂચકાંકો સાથેના લોકો અને મીઠાના અગર, જંગલો, રણ તથા દરિયાકિનારા જેવા દૂરસૂદૂરના વિસ્તારોમાં રહેતા લોકો સુધી આરોગ્ય સંભાળ પહોંચાડશે.

આરોગ્યનું વ્યવસાયિકરણ અને વસ્તુકરણ: મેડિકલ ટુરિઝમ

ડિસેમ્બર 2006 માં જાહેર કરાયેલ ગુજરાત સરકારની મેડિકલ ટુરિઝમ નીતિમાં સ્પષ્ટ કરેલ હતું કે સરકાર મુલાકાતી મેડિકલ પ્રવાસીઓ માટે વિશ્વ સ્તરીય સુવિધાઓ પ્રદાન કરવા પ્રત્યે પ્રતિબદ્ધ છે. આ નીતિનું લક્ષ્ય રાજ્યમાં આંતરરાષ્ટ્રીય કક્ષાની સારવાર સુવિધાઓનો

વિકાસ કરવાનું હતું. સરકારે વિદેશી મેડિકલ પ્રવાસીઓને લાભ આપવા માટે વીમા કંપનીઓ સાથે પણ જોડાણ કર્યું હતું.

સમય જતાં, ગુજરાત “ત્રીજા વિશ્વની કિંમતો” પર “પ્રથમ વિશ્વ કક્ષાની સારવારો” પ્રદાન કરતા પુનરૂત્પાદન આરોગ્ય ટુરિઝમનું એક વૈશ્વિક હબ બની ગયું છે. 2013 માં થયેલ એક એસએસઓસીએચએએમ અધ્યયન અનુસાર, ગુજરાત દેશમાં લગભગ 40 ટકા કોન્ટ્રાક્ટ રિસર્ચ ઓર્ગેનાઈઝેશન્સ (સીઆરઓ) માટેનું કેન્દ્ર છે. અને ગુજરાત ભારતમાં લગભગ 600 મિલિયન અમેરિકી ડોલરની કુલ આવકના 15 ટકા હિસ્સાનું યોગદાન આપે છે. આરોગ્યમાં યોગ્ય તકનીકી માટેના કાર્યક્રમ (પીએટીએચ) એચપીવી રસીઓ સંચાલિત કરતો હતો, જે રસીઓથી આંધ્ર પ્રદેશ અને ગુજરાતમાં 24,000 આદિવાસી છોકરીઓમાં સર્વિકલ કેન્સર રોકેલ હોવાનું કહેવાય છે. આ તપાસો અસ્પષ્ટ નીતિ ક્ષેત્રમાં થયેલ હતી કારણકે આ રસીઓ કારગર સાબિત થાય તે પહેલાં આપવામાં આવી હતી અને આશ્રમશાળાઓમાં આદિવાસી છોકરીઓના મૃત્યુ થયાં હતાં⁶.

આરોગ્ય બજેટો

ગુજરાતમાં 2006-07 અને 2018-19 વચ્ચેના આરોગ્ય બજેટોનું એક વિશ્લેષણ આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં રોકાણ કરવાના વલણમાં વધારો દર્શાવે છે પરંતુ તે હજુ પણ ઈચ્છિત માપદંડો કરતાં નીચું છે.

2006-07 માં, આરોગ્ય સંભાળ માટે રોકાણનો હિસ્સો કુલ બજેટના ફક્ત 2.84 ટકા હતો અને રાજ્યના ગ્રોસ સ્ટેટ ડોમેસ્ટિક પ્રોડક્ટ (જીએસડીપી)ના 0.41 ટકા હતો. માં આરોગ્ય સંભાળ માટે બજેટની જોગવાઈઓમાં રાજ્યના કુલ બજેટના 5.23 ટકા જેટલો વધારો કરવામાં આવેલ હોવા છતાં, રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ 2017 ની ભલામણો અનુસાર, 2020 સુધીમાં તે 8 ટકા જેટલો નીચો રહેશે.

તેવી જ રીતે, જીએસડીપીમાં આરોગ્ય સંભાળનો હિસ્સો ડબલ્યુએચઓ દ્વારા ભલામણ કરાયેલ ૫ ટકા થી 0.70 ટકા જેટલો નીચો રહ્યો હતો. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય પ્રોફાઈલ 2018 અનુસાર, 2015-16 માં આરોગ્ય પર ભારતનો માથાદીઠ ખર્ચ રૂ. 1112 હતો. 2015-16 માં ગુજરાતમાં આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ પ્રદાન કરવા માટે સરકારી ડેટા

મુજબ માથાદીઠ ખર્ચ રૂ. 1159 હતો, જે 2016-17 માં થોડો વધીને રૂ. 1185 થયો હતો. 2017-18 માં, આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓના પ્રદાન માટે માથાદીઠ ખર્ચનો સંશોધિત અંદાજ રૂ. 1334 છે અને 2018-19 માટે, માથાદીઠ સૂચિત ખર્ચ રૂ. 1479 છે. ગુજરાતમાં આરોગ્ય પર માથાદીઠ ખર્ચ ઉત્તરપૂર્વના રાજ્યો, જમ્મુ અને કાશ્મીર તથા હિમાચલ પ્રદેશના આરોગ્ય પર માથાદીઠ ખર્ચ કરતાં ઘણો નીચો છે.

નિષ્કર્ષમાં, સરકાર એવા ઉપક્રમો સાથે આગળ આવી છે જે વર્તમાન જાહેર આરોગ્ય સંભાળ પ્રણાલીમાં વૃદ્ધિકરી શકે તેમ છે, તેણે ખાનગી કંપનીઓ માટે રોકાણ કરવા અને રાજ્યની આરોગ્ય પ્રણાલીમાંથી અનુચિતપણે લાભ લેવા માટેના ક્ષેત્રો ખુલ્લા મૂકી દીધા છે. શું ખાનગી કંપનીઓને પ્રોત્સાહન આપવાથી આ ક્ષેત્ર માટે ટકાઉ વિકાસનું વચન ફળીભૂત થઈ શકે? શું આ રાજ્યના આરોગ્ય સૂચકાંકોને બહેતર બનાવવા માટે પર્યાપ્ત થઈ રહેશે? કેટલી સારી રીતે આરોગ્ય પ્રણાલી મીઠાના અગર, જંગલો, રણમાં, દરિયાકિનારે રહેતા લોકો, શહેરી ગરીબ આપ્રવાસીઓને સમાન વિશ્વ કક્ષાની આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાન કરી શકશે? આ કેટલાક એવા સવાલો છે જેના માટે તત્કાલ જવાબો મેળવવા જરૂરી છે.

ઉપરોક્ત વિભાગમાં આપેલ વિશ્લેષણ દર્શાવે છે કે ગુજરાતે તેની આરોગ્ય નીતિઓ અને બજેટને પુનઃઅનુકૂળ બનાવવાની અને આરોગ્ય પરના તેના જાહેર ખર્ચને રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ 2017 દ્વારા ભલામણ કરાયેલ અનુસાર જીએસડીપીના ઓછામાં ઓછા ૨ ટકા સુધી વધારવા માટે પુનઃમૂલ્યાંકિત કરવાની જરૂર છે.

મહિલાઓનું વિકાસ ક્ષેત્ર

ગુજરાત કરતાં ઓછું પ્રત્યક્ષ વિદેશી સીધા રોકાણ (એફડીઆઈ) ધરાવતા અન્ય કેટલાક રાજ્યોની સરખામણીમાં ગુજરાતમાં મહિલાઓની સ્થિતિ દર્શાવે છે કે તે અનેક સૂચકાંકોમાં અત્યંત ખરાબ સ્થિતિમાં છે. કેરળ અને ગુજરાતમાં વિદેશી પ્રત્યક્ષ રોકાણો અને મહિલાઓની સ્થિતિની સરખામણી કરતા એક અધ્યયનમાં જોવા મળે છે કે કેરળમાં મહિલાઓની સ્થિતિ માટેના સૂચકાંકો, નીચા એફડીઆઈ અને નીચા માથાદીઠ શુદ્ધરાજ્ય ઘરેલૂ ઉત્પાદન હોવા છતાં ગુજરાતના સમાન સૂચકાંકોની સરખામણીમાં બહેતર સ્થિતિમાં છે. ગુજરાતમાં 10 વર્ષ બાદ સ્ત્રી સાક્ષરતા અને મહિલાઓનું શિક્ષણ, તેમના રોજગારની ટકાવારી કેરળમાં છે તેના કરતાં ઘણી ઓછી છે, કારણકે તે મહિલાઓ દ્વારા નિર્ણય કરાયેલ છે.

ટેબલ 2.1: કેરળ અને ગુજરાતમાં મહિલાઓના સૂચકાંકો અને કેટલાક મહત્વપૂર્ણ આર્થિક સૂચકાંકો (ટકાવારી)

	કેરળ	ગુજરાત
લગ્ન માટે સરેરાશ ઉંમર (2004)	22.9	20.5
સ્ત્રી સાક્ષરતા દર (2001)	87.7	57.8
તાજેતરમાં વિવાહ કરેલ મહિલાઓ જેઓ સામાન્ય રીતે ઘરેલૂ નિર્ણયોમાં ભાગ લે છે (ટકામાં)	62.5	56.7
મહિલાઓ જેઓએ પતિની હિંસાનો અનુભવ કરેલ છે (ટકામાં)	16.4	27.6
10 કરતાં વધુ વર્ષોનું શિક્ષણ લીધેલ મહિલાઓની ટકાવારી	49	24
કુલ રોજગાર સામે મહિલાઓના રોજગારની ટકાવારી (2003)	39.3	12.7
મંજૂર કરાયેલ કુલ એફડીઆઈમાં હિસ્સાની ટકાવારી (1991-03)	0.53	6.47
માથાદીઠ શુદ્ધ રાજ્ય ઘરેલૂ ઉત્પાદન (એસડીપી) રૂા. માં (2004-05)	27,048	28,355
રાજ્ય ઘરેલૂ ઉત્પાદનની સરેરાશ વાર્ષિક વૃદ્ધિ ની ટકાવારી (1993-94 થી 2003-04)	5	5.7
અકુશળ શ્રમિકો માટે ન્યૂનતમ વેતનની શ્રેણી રૂા. માં (2005)	72-189	50-99

સ્ત્રોત

રાજ્યના પ્રયાસો

મહિલાઓ અને બાળકો પર કેન્દ્રિત સામાજિક ક્ષેત્રના વિકાસ માટેના લક્ષ્યો અને ઉદ્દેશ્યો પ્રાપ્ત કરવા માટે મહિલાઓ અને બાળ વિકાસ વિભાગ (ડીડબલ્યુસીડી) ની સ્થાપના કરવામાં આવી હતી. આ વિભાગ નીતિઓ, સંસ્થાઓ, યોજનાઓ અને કાર્યક્રમો મારફતે ગુજરાત રાજ્યમાં મહિલાઓ અને બાળકોની ચિંતાઓને સંબોધે છે. રાજ્યમાં ડીડબલ્યુસીડીને સોંપવામાં આવેલ મુખ્ય પ્રવૃત્તિઓ મહિલાઓ અને બાળકો માટેના કલ્યાણ કાર્યક્રમો જેવી પ્રવૃત્તિઓ સાથે સંબંધિત છે જેમાં સામેલ છે આહાર પૂરકતા; મહિલાઓનું સશક્તિકરણ; મહિલાઓના સ્વ-સહાય જૂથો; રાજ્યનું મહિલા આયોગ; જેન્ડર રિસોર્સ સેન્ટર (જીઆરસી) અને ગુજરાત મહિલા આર્થિક વિકાસ નિગમની પ્રવૃત્તિઓ તથા દહેજની રોકથામ અને અનૈતિક ટ્રાફિક કૃત્યોની રોકથામ જેવા કાયદાઓનું અમલીકરણ.

ગુજરાત સરકારનો એક ફલેગશિપ કાર્યક્રમ છે રાજ્યભરમાં સ્વ-સહાય જૂથો સાથે મિશન મંગલમ. ગુજરાત આજીવિકા પ્રોત્સાહન કંપની (જીએલપીસી) એ રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ આજીવિકા મિશન (એનઆરએલએમ) ની અમલીકરણ સંસ્થા છે. તે એક સંકલિત ગરીબી નિવારણ દૃષ્ટિકોણ ધરાવે છે અને ઈચ્છિત પરિણામો પ્રદાન કરવા માટે બેન્કો, ઉદ્યોગ ભાગીદારો, સૂક્ષ્મ નાણાંકીય સંસ્થાઓ અને કૌશલ પ્રદાન કરતી સંસ્થાઓ, વગેરે જેવા હિતધારકો માટે એક એકલ સંસાધન મંચ પેદા કરે છે. એવું સૂચિત કરવામાં આવે છે કે હાલમાં સક્રિય 2 લાખ સખી મંડળો / સ્વ-સહાય જૂથો (એસએચજી) માં કાર્યરત લગભગ 24 લાખ મહિલાઓ બેન્ક જોડાણો મારફતે રૂા. 1000 કરોડ જેટલા ભંડોળનું પ્રબંધન કરી રહી છે⁸.

2013-14 માટે વેબસાઈટ પર ઉપલબ્ધ ઓડિટ અહેવાલ વિશાળ ન ખર્ચાયેલ શેષ રકમો દર્શાવે છે. એનઆરએલએમ જેની છત્રછાયા હેઠળ મિશન મંગલમ ચાલી રહ્યું છે, માટેનો 2013 નો ઓડિટ અહેવાલ રૂા. 303, 866,333 ની ઓપનિંગ ગ્રાન્ટ દર્શાવે દર્શાવે છે અને ખર્ચાઓ હેઠળ વિશાળ રકમો દર્શાવતી વર્ષને અંતે ન વપરાયેલી રૂા. 307,708,046 જેટલી રકમ બતાવે છે.⁹

હાથ ધરાયેલ તમામ પ્રવૃત્તિઓનો, જીઆરસી રાજ્યમાં લિંગ સમાનતાને સમર્થન આપવામાં એક શક્તિશાળી ભૂમિકા ભજવે છે. પોલીસ મથકોમાં મહિલાઓના સમર્થન કેન્દ્રો હાથ ધરાયેલ આવો જ એક પ્રશંસનીય ઉપાય છે. જોકે, જીઆરસીની શક્તિને આગળ વિસ્તૃત કરી શકાય તેમ છે જો તેની સંરચનામાં મહિલા યજ્ઞવળ અને મહિલાઓના સંગઠનોના પ્રતિનિધિઓને સામેલ કરવામાં આવે છે, જો તે નારીવાદી કાર્યકરો, સંશોધકો અને શિક્ષાવિદો સાથેના સહયોગમાં સંશોધન કરે છે અને સંશોધનને પ્રકાશિત કરે છે અથવા જાહેરમાં મૂકે છે જેથી મહિલાઓના સંગઠનો તેના તારણોને આધારે પોતાના કાર્યક્રમો ગોઠવી શકે. જોકે, રાજ્યના કુલ બજેટના 2 ટકા કરતાં ઓછી રકમ ડીડબલ્યુસીડીની પ્રવૃત્તિઓ માટે ખર્ચવામાં આવે છે, જેના પર મહિલાઓના સશક્તિકરણની મુખ્ય જવાબદારી રહેલ છે. બજેટરી ફાળવણીઓનું એક અસમર્થિત વિશ્લેષણ પ્રગટ કરે છે કે વાસ્તવમાં 90 ટકા કરતાં વધુનો ખર્ચ સંકલિત બાળ વિકાસ યોજના (આઈસીડીએસ) પર થાય છે અને 10 ટકા કરતાં ઓછો હિસ્સો મહિલાઓ સામેની હિંસા સહિતના સામાજિક સુરક્ષા તથા કલ્યાણના મુદ્દાઓને સંબોધવા માટે વપરાય છે. વધુમાં, બજેટરી ફાળવણી છેલ્લા ચાર વર્ષોમાં ઘટતી રહી છે. મહિલાઓની સામાજિક સુરક્ષા અને કલ્યાણ માટેની કુલ ખર્ચ-જોગવાઈમાંથી,

મોટાભાગની રકમ વિધવાઓના પેન્શન માટે જાય છે, મહિલાઓની સુરક્ષા વધારવા અને મહિલાઓ સામેની હિંસાને સંબોધવા માટે બહુ ઓછી રકમ બાકી રહે છે. 2018-19 માટે રાજ્યની કુલ બજેટ ખર્ચ-જોગવાઈ રૂ. 183,666 કરોડ છે. આમાંથી મહિલાઓના કલ્યાણ, સામાજિક સુરક્ષા, સશક્તિકરણ, આર્થિક વિકાસ માટે કુલ બજેટરી ખર્ચ-જોગવાઈ રૂ. 62303 કરોડ છે જેમાં વર્ગ A અને B ની યોજનાઓનો સમાવેશ થાય છે જે મહિલાઓ અને પુરૂષો બંને માટે લાભદાયી છે. મહિલાઓ વિશિષ્ટયોજનાઓ માટે ફક્ત રૂ. 4568 કરોડ ફાળવવામાં આવ્યા છે જે ટકાવારીની ભાષામાં 2.48 ટકા છે. લિંગ બજેટનું એક વિશ્લેષણ દર્શાવે છે કે 2017-18 માટે મહિલાઓ સામેની હિંસા માટે સંભવિત ખર્ચ રૂ. 54.42 કરોડ હતો અને 2018-19 માટે સૂચિત જોગવાઈ રૂ. 48.73 કરોડ છે, જે રૂ. 6 કરોડથી વધુનો ઘટાડો દર્શાવે છે. રૂ. કરોડનો વીએડબલ્યુ માટેની આ બજેટરી ખર્ચ-જોગવાઈ રૂ. 4568 કરોડના મહિલાઓ વિશિષ્ટ લિંગ પ્રતિભાવ બજેટના ફક્ત 1.06 ટકા છે જે દર્શાવે છે કે વર્તમાન પિતૃપ્રધાન સામાજિક સંરચનામાં મહિલાઓની નબળાઈઓને સંબોધવા માટે કેટલી ઓછી પ્રાથમિકતા આપવામાં આવે છે¹⁰.

ટેબલ 2.2: મહિલાઓ અને બાળ વિકાસ વિભાગના બજેટનો સારાંશ (આંકડાઓ રૂપિયા-કરોડમાં છે)

ક્રમ સં.	વિગતો	૨૦૧૮-૧૯	૨૦૧૭-૧૮	૨૦૧૬-૧૭	૨૦૧૫-૧૬
1	ડબલ્યુસીડીનું કુલ બજેટ	2349.51	2056.95	1952.61	1875.52
2	રાજ્યનું કુલ બજેટ	183666	172179	151851	139139
3	રાજ્યના કુલ બજેટના ડબલ્યુસીડી બજેટના ટકા	1.27 ટકા	1.19 ટકા	1.29 ટકા	1.35 ટકા
4	ડબલ્યુસીડીમાં મહિલાઓની સામાજિક સુરક્ષા અને કલ્યાણ માટે કુલ બજેટ જોગવાઈ	232.24	216	180	183.08
(4 - ઉપરોક્ત) માંથી, વિધવા પેન્શન માટે બજેટરી ખર્ચ-જોગવાઈ નીચે આપેલ છે.					
	વિધવા પેન્શન	125.6	120.62	118.32	114.13

સ્ત્રોત: જેન્ડર બજેટ સ્ટેટમેન્ટ, 2018-19, ગુજરાત રાજ્ય, પાથેય બજેટ સેન્ટર દ્વારા સંકલિત¹⁰

સમાપનમાં, ઘરેલૂ હિંસા, સામાજિક સુરક્ષા, બળાત્કારના કિસ્સામાં સહાયતા, અને સશક્તિકરણ જેવા મહિલાઓના મુદ્દાઓ સંબોધવા માટેનું બજેટ બહુ ઓછી નાણાકીય ખર્ચ-જોગવાઈ મેળવે છે, બજેટની ખર્ચ-જોગવાઈનો મોટો ભાગ વિધવાઓને પેન્શન પ્રદાન કરવા માટે નિર્ધારિત કરાયેલ છે, જેઓ કેટલીક આર્થિક શરતો પરિપૂર્ણ કરે છે, મહિલાઓ દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા સમકાલીન મુદ્દાઓ જેવાકે ન્યાય, ઘરેલૂ હિંસાના પીડિતો માટે પુનર્વસવાટ ને યોગ્ય રીતે ધ્યાનમાં લેવામાં આવતા નથી, બજેટની ખર્ચ-જોગવાઈ બહુ મામૂલી છે, જે અન્યો રાજ્યોની જેમ અલગ બજેટ શીર્ષક હેઠળ દર્શાવવામાં આવતા નથી.

મહિલાઓની નબળાઈઓ અને તેમના દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા પડકારોને જોતાં, ગુજરાતમાં નીતિ પર્યાવરણમાં પરિવર્તનની અને અસમાનતાઓને સંબોધવાની જરૂર છે. બજેટમાં વૃદ્ધિકરવામાં આવવી જોઈએ અને યોગ્ય રીતે ખર્ચ કરવામાં આવવો જોઈએ. જેન્ડર રિસોર્સ સેન્ટર અને મહિલાઓના અભ્યાસ કેન્દ્રોને

રાજ્ય સરકાર દ્વારા સમર્થન આપવાની જરૂર છે જેથી રાજ્યમાં વિભિન્ન ક્ષેત્રો અને સ્તરો પર લિંગ સમાનતા લાવવા માટેનો એક ક્રાંતિકારી કાર્યક્રમ આગળ ધપાવી શકાય.

સક્સેના એટ અલ દ્વારા નિષ્કર્ષ કઢાયા અનુસાર, “ગુજરાતે ઝડપી વિકાસનો અનુભવ કરેલ છે અને તે ભારતમાં સૌથી વધુ ધનવાન રાજ્યોમાંનું એક છે તથા તે એકંદર આરોગ્ય સ્થિતિમાં સુધારો પણ દર્શાવી રહ્યું છે. જોકે, સામાન્ય જનતાના આરોગ્યમાં સુધારાઓ સમાજમાં ગેરલાભની નાબૂદી કરતા નથી. ન્યાયસંગત રીતે એમડીજી હેઠળ ઈચ્છિત લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા માટે, આવી આરોગ્ય અસમાનતાઓ ઘટાડવા માટે રાજ્ય દ્વારા અમલી બનાવાયેલ મૌજૂદા નીતિઓની તાત્કાલિક ધોરણે સમીક્ષા થવી બહુ જરૂરી છે. વધુમાં, ગુજરાત રાજ્યએ સમાનતાની દેખરેખ રાખવા માટેની પ્રણાલીઓ પણ બનાવવી જોઈએ. ગરીબોમાં આરોગ્ય વંચિતતાના મૂલ્યાંકન પ્રત્યે વધુ ધ્યાન આપવામાં આવવું જોઈએ.”

વિભાગ 3

માતૃત્વ આરોગ્ય

આ વિભાગ એસડીજી3 - સ્વસ્થ જીવન સુનિશ્ચિત કરવાં અને તમામ ઉંમરે તમામ માટેના કલ્યાણને પ્રોત્સાહન આપવું, વિશે વાત કરે છે. આ એસડીજીઓ માટે અનેક આરોગ્ય લક્ષ્યાંકો અને સૂચકાંકો છે (પરિશિષ્ટ જુઓ). આ વિભાગ પ્રતિ 100,000 જીવંત જન્મ 70 કરતાં ઓછો એમએમઆર કરવા વિશેના સૂચકાંક 3.1 અને વર્ષ 2030 સુધીમાં, જાતીય અને પ્રજનન આરોગ્ય (એસઆરએચ) સેવાઓ માટેની સાર્વત્રિક પહોંચ સુનિશ્ચિત કરતા સૂચકાંક 3.7 પર કેન્દ્રિત છે.

રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ, 2017 જણાવે છે કે ભારત માટે 2020 સુધીમાં માતૃત્વ મૃત્યુ દર (એમએમઆર) 100 સુધી ઘટાડવાનું અને પ્રસૂતિ પૂર્વેની સંભાળનું કવરેજ 90 ટકા સુધી વધારવાનું તથા 2025 સુધીમાં કુશળ જન્મ સહાયતા 90 ટકા કરતાં વધુ કરવાનું લક્ષ્ય છે. આ લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા માટે, ભારતે એક રોડમેપ વિકસાવ્યો છે - “ઈન્ડિયા ન્યૂ-બોર્ન એક્શન પ્લાન”¹.

માતૃત્વ મૃત્યુ દર

એસઆરએસ ડેટા અનુસાર ગુજરાતનો એમએમઆર 2010-12 ના 122 થી ઘટીને 2014-16 માં 91 થયો હતો. આ વલણને જોતાં, 2030 સુધીમાં એસડીજી લક્ષ્યાંક 3.1 નો એમએમઆર 70 સુધી ઘટી શકવાની શક્યતા રહેલી છે.

ટેબલ 3.1: એસઆરએસ ડેટા પર આધારિત એમએમઆર

	2010-12	2011-13	2014-16
એમએમઆર	122	112	91

સોર્સ: નમૂના નોંધણી સર્વેક્ષણો

ગુજરાતમાં એમએમઆરમાં થઈ રહેલો ઘટાડો વાસ્તવમાં ઉજવણીનું કારણ છે તેમ છતાં, એ તપાસવાની જરૂર છે કે એ મહિલાઓ કોણ છે જે મરી રહી છે અને શા માટે મરી રહી છે? માતૃત્વ મૃત્યુઓને આરોગ્ય અસમાનતાઓની દૃષ્ટિથી જોવામાં આવવા જોઈએ અને દરેક નિવારી શકાય તેવા માતૃત્વ મૃત્યુને મહિલાના જીવવાના અધિકારના ઉલ્લંઘન

તરીકે જોવામાં આવવું જોઈએ. દક્ષિણ ગુજરાતમાં માતૃત્વ મૃત્યુઓ પર આધારિત સુવિધાના એક વિશ્લેષણમાં, પટેલ એટ અલ ને જાણવા મળેલ કે મોટાભાગના માતૃત્વ મૃત્યુ ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં થયાં હતાં, એવા દર્દીઓમાં જે નિરક્ષર હતા અને / અથવા સમાજના નીચલા સામાજિકઆર્થિક સ્તરમાંથી આવતા હતા. ભારત સરકારે 2010 થી માતૃત્વ મૃત્યુ સમીક્ષાઓનો આદેશ આપેલ છે. ગુજરાત સરકાર તે હાથ તો ધરે છે પરંતુ કાં તો તેના પર ચર્ચા કરતી નથી અથવા અહેવાલોને નિયમિતપણે પ્રકાશિત કરતી નથી⁴.

માતૃત્વ સંબંધી બીમારીઓ

ગર્ભાવસ્થા સાથે સંકળાયેલ બીમારીઓને સામાન્ય રીતે માતૃત્વ મૃત્યુ એજન્ડા માટે ગણતરીમાં લેવામાં આવતી નથી અને તે એમાંથી અદૃશ્ય રહે છે. ટ્રેક કરવાયોગ્ય એક મહત્વપૂર્ણ ઘટક છે “નિયર મિસિસ” જ્યાં મહિલાઓની ગર્ભાવસ્થા મૃત્યુમાં તો પરિણમતી નથી પરંતુ તેણી અનેક આરોગ્ય સંબંધી જટિલતાઓ અને કટોકટીઓમાંથી પસાર થાય છે તથા તેણીને એક માતૃત્વ મૃત્યુ આંકડો બનવાથી “બચાવી લેવામાં” આવે છે. નિયર મિસિસનું પરિણામ લાંબા સમયની ગંભીર બીમારીઓમાં આવી શકે છે. નિયર મિસિસના કારણો પર ધ્યાન આપવું અને માતૃત્વ મૃત્યુ રોકતી કાર્યવાહીઓ તથા હસ્તક્ષેપો વિશે શીખવું એ કાર્યક્રમ વિષયક સુધારાઓ માટે યોગદાન આપે છે.

માતૃત્વ આરોગ્ય સેવાઓ

ગુજરાત એનએફએચએસ-4 ડેટા અનુસાર, 71 ટકા માતાઓએ ચાર કે વધુ પ્રસૂતિ પૂર્વે સંભાળ (એએનસી) મુલાકાતો લીધેલ હતી, 76 ટકાએ લોહ અને ફોલિક એસિડ (આઈએફએ) પૂરકો પ્રાપ્ત કરેલ, પરંતુ ફક્ત 37 ટકાએ તે ભલામણ કરાયેલ 100 કે વધુ દિવસો સુધી લીધી હતી તથા ફક્ત 30.7 ટકા માટે “સંપૂર્ણ” એએનસીની પ્રાપ્તિ થયેલ જાણવા મળી હતી. આમાંથી મોટાભાગની માતાઓ (88.2 ટકા) ની પ્રસૂતિ સંસ્થાગત હતી અને 63 ટકા માતાઓએ કલાકની અંદર પ્રસૂતિ બાદની સંભાળ પ્રાપ્ત કરી હતી. સિઝેરિયન સેક્શન, સર્જરીનો ડર, અનાદરયુક્ત વ્યવહાર

અને આરોગ્ય સુવિધા ખાતે અપરિચિત પર્યાવરણ માતાઓને ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન ભલામણ કરાયેલ સંભાળ માંગવાથી રોકે છે.

એનએફએચએસ ડેટા અનુસાર લગભગ 18.4 ટકા પ્રસૂતિઓ સિઝેરિયન સેક્શન દ્વારા થઈ હતી. સિઝેરિયન સેક્શન કટોકટી પ્રસૂતિ સંભાળનો એક અનિવાર્ય ભાગ છે અને માત્ર ત્યારે જ માતા અને નવજાતના જીવન બચાવવામાં અસરકારક છે જ્યારે તેમના માટે તબીબી રીતે સૂચિત કારણો માટે જરૂરી છે. વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા જણાવે

છે કે જનસંખ્યા સ્તરે સિઝેરિયન સેક્શનનો આદર્શ દર 10 અને 15 ટકા વચ્ચે છે, ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં ફક્ત 5.5 ટકા સિઝેરિયન સેક્શન જાહેર સુવિધાઓમાં હતાં અને 20 ટકા ખાનગી ક્ષેત્રમાં જે એક પૂરી ન થયેલ જરૂરિયાત સૂચવે છે જે ખાનગી ક્ષેત્ર હાલમાં પરિપૂર્ણ કરવા સક્ષમ નથી. ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં સિઝેરિયન સેક્શન પ્રદાન કરવા માટે જાહેર સુવિધાઓને મજબૂત બનાવવાની જરૂર છે જેથી ખાનગી ક્ષેત્ર દ્વારા થતું શોષણ અને પૈસા બનાવવાની વૃત્તિને રોકી શકાય.

ટેબલ 3.2: માતૃત્વ અને પ્રસૂતિ સંભાળના કેટલાક સૂચકાંકો

સૂચકાંકો	એનએફએચએસ-3 એસ-3 કુલ (ટકા)	એનએફએચએસ-4 એસ-4 કુલ (ટકા)	ગ્રામ્ય (ટકા)	શહેરી (ટકા)	ભારત કુલ (ટકા)
સંપૂર્ણ એએનસી	20.7	30.7	24	39.6	21
ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન ચાર એએનસી	50.5	70.6	63.2	80.5	51.2
સંસ્થાગત પ્રસૂતિ	52.7	88.7	85.5	93.4	78.9
48 કલાક દરમિયાન પીએનસી	51.8	63.4	60.3	67.5	62.4
સી - સેક્શન	8.9	18.4	12	27.8	17.2
સી - સેક્શન (જાહેર આરોગ્ય સુવિધા)	13.8	10.8	5.5	20.4	11.9
સી - સેક્શન (ખાનગી આરોગ્ય સુવિધા)	18	26.6	20.1	33.9	40.9

સ્ત્રોત: ગુજરાત એનએફએચએસ-45 અને એનએફએચએસ-3⁶

રાજ્યમાં માતૃત્વ સંભાળ કવરેજ નોંધપાત્ર રીતે રાષ્ટ્રીય કવરેજ કરતાં બહેતર હતું. પરંતુ તેમાં શહેરી-ગ્રામ્ય અસમાનતાઓ હતી. ગ્રામ્ય મહિલાઓની સરખામણીમાં વધુ શહેરી મહિલાઓને માતૃત્વ સંભાળ સેવાઓ અને સિઝેરિયન સેક્શન પ્રાપ્ત થવાની સંભાવના હતી. પુરૂષોની સામેલગીરીના સંબંધમાં, શહેરી વિસ્તારોમાં 75 ટકા અને ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં 70 ટકા પુરૂષો પત્ની દ્વારા પ્રાપ્ત કમ સે કમ એક પ્રસૂતિ પૂર્વેની તપાસ દરમિયાન હાજર હતા અને તેમાંથી 37 થી 58 ટકાને વિશિષ્ટ ગર્ભાવસ્થા જટિલતાઓ વિશે કહેવામાં આવ્યું હતું⁶.

માતાઓના લગભગ ત્રણ ચતુર્થાંશમાં, માતૃત્વ સંભાળ કુશળ સેવા પ્રદાતાઓ દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવી હતી, ખાસ કરીને 34 વર્ષની ઉંમરથી નાની વયની માતાઓમાં, શહેરી વિસ્તારો અને / અથવા એસસી, એસટી અથવા ઓબીસી માતાઓમાંથી.

સેવાઓની ગુણવત્તા: માતૃત્વ આરોગ્ય સંભાળ ઉપયોગ

પરના ડેટા દર્શાવે છે કે સુવિધા આધારિત પ્રસૂતિઓ વધી રહી છે, કારણકે સેવાઓની ગુણવત્તા સેવાના ઉપયોગને અસર કરવા માટે જાણીતી છે, હવે ધ્યાન સુવિધાઓ અને આઉટરીચ કાર્યક્રમ બંનેમાં માતૃત્વ આરોગ્ય સંભાળની ગુણવત્તાની દેખરેખ રાખવા IO કેન્દ્રિત થયું છે. આશા કાર્યકરો અને એએનએમ જેવા આગલી હરોળના કાર્યકરો દ્વારા ઉચ્ચ જોખમના લક્ષણોની ઓળખ અને અલ્ટ્રા સાઉન્ડનો તર્કસંગત ઉપયોગ વિચારણા માટેના મહત્વપૂર્ણ મુદ્દાઓ છે. વળી, જ્યારે માન્ય ઓપરેટિંગ પ્રક્રિયાઓ સંભાળની તકનીકી ગુણવત્તા સુનિશ્ચિત કરે છે, એવા સવાલો પણ છે કે શું આ સેવાઓ આદરયુક્ત માતૃત્વ સંભાળ માટેના તમામ સૂચકાંકો સમેત મહિલાઓના દૃષ્ટિકોણનો સમાવેશ કરે છે કે કેમ.

પટેલ એટ એલ (2012) દ્વારા એક અધ્યયનમાં યોગ્ય માતૃત્વ આરોગ્ય સેવાઓની કમી ઉજાગર થઈ હતી જેનું પરિણામ એએનસી અને પીએનસી સેવાઓના ખરાબ ઉપયોગમાં આવ્યું હતું તથા શિશુઓના મૃત્યુ સુધી લઈ ગયું હતું.

ટેબલ 3.3: Gujarat data on source of receiving ANC services (NFHS-4)⁶

પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા	તબીબ	એએનએમ/ નર્સ/ મિડવાઈફ/ એલએચવી	દાઈ (ટીબીએ)	સામુદાયિક/ ગ્રામ્ય આરોગ્ય કાર્યકર	આંગણવાડી/ આઈસીડીસી કાર્યકર	આશા	કોઊ નહીં	એક કુશળ પ્રદાતા પાસેથી એએનસી પ્રાપ્ત કરે છે*
જન્મ આપતી સમયે માતાની ઉંમર								
<૨૦	૬૬.૫	૧૧.૮	૦.૬	૦.૪	૩.૦	૧.૮	૧૫.૭	૭૮.૪
૨૦-૩૪	૭૧.૮	૮.૧	૦.૪	૦.૧	૩.૪	૨.૦	૧૩.૧	૮૧.૦
૩૫-૪૯	૬૩.૨	૧૦.૨	૦.૮	૦.૦	૨.૪	૧.૫	૨૧.૮	૭૩.૪
નિવાસ								
શહેરી	૮૨.૫	૫.૮	૦.૨	૦.૧	૧.૪	૦.૩	૮.૮	૮૮.૨
ગ્રામ્ય	૬૨.૫	૧૨.૨	૦.૫	૦.૧	૪.૭	૩.૩	૧૬.૬	૭૪.૭
વર્ણ/જાતિ								
એસસી	૬૮.૨	૧૦.૧	૧.૧	૦.૦	૩.૫	૨.૫	૧૪.૬	૭૮.૪
એસટી	૫૩.૭	૧૩.૪	૧.૪	૦.૩	૬.૦	૪.૬	૨૦.૭	૬૭.૧
ઓબીસી	૭૨.૦	૧૦.૦	૦.૧	૦.૦	૩.૬	૧.૭	૧૨.૫	૮૨.૧

એસસી - અનુસૂચિત જાતિ એસટી - અનુસૂચિત જનજાતિઓબીસી - અન્ય પછાત વર્ગ

*આમાં તબીબો અને નર્સો/ એલએચવી/ મિડવાઈફ પાસેથી એએનસી પ્રાપ્ત કરતી મહિલાઓની સંયુક્ત ટકાવારી સામેલ છે

અધ્યયનમાં ફક્ત 29 ટકા માતાઓને “સંપૂર્ણ” એએનસી પ્રાપ્ત થયેલ અને 60 ટકાની પ્રસૂતિ ઘરે તાલીમ વિનાના કર્મીઓ દ્વારા કરવામાં આવી હતી. એક પણ પ્રસૂતિ પીએચસીઓ અથવા તેના પેટા કેન્દ્રો ખાતે થઈ ન હતી, અને 25 વર્તમાન કિસ્સાઓમાં, ખરાબ કોઈ સંભાળ જોવા મળી હતી⁷.

માતૃત્વ આરોગ્યમાં અસમાનતાઓ: સક્સેના એટ એલ એ તેમના પેપરમાં જણાવ્યું હતું કે “ગુજરાત ભારતમાં સૌથી વધુ આર્થિકપણે વિકસિત રાજ્યોમાંનું એક હોવા છતાં માતૃત્વ આરોગ્ય સંભાળ ઉપયોગમાં અસમાનતાઓ ચાલુ છે.” આ પેપરમાં “વર્ણ સમૂહ, સંપત્તિ અને શિક્ષણ જેવા સંરચનાત્મક નિર્ધારકોને ત્રણ પ્રસૂતિ પૂર્વે (એએનસી) ની મુલાકાતો, સંસ્થાગત પ્રસૂતિઓ અને પરિવાર નિયંત્રણની કોઈપણ આધુનિક પદ્ધતિના ઉપયોગના નોંધપાત્ર નિર્ધારકો તરીકે” સ્પષ્ટ કર્યા હતા⁸.

એનએફએચએસ-4 ડેટાએ દર્શાવેલ કે શહેરી વિસ્તારોમાં સેવાઓનું કવરેજ વધુ હોવા છતાં, ગ્રામ્ય વિસ્તારોની માતાઓ અને અનુસૂચિત જનજાતિની માતાઓને શહેરી વિસ્તારોની અને અન્ય કોઈ

વર્ણ/જનજાતિની માતાની સરખામણીમાં જેએસવાય હેઠળ નાણાંકીય સહાયતા મળવાની સંભાવના વધુ હતી.

ભીમાણી એટ એલ (2016) ના એક અધ્યયનમાં ગુજરાતના સુરેન્દ્રનગર જિલ્લાના ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં ઉપયોગ ખરાબ હોવાનું જાણવા મળ્યું હતું જે અધ્યયનમાં સેવાઓના ઉપયોગને પ્રભાવિત કરતા વર્ણ, મહિલાઓની સાક્ષરતા, પતિની સાક્ષરતા, મહિલાઓનો વ્યવસાય, સામાજિક-આર્થિક વર્ગ અને મહિલાઓની સમાનતા જેવા અનેક નોંધપાત્ર સામાજિક સાંસ્કૃતિક અવરોધો સ્પષ્ટપણે જણાવવામાં આવ્યા હતા⁹.

સુરક્ષિત ગર્ભપાત સેવાઓ

રાજ્યમાં ગર્ભપાત પર કોઈ વર્તમાન અધ્યયનો નથી. ગુજરાત ગર્ભપાત ઘટના અને અનિયંત્રિત ગર્ભવિસ્થાઓ પરના લેન્સેટ 2018 અધ્યયનમાં સામેલ કરાયેલ છ રાજ્યોમાંનું એક હતું. આ અધ્યયનમાં અંદાજ બાંધવામાં આવેલ કે રાષ્ટ્રીય સ્તરે, ગર્ભપાતનો દર 1549 વર્ષની વયજૂથની દર મહિલાઓમાં 47 ગર્ભપાતોનો હતો. (422521) આરોગ્ય સુવિધાઓમાં લગભગ 34 મિલિયન ગર્ભપાતો (22 ટકા) જોવા મળ્યા હતા, 115 મિલિયન (73 ટકા) ગર્ભપાતો આરોગ્ય સુવિધાઓની બહાર કરવામાં આવેલ દવાથી થતા ગર્ભપાતો

હતા, અને 08 મિલિયન (5ટકા) આરોગ્ય સુવિધાઓની બહાર દવાથી થતા ગર્ભપાતો સિવાયની પદ્ધતિઓનો ઉપયોગ કરીને કરવામાં આવ્યા હતા^{10,11}.

આ તારણો છ રાજ્યોના સંયુક્ત ડેટા પર આધારિત છે. કમનસીબે ગુજરાત રાજ્ય માટેનો ડેટા જે આપણને આ પરિસ્થિતિ સમજવામાં મદદ કરી શકે તેમ છે હજુ પણ ઉપલબ્ધ નથી. વડોદરાની વસ્તીઓમાં (સ્લમ્સ) કરવામાં આવેલ એક નાના માત્રાત્મક અધ્યયનમાં જોવા મળ્યું હતું કે મોટાભાગની મહિલાઓ હજુ પણ માને છે કે ગર્ભપાત ગેરકાયદેસર છે¹². જ્યારે “ગર્ભપાત માટેની ગોળીઓ” પસંદગીની પદ્ધતિ છે, તે સરકારી હોસ્પિટલો મારફતે પ્રદાન કરવામાં આવતી નથી. તેથી મહિલાઓ ખાનગી ક્ષેત્રના પ્રદાતાઓ પાસે જાય છે જેઓ તેમને ગર્ભપાત માટે કેટલાક પ્રકારની ગોળીઓ આપે છે

રાજ્યમાં કિશોર-કિશોરીઓના અધિકારો પર કાર્ય કરતા જેએસએ સભ્યો યુવા છોકરીઓની ગર્ભપાત જરૂરિયાતો અને અસુરક્ષિત ગર્ભપાતો વિશે સૂચિત કરે છે જે તેઓ કલંક અને સેવાઓ વિશેની જાણકારી ન હોવાને કારણે અપનાવે છે. આ અનુભવો સૂચવે છે કે રાજ્યમાં સુરક્ષિત અને ગોપનીય સેવા જોગવાઈ ડેટા પ્રદાન કરવા માટેના ડેટાની જરૂરિયાતો અને ઉપયોગ અનિવાર્ય છે.

પરિવાર નિયોજન સેવાઓ

એનએફએચએસ-4 ડેટા દર્શાવે છે કે પરિવાર નિયોજન વિશેની જાગૃતિ લગભગ સાર્વત્રિક હતી, સમય જતાં પાત્ર દંપતીઓના વસ્તીવિષયક, આર્થિક અને સામાજિક સમૂહોમાં પરિવાર નિયોજન પદ્ધતિઓના ઉપયોગમાં ઘટાડો થયો હતો.

ટેબલ 3.4: પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા દ્વારા ગર્ભનિરોધકનો વર્તમાન ઉપયોગ

એનએફએચએસ-4 એનએફએચએસ-3

પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા	કોઈપણ પદ્ધતિ	કોઈપણ પદ્ધતિ
ઉંમર		
15-19	13.7	13.0
20-24	21.8	39.5
25-29	38.3	65.8
30-39	54.2	80.3
40-49	59.4	77.9
નિવાસ		
શહેરી	47.1	67.6
ગ્રામ્ય	46.7	65.9
શાળાકીય અભ્યાસ		
કોઈ શાળાકીય અભ્યાસ નહીં	52.1	67.1
<5 વર્ષ પૂર્ણ	53.9	65.2
5-9 વર્ષ પૂર્ણ	44.7	65.8
10-11 વર્ષ પૂર્ણ	43.5	67.6
ધર્મ		
હિન્દુ	47.4	67.0
મુસ્લિમ	40.5	60.9
વર્ણ/જાતિ		
અનુસૂચિત જાતિ	47.0	64.1
અનુસૂચિત જનજાતિ	48.1	61.7
અન્ય પદ્ધતિ વર્ગ	47.3	69.0

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4⁵, એનએફએચએસ-3⁶

ખાસ કરીને અંતર રાખવાની પદ્ધતિઓ માટેની અપૂર્ણ જરૂરિયાતમાં અનુરૂપ વૃદ્ધિહતી. આ વિશે વિશેષપણે 30 વર્ષની ઉંમરથી નાની ઉંમરની મહિલાઓમાં વધુ સ્પષ્ટપણે જોવા મળ્યું હતું. મહિલાઓ તેમની આગામી ગર્ભાવસ્થા વચ્ચે અંતર રાખવા માગતી હતી પરંતુ કાંતો આ સેવાઓ સુધીની પહોંચ ધરાવતી ન હતી અથવા લિંગ સંબંધો અને સાંસ્કૃતિક માન્યતાઓ આ સેવાઓ સુધી પહોંચવામાં

અવરોધરૂપ હતાં. વડોદરામાં થયેલ માત્રાત્મક અધ્યયનના તારણો પરિવાર નિયોજન પદ્ધતિઓના ખરાબ ઉપયોગને સમર્થન આપતાં હતાં. અધ્યયનમાં ઈન્ટરવ્યૂ લેવાયેલ લગભગ એક-પંચમાંશ મહિલાઓએ તેમના ઉપયોગને સંબંધિત ગર્ભનિરોધક અંગેના નિર્ણયો લેવામાં અસહાયતા વ્યક્ત કરી હતી.

ટેબલ 3.5: તાજેતરમાં વિવાહ કરેલ મહિલાઓમાં પરિવાર નિયોજન માટેની જરૂરિયાતો અને માંગ

પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા	એનએફએચએસ-૪				એનએફએચએસ -૩			
	પરિવાર નિયોજન માટેની અપૂર્ણ જરૂરિયાત				પરિવાર નિયોજન માટેની અપૂર્ણ જરૂરિયાત			
	અંતર રાખવા માટે	મર્યાદા માટે	કુલ	સંતોષાયેલ માંગની ટકાવારી	અંતર રાખવા માટે	મર્યાદા માટે	કુલ	સંતોષાયેલ માંગની ટકાવારી
ઉંમર								
15-19	27.4	5.1	32.5	29.7	19.9	2.3	22.2	36.9
20-24	20.1	10.7	30.8	41.4	12.6	4.1	16.7	70.3
25-29	10.9	16.4	27.3	58.4	4	7.3	11.4	85.3
30-39	3.8	14.3	18.1	73.6	1.7	4.5	6.2	92.7
40-49	1	8.6	9.6	85.8	0.6	2.8	3.5	96
નિવાસ								
શહેરી	6.4	12.2	18.6	71.6	3.9	4.4	8.2	89.1
ગ્રામ્ય	6.8	8.8	15.6	74.9	4.6	3.2	7.9	89.3
શાળાકીય અભ્યાસ								
કોઈ શાળાકીય અભ્યાસ નહીં	3.5	8	11.4	82	3.2	3.9	7.1	90.4
<5 વર્ષ પૂર્ણ	3.9	7.8	11.7	82.2	5.3	4.9	10.2	86.4
5-9 વર્ષ પૂર્ણ	8	10.9	18.9	70.3	6.1	3	9.1	87.8
10-11 વર્ષ પૂર્ણ	7.7	10.9	18.6	70.1	3	3.9	7	90.6
ધર્મ								
હિન્દુ	6.5	10.3	16.7	73.9	4.3	3.5	7.8	89.6
મુસ્લિમ	9	10.7	19.7	67.3	4.8	6	10.8	84.9
વર્ણ/જાતિ								
અનુસૂચિત જાતિ	6.9	10	16.9	73.6	5.6	4.5	10	86.5
અનુસૂચિત જનજાતિ	6.2	9.2	15.3	75.8	5.9	3.8	9.8	86.3
અન્ય પછાત વર્ગ	7	10.2	17.2	73.3	4.4	3.5	7.9	89.4
અન્ય	૬.૧	૧૦.૭	૧૬.૮	૭૩.૫	૩.૨	૩.૬	૬.૮	૮૦.૮

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4^૬, એનએફએચએસ-3^૬

રજૂ કરાયેલ ડેટાની એક ખામી એ છે કે એનએફએચએસ અને નિયમિત રાજ્ય એચએમઆઈએસ બંનેમાં ફક્ત વિવાહિત દંપતીઓને આવરવામાં આવેલ છે. તેથી અવિવાહિતોની જરૂરિયાત તરીકે અંદાજેલી પદ્ધતિઓ માટેની અપૂર્ણ જરૂરિયાતનો સમાવેશ કરાયો નથી. શબ્દ “પરિવાર નિયોજન” પોતે જ નિયંત્રક છે કારણકે તે એ બધાને બહાર રાખે છે જેઓ પાત્ર દંપતી રજીસ્ટરમાં નથી, જેમના માટે ગર્ભનિરોધકનો ઉપયોગ એકલા પુરૂષો અને એકલી મહિલાઓ તેમજ વિધવાઓ અને છૂટાછેડા લીધેલ વ્યક્તિઓ માટે એક નિષેધ જેવો હશે. “ગર્ભનિરોધક ઉપયોગ” જેવા તટસ્થ શબ્દનો ઉપયોગ અને પ્રજનનક્ષમ વય જૂથમાં આવતા તમામ પુરૂષો અને સ્ત્રીઓ પાસેથી મેળવેલ ડેટાનું એકત્રીકરણ કદાચ લોકોમાં જરૂરિયાત અને ઉપયોગનું વધુ વાસ્તવિક પ્રતિબિંબ હશે.

સમુદાયની કાર્યવાહી અને સામાજિક ઉત્તરદાયિત્વ

જ્યોર્જ એટ એલ (2018) દ્વારા પ્રકાશિત એક તાજેતરના પેપર અનુસાર આરોગ્ય માટે સામુદાયિક ભાગીદારી અને કાર્યવાહીને મજબૂત બનાવવાના નાગરિક સમાજના પ્રયાસો ગુજરાતમાં વિશેષપણે મહત્વપૂર્ણ છે, એ હકીકત જોતાં કે રાજ્ય પાસે સંસાધનો અને ક્ષમતા છે, પરંતુ તે એ સુનિશ્ચિત કરવામાં પડકારોનો સામનો કરે છે કે સેવાઓ જેને સૌથી વધુ જરૂર છે તેમના સુધી પહોંચે. આ અધ્યયને ગુજરાત, ભારતના ત્રણ જિલ્લાઓમાં સુવિધા પ્રદાન અને માતૃત્વ સંભાળનું ઉત્તરદાયિત્વ મજબૂત કરવા માટેની અસરો સાથેની પ્રક્રિયાઓ પર બિન-સરકારી સંગઠનો (એનજીઓ) દ્વારા નેતૃત્વ કરાયેલ સામુદાયિક કાર્યવાહીની ન્યાયસંગત અસરો તપાસી હતી. ત્રણ વર્ષોમાં, એનજીઓએ ગ્રામ્ય ગુજરાતમાં આરોગ્ય પ્રણાલીના જુદાજુદા સ્તરો પર અલગ અલગ કાર્યકરો સાથે સુધારેલ પારસ્પારિક સમજ, વિશ્વાસ અને સહયોગને પોષીને ક્ષમતા નિર્માણ અને સુગમતામાં નોંધપાત્ર રોકાણ કરીને માતૃત્વ આરોગ્ય માટેની સામુદાયિક કાર્યવાહીને સમર્થન આપેલ¹³.

સામનો કરવામાં આવતા પડકારો છતાં, ગુજરાતના પછાત જિલ્લાઓમાં, મહિલાઓએ પ્રસૂતિ પૂર્વેની અને પ્રસૂતિ

સંભાળની હકદારીઓ અને ઉપયોગની માહિતી મેળવવામાં નોંધપાત્ર વધારો દેખાડ્યો હતો. એનજીઓના સમર્થન સાથે સમુદાય આધારિત સમૂહોએ આરોગ્ય સેવાઓની દેખરેખ રાખી હતી, આરોગ્ય પ્રદાતાઓ તથા સ્થાનિક અધિકારીઓ સાથે સંકળાયેલા હતા અને સમય જતાં જાહેર ક્ષેત્રની સેવાઓને મજબૂત બનાવવા માટે અમલીકરણ પડકારો (કર્મીઓ, સેવાઓ, સુવિધાઓ, દવાઓના સ્ટોક, પ્રયોગશાળા પરીક્ષણો, ઉપકરણોનો અભાવ) પર કાબૂ મેળવ્યો હતો. આ ઉત્તરદાયિત્વના પ્રયાસોનું પરિણામ જાહેર ક્ષેત્રની સેવાઓના ઉપયોગમાં સુધારાઓ અને ખાનગી સંભાળ પરથી એક શિફ્ટમાં આવ્યું, ખાસ કરીને પછાત વર્ગો માટે¹³. બંને પછાત અને અમીર જિલ્લાઓમાં, સૌથી વધુ નબળા વર્ગ દ્વારા ખાનગી સુવિધાઓ પરથી જાહેર સુવિધાઓમાં જવાનું વલણ જોવા મળ્યું હતું.

બીજા તબક્કામાં, માતૃત્વ આરોગ્ય માટે સામાજિક ઉત્તરદાયિત્વને મજબૂત બનાવવા માટે સ્થાનિક ગામના મુખિયાઓ (પંચાયતો) અને ગ્રામ સભાઓનો પણ સામુદાયિક કાર્યવાહીમાં સમાવેશ કરવામાં આવ્યો હતો. આ તબક્કાના એક મૂલ્યાંકન અધ્યયને ઉપલબ્ધ એએનસી સેવાઓના જાણકારી સ્તરો, ઉચ્ચ-જોખમ લક્ષણો, કટોકટી સમયની પ્રસૂતિ સ્થિતિઓના હેન્ડલિંગ, માતૃત્વ-આરોગ્ય હકદારીઓ અને માતૃત્વ મૃત્યુ સમીક્ષાઓમાં નોંધપાત્ર સુધારાઓ દર્શાવ્યા હતા. માતૃત્વ આરોગ્યને ગ્રામસભાના એક મુદ્દા તરીકે સમજવા વિશે અને માતૃત્વ આરોગ્ય પ્રત્યે પંચાયતના સભ્યોની જવાબદારીઓની સમજમાં નોંધપાત્ર સુધારાઓ જોવા મળ્યા હતા. ગ્રામ સભાની બેઠકોમાં ચર્ચા કરવામાં આવતા માતૃત્વ આરોગ્યને લગતા મુદ્દાઓની સંખ્યા તેમજ વિવિધતામાં તેમજ સમુદાયના સભ્યો અને સ્થાનિક આરોગ્ય પ્રણાલી-કાર્યકરોની ભાગીદારીમાં વધારો થયો હતો.

અધ્યયને સ્પષ્ટ કરેલ કે પંચાયત અને સમુદાયના અન્ય સભ્યો મારફતે ચર્ચાઓ તથા કાર્યવાહીઓની સાથે સાથે મુખ્ય માતૃત્વ આરોગ્ય સંદેશાઓના વિતરણની સુવ્યવસ્થિત બહુવિધ-પદ્ધતિ સાથે માતૃત્વ આરોગ્યને સમુદાયનો એક મુદ્દો બનાવવામાં સફળતા મળી શકે છે¹⁴.

જન સ્વાસ્થ્ય અભિયાન (જેએસએ) ગુજરાત માટે ચિંતાના માતૃત્વ આરોગ્ય મુદ્દાઓ

જેએસએ સભ્યોએ માતૃત્વ આરોગ્ય અને ઉપલબ્ધ સેવાઓ વિશે સંખ્યાબંધ ચિંતાઓ ઉઠાવી હતી. તેઓએ કહ્યું હતું કે મમતા દિવસ (ગ્રામ્ય આરોગ્ય અને પોષણ દિવસો) મારફતે પ્રદાન કરવામાં આવતી પ્રસૂતિ પૂર્વેની સંભાળની ગુણવત્તા સંતોષજનક નથી અને સૌથી નબળી મહિલાઓને મમતા દિવસના સત્રોમાંથી બાકાત રાખવામાં આવી હતી¹⁵. જેએસએ સભ્યો દ્વારા કરવામાં આવેલ સામાજિક ઑટોપ્સીઓએ દર્શાવેલ કે પ્રથમવાર લાભ લીધેલ સુવિધાઓમાં લોહીની ઉપલબ્ધતા, બહુવિધ રેફરલ્સ અને સંભાળનો ઈનકાર ગંભીર સમસ્યાઓ હતી જેનું પરિણામ માતૃત્વ મૃત્યુઓમાં આવતું હતું¹⁶.

જેએસએના સભ્યો દ્વારા કરવામાં આવેલ અધ્યયનો દર્શાવે છે કે જનની સુરક્ષા યોજના જેવી માતૃત્વ હકદારીઓનો લાભ લેવામાં ગરીબ મહિલાઓ અનેક મુશ્કેલીઓનો સામનો કરે છે. વળી, જનની શિશુ સુરક્ષા કાર્યક્રમ હેઠળ જાહેર આરોગ્ય સુવિધાઓમાં કેશલેસ પ્રસૂતિઓનું વચન છતાં, મહિલાઓને જાહેર આરોગ્ય સુવિધાઓમાં સેવાઓ આપવાનો ઈનકાર કરવામાં આવે છે અને અંતે તેમણે ખાનગી સુવિધાઓમાં જવું પડે છે જ્યાં તેઓએ પોતાના ખિસ્સામાંથી પૈસા આપવા પડે છે. જાહેર આરોગ્ય સુવિધાઓમાં પણ, પરિવારોને જે મફત આપવાનું વચન આપવામાં આવે છે અને જેને સાર્વત્રિક આરોગ્ય સંભાળ માટેનું પહેલું પગલું ગણવામાં આવે છે, તેના માટે પૈસા ચૂકવવા પડે છે¹⁶. એનએફએચએસ- ડેટાએ દર્શાવેલ કે એક જાહેર સુવિધામાં પ્રસૂતિ દીઠ ખિસ્સામાંથી કરવામાં આવતો સરેરાશ ખર્ચ રૂા. 2136 (શહેરી વિસ્તાર: રૂા. 2331 અને ગ્રામ્ય વિસ્તાર: રૂા. 2020) હતો. પ્રધાનમંત્રી માતૃત્વ સહાય યોજના માટેના પરિવર્તનનું પરિણામ અત્યંત વિલંબોમાં અને કેટલાક કિસ્સાઓમાં માતૃત્વ લાભની બિન-ચૂકવણીમાં આવેલ છે. પીએમએમએસવાયમાં લાભ માટેની શરતોમાં ફક્ત એક બાળક સાથેની માતા પાત્ર બનવા યોગ્ય હોવાનો ભેદભાવ જોવા મળે છે અને આ યોજના રાષ્ટ્રીય ખાદ્ય સુરક્ષા અધિનિયમની જોગવાઈઓ સાથે સીધો વિરોધાભાસ ધરાવે છે.

· ગુજરાતના પછાત જિલ્લાઓ છે - વડોદરા, દાહોદ અને નર્મદા

હકદારીઓ અને માતૃત્વ આરોગ્ય પરના અધ્યયનો

ગરીબ, ગ્રામ્ય મહિલાઓ દ્વારા માતૃત્વ આરોગ્ય સેવાઓના ઉપયોગની આગાહી કરનાર પરિબળો પર કરવામાં આવેલ એક કોસ સેક્શનલ અધ્યયન: ગુજરાત અને તામિલનાડુ જેવા ભારતીય રાજ્યોમાં એક તુલનાત્મક અધ્યયનમાં સંસ્થાગત પ્રસૂતિ માટે ગરીબ મહિલાઓની પહોંચ વધારવા માટે, દુનિયાની સૌથી મોટી સશરતી રોકડ સ્થાનાંતરણ યોજના, જનની સુરક્ષા યોજના (જેએસવાય) અંગે ચર્ચા કરવામાં આવી હતી. ગુજરાતે જેએસવાયને રાજ્ય દ્વારા ભંડોળ મેળવનાર ચિરંજીવી યોજના (સીવાય) સાથે વિસ્તારી જ્યાં પ્રસૂતિ સેવાઓ માટે ખાનગી ચિકિત્સકો સાથે કરાર કરવામાં આવ્યા હતા. આ અધ્યયને દર્શાવેલ કે જેએસવાય/સીવાય હકદારીઓએ ગુજરાતમાં સંસ્થાગત પ્રસૂતિની આગાહી કરી હતી. એકંદરે, આરોગ્ય અંગે ભંડોળ પૂરું પાડતી યોજનાઓ તરફથી સહાયતા, આરોગ્ય સુવિધાઓ સુધીના સારા રસ્તાઓનો ઉપયોગ, અને સામાજિક-વસ્તીવિષયક તેમજ પ્રસૂતિવિષયક પરિબળો આ બે રાજ્યોમાં ગરીબ, ગ્રામ્ય મહિલાઓ દ્વારા માતૃત્વ આરોગ્ય સેવાઓના વિભેદક ઉપયોગ સાથે જોડાયેલ હતા. તેણે ભલામણ કરેલ કે નીતિનિર્માતાઓ અને વ્યવસાયિકોએ પહોંચ વધારવા માટે ભંડોળ પૂરું પાડતી યોજનાઓને પ્રોત્સાહન આપવું જોઈએ, જેમાં પ્રસૂતિ પૂર્વેની સંભાળ માટે ઈન્સેન્ટિવો અંગે વિચારણા, તથા આરોગ્ય પ્રણાલી તેમજ સુરક્ષિત માતૃત્વને પ્રોત્સાહન આપવા માટે રાજ્ય-સ્તરના હસ્તક્ષેપોની રચના કરવામાં સામાજિક પરિબળોને સંબોધવા જેવા મુદ્દાઓ સામેલ છે¹⁷.

જોકે, ગુજરાતમાં ચિરં'વી યોજના પર હાથ ધરાયેલ એક અન્ય અધ્યયનમાં, અધ્યયનના પરિણામોએ દર્શાવેલ કે 129 સુવિધાઓમાં સર્વેક્ષણમાં આવરી લેવાયેલ 901 મહિલાઓમાંથી, 150 (16 ટકા) મહિલાઓ ચિરંજીવી યોજનાની લાભાર્થીઓ હતી પરંતુ ફક્ત તેમાંથી 36 (24 ટકા) મહિલાઓને સંપૂર્ણ કેશલેસ પ્રસૂતિનો લાભ મળ્યો હતો. તેનો નિષ્કર્ષ હતો કે સીવાય લાભાર્થીઓએ એ મહિલાઓની સરખામણીમાં નોંધપાત્ર રીતે સબસિડીયુક્ત બાળજન્મનો અનુભવ કર્યો હતો જે મહિલાઓની પ્રસૂતિ બિન-માન્ય ખાનગી સુવિધાઓમાં થઈ હતી. જોકે, ગરીબ મહિલાઓ માટે ખાનગી ક્ષેત્રમાં પ્રસૂતિ સેવાઓ સુધીની પહોંચ વધારવા માટે સરકારના પ્રયાસો છતાં, તેનો લાભ બહુ ઓછા લે છે અને બહુ ઓછી મહિલાઓને કેશલેસ પ્રસૂતિનો લાભ મળ્યો હતો¹⁸.

જેએસએ સભ્યો સતત આપ્રવાસી લોકો માટે માતૃત્વ અને અન્ય હકદારીઓ તથા સંભાળની નિરંતરતાના મુદ્દા ઉઠાવતા આવ્યા છે. ઘણીવાર આ લોકો આરોગ્ય પ્રણાલી માહિતી પ્રણાલીઓની તિરાડોમાંથી નીચે પડી જાય છે. ઓળખનું દસ્તાવજીકરણ, આવાસનો પુરાવો વગેરે આ નબળા વર્ગના લોકો માટે વિશાળ સમસ્યાઓ બની ગયા છે.

સમાપનમાં, માતૃત્વ આરોગ્ય એક ચોંકાવનારો પડકાર બની રહ્યું છે, ખાસ કરીને ગ્રામ્ય, આદિવાસી અંતરિયાળ ભાગો તેમજ ગરીબ શહેરી વિસ્તારોમાં. મોટાભાગની મહિલાઓને જુદી જુદી યોજનાઓ હેઠળ સંપૂર્ણ એએનસી સેવાઓ, પરિવાર નિયંત્રણ સેવાઓ અને હકદારીઓ મળતી નથી. પ્રણાલીગત ખામીઓ અને સામાજિક કલંક તથા નિષેધો સેવાઓના ઉપયોગને પ્રભાવિત કરે છે. સેવાના ઉપયોગના નિર્ધારકો પરનો માત્રાત્મક ડેટા

મોટેભાગે નાના નાના અધ્યયનોમાંથી મળે છે. સામાજિક ઉત્તરદાયિત્વમાં સામુદાયિક સામેલગીરીના પ્રયાસોએ આશાસ્પદ પરિણામો દેખાડ્યા છે. માતા અને બાળકનું આરોગ્ય રાષ્ટ્રની સ્થિતિનો વધુ કહેવાતો માપદંડ હોવાથી, આરોગ્ય પ્રણાલીઓને મજબૂત બનાવવાની, વૃદ્ધિશીલ આરોગ્ય સાક્ષરતા અને સુધારેલ પરિવાર સમર્થનમાં રોકાણ કરવાની અને આરોગ્ય તેમજ ઉપલબ્ધ સેવાઓમાં રહેલ અસમાનતાઓને સંબોધવાની જરૂર છે.

વિભાગ 4

મહિલાઓ અને છોકરીઓ

વિરૂદ્ધહિંસા

એનએફએચએસ-4 અનુસાર, ગુજરાતમાં વર્ષના વયજૂથની લગભગ એક-પંચમાંશ (19ટકા) મહિલાઓએ શારીરિક અને જાતીય હિંસાનો અનુભવ કર્યો છે. ૧ પરંતુ ગુજરાતમાં મહિલાઓ વિરૂદ્ધહિંસા (વીએડબલ્યુ) પરનો એક તાજેતરનો અહેવાલ સૂચવે છે કે મહિલાઓ વિરૂદ્ધહિંસા માટેના આંકડાઓ કુલ અંદાજ હેઠળ છે. આ અહેવાલમાં દર્શાવેલા ડેટા અનુસાર, ગુજરાતમાં વર્ષ 2017 માં દર અઠવાડિયે નવ મહિલાઓ બળાત્કારનો ભોગ બની હતી, જેમાંથી એક અમદાવાદમાં હતી. રાજ્યના પોલીસ મહાનિર્દેશક દ્વારા જાહેર કરાયેલા રાજ્યમાં વર્ષ 2017 માં ગુના માટેના ડેટા ગુજરાતમાં મહિલાઓ માટેનું એક દુઃખદ ચિત્ર દર્શાવે છે. ડેટા અનુસાર, રાજ્યમાં દરરોજ 14 મહિલાઓ છેડતી, જાતીય સતામણી, અપહરણ, કૂરતા, દહેજ માટેની સતામણી અને બળાત્કાર જેવા વિવિધ ગુનાઓનો ભોગ બને છે અથવા દહેજની સતામણીને કારણે મૃત્યુ પામે છે. શહેરોમાં આ ગુનાઓમાં નોંધપાત્ર વધારો નોંધાયો છે જેમાં આ સંબંધમાં અમદાવાદ સૌથી ખરાબ શહેર બન્યું છે.

મહિલાઓ વિરૂદ્ધહિંસા

નેશનલ ક્રાઈમ રેકોર્ડ બ્યૂરો (એનસીઆરબી) 2016 ના અહેવાલ અનુસાર, ગુજરાતમાં મહિલાઓ સામેના ગુનાના 8532 કેસો નોંધાયા હતા, જેમાંથી “પતિ અથવા તેના સગાસંબંધીઓ દ્વારા કૂરતા” (સેક્શન 498 A) ના 3732, મહિલાઓના અપહરણ કે ભગાડી જવાના ગુનાની સંખ્યા 2146 હતી, બળાત્કારના 966 અને જાતીય સતામણીના 473 કેસો હતા. એનએફએચએસ અને એનસીઆરબી બંનેના ડેટાને થોડી સાવધાનીપૂર્વક વાંચવાની જરૂર છે કારણકે પ્રવર્તમાન સામાજિક કલંક, અપર્યાપ્ત અને બિનઅસરકારક ફોજદારી ન્યાય પ્રણાલીઓ તથા અન્ય સંસ્થાગત તંત્રો, વધતી જતી સજા-મુક્તિ અને ગુના-સાબિતીની અક્ષમતાને કારણે સંખ્યાબંધ ઘટનાઓનો રિપોર્ટ કરવામાં આવતો નથી. બીજો પડકાર છે ડેટાના સામાજિક-આર્થિક વિભેદનનો અભાવ જે મુદ્દાની ગંભીરતા અને વિવિધતાને સાચી રીતે ઓળખ કરવાનું મુશ્કેલ બનાવે છે. વધુમાં, એનસીઆરબી ડેટા ઘરેલૂ હિંસા અથવા દહેજના કોઈ નોંધાયેલ કેસો દર્શાવતા ન હતા (ટેબલ 4.1).

ટેબલ 4.1: મહિલાઓ માટે વિવિધ અધિનિયમો હેઠળ નોંધાયેલા કેસો

	દહેજ પ્રતિબંધ અધિનિયમ, 1961		ઘરેલૂ હિંસાથી મહિલાઓનું રક્ષણ અધિનિયમ, 2005		અનૈતિક ટ્રાફિક (નિવારણ) અધિનિયમ, 1956		કુલ - મહિલાઓ સામેના ગુના સંબંધિત એસએલએલ અધિનિયમો		બળાત્કાર (કુલ)		અકુદરતી અપરાધો	
	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર
ગુજરાત	0	0.0	0	0.0	96	0.1	96	0.0	986	3.3	41	0.1
ભારત	9683	1.6	437	0.1	3387	0.2	13546	1.7	39068	6.3	5732	0.9

સ્ત્રોત: એનસીઆરબી 2016³

એપ્રિલ 2018 પરામર્શમાં નિષ્ણાતોએ “આત્મીય સાથીદાર હિંસા” અથવા (આઈપીવી) નો મુદ્દો ઉઠાવ્યો હતો જે આ શબ્દને ઘરેલૂ હિંસાથી જાતીય સંબંધો તેમજ કિશોર-કિશોરીઓના સંબંધો સુધી વિસ્તૃત છે. તેઓની દલીલ હતી કે આ વર્તમાન પારિવારિક જાતીય રાજકારણની એક વધુ વાસ્તવિક પ્રસ્તુતિ હતી જે વર્તમાન ડેટા પોઈન્ટસ પકડી શક્યા નથી.

સાથી દ્વારા હિંસા

એકંદરે, 20 ટકા વિવાહિત મહિલાઓને પતિ દ્વારા શારીરિક અથવા જાતીય હિંસાનો કથિતપણે સામનો કરવો પડ્યો હતો, ૧૨ ટકાએ તેમના પતિ તરફથી ભાવનાત્મક હિંસાનો અનુભવ કર્યો હતો અને છેલ્લા મહિનામાં ૧૪ ટકાએ આવી હિંસાનો અનુભવ કર્યો હતો. ફક્ત ટકા મહિલાઓએ જાણ કરી હતી કે તેમના પતિઓ તેઓને તેમની ઈચ્છા વિરુદ્ધ શારીરિક સંબંધ બાંધવા મજબૂર કર્યા હતા. વધુ શિક્ષિત મહિલાઓમાં સાથી દ્વારા હિંસાનું પ્રમાણ ઓછું હોવા છતાં, 13 ટકા મહિલાઓ જેઓએ ઓછામાં ઓછું 12 વર્ષનું શાળાકીય શિક્ષણ લીધું હતું, એ કથિતપણે સાથી દ્વારા શારીરિક અથવા જાતીય હિંસાનો અનુભવ કર્યો હતો. જે મહિલાઓના પતિ દારૂનું સેવન કરતા હતા તેઓને એ મહિલાઓની સરખામણીમાં જેમના પતિ દારૂનું સેવન કરતા ન હતા સાથી દ્વારા હિંસાનો અનુભવ થવાની શક્યતા વધુ હતી, ખાસ કરીને જ્યારે પતિએ દારૂ પીધો હોય.

ટેબલ 4.2: વિવાહિત મહિલાઓએ હિંસાનો અનુભવ કર્યો હતો

સૂચકાંકો	એનએફએચએસ-4			ભારત એનએફએચએસ-4	
	શહેરી	ગ્રામ્ય	કુલ	કુલ	કુલ
લગ્ન કરેલ મહિલાઓ જેઓએ ક્યારેય પણ સાથી દ્વારા હિંસાનો અનુભવ કરેલ છે (ટકા)	14.1	24.8	20.1	27.5	28.8
લગ્ન કરેલ મહિલાઓ જેઓએ કોઈ ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન સાથી દ્વારા હિંસાનો અનુભવ કરેલ છે (ટકા)	0.4	3.0	1.8	પૂછ્યું નથી	3.3

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4¹

ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસા

એનએફએચએસ-4 એ સૂચિત કરેલ કે ટકા મહિલાઓ જેઓ ક્યારેક ગર્ભવતી બની હતી એ તેમની એક અથવા વધુ ગર્ભાવસ્થાઓ દરમિયાન શારીરિક હિંસાનો અનુભવ કર્યો હતો. આગળના વિશ્લેષણે દર્શાવેલ કે જે મહિલાઓ તેમની કિશોરાવસ્થામાં હતી (3 ટકા), અનુસૂચિત જનજાતિમાંથી (5 ટકા) અને ગ્રામ્ય વિસ્તારમાંથી (3 ટકા) આવતી હતી તેઓએ વૃદ્ધ, અન્ય જાતિઓની અને શહેરી વિસ્તારની મહિલાઓની સરખામણીમાં ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસાનો અનુભવ કર્યો હોય તેવી સંભાવના વધુ હતી. વળી, વિધવાઓ, છૂટાછેડા લીધેલ, અલગ થઈ ગયેલ અથવા ત્યક્તા મહિલાઓ (5 ટકા) અને પાંચ અને વધુ બાળકો ધરાવતી મહિલાઓ (4 ટકા) એ તાજેતરમાં લગ્ન કરેલ અને ઓછી સમાનતા ધરાવતી મહિલાઓની સરખામણીમાં ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસાનો અનુભવ કર્યો હોય તેવી સંભાવના વધુ હતી¹.

ટેબલ 4.3: ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસાનો અનુભવ

પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતાઓ	ટકા જેઓએ ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસાનો અનુભવ કર્યો છે	મહિલાઓની સંખ્યા જેઓ ક્યારેક ગર્ભવતી બનેલ છે
ઉંમર		
15-19	3	56
20-24	1.1	357
25-29	1.1	495
30-39	2	1,026
40-49	2.3	810
નિવાસ		
શહેરી	0.4	1,206
ગ્રામ્ય	3	1,539
જાતિ/જનજાતિ		
અનુસૂચિત જાતિ	2.1	307
અનુસૂચિત જનજાતિ	5.1	414
અન્ય પછાત વર્ગ	1.1	1,194

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4¹

સહાય માગતો વ્યવહાર

લગભગ ત્રણ-ચતુર્થાંશ (૭૨ ટકા) મહિલાઓ જેઓએ હિંસાનો અનુભવ કર્યો હતો એ ન તો ક્યારેય મદદ માગી હતી કે ન ક્યારેય કોઈને હિંસા વિશે કહ્યું હતું. તેમાંથી દસમા ભાગ કરતાં પણ ઓછી મહિલાઓએ દુર્વ્યવહાર વિશે કોઈને જાણ કરી અને એક પંચમાશ મહિલાઓએ મદદ માંગી હતી. જેમણે મદદ માગી હતી તેમાંથી, ફક્ત ૪ ટકા મહિલાઓએ પોલીસ પાસેથી મદદ માંગી હતી અને બાકીની મહિલાઓએ પરિવારમાંથી મદદ માગી હતી. આ ઘણું બધું કહે છે અને થોડા સમય પછી વર્ણિત પાટણ જિલ્લામાં થયેલ એક અધ્યયન દ્વારા તેની ખાતરી કરવામાં આવી હતી.

ટેબલ 4.4: 15-49 વર્ષના વયજૂથની મહિલાઓ જેમણે ક્યારેક હિંસાનો અનુભવ કરેલ છે શું તેમણે ક્યારેય મદદ માગી છે કે કેમ

મદદની માંગણી	વિવાહિત	ક્યારેય વિવાહિત નથી	કુલ
ક્યારેય મદદ માગી ન હતી અને ક્યારેય કોઈને કહ્યું નહોતું	71.6	76.3	72.0
ક્યારેય મદદ માગી ન હતી પરંતુ કોઈને કહ્યું હતું	9.3	9.1	9.3
મદદ માગી હતી	19.1	14.6	18.7

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4¹

આરોગ્ય પ્રણાલી પ્રતિભાવ

ગુજરાતના પાટણ જિલ્લામાં ઘરેલૂ હિંસા (ડીવી) માટે ગ્રામ્ય આરોગ્ય સંભાળ વિતરણ પ્રણાલીને વધુ પ્રતિભાવશીલ બનાવવા પર સ્વાતિ (2017) દ્વારા કરવામાં આવેલ એક અધ્યયનમાં, તેમને જોવા મળ્યું હતું કે સામાન્ય રીતે હોસ્પિટલ મહિલાઓ માટે સંપર્કનું પહેલું સ્થાન હતું જ્યારે તેમની સાથે દુર્વ્યવહાર થાય છે ભલે તેઓએ તેને છુપાવવાનો પ્રયાસ કર્યો હતો અને પોલીસ પાસે ગઈ ન હતી. સ્વાતિએ વહેલી ભાળ કાઢવા માટેની પહેલી કડીરૂપ આશા કાર્યકરો સાથે એક શ્રૃંખલા બનાવી હતી. તેઓએ પોતાનું કામ 2012 માં રાધનપુર ગામથી શરૂ કર્યું હતું. તેમને જોવા મળ્યું હતું કે મહિલાઓ ફક્ત તબીબી સારવાર લેવા માટે 5-10 કિલોમીટર જેટલા દૂરના વિસ્તારોમાંથી આવી હતી. તેમના તાલીમબદ્ધ પરામર્શદાતાઓએ જાતીય હુમલા અને આપઘાતના કિસ્સાઓ સાથે કામ પાડ્યું હતું. ફક્ત 16 મહિલાઓમાં જ, તેઓની પાસે હિંસા સંબંધિત 379 કેસો આવ્યા હતા. મહિલાઓના પ્રતિભાવો પરથી બનાવવામાં આવેલ સૂચકાંક નેટવર્ક (સામાજિક, ભાવનાત્મક/મનોવૈજ્ઞાનિક, ક્લિનિકલ અને પ્રજનનક્ષમ સ્થિતિ સૂચકાંકો) ને આધારે, આઉટ-પેશન્ટ વિભાગમાં સેલ્સ દ્વારા સર્વે કરાયેલ 1000 મહિલાઓમાંથી, અડધા કરતાં વધુએ (1000 માંથી 520) ડીવીના સૂચક લક્ષણો દર્શાવ્યા હતા. તેઓએ ભલામણ કરેલ કે મહિલાઓ માટે મુલાકાત લેવા અને સરળ પહોંચ માટે હોસ્પિટલો સુરક્ષિત જગ્યાઓ હતી (કુટુંબ પાસેથી પરવાનગી મેળવવી વધુ સરળ હતી), નર્સો અને તબીબોએ ઘરેલૂ હિંસાની ઓળખ અને મહિલાઓને મદદ કરવા માટેના

પ્રોટોકોલ પર નિયમિત તાલીમ લેવી જોઈએ અને તાલીમ તેમના તબીબી અભ્યાસક્રમનો એક ભાગ હોવો જોઈએ⁴.

રાજ્યની પાંચ મુખ્ય શૈક્ષણિક હોસ્પિટલોમાં હાથ ધરાયેલ એક અભ્યાસમાં મહેતા (2013) એ મુદ્દો સ્પષ્ટ કરેલ કે મોટાભાગની મહિલાઓ છેલ્લા આશરો તરીકે હોસ્પિટલ પહોંચેલ અને બચી ગયેલ મહિલાઓને તેમના અનુભવો વહેંચવા માટે બહુ મોટી જરૂર પડી હતી ભલે તેઓએ આરોગ્ય સમસ્યાના કારણરૂપે ડીવીની જાણ કરી ન હતી. જ્યારે અધ્યયને પ્રગટ કરેલ કે એકંદરે મહિલાઓને આરોગ્ય પ્રણાલીનો સારો અનુભવ થયો હતો, ખરાબ અનુભવો મુખ્યત્વે સેવાઓ અને પ્રક્રિયાઓ વિશેની જાણકારીના અભાવ તેમજ લાંબા સમય સુધી તેમના પર ધ્યાન ન અપાયાને કારણે થયા હતા પ.

વડોદરામાં હિંસાના મહિલા ઉત્તરજીવીઓ પરની એક ત્રિપક્ષીય પરિયોજનામાં, એક સરકારી હોસ્પિટલ, એક એન'ઓ અને એક વિશ્વવિદ્યાલયની વચ્ચે, સંશોધકો સામે ત્રણ પ્રકારના હિંસાના કેસો આવ્યા હતા ડીવી, બળાત્કાર (જેમાં સંમતિપૂર્વક શારીરિક સંબંધ જેમાં એક અથવા બંને સાથીઓ સગીર હતા સહિત) અને જાતીય હુમલાના કેસો. આ અધ્યયને સરકારી હોસ્પિટલોમાં સામનો કરવામાં આવતી સમસ્યાઓ ઉજાગર કરી હતી⁶.

શેલ્ટર હોમ્સ

પ્રિતા ઝાએ પોતાના પેપર, “જેલ, શેલ્ટર નહીં - ભારતમાં મહિલા શરણાર્થીઓ” માં સગીરો અને સન્માન હેતુ કરાયેલ હત્યાઓના પીડિતો માટે શેલ્ટર હોમ્સના અભાવ અને ઘરેલૂ હિંસાથી મહિલાઓનું સંરક્ષણ અધિનિયમ (પીડબલ્યુડીવીએ) 2005 હેઠળ શેલ્ટર હોમ્સમાં રહેતી મહિલાઓના અનુભવો અંગે ચર્ચા કરી હતી. તેણીએ એક અમદાવાદ સ્થિત શેલ્ટર

હોમમાં શરણ લીધેલ એક મહિલાની કહાની કહી છે. તેણીએ જોયું કે શેલ્ટર્સમાં કામ કરતા લોકોને કોઈપણ પ્રકારની તાલીમ આપવામાં આવતી ન હતી. તેથી આ હોમ્સમાં પ્રદાન કરવામાં આવતી સેવાઓની ગુણવત્તા ખરાબ છે. માનસિક આરોગ્યની સમસ્યાઓ સાથેના લોકો સાથે કેવી રીતે કામ પાડવું તેના વિશે તેમની પાસે જ્ઞાન અથવા સંવેદનશીલતા નથી. તેઓ અપમાનજનક ભાષા વાપરે છે, જેમકે “પાગલ છે”. તેણી ત્યાંની અત્યંત અસ્વચ્છ અને જેલ જેવી સ્થિતિઓ દ્વારા અસ્વસ્થ થઈ ગઈ હતી અને આઘાત લાગ્યો હતો.

2013-14 ની આસપાસ કેટલીક ગુજરાતમાં સ્થિત એનજીઓએ શેલ્ટર હોમ્સમાંથી ભાગી જતી છોકરીઓ વિશેના સમાચાર અહેવાલો વાંચ્યા બાદ એક જાહેર હિતની અરજી (પીઆઈએલ) દાખલ કરી હતી. તેમની પીઆઈએલ, રીટ પિટીશન 321 of 2014 શેલ્ટર હોમ્સની ખરાબ જીવન સ્થિતિઓ પર હતી, જે ત્યાં રહી ચૂકેલ મહિલાઓ પાસેથી એકત્ર કરાયેલ પુરાવાઓ પર આધારિત હતી. ન્યાયાધીશે ફરજના દાયરાથી આગળ જઈને કેસમાં મદદ કરી હતી. તેમણે જોયું કે શેલ્ટર હોમ્સને લગતા કાયદાઓ 1950ના દાયકા બાદથી બદલાયા નથી અને કાયદાઓ તથા નિયમોનો નવો સમૂહ ઘડવાના નિર્દેશ આપ્યા હતા. પરિણામે નવા નિયમોની રચના એક નોંધપાત્ર પ્રથમ પગલું હતું.

ઝા એ નિર્દેશ આપ્યો હતો કે ઘરેલૂ હિંસા માટે પોલીસ અને શેલ્ટર હોમ્સના કર્મીઓને સંવેદનશીલ બનાવવા બહુ

ટેબલ 4.5: મહિલાઓના કેસો સામેના ગુનાના અદાલતી નિકાલ

	વર્ષ ૨૦૧૬ દરમિયાન ચલાવવા માટેના કુલ કેસો	અરજી સોદાબાજીથી નિકાલ કરાયેલ કેસોની સં.	દંડ કરાયેલ કેસો	બરતરફ અથવા છોડી દેવામાં આવેલા કેસો
ગુજરાત	૭૩૬૫૭	૫	૧૨૨	૩૪૧૫
ભારત	૧૩૪૨૦૬૦	૮૧૮	૨૩૦૮૪	૯૮૯૯૪

સ્ત્રોત: એનસીઆરબી 2016³

ઝા એ જણાવેલ કે ગુજરાતમાં, ઘરેલૂ હિંસા સામેની કાર્યવાહીઓ માટેનો સરેરાશ સમય 1-2 વર્ષની વચ્ચેનો હોય છે, પરંતુ ઘણા કેસો બે થી વધુ સમય, અને અસાધારણ સંજોગોમાં ત્રણ વર્ષથી વધુ સમય માટે ચાલુ રહે છે, જે મહિલાઓ માટેના ઝડપી ઉપાય પ્રદાન કરાવના ઉદ્દેશ્યને માત કરે છે. એવા કેસોની ટકાવારી દર્શાવતા કોઈ ડેટા ઉપલબ્ધ નથી જેમાં ન્યાયાધીશો પહેલાં ઘરેલૂ ઘટના અહેવાલ (ડીઆઈઆર) નો આદેશ આપ્યા વિના કટોકટીના, એકતરફી અથવા વચગાળાના આદેશો આપે છે⁷.

મહત્વપૂર્ણ હતું કારણકે ડીબીની અનેક મહિલા પીડિતો માનસિક આરોગ્ય સમસ્યાઓથી પીડાય છે. શેલ્ટરનો હેતુ પુનર્વસવાટ અને આજીવિકાના એક એવા સ્થળ રૂપે છે જ્યાં મહિલાઓ સ્વતંત્ર બની શકે છે. કર્મીઓએ પુનર્વસવાટ પ્રક્રિયા, શિક્ષણ અને આજીવિકા જે મહિલાઓને સશક્ત બનવા માટે શેલ્ટરમાં મળવી જોઈએ, થી પરિચિત બનવું જરૂરી છે. જે લોકો શેલ્ટર્સમાં કામ કરી રહ્યા છે તેઓએ આ બાબતો પર શિક્ષિત હોવું આવશ્યક હોવું જોઈએ. તેણીએ સૂચવ્યું હતું કે શેલ્ટર્સની દેખરેખ સ્થાનિક અને રાજ્ય એમ બંને સ્તરે કરવામાં આવવું જોઈએ. આ સમસ્યા માટે સંવેદનશીલ એવા એક એનજીઓ પ્રતિનિધિ અને એક સંગઠન (કલેક્ટિવ)

મહિલા અથવા એક સ્થાનિક વ્યક્તિ, દેખરેખ રાખનારી સમિતિના સભ્ય હોવા જોઈએ, જિલ્લા અને રાજ્ય સ્તરની સંરચનાઓ દેખરેખ રાખવામાં અને સમયાંતરે નિયમોની સમીક્ષા કરવામાં સંકળાયેલી હોવી જોઈએ, તથા આ તમામની રચના કરવામાં આવવી જોઈએ⁶.

કાયદાઓનું અમલીકરણ

પ્રિતા જાના લેખો અને આંકડાઓ વીએડબલ્યુ ઘટાડવામાં મદદ માટે કાયદાઓના બહેતર અમલીકરણ અને કેસોના અદાલતી નિકાલની જરૂરિયાત તરફ ઈશારો કરે છે. એનસીઆરબી 2016 ડેટા અનુસાર, દેશમાં અદાલતી નિકાલ અને દંડનો દર ઘણો નીચો છે જે ટેબલ 4.5 માં જોઈ શકાય છે.

અન્ય કાયદાઓની સરખામણીમાં પીડબલ્યુ ડીવીએ (ઘરેલૂ હિંસાથી મહિલાઓનું સંરક્ષણ અધિનિયમ, 2005) ની વધતી જતી લોકપ્રિયતા દર્શાવે છે કે ઉત્તરજીવી એક જ અદાલતમાં તમામ ઉપાયો સુરક્ષિત કરવાની સુગમતાને પસંગી આપે છે. નીચલા ન્યાયતંત્રમાં આ અધિનિયમની બિનજાગૃતિ અને તેના ઉપયોગ માટેનો પ્રતિરોધ જોવા મળતો હતો. તકનીકી સમસ્યાઓ ઉકેલવી વધુ સરળ હોય છે; જે બદલવું વધુ મુશ્કેલ હોય છે તે છે પિતૃપ્રધાન માનસિકતા, જેમ મનીલાના કિસ્સામાં જોઈ શકાય છે.

મનીલાનો કિસ્સો

“મનીલા”, પીસ એન્ડ ઈક્વાલિટી સેલ કિસ્સાઓમાંનો એક, જેણે પોતાના પુત્રના શૈક્ષણિક અને આર્થિક ભવિષ્યને ખાતર બીજી વાર સમંત થયેલ સમાધાન માટે કરવામાં આવેલા હિંસક હુમલા બાદ કાર્યવાહીઓ દાખલ કરી હતી. જોકે તેણીએ અત્યંત શરમ અનુભવી હતી જ્યારે તેણીના પતિની હાજરીમાં, ન્યાયાધીશે ટિપ્પણી કરી હતી, કે ભવિષ્યમાં તેણીએ ઘર છોડવું જોઈએ નહીં અને અદાલતી કાર્યવાહી દાખલ કરવી જોઈએ નહીં પરંતુ પરિવારની એકતા અકબંધ રાખવા માટે થોડી ઘણી થપ્પડો સહન કરી લેવી જોઈએ. આવી ઑફ-ધ-રેકોર્ડ સ્ત્રીઓ તરફ દ્વેષભાવ દર્શાવતી ટિપ્પણીઓ, કેસ-મોકૂફી આપવા માટે બળપૂર્વકના અનેક વિવેકાધીન અભ્યાસો જે અદાલતની કાર્યવાહીઓ અસંખ્ય વાર વિલંબના નાખે છે, સાથે મળીને અનેક મહિલાઓને બિનજરૂરી સમાધાન કરવા મજબૂર કરે છે.

જોકે, એવી કેટલીક સમસ્યાઓ છે જે લગભગ તમામ રાજ્યોને લાગુ પડે છે: અપર્યાપ્ત બજેટ ફાળવણી; યોગ્ય ડેટા એકત્રિકરણનો અભાવ; માળખાકીય સમર્થન માપવા માટે અનુકૂળ સંકલન અને દેખરેખ પ્રણાલીઓની કમી; અને સંરક્ષણ અધિકારીઓ, પરામર્શદાતાઓ, સેવા પ્રદાતાઓ અને નીચલા ન્યાયતંત્ર જેવા સૌથી મહત્વપૂર્ણ હિતધારકોની તાલીમ અને કામગીરી.

અપહરણ, ભગાડી જવું, પોરકો વિરૂદ્ધસંમતિથી સહપલાયન

વર્ષ 2016 માટેના એનસીઆરબી ડેટા દર્શાવતા હતા કે ભલે થોડા, પણ અપહરણ કરવાના અને ભગાડી જવાની ઘટનાઓ મોટા પ્રમાણમાં છોકરીઓ અથવા મહિલાને લગ્ન કરવાની ફરજ પાડવા માટે હતી. એનસીઆરબી ડેટા અનુસાર રાજ્યમાં આવા ગુનાઓનો દર નોંધપાત્ર રીતે રાષ્ટ્રીય સરેરાશ કરતાં નીચો હતો⁶.

ટેબલ 4.6: માનવ શરીરને પ્રભાવિત કરતા અપરાધો

	અપહરણ અને ભગાડી જવું (કે એન્ડ એ)				બળાત્કાર (કુલ)		અકુદરતી અપરાધો	
	લગ્ન માટે મહિલાને મજબૂર કરવાના કે એન્ડ એ		અન્ય કારણો માટે કે એન્ડ એ					
	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર	પીડિતોની સં.	ગુનાનો દર
ગુજરાત	1149	3.8	358	0.5	986	3.3	41	0.1
ભારત	33796	5.5	19467	1.5	39068	6.3	5732	0.9

સ્ત્રોત: એનસીઆરબી 2016³

દાહોદ, પંચમહાલ અને મોરબીમાં આનાંદીના ક્ષેત્ર વિસ્તારોમાં, ન્યાય સમિતિઓએ (સ્થાનિક ન્યાય સમિતિઓ) 2012-13થી ભગાડી જવાના ઘણાં કેસોનો રિપોર્ટ કરવાનું શરૂ કર્યું હતું. શરૂઆતમાં આનાંદીની ટીમને સંગઠન (મહિલાઓના સંગઠન) ની ટીમને લાગ્યું હતું કે ત્યાં વાસ્તવમાં અપહરણ કરવામાં અને ભગાડી જવામાં વધારો થયો છે અને તેથી તે વિસ્તારમાં પોલીસ મથકોના રેકોર્ડસ તપાસવાનું એક અધ્યયન હાથ ધરવામાં આવ્યું. જે જાણવા મળ્યું હતું તે એ હતું કે તમામ કેસોમાં છોકરીની બાજુ છોકરા અને તેના પરિવાર વિશે યોગ્ય પ્રમાણમાં વિગતો આપવા સક્ષમ હતી. તેને લીધે સંઘઠને મોટા પાયે અભ્યાસ કરવાનું નક્કી કર્યું જેમાં તેઓએ ત્રણ જિલ્લાઓ માટે 2013-15 થી રેકોર્ડસનું અધ્યયન કર્યું હતું. ત્યાં આવા 1500 ફોજદારી કેસો દાખલ થયેલા હતા. તેઓએ કેસો પસંદ કર્યા જ્યાં અપહરણ કરવાની અને ભગાડી જવાની કલમો લગાવવામાં આવી હતી.

આ કેસોનું વિશ્લેષણ દર્શાવેલ કે કેસોનું મોટાભાગનું વિતરણ 18 વર્ષથી ઓછું હતું જે છોકરીઓ માટે લગ્ન કરવાની કાયદેસરની ઉંમર છે. આવાગમન વખતે છોકરીઓ સૌથી વધુ હિંસા/દુર્વ્યવહારનો સામનો કરતી હતી, પોતાની નબળી તથા એકલી અનુભવતી હતી અને આ નબળાઈની સ્થિતિમાં, જો કોઈ છોકરો તેમની સાથે સારી રીતે વાત કરે તો, તેઓ તેના પ્રત્યે ખેંચાઈ જતી હતી. પોલીસે માતાપિતાના અહેવાલોને આધારે કેસ દાખલ કરેલ જે મોટેભાગે ખોટા હતા કારણકે તેઓ જાણતા હતા કે તે લગ્ન માટેનું સહપલાયન હતું નહીં કે છોકરીને ભગાડી જવામાં આવી હતી. આવા કિસ્સાઓ નોંધાવવામાં સામાન્ય રીતે 2-15 દિવસોનો વિલંબ હતો. ફક્ત 20 ટકા કિસ્સાઓ 48 કલાકની અંદર નોંધાવવામાં આવ્યા હતા.

યુવાન છોકરીઓના 731 કિસ્સાઓમાંથી 29 સાથેની વિસ્તૃત વાતચીતમાં વધારાના તારણો સામે આવ્યા હતાં.

ઘણી છોકરીઓ એટલે ભાગી ગઈ હતી કારણકે તેઓને માતાપિતા દ્વારા વહેલાં લગ્ન કરવાનું દબાણ કરવામાં આવતું હતું જ્યારે તેઓ ભણવા માગતી હતી. તેમણે વિચાર્યું કે કોઈ મિત્ર સાથે ઘર છોડી દેવું બહેતર હતું જેનાથી તેઓ કમ સે કમ પરિચિત તો હતી. 38.6 ટકા કિસ્સાઓમાં એફઆઈઆરમાં 18 વર્ષની ઉંમરથી નાના લોકો માટે પોસ્કો લગાવવામાં આવ્યો હતો અને 6.4 ટકા કિસ્સાઓમાં પોસ્કો લગાવવામાં આવ્યો હતો જ્યારે તે લાગુ પડતો ન હતો. કિશોર ન્યાય અધિનિયમના નિર્દેશો છતાં, સગીરોને પોલીસ મથકે લાવવામાં આવે છે, કેટલીકવાર રાતે પણ, મહિલા કોન્સ્ટેબલો વિના. સમુદાયના આગેવાનો કાયદાનો ઉપયોગ દાવો ચૂકવવા મો છોકરાના કુટુંબ પર દબાણ વધારવા માટે કરતા હતા. એવા કોઈ સ્પષ્ટ નિર્દેશો ન હતા જેના પર કેસ સ્થાનાંતરિત કરી શકાય તેમ હોય જો લાપતા સગીર ચાર મહિનાની અંદર મળી આવતી નથી. નારી નિકેતનમાં રહેતી છોકરીઓએ હિંસાનો સામનો કરેલ છે.

સંશોધનમાં એ પણ પ્રગટ થયેલ કે પોતાના માતાપિતા તેમને અપનાવી લે તેવી આશામાં ઘણી છોકરીઓ તેમના ભાગી જવાના છ મહિનાની અંદર ગર્ભવતી બની હતી. આનાથી તેમના આરોગ્ય માટે જોખમ વધતું હતું કારણકે તેમના દ્વારા પ્રાપ્ત થતી ભલામણયુક્ત માતૃત્વ સંભાળ સેવાઓ વિશે અનેક સવાલો હતા. કાયદો પોતાની વિરૂદ્ધજવાના ડરથી, આ છોકરીઓ શાંત રહી હતી. તેથી વાસ્તવમાં પોસ્કો અધિનિયમે યુવાન છોકરીઓની વિરૂદ્ધમાં કામ કર્યું હતું અને તેમની નબળાઈ વધારી હતી.

આ વિસ્તારમાં અન્ય એક અવલોકન હતું કે બળાત્કારના કિસ્સાઓમાં ઘટાડો નોંધાયો હતો કારણકે આવા કિસ્સાઓને પોસ્કોમાં સ્થાનાંતરિત કરવામાં આવ્યા હતા. નોંધાયેલ બળાત્કારના કિસ્સાઓની ઓછી સંખ્યા મહિલાઓની સુરક્ષામાં વધારો થયેલ દર્શાવતી ન હતી.

પોસ્કો સાથે આનંદીનો અનુભવ

આનંદીએ પોલીસ અને કિશોર-કિશોરીઓ સાથે એક સંયુક્ત કાર્યશાળાનું આયોજન કર્યું હતું. તેઓએ જોયું કે વિકલાંગતા સાથેની વ્યક્તિ (પીડબલ્યુડી) અધિનિયમ કરતાં પોસ્કો વધુ જાણીતો છે.

આ ક્ષેત્રમાં તેના અનુભવમાં, આનંદીને જોવા મળેલ કે આદિવાસી છોકરીઓ પાસે મીડિયા કે સ્માર્ટ ફોન સુદ્ધાંની પહોંચ નથી. તેઓ ઈચ્છતી હતી કે કોઈ તેમની સાથે વાત કરે. તેમનું મુખ્ય લક્ષ્ય હતું તેઓ હાલમાં જે પર્યાવરણમાં રહેતી હતી તેનાથી દૂર જતું રહેવું. તેથી તેઓ પોતાની મર'થી છોકરાઓ સાથે જતી હતી. તેઓ જાતીય સંમતિ વિશે જાણતી ન હતી કે તેમને એ વાતની ફિકર ન હતી કે તેમનો ઉપયોગ થઈ રહ્યો છે અથવા શું તેમાં જાતીય હિંસા હતી કે કેમ. તે ફક્ત ત્યારે વધુ ખરાબ બનતું, જ્યારે તેમને મહસૂસ થતું કે તેઓ પોતાના માતાપિતા સાથે હતા તે વધુ સારું હતું. 30 ટકા કિસ્સાઓમાં, તેઓ માતાપિતાના ઘરેથી એટલા માટે ભાગી ગઈ હતી કે તેઓ માતાપિતા દ્વારા પસંદ કરાયેલ વ્યક્તિ સાથે લગ્ન કરવા માગતી ન હતી.

કેટલાક કિસ્સાઓમાં, લગ્ન એવા છોકરા સાથે નક્કી કરાયેલ હતાં જે છોકરી કરતાં 4-5 વર્ષ નાનો હતો અને તેણી તેની સાથે લગ્ન કરવા માગતી ન હતી. તેથી તેણી ભાગી ગઈ હતી. જો તેણી નાના છોકરા સાથે લગ્ન કરત, તો કેટલાક કિસ્સાઓમાં, તેણીને તેના સસરા અથવા મોટા જેઠ સાથે શારીરિક સંબંધ બાંધવાની સંમતિ આપવી પડતી હતી. પરંતુ એવા પણ કિસ્સાઓ હતા જ્યાં તેણી સાથે આ પુરૂષો દ્વારા દુર્વ્યવહાર કરવામાં આવ્યો હતો અથવા ફરજ પડાઈ હતી. તેથી છોકરીઓ તેમની પસંદનો છોકરો પસંદ કરવાનું પસંદ કરતી અને ભાગી જતી હતી.

આનંદીના કાર્ય ક્ષેત્રમાં, દાવા પ્રથા (દાવાની પરંપરા) એક સામાન્ય પ્રથા છે અને પહેલાંના સમયમાં બહુ ઓછી રકમ વસૂલવામાં આવતી હતી. તે વાસ્તવમાં પ્રગતિશીલ હતી કારણકે બંનેને પોતાના સાથીઓ પસંદ કરવા મળતા હતા. પરંતુ હવે, પોસ્કો અને લોકો દ્વારા અન્ય કાયદાઓ અંગેની જાગૃતિને કારણે, દાવાના નામે વસૂલવામાં આવતા પૈસા ઘણીવાર લાખોમાં પહોંચી જાય છે. અંતે તો છોકરીઓ સહન કરે છે કારણકે પતિઓએ રકમ ચૂકવવાનું સ્વીકાર્યું હોય છે પણ પછી તે રકમ પરત ચૂકવવાનો બો' છોકરી પર આવી જતો અને તેણીએ તે રકમની પરત ચૂકવણી માટે મહેનત કરવી પડતી હતી.

ડેટાએ દર્શાવેલ કે 2013 માં પોસ્કો અધિનિયમની શરૂઆત બાદ, અને વધતી જતી જાગૃતિ તથા રિપોર્ટીંગ બાદ, 2014 અને 2015 ની વચ્ચે પોસ્કો હેઠળના કિસ્સાઓની સંખ્યા લગભગ બમણી થઈ ગઈ હતી. અપહરણ કરી જવામાં અને

ભગાડી જવામાં પણ વધારો જોવા મળ્યો હતો. આ વધારાઓ મોટેભાગે સહમતિપૂર્વકના સહપલાયન સામેના વાંધાને લીધે માતાપિતાઓ દ્વારા ખોટી રીતે આવા કિસ્સાઓ નોંધાવવાને કારણે હતા. આમ તો વાસ્તવમાં ભગાડી જવાના કિસ્સાઓ થોડા હતા, એવું વિશાળ ચિત્ર ઉભર્યું હતું કે છોકરીઓ પસંદગી માગતી હતી. આ પરિસ્થિતિમાં, અધિનિયમે છોકરાને ગુનેગાર ન ઠરાવવો જોઈએ કારણકે તે ઉંમરમાં નાના હોવા છતાં વાસ્તવમાં સમંતિપૂર્વકનું છે. એક બાજુ આનંદીએ સ્વીકાર્યું હતું કે કાયદો તેનું કામ કરશે જ્યારે તે ખરેખર ટ્રાફિકિંગનો કિસ્સો છે, તેઓને નવાઈ લાગી હતી જો આ કાયદો (પોસ્કો) છોકરીઓની રક્ષા કરવા માટેનો છે, તે હકીકતમાં તેમના માટે નકારાત્મકપણે કામ કરે છે.

ગુજરાતમાં મહિલાઓ સામેની હિંસા માટેના બજેટો

સ્વાતિ અધ્યયનના સૂચિતાર્થોને વન સ્ટોપ કાઈસિસ સેન્ટરો સાથે અને ભારત સરકાર દ્વારા બનાવાયેલ નિર્ભયા ભંડોળ સાથે જોડવામાં આવવાં જોઈએ. ગુજરાતમાં, 2016-17 માં ત્રણ વન સ્ટોપ કાઈસિસ સેન્ટરો માટેની ગ્રાન્ટ, ત્રણ જિલ્લાઓ રાજકોટ, કચ્છ અને સાબરકાંઠા માટે ફક્ત રૂ.52 લાખ હતી.

2018-19 માં પીડબલ્યુડીવીએના અમલીકરણ માટે બજેટની જોગવાઈ ફક્ત રૂ. 16 લાખ છે, જિલ્લા અને મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન ખાતે કારણકે સંરક્ષણ અધિકારીઓના હોદ્દાઓને દહેજ પ્રતિબંધ અધિકારી સાથે ભેળવી દેવામાં આવેલ છે. આવા એક મહત્વપૂર્ણ અધિનિયમના અમલીકરણ માટેનું બજેટ એકંદરે અપર્યાપ્ત છે. બજેટમાં વીએડબલ્યુ માટેની ખર્ચ-જોગવાઈ પહેલેથી અ-પર્યાપ્ત છે અને ન ખર્ચાયેલ રકમ તેના વધુ ઘટાડા તરફ લઈ જાય છે. વીએડબલ્યુના વિવિધ મુદ્દાઓને સંબોધવા અને મહિલાઓના અધિકારોના સંરક્ષણ માટેના આ બજેટ અંદાજો અને ખર્ચાઓ, સંકેત આપે છે કે બજેટની ખર્ચ-જોગવાઈ સામે ક્યારેય ખર્ચ સુસંગત રહેલ નથી. ટેબલ 4.7 દર્શાવે છે કે પસંદગીની લાઈન આઈટમો હેઠળનો ખર્ચ બજેટના અંદાજીત ખર્ચ કરતાં પણ ઓછો છે, જે મહિલાઓની અશક્તિઓને સંબોધવા તરફ આપવામાં આવેલ નીચી પ્રાથમિકતાનું પ્રતિબિંબ છે⁸.

સંશોધિત અંદાજો સૂચવે છે કે 2017-18 માં મહિલા કમિશનરેટ, મહિલા માર્ગ દર્શન કેન્દ્ર, રાજ્ય મહિલા આયોગ, બળાત્કારના ઉત્તરજીવી અને સેક્સ વર્કરોના પુનર્વવસવાટ માટે પણ ઓછો ખર્ચ કરવામાં આવશે.

ટેબલ 4.7: વીએડબલ્યુના નિવારણ માટેનું બજેટ

ક્રમ સં.	વિગતો	2016-17- બજેટ અંદાજો	2016-17 ખર્ચ	2017-18- બજેટ અંદાજો	2017-18- સંશોધિત અંદાજો
1	સિક્યુરિટીઝના નિયામકશ્રી	53.02 લાખ	26.52 લાખ	53.14 લાખ	38.39 લાખ
2	મહિલા અને બાળ વિકાસ આયુક્તશ્રી	9.16 કરોડ	4.90 કરોડ	7.91 કરોડ	7 કરોડ
3	નૈતિક અને સામાજિક સ્વચ્છતા તથા અન્ય સેવાઓ હેઠળ ખર્ચ અને સંસ્થાઓનો વિકાસ	4.31 કરોડ	૨.8955 કરોડ	3.42 કરોડ	3.56 કરોડ
4	મહિલા માર્ગ દર્શન કેન્દ્રો	12.021 કરોડ	7.07 કરોડ	12.69 કરોડ	8.26 કરોડ
5	રાજ્ય મહિલા આયોગ	1.97 કરોડ	૧.0019 કરોડ	૧.9293 કરોડ	1.72 કરોડ
6	મહિલાઓ માટે સ્વાધાર ગૃહ હોમ્સ	6.48 કરોડ	0 કરોડ	2.96 કરોડ	5.15 કરોડ
7	બળાત્કારના ઉત્તરજીવીઓ માટે નાણાંકીય સહાયતા અને સમર્થન સેવાઓ	1 કરોડ	0.75 કરોડ	1 કરોડ	0.250 કરોડ
8	નારી અદાલતો	6.5414 કરોડ	૬.5414 કરોડ	6.6 કરોડ	6.6 કરોડ
9	મહિલા હેલ્પ લાઈન	6.07 કરોડ	7.30 કરોડ	5.89 કરોડ	5.89 કરોડ
10	સેક્સ વર્કરો માટે પુનર્વવસવાટની યોજના	7 કરોડ	0	2.50 કરોડ	0.51 કરોડ

સ્ત્રોત: જેન્ટર બજેટ સ્ટેટમેન્ટ⁸

વર્ષ 2016-17 માં મહિલા અને બાળ કમિશ્નરની કામગીરી માટે રૂ. 9.16 કરોડના બજેટ અંદાજ સામે રૂ. 4.90 કરોડનો ખર્ચ નોંધાયો હતો. આમ, તેમાં ખર્ચા વિનાના રૂ. 4.26 કરોડ હતા. તેવી જ રીતે, 2016-17 માં નૈતિક અને સામાજિક સ્વચ્છતા તથા અન્ય સેવાઓ હેઠળ ખર્ચાઓ અને સંસ્થાઓના વિકાસ માટે ન ખર્ચાયેલ રકમ રૂ. 1.41 કરોડ, મહિલા માર્ગ દર્શન કેન્દ્રો માટે રૂ. 5 કરોડ અને સ્વાધાર ગૃહ (મુશ્કેલ સંજોગોમાં મહિલાઓ માટે આશ્રય અને ન્યૂનતમ જરૂરિયાતો પ્રદાન કરવા માટે ભારત સરકાર દ્વારા શરૂ કરાયેલ) માટે ન ખર્ચાયેલ રકમ રૂ. 6.48 કરોડ હતી. ગુજરાતમાં બળાત્કારના પીડિતોને સહાયતા પ્રદાન કરવા માટે ન ખર્ચાયેલ રકમ રૂ. 25 લાખ હતી અને સેક્સ વર્કરોના પુનર્વસવાટની યોજના માટે કોઈ ખર્ચ ન હતો, જોકે બજેટમાં અંદાજિત રકમ રૂ. 7 કરોડ હતી.

માનસિક આરોગ્ય અને વીએડબલ્યુ

મહિલાઓમાં રહેલ માનસિક આરોગ્યની સમસ્યાઓ તરફ હાલમાં જ ધ્યાન ખેંચાઈ રહ્યું છે જે આ ક્ષેત્રમાં કામ કરતા હિમાયતીઓ અને માનવ અધિકાર કાર્યકરોને આભારી છે. પરંતુ જાગૃતિના અભાવ સાથે સંકળાઈને પિતૃપ્રધાન વિચારસરણી હજુ પણ સૌથી મોટા અવરોધો છે જેનો મહિલાઓએ સામનો કરવાનો છે તેના એક કારણ તરીકે અથવા તેના માટેના ઉપચારના અભાવ તરીકે.

બીમારીના વૈશ્વિક બોજા પર આધારિત અધ્યયન (1990-2016) પરના એક તાજેતરના મીડિયા લેખમાં, સંકેત આપવામાં આવ્યો છે કે ભારતમાં 26 રાજ્યોમાં આપઘાતના મૃત્યુનો દર ઘટ્યો છે. કમનસીબે, ગુજરાત એ ત્રણ રાજ્યોમાં આવે છે જ્યાં વધારો જોવા મળ્યો છે. આ લેખ જીવન આસ્થા આપઘાત હેલ્પલાઈન વિશે વિસ્તારપૂર્વક જણાવે છે જે 2015

માં સરકારના સુરક્ષા સેતુ કાર્યક્રમ હેઠળ શરૂ થઈ હતી. હેલ્પલાઈનને મળેલા 80 ટકા કરતાં વધુ કૉલ્સ આપઘાતનો પ્રયાસ કરનારી મહિલાઓ અથવા તેનો વિચાર કરતી મહિલાઓ તરફથી મળ્યા હતા. સરેરાશપણે, તેને રોજના 75 કૉલ્સ મળે છે. આમાંથી, 60 મહિલાઓના હોય છે અને 15 ટકા કૉલ્સ ઘરેલૂ દુર્વ્યવહારનો ભોગ બનેલ મહિલાઓના હોય છે. પાછલા સાડા ત્રણ વર્ષમાં મહિલાઓની હેલ્પલાઈન 181 અભયમ દ્વારા બચાવવામાં આવેલી 177 લાપતા મહિલાઓમાંથી, 44 (25 ટકા) ઘરેલૂ હિંસાને કારણે ઘરેથી ભાગી ગઈ હતી. આ ઉપરાંત, લેખમાં એ વાતની પણ ચર્ચા છે કે માનસિક બીમારીઓ માટે મહિલાઓ સાથે કેવો વ્યવહાર થાય છે અને કે પોતાનાં બાળકો દ્વારા વૃદ્ધમાતાઓને તરછોડી દેવાના કિસ્સાઓમાં વધારો થયો છે.

સમાપનમાં, વીએડબલ્યુ ભાવનાત્મક, શારીરિક અને જાતીય જેવા જુદાજુદા સ્વરૂપોમાં અસ્તિત્વમાં છે પરંતુ સામાજિક કલંક અને તેને સંબોધવા માટેના પગલાં વિશેની જાણકારીના અભાવને કારણે ઘણીવાર તે નોંધાવવામાં આવતા નથી. ઘણીવાર પ્રણાલીગત પ્રતિભાવ પણ સુરક્ષિત અને સમર્થક હોતા નથી કારણકે સંભાળ પ્રદાતાઓ કે સેવા પ્રદાતાઓ જ અસંવેદનશીલ, મુદ્દા સાથે કામ પાડવા માટે અપર્યાપ્તપણે સુસજ્જ હોય છે અને તેથી મહિલા પીડિતો માટેના પ્રતિકૂળ વાતાવરણમાં કામ કરે છે. સાર્થક કાયદાઓ હોવા છતાં, તેઓ પિતૃપ્રધાન પ્રણાલીમાં મહિલાઓના હિતોને નુકસાન પહોંચાડવા માટે શોષણ માટે ખુલ્લા છે, કારણકે તેઓના મૂળિયાં મોટેભાગે સ્થાનિક સામાજિક વાસ્તવકિતામાં જોવા મળતાં નથી. વીએડબલ્યુ માટેના અપર્યાપ્ત અને ઘટતા જતા બજેટો પરિસ્થિતિને વધુ જટિલ બનાવે છે.

વિભાગ 5

હાનિકારક પરંપરાગત પ્રથાઓ

દેશના કેટલાક પ્રદેશોમાં અને રાજ્યના કેટલાક વિસ્તારોમાં વહેલાં લગ્ન અને બાળ ઉછેર જેવી મહિલાઓના આરોગ્યને હાનિ પહોંચાડવાની સંભાવનાવાળી પરંપરાગત પ્રથાઓ વ્યાપકપણે પ્રચલિત છે, ડાકણ પ્રથા અને સ્ત્રી જનનાંગ છેદન જેવી પ્રથાઓ અસ્તિત્વમાં હોવા છતાં ભાગ્યે જ જોવા મળે છે. ડાકણ પ્રથા અને સ્ત્રી જનનાંગ છેદન જેવી પ્રથાઓ અંગેના કોઈપણ અધ્યયનો કે ડેટા જાહેર રીતે બહુ જ ઓછા પ્રમાણમાં ઉપલબ્ધ છે. સામાન્ય રીતે ડાકણ ઠરાવવામાં આવેલી મહિલાઓના મૃત્યુ બહુ ઓછાં હોય છે પરંતુ મહિલાઓને સતાવવામાં અને રિભાવવામાં આવે છે. બોહરા સમુદાયોમાં જનનાંગ છેદન અસ્તિત્વમાં હોવાનું કહેવાય છે પણ તેના પરના ડેટા મેળવવા મુશ્કેલ છે.

વહેલાં લગ્ન અને બાળઉછેર

બાળલગ્નના પ્રસારમાં વર્ષ 2005-06 ના 38.7 ટકાથી વર્ષ 2015-16માં 24.9 ટકા જેવો ઘટાડો થયેલ છે. 2015-16 માં 20-24 વર્ષની વયજૂથની એક ચતુર્થાંશ મહિલાઓના લગ્ન વર્ષ પહેલાં કરી દેવામાં આવ્યાં હતાં. આ બાબત શહેરી વિસ્તારોની સરખામણીમાં ગ્રામ્ય વિસ્તારોમાં લગભગ બમણા પ્રમાણમાં જોવા મળી હતી'. બહુ નાની ઉંમરની છોકરીઓ પણ માતા બની રહી છે; તમામ છોકરીઓના 16 ટકા અને અનુસૂચિત જનજાતિ પરિવારોની 11 ટકા છોકરીઓ 19 વર્ષની ઉંમર સુધીમાં બાળજન્મ આપવાનું શરૂ કરી દે છે. આ વહેલાં લગ્ન અને બાળઉછેર એ છોકરીઓને પોતાની સંપૂર્ણ શક્તિ પ્રાપ્ત કરવાના અધિકારનું ઉલ્લંઘન છે.

ટેબલ 5.1: વહેલાં લગ્ન પર એનએફએચએસ ડેટા

સૂચકાંકો	શહેરી એનએફએચએસ- 4 (2015 -16)	ગ્રામીણ એનએફએચએસ- 4 (2015 -16)	કુલ એનએફએચએસ- 4 (2015 -16)	કુલ એનએફએચએસ- 3 (2005 -06)
20-24 વર્ષના વયજૂથની મહિલાઓના લગ્ન 18 વર્ષની ઉંમર પહેલાં થઈ ગયાં હતાં (ટકાવારી)	17.2	30.7	24.9	38.7
કુલ પ્રજનન દર (મહિલા દીઠ બાળકો)	1.8	2.2	2	2.4
૧૫-૧૯ વર્ષના વયજૂથની મહિલાઓ જેઓ પહેલેથી માતાઓ હતી અથવા સર્વેક્ષણ ના સમયે ગર્ભવતી હતી (ટકાવારી)	4.2	7.9	6.5	12.7

સ્ત્રોત: ગુજરાત એનએફએચએસ ડેટા

બાળ લગ્ન³ પરનો યૂનિસેફનો અહેવાલ સૂચવે છે કે ગુજરાતમાં આટા સાટાની પ્રથા સામાન્ય છે જ્યાં ભાઈ અને બહેનના એક સેટના લગ્ન ભાઈ અને બહેનના બીજા સેટ સાથે કરવામાં આવે છે. એક દંપતીના અસમાધાનકારક તફાવતોની ઘટનામાં, બીજા દંપતીએ તેમના લગ્નને તોડી

નાખવું પડે છે. રાજ્યમાં ઘટતો જતો જાતિ ગુણોત્તર, જ્યાં છોકરાઓ અને છોકરીઓ બંને માટે બાળલગ્ન પ્રચલિત છે, સમુદાયને જ્યારે તેમના બાળકો માટે યોગ્ય જીવનસાથી મળે કે તરત જ લગ્ન કરી દેવાની ફરજ પાડે છે (યૂનિસેફ, 2012).

મુસ્લિમ સમૂહો બાળલગ્ન પરના કાયદાનો એ આધારે વિરોધ કરતા આવ્યા છે કે તે મુસ્લિમ પર્સનલ લો ની વિરુદ્ધ છે, અને એક સગીર મુસ્લિમ છોકરીના લગ્નને કાયદેસર માનવાના ગુજરાત હાઈકોર્ટના ચૂકાદાએ સામાજિક મુદ્દાઓમાં ધર્મની ભૂમિકા પર એક બીજા ચર્ચા છેડી છે.

કિશોરાવસ્થા ગર્ભાવસ્થા

ગુજરાતમાં 15-19 વર્ષના વયજૂથમાં આવતી યુવાન મહિલાઓમાં, 7 ટકાએ પહેલેથી એક જીવંત જન્મ આપેલ હોય છે અથવા તેમના પહેલા બાળક સાથે ગર્ભવતી છે. 15-16 વર્ષના વયજૂથની એક ટકા મહિલાઓએ બાળઉછેર શરૂ કરી દીધેલ છે, પરંતુ આ પ્રમાણ 10 ટકા મહિલાઓમાં

તીવ્રતાથી વધે છે જેઓ વર્ષની છે અને 16 ટકા મહિલાઓમાં જે વર્ષની છે. શૈક્ષણિક અને જાતિ સમૂહોમાં અસમાનતાઓ છે. વીસ ટકા મહિલાઓ જેઓ ક્યારેય શાળાએ ગયેલ નથી તેમણે ફક્ત 1 ટકા એ મહિલાઓની સરખામણીમાં બાળઉછેર શરૂ કરી દીધેલ છે જેઓએ શાળાના શિક્ષણના 12 કે વધુ વર્ષ કરેલ છે અને બાળઉછેર શરૂ કરેલ છે. અનુસૂચિત જનજાતિની લગભગ 11 ટકા છોકરીઓ 19 વર્ષની ઉંમર પહેલાં બાળઉછેર શરૂ કરી દે છે, 7.2 ટકા અનુસૂચિત જાતિ અને 6.1 ટકા અન્ય પછાત વર્ગની છોકરીઓની સરખામણીમાં (એનએફએચએસ-4). આમ, એવું જોવા મળે છે કે કિશોરાવસ્થા ગર્ભાવસ્થાઓ ઘટી રહી છે, અને સુધારેલ શિક્ષણ બાળઉછેર ઉંમરના વિલંબમાં મદદ કરે છે⁴.

ટેબલ 5.2: કિશોરાવસ્થા ગર્ભાવસ્થા અને માતૃત્વ

પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા	15-19 વર્ષની મહિલાઓની ટકાવારી :		૧૫-૧૯ વર્ષની મહિલાઓની ટકાવારી જેમણે બાળઉછેર શરૂ કરી દીધેલ છે	મહિલાઓની સંખ્યા
	જેમણે બાળજન્મ આપેલ છે	જેઓ પહેલા બાળક સાથે ગર્ભવતી છે		
ઉંમર				
15	0.4	0.5	0.9	719
16	0.6	0.8	1.4	733
17	1.7	1.5	3.3	689
18	6.9	3.3	10.2	847
19	12.4	3.5	15.9	721
નિવાસ				
શહેરી	2.8	1.4	4.2	1,447
ગ્રામ્ય	5.6	2.4	7.9	2,262
વૈવાહિક સ્થિતિ				
ક્યારેય લગ્ન ન કરેલ	0	0	0.1	3,180
હાલમાં લગ્ન કરેલ	31.9	14.1	46	517
વર્ણ/જાતિ				
અનુસૂચિત જાતિ	3.4	3.8	7.2	476
અનુસૂચિત જનજાતિ	8.6	2	10.7	584
અન્ય પછાત વર્ગ	4.4	1.8	6.1	1,682

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4⁴

ડાકણ શિકાર પ્રથાઓ

વર્ષ 2016 ના એનસીઆરબી અહેવાલમાં, ગુજરાતમાં ઓછામાં ઓછી 14 હત્યાઓનો હેતુ મેલીવિદ્યા તરીકે ઉલ્લેખવામાં આવ્યો હતો. ડેટામાં લિંગ અથવા જે વ્યક્તિની હત્યા ડાકણ હોવાને કારણે કરાઈ છે કે કેમ અથવા

તે મેલીવિદ્યાના નામે બલિદાનનું એક સ્વરૂપ હતું તે સ્પષ્ટ કરવામાં આવેલ ન હતું, તે મેલીવિદ્યા પ્રત્યેની ઊંડી ઉતરી ગયેલ માનસિકતાને દર્શાવે છે⁵. ડાકણપ્રથા ગુજરાતમાં ડાંગ, સાબરકાંઠા, પંચમહાલ, દાહોદ, નર્મદા, તાપી, સુરત અને મહિસાગર જિલ્લાઓમાં વધારે પ્રચલિત છે.

ડાકણ શિકાર પર આનંદીનું કાર્ય⁶

વર્ષ 2000 થી આનંદીનું કાર્ય દર્શાવે છે કે ડાકણ-શિકારને સંબંધિત હિંસાના સ્વરૂપોમાં અપમાનજનક ભાષાનો ઉપયોગ, તેમને મારી નાખવાની ધમકીઓ, જાહેરમાં, રાતે, ઘરે સમૂહો/વ્યક્તિઓ દ્વારા હથિયારો/પથ્થરો વડે ડરાવવું સામેલ છે. ઘણીવાર મહિલાઓને ઘરની બહાર કાઢી મૂકવામાં આવે છે અને ગામની બહાર નસાડી મૂકવામાં આવે છે તથા ગામમાં પ્રવેશવાની મનાઈ કરવામાં આવે છે. કેટલીકવાર આવી મહિલાઓની હત્યા કરવામાં આવે છે. એક સામુહિક વિશ્લેષણ દર્શાવે છે કે આ એવી મહિલાઓ હતી જેમના પતિ મૃત્યુ પામેલ હતા અને તેઓ પાસે સંપત્તિ હતી અથવા તેઓ મજબૂત મહિલાઓ હતી જે પોતાના માટે બોલતી હતી અથવા તેઓ એવી મહિલાઓ હતી જેઓએ જાતીય પ્રસ્તાવોની અવગણના કરી હતી. તેમને દબાવી દેવા માટે, આવી ખોટી માન્યતાઓ ફેલાવવામાં આવી હતી.

ડાકણ તરીકેનું લેબલ લગાવી દેવાયેલ મહિલાઓ ઘણીવાર વારંવારની હિંસા છતાં કોઈ ફરિયાદ નોંધાવતી નથી. ડાકણ શિકાર માટે ગુજરાતમાં કોઈ વિશિષ્ટ કાયદો નથી. રિપોર્ટીંગ ફક્ત ત્યારે જ કરવામાં આવે છે જ્યારે પરિસ્થિતિ આત્યંતિક અને જીવલેણ બને છે. બહુ ઓછી એફઆઈઆર દાખલ કરવામાં આવે છે - મહિલાઓને પરત મોકલી દેવાય છે અને પંચાયતમાં સમસ્યાને ઉકેલવાનું કહેવામાં આવે છે. પોલીસ ખુદ ડાકણ જેવા શબ્દોનો ઉપયોગ કરે છે.

ડાકણ પ્રથાના મૂળિયાં સામાજિક માન્યતાઓ અને પરંપરાઓમાં હોવાથી, તેને નાબૂદ કરવી બહુ મુશ્કેલ છે. આદિવાસી નેતાઓ આ મુદ્દાને સમુદાયમાં ઉઠાવવા અનિચ્છુક હોય છે. શરૂઆતમાં, મહિલા સંગઠનોના સભ્યો પણ ડાકણની અવધારણામાં વિશ્વાસ રાખતા હતા.

આવશ્યક હસ્તક્ષેપો છે પરામર્શ અને હિંસા રોકવા માટે સામુદાયિક સમર્થનનું નિર્માણ કરવું. આનંદીના હસ્તક્ષેપો બાદ, ઉચ્ચ સ્તરના પોલીસ અધિકારીઓ અને ચૂંટાયેલા નેતાઓએ ડાકણ પ્રથાની વિરૂદ્ધના અભિયાનોમાં ભાગ લીધો છે અને હિંસાખોરો સામે પગલાં લેવાની પ્રતિજ્ઞા લીધી છે તથા કિસ્સાઓ નોંધવામાં આવ્યા છે. પરંતુ પ્રણાલી પાસેથી પ્રતિભાવ મેળવવો બહુ મુશ્કેલ છે કારણકે ઘણીવાર આદિવાસી વિસ્તારોમાં પોલીસ જ બંને પક્ષો પાસેથી નાણાં પડાવવા માટેની તકનો ઉપયોગ કરે છે. જોકે, એ હકીકત કે પહેલાં પોલીસ આવા કેસો નોંધવાનું સ્વીકારતી ન હતી અને હવે તેઓ જાતે જ કેસો નોંધી રહી છે તે સમુદાય માટે એક મજબૂત સંદેશો મોકલે છે.

સ્ત્રી જનનાંગ છેદન

સ્ત્રી જનનાંગ છેદન અથવા કટીંગ (એફજીએમ/સી) એ અનેક જુદીજુદી પરંપરાગત પ્રથાઓને આપવામાં આવેલ સામુહિક નામ છે જેમાં સ્ત્રી બાહ્ય જનનાંગનું આંશિક અથવા સંપૂર્ણ છેદન અથવા સાંસ્કૃતિક કારણોસર સ્ત્રી જનનાંગોને અન્ય ઈજાઓ સામેલ છે. એફજીએમ/સીને એક હાનિકારક પ્રથા તરીકે ઓળખવામાં આવે છે, અને તેના કોઈ દેખીતા આરોગ્ય લાભ નથી. તે બાળકો અને

મહિલાઓના માનવ અધિકારોનું ઉલ્લંઘન કરે છે.

અમે ગુજરાતમાં એફજીએમ પરના પ્રત્યક્ષ ડેટા મેળવી શક્યા નથી. જોકે, તે ગુજરાતમાં દાઉદી બહોરા સમુદાયમાં પ્રચલિત હોવાનું જાણવા મળ્યું છે અને તેને ખતના તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. ખતનાનો રિવાજ તરૂણાવસ્થાની ઉજવણી છે જે લાક્ષણિકપણે ત્યારે કરવામાં આવે છે જ્યારે છોકરી સાત વર્ષની થાય છે પરંતુ મોટી ઉંમરે પણ થઈ શકે છે.

સૌથી વધુ સામાન્યપણે, છોકરીઓ પરનું ખતના “મુલ્લાનીઝ, એવી મહિલાઓ જેઓ અર્ધ-ધાર્મિક પ્રતિષ્ઠા ધરાવે છે, અથવા દાઈઓ અથવા મિડવાઈફ્સ દ્વારા, અથવા થોડો અનુભવ ધરાવતી મહિલાઓ દ્વારા કરવામાં આવે છે.” સામાન્ય રીતે આ મહિલાઓ સાક્ષર હોવા છતાં, તેઓ ન તો સ્ત્રી શરીરવિજ્ઞાનનું જ્ઞાન કે સમજ ધરાવે છે, કે ન મેડિસીન, નર્સિંગ કે પ્રાથમિક ઉપચારમાં કોઈ ઔપચારિક તાલીમ ધરાવે છે. ખતના એક “અંધારા” ઓરડામાં બંધ વાતાવરણમાં એનેસ્થેસિયા વિના કરવામાં આવે છે. સામાન્યપણે વપરાતાં સાધનો મુલ્લાનીની પસંદગીને આધારે એક “અસ્ત્રો” અથવા હજામતનું રેઝર અથવા શેવિંગ બ્લેડ હોય છે.

દાઉદી બહોરા સમુદાયની અંદર, ખતના/ખાફ્દ (એફજીએમ/સી) ની પ્રથા ચાલુ રાખવા માટે અને તેમની સાંસ્કૃતિક તેમજ ધાર્મિક ઓળખ ટકાવી રાખવા અને તેનું સંરક્ષણ કરવા માટે ઘણું સામાજિક દબાણ અને સાંસ્કૃતિક ધાકધમકી છે. ધાર્મિક બહિષ્કારના ડર, અને ધર્મગુરૂઓ દ્વારા સમુદાયના લોકો પર રાખવામાં આવતા જડ નિયંત્રણને કારણે બહુ થોડા લોકો એફજીએમ/સી પ્રથા વિરૂદ્ધ ખુલીને બોલે છે.

એફજીએમ/સી એ સામાજિક સમાનતાનો ધોર ઈન્કાર છે, અને બોહરા મહિલાઓ પર લાદવામાં આવતા સામાજિક અને પિતૃપ્રધાન દબાણોને ખુલ્લાં કરે છે. ખતનાની પૌરાણિક પ્રથા, દાઉદી બોહરા સમુદાયની મહિલાઓ પર પિતૃપ્રધાન પરંપરાની પડકારવિનાની તાકત, શક્તિ અને પ્રભાવનું એક ઘાતકી અને દુઃખદાયક સ્મૃતિ છે⁷.

કમનસીબે, બહુમતી બોહરા મહિલાઓ તેમાં માને છે અને પોતાની દીકરીઓને આ રિવાજને અધીન કરે છે.

“તેણીની સાત વર્ષની ઉંમરે સુન્નત કરાઈ હતી. તેણી મુંબઈમાં રહે છે, પરંતુ પોતાના વેકેશનો દરમિયાન તેણી સુરત (ગુજરાત) પોતાની દાદીના ઘરે ગઈ હતી જ્યાં તેણી પર ખતના કરવામાં આવેલ. તેણી એક સુશિક્ષિત છોકરી છે અને સોશિયોલોજીમાં પોતાનું ગ્રેજ્યુએશન કરેલ છે જેમાં તેણીએ આફ્રિકામાં એફજીએમ પર એક પ્રોજેક્ટ પણ કર્યો હતો. તેણીએ પ્રગટ કરેલ કે ભારતની સરખામણીમાં આફ્રિકન દેશોમાં એફજીએમનું વધુ ઘાતકી સ્વરૂપ અપનાવવામાં આવે છે. તેણીને એક દીકરી છે અને તેનું સુન્નત કરાવવાનો ઈરાદો રાખે છે કારણકે તેણી ઈચ્છે છે કે તે એક પુરૂષની જેમ મસ્જિદમાં દાખલ થઈ શકે. પોતાની દીકરી સાથે પુરૂષ સમોવડો વ્યવહાર થાય તે માટે, તેણી ખતનાની પ્રથાને યોગ્ય ગણાવે છે”.

આ મુદ્દા પર થોડી પ્રગતિ થઈ છે. આ મુદ્દા પર 83 મહિલાઓ અને 11 પુરૂષોના ગહન ઈન્ટરવ્યૂ સાથે 2017 માં જાહેર થયેલ આ પ્રકારના સૌપ્રથમ એવા અધ્યયન “ધ ક્લિટોરલ

હૂડ અ કન્ટેસ્ટેડ સાઈટ” (The Clitoral Hood a Contested Site) માં ગુજરાત, મહારાષ્ટ્ર, મધ્ય પ્રદેશ, રાજસ્થાન, કેરળ તેમજ અમેરિકા, કેનેડા અને સંયુક્ત આરબ અમીરાત જેવા નોંધપાત્ર બોહરા ડાયોસ્પોરા વાળા દેશોમાંથી એફજીએમના સમર્થકો અને વિરોધીઓએ ભાગ લીધો હતો⁹. અધ્યયને દર્શાવેલ કે ઈન્ટરવ્યૂ લીધેલ ત્રણ ચતુર્થાંશ ઉત્તરદાતાઓએ પોતાની દીકરીઓને આ પ્રથાને અધીન કરી હતી અને લગભગ તમામ (97 ટકા) મહિલા ઉત્તરદાતાઓએ બાળપણમાં થયેલા તેમના ખુદના એફજીએમને બહુ જ પીડાદાયી તરીકે યાદ કરેલ. આ મહિલા ઉત્તરદાતાઓના 33 ટકાએ કહ્યું હતું કે એફજીએમને કારણે તેમના જાતીય જીવન પર પ્રતિકૂળ અસર થઈ હતી, 10 ટકાએ વારંવાર મૂત્રમાર્ગનો ચેપ અને અસંયમતા થતી હોવાનું જણાવ્યું હતું જ્યારે એક જણાએ અત્યધિક રક્તસ્ત્રાવ થતો હોવાનું જણાવ્યું હતું. મોટાભાગની મહિલા ઉત્તરદાતાઓએ જણાવ્યું હતું કે તેઓ એફજીએમના સીધા પરિણામરૂપે નીચા આત્મ-સન્માન, શરમ, વિશ્વાસઘાત અને ગુસ્સાની લાગણીથી પીડાતી હતી, અને હતાશા અનુભવતી હતી.

અધ્યયન પર આધારિત એક સમાચાર અહેવાલે સંકેત આપ્યો હતો કે એ 88 ઉત્તરદાતાઓએ કહ્યું હતું તેઓએ તેમના પરિવારની મહિલાઓને જાણતા હતા જેઓ પર ખફઝ (સ્ત્રી જનનાંગ છેદન) કરવામાં આવ્યું હતું. વળી, આ પ્રથાનું પ્રચલન વધુ આવક સમૂહોમાં 64 ટકાથી લઈને એકદમ ગરીબ પરિવારોના 100 ટકા સુધી હતું જે દર્શાવે છે કે નીચી આવક ધરાવતા સમૂહો ધાર્મિક વડાઓના દબાણ અને જાપ્તાને કારણે વધુ નબળા હતા.

અધ્યયને એ મિથકને પણ વખોડી કાઢી હતી કે સમુદાયના પુરૂષો આ પ્રથાથી પરિચિત ન હતા અને દર્શાવેલ કે તેઓ રાજકીય અને વ્યક્તિગત સ્તરો પર આ પ્રથાની શાશ્વતતા સાથે સંકળાયેલા હતા જેમાં “ખતના” કરાવેલ મહિલાઓ સાથે લગ્ન કરવાનો આગ્રહ રાખતા અનેક લોકો સામેલ હતા.

ધાર્મિક સ્વતંત્રતા માટે દાઉદી બહોરા મહિલા એસોસિએશન (ડીબીડબલ્યુઆરએફ), જે આ પ્રથાની તરફેણમાં છે, એ પણ અધ્યયનને નામંજૂર કરતું એક નિવેદન બહાર પાડ્યું હતું. ડીબીડબલ્યુઆરએફ ના સચિવ સમીના કાંચવાલાએ કહ્યું ખફઝ સુન્નત છે છેદન નથી. “ખફઝ દાઉદી બહોરા સમુદાય માટે અનોખી એવી એક બિનહાનિકારક સાંસ્કૃતિ/ધાર્મિક પ્રથા છે. અમે દોહરાવીએ છીએ કે દાઉદી બહોરા ધર્મ અને સંસ્કૃતિમાં કોઈપણ પ્રકારના છેદનને કોઈ સ્થાન નથી.”¹⁰

ચેન્જ.ઓઆરજી, ઈન્ડિયાના દુર્ગા નંદિની કહે છે કે એફજીએમના અસ્તિત્વ અંગેનો પ્રથમ જાહેર પુરાવો ડિસેમ્બર 2015 માં 1 લાખ કરતાં વધુ લોકો દ્વારા સમર્થિત તેના પરના પ્રતિબંધ માટે કહેતી એક ઓનલાઈન યાચિકા રૂપે સામે આવ્યો હતો. એક એફજીએમ ઉત્તરજીવી અને વી સ્પેક આઉટની સંસ્થાપક, માસૂમા રનાલ્વી કહે છે કે દુનિયાભરમાં એફજીએમને પ્રતિબંધિત કરવા માટેની એક માંગ ઉઠી હતી પરંતુ ભારત સરકાર તેમના સમુદાયની મહિલાઓની યાચિકાઓ સાંભળતી ન હતી. થોડા સમય પહેલાં, ડીડબલ્યુસીડી તમામ રાજ્યો માટે એફજીએમ પર એક એડવાઈઝરી 'રી કરવા તૈયાર થઈ ગયેલ પરંતુ ક્યારેય તેની સાથે આગળ વધી શકેલ નહીં.

મુદ્દાની પારસ્પરિક ક્રિયા-પ્રતિક્રિયા અને સરકાર દ્વારા ઈનકાર જે ભારતમાં અસ્તિત્વમાં છે દિલચસ્પ છે. ઘ ઈન્ડિયન એક્સપ્રેસનો એક લેખ આ મુદ્દા પરની સ્થિતિને હાઈલાઈટ કરતો હતો¹¹. તેમાં કહેવાયું હતું કે ભારત સરકારે આ અહેવાલને રદિયો આપવાનું અને વખોડી કાઢવાનું પસંદ કર્યું હતું તથા દેશમાં સ્ત્રી જનનાંગ છેદનના પ્રચલનનો પણ ઈનકાર કર્યો હતો.

મે 2017 માં, હાઈકોર્ટના એક વકીલ સુનિતા તિવારી દ્વારા એફજીસી/એમ પર પ્રતિબંધ મૂકવાની એક યાચિકા સર્વોચ્ચ અદાલતમાં દાખલ કરાયા બાદ, મેનકા ગાંધીએ જાહેરમાં આવીને પ્રેસને કહ્યું હતું કે ભારતમાં એફજીસી/એમ પર પ્રતિબંધ લગાવવામાં આવશે. તેમણે એ પણ જણાવ્યું હતું કે તેમનું મંત્રાલય બોહરા સમુદાયના નેતાને લખશે અને તેમને બોહરા સમુદાયમાં આ પ્રથાનો અભ્યાસ બંધ કરવાનું કહેશે. પાછળથી એ જ વર્ષે, ગાંધી અને તેમના મંત્રાલયના અધિકારીઓ સ્ત્રી જનનાંગ છેદનનો અંત લાવવા માટે કામ કરતા કાર્યકરોને પન મળ્યા હતા અને દેશમાં આ પ્રથાને અટકાવવાની આતુરતા વ્યક્ત કરી હતી. તેમ છતાં એક પક્ષપલટુ ચાલમાં, સરકારે ડિસેમ્બર 2017 માં સર્વોચ્ચ અદાલતને કહ્યું હતું કે ભારતમાં એફજીસી/એમના અસ્તિત્વને સાબિત કરતા કોઈ “આધિકારિક ડેટા” ઉપલબ્ધ નથી. આ દાવો વર્ષોના અધ્યયન અને જે સમુદાયોમાં તે થાય છે તેવું જાણવા મળ્યું હતું તે સમુદાયોમાં એફ’સી/એમની પ્રથા સામે વિરોધ કરતા મહિલાઓ અને પુરૂષોની સંખ્યામાં નોંધપાત્ર વધારાને કારણે કરવામાં આવ્યો હતો.

મહિલાઓએ જાહેરમાં સોશિયલ મીડિયા પર અને અન્ય માધ્યમો મારફતે છેદનની પોતાની ખુદની કહાનીઓ શેર કરી હતી. છતાં, સરકાર “આધિકારિક ડેટા” ના અભાવને વળગી રહી હતી.

તે એક નાની લઘુમતી દ્વારા અમલમાં મૂકવામાં આવતી હોવા છતાં, એફજીસી/એમ જેવી સાંસ્કૃતિક પ્રથાઓનું પ્રચલન એક વિશાળ સમસ્યાનું લક્ષણ છે જ્યાં સ્ત્રી શરીરને “અશુદ્ધ”, “અત્યધિક” અને કેટલીક સંસ્કૃતિઓમાં

“શેતાન” ગણવામાં આવે છે. અને અંતે, એપ્રિલ 2018 માં, કેન્દ્ર સરકારે આ પ્રથાનું પ્રચલન હોવાનું સ્વીકાર્યું હતું અને સર્વોચ્ચ અદાલતને એફજીસી/એમના પ્રચલનને કચડી નાખવા માટેની માર્ગદર્શિકાઓ જારી કરવાની વિનંતી કરી હતી. જુલાઈ 2018 માં ઘ ઈન્ડિયન એક્સપ્રેસે જણાવ્યું હતું કે સર્વોચ્ચ અદાલતે એ સ્પષ્ટ કર્યું હતું કે દાઉદી બહોરા સમુદાયની સગીર છોકરીઓનું જનનાંગ છેદન તબીબો પાસે ન કરાવી શકાય અને આ પ્રક્રિયા પાછળ રહેલ “વૈજ્ઞાનિક સ્પષ્ટીકરણ” આપવાનું કહ્યું હતું જો કોઈ છે તો. વકીલ ઈન્દિરા જયસિંહે દલીલ કરી હતી કે બિન-તબીબી હેતુઓ માટે સગીર છોકરીઓના જનનાંગને કાપવું એ આઈપીસી અને પોસ્કો હેઠળનો એક ગુનો બને છે¹².

બહુ પહેલાં ડિસેમ્બર 2012 માં, સંયુક્ત રાષ્ટ્ર મહાસભા (યૂએનજીએ) એ દુનિયામાંથી એફજીએમ નાબૂદ કરવા માટેનો એક ઠરાવ પસાર કર્યો હતો. તેમાં 6 ફેબ્રુઆરીને એફજીએમ માટે શૂન્ય સહિષ્ણુતા માટેના આંતરરાષ્ટ્રીય દિવસ તરીકે નિર્ધારિત કરવામાં આવ્યો હતો. આ લાગણીનો પડઘો બાળકોના અધિકારો પરના સંયુક્ત રાષ્ટ્ર સંમેલન (યૂએનસીઆરસી) દ્વારા અને માનવ અધિકારોના યૂએન સાર્વત્રિક ઘોષણામાં પાડવામાં આવ્યો છે, જેના માટે ભારત એક સહીકર્તા છે. સર્વોચ્ચ અદાલતના ચૂકાદાની કાગડોળે રાહ જોવાઈ રહી છે; જોકે સર્વોચ્ચ અદાલતના ચૂકાદા કરતાં પણ વધુ મોટો પડકાર છે સામાજિક સ્વીકૃતિ¹².

સમાપનમાં, વહેલાં લગ્ન અને બાળઉછેર જેવી હાનિકારક પ્રથાઓ વ્યાપકપણે પ્રચલિત રહેવાનું ચાલુ છે, જ્યારે ડાકણ શિકાર અને એફજીએમ જેવી પ્રથાઓ કેટલાક ભૌગોલિક અને સમુદાય વિસ્તારોમાં પ્રતિબંધિત છે. ડેટા પરથી સ્પષ્ટ થાય છે કે તેમના પ્રચલનમાં હોવા છતાં, આ પ્રથાઓ પિતૃપ્રધાન સમાજમાં મહિલાઓની નબળાઈ પર નભે છે તથા તેમના આરોગ્ય પર પ્રતિકૂળ અસર કરે છે. પાયાના સંગઠનોના અનુભવો પણ સૂચિત કરે છે કે કાયદાઓનું ફક્ત અસ્તિત્વ અને જાગૃતિ વ્યાપકપણે પ્રચલિત અને સ્વીકૃત સામાજિક પ્રથાઓમાં સુધારો લાવતી નથી.

વિભાગ 6

કોઈને પણ પાછળ ન છોડવા

આ વિભાગ મહિલા આપ્રવાસીઓ, દલિત મહિલાઓ, વિકલાંગ મહિલાઓ અને એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય દ્વારા સામનો કરવામાં આવતી સમસ્યાઓને લેખિત સ્વરૂપ આપે છે.

A. આપ્રવાસી મહિલાઓ

ભારતના આર્થિક સર્વેક્ષણ 2017 માં અનુમાન કરવામાં આવેલ કે ભારતમાં આંતર-રાજ્ય સ્થળાંતરની માત્રા 2011 અને 2016 વચ્ચે દર વર્ષે 9 મિલિયનની આસપાસ હતી. 2011 ની વસતીગણતરીમાં દેશમાં આંતરિક આપ્રવાસીઓની કુલ સંખ્યા આશ્ચર્યજનક રીતે 139 મિલિયન નોંધાઈ હતી અને વસતીના 30 ટકા લોકો જન્મસ્થળ દ્વારા આપ્રવાસીઓ તરીકે નોંધાયા હતા¹. દિલ્હી, મહારાષ્ટ્ર અને તામિલનાડુ ઉપરાંત, ગુજરાત મુખ્ય ગંતવ્ય રાજ્યોમાંનું એક છે અને આપ્રવાસીઓમાં જબરદસ્ત બહુમતી મહિલાઓની છે².

ગુજરાતમાં, આધિકારિક ડેટા અનુસાર સમગ્ર ગુજરાતમાં 26,088 કારખાનાઓમાં 1 મિલિયન શ્રમિકો કામ કરતા હતા. આ ડેટા અવિશ્વસનીય લાગે છે કારણકે સુરતમાં એકલા ઓડિશાથી આવેલ 0.6-0.8 મિલિયન શ્રમિકો છે. ત્યાં મહારાષ્ટ્ર, રાજસ્થાન, યુપી, બિહાર અને દક્ષિણના રાજ્યોથી આવેલ શ્રમિકોની સંખ્યા સમાન છે. સુરત જિલ્લામાં 3121 કારખાનાઓ છે પરંતુ આધિકારિક વેબસાઈટ તેમાં કામ કરતા શ્રમિકોનો ડેટા આપતી નથી. આધિકારિક ડેટામાં નોંધાયેલ મહિલા શ્રમિકોની સંખ્યા લગભગ 50,000 છે જે ગુજરાતમાં ઔદ્યોગિક “પ્રગતિ” થઈ હોવા છતાં ઘણાં વર્ષોથી બદલાયેલ નથી.

આપ્રવાસી મહિલા શ્રમિકો તેમના શ્રમ મારફતે રાષ્ટ્રીય અને રાજ્યના અર્થતંત્રમાં યોગદાન આપે છે, અને તેમ છતાં

તેમના યોગદાનની માત્રા અને આ મહિલાઓની પ્રોફાઈલ પર કોઈ સરકારી ડેટા નથી જે આ વિશાળ સમૂહનો ભાગ છે. વળી આજે અન્ય દેશો માટે મહિલા આપ્રવાસીઓનો વિશાળ બર્હિપ્રવાહ છે અને તેના માટે પણ સમાન પરિપ્રેક્ષ્યથી તપાસ થવી જરૂરી છે³. ભારતમાં આપ્રવાસી લોકો પરના તાજેતરના કેટલાક ડેટા સ્પષ્ટપે મહિલા આપ્રવાસીઓની દુર્દશા અને નબળાઈઓ દર્શાવે છે પરંતુ આ અધ્યયનોમાં પણ સાચા પર્યાપ્ત આંકડાઓ નથી.

સંયુક્ત રાષ્ટ્ર શૈક્ષણિક, વૈજ્ઞાનિક અને સાંસ્કૃતિક સંગઠનનો એક અહેવાલ કહે છે ભારતમાં આંતરિક સ્થળાંતર પર લિંગ દૃષ્ટિકોણ અનિવાર્ય હોવા છતાં લાપતા છે. વસતીગણતરી અને એનએસએસઓ ડેટા સર્વેક્ષણોની ડિઝાઈન ઉત્તરદાતાઓને સ્થળાંતર માટે ફક્ત એક કારણ આપવા સક્ષમ બનાવે છે. મહિલા દ્વારા સૂચિત કરાયેલ લગ્ન સ્થળાંતર માટેનું સૌથી મહત્વનું કારણ હોવા છતાં, મહિલાઓના શ્રમ સ્થળાંતર અને આર્થિક યોગદાન આ એકલ કારણભૂત દૃષ્ટિકોણને કારણે અપર્યાપ્તપણે જાણવા મળે છે. આને કારણે રોજગાર માટે મહિલાઓના સ્થળાંતરના અપૂરતા આંકડાઓ મળે છે. તેમ છતાં, એ એક જાણીતી હકીકત છે કે ઘણીવાર ગરીબ આપ્રવાસીઓને જોખમી નોકરીઓમાં રાખવામાં આવે છે જેનું પરિણામ ઔદ્યોગિક અકસ્માતો, જોખમી રસાયણો સાથેના સંપર્કમાં આવે છે અને તેઓ લાંબા કામકાજના કલાકો તથા અસ્વચ્છ પરિસ્થિતિઓનો ભોગ બને છે. તેઓ તેમની ગરીબ, ગીચ અને અસ્વચ્છ જીવન સ્થિતિઓને કારણે ચેપી રોગો પ્રત્યે સંવેદનશીલ હોય છે. આની અસર મહિલાઓ પર કેવી થાય છે તે વિશે અને તેના પરિણામો પરના ડેટા ભાગ્યે જ ઉપલબ્ધ છે.

ટેબલ 6.1: આંતરિક મહિલા સ્થળાંતરની માત્રા અને શૈલી (ટકાવારી)

રાજ્ય	ઈન્ટ્રા ડિસ્ટ્રિક્ટ	ઈન્ટર ડિસ્ટ્રિક્ટ	કુલ	અન્ય રાજ્યોમાંથી	અન્ય દેશોમાંથી
ગુજરાત	63	28.6	91.6	8.1	0.33

સ્ત્રોત: એનએસએસઓ 55મા રાઉન્ડના ઘરેલુ સર્વેક્ષણ ડેટા (પરથી ગણતરી કરાયેલ)

નોંધ: ઉપરોક્ત ડેટા ફક્ત ગુજરાત આપ્રવાસી મહિલા શ્રમિક પરના ઉપલબ્ધ ડેટા છે⁴. એનએફએચએસ અથવા ગુજરાતની વસતીગણતરીમાં કોઈ બાકીના ડેટા ઉપલબ્ધ નથી.

એક જેએસએ સભ્ય જે આ સમસ્યા પર કામ કરે છે એ નોંધેલું કે મહિલા આપ્રવાસીઓ વેતનમાં અસમાનતાનો ભોગ બને છે કારણકે તેઓને નિયમિતપણે સમકક્ષ કાર્યો માટે પુરૂષો કરતાં ઓછું વેતન ચૂકવાય છે. આ મહિલા આપ્રવાસીઓ બમણા ભેદભાવનો સામનો કરે છે, આપ્રવાસીઓ માટેની વિશિષ્ટ મુશ્કેલીઓનો સામનો કરે છે અને તરીકેની તેમની વિશિષ્ટ નબળાઈને લીધે લિંગ-આધારિત હિંસાનો ભોગ બને છે એટલકે કે શારીરિક, જાતીય અથવા મનોવૈજ્ઞાનિક દુર્વ્યવહાર, શોષણ અને ટ્રાફિકિંગ. મહિલા આપ્રવાસીઓ શ્રમ બજારના વ્યેટિયાના હાથે જાતીય દુર્વ્યવહાર અને હિંસા પ્રત્યે બહુ જ નબળા હોય છે. તેમની પાસે કોઈ સમર્થન, કાનૂન, પોલીસ કે અન્યથા હોતું નથી. શ્રમિક આપ્રવાસીઓના અધિકારોનું સંરક્ષણ કરવા માટે આંતર-રાજ્ય આપ્રવાસી કામદાર અધિનિયમ 1979 નો ભાગ્યે જ અમલ કરવામાં આવે છે. લિંગ અને સ્થળાંતરને સંબંધિત ચિંતાઓને સંબોધવામાં આવતી નથી, અને મહિલા આપ્રવાસીઓના અધિકારોને શહેર વિકાસ યોજનાઓમાં બરાબર સ્થાન આપવામાં આવતું નથી.

તેમની આરોગ્ય સમસ્યાઓ ગરીબ અને અસુરક્ષિત કાર્ય તથા જીવન સ્થિતિઓ, કામકાજના લાંબા કલાકો અને વ્યવસાયિક આરોગ્ય તથા સુરક્ષાના અભાવને કારણે ઉત્પન્ન થાય છે. આપ્રવાસી લોકોમા પોષણ સંબંધી બીમારીઓ, વ્યવસાયિક રોગો, ચેપી બીમારીઓ, દારૂનું વ્યસન અને એચઆઈવી તથા એઈડ્સનો ખતરો રહે છે.

સેવાઓ માટેની પહોંચનો અભાવ મહિલાઓને પ્રભાવિત કરે છે જેઓ ઘણીવાર પોતાની ગર્ભવસ્થા દરમિયાન પણ કામ કરવાનું ચાલુ રાખે છે, તેઓ ઓછા વજનના બાળકોને જન્મ આપે છે અને બહુ ઓછું વજન ધરાવતી માતાઓ રહે છે. આ મહિલાઓને આરોગ્ય સેવાઓ, કાયદાઓ, યોજનાઓ અથવા નીતિઓ તેમજ શ્રમિકો તરીકેના પોતાના અધિકારોની પણ જાણ હોતી નથી.

જેએસએ સભ્ય વિશિષ્ટપણે આપ્રવાસી ઈંટની ભઠ્ઠીમાં કામ કરતા શ્રમિકોની સમસ્યાઓ વિશે વાત કરે છે, ખાસ કરીને ગર્ભવતી મહિલાઓ દ્વારા સામનો કરવામાં આવતી સમસ્યાઓ વિશે. તેમને સરકાર દ્વારા ઓળખવામાં આવતા નથી અને નથી તેમના ગૃહ રાજ્ય તેમને સમર્થન આપતું, નથી એ રાજ્ય સમર્થન આપતું જ્યાં તેઓએ સ્થળાંતર કરેલ છે અને તેમના શ્રમ થકી યોગદાન આપી રહ્યા છે. વિવિધ આરોગ્ય યોજનાઓ વિશેની તેમની જાગૃતિ બહુ ઓછી છે અને આ ઈંટની ભઠ્ઠીઓના સુપરવાઈઝરો તેમને આરોગ્ય સુવિધાઓનો લાભ લેવામાં મદદ કરતા નથી. તેઓ વેતનમાં ભેદભાવ, જાતીય હિંસા અને વિવિધ પ્રકારના નિષેધો, જેવા કે જાહેર ખાદ્ય વિતરણ પ્રણાલી, આશ્રય અને તબીબી સુવિધાઓ માટેની પ્રતિબંધિત પહોંચનો સામનો કરે છે, તેમજ મર્યાદિત મતદાન અધિકારો ધરાવે છે. અનેક મહિલા આપ્રવાસી બાંધકામ શ્રમિકોને ઘોડિયાઘર, પીવાના પાણી, સ્વચ્છતા અને શૌચાલયોના ઉપયોગ કરવાથી રોકવામાં આવે છે.

કેટલાક ગુજરાત સ્થિત અધ્યયનો

“ગુજરાતના શહેરોમાં આવાસ, મૂળભૂત સેવાઓ અને સામાજિક માળખાં માટે મોસમી આપ્રવાસી બાંધકામ શ્રમિકોની હકદારીઓ” પરના એક પૃષ્ઠભૂમિ નીતિ પેપરે કાનૂની, નીતિ વિષયક અને વહીવટી સંદર્ભની તપાસ કરી હતી જે ગુજરાતના અમદાવાદ, સુરત અને વડોદરા એમ ત્રણ મોટાં શહેરોમાં આવાસ, મૂળભૂત સેવાઓ અને સામાજિક માળખાં માટે મોસમી આપ્રવાસી બાંધકામ શ્રમિકોની હકદારીઓને આકાર આપતા હતા. આનો હેતુ શહેરમાં આ વંચિતોની જીવન સ્થિતિઓ માટેના કારણો અને તેમાં સુધારા કરવા માટે અવરોધો તેમજ શક્યતાઓને સમજવા માટેનો હતો. (દેસાઈ, 2017) આ અધ્યયનમાં કુશળ અને અકુશળ શ્રમિકો પરના ડેટા હતા. જોકે તેમાં લિંગ, જાતિ/વંચિત લોકો પરના ડેટા ન હતા.⁷

વર્ષ 2014 માં હાથ ધરાયેલ એક અન્ય અધ્યયનમાં, શ્રમના આંતરિક સ્થળાંતર પર ધ્યાન કેન્દ્રિત હતું જે કામચલાઉ, મોસમી અને ગ્રામ્યથી શહેરી વિસ્તારો તરફનું છે. એવું જોવા મળ્યું હતું કે તાજેતરના દાયકાઓમાં દક્ષિણના દેશોમાં ગ્રામ્યથી શહેરમાં થતા સ્થળાંતરમાં વધારો થયેલ છે અને તે વિકાસની પ્રક્રિયા સાથે ભવિષ્યમાં હજુ વધવાની અપેક્ષા છે. અધ્યયને આપ્રવાસી શ્રમિકો દ્વારા સામનો કરવામાં આવતી સમસ્યાઓ નિહાળી હતી અને નિષ્કર્ષ કાઢ્યો હતો કે તેમને ઓળખવાની અને દરેક ક્ષેત્રમાં તેમના દ્વારા સામનો કરવામાં આવતી સમસ્યાઓને ઉકેલવાની જરૂર છે (હિરવે એટ એલ 2014)⁸.

બિહારના મોસમી આપ્રવાસીઓ હેડ-લોડર અને હાથલારી ખેંચનારા છે; ઉત્તર પ્રદેશથી આવતા આપ્રવાસીઓ કારખાનાના કામદારો અને વાહનચાલકો તરીકે પ્રભુત્વ ધરાવે છે; ઓડિશાથી આવતા આપ્રવાસીઓ મોટેભાગે પ્લમ્બિંગના કામ અને હીરા કાપવાના ઉદ્યોગ સાથે સંકળાયેલા છે. તેમાંથી વિશાળ બહુમતી એસસી અને એસટી જેવા ઐતિહાસિકપણે વંચિત સમૂહોમાંથી આવે છે, જે તેમની નબળાઈમાં વધારો કરે છે. જોકે આ અધ્યયનમાં એ લિંગ/નારીવાદી લેન્સનો અભાવ હતો અને મહિલા શ્રમિકોની સમસ્યાઓ પર ધ્યાન આપવામાં આવ્યું ન હતું.⁹

શહેરી વિસ્તારોમાં નિરાધાર અને એકલ માતાઓ: એક દૃષ્ટિકોણ

શહેરી બસ્તીઓ (ઝૂંપડપટ્ટીઓ) માં એકલ આપ્રવાસી માતાઓની ખાસ્સી વસતી હોય છે. આમાંથી ઘણી મહિલાઓ “ઘરકામ” અથવા અસંગઠિત શ્રમિકો તરીકે કામ કરે છે. તેમનામાંથી સંખ્યાબંધ નિરાધાર, છૂટાછેડા લીધેલ અથવા વિધવા છે. આ મહિલાઓ સમાજનો એક નબળો વર્ગ બનાવે છે જ્યાં એકલી મહિલા તરીકેની તેમની સ્થિતિ ગરીબી, શિક્ષણનું નીચું સ્તર અને ઉંમર જેવી અન્ય નબળાઈઓમાં વધારો કરે છે. શહેરી ઝૂંપડપટ્ટીઓમાં વિધવાઓની ઉંમર ૨૪ વર્ષ જોવા મળે છે જેઓ એ ઉંમર સુધીમાં ઓછામાં ઓછા બે બાળકોની માતા બની ગઈ હોય છે. તેઓ એકલી અથવા સગાસંબંધીઓ સાથે રહે છે પરંતુ સ્વયં અને પોતાના બાળકો માટે તેઓએ ઝઝૂમવું પડે છે. તેનાથી તેઓ પર કોઈપણ પ્રકારનું કામ લઈ લેવાનું દબાણ વધે છે. જાતીય શોષણ અને તેમના હાલની વૈવાહિક સ્થિતિને લીધે તેમના માટે સેવાઓનો નકાર આ મહિલાઓ માટેનો સૌથી મોટો ગેરફાયદો છે. સેવા પ્રદાતાઓના પૂર્વગ્રહભર્યા વલણોને કારણે સેવાઓ અને પરામર્શ માટે સેવા પ્રદાતાઓનો સંપર્ક કરવામાં તેઓનો ખચકાટ અને સમાજમાં બદનામી થવાના ભયનું પરિણામ અસુરક્ષિત પ્રથાઓમાં આવે છે જેવી કે અનૌપચારિક પ્રદાતાઓ દ્વારા અથવા જાતે જ નક્કી કરીને લીધેલી ગર્ભપાતની દવાઓથી ગર્ભપાત.

(જેએસએ સભ્ય જે શહેરી ઝૂંપડપટ્ટીઓમાં કામ કરે છે)

સમાપનમાં, આપ્રવાસીઓમાં જબરદસ્ત બહુમતી મહિલાઓની જોવા મળે છે. તેઓ જન્મજાત સામાજિક-સાંસ્કૃતિક પૂર્વગ્રહો અને આર્થિક વંચિતતા ઉપરાંત, આપ્રવાસીઓ અને મહિલાઓ હોવાના પરિણામોનો ભોગ બને છે. સ્થળાંતર અસમાનતા અને ભેદભાવની મૌજૂદા માત્રામાં વધારો કરે છે. લિંગ અને સ્થળાંતરોને સંબંધિત ચિંતાઓને સંબોધવામાં આવતી નથી અને મહિલા આપ્રવાસીઓના અધિકારોને શહેર વિકાસ યોજનાઓમાં બરાબરનું સ્થાન મળતું નથી. પ્રતિકૂળ વલણો, ભેદભાવભર્યા અભ્યાસો અને “માટીના પુત્રો” વિચારસરણી પર આધારિત કાયદાકીય માળખાંઓને કારણે પણ આર્થિક, સામાજિક અને આરોગ્ય લાભ આપવાનો ઈનકાર કરવામાં આવે છે¹⁰. ભારત આંતરરાષ્ટ્રીય સ્થળાંતરમાં લિંગ-આધારિત ભેદભાવ અને ટ્રાફિકિંગની રોકથામ માટેના આંતરરાષ્ટ્રીય સંમેલનો અને પ્રોટોકોલ્સ માટેનું એક સહીકર્તા છે, તેવી જ રીતે ભારતમાં મહિલાઓના આંતરિક સ્થળાંતર માટે કાયદો અમલમાં લાવવો જરૂરી છે¹¹.

B. મહિલા શ્રમિકોનું વ્યવસાયિક આરોગ્ય^{a1}

ભારતમાં, કામના સ્થળે થતા અકસ્માતોની સંખ્યા, મૃત્યુ પામતા શ્રમિકોની સંખ્યા, કાયમી ધોરણે વિકલાંગ થઈ જતા શ્રમિકોની સંખ્યા પરના ડેટા ઉપલબ્ધ નથી કારણકે નોંધાયેલ કારખાનાઓ, ખાણો (ફેક્ટરીઝ અને ખાણ અધિનિયમ હેઠળ) તેમજ નોંધાયેલ બાંધકામના સ્થળો તથા ડોક્સ સિવાય અન્ય કોઈ સ્થળ માટે સરકારને આવા કિસ્સાઓનો રિપોર્ટ કરવાની કોઈ કાયદાકીય જોગવાઈ નથી. તેવી જ રીતે, જંતુનાશક અધિનિયમ હેઠળ, જંતુનાશકોને કારણે થતા ઝેર થવાના કિસ્સાઓ નોંધવામાં આવે છે. કાયદાકીય જોગવાઈ હોવા છતાં, અકસ્માતો અને મૃત્યુઓ વિશે ભાગ્યે

જ જાણ કરવામાં આવે છે.

50 ટકા કરતાં વધુ શ્રમિકો કૃષિ શ્રમિકો છે જેઓ પાસે કાર્યસ્થળે આરોગ્ય અને સુરક્ષા માટેનું કોઈ કાયદાકીય કવર નથી. ભારત સરકારે આઈએલઓ સી. 155 (1981) મંજૂર કરેલ નથી જેમાં તમામ આર્થિક ક્ષેત્રોમાં તમામ શ્રમિકો માટે આરોગ્ય અને સુરક્ષા (એચ એન્ડ એસ) માટેનું કાયદાકીય કવર વિસ્તારવામાં આવશે. આરોગ્ય, શિક્ષણ અને નાણાંકીય સેવાઓ મહિલાઓની નોંધપાત્ર હાજરી સાથેના સંઘઠિત ક્ષેત્રો છે, તેમ છતાં તે કાર્યસ્થળે આરોગ્ય અને સુરક્ષાના સંરક્ષણ માટે સંપૂર્ણપણે કવરેજની બહાર છે. ખાસ કરીને આરોગ્ય ક્ષેત્ર વધુ જોખમી છે કારણકે શ્રમિકોને ચેપ લાગી શકે છે પરંતુ મહિલાઓની સુરક્ષા જાતીય સતામણી સુધી જ મર્યાદિત છે. સુરતના ટેક્સટાઈલ પ્રોસેસિંગ એકમોમાં, મહિલા શ્રમિકો કામ કરે છે પરંતુ ફેક્ટરી અધિનિયમ હેઠળ વાર્ષિક રિટર્ન જમા કરતા માલિકો ભાગ્યે જ મહિલા શ્રમિકોને તેમના રેકોર્ડ્સ પર દર્શાવે છે. તેઓ જણાવે છે કે કોઈ મહિલા શ્રમિકને તેમના દ્વારા માતૃત્વ લાભ ચૂકવવામાં આવ્યો ન હતો. આ ગંભીરપણે ખોટી કે અધૂરી માહિતી આપવાનો પ્રયાસ છે પરંતુ કોઈપણ તેમને આ વિશે સવાલો કરતા નથી. હકીકતમાં, અનેક એકમો રિટર્ન્સ જમા કરવાની દરકાર રાખતા નથી. રાજ્યમાં કારખાનાઓની એક જ મહિલા નિરીક્ષક છે જેના પર સમગ્ર ગુજરાતભરમાં મહિલા શ્રમિકો માટે જોગવાઈઓના અમલની દેખરેખ રાખવાની જવાબદારી છે. આ મહિલા નિરીક્ષકને એ બહાના હેઠળ નિરીક્ષણ જવાબદારીઓને સંબંધિત ન હોય તેવા કાર્યો સોંપવામાં આવે છે કે તેણી મહિલા હોવાથી રાજ્યભરમાં પ્રવાસ કરી શકશે નહીં. આ પૃષ્ઠભૂમિ સામે, અમે જુદાજુદા વ્યવસાયોની શ્રેણીમાંથી કેટલાક કિસ્સાઓ સામે લાવ્યા છીએ.

a જગદીશ પટેલ દ્વારા તૈયાર થયેલ નોટ (પીપલ્સ ટ્રેઈનિંગ એન્ડ રિસર્ચ સેન્ટર - પીટીઆરસી)

રસાયણ ફેક્ટરીમાં રસાયણોના સંપર્કમાં આવવાથી મૃત્યુ

જુન 23, 2011 ના રોજ પીટીઆરસીએ ઉત્તર ગુજરાતમાં કડી ખાતે આવેલ કોરલ ફાર્મા કેમ નામની એક ફેક્ટરીમાં પોલીકાર્બોનેટ તરીકે જાણીતા એક રસાયણ માટેના એક્સપોઝર પર પોતાનો અહેવાલ પ્રગટ કર્યો હતો. સામગ્રીનું ઝેરીપણું બહુ જાણીતું ન હતું. તેના સંપર્કમાં આવેલ મહિલાઓમાં, એક યુવાન મહિલા શ્રમિકનું મોત થયું હતું અને અન્ય એકને 4-5 મહિના માટે પથારીવશ રહેવું પડ્યું હતું. એક પુરૂષ શ્રમિકનું પણ મૃત્યુ થયું હતું. એક મહિલા લાંબી બીમારી બાદ મૃત્યુ પામી અને તેણીના પતિએ આપઘાત કર્યો કારણકે તે તેણીની સારવારના ખર્ચાને કારણે ચિંતિત હતો. જ્યારે પીટીઆરસીએ ગુજરાત ઉચ્ચ ન્યાયાલયના મુખ્ય ન્યાયાધીશને એક પત્ર લખ્યો, ન્યાયાલયે સુઓ મોટો જાહેર હિતનો મુકદ્દમો દાખલ કર્યો અને માલિક તથા રાજ્યને નોટિસ પાઠવી હતી. બાદમાં, તેણે રાષ્ટ્રીય વ્યવસાયિક આરોગ્ય સંસ્થાને તબીબી તપાસો હાથ ધર્યા બાદ એક અહેવાલ રજૂ કરવાનો હુકમ આપ્યો હતો. સંસ્થાને અહેવાલ આપ્યો હતો કે ધૂળના એક્સપોઝરને કારણે અનેક શ્રમિકો ફેફસાંની બીમારીથી પીડાઈ રહ્યા હતા અને કેટલાક રસાયણોના એક્સપોઝર બાદ યકૃતની બીમારીથી પીડાઈ રહ્યા હતા.

સિલિકોસિસ (Silicosis)

અકીકના શ્રમિકો: ખંભાત સદીઓથી અકીક અથવા મણકાની કારીગરી માટે સુપ્રસિદ્ધ છે. પહેલાં તે સંપૂર્ણપણે હસ્તકળાકારીગરી હતું પરંતુ વીજળીની શરૂઆત થયા બાદ, કામની ગતિ વધી ગઈ. વીજળીથી ચાલતા એમરી વ્હીલ્સ પર પથ્થરના ગ્રાઈન્ડિંગના કારણે સિલિકા ધરાવતી બહુ મોટી માત્રામાં એકદમ ઝીણી ધૂળ પેદા થાય છે, જે જો શ્વાસમાં જાય તો ફેફસાંના પોલાણમાં જઈને સિલિકોસિસ ઉત્પન્ન કરે છે. અનેક શ્રમિકો સિલિકોસિસને કારણે મૃત્યુ પામ્યા છે અને તેવા મૃત્યુ ચાલુ જ છે. મોટી સંખ્યામાં મહિલાઓ ગ્રાઈન્ડર્સ તરીકે કામ કરે છે અને તેથી મહિલાઓમાં મૃત્યુનો દર વધુ છે. પીટીઆરસી એક્સપોઝઝ લોકોમાંથી સિલિકોસિસના દર્દીઓને ઓળખવા અને નિદાન કરવા માટે 2007-2017 થી ખંભાતમાં અઠવાડિક દવાખાનું ચલાવે છે. તેનાથી સિલિકોસિસ પ્રચલન અને મૃત્યુઓ પરનો વૈજ્ઞાનિક ડેટા ઉત્પન્ન થયો હતો. એક દાયકામાં (2005-10), 167 મૃત્યુઓ નોંધાયા હતા.

કામદાર વળતર અધિનિયમ હેઠળ સિલિકોસિસ એક વળતરપાત્ર બીમારી હોવા છતાં, 2010 સુધીમાં દાવાનો એક પણ કેસ ન હતો જેનું કારણ સામાજિક પરિસ્થિતિ માનવામાં આવે છે. વર્ષ 2010 થી, સિલિકોસિસ પીડિતોને રાહત ચૂકવવા માટે રાજ્યો સાથે વાટાઘાટો કરવા રાષ્ટ્રીય માનવ અધિકાર આયોગને નિર્દેશ કરતા સર્વોચ્ચ અદાલતના હુકમ બાદ, પીટીઆરસીએ આયોગ સમક્ષ નવ ફરિયાદો દાખલ કરી હતી, જેમાં ખંભાત વિસ્તારમાં અકીક ઉદ્યોગમાં થયેલ 112 મૃત્યુ સામેલ હતાં. ડિસેમ્બર 2017 માં, આયોગે ગુજરાત સરકાર માટે ભલામણો પસાર કરેલ અને અંતે 2018 માં તેણે ઘણાં પરિવારોને રાહત તરીકે રૂ. 4 લાખ ચૂકવ્યા હતા.

ક્વાર્ટ્ઝ ઉદ્યોગ આદિવાસી શ્રમિકો: 1970 ના દાયકાની આસપાસ ગોધરા નગરમાં સિલિકા સ્ટોન ક્રશિંગ ઉદ્યોગ શરૂ થયો હતો જેમાં હમણાં 15 કશર્સ આવેલાં છે. 1980 માં ગુજરાત ઔદ્યોગિક વિકાસ નિગમ (જીઆઈડીસી) એ જીઆઈડીસી, ગોધરામાં તેની આસપાસની હવાનું અધ્યયન કરવા રાષ્ટ્રીય વ્યવસાયિક આરોગ્ય સંસ્થાને (એનઆઈઓએચ)ને આમંત્રણ આપ્યું હતું કારણકે આ સ્ટોન ક્રશિંગ એકમો હવાને ભારે માત્રામાં પ્રદૂષિત કરી રહ્યાં હતાં. આ અધ્યયનમાં કાર્યસ્થળમાં સંપૂર્ણ અને શ્વસનયોગ્ય ધૂળની મોટી ટકાવારી પ્રગટ થઈ હતી તથા નોંધવામાં આવ્યું હતું કે છ મહિનાનું એક્સપોઝર પણ સિલિકોસિસનું કારણ બની શકે તેમ છે. પછી કારખાના નિરીક્ષકે સિલિકોસિસના કિસ્સાઓ શોધવાનું શરૂ કર્યું હતું અને ગોધરામાં વળતર માટેના દાવાઓ દાખલ કરવામાં આવ્યા હતા.

2000 માં, વડોદરા જિલ્લાના છોટાઉદેપુર તાલુકા (હવે છોટાઉદેપુર એક જિલ્લો છે) માં મોટી સંખ્યામાં સિલિકોસિસથી પીડાતા શ્રમિકો મળી આવ્યા હતા. સ્થાનિક સંગઠનોએ દાવો કર્યો હતો 500 શ્રમિકોનું પહેલેથી મૃત્યુ થઈ ચૂક્યાં છે. રાજ્ય આરોગ્ય વિભાગ અને એનઆઈઓએચે શ્રમિકોની તપાસ અને પ્રબંધન કરેલ. 2004 માં સ્થાનિક સમાચારપત્રોએ અહેવાલ આપ્યો હતો કે દાહોદ જિલ્લાના આદિવાસી શ્રમિકો સિલિકોસિસથી પ્રભાવિત હતા. કુલ 238 શ્રમિકો જેઓએ મધ્યપ્રદેશના આદિવાસી વિસ્તારોમાંથી આ એકમોમાં કામ કરવા માટે સ્થળાંતર કર્યું હતું, સિલિકોસિસથી મૃત્યુ પામ્યા હતા અને એનએચએસઆરની ભલામણોને આધારે તથા સર્વોચ્ચ અદાલતના એક હુકમના પ્રતિભાવમાં, ગુજરાત સરકારે તેમાંના દરેકને રૂ. 3 લાખ ચૂકવ્યા હતા.

એસ્બેસ્ટોસિસ (Asbestosis)

એસ્બેસ્ટોસ એક અત્યંત ઝેરી રસાયણ છે. કાચા એસ્બેસ્ટોસના રેષાઓનો ઉપયોગ થર્મલ પાવર પ્લાન્ટ્સમાં બોઈલરોની બાહ્ય સપાટીના ઈન્સ્યુલેશન માટે થાય છે. અમદાવાદમાં ઈન્સ્યુલેશનમાં સંકળાયેલ શ્રમિકો એસ્બેસ્ટોસિસથી પીડાતા હોવાનું જાણવા મળ્યું હતું. થોડા કિસ્સાઓમાં શ્રમિકોના જીવનસાથીઓને પણ તેમના પતિઓના કાર્ય સમયે પહેરવાનાં કપડાંના બાહ્ય સંપર્કમાં આવવાને કારણે એસ્બેસ્ટોસિસ હોવાનું જોવા મળ્યું હતું.

મીઠાના અગરોના મહિલા શ્રમિકો ગુજરાત પોતાના સૌથી લાંબા દરિયાકિનારા સાથે રાષ્ટ્રના 70 ટકા મીઠાની આપૂર્તિ કરે છે. કચ્છના નાના રણમાં લગભગ 100,000 કુટુંબો મીઠાના ઉત્પાદનમાં સામેલ છે. કુટુંબો પ્રશાસન દ્વારા તેમને ફાળવવામાં આવતી જમીન માટે સ્થળાંતર કરે છે અને ત્યાં વર્ષના આઠ મહિના રહે છે. તેઓ પાસે મૂળભૂત સુવિધાઓ, આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ, શૈક્ષણિક સુવિધાઓ અથવા અન્ય કોઈ નાગરિક સેવાઓ સુધીની પહોંચ હોતી નથી. મહિલાઓ સૌથી વધુ પ્રભાવિત થાય છે. ત્યાં કામ કરતી મહિલાઓ માટે કોઈ એએનસી ઉપલબ્ધ નથી; પ્રસૂતિઓ ખુલ્લા આકાશ નીચે થાય છે. શ્રમિકો મીઠાના અગરોમાં ખુલ્લા પગે જાય છે અને પગમાંથી ખારું

પાણી તેમના શરીરોમાં જાય છે. પરિણામે તેઓ લોહીના ઊંચાં દબાણોથી પીડાય છે. તેઓ હીટ સ્ટ્રોક્સ, ચામડીને લગતી સમસ્યાઓ અને કુપોષણથી પણ પીડાય છે.

C. દલિત મહિલાઓ

વસતીગણતરી 2011 અનુસાર, ગુજરાતમાં, જનસંખ્યામાં એસસી 16.2 ટકા અને એસટી 8.2 ટકા હિસ્સો ધરાવે છે. એનએફએચએસ-4 ના ડેટા દર્શાવે છે કે ગુજરાતમાં એક-દસમાંશ (ટકા) કરતાં વધુ કુટુંબોના વડા એવા છે જેઓ એક અનુસૂચિત જાતિના છે, 15 ટકા અનુસૂચિત જનજાતિના અને 41 ટકા અન્ય પછાત વર્ગના છે. અનુસૂચિત જનજાતિઓમાંથી આવતી મહિલાઓ માટેના સૂચકાંકો સૌથી ખરાબ હતા અને તેમને સૌથી વધુ નબળો વર્ગ ગણી શકાય. એસસી અને ઓબીસીના આ સૂચકાંકો થોડીઘણી બહેતર સ્થિતિમાં હતા.

દલિત મહિલાઓનું આરોગ્ય

પોષણ સંબંધી સ્થિતિ: એસસી/એસટીની એક તૃતીયાંશ કરતાં વધુ મહિલાઓને પાતળી તરીકે વર્ગીકૃત કરવામાં આવી હતી. એસટી મહિલાઓની પોષણ સંબંધી સ્થિતિ સૌથી વધુ ખરાબ હતી જેમાં 41 ટકા કરતાં વધુ મહિલાઓ પાતળી હતી અને અન્ય 21.7 ટકા મહિલાઓ સાધારણથી ગંભીરપણે પાતળી હતી².

ટેબલ 6.2: 15-49 વર્ષના વયજૂથની મહિલાઓની પોષણ સંબંધી સ્થિતિ-બોડી માસ ઈન્ડેક્સ (ટકાવારી)

જાતિ/જનજાતિ	મહિલાઓનો બોડી માસ ઈન્ડેક્સ			
	<18.5 (સંપૂર્ણપણે પતાળી)	<17.0 (સાધારણ/ ગંભીરપણે પાતળી)	≥ 25.0 (વધુ વજનવાળી અથવા મેદસ્વી)	≥ 30.0 (મેદસ્વી)
અનુસૂચિત જાતિ	29.2	15.0	19.7	4.8
અનુસૂચિત જનજાતિ	40.6	21.7	10.8	2.0
અન્ય પછાત વર્ગ	27.6	13.4	22.8	6.6
અન્ય	18.8	8.4	33.6	11.4
ખબર નથી	27.2	13.2	20.8	4.7

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ-4²

નોંધ: બોડી માસ ઈન્ડેક્સને મીટરમાં ઊંચાઈના વર્ગ સાથે કિલોગ્રામમાં વજનના ગુણોત્તર તરીકે વ્યક્ત કરવામાં આવે છે (kg/m²)

પ્રજનનક્ષમતા: એસસી/એસટી મહિલાઓમાં ઉચ્ચતર પ્રજનનક્ષમતા દર (ટીએફઆર) હોવાનું જોવા મળ્યું હતું અને તેમાનથી લગભગ 17.9 ટકાએ પહેલેથી જ પોતાના કિશોરાવસ્થાના વર્ષોમાં માતૃત્વ પ્રાપ્ત કરી લીધું હતું.

ટેબલ 6.3: 15-49 વર્ષના વયજૂથની મહિલાઓ જેઓએ બાળઉછેર શરૂ કરી દીધું છે (ટકાવારી)

કિશોરાવસ્થા ગર્ભાવસ્થા અને માતૃત્વ		
જાતિ/જનજાતિ	ગુજરાત	ભારત
અનુસૂચિત જાતિ	7.2	8.8
અનુસૂચિત જનજાતિ	10.7	10.5
અન્ય પછાત વર્ગ	6.1	7.0
અન્ય	3.3	7.5
ખબર નથી	(17.8)	17.5

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ -4²

માતૃત્વ સંભાળ: અન્ય જાતિઓની સરખામણીમાં એસસી, એસટી મહિલાઓમાં પ્રસૂતિ પૂર્વેની (એએનસી) સંભાળ પ્રાપ્તકર્તાઓ ઓછા હતા, ખાસ કરીને એસટી મહિલાઓમાં. એસટી મહિલાઓના ફક્ત બે તૃતીયાંશને એએનસી પ્રાપ્ત થયેલ, એક પંચમાંશને ભલામણ કરાયેલ “સંપૂર્ણ” એએનસી પ્રાપ્ત થયેલ, અને આ મહિલાઓના ત્રણ ચતુર્થાંશ કરતાં પણ ઓછી મહિલાઓની પ્રસૂતિઓ સંસ્થાગત હતી. પ્રસૂતિના 48 કલાકની અંદર પ્રસૂતિ બાદની સંભાળ તમામ જાતિઓમાં સમાન હતી. ડેટાએ એ પણ દર્શાવેલ કે આ મહિલાઓ, ખાસ કરીને એસટી મહિલાઓએ અન્ય જાતિઓ કરતાં પ્રસૂતિ માટે સરકારી સુવિધાઓનો વધુ ઉપયોગ કર્યો હતો.

ટેબલ 6.4: માતૃત્વ સંભાળ (ટકાવારી)

	અનુસૂચિત જાતિ	અનુસૂચિત જનજાતિ	અન્ય પછાત વર્ગ	અન્ય
કુશળ પ્રદાતા દ્વારા એએનસી	78.4	67.1	82.1	87.6
“સંપૂર્ણ” પ્રસૂતિ પૂર્વેની સંભાળ	33.0	19.4	29.7	38.7
આરોગ્ય સુવિધામાં પ્રસૂતિ	88.6	76.6	90.5	94.9
સરકારી સુવિધામાં પ્રસૂતિ	35.8	44.0	31.4	24.8
ખાનગી સુવિધામાં પ્રસૂતિ	52.8	32.6	59	70.1
કુશળ પ્રદાતા દ્વારા પીએનસી	77.3	70.4	71.6	68.4
૪૮ કલાકની અંદર પીએનસી	68.7	64.8	66.4	66.4

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ -4²

પરિવાર નિયોજન સેવાઓ: જ્યાં સુધી પરિવાર નિયોજન પદ્ધતિનો સવાલ હતો, રાષ્ટ્રીય પરિદૃશ્યથી વિપરીત રાજ્યમાં એસટી મહિલાઓમાં આધુનિક પદ્ધતિનો ઉપયોગ વધુ થતો હતો. પરિવાર નિયોજન પદ્ધતિનો એકંદર ઉપયોગ તમામ જાતિઓમાં થોડાઘણા અંશે એકસમાન હતો.

ટેબલ 6.5: પૃષ્ઠભૂમિ વિશેષતા દ્વારા ગર્ભનિરોધકનો વર્તમાન ઉપયોગ (ટકાવારી)

જાતિ/જનજાતિ	કોઈપણ આધુનિક પદ્ધતિ		સ્ત્રી નસબંદી		પુરૂષ નસબંદી	
	ગુજરાત	ભારત	ગુજરાત	ભારત	ગુજરાત	ભારત
અનુસૂચિત જાતિ	43.7	49.2	35.9	38.5	0.0	0.3
અનુસૂચિત જનજાતિ	46.7	45.0	41.8	36.5	0.7	0.5
અન્ય પછાત વર્ગ	43.1	46.5	34.3	37.3	0.0	0.2
અન્ય	41.6	49.9	27.9	32.0	0.0	0.2
ખબર નથી	32.5	39.5	27.5	25.4	0.0	0.1

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ -4

દલિત મહિલાઓ સામે હિંસા

સરકારી ડેટા દર્શાવે છે કે 2016 માં ગુજરાતમાં અનુસૂચિત જાતિઓ (એસસીઓ) સામેના અત્યાચારોના ગુનાનો દર 32.5 ટકા હતો, જે 20.4 ટકાના રાષ્ટ્રીય દર કરતાં વધુ હતો. જુલાઈ 26 2017 ના રોજ રાજ્યસભામાં રજૂઆત થયા અનુસાર, દલિતો સામે 1,321 જેટલા અત્યાચારો નોંધાયા હતા. રાજ્યમાં દલિતો સામેના અત્યાચારોમાં 2015 માં નોંધાયેલા 1,009 કિસ્સાઓથી 31 ટકા જેટલો વધીને 2016 માં 1,321 નોંધાયા છે. તુલનાત્મક રીતે, રાષ્ટ્રીય સ્તરે અત્યાચારોમાં 2015 માં 38,564 થી 6 ટકા વધીને 2016 માં 41,014 થયા હતા³.

જ્યારે રાજ્યમાં એસટી મહિલાઓ પર હુમલા, જાતીય સતામણી અને બળાત્કારનો દર રાષ્ટ્રીય સ્તર કરતાં ઓછો હતો, મહિલાઓના અપહરણના અને ભગાડી જવાના વધુ કિસ્સાઓ નોંધાયા હતા.

ટેબલ 6.6: અનુસૂચિત જનજાતિઓ સામે ગુના/અત્યાચારો

	એસટી મહિલા તેના શીલભંગ માટે હુમલા (કુલ)		જાતીય સતામણી		અપહરણ અને ભગાડી જવું				બળાત્કાર	
					લગ્ન માટે દબાણ કરવા એસટી મહિલાઓ માટે કે એન્ડ એ		અન્ય કારણો માટે કે એન્ડ એ			
	પીડિતોની સંખ્યા	ગુનાનો દર	પીડિતોની સંખ્યા	ગુનાનો દર	પીડિતોની સંખ્યા	ગુનાનો દર	પીડિતોની સંખ્યા	ગુનાનો દર	પીડિતોની સંખ્યા	ગુનાનો દર
ગુજરાત	25	0.3	12	0.1	14	0.2	4	0.0	34	0.4
ભારત	840	0.8	298	0.3	51	0	52	0.0	975	0.9

સ્ત્રોત: એનસીઆરબી 2016⁴

પતિ દ્વારા હિંસા: દલિત મહિલાઓમાં પતિ દ્વારા થતી હિંસાનું પ્રમાણ પણ વધુ હતું. એસટી મહિલાઓમાં ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસા વધુ જોવા મળી હતી.

ટેબલ 6.7: પતિ દ્વારા હિંસા અને ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસા (ટકાવારી)

પતિ દ્વારા હિંસા - ભાવનાત્મક, શારીરિક કે જાતીય હિંસા	
જાતિ/જનજાતિ	
અનુસૂચિત જાતિ	26.4
અનુસૂચિત જનજાતિ	34.3
અન્ય પછાત વર્ગ	23.0
અન્ય	16.4
ખબર નથી	20.2
ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન હિંસા	
અનુસૂચિત જાતિ	2.1
અનુસૂચિત જનજાતિ	5.1
અન્ય પછાત વર્ગ	1.1
અન્ય	1.3
ખબર નથી	0.0

સ્ત્રોત: એનએફએચએસ -4²

લિંગ વલણોનું વધુ વિશ્લેષણ દર્શાવતું હતું કે આ જાતિઓના બંને પુરૂષો અને મહિલાઓ રસોઈ બનાવવાની ખરાબ કુશળતાઓ, વૈવાહિક અધિકારોનો ઈનકાર, ઘર અને બાળકો તરફ બેદરકારી અને પત્નીઓ / મહિલાઓ દ્વારા દલીલાત્મક, અવિશ્વાસપૂર્વકના વ્યવહારોના આધારે પતિ દ્વારા હિંસા માટેના કારણોનું સમર્થન કરતા હતા.

ટેબલ 6.8: લિંગ ભૂમિકા વલણો (ટકાવારી)

જાતિ/જનજાતિ	સમંત છે કે ઓછામાં ઓછા એક કારણસર પતિ પોતાની પત્નીને મારે છે કે ફટકારે છે તે યોગ્ય છે ^a		સમંત છે કે તમામ નિર્દિષ્ટ કારણો માટે પોતાના પતિ સાથે સેક્સ કરવાથી ઈનકાર કરવો પત્ની માટે યોગ્ય છે ^b		સમંત છે કે પત્ની પોતાના પતિ સાથે સેક્સ કરવાનો ઈનકાર કરે છે, તેને ચાર નિર્દિષ્ટ કારણોમાંથી કોઈપણ એક માટેનો અધિકાર નથી ^c
	મહિલાઓ	પુરૂષો	મહિલાઓ	પુરૂષો	પુરૂષો
અનુસૂચિત જાતિ	38.3	28.0	62.8	65.0	74.6
અનુસૂચિત જનજાતિ	43.0	32.6	58.6	51.8	72.8
અન્ય પછાત વર્ગ	35.4	28.9	62.7	61.5	75.2
અન્ય	28.7	22.8	66.1	65.6	81.2
ખબર નથી	29.2	(26.1)	(78.0)	(77.0)	(92.1)

- a નિર્દિષ્ટ કારણો: પતિને કઠ્ઠા વિના બહાર જવું, ઘર અથવા બાળકોની અવગણના કરવી, પતિ સાથે દલીલ કરવો, પતિ સાથે જાતીય સંબંધ રાખવાની ના પાડી, યોગ્ય રીતે રસોઈ ન બનાવવી, અવિશ્વાસુ, અને સાસુ-સસરા તરફ અનાદર દર્શાવવો.
- b નિર્દિષ્ટ કારણો: જાણે છે પતિને જાતીયપણે ચેપ લાગે તેવો રોગ છે/પતિ અન્ય મહિલાઓ સાથે જાતીય સંબંધ ધરાવે છે, અને તે થાકી ગયેલ છે અથવા મૂડમાં નથી.
- c નિર્દિષ્ટ વ્યવહારો: ગુસ્સે થાય છે અને તેણીને સખત ઠપકો આપે છે, તેણીને નાણાકીય સમર્થન આપવાનો ઈન્કાર કરે છે, જાતીય સંબંધ બાંધવા બળજબરીનો ઉપયોગ કરે છે, અને અન્ય મહિલા સાથે જાતીય સંબંધ છે.

પુરાવાનો અભાવ

ગુજરાતમાં બહુ ઓછા વ્યવસ્થિત સંશોધન અધ્યયનો કરવામાં આવ્યા છે. બે અધ્યયનો પરથી પ્રાપ્ત ડેટા આ મહિલાઓ દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા કેટલાક પડકારો પર પ્રકાશ ફેંકે છે.

નવસર્જન ટ્રસ્ટ દ્વારા કરાયેલ અધ્યયનો હેતુ એ દર્શાવવનો હતો કે દલિત મહિલાઓ હિંસા પ્રત્ય નબળી રહે છે જે તેમના ગામડાંઓ, તેમના ઘરો અને તેમના સૌથી વધુ ગાઢ સંબંધોમાં વ્યાપક છે. આ હિંસા માત્ર બિન-દલિત પુરૂષો દ્વારા જ કરવામાં નથી આવતી, પરંતુ મહિલાઓના ખુદના સમુદાયો અને પરિવારોના સભ્યો દ્વારા કરવામાં આવે છે. આ અધ્યયન “દલિત મહિલાઓના આકસ્મિક મૃત્યુઓ” તરીકે ઓળખાતી હિંસાના એક વિશિષ્ટ સબસેટને સંબોધે છે. આ મૃત્યુઓને આકસ્મિક તરીકે વર્ગીકૃત કરવામાં આવે છે કારણકે મૃત્યુ માટે કોઈને પણ કારણભૂત માનવામાં આવતા નથી. ડેટાએ એ પણ દર્શાવેલ કે દલિતો સામેના ગુનાની આવૃત્તિ આ અધ્યયનના પાંચ વર્ષના સમયગાળા દરમિયાન બદલાયા વિનાની રહી હતી⁵.

“સન્માનની વાતચીત કરવી: ભારતમાં ગરીબ અને મધ્યમ વર્ગીય યુવા શહેરી મહિલાઓના અનુભવોની સરખામણી કરવી” પર હાથ ધરાયેલ એક અન્ય અધ્યયન મુંબઈમાં યુવા ઝૂંપડપટ્ટીઓમાં રહેતી દલિત મહિલાઓના અને બરોડા, ગુજરાતમાં યુવા મધ્યમવર્ગની મહિલાઓના અંતરંગ સંબંધો વિશે તપાસ કરવામાં આવી હતી. તેમણે શોધ્યું કે સન્માન આપવાના લિંગઆધારિત વિચારો મહિલાઓના આવાગમન અને સંબંધોની સ્વતંત્રતાને આકાર આપે છે. આ સરખામણીને કારણે એ રીતો વિશે નવું જ્ઞાન પ્રાપ્ત થયેલ કે લિંગની દૃષ્ટિએ ભારતમાં વર્ગ, જાતિ અને સ્થાન યુવા મહિલાઓના જીવનને આકાર આપે છે. દલિત મહિલાઓએ એ આદર્શ માટે વધુ સક્રિય પ્રતિકારતા દર્શાવી હતી જે પ્રાપ્ત કરવા તેઓએ સંઘર્ષ કર્યો હતો, તેમના આવાગમન અને સંબંધો પર અતિશય નિયંત્રણ અને તકેદારી હોવા છતાં⁶.

ગુજરાત સંદર્ભ: સમસ્યાઓ અને નબળાઈઓ⁷

ગુજરાતમાં દલિતો સાથે કામ કરતા એક જેએસએ સભ્ય અનુસાર, આ સમુદાય 12,000 ગામડાંઓમાં ફેલાયેલો છે. તેમની સામે આંતરિક વિસ્થાપન અને અત્યાચારોનો મોટો પડકાર રહેલો છે.

હાથેથી કચરો ઉપાડવામાં સામેલ દલિતોમાં મોટું આંતરિક વિસ્થાપન જોવા મળે છે. તેમાંના લગભગ બધા (95 ટકા) મહિલાઓ છે પરંતુ શહેરી વિસ્તારો માટે વિસ્થાપનનો નિર્ણય પુરૂષો લે છે. ઝૂંપડપટ્ટીઓમાં થતું આ વિસ્થાપન આ મહિલાઓની જાતીય હિંસાના વિવિધ સ્વરૂપો માટેની નબળાઈમાં વધારો કરે છે.

દલિતો પર જમીનના વિવાદને કારણે હુમલા થતા આવ્યા છે, મહિલાઓને શારીરિક હાનિ પહોંચાડવામાં આવે છે તેમજ તેમના પર બળાત્કારો થાય છે અને તેમ છતાં આજની તારીખે તેમને ન્યાય મળતો નથી. મહિલાઓ આ અત્યાચારો સહન કરતી હતી, ત્યારે દલિત પુરૂષ નેતાઓએ ગુનેગારોને સજા આપવાને / કરાવવાને બદલે, સમાધાન માટે બીજી બાજુ સાથે વાટાઘાટો કરતા.

ભાવનગર, કચ્છ અને રાજકોટમાં થયેલ અધ્યયનમાં, 70 ટકા કિસ્સાઓ પરિવાર અથવા સમુદાય આધારિત હિંસાના હતા અને 30 ટકા જાતિ-આધારિત હિંસાના હતા. મહિલાઓ સામેની ઘરેલૂ હિંસા છુપાવવામાં આવતી હતી, બળીને મરી જવાથી, ઝેર ખાઈ લેવાથી અને ડૂબીને મરી જવાથી અકુદરતી મૃત્યુઓના કિસ્સાઓ નોંધાતા હતા. સંશોધનકારોએ જોયું કે ઘણીવાર દલિતો અદાલતોમાં વિરૂદ્ધ થઈ જતા હતા અને તે ન્યાય મેળવવા માટે તેમના દ્વારા સામનો કરવામાં આવતો મુખ્ય પડકાર હતો.

રાજ્યમાં દલિત છોકરીઓના જાતીય ટ્રાફિકિંગની સમસ્યા છે. તેઓ આઘાત અનુભવે છે, ઓળખની સમસ્યાઓ ધરાવે છે અને તેમના દુઃખને તેમના કુટુંબોમાં પણ સમજવામાં આવતું નથી. શહેરી વિસ્તારોમાં, સમુદાય સાથે કોઈ બંધન ન હોવાથી છોકરીઓ જાતીય હુમલાઓ સમયે વધુ નબળી બની જાય છે. આ છોકરીઓને સમર્થન આપવામાં કુટુંબ અને સમુદાયની નામરજી સ્પષ્ટ દેખાય છે. દલિત મહિલાઓ પણ ન્યાય સુધી બહુ સરળતાથી પહોંચતી નથી. ધોરણ માં ભણતી એક 15 વર્ષીય છોકરી પર બળાત્કાર થયો. તેણીને ન્યાય મળ્યો જોકે પોસ્કો તે સમય લાગુ થયો ન હતો. પરંતુ કેસ જીત્યા બાદ, છોકરીને શરમિંદા કરવામાં આવી અને ગામમાંથી તેણીનો બહિષ્કાર કરવામાં આવ્યો હતો. તેણીએ ખુદને આગ લગાડીને બળી મરવાનો પ્રયાસ કર્યો હતો. તેણીને અમદાવાદ સિવિલ હોસ્પિટલમાં લાવવામાં આવી, જ્યાં તે પછીની સવારે મૃત્યુ પામી હતી. ગામવાસીઓને તેણીના મૃતદેહને ગામમાં આવવા દીધો ન હતો અને તેણીના અંતિમ સંસ્કાર હોસ્પિટલમાં જ કરવામાં આવ્યા. તાજેતરના વર્ષોમાં, ઉના ફ્લોગિંગ કેસના સમયની આસપાસ જે મહિલા પર જાતીય હુમલો થયો હતો, પોલીસે તેણીની ફરિયાદમાં યોગ્ય આઈપીસી (ઈન્ડિયન પીનલ કોડ) ની કલમો લગાવી ન હતી.

વાલ્મીકિ પેટા-જાતિને દલિતોમાં સૌથી નીચી પેટા-જાતિ માનવામાં આવે છે. વાલ્મીકિ સમાજની મહિલાઓને શૌચાલય અને ખુલ્લી ગંદગી સાફ કરવા સંબંધિત કામ આપવામાં આવે છે. દેશભરમાં મોટાભાગની આ મહિલાઓ હાથેથી કચરો સાફ કરવાની અમાનવીય અને હલકી ગણાતી પરંપરાનો ભોગ બનવાનું ચાલુ છે. તેનું કારણ આ જાતિ-આધારિત પરંપરા છે જેને કારણે તેઓ સમાનતા, આઝાદી, શિક્ષણ અને સામાજિક વિકાસના તેમના બંધારણીય અને વૈધાનિક અધિકારોથી વંચિત રહે છે. જોકે, ગુજરાત સરકાર આ પ્રથાના અસ્તિત્વનો સ્વીકાર કરતી નથી તેમ છતાં ભારત સરકારના ડેટા દર્શાવે છે કે હાથેથી કચરો સાફ કરવામાં ગુજરાત ચોથા નંબરે છે.

અનેક આપ્રવાસી શ્રમિકો દલિત મહિલાઓ છે અને આ મહિલાઓનું સરોગસી સમેત અનેક હેતુઓ માટે શોષણ કરવામાં આવે છે. 2010 માં, નવસર્જન ટ્રસ્ટે ગુજરાતના જિલ્લાઓમાંથી ગામડાંઓમાં દલિતો સામેની અસ્પૃશ્યતા પ્રથાઓના પ્રચલનને સમજવા માટે “અસ્પૃશ્યતાને સમજવી” નામનું એક અધ્યયન હાથ ધરેલ. તેમાં છ મુખ્ય શ્રેણીઓમાં વર્ગીકૃત અસ્પૃશ્યતા પ્રથાઓના 98 સ્વરૂપો ઓળખ્યા હતા. આ અધ્યયનમાં એક બાબત આંખે ઊડીને વળગે છે તે એ છે કે વાલ્મીકિ સમાજ અન્ય દલિત સમુદાયોની સરખામણીમાં ભેદભાવની બહુમતીનો સામનો કરતો હતો. એ પણ જોવા મળ્યું કે એએનએમઓ અને દાઈઓ (પરંપરાગત જન્મ સહાયકો) દલિતો સાથે અસ્પૃશ્યતા રાખતી હતી. આ મહિલાઓની સ્થિતિ ઘણીવાર એટલી નબળી હોય છે કે તેઓએ કોઈની પણ મદદ વિના ખુલ્લામાં પ્રસૂતિ કરવી પડે છે⁸.

ચૂંટાયેલ 100 મહિલા પ્રતિનિધિઓ પરનું એક અધ્યયન દર્શાવતું હતું કે એવા ગામો હતાં જ્યાં આ મહિલાઓને ખુરશીઓ પર પણ બેસવા દેવામાં આવતી ન હતી. અને જો ચૂંટાયેલ મહિલા એક વિધવા છે, લોકો તેણીનું મોઢું પણ જોવા માગતા ન હતા. આ ચૂંટાયેલી દલિત મહિલાઓમાંથી કેટલીકે ક્યારેય પંચાયત કચેરી પણ જોઈ ન હતી.

D. વિકલાંગતા સાથે જીવતી મહિલાઓ

વિકલાંગતા પરનો સરકારી ડેટા 2011 ની વસતીગણતરી પરથી મળેલ છે. તેમાં તમામ પ્રકારની વિકલાંગતા સામેલ છે જેવી કે દૃષ્ટિવિષયક, શ્રવણ સંબંધી, બોલવા સંબંધી, હલનચલન સંબંધી, માનસિક મંદતા વગેરે. તમામ શ્રેણીઓ અને તમામ વયજૂથોમાં, પુરૂષોથી સંખ્યા સૌથી વધુ છે^{1,2}. એ સ્પષ્ટ નથી કે શું આવું સામાજિક અને સાંસ્કૃતિક પૂર્વગ્રહ / દબાણને કારણે વિકલાંગ છોકરીઓના ઓછા રિપોર્ટીંગને કારણે છે કે કેમ. નીતિ આયોગ સ્વીકારે છે કે વિકલાંગતા ધરાવતી વ્યક્તિઓ (પીડબલ્યુડી) તેમના દૈનિક જીવનમાં કલંકિત અને ઓછી ગરિમાનો અનુભવ કરે છે.

“દૃષ્ટિહીન મહિલાઓ અને મહિલાઓના હલનચલન વચ્ચે પુલો બાંધવા” વિષય પર ઑલ ઈન્ડિયા કોફેડરેશન ઑફ બ્લાઈન્ડ (એઆઈસીબી) ના સહયોગમાં નવી-દિલ્હી સ્થિત મહિલા વિકાસ અધ્યયન માટેના કેન્દ્ર (સીડબલ્યુડીએસ) દ્વારા જુન 2016 માં આયોજીત એક દિવસીય લાંબી કાર્યશાળામાં, સંખ્યાબંધ વયસ્ક અંધ છોકરીઓએ એ બાબત પર પોતાના વ્યક્તિગત અનુભવો કહ્યા હતા કે કેવી રીતે લોકો દિવસના અજવાળામાં સામાન્ય રીતે ફક્ત દર્શક બની રહેતા હતા જ્યારે તેઓને જાહેર સ્થળોએ સતામણી અને છેડછાડનો ભોગ બનાવવામાં આવ્યા હતા.

તેમાંના ઘણાંએ ભારતમાં મહિલાઓના હલનચલન અને વિકલાંગ મહિલાઓના દૈનિક અગ્નિપરીક્ષાના અતિ સૂક્ષ્મ અંતરોને સમજવા પ્રત્યેની ઉદાસીનતા વચ્ચે રહેલ મૌજૂદા અંતરનો સ્વીકાર કર્યો હતો. ભારતમાં બળાત્કારની ઉત્તરજીવી વિકલાંગ મહિલા પર ભાવનાત્મક અને મનોવૈજ્ઞાનિક ટોલ અતિશય છે. હતાશા, અસહાયતા અને કુટુંબ તરફથી અવગણના ઘણાં પ્રચલિત છે. વિકલાંગતા ક્ષેત્રમાં કામ કરતા બહુમતી એનજીઓ દિલ્હી અને મુંબઈ જેવા મેટ્રો શહેરોમાં સ્થિત છે. તેમાંના બહુ થોડા જાતીય સતામણીના કિસ્સાઓ સંબંધિત હિમાયતમાં સંકળાયેલા છે. પરિણામે, દેશના ગીચ વિસ્તારોમાં રહેતી વિકલાંગ મહિલાઓ દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા દુર્વ્યવહાર અને હિંસા સંભાળાયા વિનાના રહે છે અથવા કારપેટ નીચે સંતાડી દેવામાં આવે છે. તેઓ સામાજિક ધારણા વિશે વાત કરે છે કે વિકલાંગ મહિલાઓ “અજાતીય” અને પુનરાવર્તિત હોય છે જેને વિકલાંગતા સાથેની વ્યક્તિઓના અધિકારો પારના સંયુક્ત રાષ્ટ્ર સંમેલન (યુએનસીઆરપીડી) માં મંજૂર રાખવામાં આવેલ છે, ભારત સરકાર એ સુનિશ્ચિત કરવા ફરજબદ્ધ છે કે વિકલાંગ મહિલાઓ કોઈપણ અવરોધ અને ડર વિના જાહેર સ્થળો અને સેવાઓ સુધી પહોંચે છે³.

“દૃષ્ટિહીન મહિલાઓ અને મહિલાઓના હલનચલન વચ્ચે પુલો બાંધવા” વિષય પર ઑલ ઈન્ડિયા કોફેડરેશન ઑફ બ્લાઈન્ડ (એઆઈસીબી) ના સહયોગમાં નવી-દિલ્હી સ્થિત મહિલા વિકાસ અધ્યયન માટેના કેન્દ્ર (સીડબલ્યુડીએસ) દ્વારા જુન 2016 માં આયોજીત એક દિવસીય લાંબી કાર્યશાળામાં, સંખ્યાબંધ વયસ્ક અંધ છોકરીઓએ એ બાબત પર પોતાના વ્યક્તિગત અનુભવો કહ્યા હતા કે કેવી રીતે લોકો દિવસના અજવાળામાં સામાન્ય રીતે ફક્ત દર્શક બની રહેતા હતા જ્યારે તેઓને ’હેર સ્થળોએ સતામણી અને છેડછાડનો ભોગ બનાવવામાં આવ્યા હતા.

તેમાંના ઘણાંએ ભારતમાં મહિલાઓના હલનચલન અને વિકલાંગ મહિલાઓના દૈનિક અગ્નિપરીક્ષાના અતિ સૂક્ષ્મ અંતરોને સમજવા પ્રત્યેની ઉદાસીનતા વચ્ચે રહેલ મૌજૂદા અંતરનો સ્વીકાર કર્યો હતો. ભારતમાં બળાત્કારની ઉત્તરજીવી વિકલાંગ મહિલા પર ભાવનાત્મક અને મનોવૈજ્ઞાનિક ટોલ અતિશય છે.

હતાશા, અસહાયતા અને કુટુંબ તરફથી અવગણના ઘણાં પ્રચલિત છે. વિકલાંગતા ક્ષેત્રમાં કામ કરતા બહુમતી એનજીઓ દિલ્હી અને મુંબઈ જેવા મેટ્રો શહેરોમાં સ્થિત છે. તેમાંના બહુ થોડા જાતીય સતામણીના કિસ્સાઓ સંબંધિત હિમાયતમાં સંકળાયેલા છે. પરિણામે, દેશના ગીચ વિસ્તારોમાં રહેતી વિકલાંગ મહિલાઓ દ્વારા સામનો કરવામાં આવતા દુર્વ્યવહાર અને હિંસા સંભાળાયા વિનાના રહે છે અથવા કારપેટ નીચે સંતાડી દેવામાં આવે છે. તેઓ સામાજિક ધારણા વિશે વાત કરે છે કે વિકલાંગ મહિલાઓ “અજાતીય” અને પુનરાવર્તિત હોય છે જેને વિકલાંગતા સાથેની વ્યક્તિઓના અધિકારો પારના સંયુક્ત રાષ્ટ્ર સંમેલન (યુએનસીઆરપીડી) માં મંજૂર રાખવામાં આવેલ છે, ભારત સરકાર એ સુનિશ્ચિત કરવા ફરજબદ્ધ છે કે વિકલાંગ મહિલાઓ કોઈપણ અવરોધ અને ડર વિના જાહેર સ્થળો અને સેવાઓ સુધી પહોંચે છે³.

વિકલાંગ મહિલાઓની સ્થિતિ અને ગુજરાત ભૂંડંપ

જાન્યુઆરી 26, 2001 ના રોજ, પશ્ચિમ ભારતમાં આવેલ અત્યંત વિનાશક ઘરતીકંપમાં લગભગ 14,000 લોકો મૃત્યુ પામ્યા હતા, 150,000 થી વધુ લોકો ઈજાગ્રસ્ત થયા હતા અને લાખો લોકો બેઘર બન્યા હતા. આ આપદાને પગલે લાખો લોકો વિકલાંગ બન્યા હતા, જેમકે અંગછેદનોને કારણે અંગની હાનિ અને કરોડરજીની ઈજાઓને કારણે પેરલેજીયા.

કચ્છના સૌથી વધુ ગંભીરપણે-પ્રભાવિત પ્રદેશના ગામડાંઓ અને નગરોમાં, વિકલાંગ મહિલાઓ તેમના પતિઓ અને સાસુ-સસરા દ્વારા ત્યજી દેવાયાના, તેમના સમુદાયો દ્વારા તરછોડી દેવાયાના અને તેમના પરિવારો દ્વારા સતત માનસિક ત્રાસનો ભોગ બનાવાયાના અનુભવોનું વર્ણન કરે છે જેઓ તેમને દરરોજ તેઓ “બોજ” બની ગયા છે તે યાદ અપાવ્યા કરે છે.

“વ્હીલચેરમાં રહેવા કરતાં, સારું થાત જો મારા પગ કાપી નખાયા હોત” એવું 34 વર્ષીય માયાબા લાલુબા સોલંકી કહે છે, જેઓએ તે વિનાશક સવારે અં’ર નગરમાં આવેલ તેમનું ઘર તૂટી પડવાથી ચાલી શકવાની ક્ષમતા ગુમાવી હતી. “પછી મને કદાચ કૃત્રિમ અંગો મળત અને હું કાંબઘોડીની મદદથી ચાલી શકત - કમ સે કમ લોકો મને સ્વીકારત તો ખરા.” માયાબાને ત્રણ મહિનાની દીકરી હતી જ્યારે તેણીના પતિએ તેણીને અને તેમના બાળકો એવું કહીને ત્યાગ કરી દીધો હતો કે તે પોતાના ગામમાં આવી “શરમ” સાથે દેખાવા માગતો નથી.

એવી બીજી મહિલાઓ પણ છે, જેમના ગોઠવાયેલાં લગ્ન તેમના પોતાના માતાપિતા દ્વારા જ તોડી નખાયા હતા કે બંધ રાખવામાં આવ્યા હતાં, જેઓ આજે એકલતામાં જીવે છે. કેટલીક તેમના વ્યવહારથી એટલી હતાશ થઈ ગયેલ છે કે તેઓએ પોતાના પર કેરોસીન રેડીને અને આગ લગાડીને આત્મ-દાહ વડે આપઘાતનો પ્રયાસ કર્યો છે. ભૂંડંપમાં વિકલાંગ બનેલ છોકરીઓના માતાપિતાઓને પણ સમાજમાં તેમના ભવિષ્ય વિશે ગંભીર ચિંતાઓ છે જે ઘણી હદ સુધી એવું સમજે છે કે જીવનમાં એક મહિલાની એકમાત્ર ભૂમિકા લગ્ન કરવાની અને તેના પતિ, તેના કુટુંબ અને તેમના બાળકોની સંભાળ રાખવાની છે⁶.

નીતિ આયોગે કહ્યું હતું કે પીડબલ્યુડી માટે રાષ્ટ્રીય નીતિ, 2006 ને સંશોધિત કરવાની જરૂર છે અને વિવિધ પ્રકારની વિકલાંગતા સાથે તાલમેલ કરતા લોકોની સંખ્યાના અંદાજો વાસ્તવિક હોવા જોઈએ. વિકલાંગતા સાથેના લોકોને શિક્ષણ અને કૌશલ્ય તાલીમ આપવામાં આવવી જોઈએ. ભારતની પુનર્વસન પરિષદ (આરસીઆઈ) સ્થાપિત કરવામાં આવવી જોઈએ. આરસીઆઈ હેઠળ પુનર્વસનમાં રાષ્ટ્રીય પરીક્ષા બોર્ડની સ્વતંત્ર કામગીરી સુનિશ્ચિત કરવામાં આવવી જોઈએ. દર વર્ષે લગભગ 3.5 લાખ લાભાર્થીઓને સહાય પ્રદાન કરવામાં આવવી જોઈએ⁷.

E. એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાયની સમસ્યાઓ

ગુરૂવાર, સપ્ટેમ્બર 6, 2018 ના રોજ ઈતિહાસ બનાવવામાં આવ્યો હતો, જ્યારે ભારતની સર્વોચ્ચ અદાલતે એક સીમાચિહ્નરૂપ ચૂકાદામાં ભારતીય પીનલ કોડના સેક્શન 377 ના એક ભાગને કાયદેસર માન્ય ઠેરવ્યો હતો (વસાહતી યુગની જોગવાઈ જે સમાન જાતિના વયસ્કો વચ્ચે ખાનગી સંમતિપૂર્વકની જાતીય ક્રિયાઓને અપરાધ ગણે છે). “જાતીય અભિગમને આધારે કોઈપણ પ્રકારનો ભેદભાવ મૂળભૂત અધિકારોનું ઉલ્લંઘન કરે છે,” એવું ભારતના મુખ્ય ન્યાયાધીશે કહ્યું, જેઓ પાંચ ન્યાયાધીશની બેન્યના વડા હતા. કાર્યકર કવિના હમસફર ટ્રસ્ટે, એક ચેરિટી જે ભારતના એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય સાથે કામ કરે છે, ટોચની અદાલતમાં તેની યાચિકામાં એક સંકટ ડેટા

અહેવાલ સામેલ કર્યો હતો. તેણે કહ્યું જેમનો સર્વે કરવામાં આવ્યો હતો તેમાંથી 20 ટકા કરતાં ઓછા લોકોએ જાહેરમાં તેમની જાતીય ઓળખ પ્રગટ કરી હતી જ્યારે દેશમાં દરેક પાંચ સજાતીય લોકોમાંથી બે જણાએ 2013 માં ટોચની અદાલત દ્વારા સજાતીયતાને પુનઃઆપરાધિક ગણાવ્યા બાદ બ્લેકમેલનો સામનો કરેલ હતો.

ગુજરાત માટે આવો કોઈ ડેટા ઉપલબ્ધ ન હોવાથી, આ ચૂકાદો કમ સે કમ આગળનો માર્ગ છે. લક્ષ્ય, ફોરમ ફાઉન્ડેશન, યુવાલ ગ્રામ સેવા ટ્રસ્ટ, ક્વિર આબાદ અને વિકલ્પ મહિલાઓના જુથ જેવા સંગઠનોમાં આનંદ અનુભવવામાં આવત જેઓ વધુ સમાવેશી સમાજ અને ગુજરાતમાં એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમૂહ માટે કાયદેસરની જગ્યાઓ પ્રદાન કરવા માટે કામ કરતા રહ્યા છે.

રાજકુંવરનું “ બહાર આવવું ”

માનવેન્દ્ર સિંહ, જેઓ ભૂતપૂર્વ રાજપીપળા રાજ્યના સમલિંગી રાજકુંવર તરીકે જાણીતા છે તેઓ વર્ષોથી આ કારણ માટે એક ચેમ્પિયન રહ્યા છે. તેમણે ખુલ્લી રીતે પોતાના અભિગમ વિશે જાહેર કરેલ છે અને તેમના અધિકારો માટે લડે છે. 2006 માં જ્યારે તેઓ તેમના જાતીય અભિગમ સાથે જાહેરમાં આવ્યા હતા લોકો તેમના પૂતળાં બાળીને તેમનો બહિષ્કાર કરતા હતા અને તેમનું કુટુંબ તેમને કુટુંબ માટે નાલેશી લાવવા માટે તેમની સાથે સંબંધ હોવાનું નકારી કાઢતું હતું. તેમણે કહ્યું હતું કે,

“ હું જાણતો હતો કે તેઓ હું ખરેખર છું તેના માટે ક્યારેય મારો સ્વીકાર નહીં કરે, પરંતુ હું એ પણ જાણતો હતો કે હું લાંબા સમય સુધી જુઠાણું જીવી શકીશ નહીં. હું બહાર આવવા માગતો હતો કારણકે હું સક્રિયતા સાથે સંકળાયેલ હતો અને મને લાગતું હતું હવે એકલતામાં જીવવું યોગ્ય નથી. હું એક ગુજરાતી દૈનિક અખબાર સામે સમલિંગી તરીકે આવ્યો કારણકે હું ઈચ્છતો હતો લોકો સમલિંગિકતા વિશે ખુલીને ચર્ચા કરે કારણકે તે તેની સાથે જોડાયેલ મોટા કલંક સાથેની એક છુપાયેલી બાબત હતી. ”

તેમણે 2000 માં લક્ષ્ય ટ્રસ્ટ શરૂ કર્યું હતું. લક્ષ્ય ગુજરાતમાં 17,000 સમલિંગીઓ સુધી પહોંચ્યું છે અને 2006 યુએનએઆઈડીએસ પુરસ્કાર જીત્યું છે. લક્ષ્ય ટ્રસ્ટ અનુસાર તેમની પાસે વડોદરામાં 2500, રાજકોટમાં 1500 અને સુરતમાં 2000 સભ્યો છે. આ સમુદાય પરનો ડેટા મેળવવો એ સૌથી વધુ મુશ્કેલ કામમાંથી એક છે કારણકે ધ્યાનમાં લેવા માટે ઓળખ અને પ્રગટીકરણ મહત્વપૂર્ણ પાસાંઓ છે. જ્યારે હવે કાયદાકીય રીતે તેઓને કાનૂની રીતે અપરાધી ન ગણી શકાય અને તેઓ સમાન અધિકારો ધરાવે છે, જોકે, સામાજિક-સાંસ્કૃતિક નિષેધો પાર કરવામાં હજુ પણ સમય લાગશે. તેથી અમે આશા છે કે જ્યારે નજીકના ભવિષ્યમાં વધુ ડેટા ઉપલબ્ધ બનશે, વધુ કરવાની જરૂર પડશે. હજુ પણ અનેક સાંસ્કૃતિક પડકારો છે જેમને સંબોધવાની જરૂર છે તથા જાગૃતિ તથા શિક્ષણ મુખ્ય ભૂમિકાઓ ભજવશે.

તેમણે એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય પર દક્ષિણ એશિયાનું પ્રથમ શૈક્ષણિક મોડ્યુલ તૈયાર કર્યું હતું. ફરજિયાત અભ્યાસક્રમ જેનું શીર્ષક હતું “લિંગની મનોવૃત્તિ: એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય માટે સામાજિક-કાયદાકીય અભિગમ”, અમદાવાદ, ગુજરાતમાં કર્ણાવતી વિશ્વવિદ્યાલયમાં શીખવવામાં આવશે. તેમનો ધ્યેય છે શિક્ષણ મારફતે સમાવિષ્ટતાને પોષવી અને કાયદાકીય અધિકારો, ભારતીય પીનલ કોડના સેક્શન 377, સમુદાયના સામાજિક-સાંસ્કૃતિક પાસાંઓ અને ભારતમાં તેમજ દુનિયા ભરમાં એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાયના અધિકારોની ચળવળોનો ઈતિહાસ જેવા મોખરાના વિષયો બહાર લાવવા. આ અભ્યાસક્રમમાં સમુદાયમાં માનસિક અને શારીરિક આરોગ્ય તથા એચઆઈવી/એડ્સ તેમજ વય-સંબંધિત સમસ્યાઓને પણ આવરી લેવામાં આવશે. સપ્ટેમ્બરમાં શરૂ કરાયેલ આ અભ્યાસક્રમ, લો એન્ડ લિબરલ સ્ટડીઝના તમામ વિદ્યાર્થીઓ માટે ખુલ્લો છે અને દેશભરમાંથી પહેલેથી ઉચ્ચ માધ્યમિક શાળાના 60 વિદ્યાર્થીઓ અને પીએચ.ડી. વિદ્વાનોએ અભ્યાસક્રમ માટે સાઈન અપ કરાવેલ છે.

માનવેન્દ્ર રાજપીપળામાં એચઆઈવી/એડ્સ દર્દીઓ માટે એક વિશિષ્ટ નર્સિંગ હોમ ખોલવાની અને 15 એકરની સંપત્તિને સમલિંગી સમુદાયના સભ્યો માટે એક ઓલ્ડ એજ હોમમાં બદલવાની યોજના બનાવે છે¹. તેમણે જરૂરિયાતમંદો માટે સુરક્ષિત અને ખુશ ઘર પ્રદાન કરવા માટે 50 કોટેજસ અને ઓરડાઓ બાંધવાની પણ યોજના કરેલ છે. લોકોને આશ્રય પ્રદાન કરવા ઉપરાંત, વરિષ્ઠ નાગરિકોને અહીં રોજગાર અવસરો પણ પ્રદાન કરવામાં આવશે જો તેઓ સક્રિય રહેવા ઈચ્છે છે.²⁻³.

ગુજરાતમાં સમલિંગી પરેડ્સ

પ્રથમ ગે પ્રાઈડ પરેડ સુરતમાં 2013 માં યોજાઈ હતી જેમાં એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાયના લગભગ 170 સભ્યો જોડાયા હતા અને વિવાહિત દંપતીઓને સમકક્ષ અધિકારો તેમજ સમાજમાં સમાન સામાજિક સ્વીકૃતિ આપવાની માંગ કરી હતી. આ રેલીમાં ફક્ત સુરતમાંથી જ નહીં પરંતુ દેશભરમાંથી તેમજ વિદેશોમાંથી પણ લોકોએ ભાગ લીધો હતો. પરેડ, ગુજરાત એલજીબીટીક્યૂઆઈ પ્રાઈડ ફેસ્ટિવલ (જીએલજીબીટીપીએફ), નું આયોજન અમદાવાદ સ્થિત

સ્વાવલંબી યુવાલ મંડળ અને યુવાલ ગ્રામ વિકાસ ટ્રસ્ટની સાથે સાથે સુરતની એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય દ્વારા કરવામાં આવ્યું હતું.

આયોજકો અનુસાર, પરેડમાં 350 કરતાં વધુ એલજીબીટીક્યૂઆઈઓ ભાગ લેવાના હતા; જોકે, પોલીસે ફક્ત 200 સભ્યો માટેની પરવાનગી આપી હતી. જીએલજીબીટીપીએફ સુરતના એક સમલિંગી કાર્યકરનું માનસ સંતાન હતું, જેઓ આંતરરાષ્ટ્રીય લિંગ અને જાતીયતા ગઠબંધન (આઈજીએસએ) ખાતે બોર્ડ ઓફ

ડિરેક્ટર્સના એક સભ્ય પણ છે. પરંતુ સ્લોગન હતું “એ નેતાઓ જે આપણને સમાન અધિકારો આપશે તેમને અમારા મત મળશે.”

“એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાયના ગર્વ માટે માર્યનું આયોજન કરવા ઉપરાંત, આ કાર્યક્રમ સમુદાયની હાજરી નોંધાવવા અને 2014 ની સામાન્ય ચૂંટણીઓમાં અનેક રાજકારણીઓના ભવિષ્યને બનાવવા કે તોડવા માટેની શક્તિ દર્શાવવા માટે હતો. આ માર્યનો ધ્યેય એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાયને મુખ્ય ધારામાં લાવવાનો પણ હતો.”

ત્યાર બાદ આ જ પ્રકારની માર્ય એ વર્ષે અમદાવાદમાં યોજાઈ હતી⁴⁵.

નવેમ્બર 2014 માં, વડોદરામાં “એક બે દિવસીય ગે પ્રાઈડ ફેસ્ટિવલ” યોજાયો હતો જેમાં દુનિયાભરમાંથી એલજીબીટીક્યૂઆઈ મુદ્દાઓ પરની કેટલીક પ્યાતનામ ફિલ્મો દર્શાવતો કશિશ મુંબઈ આંતરરાષ્ટ્રીય ફિલ્મ ફેસ્ટિવલ (કેએમઆઈક્યૂએફએફ) દ્વારા કશિશ ફિલ્મ ફેસ્ટિવલનો સમાવેશ થયો હતો. તેના પછી સંગીતમય પ્રસ્તુતિઓ અને એલજીબીટીક્યૂઆઈ પ્રાઈડ માર્ય યોજાયા હતાં. તેમનું સ્લોગન હતું “અમે કરવેરા ચૂકવીએ છીએ, અમે અમારી ફરજો બજાવીએ છીએ; શા માટે અમને સમાન અધિકારો નથી?”

ડિસેમ્બર 2015 માં અમદાવાદમાં લગભગ 500 લોકોએ સૌથી મોટી એલજીબીટીક્યૂઆઈ પ્રાઈડ માર્યમાંની એકમાં ભાગ લીધો હતો. આ માર્યનો ઉદ્દેશ્ય લોકોને એચઆઈવી-સંબંધિત મુદ્દાઓ, સેક્શન 377 અને સમુદાયના અધિકારો વિશે સંવેદનશીલ બનાવવાનો હતો. તેનું આયોજન સ્વાવલંબી ચુવાલ મંડળ દ્વારા કરવામાં આવ્યું હતું.

ફેબ્રુઆરી 2018 માં અમદાવાદની શેરીઓમાં મેઘધનુષના ચમકતા રંગો ઊતરી આવ્યા હતા જ્યારે શહેરમાં ફિલ્મ પ્રાઈડ પરેડ યોજાઈ હતી. પરેડના છેલ્લા દિવસે ગુજરાતનું સૌપ્રથમ ફિલ્મ સંમેલન યોજાયું હતું - સંબંધ. બે દિવસ ચાલેલા આ સંમેલનમાં સંસ્કૃતિમાં ફિલ્મ અભિગમ અને સાહિત્ય તથા સિનેમામાં તેની પ્રસ્તુતિઓના મુદ્દાઓને સ્પર્શવામાં આવ્યા હતા. જાતીય ઓળખની આસપાસના રાજકારણ, તથા ફિલ્મ સંબંધો વિશે પણ લંબાણથી ચર્ચા થઈ હતી.

લગભગ 200 લોકોએ આ કાર્યક્રમમાં ભાગ લીધો હતો, જ્યારે અનેક અન્ય લોકો પાછળથી જોડાયા હતા.

વડોદરા પ્રાઈડ માર્યનું 3જું સંસ્કરણ - “વડોદરા

એલજીબીટીક્યૂઆઈ + સન્માન યાત્રા 2018” જુલાઈ 1 ના રોજ અને ગે, બાયસેક્સ્યુઅલ, ટ્રાન્સજેન્ડર અને હીજડા સમુદાયને સશક્ત બનાવવા માટે કામ કરતા વડોદરા સ્થિત સંગઠન, “ફોરમફાઉન્ડેશન” દ્વારા યોજવામાં આવેલ⁴⁶.

એલજીબીટીક્યૂઆઈની આરોગ્ય સમસ્યાઓ

ભારતમાં (એકલા ગુજરાતને છોડીને) એલજીબીટીક્યૂઆઈ લોકોના અને આરોગ્ય પ્રણાલીઓ સાથેના તેમના અનુભવો પર બહુ ઓછું પ્રકાશિત થયું છે. જે કાંઈ પણ પ્રકાશિત થયેલ છે તે 1990ના દાયકામાં અને 2000ના દાયકાની શરૂઆતમાં એચઆઈવી એડ્સ કાર્યક્રમના સંદર્ભમાં છે જે મોટેભાગે જાતીય આરોગ્ય સુધી મર્યાદિત છે.

અધ્યયનોની એકતાજેતરની વ્યવસ્થિત સમીક્ષા દર્શાવે છે કે એલજીબીટીક્યૂઆઈ લોકો આરોગ્ય સમસ્યાઓ પ્રત્યે વધુ સંવેદનશીલ હોય છે, જેમકે દારૂ, તમાકુ અને નશીલા પદાર્થોનું સેવન, મેદસ્વિતા, અસુરક્ષિત જાતીય સંબંધ, માનસિક વિકૃતિઓ, એચઆઈવી/એડ્સ જેવા જાતીયપણે ફેલાતા રોગ (એસટીડી), હેરાનગતિ, તથા સર્વિકલ અને સ્તન કેન્સર તેમજ હિંસાત્મક વ્યવહાર (એલેન્કર આલ્બુકર્ક એટ એલ 2016)⁷. સમીક્ષા એ પણ સ્પષ્ટ કરે છે કે આરોગ્ય સંભાળ માટેની ખરાબ પહોંચ અને હોમોફોબિયાને કારણે આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓની ભેદભાવભર્યા વ્યવહારને કારણે પણ પરિસ્થિતિ વધુ જટિલ બને છે. દક્ષિણ આફ્રિકામાં (લિન્ય એટ એલ. 2016)⁸ અધ્યયનો જાતીય અને લિંગ લઘુમતીઓ સામેના ભેદભાવના અંતર્ગત ચાલકબળો અને તેમના એસઆરએચઆરના ઈનકારની પુષ્ટિ કરે છે. પ્રચલિત પિતૃપ્રદાન નિયમોના કારણે આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ દ્વારા સ્વભાવગત ભેદભાવભર્યા અને હીટરોસેક્સિસ્ટ અભિગમો ઉપરાંત, આરોગ્ય સેવાઓની ડિઝાઈન, પ્રબંધન અને જોગવાઈ હીટરોનોર્મેટિવ લેન્સ મારફતે રચવામાં આવેલ છે જે એસઆરએચ સંભાળની જરૂરિયાતવાળા એલજીબીટીક્યૂઆઈ વ્યક્તિઓ માટે એક અવરોધક તરીકે કામ કરે છે. આત્મીય ભાગીદાર - અને કેટલીકવાર જનતા પણ - હિંસા (જાતીય હિંસા સહિત) જેનો એલજીબીટીક્યૂઆઈ વ્યક્તિઓ અનુભવ કરે છે, આરોગ્ય પ્રણાલીઓ દ્વારા અસ્વીકૃત રહે છે, જે આ મુદ્દાઓને સંબોધવા માટે કોઈ વિશિષ્ટ પ્રોટોકોલ્સ ધરાવતા નથી, તેથી હિંસાનું અન્ય સ્તર ઉમેરે છે અને તેની અસરોને જટિલ બનાવે છે. અધ્યયન એસઆરએચઆરના ઈનકારમાં એક

ચોથું પરિભળ હોવાનું સ્વીકારે છે જે છે ટ્રાન્સજેન્ડર અને જાતીય લઘુમતી મહિલાઓના આરોગ્યની આસપાસનું મૌન.

નીચે આપેલ બૉક્સ એ રસ્તાઓના વધુ ઉદાહરણો આપે છે જેમાં આરોગ્ય પ્રણાલીઓ જાતીય લઘુમતીઓની

જરૂરિયાતો પ્રત્ય અંધ છે. આ ભારત તરફથી એક નીતિ સંક્ષિપ્તમાંથી લીધેલ ટૂંકસાર છે અને જાતીય લઘુમતીઓની એસઆરએચ જરૂરિયાતોની શ્રેણી દર્શાવે છે જેને ભારતમાં આરોગ્ય કાયકમો નજરઅંદાજ કરે છે.

જાતીય લઘુમતીઓની એસઆરએચ જરૂરિયાતો (ચક્રપાણિ 2011)⁹

બે સરકારી કાર્યક્રમો - પ્રજનનક્ષમ અને બાળ આરોગ્ય (આરસીએચ) - II અને રાષ્ટ્રીય ગ્રામ્ય આરોગ્ય મિશન (એનઆરએચએમ) જાતીય લઘુમતીઓની જરૂરિયાતો વિશે મૌન છે. આરસીએચ-II / એનઆરએચએમના દસ્તાવેજો અને તાલીમ મોડ્યુલ્સમાં કશે પણ એમએસએમ અથવા હીજડાઓ અથવા ટ્રાન્સજેટર લોકો જેવી જાતીય લઘુમતીને સંબંધિત શબ્દો જોવા મળી શકતી નથી.

- એમએસએમ, હીજડા અને ટ્રાન્સજેન્ડર લોકોની આરોગ્ય જરૂરિયાતો સ્પષ્ટ નથી:** આ લોકો એસટીઆઈઓ અને એચઆઈવીના જોખમ ધરાવતા હોઈ શકે છે જો તેઓ પુરૂષો અને મહિલાઓ સાથે અસુરક્ષિત જાતીય સંબંધો ધરાવે છે. કોઈપણ પ્રકારના એસટીઆઈ ચેપી હોઈ શકે છે, કેટલાક એસટીઆઈઓનો ચેપ કેટલાક અસુરક્ષિત જાતીય અભ્યાસો મારફતે તેવું સંભવ હોય છે. ઉદાહરણ તરીકે, હેપેટાઈટિસ બી વાયરસનો ચેપ લાગવાનું જોખમ અસુરક્ષિત અનલ જાતીય સંબંધોમાં બહુ વધુ હોય છે, અને હેપેટાઈટિસ એ વાયરસનો ચેપ અસુરક્ષિત ઓરલ-અનલ જાતીય સંબંધોમાં વધુ હોય છે (એનિલિંગસ). હેપેટાઈટિસ બી ચેપ પાછળથી દીર્ઘકાલિક બીમારીમાં ફેરવાઈ શકે છે અને યકૃતને અસર કરી શકે છે તેમજ યકૃતના કેન્સરનું કારણ પણ બની શકે છે. તેવી જ રીતે, માનવ પેપિલોમા વાયરસના થોડા સ્ટ્રેઈન્સ જે અનલ-જેનિટલ મસાઓનું કારણ બને છે, અનલ કેન્સર તરફ લઈ જઈ શકે છે. વળી, સામાજિક પૂર્વગ્રહ અને ભેદભાવ જાતીય લઘુમતીઓમાં માનસિક આરોગ્ય વિકૃતિઓના પ્રચલનમાં વૃદ્ધિસાથે સંકળાયેલા હોય છે.
- લેસ્બિયન/બાયસેક્સ્યુઅલ મહિલાઓ તથા સ્ત્રી-થી-પુરૂષ ટ્રાન્સજેન્ડર લોકોની આરોગ્ય જરૂરિયાતોને સંબોધવામાં આવતી નથી:** લેસ્બિયન અને બાયસેક્સ્યુઅલ મહિલાઓ અન્ય મહિલાઓને હોય છે તેવા જ સમાન પ્રકારની આરોગ્ય સમસ્યાઓનો સામનો કરે છે પરંતુ તેઓની વિશિષ્ટ આરોગ્ય જાણકારી અને સેવા જરૂરિયાતો પણ હોય છે. તેમા સામેલ છે: મહિલાઓ અને પુરૂષો સાથે કેટલાક જાતીય અભ્યાસો સાથે જોડાયેલ આરોગ્ય જાખમો પરની માહિતી (એસટીઆઈ અને એચઆઈવી); મેમોગ્રાફી (સ્તન કેન્સરની તપાસ) અને પેપ સ્મિયર (ગર્ભાશયમાં કેન્સર પૂર્વેની ઈજાઓની ઓળખ) જેવી કેન્સરની તપાસ અંગેની જાણકારી; ઘાટ્ટનો સમસ્યાયુક્ત ઉપયોગ, નશીલા પદાર્થોના ઉપયોગ, અને ધૂમ્રપાન/તમાકુના ઉપયોગ માટેનું સમર્થન; માનસિક આરોગ્ય સમસ્યાઓ માટેનું સમર્થન; અને આત્મીય સાથીદાર તરફથી હિંસા માટેની સેવાઓનું સમર્થન (સમાન-જાતિ અથવા અન્ય-જાતિનો સાથીદાર) સ્ત્રી-માંથી-પુરૂષ ટ્રાન્સજેન્ડર લોકોને સંબંધિત કેટલી આરોગ્ય જરૂરિયાતોમાં સામેલ છે: જેન્ડર ટ્રાન્સીઝનના સંબંધમાં જાણકારી અને સેવાઓ - મસ્ક્યુલાઈનીઝિંગ પ્રક્રિયાઓ અને જાતિ પરિવર્તન ઓપરેશન; જેન્ડર ટ્રાન્સીઝન પહેલાં અને પછી પરામર્શ અને સમર્થન; અને માનસિક આરોગ્ય સમસ્યાઓ માટે સમર્થન.
- સમાન જાતિથી આકર્ષાયેલ અને ટ્રાન્સજેન્ડર કિશોરોની એસઆરએચ જરૂરિયાતોને સંબોધવામાં આવતી નથી:** જેમ જેમ સમાન-જાતિથી આકર્ષાયેલ પુરૂષો મોટા થતા જાય છે, તેમનો થોડો ભાગ સમાજ દ્વારા “સ્ત્રૈણ” નું લેબલ લગાવેલ રીતભાતો અને વર્તન દર્શાવી શકે છે. આમ, તેઓ તેમના પડોશીઓ, શાળાના મિત્રો અને સગાસંબંધીઓ તરફથી ઉપહાસ અને છેડછાડનો સામનો કરે છે. સમાન પ્રકારની સમસ્યાઓનો અન્ય જાતીય લઘુમતીઓ દ્વારા પણ સામનો કરવામાં આવી શકે છે જ્યારે તેઓ મોટા થાય છે. હાલમાં લોકપ્રિય મીડિયામાં અથવા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ તરફથી પણ સમાન-જાતિ જાતીયતા અથવા ટ્રાન્સજેન્ડર સમસ્યાઓ વિશે સાચી અને સમર્થક માહિતીનો સંપૂર્ણ અભાવ છે.
- ટ્રાન્સજેન્ડર લોકો માટે જેન્ડર ટ્રાન્સીઝન પ્રક્રિયાઓ માટે સંભાળના માપદંડો માટેની જરૂરિયાત (જાતિ પરિવર્તન ઓપરેશન સહિત):** ભારતમાં ફક્ત એક જ રાજ્ય, તામિલનાડુએ સરકારી હોસ્પિટલોમાં મફત

સેક્સયુઅલ રિઅસાઈનમેન્ટ સર્જરી (એસઆરએસ) શરૂ કરેલ છે - અને તે પણ, ફક્ત હીજડાઓ અને પુરૂષ-માંથી-સ્ત્રી ટીજી લોકો માટે. ફેમિનાઈઝિંગ પ્રક્રિયાઓ માટે સરકાર તરફથી કોઈ સમર્થન ઉપલબ્ધ નથી (જેમકે સ્ત્રી હોર્મોનલ સારવાર અને ચહેરાના વાળ દૂર કરવા માટે ઈલેક્ટ્રોલિસિસ). સરકાર મફત એસઆરએસ અને સ્ત્રી-માંથી-પુરૂષ ટ્રાન્સજેન્ડર લોકો માટે મસ્ક્યુલાઈનીઝિંગ પ્રક્રિયાઓ જેવી સેવાઓ પ્રદાન કરવા પર ચૂપ છે.

- e) સમાન-જાતિ લગ્ન અને ટ્રાન્સજેન્ડર વ્યક્તિઓ તથા પુરૂષો/સ્ત્રીઓ વચ્ચેના લગ્નની કાનૂની માન્યતાનો અભાવ: જાતીય લઘુમતીઓ સહિત તમામ નાગરિકોને તેમની પસંદગીના સાથીદાર સાથે લગ્ન કરવાનો અને આ લગ્નની કાનૂની માન્યતા મેળવવાનો અધિકાર છે. કાનૂની માન્યતાની ગેરહાજરીમાં પણ, કેટલાક સમાન-જાતિ તરફ આકર્ષાયેલ લોકો સમાન-જાતિ સાથીદારો સાથે “લગ્ન” કરે છે અને હીજડાઓ તથા ટીજી વ્યક્તિઓમાંથી થોડા તેમના નિયમિત પંથી સાથીદારો સાથે “લગ્ન” કરે છે.
- f) ટ્રાન્સજેન્ડર લોકો અને હીજડાઓની લિંગ ઓળખની કાનૂની માન્યતામાં અસ્પષ્ટતા અને આરોગ્ય સેવાઓ માટેનું પહોંચ સાથે તેનો સંબંધ: ટ્રાન્સજેન્ડર લોકો (પુરૂષ-માંથી-સ્ત્રી અને સ્ત્રી-માંથી-પુરૂષ) ની લિંગ ઓળખની કાનૂની માન્યતાનો અભાવ પુરૂષ/સ્ત્રી સાથેના લગ્ન, બાળક દત્તક લેવું, વારસાઈ, વસિયતો અને ટ્રસ્ટો, રોજગાર તથા 'હેર તેમજ ખાનગી આરોગ્ય સેવાઓ માટેની પહોંચ, તથા સામાજિક કલ્યાણ અને આરોગ્ય વીમા યોજનાઓ માટેની પહોંચ અને તેમના ઉપયોગને સંબંધિત તેમના અધિકારોનો ઉપયોગ કરવામાં મુખ્ય અવરોધ છે (જ્યાં તેમની જૈવિક જાતિ નહીં પરંતુ “ટ્રાન્સ” જેન્ડર ઓળખ મુખ્ય છે). અધ્યયનોએ લેખિતપણે જણાવ્યું છે કે હોસ્પિટલો ખાતે પુરૂષોની કતારમાં ઉભા રહેવામાં હીજડાઓનું અપમાન થાય છે અને કતારમાં ઊભેલા સહ-દર્દીઓ દ્વારા તેમના પર હસવામાં આવે છે. વળી, હીજડાઓને હોસ્પિટલોમાં દાખલ થયેલ દર્દીઓ તરીકે રહેવા માટે ક્યા વોર્ડમાં જવું એ નક્કી કરવા વિશે પૂછવામાં આવતું નથી - પુરૂષ કે સ્ત્રી. આ અનુભવો હીજડાઓને સરકારી હોસ્પિટલોની પ્રથમ મુલાકાત અથવા વારંવારની મુલાકાતો લેતાં રોકે છે.
- g) મિશ્રિત સેક્સયુઅલ અભિગમ લગ્નમાં દંપતીઓના વૈવાહિક પરામર્શ મુદ્દાઓને સંબોધવામાં આવતા નથી: પરામર્શ સમર્થન માટે બહુ મોટી અપૂર્ણ જરૂરિયાત છે જેણે જાતીય લઘુમતીઓના એસઆરએસ-સંબંધિત વિષયોને સંબોધવા જોઈએ. કેટલીકવાર, સમાન-જાતિ અથવા બંને-જાતિ તરફ આકર્ષાયેલ પુરૂષો અને ટીજી વ્યક્તિઓ પરિવારના દબાણ હેઠળ અને એમ સ્ત્રી સાથે લગ્ન કરવાના અન્ય કારણોસર એક સ્ત્રી સાથે લગ્ન કરી શકે છે. આ વિવાહિત સમાન-જાતિ તરફ આકર્ષાયેલ પુરૂષો અને ટીજી વ્યક્તિઓમાંથી થોડા તેમની પત્ની સાથે જાતીય તકલીફની ફરિયાદ કરી શકે છે અને બની શકે છે કે તેઓ તેમની સામે આવતી સમસ્યાઓ સાથે કેવી રીતે કામ પાડવું એ જાણતા ન હોય. બાયસેક્સયુઅલ અભિગમ સાથેના પુરૂષો અને એચઆઈવી સાથે જીવતા એમએસએમ અથવા ટીજી વ્યક્તિઓ લગ્ન કરવા કે નહીં અને લગ્ન પહેલાં તેમની જાતિયતા અને/અથવા એચઆઈવી સ્થિતિ વિશે જાહેર કરવું કે કેમ તે વિશે દ્વિધા ધરાવતા હોઈ શકે છે. લેસ્બિયન અને બાયસેક્સયુઅલ મહિલાઓનો થોડો ભાગ એક પુરૂષ સાથે લગ્ન કરવાના તેમના પરિવારના સભ્યોના દબાણ અથવા ફરજ હેઠળ આવી શકે છે. જાતીય લઘુમતી વ્યક્તિઓના હીટરોસેક્સયુઅલ સાથીદારોને પણ તેમની પરિસ્થિતિ સાથે કેવી રીતે કામ પાડવું અને કેવી રીતે સૂચિત નિર્ણયો લેવા અંગે સમર્થનની જરૂર પડી શકે છે.
- h) વિવાહિત એમએસએમ અને ટીજી વ્યક્તિઓ માટે પરિવાર નિયોજન વિકલ્પો પર પર્યાપ્ત જાણકારી આપવાની જરૂરિયાત: અનેક વિવાહિત એમએસએમ અને ટીજી વ્યક્તિઓ મોટેભાગે તેમના અને તેમના પતિ/પત્ની માટે ઉપલબ્ધ પરિવાર નિયોજન વિકલ્પોની વ્યાપક શ્રેણીથી અજાણ હોય છે. હીટરોસેક્સયુઅલ પુરૂષોની સમાન, વિવાહિત એમએસએમ અને ટીજી વ્યક્તિઓ વિવિધ કારણોસર પુરૂષ નસબંદી કરાવવા માગતા નથી. આમ, વિવાહિત એમએસએમ અને ટીજી વ્યક્તિઓને હીટરોસેક્સયુઅલ વિવાહિત પુરૂષોની જેમ જ, પરિવાર નિયોજનની જવાબદારી લેવાની જરૂરિયાત વિશે તેમજ પુરૂષ નસબંદી વિશેની કોઈ ગેરસમજો દૂર કરવા માટે શિક્ષિત બનાવવા મહત્વપૂર્ણ છે.

સમાપનમાં, જાહેર રીતે આપ્રવાસીઓ, દલિત મહિલાઓ, વિકલાંગ મહિલાઓ અને એલજીબીટીક્યૂઆઈ સમુદાય પર બહુ ઓછા અસમર્થિત ડેટા ઉપલબ્ધ છે. તેમ છતાં, ઉપલબ્ધ ડેટા તેમના માટેની સુવિધાઓ અને સેવાઓનો અભાવ અને આ નબળા સમુદાયો સામેના સ્પષ્ટ ભેદભાવને છતો કરે છે.

REFERENCES

INTRODUCTION

- 1) Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development (2012). The future we want: Outcome document adopted at Rio+20.
<https://sustainabledevelopment.un.org/futurewewant.html>
- 2) March, C., Smyth, I. A., & Mukhopadhyay, M. (1999). A guide to gender-analysis frameworks. Oxfam.
https://books.google.co.in/books?hl=en&lr=&id=4JBHy_ObO2UC&oi=fnd&pg=PA5&dq=March+C.+et+al.,+1999&ots=1Bq_T58W1l&sig=xSK6-qmC14_Q6HZBaDRGZJ9gXoM#v=onepage&q&f=false

SECTION 1- STATE PROFILE

- 1) Times of India, July 23, 2016.
<https://timesofindia.indiatimes.com/city/ahmedabad/Gujarat-CM-promises-to-meet-UN-millennium-dev-goals-by-2030/articleshow/53352212.cms>
- 2) NFHS-4 Gujarat Report, 2015-16.
<http://rchiips.org/NFHS/NFHS-4Reports/Gujarat.pdf>
- 3) JSA Meeting, September 11, 2018
- 4) Census, 2011.
<http://censusindia.gov.in/>
- 5) Directorate of Economics & Statistics of respective State Governments as on 28.2.2018
<http://www.esopb.gov.in/Static/PDF/GSDP/Statewise-Data/StateWiseData.pdf>
- 6) Hindustan Times, February 16, 2016.
<https://www.hindustantimes.com/india/gujarat-village-bans-mobile-phones-for-unmarried-women/story-iziKwjYckgmOOP8ZRBNn3K.html>
- 7) The issue women and land ownership by WGWL.
<http://www.wgwlo.org/the-issue.php>
- 8) Sample Registration Survey
http://censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Bulletins/SRSpercent20Bulletinpercent20-Sep_2017-Rate-2016.pdf;
- 9) Ahmedabad Mirror Sep 27, 2017.
<https://ahmedabadmiraor.indiatimes.com/ahmedabad/cover-story/three-private-hospitals-barred-from-treating-ma-health-card-holders/articleshow/60847334.cms>
- 10) Sandesh, September 11, 2018

SECTION 2- POLICY AND PROGRAMME ENVIRONMENT IN GUJARAT

- 1) Express Healthcare, January 16, 2015
<http://www.expressbpd.com/healthcare/gujarat-special/the-gujarat-model-is-it-the-way-forward/30715/>
- 2) Rural Health Infrastructure, 2015.
http://wcd.nic.in/sites/default/files/RHS_1.pdf
- 3) Ravindran, T. S. (2011). Public-private partnerships in maternal health services. Economic and Political Weekly, 43-52.
https://www.jstor.org/stable/41319433?seq=1#page_scan_tab_contents

- 4) Acharya, A., & McNamee, P. (2009). Assessing Gujarat's 'Chiranjeevi' Scheme. *Economic and Political Weekly*, 13-15.
https://www.jstor.org/stable/25663828?seq=1#page_scan_tab_contents
- 5) Gujarat's contribution surged in pharma, to become global hub: ASSOCHAM April 20, 2013 *Economic Times*.
<https://economictimes.indiatimes.com/industry/healthcare/biotech/pharmaceuticals/gujarats-contribution-surged-in-pharma-to-become-global-hub-assochem/articleshow/19802815.cms>
- 6) <https://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/sc-seeks-fles-percent-20on-administration-of-hpv-vaccines-on-tribal-girls-in-andhragujarat/percent-20articleshow/49834125.cms>
- 7) Anand Nair, Kerala and Gujarat - A Comparison.
http://creative.sulekha.com/kerala-and-gujarat-a-comparison_248999_blog
- 8) <http://glpc.co.in/showpage.aspx?contentid=136#>
- 9) http://glpc.co.in/downloads/statutory_audit_report_2015.pdf
- 10) Gender Budget Statement, 2018-19, Gujarat State, Compiled by Pathy Budget Centre
- 11) Saxena, D., Vangani, R., Mavalankar, D., & Thomsen, S. (2013). Inequity in maternal health care service utilization in Gujarat: analyses of district-level health survey data. *Global health action*, 6(1), 19652. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/gha.v6i0.19652>

SECTION 3- MATERNAL HEALTH

- 1) Gujarat NFHS-4 Factsheet, 2015-16 http://rchiips.org/NFHS/pdf/NFHS4/GJ_FactSheet.pdf
- 2) Sample Registration Surveys
http://www.censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Bulletins/MMRpercent-20Bulletin-2014-16.pdf
- 3) Patel, D. M., Patel, M. M., & Salat, V. K. (2018). Two year review of maternal mortality at a tertiary care hospital of GMERS, Valsad, Gujarat, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(6), 2283-2286.
<http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/4751>
- 4) Sridhar, R. P., Gaonkar, N., Sharma, R., Dholakia, N. B., & Dayama, S. (2015). Maternal Death Review for Health System Strengthening: Gujarat (India) Experience. *International Journal of Maternal and Child Health*, 3(1), 31-42.
- 5) NFHS-4 Gujarat Report, 2015-16.
<http://rchiips.org/NFHS/NFHS-4Reports/Gujarat.pdf>
- 6) NFHS-3 Gujarat Report, 2015-16.
http://rchiips.org/nfhs/NFHS-3percent-20Data/gujarat_state_report_for_website.pdf
- 7) Patel, A., Kumar, P., Godara, N., & Desai, V. K. (2013). Infant Deaths—Data Disparity and Use of Ante, Intra and Post-natal Services Utilization: An Experience from Tribal Areas of Gujarat. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 38(3), 152.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760323/>.
- 8) Saxena, D., Vangani, R., Mavalankar, D., & Thomsen, S. (2013). Inequity in maternal health care service utilization in Gujarat: analyses of district-level health survey data. *Global health action*, 6(1), 19652.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/gha.v6i0.19652>
- 9) *International Journal of Research in Medical Sciences*
<http://msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/480>.
- 10) <http://www.safemotherhoodforall.org.au/wp-content/uploads/2009/10/respectful-maternity-care-poster.pdf>

- 11) Singh, S., Shekhar, C., Acharya, R., Moore, A. M., Stillman, M., Pradhan, M. R., & Sundaram, A. (2018). The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015. *The Lancet Global Health*, 6(1), e111-e120.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304539>.
- 12) SAHAJ and CommonHealth (2018). Safe abortion: knowledge, perception and practices amongst urban poor women in Vadodara, Gujarat Unpublished.
- 13) George, A. S., Mohan, D., Gupta, J., LeFevre, A. E., Balakrishnan, S., Ved, R., & Khanna, R. (2018). Can community action improve equity for maternal health and how does it do so? Research findings from Gujarat, India. *International journal for equity in health*, 17(1), 125.
<https://doi.org/10.1186/s12939-018-0838-5>
- 14) Zararia and Khanna (2018). Recognizing maternal health as a community issue using a survey tool to develop social accountability interventions amongst community leaders in three districts of Gujarat. Unpublished.
- 15) Social Autopsies of Maternal Deaths in Select Areas of Gujarat. A Report by Jan Swasthya Abhiyan, Gujarat and Common Health. August 21, 2014.
http://www.sahaj.org.in/uploads/4/5/2/5/45251491/social_autopsies_of_maternal_deaths_in_selected_areas_of_gujarat.pdf
- 16) Health Rights in Gujarat 2017, published by JSA
- 17) Vora, K. S., Koblinsky, S. A., & Koblinsky, M. A. (2015). Predictors of maternal health services utilization by poor, rural women: a comparative study in Indian States of Gujarat and Tamil Nadu. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33(1)
<https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-015-0025-x>.
- 18) Sidney, K., Iyer, V., Vora, K., Mavalankar, D., & De Costa, A. (2016). Statewide program to promote institutional delivery in Gujarat, India: who participates and the degree of financial subsidy provided by the Chiranjeevi Yojana program. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 35(1), 2.
<https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-016-0039-z>

SECTION-4 VIOLENCE AGAINST WOMEN

- 1) Gujarat NFHS-4, 2015-16
http://rchiips.org/NFHS/pdf/NFHS4/GJ_FactSheet.pdf<http://rchiips.org/NFHS/NFHS-4Reports/Gujarat.pdf>
- 2) Ahmedabad Mirror, February 9, 2018
<https://ahmedabadmirror.indiatimes.com/ahmedabad/cover-story/no-model-state-as-6-women-in-gujarat-raped-molested-or-harassed-for-dowry-each-day-police-report/articleshow/62841986.cms>
- 3) NCRB 2016.
<http://ncrb.gov.in/StatPublications/CII/CII2016/pdfs/NEWPDFs/Crimepercent 20inpercent 20Indiappercent 20-percent 202016percent 20Completepercent 20PDFpercent 20291117.pdf>
- 4) Society for Women's Action and Training Initiatives (SWATI) with support from Department of Health and Family Welfare, Government of Gujarat (2016). Making rural health delivery system responsive to violence against women- A Pilot Initiative. Unpublished.
- 5) "Our Experiences with the State's Health Care System" - Voices of the Survivors of Domestic Violence in Gujarat
https://www.academia.edu/23088934/_OUR_EXPERIENCES_WITH_THE_STATE_S_HEALTH_CARE_SYSTEM_VOICES_OF_THE_SURVIVORS_OF_DOMESTIC_VIOLENCE_IN_GUJARAT?auto=download
- 6) Data-driven policy dialogue for gender equality and SDGs 3 and 5, April 2018
<http://www.sahaj.org.in/gujarat-consultation-meet.html>

- 7) The Indian judiciary are paper tigers, January 13, 2017
<https://www.opendemocracy.net/5050/indian-judiciary-are-paper-tigers>
- 8) Gender Budget Statement, 2018-19, Gujarat State, Compiled by Pathy Budget Center
- 9) Ahmedabad Mirror, September 14, 2018
<https://ahmedabadmirror.indiatimes.com/ahmedabad/cover-story/women-in-gujarat-are-calling-help-are-you-listening/articleshow/65789295.cms>

SECTION-5 HARMFUL TRADITIONAL PRACTICES

- 1) Gujarat NFHS-4, 2015-16
http://rchiips.org/NFHS/pdf/NFHS4/GJ_FactSheet.pdf
- 2) Times of India, March 28, 2016
<https://timesofindia.indiatimes.com/city/ahmedabad/In-Gujarat-3-7-girls-of-10-14-years-are-married-Unicef/articleshow/51578549.cms>
- 3) Reducing Child Marriage in India
<https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/12/Centre-for-Budget-and-Policy-Studies-India-report.pdf>
- 4) NFHS-4 Gujarat Report, 2015-16
<http://rchiips.org/NFHS/NFHS-4Reports/Gujarat.pdf>
- 5) NCRB 2016
<http://ncrb.gov.in/StatPublications/CII/CII2016/pdfs/NEWPDFs/Crimepercent 20inpercent 20Indiappercent 20percent 202016percent 20Completepercent 20PDFpercent 20291117.pdf>
- 6) Data-driven policy dialogue for gender equality and SDGs 3 and 5, April 2018
<http://www.sahaj.org.in/gujarat-consultation-meet.html>
- 7) The Practice of Female Genital Mutilation (FGM) amongst the Dawoodi Bohra Shia Muslim Community
<https://cafedissensus.com/2016/05/05/the-practice-of-female-genital-mutilation-fgm-amongst-the-dawoodi-bohra-shia-muslim-community/>
- 8) Female Genital Mutilation (FGM) in India: A Hidden Truth
<https://cafedissensus.com/2016/05/05/female-genital-mutilation-fgm-in-india-a-hidden-truth/>
- 9) Taher, M. (2017). Understanding Female Genital Cutting in the Dawoodi Bohra Community: An Exploratory Survey.
https://sahiyo.fles.wordpress.com/2017/02/sahiyo_report_fnal-updatedbymt2.pdf
- 10) The Indian Express, February 6, 2018
<https://indianexpress.com/article/india/75-bohra-women-admit-female-genital-mutilation-study-5052869/>
- 11) The Indian Express, June 30, 2018
<https://indianexpress.com/article/opinion/indian-government-female-genital-mutilation-india-women-rights-violation-5239609/>
- 12) Times of India, July 19, 2018
<https://blogs.timesofindia.indiatimes.com/arise-awake-and-stop-not/female-genital-mutilation-a-millennial-crime/>

SECTION-6 LEAVE NO ONE BEHIND

A. Migrant Women and Occupational Health of Women

- 1) Census of India, 2001
http://censusindia.gov.in/Data_Products/Data_Highlights/Data_Highlights_link/data_highlights_D1D2D3.pdf
- 2) World Economic Forum, October 1, 2017
<https://www.weforum.org/agenda/2017/10/india-has-139-million-internal-migrants-we-must-not-forget-them/>
- 3) apmigration.ilo.org/resources/india-labour-migration-update-march-2018/at.../fle1
- 4) Shanthi, K. (2006). Female labour migration in India: Insights from NSSO data (Vol. 4). Madras School of Economics.
http://www.mse.ac.in/wp-content/uploads/2016/09/sanathi_wp.pdf
- 5) Data-driven policy dialogue for gender equality and SDGs 3 and 5, April 2018
<http://www.sahaj.org.in/gujarat-consultation-meet.html>
- 6) State Consultation on Women Health and Reproductive Rights & Services
<http://reproductiverights.hrln.org/wp-content/uploads/2017/02/jodhpur-consultation-report.pdf>
- 7) Desai, R. (2017). Entitlements of Seasonal Migrant Construction Workers to Housing, Basic Services and Social Infrastructure in Gujarat's Cities: A Background Policy Paper. [https://cept.ac.in/UserFiles/File/CUE/Workingpercent 20Papers/Revisedpercent 20New/WPpercent 2035percent 20revisedpercent 20percent 20Entitlementspercent 20ofpercent 20Seasonalpercent 20Migrantpercent 20Constructionpercent 20Workers.pdf](https://cept.ac.in/UserFiles/File/CUE/Workingpercent%20Papers/Revisedpercent%20New/WPpercent%2035percent%20revisedpercent%20percent%20Entitlementspercent%20ofpercent%20Seasonalpercent%20Migrantpercent%20Constructionpercent%20Workers.pdf)
- 8) Hirway, I., Singh, U. B., & Sharma, R. (2014.) Migration and Development Study of Rural to Urban Temporary Migration to Gujarat.
http://www.nird.org.in/nird_docs/srsc/srscrr261016-2.pdf
- 9) Aajeevika Bureau
<http://www.aajeevika.org/labour-and-migration.php>
- 10) Bhagat, R. (2017). Migration, gender and right to the City. Economic & Political Weekly, 52(32), 35.
<http://www.shram.org/uploadFiles/20171228011706.pdf>
- 11) Faetanini, M., & Tankha, R. (Eds.). (2013). Social inclusion of internal migrants in India: Internal migration in India initiative. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization.
[http://www.im4change.org/siteadmin/tinymce//uploaded/Socialpercent 20Inclusionpercent 20ofpercent 20Internalpercent 20Migrantspercent 20inpercent 20Indiapercent 20UNESCO.pdf](http://www.im4change.org/siteadmin/tinymce//uploaded/Socialpercent%20Inclusionpercent%20ofpercent%20Internalpercent%20Migrantspercent%20inpercent%20Indiapercent%20UNESCO.pdf)

B. Occupational health of women workers

- 1) <https://timesofindia.indiatimes.com/city/ahmedabad/Agariyas-in-salt-pan-face-skin-related-issues-malnutrition/articleshow/52238973.cms>

C. Dalit Women

- 1) Census 2011 <http://www.census2011.co.in>
- 2) NFHS-4 Gujarat Report, 2015-16
<http://rchiips.org/NFHS/NFHS-4Reports/Gujarat.pdf>
- 3) <https://www.news18.com/news/india/gujarat-among-5-worst-states-in-atrocities-against-dalits-1538909.html>
- 4) NCRB 2016
[http://ncrb.gov.in/StatPublications/CII/CII2016/pdfs/NEWPDFs/Crimepercent 20inpercent 20Indiapercent 20percent 202016percent 20Completepercent 20PDFpercent 20291117.pdf](http://ncrb.gov.in/StatPublications/CII/CII2016/pdfs/NEWPDFs/Crimepercent%20inpercent%20Indiapercent%20percent%202016percent%20Completepercent%20PDFpercent%20291117.pdf)
- 5) https://idsn.org/wpcontent/uploads/user_folder/pdf/New_fles/India/2012/Gender_violence_and_access_to_justice_for_Dalit_women_2011_Navsarjan_Trust.pdf

6) Twamley, K., & Sidharth, J. (2018). Negotiating respectability: comparing the experiences of poor and middle class young urban women in India. *Modern Asian Studies*.
<http://discovery.ucl.ac.uk/1567577/>

7) Data-driven policy dialogue for gender equality and SDGs 3 and 5, April 2018
<http://www.sahaj.org.in/gujarat-consultation-meet.html>

8) http://manjulapradeep-india.blogspot.com/2018/08/valmiki-women-social-category-looking_19.html

D. Women Living with Disabilities

1) Census 2011

<http://www.census2011.co.in/data/disability/state/24-gujarat.html>

2) <http://punarbhava.in/index.php/disability-register/census-2011-disability-data.html>

3) Café Dissensus August 14, 2016

<https://cafedissensus.com/2016/08/14/indias-antipathy-the-lonesome-fght-of-women-with-disabilities-for-dignity/>

4) Dean, L., Tolhurst, R., Khanna, R., & Jehan, K. (2017). ‘You’re disabled, why did you have sex in the first place?’ An intersectional analysis of experiences of disabled women with regard to their sexual and reproductive health and rights in Gujarat State, India. *Global health action*, 10(sup2), 1290316.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16549716.2017.1290316>

5) Data-driven policy dialogue for gender equality and SDGs 3 and 5, April 2018

<http://www.sahaj.org.in/gujarat-consultation-meet.html>

6) Reuters, January 27, 2011 <https://in.reuters.com/article/idINIndia-54456320110127>

7) NITI Aayog’s three Year Action Plan for Persons with Disabilities

<http://enabled.in/wp/niti-aayogs-three-year-action-plan-for-persons-with-disabilities/>

E. LGBTQI Community

1) Redif.com, October 26, 2007

<http://www.redif.com/news/2007/oct/26look1.htm>

2) Faetanini, M., & Tankha, R. (Eds.). (2013). Social inclusion of internal migrants in India: Internal migration in India initiative. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization.

[http://www.im4change.org/siteadmin/tinymce//uploaded/Socialpercent 20Inclusionpercent 20ofpercent 20Internalpercent 20Migrantspercent 20inpercent 20Indiappercent 20UNESCO.pdf](http://www.im4change.org/siteadmin/tinymce//uploaded/Socialpercent%20Inclusionpercent%20ofpercent%20Internalpercent%20Migrantspercent%20inpercent%20Indiappercent%20UNESCO.pdf)

3) India Times, August 29, 2018

<https://www.indiatimes.com/news/india/india-s-only-openly-gay-prince-manvendra-singh-gohil-to-start-south-asia-s-frst-lgbtq-course-352032.html>

4) DNA, October 7, 2013

<https://www.dnaindia.com/ahmedabad/report-170-participate-in-gujarat-s-frst-ever-lgbt-parade-1899853>

5) Saddahaq, October 4, 2013

<https://www.saddahaq.com/give-us-rights-n-take-our-votes-say-lgbt-from-gujarat>

6) The Citizen, July 3, 2018

<http://www.thecitizen.in/index.php/en/newsdetail/index/7/14276/pride-march-paints-vadodara-in-the-colours-of-the-rainbow>

7) Albuquerque, G. A., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J. M., dos Santos Figueiredo, F. W., ... & de Abreu, L. C. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 16(1), 2.

<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-015-0072-9>

8) Lynch, I., Morison, T., Moolman, B., & Chiumbu, S., & Makoae, M. (2016). Advancing sexual and reproductive health and rights (SRHR) of sexual and gender minorities in Gert Sibande District, Mpumalanga: A rapid ethnographic assessment. Durban, South Africa: AIDS Foundation of South Africa

9) <http://www.saathii.org/sites/default/files/papers/coap-policy-research-report.pdf>

ઁનેકસર

એસડીજી-3 સૂચકાંકો

3.1. વર્ષ 2030 સુધીમાં વૈશ્વિક માતા મૃત્યુદરને ઘટાડીને પ્રતિ 1 લાખ જીવંત જન્મએ 70 સુધી પહોંચાડવો

સૂચકાંક 3.1.1: માતા મૃત્યુદર

સૂચકાંક 3.1.2: કુશળ આરોગ્ય કર્મીઓ દ્વારા કરાવવામાં આવતા જન્મનું પ્રમાણ

3.2. વર્ષ 2030 સુધીમાં, 5 વર્ષથી ઓછી વયના બાળકો અને નવજાત શિશુના મૃત્યુને અટકાવવા, જેમાં તમામ દેશો નવજાત મૃત્યુદરને ઘટાડીને પ્રતિ 1,000 જીવંત જન્મ દીઠ 12 અને 5 વર્ષથી ઓછી વયના બાળકોમાં મૃત્યુદર પ્રતિ 1,000 જીવંત જન્મ દીઠ 25 સુધીના નીચેના સ્તરે પહોંચાડી શકાય

સૂચકાંક 3.2.1: પાંચ વર્ષથી ઓછી વયના બાળકોમાં મૃત્યુ દર

સૂચકાંક 3.2.2: નવજાત મૃત્યુ દર

3.3. વર્ષ 2030 સુધીમાં એઈડ્સ, ક્ષયરોગ, મેલેરિયા તથા ઉષ્ણ કટિબંધના અવગણાયેલા રોગોના ફેલાવાનો અંત આણવો તેમજ હિપેટાઈટિસ, પાણીજન્ય રોગો તથા અન્ય ચેપી રોગો સામે લડત ચલાવવી

સૂચકાંક 3.3.1: લિંગ, વય અને મુખ્ય જનસંખ્યાઓ દ્વારા, પ્રતિ 1,000 બિનચેપી લોકો દીઠ નવા એચઆઈવી ચેપની સંખ્યા

સૂચકાંક 3.3.2: પ્રતિ 1,000 લોકો દીઠ ક્ષયરોગ

સૂચકાંક 3.3.3: પ્રતિ 1,000 લોકો દીઠ મેલેરિયા

સૂચકાંક 3.3.4: પ્રતિ 100,000 લોકો દીઠ હિપેટાઈટિસ બી

સૂચકાંક 3.3.5: અવગણાયેલા ઉષ્ણ કટિબંધના રોગો સામે હસ્તક્ષેપોની જરૂરિયાત વાળા લોકોની સંખ્યા

3.4. વર્ષ 2030 સુધીમાં, પ્રતિરોધ અને ઉપચાર દ્વારા બિન-ચેપી રોગોથી થતા અકાળે મૃત્યુના પ્રમાણમાં એક તૃતિયાંશ જેટલો ઘટાડો કરવો અને માનસિક આરોગ્ય તથા સુખાકારીને પ્રોત્સાહિત કરવી

સૂચકાંક 3.4.1: હૃદય રોગ, કેન્સર, ડાયાબિટીસ અથવા ગંભીર શ્વસન સંબંધી બીમારીને કારણે મૃત્યુ દર

સૂચકાંક 3.4.2: આત્મહત્યા મૃત્યુ દર

3.5. નશીલા પદાર્થોથી થતી હિંસા અને આલ્કોહોલના હાનિકારક ઉપયોગ સહિત માદક દ્રવ્યોની અસર તળે હુમલાની રોકથામ અને ઉપચારને સુદૃઢ બનાવવા

સૂચકાંક 3.5.1: માદક દ્રવ્યોના અસર માટે ઉપચાર હસ્તક્ષેપો (ફાર્માકોલોજીકલ, મનોવૈજ્ઞાનિક અને પુનર્વસન તથા બાદની સંભાળ સેવા

સૂચકાંક 3.5.2: આલ્કોહોલનો હાનિકારક ઉપયોગ, એક કેલેન્ડર વર્ષમાં વ્યક્તિ દીઠ ઉપભોગ (15 વર્ષ અને તેનાથી મોટી વયના) તરીકેના રાષ્ટ્રીય સંદર્ભ અનુસાર વ્યાખ્યાયિત શુદ્ધ આલ્કોહોલના લિટરમાં

3.6. વર્ષ 2020 સુધીમાં માર્ગ વાહનવ્યવહાર અકસ્માતોમાં થતા વૈશ્વિક મૃત્યુ અને ઈજાઓનું પ્રમાણ ઘટાડીને અડધું કરી દેવું

સૂચકાંક 3.6.1: માર્ગ વાહનવ્યવહાર ઈજાઓને કારણે મૃત્યુ દર

3.7. વર્ષ 2030 સુધીમાં કુટુંબ નિયોજન, માહિતી અને શિક્ષણ સહિત જાતિય અને પ્રજનન આરોગ્યલક્ષી સેવાઓ સુધી વૈશ્વિક પહોંચ સુનિશ્ચિત કરવી અને પ્રજનન આરોગ્યનું રાષ્ટ્રીય વ્યૂહરચના અને કાર્યક્રમોમાં જોડાણ કરવું

સૂચકાંક 3.7.1: પ્રજનનક્ષમ વયની મહિલાઓનું પ્રમાણ (1549 વર્ષના વયજૂથની) જેઓએ આધુનિક પદ્ધતિઓ વડે કુટુંબ નિયોજનની પોતાની જરૂરિયાતો સંતોષેલ છે

સૂચકાંક 3.7.2: તે વયજૂથમાં પ્રતિ 1,000 મહિલાએ કિશોરાવસ્થા જન્મ દર (1014 વર્ષનું વયજૂથ; 1519 વર્ષનું વયજૂથ)

3.8. નાણાંકીય જોખમ રક્ષણ સહિત વૈશ્વિક આરોગ્ય આવરણ, ગુણવત્તાસભર આવશ્યક આરોગ્યલક્ષી સેવાઓ સુધી પહોંચ અને તમામ માટે સુરક્ષિત, અસરકારક, ગુણવત્તાશીલ અને પોષાય તેવી આવશ્યક ઔષધિઓ અને રસીઓ સુધી પહોંચ પ્રાપ્ત કરવી સૂચકાંક

3.8.1: આવશ્યક આરોગ્યલક્ષી સેવાઓનું આવરણ (અનુરેખક હસ્તક્ષેપો પર આધારિત આવશ્યક સેવાઓના સરેરાશ આવરણ તરીકે વ્યાખ્યાયિત જેમાં સામાન્ય અને સૌથી વંચિત લોકોમાં પ્રજનન, માતૃત્વ, નવજાત અને બાળ આરોગ્ય, ચેપી રોગો, બિન-ચેપી બીમારીઓ અને સેવા ક્ષમતા તથા પહોંચ સામેલ છે)

સૂચકાંક 3.8.2: પ્રતિ 1,000 લોકો દીઠ આરોગ્ય વીમા અથવા એક જાહેર આરોગ્ય પ્રણાલી દ્વારા આવરી લેવાયેલ લોકોની સંખ્યા

3.9. વર્ષ 2030 સુધીમાં ઘાતક રસાયણો, હવા, પાણી તથા જમીનના પ્રદૂષણ વગેરેના દૂષિત થવાને કારણે રોગચાળા અને મૃત્યુની સંખ્યામાં નોંધપાત્ર ઘટાડો કરવો

સૂચકાંક 3.9.1: ઘરેલુ અને આસપાસની હવાના પ્રદૂષણને કારણે મૃત્યુ દર

સૂચકાંક 3.9.2: અસુરક્ષિત પાણી, અસુરક્ષિત સફાઈ-પગલાં અને સ્વચ્છતાના અભાવને કારણે મૃત્યુ દર (તમામ (ડબલ્યુએએસએચ) સેવાઓ માટે અસુરક્ષિત પાણી, સફાઈ અને સ્વચ્છતા સાથે સંપર્ક)

સૂચકાંક 3.9.3: અજાણપણે ઝેર ને કારણે મૃત્યુ દર



લિંગ સમાનતા અને એસડીજીઓ માટે ડેટા પ્રેરિત સંવાદો

આ પરિયોજના મારફતે, સહજ અને ઈએમ2030 છોકરીઓ અને મહિલાઓ માટે પસંદગીના લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવા પ્રત્યે બહેતર અમલીકરણ માટે વધુ સમાવેશી, સર્વગ્રાહી અને વાસ્તવિક રાજ્ય તેમજ રાષ્ટ્રીય સ્તરની યોજનાઓ માટે એક નીતિ સંવાદ પેદા કરવા નિર્ધારિત છે. આ કાર્ય છ પસંદગીના રાજ્યોમાં જેમકે આસામ, બિહાર, ગુજરાત, કેરળ, મધ્ય પ્રદેશ અને પંજાબ તથા રાષ્ટ્રીય સ્તરે ચાલી રહ્યું છે.

આ પરિયોજનાના મહત્વપૂર્ણ ઉદ્દેશ્યોમાંનો એક છે લક્ષ્ય -3 (સ્વસ્થ જીવન સુનિશ્ચિત કરવાં અને તમામ વયે તમામ માટેના કલ્યાણને પ્રોત્સાહિત કરવું) અને લક્ષ્ય - 5 (લિંગ સમાનતા પ્રાપ્ત કરવી અને તમામ મહિલાઓ તથા છોકરીઓને સશક્ત બનાવવા) માંથી પસંદગીના લક્ષ્યાંકોની આસપાસ ડેટાના મહત્વ અને પુરાવા-આધારિત અમલીકરણ પર, ખાસ કરીને સરકાર જેવા મુખ્ય હિતધારકોમાં રાજકીય ઈચ્છાશક્તિ અને સંવાદ વધારવાનું છે.

Sahaj

towards alternatives in health and development

**EQUAL
MEASURES
2030**